

短 報

要介護高齢者の妄想的心理症状について
—旭川敬老園利用者の実態調査から

旭川敬老園

吉川 佳那・榊田賀代
森 繁樹

キーワード 生活の再構築 介護の組み立て 本人の持つ力の見極め 課題の整理

1. はじめに

高齢者介護現場では、物盗られ妄想や明らかな記憶の混乱などの妄想をはじめ、不可解な言動が見られることが多くある。

その原因として様々なことが考えられるが、統合失調症や認知症、パーキンソン病等の疾病によるもの、H2ブロッカー（ガスター）や睡眠剤（ハルシオン、マイスリー等）による薬の副作用によるもの、また、刺激の少ない日常生活や極度の身体拘束状況などの環境要因によるものなどがあげられる。そこで、このような不可解な言動をここでは『妄想的心理症状』と定義し、旭川敬老園（以下、当園とする）でみられる妄想的心理症状について調査、整理することで妄想的言動についての分析的な理解を深めることとした。

2. 調査方法

(1) 対象：旭川敬老園入居者 104名
(平成22年10月現在)

(2) 内容：ユニットリーダーに担当ユニットの『妄想的心理症状』のある入居者について、具体的な言動等をアンケートに記入してもらった。

3. 調査結果

社会福祉法人旭川荘（理事長 末光 茂博士）

* 特別養護老人ホーム

アンケート結果から特徴的な『妄想的心理症状』を、「記憶の混乱による作話、勘違い、思い違い」・「声を出しての独り言」・「見えない相手との会話のやりとり」・「見えないものが見える（幻視）」・「記憶やTV情報の取り込みによる勘違い、思い違い」・「根拠なき被害意識を強く持つ」の6つに分類した。

(1) 記憶の混乱による作話、勘違い、思い違い

「記憶の混乱による作話、勘違い、思い違い」は、15名（認知症15名、統合失調症1名）にみられ、平均年齢90.3歳、平均要介護度3.7であった。6つの症状の中で最も人数が多く、日中の居場所（図1）、症状が見られる時間帯（図2）はバラバラであった。

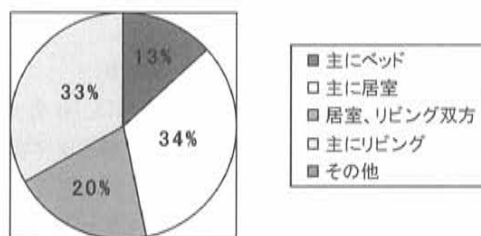


図1. 日中の居場所

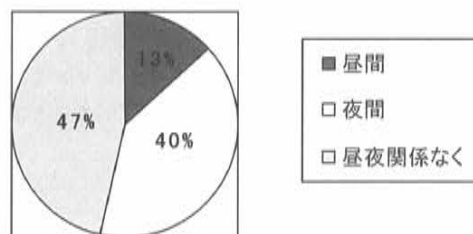


図2. 症状がみられる時間帯

(2) 声を出しての独り言

「声を出しての独り言」は13名（認知症13名、統合失調症1名）にみられ、平均年齢90.7歳、平均要介護度4.2であった。

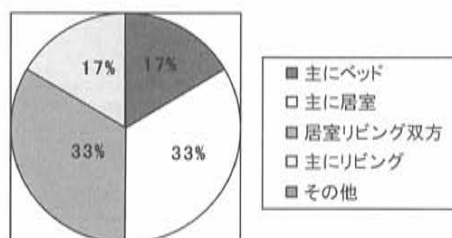


図3. 日中の居場所

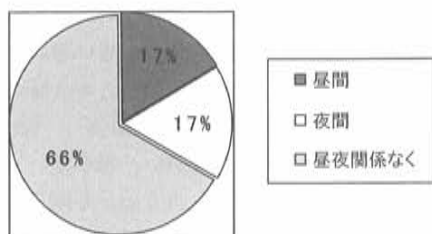


図4. 症状がみられる時間帯

日中1人で居室で過ごす時間が長い人が半数以上おり(図3)、昼夜関係なく症状がみられる人が多かった(図4)。原因として日中の関わり、会話が十分でないことが考えられた。

(3) 見えない相手との会話のやりとり

「見えない相手との会話のやりとり」は、6名(認知症6名)にみられ、平均年齢91歳、平均要介護度4.2であった。夜間症状が出る人がほとんどで(図6)、居室で1人で過ごしている時にみられると考えられる。この6名は言語的コミュニケーション能力が高い人であった。日中は居室、リビング双方で過ごしている人がほとんどだが(図5)、話し相手がおらず適切な会話やコミュニケーションをとれる環境ではないため、会話が欠乏していることが原因であると考えられる。

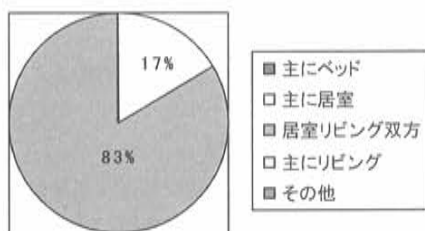


図5. 日中の居場所

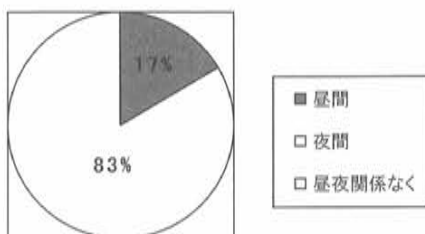


図6. 症状がみられる時間帯

(4) 見えないものが見える(幻視)

「見えないものが見える(幻視)」は、6名(認知症6名、統合失調症1名)にみられ、平均年齢87.8歳、平均要介護度4.4であった。

昼夜関係なく見えている人が多く(図8)、6人中5人に怪しいものを含めて精神疾患がみられた。また、1名はパーキンソン病の既往が認められ、それらが原因ではないかと考えられる。

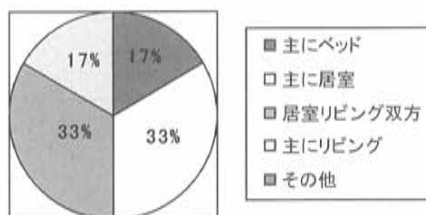


図7. 日中の居場所

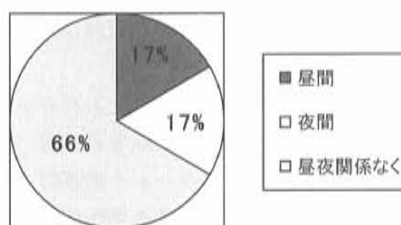


図8. 症状がみられる時間帯

(5) 記憶やTV情報の取り込みによる勘違い、思い違い

「記憶やTV情報の取り込みによる勘違い、思い違い」は、4名(認知症3名)にみられ、平均年齢87.8歳、平均要介護度4であった。

著名人を身近に感じるような発言が多くみられた。日常生活の中でテレビを観ている時間が長い人が多く、テレビの内容と記憶が混乱しているのではないかと考えられる。

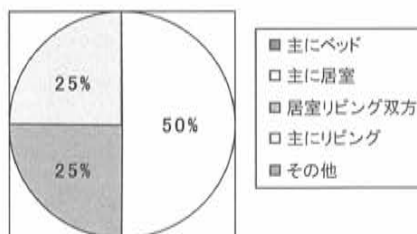


図9. 日中の居場所

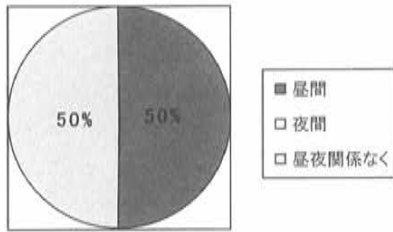


図10. 症状がみられる時間帯

(6) 根拠なき被害意識を強く持つ

「根拠なき被害意識を強く持つ」は、8名（認知症6名、統合失調症1名）にみられ、平均年齢88.8歳、平均要介護度4.1であった。

日中、居室で過ごしている人が多くみられた（図11）。8名中5名はうつ病、不安神経症等の精神疾患の既往が認められ、それが原因の1つではないかと考えられる。

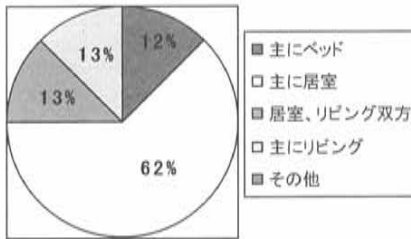


図11. 日中の居場所

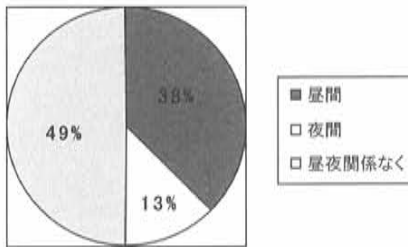


図12. 症状がみられる時間帯

4. 考察

調査結果としては、「記憶の混乱による作話、勘違い、思い違い」は最も人数が多かった。これは認知症の中核症状としての記憶の障害に起因すると考えられる。

また、「声を出しての独り言」や「見えない相手との会話のやりとり」がみられる人は、実際に日

中の関わりが不足していること、会話が不十分であること等の環境要因も大きな原因であると考えられた。さらに、「見えないものが見える（幻視）」や「根拠なき被害意識を強く持つ」がみられる人は、不安神経症やうつ病等の精神疾患を持っている人が多かった。

認知症高齢者の場合、病気や身体状況、生活環境などから様々なストレスが加わることで、BPSD（行動・心理症状）が強く出てくると言われている。そのような意味でBPSDに関しては、医療面からの対処のみならず、精神の安定につながるような取り組み（対人交流、レクリエーション、環境面の配慮等）も重要であることが改めて理解された。また、記憶の混乱や被害意識を訴える利用者の中には、うかがい知れない（本人も言わない）生活体験が潜んでいると感じられる人も数名おられた。高齢者の支援にあたっては、その利用者個々人の生活史をできる範囲で知っていくことも大切であると理解できた。

5. まとめ

認知症高齢者は、生活リズムが崩れていたり、孤独で対人的な接触が乏しい環境となることで精神の混乱を来し、結果としてさらなる認知症の悪化を招いていくといわれる。

なぜならば、孤立化や混乱した不適切な対人交流が当事者には強いストレスをもたらすからである。そのような意味では、BPSDに振り回されることなく、病気の問題、薬の副作用、生活環境等について、客観的観点からその課題について整理していく必要がある。また、「介護」という人と人との交わりを前提とするサービスにおいては、関わる介護者側も自分の感情の動きも自覚した上で、冷静に対処していくことが求められる。つまり、認知症高齢者のケアにおいては本人の精神的安定を図る「生活支援」視点が大切な意味を持っているのだと考えられる。

また、介護現場においては、精神症状が表れると医療に頼ろうとする傾向もみられがちである。しかし、常時強い不安を訴える場合等は医療的な介入も必要となってくるだろう。しかし、精神症状が表れたからといって安易に医療に頼ることなく、介護現

場でも起こっている症状の状態について、それを整理していくことも必要である。つまり、妄想的心理症状についても、ただこれを医療的対処に必要な精神症状として捉えるのではなく、当事者の「感情」や「情動」といった側面についても、その考察の幅を広げて対処を考えていく必要があると思われる。妄想等の不可解な言動が見られたとしても、要介護高齢者に対しては、その心理的背景も考えつつ、介護職の立場でできる範囲のことをきちんと慎重に対処していくことが必要である。また、事実、多くの介護現場ではそのように対処されているのだろうが、このことについてより分析的な理解に努めるとともに、更なる調査研究が必要であると感じる。

参考文献

- 介護福祉士養成講座編集委員会（2009）：新・介護福祉士養成講座12 認知症の理解，中央法規出版株式会社。
浜六郎著（2010）：認知症にさせられる！，株式会社幻冬舎。
池田学著（2010）：認知症 専門医が語る診断・治療・ケア，中央公論新社。
藤田和生（2007）：感情科学，京都大学術出版会。