

施設における痴呆老人による攻撃的行動の分析

平田 弘美¹⁾

Aggressive Behavior of Cognitively Impaired Japanese Patients in Nursing Facility

Hiromi Hirata¹⁾

I. はじめに

わが国の平均寿命は、男性78.07歳、女性84.93歳と男女とも世界有数の長寿国となっており、65歳以上の人口が総人口に占める割合は、平成7年には14.6%であったのが、平成12年には17.4%、50年後の62年には35.7%に達すると言われ¹⁾、人口の高齢化が急速に進んでいる。痴呆老人の頻度は年齢に相関し、高齢人口が増えるほど痴呆老人の人口も増えるといわれ、その増加がわが国の社会問題となりつつある。わが国の老年性痴呆の原因として多いのが、脳血管性痴呆、アルツハイマー型痴呆で、高齢化が進むとアルツハイマー型痴呆が増えてくると言われている²⁾。痴呆症の主症状は、記憶障害、失見当識といった認知機能障害であるが、随伴する精神症状・問題行動は様々であり³⁾、せん妄、徘徊、仮性作業・仮性会話、不眠・昼夜逆転、物盗られ妄想・嫉妬妄想、幻聴・幻視、失禁・不潔行為、異食・過食、人物誤認、易怒性・興奮・暴力、収集癖などが上げられ、その中の易怒性・興奮・暴力は攻撃的行動と呼ばれている⁴⁾。攻撃的行動の動因は怒りで、それによって興奮し暴力という攻撃的行動となって現れるといわれているが、痴呆老人の攻撃的行動の要因は様々で、その十分な解明はまだなされていない⁵⁾。

痴呆老人の看護・介護においては、日常生活の援助が主流となるが、その痴呆老人が易怒性・興奮・暴力というような攻撃的行動を伴うとなると看護・介護はより困難なものになる。アメリカの研究結果では、老人ホームにおける痴呆老人による攻撃的行動は、医療従事者の中でも直接ケアに携わる看護職者や介護職者に対するもの

が最も多く^{6), 7)}、それは入浴、更衣、排泄介助といった日常生活援助の中で発生することが多い^{8), 9), 10), 11)}と報告されている。その看護・介護する痴呆老人から受ける攻撃的行動によって、看護・介護職者たちは常に身の危険を感じるといったストレスや怒りや悲しみ、鬱状態のような精神的苦痛を強く感じ、仕事への意欲の低下やケアの質の低下を引き起こし、そのことが原因で離職をするということが問題になっている¹²⁾。

一方、わが国では、看護職者による痴呆老人の攻撃的行動に焦点をあてた研究は少ない。筆者は、1999年に日本のある老人病院で、痴呆患者の攻撃的行動について20名の看護・介護職者を対象にインタビュー調査を実施した。その結果、対象者全員が、何らかの攻撃的行動を受けた経験があるということが明らかになった。しかし、アメリカでの研究結果とは異なり、患者の攻撃的行動が、看護・介護職者に強いストレスを与えたり、そのことが原因で離職につながるというようなことはなく、看護・介護職者たちは、「病人だから仕方がない」と患者の攻撃的行動を受け入れ、特に問題視していないということが明らかになった。これには、日米の文化の違いが大きく反映されていると推測されたが、日本における痴呆老人の攻撃的行動に関する研究は始まったばかりであり、アメリカの研究結果と比較して考えるにはあまりにも情報が不足している。

これまで、痴呆老人の攻撃的行動の医学的な原因は、解明されていない。しかし、痴呆老人の看護や介護のあり方を問われる中、患者のQuality of Life（以下QOLと略す）を低下させないために、看護の視点から痴呆患者による攻撃的行動の実態を調査し、それに対処していくためにはどんな看護・介護が必要なのかを検討していかな

1) 福島県立医科大学看護学部 生態看護学部門 成人看護学領域

Key Words: dementia, cognitively impaired, aggressive behavior, problematic behavior
キーワード: 痴呆, 老人, 攻撃的行動, 問題行動
受付日: 2002.10.21 受理日: 2002.11.12

ければならない。

Ⅱ. 研究の目的

老人施設で、痴呆老人による攻撃的行動の発生状況とその誘因、そのときの看護介入のプロセスを分析し、原因の追究および攻撃的行動に対する効果的な看護介入について検討する。本研究を通して明らかにしたい課題は、以下の通りである。

- 1：病院に入院中の痴呆患者の身体的・言語的・性的な攻撃的行動の頻度、発生する状況は何か。
- 2：攻撃的行動の発生時、看護者・看護補助者はどのように対処したのか。
- 3：攻撃的行動と患者の疾患、看護・介護行為（例えば抑制など）とは関係があるのか。
- 4：痴呆患者の攻撃的行動の発生した場合の効果的な看護・介護介入の方法は何か。

Ⅲ. 研究方法

1. 用語の定義

攻撃的行動：「他の人々や物、あるいは自分自身に対して向ける敵意のある行動のこと」を意味する。Ryden Aggressive Scaleより攻撃的行動は、身体的攻撃的行動（殴る、蹴る、つねる、殴るような動作をする、手を払いのける、引っ掻く、かみつくなど）、言語的攻撃的行動（ののしる、傷つけるような言葉を吐く、軽蔑的な言葉を吐くなど）、性的攻撃的行動（身体に触る、嫌らしい言葉を吐いたりジェスチャーをしたりする、性交など）の3つに分けられる¹³⁾。

痴呆 (dementia)：「通常、慢性あるいは進行性脳疾患によって生じ、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習、言語、判断など多数の高次脳機能障害からなる症候群」とWHOでは定義している¹⁴⁾。

2. 調査期間

平成13年8月27日～9月22日

3. 研究対象

関東にあるM病院の老人性痴呆疾患専門病棟（50床）に勤務する看護者20名、看護補助者11名と、入院中の患者24名を対象とした。

4. データ収集方法

カルテより、看護者が記録した患者の攻撃的行動の時間帯、発生状況、その行動の理由、行動への対応、対応後の患者の反応、患者の年齢、性別、診断名、長谷川式

簡易知能評価 (Hasegawa Dementia Scale Revision以下HDS-Rと略す) 得点、活動能力などの情報を収集した。カルテの記載からその状況が把握できない場合には、その看護者に直接インタビューを行った。看護補助者は、カルテに記載しないため、直接インタビューすることによって情報を収集した。

5. 倫理的配慮

看護者・看護補助者に研究の目的、内容、方法について説明した。また、調査への参加は任意であること、参加しなくても不利益を被らないこと、インタビューはいつでも中止できることなどを説明し、同意を得てインタビューを行った。個人的なデータが外部に漏れないように記録物を厳重に保管し、結果を報告する際には、対象者の匿名性が保持されるように、個人名や施設名が特定できないよう配慮した。

6. 分析方法

各事例の攻撃的行動について、Ryden Aggressive Scaleを用いて身体的・言語的・性的攻撃的行動に分類した。これらの攻撃的行動の発生頻度、時間帯、状況、行動の理由、看護・介護行為などを整理し、患者の年齢、性別、疾患、および活動能力などと攻撃的行動との関連について分析した。統計処理には、統計パッケージSPSS 8.0.1j for Windowsを用いた。

Ⅳ. 結果

1. 看護・介護する職員の属性

M病院の老人性痴呆疾患専門病棟（50床）において、痴呆老人の看護・介護に従事する職員は、看護者20名、看護補助者11名で、年齢層は20代26名、30代1名、40代2名、50代2名であった。その内、調査期間中に攻撃的行動の発生を記録、または申告した職員は、看護者15名39件、看護補助者5名8件であった。

2. 対象者の属性

調査期間中に、攻撃的行動の発生を記録、または報告された患者は24名であった。患者の年齢は66歳～89歳で、平均年齢は80.1歳 (SD=5.93) であり、性別は男性11名 (45.8%)、女性13名 (54.2%) であった。HDS-Rは0～15点で、平均値は8.75点 (SD=4.90)、「不明」4名であった。診断名は「アルツハイマー型痴呆」13名 (54.2%)、「混合型痴呆」5名 (20.8%)、「脳血管性痴呆」3名 (12.5%)、「その他」3名 (12.5%) であった。活動能力は「独歩可能 (杖を使って独歩可能1名を含む)」19名 (79.2%)、「介助で歩行可能」2名 (8.3%)、「歩行不

可（車椅子）」2名（8.3%）,「ねたきり状態」1名（4.2%）であり,入院してから攻撃的行動が発生するまでの期間は1～180日,平均は68.9日（SD=53.46）で,入院して9日以内（調査期間中に入院,または調査開始時に入院9日以内であった患者に限られる）に10件（21.3%）発生していた。

3. 攻撃的行動の発生頻度と分類

調査期間中の攻撃的行動の発生件数は,47件（1.7件/日）であり,一人あたりの件数で多かったのは4件4名で,3件3名,2件5名,1件12名であった。行動の分類別でみると,「身体的攻撃的行動」28件（59.6%）で,その中で「叩く」5件（10.6%）が一番多く,次に「叩く・蹴る」3件（6.4%）,「殴るしぐさをする」3件（6.4%）,「噛みつく」3件（6.4%）などであった。「言

語攻撃的行動」は15件（31.9%）で,「暴言を吐く」が8件（17.0%）と一番多く,「怒鳴る」5件（10.6%）,「文句を言う」2件（4.3%）であった。「性的攻撃的行動」は「口づけを迫る」1件（2.1%）であり,「身体的と言語攻撃的行動」が3件（6.4%）であった（表1）。攻撃的行動の発生頻度と性別の関係では,有意差はみられなかった。

4. 攻撃的行動の発生時間帯・状況・行動の理由

攻撃的行動が発生した時間帯は,日勤帯が29件（61.7%）と一番多く,次いで深夜勤帯11件（23.4%）,準夜勤帯7件（14.9%）であった。日勤帯で一番多かった発生状況は,「清潔ケア時（陰部洗浄・入浴介助時）」9件（19.2%）で,「排泄介助時（オムツ交換を含む）」が8件（17.0%）,「日中ラウンジにいる時」が5件（10.6%）などであった。深夜勤帯で一番多かった状況は,「排泄介助時」4件（8.5%）であり,準夜勤帯で多かったのも「排泄介助時」4件（8.5%）であった。全体的に見て,陰部洗浄・入浴介助などの「清潔ケア」や「排泄介助」といった日常生活援助時に多く発生していた（表2）。

表1. 性別にみた攻撃的行動の分類と頻度（n=47）

		性 別		合 計
		男性	女性	
攻 撃 的 行 動 の 分 類	身体的攻撃的行動			
	叩く	4	1	5
	叩く・蹴る	3	0	3
	殴るしぐさをする	2	1	3
	噛みつく	1	2	3
	暴れる	1	1	2
	手を払いのける	1	1	2
	つばを吐く	1	1	2
	引っ掻く	1	0	1
	蹴る	1	0	1
	蹴る・つねる	0	1	1
	つねる	0	1	1
	つねる・叩く	0	1	1
	手を払いのける・噛みつく	0	1	1
	水をかける	0	1	1
	持っていた物を殴り捨てる	0	1	1
	言語的攻撃的行動			
	暴言を吐く	2	6	8
	怒鳴る	4	1	5
	文句を言う	0	2	2
	性的攻撃的行動			
	口づけを迫る	1	0	1
	身体的+言語的行動			
	叩く・怒鳴る	1	0	1
	殴る・蹴る・大声を出す	1	0	1
	噛みつく・蹴る・大声を出す	0	1	1
合 計		24	23	47

表2. 勤務帯と発生状況（n=47）

		勤 務 帯			合 計
		日勤帯	準夜帯	深夜帯	
発 生 状 況	排泄介助（オムツ交換も含む）	8	4	4	16
	清潔ケア				
	入浴介助	8	0	0	8
	陰部洗浄	1	0	1	2
	ラウンジで	5	0	2	7
	食事	4	0	0	4
	バイタルサイン測定時	2	0	1	3
	就寝時間中	0	0	2	2
	夕食後～消灯前	0	2	0	2
	寝衣交換時	0	0	1	1
	点滴中	1	0	0	1
	内服	0	1	0	1
	合 計	29	7	11	47

患者が攻撃的行動を起こしたと考えられる理由として,「抵抗」13件（31.0%）,「拒否」8件（19.0%）,「妄想」5件（11.9%）で,「排泄介助時」に「抵抗」7件（16.7%）,「清潔ケア（入浴介助時）」に「拒否」4件（9.5%）が多かった（表3）。

表 3. 発生状況と行動の理由 (n=42)

		攻 撃 的 行 動 の 理 由									合 計
		抵 抗	拒 否	妄 想	行動を 制限	痛 み	思い通りに ならない	スペース への侵入	驚 き	せん妄	
発 生 状 況	排泄介助(オムツ交換も含む)	7	2	1	1	2	1	1	0	0	15
	清潔ケア										
	入浴介助	2	4	1	0	0	0	1	0	0	8
	陰部洗淨	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2
	ラウンジで	0	0	1	2	0	1	1	0	1	6
	食事	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
	バイタルサイン測定時	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
	就寝時間中	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
	夕食後～消灯前	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
	寝衣交換時	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	点滴中	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	内服	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
合 計		13	8	5	4	3	3	3	2	1	42

5. 攻撃的行動に対する対応と患者の反応

看護者・看護補助者の攻撃的行動への対応としては、「応援を呼んでそのままケアを続ける」が11件(23.9%)と一番多く、次いで「そのままケアを続ける」が10件(21.7%),「そのまま様子を見る」6件(13.4%)が多かった。「ドクターに相談する」は3件(6.5%)であ

った(表4)．発生状況と対応の関係をみてみると、「そのままケアを続ける」の10件のうち7件が排泄介助, 「応援を呼んでケアを続ける」の11件中5件が清潔ケアであった。また, 職種別でみてみると, 看護者は様々な対応の方法を使っているが, 看護補助者は関わった8件中8件が「(応援を呼んで)そのままケアを続ける」であった。

表 4. 発生状況と対応 (N=46)

		発 生 状 況											合 計
		排 介	泄 助	清 ケ	潔 ア	ラウン ジで	食 事	バイタル サイン 測定	就寝 時間	夕食後 ～消灯 前	寝衣交 換時	点滴中	内 服
対 応	応援を呼んでケアを続ける	4	5	0	0	0	0	0	0	1	0	1	11
	そのままケアを続ける	7	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	10
	そのまま様子を見る	0	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0	6
	車椅子にませ様子を見る	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
	ドクターに相談する	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3
	ナースルームに連れて行き様子を見る	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
	注意をし様子を見る	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	本人の意志の確認をする	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	説明しケアをする	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	自分でやってもらう	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	場所を移動させる	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	場所を移動+ドクターに相談	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	音楽を聴かせる	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	音楽を聴かせる+ドクターに相談	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	患者の嫌いな物を中止する	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	患者の食べたいものを与える	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	合 計	15	10	7	4	3	2	2	1	1	1	1	46

攻撃的行動発生後の看護・介護介入のあと、患者の反応は、「落ち着く・おとなしくなる」が37件（80.4%），「その状態がしばらく続く」4件（8.7%），「納得してケアにに応じる」4件（8.7%）などであった（表5）．対応

と反応の関係をみると，「（応援を呼んで）そのままケアを続ける」というケアのあとは，21件中21件が「落ち着く・おとなしくなる」であり，「そのまま様子を見る」の6件中4件は「落ち着く・おとなしくなる」であった．

表5．対応後の患者の反応（N=46）

		患 者 の 反 応				合 計
		落ち着く・おとなしくなる	その状態がしばらく続く	納得してケアにに応じる	徘徊する	
対	応援を呼んでケアを続ける	11	0	0	0	11
	そのままケアを続ける	10	0	0	0	10
	そのまま様子を見る	4	1	0	1	6
	車椅子にませ様子を見る	3	0	0	0	3
	ドクターに相談する	0	2	1	0	3
	ナースルームに連れて行き様子を見る	2	0	0	0	2
	注意をし様子を見る	2	0	0	0	2
	本人の意志の確認をする	0	0	1	0	1
	説明しケアをする	0	0	1	0	1
	自分でやってもらう	0	0	1	0	1
応	場所を移動させる	1	0	0	0	1
	場所を移動+ドクターに相談	0	1	0	0	1
	音楽を聴かせる	1	0	0	0	1
	音楽を聴かせる+ドクターに相談	1	0	0	0	1
	患者の嫌いな物を中止する	1	0	0	0	1
	患者の食べたいものを与える	1	0	0	0	1
合 計		37	4	4	1	46

V. 考 察

1. 攻撃的行動の発生とその要因

今回、M病院の老人性痴呆疾患専門病棟（50床）において、調査中に攻撃的行動を起こした患者数は24名で、件数は47件であった．平均年齢は80.1歳と高齢ではあるが、独歩可能患者は19名（79.2%）と多く、このことから、高齢でも独歩可能で活動能力が高いと、攻撃的行動を起こす可能性があると考えられる．しかし、7日間痴呆老人の攻撃的行動を4つの施設で観察したRyden¹⁵⁾らの研究では、平均年齢81.8歳の患者の86.3%が何らかの攻撃的行動を起こし、統計的に有意差はなかったとしているが、その半数の患者は日常生活自立度がかなり依存的な状態であったと報告している．これらのことから、高齢でも攻撃的行動を起こすことは明らかになったが、日常生活自立度と攻撃的行動の関係については、今後も調査する必要がある．

攻撃的行動を起こした患者の診断名については、「アルツハイマー型痴呆」が54.2%と半数以上であった．Ryden¹⁶⁾

は、痴呆老人を介護する家族にアンケート調査を通して攻撃的行動に関しての研究を行っている．その結果から、攻撃的行動を起こした患者の診断名は、アルツハイマー型痴呆が69.4%と多く、本研究と類似した結果がでている．しかし、本研究では、入院患者全体からのアルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の割合を見ていないため、2つの研究を比較することはできない．本研究からは、アルツハイマー型痴呆の患者に攻撃的行動が多くみられたといえるが、さらなる調査が必要である．

攻撃的行動の分類別でみると、本研究の結果では、身体的攻撃的行動が59.6%と多く、次いで言語的攻撃的行動31.9%、身体的と言語的攻撃的行動6.4%、性的攻撃的行動2.1%であった．本研究と同じ方法でカルテから攻撃的行動を起こす患者の情報収集をしたBeck¹⁷⁾の研究では、身体的攻撃的行動51.0%、言語的攻撃的行動47.0%、性的攻撃的行動2%と本研究と類似した結果であった．しかし、Ryden¹⁸⁾の報告では、言語的攻撃的行動が49.7%と最も多く、次に身体的攻撃的行動46.4%、性的攻撃的行動17.5%であり、本研究結果と違いがみられた．研究方法の違いから結論づけることは難しいが、これら

の研究結果から、性的攻撃的行動に比べ、身体的・言語的攻撃的行動が多いと言える。言語的攻撃的行動は、言語の違いから他国のものと比較するのは難しいが、Ryden¹⁹⁾の身体的攻撃的行動の結果では、「叩く・殴る」が一番多く、次いで「押す・突く」、「つねる」、「平手で打つ」などであり、Ryden²⁰⁾の結果では、「殴るようなしぐさをする」、「押す・突く」、「物を投げる」などと本研究と似た結果であった。Schreiner²¹⁾が日本で痴呆老人の不穏行動について行った研究の中でも、身体的攻撃的行動に関しては、アメリカのものと同じような結果がでていると報告している。

性別の割合に関して、本研究では、攻撃的行動を起こした患者は男性45.8%、女性54.2%と女性患者の方が高い頻度ではあるが、攻撃的行動の分類と性別の関係に有意差はみられなかった。しかし、本研究では入院患者全体の男女比からは比較をしていないため、断定はできない。Ryden²²⁾の研究では、攻撃的行動を起こした男女比は、男性65.6%、女性64.6%という結果であり、他²³⁾の研究結果からも男性の方が女性患者よりも高い頻度ではあるが、統計上男女差はなかったと報告している。2つの研究からは、攻撃的行動に男女差がないということが言える。しかし、性的攻撃的行動に関しては、男性の方が多いという結果が報告されている²⁴⁾。角田ら²⁵⁾によっても、女性患者と比較して男性患者の方が目立つ傾向にあると述べられている。本研究では男性患者によるものが1件のみ発生していた。

入院してから攻撃的行動が発生するまでの期間に関しては、平均日数は68.9日であったが、入院して9日以内に10件(21.3%)発生している。室伏²⁶⁾によると、脳因性のものを除いて、施設でみられる異常行動や精神症状は処遇環境の変化による反応性のものが多く認められるとしているため、入院してから環境の変化に慣れるまでは、攻撃的行動も発生しやすいと推測される。

Ryden²⁷⁾の結果より、認識障害の程度において、攻撃的行動を起こした患者の程度は、軽度異常(moderate)49.7%、中等度異常(mild)10.9%、高度異常(severe)35%であり、身体的攻撃的行動においてのみ有意差があったと報告されている。本研究では、痴呆の診断テストとして使われているHDS-Rの点数で攻撃的行動との関係をみたが、そのテストは痴呆の程度を測ることはできないため、攻撃的行動との関係を明らかにすることはできなかった。今後、痴呆の程度と攻撃的行動との関係を調べていきたい。

今回、攻撃的行動は入浴介助などの清潔ケア時や排泄介助時にもっとも多く発生し、それらの日常生活援助が多い日勤帯で攻撃的行動が多く発生していた。Ryden²⁸⁾の研究結果でも日勤帯で一番多く発生し、攻撃的行動の

発生件数の半数以上が移送時、更衣時、排泄介助時に起こっていると報告している。Beck²⁹⁾の結果でも、攻撃的行動の多数が午前中に発生し、半数近くが浴室で発生していると報告され、他の研究³⁰⁾では更衣時、食事介助時、内服介助時などで多く発生していると報告している。これらの攻撃的行動の原因として、「日常生活援助の一部として起こる個人的スペースへの侵入によるもの」³¹⁾、「怒りの表出というよりは、脅かしに対しての自衛行為」³²⁾、または「自分がしたいようにしたいことを抑制された抵抗」³³⁾なのではないかと推測されているが、本研究でも「排泄介助に抵抗」が7件、「入浴を拒否」が4件という結果であった。これは看護者・看護補助者が推測した理由であり、痴呆老人の本意は不明であるため、さらなる追究が必要である。他に、Feldt³⁴⁾は痛みと攻撃的行動の発生について研究し、「攻撃的行動を起こす患者はかなりの高い確立でリウマチのような痛みと関連した疾患にかかっている」と述べている。本研究でも、「陰部に腫瘍」や「大腿骨頸部骨折」のある患者の陰部洗浄やオムツ交換で、「痛み」が誘発され、攻撃的行動が3件発生している。

以上のことから、本研究からは、攻撃的行動の発生要因として断定できるものは見つけられなかった。しかし、日勤帯で排泄介助、清潔ケアといった日常生活介助時に攻撃的行動が多く発生し、それらの理由として「抵抗」や「拒否」、「痛み」などが考えられた。排泄介助・清潔ケアが、患者の意に反して行われたり、ケアが「痛み」を伴ったという状況から、患者の日常生活のケアを行うときは、患者の感情や体調、疾患などをアセスメントし、それに伴った援助の方法を施行する必要がある、発生した後も発生原因をアセスメントし、その後のケアに生かしていくことが大切ではないかと考える。

2. 効果的な看護・介護介入の方法

看護者・看護補助者が患者の攻撃的行動に対応した行動は、47件中11件が「応援を呼んでケアを続ける」、10件が「そのままケアを続ける」であり、そのあとの患者の反応は、それらを合わせた21件中21件が「落ち着く・おとなしくなる」であった。看護者・看護補助者たちが、「(応援を呼んで)そのままケアを続ける」と答えた状況は、排泄介助11件、清潔ケア7件であり、身体的・言語的攻撃的行動を受けながらも必要にせまられてケアを続けたと考えられる。患者たちは、いったんは攻撃的に抵抗したものの、ケア後おとなしくなっている。Ryden³⁵⁾は、対処方法を行動による対応と言葉によるものに分け、行動による対応は、「そのままケアを続ける」、「その場を一時去る」、「他の患者に話しかける」というように状況を変える、「そのまま様子をみる」など本研究と類似した

結果をあげている。言葉による対応は、「説明をする」、「限度を設定する」、「方向性を決める」などであるが、本研究では、「説明し、ケアをする」が1件のみであった。看護者たちは、何らかの言葉がけをしながら「そのままケアを続けた」かもしれないが、細かな言葉がけまではカルテには記載されておらず、カルテより情報を収集することの限界が感じられた。

五島ら³⁶⁾によると、患者が拒否をし攻撃的行動が発生した場合には、無理にかかわると拒否がよけいに強くなるため、しばらくそっとしておいたり、対応の仕方を変えてみたり、他の看護者・介護職者に代わってもらう事も効果的であるとしている。攻撃的な行動に対しては、ゆったりとした態度で接し、患者のやりたいことができるようにする必要があるが、いくら対応の仕方を変えても効果がない時は、医師と相談し、薬物の使用を検討することも必要だと述べている。本研究でも、「医師に相談」という対応が5件みられている。

本研究の看護者の対応の中で、「音楽を聴かせる」というのが2件あった。Clarkら³⁷⁾は、入浴時間に痴呆老人の好きな音楽を聴かせ、攻撃的行動に変化がないかを調べた。その結果、音楽を聴いたグループの方に、音楽を聴かなかったグループに比べ攻撃的行動が減少したと報告しており、攻撃的行動を減少させるのに患者の好きな音楽を聴かせることが効果的であるということが明らかになっている。また、坂田ら³⁸⁾の研究でも、暴力行為のあった患者が音楽を聴いたことによりその行為が軽減したり、週2回の音楽療法によって不安の強い患者の心理的安定がはかれたなど音楽療法の効果を報告している。

攻撃的行動の原因を探ると、Beckら³⁹⁾は、一つに「スタッフ不足」をあげている。日常生活援助をする中で、十分なスタッフが得られないとき、患者の意思に反して無理にケアを押し進めたり、看護師の指示どおりに動いてくれない患者に対して、患者の行動を制止したり、指示したりしてしまうのかもしれない。そういう状況下で、患者は自尊心を傷つけられたり、不快な気持ちを抱いて怒ったりということになるかもしれない。看護・介護する者が、患者の攻撃的行動を起こすきっかけが自分自身の行動にあるかもしれない⁴⁰⁾ということを知る必要があると思われる。

また、患者の攻撃的行動を引き起こす原因の一つとして、Rydenら⁴¹⁾は、スタッフの知識不足を指摘している。特に看護補助者などは、攻撃的行動の対処方法を知らないために、より攻撃的行動を引き起こしてしまい、結果としてストレスを強く感じたり、その患者を避けることによって、ケアの質を低下させてしまうこともありうると述べている。それを防止する為に、患者の攻撃的行動に対する教育の必要性を主張している。本研究における

看護者・看護補助者の対応をみると、看護者は「そのままケアを続ける」だけでなく、「患者に説明」をしたり、「患者を移動」させたり、「ドクターに相談」したりと様々な対応の方法を使っているが、看護補助者が関わった8件中8件が「(応援を呼んで)そのままケアを続ける」であった。これは、看護補助者がカルテに記載しないため、看護補助者からの情報が少なかったことも考えられるが、対処方法を熟知していない可能性もあるとも考えられる。痴呆老人のケアに携わるものは、看護・介護職者だけでなく多職種である。従って、痴呆老人のケアに携わる職員に対して、痴呆老人の攻撃的行動の原因や、対処の仕方について教育の機会を設けることが必要なのではないかと思われる。

VI. おわりに

本研究は、先行研究に引き続き、痴呆老人による攻撃的行動の発生に関する実態を知ることを中心に行った、まだ初歩的段階のものである。わが国においては、痴呆老人の問題行動に関する看護研究はなされているが、攻撃的行動についての研究は始まったばかりである。データも本研究データしかなく、比較できるほどのデータも蓄積されていないため、比較は難しい。ただ、M病院において、47件(1.7件/日)発生したということがわかり、日常的に痴呆老人の攻撃的行動は発生しているということが判明した。その行動は、排泄・入浴介助といった日常生活介助中に多く発生し、看護者・看護補助者たちは、攻撃的行動を受けながらもケアをし続けることが多いということもわかった。

しかし、本研究において、分析したデータが47件と少なく、データ収集をした施設も関東にある1施設だけであり、分析結果を一般化するのには限界がある。今後、様々な施設においても痴呆老人の攻撃的行動についての研究を続け、発生の原因や誘因などを追求しなければならない。また、今回の研究方法として、カルテから看護者の記録を収集し、看護補助者からは、自己申告に近い方法でしか情報を収集できず、データの偏りが考えられた。今後は、看護者だけでなく、痴呆老人のケアに携わる他の職員からも情報が収集できるような方法を考えていきたい。

今後の課題としては、痴呆の程度、日常生活自立度、痛み、精神状態や、看護者・看護補助者の経験年数と攻撃的行動との関係などを調査していきたい。さらに攻撃的行動の発生原因を追及して効果的な看護介入方法を検討し、痴呆老人の施設でのQOLの向上に貢献していきたい。

謝辞

本研究にご協力頂きましたM病院の看護者・看護補助者の皆様に心より感謝いたします。また本研究をまとめるにあたりご指導くださいました荒川唱子先生に深く御礼申し上げます。

なお、この研究は、平成13・14年度の文部科学研究費補助金（若手研究B）で行った研究の一部です。

引用文献

- 1) 国民衛生の動向, 厚生統計協会, 2002.
- 2) 亀山正邦: 痴呆とはなにか, 医歯薬出版, 2-6, 1998.
- 3) 角田貞治, 小阪憲司: 易怒性・興奮・暴力, 最新精神医学, 4(5), 497-503, 1999.
- 4) 小阪憲司: 痴呆にともなう精神症状・問題行動, 最新精神医学, 4(5), 433-434, 1999.
- 5) 前掲論文3)
- 6) Bridges-Parlet, Sarah., Knopman, David and Thompson, Travis.: A Descriptive Study of Physically Aggressive Behavior in Dementia by Direct Observation, American Geriatrics Society, 42(2), 192-197, 1994.
- 7) Beck, Cornelia M, Robinson, Carla. and Baldwin, Beverly: Improving Documentation of Aggressive Behavior, Journal of Gerontological Nursing, 18(2), 21-24, 1992.
- 8) 前掲論文6)
- 9) 前掲論文7)
- 10) Beck, Cornelia., Baldwin, Beverly, Modlin, Tommie., and et al.: Caregivers' Perception of Aggressive Behavior in Cognitively Impaired Nursing Home Residents, Journal of Neuroscience Nursing, 22(3), 169-172, 1990.
- 11) Ryden, Muriel B., Bossenmaier, Monica., and McLachlan, Carrie: Aggressive Behavior in Cognitively Impaired Nursing Home Residents. Research in Nursing & Health, 14(2), 87-95, 1991.
- 12) Miller, Maura F: Physically Aggressive Resident Behavior During Hygienic Care, Journal of Gerontological Nursing, 23(5), 24-39, 1997.
- 13) Ryden, Muriel B.: Aggressive Behavior in Persons with Dementia Who Live in The Community, Alzheimer Disease and Associated Disorders, 2(4), 342-355, 1988.
- 14) 前掲論文2)
- 15) 前掲論文11)
- 16) 前掲論文13)
- 17) 前掲論文7)
- 18) 前掲論文13)
- 19) 前掲論文11)
- 20) 前掲論文13)
- 21) Schreiner, Andrea S, Yamamoto, Eiko., and Shiotani, Hisako.: Agitated Behavior in Elderly Nursing Home Residents with Dementia in Japan, Journal of Gerontology, 55B(3), 180-186, 2000.
- 22) 前掲論文13)
- 23) 前掲論文11)
- 24) 前掲論文13)
- 25) 前掲論文3)
- 26) 室伏君士: 痴呆性疾患の問題行動の理解と対応, 老人性痴呆, 医歯薬出版, 21-29, 1998.
- 27) 前掲論文13)
- 28) 前掲論文11)
- 29) 前掲論文7)
- 30) 前掲論文10)
- 31) 前掲論文11)
- 32) 前掲論文6)
- 33) 前掲論文10)
- 34) Feldt, Karen S., Warne, Mary A., and Ryden, Muriel B.: Examining Pain in Aggressive Cognitively, Journal of Gerontological Nursing, 24(11), 14-32, 1998.
- 35) 前掲論文11)
- 36) 五島シズ, 水野陽子: 痴呆性老人の看護, 医学書院, 2001.
- 37) Clark, Michael E, Lipe, Anne W., and Bilbrey Melinda: Use of Music to Decrease Aggressive Behaviors in People with Dementia, Journal of Gerontological Nursing, 24(7), 10-17, 1998.
- 38) 坂田晃子, 阿部昌子, 浅野夕紀子, 他: 痴呆老人への音楽療法(その1)―歌の会を試みて, 第22回日本看護学会集録(老人看護), 248-250, 1991.
- 39) 前掲論文10)
- 40) 前掲論文36)
- 41) Ryden, Muriel B, Feldt, Karen S.: Goal-Directed Care: Caring for Aggressive Nursing Home Residents with Dementia. Journal of Gerontological Nursing, 18(1), 35-42, 1992.