

認知症と暴言・暴力

川崎幸クリニック院長 杉山 孝博

公益社団法人認知症の人と家族の会顧問・神奈川県支部代表
公益社団法人日本認知症グループホーム協会顧問

Q: 夫の暴言・暴力に対してどのように対応したらよいでしょうか

78歳、男性、アルツハイマー型認知症

4年前にアルツハイマー型認知症と診断された夫と二人暮らしです。1年ほど前から、「おまえは誰だ。どうして俺の家の中に入ってきたんだ。俺の家内はどこに行ったんだ」と言って、私を激しく追及するようになりました。「あなたの妻だ」と言っても認めません。初めは話を合わせたり別の部屋に一時的に避難することで対応できていましたが、最近では「出ていけ!」といった手を挙げるようになりました。暴言・暴力がひどくなったので、毎日5～6時間家の外で過ごさなければならなくなりました。近くに住む息子がいる時はおとなしいのですが、息子が帰ったら豹変します。

暴言・暴力はBPSDの中でも最も対応困難な症状で、在宅介護の現場は修羅場のようなものになるし、入院・入所・デイサービス・ショートステイなどの医療・福祉サービスが利用できなくなる重大な要因のひとつです。認知症の人と家族の会の開催する「つどい」で泣きながら訴える介護者に対して、適切なアドバイスをすることが難しい。できればテーマとして取り上げたくない症状です。しかし、だからこそ取り上げる必要があると思います。

1. 感情のコントロールのメカニズムと認知症の世界

どの人もストレスを抱えながら生活しています。時には、耐え難い状況に遭遇することもあると思います。それでも、暴言・暴力といった言動に至らないのはなぜでしょうか。

自分の体験、社会的常識や社会的規範などを考慮しながら、行動を抑制することのできる理性があるからです。

「我慢できない人間と思われるのはまずい」「そんなことをしたら友人・同僚・夫婦の人間関係を壊してしまう」「暴言・暴力をしたら終わりだ。してはいけないこと」「何事も我慢が肝心だ」「自分にも至らないところがあるのだから、我慢しよう」「酒でも飲んでうっぷんを晴らそう」「相手が自分に対してあのようなことをするのはわかる気がする」「自分がやられたときいやな思いをした。自分が同じことをしたら相手に同じ思いをさせることになるので、我慢しよう」等など。

認知症とは「知的機能が低下したことによってもたらされる生活障害」ですから、認知症の人は、「理性の世界」から「感情の世界」に移った人であるととらえられます。「感情

の世界」では、周囲の人や環境が自分にとって「良い人、優しい人、なじみのある人」「よい環境、優しい環境、なじみのある環境」であるか、「嫌な人、怖い人、なじみのない人」「嫌な環境、怖い環境、なじみのない環境」であるかを鋭敏に峻別し、感情のおもむくままに行動します。

従って、「優しい人だ」「ここは安心して暮らせる場所だ」と認知症の人が思えるような対応することが重要です。

2. 「認知症をよく理解するための9大法則・1原則」によって理解する、認知症の人の言動の特徴

私が工夫した「9大法則・1原則」は認知症の行動の特徴や認知症の人の形成している世界を知るのに欠かせないツールであると思っています。暴言・暴力にかかわる特徴を確認しておきましょう。

(1)記憶障害に関する法則

直前の言動も忘れてしまう「ひどいもの忘れの特徴」や食べたことなど体験したこと全体を忘れてしまう「全体記憶の障害の特徴」から、「自分はしたことも、聞いたこともないのに、なぜこの人は自分がやったと言うのか。怪しからん奴だ」と考えて、激しく反発します。このような状態になったら、「説明しても弁解してもすぐに忘れてしまうのだから効果がないし、却って興奮を強めるだけだから、初めからしないでこーう」と割り切った方が上手くいきます。

「記憶の逆行性喪失」とは、蓄積されたこれまでの記憶が、現在から過去にさかのぼって失われていく現象を言います。「その人にとっての現在」は、「最後に残った記憶の時点」になります。昔の世界に戻っていると考えれば、家族の顔が分からなくなるのも、夕方になって「(昔住んでいた)家に帰る」と言って外に出ようとするのも十分理解できます。説得して無理やりに押しとどめようとすると、興奮して暴言・暴力がでできます。大切なことは、「認知症の人の形成している世界を理解し、大切にする。その世界と現実とのギャップを感じさせないようにする」ことです。

(2)症状の出現強度に関する法則

介護している家族や介護担当者に対して認知症の症状が強く出て、目上の人やあまり接していない人に軽く出るのが特徴です。この特徴を応用して、上司や管理者、ナース、あるいは主治医などが対応する、あるいは担当者を変更するなどの対応が有効な場合があります。

(3)自己有利の法則

「自分にとって不利なことは認めない」ため、「嘘つき」「間違いを認めないずるい人」ととらえてしまいがちですが、そのこと自体が認知症の症状であると考えて、割り切った方がよいでしょう。「なぜそんな嘘が平気で言えるの!」と非難すると、激しい言葉が返ってきます。

(4)感情残像の法則

言ったり、聞いたり、行動したことはすぐ忘れるが（ひどいもの忘れ特徴）、感情の世界はしっかり残っていて、瞬間的に目に入った光が消えたあとでも残像として残るように、認知症の人がその時いだいた感情が相当時間続くことをいいます。

一生懸命になって説明したり教え込んでも、その内容をすぐに忘れてしまって効果がなればかりか、うるさい人、いやなことを言う人、怖い人ととらえるので、介護がかえって大変になることは認知症の人の介護では日常的です。認知症の人は感情的にきわめて鋭敏で、介護者のなにげない一言に対して激しく反応する場合があります。

次の4つの対応方がスムーズに出来るようになると、暴言・暴力が軽くなり、なくなることは間違いありません。

- ①ほめる、感謝する ②同情（相づちをうつ） ③共感（「よかったね」を付け加える）
- ④謝る、事実でなくても認める、上手に演技をする、嘘をつく

(5)こだわりの法則

「あるひとつのことに集中すると、そこから抜け出せない。周囲が説明したり説得したり否定したりすればするほど、逆にこだわり続ける」という特徴がその内容です。

同じ言動を際限なく繰り返されると、忍耐強い介護者でも、「いい加減にして！」「私はしていません。何故そんなにひどい事を言うの！」「何回も説明しています」などと言いたくなります。そうすると、「感情残像の法則」により認知症の人の興奮が激しくなります。

「こだわりの原因が分かればその原因を取り去るようにする」「そのままにしておいても差し支えなければそのままにしておく」「第三者に入ってもらいこだわりを和らげる」「関心を別のことに向ける」「地域の理解・協力を得る」「一手だけ先手を打つ」「本人の過去を知る」「長期間は続かないと割り切る」、などの方法が認知症の人のこだわりに対応する基本的なやり方です。

(6)作用・反作用の法則

「強く対応すると、強い反応が返ってくる。認知症の人と介護者の間に鏡を置いて、鏡に映った介護者の気持ちや状態が、認知症の人の状態」というのがその内容です。「押してダメなら引いてみな！」が対応のコツと言えましょう。

3. 暴言・暴力に関して介護者が知っておくべきこと

深刻な BPSD である「暴言・暴力」も、これまで述べたことを理解し、認知症の人の立場に立って考えれば、決して異常な言動ではないと理解できると思います。

監禁されたり、不当に非難されたり、身に覚えのないことを追求されれば、誰でも激しく反応するでしょう。認知症の人は、知的機能の低下により、そのような状況に陥っている人であると考えなければなりません。暴言・暴力に関して介護者が知っておくべきことをまとめてみましょう。

(1)認知症の人の世界では、暴言・暴力は決して了解できない言動ではありません。同じ状

況であれば誰でも行う言動に過ぎないといえます

(2)従って、認知症の人の言動を非難したり、抑制するのは、効果がなく、症状を悪化させる場合が少なくありません

(3)「9大法則・1原則」などにより、認知症の人の世界や、その言動の背景を知って、介護者自身の立場に置き替えて考えることが重要です。つまり、「自分が認知症の人の立場であればどのような言動をするのだろうか？」と考える姿勢を常に持ちたいものです

(4)「感情残像の法則」や「こだわりの法則」で述べた対応法が基本です。

(5)血管性認知症などの場合は、怒ったり手をあげたりする言動が突然出現することがあります。情動を発生させコントロールする脳神経細胞が障害されていると思われます。このようなケースでは抗痙攣剤が有効な場合があります

(6) 暴言により周囲との間に強い緊張状況が発生することもあります。暴力により身体傷害や物損が発生することもあります。時に認知症の人を隔離する、薬物により言動を抑制する必要もでてきます

(7)しかし、激しい症状もいずれは消えるものです（こだわりの法則のうち「長期間は続かないと割り切る」という対応法）

4. 暴言・暴力に対する薬物療法

上記のように介護や環境を工夫しても、脳機能の低下により暴言・暴力が改善しないことがあります。そのような場合には薬物療法が必要になります。薬物療法によって激しい症状が緩和して、家族や施設スタッフの介護負担と混乱が軽減し余裕が生まれると、認知症の人への対応が穏やかになり、症状がさらに改善するというように、好ましい方向に発展することも少なくありません。

医師や看護師など医療スタッフに任せきりにしないで、介護者も薬物療法について基本的な知識・理解をもちたいものです。

(1)薬物療法で用いられる薬剤は、抗精神病薬、抗うつ薬、抗てんかん薬、睡眠薬、漢方薬などがあります。

一般的に認知症の人に使用される薬剤は次のようなものです。

(イ)抗精神病薬：いわゆる強力トランキライザーと呼ばれるもので、普通は統合失調症などの精神疾患に使用されます。認知症に対する保険適応はありませんが、現実的には使われています。

リスペリドン（商品名リスパダール等）、クレチアピン（同セロクエル）、オランザピン（同ジプレキサ）、アリピプラゾール（同エビリファイ）、スルピリド（同ドグマチール、アビリット、ミラドール等）などの薬剤があります。

(ロ)抗うつ薬：元気がない、食欲がないなどの意欲低下のときに処方されることがあります。認知症人の示すうつ症状に対しては効果があるという印象をもっていません。焦燥、興奮、怒りっぽさに対して、トラゾドン（同レスリン、デジレル）が使用されることがあ

ります。

(ハ)抗てんかん薬：突然の興奮、爆発的な感情の変化などの症状に有効な場合があります。血管性認知症の中には急に興奮して暴言・暴力の症状を示す場合がありますが、抗てんかん剤で軽減することがあります。

カルバマゼピン（同テグレトール）、パルブロ酸ナトリウム（同デパケン、セレニカ、バレリン等）があります。

(ニ)睡眠薬：夜間不眠などに使用されますが、ふらつき、転倒、朝の傾眠などに注意しなければなりません。たくさんの種類があります。

夜間暴言・暴力が激しいケースに対して、私は、超短時間作用のトリアゾラム（同ハルシオン）と、上記リスペリドンを組み合わせ注意深く使うことがあります。

(ホ)漢方薬：抑肝散が興奮やイライラを押さえると言われて使用されています。

(2)薬剤の使用における原則

高齢者の場合、薬物代謝や排泄が遅いため副作用が出やすいので、原則として、少量から服用を開始します。治療効果と副作用に十分注意をはらうことが必須です。

症状を完全に押さえることを目標とするのではなく、介護者が対応できる程度に軽減することを目標とします。また、期待される効果が得られなかったり、副作用が出てきた場合にはその薬剤を中止するか、他の薬剤への変更を検討します。

(3)主な副作用

主な副作用としては、ふらつき・転倒、食欲低下、嚥下障害、小刻み歩行や手足の震え等のパーキンソン症状、失禁・排尿困難・尿閉・便秘などの直腸膀胱障害、興奮・幻覚・妄想、高熱・意識障害などをあげることができます。介護者は十分な観察者であってほしいと思います。

(4)症状があるから、なんでも薬剤で押さえこもうと考えないで、「そのままにしておいて、何か問題があるか。問題がなければそのままにしておく」という考え方が基本です。

5. ケースを通して考える

【質問者のケース】

私が訪問診療を担当したケースです。「記憶の逆行性喪失の特徴」により患者は昔の世界に戻っているので、患者の思っている妻と、現実の妻が違っているため、「見知らぬ女が家の中に入り込んでいる。自分の妻はどこに行ったのだ」と不安と不信を感じたのです。初めのうちは、妻が優しく対応しているうちに元の世界に戻って、妻を認識できました。しかし、認知症が進行して、現実の妻を認識できなくなりました。自分の家に他人が勝手に入り込んでいるですから、追い出そうとするのは当然な行為です。興奮を抑えるために、まず、抑肝散を処方しました。効果が得られなかったため、リスパダール 1mg 1錠を処方しました。しかし、夜中に目を覚まして、妻の寝ている部屋に入って騒ぐようになりましたので、睡眠薬レンドルミンを処方しました。しばらくの間、やや落ち着いていました

が、質問にあるように妻を暴力的に家の外に追い出すようになって、妻の疲労が極限状態になりましたので、結局認知症の専門病院に入院しました。入院後、1週間くらいは落ち着かなかったようですが、しだいに落ち着いてきたと妻から報告がありました。

参考：「認知症の人の激しい言動を理解するための3原則」

認知症の人は、周囲の人との関わりの中で、暴言・暴行・興奮・拒否などの激しい言動を示すことが少なくありません。激しいこだわりを示す場合もよくあります。

これらは周辺症状（行動・心理症状、BPSD ともいう）と呼ばれていて、介護家族はもちろん、医療・介護専門職であっても対応の難しい症状です。

「介護者に向かって暴言を吐く」「突然怒り出して周囲の人に殴りかかった」「やさしく説明したのに聞き入れない」などのように、認知症の人が一次的に激しい言動をすると、多くの人は考えているように思います。しかし、私の考えでは、認知症の人の言動の大部分は二次的な言動、つまり周囲の人の言動に対する反応（リアクション）であると思っています。

私の工夫した「認知症をよく理解するための9大法則・1原則」の「第5法則：感情残像の法則」「第6法則：こだわりの法則」および「第7法則：作用・反作用の法則」に該当する反応だと思うのです。周囲の人が優しく受容的に接すれば認知症の人は穏やかな言動をし、説得や否定は激しい言動を誘発するものです。

認知症の人に接するものが、次にあげる「認知症の人の激しい言動を理解するための3原則」に抵触した場合に、認知症の人は激しい言動をすることを考えます。

第1原則 本人の記憶になれば本人にとっては事実ではない

第2原則 本人が思ったことは本人にとっては絶対的な事実である

第3原則 認知症が進行してもプライドがある

(1) 第1原則 本人の記憶になれば本人にとっては事実ではない

記憶障害は認知症の最も特徴の一つで、直前に話したことも行ったこともすぐ忘れてしまうというひどいもの忘れや、食事をしたことやデイサービスに行っただけなど体験したことをすっかり忘れてしまう「全体記憶の障害」があります。

「何度も同じことを言わないで、うるさいよ」「今説明したばかりでしょう。どうして分からないの」「あなたも納得してくれたじゃないの」「ご飯は今食べたばかりでしょう。これ以上食べるとおなかを壊すからダメよ」などと言っても、本人は納得しません。なぜなら、本人の記憶から消えているので、周囲の人が言うことは自分にとってありえないことで、「ペテンにかけようとしているのではないか」と猜疑心を募らせることになりかねません。そのような状態になったら、事実関係を認めさせようとすることはあきらめて、「そう

ね、私の勘違いだったかしら」のように、中断したほうがよいでしょう。

第1原則については、私たちも経験するものです。他人から「先日貸した金を返せ」と言われても、記憶になればお金を借りたことを決して認めないと思います。しかし、交通事故やてんかんの大発作などのため逆行性健忘になり、金を借りたという記憶を失った人は、実際には金を借りていても、借りたことを覚えていないため、同じ態度をとるはずで、周りの人にとっては真実であっても、本人には記憶障害のために真実でないのが、認知症では日常的であることを知っておくことは大切です。

(2) 第2原則 本人が思ったことは本人にとっては絶対的な事実である

「この人が私の大切にしていたものを盗んだ」「(服薬したことを忘れて) 薬を飲んでいない」「(食事をしたことを忘れて) まだ食べていない」「(記憶が昔に戻って) 私の夫はもっと若い。こんなおじいさんは私の夫ではない」等、認知症の人の世界では、第2原則のように、絶対的な事実としてとらえられます。正しく教えようと考えて否定すると激しい反発が出てきます。まずは受け止めて別の話題に切り替える方が現実的な対応と言えるでしょう。

(3) 第3原則 認知症が進行してもプライドがある

若い介護職や子どもから「そんなことをしてはダメと言ってるでしょう」などと言われると、プライドを傷つけられたと感じて、怒りだすことがあります。かつて高校の教諭をしていた人に対して、ヘルパーが「先生、身体を拭いても宜しいですか」などと話しかけると、機嫌良くケアを受けてくれたという。「〇〇さんの言われる通りです」「〇〇しても宜しいですか」「〇〇していただけますか」「すみません、少し我慢して下さい」「ありがとうございます」などの言葉を使い続けることがコツです。

(出典：公益社団法人認知症の人と家族の会神奈川県支部会報 代表の一言 2015年9月号 を改訂、2016年8月)

認知症ケア最前線 2014年10月号