

表7 「テレビ回想法」のプログラム内容

回	テーマ	使用道具/材料
1	ふるさとの話	お国自慢
2	播鉢で播る	播鉢、播粉木、大和芋、胡麻
3	漬物を漬ける	漬物樽、糠床、野菜数種
4	手作りおやつ	茶碗、さじ、麦こうせん、砂糖、塩、湯
5	洗濯仕事	たらい、洗濯板、洗濯糊、ヒノシ
6	雑巾縫い	雑巾、裁縫道具、バケツ
7	米糠の利用法	米糠袋、米糠、洗面器
8	おさらい・おやつ	反省会

図3 痴呆性高齢者への回想法の効果

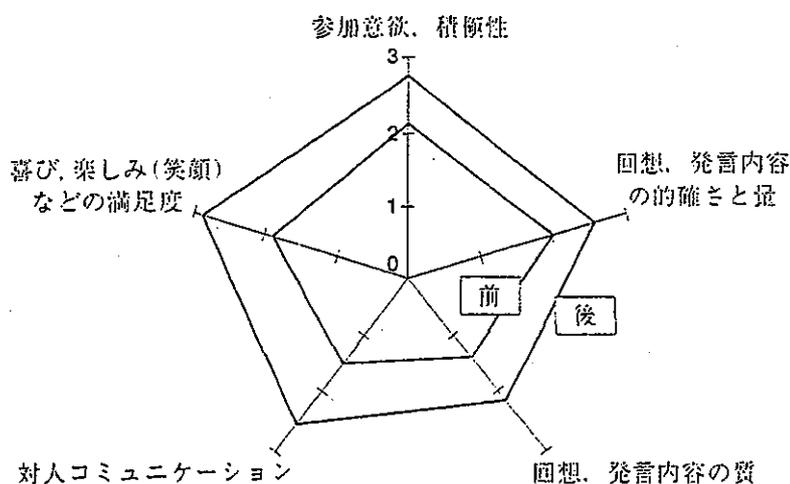
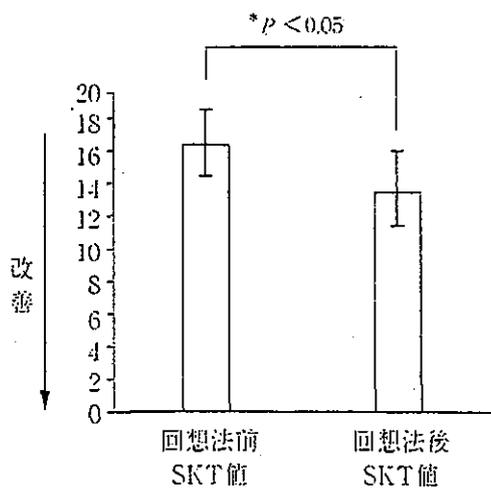


図4 テレビ回想法の軽度痴呆症群に対する認知機能(SKT値)への効果



評価には認知機能テストとして改訂長谷川式簡易知能評価ス

ケール、MMSE、SKT、時計描画試験、さらに精神・行動評価として Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15)、西村式 ADL 評価表、介護者の介護負担感を用い、臨床心理士、保健師が検討した。また閉じこもり群には新たに作成した指標を用いて評価を行った。この研究で、回想法の短期効果として会話量の増加、社会性・社交性の改善、抑うつ症状の改善がみられた。図3に回想法の効果の指標を示した。五つの項目のうち、回想法の質を除いて有意に改善された。図4にSKTを用いた認知

ものである。認知機能検査には前述のSKTを用いており、SKT値の低いほど認知機能は良好である。図2のように、音楽療法による統計学的に有意な認知機能の改善を示していた。

共著者の遠藤らはまた、地域への回想法導入によりその効果を検討している。平成一三年秋から愛

知県師勝町の歴史民俗資料館(博物館)の収蔵物(懐かしい物)を利用して回想法を行うことが計画され、平成一四年に師勝町、愛知県、厚生労働省の支援を受け、介護予防としての地域の事業として「師勝町回想法センター」が設立された。ここでは、テレビ映像を用いた回想法のビデオを製作し、

これをを用いて毎週一回、計八回の回想法スクールに参加してもらい、その効果について検証している(テレビ回想法)。

効果と比較した。

表7にビデオプログラムの内容を示した。対象者は健康者、閉じこもり傾向のある高齢者、認知機能障害を持つ高齢者の三群とし、それぞれコントロール群を作り、

機能の変化を示した。Suzukiによる記憶と集中力からなる認知機能は、前後で有意に改善された。

回想法はこれまで専門家によりグループ回想法やライフレビューが行われてきた。しかしこの事業のように、地域に根ざした回想法の取り組みは街づくりの一つであり、健常高齢者をより元気にする取り組みであるし、かつ虚弱高齢者に対して介護予防や痴呆症の進行遅延を目指した事業でもある。

さらに、今後の予防医学や健康長寿を考える上でも効果が期待できる取り組みである。今後は回想法の長期効果について継続的な調査が予定されている。海外ではイギリスのパム・シユバイツァーにより「回想法センター」として同様の取り組みが行われているが、文化も歴史も異なるため、日本の風土に根ざした新しい取り組みが重要であろうと思われる。

能動的音楽療法や回想法は上記のように痴呆患者への介入による効果が認められる一方で、表6に示した非薬物療法の多くは、これまではその効果についてのランダ

ム化比較試験(RCT)等コントロールされた検討が少なく、未だその効果についてのエビデンスに乏しい状況にある。今後、一般に広く利用されるためには、よくコントロールされた研究によりそれぞれの効果のエビデンスが示される必要がある。しかしながら、前述のように全体として患者を支えていくという意味から、痴呆診療において非薬物療法が必要とされていることは明らかである。今後、対象者の嗜好、痴呆の病型、重症度に応じた統合された非薬物療法の使用法が検討されるようになると思われる。

### (3) 危険因子への対応

痴呆症の危険因子の中には、遺伝的素因以外のものに対応や治療が可能なものがある。高血圧、高脂血症、糖尿病など生活習慣病はアルツハイマー型を含む痴呆症の増悪因子として考えられている。

血圧、血中の脂質の正常化は痴呆発症や進行遅延の効果が期待される。実際、高脂血症治療に用いられるスタチン系薬剤は痴呆発症の予防効果があると報告されてい

る。糖尿病はアルツハイマー型、血管性痴呆双方の危険因子とみなされている。特にインスリン治療を受けている高齢の糖尿病患者に痴呆発症が多いことが指摘されている。しかしながら、どのような血糖調節をすれば痴呆発症が防げるかは依然不明である。

その他、高ホモシステイン血症やビタミンB<sub>12</sub>欠乏症も危険因子として考えられており、異常が認められた場合これらの補正が必要である。

### 三、痴呆症の早期

#### 診断・対策上の課題

痴呆症の早期診断・対策上の課題としては、①現在、極早期の痴呆の診断をPetersonらのamnesia MCIの基準によっているが、この診断の際にどのような心理検査法を用いるかで診断にバラツキが生じてしまうことから、国内での診断に用いる心理検査法の標準化が必要である、②amnesic MCIの定義での診断を行っても

病理所見での多様性があり、より

病態に特異的な診断基準の確立の必要があるほかに、③地域の集団検診での早期痴呆の検出システムの確立(質問紙法・心理検査法の確立など)、④より精度の高い診断法の確立、⑤MCI患者への薬物療法・非薬物療法およびその評価基準の開発・確立、⑥MCIの治療に關しての倫理・制度面の整備、⑦MCI・早期痴呆患者への精神的サポート体制の構築、⑧専門スタッフの養成など、多岐にわたる。

最後に、早期痴呆症の検出やその進行遅延のためには、医療機関のみの介入では限界があり、地域が中心となって(地域を牽引して)取り組むことが不可欠である。この点から「師勝町回想法センター」での痴呆症の発症・進行予防の町を牽引する試みは、これからの地域での取り組みの規範の一つとなりうると思われる。

【文 献】

- 1) Reishberg B. et al: Drug Development Rev 15: 101, 1988.
- 2) Petersen RC, et al: Neurology 56: 1133, 2001.
- 3) 田代久幸, 他: 日本老年学雑誌 41(2): 183, 2001.

# 高齢者の多臓器不全の考え方と対応 1

遠藤 英俊\* 井口 昭久\*\*

## KEY WORD

多臓器不全  
MOF  
治療と予防

## POINT

- MOF を早期に診断することがキーポイントとなり得る。
- 高齢者に重篤な病態を引き起こし、生命の危機を示す病態である。
- 種々の生理的な機能低下を伴っている。

0387-1088/04/4500/論文/JCLS

## はじめに

若年者に比べ、高齢患者では多臓器不全を起しやすといえる。多臓器不全とは心、肺、腎、肝臓、消化器系、凝固線溶系、および脳機能のうち2臓器以上の多発性の臓器障害や機能不全が疾患に引き続いて発生する病態をいい、極めて難治性であり、死亡率が高い状態をいう。高齢者の多臓器不全(MOF)やショックは重症化、終末期医療に直結しており、腎機能やDICなど重要臓器の障害があり、さらに複合的な病態をきたすため、どこまで治療するのも含め、また終末期医療への対応やインフォームドコンセントも含め、臨床医にとって避けてとおれない重大な病態である。これを整理し、予想される病態に対して予防的な対応が求められる。その予兆を早期に把握することこそが、重大事にならない予防的対応といえよう。

## MOFの診断

高齢者のMOFはいったん起これば重症化し、終末期医療にも直結しており、老年科医にとり重要な病態である。これを早期に診断し、治療し、悪化の予防を行うことが治療の目標である。逆にいえば多臓器不全こそが、高齢者医療において医師がその本領を発揮し、医療への最大の関与を求められる病態である。

検査においては、まずMOFを前提に、MOFを疑い、早め早めに検査を行うことが重要である。たとえばCRP、血小板、D-ダイマーなどが指標として鋭敏である。

それこそMOFは単一の疾患のクリティカルパスのようにパスが簡単にあてはまらない病態といえる。高齢者医療において慢性疾患に重点がおかれているように思われがちであるが、実際は救急医療も重要であり、避けてとおれない。そのうえ肺炎や敗血症のように重症であれば、MOFのきっかけとなる場合もある。高齢者のMOFは多くの場合、肺炎や敗血症に引き続いて起きやすい。難治性肺炎の半数以上にMOFの合併がみられるとの報告もある。呼吸

\*えんどう ひでとし：国立長寿医療センター包括診療部長

\*\*いぐち あきひさ：名古屋大学大学院医学系研究科発育・加齢医学(老年科学)教授

不全がMOFのトリガーとして重要である。

## 広義のMOFと狭義のMOF

狭義のMOFは上記のようにMOFとは「心、肺、腎、肝臓、消化器系、凝固線溶系、および脳機能のうち2臓器以上の多発性の臓器障害や機能不全が疾患に引き続いて発生する病態をいい、極めて難治性であり、死亡率が高い状態をいう」が、広義には時間的に種々の疾患が積み重なる場合があり、必ずしも死ぬわけではなく、いくつかの病気が重なる場合がある。すなわち脳梗塞のある患者が心筋梗塞やそのほかの疾患をたまたま併発する場合である。それぞれ特徴があり、対処方法が異なる。

## 時間軸によるMOF

全身性のMOFとして、塞栓症が重なる場合がある。つまり脳塞栓、肺塞栓などが徐々に生じてくる場合がある。すなわち時間的に経過をおって、同型の病気が起こってくることもあり、症状、病態が変化していくパターンである。こういう場合には最初に再発予防の薬剤をしっかりと服用することである。脱水症や、低栄養などをベースに重症な病気がでてくるからである。検査により心原性など、原因検索を行うとよい。また、1つの病気の治療中にまた別の疾患が起きてくる場合がある。その疾患は治療の結果として予想される場合もあるし、偶然に起きてくる場合もある。

## MOFの治療

原疾患の治療が最も重要であるし、治療開始が早期でなければ意味がない。手遅れが許されない。またクリティカルな臓器が可逆性のうちに治療を開始する必要がある。とくに高齢者では手遅れとなりやすいため、予防的治療が必要となる場合もある。MOFの予防については別稿に譲るが、早期診断、早期治療そして予防的対応が重要であろう。治療は原疾患の治療を行

うことがすべてであるが、それと並行して循環器、腎疾患、心機能、脳機能などに対して治療を行うことが重要である。その注意点を以下に示す。すなわち原疾患の治療を行いつつ、MOFのさらなる悪化を防ぐことを並行して行う必要があり、どちらか一方に偏らぬよう注意が必要である。

呼吸器感染症をはじめとした感染症、敗血症では感染巣の検索、ならびに血液培養を施行し、起炎菌の同定および感染症の有無、その程度を調べる。しかし、同定前には起炎菌を推定し、適当と思われる抗生物質を投与する。とくに肺炎時の心不全の合併、ARDSの合併に対し適切な治療が重要である。グラム陰性桿菌は院内型感染の肺炎では多く、高齢者では嚥下性肺炎も多く、嫌気性菌が起炎菌となっていることが多い。消化器系手術や悪性疾患に合併した症例ではグラム陰性桿菌に加え、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)にも注意する。

高齢者では加齢と病態の結果により、薬物動態、代謝が変化する。たとえば肝機能の低下、初期薬物通過効果、腎小球体ろ過率の低下、体重減少、全体水分量の低下、体内脂肪量の増加、血清アルブミンの低下、膜透過性亢進が予想され、それぞれの特徴を理解、各々の抗生物質の代謝、排泄を考慮し、与薬量について高齢患者の体重や腎機能低下を考え、投与量を考慮する。

輸液は循環血漿量維持や、体液の電解質バランスを是正するうえで重要であるが、各臓器の予備能力の低下または各臓器障害により、逆に急激な補正または過剰輸液により、右心不全の悪化や肺水腫による呼吸不全を招くことがあり、高齢者では時間をかけて、補正したほうがよい場合がある。各々の病態に応じた輸液計画を立て、必要に応じ経時的に尿量、中心静脈圧、動脈血ガス分析、血清電解質などをモニタリングする。代謝性アシドーシスは不整脈や血圧低下などをきたし、かつ昇圧薬の反応を低下させるため是正が必要である。

表1 入院時の検査

T: 33.4°C, BP: 128/96, TP: 6.0, Alb: 4.2, TB: 0.5, AST: 83, ALT: 39, BUN: 126, Cr: 4.9, TC: 119, Na: 143, K: 8.8, Cl: 118, Glu: 232, CRP: 1.1, CPK: 1,895, AMY: 305, LDH: 948, WBC: 11,700, RBC: 2,790,000, Hb: 8.8, Ht: 26.8, MCV: 96.1, MCH: 31.5, Plt: 328,000.

## 症例呈示

### 1. 症例

84歳、男性。救急車で来院、背部痛の訴えあり、寝たきり、痴呆症状を認めた。以前より痴呆症があり、妻と2人暮らし、前日入浴時に浴槽から出れず、妻も介助できずに、ほぼ1日中、浴槽の中にいた。当日救急外来で循環器医師が診察、CPK値の上昇あり、心電図でT波増高、ST上昇、異常Q波の出現があり、急性心筋梗塞、腎不全と診断され、入院となる。入院時には褥瘡があり、痴呆症も認めた。入院時の検査所見を表1に示す。入院後心筋梗塞の治療を開始したが、入院後4日目に意識障害、眼球左方偏位があり、CTの所見により左中大脳動脈領域の脳梗塞を認めた。その間褥瘡の治療を継続した。同時に低栄養、貧血も合併していた。最終的に心筋梗塞、腎不全、脳梗塞などMOFがあり、肺炎、心不全も合併し、無尿となり、血圧が低下し、12病日に永眠された。

### 2. 検討事項

高齢者で救急車にて来院し、寝たきり、痴呆症、褥瘡がある。主訴は背部痛、ECGの所見、CPKの上昇により心筋梗塞、腎不全と診断し、治療を開始した。入院後第4病日に脳梗塞を発

症した。脳梗塞発症後は意識消失す。脳梗塞は治療上の過程によるものか、単なる合併症か、MOFの1つか、初診時からさらに腎機能が悪化し、最終的には腎不全、循環不全で死亡した。腎不全の悪化が合併症によるものか、加齢によるものか、医原性のものかは不明、男性で84歳という年齢を考え、MOFとして問題ないと思われる。

## おわりに

高齢者のMOFはその診断、治療が重要である。原疾患の治療を行い、早めに予想される病態の検査を行い、早めに治療を開始する。また治療の優先順位をつけることも必要である。老年科医にとりMOFは治療対象としてメインとなる重要な対象疾患である。

## 文 献

- 1) 高橋龍太郎：総合的機能評価とは？ 高齢者を知る事典、介護予防研究会編、pp37-39、厚生科学研究所、東京、2000。
- 2) 荒木 厚：老年病の臓器関連(複合性疾患)。老年医学テキスト、pp29-31、メジカルビュー、東京、2002。
- 3) 石井健男：多臓器不全。老年医学テキスト、pp31-33、メジカルビュー、東京、2002。

日本臨牀 62 卷 増刊号 4 (2004 年 4 月 28 日発行) 別刷

# 痴呆症学 (3)

—高齢社会と脳科学の進歩—

痴呆症の介護・リハビリテーションと介護保険制度

II. 福祉サービス(介護)の諸形態

入院・入所による治療・療養

—痴呆症に対するクリティカルパス—

遠藤英俊<sup>1</sup> 梅垣宏行<sup>2</sup> 数井裕光<sup>3</sup>

## 入院・入所による治療・療養 —痴呆症に対するクリティカルパス—

Treatment and care for people with dementia in hospital or institution  
—Critical pass for dementia—

遠藤英俊<sup>1</sup> 梅垣宏行<sup>2</sup> 数井裕光<sup>3</sup>

**Key words** : 痴呆症, BPSD, クリティカルパス, DCM, 介護予防

### 1. 概念, 定義

痴呆症の患者の入院について, 何の目的の入院か, 期間はどれくらいかを明確にしておく必要がある。急性期病床は癌治療などの例外を除いて, 入院期間は原則17日以内とされている。高齢者であっても例外ではない。痴呆患者が入院する場合には, 合併症が新たに起きた場合, 痴呆症の診断・治療を目的にする場合, BPSD(痴呆症に伴う行動心理症状)の治療目的などがあるが, これまでは社会的入院も含まれていた。しかし2000年の介護保険の導入に際して, 療養病床や老人保健施設は医療施設から区分上介護施設に転換され, 要介護1以上の要介護者の入院が可能となり, 費用は要介護状態により定額制とされている。これらの施設ではむしろ医療から療養が重視され, 要介護状態に必要な医療が付加されていると解釈できる。更に2003年6月に出された高齢者介護研究会報告においても, リハビリや介護予防といった概念が重要視され始めている。

### 2. 入院・入所の現状と特徴

#### a. 入院

痴呆患者が入院する場合には, 合併症が新た

に起きた場合, 痴呆症の診断・治療を目的にする場合, BPSDの治療目的などがある。しかし, コミュニケーションがとりづらい, 記憶障害がある, 入院の意味が理解されていないなどの理由で, 一般病床での痴呆症の入院は困難を極める。病院側はそれを経験しているために, 家族の付き添いを依頼したり, 精神科への転院を勧めたりする。入院基準も様々であるが, ケアの内容も様々である。医療行為に何ら変わりはないものの, 例えば脱水症で意識が朦朧としているときはよいが, 補液を行うとしばらくして, 患者は元気になり, 点滴ルートを自己抜去してしまうこともある。こういうケースはよく経験する。スタッフの教育, 環境整備が必要である。そこで著者らが検討しているのが, 一般病床における痴呆性高齢者のクリティカルパスの作成である<sup>1)</sup>。

高齢者のクリティカルパスはまだ十分に検討されていない。その理由は個人差が大きく, 社会的要因や, 多臓器不全などのために治療法が一定ではないため, バリエーションが大きく, 在宅復帰が困難である場合も多いからである。しかし今後急性期病院では, 在院日数の短縮のためには高齢者も可能なかぎりクリティカルパスの対象とせざるを得ない。そのためには入院時の

<sup>1</sup>Hidetoshi Endo: Department of Geriatrics, Chubu National Hospital 国立療養所中部病院内科 <sup>2</sup>Hiroyuki Umegaki: Department of Geriatrics, Nagoya University 名古屋大学大学院医学系研究科加齢医学講座 <sup>3</sup>Hiromitsu Kazui: Department of Psychiatry, Osaka University 大阪大学大学院医学研究科精神医学講座



著者らの経験と研究によれば、少なくとも痴呆症の進行遅延は可能である。すなわち、回想療法や芸術療法、更には音楽療法を用いた療法には何らかの精神症状や心理に対する効果だけでなく、認知機能への影響も認められる。これらを用いた地域での介護予防が今後は期待される<sup>2)</sup>。

#### b. 療 養

痴呆症に対する新しい療養サービス評価方法について説明する。痴呆ケアマッピングが、痴呆ケアの評価に現在最も有用であると考えている。DCMとは、痴呆患者の行動やスタッフのかかわりなどを分析し、その人に合ったより良い痴呆ケアを提供していくための痴呆ケアにおける評価ツールの一つである。痴呆ケアに対し、イギリスでは、高齢者のための公的サービスの枠組み 2001—スタンダード 2 において、PCC を実施するように規定され実施されている。

DCM は、1989 年、イギリスの心理学者 Tom Kitwood らにより提唱された PCC の概念に基づいた痴呆ケアの評価ツールのことをいう。DCM の実施にあたり、PCC の概念の理解は不可欠といえる。医療・看護の世界にも‘患者中心の看護’という言葉がある。患者の意思を尊重した、個を中心としたケアという意味では、非常に似ていると思われる。

痴呆という疾患により、一般患者に比べ関係を築くうえで共通理解が得られにくい点で困難を要する。そのため、看護者側が痴呆患者との距離を縮めていくために、その人に合ったケア

が必要となる。これが PCC である。DCM は、患者の行動を 24 のカテゴリーに分類し、well-being と ill-being のスケールを用いて患者の行動を評価しフィードバックしていく痴呆評価のツールである。これらを行うことによって、患者、個の行動から施設全体のケアを見直し質の改善を図り、更に患者ケアの質の向上へとつながることになる。

上記の手法を用いて介護施設を選択し、1日 6 時間、5 分ごとの評価を行い、その結果を用いて、グループホーム、宅老所などのケアの評価や標準化を行い、今後のケアのあり方について介入と改善を行う計画である。結果を現場に戻すフィードバックミーティングは非常に有効である。スタッフが意識して良いケアとは何かを考える場となる。また 3 カ月後に再度マッピングを行い、その変化の調査を行う。この手法が日本での高齢者ケアの標準化、介護のエビデンスの構築に有用である可能性がある。

#### おわりに

痴呆症の医療・介護は分離できるものではなく、総合的に包括的に提供するサービスである。それぞれの機能があるために、痴呆症であっても‘その人らしいケア、その人に合ったケア’を提供することで、残存機能を生かすことを目標にするとよいと思われる。それこそが尊厳を守り、自立を支援するケアとなるであろう。

#### ■ 文 献

- 1) 平成 14 年度厚生労働省効果的医療推進確立に関する研究報告, 2003.
- 2) 遠藤英俊: 新しい回想法. 分子精神医学 3(1): 71-76, 2003.

# 治

THE JOURNAL  
OF THERAPY

# 療

# 5

## 特集

# プライマリケア医のための 痴呆の診かた

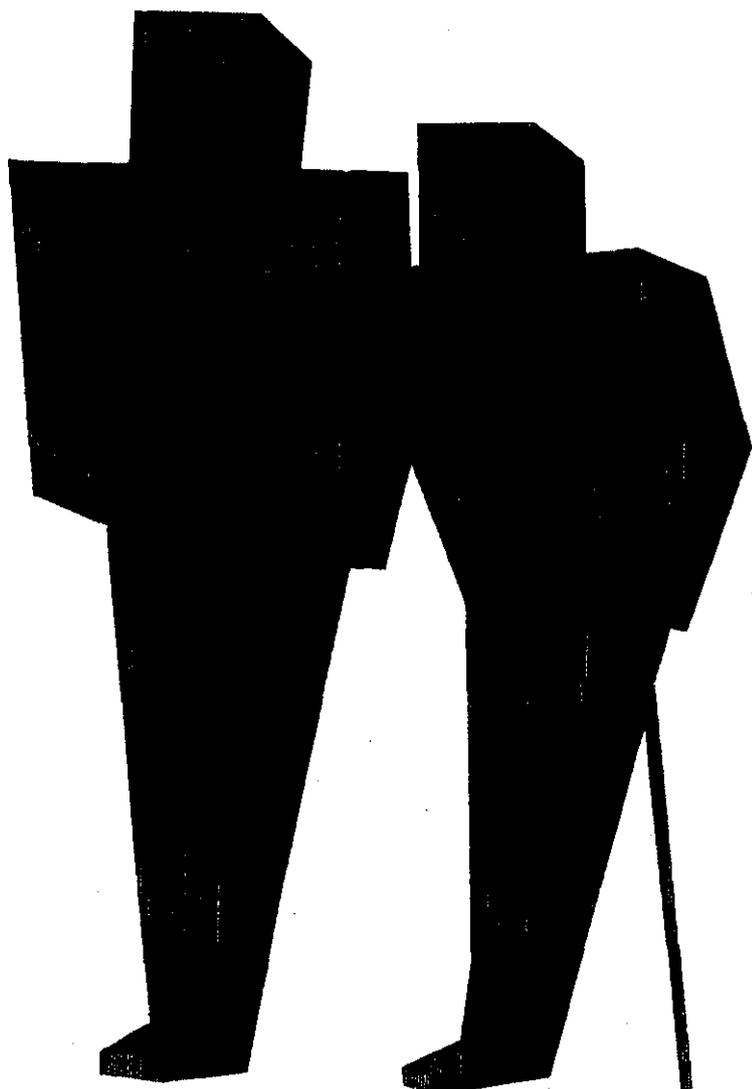
### point

診断・治療のみならず，異常行動への対処法や痴呆ケアに対する地域ネットワークの事例などを紹介した，実地医家の先生方にすぐに役立つ1冊です。

### 連載

プライマリケアのための  
皮膚疾患の診かた (34)  
薬疹

何が正解？  
消化器治療. EBMで検証 (35)  
アルコールと肝細胞癌



# 周辺症状への対応

遠藤英俊・三浦久幸 佐竹昭介 国立長寿医療センター包括診療部 \*部長

## SUMMARY

痴呆性高齢者の増加に伴い、周辺症状への対応は老年精神医学会の専門医などの専門家が地域に十分な数がいれば問題はないが、プライマリケアの段階でも痴呆が診れる医師の存在が期待されている。そこで本稿ではせん妄、妄想、幻覚、興奮と攻撃、徘徊、異食、不眠・昼夜逆転、自発性の低下などの主な周辺症状について、その診療の仕方や、介護者へのアドバイス、初期治療法についてまとめる。超高齢社会において痴呆症の診療はプライマリケア医には避けて通れなくなっている。日常臨床の参考になれば幸いである。

## はじめに

痴呆性高齢者において、日常診療上においても生活においても、物忘れも問題ではあるが、むしろ徘徊などの周辺症状への対応が困難となり、介護負担につながることはいうまでもない。精神症状や問題行動のため家庭での対応が困難な患者で、あまりに症状が強い場合には専門の単科精神病院などに紹介するケースもある。主治医の入院の勧めに対して、多くの患者は拒否的態度をとり、入院できない場合も多い。いずれにしても日常診療において代表的な周辺症状に対して対応や薬物治療について、プライマリケアの観点からまとめることとする。

## ① せん妄

強い見当識障害に、不安、恐れ、活発な幻覚、妄想などを伴い、しばしば興奮を来し、急性に経過する状態である。幻覚の種類としては幻視が多く認められる。夜間に出現するせん妄を夜間せん妄といい、手術後には術後せん妄という。突然意味不明な言葉や、つじつまの合わないことを言ったり、荷物をばらまいたり、裸になってウロウロとしたりというような減裂な行動を認める。制止しようとするときにさらに興奮し暴言、暴力におよぶこともある。せん妄は、痴呆症の症状の一つとして出現することもあり、感染、発熱、脱水、薬物の副作用などの内科的合併症が誘因となることも

多く注意が必要である。

### 【対応法】

第一に看護師や介護者が落ちつくことである。言動や行動を止めようとするとなますます興奮する場合があります。焦らず言葉や行動を観察する。身の回りの危険なものは片づけ、安全な環境にする。症状は変動が激しいので、食事や水分を飲むように勧めたり、トイレの誘導など必要な援助は、症状の軽い時にタイミングよく行う。まずは脱水などの基礎疾患の治療が重要であり、急性的にはセレネース® 1Aの筋注を行う。

## ② 妄想

妄想とは「根拠がないか、薄弱であるにも関わらず、誤った思いこみのこと」である。その時点では説得などによって訂正不可能なことがほとんどである。妄想は特定の脳部位の障害により形成されることもあるが、注意力障害、記憶力障害、判断力低下などの認知機能障害が基礎にあり、現実を正しく把握できないため生じることもある。また貧血や心不全、骨折や熱発などの身体機能低下や聴力・視力障害も妄想の原因となることがある。痴呆の初期から中期に認められることが多く、日常生活動作には支障がないにもかかわらず、社会適応に障害が生じる。妄想は痴呆症の経過とともに、または痴呆の重度化に伴い消えていくことが多いようである。

痴呆症では、物盗られ妄想と被害妄想が多くみられる。物盗られ妄想とは、金品を盗まれたとの思い込みである。財布や眼鏡などの身の回りのものをしまい忘れてたり、置き忘れてたりしても、人に盗まれたと誤って思ってしまう。直接介護している身近な人に疑いをかけることがよくある。介護者が対象の場合は患者が入院することによって軽減することもある。しかし入院中でも同室患者が対象になる場合もある。被害妄想は、見捨てられる、陥

れられている、監視されているなどの思い込みである。介護者との日頃の人間関係のもつれから生じてくることもある。

### 【対応法】

妄想の場合には訴えをよく聞き、安心感を与える。否定もせず、肯定もしないと言った態度で接することが重要である。物盗られ妄想の場合は、品物がないという事実を受けとめて、まずは一緒に捜してみる。ただし、時には一緒に捜すと、猜疑心を増長させてしまう（自分が盗んだからごまかそうとして捜していると考える）場合もある。

介護者が物盗られ妄想の対象となり、介護が難しい場合はデイケアやショートステイなどを利用し一時、環境を変えてみる。妄想の対象者と患者の距離を置くことは有効な手段である。妄想が強い場合には環境因子として、部屋を明るくする。気分転換を図るなどが対応として有効なことがある。また薬物療法としてリスパダール®, セロクエル®, グラマリール®, セレネース®の内服が有用なことがある。高齢者には投与量としてはそれぞれ1錠か1.5錠など少量が望ましい。

## ③ 幻覚

幻覚とは、「対象なき知覚」である。実際には存在しないはずの光・音・嗅い・味、あるいは身体の中や外の感じが、感覚器への刺激なしに知覚されることを言う。それぞれ「幻視」、「幻聴」、「幻嗅」、「幻味」、「幻触」と呼ばれている。幻視は実際にそこにはないもの、たとえば人・小動物・昆虫などが見えること。幻聴では多くは意味のある言葉が聞こえるが、無意味な音や音楽の場合もある。自分に対する噂、批判、悪口、命令であったりする。幻嗅では異常な臭いがする。自分の体臭を強く感じることもあり、自分が臭いを発散するために他人が鼻をつまんだり、臭いと言ったり、自分を避けるなどの妄想に発展することもある。

幻味は異常な味がする。これから毒を盛られたなどの被害妄想に発展することがある。

#### 【対応法】

患者は実際に感じているので、訴えを受け止め、そのことを否定しないようにする。お茶をすすめるなどして、散歩に連れ出すなどを試みて気分転換をはかる。照明を工夫し、部屋を明るくする。薬物療法は妄想に準じる。

### ④ 興奮と攻撃

痴呆患者は、自分の意志や要求を的確に表現したり、様々な状況を理解し判断したりすることが困難になり不満や欲求が蓄積されやすい状態にある。自分の要求が受け入れられない時や、思い通りに相手が行動をしてくれない時に興奮や攻撃という形で表現することがある。興奮している理由を理解しないまま対応すると、さらに攻撃的になり、時には暴力におよぶことがある。

#### 【対応法】

暴力をふるわれた時に、つられて介護者が興奮したり、力で押さえつけたりすることは避ける。抑さえつけようとすると、興奮を増長する。なぜ興奮したり攻撃的になったり暴力的になったりしているかを考える。たとえば、言葉の理解が悪かったり、難聴があると介護者の言うことがわからずイライラして怒っていることがある。難聴があるときには字で書いて示すことが有効である。物を壊したり介護者に対して暴力的になることが続いたり、あるいは患者自身に危険がおよぶ可能性がある場合には、早めに医師に相談する。薬物療法には妄想の薬の他、テグレトール®を使用する。

### ⑤ 徘徊

徘徊とは患者が目的を持たずに、または他者にその行動の目的が理解しがたい状況下で患者が歩き回る行動である。しかし用事があって忙しい、実

家に帰る、職場に行く、トイレを探しているなど、実際にはなんらかの理由を持っていることが多い。

#### 【対応法】

まずは患者の徘徊の理由を考える。もし理由がわかればこれに対する対応を検討する。例えば、「実家に帰る」などと言って徘徊する患者に対しては、患者の訴えに耳を傾け、安心、納得する言葉をかけ、休ませるようにする。このような対応で徘徊は少なくなり、落ちついて過ごすことができるようになった患者もいる。どうしても出ていく場合には一緒に出かけ、適当なところで連れ帰る。また外へ出てしまった時には、途中で偶然に会ったふりをして連れて帰る。

門・玄関などの出口の安全対策が必要である。玄関ベル・鍵は、患者の目につかないようなところに取り付ける。センサーを使うのも効果的である。連絡先がわかるように、衣類の上着の襟裏などに連絡先を記入したり、定期入れ・財布などに連絡先を書いたメモを入れておくようにする。徘徊に有効な薬剤はないが、抗精神病薬が用いられる。

### ⑥ 異食

食べ物以外の物を食べ物と認識して口にすることを異食と言う。側頭葉とよばれる脳部位の障害により生じるほか、認知障害により食べ物を食べ物と認識できなくなったり、味覚や嗅覚の低下が原因となって生じたりする。

#### 【対応法】

異食のパターンを観察し、洗剤や歯磨き粉など異食の危険のある物を目の届くところに置かないようにする。異物が口の中にあればあわず、速やかに取り出し、誤嚥の有無を確かめる。中には人形療法で異食が止まったケースもある。具体的な対策としては気分転換と食事の配り方を検討する。とくに有効な薬物療法はない。

## ⑦ 不眠・昼夜逆転

老人の睡眠は、寝つきが悪く、眠りが浅くなって目覚めやすいのが特徴である。周囲の環境変化に弱く、それまでの生活と条件が異なることが不眠の原因になったりする。また、昼夜の区別がつかなくなったり、日中活動せず午睡の時間が多くなったりすると昼夜逆転現象を生じ、夜眠らず動きまわり介護者に大きな介護負担を与えることになる。

### 【対応法】

生活のリズムをつけるように、昼間は散歩に出かけたり、自分のできる仕事をしてもらったりするなど活動性を維持する。デイケアなどに行かせるのも一つの方法である。自宅では日中、横にならないようにさせる。睡眠パターンには個人差があるため、その人のパターンを観察し、適切な生活リズムを整える。眠剤を体重や睡眠パターンにあわせて使用する。

### (参考文献)

- 1) 遠藤英俊：痴呆ケアに必要な医療情報。季刊「痴呆介護」, p107-112, 2004.
- 2) 新井平伊：特異的症候とその治療, 老年期痴呆の克服をめざして。長寿科学振興財団, 愛知, p231-237, 2003.

## ⑧ 自発性の低下

自発性とは、意志や欲求に基づいた行動を自ら発動させることをいう。自発性が低下しても家族や他人に対し直接に影響を与えることはないが、活動しないことにより不眠や昼夜逆転を起こしたり、筋力が低下し、寝たきりになるなど、新たな問題を引き起こす原因となる。うつとの鑑別が重要である。

### 【対応法】

脳梗塞など身体的に異常がないことを確認した上で、活動性を高めるようにする。規則正しい生活をする。日課表を作るのも一つのアイデアである。患者のペースで無理のないものから徐々に活動を増やす。一度にたくさん行わずに、少しずつ一日何回も行うことが有効である。家から出て人と接する場所を確保することが望ましい、たとえばデイサービスなどを利用すると、人との関わりが増え、有効である。薬物療法としてはシンメトレルや抗うつ病薬が有用なことがある。

---

高齢者感染症のすべて

I 高齢者感染症の特徴  
4. 高齢者在宅感染対策

---

国立長寿医療センター

遠藤 英俊, 三浦 久幸, 佐竹 昭介, 野村 秀樹

---

化学療法の領域 (2004年増刊号) 別刷

ANTIBIOTICS & CHEMOTHERAPY Vol.20, S-1, 32 ~ 35 (2004)

---

〒101-0061 東京都千代田区三崎町3丁目  
1番1号高橋セーフビル  
電話 03(3265)7681(代) FAX03 (3265) 8369

(株) 医薬ジャーナル社

〒541-0047 大阪市中央区淡路町3丁目  
1番5号淡路町ビル21  
電話 06(6202)7280(代) FAX06(6202)5295

---

## 高年齢者感染症のすべて

# I 高年齢者感染症の特徴

## 4. 高年齢者在宅感染対策

遠藤 英俊\* 三浦 久幸\* 佐竹 昭介\* 野村 秀樹\*

高年齢者がかかりやすい感染症を疑い、早期に診断し、治療を行うことが重要である。発熱に伴い、その他の症状を把握することが確定診断には必要である。在宅の場合には検査が容易でない場合もある。在宅医療の感染対策は日ごろからの栄養、運動、休養を保ち、手洗い、うがい、入浴は有効である。そのほかには早期の診断と治療が必要であり、有効な抗生剤の選択が欠かせない。またインフルエンザなどは予防接種もかかせない対策方法である。

**Key Words** : 在宅医療, 呼吸器感染症, 予防接種

### I はじめに

在宅医療でよくみられる高年齢者の感染症は通院が困難な高年齢者に多く、呼吸器感染症、尿路感染症、褥瘡感染症がある。抗菌薬の進歩により、経口抗菌剤による軽症呼吸器感染症では在宅、通院治療が可能となり、中等症以上の症例でも注射用抗菌剤治療により治療が可能な場合もある。そのためには病気の診断と適切な抗菌剤の選択が重要である。しかし高年齢者ではいわゆる不明熱で原因が明確でない発熱、感染症もみられることがある。それが敗血症であったり、感染症でなく、骨折による熱であることもある。高年齢者を診る医師の技量が重要である。

### II 感染症について

在宅医療でよくみられる感染症は通院が困

難な高年齢者に多く、呼吸器感染症、尿路感染症、褥瘡感染症がある<sup>1)</sup>。重症であれば入院の判断をするが、軽症、中等症であれば経口抗菌剤や注射による治療を行う。37.5度を超える場合には、感染症を疑い早期に検査、治療が必要と考える。ある意味では在宅におけるプライマリケアとして重症度の判断、年齢、全身状態の把握、判断が初期治療の治療方針の決定や予後にとり重要である。呼吸器感染症としてはインフルエンザ菌、肺炎球菌、ブランハメラ菌などが主要な細菌であるが、第一選択としては、当然こうした菌を想定して投薬する。特に市中肺炎には広域ペニシリンの投与をまず考えるとよい。投与72時間後までに発熱、自覚症状、炎症所見の改善がみられない場合には抗菌薬の変更を検討する。海外ではOPAT (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy) といって肺炎、骨髄

\* Hidetoshi Endo, Hisayuki Miura, Shousuke Satake, Hideki Nomura 国立長寿医療センター

表1 高齢者がかかりやすい感染症

疾患名	例数	%
呼吸器感染症	381	48.9
肺炎	108	
気管支炎	100	
上気道炎	92	
インフルエンザ	68	
胸膜炎	13	
尿路感染症	263	33.8
その他	135	17.3
敗血症	63	
褥瘡	35	
感染性陽炎	16	
胆のう炎	11	
膿瘍	5	
带状疱疹	2	
皮膚膿瘍	2	
腹膜炎	1	
合計	779	100

高齢入院者で37.5℃以上の発熱のあった患者779名の内訳。呼吸器感染症が48.9%と最も頻度が高く、次いで尿路感染症の33.8%であった。頻度の高い疾患は順に、肺炎、気管支炎および上気道炎であった。(文献2による)

炎などの感染症に1日1回のロセフィンなどを用いての在宅抗生剤治療が行われている。

### Ⅲ 高齢者がかかりやすい感染症

高齢者は、一般に、若年者に比べ病気にかかりやすく、重症化しやすくとされている。同様に感染症にも感染しやすく、重症化する傾向にある。

柏木らは、高齢者がどのような感染症にかかりやすいかをみるために、約1年間、高齢入院者の37.5℃以上のすべての発熱例を調査した<sup>2)</sup>。その結果を紹介する。もちろん、発熱を呈さない感染症も存在するが、高齢者の感染症について、大体の傾向はつかめると考えられる。原因がはっきりしないものは除き、779例の感染症の内訳を表1に示した。もっとも頻度が高いものは呼吸器感染症であり、48.9%であった。ついで尿路感染症の33.8%その他の17.3%であった。また、個別の疾患としてもっとも多いのは、肺炎、気管

支炎、上気道炎、インフルエンザ、ついで敗血症であった。一方、尿路感染も多数みられたが、実際の尿路感染患者の数は、さらに多いものと考えられる。しかし、肺炎例や敗血症例に比べて重症例は少なかった。褥瘡感染症例も多く、難治性であり、褥瘡から敗血症も認められ、注意が必要である。

#### 1. 呼吸器感染症

海外のデータによれば肺炎症例の50%以上は65歳以上であり、下気道感染による志死亡者の90%以上は高齢者である<sup>3)</sup>。また難治性の肺炎により死にいたる高齢者が多いのは低栄養や悪性腫瘍などの全身状態の悪化による感染防御機能が加齢により低下する傾向を示すからであろう。また肺気腫や喫煙歴、陳旧性肺結核の存在も病状を悪化させるリスクファクターである。

#### 2. 尿路感染症

高齢者の尿路感染症は反復性が問題になることもあり、残尿、頻尿などその他の症状に

## I 高齢者感染症の特徴

注意が必要である。尿路結石がある場合も反復性の感染症をおこす場合がある。原因の検討が必要である。まずは清潔が重要であり、栄養の確保、免疫力の保持が重要である。

### 3. 褥瘡感染症

褥瘡感染症の予防は褥瘡予防がすべてであり、寝たきり予防に留意する。在宅の場合に褥瘡があれば感染は高頻度にみられる。患部の消毒処置による清潔の保持が重要であり、当初はこの感染対策を行わないかぎり、よい肉芽の形成がみられない。ゲーベンクリーム、ソフラチュールなどを利用する。

### 4. 胆のう炎、胆管炎

腹部所見、血液検査で疑い、レントゲン、腹部エコー、CTなどで診断し、比較的胆汁排出型で有効性が期待できるスルペラゾンなどを投与する。重症な場合は胆道ドレナージ、外科的治療を行う場合もある。

### 5. 骨髄炎

高齢者の骨髄炎は難治性であり、診断が重要である。骨折などの外傷、術後感染症、敗血症などに注意する。

### 6. 腸管感染症

悪心、嘔吐、下痢を伴い、発熱があれば診断する。便培養により細菌の確定をすると有効な抗生剤の選択が可能となる。食中毒、ウイルス感染、細菌感染に注意する。細菌では特にMRSA腸炎に注意する。

### 7. 蜂か織炎

化膿性皮膚炎だが、早期に抗生剤の投与を開始する。感染のきっかけの傷などは不明なことが多い。清潔の保持、目で見えない程度の傷の予防が重要である。

### 8. 敗血症

腸管感染症、術後感染症、抜歯後の炎症にも注意が必要である。本疾患を疑えば、早期に血液培養を行い、診断の確定を行う。

## IV 高齢者の感染症の季節変動

感染症がどのような時期に発生するかを知ることは、予防および治療にとって重要であ

る。インフルエンザおよび上気道炎は1月にピークがみられている。この調査の年にインフルエンザの院内での流行がみられた。規模は異なるが、毎年のように流行することから、これに対する予防が必要である。うがいや手洗いはもちろんであるが、インフルエンザワクチンの接種が有効であり、行政も強く勧めているところである。

また、急性上気道炎は冬季に多かった。気管支炎は冬季にやや多く、夏季には少なかったが、大きな変動はなかった。他の感染症は、とくに季節変動は認められなかった。

## V 在宅治療か入院治療か

感染症がある場合に初診ではまず、主訴や検査所見から優先的に対応する病気を決定する必要がある。初診で診断から治療が終了し、1回の受診で治療が完結する場合がある。たとえば膀胱炎、風邪など感染症で軽微な場合は1回の投薬で診療が終了するケースが多い。しかし他に初診で入院の判断を行う場合や、週に1回程度再診を継続する場合、または直ちに専門外来へ紹介する場合もある。すなわちケースバイケースであるが、高齢者は受診後、病状が悪化する場合もあるし、初診では診断が困難な場合もある。つまり外来で多くの場合は医師が短時間に多くの責任ある判断をしているといえよう。決定的なことは緊急入院が必要かどうかの判断であるし、医師として責任ある判断ができるかどうかである。

高齢者総合外来では基本的に総合機能評価(CGA)を行う。これにより疾患の診断・治療にとどまらず、より高齢者を深く、全人的に理解するためにADL (activities of daily living), IADL, 抑うつ, 認定機能, QOLを評価することが求められる。

急性期病院の入院期間が17日以下さらには14日以内に短期になっていく中で、外来の位置づけ、意義も変わっていく。外来のみで化学療法などの専門的治療をふくめ、行う

場合も多くなってきている。つまり外来手術のように、入院という方法をとらずにより在宅を継続しながらの治療が必要となっている。それゆえに今後も外来の位置づけが変わると考えられる。

全身状態の悪化、意識レベルの低下、バイタルサインの異常で判断する。症状としては呼吸促拍や低酸素血症がある場合には入院の決断が必要である。また敗血症などの全身感染症では入院が必要である。ショックやDICなどの所見を早期に診断し、治療を行う必要がある。また呼吸不全を伴う重症肺炎、広範な肺炎像がある場合では入院治療が原則である。しかし軽症、中等症であれば慎重なフォローにより外来治療でも治療が可能である。

## VI 投薬の実際

いったん感染症をおこせば、免疫力や体力により病状が異なることはいうまでもないが、基本的には細菌性であれば抗生剤投与につける。最近ではウイルスに有効な薬剤もでてきている。それらを早期に適切な量を投与する必要がある。高齢者では薬疹、食欲不振、胃潰瘍、腎機能低下などの副作用に注意しつつ投与すべきである。

経口抗菌薬としては①クラビット®（レボフロキサシン）3T n3x1、セフェム系では②パンスポリン®（塩酸セフォチアム）3T n3x1n、③パナン®（セフポドキシムプロキセチル）2T n2x1などが選択薬として用いられる。

こうした投薬において最初は症状や所見により診断を行い、細菌を想定してブラインドで行う場合が多いが、細菌の同定、感受性については可能な限り、行っておくとよい。また第3世代のセフェム系構造の経口剤や注射剤が幅広く使用される中で、耐性化の問題は常に念頭におく必要がある。またMRSAによる感染症も今後は市中肺炎などにおいても可能性を否定できない。また外来では静注用抗生剤のテストの問題もあり、テストが不要

## 4. 高齢者在宅感染対策

な抗生剤の使用も検討されるべきであろう。副作用では薬疹、肝障害、さらに高齢者では腎機能の低下に留意する必要がある。

## VII 感染対策

感染対策の第一は栄養の補給、免疫・抵抗力の強化である。手洗い、うがいのほか、入浴による清潔の保持なども物理的に有効である。インフルエンザのワクチンのように近年では一般化してきているので、毎年高齢者が習慣化することが医療経済的にも有効であるとされている。

水飲みテストや嚥下造影により誤嚥を診断する場合や繰り返す嚥下性肺炎がある場合には内視鏡的胃ろう増設術、在宅中心静脈栄養法にて経口をさげ在宅で療養を継続することが可能となる。

## VIII おわりに

高齢者の在宅感染症は時期、疾患により症状や病態が多様である。肺炎や敗血症をきっかけに多臓器不全をきたす場合もあり、救急対応が必要である。有効な抗生剤が効けば問題はないが、当初は感受性がわからない場合のほうが多い。ある程度は初診時に決断が必要である。しかし可能な限りエビデンスをもとに、感染対策が必要なので予防、検査、治療方法の選択にも配慮する必要がある。

## 文献

- 1) 往診・在宅・外来における感染症診断・治療ガイド(永武 毅編), 医薬ジャーナル社, 大阪, 1999
- 2) 柏木征三郎: 高齢者がかかりやすい感染症は? 高齢者を知る事典-気づいてわかるケアの根拠-(介護・医療予防研究会編), 厚生科学研究所, 東京, 2000, p118-119
- 3) 須藤英一: 肺炎, 誤嚥性肺炎, 第一線の実地医家のための高齢者医療実践ガイド, Medical Practice 19: p141-145, 2002

第 99 回日本精神神経学会総会  
シンポジウム  
高齢者の医療・介護における  
精神科医の役割

## 介護保険制度の問題点と見直しへの提言

遠藤 英俊

精神神経学雑誌第 106 巻第 1 号別刷

平成 16 年 1 月 25 日発行

PSYCHIATRIA ET NEUROLOGIA JAPONICA

Annus 106, Numerus 1, 2004