

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¹ 梅垣宏行² 数井裕光³

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¹ 梅垣宏行² 数井裕光³

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・治療を目的とする場合, 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・治療を目的とする場合, 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¹⁾。

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

¹Hidetoshi Endo: Department of Geriatrics, Chubu National Hospital 国立療養所中部病院内科 ²Hiroyuki 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 ³Hiroimitsu Kazui: Department of Psychiatry, Osaka University 大阪大学大学院医学研究科精神医学講座

第一週

認知機能障害および排尿障害の診断・重症度・問題事項の把握, その他の全身状態に関わる問題点の把握	患者の現状および今後の介入に関する説明
患者家族記入用情報収集用紙回収: 患者介護状況 7項目 介護保険・身障等申請状況 3項目 問題行動 28項目 介護負担感(Zarit 介護負担感スケールを含む) 40項目 患者用および患者家族用 アンケート(入院時用) : 本人 疾患・現状理解度・満足度等 3項目 病名告知 2項目 家族 疾患・介護理解度・満足度等 5項目 病名告知 4項目 入院時 CGA: MMSE, GDS-15, Barthel Index, Lowton Scale, 高齢者総合診療機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment) 排尿チェック票, 排尿日誌記録(愛知県高齢者排尿管理マニュアル) 心理士による認知機能評価および心理状態の評価 心理士による患者家族の心理状態や介護負担感の評価	担当スタッフ合同カンファレンス 第一回患者および患者家族に対する説明会

図 1 痴呆性高齢者のクリティカルパス

アセスメントが重要であり, アルゴリズムの選択が重要である。その結果では除外規定で対処せざるを得ない場合もあるし, 重症度によりパスを選択する場合もある。つまりアルゴリズムはどのパス表が適当か, 考え方の道しるべを意味する。パス表の例を図 1 に示す。

高齢者医療において, 総合機能評価とチーム医療が重要である。総合機能評価では ADL, IADL, 認知機能, 抑うつの評価, 社会性の評価を行う。その結果を考え, 各職種がそれぞれの専門性を生かしてチーム医療を行う必要がある。パス表は視覚的に表現したチーム医療そのものである。チームカンファレンスを行い, 意義のあるものにしてゆくことも必要である。著者らの研究グループでは, 痴呆性高齢者の外来パス, 診断と治療パス, 合併症パスを作成中である。これの実施のためには, 痴呆症の問題行動やせん妄に対する問題の抽出, 体制の構築, スタッフ教育, 介入的取り組み, 在宅支援, 介護支援サービスの利用が必要である。こうした取り組みを踏まえて, 高齢者のパスはオーダーメイド医療を反映して, 将来的にはカスタムパ

スの方向になるものと思われる。

b. 入 所

入所には, 現在は介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, 介護療養型医療施設などがある。入所者の 8 割程度は痴呆症であるといわれている。療養病床や老人保健施設は医療費から介護費用に転換され, 要介護 1 以上の要介護者の入院が可能となり, 老人福祉施設においては現在個室化の傾向が強く, ユニットケアへの転換が図られている。グループホームは介護保険制度上在宅に位置付けられているが, 現実には施設であり, 痴呆症のケア上は家庭的で個別的なケアが提供されている。しかし職員の資質, または職種には配慮が必要である。良いケアとは自分がしてもらいたいケアであり, 利用する前に 1 日, その施設を観察するとよい。

表 1 にサービス種類別の保険給付額を示した。在宅より施設利用者が少ないのは当たり前ではあるが, 総介護給付費の 53% を占めており, 適正な介護給付費の利用が検討されるべきである。また在宅に比べて施設のコストが安いことや, 更に措置制度が原則廃止されているこ

表 1 サービス種類別の保険給付額(国民健康保険中央会調べ
(平成 15 年 2 月サービス分))

サービス名	2003 年 2 月	対前年同月比	構成割合
在宅サービス	1,619 億円	21.7%	43.7%
訪問介護	410 億円	25.7%	11.1%
訪問入浴介護	36 億円	8.3%	1.0%
訪問看護	86 億円	8.0%	2.3%
訪問リハビリテーション	4 億円	13.2%	0.1%
通所介護	354 億円	21.4%	9.6%
通所リハビリテーション	215 億円	8.4%	5.8%
福祉用具貸与	90 億円	43.5%	2.4%
ショートステイ(特養)	135 億円	17.7%	3.6%
ショートステイ(老健)	32 億円	26.4%	0.9%
ショートステイ(病院等)	5 億円	32.2%	0.1%
居宅療養管理指導	16 億円	10.2%	0.4%
グループホーム	63 億円	87.0%	1.7%
特定施設入所者生活介護	32 億円	43.5%	0.9%
居宅介護支援	141 億円	17.6%	3.8%
施設サービス	2,082 億円	6.1%	56.3%
特別養護老人ホーム	904 億円	3.3%	24.4%
老人保健施設	703 億円	3.8%	19.0%
療養型医療施設	474 億円	15.7%	12.8%
合計	3,700 億円	12.4%	100.0%

ともあり、全般的に介護施設入所希望者が増加しており、順番待ちでなかなか利用できないとの声もある。しかし 2003 年 4 月よりはポイント制度ができ、入所の順番がより合理的になったといわれている。

3. 課 題

入院・入所の課題について説明する。痴呆症への対応が困難な場合がある。そういう場合には精神科に転院する場合もある。いずれにしても痴呆症の入院基準、期間について明らかにすることが必要である。また痴呆症のケアに慣れたスタッフを養成し、良いケアを提供することが重要である。図 2 は日医総研の川越研究員のデータであるが、介護施設の 1 年間で痴呆度の悪化が在宅より介護施設で悪化しているが、データの収集により結果が異なることも考えられ、介護施設側からは問題が指摘されている。しかしそのアイデアは興味深い。図 3 には厚生労働

省による施設と在宅の今後のプランを示す。痴呆性高齢者の基本は在宅であるという位置付けであり、第 3 の施設の検討もされている。施設の方角は個室化であり、個別ケアの普及が念頭に置かれている。

4. 治療と療養

a. 治 療

Alzheimer 病の治療には、認知機能の進行遅延を目的にドネペジルが使用されている。また不眠、昼夜逆転、せん妄、被害妄想などの治療には、リスペリドンなどの抗精神病薬が利用されている。また良いケアが提供されれば BPSD も軽減するといわれている。そのためにはスタッフの教育、研修が必要である。痴呆症の専門医では、こうした BPSD のコントロールが可能であり、症状の軽減により、本人・家族の QOL の向上を図ることが可能である。

また痴呆症に対する非薬物療法も重要である。

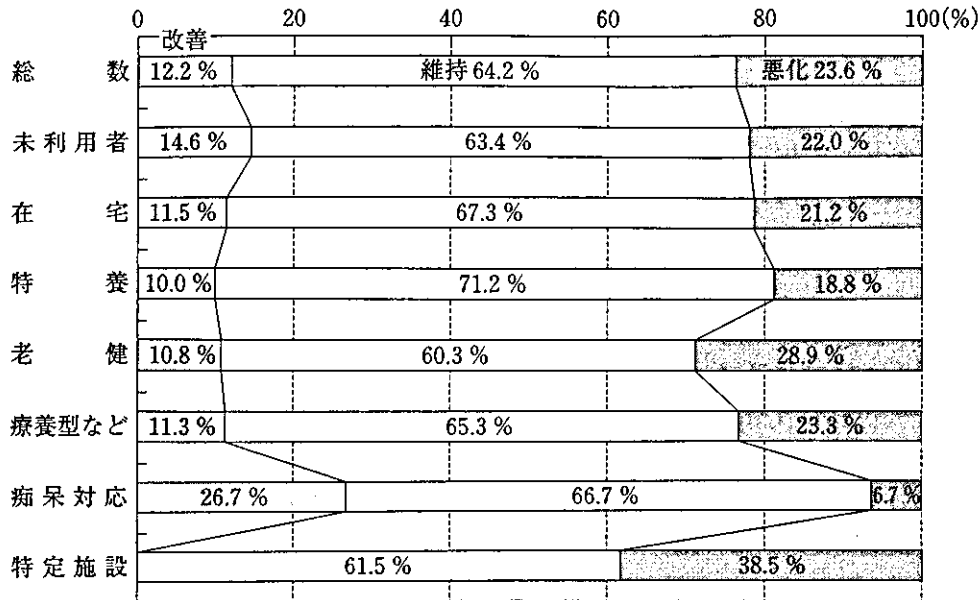


図2 所在地別にみた痴呆度改善/維持/悪化率の状況

平成12-13年の比較(日医総研・川越雅弘氏の調査研究, モデル保険者(松江広域, 出雲市, 瑞穂町)の要介護認定者のうち, 所在地不変者4,105人を対象に分析).

生活の継続性を維持し, 可能なかぎり在宅で暮らすことを目指す

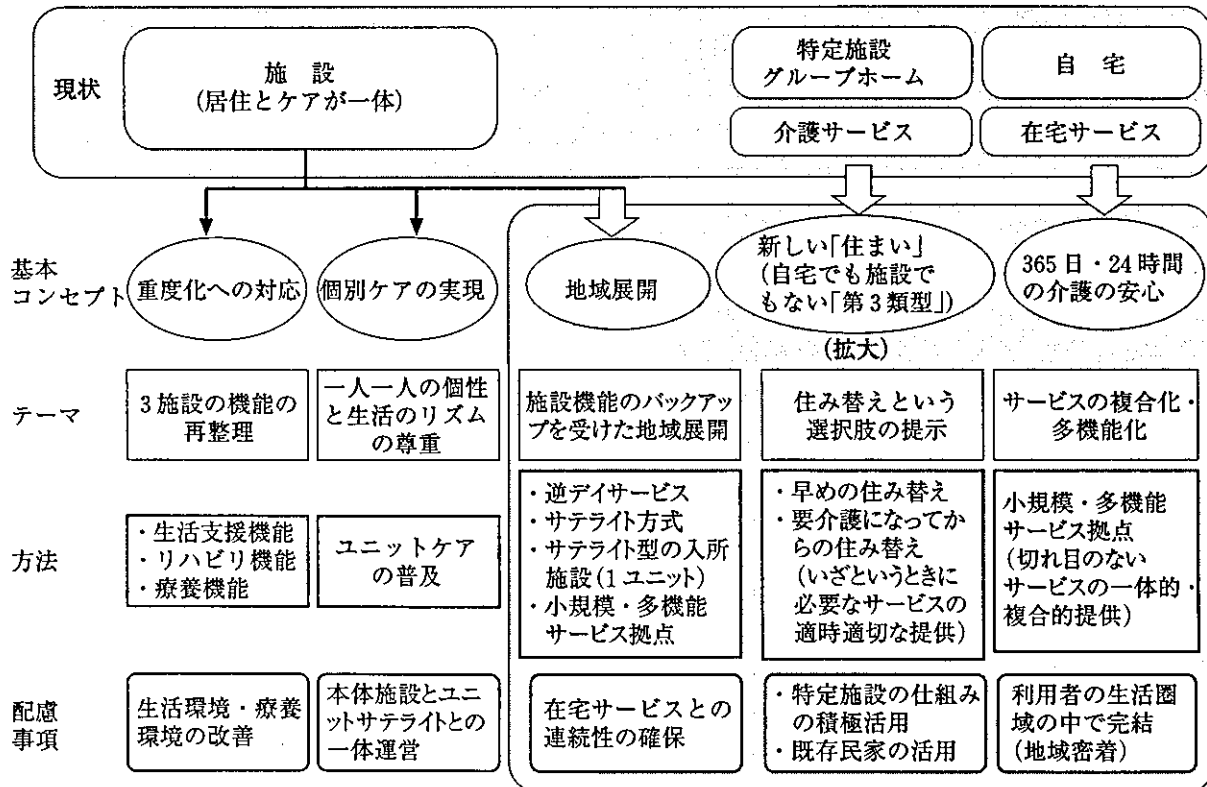


図3 厚生労働省による施設と在宅の今後のプラン

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²⁾。

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.

高齡者栄養

櫻井 孝¹・明寄 太一¹・横野 浩一²神戸大学大学院医学系研究科老年内科学¹・同 教授²

Key Words

高齡者、
大腸癌、
周術期の栄養、
痴呆症、
糖尿病、
経腸栄養

Summary ● 痴呆症、糖尿病を合併し、大腸癌の外科的手術を受けた84歳の女性における、栄養管理上の諸問題について検討した。入院時の栄養アセスメントでは、①BMI 20.3kg/m²、②クレアチニン身長比63.9%、③血清アルブミン3.4g/dL、④総コレステロール174mg/dL、⑤総リンパ球数1,162/μLであり、栄養状態はやや低下していた。多様な老年症候群、悪性疾患による消耗、また精神心理的要因により栄養障害をきたしていたと考えられた。術前に早期の栄養状態を改善するため、中心静脈栄養を行った。明らかな転移巣はなく、大腸癌に対し横行結腸切除術が行われた。しかし術後はせん妄が遷延し、十分な経口摂取が困難で栄養状態が悪化した。そこで長期の栄養状態の改善を目的に、胃瘻を造設し経腸栄養を行った。経腸栄養を始めて約2週間後に吐血、誤嚥性肺炎をきたした。原因として胃潰瘍、胃食道逆流症の増悪が認められた。そこでジェジュナルカテーテルを用いた経胃瘻・空腸栄養法に変更し、半消化態栄養剤を投与したところ、安定した経腸栄養を行うことが可能となり、栄養状態も次第に改善した。高齡者の栄養アセスメント、糖尿病、痴呆症を有する担癌高齡者の周術期の栄養管理、経管栄養の合併症と対策について考察を行った。

【症例】 84歳、女性、糖尿病、痴呆症を有する担癌患者の周術期栄養管理。

主訴：記憶障害、CEA 高値の精査目的。

既往歴：55歳ごろより高血圧、糖尿病。83歳で白内障にて手術。鎖骨骨折。

現病歴：約1年前から記憶障害が進行することを家族が気づいていた。数ヵ月前より幻覚、幻聴がみられ、痴呆症の精査を希望して神戸大学老年内科の物忘れ外来を受診した。このとき血液検査にて腫瘍マーカーの上昇を指摘され、悪性腫瘍の精査目的にて入院となった。以前より便秘を訴えるが、特に腹痛、腹部膨満感などの腹部症状は訴えない。体重は1年で2kg減少している。

身体所見：身長142.7cm、体重41kg。血圧138/80mmHg、脈拍58/分(整)。腹部では臍左下部に径5cmの腫瘤を触知した。

血液検査：WBC 5,900/μL(リンパ球19.7%)、RBC

352×10⁴/μL、Hb 9.1g/dL、Hct 29.6%、Plt 22×10⁴/μL、Fe 25μg/dL、フェリチン54ng/mL、総蛋白6.3g/dL、Alb 3.4g/dL、BUN 16mg/dL、Cr 0.94mg/dL、AST 18IU/L、ALT 9IU/L、T-chol 174mg/dL、TG 89mg/dL、HDL-C 47mg/dL、CEA 319ng/mL、CA19-9 91U/mL、便潜血陰性。

認知機能：改訂版長谷川式簡易知能スケール(HDS-R)17点、MMSE (mini-mental state examination)17点で軽度～中等度の痴呆症を認め、記憶、見当識障害が強かった。

下部消化管検査：横行結腸中央部に急峻な立ち上がり有する不正な狭窄性病変を認めた(type II, adenocarcinoma)。

腹部超音波/CT 検査：径1.0～1.5cmの胆嚢内結石を認めたが、肝に転移性病変は認めなかった。

心機能、肺機能：異常なし。腎機能はクレアチニンクリアランス34.0mL/分。

入院後経過：横行結腸の進行癌で，明らかな転移巣は発見されなかった。根治的手術，または姑息的手術の可能性を考え，開腹手術を受け横行結腸切除術，胆嚢摘出術が行われた。周術期の栄養管理は，中心静脈栄養にて行われた。手術後せん妄をきたし，薬剤による鎮静が行われた。術後，経口摂取の低下が続き，外泊，薬剤などによる調整を試みたが，なお十分な経口摂取は困難であった。そこで胃瘻を造設し，経腸栄養を開始した。経腸栄養の開始後2週間目に突然，吐血が生じ，誤嚥性肺炎を併発した。上部消化管内視鏡検査にて胃の線状潰瘍，逆流性食道症の増悪が認められ，治療を行った。胃潰瘍，逆流性食道症の治療の間，再び静脈栄養にて栄養状態の管理に努めたが，アルブミンは2.5g/dLまで低下した。

経腸栄養法を再開するに当たり，逆流性食道症，誤嚥性肺炎の予防のため，ジェジュナルカテーテルを胃瘻より挿入し空腸栄養法を選択した。その後，逆流性食道症の悪化はなく，経腸栄養も安定して続けられ(1,250kcal/日)，栄養状態も次第に改善した(アルブミン3.5g/dL)(図1)。在宅療養に向けたリハビリテーションの目的で転院となった。

考察：本症例における栄養管理面の問題点として以下の点を考察したい。

- ①栄養アセスメントと経腸栄養の導入
- ②糖尿病，痴呆症を有する担癌高齢者の周術期の栄養管理
- ③経管栄養の合併症と対策

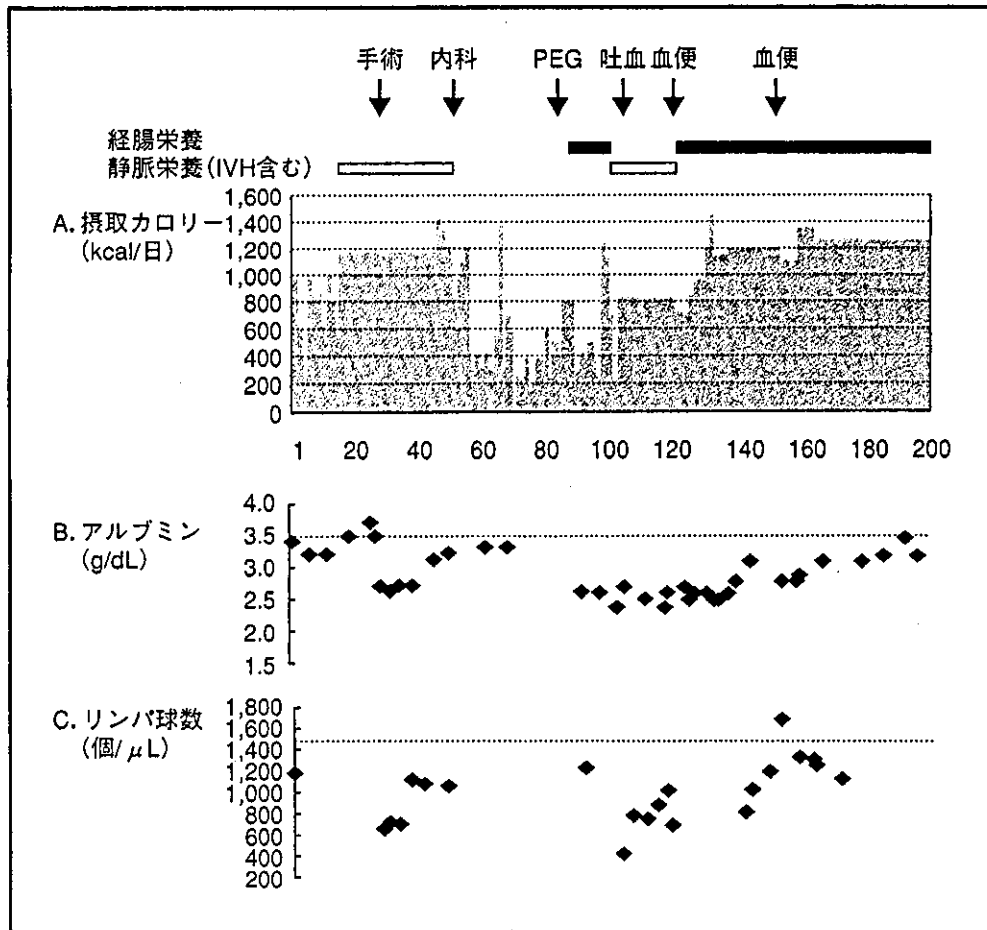


図1. 臨床経過

IVH：経静脈高カロリー輸液

I 栄養アセスメントと経腸栄養の導入

本症例は、①食事に介護が必要であり、②認知機能障害を合併、③買い物や家事ができない、④便秘、⑤食欲低下、⑥抑うつが認められ、栄養不良のリスク要因を多く有していた¹⁾。

入院時に栄養アセスメントを行うと、①BMI 20.3kg/m²、②クレアチニン身長比63.9%(軽度の消耗)、③血清アルブミン3.4g/dL(3.5g/dL以下)、④総コレステロール174mg/dL(150mg/dL以下)、⑤総リンパ球数1,162/μL(1,500/μL以下)であり、栄養状態の指標はやや低下していた。上記の要因に加え、もともとの偏食傾向、また義歯の調整不良があったことも食欲を低下させていた原因と考えられた。

高齢者総合機能評価(「TOPICS」参照)では、視力低下、難聴、基本的日常生活動作(ADL, Barthel index: 9点)の低下、QOL(Morale scale: 3点)の低下、抑うつ傾向[GDS(geriatric depression scale)-15: 10点]、認知障害(HDS-R: 17点、MMSE: 17点)を認めた。また高血圧、糖尿病に対して計7種類の薬剤を内服していた。

表1に高齢者の栄養障害の要因をまとめた。本症例では老化に基づく多様な老年症候群、悪性疾患による消耗、また精神心理的要因により栄養障害をきたしていたと考えられる。

II 担癌高齢者における周術期の栄養管理

80歳以上の高齢者でも大腸癌の手術には重篤な合併症が比較的少ないと報告されており²⁾、外科

表1. 高齢者の栄養障害の要因

1. 身体的要因

- 急性または慢性疾患および症候
 - 咀嚼機能の低下
 - 胃腸障害(嚥下障害、消化吸收障害、排泄障害)
 - 食思不振
 - 体重の異常な低下
 - アルコールの濫用
 - 感覚器障害(視力、聴力障害)
 - その他
- 日常生活動作
 - BADL, IADL の低下
 - 調理
- 薬剤の服用状況
 - 多種類の薬剤
 - 自己判断による薬の内服
 - 栄養補給剤・民間療法
- 老化

2. 精神心理的要因

- 知的能力または情緒の障害(痴呆、抑うつ)
- 孤独感、QOLの低下

3. 社会・経済的要因

- 貧困
- 社会的孤独、独居(家族、キーパーソンの有無、近隣との付き合い、地域の特殊性)

的手術が選択された。高齢者では一般に予備能が低下しており、許容範囲が狭いので個々の患者の栄養代謝状態を把握したうえで、術後の予後評価を考える必要がある。本症例では手術の危険因子として、糖尿病による代謝障害、痴呆、抑うつ、軽度の腎機能障害、ADLの低下(監視、部分介助が必要)があった。術前の栄養状態の指標として、小野寺らの nutritional surgical risk index (NSRI) が39.8とやや低下しており、栄養状態の改善が必要であった(表2)。

術前の栄養状態改善には、静脈栄養、または経腸栄養が考慮された。経腸栄養は維持量に達するまでに比較的時間を要する。本症例では高齢者の認知障害があり、早期の退院を目指すことが重要と考えられ中心静脈栄養が選択された。

栄養管理の目標として、年齢84歳、身長143cm、体重41kgから、基礎エネルギー支出量(basal energy expenditure; BEE)は、Harris-Benedict式より900 kcal、その他の簡易式では1,063kcalであり、約1,000kcalは必要と考えられた(表2)。また窒素バランスを正に維持するために、非侵襲時で約40g程度のアミノ酸が必要と考えられた。さらに担癌患者ではエネルギー必要量は、BEEの

侵襲・障害係数、活動係数として1.2~1.3倍に増加するため、大腸癌が発見された時期より1,200 kcal/日の栄養が必要と考えられた。さらに本症例では糖尿病が合併しており、インスリンの持続注入が必要で、血糖は100~250mg/dLの範囲でコントロールされた。

高齢者の術後状態は、カテコラミンやステロイドなどのインスリン拮抗物質の血中濃度が、成人と同程度か、または高く遷延する状態にある³⁾。このため中心静脈栄養(約1,200kcal/日)に加え、インスリンの持続投与が続けられた。術後、経口摂取が再開されたが、活動性が低下しており十分な経口摂取は困難であった。ADLもほぼ全介助が必要な状態に悪化していた。術後の回復期に夜間せん妄が生じたため、薬剤による鎮静が続いたこと、また意欲が乏しくほとんど臥床しており、廃用性の認知障害が進行したことが原因と考えられた。そこで長期の栄養状態の改善を目的に、経腸栄養を行うことが必要であった(図2)。静脈栄養は消化吸收機能の低下した場合にのみ限られるため、本症例の術後の栄養管理では適応とはならなかった。

経腸栄養は生理的であり、bacterial transloca-

表2. エネルギー必要量の計算と外科手術の栄養リスクの評価

1. 基礎エネルギー支出量(basal energy expenditure; BEE)

Harris-Benedict式: 安静時あるいは基礎エネルギー消費時におけるエネルギー量を算出する。

男性: $66.47 + [13.75 \times \text{体重(kg)}] + [5.00 \times \text{身長(cm)}] - [6.76 \times \text{年齢}]$

女性: $65.51 + [9.56 \times \text{体重(kg)}] + [1.85 \times \text{身長(cm)}] - [4.67 \times \text{年齢}]$

平均 BEE: 25kcal/kg/日

2. エネルギー必要量

総エネルギー必要量は、BEEに侵襲・障害係数と活動係数についての修飾因子をかけて求める。

侵襲・障害係数 手術: 1.1(軽度), 1.2(中等度), 1.8(高度)

外傷: 1.35(骨折), 1.6(頭部外傷でステロイド投与), 1.35(鈍傷)

感染症: 1.2(軽度), 1.5(中等度)

熱傷: 1.5(体表面積の40%), 1.95(体表面積の100%)

活動係数 1.2(寝たきり), 1.3(ベッド以外での活動あり)

3. 小野寺らの nutritional surgical risk index (NSRI)

予想式: $NSRI = 10 \times \text{Alb(g/dL)} + 0.005 \times \text{末梢リンパ球数(/mm}^3\text{)}$

判定法: 高リスク < 40, 低リスク > 45

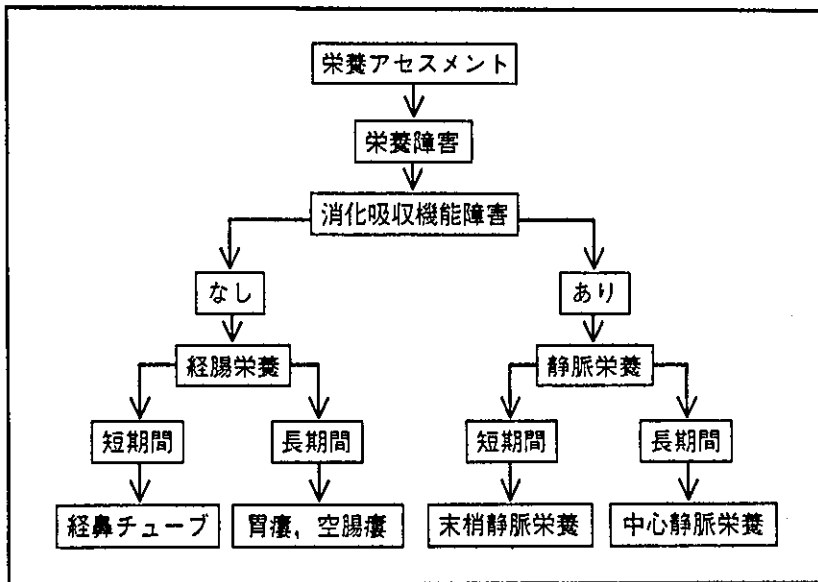


図2. PEGの適応基準(米国静脈栄養学会のガイドライン)
(文献4より改変, 引用)

tionを回避できる利点, 消化管壁の創傷治癒が高いこと, 安価であること, 静脈栄養による腸管萎縮やそれに伴う合併症を減少させる点から, 高齢者でも推奨されている。経腸栄養剤の投与経路は, 経鼻チューブを介して, または胃瘻, 空腸瘻から投与するのが一般的である(図3)。経鼻チューブからの投与は最も手技が簡便であるが, 咽頭部の不快感, 疼痛, 誤嚥などの問題がある。本症例のような痴呆症を合併した高齢者では, 患者の理解と協力を得ることが困難と思われる。一方, 内視鏡を用いた胃瘻造設術(percutaneous endoscopic gastrostomy; PEG)は, 手技が比較的容易であることから, 高齢者でも広く用いられている。欠点としてはチューブ周囲からの消化内容物の漏れ, 腹膜炎の可能性が主たるものである。本症例のような痴呆性高齢者では, 胃瘻チューブを自己抜去する可能性が危惧されるが, 私どもの施設では家族に十分な説明を行い, 腹帯を有効に用いることで事故となった症例はこれまでみられない。

Ⅲ) 経管栄養の合併症と対策

PEG, 経腸栄養剤に関連した合併症には, ①PEGの造設自体に関連するもの(心呼吸停止, 誤嚥, 腹膜炎, 敗血症, 創部の感染, 胃出血, 血腫,

胃穿孔, 内臓の誤穿孔), ②留置したカテーテルに関連するもの(圧迫壊死, カテーテルの逸脱, 幽門閉塞), ③経腸栄養剤に関連したもの(胃食道逆流, 誤嚥性肺炎, 胃排泄能低下, 下痢, 食欲不振)などがある。また経腸栄養剤の投与方法には, ①胃栄養法と, ②空腸栄養法とがあり, 表3にその長所, 短所をまとめた⁴⁵⁾。

本症例は痴呆性高齢者であるが, PEGの造設自体には特に問題はなかった。しかし術後の栄養状態が不良であったこと, また糖尿病による高血糖が重なり, チューブの挿入部に瘻孔周囲炎が形成(カンジダ, MRSAが起炎菌として検出)された。また術前から, 逆流性食道症(gastroesophageal reflux disease; GERD, LA-M)を認めていたが, 経腸栄養開始2週間後に吐血をきたし, 線状潰瘍(A2), GERD(LA-C)が発見された。胃瘻による胃栄養法では, GERDは比較的少ないとされているが, 本症例では逆流性食道症は術前より明らかに進行しており, 持続的な逆流があったと考えられる。そこで吐血, 肺炎の治癒後には, 胃食道逆流のきわめて少ない経腸栄養剤の投与経路として, ジェジュナルカテーテルを用いた経胃瘻空腸栄養法に変更した。この方法は胃瘻を介して長いカテーテルを, 内視鏡ガイド下に, 幽

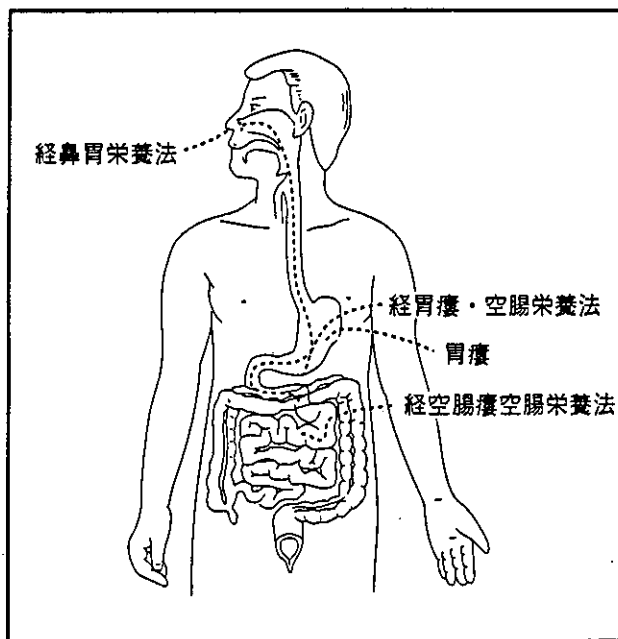


図3. 経腸栄養剤の投与方法
(文献4より改変, 引用)

表3. 経腸栄養剤の投与方法とその特徴

	利 点	欠 点
胃栄養法：胃内に栄養剤を注入する方法		
経鼻胃栄養法	手技が簡単 短期の栄養補給に適する	不穏な患者では自己抜去の可能性が高い 胃瘻より誤嚥性肺炎が多い
胃 瘻	誤嚥性肺炎を起こしにくい 長期の栄養補給に適する PEGの開発により造設, 管理が容易である	胃食道逆流のある患者では誤嚥の可能性はある
空腸栄養法：Treitz 靭帯より肛門側に20cm 以上離れた位置に栄養剤を注入する方法		
経鼻空腸栄養法	誤嚥の危険性がほとんどない	不穏な患者では自己抜去の可能性が高い
経胃瘻・空腸瘻空腸栄養法		栄養剤の浸透圧, 流入速度の管理がやや難しい
経胃瘻・空腸栄養法		高血糖などの代謝合併症を起こしやすい

門輪, 十二指腸の球部を越え, 可能なかぎり肛門側まで先端を進めるものである。

経腸栄養剤は, 大きく自然食品, 半消化態栄養剤と消化態栄養剤に分類される⁴⁾。自然食品は必

要な栄養成分がバランスよく含まれ経済性も高い。しかし浸透圧が高く, 流動性に乏しいためしばしばチューブの閉塞などの問題があり, 管理上使いにくい点が多い。半消化態栄養剤は, 窒素源

が蛋白質あるいはカゼインであり、脂肪含有量が比較的多い。半消化態栄養剤の栄養素は最終段階まで分解されておらず、これらの栄養素は上部空腸で消化吸収されることから、上部空腸が障害されているときには消化態栄養剤を用いるべきである。消化態栄養剤(成分栄養剤)ではすべての栄養成分が組成の明らかなものだけから構成されており、窒素源はアミノ酸で、また糖質には浸透圧が極度に高くないようにブドウ糖の代わりにデキストリンを用いている。消化機能を必要とせず、上部消化管で容易に吸収されるため、残渣もきわめて少ない。経腸栄養剤を選択する際には、栄養素、溶解性、消化作用の必要性の有無、残渣の多寡、浸透圧などを考慮したうえで、個々の症例に応じて選択するべきである⁴¹⁻⁶⁾。本症例では、吸収機能には特に問題のない高齢者であり、半消化態～消化態栄養剤(成分栄養剤)の利用が望まれた。できるだけ下痢を避けるため、比較的浸透圧の低い消化態栄養剤であるエンシュア・リキッド[®]を選択した。その後、経腸栄養法にて安定して1,250kcalを投与することが可能となり、栄養状態も改善した。

関連事項

- 栄養剤の種類と選択 p102
- 栄養の配分 p140
- 周術期の経腸栄養法の適応 p163

文献

- 1) 葛谷雅文：高齢者の栄養状態の評価。社団法人日本老年医学会 編，老年医学テキスト(改訂版)，東京，メジカルビュー社，127-130，2002
- 2) 木村 理：高齢者の消化器疾患－外科の立場から－。日老医誌 39：397-402，2002
- 3) 大柳治正，野村秀明，斉藤洋一：高齢者における術前，術後の栄養法。日本臨床 49：729-734，1991
- 4) 碓井貞仁：経腸栄養法；適応，種類，手技，合併症。日本病態栄養学会 編，病態栄養ガイドブック。大阪，メディカルレビュー社，182-187，2002
- 5) 永井俊彦，伊藤章子：経管栄養・胃瘻の管理。Gerontology 13：391-397，2001
- 6) 櫻井 孝，横野浩一：高齢者の包括医療と栄養。日本病態栄養学会 編，病態栄養ガイドブック。大阪，メディカルレビュー社，104-109，2002
- 7) 櫻井 孝：高齢者糖尿病の自立障害の原因とその管理。内分泌糖尿病 14：564-570，2002

TOPICS 高齢者総合機能評価(comprehensive geriatric assessment ; CGA)

老年病の特徴の1つとして、患者の多様性は重要である。すなわち、多疾患を合併することが多く、また身体的な要因のみならず精神的、社会的要因においても患者の背景は多彩である。これらの因子が相乗して、原疾患の治療の継続が困難となる症例にしばしば遭遇する。また高齢者では慢性疾患によりADLが低下し、handicappedにつながり、高齢者のQOLを損なう。

これらの高齢者の療養上の問題点を漏れなく把握するために、高齢者総合機能評価(CGA)が利用される。CGAを行うことで、疾患の検出、診断精度の改善、ADL・IADL(手段的日常生活動作)の向上、在宅ケアの増加、精神的機能の改善、入院減少、死亡率の減少などが知られている。

CGAの評価項目は、生活機能について、身体的(日常生活動作)、精神的、社会的な各領域からアセスメントを行う。その結果をもとに入院早期より退院後の療養計画を考案することが重要である。具体的には、以下の8項目の評価を行うことが一般的である⁶⁷⁾。

- ①身体的機能(日常生活動作)：視力、聴力、筋力、関節可動域、尿失禁など。
- ②基本的ADL(移動、排泄、摂食、更衣、整容、入浴など)：Barthel index、またはKatz indexにて評価する。
- ③手段的ADL(外出、買物、家計、服薬管理、料理など)：Lawton indexや老研式活動能力指標にて評価する。
- ④認知機能の評価：HDS-R、MMSEなどを用いる。

- ⑤抑うつ傾向の評価：GDS(簡易版)が頻用される。
- ⑥ QOL の評価：Philadelphia Geriatric Center (PGC) Morale scale などが広く用いられている。
- ⑦社会的環境：家族との交流(キーパーソンを特定)、住居、社会資源の実状、介護者のQOL、介護負担感など。
- ⑧経済的環境の評価。

痴呆ケアのスタッフ教育と 介護者指導

わが国において痴呆性高齢者は65歳以上人口の約4～7%に及び、年々増加傾向にある¹⁾。痴呆症は認知障害の進行に伴い、さまざまなBPSDを来すため、介護者に多大な負担を強いることが多い。家族の介護における精神的、身体的負担が過大となり、家族の介護体制が崩壊する現場にしばしば遭遇する。近年導入された介護保健制度は、痴呆性高齢者の介護においても大きな福音をもたらした。しかし身体障害の軽度な痴呆性高齢者では、求められる水準より要介護度認定が低い傾向であること、あるいは本当に必要な介護サービスが十分に整備されていない点など、介護保健制度にも今後改善すべき余地が残されている。これらの問題点を抱えた介護保険制度の発達段階にあって、より効果的な痴呆性高齢者のケアを提供しているのが、介護スタッフおよび在宅での介護者である。ここでは痴呆性高齢者の内面とケア提供者とのかかわり、またケアスタッフの教育について考える。

1. 痴呆性患者の体験世界

「痴呆性患者は周囲のことが全くわからなくなり、人としての尊厳や心を失ってしまうのか？」という疑問をしばしば耳にする。これは大きな誤解であり、こうした誤解がなお社会的に根強く残っているために、患者に対し非難や侮蔑の言葉を投げかけたり、無視、放任、虐待といった事態がしばしば生じている。このことは痴呆性高齢者にとって大きな不幸であるばかりでなく、その介護者にとっても無益な精神的苦痛を及ぼす。痴呆性高齢者の介護においては、ケアする側の視点にとらわれるのではなく、患者が今、何を感じ、求めているのかを探ることが出発点である。

痴呆性患者は見当識の障害、記憶や判断力の低下のため、外界からはわかりにくい特有の体験をしていると考えられる。最近の自分の体験についての記憶が低下し、自分の置かれた時間や場所についてもわからなくなると、自己の生存に対して不安が強くなる。この

ため常に緊張を強いられ疲労する。さらに周囲の変化のスピードと本人の理解との差が次第に拡大し、焦りと孤独を感じ、一方で周囲には苛立ちを与え溝をつくってしまう。物事にうまく対処できない不快が引き金となり、往々にして感情の爆発や自分の世界に閉じこもる体験を来す。これらの体験の積み重ねが絶えず起こり、揺れ動きながら進行しているものと思われる²⁾。われわれケアする側は、「痴呆」であっても1人ずつ違うその人のこれまでの人生を考え、外界からは想像もつかない心の苦しみを思いやる努力が大切である。その上で患者の持つ前向きな力を軽視せず、対応すべきである。痴呆性患者にとって、周囲とのかかわりと環境が、良くも悪くも症状に大きな変化を与える事実は周知のことと思われる²⁾。

2. 痴呆介護の基本理念

近年の痴呆の定義はアメリカ精神医学会診断統計便覧（DSM-IV）によれば次のように規定される。

- A. 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）
- B. 以下の認知障害の一つまたはそれ以上
 - 1) 失語（言語の障害）
 - 2) 失行（運動機能は保たれているにもかかわらず、動作を遂行する能力の障害）
 - 3) 失認（感覚機能が保たれているにもかかわらず、対象を認識または同定できないこと）
 - 4) 実行機能（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する）の障害
- C. A, Bの障害により、社会的、職業的機能に著しい障害をきたす。
- D. せん妄の除外
- E. 鬱病、分裂病などの除外

DSM-IVの定義以外にもさまざまなスケールや数量化された把握の仕方が提唱されている。しかしこれらの基準では、高齢者痴呆症の外面的な症状は理解されても、患者の持つ精神的内面をとらえることは困難である。痴呆症性高齢者のケアの現場で、痴呆症状、BPSDに対してどのように対応するかについて、痴呆症状をかたちづけている内面に注目し、その人が送らなければならない痴呆というハンディキャップを持った人生の歩き方を考え、これをサポートするという基本的な考え方を介護スタッフが共有することが最も重要である²⁾。

3. 痴呆ケアの目的

痴呆性患者のケアの目的は、痴呆のために見落としがちなその人の尊厳、個性、希望などを見出し、生活の質（QOL）を維持し、患者が本来送ったであろう人生を全うできるように支えることである²⁾。つまり患者の残存能力を生かして、できるだけ自立した日常生活を可能とし、自分なりに生きていけるように、サポートしていくことにある。ここで痴呆性患者のQOLとは、脅威や苦痛ではなく心地よさを感じられる「いのちの質」、自分を感じ人として当たり前前の暮らしを継続できる「暮らしの質」、かけがえのない過去と現在を人生の中で実感できる「人生の質」と永田らは言及している³⁾。

痴呆性高齢者のQOLを維持できるケアを達成することは、かなり難しいことのように感じられるが、ごく単純な事項からケア、例えば入院、通院、在宅における基本的な日常生活動作（ADL）のケア場面から始まる。ここで言うADLには、単なる身体運動能力のみならず精神的な自発性や自己発揮というものも含まれるべきである。この日常生活動作を、少しでも自分の力でやり切るために、「ゆっくりと、自然に、自由に、楽しく、ありのまま」に患者のペースで果たしていくことが目指される。「してあげる」ケアを「一緒に過ごす」ケアへと変更し実践できれば、より質の高いケアサービスが可能になると思われる。質の高いケアの提供には、患者とのより良い人間関係を持って遂行されることは言をまたない。

全国痴呆性高齢者グループホーム協会が提示したグループホームの倫理綱領には、以下の内容が挙げられている⁴⁾。

- ① 利用者を個人として尊重し、プライバシーを守り、安心と尊厳のある生活を実現する。
- ② 利用者が個人として主体的な決定を行えるよう支援し尊重する。
- ③ 利用者が安らぎと自信を感じられる安全で衛生的な環境を保つ。
- ④ 利用者にとって適切な介護と医療を行う。
- ⑤ 利用者の情報を厳重に守る。
- ⑥ 利用者の地域社会の一員としての生活を支える。
- ⑦ 利用者に対し暴力や虐待、身体的精神的拘束をしない。
- ⑧ いかなる理由においても利用者を差別をしない。
- ⑨ 利用者の苦情を前向きにとらえ、職員チームが一体となってより良いサービスに努める。
- ⑩ この仕事の社会的責任を認識し、介護に携わるものとしての研鑽に努めると共に、健全な運営によるサービスを継続する。

在宅でのケア、また病院、介護施設でのケアにおいては、ケアのプロフェッショナルであるという自覚と使命を、すべての職員が持つことが重要である^{2～5)}。

4. 病院における痴呆の医療とケア

病院での医療の第1の目的は、痴呆と痴呆様症状を呈するほかの疾患との鑑別である。痴呆症は早期に病因を特定し診断することで、効果的な治療や介入が可能である。高齢者痴呆性疾患の原因としてアルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆が2大原因であるが、加齢に伴いこれらの鑑別が困難であったり、また両疾患が合併することも少なくない。的確な診断と病態に基づいた薬物療法を始めることが重要である。

第2の目的は、ケアの提供に際して問題となるBPSDに対する介入と早期の治療である。病院の医師、看護スタッフは、患者の家族構成や生活様式、介護状態を可及的速やかに把握し、今後の治療と介護の方針を明確にすることが大切である。また同時に介護者に痴呆症について説明し、痴呆症が受け入れられるようわかりやすく指導、教育する。その上で看護・介護計画を説明し、介護保険のサービス利用の申請など、退院後の療養計画について相談を行うべきである。患者、介護者が在宅での療養を希望し、またBPSDの対応が可能であれば、介護保険の在宅サービス利用と自宅の環境調整を試みる。キーパーソンの不在、経済的、社会的問題など種々の理由により在宅介護が困難な症例であれば、老人保健施設など施設介護への紹介を検討する。

入院中は診断の補助のためにも注意深い観察が必要である。入院中の転倒、誤飲など、不慮の事故にも注意する。ベッドに柵を付ける、床に物が落ちていないよう片付ける、目に触れる所に危険な物を置かない、などの対策をとる。高齢者では入院による環境の変化により精神的に不安定となり、せん妄や徘徊などのBPSDが生じやすい。BPSDが生じた時には、医療スタッフの一方的な説得はむしろ無益であり、患者の納得が得られるよう根気よく対応することが重要であろう。

またこれらのBPSDは、しばしばほかの患者とのトラブルの原因ともなる。環境の工夫と同時に、ほかの患者との交流にも配慮が必要である。痴呆性高齢者が安心できるよう、ベッド周囲になじみの物を置いたり、わかりやすく目立つ印を部屋やトイレの入り口に付けるなども有効である。それでも患者の精神症状が強い時には、速やかな個室対応、薬物療法が必要である。不穏な痴呆性高齢者では、点滴などの身体治療によってさらに精神状態が悪化し、点滴を引き抜くこともある。また徘徊を防ぐために患者の居場所を常に気にかける、離床センサーを用いるなどの対策も有用である^{2,5)}。

5. 老人保健施設でのケア

老人保健施設は1986年の老人保健法により創設され、2000年4月からは介護保険法により、高齢者の介護ケアを提供する施設として利用されている。この施設は本来、病院と家庭の中間施設であり、在宅支援の役割を持つ。つまり長期の入院治療、入所ケアを目的とするのではなく、家庭復帰を目的とした自立支援とリハビリテーションが目的である。このため対象者は、病状が安定期にあり、入院治療の必要はないが、日常生活を営む上で介護が必要であり、リハビリテーションや看護、介護が必要な者である。老人保健施設でのケアは、入所サービス、通所サービス、短期入所サービスの3つに分けられる。

老人保健施設での看護、介護上特に問題になるのは、急病への対応と痴呆のケアである。高齢者では医療を必要とする場合がしばしば発生し、それゆえ適切な初期判断と、提携病院との迅速な連携が必須である。看護・介護スタッフへの救急処置教育も必要であることは言うまでもない。

一方、痴呆のケアでは、不眠、徘徊、介護拒否、攻撃的言動、妄想などがよく見られる。薬物投与が必要になる場合も多いが、高齢者では眠剤、鎮静剤の効果が遷延することが多く、しばしばふらつき、転倒の原因となるので注意が必要である。不眠に対してはすぐにベッドに戻すのではなく、ナースステーションで少し話をすると落ち着いて眠れるようになることが多々あり、マニュアルどおりの薬物療法より介護の工夫が奏効する場合が多い。徘徊に対してはドアにセンサーを付けたり、話題を変え気をそらすことも有効である。拒否に対しては、反応しすぎず無理強いをせず、落ち着いた時に再び声をかける。攻撃的言動の時は無理にかかわろうとせず距離をとり、その背景を探ることが必要である。妄想に対しては否定するのではなく、事実として受け止め、時には演技をすることも大切である。ほかにも異食や不潔行為も時に見られるため注意が必要である。

多くの場合、BPSDが生じる背景には、何かの身体的、精神的変化が存在し、普段から痴呆性高齢者の詳細な観察を行うこと、また患者の状況について、ささいな事柄であっても、各スタッフ間で情報を共有することが重要である^{5~7)}。

6. 在宅でのケア

急速な高齢化の進んでいる今日では、在宅における痴呆性患者も増加している。在宅ケアの特徴は、患者が自宅で家族と共に大部分を生活するという点である。介護の大部分を家族に負うわけだが、それゆえ、在宅でのケアは患者のみならず、その家族全体をサポートする必要がある。

痴呆性高齢者を介護する家族のたどる心理的ステップとして、初期には痴呆状態に対する戸惑いと否定、次第に混乱、怒り、拒絶の状態を通過し、あきらめの境地に至り、最終的には受け入れができるようになる⁸⁾。しかしこれはかなり険しく長い道程であり、各状況でとるべき対応を冷静に判断できる家族はまれであると思われる。

家族は、まず自分の家族が痴呆症ではないかと疑った時、診断確定と今後の見通しをつけるために、専門病院での受診を行うことが望ましい。かかりつけ医に相談して、専門医を紹介してもらえばよいだろう。診断確定を待つ間に、介護保険制度などの基礎的知識を得ておく。痴呆症の診断、療養計画が決まれば、医師、看護師、ケアマネジャーなどとよく相談し、本当に必要な介護サービスを申し込めばよい。症状は常に変化していくため、その場に応じたサービスをその都度求めるべきである。痴呆症の在宅介護のポイントは、1人の介護者に負担が集中することがないように、気負わず、割り切って、活用できる手段は利用することと思われる。

家族が主たる介護者の場合、日々の介護に対する心身の疲労と、周囲の理解を得られないという孤立感が、しばしば深刻な状況をつくりがちである。「呆け老人を抱える家族の会」による実態調査(1991)では⁹⁾、家族介護の困難を指摘している(表11, 12)。自分たちだけで抱え込むのではなく、誰かに相談すること、仲間を見つけることが大切である。電話相談や家族会での情報収集も有効であり、ぜひ利用すべきものと思われる。ここで介護者自身の健康管理が前提であることは言うまでもない。

表11 生活上の困難(複数回答, n=720)

	() 内%
自分の時間が持てない	384 (53.3)
留守を見てくれる人がいない	247 (34.3)
家事に思うように手が回らない	213 (29.6)
火の始末など問題行動がある	208 (28.9)
経済的負担が大きい	159 (22.1)
仕事に出られない	145 (20.1)
親族との間がうまくいかない	113 (15.7)
家庭内がうまくいかない	98 (13.6)
育児に思うように手が回らない	24 (3.4)
特になし	51 (7.1)
その他	60 (8.4)
無回答	21 (2.9)

本問昭：高齢者の施設ケアと在宅ケア 臨床精神医学増刊号, P. 249~256, 1998. より引用改変