

急性期病院で何が問題になっているのか - 認知症～急性期病院が向き合うとき (2)

【国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長 小川朝生】

前回、急性期病院における認知機能障害の現状を紹介した。今回は、引き続いて認知症をめぐる、急性期病院でどのような問題が生じているのかを考えてみたい。

急性期病院における認知症をめぐる問題は、大きく分けて次の2点に集約される。

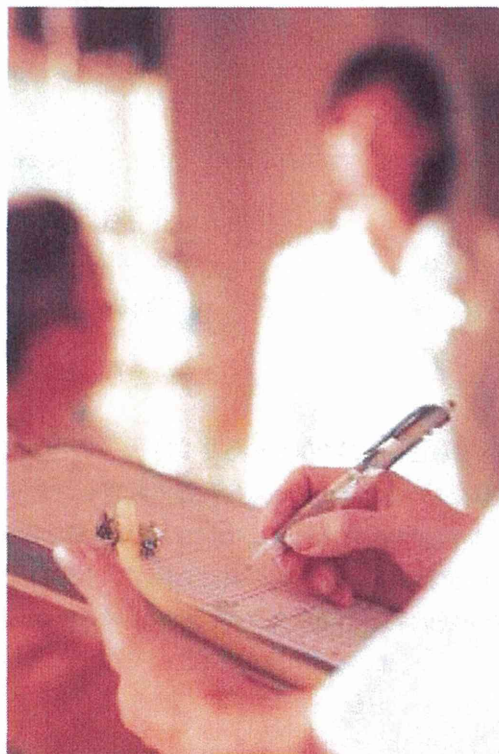
- (1) 医療管理上のバランスの問題
- (2) 認知症に関する知識・技術が必要性に追いついていない

■医療管理上のバランスの問題とは

急性期病院における認知症対策は、どうしても医療安全上、医療管理上の問題として扱われがちである。これは、認知症患者が入院をしたときに、「徘徊をして転倒・転落すること」が非常に強く危険視されていることと関連している。

(残り 1567字 / 全 1903字)

次回配信は 9月 4日 15: 00を予定しています



その背景にあるのは (2) にも関連するが、認知症とはどのような病態なのかが急性期の臨床現場に伝わっていないという現状である。そのため、「認知症患者は何を説明されても分からない、説明しても意味がない」とあきらめがちであり、結果として、管理的な視点で身体拘束などの対応をせざるを得ないのである。

しかし、認知機能障害を持った患者のケアを考える上で、拘束は精神症状を増悪させる強力な促進因子であり、避けることが原則である。これには、

1拘束することで、患者は周囲の文脈を理解することがさらに難しくなり、症状自体が悪化するという精神症状管理上の問題

2身体症状が変化したときに、自覚症状を把握することができなくなり、早期発見・対応が困難になるという身体管理上の問題

—という両面の理由がある。

■拘束で見逃された症状悪化の前兆

例えば、術後せん妄の一例を見てみよう。

【70歳代後半、結腸がん術後】

上行結腸がんに対して開腹術を施行。術後の経過は安定していたが、3日目に突然焦燥感が強くなり、「痛い、家に帰る」と落ち着かなくなった。看護師がなだめたが鎮まらないため、担当医の包括的支持に基づき拘束を行った。その後、夜勤帯に入っても、患者は「痛い、帰る」と繰り返していたため、不眠と判断し、不眠時の指示（アトラックス R点滴）を実施して様子を見ていたところ、急に血圧が低下した。緊急 CTの結果、穿孔と敗血症性ショックであった

この例が示すように、一見 BPSD（認知症の周辺症状）やせん妄の増悪のように映る症状変化が、実は全身の急激な悪化を示す前兆であったり、疼痛などの身体症状の増悪が原因で起きていたりすることがしばしばある。本来、身体症状と精神症状は一体をなすものであるが、ともすれば、「身体症状と精神症状は別物」という先入観で判断をしがちである。一度 BPSDやせん妄と判断すると、身体症状と切り離されて管理され、結果として身体変化が見落とされてしまう危険があるのである。

■長期入院、在宅復帰の失敗につながっている

身体拘束の問題は、急性期管理だけではなく、中長期管理の点でも問題になる。認知症患者の場合、早期からアパシー（自発性の低下）を合併しがちであることが知られている。

事例 1: 歩行能力が低下し、在宅復帰が困難に

転倒・転落予防のために拘束を数日続けただけで、下肢筋力の低下が出現。ますます歩行

が不安定になり、拘束を解くことができなくなった。リハビリを導入しても、自発性が低下しているため、思うように進めることができず、在宅復帰が困難になった。

事例 2: 食事を取れなくなって ADLが低下

術後に点滴自己抜去があったため、再発予防のために拘束とミトン装着がなされていた。この間は食事も介助で行っていたところ、点滴が終了した後も、自発的に食事を取らなくなった。看護師は、「食べたくないから食べないのだ」と判断、そのまま下膳を続けた結果、脱水・低栄養から低活動型せん妄となり、ADLが低下した。

転倒・転落は医療安全上、大きな問題ではある。しかし、その防止策は拘束ではなく、認知症・せん妄の確実なアセスメントと対応にこそあることを忘れてはならない。転倒・転落を予防することは、認知症・せん妄へのケアと表裏一体である。

認知症であれば BPSDのような症状が起きる場面のきっかけを、せん妄であればその兆候を、それぞれ早期に発見をすることで重症化を防ぐことができる。そうすれば、身体管理も円滑に進み、拘束は不要となり、退院も早期に可能となるはずだ。しかし、医療安全管理の視点が重視されるあまり、認知症・せん妄に関する教育や啓発が課題として認識されず、拘束の説明・指示の管理だけが先行しがちである。それは結果として、全身管理を困難にし、在院日数が延長し、在宅復帰に失敗するのだ。そんな事例を見聞きするのが残念である。



小川朝生 (おがわ・あさお)

国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野分野長。1999年阪大医学部卒、2004年阪大大学院医学系研究科卒。12年7月より現職に就任(東病院精神腫瘍科長を併任)。14年度厚生労働科学研究費補助認知症対策総合研究事業において、主任研究者として認知症に対する包括的支援プログラム開発を担当。学術研究助成基金助成金「がん診断後のうつ病の背景因子に関する分子疫学的検討」班でも主任研究者を務める

。



医療介護情報サービス

Career Brain

Copyright(c)2014 CareerBrain Co.,Ltd. All Rights Reserved.

本コンテンツに掲載の記事・写真等の知的財産権その他一切の権利は、株式会社キャリアブレインまたはその情報提供者に帰属します。私的利用の範囲での複製(著作権法第30条)著作権法で認められている場合を除き、当社の事前の許諾なく、コンテンツの一部または全部を複製、公衆送信、翻案する行為を禁じます。私的利用の範囲を超えるご利用の場合は、有料となりますので、事前に当社までお問い合わせください。

苦手意識と誤解に基づく認知症ケア - 認知症～急性期病院が向き合うとき (3)

【国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長 小川朝生】

前回、急性期病院での認知症ケアをめぐる課題について、医療安全管理の観点から紹介した。続いて今回は、もう一つの課題である「認知症に関する知識・技術とニーズのギャップ」について考えてみたい。

■急性期病院で必要な認知症ケアの知識・技術とは

今、アルツハイマー病をはじめとする認知症の治療やケアに関心が高まり、さまざまな情報が流れているが、その主な話題は、最新の治療薬や BPSD (認知症の周辺症状) への対応についてである。しかし、身体治療を目的とする急性期病院での認知症ケアの課題は、「身体治療を進める上で、どのような配慮や工夫が必要なのか」が焦点となる。

認知症が身体治療に与える影響は、以下のようにまとめられる。

1. 診断が遅れること
2. 自覚症状が把握されにくくなり、身体的問題が重症化しやすいこと
3. セルフケアが困難になり、支援体制の綿密な計画が必要になること

(残り 1689字 / 全 212字)

次回配信は 9月 11日 15: 00を予定しています

確かに急性期病院でも、認知症患者に対する個別のケアは必要だ。しかし、在院日数が 2週間前後という短期間の中で、療養型施設と同じように認知症症状に応じた個別のケアを提供することはそもそも無理がある。それよりも、認知症患者の身体治療に関しては、環境を変えない在宅ケアを基本 (入院はやむを得ない場合の短期間にとどめる) とした上で、急性期病院は、

- ▽認知症を細かく鑑別するのではなく、せん妄・認知症を含めた認知機能障害に早く気付く (特に身体的問題が背景にあるせん妄は emergencyである)
- ▽認知症患者の身体的問題の早期発見・対応に注意を払う

—の 2点を最優先にすることが現実的である。

■急性期病院の抱える認知症ケアの現状

以上を踏まえて、急性期病院での認知症ケアを考える上でのポイントをいくつかあげたい

。



1 入院して初めて認知症が疑われるケースが多い

海外でも指摘されていることだが、入院時に認知症の診断がついている症例は全体の約20-40%にとどまり、半数以上は入院をした後に初めて認知症が疑われている。

その要因には、入院前アセスメントが脆弱であること、特に認知症の初期から出現するアパシー（自発性の低下）や実行機能障害の問題が医療者の間でも知られていないことがある。

2 認知症患者の身体アセスメントが抜けてしまう

急性期病院のスタッフが認知症ケアで苦手意識を抱くのは、認知症患者の症状評価をどのように進めてよいのか分からない点が大きい。急性期病院では、「患者は困ったら自分で困っていることを訴えてくるもの」ということを前提にして動くため、問題を想定しながらアセスメントを行うことを忘れがちである。症状の言語化が難しい認知症のケースでは、身体症状（特に疼痛）が背景にあるにも関わらず、「訴えが疼痛でない」「疼痛以外の訴えが強調される」ために BPSDと誤解され、適切な対処がされにくい。

【事例：80歳代女性】

胃がんに対して胃全摘を施行。夜間に「痛い、帰る」と訴える。病棟スタッフは「BPSDだから」と不眠時指示（薬剤投与）を実施したが、その効果が乏しいと精神科にコンサルトが出る。帰るといふ離院企図のみに注目し、身体管理がなおざりになっている。

3 スタッフの苦手意識が先行する（「認知症」というラベル張りになってしまう）

認知症患者が急増する中で、慣れない急性期病棟のスタッフが失敗を経験し、苦手意識が先行することも多い。病棟で「認知症」と申し送りはされていても、その「認知症」が意味するところは、「言っても分からない」だったり、「何を訴えているのか分からない」だったりして、そもそも何を検討すればよいのか分からないまま戸惑っていることもある。

4 自覚症状を評価しなくなってしまう

3と重なるところもあるが、認知症を状態像として認識したとしても、「認知症だから、何を言っても通じない」という誤解や、認知機能障害の過大評価を招きやすい。訴えられた自覚症状を評価しなくなることも起こり、結果として身体変化に気づきにくくなる。

【事例：80歳代女性】

進行肺がん、認知症を合併。積極的な抗がん治療は本人家族も望まず、経過の中で症状が出た場合に備えて、緩和ケア病棟への転棟を希望された。入棟の面談を希望したところ、緩和ケア病棟が「認知症の方はケアを受けても分からないので、緩和ケアの適応はない」と断る。

5 ゴール設定が分からない

自覚症状が把握されないと、アセスメントの軸が定まらず、患者・家族のニーズをどのように汲むべきか、病棟スタッフが分からなくなる場合が多い。患者目線のケアのゴールが想像できなくなり、単なる医療管理と混同しがちになる。

6 抗精神病薬への誤解

認知改善薬も BPSD に対する抗精神病薬についても、基本は患者の苦痛を緩和し、QOLの向上に資することがゴールである。しかし、BPSD の対応の話題になると、「問題行動」に注意が向き、つい「抗精神病薬の使用＝ゴールは鎮静」になりがちである。心理社会的ケアで BPSD に対応することには限界があるが、「患者の苦痛からやむを得ず起きる行動の不適合と新たな苦痛」という側面を評価し忘れると、在宅ケアへの移行の方向性がつけにくくなる。



小川朝生（おがわ・あさお）

国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野分野長。1999年阪大医学部卒、2004年阪大大学院医学系研究科卒。12年7月より現職に就任（東病院精神腫瘍科長を併任）。14年度厚生労働科学研究費補助認知症対策総合研究事業において、主任研究者として認知症に対する包括的支援プログラム開発を担当。学術研究助成基金助成金「がん診断後のうつ病の背景因子に関する分子疫学的検討」班でも主任研究者を務める



医療介護情報サービス

Career Brain

Copyright(c)2014 CareerBrain Co.,Ltd. All Rights Reserved.

本コンテンツに掲載の記事・写真等の知的財産権その他一切の権利は、株式会社キャリアブレインまたはその情報提供者に帰属します。私的利用の範囲での複製(著作権法第30条)等著作権法で認められている場合を除き、当社の事前の許諾なく、コンテンツの一部または全部を複製、公衆送信、翻案する行為を禁じます。私的利用の範囲を超えるご利用の場合は、有料となりますので、事前に当社までお問い合わせください。

見逃されたせん妄、亡くなった男性患者 - 認知症～急性期病院が向き合うとき (4)

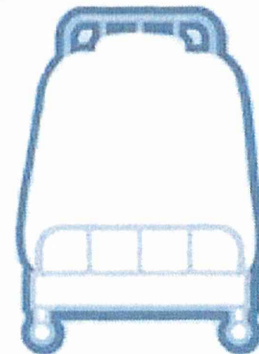
【国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科長 小川朝生】

前回まで、主に急性期病院における認知症ケアについて現状や課題を整理してきた。今回は、認知症と関連付けられることの多いせん妄について考えてみたい。

■せん妄は早急な対応が必要な身体的問題

【症例：70歳代男性（入院前の認知症の症状はなし）】

2か月前より背部痛があり、総合病院内科を受診したところ、腹部 CTにて臍頭部腫瘍を疑われ、精査目的で入院となった。入院3日後より、不眠・昼夜逆転が出現。日中うつらうつらと眠り、夜になると落ち着かずに興奮し、「会社に行く」などの見当識障害を疑う行動が見られた。担当医は不眠と判断し、ベンゾジアゼピン系睡眠導入薬を処方したが、昼夜のリズムは回復せず、日中はうつらうつらとする日が続いた。食事摂取も進まな



かった。

入院10日に心肺停止状態で発見。蘇生処置を試み、一時的に回復したが、3日後に死亡した。CTにて肺塞栓を認めたほか、蘇生中の血液検査からは脱水が認められた。

入院前後からの脱水と引き続くせん妄の結果、食事摂取がさらに落ち、せん妄が遷延したことが疑われた。

(残り 1802字 / 全 2266字)

次回配信は9月25日 15:00を予定しています

せん妄と認知症は、急性期病院では認知機能障害として、ひとくくりにまとめられることが多い。確かに、見当識障害など症状が似通っている面がある。しかし、せん妄は、あくまで身体疾患を原因とする意識障害の一群であって、早急な原因探索と治療が必要な病態である。にもかかわらず、身体管理の必要性が知られていない。

■せん妄の治療は急性期管理そのもの

【せん妄が引き起こす問題】

1. 事故（転倒、転落、暴行）
2. 全身管理上の問題（問題の早期発見、早期対応が困難になる）
3. 入院期間の長期化、再入院リスクの増加
4. 医療スタッフの疲弊
5. 意思決定の問題

特に注意したいのは「せん妄は多臓器不全の一種である」ということである。せん妄を見逃すことは、全身状態の変化を早期に発見する機会を逃すことだ。せん妄の治療・対応は、単に転倒・転落を防ぐ医療安全上の問題だけではなく、急性期管理の問題そのものなのである。

■表面化しにくい低活動型にこそ注意



せん妄は急性期病院に入院中の患者のうち、15-30%に認められる病態である。しかし、これほど一般的であるにもかかわらず、その70-80%が見落とされていることも指摘されている。特に軽度のせん妄の場合、不眠や不安と誤解されがちである。せん妄に伴う睡眠覚醒リズムの障害を不眠と見誤り、睡眠導入薬（特に多いのがゾルピデムやトリアゾラムなどの超短時間型睡眠導入薬）を用いた結果、せん妄が一気に増悪する例は非常に多い。

