

医が外科系の医師のみという事態もありうる。

合併症病棟の看護配置基準は 13:1 で、おのおの 22~24 人の看護師が配置され、準夜勤 3 人、深夜勤 3 人で運営されている。当院看護部門は、全員が正看護師以上の資格をもち、看護助手はいない。このほか、2015 年度から初めて、放射線科、検査科の 24 時間体制が確立した。一般病床 2 病棟を含め、当院の合併症病棟に入院する患者のほとんどすべてが精神医学的なケアを必要としている。一般病院とは異なり、医学的管理すべてに加え、更衣、摂食、排泄、入浴などの日常生活行為にも看護師の支援が必要である患者が大部分を占める。合併症病棟 4 病棟を除く当院の病床稼働率は、認知症の 2 病棟を含めて 90% 前後である。これに対して、合併症病棟 4 病棟の稼働率は 60~70% であるが、稼働率が 70% を超えると看護管理がきわめて困難になる。2016 年 2 月の実績では、精神科指定病床である合併症病棟 2 病棟（閉鎖病棟）の平均稼働率 71.6%、平均在院日数 47.6 日、一般病床 2 病棟（開放病棟）の平均稼働率 68.0%、平均在院日数 43.8 日である。

当院の身体合併症病棟は、都内の単科精神科病院内で起こった身体合併症に対応することを目的として発足したが、現在では、地域の診療所からの紹介、総合病院救急からの紹介が増えて、ほぼ同数となっている。また、地域の診療所からの合併症入院依頼の多くを認知症患者が占めている。

2015 年度、当院の身体合併症病棟への入院依頼受け入れ率は 80% を超えており、上記のような医療資源の制約のなか可能な限りの努力を重ねてきた。しかしながら、医療経済的な視点から、当院の 23 病棟を比較すると、利益率の高い順に、救急病棟群、医療観察法病棟、急性期病棟群、特殊病棟群（認知症、依存症）、慢性期病棟群、合併症病棟群の順になる。当院の合併症病棟の損益分岐点は、現在の患者数の 2 倍以上である。合併症病棟群の入院患者数を 2 倍にするためには、稼働率を上げつつ在院日数を短縮することであるが、さきに述べたとおり、現在の 60~70% という稼

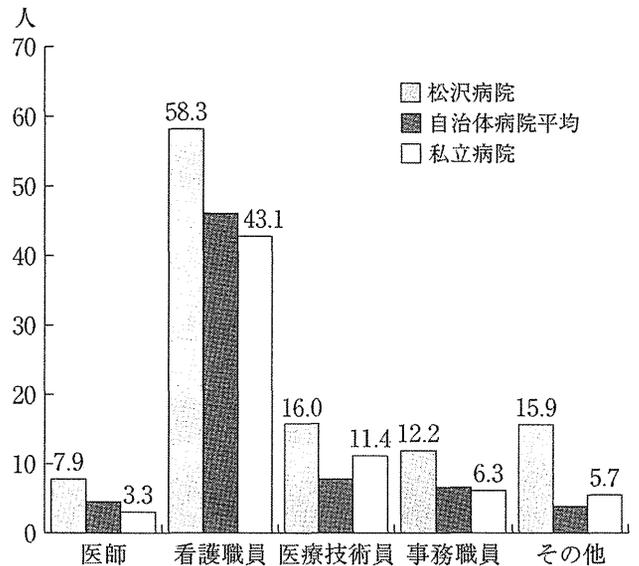


図 2 都立松沢病院と私立精神科病院の 100 床あたりの職員数の比較 (2012 年)

働率は、13:1 の看護基準をとる精神科病院では、認知症を含む精神疾患患者の身体合併症医療の限界であるといつてよい。他方、当院で当初の予定入院期間を超えて退院が遅れる患者の 60% は、患者の経済状態に応じた適切な生活の場がないということだけが理由であり、この問題が解決しない限り、医療機関の努力で在院日数を短縮することは不可能に近い。

最初に述べたとおり、新オレンジプランは、認知症患者の身体合併症医療については、急性期病棟の認知症対応力を高めることと、精神科病院の合併症医療対応力を高めることによって対応しようとしている。図 2 に、筆者が以前勤務した認知症専門の私立精神科病院と当院の職員数の比較を示した。すべての職種で当院が手厚く配置されており、とくに看護職員について、当院ではそのすべてが正看護師以上の資格をもっているのに対して、その精神科病院の職員には看護助手を含み、看護師のなかには、准看護師資格の職員も含まれている。行政医療を担う当院では、私立精神科病院に比較して質、量ともに手厚い人員配置を行っているが、それでもなお、急性期病院の水準には遠く及ばない。身体看護に加えて精神科看護が必

表1 認知症病棟と身体合併症病棟退院患者の入院時認知症診断（重複あり）

	認知症病棟 (93例)	身体合併症病棟 (41例)
アルツハイマー型認知症	50例	25例
血管性認知症	8	8
レビー小体型認知症	15	4
前頭側頭型認知症	7	1
その他	13	3

要とされているにもかかわらず、診療報酬上、そうした配慮がまったくなされていないからである。一般の精神科病院で認知症患者の身体合併症に対応するためには、医師、看護師を中心とする人的資源の充実と、それを支援するための診療報酬の抜本的な見直しが必要である。

2 東京都立松沢病院における合併症医療の実情

2014年9月1日～12月31日の4か月間に、当院身体合併症病棟を退院した全患者41例（男性17例、女性24例、平均年齢79.6歳）について、同時期に当院認知症病棟を退院した全患者93例（男性39例、女性54例、平均年齢81.1歳）と比較しながら検討を加える。

年齢、性別に目立った差はない。入院時の認知症に関する診断は表1のとおりである。合併症病棟には血管性認知症患者が多い。循環器疾患や代謝疾患等、脳血管障害の原因となった基礎疾患が重篤化して入院に至るものが多いためである。一方、認知症病棟では、精神症状や行動障害が顕在化しやすいレビー小体型認知症や、前頭側頭型認知症の割合が比較的高い。

入院前の居所については、認知症病棟入院患者の73.1%が自宅であるのに対して、合併症病棟では「自宅から」の入院が56.1%と少なく、「一般病院から」(14.6%)、「精神科病院から」(9.8%)の割合が高い。認知症病棟は主として、BPSD等のために在宅介護が破綻した結果、入院となる例が多いのに対して、合併症病棟は、身体疾患の治

療目的で入院した一般病院から処遇困難を理由に紹介される例、すでにBPSD対応の目的で入院した精神科単科病院で身体合併症が起こったためにそこから紹介されてくる例が多い。

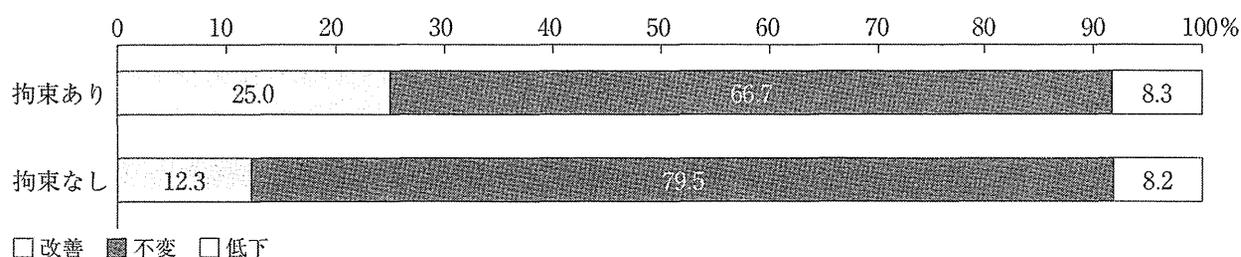
自宅への退院は認知症病棟で19.4%、合併症病棟で29.3%にとどまり、とくに認知症病棟では、自宅から入院した68例のうち、自宅へ退院した患者は18例にとどまった。精神症状や行動障害のために在宅介護が破綻した例では、精神医学的治療が終了しても在宅に復帰することはむずかしい。状況は身体合併症においても変わらないが、身体疾患だけを理由に在宅介護がむずかしくなった場合には、身体疾患の治療がうまくいけば自宅に帰る可能性が小さくないことを示しているのかもしれない。

入院患者の日常生活動作（activities of daily living; ADL）を比較すると、合併症病棟入院群で、更衣、摂食、排泄、入浴ともに、重度障害の患者の割合が高く、およそ半数が全介助を必要とするのに対して、認知症病棟入院群では、歩行能力が高く、ADLも比較的良好に保たれている例が多い。

向精神薬（抗精神病薬、睡眠導入薬、抗不安薬、抗うつ薬、抗認知症薬、抑肝散、抗けいれん薬等）の処方率は、認知症病棟入院群の84.9%、合併症病棟入院群の43.9%で行われていた。身体拘束に関しては、認知症病棟入院群の15.1%、合併症病棟入院群の68.3%で行われていた。認知症病棟の身体拘束は、1日数時間の短時間の措置を目的とするものがほとんどであるが、合併症病棟では、重篤な内科疾患に対する持続点滴などの治療処置が必要になり、長期間にわたって持続的に行われるものが少なくなかった。転倒防止を目的とする拘束は、整形外科、外科手術後の安静を維持することができない患者に対して行われている。

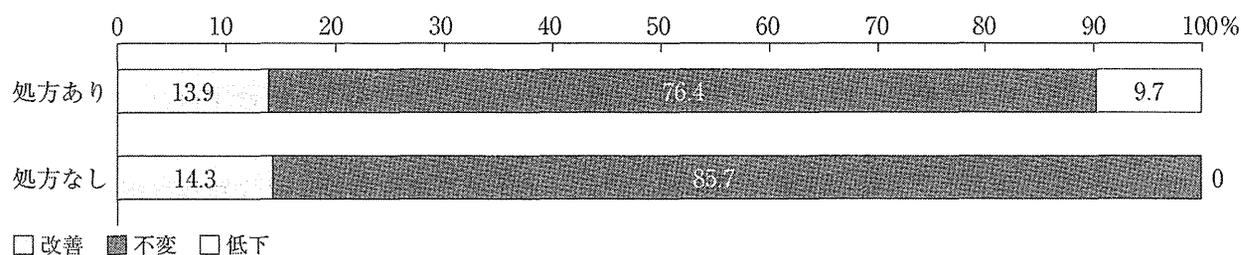
入・退院時のADLの変化をみると、両病棟とも、60～80%の患者が入院時の機能を維持しており、認知症病棟については、すべての項目で、改善例が悪化例を大きく上回った。合併症病棟においても、改善例が悪化例を上回っている。

□特集



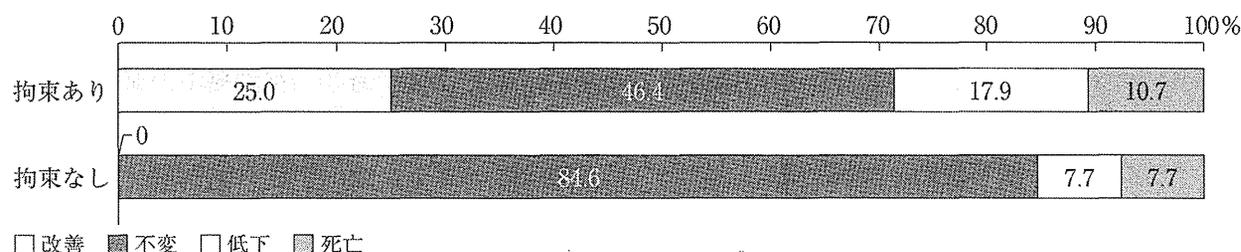
□改善 ■不変 □低下

図3 認知症病棟における拘束の有無と歩行機能の変化



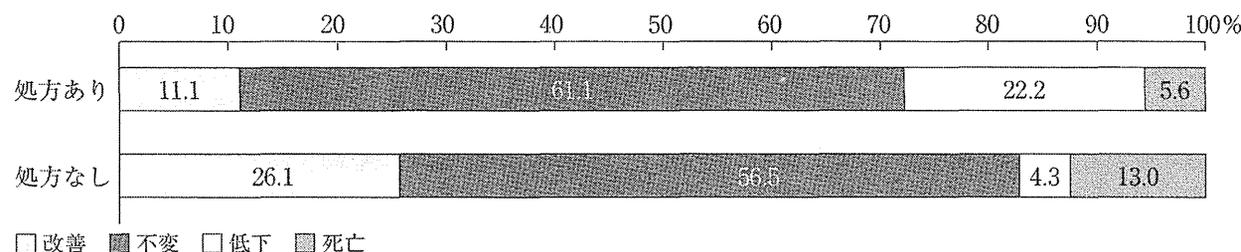
□改善 ■不変 □低下

図4 認知症病棟における向精神薬処方の有無と歩行機能の変化



□改善 ■不変 □低下 ■死亡

図5 身体合併症病棟における拘束の有無と歩行機能の変化



□改善 ■不変 □低下 ■死亡

図6 身体合併症病棟における向精神薬処方の有無と歩行機能の変化

認知症病棟における、拘束の有無、向精神薬の処方の有無と退院時の歩行機能の変化を、図3、図4に示した。拘束が歩行機能の低下につながった様子は観察されない。むしろ、拘束例の25.0%が、入院時に比較して、退院時の歩行機能が改善していた。認知症病棟における拘束は、短時間の医療処置を目的として行われており、身体状態の改善が歩行機能の改善につながった例がこの数字に現れているものと推測される。向精神薬の使用

については、処方のない群では歩行能力低下が1例もなかったのに対して、処方のあった例では72例中7例(9.7%)に歩行能力低下を認めた。向精神薬の処方、BPSDの治療を目的として使用されており、全体のおよそ1割の患者で、薬物が歩行機能低下に関与している可能性がある。

同じく、合併症病棟における拘束の有無、向精神薬処方の有無と退院時の歩行機能の変化を図5、図6に示した。拘束された患者の25.0%に歩行機

能の改善がみられた。整形外科手術等の術後管理のために拘束を要した患者の歩行機能改善によると考えられる。拘束のなかった患者には改善例はない。拘束されなかった患者には、もともと寝たきりの患者が多く、身体疾患の治療が終了してもそうした状況が変化することはなかったためと考えられる。向精神薬の使用に関しては、処方されなかった患者では26.1%が改善しているのに対して、処方された群の改善例は11.1%にとどまっている。さらに、処方された群の22.2%に歩行機能低下がみられ、処方されなかった群の低下例4.3%に比較して際立って高く、認知症病棟の向精神薬の処方群の低下例9.7%に比較しても高かった。

おわりに

認知症を理由に十分な身体疾患の治療を行わないというのであれば、医療行為に理性的な協力できない精神発達遅滞や精神疾患患者等、障害者全般の人権に対する許しがたい挑戦であるといわざるを得ない。一方で、精神機能の障害のために治療に対する同意も、協力もできない人に、一般の人と同じ標準的な治療を遂行するために手段を選ばない、というのであれば、こうした考え方もまた、大きな人権侵害を引き起こす可能性がある。

新オレンジプランは、在宅での一次医療の充実を前提に、入院を要する場合は、急性期病院と精神科病院の機能強化によって支援するという方針を示している。この方針への第1の疑問は、現在すでに、在宅での介護力が期待できない単身、あるいは高齢者のみの世帯に認知症患者が増えているという点である。今後こうした家庭内に介護力のない世帯の数は増加し続ける。そもそも、在宅を基盤にした循環型支援、という新オレンジプランの前提が崩壊しつつある。このために、在宅認知症患者の身体合併症発見が遅れ、認知症患者の救急受診が増え、救急医療の現場にさまざまな問題が起こっている（本特集の榎山鉄矢らの稿を参照）。当院に入院する身体合併症患者のなかにも、

医療行為を受けないまま進行してしまった、がん等の患者が含まれている。新オレンジプランに対する第2の疑問は、急性期病院の認知症対応力強化や、精神科病院の身体合併症対応力強化をどのように進めるのか、実効性のある方針が示されていない点である。

精神科病院である当院における合併症医療が、いわゆる医療法の精神科特例による大きな医療資源の制約のもとに行われており、それにもかかわらず、行政による大きな財政支援なしには立ち行かないものであるかを示した。図2に示したとおり、当院の人的資源は、私立精神科病院についてはもちろん、全国の自治体立病院の状況と比較しても格段に豊かであるが、それでも、総合病院の人的資源とは比べるべくもない。また、現状では、退院患者の療養先の確保が平均在院日数の短縮の律速段階となっており、医療機関の努力で在院日数を短縮し、看護基準を上げることはほぼ不可能であるといつてよい。精神科病院の合併症医療対応力を高めるためには、診療報酬体系の抜本的な再検討が必要であろう。

当院では、病棟看護力や医師配置数を考慮して、認知症を含む精神疾患に合併した身体疾患については、とりあえず引き受け、合併症病棟で評価を行ったのち、必要に応じて、専門的な治療ができる都立総合病院に搬送するハブ方式を目指して調整を進めているが、この際問題になるのが総合病院側の受け入れ態勢である。総合病院精神科病床を活用し、精神科医と身体科の医療スタッフが責任を分担するシステム等が検討されてよい。当院における合併症医療、認知症医療の状況は、身体科の専門医と精神科の専門医が共同で行う合併症医療が比較的良好な治療効果を上げていることを示している。

身体拘束、向精神薬の処方の影響については、さらに症例を増やして、背景因子を含めた分析が必要であるが、今回の調査からは、向精神薬を処方された患者のなかに、退院時のADLが低下する例が少なくないことが示された。

□特集

本調査・研究は厚生労働科学研究費（H26-精神-一般-005）の助成によって行われた。

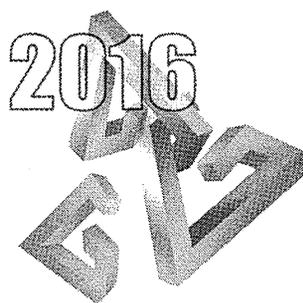
高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」について. 平成27年1月27日. Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>

文 献

- 1) 厚生労働省：「認知症施策推進総合戦略～認知症

特集

認知症の身体合併症医療；認知症患者の身体疾患治療に関する臨床的諸問題



認知症患者における身体救急の 現状と課題

檜山鉄矢*¹, 西田賢司*², 齋藤正彦*³

抄録

認知症患者における身体救急受診の現状把握を目的として、救急基幹病院において予備的調査を行った。対象は、受診時に何らかのかたちで認知症との情報があった99例である。認知症患者では、救急車搬送率が49%、入院率が44%といずれも有意に高かった。受診理由は、転倒(23%)、発熱(15%)、「動けなくなった」(11%)、失神(10%)などであり、診断としては、肺炎などの感染症が多くを占めた。入院後には、高率に拘束等の処置を要しており、転院となる事例が多かった。今後は、救急搬送→救急病院入院→転院という流れが、総合的なADLや予後にどのように影響しているのか、大規模かつ前向きな調査検討が必要と思われた。

Key words：認知症，救急，入院，拘束，肺炎

老年精神医学雑誌 27：399-405，2016

はじめに

総務省消防庁によれば、2014(平成26)年における救急車搬送は540万5917人と、5年連続で過去最高数を更新した⁵⁾。救急車搬送事例のうち65歳以上の高齢者は55.5%を占めており、高齢者の救急搬送は人口の高齢化を上回る速度で増加している(図1)。また搬送された高齢者の4割以上が、入院が必要な「中等症」以上と診断されており、この割合も高齢になるにつれて増加している。

多くの救急部門では、高齢者の急増に頭を悩ませている。軽症患者の受診増が問題とはいっても、通常は短時間の診察や処置で帰宅となるので、実際的な負担は大きくない。これに対して高齢者の

救急による負担は重い。高齢者の救急では、手続き、診察、検査、処置、すべてに手間と時間をとられる。潜在的に多数の問題を抱えており、評価にも時間がかかる。実際に重症患者も多い。なかでも大きな悩みは、「出口問題」である。高齢者では、一見軽症と思われても、後に重症化することも多く、安易に帰宅させることはできない。しかし救急入院に使える病床は限られており、入院と同時に退院の心配をしなくてはならない。入院すると多くの看護力を要する。さらに家庭での介護力に問題があり、治療が終わっても自宅に退院できないことも少なくない。転院調整には多くの労力と時間を割かれる。

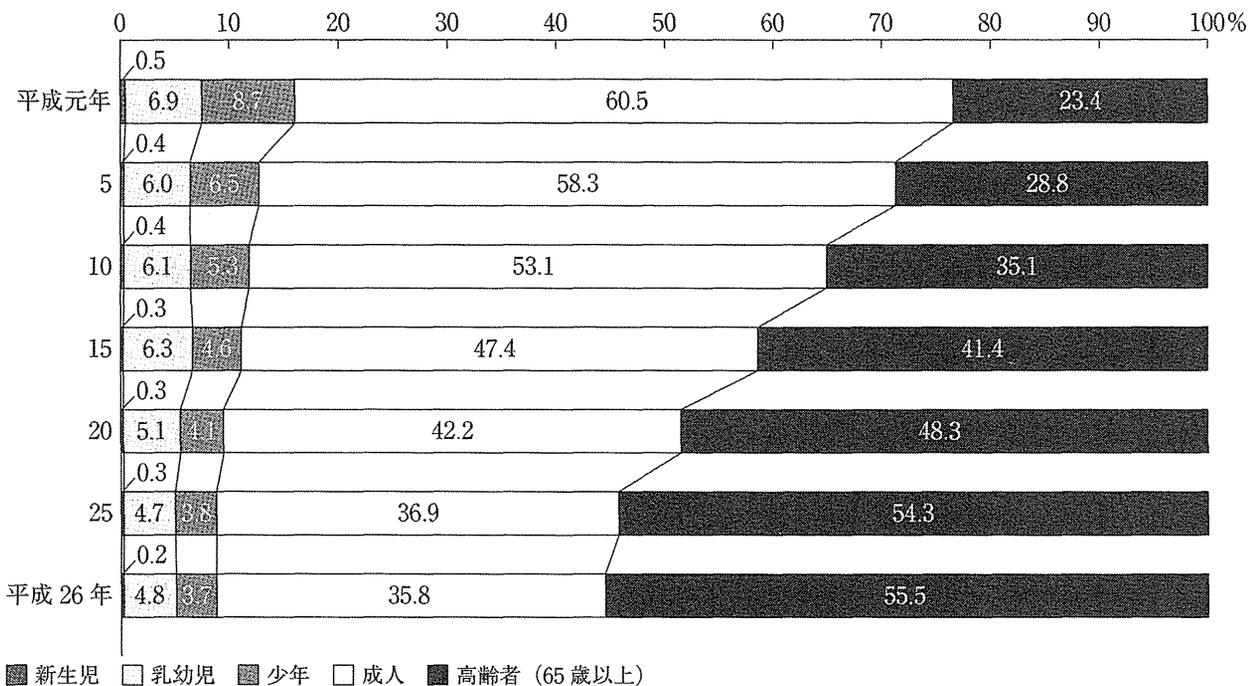
高齢者にかかわるこのような救急部門の悩みは、認知症を有していれば大幅に増大する。待合室で不穏状態となる、診察や処置に協力できない、攻撃的になって時には暴力をふるう、同意が得られない、モニターを外す、カテーテルを自己抜去する、拘束すればさらに不穏となる、転院先が見つ

*1 Tetsuya Kashiyama：東京都立松沢病院一般科，東京都立多摩総合医療センター救急科

*2 Kenji Nishida：東京都立多摩総合医療センター救急科

*3 Masahiko Saito：東京都立松沢病院精神科

*1 〒156-0057 東京都世田谷区上北沢2-1-1(都立松沢病院)



■ 新生児 □ 乳幼児 ■ 少年 □ 成人 ■ 高齢者 (65歳以上)
 (総務省消防庁：救急業務の実施状況。平成 27 年版 消防白書、2015 — Available at : <http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h27/h27/index.html>)

図 1 救急車搬送に占める高齢者の割合

からない、など枚挙に暇がない。多くの救急部門スタッフは、診療科や病棟から、搬送要請を「受けた」ことを恨まれることも多いと感じている。認知症患者の救急受診率は一般高齢者のそれよりも高く、入院率や死亡率も高いと報告されており^{1,2)}、現場では大きな問題となっているはずであるが、具体的な情報は少ない。

今回、認知症患者における身体救急受診の現状把握、および今後調査すべき課題の整理を目的として、筆者の前任施設である東京都立多摩総合医療センターの救急部門で、約 3 か月の予備的調査を行った。本論では、この調査を足がかりに、認知症患者の救急受診にかかわる課題について考察してみたい。

1 都立多摩総合医療センターでの予備調査結果概要

東京都立多摩総合医療センター（以下、当院）は、東京郊外に位置する 789 床の公立基幹病院である。1990（平成 2）年に救命救急センターを併

設し、2002 年には「東京 ER」を開設した。2010 年には全面改築し、同じ建物内に 561 床の小児専門病院である都立小児総合医療センターが開設された。小児を合わせれば、年間救急受診数 5 万件以上、救急車搬送数 1 万 2000 件以上に上り、救急取扱数としては全国でも 1、2 を争う規模である。

調査を行った救急外来部門（ER）では、病気も外傷も、walk-in も救急車も取り扱うが、15 歳以下の小児、救命救急センターに直接搬送される重症患者（救命対応）、および 24 条通報等による精神科救急患者は、それぞれ他部門で対応する。ER には、24 時間複数の医師が常駐し、救急患者の初療に当たっている。

1. 対象と方法

2014 年 10 月 28 日～2015 年 1 月 28 日までの 3 か月間に当院の ER を受診した患者のうち、救急隊から「認知症あり」との情報があった患者、問診票の既往症欄に設けた「認知症」の項目にチェックがあった患者、および看護師によるトリアー

表1 認知症群と外来対照群の概要

	認知症群	外来対照群
患者数	99例	1,830例
年齢(平均)	58~104歳(82.5歳)	75~100歳(82.1歳)
性別(男性/女性)	46例/53例	888例/942例
救急車搬送	49例(49%)*	184例(10%)
入院	44(44%)*	525(29%)

* $p < 0.005$ (χ^2 検定)

表2 ER受診理由

	認知症群(99例)	外来対照群(1,830例)
転倒	23例(23%)*	248例(14%)
発熱	15(15%)	220(12%)
動けなくなった	11(11%)*	9(0.5%)
失神	10(10%)*	45(2.5%)

* $p < 0.05$ (χ^2 検定)

ジの際に家族等から「認知症あり」との情報が得られた患者を対象とし、診療録を用いて年齢、性別、受診理由、暫定診断、外来転帰、入院後の経過等を後方視的に調査した。

2. 結果

対象期間中のER取扱数は、3か月で9,180例、年齢15~104歳、平均57歳、男性4,437例、女性4,743例であった。このうち救急車搬送は1,985例と22%を占めていた。診察の結果、入院となった事例は1,532例で、受診の17%であった。このうち救急隊からの情報、問診票、トリアージにて「認知症」の申告があった事例は、合計99例であった。ここでは、この99例を「認知症群」と呼ぶ。認知症群の年齢は、58~104歳(平均82.5歳)、男性46例(46%)、女性53例(54%)であった。同時期に救急受診した75歳以上の高齢者のうち、受診時に認知症の申告がなかった1,830例を対照群(外来対照群)として比較した(表1)。

認知症群では、救急車で搬送された患者が49例(49%)あり、救急車搬送率は外来対照群の5倍であった。また認知症群では44例(44%)が入院しており、入院率は外来対照群の1.5倍で

あった。認知症群における受診理由(表2)は、転倒23例(23%)、発熱15例(15%)、「動けなくなった」11例(11%)、失神10例(10%)で、その他、めまい、悪心、嘔吐、腹痛、呼吸困難等であった。対照群と比べて、転倒、「動けなくなった」こと、および失神による受診が有意に多かった。

次に、認知症群において、救急受診後入院となった44例のうち、入院後の記録が参照できた40例について検討した。年齢は72~97歳(平均82.5歳)、男性22例、女性18例であった。入院時診断はさまざまであるが、肺炎6例、尿路感染3例、胆道感染3例、インフルエンザ2例を含む感染症が多く15例(38%)を占め、続いて頭部等の外傷5例(13%)、脳血管障害5例(13%)、消化管出血4例(10%)などであった。認知症を主病例とした精神科への入院は1例のみであった。

入院した認知症群の入院後の状況について、対照として、やはりER受診後に入院した75歳以上の高齢者525例のうち、病棟看護師によっておおむね認知障害なしと判断された242例(入院対照群)を用いて比較した(表3)。なお、認知症を疑う特定の基準はなく、この判断はあくまでも

表3 入院後経過

	認知症群	入院対照群
患者	40例	242例
年齢(平均)	72~97歳(82.5歳)	75~100歳(81.1歳)
性別(男性/女性)	22例/18例	108例/134例
処置		
拘束処置	26例(65%)*	29例(12%)
センサーマット	16(40%)*	28(11%)
転帰		
自宅退院	9例(23%)	71例(29%)
施設退院	4(10%)	9(4%)
転院	24(60%)	152(63%)
死亡退院	3(7%)	10(4%)

* $p < 0.05$ (χ^2 検定)

看護師の印象によるものである。認知症群では、26例(65%)が医療処置のためにミトン装着、胴抑制等の拘束処置を受けており、処置の実施率は入院対照群の約5倍、センサーマットは16例(40%)に用いられており、対照群の3.6倍で、それぞれ有意に使用が多かった。

入院後の転帰は、自宅退院が9例(23%)、施設への退院が4例(10%)、転院が24例(60%)、死亡3例(7%)であった。

3. 救急担当医への事後調査結果概要

認知症患者を診察した救急担当医に調査票を配布し、診療上の問題点等について調査した。結果が回収された事例は31例で、回収率は31%であった。回収された対象患者の内訳は、男性15例、女性16例、年齢70~93歳(平均83歳)であった。

担当医により、緊急性ありと判断された例は40%、緊急性なしとされた例は43%、「どちらともいえない」が17%であった。31例のうち、19例(61%)において、担当医が、診療上何らかの障害を感じたと報告していた。記載の内容を表4に示す。内容としては、「情報聴取が困難」26例、「診察が困難」7例、「処置が困難」7例、「同意取得が困難」7例、その他であった。

2 事例

以下に事例を挙げる。なお、個人情報保護のた

表4 認知症患者の診療において困難に感じたこと

- ・情報聴取が困難
- ・診察が困難
- ・処置が困難
- ・同意取得が困難
- ・胃管や点滴に触るので危険であった
- ・処置中に暴力的になり診察不能となった
- ・理解の悪さから、頻回な受診になりやすい
- ・治療方針について、本人の意見を聞けなかった
- ・必要最小限の精査で終了した
- ・事後の指示が理解されなかった
- ・入院適応ではなかったが、社会的入院となった
- ・病歴の不足、訴えの信頼性の低さから、検査過剰になりやすい

め多少の修正を加えたことをお断りしておく。

〈事例1〉80歳、男性

妻と二人暮らし。アルツハイマー型認知症の診断にてドネペジルの投薬を受けている。当日は一人で外出した。夜、デパートのトイレで動けなくなっているのを発見され、タクシーで帰宅した。その後、なお様子がおかしいとして、妻の要請により救急車で来院した。

来院時、全身状態は良好であったが、本人からの病歴は得られなかった。診察にて腹部膨満あり、下腹部の圧痛を訴えた。エコーの結果、膀胱が緊満腫大しており、導尿にて大量の排尿が得られて症状は改善した。排尿困難のため、トイレで動けなくなっていたものと推測された。

入院適応はないと判断されたが、カテーテル抜

□特集

去にて尿閉の再発が予測されたことや、老老介護などのため帰宅は無理と判断され、入院となった。入院後、カテーテルを引っ張るなどの行為がみられたため、ミトン装着となり、さらに歩き出してしまうため、胴拘束が追加された。尿閉改善後も、自宅での介護は困難とされ、3日後に地域の一般病院に転院となった。担当医へのアンケートにて情報聴取困難、老老介護による社会的入院などが指摘された事例であった。

〈事例2〉80歳、男性

路上に倒れていたため、通行人が救急要請した。来院時、左頭頂部に皮下血腫、左耳出血あり。軽度の意識障害を認めた。明らかな神経所見は認めなかった。CTにより側頭骨骨折、急性硬膜下血腫、脳挫傷の診断となった。

当初病歴は不詳であったが、入院後に、所持品から地域包括支援センターを介して家族を探したところ、都内に住む家族と連絡がとれた。家族からは、認知症として投薬を受けていること、何度も転倒を繰り返していること、かねて本人より、手術等の侵襲的な治療を受けない意思を聞いていたとして、手術は希望しない旨が伝えられた。これを受けて、血压管理などの保存的治療が施行された。5日後、地域の一般病院に転院となった。この間、降圧薬等の持続点滴が行われ、ミトンによる拘束、および胴拘束を行うこととなった。治療における意思決定困難が指摘された事例であった。

転倒による受診は多く、23%と受診理由の最多を占めていた。軽症も多いものの、6例が入院となっており、急性硬膜下血腫2例、外傷性クモ膜下出血1例、頭蓋底骨折1例、大腿骨頸部骨折2例と、重症例も多かった。認知症患者の転倒は、非認知症患者の4~5倍多いとの報告もある。認知症患者に転倒が多い原因としては、オリエンテーションの低下、危険物の認識や記憶の低下、徘徊、起立性低血压、失神、薬剤の影響などが関与していると考えられる。救急医療機関においては、正確な受傷状況がわからないことが多いこと

から、頭部の皮下血腫の確認、頸部症状の確認、あるいは股関節部の触診など、丁寧な全体的診察を行う必要がある。また、転倒の原因として、不整脈等による失神が隠れている可能性にも留意が必要と思われる。

〈事例3〉90歳、男性

認知症の診断を受けているが、週2回のホームヘルパー派遣を受けており独居である。同日ホームヘルパーが訪問の際、とくに本人の訴えはなかったが、悪寒戦慄を伴う発熱あり。ホームヘルパーの要請で救急車で受診した。インフルエンザ迅速テストにてA型陽性。歩行可能な状況であったが、地域包括支援センターの要請もあり、隔離のため個室をやり繰りして入院となった。

入院後は食事摂取不良にて持続点滴となり、抜去や歩行に対してセンサーマットが使用され、さらに胴拘束も追加された。転院先が見つからず数日経過し、肺炎を併発した。結局、2週間後に地域の一般病院に転院となった。その後の経過は追跡できていないが、救急入院による日常生活動作 (activities of daily living ; ADL) の低下が懸念された事例であった。

③ 考 察

認知症患者の救急受診に関連して、欧米ではいくつと比較的大きな調査が行われている^{2~4)}。米国インディアナ州からの報告によれば、救急部門を受診した65歳以上の患者25,374例のうち、33.9%に認知障害がコードされており、認知障害を有する患者では、その後平均8年間のフォローにおいて、複数回受診率、入院率、死亡率が他と比べて有意に高かったという²⁾。わが国での調査は少ないが、2007(平成19)年に、本誌に仙台市立病院からの報告が掲載されている¹⁾。これによれば、1か月間に同院救急部門を受診した1,101人のうち、65歳以上の者は214人(19%)であり、このうちすでに認知症と診断されているか、救急医によって可能性ありとされた者は86例で65歳以上受診者の40.2%を占めており、や

はり重症度や入院率が有意に高かったという。

今回の調査では、3か月の調査期間中に救急部門を受診した9,180例中、何らかのかたちで認知症の申告がなされた例は99例にとどまり、受診者全体の1%、65歳以上の2.3%にすぎなかった。65歳以上における認知症有病率は15%前後と推定されており、申告があった例は推計値の1/6以下ということになる。一方、対象期間に救急入院した高齢者に対する退院支援を目的とした病棟看護師のスクリーニングでは、30%以上において認知障害の存在が疑われていた。救急外来部門においては、相当数の患者が認知症と認識されていないか、申告しなかったか、あるいは申告することさえできなかったものと推察される。

予測されたこととはいえ、主として申告によって認知症患者を選別したことが、本予備調査の大きなlimitationとなった。とくに重症の認知症患者のみが選別されている可能性もある。今後は何らかの方法で、より前向きに、より軽症も含めた認知症患者を拾い上げて検討する必要がある。

認知症群においては、救急車で受診率が49%と対照群の約5倍に上った。他の調査においても、認知症患者は、他の高齢者と比べて救急車搬送が多いことが報告されている^{1,2)}。救急車搬送が多い理由としては、認知症患者では病気や怪我自体が多いこと、あるいは転落転倒や失神など救急車要請に結びつきやすい症状が多いこと等が推定されるが、救急車以外による医療機関へのアクセスが難しいことを示唆している可能性も高い。もとより救急はセーフティネットであり、最後のアクセス手段として担保されるべきではあるが、発熱等の症状の場合に、救急車搬送はなじみにくい。より早期かつ軽症のうちに医療機関にアクセスしうるシステムの整備が必要である。

一方、当然ながら救急車要請さえすれば容易に医療機関を受診できるわけではない。近年は、救急指定病院を辞退する病院が続出しており、救急車搬送においても高齢者の受け皿は激減し、とくに認知症を有するような高齢者の搬送先選定には

困難を極めているのが現状である。国立長寿医療研究センターの武田ら⁹⁾は、認知症患者への救急対応について、全国の救急告示病院3,697か所にアンケート調査を行い、得られた589件の回答の結果を報告している。これによれば、86%の施設が、認知症患者の身体救急診療を「通常行っている」「行うことが多い」と答えたが、7%の施設は「通常行わない」「行わないことが多い」と回答している。また94%の施設が、認知症患者の身体救急疾患への対応に困難を感じていると回答したという。多くの救急告示病院においては、困難を感じながら認知症患者の診療を行っているが、診療自体を行わない施設もあるということがわかる。現場の救急隊が、認知症患者の病院選定や救急搬送に要している時間と労力についても調査が必要である。

認知症群99例のうち44例(44%)が入院しており、対照群と比して有意に高かった。入院が多い理由としては、そもそも健康管理に問題があったり合併症が多いことに加え、自覚症状を訴えられず、身体的、社会的な不自由も加わって、重症化してからの受診となりやすいことが考えられる。一方で、いわゆる社会的入院も散見された。今回の検討では、社会的入院は4例(9%)にとどまったが、前述の仙台市立病院での調査においては、入院の20%が社会的入院であったという¹⁾。救急部門においても、多くの労力を社会的入院にかかわるソーシャルワークに用いざるを得ない状況がうかがえる。個人的経験では、行政機関の機能しない夜間や、とくに週末において、処遇への対応に難渋することが多い。

入院時の診断としては肺炎が多かったが、とくにいわゆる誤嚥性肺炎で入院した場合、高率に禁食、持続点滴、酸素投与が行われる。認知症患者においては、点滴や酸素等のために65%に胴拘束やミトン装着が、40%にセンサーマットが使用されており、処置の割合は、非認知症患者と比して有意に高いものであった。一般に高齢者においては誤嚥性肺炎による救急入院をきっかけに人工

□特集

栄養となり、拘束や長期入院につながる事例も多い。肺炎は良くなったが、寝たきり・経管栄養となってしまうということでは、救急入院の意義にも疑問を感じざるを得ない。さらなる調査が必要である。

自宅に退院せず、転院となった例が60%を占めている点にも注目したい。多くの基幹的救急病院においては、新たな患者収容のためのベッドを確保するため、救急入院患者を数日単位で退院あるいは転院させざるを得ないのが現状である。一般に転院調整には多くの労力を要するが、とくに高齢者の転院照会にあたっては、「認知症の有無」を聞かれることが通例となっており、「認知症あり」の場合には、受け入れ先は大幅に限定される。「有料個室ならば」などの条件を提示されたり、拘束への事前同意を求められることも少なくない。転院先としては、地域の中小規模一般病院が多くを占めており、認知症疾患医療センターなどの専門施設あるいは精神科病院へ転院した例はなかった。基幹病院で行われた急性期の拘束等の処置が、転院先の一般病院においても受け継がれ、結果として長期入院となったり、やはり大幅なADLの低下につながることも懸念される。

おわりに

認知症患者においては、他の高齢者と比べて救急車搬送率や入院率が高く、入院後は高率に拘束等の処置を受けていることが示唆された。今後は、救急搬送→救急病院入院→転院という流れが、総

合的なADLや予後にどのように影響しているのか、より大規模かつ前向きな調査検討が必要と思われる。

本研究の一部は、厚生労働省科学研究費補助金(H26-精神-一般-005)によって行われた。

文 献

- 1) 久保田洋介, 亀山元信, 村田祐二, 庄子 賢ほか: 救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療. 老年精神医学雑誌, **18** (11): 1204-1209 (2007).
- 2) LaMantia MA, Stump TE, Messina FC, Miller DK, et al.: Emergency Department Use Among Older Adults With Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, **30** (1): 35-40 (2016).
- 3) Phelan EA, Borson S, Grothaus L, Balch S, et al.: Association of incident dementia with hospitalizations. *JAMA*, **307** (2): 165-172 (2012).
- 4) Sampson EL, Leurent B, Blanchard MR, Jones L, et al.: Survival of people with dementia after unplanned acute hospital admission; A prospective cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry*, **28** (10): 1015-1022 (2013).
- 5) 総務省消防庁: 救急業務の実施状況. 平成27年版 消防白書 (2015). Available at : <http://www.fdma.go.jp/html/hakusho/h27/h27/index.html>
- 6) 武田章敬, 堀部賢太郎, 新畑 豊, 鷺見幸彦ほか: 全国の救急告示病院を対象とした認知症の人の身体疾患に対する医療に関する調査. 平成25年度長寿医療研究開発費, 平成26年12月. Available at : http://www.ncgg.go.jp/topics/documents/Zenkoku_chosa.pdf

特集

認知症の身体合併症医療：認知症患者の身体疾患治療に関する臨床的諸問題



認知症における誤嚥性肺炎

犬尾英里子, 檜山鉄矢, 齋藤正彦

抄録

認知症が進行すると嚥下障害を起し誤嚥性肺炎のリスクが増す。誤嚥性肺炎は認知症患者の直接の死因として最も多いものである。認知症の終末期医療と切り離せない誤嚥性肺炎に必要な予防・診断・治療、認知症における治療の問題点について提示した。認知症患者が「本人らしい最期を迎えるために」過少・過剰医療を避け、適切な治療を受けるためには、認知症の診断を受けたのちに、やがて発症する合併症を患者自身や家族が理解し、その時期を迎えたときの治療の選択ができることが望ましい。

Key words : 認知症, 誤嚥性肺炎, 予防, 治療, End-of-life

老年精神医学雑誌 27 : 421-426, 2016

はじめに

厚生労働省発表の人口動態統計によると、日本人の死亡原因の第4位は肺炎であり、このうち75%を75歳以上の高齢者が占める²⁾。90歳以上においては心不全に次いで死亡原因の第2位であり³⁾、今後2042(平成54)年まで高齢者人口の増加が続くと予想されるなかで⁵⁾、高齢者の肺炎をどのように予防し治療するかは日本の医療経済上でも大きな問題となる。

肺炎のうち誤嚥性肺炎はとくに高齢者に多くみられ、70歳以上の高齢者肺炎の86.7%に誤嚥の関与があると報告されている⁶⁾。2012年厚生労働省の「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」で発表された認知症の高齢者の割合は2015年で約16%で、今後さらに増加することが予想される³⁾。どのタイプの認知症であっても、進行

すると嚥下障害を併発し、誤嚥性肺炎は避けられない合併症のひとつであり、生命予後とも直結することから、その治療の選択は認知症のEnd-of-life(エンドオブライフ)のあり方の問題そのものをも浮き彫りにする。

認知症と診断された初期の段階から、患者や、家族へ、進行すると併発する合併症の理解、希望する治療選択の意思をステップを踏みながら確認することで、誤嚥性肺炎の過少、または過剰医療を避け、本人らしい日々を送ることが可能となる¹⁾。

1 誤嚥性肺炎とは

誤嚥性肺炎とは、本来食道を通り胃へ運ばれるべき食物や口腔内分泌物が、気管を通り肺へ流れ込み発症する肺炎である。認知症が進行すると出現する嚥下障害に伴う合併症として避けられず、認知症では嚥下障害がなくても、しゃべりながら食べる、食物を掻き込む、吸い込むように食べる等、食行動の異常によっても誤嚥性肺炎を生じる。

Eriko Inuo, Tetsuya Kashiyama, Masahiko Saito : 東京都立松沢病院

〒156-0057 東京都世田谷区上北沢2-1-1

表1 『ATS/IDSA ガイドライン 2005』で示された医療・ケア関連肺炎 (HCAP) の定義；院内肺炎 (HAP) における多剤耐性菌のリスク因子

1. 90 日以内の抗菌療法
2. 5 日以上入院
3. 生活環境において耐性菌の頻度が高い
4. HCAP のリスク因子の存在
 - 1) 90 日以内に 2 日以上入院
 - 2) 長期施設入所
 - 3) 在宅点滴療法 (抗菌薬を含む)
 - 4) 在宅における創傷治療
 - 5) 家族内の多剤耐性菌感染
5. 免疫低下疾患および/または治療

ATS；アメリカ胸部疾患学会，IDSA；アメリカ感染症学会

(日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎 (NHCAP) 診療ガイドライン作成委員会編：序文；NHCAP の概念とガイドラインの理念，医療・介護関連肺炎 (NHCAP) 診療ガイドライン，1-2，日本呼吸器学会，東京，2011 より改変引用)

経管栄養を行うと食物が直接口腔内に入らないため誤嚥しないのではないかと考えられがちであるが，窒息のリスクは減少するものの，胃内に流動食を投与することで口腔内分泌物は増加し，胃管を伝わり，慢性的な誤嚥，microaspiration の状態をつくりやすくなる。胃内容物が逆流して気管内に入り肺炎を引き起こすリスクも小さくない。口腔内分泌物は雑菌を多く含み気道に細菌感染を，また胃内逆流物は胃酸を含むため化学性肺炎を引き起こしやすくなる。

1. 診断

発熱，喀痰，咳嗽，頻呼吸，頻脈等の臨床症状を認めた場合には，血液検査で白血球数高値，CRP 高値，SpO₂ (経皮的動脈血酸素飽和度) の低下，胸部 X 線検査を施行して診断に至る。進行した認知症患者は咳嗽反射が減弱・消失していることも多く，いわゆる臨床所見に乏しく，「前日より何となく元気がない」「いつもより食事が減った」といった日常生活上の変化で身体変化に気づかれることもあり，診断時にはすでに重症化している場合も少なくない。

2. 治療

誤嚥性肺炎の治療は，抗菌薬の投与，気道清浄 (痰吸引，口腔ケア)，痰を自力で喀出できない患者に対して定期的体位交換により痰を出しやすくする，血中酸素濃度が低下している場合には酸素投与，補液である。

抗菌薬については，日本感染症学会・日本化学療法学会による『JAID/JSC 感染症治療ガイドライン』⁶⁾による初期治療の処方例を以下に示す。

初期治療では耐性菌のリスクのあるなしで抗菌薬を使い分けることを推奨している。耐性菌リスクは表1に示すように⁷⁾，入院中の院内発症，合併症の有無，抗菌薬をすでに使用しているかの有無等で判断する。耐性菌リスクがない場合は口腔内嫌気性をターゲットとし，耐性菌のリスクがある場合または重症例では *Klebsiella pneumoniae* や *E. coli* 腸内細菌等をカバーするよう抗菌薬を選択する。

痰培養検査が施行できるのであれば抗菌薬投与前に施行し，培養結果が出たのちに適切な抗生剤へ変更することが望ましい。

<耐性菌リスクなし>

・外来治療

アモキシシリン/クラブラン酸 (AMPC/CVA) 経口 (125 mg/250 mg) 1 回 2 錠・1 日 3~4 回

スルタミシリン (SBTPC) 経口 (375 mg) 1 回 2 錠・1 日 3~4 回

・入院治療

スルバクタム/アンピシリン (SBT/ABPC) 点滴静注 1 回 1.5~3 g・1 日 3~4 回

<耐性菌のリスクあり>

タゾバクタム/ピペラシリン (TAZ/PIPC) 点滴静注 1 回 4.5 g・1 日 3~4 回

イミペネム/シラスタチン (IPM/CS) 点滴静注 1 回 0.5~1 g・1 日 2~4 回

メロペネム (MEPM) 点滴静注 1 回 1 g・1 日 2~3 回

ドリペネム (DRPM) 点滴静注 1 回 0.5~1 g・1 日 3 回

抗菌薬投与は腎機能、年齢を考慮しつつも十分な量を十分な期間投与することが必要で、その判断を誤ると感染が遷延化して耐性菌を出現させる原因ともなり、長期的には治療をより困難とする。抗菌薬が奏効しているかどうかは臨床所見、血液検査所見、胸部X線写真で判断するが、認知症の誤嚥性肺炎は繰り返していることが多く、肺の器質性変化がもともとあり、画像診断では判断できないことも多い。

2 認知症における誤嚥性肺炎の特性

認知症では昼夜逆転のために使用する睡眠薬による覚醒レベルの低下、認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) のために使用される抗精神病薬による過鎮静、その副作用である錐体外路症状によっても嚥下機能は低下し誤嚥性肺炎の発症リスクが高まる。

認知症では脳萎縮の進行とともにサブスタンスPの減少により咳反射、嚥下反射の機能低下が起こり、臨床症状だけでは診断しにくいことが多い⁸⁾。「いつものような元気がない」程度でも検査をすると重症肺炎であることがある。臨床症状を患者自ら正確に伝えることができないことも、精神疾患の肺炎治療を困難にしている。また、多くの認知症患者は高齢者であり、誤嚥性肺炎と同時に他の合併症が存在し重症化しやすい。

3 東京都立松沢病院の統計

筆者らが勤務する東京都立松沢病院 (以下、当院) は東京都精神科身体合併症医療事業に参画しており、精神科救急医療情報センターからの仲介によって一般精神科病院、特別養護老人ホーム等施設からの急性期身体治療を要する患者を受け入れている。このほか、一般病院やクリニックからの直接の依頼によって精神症状のために治療が困難な精神科身体合併症患者の受け入れや、当院内の精神科病床で発症した重篤な身体合併症への対応を行っている。

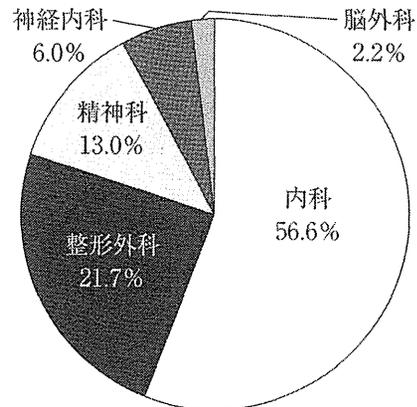


図1 2014年4月1日～2015年3月31日に当院を退院した認知症患者のうち誤嚥性肺炎と診断し加療された患者の診療科内訳

2014年4月1日～2015年3月31日に身体合併症病棟 (176床) および認知症病棟 (76床) を退院した認知症患者のうち、誤嚥性肺炎と診断し加療された患者は46例であった。

46例の平均年齢は79.1歳、男女比は男性22例、女性24例であった。

診療科別では内科56.6% (26例)、整形外科21.7% (10例)、神経内科6.5% (3例)、脳外科2.2% (1例)、精神科 (認知症病棟) 13.0% (6例) であった (図1)。

治療後の転帰は「精神科病医院への転院」34.8% (16例)、「院内で内科から精神科へ転科」6.5% (3例)、「死亡」21.7% (10例)、「自宅へ退院」19.6% (9例)、「施設へ転出」17.4% (8例) であった (図2)。

診療科により患者の特徴は異なり、内科ではすでに他院で肺炎の診断がつき、治療開始していても奏効しない治療困難例や、施設入所者の誤嚥性肺炎発症例が多かった。既治療患者では抗菌薬の単独使用では治療困難であったり、すでに重度の呼吸不全があるため入院後数日で亡くなる例もみられた。当院の精神科から集中治療を要するために内科へ転科となり、治療終了後再び精神科病棟へ戻ったのは3例であった。

整形外科では、入院時の胸部X線写真で陳旧

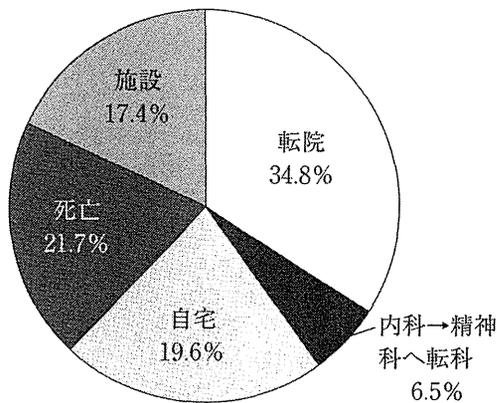


図2 2014年4月1日～2015年3月31日に当院を退院した認知症患者のうち誤嚥性肺炎と診断し加療された患者の転帰内訳

性の肺炎変化を認め、おそらくもともと軽い嚥下障害のあったと思われる患者が骨折外科手術治療目的で入院し、術後の臥床安静中に併発する症例が多くみられ、肺炎重症例は少なかった。

精神科（認知症病棟）は、もともとの入院目的は誤嚥性肺炎の治療ではなく、精神症状の悪化に伴う抗精神病薬の服薬調整、進行した認知症のために在宅介護が困難となり認知症の評価および退院後に施設へ入所するためのソーシャルワークを目的とした入院、地域包括支援センターから入院依頼のあった独居かつ医療未介入認知症（いわゆるごみ屋敷に住んでいる人）等であった。

誤嚥性肺炎で治療を行った患者について、入院前後の生活自立レベルを比較したところ、肺炎治療後に「生活自立レベルが低下したもの（死亡を含む）」50%、「不変」が43.5%、「改善したもの」は6.5%であった。誤嚥性肺炎の罹患をきっかけに、半数で生活自立レベルが下がることが示された。

精神科病棟患者の86.3%が死亡退院しているが、これは肺炎罹患前より認知症がエンドステージにあるため内科へ転科はせず、かつ人工呼吸器や中心静脈点滴管理等の積極的加療を望まず、末梢点滴管理、酸素投与のみの治療を行った結果である。

認知症の進行例では臨床症状の変化は乏しく、

定期検査で偶然血液検査上の好中球増多、CRP高値を認め、施行された胸部X線検査で肺炎と診断される症例もみられた。精神症状の日による変化、とくに抑うつ状態は身体状態の悪化で活動性が低下しているのか、精神症状の変動であるのか判断が困難であり、治療開始が遅れることもある。

初期の抗菌薬の選択ではSBT/ABPCが最も多く54.3%で半数以上であった。次いで、AMPC/CVA 15.2%、セフトリアキソン（CTRX）8.7%、MEPM 6.5%、セファゾリン（CEZ）4.3%、パニペナム/ベタミプロン（PAPM/BP）・セフェピム（CFPM）・TAZ/PIPC・クリンダマイシン（CLDM）・バンコマイシン（VCM）はそれぞれ2.2%であった。

半数以上の症例ではSBT/ABPCが投与されたが、投与されなかった症例ではすでに他院にて加療を行っている難治症例、結核を併発している症例、点滴投与回数がより少ないCTRXを選択した症例、整形外科では軽症のため経口薬投与されていた症例等であった。抗生剤を投与しても奏効せず内科へ入院した難治例に対しては繰り返し痰培養検査を行っているが、多くの症例では培養検査施行前に抗生剤投与が開始されていた。

嚥下造影検査は、発症前の日常生活動作（activities of daily living；ADL）が高く、指示に従うことのできる、嚥下機能が比較的良好に保たれている患者に対しては行われたが、多くの症例は入院時すでに認知症が進行しており、実施困難であった。

4 予 防

進行した認知症では誤嚥は避けられない合併症である。表2に、肺炎を発症させないための予防策を示した。以下、具体的に解説する。

誤嚥性肺炎は食事を誤嚥したときのみならず、口腔内の分泌物・常在菌で発症することから、口腔ケアは重要である。口腔内を清潔に保つことにより、発症リスクを低下させることができる。

食事時は注意が散漫にならないように環境を整える。常同的に発語のある患者や、掻き込むよう

表2 誤嚥性肺炎予防のための工夫

<ul style="list-style-type: none"> ・口腔ケア ・食事摂取時体位 ・食事形態 ・意識レベルの確認 ・嚥下状態観察 ・評価（嚥下機能評価・嚥下運動評価） ・リハビリテーション ・必要に応じた口腔・気道内吸引

に食べる等の食行動異常がある場合には、小鉢に少量ずつ食事を盛る、一度にすべての食事をお膳に盛らない等の工夫で予防することもできる。当院では、食行動異常のある患者に対しては、パン、麺類は窒息の危険が高いので禁止している。介助者または見守り者は嚥下が確実になされたことを確認したのちに次の一口を食べさせるようにする。嚥下障害が進行した場合、咳反射が消失している場合も多く、嚥下していると介助者が思っている場合もある。食後に気道吸引をして誤嚥物がないかを確認をすることで少量の誤嚥であれば経口摂取を継続できる。

仰臥位では誤嚥しやすいため、坐位、臥床時であれば30度くらいベッドアップをして食道へ食物が移行しやすいように工夫する。

認知症では昼夜逆転やBPSDのために抗精神病薬を服用していることもあり、とくに朝は覚醒状態が悪いことがある。十分覚醒するまで時間をずらして食事をとる等の工夫が必要である。感冒等で数日間、通常の食事摂取ができない日が続くと脱水や電解質異常を起こしやすく、これに伴う意識レベルの低下を生じることもある。

食事形態の工夫も必要である。常食、きざみ食、ペースト食、ムース食と段階的に嚥下のしやすい食形態を選択する。一般には液状より茶碗蒸し程度の形の整ったもの、粘度を上げたとろみをつけたものが嚥下しやすい。

嚥下が正しく行われているか見た目では判断できない場合は、摂食・嚥下障害認定看護師、または言語聴覚療法士に評価を依頼する。嚥下造影検査

が行える場合には施行する。認知症が進行している場合は困難なことも多い。

脳梗塞後の嚥下障害では、嚥下リハビリテーションを行うこともあるが、認知症では指示に従うこと自体が困難であり、いわゆるリハビリテーションは困難である。しかしながら食前に体操を行うことで、咀嚼筋の動きをよくすることは可能である。

経管栄養患者では、時に口腔内分泌物が増加して、繰り返し肺炎を起こすことがある。

経管栄養を注入すると反射で口腔内分泌物が増加し「痰がらみ」を生じやすくなるが、時間をかけて流動食を注入する、濃度を下げる等の工夫で改善することもある。この場合、常に不顕性誤嚥をしている可能性が高いことを介護者、主治医は理解しておかなければならず、流動食投与後の気道内吸引は必須である。

一般的に肺炎のような身体的負荷のかかるエピソードがあると、認知症自体も階段状に進行することが多い。肺炎自体が改善したとしても、ADLの低下が避けられないことを、治療開始時に主治医から家族に説明する必要がある。

誤嚥性肺炎を繰り返す患者は、やがて多剤耐性菌が出現し治療困難となる。

誤嚥性肺炎を繰り返す時点で、本人、家族にそのことを告げて抗菌薬が常に有効ではないこと、肺炎により命を失うリスクも高いことを伝える。

認知症が進行し、繰り返し誤嚥性肺炎を発症する段階では、すでに身体機能自体が低下し、低栄養、電解質異常等の他の合併症も併発しやすい。治療を行っても完治が期待できない段階では、治療をすることが本人の苦痛を増したり尊厳を損なう可能性もあり、「最善の医療およびケアを受ける権利」を尊重することは、むしろ治療の差し控えや治療からの撤退である場合もあることを考慮する必要がある⁴⁾。

まとめ

認知症が進行することにより嚥下障害を生じ誤

嚥性肺炎は避けられない病態であるが、ケアを工夫することで、ある程度の予防が期待できる。

どの段階まで治療を行うかの判断は、終末期医療のあり方でもある。認知症と診断した初期の段階から、患者家族に対して、認知症が進行した場合に起こりうる合併症の理解を促し、可能であれば本人の、あるいは家族の治療選択意思を確認するステップを踏むことが、本人らしい生活・治療を受けることを可能とする。

本研究は平成 26 年度厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「精神科病院に入院する認知症高齢者の実態調査；入院抑制，入院期間短縮，身体合併症医療確保のための研究」（主任研究者：神戸大学名誉教授 前田潔）の分担研究（分担研究者：東京都立松沢病院 斎藤正彦）の一部として行われた。

本研究は東京都立松沢病院の倫理委員会の承認を受けて行われた。

文 献

- 1) 犬尾英里子，斎藤正彦：認知症の身体合併症の治療，終末期医療の考え方。老年精神医学雑誌，**26** (4)：406-412 (2015)。
- 2) 厚生労働省：年齢別死因。平成 25 年人口動態統計月報年計（概数）の概況，12 (2013)。Available at : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai13/dl/kekka.pdf>
- 3) 厚生労働省：「認知症施策推進 5 か年計画（オレンジプラン）」（平成 25 年度から 29 年度までの計画）。平成 24 年 9 月 5 日。Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dh-att/2r9852000002j8ey.pdf>
- 4) 増田寛也，日本創生会議（編）：高齢者の終末期医療を考える；長寿時代の看取り，17，生産性出版，東京（2015）。
- 5) 内閣府：将来推計人口でみる 50 年後の日本。平成 25 年版 高齢社会白書（全体版）。(2013)。Available at : http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/sl1_1_1_02.html
- 6) 一般社団法人日本感染症学会，公益社団法人日本化学療法学会 JAID/JSC 感染症治療ガイド・ガイドライン作成委員会 呼吸器感染症 WG（三笠桂一，青木信樹，青木洋介，阿部修一ほか）：JAID/JSC 感染症治療ガイドライン；呼吸器感染症。感染症学雑誌，**88** (1)：1-109 (2014)。
- 7) 日本呼吸器学会 医療・介護関連肺炎（NHCAP）診療ガイドライン作成委員会（編）：序文；NHCAP の概念とガイドラインの理念。医療・介護関連肺炎（NHCAP）診療ガイドライン，1-2，日本呼吸器学会，東京（2011）。
- 8) 大類 孝，山谷睦雄，荒井啓行，佐々木英忠：高齢者の誤嚥性肺炎。日老医誌，**40** (4)：305-313 (2003)。
- 9) Teramoto S, Fukuchi Y, Sasaki H, Sato K, et al.: High incidence of aspiration pneumonia in community- and hospital-acquired pneumonia in hospitalized patients ; A multicenter, prospective study in Japan. *J Am Geriatr Soc*, **56** (3) : 577-579 (2008)。

各領域におけるうつ病の診かた

老年内科領域

服部英幸

Summary

- 高齢者のうつ病診療を行う際には、高齢者の精神・身体特性に配慮する。加齢とともにさまざまな臓器の機能低下が出現し、老年症候群を惹起しやすい。心理的には心身機能の低下と孤独の受容困難が契機となりやすい。
- 高齢者では身体的機能低下と精神的機能低下が連動する。身体疾患を有するとうつ病になりやすく、その逆も多い。症状の特徴は、身体愁訴が多く、妄想形成にいたりやすい。妄想は自己を過小評価する妄想(微小妄想)が主である。
- 認知症とうつ病の鑑別は難しいことが多いが、認知症に伴う意欲低下(アパシー)との区別は治療上重要である。治療は薬物のみならず、電気けいれん療法、運動療法等を組み合わせる。
- 過剰な安静は廃用症候群の原因になる。フレイルは老年内科の重要なテーマとして、急速に注目を集めるようになったが、うつ状態の併存が多く配慮が求められる。

高齢者の身体特性と疾患の特徴

加齢とともにさまざまな臓器の機能低下が出現し、若年層とは異なる症状の現れ方や、薬物代謝の変化がみられるようになる。当初は単一臓器の疾患であったものが、多臓器の障害へと広がりやすい。病状が治癒、軽快したとしても、生活機能障害や老年症候群と呼ばれる独特の症状が残存することが多く、それがケア、介護に大きな影響を及ぼす(図1)。身体的要因のみならず、心理・社会的要因が絡み合っ、生活機能低下が進行しやすい。したがって、高齢者医療では老年医学的総合機能評価(comprehensive geriatric assessment: CGA)を行って、高齢者のQOL向上につなげる全人的医療を行う必要がある¹⁾。うつは代表的な老年症候群の一

つであり、その発症機序、評価、治療、ケアのすべての面において、身体と精神あるいは老年医学と精神医学の複合的視点から考えていくことが求められる²⁾。

高齢者うつの発症機序

高齢者うつ病の精神医学的背景として、社会・心理学的側面と生物学的基盤を考える必要がある。社会・心理学的側面としては、心身機能の低下と孤独の受容ができないままであることと、過去の記憶が重くのしかかり、未来への展望が少なくなるという時間感覚に悩まされることを理解する必要がある³⁾。死そのものは表立って恐怖・不安の対象とはなりにくく、むしろ希求の言葉を口にすることが多いが、そこにいたる

キーワード：老年症候群、認知症、アパシー、フレイル、総合機能評価
はっとり ひでゆき：独立行政法人国立長寿医療研究センター精神診療部

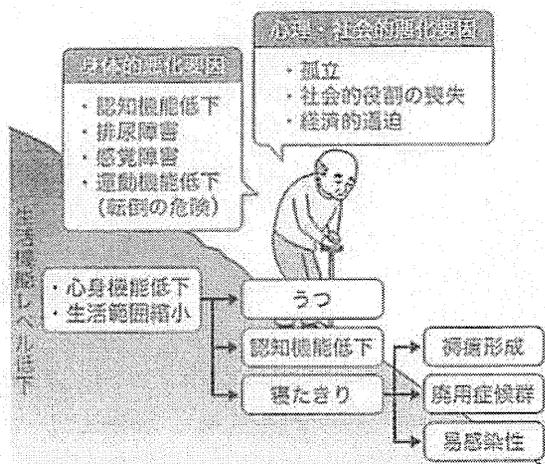


図1 高齢者の身体特性と生活機能低下(老年症候群)

過程としての心身機能低下、社会的な役割喪失への不安が発症に関わってくる。発症契機として自らの身体疾患罹患が多く認められるのは、日常臨床上経験されることである。

高齢者では多くの場合、身体的機能低下と精神的機能低下が連動する。身体疾患を有するとうつ病になりやすく、うつ病の患者は身体疾患を高率に合併し、治療が困難になる。たとえば、脳卒中後片麻痺を生じた症例において、うつ病併発によりリハビリテーションの意欲がなくなり、運動能力の回復が遅れることなどがある。うつ病単独でも日常生活動作(ADL)能力の低下、介護困難を呈するが、身体疾患にうつ病が併発することにより治療効果が減殺される可能性が高くなる。生活習慣病とうつ病の関連も重要である。高齢者うつ病・うつ状態のリスクとして、喫煙、認知機能、拡張期血圧、body mass index、高血圧、糖尿病などのvascular factorと関連がある。

表1 高齢者うつ病の特徴

<ol style="list-style-type: none"> 1. 心氣的傾向が強い(身体愁訴が多い) 2. 不安・焦燥感が強い 3. 妄想形成をきたしやすい(微小妄想、被害妄想) 4. 意識障害を伴うことがある(薬物作用によるうつ状態の場合に多い) 5. 仮性認知症(認知症のようにみえるうつ状態) 6. 身体合併症が多い
--

高齢者うつの症状と評価方法

高齢者にみられるうつ病では、他の年齢層とは異なる特徴がいくつかある。すなわち身体愁訴が多く、妄想形成にいたりやすい。妄想は自己を過小評価する妄想(微小妄想)が主である。微小妄想には、自分は病気になって治らないと信じ込む「疾病妄想」、貧乏でお金がないと信じ込む「貧困妄想」、自分とはんでもない罪を犯してしまったと信じ込む「罪業妄想」がある。薬物の影響によりうつ状態になることも多い。身体疾患や不眠などのために処方を受けている高齢者は多く、診療に際しては内服薬の確認を必ず行う(表1)。

高齢者うつの評価方法には、自記式と観察式があるが、自記式でよく用いられるのが Geriatric Depression Scale (GDS) である。15の質問項目に「はい・いいえ」で答えてもらう自記式検査法であり、5点以上で「うつ傾向あり」とする。うつ状態の有無を判定するスクリーニングとして有用であり、5項目の短縮版も繁用される。観察式にはハミルトンうつ病評価尺度(Hamilton Rating Scale for Depression: HAM-D)、モントゴメリー-アスバーグうつ病評価尺度(Montgomery-Åsberg Depression

Column

老年症候群

高齢者に多くみられ、原因はさまざまであるが、治療とともに介護・ケアが重要である一連の症状、所見である。骨折、尿失禁、褥瘡などが含まれる。さまざまな要因が複合的に関わって生じるため、原因を特定しにくく「年のせい」などと軽視されやすいが、介護・ケアによる生活機能、QOLの低下抑制が重要である⁴⁾。