

急性期病院における認知症の人の医療

洛和会京都新薬開発支援センター

中村 重信・寺田 博

【要旨】

認知症の人は多くの疾患を合併するが、身体合併症も認知症を悪化させ、本人や家族の生活に支障を来たすので対応が必要である。本人や家族の意向を認知症初期に話し合い、合併症が生じた時の指針とする。認知症の人の医療や介護を暮らしの場で行うことが提言されている。そのため、急性期病院での入院を短期間にして、かかりつけ医や家庭医（総合診療医）による診療あるいは訪問看護を行うことが勧められる。認知症の人が身体合併症を起こした場合、急性期病院への入院を必要とすることがある。そのような折に、急性期病院は入院を断らず、認知症ケア専門チームの助けを得て、身体合併症に対応することが勧められる。急性期病院と地域の医師の間で信頼関係を構築して、互の連携を密にする。その際、都市部と遠隔地では違った取り組みをしなければならない。また、癌治療で行われているような緩和ケアも認知症の人に応用し得る。認知症の人の数は急激に増加しているため、急性期病院でも認知症の人への医療に多大な努力を注ぐ必要がある。

Key words : 認知症、身体合併症、急性期病院、認知症ケア専門チーム、緩和ケア

【はじめに】

「わが国の65歳以上の認知症の人が462万人」¹⁾ という衝撃的なニュースが6月に発表された。予想以上の数の人が認知症を抱え、加えて、さらに400万人が認知症予備軍である軽度認知障害（mild cognitive impairment : MCI）を持っていることが判った。このような傾向は今後も、さらに加速される可能性がある。

また、洛和会系の病院においても、入院患者の高齢化が進んでおり、認知症の人が入院する機会も増えてきた。同じ程度の疾患でも、その人に認知症が合併するかしないかで、看護師や医師の負担も大きく違ってくる。

今まで、急性期病院における認知症の人に対する配慮はそれほど大きな問題として取り上げられなかった。しかし、2012年以降、京都文書²⁾ においても、オレンジプラン³⁾ においても、重要な課題として取り上げられている。また、オレンジプランを策定した厚生労働省も、最も難しい問題と考えている。

もともと、85歳の人是一人で平均8個の病気を抱えており⁴⁾、

認知症の人はとくに身体合併症が多い⁵⁾。さらに、合併症を持つことが認知症を重篤にし、認知症の医療・介護をより困難なものにする。認知症の人に豊かな生活を保証するためには身体合併症のマネジメントが必須の要件である。

本稿では洛和会系病院のような急性期病院における、認知症の身体合併症に対するシステムとしての対応の仕方とマネジメントについて述べる。病院入院中の認知症の人が、できるだけ有効な手段により、快適に過ごすことができるかという点で役に立てば幸いである。

【身体合併症のマネジメント・システム】

2012年6月「今後の認知症施策の方向性について」が厚生労働省より発表された⁶⁾。その報告に沿い、認知症施策推進5カ年計画³⁾ が同年9月に発表された。それに先立って、同年2月に京都文書²⁾ が発表されたが、それらは英国の国家認知症戦略⁷⁾ を含めて、すべて身体合併症についても同じ方向性を志向している。

すなわち、高齢者が増加すると、精神科病棟などに長期

入院することが難しく、家庭など生活の場における認知症やその合併症の治療が勧められている。その場合、かかりつけ医や家庭医（総合診療医）が生活の場で認知症の人の治療に当たることになる。

2012年に、オランダのナイメーヘンで、認知症と診断した後、物忘れ外来と家庭医（general practitioner; GP）で治療・ケアされた場合、いずれが優れているかが検証された⁸⁾。12カ月後の症状や介護者の負担感の変化を比較したところ、GPと専門医による物忘れ外来では有意な差がみられなかった。

このデータを手がかりにして、オレンジプランにしたがって、かかりつけ医やGPによる認知症の人のフォローが勧められるようになった。しかし、合併症によっては、家庭医やかかりつけ医ではどうしようもなく、手術など専門医の手を借りなければいけない緊急の場合もある。

時には、身体疾患を合併した認知症の人が総合病院から入院を断られるという問題も起こっている。そうした現状を踏まえた上で、認知症を生きる人たちに必要な医療と暮らしの双方を保障するための道筋を探ろうというのが京都文書の趣旨である²⁾。

さらに、急性期病院の環境は認知症の人たちにとって過酷な面があることを考えると、認知症の人たちに対する医療は暮らしの場で提供されることを基本とすべきであろう。そのためには、できるだけ早期に病院から暮らしの場に医療の重心をシフトすること、つまり訪問看護と訪問診療を中心とした医療の構築が前提となる。この姿勢は厚生労働省の「今後の認知症施策の方向性について」においても提唱されている⁶⁾。

地域医療が確立すると、病院は地域医療と協働して、それぞれの役割分担を担保することによって、必要な入院を断らない体制を準備することが可能になる²⁾。この状況は現在、必ずしも整備されているとはいえない。その実現には、急性期病院におけるシステムの整備やかかりつけ医などの教育が必要となる。

【急性期病院での認知症の人の診療体制】

現状の急性期病院ではしばしば認知症の人への対応に当惑する。すなわち、環境の急激な変化や手術などによる侵襲がせん妄や行動・心理症状を悪化させることが少なくない。

い。その場合、現状では看護師をはじめ、医療の場はパニック状態に陥り、拘束や抗精神病薬投与による解決を図ることがよく起こる。

そのような場面に対して、急性期病院は認知症ケアの専門チームを配置して、ケアの相談に応える体制を整えるように配慮することが望まれる。具体的には看護師、心理士、医師、介護士などがチームを組んで、過酷な状況に置かれた認知症の人に安らぎを与えるという、「緩和ケア」などを加味した介入を試みるのも一つの方法である。アメリカやイギリスでは、認知症の人やその家族に対して緩和ケアがよく行われている。

緩和ケアは癌患者の終末期に行われてきた治療法である。最初は痛みを和らげることを主な目的としていたが、最近では癌に対する恐怖心や不安感を取り除くためのケアも含まれている。認知症の人やその家族に対しても、認知症に対する不安や恐怖を緩和し、豊かな生活を送るための心理的ケアが導入されるようになった。わが国でも、認知症を在宅でケアするためには、緩和ケアの手法を導入することが期待される。

次に、入院期間を最短化するとともに、地域連携室や退院調整部門を中心にして地域と一体になって、病棟運営を構築するなどの努力が必要である。急性期病院では、今後増加する認知症の人に焦点をあてた新しい工夫が必要である。そして、認知症の人を暮らしの場に戻すためには、提供しようとしている医療が、認知症の人の生活にどう影響するのかを問いなおす視点も不可欠となる。

【急性期病院と地域医療との連携】

厚生労働省の「今後の認知症施策の方向性について」では、BPSDなどの精神症状の急性増悪期についての対応については詳しく述べられているが、身体合併症についての記述は少ない⁶⁾。しかし今後、高齢者の増加とともに身体合併症の問題もより深刻になることが予想される。

そのような場合、病院と地域との信頼関係が鍵になるであろう。もし、その関係が深まれば、急性期病院への精神科医の往診も可能になる。認知症人口を考えれば、各地域における身体疾患を合併した認知症の人たちに対する医療システムを検討する必要があるだろう。たとえば、2012年に京都でスタートした在宅療養あんしん病院登録システムは、

病院と地域の連携を構築する上でよい機会になりうる²⁾。また、在宅・施設・病院で勤務する看護師がともに認知症ケアを学ぶ「認知症サポートナース養成研修」などの場を地域単位で形成できると、連携はより容易になる。

さらに、地域の医師と急性期病院医師の間での紹介・逆紹介などを軸にした関係の構築が基礎となるであろう。とくに、認知症の問題は歴史が浅く、その対応の仕方も最近大きく変貌している。そのため、地域と病院双方の医師は認知症についての理解を深めなければならない。この問題は医師に限ったものではなく、医療従事者、介護従事者、その他地域の人たちに広く浸透させる必要がある⁹⁾。

すなわち、地域単位での理解を深め、地域に根ざした認知症への取り組みを模索してゆくことが求められる。都市には様々な認知症の人のためのサービスがあるが、それらが上手に連携できていない。一方、遠隔地ではサービスの種類は少ないが、お互い顔なじみ（face to face）の関係にあり、相互間の連携がとりやすい利点がある。また、地域特有の工夫もなされており、地域に根ざした情報を交換することも望まれる¹⁰⁾。

地域による違いはあるが、基本的なネットワークは原則として図のようにしてはいかかであろうか。すなわち、認知症の人に身体合併症が生じた場合、認知症の人の家族や

介護者が気付く。家族や介護者はかかりつけ医や地域密着型サービスに相談する。認知症の人自身がかかりつけ医を受診することもあるが、できれば訪問診療や訪問看護が望まれる⁹⁾。

合併症を発見した地域の医師やサービス機関はお互いに相談し、可能な対応法を依頼する。しかし、手術など急性期病院での加療が必要な場合には、紹介や逆紹介により認知症の入退院を可能にする。急性期病院では認知症ケア専門チームの助けを得て、できるだけ早期に退院させて、生活の場で診療を継続するよう連携を通じて配慮する（図）。

【死因としてのアルツハイマー病】

アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症などの認知症が高度になると、嚥下などの身体機能が低下する。そのため、誤嚥性肺炎などの身体合併症を起こし、それら合併症が死亡につながる¹¹⁾。

アルツハイマー病の人が誤嚥を起こして、肺炎になり、死亡した場合、わが国では直接死因である肺炎を死亡の原因とすることが多い。一方、アメリカなどでは誤嚥性肺炎を起こした原因疾患として、アルツハイマー病を死亡の原因とする趨勢にある¹²⁾。

死亡診断書を書く際の世界共通のルールとして、死亡を

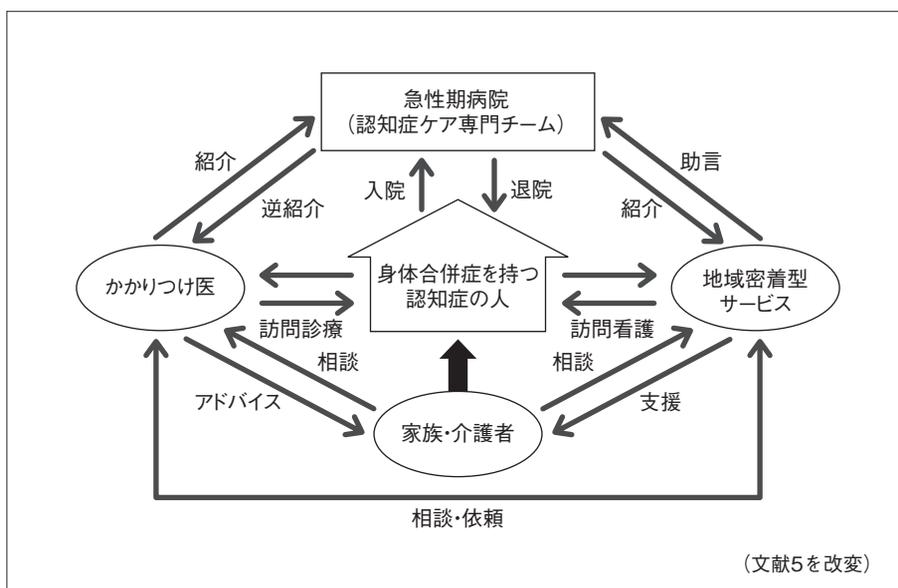


図 認知症の身体合併症をめぐる地域における連携

直接起こした病名を直接死因とする。アルツハイマー病の人が誤嚥して亡くなれば、直接死因は肺炎となる。肺炎の原因となる誤嚥を次に書き、さらに、その原因となる病気—たとえば、脳萎縮や嚥下障害というように遡って行き、最後に原因をアルツハイマー病とする。

1990年と2010年のアメリカの死因の比較と他国との比較がされている¹²⁾。それによると、アルツハイマー病が死因であった人が1990年では2.7万人であり、全疾患中の32位であった。ところが、2010年では15.8万人で9位になり、大腸癌や肺炎より上位になった。

その変化は5.24倍であり、その増加率は30疾患中最大であった。人口の高齢化による影響を補正しても、2.9倍の増加であり、薬物乱用による死亡に次いで2番目の増加率であった。すなわち、高齢化に関係なく、死因をアルツハイマー病とするアメリカの医師が増えている。

一方、わが国のアルツハイマー病による死者は2011年には5,200人、2012年には6,600人で、アメリカより一桁少ない。しかし、2009年と比べると2012年には約2倍に増えた。この増え方は人口の高齢化のみでは説明できず、アメリカと同様、死因をアルツハイマー病とする医師が増えたためであろう。

ただ、他のOECD諸国と比較すると、日本のアルツハイマー病による死亡は少なく、トルコに次いで2番目の低さであった。アルツハイマー病の死因が最も多いのはフィンランドで、次がアメリカ、3位はアイスランド、イギリスは11位だった。国によって、アルツハイマー病に対する評価の仕方が異なるためと考えられる。

ちなみに、わが国の肺炎による死亡はメキシコ、スロヴェニア、トルコ、チリに次いで、5番目に多い国であった。一方、イタリア、オーストリア、ニュージーランド、オーストラリア、スイスなどでは肺炎による死亡は少なかった。

これら、国別の死因の違いは、死亡診断書の書き方の差異が大きく影響していると考えられ、国際的な死因の比較をするためには、わが国での死亡診断書の精度を高める必要がある¹³⁾。その一つの方法として、診療情報管理士による助言が死因の一致度を高めることが明らかされている。

アルツハイマー病を正しく理解するためにも、アルツハイマー病終末期における病態の正確な把握が必要であると考えられる。そのため、アルツハイマー病の人の死亡診断

書を正しく記載し、正確な死因を算出するように心がけたいものである。

【終末期と緩和ケア】

1. 終末期

認知症の初期の症状は認知症の原因・種類によって異なるが、その終末期の状態はよく似ている。たとえば、高度のアルツハイマー病のFAST分類 (stage 7)¹⁴⁾ は高度の血管性認知症やレビー小体型認知症の終末期にもほぼ当てはまる。

すなわち、高度になると、①最大限約6語に限られた言語機能、②理解できる語彙はただ1つの単語となる、③歩行障害、④座位維持の障害、⑤笑う能力の障害、⑥混迷および昏睡が現れる。このような状態になると、終末期に近いことを思わせる。

認知症の人は誤嚥による肺炎、心不全、低栄養、褥瘡の感染症などにより、死の転機をとるが、それらはアルツハイマー病などの認知症に由来するものである。したがって、認知症の終末期にどのように対応するかが、今後、大切な問題になる。

30～40年前までの医療は医師の指示通りに行われ、患者は医師のいうとおりにした。最近、この父権性が変わってきた。今日、わが国は暮らしが豊かになり余裕ができ、インターネットなどを通して容易に医療情報にアクセスできるようになった。医療情報は医療従事者の独占物ではなくなった。

認知症の人の延命について詳しい知識を持つ人も多いが、終末期の人は正しい知識を理解し難い。認知症の人の意思を知るには、理解力や判断力が保たれている病初期に接触する必要がある。早期診断し、「生きるための告知」をして、疾患を説明した上で治療の方針を決められるようにする。

その際、医師が一方的にリスクを管理するのではなく、患者側とリスク・コミュニケーションにより責任を分かち合う。医療側は将来についての情報を提供し、どう対処するかを認知症の本人や介護者と話し合う。

とくに問題となるのは、栄養補給のための胃瘻と呼吸管理のための気管切開を伴ったレスピレーターの使用である。低栄養や誤嚥など生命に危機が及んだとき、認知症の本人やその家族などの介護者がどのような対応を希望するか、予め医療側と話し合うことが望まれる。認知症の人は判断

力のある初期の段階で、事前指示書などで自分の意思を書き残しておくのも一つの手段である。

2012年、日本老年医学会は「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する立場表明をした¹⁵⁾。基本的には、認知症の人が最善の医療・介護を受けることを目的としたものである。

その中で、終末期とは病状が元に戻らず、進行性で、可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が避け得ない状態と定義している。ただ、最善の医療・介護は必ずしも最新、最高の医療・介護の技術をすべて注ぎ込むことではない。残された期間のQOLを大切にする医療・介護が最善のものである。

2. 緩和ケア

高齢者の終末期の立場表明¹⁵⁾の中で、緩和ケアと介護の普及にも触れられている。認知症の人の終末期においても緩和ケアや介護の技術を用いるとよい。緩和ケアは癌治療について進歩した技術だが、認知症にも応用して、本人や家族の苦痛を和らげるために用い得る。それにより、認知症の人が終末期を過ごしやすくできる。

緩和ケアというのは、人生に脅威を及ぼすような問題に直面している人や家族の生活の質（QOL）を良くするための試みである。苦しみを避けるようにするとか、和らげる

ことを目的としている。そのため、痛みなどの身体的問題、心理社会的問題、生きがいなど「魂」の問題を早期に発見し、的確に対応して治療するという方法をとる¹⁶⁾。

上のような世界保健機構（WHO）の定義文¹⁶⁾に続いて表1のような点が付記されている。もともと、緩和ケアは癌末期の人の痛みを軽減することが目的であった。しかし、欧米では癌以外の治療困難な疾患の終末期に対しても緩和ケアやホスピスが利用され、認知症の終末期医療では主流になっている。

緩和ケアは、生命が脅かされた患者やその家族に対し、治療の目的を認識させ、予後の見通しをたて、患者が現在何に困っているかを見極めて、その苦痛を緩和して、患者や家族の現在のQOLを最大限まで高めることを目指す。

現在でも、医療現場では医療の目標を定めて、医療の意義にかなった治療行為が常に行われているわけではない。しかし次第に、終末期に限らず、病気の初期から緩和ケアを重視すべきであるとされるようになってきている²⁾。

緩和ケアは、診断の時にはじまり、治療目的が変わり、段階をへるにつれて緩和ケアの役割を意識的に大きくしてゆくことが勧められる。適切なケアを行うために、緩和ケアは患う人の治療の目的が何かを正しく把握しなければならない。癌を主とした緩和ケアには表2のようなアプローチが行われている。

表1 WHOによる緩和ケアに関する具体的アプローチ

1. 痛みやその他の苦痛を伴う症状から解放する。
2. 生命（人生）を尊重し、死ぬことをごく自然な過程であると認める。
3. 死を早めたり、引き延ばしたりしない。
4. 患者のためにケアの心理的、精神的側面を統合する。
5. 死を迎えるまで患者が人生をできる限り積極的に生きてゆけるように支える。
6. 患者の家族が、患者が病気のさなかや死別後に、生活に適應できるように支える。
7. 患者と家族のニーズを満たすためにチームアプローチを適用し、必要ならば死別後の家族らのカウンセリングも行う。
8. QOL（生活の質）を高めて、病気の過程に良い影響を与える。
9. 病気の早い段階にも適用する。延命を目指す、そのほかの治療を行っている段階でも、それに加えて行ってよいものである。臨床上の様々な困難をより深く理解し管理するための必要な調査を含んでいる。

（文献16を改変）

表2 緩和ケアの実際

1. 告知する時の精神的ケアや予後の説明のタイミングを見極める。
2. 治療方針の選択や治療の場の選択についての情報を提供し、患者の意思決定を支援する。
3. 疼痛マネジメントをはじめ、疼痛の管理をする。
4. 清潔を保つようにケアし、褥瘡を予防する。
5. 胸水や腹水をコントロールする。
6. 経口栄養摂取が困難な時、栄養の管理をする。
7. 蘇生措置拒否（DNR）をするかどうかなどを確認し、臨死期の措置をする。
8. 臨死期に際し、死後の家族の悲嘆にも配慮する。

3. ホスピス・ケア

緩和ケアの目標を達成するために、ホスピスが利用されている。ホスピスとはもともと、旅のキリスト教巡礼者を宿泊させた中世の修道院や小さな教会のことである。これらは、戦争で傷ついた人のための診療所になり、宗派・信条をも問われなかった。「がんの聖人」聖ベレグリン修道会では、隣接するハーブ園の薬草から軟膏を製造し、戦傷者の傷口に塗布したとの伝説がある。

20世紀には、終末期医療として主に末期癌患者などに行われ、治癒や延命ではなく痛みなどをはじめとした身体的、精神的な苦痛の除去を目的とした医療を意味するようになった。しかし、近年の緩和医療の発達を受け、診断初期から積極的治療と並行して行うべきとして、癌以外にも拡大されてきている。

1967年、ロンドンの女医ソーンダスは近代的なSt Christopher's Hospiceを設立し、緩和ケアを行った。わが国でも、淀川キリスト教病院で、ホスピスが始めて開設され、その後、多くの病院で行われている。その種類は表3に示すようなものがある。

表3 ホスピスの種類

1. 病院内病棟型（病院内でホスピスを行う病棟や階を定めて行うもの）
2. 病院内独立型
3. 完全独立型（ホスピスのみを行う施設で、他の診療科を持たないため、緩和ケア以外の具体的な治療を行わない）
4. 病院内緩和ケアチーム（病院内に緩和ケアを行うための専門家を用意し、患者からの依頼などによって主治医とは別に、緩和ケアを行う）
5. 在宅ホスピス

ホスピス・ケアには医師や看護師・薬剤師のほか、歯科衛生士・作業療法士などの医療職、ソーシャルワーカーやヘルパーといった福祉職などと、多くの職種に携わる者がチームを組んで関わる。そのチームの中にはボランティアも参加する。

ボランティアは行事の手伝い・散歩の付き添い・お茶配り・

庭園整備・話し相手・買い物・運営募金集めのバザー活動などをする。雑用的な仕事が多いが、専門職が緩和ケアに集中できるようにして、最終的には患者のためという考えで活動している者も多い。

医療知識や接遇などの専門的トレーニングを受けて病棟内で活動する。医療側でもなく患者側でもない存在が、時には患者にとって安らぎを与える存在となる場合もある。

最近、アメリカでも、認知症の終末期をホスピスで迎える人が多くなっている¹⁷⁾。比較的裕福なMedicareを受けているアメリカの認知症の人の48.3%は終末期にホスピスを利用している（表4）。急性期病院で死を迎える認知症の人が17.5%であるのと比較すると遥かに多い。

しかも、認知症の人がホスピスを利用する傾向は癌やCOPDと比較して、最近10年間で増加が著しい（表4）。ホスピスによる緩和ケアの中でも、家庭における在宅ホスピスが増加しているものと思われる。

表4 アメリカのMedicare受給者の死亡場所とホスピス・ケア

病名	癌		COPD		認知症		
	2000	2009	2000	2009	2000	2009	
死亡者数（千人）	50	55	79	92	59	68	
死亡場所	家	41.5%	43.4%	24.0%	28.0%	19.9%	22.8%
	病院	30.1%	22.1%	44.2%	31.7%	28.6%	17.5%
	施設	17.0%	17.1%	22.3%	24.3%	45.6%	48.8%
ホスピス・ケア	45.1%	59.5%	19.5%	39.0%	19.5%	48.3%	

（文献17を変更）

【おわりに】

認知症の合併症の予防や治療について、今までは医師主導（責任）で行われてきた。最近、パーソンセンタードケアが重視されるにつれて、認知症の人の意思も考慮するようになってきた。認知症を早期に診断し、判断力のある時期に今後の予測される身体合併症の可能性（リスク）を説明して、認知症の人や介護する家族を交えて意見を交換するリスク・コミュニケーションが望まれる⁹⁾。その場合、入院した上で手術が必要になることもある。このような緊急を要する認知症の人でも、急性期の対応をした上で、可及的速やかに家庭に帰して、そこでの回復を期待すべきである

と考える¹⁸⁾。さらに、終末期には緩和ケアを含めたアプローチを、できれば早期からして、終末期に備えた方がよからう。

【参考文献】

- 1) 朝田 隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. 厚生労働科学研究費補助金・認知症対策総合研究事業, 2013.
- 2) 京都式認知症ケアを考えるつどい実行委員会：認知症を生きる人たちから見た地域包括ケア. クリエイツかもがわ, 2012.
- 3) 厚生労働省老健局高齢者支援課：認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン). 2012.
- 4) 中村重信、三森康世：老年医学への招待. 南山堂, 2010.
- 5) 中村重信：認知症介護と支援を考える. 身体合併症のマネジメント. 成人病と生活習慣病 43：874-878, 2013.
- 6) 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について, 2012.
- 7) Department of Health: Living well with dementia : a National Dementia Strategy, Crown, 2009
- 8) Meeuwssen EJ, et al. : Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners : randomized controlled trial. BMJ 344 : e3086, 2012
- 9) 中村重信：私たちは認知症にどう立ち向かっていけばよいのだろうか, 南山堂, 2013
- 10) 中村重信：認知症に対する新しいアプローチ. 洛和会病院医学雑誌 22 : 1-16, 2012
- 11) Mitchell SL, et al. : The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 361 : 1529-1538, 2009
- 12) US Burden of Disease Collaborators : The state of US health, 1990-2010. Burden of diseases, injuries, and risk factors. JAMA 310 : 591-608, 2013
- 13) 大井利夫 他：死亡診断書の精度向上における診療情報管理士の介入による記載適正化の研究. 厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業統計情報総合研究総括研究報告書. 2013.
- 14) Reisberg B : Functional staging of dementia of the Alzheimer type. Ann NY Acad Sci 435 : 481-483, 1984
- 15) 日本老年医学会：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012. 日老医誌 49 : 381-384, 2012
- 16) World Health Organization : Definition of palliative care, 2002
- 17) Teno JM, et al : Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries. Site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. JAMA 309 : 470-477, 2013
- 18) Takechi H, et al : Present status and road map to achieve inclusive and holistic care for dementia in a Japanese community : Analysis using the Delphi method. Dement Geriatr Cogn Disord; 38 : 186-199, 2014