

高度認知症患者の身体合併症における現状

木川 好章¹⁾ 須波 雅一¹⁾ 佐山 裕一¹⁾ 齋藤 眞子¹⁾
高野 浩子¹⁾ 鯉渕 仁¹⁾ 鈴木 達也²⁾ 中野 博司²⁾

Key words : 高齢高度認知症, 身体合併症, 老年病専門医, 終末期

はじめに

高齢社会が進む中、認知症患者は200万人を超え、今後も増加すると予想されている(図1)¹⁾。それにとともに、高度高齢認知症患者に対する介護や高齢認知症患者の身体合併症に対する医療が大きな問題の一つとなってきた。同時に、高齢認知症患者の終末期医療についても、現場での対応など様々な問題が存在する。超高齢社会を迎えるにあたり、高度認知症患者の診療には高齢者を専門に診察可能な、幅広い知識を持った老年病専門医や看護師の育成が急務である。今回、高齢認知症の中でも特に高度認知症症例を対象とした病院の連携の現状と課題につき報告する。

高度認知症の入退院の現状

飯能老年病センターは、埼玉県飯能市の郊外に位置し、高度認知症患者専門病院である。老年内科および精神科医16名、看護師112名、ケアワーカー105名、作業療法士12名等で業務にあっている。特に、当センターでは、患者が高齢の高度認知症患者であると同時に多くの内科的身体合併症を有しているため、一人の患者に対し老年病専門医と精神科医の一組で診療に当たっている。

表1に平成23年度の当センターにおける入院患者の背景因子を示す。平均年齢は83.6歳で男性71名、女性

137名と女性が多く、長谷川式簡易知能評価スケールは平均8.9点、柄澤式「老人知能の臨床的判定基準」は、平均+3.14と高度認知症が多い。図2-aに、当センターへの紹介元を示す。約半数は医療機関から、約4分の1は診療所や地区のセンター等から紹介を受けた在宅症例、残り約4分の1は介護保健施設からの紹介であった。また、平成23年から当院で開始した血液透析患者数の受け入れは7名であった。次に、図2-bに、医療機関から当センターへの紹介内訳を示す。精神・神経科、整形外科からの紹介が最多で、次いで一般内科であった。また、精神・神経科以外からの紹介が71.8%で、整形外科からの紹介は、骨折治療などを契機に認知症が出現、増悪したケースが多く、また、せん妄の合併により管理困難になって紹介されるケースも多く認められた。図2-cに、入院症例の転帰を示す。平成23年度1年間の退院患者215名のうち、在宅および介護保健施設などへの転院例は、治療によりせん妄、認知症の周辺症状、肺炎等が改善した症例が中心であった。また、医療機関への転院例は、入院中に転倒に伴う骨折や硬膜下血腫、癌などを併発し、当院での治療が困難な症例が大部分を占めた。さらに、54.4%が死亡退院であった。

身体合併症を有する高度認知症患者の実例

症例1：高度認知症を有し、結核の再発に対して抗結核薬を投与し排菌陰性となったにもかかわらず経過中に原因不明の発熱が出現した。他院に精査を要請したが、高度認知症のために受け入れを断られ、当センターへ紹介入院となる。入院時より発熱を認め、身体所見にて膝関節の腫脹、熱感あり。炎症反応の上昇し、膝関節X線半月板の石灰化・軟骨にピロリン酸の沈着を認めたため偽痛風と診断し、治療にて軽快する。

症例2：82歳男性で他院にて慢性腎不全に対し血液透

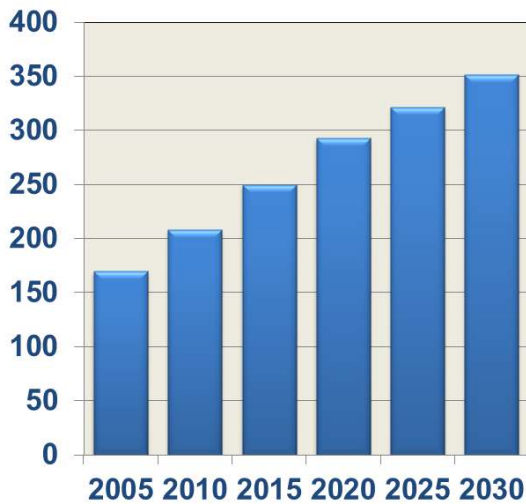
Physical complications in elderly patients with advanced dementia

1) Yoshiaki Kikawa, Masakazu Sunami, Yuichi Sayama, Masako Saito, Hiroko Takano, Hitoshi Koibuchi : 飯能老年病センター

2) Tatsuya Suzuki, Hiroshi Nakano : 日本医科大学老年内科

介護領域からの推計

自立度Ⅱ以上の認知症患者数の推計



医療領域での推移

認知症疾患管患者数の年次推移

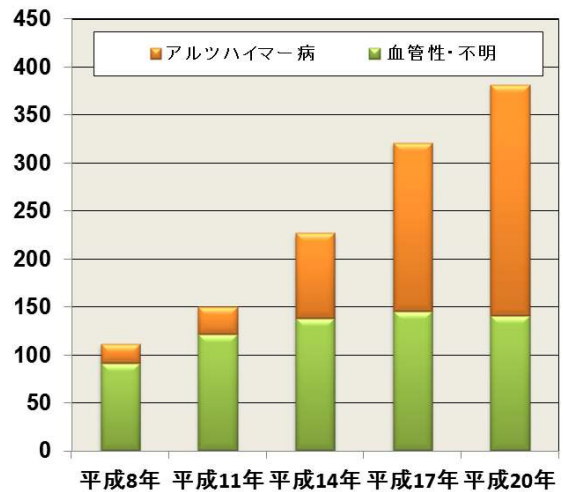


図1 認知症患者の推移

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001trya-att/2r9852000001ts1s.pdf>

表1 平成23年度 入院患者

| | | |
|--------|--------|------------------------|
| 入院患者総数 | 208名 | (男性 71名, 女性 137名) |
| 平均年齢 | 83.59歳 | (男性 80.13歳, 女性 85.39歳) |
| HDS-R | 8.90点 | (男性 7.31点, 女性 9.32点) |
| 柄澤式 | +3.14 | (男性 +3.20 女性 +3.14) |

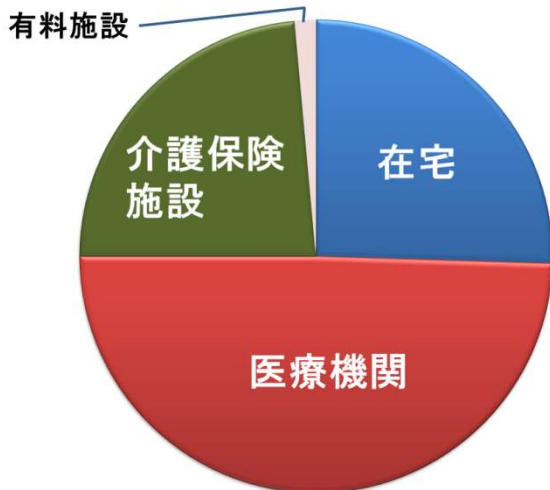


図2-a 紹介元

析開始、認知症による不穏により透析継続困難となり、さらに、エリスロポイエチン不応性貧血・血小板減少症を伴い当センター紹介入院となった。転院後は、不穏なく血液透析は継続可能となり、また、血液生化学的検査および諸検査より多系統の異形成を伴う不応性血球減少と診断。現在、経過観察中。

症例3および4：症例は、82歳男性と78歳女性で、



図2-b 紹介元医療機関の診療科

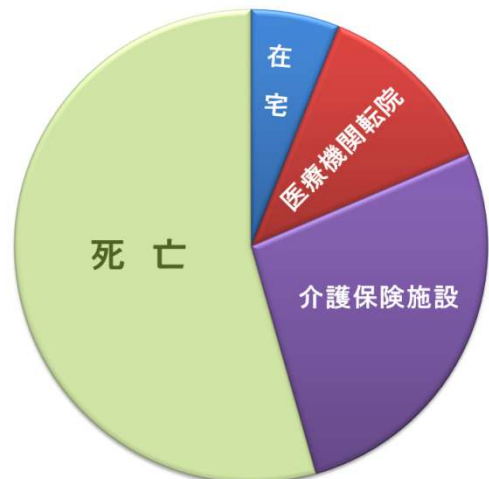


図2-c 退院患者数215名

ともに皮下出血・筋肉内出血を認め、介護者による虐待の可能性も考えられ入院。入院後、後天性血友病と診断。治療により軽快した。本症は、高度の出血を認め当初虐待の可能性も否定できずに対応した症例である²⁾。発症頻度は1~4人/100万人と比較的稀な疾患であった。

以上の症例から、身体合併症を有する高度認知症患者の診療には、高齢者への幅広い知識を有する老年病専門医の介入の必要性が明白に示されている。

高度認知症の終末期医療

高度認知症患者の終末期医療に際し、その管理や治療の多用性のために画一的な指標を作成することが問題となる。また、一概に治療のみ目指すのではなく、患者や家族の意思を尊重することも考慮しなければならない。例えば、当院においても入院患者の約10%にあたる23名の家族は呼吸器管理を希望しており、消極的医療にならないようにする事も重要である。

わが国では認知症高齢者の終末期医療のあり方の判断を支えるシステムが十分でなく、現場の医師と患者・家族の話し合いで対応を決定しているのが現状で、家族により医療従事者決定を委ねたいとする場面に遭遇する。そのため、本人の意思が把握されないまま、医師の裁量で治療やケアの方向性が決められるケースもある。また、終末期医療の現場で家族の意見が一致せず、最終決定が出来ない場面やトラブルの原因となる場面もある。

実際には、癌やエイズの終末期と違い、認知症の終末期医療は長期に渡って機能障害が続く。そのため、仮に認知症高齢者が癌に罹患しても、肺炎・心不全など癌以外の疾患で死亡する事が多くなる。結果として、終末期の判断が困難なケースが多く、長期的に経済的な負担が必要となる。また、末期悪性腫瘍でホスピスの受け入れを希望したにも関わらず、認知症を有していた理由で断られたケースや、24時間の付き添いを余儀なくされたり、追加料金が加算されたりして、当センターへ転院に至ったケースもある。もちろん、認知症高齢者であっても当然尊厳死の権利があるが、実際、患者の意思や家族

の方針が不明確などのために延命治療を継続する場合がありますのも事実である。尊厳死に関しては、マスコミ報道にもあったように、超党派議連が法案を提出され、法律的に動き出したばかりで、法の整備も遅れている。

今後の認知症への対策

現在、認知症地域支援事業として、認知症サポート医・かかりつけ医の養成研修や、地域包括支援センター・認知症疾患センターなど関係機関とのネットワーク体制構築が進められている。しかし、様々な疾病を合併した高齢高度認知症患者への対応環境は未だ十分ではなく、団塊の世代がすべて後期高齢者に属するようになる2025年頃までには整備が必要である。発症当初は、軽症の認知症高齢者であっても、認知症は進行し、いずれ高度認知症になることを勘案すると、ネットワーク体制の整備が急務と考える。

まとめ

- 1) 高度認知症の管理・治療上の課題として認知症のみならず、幅広い知識を持った老年病内科医と重度認知症の診療における精神科医が必要。
- 2) 高度な専門知識を有するコメディカルの育成が必要。
- 3) 内科、精神神経科の医師のみならず、認知症患者に治療必要な疾患に対する外科その他の診療科の協力、コメディカルと連携するチーム医療の確立が急務。
- 4) 認知症終末期医療のありかたは、重要かつ喫緊の問題として議論すべき課題。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ 認知症患者数の将来推計；厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」および認知症患者の年次推移；患者調査 p4. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001trya-att/2r9852000001ts1s.pdf>
- 2) 矢野宏之, 角田美佐子, 大西哲郎, 水野重芳, 鯉淵 仁, 木川好章ほか：高齢認知症患者に発症した後天性血友病の1例. 日老医誌 2011;48:185-189.