

急性期病院における 認知症患者の入院の実情

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
小川朝生

コンサルテーション精神科医による フォーカスグループ

急性期病院における認知症の治療・ケアの課題:

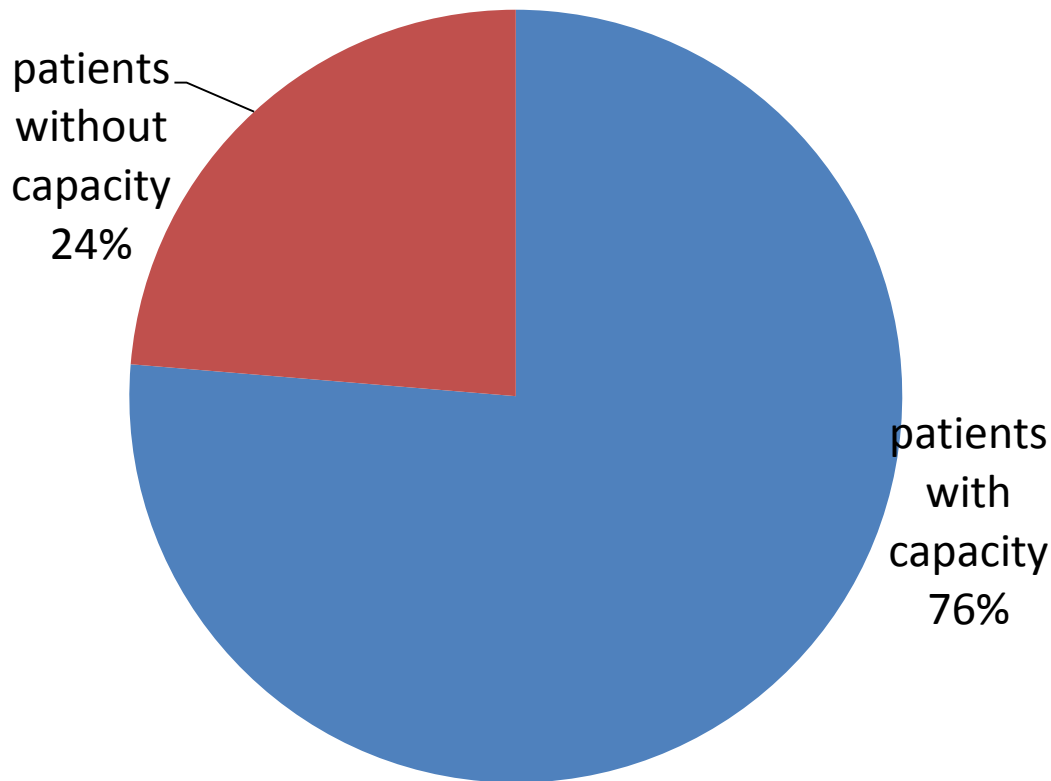
1. 認知症と気づかれていない
2. せん妄の合併
せん妄は身体疾患による影響が重なっており、院内コンサルテーションで対応するしかない
3. 院内の連携の悪さ(コンサルテーションに出ない)
4. せん妄を含め、スタッフのアセスメント能力の不足と無力感
 1. 不適切な対応が症状の増悪を招く
 2. 在院日数の延長
 3. 無理な退院と再入院
 4. 家族に過度の負担を強いる(24時間の付添を要請)
5. 認知症患者の身体アセスメントの問題(栄養管理、疼痛管理)
6. 退院調整に時間を要する
認知症と身体治療と両方可可能な施設はきわめて少ない

認知症は気付かれていない

- イギリスにおいても、正確な診断を受けている認知症患者は半数以下。しかも診断を受けるのは、しばしば急性期病院に入院してから。
- 入院しても正確な診断を受けられるのは37-46%に限られている

(Harwood, Age Aging 1997; Joray, Am J Geriatr Psy 2004)

理解力の認識：治療開始時



抗がん治療開始予定の患者114名に意思能力判定面接を実施

24%が障害と判定

- ・治療内容
- ・セルフケア
- ・アドヒアランスの問題

担当医が理解に問題
あると気付いていたのは
そのうちの22%であった

(2012厚生科研明智班)

24% (95% CI: 16%-31%)に障害

入院中のケアの問題

入院

退院

認知機能の
アセスメントが
なされない

身体管理

認知症患者の身体ケアの方法を知らない
疼痛対策が不十分
自覚症状がとれないため早期発見・対応が困難
アパシーを放置

せん妄

せん妄に気付かない
不適切な疼痛管理
不適切な薬剤使用(BZP)
不適切な抑制
低栄養・脱水
活動低下
家族への過度の負担

認知症ケア

BPSD(低活動):意欲低下、拒食、抑うつ
気付かない
低栄養・脱水
感染(尿路、呼吸器)
活動低下

BPSD(過活動):焦躁、攻撃性、暴力
評価・対応方法を知らない
不適切な薬物療法
不適切な抑制
低栄養・脱水
家族への過度の負担

せん妄遷延
認知症増悪
↓
身体悪化
入院長期化
ADL低下
在宅移行困難

せん妄の原因は身体疾患であり、
発症時は重篤な場合が多く、
転院等の対応は事実上困難

徘徊については、リスク評価、
アセスメント方法があるが、
知られていない

構造上、暴力・攻撃性には
急性期病院は弱く対応は困難

認知症患者の比率(入院)(海外)

- 急性期一般病棟: 9.1-50.4%
(Hickey 1997, Feldman 1987)
- 老年病棟: 63-79.8%
(Torian 1992, Adamins 2006)
- 大腿骨頸部骨折の手術目的の入院: 31-88%
(Homes 2000)

認知症患者の入院理由

- 誤嚥性肺炎、膀胱炎、尿路感染症、転倒、敗血症、大腿骨頸部骨折が多かった
(Zhao 2008)
- 肺炎、胃腸炎、尿路感染はambulatory care sensitive conditionと呼ばれ、予防や早期発見に努めることで、アルツハイマー病患者の緊急入院を予防することができると言われる
nursing homeのquality indicatorである

急性期病院入院治療中の患者の認知機能: MOCA-J

国立がん研究センター東病院呼吸器内科で初回化学療法を予定している

入院患者へのCGA連続調査

2012年10月- 107名終了、平均年齢71.5±5.0歳

	平均点	SD	25点以下
化学療法入院 1 st line	22.3	3.6	72/107
化学療法入院 2 nd line	21.1	3.8	17/22
化学療法入院 3 rd line	23.3	3.9	7/11
PCU外来	24.0	2.7	5/6
在宅	23.5	2.2	3/9
PCU入院	20.6	5.3	6/8

認知症患者の急性期病院入院治療の問題点(海外)

- 多剤併用による弊害、複合的な医原性の障害を高率に生じる
(Zekry 2008, Fields 1986)
- 看護師が介助に要する時間が3時間増える
(Erkinjuntti, 1988)
- 採血が増える
(Sampson 2006)
- 抑制が増える
(Morrison 2000)
- 支持緩和療法の適応を医師が考えない、緩和ケアチームへ紹介しない
(Sampson 2006)
- 疼痛の放置
(McCarthy 1997, Morrison 2000)

身体治療・ケアの問題
認知症ケアの問題



問題が相互に影響し複雑化

認知症が身体治療のアウトカムに与える影響

- 機能低下の独立因子 (Covinsky 2003)
 - 機能低下を来す要因は2つある。
一つは急性期疾患によるもの、もう一つは入院後に機能を維持改善できないこと (Sands 2003)
 - 機能低下は様々な影響を及ぼすが、最終的にはベッドで休んでいる時間が長くなり、活動が制限
 - 軽度認知機能障害の時点でも入院期間が4-23日長くなる
(Erkinjuntti, Lyketsos 2000, Fields 1986, Fulop 1998)
- 理由: nursing homeやresidentialへの移行に調整を要するから
医原性の障害と院内感染の増加
- 認知症患者は、認知症のない患者と比べて入院死亡率が高い
(Fields, 1986)
 - 認知症の重症度と比例 (Sampson 2009)

認知症患者の身体合併症(海外)

- 多いという報告(Sands 2003)、少ないとの報告 (Zekry 2008)
- 認知症患者のほうが重篤
おそらく発見が遅れるためと肺炎・敗血症が多いため
(Sampson 2009)
- 死亡患者の調査で、死亡に直結する重篤な身体疾患が見落とされていることが多いとの報告
(Kammoun 2000, Fu 2004)
- がんでは、スクリーニングプログラムにのらない、診断が遅れる
(Gupta 2004)
- BMIが低い、脱水が多い、電解質異常が多い
おそらく不適切なアセスメント・ケアが原因 (Sampson 2009)

退院調整・転院調整



せん妄：
不十分な治療
不適切な退院支援

認知症
BPSD
身体管理困難
ADL低下、身体機能低下
認知症増悪

認知症と身体治療を
同時に実施できる施設が少ない
転院調整の期間が長期化



- ・ADL低下、身体機能低下
- ・認知機能低下

無理な退院
↓
身体症状増悪
家族疲弊
再入院
退院拒否

療養施設：
転院までの期間がかかる

急性期病院と精神科病院への連携

- 身体治療の提供の問題があり、現実的に連携が困難
- 特にせん妄は全身状態が重篤な状態が多く、転院が難しい
- 認知症：
調整に時間を要し、調整中に合併症が増加
 - － 身体機能低下
 - － 合併症（肺炎、脱水、低栄養）増加
 - － 認知機能低下
- 調整に時間を要する背景に
 - － 医師・病棟スタッフ、MSWの認知症に関する知識の問題
 - － 院内の連携の問題

過活動型BPSD(徘徊、常同行為、退院要求など)は急性期病院でも、アセスメントが適切に行えらると対応は可能:

70代 男性 膵がん

進行膵がんの進行に伴い、胆管炎を発症し、感染コントロールのために入院したが、「家に帰る」を繰り返す。入院の必要性を説明しても数分後には忘れて、同様の行動を繰り返すために、対応についてコンサルテーションに依頼。認知機能検査、頭部MRI等によりアルツハイマー病とせん妄の診断とともに、焦燥感の背景に疼痛の放置が疑われたために、抗精神病薬少量による抗精神病薬治療と疼痛管理を開始。同時に、患者に伝わりやすい説明・対応方法をスタッフで共有したところ、落ち着いた。

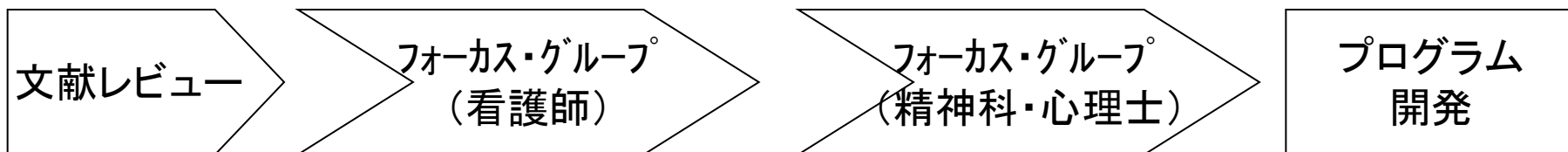
急性期病院では対応がどうしても難しい場合: 暴力を伴う過活動型BPSDの場合

60代 男性 肝細胞がん、アルツハイマー病

肝細胞がん再発に対してラジオ波焼灼術目的で入院。入院前より家人(妻)に対する暴言・暴力があった。入院後より担当医や病棟スタッフに対して、「妻と組んで入院をさせた」と言い、離院を制止しようとするや殴るなどの行為があった。家族と相談をしたが、家族も疲弊しており退院しても対応が困難であり、やむを得ず精神症状への対応を精神科病院に依頼、症状が落ち着いてから身体治療を再度検討せざるを得なかった。

急性期病院での対応(国立がん研究センター東病院の取り組み) せん妄の多職種ケアプログラムの開発と実践

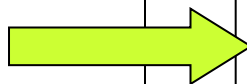
非薬物的ケアに関するbarrier と対策の抽出



- エキスパートパネル(医師・看護師・心理士・教育者)によるフォーカスグループ

問題点

- ①せん妄に気づけない
- ②せん妄の診断に確信がもてない
- ③具体的な初期対応が起こせない
- ④医療者間のコミュニケーション障害



目標

- ①せん妄への気づきの向上
- ②③確診に到らなくてもアクションが起こせる
(ハイリスク状態でのアクション)
- ④医療者間のコミュニケーションツールの開発

行動につながる研修(学習理論に基づく研修)

- せん妄に関する知識(坐学)だけでは実践困難
- 目の前で生じている症状をアセスメントするためのワークショップ(ビデオを用いた症状アセスメント)とロールプレイ(対応方法)
- 緩和ケアチームによる定期的な病棟カンファレンス
- 看護師全職員がワークショップ受講
- テンプレート、チェックシートともに運用



評価と共有

患者入院



病棟看護師によるせん妄のリスク及び症状評価(当日全員評価)
せん妄・せん妄ハイリスク・せん妄なしのいずれかを登録



病棟師長または代行者が各病棟で人数を集計(毎日)



副看護部長・看護部長(平日)によるせん妄・せん妄ハイリスク患者の全例把握
医療安全管理者による評価

せん妄患者は毎日評価
ハイリスク、なしはパスに
沿って評価

連絡会: 病棟リンクナース、リエゾンNs、医療安全管理者

運営会議: 医療安全管理者、リエゾンNs、精神腫瘍科、薬剤科で定期的開催

急性期病院で認知症ケアを改善するために必要なこと

身体管理

- 栄養管理の改善
- 疼痛コントロールの改善

認知症ケアの改善

- 認知症のアセスメント、実践技能の向上
目の前の現象とアセスメントがつながるための実践的な学習機会が必要（ビデオ学習と取り入れたグループワーク、ロールプレイと、専門的なチームによるOJTの繰り返し）

構造・院内連携

- 包括的ケアの提供（連携）
（コンサルテーションチーム、緩和ケアチームへ依頼が出にくい）
- 専門的ケア病棟の設置