

総 説

総合病院における認知症診療の臨床的課題

小田原 俊 成

横浜市立大学 保健管理センター

要 旨: わが国では、超高齢化社会の到来により、医療機関を受療する高齢者および認知症患者が増加している。認知症高齢者の治療は、身体的問題に加えて心理社会的要因が病状に関連することから、保健医療福祉一体となった包括的支援が必要である。国が進める認知症施策推進総合戦略は、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供する地域包括ケアシステムを利用した地域主体の認知症医療・ケアの推進を目指している。その中で、総合病院における認知症患者の診療の実態と今後の課題について、主として精神医学的視点から、以下の項目にしたがって解説する。

I. 総合病院における認知症医療の現況

1) 外来診療, 2) 入院治療, 3) 救急医療, 4) コンサルテーション

II. 総合病院における認知症入院治療の課題

1) 緩和ケア, 2) 権利擁護 (高齢者虐待), 3) BPSDおよび身体合併症対応, 4) せん妄対応, 5) 医学教育

Key words: 認知症 (dementia), 総合病院 (general hospital), 権利擁護 (advocacy), せん妄 (delirium), コンサルテーション (consultation)

はじめに

医療機関を受療する高齢者は、難治性疾患の併存や身体機能の低下に加え、種々の喪失体験 (近親者との死別、社会的役割の減少) や住環境 (単独および夫婦のみ高齢者世帯の増加)、経済状況など様々な心理社会的要因が病状に密接に関連することから、保健医療福祉一体となった包括的支援が必要である。国は、各自自治体に対し、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的として、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの導入を目指している。認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン) (図1) は、認知症者がそのときの容態に最もふさわしい場所で適切なサービスを受給できるよう、地域包括ケアシステムを利用した循環型の仕組みの構築を掲げており、医療・介護の役割分担と連携のさらなる推進が求められている。

厚生労働省患者調査¹⁾によれば、わが国は老年人口の急速な増加を背景に、2014年外来患者における65歳以上高齢者割合は350万人を超えた。疾病では、アルツハイマー型認知症患者が入院外来患者併せて90万人以上と増加率の上昇が目立つ。一般病床高齢入院患者における認知症割合は、正確なデータはないものの、日本総合病院精神医学会認知症委員会が行った調査では、17.5%~52.3%と推計されている²⁾。65歳以上地域在住高齢者のうち認知症の占める割合は15%³⁾と、認知症者が推定500万人を超えた今改めて驚く数字ではないが、わが国の医療が専門性を問わず認知症者への対応を避けて通ることができない実態を示すデータといえる。

本稿では、総合病院の高齢者、特に認知症患者の診療実態と臨床的課題について、主として精神科医療の視点から解説する。

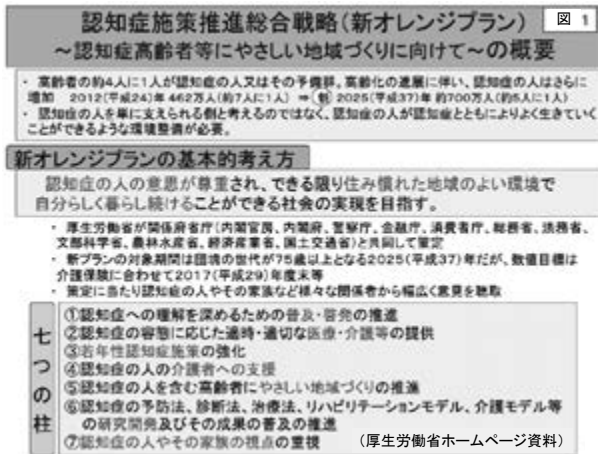


図1. 認知症施策推進総合戦略の概要

I. 総合病院における認知症診療の現況

1) 大学病院・総合病院精神科における認知症外来診療実態調査

日本総合病院精神医学会会員向けに2011年における認知症診療に関するアンケート調査を実施し、87施設(一般病院52, 大学病院24, 精神科病院8, 精神科診療所3)から回答を得た⁴⁾。この時点で認知症疾患医療センターを有する施設は10施設で、内訳は総合病院4, 大学病院3, 精神科病院3であった。総合病院・大学病院精神科における高齢(65歳以上)入院患者の他科併診症例のうち、認知症高齢者の割合はそれぞれ42.6%, 43.3%であった(回答が不完全であった施設は除くため総合病院20施設, 大学病院15施設)。一方、外来診療の年間外来新患数全体に占める65歳以上高齢者割合は一般病院48.6%, 大学病院35.2%であり、そのうち認知症高齢者の割合は、それぞれ21.6%, 11.7%であった。以上の結果をまとめると、アンケートに協力いただいた総合病院・大学病院精神科の新患外来患者数の約1/3~1/2が高齢者であり、他科併診高齢患者では4割強が認知症であった。また、認知症診療に関する業務内容として、鑑別診断・認知症の行動心理症状(behavioural and psychological symptoms of dementia; BPSD)への対応・専門相談が大半を占めており、総合病院・大学病院ではそれに加え、BPSDが併存する患者の身体疾患への対応が挙げられていた。限られた施設のデータではあるが、わが国の総合病院精神科医療の現場において高齢者診療が日常的に行われている現状と、総合病院の高齢者医療における精神科の重要な役割として、鑑別診断とともに、認知症への対応(鑑別診断およびBPSD・身体疾患併存例の対応)があることを示す貴重な資料と考える。

2) 一般病床高齢者入院患者における認知症有病率調査

今後のわが国における認知症患者の身体疾患治療の対

策を考える礎とするため、一般病棟高齢入院患者の認知症割合の調査を行った²⁾。2014年の任意の1日を6対象病院(大学病院2, 総合病院4)で指定し、その調査日に同院一般病床に在院している65歳以上の患者を対象とした。方法は、対象者の年齢、性別、入院料とDPC主病名、入院時の高齢者総合機能評価の三単語の直後再生および遅延再生、病歴上の認知症診断歴の有無、抗認知症薬投与の有無、レセプト上の認知症関連疾患病名の有無についてデータを収集し、調査票に記入後、各施設で連結可能匿名化したデータを集約し、単純集計およびクロス集計を行った。調査対象者全972人中、949人(男440人, 女509人, 平均年齢79.6±7.9歳)が解析対象となった。三単語の直後再生または遅延再生のいずれかが不可であった者を認知症疑い群と定義すると、52.3%が該当した。認知症診断歴あり、抗認知症薬投与あり、レセプト上認知症関連疾患病名ありを認知症診断あり群と定義すると、17.5%が該当した。

国内における多施設共同の認知症有病率調査報告は存在しないが、イギリスの急性期病院における70歳以上高齢入院患者の42%が認知症で、その半数が入院前に認知症と診断されていなかったとする報告⁵⁾や、一般病院に緊急入院した70歳以上高齢者のうち、39~46%に認知機能低下が認められたとする報告⁶⁾がある。本研究の認知症疑い群には、軽度の意識障害やせん妄患者、うつ状態などの精神疾患、身体疾患による注意障害などの患者も含まれると考えられる。しかし、先行研究から推察されるように、高齢患者では認知症ありと診断された実際の数字より多い認知症患者が入院していると推察される。平成28年度の診療報酬改定では、身体疾患を有する認知症患者に対するケアの評価として、認知症ケア加算が新設された。認知症患者のアセスメントや介護方法に関する研修をうけた病棟看護師の配置が要件となっており、さらには身体拘束の実施基準を含めた認知症ケアに関する手順書の活用も求められている。

3) 救急医療

救急医療機関を受診する高齢者は増加しており、全国の救急病院受診者の約半数が高齢者であることが指摘されている。久保田らは、仙台市立病院の救命救急センター外来(1~3次救急)を2007年3月1か月間に受療した65歳以上高齢者を認知症(およびその疑い)群88例と非認知症群219例に分け、両群の臨床的特徴を比較した⁷⁾。その結果、前者では身体的重症度が強く死亡の転帰をとる割合が高い一方で社会的入院の割合も高く、そうした症例では外来診察時間も長かったことを報告している。認知症患者がこうした臨床的特徴を示す理由として、事故、服薬コンプライアンス低下による併存疾患の悪化や身体機能の低下、症状の自発的表出の困難さにより対応が遅れやすいことなどが推察される。救急搬送困難事例

表1. せん妄患者に対する各抗精神病薬の効果, 転帰および有害事象

	全体(n=2453)	RIS (835)	QTP (779)	PER (88)	OLZ (87)	ARP (61)	HAL (480)	その他(123)
最大投与量, mg/日(SD)		1.35(0.96)	71.8(87.5)	8.09(5.27)	10.2(11.1)	7.23(7.03)	6.40(5.05)	
CGI-I	2.02(1.09)	2.13(1.10)	1.74(0.96)	1.85(0.89)	1.93(1.05)	2.16(1.33)	2.32(1.16)	2.02(1.09)
せん妄期間, n(%)								
1週以内	1332(54)	411(49)	471(60)	49(56)	58(67)	26(43)	249(52)	68(55)
2週以内	520(21)	210(25)	147(19)	17(19)	15(17)	15(25)	92(19)	24(20)
重篤な有害事象, n(%)	22(0.9)	8(1.0)	5(0.6)	0(0)	2(2.3)	0(0)	5(1.0)	3(2.4)
誤嚥性肺炎	17(0.7)	7(0.8)	4(0.5)	0	2(2.3)	0	3(0.6)	1(0.8)
心血管事象	4(0.2)	1(0.1)	1(0.1)	0	0	0	0	2(1.6)
転倒による骨折	0	0	0	0	0	0	0	0
転倒による 外傷性脳損傷	0	0	0	0	0	0	0	0
静脈血栓	1(0.0)	0	0	0	0	0	1(0.2)	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0
錐体外路症状, n(%)	137(5.6)	53(6.3)	34(4.4)	8(9.1)	4(4.6)	2(3.3)	30(6.3)	6(4.9)
重症度 (DIEPSS), 中央値	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

SD: 標準偏差, CGI-I: 臨床全般印象評価-改善尺度, DIEPSS: 薬原性錐体外路症状尺度

RIS: リスペリドン, QTP: クエチアピン, PER: ペロスピロン, OLZ: オランザピン, APZ: アリピプラゾール, HAL: ハロペリドール (文献8)より改変引用)

として認知症患者が少なくないことは, こうした対応困難性が原因と考えられる. 認知症に関する疾病教育や心理社会的背景を踏まえた生活面のアドバイスは, 救急受診の繰り返しを防止する上で, 今後救急の現場において重要な支援業務となっていく可能性がある.

4) コンサルテーション-特にせん妄対応について-

横浜市立大学附属市民総合医療センター(以下, センター病院)は救命救急センターをはじめとして10の疾患別センターおよび19の診療科からなる急性期治療を特徴とした726床の大学附属病院である(2012年当時). 2012年1年間に精神医療センターが行った, 救命救急センターを除く他診療科(一般病床)入院患者に対する併診症例290例中, 60歳以上(高齢群)症例は191例(65.9%)であった. 併診の対象となった症状および主病名の内訳は, 高齢群でせん妄が124例(認知症合併例含む, 64.9%)と最も多く約2/3を占め, 以下睡眠障害, 気分障害, 認知症(せん妄を伴わない), 適応障害, 不安障害と続いた. 60歳未満(99例)の診断内訳(せん妄23.2%, 気分障害23.2%, 適応障害11.1%, 睡眠障害10.1%, 統合失

調症7.1%, 不安障害7.1%)と比較すると, 高齢群でせん妄の占める割合が大きかった. 当院のみのデータではあるが, 多くの医療機関で高齢者のせん妄対応が精神科リエゾンコンサルテーション業務の中心を占めることが報告されている. 一般的に, せん妄出現後のコンサルテーションが多いため, 対応の多くは薬物調整が中心となる. せん妄に対する薬物療法として, 抗精神病薬の投与が日常的に行われているが, 2005年に米国食品薬品局が認知症高齢者に対する抗精神病薬投与による死亡率上昇に関するBlack Box Warning(最も重大な警告)を掲載し, わが国においても抗精神病薬の薬剤添付文書に警告が記載された経緯がある. しかし, その根拠となるデータの多くがnursing home入所症例であり, 臨床の実感と乖離しているため, センター病院を含むわが国の常勤精神科医を有する38医療機関でせん妄患者に対する抗精神病薬の有用性に関する多施設共同観察研究が行われた⁸⁾. その結果, 抗精神病薬が投与された2453症例(平均年齢73.5歳)中, 重篤な有害事象を呈した症例は1%に満たず, 1週間以内に半数以上でせん妄が改善していた(表1).

高齢者に対する抗精神病薬投与の危険性が指摘されて10年以上経つが、精神科医をはじめとした医療職によるモニタリング下でのせん妄治療に対する短期間の抗精神病薬投与の有用性を示すデータと思われる。

II. 総合病院における認知症患者入院治療の課題

1) 緩和ケア

近年、認知症者を対象として、苦しみ予防と生活の質の向上を目的とした緩和ケアアプローチが海外を中心に進んでいる。すでに、欧米では緩和ケア対象者の6割は非がん患者であり、認知症者が多くを占めることが報告されている。小川は、総合病院において認知症患者の疼痛管理が適切に行われていない現状を指摘し、認知症に伴う精神的苦痛への対応とともに、今後わが国においても重要な課題になると指摘している⁹⁾。今後、身体的治療とともに、心理社会的存在として認知症患者の理解を深め、生活の質に焦点をあてた支援・ケアの提供を多職種協働で行うことが新オレンジプランでも求められている。

2) 権利擁護（高齢者虐待）

2006年、高齢者の虐待防止、養護者支援を促進し、高齢者の権利擁護を目的とした高齢者虐待防止法がわが国で施行された。虐待を発見しやすい立場にある医療機関は早期発見に努めなければならないことが条文に記されている。厚生労働省の報告では、2014年度の被虐待高齢者における認知症者の割合は、在宅者で70%、施設入所者で85%と高く、認知症者は虐待を受けやすい立場にあることを理解して治療に当たる必要がある。

センター病院では、2011年よりe-learningに成人（高齢者・障害者・DV）虐待に関するコンテンツを組み入れ、病院職員に対する啓発活動を継続してきた。研修アンケートでは、虐待が疑われる成人事例が5%程度認められ、院内の権利擁護委員会に報告された事例対応を、精神科医、主治医、看護師、ケースワーカー、地域事業者ら多職種協働で行っている。また、医療機関では、権利擁護の観点から、身体抑制（精神保健福祉法に基づき、精神病床では身体拘束という用語を用いるが、慣行的に一般病床では身体抑制という名称を用いている）の最小化も重要な課題となっている。厳密に言えば、器具を用いた身体抑制ならびに薬物による化学的抑制は高齢者虐待防止法では身体虐待に分類される行為にあたる。すでに施設等では身体抑制は禁止されているが、医療機関では治療の必要上、身体抑制がしばしば行われている。医療機関における身体抑制の統一的な調査報告がないため、われわれは2005年6月の一か月間、センター病院看護部の協力を得て、センター病院全病床において身体抑制（および拘束）を行った全患者に対し、アンケートを用いて、

身体抑制の実施・期間・患者プロフィール、インシデントの有無などに関する調査を行った¹⁰⁾。調査時点での診療科は、8疾患別センターと19診療科であった。期間中の、のべ入院患者は20432人（6月新入院1339人）、入院期間15.2日で、うち身体抑制が行われた患者は12診療科にわたり、総計57人（59件）、のべ696日（3.4%）であった。調査終了時点で、27件（45.8%）が身体抑制を継続中であり、期間を調査終了時点までの日数とした場合、平均期間は11.8±8.7日であった。性別は男38人、女19人で、発生数は、10歳未満を中心とする群と、60歳代を中心とする群の2群からなる二峰性を示した。ICUやCCUなどの特殊ケアユニット、救命救急センター等の診療科に多く、重症管理において有意にその必要性が高い傾向がみられた。インシデントは12件（20.3%）で発生し、内訳はルートトラブル10件、転倒・転落が2件で、転帰は全例軽微なものであった。抑制部位では、胴でのインシデント発生が有意に高く、ミトン使用例でも高い傾向が認められた。インシデントは、一般病棟で多く、インシデントあり群では抑制期間が長くなる傾向があった（16.75日 VS 10.53日）。以上より、インシデントを予防することは最小化や短縮化のために重要である可能性が示唆された。有意差はないものの、より重症患者を扱うと考えられる特殊ケアユニットでインシデント発生が少ない傾向があることから、マンパワーがこれを防いでいる可能性を否定できなかった。身体抑制は、後述するせん妄の危険因子でもあることから、今後、身体抑制適応の基準を明確化し、インシデント発生防止策を講じていく必要がある。

次に、認知症患者の治療同意能力に関する問題点についても簡単に触れておきたい。多くの認知症患者では認知障害が漸次進行し、治療による同意能力の回復が期待できないため、身体侵襲性の高い検査や治療を行う場合、しばしば治療方針の策定に迷う事態が生じる。通常、わが国では家族が代理同意を行うことが多いが、成年後見制度は医療行為に関する代諾は認めていないことに留意しておく必要がある。単身者の場合や本人・家族間、家族内、家族・後見人間の意見が不一致の場合など、治療方針が定まらないケースでは、院内の臨床倫理審査委員会等で治療方針を検討することが望ましい。最近では、精神科医が治療同意能力の評価尺度を利用して認知症患者に治療法の理解と選択を援助する試みも行われている。

3) BPSD および身体合併症対応

認知症患者は、入院治療において様々な治療上の困難を伴う。2011～2013年の3年間にセンター病院精神病床（精神医療センター病棟）に入院した65歳以上高齢者を認知症群106例と非認知症群213例の2群に分類し、入院処遇について比較したところ、認知症群では非自発入院、行動制限（隔離、身体拘束）の割合が有意に高かった。

認知症群の行動制限の理由は、全例がBPSDによる身体疾患治療阻害防止に分類された。認知症入院患者の入院同意能力は他の精神障害者と比較してもさらに不十分であること、治療に対する協力が十分に得られにくい傾向が示唆された。また、認知症群の在院日数は非認知症群と比べて短かく、(施設入所や転院が多いため)自宅退院率は低かった。以上の結果は、認知症患者の対応困難性と身体疾患を有する認知症患者の在宅治療および介護の困難さの一端を示唆する所見と考えられる。さらに、認知症患者は入院中新たに判明または発症する身体合併症にも注意が必要である。2011～2012年に精神科病棟に身体治療目的で入院した認知症患者54人中、約2割にあたる11人に身体合併症が併発した。呼吸器・尿路感染症や転倒による骨折を抜いて、深部静脈血栓症(DVT)が最も多く、5人に認められた。認知症患者は高齢、向精神薬使用、身体疾患の併存のほか、身体拘束を用いる頻度が高く、DVTの高リスク群にであることを前提にした対応が必要と思われる。さらに、精神科2次・3次救急入院症例ほど、BPSDの背景にある身体疾患の評価・治療が十分に行われておらず、環境調整を含めた複合的な対応を要する事例が多かった。

新オレンジプランの原案となった地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム(第2R、認知症と精神医療)とりまとめ案では、重度のBPSDと身体合併症を併存する認知症患者の入院医療について、合併症の状態像に応じた(精神)病床の受け入れ先の選別(総合病院精神科と精神科病院の役割分担)が推奨されている。すなわち、身体疾患急性期の治療は有床一般病院精神科で行い、慢性疾患の治療は精神科病院が担うというものである。しかし、急性期身体疾患の入院対応が可能な認知症疾患医療センターを有する一般病院の病床整備は十分に進んでおらず、また、総合病院であっても精神病床で対応可能な身体疾患は限られており、身体疾患の種類および重症度により認知症患者の受け入れ先探しに難渋するケースは少なくない。2008年に行われたわが国の医療施設調査では、総合病院精神科のない二次医療圏が全国に1/3あることが報告され、その後診療報酬の誘導効果により無床精神科を有する総合病院数はこの年を境に増加に転じている。総合入院体制加算に精神病床の設置が要件となったことで、一般病院における精神病床の増床がさらに進む可能性がある。診療報酬上認められている精神科医療サービスとして、精神科リエゾンチーム加算があるが、チーム設置による一般病床での認知症患者の受け入れ促進が期待されている。また、既述したように、本年度より認知症ケア加算が新設され、多職種連携による認知症対応力のさらなる向上が期待される。

4) せん妄対応

総合病院におけるせん妄の入院時有病率は11～33%、

入院中の発症率は3～56%¹¹⁾と高頻度にみられる病態であり、合併により入院期間や死亡率の増加につながることで、院内転倒症例に併存する疾患の頻度としては認知症に次いで多い(院内転倒症例の6%)こと¹²⁾から、せん妄対応は医療機関の重要な課題となっている。

せん妄の30～40%は予防可能であるという報告や、せん妄や転倒の予防に関する包括的介入プログラムがせん妄、転倒の減少に寄与したという報告¹³⁾も散見され、医療従事者はせん妄による転倒・転落の危険性について十分認識し、環境調整をはじめとした適切な対応をとる意識をもつことが事故防止の観点から重要である。せん妄の発症防止対策を講じる上で、まずせん妄の病態機序について整理しておきたい。これまで、アセチルコリン作動系を中心とした神経伝達物質の異常や免疫系(HPA-axis)の異常、炎症反応の亢進、酸化代謝の減少、信号変換異常、血液脳関門の透過性変化などがせん妄の病態機序として報告されてきた¹⁴⁾。モノアミンの異常に関する報告は数多いが、現時点でせん妄予防を目的とした臨床試験ではコリンエステラーゼ阻害剤の有効性は確認されていない。炎症反応の亢進については、せん妄患者においてインターロイキン6や8などのサイトカインの増加が報告されているが、一致した結論は出ていない。血清CRP値上昇とせん妄の関連を指摘した報告は多く、血漿アセチルコリンエステラーゼ活性とCRP、前炎症性サイトカインおよび抗炎症性サイトカイン比の相関性から、炎症反応のほかコリン系や免疫系など複合的な機能不全がせん妄発症に関与する可能性が指摘されている¹⁵⁾。センター病院精神医療センターを含む5つの医療機関で行ったnatural killer(NK)細胞活性とせん妄発症の関連を調べた研究では、入院翌朝と翌々日朝のNK細胞活性の変化がせん妄発症の指標となる可能性が示唆された¹⁶⁾。次に、これまでに報告された薬物療法によるせん妄予防の可能性について触れる。ランダム化比較試験を用いてせん妄に対する予防効果が認められた薬物は、一部の抗精神病薬およびgabapentin、melatoninのみである。抗精神病薬の予防投与は倫理的観点から現実的でないため、melatoninに着目し、上記施設においてメラトニン受容体作動薬であるramelteonの無作為化プラセボ対照試験を行ったところ、プラセボ群と比較してramelteon投与群では、せん妄の発症リスクが低下していた¹⁷⁾。この結果は、メラトニン神経伝達がせん妄の発症に重要な役割を果たすことを示す所見と思われた。今後、せん妄の危険因子(高齢、認知症、脳血管障害など)を有する患者に対し、せん妄発症の予測因子、薬剤の予防的投与、環境調整を組み合わせた対応の有用性について検証していく必要がある。

5) 高齢者医学教育

2007年、米国医科大学連合は医学生が卒業後適切な高齢

者診療を行うために必要な最低限の到達目標 (minimum geriatric competencies) を設定した。全8分野中、認知行動障害と緩和ケア、入院ケアの3つの分野において精神医学的知識の必要性が上げられている。すなわち、認知行動障害の分野では、せん妄、認知症、うつ病の臨床的特徴の理解と鑑別、せん妄の原因検索、記憶障害を有する高齢者の認知機能評価の実践、せん妄・認知症患者に対する非薬物療法の立案を、緩和ケアの分野では、心理・社会・スピリチュアルな領域でのニーズの確認とチーム医療への誘導について、入院ケアの分野では、身体・薬物的拘束の適応と禁忌、リエゾンチームによる多職種連携による退院支援が記載されている。これらは専門性を問わず知っておくべき知識とされ、高齢者診療における精神医学的アプローチの重要性がみとれる。医学教育の観点からも、総合病院において精神科リエゾンチームの設置推進が望まれる。先に自施設の高齢者コンサルテーション症例の内訳で示したように、こうした病態の鑑別および治療を実践できるのは総合病院であることは改めて強調するまでもないであろう。

おわりに

総合病院における認知症診療の現状について、外来診療、入院治療、救急医療、精神科コンサルテーション診療それぞれの診療場面から述べた。続いて、今後の認知症患者入院治療の課題について、緩和ケア、権利擁護、BPSDおよび身体合併症対応、せん妄対応、高齢者医学教育など多面的視点から解説した。

(謝辞) センター病院の併診患者統計をまとめていただいた精神医療センター日野耕介先生に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/>
- 2) 古田 光, 小田原俊成, 池尻義隆, 他: 一般病床高齢者入院患者における認知症実態調査の試み. 総病精, **27**: 100-106, 2015.
- 3) 朝田 隆: 厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業平成23~24年度研究報告書, 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.
- 4) 近藤大三, 小田原俊成, 栗田周一, 他: 日本総合病院精神医学会員に対する認知症診療に関するアンケート調査. 総病精, **25**: 171-177, 2013.
- 5) Sampson EL, Blanchard MR, Jones L, et al.: Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. Br J Psychiatry, **195**: 61-66, 2009.
- 6) Goldberg SE, Kathy HW, Rowan HH, et al.: The prevalence of mental health problems among older adults admitted as an emergency to a general hospital. Age & Aging, **42**: 80-86, 2012.
- 7) 久保田洋介, 亀山元信, 村田祐二, 他: 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**: 1204-1208, 2007.
- 8) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al.: Antipsychotics for delirium in the general hospital setting in consecutive 2453 inpatients: a prospective observational study. Int J Geriatr Psychiatry, **29**(3): 253-262, 2014.
- 9) 小川朝生: 精神科医療と緩和ケア. 精神医学, **56**: 113-122, 2014.
- 10) 杉山直也, 小田原俊成, 野田寿恵, 他: 一般身体科における身体拘束・抑制の実態調査. 総病精, **20**: S-160, 2007.
- 11) Michaud L, Bula C, Berney A, et al.: Delirium: Guidelines for general hospital. J Psychosom Res, **62**: 371-383, 2007.
- 12) Brand CA and Sundararajan V: A 10-year cohort study of the burden and risk of in-hospital falls and fractures using routinely collected hospital data. Qual Saf Health Care, **19**: e51, 2010.
- 13) Fong TG, Tulebaev SR, Inouye SK: Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. Nat Rev Neurol, **5**: 210-220, 2009.
- 14) Cerejeira J, Firmino H, Vaz-Serra A, Mukaetova-Ladinska EB: The neuroinflammatory hypothesis of delirium. Acta Neuropathol, **119**: 737-754, 2010.
- 15) Cerejeira J, Noqueira V, Luis P, et al.: The cholinergic system and inflammation: common pathways in delirium pathophysiology, **60**: 669-675, 2012.
- 16) Hatta K, Kishi Y, Takeuchi T, et al.: The predictive value of a change in natural killer cell activity for delirium. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, **48**: 26-31, 2014.
- 17) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al.: Preventive effects of ramelteon on delirium: a randomized placebo-controlled trial. JAMA Psychiatry, **71**: 397-403, 2014.

Abstract

AWAITING SOLUTIONS FOR EXAMINATION OF DEMENTED ELDERLY PATIENTS
IN GENERAL HOSPITALS

Toshinari ODAWARA

Health Management Center, Yokohama City University

Due to the growing elderly population in Japan, the number of demented elderly individuals who visit hospitals is increasing. Treatments for the demented elderly require comprehensive support through the provision of healthcare and welfare services, because elderly individuals may have not only physical problems but also psychosocial problems. A comprehensive strategy to facilitate measures to deal with dementia, the so-called "new orange plan", was formed with an aim to achieve age- and dementia-friendly communities. This paper comments on the awaiting of solutions for the examination of demented elderly individuals in general hospitals from psychiatric perspectives, as follows:

I. Current trends of examination for demented elderly individuals in general hospitals

1) outpatient clinic, 2) hospital care, 3) emergency care, 4) consultation

II. Future issues of hospital care for demented elderly individuals in general hospitals

1) palliative care, 2) elder abuse, 3) care for behavioral and psychological symptoms of dementia, and physical complications, 4) care for delirium, 5) medical education

