

## 症例報告

## 急性薬物中毒で入院した後期高齢者の検討

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 救急科<sup>1)</sup>, 同 精神科<sup>2)</sup>加藤 久晶<sup>1)</sup>, 松尾 耀平<sup>1)</sup>, 柚木 由華<sup>1)</sup>, 内田 敦也<sup>1)</sup>, 丸山 寛仁<sup>1)</sup>, 神原 淳一<sup>1)</sup>,  
五十嵐 一憲<sup>1)</sup>, 竹内 浩<sup>2)</sup>, 稲田 眞治<sup>1)</sup>

key word : 急性薬物中毒, 後期高齢者, 退院調整

## 要 旨

後期高齢者の救急診療においては、基礎疾患の有無や心身機能の衰弱などが、診療過程に影響を及ぼす。それに加えて、急性薬物中毒では中毒に至る原因や患者本人を取り巻く生活環境が退院調整に影響すると考えられる。今回、後期高齢者の急性薬物中毒について原因ごとに診療過程と退院調整の内容について調査を実施した。調査対象は、2021年1月から2024年3月までに当院で入院加療を行った16例、原因別に故意9例、事故7例であった。故意9例は入院後精神科医の診察を受け、7例は慢性の身体的不調や認知機能低下に伴う行動と評価され、2例は新規に精神科診断がなされた。退院時に生活環境の調整が行われたのは16例中5例であり、入院前に自宅独居であった5例中3例が病院または施設への転退院となった。後期高齢者の急性薬物中毒診療においては、身体的急性期治療後、中毒に至った原因や入院前の生活環境を考慮した退院調整が必要である。そのため患者家族、施設職員、身体診療科、精神科医、医療ソーシャルワーカー、退院支援部門などがチームで対応していく必要がある。

## はじめに

近年、75歳以上の後期高齢者の救急搬送が増加している<sup>1)</sup>。後期高齢者は心身機能の衰弱を背景に、年齢層特有の社会的背景や基礎疾患が傷病の発生や来院後の経過、急性期治療後の退院調整の内容に影響すると考えられる。一方、急性薬物中毒では患者をとりまく生活環境や身体的急性期治療後の精神的診療継続の要否など退院調整に向けて検討すべき課題は多い。今回我々は後期高齢者の急性薬物中毒について発生状況および身体的治療経過、精神科コンサルテーション状況、退院調整の状況について検討を行った。

## 対象と方法

2021年1月から2024年3月までに当院において入院加療を要した75歳以上の急性薬物中毒患者16例を対象とした。対象患者は常用量を超える薬剤服用もしくは異物服用をした者とし、常用薬の通常服用中に腎機能障害などの影響で有症状となった症例や、自傷を目的としない大量飲酒は調査対象外とした。またここでいう故意とは量の多少にかかわらず意図的な薬物・異物服用を指し、それ以外の原因を事故とした。

検討項目は故意か事故かの原因・年齢・性別・入院前生活環境・精神科疾患およびその他の基礎疾患の有無・服用薬物・中毒事案としての事前情報有無・来院時バイタルサイン・中毒治療内容・合併症有無・入院中の精神科併診有無と評価内容・入院日数・退院時社会的環境整備状況について電子カルテの記載から調査した。

16例について故意か事故かの原因に分けて診療状況を検討した。なお入院前生活環境において施設入所者は独居外とした。

## 結 果

## 全症例の概略

中毒の原因は故意9例、事故7例であった(表1、表2)。全体の年齢は75歳から97歳、平均86.1歳であり、男性1例、女性15例だった。入院前生活環境は独居5例、家族と同居8例、施設入所3例。身体基礎疾患として高血圧症、糖尿病、脳血管障害、心疾患が多くみられ、故意群では整形外科疾患、慢性疼痛疾患も認められた。精神科基礎疾患は認知症4例、うつ病2例、自律神経失調症1例、不眠症1例で重複は無かった。服用薬物は医薬品14例、そのうち常用薬の過量服用が最も多く13例、他人の薬を誤配薬されたものが1例であった。診療開始時までには中毒を疑う事前情報を得られなかった6例のうち1例

表1 患者背景

	故意 (n=9)	事故 (n=7)
年齢 (平均)	82.8 (75-94)	90.3 (83-97)
性別		
男性	1	0
女性	8	7
入院前生活環境		
独居	2	3
家族同居	6	2
施設入所	1	2
身体疾患 (重複有り)		
高血圧	5	6
糖尿病	1	2
脳血管障害	3	1
心疾患	1	4
呼吸器疾患	1	0
整形外科的疾患	5	0
維持透析	1	0
慢性疼痛	2	0
悪性腫瘍	0	1
その他	4	3
精神疾患 (既診断)		
認知症	1	3
うつ病	2	0
その他	2	0
無し	4	4
服用薬物		
医薬品	8	6
農薬・殺虫剤	1	0
消毒液	0	1

表2 診療内容

	故意 (n=9)	事故 (n=7)
中毒の事前情報		
有り	4	6
無し	5	1
来院時 GCS (平均)	7.4	12.6
来院時循環動態 (重複有り)		
低血圧	0	3
徐脈性不整脈	0	3
頻脈性不整脈	0	1
異常無し	9	3
急性期治療 (重複有り)		
胃洗浄	2	1
活性炭	1	0
特異的拮抗薬	1	0
昇圧/強心薬	0	2
電氣的除細動	0	1
人工呼吸器	1	0
ICU入室	1	1
合併症		
感染症	1	4
代謝電解質異常	0	1
無し	8	2
精神科介入		
有り	9	0
無し	0	7
入院日数 (中央値)	4	7
転帰		
生存退院	9	7
死亡退院	0	0
退院経路		
入院前環境への退院	7	4
異なる環境への退院	2	3

GCS : Glasgow Coma Scale、ICU : Intensive Care Unit

は来院後の自己申告で判明し、他の5例は診療経過のなかで判明した。バイタルサインでは常用薬・他人薬を過量服用・誤服用した3例に血圧低下・徐脈を認め、1例に脈有り心室頻拍 (VT) を認めた。中毒治療としては有機リン中毒1例に胃洗浄・活性炭・パム持続点滴を実施、他2例に胃洗浄を行った。維持透析患者1例は当日透析を実施した。脈有りVTを呈した1例は救急外来において除細動や抗不整脈薬による不整脈治療が行われた。入院中精神科診察は故意9例に対して実施された。全例生存退院。退院時に入院前と環境が変化したのは5例であった。

#### 故意症例

平均年齢82.8歳、独居2例、全例身体的基礎疾患を有しており、既知の精神科基礎疾患は5例に認めた (表3)。故意に用いた薬物は8例が自身の常用薬を過量服用し、1例は市販の農薬・殺虫剤を服用していた。

故意の背景因子は精神科診察で評価されており、7例は慢性的な身体的不調に基づく突発的な行動や、認

知機能低下に伴う行動としての故意と評価され、精神科的治療介入よりも生活環境の見直しが必要と判断され、2例が施設入所の方針となった。施設入所中に過量服薬をした76歳女性は施設への退院前に当院主治医と施設職員、身元引受人とで今後の療養上の注意点などを共有するカンファレンスの場を設けた。

当院入院中、新規に精神科診断がなされたのは2例あった。農薬・殺虫剤を服用した75歳女性の1例は、同年内に配偶者と死別したことから家族が気づかないうちにうつ病を発症していたと診断された。確実性の高い自傷行動をとっていることから内科的急性期治療終了後に精神科病院へ転院となった。認知症妻の介護と不眠への悩みからうつ状態を発症していたと診断された93歳男性は、超高齢者であることも考慮して生活環境を変えずに家族のサポート体制を整えて心療内科外来通院の方針とした。

#### 事故症例

平均年齢90.3歳、独居3例、全例が身体的基礎疾患を有しており、精神科基礎疾患は3例に認知症

表3 故意症例

年齢・性別	入院前 精神疾患	精神科医による評価		入院前	退院後
		背景と精神科判断	対策		
88・F	無	慢性疼痛からの逃避行動。切迫した希死念慮はない。	精神科通院を推奨。	自宅・夫と2人	自宅
79・F	認知症	3回目の過量服薬。いずれも本人が家族に連絡。本人は前日の行動の記憶も乏しく、認知機能低下に伴う行為と考えられ希死念慮に関する切迫感はない。	かかりつけ医や地域の高齢者支援機関と相談して、今後の生活支援を考えて頂くよう提案。	自宅・独居	自宅 今後施設入所予定
75・F	無	夫の死去に伴う喪失感からうつ病を発症。	精神科転院。	自宅・娘夫婦	精神科病院に 転院
94・F	無	僅かに抑うつ感はあるが、その背景には身体的不全感・不調や生活状況へのサポートの乏しきがある。	周辺サポートの強化を提案。	自宅・独居	自宅
77・F	自律神経失調症	以前からの呼吸苦が改善せず苦痛からの突発的な希死念慮を生じて行動化。入院後は落ち着いている。	かかりつけ精神科クリニックへの通院継続を推奨。	自宅・夫と娘	自宅
76・F	うつ病	入所施設での生活状況と本人の期待にずれが生じ、不満となり反応性に気分症状を呈した。	支持的対応、環境調整を推奨。 そのうえで生活上支援があれば精神科受診を検討。	施設	施設・退院前 カンファレンス実施
87・F	無	近日の施設入所に関して慣れ親しんだ環境からの変化に気持ちがついていかず自傷行為に及んだ。	高年齢であることを考慮して予定通り施設入所を推奨。	自宅・夫と2人	予定施設に入所
93・M	不眠症	認知症妻の介護を一身に担うなか不眠がありうつ状態を発症。心療内科での薬剤調整が必要。	かかりつけ病院の心療内科への通院を推奨。	自宅・妻と娘家族	自宅
76・F	うつ病	身体的不調の訴えが目立つが、抑うつ気分・不眠・食欲低下・倦怠感、自責感などが持続しており精神科通院での継続的な治療が必要。	精神科通院を推奨。	自宅・夫と2人	自宅 親族の見守り強化

表4 事故症例

年齢・性別	入院前 精神疾患	事故の概略		入院前	退院後
		事故の概略	生活環境調整		
95・F	無	常用薬を4日分服用。訪問看護師が空薬包を発見。		自宅・独居	退院後
96・F	認知症	頻脈に対して短期間に頓服薬を連続服用。		施設	施設
88・F	認知症	2日前にドネペジル8錠服用。以降嘔吐下痢あり。低K血症の治療継続目的に転院となる。		自宅・独居	一般病院に転院
85・F	無	常用眠剤を誤って過量服用。		自宅・息子家族同居	自宅
97・F	無	他人の薬を誤配薬され服用。		施設	施設
88・F	認知症	定期処方薬をダイソー職員に渡す予定であったが、その前日に誤って過量服用した。来院時脈有りVT。急性中毒および合併した誤嚥性肺炎の治療後、廃用に対するリハビリテーション目的に転院となる。		自宅・独居	一般病院に転院
83・F	無	消毒薬を誤って少量服用。		自宅・息子同居	自宅

を認めた(表4)。5例は自身に処方された常用薬や頓服薬を不適切服用しており、施設入所の1例は他の入所者の薬を誤配薬されていた。また、1例は自宅にあった消毒液を誤って少量服用していた。心血管作動薬の不適切服用による循環動態異常に対して治療を要したものが4例あった。5例に入院中合併症を認めた。入院前自宅独居であった3例は、いずれも独居継続困難と判断され、施設入所もしくは施設入所調整までの間の他病院転院となった。

考 察

本研究は後期高齢者の急性薬物中毒診療において、急性期治療後の生活環境調整が重要であること

を指摘している。

警察庁ホームページ<sup>2)</sup>によると、令和元年以降の国内自殺者は2万人超で推移し、そのうち70歳以上の自殺者は5000人超と全体の1/4を占め、自殺の原因は健康問題が最多となっている。高齢者では悪性疾患の他、複数の慢性疾患が自殺リスクの上昇と関連しており<sup>3)</sup>、慢性的な下肢痛から日常生活を思うように送れず抑うつ気分が出現して自殺企図に至った例<sup>4)</sup>もある。高齢者の自殺企図での薬物中毒は死亡率が高く<sup>5)</sup>、身体的治療を行うとともに、精神科評価により自傷行為の原因を明確にして再発防止を図ることが重要である。当院では自傷行為で救急入院した患者に対して全身状態安定後は速やかに精神科コンサルテーション

ンを依頼するとともに、週1回精神科との合同カンファレンスを行い身体的治療後の精神科治療の継続要否を個別検討している<sup>6)</sup>。今回調査した故意9例に対しても精神科コンサルテーションが実施され、7例は慢性の身体的不調が原因と判断されて生活環境の見直しが促され、2例は新たに精神科領域での診断と治療方針が示された。

一方高齢者は故意だけではなく、認知機能の低下によっても意図せずして自身を危険にさらす可能性がある。今回調査した事故7例のうち既知の認知症3例以外にも、常用薬の誤った服用方法や、診断はされていないものの認知機能に関連すると思われる行動から中毒を受傷している患者もみられた。原因が故意か事故かに関わらず急性薬物中毒の再発を防止するうえで、患者の置かれた生活環境を考慮した退院調整を行うことが重要となる。

原田<sup>7)</sup>は「退院後の療養生活上、諸困難や問題を抱え、援助の必要性が高いと予想される患者」をソーシャルハイリスク患者と定義し、小島ら<sup>8)</sup>は、不慮の事故、独居・身寄りなし、精神疾患、家庭内暴力・虐待（疑い）、自殺企図の5項目は援助の必要性が高いソーシャルハイリスクの可能性があると述べている。また中島ら<sup>9)</sup>は独居認知症高齢者の在宅生活が困難となる生活課題として、本人の症状を中心にした「生命の安全を脅かす危機」「セルフマネジメント能力の低下」「日常生活のほころび」「必要なサービスの拒否や直前キャンセル」と、本人を取り囲む周囲との関係である「十分に頼れない家族との関係」「脆弱な近隣・友人との関係」を挙げ、これらがいくつか組み合わさることで在宅生活の継続が困難になると述べている。今回、複数例に認めた不適切な常用薬の管理はセルフマネジメント能力低下の1つと考えられる。自験例16例のうち、5例で入院前とは異なる生活環境への退院調整が行われた。新規のうつ病診断に基づいて精神科病院での継続入院加療が必要となった1例のほか、入院前独居であった患者の多くが急性期の身体的治療後は施設退院もしくは転院となった。それ以外にも家庭内における患者家族の関わり方の見直しや、施設職員らとの退院前カンファレンスの実施など、家族或いは本人に関わる支援者に対して、日常生活上の課題を理解したうえで協力して頂く必要があった。入院前の生活状況によっては社会的サービスの整備を始める必要があること、自宅以外への転退院ではその候補施設との調整を要することなどから、入院後早期に医療ソーシャルワーカーや退院支援部門と情報共有し、チームで対応していくことも重要である。

自験例において、故意患者の平均年齢は82.8歳、事故患者は90.3歳であった。急性薬物中毒患者を前期高齢者、後期高齢者、超高齢者（85歳以上）の3群に分けた検討<sup>10)</sup>では、前期高齢者では故意的症例が多く、超高齢者では事後的症例が有意に増加

しており、その原因として高齢になるほど常用薬剤が多様になること、肝・心・腎機能障害などにより定められた用法内でも血中濃度が高値になってしまうことが指摘されている。我々の調査は、後期高齢者における急性薬物中毒事例であるが、その多くは自身の常用薬を過量服用していた。薬剤を処方する側の医師も高齢者の病状経過や身体機能に合わせて定期処方薬の見直しを繰り返し行い、不要な薬剤を処方しないなど安全に配慮する必要がある。

## 結 語

後期高齢者の急性薬物中毒診療においては、身体的急性期治療後、入院前の生活環境や原因を考慮した退院調整を行う必要がある。そのためには患者家族、施設職員、身体診療科、精神科医、医療ソーシャルワーカー、退院支援部門などがチームで対応していく必要がある。

## 参 考 文 献

- 1) 総務省消防庁 刊行物 令和5年版 救急救助の現況 I 救急編  
[https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkkg\\_r05\\_01\\_kyukyuu.pdf](https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/items/kkkkg_r05_01_kyukyuu.pdf)
- 2) 警察庁 刊行物 統計 令和5年中における自殺の状況  
<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R06/R5jisatsunojoukyou.pdf>
- 3) Erlangsen A, Stenager E, Conwell Y: physical diseases as predictors of suicide in older adults : a nationwide, register-based cohort study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015; 50: 1427-39.
- 4) 松本匡洋, 日野耕介, 臼井健人, 他: 整形外科疾患による慢性疼痛を契機として自殺企図に至った7例. 臨整外. 2022; 57: 1025-7.
- 5) Muhlberg W, Becher K, Heppner HJ, et al: Acute poisoning in old and very old patients : a longitudinal retrospective study of 5883 patients in a toxicological intensive care unit. Z Gerontol Geriat. 2005; 38: 182-9.
- 6) 加藤久晶, 松尾耀平, 柚木由華, 他: 救急診療における自傷行為患者の精神科コンサルテーションの有用性. 日救急医中部誌. 2019; 17: 48-50.
- 7) 原田とも子: 総合相談室 退院計画の課・4 ソーシャルハイリスクスクリーニング基準の開発. 病院. 2001; 60: 328-9.
- 8) 小島好子, 雲野博美, 角田圭佑, 他: 救命救急センターにおける医療ソーシャルワーカーが介入する患者の特性と退院支援. 日臨救医誌. 2014; 17: 395-402.
- 9) 中島民恵子, 大林由美子: 独居認知症高齢者の在宅生活継続を困難とする生活上の課題に関する研究 介護支援専門員へのインタビュー調査を通して. 高齢者のケアと行動科学. 2022; 27: 39-49.
- 10) 杉村朋子, 村石真紀夫, 有吉孝一: 高齢者における急性薬物中毒の現状. 日救急医会誌. 2015; 26: 702-6.