

症例報告

在宅医療において精神科医の役割が重要であった3症例

内田直樹^{*1}・園田 薫^{*1,2}・勢島奏子^{*1}・浦島 創^{*1}

*1 医療法人すずらん会 たろうクリニック, *2 医療法人恒昭会 藍野病院

抄録

超高齢化と多死社会の到来、医療費の増大、社会のニーズなどを背景に在宅医療が推進され、入院医療、外来医療と並ぶ第3の医療として注目されている。在宅医療を提供する医療機関も年々増加し全国に15,640施設の在宅療養支援診療所が存在するが、このうち精神科を標榜しているのはわずか4%である。一方で、在宅医療の対象となるのは大部分が高齢者であり、認知症の診断、認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応、疲弊した介護家族のケアなど、精神科医による介入が必要となる場面は多い。このように、在宅医療を提供する精神科医療機関は限られている一方で、在宅医療において精神科医に期待されている役割は大きい。このため今回は、筆者らが経験した在宅医療の3症例を紹介し、在宅医療における精神科医の役割について考察する。

Key words : 在宅医療, 往診, 医師の役割, 認知症, 介護者

老年精神医学雑誌 28 : 71-77, 2017

序 言

人口構成の顕著な高齢化と社会保障費の増大、社会のニーズなどを背景に、入院医療、外来医療と並ぶ第3の医療として在宅医療が注目されている。在宅医療を提供する医療機関は年々増加しており、2016年7月の時点で、在宅療養支援診療所(以下、在宅診療)は全国に15,640施設存在する。このうち精神科を標榜しているのは全体の4%で630施設と少ない。在宅医療を提供する精神科医療機関は非常に限られているのが現状である。一方で、在宅医療の対象の大半は高齢者であり⁵⁾、認知症患者の対応は在宅医療において重要である。在宅医療では介護者の役割が大きい、認知症の行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia ; BPSD) のため介護者が疲弊し在宅医療を継続することが困難となること

も多い。日本精神神経学会専門医および日本老年精神医学会専門医である筆者(内田)は、機能強化型在宅診療の院長として在宅医療に取り組んでおり、日々の臨床のなかで在宅医療における精神科医の役割の大きさを感じている。

今回、筆者らが在宅医療で経験した症例を3例呈示し、在宅医療における精神科医の役割について考察したい。なお、症例の記述にあたっては、匿名性の保持を目的として本質を損なわない範囲での改変を行っている。

I. 症例呈示

〈症例1〉68歳(X年時), 男性

●生活歴・家族歴

理容師として働いていた。23歳で結婚し1女をもうけた。現在、娘は独立し妻と二人暮らし。妻はパートに出て昼間は本人一人である。元来酒好きであったが、最近とくに飲酒量が増えており、毎日ビールを1,500ml飲酒している。

(受付日 2016年10月5日/受理日 2016年10月21日)

Naoki Uchida, Kaoru Sonoda, Kanako Sejima, Hajime Urashima

*1 〒813-0043 福岡県福岡市東区名島1-1-31

●既往歴

60歳時、脳梗塞にて右片麻痺があり、しばらく通院し内服加療していたが、3年ほど前から本人の自己判断で通院を中断している。

●現病歴

X-5年から物の収集が始まり、同じ物をいくつも買ってきては、赤青白のテープを貼るようになった。X-1年にはスーパーで万引きし注意されることがあった。ここ最近もの忘れがひどくなったが、本人にその自覚はなく妻と言い争いになることが増えた。ベッドの上からほとんど動こうとせず連日飲酒をするようになり、妻が受診を勧めるも本人はかたくなに拒否をした。困った妻が知り合いであるケアマネジャーに相談し、X年5月にたろうクリニック（以下、当院）初診となった。初診時、「元気よ」と笑顔で応じたが、妻が横から情報を補おうとすると、「うるさい！」と激昂した。診察上は軽度の右片麻痺を認めた。改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）は20点であったが、見当識障害と短期記憶障害はごく軽度であった。本症例に認められた症状のうち万引きや連日飲酒は、行動障害型前頭側頭型認知症（behavioral variant frontotemporal dementia；bvFTD）の診断基準⁹⁾6項目のうち、A「脱抑制」（A-1「社会的に不適当な行動」）、E「口唇傾向や食事の変化」（E-2「過食、飲酒・喫煙量の増加」）の2項目にそれぞれ該当しており、またB「無気力」、C「共感欠如」、F「神経心理学的プロフィール」の3項目も満たしていたため、bvFTDと診断した。今後定期的に訪問することを伝えると、本人は「うん、よろしく」とスムーズに受け入れた。また、ささいなことで不機嫌になり激昂することに困るとの報告が妻よりあり、トラゾドン25mg/日の処方を開始した。妻に対しては、物の収集や、ベッドからなかなか起き上がらないこと、突然立腹することなどの妻が困っている行動が認知症の症状であることを説明し、本人が興奮している際は時間をおいて改めて対応すること、記憶のまちがいにに関して指摘しないこと、娘の力を積極的に借りて自分も休養をとるこ

となど、対応方法に関して指導を行った。

X年9月に自宅で転倒した。話しにくそうにしているとの情報もあり、臨時往診した。妻は、話しにくそうにしているのを入れ歯が合わないせいではないかと話していたが、舌の突出不良を認め脳梗塞による構音障害が疑われたため、救急車にて近医総合病院を受診し、急性の脳梗塞と診断された。この際、前頭葉と側頭葉の萎縮も確認された。入院加療を勧められたが、本人が入院を拒否し帰宅した。その後も、変わらずマイペースに生活していた。X年10月、デイサービスにて高血圧と下腿の浮腫を指摘された。病院受診が勧められたが、「病院には行きたくない」と本人が拒否した。しかし翌日、ベッドから起き上がることも困難となったため、主治医が臨時往診した。主治医より心不全の悪化が考えられること、ならびに入院の必要性を説明すると渋々納得した。近医総合病院に救急搬送され、うっ血性心不全と陳旧性の心筋梗塞の診断でそのまま入院となった。1か月で退院し、しばらく通院を続けるよう言われていたが本人がかたくなに通院したがらず、妻が病院に連れて行くのも困難であった。当院にて訪問診療を継続する方針には本人の了承が得られ、降圧薬と抗血小板薬を処方し、内服の指導を行いながら経過をみている。

〈症例2〉71歳（X年時）、男性

●生活歴・家族歴

元警察官。責任感が強く皆に頼られるほうであった。26歳で結婚し2子をもうけている。引退後は妻と二人暮らしであった。飲酒、喫煙の習慣はない。

●既往歴

特記なし。

●現病歴

X-1年5月、歩道を歩いていた際に飲酒運転の車にはねられて左急性硬膜下血腫、脳挫傷、外傷性クモ膜下出血、頭蓋骨骨折、鎖骨骨折にて大学病院に搬送された。手術後も失語、失行などの高次脳機能障害や、難聴が残存し、リハビリ目的でX-1年7月に近医リハビリテーション病院に

転院した。X-1年9月に関連施設に入所したが、仮性球麻痺から嚥下障害もあり誤嚥性肺炎をたびたび起こし、何度か入退院を繰り返した。徐々に全身症状は改善したが、「あいつら3人悪い奴がいる。水の中に頭を押さえつけられた」などと幻覚妄想の訴えがみられ、興奮することも多くなった。抑肝散が使用されたが効果はなかった。家族はそれ以上の薬剤調整を希望せず、一方施設側は対応困難とのことでX年1月に施設退所となった。妻との二人暮らしは困難であったため、近くに住んでいた娘一家と同居することとなった。施設退所に伴いケアマネジャーに訪問診療を勧められ、近医在支診の内科医が初診を行ったが興奮混乱著明であり、対応困難であった。精神科的評価も必要と判断され、X年1月下旬、当院初診となった。

初診時ベッド上に臥床していたが、声かけに無反応かと思うと突然「ふははは」と笑い出し起き上がった。名刺を渡して自己紹介すると、受け取った名刺を破り「ここは警察署だぞ！警察にこんなやつはおらん！偽者だろうが！」と激昂した。注意や了解、見当識の障害を認めた。幻視を認める様子があり、妄想も活発であった。対応のなかで穏やかになることができ、バイタル測定や採血は可能であった。前入院加療先よりワルファリン、ファモチジン、ゾニサミド200mg/日、ゾルピデム5mg/日が処方されており、前医在支診からリスペリドン1mg/日が処方されていた。家族の話では精神状態は1日のなかでも波があり、記銘力障害も認めた。器質性の精神障害に合併したせん妄の可能性を考え、ファモチジンとゾルピデムを中止して、当院にて訪問診療によるフォローを行うこととした。数日で意識障害および精神運動興奮状態は治まり、薬剤性のせん妄であったと考えられた。せん妄が治まったあとは過鎮静が問題となりリスペリドンを中止したところ、リハビリの再開も可能となった。現在も当院の訪問診療を継続しており、週に2日のデイサービス通所に加えて、週に1回の訪問リハビリを導入し在宅での生活が継続できている。

〈症例3〉87歳（X年時）、男性

●生活歴・家族歴

幼少時より成績優秀であった。25歳で結婚し2女をもうけた。研究者としてのキャリアは順調で大学教授となった。75歳時に妻をがんで亡くしたあとは次女との同居生活であった。長女は結婚し県外に住んでいるが、同居の次女は統合失調症の診断で近医精神科病院に通院中である。

●既往歴

50歳時に心筋梗塞で冠動脈バイパス術を受けた。65歳時に上行結腸がんで腫瘍摘出術を受けている。

●現病歴

冠動脈バイパス術後は大学病院循環器内科に定期的に通院していた。妻が亡くなった70歳代後半から徐々にもの忘れが進行し、薬をたびたび飲み忘れていたり、受診日を覚えておらず予約日に受診できなかつたりすることが増えた。4年ほど前からは、「自分はどうもない」と受診を拒否し通院しなくなった。徐々に引きこもりがちとなったが、たまに外出しては迷子になり警察に保護されることも数回あった。困った次女が地域包括支援センターに相談し当院を紹介されてX年7月に当院初診となった。次女が再三勧める病院受診を本人が拒否していた背景があり、訪問診療を拒否する可能性も考えていたが、訪問すると診察をスムーズに受け入れた。HDS-Rは17点で見当識障害、短期記憶障害は明らかであった。時計描画、立方体の模写もできなかった。採血では甲状腺機能を含め明らかな異常所見は認めなかった。神経学的には明らかな異常はなかった。県外の長女に受診の付き添いをお願いし、本人にも必要性を説明して何とか一度大学病院を受診できた。頭部MRIは本人の体動が激しく施行できなかった。頭部CTでは年齢相応のびまん性の萎縮を認めるのみであった。このため、アルツハイマー型認知症(Alzheimer's disease; AD)と診断した。大学病院循環器内科からは降圧薬と抗凝固薬の内服が勧められた。しかし、県外に住む長女が毎回受診に付き添うのは不可能で、統合失調症にて通院中の

次女が付き添うことも本人が一人で通院することも困難であったため、当院より訪問診療を継続することとした。本人も訪問診療の継続はスムーズに受け入れた。

当初は、患者が徘徊などのBPSDを起こすたびに同居の次女が不安になり当院へ電話をかけてきていたが、そのつど訴えの傾聴や頓服の指示、時には臨時往診を行い対応することで次女からの電話も減った。経過のなかで、強引な投資信託の訪問営業から契約をさせられていることが明らかとなった。本人に尋ねても「大丈夫」と答えるのみで、同居の次女も状況を把握できていなかった。このため、成年後見制度を申請し後見人が選任された。現在も当院から降圧薬と抗凝固薬を処方し内服を継続しており、BPSDはなく自宅で穏やかに生活できている。当院が訪問診療を行うようになってから次女の病状も安定しており、次女の受診間隔が2週に1回から4週に1回に減らせた。次女の主治医より報告があった。

Ⅱ. 考 察

1. 通院を拒否する認知症患者であっても訪問診療の受け入れは良好なことについて

症例1や症例3のように、外来通院は強く拒否する一方、訪問診療の受け入れは良好な認知症患者を多く経験している。以下に、この理由を考察する。

1つ目としては、高齢患者のなかでもとくに認知症患者にとって外来通院の負担が大きいことが挙げられる。一般の外来通院では医師の診察を受けるまでに、事前予約を行い、予約日に病院に行き、診察券を受付に出し、待合室の前で診察を待つなどの手続きが必要になる。診察後にも、支払いのため受付に行き、その後に薬局にも行かなければならず、その各所で待ち時間がある。このように、医療機関のルールに合わせて動くことは認知機能が低下した認知症患者にとってはとても負担の大きいことである。

2つ目としては、認知症患者にとっての病識の問題が挙げられる。認知症が重度になるほど患者

の病識はなくなることが多く、症例1や症例3のように、「自分は病気ではないので病院に行く必要はない」と通院を拒否する事例にはよく遭遇する。病院は病気になった者が治療を受けるために通うところであるという考えがこの背景にあるようであるが、病識のない認知症患者でも、もの忘れなどなにか自分の身に以前と違うことが起きているという違和感、いわゆる病感是有している場合が多い。そのため、自宅での現状の生活を維持する在宅医療を導入するという働きかけであれば、病識に乏しい認知症患者でも受け入れの余地が生じるようである。

今後、全市区町村で認知症初期集中支援チームが設置され、通院を拒否する症例への介入も行っていくこととなるが、チームによる介入を経ても外来通院を拒否し続ける場合には、精神科医がいる在支診との連携を行い、訪問診療への導入が選択肢に挙げられるようになることも期待したい。

2. 在宅医療における精神科医の役割について

訪問診療を受ける患者のうち93.5%が65歳以上(79%が75歳以上)であり⁹⁾、現状の在宅医療の大部分は高齢者を対象としている。このため、在宅医療において認知症診療は重要な位置を占めている。この認知症診療に限って考えても、在宅医療における精神科医の役割は多岐にわたる。

1つ目の役割としては、認知症診断をきちんと行うことにある。現状の在宅医療において、短期記憶障害を認めるのみで「アルツハイマー型認知症(AD)」もしくは単に「認知症」という診断名がつけられていることをしばしば経験する。しかし、実際には認知症全体のうちADが占める割合は約半分にはすぎない^{2,9)}。慢性硬膜下血腫や正常圧水頭症など治療可能な認知症を見逃さないことは重要であり、さらに、レビー小体型認知症や血管性認知症、FTDをきちんと診断し、各診断に合わせた対応法や経過、予後の見立てを伝えることは認知症診療に慣れた医師でなければむずかしいことも多い。一方で、長年かかりつけ医を受診しているものの短時間の診察では認知機能障害が評価されず、BPSDが問題となってくる段階に

なってようやく認知症に気づかれるという過少診断もしばしば生じていると考える。在宅医療特有の問題というわけではないが、この認知症の過剰診断と過少診断は高齢で身体合併症の多い在宅医療においてしばしば経験することである。

2つ目の役割は、BPSDへの対応を精緻に行うことである。認知症患者の介護者が最も介護負担を感じる要因としては、BPSDの悪化による影響が大きい³⁾。また、症例2のようにせん妄の悪化やBPSDのために訪問診療が困難と判断されることもまれではない。このため、精神科医が対応しBPSDの治療を行うことは認知症患者が住み慣れた自宅で生活することをサポートすることにつながる。これは、「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～（新オレンジプラン）」の基本目標である「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会の実現を目指す」¹⁰⁾こととも重なる。症状が起きている現場に実際に行き、BPSDが生じる仕組みを解明し、環境調整を行うことはBPSDの症状緩和を図るためには重要であり、また、実際の対応方法を自宅で介護者に指導することも有効である。環境調整や対応の工夫でも症状が治まらない場合には適宜薬物療法を行う。BPSDへの薬物療法として向精神薬および認知症治療薬の調整が必要となることは多く、これは精神科医の得意とするところである。

3つ目の役割としては、認知症患者の健康な面へのアプローチという視点である。短期記憶障害を認めるものの、その記憶障害のためにももの忘れのエピソード自体を忘れてしまい病気であることも否定するといった、認知症患者の病的な面の評価ももちろん必要であるが、「自分の身になにかおかしいことが起きているかもしれない」と感じ、「健康でいたい」「そのためのサポートを受けたい」と考える患者の健康な面と治療同盟を結び、定期的な診察につなげていくという姿勢が重要である。このようなアプローチは、やはり精神科医が得意とするところであろう。

4つ目の役割としては、疲弊しがちな介護者のサポートが挙げられる。在宅医療を行うには介護者の存在が最も重要な因子となるが、介護者の疲弊により在宅での生活が継続困難となることは多く、また介護者の抑うつ状態の頻度が一般人口と比較してきわめて高いことも報告されている¹⁾。認知症患者を介護する場合、身体的に自立していれば要介護度判定は軽度となる傾向があり、在宅介護のサポートを受けにくくなる。他の身体疾患と異なり、日常動作の自立度が高いほど介護負担も高いという報告¹⁰⁾もある。認知症患者の介護は、徘徊による行方不明¹¹⁾や事故の問題などもあり、監督責任者として常に気を配っていなければならない負担も大きい。この介護者の心理面のサポートを行い、認知症患者に対して余裕をもった対応ができるように促していくことも重要な役割である。精神科医の在宅医療への介入は、家庭内力動の変化にも影響を及ぼし、家で生きたいと希望する認知症患者およびその家族の生活を支持することができる¹²⁾と考える。症例1では妻は患者のBPSDを本人の性格と飲酒が原因と考えていたが、認知症という病気が原因であることを説明し対応の仕方を妻に指導することで認知症患者が興奮する頻度を減らすことができた。症例3では、自らも統合失調症患者である次女のサポートを行い、BPSDに困るたびに対応することで、認知症患者だけでなく、自宅生活を続けていくうえで重要となる介護者の次女の病状安定にも貢献することができた。

認知症診療以外においても、症例2のような器質性精神障害およびせん妄の症例をはじめ、老年期の気分障害、引きこもり、在宅緩和医療における精神面のケアなど、精神科医が必要となる在宅医療の場面は多い。また、最近注目されている医療現場における意思決定支援¹³⁾は、とくに高齢者において問題となることが多く、同意能力の判定方法が統一されていない現状では精神科医による現場での判断が必要となることも多い。しかし、在宅医療を提供する精神科医療機関は限られている現状では、心理的ケアを学んだ総合医や家庭医

がその不足を補っている。今後さらに高齢化が進み在宅医療のニーズも増していくことを考えると、心理面のケアに専門的技術を有する人材の必要性がより高まるであろう。精神医療の現場と同様、在宅医療・介護の現場においても多職種スタッフと密に連携したチームアプローチが要にもなっているなど、精神医療従事の職能や経験を生かした精神科医の在宅医療への貢献は今後ますます期待されると思われる。

結 論

超高齢化と多死社会の到来、医療費の増大、社会のニーズなどを背景に、今後さらに在宅医療は普及していくと考える。在宅医療においては高齢者を対象とすることがほとんどであり、認知症患者の対応や介護家族のケアが必要となることが多く、精神科医が果たす役割は大きい。今後ますます発展していく在宅医療の分野において精神科医療が貢献していくことを期待したい。

本研究は公益社団法人日本老年精神医学会の利益相反委員会の承認を受けた。

文 献

- 1) Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K, et al.: Depressive symptoms among dementia caregivers ; Role of mediating factors. *Am J Geriatr Psychiatry*, **22** (5) : 481-488 (2014).
- 2) Honda H, Sasaki K, Hamasaki H, Shoji M, et al.: Trends in autopsy-verified dementia prevalence over 29 years of the Hisayama Study. *Neuropathology*, **36** (4) : 383-387 (2016).
- 3) 梶原弘平, 辰己俊見, 山本洋子: 認知症高齢者を在宅介護する介護者の介護負担感に影響する要因. *老年精神医学雑誌*, **23** (2) : 221-226 (2012).
- 4) 菊地和則, 伊集院睦雄, 栗田主一, 鈴木隆雄: 認知症の徘徊による行方不明者の実態調査. *老年精神医学雑誌*, **27** (3) : 323-332 (2016).
- 5) 厚生労働省: 平成 26 年 (2014) 患者調査の概況. (2014). Available at : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/>
- 6) 厚生労働省: 「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～ (新オレンジプラン)」について. 2015 年 1 月 27 日. Available at : <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000072246.html>
- 7) 成本 迅: 医療現場で直面している意思決定の課題について. *日老医誌*, **50** (5) : 635-637 (2013).
- 8) 尾籠晃司, 飯田仁志: 前頭側頭葉変性症 前頭側頭型認知症 FTD (bvFTD) の新たな国際診断基準と問題点. *Dement Jpn.*, **29** (2) : 131-138 (2015).
- 9) Wada-Isao K, Uemura Y, Suto Y, Doi K, et al.: Prevalence of dementia in the rural island town of Ama-cho, Japan. *Neuroepidemiology*, **32** (2) : 101-106 (2009).
- 10) 鷲尾昌一, 豊島泰子, 山崎律子, 宇佐いづみほか: 家族介護者の介護負担に関連する要因: 要介護高齢者の介護者の介護負担を中心に. *臨牀と研究*, **89** (12) : 75-79 (2012).