医療の現場から
from the medical front

Interview with Naoki Uchida

「専門性を持ち寄り治し支える在宅医療を目指す」

［前編］

地域医療における多職種連携の推進や行政との協力体制の構築等により、「在宅医療」を選択できる仕組みが整備されてきた。訪問診療を行う対象の病名として、循環器疾患に次いで多いのが認知症である。しかしながら、現場では認知症の病型への理解不足が、患者と家族の負担につながるケースも増えている。今回訪問したのは、福岡市東区で認知症訪問診療と外来を行う医療法人すずらん会 たろうクリニックだ。同クリニックで2015年より院長を務める内田直樹氏に、在宅医療の現場において精神科医が果たす役割や、認知症への理解を深めるために続けている活動についてお話を伺った。

【 前編後編の2回に渡ってお届けします 】

内田 直樹氏
医療法人すずらん会 たろうクリニック院長/日本老年精神医学会専門医

PROFILE
平成15年 琉球大学医学部卒業
〈所属学会・資格〉
日本在宅医療連合学会 評議員/日本精神神経学会 専門医・指導医/日本老年精神医学会専門医・指導医/NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 理事/認知症の人と家族の会福岡県支部 顧問/精神保健指定医/医学博士

自宅での患者さんの表情に触れて訪問に興味をもった

認知症訪問診療を中心としたクリニックとして2010年に法人化した医療法人すずらん会たろうクリニック。常勤の精神科医と非常勤医師が協働し、福岡市内を中心に約940人の患者さんの診療にあたっている。2015年より同クリニックの院長に就任した内田直樹氏は、精神科医として大学病院勤務を経たのち、在宅医療の現場に飛び込んだ。

「私が入局した時に、たまたま現理事長が指導医でした。大学病院に12年在籍して一区切り、次に何をしようかなという時に、僕の周りで一番楽しそうに働いていたのが在宅医療をやっていた浦島理事長だったんです」

たろうクリニックの前身である「はじめクリニック」を開業した浦島創氏のもとで、精神力動（人の心を解釈する手法）を学び、医学部の精神神経科で経験を重ねた内田氏。精神科医としてどう働くかというよりも、新しい分野として興味をもったと話す。

「思い起こすと、医者2年目に福岡県立太宰府病院で研修医をしていた時の経験も、在宅医療に興味を持つきっかけだったかもしれません。私は新人医師として、長年入院している統合失調症の方を担当していました。その方のお母さんから、『本人が外泊から戻ってきたくないといっている』と、お困りの様子で病院に連絡があったんですね。指導医の先生に相談したら、じゃあ迎えに行こうか、と言って、私たちはご自宅へ行きました。そこで、部屋に置いているものとか、生活の様子とか、病院だけではうかがい知れないその人の姿を知ることが出来た。病院ではどこか小さくなっていた方が、家では『ようこそ先生』と、堂々と迎え入れてくれて、いきいきとした表情をされていたんです。家にいる時の患者さんと病院での患者さんと、全然違うんだなっていうのが、ずっと頭にあった。その経験が訪問に興味をもつことにつながったかもしれません」

認知症と診断できる専門性が在宅医療の現場に活きる

たろうクリニックが紹介を受ける患者数は年間約400人。うち、約8割が初診で認知症と診断される。ところが、前医の診断書で病名を確認すると、2割は単に認知症としか病名がついていない状態、3割は認知症の病名自体がついていない方だという。

「認知症は正確に言うと病名ではありません。アルツハイマー型認知症にしても、本来、いろんな病型を除外した上で、最後につける診断名です。認知症だからとりあえず、とつけられたり、抗認知症薬を処方するためにつけられたり。現状は、きちんと手順を踏んで病型の診断をされているという方は限られているのではないかと感じています」（※1）

認知症が注目されはじめたのは、ここ10年ほどのこと。内田氏は、医療従事者への教育が、社会の急激な変化と現場の状況に追いついてないと感じていると話す。治療可能な認知症は7％程度で、認知症の原因疾患の大部分は治らないとされる。このため、現場では「医師・医療がやれることはない」、「認知症だから仕方ない」と判断されてしまい、適切な環境に置かれないまま、認知症が進行するというケースもある。そうした現状で、正確な病型診断と診断後のケアができる精神科医としての専門性が、在宅医療の現場で活きることを感じているという。

「私は老年精神医学を専門にしていますが、認知症診療も在宅医療も〈治し支える医療の実践〉がテーマになっている中で、認知症診療との親和性が高いと感じています。在宅では、本人や家族が困っている状況を実際にみることで、正確な病型の診断が行えます。診断して終わりではなく、診断してご本人やご家族の困りごとをどうやって解決していくかを一緒に考えていくことが、治し支えるの〝支える〟ことにつながります」

本人の意思を中心に方針を決める

現在、たろうクリニックでは訪問診療を中心にしながらも、外来患者を増やす試みを始めた。認知症の診断直後から関わることで、本人の意向を確認しながら、治療方針や環境を整えることができるからだ。

「診断した時点ではまだ意思がしっかりしているけれど、先々自分で判断能力が失われてくる時期が来ます。もちろん訪問でもお話できる方はいますが、外来の場合、時間をとって本人と何度もお話ができるんですね。医師として、診断からお看取りまで関わることができれば、と考えています」。早い時期から対話を重ね、本人の意思を中心に決めた方針を、ご家族や医療・介護のチームと共有する。在宅医療の現場で大切なのは連携と結束。本人の意思決定能力がある段階から、心理的な背景を探り、話し合いを重ねることが、その人らしい生き方を支えることにつながる。

「在宅医療でお看取りに多く関わっていると、結果的に本人が望まない延命治療の選択をせざるを得ない状況になってしまうことがあります。ところが、本人にお話を聞くと、『食べれんくなったら自然でいいよ』って言われることが多い。その話をご家族や私が聞いていれば、『あの時本人も言いよりましたもんね』と、ご家族も納得して選択できる。そこが大事だなと思います」

“精神科医が在宅医療において果たす役割を考える。”

訪問診療の現場において、以下のような段階が重要であると内田氏はいう。
患者や周囲の環境に合わせながら診断とその後の対応を行う際のポイントを整理する。

良好な関係の構築

いきなり診察に入るのではなく、まずは良好な関係構築を目指す。医療機関受診を拒否する患者であっても訪問診療の受け入れは良好である場合が多い。その理由として、医療機関受診の仕組みが煩雑で受診の負担が大きいこと、病識が欠如していると評価された患者においても病感は比較的保たれていることが考えられる。

＼Point／ はじめに名刺をお渡ししてご挨拶するようにしています。また、認知症の診断において元の能力を把握することが重要です。どういった仕事をしていたかなど、ご本人が活躍されていた頃の話をお聞きするようにしています。そうすると喜んでかつての写真や賞状などをご紹介くださることがあります。

認知症かどうかの判断

アルツハイマー型認知症など認知症の原因疾患のほか、統合失調症、うつ病、強迫性障害、摂食障害、不安障害の一部などの精神疾患でも、医療機関への受診を拒否することは珍しくない。このため、精神科医が訪問して診察を行い見立てと治療を行うことは重要な役割である。

＼Point／ まずは、患者さんの健康な部分と良好な治療関係を結ぶことを目指し、それから病的な部分の評価を行います。いきなり「病気の部分を評価し治療しよう」とすると拒否反応を示されることが多いと考えます。また、認知機能障害だけでなく生活障害に関しても評価するようにしています。

改善可能な部分の発見

認知症には改善可能な部分が多くあるため、治療可能な認知症の見逃しに注意する。

＼Point／ 認知機能障害が急に悪化したのであれば慢性硬膜下血腫、特徴的なガニ股歩行と失禁があれば水頭症、胃切除やアルコール摂取の既往があればビタミンB12欠乏症など、治療可能な認知症を見逃さないよう考えています。また、状態悪化時には常にせん妄の可能性を考えます。せん妄の原因で一番多いのが薬です。やめられる薬がないかを常に考えています。

病型の診断

認知症の病型ごとに予後や死因、対処法が異なることが看取りのデータで明らかになっている。患者さんの病型に合わせた対応を説明し、予後を伝えることが精神科医としての役割の一つ。（※1に関連）

＼Point／ 患者さんの自尊心を傷つけないように気をつけています。認知症になると、役割を喪失している方が多いです。何ができる方なのかを、本人・家族と相談するようにしています。

BPSDへの対応

対応の工夫や環境調整で症状コントロールが困難な場合には薬物療法が選択されることもあり、精神科医は向精神薬の処方に長けているといえる。

＼Point／ いつもと違う点はないかに注意し情報収集します。歯痛や便秘などが興奮の原因ということもあります。大声を出して困ると相談された方で、伸びていた鼻毛を切ったところ大声が収まったというケースもありました。

介護者の心理面を支える

在宅医療において重要な因子である介護者の心理面を支えることも、精神科医としての重要な役割である。

＼Point／ 介護者の疲弊によって在宅での生活が継続困難となることは多くあります。また介護者の抑うつ状態の頻度が一般人口と比較してもきわめて高いことも報告されています。患者に対して介護者が余裕をもって対応できるように促すことも大事です。

CASE-01
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。

CASE-02
自らも統合失調症患者である介護者の次女をサポートし、BPSDに困るたびに解決に向けたサポートの対応をした。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な介護者の病状安定にも貢献することができた。

まとめ

認知症診療以外においても、器質性精神障害およびせん妄の症例をはじめ、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場面は多い。また、医療現場における意思決定支援は、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判断が必要となることもある。精神医療従事の職能や経験を生かした精神科医の貢献は今後さらに期待が高まるだろう。

■ 後編では認知症理解を深めるための地域での取り組みについて伺います。