

治療

在宅医療で注意すべき点を
教えてください

回答者 木之下 徹

はじめに

在宅医療、すなわち外来に通えない人に対して計画的、定期的にご自宅に訪問し医療的介入を行う、といった訪問診療は、今日の保険医療制度においてその診療報酬が整備されつつあり、介護保険制度との親和性も高く、地域の高齢者医療の枠組みの中で今後ますます重要な位置を占めるものと考ええる。

BPSD

さて、その中で認知症は常に念頭に置かねばならない疾患であることは論を待たない。さらにBPSD（ここでは「認知症に伴う行動や心理のうち介護者にとってやっかいな症状」とする）の医療的対応については重要であるものの、立ち遅れている感がある。認知症の有病率は文献によると65歳以上で5～10%であり、そのうちBPSDの出現頻度は8～9割と高頻度である（Int. Psychogeriatr., 2004 Dec, 16(4) : 441～459, Ferri, CP, et al. Int. Psychogeriatr., 2004 Sep, 16(3) : 337～350, Suh, GH, et al. 老年精神医学雑誌, 1998, 9(9) : 1019～1024 本間昭ら）。すなわち概算で現在200万人ほど認知症がいるといわれているが、BPSD出現頻度は極めて高く、160万人を超える人々とさらにその介護者が悩み苦しんでいることが推察できる。また本人は病識が乏しいなど、その疾病の性質からなかなか医療機関、介護施設

の受け入れに結びつきにくい側面がある。したがってBPSDを有する人々は居宅療養者が大多数であることが予測でき、超高齢化に向けてますます深刻な状況に陥ることであろう。

それに伴い在宅医療、すなわち訪問診療への期待はますます高まり、在宅療養で問題とされるありふれた病態に対して強力なフレームワークを提供できるようになるであろう。

われわれは主に認知症、その中でも激しいBPSDがあり、そのせいで通院もできず介護者にかかる負担の大きい方々への訪問診療を展開しており、様々な失敗を繰り返してきた。反省も含めて以下の2つの問題点について概説し、その対応について考察したい。

1) 在宅現場において見落とされる認知症

認知症をきたす疾患の中で最も多いのはアルツハイマー型認知症であるといわれているが、在宅の現場では見落とされるケースが多いので

はないかと思う。なぜなら主に記憶領域が選択的に障害されるアルツハイマー型認知症では、逆に注意力障害が目立たない場合が多いからである。われわれは、一見すると快活なお年寄りとしか思えないアルツハイマー型認知症のケースによく出くわす。介護者からの聞き取りから認知症が疑われ、注意深く神経心理的な問診や画像検査をすることで、初めてアルツハイマー型認知症だと把握できるケースが多い。私自身の経験からも、不覚にも半年ほど経ってからアルツハイマー型認知症のご家族を抱える介護者自身が、実はアルツハイマー型認知症であったことに気づいたこともあった。疑わしいケースにのみ検査や問診をすることで乗り越えられない問題があることを認識する必要があるようである。「もしや認知症では」という疑いさえ持てれば、HDS-RやMMSEなどを施行することにも考えが及び、短時間でスクリーニングすることが可能である。あるいは会話の中で遅

延再生障害を拾い上げることでもできるであろうし、介護者に向けて相当する認知機能障害についての聞き取りも有効となるであろう。まずは疑いを持つことから始まるのだが、筆者は過去の失敗から全例に対して、遅延再生については検査ないし介護者の聞き取りの際に必ずチェックすることになっている。

2) 在宅医療における

BPSD対応についての注意点

現在のわれわれの訪問診療対象者のほとんどが、BPSDがあるため行政や介護事業所から診療依頼があった方々である。私見であるが、BPSDの増悪要因について、(1)認知症そのものに起因する場合、(2)身体疾患など認知症を来した疾患以外の疾患に起因する場合、(3)身体疾患に対する薬剤やBPSDを治療しようとした薬剤に起因する場合、の3パターンがあるように考えている。もちろん当然のことながら、B

PSDに対する介護者の対応のあり方がその増悪要因となっている場合もある。しかし行政や介護事業所を通じてわれわれに依頼があるケースでは、すでに行き詰ってしまっている場合が多く、なかなか介護者の行動変容を期待する対応だけでは困難である。さらに食事や水分を取れないなど身体状況が悪化することが、BPSDの増悪に拍車をかけている場合も多い。そしてその際、興奮状態を抑える目的で処方された抗不安薬、睡眠薬、抗精神病薬、抗てんかん薬などがかえってせん妄を惹起させ、BPSDがより悪化してしまう場合も見受けられる。レビー1小体型認知症については、抗精神病薬に対して感受性が高いことがその診断基準 (Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. Neurology, 2005 Dec 27, 65(12): 1863-1872, McKeith, IG, et al.) にも示されているが、同時に睡眠薬や抗不安薬なども含めた向精神薬全般に対しても感

受性が高いと思われ、注意が必要であろう。ただでさえ高齢で体が弱いことにBPSDが加わり日常生活のレベルが低下し、より虚弱な状態に陥ってしまっている高齢者に対して、薬物療法は極めて慎重に行う必要がある。それぞれの薬剤についての各論を述べる余裕はないが、筆者がBPSDに対する薬物療法において最も強調したいことはモニタリングである。われわれは必要な場合には毎日でも、クリニックから介護者に連絡をしている。細やかなモニタリングは、不適切な多剤併用の抑止に繋がり、副作用の早期発見、適切な薬剤調整に欠かせないことであり、最終的には介護者の負担軽減と本人の病状安定、さらにはQOLの向上に繋がると信じている。ただし過度なモニタリングは、疲れている介護者にさらに負担感を増大する場合もあり、モニタリング者の選定およびあらかじめ観察するポイントを介護者に指導するなどの配慮が必要であろう。



(こだまクリニック 院長)