

認知症のTotal Care

地域に密着して外来から訪問診療まで行うことにより、連続した診療形態によって認知症の診断から看取りまで、患者と家族を継続的・包括的に支援するという経験をした。その実例として、『高齢者ケア外来』の分析と在宅でのBPSD対応・看取りを報告することで認知症のtotal careの能力を示す。

図1. 年齢層別受診者数

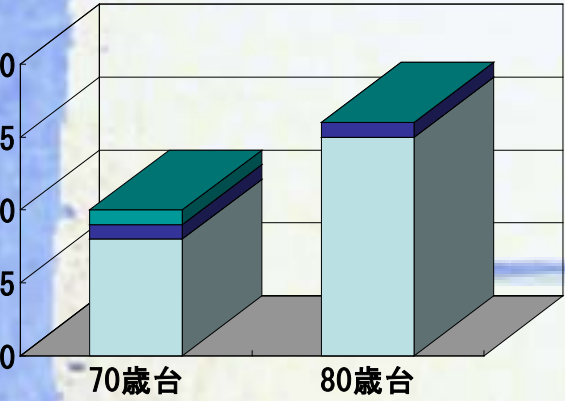
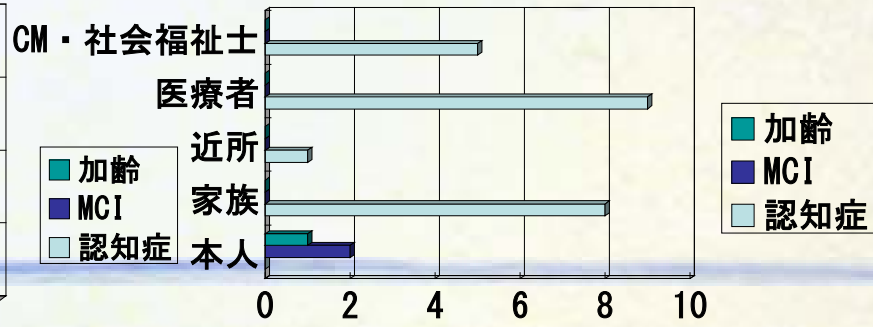


図1は、高齢者ケア外来受診者26名の受診年齢を年齢層別に示したものである。70歳代と80歳代で全受診者を満たしている。認知症と診断される頻度は加齢に伴って増加していき、70歳台では80%が、80歳台では94%が認知症と診断されている。

図2. 受診経路別受診者数



アルツハイマー型認知症は病識に乏しいことが特徴である。故に、患者が自発的に医療機関を受診することは稀である。一般的な受診様式として、同居している家族や定期的に診察をしている医療者が認知症を疑い外来受診に繋がることが多いが、地域ケアと連携している外来の性質上、CM・社会福祉士からの紹介も多い。患者自らが受診してきた3名で認知症と診断された患者はいなかった。

図3. 診断内訳

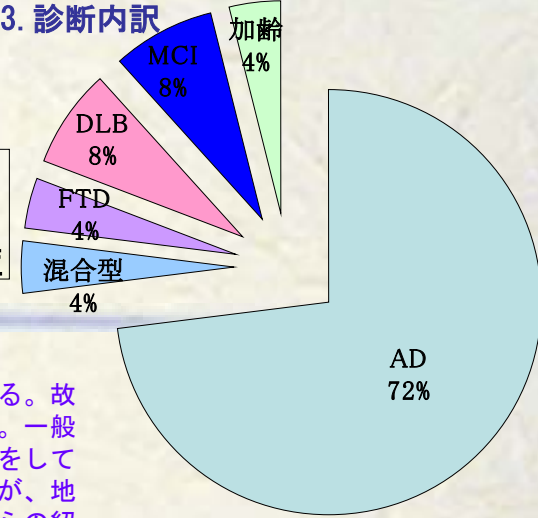
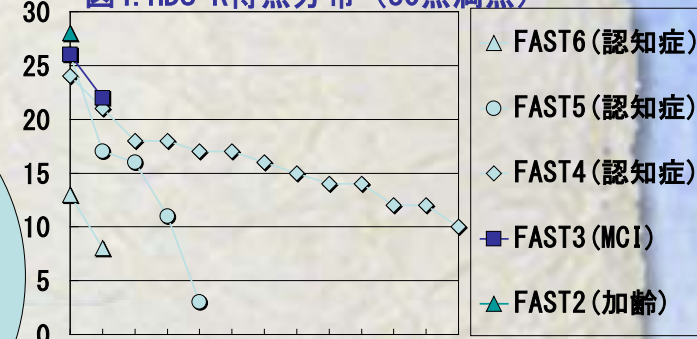
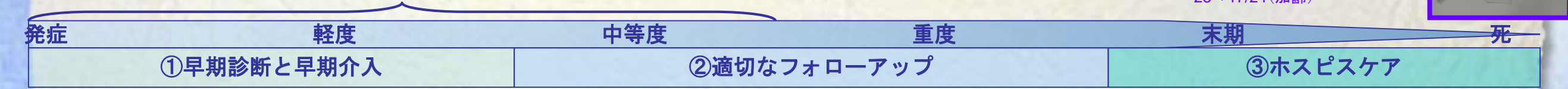


図4. HDS-R得点分布（30点満点）



Cut off値を20/21とし、それを上回った場合は RBMT (AD/MCIのcut off値5/6、MCI/NCのcut off値は16/17) を実施した。

21⇒3/24 (AD) 22⇒14/24 (MCI)
24⇒検査不能 24⇒7/24 (AD)
26⇒16/24 (MCI) 26⇒8/24 (AD)
28⇒17/24 (加齢)



●80歳女性 AD（施設入所中）
HDS-R/30点、FAST4

【BPSD】
午後になると、同居者を家族と誤認し離さなかったり、焦燥・身体的攻撃性（スタッフにかみつく、殴る、家具を倒す等）がひどくなり、入所継続が難しい状態であった。

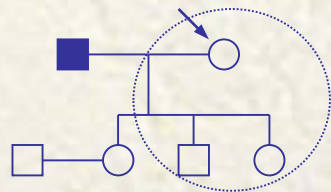
【対応】
抑肝散から開始し、クエチアピン(25→37.5mg)を追加したところ、攻撃性は半分程に改善したが、徘徊、服毒妄想を認めたため、リスペリドン(1mg)に変更。
以後、攻撃性は消失し入所継続出来ている。

●80歳女性 脳血管性
HDS-R検査不能、要介護3

【BPSD】
尿失禁、徘徊、焦燥が見られた。

【対応】
時間を決めたトイレ誘導、夜間のトイレ照明等の生活上の工夫や、デイサービスの利用、抑肝散内服にて安定化。

再出血にて病状増悪、要介護5



●86歳女性 AD
HDS-R検査不能、FAST7(c)→(f)

感染性腸炎に罹患したことを機に、嚥下機能低下。口の中に入れても飲み込まなかったり、水分でむせるようになった。S-SPT変法実施したところ2mlで嚥下反射が潜時2秒だが、1mlでは嚥下反射(-)であったため、精査として嚥下造影に進んだが、嚥下困難であった。FASTスケール・全米緩和ケア協会の基準から末期の状態と診断。

主介護者であり最も身近な肉親である息子とその妻に予後告知。その上で、経管栄養を行うか話し合い、皮下輸液を行う方針となった。

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scaleからは苦痛はあまりない状態と想定され、皮下輸液を継続した状態で徐々に意識レベルが低下し、自宅でお看取りとなった。

