

認知症の初期から終末期・在宅看取りまでの様々なフェーズへの関わりと、アルツハイマー型認知症以外の認知症の診断と治療 / 地域の認知症サポート医としての活動

Cover letter: 高齢化社会の進展とともに、認知症患者の増加が予想されている。認知症はそれぞれのステージによって必要な対応や援助の力が異なっている。発症初期から終末期、自宅での看取りまで、それぞれのフェーズについての関わりを梶原モデルを基に振り返る。また、アルツハイマー以外の認知症の診断・治療や、認知症サポート医として市と協力した取り組みを報告する。

①早期診断と早期介入 81歳 女性

物忘れが気になるのとことで当院受診。徐々に物をなくしたり約束の日にちを忘れてりするようになった。HDS-R21点。見当識課題と遅延再生課題、言語流暢性で点数が低い。身体診察、脳CT、採血などからtreatable dementia除外。経過から典型的なアルツハイマー型認知症と考えられた。本人・家族と面談し、今後予想されることを説明。家族には、本人のプライドを傷つけないようにする基本的な対応の仕方を相談。現在外来にてフォロー中である。

③ホスピス緩和ケア 87歳 男性

経過: 1989年3月から腰痛にて当院外来に通院していた。経過中にアルツハイマー型認知症を併発。2013年12月に肺炎・心不全にてT病院入院。2014年3月に退院し施設に入所した。その後外来通院をしていたが、徐々にADLが低下、経口摂取量も低下。2017年8月訪問診療に切り替えた。本人はあまり発語はないが苦痛の訴えはない状態であった。食事の工夫など試みたが、徐々に経口摂取が困難となり、2017年11月26日施設にて永眠された。

レビー小体型認知症疑い 95歳 女性

病名:胆のう癌

経過: 2014年5月に胆のう炎にてT病院入院。PTGBD留置。保存的治療を行い、tube freeを目指して2014年9月に開腹胆摘術を施行したが、その際に胆のう癌と診断された。その後T病院外来に通院していたが、ADL低下、癌性疼痛などにて2015年1月14日～当院から自宅に訪問診療を開始。

認知機能障害を認めるが、活気がある時と無い時の変動が大きく、仮面様顔貌・筋固縮あり、ありありとした幻視がみられ、レビー小体型認知症の可能性を考えた。癌性疼痛に対し、アセトアミノフェン+NSAIDsでも疼痛が持続していたため、オキノーム2.5mg/包の半量(レビー小体型認知症の薬物への反応性を考慮し少量から使用)を試したところ、疼痛には非常に良く効いたものの、せん妄状態となったため中止。アセトアミノフェン増量やNSAIDsの調整にて疼痛コントロールは比較的良好に保たれた。歯科往診にて入れ歯の調整を行い、食欲は一時改善した。本人の夜間の興奮がみられ、ラメルテオン内服と抑肝散が効果的であった。その後全身状態は衰弱し、2015年5月23日に自宅にて穏やかに永眠された。

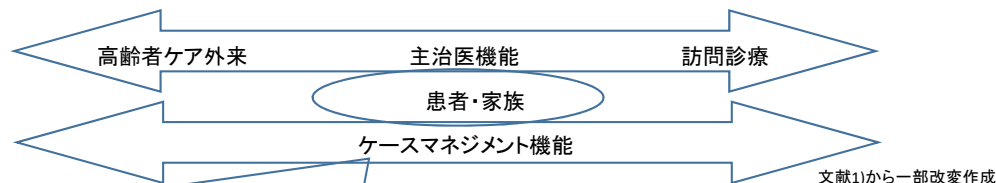
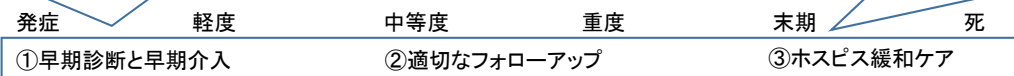
前頭側頭型変性症、進行性核上性麻痺疑い 66歳 男性

高血圧症にて2010年9月から当院外来に通院中。2014年7月頃から物忘れや語想起の障害、軽度構音障害が出現した。脳MRIにて明らかな異常なく、アルツハイマー型認知症としてはそぐわない経過のため、H病院神経内科にコンサルテーションしたところ、大うつ病性障害疑いと診断となり、F精神科病院に入院。しかし精神科にて精神疾患は考えにくいとのことで再度H病院神経内科紹介となったが原因不明。T病院神経内科にコンサルテーションし、前頭側頭型変性症、進行性核上性麻痺疑いの診断となった。当院外来に継続通院している。徐々に自発性の低下、性格変化、感情コントロール障害も出現。SSRI内服処方としているが、易転倒性もみられ、症状は徐々に悪化。T病院神経内科医師と相談しながら、様々な公的支援を得られる方法を模索しつつ、ケアの調整を行っている。妻も悪性疾患にて心身の負担が大きく、介護疲れあり、今後のケアの場などについて相談をしている。

認知症サポート医について

2015年12月6日 認知症サポート医養成研修 修了
2016年11月7日 津軽地域認知症地域連携懇談会
2016年11月22日 認知症サポート医ステップアップ研修
2016年12月 黒石市認知症初期集中支援チーム員委嘱
2017年11月13日 津軽地区認知症地域連携懇談会

興奮がみられ認知症が疑われる高齢女性の家族の方の相談事例について、黒石市と協力して家族と面談などで対応。本人が医療機関にかけたいがらないため、市職員の訪問などにてフォロー中。医師の訪問につなげたいところだが本人の拒否が強く、関わり方を模索している。



②適切なフォローアップ

中等度 71歳 女性

アルツハイマー型認知症、脳出血後遺症にてK病院外来に通院していた。認知機能障害が悪化し、2013年8月から当院外来に通院。2013年8月29日のHDS-R=12点。徘徊、もの取られ妄想あり、夜間の興奮、夫を杖でたたくなどの暴力がみられた。自傷他害の恐れがあり、家族の介護負担も大きいことから、精神科紹介の相談もしたものの、家族は精神科受診を希望せず。当院にてガランタミン、バルプロ酸、クエチアピン等の処方しつつ、本人とのコミュニケーションの取り方、本人のプライドを傷つけない対応の仕方について夫・息子と再三相談した。

それまでは家族が「ボケてしまって！」などと叱ることもあったようだが、接し方を工夫して、家族が本人の話を受容するようになってからは、独語などはあるものの興奮状態は徐々に鎮静化し、クエチアピンは不要となった。夫がどうしても時々叱りつけるようだが、息子さんが間に入って双方をなだめるなど、家族で努力していた。そのうち本人も穏やかになり、本人から息子に「いつも迷惑かけるなー」とねぎらいの声をかけるほどに改善した。経過中、骨折を契機にADLが低下、2015年3月23日に施設入所となり、主治医が変更となったため当院通院は終了となった。

重度 92歳 女性

2010年4月に認知機能障害にて精神科病院初診。アルツハイマー型認知症として精神科に定期通院していた。2015年3月に住宅型有料老人ホームに入所。ADL低下、摂食障害あり、外来通院が困難となったとのことで、2017年12月26日から当院より訪問診療を開始した。経口摂取は何とか可能だが、嚥下障害あり、食事の工夫などを行っている。簡易嚥下誘発試験(S-SPT変法)にて1ccで嚥下反射が3秒以内に起きるが、むせこみあり。摂食量は不十分だが、家族から経管栄養の希望はなく、訪問診療で診療を継続中。

Next step: 現在、自分自身は、物忘れの相談があった場合に診察と検査を行うが、典型的なアルツハイマー型認知症以外の場合は紹介することも多く、認知症の診断・対応能力を高める必要がある。また、嗜銀顆粒性認知症は見落としている可能性が高い。HDS-R以外の神経心理検査を行うことができておらず、学んで取り組んでいきたい。更には、家族会、ボランティアの組織などについては当診療所として取り組むことができていない。栄養士との在宅での連携も必要であり、多くの課題がある。少しずつでも取り組んでいきたい。