

診断

在宅診療における 私の実践例

苛原 実

はじめに

わが国の高齢者人口の増加とともに、認知症を患う方も増えており、高齢者を診ることの多い医師にとって、認知症の診断や治療に関する知識は必須となっている。認知症の方の半数以上は地域で暮らしており、これらの方を支えるには、多職種が協力することと、医療面ではかかりつけ医と専門医が連携することも大切である。認知機能の低下とともに、身体機能も低下をしていくので、最期まで地域で診てゆくためには訪問診療が欠かせぬ機能となっている¹⁾。

当院での症例を紹介しながら、認知症の方を

地域で支えるために、**今**必要なことを考えてみたい。

かかりつけ医の認知症診断能力の向上

症例1…70歳代半ば女性、関節リウマチ、アルツハイマー型認知症、独居

当院の外来に通院している関節リウマチの患者の例である。治療薬として週に1回服用するメトトレキサートを処方していた。リウマチのコントロールは良好であり、外来診察は定期的に通院をしていた。

外来受診時に唇をウインナのように腫らして

①外来診療で認知症を疑うとき

毎回同じ話を繰り返す
前回話した内容を覚えていない
薬の飲み忘れが多い
服装や髪の流れがある
症状のコントロールがうまくゆかない

きたときがあった。いったいどうしたのかと聞いたものの、要領を得る返事ができない。もしやと思い、メトトレキサートの飲み方を聞くと、きちんと飲んでいっているという。どういうふうにと聞くと、何と毎日きちんと飲んでいますとのこと。同薬の飲み方がわからなくなつて、副作用が出現していることが判明した。

すぐに長谷川式簡易認知症評価スケール（HDS-R）を行うと、14点、遅延再生障害が認められた。独居生活をしているので、認知症はないと思込んでいたのが間違度であった。中等度の認知症があつても、何とか独居生活をしている方

は少なくない。また、外来診療で認知症の診断は困難ことが多い。なぜなら外来では、同じことの繰り返しが多いからである。

「お変わりありませんか」と医者が聞くことに対し、「変わりありません」と判で押した返事をしていれば済んでしまうことが多い。したがつて、例えば高血圧で治療中の患者の血圧が十分に下がらなかつたり、糖尿病で治療中の患者の数値が改善しなかつたりする場合には、認知症を疑つてみる必要がある（表①）。

必要なときの早期対応

症例2・80歳代後半男性、アルツハイマー型認知症、老夫婦世帯

夜間のトイレに行く回数が多く、4日間ほとんど食事がとれなくなつたと当院外来を初診した。2週間前から風邪気味であり、3日前から急に訳のわからないことを言ひだして、家族の顔も忘れるとのこと。HDS-Rは3点であつ

②症状悪化時の対応

必要なサービスをできるだけ早く行う
往診や訪問看護などアウトリーチ機能を使う
多職種でチームを組んで対応する
利用者だけでなく家族への支援も行う

た。胸部レントゲンは異常なく、皮膚の乾燥が強く、採血検査ではCRP 1・28、白血球1万6,300であり、脱水と尿路感染症によるせん妄状態と診断をして、外来で点滴を施行し、抗生剤の処方をした。翌日からは訪問看護で自宅での点滴を続け、初診2日後に相談員同行で

往診をした。

初回往診時、食事が少量食べられるようになり、水分も1日500mL程度とついているとのこと、トイレの回数も減り、意思の疎通も可能となった。アルツハイマー型認知症も合併していると診断をして、ドネペジル（アリセプト®）を開始し、介護保険の申請等、社会

資源の利用について相談員から説明をした。

初診から2週間で食欲も正常に戻り、ほぼ今までどおりの生活が可能となった。老夫婦の2人暮らしであり、定期的な外来受診が困難のこと、訪問診療で経過を診ることにした。また、ケアマネジャーも決まり、担当者会議も開催することができ、デイサービスの利用が決まった。

初診から5カ月後にはHDS-R7点、前回よりは改善しているも、遅延再生障害が強く認められた。しかし、穏やかに暮らしており、デイサービスの利用と、24時間対応の訪問診療により安定して過ごしている。

本例ではアルツハイマー型認知症が基礎にあり、尿路感染と脱水により、食欲不振からせん妄状態になったと思われるが、外来受診翌日から訪問看護による点滴の持続と、2日後からの訪問診療開始、および社会資源の導入についての相談員からの説明等の素早い対応と、訪問看

護ステーションやケアマネジャーとのチームワークが功を奏して、症状の悪化を防ぎ、状態が回復した例である。このように、認知症の方が急に悪化した場合にはすぐに対応すること、チームを組んで多職種で対応することが大切である(表②)。

訪問診療で最期まで住み慣れた地域で

診てゆくこと

症例3…90歳代前半女性、アルツハイマー型認知症

腰痛や膝関節痛を主訴に10年来外来通院で診ていた方である。もの忘れが目立つようになり、他院でアルツハイマー型認知症と診断され投薬を受けていた。食事を全くとらなくなったとのことで家族の依頼があり、往診をした。

初回往診時バイタルは正常であるが、脱水のためか意識レベルの低下あり、意思疎通は困難であった。水分も十分にとれておらず、点滴を

して、訪問看護ステーションに翌日から点滴の持続を依頼した。2週間で症状は改善して食事もとれるようになった。

主介護者は自身の息子さんであり、自営業で仕事をしてしたが、小規模多機能居宅介護と訪問診療を利用しながら在宅での生活を続けた。歩行は介助付きで可能で、意思疎通は簡単なことは可能であり、発語も数語可能であった。HDS-Rは施行不能であった。

その後半年で歩行困難となり、8カ月後に転倒して左肘を打撲するも家族は入院を望まず、11カ月後に再び転倒して顔面を切創するも、往診対応で経過を診る。この頃になると言葉は「ありがとう」「ばかやろー」「すみません」のみ、笑顔は時折見せた。

1年6カ月後になると食事が減ってきて、飲み込みも悪化してきた。定期訪問時に点滴をすることで経過を診る。さらに1カ月後にはほとんど食事も水分もとれなくなり、家族も経管

栄養などを希望せず、当初の往診から約2年の経過により息子さんに見守られながら自宅で看取ることができた。

アルツハイマー型認知症では認知機能の低下とともに身体機能も低下をするので、通院が困難となった場合には訪問診療が必要になってくる。この時期になると、徘徊などがなくなり激しくBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) も少なくなるので、むしろ在宅での介護は比較的楽になるという面もあり、施設に入っていた方が在宅に戻ることもしなくなる。

訪問診療で最期まで地域で看取ることは、まさにかかりつけ医の役割であろう。

(いらはら診療所 院長)

文献

1) 苛原 実・認知症、林 泰史ら監修・編集、在宅医療―午後から地域へ、日本医師会、東京、182頁

185 (2010)

2) 苛原 実・認知症患者のBPSD、週刊日本医事新報、4611、42〜46 (2012)

