

## 認知症のひとを診る—かかりつけ医の役割

渡辺 良

### はじめに

かかりつけ医に認知症の早期診断が期待されている。しかし、かかりつけ医にとっていちばん大切なことは、必ずしも医学的診断を早くつけることではなく、何よりも認知症を心配されて受診した方の身になり、その不安に耳を傾けることである。そして、たとえ認知症であったとしても、「大丈夫ですよ」というメッセージを伝えることにより、患者や家族にとって安心できる拠り所の1つになることである。かかりつけ医にとっての診断の意味は、そこに生活するひとをトータルに捉えるということにある。つまり、専門医とは異なる、かかりつけ医にしかできない“認知症のひと”的診方と対応の仕方が求められている。

### 診断のあり方（問診と診察）

その方にまず丁寧に挨拶することから始まる。そして体の具合や生活の不都合などについて聴いていく。何も困ることではなく、「元気です」と答えることが多い。質問にも愛想良く応じてくれるのが普通である。

次いで血圧や脈の測定、胸の聴診などの身体診察をゆっくりと丁寧に行うのがポイントである（老人健診という名目で来院される方もいる）。そして、診察上心配のないことを説明しながら生まれや仕事、若いころの思い出、趣味や嗜好などについて尋ねる。そこで話される内容

は（現実とは異なる点があるにしても）その方にとって大切な記憶（物語）であることが多く、カルテに記載しておく。話を看護師（診療所スタッフは認知症のひとのケアについてよく教育されている必要がある）に引き続き聴いてもらひながら、医師は患者の家族から物忘れなどの症状の始まり、生活の乱れが出てきた経過、困っていること、心配なことを詳しく聴いていく。認知症は生活のなかに現れてくるので、毎日の過ごし方や様子、特に更衣、入浴、食事、排泄、屋内歩行などの基本的な日常生活動作（ADL）の自立度、家事動作を含めた生活機能の自立度、家屋状況や同居家族、ケアにあたるキーパーソンなどについて聴いておく。

治療やケアをしていくにあたり、必須のこれらの事項について詳しく知ることは、患者や家族の日々の生活の視点に医師も立つことを意味する。つまり、認知症の診断のプロセスはケアのプロセスの始まりでもある。

アルツハイマー型認知症（AD）の病期をステージ1～7まで分類したFAST（functional assessment staging；機能評価段階尺度）と呼ばれる評価法があり、この表の各ステージに記載されている例に沿って質問するのも良い。たとえば、ステージ4（軽度AD）では家計のやりくりや買い物が困難になる。ステージ5（中等度AD）では時候に合った服を選べず、入浴に促しが必要になるなどである。介護保険の主治医意見書作成の際にこれらはぜひ知らなければならない事柄である。

初回の診察は以上のようにして、生活に支障を来すほどの物忘れを主とした認知機能の低下

があることが分かれば十分であり、ほとんどの場合これで認知症と診断できる。必ずしもすぐに長谷川式認知症スケール（HDS-R）のテストをしなくてもよい。テストのもつ“試す”という側面が患者の不安を強め、傷つける可能性があるからである。

最近の研究によると、「最近のニュースはどんなことがありましたか?」という1つの質問で、取り繕い応答がみられる場合、MCI(軽度認知障害)および軽度認知症患者を高率にスクリーニングできるとされる<sup>1)</sup>。

診察の最後に、いろいろ話を聴かせてもらい、とても有意義であったことを患者に告げ、そのことへの感謝を示す。そして、次回来院時にまた話を聴かせてほしいとお願いする。これは、長く人生を生きてきたその方に対して自然ににじみ出てくる私たちの敬意の表れであるが、その後の通院をスムーズにすることにもなる。後に、「通院するのが楽しみ」と家族に話す患者も少なくない。

## ● 検査の選択

検査が重視される傾向にあるが、認知症であることの診断には脳画像検査もHDS-Rも必要とされない。アルツハイマー型認知症初期には画像上、脳萎縮は目立たないことも多く、萎縮があっても非特異的とされることが多い。病歴と診察で認知症と診断した後に適応があれば、血液検査や脳画像検査を施行する。ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症、甲状腺機能低下症、慢性硬膜下血腫、水頭症など治療可能な認知症の鑑別のためである。

## ● 専門医との連携

認知症らしいが確信がもてない場合、あるいは典型的なアルツハイマー型認知症ではない場合、初診時にすでに認知障害が重度の例、周辺症状（特に激しい幻覚や妄想、乱暴などの興奮症状、あるいはせん妄）が目立つ例は、ためら

わず専門医を紹介するべきである。その際、専門医によってどのような診断と治療、あるいはケアがなされたのかをフィードバックするようにしたい。そのことで次に似たような患者が来院した場合、対応できることもあるからである。また、症状が落ち着いた場合は逆紹介により、かかりつけ医としてその患者を地域で診ていく必要がある。ただし、その経過で問題があれば、いつでもまた専門医に相談できるネットワークは必須である。これは認知症に限らず、自分の専門外の病気をもつ患者をかかりつけ医として地域で診ていく場合と同様である。

## ● 治療とケアのあり方

アルツハイマー型認知症の治療として薬を投与することで効果は得られるが、必ずしも満足できるものではない。ただ、かかりつけ医は認知症を診るのではなく、“認知症のひと”を診るのであり、併存する病気を含めて、そのひとの全体を診る姿勢を維持する。生活上の問題を含めたプロブレムリストをカルテに作成しておくと、認知症にとらわれすぎずに総合的に診るのに役立つ。

一方、認知症ほど医療と介護の連携が大切な領域もない。かかりつけ医は認知症のひとへのケアのあり方と意義に精通する必要がある。主治医意見書を作成し、ケアマネジャーとケアプランの相談をする。地域包括支援センターや在宅介護サービスを利用する。デイケア、デイサービス、ショートステイ、グループホームなどの施設サービスについて家族に説明する。そして認知症は家族だけが背負う病気ではないことを強調する。

認知症のひとは今までできていたことができなくなる。そのできなくなつたことに介護サービスを組み合わせて援助していく。この援助が本人の不安を和らげる方向で上手になされれば、深刻な問題行動は普通は生じない。それでも急に怒り出したり、夜間眠らず興奮して困る

こともある。いわゆる認知症周辺症状（BPSD ; behavioral and psychological symptoms of dementia）である。相談される医師としては、まず今服用している薬に関係していないか（睡眠薬を含めしばしば多種類の薬が投与されている）、認知症以外の身体疾患の悪化はないか、バイタルサインの異常、食事や水分の摂取不足、便秘等はないかに注意する。次いで、患者の環境や人間関係に変化はないか家族と共に考える。また、患者にとって困難な課題であるにもかかわらず、周囲が理解せず問題行動となる場合もしばしばある。たとえば、すでにごみを仕分けして出すことが困難な方に家族はそれを正しく出すことを期待し、リハビリと称して叱咤激励した結果、夜間眠らず興奮するようになつたなどのケースは、適切な対処により改善可能である。これら周辺症状は出る前に予防するか、初期に気付き対処することが大切で、長期間放置されると固定化して治りにくくなる。

そのひとの生活のなかで何ができなくなり、何ができるのかを見極め、できることはたとえうまくできなくてもやってもらい感謝の気持ちを伝える。できないことを要求したり、試したりしてはならない。できないことはその方の自尊心に配慮しながら自然にさりげなく援助する。そうすることで、そのひとが周囲にうまく依存できるように心を配る。良いケアにより認知症のひとは安心した生活を送ることができ、一方、間違ったケアにより認知症は悪化する。

## 家族のケア

家族には認知症の予測される経過を説明する。同時にその状態に応じた治療やケアの方法

があることも伝える。どの家族にとっても精神的肉体的負担は大きい。家族の気持ち（うつ、不満、怒り、愚痴、悲しみ等）に必ず耳を傾けるようにしたい。適切なアドバイスができないてもただ聴くこと、それだけで意味がある。そして、万が一平常心が途切れそうになつたらすぐに連絡をくれるように話しておく。そうすることで家族の孤立した不安や疲れはだいぶ和らぐようである。これは患者虐待の予防にもつながる。

## 在宅医療と看取り

認知症の進行でやがて寝たきりになり、そして食べられなくなるときがくる。そんなとき、訪問診療はかかりつけ医の大変な役割である。長い間その方の老いの過程をその生活や人生を通してみていると、胃瘻などの処置は選ばず、そのまま静かに看取るのがごく自然に思えてくることが多い。しかし、家族がかかりつけ医に語る考え方や思い（ナラティヴ）はさまざまであり、終末期ケアのあり方はその意向に沿いつつ、総合的に判断することになる。

## おわりに

認知症のために通院中のある女性が先日、「ここに来てから忘れてもいいんだ、平気だと思い始めました」と述べた。認知症を治すことはできない。しかし、治療とケアのあり方によって、認知症のひとの不幸を多少とも和らげることができる。そこにこそかかりつけ医の役割があると考える。

## 文献

- 1) 高橋 智：認知症の臨床。神経治療 2010; 27: 326.