

認知症 そのままがいい

認知症そのままがいい 第3回

中途半端な理解による偏見が“誤診”を生む

「認知症の正しい理解を」という掛け声のもと、医療職向けにも啓発活動が各地で行われている。しかし、その理解は「本当の理解」になっているのか。表面的な「早期発見、早期介入」になっているのではないか。認知症診療をしていると、そう感じざるを得ないケースにたびたび出会う。

高齢者がふだんと違う言動や混乱した行動をとったら、すぐに「認知症では？」と考えるおかしなクセを医師や看護師がつけ始めているのではないか。それは「早期発見」でもなんでもない。認知症だと誤診することにつながる非常に安直な態度であり、まったく関係ない病気のお仕着せになりかねない。

早期に気付いて認知症の人に寄り添い思いやりをもった介入を行うことは、非常に大切なことである。そのことと、認知症でない人を認知症だと早合点で決めつけて対処することはまったく違う。認知症への対応以前に、認知症の診断を厳密に正しくしていることは大前提である。認知症かどうかの判断は、正しい理解に基づきとりわけ慎重に行われなくてはいけない。根治療法のない認知症は「最終診断」になるからである。

正しい判断ができてこそプロである。言動の混乱した高齢者をみて「認知症だ」「ボケたのでは」とまず考えることなど、誰でもできる。医療者がすべきことではない。

身体病を見逃し誤った「早期発見」

ケース①

80歳代の女性が、かかりつけ医から「認知症」と紹介されて受診した。本人は、ほとんど会話ができない。単語を一言二言話せるだけだ。同居している娘さんによると、数日前から、それまで普通に通じていた会話がほとんどできなくなり、排泄もトイレ以外の場所ですってしまうようになった。あわててかかりつけ医に相談したら「認知症になったから専門医へ行くように」と言われたとのことだった。

女性には肝臓病の持病があり、私は一通り話を聞くとすぐに「まず間違いなく身体的な問題だと思うので、総合病院の消化器内科へ」と促し、紹介状を書いた。検査する必要もなかった。認知症のほずはないからである。認知症とは、ゆっくりと少しずつ症状が現れる病気である。会話ができなくなったりトイレ以外での放尿が始まったりするのは、少なくとも発症

後 7~10 年以上たってからだ。その日に総合病院を受診した女性は、消化器内科に即日入院となった。診断は、肝疾患が脳に影響を及ぼす肝性脳症であった。

ケース②

家族と受診した 70 歳代の男性は自ら症状を訴えた。1 年前からだるさがあり、1 カ月前から食欲が大きく低下した。家族によると、1 週間前、寝床から起きられず呼びかけに対する反応も悪くなって、救急車で内科病院に搬入され点滴治療を受けた。入院中、医師の言ったことをすぐ忘れる、日付を間違える、ということがあり、「認知症だから早く精神科病院に行くように」と指示されたという。

認知症は体のだるさで発症するようなことはない。初期に食欲が落ちることもない。1 年で起き上がれなくなるなど、よもやあり得ない。これらの原因は、身体的な病以外には考えられない。なぜそれを「認知症だから精神科病院へ」となるのか。記憶障害と見当識障害を認めたからというなら、偏見も甚だしい。私が血液検査で甲状腺機能を調べたところ、甲状腺ホルモンの値が顕著に低下しており（甲状腺機能低下症）、すべての症状の原因はここにあると思われた。大学病院の内分泌科に紹介し、ホルモン補充療法が始まった。

高齢者の混乱は認知症なのか

「認知症の早期発見」という最近の行政機関やメディアの掛け声がなければ、かかりつけ医も急いで認知症専門病院へ紹介などしなかったのではないかと、と思われる 2 ケースを挙げた。

最初のケース。重度の認知障害、排泄場所の混乱という症状が突然に生じたら、持病の肝疾患の悪化を考えるのが普通であろう。かかりつけ医であれば、ふだんの患者の様子をむしろよく知っているはずで、明らかにいつもと違うとわかれば、なぜ肝疾患の精査をしなかったのか。認知症と思い込み、これは専門外という意識が働いたのだろうか。

2 つ目のケースも、倦怠感や食欲不振、反応の悪化など、問題となっていたのはほとんどが身体症状である。記憶が悪く、日付がわからない、というだけで認知症と考えると、「早期発見」啓発のせいで、通常の内科診療でもつべき正しい目を曇らされているとしか思えない。

高齢者が身体的に不調になれば、認知症でなくても、集中力や記憶力が低下して、勘違いをしたり日付があいまいになったりするのには普通にあることである。気分も落ち込みやすくなるし、食欲や睡眠も悪くなって当然である。身体面が回復すると見違えるように元気になり、思考・記憶力もしっかり回復する。かかりつけの医師たちは過去に何百回も見てきたはずだ。

ところが、認知症が社会の大問題になり、「早期発見」が旗印に掲げられるようになって医師の考え違いが増えているのである。これは医師だけではない。看護師も同様で、入院中の人が混乱した言動をとったとき、「認知症が現れた」とすぐ思い込むようなケースが少なくない。入院するということは、身体的にすでに不調を抱えているのであり、元気なときより

認知機能が低下することは普通に起きる。ましてや、全く新しい環境のなかで寝起きするのである。場所や日付の勘違いも起きやすい。

プロならば、外来・入院ともに、病をもった高齢患者の「特別な状況」を想像し、記憶や判断の間違ひは当然あると承知していなければいけない。物忘れをしたり、日付を間違えたりする患者を見て、すぐに「認知症だ」と判断してしまうなら、それは医療者ではなく素人の見方と言われても仕方ない。

B P S Dでなく身体が原因

認知症の人に生じるとされる行動心理症状（B P S D）についても、身体医学的判断は先である。認知症にB P S Dが生じるのは当然という思い込みが、本当の原因を見えなくさせてしまう。

ケース③

脳梗塞を8年前に発症して血管性認知症で短期入院していた70歳の男性は、日中は非常に穏やかで記憶の障害も少なかった。ところが、夕方5時ころから物忘れの悪化と同時に不機嫌になり、看護介入にも拒否的でしばしば声を荒げた。病棟ではB P S Dだとして、ほぼ毎日、抗精神病薬を内服（ときには点滴）して対応していた。

初診時、私が本人によく話を聞くと、夕方以降の記憶があいまいで、なぜ自分が荒れてしまうかわからない、と言う。B P S Dではなくせん妄だと考えられ、原因を調べるなかで血圧低下がわかった。服用していた降圧薬の用量を調整したところ、夕方からの不穏な状態は消失した。

脳梗塞の人は、背景に高血圧をもち降圧薬を服用している人が多いが、その効果による過剰な血圧低下で脳血流が乏しくなり、それが認知機能を下げ、せん妄も生じさせていたのである。

ケース④

7年前にアルツハイマー病と診断され、2種類の抗認知症薬服用を続けていた施設に入所中の80歳の女性は、1カ月前から情動が不安定になった。もともと明るくよく笑っていた人が、日中泣いたり怒ったりしていることが大半になり、夜もほとんど眠れなくなった。かかりつけ医から、「B P S Dが悪化したので薬剤対応を」と紹介され受診した。

あまりに急な情動変化で、認知症の進行としては大きな違和感があった。環境変化や身体調は見当たらず、私は抗認知症薬の副作用を疑った。2剤を中止したところ、ほぼ10日で不安定な情動は消失し元に戻った。

認知症の進行に伴うB P S Dの悪化という事態はあり得るが、このケースのような急激な悪化というのはまずない。もしあった場合は、身体的問題か服用薬剤の悪影響と考えるべきである。「認知症の進行はB P S Dを悪化させるもの」といった中途半端な理解が、本当の原因を見つけるのを邪魔してしまうのである。



うえだ さとし
上田 諭

日本医科大学医学部講師。新聞記者から医師に転身し、精神科で高齢者中心に診療。医師を含め認知症に関わる専門職は、家族など介護者だけでなく本人を尊重すべきだとの姿勢で患者に寄り添う。