

# 認知症は生活障害

山口晴保

群馬大学医学部保健学科

認知症は認知障害と思われがちですが、認知症の定義を振り返ると「認知障害で生活が困難になった状態」とあります。つまり、本人が抱えているのは「生活障害」なのです。今回は、「認知症医療は生活障害に目を向けよう」をテーマに、医師としてグループホームのスタッフに期待することを書かせていただきます。

## 画像診断の功罪

認知症の診断技術は、近年格段に進歩しました。MRIは、VSRADという画像処理ソフトで海馬の萎縮度を数値化してアルツハイマー病らしさを示します。脳血流SPECTは、eZISなどの画像処理ソフトによって大脳の血流低下部位を示し、そのパターンから認知症のタイプを判別します。そして、心臓交感神経機能を調べるMIBG心筋シンチは、レビー小体型認知症を確実に区別します。

このような検査一式、どのくらいの医療費を使うと思いますか？ 概ね15万円です。

研究はさらに進み、PIB-PETを使うとアルツハイマー病発症の約15年前から脳にβタンパク(原因物質)の異常蓄積を見つけることができます。でも、皆さん自身、物忘れを感じたときにこのような検査を受けたいと思いますか？ もし発症の10年前にβタンパク異常蓄積が見つかったら、その間、いつアルツハイマー病を発症するかとおびえ続けますか？ その不安がかえって記憶に関係する海馬

神経細胞にダメージを与え、物忘れの悪化を加速させ、発症を早めます。

## 生活障害を診る

昨年11月に仙台市で日本認知症学会学術集會が開催されました。そのワークショップで印象に残った岩手医大・高橋智先生の講演を紹介します。

岩手医大は厚労省が全国に設置を進めている認知症疾患医療センターに指定されており、県内のかかりつけ医から多数の患者が紹介されます。高橋先生は、VSRADや脳血流SPECT、MIBG心筋シンチといった検査を行わずに、CTだけを当日撮影して、検査所見ではなく臨床所見を中心に、診断根拠や今後の対応法などをていねいに書いてかかりつけ医に戻しています。

高橋先生は「この返事の出し方が大切」だと強調しました。「脳血流SPECT所見やVSRADの数値から認知症の原因疾患を診断した」と報告書に書くと、かかりつけ医はこれらの機器がなければ認知症の診断ができないと思いこんでしまうので、画像所見中心ではなく、症状中心に診断根拠を返信するのです。

このことで、かかりつけ医の診断能力が向上し、「生活状況を把握し、臨床症状から診断・治療することが大切」との理解につながるということでした。

認知症の治療は、対症療法が基本です。つまり、どんなタイプの認知症か正確にわかっていなくても、「我慢ができない・わが道を行く」前頭葉症状が強いのか、記憶障害が強い側頭葉症状なのか、場所や位置関係がわからなくなる空間認知の障害(頭頂葉)なのか、幻視や錯視など視覚認知に問題を生じる後頭葉の症状なのかなど、症状に応じて治療を行うことができます。

認知症の医療では、どんな場面でどんな症状がどのくらいの頻度で出ているのかを、主治医がきちんと知って対応することが基本です。画像所見

やまぐち・はるやす ●群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学医学部保健学科基礎理学療法学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹！脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防～読めば納得！脳を守るライフスタイルの秘訣』（ともに協同医書出版）。日本認知症学会理事。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事



から認知症を診断し、マニュアルに則って一定量の薬を使って画一的な治療をする医師は困りものです。生活を診ながら、一人ひとりに適切な薬の量を処方することが主治医に望まれるからです。

## 徴候に気づき、生活障害を記録しよう

このような「生活障害に目を向けた医療」には、どのような生活障害があったのかというグループホームの介護スタッフからのメモがとても有用です。

メモがあれば、本人の前で症状を言わないで済みます。本人は忘れてしまっているさまざまな失敗を、その場で言うことは信頼関係の悪化につながります。また、このメモをカルテに貼り付けていけば、生活状況の経時変化を知ることができずし、スタッフの気持ちも伝わってきます。

さらに、このようなメモは介護保険の認定調査にも役立ちます。家族や介護者が日頃困っている出来事をメモに書いておいて調査委員に渡せば、本人の前でネガティブなことを言わずに、生活状況を調査員に伝えることができます。

例えば、トイレの便器を認識できなくなった、便器の蓋を開けることがわからなくなったなどの報告があると、認知症が進んでいる様子や、その人の認知レベルがおおよそ推測できます。また、「部屋でウンコをして窓から放り捨て、そのことが見つかる『それは犬のだ』と言い訳する」という報告を受ければ、生活状況や介護者の困難がリアルに伝わります。ほかにも、ポーッと過ごしているのか、いらいらしているのかを伝えていただくと、元気系の薬(アリセプトなど)が必要なのか、それとも沈静系の薬(抑肝散など)が必要なのか、投薬を考える上でとても参考になります。

認知症の人は言い訳したり取り繕うことが特徴です。このことを知らないと、医療機関に受診しても、本人は「どこも悪くない」「困ることはない」と言うので、主治医は治療してくれません。

私の場合は、「なにか困ることはありませんか？」と聞いて、「何も困ることはない」という答えが返ってくると、この方は認知症だと診断しています。時々、「お金がないことくらいです」とお答えになる方がいて、もの盗られ妄想のこともあります。

認知症の医療とケアは切り離せません。かかりつけ医に、その人の生活状況がわかるように情報提供することが、適切な医療を受けるために必要不可欠です。マニュアル的な医療ではなく、一人ひとりの入居者の生活状況に対応した医療を提供できるかかりつけ医を見つけ、一緒に医療に加わってください。その人の生活状態を一番よくみて知っているのは、介護者の皆さんですから。

## ぐんま認知症アカデミー

最後に少し余談ですが、群馬県では認知症ケアの研究を推進しようと、ぐんま認知症アカデミーを立ち上げて毎年春の研修会と秋の研究発表会を開催し、認知症ケア専門士の研修単位にも認定されています。昨年の秋は、6演題の発表があり、そのうち①老健で体感型ゲームをスタッフと入居者がともに楽しんだ結果、認知機能が向上したという発表と、②入居者が笑顔になるアプローチの実践3例の発表が奨励賞を受賞しました。

続く杉山孝博先生の講演は、楽しいトークの中に、30年にわたる地域での認知症医療の実践が濃縮され、聞き応えのあるものでした。杉山先生は全国で講演されているので、皆さんも機会を見つけて聞いてみてはいかがでしょうか。

その後の懇親会で、杉山先生から、電動自転車の看護師を尻目にスイスイと自転車で往診していることを伺いました。たくさん執筆しながら、在宅医療に飛び回り、また、あちこちで講演されている杉山先生はまさにスーパーマンです。早速私も見習おうと、杉山先生が励行している朝の5分間乾布摩擦を始めました。とても快調……な気がします。