―第14回―

認知症の告知

今月のポイント

- 告知は“病名”ではなく“状態”で十分なことが多い
- 診断は絶対ではない
- 病名を告知するなら、本人の落ち込みへの対応が必要
- 告知をするなら、その人をずっと支える覚悟も必要
- 介護職員も、あらかじめ本人への告知内容を確かめる

山口晴保
群馬大学大学院保健学研究科
教授・医師
専門はアルツハイマー病の神経病理学やリハビリテーション医学。認知症の進行を防ぐ脳活性化リハビリテーションにも取り組む。
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（第2版）』（協同医書出版）など。

病名を告知するか

先日、都心でもの忘れ外来を担当している高名な先生から、継続的な治療を行う場合は、必ず病名（認知症ではなく、アルツハイマー病などの原因疾患名）を本人に告知すると伺いました。その先生のところには、比較的早期で、しっかりとした考えをもつ患者さんが多く来るようです。また、最近目にした認知症ケアの論文では、ある医療機関で、その研究の対象者全員が「認知症と告知された」とありました。それってあり？

このように、認知症の告知についての考え方や対応はさまざまです。筆者の場合は、〝状態〟（症状）を告知して、〝病名〟を告知しないことが多いです。たとえば「年齢の割にもの忘れが強いですね」と〝状態〟を告知し、「もの忘れを和らげる薬を飲んでみましょう」と話すと、服用を拒否されることはまずありません。高齢者の場合は、このように漠然とした〝状態〟の告知でうまくいくことが多いのです。BPSD（行動・心理症状）が強い場合は、「イライラが強いようですね。気持ちが落ちついて穏やかになる薬を飲んでみましょう」などと話します。

認知症を告知することのリスク

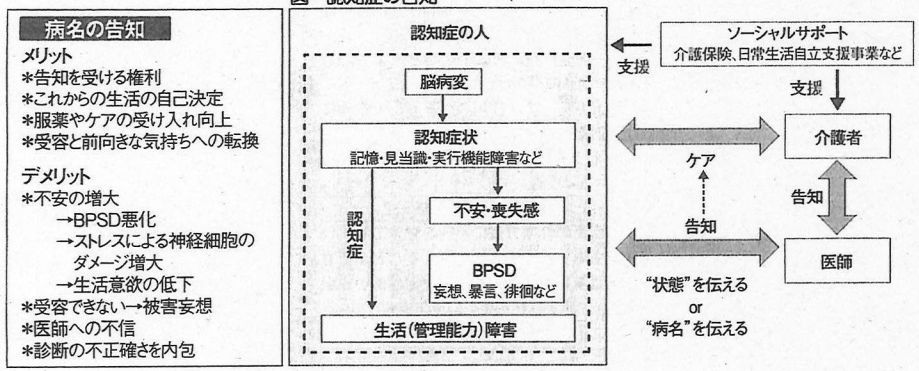
認知症の発症年齢が低い場合は、正確な病名の告知をして将来のことを考えてもらうことも必要です。しかし告知は、たとえ受け入れられても本人が落ち込み、うつ的になって意欲が低減するリスクが高くなります。抗うつ剤や抗不安剤が必要になることもあります。また、本人が告知を受け入れられずに介護者につらく当たったり、「俺を認知症にしようとしている」と被害妄想に陥ったりすることもあります。

わずか数回の診察では十分な信頼関係が構築されません。その状態で告知をすると、本人が認知症という診断を受け入れられないことが危惧されます。医師への不信から、次々と医療機関を替えて検査を受け続けるドクターショッピング（医師巡り）にもつながりかねません。

続いて、筆者が認知症を発症した高齢者に病名を告知しない理由を述べましょう。

筆者は、「ほめて能力を引き出すこと」が認知症への対応の基本と考えています。

図　認知症の告知



そして、認知症になっても「残存能力を高めて前向きに生きてほしい」と思っています。認知症という病名の告知は、後ろ向きの引力を強めるようで、避けたいと思っているのです。

また、症状や脳画像から臨床的にアルツハイマー病と診断しても、そのなかには、実際には嗜銀顆粒性認知症など、死亡後に脳の病理検査を行わないと正確な診断ができない例が含まれています。アルツハイマー病にレビー小体型認知症の病変が加わるなど、病変の合併も高齢者では多くなります。告知の元になる診断の正確度には限度があるのです。筆者がアルツハイマー病だと診断しても、2～3割は別の原因疾患かもしれないのです。

告知の後が大切

ある研究会では「告知をしてドネペジル内服を強制し、その結果、その人の易怒性が高まり、孫に暴力を振るってしまった。このため、抗精神病薬を併用したら落ちついた」という例が紹介されていました。この医師は「患者の役に立つ良い医療を行った」と一方的に思い込んでいます。医療のパターナリズムの典型です。そこには、その患者がどんな気持ちで薬を内服し、孫に手を上げた後でどんな気持ちになったかに思いをはせる余地はありません。

病名を告知するなら、その人と家族をずっと支える覚悟が必要です。告知による落ち込みを支え、認知症と共に前向きに生きる希望を与えられないのであれば、告知はすべきでないと筆者は考えています。これが、筆者が病名を告知しない大きな理由です。

認知症は、原因疾患により必要な医療やケアが異なります。また、予後も異なります。告知するなら、単に認知症と告知するのではなく、その原因疾患と治療法や予後について、あわせて告知する必要があるでしょう。「あなたは認知症だ」と告知して「ドネペジルを飲むしか方法がありません」と言うだけの医療が変わっていくことを願っています。

そして、介護職員も認知症の告知に関心をもち、本人および家族に対してどのような告知が行われているのかといった情報をあらかじめ把握しておくことは、とても大切だと考えます。