

座談会

アルツハイマー型痴呆患者、家族への インフォームド・コンセント

病状や病期に応じた患者さん、ご家族への対応
- これからのインフォームド・コンセントのあり方について -



齋藤 正彦

新宿一丁目クリニック院長、青梅慶友病院副院長

繁田 雅弘

東京慈恵会医科大学精神医学講師

(司会) 岩本 俊彦

東京医科大学老年病学助教授

痴呆患者さんにおける

インフォームド・コンセント

岩本 それでは、「アルツハイマー型痴呆患者 家族へのインフォームド・コンセント」ということで、これからお話を承りたいと思います。

近年、医療体系が大きく変貌して、患者と医療側の関係が変わりつつあります。どのように変わってきたかという点、従来信頼関係を中心に行われた医療が、患者さんの人権を尊重するという考えのもとに契約関係になっていくことです。患者さんの人権を尊重するという考えの中にはインフォームド・コンセントという概念が導入されていまして、医療行為や医療判断の際に、患者さんが与えられた正しい情報を理解した上で、患者さんの自由な意志に従って不当な勧誘や脅しのない状態で同意です。こういったインフォームド・コンセントを得る場合に、基盤には患者さんに理解ができる能力、あるいは判断する能力があるということになりますので、痴呆患者さんが果たしてそこまでできるかどうかということが大き

な問題となります。

今回は、アルツハイマー型痴呆の患者、家族へのインフォームド・コンセントということで、精神神経科の立場から慈恵医大の繁田先生と、開業されている斎藤先生に、それぞれの立場でお話を承りたいと思います。それに先立ちまして、私自身が以前経験した東京都の社会福祉協議会を運営母体とする「いきいきライフ推進センター」で高齢者痴呆相談室を担当したことがありましたので、そこで多くの痴呆を抱える家族の方から相談を受けた事例を通して、手順を追ってその事例の内容からお話を進めさせていただきます。

まず痴呆がどういうものなのか。とくにアルツハイマー型痴呆が、介護される方達になかなか理解されないという問題と、物忘れを中心とした失敗や、あるいは異常行動や精神症状を伴うような患者さんにどのように対応したらいいか。あるいは医療機関への受診方法、治療の方法とその副作用。最後に社会資源をどのように利用したらいいかといったいくつかの問題点をその中で感じ得ま



齋藤正彦先生

したので、順番にお話を伺いしたいと思います。
まず最初に、先生方にはアルツハイマー型痴呆と診断された場合に、ご家族の方にその痴呆をどのように説明されているかという点からお伺いします。齋藤先生はどのように説明されていますか。

アルツハイマー型痴呆について家族へ

どう説明するか

齋藤 ご家族にはほとんどありのままにお話しします。私は2、3年前に大学を辞めたのですが、大学におりましたところに精神科と一緒に仕事をしていた先生の中には、ご家族にもしばらくして

からお話しをする、いきなりはお話ししないという方もあって、それはショックが大きいからだというお話でした。私は世の中の認識が急速に変わっていて、いわなくても患者さんはアルツハイマーではないかな、と思いながら病院にいらっしやっているとと思うのです。いらっしやる前にいろんな本を読んで調べていらして、しかも本には大抵一番ひどいケースばかりが書いてあるわけです。

ですから、むしろそういうことばかりではないけれど、とにかくアルツハイマーだということはお話ししますし、できるだけ自分の臨床の経験に則して予測できるところは予測します。あまり加工せず、持っている情報はすべて提供します。

岩本 その場合、アルツハイマー型痴呆が医学的にどういう病気なのかという点で、なかなか一般の方には理解し難いところがあると思います。例えば治るものなのかとか、脳がどうなっているのかとか、そういった疑問に対してはどのようにお答えしていますか。

齋藤 私は原則的には患者さんもご家族の方も

並んで2人に説明しますが、写真も見せませすし、検査のデータも両方に示します。先生がおっしゃったように、こちらが思っているほどには理解して下さらないのです。「あれだけいったじやないの」と思っても、ご家族の方も十話したうちの二つか三つしか覚えていないのです。それで繰り返し繰り返し何かが起こるたびに同じ説明を直して、少しずつ認識を修正していくようにします。

精神科医は内科の先生よりはそういうことに慣れていて、分裂病にしろ何にしろ、扱う病気がなかなか正確に理解していただけないので、ご家族が理解できないということにあまりフラストレーションを感じません。

岩本 私の場合は、老年病科で診る患者さんが物忘れで来たときに、その $2/3$ ぐらいが「やつぱりアルツハイマー病だったのか」という受けとめ方をしますが、 $1/3$ は「えっ、アルツハイマー病ですか!」といわれます。それぐらい両極端なのです。

私自身は「脳の神経細胞が急速に失われて、働きが悪くなってきた、やがて身の回りの動作が障害されてくる病気ですよ」とお話ししています。

おそらく繁田先生の精神神経科ですと、もつと精神症状の強い患者さんが来られるかと思いますが、基本的にアルツハイマー型痴呆という病名が付いたときにどのように説明されていますか。

繁田 神経内科の先生のお話をお聞きしたときに、「ご家族だけに説明をしてご本人にはしない」という先生も想像以上にいらっしやって驚いたことがあったのですが、私も斎藤先生と同じで、患者さんが理解できるかどうかは別にして告げなければならぬというのは、精神科医が皆共通して持っているものではないかと思えます。

精神科の患者さんの例ですが、例えば身体を拘束しなければいけないということになると、ご本人は全く同意しないだろうけれど、告げなくてはならないことは法的にも決まっています。そういうことがあるので、私も斎藤先生と同じで、説明のときには家族の方も一緒です。一緒だと家族が



繁田雅弘先生

いろいろ質問しにくいから別にするという先生もいらつしやるのですが、私は一緒に説明します。それは忙しい外来の中でいっぺんに説明してしまうというこちら側の理由もあるのですが（笑）、一緒に入っていたでいて説明させていただきます。

家族に安心感を抱かせる治療方法と生活指導

岩本 そうしますと、ご家族の方は治療をしてくれないかとか、そういうかたちで治療について質問されてくるかと思いますが、治療方法についてはいくつかの選択肢がある中で、どのように説明されていますか。

繁田 まずご家族がすぐ思い浮かべるのは薬です。効く薬があるかという話になるので、日本でも遅ればせながらこういう薬があるので、ひとつの選択肢になりますと申し上げます。よく話をするのは、恐らく脳が変化して出てくる症状の他に、いろいろ体の病気があったり、あるいは環境や状況の関係で症状を悪くしていることが多いので、そういうものを取り除くと、皆さんが想像していらつしやるよりはもつと穏やかで静かな経過になるといってお話をしています。あるいは「お家でどんな生活をしていらつしやいますか」という話を持っていくと、そういうことを理解しようとしてくれるご家族の場合には、ご本人の混乱も割と落ち着いてくるように感じています。薬だけの効果ではなく、これは本人や家族への精神療法と 생각합니다。

岩本 それは先生がご家族からよくお話を聞いたり指導されたりして、だんだんと環境が整備されて痴呆の症状が軽減されるという解釈も成り立ちますか。

繁田 そうですね。そして、診断結果はシヨックだったけれど、ひとつのからくりがわかったというところで、では次にわかった先はどうするのかという気持ちに移っていくところがいいのではないかと思います。

岩本 ある程度覚悟して、落ち着いて治療に協力するということですね。

繁田 「寝たきりになってしまつたのでしょうか」といつても、本来この病気の経過は来年すぐどうこうなるというものではなく、進んではいくけれど、半年、1年で全然違う状態になるわけではないから、ということを繰り返すということ…。

岩本 安心感を抱かせながら全体の治療に当たるといふことになるでしょうか。

繁田 そうなります。

岩本 そうしますと、斎藤先生のところでも同じように薬物療法と並行していろいろな日常生活での指導等はされていますか。

斎藤 もちろんします。また、私もは「ユリの木クラブ」という会員制のデイケアを持つてい

るのですが、それは進行した痴呆患者さんの福祉のデイケアではなく、もう少し精神療法的に介入しようというものです。アルツハイマーでも神経心理学的な障害のされ方はさまざまですので、記憶の障害だけが進んで、抽象的な思考力が保たれる方もいますし、逆に記憶障害はそれほどでもないけれど、そちらだけ進むとか、あるいは言語能力だけが下がってパフォーマンスはよいとか、いろんな方がいらつしやるので、軽い時期に各々の障害のパターンに応じた精神療法的な介入をするというものです。

アルツハイマーだと告知をして薬を使いますが、それと併せてご本人がその病気を受け入れ易いようにします。それから、家族がそういう様子を見ているのですが、家でコミュニケーションが上手にできなくなつたけれど、カウンセラーやミュージックセラピストのような人達の中ではとても生き生きと表現ができる。あるいは言葉ではいえないけれど、限られた数の絵の具を渡して「これで何かを書きましよう」というと、非常に生き生き



岩本俊彦先生

と思います。

岩本 まず診断された時点でご家族の方には診断名と病気の内容についてお話されて、当然薬物療法というところに入ってくると、適用の中で抗痲呆薬である塩酸ドネペジルをご紹介して同意を得ることになると思います。それと同時に繁田先生のお話のように環境を整備したり、あるいは精神的な安定感を与えながら治療を続けていくということ、斎藤先生がおっしゃったようにどういふものができてどういふものができないかを見極めて、できない部分については補いながら、できるものを大事にしていくという考えで接することになるかと思えます。

とした表現をなさる。そういうことを見ているとご家族は、アルツハイマーにはなってしまうけれど、その人の持っているその人らしい命の輝きのようなものに気がつかれるのだと思います。そうするとご家族の気持ちも潤うし、ご本人もフラストレーションから開放されるといふか、仕事はできなくなった、物は覚えられなくなった、だれどこういう時間が持てるということ、自信を持たれるのではないかと思います。そうすると、先ほど繁田先生がおっしゃったように生活が安定してきます。こういう治療の効果を定量的に判定するのは非常に難しいのですが、確かに効果がある

老年病科でも、総合診療システムといって病気以外にその患者さんがどのくらいADLができるかを評価して、できないところをどうするか、できるところはそれをどうやって維持していくかということ、治療を続けているという意味では同じような診療体系になってくると思います。そういった物忘れに対する治療の他に、仮に患者さん

が1日の中で何度も失敗を繰り返すわけですが、失敗が起こったときに「ご家族の方がどう対応するか。その対応のしかたによっても患者さんの精神症状、異常行動が出易くなるのが危惧されるのですが、その点で繁田先生はどのようなアドバイスをされますか。

同じ失敗をくり返す患者に対する家族の対応

繁田 あまり失敗を責めてはいけないという注意点になると思いますが、最終的には家族にどれだけ精神的な余裕があるかという問題だと思います。しよせん家族ですから本人を嫌いなわけではないのですが、1日中失敗に付き合っていると嫌になってしまい、ついいわなくてもいいようなひと言が出る。ですから、私は家族の方に「大変でしょう。大変な中で家のこともしなくてはならないし、ご本人の介助もしなくてはならない」というような話をする時間が長いのです。今考えてみて、具体的に指示をあんまり出していないかと思うのですが、。

岩本 ご家族のうつぶんを聞いてあげるということでもだいぶ違うわけですね。

繁田 そうですね。

岩本 斎藤先生はいかがですか。

斎藤 自分で考えてみて、患者さんに話すように自分の親に話せるかという点、だめですね。私は指導モードに入ることは意識してやめようと思っています。家族教育ということでは、皆集めて家族のために痴呆という病気を理解しましょうというようなレクチャーをすることはありますが、一人ひとりについてはあまり指導的にはなりません。とくに「それをやってはいけません」とはいいません。場合によっては殴ろうと蹴ろうと…。それこそ人権問題ですが、ご家族の方も殴ってはいけないことぐらいわかっているのです。それを改めて「それはいけません」といわれても…。そういう事態になってしまったら、そういう事態になるまで放置していたこちらが悪いわけです。そこまで思っているのだったら施設でケアしてもいいのではないか。在宅が一番ではないのだから、

あなたが抱え込む必要はない」というお話をしました。

岩本 確かに自由にさせておくということも大事だろうと思いますが、失敗し易いような状況なるべく排除するということも大事なことでないかと思えます。例えば、1日の日課が混み合っていたら単純にさせるとか、あるいは昔使った簡単な道具に切り換えるといったことで、ある程度の失敗は防げると思えます。

やはりそういう失敗が繰り返し起こりますと、ご家族の負担もさることながら、ご本人もだんだんとしなくなったり、それがストレスになっていろいろな精神症状、異常行動が出てくるかと思えます。痴呆で必ずしも出るとは限らない症状が一時的になり出た場合、ご家族の方が対応に苦慮することになります。そういった場合いろいろご相談を受けるかと思いますが、斎藤先生はどうされますか。

せん妄、徘徊の患者に対する家族の対応

齋藤 痴呆の精神症状や問題行動というものをご家族は「こういうことがあったのですが、これは徘徊でしょうか」とおっしゃるのですが、徘徊というひとつの行動があるわけではないと思うのです。それはたまたま外から見ただけであって、会社に行くつもりで迷子になったのかもしれないし、意識障害でフラフラしていたのかもしれないし、若いアルツハイマーの方で機械的なというか、常同的な、止まっていられない方がいらつしやいますね。そういうひとつひとつで対応の仕方が違うと思えます。

ですから、痴呆の本を見て「徘徊という症状がある。うちのおじいさんは徘徊だ」と考えるのではなく、どうしておじいさんは歩いているのか、どうして自分の妻あるいは夫は迷子になるのかということと一緒に考えてみるということだと思います。

問題行動や精神症状は痴呆の organic な問題で起こってくるということもあるでしょうけれど、

一方で心理的な要因や環境やコミュニケーションの方法を整えることでカバーできるということもあるでしょう。精神医学的には、非常に体系的な妄想を持たれる方のお話を伺っていると、精神分裂病等の遺伝負因を持っている方もあると思います。そういう方は抗精神病薬が効いたりしますし、一方で単純な物盗られ妄想のようなものに抗精神病薬を使っても効きません。ご家族と一緒にどうしてそういう行動をするのかということを考えてみて、環境を調整できれば環境を調整するし、薬が効きそうなら薬を使うし、どうしてもダメそうなら一時的な入院も考えなくてはいけないと思います。

岩本 そういう反応を示したときに、原因が何かを追求することが有効な手立てを講ずる鍵になるかもしれませんね。

齋藤 そう思いますし、一方で家族に対する精神療法になると思います。やみくもにわけのわからないことをやっているのではなく、おじいさんの目で世の中を見てみれば、そう異常なことでも

ないということがわかれば安心できると思います。**岩本** 夕暮れになってくると落ち着きがなくなってきた、せん妄や妄想あるいは徘徊という症状が出てくることがあります。毎日の繰り返しの場合、ご家族が非常に時間帯を心配されるということがありますが、そういった点で繁田先生はどのように治療あるいは指導をされていますか。

繁田 夕方あたりからソワソワというのは、恐らく軽い意識障害で、いわゆるせん妄ですね。それがあるのであれば、私は薬物療法をすると思います。その効果を見て薬を調節しますが、だんだん深みにはまって、薬の調節がうまくいかなくて、症状も悪くなっていくということもあります。そのときに短期入院をどこらへんでするかということとは、家族にどのくらいの手があって、どのくらい対応できているのか、それこそお嫁さん一人だけで夜中もずっと付き合っていて、昼間は子供の世話でということであれば早くしないといけないでしょうし、割と家族の手があって、家族の希望もあって在宅でということであれば、介護の容量をみな

がらということになります。

せん妄の薬物治療と家族への説明

岩本 恐らく薬物療法に踏み切ると思うのですが、そのときにどういうかたちでインフォームド・コンセントをとるかですね。やはり利点、欠点がそれぞれにあると思いますので、そのへんをどのように説明されていますか。

繁田 ご家族は、例えばそこにはない物が見えたといった症状に驚くわけです。「虫がいる」とか「子供がいる」とか「人がいる」とか。それは日常生活と非常にかき離れた症状なわけです。そういうことをしきりに繰り返し訴えられるのですが、私は「寝るべき時間に眠れなくて、恐らくそういう方は昼間はボーッとしていらっしやると思いますが。起きるべき時間に起きていられない、つまりリズムが乱れているところが一番の問題なので、夜ぐっすり眠れるような状況を何とか作りましょう。そのためには薬というのはひとつのよい方法です。単に意識をなくして寝かせればいいという

問題でもないので、睡眠導入剤よりは精神安定剤というもののほうがよいと思います」という説明をします。

そうするとご家族は「安定剤ですか？」と、睡眠薬より拒否反応が出たりすることもありますので、そのときには「副作用として種類は全然違っていて、むしろこちらのほうが安全な場合も多いのです」という説明をひとつはさまないといけません。そんなかたちで持つていくことが多いですね。

岩本 それ以外に、例えばもう少し強めに抗精神病薬を使われることがあると思います。そうすると錐体外路症状が出てくることもあるかと思いますが、そういう説明はされますか。

繁田 します。それはいわゆるパーキンソンみtainな症状だというとまた話がややこしくなりますので、私は「手足の筋肉がこわばって動きがぎくしゃくすることがある」といいます。「それが出て、それで手足がどうこうなるわけではないので、それが出た場合には薬を取り替えるなりする

方法がありますから、出たらすぐにいって下さい」と説明します。

岩本 ある程度の副作用を説明して、注意しながら扱いますよというかたちになるわけですね。

繁田 はい。関係ができていないときに、副作用が出て、医者には黙って薬をもらっているけれど、薬は飲ませないで様子を見ているという家族もときどきありますので、説明しておいたほうが後々いいと思います。

岩本 そういう中で、例えば先ほどのように昼間ウトウトして夜目が覚めてということもしばしば経験されますので、日中どのような生活をするかということ、それなりの指導が必要になってくるかと思えます。斎藤先生はデイケアなどをやられていますか、デイケアをよく利用されていますか。

病状、その人に合ったデイケアを

斎藤 私どものクリニックにいらっしゃる患者さんは、恐らく先生方が頭に描いていらっしゃる

アルツハイマーよりもずっと早い時期にいらっしゃっていると思います。東大の外来で診ていたよりははるかに早い時期にいらしています。ですから、いわゆるデイケアは無理なのです。行くところには痴呆の方がかりだ。私はああいうふうになるのか」と聞かれます。アルツハイマーという話は患者さんにもしてあるのですが、それではよいイメージが描けないのです。

私達のデイケアは非常に短時間ですが、病気のことをわかってもらうために治療的に介入するので、昼間起きて活動するというような生活を整える役割はあまり果たせません。むしろ非常に短時間、割と高額なお金をいただいでやっております。

しかし、ある程度進行して、地域のデイケアやデイサービスを利用できるときにはなるべく勧めるようにします。ご家族もその間手が離れますし、「介護保険になって、どうせ保険料を取られていくんだから使いなさい」というのがご家族にとっては割とよいようです。そういうデイケアやショートステイのように、患者さんを自分の手元から

離して休むというケアを早めに導入すると、生活のリズムを整える上でそうですが、ご家族が長続きするというか休みが取れるという意味でも大切だと思います。

岩本 そうしますと、デイサービスを含めた社会資源、福祉資源をどういうかたちで利用するかといったところのアドバイスも種々伝えながら、ご家族と相談して利用するということになりますね。介護保険が導入されてからは、そういった面ではいろいろな社会資源を利用できるようになって、介護する方の負担も軽くなってきたてはいると思いますが、患者さんご本人がデイケアに行きたいがらない、自分の意思で決めたいわけではないということ、しばしば抵抗して行きたがらないということが聞かれます。

そういう場合に、それこそインフォームド・コンセントではないですが、患者さんを無理矢理連れていくように勧めるかどうかです。私の経験ですと二、三回取りあえず連れていってもらって、それで慣れる方と、どうしても慣れずに結局続か

なかったという方がおられました。どのようにして社会資源を利用したらいいかということも含めて、本人へのインフォームド・コンセントのとり方が問題になってくるかと思いますが、斎藤先生、そういうご経験はございますか。

斎藤 たくさんありますが、インフォームド・コンセント云々は意思能力のある間の問題だと思います。むしろ問題は、きちんとした意思能力が保たれている間に行けるようなデイケアやデイサービスが少ないということです。わからなくなってしまうと、それを何時間か預かってくれるというデイサービスやデイケアはたくさんあるのですが、インフォームド・コンセントが問題になるような能力があつて、「私はああいうところには行きたくない」とはつきりおっしゃって、その人の意思を尊重すべきときに、多くの場合「嫌だ」とおっしゃる理由がよくわかります。私も嫌だと思つようなデイケア、デイサービスがたくさんあると思います。

岩本 それは重度の痴呆の方ばかりがいて…。

齋藤 ということもありますし、サービスを提供する側があまりに何も考えていないというか。何が悲しくて風船玉でバレーボールをして若い人にキヤーキヤーいわれたいか。年齢をとつたらもつと穏やかに暮らしたい。痴呆にならなければもつと知的で穏やかな生活ができたかもしれないのに、トレーニングシャツを着せられて、毎日毎日学芸会のようなことをさせられて…。私はあれはとも失礼な話だと思えますし、重度の方にももつとよいサービスを提供すべきだと思います。

岩本 その人に合ったサービスを提供すべきであるということですね。

齋藤 そう思います。せつかく医療機関がやるデイケアと、もつと進行した人を対象に福祉がやるデイサービスを分けているのですから、医療機関はもう少し痴呆のことをきちんと理解して、一人ひとりにきめの細かいサービスをすべきだと思います。それはなにも人件費の高い医者がやらなくて、工夫次第でやりようはいくらでもあると思います。先生のご質問の主旨とずれてしまいま

したが、そういう点が非常に難しいと思います。それから先生がおっしゃったように、現実的には二、三回行ってみてだめならそれは無理押しをしないと、仕方ないと思います。

岩本 地域にもよりますが、そういったサービスセンターがたくさんあれば、またそれなりに巡回して選択してもらおうということになるかと思えます。そういう意味では地域差がずいぶんあるような気がします。社会資源を利用すれば介護者のほうの負担も軽くなるということで、これから先、なるべくそういった資源を利用しながら、永く痴呆患者さんとお付き合いすることになってくるかと思えます。

これは最も重要な問題なのですが、アルツハイマー型痴呆の患者さんにどのように病名を告知するか、正確に言つと病名が症状かのどちらかを告知しなくては治療が成り立たないと思うのですが、そういった意味で、もちろん重症度にもよりますが、どのような考えで病名を告知されているかについてお話を伺いたいと思います。

アルツハイマー型痴呆患者さんに

どのように病名を告知するのか

繁田 自分がインフォームド・コンセントをしているとかしていないとかという意識は普段はあまりなくて、精神的な意識で、「この患者さんだったらどのくらいまで理解できるかな」という感覚でやってしまっていると思いますので、今日の座談会を機会に、もっと本格的に考えようと思うのですが（笑）。

例えば軽症の患者さんで、進行性に健忘が来ているけれど、思考判断力の低下はあまりない。仮に知能テストをしてみてもIQが正常者の平均以上にできるという人は、いわゆる国際的な診断基準だと痴呆にはならないわけです。ただ、進行性の健忘があるということは脳に何らかの事件が起こっているわけです。そういう人にどうするかということですが、これは自験例ですが、「ここ半年ないし1年でああなたが経験していると忘れのひどさは、なにがしかの病気がある可能性がある」という説明をさせていただいて、「何年か経過を

見れば診断ははっきりするかもしれない。その前にいろいろお考えになることもあるかもしれない治療としても、薬等は早く始めたほうがいいものがあるのでは、お考えになってみて下さい」といいます。これは私の経験的な部分も大きいのですが、MRIを撮らせていただいても、これといって問題は無い。放射線科は正常範囲で回答を書いてくるわけです。よく見れば萎縮があるかもしれないけれど、病的な範疇にはならないという人にそこまで話をしたら、その方から「アルツハイマー」という言葉を出してきました。

「アルツハイマー病なんでしょうか」とおっしゃれば、「痴呆というのはたくさん種類があるけれど、その他の痴呆、例えば血管が詰まって起こるものなどではなさそうで、実は私もアルツハイマー型を一番の診断には考えています。今はつきりとした証拠があるわけではないけれど、その可能性は高いと思います」と説明して、「もしそうだとするならば、治療法としてこういうことがありますし、経過は人によって違うし、早い人もい

れば遅い人もいるでしょうが、数年から十数年という時間が経てば、今考えたり判断したりして普通にやっていることが恐らくできなくなるでしょう」というお話はしました。

岩本 その場合、ご本人とご家族の方と一緒に話したのでしょうか。

繁田 一緒にしました。初めていらしたときにはご本人一人だったのですが、できれば奥様に来ていただいたほうがいいでしょうということに来ていただきました。

岩本 その場合、ご本人の受けとめ方とご家族の受けとめ方で、同じだったでしょうか。

繁田 やはり、予想はしていても、改めて検査をして、医者からいわれてしまうと、受け入れるには時間が必要だと思います。その方ご本人は、しばらくは抑うつ的でした。時間をかけて受け入れていきました。

岩本 告知されていきなり、「一緒に病氣と闘おう」というような反応はすぐには出てこなかったということですね。

繁田 そうですね。そこまではせかさないうほうがいいと思います。理屈ではなく、「情緒的」に受け入れるには時間が必要ですから。

軽度認知障害（MCI）患者への対応

岩本 最近、痴呆の診断基準には合致しないけれども多少認知障害があるという患者さんを *MCI* (cognitive impairment (MCI)) という言葉で呼び始めていて、その方達の疫学調査はまだ十分行われていないし定義もまだはつきりしていませんが、いくつかの地域での調査結果では、1年なり2年経過すると、そのうちの1〜3割ぐらいがアルツハイマー病に移行するということが報告されています。そういう意味では、心の準備としてこれから少しずつ物忘れが進む可能性があるということでお話しされれば、ご本人やご家族もそれなりの心の準備ができるのではないかと思います。実際にアルツハイマー病に間違いないという状態で、患者さんがそれをどう受けとめるかということになりますと、多くの軽症アルツハイマー病の

患者さんを診ていらっしやる齋藤先生の場合はいかがですか。

齋藤 私のところは繁田先生がおっしゃったような説明を日常的にいたします。それは確かに臨床的な診断基準に合わせればアルツハイマーとはいえないけれど、MCIの1〜3割とおっしゃいましたが、MCIが新しい概念というのは、そういうことが医療に引つかかるような時代になったというだけで、もともとそういう人はたくさんいたと思います。

私どものところにはいらっしやる方で、MRIは何でもなくて、SPECCTの診断だけが限りなくアルツハイマーに近いという場合は、サイコメトリーをしても繁田先生がおっしゃったようにIQは100を十分に超えているし、Wechslerのメモリースケールなどで、やはりこれは普通の物忘れではないということになった、あるいは抽象的な思考のパターンが崩れるといったところでしかいえないようなときには、アルツハイマー病とは申しませんが、全部のデータをお示しします。私達

のところはWAIS RとWechslerのメモリースケールとCOGNISTATという変わった心理検査を行います。WAIS Rのプロフィールというものは、例えば単語問題や知識問題など、普通の人が見ても何をいつているのかわかりませんが、COGNISTATという検査は老人用の心理検査で、WAISをばらしているいろいろ組み合わせたようなところもあるのですが、抽象思考、判断、記名力、言語の理解、復唱等、素人が見てもわかるような分類のサブスケールになっていっています。

そのプロフィールを見せて「普通と違う。これは病的だ。ただしその病的な点についてはMRIを撮ってもわからない。わからないけれど、臨床的な経験からすればこれは進行する可能性がある」ということは申します。

繁田先生がおっしゃったように、大抵の方はアルツハイマーですか」とおっしゃいますので、SPECCT等でその可能性が高ければ「その可能性は高い」といいますし、そうでなければそうでないのいい方をします。ただ、患者さんへの説

明は結局1回ではだめで、何度も通っているうちにできてくるということでした。

最近重要だと思っるのは、ご家族に対して一度説明した後で、ご家族だけに会う機会、患者さんだけに会う機会の両方がないとだめだということだと思います。家族の前での患者さんの態度と1対1になったときの態度は明らかに違います。ご家族の前では「大丈夫です。家内が心配しすぎです」とおっしゃっていても、マンツーマンになるともっと深刻に心配していらして、「実はこういう失敗をした」とか「部下に『部長は一人では出させません』といわれたのだけど、どういう意味だろうか」とか、奥さんの前ではいえない話がたくさん出てきます。介護者も患者さんの付録ではなく一人の人として見ますし、患者さんも家族に寄生しているおまけではなく、その人一人として見てあげるということが大事だと思います。

岩本 ある程度時間をかけてコンタクトをとりながら、もちろん経過も見ながら、そういう病気になるまでの話をしていくわけですね。

齋藤 そうです。それと、半年ごとに心理検査をすることになっているのですが、そうするとグラフを比べてみれば、サイコロジストが6カ月前と今回の検査を比較し易いように示してくれますので、これだけ進行したとか、またアリセプト[®]を飲んでよくなったという人が案外いるのですが、よくなったというところが見えれば本人にとっても励みになるし、進行していけばアルツハイマーをもう一度確認することになるでしょうし、こちらの説明もときに応じて変化していきます。

岩本 アルツハイマー病の治療も進行する程度られてくるため、こういった抗痴呆薬ができてからは、なるべく早期に診断して、治療しようという考えが広がってきたからだと思います。ですから、先ほどのMCIの話も、MCIのどれくらいの方がアルツハイマー病に移行するのか、そのMCIのハイリスクグループをどうやって見つけたらいいかということ、その検出方法が今さかに研究されているところです。

私の場合は、アルツハイマー病にかかった時点

でかなり高齢の方が多くですし、アルツハイマー病という言葉を出しても、なかなか病気そのものが理解できないような状況の患者さんばかりですので、あえて患者さんにはアルツハイマー病とは今のところ告知してはけません。ご家族の方にはアルツハイマー病で今後こういうことが起こり得るという話はしているのですが、ご本人の前では「物忘れが進んでいますよ」とか、病名の告知ではなく、症状の告知で終始しています。確かに痴呆を改善する、元に戻すという治療薬が開発されれば堂々と「これはアルツハイマー病ですから、こういった治療法があります」といえると思いますが、現段階ではそういった話ができません。どうしてもアルツハイマー病という陰惨なイメージを抱かせるような病名を私自身躊躇していけないのが実情です。

今後こういった痴呆の患者さんや家族の方にインフォームド・コンセントをとる場合のあり方というか、今後の展望についてお話を伺えればと思います。

インフォームド・コンセントと

フォーアアップの重要性

繁田 先生方が病名をおっしゃるときに躊躇される理由は、いったことでショックを受けてしまうのを一番危惧されていると思うのです。

岩本 そうですね。かなり混乱を招くことがありますので。

繁田 確かに理解力や同意する力は、なかなか測りにくいところがあると思います。症状がある程度進んでいるとすれば、話してもわからないかもしれません。しかし、話して内容を一部でも理解するとすれば、患者さん自身の浅い理解がもしませんが、それをサポートすることで結構家族と一緒にいてこられるような気がしているのです。

例えば中等症に近い軽症の方で、女性の患者さんで50代後半ぐらいだったと思いますが、ご主人がいつもいらっしやるのですが、本人は非常にとまどって混乱していらっしやるのです。私は以前から、分裂病の人でも他の精神科医より病名をい

う方でした。失敗もたくさんありましたが(笑)。アルツハイマー型痴呆の場合でもそうです。病気の説明がご本人はよくわからないのですが、何回か説明するうちに、患者さん自身で、「どうも今までやっていった家事がうまくできなくなるのは、この医者がいった外人の名前のような病気のせいなんだ」ぐらいには思われているような気がします。その病気に關しては、ご主人が全面的に協力もしてくるし、医者も薬を出したりしてくるので、今できることはそれを続けていこうという気持ちになられて、やはりいつてよかったような気がします。

後から結構いろいろサポートするのが面倒で、そこまではやっていられないという先生はいくばきではないと思います。ただ、付き合っているということであれば、むしろいつた後、これはご専門でない先生方にお勧めしたいのですが、「前回の診察のときに話を聞いてどう感じましたか」ということを必ず診察の初めに一つ入れると、そこから話が發展していつたりしますし、家族がい

ろいろ聞いてくれたりもしますので、今まであまり本人に説明していらつしやらなかった先生の場合はそれをさむといいと思います。それをしないでいい放つというのはもちろんよくないと思います。

岩本 先生のおつしやるように、病名を告知しても、その後のアフターケアが大事だということですね。病名を告知して「はい、それで終わりです」ということではなく、これからいろいろな治療が始まるんだという気持ちですつとフォローして、患者さんや家族の方達と一緒に病氣と闘うということが大事なのだと思います。その点で齋藤先生はいかがでしょうが。

齋藤 私もそうだと思います。その後のフォローの問題だと思うのです。私自身は告知できるかどうかは患者さんの要件よりは医者の能力というか、フォローできる時間があるかどうかということを含めて、医者の側の要件だと思っています。それと、インフォームド・コンセントという概念があまりに患者さんの権利ということではかりいわれ

て、契約云々で、「言ったんだから私には責任ありませんよ。あとの決定はあなたのせいですよ」という態度は、私はまずいと思います。

アメリカのインフォームド・コンセントの概念は多分にそういう感じがあります。例えば癌の告知をするときに、「うちの大病院でこのステージ癌の生存率は何%」とか書いてあったりするわけです。「5年生存率何%」とか。実際にはあれは無理だと思えます。精神科医はとくにそうかもしれませんが、今はそれぞれの専門領域の話を理解して自分で選択できるかというと、医者であってもできないですね。ましてやアルツハイマーの患者さんが自分で治療法の選択など、実際はできないと思います。

医者の側がいくつかの選択肢をきちんと考えて、副作用の問題等も含めてそれぞれのリスクを説明して、患者さんの決定に医者が責任を持つという信念がないと、スーパーマーケットで牛乳を見て「こっちの牛とこっちの牛でどっちがいいでしょう」というようなわけにはいかないと思います。

そう考えれば、逆に患者さんに話をしていったほうがやり易いかなと思います。精神科医は患者さんと話をするということに慣れていないからではないかと思いますが、とくに最初の段階で分裂病のトレーニングを受けるので。

病名告知と任意後見制度の活用

岩本 病名告知の問題で、法律的なトラブル等は生じたりしないでしょうか。

齋藤 アルツハイマーに関してはほとんどないと思います。これから問題になるとすれば治験のことだろうと思います。インフォームド・コンセント、インフォームド・コンセントといって意思能力のない人にサインをさせて「本人の同意があった」というような風潮になると、アルツハイマーですよといわれてもわからない人に「アルツハイマーの薬の治験をします。治験というのはこういうものです」といっても、相手は何もわかっていないのに、「新しい薬を試してみましようね。名前書いて下さい」というのも…。だから、「こ

れでおしまい」というようになると、先々むしろそちらのほうでトラブルが起きる可能性がありません。

岩本 要するに同意文書を本当に理解して同意しているかどうかということですね。

齋藤 そう思います。

岩本 当然そうなりますと、自分はアルツハイマー病であるということが知らされますし、あるいは最近では院外処方でもアリセプトを出す、処方した薬局のほうから「この薬はアルツハイマー病に対して使われている薬です」という表示がされていますから、ご本人の目にとまると思います。そのへんで、主治医はいいそびれていたのに処方された薬局で告知されたということも起こってきかねない状況にあるかと思えます。

これはどう解決したらいいかまだわかりませんが、もうひとつは知る権利と知らされたくない権利の2つがあると思います。ですから、例えばあらかじめまだ判断能力がある時点で、任意の後見制度や事前指示というものも今後導入され、広ま

ってくるのではないかと思いますが、成年後見制度について齋藤先生のお考えをお聞かせ願えますか。

齋藤 任意後見の制度や補助制度のような本人の意思で財産を信託するという制度ができていたのですが、予想ほどは伸びていないのです。やはり禁治産・準禁治産制度のときと同じような使われ方しかしていないのですが、しかし早晚やむを得ず使うようになると思います。

というのは、単身の高齢者や高齢者2人の世帯で、片方がアルツハイマーになって片方寝たきりになるような世帯が増えてくるわけです。そうすると必ず、好むと好まざるとに関わらず、5〜10年すればわかる人にはいわずを得なくなるのではないかと思えます。

岩本 まだ成年後見制度が変わってから日が浅いので、普及していないのでしょうか。

齋藤 普及していないのと、財産に関する考え方が、まだまだ財産は家に属するという感じなのではないでしょうか。

告知のフォローは質問の活用から始まる

岩本 『遺言のすすめ』という本が出ました。

今、任意後見制度があるということに触れ、この『遺言のすすめ』のようにまだ健康なうちに自分の意思表示をすることができると、このような制度を広めていただきたいと思います。やはりアルツハイマー病という病名を告知した以上は、その後十分なフォローアップ、アフターケアが必要になるというお話を伺い、このへんをとくに今回の座談会で強調したいと思います。

繁田 ひと言だけいいでしょうか。よく本には

「十分なフォローアップ」ということが書いてあって、すごく大げさで難しく受けとられる先生がいるかもしれませんが、そんなことはないと思うのです。患者さんに会って、「先日はびっくりされたでしょうね。この前病名を聞いてショックを受けられた部分もあるんじゃないですか」というひと言のサポートを続けていくということで、十分にやっていけるのではないかと思います。精神的なアプローチが必要であるというように大

上段に構えてしまうと、やっぱり告知は難しいということになりがちですが、決してそうではないと思います。

岩本 同じ目線でお話しすることも大事だということですね。

繁田 そうです。「病名を聞いて、お気持ちはどうでしたか」というようなことで十分だと思います。続けていくということが必要なのです。毎回お会いしたときにその質問が1つ入るだけで、先生と患者さんの関係は保っていけるのではないかと思います。

岩本 貴重なご意見でまとめていただきました。本日はお忙しいところをありがとうございます。

(了)

(2001年10月5日 収録)