

■ 編集だより

編集後記

認知症高齢者の増加に伴い、精神科病院に入院する認知症患者が増加している。平成 26 (2014) 年の精神科病院疾病別入院内訳では、統合失調症圏が 16.6% で第 1 位であり、認知症総計は 7.7% (アルツハイマー病 4.7% と血管性認知症など 3.0%) で第 2 位であった。

1980 年代後半に筆者が精神科認知症入院病棟を担当した当時は 60 歳代から 70 歳代の患者が中心であった。現在勤務する病院の認知症部門は、入院・外来とも 80 歳代から 90 歳代の患者が多い。特に認知症病棟は平均年齢 80 歳代半ばである。進行期の認知症に伴う行動・心理障害 (BPSD) を主訴として入院してくるが、脳形態画像上は脳萎縮に加えて陳旧性脳梗塞を認め、せん妄を伴い、身体面では心房細動、慢性心不全、逆流性食道炎、慢性腎疾患など複数の疾患をもっている。80 歳代半ば以降になると認知症の基盤となる変性疾患の臨床診断は困難である。内側側頭葉萎縮があっても、アルツハイマー病か、神経原線維変化型老年期認知症 (SD-NFT) などが、簡易に鑑別する方法がない。抗認知症薬を 85 歳以上の高齢者に適正に使用するためには、①アルツハイマー病を正確に臨床診断すること、次いで②身体合併症を評価することが必要であると自戒している (ここでは問題を単純化するためにレビー小体型認知症については言及しない)。

精神経誌第 121 巻 4 号に「認知症医療に求められる倫理」の特集 4 本 (2018 年の日本精神神経学会総会でのシンポジウムの proceedings) が掲載されている。このなかで「認知症が進んだ段階の治療法の選択 (田口真源会員)」と「認知症のエンドオブライフ・ケア (小川朝生会員)」は大変興味深い内容である。精神科外来と入院で重度認知症状態のアルツハイマー病を診療する機会は増えているのでここで改めて紹介したい。

「認知症が進んだ段階の治療法の選択」では、抗認知症薬の「出口戦略」として、「認知機能低下や身体合併症が進行した時期に抗認知症薬の使用中止を検討」することが具体的に記載されている。患者ごとにリスク・ベネフィットを検討することは当然のことだが、現場では実行しにくい状況がある。また、せん妄に留意する必要性を指摘している。

この「認知症が進んだ段階の治療法の選択」の手順を一層明確化した「重度認知症患者に対する抗認知症薬の適正使用 (減量と中止のタイミングを考える) アルゴリズム (手順)」 (https://www.nisseikyoo.or.jp/images/about/katsudou/hojokin/h30_14_report.pdf 参照 2019-05-05) が平成 31 年 3 月に日本精神科病院協会から公表された。これは同協会が受託した「平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金 循環型の仕組みの構築にむけた円滑な退院・退所や在宅復帰支援の推進に関する調査研究事業」の成果 (https://www.nisseikyoo.or.jp/images/about/katsudou/hojokin/h30_14_report.pdf 参照 2019-05-05) の一部をなしており、有識者によるエキスパートコンセンサスで作成されたという。

この手順書は、「我が国における 85 歳以上の認知症患者に対する抗認知症薬の処方率は 48% と他の国に比べても高率である」と指摘し、有害事象の管理の重要性を述べている。

一方、「認知症のエンドオブライフ・ケア」では、認知症患者本人を中心としてアドバンス・ケア・プランニングを実施することと家族への支援の重要性が記されている。「認知症の緩和ケア」チームを運営している会員がおられれば是非とも本誌に投稿していただきますようお願いいたします。

認知症の臨床経過を十分理解したうえで患者家族を支援することは精神科医の重要な仕事になると考えられる。