

認知症医療に果たす老年精神科医の役割

| 池田 学 Manabu Ikeda

本誌には2022年にICD-11の解説シリーズ(124巻11号)において、認知症の位置づけを巡って大きな変化が起きた(精神疾患の中から認知症が外されかけた)こともあり、認知症医療における精神科医の果たす役割について私見を述べた。その後も、この領域ではパラダイムシフトが急速に起きつつあるので、今回は現在の状況を、特に若い世代の本学会員の皆様に伝えることをめざしてみたい。

2023年6月には、『共生社会の実現を推進するための認知症基本法』が成立し、2024年1月1日から施行された。その目標は「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会(共生社会)の実現の推進」であり、予防や診断と治療に偏るのではなく、本学会の理念の1つである「患者の人権を尊重して、精神保健・医療・福祉の質的向上に貢献する」に沿った内容となった。本法案の成立に尽力した厚生労働省の医系技官の先生方からも「共生社会の実現を推進するための」という枕詞に込められた思いをお聞きしている。したがって、われわれ精神科医、特に老年精神医学をサブスペシャリティとする専門医は、(当然のことではあるが)当事者と介護者に寄り添い、彼ら彼女らが生き活きと生活できるよう支援する責務がさらに明確になったと思われる。

2023年末には、早期アルツハイマー病を対象に、初の抗アミロイドβ抗体薬が保険適用になった。早期診断と早期治療のタイミングは3、4年以上は早くなり、アミロイドPETか髄液検査でアミロイド病理を確認し、頻回のMRI検査で脳浮腫や微小出血をモニタリングする必要があるなど、きわめて高度な診断技術を必要とするため、認知症医療における精神科医の役割が大きく減少するのではないかと危惧する声もあった。しかし、当事者の認知機能のレベ

ルに合わせた意思決定支援や当事者と介護者間の意見調整、本剤による治療を熱望して専門医療機関を受診するも治療対象外になった当事者や介護者に、別の治療や支援策を提示して寄り添うことができるのが精神科医ではないだろうか。もちろん、われわれが抗アミロイドβ抗体薬と他の治療法の特徴に精通し、MRIの読影技術、通院や医療費の負担などの最新の専門知識をもち続けていることが大前提ではある。抗がん剤の理論的な使い分けや、各々の治療薬の副作用に精通していない医師に治療を委ねようというがん患者はいないはずである。

この抗アミロイドβ抗体薬の「最適使用推進ガイドライン」には、独居の患者に対する配慮が強調されている。現時点で、日本の65歳以上の高齢者を含む世帯のうち単独世帯、すなわち、独居老人は30%を超えている。本剤の対象者だけでなく、軽度認知障害や軽症の認知症の診断の決め手となるADLの評価に必要な信頼できる生活情報の提供者が見つからないことも多い。独居の場合に、服薬管理や万一治療薬による重篤な副作用が出現した場合の対応も、可能な限り整えておく必要がある。作業療法士や精神保健福祉士との高度な協働だけでなく、地域包括支援センターやケアマネジャーとの協力も不可欠である。

現在、日本の軽度認知障害は500万人、認知症は600万人を超えていると推定されている。神経発達症同様にこのようなコモディティーズは上記のような多職種連携だけでなく、かかりつけ医、脳神経内科医や脳神経外科医、老年科医など他科の専門医との協働も必須であろう。当事者の利益を中心に多くの専門職の仲間達と専門医療を提供し続けさえすれば、精神科医は今後も認知症医療に深くかかわり続けることができると思われるし、かかわり続けるはずである。