

認知症基本法施行および認知症施策 推進基本計画を受けた取組と課題

武久 洋三



日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES

個人見解としての問題提起

昨年に続き、認知症に“はっきり効く”薬剤が日本中で行き渡っていない現状を残念に思います。

私は一般内科医の立場でMCIから軽度の物忘れ相談、認知症疑いの方を日常外来で診ていますが、認知症専門医の先生方が、どの基準で診断・治療を進め、どのように説明・合意形成をされているのか、一次診療の現場からは見えにくいのが正直なところです。

アミロイド β を標的に

アルツハイマー病の原因候補とされるアミロイド β 蓄積に着目した新薬（レカネマブ／ドナネマブ）が供されています。投与には腰椎穿刺による髄液検査やPET等での病理確認が前提となり、運用上のハードルが一定あります。

効果と費用：期待調整の難しさ

新薬は「予防的に効果を見込める段階」での投与が想定されますが、非常に高価で、薬効も“進行を幾分遅らせる程度”とする論文も散見されます。

患者・家族への期待値調整と費用対効果の説明は、現場で大きな負担です。

告知のジレンマ：診察室で起きていること

一般内科医として、臨床現場で病名告知をすることで患者が大きく落胆し、その後の治療・生活に影響する場面が少なくありません。

もし病名を早く告げ早く投薬して明確な改善が見込めるなら躊躇はしませんが、特効薬がない現状では告知のタイミングは難題です。

エビデンスと判断：一般内科医の迷い

新薬としての承認は厳格な試験を経っていますが、
レカネマブ／ドナネマブの“アミロイド β 低下”と臨床効果の
解釈をめぐる情報も見受けられます。

一般診療では、何を拠り所に診断・治療を決めるべきか、
迷いを抱えている医師が少なくないと感じます。

初期段階への声かけと生活介入

認知症が進行すれば多彩な症状がみられますが、初期はMCI的な訴えが主体です。

まずは「病気と決めつけない」声かけ（加齢と物忘れの説明、活動・学習の推奨）から始め、生活介入を丁寧に勧めています。

「病名→薬」の単純なものではないのが認知症の難しいところです。

お願い：運用プロトコルを教えてください

告知の言葉と段階付け／適応・開始・中止の基準／髄液・PET
の運用とアクセス／説明すべきポイントと期待調整——
一般内科診療でも迷わず運用できる運用プロトコルをご教授願
いたい。