



田中三津子氏

認知症は診ていないと答えた医師でも5~6%ありました。つまり認知症に気がついていても、診療に繋がっていないケースがかなりあることがわかりました。

その原因を考えますと、通常の診察で忙しいのに、時間や手間のかかる認知症診療にはとても時間を割けないとの声が聞こえてきそうです。開業医の先生ですと一人あたり5分~10分で診察しないと間に合わないという現実があり、この時間でどのように認知症にかかわっていただくかが課題となります。先ほど田中先生のご発言のように、「一日に何度も受付に来る」などは受付で気がつくことです。看護師やコメディカルの方に、認知症を疑うことがあれば医師に報告することを教育することは有効な方法だと思います。医師も診察のたびに認知症に関して聞きとる必要はありません。認知症のスクリーニングのための簡単な質問句をいくつかを決めておいて、年に1~2度聞いていただくだけで、かなり早期発見はできると思います。

中川 田中先生、具体的に福岡県で、いま櫻井先生がおっしゃったように、受付の方とか業務をされている方から、「先生、あの人、最近しょっちゅう来てますよ」とか、そういう啓発活動を

開業医の先生にしているとか、そんなことはないですか。

田中 まだそこまではやっていませんが、今、そういうご意見を伺ったので、ぜひやっていこうと思います。

櫻井 コメディカルの方は、実によく見えますよね。

田中 はい。

中川 「〇〇さんは、最近、ちょっとおかしいですよ」ということは言ってくれますよね。薬をしょっちゅうなくしているとか、今までなかったのに最近よく薬を早めに取りに来るとか、そういうこともあると思います。高橋先生のところでは、先生は苦い思い出とかはないでしょうから、ぜひ皆さんに知っていただきたいことはありませんか。

かかりつけ医と認知症専門医との連携—盛岡市の場合

高橋 盛岡では、かかりつけ医の先生方でも多くの先生方が、認知症を診療してくださいます。専門医ではない先生でも、早期発見・早期対応で、BPSDにも対応して下さっている先生が少なくありません。

中川 盛岡の先生方には感心しますね。

高橋 すると、その診療所のスタッフも認知症を理解できるようになるんですね。「先生、この人、薬が残っているはずなのに受診したり、受診時の会計ももたついているので、認知症じゃないか」とスタッフに指摘されて気づいた、などと、かかりつけ医の先生から紹介になってくることがございます。おそらくかかりつけ医の先生が、「この人、認知症なんだよね」と早期診断してお薬を出すと、スタッフも「こういう人が認知症なんだ」と気づいて、特にスタッフを啓発しなくても自然にコンセンサスが出来てくるみたいですね。

中川 盛岡の場合は、先生がおっしゃったようなスクリーニングシートを開業医の先生方にも、配られているんですか。

高橋 それまでは、改訂版長谷川式とかMMSE (Mini-Mental State Examination) に近いような健診をやっていたのですが、特定健診が始まって、医師会の先生方から、検査時間の短い検診法を考えてほしいといわれて、それまで有効だなど思っていた「最近のニュースではどんなことがありましたか」に加えて、もの忘れの項目とうつの項目を決めて、6項目でスクリーニングすることにしました。簡単なスクリーニングを通じて、こういう人がMCI(軽度認知障害：mild cognitive impairment)なんだ、こういう人が認知症なんだというのがわかっていくと、かかりつけ医の先生方がどんどん興味を持って、見つけ出してくださるようになります。

中川 そのときに見つけて、認知症の専門医に紹介されるのですか。

高橋 岩手県では、患者さんの数の割に専門医が少なく、医師そのものの数も少ないという現実がありますので、それこそさっき先生がおっしゃっていたように、耳鼻科の先生にも眼科の先生にも認知症を診てくださいねというスタンスでお願いしています。少なくとも内科の先生には、すべての患者さんを紹介するというのではなく、早期発見、早期対応を軸にして、周辺症状、BPSDまで、かかりつけ医の先生が診てくださいという、かかりつけ医主導の認知症医療を掲げて、ここ7年ぐらい活動してきております。もちろん、困ったときには、私たち認知症疾患医療センターにご紹介していただき、その時には、ウェクスラーのメモリースケールと、改訂版長谷川式、MMSE、ハミルトンうつ病症状評価スケール、頭部CTと、神経学的な診察、さらに甲状腺までを紹介されたその日に行って、アセスメントを付けてお返しするというメモリークリニックを行っています。そのときには、か



堀 匠氏

かりつけ医の先生と同じ目線で返事を書くことに気を付けています。

中川 そうですね、その返事の内容がポイントですね。

高橋 そうですね、画像診断はかかりつけ医の先生も撮れるCTのみとして、なるべく、私が書いた回答の内容をかかりつけ医の先生方が復習し、次回、同様の患者さんが来られたら、今度は自分で診断できるサポートになることを心がけています。MRIのVSRADでこうだからとか、スペクトでこうだからという返事を返してしまうと、かかりつけ医の先生は「MRIやスペクトで診断を付けるのなら、自分たちにはやはりちょっと荷が重いな」となってしまうので、必ず診察とCTで紹介元の先生もわかる所見でお返しして、「先生がこういうように思っている通りこうですよ」とか、「こういうお話を聞くとこういうような回答が出ますよ」というようにお返しすることを気にかけています。

中川 岩手県は、認知症診療の連携では医療先進県になっているようですね。田中先生、福岡市医師会としての取り組みについて、ご説明いただけますでしょうか。

座談会

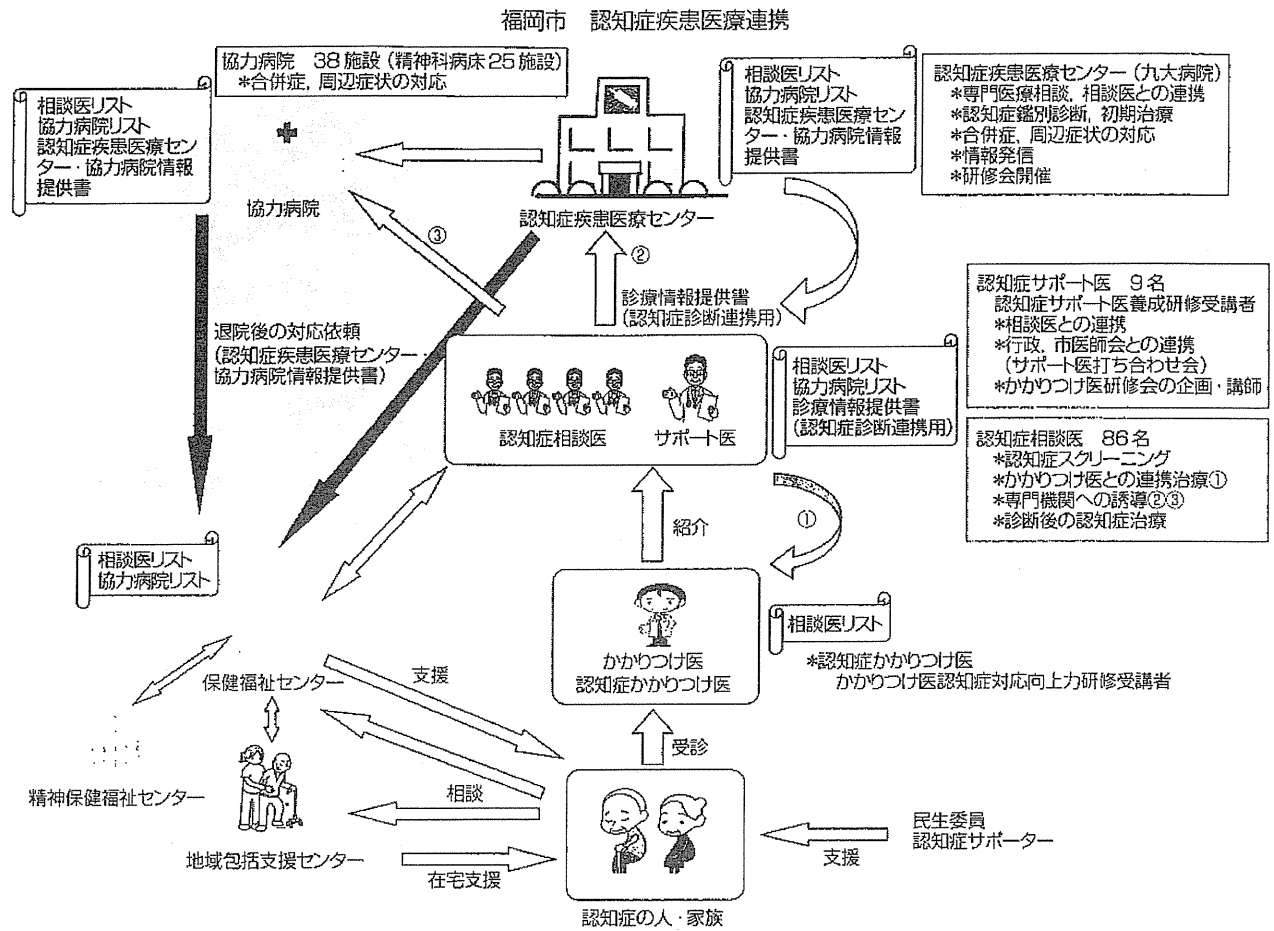


図 2

かかりつけ医と認知症専門医との連携—福岡市の場合

田中 お手元の図をご覧ください(図2)。現在、福岡市の人口は約140万人で、これは、ひとつの都市型の連携例だと思います。ご存じのように認知症疾患医療センターが全国150カ所に設定されることになっていますが、福岡市では九州大学病院が認定されまして、センター長には神経内科学教授の吉良潤一先生になっていただいています。そこで、福岡市の行政と九大の認知症疾患医療センターと福岡市医師会という、この3者で連携してやりましょうということが、2年ぐらい前から始まりました。

最初は、中央区というひとつの区をモデルとして始まったんですけども、私は去年からこれを引き継ぎました。現在、福岡市には認知症の患者さんが約2万人いるとされていますが、九大病院は非常に患者さんが多いところなので、医療センターだけにかかりつけ医から患者さんが集中しますと当然無理があります。そこでこの図の真ん中にあります「認知症相談医」という福岡市独自で別に決めたポストを置いて、いわゆるワンクッション置きましょうということにしました。図のいちばん下からみますと、患者さんやご家族が普段かかっているところに認知症の相談に行ったり、そこで見つかった場合には、かかりつけ医の先生が相談医にご紹介するわけですね。この相談医の先生に

は、認知症のスクリーニングをしていただいて、そこである程度、治療と診断をしていただきます。ある人はかかりつけ医と連携して投薬を決めていただいて「引き続きこの治療をお願いします」とか、患者さんによっては「相談医の方には3カ月に1回来てください」とか、ほとんどの症例をかかりつけ医と相談医の連携で診ていただくようにしました。

また診断が難しい症例は、相談医の判断で医療センターに紹介していただきます。これもここに書いてありますように、認知症診断連携用の決まった情報提供書(図3)を作っておりますので、これをFAXして紹介していただくこととなります。そこで、医療センターの方で鑑別診断や治療方針を決めていただいて、また相談医と連携して治療を行っていただきます。

それと、左のほうに協力病院というのがございます。入院が必要な場合など医療センターだけではとても数を捌けない場合があると思うんですね。あと、患者さんが遠方で受診できないなど地理的な問題があります。幸い、福岡市には医療センターと同じくらいの機能を持った病院がいくつかありますので、症例によっては医療センターのほうから指定の協力病院にそのままその患者さんを紹介するという形があるかと思えます。こういう縦のピラミッド型の連携を作っています。大半は相談医とかかりつけ医が連携してふるい分けをしていただくこととなります。

現在、行政のほうで、かかりつけ医認知症対応力向上研修というのを行うようになっていますが、認知症相談医というのは、その講義を受けられた先生方で、こういう初期診断をやりましょうという方であれば、公募でなっていくことができます。それとは別に、普段から専門にやってらっしゃる先生方には福岡市医師会のほうから推薦でなっています。ここにサポート医というのがありますけれど、

これは相談医のなかの代表の先生で、行政が義務づけている認知症サポート医養成研修を受けていただいた方で、ほとんど専門的に普段から認知症を診ていらっしゃる先生方です。

福岡市は7区ありますから、だいたい区に相談医が10人前後、そしてサポート医が1人から2人ぐらいで連携していただいています。もちろん区を超えて相談医に紹介するのも構わないわけですが、かなり大きい団体になりますので、ある程度、区単位でサポート医の先生に相談医をまとめていただいています。今区単位で、メーリングリストを作っています。メーリングリストを利用してサポート医から相談医への連絡、患者さんの紹介、相談医同士の相談にも活用していただけます。それとは別に、各区のサポート医間のメーリングリストも作ってあります。そういうので連携していただいて、たくさんのお患者さんをかかりつけ医に紹介して、診ていただくという形にしています。

中川 これをつくるのに、どのくらいの期間がかかっているんですか。

田中 私が受け持ったのが去年の6月ですが、その前にもある程度できていましたので半年くらいです。図の中に、巻き紙の絵がありますけれども、これは、このリストがその先生方に行くということです。認知症相談医のところには相談医リストと協力病院リストと医療センターへの診療情報提供書が行くわけですが、かかりつけ医のところには相談医リストがありますので、リストを見て近くの相談医のところは何科の先生だろうが、そこにまずは紹介していただくこととなります。

あとは、これのいいところですが、合併症とか周辺症状に対応する協力病院として38の病院に登録をしていただいています。この38施設のなかで、精神科病床を持っているのは25施設で、あとの13施設は一般とか療養の病棟しかありませんが、認知症の患者さんの合併症を診ていた

FAX送信先 092-642-6276
福岡市認知症疾患医療センター

①診療情報提供書
(福岡市認知症診断連携様式)

診療情報提供書 (福岡市認知症診断連携用)

紹介先医療機関名	九州大学病院 福岡市認知症疾患医療センター	紹介元医療機関名	住所 TEL FAX 医師名 (診療科)	印 科)
神経内科	先生			
精神科神経科	先生			

フリガナ	※FAX送信時はデジタルで記入		M・T・S	年	月	日
患者氏名	(男・女)		(才)			
住所	〒	—	自宅電話	()		
			携帯電話	()		

紹介目的 (あてはまるものにチェックをしてください)

鑑別診断 周辺症状への対応 内科的・外科的合併症への対応

その他 (薬物療法の助言 など)

治療経過・既往歴・介護サービスの利用・その他	現在の処方

神経学的所見 (初回のみ記入してください)

ある	ない	①構音障害・嚥下障害
ある	ない	②歩行・動作障害

OLD簡略版 (初回のみ記入してください)

ある	ない	①いつも日にちを忘れている
ある	ない	②少し前のことをしばしば忘れる/最近聞いた話を繰り返すことができない
ある	ない	③同じことを言うことがしばしばある/いつも同じ話を繰り返す
ある	ない	④特定の単語や言葉がでてこないことがしばしばある/話の文脈をしばしば失う
ある	ない	⑤質問を理解していないことが答えからわかる/会話を理解することがかなり困難
ある	ない	⑥時間の観念がない
ある	ない	⑦話のつじつまを合わせようとする
ある	ない	⑧家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族の方を向くなど)

認知症の周辺症状

該当する項目すべてチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む

無 有 幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴力 介護への抵抗 徘徊

火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他 ()

その他 精神・神経症状 無 有 (症状名:)

(有の場合) 専門医受診 無 有 (診療科:)

添付データ 無 有 内容 ()

福岡市医師会

だけの病院として登録していただいています。

それから、協力病院になっていただくお願いをした時に、いちばん先生方が言われたのは、医療センターや相談医から「こういう患者さんを取りあえず入院させてください」といったご相談があったときに、どこもそうでしょうかけれども、協力病院もやはりベッドがいっぱいで対応出来ない場合があること、「入院したはいいけれども、退院後の受け入れがうまくいかないとなかなかそう簡単に受けることが出来ない」といったお話もありました。そこで行政と話をしまして、協力病院から退院後の対応を所轄の区保健福祉センターに依頼していただくことにして、これも特別な情報提供書(図4)をつくりました。協力病院である程度落ちついて退院の日処がついたところで、この方は在宅で診ていいのではないかと、また、施設に入ったりしないといけな方もいらっしゃるでしょうし、そういう退院後の総合的な相談を保健福祉センターにさせていただき、保健福祉センターがそういう施設を探したり、在宅になれば地域包括支援センターや民生委員と一緒に協力して、退院後の対応をしていくという連携です。

中川 すばらしいですね。

田中 実際に始まったのは去年の11月1日からですが、これがうまくいくかどうかは今からです。

櫻井 このシステムを使いますと、認知症疾患センターに診断のために受診する患者さんの診察までの待ち時間、つまり受診依頼から実際に診察を受けるまでの待機期間ははずいぶん減るのでしょうか。

田中 まだ始まったばかりですが、一応この連携用に、だいたい週に1例か2例ぐらいの枠はとっていただいています。診療情報提供書に緊急である場合と緊急でない場合とをチェックするところがあるんですけども、緊急でないということであれば、だいたい3週間ぐらいの

予約待ちなんですね。そのぐらいのキャパしかないの、緊急の場合は相談医から直接、協力病院に紹介せざるを得ない場合があると思います。医療センターから、「この患者さんは〇〇病院のほうに直接、鑑別診断に行ってください」という場合もあるでしょうし、そこは医療センターにお任せしている状態です。あと医療センターの混み具合、緊急性、距離的なものとかを考慮して選んでいただいて、紹介してもらうという形になっています。ですので、顔の見える連携をしていかないと、これはうまくいかないと思うんですよね。

中川 平成22年11月からということですが、ここまで作り上げるのが大変だったと思いますが、精神科病床の施設が25施設も協力していただけるというのは、なかなかすごいなと思いますね。

田中 福岡市内で精神科病棟を持っている病院の約9割に、入っていただいています。

中川 ただ、BPSDが悪化したときなども受けもらえるんですか。

田中 病棟が空いていれば、一応受け取ってもらえるということになっています。要するに、これは私の独自の考えですけども、どこの施設でも空きベッドは少ないと思いますので、たくさんの方に施設に登録していただくと、相談医の先生たちをご紹介しやすいと思います。実際、〇〇病院に「この患者さんをお願いします」といったときに、そこがいっぱいだったときに他の病院を当れるとといいますか、私もそうですけれども、精神科の病院の先生方とはあまり面識がないものですので、非常にそういう意味では紹介しづらいところがありますが、この連携に登録された協力病院であれば、気安くではないですけども、連携ということで紹介しやすいところがあるかと思います。

中川 先ほどの、行政が義務づけているサポート医養成研修、これはかなり福岡市の行政とし

(福岡市認知症疾患医療センター・協力病院) 情報提供書 平成 年 月 日

対象者	フリガナ		生年月日	T・S 年 月 日 () 歳
	氏名		生活状況	同居者(有・無)、保険()
	住所	〒	電話番号	
家族の連絡先	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
紹介元① (かかりつけ医)	名称		担当医	
	住所		TEL・FAX	
紹介元② (相談医・認知症疾患センター)	名称		担当医	
	住所		TEL・FAX	
協力病院	名称		担当医	
	住所		TEL・FAX	
現在の状況	主たる傷病名			
	病状・治療状況	CDR: /30	HDS-R: /30	MMSE: /30
	処方内容	要介護度・サービス利用状況 ()		
今後のケア方針	<input type="checkbox"/> 経過観察 () 後に再検査) <input type="checkbox"/> 治療継続 (通院先:) <input type="checkbox"/> 介護認定申請 <input type="checkbox"/> 在宅サービス利用 ・生活習慣、生活リズムの改善・維持 ・日常生活の援助・見守り ・対人関係の改善・維持 ・社会資源活用への援助		特記事項:	
	<input type="checkbox"/> 施設入所を検討 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 相談員による支援 ()			
申し送り事項				
備考				

承諾書

私は、受診状況に関して、(病院名:)から区保健福祉センターへ
 情報提供することについて承諾します。 平成 年 月 日

本人署名: _____

代諾者署名: _____ (続柄: _____)

図 4

でもバックアップしてくれているということですね。

田中 これは確か、全国的に行われていると思います。それから、かかりつけ医認知症対応向上力研修の方は、いま福岡市医師会が委託されて、年に1回やっているところで、かかりつけ医の先生方に認知症の診断から治療を講義形式で研修していただいています。

中川 86名いらっしゃるということで、1つの区に10名程度いらっしゃるわけですね。まだ始まって数カ月ということですが、非常によく考えられた取り組みかなと思います。長寿医療センターでもいろいろ取り組みをされていると思いますが、いかがでしょう。

かかりつけ医と認知症専門医との連携—長寿医療研究センターの場合—

櫻井 昨年、鳥羽院長が赴任され、認知症を中心課題として病院全体で取り組んでいます。認知症の診断・投薬のみではなく、「認知症の予防から終末期まで、あらゆる患者・家族のご要望にこたえるサービスを提供する」という理念です。認知症センターはここまでできるというモデルを示して、そのノウハウを国内外に発信していくことが目的です。昨年、もの忘れセンター外来部門が、今年4月から入院部門が始まり、同時に認知症疾患センターに認可されました。神経内科、老年内科、精神科、脳外科、放射線科と一緒に働き、すべての患者の診断をカンファレンスで決めています。他にも循環器、整形外科、骨代謝、リハビリテーションの専門家、認知症専門看護師、心理士、言語聴覚士、栄養士、薬剤師が専属で配置されており、全体がチームとして統合されていることが、治療では大きなパワーとなっています。カンファレンスは時間がかかりますが好評で、多くの職種が認知症の研修の場として参加しています。

1カ月に100名を超える多くの新患患者さんが受診されていますが、前方連携という意味では、予約していただいてから診察までに3カ月位かかることが問題と思っています。

中川 大府市だけではないですね。

櫻井 もちろん、東海全域からいらっしゃいます。

中川 年に1,200例ですか。

櫻井 はい。地元との連携を大切にするために、地域連携枠という診察枠を設定しています。二次医療圏のかかりつけ医からの紹介を優先的に予約するシステムです。これにより1カ月以内には対応できるようになりました。

中川 認知症の紹介枠がまた別にあるということですね。

櫻井 そうです。私どもは地域連携という視点からも認知症医療のモデルを作りたいと考えています。1次から2次医療圏に関しましては、私どもが中心になって連携システムを作りますが、そのために「顔の見える連絡協議会」を行っています。2次医療圏に1つの認知症疾患センターが必要と考えると、愛知県で少なくとも4~5カ所は必要となります。しかし認知症を診る医師はまだ少ないので、各センターの機能に濃い薄いがあってもいいと考えています。私どものように認知症の専門医が多い施設では、診断・治療でも難しい例も含めて責任を持つ、肺炎などを合併して入院が必要な例は地元でベッドを確保して対応する。そのような機能分担して認知症疾患センターと連携して、県全体の認知症を支えていくことを考えています。

中川 センターの機能分化をしているわけですね。

櫻井 はい。認知症センター間の連絡のためには、共通カンファレンスを考えています。愛知県が主導する地域再生医療プロジェクトにサポートしていただき、各センター間をITで結ぶ計画です。症例の診療情報を互いに提示して、

座談会

遠方からも共通カンファレンスに参加して、広域で認知症医療を支えていこうとするイメージです。つまり中核となる認知症センターが一カ所あり、周辺のセンターと互いに連携するシステム(愛知モデル)を作りたいと考えています。

中川 愛知モデルはすばらしいと思いますが、先生がおっしゃるように、東海全県から紹介で来られるわけで、その場合、県を超えた連携というのはどのようにされているのですか。

櫻井 県を超えた連携というのはまだできていません。たとえば静岡県との連携となるとなかなか難しいと思います。やはり県単位で認知症診療システムを作るほかないと思います。私たちは認知症診療で必要なすべての機能を作り、その効果を検証していきます。そのモデルの中から、各地域の状況にあった、必要な機能を切り取っていただくことを目標としています。

中川 長寿医療センターの認知症センターが中心になってつくるシステムを他の地域へも輸出していけるとよいですね。

櫻井 はい、費用対効果も検証して輸出したいと考えています。

中川 長寿医療センターのように専門医が多いところは、出来るんだろうと思います。先ほど高橋先生には、大学の取り組みということでお話しいただきましたが、長寿医療センターの取り組みを聞かれて、いかがですか。

再び、岩手県における認知症診療連携について

高橋 岩手県の場合、ちょっと事情が違うのは、医師会スタートなんですね。7、8年前から、盛岡市医師会がもの忘れ健診を始めたんです。はじめは大学は入っていませんでした。それで、2年ほど前に私のほうから、「せっかく神経内科医なので一緒に関わらせてください」と医師会長先生にお願いに行き、それで一緒に

始めたという経緯があります。

盛岡市で、かかりつけ医の先生が集まって行う認知症関連の講演会が年に2回ほどあって、その中で毎年、医師会の先生方から「こういうことをやってほしい」というテーマが出され、それに沿って講演内容を決めて、皆さんに知っていただくことで、ボトムアップしています。ですから、いちばん最初、6年ぐらい前は、認知症ってどんな病気とか、アルツハイマー病ってどんな病気ということからスタートしたんですね。その後、今度は特定健診の問題があって、MCIを見つけたい、早期発見したいという話が出てきて、スクリーニング法を作りました。次は、先生方が発見した患者さんに周辺症状、BPSDが出てきて大変だから、その対応を行うための治療マニュアルを作れという話が出てきて、盛岡市、そして、岩手では、BPSDの治療とケアはこうしようというマニュアルを作り、それが今は、書籍になりました。

その次には、うつの問題がでてくる、というように、毎年毎年、新しい課題が出て、今年はレビー小体型認知症を中心に、講演会を行いケアスタッフも同じ話題を共有します。今年は、私は県内どこへ行っても、先生方にも、ケアスタッフにもレビー小体型認知症の話をするようにしています。

中川 テーマを毎年、新しく決めているんですね。

高橋 そうですね。さらに、それと並行して、MCIやうつに関しては、医師会の先生が住民の方への講演会を行う際にも、お話ししていただくようにして、地域が同じ日線で、「今年はこれを見出そう」「今年はこれをやろう」というようにステップアップすることを考えています。

中川 ユニークですね。

高橋 岩手県は田舎なので、わざわざ、岩手まで講演に来たいとおっしゃる先生もそう多くないので、

中川 新幹線も通っているのに、岩手県に行かれる先生もあるんじゃないですか。

高橋 確かに、最初の頃は、自前でやりましょうと、意図的に、鎖国状態にして進めた感もあります。そうでないと、まだ、認知症の概念もわからない先生に、いきなり「レビー小体型認知症が大事なんだよ」って話してもチンプンカンプンになってしまったと思います。ここ7年ぐらいは、先生方がみなさん、同じようにレベルアップし、その中でこれやれ、あれやれとでてきたリクエストに私が対応してきたというのが現状です。

中川 大学病院としての取り組みというより、医師会に押されて始まったということですね。

高橋 そうです。医師会から脅されてやる感じですね。

中川 私も、大学からやろうとしても無理だと思います。やはり医師会の先生方から、下からのボトムアップで作っていかないとうまく行かないのではないかと思います。

高橋 外来も基本は予約制ですが、かかりつけ医の先生方から紹介状をもって来た患者さんは、予約なしでも基本的には診る。また、予約された患者さんは、1週間ないし2週間以内で診察し、お返事を返すようにしています。

中川 認知症の患者さんが外来にどんどん溜まっていくでしょう。

高橋 基本的にすべての患者さんをおかかりつけ医の先生にお返しします。その日に来た患者さんを、「このように対応してこういうお薬を出しましょう」といって返すと、次に同じような患者さんが来ると、かかりつけ医の先生は次は対応できるようになっていくんですね。

中川 細かい話ですけど、その場合、介護保険の主治医意見書はどなたが書かれるのですか。

高橋 ぜんぶ相手方の先生に書いてもらいます。

中川 すばらしいですね。私は患者さんがた

まってしまい、主治医意見書もたくさん書いてるんですけどね。

高橋 もちろん、以前から診てる患者さんは書いていますが、今は、基本的には、かかりつけ医の先生が「自分のところで診ます」というつもりで、紹介していただきということにしています。

中川 医師会から始まっているのでその点はしっかりしているんですね。

高橋 そうですね。

堀 紹介のシステムとしては、開業医の先生方から直接、先生の大学の外来に来るとのことですか。

高橋 そうです。予約の場合はこの日において、前もって電話1本だけしていただければ、さっきの8つぐらいの検査を1日に全部、3時間ぐらいかけてですけど、それが終わった後はもうお返しするという感じですね。

堀 ちょっと確認したいのですが、たとえば先ほど田中先生から紹介があった福岡とか、先ほど櫻井先生がおっしゃったような、そういう行政とも絡めた全体的な取り組みとか、そういうシステムというのはどうですか。

高橋 今は、大学病院が岩手県認知症疾患医療センターを兼ねていますので、この取り組み自体が行政の取り組みになっています。県外からもいらっしゃる方もおられますが、基本的には、山間部、沿岸部から中央までは3時間かかる岩手県全体を網羅しています。

認知症診療と遠隔医療システム

中川 岩手県は大きな県ですからね。

高橋 ですから、「次に写真を撮りに来てください」「MRを撮りにきてください」「スペクトをやりに来てください」といっても、認知症の患者さんを連れて来るのはノーなので、受診したその日に完結するようにしています。それと、今

座談会

年からやり始めたことは、岩手県の盛岡からいちばん遠いところは3時間なので、そういう方は包括に来ていただき、スカイプで対応することも始めています。

堀 包括医療支援センターですか。

高橋 受診された患者さんと包括で、それを、県内すべての包括に導入しようとしておりますが、どのくらい捌けるかはわかりません。

でも、それを始めると、どこでも空いてる時間にやらなければならなくなるだろうなどは思っています。ただ患者さん、ご家族に安心感を与えることはできると思います。

中川 京都でも、Webテレビシステムを使って、丹後半島と京都府立医大との間で講演や検討会をはじめしています。

高橋 認知症って、実はスカイプにいちばん向いていて、フェイス・トゥ・フェイスでお話しすれば診断がほとんどついちやうんですね。あとはCTだけかざしてもらって、「どうです」とやってもらい、じっくりとお話をうかがえば診断がついてしまいます。ただし、診療報酬はいただけないですけれども。

中川 その場合は、診療にはならないですね。受診してないですから。

高橋 はい。だから、「こうだと思おう」という意見をつけて、近くのかかりつけ医の先生に行ってもらおうということになります。

田中 かなり先生の負担が、これからどんどん増えるのでしょうか。

高橋 ただ、この方式でボトムアップでいくと、かかりつけ医の先生方もどんどんレベルアップしてきます。いま紹介になってくるのは、「3年前におまえがMCIだと言った人がうつだったぞ」とか、そういうのが来るんですね。さらには、「自分でやってみただけ、BPSDがどうにもならなくて」とか。それに対して、1度、「こういうふうにしましょう」とお話しすると、かかりつけ医の先生方が診てくださるようになるの

で、紹介患者さんのレベルは難しくなりますが、人数はそれほど変わりません。MCIや普通のアルツハイマーの患者さんは、かかりつけ医の先生がどんどん治療していただきます。

櫻井 かかりつけ医の先生は、特定の先生に限られてきますか、それともどんどん拡がっていくのでしょうか。

高橋 拡がっていると思います。岩手県では誰かがやってくれる、は成り立たないので、誰かがやらなきゃという先生が多いと思います。医師が村に1人しかいないと、認知症を診ないとは絶対に言えないんですね。

中川 先ほどの、高次脳機能の評価の一連のシリーズは、心理士さんがされているのですね。

高橋 はい、そうですね。うちには臨床心理を行なうスタッフがぜんぶで5人います。

中川 そんなにいるんですか、すごいですね。それは、岩手医大の職員ですか。

高橋 4人は医局で雇用しています。

櫻井 私どもでは心理士が4人です。

中川 長寿医療センターの場合は病院の職員ですね。

櫻井 非常勤の方もおられますけれども、職員として雇用されています。

高橋 教授が理解して下さり、とても恵まれていると思います。

中川 私のところでは心理士を1人雇っています。

高橋 うちでは、臨床心理士の免許を持っている2人と、7年、8年の経歴を持つ、残り3人のスタッフですね。

中川 堀先生、いまのお話を聞かれて、若手医師として、こういうことは非専門・専門に関わらずみんな知っていてほしいなというような、感想はないですか。

再び、認知症ネットワークについて

堀 いくつか話は飛ぶかもしれませんがけれども、まず今のネットワークの話で少し感じていることをお話しさせていただくと、患者さんですごく、何かあったときの専門の先生とのつながりを求めている方が多くて、たとえば私が外来で診ている患者さんでも、開業医の先生をかかりつけとして紹介しますからと言っても、「何かあったときにすぐに専門の先生が診てくれる体制がないと不安」とか、「すぐに入院できる先がないと不安」という抵抗が強くて、そういうことを考えると、福岡の取り組みとか、櫻井先生がおっしゃったような各地に入院できるベッドがあるという取り組みは、すごく心強いんじゃないかなと思いました。

私は東京で診療をしているわけですが、東京では少なくとも私の目に見えるような形で、医療面でのきちんとしたネットワークがないような気がします。それはむしろ医療資源が充実していて紹介先に困らないから必要ないということかもしれませんが、でも、すぐどこが引き受けるとか、どこに紹介すればいいとかということがシステムとして決まっているというのは、患者さんにとっても、一般の先生にとっても、それから私のような少し専門をかじったような医師にとっても、すごくありがたい制度だなと思います。

再び認知症の診断で「困ったこと」、「是非、皆さんに知っていただきたいこと」

堀 それから、私の苦い思い出のところに1回戻るんですけど、初診の患者さんでアルツハイマー型の認知症だと思っていた方に、ビタミンB₁₂の欠乏症が同時に存在していたことが2回ほどあるんですね。神経内科医としてはちょっ

と恥ずかしいんですが、ふらつきがあるかどうか、感覚所見があるか、最初にきちんと見ればわかったかもしれないんです。後から聞くと実はふらつきもあって良くなったと言われたこともあるんですけど、最初はもの忘れの訴えで来ていらっしやっていて、診察上は確かにアルツハイマー病らしさがあって、そうでしょうと言って採血や画像検査の予約をして返して、2週間後にまた診たときに、検査結果をみるとビタミンB₁₂の欠乏もあって、実際に筋注すると、「先生、すごくよくなりました」と、長谷川式の点数も20点ぐらいから27,8点にポンと上がるという、そういう経験があるので、知っておくべきなのは、認知症に身体疾患を合併するという意識は皆さん、持っていると思うんですけども、認知症ってすごくコモディジーズなので、認知症に、さらに別の認知症を合併するということがよくあると、甲状腺機能低下症もそうだと思うんですけども、そういう知識は持っておいて損はないと思うんですね。

中川 治る部分を見逃している可能性があるということですね。

堀 はい、私は紹介を受けて初診を診ることが多い立場でもあるので、治療可能なものがあるかどうかというのを常に意識するのは、非常に大事だと思って診療に当たっています。

中川 最近は、特発性正常圧水頭症とアルツハイマー症の合併例などはかなり診断が難しいですね。

堀 そういう方もいらっしやいますね。アルツハイマー病が基礎にあるケースでは患者さん側の改善への期待値が高すぎて、こちらが困ることもあるんですけども。

田中 治るものと治らないものがあるから、やはり早期診断が大切なことになると思いますね。

かかりつけ医から認知症専門医へ紹介する タイミング

中川 かかりつけ医から認知症専門医に患者さんを紹介するタイミングですね。田中先生の場合は、このシステムのなかでかかりつけ医の先生が少しでも認知症を疑われたら、相談医に紹介するというシステムなんですね。

田中 はい、そうです。うちで普通に内科的な疾患で通院されている方で、夜の幻覚を相談されたんです。相談医の先生のなかには、神経内科や精神科の先生ばかりではなくて、いろんな先生がいらっしゃいますが、この場合は精神科の相談医の先生にご紹介しました。私も専門医ではないので、一応専門の先生なりに診ていただき、今は併診で診ています。普段の薬はうちで出して、認知症に関わる薬は相談医の先生に出していただいています。次はいついつで、とりあえず1カ月間様子を見てくださいますか、引き続き、あと1カ月使いましょうとかいうことでやっています。だいたい近くの先生のところにご紹介しますが、相談医のリストをみてご紹介しています。

中川 きちんとリストが出来上がっているのが、素晴らしいですね。

田中 あと1人、パーキンソン病の薬の副作用かもしれないという患者さんもいらして、そうなるちょっと難しく、それは神経内科の先生にご相談しました。そのリストを見て、「この患者さんだったらこの先生がいいんじゃないか」というのを選んで送っています。いま、一緒に診ている患者さんが何人かいらっしゃいます。

中川 櫻井先生の場合は認知症センターですから、基本的には、ある程度スクリーニングを受けた患者さんが来られることが多いかと思いますが、是非こういうタイミングで早めに送っ

てほしいということはおっしゃいますか。

櫻井 かかりつけ医の先生と専門医の立場では、どういう患者が紹介されるべきだという点には、まだ差があるように思います。専門家はMCIから早期の認知症、まだ診断がついていない例、急激に悪化した例、BPSDや身体疾患が併発した例は来てくださいますというのが共通した認識だと思います。一方、かかりつけ医の立場からは、ご本人や家族が心配して相談される場合は紹介しやすいけれども、「〇〇さん、最近もの忘れしてるかな」と疑った段階では、なかなか紹介しづらいのではないのでしょうか。多くの場合はご本人しか受診されないの、いきなり長谷川式をやるわけにもいかない、ご家族がいらっしゃったときに、「ご家庭でのご様子はいかがですか」ということを聞いて、だんだん情報を集めて、患者・家族に説明してはじめて紹介されていることだと思います。せっかく疑いを持たれても紹介までにはかなり時間がかかってしまう状況です。少しおかしいなど感じた場合には、患者さんのプライドが傷つかないように配慮していただき、是非早く紹介してほしいことを、かかりつけ医の先生に伝えています。

認知症患者さんの情報の共有について

中川 情報の共有ということは非常に重要だと思いますが、岩手県では情報共有についてどのようにされていますか。

高橋 一つは、病気の診断基準をどうするかということだと思いますね。それに関しては、たとえばレビー小体型認知症で問題になりますが、核医学などまでを求めるのか、臨床症状でコンセンサスを得ていくのかということ、かかりつけ医の先生と認識を合わせておく必要があると思っております。

もう一つ重要なことは、その後、問題があればいつでも、再紹介していただきますが、かか

りつけ医の先生にも、告知をきちっとしていただくことが重要だと思います。かかりつけ医の先生がフォローしていくときに、「専門医で言われてきたでしょ」みたいなあいまいなのはまずいので、かかりつけ医の先生がきちっと告知をして、「言われて来た通り、アルツハイマー病だから」ということを告知して、臨床病期に基づいて、一歩前のことを説明してあげることが重要です。

中川 FAST(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)は、ある程度かかりつけ医の先生もわかってらっしゃるのですね。

高橋 はい、わかってらっしゃる方も多いです。

中川 すばらしいですね。

高橋 だから、「FAST、いくらなんでしょうか」という先生もいらっしゃいます。

中川 私は、FASTで4とか5とかという話をしたほうがいいと思って一所懸命やっているんですけど、なかなか難しいですね。堀先生、東京の病院はいかがですか。

堀 FASTがいくつとか言ってもまったく通じないケースが多いと思います。もちろん、都会ですから精神科の先生とか認知症をたくさん診てらっしゃる開業医の先生を選んで紹介するのはたやすいので、そういう場合は話はしやすいのですが、それでいいのかどうか。やはりもとのかかりつけの先生のところまで診ていただいたほうが、本人も近いし、ご家族も安心ですから。普段、認知症を診てない先生でも診られるようなシステムをつくることはすごく大事だと思うんですね。そういうシステム作りというのがきちんと出来るところはいいけれども、そういうところとそうでないところの温度差とか悩みというのは、だいぶ違うような気がします。

中川 都会ほど出来てないかもしれませんね。

田中 そこは難しいですね。

堀 岩手の場合でも、診断をきっちりやるということになると同じような悩みが出てきませんか。大学としていろいろ研究的な側面もみていくということであれば。

高橋 そうですね。研究と臨床を分けるというのはとても大事なことだと思いますね。私自身は、研究ではMRIも3テスラ、今度は、7テスラが入りますが、臨床では絶対にスペクトもMRIも撮りません。それはきちんと分けています。そうでないと、言語がかかりつけ医の先生と噛み合わなくなってしまうので。

中川 情報の共有というのは、使用する言語の問題ですね。どういう言葉を使うかということになりますね。櫻井先生、そのあたりはどうされていますか。

櫻井 認知症診療では原因診断が大切ですが、患者さんの日々の療養となると生活機能障害に関する情報が重要です。生活機能評価のために、私たちは高齢者総合機能評価(CGA)を全例で行っています。ADL、認知機能、うつの評価から、栄養評価、歩行機能、家族の介護負担感など幅広くデータを取っています。このCGAデータはファイルメーカーで登録され、電子カルテに組み入れられています。患者さんごとに生活機能の変化が、初診時、1年後、2年後という形で積み重なり、いつでもPDFで出力できるようになっています。ご紹介いただいた患者さんにはCGAのデータを付けてお返ししています。たとえば、「去年はお風呂に一人で入れましたが、今年は足の筋力が弱くなって一人では危ないですね」というところをはっきりさせて、「こういう介護サービスの利用をお考えになってはどうか」という返事を書くようにしています。

中川 CGA(Comprehensive Geriatric Assessment)も常にとっているわけですね。

櫻井 取っています。

中川 CGAをプリントアウトして紹介元へ返

座談会

すということですね。

櫻井 はい、心理士さんにCGA検査と入力までお願いしています。

中川 それは良いですね。

櫻井 それでもまだ時間がかかりますので、最近iPadを使って入力の手間を少しでも省くということもやっています。進行した認知症ほどCGAでの評価は大切になります。このため開業医の先生に使っていただける「CGA検査枠」を特別に作っています。

中川 CGA用の枠があるんですね。

櫻井 はい、CGA検査のみ、あるいはCT/MRを組み合わせて利用していただき、私どもがコメントを付けて返します。これは開業医の先生からのご要望に答えて作ったシステムなのですが、やがてCGAが、かかりつけ医の先生との共通言語になれば良いと思います。

中川 それは、愛知県では拡まってきているということですか。

櫻井 まだ去年から開始したところですので、近隣でぼつぼつ拡まっているところですよ。

中川 田中先生は、先程出てまいりましたが、福岡市で始めたこの情報提供書の内容というのは、かなり細かいようですが、何項目ぐらいあるんですか。

田中 簡単な生活機能10項目ぐらいです。これが、相談医から医療センターのほうに行きます（図4）。

中川 これが相談医から医療センターのほうに行くんですね。それがまた、どう戻ってきて、どう役立つかというところは、まだこれからというところですか。

田中 はい、そうですね。まだこれからだと思います。

中川 ぜひ、うまくいくことを願っております。

私も情報提供をなるべくしていますが、薬をちょっと変えようとかいうときに、かかりつけ

医とのやり取りで、うまくいくコツがあったら、教えていただきたいんですけども。高橋先生のところは、一度この処方を出したら、あとはかかりつけ医で変えてもらうということですね。

認知症の治療薬について

高橋 そうですね。ですから、おそらく大事なものは、認知症に関してはたくさん薬が使えることよりも、ひとつの薬の使い方をきちんと覚えることが重要だと思います。抑肝散やドネペジル単独で済んでいるうちはまだよいと思いますが、たとえば、非定型抗精神病薬セロクエルを使う場合でも、粉で10mg、15mgといった少量から、どんな効果、どんな副作用があるかを理解しながら、使えるようになることが重要です。セロクエルがだめだったらリスパダールにしようというのではなくて、セロクエルの使い方を覚えるんだったら、10mgで始めて15mg、20mgと、ひとつの薬の使い方をきちっと学ぶことが、かかりつけの先生には重要だと思います。

中川 それは、習熟してもらうことですね。堀先生、いかがですか。

堀 システムづくりはすごく大事ななと感じました。やはり、ここの医療機関であればこれだけのレベルの検査であるとか、治療をしますよと、ここではそれに加えてSPECTをやりますよとか、PETもやりますよとか、そういう階層的なものができる。たとえば、脳卒中とかでも同じような取り組みがあるんじゃないかと思うんですけども、そういう取り組みが進んでいくということが、かかりつけ医の先生の意識も高めるし、いわゆる高度な医療センターとか、その間に来る、福岡市の場合だと認知症相談医との立場にある先生にとっても、すごくいいと思うんですね。

それから、僕も高橋先生と同じように、一般的な症例に関してはスペクトの必要性をあまり

感じなくなってきました。治療に関しても、必ずしも診断名は必要がないという状況が多くて、もちろん診断を正しくつけることは予後の説明とか、学術的な面ではすごく大事だと思うんですけど、患者さんが困っていることに関していえば、治療という側面に関していえば、私は高橋先生のおっしゃることはかなり同意できると思います。

中川 研究的な側面と臨床的な側面とは分ける必要がありますね。

再び、認知症ネットワークについて

堀 ただ、患者さんの希望としても、もっと治るんじゃないかとか、もっと詳しい検査をしてもらいたいという要望があるケースも多いので、高次医療機関にすぐ紹介できますよとか、すぐ入院できますよとか、そういう仕組みがあるということは必要だなと思うんですけどね。

田中 それはとても大事だと思いますね。私もこの連携をつくるにあたって、相談医の先生たちがこういう連携のなかに入るのに、ひとつの条件として、BPSDが出た場合とか合併症が出た場合、協力してくれる病院はどうすればいいんですかとか言われます。協力病院と相談医と同時に登録して、こういうのを始めますといったから、皆さんが協力してくださっているんだと思うんですよね。

かかりつけ医の先生たちも、ある程度リストを見ながらいけば、いままで避けていたところでも、一歩進んで認知症の患者を診てみようかな、困ったらこの先生に相談すればいいかとか、そういう気楽さで踏み込んでいけるのではないかなと思います。このネットワークが本当にきれいに回るのかどうかは別としましても、これがあるだけで安心感があっていいと思います。

堀 先程櫻井先生もおっしゃっていたんですが、かかりつけの先生が紹介するのに、ちょっ

と逡巡があると思うんですね。でも、実際のところはかかりつけの先生が「これ、おかしいな」と思ったら、ほとんど本当の認知症なわけじゃないですか。だから、そういうシステムがあれば、動くんだけども。

田中 だから、「私も認知症だと思うんだけども、一応ちょっと確定してください」ということで診ていただいて、その患者さんを自分で診るようにしています。

堀 病院などでもそうですよね。私が非常勤で勤務している病院でも、「認知症をみてる先生が来ているみたいだし、じゃあ紹介しようか」みたいな感じで、院内紹介が来たりとか、気安く紹介できる仕組みはすごく大事なと思います。

BPSDへの対応について

中川 BPSDが悪化した場合の対応は、櫻井先生のところではどうされていますか。

櫻井 地域へお返しした患者さんも、半年あるいは1年ごとにフォローしています。その間に身体合併症とかBPSDを起こされた場合にはお引受けするのが基本的な方針です。

中川 その場合、たとえば2週間入院するということもされるんですか。

櫻井 はい。この4月からもの忘れセンターの入院部門がオープンしましたが、BPSDにもある程度慣れた病棟スタッフがいてくれますので、通常に対応ができています。ただ閉鎖病棟ではありませんので、暴力や徘徊が強いと、すぐ近くにある精神科病院と連携しています。しかしそのような例はあまりありません。

中川 その点、岩手県では、どうですか。

高橋 私自身はアルツハイマー病に関しては、基本的には入院治療はしませんし、必要ないと考えています。早期から対応して、早期からBPSDに対応していくと、アルツハイマーで入院の必

座談会

要になるケースは本当に限られます。入院は、レビー小体型認知症や血管性認知症の一部と、前頭側頭型認知症（FTD）というところになりますよね。僕自身は、BPSDがひどくても基本的には入院ではなくて、介護負担を減らすための施設入所をお勧めすることが多いです。介護を調整し、薬を出して、必要に応じて施設入所やショートステイを使っただけであれば、アルツハイマー病患者さんの多くは改善してきます。一方、レビー小体型認知症やFTDでは、入院が必要な場合もありますが、私自身が精神科の病院に診療に行っていて、そこで拝見することもありますし、あとは、連携してくれる病院が受けてくれることもあります。ただし、入院となるケースは少ないですね。

中川 アルツハイマー病は、きちんと対応していればまず入院はないと思いますね。

高橋 そうですね。いかに早期から対応するかが、医療費を減らすポイントになるんだろうなとは思っています。

中川 田中先生、BPSDの対応のことについて、もっとこんなふうにして欲しいということはございませんか。

田中 実際、そういう重症の方はまだ経験していないので、それも予想してこの協力病院というのを作りました。

中川 精神科の方がこれだけ入ってらっしゃるので安心ですね。

田中 その通りいくかどうかはわかりませんが、もちろんそういうことが発症したときのことを、皆さんいちばん心配されています。

高橋 おそらくいくつかポイントがあって、ひとつはやはり譫妄なんですね。譫妄がBPSDではないということを、まずひとつわかっていただくことと、あとはケアが不適切なときと、薬の副作用です。脳に関わっていないと思われる薬が関わって、周辺症状が出てくる、BPSDが出てくることがあるので、そのへんをかかり

つけ医の先生にもわかっていただくと、対応してくださいます。

田中 先程堀先生もおっしゃっていましたが、薬の副作用とか、他の病気との鑑別とか、紛らわしいものの知識をかかりつけ医のレベルでも、必要最小限に知っていただくために、いろいろな研修会などをたくさん開いて、この連携のなかでやっていきたいと思っています。

櫻井 それと精神科の先生から処方された薬をそのまま長期に継続するのではなく、症状をみながら減量、調整していくことが大切だと思います。この点は精神科の先生との情報交換が問題となります。

身体合併症への対応

中川 肺炎やがんなどの身体合併症が出たときの対応ですね。先日も、「アルツハイマー病の人が誤嚥性肺炎で入院したが、点滴を抜いてしまおうし、どうしたらいいでしょう」という質問がありました。櫻井先生、いかがでしょう。肺炎に限らず、いわゆる身体合併症が出たときの対応ですね。

櫻井 かかりつけ医として認知症をフォローするためには、身体合併症が発生した場合にいつでも受けてくれる病院が必要です。生命予後の切迫した本当の意味での救急医療は、認知症があってもほとんど関係なく、非認知症の場合と変わりません。それほどでもない急性疾患、たとえば肺炎などは、私どもでは入院治療を随時受けています。転倒・骨折も多いですね。

中川 骨折はありますね。

櫻井 老年内科、神経内科、精神科だけでは対応が難しい疾患では、当該科の主治医、たとえば整形外科の先生と二人主治医になるというシステムにしています。

中川 出来るだけ入院期間を短くすることで、高橋先生、何かコツはありませんか。

高橋 コツはないですけど、盛岡市内だとかかりつけ医の先生に、「認知症だけと診てくださいね」といえば診てくださいますが、むしろ、院内がダメなんです。他科に肺炎で入院されると、「アルツハイマーだから、おまえ診ろ」と。「盛岡市内ではかかりつけ医の先生が診ますから、先生〇〇科でもこの薬は出してください」というように手紙を書いて、ここ3カ月ほど、それを始めて、学内の先生にも、外に出ればみんなかかりつけ医の先生は診ているんだから、整形だ消化器内科だと言わずに自分で診てくださいという啓発をしています。

堀 診ないとわからないということですね。

高橋 そうですね。逆に、1例診ると、次からはもう出してくれるようになります。

堀 私も初めて診たレビー小体型認知症の方はまったくわからなくて、事前にレビー小体型認知症の講演を聞いていたけれども、やはり最初は良くわからないんですよ。診るとだんだんわかるようになるというのが、実感としてあります。

高橋 1例診ると、次からは今度、それがその先生のつぼになって、「この人もレビー小体型認知症？」って紹介して下さるようになってくるんですよ。だから、そういう意味で認知症って、間口が広いし、自分のスキルを伸ばせるので、専門じゃなくても楽しめるということなんですけど、カテができなきゃとか、内視鏡ができなきゃということがないので、本当にかかりつけ医の先生がどんどんスキルを伸ばせるエリアだと思いますね。

中川 田中先生、この身体合併症のことで何かございますか。

田中 いま整形の骨折のお話が出ましたけれども、実をいうと、この相談医リストのなかには整形の先生もいらっしゃるんですね。サポート医の先生はかなり専門の先生ですけども、相談医の中には、専門ではないけれども、これ

まで認知症の合併症を診て来た先生方にもなっただけで、このなかには外科の先生もいれば、整形外科の先生もいらっしゃいますので、ご本人に病識がない場合には、大変助かります。

中川 認知症自体を、ご自分で認めない方もおられますからね。

田中 そうですね。だから、精神科とか神経内科というと、「私はどこも悪くない、そんなところに行く必要はない」という方でも、「腰が痛いでしょ」「肩が痛いでしょ」という感じで、騙しちゃうといったらちょっと申し訳ないですが、

中川 そのような工夫も必要ですね。

田中 そういう患者さんもいらっしゃるの、専門領域の身体合併症を診ながら認知症も診る先生が必要になってくると思います。

堀 誤嚥性肺炎に対する抗生剤についてですが、私は、点滴を抜いてしまうようなBPSDの強い患者に対しては、これは添付文書上は記載されていないのですが、半減期が長く1日1回投与で済むセフトリアクソン1gを0.5%筋注用リドカイン3ml等に溶解して筋注するという方法を行うことがあります。海外ではセフトリアクソンの筋注は普通に行われていますし、参考になればと思います。

認知症患者の終末期医療について

中川 最後に、認知症患者の終末期医療についてご意見をうかがいたいです。櫻井先生に口火を切っていただこうと思います。

櫻井 たいへん難しい問題ですが、認知症だけで眠るように亡くなっていく患者さんは、病院ではほとんどおられません。やはり肺炎などの身体合併症で亡くなります。その場合は他の高齢患者と同じで、認知症の進行した末期であり積極的な治療を望まないというご意向が確認できれば、対症的な治療をすることになりま

す。その際に、認知症の患者さんが点滴を抜かれるのであれば、どういう工夫をするか、水分のコントロールをどのくらいのバランスにするとか、そういう医療技術を向上させていくのが、いま私たちが考えるべきことだと思います。

問題はその前段階として、何をもって終末期の認知症と考えるかということです。これはたいへん大きな倫理的な問題ですから、ガイドライン的なものが必要となるでしょう。そうするとアリセプトのような薬もどの段階で止めていくかという判断がついてきます。ただ、これは医師だけでは決められない問題ですから、市民レベル、あるいは法律家レベルでの議論が必要だと思います。

中川 堀先生、いかがですか。

堀 パーキンソン病でも同じようなケースが多いですね。どこで薬を減量していくかというのはコンセンサスがないうんですけれども、患者さんに向いてする治療とご家族に向いてする治療というのがあると思うんですけど、認知症の場合ある一定のラインから、患者さんよりはご家族とお話ししている時間が長くなってくると思うんですね。やはりケース・バイ・ケースで、ご家族と事前によく相談しておくことが大事なんじゃないかなと思います。身体合併症がおこったり、食事を摂らなくなってしまって胃ろうをやるかどうかとか、亡くなられるほうへ向かう問題が出てきたときにどうするかということを事前に相談しておくことが、現状では大事なんじゃないかなと思います。ガイドライン的なものがあれば、合意を得られやすくなるので、そういうものに期待はしますけれども、現状はやはりご家族によく向いて、相談するしかないのかなと思って、実践しています。

中川 田中先生、いかがですか。

田中 私は血液透析もやっているのですが、これが絡むともっと大変で、認知症の患者さんが透析をしなればいけない状況になったとき

の導入をどうするかとか、あと、実際、透析でずっと通院されている方が認知症になってしまって、それがどんどんひどくなってきた場合にどうするか。透析になると、これを止めるということは、もう数週間のうちに命が絶ってしまうということですから、非常に難しい問題です。私一人ではとても結論が出ませんけれども、これからはそういう患者さんも問題になってくると思います。数はあまりないでしょうけれども、全体の高齢化が進んでいますし、必ずその2つがだぶってくるような症例が、将来出てくるのではないかと懸念しています。それまでに何か、そういう患者さんに対する方針というのか、もっと全国的に話し合われればいいかなと思っております。

中川 高橋先生、いかがでしょう。

高橋 おそらく、認知症の患者さんのリビングウィルをどうやって推し量るかということだと思いますが、私自身がいちばん目安にしているのは、患者さんの笑顔ですね。堀先生がおっしゃった、ご家族の気持ちと患者さんの笑顔って、結構パラレルです。認知症の患者さんにとっては、たとえば前頭側頭型認知症でご飯の味がわからなくなった患者さんにとっては、経口で食事を摂れなくなって胃ろうになることは、実はあまり大きな問題じゃないこともあるんですね。すなわち、そのプロセスでほとんど笑顔には変わりはない方がいらっしゃるんですよ。そういう方で、ご家族ももうちょっと何とかしてこの笑顔を見たいとおっしゃる方には、胃ろうもありだと思えます。逆に、いま苦しんでばかりでという方には、あまり積極的にはなれないですね。確かに、私たちがパターンリズムで決められる問題かどうかというのは、すごく難しいと思いますけれども、現時点では患者さんの笑顔と、ご家族の気持ちを第一に考えていますね。それが食い違ったときがいちばん問題ですね。

座談会

中川 高橋先生がおっしゃるように、私も本当に、FASTの7cぐらいになったアルツハイマー病の方がにっこり笑うんですね。そうすると、何もしないわけにもいかなくなりますね。

本日の座談会を通じて、認知症は特別な病気ではなくて、日頃の日常診療のなかで誰でもが診ていかざるを得ないし、また診ることで、かなりケアもできていくということが、強調されたと思いますし、そのためには安心して認知症

患者の診療が出来るシステムを作っていくことが重要であると思います。この座談会が、日本内科学会会員の先生方の日常診療の一助になることを願って、これで終わらせていただきます。本日はありがとうございました。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：高橋 智：講演料 (エーザイ)、中川正法、櫻井 孝、田中三津子、堀 匠：本論文発表内容に関連して特に申告なし