

大病院の立場から

武 地 一

はじめに

認知症という病気は common disease である一方、専門的な疾患で、その診断・治療・ケアに際して両方の側面からのアプローチが欠かせないと常に考えている。Common disease だからと油断していると、正常圧水頭症やレビー小体型認知症などと紛らわしい症例の対応に苦慮したり、BPSDへの対応が不十分になってしまったたりするであろう。一方、専門的な疾患として大病院など大規模な病院だけで診療するには、その許容量を超えてしまうし、地域で同居の認知症高齢者をはじめとして大病院受診

に至らない多くの患者を見過ごしてしまうことになる。また、認知症という疾患は、認知の複雑な働きを司る脳の疾患であり、その中でも定義上からしても高次脳機能に障害が起こり、職業的あるいは社会的機能に低下をきたす疾患であり、人間生活のあらゆる場面と複雑に絡むため、その対応には習熟が必要である。そのような様々な観点から、大病院など専門的医療機関と地域の医療機関との連携は重要である。

認知症医療連携の取り組み

では、その重要性は分かってもどのように医

療連携を行えばよいのであろうか？ すでに地

域の医師会と専門的医療機関の間で、早期診断での連携が多く取り組まれている¹⁾⁴⁾。地域健診の場や、日常診療の中で認知症が疑われた患者に對して、かかりつけ医が簡便なスクリーニングを行い、そこで認知症の疑いが強いとなった場合、専門医療機関での精査・診断につなぐという仕組みである。診断により治療方針が決まれば、地域の医療機関で継続した治療を行うことになる。医療連携にとどまらず地域包括ケアへと発展させている事例もある⁵⁾。このような診断での連携の取り組みと並行して行われるものに、専門医療機関の医師などが、地域の医師に對して認知症に関する啓発を行うことが挙げられるであろう。地域の医師会の積極的な取り組みや、専門医療機関からの働きかけ、あるいは国の進める認知症サポート医とかかりつけ医認知症対応力向上研修などの実施によってこれらの点では成果が上がってきていると思われる⁶⁾。

認知症医療連携に関する新たな試み

しかし、専門的医療機関を求めて受診する患者は多く、地域のケアマネジャーなどから、認知症患者に総合的に対応できる医師の不足を常に指摘される。また、「長年の様子を知り、家族全体も知るかかりつけ医」の存在が理想的に語られることも多いが、実際には幸か不幸か認知症以外に疾患を持たない患者も多く、とくに都市部での認知症患者の孤立は課題であろう⁷⁾。私たちが、医師会との勉強会、医師と介護職の集まる研修会、地域医師会と自治体・介護職の合同定期会議へのオブザーバーとしての参加などを行ってきたが、地域全体としての認知症対応力には不完全なものを感じていた。そこで最近になって2つのことに新たに取り組み、手ごたえを感じているので紹介しておきたい。

1) 大学病院医師とかかりつけ医の勉強会

1つ目は、3カ月に1回、大学病院の医師と

①大学病院医師とかかりつけ医の勉強会



地域で認知症に興味や重要性を感じる医師が集まって勉強会を行っている（写真①）。参加医師は神経内科や精神科など認知症を比較的専門とする立場の医師と、内科などでこれまで認知症をとくに専門とはしていなかった医師が混在している。どこにでもある取り組みのようであるが、いくつか工夫している点もあり、毎回、好評であるし、参加者の認知症対応力が回を重ねる毎に向上している実感がある。参加医師間での交流も従来にならない形で進歩しているように感じている。

工夫している点とは一つはコンセプトにあり、最初にも述べたように、認知症はかなり専門的な疾患であるという認識に立ち、専門家も非専門家も実例に即して何度でも学ぶ必要があると考えている点である。実例を紹介しながら病歴、検査所見、治療経過を提示すると専門家同士でも学ぶ点が多いし、直接専門としない医師にも学ぶ点が多い。かかりつけ医の対応力向上研修

もステップアップ研修として2回目以降が行われるようになりつつあるが、考え方としては似ているだろう。

2つ目の工夫点は、症例検討や検査・治療方針の考え方などを討議する際に、専門家も非専門家もいるという点に配慮し、部分的に無記名アンケートを行い、結果集計という形で提示して検討を進めていくという方法である。意義や運営は少し異なるが、毎年4月に行われるアルツハイマー病研究会でも毎回行われ好評な方式に似ている。

例えば一例として、病歴ではせん妄、幻覚、もの忘れがあり、MRI上では海馬萎縮、脳室拡大とやや広範な白質変化、認知機能ではMMSE 24点で近時記憶低下が強い一方、時計描画は正確というような症例を提示した。無記名で診断名を求めた結果、アルツハイマー型認知症4名、レビー小体型認知症3名、脳血管型3名、アルツハイマー型と脳血管型の混合2名、正常

圧水頭症2名、回答保留数名という結果であった。この症例では、専門家の間では最近認識の広まっている高位円蓋部の脳溝狭小などをとらえ正常圧水頭症を鑑別に入れることを狙ったものであるが、MRI上の白質変化をどのようにとらえるか、せん妄とレビー小体型認知症の幻覚をどのように見極めるかなど様々な論点が議論され、話し合いの中で整理された。

一つひとつの所見の見方、診断時に何を重視するか、診断基準にどのように照らし合わせるのか、一つの症例はどの程度 *common disease* で、どのあたりは専門的かなど、ありふれた症例を通して多くの学びがある。診断名がいくつかに割れてしまうということは、そのような診断のプロセスがまだまだ標準化されていないことの現れでもある。高橋は、認知症診断は定性的であり、そのセンスを身につけることが重要と指摘しているが、症例を通じて、そのようなセンスを磨く手伝いをするのは専門医の重要

な役割であろう。

同じ勉強会で行った検査手法におけるアンケートでも、『認知症診断にSPiCTを使うとおよその割合は?』という質問では、2割以下10名、2割～5割2名、5割～8割1名、8割以上5名、無回答4名と両極端な回答が得られた。これらは、それぞれの医師が診療する認知症患者の状況の違いや診察環境の違いもあり必ずしもどれが正しいというものではないが、これも医療としての標準化に至る過程で各医師が自分の医療行為を確認する上で大切なことであると思われる。この勉強会を通して、認知症における薬物療法の実際や、MCIの診断、介護サービス導入や入院必要性の判断なども学んでいる。認知症に関して日々新たに診断基準、検査法、薬物療法、ケア手法などの変化が起こっており、このような勉強会を率先して行うことは、専門的医療機関としての大学病院の重要な役割であろう。⁹⁾¹⁰⁾ また、認知症の診療でとくに習

熟を要するものにBPSDの診断・治療・ケアがあるが、身体合併症や薬物の影響による症状などかかりつけ医ならではの対応が重要なものも多い。¹¹⁾¹²⁾ 最近では医師会単位でBPSDへの取り組みを行っているところもある。¹³⁾ このような取り組みにも多数の症例を経験している専門医療機関の関わりは重要であると思われる。

2) かかりつけ医・ケアマネジャーと

大学病院医師との合同ミーティング

2つ目の取り組みは現在進行形であるが、大学病院に定期受診している個々の認知症患者を対象に、かかりつけ医とケアマネジャーと合同でミーティングを行うというプロジェクトである。外来通院中の患者について医師同士は診療情報提供書でやりとりを行うのが普通であり、診療情報提供書を通じた紹介、逆紹介が最も有効なかかりつけ医への啓発になるとする活動報告もある。¹⁴⁾ しかし、認知症について現状ではど

こまでを専門医療機関が、どこからを地域のかかりつけ医がという線引きが難しい点があり、文字媒体では伝えきれないことも多い。また、ケアマネジャーがサービス担当者会議を行うにしても忙しい医師をどのように巻き込むかは決して簡単ではない。医師の側も、認知症の専門医の場合、ケアマネジャーの抱える課題に的確に答えることはできるであろうが、地域のかかりつけ医にとっては必ずしも容易なことではない。逆に大病院の医師は、かかりつけ医に比べて地域の状況に疎いであろう。

このプロジェクトでは、単に1回のミーティングを行うだけでは波及効果や持続性が少ないと考え、認知症での診療状況をまとめた病歴シートと大病院と連携したソーシャルワーカーが患者宅を1回訪れて作成した認知症ケアシートというものを合同ミーティングの場に提示している(図②)。病歴シートでは診断にいたるプロセスや、診断後のBPPSDの治療経過や介

護サービス導入にいたるまでの支援状況などを疾患サマリーの形で記載している。認知症ケアシートでは、患者のADLの状況、来歴、介護保険サービス利用もそれ以外の行動も含めた週間スケジュール、患者の行動範囲、患者や家族の特徴をつかんだ写真、主たる介護者の抱える負担感や願い、患者を取り巻く支援者や家族の状況などを記載している。毎回、参加者に好評で、認知症患者・家族を支援する力が増していると感じている。

このプロジェクトでは、専門医とかかりつけ医の連携のみならず、介護・福祉職との連携強化も期待できる。実際、かかりつけ医と地域のケアマネジャーも顔を合わせるのは初めてということも少なくなかったし、双方のケアへの方針などが異なるときに、専門医の側で両方の意図を汲んだアドバイスをすることもあった。現実には、このミーティングをすべての認知症患者に行うことは労力的な面などで難しいであろう

が、困難事例に行うことや、ケアマネジャー研修やかかりつけ医認知症対応力向上研修の一環として行うことが有効と思われる。今後、かかりつけ医・ケアマネジャー・患者・家族に行うアンケートの集計も含めたプロジェクトの総合的な分析を通じて、専門医療機関としての医療連携のありかたのモデルを提示していきたいと考えている。

おわりに

以上、まだまだ過渡期であり、世界に先駆けて超高齢社会を迎えた日本で、どのような認知症対策が行えるか地域の特性も考慮して模索を続ける必要があるだろうが、どのようなモデルや新しい手法を提示できるかは学際的研究も含む研究機関・情報センターとしての大病院の重要な役割であると考えられる。また、そのような機能を活かして自治体などと連携を組むことも大切な役割である。従来から行われてきた早期

発見・早期診断における連携やサポート医・対応力向上研修、さらに別稿で示される認知症疾患医療センターなどに加え、ここで紹介したような取り組みも加えて、総合的な対策が実ることを期待している。

文献

(京都大学医学部附属病院 老年内科)

- 1) 金子博純・認知症、検診事業を基盤とした認知症の早期発見の取り組み、治療、90巻3月増刊、1157-1161(2008)
- 2) 宮内吉男、植村桂次、徳島市医師会もの忘れ検診委員会・「かかりつけ医」による徳島市のもの忘れ検診、徳島市医師会4年間の取り組みについて、クリニシアン56巻3号、406-412(2009)
- 3) 弓倉 整・専門医に求められる地域連携実践講座、認知症になっても安心して暮らせる仕組みの実践、地域連携の実際、都市型の医師会が主体となった地域連携実践について、老年精神医学雑誌、17巻増刊II、125-132(2006)
- 4) 柴山漠人、黒川 豊・地域で支える認知症、名古屋市千種区での取り組み、大都市における認知症高齢

- 者を地域で支えるシステムづくりモデル事業、*Cognition and Dementia*、6巻4号、348〜353(2007)
- 5) 大谷るみ子…認知症、認知症を地域で支えるまちづくり、認知症とともに、認知症を超えて、治療、90巻3月増刊、1192〜1198(2008)
- 6) 遠藤英俊ら…認知症ケアの現状と展望、地域づくりの視点から、*Geriatric Medicine*、47巻1号、13〜19(2009)
- 7) 粟田主一ら…認知症を地域で支える、宮城県栗原市の実践、*老年精神医学雑誌*、17巻5号、490〜495(2006)
- 8) 高橋 智…認知症、認知症の地域医療連携に求められること、治療、90巻3月増刊、1149〜1155(2008)
- 9) 田子久夫…専門医に求められる地域連携実践講座、認知症になっても安心して暮らせる仕組みの実践、地域連携の実際、大学の専門外来と行政の連携から地域ネットワーク構築を考える、*老年精神医学雑誌*、17巻増刊II、113〜118(2006)
- 10) 福原竜治ら…認知症を地域で支える、大学病院の役割、*老年精神医学雑誌*、17巻5号、503〜509(2006)
- 11) 木之下徹…認知症、在宅認知症ケアのサポートと行動障害への対応、治療、90巻3月増刊、1179〜1184(2008)
- 12) 原田和佳…クリニックにおけるBPSDへの対応と課題、*老年精神医学雑誌*、18巻12号1300〜1308(2007)
- 13) いわて盛岡認知症介護予防プロジェクト、もの忘れ検診専門医部会 編…かかりつけ医とケアスタッフのためのBPSD対応マニュアル、南山堂、2008年
- 14) 松田 実…認知症、認知症地域連携における専門医の役割、治療、90巻3月増刊、1166〜1171(2008)