北陸支部教育セミナーまとめ

第1回 内科医が身に付ける
認知症患者の対処法

演者 濱野 忠則 (福井大学第二内科・認知症医学推進講座)

上野亜佐子 (福井大学第二内科)

伊藤 達彦 (福井県立すこやかシルバー病院精神科)

山村 修 (福井大学地域医療推進講座)

山本 雅之 (山本医院)

模擬患者 和田 博之 (福井県立すこやかシルバー病院看護部)

和田 敏道 (福井県立すこやかシルバー病院看護部)

講師 井川 正道 (福井大学第二内科)

遠藤 芳徳 (福井大学第二内科)

〔日内会誌 107: 779~784, 2018〕

Key words 認知症, Alzheimer病, Mini-Mental State Examination (MMSE), 模擬患者

はじめに

超高齢社会を迎え、増加し続ける認知症患者を認知症専門医のみが担当することは事実上困難となっている。高齢患者が増加している現状にあって、生活習慣病、喘息等で通院中の患者が認知機能低下を来たしてくる場合は極めて多い。そのため、内科医を中心とするかかりつけ医が認知症に対する知識を身につけ、ある程度の初期対処を行えるようになることが望ましい。また、認知症専門医が鑑別診断・初期治療を行った後に、かかりつけ医に逆紹介するケースも今後増えてくることが予測されるが、専門医の再診まで同一内容の処方が漫然と継続され

る場合も少なくない。逆に、ごく少量の非定型向精神薬の投与により、行動・心理症状 (behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD) のコントロール目的に投与されていた非定型向精神薬が、少量ゆえに急に中止され、BPSDが悪化するケースもみられる。

抗認知症薬は、使用法を間違えなければ進行を遅くする等のある一定の効果を期待できるが、添付文書どおりに増量すると、特に高齢女性で低体重者の場合は、ふらつき等の副作用のために継続できなくなることも多い。かといって、規定の用量より低用量で処方を継続した場合、保険審査機構の審査により査定されるケースも少なくない。

(平成29年1月29日(日): 福井大学臨床研修センター)

Report from Hokuriku Chapter Educational Seminar: Diagnosis and management of dementia for primary care-physician.

Tadanori Hamano^{1,2)}, Asako Ueno¹⁾, Tatsuhiko Ito³⁾, Osamu Yamamura⁴⁾, Masayuki Yamamoto⁵⁾, Hiroyuki Wada⁶⁾, Toshimichi Wada⁶⁾, Masamichi Ikawa¹⁾ and Yoshinori Endo¹⁾; ¹⁾Second Department of Internal Medicine, University of Fukui, Japan, ²⁾Department of Aging and Dementia (DAD), University of Fukui, Japan, ³⁾Department of Psychiatry, Sukoyaka Silver Hospital of Fukui, Japan, ⁴⁾Department of Community Medicine, University of Fukui, Japan, ⁵⁾Yamamoto Clinic, Japan and ⁶⁾Nursing Department, Sukoyaka Silver Hospital, Fukui, Japan.

このような現場での問題点を少しでも解決する糸口として、特に認知症・神経内科を専門としない内科医に、認知症に対する理解を深めていただくこと、そして、模擬患者の診察を通し、不慣れな神経診察やMini-Mental State Examination (MMSE) の実施に慣れ親しんでいただくことを本教育セミナーの主たる目的とする。

講義1 現在の認知症施策について

福井県立すこやかシルバー病院 伊藤 達彦
2013年12月5日、国際アルツハイマー病協会 (Alzheimer's Disease International: ADI) の政策提言において、全世界での認知症患者数は推定4,400万人 (2010年時点) と報告された。2030年には7,600万人、2050年には1億3,500万人に達する見込みとの上方修正の報告がなされた。このようななか、国家的な認知症対策計画を実行している国は、わずか13カ国のみである。WHO (World Health Organization) も、2012年にADIと共同で「認知症は公衆衛生の最優先課題」と指摘した。

我が国での認知症施策に関し、2025年問題を踏まえ、「オレンジプラン」(2012年)と「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」(2015年)の差異につき、以下のように言及した。ともに、介護予防を謳っている点では共通するが、オレンジプランは「介護」が中心であり、新オレンジプランでは、その時点の様態に最もふさわしい場所で適切なサービスが提供される「循環型」の仕組みを構築するという点が異なっている。また、精神科や老年科等の専門科による、医療の専門性を活かした介護サービス事業者への「後方支援」と“司令塔機能”が重要であることを明確化した。2017年度に始まる地域医療構想、介護保険事業計画との連携が最重要課題となっている「第7次医療計画」についても紹介した。

最後に、福井県の認知症施策について、県独

自の認知症検診事業、県内の介護保険下サービス事業の利用状況、サービス付き高齢者住宅・県内有料老人ホームの各市町での実態等について言及した。

講義2 基本知識、画像診断について

福井大学第二内科・認知症医学推進講座

濱野 忠則

①DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-5に基づく新しい認知症の診断基準では、内服薬が余ってくることも認知症の症状の1つである。②認知症を来す疾患として、「Alzheimer病」、「Lewy小体型認知症」、「血管性認知症」、「前頭側頭葉変性症」があること、③認知症と類似した症状を呈する治療可能な病態として、「慢性硬膜下血腫」「甲状腺機能低下症」「正常圧水頭症」「ビタミン (B₁, B₁₂, 葉酸) 欠乏症」があること、及びそれらの鑑別診断のポイント、④各疾患のMRI (magnetic resonance imaging), SPECT (single photon emission computed tomography) 等の画像所見の特徴¹⁾、かかりつけの内科医が最低限行うべき画像検査は頭部CTであることについて講演した。

講義3 身体所見の見方・MMSE検査の方法について

福井大学第二内科 上野亜佐子

1) 病歴聴取・MMSE

認知症を来す疾患には、代表的なものとして、Alzheimer病、血管性認知症、Lewy小体型認知症をはじめとするParkinson関連疾患等がある。

簡易の評価尺度として、MMSEや長谷川式簡易知能評価スケール (Revised Hasegawa's Dementia Scale: HDS-R) が利用されることが多い。特にMMSEは、HDS-Rと比較し、記憶以外の失行や失語等も評価ができる利点があり、23点

以下の場合、認知症が疑われる。各種項目で、見当識、記憶、失行、失読等検査する。外来受診時に毎回MMSEを行うことは現実的には困難であるが、ADL (activities of daily living) で簡易的に推測することができる。ADLとinstrumental ADL (IADL, 手段的日常生活動作) がある。おおよその目安として、MMSE23点以下でIADLの障害が起り始め、買い物・服薬管理が自立困難となる。18点を下回ると、入浴等身の回りのことに介助が必要となり、一人暮らしが困難になる。15点を下回ると、食事にも介助が必要となる。また、認知症患者では、記憶障害に加え、BPSDも高頻度に出現する。行動面の症状としては、暴言・暴力、徘徊がある。精神病様症状としては、幻覚・妄想がある。意欲低下、抑うつ状態等のアパシーは一見してわかりづらいうことがあり、問診で聞き出すことが重要である。

2) 神経学的診察

前傾姿勢、小刻み歩行、動作緩慢、筋固縮等より、パーキンソニズムの診察を行う。

講義4 認知症と地域連携

福井大学地域医療推進講座 山村 修

認知症は生活と密着した疾患であり、患者は病院や診療所だけでなく、さまざまな機関と関わる。このため、他施設、他職種との連携が不可欠である。まず、医師同士の連携では「かかりつけ医-サポート医連携」があり、地域における認知症高齢者支援体制の中核となっている。福井県では、主な市町に33名の認知症サポート医を設置し、かかりつけ医への助言や相談を受け付けている²⁾。さらに、二次医療圏の基幹(中核)病院及び2つの認知症疾患医療センターにおいて神経内科・精神科の専門医や専門看護師、精神保健福祉士、臨床心理士による診療体制が整備されており、かかりつけ医からの紹介に対応している。認知症にはさまざまな病型が

あり、基幹病院や医療センターには、精度の高い病型の診断能力が求められている。

認知症の初期診断でも、地域連携が重要な役割を果たす。例えば、福井市は独自の認知症検診を実施し、認知機能低下疑いとなった該当者には市内102医療機関で二次検診を受け付けるよう通知を送っている³⁾。この検診では「介護予防のための基本チェックリスト」に福井県独自の5項目を加えた「元気度調査」を作成し、要支援・介護者を除く指定年齢対象者(66, 72, 75, 78, 81, 84, 87, 90歳)に送付している(年2回)。また、認知症ケアパスを作成し、医療関係者及び介護関係者の役割分担を示し、職種間の情報共有に努めている。

一方、県下の各市町はインフォーマルサービスの導入手段として、認知症サポーターの育成と情報発信拠点としての認知症カフェの整備を進めている。今後はインフォーマルサービスとフォーマルサービス(医療・介護機関)の連携が求められる。両者が公的に連携を取ることができる場合は、地域包括支援センターが窓口となる地域ケア会議である。地域ケア会議には個別ケース型と地域型があり、「徘徊」や「孤立」、「独居」、「閉じこもり」、「後見人不在」等、認知症に関わるさまざまな問題について話し合う。この会議では、医療・介護関係者だけでなく、法曹関係者、自治会や地域住民の代表者等さまざまな職種が参加する。話し合われた議題は、市町村の地域包括ケアシステム推進会議に集められ、施策化が図られる。

認知症が進行し、急性増悪期を迎えた場合、入院を余儀なくされる場合がある。2014年に新設された地域包括ケア病棟はレスパイト入院(介護者が休息するための一時的な入院)を含む間口の広い入院機能を有し、在宅医療のバックアップ機能が期待されている。認知症患者の一時的な受け入れも期待されるが、BPSDへの対応やスタッフ数の問題等課題も山積している。認知症サポート医や在宅関係者との連携を強化

し、互いにバックアップ体制を築くことが解決の糸口になるものと考えられる。

講義5 認知症を地域で支える

—福井市医師会の取り組み—

山本医院 山本 雅之

福井市医師会は、地域包括ケアシステム構築・在宅医療の充実に向け、「在宅医療対応可能医療機関マップ」や「かかりつけ医のための在宅医療手引書」を作成し、診療連携の強化を図るとともに、多職種連携強化を目的に「ふくい在宅医療を支える会」を定期的に開催してきた。そこから派生した、つながるクリニック（横浜市）院長 八森淳先生・つながるクリニック地域連携室室長 大友路子さんらが提唱する「介入困難な認知症に対する見える事例検討会」は、マインドマップ（図1）を用いて、多方面から多職種で事例を検討する会であり、参加者の援助技術の向上やネットワーク構築につながり、お互いの仕事を理解するうえでも非常に有用であった。事例を困難にする原因としては、1) 病院主治医のみでかかりつけ医がいない、2) かかりつけ医が病気のことしか診ない、3) 年金等の患者自身のお金を家族が使ってしまう、サービスを利用できない、4) ケアマネージャーが利用者へ熱心に関わりすぎること、利用者の全ての希望に応えようとしてケアプランが過重なものとなり、それが却って介護を窮屈で偏ったものにしてしまっている、等が挙げられた。各職種からの反響は強く、2012年から2カ月に1回、定期的に開催され、3事例を毎回90名前後の参加者で行っている。さらなる多職種連携強化には、地域の医師の音頭取りが必要不可欠と考え、2015年度からは、各生活圏域（包括支援センター単位）での多職種連携会議に積極的に出席し、医療的なアドバイスを行い、他職種からの医療的な相談に気軽に応じる、地域包括ケアサポート医を各生活圏域で募

図1 「介入困難な認知症に対する見える事例検討会」でのマインドマップ

集・配置し、既に55の医療機関が地域包括ケアサポート医として登録されている。このように、福井市医師会が手伝い、医師会員が自ら率先して行う各生活圏域での地域包括ケアサポート医の活動は、他の市町では見られない先進的なものである。ケアマネージャーを中心とした介護職の地域のリーダー育成に役立てられればと考えている。

模擬患者による実習

模擬患者 和田 博之、和田 敏道
講師 井川 正道、遠藤 芳徳、
上野亜佐子、濱野 忠則、
伊藤 達彦

参加者をA・Bの2班に分け、実習を行った。A班は、Alzheimer病模擬患者に対する問診、MMSE、神経学的診察を行った。また、次にLewy小体型認知症模擬患者の問診、MMSE、神経学的診察を行った。B班は、Lewy小体型認知症の模擬患者の問診、MMSEの実施、そして、神経学的診察を行った。その後で、Alzheimer病模擬患者の問診、MMSEの実施、そして、神経学的診察を行った。

講師からは、鑑別診断のポイントは何より問

図2 模擬患者に対する問診・神経診察の実習風景

診であるということの説明、必ず聞くべき点に関する解説があった（いつから忘れっぽい、趣味に興味をなくしたかどうか、怒りっぽくなったか、幻視の有無等）。また、神経診察は食わず嫌いにしないために、まずは実施することが重要であること、特にLewy小体型認知症の際に重要となる筋固縮の有無、歩行障害、姿勢反射障害について実技指導を行った。そして、他のパーキンソニズムを呈する疾患との鑑別の際に重要となる眼球運動障害の有無、腱反射亢進の有無についても実技指導を行った(図2)。

Alzheimer病、そして、Lewy小体型認知症の模擬患者役は認知症看護認定看護師が務めた。まさに迫真の演技であり、参加者からは大変勉強になったという感想が得られた。

ディスカッション

■質問

運転免許はどのくらいの認知機能低下のレベルになったときに中止させるべきか。

■回答

海外ではCDR (Clinical Dementia Rating) 1 (米国)、あるいはMMSE23点以下(カナダ)になった場合に運転中止という事例もある。一方、認知症患者側からみると、地方在住者では外出す

る機会が減り、ADLが低下し、意欲低下につながる可能性も高い。さらに、配偶者の病院通いのためにやむを得ず運転を行っている患者もいる。しかし、認知症患者の運転が原因で歩行者が事故に遭う事例も経験しており、やはり安全を第一に考えると、認知症と診断した時点で運転をやめていただき、公共の交通機関やタクシーを利用していただくべきである(本セミナーは、2017年3月12日の「道路交通法の一部を改正する法律」の施行前に実施された)。

■質問

MMSEとHDS-Rはどちらを行うべきか。

■回答

HDS-Rは遅延再生の項目が全6点であり、Alzheimer病初期や軽度認知障害(mild cognitive impairment: MCI)の診断の際には感度が高いものと思われる。一方、MMSEは遅延再生の項目は全3点であり、MCIや初期のAlzheimer病では得点が高くなる傾向がある一方で、図形模写や失語等高次脳機能も含めて脳の機能をバランスよく判定できる利点がある。よって、両者を行うことが望ましいが、時間的制約もあるため、今回の受診時はHDS-R、次回はMMSEといったように、交互に行うのもよいかもしれない。

■質問

Alzheimer病の治療開始は、どの程度の認知機能低下のレベルから行うべきか。そして、どのくらいの重症度になったら中止すべきか。

■回答

さまざまな意見があると思われるが、例えば、Alzheimer病の場合、添付文書上は認知症と診断してから治療を開始するが、Alzheimer病を背景としたMCI患者に対しては、患者及び家族との話し合いのうえで抗認知症薬を開始する場合もあり得る。中止については、全く行えなく

図3 修了証を手に記念撮影

なる等、高度の認知症となった場合に、主介護者と十分話し合ったうえで漸減中止することが多いが、この点についても明確な基準はなく、いまだ結論には至っていない。個人的には、早期に治療開始することには大きなメリットがあるが、重症になってから漫然と投薬を継続することにはあまり利点はないと感じている。

以上のように、臨床に即した実践的な質問を多くいただいた。

おわりに

いずれの講演でも参加者は熱心に聴講され、また、質疑応答のコーナーでは活発な討議が行われた。認知症患者と接する機会の多い看護師、介護士、理学療法士等のコメディカルの参加も多かった。

また、最後の実習では2班に分かれて、Alzheimer病模擬患者、Lewy小体型認知症模擬患者

に対する問診、MMSE及び神経学的診察を交代で行った。神経内科を専門とする医師以外では、神経学的診察を行う機会が普段なかなかないというのが現状であるが、「この実習を機に、まずは積極的に行ってみます」というコメントもあった。

今回の講義・実習では、超高齢社会を迎えた日本においては避けては通れない「認知症」という重要な問題を取り扱い、多くの参加者から「次回開催の際もぜひ参加したい」という意見いただくことができ、非常に有意義なものになった(図3)。

謝辞 福井県で65歳の全住民に対して行われているアンケート形式の認知症検診の結果、受診を勧められた住民がかかりつけ医を受診する機会が増えてきた。このように、認知症非専門医が認知症診療に携わる機会が増えてきたため、2015、2016年度にわたり、かかりつけ医に対する認知症対応力向上のための講習会「福井県かかりつけ医実践研修会」が開催された。本セミナーの内容は、「福井県かかりつけ医実践研修会」の内容を踏襲したものである。福井県かかりつけ医実践研修会検討部会でご尽力いただきました中村病院 永田美和子先生、松原病院 松原六郎先生、池端病院 池端幸彦先生、伊部病院 伊部晃裕先生、さらに、福井県長寿福祉課 示野日紗子様、杉井真由美様、稲葉啓子様、田淵隆子様、船木麻央様をはじめ、多くの関係各位に深謝いたします。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 山田正仁 編著：認知症診療実践ハンドブック。中外医学社、東京、2017。
- 2) 福井県ホームページ。 <http://www.pref.fukui.jp/>
- 3) 福井市ホームページ。 <http://www.city.fukui.lg.jp/index.html>