

### 病診のとりくみ

「病診連携による

在宅医療への取り組み」

岡山市立市民病院 副院長 白井 正明

岡山市立市民病院は、平成二十七年にJR北長瀬駅前新築移転しました。北長瀬は岡山市でも倉敷市に隣接する地区で、より広い地域から患者さんが受診されるようになりました。駅から病院へはペDESTリアンデッキで直結され、雨天でも濡れずに来院できるようになっています。

病院の3本柱は、「救急医療」「教育・人材育成」「災害医療」です。特に、救急医療は「二十四時間、三百六十五日断らない救急」を掲げ、年間約五千台の救急車を受け入れています。そして4つ目の役割として地域医療ネットワークに貢献することが挙げられます。

当院における地域医療連携の大きな取り組みは、入院管理支援センター（PFMセンター）の設立です。PFMセンターでは、予約業務、地域医療連携、入院支援、ベッドコントロール、口腔ケアなど多くの業務を行います。ワンフロアに医療事務、退院支援ナース、MSWなど多職種スタッフを配置しています。外来受診から手術、リハビリなどの入院治療、そして退院・転院と切れ目のない診療体制の構築が目標です。手術前の歯科受診も積極的にを行っています。当センターは移転前から計画され、1年間の準備期間を経て今年度から本格的に稼働しています。多様なスタッフ、多くの業務ですが各部署間の風通しがよくなり効率化が達成されています。急性期病院である市民病院は、在宅医のバックアップと在宅へのバトンタッチが使命です。バックアップとして重要なのは、「いつでもすぐに患者さんを受け入れる」ことに尽きます。脳疾患センターや循環器内科はホットラインを整備して、担当医が直接電話で対応しています。患者さんの情報伝達が正確かつスピーディーになりました。また、患者さんをERで待ち構えるだけでなく、モバイルER（医師が同乗した救急車）で迎えに行くシステムも平成二十八年から開始しました。毎月約二十回出動しており、機動力のある医療体制を心掛けています。

在宅へのバトンタッチは、ケアマネジャー、在宅の先生方との協働連携です。平成三十年度の介護支援等連携指導は七百四十三件、退院時共同指導も三十八件と毎年急増しています。在宅医療へのスムーズな移行のために、遅まきながら退院前後訪問も始めています。

医療連携・情報共有の場としては従来の病診連携研修会（3S会）に加えて、北長瀬メディカルフォーラムや北長瀬ケースカンファレンスを開催しています。周囲の先生方との学術交流、顔の見える関係作りを図っています。さらに、歯科医師会とも連携して入院患者の往診をお願いしています。口腔ケアの強化とともに診療情報提供書の充実を図り、在宅医へと繋がるようにしています。



最後に、市民病院と同じ法人である岡山市立せのお病院では都市型地域包括ケアシステムのモデルを目指しています。地域バックアップ病院としてサブアキュート患者の受け入れを進めています。在宅医療では、本年度から訪問診療も導入しました。後期研修医の地域医療臨床研修の役割も果たしています。

岡山市立総合医療センターとして、急性期の市民病院、ポストアキュートのせのお病院が一致協力して、地域の医院・病院と連携して地域治療に貢献したいと考えております。



## ◆研修会報告

### 認知症研修会

―在宅で認知症を支える(十)―

令和元年九月七日(土)

### 「薬物と認知症」

(二社)岡山県薬剤師会 副会長

川崎医科大学総合医療センター

薬剤部長 監物 英男



今回のテーマで考えると薬物と認知症との間には、治療する薬剤と逆に認知機能低下をきたす可能性がある薬剤の2つがある。認知症患者の多くが高齢であり、生理機能の低下

下があるにも関わらず、数多くの薬(ポリファーマシー)を服用しているため、薬剤起因性による認知機能の低下や転倒、せん妄などの老年症候群が近年、問題となってきた。 (表1)

表.1 薬剤起因性の老年症候群とその原因薬剤

症候	薬剤
ふらつき 転倒	降圧薬(特に中樞性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、降糖薬、抗不安薬、三環系抗うつ薬、抗てんかん薬、フェノチアジン系抗精神病薬、抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル)、抗ヒスタミン薬
抑うつ	中樞性降圧薬、β遮断薬、H <sub>2</sub> ブロッカー、抗不安薬、抗精神薬、抗甲状腺薬
認知機能 障害	降圧薬(特に中樞性降圧薬、α遮断薬、β遮断薬)、降糖薬、抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、三環系抗うつ薬、抗てんかん薬、抗精神薬、抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル)、抗ヒスタミン薬(H <sub>2</sub> ブロッカーも含む)、膀胱結核薬、鎮痛薬(オピオイド、NSAIDs)、副腎皮質ステロイド、抗薬・抗ウイルス薬、抗腫瘍薬
せん妄	抗パーキンソン病薬、降糖薬、抗不安薬、三環系抗うつ薬、抗ヒスタミン薬(H <sub>2</sub> ブロッカーも含む)、降圧薬(中樞性降圧薬、β遮断薬)、シキタリス、抗不整脈薬(リドカイン、メキシレチン)、気管支拡張薬(テオフィリン、アミノフィリン)、副腎皮質ステロイド
食欲低下	NSAIDs、アスピリン、薬下剤、抗菌薬、ビスホスネート系薬、抗不安薬、抗精神薬、抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル)
便秘	降糖薬、抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、三環系抗うつ薬、膀胱結核薬、腸管鎮痛薬(ブチルスコプラミン、プロバンテリン)、H <sub>2</sub> ブロッカー、α-グルコシターゼ阻害薬、フェノチアジン系抗精神病薬、抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル)
排尿障害 尿失禁	三環系抗うつ薬、腸管鎮痛薬(ブチルスコプラミン、プロバンテリン)、膀胱結核薬、H <sub>2</sub> ブロッカー、降糖薬、抗不安薬、抗不安薬(ベンゾジアゼピン)、フェノチアジン系抗精神病薬、抗パーキンソン病薬(トリヘキシフェニジル)、α遮断薬、利尿薬

秋下雅弘：高齢者のポリファーマシー、岡山県大6 一部改変

そこで、今回の研修では認知症治療におけるポリファーマシー対策の重要性を認識していただくため、認知症(代表的な4病型)の症状と認知症を治療する薬剤、認知機能低下をきたす可能性がある薬剤、認知症患者を含めた高齢者の薬物療法の注意点について解説する。

認知症の症状には記憶障害や見当識障害などの中核症状とそれに付随して起こる周辺症状(BPSD)があり、BPSDには「不安・焦燥、幻覚、妄想などの心理症状と徘徊・多動、暴言・暴力などの行動症状がある。」 (図1)

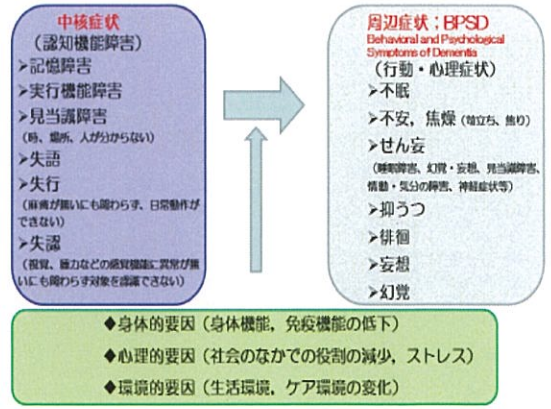
表.2 認知症の症状

認知症	中核症状	BPSD (行動)	BPSD (心理)
アロザン型	・記憶障害 ・見当識障害	・徘徊 ・不潔行為	・うつ ・アパシー※ ・妄想 など
ビ-小体型	・判断力の障害 ・実行機能障害 ・失認	・無為、無反応	・幻視、幻覚 ・妄想 ・うつ
前頭側頭葉型	・性格の変化 ・判断力の障害 ・実行機能障害 ・失認、失行、失語	・暴言、暴力 ・食行動、性行動異常 ・反社会行動 (OSI等)	・アパシー※ ・不安、焦燥
脳血管性	・実行機能障害 ・失認、失行、失語	・無為、無反応	・アパシー※ ・うつ

※アパシーとは、自覚性や意欲が著しく低下し、自ら積極的に何かをすることがなくなり、同じこともりがちになる状態。うつ病の病態と重複する症状もあるが、アパシーは意識の低下が目立ち、うつ病では抑うつと悲壮感が顕著である。脳の障害部位も異なる。

これらの症状は認知症の病型（アルツハイマー型、レビー小体型、前頭側頭葉型、脳血管性など）により異なっている。（表2）

図.1 認知症の症状



また、BPSDの治療には向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠導入薬など）が使用されている。（表4）

表.3 認知症治療薬

一般名 (製品名)	ドネパジル (アリセプト®)	ガラントミン (レミニール®)	リバスチグミン (イクセロン®、リバスタッチ®)	メマンチン (メマリー®)
作用機序	ACHE阻害	ACHE阻害 ニカチンACh受容体へのAPL作用	ACHE阻害 BuChE阻害	NMDA受容体非拮抗作用
	脳内のACh濃度を保つ			グルタミン酸の過剰興奮を抑え、神経細胞を保護
アロザン型の適応	軽度～高度	軽度～中等度	軽度～中等度	中～高度
その他の適応症	ビ-小体型認知症	—	—	—
剤型	錠、補助、口腔崩壊錠、内服ゼリー	錠、口腔崩壊錠、内服液	パッチ剤	錠
投与回数	1日1回	1日2回	1日1回	1日1回
主な副作用	悪心・嘔吐・下痢	悪心・嘔吐	皮膚症状(発疹)	浮腫性めまい 頭暈・頭痛・便秘
代謝経路	肝	肝・腎	肝(メタボにより影響)	腎
CYP代謝酵素	3A4,2D6	3A4,2D6	CYPによる代謝は弱い	CYPで代謝されにくい

ACHE: チロシナーゼ阻害剤, BuChE: 丁種チロシナーゼ阻害剤, NMDA: N-メチル-D-グルタミン酸, APL: 胆碱エステラーゼ阻害剤

認知症の中核症状を治療する薬剤として現在、4種類のアルツハイマー型認知症治療薬（アセチルコリンエステラーゼ阻害薬：ドネパジル、ガラントミン、リバスチグミンとNMDA受容体拮抗薬：メマンチン）が診療に使用されている。（表3）

表.4 認知症のBPSDに対する薬物療法

症状	薬物	エビデンスレベル*	推奨グレード**
不安	リバスチグミン、アリセプト	C (弱)	2 (弱い推奨)
焦燥性興奮	リバスチグミン、アリセプトなどの非定型抗精神病薬	C (弱)	2 (弱い推奨)
幻覚妄想	リバスチグミン、アリセプト、アリセプト、アリセプトなどの非定型抗精神病薬	C (弱)	2 (弱い推奨)
徘徊、性的逸脱行動、暴力、不穏	徘徊: リバスチグミン (科学的根拠は不十分)、アリセプトは脳梗塞後遺症に伴う徘徊に保険適用。暴力、不穏: 焦燥性興奮の治療に準ずる	C (弱)	2 (弱い推奨)
せん妄	リバスチグミン、アリセプト	C (弱)	2 (弱い推奨)

リバスチグミン (リバスチグミン®)、アリセプト (アリセプト®)、アリセプト (アリセプト®)、アリセプト (アリセプト®)

認知症疾患診療ガイドライン2017,医学書院,一部引用改変

抗精神病薬は適応外使用、オランザピンやクエチアピンには糖尿病患者には禁忌、抗うつ薬の悪心、軟便、セロトニン症候群などの副作用、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠導入薬による転倒などの有害事象や減量や中止の時は漸減する必要があるなどの問題が多く、向精神薬はできる限り使用しないように努め、やむを得ず使用する際には非薬物療法・ケアと組み合わせる必要がある。（図2）

図.2 認知症の治療の際には薬物療法・非薬物療法・ケアをどのように施行するか？

- ◆ 認知症の治療は認知機能の改善と生活の質(QOL)向上を目的として、**薬物療法と非薬物療法を組み合わせ**て行う。
- ◆ 認知症の行動・心理症状(BPSD)には**非薬物療法**(デイサービスなど)を薬物療法より**優先的**に行うことを原則とする。
- ◆ 向精神薬を使用する場合は、**有害事象と投薬の必要性を継続的に評価**する。

認知症疾患診療ガイドライン2017,日本神経学会

認知機能低下をきたす可能性がある薬剤としては高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)に抗精神病薬、睡眠薬・抗不安薬、三環系抗うつ薬、パーキンソン病治療薬、膀胱鎮痙薬の抗コリン薬などがあり、可能な限り使用を控えるよう書かれている。

最後に、ポリファーマシー対策の重要性については高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015(日本老年医学会)では5剤以上で転倒リスクが増加、6剤以上で薬物有害事象の頻度が増加する報告があり、ポリファーマシー対策(薬の数を減らす)により患者のQOL(Quality of Life)を向上させることが

きるとされている。認知症患者は多くは高齢者であるので、投与量は少量から開始、薬効評価は短期間に、服薬方法は簡略にして、副作用に対する不適切な新規薬剤開始(処方力スケード)しないよう、適切な薬物療法を行うことが重要である。(図3)

図.3 高齢認知症患者への薬物療法の注意点と原則

☆高齢認知症患者では有害事象が生じ易い

1. 投与薬物は、その種類によっては若年者の1/2~1/4量の**少量から開始**する
2. **薬効評価は短期間**に行う
3. **服薬方法は簡略**にする
4. 特有の有害事象に注意を払いながら**多剤服用**をできるだけ**避ける**。定期的に薬剤の種類、投与量、長期投与処方の必要性を評価する
5. **服薬アドヒアランスを確認**する

認知症疾患診療ガイドライン2017,日本神経学会

「真庭市の認知症の予防活動」  
さくもとクリニック院長 作本 修一



真庭市医師会が認知症を切り口として地域ケア体制の構築を他職種に呼びかけて十三年経ちました。この間、認知症キャラバンメイトは四百名を超えており、認知症サ

ポーター数は11,017名で、人口の24.6%となっています。認知症地域支援推進会議も現在は『地域ケア会議』と名称を変え、様々な立場の方が参加し地域の課題に取り組んでいます。

キャラバンメイトの方たちは、様々な職種の協力を得て「認知症セミナーin真庭」の開催や、独居の閉じこもり高齢者のお宅を訪問する「まごころ」と命名した無料の傾聴活動などを行っています。

また、空き家を探して、家族の会を2か所、カフェ6か所を立ちあげています。この活動はどこからも助成金は出ておらず、すべて自前で行っています。

さらに、認知症予防を市民に呼びかけるため、オレンジ色の広報誌の作成や、認知症予

の日（六月十四日）に旧遷喬小学校の校舎をオレンジにライトアップする活動、スーパードで買い物客に資料配布などもしています。

また、岡大神経内科の阿部教授、菱川望先生の協力により作成した「げんき輝きエクササイズ」も施設やサロンで実施され、市が主催する集い（37か所で週1回）でも実施しており参加者は五百名に増えてきています。

その結果、うつ状態、時計の図、立方体模写、歩行速度などに有意に改善が認められて意味のある活動となっています。

その他、口腔ケアの実践により肺炎を減らすことができましたし、在宅での残薬、ポリファーマシー、認知症高齢者の服薬という課題にも取り組んでいます。

これらの運動の結果として真庭市の国保の支出を検討すると、平成二十六年には1億300万円の黒字となり、平成二十七年からは常に前年度より億の単位で支出が減っています。平成二十七年度と平成三十年度を比較すると10億円を超える支出の減少となっています。そのため平成二十六年以降、一般財源から国保への補填は0円が続いています。高齢者は増えているわけですから、この結果は私たちの活動の成果が実ったものと考えても良いのではないかと考えます。

しかし、ここ3年ほどの間に国、県からいろいろな指示が末端の行政、保健所に出て

おり、職員は付度？自分の立場を守るため？何とかその指示を形にしようと努力しています。しかし民間、ボランティアは仕事があり、家庭があるわけで、よりシンプルな形の形態へと進むことを希望しています。それこそが地域包括ケア体制の構築だと考えており、考え方の溝はだんだん広がってきているように思えます。飲み込めないほどの要求を口の中に押し込まれても自分たちはどうしてよいのか？今までやってきたことは何だろう？これでは地域分割ではないのか、自分たちは行政の兵隊ではないとの声さえ出ています。

その上に自分たちが3年前から提案している高齢者の移動や、医療、介護、福祉の人材不足の問題、また今後ボランティアがやりがいを持って運動を継続するにはどうするかなどの課題は議題としてあがるものの少しも進展が見られないことも不信感を増している原因となっています。

また民間が行政と社会福祉協議会が車の両輪として運動を進めてもらいたいと希望していたのですが、一時うまくいきそうだったのですが、最近は社会福祉協議会も次第に自分たちの活動に軸足を移しているのではないかと感じられるようになってきています。

## ◆第二十七回学術大会の

見どころ、聞きどころ

大会テーマ

「保健・医療・介護・生活支援の

目指すべき方向

「地域住民のニーズにいかに対応するのか」

日時：令和二年三月二十二日（日）

九時三十分～十七時

会場：岡山市医師会館

四階 四〇一、四〇二会議室

（岡山市北区駅元町一九―二）

### ◆記念講演

「ACPを育むケアラー自身の

スピリチュアルケア」

飛驒千光寺 住職 大下 大圓 先生

### ◆プラクティカル・エデュケーション

「オーラルフレイル、

口腔機能低下症を理解し予防する」

川崎医療福祉大学リハビリテーション学部

言語聴覚療法学科講師 池野 雅裕 先生

### ◆研究発表

四〇一会議室 十演題（予定）

四〇二会議室 十演題（予定）

今回は、「保健・医療・介護・生活支援の目指すべき方向」地域住民のニーズにいかに対応するのか」をテーマにしています。記念講演としては、地域住民の心に寄り沿いながら、多職種が目指すものとして「スピリチュアルケア」を含めた私たちの心の持ち方などを、飛騨千光寺住職である大下大圓（おおした だいえん）先生にご講演いただくことになっています。大下先生は十二歳で出家され、高野山大学仏教学科を卒業後、スリランカで仏教の修業を積み、京都大学こころの未来研究センターで研修を終了後、臨床の現場で瞑想応用を研究され、メゾッドを開発され、実践されています。さらに全国からの講演依頼を多く受け入れられている中で、一月十八日の当学会ACP研修会に引き続き、地域医療・介護現場における「こころ」のお話をおねがいできることになっています。

プラクティカル・エデュケーションでは、「オーラルフレイル、口腔機能低下症を理解し予防する」というテーマで、川崎医療福祉大学言語聴覚療法学科講師 池野雅裕先生にこれからの嚥下機能低下に対する対策を含めたフレイル予防についてお話し頂きます。

研究発表では、例年通り、二会場に分かれてそれぞれ三つずつ計六グループを作り、

それぞれ座長を配置し、ミニシンポジウム形式にて発表者と参加者を混えたディスカッションを行う予定にしております、今年も充実したプログラムを予定しておりますので、多くの方のご参加をお願い致します。岡山プライマリ・ケア学会

副会長 佐藤涼介

◆入会のご案内

★申込書は、HPからダウンロード出来ます。

<http://www.p-care-okayama.com/>

岡山プライマリ・ケア学会 入会申込書

岡山プライマリ・ケア学会  
会長 篠崎 啓祐

日本プライマリ・ケア学会が平成21年に日本プライマリ・ケア学会会として再出発したのを機に、日本プライマリ・ケア学会岡山支部は、岡山プライマリ・ケア学会として設立しました。基本的には、これまでの20年の歴史を継ぎ、岡山の特色と異なる多職種連携の場にも開きいたします。これらの活動には、岡山県医師会から多大のご協力を頂いております。

○具体的な活動

1. 学術大会（平成27年度・第23回）
2. 多職種参加型との連携
3. 認知症地域で支える方策と実践活動
4. 在宅療養に有効な連携バスターの普及【連携シートむすびの和】
5. 医師研修活動

詳細は、ホームページをご確認ください。「岡山プライマリ・ケア学会」で検索。

年會費：医師・歯科医師・薬剤師：5,000円  
その他：2,000円

【申込日】 平成 年 月 日

氏名:	職種:
連絡先（職場・自宅）	
住所（〒）:	電話番号:
所属（連絡先が職場の場合）:	

申込先：岡山プライマリ・ケア学会 FAX：086-251-6622

○どなたでも入会出来ます。 ○入金は随時受付可です。

◆編集後記

昨年十月から十一月にかけて開催されたラグビーワールドカップ、大盛況で幕を閉じました。ラグビー日本代表のスローガンで流行語大賞にもなった『ONE TEAM（ワンチーム）』とても良いフレーズだと思いましたが。岡山プライマリ・ケア学会も『ONE TEAM（ワンチーム）』でがっちりスクラムを組んで進んでいきたいと思えます。

編集委員 佐藤 涼介

菅崎 仁美  
丸田 康代  
小野 まゆみ

編集・発行

岡山プライマリ・ケア学会 事務局

TEL700-0024

岡山市北区駅元町 19-2

(岡山県医師会内)

TEL: 086-250-5111

FAX: 086-251-6622

Eメール: gakkai@p-care-okayama.com