

# New Wave

「もの忘れセンター」と書かれた透明ガラスの自動ドアを抜けると、それまで歩いてきた外来棟とは雰囲気が一変する。フローリングの床と、白に統一された椅子、柱、壁……。瀟洒なマンションのエントランスホールを思わせる『外待ち合機能評価室』は、5つの診察室や総合機能評価室などがドアを並べている。

もの忘れセンターを担当する医師は現在、センター長である鳥羽研二先生以下13名。鳥羽先生をはじめとする老年科、神経内科、精神

## 人・機器・施設 すべてにおいて最大規模



科、脳神経外科、放射線科の医師が各科の特徴を活かした協力して診察にあたっている。

また、多職種によるチーム医療を推進する体制も充実しており、認知症看護認定看護師、心理士(3名)、言語聴覚士、精神社会福祉士(PSW)が専属で配置されている。

こうした恵まれた人員体制に加え、脳画像診断装置など医療機器の面でも「最大級」の名にふさわしいセンターであることは、右下の表を見れば納得していただける。

人・機器・空間。すべての面で突出した診療環境の狙いは何だろう。鳥羽先生は「認知症疾患医療

センターのモデルとなることとデータベース機能」だと話す。

## モデルの意味① 理想像を示す

国が全国150カ所を目標に整備を進めている認知症疾患医療センター。その事業内容は、鑑別診断とそれに基づく初期対応、合併症・周辺症状への急性期対応、地域連携の強化、教育など多岐にわたる。それらを達成するための設置基準(人員体制、検査体制)も規定されている。

しかし、実施要綱をただ満たすことが鳥羽先生の考える「モデル



独立行政法人  
国立長寿医療研究センター  
病院長  
もの忘れセンター長  
鳥羽 研二 先生

ル」ではない。「モデルを示すという一つの意味は、認知症疾患医療センターの機能がいかに理想的に認知症高齢者の医療につながっていくのか、その実態を見せること」だといふ。

「たとえば身体合併症への対応にしても、認知症があるから、健常高齢者の身体診療よりもレベルが落ちてやむを得ない、とはまったく

- 13名の外来担当医が週に計19枠を担当(年間1000名以上)
- 別途、地域連携枠(週3~4枠)を用意

診断に長けた **神経内科医、放射線科医**

周辺症状の薬物療法に長ずる **精神科医**

手術の適応に長けた **脳神経外科医**

コーディネーター

これらにバランスよく通曉し、かつ身体疾患にも対応できる **老年科医**

認知症看護認定看護師  
臨床心理士(2名)  
言語聴覚士(ST)  
精神科社会福祉士(PSW)

(患者さん・家族も  
治療チームに参加)

地域連携 ⇄ 切れ目のないサービスを

地域医療機関・かかりつけ医

## 「もの忘れセンター」の診療体制

- 特殊検査機器  
MRI (1.5T 1台/3T 1台)、SPECT、FDG PET  
Amyloid imaging、NIRS(光トポグラフィー)、  
磁気刺激装置、重心動揺計、体組成計など

- 家族相談室 2部屋、集団家族教室 2回(月)

- 平成23年度より入院機能を追加  
(周辺症状/身体合併症対応病床30床)  
認知症疾患医療センターに認定

循環器、整形外科、転倒、骨粗鬆症、  
リハビリテーションの専門家が  
もの忘れセンターと一緒に診察



平成22年9月、国立長寿医療研究センターに「もの忘れセンター」(外来部門)がオープンした。国内はもちろん、海外にも類をみない規模を持ち、今考えられる最高水準の認知症診療を実践する。ナショナルセンターとしてのこうした取り組みが、全国各地の認知症疾患医療センターの運営や、認知症専門医/非専門医の先生方の日々の診療にどのような波及効果をもたらすのか。その戦略と具体的なアプローチを訊いた。



# 国立長寿医療研究センター(愛知県大府市)「もの忘れセンター」 世界最大級の「もの忘れセンター」が 日本の認知症診療の裾野を広げる。

認知症はもちろん  
メタボリックシンドロームも  
ロコモティブシンドローム（運動器症候群）も。



カンファレンスルームでは、詳細なデータベース（次ページ）をフル活用して診断を決定。



重心動揺計。特にレビー小体型認知症の患者さんは転倒リスクが高いので、予防が重要。



広々とした診察室。頻尿の高齢者に配慮して、5部屋それぞれにトイレが併設されている。



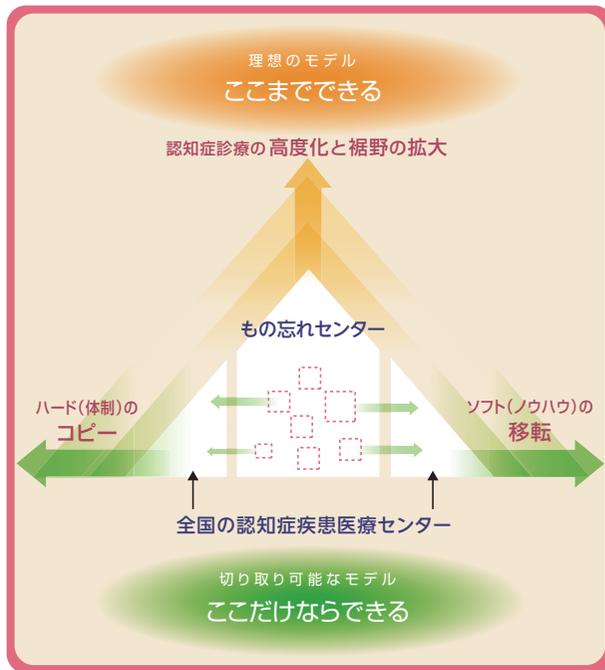
握力計。瞬発力に加えて持続力も測定可能な最新型。身体虚弱の程度を徹底的に調べる。



体組成計（体脂肪率、筋肉量、骨量などを測定）もルーチンで実施。運動器疾患（関節疾患、骨折、転倒など）の診療体制も充実している。

なっているという。」「実施要綱には最低限の設置基準が記されているだけで、それを活かしていかに効率的に認知症疾患診療センターの機能を分担していくかは示されていません。たとえば事業内容の中でも診断機能は特に集約すべき領域で、本当に高度なもの各県に1カ所程度しか

備えられないのではないのでしょうか。むしろ1カ所程度でいいと思います。そのセンターと各地域の中核医療機関との間で画像カンファレンスを行うなど、対応策が考えられるわけです。」「一方で、家族教育や身体合併症の入院機能については、人口20・30万に対して1カ所くらいは拠点となる施設がないときめ細かな対応は望めない。」「業務の濃淡も一律ではありません。毎日行う仕事もあれば月1回のものもあります。つまり、各認知症疾患診療センターによって担う機能や業務負担が異なり、それによって必要な診療体制も当然変わってくるわけです。そのなかで、ニーズにきめ細かく先進的に対応し、しかも最小限の人数で効率よく運営できるシステムを開発していくことが、当センターの大きな事業になると思います。」「部分モデルの取り出し——体制の「コピー」。ノウハウの移転。それはどのように行われるのだろうか。」「さまざまなかたちで情報発信をしていきますが、やはり実際に見学に来て、カンファレンスや家庭教室を体験していただくが一番でしょう。昨年、名古屋で認知症学会が開かれた際にも20名ほどの方が見学に来られました。つねに開かれたセンターでありたいと思っています。」「



考えていません。逆に、症状の自覚や訴えがないために見逃されがちであることに十分配慮し、適切な診断・治療を行い元気になるまで帰っていただく。その機能がなければ療養病床と変わりがなくなってしまう。」「長寿医療研究センターのもの忘れセンターでは、認知症診療と並行して、循環器、整形外科、転倒、骨粗鬆症、リハビリテーションの専門家も一緒に診察にあたっている。身体合併症に関して、認知症疾患医療セ

「持てることのできるのです。」「さらに診断後の治療・ケアにおいても、多職種チームによる総合的なサポートが展開される。」「日本の認知症診療の中核となるセンターですから、早期しか診ないといったことは許されません。あらゆる認知症性疾患のあらゆるステージにおいて、現状で有効というエビデンスが得られている医療・福祉資源を積極的に投入していきます。」「

② モデルの意味 部分に分けて移転する

「これほど恵まれた診療環境を、いったいどれほどの医療機関で採り入れることができるのだろうか。最高のモデルは、普遍的なモデルにはなり得ないのではないか。」「そのような懸念への回答として、「モデル」のもう一つの意味がある。」「ナショナルセンターとして、「ここまでできる」という理想の全体像を示す一方で、「この部分だけならできる」という取り出し可能なモデルを提供することも必要になります。」「全体としてのモデルと、部分としてのモデル。最大規模だからこそ取り出し可能なモデルを数多く用意できると言えるだろう。」「鳥羽先生は、現在の認知症疾患医療センターの課題は「並列に

診療の流れ(全予約制)



い。ではどうバランスをとるか。そこが大きなポイントでした。

— 他、認知症疾患医療センターでは、労力や時間の確保がより大きな課題となります。どのようにノウハウを移転していくのでしょうか。

やはり、切り取りですね。既存の患者さんを大切にしつつ、費用対効果も考慮しながら、各センターに合った部分を切り取っていく。

コモンディーズ(高頻度の疾患)である 認知症を診る医師の拡充



一般内科医などに提案



ただそれだけではダメです。そのあたりは最初から念頭にあり、当センターの人員費や医師の拘束時間など、どの程度までいけるかといったことも検証しています。そのなかで、個々の部分を切り取った場合にはどうなるかということも当然示せるでしょう。

一方で厚労省に対しては、どういう施策を行うと患者さんにと

共通カンファレンスはオープン形式。当該スタッフのみならず、認知症の勉強のために研修医、研究者、看護師、栄養士、放射線技師など多職種が参加。

市販のデータベース管理ソフトを用いて全診療データを一括管理。

共通カンファレンスでは、一人ひとりの患者さんの詳細なデータを閲覧。

1年ごとの再診時のデータを追加。時系列でデータを蓄積。

包括的同意のもと血液検体等バイオリソース(一部DNAも)を保管し、今後の研究・調査に対応。

も忘れセンターの臨床データをもとに、すでにプロテオミクス(タンパク質の構造や機能の網羅的な解析)などの研究が始まっている。

高齢者医療を変える巨大データベース

モデル機能と並び、鳥羽先生がも忘れセンターの重点目標に挙げるデータベース機能。「多数の診療科の医師が一堂に会すると、すごい力になることを実感しました」というように、ナショナルセンターならではの巨大データベースが日々成長している。その狙いと、多診療科協働の意義について、も忘れ外来部長の櫻井孝先生に伺った。

寝たきりに至る 転帰を追跡する

データベース構築の最終的な狙いはどこにあるのでしょうか。

当センターを受診する患者さんの多くはさまざまな疾患を合併しています。今は歩いて来られても、しだいに身体が虚弱になり、いずれはご自宅で寝たきり、あるいは施設入所となるケースがほとんどです。その過程のデータを積み上げていくことが非常に重要な仕事になります。

— 患者さんをコホート化して追跡調査していくわけですね。

現在、寝たきりになる要因のトップ3は認知症、脳卒中、運動器疾患です。認知症と脳卒中はもちろん当センターで診ていますし、運動器疾患についてもルーチンで体組成計(体脂肪率、筋肉量、骨量などを測定)などを実施しています。も忘れセンター内で骨粗鬆症外来も始まり、三大要因のすべてのデータが網羅されるわけ



独立行政法人 国立長寿医療研究センター 代謝機能診療科・も忘れ外来 部長 櫻井 孝 先生

血液検体も保存されています。一部DNAの抽出・保存も行っています。遺伝子多型の影響などもふまえ、寝たきりのリスクを予想していくことが今後重要になるでしょう。そうしたデータベースができれば、日本の高齢者医療に対してものすごく大きなインパクトになります。

— 予防策にも当然つなげられるわけですね。データベースへの入力はどうながされているのですか。

— 心理士の方々毎日データを入力してくれています。医師にお願いしていただくとすぐに無理が生じていたでしょう。実はセンターの立ち上げにあたり、一番苦心したのは、各診療科の先生方にどこまで労力や時間を割いていたかということでした。神経内科の先生ならパーキンソン病というように、みなさん認知症以外にメインで診ている疾患があり、多くの患者さんをフォローされています。その方々を絶対に疎かにはできな

ようなベネフィットがあり、コストはどの程度に収まるのかを、実証データに基づいて提言していく予定です。

— 最大規模だから 有効最小限の抽出が可能

データを積み上げていくうえで、かかりつけ医の先生方との連携が重要になります。

紹介元の先生方と連携する場合はいいのですが、問題は直接受診されたケースをどう地域にお返しし、管理していくかですね。そもそも、認知症はあまり診ていないという先生方のほうが多いと思うのです。

— そうした先生方に向けてのアプローチも必要だと。

ただ、認知症はわかりにくい面もあるんですよ。ブドウ糖負荷試験をして200mg/dl以上だったら糖尿病病という数字で割り切れる領域ではないですから。だからといってとらえやすさを出しておけばいい、というのでは困ります。薬を処方したうえで毎回どういう点をチェックしていくか。そういう具体的なノウハウがまだ十分に行き渡っていないのです。

— そのノウハウを整理して広めるのもこちらの役割になるわけですね。ただ、かかりつけ医の先生方にと

ここまで求めるのが難しいです。

一つには異なる診療科の先生方が、ここだけは押さえておくといい。共通項を出していきたくと思っています。そこから、負担がななく、こんなに短時間でできますよ、というプログラムを抽出できるのではないのでしょうか。私としては一般内科の先生方にも診ていただけるプログラムにしたいですね。認知症を診る医師を増やすには、内科医にアプローチするのが一番効率的です。

— これだけやってももらえれば効果が裏付くという最小限のプログラムを、裏付けをもって示すためには、こちらの具体的な体制が必要というところですね。一方で、認知症の専門医を目指す若手医師の教育の場としても期待は大きいと思います。

それ以外でもウェルカムです。ぜひカンファレンスに参加して診断を学び、病棟でBPPSDの勉強をし、地域連携の進め方を体験していただきたいですね。認知症の専門医に求められている能力は、まさにそういう部分だと思っています。

● 多診療科・多職種協働により、予防から終末期まで認知症のフルステージに対応している「も忘れセンター」では、認知症専門医を志す方々の研修を歓迎しています。