

人口減少著しい北九州地区においても、高齢患者の増加、疾患構造の変化があり、麻痺、震え、もの忘れなどの神経症状を訴える救急患者も多くなっています。脳卒中急性期に関しては、北九州市は脳外科が近隣他地区に比べ充実しており、大きな問題になっていませんが、諸事情にて基幹病院神経内科医は減少してきており、脳炎やギランバレー症候群などの脳卒中以外の神経救急疾患の対応や、基幹病院でのてんかんやパーキンソン病などの多くの慢性神経疾患の処方や外来フォロー継続が困難となってきたり、開業の先生方にご迷惑をおかけしている次第です。

ただ、多発性硬化症や重症筋無力症などの免疫性神経疾患は、ステロイドや免疫抑制剤を用いるため、感染症などの合併症のリスクも高く、急性期病院でフォローせざるを得ない側面もあり、各病院で何とかやりくりして対応している状況です。

**認知症**は高齢者の2割に見られるとされ、高齢化著しい北九州で大問題になってきています。若年性認知症は性格変化が先行したり、健忘や脳萎縮が目立たなかったりして、診断がむずかしいのですが、高齢者ではほとんどがアルツハイマー型認知症で、一部がレビー小体型認知症や脳血管性認知症などであり、病歴と身体所見でほとんど診断がつきます。そのため、検査の目的は、正常圧水頭症や神経梅毒、橋本病など、実は認知症全体の1%しかいないtreatable dementiaを見逃さないことにあります。最低限、採血と脳CT/MRIは施行し、症例によっては脳波、脳血流シンチ、MIBG心筋シンチ、髄液などを調べることを考慮します。

**ドネペジル（アリセプト）などの薬物療法**は、副作用も懸念されますが、ある程度有効な症例もあり、一

度は投与を考慮すべきです。しかし、ケアや介護が認知症医療の主体であるのが実情です。当院にはケアや介護に対応する機能が全くなく、患者さんとその家族に病院での診療にこだわらせるよりも、地域の中でケアや介護の流れにできるだけ早く乗せてあげることが肝要と思います。逆に言えば当院にはそのような機能がない以上、開業の先生方や施設にお世話になるしかないと考え、いつもお願いしている次第です。

**パーキンソン病**は、高齢者の1%に見られ、高齢化とともに現在どんどん増加しており、決してまれな病気ではなくなっています。特に団塊の世代が集団を形成して発症している印象があります。ADLの維持には抗パ剤の内服継続が重要ですが、新薬が増え、逆にかかりつけの先生に処方をお願いするときのネックになっています。新薬は副作用がわかりにくい上、高価なため在庫管理の問題や査定時のダメージが大きいなどの問題があるようですが、何とか処方継続をお願いできればと思っています。症状が両側性になり易転倒性が見られたり、抗パ剤の効果が切れると動けなくなったような中等度（Yahr 3度）以上のパーキンソン病では、難病認定の対象となり、患者さんと相談の上申請することになりますが、その後も年1回の更新が必要になります。3か月以上の間が開いての病院受診では選定療養費がかかってしまいますので、投薬調整や書類作成などのため当院受診される場合も、紹介状と事前予約をお願いする次第です。また、ADL維持にリハビリも重要なのですが、パーキンソン病の専門的なリハビリが受けられる施設は限られており、開業の整形外科の先生の所でのリハビリやデイサービス、デイケアの役割が大きいと感じています。

**パーキンソン病以外の神経難病では、**検査上わずかに改善させる薬剤が出てきていますが、臨床症状の改善が実感できるような治療法はまだありません。特に、筋萎縮性側索硬化症（ALS）は発症2年で、多系統萎縮症（MSA）は5年で寝たきりになり、その後嚥下障害や呼吸障害のため、気管切開/人工呼吸などの侵襲的な延命処置を希望しなければまもなく死に至る、神経内科領域で最も予後不良でかつ比較的頻度の多い疾患です。

積極的な治療法がない現状で、急性期病院を含めて長期入院はできず、できるだけ自宅で暮らしたいという希望も多いため、在宅医療が重要になります。その際は訪問看護ステーションやヘルパーさんだけでなく、往診医やデイサービス、ショートステイなどの地域の受け皿が重要になります。また難病認定とその更新も問題であり、書類作成のためだけに病院を受診するのは患者負担、家族負担も大きく、これらの書類作成も可能であれば開業の先生方をお願いできないかと考えています。

**てんかん患者は**全人口の1%をしめるとされ、決してまれな疾患ではありませんし、高齢者の増加とともに高齢初発てんかんも増加しています。事故や重積による外傷、窒息などの予防のため抗てんかん剤の内服継続が重要ですが、パーキンソン病同様に新薬も増え、近くの先生に処方をお願いするときのネックになっています。

新規抗てんかん剤は、従来の抗てんかん剤より副作用が少ないのが売りですが、高価なのが問題です。公費負担の制度もありますが、制約も多く、またその運用は厳しくなっています。なお、定期的な発作の有無のチェックと服薬確認が運転免許更新の診断書作

成では重要であり、綿密な診病連携が前提となります。

**脳卒中は**高齢者では年間1%発症し、8割が虚血性、2割が出血性です。脳梗塞では4.5時間以内のtPA投与のために早期診断と早期治療が重要であり、そのために24時間、365日対応するためにはかなりの人数が必要になります。当院では神経内科医減少のため、脳梗塞に対応することで、脳梗塞以外の神経疾患の急性期受け入れの支障となることも起きています。急性期を過ぎた後は再発予防の服薬継続、ADL改善、維持のためのリハビリ継続、介護、ケアが問題になり、病病連携、病診連携が重要な疾患です。

なお**顔面神経麻痺（ベル麻痺、ハント症候群）は、**重症度判定に耳鼻科でないとできない検査（耳小骨筋反射（SR））が必須とされ、また重症例では耳鼻科でないとできない治療（顔面神経減荷術）もおこなわれており、現代の医療では神経内科や脳外科紹介よりも耳鼻科紹介のほうが妥当と思います。

また**一過性の意識消失を来す患者の大半は失神**で、まれにてんかんを考えることとなりますが、失神の診療では、致死的なこともありうる心原性失神を見落とさないことが重要とされます。ループレコーダーの小型化、高性能化もあり、失神を疑われましたら、まずは循環器科に相談され、そのうえで必要であればてんかんの鑑別目的で神経内科にもご相談いただくのが間違いのないと思います。