

医療タイムス

週刊医療界レポート

2016.11/28 No.2281

特集

ストップ、介護離職 仕事を続けながら認知症の家族と暮らす



タイムスインタビュー

未病は医療制度のイノベーション 東アジアの高齢社会にも貢献

一般社団法人日本未病システム学会理事長
日本医科大学連携教授

福生吉裕氏

ケーススタディ経営改革力

「右手に専門書、左手にQCテキストを」
QCサークル活動による医療の質の改善
三萩野病院

Top News

社会保障費を確実に抑制、予算膨張にくぎ 財政審建議
社会保障費見直し案、医療・介護負担増が柱 政府

冬の時代の診療所経営

認知症ケアと在宅療養



医療法人社団裕和会理事長
長尾クリニック(尼崎市)院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業、医学博士、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授、東京医科大学客員教授、近著「平穏死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穏死という親孝行」など。
クリニックHP <http://www.nagaoclinic.or.jp>
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.drnagao.com/index.html>

在宅療養というと末期がんをイメージする人が多いようだが、現実には年々認知症がメインになってきている。末期がん患者の平均在宅期間は1カ月半なのであつという間に終わることが多いが、認知症の在宅療養は年単位に及ぶ。介護認定審査をしても審査の大半が認知症がらみのケースである。いっそのこと「介護保険あらため認知症保険」と呼んだほうがいいのではと思うときさえある。

末期がんの緩和ケアのスキルアップ講座はたくさんあるが、認知症の在宅ケアのスキルアップ講座は少ない。これは認知症が薬物療法を主体と考える一部の専門家の偏った意識の影響も大きい。実際、抗認知症薬の講演会は山ほどあるが、認知症ケアの講演会は少ない。抗認知症薬が認知症療養に寄与する割合についていろいろな医師に質問したことがある。ある医師は8割と答え、ある医師は5割と、別の医師は3割と答えた。私自身はせいぜい5%であると何冊かの著書に書いてきた。8割と回答した医師は「抗認知症薬を最大量投与することで施設入所を何年か遅らせる」というエビデンスがある」と胸を張った。しかし果たして本当にそうだろうか？ 逆ではないのか。抗認知症薬は副作用が多く、もし使うのであれば上手にさじ加減をしないとマイナス面のほうが大きくなるからだ。抗認知症薬を減量・中止しただけで嘘のように穏やかになり在宅療養が継続可能になった人がたくさんいる。

今年6月1日に抗認知症薬の少量投与が容認され、事実上増量規定が撤廃され、患者さんに適した量の投与が可能になった。しかし製薬メーカーや医学会は連絡が出た事実をほとんど啓発していない。製薬企業がスポンサーになっている大手新聞も報道しない。せっかく抗認知症薬の個別化医療が容認されたのに、そうした事実や意義をまだ知らない医師が多いことが大変残念である。そこで11月18日に厚生労働省で「抗認知

症薬の適量処方を実現する会」の記者会見を行った。「これ以上抗認知症薬の副作用被害者を増やさないためにとにかく上記の事実をマスコミで広く啓発してほしい。適量処方の啓発に協力してほしい」と訴えたが、どこまで周知されるか。

ようやくパーソンセンタードケアとかユマニチュードという言葉に関心を寄せる医師が増えてきた。しかし考えてみれば当たり前のことばかり。これまでどれだけ「パーソンがセンターではないケアが提供されてきたのか」「認知の人の尊厳を重視しないケアばかりだったこと」の裏返しにすぎない気がする。

現在でも、いわゆる一流病院において、身体拘束・抑制や鎮静が普通に行われている。「家族に承諾を得ているから」という言い訳で半ば常態化している病院もある。考えてみれば、医療者への認知症ケアや在宅医療の教育や研修の機会はあまりにも少ない。認知症ケアの大半は非薬物療法のはず。新・オレンジプランには認知症の人の社会参加や認知症カフェまで謳われているが、まだまだ少ない。私自身は地域の介護職員を集めて「国立かいご学院」を開講して教えている。こうした地域での認知症の人の受け皿造りへの本気度が問われている。来年4月に国際アルツハイマー病協会国際会議が日本で開催されるが、世界からかなり遅れた現状をどこまで取り戻せるか。介護離職ゼロの前に、介護職員の離職の多さに目を向けるべきだ。