

医療タイムス

週刊医療界レポート

2018.9/10 No.2366

特集 第2回最期まで口から食べられる街づくりフォーラム全国大会

最期まで口から食べる 地域ので日本を変える



真・病院広報のチカラ

清翠会牧病院の広報戦略

ピンチこそ変革のチャンス!
病院の変革期を大きな契機に

タイムスレポート

**地域に根差した中核病院を目指して、
回復期リハビリ病棟を増設**

東京品川病院

Top News

102兆円台後半、過去最高 19年度予算概算要求
社会保障給付費116兆円、16年度も最高更新 厚労省

冬の時代の診療所経営

消化管薬理学をどう生かす

消化管薬理学という学問分野がある。食べものを食べたとき、あるいは薬物を投与したとき、消化管でどのような反応が起きて薬理作用を発揮するのかを研究する学問だ。というのは昨今の腸内フローラブームは単なる流行ではなく、生命の本質に近い研究領域である。生命体は消化管からエネルギーや薬物を吸収した後に、消化管ホルモンに代表される内分泌機構のみならず迷走神経などの神経伝達を介して脳細胞と密接にインターアクションしている。「脳より腸が上位である」という発生学的な真実を学べば、多くの内科疾患が腸におけるイベントに由来していることが理解できる。

さて、かかりつけ医にとっての消化管薬理学について考えてみた。例えば糖尿病治療薬には9系統ある。診療ガイドラインはあるものの、実際に糖尿病高齢者を目の前にした時、薬剤選択に迷うことがある。HbA1cがかなり悪いからSU剤にしようか、いや低血糖が怖いからDPP4阻害薬で様子を見ようか、と迷うことがある。そんなとき、消化管薬理学の視点から考えると、消化管ホルモンを介するDPP4阻害薬やメトホルミンが選択肢となる。メトホルミンは高齢者には慎重投与でeGFR30以下ないしクレアチニン値1.5以上は禁忌であるが、そうでなければ元気な肥満気味の高齢者にも使用できる。この2剤は極めて生理的な作用であるが故に低血糖を起こしにくいという利点がある。もし病院からSU剤やインスリンを投与されていても、時間をかけて食事療法と消化管薬理的な視点で説明をすれば、安全で合理的な薬剤選択に導くことができる。

一方、病院で人工栄養になり、外来ないし在宅に戻ってくる患者さんがいる。現在、胃ろう栄養の患者数は年々減少の一途である半面、経鼻栄養と高カロリー点滴が増えている。病院の診療報酬体系からそ



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、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.cr.jp>
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.dr.nagao.com/index.html>

うならざるを得ないという側面もあるが、在宅復帰後の栄養管理にも消化管薬理学の知識を生かしたい。すでにこれは30年以上前からいわれていることだが、可能な限り経腸栄養が望ましい。

しかしこんな当たり前の理屈さえ目の前の利益に負けてしまうのが保険診療の性^{さが}だろうか。長期間、口や胃や腸を使わないと、口腔内の嫌気性菌が増加して、消化管粘膜は萎縮して消化管ホルモンによるフィードバック機構やホメオスターシス機構そのものが退化してしまう。それはとりも直さず、脳の劣化に直結する。海馬の炎症や萎縮、黒質線条体におけるドーパミン産生の低下など悪循環に陥る。従ってできるだけ経腸栄養、なかでも胃ろう栄養に変更すべきだ。その根拠となるのが消化管薬理学であり、かかりつけ医には分かりやすく患者さんや家族に説明する能力が求められる。

「最期まで口から食べられる街づくり」という食支援は、地域包括ケアの中核であるが、多職種での情報共有が欠かせない。消化管薬理学は非医療職には難しく響くかもしれない。しかし一見難しげなことを分かりやすい言葉に翻訳して介護職に伝えたい。

「先生、だんだん食べられへんようになってきたけど」「病院から頸部に点滴を付けて家に帰ってきたんやけど」という相談に親切に応えることもかかりつけ医の役割であり、喜びだと思う。