

医療タイムス

週刊医療界レポート

2012.10/15 No.2080

特集 ノーベル賞受賞記念

iPS細胞は医療、創薬にどうつながるか 山中教授の特別対談から



タイムスインタビュー

ナイチンゲール思想を基盤に
看護と介護を統合した実践理論を確立

東京有明医療大学看護学部長
特定非営利活動法人ナイチンゲールKOMIケア学会理事長

金井一薫氏

タイムスレポート

日本整形外科学会 2012年度記者説明会
骨折の予防・治療の実態から未来を考える
ドミノ骨折を予防し、健康寿命を延ばす

Top News

第三者機関の在り方を議論 専門医在り方検討会
被災地の医療・介護従事者不足が続く 被災者健康支援連絡協議会

冬の時代の診療所経営

町医者として認知症ケア (その1)



医療法人社団裕和会理事長
長尾クリニック院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業。尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長。尼崎市医師会内科医会前会長。医学博士。著書「町医者力」「パンドラの箱を開けよう」(エピック)「在宅療養を支えるすべての人へ」(共著、健康と良い友だち社)など
HP <http://www.nagaoclinic.or.jp>
ブログ <http://www.nagaoclinic.or.jp/doctorblog/nagao/>

認知症患者の増加が当初の予想より速まり、300万人を超えたと報道されました。65歳以上人口の10人に1人という数字です。私はこの報道を見ていくつかの連想をしました。この300万人は誰がどう診断したのだろうか？ また、もっと多いのではないか？ あるいは、MCI（軽度認知障害）と呼ばれる認知症予備軍はきっとその何倍もいるのだろうか、と。

日々、外来診療をしていて、認知症の患者さんが5人くらい続くことがあります。認知症患者さんは家族同伴が原則ですが、家族が働きに出ているので1人で来院される患者さんも結構おられます。投薬日数が合わないことで相当な診察時間を要します。臨床の最前線にいる立場で感じるのは、認知症の患者さんはもっといるだろうし、今後さらに急増するであろうと肌で感じています。まさに激増する認知症患者さんに、少数の認知症専門医だけで対応できるはずがありません。普通の診療所、普通の町医者が果たす役割がどんどん大きくなるのは当然です。

ところが、認知症対策はがん対策に比べるとかなり遅れている感じがします。がん対策はがん対策基本法が制定され一定の予算がついたことが、推進の大きなモチベーションになっているようです。一方、認知症対策の一環として認知症サポート医やキャラバンメイトが養成されています。しかしまだ掛け声のほうが大きく、診療の場、生活の場、地域包括ケアの中での対応や法的整備など、課題が山積です。特に、成年後見人制度の鑑定人を依頼されることが増えてきており、慣れない書類を相手に悪戦苦闘しています。従って超高齢化に伴い激増する認知症患者数に対応できる具体的な施策が喫急の課題であると強く感じます。

当院の場合、認知症を疑った場合、問診、長谷川式・

MMS E、甲状腺ホルモンなどの血液検査、頭部CTを含む画像診断で総合的に診断しています。プライマリケアの範疇では診断できず、専門病院に紹介状を書く患者さんは決して多くありません。9割は自院で診断しています。認知症患者の多くは住み慣れた地域で診断・治療して、介護の力を借りながら、障害に至っていない能力を最大限に活用し最後まで生活するのが一番だと感じているので認知症の家族会とも深いご縁をいただく毎日です。

私がなぜこんなに認知症患者さんを診ているのか考えてみました。ひと言で言うなら認知症という病気が決して嫌いではないからです。いや結構、好きだからです。しかし認知症診療が心底嫌な医師も多いようで、好き嫌いという、結構きれいに2極化すると思います。在宅医療が好きか嫌いかも、とても良く似ています。

もし嫌いではなければ、認知症ケアに積極的に参画するのが今後の診療所が生き残る道の1つではないかと思っています。認知症診療はお薬を出すだけではありません。基本的にはケアの比重が大きい病気ですから、ケアマネジャーやヘルパーなどの介護スタッフとの顔の見える連携に精を出すことです。

すなわち認知症ケアを行うということは、必然的に地域包括ケアに参画することになります。これは町医者の大きな醍醐味であると思います。

(この項続く)