

医療タイムス

週刊医療界レポート

2012.11/12 No.2084

特集 SoftBankTELECOMヘルスケアセミナー

チーム医療と地域包括ケアを支えるICTの可能性 新たな医療環境実現に向けて



タイムスインタビュー

糖尿病治療はチーム医療の典型
薬剤師こそが医療領域のキーパーソン

一般社団法人日本くすりと糖尿病学会
理事長

厚田幸一郎氏

タイムスレポート

さらなる周知徹底が必要に
レビー小体型認知症を知っていますか?

Top News

白川氏「悪質請求には刑事罰の厳格化、罰則金を」 中医協総会
野田首相、薬事法改正など指示 iPS細胞実用化に向け 山中教授、支援訴え

冬の時代の診療所経営

町医者として認知症ケア (その2)

認知症ケアに関するアンケートが、医師会、介護関係、市民団体などあちこちから来ます。どうせアンケートを取るなら一斉にやればいいのに、ばらばらに来るのはエネルギーの無駄だなどと思いながら回答しています。こうした現実から見えてくるのは、①地域における認知症ケアシステムが全く構築されていない②多職種協働という言葉はあるものの、認知症ケアにおいてはまだまだ画に描いた餅の現状である—ということです。要するに、認知症患者さんは、どこにかかればいいのか分からなくて、市民も介護職も困っているのです。特にケアマネジャーの悩みが深刻です。介護認定調査であれだけ注目される「認知症の項目」ですが、実際に診療する医師がどこにいるのか、さっぱり分からないというのです。

11月1日、日本慢性期医療協会の武久洋三会長は「認知症科の創設を！」と提案されましたが、まことに時機を得た提案であると思いました。こうした標榜科があると患者さんや市民やケアマネジャーはとても助かると思います。前号に書いたように、医師は認知症診療が好きか嫌いかで、きれいに大別されると考えます。数百人しかいない認知症専門医だけでは到底対応できないでしょうから、認知症診療の実績があるサポート医などに注目が集まるでしょう。「認知症を診たい」という意思を市民に明示できるようにすべきだと思います。なぜなら、認知症の患者数があまりに多く、「地域」という面でないに対応しきれないからです。標榜に当たっては、病院、診療所を問わず、なるべく緩やかなハードルであることが望まれます。

さらに認知症患者さんの肺炎などに臨機応変に対応してくれる地域の病院を育てることが急務です。重篤な肺炎を起こし、本人・家族が入院を希望した場合、認知症があると言っただけで断る病院が多いです。そ



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」「バ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/>

んな中、入院させてくれる病院はわれわれ在宅医にとっては「地獄に仏」に見えるときがあります。受け入れてくれる慢性期病院のさらなる評価も重要課題です。さらに地域包括ケアシステムの中での認知症患者さんのレスパイト入院、ないしショートステイ機能の充実を望みます。これは家族の願いでもあり、地域包括ケア推進の観点からも必須のところでは、介護福祉、行政、NPOと協働しないと画餅になります。全国の先進事例を参考にして、その地域、地域の実情に応じた認知症ケアシステムを模索すべきで、われわれ診療所もできるだけ協力すべきです。

ところで、がん対策基本法や肝炎対策基本法があるのに、どうして認知症対策基本法がないのでしょうか？ そんな法律を作ったところで国会議員は票にならないからでしょうか。がん対策に掲げてある「早期からの緩和医療」と同様に大切なのは、「早期からの認知症対策」だと思います。もう差し迫った事態のような気がします。超高齢社会とは、認知症社会とも言えます。もはや認知症を特殊な病気と考えず、ケア主体の療養にもっと力を入れたほうが国益に叶うと思います。

がん対策基本法ができたのが2006年。在宅療養支援診療所制度が創設されたのと同じ年です。あれから6年経ちましたが、まだ今年も「在宅医療元年」と言われています。6年先、10年先を見越して動くべきときではないでしょうか。