

週刊 日本医事新報

Japan Medical Journal

No.4570

2011年
(平成23年)

11月26日

質疑応答

CKDのeGFR推算式の信頼性
血糖値とHbA1cの乖離の考え方
レビー小体型認知症，前頭側頭葉変性症の概略

学術

アレルギー性鼻炎に対する抗ヒスタミン薬の使い方……黒野祐一
摂食障害のからだ—何をどう診るのか……鈴木(堀田)眞理

NEWS

追跡 主体性を引き出す地域リハビリ





尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

◀ 第9回 ▶ 待ったなしの 「医療と介護の連携」

1 「医療・介護サービスの連携に関する懇話会」がスタート

本年9月、厚労省で「医療・介護サービスの連携に関する懇話会」が開催された。医療・介護界から16名の委員が委嘱され、厚労副大臣、政務官、厚労省幹部および中堅・若手官僚を囲んで、「医療と介護の連携」について現場からの意見が述べられた。

第2回目の会合は10月に開催。副大臣、政務官が交代したものの、同様のスタイルで行われた。両会とも多岐にわたる意見が噴出し、興味深い発表ばかりであったが、残念ながら非公開の「ヒアリング」に留まった。

日々、医療と介護の整合性に悩む在宅現場の人間の一人として、今後この懇話会の議論の進展に期待するものは大きい。

2 行き場のない在宅患者

町医者のもとには、いくら汗を流し知恵を絞っても、どうすることもできない在宅患者が集まってくる。

たとえば精神病と認知症と腰部脊柱管狭窄症でほぼ寝たきりの患者。生活保護も受けている。背中がとても痛い、ヘルパーがペインクリニックに運んでも痛みが取れないので在宅医療を依頼された。

麻薬を使いたいが、独居で認知症もあるので自分で服薬管理ができない。一方、要介護2の介護保険枠はすでにヘルパーで埋まって

いて、訪問看護は一切入る余地がない。

睡眠剤や安定剤や痛み止めなどの薬はすべてヘルパーステーションで管理されている。家に置いておくと患者が全て飲んでしまうからだ。しかし麻薬は法律でそこには置けない。もっとも訪問看護ステーションにも置けないが。結局、患者宅に作った「秘密の引き出し」に置くことにした。

慢性疼痛に一部のオピオイドの使用が認可されたことは朗報だ。対象患者は大勢いる。「緩和医療は病気の種類を問わない」と考える者としてとても嬉しい。しかし、いくら処方できて肝心の管理ができない。在宅緩和ケアの難しさは、薬剤管理にもある。こんな局面で、医介連携の必要性を痛感する。

そして精神科からの薬も大量に飲んでいて。1年以上、ヘルパーが代行して精神科に薬を取りに行っている。次回からは私が処方してくれとケアマネからの依頼。

そもそもこの方は、在宅医療の適応だろうか？ 本人は判断できないし、家族もいない。

しかし周辺の病院すべてから、認知症を理由に入院を断られた。ある療養病床では「緩和医療が必要」と言っただけで断られた。また、入院できる精神科病院はかなり遠くしかない。市外に長期入院したら生活保護が打ち切られる。かといって在宅療養でも、麻薬の服薬管理が難しい…。

下町の現場では、綺麗事は通用しない。で

きることはこまめにただ寄り添うだけ。

とはいえヘルパーの電話は夜中、鳴りっぱなしだ。結局、このまま在宅で診るしかないのか？ 大便まみれの部屋でヘルパーと一緒に悩み込む。医療療養病床もダメ、特養や老健もダメ、在宅も限界。まさに八方塞がりだ。

悩んでいたら、ある特養が空いたと連絡が入った。しかし特養は医療機関ではない。レントゲンひとつ撮れないし麻薬も出せないという。末期がんでもないのに、在宅医（私）が外から入ることもできない。

入所前には形式的な診断書を要求される。そもそも在宅患者さんにMRSAや梅毒の検査の必要があるのか？ さらに、ケアマネから特養入所時にお薬を1カ月分処方してほしいと懇願される。使っている準オピオイドは新薬なので2週間投薬しかできないと説明しても、施設やケアマネには理解されない。

入所後は大量の薬を、ヘルパーが当院まで取りにきたいという。診察無しで投薬するのか？ 寝たきり患者さんの周囲では、医介連携に関する悩みは尽きない。

3 訪問看護が入れないショートステイ

老健にショートステイ中の患者さんの発熱や腹痛などで、時々電話がかかってくる。しかし普段入っている訪問看護師は、なぜか入れない。往診を頼まれることもあるが、原則、対応できない。介護施設における医療は最小限だが、いまどき、これで本当に対応できるのか？ 施設での看取り推進と言われるが、本当に可能だろうか？

もう少し柔軟な対応ができるよう、改善の余地がある。在宅療養のみで非がん・慢性期の患者さんを管理することは、長期介護となると困難な場合が多い。在宅医療と療養病床、そして介護施設での連携を緊密にすることが肝要。また地域の既存の介護施設をより上手く活用できるよう制度の修正は必須だ。

4 2025年を確実に見据えた「医介連携」

訪問看護師が在宅医療の要であることに異論はなからう。しかしその訪問看護は介護保険下のマネジメントなので、看護師が入れず困り果てる局面が多々ある。何のために、こんな変な規則になっているのか？

がん診療連携拠点病院至上主義に基づく緩和ケア講習会についても、現場の者には違和感がある。緩和ケアはもっと広い概念だし、地域で行うという発想の転換も必要だ。

増え続ける老衰や認知症終末期での胃瘻問題も忘れてはならない。医療機関で胃瘻を入れて、介護施設で管理するという流れは医介連携そのものだ。一連の流れの源流（胃瘻の適応）における検証も、医介連携における検証も必要だ。

さらに多職種連携の中では、嚥下口腔ケアを担う歯科医師の役割も大きくなる一方だ。医師よりも歯科医師の方が医介連携に意欲的であることも指摘されている。さらには、薬剤師がバイタルサインを測る時代になってきたことも直視したい。

医療の縦割り弊害が指摘されて久しい。しかし行政も政治も制度も、いまだ縦割りにある。超高齢社会において、従来の枠組みの中で大量の慢性期患者をマネジメントすることには、あちこちで無理が生じている。

たとえ来春には間に合わなくても、2025年を確実に見据えた、従来の「壁」を超えた「再編」が求められている。今回の「医療・介護連携懇話会」もそのひとつだろう。この懇話会での確かな将来ビジョンを共有したい。また縦割りの「壁」の突破には、政治の強いリーダーシップを期待したい。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に「共震ドクター 阪神、そして東北」（ロハスメディア）など。