いつまでも家で過ごすために

高齢者の健康管理と 在宅医療の目指すもの



はじめに

私達が「在宅医療」の活動をこの地で始めてから、約2年がたちました。様々な人との出会いを通して、私達自身も多くのことを学び、感動の毎日です。

私は医師として働き始めてから、ずつと神奈川県の大学病院で勤務していましたし、もう一人の担当医師である私の家内も、大学病院と大学の近くの市立病院で勤務しておりました。



総合病院というものは、最先端の医療技術を開発し、あるいは導入し、手早く確実に病気を治療する場所でありました。現在の医療技術で治せない病気や原因は治ったけれど後遺症の残る病気は、総合病院の仕事の対象外と考えられております。最近の行政の医療に対する対応を見てもそれは明らかなようです。例えば、脳卒中で片麻痺が後遺症として残っても、その症状を持ちながら日々暮らすことの支援はほとんど考えられていません。また、癌の末期と診断された場合、限られた時間豊かに生活することの支援はほとんど病院で得ることはできませんでした。そのような状態になった場合は、転院や施設に入所し人生の終焉を待つというのが現実でした。行政も豪華な老人施設を作ることに熱心で、そこへ収容してしまえば解決するかのような政策が一般的でした。しかし、本当にその人なりの豊かな人生を送るための支援はほとんど得られなかったのが現状です。

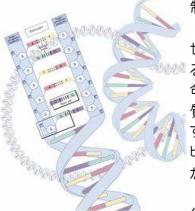
私はこの地で生まれ育ったのですが、あまり地域のことは知りませんでした。色々な集落や地域を診療のために歩くようになって、人々の営みの豊かさ、自然の包容力に驚かずにはいられません。

大学では臨床と研究と教育の日々で、本当に狭い世界で生きていたのだと今更ながらに思います。 私の専門領域は脳や神経の内科で、神経内科と言います。神経内科というのは、脳梗塞・脳出血、認知症(痴呆症)、神経難病(アルツハイマー病、パーキンソン病、筋肉疾患など)、脳腫瘍、脊髄疾患で、症状では、運動麻痺、感覚障害、めまい、頭痛、しびれ、筋肉や関節・四肢の痛みなどを担当する分野です。内科の専門領域は、もちろん、心臓や肺、消化器その他の一般内科疾患を診ることができて始めて専門となるので、神経だけを診るのでは事足りず、全身内科疾患を診ることの上に神経疾患を診ております。

私は以前人の心にも大変興味を持っておりましたので、一時精神科という不安·不眠·抑鬱や統合失調症を診る科に属しておりましたので、純粋な内科の先生より、心療内科的な疾患も担当させて頂いております。

現在も大学で、脳卒中、神経難病、パーキンソン病、アルツハイマー病、その他の神経細胞が脱落していく病気の研究をしております。研究の領域としては分子生物学と言って、遺伝子の研究に従事

致しております。私達の見つけたある種の遺伝子が神経細胞の死を抑制することが解り、現在薬の開発に取り組んでいます。



世界を相手に最先端の研究をすることも、最新の機械を使った臨床をすることもそれなりに緊張感があり、楽しいことではありましたが、今思うと、命を救うことにはある程度成果があったかも知れませんが、人の営みの質を向上し、維持することにはあまり貢献できていなかったように思います。病気の原因を探り、病気の治療法の開発も大切なことですが、いつの頃か、人の人生を少しでも支援できる医療にも携わりたいと考えるようになってきておりました。

例えば、癌の患者さんの治療効果を最近までは生存率で評価すること

が当たり前でしたが、最近は、治療によって人生の質(QOL)がどれだけ向上し、維持されたかを評価の基準とする研究が多くなってきました。手術して病気が取れても、寝たきりでは意味がないし、強い薬を使っても、副作用で退院もできず、自分らしく過ごすことができなければ、その治療は本当に意味があったのかという反省が最近の研究の方向性も変えつつあります。

4年ほど脳卒中や神経細胞の死のメカニズムを研究するためにカナダに住んでおりました。カナダは、新しい国ですから日本との違いもたくさんあります。病気に対する考え方も人生に対する考え方も異なるところが多いのですが、私が一番や打たれたのは、弱い人、困っている人、病気の人に対して地域の人が積極的に手助けを買って出ると言うことでした。普段はあまり干渉しないのですが、困ったことができたり、病気になったりすると、様々な人が援助を申し出てくれます。そのような文化が、福祉・医療ひいてはバリアフリーの基



礎をになっておりました。日本はそのあたりのことは行政に任せっきりになっているのではないでしょうか。

本来の福祉の理念は弱者を隔離・収容せず生まれ育った地域で生きていくことを支援することにあります。

病気の治療法の開発も医学の一つの大切な方向ですが、人生を考えたとき、当たり前の普段の生活を維持することが大切なことのように思えます。そこで、色々と突き詰めて考えていくと、結局、ご自宅でいつもの生活を維持することを支援する医療が現在あまりにも貧弱であると感じるようになりました。それで、故郷に戻ることになったときには、研究を続けながらも、生きることを支援する在宅医療を表すようになりました。

在宅医療は、外来、入院しか選択肢がなかった医療において第3の選択肢です

ご自宅に伺って、いつも通りに生活されている姿を拝見し、あるいは、病気を治療し良くなられ、ご自分の生活を取り戻されたご様子をその場で分かち合うことができることは、本来私達の目指す医療の一つの方向であると心から思えます。私達自身も、生老病死(四苦)、愛別離苦、怨憎会苦、求不得苦、五陰盛苦(八苦)を背負って生きて行かねばならないのですが、皆様の前向きなお姿から、私達の生きる力を頂いているような気がしてなりません。

患者も医者もなく、支え合って生きていくすばらしさを「在宅医療」を実践してみて味わっております。

皆様は何でも相談できるお医者·看護師を知っていますか?

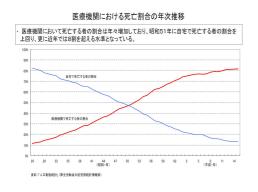
「在宅医療」は、病気の治療のためだけの特別な医療ではありません。お体にご不安があるとき、いつでもご相談頂けたり、医師・看護師がお伺いできる保健制度です。「在宅医療」をお受けになっていても、専門的な検査や治療のために総合病院へ受診して頂いたりもし、ご自宅でのいつもの生活を維持しながらもきちんとした医療をお受け頂けるよう皆様と共に考えていくことができるように思いま

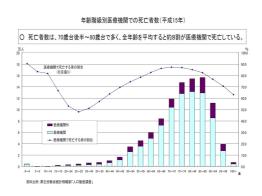
す。一人で頑張らず、皆で支え合うことも大切なことだと思います。多くの方にこのような制度があることをお知り頂きたいと考えております。

よく往診と在宅医療の違いを聞かれますが、往診は具合の悪いときに一時的に 医師がご 自宅へ出向き診療・治療を行うものです。多くの場合 医師が一人で

行っていることが多いようです。一方、私の考える在宅医療は、複数の医師や看護師、リハビリスタッフ、介護スタッフ、医療相談員(ケアマネ、MSW)、事務のものが、チームを組み定期的に訪問させて頂き、様々な支援を行うものです。

ご自宅で過ごすというのは、ご本人・ご家族が自分で治療などの医療行為をすることではなく、ご家族と住み慣れた場所で豊かな時間をお持ち頂くためのものですので、医療的なことは基本的に医師・看護師が行います。また、夜間・休日も対応する体制を整えなければ、ご自宅で安心してお過ごし頂くことはできないと思いますので、いつも訪問して様子を伺っている方については、24時間体制で対応させて頂いております。ですから、一人でできる話ではなく、チームを組み交代で対応しております。医師が一人で往診するのではとてもここまではできないようです。





在宅医療のイメージ

病院に入院されると、病棟にはナース・ステーションがあり、そこで、医師・看護師・リハスタッフ・栄養士・ 医療コーディネーター(MSW)が、診断や治療に関する指示を伝達したり、医療以外の諸問題について相談したりしています。そして、医師や看護師が病室に赴くわけです。

私達の在宅医療部門のイメージは、診療所が入院中のナース・ステーションのように機能し、在宅で療養中の方の様々な情報が集約されています。それをもとに、病室に行く代わりに、ご自宅に訪問し治療・経過観察・看護・リハビリをさせて頂くとお考え頂くと理解しやすいのではないかと思います。介護保険をご利用になっている方は、このチームにケアマネージャーも参加し、医療保険、介護保険面面からご支援させて頂いております。

在宅医療は、病気の時期、年齢、医療機関のやる気にもよりますが、非常に満足度が高く、しかも医療費が安いために行政の方も、介護のための入院や慢性期の入院をするのであれば在宅医療を勧めようとしています。

このような在宅医療をご利用になっていらっしゃる方は、たとえ病気をお持ちでも密度の高い健康管理をお受け頂けると思います。病気というのは自分の身体を意識することだとある哲学者が言いましたが、何か身体に不調があるときや病状に不安があるときにはご連絡頂き、ご相談を受けることができるので、大変有効な手段であるわけです。急性期の治療がすんだら、慢性期の病院に転院したり、施設にお入りになるのではなくご自宅でお過ごしになることが一番自然なことのように思います。

現在、在宅医療をお受けになっている方は、家では元気で普段の生活には問題ないけれど一人では 外来にいけない方から、 意識もなく寝たきりの方までと様々です。

高齢者の健康管理

1. 何でも相談でき、よくわかるように説明してくれる 主治医(家庭医)を見つける。

最近の医学の発達はめざましいものがあります。各臓器別に専門があり、医者も自分の専門以外は解らないと平気で言える時代になりました。例えば脳梗塞の患者さんが胸が痛いと言っても、心臓なのか肺なのか調べることもせず、自分の専門ではないと取り合ってくれない医者がいるという話は良く聞きます。本来であれば、ある程度検査をした後に、心臓や肺の専門科に診療を依頼すればいいと思うのですが、専門性が高くなるとなかなかそうはいかないようです。患者さんも主治医の先生に専門以外の病気の相談をあまりしていないのではないでしょうか。総合病院の目指すところは、高度な診断と治療技術を提供するところと最近は国も位置づけておりますから、仕方のないことかも知

れません。在宅の診療所と総合病院の役割分担をうまく機能させると、満足度の高い医療が安価に実現できるので、行政も在宅を進めようとしていますが、今のところ様々な規制が多いのも事実です。

たとえて言うなら、設備の整った整備工場のような役割が総合病院に求められているのが現実です。ですから、本来人が求めているQOL(人生の質)については治療の結果付いてくるものという認識でおります。病気が治ればQOLが良くなると言うことです。それは確かにそうですが、後遺症が残ったり、治療の手だてがない病気に関してはあまり支援の方策を考えてくれないのではないでしょうか。一つの病気に注目するあまり、その病気は治っても寝たきりになってしまうことは、高齢の方には良く見受けられます。

また逆に、最近検査ばかりたくさんするミニ総合病院のようなものも見受けられます。人を診察して正常であると診断すること以上に難しいことはな

いのですが、むやみに不安をあおり様々な検査を勧める病院があるのも事実です。日本の医療制度の問題として良く取り上げられるのは、病院の収入が、医者がどれほど親身に話を聞き、診察をし、最適な検査・治療を選択するかとは関係なく、検査料で決まっていることが非常に問題と考えられています。ですから、このような検査漬けの医療でもQOLは向上しません。

食道がん術後、自宅	にて療養中、癌性	疼痛、癌性発熱等の症状悪化により入院。
入院後30日で死亡。	(主な治療:中心制	・脈点滴、麻薬、鎮静剤等の投薬、人工呼吸、血液検査 (
項目	点数	内訳
入院基本料	63,000	入院基本料及び入院基本料等加算×30日
投藥·注射	14,000	抗がん剤、麻薬、鎮静剤、解熱剤、抗生物質等
処置·検査 等	38,000	人工呼吸、酸素吸入、心拍モニター 等
30日間の合計	115,000 点	
1日当たり	3.833 点	

食道がん術後、自	宅にて療養中	, 30 E	日で死亡。 訪問診療の他、不穏状態等により往診 も併用
項目	点数		内訳
基本診療料	1,700		再診料、休日加算等
在宅医療	56,000		在宅末期医療総合診療料、往診料 等
			※在宅末期医療総合診療料には、訪問診療料、薬剤料等が含まれている。
30日間の合計	57,700	点	
	1,923		

普段皆さんは臓器別の診療をお受けになり、ご自分なりに組み合わせて理解しようとされていると 思いますが、医学がこれだけ細分化し高度になってくるとやはりなかなか正しく理解することは難し いのではないでしょうか。そこで、何でも気軽に相談できる主治医(家庭医)を持つことが大切なこ とになります。何か症状があって、専門的な検査や治療が必要なときはその先生に最適な病院を紹 介してもらい、結果を基に家庭医の先生と相談しながら治療や生活を組み立てていくのがもっとも 良い方法だと考えられています。検査や治療法の決断を迫られたときに、ご家族に相談するのと同 様に相談できる身近な主治医を見つけておくことが大切です。 そのような意味で、近くの診療所をご利用になったり、在宅医療をお受けになり、時間をかけて相談できる環境を整えておくことが病気になっても生活を維持する一番良い方法だと思います。これからの日本の医療は、総合病院で治せる病気は治してもらい、日常の生活の維持はより身近な診療所が担当するというように役割分担がはっきりしてくると思います。

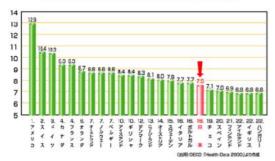
2. 生きる火然性を失わない

誰も自ら好んで病気になったり、寝たきりになったり、介護を受けたいと思っている人はいません。最近の行政の主張には、必要もないのに病院へ行ったり、介護を受けている人がいると言うことが基本で、医療費がかかりすぎるから、なるべく病院にかかりにくくしようと言う傾向が見て取れます。日本の全体の医療費は先進国の中でも安く、国民総生産比で比べると18番目です。それでも世界1の長寿を維持していることは世界に誇れることだと思います。介護予防なども制度化されてきましたが、いつか寿命が来れば介護を受けざるを得なくなりますし、歴史的にも介護が必要な人はきちんとご家族や地域で見てきたと思います。本来は、仕方なく介護が必要になったとしても安心した制度や環境を作ることが大切で、それは行政も含めて一人一人が考えていかなければならない問題です。

このような中、もつとも大切な健康管理は、「生きる火然性をけつして失わない」ということで、これはある程度一人一人の努力で実現できるものです。何か特別の趣味をするとか、高齢者のための活動に参加することももちろん良いことではありますが、自分のしてきた普段の生活の中で、自分の役割を見失うことなく生活することがもつとも大切です。

日本の医療費は高いのでしょうか?

医療費/国内総生産(GDP)の国際比較(%)[1008年]



私はこの仕事を始めて、高齢の方の持つ知恵の多さにいつも驚かされています。米の作り方、野菜の作り方、料理の仕方、花の育て方などなど、四季折々の喜びや生き甲斐をお持ちになって生活していることは、ご自宅に伺ってみて本当に驚きました。餅つきの時期や漬け物の時期には腰痛の方が増え、栗拾いの時期や草取りの時期には肩こりの人が増えます。今は買えば事足りる時代ですが、それでも一生懸命作物を育て、食べ物にするまで自分でできることなどは、自信と誇りを持って続けて頂きたいと思います。子供が

熱が出たとき、試験の日なら休んでしまいますが、遠足なら無理をしてでも学校に行くように、したい ことがあると言うこと以上に毎日が充実し、健康を保つことはないのではないでしょうか。

3. 生活環境を見直す

外来で皆様と色々なお話しをさせて頂いたり、実際にご自宅に訪問した際に気が付いたのですが、ご自宅での生活の中において 是非注意して頂きたいことは、室内の温度と湿度の管理です。人間も含めほ乳類は恒温動物で、体温を常に一定に保つことに相



当なエネルギーを使います。ですから身体を休めるためには一定の温度の中で過ごすのがもつとも身体が休まる環境です。最適な室温は、夏も冬も22-26度、湿度は50-60%です。それ以外の温度湿度の中で生活をすると、どんどん体力を消耗してしまいます。夏は特に30度以上になると熱中症の危険性が高くなりますし、冬15度以下の気温の空気を呼吸すると、湿度が低いこともあり、やはり体力を消耗し、呼吸器感染が生じやすくなります。また、こたつの中や布団の中は電気暖房器具のおかげで暖かいのですが、吸う空気が冷たく乾燥しているのは要注意です。高齢になるほど、体内の水分の余裕が少なくなり、少しの汗、少しの乾燥でも体調をこわすことがあり、夏や冬に調子を崩す方が多いのは、主にこのせいです。医療費を使うより環境の整備に少しお金を使った方

が、ずつと健康でいられます。

4. 日常の中でリハビリを行う

最近、介護予防と言う言葉を良く聞くようになりました。誰も好き好んで介護を受けようと思っている人はいないので、私はあまり良い言葉だとは思っていないのですが、年齢を重ねるにつれ、運動機能や感覚機能、認知機能や記憶などが少しずつ低下していくことは否定できません。そこでリハビリと言うことが必要になってくるのですが、皆さんは、リハビリと言うことを少し誤解している方が多いのではないでしょうか。簡単に言うと、リハビリは失った機能をよみがえらせる訓練ではなく、残っている機能を最大限に使えるようにする訓練です。リハビリによって、例えば切断してしまった腕が生えてくるはずがないのと同じように、脳梗塞で麻痺が後遺症として残った場合、麻痺を治す訓練ではないのです。麻痺のない方で今までと同じように生活する訓練をするというのが本当の意味です。リハビリをして良くなったら退院というのは、機能回復を遅らせていることも多いのです。リハビリの先生から日常生活でのヒントを教えてもらい、毎日の生活の中でそれを自分で実践しなければなりません。元に戻ることを目標にしてしまうと、なかなか目標を達成できずにがっかりすることも多いかも知れません。リハビリの本当の目標は、毎日の生活を豊かにすることに他なりません。例えば、転びやすいというの

は、転びやすくなる原因があるものです。その原因をきちんと把握して 日常生活の中で工夫することは、大切なリハビリの一つです。毎日片 足立ちを何回かするだけでも、あるいは歩いているときに、片足で立ち ながら歩く訓練をするだけでリハビリになるのです。

記憶力についても、最近のことが苦手になったら、ちゃんと思い出せる 昔のことをたくさん 思い出しお話しをされるのがよいリハビリになりま す。自分の得意の話を何度でも繰り返ししてみてください。私は、少し 歴史や郷土 史の本を読んでみたところ、高齢の方から伺う昔の話が 楽しくて仕方ありません。色々お話を伺っているうちに今まで寡黙だっ た方が饒舌になることもしばしば経験しますし、そのことでとても元気 になって頂けるように思います。実はある調査で、認知症の治療には、 残された記憶をたくさん呼び戻してあげることが進行を遅くすること



が解ってきました。ですから、忘れたものを思い出そうとするのではなく、覚えていることをどんどんお話しになることが重要です。

5. 食べ物を工夫する

訪問中に時々患者さんの作ったごちそうを頂くことがあるのですが、これがまた大変おいしいので感激しています。皆さんが食べている昔ながらのご自分で作った食材で作る食べ物は、おいしいし身体によいものばかりです。私達の世代の食物は何が入っているか分からないものばかりですし、あまり身体によいものとは言えません。ただし、高齢になると、どうしても蛋白質が不足しがちのようです。お米には蛋白質を身体の中で作るのに必要なアミノ酸がすべて含まれているのですが、少しは肉や油を食べないとある種のビタミンが欠乏したり、アミノ酸からの蛋白質の合成が低下し、どうしても血液中の蛋白質が不足しがちになります。テレビでは毎日のように身体によいものが紹介され、その次の日にはスーパーで売り切れてしまうと聞きますが、普通に食べておいしいものが身体に一番良いものであると言うことを忘れてはいけません。一つ注意することは、バランス良く炭水化物、脂肪、タンパクをとることですが、特に、蛋白質の多い肉などを食べることが大切です。血液中のアルブミンに代表される蛋白質が不足すると、血管の中に水分を保持することができず浮腫が生じたり、心臓に負担がかかったりします。

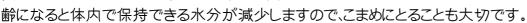
また、糖尿病や高脂血症は生活習慣病と言われ、食べ過ぎや運動不足が原因で、生活習慣にだら

しのない人に生じると考えている人が多いようですが、そうではありません。ほとんどの場合、体質という言葉で言われますが、遺伝子的に決まっていることが多く、病気の傾向がある人が偏った食事を

とるとより顕化しやすいと言うことです。ですから、基本はまんべん なくおいしく食べることで、病気によって多少工夫をすると言うこ とだと思います。

私の診療所でも、管理栄養士の先生がいて、その先生にお話しを 聞き病気を治しながらおいしく食べるヒントをもらうことも大切な ことです。

また、水分補給は非常に大切です。栄養よりも大切かも知れません。水分補給というと皆さんは飲み物を思い浮かべるかも知れません。急速に脱水症状を改善するには飲み物がよいのですが、長い間身体を潤すためには、水分を多く含んだ食物をとることをおすすめします。ご飯なども80~90%は水分ですので、しっかり食べるとゆつくり吸収され長時間身体を潤すことができます。高





6. 病気を正しく理解する

ご自分の健康を管理する上で、病気を正しく理解することは大変重要です。病気を知ることで色々な解決法を考えることができます。今回は認知症(痴呆症)、脳卒中、癌末期についてご説明致したいと思います。

1) 認知症(痴呆症)

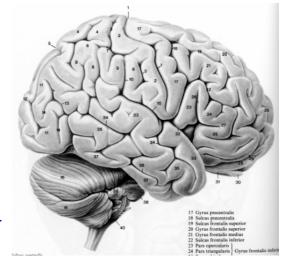
物忘れの症状に代表される認知症は、実は様々な原因の結果としてみられる症状です。物忘れ・記

憶障害は、高齢者に特有のことではありません。私は大学で20歳代の学生に講義をすることがありますが、何度教えても覚えてくれない学生も多く、これも一つの物忘れです。おそらく高齢になっての物忘れと異なるのは、学生達は忘れたことを意識していないことです。多くの高齢者は多くの場合、忘れたことを覚えており自分が認知症ではないかと大変気にしている点が違いのように思います。医学的に言う認知症というのは、以下のような診断基準があります。



●痴呆の基準

脳疾患による症候群であり、通常は慢性あるいは進行性で、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習能力、言語、判断を含む多数の高次大脳皮質機能障害を示す. 意識障害はない. 認知障害は、通常、情動の統制、社会行動あるいは動機付けの低下を伴うが、場合によってはそれらが先行することもある. この症候群はアルツハイマー病、脳血管性疾患、そして、一次性あるいは二次性に脳を障害する他の病態で出現する.



●診断の必要条件

- 1. 日常生活の個人的活動を損なうほどに記憶と思考の働きが低下している.
- 2. 意識が清明である. しかし、痴呆にせん妄が共存することはある.
- 3. 確実な臨床診断をするためには、上記の症状と障害が明白に、少なくとも6ヵ月間は認められなくてはならない.

●鑑別すべき病態、疾患

- a. うつ病性障害:記憶障害、緩慢思考、自発性欠如を示すことがある.
- b. せん妄
- c. 軽度あるいは中等度の精神遅滞
- d. 教育や社会環境に起因する低い認知機能状態
- e. 薬物による医原性精神障害

ただし、痴呆は、他の器質性精神障害に続発することもあれば、他の精神障害、とくにせん妄と共存することもある.

つまり、認知症は脳疾患による症候群であり、通常は慢性あるいは進行性で、記憶、思考、見当識、理解、計算、学習能力、言語、判断を含む多数の高次大脳皮質機能障害を示すために、今までできていた最低限の生活が維持できなくなることを言い、記憶障害だけが症状ではありません。脳の機能はあまり変わらないのに、社会の変化によって日常生活に支障が出ることと区別する必要があります。例えば、コンピューターが使えないと日常生活に支障が出てくる時代になりましたが、それでも今までの生活を続けることができれば認知症とは言いません。

最近軽度の記憶障害のみを呈する症状を訴える方が増えていますが、それを軽度認知機能障害 MCIと呼び私達は区別しています。

軽度認知機能障害(MCI)の診断基準 (Petersenら)



- 1)患者本人による「物忘れ」の訴え。周囲の人により立証されることが望ましい
- 2) 客観的に記憶障害がある
- 3) 記憶以外の一般的認知機能は正常
- 4) 日常生活動作は正常
- 5) 痴呆の診断基準は満たさない

認知症を引き起こす原因は様々あり、私は診察の時に以下のものを鑑別しています。

- I. 中枢神経疾患
 - 1. 初期には精神症状のみを呈し神経症状は進行後に出現する疾患 アルツハイマー病、ピック病と前頭側頭葉痴呆、原発性失語症 その他の変性型皮質性痴呆
- 2. 顕著な神経症状が存在し、痴呆が随伴する疾患
 - 1) 神経症状が火発するもの

いわゆる皮質下性痴呆:パーキンソン病、進行性核上性麻痺、 皮質基底核変性症、ハンチントン病

運動ニューロン疾患に伴う痴呆:筋萎縮性側索硬化症:痴呆症候群 筋萎縮性側索硬化症ーパーキンソン痴呆複合(グアム、紀伊半島)

プリオン病:クロイツフェルト・ヤコブ病、ゲルストマン・ストライスラー・シャインカー病

遺伝性脊髄小脳変性症

遺伝性代謝異常症:シルダー病、副腎脊髄末梢神経障害、脂質蓄積病など

2)神経症状を高頻度に伴うが火発ではない疾患

レビー小体型痴呆、 脳血管性痴呆、 脳腫瘍、脳膿瘍

急性/亜急性脳髄膜炎後遺症、単純ヘルペス脳炎、結核性髄膜炎

外傷性脳疾患、慢性硬膜下血腫、脳挫傷、中脳出血など

アルコール関連痴呆:慢性酒精中毒、Marchiafava-Bignami病

水頭症性痴呆:正常圧水頭症、交通性/非交通性

進行性多巣性白質脳症

Ⅰ Ⅰ . 全身疾患や外因物質に随伴する痴呆と痴呆様症状(脳症)

AIDS

内分泌疾患:甲状腺機能低下症、クッシング症候群、その他

代謝異常症·脳症:低血糖、低酸素症、電解質異常、貧血、尿毒症、透析脳症

肝脳疾患:ウィルソン病、その他、遺伝性および後天性の肝疾患

欠乏性疾患:ウェルニッケ·コルサコフ症候群(B1欠乏症),

亜急性連合性変性症(ビタミンB12欠乏症),

ペラグラ (B6欠乏症)

慢性髄膜脳炎:梅毒(進行麻庫, 髄膜血管梅毒)、クリプトコッカス髄膜炎薬物:抗瘍剤、免疫抑制剤による薬物性脳症、精神神経作用薬の副作用

中毒:一酸化炭素トルエンなど産業用化学物質 重金属暴露:砥素、金、ビスマス、マンガン、水銀

このように、認知症と言っても、原因は様々であり、原因を特定することで治療可能なものもあります。 認知症は、神経内科の領域の疾患ですが、他の科の先生もあまり原因を特定せずに、認知症と診断 してしまうことが多いように思いますが、実は認知症とは症状名で診断名ではないことを理解して頂 きたいと思います。簡単に認知症と診断するのは、頭が痛いと病院へ行って頭痛と診断を受けるよう なもので、あまり意味のないことです。

時間があればこれらの原因を一つ一つ説明したいのですが、詳しくはご相談にいらして頂ければと存じます。治療可能な認知症を見逃さないことは大切です。

また、認知症と大変似ている疾患としてせん妄というものがあります。せん妄は、意識障害の一つとし

て考えられています。原因はまだ医学的にも解明されていませんが、薬で症状を改善することができるので是非区別して頂きたいと思います。

せん妄の原因

1.全身性疾患 全身性感染症 代謝異常(低酸素症、高炭酸ガス症、低血糖) 体液·電解質平衡異常



肝疾患、腎疾患、チアミン(ビタミンB1)欠乏症、手術後、高血圧性脳症 けいれん発作後状態、頭部外傷後遺症、各種脳疾患

2. 薬物に関連したせん妄

アルコール、覚醒剤:アンフエタミン、マリファナ、コカイン、87 覚剤、麻薬類:アヘン精神安定剤, 抗不安薬, 睡眠薬、麻酔薬, 鎮痛薬, 鎮咳薬, 抗痙攣薬, 抗ヒスタミン薬, 降圧薬, 循環器用薬、抗生物質, 抗パーキンソン病薬, 副腎皮質ホルモン, 消化器用薬, 筋弛緩薬, 向精神薬, 抗コリン薬、有毒物質: 抗コリンエステラーゼ、有機リン系殺虫剤, 一酸化炭素, 二酸化炭素, 有機溶媒、離脱性せん妄:アルコール, 精神安定剤, 抗不安薬, 睡眠薬

3. 環境変化や多因子要因によるせん妄 入院, 転居, 旅行, 職場移動, 術後せん妄

認知症の症状に気づいたら、まず原因を特定し治療可能な原因を探します。現在の医療で治療できない、遺伝子の異常で起こるものや、原因不明のものであれば今までの生活が少しでも長く続けられるように考えることが大切です。

アルツハイマー型認知症の場合、症状の進行を遅らせる薬があります。原因を治療する薬ではありませんので、病気が良くなると言うほどの効果もないことは事実です。現在もつとも症状の進行を遅らせることができると考えられているのは、様々な人が介入し、その方が得意とする話を聞いたり、仕事を続けたりすることだと言われています。戦争中のことを良く覚えているけれど、最近のことはすぐに解らなくなってしまう人でも、覚えていることを繰り返し聞き出してあげると進行は遅くなり、精神的にも安定してくると考えられています。話を聞き出すというのは、聞く方にも知識と技術が要求されるので、私は、近代の日本の歴史や郷土史、歳時、昔の生活習慣など自分でも勉強するようにしています。外来ではなかなか十分な時間が取れないことが多いのですが、在宅では比較的ゆつくりお話を聞くと言う治療的側面を持った診療ができます。

また、不眠や興奮したり、抑鬱になったり、徘徊したりという症状もある程度、薬物でコントロール可能ですし、特にせん妄を伴う場合薬物療法は有効です。鑑別に関しての詳細はご相談頂いた方が良いかも知れません。

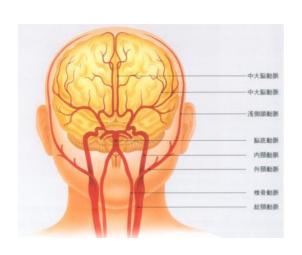
基本的には、慣れ親しんだ環境を変えずに残された能力を最大限に使うと言うことです。病院に受診したりするとその夜興奮して不眠になったり、せん妄になったりすることは多いですし、まして、入院すると高い確率で症状が進行します。訪問診療・訪問看護、訪問介護などの在宅サービスとデイサービスやショートステーを組み合わせて行くことが、良い方法だと考えられております。豪華な老人ホームを作っても、それは収容所ですし、莫大なお金をかけてもその恩恵を受ける人はごくわずかです。それよりも地域で支援してくれる人にお金を少しだけ回した方がよほど安心な質の高い医療・福祉環境が整えられます。

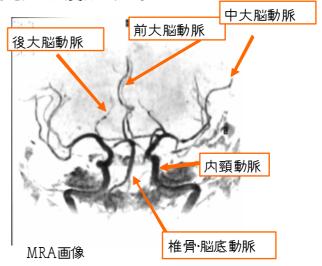
周りの人の優しさや愛情に囲まれて生活することがもっとも重要なことです。

2) 脳卒中 (脳梗塞、脳出血)

私達の診療所で、現在在宅を主に担当している医師は私も含めて、脳卒中の病態と治療法の開発の研究をしてきました。脳卒中は病気としては単純ですが、生活を持続する上で非常に大きな、社会的問題を伴います。後遺症のため著しく日常生活が障害されるからです。

脳卒中を理解するには、まず脳の解剖と血管の走行を知る必要があります。

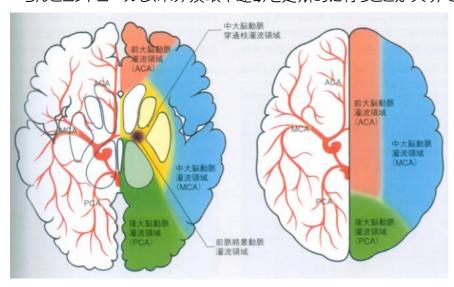




簡単に言うと、他臓から脳へは左右4本の血管が血液を送っており、それが頭蓋骨の中でさらにいくつかの血管に分かれていきます。

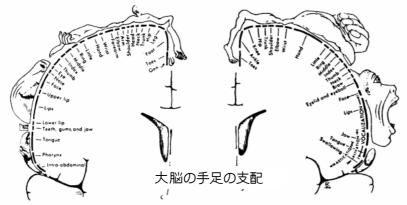
その血管が閉塞を起こすと脳梗塞、出血を起こすと脳出血となります。脳卒中は血管の閉塞や破綻によるけがのようなもので、病巣そのものは2週間ほどで急性期の反応が治ります。

脳梗塞には、他臓や首の血管にできた血液の固まりが剥がれ落ちて脳の細い血管に詰まる脳塞栓と脳の血管自身が動脈硬化で細くなる脳血栓とに分類されます。血液の中で主に固まり害を及ぼすものは赤血球ではなく血小板と呼ばれる細胞です。脳出血は、血管がもろくなって起きる場合と、血圧が高く血管が耐えられなくなる場合があります。一般に脳出血と言えば脳の中で起こる出血をいい、くも膜下出血、硬膜下出血など脳の表面で起きる出血とは区別して治療します。特殊な出血として、頭部外傷後数ヶ月して麻痺や認知症などが起きる慢性硬膜下出血というのがあります。いずれにしても、脳卒中は予防が第1です。高血圧、高脂血症、糖尿病などのリスクとなる疾患をきちんとコントロールし、水分摂取や運動を定期的に行うことが大切です。



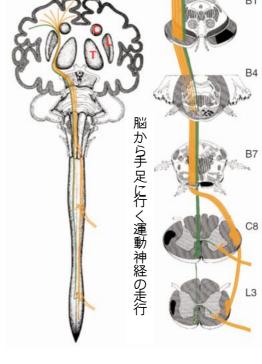


脳の場合問題なのは、病気の種類ではなく、むしろ脳のどこに起こったかです。起こる場所によって、 後遺症に違いが出てきます。



脳卒中になり入院した場合、総合病院では急性期の反応がある時期を治療の期間と考えていることが多く、後遺症はいずれにしても治らないので、それは治療の範囲とは考えていません。急性期の治療と言っても、実は脳浮腫、合併症を管理し、急性期がすぎるのを待つと言うことで、残念ながら原因を直す治療法はありません。

後遺症に関しては、リハビリをしながら時間をかけていくしかないので、慢性期の病院や老人施設への転院が余儀なくされるわけです。前にも述べましたが、リハビリで麻痺した部



分を元に戻すことはできません。リハビリは残った機能をより有効に活用するための訓練です。

入院が長くなると、ベッド上の生活が長くなるわけで、他の身体機能も精神機能も落ちてきてしまいます。脳卒中の治療の目標は、普段の生活を取り戻すことですから、急性期がすぎたら早くご自宅に戻り、自分のできることを少しづつすることが、もっとも良いリハビリであることは言うまでもありません。私達の診療所では、理学療法士・作業療法士がご自宅に出向き、リハビリのご指導をさせて頂いております。また、寝たきりのような重い後遺症が残った場合でも、医師や看護師が訪問し、また、ヘルパーサービスなどを使うことで、慢性期の病院に入院している以上に満足度の高い療養が可能になっています。治ったら退院と思うと大切な時間を無駄に病院で過ごすことになってしまいます。ご家族と共に皆で介護の負担を分け合うことで、介護者にも負担が無くご自宅で療養することは可能になってきました。総合病院に定期的に通院し検査などを受けながら、私達が普段の生活を見守ると言うのが、もつとも安心な方法であると言えると思います。

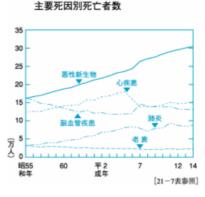
3)癌 (癌末期)

日本人の死因の一番に癌などの悪性新生物があります。昭和55年頃までは脳卒中が1位でした。70歳以上の人で見ると3人に1人は癌などの悪性新生物で亡くなっておりますので、今や癌は珍しい病気ではなくなりました。この背景には、根本的な治療法が見つからないことと、食べ物や環境の悪化が大きく影響していると言われています。

近年様々な治療法が試みられてきていますが、原因の治療に反応しなくなる時期がいずれは訪れてしまいます。あるいは、多くの治療が非常に体力を消耗するので、一時的に癌を押さえ込んでも日常生活ができなくなるほど体力が弱ってしまうこともしばしば経験することです。豊かな生活を維持するために頑張って病気を治すはずが、病気を治すために生きているような状態になってしまうこともあります。

末期の癌という意味は、原因を直す手だてがないと言う意味で用いられます。限られた時間ではありますが、痛みなどの症状をコントロールすることで豊かな時間を持つことができます。

私は、6年ほど神奈川県にある末期癌専門のホスピスで仕事をしておりました。様々な癌の末期の方が利用されておりました。年齢も様々で、20代の方から90歳の方まで多くの患者さんと出会うことができました。特に高齢の方は、手術や強い抗癌剤などを使わず、痛みやその他の随伴症状をうまくコントロールすることが、元気で生活できる時間が長いようです。無理に癌を治療しても、寝たきりになってしまい、結局家に帰ることができなくなった方を多く見てきました。癌が進行してしまった場合、短期の入院でできる手術や抗癌剤、放射線治療などを選択し、ご自宅で生活しながら、むしろ限られた時間を有意義にご家族と生活



することに使った方が満足度が高いように思います。それがどのような治療においても目標でなければなりません。

医療技術の進歩により、ご自宅でも痛みのコントロール、栄養の管理、その他の症状コントロールは、入院しているのと同様に行えるようになりました。私達の診療所では、末期の時期をご自宅でお過ごし頂いている方も多いのですが、かなり細かい症状コントロールをさせて頂いております。点滴や中心静脈栄養、鎮痛のための麻薬の管理などはご家族のご協力を得て、十分できるようになっています。

専門の病院に1~2ヶ月に1度通院しながら検査などを受け、体力を消耗しない治療をしてもらい、毎日の細かな変化への対応は在宅で私達がしていることがうまくいく方法のように思います。食事が食べられない、痛みが変化した、風邪をひいた、熱がある、便秘・嘔吐など様々な症状が出ると不安にもなりますが、具合が悪い時に病院へ行くのも大変なものです。そのような場合、在宅医療をお受けになっているとご自宅でできる治療をお受け頂くことができるので、非常に有効です。



いよいよ状態が悪化したとき、ご本人はご家族が周りにいつもいてくれて、皆さんが生活している気配ほどや安らぐものはないようです。病院ではご家族も緊張され、ご本人も気を遣いますが、ご自宅では、日常の風景たとえばお孫さんなどが騒ぐ声もや地よく響くとよくお聞き致します。この時期になりますと、医師・看護師は毎日に近く訪問し陰ながらご支援することが多くなります。

そして最後の時期には、ご家族や周囲の人々の愛情の中で息を引き取ることができるということは、いつかは必ず訪れる人の最後の迎え方としては、自然で最高のもののように思います。人の死は、医師が決定することでも、器械が決めることでも本来はなく、ご家族や周囲の人が理解すると言うことです。ご自宅ではこのような世代を超えて行われる看取りがきちんとできることをお伝えしたいと思います。



日本ではまだ最後までご自宅で看取ることを支援する診療 所は少なく、私自身もこのような静かな当たり前の最後を自 宅で迎えたいと思って、今の診療所を作りました。

「人生の最後に人を癒すことができるのは、愛情である」と言うことを忘れてはなりません。

おわりに

時間が限られておりますので、もしかしたら皆様がお聞きになりたい内容ではなかったかも知れません。しかし、約2年間の

この地域での私の活動を振り返りながら、思うところを述べさせて頂きました。

私達の診療所は、在宅医療の拠点として、「豊かな人生のために医療・看護がどう関われるか」をテーマに設立されました。私達は様々な人々の思いやりの輪の中の一員となり、終生皆様が自分らしく当たり前の日常を豊かにお暮らしになること、そのことを願って私達に何ができるかを、皆様と共に考えていきたいと思います。

皆様との出会いを大切に、「近しい人を思いやること」を私達の 活動の原点とし、在宅医療・訪問看護、外来診療を行っていきたい と考えております。時間的にも空間的にも、非常にわずかな確率で

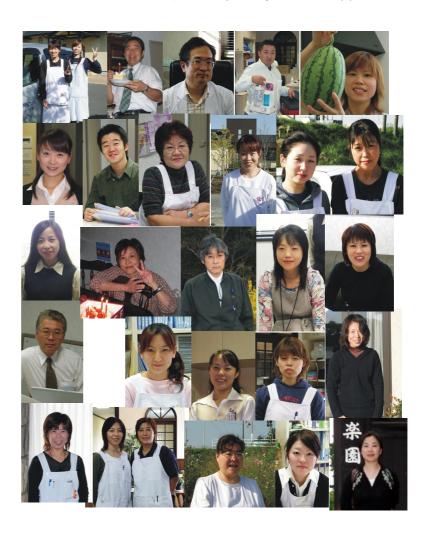


出会った患者さんが具合が悪いとお聞きすると、他配だからお顔を拝見に行くと言う当たり前の医療を実現できればと考えています。

この2年間で、障害をお持ちの子供さんから90歳を越えた方までお知り合いになることができました。私達も大変充実した日々を皆様に頂いていることを感謝して本日のお話しを締めくくりたいと存じます。

2006年1月10日 茨城町長生大学講演要旨

私の在宅医療への夢を共に共有してくれる仲間





^{県指定訪問リハピリテーションステーション} **訪問看護**ステーションこづる
ケアプランセンターこづる

〒311-3107 茨城町小鶴127-1

電話: 029-291-0055

FAX: 029-291-1456

Email: ibckozuru@ibc.or.jp URL: http://www.ibc.or.jp/

