

在宅医療の現状と展望

医療法人社団ビジョナリー・ヘルスケア 川崎高津診療所

理事長 松 井 英 男

在宅医療の現状と展望

医療法人社団ビジョナリー・ヘルスケア 川崎高津診療所

理事長 松 井 英 男



1 当院の紹介

当院は、在宅療養支援診療所（在支診）といって、通院が困難な患者を自宅で診療するために、病院や看護師と連携しながら24時間365日対応をする診療所です。外来診療では、患者さんが診療所にみえますが、訪問診療ではこちらからご自宅まで出向きます。したがって交通手段は車になりますが、だいたい半径5kmを診療圏にしています。都内から多摩川を渡ってすぐの川崎市高津区に当院があるのですが、北は世田谷区、大田区まで訪問します。川崎市だと高津区、宮前区、中原区を中心に訪問しています。

当院はいわゆる複合型の在支診です。診療所だけではなく、ケアマネジャーがいる介護支援事業所と訪問看護ステーションを併設しています。したがって患者さんがいた場合、医療分野だけでなく、介護など全般にわたってお世話できる診療所を目指しています。

2 在宅医療とは

在宅医療とは、入院、外来に次ぐ第3の医療とも言われています。多くは通院困難な方に対する訪問診療と往診です。何も症状がなくても、定期的に訪問して健康管理をすることを訪問診療と言っています。逆に熱が出たとか急な病気、状態が変わったといって行くのが往診です。また、24時間365日対応が義務付けられています。これは電話連絡がとれて、かつ訪問看護師や医療機関と連携している体制を持つことが条件になっています。

患者さんは原則として通院困難な方で、要介護度3以上の方が多くを占めます。当院の場合、最も多い患者さんはがんの終末期の方です。そして慢性疾患を抱える方です。その中で最も多いのが認知症の患者です。通院困難ですが、治療をしなければいけない。あとは脳血管疾患の後遺症として、麻痺のある方などが続きます。

患者さんの日常生活動作（ADL）を見ると、要介護度が高いとADLは悪いのですが、ここにある指標では、20点満点で平均すると9.94です。ただ、この点数が高

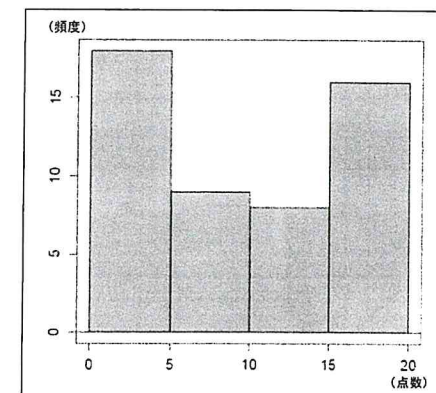


図1

い方と低い方、二つピークがあり、ある程度動ける人は動けますが、寝たきりの人もいます（図1）。

それを細かく10項目の指標で見えていくと、嚥下も含めて比較のご自分で食事できる方が多い。だから家にいるということにもなると思います。ただし入浴や階段の上り下りができないので、介助が必要な方が多いことが分かりました（図2）。

したがって医療サービスだけでなく、例えば訪問入浴などが必要です。普通のお風呂に入れる場合もありますが、寝たきりだと入浴もできないので、バスタブをそのまま持ち込んで3人がかりで入浴させる。こうしたサービスも必要になってくるのです。

外来や入院だと患者さんが病院を選んで行くわけですが、在宅療養を受ける場合はどうしたらよいのでしょうか。

まず、家で診療を受けたいという希望があったとします。今は入院中で、どうしてもこの先自宅に帰りたい。その場合、病院の中で主治医の先生や地域医療連携室のソーシャルワーカーと相談し、家に帰る手配をしてもら

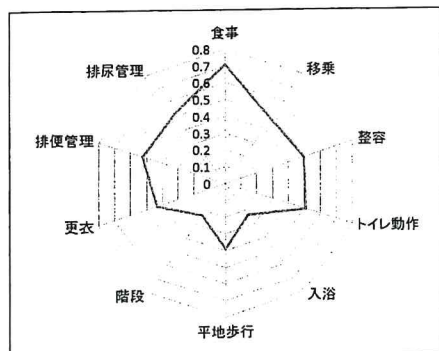


図 2

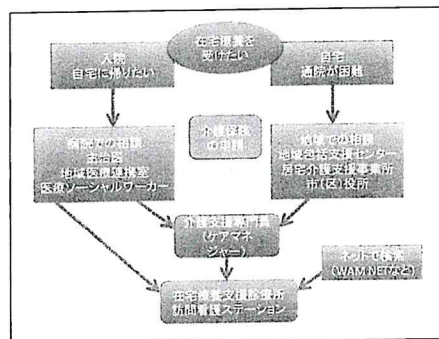


図 3

います。そこから、地域にいるケアマネジャーに話がある。あるいは病院から直接当院のような診療所に来る流れができていく場合もあるので、最終的には診療所と患者さんとの契約でスタートする。その際、ケアマネジャーを介すということは介護保険が必要なので、その申請をしていただきます。

もう一つは、普段病院の外来に通っているが、それができなくなった、あるいは寝たきりで医療が必要なのに通えずにいる場合、家の方がいれば地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などのケアマネジャーや、区役所や市役所を経由して診療所が入る場合です。最近ではインターネットの普及、たとえば在宅支援診療所を検索するWAM NETというサイトがあるので、直接当院に話がある場合もあります (図 3)。

在宅でもかなりの医療行為ができます。訪問診療はある程度の診療道具を持っていくので、バッグに血圧計や血液の酸素分圧を測る機器などが入っています。薬もその場で処方することができます。



図 4



図 5 a

基本的な注射類や抗生物質は持参し、いつでも使えるようにしています。また点滴セットも携帯していて、今のシーズンだと下痢、嘔吐による脱水、夏場は熱中症で点滴治療をします。

病院で行うような基本的な診療は可能です。血液検査は外注なので、結果が出るのは翌日になりますが、通常の検査は可能です。

これは胃瘻の交換をしているところです。病院で行うような機材を使って自宅で交換します。ただ、管がきちんと胃の中に入っているかどうかを確認しなければなりません。レントゲンで検査するわけにはいかないので、当院の場合は内視鏡を持参し、胃瘻から内視鏡を入れて胃に入っているかを確認しています (図 4)。

脳波測定装置は、富士通と共同開発しています。ヘアバンド式のものを開発し、前額部 2 点で記録します (図 5 a)。近くにあるパソコンにデータを飛ばして解析するというもので、認知症の患者さんに用いています。これを解析すると認知症の方のパターンは単調で、健康者と比べてパターンの違いがありそうです (図 5 b)。

通常、嚥下検査は内視鏡を用いて咽喉や喉頭を観察し

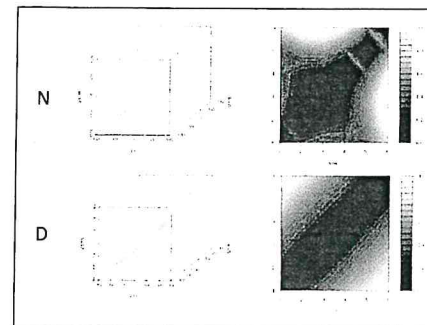


図 5 b



図 6 a

たり、レントゲンの透視をするのですが、在宅ではなかなか困難です。当院は咽喉マイクを使って嚥下音を録音し、音声の解析ソフトで診断するという独自の方法を開発しました (図 6 a)。この方の例では口をモゴモゴとさせ、波形が出たところで嚥下が起きているので、嚥下するまでの時間がかかり、嚥下の第 1 相が遅れていることが分かります (図 6 b)。

3 認知症の地域包括ケア

次に、地域包括ケアについて、慢性疾患で最も多い認知症に話を絞り、当院の取り組みや現状での問題点をお話します。

認知症の病型を見ると 7 割の方がアルツハイマー病です。それから血管性、すなわち脳梗塞や脳出血に伴う認知症、そして幻覚と下肢の運動障害を伴うレビー小体型が続き、アルコール誘発性の方もいます。アルツハイマー病がいちばん多いというのが当院の結果ですが、一般的にもこのような傾向だと思います (図 7)。

アルツハイマー病の患者数は、日本では 65 歳以上で

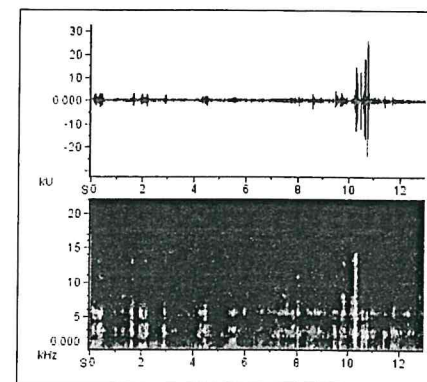


図 6 b

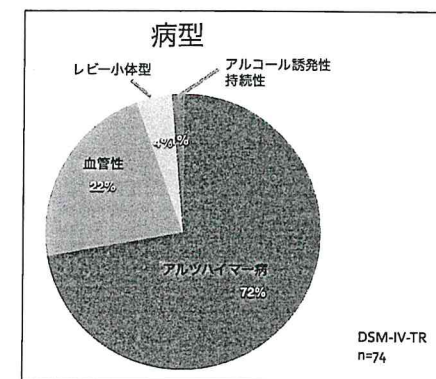


図 7

400 万人以上と言われている、世界でも増えています。総人口の 0.5 % で 40 年後には 3 倍になると言われています。

最も用いられている治療薬はドネペジル (アリセプト) です。また機序が全く違うメマンチン等の阻害剤や、ChE阻害剤と増強剤を加えたガランタミン、古くからは漢方薬も用いられることがあります。ただ、この中で軽度から高度までの適応を取っているのはドネペジルだけです。

これは高齢者の服薬の注意点でもあります。とくに高齢者は副作用が出ることが多いので、なるべく少量を投与し、多剤併用は避けることが肝要です。服用回数も 1 日 3 ~ 4 回は難しいので、1 日 1 回、あるいは貼付剤が良いと思います。

患者さんの特徴は、8 割の方が併存疾患をお持ちだと

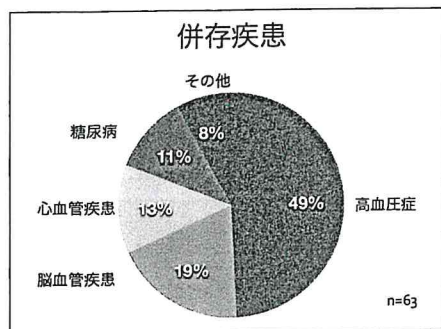


図 8

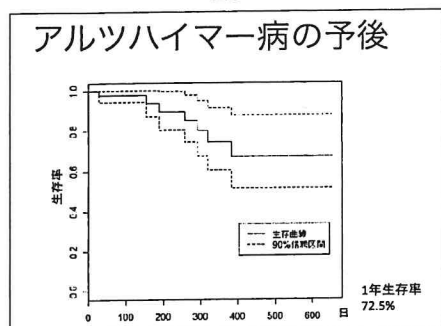


図 9

いうことです。最も多いのは高血圧で半数をしめます。それから脳血管疾患、心臓関係、そして糖尿病の方が1割います。糖尿病と高血圧は中年期の認知症のリスクファクターです(図8)。

当院を受診した患者さんの平均年齢は84歳ですが、この患者さんがその後どのくらい生きられるか、生命予後を検討してみました。海外の報告では診断してから4～6年と、意外に早く亡くなるのがわかります。日本の報告では、北村立先生らは診断してから5.8年です。診断して6年程度で、認知症のもので亡くなることはありませんが、肺炎等で亡くなるということです。

当院の成績では、1年生存率は72%程度です。高齢者の場合の予後となると、そんなに長期ではないという認識が必要です(図9)。

地域包括ケアとは、介護、医療、予防、住まい、生活支援という五つのサービスを30分以内に提供できる生活圏を作ることが目標です。

ここで言う予防は介護予防です。寝たきりにならない予防策、例えば転倒予防がまず言われます。転倒予防は

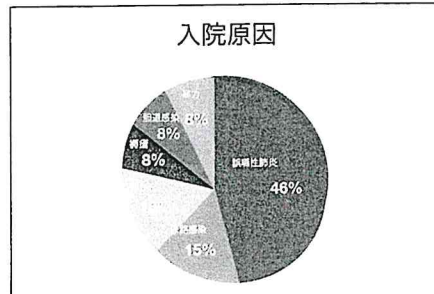


図 10

結論から言うことができせん。ある頻度で転倒は起きるのです。当院での成績では、在宅患者さんで1,000人当たり1日1人は転倒しています。重篤にはなりませんが、1%程度は骨折や頭部外傷になります。だから、これはある程度の頻度で起きると考えておいたほうが良いと思います。

地域包括ケアを実現するために必要な仕組みとして、病診連携が必須です。次に、介護をどうしたら良いかという問題があります。三つ目は、薬を飲んでいる方が多いのですが、共通の評価基準を作る必要があります。

まず病診連携です。当院の認知症患者さんを3カ月程度フォローしました。在宅診療を始めてから、3カ月たつと患者数は半分にになります。施設に行く場合もあるのですが、入院のために在宅の続行が困難になるのです。最も多い入院原因は誤嚥性肺炎です。認知症の終末期になると歩けなくなり、最後は嚥下ができなくなって多くは肺炎で亡くなります。救命のために治療する場合は入院となりますが、そういう方が約半数を占めます。次は、尿路感染です。当院の特徴かもしれませんが、胃がんが見つかった症例があります。

さらに褥瘡や胆道疾患、そして暴力とあります。周辺症状がかなりひどくなって暴力的になると、薬によるコントロールが必要な場合があるので、その場合は一時入院が必要です。こうした病診連携ができていないと地域包括ケアは医療面からも難しいと思います(図10)。

次に介護の問題です。やはり生活環境が問題で、昨今は日本全国そうだと思いますが、居宅の患者さんでは一人暮らしの方が8%います。あるいは老老ないしは認知介護の場合もあります。認知症のご夫婦や姉妹を診ている場合もあります。約1/4の方は介護が必要であり、こうした環境で認知症患者をどうやって診るのかという問題があります。



図 11

奥さんが認知症で、寝たきりになっていて、年取ったご主人がケアしている場合があります。最近も、ご主人がうつになり、思いあまって殺人を犯した事例がありました。そうなる前に2人を引き離す措置が必要だと思います。こうしたことも、どこまで介入して良いのかという問題はあるかと思いますが、いろいろな悲劇を生むので、地域で考えなければいけません。あとは、認知症対応型共同生活介護を提供するグループホームの利用です。これは認知症の方が集まって作業療法をしているところ(図11)。

次は病状の評価の問題です。いろいろな評価方法があり、質問紙法として長谷川式などがあるのですが、質問に答えられないと評価できません。当院の診ている患者さんは重症の方も多いため、長谷川式ができないことが多いです。普段ケアしている方が6項目にわたって点数を客観的に付ける、CDR (Clinical Dementia Rating) という評価方法があります。最も重要な項目は記憶です。一つが3点なので、いちばん重い点数だと18点、これをBOX得点といいます。さらにそれを0～3までの点数にしてCDRの総合得点とします。こうした評価方法を用いて検討しました。

当院で診療しているアルツハイマー病の患者さんで、試験開始前と半年後で評価を行いました。患者さんはドネペジル(アリセプト)を飲んでいる方が多いのですが、それを継続する群とガランタミンへ変更する群、何も治療しない群とでスコアを比較しました。

面白いことにアルツハイマー病という紹介状を頂いて診療に入るのですが、アルツハイマーの前段階、MCIではないかという方が2割程度います。スコアでは2がいちばん多く、中等度から重度が6割を占めていました(図12)。内服前後での症状変化を、無治療群、アリセプト群、ガランタミン群で比較しました。アリセプトは進行を抑

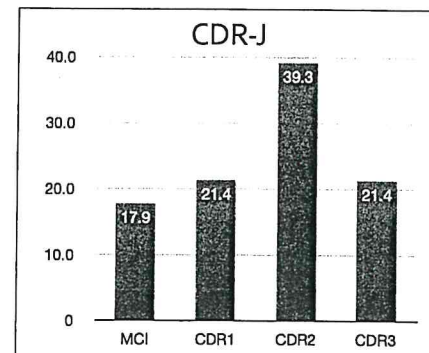


図 12

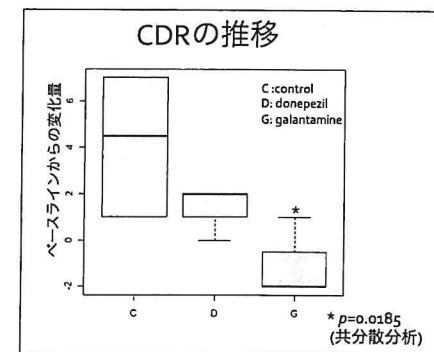


図 13

えている可能性はありますが、ガランタミンは有意に治療効果があると考えられました(図13)。

4 緩和ケアと終末期医療

昨年(2012年)の人口動態統計では、日本人の死亡数は年間125万人を突破しています。死亡原因としては、悪性腫瘍がいちばん多く、次に心疾患、3番目に肺炎が入ってきました。悪性新生物は3割近くあるので、3人に1人はがんで亡くなると言われています。

ただしこの増加は、75歳以上の高齢者が増えたためです。高齢者が増えたのがんで亡くなる方が増えたということです。これによって多死社会が到来すると言われています。

がんが原因で在宅で亡くなる率は、以前は6%程度でしたが、在宅診療制度ができた頃から少しずつ上昇しています。しかし、まだまだ病院で亡くなる方が多いのが現状です。

がんの場合、なぜ在宅死が少ないのでしょうか。それは、治療をどこまでにするかという判断が難しいからです。諦めずに治療を続けることが多いのです。がん治療に携わっている先生はそういう姿勢でやっていると思います。昨年「がん治療はするな」という本もありますが、私はそうは思いません。当院のデータでは、がんの終末期でも入院治療を併用することで生存期間は延長します。

ある患者は、前立腺がんの骨転移で、余命いくばくもないと言われて当院を受診しましたが、入院を繰り返したらもとのがんが消えてしまいました。だから治療を諦めてはいけないと思います。

積極的緩和も重要です。例えば腸閉塞で苦しんでいたら、消化管に管を入れたり人工肛門を付けることで症状が緩和できる場合があります。これを判断して入院し、また帰ってくる。胸水や腹水のコントロールも重要です。また輸血をすることで、症状の緩和ができる場合もあります。

介護の問題もあります。患者が家に帰ってきてケアする方は年を取った配偶者という場合が多いのです。そうすると逆にケアする人の負担になり、疲れてしまって奥さんが入院し、がんのご主人が1人残ってしまうこともあります。この場合はご本人の入院、いわゆるレスバイト入院が必要です。

緩和ケアとは、患者のみならず家族のQOLを改善することです。早期より行い、スピリチュアルな面も扱います。スピリチュアルケアとは、その人が過ごしてきた日常生活や価値観が崩れたときに、それをどう修復するかということだと私は考えています。QOLは大きく分けて二つ、健康関連とエイジング関連があります。がん患者のQOLは、健康関連の質問に答えることで評価することが多いと思います。ただし、これは多分に主観的で、文化的な背景があります。QOLでまず思いつのが生活の満足度、幸福感ですが、最も広義になると生きがいが、人生観という宗教的な領域にもなるので、何を評価するかが大事かと思えます。

一般的に緩和ケアをすると何が良いのでしょうか。まず、エビデンスとして患者のQOLが向上します。病気を抱えようとどうしてもうつ傾向になりますが、これが改善されると言われています。最近肺がんの終末期の研究で明らかになっているのは、生命予後が延長することです。緩和ケアを受けた患者の方がより長く生きる。抗がん剤の上乗せ分ぐらいの延命効果があると言われていました。ですから、早期からの緩和ケアは重要だと言われているのです。

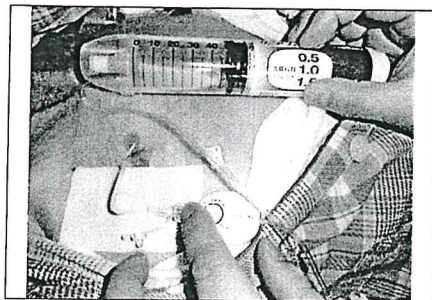


図 14

在宅緩和ケアを受けるにあたって最も重要なことは本人の意思があるかどうかです。尊厳死協会のリビングウィルを持っている方、終末期にどうして欲しいかという意思表示のある方もいますが、まだ少数です。

次は介護の環境です。当初は最後まで在宅と思っていたのですが、イメージが湧かず、気持ちが動揺する。実際に早期から入った場合、やはり治療するということが在宅医療を中止する場合もあります。

終末期では、点滴や輸液は原則行いません。むくみ、胸水、腹水、たんが増えるからです。どうしても行う場合は、高齢な方も多いので皮下注射をします。腸閉塞の場合は、ある程度予後が望めるので、点滴治療の適応と考えています。

皮下持続注射は簡易式のポンプを用いています。前胸部に針を留置し、モルヒネやオキシコドンの注射剤や、オクトレオチドなどの腸閉塞の薬を皮下注射しています(図14)。

痛みについては、どういう再発をして痛むのかということ念頭に、痛みの性状をよく聞き取ります。モルヒネによって食欲が落ちる場合があります。吐き気があるということは食欲もないということです。その原因がモルヒネの場合、早期に薬を変えて対応する必要があります。なるべく最後まで食事を続けるという方針で治療しています。

では、終末期とはいった頃をさすのでしょうか。がんでは余命が6カ月となった頃と言いますが、何も根拠がありません。高齢者の慢性疾患での終末期は、治療を尽くしても、残念ながら死が近い場合です。逆に言うと治療は尽くさなければならず、予後がどれくらいかと言えないのが現状です。

当院のデータではがんの方が8割です。あとは老衰、肺や心臓の疾患で終末期を迎える場合もあります。がん

終末期医療の予後

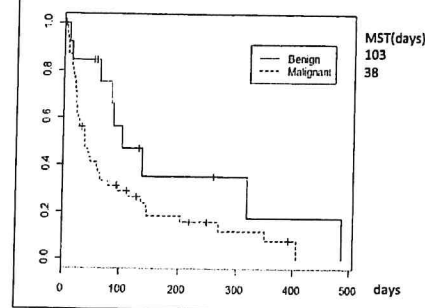


図 15

の種類では消化器がんがいちばん多く、肺がんや前立腺がんとなっています。当院を初診してからどのぐらいで亡くなるかを生存期間の中央値(MST)で見ると、肺炎や老衰等の良性疾患で約3カ月、がんなどの悪性疾患の場合は38日という結果でした。がんの方は初診から約1カ月で亡くなるので、この辺を在宅医療における終末期と考えています。もちろんがんの方でも、早期から診療を開始して1年ほど生存されている方もいます(図15)。

実際のどのぐらいの方が自宅で看取られているのかに関する本邦のデータはありません。少し古いですが2007年に在宅診療制度ができてから、看取り件数の届出義務ができたので、居宅で看取った件数が分かるようになりました。その地域に住む高齢者の数で換算すると、居宅での看取りは東京都がいちばん多い結果でした。都市部は在宅診療などの看取り機関が多いからです。一方、いちばん低いのは高知県です。高知県は全国の中でも病院の数が多く、後期高齢者の医療費をいちばん使っています。あとは秋田、北海道、福井などです。これから想像されるのは、雪深い地域であるという事です。あるいは受け入れ可能な病院が近隣にあまりない可能性があります。

イギリスの報告で、緩和医療の質を国際的に比較した研究があります。死の質、これは宗教的なものは除外した、あくまでも緩和医療の質の調査です。OECD加盟国を中心に、医療環境、受診のしやすさ、コストで判定しています。その結果ですが、いちばん点数の高いのは、「ゆりかごから墓場まで」ともいわれる、福祉政策で有名なイギリスとその関連諸国です。いちばん低いのはインド、ウガンダ、中国など、日常でも道端で人が亡くなっ

ているような国です。中国は死そのものを忌む傾向があるので、緩和医療が話題にすらならないのかも知れません。日本は23位で、真中より少し下でした。日本の緩和医療はどこが悪いのでしょうか。医療の質は良いのですが、緩和医療をなかなか受診できない。コストもかかる上に国の政策がない。これが諸外国との差でした。

家での看取りには本人の意思が大切だと言われますが、日本人はそれを持たない場合が多く、家族の意向になりがちです。また実際にケアする方が死亡に至るまでの介護上の不安があります。例えば喀痰を吸引する準備をしても、どうやって良いのか分からないとか、麻薬に対する不安、あとトイレに行っても良いのかという介助の不安です。また、がんの終末期は、状態がかなり悪い場合があります。それでも受け入れられるかどうかという問題もあります。

一人暮らしの方をがんで看取る場合はどうしたら良いのでしょうか。まず、見守りが必要です。在宅ホスピスをしているところは、医者だけでなく、ヘルパーや看護師の訪問を頻回にしています。ボランティアの場合もありますが、なるべく余分な介護費は使わずにやらなければならないと思います。場合によっては当院が取り組んでいるような「遠隔モニタリング」も必要だと思っています。

入院するのは呼吸困難や疼痛の増強、大出血の場合です。また、当院は自宅での鎮静剤は使用しません。それは、安楽死の問題があるためです。鎮静剤を用いたときに意識がなくなり、血圧が低下して死亡した場合に、あとで問題になることがあります。また、治療できる病態ならば、入院しなければならないと考えています。それ以前に、家でのケアそのものが不可能な場合は入院せざるを得ません。

当院の患者さんで入院医療を併用した終末期の方と、併用しない方の生命予後を見ると、生存率に差はないのですが、生存期間の中央値は約1カ月延長することが分かりました。これをどう考えるかは別問題ですが、入院医療の介入効果はあると思っています。

5 在宅医療と情報通信技術

次に、在宅医療における情報通信技術(ICT)について、簡単にお話しします。在宅医療のICT化がよく言われています。どんなところで使うのかを当院なりに考えてみると、一つは電子カルテがあげられます。個々の病院での電子カルテの導入は進んでいますが、診療所同士、あるいは病院と診療所が情報を共有していないことが問

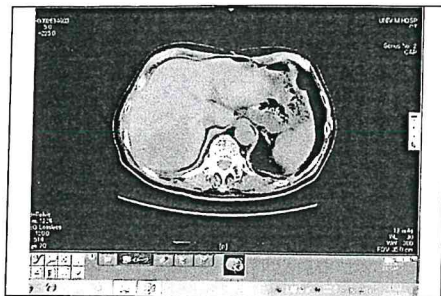


図 16

題で、共通のプラットフォームがあれば診療の上で大変便利です。また訪問診療の欠点として、車で移動しなければならぬので移動時間がかかります。これに遠隔診療を導入すれば、移動時間のロスを少なくすることができるとは思いますが考えています。あとは遠隔モニタリングです。一人暮らしの方をそのまま放置して良いのかという問題に対しては、心電図のモニタリングを考えています。

日本の現状は電子カルテの互換性がありません。診療情報提供書や医療画像を頂くのですが、紙やCDが媒体です。薬手帳もばらばらでいったい何種類の薬を服用しているかがよく分からない。これらを一元化できないかという課題で、経済産業省の研究を行いました。これは通信事業が関係するので、NTTや関連企業と群馬大学、東京工業大学、国立がん研究センター、利根中央病院と当院でコンソーシアムを作りました。

在宅でも病診連携は必須です。特に画像を、CDで持ってくるのは手間がかかるので、直接見られるようにするにはどうしたら良いか検討しました。現状では、退院前カンファレンスでわざわざ入院先まで行って会議をしています、それをオンラインでできれば双方で便利です。他の先生とのディスカッションも遠隔でできれば時間の節約になります。遠隔診療プラス病診連携をオンラインで行うという仕組みです。これは、サーバーを群馬大学に置いています。iPadの画面上にカルテに相当するファイルがあり、病院で見ている水準と同じ画像が見られます(図16)。端末に画像が残ると、個人情報やセキュリティの問題に関わるので、あくまでもサーバーに見にいていただけです。これを高速で行う事ができるのがこのシステムの利点です。

次に遠隔診療です。これは厚労省の研究で行いました。遠隔診療とは、そもそも遠く離れている人に行う診療で

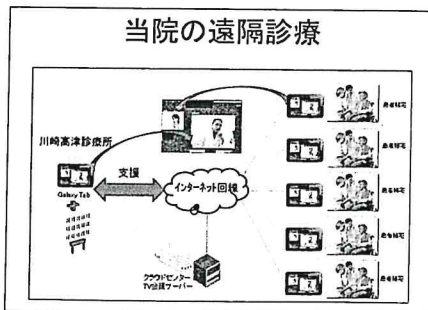


図 17

す。しかし今まで医師法 20 条の壁があり、対面でない診療と言わないという制限がありました。しかし、昨今テレビ会議システムも発達し、診療をテレビ会議システムで行っても法的に問題ないことになりました。ただし、通常の診療を補うものでやりなさいという指導があります。状態が落ち着いている方は良いが、初診は不可などの制限はあるのですが、2年前からは脳血管疾患とがんの診療も可能になりました。ですから、在宅で扱うような疾患は遠隔での診療が可能で、そこで、遠隔診療の有用性を検証する臨床研究を行いました。発熱等いろいろな患者さんの状況の発生率やQOLの変化を、訪問群と遠隔群で比較した研究です。

当院では、携帯端末を持った看護師が患者宅まで訪問し、お宅から診療所まで情報を送ります(図17)。

当院の結果を述べると、有害事象はなく、発熱や下痢などの発生率も差がありません。当院のエリアでは、車での移動時間が平均 18 分以上かかっていた。1 日 10 件ほど回るので、移動だけで 3 時間かかっている現状が明らかになりました。診療時間は遠隔群で短い事もわかりました。家族のQOLには差はありませんでした。問題点としては、ワイヤレス通信を用いているので、通信状態が不安定なお宅があることがわかりました。実用化のためには診療報酬をどうするかが問題です。

次は遠隔モニタリングです。今は医療機器が発達し、電子聴診器などが使えますし、聴診器を当てる部位を指示すると、遠隔地からの聴診が可能です。

心電図をモニターすることもできます。波形にノイズが少ないものが取れるようになっているので、これを独居の方の終末期のモニタリングに使えんと考えています。ただ、ずっと電話をかけている状態なので、通信費がかかります。この辺をクリアしないと現実的には導入は困難だと考えています。実際に、認知症の患者さん全

服薬の問題

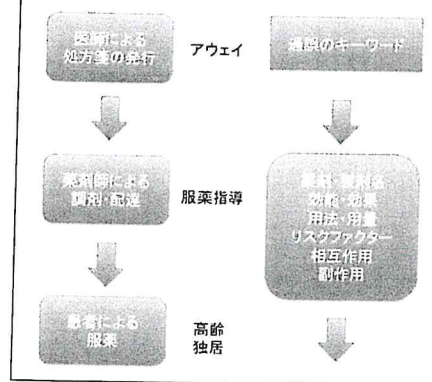


図 18

員にスマートフォンを持たせたという自治体がありますが、膨大な通信費がかかってしまい、今は中止しています。

6 薬剤師との連携について

服薬の問題はチェックポイントが3カ所あると思います(図18)。最初は医師による処方箋の段階です。ここは当然間違いがあってもいいんですが、医師も人間なので間違えることがあります。次に服薬指導、調剤して配達して説明する段階です。最後は患者さんが実際に飲んでいるかどうかという問題があります。とくに高齢の一人暮らしの場合、ここまで全部問題ないのに結局飲まなかったということがあります。

処方ミスはあってはならないことですが、医師の誤認や誤用、そして入力上のミスがあります。手書きの場合は、字が読めないことや、カルテに書いた内容と処方箋が違う場合があります。パソコン入力では、薬剤名を3文字以上打てば特定率が65%以上になると言われているので、なるべく3文字以上入力することで処方ミスを少なくすることができます。また、紛らわしい薬剤にも注意が必要です。たとえば、タキソールとタキソール、サクシゾンとサクシン、これは2例とも誤用による死亡事例があります。セロクラールとセロクエルも紛らわしいです。アルマールは血圧の薬(βブロッカー)ですが、糖尿病の薬であるアマリールとよく似ています。これは当院でも誤用が1例あり、服用後に血糖のチェックをして何事もなかったのですが、怖い思いをしました。現在



図 19

アルマールはなく、アロチノロール塩酸塩に名前が変わっています。紛らわしい薬剤のリストを作ったり、複数読み合わせをすることが肝要です。調剤面では、多くの処方箋のうち一部を変更したり、一包化になっている薬剤の1つだけを変えるのは間違いの元です。

最後は飲み忘れの問題です。これに対しては一包化してお薬カレンダーやビルケースを用いる方法があります。大事なものはヘルパーさんや介護している方にも服薬状況を伝えておくことです。

実際にあった話で、坐薬を出して「お尻に入れてくだ



図 20

さい」と言ったのですが、味噌汁に入れて飲んだ、という笑えない事例があります。「おしり」ではなく「おしる」に入れたのです。こういう場合も、最終的に服用できないので注意が必要です。

7 おわりに

2年前に、一般の方にも在宅医療を知っていただくために、「人生をわが家で終える 在宅医療の現場から」という本を、日本経済新聞出版社より上梓しています(図19)。いくつかの在宅療養の事例から、現状としくみが学べるようになっていきます。

初代の流行語大賞を取ったコラムニスト、神足裕司(こ

うたりゆうじ)さんのエッセイで、「一度、死んでみましたが」というユニークなタイトルの本があり、当院の診療が紹介されています。神足さんは、くも膜下出血で入院して一命をとりとめ、ご自宅に戻られてから在宅療養を受けています。

また、在宅医療に関する啓蒙活動も必要かと思い、東京新聞のコラムで在宅医療の現状を連載しています(図20)。こういった記事通じて、在宅医療を少しでも多くの方に知っていただくことが重要かと思っています。本日は、ご清聴ありがとうございました。

平成25年12月14日研修会より