

こ
だ
ま

内科だけではない在宅医療

第8回愛知県開業医医療研究会

「内科だけではない在宅医療」をテーマに、「第8回愛知県開業医医療研究会」が開かれた。本号からシリーズで、演者自身による当日の報告及びその後の補稿をご紹介します。

1. 内科だけではない在宅医療

在宅医療を始めて5年間、内科のみの医療においてすら限界があるものの、まして他科にかかわる患者の訴えに関しては、なすすべもなく在宅医療を行ってきた。可能な限りの対応はするものの、当然、十分なものとはいえず、やはり専門医の訪問診察が必要と思われる事があまりに多い現実、他科との関わり的重要性を痛感する日々が続いていた。そんな時に保険医協会の開業医医療研究会において、貴重な話を聴く事ができ、今後の対応に関して、ある程度の方向性を示された感もあった。

しかしながら、逆に、その実状を知るにつれ、そのむつかしさというものを感じさせられた事も事実であった。

聴診器と往診靴のみを持ってでかける内科の訪問診察とは違い、それなりの必要と思われる診療を行うためには、かなりの機材と労力を要す事を知って、内科医が簡単にお願する事を、少し考えさせられるのは、私だけであろうか。

確かに症例を選ぶ事は重要な事ではあるし、それは内科にしても同じ事が言える。しかしその医師個人の感覚によって、その症例の範囲は大きく違ってくるものであり、統一性をもって語れるものではない。なぜならば、在宅医療を行っていくうえには、いろいろな環境的要素を考えつつ症例を選ぶのであり、その判断基準というものは存在しないからである。

内科の開業医のなかに、在宅医療に否定的な先

生は少ないと思われる。しかし実際の取り組み方には、それぞれの都合もあり、まちまちにならざるを得ない。この点では他科の先生も同様であり、症例を選ぶ幅は、そのそれぞれの都合とのバランスにあることは、否定できない。そのバランスを想像するうえで、現在在宅医療に取り組んでおられる、眼科・歯科の先生方の御努力というものは、私個人として、全く頭の下がる思いである。

しかしながら、多くの科のたずさわる在宅医療というものは、確かに理想であり、病院の機能を、在宅にも当てはめようとする思いは、今後の在宅医療にとっても重要な課題である。

現在、在宅医療は、機能的に動き始めたばかりであり、確実に将来もっと必要とされるものである。内容の充実を伴いつつ、各種ネットワークを積極的に行って、形を作りながら、各科の医師が、もっと機能的に動けるような質的向上も、同時に進められるべきである。そのためには、各方面の技術の向上も今後ますます、求められてくるであろう。そうなる事により、在宅医療に対する医師の取り組み方の差というものが少なくなり、在宅医療に取り組む医師も増えてくるのではないだろうか。

今後の各方面の協力及び理解を強く願い、在宅医療の充実を望むものである。

(田原町・第二国見医院/国見英敏)

2. 精神科診療所での在宅医療活動

従来、精神科での往診はあまり行われておらず、わずか入院収容に際して行われている位であったが、近年になり、外来医療が盛んになるにつれて、来院出来ない人のために在宅で医療を行うことが段々多くなって来ている。

当クリニックは89年に開設された精神科単科の

クリニックであるが、開設以来在宅医療を行っている。年間大体20例、その回数は100回前後になっている。

往診の対象としては、内科で行うような老人では必ずしもない、精神分裂病のため幻覚妄想があり家にとじこもっていたり、うつ病のため外に出ることも出来なくなってしまった人達が主な往診の対象者となっている。次いで多いのが歩けなくなってしまった高齢者の人達である。例外としては、精神科という所には通にくいという人の所に往診に依っている。

従って、年齢も20代、30代という若い人と60歳以上の高齢者に多い。

精神科は診療圏が比較的広いこと、まだ精神科で往診してくれる所が少ないということもあって小牧・各務原等遠方にも出かけざるを得なくなっている。

往診することの意味は、簡単に言えば入院せず在宅のままで医療をうけられることであろう。精神科という所は各々の人のもっているそれまでのイメージがあって、受診しようとするにはいささかの勇気と決断がある。精神分裂病やうつ病などは少々躊躇している間に病気が進み、外に出られず家にとじこもってしまう。こんな時、往診によって治療が開始されれば、又精神科で行う治療というものがどのようなことをするのかわかってくれば、2-3回の往診の後には自ら来院し、受診することも多い。一人に対する往診回数がほとんどのケースで3回までで終わっているのはそんなことも反映している。歩けなくなっている高齢者のうつ病、夜間せん妄に対しても、往診することで治療が開始され継続されていく。

往診の意味は精神科医療の開始であり、自ら受診することのきっかけであり、治療を継続することによっての再発・悪化の防止であるといえる。今まで、たのまれれば原則的に往診に行こうという姿勢でやって来た。今後もこの診療所の出来る範囲内の往診ならば、求めに応じようと思っている。

(北区・北メンタルクリニック/鈴木多加二)

3. 眼科の在宅医療

患者の高齢化、社会構造の変革は、それ程重症でもなく、外来治療で十分に対応し得る患者の通院を困難にし、投薬のみを求められる場合が増加し、また眼科は診療所が少なく、通院距離の長い場合もあり、在宅医療の必要性が高まってきた。しかし在宅医療を行うに当たり、治療内容がまあまあの水準に達しなければ意味がないので、どのような器具を用い、如何なる方法を取れば良いかを検討した結果、一応の見通しが立ち、在宅医療を実施するに至った。

眼科診療は問診、視診に始まり、視力検査、視野検査、両眼視機能検査などの自覚的検査、眼圧と眼球運動の検査、細隙燈顕微鏡検査、隅角検査、眼圧検査、眼底検査、屈折検査などの他覚的検査が最低限必要である。視力検査は、3m視力表と各種矯正レンズにより行う。視野検査は、正確には網膜各位置の感度閾値を測定するのが最良であるが、往診先では不可能であり、周辺視野検査は対面法で指・ペンライトを用いて測定し、中心視野検査は、中心暗点計表を用いて行う。しかし、概略的な方法であり、この点が在宅医療の弱点となっている。眼位、眼球運動はペンライト、プリズムを用い、遮蔽試験を併用する。細隙燈顕微鏡検査は、手持ちの細隙燈顕微鏡を用い、前眼部から、三面鏡を併用して中間透光体、眼底までを視察するのであるが、患者と器具の固定が困難なため、詳細不明となる場合もある。隅角検査は、細隙燈顕微鏡と隅角鏡を用いる。眼圧検査は、シエツツ眼圧計を用い、圧入法にて行う。眼底検査は直像鏡による方法と、倒像法があるが、後者は、器具の携行が厄介なので、特に周辺部網膜の精密検査が必要なときのみ行う。屈折検査は、検影法により行う。以上診療方法を簡単に述べたが、数が多く、重く、壊れ易い器具の持ち運びを厭わず、時間と労力を費やすのを我慢すれば、中途失明の大きな原因となる糖尿病性網膜症、緑内障の治療も十分に可能であり天寿を全うするまで視機能を保持し得た症例も少なくない。

また外眼部の些細な病気であっても、掻痒感、異物感、痛みなどの自覚症状は、かなり不快なも

のであり、これらは、簡単な処置で取り除ける場合が多い。在宅における医療はかなりの制約があり、限界があるのは否めないが、臨床的には町医者として、一応の水準を保つ在宅医療を行っていると思自している。

(名古屋港区・吉田医院/吉田智彦)

4. 寝たきり患者さんに食べる楽しみを

(1) 寝たきり患者さんに食べる楽しみを

寝たきり患者のクオリティ オブ ライフ(QOL)が言われて久しい。寝たきりの状態になると、日常生活における楽しみの多くは不可能になるか、極めて限定される。そんな中で、食べる楽しみは、最後まで残るものの一つであり、体が不自由になればなる程、食べる楽しみのウエイトは増すと考えられる。

好きなものをおいしく食べるためには、よく咬めることが必要である。齲蝕、歯周病、歯の喪失などにより低下した咬合機能は、歯科治療によりかなり回復させることができる。これは一見、ごく当たり前のことのようにであるが、寝たきり患者とくに老人の場合は、格別な意味を持つ。寝たきり老人にとって自分が若かった頃、元気だった頃に比べ、身体機能は衰えるばかりで、多くの場合、一方的に負の方向へすすむ。しかし、衰えた口腔機能は歯科医師に治療してもらうことにより回復する。口の中は自分自身さしたる努力もせず、他力本願で機能が回復できる唯一の場所ではないだろうか。以前は丸飲みしていた刺身が咬んで味わって食べられた。義歯を入れることで顔貌が若返った。こういうことは、QOLの向上を患者自身が実感できる、分かりやすい例だろう。

(2) 訪問歯科診療を阻むもの

歯科治療の操作は、歯を削る、詰める、型をとるなど全て機械器具を使って行われる。これらを効率よく行うために、歯科用ユニットが設計されているため、この上で治療を行うのが最良であり、往診で治療室と同じ内容を治療をするのは大変難しい。

従って、理想を言えば、寝たきり患者を患家の負担を少なく歯科医院に搬送できるシステムを作

り上げ、治療室内で診療を行うのが最も望ましいと思われる。しかしながら、そのような患者搬送システムはすぐには望めそうもないので、次善の策として、現在のような歯科の訪問診療が必要になってくる。

今、愛知県下では、全ての歯科医師会で往診事業が行われている。一口に往診といっても、その中で行われる治療のレベルは様々である。例えば、歯髄に達する深い齲蝕があって痛む場合、治療室内では普通、局所麻酔をして削り、抜髄処置を行い、その後数回、根管治療を施したのち、根管充填し、補綴処置を行う。

しかし、往診でこれと同じ治療をしている歯科医は数少ないのではないだろうか。ムシバの穴にセメントを詰める応急処置を行って済ませている場合が多いようだ。

私は、寝たきり患者にとって咬めるようにすることが重要なので、きちんと治すべきだと考えている。また、自分が患者の身になったとき、寝たきりだからちゃんとした治療は受けられませんかと言われたら、とても悲しいだろうと思うからである。

では、なぜ往診で高水準の治療が行われないのだろうか。往診を阻むものは何だろうか。

①ポータブル切削機器が重く、取り扱いが煩雑である

歯を削るには、40kg程度の器材を運び込まなければならぬ。また、セッティングがかなり煩わしく、慣れないと時間がかかる。

②合併症の発生を恐れ、リスクを伴う治療が行われない

歯科の局所麻酔は大きなストレスとなる。我々歯科医のほとんどは呼吸循環管理のトレーニングを受けていないため、「何かあると困る」という意識が強い。

③休憩時間や休診日に行かなければならない。

④治療時の姿勢が不自然で疲れる

休み時間を削って出掛け、中腰でのぞきこむ姿勢をとらねばならず、非常に疲れる。また、従業員と労働時間のことでトラブルの原因になりかねない。

⑤治療内容に満足感を得られないことが多い

切除時に噴霧される水でむせたり、不随意運動、暗い照明等で納得行く治療を行いつらい。

(3) 訪問歯科診療で十分な治療が行われるために

今後、水準の高い訪問歯科診療が広く行われるためには、次のことが改善される必要があるだろう。

①往診用治療機器の改良

軽く簡便なポータブルの切削機器の開発、使いやすい照明器具等

②歯科医師の研修

今後ますます高齢化社会を迎え、有病者に対する歯科治療の機会は増えていくと思われる。全身疾患を学ぶことが歯科医師個人の努力に任せられ

るのではなく、歯科医師育成のカリキュラムに組み込まれるべきだろう。

③行政側に望むこと

歯科医師個人の熱意で、日常診療の合間に赤字覚悟で行うには、限界がある。健康保険の診療報酬を適正に評価すること、往診専門に開業する道を開くこと、公立病院の歯科こそが積極的に取り組むことなどを望みたい。

最後に、歯科医院の入口には、段差があるところが多く、車イスで入れない場合が多い。段差さえなければ通院できる人が往診の対象者になっていることがある。今後、歯科医院を開設される先生にはぜひ一考して頂きたい問題である。

(半田市・歯科ハミール/阿部麻子)