

医療タイムス

週刊医療界レポート 2014.12/22・29 合併号 No.2188

特集 医療経営ステップアップフォーラム in 2014

2025年の病院再編に向けて 見えてきた医療政策と病院経営の実例



タイムスインタビュー

病院経営においても
M&Aは経営戦略の1つとなる

株式会社日本M&Aセンター
医療介護支援室長

谷口慎太郎氏

タイムスレポート

第28回日本泌尿器内視鏡学会総会

医師vs手術室看護師

「そこまで言うならこっちも」「全部ぶちまけます」

Top News

がん対策 指標策定の進捗状況を報告 がん推進協

助産師出向支援モデル事業の課題などを共有 日看協が報告会

冬の時代の診療所経営

多剤投与への処方せんは誰が切る？



医療法人社団裕和会理事 長尾クリニック(尼崎市)院長 **長尾 和宏**

1958年香川県生まれ。東京医科大学卒業、医学博士、日本慢性期医療協会理事、日本尊厳死協会副理事長、関西国際大学客員教授、近著「平穩死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穩死という親孝行」など。
クリニックHP <http://www.nagaoclinic.or.jp>
長尾和宏オフィシャルサイト <http://www.drnagao.com/index.html>

医学が発達し、専門分化が進みその恩恵にあずかる患者さんは確かに増えた。〇〇専門医だけではなく、〇〇専門看護師も続々と誕生している。日本中が専門家だらけになっている。その専門家が集まって「チーム」をつくるのが美徳となった。たしかに今まで分らなかったことが解明されることはある意味、快感でもある。各医学会は時代とともに発展して、年々「診療ガイドライン」は更新され、町医者がついていくのは本当に大変だ。

一方、私自身は、学生時代から「なんでも屋」を目指してきた。とはいえ医学研究もかじったし専門医の試験も受けた。そんなことも芸の肥しになる(?)かもと考えていた。しかし最近は、「なんでも屋」までもが「専門医」として扱われる時代となったので、「なんでも屋の専門医を持たないなんでも屋」を目指している。というのも、50歳を超えると専門医資格の維持が大変なのだ。学会に行く時間や気力がなくなる。そして何より、専門医を持っていても何1つ得(?)をしたことがないことを経験で知っているからだ。

年を取ると病気が増える。これは古今東西、生物、いや生命体の宿命だ。年を取るということは日本人では診察券の枚数が増えること。そしてお世話になる専門医の数が増えること。専門医の数だけ薬の種類が増えることは、ある意味、必然だ。しかし余命1カ月という紹介状を持って自宅に帰ってきた末期がん患者さんの投薬数が20種類を超えているのを目の前にすると、松田優作ではないが「なんじゃこりゃー！」と叫びたくもなる。ご飯さえもまともに食べられない人が、どうやって20種類の薬を飲むのか? 「多剤投与」という素朴な疑問に、医療界は応えることができない。

日本医師会は「かかりつけ医」制度を推進している。私は正しい方向性だと思う。だから「大病院信仰、ど

こまで続けますか?」(主婦の友社)という本を書き、かかりつけ医の啓発を行っているがまだまだである。日本国民の病院信仰は、マスコミがある限りそう簡単には変わらないだろう。また「かかりつけ医」と言っても、例えば「緩和ケア」の技術はさまざまだろう。常々、「緩和ケアは地域にある」「緩和ケアはがん、非がんを問わない」と言っているが、かかりつけ医がそれを担うにはもう少し時間がかかる気がする。そして多剤投与は、きっと「かかりつけ医」の課題だろうが、病院との併診期間は勝手な減薬はできない。もし勝手に減薬して、何かイベントが起これば訴訟リスクを負う。

“総合診療専門医”制度というものができたらいい。詳しくは知らないが、きっと病院内でのアイデンティティ確立に苦勞しているのではないか。専門医偏重は、今も昔もそう変わっていないように感じる。しかし、もし“総合診療専門医”が多剤投与を担ってくれるのなら、こんなうれしいことはない。例えば、地域に帰るときに、必ず“総合診療専門医”を通じて“減薬”が実行できれば、患者さんの利益は極めて大きい。

師走の中、「その症状、もしかして薬のせい?」(セブン&アイ出版)という本を出した。もちろん多剤投与をテーマにした本だ。個人的には、強引なジェネリック誘導より、多剤投与対策を優先すべきだと思う。多剤投与への処方せんは誰が切るのか? そろそろ真剣に議論するときではないだろうか。