

週刊 日本医事新報

No. 4780

2015/12/5

12月1週号

p19 特集

新時代のC型肝炎治療

- 新規HCV治療薬を巡る状況(須田剛生ほか)
- C型肝炎の薬物選択や治療法はどう変わるか(田中榮司)
- HCVの蔓延と治療の歴史(杉山真也ほか)

p1 巻頭

- 外来診断学:1年前からの両肩の痛みを主訴に受診した64歳女性(生坂政臣ほか)
- プラタナス:31年間に12箇所・11回の手術でがんを克服した症例(高見元敏)

p8 NEWS

- 看護師の夜勤「72時間ルール」巡り議論
- これだけは知っておきたい! 医療関係団体を整理してみた
- OPINION:長尾和宏の町医者で行こう!!
- 人: 穎川 晋さん

p40 学術

- 今日の新しい臨床検査—選び方・使い方②
ここが知りたい! 臨床検査FAQ(濱田悦子ほか)
- J-CLEAR通信:高リスク高血圧例の厳格降圧は心不全、心血管死を防ぐ—SPRINT研究発表(桑島 巖)
- 他科への手紙:耳鼻咽喉科→内科、臨床現場(柘植勇人)
- 差分解説:心外膜下脂肪組織と動脈硬化 他8件

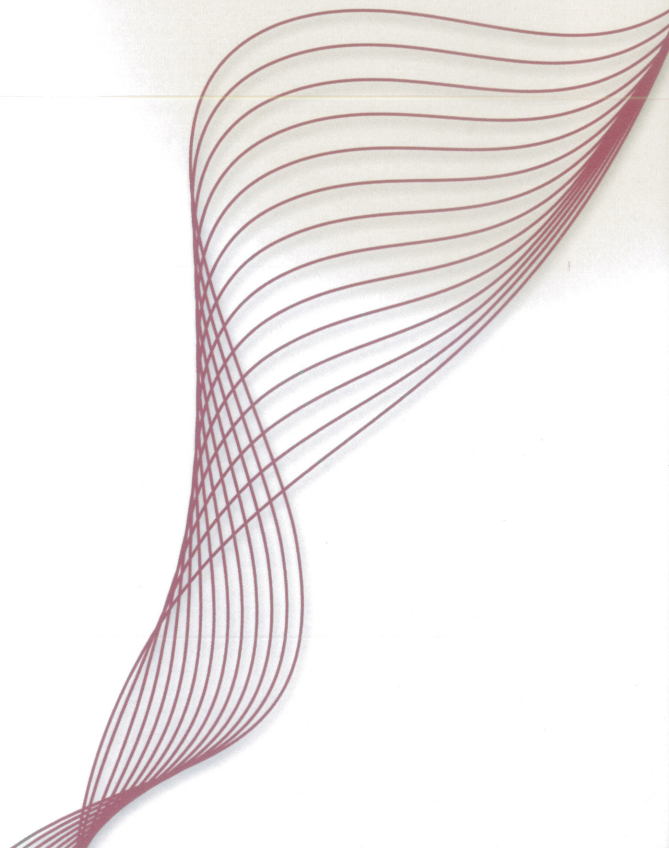
p58 質疑応答

- Pro⇔Pro:コレステロール値が高くない糖尿病患者へのスタチンの作用 他4件
- 臨床一般:陳旧性心筋梗塞でワルファリンではなく低用量アスピリンが勧められているのはなぜ? 他4件
- 法律・雑件:和食での海老の正しい食べ方は?

p72 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ● エッセイ ● ええ加減でいきまっせ!
- 私の一本(三嶋理晃) ● 新薬FRONTLINE ● Information
- クロスワードパズル ● 漫画「がんばれ! 猫山先生」

p83 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



尼崎発



長尾和宏の

 まちいしや
**町医者で
行こう!!**

第56回

「極論か中庸か、お薬か歩行か」
極論ばかりの中で叫ぶ中庸

今年もあっという間に年末になった。相変わらず日常診療に忙殺されじっくり考える余裕のない1年だった。今回は年の瀬ということで、1年を総括すべく思いつくまま日頃気になっていることを書かせていただく。

仕事の合間を縫って、本誌を含めて10以上の連載をすべて休まずに続けることができた。また今年は十数冊の書籍にも関ることができた。たぶん一生でこんなに恵まれた1年はないだろう。なぜ書くのか？ いつ書くのか？ とよく質問されるが、現場の人間として言いたいことをわずかな時間を利用して書いているだけで、それほど大きな理由があるわけではない。

気になるのは書店に並ぶ医学関連の一般書である。相変わらず極論本がズラリと並ぶ。「〇〇するな!」「〇〇せよ!」という命令口調が昨今の流行りだ。肉を食うな、いや食え。抗がん剤はするな、いやせよ。真面目な読者は「どっちを信じたらいいのか」と大いに迷うだろう。しかし真実はそれらの中庸にあるのではない。そんな想いで、自分なりの中庸論を説いてきたつもりだが、中庸論は地味で平凡で面白くないのであまり売れない。だから極論本だけがメディアに受け、悪循環に陥っている気がする。

『長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか?』という近著は5刷となった。“がんもどき”と“本物のがん”の2つしかない、という近藤誠理論に異を唱えたが、反近藤本というカテゴリーは間違っている。むしろ、死ぬまで抗がん剤を打っているがん医療界に警鐘を鳴らすつもりで書いたのだが、メディアに真意を理解していただくのは難し

く、極論の洗脳を解くのは大変だと感じている。

製薬会社主催の講演会が多すぎないか?

歳をとると物事の見方が変わる。一昔前は、製薬会社が主催する講演会に誘われるまま通っていた。しかし現在、毎日のように製薬会社主催の講演会が開催されているが多すぎやしないか。時には、同じ日に3つ4つが重なることもある。特に生活習慣病関連の薬は、同じような演者が同じような内容で話すものが多く、年々足が遠のいてきた。少し離れて見てみると、自社の薬がらみの会ばかりで真に学術的と言える会は多くない。毎度毎度、これでもかという製薬会社のプロモーションに踊らされ続けている医療界が滑稽に見えるようになってきた。製薬会社の規則も厳しくなり、自社製品に関係する演者でないと講演会が開催できないという話も耳にした。

今年取り組んできた抗認知症薬の増量規定問題も同根である。医療界が年々、製薬業界に支配されてきたような気がする。ドネペジルをはじめとする4種類の抗認知症薬を増量した結果、易怒性や歩行障害が出現する割合は一体どれくらいあるのだろうか。本誌を読まれている先生で認知症診療に関わっている方にお願ひがある。先月設立総会を開催した一般社団法人「抗認知症薬の適量処方を実現する会」のHPを開き、是非、副作用の実態について書きこんでいただきたい。がん性疼痛緩和に使われるオピオイドの至適用量設定(タイトレーション)が医師の裁量に委ねられているように、同じく脳に作用する抗認知症薬の適量処方にも医師の裁量権を与えてほしいと願ひ、実態調査を行い公表する。

さて、多剤投与という難問の解決について考えた

時、どうしても医学会のガイドラインが関わってくる。毎年のように変わるのでついていくのが大変であるが、これも製薬会社のご都合に振り回されているように感じるのは私だけだろうか。1人の高齢者を3~4科の専門医がガイドラインに従って処方すれば必然的に多剤投与に至る。一方、総合医やかかりつけ医の議論は牛歩の歩みに見える。多剤投与の根は実に深い。筆者は「ジェネリック誘導より多剤投与の解決のほうを優先すべき」と主張してきたが、現状を考えると解決の糸口はなかなか見出せない。少なくとも過度な専門分化や、勉強会が製薬会社主導に偏りすぎている現実を医療界全体で考え直さないといけない時期に来ているのではないか。

食事や運動療法はどこへ行った？

言うまでもなく、生活習慣病はまず食事と運動が基本である。薬はそれでもダメな時の最終手段のはずであった。しかしそれは建前になり下がり、何かあればハイお薬、と安易に投薬してしまいがちだ。

私の診療所では、10年前からいつでも管理栄養士による栄養指導が受けられる体制を整えている。しかし栄養指導を嫌がる患者さんが多い。栄養士のコミュニケーション力が足りないこともあるのだろうが、患者さん側のお薬信仰も根強いと感じる。まして歩行に代表される運動療法に至っては、なかなか上手く指導できていないことを強く反省している。そんな想いで、『病気の9割は歩くだけで治る！』（山と溪谷社）という本を書いた。むろん、患者さんに偉そうに説教する前に自分のメタボ腹をなんとかしなければいけないのだが。まあ自分にプレッシャーをかける魂胆もあり、普段の説教を世に問うた。「9割」は大袈裟だろうが、毎日上手に歩くことで人生が大きく変わると信じている。

がんでも認知症でも最期の日まで食べることを目標に在宅医療に日々従事している。これからは食支援やオーラルマネジメントの時代である。もうひとつ意識していることは、「移動という尊厳」である。要介護5の寝たきりの認知症の人たちと一緒に昨年は2泊3日の沖縄旅行に行ったが、今年はなんと35人で台湾まで飛んだ。要介護5だからこそ外出すべきである。病院が外泊ならば、在宅は外国泊だ！という意気込みで移動の効用も説いている。歩行が

無理なら車椅子での外出でもいい。徘徊でいいので歩行・外出することが認知症ケアでは重要だと説いている。

在宅医療が進まない理由

最後に在宅医療が思うように進んでいない理由はなにか。在宅推進政策もそろそろ円熟期を迎えたと判断されたのか診療報酬も下向きになっている。しかし報酬よりも大切な障害要因にもっと目を向けないといけない。在宅医療推進の最大の障害因子は、24時間対応であろう。なぜ医師だけが365日24時間対応を強いられるのか。開業医がもし労働者であれば完全に労働基準法違反である。そんな無茶な制度に加担しない医師のほうが正常ではないか、とさえ思う時がある。

一方、台湾の在宅医療を見学した時、9時5時であると聞かされ驚いた。在宅医療の対象疾患が厳しく制限され最初に台湾厚労省に届け出て許可を得るなど敷居は高い。しかし夜間対応は地域の中核病院の医師や看護師が往診をしていた。それは、同時に若い勤務医や看護師にとって「生活を診る医療、支える医療」の生きた教科書になると聞き、なるほどと思った。日本の在宅医療の主治医も病院の勤務医同様、日勤帯のみにできないものか。

果たして日本には13対1の地域包括ケア病棟が誕生し発展している。しかし在宅医療のバックベッド機能だけでは少しもったいない気がする。もし可能ならば地域包括ケア病棟に地域の在宅患者さんの夜間対応機能を持たせてはどうか。その地域の在宅患者さんからの電話を転送して、夜中でも往診できる若い医師や看護師の配置を評価する手厚い診療報酬体系にしてはどうか。当然、開業医の24時間対応は義務も報酬もなくなる。しかしおそらく在宅医療の裾野は確実に広がるのではないかと思う。

地域包括ケアシステムの推進にはこうした思い切った施策が必要だと思う。開業して20年が過ぎ、在宅看取り数も1000人に近づいたのでこんな弱音を吐いているのかもしれないが。

なお 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『犯人は私だった！医療職必読！「平穩死」の叶え方』（日本医事新報社）など