

医療タイムス

週刊医療界レポート

2013.7/8 No.2116

特集 日本緩和医療学会学術大会

緩和ケアのNSTと在宅移行 いきいきと生き、幸せに逝くために



タイムスインタビュー

情報収集、受診勧奨
薬剤師には国民の安全を守る責務がある

日本薬剤師会常務理事

藤原英憲氏

タイムスレポート

増える心臓突然死
健診システムの変革が求められる

Top News

特定機能病院承認要件 データ検証を求める声相次ぐ 厚労省
村木事務次官を正式発表 厚労省

冬の時代の診療所経営

「文化の差」を埋めるのも地域医療連携



医療法人社団裕和会理事長
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「平穏死・10の条件」「胃ろうという選択、しない選択」「平穏死という親孝行」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>

今年前半、医学会においても、終末期医療に関するさまざまな講演をさせていただきました。日本静脈栄養学会、日本在宅医学会、日本老年医学会、日本緩和医療学会。そして日本死の臨床研究会では、関東甲信越支部大会と近畿支部大会においてそれぞれ特別講演までさせていただきました。それらの話をしながら、頭の中に浮かぶことはいつも同じです。病院と在宅の「文化の差」です。病院でも在宅でも主役は患者自身ですが、病院と在宅では人工栄養をはじめとする延命治療、緩和ケア、終末期の鎮静の問題などさまざまな「文化の差」が現存します。あるときは天動説と地動説くらい、極端な差を感じます。そんな中、医学会で話をするとき、自分はいったいどこに向けて話すべきかとまどうことがよくあります。病院の医師なのか、在宅医なのか、患者に向けてなのか…。

地域医療連携が叫ばれて久しくなりました。阪神間でもいよいよ二次医療圏域でITを使った連携ツールが始動します。しかしそもそも、終末期の医療連携には、病院側と開業医・在宅医側が、共通基盤、共通認識を築く必要があると感じます。すなわちエンドオブライフ感覚の共有です。いうまでもなく多くの市町村医師会は地域医療連携の推進に頑張っています。しかしわれわれ個々の診療所側は、そのためにどれだけの努力をしているのでしょうか？

病院側はわれわれ診療所に、さまざまなアプローチをしています。それは、病院の生き残りという側面も多分にあるでしょう。しかし、いったい開業医は病院側にどれだけのフィードバックをしているのかと聞かれると、実に心寒いものがあります。例えば、終末期でご紹介いただいた患者のその後の経過を病院主治医にちゃんとフィードバックできているのか？ 病院には要求ばかりして、自分たちは病院に何の情報提供が

できているのか？

ITを使おうが使うまいが、共有基盤を作ろうとする努力をわれわれ診療所側がもっとするべきであると強く感じます。

以前、病院の若い医師に、ミニカンファレンスを開催してその後の経過を説明したいとお願いしました。しかし病院側の回答は、NOでした。地域医療連携はどの診療所も公平にしないと他の開業医からクレームが来るからが、その理由でした。公立病院は、おおむねそのようなスタンスになるでしょう。せっかく乗り気になっていた若い医師もガッカリしていましたが、私はもう少し良いやり方がないものかと考えました。やはり医師会という組織を介した情報のフィードバックが、スムーズかと思われれます。それにしても、病院主催の連携の会は、どうしても病院側からの発信が多すぎると思います。地域の平均的な開業医にも発信やフィードバックの機会を与えていただきたい。若い医師とディスカッションする場をもっと作っていかないと、「文化の差」は、なかなか縮まらないと感じます。

臓器別縦割り医療はむしろ加速しています。ガイドライン医療が推進されることは良い反面、終末期においては多剤投薬、延命治療につながることはむしろ必然とも言えます。すなわち放置すると、3年後。5年後は「文化の差」はさらに拡大します。大きなベクトルを修正するためには、さらに大きなエネルギーと知恵がいると考えます。