

医療タイムス

週刊医療界レポート

2013.8/5 No.2120

特集 日本医師会在宅医リーダー研修会

かかりつけ医の在宅医療 病院機能はどう関わるべきか



タイムスインタビュー

多機関連携チームで子どもを守る
児童虐待をどう防ぐか

認定特定非営利活動法人
子ども虐待ネグレクト防止ネットワーク
理事長

山田不二子氏

タイムスレポート

病院薬剤師と薬局薬剤師の薬薬連携で
在宅医療介護を支える

Top News

2014年改定の基本方針、議論を開始 社保審医療保険部会
DPCコーディング 教育強化が必要 厚労省

冬の時代の診療所経営

「かかりつけ医」構想こそが時代が求める総合医

総合医をめぐる議論が続いているようです。総合診療専門医という専門医ができるそうですが、もはや私のような開業医には関係がないものだと思います。一方、日本医師会は従来から「かかりつけ医」構想を主張していますが、これこそが超高齢時代という時代が求める総合医であると思います。国民のニーズとぴったり合致します。

高齢者への多剤投薬が問題となっています。医学の縦割り細分化が、高齢者医療においても当たり前となり、90歳を超えた方にも20種類もの薬が投薬されるのが病院医療です。病院ではどうやっても解決できない多剤投薬は、かかりつけ医に一元化することで簡単に解決できます。

一昔前、逆紹介率という指標がありました。病院は、紹介率と逆紹介率という2重の縛りがあった時代は、逆紹介率が100%を超える病院もあり、かかりつけ医制度が一気にすすみかけました。しかしいつの間にか、逆紹介率というシバリは廃止され、大病院が町医者と変わらない外来をするという逆戻りしました。それも複数科でするので、どうしても多剤投薬になってしまうのです。厚生労働省は惜しいことをしたと思います。

平均寿命を超えた高齢者に、若い人と同じように医学ガイドラインを適応するのは誰がどう考えても間違いです。薬物代謝や腎機能が低下した高齢者に、若い人と同じ量のお薬を出すのも間違いです。1日2食の高齢者に、分3の薬を出すのもナンセンスです。これらは、その方の生活をも知っている「かかりつけ医」に一元化したほうが、患者さんにとって有難いことだと思います。

日本医師会の主張は、自己利益のためと誤解されることがありますが、「かかりつけ医構想」に関しては、そうした指摘は的外れです。これは真に患者さんのためになると確信しています。そのための日医が推進し



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.dr.nagao.com/index.html>

てきた生涯教育制度は素晴らしいもので、かかりつけ医のレベルアップには必須です。ただ最近、コードナンバーが細分化され申請作業が煩雑になったのが少し残念です。マイナンバー制ではありませんが、生涯教育カードを徹底して全会員がカードで記録を残すシステムを強化すればどうでしょうか。それくらいの自助努力を行ってこそ「かかりつけ医構想」の価値が高まると思います。

また日医の生涯教育カリキュラムの中に、ドクターGのようなプライマリケアの講習会をもっと増やすことで、病院の総合診療医が有する能力も学ぶことができると考えます。すなわち、日医の「かかりつけ医構想」は、総合診療医をも包含できるはず。2本立てではなく、あくまで総合医も日医の構想で一元化を目指すべきです。日医の「かかりつけ医構想」は、ドクターGのような世界も充分取り込んで欲しい。さらに言えば、医学史、哲学、死生学、終末期医療をも積極的にカリキュラムに取り入れるべきだと考えます。

私ごとで恐縮ですが7月24日に「家族が選んだ平穏



死」(祥伝社)が、7月31日に「がんの花道—患者の“平穏生”を支える家族の力—」(小学館)という書籍が世に出ました。もちろん「かかりつけ医」を意識して書いた本ですが、ご興味のある方は是非ご一読ください。