

平成22年9月1日発行(毎月1回1日発行)
昭和49年10月15日第三種郵便物認可

2010
SEP
9

C LINIC magazine

明日を創る医療雑誌

No. 493

[特集]

プライマリ・ケアにおける 骨粗鬆症の 診療アプローチ

骨質劣化のメカニズム

東京慈恵会医科大学 斎藤充氏

骨折の危険因子と評価の実際

国立長寿医療研究センター 細井孝之氏

骨粗鬆症に対する運動療法

伊奈病院 石橋英明氏

35th

おかげさまで創刊35周年



〈今回のテーマ〉 がん・非がんの地域医療連携

がん地域連携パスの中身に 異議あり

長尾クリニック院長 長尾 和宏

参議院議員・医師 梅村 聡

転移、再発例のがんこそ 地域連携パスが必要

長尾 今回は、私の持論である在宅医療と地域医療連携の推進がテーマです。

最近、がんの地域連携パスが各地で動き始めました。しかし、いま行われているがんの連携パスは、表面的で一面的です。いわば上流の連携だけなのです。

たとえば、尼崎の胃がんの地域連携パスでは、ステージⅡ、Ⅲしかありません。ステージⅣや再発例の連携パスは作られていません。患者さんが最も必要としているのは、転移、再発したときの“下流”の医療連携です。ある病院の医師は「ステージⅣは病院だけでやりますので、パスは不要です」と説明しましたが、人間は誰でもいつかは死ぬのです。

ステージⅣや再発例こそ緩和ケアが必要です。実際、病院で外来化学療法を受けている患者さんで、在宅医療を受ける患者さんが急増しています。がん患者さんはリング（外来化学療法）で闘って、セコンド（在

宅）でマッサージを受け、またリングに上がります。患者さんと家族の緩和は家庭にあります。それこそ地域で取り組んでいくべきです。病院や行政が、末端の意見を無視してパスを作るから表面的なものになってしまうのです。

ひとことでいえば、あまりにもがん拠点病院中心の医療政策に傾きすぎていると思いますし、病院勤務医の意識を変えないとどうにもなりません。

梅村 がん患者の在宅療養に対して、病院勤務医と開業医の意識の差があるのは事実でしょうが、これは個人差が大きく、背景には医学教育の問題があります。私は医学部卒業から10年目ですが、患者さんをよく観察している同期の勤務医は、「やはり患者さんは自宅で最期を迎えたいと思っている」と理解しています。しかし、いくつか壁があります。医学生生の最も身近な病院は大学病院で、早期体験学習から臨床研修指定病院での研修まで、少なくとも10年間は大学病院が大病院しか見ていません。そこでは、在宅医療など何

もわかっていない教員が教えているわけですから、意識が遅れていて当然です。

医学教育を変えなければならないと思います。たとえば、医学部の早期体験学習では、がんで在宅療養中の患者や独居の患者の下に一晩泊まり込んでお世話するといったプログラムを必修にすればいいのです。

長尾 正直にいえば、多くのがん拠点病院の医師は「開業医に何がわかるのか」と馬鹿にしているように感じますし、在宅医療を行う開業医は「実態を何もわかっていない」とやはり馬鹿にしています。もう少し腹を割って話し合わなくてはなりません。

それを実行している病院も一部にはあります。神戸大学病院の腫瘍内科では、在宅医と食事をしながら研修会を開いています。いま取り組んでいるテーマは、「抗がん剤を中止するタイミング」です。メルクマールがないのです。地域でディスカッションしていくことは重要です。

梅村 日本の医療システムでは、勤務医から開業医になる流れはありま

すが、その逆は極めて稀です。だから勤務医が在宅医療を知る機会がなく、言葉は悪いのですが在宅医療を姥捨て山のように思っています。

たぶん、がん拠点病院の多くの医師は、がん治療のある時点から緩和ケアが始まり、「緩和ケアが始まったら負け組」という意識があると思います。

長尾 がんの緩和ケアを充実させるには、「再発したら病院と開業医で併診する」ことを常識化すればいいのです。がん拠点診療所（Palliative Care Clinic）という概念も示されています。各県で数カ所を指定すれば、在宅緩和ケアの教育拠点にもなりま

す。

非がんの高齢者医療にはCGA普及が不可欠

梅村 一方、クリニカルパスのもとの発想は、医療の標準化と医療費の適正化です。それが在宅の緩和ケアなどになじむのかという疑問もあります。確かに、初めて取り組むときにはメルクマールになるのかもしれない。

長尾 1つの標準モデルですから、何もその通りやらなくてもいいのです。パスを通じて医療連携を考えるきっかけになるという意味はあると思います。

ただ、がんの地域連携よりも、実は非がんの地域連携のほうが重要です。緩和ケアも非がんのほうが技術的にも難しく、頻度も高いのです。身体的疼痛、精神的疼痛、社会的疼痛、スピリチュアルペインというトータルペインを緩和する思想は、すべての医療者が持つておくべきものですし、たとえば高血圧のような疾患でも緩和ケアが必要です。服薬すること自体がづらいし、通院もつらい、性的不能になるのもつらい。がんの緩和はそれなりに理解されてきましたが、非がんではほとんど理解されていません。

がんのターミナルでは数カ月で終

明日からの「接遇教育」にすぐ役立ちます!

信頼され選ばれる病医院づくりをめざして

医療接遇実践マニュアル

〈著者〉医療接遇インストラクター 大島 昭子 著

〈基本編〉

1. 第一印象が大切、ポイントは笑顔 2. あいさつと声かけ 3. 態度はキビキビと端正に 4. 身だしなみ 5. 話を聞く、話をする 6. 自分を名乗ること 7. アイコンタクト 8. スキンシップ

〈実践編① 部門別の対応〉

1. 受付・窓口部門 2. 外来部門 3. 入院患者への心遣い 4. 医師・医局部門 5. 検査部門 6. 薬剤部門 7. 会計窓口 8. リハビリ部門 9. 透析室 10. ナース・栄養士の“食事”のケア 11. 訪問看護 12. 介護部門

〈実践編② 患者さまのタイプ別対応〉

1. 高齢の患者さま 2. 痴呆を伴う高齢者 3. 子供患者 4. 身体障害者 5. 患者家族 6. お見舞い人 7. 女性患者 8. 外国人

〈発展・応用編〉

1. 病医院の環境づくり 2. 苦情処理 3. 接遇マナー 4. 電話応対 —他—



病医院、看護ステーション、医療従事者教育機関でのテキストに!

B5判80頁 価格1,680円(税込・送料別)

お申し込みは電話、FAX、Webにて

電話 03(3241)4723 FAX 03(3241)4669 URL=<http://www.climaga.co.jp/>

クリニックマガジン

〒103-0023

東京都中央区日本橋本町2-3-15

わることが多いのですが、非がんは何年も続きますし、QOLを長く保ち続けるのは非常に難しいのです。

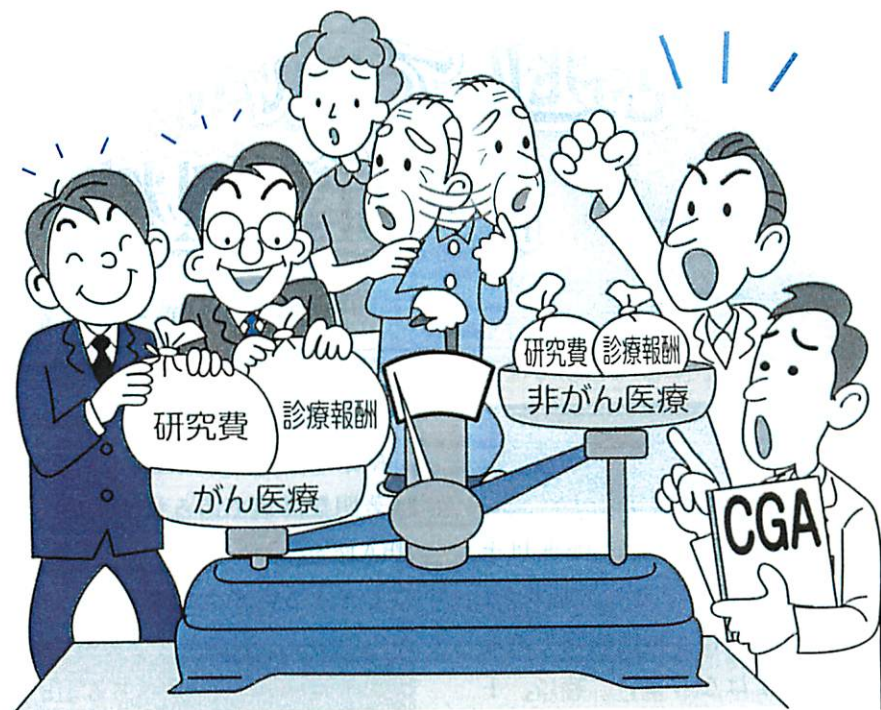
梅村 確かに、がんは余命が短いので残酷なようですが、QOLを考えると、私だったら家族が認知症になるほうがショックですね。

長尾 非がんで緩和が必要な代表が認知症、慢性心不全、ロコモティブ症候群、肝硬変の末期ですね。これらは緩和が難しい。いまの医療政策や研究費投入の対象は、あまりにもがんに偏り過ぎているのではないかと指摘しておきます。残念ながら、診療報酬でも非がんの在宅医療は評価が低いといわざるを得ません。

非がんの高齢者医療では、英国で誕生した高齢者総合医療評価(CGA=Comprehensive Geriatric Assessment)の概念を導入することが不可欠です。日本では1990年に高知医大が導入し、大阪大学病院では2004年にCGAの講義が始まり、2006年から75歳以上の高齢者はCGAを行って外科手術の適応を検討しているそうです。その人にとって、どのような治療がQOLを高めるかどうかの評価がまず必要なのです(本誌8月号『視点』参照)。

梅村 医療界にCGAの概念が普及すれば、患者さんとの間でCGAによる評価が当たり前という合意ができてくるでしょう。国はそれを後押しするような施策を講じればいい。

ただ、いまの仕組みでは、厚労省は診療報酬で誘導しようとしています。たとえば、後期高齢者医療制度の後



期高齢者診療料は「75歳以上の患者にふさわしい医療があるので、それを診療報酬で評価する」という趣旨でした。大きなお世話です。それは国が決めるものではなく、医療界のオートノミーと患者さんとの合意によって進めるべき問題です。

CGAが優れた概念であっても、いままでの考え方のままなら“CGA加算”で政策誘導するという発想になってしまいます。医療には、診断、インフォームド・コンセント、治療、緩和、在宅ケアまで連続したプロセスがあります。“加算”という仕組みは、そのなかの一部の行為だけを切り離して評価します。一連の医療プロセスを考えず、露払いや落穂拾いのような部分を評価するのが役人の発想です。

長尾 今回改定でも、開業医のプラ

ス要因は地域医療貢献加算と明細書発行体制加算。“加算”ばかりなのですが、診療報酬体系のあり方として、それでいいのでしょうか。医療機関の向こうには患者さんがいます。

「明細書なんか要らないから、加算はやめてくれ」と文句をいってくる患者さんもいます。加算などでなく、診療の本質をきちんと評価していただきたい。簡素化すべきでしょう。

梅村 医師は本来、より良い医療をめざす意志を有しています。1円にもならないのに、学会で発表し、研鑽を積むのですから。“加算”で誘導するばかりでは、主体的に行動する意欲をも削ぐこととなります。診療報酬のあり方は大きな検討課題だと思います。