

川越 前回(第3115号)に引き続き、かかりつけ医であるGPでは対処しきれない患者の場合、患者側からより高度な医療を希望された場合について伺っていきます。今回は、GPと二次・三次医療の専門医がかかわるケースに焦点を当てたいと思います。

澤 前回紹介したように、各専門職の役割は「ここまではGP、ここからは各科専門医が担う」と国のガイドラインによって明確にされています。もちろん、それが画一的に実行されているわけではありません。治療方針の決定は、患者・家族と、サービス利用者の「代理人」を担うGPとの二人三脚で行われるべきものというのが、われわれの共通理解です。紹介の必要性の有無についても、ガイドラインを基本線にケースバイケースで行われているのが前提となっています。

病院での治療方針の相談にGPが対応することも

川越 第4回(第3113号)では、診療所間で電子カルテによる情報共有が進んでいることを紹介していただきました。同様に、診療所と病院との間の情報共有も電子カルテでなされているのですか。

澤 多くの病院で電子カルテが導入されつつあるようですが、私の地域の病院は紙カルテがまだ主流です。ただ、救急センターや急な問題を受け入れる病棟には、診療所と同じタイプの電子カルテが導入されているので、病院から、GPが一括管理している患者情報にアクセスできるようにはなっています。

情報共有という点では、診療情報提供書の一般的なやりとりの他、病院の専門医が治療方針の決定に苦慮する場合、担当患者のかかりつけ医であるGPに意見を求める、ということも行われていますね。「家族のいない高齢患者が急変して入院してきたのだが、意識がなく、コミュニケーションもとれない。集中治療室へ移送すべきか否かで悩んでいる。GPとしてどう思うか？」などの相談を専門医から受け、私が見解を述べたこともありました。

川越 それはGPに対し、二次・三次医療との橋渡し役を期待しているからこそなのでしょうね。

澤 そうですね。ホームドクターを持つ患者の「アドボケーター(擁護人)」としてのGPの役割と責任を、専門医は評価し、尊重しているからなのだと考えています。

アウトリーチする専門家たち

川越 中には、在宅で患者を診なければならぬケースもあるはずですが、GPが在宅患者を診る(第1回、第3100号)他、困難な事例への対応には専門チームによるアウトリーチも存在すると聞いたことがあります。

澤 私の地域でも、専門医、専門看護師を含む二次医療の多職種チームが、

クロストーク 日英地域医療

川越正平

あおぞら診療所院長/理事長

澤 憲明

英国・スチュアートロード診療所
General Practitioner

企画協力: 労働政策研究・研修機構 堀田聡子

日本在宅医と英国家庭医——異なる国、異なるかたちで地域の医療に身を投じる2人。
現場視点で互いの国の医療を見つめ直し、“地域に根差す医療の在り方”を、
対話【クロストーク】で浮き彫りにしていきます。

第6回

地域へアウトリーチする 専門家チームの存在

地域へのアウトリーチを行います。日常的な問題の対応はGPが担当し、それ以外の問題は専門チームがバックアップするシステムになっているんです。

現在、日本在宅医学会が認定する在宅専門医試験の受験資格として求める報告症例は、①がんの在宅緩和医療、②認知症を含む高齢者ケア、③神経難病や臓器不全などの内部障害や小児若年障害者、の3領域が設定されていますよね¹⁾。これに引き寄せて私たちGPと専門職チームとのかかわり方を考えてみると、①は地域の緩和ケア専門看護師、ホスピス、病院の腫瘍専門医を含む多職種チーム、②の場合、認知症は認知症専門の初期集中支援チームと二次医療のメンタルヘルsteam、それ以外の高齢者ケアは老年病専門の多職種チーム、③は各疾患に応じた二次・三次医療の多職種チーム、と協力しながら対応すると言えます。

川越 高齢化の進んだ日本では心不全やCOPDなど、複数の疾患を抱える高齢患者も多く存在します。こうした複雑な事例に対するアウトリーチのチームもあるのですか。

澤 もとより多疾病のマネジメントをGPは得意とするわけですが、明らかに一次医療で対応できないレベルであれば、内科領域全般に精通した老年病専門医(Geriatrician)を中心とした二次医療チームにサポートを依頼します。

川越 なるほど。二次・三次医療にアウトリーチする多職種チームが存在し、GPが必要時にコンサルテーションを受けられるという仕組みは、各人に提供される医療の質を保つという点からも優れたものだと思います。

日本の在宅医療の対象は、終末期がん患者への緩和医療をはじめ、がん以外の疾病を患う高齢者のEnd of Life Careです。しかし、現状、これらは「良質」な在宅医療を行う医療者が担当した場合に、提供されることがある²⁾に

とどまるというのが実態です。現在、日本でもアウトリーチする専門職チームの必要性が共有され始めている段階であり、多くの地域では整備されるまでには至っていません。

在宅医療の実践の差は医療提供体制の違いに起因?

川越 もう少し具体的に聞きたいのが、「メモリーサービス」という認知症を専門にアウトリーチする多職種グループについてです。日本でもその名が知られた専門職チームですが、GPとはどのように協働が図られているのでしょうか。

澤 貧血、尿感染、うつ病、甲状腺機能異常、アルコールの問題など、もの忘れの原因になり得る健康問題は多くありますよね。GPの役割はまずそれらを除外し、患者や家族の不安に応えることと言えます。それでもなお認知症の疑いが残る場合、イングランドでは「メモリーサービス」と呼ばれる認知症の早期診断、早期介入に特化したチームに紹介することになっているわけですね。

同チームは、看護師、作業療法士、臨床心理士などのさまざまな専門職がおり、必要に応じて患者のもとに出向き、症状はもちろん、生活状況や介護者の負担度などの包括的なアセスメントを行います。そして、定期的に認知症専門医と連携を図って、チーム全体で認知症を診断し、薬も処方する他、心理的サポート、家族支援、日常生活を支えるサービスといったあらゆる形のサポートを提供します。以上がメモリーサービスの初期対応の部分で、介入から数か月—1年ほどで、患者はGPに引き継がれる仕組みとなっています。

認知症が進行して専門的介入が必要となる場合、つまりより高次のケアが

必要となった際、今度は認知症専門医、専門看護師などを含むメンタルヘルsteamがアウトリーチするようになります。こうしたケースでは、原則的にはドネベジルなどのアルツハイマー型認知症治療薬の処方や用量調整はGP単独では行わず、認知症の専門医の判断を仰ぐことが求められます。GPと専門医との間であらかじめ同意された計画書(shared care protocol)がある場合に限っては、その範囲内でGP単独で用量を調整可能とはなっていますが、川越 その点は日本と状況を異にする部分です。日本では専門医の判断がなくてもドネベジルなどの処方・用量調整はできます。在宅での療養時も、必要に応じて専門ではない医師が対応しているのです。

澤 そうなのですか。日本では一次医療を担う医師によって対処されているわけですね。

川越 ええ。ただ、この点は医療環境や社会のニーズによっても変わるものなのでしょう。むしろ、困難なケースでは専門職チームにコンサルテーションできるシステムは重要で、その点、英国の取り組みは優れているのですが、私としては、認知症が増えつつある日本においては認知症へ対応できる力は、プライマリ・ケアが身につけていくことが望ましいと思うのですね。

澤 確かに地域のニーズに応じて、地域を担う医師の役割は変わるものですよ。英国の医療制度の流れを見ても、GP with Special Interests (GPwSI; 第5回、第3115号)の台頭によって、かつて二次医療で行われていた医療行為も、徐々にプライマリ・ケアの領域で対応されるようになっていきます。実際、英国では認知症が“コモンな健康問題”として表面化しつつあり、最近、認知症の領域を専門とするGPwSIの育成が始まりました。認知症治療薬の処方開始・用量調整も、専門チームへのコンサルテーションなしで彼らが行えるようになる見通しです²⁾。

川越 社会ニーズに応答するように、GPwSIの育成が始まっているのは興味深いですね。日本では、先行する社会ニーズに対し、現場の医療者の努力によって補われているという側面がありますから。

澤 私は川越先生のお話を聞いて、日本の在宅医が二次・三次医療の領域まで単独で担っている現実を垣間見た思いです。英国のGPとしては、そうした現場はなかなか想像しがたい。医療提供体制の違いが、そのまま在宅医が対応する領域の違いとして顕在化しているようにも思えました。(つづく)

●参考文献

- 1) 日本在宅医学会ウェブサイト。専門医制度メニュー。制度全体の解説。
<http://www.zaitakuigakkai.org/k-senmon.html>
- 2) Royal College of General Practitioners. Guidance and competences for the provision of services using general practitioners with special interests (GPwSI) in dementia.
<http://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/clinical-resources/~/media/Files/CIRC/GPwSI/RCGP-GPwSI-Dementia-Framework-Nov-13.ashx>

数学いらずで、これならわかる!

新刊 一目瞭然! 画像でみるMRI撮像法

▶ 難解とされるMRIの基本原理解から最新の撮像・画像処理技術までを、数式をほとんど使わず、臨床で用いられている画像、撮像シーケンス図などを交え読影の実際について解説する。ハードウェア、画像の基礎原理、基本的な撮像法、より高度な撮像法、アーチファクト対策、画質の向上と項目分けされ、原則見開き2Pで500を超える実際の画像を確認しながら撮像法を理解できる。放射線科医、放射線技師、また、MRIに携わる臨床各科の医師に有用。

著: 押尾晃一 慶應義塾大学医学部放射線診断科 専任講師
百島祐貴 慶應義塾大学病院予防医療センター 副センター長

定価: 本体4,500円+税
B5変 頁304 図60・写真525 2015年
ISBN978-4-89592-804-5

TEL: (03)5804-6051 <http://www.medsci.co.jp>
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

発生生物学の代名詞“ギルバート” 待望の邦訳

新刊 ギルバート発生生物学

Developmental Biology, 10th Edition

▶ 発生生物学の“バイブル”として長らく世界中の読者に支持され、原著は第10版を重ねる。多様な生物の発生現象を図鑑のような美しい写真と図で解説。ギルバート博士がひとり書き上げた文章はわかりやすく、学ぶのが楽しくなると同時に発生生物学の奥深さが伝わってくる。古典から現代的トピックまで、発生生物学を体系的に説明。再生医学やiPS研究、幹細胞学、生殖生物学につながる基礎をも解説。専門用語は丁寧に定義され、入門者にわかりやすく、専門家にも役立つ。生物・農学などバイオ系や、医学・薬学・歯学・獣医学などの学生、研究者のための定番テキスト。

監訳: 阿形清和 京都大学大学院理学研究科生物科学専攻
生物物理学教室分子発生学 教授
高橋淑子 京都大学大学院理学研究科生物科学専攻
動物学教室動物発生学 教授

定価: 本体10,000円+税
A4変 頁864 図705・写真800 2015年
ISBN978-4-89592-805-2

TEL: (03)5804-6051 <http://www.medsci.co.jp>
FAX: (03)5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp