

# 医療タイムス

週刊医療界レポート

2017.10/30 No.2325

**特集** 公開シンポジウム

## 「2018年の先を見据えて」 同時改定・計画改定後の目指す方向性



### 特別企画

第56回全国自治体病院学会  
医療がつくる地方創生  
～2025年、その先へ～

### タイムスレポート

「超高齢社会における  
かかりつけ医のための  
適正処方の手引き」を見る

### Top News

病気腎移植、条件付き容認 厚労省部会  
訪問介護利用で不公平、施設入居者の上限多く 検査院

# 冬の時代の診療所経営

## かかりつけ医と地域包括ケア病棟の連携



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、東京医科大学客員教授、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>

かかりつけ医の多くは、通院できなくなった高齢者を自然な形で往診している。在宅医療という体裁をとるならば訪問診療+往診となるだろうが、在宅療養支援診療所の届け出をしていなくても継続して診ていることが多い。かかりつけの高齢者が肺炎や栄養不良などで入院加療が必要になったとき、どこに紹介すればいいのだろうか。高度急性期病院と開業医の連携が盛んである。それは7対1病院が生き残るためには、開業医からの紹介や逆紹介が必須であるからだ。多くの開業医の紹介先は、高度急性期病院だと考えてきただろう。

しかし、100歳の肺炎患者さんを高度急性期病院の呼吸器科に紹介するのは、違和感があるはずだ。日本呼吸器学会が「治療しない肺炎」というガイドラインを掲げる中、超高齢者をどこまで治療するのか、という命題が頭をよぎる。本来、そのような患者さんの加療は13対1の地域包括ケア病棟が担うべきであろう。地域包括ケア病棟の機能の1つは、在宅患者さんのバックベッドである。

地域包括ケア病棟協会に加盟する病棟が、順調に増えているという。これは開業医にとって頼もしいニュースである。しかし開業医や市民の知名度はまだ十分とはいえない。どんな機能を持った病棟なのか、よく知らないという人も多い。地域包括ケア病棟では人工呼吸器を装着している患者さんのレスパイトケアや、末期がん患者さんの緩和ケアも対応している。あるいは救急対応や大腿骨頸部骨折の手術も行っている。こうした病棟機能の周知が急務であろう。機能分化の視点からも高齢者の肺炎などの紹介先は、高度急性期病院よりも地域包括ケア病棟が当たり前、という流れに開業医も協力すべきだろう。

今後、かかりつけ医と地域包括ケア病棟の連携が大きな課題になってくる。こちらの病診連携のほうがメー

ンになる時代が来るのであろう。診療所経営者は、今後どれだけ多くの地域包括ケア病棟と連携できるかを考えておかないといけない。

ここからは勝手な近未来の予想図である。在宅医療の阻害因子の1つに、夜間対応の煩わしさがあげられる。過重労働の中で研修医生活を送った50歳~60歳代の医師と、新臨床研修医制度の中で育った30歳~40歳代では、夜間対応の難易度が違って当然だろう。全国どの地域をみても、在宅医の高齢化が目立つ。平均年齢は60歳~70歳代であろう。10年後のこの国の在宅医療を考えたとき、現状のままでは早晚立ちゆかなくなるだろう。

私は、200床以下の在宅療養支援病院の在宅機能に期待している。その多くが地域包括ケア病棟を有しているので患者さんにとっても安心である。在宅でも病棟でもどちらでも看取りができるのが在宅療養支援病院の強みである。一部の都市部では、在宅専門クリニックと在宅療養支援病院が競合していると聞くが、長い目でみるとすみ分けが進むだろう。在宅医療を担っている医療機関の大半が一馬力の診療所であることを考えると、近い将来、診療所と在宅療養支援病院、診療所と地域包括ケア病棟の連携で地域の在宅ニーズを担うことになるのだろう。そのようなベクトルを意識した病診連携システムを構築することこそが、地域包括ケアではないのか。「ほぼ在宅、時々入院」の入院先とは地域の地域包括ケア病棟であると理解している。