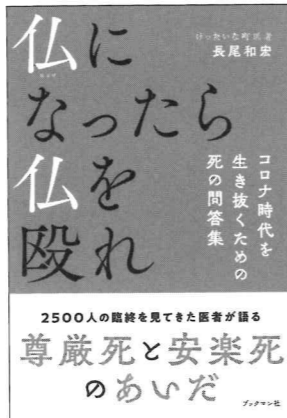




特別
対談

在宅医療のキーマン

ポストコロナの その展望と診療所



長尾和宏

ながお・かずひろ ● 1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第二内科等を経て、95年、長尾クリニック開設。複数の医師による連携で、年中無休の外来診療と24時間体制の在宅医療に従事。日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会 副理事長など多数の公職も務める

長尾和宏氏の新著
『仏になったら仏を殺れ
コロナ時代を生き抜くための死の問答集』
ブックマン社 1500円+税

2人が語る

在宅医療 経営のあり方



佐々木 淳

ささき・じゅん ● 1998年、筑波大学医学専門学群卒業。三井記念病院内科/消化器内科、東京大学医学部附属病院消化器内科等を経て、2006年、在宅療養支援診療所(MRCビルクリニック)を開設。2008年、医療法人社団悠翔会に法人化、理事長就任。都内近県合わせて15拠点を構え、24時間対応の在宅総合診療を展開する。

新型コロナウイルスの感染拡大は患者の受診行動や医療に対する認識を大きく変えた。外来医療では受診控えに加えて、診療所の選別も進んでいる。一方、在宅医療はどうか。長年、在宅医療に取り組み現在も第一線で活躍中の医療法人社団裕和会の長尾和宏理事長と、医療法人社団悠翔会の佐々木淳理事長に語り合ってもらった。

司会=編集部 写真=関口宏紀

オンライン診療は 外来よりも在宅医療で進む

— 新型コロナウイルスの感染拡大から約1年、地域医療および在宅医療にはどのような影響があったと考えますか？

佐々木 高齢者の受療行動には確実に変化が見られましたね。感染を警戒し、今までのように「何かにつけて病院で診てもらおう」とはならず、「本当に医者が必要か」と、一度立ち止まるようになった印象です。ただ、最近は慣れてきて、受診回数は戻ってきたところがあるように感じます。

長尾 不必要な医療と必要な医療の二極化が進んだと考えています。必要な医療は伸び、不必要なものは淘汰される、今までのように風邪のたびに病院で風邪薬をもらうような、緊急性の少ない医療行為は抑制されていくでしょう。逆に、在宅医療は増えている印象ですね。

佐々木 確かに訪問診療の件数はあまり変わっていません。患者さんの大半は「コロナが心配だから往診を断る」ではなく、「コロナ禍

でも来てもらわないと心配」という反応です。今まで先輩たちが築いてくれた、在宅医に対する信頼の賜物なのではないでしょうか。

長尾 あと、大きく変わったと思うのが、オンライン診療への考え方です。これが拡大し、定着する一番影響を受けるのは在宅医療です。「オンラインがあるなら直接来てもらわなくてもいい」となるかもしれません。国のほうも、「在宅診療は点数が高いので抑制したい」という思惑があるので、そうした流れになる可能性は大きいと思います。オンライン診療の拡大によって、在宅医療の診療報酬は削減に向かうかも。在宅医の誰もが恐ろしくて口にできない未来予想図です。

佐々木 同感です。問題は、それがいつ起きるかです。10年後には、過疎化が進む地方はオンライン診療中心に切り替わるかもしれません。今でも、「訪問場所が離れ過ぎて大変」や「降雪で訪問しづらい」などの理由で、訪問困難な状況もありますから。また、10年後にスマホを使いこなせる団塊の世代が患者になると想定されます。何割かは「オンラインで済ませてよ」と言うかもしれませんね。

オンライン診療が普及しても、「医者に来てもらいたい」と思われる価値を私たちがどうつくっていくかが大事なのだと思います。

長尾 先生が指摘されたように訪問診療の単価が下がることも予測されます。これまでの運営レベルを維持するには、医師は今よりも1人でより多くの患者を診ないといけなくなるはずです。

長尾 以前、新宿ヒロクリニックの英裕雄先生を取材したある新聞記事の見出しは「訪問しない在宅医療」でした。いよいよそれが現実化しつつあると感じます。

オンライン診療に関してはまだ十分に普及していません。しかし、在宅医療の分野から対面診療との垣根が低くなり、外来診療のオンライン化が広がるのかもしれない。オンライン診療の今後に関しては、目先の診療報酬の増減だけではなく、大局的な視点に立ち、あくまで患者目線で考えるべきだと思います。

ポストコロナ時代の チーム医療

— オンライン診療の普及や診

療報酬の値下げに対し、どのように対処すべきでしょうか。

佐々木 作業の効率化が今まで以上に求められます。報酬単価が下がりが、今の倍の患者さんを診ないといけなくなると、書類作成や緊急コールは倍になり、全体の仕事量は3倍程度になるでしょう。そこで必要なのは、医師が多職種からなるチームをつくり、在宅患者にあたることです。テクノロジーの力も借りて、書類作成などの雑用を削減する効率化も重要です。

長尾 効率性の向上に関してはAIの進歩も見逃せません。ビッグデータは年を追うごとに蓄積され、最適化していくし、下手なプライマリケア医はAIドクターに負けると思います。AIにはできない技能を持つ、あるいはAIをうまく活用できない医師は淘汰されていくかもしれません。

佐々木 近い将来、AIの進化で、患者さんが病気や症状をある程度、自己判断できるようになるかもしれません。そうなる、改めて医師ができることは何かが問われます。医師ができることの核は、やはりコミュニケーションだと考えています。患者さんと向き合い、



その人の抱える本当の苦痛、悩みをキャッチし、それを緩和するため、薬以外の方法でもサポートしていく。今後は、そうした能力がより求められると思います。

チーム医療における医師のマネジメント

——24時間365日体制の在宅医療となるとある程度の規模が必要になると思います。この組織マネジメントについて、どのように捉えていますか？

佐々木 医師のマネジメントは大変です。よく、「複数医師で患者さんにあたれて良いですね」と羨

ましがられますが、水面下では足をバタバタして浮かんでいる状態です(苦笑)。個人の負担や利益だけを考えた場合、医師1人の開業医のほうが高いと思います。

実際、現在のチーム医療を構築するまでは試行錯誤の連続でした。もともと1人で始めたものが2人になり、また1人に戻って：を繰り返していました。

長尾 複数の医師や看護師をオーケストラのように調和させて1つの方向にもっていくのは至難の技です。1人のほうが楽かもしれませんが、よく、「全体を統括しているだけであまり働いてないやろ、ええなあ」と言われますが、そん

なことは一切ありません(笑)。院長と副院長の2、3人体制という時期は本当に大変で、意見の衝突も尽きないけれども辞められると困るので、院長のストレスが溜まるフェーズです。

佐々木 おっしゃるとおり。3人になって世界が変わり、それから増えていきました。ただ、夜勤をできる人は集まらず、5年間は1人でしていました。患者さんを800人ほど抱えていて毎晩呼ばれる。「これでは死んでしまう」とい

うとき、病院勤務医の知り合いから「夜にバイトしたい」との申し出があり、これが転機になりました。私以外でもできるように「うちの夜勤のやり方はこう」と決めたのです。その1つが、「夜間のコールで患者さんと話した後、電話を切る前に、『本当に往診に行かなくていいですか?』と確認することでした。明確な方針と具体的なやり方があれば非常勤医も楽だし、医療サービスの質も担保できます。

「佐々木先生は常に眠そうだけど、あの先生はしゃっきりしていて良い」と評判になりました(笑)。この経験から、法人の考え方を明確に伝え、それに沿って働いて

もらえる仕組みができれば、自分でなくても法人の目指す医療の提供は可能だということを知りました。実際、現在の夜勤体制は常勤医1人と複数の非常勤医という体制でうまく対応できています。

長尾 佐々木先生の組織づくりに経営的な感性や能力も必要で、真似できません。私は体力的には落ちてきましたが、一町医者としての能力はまだいけると思います。経営者としての能力は佐々木先生には及びません。当院は現在、常勤医8人と非常勤医師12人、訪問看護師20人の体制ですが、全体のマネジメントはすべて私が行っています。組織づくりの才能がないので、零細企業的な経営です。分院展開などは想像もつきません。

当院の場合、初診の在宅患者さんは、まず私が訪問して本人や家族との信頼関係を構築したうえで、勤務医につなぐようにしています。ただし休日夜間のファーストコールは私が担っています。500、600人の在宅患者の対応はすべて私。真夜中の電話にも対応し、2、3日に1人は看取る。24時間365日対応を一人で25年間やってきましたが、まだ死んでいないので幸運

に恵まれたと感謝しています。

佐々木 夜間に主治医以外が訪問することに對して当初、高齢者住宅などからは「なぜ主治医が来ないのか」「手抜きじゃないのか」と言われたこともありましたが、

しかし事前に主治医と患者さん本人、ご家族が「今後、何かあったときにどうするか」などをきちんと話し合っておけば、夜間の看取りのときに初めての医師が来ても、ご家族は動揺しないと思います。主治医とご家族の間に信頼関係があれば、夜、誰が担当しようが、「その時間の、役割としての当直医」という認識でいてもらえらる。ただ、当直医が看取った場合、

アジアで実践する在宅医療の未来予想図

——最後に、今後の展望をお聞かせください。

長尾 分院展開など大それたことを後日に主治医が最期のお別れをさせてもらっています。また、四十九日や結婚記念日・誕生日などの節目の日には、楽しかった思い出がフラッシュバックしてご家族は落ち込みがちなので、手紙を出したりもします。要は、誰が看取ったか、ではなく、主治医として心を砕いてつき合っていくことが大事のような気がします。

は考えておらず、現状維持で地域の患者さんに寄り添っていくので精いっぱい。あと、地域医療を担う若手医師の育成・教育には携わっていききたい。町医者として培ってきたスキルやノウハウを、若い医師たちに伝えていくことも私の大きなミッションです。

佐々木 現在、沖縄本島に診療所を出す計画を進めています。琉球大学出身の常勤医がいて、「いざれ沖縄に戻りたい」と言っていたからです。昨年からは現地のパートナーとインドで訪問医療・看護・介護事業も始めました。現在、インドの家庭医が8人参加し、私たちの関与する事業所だけで看護師1000人、介護職4000人が稼働している状態です。大規模な事業ですが、インドの人口から見ると、「まだまだ始まったばかり」という印象です。

インドに行った理由の1つは、日本の大都市で起こり得る未来のシミュレーションなのではないかと感じたからです。インドには保険診療はなく、すべて自費ですが、病院の入院費が高価だから在宅医療が成り立っています。これはよ

くない発展の仕方をした日本の将来の姿とも言えます。日本の医療保険は崩壊寸前で、介護保険も財源不足で給付を抑制している状況。この2つがなくなった場合にどのような在宅医療を成り立たせられるのか、インドの現状と符号する部分も多いです。

そういった見地も踏まえ、私たちは今後も、高齢化にもなっても逼迫する大都市の医療体制を安定させる方法を模索していきます。その方法の1つは、在宅医療の充実なのかもしれません。私たちの当面の目標は、「安心して老いることができる都市へ、東京を軌着陸させていくことですね。

長尾 佐々木先生の考えは在宅医療の将来の方向性に合致していると思います。先生は、「良質な在宅医療は救急搬送を減らすことができる」というデータを蓄積し、在宅医療のエビデンスも示しています。そこに、多くの医療者が学ぶべき在宅医療の未来像がある気がするのです。私も62歳になり、そろそろ責任ある仕事は次代に譲っていききたい。もしも機会があれば沖縄の診療所で雇ってください(笑)。——ありがとうございました。



.INIC
んぽう

開業医をサポートする総合情報誌

March

2021.3

Vol.480

BAMBOO

[第1特集]

痛み・ブロック注射…… 個別対応重視で人気に!!

増殖する 『対象限定診療所』

[第2特集] 2021年度介護報酬改定

転換期を迎えた介護の未来



小島理恵
副院長
小島歯科医院



佐々木淳
理事長
医療法人社団悠翔会



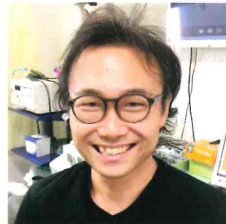
東條直貴
院長
雄山アイクリニック



長尾和宏
理事長
医療法人社団裕和会



土井勝之
理事長
医療法人社団千葉厚生会



村松英之
院長
きずとみずあとの
クリニック豊洲院