

医療法人社団裕和会  
「長尾クリニック」院長  
長尾 和宏氏



(プロフィール)  
1984年東京医科大学卒。大阪大学第二内  
科入局。聖隷病院、大阪大学病院、クリ  
ノ声屋病院内科勤務を経て95年長尾ク  
リック開業。06年在宅医療支援診療所登  
録、現在に至る。  
医学博士。医療法人社団裕和会・理事長。療養期医療研究  
協会・理事。日本在宅医療研究会・理事。  
長尾クリニック・院長。日本ホスピス協会・副理事長。  
協会・理事。日本尊厳死協会・副理事長。  
全国在宅医療支援診療所連絡会・理事。  
関西国際大学・客員教授、東京医科大  
学・客員教授。

国の進める地域包括ケアシステムでは、住み馴れた地域で最期まで暮らせるよう、医療・介護サービスのほか地域住民主体のボランティアなどが連携して、必要なサービスが提供される仕組みづくりを目指している。医療分野に関しては、2014年度より「地域包括ケア病棟」が新設されるなど、在宅復帰を強く意識した仕組みも始まった。この病棟と在宅の連携も重要なテーマだ。在宅医療の第一線で活躍する長尾クリニック(兵庫県尼崎市)の長尾和宏氏に聞いた。

医療依存度の高い在宅療養患者が増えています

最近、医療依存度の高い在宅患者が増えています。在宅医療を受ける患者は、がん、非がんを問わず大きく分けて①外来から継続して診ている医療依存度の高い高齢者タイプ、②患者の新規で病院から紹介される医療依存度の高いタイプだ。

一口に在宅医療と言いますが、在宅医療も多様化していて、かかりつけ医としての役割だけでなく、高度医療に近いニーズにも対応できる役割が求められるようになってきた。在宅専門クリニックを活用する場面も出ています。

ただ、高度医療になっていくほど、受け入れる在宅医も少なくなると。在宅復帰を進めたい病院側からは、在宅医に対して「胃腸は大丈夫か」「気管カニューレや人工呼吸器がついても大丈夫か」「看取りもできるのか」など、医療処置に関する問い合わせがある。各地で連携マップなどが作られているのは、そうした背景もある。

医療・介護連携が求められています。その通りだが、政府の思い描くシステム内容と、地域の在宅療養の担い手が直面する現実とに大きな開きがあると感じる。それでも在宅復帰が強く求められつつある中で、病院の地域連携をケアマネジャーも、在宅医を採るのに苦労されている。需要と供給アンバランスがある。一方、介護業界には多方面からの参入があるが、医

# 在宅医療と地域包括ケア

療の連携はまだ希薄。とにかく在宅療養の裾野を広げて、同時に「質」も引き上げていかないとけない。

それには首長や医師会等の協力が欠かせない。地域包括ケアとは、今この地域に必要なケアとは何なのを分析し、多職種協働を進める必要がある。これ以外に解決方法がないことを地域の全員が認識する必要がある。

具体的には、人口構成・文化・地域性に応じて、限られた医療資源、介護資源を生かしてどうするかを職種で検討する。地域包括ケアシステムとは、2〜3万程度の規模の中学校区で解決する方法を考えるものなので、全国各地で自分たちの地域のことだけを考えて取り組むことだ。5000の地域があれば、5000通りの包括ケアがあるはずだ。

地域包括ケア病棟との連携については、地域包括ケア病棟には非常に期待している。認知症であるとか、臓器不全などは入院機能や、病院との連携が非常に重要だからである。全国各地にどれだけ増やしていくことができるかに、日本の医療の

今後がかかっている。在宅療養している人に入院が必要になったとき、入院できるベッドがなかなか見からないうことがよくある。そうしたときに、地域包括ケア病棟が地域にあることの意義は、現場に携わる人であれば良く分かっていると思う。

地域によっては、地域包括ケア病棟と在宅医療の連携がメインになっているところも。もちろん在宅ではケアマネジャーやヘルパーなどの介護関係職種との連携も欠かせない。

医療との連携に難しさを感じているケアマネジャーもいますが、医師とケアマネジャーの思いの違いを感じることもある。たとえば認知症の人に対して、本人が在宅希望でも、ケアマネジャーの多くは施設入所を勧める。医師の立場からは、療養場所は非常に重要なことなので、本来ならばケア会議で本人や家族と交えてじっくり話し合わなければならないのに、ケアマネジャーが独断で施設入所を勧めることが多い。

私の講演はいつも「まじい」という造語を使っている。「まじい」とは「職種の違いを超えて

「ぢやまぜになって交流する」という意味。医師が土か自線で進めるのではなく、多職種と市民行政が対等な立場で話し合うことが大切ということだ。

地域での取り組みについて聞かせてください。3000人の在宅患者がいて、年齢層も子供から100歳まで幅広い。ただ、高齢者は全体の7〜8割で多数を占めている。尼崎市は全国的に見てもがん患者の多い自治体。認知症も兵庫県下で多い地域なので、がんと認知症の力を入れた多職種の勉強会を続けている。

がんは平均在宅期間1〜5カ月程度で終末を迎えることになるが、認知症は年単位の長期にわたる。だから大半は、認知症終末の精原病や高血圧症を抱えた患者さんになる。私は、地域包括ケアシステムの効果が最も発揮されるのは、認知症への対応が大変性になるのではないかと考えている。

理想は福岡県糸田市のよう、徘徊しても大丈夫な街づくりを、がんや慢性期医療の医療ニーズにもしっかり対応できるような体制。つまり、医療介護連携

そして行政が一体となった「町づくり」そのものが大切だ。

在宅での看取りの対応は、私は年間90人くらいを在宅で看取っているが、全国的に在宅で施設の看取りは伸び悩んでいる。介護保険制度でも介護施設に看取り加算がついたが、施設の看護師の取り組みが力不足になっている。

訪問看護師の充実の必要性は昔にも知れ渡り始めたが、施設の看護師の役割は極めて重要であることにこそ強調したい。

残念なことに各地で孤独死が増えている。その対策のために地域包括ケアシステムの構築が急がれる。それでも地域のどこどこにながらないために、孤独死で発見されれば死となることも少なくない。在宅死料には、こうした検死も含まれていることを知ってほしい。多職種と市民がしっかりと「まじい」で、孤独死を減らすことも地域包括ケアの目的だ。