

先駆者

Precursor

医療法人社団裕和会理事長

長尾クリニック院長

長尾和宏

「僕の名前とか顔は出なくていい。内容を若いお医者さんに伝えてほしい。話したり書いたことを皆さんに吟味してほしい。ひとりでも多くの人に読んでほしい」。長尾和宏氏は、下町の中に「300床の病院がある」と言う。総合診療や在宅医療、地域包括ケアから終末期医療まで、熱く語る。「数年でこの国の医療が変わらなければ、自分の無力さを悟り老兵は去るのみですよ」。原動力は“志”。日本の医療問題の本質が見えてくるはずだ。

聞き手：『DOCTOR'S MAGAZINE』編集部
文：郷好文(桐ことば)

往診で走り回って…

僕の個人ブログ「Dr.和の町医者日記」は、実は唯一のストレスの発散場所なんです。「寝る前にパッと浮かんだことを5分か10分で書くのが日課に。それでも読んでくれる人がいるのは、幸せなことです。混沌に満ちた尼崎の下町で、在宅患者を看取るのが日常。作り話や下手なドラマよりも、もっと凄惨な現場に居合わせていることを「町医者冥利」だと感じています。

在宅医療ってどこか昼間にやるというイメージがあるでしょ？ 私の場合、実は夜なんです。夜は家族みんなが揃うので1時間くらい喋れますから。大事な病状説明は圧倒的に夜が多い。家族は在宅看取りOKでも遠くの親戚がNOと言いつつ出ることがあります。この遠くの親戚問題をクリアしようと思ったら、夜とか日曜日とか、ご家族が団らんしている時間こそが僕が一番動くべき時間帯。それは在宅をやっていらつしやる先生であれば、わかると思います。

一般に想像されているよりはるかに多くの医療行為がご自宅でも可能です。CRPの迅速測定器もあるし、ドライバーさんに運んでもらえばレントゲンもCTもエコーもいつでもできる。携帯用エコー、腹水穿刺、内視鏡もできる。もちろん手に負えない場合は病院としっかり連携する。

当院には看護師が25人いますが、訪問看護のチームは4つの部隊に編成し

混沌に満ちた現場から
毎日ブログで発信する

日本医事新報や週刊医療タイムス、医学雑誌や看護雑誌、そして介護雑誌、さらに産経新聞や朝日新聞など多

ています。訪問看護ステーションが2つ、特殊部隊が1つ、標準部隊が1つで、全部で4部隊。なんだか自衛隊みたいですね(笑)。医師はプロデューサーであり指揮者、あるいはコーディネーターみたいな役割です。そう、在宅の主役はあくまで訪問看護師です。今、国は「地域包括ケア」というものを描こうとしています。それって何でしょうか。「地域が病院」という発想なんです。地域を病院と見立てると、目に見える「建物」の病院と目に見えない「地域」という病院もあることとなります。在宅に300人の患者がいれば、300床という見えない病院があるのと同じなんです。そこに生活支援、介護もある。

僕は開業したときから町が病院に見えて仕方がなかった。裏通りが病院に見えた。そこにもあそこにも、がん患者さんがいっぱい自宅に入院していました。年を経るたびに病床数が増えてきました。しかし本物の病院は病床数というハコモノの規則があつて、何百床の病院なら医師が何人いて看護師は7対1看護とか10対1看護とかいろんな規制がある。だけど在宅にはないんですよ。自由度が非常に高い。

ある先生に言われました。「先生、病院建てなくても300床の病院ができるんですからね」と。「やっていきたらたまたまこういう形になっただけ」と。同じ先生が「高専賃とか有料老人ホームとかも建てました？」と聞

かれたので、「そんなものはやっていないです」と言ったら「余計なことやらないから儲かってしょうがないでしょう？」と(笑)。そうじゃないんです。非採算部門、ボランティア部門もしつかりやっています。トータルで採算がとれればいいだけ。

地域包括ケアは「最後の砦」 医療再生へのベスト処方箋

2011年に五十周年を迎えた国民皆保険制度は財源不足で崩壊寸前。高齢患者は増える一方なのに病院は建

てられない。医者はいないし、看護師も集まらない。ならば「地域という病院」で診るしかない。厚労省の発案でしようが、一番熱心なのは実は意外に財務省だったりして。前政権から財務省は医療費を削ってきた。だけど今の問題は国民皆保険制度をどう維持するか？です。TPPも入ってきて皆保険制度が潰れても本当にいいんですか？と問われている真つ最中です。

私も「国民皆保険制度を世界文化遺産に！」に賛成です(笑)。絶対に潰したくない。一回潰したら二度と戻れないでしょう。その最後の砦が「地域



患者に一番近いところで医療をやりたい “町医者”の時代がやってくる それが僕が医者を目指した理由

PROFILE

.....ながお・かずひろ

1984年	東京医科大学卒業 大阪大学第二内科入局
1986年	大阪大学病院第二内科勤務
1991年	医学博士授与 市立芦屋病院内科勤務
1995年	長尾クリニックを開業
1999年	医療法人社団裕和会長尾クリニックに移行
2006年	在宅医療支援診療所登録

【資格・専門医】
 労働衛生コンサルタント
 日本医師会認定産業医
 日本医師会認定健康スポーツ医
 日本消化器内視鏡学会専門医・指導医
 日本消化器病学会専門医
 日本内科学会認定医
 日本禁煙学会認定専門指導者
 日本病態栄養学会評議員
 日本在宅医学会専門医
 関西国際大学客員教授

「包摂ケア」で、これで切り抜けてください、舵きってくださいとの声が聞こえてくる。これが国益ですよ、と言われているような気がします。地域包括ケアは決して一時の思いつき政策ではないんです。2025年までずっと続くんです。医師は食えないとかそういう問題じゃない。皆保険制度を守るこのほうが優先します。

フライト中に急病人が出ても医師が手を挙げない時代に病院って極めて特殊な場所ですよ？治療って危険と表裏一体。例えば、手術にも、麻酔にも、検査にも、多くなりリスクが伴うし、院内感染なんかの危険性もある。家よりも病院の方が絶対的にリスクが高いんです。

しかしそもそも余命いくばくも無いのに、患者はなんで病院にいなきやならないんでしょうね？昔、僕が勤めていた大阪の某病院には、毎日毎日状態の悪い末期がんの方が運ばれてきては、死んで帰るわけです。僕がたたくさんの方を連日看取っていた。なんでこんなところで死ぬんだろう？死ぬときくらい誰か好きな人に抱かれて死にたいじゃないですか(笑)。

家庭で死んだ方が幸せなのに、どうして病院で死ななきゃならないのか？素朴な疑問は今も昔も変わりません。飛行機のフライト中に急病人が出て、「機内に医師の方いらっしゃいますか？」

病気の大半は精神的なものだから心を診るのは当たり前

オールラウンドプレイヤーですから心も診る。今は精神科が独立した診療科になっていますね。でも病は気からと言いますが、病気ってほとんどストレスが関与している。胃潰瘍も糖尿病もストレスで寝れなくて遅くに食べちゃうとか。すると胃や腸や膵臓に負荷がかかる。みんなメンタル不調がベースにあります。だから心を診るのは当たり前。手術以外は全部診たいんです。どこがおかしいですか？

産業保健分野では、数社の産業医もやっています。それで気づくのは病院

に来る人はごく一部の元気で恵まれた人であること。病気があっても放置している人が山のようにいる。糖尿病は800万人いると言われるけど、医師にかかっていない方がはるかに多い。1割は病院にかかり、3割か4割は診療所にかかっているとすると、半分は上は医者にかかっていない。

町医者には学校保健という分野もあります。僕はある夜間高校の校医もしています。いろんな理由でグレたり、親の離婚とかひきこもりとか。頭はいんだけど、なんかハグれちゃったり、出遅れた。そういう子供がいたりいる。知識が偏っていたり食生活が悪かったりします。

実は予防医療なんて、ここからやるべきです。どんな食事したらどんな病気になるのか。そうでしょ？メタボ検診や食育なんて小学生のうちから始めるべき。せめて中学生、高校生までにやらなきゃならないのに40過ぎてから慌ててやっている……それを地域ぐるみでするのが町医者なんです。

病院ではなく町でやるんです。僕は自分の本に『町医者力』という名前を付けましたが、近い将来、町医者の時代が再びやって来ると信じています。

がんも認知症も「地域」に始まり「地域」で終わる

ところが多くの医療者は、病院が中心だと思っている。大学病院やがん拠

僕の文章を読んで評価してくれる人がいる

僕が頑張るのは、時には嬉しいことがあるから。数年前にある尊敬する医師に言われた一言。「長尾先生が学生時代に書かれた文章を読みました」と。日野原先生との勉強会で感化されて、「僕はプライマリケアを目指すぞ、医者は総合力だ」と確かに書きました。それがあつた病院の図書館に残っていて、読んだ先生がちゃんと感じてくれた。彼は今、東日本大震災の被災地で仮設住宅地を回っています。

でもどんなに一生懸命書いても、伝わらないし変わらないことの方が圧倒的に多い。政治の世界では橋下徹大阪市長が挑戦されていますね。彼には選挙で選ばれたという民意がある。では僕にとつての民意とは？実は、ブログです！僕のブログが今の10倍くらいダントツにポチーを押ししてもらえたら俄然やる気が出ますね(笑)。

僕の書いたものを読んでくれて評価してくれる人がいる。一緒に行動してくれる人がいる。それが僕のモチベーションです。よく異端と言われますが、共感してくれる医師と医療界を変えたいです。僕は53歳。これからは、若いドクターに期待していきます。



長尾氏が執筆した著書。このほかメディアからも執筆依頼が

は途中の釘のよう。開業医でパーンって打たれて、パパパーンって弾かれて、最後に玉が入ってくるのがウチらなんです(笑)。だから釘にいくら訊いたって、分からないことが多い。がん拠点病院は、看取るところじゃない。がんの専門治療に専念する場であるべき。だから手術まで待たせない、術後の養生が長引くなら違うところ行ってくれと。それががんセンターです。不幸にして不治となり看取るのは療養病床なり在宅ホスピスなり地域であるべき。これらの場の使命は緩和医療があつて平穏死ができること。

日本には老年医学を教える医科大学は半分にも満たない。まして終末期医療を教える講座はゼロです。たとえば安楽死と尊厳死は全く違います。その違いや死生学は一体だれがどう教えるのでしょうか。

医療の進歩の半面、日本人の死生観は確実に弱くなりました。昔の人は二十歳で零戦で死んでいきました。今は親が百歳になつても年金をあてにして子や孫は延命治療を望み、死んだら医者を訴える。それをおかしいと思わない文化に浸りきっています。

こんなこともありました。ある在宅患者さんが、肺炎になって死にかけましたが自宅で抗生剤で治療して治りました。まあ、命を助けたわけです。しかしなんて言われたと思います。「毎週診てもらっているのに、肺炎にならされた。訴えたらどうか」って(笑)。