

## 長尾和宏 医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長(兵庫県尼崎市)

### 志と和をもって「まじくる」ことで「地域包括ケア」の推進を

「大学病院に勤務する医師と看護師をすべて地域診療所のスタッフと入れ替える。1カ月でもいい。それだけでも日本の医療はずいぶん良くなります」——真顔でそう言い切る。情報発信はあらゆるメディアを通じて行う。東日本大震災でも阪神・淡路の経験を生かして動いた。人間を診る「町医者」の言葉は過熱する。

☑まず、地域包括ケア施策に一言。

**長尾** 社会保障・税一体改革の医療・介護分野の大黒柱として今春から推進されるのが「地域包括ケア」です。「地域包括ケア」という社会保障政策は、私は間違っていないと考えています。辻哲夫・東京大学高齢社会総合研究機構教授(厚生労働省元事務次官)が中心となり推進されてきたこの政策は、患者さんの尊厳と財務上の理由の両方の観点から素晴らしいものです。また国民皆保険制度を護るにはこの方法しかあり得ません。ただ、細部に関しては少々私見があります。まず地域での拠点が「地域包括ケアセンター」である点についてからお話しましょう。

#### 在宅療養支援診療所も地域包括ケアの拠点に

☑どうすればいい?

**長尾** もちろん、絵の真ん中にいるべきは患者さんです。そして多職種連携を束ねる地域包括ケアの拠点到「在宅療養支援診療所」(在支診)も含めるべきではないかと考えます。在支診かその近くに、在宅医や訪問看護師・リハビリスタッフなどの医療スタッフとケアマネ・ヘルパーなどの介護スタッフが集まる、いわゆる多職種が集まるという形があってもいいかと思います。つまり地域包括ケアの旗振り役は、地域によっては在支診であっても構わないという提案です。中学校区に一つくらいの割合で、元気な在支診が存在するのが理想形です。現行

の在支診制度は、まだ十分に機能していません。充分機能している在支援に地域包括センターを置いてもいいのでは。また在支診と地域包括センターとが密接にコラボできる仕掛けが必要。ある程度の予算を付けて、診療所の近くに包括ケアのための事務所のような「場」を設けてもいい。両者ができるだけ隣接しているといい。そこに家族や介護者、時には民生委員やボランティアが自由に出入りして「まじくる」ことで、「地域包括ケア」は上手く行くイメージしているのですが。

☑まじくるとは?

**長尾** 「混じって狂う」という意味の単なる造語だそうです(笑)。医療・介護に限らず閉塞した日本社会を変えるには、「志」を高く持って「まじくる」ことをキーワードにしたいのです。現在の多くの地域包括支援センターは、分かりにくい場所にあって市民にもあまり認知されていません。もっと人が集まりやすいところに設ける工夫が必要ではないでしょうか。不思議なことに誰も指摘しませんが、大事な視点ではないでしょうか。

☑膨大な情報発信には頭が下がります。

**長尾** 全国紙のブログ、個人ブログ、雑誌、著書といろいろなツールで日々発信しています。全国紙ブログでは少々抑えめに、個人ブログや著書では少々過激に発信しています。「どちらが本当の長尾先生なんですか?」と時々聞かれます。なかには「誰が書いているんですか?」という質問も来ます。逆に

「いったい誰が書いてくれるのですか?」と聞き返します(笑)。どうも自分が普通だと思っていることが、世間一般から見ると、あまり普通ではないようです。50歳くらいで、やっとそのことに気がつきました。

☒歴史を顧みると、世の中を変えてきたのはいつも現場の人間ですね

**長尾** 今、私のような町医者に期待されている役割は、もしかしたら「橋下徹的」なものなのかもしれませんね。たとえばがん拠点病院を頂点としたがん医療政策には一言も二言も意見を申し上げてきました。「地域も拠点である」と。また医師が足りないといっていますが、本当にそうなのか。偏在ではないのか。また慢性期病院を平穏死と緩和医療に特化してはどうか。また、看護師への包括指示を充実させ、医療クラークを本格的に導入してはどうか。制度の改善・整備を行ってから医師需要を見直すべきではないかと。

「医療崩壊」は、医師と患者の両方に原因がある

☒かなり踏み込んだご意見ですね。

**長尾** 医療崩壊は、医療費削減だけでなく、実は医師と患者の双方のマインドにもかなりの原因があるのではと考えています。医療を提供する側も受ける側も、お互い胸に手を当てて医療崩壊の原因を省みる時です。まず、余りに縦割り・専門分化しすぎた医療の弊害が、高齢化社会ではあちこちで目立ってきました。臓器ばかり診て人間を診れない、いや診ようとしないう医師が増えました。一方、コンビニ受診やモニターペイシヤントに象徴される患者側にも反省して頂かなくてはなりません。さらに加えて診療報酬規則の複雑化が、医療崩壊に拍車をかけている気がしてなりません。報酬改定の毎に、つぎはぎだらけでパッチワークのような医療・介護規則になっていきます。この三者が「医療崩壊」の基礎を形成しているように感じられてなりません。

☒どうすればいいのでしょうか。

**長尾** 医療とは所詮一對一のコミュニケーション、信頼関係が基本です。地域のかかりつけ医は「病



長尾和宏(ながお・かずひろ)

1958年香川県善通寺市生まれ。84年東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。大阪大学病院、市立芦屋病院を経て、阪神大震災をきっかけに兵庫県尼崎市で95年長尾クリニックを開業。本人を含め計7人の医師が365日24時間体制で外来診療と在宅医療に従事。現在、医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長、医学博士。主な役職は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、日本尊厳死協会常任理事・関西支部長、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、日本医師会認定産業医、労働衛生コンサルタント、日本病態栄養学会評議員など。著書は『蘭学医・関寛斎〜平成に学ぶ医の魂〜』、『共震ドクター〜阪神、そして東北〜』、『町医者カシリーズ1〜5』など多数。趣味はゴルフと音楽。

だけでなく人を診る」という医療の原点に戻るべきだと思います。反対に病院は病院でしかできない高度医療に特化する。そして両者ともチームで取り組むことです。リハビリテーションは、チームでやるからこそ継続性が生まれます。街々に何軒かのリハビリチームがあるのが理想的です。医療者はとかく個人プレーに陥りがちですが、地域包括ケア時代には、チーム医療がこれまで以上に大切になってきま



す。チーム医療とは、志、意識を共有することから始まるものです。「まじくれ」ば、医師数も足りるのではないかと。

☑終末期医療にも、持論がおありですね。

**長尾** 現在の日本の終末期医療には、おかしな点が多すぎます。まず、これだけ高齢者の延命治療に血道を上げているのは地球上で日本だけです。老衰や認知症終末期などで上手く食べられなくなった時、病院側はやたら胃瘻を入れたがります。もちろん家族の同意も得ているでしょう。しかし急性期病院はDPC上の制約があり早く患者に出てもらう必要があります。患者が次の場所に移るためには、胃瘻がなければ駄目だろうと。実はそんなことは全然ないのですが。誤嚥肺炎を過度に恐れるあまりに、口から食べることを放棄する風潮があります。食べられるのに食べさせない変な医療になっています。

☑どう違うのでしょうか。

**長尾** 欧米では「食べることが人間の尊厳である」との考え方に立ちます。誤嚥防止のための「食べさせない」ことを尊厳とする日本とは正反対ですね。「いつまでも生きてほしい」と願うのは誰しも同じです。ただ、「人間の尊厳を冒してもいいから、長生きしてほしい」という考え方はどうでしょうか。介護者の欲望の極限ではないでしょうか。胃瘻議論にはもう一つ忘れてはいけない問題があります。

☑何ですか？

**長尾** 年金です。家族が親の年金をあてにするのです。月に20万～30万円受け取っている高齢者もおられます。だから「死んでも死んでいない人」がいましたね(笑)。お金のことは言うな、とよく怒られますが。年金問題と胃瘻議論は決して切り離して考えられません。年金のために、胃瘻を入れてでも親には生きていて欲しいと願う家族は少なくありません。20万円の年金収入で数人が暮らしている。人工透析も同様です。年金は今や「第二の生活保護」とも言えるくらいの「産業的」な存在に感じます。

## 終末期医療における「医師の免責法案」

☑何か対策をお考えですか。

**長尾** 今、「尊厳死法制化を考える議員連盟」(会長：増子輝彦・民主党参議院議員)は、日本医師会、日本尊厳死協会と協働して終末期の延命治療の差し控えに関する法案を準備中です。病気や老衰で不治かつ末期になった際、本人の意思で延命治療を差し控えても医師は免責されるという内容です。亡くなってから効力を発揮する遺言とは異なり、生きているうちから効力が発生する「リビングウィル」が法的に有効かどうかに関して、我が国ではまだ法的な後ろ盾が無いのが現状です。

☑現行制度には不備があると。

**長尾** やはり法的担保が必要であると思います。法律があれば、差し控えて医師が訴えられることはあり得ません。胃瘻差し控えて訴訟になった事例は知りませんが、人工呼吸器を外した医師が殺人罪で逮捕された「事件」はたしかにありましたよね。

☑法案成立の見込みはいかがですか。

**長尾** 医師の中には「そもそも法律が必要か」とか、「延命治療は阿吽の呼吸でいいんじゃないか」という意見が根強くあり、もう少し議論を要するかもしれませんね。しかし私は尊厳死法制化は待たなし、だと認識しています。法案に関与している一人として今年頑張りたいですね。尊厳死に関する著書も何冊か準備しています。

☑楽な道のりではなさそうですね。

**長尾** ただ、これまで「死」という問題を国も医療者も市民も放置してきたことのツケはあまりにも大きい。医療界はもちろん、法曹界・市民もこの問題と正面から向き合って来ませんでした。胃瘻人口40万人の現状はその結果です。学会のガイドラインも必要ですが、やはり法的根拠が欲しい。いくら「患者の意思を尊重すべきだ」といっても、法的な裏付けが無ければ現場は変わらないと思う。患者の意思を尊重したのに、訴えられたり、場合によっては殺人罪で逮捕されるというのはどう考えてもおかしい。