

# 地域ケアシステムの形成における医師の役割

## —長野県武石村（現上田市）の事例研究

小林 月子

キーワード：地域ケアシステム 地域医療 医師 行政 連携

### 1. はじめに

日本社会は急速に高齢化しつつある。2006年9月1日現在の高齢化率（全人口に占める65歳以上人口の割合）は20.6%である。5人に一人が高齢者となった。これにともなって、医療や介護を必要とする人たちの数は増加するばかりである。要介護者は年々増加し、2000年、介護保険スタート時には218万人だった要支援・要介護認定者は2004年には409万人となった。65才以上人口のおよそ16%（約6人に一人）を占める。団塊の世代が高齢者の仲間入りをするとこの数字はさらに上昇する。厚生労働省のいう「2015年問題」である。大量に発生することが予測される要介護者の出現に対して、厚生労働省は今年（2006年）介護保険と医療保険の改正を行って、この事態に対応しようとしている。

厚生労働省が2006年4月から実施した改正介護保険法には6つの柱があるが、そのうち2つが「地域」と関連している。すなわち「介護予防」と「地域密着型サービス」である。前者は、市町村が運営する「地域包括支援センター」の新設が目玉である。ここでは、介護予防が必要とされた高齢者に対して「介護予防ケアプラン」の作成をしたり、「自立」と判定された人々であっても利用できるサービスを提供したりする、つまり、地域で介護予防をする、ということである。後者は、高齢になって介護が必要になった人たちが、できるだけ住み慣れた地域で暮らすことができるように地域のサービス環境を整えるということである。いわゆる「小規模多機能型」の居宅介護サービスや夜間のホームヘルプサービスを新設したり、30人未満の小規模な特養を実現したりして、利用者が「住み慣れた地域」で暮らすためのサービスを整えるのである。

こうした制度改革が今後どのように展開するかは未知数である。はっきりしていることは、介護の舞台が「地域」であるということである。すなわち、高齢者がそれまでの日常的な生活圏のなかで、なじみのある人たち、なじみのある空間の中で生活できることを重視している。そしてここには必然的に「ターミナル」を視野に入れたサービスのネットワークが必要とされてくる。ターミナルを視野に入れた医療サービスとの連携なしには、介護活動は円滑に進まない。介護される本人も、介護にかかわる家族も、介護専門職も、「いつでもかけつけてくれる医者」の存在によって、在宅生活・在宅介護をぎりぎりまで継続できる。

介護保険と同様、医療保険も2006年4月に改正された。厚生労働省による「平成18年度診療報酬改定における主要改定項目について」をみると、ⅠからⅣまでの4つの項目が並んでいる。その中のⅡは、「質の高い医療を効果的に提供するために医療機能の分化・連携を促進する視点」である。Ⅱの項目は6つの小項目から成っているが、そのまっさきにあげられているのが「Ⅱ-1 在宅医療に係る評価について」である。そこを見ると「在宅療養支援診療所」を設置し、その評価を高くすることが述べられている。設置の目的は、高齢者ができるかぎり住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活し、さらに在宅でターミナル医療サービスを受けて人生の最期を迎えることができるように支援することにある。「在宅療養支援診療所」は、在宅での治療・療養さらには在宅ターミナルの実現といった、入院から在宅への一連の動きの拠点となることを期待されているとみられる。少し長くなるが

「在宅療養支援診療所」の要件の主なものをあげてみよう。まず「24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に連絡していること」次に「当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保していること」さらに「患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の供給が可能な体制を確保していること」続けて「在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること」及び「医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー等）と連携していること」があげられる。<sup>注1)</sup>

以上のことから、国の方針は医療においても介護においても在宅指向であることが分かる。すなわち、国は介護においても医療においても、「高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で」生活し、療養し、さらに人生の最期を迎えることができる基盤を整えることを指向している。

医療と介護の連携の必要性が言われて久しいが、この2006年という年はその連携の必要性と筋道がより明らかになった年だと言えるだろう。本論文では、このように必要性の増した地域医療・地域ケアの実現における医師の役割を、事例をとおして明らかにしたい。一口に医療と介護の連携といっても、さまざまな形態がある。医療先行型があると思えば、介護先行型もある。医療と介護の連携がうまくいっているもの、うまくいっていないもの、さまざまである。ここでは、医療主導型の地域ケアシステムの形成における医師の役割をとりあげたい。<sup>注2)</sup> 医師は要介護状態になる人のほとんどすべてに、医療行為をとおしてまず出会い、その後も継続的に経過を知る立場にある。いわば、医師は病やその後遺症をかかえた高齢者の生活の全容を、知ろうとすれば知れる立場にある。地域医療と地域ケアの必要性に誰よりも早く気づく立場にある。本稿では、1980年代に、上述した「在宅療養支援診療所」のような体制をいち早く作り上げたある村の地域医療・地域ケアの仕組みを取り上げたい。今日のように医療と介護の連携の制度的基盤の充実が叫ばれる前から、その連携の必要性を認識した一人の医師と一人の自治体の首長の関係プレーに着目したい。本稿では、なかでも、患者やその家族と出会った医師が、地域医療・地域ケアの形成にどのように取り組んだのかを明らかにしたい。

## 2. 武石村における地域医療の形成過程

2006年3月に上田市と合併した長野県武石村は、合併前の人口が4,183人、村の8割以上を森林が占めている。総世帯数のうち農家世帯の割合が45.7%を占める農村である。県のはぼ中央にある上田市（2005年の国勢調査で人口およそ16万人）へはおよそ15kmで、通勤圏である。武石村の主要な産業は農業及び林業であったが、1960年代の経済成長にともなって林業は縮小し、以降世帯数・人口ともに減少してきた。人口の減少とともに高齢化が進行しており、2005年4月の高齢化率は28.78%である。

表1 旧武石村の人口の推移（各年10月1日現在）

	1975（昭和50年）	1980（昭和55年）	1985（昭和60年）	1990（平成2年）	1995（平成7年）	2000（平成12年）	2005（平成17年）4月
人口	4099	4167	4164	4251	4234	4194	4183
65才以上人口	563	618	709	910	1073	1161	1204
高齢化率	13.7	14.8	17.0	21.4	25.3	27.7	28.8

旧武石村役場資料より作成

村の中心に役場があり、その近くに診療所、高齢者多目的福祉センター、特別養護老人ホームなど

の医療や介護の施設が立ち並ぶ。この小さな村が地域医療・地域ケアの先端地として全国に名を知られるようになったのは1980年代のことである。老いても、病や障害をもっても住民が安心して暮らしていける村の実現に地域医療が不可欠と考える一人の村長と、地域医療の理念に燃える1人の医師の、およそ15年にわたる体当たりとでも言うべき努力が、この地に医療と介護の画期的変化をもたらした。地域医療・地域ケアシステムの原型が形成される、この15年の歩みを垣間みたい。

まずはその間の変化の主なものを追うことにしたい。

- 1981年 4月 組合立依田窪病院発足（武石村，長門町，和田村）
- 1983年 1月 依田窪病院附属武石診療所オープン 矢嶋嶺医師着任
  - 4月 4月から診療開始 開所当時のスタッフは、医師1人，看護師1人（のち2人），事務員1人（6月から2人）の3人。独立した診療所は無く，村営住宅を借りて診療を始めた。外にテントを張って待合室とした。外来の他に往診を昼夜行う。
- 1985年 4月 武石村直営診療所新築オープン
  - 診療所は村の直営となり，医師も看護師も武石村の職員となる。
  - 訪問入浴事業開始…医師と看護師，ヘルパー，その他の役場職員で行う。
  - 「宅直制度」が正式に発足…夜間も医師か看護師が患者の家へかけつける。
- 1986年 11月 デイサービス開始
- 1987年 9月 デイホーム開始…重症の在宅療養者を日中診療所隣のプレハブにて看護・介護する
- 1991年 3月 高齢者多目的福祉センターやすらぎ完成
  - 5月 センターにてA型，B型デイサービス開始
  - 8月 センターにてショートステイ開始
- 1995年 4月 もう一人の医師 寺島医師着任
- 1996年 3月 矢嶋医師 診療所長の職を辞し，嘱託となる
- 1997年 4月 依田窪特別養護老人ホームともしび完成（入所定員50名，総事業費9億1,886万円）
  - 武石村資料「たけし」及び関係者への聞き取りにより作成

#### （1）1983年4月から1985年3月まで：組合立国保依田窪病院附属武石診療所時代，模索期

長門町，和田村，武石村の3つの町村立の組合立病院である「依田窪病院」は，3町村の中心的医療機関である。その院長を務めていた矢嶋嶺医師が，院長の職を辞し，1983年に依田窪病院附属武石診療所の医師として着任した。矢嶋医師50歳のときである。当時の村長永井泰美が矢嶋医師の持つ地域医療の理念に共鳴して，矢嶋医師の着任を強く要請したからである。かねて開業医1人しかいなかった武石村は慢性的医療飢餓状態にあった。医師1人，看護師1人（のち2人），事務員（のち2人）の体制で4月に出発した診療所には，開所直後から大勢の患者が訪れた。待合室がなくて，外にテントを張って待ってもらった始末だった。当時の1日あたりの患者数は，多い時で100人から120人にものぼったという。これには外来，日中の往診，投薬のみの患者や夜間の往診が含まれている。

矢嶋医師の日課は次のようであった。午前9：00から12：30ごろまで診療所での外来診療。午後13：00から15：00まで外来診療し，その後往診に出かける。約3時間の間に10件から15件を廻る。往診終了後も，往診可能な体制をとっておく。夜間に呼び出されることは少なくなかったという。そのたびに矢嶋医師は看護師を伴って患者の往診に出かけた。往診先は，武石村に限らず隣の町村にまたがった。矢嶋医師は一日中診療活動をしていくことになる。彼の診療に関する方針は徹底した患者本位主義であった。例えば「往診を拒否しない」「誤診しない」「患者や家族の話をよく聞く」（矢嶋氏談2005年）といった方針である。どれも，患者やその家族にとっては心強いものであった。当時の

矢嶋医師の念頭にあったのは、「地域医療のあるべき姿」であった。彼によれば、地域医療という以上、病院や診療所で患者が来るのを待ってはいけぬのである。地域の中に医療者が出かけて行き、病気の患者の生活を支える必要がある。的確な診断と労を惜しまぬ往診によって患者数は増え、矢嶋医師の就任以来、診療所は大きな黒字を残すことになった。1年目に3,000万円、2年目に3,000万円、計6,000万円である。この黒字をもとに武石村診療所がつくられることになる。この2年間は、医師等医療従事者にとって、患者の生活に密着した医療活動をもとに地域の患者の現状がよく分かり、患者・患家のニーズが何であるかがつぶさに理解できた貴重な期間であった。

## (2) 1985年から1990年まで：地域医療・地域ケアシステムの原型の形成

村営の武石村診療所が完成したのは、1985年4月である。この診療所ができたことによって、矢嶋医師たちの医療活動はさらに広がりを見せる。矢嶋医師も看護師たちも、1985年4月から依田窪病院の職員ではなく、武石村職員となった。武石村という行政機構の一部を構成することになったのである。そのことは、医療者側が村の行政の全面的な支援、動員を可能にする体制が整ったことを意味している。それまでの2年間に在宅の患者対象に矢嶋医師が温めていた事業がここにきて次々に実現した。この間の主なとりくみを次の3点にしぼってとりあげたい。すなわち、①訪問入浴 ②デイホーム事業 ③宅直制度 である。

### ① 訪問入浴：まずは医師も介護職も事務職も在宅高齢者の暮らしを知る

何年も入浴できないまま在宅で寝ている高齢者の入浴は、矢嶋医師がもっとも実現したいことのひとつだった。村直営の診療所になったことで、村役場の人材を借りることができる。そこで村所有の軽トラックに浴槽を載せ、医師、看護師、ヘルパー及び運転手（事務員であったりたまには診療所事務長であったり）が一団となって患者宅へ乗りつける。そして家の風呂桶から居間のビニールシートに乗せられたポータブル浴槽にお湯を入れ、長期間入浴していない高齢者を入浴させるのである。「天国にいるような気分」という患者本人の言葉と家族の感謝は容易に想像できる。医師はバイタルチェックをするのみならず、ポータブルの浴槽を持ったり運んだりもする。皆で汗みどろになって行くのである。入浴させる側の腰が痛くなったり、お湯がこぼれないように気を遣ったり、滑ったりしながらの入浴サービスであった。このような入浴サービスを週3日ないしは4日行った。必要なら役場の人たちが応援にかけつけてきて、とにかく入浴させる。この仕事をやりとげた充実感に参加したすべての人に共有されたという。この充実感・満足感は医師、看護師、ヘルパー、事務職員の間のみ共有されたのではなく、患者本人とその家族にも共有された。ここで着目したいのは、この訪問入浴事業に同行したメンバーの顔ぶれである。医師、看護師、ヘルパー、診療所や役場の事務職といった人々が常にいっしょに行動している。医療と福祉・介護はまず行動の面で連携したのである。連携しなければこの事業は実現できなかった。地域医療・地域ケアの理念は一連の共同・協働作業の過程のなかでつくられ共有されていったと思われる。

### ② デイホーム事業：医療と介護の連携した通所サービス

デイホーム事業とは、在宅の重症患者や認知症（当時は痴呆症）の高齢者を診療所近くにつくられた専有スペースで日中看護・介護するしくみのことである。1987年から始まった。在宅の要介護者は、日中見る人もなく家に寝かされていることが多かった。また見る人がいたとしても、日中ずっと一緒にいては見る人も看られる人も疲れてしまう。自宅という閉ざされた空間に、大抵はヨメと姑という関係にある二者が終日いることになると深刻な葛藤・ストレスが生じる。加えて、介護のため嫁が仕事を辞めるとその家の収入が確実に減る。貧しくなるのである。そのことがまた、家庭内のストレス

を高める結果につながる。ヨメは、「舅や姑を見るのは当然」というプレッシャーにさらされ、不満や不安を口に出すことができない。夫のきょうだいから「世話が足りない」と言われて、つらい立場に追い込まれるヨメは少なくなかった。矢嶋医師は、このような現状を見て独自の案を練り、村長に相談した。重度な症状や障害があっても、認知症（当時は痴呆症）があっても、適切な医療・看護と介護の場さえあれば、日中自宅を離れて過ごすことができるはずである。のちに全国で展開することになるデイサービスA型およびB型の原型をなす事業である。村長と村議会はこれを了承した。

こうして始まったデイホーム事業は、月曜日から金曜日までの日中、毎日4～5人から6人の重度の患者（脳梗塞の後遺症を持つ人や動脈瘤を持つ人など）や認知症の高齢者が利用した。通常は2人の看護師で対応したが、必要な時にはすぐに診療所から医師と看護師がかけつけることになっていた。立地の条件が良かった。12畳のこのプレハブのデイホームは診療所と通路続きに建てられていたので、いわば診療所の一部を構成していたといえよう。デイホームの建設資金と運営費用は武石村が負担した。利用者は1日500円を負担すればよかった。利用者は、はじめ「オレなんか…」と戸惑いをみせていたりしたが、いったん、デイホームに来るようになると、大いに変わった。寝てばかりいた人が起き上がり、オムツをはずし、自分で食事をするようになった。矢嶋医師によると「一週間で大いに変わる。それなりにいきいきしてくるのだ。」<sup>[註30]</sup> デイホーム事業は、のちに1991年に建設された高齢者多目的福祉センターやすらぎにおいてA型及びB型デイサービス事業となってひきつがれていった。この試みは長野県だけでなく全国でもあまり例が無く、見学者が全国から訪れた。

デイホームの利用者とその家族は、デイホームの利用によって新たな生活を体験することになった。高齢者本人に関していえば、例えば当初「イヤダ、オレ…」などと言っていた人も、いったん来てみると1日楽しく過ごせたのだった。何より、医師と看護師が近くにいてくれるので安心である。家族にとっても要介護者との分離により、ストレスが大幅に軽減したという。また、介護者であるヨメは日中仕事に出ることができるようになった。さらに、地域住民の意識にも変化が見え始めた。それまでの、看護・介護は家族だけで行うべきだという考えが変わってきた。介護・看護を家族だけが行うことはない、いつでもデイホームが利用できる、ということが、見本をとおして示されたことになる。地域の中に、在宅患者や要介護者の日中の居場所が出来たのである。「地域で生きる」ための仕掛けの一つが誕生したのである。

### ③ 宅直制度：24時間診療体制の試み

宅直制度とは、夜間や休日といった、正規の診療時間以外の診療・看護を実現するためにつくり出された独自の仕組みである。患者からの医療ニーズは時間を問わない。24時間、365日、いつでもこうしたニーズに対応できる医療側の体制がないと地域の住民はおちおち安心して暮らしていけない。もちろん当時でも救急車はあり、隣町の病院に緊急入院することも出来た。しかし、救急車や緊急入院はそう頻繁に利用するものではない。通常の生活のなかでは、患者も施設もいつでも「医師や看護師が対応してくれる態勢」を期待している。しかし、この態勢をいざ実現しようとする、医師と看護師に多大な肉体的・精神的負担が生じることになる。自分の生活のすべての時間を拘束されることになるからだ。この二律背反・ジレンマをどう解決するかが、矢嶋医師が武石村に医師として着任した時からの最大の課題のひとつだった。

1983年の着任当初から矢嶋医師は往診を断っていない。「求められれば必ず往診する」というのが方針だった。それは夜間や早朝の往診に関しても同様である。患者からの呼び出しがあれば休日だろうが夜間だろうが看護師を伴って患家へ急行したのである。1983年の着任から2年間は、矢嶋医師と看護師の二人がどうにか対応していた。すなわち、矢嶋医師か、診療所の看護師のどちらかの自宅に患者又はその家族からの電話がかかってくる。医師と看護師はその都度相談しあって対応した。医師のみの往診あるいは医師の指示をうけた看護師のみの訪問診療もあった。一晩に2～3件廻ることもあっ

たという。

1985年4月に診療所が武石村直営になってから、夜間や休日の往診体制は「宅直」という制度になる。2年間の試行錯誤を経てつくられた制度であった。具体的には以下のような仕組みで宅直は行われた。

- ① 医師・看護師と行政（村役場）が連携する。具体的には、患者からかかってきた電話は、医師や看護師に直接かからず、必ず村役場の宿直者にかかるようにする。
- ② 宿直者は患者の氏名を聞き、すぐに看護師に連絡する。
- ③ 看護師は患者に急行（5分以内）し、医師の指示に従って投薬や処置を行う。医師も必要に応じて患者に急行する。

担当の看護師は3人（ないし4人）いた。この3人は1週間ずつのローテーションで「宅直」を担当した。この3人のローテーションを表す表が村の役場の宿直室に常においてあり、村役場の宿直者はこの表をもとに看護師へ連絡を入れた。役場の宿直者を介在させるこの武石方式の宅直制度の効果は四つあると考えられる。

第一に、医師と看護師の負担とりわけ医師の精神的負担を軽減できたことである。いつかかってくるか分からない患者からの直接の呼び出し電話を待つ医師のストレスは軽減された。その分看護師の役割が重要になる。患者の様子・容態についての適切な判断が求められる。あらかじめ医師と予想されるケースについての話し合いをすることが必要であった。医療専門職内での役割分担に基づいた緊密な連携が必要となった。第二に、役場すなわち村の行政にとって、医師と看護師の医療活動が明らかになるという効果を有していた。患者からの電話連絡の記録はすべて村役場に記録させるのである。医師と看護師とりわけ医師の昼夜分かたぬ診療行為が行政トップにも行政の末端にもつまびらかになった。第三に、このことが最も重大な事であるが、宅直制度によって、武石村民に24時間の医療サービスを受ける道が開かれたのである。第四に、宅直制度は村の財政支出の軽減に大いに役立った。24時間医療サービスを実行するために、村直営の診療所に一人の看護師を常駐させておけば、費用は大いにかかる。かりに一晚5000円の手当てを払ったとすると1ヶ月では15万円、一年では180万円かかる。これに対し、宅直要の看護師に支払われる手当は、一人一晚500円であった。看護師常駐の十分の一の費用で済んだのである。

宅直ローテーションを構成する3人の看護師の間に拘束に対する不満がみられないはずはないと思われる。しかし当時の看護師は「(宅直は) 当たり前だと思っていました。」(2006年8月面接調査)と答えている。何よりも矢嶋医師が率先して夜間の往診を行なっているのである。医師と看護師の協働・連携なしに24時間、365日住民の医療への安心は実現しなかった。とはいえ、この宅直制度は、医師と看護師の並々ならぬ努力によって成り立っていたことは言うまでもない。

### (3) 1991年から1998年まで：高齢者多目的福祉センターの完成以降 制度的充実の時期

1991年に、診療所の隣に高齢者多目的福祉センター「やすらぎ」が完成した。ここには在宅介護支援センター、デイサービスセンター（A型、B型）が入り、5月からサービスを開始した。開始当初は、週3回、1994年からは月曜から金曜まで毎日サービスを行った。2000年4月以降はほぼ年間を通して（361日）デイサービスを行っている。1997年には特別養護老人ホーム「ともしび」（50床）が完成した。1995年には2人目の医師寺島医師が診療所に着任した。矢嶋医師は1996年に診療所長の職を辞し、嘱託となった。矢嶋医師の地域医療・地域ケアの青写真はほぼ完成した。

### 3. 「地域で生きて家で死ぬ」ためのシステム

以上垣間見てきた矢嶋医師と武石村の医療集団を震源地とする一連の地域医療の改革は、福祉・保健と結びつき、地域医療・地域ケアシステムの基本的枠組みを構成することになった。

矢嶋医師が武石村で診療活動を始めておよそ15年の間に、武石村の高齢者とりわけ医療や介護の必要な介護者が村の中で暮らしていけるための基本的なメニューは出そろった。矢嶋医師の記録によれば、1995年時点で武石村には寝たきり老人が36人いた。うち34人が長男夫婦の介護をうけていた。配偶者に介護されている人が2人いた。この「寝たきり」の最大の原因を矢嶋は「寝かせきり（閉じこもり）」に求めた。36人中18人（50%）がこれに相当した。次が「全身衰弱」によるもので、10人（27%）がこれに相当した。そこで矢嶋医師は、このような人たちが寝たきりにならず地域の中で生きていくために2つの方法を提案し、実現させた。すなわち、通所ケアと訪問ケアである。まず通所ケアについてみると、「閉じ込めない」ことを基本に、この人たちにデイホーム事業、デイサービス事業を利用して、家を出てきてもらうことにする。前述したように、そのために村役場の車を使い、診療所の車を使う。そのうち、デイホーム、デイサービスの送迎のための車の購入・改造のために自らの時間外労働の手当・報酬を投入することまでしている。この結果、デイホーム事業、デイサービスの利用者は年々増加した。「通所しながら在宅生活」を送ることが可能であることが広く住民に受け入れられていく。

次に訪問ケアである。先述したように、武石では、診療所を中心に「年に1500回の往診・1600回の訪問看護・730回の訪問リハビリなどを精力的に行って」<sup>注3)</sup>いた。この通所ケアと訪問ケアのサービスを組み合わせることによって、目に見える成果が生れた。矢嶋医師によれば、それは（1）寝たきりがなくなった（2）老人の自宅死亡率が30%から70%になった（3）特養の予約者がゼロになった、というものである。<sup>注4)</sup>

他方、高齢者の在宅生活を支えるサービス提供に重点をおきながら、矢嶋医師は、施設ケアの必要性を認めてきた。高齢者にはそれぞれの事情がある。家族構成も、障害の程度も本人の好みもそれぞれ異なる。誰もがどれかのサービスを選べるように、受け皿を用意する必要がある。彼によれば、後年の彼の医療活動は、「これらの受け皿をつくることを中心に廻った」のであった。家族による在宅ケアを希望する人には、診療所の往診、訪問看護、訪問リハビリ、ホームヘルパーを派遣し、家族介護労働の軽減のためには、デイサービスを利用してもらう。在宅がまったく無理なときは特養ホームが用意されている。どの住民にとっても選択可能な「地域で生きて自宅で死ぬ」体制ができたのである。<sup>注5)</sup>

矢嶋医師は1983年の着任以来およそ15年にわたる武石村診療所における医療活動を終え、1998年に退職した。1999年には村長選挙があり、11期にわたって村長を務めた永井氏にかわって、下村村長が誕生した。矢嶋医師と永井村長の名人芸的二人三脚によって形成された武石村の地域医療・地域ケアは、ここにおいて一応の完結をみた。

### 4. 地域医療・地域ケアシステム形成の要因

#### 1) 医師と行政トップの連携：地域医療に関する理念の共有と役割分担

これまで矢嶋医師を中心とした医療者側の動きを概観してきたが、こうした一連の思い切った事業が実現した背景には、医師と行政との緊密な連携があった。8期目の村長を務める永井村長自らが、武石村の医療充実のため、矢嶋医師の獲得をはかった。矢嶋医師が隣町にある地方の中核病院である依田窪病院の院長職を投げ打って人口4000人あまりの村の診療所にやってきたのは、この村長の誘い

によるものである。

行政トップの村長と医師の間に地域医療に関する共通した理念が共有された、このことが、武石村における地域医療・地域ケアシステムの形成の出発点である。そしてこの理念の具体化の過程において、両者は一貫してそれぞれの役割の分担に忠実であった。行政トップは行政の代表として、住民の代表としての役割を果たした。医師は医療を行う者としての役割を遂行した。両者における地域医療に関する価値の共有と明白な役割分担が始終貫かれた。このことが、きわめて短期間に武石村において画期的な地域医療・地域ケアシステムが形成・展開された最大の理由のひとつである。医師と行政トップとの間に、理念や価値が共有できなかつたり、その実現の具体的方法について、意見が一致しないことはよくある。地域医療であまりにも有名な沢内村の例を挙げるまでもないだろう。

訪問入浴、デイホーム事業、A型・E型デイサービス事業の開始など県下初といわれる諸々の事業が次々に実現したのは、行政トップである村長と医師の緊密な関係によるものであった。医師の声に耳を傾け、必要なサービス事業の実現のために県庁や厚生省へ交渉に行くことを永井村長はためらわなかった。村長は、事業に必要な予算・補助金の獲得のための渉外係をうけもった。そのために必要な情報や資料は、医師との日常的なコミュニケーションによって得ていた。村長は診療所やデイホーム・デイサービスに「よく顔を出した」のである。村長と医師は共通の理念の実現のために、お互いを必要としていたし、役割分担の必要性を十分認識していたと思われる。8期目という極めて安定した村の政治のトップのリーダーシップなしには一連の思い切った事業の導入は困難である。もちろんその背景には当地において急速に進行していた高齢化がある。高齢化とそれともなう医療や介護に対する住民の不安とニーズをどう解決するかという課題が常に村長の頭をよぎっていたと思われる。医師の裁量を最大限に認めつつ、結果的に「住民が高齢になって病気になっても虚弱になっても生きていける村」の基本的骨組みを作り出したのである。

## 2) 医師のリーダーシップ

地域医療・地域ケアシステムの形成に医師のリーダーシップが必要なことはあまりに当然である。武石村においてもそのことが当てはまる。以下、矢嶋医師のリーダーシップの特徴を記してみよう。

### (1) 診療所の黒字経営をバックに、医療の代表者として、村の行政や議会に情報を発信し続ける

行政、議会に対して、医療サイドの現状を説明し、あるべき地域医療・地域ケア像を提示し、その実現の具体案を提案する。「地域で生きて家で死ぬ」ための案を次々に出していく。その提案が村長や議員たちに受け入れられるのは診療所が大幅な黒字経営を実現しているからである。

### (2) 率先垂範。

訪問入浴や夜間往診、またデイホーム事業の実施において見られたとおり、矢嶋医師は必ず自ら現場に行く。現場主義なのである。訪問入浴では自ら重い浴槽を持ちたり担いだりしている。人に言う前に自らが汗を流すのである。指示だけ出してあとは知らないという医師では決してない。率先垂範には3つのメリットがある。一つはともに働く人々（看護師やヘルパーなど）との信頼関係が築かれることである。第二のメリットは、患者とその家族との信頼関係が築かれることである。第三のメリットは、患者・住民の生活が手に取るように分かることである。診療所から一步も出ずに患者の来るのを待っていたのでは決して分からない、住民の生活の現状、差し迫ったニーズがそっくり分かる。解決の方策もその現場で考えつくこともたびたびある。

### (3) 使える制度がさしあたり無くても、まず出来るところから何でもやる。

訪問入浴でもデイホーム事業でも共通しているのは、国や県の正規の事業として制度化されてなくても、必要ならばとりあえずやってしまうという姿勢である。国や県の制度が整うのを待っていない。高齢化の程度や介護の現状は地域ごとに異なるから、その地域に最も必要なサービスの仕組みを整え



ればそれがその地にとって最も利用しやすい地域医療・地域介護の仕組みになる。矢嶋医師によれば「医療と介護の連携とは…要介護老人の生活のすべての支援が介護で、その医療的バックアップのすべてが、介護と医療の連携である」<sup>注6)</sup>

(4) 自らの時間と報酬を地域医療のために使う：本気の証明。

矢嶋医師は、自らの報酬の一部を例えばデイホームに必要な送迎用の車の購入にあてていた。その他にも、常々診療や介護で心身ともに疲れながらも任務をまっとうしているスタッフをよくねぎらった。こうした積み重ねは、小さな村の中では大きな意味を持つ。医療を自らの儲けの手段としていないこと、地域医療の形成に医師が本気で取り組んでいることが、医療・介護のインナーグループをはじめ住民にも理解されていく。医師としての医療行為から得られた収入の一部を自らの意思で村に還元する医師を住民がどう受け止めるか、言うまでもないことである。

(5) 生活の根拠を地域に置く：地元主義。

矢嶋医師は、武石村に住居を構え、そこで子どもを育て、墓を立てている。そこで生活し続けている。地元の住民と同じ生活者のスタンスを維持している。地元の住民の生活感覚に敏感である。地元高齢者の経済状況、多いとはいえない収入状況や、夫の両親と同居し介護しているヨメの報われない苦しさを知り、かれらのニーズに共感する。彼は常に自分の職場である地域社会のど真ん中に住むことを選択することで、自らをある意味で「逃げ場がない状況」においている。矢嶋医師は、いつかはどこかへ去っていく人ではなく、地域に住み続ける人である。その姿勢をあえて崩さないところに、村民は矢嶋医師の「本気」を知ることが出来た。

### 3) 自治体の規模

武石村は人口およそ4000人である。中学校区にひとつの診療所がある。これは一人あるいはせいぜい二人の医師が把握できる限界であると言ってよからう。これより大きな人口規模になると、複数の医師が登場しなければならず、それは又集団や組織にとって別の新たな問題を生じさせる。先述したように、矢嶋医師は1995年時点の武石村の寝たきり老人の数を36人と把握していた。36人なら一人ひとりの顔がパッと頭に浮かぶ。これが80人や100人になるとそうはいかない。矢嶋医師は規模の限界を5000人と見込んでいた。

## 4. おわりに

本論文では、地域医療・地域ケアへの流れが一層明白になってきた今日に、すでに20年以上も前からその課題に取り組んできた武石村に注目した。一人の傑出した医師と、その医師と見事な連携をみせた一人の村長の存在が目立つ。この二人が地域医療の理念を共有し、それに基づいてそれぞれの役割を可能な限り遂行していったことが、今日の当地の地域医療・地域ケアの形成の出発点であった。武石村の地域医療・地域ケアシステムの実際の形成・発展には本稿でまだ触れることのできなかった幾多のテーマ・課題が含まれている。そのことの分析は次稿にゆずることとしたい。

注1) 厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/index.html>

注2) 大田によると地域ケアにはさまざまな捉え方があり、医療政策の観点からすれば「地域ケアは在宅医療、在宅看護、地域医療、プライマリーケア、在宅ケアという言葉と結びついてきた。」太田貞司 2003年『地域ケアシステム』有斐閣 6～7ページ

注3) 矢嶋嶺 2000年『たかね先生の在宅介護論』雲母書房 164ページ

注4) 矢嶋嶺 2000年『たかね先生の在宅介護論』雲母書房 162～166ページ

注5) 矢嶋嶺 2000年 『たかね先生の地域医療論』 雲母書房 222～223ページ

注6) 矢嶋嶺 2000年 『たかね先生の地域医療論』 雲母書房 221 ページ

#### 参考文献

永井彰 2004年「地域ケアシステムと社会学的比較研究」平成12年度～平成15年度科学研究費補助金（基盤研究（B）（2））研究成果報告書

太田貞司 2003年『地域ケアシステム』 有斐閣

三好春樹・矢嶋嶺他 1999年『介護保険がやってきた』雲母書房

矢嶋嶺 2000年『たかね先生の在宅介護論』雲母書房

矢嶋嶺 2000年『たかね先生の地域医療論』雲母書房

佐藤勉 1997年「農村地域における在宅ケアとコミュニティーケア」平成6年度科学研究費補助金（総合研究A）研究成果報告書

永井彰 1997年「農村地域における地域医療・福祉システムの形成と展開—長野県小県郡武石村の事例—」『東北文化研究室紀要』第39集