

地域ケアシステムの形成における医師と住民の役割

—岐阜県揖斐郡久瀬村（現揖斐川町久瀬）の事例研究—

Doctors' Role and Inhabitant's Role in Making a Community Care System,
A Case of Kuze, Gifu

小林 月子

1. はじめに
2. 対象地の概要
3. 久瀬村における地域医療の形成過程
4. 久瀬村における地域医療の展開過程
5. 若干の事例
6. おわりに

キーワード：地域医療，地域ケアシステム，医師，住民，役割

1. はじめに

日本社会は急速に高齢化しつつある。2005年には、高齢化率（全人口に占める65歳以上人口の割合）は20.1%となった。5人に一人が高齢者となった。2006年には、総人口1億2776万人中高齢者人口は2,660万人となり、高齢化率は20,8%に達した。2007年では、その割合は21,3%となった。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、2030年には、総人口1億1,522万人にたいして、老年人口は3,667万人となり、高齢化率は31,8%に上ると見られている。同様に、2050年の高齢化率は、39,6%になると見込まれている。この推計値は、長期の合計特殊出生率を中位（1,26）と仮定してえられた値であり、実際の合計特殊出生率がこれを下回れば、当然のことながら、高齢化率はこれより上昇する。日本は、今後当分の間、世界中でもっとも高齢化率の高い国であり続けると見込まれている。^{注1)}

日本人の平均寿命は、この35年の間に、男性で9,22歳、女性で10,83歳ものびた。これに付随して、今後は、前期高齢者（65～74歳）人口よりも後期高齢者（75歳以上）人口割合が増加していくことになる。1970年には前期高齢者と後期高齢者の割合はそれぞれ5,0%と2,1%であったが、2006年には、両者の割合はそれぞれ11,3%と9,5%となり、2020年には、両者の割合は逆転し、それぞれ13,6%と14,2%になると見られている。^{注2)}

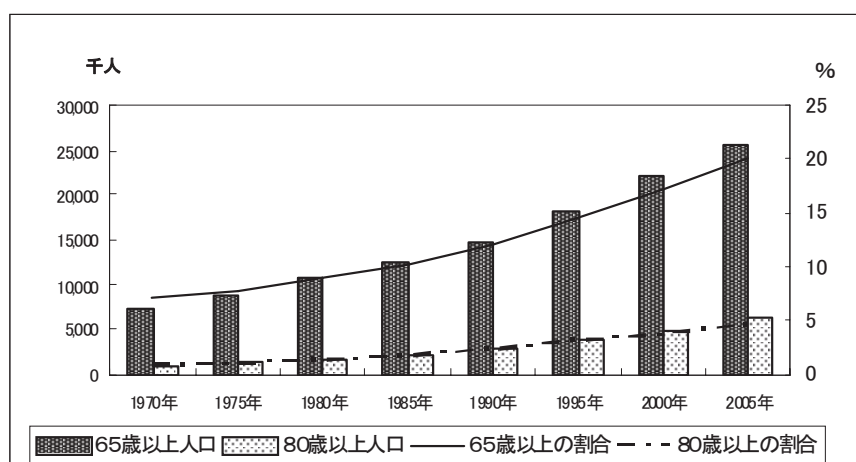


図1 日本における高齢化の進行

資料：総務省統計局『日本の統計2006』より作成

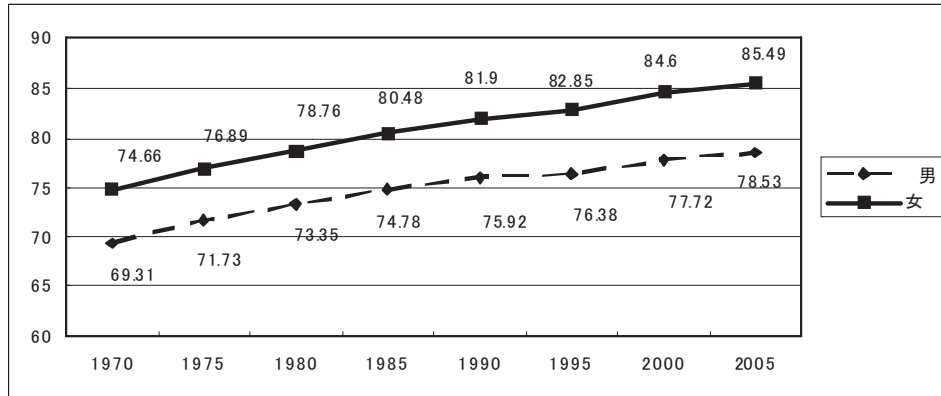


図2 日本人の平均寿命

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部『簡易生命表』より作成

高齢者の増加および高齢化率の上昇にともなって、医療や介護を必要とする人たちの数は増加の一途をたどってきた。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、7年半後の2007年2月年には、439万人となった（介護予防サービス受給者を含む）。65才以上人口2726万人のおよそ16.5%（約6人に一人）を占める。^{注3)}

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。大量に出現すると予測される要介護者に対して、厚生労働省は、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。すなわち、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ようとするものである。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。

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。

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明白である。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、と言えるだろう。医療と介護の連携の必要性が言われて久しいが、今後はその実現に向けて、地域ごとの努力がますます問われていくだろう。

本研究では、このように必要性の増した地域医療・地域ケアシステムの実現における医師と住民の役割を、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と住民の役割をとりあげたい。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やその家族の生活の全容を、知りうる立場にある。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。

2000年4月からの介護保険の導入で高齢者への介護サービスのメニューは準備されてきたが、現実には要介護の高齢者が安心して地域に住み続けることはまだまだ困難であるといわざるを得ない。サービスの量および質の不十分さに加えて、サービス利用者である住民自身が自らの地域での生活の実現への関心や意識が十分に表現されていないという状況がある。高齢者や障害者が安心して地域で生活していくためには、医療と保健・福祉および地域のさまざまな福祉資源が連携・統合されたシステムが不可欠である。これを仮に地域ケアシステムと呼べば、この地域ケアシステムの形成においては、医療や保健・福祉等の担当者や専門職の関与が必要であることは言うまでもない。しかし、それと同等に重要なのは、その地域に生活する住民自身の関与である。住民自身が、自らの人生をまっとうするために地域ケアシステムが必要であることに気づき、その形成に積極的に関与しなくてはならない。ほかならぬ自分自身が生きてきたこの地域で自らの望む人生の設計をすることによってそのシステムの形成に関与しなければならぬ。

これまで地域の住民が真っ先に念頭に浮かべる介護資源は家族と医療機関であった。福祉サービス利用への偏見の強い農山村においては、医療は住民にとって地域ケアシステムを形成する際のいわば突破口であった。住民は地域医療を窓口として地域ケアシステムへと導かれていくのである。すなわち住民は医師や看護師といった医療従事者との接触によって、医療以外の資源、福祉・保健等のサービスの存在やその必要性・重要性に気づくのである。地域ケアシステムの形成に不可欠である住民の積極的関与や熱意を引き出すのに医療従事者は極めて重要な役割を担っているとと言えるだろう。

2. 対象地の概要

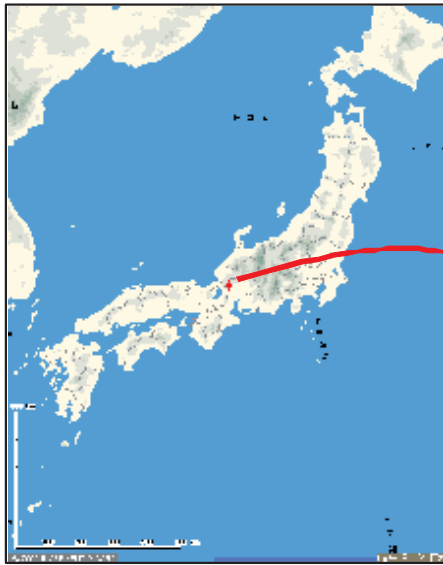


図3 久瀬村の位置1

資料：揖斐郡北西部地域医療センター提供



図4 久瀬村の位置2

資料：帝国書院ホームページより

岐阜県揖斐郡久瀬村（現揖斐川町）は、岐阜県の西北部に位置し、周りを山々に囲まれた山村である。総面積94km²のうち、94%が山林である。久瀬村はかつては木炭の生産地であったが現在はすたれ、杉・ヒノキなどの植林された山々が連なっている。1960（昭和35）年頃から、生産年齢人口の流出が始まり、過疎化の道をたどることとなった。

1955（昭和30）年の人口は3,170人であったが、それ以降は減少し、2000（平成12）年には1,511人、2006（平成18）年には1,349人となった。1955年に比べて58%の減少であり、2000年に比べて11%の減少である。久瀬村は常に全国平均より高い高齢化率を示してきた。たとえば、2000（平成12）年の国勢調査によると、久瀬村の65歳以上人口は329人であり、高齢化率は25.0%であった。（2000年の日本の高齢化率は17.2%であった。）2006（平成18）年における久瀬村の高齢化率は39.0%である。国立社会保障・人口問題研究所によると、2050年の日本全体の高齢化率は39.5%になると推計されている。久瀬村における高齢化の進行は、約40年後の日本を先取りしていると言えよう。

産業構造を見ると、1970（昭和45）年に400戸以上あった農家は2000（平成12）年には100戸を下回った。村民の多くは、第3次産業とりわけサービス業に従事している。村の中央を幹線道路である国道303号線が走っており、この地域の中心都市である大垣市（人口16万6千人）まで30km弱の距離がある。車でおよそ1時間を要する。

久瀬村は、山間部のため、概して冬場は雪が降り、とりわけ山深い集落においては、幹線道路に出るまでに大変苦勞することがある。冬場の屋根の雪降ろしや道路の雪かきは、高齢者にとって大きな負担となっている。

久瀬村は2005（平成17）年1月31日に近隣の4つの町村と合併し、人口26,711人の揖斐川町となった。2006（平成18）年現在の揖斐川町の人口はおよそ2万5千人である。本論文では、基本的に合併前の旧久瀬村を対象地域とし、場合によって合併後の揖斐川町に言及することにする。

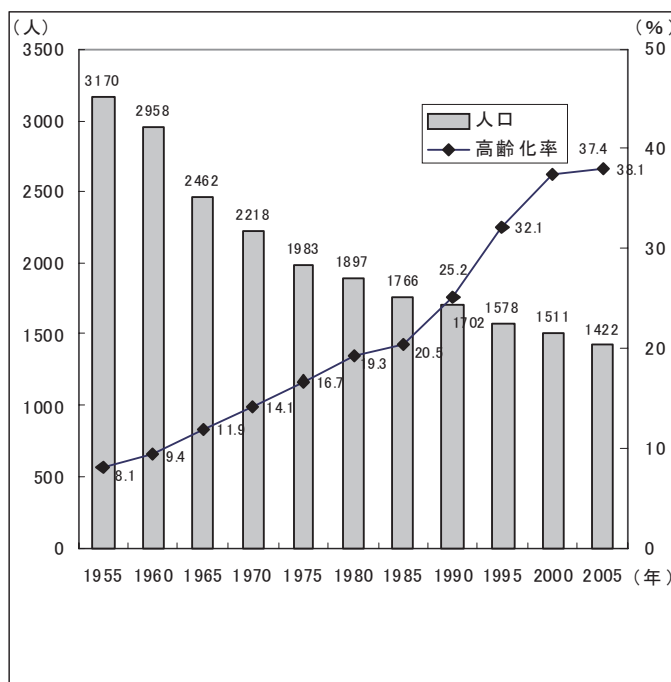


図5 久瀬村の人口と高齢化率の推移
資料：国勢調査より作成



図6 揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」
資料：揖斐川町ホームページより

3. 久瀬村における地域ケアシステムの形成

久瀬村の地域ケアシステムの形成は、1人の若い医師が久瀬村に診療所の勤務医として赴任したことから始まる。この若い医師が、2年間の予定勤務年数を終えても都市の大病院に移らず、医療過疎地であった久瀬村で医療活動を継続しようと決意したことから始まると言ってよい。久瀬村の地域ケアシステムは、その出発から今日に至るまで、医療主導型、医師主導型である。以下に、久瀬村において医師主導型の地域ケアシステムが形成されるまでの歩みを概観しよう。

(1) 前史 医療過疎時代から久瀬村診療所ができるまで：1980年以前

1980（昭和55）年以前の久瀬村は、実質的に無医村といっても過言ではなかった。村に1人の開業医がいたが、高齢であり医療活動が活発に行われていたとは言い難かった。こうした状況は当時の近隣の3つの村（坂内村、藤橋村、徳山村）も同様であった。例えば、徳山村の国保診療所の医師は、高齢である上にはるばる四国から通って来ていた。（月曜の夕方徳山村に着き、金曜の午前中には診療を終え、四国に帰っていった。）この医師が藤橋村の診療所の医師を兼任していた。また、坂内村の医師は、台湾出身の比較的高齢の医師であった。こうしたことから分かるとおり、1980（昭和55）年以前には、当時の久瀬村をはじめ、近隣の村々では、医療環境が整っているとは言い難かった。すなわち、その村に住み、地域の住民の健康に対して責任を持つ医師というものの存在が、長期にわたって欠落していたのである。そのため、当時の揖斐郡の医師会は、この地域に対して週に1～2回午前中に当番の医師を派遣するなどといった対策をとったこともある。常勤の医師がいないというのは紛れもない事実で、実質無医村状態が長い間続いていたのである。地域住民にしてみれば、診察をする医師が毎回毎回代わるので、安心して医師にかかれぬ。一人ひとりの健康や病気を継続して診てくれる医師が欲しいのに、そんな医師は久瀬村をはじめ、近隣の村にもいなかった。村民の間には医療不安が根強くうずまいていた。

加えて、当時の道路状況は極めて劣悪であった。今でこそ2つのトンネルによって町の中心へ快適なドライブができるようになったが、当時はトンネルも1つしかなく、くねくねの山道を用心しながら町へ出なければならなかった。道も細かった。どうせ医師にかかるなら、そしてどうせ悪路を行くなら、少し無理してでも町の大きな病院にかかりたいというのが、大方の村民の考えであった。

(2) 国保久瀬村診療所が開設され、揖斐郡北西部地域医療センターとして出発するまで：1980年～1997年

① 国保久瀬村診療所の開設：1980年

長い間実質無医村だった久瀬村に、国保久瀬村診療所が開設された。医師1人、看護師2人、事務員1人の構成である。初代の医師として自治医大の第1期卒業生が赴任した。自治医大（1972年開校）は、卒業生を出身県の地域医療の現場に配置するという政策的な目的で開設された大学である。その第1期卒業生の1人が、久瀬村診療所に配属された。ちなみに、このとき岐阜県に配置された自治医大の第1期卒業生の残りの2人は、白川村と東白川村にそれぞれ配属された。いずれも、約2年間任地で地域医療に携わることが期待されていた。この初代の医師は、久瀬村で手探りの医療・診療活動に励んだのち、所定の2年間の久瀬村診療所の勤務を終えて久瀬村を去った。

② Y・T医師の就任およびその後の4年間：1982年～1986年

初代の久瀬村診療所の医師が転出した後、2代目の診療所の勤務医として、1982（昭和57）年に赴任したのが、Y・T医師である。彼の赴任を期に、久瀬村診療所は久瀬の住民にとってなくてはならぬ医療機関と変貌していく。この新任の医師は、当時20代後半の若さであり、自治医大を卒業して、2年間岐阜県における中核的医療機関である県立病院で研修を終えたばかりであった。

Y・T医師によると、当時の村の住民は彼を怪訝な目で見ているという。「なぜよりによって、こんな過疎地に医師が来るのか？」。医師や医療への期待値が低く、診療所や診療所の医師に対する信頼感はあまり無かったという。診療所に診察を受けに来るのは、高齢者か子どもがほとんどで、しかも、風邪や血圧測定などの軽微な症状の患者にほぼ限定されていた。外来で日中診察する患者はあまり多くなく、20人からせいぜい30人であった。村民は大きな病院でないと良い診療は受けられないと

思い込んでいたと思われる。住民は、整備されていない劣悪な道路を利用してでも、麓の比較的大きな病院に通っていたのである。

新任の若いこの医師は、1982（昭和57）年に久瀬村診療所に赴任すると同時に、久瀬村に住んだ。診療所の2階が医師の住宅であった。日中の外来ではあまり患者が来ないのに、夜間になるとよく患者が来た。診療時間は夕方の5時ととくに終わっているのに、診療所の2階の医師の住宅に夜になって患者が来るのである。ひと月の半分以上（15夜以上）に、夜間の診療・往診が求められた。赴任して3年間は、昼間の外来患者は20人から30人なのに、夜間に診察を求める人が数多く来たのである。当時の状況を考えれば、住民がふもとの町の病院で夜間に診てもらうのは極めて困難であった。第一、多少体調が悪くても日中働かざるを得ないのが当時の住民の実情であった。第二に、やっと診察を受ける時間がとれたとしても夜間診療をしてくれる医療機関が無い。さらに久瀬村の悪路という条件を考えれば、町の病院へ夜行くのは危険でさえある。そこで、いわばやむなく、住民は、夜間、診療所を訪れたのである。Y・T医師はこれらの患者を丁寧に診察した。

Y・T医師が久瀬村診療所において、住民にとってなくてはならぬ医師としての信頼を得つつあったときに、彼は岐阜市の大規模医療施設に転任するように要請を受けた。そもそも、自治医大の卒業生として、2年間の僻地医療を経験することが義務付けられていたとしても、初任地に居続けることは予定されていなかった。当時、2年あるいは3年の任期を終えれば次の任地へ廻るのが暗黙のルールであった。彼は、研究・研修環境の整った新しい任地へ赴くべきかそれとも久瀬村にとどまるべきか大いに悩んだという。赴任3年目、試行錯誤のなかでやっと医師と住民の間に信頼関係が形成されつつあった時期であった。村の人々の暮らしが分かりかけ、村人の名前と顔が一致し始めた頃であった。結局、彼は、久瀬村診療所にとどまる決心をした。腰を落ち着けて久瀬村で医療活動に従事したいと思ったからだった。

③ 地域住民のための診療活動への努力：就任5年目から10年目まで（1987年～1992年）

面白いことに、Y・T医師が診療所で働き始めて5年目くらいから夜間診療を求める人の数が、急激に減少した。夜間診療が求められる回数は、ひと月のうち5夜もないほどになった。彼によると、最初の3～4年間は住民が新しく着任した若い医師を信頼に値する医師であるかどうかを試していた時期であったらしい。彼が最初の3、4年間に度重なる夜間診療の求めに応じて、誠実に対応したことによって、彼に対する住民の態度が変化してきた。住民の医師を見る目が変わってきたのだ。住民は、彼の医療者としての高い技術と誠実な人柄を評価したのである。いったん医師と住民の間に信頼関係が形成できると、夜間に診察を求められることが大幅に少なくなった。村人たちは、「朝まで待つようになった」。たった一人の医師を、「夜昼こき使ってはかわいそうだ」「夜間・休日には医師を休ませてあげよう」という気持ちが村人のなかに生じたのである。平行して、外来の患者の数が増加した。村人は、診療時間を守るようになった。風邪や血圧管理などの軽微な症状の患者ばかりでなく、重篤な患者も診察を求めて久瀬村診療所を訪れるようになった。外来の患者は、5年目から急増し、一日40人から50人を数えるようになった。彼の赴任したての頃の倍の人数である。さらに、患者たちは診療所のある集落より川下の集落からもさかのぼってやって来た。「患者と魚はさかのぼらない」の言い伝えがあるにもかかわらず、また道路状況が劣悪であるにもかかわらず、患者は久瀬村診療所を目指して道を「さかのぼって」やってきたのである。

こうした住民の信頼と期待に応えようと、Y・T医師は診療活動にさまざまな工夫をすることとなった。

たとえば、まず、就任5年目から「夜間診療」を制度化した。毎週木曜日夕方の5時から7時までを夜間診療日とすることによって、夜間にしか診察を受けられない住民の便宜をはかった。

次に、地域の住民の多様な医療ニーズに対応するために新たな技術を習得した。一例を挙げると、

この地域の住民にもっとも多い病気といえば、当時も今も腰痛や膝痛といった関節の病気である。Y・T医師の専門は消化器であったが、腰痛や膝痛の治療技術を習得するために、都市の中核病院で研修し、整形外科の技術を習得した。研修の日には診療所には他の病院から医師を派遣してもらう手はずもつけた。

患者のニーズに最大限応えようとする若い医師の基本的姿勢と高水準の医療技術を住民は高く評価したのである。その分、彼はたった一人の村の診療所の医師として、外来・往診・夜間診療・夜間の呼び出しなどに対応するため、多忙きわまる生活を送ることになった。

④ 地域医療、地域ケアシステム形成への模索：1992年～1999年

久瀬村診療所に就任して、外来・往診による地域住民の診療に没頭してまもなく、Y・T医師には住民の新たな医療ニーズ、生活のニーズが見えてきた。そのきっかけは、外来・往診だけでは対応しきれない多くの在宅患者の存在であった。往診すると、床ずれを作ったまま寝たきりの高齢者が昼間ひとりポツンと寝ている。障害をもった高齢の女性が閉じこもっている。怪我のキズが治って退院してきた男性が、生活していく経済的基盤がなくて精神的に打ちのめされている、等等。しかもこうした人々の数は年々増えこそすれ減っていかない。

Y・T医師は、医師と患者の間に信頼関係があっても、医師の診療だけではどうにもならないという事実を日々突きつけられた。彼によると、「在宅で救えない患者がたくさんいた。」「信頼関係があっても終末期の患者を看取ってあげることができなかった。」在宅患者の家族に、親の看病・介護をやってくれといっても無理があることが分かってくる。まず、絶対に介護をしない子もいる。次に、子のない人もいる。介護をしようとしても無理な家族構成の場合もある。荒れ果てた住宅にひっそりと暮らす高齢者がいる。認知症や身体不自由のためボヤを出して、病院に送られて、3ヶ月で死亡した人もいた。こうした人たちが彼の往診を待っていたのである。

Y・T医師は、久瀬村の住民が、住みなれた地域のなかで最後まで暮らすには、入所施設が必要であると考えに至った。すなわち、往診ではもはや対処しきれない患者、在宅で家族による看護・介護が困難な患者、こうした人々を受け入れる施設が必要であると考えたのである。外来と往診で対応するのが彼のめざす地域医療であったが、往診による在宅診療だけではどうしても対応しきれないケースが増え過ぎた。それなら在宅で看きれない患者が入れる施設を作るしかない。どのような施設を作るかということになると、一つには、特別養護老人ホームのような福祉施設を作る可能性もあった。しかし、Y・T医師は老人保健施設をつくろうと決めたのである。その理由は、医師として、地域の患者に接してきた者として、あくまで地域での医療活動の延長としての施設を作りたかったのである。そうすると、老人保健施設がもっとも適切な選択肢であると考えられたのである。

病気や障害があっても、住民が地域のなかで暮らし続けることが出来るようにサポートする医療体制、これが彼の考える地域医療体制である。そのためには、在宅で面倒を看きれない患者が入所できる施設が不可欠であると考えられた。外来、往診・在宅、そして施設という3本柱による医療システムによって地域住民の医療ニーズ（その中には介護ニーズもかなり含まれている）は満たされるはずであった。しかしこうしたシステム作りは、なかなかスムーズには運ばない。彼のこうした地域医療構想が現実化するには多くの困難が待っていた。

表1 久瀨村診療所 利用者の変遷

久瀨村診療所利用者数	利用者	診察日数	日平均
1989（平成元）年度	17,344人	246日	70.5人
1990（平成2）年度	18,185	241	75.5
1991（平成3）年度	19,960	242	82.5
1992（平成4）年度	19,725	240	82.2
1993（平成5）年度	18,033	245	73.6
1994（平成6）年度	17,673	246	71.8
1995（平成7）年度	16,987	245	69.3
1996（平成8）年度	16,450	246	66.9
1997（平成9）年度	15,558	244	63.8
1998（平成10）年度	15,473	245	63.2
1999（平成11）年度	15,663	244	64.2

資料：久瀨村役場「久瀨村村勢要覧 資料編 平成13年」より作成

⑤ 揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の設立

ここで、Y・T医師が久瀨村診療所に赴任した頃からの在宅患者の様子を垣間見てみよう。彼は赴任当初、年間およそ100日の往診をした。往診先のおよそ9割が高齢者であった。定期的に往診するのは20人から30人である。そのなかには、寝たきりの人もいた。赴任した1982（昭和57）年には、久瀨村に15人の寝たきりの高齢者がいた。うち半数が老老介護であった。寝たきりの高齢者の症状にほぼ共通していたのは、①オムツをしており、多くの場合、オムツが濡れている ②床ずれがある ③低栄養である、の3点である。しかも家族はさまざまな問題を抱えていた。老老介護の場合は介護力自体に限界があった。介護を進んでやろうとしない家族もあった。家族にはそれぞれの問題や歴史があるので、こうした家族を説教してもはじまらない。そうしたことは医師の役割でもない。どんなに医師が家族に向かって「オムツを交換してください」とか「体位を交換してください」といっても、それが出来ない家族が実際に存在する。こうした厳然とした事実があり、しかもそのケースは増加していく。医師として、また、人間として極めて残念な事態ではあるが、それでも家族を「責めるわけにはいかない」。家族を責めて解決できる問題ではないことに若い医師は気づいたのだった。このような劣悪な介護環境におかれた高齢者はじきに亡くなっていった。彼によると、その死は、とうてい「尊厳のある死とはいえなかった。」不思議なことに、こうしたケースが増えていく割には、在宅寝たきり患者の数は一定であった。年間を通して15人から20人の間であった。つまり、それだけこうした在宅寝たきりの患者たちは次々に死んでいったと考えられる。

Y・T医師は、常々住民に手厚い医療を行ってきた。「脈を取って欲しい」といわれれば夜中にも患者を往診した。しかし、寝たきりが増え、在宅介護力の薄い家族の手にその介護が委ねられると、それをカバーするほど在宅での手厚い医療、訪問医療をする余力は彼には（そしておそらく、他のどんな医師にも）なかった。

病気の寝たきりの高齢者はよく村の外にある大きな病院に入院した。入院すれば住み慣れた村を離れなくてはならない。しかし、多くの住民は「この村で暮らしたい」と医師に訴えた。「村の中で、信頼するY・T医師に脈を取ってもらって死にたい」ということである。

当時、この住民の願いを実現するには二つの方法があったと考えられる。一つは、在宅福祉、在宅サービスを充実させることである。もうひとつは、村の中にこうした高齢者が暮らせる何らかの施設をつくることである。前者に関して言えば、当時の久瀨村の在宅介護力はそれほど高くなかった。

1997年度の岐阜県の調査によると、当時の久瀬村の公的な在宅介護サービス力は県の平均程度^{注4)}であったが、寝たきりの高齢者の生活を支えるには不十分なサービス量であった。在宅介護サービスの充実を待っているのはいつになるか分からない。待ってられない。それほど在宅寝たきりに高齢者数は増加していたのである。二つ目の選択肢として、彼は老人保健施設を選んだ。診療所と同じ敷地内に建てれば、医師が敷地内に常駐・対応できるからである。彼によれば、「緊急避難的に施設でのケアを提供することを選択した」のである。

彼はまず久瀬村役場に老人保健施設を中核とした地域医療構想を打診した。しかし、1995（平成7）年当時、久瀬村の寝たきり高齢者はおよそ20人であり、50床の老人保健施設を作るには数が足りなかった。また、人口わずか1500人程度の小村でこれを建設・運営するには財政的に問題がありすぎた。そこで、次善の策として、近隣の3村と合同で老人保健施設を建設し、運営するという案を提案した。4村の首長や行政の幹部、および医師たちによって医療保険サービス協議会を立ち上げ、4村に共通した医療サービスの充実のための方策を協議したのである。4つの首長たちの理解はさまざまであり、地域医療に関してかなりの温度差がみられたという。結局「山間部の住民のための医療と介護のためのベッドが必要」という共通認識におちついた。どこに老人保健施設を建設するか、建設費用の4村での負担割合、入居者の村別割合、管理運営方法などが4村で話し合われたのである。4村の首長や幹部だけでなく住民にも説明をしなければならない。1994年から1996年にかけて、関連する村の集落で計30回にわたる説明会が行われた。夜7時から9時まで、あるいは10時まで、医師、役場職員と村民の話し合いが延々と続けられたのであった。

長く続いた話し合いの結果、自治医大系の社団法人「地域医療振興協会」が運営する揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」が久瀬村に設立されることになったのである。

表2 久瀬村とその近隣3村の人口と高齢化率の推移

	1995年		2000年	
	人口 人	高齢化率 %	人口 人	高齢化率 %
久瀬村	1,579	31.2	1,511	37.4
春日村	1,937	32.1	1,722	38.6
藤橋村	507	22.9	502	26.5
坂内村	721	39.5	663	48.6

資料：国勢調査資料より作成

表2にあるとおり、久瀬村に限らず、周囲の3村も急速に高齢化が進行しつつあった。人口の減少は、多くの場合、介護するはずの家族員の転出を意味していた。どの村でも高齢者の介護問題は、きわめて緊急かつ重要な課題であった。

1997（平成9）年には、久瀬村に揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」建設が着工され、翌1998（平成10）年には完成した。「山びこの郷」は久瀬村の中心に位置している。久瀬村役場や農協と地続きであり、近くに商店もある。

（3）揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の開設から今日まで

揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」が開設されてから久瀬村の医療体制は大きく変化した。Y・T医師の地域医療への理念の一部が現実化すると同時に、急激な高齢化によるさまざまな問題・課題が明らかになってきた。手短かに概要を述べよう。

表3 揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の概要（1998年当時）

1. 施設構成	診療所, 老人保健施設, 在宅介護支援センター, レクリエーション施設
2. 診療所	病床数10床, 一般内科, 在宅診療, 訪問看護
3. 老人保健施設	入所定数50人 通所定数10人 認知症老人15人 ショートステイ
4. 運営形態	管理運営委託 開設=久瀬村 管理運営=協会 開設者は久瀬村ではあるが, 実際は揖斐郡北西部4村(久瀬村のほかに藤橋村, 坂内村, 春日村)の共同開設
5. 開設年	平成10(1998)年
6. 職員数	37人(うち常勤医師2人)
7. へき地医療のネットワーク	北西部4村の各診療所がお互いのチームワークを発揮したネットワークで, 北西部全体の地域医療の質の向上を目指している。

資料：地域医療振興協会ホームページ及び聞き取りによる



図7 揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」

資料：地域医療振興協会ホームページより

① 第1期 Y・T医師が揖斐郡北西部地域医療センター長をつとめた時期：1998年～2003年

a. 地域ケアのシステム化への模索：個人プレーから連携プレーへ

表3から分かるとおり、久瀬村の医療・介護は揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」が誕生することによって大きく変わった。複数の専門職が医療と介護に携わるようになった。医療職に限っても1998年3月31日まで、すなわち久瀬村診療所の時代には、医師1人、看護師2人、事務職1人であった。揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」が開設されてからは、常勤の医師2人、看護師4人、事務員2人と2倍になった。医療職にとどまらず、新たに介護職も登場した。老人保健施設に入所した50人の高齢者のための介護職、リハビリテーションのための理学療法士及び作業療法士など総計37人の職員が、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の新たな専門職として重要な役割を果たすことを期待された。

センター長となったY・T医師が直面したのは、複数の専門職、とりわけ医療と介護の専門職の間の連携をいかに実現するか、という問題であった。たかだか5人の医療専門職のみの集団だった久瀬村診療所は、その7倍強の37人の職員を要する大きな組織となったのである。

医療部門では新たに、地域医療への理念と行動力をもつY・M医師が常勤の医師として揖斐郡北西

部地域医療センター「山びこの郷」に就任した。当時30代前半の若さであった。2人の医師は、地域医療・地域ケアの実現を目指すという点で共通した理念を有していた。2人は、3部門すなわち、診療所の外来、往診（訪問診療）、老人保健施設での診察を共同あるいは分担して行った。Y・T医師にとっては、それまでずっと気になっていた在宅で医療・介護を十分に受けられなかった人々の生活を、老人保健施設でとにかく見守ることができるようになった。打ち捨てられた家屋で、ぼつねんと寝たきり状態で過ごしていた高齢者が、新たに施設の中で生活に必要な条件を与えられることになったのである。

医療と介護・福祉の連携は、緊急の課題であった。Y・T医師は地域医療の専門家ではあるが、介護・福祉の専門家とはいえない。老人保健施設は、医療と介護の双方のサービスを提供する施設である。Y・T医師は、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の責任者として、その双方のサービスに責任を持つことを期待された。地域医療のエキスパートとして、また現代医療の専門家としての実力を持ち、研鑽を積んだY・T医師にとって、施設における介護の専門性や望ましい介護のあり方は、未知の分野であった。老人保健施設における介護がどのようなものであるべきか、またそのための介護職員の研修や学習をどう実現していくべきか、さらには医療職との有機的な連携はいかにあるべきか、こうしたことは初代センター長としてのY・T医師に降りかかってきたのである。換言すると、センター長として、Y・T医師は職員37人一人ひとりの専門職としての能力や個性を見極め、各専門職に応じた仕事を十分やってもらえるような環境や組織運営の責任を負うことになったのである。管理者・運営者としての役割を担うことになった。

b. 地域医療を目指す研修生の受け入れ

揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」は社団法人地域医療振興協会の運営施設の1つであり、地域医療振興協会の事業の目的は、「いついかなるときでも医療を受けられることの安心を、すべての地域の方々にお届けする」ことであり、「地域に望ましい保健医療とは何かを視野に入れ、より安定した質の高い地域医療の確保」に取り組んでいる（地域医療振興協会のホームページより）。この理念は、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」が開設される前の久瀬村診療所勤務医時代から、Y・T医師が強く持っていたものであった。地域医療を志す若い研修医の受け入れは、久瀬村診療所時代からY・T医師が行ってきたことである。組織が変わり、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」となってからは、さらにこの事業に熱意を注ぐことになった。例えば2002（平成14）年度には、医師8人、医学生29人、理学療法士13人、ヘルパー20人、計70人の研修生を受け入れている。これらの研修生は、二人の常勤医師と同行し、地域の患者の家を訪問したり、老人保健施設の中で入所者の診察や介護に携わったりした。揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」でこうした研修を経験した若き研修医が、後になって、久瀬村に帰って来てセンターの常任医師となる例も出てきたほどである。地域医療の現状と課題を現場で学んでもらうこの取り組みは、Y・T医師によって始められたが、次のセンター長のY・M医師へ引き継がれている。

c. 課題

初代センター長であるY・T医師の地域医療に対する熱意、すなわち「住み慣れた場所で病気になっても、障害をもって暮らし続けたい、という住民の要望に可能な限り応えたい」という高い理念に端を発して、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」が開設された。これは、久瀬村及び近隣の3村にとって、画期的な出来事だったといえよう。病気がひどくなったり、自宅で十分な介護が受けられなかったりして惨めな環境の中で毎日を過ごしていた人たちにとって、まさに福音といえたであろう。住み慣れた久瀬村に新たに作られた近代的な新しい建物（老人保健施設）の中で、治療・介護を受けられるのである。しかも、入居する前から自分を診てくれていた信頼できる医師が敷地内に

常駐しているのである。

医療と介護を求めて老人保健施設に入居を希望する地域の高齢者の数は増加の一途をたどった。このためY・T医師がセンター長であった1998年から2003年の間にすでに入居希望者に対し受け入れ能力が不足することとなった。この問題の解決はそう簡単ではないことがのちに判明することになる。

先にも触れたが、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」における複数の部門間の協力と連携の課題が残された。医療と介護・福祉の間の連携、施設介護と在宅介護の質の向上が次の課題として浮かび上がってきたのである。

Y・T医師が「山びこの郷」の開設と運営に心血を注ぎ、その行く末に一方ならぬ関心を注ぎ続けていることは、言うまでもない。彼は、2003（平成15）年4月にセンター長を退任するときに、次のようにあいさつをしている。彼の心情が伺われる。

早いもので、山びこの郷が開設されて、丸5年が経過しました。おかげさまで、施設は順調に推移し、地元の皆さんにいくらかでも役に立てたことは、私としても施設を立ち上げた当事者として、本当に良かったと自負しております。…（略）…久瀬村に赴任してから、通算すると今年で丸20年、私にとっての久瀬村はふるさと以上の思い入れがあります。これからも、Y・M先生をお助けしながら、地域の皆さんのお役に立てるよう、頑張ります。

資料出所：揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」 機関紙「山びこの郷」 NO.60

平成15年6月1日発行

② 第2期 2代目のセンター長（Y・M医師）になってから現在まで：2003年～2008年

Y・T医師は揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の開設以降も、精力的に診療所での診察、老人保健施設での診療、あるいは在宅の患者への訪問診療などに精力的に活動していたが、次第に、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の運営母体である社団法人地域医療振興協会の本部（東京）の仕事に従事する機会が増えていった。そのため次第に、週1回しか久瀬村での診療を行えない状況になってきた。これにともない、開設以来、Y・T医師とともに揖斐郡北西部地域医療センターで地域医療の実現に努力を続けてきたY・M医師が2代目のセンター長に就任した。2003（平成15）年4月1日のことである。

Y・M医師はセンター長就任のあいさつのなかで、自らが重点的に取り組む課題を、以下の7点にわたって述べている。

- a これまでのセンターの取り組みをふりかえる（検証）
- b 地域の皆様からの声に耳を傾けて、地域のニーズを理解する（傾聴、ニーズ）
- c どんどん地域へ出かけて行き、多くの方に話を聞いていただく（出前）
- d 職員教育を充実し、提供しているサービスの質の向上を図る（質）
- e Think globally, Act locally.（グローバルに考えて、地域で実践）
- f 「地域の中での教育」を推進して、当地から情報を発信する（教育）
- g さまざまな方々と協力して活動する。（ネットワーク）

資料：揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」 機関紙「山びこの郷」 NO.60 平成15年6月1日発行
次期センター長のこうした基本的な取り組みが、具体的にどのように久瀬村で展開され、どのような課題に直面しているかを、次の章で見ていくことにしたい。

4. 久瀬村における地域ケアシステムの展開過程

(1) 緊急な課題：老人保健施設が常に満床で、新たな入所希望者を受け入れられない状況の出現

1998（平成10）年の開設から今日まで、地域医療センターが果たしてきた役割は、きわめて大きかった。とりわけ、老人保健施設（定員50床）は、在宅介護に行き詰った高齢者、寝たきりの住民にとって、地域を離れずにこの地に住むことのできる、ほとんど唯一の選択肢であった。しかし、福祉資源・介護資源の不足したなかで登場したこの老人保健施設は、開設と同時に新たな問題を抱え込むこととなった。老人保健施設に久瀬村をはじめ近隣3村の要介護者が殺到し、老人保健施設が本来果たすべき役割（3ヶ月をめどに、リハビリなどを通して、障害を持った高齢者を家庭に帰すという役割）の遂行が困難になってきた。本来なら、一人ひとりの病状や要介護状態に合わせて、各人が選択できるような多様な医療・介護サービスが地域において十分用意されることが必要である。しかし、現実にはそのような選択肢が乏しいため、じきに、その地域に唯一存在している医療センター内の老人保健施設に要介護者が殺到することになったのである。入所者の入所期間は、押しなべて長かった。老人保健施設が開業した1998（平成10）年度には、50床すべてふさがった。入所者中49.5%、つまり半分が、久瀬村の住民であった。

2002（平成14）年の段階で、50人の入所者中4年以上入所している人は11人に上る。同じく3年以上入所している人は9人、2年以上入所している人は6人であった。それに比べて1年未満しか入所していない人は3人とどまった。久瀬村をはじめ近隣3村の村々の住民が、いかに医療・介護施設を求めているか、安心して住み続ける施設を欲していたかが分かるだろう。

表4、表5、図8及び図9は、2004（平成16）年の久瀬村における介護保険の利用状況を示したものである。（久瀬村は2005年1月31日に合併し、揖斐川町となった。これらの資料は、合併直前の久瀬村としての最後の公的な資料である。）それによると、2004（平成16）年12月の久瀬村の高齢者人口は573人で、高齢化率は40.7%であった。介護保険の認定者は72人であり、65歳以上の高齢者に占める割合は12.6%、およそ8人に1人が認定を受けている。介護が必要な高齢者が、それだけいたということである。ただし、実際に介護保険を利用した人は67人とどまっており、これは介護保険を申請した人の93%に当たり、65歳以上人口の11.7%に当たる。

介護保険を利用した人のおよそ6割（39人、57.4%）が、サービスを利用しながら在宅で暮らししており、残りの4割強（29人、42.9%）が施設に入居していた。さらに、施設入居者のおよそ8割が介護老人保健施設（老人保健施設）に入所していた。すなわち、久瀬村の老人保健施設に入居していたのである。残りの2割強（22.6%）が、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に入居していた。特別養護老人ホームは久瀬村にはないので、これら特養への入居者は、久瀬村を離れ他市町村にある特養に入居していたと考えられる。

表4 久瀬村における介護保険の利用状況（2004年12月）

人口	1,408人
65歳以上人口	573人
高齢化率	40.7%
介護保険認定者数	72人
介護保険需給（利用）者数	67人
受給率	93.1%

資料：「岐阜県統計書」および久瀬村役場資料

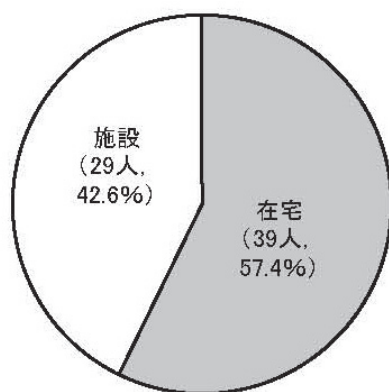


図8 久瀬村における介護保険利用者の内訳 (2004年12月) 資料：久瀬村役場

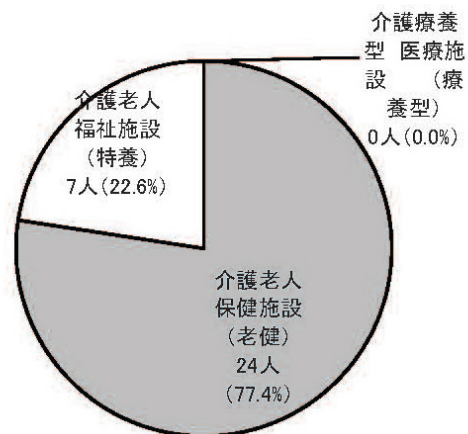


図9 久瀬村における施設サービス利用者の内訳 (2004年12月) 資料：久瀬村役場

表5 久瀬村における施設サービス利用者の内訳 (2004年12月)

施設	利用人数 人	構成比 %
介護老人保健施設(老健)	24	77.4
介護老人福祉施設(特養)	7	22.6
介護療養型医療施設(療養型)	0	0.0
合計	31	100.0

資料：久瀬村役場資料

先述した通り、老人保健施設への入所者の入所期間は極めて長かった。開業して以来ずっと入所を続けている人も2004(平成16)年の時点で、入所者50人の2割強を占めていたほどである。こうなると、新たに老人保健施設に入所しようとする人は、すぐには入れない。入所希望者に対して、老人保健施設の収容能力が追いつかない状態であった。こうした状況は、在宅で介護を受けながら、老健への入所を辛抱強く待っている高齢者とその家族に、不満を抱かせることになった。介護に疲れ、入所を希望しても数ヶ月あるいは年単位で待たなければならないとすれば、一体誰のための施設であるのか、という不満である。

ところが、すでに老健に入所している人やその家族の言い分は異なっていた。彼らにとって、老健は「終の棲家」と理解されていた。死ぬまで安心して医療・介護サービスを受けることのできる施設と理解されていたのである。このため、長期入所者に退所を要請したとしても、とうてい理解されなかった。老健の開設の前から、また開設当初において、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」から地域住民が受けていた説明は、「終の棲家としての老人保健施設」であった。入所できた住民にとって、途中で退所しなければならないというのは、受け入れがたいことであった。

こうした事態には、2つの背景があったと考えられる。

1つは、久瀬村及び近隣の3村の高齢化のスピードが予想以上であったということである。1990(平成2)年には25.2%だった久瀬村の高齢化率は、5年後の1995(平成7)年には32.1%、さらにその5年後の2000(平成12)年には37.4%にも達したのである。これにともなって、介護を必要とする高齢者も大幅に増えた。家族構成の変化に伴って、在宅介護に限界を迎える高齢者の数も増加の一途をたどったのである。こうした要介護者をすべて老人保健施設に受け入れることは、とうてい不可能であった。

もう1つの背景は、老人保健施設の実際の運用についての規制が、時代の変化とともに大きく変化したことである。そもそも、初代センター長となったY・T医師が久瀬村に老人保健施設をつくらうと思ったのは、在宅介護難民のための「緊急避難的なケア施設」がどうしても必要だと判断したからである。彼がそう判断するに至ったのは、1990年代早々のことであつたと思われる。この頃は、老人保健施設についての厳格な運用規定が現実には存在せず、老人保健施設は第2の特別養護老人ホームとして位置づけられることが実際には多かつた。「老人保健施設に入所し、3ヶ月をめぐりに退所し、自宅へ帰る」ことは、当時は老人保健施設の入居者にとって、あまり厳格に適用される規則ではなかつたのである。Y・T医師は、こうした状況の下で老人保健施設を開設することに踏み切つたものと考えられる。

しかし、状況はその当時と大きく変化した。押し寄せる大量の入所希望者の前に、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」は、否が応でも対応を考えなければならなくなつた。とはいえ、この問題は、ひとり揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の抱える問題ではないはずである。役場・行政をはじめ、住民自体が、現状を分析し、いかなる対応策が必要かを考え、実行にうつす必要があつたのである。役場・行政、住民には、そうする義務と責任があつたはずである。しかし実際には、両者はともにその対応を、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」に、実質的には二人の医師に全面的に負わせてしまったと言つてよい。

こうして、二人の医師は、施設運用の見直しを断行せざるを得ない状況に置かれたのである。



図10 デイサービスセンターでの活動状況

資料：揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」 機関紙「山びこの郷」NO.106 平成19年4月1日

(2) 住民への啓発活動

揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の開設の目的は、住民が高齢・病気・要介護状態になつても、慣れ親しんだ地域で住み続けられる条件を整えることであつた。診療所や老人保健施設、デイサービスセンターなどの建物・施設の整備は、そのための必要条件の一つである。在宅サービスを利用して、在宅生活を可能な限り継続するために、在宅介護支援センターも必要となる。こうしたサービスメニューは、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の開設によって、整えられた。しかし、こうしたサービスメニューが揃つたからといって、高齢・病気・要介護の高齢者一人ひとりの生活が、自動的に守られ、保証されるわけではない。福祉とは、「生まれたときから、人生が終わるまで、その人がその人らしく生きてゆける条件が整っていること、一人ひとりが自分で考えて、自

分で決める力を持って、自分の人生を豊かにする能力を育てること」(石原美智子による福祉の定義『ユタカノキ』2004年)^(註5)だとすると、施設や制度ができただけでは、福祉を実現するための半分の条件しか存在していないことになる。あとの半分が、施設や制度の存在と同じくらい重要である。すなわち、人々が自らの考えや判断にもとづいて、自らの人生を決定し、その決定に責任を持つ、ということが重要なのである。自らの人生の終りに近い時期に現れる、老いや病気や介護の必要な状態に対して、自分自身がどのように対処するのか、対処できるのか、対処できないとすれば、どうすればよいのか。そうしたことを毎日の生活のなかで、考え、実行する人間の存在が、福祉の実現に不可欠であろう。福祉の対象であり、同時に福祉を担う主体はあくまで人間であり、自らの人生を自らの願いにできるだけ近づけようと努力する人間なのである。こうした住民の主体的要因を欠いては、地域医療、地域ケアシステムは、内実のないものになってしまう。

二人の医師は、地域医療、地域ケアシステムの欠くべからざる主役としての住民の主体的参加を早くから求めていた。医師や行政や家族に丸投げするのではなく、住民一人ひとりが、他ならぬ自分自身の人生の終わり方についてのイメージ、設計図、選択肢を持つことの必要性を痛切に感じていた。死に至るまでにかかなりの確率で自分の人生に生じてくる出来事、例えば、病気、認知症、身体的・精神的障害、独居生活などに、自分ならどう対応したいのか、あるいはできるのか、その対応にはどのような方法や資源を動員できるのか、もし対応できないとすれば、対応できるようにするために、今、誰とどのように相談・協力しながら実現しなければならないか。こうしたことは、住民一人ひとりのいわば人間としての責任であると考えられる。これを、住民自らが考えたり、決断したりすることを放棄して、家族や医師や行政に丸投げ、つまり責任の転嫁をしても、事態は少しも良くならないばかりか、むしろ混乱する。住民一人ひとりが自らの人生の計画の主体となり、曖昧なままにされている自らの老後、とりわけ、死に行くまでのプランを立てる試みをしない限り、その人にとって必要なサービスの選択肢が明確に見えてこない。一人ひとりが自らの希望する生の終わり方についての譲ることのできないイメージやプランがなくては、医療者も介護者も限られた資源の中でその人に対して適切で効果的な援助ができないのである。

地域の施設介護の中心である老人保健施設の役割・機能についても、住民に正しく理解してもらう必要がある。久瀬村の老人保健施設に限らずどこの老人保健施設であっても、老人保健施設というものは「終の棲家」ではなく、病院に入院していた高齢者が、自宅復帰に向けて機能回復訓練を行う「中間施設」であること、したがって老人保健施設に入所して最期までそこで暮らす、という人生設計図はもはや描けないこと。医師たちは、さまざまな機会を通してこれらのことを住民に説明し、理解してもらい、対応を考えてもらう必要があったのである。村の老人保健施設を、暫定的な「駆け込み寺」として短期的に利用しながら、在宅介護生活をできるだけ円滑に送れるような住民の生活プランを描いてもらい、そのプランの実現に医師をはじめ揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の専門職グループが協力したい、というのが二人の医師の基本的なスタンスとなった。

揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の医師たちは、住民の主体的意思決定を促すために、さまざまな活動を行うこととなった。住民への啓発活動の代表的なものを、次に挙げたい。

① 講演・勉強会・寸劇など

図11および図12は、認知症になった住民を主人公とした寸劇の一コマである(平成16年)。医師や看護師、介護職員などが主人公(おばあさん)や主人公を取り囲むさまざまな人物たち(家族、近所の人、民生委員など)に扮し、認知症への対応を住民に考えてもらうことをねらっている。劇団「山びこ一座」は、在宅介護支援センターの職員で構成されており、村内を「どさまわり」している。1話に続いて、2話、3話と続いた。こうした寸劇による「人生設計を考える仕掛け」は、形を変えて今日も行われている。寸劇は多くの場合、勉強会と組み合わせて行われており、医師をはじめ専門家に

よる講話や相談受付が行われている。



図11 寸劇1

資料：揖斐郡北西部地域医療センター 機関紙「山びこの郷」NO.74 平成16年8月1日



図12 寸劇2

資料：揖斐郡北西部地域医療センター 機関紙「山びこの郷」NO.74 平成16年8月1日

② 広報誌「山びこの郷」の発行

揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の広報誌『山びこの郷』は、創刊以来2007年には100号を超えた。毎月1回刊行されるこの機関紙には、「山びこの郷」に関するさまざまな情報が盛り込まれている。老人保健施設内の様子、診療所の外来担当医師、夜間休日の連絡先、職員の紹介、健康管理の秘訣、施設を訪ねてくれた小中学生の感想などがある。とりわけ、医師の所信表明、問題提起、運動活動方針などの表明は、注目に値する。住民はこの機関紙によって、病気や障害への対応のみならず、自らの人生上の問題たとえば自分や家族が障害をもったり認知症になったりしたときへの対処のヒントを少しずつではあるが、得ていると思われる。

③ 調査・研究

Y・M医師は、地域住民が自らの老いや病気・要介護状態にどう対処しているか、今後どう対処したいのか、こうしたことについての調査をさまざまな機会をとらえて行っている。

代表的な調査の例をあげれば、2002年の「久瀬村における高齢者のニーズ調査」であろう。この調査は、Y・M医師と他の機関の専門家が協働しておこなったものである。抽出された久瀬村の数名の要介護高齢者とその家族にインタビューし、各人の生活状況や問題点、今後の身の振り方についての意見・希望、またその理由などを分析した。その結果、これらの高齢者は自らの人生プランを考えるさいに、以下の共通した特徴を持つことが分った。

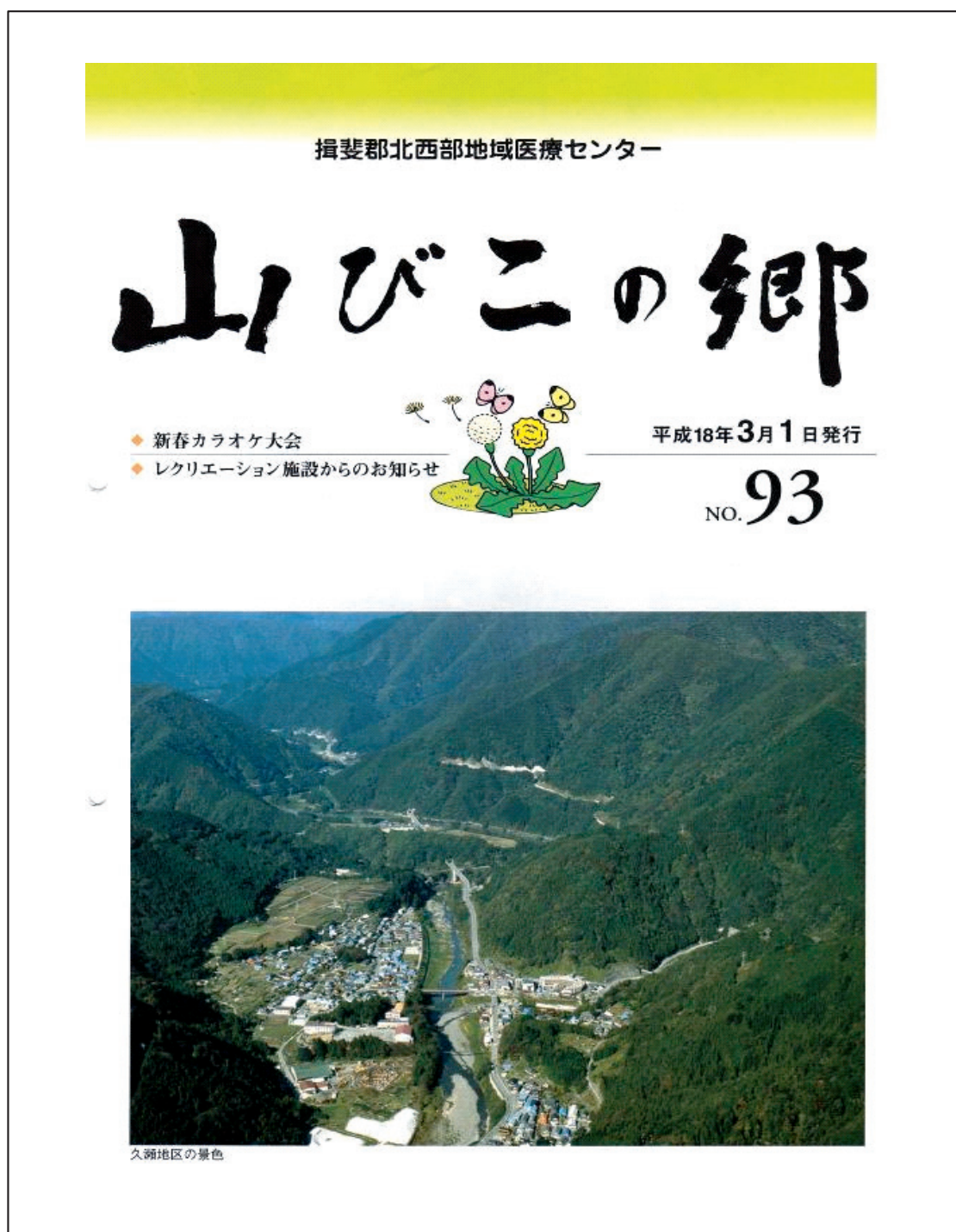



図13 揖斐郡北西部地域医療センター機関紙「山びこの郷」

久瀬村の中心部の全景が見える

資料：揖斐郡北西部地域医療センター機関紙「山びこの郷」NO.93 平成18年3月1日




中学生の皆さんが久瀬診療所老健、訪問介護ステーションにて職場体験をされました。
今回は、職場体験に来ていただいた皆さんの声を紹介したいと思います。


山びこの体験学習で難しかったことは、食事を食べさせることです。お年寄りの人のことを考えて口に入れてあげるのは、とても難しかったです。もう少しお年寄りの気持ちを考えてやってあげればよかったかなと思いました。楽しかった事は、入所者の皆さんと遊んだことです。とても楽しく接することができました。又機会があればお年寄りの方と話してみたいなと思いました。
(久瀬中1年 五十川由里佳)

私は山びこの郷に3日間行きました。入所者やデイの方をお風呂に入れて頭を乾かしたり、服を着させたりするのはとても気をつかう仕事で大変でした。
2日目にはヘルパーさんの手伝いをさせてもらいましたが、散歩の時にもずっと手を添えていたり、歩くペースを合わせたりしないといけないのでとても大変な仕事なんだなと思いました。でも、お年寄りの方々に「ありがとう」と言われすごく嬉しかったです。
(久瀬中2年 竹中 美紗)

初めは戸惑っていたボランティアも何回かいくうちに慣れてきました。お年寄りともうまく話が出来たし、何かすると「ありがとう」と言ってくれて嬉しかったです。職員の方にもお世話になったのでぜひ来年も会いに行きたいです。
(揖斐川中1年 河岸菜々子)

私はボランティアをやって色々学びました。人によって違うけれど、「どうやってお年寄りの人に接するといいいのか?」「何をすると喜んでくれるのか?」など思いながら学びました。その中でお年寄りの人は、やっぱり話すことが一番喜んでくれました。このボランティアをやるととても良かったです。
(揖斐川中1年 宮島沙保理)






僕は職場体験で診療所に行って驚いたことは、ほとんどの人が休みなく忙しそうに働いていることです。僕は今まで診療所の仕事はそんなに忙しいものではないと思っていたので余計に驚きました。他にも診察や往診の時には患者さんとのコミュニケーションも大切ということも分かったのでとてもいい勉強になったと思います。
(久瀬中1年 渡辺 悠貴)

僕が職場体験に行き驚いたことは、患者さんが多いということです。だから、ほとんど休む暇がありませんでした。毎日こんなに忙しいなんて本当に大変な仕事だと改めて感じました。大変だったけど、楽しくとても充実していてよい経験になりました。
(藤橋中2年 中川 翔)

私が研修をして一番強く思ったことは、診療所の仕事はとても大変なんだなということです。やらなければいけないことがたくさんあるからです。でも私は、看護師さんがいろんな事を教えてくれて良かったです!!また来たいな!
(梅林中1年 吉村 優里)



4

図14 中学生の職場体験

資料：揖斐郡北西部地域医療センター機関紙「山びこの郷」NO.88 平成17年10月1日

1. 何らかの身体的・精神的問題を持っている。
2. 自分と配偶者の今後の健康問題・健康管理が心配である。
3. できれば子供と一緒に暮らしたくない（子供に迷惑をかけたくない）。
4. 子どもの家に行くより老人保健施設に入りたい。
5. 外部のサービスをできるだけ受けたくない。
6. 支援サービスがあればここ（自宅）に暮らしたい。
7. 死や病気についてあまり話したくない。
8. 地域の出来事に関心がある。

ここには、老いと病に直面した久瀬村の高齢者の本音の一端がうかがえる。たとえば、子どもと同居して自由を失い、村を離れるより、最後まで自宅で暮らしたい。そのために、慣れない介護サービスを利用することも受け入れよう。頼みの綱の配偶者が倒れたりすれば老人保健施設を利用したい…等々である。

（3）地域医療・地域ケアの研修センターとしての活動

揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の運営母体である、社団法人地域医療振興協会の活動目標の一つが地域保健医療の調査・研究である。その一端として、医学生への研修や研修活動の支援が挙げられている。「山びこの郷」では、この活動を拡大し、医学生のみならず地域医療・地域ケアに関連する多様な人材のための研修・教育活動を活発に行っている。その対象者は、（1）医師・医学生、（2）理学療法士、（3）看護師、（4）介護職・ヘルパー、（5）その他（例えば大学生、専門学校生など）多岐にわたっている。平成18年度までに、「山びこの郷」で研修を受けた各専門職の人数は、（1）医師329人、（2）医学生250人、（3）理学療法士321人、（4）看護師160人、（5）介護師72人、などとなっている。研修医・研修生の国籍も多様である。これまで、30人以上の外国からの研修生を受け入れてきた。アメリカ、イギリス、オーストラリア、オランダなどからきた研修生は、久瀬村で地域医療の研修を受けるだけでなく、久瀬村の小・中学校を訪問したり、村人たちとの交流を行ったりもしている。

下のグラフは、平成18年度に「山びこの郷」で研修を受けた専門職の実人数とその構成比である。

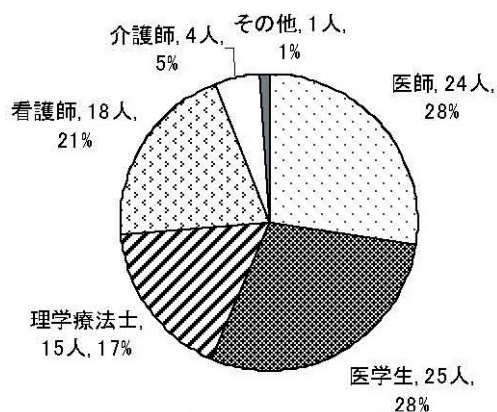


図11 揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の研修生の数 平成18年度

Y・M医師が、このように研修に力を注ぐには理由がある。それは、地域医療を担う医師に必要な資質は、生活者の視点を持って対象者（患者）をさまざまな側面で見ることが出来るからである。地域

医療の目標は、対象者（患者）の自分らしい人生の達成を助けること、その人にとっての自己実現が可能になるようにその人の生活・人生を支えることだからである。彼によると、地域医療に携わる医師にとって重要なことは、生活者の視点をどれだけ持ちうるか、すなわち、対象者（患者）を取り巻くさまざまな外的条件や内的条件に対して敏感な感受性を持つことである。こうした「レセプター」を持った人材は、地域のなかで勉強・研修することによってはじめて育てられる。地域のなかで、地域の人々のありのままの生活のなかで感じ、考え、行動することが、医師や医学生にとって、まずもって、必要なことである。Y・M医師の言う「置き去り研修」は、地域医療を志す医師の育成方法のすぐれた一例であろう。研修医を患者の家に一人置き去りにしてみる。置き去りにされた医者は、必死に患者とやその家族とコミュニケーションをとろうとするし、とらざるをない。患者に人間として受け入れてもらえなければ診察も円滑に進まないからである。

Y・M医師のあげる例を紹介しよう。ある高齢者の病気（例えば肺炎）を診るとき、医者はその病状を十分に観察する必要がある。しかし、同時に、医師は、この高齢者が認知症の妻の介護もしているという事実気づかなければいけない。夫が肺炎で倒れれば、彼によって介護されている認知症の妻の介護は、誰がどう行うのか。そうした心配が、この夫にとって大きなストレスになってはいしなないか。さらに、家屋が老朽化してすき間風が入る、という事実にも注目すべきである。加えて、患者が病院に行こうとしても、バスが通っておらず本人も家族も車を運転できないという事実にも気づいて欲しい。すなわち、肺炎になった一人の高齢者の身体的・有機体レベルへの関心や関与だけでは、この高齢者の地域での生活を支えることはできないのである。

この優れた地位医療の実践者Y・M医師によれば、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の戦略は3つある。1つは、医師をはじめ各専門職が生活者の視点を持つことである。2つめは、現存する資源をよく使うということである。たとえば、郵便配達人には郵便を配達するだけでなく、必ず一人暮らしの高齢者に声をかけて、安否を確認してもらおう。朝夕一回ずつ運行されるスクールバスを高齢者の足にする。医師もさまざまな役割をこなさなければいけない。たとえば、患者や家族の相談にのったり、地域の医療ニーズの実現のために行政に働きかけたりする、などである。3つめは、「チームで支える」ということである。当然ながら、地域医療は医師だけによって実現するわけではない。地域や地域の人々の情報を集めるにしても、医者の医療活動を円滑に推進するためにも、さまざまな人々の協力なしには、一歩たりとも進まない。「山びこの郷」で働く、さまざまな専門職が、生活者の視点を持って連携し、一人ひとりの住民の生活を支えなければならない。特筆すべき点は、このチームのなかに患者やその家族も入っていることである。この点が二人の医師の構想する地域医療・地域ケアシステムのユニークさであると考えられる。たとえば、患者やその家族が本当はどのような生活をしたいのか、それを実現するために現在の医療・介護はどこをどう改善されなくてはならないかなどについて、患者および家族自らが率直に考えを述べる。率直に述べられるように、医師や看護師が知恵をしぼり環境づくりをする。これを医師が受け止める。そして、その実現に向けて医療・看護・介護の専門職が連携プレーをする。さらに、患者や家族が、自分の経験にもとづいて、こうした専門職にさまざまなことを伝え、教えるのである。そこでは、医師などの専門職が、逆に、患者や家族たちに教えられている。患者やその家族は、この地域に住む生活者でなければ分からない事実を医師たちに伝えている。たとえば、夫を看取った妻が、地域医療の研修のために訪れた研修医に、自分の介護の経験をじっくり聞かせる、といったことがあげられる。この地域に住んで介護をするとは実際にはどういうことか、また介護されるとはどういうことであるかを、当事者たちが、具体的に話すのである。こうした形で久瀬村の住民は地域医療の形成と展開に参加してきた。研修医を受け入れてきた患者やその家族は多数にのぼり、ある家では実に、30回以上、65人の研修医に自宅で「講義」をしている。患者や家族は、医師や看護師、介護師たちが「生活者の視点」を身につけるために欠くことのできない「教師」「講師」の役割を果たしているのである。

揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」でこうした研修を受けた多くの研修医のなかから二人の研修医の言葉を以下に紹介しよう。

研修医A（3ヶ月間の地域医療研修終了者）

住民の皆さんと関わるなかで、たくさんのことを学びました。その中でも特に、「生活者の視点に立った考え方」ができるようになったことが、大きな気づきでした。現代の医療においてはどうしても臓器や細胞、遺伝子などに目が行ってしまいます。それも大切な視点ですが、同時に患者さん、家族、地域のことを考え、どうアプローチしていくかということはとても重要な事だと気づきました。「疾患を診断して治療する」だけでなく、「生活していく中で、どんなことに困っているのか?」、「どんなことを期待して外来にいらしたのか?」、「健康を維持していくためにはどうしたらいいか?」といったことにも焦点が向くようになってきました。ここでの経験を生かして、これからも地域のなかで皆さんの生活を支えられる医師でありたいと思います。

資料出所：揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」

機関紙「山びこの郷」NO.90 平成17年12月1日発行

研修医B（2ヶ月間の地域医療研修終了者）

将来的に僻地医療を考えている私にとって、久瀬での研修は勉強になることばかりでした。

- ①患者さんの病気のことだけを考えるのではなく、患者さんが何を思い・何を考え・何を求めているのかを把握する。
- ②患者さんがどのような人たちと、何をしながら生活し、現在の病気が生活のどんなところを制限しているのか理解する。
- ③患者さんの問題を解決するためには現実的にどのような選択肢があるのかを、患者さんや家族に説明し、彼らとの話し合いの中で、その人に最も適した解決方法を見出す。
- ④根拠のある診断法や治療法を正しく習得する。

資料出所：揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」

機関紙「山びこの郷」 NO.107 平成19年5月1日発行

このような理念と方法に基づいた地域医療研修の積み重ねのなかから、喜ばしい事件が起きている。それは、以前に「山びこの郷」で地域医療の研修を受けた研修医が「山びこの郷」の常勤医師として赴任したことである。平成17年5月から揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の常勤医師として新たにN医師が赴任した。N医師は、平成15年にこの揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」で3ヶ月の研修を受けた経験を持っていた。彼は、当時、研修を終了するとき、自らの研修経験について以下のような感想を述べている。

これまでは、北海道の〇〇市にある比較的大きな病院で研修医をやっていました。村の研修では医療者と患者さんの距離がすごく近いことが印象的で、これまで見たどの医療よりも、人と人の信頼や結びつきが強いように感じました。都市部で10万人のうちの不特定多数の患者さんを診るよりも、村で1500人の住民全体を対象にして医療を行うことに改めてやりがいを見出し、地域で信頼される医者になるよう今後も勉強を続けていきたいと考えています。

資料出所：揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」

機関紙「山びこの郷」NO.65 平成15年11月1日発行

このような感想を残し久瀬村を去っていったN医師は、その2年後、平成17年に久瀬村に常勤の勤務医として帰ってきたのである。N医師の久瀬村帰還のあいさつを紹介しよう。

2年前に3ヶ月間、久瀬村で研修をさせていただいた際に、Y・T先生やY・M先生が地域の医者として生きる姿に感銘を受け、また久瀬の豊かな自然や、明るい住民の方々の様子が忘れられず、もっと久瀬で長い時間を過ごしたいと思い帰ってきました。なるべく早くみなさんから信頼される一人前の村医者になれるようにがんばりたいと思います。

資料：揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」

機関紙「山びこの郷」NO.84 平成17年6月1日発行

二人の医師が、蒔き続けてきた地域医療の種子は全国に飛び散り、そこで根づき、実を結んでいると思われる。その実りの一つがN医師の久瀬村帰還であった。彼は、いまでは久瀬村民にとってなくてはならない医師として診療活動に従事している。

5. 若干の事例から

ここでは、訪問診療・訪問看護、在宅ケアサービスを利用しながら久瀬村で在宅生活を送った4人の高齢者の事例を紹介し、その事例の持つ意味を考察したい。

① Aさん（男性、90代後半、独居）

Aさんは、2006年現在90代後半という高齢である。10年以上独居を続けている。家事全般（食事作り、洗濯など）も自分一人でこなす。90代前半までは、新聞をよく読みテレビも見ていた。築100年以上という自分の生家に独り暮らしをしており、裏山の一角にある菜園地で季節の野菜を作っている。猿やイノシシに盗られてほんの少ししか野菜が残らないこともあるが、気にしない。週1回のデイサービスを利用している。デイサービスに通うついでに、近くの商店で少しばかりの食料や日用品を買って帰る。子どもが5人いるが、いずれも遠くに住んでいる。名古屋や大阪に住む子どもたちが、週末を利用して訪問している。高齢のため、子どもたちが一緒に暮らすことをすすめるが、頑として応じてこなかった。彼によれば、「年金でどうにかできれば、ここで（自宅で）、サービスを使って暮らすのが一番いい」「85%元気なら、しっこに行ける程度ならここに住みたい」「寝たきりでもここに住みたい」「弁当は仕出し屋からとっていいから、ここに住みたい」。そういう彼にとって、自宅に住むことを断念せざるを得ない時というのは、「自力で排泄ができなくなったとき」である。そうなったら、「仕方がないので施設に入りたい」。それができない場合は、最後の手段として「娘の家に行く」。なぜならば、「娘の家だと遠慮しなくちゃならん。施設だと、遠慮がいらん。」からである。そんな彼が在宅生活を続けるために必要と思うサービスは、①「ご飯とおかず」、②「先生（医師）やヘルパーさんの訪問」である。

Aさんは、我々の質問に一つ一つ考えこみながらも丁寧に答えてくれた。結論的に言えば彼の言いたいことは、一貫して「家にずっと住み続けたい、そのためには必要なサービスは何でも使いたい、相談のってくれる信頼できる人（医師など）が欲しい」ということであろう。このスタンスは、我々のどのような質問に対しても変わることはなかった。このように初めから、率直に、しかも一貫して変わらない自分の生き方のスタイルを述べることのできる高齢者は意外と少ない。Aさんは、その数少ない1人である。

Aさんは、自らの主張を貫くための努力をしてきた。3度の食事を作り、家事全般をやりとげてきた。公民館で開かれる「男の料理教室」にも顔を出した。高齢にもかかわらず一人自宅で住み続ける

ためにさまざまな努力を傾けているAさんに会うたびに、医師も看護師もヘルパーも友人も、Aさんの在宅生活を支えるにはどうすればいいかを考えざるを得なくなるほどであった。

② Bさん（女性、90代後半、息子と同居）

2002年9月当時のBさんの状況をかいつまんで述べよう。Bさんは要介護Iである。長いこと独居生活を続けてきたが足腰が弱り、食事の支度も自力でできなくなった。そこで、毎日午後1時間、ヘルパーを派遣してもらって、洗濯、食事、入浴の介護をしてもらっている。Bさんは、強い希望を持っている。それは、「この家にずっと住んでいたい」ということである。足腰の弱った母が、「外に出て行きたい」「草を引きたい」と言って家の外に出ているのを見て、心配をしてきた。「ま、ずっとここにおりたいわね」「ここがええ」という希望を叶えるために、2002年春に定年退職した次男が、一人暮らしの母の面倒をみるために、単身、久瀬村の母の家に移り住んできた。彼は、退職前から母親のもとに週末には通ってきていたのである。同居を始めてからは、彼自身は母の見守りを中心とし、たまには洗濯や食事も作っている。しかし、彼は母親の排泄の世話まではできない、と考えている。「とってもおしめまではできん」。母親もまた、息子に排泄の介護を期待していない。排泄自立ができなくなったら、施設に入ることもやむなしと考えている。息子の趣味は山登りであり、久瀬に帰って来てから山登りの友達もできた。友達と一緒に山へ行くのを楽しんでいる。

Bさんの場合は、親子ともに排泄介助が必要になったときが、在宅生活を送れなくなる時だと考えているという点では、Aさんと共通点がある。Bさんは、排泄介助が必要になったときには、息子の家に引っ越すよりも、久瀬村の老人保健施設に入りたい、と述べている。この点も、Aさんと同じである。以上が2002年にBさんに面接調査したときの概要である。

その後Bさんは、徐々に弱っていった。同居していた次男にも、介護疲れが見られるようになった。そこで、Bさんは老人保健施設に3ヶ月ほど入所し、その後在宅に戻った。老人保健施設への入所を数回うまく利用して在宅生活を続け、2年後に亡くなった。

Bさんは、医師やヘルパーの訪問診療・訪問介護を利用し、さらには必要に応じて老人保健施設への短期入所を数回使った。加えて、同居した息子による見守り・介護によって在宅生活をできるだけ長く続けることができたのである。

③ Cさん（男性、70代後半、妻と2人暮らし）

Cさんは、肺の疾患のため酸素吸入をしている。週に1度は「山びこの郷」の医師が訪問診療を行ってきた。Cさん夫婦には子どもが5人おり、代わる代わるCさんの家を訪ねてくる。以前Cさんが入院し、その後退院の際に、老夫婦のみの生活の不便を心配した息子（名古屋在住）が、自宅にCさん夫婦を連れて帰ったことがある。ところが、Cさん夫婦は比較的短期間で名古屋から久瀬村に戻ってきた。そのわけは、「息子たちに遠慮しなければならんから」であり、また「知り合いがおらず誰と話せなかったことが大変苦痛」に感じられたからである。「名古屋に行ったとき、40日目でやっと初めて（他人と）しゃべった」。Cさんは、一冬名古屋の息子宅に行ってみてあらためて久瀬村の良さを発見し、どうしても久瀬村で住み続けたいと思うようになった。「ここで暮らしたい。知らんところは、イヤ」。これに対してCさんの妻は、Cさんと異なり、「自分が一人暮らしになったら、久瀬には住んでたくない」と述べていた。なぜなら、「一人暮らしはイヤ」「娘のところへ行きたい。おいでおいで、と言ってくれている」からである。

2002年9月に以上のような状況であったCさん夫婦のその後の経過は、次のようである。Cさんの病状は徐々に進んだ。妻の介護に加えて、医師や看護師の訪問診療・看護及びヘルパーによる訪問介護を利用して、ギリギリまで在宅生活を続けてきた。いよいよ終末期になり、在宅介護・在宅診療の限界が見えてきたので、3年後に老人保健施設に入り、その後1ヶ月して老人保健施設で死亡した。

Cさんの場合は、妻による自宅での介護に加えて医師や看護師、ヘルパーによる在宅診療・在宅看護・在宅介護を利用できた。最後の1ヶ月は老人保健施設で過ごした。久瀬村におけるほとんどあらゆる在宅サービスを使ったことになる。

Cさんの家には、Cさんの存命中もその後も多くの研修医・医学生が訪れている。Cさんとその妻は、訪れるそれぞれの研修医・医学生たちに、自分たちの状況を率直に説明すると同時に、自分たちの意思をはっきりと伝えた。それは、「久瀬村で暮らし続けたい、久瀬村を離れたくない」ということである。一冬名古屋の息子宅に引き取られて行った経験から、Cさんは久瀬村を離れない決心を固めたのである。いったん決心すると、自分たちにとって真に必要な人間関係やサービスが何であるかが、Cさんに分かってきたと思われる。Cさんが率直に医師や看護師、ヘルパーなどに自分の意思を伝えるようになったのは、久瀬村に残る決心を固めてからであった。この強い決意が、医師・看護師・ヘルパーに伝わり、彼の決意を実現させるためのチームワーク（専門職の連携）を生み出した。

Cさんが、自らの意思を明白に表明し続けたことは、彼の在宅生活を支えた専門職チームにとってのCさんの最大の貢献であった。久瀬村にある資源だけを利用して、Cさんの生活を最期まで支えなければならないからである。久瀬村外に住んでいる誰か（Cさんの息子など）に丸投げするわけにはいかないのである。

Cさんの妻は、夫を看取った後に、医学生・研修生を自宅に呼んで、自分の経験から、地域で介護生活を送ることについて具体的に話している。Cさん夫婦がこれまでに受け入れた研修医や医学生数は65人にのぼった。Cさんが亡くなった後も、その妻は久瀬村に残り、こうした医学生や研修医の「教育」に励んでいる。2002年の段階では「一人暮らしになったら、久瀬を離れて娘のところに行く」と言っていたCさんの妻は、今も久瀬村に一人で住んでいる。彼女は、研修医や医学生にとって、今では、なくてはならない地域医療の「教師」である。Cさんの妻にとっても、研修医や医学生に「講義」ができることは、生きがいである。人は誰でも、居場所と役割が必要であるが、Cさんの妻は、自らの役割（研修医や医学生に自らの経験を語るという役割）を見出すことによって、居場所（自宅）をあらためて見出したと言えるだろう。

④ Dさん（女性、90代前半、娘と2人暮らし）

Dさんは、心臓が弱く認知症もあり、寝たきり寸前の状態である。介護のできる同居の家族員がないため、愛知県〇〇市に住んでいた実の娘のXさん（50代）が介護のために久瀬村に帰ってきた。Dさんは週2回のデイサービス、週1回の訪問診療・訪問看護を利用している。また必要に応じて老人保健施設等のショートステイを利用している。Xさんは、食事を作ったり、それを母親に食べさせたり、排泄の介助を行うなど介護を中心とした毎日を送っている。このXさんは、久瀬村に移住すると同時に、自分の趣味と特技を生かして「カラオケ教室」を開いた。この教室は、毎夕7時から10時まで開かれている。Xさんはこの教室の教師であるために、毎夕少なくとも3時間は自宅を空けなければならない。また、定期的にかかれる各種の「大会」のため、1日中家を空けることもある。このため、Xさんは、近隣の友人に毎晩1度は母の様子をみてくれるように頼んで家を出ている。Dさんが外に出たり、ガスの火を不用意に使ったりしないかをチェックしてもらっている。Xさんによれば、「母と私がこの家におれるのは、隣近所に頼りになる人がいるからです。父の葬式も、この地区の人たちの助けでさせてもらいました」「家族より近隣の助けがありがたい」。「大会」の日は、Dさんは老人保健施設や特別養護老人ホーム等のショートステイを利用している。Dさんに自分の現在の状況について語ってもらった。「自分は幸せやった。実の親子で、Xがいてくれるので気兼ねなく暮らせるし、眠たい時に眠れる」。心配なことは、「別がない」。

以上が2002年9月のDさん及びXさんの状態であった。つまり、Dさんは訪問診療や訪問看護、さらにショートステイといった介護保険のサービスメニューを利用しながら、「気兼ねのいらぬ」実の

娘の介護のもとに在宅生活を続けてきたのである。その後、Dさんの症状は次第に悪化した。それでも、Dさんはデイサービスやショートステイ、訪問診療・訪問看護を利用しながら、ギリギリまで在宅生活を送った。最終的には、その2年後に老人保健施設に入所し、そこで亡くなった。

Dさんのケースで特筆すべき点は、Dさんの娘Xさんが、この地区におけるあらたな介護者モデルを作り出したことである。Xさんが作り出した介護モデルの特徴は2つある。1つは、自分の生きがい、自分の楽しみを介護生活のなかでも持ち続けることができたことである。カラオケ教室の教師として生徒たちに毎晩歌を教授することは、Xさんの生きがいと誇りの源である。この機会を奪われれば、はたしてXさんがDさんの介護を明るく元気に継続できたか心もとない。自分の生きがいや誇りを毎日確認できる場を持てたことが、Xさんが母のDさんを3年にわたって介護できた秘訣であると考えられる。Y・M医師によると、「Xさんは、ああいう風に親（や夫）を看れるんだ、という良いモデルになっている。彼女は介護者のロールモデルを変えました。介護者の価値観を変えました。」2つ目の特徴は、Xさんが近隣の人、地域の人の助けを借りたことである。Xさんにすれば、「カラオケ教室」を毎晩主催するためには、とりわけ近隣の住民の助けを借りざるを得なかった。Xさんの場合、近所の住民が協力してくれたので、自分の生きがいである「カラオケ教室」を維持できた。Xさんは、実際にも「自分だけで抱え込まない介護」をせざるを得なかったのだが、意識の上でも、「他人に助けを求めなくては自分らしい介護生活が送れない」ことがわかっていたと思われる。

Xさんが身をもって示した「楽しく送れる介護生活」のロールモデルは、今ではこの地区の女性たちに広がっている。この地区の多くの女性たちが、「カラオケ教室」に通って歌を歌うだけでなく、さまざまなおしゃべりを楽しんでもいる。そのなかには、親や夫の介護に疲れていたり、問題を抱えていたりしている人もいる。「カラオケ教室」はそのような女性たちの、いわばピアカウンセリングの場ともなっていると言えよう。今では地域の男性たちが、「カラオケ教室」に通うたびに元気になっていく女性たちを、羨ましそうに見るようになった。

このケースでは、介護者自身が自らの生きがいや楽しみを持ち続けることが、介護者の生活にとって極めて重要であることが示された。介護を受ける人も、介護をする人も、それぞれがそれぞれの生きがいや楽しみを持つことが、介護を長続きさせる要因の一つであろう。生きがいや楽しみは、人によってそれぞれ千差万別あるから、その人にあった生きがい実現の場が必要であることは言うまでもない。そのような場を、一人ひとりが持つこと、また地域社会がその場を用意することなしには、介護者のストレスが増大すると思われる。

Dさんが亡くなった後も、Xさんは久瀬村に住み続けている。

6. おわりに

久瀬村の地域医療・地域ケアシステムの出発点は、地域医療の理念に燃える若い医師が国保久瀬村診療所に勤務医として赴任したときから始まった。当初の予定の2年間で過ぎても、久瀬村に残って地域住民の医療ニーズに応えたいと、この若い医師が決意した時が、久瀬村における地域医療・地域ケアシステムの貴重な第一歩であったといえるだろう。Y・T医師は、確かな医療技術を背景に、住民にひとり一人の個別的な医療ニーズを汲み取る鋭敏な「レセプター」を有していた。地域医療とは、医療機関が24時間365日、常に地域の住民の健康管理・健康実現に責任を持つ体制・システムであるとすれば、彼は着任早々、このとてつもなく大きな課題に直面したと言えるだろう。住民への医師としての責任を果たす過程で、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」が登場した。ときあたかも、日本が高齢社会に突入する頃である。彼は、医師として患者を自宅に訪ねるたびに、医療が介護と結びつくことの必要性を痛感したのである。患者の病気を診る医療と、患者の生活全体を支える介護は、医師の眼からしても緊密に連携しあう必要があった。いわば面として生活を支える介護の

充実なくしては、患者を点で支える医療は、有効に機能し得ない。「緊急避難的措置」としてであれ、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」ができたことは、久瀬村の住民にとって、久瀬村の地域医療にとって画期的な出来事であった。形式・容器は整ったのである。あとは中味を充実させる必要があった。その充実のための模索が、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の歴史であり、久瀬村の住民の生活の歴史であった。

地域ケアシステムの形成における医師と住民の役割に限定すると、久瀬村の地域ケアシステムにおける医師の役割は、次の3点にあると思われる。第1点は、医療サービスの提供者として、徹底的に住民の医療ニーズに応えることである。これには、医師の高い医療技術水準が要求される。ところが、住民の医療ニーズに応えようとしても、医師個人の努力だけでは、また医療技術者としての努力だけでは、到底対応しきれない現実と直面することになる。1500人の「住民の健康を24時間365日見る」ことは1人の医師の力量をこえている。第2点は、医師・医療主導による地域ケアシステムを形成していったことである。すなわち、医療と介護を連携させ、施設ケアと外来診療、在宅ケアを組み合わせ、住民が在宅であっても施設であっても治療と介護が受けられる環境をつくり出す努力を続けた。このさいの医師の役割は、こうしたシステムをつくるさいに、行政と住民に働きかけ、行政も住民も気づいていないが極めて必要で実現可能な選択肢を用意したことである。地域医療・地域ケアシステムは、行政と住民と医師が、それぞれの立場でそれぞれの役割を認識し遂行することなしには成立し得ない。地域医療の充実に並々ならぬ熱意と行動力を持つY・M医師の言葉によれば、「限られた資源のなかで、医師も多面的な役割を果たさざるを得ない。例えば、行政をつつとつか、患者や家族のカウンセラーになるとか…。医師が行政と住民の間にたって、地域医療・地域ケアシステムの形成の理念的・実際の推進力となったことが、久瀬村の地域医療・地域ケアの特徴である。第3の役割は、生活者の視点に立った地域医療・地域ケアシステムに関わるプロを育てることである。地域医療・地域ケアシステムは現代日本の状況の中で、ますます必要とされるようになってきた。「住みなれた地域で、できるだけ長く自分の家で暮らしたい」という住民の共通した願いを実現するために、国内外の研修医や医学生を受け入れてきた。久瀬村を一つの地域医療・地域ケアシステムの公開の場とすることによって、久瀬村は日本と世界に開かれた模索の場となった。久瀬村から日本と世界へ地域医療・地域ケアシステムの最新情報が発信されるのである。二代目センター長となったY・M医師がセンター長就任のあいさつで述べた7項目の1つ、“Think globally, Act locally.”は、このことを意味していると思われる。

こうした医師の役割のすべてを貫いているのは、医師が住民に対して、常に医療者としての責任を全うしようとする姿勢である。住民から率直な医療ニーズを引き出すのも、住民との間に信頼関係が形成されていなければ不可能である。住民の信頼を背景にしなければ、行政も医師の言うことを真面目に取り上げようとするしない。

医師が医療者としての役割のほかに、あまりにも多面的な機能を果たさざるを得ないことは、久瀬村の地域医療・地域時ケアシステムのある意味での弱点と言えるかもしれない。地域医療の実現に熱意を持つ医師に、医療行為以外のさまざまな要求、要望が殺到して、医師が心身ともにストレスをためこむ事態も想定される。しかしこのことは同時に、久瀬村の地域ケアシステムのメリットでもある。すなわち、久瀬村の地域医療・地域ケアシステムの要の場所にいる医師には地域の全体像及び地域の抱える問題点も見える。そのため、医師が地域住民の生活実現のニーズに対して、鋭敏な「レセプター」を持つことができれば、また同時に、他の専門職の事業内容や成果・課題に敏感になれば、久瀬村の地域ケアシステムは着実な歩みを続けるだろう。

久瀬村の地域医療・地域ケアシステムの形成、展開における住民の役割は次の2点にあると思われる。

第一点は、患者及びその家族として、医師、看護師、介護師といった専門職集団に対して、また行

政に対して、自らの人生設計に対する明白な意思表示をすることである。たとえば事例で登場した要介護者は、「久瀬村に住み続けたい」「できるだけ最期まで自宅で暮らしたい」「子どものもとに引き取られていくのは最後の最後にしたい」といった意思をことあるごとに明確に述べていた。また行動や生活そのものによって示してもいた。その切実な意思表示に対して医療や介護の専門職集団は真摯に対応することをせまられるのである。言うまでもなくこうした住民の率直な意思表示は、それを受け止める医師や看護師あるいはケアマネージャーとの信頼関係がなくては到底受け入れられないだろう。患者・家族と専門職チームとの間にゆるぎない信頼関係があってはじめて彼らの率直な意思表示は受け止められる。逆に、医師等の専門職は患者や家族がどこまで真剣に「この村で暮らし続けたい」「ギリギリまで自宅で暮らしたい」と思っているのかを知らなければ、適切な医療・介護サービスを提供できないだろう。患者やその家族からの率直で真摯な情報発信が医師等にとっても必要なのである。年老いて障害を持った高齢者が必死に自宅で暮らし続けようと努力を重ねている姿を見れば医師は「何とかしてあげたい」「何ができるか」と自問自答を始める。医師や介護専門職を本気にさせるのは、老いや障害にめげず自分の人生を最期まで自分らしく生きたいと願い努力している高齢者自身の姿勢である。

第二点は、地域医療・地域ケアシステムを形成・展開させるチームの中に住民が入ってくることである。たとえば、患者や家族でなければ知り得ない具体的な事実や問題を、研修医や医学生に「講義する」ことである。地域医療のプロに「住民のプロ」がさまざまな知識や情報を体験にもとづいて伝授するのである。地域医療に携わる者はすべて「生活者」の視点を有さなければならない、というのが、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」の大原則である。生活者の視点はそこに暮らす生活者から学ぶしかない。患者や家族は、久瀬村の住民として、久瀬村における生活者として地域医療のプロを養成する「教師」の役割を果たしているのである。言うまでもなく、こうした関係が成立するには医療者側の働きかけがまずもってあった。Y・T医師やY・M医師が一人ひとりの患者やその家族に向き合い、話を聞く中で、地域医療・地域ケアシステムの形成に「教師」「講師」として住民の参加が必要不可欠であるということが浮かび上がったのであろう。

事例でも取り上げたが、今では治療・介護を受けている本人のみならずその家族が「講師」役になって久瀬村を訪れる多くの医学生、研修医に自らの体験を話している。そのことが医学生や研修医にとってはまさに必要な学習の機会である。「置き去り実習」はその際たるものである。

これからも過疎化、高齢化の進行していく久瀬村で、揖斐郡北西部地域医療センター「山びこの郷」を舞台として、今後も、医師と住民はそれぞれの役割を引き受けながら、課題解決に向かっていくだろう。

注

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成18年（2006年）12月推計」および内閣府『平成19年版高齢社会白書』16ページ
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所「一般人口統計—人口統計資料集（2007年版）」
- 3) 厚生労働省、平成19年2月「暫定版介護保険事業報告の概要」
- 4) 小林月子、上野智子、小縣真希子他 1998年 岐阜県内の自治体の在宅介護サービスの実情（1）岐阜大学教育学部研究報告 47巻第1号 89ページ。
小林月子、上野智子、小縣真希子他 1,999年 岐阜県内の自治体の在宅介護サービスの実情（2）岐阜大学教育学部研究報告 47巻第2号 80ページ。
- 5) 石原美智子監修 2004年「ふるさと福祉村・西濃」の絵本 校舎のない学校シリーズ『ユタカノキ』巻末監修のことば

参考文献

- 矢嶋嶺 2007年『医者が介護の邪魔をする』講談社
- 小林月子・小縣真希子 2007年「地域医療の展開—新潟県南魚沼市の事例」岐阜大学教育学部研究報告 人文科学第55巻第2号 11~25ページ。
- 小林月子 2006年「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」岐阜大学教育学部人文科学第55巻第1号 69~78ページ。
- 山井和則, 齊藤弥生 2005年『介護保険のすべて』東洋経済新聞社
- 三井さよ 2004年『ケアの社会学』勁草書房
- 窪田暁子, 高城和義 2004年『福祉の人間学 開かれた自立をめざして』勁草書房
- 辻一郎 2004年『のぼそう健康寿命』岩波アクティブ新書
- 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
- 広井良典 2000年『ケア学』医学書店
- 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
- 三好春樹・矢嶋嶺他 1999年『介護保険がやってきた』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
- 齊藤芳雄 1997年『人生90年時代 古い方死に方』教育史料出版会
- 大和町 1996年『1996年版 大和医療福祉センターのすべて』
- 黒岩卓夫 1995年『和解ある老いと死』教育史料出版会
- 佐藤勉 1995年『農村地域における在宅ケアとコミュニティーケアに関する比較研究』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
- 黒岩卓夫 1990年『老いの復権』三輪書店
- 黒岩卓夫 1987年『地域医療の冒険』日本地域社会研究所

今論文は平成16~18年度科学研究費補助金「基盤研究C」の助成をうけて作成された。

※本論文の作成にあたっては、「やまびこの郷」のY・T医師, Y・M医師をはじめ職員の皆様に多大の御協力を得た。又、久瀬村の住民の皆様には快く調査に応じていただいた。心から感謝をささげたい。