

医療法人アスム入理事長
太田秀樹

医療法人社団緑星会
どうたれ内科診療所院長
堂垂伸治

住民の幸せには自助・互助が不可欠 かかりつけ医はそれを エンパワーメントする視点を持つべき

PART1 ◆ 対談

PART1では、医療法人アスムスの太田秀樹理事長と、
医療法人社団緑星会どうたれ内科診療所の堂垂伸治院長に、「地域とは何か」「そこにおける課題と解決策」
「そのなかで開業医は何をすべきか」という視点で語り合ってもらった。

撮影＝田実雄大

人と人の絆がある コミュニティこそが地域

「地域」包括ケアシステム」
「地域」医療構想」など、これから
の医療・介護提供体制の力ぎを握
る政策には、「地域」というワード
がよく使われていますが、その捉
え方は人によって異なるという指
摘もあります。地域をどのように
考えておられますか。

太田 一言で地域といっても、何
を指すのかは千差万別。私自身は、
今後必要となる「地域」は英語で
いうところの、「コミュニティ」
だと思っています。これまで、行
政の用語で使われる「地域」はほと
んどが「エリア」を指していました。
これはいわゆる圏域であって、物
理的に分けたものにすぎません。
つまり、エリアのなかには全く違
う文化の人たちも暮らしており、
つながりもない可能性があります。
一方、コミュニティは基本的に、
「喜怒哀楽を共有できる、絆で結
ばれた人たちが住んでいるところ」
です。住民同士のつながりが前提に
なっています。ですから、新興住
宅地や巨大マンションなどで住民
のつながりや絆がなければコミュ

ニティーとはいえないという捉え
方もできて、それはこれからの課
題の1つだと思っています。

堂垂 地域の捉え方は同感。コミュ
ニケーションが成り立っているこ
ろもあれば、地域住民自身が縦
割りというか分断されてしまっ
ているところもありますね。特に都
市部の場合には「煩わしさが無い
のが利点」という部分もあって、コ
ミュニティーが形成されていない
ことも珍しくありません。しかし、
このままでは今後、多くの人の暮
らしが成り立たなくなるのは目に
見えているので、バラバラに暮ら
している人たちを、地域としてど
うつながかを考えていかなければ
ならないと思います。

実際につながるのには容易ではあり
ませんが、やってみると住民には
意外とパワーがある。つなぐ役割
こそ開業医をはじめ専門職の役割
だと思っていますし、地域住民か
らそういう期待や信頼をされる存
在であるべきでしょう。

太田 もう1つ地域を理解するう
えで欠かせないのが文化ではない
でしょうか。たとえば、堂垂先生
が開業されている千葉県。鹿藩置
県の前は安房国、上総国、下総国

の3つに分かれていました。当然、住んでいる人の気質もメンタリティーも違う。そういうなかで「千葉県」の精神文化は」と論ずるには無理がある。だからこそ、ユニットを小さくして考える必要があると思っています。

このユニットの最小単位が基礎自治体。これが地域の主導者となるわけですが、このレベルの違いにより「地域間格差」が生じているのが大きな問題であると認識しています。地域包括ケアシステムにしても、基礎自治体の担当部署の部長クラスが自分たちの街の将来を案じて「魂を入れてシステムをつくるぞ」というところと、「地域包括ケアなんていわれてもね。まずは様子をみよう」というところの差がはつきりしてきてしまった。在宅医療も同様で、相変わらずほとんどの住人が病院で亡くなっている地域と、30%を超える人が在宅で亡くなっている地域というように、差が歴然としています。この差はケアを提供する私たちの意識や態度の問題ではなく、行政側の大きな課題であると思います。

堂垂 基礎自治体の機能の高低が地域のレベルを決めてしまうんで

すね。行政マンとよく接するようになってわかったのは、いったんルールが敷かれるとその道はまじめに遂行していくということ。だから、医師会長など一定の権限を持つた人たちがルールをきちんと示していけばそれを遂行してくれる。地元根ざして医療を提供している医師が、地域ごとの違いを踏まえたうえで方向性を明示していくべきでしょう。厚生労働省は、お金も出さないしやり方も示せず、地域にすべて投げているという状況。それをきちんと認識してオリジナルの医療・介護提供体制をつくり上げていかなければなりません。

これまで草の根的な活動を続けてきたからこそ実感しているのは、行政とうまく組んでやっていくと住民の組織化も進むということ。それは、一事業所ではできないことです。行政と一緒に考え、実行するプロセスを踏むことで、医療・介護従事者だけではなく市民とながりがやすくなる。私自身は政府とか行政に対して長年疑問を持ってきた人間ですし、医療界のなかにはそういう人も少なくないと思いますが、行政を批判ばかりして

いても地域は成り立たないということ、声を大にして言いたいですね。

太田 私もどちらかというところと闘ってきた人間。ですが、地域を変えようと思ったら対立の構図ではだめなんです。構造的に緊張関係になりがちですが、北風ではなく太陽になるようにしなければいけないと考えています。

在宅医療の質をどのように担保するか

——お2人に共通しているのは、在宅医療に積極的に取り組んでおられるということです。厚生労働省は「病院（施設）から地域へ」という流れを推進しており、ここでいう「地域」には「在宅医療」が含まれています。地域と在宅医療について、どのように捉えているかをお聞かせください。

太田 よく、「在宅医療は街づくり」と言われます。それは、在宅医療を通じて人と人がつながり、それで「街」コミュニティができるからだと思います。最近思うのは、在宅看取りを通じて地域の文化が変わるのではないかという

こと。少し前までは、多くの人が在宅医療を選択せず、病院で最期を迎えていた。それが、徐々にとはいえ在宅医療を選ぶようになったわけですから、地域の文化が変わったんだなと。私は四半世紀在宅医療に取り組んでいます。振り返ってみるとそういう気がします。

堂垂 制度的な誘導もあります。在宅医療を取り巻く環境も大きく変わりました。一つには病院が早期に退院させるようになったことが挙げられます。少し前まで医療必要度の高い患者さんは在宅専門診療所に紹介されていましたが、最近はそのような外来もやっている普通の診療所にも紹介されるようになりました。

太田 地域差もありますが、ソーシャルキャピタルとしての社会資源が豊かになり、状況に応じて選択可能になったということでしょうか。昔は重症の在宅患者さんを見てくれる地域の開業医はあまりいなかったけれど、堂垂先生がいる千葉県松戸市は機能強化型在宅療養支援診療所も複数ある。地域の資源が豊かになって、それぞれが役割を分化し、機能している地域といえるでしょう。

堂垂 在宅療養支援診療所の届け出をしていなくても、かかりつけの患者さんに対して在宅医療を提供している開業医はたくさんいます。規模の大きな在宅特化型診療所と、私たちのようなかかりつけ医による在宅、いろいろな形がありますね。ただ、それでも在宅医療は絶対的に数が足りないという危機感を持っています。2025年問題に対してどのような体制をつくっていくか、懸命に取り組んでいるところです。

もう一つ懸念しているのは、在宅医療の質。診療報酬で誘導されて「儲かるから」という理由で在宅医療に取り組んでいる医師に、良質な医療が提供できるわけがありません。でも、一般の国民からすると在宅医療を受ける、あるいは間近で接する機会はめったにないので、訪問診療を受けたら「そんなものだ」と思ってしまう。比較対象がないからです。そのため、在宅医療の質を疑問視するような声はあまり聞こえてきませんが、だからといってこのままでいいのか。在宅医療の質をどう確保するか、何らかのチェックをかけていかなければなりません。14年度改定で

おおた・ひでき ● 1979年、日本大学医学部卒。自治医科大学大学院修了後、同大学整形外科専任講師・医局長を経て、92年、およま城北クリニックを開業。現在、栃木県小山市を中心に複数在宅療養支援診療所を運営。全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長。日本医師会在宅医療連絡協議会委員。全国知事会先進政策頭脳センター委員など務める



は施設系の在宅の点数が大幅に下げられました。あれくらいのことやらなければいけない状態だったのかなと。

太田 良貨を駆逐するような悪貨があつたことは事実なので、「何のために在宅医療をしているのか」という本質的な部分が問われた改定でした。

堂垂 質については今後さらに問われるようになるので、何かしら

の仕組みをつくっていくかなければなりません。ただ、理想はたくさんあるけれども、一方でクールな見方をすれば、社会は「2対6対2」でできているという話もあります。要するに、リードしているのはほんの2割の人で、6割は大勢に従う、残りの2割が足を引っ張るといって構図となっているのです。ですから、上の2割に該当する人が中間層をどう動員していくかと

いう見方も必要ではないかと思っています。

太田 在宅療養支援診療所へのアンケート調査でわかっていることですが、きちんと実績を持つて役割を果たしているところの医師は診療以外の活動に力を入れているのです。自分たちが提供している在宅医療がよい医療であるという信念があつて、それを周囲に伝えるために在宅医療の啓発活動をしているのです。そうした、より質の高い在宅医療を提供している人たちが働きかけていくという動きが今後はますます重視されると思います。

住民の当事者意識をどう育てるのか

——これからの地域において問題となる事柄はどのようなものでしょうか。また、それらの問題を解決するために何が必要と考えておられますか。

堂垂 今後の地域を考えるうえでキーワードとしては、認知症があると考えています。これに対応できる体制を地域のなかでどうつくるか。医療職とか介護職だけの

力では無理で、地域の力をどう一つに束ねていくか。さらにそのなかで、専門職は何をするのか。言い方は悪いのですが、医療介護の専門職は超高齢社会によって食べさせてもらっています。だからこそ、その地域をいろいろな意味で守るんだと意識転換しなければなりませんと思うんです。

太田 医師が認知症にかかわりたがらないのは、治らないからでしょう。医療は病気を治すものですから、治せない認知症に対しては興味や関心が薄い。しかし、治せない、いわゆる障害を対象としている領域として、整形外科やリハビリテーション科の医師が在宅医療に取り組んでいることは少なくありません。研修時代から治らない「障害」と対峙してきているからです。障害がある人が少しでも生活しやすくなるように療養環境の整備を提案する。この考え方は認知症ケアにおいて、社会の意識を変えらるることと同じです。

「むかしむかし、あるところにおじいさんとおばあさんが住んでいました」という時代から、「いたるところにおばあさんが住んでいません。それも独居で」という時代にな

なったんです。さらにその半分の方に認知症のリスクがある。それをどうするのか。たとえば、タクシー運転手が「徘徊かな」と思ったら情報提供する仕組みが必要だし、ボランティアによる見守りネットワークも同様。社会全体がケアマインドを持つている街にならない限り、住民全員が不幸になつてしまいます。

堂垂 医療を長くやっていると街

どうたれ・しんじ ● 東京大学工学部を卒業後、1979年、千葉大学医学部に再入学。85年に卒業後、同大学附属病院第3内科所属。千葉県救急医療センター、千葉西総合病院等の勤務を経て、99年にどうたれ内科診療所を開業。千葉大学医学部臨床教授、日本プライマリ・ケア学会認定医・研修指導医

づくりに進んでいくのは、それをしない地域がもたないからなんですよね。

太田 単純に3人に1人が高齢者になって、認知症が何百万人もいて、働く人がいなくなつて……。そのとき地域はどうなるか。それを考えると、医療が24時間提供されていて、介護が充実していたら住み慣れた地域で最期を迎えられるのかということになります。

ずしもそうではありません。一方、地域包括ケアシステムは自助互助の部分が増強化されていないという課題があります。自助互助機能を高めるようなソーシャルアクションが大事でしょうね。

堂垂 地域の未来は自分たちの問題であり、当事者意識が不可欠。だから、自助互助なんです。住民は手を差し伸べてもらうばかりの立場ではありません。団塊の世代がその中心となるわけですが、有能な人たちも多いのでその方々が会社の肩書などを捨て去って地域で議論を巻き起こして引つ張っていくようになってもらわないと困ります。

太田 確かに、団塊の世代の人たちがこれまで生きてきた競争社会のしがらみや地位や肩書などのよろいを捨てて、地域のなかでわいわいがやがやできるほうが幸せだと思います。

堂垂 住民自身が外に出てきて、周りの人と交わってあげばみんな幸せになる。かかりつけ医はその「外に出てみんなと交流する」のをいかにエンパワーメントしていくかという視点も持つておきたいですね。

