

日本の地域医療への期待

認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
山口 育子



「協働」と「コミュニケーション」が地域医療のキーワード

自治医科大学創立50周年にあたり、まずは心より祝意をお伝えしたい。そして、昭和47年（1972）に都道府県が共同して設立されて以来、へき地等における医療の確保・向上と地域住民の福祉の増進、そして、医の倫理に徹し、かつ高度な臨床能力を有する医師の養成という設立趣旨を貫き、送り出した約4,500名の卒業生が地域医療に大きな貢献を果たしていることに最大の敬意を表したい。

自治医科大学が歩んできた50年は、医療界や我が国の社会情勢が目まぐるしく変遷を遂げた年月でもあった。創立した昭和47年（1972）は、昭和30年（1955）から始まった高度経済成長がちょうど終焉を迎える時期であり、翌年からは70歳以上の高齢者の医療費無料化政策が9年間にわたって続いたり、昭和52年（1977）には病院死が在宅死を上回ったりと、国民が気軽に医療を受ける感覚が備わった時期とも重なるように回想する。しかし、まだまだ日本には「患者の権利」や「自己決定」という言葉や意識もなく、医師のなかにはパターナリズム（父権性温情主義）が強く根づいていた。一方、患者も「医療のような専門性の高いことに患者が口出しなんてできない。先生にすべてお任せするものだ」と多くの患者は疑うことなく、受け身やお任せの姿勢に甘んじてきた。

そのような時代が長く続いたなかで、果たして本当に患者は受け身やお任せでいいのだろうか、と疑問を抱いたところから私たち「ささえあい医療人権センターCOML（コムル）」（以下、COML）の活動はスタートした。病気はときに、いのちや人生をも左右することがある。そのような大切な問題を、いくら専門家と雖もすべて「お任せ」でいいのだろうか。これからの時代、患者もきちんと自立し、主体的に医療に参加していく必要があるのではないかと考えたのだ。そこで、まずは一人ひとりが「いのちの主人公」「からの責任者」としての自覚を持ち、「賢い患者になりましょう」を合言葉に平成2年（1990）に活動を始めた。この年は、日本医師会の第二次生命倫理懇談会がインフォームド・コンセントを「説明と同意」と訳し、「これからの日本の医療に広めていく」と表明された年とも重なる。まさしく、現在の医療の幕開けとなった時代と時を同じくして、医療の利用者である患者も冷静かつ成熟したうえで、医療現場に提案・提言する必要があると活動を

始めたのだ。

当時は、患者の立場で活動するグループだと聞くと、多くの医療者からは、「医療現場に厳しい要求をする団体」と身構えられた。しかし、私たちCOMLでは患者と医療者は対立するものではないとの立場を貫いてきた。本来、患者と医療者は同じ目標に向かって歩んでいるわけであるから、二人三脚で歩まなければならないはずなのに、対立していたのでは前に進むことすらできない。そこで、対立ではなく「協働」が大切だと提言してきた。「キョウドウ」にはさまざまな漢字が用いられるが、そのなかでも「協働」は「同じ目標に向かって歩む立場の異なる者同士が、それぞれの役割を担い合う」という意味が込められていると知って以来、この漢字の「協働」にこだわってきた。高齢社会になり、慢性疾患を持つ患者がほとんどを占めている。慢性疾患ということは、医療者の努力だけでは治療効果が上がらない。患者も自らにできる努力をしっかりと理解し、積極的に治療に参加しながら医療を受ける必要がある。その実現のためには、何よりも患者と医療者のコミュニケーションが必要と考え、医療現場により良いコミュニケーションを築くことに活動の主眼を置いてきた。この「協働」「コミュニケーション」というキーワードは、日本の今後の地域医療を語るうえで、とても大切な意味を持つと考えている。

約30年の患者の意識の変遷

COMLの30年を超える活動のなかで、日常の柱となっているのが電話相談である。これまで全国から届く64,000件を超える患者・家族のなまの声に耳を傾けてきた。電話相談に対応するスタッフは、医療者ではない患者・家族と同じ立場の一般市民である。まずは、相談者の話に耳を傾け、気持ちを受け止め、寄り添いながら十分に傾聴する。そして、相談者の問題整理のお手伝いをしたうえで、相談者が「どうしたいのか」という本音を引き出し、相談者が主体的に問題解決をするためのアドバイスや提案をおこなっている。しかし、相談のすべてに適切なアドバイスや提案ができるわけではなく、解決方法のない相談も山のように届く。そのような相談に対して私たちができるのは、「聴ききる」ほどにしっかりと話を受け止めることだと考え、実践してきた。

このような30年以上にわたる電話相談に届く声は、時代と共に大きく変遷を遂げてきた。今後の地域医療を考えるうえで、どのような変遷を遂げてきたかを紹介したい。

活動を始めた平成2年（1990）当初は、COMLに届く相談も受け身の姿勢が多く、「これまで誰にも言えなかった」という想いをただただ吐き出す人が少なくなかった。話が一段落したあと、解決方法についての話になると「自分で何か行動を起こすなんてとんでもない」「話を聴いてもらえただけで気持ちが楽になった」とそこで終わる相談者が多かったものだ。

しかし、1990年代は患者を取り巻く環境が目まぐるしく変化した10年間だった。まず情報化が進み、1990年代半ばにはがん患者に病名とステージを伝えることは当たり前になった。そして、1990年代後半には余命を含めてすべて伝える時代へと変化した。前向

きな情報だけではなく、副作用や合併症などのネガティブな情報も事前に伝える必要性が叫ばれ、手術を受ける際には全身麻酔による死亡率まで説明されるようになった。更には、それまで表沙汰にならなかったマイナスの情報も明るみに出るようになった。そのような変化とともに患者の権利意識が台頭し、不信感が芽生え始めた時期でもある。また、活動スタート当初は皆無だった医療費にまつわる相談が、平成9年（1997）ごろから届くようになり、コスト意識の高まりも感じるようになっていった。

そして、“医療安全元年”と呼ばれる1990年代最後の平成11年（1999）は、医療のその後にとってとても大きな年となった。年明け早々から立て続けに起きた大きな医療事故をきっかけに、マスメディアの医療事故・ミスの報道が一気に過熱した。連日続いた報道にまるで煽られるかのように、COMLに届く電話相談は医療不信一色となり、件数も右肩上がりに増加していった。

その後、医療不信に伴う相談は平成15年（2003）～16年（2004）にピークを迎え、平均時間約40分かかる電話相談が月に500数十件届くという、異常事態のような日々でもあった。この2年間は年間新たに提起された医療訴訟が1,000件を超えたこれまでにない2年間でもあった。その後、医療不信は少し下火になった様相を呈したが、それでもしばらくは不信感が払拭されたとはいえない傾向が続いた。ただ、平成19年（2007）になると、マスメディアの方向性が少し別の方向へとシフトし、“医療崩壊”という名の下に「医師不足」や「救急医療の危機」という医療の課題を前面に押し出した報道が増え始めた。それに呼応するかのように医療事故・ミスの報道は影を潜め、「医療訴訟を提起したい」という相談は激減した。このように、患者の意識を大きく左右しているのがマスメディアの報道であることを痛感させられたのが、この時期の相談の変遷だった。

ただ、医療不信が高まったことによってプラスに働いたこともあった。それは、医療現場で医療安全への対策が講じられるようになったことである。医療安全管理者が医療機関に配置され、医療事故はヒューマンエラーから、「人は誰でも間違える」が主力になって、システムエラーへと考え方が変化した。それとともに、患者と医療者のコミュニケーションや接遇（丁寧な患者対応）の必要性が重視され、私たち患者側から見ても目に見えて医療者の患者対応が変化した。そして、何か問題が起きても医療機関のなかできちんと対応する相談窓口や体制も整えられていくという変化を見せたのだった。

地域医療を考えるうえでの課題

令和2年（2020）に新型コロナウイルス感染の拡大が起きるまでは、目下の日本の医療の問題は「2025年問題」で、高齢者の急増による地域包括ケアシステムの構築をいかに進めていくかだったと言っても過言ではない。特に都市部で高齢者が急増し、地方では子どもも高齢者も共に人口全体が減少してきている。とはいえ、日本全体としては、他の国がかつて経験したことがない高齢社会から超高齢社会へと突入している。それに伴い、かつてへき地等が「医療の谷間」と呼ばれた時代から、都会でも医療難民が生じるという

時代へと変化し始めたのだ。

高齢者が増えるということは、認知症をはじめとし、複数の疾患を抱えた患者の数も増えるということ。そのため、病院完結型医療から地域完結型の医療への転換が必要、地域包括ケアや在宅医療の充実、そして何よりも医療・介護が切れ目なく利用できる環境づくりが欠かせない——国の検討会や審議会等に数多くかかわっていると、上記のような問題意識は常に身近で、切迫した問題とを感じる。しかし、世間一般でこの問題はどうかとらえられているのだろうと目を転じると、ほとんど切迫感がないようだ。令和7年（2025）はもう目前に迫っているのに、である。令和7年（2025）——私たちはかつて経験したことがない時代を迎えていることだろう。都市部には高齢者があふれ、人の移動もスピード感が異なり、あちらこちらで人と人の衝突事故が起きているかもしれない。少人数で高齢者をどう支えるのか、人的課題、経済の問題、システム……あらゆることに大きな影響が生じているはずだ。

介護保険が平成12年（2000）に始まって以来、在宅医療の必要性が叫ばれてきた。しかし、かけ声に比べ、現実には充実しているとはとても言えない状況である。看取りまでおこなう訪問医は少なく、訪問看護ステーションは小規模の施設が大半を占め、訪問看護師の数も不十分だ。また、老々夫婦世帯や高齢者の独居も増え、現在ですらそのような家庭での在宅医療は容易ではない。たとえ家族が同居していても、高齢者以外は昼間働いていて自宅にいないという家庭は少なくない。そもそも家族をマンパワーの一員として考えないといけないところに在宅医療の限界がある。いつまで続くかわからない介護を続けている間、介護に従事する家族はその人生を捧げないといけない。かつてであれば“嫁”が身を挺して看るものと考えられていた。ただ、その時代は今のような高齢者が長く生きられる時代ではなかった。介護といっても、多くの場合は30～40歳代の担い手で短期間支えればよかったのだと思う。今は家族に時間的な余力があったとしても、「私は介護に従事したくない」と言える時代にもなってきた。そのような価値観の変遷とともに、在宅医療のあり方も根本から見直す必要が生じていると考える。

また、急速に進む医療機能の分化のなかで、患者・家族の理解が追いついていない現状もある。急性期病院で早い段階に転院・退院を迫られ、「追い出される」という表現で電話相談をしてくる相談者が後を絶たないこと自体、医療機能の分化が理解できていないからだと言える。必要な情報提供が圧倒的に遅れている印象を持っている。

そして、多くの患者の病院選びの視点は、いまだ“急性期型”のままである。「専門医はどこにいるか」「手術件数が充実している病院は」という視点で常に医療機関を選ぼうとする。しかし、複数の疾患を抱えた高齢者が増えるということは、医療機関選びの視点自体を変化させる必要があるはずなのだ。そのような情報提供を一体どこが、どのようにしていくのかも併せて考えないといけない視点だと思う。

現在、急がれる課題として、まずは、医療・介護のワンストップ相談機能を構築することだと私は考えている。高齢者が増える中で、「この問題は医療」「こちらは介護の相談」

といった複雑な選り分けを患者・利用者・家族がおこなうのは不可能である。ならば、まずはどの問題も相談できる窓口があり、医療・介護の両方を把握して相談に乗れる職員を養成する必要がある。

そして、医療・介護を切れ目なく利用するためには、医療職・介護職の上下関係の払拭が不可欠だ。横並びのチームで医療・介護の連携をしていくことが何より必要になる。そして、それを実現するためにはコーディネーター的存在の養成が欠かせない。また、かけ声だけで実現しない在宅医療において、どのような形を目指すのかを考えること。地域により実現するための条件や資源が異なるだけに、地域ごとに考える必要性がある。それらを踏まえた上で、各地域で実現可能なサービスをいかに提供していくのか。こうなると、やはり自分たちの生活している地域の問題なだけに、住民参加が欠かせない。必要性を感じて考え、声を挙げる人を増やすために世の中全体でどう盛り上げていくのか、患者・住民と医療者、行政などの協働で議論し、築き上げていくことが急がれる。

患者との協働で築く地域医療

それに加え、COVID-19の問題が私たちの前に大きくはだかることになった。今後は新興感染症も視野に入れた医療計画の策定が求められているところである。

自治医科大学では、アドミッション・ポリシーの「求める学生像」、更にディプロマ・ポリシーやカリキュラム・ポリシーでも一貫して「地域医療」を念頭に置いて考えられている。「医師として社会に貢献する自覚を持ち、地域医療に進んで取り組む気概のある人」を育成し、卒業後は出身都道府県に戻って地域医療に従事してこられた。

地域医療に力を入れるということは、地域住民と一緒に医療を築き上げることだと私は考えている。その地域や住民を理解し、地域をよくするためにどうすればいいかを考えるなかに密接に医療は関係する。これまで、どちらかと言うと地域医療に携わる医師は、「どのような医療を提供するか」という視点で地域医療の問題を考えてきたのだと思う。しかし、これからは地域の住民に医療の現状や課題を伝え、問題解決のためにどうすればいいかを共に考えることが不可欠である。患者と医療者の協働で築くのが、まさしくこれからの日本の地域医療ではないかと思う。その実現のために、これからも自治医科大学には地域医療のリーダーシップをとる存在として大きな役割を果たしていただくことを期待したい。