

茨城県北部にある常陸太田市。高齢化率は茨城県の平均 26.1%を大きく上回る 33%。その常陸太田市の中でも福島県との県境近く、山間部に位置する里美地区の高齢化率は 40% を超える。少子高齢化・過疎化が急速に進行している里美地区で、20 年以上地域医療に従事されている大森英俊先生にお話を伺った。

一 里美地区に戻られた時、医療過疎の状況はどのような状況でしたか？

私が故郷である常陸太田市・里美地区に戻ったのは今から 22 年前の 1993 年です。

帰って来た時、田舎ですからそれほど患者さんは多くないだろうと思っていましたが、現実とは逆でした。ひどい褥瘡がある、肺炎をこじらせて亡くなる、交通機関がないために医療を満足に受けることができないなど、大変な状況に陥っている患者さんはたくさんいて、なおかつ患者さん一人一人がさまざまな問題を抱えていました。

多様な医療ニーズに応えなければならないという現実がある一方、医療的な支援体制は行き届いていないという状況の中、「一体何をしたらいいのだろう」というのが当時の正直な気持ちでした。

一 山間部にある里美地区の交通手段は？

タクシーはなく、民営のバスが運行されています。私が帰って来た頃は、1 日何本か運行されていましたが、今はほとんど運行されていません。現在は、里美地区の 4 キロ手前の小中町までしかバスが来ていません。

今、患者さんの交通手段は『みどり号』という無料巡回バスです。これは国のへき地医療対策によるもので、患者さんの送迎が主体です。

また、この地区は福島県との県境にありますので、福島県在住の患者さんもいます。しかしその方面は交通機関がありません。「先生なんとかしてくれないか」と相談され、現在、当院から週に 2 回、送迎用バスを出しています。

一 医療過疎の進行している里美地区でどのようなことに力を入られたのでしょうか？

この地域は山の中にあり、高齢化率は 42～43% という状況ですので、生活弱者が多いところです。インフラ的に未発達な部分が多く、医療的にも充足されません。地区内の医療機関は当院を含め 2 軒しかなく、医師も医療スタッフも少ない、その中でどうしたらよいかと考えた時、体系立てて整備していく必要があると思いました。

つまり、単に外来医療を行うだけで医療が完結するわけではなく、入院も在宅も介護も必要であり、多様なニーズに対し、いかに手を取り合って連携しながらやっていくかが一番大きなテーマです。

交通の便もよくないので、祖父の時代から往診を行っていました。しかし、往診の場合、とんでもない状況になってから「先生、来てくれ」ということも多いので、現在は訪問診療・訪問看護を中心に在宅医療をおこなっています。その他、入院施設、特別養護老人ホーム、通所リハビリテーション事業所など、患者さんがいつでもサービスを受けられる

施設をつくり、連携に力を入れてきました。

利用者の抱えるさまざまな問題点をそのシステムの中で解決していく、身近な疾患や毎日の生活の中で生まれるニーズに関してはこの地域の中で完結できるように対応してくというのが基本的な考え方です。

一 筑波大学とも連携されているようですが？

茨城県から「地域医療実習ステーション」として学生の実習を受け持っていて欲しいという話があったのが、今から 9 年程前です。筑波大学の総合診療科が全面的にバックアップしてくれています。年間約 30 人の学生が実習に訪れます。そのうちに、後期研修も受け持ってもらえないかと依頼され、「いばらき地域医療研修ステーション」という、総合診療科・総合医の実績とするための後期研修をおこなっています。後期研修の先生方は半年交代で、私と 2 人体制で即戦力となって診療にあたっています。新しい情報を得ることもできますし、大変心強い存在です。

一 地域における在宅医療・介護の推進では“多職種連携”が重要ですが、連携するためのポイントとして、具体的にどういったことが必要だとお考えですか？

それぞれの職種にはそれぞれの役割があると思いますが、やはり、医師がある程度リーダーシップをとる必要があると思います。「命令する」ということではなく、さまざまな意見を聞き入れたうえで参考になる意見を述べていくということです。

例えば訪問看護ステーションにしても、医師の指示がなければ動きがとれません。つまり、ステーションの看護師が 24 時間 365 日の体制で頑張ろうと思っても、それに応えるような医療機関がないと動きがとれないというのが現実です。施設にしても、医師がサポートしなければ、患者さんの容態がおかしくなった時、救急車で病院に送ろうかという話になってしまう。そうではなく、医師に連絡をとって相談してみるということになれば、入所している方に対する対応も変わってくると思います。

その中では、信頼関係やコミュニケーションが何よりも大事です。医師への相談は敷居が高いといわれますが、敷居は取り払わなくてはなりません。言いにくかったら、例えばそこにいる看護師に話し評価してもらって、これは医師につなぐべきかどうか判断してもらおう。気になることは自分の中にしまいこまないで、周りに全て伝えていくことをやっていく。これがまさに連携だと思います。そういう意味では田舎の過疎地域で人口も少なく、事業者数も少ないというのは有利です。知り合いばかりで、私の医院には、職員に私の同級生がいます。立場上、同級生から「先生」と呼ばれますけど、一歩離れると名前と呼ばれたりします。このような関係の中で連携がとれるというのは、とてもよいことだと感じています。

一 『地域医療に対する思い』をお聞かせください。

今一番考えていることは、将来的に過疎地の医療をどうしていくかということです。現場の人間とし



昭和 54 年：岩手医科大学医学部卒業
昭和 54 年：日立製作所 日立総合病院 脳神経外科
昭和 56 年：岩手医科大学 第一外科
平成 5 年：大森医院継承
平成 6 年：医療法人 大森医院理事長
平成 16 年：社会福祉法人 翔馬会理事長

ては、具体的なプラン・方策を示し、それを提案していく必要があると思っています。

なぜかと言うと、現在 42% の高齢化率はここで止まるわけではなく、50% を超えるなど今後更に高まる可能性があります。そうなれば状況はもっと悪くなる。その中で医療従事者も高齢化しますし、私自身も年をとり、仕事の効率が落ちていくということもあります。そういった中でも医療をどのように継続していくか、よくするためにはどうしたらいいかということです。

そのためには、医師や医療スタッフに過疎地域に目を向けて活躍してもらう必要がある。その環境づくりをどうしたらいいか。これまでに 150 人ぐらゐの学生がきています。かなりの学生が「地域医療は興味深い」と共感してくれます。おそらくその中には、地域の現場で働こうという人も出てくると思いますが、ただ、二の足を踏んでいる学生もたくさんいると思います。「興味はあるけど、自分がやるとなると…」「あの中で暮らして、生活してとなると…」それが正直なところだと思います。現場で暮らして、どっぷりつかってやるのが、もし、過疎の医療を担う上で必要なことであるなら、そこは敷居がかなり高くなってしまおうと思います。

それに代わるような方向付けができないか。例えば一人で診療するのではなく、複数の医師がチームを組んで交代しながらカバーしていく。そのために 3 人の医師が 3 軒の診療所を持つのではなく、3 人の医師で 1 軒の診療所を中心にして、サテライトのように枝葉をのばして広域にカバーできるような体制を作っていけば、かなり広範囲をカバーできるようになると思います。そのような方策をとれば、仮にその地域に医師が住んでいなくても、医療過疎の現場で活躍することは可能だと思います。それが一番無理のない方法ではないかと、今、思うところです。

一 これからも里美地区で先生が活躍されることを、そして過疎地域における恒久的な地域医療提供体制が構築されることを期待しています。