

新しい地域医療の創出にむかって ー21世紀のプライマリ・ヘルス・ケアを礎として考える

本田 徹 氏

浅草病院医師
NPO法人・シェア＝国際保健協力市民の会
代表理事

要旨

21世紀の日本は、超高齢社会、健康転換、世帯構造の激変の中で、地域医療や包括的地域ケアが大きな試練のときを迎えようとしている。しかも、東北大震災と福島原発事故後の未来はなお不透明で、住民は多難な道を復興に向けて歩んでいる。日本社会全体の被災地域への連帯や自治体間の連携・協力の質が問われている。筆者は、東京台東区の山谷地域で、病院勤務医のかたわらNPOの医療ボランティアとして働き、同時に海外協力NGOの責任者として過去30年に亘り、途上国への草の根医療保健協力活動にも従事してきた。それらの経験から、また過去の長野県・佐久総合病院での農村医療や、タイ国でのプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）専攻の修士課程の学びから、21世紀の現実に適合させたPHCの理念とアプローチが、グローバル化時代に一層必要とされ、また有効であることを確信している。実際、ここ数年、台東、墨田、荒川地域で、医療、看護、福祉、介護、精神保健など多職種の人びとが連携・協力しながら、患者・クライアントの安定した地域生活移行を実現させたり、いわゆる「困難ケース」についての研究やアプローチに関する質的研究に着手して、実績をあげつつある。21世紀の新しいPHCにおいては、当事者主権の精神を元に、地域で関係する多職種専門職の人びとが、真に公平・対等で透明性の高い連携を組んでいくことが必要だと考える。

1.序章：21世紀の日本における新しい地域医療の要請とその背景

(1)Demography(人口統計)の変化

ー 超高齢社会への急速な歩み

健康転換(Health Transition)という言葉がある。よく知られるように、近代日本は明治時代以降、疾病構造、食生活、環境衛生などの背景因子の変化に伴って、多産多死、多産少死、少産少死という、健康転換ないしDemographyの変遷を経てきた。しかし、2007年を境にこの国では、毎年継続的に死亡数が出生数を上回ることとなり、本格的に「少産多死」の時代に突入した。筆者はその意味で、日本は第4の健康転換期を迎えたと考える。

厚労省および国立社会保障・人口問題研究所の統計によれば、2008年に114万あった総死亡数のうち92万7千人(81.3%)が医療機関で亡くなっている。2030年には、総死亡数は160万人に達すると見込まれている。しかも、2010年には総世帯数50,287(千)に占める単独世帯

数は15,707(千)、すなわち31.2%であったものが、2030年には、総世帯数48,802(千)に対し、単独世帯数は18,237(千)と、相対割合(37.4%)としても、絶対数としても著しく増加する。

WHOやOECDも認める通り、日本は世界でも冠たる長寿の国となったが、そのことの「光」と「陰」の部分を、それぞれ冷静かつ客観的に分析・認識し、次代に備えていくことが切に求められている。地域医療という観点からすれば、病院という資源が、平均在院日数の短縮化、および急性期、回復期リハビリ、療養、専門・高度医療という病床種類の機能分化という滔滔たる流れの中で、病院内死亡が今後とも総死亡の80%超を占めるといった、先進国でも異例の数字を維持していくことはありえないし、高齢者・患者のQOLや自己決定権の尊重という視点からも、望ましいことではない。

木村利人や猪飼周平らの唱える、「キュアからケアへ」や「医療モデルから生活モデルへ」といったパラダイムシフト

は、社会経済的また人口学的要請であるとともに、21世紀の日本がより人間的で、介護保険制度の趣旨である自己決定や参加型社会の形成という意味でも、必要なこととなっていると言える。

(2)長野モデルとはなにか？

厚労省の「都道府県別生命表」(2013年3月11日付朝日新聞記事)によれば、都道府県別の平均寿命において、長野県が男女とも首位に立った。(男80.88歳、女87.18歳。全国平均は男 79.59歳、女 86.35歳)

男性について長野県は、実に1990年以来5回連続で首位だったことになる。また従来長野県の医療費は他の都道府県に比べ低医療費で、健康長寿が実現できていることが注目されてきた。この興味深いテーマについて、2011年9月18日に長野県松本市で開かれた「在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」のシンポジウムにおいて「長野モデルの検証」と題して話し合わせ、筆者も登壇の機会を与えられた。このシンポジウムの共同演者の一人で、当時、佐久総合病院小海診療所長であった長純一医師(現・石巻市立病院仮設診療所長)を始めとするパネリストたちは、「健康長寿・低医療費の長野県」の背景にある要因として次のものなどを掲げ、活発な議論を交わした。

- ①医者だけに頼らない、地域の保健師、種々の保健ボランティアによる積極的な、参加型ヘルスプロモーション活動。
- ②佐久病院に代表される農協(厚生連)病院と、国保診療所・国保病院間の、予防活動・健診活動における切磋琢磨、競合。
- ③在宅で「生き遂げること」を望む患者さんに対して、誠実に向き合い、ケアをし続けた看護師、医師、介護、福祉職らの献身的努力。(全国一の在宅死亡率)
- ④全国一高い高齢者就業率(農業就業率の高さを反映)
- ⑤村、町、市などの自治体首長の、すぐれた先見の明、イニシアチブ。

長野県の達成をもっぱらコストパフォーマンスのよさという観点からのみ捕え、技術的側面だけ真似していこうとする考え方に対して、長医師は警鐘を鳴らす。真に住民参加型の予防・健康増進活動や、質のよい保健・医療従事者養成など、地域主体の社会資源を粘り強く守り育てていくという、まさにプライマリ・ヘルス・ケア的な発想と行動こそが必要だし、長野の経験から学ぶべき点だと彼は訴えている。傾聴すべき意見であろう。

(3)東日本大震災と福島原発事故が突きつける新しい現実

2011年3月11日に起きた東日本大震災は、病院・診療所・介護施設など地域の社会資源、医療人材、リフェラル・システムなどに甚大な物的・人的・制度的被害をもたらし、その負の遺産はいまだに埋めることが困難なものとなっている。NGOシェアが救援・復興活動に加わった気仙沼地域でも、また筆者が現在ささやかに関わっている「原発事故後背地」としてのいわき市でも、地域医療は依然困難な状況にあり、その持続可能性(Sustainability)が問われる事態となっている。

もともと医療過疎的な状況にあった東北地方は、大震災でインフラの多くを失い、貴重な保健人材までが、経済的理由また、放射能汚染からの避難などの理由のために、地域から離れざるをえなくなっている。こうした大きな試練と課題の中で復興を果たしていくことを目指す際、一つの重要な試金石となるのが、自治体間協力であろう。

その意味で、福島県浜通り中・南部の、双葉郡8カ町村といわき市との関係は、今後の日本の地域医療全体から見ても示唆に富んでいる。双葉郡は原発災害の直撃を受け、住民の集団的避難、土壌や環境の高い放射能汚染により、地域そのものが解体の危機に直面している。住民は、故郷を離れて苦難の道を歩みながらも、故郷再建の道を、勇気と粘り強さをもって探っている。一方受け入れ側のいわきは、日本でも指折りの広域自治体であること、福島県浜通りの中心的な市であったことから、双葉郡の多くの住民及び自治体の受け皿となり、多数の仮設住宅、借り上げ住宅、更に実質的な「仮の町」(役場)が作られ、今や移住した避難者人口だけで2万5千人に達すると言われる。そのことは、原発事故前からすでに逼迫していたいわき地域の医療資源をさらに追い詰め、枯渇させる危険性もあるが、反面、自治体どうしの対話や協力関係を強化し、ホスト側・ゲスト側双方の創意工夫を引き出し、さまざまな「ハイブリッド的活動やインフラ」を作っていく可能性も生まれてきている。

先日筆者が訪れた「仮設・介護老人保健施設・檜葉ときわ苑」は、檜葉町の介護老人保健施設でありながら、いわき市内に建てられ、しかも「仮設」と銘を打ちながら、きわめてアメニティと機能性の高い恒久的施設に仕上がっている。この老健を利用しているお年寄りも、運営する施設側スタッフも、いつかは檜葉に帰るのだという志を一つにしている、という意味で深く心を動かされた。

2.日本と途上国をつなぐ視点：振り返りと学びの旅から

(1) 青年海外協力隊員としての途上国保健協力の原点 ーチュニジアで体験したプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)

筆者が地域医療をプライマリ・ヘルス・ケアの視点から考えるようになったきっかけは、1977年から79年までの2年間余の、北アフリカ・チュニジアでの経験である。はじめは、イスラム文化に接したいといった程度の軽い気持ちで青年海外協力隊に応募し参加したのだった。赴任先は人口8万人の、地中海に浮かぶ島の病院であり、かつ唯一人の小児科医であったことから、病院の新生児医療から、ヘルス・ポストへの巡回診療、母子保健センターでの予防・健診活動に至るまで、幅広い臨床・教育活動に携わる機会に恵まれた。しかも、任期中の1978年9月WHO(世界保健機構)と140カ国の代表による、歴史的なPHCに関するアルマ・アタ宣言が発表され、大きな啓発と刺激を与えられることとなった。つまり、チュニジアの片田舎で自分の携わっている医療が、世界共通の保健課題に通底しているものであり、そこでの努力がある意味で、途上国の子どもや母親たちの健康問題の解決につながる鍵を含んでいるかもしれない、という一種の連帯意識のようなものであったかもしれない。帰国後筆者はそうした経験を、「文明の十字路から」という小著に書きとめた。

(2) アルマ・アタ宣言から21世紀のプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)へ

アルマ・アタ宣言に凝縮された、'Health for All' に象徴されるプライマリ・ヘルス・ケアの理念とアプローチは、20世紀最後の四半世紀の世界全体の保健・医療に深く広範な影響をもたらしたが、21世紀を迎えてもその投げかける問いと光芒は依然切実さと輝きを失っていない。その理由は、①医療における公平性や人権という価値観と政策を明確に打ち出したものだったこと、②医療・保健活動における地域の主体性や住民参加を尊重し、促したこと、③予防や健康増進の活動に、「治す医療」と並ぶ高い位置づけを与え、医療を専門家独占から解放したこと、④世界でも未曾有の超高齢社会と単身者世帯社会が現出していくという日本の状況にアダプトできる思想と柔軟性を持っていること、などが挙げられる。2000年に始まった介護保険制度はその意味で、日本における「当事者主権」(中西正司・上野千鶴子)とPHCの時代の本格的到来を告げる出来事だったと、筆者は考えている。

2008年にWHO(世界保健機構)から出された2つの歴史的文書、'Primary Health Care : Now More Than

Ever' と 'Closing the gap in a generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health' は、PHCがなぜ21世紀においてより一層必要とされるに至ったかという背景説明と、その根拠としての「健康の社会的決定因子」(Social Determinants of Health)に関する詳細な検討と解決への処方箋とを縷述したものと言える。後者のレポートを起草した委員会(Commission)の委員の一人が、東京電力福島原子力発電所発事故調査委員会(国会事故調)の委員長・黒川清氏だったことに、筆者は運命的なものを感じる。社会的公正と科学的究理の精神が、2つの報告書を貫く基調として脈打っているからだ。

(3) NGOシェア：PHCに基づく、日本の「外」と「内」を繋ぐ活動

シェアが生まれる直接のきっかけとなったのは、1980年代初頭のカンボジア難民に対する、市民主体の救援活動だった。タイ国境カオイダン難民キャンプでの医療支援や青年海外協力隊参加などを通し、途上国での医療・保健活動を経験し、いわゆる南北問題や「開発」問題に関心を持った医療者たちが集まって勉強会を始めたことがきっかけで、すこしずつ実践を重ね、エチオピア、カンボジア、タイ、東ティモール、南アフリカなどへ活動の場を広げていった。私たちにとって、大きなモデルとなり導き手となってくれた人物が二人いる。一人は佐久病院の若月俊一であり、もう一人が、途上国を中心に保健教育や地域リハビリテーション(CBR: Community-based Rehabilitation)に革命的な新風を吹き込んだ、デビッド・ワーナー(David Werner)である。若月は、戦争の惨禍からまだ日本の国全体が立ち直っていない昭和20年代から、信州の佐久病院を拠点に医療過疎の農村に分け入り、質の高い医療を農民に届けるだけでなく、病気を予防し、健康意識を住民に根づかせるために奮闘した。芝居や保健ボランティアを活用したユニークな方法は、PHCという言葉すらなかった時代に、アルマ・アタ宣言に数十年も先駆けて、この国に優れた地域医療モデルを作り出したという意味でも特筆に値する。

一方で、ワーナーは、人びとが自分たちの手で健康な生活を作り上げていけるよう、斬新な参加型教育の手法を編み出し、また人々自身が簡単な治療を行えるような実用的なマニュアルを、ふんだんな挿絵を使って次々と生み出し、途上国の何千万という人々や草の根の保健ワーカーに大きな福音をもたらした。

シェアは、こうした二人のパイオニアに学びながら、日本

でも在日外国人の健康問題への取り組みや、後述の山谷地域のホームレス者支援などを通して、PHCの実践に取り組むとともに、途上国での母子保健やHIV・エイズの予防啓発活動、小学校での保健教育を続け、今年創立30周年を迎えた。国の「内」と「外」をPHCの理念と方法でつなぎながら、今後とも現場での地道な活動と、国際交流を進めていきたい。

3.山谷・墨田・荒川地域で地域医療連携と包括的地域ケアのモデル作りを追求する

台東、荒川両区にまたがる山谷地域は、かつて日本の三大「寄せ場」の一つとして、多数の日雇い労働者(彼らの多くは東北地方からの出稼ぎ農民だった)が、昭和30-40年代、高度成長期の日本の経済的繁栄を底辺から支えてきた。その後、この地にも高齢化の波が押し寄せ、労働者の街から福祉の街へと変貌していく。高齢化のみならず、独居、生活困窮、居住不安、慢性疾病など、日本の社会が今後一層のスピードで直面することになる課題に、この地域はいち早く立ち向かわざるを得なかった。もともと労働運動やホームレス者支援の活動を担うグループが多かったため、比較的早期から、福祉や医療への取り組みを始めることができた。とくに山友会は、医療、生活相談・支援、居住サービスなど複合的な活動を30年近くに亘って持続させている。筆者もボランティア医の一人として関わっている、山友会のクリニックは、これまでにのべ11万人のぼる患者へのプライマリ・ケアを提供してきた。おそらく保健所の認可を受けた常設の診療所のうち日本で唯一、健康保険を一切扱わず、完全無料診療所活動を貫いてきた。

2008年以来、山友会を含む地域の種々のNPO、病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、薬局、地域包括支援センターなどが集まって、「地域ケア連携をすすめる会」を発足させた。台東、荒川、墨田などの地域に住む、あるいはそこに居住地を求めて移ってきた、さまざまな生活・医療上の困難を抱えた人びとを、ご本人の意思や自己決定権を最大限に尊重しながら、安定的な地域生活が確立できるように、他職種連携のネットワークで支えていこうとする試みである。

こうした動きとは別に、プライマリ・ヘルス・ケア研究所(PHCI)が2008年、台東区のあやめ診療所長伊藤憲祐医師によって設立され、2011年正式にNPO法人化された。実質的な活動は、墨田区の訪問看護ステーションみけ、山谷地域のNPO友愛会、山友会、大学教員などが中

心になって担われ、PHCや地域医療保健に関わる、研究、人材育成、アドボカシー・講演会活動などを活発に行っている。とくに、いわゆる「困難ケース」に関する質的研究には集中的に取り組んできた。有能で、鮮明な問題意識を持った若い研究者・実践者たちの活動には目を見張るものがある。

4.結びとして

以上のように、日本の医療をめぐる現実が非常に厳しく、悲観的ですが、どのように公平性と透明性と、真の住民参加、地域主体の地域医療を構築し担保していくかは、今後「2025年問題」に向き合う日本社会全体にとって、切実な課題であると共に、新しい可能性を生むチャンスとも捕えられるであろう。その意味で、プライマリ・ヘルス・ケアを21世紀の新しい現実に合わせて包括的地域ケア、地域医療に生かしていこうとしている、台東・墨田・荒川地域の医療保健福祉関係者との協働は、筆者にとって啓発されることであるとともに、未来に希望を感じさせてくれる体験となっている。日本が第4次健康転換と超高齢社会のチャレンジを乗り越え、真に世界に開かれ、民主的で力強い社会に成長していくためには、政府の役割はもちろんとしても、NPOを含む市民社会組織(Civil Society Organization)間、およびNPO-自治体間の連携と協力が、今後一層重要なものになっていくであろう。

【参考文献】

1. 若月俊一「村で病気とたたかう」(岩波新書)
2. 本田徹「文明の十字路からー一医師のアラブ＝チュニジア記」(連合出版)
3. デビッド・ワーナー「医者のいないところで」(Where There Is No Doctor) (シェア)
4. 猪飼周平「病院の世紀の理論」(有斐閣)
5. 木村利人「看護に生かすバイオエシックス」(学研)
6. 本田徹「途上国と日本の『草の根』医療とプライマリ・ヘルス・ケアー人のいのちがひとしなみに尊重されるために」(學士会報 第883号、2010年)
7. シェア編：「すべてのいのちの輝きのためにー保健NGOシェアの25年」(めこん)