

# 気づきで守る自分の健康 何が幸せかの正解はなし

対談  
リレー

病院は診断して標準的な治療を行う「正解は一つ」の医療  
在宅医療は沢山の正解から皆が納得する答え  
大切なのは医療、介護、生活を含めた総合的な医療  
地方での働き方のバリエーションを増やしてマッチング  
大きく違う地方との医療事情  
医師の働き方改革には仕組みで取り組む  
地方が面白いと思う医師に来て欲しい

## 田上佑輔氏

医療法人社団やまと理事長

1980年、熊本県生まれ。東京大学医学部卒業後、千葉県国保旭中央病院の研修医を経て東京大学医学分付属病院腫瘍外科に入局。東日本大震災での災害医療ボランティア活動を機に2013年に宮城県登米市と東京にてやまと在宅診療所創設。現在・医療法人社団やまと理事長。2017年に都市⇄地方の「循環型」キャリアモデルとして「やまとプロジェクト」を発足。毎週宮城と関東を行き来し、診療以外にも地域住民や行政と関わり、登米市の地域包括ケアアドバイザーを務める。各地でこれからの在宅診療・地域医療についての勉強会、講演を行っており、多数のメディアにて活動が取り上げられている。

# かかりつけ医は伴走者 薬より生活の 在宅医療から学ぶ「どう生きるか」

## 工藤 淳也 氏

（株）丸善ジュンク堂書店経営企画部部長

1989年、兵庫県生まれ。ジュンク堂創業者の2代目。  
2009年、大学在学中、インターネット事業部門を子会社として株式会社ジュンク堂から分離独立させた株式会社HONを設立し、取締役を経て翌年、同社代表取締役となる。  
2011年、総在庫数200万冊を誇る丸善書店とジュンク堂書店のECサイト、「MARUZEN & JUNKUDO ネットストア」を運営。  
2016年、同事業の個人通販部門を同グループ「honto」に売却・統合し、その際MARUZEN & ジュンク堂書店に席を移動。  
現在、株式会社丸善ジュンク堂書店において経営企画部部長とシステム部部長を兼務する。

亡くなる2か月間の聴き語りをもとにする  
地縁型とテーマ型のコミュニティの違いや  
コミュニティからはみ出した孤立の人へのアプローチ  
本質は医療の勉強と言うより人生の勉強  
処方するのはお薬ではない地域の連携  
必要なのは情報共有、医療版のSNSを活用して  
想像力を膨らませる本にあるセラピーの力

デュアル・ワークで  
地方の医師不足を解消

**工藤** 今日は、宮城県登米市と首都圏で「やまと在宅診療所」を運営しておられる医師の田上佑輔さんにお越しいただきました。初めてお目にかかったのは、医療法人社団やまとやまと在宅診療所を起ち上げられた頃でしたね。

**田上** 5年程前、私はまだ病院にいて、自分で何かやりたいと思つて「世の中のために」を目指している共通点がある人との出会いの中で幸運にも工藤さんにお会いしました。その頃既に「HON」を設立して、インターネット事業をやっていましたよね？

**工藤** ええ、現在はむしろ本社の仕事が多くなっています。

**田上** 私は元々大学病院で外科医でした。2011年東日本大震災後被災地に行つて、医療の事情が大幅違うことを知ったのです。例えば東京の病院は医師1名に入院患者1名の大学病院のようなところがあり、地方では医者1人に対して患者さん30人という状況で、不公平だと感じました。地方に集まった医者は少ないか

ら疲弊していて、患者さんは「医者がない、診てくれない」と……。そこで、断らない病院をつくり、地域住民ひとりひとりが自分の健康を考えて、病気にならないようにする、事が重要だと。

**工藤** 地方でも都市でもそれが理想ですね。

**田上** そもそも病気にならないければ、病院に行かなくていいのですが、現実には非常に難しいものです。東京の様に人が多いところで学ぶために「デュアル・ワーク」の様なことができないかと思つて今、都市と地方に診療所を設けています。診療所が日本には10万か所ぐらいありますよ。

**工藤** そんなにあるんですか？

**田上** 今は10万か所ぐらいですが、今後ある程度集約化していかないと、思っています。そういう中で、診療所同士がどの様に仕事をするかも考えながら、首都圏に2か所と地方に2か所の形でやっています。

**工藤** 東京と登米では距離もあって、移動も多くハードではありませんか。1週間の生活サイクルはどうなっていますか？

**田上** 5年間変わらず、水曜日の

夕方宮城を出て夜東京で、又土曜日の午後新幹線で宮城です。

**工藤** 2拠点を行き来しておられるんですね。

**田上** 新幹線の中で寝て目が覚めると、時々どっちに進んでるのかわからないことがありますよ(笑)

**工藤** ご自宅はどちらですか？

**田上** 宮城県の大崎で、妻も医者なので向こうで診療しています。

**工藤** やまと在宅診療所は、当初

からいろんなお医者さんが参加されて、東京と地方を行き来するモデルをつくられましたね。その時、地方に対する課題を持ちつつ、情報が集中している東京から離れる怖さもあって、両方を共存出来るモデルを探していたのかなと感じました。

**田上** 国は地方に医者が少ない事

に対して、地方に行つた医者には何かお墨付きやお金を出します。地方に住み続けて、と言う強制的な事は難しいので、地方での働き方のバリエーションを増やしてマッチングさせるべきだと思います。それを発信して、マッチングさせて「地方が面白い」と思う人に来てもらうのがいいと思います。

**工藤** 無理のない形だからこそ、5年間続けられるんですね。

**田上** でも、なかなか難しいところもありますよ。

**工藤** 何が難しいですか？

**田上** 最初は面白くても長期的だと疲れるんですね。

**工藤** 半年や1年はいいけれど、続かないという事ですか。確かに1、2時間とは言え、移動するのは結構疲れますよね。

**田上** 東京から行ける場所はとても多いので、その働き方のマッチングが上手く出来て、医者もつと自由に移動できるといいな、と思つています。

**工藤** 現在そういうスタイルでやっている医療機関は他にもありますか？

**田上** 知らないですね。

**工藤** 宮城の登米と神奈川県の武蔵小杉、日吉を選ばれた理由は？

**田上** ひとつは東京駅から近く、もうひとつは地域で見た時の多様性です。登米は、人口約8万人で高齢化率30%以上の田舎です。登米から車で40分程の大崎にも診療所がありますが、そこは仙台のベッドタウンの

様な所で、人口約15万人で高齢化率25%です。首都圏の拠点である武蔵小杉は若い町で、高齢化率が約16%です。川崎市の人口は約150万人、日吉は高齢化率約20%で、慶応の周辺には昔からの都市型の一軒家タイプ、それぞれに必要とされる地域医療には違いがあります。

**工藤** 同じタイプの方がやり易くはないですか？

**田上** 地域の特性が似ている方が確かにやり易いですが、これからの医療は「病気を治す」と言うより「生活を見る」様になるので、地域に合わせたローカルビジネスになりますね。

**工藤** 学生時代ずっと日吉に通っていましたが、武蔵小杉がこんなに変わったのかと驚きました。ベッドタウンとして人気が高いのもわかる気がします。

## これからの時代に必要なのは地域で看取る在宅医療

**工藤** 在宅医療のメリットはどういうところですか？

**田上** 在宅医療は、ご自宅で最期迄その人らしく過ごせる「人の幸せ」という側面もありますが、全員

が病院で最期を迎えると医療費で賄えない為、在宅で診るような先生を増やそうと、1990年頃から

介護の「ゴールドプラン」が始まり、2000年頃から在宅を進める流れになりました。私達の世代は「病院をつけない世代」で、自分達の医療が出来る現場がなく、自分の医療を

やりたいという人が増えてきています。ただ、現実には人の生活にも関わるので、医者だけじゃなくお坊さんや音楽をやっている人等、地域の人が

参加して考えようという事です。病院では患者さんに対して処方薬を出す「正解はひとつ」の医療ですが、地域ではその人が亡くなる時にいろんな人が答えを持っていて、皆が納得できる答えを出す医療になります。その本質的には医療の勉強というより人生の勉強と言えるかもしれません。

**工藤** いろんな事が凝縮されていて「ライフコーディネーター」の様ですね。最近「予防医学」とよく言われますが「どうやって満足して生きていくのか」等、ただ単に生きていく事と病気になるてからの生活があまりにも乖離が激しい様に感じます。病院から在宅医療になった瞬間、生活

の難しい面と向き合うことも多いのではないのでしょうか？

**田上** そうですね。長生きになって、癌などの病気を持ちながら普通の生活をする人、という意味では、病院と地域がかなりクロスオーバーしてきています。何が病気で、誰を治療するのか、病院完結型ではなく地域のコミュニティが必要だと思います。それに対して何を処方すればいいのか、難しいですね。

**工藤** 処方すると言っても、お薬である必要はないですよ。地域の方との連携は近隣にお住まいの方との協力体制ということですか？

**田上** 在宅診療というのは要介護3以上の人や、独居の人、若い人でも末期の癌で痛みが強くて病院に歩いて行けない人等が対象です。そこで月に1、2回定期的な往診や24時間体制のチームアプローチになります。医者と、看護師さん、お風呂に入れてくれる人、ヘルパーさんみたいな人達と顔を合わせて、患者さん単位でのチーム編成です。

**工藤** そのプロジェクトはどういうタイミングで結成されますか？

**田上** 例えば工藤さんが患者さん

として、招集をかけられますね。集合して「宜しく」「前はこうだったね」とチームですから当然普段から仲がいい方がいいですよ。普段からチームで顔を合わせることは重要で、地域包括ケアのひとつとして、顔が見える関係を目指しています。

**工藤** ちなみに、そのプロジェクトチームの風景は、東京近隣で見える風景と登米での違いはありますか？

**田上** 勿論、コミュニティがそもそも違います。地方は地縁型のコミュニティですが、東京はテーマ型のコミュニティです。地縁だとながりが家族ですから、チームに家族の人が入ってきます。テーマ型だと、昔会社で働いていた人や、私達の様なプロフェッショナルが入ってチーム編成は変わってきています。

**工藤** 提供する側のコミュニティもある一方で、受ける側、患者さん達のコミュニティもありますね。テーマ型・地縁型いずれでも、そこからはみ出して孤立してしまう人達が出てくると思いますが、何かアプローチはされているのでしょうか？

**田上** それが一番難しいところですね。



## 個々人に向き合う在宅医療

**工藤** 地方の地縁からの孤立は現実問題として感じます。皆が地元から飛び立って、仕事でも東京に集中して、家族が東京に集まるが増え、戸で都市としては大きな方ですが、祖母がそこで淋しい想いをしていないかと思う事があります。全くの孤立ではありませんが、そういう淋しさをどう埋めていけばいいのか課題に感じています。逆に東京は東京で違った孤立の形があつて、それぞれどう解消していくべきなのかを考えたりします。

**田上** 私達の仕事は、そういう事を皆で話し合うのが大きなウエイトを占めていて、何が幸せかというのは人によつても違いますし、そこに正解はありません。「皆とつながれば幸せ」又「一人でもいい」と言う人達もいて

見立て方が難しいです。大家族で住んでいる地方の癌患者の80歳ぐらいのおじいちゃんは「家族に迷惑をかけたくないから、もうごはんを食べない」と、私達は「点滴したら、あと半年生きられる」と話しても「自分の一生だから好きなようにさせて欲しい」と言われる事もあります。

**工藤** 田上さんの正解は点滴をすることでも、患者さんの正解は違うのですね。

**田上** そしてご家族の「点滴をしてほしい」という思いと本人の想いを聞き、点滴をしないということにしました。最後に「痛み止めは使つて、今夜の1時ぐらいまでは生かしてほしい」との事で夜中の1時ぐらいに亡くなって、「お看取り」に行きましたが、ご本人が一日中時間を気にされていたのは何だったのか、と思つて伺つたら、ずっと土に触れて自然を見てきた人

なので、月の満ち欠けや潮の満ち引きを気にしていたんじゃないか、満潮から潮が引き始めるのが夜中の1時ぐらいですから、それを待つていたのでは・・・という話でした。究極的に人は自分の生き方や死ぬ瞬間について、それぞれに考えているのかなと思います。

**工藤** そうですね。

**田上** 一方川崎では、家族と絶縁状態で生活保護の独居で、朝ヘルパーさんが行つたら冷たくなつていたという人もいます。亡くなる前にその人が何を考えていたか全然分かりませんが、その中でチームとして何をしていくのが大切です。先程の工藤さんのお話でも、頻繁に来てくれるよりも、仕事を頑張つてくれる方が嬉しいと思うかもしれませんし、その「見立て」がとても難しいのです。

**工藤** 表面化してくる言葉を純粋に受け取れないと言うか、日本人の美德の部分もあつて、実は言葉の裏側にはものすごい想いが隠れていたりするのでしょね。患者さんひとりひとりの意見を尊重していくようなモデルに転換されているのは、大変な事ですね。

**田上** 工藤さんも同じような仕事をしていますよね。今まで「マニュアル・正解ひとつ型」から「個々の小さなモデル対応型」に移行しているわけですから。

**工藤** 本屋は、そこに向き合いたいと思つても、まだまだ見えていない部分が大いいですよ。

**田上** 私達もまだまだ患者さんの人生の総てに向き合うことは出来ません。医療は究極的に気遣いⅡケアだと思つてますが、「気づける人」と「気づけない人」がいます。「いい医者とは」手術の腕がたつとか、博士号を取つている大学の教授であるということよりも、患者さんの表情から入つて来る様々な情報に気づけるか気づけないかでしょうね。

**工藤** 現在は「仁術」がないと言われていますね。ところで在宅医療に対するニーズは増えていますか？

**田上** 増えていますね。

**工藤** 本当は病気になるのが一番いいのですが、医療費を払つていくのか気になります。

**田上** 老人ホームに入るのにもお金がかかります。生活費、医療費、介護を受ける費用等で月30万円程度

しようか。払えない人は家族が埋めてくれたり、何かにリプレイスして成り立っていますか。

**工藤** 田上さんが考える理想的な形はどのようなものですか？ 国が補填していくことですか。

**田上** そうですね、一番の理想は、全く逆で家族がやることだと思います。

**工藤** 家族で完結していく方がいい、ということですか。

**田上** これは理想論ですが、自分が赤ちゃんの時に世話を受けて、親が亡くなる時に返すというのが理想ではないでしょうか。でも工藤さんに、おばあちゃんが病気になるから仕事を辞めて介護をして下さい、と言うのは日本の損失ですから、そういう訳にはいきませんね。だからこそ、安心できる在宅診療を増やさなくてはと思うのです。

## 専門医とかかりつけ医の連携がキーになる

**工藤** 在宅診療のニーズが高まってきた時、課題になるのはどのような事ですか。

**田上** 在宅診療は24時間365日

ですから、一人では絶対に無理です。

**工藤** それをどうやって組織化していくか、ですね。

**田上** 仕組みでやらなくてははいけません。私達の所も24時間365日体制です。

**工藤** 夜中、ドクターは何人ぐらいいらつしやいますか？

**田上** うちには、患者さんからの電話を看護師が取って、ドクターが待機していて、4、5人ぐらいで交代しています。

**工藤** 病院で言うところの「当直」みたいなものですね。ここで出来ない事があつて、どこかに協力を求めるということはありますか？

**田上** うちには仕組みでカバーしていますが、一人で24時間365日、やっている医師の方もいますね。

**工藤** 気合と根性でということですか？出来ないでしょう？

**田上** でも、今の60代ぐらいの先生方は、在宅の患者さんがそれ程多くなかったからですが、やってきていますね。でも、「出来ないよね」というのが正解だと思います。

**工藤** ここでも「働き方改革」が必要ですね。

**田上** 医者の働き方改革はそこに尽きます。だから、仕組みでやらなくてはいけないと思います。

**工藤** その連携が重要になってどんどん増えていくものですか？

**田上** 増えていかざるをえないと思います。

**工藤** 今日の新聞に、かかりつけ医と大病院の関係性、そういう風に医療制度を変えていく記事が掲載されていました。それが連携のきっかけになるわけですね。

**田上** かかりつけ、家庭医というのは、伴走する医療です。健康な状態も診ながら、疲れていたりする時にアドバイスをしたり信頼の関係性を築いていくものではないでしょうか。

**工藤** 初めて行った病院では状況を簡単に説明出来ませんが、かかりつけ医だったら変化に気づいてくれるでしょうね。

**田上** それが究極的なかかりつけ医だと思いますね。

**工藤** 昔は、ホームドクターとか、かかりつけのお医者さんが必ずいました。

**田上** 村の診療所にいたおじいちゃん先生が一人でやっていた事を、これからの時代はiPadを使いながら複数のドクターがやっていくことになるわけですね。

**工藤** それは心強い面もありますね。田上さんはかなり早い段階からITを取り込もうとされていますか？

**田上** ひとつは情報共有です。カルテの情報を全部クラウドに上げたり、他の人もアクセス出来るように、医療版のSNSみたいなものを使っています。もうひとつは、IOTセンシング、例えば、ご自宅にいる人がどう呼吸をしているかなどを診て、事



前に予測をしようとしています。これからの医療では「予測」というのがひとつのポイントになってきます。今後は、病気になるように予測することが重要で、日常生活の情報を取っておくと、誰でも早めの対策ができるようになりますよ。

**工藤** SNSに登録している人であれば誰でもアクセスできるシステムだと、個人情報の管理はどのようにしていらつしやいますか？

**田上** 医療者だけの情報、出している情報等、その時に個人名はアルゴリズム化する様にしています。

**工藤** 今この人はどういう人で、状態もある程度わかった上で対処できる、ということですね。すぐ情報を共有できる環境があるかどうかはキーになると思いますが、その時すぐに共有出来ますか？

**田上** ええ、カルテを見てもらったり、スカイプの様なアプリケーションでも話できます。うちも4か所の診療所をつなぐ時にはウェブ会議です。

**工藤** そういう環境が用意されて、ひとりの患者さんに対して総合的に診ていくような環境になるわけですね。地方での診療についてはどうす

か。

**田上** まず、専門医に相談できる環境を整えるということですが、最初にアプローチする人が、現在は「総合診療医」となります。かかりつけの先生もそうですが、ある程度全身を診られる医師を育てよう、ということ

です。イギリスではかかりつけの先生が、例えばこの100世帯は私の責任で診ます、となると行政はそれに対して決まった額を支払う形式と聞いています。その世帯で医療費が出たらそこから使うので、心理的にはいかに医療費を使わず健康でいさせるかという話になるでしょう。

**工藤** 病気にさせないように指導していく予防医学の考え方ですね。薬の量も減りますし、いいですよ。かかりつけ医の様な存在はどちらかと言えば総合的な知識を得ていて、何か専門的な話になったら大病院との連携を取っていくのですね。

**田上** 連携して、紹介したりパスしたり、そして最初にちゃんと診てこーデイネートしてくれて、「ここで戻つて来て下さい」と言ってくれる人が必要なのです。



### 在宅診療の場と人が患者さんにできること

**工藤** 他の在宅診療所と差別化している「やまと診療所」の特徴はどのようなものですか？

**田上** 癌などの重症な患者さんをチームアプローチでどう診るかというところと、全く特性の異なつた地域でのノウハウがあります。宮城のノウハウを東京で応用するなど豊富なバリエーションで対応できます。又、チーム力を高めるため様々な人達と診療以外で関わつていこうという取り組みでカフェもつくっています。

**工藤** カフェに来られるのは、患者さんではなくプロジェクトチームのメンバーのような人ですか？

**田上** イベントには一般の人も集まって、音楽などやりながら自然と

顔が見える関係になって、相談できる雰囲気になっていきます。医療チームでは、いろんな業種の人々で勉強会を開き、チーム力の向上につなげていくようにしています。それも、診療所の中でやるのでは、全然密度が変わります。

**工藤** 直接運動していなくてもこういう場所があつて、地域の人達がお茶を飲みながら病気になるための話を聞けたらいいですね。

**田上** 集まる人の年齢層はまちまちですが、健康に対するアンテナが高い人達です。そしてそういう話を感度の低い人に伝えることが必要なので、イベントの方が集まりやすいですよ。

**工藤** 在宅医療で「出るきつかけ」を提供する必要性はありますか。そういう場所だと出るきつかけ作りにはいいですね。勉強会は定期的に行っていますか？

**田上** イベントには在宅診療に関わるチームの人達が集まることもあれば、地域の人向けに料理教室をやるなど、あまり医療と関係のない場所が集まって雑談の延長で健康について話をしたり、医療スタッフが患者さんの相談を受けたりします。

**工藤** 診察の時に「そう言えば、来週イベントがあるけど来ない？」って言われたら、気軽に参加できますね。

**田上** 患者さん側からだと、かかりつけ医がどこか診療所につながっていた方がいいので。

**工藤** 音楽もいいですが、そこに本も関わっていいのかな、と思うのですが。

**田上** すごくいいと思いますね。

**工藤** 実は今出版業界で、「生涯学習」とか「セカンドスタディ」とかが今後のキーワードになるのではと言われています。今までより寿命が延びて、継続的に勉強し知識を得て、その人生をどの様に楽しんで終えていくかを考えると、間違いなく時代の流れが早くなっているので、医療の変化や進歩等もある種の学習でもありますし、得られるものは大きいですね。

**田上** 末期癌の人も高齢者も、お家で過ごしているとたくさん本を読みます。活字とか、触った感触とかもあるのかもしれませんが、読書は想像力が膨らんで没頭することができるので、病気を忘れられるのかもしれない

せんね。本はセラピーのようなイメージも含めて、「力」があると思います。私達が診るのは、大体2か月くらいで亡くなる人が多いのですが、その2か月間聴き語りをして、その人が生まれてから亡くなる迄を本にしています。

**工藤** へえ。看護師さんが書かれるなんてすごい。素敵ですね。

**田上** 人が亡くなる時には、いろんな話をしたり、手を握ったり、関係を構築するところがあります。その中で、その人が生きてきた人生を本にして読んでもらったりすると、遺された家族にとっても新しい発見があったりするようです。

**工藤** 祖父は既に亡くなっていますが、最期まであと少しだと思つた時、今まで一度も訊いていない戦争の事を訊かないと、と直感しました。『永遠の0』という本は戦争を経験した人の様々な目線から書かれています。祖父から見た戦争はどんな景色だったのかと思いました。それを、最期の2か月だけでも、付き添って書いてくれるのは、遺された人にとつてすごく贅沢ですよ。

**田上** でもそこまでの価値に気づ

ける人はするでしょうが、普通は医療者側もそこまで気づかないところがありますね。ある癌患者さんですが、看病している娘さん達とは普段から病状を話していますが、患者さんの3人のお孫さん達は全然わかっていなくて、昨晚「おじいちゃんが今どういう状況で、亡くなるというのはこういうことだよ」と話をしました。そういう事までやるのが医者の仕事だと思つています。

**工藤** そこに医療の点数はないですよ。

**田上** 点数はないし全員には出来ないのが現実で、それは気づきの問題ですね。

**工藤** 気づく事は大事ですが、気づき過ぎると大変ですよ。

**田上** 看護師さんはそういうマイルドが強く、目の前の人に対して自

分に何が出来るか、追求し過ぎて疲れて辞めたりすることもありますが。

**工藤** 離職率はどのくらいですか？

**田上** 医療業界は一般的に15%くらいですが、資格業なのでどこでも働けますし、まだ供給の方が少ないので、割とライトな感じで職場を変えています。本当は、地方で生活を見るような医療をしていきたいですね。

### ひとりひとりが自身の健康を守っていく

**工藤** 人口に対する在宅診療所の数は、地方より東京の方が多いですか？

**田上** 人口10万人当たりの指数で、宮城も少ないですが全国的に医者には西高東低です。

**工藤** 東京はすごく恵まれた環境だと改めて知りました。いわゆる総合病院にもその先生がいらないということですね。

**田上** 眼科とか耳鼻科とかね。

**工藤** 求めても来てくれないのでしようか？ところで介護保険制度とか保険制度が見直される事はありますか？





**田上** 医療保険と介護保険があつて、医療保険は国民皆保険と言つて「皆が平たく医療を受けましよう」という厚労省管轄の国の制度で1960年頃から続いています。介護保険は、2000年頃から高齢者の増加率が予想以上となった為、その後2年に一度ぐらい見直されて、個人が使える量が減つてきている感じですね。

**工藤** いいケアマネジャーさんに当たるかどうかは運の問題ですか？ システムの問題でしょうか？

**田上** 年齢や疾患にもよりますが、病気になるて入院して歩けなくなると介護保険が使えます。その時にケアプランを自分で立ててもいいですし、知識がないのでケアマネジャーさんにと言う選択もあります。そのためにはまず、地域の地域包括支援センターの窓口に行つて頂きます。

**工藤** それは役所ですか？

**田上** 運営母体は様々ですが市区町村がどこかに委託をしています。そこに相談すると介護保険の調査隊が行つて、歩かせてみて歩けないことを確認して、医者に意見書を書いてもらつたりします。それから1〜5ま

での介護度によってその人が月々使える保険の点数が決まります。月に5万円の人もいれば30万円使える人もいて、患者さんはそれぞれ1割程度を負担します。そしてケアマネさんが呼ばれているいろいろ話を聞いてプランニングをしてくれます。

**工藤** そういう仕組みですか。でも、理解していないと難しいシステムでもありますね。

**田上** 私は市の行政アドバイザーもやっていますが、「よろず相談所」のような相談窓口をつくつた方がいい」と言つています。

**工藤** とりあえず相談できるサービスがあつたとしても、知つてもらわないとそのサービスが生きてこないのに、広く認知してもらつるのは簡単ではないのですね。

**田上** しかも、そこにはコストもありますね。

**工藤** かかりつけ医が浸透すればいいですが、自分のかかりつけの医者を持たない人の方が多いですから、ちよつと相談できる窓口は必要ですね。

**田上** 癌保険の使い方や、障がい者の認定を取れるかどうか等、医療

制度も、保険も種類が多く使いこなせていない人が多いと思います。

**工藤** 受けられる人が受けられていない、知つていたらいろんなサービスが受けられるのに。でも皆が使うようになつたら、それはそれで破綻しそうですね。

**田上** そのジレンマはあります。

**工藤** すでに高齢社会になつていますが、病院に行かず薬も飲まず健康に過ごすことが在宅医療の負担を軽減していくことになるのでしょね。今後どの様に改革して、運用していこうとお考えですか？

**田上** いくつか段階があると思いますが、私は診療所のあり方を大事にしていきたいのです。在宅診療は寝たきりになってからのものですが、未病も含めるとかかりつけ医やパーソナ



ルドクター等、家庭医とか常に伴走してくれる人がいて、何かの時に相談できるという仕組みを誰もが持てる様にする事です。さらに、医者が診て、気づくポイントが増えるようにしていくことが必要です。薬を飲ませるのではなく、ちよつとした生活の気づきを与えることによつて、最終的には、自分の身体をみられていて意識して、自分で自分の健康を守ろうとする、そこを目指しています。

**工藤** そこが原点ですね。在宅医療は終末期の医療ですが、今日の話から「どう生きるか」、「どう健康を維持していくか」を考へるきっかけになりました。ありがとうございます。

**田上** こちらこそありがとうございます。