

The Journal of [機関誌 JAHMC (ジャーマック)]  
2015 July /vol.26 No.7

# JAHMC

Japan Association of Healthcare Management Consultants

2015  
7

INTERVIEW **医療に起きているのは革命  
病院に頼らない文化をどう築くか**  
太田 秀樹 氏

REPORT **2015 在宅医療は今…**

- ルポ 1 (医) 実幸会いらはら診療所 (千葉県松戸市)
- ルポ 2 (医) 南星会 (神奈川県藤沢市)
- ルポ 3 (一社) 富田林医師会 (大阪府富田林市)



公益社団法人

日本医療経営コンサルタント協会  
Japan Association of Healthcare Management Consultants



# 医療に起きているのは革命 病院に頼らない文化を どう築くか



医療法人アスミス 理事長  
一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長 **太田 秀樹 氏**

栃木県小山市の医療法人アスミス理事長で、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長を務める太田秀樹氏は在宅医療を手掛けて24年。「本来あるべき医療を自然体でやるのが在宅医療」と言い、在宅看取り率は68%に上る。在宅医療に欠かせない事柄を尋ねてみた。

## 整形外科から在宅医療へ

—先生が在宅医療を始められたきっかけは。

**太田** 1973年に各県に1つの医大をつくる「1県1医大構想」が閣議決定され、新しい医学部ができ始めました。その当時、私は大学在学中で「これからは医師として食べていくのが大変になるから専門医になれ」と言われ、麻酔科に行きました。しかし、麻酔科では患者さんと直接触れ合う場面が少ないので整形外科に移りました。

### profile

**太田 秀樹** (おおた ひでき) 氏

1979年日本大学医学部卒業、1986年自治医科大学大学院修了(医学博士)。同大専任講師、同整形外科医局長を経て1992年およま城北クリニック開業。1994年医療法人アスミス設立、理事長に就任、現在に至る。在宅療養支援診療所4施設、訪問看護ステーション、老人保健施設を運営。2012年社会技術研究開発センターの研究課題に「在宅医療を推進する地域診断標準ツールの開発」が採択され、14年度までに終了報告書をまとめる。

NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク理事、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長を務めるほか、日本在宅医学会理事、全国知事会先進政策頭脳センター委員など多忙を極める。

その後、大学院を修了し、大学講師をしていますが、ある時、障がい者グループと海外旅行に行く機会がありました。その頃は障がい者が旅行することに社会的な理解がない時代で、けがをしたときなどに備えてアテンディングドクターのような形で同行しました。

旅行が進んでいくうちに、医師と患者の関係を越えて旅の仲間のような感じになると、「医師は自分に都合のよい患者の都合のよい病気しか診ない。本当に医療が必要な人たちへの医療がない」と、彼らは本音を語りだしたのです。体調が悪くなれば医師に頼りたいのに、1980年代以降の日本では専門医ばかりが増えてしまい、「私は心臓が専門だから腎臓のことは腎臓の専門医に診てもらって」という医師が増えていたのです。

また車椅子の人たちは、風邪を引いて熱が出ると、筋力が弱って車椅子が動かせなくなるのだそうです。だから家で市販薬を飲んで寝るか、よほどひどければ救急車を呼んで病院に行くしかない。つまり外来という選択肢がないのです。私はそれを聞いてハッとしました。もっと患者視点の医療をやれないかと思ったのです。

その頃、朝日新聞の大熊由紀子さんが『寝たき

り老人」のいる国いない国』(ぶどう社、1990.10)という本を出されました。「寝たきり老人」は日本の名物で、老人病院に行くとみんな拘束され、点滴をされ、床ずれを作って、肺炎で亡くなる。しかし、デンマークには寝たきり老人はいないというのです。私はそれを読んで相当なショックを受け、これはおかしいと思い始めました。

実際にデンマークに行ってみると「なぜ日本人は死ぬ前に医療(治療)をするのだ。死ねないじゃないか」と言われました。宗教的な背景が違うデンマークのような合理的医療は日本に馴染まないかもしれませんが、決して間違っていないと思います。そこで私は、日本の医療は根本的に変わらざるを得ない時期に来ていると、おぼろげながら思いました。そして、家で最期を迎えたい人は家で診ようと1992年に在宅ケアを始めたのです。それから四半世紀が経ちました。

---

## 在宅医療 24年の道のり

---

—それは医師が往診しなくなった時期ですね。

**太田** というより往診を望む患者がいなかったのです。病院に行けば検査や手術ができるので、当時は「往診する医者はやぶ医者が多い」とか「家で死なれては世間体が悪い」という風潮でした。ですから私の診療所も当時は全く人気がありませんでした。

しかし、介護保険もない時代にもかかわらず口コミで広がり、今で言う在宅療養支援診療所の機能を徐々に果たせるようになりました。1992年に訪問看護が認められると、私たちもすぐに訪問看護ステーションを立ち上げました。当時の高齢化率は11～12%で、今のような65歳以上が25%も占める「超高齢社会」ではなく「高齢化社会」の段階でしたから、あまり利用者が増えず経営は大変でした。やむを得ず私は、在宅医療をやりながら病院で手術をして経営を

支えていました。

そうこうしているうちに診療報酬改定で24時間の診療体制が評価されるようになり、収入も増えて経営が少し良くなってきました。90年代中頃から介護保険の議論も始まり、「在宅医療」という言葉がやっとな聞かれるようになりました。

—1997年には介護保険法が制定されました。

**太田** 早くから在宅医療を行っていたので、そのねらいは見えていました。それは、家族の介護力をどう補完するかということです。だから介護保険制度にはとても期待しました。そして老人保健施設こそ在宅医療のレスパイト(在宅で介護している家族のための息抜き)に生かせると思い、小規模な老健をつくりたいと行政に相談すると、「50床以上でなければだめです」と言われ、散々喧嘩しながらもなんとか老健を作りました。

2000年になるとようやく在宅医療がメディアでも認識されるようになりましたが、医師の意識はなかなか変わらず、国民もそれほど在宅医療を望んでいませんでした。そんな中、在宅医療の重要性を認識していた賢明な人たちに担がれて在宅医療を支援する運動に参加しました。これまで何百人もの患者さんを看取りましたが、安らかに亡くなる方ばかりでした。人間の最期はやはりこうあるべきだと思い、在宅医療の良さをもっと伝えたいといけなかったからです。

今やっていることは24年前と変わりませんが、制度が変わって機能強化型在宅療養支援診療所というお墨付きをもらったので、少し保険点数が高くなり経営は落ち着いてきています。

—現場で手応えを感じられたのはいつ頃ですか。

**太田** 始めてすぐですね。病院で「あれも駄目、これも駄目」と言われていた人が家で最期を迎えたいからと言って帰ってきて、「ビールを1杯飲んで幸せだと言って亡くなった」—こんな話を聞いて、これは間違っていないと思いました。日



本の医療は保険点数に従って変わっていくのが当たり前になっていますが、本来は患者さんのニーズをベースに変わっていかなければなりません。

## “病院に頼らない文化”の再構築

— 在宅医療で大切なことは何ですか。

**太田** 在宅は医療の原点だと思います。病人がいるから医師がいる、病気があるから医療があるわけで、人類の歴史とともに医療はあったのだと思います。医学が進歩したおかげで医療がとても高度になりましたが、逆に医学に支配されて不幸をもたらしています。たとえば、抗がん剤の副作用に苦しみながら、がんと闘い抜いて亡くなる人がいます。しかし、治る見込みのないがんならば、あえて闘わない選択肢もあっていいはずです。

病院では暮らしのすべてを医療が支配していることが多いのです。たとえば、食べられなくなったら胃ろうを付けて生きることを、「医学の力」と感じるでしょうか。そもそも胃ろうは子どもの成長を支えるために開発された技術です。つまり現在の医療では、目的と手段が逆転していることが多いのです。在宅医療ではまず暮らしを優先し、そこへ過不足なく医療を持ち込みます。つまり、本来あるべき医療を自然体で行うのが在宅医療なのです。

— にもかかわらず、在宅医療はなかなか浸透してきませんでした。

**太田** それは患者さんが選択してくれないからです。今は病気で危篤になったら病院で治療するのが当たり前という状況です。1970～2000年の30年間で、日本の医療は病院中心になりました。そこから、医療が高度化したから人は死なないという誤解が生まれ、老人医療費無料化が家庭介護の不在や福祉施策の貧困を病院が肩代わりする構図をつくりあげたためです。だから「病院に行かないのが当たり前の社会」には簡単には戻れない



状況ですから、法律や制度で“病院に頼らない文化”を再構築しようとしているのです。

— 国民の医療に対する考え方の見直しが必要なのですね。

**太田** 最近では医師の意識もだいぶ変わり、往診専門医も現れていますが、医師会にも入らず広範囲の患者を肩たたき往診して回り、患者さんが亡くなった後で死亡診断書を書きに来て、ねぎらいの言葉1つもかけない医師もいます。せっかく家で最期を迎えるために帰ってきた患者さんに「亡くなったら連絡ください」と言うようなものです。

しかし、「在宅で診てほしい」と希望する患者さんが増えていることは事実で、診療報酬も在宅医療に対して手厚くなってきましたが、今回の改定のように同一居住系施設への訪問診療料を4分の1に減らすとなったとたん「私はやらない」という医師が出てくるのだから驚きです。

もちろん往診専門医を否定するわけではありませんし、往診する医師の中にも良心的な先生はいらっしゃいます。一部でそのような考えの医師がいるということです。この制度は従来のパラダイムを変えて、いわば医療に革命を起こしているわけですから、いろいろなことが起こると思います。だから私は悲観的には見ていません。とにか



く何かやれば何かが変わりますし、ぼやいているよりはやってみましょうという考えです。

## 研究所設立の目的と成果

— 今後の在宅医療の取り組みについて教えてください。

**太田** 看取りの割合は、始めた当初は20%くらいでしたが、現在は68%になりました。これは私たちのサービスが良くなったからではなく、国民の意識が変化したからだと思います。私が20年前に看取った高齢男性の家庭ではその10年後には奥様を看取り、今はその息子さんを診ています。信頼関係を築くにはそれくらいの時間がかかるということかもしれません。

自分がやってきた在宅医療を若い世代に伝えるには教育と研究が重要だと考え、2010年に民間の研究所としてコミュニティー・ケア研究所を設立しました。国の研究助成金などをいただいて、公衆衛生面の仕事や高齢社会の社会学的な研究などを行いながら、在宅医療の良さを社会に伝えるために、実践のエビデンスを明らかにしようとしています。その結果、「在宅医療を推進する地域診断標準ツール」の開発にこぎ着け、日本医師会が示す在宅医療の姿をスタンダードにすることにつながり、さらに厚生労働省に対して根拠を示す

ことができました。在宅医療を知らない人たちが議論すると、病院医療をそのまま在宅医療に持ち込もうとするので、違和感のある評価になりがちです。そこで全国レベルでアンケート調査を行うなど、在宅医療における終末期医療のあり方を発信できるだけのエビデンスを蓄積できました。

また、在宅医療が残念ながら中断されてしまう要因を分析したところ、病態の変化よりも介護力の低下が主因であることがわかったのです。在宅医療を継続させるには介護力を補完したほうが有効であるといったことをデータで示すことができました。

— 在宅医療で欠かせないポイントとは何でしょうか。

**太田** 病院医療は病気を治すことを目指しますが、病院の医師は治せないものに対するカードが少ない。加えて、医師の専門は病気ですから障害にはあまり関わりません。医学ではデータを見て、栄養が悪い、血圧が高いといった評価をして数値を正常化させようとします。それは医学としては正しい姿勢ですが、在宅では、血圧が高くても、糖尿病があっても、認知症でも「笑顔で元気に暮らしているか」でプラスの評価をします。つまり、リハビリテーション医学と同じようなものが底流にあるのです。たとえば右半身が麻痺した人なら、動かせる左半身で右半身の機能を補えるようにするのがリハビリの考え方です。それは、病気を治す医療だけを学んだ人にはなかなか捉えにくい部分なのですが、治せない人を対象とする在宅医療ではそうしたプラス思考の評価をしていけないと支えられません。

— 教育の考え方と似ていますね。

**太田** そうです。病院は「食べすぎるな。動くな」ですが、在宅は「どんどん食べよう。どんどん動こう」です。だからがん患者が家に帰ってくると元気になります。がんが治ったわけではありませんが、生命力が湧くのです。



## 必要な医療が受けられれば国民は幸せ

— 在宅医療の普及に不可欠なことは何でしょうか。

**太田** 日本の医療の根底には家族の意向を汲むところがあります。ヨーロッパの人たちはこれにとっても違和感を覚えると言います。日本では「胃ろうをしてでも延命してほしい」と家族が望めば、それは正当な医療になりますが、それを本人が望んでいるかは分かりません。家でお母さんの世話をしたいので往診してほしいと思う人より、病院で預かってもらいたいと思う人の方が多いでしょう。旅立っていく本人の気持ちよりも家族の意向で医療が行われてしまえば、在宅医療は必要とされなくなります。

— ではどうしたらいいのでしょうか。

**太田** 一つはメディアが正しく伝えることです。たとえば、認知症患者を精神科病院で治療する例を紹介する番組がありました。徘徊すると薬物コントロールと称して注射を打ち、元気がなくなって動かなくなります。しかし、それでは生活が奪われて余計に悪化するのではないのでしょうか。高齢社会の課題として認知症の増加は深刻ですが、そうした治療方針をメディアが伝えるのは、問題の解決方法として間違っているのではないのでしょうか。

もう一つは教育です。幼い頃から健康や保険制度について教え、薬を飲むだけが医療ではないことを教えないといけません。たとえば、受験を控えた高校生が来院して「学校の先生に『病院で薬をもらってこい。インフルエンザかどうか検査してこい』と言われた」と言うのです。薬を飲む必要があるかどうかは医師が判断すべきで、受験生は副作用のある薬は飲まない方がいいのです。医療はどうあるべきか、医療では何ができるか、医療の正しい利用の仕方を誰も教えてくれません。それをしっかりと教えてほしいと思います。

患者さんが賢ければ医師も当然賢くなります。たとえば、インフルエンザなのに「抗生物質を打ってほしい」と言う患者に迎合して対応してしまう医師がいると、「抗生物質は効かない」と教えても患者は打ってくれる医療機関を探すようになります。私は意味のない治療は行いません。それを二十数年間続けて、今は私を信頼してくださる患者さんたちに囲まれています。

— 日本の医療はこれからどこへ向かおうとしているのでしょうか。

**太田** 2025年までは地域包括ケアで支え合おうという明確なシナリオがあります。そのケアシステムの中で在宅医療への期待は大変高まっていますし、役割は非常に大きいので、今後10年は在宅医療の時代だと思います。

しかし、その後の10年は不透明です。2035年になると、団塊の世代が亡くなっていくので、1年で100万人くらいずつ人口が減るそうです。そして、医療・介護・福祉の仕事に十数万人が新たに必要だそうです。70万人ほどしか子どもが生まれれないのに十数万人もその仕事に従事するわけがありません。もはや多職種協働などとは言っておられず、1人が多機能になるしかないのです。

それから、クオリティとアクセスとコストを考えたとき、コストを掛けずに誰でもどこでも質の高い医療を享受できるということはありません。何か犠牲になると思うのですが、それは決して不幸なことではないと思います。たとえば、夕張市は破綻して病院がなくなりましたが、だからといって市民の病気が増えたわけではなく皆元気です。つまり、今まで「良質な医療」といわれたものには過剰なものもあったのだと思います。

2025年以降、日本の医療は変わらざるを得なくなるでしょう。しかし、そのおかげで国民は幸せになるかもしれないと、私はあきらめるほど楽観的に見えています。

(聞き手 盛 宮喜)