

在宅医療のための

Clinician *a*Home

創刊号 **1**  
NO. **1**  
2014 vol.1

みんな  
で描く

インタビュー

在宅医療のフロントランナーに聞く — 02

新田 國夫先生 / 太田 秀樹先生 / 英 裕雄先生 / 岡田 孝弘先生  
田中 耕太郎先生 / 曾布川 美登理先生 / 高砂 裕子先生 / 川島 孝一郎先生

One Point  
薬物治療

高齢者の不眠 — 19

大川 匡子先生

# 在宅医療の基本は、 “元気な医者が出向いた方がいい”

おやま城北クリニックを1992年に開設した太田秀樹先生。

地域医療の基本は外来であるという認識の下、訪問看護やケアマネジメントも取り入れ、在宅医療を行ってきた。

その理念や診療スタンスは23年間、まったく変わっていないという。

だからこそ、地に足のついた説得力の宿るメッセージを発信できるのかもしれない。



医療法人アスムス 理事長

**太田 秀樹** 先生

## 略歴

1992年におやま城北クリニックを開設、20数年にわたり在宅医療に取り組む。全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長をはじめ、在宅ケアネットワークとちぎ代表世話人、日本医師会在宅医療連絡協議会委員、全国知事会先進政策頭脳センター委員、日本在宅医学会理事などを務め、在宅医療の全国的な普及にも力を注ぐ。

## 誤解とともに語られる在宅医療

団塊世代が75歳以上になる2025年。医療と介護の需要がさらに増大する時代は不可避であり、これに対して、自治体ごとに、医療・介護・予防・生活支援・住まいを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築が進められている。その進捗について、太田先生は「地域によって大きな差があります」と強い口調で指摘する。

「在宅看取り率ひとつとっても、地域格差は歴然です。たとえば、『この地域は35%、その隣の地域は0%』という現実があります。医療・介護保険は全国で同じ制度にもかかわらず、住んでいる場所によって、看取りを含めた在宅医療を受けられたり、受けられなかったりというのは、大きな問題だと思います」

地域格差を埋めるカギは、行政と地域の医師会の姿勢である。行政のトップが地域包括ケアシステムを最重要課題ととらえ、医師会も主体的に関わっていく。この双方の方向性がマッチングすれば、システム構築に向けた強力な推進力になると太田先生は考える。

「国の患者調査によれば、65歳以上の外来受療率はすでに低下傾向にあります。年を取れば足腰は弱る。やがて歩いて医療施設に来られなくなる。いまは問題なく来院できている患者さんも、いずれ来られなくなるという認識を医師会のメンバーで共有しなければなりません」

また、在宅医療に対する誤ったイメージもネックではないか。たとえば、報告書や文献において、急性期病院＝上流、診療所＝下流、在宅医療は急性期病院の「受け皿」と位置づけられている。

「医療機関の特性によって役割分担が必要であり、報告書や文献の文言も実態を示しているかもしれませんが、しかし、本質を語るなら、基本は『外来』です。外来にいつも来る患者さんが、来院できなくなったら、気軽に自宅に診に行く。外来に来る患者さんが重病になったら病院に紹介する」

大切なのは「在宅医療は、外来の延長線上にある」という認識だろう。

一方で、在宅医療の現場では、外来以上に幅広い対応が求められる。たとえば、1つの診療科で長く研さんを積んできた医師が在宅医療を志したとして、果たして幅広い対応は可能なのだろうか。太田先生は答える。「やる気になればできます。日本の医師は基礎的なレベルが非常に高いですから。私も在宅医療に身を投じてから学んだことがたくさんあります」と。その言葉には、地域の医師に向けた期待が込められているように感じられた。

## 変わり始めた終末期への意識

「北欧の人たちは、加齢により食べられなくなったら、人生が終わりだと思っています。このような状況で栄養を送るなどして、一分一秒でも長生きさせるという日本の医療のあり方は、彼らの目には奇異に映るでしょう。日本では、死を迎えてもおかしくない人たちの呼吸を気管切開までして人工呼吸器で管理する、薬で血圧を維持させることなどが、『最善を尽くす』を意味し、また本人にとって幸せだと考えられてきました。苦しみが続くにもかかわらずです。しかもこれらは、本人ではなく、家族の希望で行われることも少なくありません」

1973年から実施された老人医療費の無料化は、医療への敷居を低くすると同時に、社会的入院の増加を招いた。1976年には在宅死と病院死の割合が逆転し、さらに医療技術が高度化、臓器別の専門医が増加する過程で、病院で専門医による高度な医療を受けることが幸せ、という認識が一般化していった。

一方、時期を同じくして、病院信仰に疑問を投げかける市民も現れた。1976年に安楽死協会（現日本尊厳死協会）が設立され、1980年代にはホスピス運動が始まる。根底にあるのは、高度医療による延命ではなく、安らかに死を迎えたいという思いだ。この潮流は徐々に拡大し、2000年代に入ると、“平穏死”や“満足死”という概念について、医師の口からも語られるようになった。

「病院での終末期医療そのものを否定するつもりはありません。本人が望むのであれば、延命治療もひとつの選択だと思います。しかし『死の間際の濃厚な医療は、本人にとって幸せなのか?』と感じ始めている医師もいます。また患者さんやご家族の意識も大きく変わってきました」

太田先生が、おやま城北クリニックを開設した当時は、「死期が近くなったら病院に送ってほしい」と望む家族も多く、在宅看取り率は20%程度だった。しかし現在は「本人が望んでいるので、自宅で看取りたい」と願う出る家族も増え、在宅看取り率も70%前後まで上昇しているという。クリニックの理念やサービスの質は、23年間まったく変わっていないにもかかわらずだ。

また、「必要なのは1分1秒でも長く生きる長寿ではない」という太田先生のストレートな主張が、最近、全国紙に掲載

された。「20年前なら大騒ぎになるような内容でしたが、今回批判的な反応はほとんどありませんでした」と明かす。

これらのエピソードは、太田先生の言う「意識の変化」を物語っている。しかし、この流れが進むほど、浮き彫りになってくる問題もある。冒頭で触れた「35%と0%」だ。

「安らかに自らの人生を締めくりたいと患者さんが希望しても、それに応える態勢がすべての地域で整っているとはいえないのが実情です。全国、地域を問わず、良質の在宅医療が受けられる環境を整備していかなければなりません」

病院の受け皿ではなく、外来にいつも来ていた患者さんが来られなくなったら「元気な医者が出向いた方がいい」——地域医療を担う医師たちのそんな「意識の変化」が、地域格差を埋める一歩になる。

Q 一問

一答

## My Opinion

Q 2014年度診療報酬改定をどう受け止めたか?

A 診療報酬が高い／安い、どうすれば算定できるか、などをまず考えがちですが、私は国の意図や方向性を読み取ることが最も大切だと感じています。たとえば、地域包括診療料であれば、「主治医機能の強化」を重視していただきたい。算定する／しないよりも、今後は主治医機能の強化が求められていくという認識で、自院のあり方を見定める方が、大事ではないでしょうか。診療報酬が上がった項目ものは何が評価されたのか、下がった項目は何が評価されなかったのか。点数の高低だけに目を向けるのではなく、まずはその背景をきちんと読み取っていただきたいと思います。

Q これから在宅医療を始める医師に大切な姿勢とは?

A マインドです。言い換えれば、「患者さんの人生を丸ごと支えていくぞ」という医師としての矜持です。「夜は往診しません」「専門外なので別の先生を紹介します」という対応も否定はしません。医師の裁量の範囲内であり、自由ですから。ですが、患者さんから「私の人生を最期まで診てほしい」と頼られれば、それに応えたいと思いませんか? 全力で支えたいと思えますよね? そういった普通の感覚が実は最も大切だと、私は感じています。