

在宅医療推進フォーラム



2005年11月23日(祝)
於 全共連ビル本館

主催 財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

在宅医療推進のための共同声明

2005年11月23日

NPO法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク

日本在宅医学会

日本プライマリ・ケア学会

日本ホスピス・在宅ケア研究会

(50音順)

本四団体は、在宅医療を誠実に実践し、そのあり方について真摯に探求してきた専門職集団である。この四団体が、このたび一堂に会し、これまでの実践的蓄積と深い討論を踏まえ、2006年に予定されている医療制度構造改革に際し、次の声明を採択した。

- ①市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを構築する
- ②医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にした医療を目指す
- ③医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する
- ④療養者や家族の人生に寄り添うことのできるスキルとマインドを持った、在宅医の養成を積極的に支援する
- ⑤日本に在宅医療を普及させるために協力する
- ⑥来年11月23日に再びフォーラムを開催する

NPO法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク <http://www.home-care.ne.jp/>

日本在宅医学会 <http://jahcp.gr.jp/>

日本プライマリ・ケア学会 <http://www.primary-care.or.jp/>

日本ホスピス・在宅ケア研究会 <http://www.hospice.jp/>

(50音順)

在宅医療推進フォーラム

2005年11月23日、在宅医療を推進する団体、個人および行政が一堂に会し、医療制度構造改革に向けて今後の在宅医療の在り方を討論する「在宅医療推進フォーラム」(主催：財団法人在宅医療助成勇美記念財団)が東京で開催された。ここでは、厚生労働審議官の辻哲夫氏による基調講演のほか、4団体の代表者討論会、シンポジウムについて報告する。

基調講演

医療制度改革で目指すもの

厚生労働審議官 辻哲夫氏



厚生労働審議官の辻哲夫氏は基調講演で、医療制度構造改革の具体的な方向性について述べた。

同氏はまず、わが国の医療費の規模が約30兆円で、何の措置も取らないと毎年1兆円規模で伸びている現状を示したうえで、「日本経済の動向にも配慮しつつ、医療費の適正化に取り組むことが重要な課題となっている」と改革の背景を明らかにした。

続いて同氏は、医療費の伸びの大きな要因となっているのは高血圧や高脂血症などの生活習慣病であり、高齢期に脳梗塞や心筋梗塞などの急性増悪が生じて長期入院につながっている構造を指摘。まずは予防が重要であるとし、「運動、食事のコントロール、禁煙をしっかり行い、生活習慣病を予防するという国民の行動変容を起こすことが必要。また、健診でハイリスクグループを早期に発見し、指導を行うシステムづくりについても、現在、改革案を提案している」と述べた。

さらに同氏は、入院医療の問題にも触れた。平均在院日数を諸外国と比較すると、欧米の平均10日程度に対し、日本では平均36日である。同氏は、高齢者の入院医療の現状を「病院間でパスをし合う、ゴールのないサッカーのようなもの」と指摘さえある」と語り、本来の医療のゴールは「生活の場」であると強調するとともに、「今回の改革は入院期間の適切な形での短縮により医療費の適正化を図るもので、そのポイントは在宅医療の推進にある」とした。

現在、介護保険制度のもと在宅での介護サービスが整備されつつあり、同氏は「グループホーム、ケアハウスなどいわゆる自宅でない在宅を含めて在宅での受け皿を介護保険で整備し、そこに医療がリンクしていくというのが在宅医療推進の流れ」と説明した。そのために必要なのは、医

療の機能を明確にすることだと述べ、「急性期、回復期、在宅と、医療の機能を明確化することで入院期間は短縮できる。こういったことで医療の質と生活の質を同時に高めることが改革の根本的な思想」と語った。

辻氏は改革の方向性を示す一方で、現状については、急性期の治療直後の重要な時期である回復期における対応が十分に整備されていないこと、また医療の連携体制が国民に十分に示されていないという問題を指摘。「急性期から在宅までの医療連携を地域の合意のもとで行い、どのように在宅医療へつなげていくのかを、国民に明らかにしていくことが重要」と述べた。

さらに同氏は、在宅医療は医師だけでは成り立たず、チームケアを全国共通のシステムとして考えていく必要があるとの見解を示し、そのためのポイントは「病診連携の土台として退院時に主治医をはじめ関係職種が集まって話し合う退院時カンファレンスを、各県の医療計画に位置づけていくこと」とし、これらの課題をクリアするための計画を地域全体で話し合い、地域住民が参加して進めていくことが望ましいと語った。

以上を踏まえたうえで同氏は、医療計画の作成には、国はもとより医療機関、都道府県、市町村、そして地域住民がともに考え、同時に行動を起こすことが重要であることを強調し、「在宅医療を正しく推進することは真の医療改革であり、在宅で看取ることが日本人の精神文化にもかかわるという意味においても根源的なものではないか」と述べるとともに、「在宅医療のよい例を示せば、国民はそれを支持するだろう。まずは医療の提供側が打って出ることが必要で、そのために医師自ら立ち上がって欲しい」と呼びかけ、講演を結んだ。

4団体の代表者討論会

地域社会を支えるために 医師に何が求められているのか

NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク 太田秀樹氏
日本プライマリ・ケア学会 鈴木 央氏

日本在宅医学会 石垣泰則氏
日本ホスピス・在宅ケア研究会 蘆野吉和氏

コメンテーター
国立社会保障・人口問題研究所
島崎謙治氏

在宅医療を推進する4団体のそれぞれの理念

討論会は、在宅医療を推進してきた4団体の代表者に加え、国立社会保障・人口問題研究所の島崎謙治氏をコメンテーターとして、地域社会を支える医師の役割について議論した。

討論会の冒頭では、4団体の代表者がそれぞれの団体の概要を紹介し、活動や理念について語った。

おやま城北クリニックの太田秀樹氏は、NPO法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークについて紹介した。この団体は「在宅療養を医療から支えるには診療所こそ主役になるべき」との呼びかけで1995年に設立された。「在宅医療はチームケアである」を基本理念に、医師、看護師、介護職、薬剤師など在宅ケアの実践者やそれに関心のある団体、個人が幅広く参加している。同氏は「生活を支えるあらゆる社会資源との連携なしには、在宅医療は困難であることから、われわれが目指すのは機能するコミュニティの構築」と述べ、「在宅ケアの本質はコミュニティベースドケアであり、しっかりとした生活の構築こそ医療の上位概念であり、医療的介入の妥当性の尺度は、QOLが高められたか否かにある」と主張した。

続いて、城西神経内科クリニックの石垣泰則氏が、日本在宅医学会について紹介した。同学会は在宅医療を実践する医師が集い、在宅医学を1つの専門分野として構築することを目的に1994年に設立された。全国的な医師のネットワークを構築し、さまざまな活動を通じて、在宅における「客観的根拠に基づく医療 (EBM)」の確立を目指している。同氏は「そのために医師、コメディカル、パラメディカルの知識、経験を集積し、データベースを残していくことがわれわれの役割」と述べた。さらに、同学会は昨年度に在宅医の専門医制度を発足し、「十分なマインドと



太田秀樹氏



石垣泰則氏

スキルで日ごろの在宅医療を実践でき、教育を担い、患者、国民に十分な説明ができる」在宅専門医の育成に力を注いでいることを報告した。

次いで、鈴木内科医院の鈴木央氏は、日本プライマリ・ケア学会について紹介した。同学会は国民のあらゆる健康や疾病についてプライマリに対応することを目的に1978年に設立された。プライマリケアとは、患者が最初に接する医療の段階を意味するもので、同学会はその任に当たるプライマリケア医を育て、研さんし合う場として機能している。91年には「在宅ケア具体策の提言」として、在宅ケアに対する国民的な啓発、チーム医療の必要性、地域における医療と福祉の基本的融合などについて提言している。同氏は、プライマリケアにおける重要な理念として「近接性、包括性、共同性、継続性、責任性」の5つを挙げ、「在宅医療においてもこの5つの理念が重要であり、われわれは在宅医療をプライマリケアの一分野と位置付けている」と述べた。

十和田市立中央病院の蘆野吉和氏は、日本ホスピス・在宅ケア研究会について紹介した。同研究会は、癌や緩和ケアなど医療の諸問題について、専門家と市民が同じ目線で考えることを目的に1992年に設立された。参加者は医師、看護師などの医療職に加え、宗教家、教育者、市民活動家まで多彩であり、彼らが同じ目線で、だれもが十分なサポートが受けられるような在宅医療のシステム構築を目指し、活動している。おもな取り組みとしては、癌の緩和ケアの方法を研究確立していくこと、ホスピス基金を創設して社会に開かれたホスピスケア施設を各地に設立する運動を起すこと一などを行っている。同氏は今後の取り組みとして、「在宅医療において重要な訪問看護師およびケアマネジャーの活動を高く評価することを提言していきたい」と述べた。



鈴木 央氏



蘆野吉和氏

地域のコミュニティづくりにおける キーパーソンは「医師」



島崎謙治氏

続いて島崎氏が、3つの論点から在宅医療に対する問いかけを行った。

1つ目は、「患者本位の医療と在宅医療の関係」についてで、今の医療は、ややもすれば患者の立場が見失われていると指摘し、「本来、医療は患者と医療者との協働行為であり、ともに一定の方向を目指して手を携えて努力していくもの」との見解を示した。終末期医療に関する調査検討会によると、2003年の意識調査で、国民が最期を迎えたい場所は病院が最も多く、自宅はわずか4分の1であったという。その理由として「自宅は家族の介護などの負担が大きい」、「緊急時に迷惑をかけるかもしれない」というものが特に多いことから、同氏は「本当は自宅で最期を迎えたいと思っても、ちゅうちょしてしまう。その要因を丁寧に取り除いていくことこそ、患者本位の医療政策ではないか」と考察した。

2つ目の「在宅医療に必要な条件」については、「在宅患者を支えるスキルとマインドを持った在宅医療の専門医の存在」、「病院と地域の連携」、「看護、介護、福祉といった関係職種との連携」の3つを条件に挙げた。

3つ目の「医師の役割と意識改革」に関しては、「日本社会は急ピッチで高齢化が進行しており、10年20年先を見据えて、今、かじを切らなければ貴重な時間を失う」と警鐘を鳴らした。「在宅医療の展開は、超少子高齢化における新しい地域社会のコミュニティづくりの契機になる」と述べ、そのキーパーソンの1人が医師であると述べた。

在宅医療を推進する4団体が共同声明を採択

島崎氏の発言を受け、4団体の代表者がそれぞれにコメントした。

太田氏は、患者本位の医療と在宅医療の関係について、「医学は救命を目的とし、医療はそれを社会に適応させたもので、QOLを高めることにこそ医療的介入の意味がある。なかでも在宅医療は人生を見るという意気込みが必要で、その根底に求められるのはインフォームド・コンセントを超えた医師と患者の信頼関係」と述べた。さらに、「地域はそれぞれに文化が異なり、その文化を大切にしないと地域での看取りは難しい。地域で行われている在宅医療を通して、その地域の文化が見えるとも言えるのではないか」と述べた。

石垣氏は、在宅医療の必要条件について述べ、医師のマ

インドとスキルについて「同じ医療行為であっても病院と在宅とは異なり、そのことを十分に理解したうえで医療を実行できる医師が必要」とした。病院との連携については、「病院医師は救急車で運ばれてきた患者を24時間体制で診る。在宅医は24時間体制で在宅の患者に対応する。この「24時間連携」が鍵である」と語った。そのうえで「在宅医療は患者と共同で行うものであり、医師は在宅医療に対する国民の理解が得られるような文化づくりの一端を担う」との見解を述べた。

鈴木氏は、医師の役割と意識改革について診療所の立場からコメントし、医師が新たに認識すべき点として、「医療がチームケアであること」と「人生に寄り添う医療であること」という2点を挙げた。そのうえで、「島崎氏の話から、都会では希薄になっているコミュニティの再構築が今後必要であることをあらためて認識した。現在、在宅医療がさほど普及していないのは、何か足りないのだろう。われわれはコミュニティにプライマリにコミットしていくことが求められているのではないか」と述べた。

蘆野氏は病院勤務医の立場から、医師の意識改革について「治すことを目的とした医療から、苦痛なく生きることを目的とした医療への転換が必要」と述べた。さらに「そのための医療的援助として在宅医療があり、これからは病院勤務医も積極的に関与していくことが求められる」とした。さらに、地域における看取りの重要性を強調し、「死が病院のなかに隔離され、多くの人が死をそばで見る機会を失ったことと、最近の自殺や殺人事件は無関係ではない。医師は看取りを地域に戻す努力をして欲しい」と語った。

以上の討論の内容を踏まえ、4団体は「在宅医療推進のための共同声明」を採択した(表)。

表 在宅医療推進のための共同声明(2005年11月23日)

本4団体は、在宅医療を誠実に実践し、その在り方について真摯に探求してきた専門職集団である。この4団体がこのたび一堂に会し、これまでの実践的蓄積と深い討論を踏まえ、2006年度の医療制度構造改革に際し、次の声明を採択した。

1. 市民とともに地域に根差したコミュニティケアを構築する
2. 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にしたい医療を目指す
3. 医療、福祉、介護、専門職の協力と連携によるチームケアを追求する
4. 療養者や家族の人生に寄り添うことができるスキルとマインドを持った在宅医の養成を積極的に支援する
5. 日本に在宅医療を普及させるために協力する
6. 毎年、11月23日にフォーラムを開催する

シンポジウム

介護保険導入後の在宅医療の課題と展望

シンポジスト

日本在宅医学会会長 佐藤 智氏

厚生労働省老健局総務課長 山崎史郎氏

在宅看護研究センター代表 村松静子氏

社会保障審議会医療部会会長 鴨下重彦氏

尾道市医師会会長 片山 壽氏

国立社会保障・人口問題研究所所長 京極高宣氏

先進的な取り組みにより一部の地域で広まりつつある在宅医療が、今後、全国で展開されるためには何が必要か。介護保険制度導入後の在宅医療の課題と展望について、6人のシンポジストにより議論が展開された。

10年先を見据えて高齢者在宅医療を考える

ライフケアシステム代表理事で日本在宅医学会会長の佐藤智氏は、在宅医療に取り組む家庭医の立場から、現状の課題について述べた。



佐藤 智氏

ライフケアシステムは「いざというとき、かかりつけ医に連絡が付かないのは不安」という患者らが自ら資金を集め、24時間連絡が取れる体制を構築したのが始まりで、以来、同システムは25年間続いている。その間に同氏が経験した看取りの半数は在宅で、日本の在宅死亡率よりもはるかに高率であると報告した。

続いて同氏は、病院で抗がん剤治療を繰り返した患者と、それをせずに在宅で看取った患者との病理解剖の違いを説明した。後者は血管などが汚れることもなくきれいな状態であることから、過剰な医療行為をせずに在宅で亡くなるのが人としていかに自然であるかを示した。さらに同氏は、ホームヘルパーが末期癌患者の家族の不安を和らげるために夜間に電話をかけるなどしてフォローした事例を紹介し、「在宅で1人で看取することは精神的に厳しく、総合的なケアが求められる」と語った。

社会保障審議会医療部会会長の鴨下重彦氏は、国の制度のなかで在宅医療がどのように位置付けられ、議論されているのか、審議の内容を紹介した。

在宅医療は患者のQOLの維持向上という観点から、乳幼児から高齢者まで全世代を対象としている。また、患者や家族が在宅での療養を望まない場合にまで強要される性格のものではない。そういった在宅医療の実践には、国民の選択に資する情報が積極的に提供される環境を整備すること、在宅医療を担う人材を養成すること、さらに地域の医療連携体制の構築が必要である。加えて訪問看護サービ

スの充実と薬局、薬剤師の積極的な関与、医療機関による退院調整機能の促進といった、多職種協働で患者を支える体制整備が欠かせない。以上を推進するうえで中心的役割を担うのは主治医であり、その養成も重要である。また、居宅だけではなく多様な居住の場での医療の提供、すなわちケアハウスや老人ホームなどの生活施設において、必要な医療を受けつつ生活を送るという選択が可能な体制が必要である。



鴨下重彦氏

こうした審議の内容を紹介したうえで、同氏は「これらに対する正しい答を出すことが、在宅医療の推進につながる」と結んだ。

厚生労働省老健局総務課長の山崎史郎氏は、昨年行われた介護保険制度の見直しについての主旨を説明した。

今回の見直しは、10年先の社会を見据えたうえで今から準備を行うものであり、10年先に予測される社会像とは「高齢者人口の急増、認知症高齢者の増加、一人暮らしの高齢者の増加、高齢者多死時代の到来、都市部の高齢化」と説明した。このことを受けての介護保険制度



山崎史郎氏

の見直しのポイントは、「一人暮らしの高齢者が在宅生活を継続できるよう、地域ケア体制を整備すること」であり、それには地域密着型のサービスが重要だとして、具体的な方向性を示した。まず、小規模多機能型の居宅介護を地域で進め、身近な場所で利用できる拠点をつくること。特に、一人暮らしを支える夜間のサービスの強化がポイント。さらに重要なのが医療と介護の連携の推進であるとし、「ケアマネジメントシステムの基本的な見直しと、退院・退所の調整ができる体制整備、さらに地域包括支援センターの整備による在宅ケア基盤の強化が必要」と語った。

尾道市医師会会長の片山壽氏は、同医師会の主導で行われてきた尾道方式の地域連携システムを紹介した。

尾道市の高齢化率は27%と、2015年に想定されている日本の高齢化と同じ状況にある。そこで同医師会では、



片山 壽氏

1994年から高齢者医療ケアシステムの構築を目指し、地域一体型の研修体制を確立するとともに、主治医機能をメーンとした「新・地域ケア」を提唱している。

同氏は「在宅での安心の基盤は主治医機能と多職種協働による包括空間であり、地域のケアマネジメントシステムと地域医療連携システムの両者がなければ、尊厳を重視した在宅の末期は難しい」と語った。

在宅看護研究センター代表の村松静子氏は、高齢者が「自分が自分でいられる場」で生活するためには何が必要かについて、医療の実情を述べつつ、5つの課題を提示した。

1つ目に、医療費の使い方に偏りがあること。同氏は「入院期間の短縮や地域連携の推進以前に、まずは医療費の使い方そのものを見直すべき」と指摘した。2つ目に医療と福祉の関係性がいまいなこと。3つ目に、看護師が多忙で本来の看護機能を十分に果たせる状況ではないこと。「訪問看護ステーションが発展していくためには、経営を一義とした管理体制の整備は不可欠。そのためにもわれわれの看護機能を評価して欲しい」と語った。4つ目に、これからの医療、福祉には十分なインフォームド・コンセントが求められていること。5つ目に、人間の尊厳の問題を挙げ、「高度医療が在宅へも及ぼうとしているが、多くの医療機器に囲まれて亡くなるのが果たして幸せか。1人の人間として人生を全うするために何が望ましいかを、今一度考える必要がある」と提言した。



村松静子氏

国立社会保障・人口問題研究所所長の京極高宣氏は、在宅医療が普及しない理由の1つに、従来は介護保険と医療保険の併用が困難なことがあるとし、「特に慢性期は両者の併用が必要」との考えを示した。そのうえで、在宅医療の機能は「患者の尊厳を守り、生活の質を保持し、家族や地域の福祉力を向上させ、地域ネットワーク形成に貢献し、医療費削減に寄与すること」とし、それを阻む5つの課題を挙げた。

まず、理念の壁。「24時間対応の信頼できる在宅医をもって、住み慣れた地域で暮らし続けたいと考えている患者を支援する」という理念を広げる必要があること。続いて、在宅医療を担う在宅医、コメディカル、医療ソーシャルワーカーなどの担い手が少ないこと。さらに、診療報酬の問題、在宅における医薬品の制限など規制緩和の問題、そして退院計画の促進の問題―。これらを挙げたうえで、同氏

は「医療、介護、福祉という広い基盤のうえに在宅医療が位置付けられているイメージを持つ必要がある」と述べ、「国民本位の在宅医療こそが21世紀の日本の医療改革の要である」と語った。

医師が地域をつくるオーガナイザーになる

討論では、主治医の役割について議論が展開された。山崎氏は「地域をつくっていくオーガナイザーが必要で、その役割を担うのに重要なのが医師」と述べた。一方、片山氏は「在宅の資源をチームで機能させるうえで、その段取りを行うのが主治医である」との見解を示した。また、佐藤氏は「国際的に見ると日本の在宅医療は偏っており、研究、実習ができる場をつくることが重要」と指摘。鴨下氏は「そもそも医師の使命感が希薄になっている。在宅医療を担う主治医を育てるために、学生のうちから在宅医療の実習が必要」と述べた。さらに、村松氏は「看護師が動けば自分は動かなくても診療報酬が取れるという考えの医師もおり、人の命にかかわる行為を引き受けるという、そもそも医師の意識改革が必要」と述べた。



京極高宣氏

次いで多職種の連携について、片山氏が「医師のアナログ的な連携により地域連携は広がっていくもの。メールや電話だけでは無理で、顔を合わせる場面が必要」と述べた。さらに「尾道の主治医機能はだれかが上に立つことはなく、すべての医師が横並び。主治医機能が触手を伸ばし、必要なスタッフを呼び込んで自分のチームをつくるという、自然発生的な医療の展開がある」と語った。京極氏は退院計画の重要性を強調し、「見えないコストに対する診療報酬を検討する必要がある」と述べた。さらに、鴨下氏は「診療の特定加算があるのは、大学病院を中心に展開されている特定機能病院、地域医療支援病院であるが、そこには在宅医療を必要とする難病の患者も多く、大学病院でも在宅医療について十分に議論することが必要」と提言した。

在宅でのターミナルについては、山崎氏が「医療と介護の双方の連携に加え、本人、家族との連携が問われる。介護施設においてもターミナルの体制は十分ではなく、いかに外部のターミナルケアチームと連携を取るかを考えていきたい」と語った。片山氏は「家族に信頼できる支援空間を提示することで、在宅で看てもよいと思わせるのが主治医。本人、家族の意向に沿った長期継続ケアのなかで、あうんの呼吸でナチュラルなフェイドアウトとしての末期が成立するもの」と話した。

第2回 在宅医療推進フォーラム

本年も在宅医療推進フォーラムを 開催いたします。



2005年11月23日、在宅医療を推進し、安心して暮らせる地域社会をつくることを目指して「第1回在宅医療推進フォーラム」を開催いたしました。在宅医療に関心の高い416名の方にお集まりいただき、一部の方には立見いただくなど盛会のうちに終えることができました。

その席で、在宅医療を推進する4団体により発表された「在宅医療推進のための共同声明」では、わが国に在宅医療を普及させるため協力していくことが宣言され、翌年同日に再びフォーラムを開催することが約束されています。

本年も、さらなる在宅医療の推進を志す皆さまにご参集いただき、これからの在宅医療と地域社会の在り方について、議論を深めていきたいと考えております。



主 催：財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

開催日：2006年11月23日（祝）

会 場：全共連ビル本館 4階（東京都千代田区／大会議室600名）

※詳細は財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団までお問い合わせください。

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-9全共連ビル本館
TEL.03-5226-6266/FAX.03-5226-6269

E-mail : yuumizaidan@nifty.com
<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/>