

在宅医療推進フォーラム

2008年11月23日(祝)
於 東京ステーションコンファレンス
5階 サピアホール

主催 国立長寿医療センター
財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

第4回 在宅医療推進フォーラム

がんの在宅医療 ～病院から在宅へ 切れ目のない医療提供体制を構築する～

在宅医療を推進する団体および個人、行政が集い、在宅医療の現状と課題を議論する「在宅医療推進フォーラム」。2008年11月23日（祝）、その第4回フォーラムが、東京ステーションコンファレンス（東京都千代田区）にて開催された。今回は『がんの在宅医療』をテーマに、現状と今後のあり方について活発な議論が展開されたので、その内容をここに報告する。

基調講演

地域包括ケアの実現に向けて

厚生労働省老健局長 宮島俊彦氏

マンパワーの確保が最重要課題



厚生労働省老健局長の宮島俊彦氏は、国が目指す地域包括ケアのイメージと、その実現へ向けての課題について講演した。

まず同氏は、地域包括ケアへ向けたこれまでの我が国の歩みを整理した。かつて東京都から全国へと老人医療費無料化の動きが広がり、昭和50年代には老人病院において老人の医療・ケアが行われるようになった経緯を振り返り、「日本の老人医療、老人福祉は始まり方が少し不幸だったのではないか」との見方を示した。また1985年の医療計画で、当時の厚生省が家庭医の創設を提案したが果たされなかったことにも言及し、「この時の家庭医導入の失敗がその後の医療政策にさまざまな影響を及ぼすことになった」と説明した。同氏は「たらい回し、難民、老老介護、認認介護といった言葉で表される諸問題の根底には、地域包括ケアが確立されていないという共通の課題がある」と問題提起。「病院や施設を増やし、収容するやり方はいたちごっこに過ぎず、これからは地域そのものが医療・介護サービスを提供できるような体制へと変えていくことが必要である」と提言した。

続いて、地域包括ケアの実現に向けて社会保障国民会議が行った、医療・介護の提供体制に関するシミュレーションを紹介した。同氏はまず、介護療養病床を廃止して病床を整理し、同時に居宅系の介護施設を充実させるという改革シナリオを提示。マンパワーについては、医師は現状の27.5万人から32.1万人～33.5万人に、看護職は132.2万人から194.7～202.9万人に、介護職員は117.2万人から255.2万人に増やす必要があるとの試算を示した。このような大幅な増員が可能かどうかについて同氏は、「日本は欧米諸国ほど女性の就業率が高くはな

く、また高齢者の就労意欲も高いため、それほど悲観はしていない」としつつも、「マンパワーがなければ改革はありえず、是が非でもやらなければならない重要課題」と位置付けた。また改革に必要な費用については、現状の約41兆円から約92兆円と倍増するとの試算を提示した。さらに同氏は、このシミュレーションを行う際に社会保障国民会議が示した“シミュレーションの哲学”を紹介。特に「在宅医療、在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築することにより利用者・患者のQOLの向上を目指す」と記されている点に着目し、「在宅医療および在宅介護を推進する方向性をはっきりと打ち出されている」と強調した。

諸問題の解決に、体系的に取り組むことが必要

続いて、地域包括ケアの実現へ向けた今後の課題として、①財源の確保、②マンパワーの計画的養成・確保、③専門職種間の役割分担に関する制度の見直し、④サービス提供者間・多職種間の連携・ネットワークの仕組みの構築、⑤サービス供給体制の計画的整備、⑥サービスの質の評価、⑦診療報酬・介護報酬体系の見直し、の7項目を提示。中でも③の専門職の役割について「欧米では介護職にも医療行為ができ、日本とは位置づけがかなり異なる」と述べ、「今後は介護福祉士の職務をどう考えていくかが役割分担の鍵になる」とした。また訪問看護師については、「在宅医療をリードしていく職務」と位置付けた。さらに⑤のサービス提供体制の整備については、「地域の在宅ケアの需要に対し、供給体制の整備がどうあるべきか、改めて計画的に考えていく時期がきている」との見解を示した。

最後に同氏は、「高齢化がピークを迎える2025年までにこういった諸問題の解決に体系的に取り組んでいく必要がある」と語り、「それは国だけでできる話ではなく、自治体とともに地域の特性に応じて進めていかなければならない」と語った。さらに「超高齢化社会の日本においては、何よりも在宅医療を今後いかに伸ばしていくかが、非常に大きな鍵を握っている」と述べ、改めて在宅医療普及の重要性を強調した。

全国在宅療養支援診療所連絡会の活動報告会

【コーディネーター】

医療法人アスムス理事長 太田秀樹氏

仙台往診クリニック院長 川島孝一郎氏

医療法人財団千葉健愛会理事長 和田忠志氏

ここでは 2008 年 2 月に組織された全国在宅療養支援診療所連絡会についての紹介が行われ、その活動内容が報告された。また、全国各地の在宅療養支援診療所における精力的な取り組みが報告されるなど、在宅医療推進の一翼を担う在宅療養支援診療所の実際、および今後の課題などが示された。

●全国在宅療養支援診療所連絡会の活動報告

医療法人アスムスの太田秀樹氏は、全国在宅療養支援診療所連絡会の発起人を代表し、その発足の経緯や活動内容などを紹介した。

診療所間のネットワークとして連絡会を発足



まずは 2007 年に組織された在宅医療推進会議での取り組みから、全国在宅療養支援診療所連絡会が発足するに至る流れを説明した。在宅医療推進会議は、我が国において看取りまで行える在宅医療を推進するための方策を検討し、必要に応じて政策提案を行うことを目的に組織されたものである。5つの作業部会を立ち上げてそれぞれに検討を進めているが、その一つである「在宅療養支援診療所の能力強化を検討する部会」において在宅療養支援診療所の実態調査を行ったところ、80%以上が「診療所間のネットワークが必要性」と回答しており、この意見を踏まえるかたちで連絡会が組織された。なおこの実態調査からは、年間 20 症例以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所に共通する特徴として、①歯科医師、薬剤師と連携している、②病院からの退院時カンファレンスに参加している、③診療以外の在宅医療啓発へ向けた社会活動に熱心である、④教育に積極的に関わっている、といった興味深い事実が浮かび上がっている。

さらに同氏は、厚生労働省に在宅医療推進室が設置されたことや在宅療養支援歯科診療所が新設されたことなどから、「在宅医療を取り巻く社会情勢は大きく変化している」と強調。「在宅医療推進のためには、市民はもちろん行政の考え方も、ケアを提供する医療者の意識も変わっていかねばならず、このフォーラムはそのための情報共有、啓発の場と考えている」と結んだ。

●在宅療養支援診療所の各地での取り組み紹介

続いて、函館から鹿児島まで、在宅医療を精力的に展開する全国 6 か所の在宅療養支援診療所における取り組みが紹介され、地域における在宅医療普及の現状が示された。



北美原クリニックの岡田晋吾氏は、函館市における自らの実践を報告。2004 年に開業した当初は、在宅医療は視野に入れていなかったというが、開業後にがん患者の訪問診療を経験したことをきっかけにその重要性を痛感し、在宅医療の導入を開始したという。同氏は、自ら他院に赴いて在宅医療のノウハウを学び、市内の全ての訪問看護ステーションとの連携体制を構築するなど、在宅医療の提供体制を一から構築していった経緯を説明。さらに、在宅ケア研究会を開催するなど市民や医療者の啓蒙活動にも積極的に取り組んでいると述べ、その地道な取り組みの結果として、地域に次第に在宅医療が浸透しつつある状況を示した。最後に同氏は、「これからは地域力が勝負と考えている」と語り、「函館で医療、福祉を受けて良かったと思われるような地域を造り上げていきたい」と抱負を述べた。



鈴木医院の鈴木信行氏は、医師一人体制の診療所における在宅医療の実際を報告した。同院は福島市内全域を活動範囲としているが、このエリアには緩和ケア病棟がなく、病診連携も不十分な状況にあるという。同氏は、同院が市内における在宅看取りの約半数に関わり、がん医療の在宅医療にも関わっていることを報告した。また同院では、地域で医療・介護・福祉をバランス良く機能させるために院内に MSW を配置しているが、同氏はその意義について、「医療面のみならず経済面、家族関係などを含めた生活視点での退院調整ができ、また社会資源の活用やチームの連携強化にもつながる」と説明した。その上で同氏は、「医療者だけでは生活支援はできない」として連携の重要性を強調。「医師は医療の枠内に留まらず、広く生活という視点で関わる必要がある」との考えを示した。



城西神経内科クリニックの石垣泰則氏は、静岡市における連携システムについて紹介した。一人勤務の診療所でも 24 時間 365 日の対応を可能にするために、

静岡市では市内5病院および行政の救急体制、診療所医師有志による「在宅安心連携システム」が構築されている。これは在宅で看取り状態になった時、あるいは病状急変時に万が一、主治医と連絡が取れなかった場合、連携カードを活用して当番の診療所医師へとつなぐシステムである。さらにこれを支える連携の基盤として、2人主治医体制による疾患別病診連携システム「イーツーネット」も構築されている。同氏は以上の仕組みを詳細に解説した上で、「この仕組みが機能するよう連携を維持するには、普段からの努力が非常に重要」と強調。頻繁に勉強会を開催するなどして顔が見える関係の維持に務めていることを報告した。



広島在宅クリニックの小西太氏は、同院設立の経緯と実際について報告した。同院は2005年に在宅医療専門機関として開業し、医師2人体制で訪問看護ステーションなどと連携しながら在宅医療を展開している。同氏は設立の経緯について、「開業以前に勤務していた病院の緩和ケア病棟で、患者が在宅を希望しても受け皿がない状況があったことから、自ら診療所を立ち上げて受け皿になろうと考えた」と説明した。同院では普段の診療のほか、病診連携、診診連携を目的とした在宅緩和ケア勉強会に参加するなど、地域での活動にも積極的に参加している。今後の課題について同氏は、「登録していても機能していない在宅療養支援診療所が多いこと」を挙げ、「病診連携によるバックアップ体制を構築し、医師一人でも在宅療養支援診療所として役割を果たせるようなシステムが必要」と語った。



このさかクリニックの二ノ坂保喜氏は、「ふくおか在宅ホスピスをすすめる会」の活動を報告した。同会は福岡県内各地で在宅ホスピスを展開する医療者が集まり、医療機関や地域住民に在宅ホスピスに関する情報提供などを行う団体である。同会が作成した「在宅ホスピスガイドブック」には、診療所と訪問看護ステーションの連絡先が明記されているほか、在宅ホスピスの考え方や社会資源の活用法まで記載され、医療者からボランティアまで幅広く活用できる内容だ。さらに同会では、遺族が経験を語る「在宅ホスピスを語る会」を実施するなど、啓蒙活動を積極的に展開している。今後の課題について同氏は「専門職の



質の向上が重要であると同時に、“死を見つめて生きること”がごく当たり前であることを医療者は市民に働きかけていく必要がある」と述べ、啓蒙の重要性を改めて強調した。



ナカノ在宅医療クリニックの中野一司氏は、鹿児島における取り組みを紹介した。同氏は診療所設立の目的について、「在宅医療のシステムづくりをするため」と説明。ITを活用して地域のサービスを結び、チーム医療を展開していると述べた。IT活用の利点は「連携のコストが安いこと」とし、情報の共有に活用しているメールや電子カルテの仕組みを詳細に説明した。一方では教育の重要性にも触れ、「連携にコストをかけないと同時に、優秀なスタッフを育成することが、地域でのチーム医療を可能にする」と語った。さらには医療崩壊と言われる現状について「根本的な問題は超高齢化社会の到来による疾病構造の変化にある」と指摘。「今は急性期医療の集約化と生活を支える医療（在宅医療）の普及が両輪で行われており、一方から見れば医療崩壊でも、他方から見れば医療再生である」との見方を示した。

●全国10,000ヶ所の在宅療養支援診療所 実態調査報告

“生き方”を基本とした医学教育の抜本改革を



仙台往診クリニックの川島孝一郎氏は、全国の在宅療養支援診療所を対象に行った実態調査の結果を報告し、我が国の医療の今後のあり方について提言した。まず同氏は、日本がWHOによる健康達成度の総合評価において第一位であること、特に平等性やコストパフォーマンスにおいて高い評価を得ていることを示し、「医師が疲弊していると言われるが日本の医療制度の国際的評価はトップクラスであり、自信をもってほしい」と呼

びかけた。しかし一方で、「世界一なのはあくまで治す医療」と指摘。「日本の医学教育は治療一辺倒であり、その結果、治らなくなった人を支える医療について日本の医師はあまりにも無頓着」と言及した。また、居宅での最期を望む住民のニーズに対して医療のサプライは病

院での最期という「ニーズとサプライのミスマッチ」に疑問を呈し、「ミスマッチの原因は医師の勘違いにある」として、医師の意識変革の必要性と住民に対する医師の説明責任の重さを強調した。

続いて、在宅療養支援診療所の実態調査結果を報告した。実態調査は全国約1万1000件の診療所を対象に行い、約2700件の診療所から得た回答をまとめたものである。まず在宅療養支援診療所の運営形態については、常勤医師1人体制の診療所が圧倒的に多く、無床が約8割、訪問診療の患者数は1カ月の平均が35人であった。また、がんの在宅医療を展開している診療所は約半数であり、一応の増加傾向が示された。同氏はこの中で、がん患者への麻薬の使用が病院よりも在宅の方が少ない傾向が示されたことに着目。「麻薬を使う頻度が減るのは在宅に戻るだけで心理的な安定感が生まれるため」との見方を示した。また、“もしもがん在宅医療支援診療所という新たなカテゴリーができれば登録するか”という問いに対しては、約6割の診療所が届出をすると回答していることについて、「がんの在宅医療にも積極的な姿勢が見て取れる」と語った。

全国の在宅死亡率は2005年から徐々に増え、在宅医療の今後の進展が期待される。同氏は、「これからは従来型の診療所が軽症者を診て、在宅療養支援診療所が重症者を診るという、診療所の機能分化を進めていくことが必要」と課題を示した。さらに、今後は医療の現場において、残された時間をよりよく生きる「生き方」の提示が必要だと強調。「医師は疾病論や症候論に終始せず、治らない状況をありのままに認める姿勢が必要であり、それには“生き方”を基本とした医学教育の抜本改革が必要」と提言した。

「平成20年度在宅医療推進のための会」中間報告 ならびに在宅医療を推進する10団体の共同声明

医療法人財団千葉健愛会理事長 和田忠志氏

在宅医療を担う医師養成のシステムを



和田忠志氏は、「在宅医療推進のための会」（勇美記念財団）の中間報告を行い、続いて在宅医療を推進する10団体による共同声明の宣言を行った。

「在宅医療推進のための会」では、在宅医療に熱意のある有志が集い、在宅医療普及に向けた方策について毎年議論している。本年度の第1回会合では「在宅医療推進のグランドデザイン」と題し、治す医療から支える医療への医師の意識変革が

必要との議論が展開された。第2回は「全国在宅療養支援診療所連絡会」をテーマに討議を行い、在宅医療推進には在宅療養支援診療所の強化が必要であり、同連絡会における教育機能の必要性などが話し合われた。第3回は「在宅医療を周知する」をテーマに行われ、国民が在宅医療をイメージできない実態に対して、国民はもちろん医療や介護の提供側にも周知が必要との共通認識がなされた。そして第4回は、「在宅医療に携わる医師養成」をテーマに議論を展開。在宅医療を担う医師量産と質の担保が重要課題であり、これから在宅医療に参入する医師へ向けたプログラムを作ると同時に、長期的戦略として在宅専門医養成、臨床研修、医学部卒前教育など、多層的アプローチの必要性が話し合われた。

以上の中間報告を経て、和田氏は「10団体による在宅医療推進のための共同声明」を読み上げた。

在宅医療推進のための共同声明（2008年11月23日）

10団体

NPO 法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク

NPO 法人日本家庭医療学会

NPO 法人日本ホスピス緩和ケア協会

NPO 法人日本ホスピス・在宅ケア研究会

社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

日本がん看護学会

日本在宅医学会

日本在宅医療学会

日本在宅ケア学会

日本プライマリ・ケア学会

(50音順)

本10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究してきた専門職集団である。この10団体が、このたび一堂に会し、これまでの実践的蓄積と討論をふまえ、次の声明を採択した。

- ・市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- ・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。
- ・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。
- ・病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ・療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- ・日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ・毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

シンポジウム がんの在宅医療 ～病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する～

【シンポジスト】若尾 文彦氏（国立がんセンター がん対策情報センター長補佐）

水谷 正人氏（四国がんセンター 外来部長）

英 裕雄氏（新宿ヒロクリニック 院長）

秋山 正子氏（株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション 所長）

【司会】

蘆野 吉和氏（十和田市立中央病院院長）

本シンポジウムでは、「がんの在宅医療」をテーマに、4名のシンポジストが登壇し、現状と課題を議論した。



シンポジストの発表に先立ち司会の蘆野吉和氏は、今回の企画主旨を説明した。現在、本人や家族の約半数以上は自宅療養を希望しているとのデータがある一方、がん疾患による死亡

場所は約9割が病院となっている。同氏自身は3年前から十和田市立中央病院に勤務しているが、十和田市ではがんの在宅死亡率が2006年の4.4%から2007年には13%、2008年には20%を超える見込みで推移しているという。同氏は「しっかりとした支援体制があればどのような病状でも自宅での生活は可能であり、また自宅で家族だけで看取することも可能」との見解を示し、「日本では“いのち”が病院に隔離されており、そのことで“いのち”の大切さや地域・家族の絆が失われている」と指摘。「がん医療において看取りのある在宅医療を推進する意義は、“いのち”が引き継がれる地域社会をつくることにある」と提言した。さらには、がん対策基本法が制定され、今やそのような地域のシステムづくりは法律に基づく活動だと強調。そのために必要な医療支援システムと生活支援システムをいかに構築していくか、この場で議論を深めたいとした。

国民の視点を踏まえたがん対策を推進



国立がんセンターの若尾文彦氏は、がん対策における国の施策について解説した。今やがんは男性の2人に1人、女性の3人に1人がかかると言われる国民共通の問題だが、一方ではがん医療の情報不足や地域差、緩和医療の不整備といったさまざまな課題も指摘されている。そこで2005年には厚生労働省にがん対策推進本部が設置され、「がん対策推進アクションプラン 2005」が策定された。2006年には「がん診療拠点病院」の整備指針が「がん診療連携拠点病院」として変更され、地域で中心となってがん医療連携体制を構築する、相談支援センターを設置して情報提供や相談支援を行う等の役割が追加された。拠点病院は概ね2次医療圏ごとに配置され、現在は全国351

施設が指定を受けている。

最近の大きな動きは、「がん対策基本法」の制定である。2006年に制定され、翌年4月に施行されたこの法律には、どの地域でも等しく適切な医療を受けられるようにすることなどが理念に掲げられた。これに基づき、専門家のみならず患者、家族の代表をも含めた「がん対策推進協議会」が組織され、「がん対策推進基本計画」がつけられた。この基本計画では、「国民の視点に立ったがん対策の実施」、および「総合的かつ計画的ながん対策の実施」が方針として掲げられ、「がんによる死亡者数の減少」と、「全てのがん患者および家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の向上」が目標として掲げられている。

さらに同氏は、緩和ケアや在宅医療の施策についても説明。「特に在宅医療は対応が遅れており、この場に集まった実践者からの情報を積極的に発信して、国民の理解を深めていく必要がある」と呼びかけた。

拠点病院における緩和ケア機能の確立を



四国がんセンターの谷水正人氏は、緩和ケアにおけるがん診療連携拠点病院の役割について、同センターでの実際を踏まえ、現状と課題を示した。

がん診療連携拠点病院の指定要件には、緩和ケアの提供体制を整備することが掲げられている。具体的には緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、相談支援センターの設置が必要だが、現状では全国351施設の拠点病院のうち緩和ケア病棟を設けている病院は50施設に留まり、緩和ケアチームについても専従医師や専従看護師といった要件を満たす医療機関は少ない。同氏は「要件が厳しいとの議論もあるが、ゆるめるべきではない」と言及。最大の難関は緩和ケアに無関心な医師だとし、「がんだから痛いのは仕方ない、といった言葉がいまだに聞かれるのは残念」と語った。

同センターにおいては、あくまで在宅移行を視野に入れたチームアプローチを展開しており、その結果、次第にがん患者の在宅死亡率が増えてきているという。同氏はこうした自らの経験を踏まえた上で、拠点病院の相談支援センターの役割について、「患者支援と医療連携の要であり、特定の在宅医に頼るのではなく常にネットワー

クの拡大を図ることが必要」とした。また拠点病院の緩和ケア病棟が果たすべき役割については、「あくまで在宅患者の救急対応ができる場所」と位置付け、「しかしながら入院待機を強いる病院がある現状は、非常に問題がある」と疑問を投げかけた。最後に同氏は、「がん診療連携拠点病院は発足して間がなく、また緩和ケア医療そのものも新しい分野であることから、今後は職能の確立が必要」と言及。拠点病院の緩和ケア機能に求められるのは、「相手の気持ちを汲んで支え続ける姿勢」だと強調した。

一般診療所と支援診療所の連携が必要



新宿ヒロクリニックの英裕雄氏は、在宅療養支援診療所の立場からがんの在宅医療の現状と課題を示した。

在宅での死亡率は徐々に増え、がんにおいても同様に増加傾向にあるが、特に2006年の在宅療養支援診療所制定以降にその傾向が顕著であることから、同氏は「在宅療養支援診療所の制度はがんの在宅医療においても有効に機能している可能性がある」と述べた。一方で、ほかの疾患と比べてがん患者の在宅死亡率が低いことについては、「診療所によって看取り数にばらつきがあり、対応力にはかなり差があると言わざるを得ない」と指摘。ばらつきが生じる背景としてがんの対応の特殊性にふれ、在宅での療養機関が短く凝縮した対応が必要なことや、麻薬など特殊な治療薬を用いること、訪問頻度や電話対応の頻度も圧倒的に多いことなどを挙げた。また、病院側では診療所の緩和ケアに対する経験不足が在宅復帰を進める上で問題になっていると言及し、「がんの在宅医療を引き受ける上で緩和的な対応は基本中の基本であり、在宅療養支援診療所への普及啓発は不可欠」と強調した。

続いて各地の在宅療養支援診療所における先進的な取り組みを紹介し、その役割の重要性と対応の多様性を説明。症状コントロールが困難ではない症例や頻回な往診が必要ではない症例の場合は一般診療所でも十分に対応可能な状況があることを明らかにした上で、「今後は在宅療養支援診療所と一般の診療所が密接に連携をとりながら役割分担をすることも必要」と提言した。さらに、「在宅療養支援診療所が培ったノウハウを在宅医療の現場に限定せず、外来もしくは病棟へフィードバックすることも大切ではないか」と呼びかけた。

病院看護師と訪問看護師の交流の場を

白十字訪問看護ステーションの秋山正子氏は、がんの在宅ケアに取り組む訪問看護師の立場から、その実際を報告した。まず同氏は、在宅移行へ向けた退院調整の問



題を指摘。「退院調整をしようにもどこにステーションがあるかわからず、介護保険もよくわからない」といった病院看護師のとまどいについて言及し、「焦る材料ばかりで患者や家族とじっくり向

き合えず、心優しい看護師たちが傷つき、悩んでいる姿が垣間見える」と実態を明らかにした。さらに、「訪問看護師が在宅で何をするのか、病院側にいまだに理解されていない」と指摘。「私たちは自らの役割を十分にPRしてこなかった」との反省を踏まえた上で、「病院看護師と訪問看護師が相互に交流する場を設け、互いの理解を深めなければならない」と提言した。さらに、在宅での状況を病院側にフィードバックした具体例を示し、相互理解を促すこのような働きかけの重要性を強調した。

続いて同氏は、事例を通じてがんの在宅ケアの実際を報告。新宿・杉並・中野の3区合同で事例検討を行う「緩和ケアネットワークミーティング」のほか、小さな単位で顔の見える連携を目指す「牛込地区の在宅患者を考える会」の取り組みについても紹介した。

最後に、「加算が付いたため退院調整には呼ばれるが、結局は在宅へ帰ってこないケースも少なくない」と語り、「まずは院内でカンファレンスをしっかりと行い、本人とも“どう生き抜きたいか”を十分に話した上で退院調整に入って欲しい」と呼びかけた。またスムーズな連携を行う上での、言葉の大切さを強調。「互いの立場を知り、互いが理解できる言葉を使うことが必要であり、そのことで点から線へ、線から面へ、面から立体へと、育ち合ひ育て合う関係が生まれるのではないかと結んだ。

その後の討論では、「がん終末期の在宅医療はどこまで可能か」という蘆野氏の問いかけに対し、英氏が「調整が難しい人も確かに多くいるが、がん自体は療養方針が明確になりやすく、医療的な対応がむしろ構築しやすいこともある」と回答。また谷水氏は「サポート体制が組める地域とそうでない地域がある」と地域差を課題に挙げた。一方で若尾氏は、「戦略研究の中で、がんセンターの医師が、受け入れにネガティブな開業医に対し、直接会って在宅での対応を説明することで、“それならできる”と考えを変え、取り組むようになった」という事例を報告。直接の対話が理解につながることを示した。さらに秋山氏は、「症状コントロールがうまくいき、長丁場になるケースも今後は出てくる」と予測し、その対応として「緩和ケア病棟というよりナーシングホームのような、家に近い環境での看取りを考えていく必要がある」と述べた。ほかにも、会場からは熱心な在宅医療の実践者による意見が飛び交い、活発な議論が繰り上げられた。

在宅医療推進のための共同声明

2008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
NPO法人 日本家庭医療学会
NPO法人 日本ホスピス緩和ケア協会
NPO法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
日本がん看護学会
日本在宅医学会
日本在宅医療学会
日本在宅ケア学会
日本プライマリ・ケア学会

(50音順)

- ①市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- 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
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病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ⑤療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインド
をもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- ⑥日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ⑦毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに
推進するためのフォーラムを開催する。

国立長寿医療センター 運営局 在宅医療推進課

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾36-3
TEL.0562-46-2311(内線 2402)/FAX.0562-48-2373

HP : www.ncgg.go.jp <<http://www.ncgg.go.jp>>
Eメール : zaitaku@ncgg.go.jp

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

〒102-0083 東京都千代田区麹町3-5-1 全共連ビル麹町館5階
TEL.03-5226-6266/FAX.03-5226-6269

HP : <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/>
Eメール : yuumizaidan@nifty.com