

第 5 回在宅医療推進フォーラム  
高齢者の在宅医療  
～人生の終焉をどのように支えるか～

開催レジメ

【日時】

2009年11月23日（火・祝）9：55～17：15

【場所】

東京ステーションコンファレンス 5F サピアホール

【主催】

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター  
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

## 第5回 在宅医療推進フォーラム

～人生の終焉をどのように支えるか～

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」。2009年11月23日（祝）に行われた第5回フォーラムでは、在宅医療を熱心実践する多職種が一堂に集い、『人生の終焉をどのように支えるか』をテーマに、現状や課題について活発な議論が展開された。

### 基調講演

### 日本の医療制度改革が目指すものと在宅医療

辻 哲夫氏（東京大学高齢社会総合研究機構・教授）

#### “生活者”として生きることが自立につながる



もと厚生労働事務次官で東京大学高齢社会総合研究機構教授の辻哲夫氏は、我が国の高齢化の現状と医療制度改革の課題について基調講演を行った。

高齢化が進む我が国では今後、後期高齢者人口の激増が見込まれており、2030年には現状よりも約1000万人多い2266万人に達することが推定されている。これに伴い死亡者数も急増し、現状の年間死亡者数約100万人から、最も多い時期で約170万人に達すると見込まれる。一方、我が国の医療体制は、これまで病院を中心に発展してきた経緯がある。同氏は「病院死が一般的というのは、国際的に見ても異例」と述べ、「我が国の医療のあり方は変革期に来ており、長寿を全うした人が病院で最期を迎えることが人として本当に幸せなのかは今、問われている」と問題を提起した。

一方、福祉については「医療よりやや先んじた経験をしてきた」と言及。過去20年ほどの経験から、多床室での生活よりも個室を前提とした家庭的な小規模施設の方が自立度を維持できることが明らかにされてきた。同氏は、「生活を奪われれば人は当然、弱っていく」として、あくまで“生活者”として自らのライフスタイルを継続する重要性を強調した。

このような価値観を反映し、先の介護保険制度改革では地域包括ケアを推進する方針が明確に打ち出された。同氏は「強い人と弱い人が助け合い、ともに生きる風土が根付いた地域には、“温かい風”が吹いているように感じられる」との実感を述べ、地域包括ケアの意義を強調した。さらに医療についても、「病院が問題なのではなく、高齢者などが医療上の一定の必要性が生じたら病院に行くしかないことが問題。自宅でない在宅を含めた在宅医療が必要」と述べ、医療の定義についても、「“病気を治す”だけでなく、“生活を支える”という概念まで広げる必要がある」と提言した。

#### 安心して暮らせる社会づくりには、相応の負担が必要

我が国ではこの先、都市部における急速な高齢化が予測されている。辻氏は「我々は大発想転換をしなければ、このような事態に対応できない」として医療・介護の変革の必要性を指摘し、特に在宅医療へのシフトの重要性を訴えた。また、医師不足の問題についても、「地域に全体を見る家庭医が少ないことが勤務医の疲弊を招いている要因の一つ」と指摘し、「今後は在宅に戻すシステムが必須であると同時に、家庭医の養成がますます重要になる」との見解を示した。さらに同氏は、在宅医療の魅力が認知されず医師のモチベーションが低いことや、連携をコーディネートする主体がないことが在宅医療推進の妨げになっているとし、「今後は開業医のグループ化を進める必要がある」と提言。在宅療養支援診療所の医師が地域の開業医をいかに巻き込み、在宅で最期まで暮らせる仕組みを作っていくかが課題であるとした。

続いて、あるべき地域ケアの仕組みについて、一つのモデルを提示。在宅療養支援診療所と訪問看護、訪問介護、通所リハなどが連携して「在宅療養支援拠点」を形成し、病院や介護施設との連携はもちろん、住宅政策とも連動した総合的な地域づくりについて語った。その上で、「大都市にこのような仕組みを組み込めるかどうかは今後20年間が正念場」と述べた。さらにこれに関連して、東京大学が千葉県柏市と共同で進めている“超高齢化社会対応のまちづくり”を紹介。医療と介護の機能を生活の身近に配した新しいまちづくりについて具体的な構想を説明した。また、新たな在宅医療の研究、教育の拠点として、東大柏キャンパスに在宅医療研究教育センター（仮称）を立ち上げる計画が進んでいることを報告した。

最後に同氏は、日本の国民負担率について問題を提起。国民所得に対する国民負担率（税負担と社会保険料負担）の国際比較では、日本は最も高齢化率が高いにも関わらず、負担率はかなり低い状況にある。同氏は「高齢化は経済成長の成果」とした上で、「経済成長は安心して最期を迎えられる社会になって初めて完成と言えるのであり、そのためには国民が相応の負担をし、在宅医療や介護などに大幅に財源を投入することが不可欠である、それにより経済も発展すると考える」と結んだ。

## 一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会 活動報告会

【座長】太田秀樹氏 (医療法人アスミス・理事長)

【報告者】小笠原文雄氏 (小笠原内科・院長：岐阜)

壺井康一氏 (ネクストホームクリニック・院長：高知)

英裕雄氏 (新宿ヒロクリニック・院長：東京)

前原操氏 (前原医院・院長：栃木)

全国在宅療養支援診療所連絡会は、2008年2月に活動が開始され、2009年3月に一般社団法人として正式に発足した。ここでは同連絡会事務局の太田秀樹氏より、同連絡会の活動状況が報告された。また、全国4地域の在宅療養支援診療所医師が登壇し、それぞれが各地で展開している地域ネットワーク活動について報告した。

### ●全国在宅療養支援診療所連絡会の活動報告

#### ITを活用し、精力的な活動を展開



太田氏は、同連絡会の立ち上げから現在までの活動状況を報告した。

同連絡会はもともと、全国の在宅療養支援診療所を対象に行われた実態調査の際、各地に散在する在宅療養支援診療所をつなぐ組織を求める声が寄せられ、これを受けて2008年に組織されたものである。2009年3月に法人格となり、一般社団法人として活動を開始。同年6月に行われた第一回世話人会議で会の運営方法について議論が行われ、会員同士の交流を容易にするためにITを活用する方針が打ち出された。同氏は、「8月にホームページを立ち上げ、インターネット上で会員募集を始めたところ、3ヶ月間で513名もの入会があった」と述べ、連絡会発足の社会的インパクトの大きさを示した。

さらに同氏は、会員のメーリングリストをつくることで、現場の課題共有や勉強会の情報発信などが容易になり、これまで孤軍奮闘してきた会員が活発に交流できるようになったことを報告。「たとえば患者の転居に際し、メーリングリストを活用して転居先の在宅医を探し、都道府県を越えたシームレスな在宅医療の提供を可能にするなど、実践的な効果も現れている」として、その意義を強調した。

会員は原則として在宅療養支援診療所の医師だが、その後、会員区分が拡大され、会の趣意に賛同できる人は誰でも入会可能である。同氏は「今後、連絡会が力強く活動するためにも、ぜひ多くの方に参画いただき、ご支援をお願いしたい」と呼びかけた。

●同連絡会 URL <http://www.zaitakuiryo.or.jp/>

### ●「在宅療養支援診療所を結ぶネットワーク活動」 全国からの報告

#### 在宅緩和ケアの普及活動を展開 (岐阜)



小笠原内科の小笠原文雄氏は、岐阜県における在宅緩和ケア普及の取り組みについて報告した。

在宅緩和ケアを実践している同院では、直近16カ月間に64名の患者を在宅で看取っている。そのうち、がん患者は47名、独居の患者は5名で、がんについては在宅看取り率97.9%を達成している。同氏は「独居でも在宅緩和ケアのシステムさえあれば在宅での看取りは100%可能である」と提言。「特に独居の方は、“まさか家で一人で死ぬるとは思わなかった”と笑顔で旅立たれる」と述べ、その意義を強調した。

同氏はこのような在宅緩和ケアのノウハウを周辺地域に普及させるべく、県内に立ち上げられた岐阜在宅ホスピスケア研究会において“教育的緩和ケア”を実践している。同氏は、緩和ケアの実際を自らの事例を通じて説明。その上で、在宅看取りを行う医師に求められる姿勢について、「嫌われても言うべきことは言う“鬼手佛心”の精神と、関わることで人は朗らかになるという“ケアの本質”を知ることが重要」と提言した。さらに、「在宅療養支援診療所の活動を世間に認めてもらうために、我々は金儲けに走る在宅医に対しても“鬼手佛心”で厳しい態度を取らなければならない」と語った。

#### 医療の枠を超えた地域ネットワークを構築 (高知)



ネクストホームクリニックの壺井康一氏は、高知の在宅医療の現状と地域ネットワークについて報告した。

高知県は全国に先駆けて過疎と高齢化が進行し、人口減少も進んでいる。人口あたりの療養病床数は日本一多く、患者側の入院志向と相まって在宅医療が進まない状況だ。同氏は、このような状況に風穴を開ける取り組みとして、在宅医の連絡会、多職種による研究会、緩和ケア連携パスなどの仕組みを構築したことを報告。「顔が見える関係を大切にし、医師からのトップダウンではなく多職種がフラットな関係で連携する関係性が次第にできてきた」と現状を語った。

とはいえ同氏は、「崩壊しかかった医療は、医療だけの力では再生できない」と言及。産官学民の知恵を集結させてネットワークを構築するという独自の取り組みについて、たとえば地元ガス会社とのコラボレートで効率的なガス配送の考え方を往診ルートに応

用したり、地域の絆を育むために「楽(ら)し天才と」(<http://rasiten.net/>)を構築するなど、ユニークな実践を報告した。同氏は、このようにして地域とコラボレートすることの意義を強調。「今後も地域の多様な力を利用することで、在宅医療を広め、ニーズを掘り起こしたい」と抱負を語った。

### 一般診療所も含めた診療所間の連携が課題（東京）



新宿ヒロクリニックの英裕雄氏は、東京都の現状と課題について報告した。

東京都内の在宅療養支援診療所の届出数は1219件（'09年10月現在）と多く、東京都は全国の在宅療養支援診療所の約1割強が集まる密集地域と言える。また、75歳以上の死亡者数1万人あたりの医療機関外死亡者数は、全国平均387.3人に対し東京都は786人であり、在宅での看取りが多い地域といえる。さらに、東京都ではリハビリテーションや認知症対応など特定機能化した在宅療養支援診療所が多く、一般診療所による在宅看取りも数多く行われている。同氏は「特色ある在宅療養支援診療所同士の連携と同時に、一般診療所との連携をどのように進めていくかが今後の重要課題」と位置付けた。

昨年11月に発足した東京都在宅療養支援診療所連絡会は、このような東京都内の地域性に考慮した在宅医療の普及、および振興を図るために組織されたものである。具体的には「在宅療養支援診療所に関する調査・研究」「医師および多職種との連携や交流活動」「情報提供や相談活動」などを行う計画だ。同氏は「今はようやく形ができた段階であり、今後は施設間の横の連携を構築し、質の向上を図っていきたい」と抱負を述べた。

### 「在宅療養支援者の会」による連携体制を構築（栃木）



前原医院の前原操氏は、栃木県壬生町における在宅療養支援診療所のネットワーク活動について報告した。

壬生町は人口約4万人で、病院1軒、診療所は29軒、うち5軒が在宅療養支援診療所の届出をしている。訪問看護ステーションは独立型の1軒のみで、総勢19名で地域の訪問看護を一手に担っている。壬生町ではこれらの医療機関が「在宅療養支援者の会」によってつながり、連携する仕組みによって、在宅医療を展開している。一方、栃木市でも同様の仕組みを導入しようとしたが、人口に対し在宅療養支援診療所数が多いことやリーダーの不在などが課題となり、十分に機能していない。以上の経験から同氏は、在宅医療の連携にはリーダーシップが必要であり、また在宅医療

の要は訪問看護ステーションであるなど、在宅医療普及のための重点課題を挙げた。

さらに同氏は医師会の問題について言及。「かつて診療所のかかりつけ医が往診して地域医療を守ってきたが、今や外来主体となり、かつての形態は崩れた」と述べた上で、「医師会は本来、かかりつけ医を代表する団体であったはずだが、在宅医療に対しては冷たい態度を取っている」と問題提起した。さらに、「今はピラミッド型の医療体系ではなく、患者中心の医療の時代」として、医師会改革の必要性を訴えた。

## ●パネルディスカッション

### 「在宅療養支援診療所への期待と課題」

パネルディスカッションでは、行政や医師会、および病院との関係について、各地の現状が話し合われた。

まず高知の壺井氏は、「県医師会の会員は病院医師が多く、在宅医療がなかなか理解されない状況だったが、最近では徐々に変わりつつある」と現状を語った。一方で東京の英氏は「東京都は高齢者の絶対増が見込まれており、行政も東京都医師会も在宅医療を拡充する流れがある」と述べ、地域差はあるものの理解が広まりつつある状況が示された。さらに栃木の前原氏は、病院との連携について「栃木では医師よりも看護師が先に動き出し、病院看護部と訪問看護ステーションが互いに連携して退院調整を行っている」と語った。さらに岐阜の小笠原氏は「病院の意識を変えるのに最も効果的なのは退院時共同指導」と述べ、退院時共同指導を通じて病院側の理解が浸透し、連携が広がった自らの経験を報告した。

続いて訪問看護の重要性について小笠原氏は「在宅医療はステーションの力量が何よりも重要で、医師は前面に出ず、ケアの一員として関わる方が看取り率は向上する」と言及。一方で英氏は「ステーションによりカラーも違えば対応力にも差がある」との実感を述べ、ファーストコールを診療医が受け、急変時の対応はほとんど、診療医が行っている現状を報告した。さらに前原氏は「訪問看護は重要でありながら、栃木県ではステーション数が減少している」と述べ、危機感を示した。

最後に在宅療養支援診療所への期待について、小笠原氏は「家にいて本当に良かった」と思われるような医療を提供し、地域に看取りの文化を育むことが在宅療養支援診療所の使命」と提言。これに応じて壺井氏も、「課題が多い高知県においても、今後は全国の成功事例を県内に広め、意識改革を進めたい」と抱負を語った。また、前原氏は連絡会の今後の活動について、「各職能団体に積極的に人材を送り、強力で働きかけ、在宅医療普及に向けて協力を要請してほしい」と期待をこめた。



## 在宅医療を推進する 11 団体の共同声明 ならびに新加入団体の紹介

### 【新加入団体紹介】

石垣泰則氏（一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会・副会長）

原 龍馬氏（全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会・代表世話人）

### 【中間報告・共同声明】

和田忠志氏（医療法人財団千葉健愛会・理事長）

本フォーラムでは毎年、在宅医療に取り組む各団体が集い、「在宅医療推進のための共同声明」を採択している。今回は一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会および全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会の2団体が新たに加わり、全11団体による共同声明が採択された。ここでは新加入団体の紹介に続き、「在宅医療推進のための会」中間報告、および共同声明宣言が行われた。

### ●一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会



一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会副会長の石垣泰則氏は、同会の主旨および主な活動を紹介した。

同会の設立主旨は、我が国の在宅医療の普及・発展を図ることを第一に、「住み慣れた地域で家族とともに療養したい」といった国民の希望に応えるべく努力するというものである。具体的には、在宅医療普及へ向けたシステムの構築、在宅療養支援診療所の機能向上に寄与することが、主な目標だ。

活動の主たる場はインターネット上のブログであり、現場で生じるさまざまな課題についての意見交換、情報交換が盛んに行われている。同氏は「ブログの活用により、現場の課題を吸い上げ、顕現させる機会を作りたい」と述べると同時に、「在宅医療拡充へ向け、先陣を切っていく心意気で会を運営していく」と抱負を語った。

### ●全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会

全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会の代表世話人、原龍馬氏は、同会設立の経緯と主旨を説明した。

同会は昨年8月より発起人を募り、日本歯科医師会の協力も得て同年11月に発足した。設立主旨は、各地で孤



軍奮闘している在宅歯科医療の実践者をつなぎ、その活動を後押しすることで、多職種と連携しながら終末期までの関わりを支援するものである。具体的には、在宅歯科医療や訪問口腔ケアを実践する歯科医師、歯科衛生士の育成、および多職種連携に欠かせないコミュニケーションスキルを育むことを、主な目標としている。同氏は、「全国に約9万人の歯科医師がいる中で、1万人が在宅歯科医療に積極的に取り組めば国民のニーズに応えられる」との見解を示し、「もっと多くの歯科医師、歯科衛生士の参画を促し、大挙して在宅医療に関わっていきたい」と語った。

### 「在宅医療推進のための会」中間報告および共同声明



医療法人財団千葉健愛会の和田忠志氏は、「平成21年度在宅医療推進のための会」の中間報告を行った。「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、その普及に向けた方策を毎年議論している。本年度は「在宅医療における多職種連携」をテーマとして、多面的な議論を行っている。

第1回会合は自由意見交換とし、多職種連携の上位概念として「地域包括ケア」があることや、連携にはコーディネーターの機能が不可欠なことなどが議論された。第2回は「医師はいかにして在宅医になるか」と題し、全ての医師が在宅医療を行う素地を持っていること、また、全ての医師が在宅医療に参入できる社会構造を作ることなどが話し合われた。第3回は「地域包括ケア」について討議され、地域包括ケアが住居を基本とする概念であることなどが意見交換された。第4回「訪問看護の現状」では、大規模訪問看護ステーションが労務的にも合理的で採算性も良いなどの意見が交わされた。そして第5回では薬剤師の立場から見た「在宅医療と多職種連携」について議論が行われ、薬剤師が調剤だけではなく地域にとけ込んだ活動を展開していくこと、退院時カンファレンスへの薬剤師の出席の必要性などが話し合われた。

以上の中間報告の後、同氏は11団体によって採択された「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（2009年11月23日）

##### 【11 団体】

一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会  
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  
全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会  
社団法人全国国民健康保険診療施設協議会  
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11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11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。
- ・医療の原点を見直し、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切に医療を目指す。
- ・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 高齢者の在宅医療 ～人生の終焉をどう支えるか～

【シンポジスト】佐々木静枝氏（社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団・看護師）

高砂裕子氏（南区メディカルセンター訪問看護ステーション・ケアマネージャー）

花形哲夫氏（花形歯科医院・院長）

平原佐斗司氏（東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所・在宅サポートセンター長）

宮島俊彦氏（厚生労働省・老健局長）

【座長】鈴木 央氏（鈴木内科・副院長）



### 在宅看取りに欠かせないのは、医師・看護師の“熱意”



社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団の佐々木静枝氏は、訪問看護ステーションの現状と課題について述べた。

平成 19 年度の訪問看護の費用額は 1266 億円で、医療費全体で見るとその額は約 2% に留まっている。また、ステーション数は微増しているものの病院等の訪問看護が減っているため、訪問看護サービスの提供は全体で見ると減少している。さらに高齢者人口 10 万人あたりの訪問看護利用者数を都道府県別で比較すると、4 倍以上の開きがある。同氏は「利用者が多い都道府県では在宅死亡率が高い傾向がある」として、在宅看取りにおける訪問看護の重要性を示唆。しかしながら報酬改正に伴う訪問看護の利用控えや、看護と介護の役割の不明確化など、課題が山積していることを指摘した。さらに在宅看取りが進まない要因として、レスパイトなどの体制が不十分なことや、家族の思いに真剣に向き合う医療者側の意識が希薄であることなどを問題提起した。

続いて同氏は、在宅生活を支える理想の仕組みとして、自宅（共同住宅）で 24 時間対応の看護・介護など多様なサービスが受けられる「ナーシンググループホーム」という概念を提案。このような支援を可能にし、在宅に看取りの文化を根付かせるためには、「中心的な役割を果たす医師と看護師の熱意が欠かせない」と改めて強調した。

### ケアマネジメントの質と専門性の向上が課題



南区メディカルセンター訪問看護ステーションの高砂裕子氏は、ケアマネジメントの現状について語った。

同氏はまず「広義のケアマネジメントとは、不足する社会資源をアセスメントし、地域ケアシステムを形成・発展させることだが、実際には介護保険制度下でのサービスの調整が中心となっている」と現状を語った。さらに現場では「本人と家族の意向が異なる」「独居の利用者が多い」などのほか、最近では経済的困難を抱える利用者の増加など、さまざまな困難を抱えていることを指摘した。チームアプローチ

についても、「チーム全体の同意を求めるのではなく、ケアマネージャーがいかに折り合いを付け、“最善なる合意”を導き出すかが課題」と述べ、どの専門職にどこまで求めて良いのか、悩みながら柔軟な役割分担を模索している実態を明らかにした。

一方では、昨年 4 月以降は在宅死が増加傾向にあることから、「人生の終焉を在宅で迎える利用者への支援は徐々に広がりつつある」との認識を示し、そのような状況に対してケアマネージャーは「利用者の精神的な自立、尊厳を持って生きることをサポートする役割を担うもの」と改めて強調した。その上で、「今後はケアマネジメントの質と専門性を高め、介護者不在でも家で暮らせるシステムを、介護保険と連動して今一度、再考していきたい」と抱負を述べた。

### 患者の療養意欲を支えるシームレスなケアを



花形歯科医院の花形哲夫氏は歯科医師の立場から、在宅医療における歯科の関わり的重要性について語った。

要介護高齢者の日常生活における関心事についての調査では、“食事”がその筆頭に挙げられている。また、要介護高齢者の直接の死亡原因のトップは肺炎と言われるが、最近では歯科医師や歯科衛生士が口腔ケアに関わることで、その発症率は有意に下がることが明らかにされている。一方、現状では要介護高齢者のほぼ 9 割に口腔ケアも含めた歯科治療が必要とされているが、しかしながら実際に歯科受診をしているのは 27% に過ぎないとの報告もある。同氏は「在宅歯科医療の需要と供給には大きな開きがある」として、歯科の関わりによって高齢者の“食べる楽しみ”を支えることの重要性を指摘した。

続いて自らの在宅歯科医療の実際について、職種間の連携の重要性を示す 2 つの事例を紹介。「口腔内の良好な状態を維持するには、ケアカンファレンスへの参加、情報提供書の活用による、入退院時の情報共有が不可欠である」と語った。その上で地域連携クリニカルパスの有用性を強調。「患者に最終ゴールまで記した療養計画を提示し、医療を標準化してシームレスケアを可能にするこ

とが、患者の療養意欲を支えることにつながる」との見方を示した。

### 非がん疾患の苦痛に対する在宅緩和ケアが必要



東京ふれあい医療生活協同組合梶原診療所の平原佐斗司氏は、非がん疾患の緩和ケアの重要性について言及した。

同氏はまず「我が国の緩和ケアは急速に機能低下するがんをベースに議論されてきた」と指摘。しかし、日本人の死因の3分の2は緩やかに機能低下する非がん疾患であることから、「長期ケアの延長線上の看取りというものが標準的な終末期ケアのモデルである」との見方を示した。その上で、「非がん疾患においても苦痛に対するケアが不可欠で、緩和ケアは全ての人に必要なケアと認識すべき」と提言した。

非がん疾患の緩和ケアには、緩和すべき症状と具体的な方法が確立されていない症状緩和の問題のほか、予後予測や意志決定が困難などの課題がある。これに対し我が国の研究では、緩和すべき症状は多様で、中でも呼吸困難への対応が最も重要なこと、また、困難とされる予後予測についても我が国では在宅医が死亡前1～3週間程度で死の予測をしていることなどが明らかにされている。一方で同氏は、英国で行われている緩和ケアのプライマリモデル「GFS」など、欧米の先進的な取り組みを紹介。「我が国にもすでに介護保険という長期ケアの優れたシステムがあり、それを生かしながら欧米諸国のような終末期を手厚く支援するシステムを取り入れれば、在宅看取りは飛躍的に進展するのではないか」と語った。

### 住宅政策との連動で、医療・介護の体制整備を



厚生労働省老健局長の宮島俊彦氏は、我が国の目指す在宅ケアの方向性について見解を示した。まず我が国の医療について「これまでは“疾患”がターゲットであり、治療と健康の回復を目指すものであった」とする一方、「これからは“障害”をターゲットとし、ADLやQOLの維持回復を目指し、自立を支援するものへと変えるべき」と、医療モデルの転換の必要性を訴えた。また、それには医療・福祉間の壁や病院・在宅の間の壁など、多くの課題があることを指摘した。

続いて、デンマークとの比較から日本の医療福祉体制の特徴を整理。消費税率25%のデンマークではケアの財政は完全に公費で賄われ、ケアの供給も市町村、すなわち公的主体によって行われている。したがって、ヘルパーも看護師も市町村の公務員として、同じケアチームに属する体制だ。一方で住宅政策についても、持ち家が一

般的な日本とは異なり、デンマークでは公営住宅重視の政策がとられ、高齢者はケア付き共同住宅で暮らすのが主流である。同氏は「共同住宅に外から24時間のケアが入るという“住まいとケアの分離”によって、デンマークでは脱施設が進み、在宅ケアが伸びた経緯がある」と説明。「今後は我が国でも、住まいと医療、介護の計画を、ワンパッケージで進めていく必要がある」と提言した。

### 看取り文化の形成に向けた国民の意識改革を

その後のディスカッションでは、長期的ケアから終末期ケアへのシームレスな移行について議論が交わされた。平原氏は両者の違いについて、「終末期に入ると病態が不安定になるため、医師の訪問回数や医療の処置が増えると同時に、対応にもスピードが求められる」と説明。一方で花形氏は歯科の立場から「口腔ケアは最期まで行うべきで、歯科において両者の違いはあってもないようなもの」と言及。具体例として、がん末期の患者に対し、審美を目的に義歯をつくった経験などを話した。

続いて、終末期における患者、家族との信頼関係の構築について、佐々木氏は「死の準備教育の必要性が盛んに言われるが、それを看護師が先走るとかえって家族を不快にさせてしまう」と注意を促す一方、「看取りにおいては患者や家族の心も非常に揺れるものであり、まずは相手の話を聞いて受容することが、信頼関係を築く最初の作業」との考えを示した。また、平原氏は「認知症の終末期においては、重度になった時点で一度、意思決定に関わる家族や親戚を集め、延命治療の選択の有無といった骨太方針を確認しておく、その後、末期となった時に意思決定が比較的スムーズになりやすい」と述べた。さらに高砂氏はケアマネジャーの立場から、対応の具体例を提示。利用者と家族の意思が異なるケースにおいて、かかりつけ医のもとに全員が集まり、話し合う場を設けたことで、家で看取ることができた経験を語った。

さらに意思決定の支援については、佐々木氏が「終末期は日々意思決定である」と言及。「患者や家族の日々揺れ動く心を受け止めながら、最終的には“自分たちで決めた”と納得できる方向にもっていくよう心がけている」と述べた。また、高砂氏は「利用者や家族が専門職として間に入るというより、後ろからサポートする意識で取り組んでいる」と語った。また、平原氏は、「細やかな情報の提示が我々に求められる一方で、受け手側の意識も重要」と指摘。「広く国民が、普段から看取りや死について考えるような習慣がなければ、意思決定は困難である」と述べ、国民全体の意識変革の必要性を訴えた。

(文・佐藤あゆ美)