

第11回 在宅医療推進フォーラム

～住みなれた街で最期まで～

2015年11月23日(月・祝)
於：東京ビッグサイト 国際会議場

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11回 在宅医療推進フォーラム

～住みなれた街で最期まで～

開催日時

2015年11月23日(月・祝) 9:00～16:30 (開場 8:30)

開催場所

東京ビッグサイト 会議棟7階 国際会議場

(〒135-0063 東京都江東区有明3丁目11番1号 東京ビッグサイト内)

プログラム

第一部

- 9:00- 9:05 **開会の辞** 住野 勇 (公財) 在宅医療助成 勇美記念財団 理事長
- 9:05-10:55 **全国11ブロックフォーラム報告会**
- 【挨拶・活動報告】 新田 國夫 日本在宅ケアアライアンス 議長・(一社) 全国在宅療養支援診療所連絡会 会長
総合司会 和田 忠志 (一社) 全国在宅療養支援診療所連絡会 教育研修局長
- 【DVD上映】 「在宅医療知っていますか?家で最期まで療養したい人に」
- 【ブロック報告会】 北海道、北関東、東京、南関東、甲信越、東海北陸、近畿、四国、九州、東北
司会 中野 一司 (一社) 全国在宅療養支援診療所連絡会 IT局長
- 11:00-12:00 **【在宅医療に歯科はどう関わるか】**
- 細野 純、原 龍馬、鈴木 央、石井 拓男
司会 太田 秀樹 (一社) 全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長
- 12:00-12:50 休憩 ※「お弁当引換券」事前申込制、“ルーテシア”によるフルートカルテット (12:05-12:45)

第二部

- 12:50-13:20 **特別講演「あらゆる政策に地域包括ケアの推進を ～在宅医療の視点を活かして～」**
- 【演者】 武田 俊彦 厚生労働省 政策統括官(社会保障担当)
座長 荒井 秀典 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 副院長
- 13:25-14:15 **市長サミット「地域包括ケア確立のため 市町村トップはこう動く」**
- 【演者】 佐藤 一夫 国立市長
森 雅志 富山市長
田辺 信宏 静岡市長
座長 辻 哲夫 東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授
- 14:15-14:25 休憩 (14:15-14:25) DVD上映
- 14:25-14:55 **シンポジウム「患者・家族が『よかった』と言える在宅医療のために」**
- (1) 基調講演
- 【演者】 大竹 伸子 市民
座長 鈴木 邦彦 (公社) 日本医師会 常任理事
- 【演者】 瓦井 千寿 市民
座長 高橋 昭彦 ひばりクリニック 院長
- 15:00-16:25 (2) **パネルディスカッション「住みなれた街で最期まで」**
- 【シンポジスト】
- ①行 政 惣田 晃 横須賀市 健康部 地域医療推進課 課長
②医 師 会 鈴木 邦彦 (公社) 日本医師会 常任理事
③歯 科 医 師 会 深井 稜博 (公社) 日本歯科医師会 常務理事
④在宅療養支援診療所 苜原 実 (一社) 全国在宅療養支援診療所連絡会 監事
⑤訪 問 看 護 齋藤 訓子 (公社) 日本看護協会 常任理事
⑥薬 剤 師 会 轡 基治 (公社) 日本薬剤師会 医療保険委員会 副委員長
⑦居 宅 介 護 鷺見 よしみ (一社) 日本介護支援専門員協会 会長
座 長 蘆野 吉和 北斗病院・十勝リハビリセンター 在宅緩和療養センター長
鈴木 央 鈴木内科医院 院長
- コメンテーター 佐原 康之 厚生労働省 老健局 老人保健課長
- 16:25-16:30 **閉会の辞** 大島 伸一 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 名誉総長

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
共催：日本在宅ケアアライアンス(在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、全国国民健康保険診療施設協議会、全国在宅療養支援診療所連絡会、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会、全国訪問看護事業協会、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会、日本介護支援専門員協会、日本ケアマネジメント学会、日本在宅医学会、日本在宅医療学会、日本在宅ケア学会、日本在宅ホスピス協会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本訪問看護財団、日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・在宅ケア研究会)
後援：厚生労働省、公益財団法人 日本医師会、一般社団法人 日本老年医学会、公益財団法人 長寿科学振興財団、公益財団法人 日本看護協会、公益財団法人 日本薬剤師会、公益財団法人 日本歯科医師会 (順不同 敬称略)

第 11 回 在宅医療推進フォーラム

～住みなれた街で最期まで～

毎年 11 月 23 日を「在宅医療の日」とし、2005 年より行われてきた在宅医療推進フォーラム。第 11 回目を数える 2015 年のフォーラムは、『住みなれた街で最期まで』をテーマに、東京都江東区の東京ビッグサイトにて開催。

専門職、行政、市民まで、それぞれの立場から、在宅医療の今、そして展望が活発に議論された。

全国 11 ブロックフォーラム報告会

【司会】

和田忠志氏（医療法人社団実幸会いらはら診療所 在宅医療部長）

中野一司氏（医療法人ナカノ会 理事長）

全国 11 ブロックフォーラム報告会では、各ブロックの代表者が登壇し、各地での取り組みについて報告した。

以下、その概略を報告する。

●北海道：今本千衣子氏



（医療法人社団今本内科医院 院長）

第 6 回北海道在宅医療推進フォーラムは、2015 年 9 月 27 日、北海道ブロックでは初めてとなる旭川市にて開催された。参加者は市民を含む約 300 名。「みんなで寄り添い支え合う在宅ケア～安心して暮らせる地域を目指して～」をテーマに、二部構成で展開された。

基調講演では、「人生と地域に寄り添う在宅医療」と題して鈴木央氏（全国在宅療養支援診療所連絡会）が講演。鈴木氏は、これからは治す医療から支える医療への転換が必要であり、在宅医療は治らない病気や障害にも対応できる“支える医療”であること、また、その推進には多職種の協働が不可欠であると同時に、結果よりもプロセスが重要であることを強調した。

シンポジウム「旭川・上川地区の今を知る」では、在宅医、訪問看護師、家族、地域包括支援センター、介護施設がそれぞれの立場から、旭川における現状と課題を提示。在宅ケアを推進するには、何より地域に在宅医を増やす必要があり、市民にも当事者意識が求められること、また、これからは今までに築き上げてきた多職種連携のネットワークを存分に生かし、オール旭川で在宅医療推進を図っていくことが確認された。

●北関東：大場正二氏（茨城県医師会 常任理事）

北関東在宅医療推進フォーラムは、'15 年 11 月 1 日、茨城県医師会の研修講堂にて開催された。参加者は県内 279 名、県外 23 名の計 302 名。市民を中心に医療・介護関係者、行政まで幅広い参加があり、主に認知症の問題



を中心に、地域の課題が議論された。

特別講演では、長谷川幸介氏（茨城大学）が、地域包括ケアは互助の精神に基づく従来の地域のコミュニティを再構築することによって成り立つ

と提言。また新田國夫氏（全国在宅療養支援診療所連絡会）は、地域で在宅医療を推進するには、何よりもかかりつけ医が多職種とコミュニケーションを図ることが必須だと強調した。

シンポジウム「在宅医療における認知症の問題点」では、医師、行政、家族がそれぞれの立場から現状の問題点を提示。認知症患者の理想の暮らしは「住み慣れた場所で家族とともに、できることは自分でやり、否定されることなく生活する」ことであり、在宅医療はまさにその実現に資するものであること、一方で、一般市民は認知症の初期対応に時間がかかると感じていることなど、さまざまな課題が指摘された。また、肺炎や骨折など認知症患者の緊急時に対応できる急性期病院が非常に少なく、救急病院に認知症サポート医を配置するなど、対策の必要性が議論された。

●東京：英裕雄氏（医療法人社団三育会

新宿ヒロクリニック 理事長）



第 5 回東京都在宅医療推進フォーラムは、相乗効果を図る狙いから、全国在宅療養支援診療所連絡会の第 2 回全国大会との合同で実施。'15 年 2 月 14 日、同大会のオープンセミナーという形で開催された。

テーマは「在宅医療におけるマネジメントと質」。二つのセッションを通じて、連携および運営における具体的な課題が挙げられ、議論が展開された。

パネルディスカッション「多職種で支える在宅医療の質と継続性」では、多職種がそれぞれに問題を抱えながらも東京都の高齢化対策に取り組んでいる実態が報告され、地域で活躍する管理栄養士の不足といった課題が指摘された。続くパネルディスカッション「グループ診療としての在宅医療の運営」では、全国を代表するグループ診療の実践者がそれぞれの取り組みを紹介。運営の仕

方に若干の差異はあるものの、情報、理念の共有の重要性はどこも共通していることが明らかにされた。

今回のフォーラムも、今回同様に合同開催を予定。東京都は全国に先駆けて在宅医療の多面的な展開が行われているが、一方では医療・介護の手が届かない独居、老々世帯の増加などの課題を抱えている。そこで今回は「東京都の目指す NEXT STEP」をテーマに、東京都なりの課題を抽出、検証していく計画である。

●南関東：鈴木悦朗氏（医療法人向日葵会



日横クリニック 理事長)

’15年10月18日、第5回神奈川県在宅医療推進フォーラムが、神奈川県横浜市にて開催された。テーマは「末期がん

でも在宅で生活するために」。特別講演ではジャーナリストの鳥越俊太郎氏が、自らの闘病体験を披露。続くシンポジウムでは、医療者、行政、患者家族がそれぞれの立場から、現状や課題について語った。

シンポジウムで在宅医と訪問看護師が強調したのは、“意思決定”の重要性。在宅医からは、がんは死亡の数週間前まで生活機能が保たれ、そのために意思決定が遅れがちなこと、訪問看護師からは、病名告知、予後告知、看取りなどさまざまな局面で意思決定が必要になることが伝えられた。一方、在宅看取りを経験した患者家族からは、家に帰ることで“病人”から“母親”へと役割を取り戻し、よく笑い、話すようになったこと、さらに家族の絆も深まった、などの経験談が繰り広げられた。さらにコメンテーターの弁護士が、公証人を通じて自らの意思を宣言する「尊厳死宣言公正証書」を提案。意思決定や尊厳について改めて考える貴重な場となった。

今回は市民の参加率が過去最高となっている。終了後のアンケートでは、このフォーラムを通して「在宅で最期まで過ごしたいと思うようになった」との回答も多く寄せられ、一定の成果が示された。

●甲信越：斎藤忠雄氏（斎藤内科クリニック 院長)



’15年11月1日、新潟県新潟市にて、第3回甲信越在宅医療推進フォーラム in 新潟が開催された。新潟では、地域医療・介護に取り組む有志による「新潟県在宅医療を考える会」が活動を積み上げてきた経緯があり、今回はその基盤を生かし、同会主催のセミナー「第8回在宅ケアを考える集い in 新潟」との共催で実施されている。

テーマは「住み慣れた地域で生きるエンド・オブ・ライフ・ケア 国家戦略としての在宅医療～連携から統合へ

～」。これは、在宅医療連携拠点事業をはじめ、国家事業として在宅医療・介護の基盤づくりが進められていることを受けたものである。会に先立ち、急逝した小山剛氏（こぶし園施設長）の追悼集会在執り行われ、続いてシンポジウムおよび基調講演が行われた。

シンポジウムは、エンド・オブ・ライフ・ケアに焦点を当て、「連携から統合へ」「在宅での看取り」など4つのテーマで実施。続く基調講演では、「柏モデル」の構築に携わった飯島勝矢氏（東京大学）より国家戦略の在宅医療について、在宅ホスピスケアの第一人者である内藤いずみ氏（ふじ内科クリニック）より終末期医療について、それぞれ貴重な講演が繰り広げられた。当日は県内外より約600名の参加があり、盛況を博した。

●東海北陸：石賀丈士氏（医療法人 SIRIUS



いしが在宅ケアクリニック 理事長)

第6回東海北陸在宅医療推進フォーラムは、「在宅ケアをすすめるよう～地域包括ケアの窓として～」をテーマに、’15年12月13日に開催予定である。

開催地である三重県四日市市では、これから我が国が迎える多死時代に向けて、地域での看取り体制を構築すべく、独自の連携モデルを推進している。

具体的には、一般診療所を“一次在宅”、在宅療養支援診療所を“二次在宅”、在宅特化型の診療所を“三次在宅”と位置付け、それぞれの棲み分けを徹底。がんや難病など難しい症例は在宅特化型の診療所が一手に引き受ける一方、一般診療所も“一次在宅”として状態の安定した患者を対象に看取りまで行う体制を構築したことで、四日市市における自宅と施設を合わせた在宅看取り率は、約30%にまで上昇している。

そこで今回のフォーラムでは、シンポジウムにて、「四日市の地域ケアの話をしよう」と題して、多職種連携、病診連携、在宅医療の普及が進む同市ならではの実践を報告予定。さらに、基調講演「看取り経験を子供たちに～在宅医療の四日市モデル～」では、在宅医療を通じて日本社会が失いつつある“看取り文化”を子供たちに伝える取り組みも、紹介される予定である。

●近畿：橋本修氏（医療法人橋本医院 理事長)



’15年1月11日、第5回近畿在宅医療推進フォーラムが、滋賀県大津市にて開催された。テーマは、「地域包括ケアって何やねん」。第1部では「ICTを使ったみんなの連携ツール」と題して、滋賀県医師会が開発した「淡海あさがおネット」が紹介され

た。登録患者の情報共有に加え、ユーザー間の双方向の通信ツールとしても活用できるもので、'13年4月に運用開始。'15年9月時点で利用者1861名、登録患者801名となっており、今後のさらなる広がりが期待されている。

第2部では、終末期ケアと在宅看取りをテーマに、梅村聡氏（日本医師会総合政策研究機構）が講演。これからは病院死から在宅死への転換が必要であり、地域包括ケアはそのための重要な国家政策であること、その推進には国民の終末期における死の概念を変える必要がある、などの主張が展開された。その後のディスカッションでは、サービスを受ける側が自らの最期について意思表示をすることで、提供側と受ける側が一体となって地域包括ケアを創り上げていく必要性が議論された。

なお、演者が開業している滋賀県湖北地方の在宅看取り率は31.2%（施設を含む）と非常に高い。その理由として、地域に急性期の大病院が2つしかなく、中間施設が少ないこと、受け皿として一般開業医も在宅で看取りまで行っていることが紹介された。

●四国：亀井敏光氏（医療法人友愛医院 理事長）



第6回四国在宅医療推進フォーラムは、'16年2月20日に開催が予定されている。開催地である愛媛県松山市は、松山市医師会の活動を中心に、在宅医療推進のためのさまざまな取り組みが、早くから行われてきた地域だ。

まず1998年に医師の啓発の場として設立されたのが、「在宅医療を考える医師の会」（現「在宅医の会」）。さらに、多職種が集い意見を交わす「在宅医療懇話会」、歯科との連携を進める「医科・歯科合同在宅医の会」、在宅緩和ケアに特化し多職種で症例検討を行う「在宅緩和ケア症例検討会」など、在宅医療・介護の実践者が集う機会をさまざまなかたちで設けることで、在宅医療の基盤づくりが着実に進められてきた経緯がある。

さらに直近では、医師会からの在宅医療へのバックアップを求める会員の声を受け、'15年4月に「松山市在宅医療支援センター」を開設。ここを地域包括ケアシステム構築の拠点と位置付け、主治医・副主治医制の立ち上げや、多職種連携の推進などに取り組む計画である。

第6回フォーラムは、このような松山市の取り組みをはじめ、四国四県の代表者がさまざまな経験をもちより、「市民目線の在宅医療」をテーマに現状や課題をディスカッションする計画である。

●九州：山岡憲夫氏（やまおか在宅クリニック 院長）

九州ブロックのフォーラムは、前日に特別講演および



前夜祭（懇親会）を開くのが通例となっている。第6回目となる九州在宅医療推進フォーラムは、'15年10月24日～25日、大分県大分市にて開催。2日間で述べ1058名の参加があり、盛況を博した。

テーマは「地域を支える医療と介護の連携」。初日の特別講演では、二ノ坂保喜氏（にのさかクリニック）が「町づくり」をテーマに講演。在宅チームは単に顔の見える関係だけではなく、意見の言い合える関係を作ること、信頼関係を育む必要があると提言した。続く前夜祭も和やかに繰り広げられ、親睦を深めることができた。

2日目は午前、午後に渡りシンポジウムを開催。午前の部では全国の先進的な取り組みが、午後の部では九州各地の取り組みがそれぞれ報告され、在宅での管理栄養士や薬剤師の活躍などが、詳しく紹介された。

今回の開催地である大分県は、在宅看取り率が全国最下位の状況にあるが、今回の開催を機に、行政も含めた県をあげての在宅医療推進の機運が高まりつつある。その後、初めての大分県在宅医療推進フォーラムも実現しており、今後も在宅医療普及に向けて積極的に活動していく計画である。

●東北：大原宏夫氏（脳神経疾患研究所附属

総合南東北病院 在宅医療センター長）



東北では、第6回東北在宅医療推進フォーラム in 郡山が、'15年11月29日に開催される予定である。

テーマは「安心と信頼の在宅ケアを目指して」。開催地である福島県は、2011年3月の東日本大震災で、地震と原発事故によるかつてない事態を経験している。そこでシンポジウム1では「原発被災後の福島県の地域医療の現状」と題して、その実情を取り上げる計画。全避難で居住不能となり、新たなコミュニティを作って活動している地域の現状や、被災地から離れた地域でも避難民の受け入れによりさまざまな影響が出ていることなど、地域により異なる被災後の状況と、その実情に根ざした地域医療の再構築の取り組みについて、報告される予定である。

また、特別講演では喜多悦子氏（笹川記念保険協力財団）が「看護師が支える地域の健康～看護師の覚悟、医師の理解、住民の意識～」と題して講演予定。さらにシンポジウム2では、「東北における地域包括ケアと多職種連携の取り組み」と題して、情報ネットワークの基盤整備をはじめ、東北各地で行われている独自の地域包括ケアシステム構築の取り組みについて、その具体的な準備内容が示される予定である。

「在宅医療に歯科はどう関わるか」

【演者】細野 純氏（細野歯科クリニック 院長）
原 龍馬氏（全国在宅療養支援歯科診療所連絡会 会長）
鈴木 央氏（鈴木内科医院 院長）
【コメンテーター】石井拓男氏（東京歯科大学 副学長）
【司会】太田秀樹氏（全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長）

外来診療からの密な医科歯科連携が必要



細野歯科クリニックの細野純氏は、在宅歯科医療の現状と課題について、総論的な視点から整理した。

在宅歯科医療は、通院が困難な患者を対象に、歯科治療、口腔衛生処理、摂食嚥下リハビリテーションなどを幅広く行う、「生活の場での包括的な歯科医療」である。その実施にあたっては、暮らしの場でどう関わるのかという“マインド”、限られた診療環境で安全・安心な歯科医療を行う“スキル”、病院歯科との連携や多職種連携などの“システム”、そして診療報酬などの“インセンティブ”が必要だ。

では、その普及状況はどうなっているのか。在宅療養歯科支援診療所の届出数は、平成20年の制度化以降、増加傾向にあるものの、平成26年時点で全国6054施設と、全体の約9%程度に留まっている。さらに平成26年度医療施設調査によれば、在宅歯科医療サービスを実施している歯科医療機関の割合は全体の20.5%。これは平成23年度の調査結果とほとんど変わっておらず、限られた歯科診療所のみが実施している状況が続いている。細野氏は、「訪問診療に積極的なところとそうでないところが二極化しており、地域差も大きい」と指摘。その上で「特に超高齢化が進む大都市圏で、これから在宅歯科医療サービスをどう提供するかが大きな課題であり、歯科診療所は改めて、その機能を見直す必要がある」と提言した。

一方で連携に関する調査では、在宅歯科医療を行っている歯科診療所においても、医科との連携はなかなか進まず、特に保険薬局や訪問看護ステーションとの連携はわずかに留まっている。

以上のことから細野氏は、今後取り組むべき重要な課題として、地域に数多くある歯科診療所が“かかりつけ歯科医”として在宅歯科医療を行うことへのさらなる意識改革の必要性を指摘。加えて、在宅歯科医療に必要な機材の整備、歯科衛生士の確保、小規模な歯科医療機関への支援の必要性など、さまざまな課題を整理した。さらに、医科歯科連携のさらなる推進の必要性を強調。「在宅医療だけではなく、日頃の外来診療においても、地域の医科医療機関と歯科診療所が連携を普段から密にしておくことが必要ではないか」と呼びかけた。

摂食機能低下への積極的な関わりを



全国在宅療養支援歯科診療所連絡会の原龍馬氏は、在宅歯科医療の実際と、同連絡会の主旨について説明した。

歯科診療所の患者は乳幼児から超高齢者まで幅広く、そこで働く歯科医師は、医科というプライマリ・ケア医のような役割を果たしている。高齢化が進む中、在宅における口腔ケア、口腔リハビリテーションのニーズが急速に高まっているが、その対応も歯科診療所の歯科医師の重要な役割でありながら、実際には供給が圧倒的に足りていない。その背景について原氏は、これまで歯科医療が虫歯や歯周病の修復治療に専念してきたことを説明。「これからは口腔の専門家として、高齢者の退化による障害である“嚥下機能低下”にいかに関わっていくかが重要ではないか」と課題を示した。

続いて原氏は、自らの事例を通して在宅歯科医療の実際を紹介。在宅における要介護高齢者の主訴は「食べられなくなった」というものがほとんどで、在宅ではポータブルタービンなどさまざまな機器を居宅に持ち込み、支台歯を形成するなどして、“食べる”ための専門的な関わりを行っている。歯科治療のほかにも、口腔周囲の筋機能訓練、嚥下指導、食事の際の姿勢指導、食具の提供など多彩なアプローチを展開。「いわば“摂食機能医”として、機能が低下しても健康な食生活を取り戻せるよう、状態に応じた関わりを行っている」と説明した。

こういった在宅歯科医療の普及、推進を図る全国組織が、全国在宅療養支援歯科診療所連絡会である。2009年に設立された「全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会」がその前身で、2014年には医科、薬科、歯科の連絡会が「在宅医療医歯薬連合会」として事務所を共有。2015年に現名称となった。原氏は同連絡会の役割について、これから歯科が、口腔機能の回復、誤嚥性肺炎の予防、口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーションといった在宅での役割をしっかりと果たすべく活動していると説明。さらに2015年3月に結成された「JHHCA（日本在宅ヘルスケア・アライアンス）の一員にも名を連ねていることを報告した。

最後に原氏は、在宅歯科医療に取り組む歯科医師を増やすための新たな仕組みとして、訪問歯科衛生士の拠点である“訪問口腔ケア・ステーション”をつくることを提案。「診療所と訪問看護ステーションの連携のように、我々にも訪問歯科衛生士との連携の仕組みがあれば、一人開業の歯科医師でも在宅に参入しやすくなり、さらなる普及が期待できるのではないか」との見方を示した。

医科と歯科の“話し合い”がブレイクスルーのカギ



鈴木内科医院の鈴木央氏は、在宅医療を実践する医科の立場から、在宅医療における歯科の関わり的重要性について言及した。

在宅歯科医療の普及が進まない一番の問題点として、医科から歯科へのオファーが少ないことが指摘されている。その理由として鈴木氏が指摘したのは、医科の人間は口の中のことがよくわからず、そもそもあまり口腔内を診ていないこと、そして、食欲が低下して食べられなくなるのは看取りまでの当然のプロセス、とする見方があり、問題意識が低いことである。鈴木氏は、「悪性疾患はそうかもしれないが、看取りまで長い経過をたどる非がん疾患では、このプロセスと乗り越えられることもある」と言及。「本人にとっての幸せな在宅生活を支える役割を担う我々が、口の中の問題に目を向けないままで、本当にいいのだろうか」と問題提起した。

では、要介護高齢者の口の中はどうなっているのか。がんの末期には在宅でもよくステロイドが用いられ、その多くに口腔カンジダ症が発生していると鈴木氏。また、胃瘻の患者に口腔ケアが行われていないケースも非常に多く、退院時には口の中に汚れがこびりついた状態になっていることも珍しくない。歯が欠損して噛めない、義歯が合わず潰瘍ができたなど、歯科の関与なしにはどうにもならないケースも多々ある。加えて、摂食嚥下領域も多くの在宅医は専門外であり、適切な対応を行うためには歯科または耳鼻科医との協働が不可欠となる。

鈴木氏は、このような在宅での実情を説明した上で、地域において歯科医師と医師が“話し合い”を重ねることが、医科歯科連携のブレイクスルーのカギになると強調。「医師と歯科医師が個人レベル、あるいは医師会レベルで話し合いを重ねることが大切。できれば共通の勉強会を開き、互いに意見を言い合って、ともに考えることから始めてはどうか」と呼びかけた。

求める声が現場に届けば、在宅歯科医療の普及は進む

以上の講演を受け、コメンテーターの石井拓男氏（東京歯科大学）は、在宅歯科医療がどのように実施されてきたのか、これまでの変遷についてコメントした。

歯科の往診や訪問診療は、国民皆保険開始時の昭和36年の時点ですでに制度化されていたにも関わらず、実態としてほとんど行われてこなかった。

状況が一変したのは平成



6年の報酬改定の時。多くの寝たきりの在宅患者が口腔内に大きな問題を抱えていることが厚生労働省の議論で話題となり、そこへのアプローチとして歯科による歯科訪問診療の点数が、大幅に引き上げられたのである。

このことで状況は様変わりし、歯科による訪問診療の件数は一気に倍増。それだけ多くの歯科医師が手を挙げたことになるが、しかしながら結果的には伸び悩んでしまった。それは、手を挙げたところでオーダーがなければ、動きようがないからである。

石井氏は、「在宅医療の現場では歯科の必要性が叫ばれている。一方では仕組みもあり、やろうと思っている歯科医師もいる。したがって、求める声が歯科に届きさえすれば、在宅歯科診療に取り組む歯科医師は増えてくるのではないか」との見通しを示した。

《質疑応答》

——歯科医師はオーダーが無ければ動きようがない。ではオーダーを出すのは誰の役割なのか？

鈴木 当然、医師の役割の一つだろうが、ケアマネジャーでも訪問看護師でもいいのではないかと。多職種からでも歯科にダイレクトに伝わるシステムが大事。

——歯科医師は在宅での十分なスキルを持っているか。また、マインドを育むための教育は？

細野 診療所と在宅では診療環境が全く異なる。同じ治療でも、在宅では診療所の2倍の時間がかかるとの調査もあり、必ずしも効率的ではなく、困難性は否めない。現場でしっかりとスキルを磨くことが望まれるだろう。

マインドについては、在宅では生活の場という視点を持ちながら関わるのが重要となる。本人、家族とどうコミュニケーションを取っていくのか、あるいは認知症の患者とどう関わっていくのか、この部分の教育については、地域の歯科医師会も努力していく必要があるだろう。

原 在宅の患者は非常にリスクが高く、摂食嚥下まで関わられる自信がないことも普及が進まない理由の一つ。スキルとマインドは両輪で、気持ちはあってもスキルがないから手が出せないところがある。全国在宅療養歯科支援診療所連絡会でも、まずはスキルを高める必要があるということで、講習をはじめたところだ。

——鈴木先生と細野先生は、どのようにして在宅でいい連携ができる関係を築いてきたのか。

鈴木 私が認知症の患者を依頼したのがきっかけ。一緒に患者を診ているうちに、互いに意見を言い合えるようになった。私は“腹の見える連携”とっているが、ともに活動して腹が見えるようになってくると、マインドの高さを感じ入って、心置きなく依頼ができるようになる。大切なのはコミュニケーションだろう。

特別講演

「あらゆる政策に地域包括ケアの推進を ～在宅医療の視点を活かして～」

【演者】 武田俊彦氏 (厚生労働省政策統括官)

【座長】 荒井秀典氏 (国立長寿医療研究センター 副院長)

“薬から食事へ”のパラダイムの転換を



行政の立場から、長年にわたり地域医療の推進に尽力してきた武田俊彦氏。特別講演では、地域包括ケアの推進に向けた制度的な課題と今後の方向性について語った。

在宅医療推進が叫ばれるようになって久しく、目下、国を挙げての政策として進められている。そういう中で、武田氏がまず指摘したのは、「これからはただ普及を目指すだけでなく、その“在り方”が非常に問われてくる」ということだ。単に家に帰せばいいと誤解されることも多く、在宅医療とはそもそも何を指すものなのか、改めて問い直す必要があると武田氏。「このフォーラムの共同声明にある、“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”という一文にこそ、我々が進むべき方向性がよく表わされているのではないかと述べ、その手段として在宅医療があるという位置付けを、改めて整理した。

そのような視点に立ち、武田氏が提唱しているのが、診療報酬の評価において“モノから技術へ、薬から食事へ”というパラダイムの転換を図ることである。

ここでいうモノとは、主に薬と医療機器を指すが、過去10年間で日本の医療費に占めるモノ（薬と医療機器）のシェアは拡大している。相対的に、技術への評価の比率が縮小している状況だ。しかし高齢者医療においてはキュアよりもケア、すなわち薬や医療機器を駆使して治す医療から、患者に寄り添い支えるケア（技術）のほうがかつて重要となる。そこがしっかりと評価されるよう、報酬体系を見直す必要があるというのが、武田氏の主張である。

一方、“薬から食事へ”とは、高齢者の多剤投与の問題に切り込んだものである。その背景には出来高払いの制度の問題があり、薬を出すほど点数が上がる仕組みになっていると、武田氏は指摘する。最近では、多剤投与の高齢者が薬を減らしたことで健康状態が改善した、といったケースが数多く報告されており、また家庭にある大量の残薬も問題になっている。

その一方で強調されているのが、高齢者への食支援の重要性だ。フレイル予防の観点から、また人間の尊厳を守るという観点からも、口から食べることの支援は大き

な意味を持つと武田氏。“薬から食事へ”とは、薬の問題を改善すると同時に、食事による栄養摂取の大切さを訴えるメッセージである。

武田氏は、今後は医師や薬剤師が薬を一元管理する、あるいは管理栄養士が高齢者にふさわしい食の支援を行う、といった専門職の“技術”が評価される仕組みが必要であることを、改めて強調。「このことで医療の質が上がり、患者に喜ばれ、結果的に医療費の適正化にもつながる。ひいては予防重視の路線にも沿うものである」と提言した。

“地域包括ケアの推進”があらゆる政策の柱に

続いて武田氏は、医療政策の動向について説明した。

現在、地域包括ケアシステムの構築は、医療政策のみならず国のあらゆる政策において、大きな柱となっている。医療政策においては、外来医療では地域包括診療料や地域包括診療加算が、入院医療では地域包括入院料、さらには地域包括ケア病棟が創設されているが、これらはいずれも病院や診療所が地域包括ケアという枠組みの中でその機能をしっかりと果たしているかどうかを問うものだ。つまり、地域全体の中で関係機関が一体となってケアを提供していく取り組みを、国はしっかりと評価していこうとしているのである。

もう一つ、大きく見直されたのが、保健事業の位置付けである。これまでの保健事業では、成人に対するメタボ対策は積極的に行われてきたが、高齢者に対しては十分な取り組みが行われてこなかった。しかし、保健事業が高齢者医療制度でも重視されるようになったことで、これからは高齢者に対する栄養指導や栄養アセスメントなどを、医療保険の財源で取り組んでいくことが可能となる。

医療保険の財源が厳しい中であえて保健事業に力を入れることとした背景には、医療費を強制的に削るようなことはせずに、必要なところにはしっかりと財源を投じて、そのことで“伸びの抑制”を図ろうとする狙いがある。その最大の目的はどこにあるのか、武田氏は「これからアジアが一斉に高齢化していくことは間違いないが、その前に日本としての高齢化先進モデルを示していくことが、一連の政策の大目標となっている」と説明した。

在宅医療が将来のまちづくりの突破口に

団塊世代が75歳を迎える2025年、後期高齢者人口はピークを迎える。年間の死亡者数は、現在の年間約120万人から160～170万人にまで増加することが見込まれており、特に都市部において大きな問題となることは必至だ。厳しい国家財政の中では当然、医療費を引き上げ

る余地はない。そこで行われてきたのが、医療費の中身を見直して、費用を抑えながらも質の向上を図るという政策である。

その成果が、いよいよ数字に出始めている。

入院医療および外来医療については、高齢化により需要が膨らんでいるにもかかわらず、日数はいずれも減少。具体的には、新規入院患者数はプラス 1.6%と増えているが、平均在院日数はマイナス 2.2%となっている。高齢化により入院を必要とする人は増えているが、それを上回る在院日数の短縮が図られ、結果として全国で 1 年間に 400 万日の入院日数減、1 日当たり 1 万人、入院の必要が減少しているのである。

武田氏はこの数字について、「皆で支えられる医療の仕組みを目指してきたことの一つの成果であり、それだけ在宅医療、地域包括ケアが進んだとも理解できる」と評価。その上で、「この方向性は基本的に正しく、病院から在宅へ、医療から介護への転換をこれからも推し進めていくべきではないか」と呼びかけた。

その一方で、調剤報酬については、処方箋 1 枚当たりの調剤技術料が薬剤の増加もあり 6 年前と比べて約 10% 上昇していると指摘した。高齢者の多剤投与の問題も含め、報酬体系の抜本的な見直しの必要性を改めて強調した上で、「ここで指摘した全ての問題を突き詰めていくと、まさに“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”ことに行き着く。そのためには地域包括ケアの推進が必要であり、その突破口こそ在宅医療だと理解している」と結んだ。

市長サミット

「地域包括ケア確立のため 市町村トップはこう動く」

【演者】佐藤一夫氏（国立市長）

田辺信宏氏（静岡市長）

森 雅志氏（富山市長）

【座長】辻 哲夫氏（東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授）

地域包括ケアシステムの構築が国の重要政策として進められる中、行政への期待はますます大きくなっている。ここでは、独自の政策で地域包括ケアおよび在宅医療の推進に取り組んできた 3 つの自治体の市長が、それぞれのまちづくりの実際を報告した。

まちづくりで“社会的包摂”を普遍化する

約 8km² のエリアに 7 万 5000 人の市民が暮らす東京郊外のまち、国立市。市長の佐藤一夫氏は、同市が展開してきた地域包括ケアの仕組みづくりと、今後の課題に



ついて語った。

国立市役所に長年勤務してきた佐藤氏が、市長に就任したのは 2011 年。以来、佐藤氏が一貫して取り組んできたのは、“歳をとっても、病気や障害を抱えても、地域で胸をはって健やかに生活を楽しめるまちづくり”である。地域包括ケアとは単に高齢社会への対応のみを目的とするものではなく、地域の全ての人々の生活を保障する社会構想だと考える佐藤氏。その実現には、高齢福祉の分野だけでなく、あらゆる部署を巻き込んだ取り組みが必要であることから、国立市では“ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）”の概念をすべての政策形成過程において理念化する”という目標を全職員で共有し、まちづくりに取り組んできた。

中でも国立市が力を注いだのは、地域の人材を活かすこと。在宅医療の推進や医療・介護連携に関して、行政は知識も経験も乏しいが、地域に目を向けると地域医療・療養に熱心に取り組む人々がたくさんいる。そこで行政は、この“人材に恵まれている”という国立市の強みを存分に生かせるよう、環境づくりに徹してきたという。具体的には、在宅生活の継続を可能にするにはどのような仕組みが必要か、地域の医療・介護・福祉関係者および市民が一堂に会して話し合う「在宅療養推進連絡協議会」を設立。市が事務局を担い、活動を下支えするかたちで、協議を進めてきたという。

ほかにも、社会構造・経済動向の変化にあわせ、市内のメインストリートを 4 車線から 2 車線に減線し、その分新たに自転車道を整備することによって歩行者、自転車、自動車それぞれが利用しやすい道を整備するなど、超高齢人口減少社会に対応してきた。これまでの右肩上りの社会・経済構造が水平になったことにより、広い、速い、大量運搬の構造を見直し、人間の生活を優先したものである。

以上を説明した上で佐藤氏は、今後の課題について言及。これまで多くの自治体に決定的に不足していたのは医療との関わり合いだと指摘した上で、「我々はこれまで、“病気や障害を持ってしまった”という結果に対しての措置行為として後追いの仕事をしてきたが、これからは医療との関わり合いをいかに生産的に展開していくかが問われている」との認識を示した。その上で、今後は行政として地区医師会との連携を積極的に図っていくことを宣言。「国立市医師会の先生方に、“地域診療医”として積極的に市民と関わって頂けたらこれほど嬉しいことはなく、そのために我々はあくまで黒子に徹して、在宅医療や療養環境の充実のためできる限りの努力をしていく」と語った。

小学校区という小さな単位で支え合いを構築



人口約 72 万人の政令指定都市、静岡県静岡市。市長の田辺信宏氏は、静岡市ならではの特色を存分に生かした独自のまちづくり構想について報告した。

団塊の世代が 75 歳を迎える 2025 年。静岡市では、地域包括ケアの実現は待たなしの課題であるとの危機感のもと、精力的にまちづくりに取り組んできた。キーワードは、“ないものねだりより、あるもの探し”。限られた期間、限られた財源の中で、いかに地域包括ケアの仕組みを創り上げていくのか。静岡市が考えたのは、地域にすでにある静岡市の強みを見つけ出し、それを最大限に生かすことである。

一つは、地域力だ。静岡市では、普段から運動会や夏祭りなど多くの行事が小学校区単位で行われており、地域の絆が強いのが特徴である。そこで静岡市では、普段からの馴染みの関係を築いている小学校区単位で支え合いの仕組みをつくらうと考えた。具体的には“ベースボール形式”、すなわち内野に医療・介護のプロフェッショナル、外野には民生委員や市民ボランティアを位置付け、それぞれが守備範囲を守りつつ、しっかりと連携。全員野球で高齢者を見守っていこうと考えた。

そしてもう一つの静岡市の特徴は、元気な高齢者が多いことである。全国の政令指定都市の中でも、静岡市民の健康寿命は第 2 位を記録している。「“まちづくりは人づくり”であり、志のある人を地域に増やしていくことが大切」と考えた田辺氏は、元気な市民の活力をまちづくりに生かそうと、人材育成に注力。市民教育の場として「シチズンカレッジ」を設立し、ここで意識の高い市民を育成し、それぞれの日常生活圏域へと人材を送り込んで、地域包括ケアの仕組みをしっかりと創り上げていこうとしている。

平成 28 年度より、モデル事業がスタートする予定。実態調査を行ったところ、圏域により実情には大きく差があることから、今後のモデル事業では、内野、外野ともに人材が豊富な地域、内野が足りない地域、外野が足りない地域、どちらも足りない地域という 4 パターンに分けて、課題を明らかにしていく計画である。

最後に田辺氏は、これまでの経験から得たまちづくりのポイントについて、「一人の百歩よりも百人の一步が大切である」と強調。「みんなが手を携え、みんなと一緒に踏み出した一步は、一人の百歩よりもはるかに尊い。そのことが力強いシステムづくりにつながると信じ、私自身も百人の一人として、大事な一步をともに踏み出していきたい」と結んだ。

市民の活動性を引き出すコンパクトシティ



“公共交通機関を軸としたコンパクトシティ”で知られる、富山県富山市。市長の森雅志氏は、高齢者の活動性を引き出す独自の政策と、地域包括ケア構築に向けた今後の展開について語った。

2002 年に市長に就任した森氏が、これまでの政策の中で一貫して取り組んできたのが、“元気な高齢者がより長く元気でいられるようなまちづくり”。特徴的なのは、高齢者が容易に外出できるような環境を創り出し、その活動性を引き出してきたことである。

“コンパクトシティ”とはすなわち、中心市街地および公共交通機関の沿線に、住まいや商業などさまざまな都市機能を集中させるまちづくり構想のことで、12 年前からこの政策を進めている。「要介護認定で最近、非常に増えているのが認知症だが、認知症は家に閉じこもることでもどんどん進行してしまう。とにかく外へ出て人と接する機会を作ることが、健康寿命の延伸につながると考えた」と森氏。富山市ではこの政策により、日中に外出する高齢者が確実に増えてきているという。

同時に富山市では、高齢者の外出機会を増やすためのさまざまな仕掛けも用意している。高齢者が市内各地から中心市街地へ公共交通機関を使って出かけると、運賃が 1 回 100 円になるという“おでかけ定期券”は、現在 1 日平均で 2,821 人が利用。ほかにも、孫と一緒に動物園や博物館などの公共施設を利用すると入園料や入館料が無料になる“孫とおでかけ支援事業”、さらには路面電車沿線の指定生花店で花束を買って電車に乗ると運賃が無料になるサービスなど、アイデアに富んだ外出支援策を積極的に展開している。

一方でもう一つ、富山市で特徴的なのが、市内 32 か所に地域包括支援センターが設置されていること。現在は市民の 87%が、センターの 2km 圏内で生活している状況だ。職員は徒歩または自転車が高齢者の自宅を回るため、きめの細かい支援が可能となっている。

今後は、これまでのまちづくりを基盤に、地域包括ケアの仕組みを創り上げていく予定。多くの高齢者が暮らす中心市街地に地域包括ケアの拠点施設を設置し、そこに診療所機能、医療・介護連携のセンター機能、さらには育児サポート機能まで、幅広い機能を集約させ、市民の生活をしっかりとサポートしていく計画である。森氏は、「この拠点施設が十分な機能を発揮するためには、地域の医師会、かかりつけ医の先生方と連携をとれるかどうかがかぎになる。コンパクトシティの利点を生かした地域包括ケアの体制づくりを、地域の先生方とともにしっかりと進めていきたい」と意気込みを語った。

基調講演

「患者・家族が『よかった』と言える在宅医療のために」

【演者】大竹伸子氏（市民）

【座長】鈴木邦彦氏（日本医師会 常任理事）

【演者】瓦井千寿氏（市民）

【座長】高橋昭彦氏（ひばりクリニック 院長/NPO法人うりずん 理事長）

当事者である患者およびその家族が、「良かった」と思える在宅医療とはどのようなものなのか。市民を代表して2名の演者が登壇し、介護者としての経験を語った。

大切な人を看取る経験が、よりよく生きる支えに



大竹伸子氏は、自宅で母親を看取った家族の立場から、自らの経験を語った。

大竹氏の母親はがんを患い、約1か月間の在宅医療を経て2011年に自宅で最期を迎えた。多く人の支えにより、自身は仕事を続けながら母を家に迎えることができ、そばで見ている家族が辛い思いをすることもなく、静かに息を引き取ったという。亡くなる前日には親族が家に集まり、穏やかな最期に向かう母を皆で囲むことができた。それは忘れがたい感動的な経験として、大竹氏の心に刻まれている。

しかし実際には、家で看取ると決めるまでには大きな葛藤があったと、大竹氏は振り返る。在宅医療や介護の存在は知っていても、身近に人の死を経験したことのなかった大竹氏にとって、それは恐ろしいことであった。そのために、在宅になかなか踏み切れないというのは、実は多くの家族の本音ではないかと、大竹氏は指摘する。現在、大竹氏は自らの経験を活かして、同じように在宅医療にハードルを感じている人々に向けて、「死は怖がるものではなく、慈しむものである」というメッセージを伝える活動を行っている。「大切な人の喪失が悲しくないわけではないが、命のろうそくが静かに消えていくさまを間近で見た経験は、私の心を豊かにしてくれた」と大竹氏。この経験により、母から自分へ、自分から娘への、命がつながりを感じたという。大竹氏は、「この命のつながりの自覚が、よりよく生きようという心の支えになっている。これこそ、家族が“良かった”と思える在宅医療ではないか」と問いかけた。

日本の医療の特徴を生かし、まちづくりを推進

大竹氏の講演を受け、座長の鈴木邦彦氏は改めて、日本医師会が描く在宅医療推進の構想を説明した。

世界的にも評価が高い日本の医療の特徴は、中小病院

と有床診療所が多いこと、そして診療所の質が高く充実していることである。日本医師会は、これらの既存資源を活用し、日本型の在宅医療モデルを構築していく考えだ。まず、かかりつけ医機能を有する中小病院や診療所が、可能な範囲で医療・介護をまたいだ総合的な在宅サービスを提供。そして在宅療養支援病院および在宅療養支援診療所の医師が、それを支援していく仕組みである。今後は郡市区医師会が多職種連携のリーダーとなり、地域ケア会議、地域包括支援センターと連携しながら、まちづくりを進めていく構想だ。

多くの人の支えが家族の力に



周産期医療の進歩などより、多くの幼い命が救われる一方、重い障害を抱え、医療に依存しながら生きる子どもが増えている。瓦井千寿氏は、小児在宅医療を受けている長男、尊氏とともに登壇し、

当事者としての経験を語った。

尊氏は、平成13年に重度の仮死状態で生まれた。低酸素虚血脳症と診断され、生まれたときから人工呼吸器を付けている。NICU および小児科病棟での入院を経て、在宅生活が始まったのは11年前。家族一緒に暮らしたいとの思いで退院したものの、その日から母親の千寿氏は、昼夜を問わず医療的ケアに追われ、まとまった睡眠をとることもままならなくなった。

病院と在宅とでは環境が大きく異なる。「子どもの命を自分が握っていると思うと、24時間、気持ちが張り詰めた状態だった」と千寿氏。その大きな支えとなったのが、支援者の存在だ。訪問看護は子どもの医療的ケアを任せることができ、家族の気持ちを和らげてくれた。そして在宅医の高橋昭彦氏に出会えたことで、地域のネットワークが広がり、困難を一つひとつ解決しながら、在宅生活を継続できたという。

在宅移行後、尊氏の体調は安定し、11年間で入院は2回のみ。家族にとって何より嬉しいのは、訪問のたびに家族を気遣ってくれる在宅医の存在だ。「おかわらないですか」「ちゃんと眠れていますか」という何気ない一言が、家族の大きな支えになっている。

親だからといって最初から子どもの障害を丸ごと受け入れられたわけではないが、こういった多くの支え、そして子ども自身の生きる力を目の当たりにしたことで、受け入れることができるようになったと千寿氏は振り返る。とはいえ、家族の介護力だけでは在宅生活の継続は難しい。千寿氏は改めて、支援体制の充実や地域格差解消の必要性を強調。「どこに住んでいても地域で当たり前のように生活できる社会の実現を願う」と呼びかけた。

パネルディスカッション

「住みなれた街で最期まで」

- 【演者】 惣田 晃氏（横須賀市健康部地域医療推進課 課長）
鈴木邦彦氏（日本医師会 常任理事）
深井稜博氏（日本歯科医師会 常務理事）
苛原 実氏（全国在宅療養支援診療所連絡会 監事）
齋藤訓子氏（日本看護協会 常任理事）
轡 基治氏（日本薬剤師会 医療保険委員会副委員長）
鷲見よしみ氏（日本介護支援専門員協会 会長）
- 【座長】 蘆野吉和氏（社会福祉法人北斗 地域包括ケア推進センター長）
鈴木 央氏（鈴木内科医院 院長）
- 【コメンテーター】 佐原康之氏（厚生労働省老健局 老人保健課長）

高齢になっても、病気や障害を抱えても、住み慣れた街で最期まで暮らせる街を実現するために、各専門職にはどのような役割が求められるのか。ここでは、行政および各職能団体の代表者が集い、それぞれの取り組みや課題などについてディスカッションを行った。

在宅医療の普及に向けた各職種の役割とは

——まずは在宅医療の普及のために、それぞれの職種が果たすべき役割について、整理していきたいと思えます。



惣田 市町村の役割は、自治体の規模によっても違いがありますが、人口約40万人の横須賀市の場合、市はコーディネーターとして地域の多職種の方々をつないでいく役割が大きいと考えています。

研修会の開催やICTによる情報共有の仕組みづくりなど、協働できる環境づくりに取り組んでいる状況です。

横須賀市は高齢化率が29%と非常に高いのですが、病院で亡くなる市民の割合は64%、自宅で亡くなる市民の割合は21%と、在宅へのシフトがかなり進んでいます。平成29年度には、自宅で亡くなる市民の割合を25%に、在宅療養支援診療所の数も現状の42から50へと増やすことを目標にしています。2025年問題と言われますが、横須賀市では一足早い2020年にその問題に直面します。全国のモデルとなるような仕組みを創るという意気込みで、今、進めているところです。

鈴木 日本医師会としては、外来医療の延長に在宅医療があるべきと考えており、かかりつけ医の役割は今後ますます重要になると考えます。そこで平成28年4月からは、かかりつけ医機能研修制度という教育プログラムをスタートさせ、地域でリーダーシップを果たせる人材の育成に力を注いでいく計画です。



深井 歯科には3つの役割があると考えています。一つは食べることの支援、もう一つは会話や容姿も含むコミュニケーションの支援で、これらはいずれも基本的な人権に関わる重要な役割です。そして

歯科は子どもから高齢者まで幅広く関わる職種ですので、かかりつけの歯科医師として一生を通じて患者さんを診ていくことも、歯科の重要な役割と考えています。

現状ですが、2008年の調査では、要介護高齢者の多くが歯科医療を必要としているにも関わらず、在宅歯科診療を行っている歯科診療所は全体の2割程度、充足率はわずか3.8%でした。訪問診療に取り組む歯科医療機関は増えてきていますが、このニーズとの歯科医療提供との乖離の状況は今も改善していません。在宅に関心を持っている歯科医療機関は決して少なくないのですが、外来診療で時間が取れないこと、そもそも在宅歯科医療の要請がないことが、課題になっている状況です。

苛原 私たちの診療所では、千葉県松戸市からの委託で在宅医療連携拠点事業を行っていますが、その中で感じるのは、地区医師会の役割がいかに大きいか、ということです。例えば今回の拠点事業で行った相談事業では、在宅医を探してほしいという相談が最も多く寄せられています。本事業では地区医師会の中から近隣の先生に依頼するかたちで対応しており、これが非常に役立っています。また歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡協議会、行政などの代表者が出席して議論する「在宅ケア委員会」も地区医師会の中に設置しており、いわば地域包括ケアの司令塔のような機能を果たしています。このように、地区医師会は行政との関係も築きやすく、地域を見渡すことができますので、その利点を生かして地区医師会が司令塔の役割を果たしていくと、うまくいくのではないかと思います。

齋藤 これからの地域づくりに向けて看護師がしっかりと役割を果たしていけるよう、日本看護協会は3つのことを実施していく計画です。

1つ目は、訪問看護の人材をいかに確保していくか。これからますます在宅医療の需要が高まりますが、現状、看護師の多くは病院勤務であり、もう少し訪問看護師の数を増やすと同時に力量を上げていく必要があります。そこで我々は、未経験者がすぐに訪問看護に従事できるようにする教育プログラムの開発や、訪問看護ステーションのマネジメント力強化のための研修のオンデマンド配信を始めました。また、病院の看護師が一定期間、訪問看護ステーションに出向する仕組みも作っています。研修ではなく出向とすることでステーションは報酬算定が可能なスキームとなっており、これからモデル事業を

展開していく計画です。

2つ目は、多職種の研修の場を設けるなど地域づくりへの参画、そして3つ目は、看護小規模多機能居宅介護事業所の設置推進です。これは在宅医療の限界点を高めるための重要なサービスで、協会としても運営をしっかりとバックアップしていきたいと考えています。



轡 薬剤師の役割は大きく変わってきており、我々には意識改革が必要です。薬剤師はこれまで約30年間、外来患者から処方箋をもらって薬を渡すという仕事を続けてきました。それが今、在宅医療への参画が求められるようになり、日本薬剤師会もアクションプランを設けるなど取り組みを進めています。

実際のところ、自宅で療養する人の場合、本人ではなく代理の人が薬を取りに来ることも多く、薬剤師自身は本人の状態がほとんどわからないままに薬を出しています。これからは薬剤師も在宅に訪問し、関係職種と連携して、その方に最適なかたちで薬を提供していく役割を、しっかりと果たさなければなりません。

鷺見 ケアマネジャーとして本人と関われば関わるほど、その人が抱えている現状、暮らしという視点での支えの必要性が見えてきます。何よりもその人の“生活”を多職種に伝えていくことが、ケアマネジャーとして最も大切な役割ではないかと、常々感じています。

一方で、多職種と連携していくためには、ケアマネジャー自身も疾患をきちんと理解しながらマネジメントを行う必要があります。そこで、平成28年度より疾患別の研修、そして演習を重視したプログラムを研修の中に取り入れるなど、研修体系を大きく変えました。さらに、現場の指導力を高めるための主任介護支援専門員等のフォローアップ研修、あるいはアウトカムだけではなくプロセスをどう評価していくか、という指標の検討も行っているところです。

今の時代は生活が便利になる一方で、人のつながりが希薄になっています。在宅医療を推進するには、医療・介護サービスが大切なのはもちろん、家族形態の変化、地域の見守りの構造など、そもそもの生活の土台となる部分を整えていくこともまた重要であることを、我々はよく認識する必要があると思っています。

連携を阻む、職種間のバリアを取り除く

——質の高い在宅医療、生活支援には多職種協働が不可欠ですが、現場では連携に苦勞するという声がよく聞かれます。壁はどこにあるのでしょうか。

鷺見 我々が苦勞するのは、一つには専門職と生活者の



価値観に違いがあることです。専門職が必要と思っていることと、生活者が大事にしていることが異なるため、ケアの優先順位も異なってきてしまい、その調整に大きな困難を感じています。

専門職同士でも、仕事の仕方が異なる者同士がともに手を携えていくには互いに変わらなければなりません。共通言語とよく言われますが、例えば「長期」といってもそれぞれに捉え方が違うわけで、そのような相手にいかに正確に話を伝えるか、大きな課題だと感じています。**惣田** 医療職と介護職の間で言語が違うという問題について、横須賀市では昨年度、エチケット集を作りました。こういうものを活用して、言葉のバリアを乗り越えていただけたらと思いますし、行政としてはそのための環境づくりも一つの役割だろうと思っています。

齋藤 鷺見さんが指摘された通りで、同じ専門職同士ですら連携は難しく、急性期医療の現場で働いていた看護師には在宅医療のことがよくイメージできません。また、生活の場においては介護と看護の協働が重要ですが、この連携が難しいという声もよく聞かれます。

日本看護協会でも、介護と看護の連携構築推進特別委員会を設けてこの問題について議論しましたが、そこから見えてきたのは、利用者をこれからどうしたいのか、その目標や理念がほとんど共有されていないことです。連携はツールであり目的ではないということが、理解されていないと感じました。



苛原 医療モデルと生活モデルの違いをしっかりと整理する必要があるのではないのでしょうか。医療モデルとは、病院で行われる“治す医療”であり、医師が指示を出して多職種が動くというヒエラルキーの仕組みがあります。これに対して在宅は生活モデルですから、目的は治すことではなく生活の質を上げることであり、その理解が共有されていれば、目標は自ずと見えてくるでしょう。また、生活モデルでは多職種はフラットな関係です。医者は出しゃばらずに縁の下で力持ちであることが、非常に大切だと思います。

鈴木 我々医師はなんとなく、自らがヒエラルキーの一番上にいるような意識がありますが、まちづくりとは広く地域の方々との水平連携で行うものです。その中でもリーダーシップはやはり必要で、そこをかかりつけ医に担っていただきたいと、我々は考えています。

地域で最期まで支えるために

——地域での看取りについてはいかがでしょうか。



齋藤 愛着のある場所で最期まで暮らしたい、という本人の思いを、関係職種がしっかりと共有していける仕組みが必要だと思います。その中で看護の役割は、看取りのときに自分がどうしたいのか、本人に確認していくことです。本人の価値と家族の価値がずれていることもありますので、そこをいかに調整し、家族が腹を決められるような働きかけをしていくか。早い段階から本人の気持ちを引き出していく技術、そして家族が覚悟をもって看取りを迎えられるアプローチが、看護師には求められると考えています。

鷲見 今まで看取りの経験がない人々がそれを行うとなると、覚悟を決めるというのは一つ重要なポイントです。ケアマネジャーとしても、一つひとつの事例を積み重ねながら、どう進めていくのかを整理して取り組んでいく必要があると思っています。意思決定については、本人よりも家族が決めるケースが多いのが、日本の現状です。本当にこの人が代弁者にふさわしいのかという議論も含めて、自己決定を進めていく必要があると思っています。

深井 歯科の場合、その人が生きている限りは、口から食べる、あるいは口の中の不快症状を取り除くことが、最期まで重要な役割だろうと考えています。しかしながら、看取りのプロセスについての経験、学習の機会が歯科は極めて少なく、大きな課題です。

歯科医療と口腔保健の取り組みは長年にわたって外来診療と地域等における保健事業の二本立てで行われてきました。それがここへきて、歯科も暮らしの場へ出て行き、歯科診療も含めてその役割を果たしていくよう、社会的な後押しをいただいているわけですが、歯科が人生の最終段階までその役割を全うするためには、医科との連携が不可欠です。日本歯科医師会としても連携構築のための基盤を整備する必要があると考えおり、現在、現在地域医療介護総合確保基金の事業として整備されている44都道府県にある相談窓口および連携拠点を基盤に、これをさらに拡大と充実を図ることによって、在宅歯科医療をどこに頼れば良いのかかわからないという状況を改善していくとともに、これまで距離のあった医科や介護職との関係をより密にしていきたいと考えています。

轡 保険薬局の薬剤師も、基本的には人が亡くなっていく時期をみていませんので、その生理的過程、口から薬を服用することが徐々に困難になり、どう薬が絞られていくのか、ということについて、うまくイメージできない薬剤師が大部分だと思います。患者さんの療養経過、病気の始まりからの流れがわかってくると、地域でもっと役に立てる薬剤師が出てくると思います。

——人生の最期まで支えるということは、効率とは真逆

の、非常に手間をかけた仕事になってきます。



鈴木 我々としては、かかりつけ医による外来医療の延長に看取りも含めた在宅医療があるべきと考えますが、一人の医師が24時間365日体制で対応するのは負担が大きいことも事実です。今までのように使命感だけでは支えられない時代です。これからは、ワークライフバランスを重視する次世代の人々も在宅医療に参入できる仕組みが必要であり、それには在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所が、かかりつけ医をサポートするカタチがよいのではと考えています。

苛原 松戸市でも医師同士が連携する方向で進めていますが、現場では困難も感じています。ショートステイ事業を立ち上げて、医師からの相談はほとんどなく、ケアマネジャーからは依頼がどんどん舞い込んできます。医者は生活をみていないのではないかと感じました。

いずれにしても、外来に通えなくなった患者さんに訪問診療、往診をするのは、かかりつけ医の当然の役割です。全国在宅療養支援診療所連絡会としても、かかりつけ医が中心となって地域で看取りまで支えていくという覚悟と決意で進めています。

いづれにしても、外来に通えなくなった患者さんに訪問診療、往診をするのは、かかりつけ医の当然の役割です。全国在宅療養支援診療所連絡会としても、かかりつけ医が中心となって地域で看取りまで支えていくという覚悟と決意で進めています。

連携推進に向け、自治体の取り組みに期待

——厚生労働省の立場からコメントをお願いします。

佐原 これまで進めてきた在宅医療連携拠点事業等の成果として、地域資源の把握、課題の抽出と対応策の検討、切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築推進など、8つの取組が必要との結論に至りました。この8つの取組を平成30年4月までに全市町村で取り組んでいただくことを目標としており、厚生労働省のホームページにも、各自治体の先進的な取組等を掲載していく計画です。

一方で、市町村の支援もしっかり行っていかなければなりません。まず都道府県は県内の医療情報を把握していますので、都道府県からその情報をきちんと市町村に提供していただき、厚生労働省もその情報をもとに、サービスを地図上にマッピングしていく仕組みを構築中です。さらには、8つの取組をどう展開していけばいいのか、具体的な手引書も制作しています。

昨年9月の時点で全ての取組が開始ができています市町村はわずか3%に留まりました。平成30年の4月には全国1700の自治体で、少なくとも一歩は踏み出しているという状況を作りたいですし、そのための支援を国としても積極的に進めていく考えです。



在宅医療推進のための共同声明

2015年11月23日

日本在宅ケアアライアンス (Japan Home Health Care Alliance)

一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会

一般社団法人 全国訪問看護事業協会

一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会

一般社団法人 日本介護支援専門員協会

一般社団法人 日本ケアマネジメント学会

一般社団法人 日本在宅医学会

一般社団法人 日本在宅医療学会

一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会

公益財団法人 日本訪問看護財団

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

特定非営利活動法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

特定非営利活動法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会

日本在宅ケア学会

日本在宅ホスピス協会

加盟団体 (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した医療を目指す。
- ③ 保健・医療・介護・福祉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。

