

第 20 回 在宅医療推進フォーラム

どうなる、どうする在宅医療
～近未来の地域づくり～

【日時】 2024 年 11 月 23 日（土・祝）
9:30 ～ 17:00

【場 所】 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

【共 催】 一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

■ プログラム

総合司会 鶴岡 優子 (日本在宅医療連合学会 理事)

※敬称略

9:00	開場
9:30	開会によせて 住野 耕三 (在宅医療助成 勇美記念財団 理事長) 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス 理事長) 来賓挨拶 迫井 正深 (厚生労働省 医務技監) ビデオメッセージ (オートバックスセブン代表取締役 社長 堀井 勇吾)
9:50	ブロックフォーラム 司会: 太田 秀樹 (全国在宅療養支援医協会 事務総長) テーマ「あなたの地域の在宅医療、どうなる? どうする?」 ブロックフォーラム開催地域の紹介 島田 潔 (全国在宅療養支援医協会 事務局長) ブロックフォーラム開催報告 北海道札幌: 飯田 智哉 (巡る診療所 院長) 滋賀県: 西山 順博 (医療法人 西山医院 院長) 沖縄県: 長野 宏昭 (いきがい在宅クリニック 院長) 総合討論 司会: 蘆野 吉和 (日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長)
11:30	勇美(ゆうみ)賞授賞式 司会: 二階堂 孝子 (在宅医療助成 勇美記念財団 常務理事) 講評: 石垣 泰則 (日本在宅医療連合学会 代表理事)
12:00	お昼休み お弁当をご用意しております ※当日の参加状況によっては、数量に限りがある場合がございます。
13:00	基調講演 「今こそ考える在宅医療の姿 ～ここまでの歴史と現在地そして未来へ～」 演者: 武田 俊彦 (日本在宅ケアアライアンス 副理事長) 座長: 荒井 秀典 (国立長寿医療研究センター 理事長)
13:40	特別講演1 「包括的居住支援における在宅ケア」 演者: 高橋 紘士 (元高齢者住宅財団 理事長) 特別講演2 「暮らしの中で逝くということ」 演者: 市原 美穂 (全国ホームホスピス協会 理事長) 指定発言: 岡本 峰子 (朝日新聞パブリックエディター) 座長: 飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授)
14:40	休憩
15:00	パネルディスカッション「どうなる どうする 終の棲家」 座長: 宮武 剛 (在宅医療助成 勇美記念財団 理事) 秋山 正子 (暮らしの保健室 室長) パネリスト 笹井 肇 (武蔵野市 前副市長) 早川 貴裕 (栃木県保健福祉部 医療政策課 主幹) 小島 美里 (NPO暮らしネット・えん 代表理事) 習田 由美子 (厚生労働省 医政局看護課 課長) 時田 佳代子 (社会福祉法人 小田原福祉会 理事長)
16:45	閉会に寄せて 辻 哲夫 (医療経済研究・社会保険福祉協会 理事長) 大島 伸一 (国立長寿医療研究センター 名誉総長)
17:00	閉会



○掲載の写真およびイラストの一部はイメージです。 ○プログラムの内容は変更する場合がございますので、最新の情報についてはホームページをご確認ください。

開催趣旨

「在宅医療推進フォーラム」は、2005年から始まり第20回の節目を迎えます。日本の在宅医療の発展と共に歩んだ20年でした。

いま「団塊の世代」がすべて75歳以上になる2025年を目前に、在宅医療推進へ制度の整備・改良が相次ぎました。特に地域での多職種連携が報酬上でさらに評価されています（第8次医療計画、第9期介護保険事業計画、診療・介護・障害福祉の報酬改定）。併行して在宅医療を重視した新・地域医療構想やかかりつけ医の機能強化の議論などが始まりました。

これら一連の動向は、急進展する少子高齢化・人口減少に対応し、様々な障害を抱えながら誰もが地域で普通に暮らせるまちづくりと地域ぐるみの支え合いに向けた取り組みをさらに強化するものです。とは言っても、その取り組みには地域によって温度差や在宅医療体制の質の格差や量的な格差があります。在宅医療が実施されている地域でも、ビジネス優先の医療が横行したり、病院医療の継続（治す医療）が根強く残ったり課題は山積みです。「終の棲家」のはずの高齢者施設でも本人の意思に反し、病院へ搬送されたり、サービス付き高齢者住宅では医療・介護サービスの自由な選択が許されなかったり、在宅介護・在宅医療の質が問われています。

いわば成人を迎えた今回のフォーラムでは、昨年のテーマ「どうなる、どうする在宅医療」の深化を目指し、医療・介護の関係者、地域行政の担当者、地域住民が共通に抱く課題を取り上げ、課題解決の糸口を探したいと思います。

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：一般社団法人日本在宅ケアアライアンス

全国在宅療養支援協会、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、全国ホームホスピス協会、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、日本在宅医療連合学会、日本在宅栄養管理学会、日本在宅看護学会、日本在宅ケア学会、日本在宅療養支援病院連絡協議会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本訪問リハビリテーション協会、日本老年医学会、全国国民健康保険診療施設協議会、全日本病院協会、日本訪問看護財団、日本ホスピス・在宅ケア研究会、日本在宅ホスピス協会、日本ホスピス緩和ケア協会、NPO 地域共生を支える医療・介護・市民全国ネットワーク

後援：厚生労働省、公益社団法人日本医師会、公益社団法人日本歯科医師会、公益社団法人日本薬剤師会、公益社団法人日本看護協会、公益財団法人長寿科学振興財団

主催者代表



国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
理事長 荒井 秀典



公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団
理事長 住野 耕三

第 20 回在宅医療推進フォーラム

どうなる、どうする在宅医療 ～近未来の地域づくり～



2005 年の初開催から 20 年の節目となるフォーラムが、東京ビックサイトにて盛大に行われた。在宅医療に関わる多くの関係者が会場に駆けつけ、未来に向けたディスカッションが繰り広げられた。



総合司会：鶴岡優子氏



■来賓挨拶

厚生労働省医務技監の迫井正深氏(写真右)が、開会にあたり祝辞を述べた。またオートバックスセブン代表取締役社長の堀井勇吾氏(写真左)よりビデオメッセージが寄せられた。



■開会によせて

開会にあたり、勇美記念財団理事長の住野耕三氏(写真左)および日本在宅ケアアライアンス理事長の新田國夫氏(写真右)が挨拶した。



■在宅医療の写真を展示

ロビーには三木次郎氏(全国在宅療養支援歯科診療所連絡会会長)が撮影した、在宅の患者さんの“笑顔”を展示。



最後に、来賓の厚生労働事務次官の伊原和人氏が祝辞を述べた。

■閉会に寄せて

医療経済研究・社会保険福祉協会理事長の辻哲夫氏(写真左)と、国立長寿医療研究センター名誉総長の大島伸一氏が閉会の挨拶を行った。



「あなたの地域の在宅医療、どうなる？どうする？」

【司会】島田潔氏（全国在宅療養支援医協会 事務局長）

ブロックフォーラムは、在宅ケアに関わる専門職、行政職員、市民らが、「在宅ケアについてともに考える場」として、それぞれの地域ごとに毎年、行っているものである。本セッションでは、2023 年度に行なわれたブロックフォーラムの中から、親和性、独創性、継続性、市民参加、医師会参加、多職種参加、行政参加、などの要素をもとに選抜された 3 つの地域より報告が行われた。

【開催地域の紹介】~~~~~

ブロックフォーラム開催地域の紹介

島田潔氏（全国在宅療養支援医協会 事務局長）



3 地域の代表者からの報告に先立ち、島田潔氏は、2023 年度および 2024 年度のブロックフォーラムの開催地域を紹介した。

ブロックフォーラムは、勇美記念財団の助成により、2010 年度から毎年、各地で実施されているものである。かつては複数の都道府県が集まって行う「ブロック単位」で実施してきたが、昨年から都道府県単位を基本に、主催する都道府県にその周辺の都道府県が共催するかたちも取り入れながら行っている。

2023 年度は、京都府（奈良県と共催）、大分県、新潟県、宮崎県、山梨県、岡山県（広島県、山口県、島根県、鳥取県と共催）、山形県、高知県、北海道（室蘭）、長野県、福岡県、北海道（札幌）、栃木県、滋賀県、沖縄県の 15 の地域で開催された。また、その報告会として 2024 年 3 月に「第 1 回在宅医療 कांग्रेस」が行われている。今回の 3 地域からの報告は、ここで発表された 15 地域の報告の中から選抜されたものである。

2024 年度も前年と同様、15 地域でブロックフォーラムが開催されており、2025 年 2 月 15 日（土）の「第 2 回在宅医療 कांग्रेस」にて、その報告会が行なわれる。「どうなる、どうする在宅医療～その先へ～」をメインテーマに、佐々木正昌氏（厚生労働省）を招いての基調講演、15 都道府県からの発表セッション、そして訪問歯科医師、薬剤師、看護師の 3 名のシンポジストと発表セッションの登壇者が意見交換を行なうシンポジウム、という 3 部構成で実施する計画だ。



【開催報告】~~~~~

ブロックフォーラム開催報告 @北海道札幌

飯田智哉氏（巡る診療所 院長）



北海道札幌ブロックでは、参加対象を拡大することを目的に、フォーラムを商業施設のイベント広場で実施するという新たな試みを行っている。飯田智哉氏は、その概要を報告した。

札幌でこれまで行われてきた在宅医療推進フォーラムは、例年数百名の参加者が集まり盛況を博してきたが、その多くは在宅医療関係者、および在宅医療に強い関心を持っている市民に限られていた。そこで今回は、在宅医療への興味、関心の有無を問わず、老若男女が参加したくなる会となるよう、企画内容を一新。『みんなに知ってほしい私たちのこと、在宅医療のこと』をサブテーマに、かつて講演会が中心だったものから、一般市民が気軽に立ち寄って参加できるイベントへと、大きく刷新している。

開催日は2024年1月6日（土）で、場所はイオンモール札幌平岡のセンターコート。これは、「ショッピングセンターを通じたまちづくり活動」を推進するイオン北海道株式会社の協力により実現したもので、場所の提供に加え、物品を無償で貸し出すなどさまざまなかたちで支援を得ている。また広報活動においては、SDGsの観点からデジタルを活用。Instagramに加え、地元の新聞やラジオを通して、一般市民へのアピールを精力的に展開してきた。

当日は、4つの企画を実施している。「ミニ講演＋医療介護相談」では、「訪問診療って何？」といった初歩的な内容をテーマに、15分という短時間で講演を実施。さまざまな悩みを抱える市民の相談にもその場で応じた。「イロイロ展示＋高齢者体験」では、認知症の4コマまんがなどを展示。一方では、視野を狭めたり、重いものを背負ったりする高齢者体験を行った。また、「こども医療体験」では、子どもたちに医療を身近に感じてもらえるよう、白衣を着て聴診器をかけてもらい、実際に脈を取るなどの体験を実施。さらに「縁日」では、地元のボランティアや大学生たちの協力により、バルーンアートやヨーヨー釣りなどを行っている。

参加者数は、大人400名、子ども400名の計800名と、同店舗で開催されたイベントの中でも最大規模に。飯田氏は、「市民が気軽に参加できるフォーラムを、市民とともに作り上げるといって、今までにない成果を上げることができた」と、その手ごたえを語った。偶然立ち寄った一般市民からは、「在宅医療には以前から興味があったが、制度も何も知らなかった。普段から出入りしている空間でやってくれれば、参加のハードルが下がる」などの感想が寄せられ、在宅医療介護関係者からも「これほど多くの方々が在宅医療に興味を示してくれて感無量。潜在的ニーズを

実感でき、明日への活力となった」といった声が寄せられている。

以上を報告した飯田氏は、その成果について、「企画・運営・広報を通じて、道内で活躍する医療・介護のキープレーヤーが横のつながりを構築することができ、また一般市民に対しても、地元新聞やラジオなどを通じて在宅医療全般の普及・啓発を図ることができた」と語った。



一方では、課題も。「参加者数が想定を大きく上回ったことで、人員不足による対応の不備が目立った」と飯田氏は述べ、今後の改善点として「参加者ともっと対話の機会が持てるような人員数を確保すること、またイベントの形式上、参加者の動きが流動的であることから、アンケートをどのように実施するかなども検討する必要がある」と語った。

第2回滋賀県在宅医療推進フォーラム

「人生会議が気軽に開催できる滋賀を目指して」

西山順博氏（医療法人西山医院 院長）



西山順博氏は、2024年2月25日(日)に開催された、第2回滋賀県在宅医療推進フォーラムについて報告した。

今回の全体テーマは、『人生会議（ACP）が気軽に開催できる滋賀を目指して』。プログラムは2部構成となっており、第1部は医師を対象に、第2部は医療介護従事者を対象に行われている。

まず第1部では、滋賀県で在宅医療を実践している医師、これから始めようとしている医師へ向けて、在宅医療のエキスパートからアドバイスをもらう、という趣旨で、特別講演を実施。伊豆保健医療センターの北澤彰浩氏（所属は当時）より、「外来診療と訪問診療の両立をしていく上で心がけていること」をテーマに、実践に基づいたレクチャーが展開された。ここで北澤氏が紹介したのが、人生会議のツールとして自身が用いている「心づもり書」。心づもりとは文字通り、「心の中であらかじめ考えておくこと」であり、一方では、それが揺れ動くことも意味している。心づもりをしても、心変わりする、そして心残りもある——そういったことを踏まえ、あくまで患者を中心に考えていくことの重要性が示された。

続いて行われたランチョンセミナーでは、西山氏自身が演者として登壇。滋賀県大津市で2014年から進められてきた「在宅療養サポートチーム構想」を紹介した。この地域には、近江商人に受け継がれてきた“三方よし”という考え方があるが、この構想は、在宅医療においても「患者よし、医療介護福祉よし、世間よし」の“三方よし”を目指そうと始まったものである。具体的には、市内にある7つの地域包括支援センターを拠点に、それぞれのエリアごとにチーム医療を行う、というもの。行政が事務局を担い、ケアマネジャーがリーダー、医師・薬剤師・歯科医師をサブリーダーとなって活動している。エリアごとに年1回の市民公開講座、および年2回の勉強会なども実施。この構想が始まった2014年当初は、大津市における在宅での死亡割合は13%を切っていたが、こういった活動を通して、2021年には21%にまで上昇している。しかしながら、滋賀県でも高齢化は急速に進行しており、今後、その数が増えれば現状のチームだけでは支えきれない。西山氏は今後の課題について、これからは元気なうちから関わり、フレ



イルやロコモに対応していくコンコダンス的な医療が必要であること、また、「人生を満足させるための支援」が求められるようになってきており、その人の人生観、生きざまを引き出していく ACP がより重要になっていることを重ねて強調した。

そして第2部では、医療介護従事者に向けた情報提供として、「サイ五郎さんちの人生会議セットを利用した ACP 啓発プロジェクト」について、西山氏がプレゼンテーション。このプロジェクトは、ACP 普及のためのツールとして作成された絵本『サイ五郎さんちの人生会議』を活用して行なうもので、人生会議カード、議事録、用語集がセットになっている。65 歳を迎えた動物の“サイ”を主人公に、人生会議とはどういうものか、わかりやすく誘ってくれる内容だ。講演のあとのグループワークでは、参加者同士がこのツールを用いて人生会議を体験。西山氏は、「医師というよりも、利用者に近い介護福祉職の方々にこのツールを活用いただくことによって、ACP が市民に広がり、人生会議が気軽にできるまちが実現できるのではないか」と期待を込めた。

沖縄県在宅医療推進フォーラム 開催報告

長野宏昭氏（いきがい在宅クリニック 院長）



長野宏昭氏は、2024 年 2 月 3 日(土)に開催された、沖縄県在宅医療推進フォーラムについて報告した。

今回の全体テーマ『未来を紡ぐ物語 ～全てのひとが共存できる社会へ～』は、“物語を大切にするまちづくり”への思いを込めて設定したもの。沖縄は“生きがい”という言葉の発祥地であり、今回はその沖縄から在宅医療のマインドを発信すべく、7 つの演題を企画している。

能登半島の震災を受けて急きょ設けられた「能登半島地震被災者支援企画」に始まり、特別企画「新しい概念を学ぼう」では“ikigai”“コンパッション都市”などさまざまな注目ワードをフォーカス。さらに特別講演「近世代の在宅医療」では台湾の在宅医、余尚儒氏（台湾在宅医療学会 会長）を招聘し、日本だけでなく海外の在宅医療にも目を向けるなど、多彩なセッションが繰り広げられた。

なかでも、注目の企画として長野氏がクローズアップしたのが、若い人たちを交えて行う特別企画「学生・若者と夢を語ろう！」だ。これは医学部の学生をはじめ、看護、リハビリテーション、介護を学ぶ学生らが一堂に会し、それぞれの夢を語り合うというもの。学生が発表したあと



には、フロアでグルーブトークを実施し、在宅医療を志す学生と、現場の在宅医が直にふれあい、自由闊達な意見交換を行っている。

当日は、オンライン参加と会場参加のハイブリット形式で開催。会場参加は沖縄県内からの参加者が中心だったが、オンラインでは東京や奈良など全国各地から参加があった。なかにはオランダやアメリカなど海外からの参加もあり、その数は延べ 400 名近くにのぼ

った。

終了後のアンケートでは、さまざまな興味深い意見や感想が寄せられている。「“ikigai” が世界共通語になっていると初めて知った」など、新しい概念を学ぶことが気づきや学びにつながったという声が多く寄せられた。また、学生を交えたセッションについても、「若い方々の素晴らしい夢に勇気やる気をいただいた」、「介護の仕事をしていると心が折れそうになったりするが、若者がこんなに素敵な夢を持っており、明るい未来を感じた」、「いくつになっても夢を持つことや、前向きに頑張る姿勢には心惹かれるものがある」などの感想が寄せられ、夢を語る学生だけでなく、その話を聞く側にとっても、大いに刺激となったことがうかがえる。

以上を報告した長野氏は、今回の成果について、「一部の専門家だけではなく、住民も含めすべての人が、大切な人や自分自身のケアができる社会を目指す、というのが今回の一番のコンセプトだった。学生を含めさまざまな立場、さまざまな職種、多くの年齢層が対話できる機会となったのは良かったと思う」と手ごたえを示した。一方で、「病院勤務者の参加が少なかった」など、課題にも言及した。

最後に長野氏は、沖縄で助け合いを意味する「ゆいまーる」という言葉を紹介。「苦しんでいる人、困っている人を見て見ぬ振りをせずに声をかけ、お互いに気づかい合うような文化が地域に広がれば、高齢多死時代であっても、そこに暮らす人が穏やかになるような地域社会ができるのではないかと語った。

《総合討論》~~~~~

【司会】 蘆野吉和氏（日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長）

——一般市民が在宅医療を知らないことが、在宅医療が普及しない理由の一つに挙げられているが、それぞれの地域でどのような啓発活動を行っているか。

飯田 札幌の今回のフォーラムは、在宅医療を知らない市民に対して、我々が何をやっているのかをわかりやすく届けことが最大の目的だった。当日の来場者は、たまたま買い物に来て立ち寄った人が大半であり、「これなあに？」から対話が始まる、そんなフォーラムだった。「在宅医療って全然イメージできなかったけど、皆さん楽しそうですね」という言葉を多くの参加者からいただき、楽しく仕事をしている自分たちの日常を少しでも見せることができたのではないかと思います。北海道では2つの地域でフォーラムを開催しているが、今後はこういった市民向けのフォーラムを、札幌以外の地域へと広げていくことも検討している。

西山 チーム医療の話のなかでも触れたが、やはり医療職は市民から少し遠いと感じている。我々よりもむしろ介護福祉職のほうが市民と近い。そして啓発をしてくれるのは行政という考え方で、大津市では在宅療養サポートチーム構想を進めてきた。事務局を行政に担っていただき、リーダーであるケアマネジャーを医師、薬剤師、歯科医師がサポートする。そんなチームづくりを、一



司会：蘆野吉和氏



つのチームが5万人程度をカバーするように行っている。市民への啓発活動については、今はコロナの影響で止まっているが、チームごとに市民公開講座を年1回は行っていきたいと考えている。

長野 沖縄の場合には、ほかの地域とは少し異なる背景がある。沖縄がまだアメリカ統治下にあった時代、アメリカ軍によって救急医療が整備され、沖縄県立中部病院を中心に救急医療から発展していった経緯がある。このため救急医療の受け入れはほかの県に比べても恐らくスムーズだが、その反面、市民の側も「できる限り治療してほしい」という意識が強く、在宅医療はやや出遅れていた。最近では熱心な医師が行政と手を携えながら在宅医療の普及活動を行ったことで、認知度がかなり上がってきたと思うが、それでもまだまだという印象だ。

——ACPをいかに地域に広めていくかということも、今、大きな課題になっている。それぞれの地域ではどのように普及活動を行っているのか。

西山 我々も在宅医療を始めた頃から、最後のときのことを本人や家族と話せないまま看取りを迎えてしまい、悔やまれることがあった。何かリビングウィルのようなものを患者、家族に聞いておく必要があるが、リビングウィルは保険の承諾書のような難しい文章になっている。どうしたらいいか考えているときに、美大の教授と学生のアイデアによってできたのが、絵本『サイ五郎さんの人生会議』



とそのツールだ。いきなり核心に迫るのではなく、「好きな食べ物は何か？」「どこか行きたいところがありますか？」など、その人の人生観を理解するところから進めていけるような工夫がほどこされており、親しみやすさによって少しずつ広まってきている。

飯田 札幌市では、ACPに関する市民向けの勉強会を、医師会に委託して年1回、開催している。また、札幌市で区ごとに組織されている在宅ケア連絡会でも、多職種向けおよび市民向けの勉強会で、必ず年1回はACPをテーマに取り上げている。ACPという言葉はかなり普及してきたと思うが、一方では、我々が思っているACPとは違うACPが広がってきている印象もある。過渡期でもあり、難しい側面もあるが、啓発につながる活動をコツコツと続けていこうと思い、自分自身も、学校に出向いて在宅医療やACPについての講演会などを行っている。

長野 沖縄では、市民が手に取りやすいよう、人生会議を優しいタッチで描いた『ぬちしるべ』という冊子を医師会が配布している。ACPは名前ばかりが先行し、現実とのギャップを感じている。延命治療を希望するか？などといきなり問われても、うまく話せるはずはない。我々はどうしても何かを決めることに注目しがちだが、大事なのは決めることではなく、一緒に悩むこと。その人が抱えるモヤモヤを共有するプロセスこそ



が、ウェルビーイングにおいて一番大事だと考える。まずはどんなことを話しても否定されない、心理的な安全性が確保されるような人間関係、空間づくりを行っていく必要があるのではないかと。

——沖縄では、学生を交えて一緒に在宅医療を考えていく、ということもフォーラムのなかで行っていた。改めて、学生への教育についてはどのように考えているか。



長野 今は少しずつ学生教育の中に在宅医療が組み込まれるようになってきているが、カリキュラムの時間としては短い。在宅医療を学生のうちから学ぶメリットとして、病気の診断や治療だけではなく、人生の最終段階という解決できない問題に対してどう関わっていくのか、という医療者としての姿勢を学ぶことができる。今回のフォーラムでは、学生に対して我々が何かを教えるのではなく、あくまで対等に語り合い、我々自身が学んでいこうという狙いがあった。こういう機会を通して、在宅医療への理解を深め、興味をもってくれる学生が増えてくれたらと願う。

西山 今回の滋賀のフォーラムにも、滋賀医大の学生が参加していたが、やはり一定数は、在宅医療に興味をもっている学生がいる。何より在宅医療は、医師がトップではなく、むしろケアマネジャーや福祉職のマネジメントによって成り立っているということを、学生のうちから理解し、学んでいくことは大事だと考える。また、ACPや生きがいといったものは、今の学生からはほど遠い話ではあるが、高齢者の“心づもり”についての理解を深め、在宅医を志す学生が少しでも多く育ってほしい。

飯田 訪問看護については看護学校の中で学問として昔から体系づけられているが、訪問診療はまだまだカリキュラムにはしっかりと乗ってきておらず、そのなかで学生が在宅医を志すというのは、かなり難しさがあると思う。最近では、初期研修を終えた若手医師が美容医療に直行する「直美」が問題視されているが、同様の意味で、訪問診療へ直行する「直訪」という言葉も出てきている。大事なことは、ファーストケアのその先に在宅医療があるということ、どうやって理解してもらうか。そこは我々自身が、病院や大学に入っていくって、その先の話をしっかりと伝えていくことが必要ではないかと思う。



勇美（ゆうみ）賞授賞式

【司会】二階堂孝子氏（在宅医療助成勇美記念財団 常務理事）

【講評】石垣泰則氏（日本在宅医療連合学会 代表理事）



司会：二階堂孝子氏

「勇美賞」の初めての授賞式を開催

在宅医療推進のための優れた調査研究に対して表彰を行う、「勇美賞」の授賞式が、本フォーラムにて初めて開催された。

勇美記念財団では、在宅医療推進のための調査研究を公募し、その活動を支援する助成事業を行っており、「勇美賞」は、その助成の採択者を対象に、特に優れた研究に対して授与するものである。選考にあたっては、研究成果物評価委員会において、発想、着眼点、独自性、独創性、普及性、有効性などの観点から、学術研究に精通した専門家が厳正に審査。今回の受賞式では、2019年度および2020年度の採択者から選ばれた10名の受賞者に対し、財団理事長の住野耕三氏より表彰状と賞金10万円が授与された。評価委員会の石垣泰則委員長が講評を語り、受賞者を代表して川崎市立看護大学の笠井由美子氏が、感謝の言葉を述べた。



委員長：石垣泰則氏

研究成果物評価委員会

- 石垣泰則（委員長） 医療法人悠輝会コーラルクリニック 院長
- 梅垣宏行 名古屋大学大学院医学系研究科
地域在宅医療学・老年科学 教授
- 木村琢磨 東京科学大学大学院歯学総合研究科
介護・在宅医療連携システム開発学講座 教授
- 森 清 社会医療法人財団大和会東大和ホームケアクリニック
在宅サポートセンター センター長
- 山中 崇 東京大学大学院医学系研究科在宅医療学講座 特任教授
- 若林秀隆 東京女子医科大学病院リハビリテーション科 教授



勇美記念財団理事長：住野耕三氏

勇美賞受賞者（2019～2020 年度）

【2019 年度】

No.	氏 名	研 究 テ ー マ / 所 属
1	篠原 直孝	自宅退院後の生活環境の変化が地域高齢者の生活範囲に及ぼす影響 独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター 理学療法士
2	千々岩 友子	在宅医療における「死にたい気持ち」がある利用者への一般訪問看護師の 看護実践の解明 福岡国際医療福祉大学看護学部看護学科 教授
3	宮本 恭子	中山間地域における「8050(はちまるごうまる)世帯」の生活問題と高齢の 親の在宅ケアの実態調査 島根大学法文学部法経学科 教授
4	山口 みなみ	医療的ケア児の母親の育児ストレスに関連する要因 IQVIA ソリューションズジャパン合同会社 リアルワールドデータコンサルティング

【2020 年度】

No.	氏 名	研 究 テ ー マ / 所 属
1	笠井 由美子	NICU 退院児の母親へのピアサポートプログラムの効果 川崎市立看護大学 講師
2	倉田 慶子	在宅で重度心身障害者と共に生きる母親の移行理論に基づいたアドバン ス・ライフ・プランニング概念モデルの開発 湘南医療大学保健医療学部看護学科 教授
3	高橋 美沙子	高齢者向け住宅や施設の介護職が感じる「住まい移行期」にある認知症高齢者 へのケア提供時の困難感と、施設特性および多職種からの支援体制との関連 関西医科大学看護学部 講師
4	三宅 一代	災害遭遇時に在宅重症児の生活適応を促進する支援に関する研究 兵庫県立大学看護学部 准教授
5	村上 学	シームレスな医学教育で在宅医志向の医学生を育成するためのキャリア パスに関する探索的研究 北海道大学大学院医学研究院医学教育・国際交流推進センター 准教授
6	吉澤 康平	在宅脳卒中患者に対する新たな転倒予測の検討 社会福祉法人聖隷福祉事業団 浜松市リハビリテーション病院 理学療法士

受賞者の研究成果物はホームページにてご確認いただけます。

<https://www.yuumi.or.jp/jyosei/yuumi-award/>

基調講演

今こそ考える在宅医療の姿

～ここまでの歴史と現在地 そして未来へ～

【演者】武田俊彦氏（日本在宅ケアアライアンス 副理事長）

【座長】荒井秀典氏（国立長寿医療研究センター 理事長）



座長：荒井秀典氏

在宅医療の“理念”を問い直すことが必要な時代に



在宅医療は、場所なのか？——冒頭、武田俊彦氏はそう問いかけ、在宅医療のこれまでの歩みを振り返りながら、そのあるべき姿を展望した。

在宅医療は、文字通りに読めば、「在宅での医療」、すなわち場所を意味する。制度上、医療を行う場所は「病院、診療所、在宅」というかたちで整理されているが、では、これらは場所の違いだけで、並立なのか？ 武田氏が語ったのは、「在宅医療は、単なる場所ではなく、そもそもの理念を異にするのではないか」、ということである。

もともと在宅医療は制度に位置付けられていない時代から、先駆者たちによって行われてきた歴史がある。では、彼らは何を語ってきたのか。「本人の暮らしを知らずして医療はできない」と語ったのは、京都・西陣でいち早く訪問看護と往診を開始した、早川一光氏。そしてプライマリ・ケアの草分け、永井友二郎氏は「実地医家が学習する課題は、単に医学的技術や知識だけではない」として、医の倫理や法制度、終末期医療といった幅広い学びの必要性を解き続けた。一方で、「自分たちの健康は自分たちで守る」と語っていたのは、ライフケアシステムを立ち上げた佐藤智氏。さらに井益雄氏、山口昇氏……あまたの先人たちの手で、在宅医療は、その礎が築かれてきたが、そこに共通するのは理念があったこと。「それは制度に関係なく“やらなければならないこと”として行われてきた。だからこそ行政も、何とかそれを応援したいという思いでやってきた」と武田氏は振り返る。

かたやその政策の歴史はというと、紆余曲折を経て現在もなお、試行が続いている。老人医療費が無料化され、その無料化が廃止され、中間施設としての老人保健施設が導入され、そしてゴールドプランが打ち出され——その歴史は、「振り返れば不十分なところはあった」としながらも、武田氏が強調したのは、「国としては一貫して在宅医療に期待し、その推進に向けて政策を打ってきた」ということである。

そして介護保険制度が創設され、のちに訪問看護ステーションや在宅療養支援診療所（病院）が制度化されるに至り、今では報酬改定の議論でも、あるいは地域医療構想の議論でも、あらゆる場面で皆が在宅医療を語るようになった。「そんな現代にこそ、在宅医療の理念とは何だったのか、改めて考える必要があるのではないか」と武田氏は語った。

一番の指標は、本人が笑顔になっているかどうか

では、こうして歩んできた在宅医療の“現在地”で、何が起きているのか。武田氏が「衝撃を

受けた」と語ったのは、2013年に長崎で起きた、認知症高齢者グループホームでの火災だ。会社の寮だった建物を改修したというその施設は、長い廊下に沿って、居室が横並びに配置されている。それは、本来あるべきグループホームの姿とはほど遠い実態を浮き彫りにするものだった。

なぜ、こういうことが起きてしまうのか。採算が取れるようになると、ビジネスが参入してくる。地域によっては、規模の大きな医療機関が多くの訪問診療を担っており、その質が疑問視されている。なかにはグループでサービスをワンストップで完結しているところもあり、地域とのつながりが希薄になっている。さらに介護対応をうたった非常に高額な高齢者住宅、あるいはがん終末期専門の民間ホスピス施設といったものも増加している。この現実を、どう考えるのか。

改めて、国が目指してきたのはあくまで、“地域に組み込まれたかたちでの在宅ケア”である。その一つとして推奨してきたのが、看護小規模多機能居宅介護だ。東京・四谷の民家を改築した「ミモザの家」では、登録定員25名のうち宿泊は5名程度にとどまり、多くは通いで、自宅での暮らしを継続している。一方で、自宅だけが在宅ではない。宮崎のホームホスピス「かあさんの家」では、普通の民家に5~6人が共同生活をしており、この住まい方を“とも暮らし”と呼んでいる。そこにあるのは、病人ではなく“生活者”としての穏やかな日常だ。つまり「自宅ではなくても、ここに帰りたい、いつまでもいたいと思うのであれば、それが“家”ではないか」——武田氏はこのように語り、象徴的な事例の一つを紹介した。

周囲をリング畑に囲まれ、敷地内で羊がのんびりと暮らす、穏やかで居心地のいい環境。この住宅型有料老人ホームで暮らす女性は、もともと自宅で定期巡回を利用しながら一人暮らしをしていた。施設へ移行したのは、その自宅で突然、倒れたことがきっかけ。「このときの対応がターニングポイントになった」と武田氏は言う。救急車は呼ばずに、馴染みの訪問看護師が緊急対応を行い、入院を回避。そして地域の状況を熟知したケアマネジャーが、施設の空き状況を把握しており、入居へとつながった。もともと女性は「自宅がいい」と頑なに言っていたが、いつしか「ここにいていいのかい？」と口にするほど、施設での暮らしに馴染んでいったという。

その女性があるとき、ホームで転倒して骨折。救急搬送されたが手術は見送られ、再びホームへ戻ってきた。「おかえりなさい」と迎えてくれたのは、同居していた利用者たち。「入院しなくて良かったね」と声をかけられ、医師には「死ぬこと以外はかすり傷」と励まされるうちに、女性の表情は、次第に笑顔に変わっていったという。

骨折してもなお“良かったね”という展開になる。「それが在宅医療の力ではないか」と武田氏。最後に改めて、在宅医療の“現在地”における課題について言及した。現状は、提供されるケアの質に大きな開きがあり、それらが同じ点数で評価されている。治療重視の医療になっていないか、管理をしていないかなど、今後は質の評価に向け、さまざまな議論が求められるが、最終的には“本人が笑顔になっているか”ということが大事な指標になるのではないかと——武田氏はこのように述べ、未来へ向けて力を合わせ、「ほんとうの在宅ケア」が実現できるよう呼びかけた。



特別講演 1

包括的居住支援と在宅ケア

～「住まう」ことを支える様々なケアのあり方について～

【演者】高橋紘士氏（元高齢者住宅財団 理事長）

【座長】飯島勝矢氏（東京大学高齢社会総合研究機構 機構長
未来ビジョン研究センター 教授）



座長：飯島勝矢氏

利益至上のビジネスが、医療・介護の世界に



在宅で療養生活を送る高齢者や障害を持つ人が、地域で尊厳ある暮らしを継続できているのか。今、その「居住の内実」が問われている。望ましい在宅ケアと在宅医療の確立、そして地域居住の確立に向けて、何が課題となっているのか。高橋紘士氏は、「住まう」ことを支えるケアのあり方について考察した。

近年、寿命の大幅な伸びにともない、医療の需要は大きく変化している。「単一疾患」から「多疾患」へ、「単一エピソード」から「継続発症」へ、そして「治癒・救命」を目的とした医療から、「ADL の改善・普通死の支援」を目的とする医療へ。まさに医療は大転換の岐路に立たされてきたが、高橋氏が指摘したのは、この転換の不全によって今、さまざまな問題が集中的にあらわれている、ということだ。貧困ビジネス、「緩和ケア」の営利事業化、収容施設化した高齢者住宅。利益至上の事業により法外な報酬を手に入れる医師がいる一方で、株式会社所有の巨大な訪問看護ステーションが医療・介護報酬によって収益を上げ、そこにファンドが入ってきている。出資者から資金を集め、リターンを出資者に返す——そのようなビジネスが、医療・介護の世界にまで及んできているのである。

このような不適切なビジネスモデルが跋扈する状況に、どう対応していくのか。高橋氏は、問題の背景を改めて整理した。かつて人々は、生活の場としての地域で、顔の見える関係を築き、互助と共助の世界で長く生きてきた。ところが今、資本主義の運動のなかで、グローバリズムがローカルな場にまで及び、「地域をわしづかみにしようとしている」と高橋氏。チェーンストアの参入により地域の商店街が寂れていくのはいい例だが、実は同じことが医療・介護の分野にも起きている。その事業主体が地域社会を尊重せず、収益優先のために“地域に根差したもの”が姿を変えていくなか、コミュニティを主体とした地域での生活を、この高齢化社会の中でどのようにして維持していくのか——私たちは大きな課題に直面していると、高橋氏は指摘する。

サービス評価の文化を育み、適切な“質の評価”を

では、日本の医療・介護、住まいの実態はどうなっているのか。高橋氏は、さまざまなデータをもとに検証した。

世界的に見ても、日本は病床数が多いことが知られているが、まずはこれをどう変えていくのか。また、介護保険 3 施設の一つとして 2018 年に制度化された介護医療院が今、減少していることも、重要な課題として今後、議論が求められる。一方で、有料老人ホームは「施設なのか、

住まいなのか」という大論争が起きている。高齢者住宅については、いつきのサ高住の開設ブームが去り、今は住宅型有料老人ホームの新規開設が多くなっている。しかしながら、「これが実に怪しい」と高橋氏。サ高住には25㎡の面積要件などさまざまな要件があるのに対して、住宅型有料老人ホームにはそこまでの縛りなく、多くの問題をはらんでいるという。

一方、在宅療養支援診療所の実態を知る上で興味深いのが、看取りに関する調査だ。都道府県ごとに看取りの多い在支診に焦点を当て、その中身を詳しく分析していくと、同じ在宅での看取りでも、「自宅看取り型」と「施設看取り型」があることがわかった。「今、在宅医療といわれるものの中にはこういった施設への訪問を中心とする医療が含まれており、実態は地域によってもかなり差がある」と高橋氏は語る。

また、在宅医療の資源に関する調査で非常に顕著にあらわれているのが、訪問看護事業所数の増加だ。2014年にはその数は7903だったものから、2022年には1万4829へ。常勤職員数は3万1791から11万5372へと急増しており、「もはや訪問看護事業はスモールビジネスではなくなってきている」と高橋氏は言う。一方で、「地域居住を進める上で非常に戦略的な拠点」と高橋氏が期待を寄せるのが、看護小規模多機能居宅介護（複合型サービス）だ。今後さらなる拡大が期待されるが、難しいのは報酬を上げると利益至上のビジネスが入り込み、かえって質の低下を招く恐れがあること。「例えばオランダでは“いかに地域に開かれているか”ということが重要な評価項目となっており、それを監査のエキスパートがしっかりと身極めている。日本にはそういったサービス評価の文化が育っておらず、サービスの質の評価が形式化してしまい、利用者に役立つ質の評価のあり方は非常に大きな課題となっている」と高橋氏は指摘する。

生活の場での支援は、包括的たらざるを得ない

ヨーロッパでは、高齢者の支援の場を「施設」から「住まい」へと移行する動きが定着し、「スウェーデンなどでは施設という概念はもはや過去のものとなっている」と高橋氏。かたや日本はどうかというと、脱施設化は遅々として進まず、なお施設づくりの潮流がとまらない状況にある。

では改めて、「住まい」とはどういうことなのか？ それは端的に言えば、管理の空間にするのか、自由な生活の場にするのか、そこに施設との大きな違いがある。「住まい」には、家族、友人・知人、支える人、居合わせた人など、多様な関係性が存在し、その多面的な構造のなかで生活が営まれていく——これこそが地域居住だと高橋氏は言う。

つまり最大のポイントは、そこに豊かな社会関係があるのか、そして、その社会関係を実現できる「住まい」があるのか。当然、そこでの支援は包括的たらざるを得ず、インフォーマルサポートなくして長期ケアはなし得ない。高橋氏はそう説明した上で、「“治し支える在宅医療”は、いわば“ごちゃまぜ型”の支援の仕組みのなかでこそ、いきいきと機能する。いつかケアマネジャーが単なる給付調整にとどまらず、地域のさまざまな文化を吸収し、コミュニティ文化の理解者として機能できるようになる社会を夢みている」と述べ、講演を結んだ。



特別講演 2

暮らしの中で逝くということ

【演者】市原美穂氏（全国ホームホスピス協会 理事長）

【座長】飯島勝矢氏（東京大学高齢社会総合研究機構 機構長・未来ビジョン研究センター 教授）

家のような雰囲気でごせる “もう一つの家”



ホームホスピスは、宮崎県宮崎市にある一軒の民家からスタートし、現在は全国 67 か所へと広がっている。市原美穂氏はその歩みを振り返りながら、「暮らしの中で逝く」ことを支えてきたこれまでの活動と、理念について語った。

ホームホスピスは、1998 年に在宅ホスピスの勉強会を立ち上げたのが、その始まり。家に帰りたい人が、家のような雰囲気のなかで最後まで過ごせる場所はないか？——そんな声に応えるかたちで、2004 年に最初のホームホスピス「かあさんの家」が誕生した。それは閑静な住宅街にある一軒の平屋。グループホームに入居している男性の住まいを借り、その男性も一緒にみる、というかたちで始まったという。

歩けるのに車いす、食べられるのに刻み食、トイレに行けるのにオムツ。そんなグループホームでの生活に、自分の居場所を失い、「もう死んでしまいたい」とすら思っていたという男性。「かあさんの家」でまず行ったのは、薬をいったんはずし、その人に合ったケアの方法を対話のなかで探ることだった。もとの生活のリズムに戻していく過程で特に重視したのは、本人が持っている能力を見極め、その力を奪わないように支えていくこと。「自分は価値のない人間」とまで感じていた男性は、生きる力を取り戻し、その 20 か月後、ひ孫たちの賑やかな声のなか、静かに息を引き取ったという。

歩けるのに車いす、食べられるのに刻み食、トイレに行けるのにオムツ。そんなグループホームでの生活に、自分の居場所を失い、「もう死んでしまいたい」とすら思っていたという男性。「かあさんの家」でまず行ったのは、薬をいったんはずし、その人に合ったケアの方法を対話のなかで探ることだった。もとの生活のリズムに戻していく過程で特に重視したのは、本人が持っている能力を見極め、その力を奪わないように支えていくこと。「自分は価値のない人間」とまで感じていた男性は、生きる力を取り戻し、その 20 か月後、ひ孫たちの賑やかな声のなか、静かに息を引き取ったという。

この最初の看取りが、「ホームホスピスでのケアの基本をつくった」と市原氏。たとえわずかな時間でも、死の瞬間まで家族や馴染みの人に囲まれて過ごす。そのかけがえのない時間を、男性は家で過ごし、最後は自分から「もう逝くわ」とでもいうように旅立っていった。さらに、この看取りを通して、地域の人々の意識にも変化が。以前は「ここで人が死ぬのですか？」と不安を口にしていた近隣の住民も、「家で大丈夫なのですね」「私もこんなふうに逝きたい」と語るようになり、「地域に“死の文化”が広まったように感じた」と市原氏は振り返る。

看取りの文化を地域のなかに取り戻す

では改めて、ホームホスピスとは何か。「ホーム」は単に家を指すのではなく、馴染みの人ともあり、安らぎを感じる“居場所”を意味する。一方の「ホスピス」には、“もてなす”という意味がある。ホームホスピスとは、「そこで暮らす人が、その人らしく生き切ることを支える“終の棲家”」であり、病気や障害があっても最期の日まで、それを叶えるための場を提供している。

ホームホスピスには、二つの柱がある。一つは、「環境」だ。高齢者、特に認知症の人には、環境の変化が大きなダメージを与えるといわれる。ホームホスピスが既存の民家を活用しているのは、これまでの暮らしにできるだけ近い環境を継続できるようにするためだ。そこに欠かせないのが、“ともに暮らす”という視点。ホームホスピスで行っているのは、5～6 人という少人数で

の“とも暮らし”という住まい方であり、いわばケア付きの下宿屋でルームシェアするような環境で暮らしている。あくまで“住まい”である以上、そこにナースコールはない。あるのは生活の音、匂い、そしてともに暮らす人の気配。常に互いを意識しながら生活していると、互いの変化に気づけるようになる。住人の看取りのときには、ホームの中はととても静かになるという。いつもとは違う気配に皆が気づき、スタッフに余計な手を取らせないよう気を使っているからだ。

もう一つの柱は、「ケア」である。ケアについては五つの基本理念を掲げているが、中でも軸となるのが、一つ目の「本人の意思を尊重し、本人にとっての最善を中心に考えます」という理念だ。入居時には必ず皆で顔を合わせ、まずはその人のこれまでの暮らしに丁寧に耳を傾けていく。

「私の全体が受け入れられ、肯定され、大切にされている」、そう確信が持てるからこそ、「自分はここにいていい」と思うことができる。そして本当に安心できる居場所があるからこそ、本人が“生きようとする力”を発揮することができる。それを、専門職とボランティアが一体となって支えていくのである。

看取りは、そういった日常の延長線上にある。看取りの主体はあくまで家族であり、幼い子どもであっても臨終の場から遠ざけることはしない。今を生きる人に命のバトンをつないでいくことで、看取りの文化を広めていく。こういったことが、ホームホスピスの理念に刻まれている。

それは、小規模だからこそできること。しかしながら、小規模ゆえに運営は厳しい。それでも、2021年に開校した「ホームホスピスの学校」には、運営を一から学ぼうとする人たちがやってくる。なかには、ほかで高い報酬を得ながら、あえて茨の道に飛び込んでくる人もいるという。その意味では、「まだまだ希望は捨てていない」と市原氏。「生老病死という、決して避けられない大事なことを、私たちは暮らしの中から遠ざけてきた。それを改めて取り戻すことが、ホームホスピスの役割であり、それがひいては地域づくりへとつながっていく」と述べ、講演を結んだ。



【指定発言】



岡本峰子氏

(朝日新聞パブリックエディター)

食事も治療も拒絶していた人がそれらを受け入れるようになったり、寝たきり全介助だった人が歩行器で歩けるようになったり。数々のホームホスピス取材してきたが、こうして生活を引き上げることができているのは、本人が「自分が大切にされている」と実感できるからだろう。同時に、そこにはたくさんの人の関わりがある。取材から見えてきたのは、ホームホスピスの理念が、現場でしっかりと共有されていること。心穏やかな生活を支える、そういうケアを実践できているからこそ、本人は「ここにいていいんだ」と感じ、家族もケアの一員として自然に関わることができる。こういった姿を見ていると、療養する人にとって必要なのは、医療というより生活に近いケアや、ホスピタリティであり、非医療職でもできる支えこそが、本人のモチベーションにつながるのではないかと考える。福岡で行われている「在宅ホスピスボランティア養成講座」や、マギーズ東京の「マギーズ流サポート研修」のように、地域でボランティアを育成し、インフォーマル・ケアを育んでいくことが、これからはもっと必要ではないかと考える。

どうなる どうする 終の棲家

【座長】宮武 剛氏（在宅医療助成 勇美記念財団 理事）
秋山 正子氏（暮らしの保健室 室長）



【パネリスト】笹井肇氏（武蔵野市 前副市長）
早川貴裕氏（栃木県保健福祉部医療政策課 主幹）
習田由美子氏（厚生労働省医政局看護課 課長）
小島美里氏（NPO 暮らしネット・えん 代表理事）
時田佳代子氏（社会福祉法人小田原福祉会 理事長）

住み慣れた地域で人生の最後まで自分らしい暮らしを続けるためには、どのような仕組みづくりが必要なのか。今回は、立場の異なる5名のパネリストが登壇。「どうなる どうする 終の棲家」をテーマに、「住まい」に焦点をあて、現状とこれからについてディスカッションを行った。

武蔵野市の地域包括ケア“まちぐるみの支え合い” 笹井肇氏



東京都武蔵野市では、地域包括ケアシステムの構築に向けた独自の施策により、支え合いの仕組みづくりを進めてきた。笹井肇氏は、その概要を報告した。

2000年に介護保険制度が創設され、各自治体で介護保険条例が制定されたが、武蔵野市ではこれと併せて「高齢者福祉総合条例」という独自の条例を制定している。その背景には、介護保険制度だけでは高齢者福祉の一部分しか担えず、もっと高齢者の生活を総合的に支えるようなまちづくりの目標が必要ではないか、という問題意識があった。条例には、住宅、雇用、保健・医療、介護予防、生涯学習、外出支援に至るまで、幅広い施策が打ち出されており、例えば、空き家などの休眠資源を活用して支え合いの取り組みを支援する「テンミリオンハウス事業」や、福祉車両を活用したドアツードアの移送サービス「レモンキャブ」など、さまざまな事業が行われてきた。武蔵野市における地域包括ケアシステムは、こういった高齢者の生活全般に関わる総合的な施策体系が基礎となっている。

また、医療介護連携においても、武蔵野市では介護保険の創設時から独自の取り組みを行ってきた。2008年には「脳卒中地域連携パス」がつけられ、急性期・回復期から在宅介護まで、医療と介護をつなぐネットワークが構築されている。そして2017年には、地域医療構想の市町村版として「武蔵野市地域医療構想（ビジョン）2017」を策定。各種の福祉計画に横串を指す



ようなかたちで、市としてのビジョンを打ち出してきた。

そこに盛り込まれたのが、在宅医療介護連携を促進するさまざまな施策だ。訪問看護とケアマネジャーの連携を促す「訪問看護と介護の連携強化事業」をはじめ、介護職や看護職が誇りとやりがいをもって働けるよう後押しする「ケアリニック武蔵野」の開催、さらには人材の発掘・養成などを担う「地域包括ケア人材育成センター」の設立、復職を支援するための「介護職・看護職 Re スタート支援金事業」など、人材確保・育成に向けた施策も幅広く打ち出してきた。



一方では、“多様な住まい方”の一つとして、小規模多機能型居宅介護の整備にも注力。武蔵野市は地価が高く、民間事業者の参入がなかなか進まないことから、未利用の市有地を提供するかたちで、参入を促している。

こういった取り組みを通して武蔵野市が目指してきたのは、「一人暮らしでも、認知症になっても、中・重度の要介護状態になっても、誰もがいきいきと住み慣れた地域で生活を継続できるまちづくり」。それを武蔵野市では、市民にわかりやすい言葉で「まちぐるみの支え合いの仕組み（武蔵野市版地域包括ケアシステム）」と呼んでいる。笹井氏は、「それを支えるのは医療と介護の連携であり、人材確保が欠かせないが、一方では、専門職だけでまちづくりはできない。市民一人ひとりの力を借りながら、支え合いの仕組みづくりを進めていくことによって、尊厳ある生を全うできる“終の棲家”が、地域のなかで叶えられるのではないかと述べ、講演を結んだ。

栃木県の在宅医療の現状と課題

～県民が望む場所で最後まで暮らし続けられる社会に向けて～ 早川貴裕氏

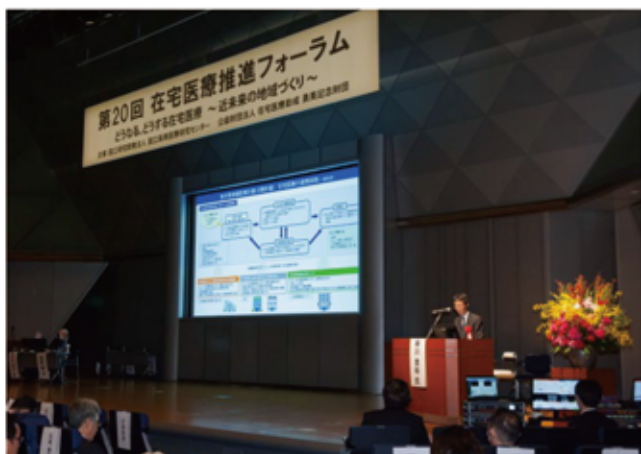


2024年3月に策定された栃木県保健医療計画（8期計画）には、在宅医療分野におけるさまざまな施策が盛り込まれている。早川貴裕氏は、その概要に触れながら、栃木県における在宅医療の現状と課題について語った。

栃木県では、入院から在宅への移行はもとより、外来通院が困難になって在宅医療を始める場合も想定し、在宅医療における連携の仕組みづくりを進めてきた。その連携を支える拠点についても、医療機関や市町村に加え、保健所（在

宅医療推進支援センター）をその一つとして位置付けているところに、栃木県の特徴がある。

こういった施策を通じて、県は「在宅療養を希望する人が、地域で安心して暮らし続ける」ことのできるまちの姿を目指してきたが、果たしてそれが今、本当に実現できているのか？ 実際には、同じ県内でも地域によって提供されている医療に大きな差が生じていることが課題となっている。



栃木県は中部から南部にかけてが平野部となっており、その周囲を山々が取り囲んでいるが、特に山間部は、医療資源、介護資源ともに少ない。そのような状況下で在宅医療がどのように行われているのか、その実施状況をみると、医師一人体制の診療所ができる範囲で往診等を中心に在宅医療を担うかたちで、山間部の医療が支えられてきた実態がある。一方で平野部においては、特定の在宅医療に特化し、大勢の患者を抱える医療機関も存在している。数が多いが質はどうか？といった課題が、新たに浮かび上がってきている。

また、山間部は自宅死の割合も低い。しかしながらこういった地域では、年老いて山で暮らせなくなったら山を降りて生活する、というのが習わし（普通感覚、行動）となってきたところもあり、「自宅死ができないからアンハッピーとは必ずしもいえない」と早川氏。施設での看取りの状況を見ると、老人ホームやグループホームでは実施していないところも少なくない。理由として、「施設の方針」「看護職員だけでは対応が難しい」などが挙げられており、今後、検討すべき重要なテーマとなっている。

一方、人生会議（ACP）に関する実態調査で浮き彫りになったのは、住民サイドの課題だ。ACPを「知っている」「ある程度知っている」は全体の10%に満たず、医療機関や施設への調査でも、ACPを実施する上での課題として「県民の理解が進んでいない」という声が多く寄せられている。

以上を説明した上では早川氏は、改めて制度的な課題について言及。「医療、介護のさまざまな計画が数合わせに終始してきた側面がある」と指摘した上で、「地域ごとの実態をもう少し詳細に見て、医療と介護の計画をより密接にしていく必要がある」との見方を示した。一方、県民全体の課題として、「立場に関係なく、我々一人ひとりが自分たちの尊厳ある生活を考えていくこと自体が、まだ欠けているのではないかと問題を提起。「医療が発達して選択肢が増えていくなか、“亡くなる際の選択”が必要になっている。そういったことも含め、ACPの推進が必要ではないか」と語った。

時代の要請に応える看護職員の確保について

習田由美子氏



これから変化していく医療ニーズに対して、看護人材をいかに確保していくのか。習田由美子氏は、国の施策の概要を説明した。

在宅患者数は今後、多くの地域で増加し、2040年以降に全国203の二次医療圏でピークを迎えると見込まれている。年齢階級別でみると、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上人口が引き続き増加し、医療と介護の複合ニーズがいっそう拡大する見通しだ。

「救急搬送件数」の将来推計では、2020年から2040年にかけて、85歳以上が75%増加することが見込まれており、また「在宅医療の需要」も、85歳以上が62%増加するとの予測が示されている。在院日数は高齢になるほど長くなる傾向にある。高齢者の退院には、認知症などの合併症や、単独世帯の増加といったさまざまな課題があり、暮らしを含めた支援が求められている。

こういった状況に対して、医療提供体制をいかに整えていくのか。第8次医療計画では、医療と介護の密接な連携体制を構築する観点から、在宅医療の“圏域”について議論が行われてきた。「在宅医療の提供体制に係る指針」では、従来の2次医療圏単位ではなく、市町村単位や保健所

圏域など、地域の実情に応じて弾力的に設定することが推奨されている。実際に、2 次医療圏単位とは異なる単位で圏域を設定している都道府県も多くなっている状況だ。一方、地域医療構想においても同様の議論が行われているが、都道府県へのヒヤリングでは、まだ具体的な議論にまでは至っていないところも多い。

こういった状況下で、看護職員の確保に向けた施策はどのように行なわれているのか。国が示しているのは、「新規養成」「復職支援」「定着促進」という三つの柱だ。第8次医療計画では、看護職員確保対策の推進に向けた新たなポイントとして、在宅医療の需要の増加に向けて、訪問看護の人材確保対策をそれぞれの地域で推進すること、さらには特定行為研修をはじめ専門性の高い看護師の養成を推進することが、盛り込まれている。

この「特定行為研修」は、在宅医療推進のために創設された制度であり、その最大のポイントは、医師からの包括的指示を受けた看護師が、現場でタイムリーにケアを判断、実施できるところにある。研修を受けた看護師は、そういった判断の基礎となるフィジカルアセスメントや臨床推論などを学んでおり、現場の医師からは、「適切な情報収集・相談ができるため連携しやすく、安定した在宅医療を提供できる」といった声があがっている。習田氏は、「特定行為研修を受けた看護師が地域にいて、ケアの幅が広がり、訪問できる地域の範囲も広がっていく」と述べ、その意義を強調。「増加する在宅医療のニーズに対応するには、こういった連携が不可欠であり、多くの看護職員が研修を受けられるよう支援をお願いしたい」と呼びかけた。



在宅介護は崩壊の危機 小島美里氏



NPO 法人「暮らしネット・えん」は、埼玉県新座市で 30 年にわたり、地域密着の介護サービスを展開してきた。小島美里氏は、その現場で直面している訪問介護の危機的な状況について報告した。

人生の最期を自宅で迎えたいと多くの人が希望していることは、周知のとおりである。しかしながら、小島氏が冒頭から指摘したのは、「今、それが叶わない方向へと進んでいる」という現実だ。2024 年度の介護報酬改定では、訪問介護の基本報酬の大幅な引き下げが行われている。身体介護、生活援助ともに、その下げ幅は 2%以上にも及ぶ内容だ。

こういったことが起きた背景に、何があるのか？ ヘルパーは高齢化が進み、平均年齢は 54.5 歳、70 歳以上が 12.2%となっている。しかしながら、「現場の実感はそのようなものではない」と小島氏。80 代のヘルパーが紙オムツを着けて介護に行くようなことも現に起きており、訪問介護事業所の 83.5%が人手不足を感じているという。有効求人倍率は、実に 14 倍。その裏側にあるのは、サ高住などに併設された介護事業所が効率よく収益を上げている実態だ。かたや地域のヘルパーは、酷暑極寒に自転車を利用者宅間を走り回っても移動のロスなどで 1 日に回れる件数は知

れていて、すでに必要なケアプランを満たすことができない状況に陥っている。

小島氏が危惧するのは、こういった低い報酬によるモチベーションの低下が、危機的な人材不足にさらなる拍車をかけてしまうこと。訪問介護は、在宅サービスのなかでも初期から終末まで対応可能な唯一のサービスである。日本人の平均寿命と健康寿命の間には約 10 年の開きがあるが、この 10 年間で、訪問介護は全てカバーすることができる。本来であれば大事にされてしかるべきサービスのはずが、何かにつけて「雑に扱われてきた」と小島氏。実際に、コロナ禍においては、介護職はワクチンの優先接種を受けていたにもかかわらず、ヘルパーはその枠から外されている。



すでに 97 の自治体で訪問介護サービスがなくなっており、277 の自治体で、残り 1 つという状況に。小島氏は、「介護保険料を支払い続けて、いざとなったらサービスがない、というのでは、もはや社会保険としての体をなしていないのではないかと述べ、改善の必要性を訴えた。

さらに小島氏は、今後の課題についても言及。「国は介護の産業化を進めているが、産業化で救われるのは一定程度の所得や資産のある高齢者だけであり、ギリギリの年金で暮らしている要介護高齢者たちは、確実に取り残されていく」と警鐘を鳴らした。その上で、「地域での生活を支える訪問介護がなくなり、施設に入るお金もなければ、何もない状況で自宅でしか死ねない人たちが、確実に増えていく」との危機感を示し、「長年、苦労を重ねた人が一生を終えていくときに、誰にも看取られず、誰もオムツを替えてくれないような状況で本当にいいのか？ この状況を改善するためにも、まずは訪問介護の減額を撤回する活動に、ぜひ力を貸していただきたい」と呼びかけた。

潤生園における終末期ケア 時田佳代子氏



時田佳代子氏は、社会福祉法人小田原福祉会の特別養護老人ホーム「潤生園」において取り組んできた“食介護”を基本とする終末期ケアについて報告した。

潤生園で介護食の開発が行われたのは、1990 年前後のこと。まだ施設の中で高齢者が亡くなることはほとんどなかった時代で、潤生園においても、嚥下障害などで病院に搬送されると、ほとんどの場合、そのまま病院で亡くなっていった。なぜ、再び施設に戻れなくなってしまうのか？ そもそも特養には、自ら望んで入ってきた入居者は一人としていない。それでも徐々に施設での生活に馴染み、「ここが終の棲家」と覚悟を決めて暮らしている。それなのに、体調が悪くなると病院に送られ、「施設からも見放された」と感じてしまう。その意欲の低下が死につながってしまうのではないかと——当時の職員たちは、そのように考えたという。

ではどうすれば、何かあっても病院に送ることなく、施設で療養を継続できるのか？ そこで着手したのが、介護食の開発だった。“食はいのち”を合言葉に、人生の最期まで経口摂取に取り

組む。障害があっても喉を通る食事ができたことで、潤生園の終末期ケアは、具体的なかたちをとるようになった。その過程で課題となったのが、食事の“量”の判断だった。日本の食事摂取基準には、重度の要介護高齢者の食事に関する基準は示されていない。そこで潤生園では、研究者の協力を得て、必要な栄養摂取量を検討する調査研究を実施。まずは基礎代謝量を測定し、必要なエネルギー量を割り出すと、1日 1000～1200kcal 程度で良いことが明らかになった。この結果は、普段、職員たちが一人ひとりの様子を見極めながら提供していた食事量とほぼ一致しており、「自分たちが行っているケアへの自信にもつながるような研究だった」と時田氏は語る。

こういった取り組みを通じて潤生園では、「その人自身が持って生まれた天寿を全うしていただく」ことをケアの方針に掲げてきたが、そこにはもう一つ、課題があった。医療のほとんど入らない“自然な死”のプロセスをどのような根拠を持って語り、説明責任を果たせばよいのか。そこで潤生園では、“BMI”に着目し、研究者とともにさらなる共同研究を実施。亡くなる5年前までさかのぼり、数値の変化を追っていくと、日々の食事量および水分摂取量はほぼ変わらないまま、BMI だけが徐々に落ちていくことがわかったという。「つまり人は、終わりの時期に向かって、自分の体を少しずつ、死に馴染ませているのではないか」と時田氏。この研究結果は老衰死の背景として日本緩和医療学会誌に論文投稿され、J ステージ上にも公開されている。

以上、一連の取り組みを報告した時田氏は、「特養は終の棲家といっても過言ではないが、それだけの場にしておいて良いのかという疑問もある」と語り、特養の役割について改めて言及。「介護保険が自立支援を目的としている以上、特養においても、在宅に戻れるようなアプローチを同時に行っていく必要があるだろう。ぜひ今後の特養の取り組みに、ご注目いただきたい」と述べ、講演を結んだ。



《質疑応答》~~~~~

——ここまでさまざまな課題が浮かび上がってきたが、それぞれのプレゼンテーションを受けて感じたことや、補足で強調したいことがあれば伺いたい。



笹井 これから生産年齢人口がどんどん減ってくる。一方では、非正規雇用の多い就職氷河期世代が 2035 年には 65 歳になり、団塊の世代は 85 歳以上になっていく。介護と医療と住まい、そ



れを支える人材をどう確保していくかは、非常に大きな問題だ。介護職も看護職も、なかなか確保育成が難しいなかで、専門職以外のインフォーマルな連携がないと、今後の地域包括ケアは難しい。そこは地域の皆さんの力に期待し、まちぐるみの支え合い、お互い様の仕組みづくりをいかに行なっていくかが、今後の課題になってくる。

早川 医療政策に携わりながら日々思うのは、私たちは本

当に、医療がないと暮らせないのだろうか、ということ。健康のために努力することももちろん必要ではあるが、では何のために健康でいるのか、どう生きて、どう亡くなっていくのか、あまり考えずに生活している。今はどうしても医療に偏重した考えで、いろいろなものが進んでいくが、いずれは死ぬことを考えたときに、医療がどういう役割を持っているのか、自分や家族、地域の人々の人生にどういう意味を持つものなのか、考え直すことが必要だと感じた。



習田 教育について補足をすると、平成8年頃から、看護職の教育カリキュラムに在宅看護論という科目が入っている。さらに平成30年には、地域在宅看護論としてカリキュラム改正が行われた。学生が自ら地域に入り、高齢者あるいは障害者にとって何が必要なのか、地域にどういう資源があって、何が足りないのか、といったことを自ら感じ取りながら、学んでいく内容だ。それ以前は、そういったことを体系的に学ぶ機会がなかったが、これからは在宅看護を学んだ学生たちが、卒業して地域に出ていくことを期待したい。

小島 介護職の人材不足についてかなり厳しい話をしたが、一方では希望もある。最近我々のヘルパーが看取りに入り、それを見ていた孫が、訪問介護の仕事がしたいと入ってきたケースもある。これまでも1日2時間程度、子育てをしながら仕事をはじめて、10年後にはサービス提供責任者や管理職にまで成長しているスタッフが何人もいる。このように地域には、ヘルパーをやってみたいという人が必ずいると思っているが、とはいえ、やりがいで生活できない。ネットはやはり低報酬による低賃金であり、やりたくても離れていく人がいることを、ぜひご理解いただきたい。

時田 サービスを提供する一人ひとりの質こそが、組織の質だと考える。つまり教育こそがすべてであり、専門職としての誇りと自信を持てるように育てていくことは、経営の使命だと考えている。前理事長は、退職金を全て法人に寄付しており、それを原資として、教育に対する全面的な支援を行っている。大学への進学や専門資格の取得、あるいは新卒採用の職員へのスキル向上を目的とした様々なプログラムを、4年間かけて実施している。経営全体を見れば非常に厳しい



が、それでも、教育に手を抜いてしまっては未来がないと思っている。

在宅医療推進のための共同声明

(2019 年版)

- 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、そして生きがいをお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 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寄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。

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

〒474-8511 愛知県大府市森岡町 7-430

TEL : 0562-46-2311

HP : <https://www.ncgg.go.jp/>

公益財団法人 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

TEL : 03-5226-6266 / Fax : 03-5226-6269

HP : <https://www.yuumi.or.jp/>