

令和元年度 厚生労働省委託事業

在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【日 時】

2020年3月15日（日） 10:00 ～ 15:45

【場 所】

日本医師会館 大講堂

【主 催】

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

【共 催】

公益社団法人 日本医師会

令和元年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【目 的】

全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生等が、
地域において在宅医療に関する地域の実情を踏まえ、
推進活動をするためのリーダー役、
そして様々な研修会の講師役となれるよう本研修を位置付ける。

【日 時】

2020年3月15日（日） 10:00 ～ 15:45

【場 所】

日本医師会館 大講堂

【主 催】

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）
公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

【共 催】

公益社団法人 日本医師会

はじめに

皆さまご承知のとおり、我が国では1940年代後半のベビーブームの時代に生まれた、いわゆる団塊の世代の方々が2025年には75歳以上の後期高齢者となります。2025年問題と呼ばれるこの一つのターニングポイントを迎えるまでに残り5年を切りました。

75歳以上になりますと、様々な病気を抱えながら生活をしていかなければならない方や、介護を必要とする方が増えてまいりますが、現在、国をあげて取り組んでおります地域包括ケアシステムの構築は、たとえ医療や介護が必要な状態となったとしても、住み慣れた地域で尊厳を持って暮らし続けたいというその方の希望に応えるためのものであります。そして、高齢者への支援策として考え始められたこのシステムが、今や全世代対応型のシステムへと進化を遂げようとしております。

昨年12月には、国民が安心して超高齢社会を迎えるため、幅広い関係者が力を合わせて地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を推進していくことを目的に、「日本地域包括ケア学会」が設立され、本会としても協力体制で第1回大会を開催させていただきました。

その場でもお話しをさせていただきましたことは、地域包括ケアシステムの本質はまちづくりであること、そして、それぞれの「まち」では、文化や風習、社会資源など状況は様々であるため、地域の特性に応じた対応が必要になるということです。このまちづくりは、規範的統合のもと、住民を主人公として、行政を含めた各専門職の皆様との連携・協働が必要不可欠であります。

地域包括ケアのまちづくりを行う上で重要な要素となる「在宅医療」は、地域のかかりつけ医が行ってきた「患者を最期まで責任を持って診る」という外来診療の延長線上にある代表的な診療形態の一つであります。地域の特性を踏まえ、入院医療・外来医療・在宅医療をそれぞれ過不足なく提供できる体制整備を行うことが、住み慣れた地域で暮らす患者さんの安心と安全を守ることに繋がるものと考えております。

本研修会では、研修修了者に地域において在宅医療に関する講師役等となっていただくことを目的としております。ご参画の先生方におかれては、かかりつけ医が地域の中で積極的に在宅医療に取り組んでいただけるよう益々のご尽力をお願いするとともに、本日の研修内容が少しでもご参考となれば幸いです。

あらためまして、本資料の作成及び研修会の開催にあたり、ご執筆・ご講演いただく先生方をはじめ、日本在宅ケアアライアンス及び公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団のご関係者の皆様方に深く感謝申し上げます。

令和2年3月

公益社団法人日本医師会
会長 **横倉 義武**

開催にあたって

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA：Japan Home Health Care Alliance）は、健全な在宅医療の普及推進を目指した学術団体や職能団体等によって、平成27年3月に組織され、さまざまな活動を行ってまいりました。

このたび、厚生労働省の事業である「令和元年度在宅医療関連講師人材養成事業」について、JHHCAならびに在宅医療助成勇美記念財団が主催し、本事業の一環として「講師人材育成研修プログラム」を作成し、日本医師会の共催の下、研修会を開催する運びとなりました。

ご承知のように、地域包括ケアシステム構築が基礎自治体の重要な役割となり、在宅医療への期待はより一層高まりをみせておりますが、在宅医療という新しい医療の形態を社会に正しく認識して頂くための障壁は、決して低いものではありません。

生活の場で提供される医療サービスの妥当性は、生活の質の向上という尺度で推し量ることとなり、多職種が協働し、地域の社会資源を有効に活用し、「暮らし」を上位概念として提供されなければなりません。それこそ、望まれれば生活の場での看取りまで支えることも求められます。在宅医療は「治し・支える医療」です。支えるとは医療・介護を必要としている人の「生活と人生の満足、生きがい」とは何かを考えることでもあります。地域医療のかたちは大きく変わろうとしています。

尊厳ある療養生活を支えるには、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・リハビリ専門職（PT／OT／ST）・管理栄養士、さらには介護職やケアマネジャー、さらには福祉タクシーのドライバーにも、そして行政にも「在宅医療に対する本質的な理解」が求められ、ケアチームの質が在宅医療の質を規定し、地域力が問われると言っても過言ではない状況となっております。

そこで、地域の「かかりつけ医」が良質な在宅医療を「医の原点」として積極的に実践するだけでなく、各地域の在宅医療普及推進のアドバイザー役として、行政とも足並みを揃えて地域包括ケアシステム構築の一翼を担えるようにと願い、本研修会を開催いたします。

本研修会はワークショップ形式で進められますので、多職種との連携がより強固なものとなることを期待しています。また本研修会のために作成したシラバスがありますので、研修会を修了された皆様方には、在宅医療関連事業に各地域でご活用いただければと願っております。多職種協働を基盤として、地域連携で推進する日本の在宅医療のスタンダードを示すものとなれば幸いです。

最後に、日本医師会の強力なお力添えや、日本在宅ケアアライアンス加盟の各団体の皆様のご支援に、心より感謝申し上げます。

令和2年3月

日本在宅ケアアライアンス
議長 **新田 國夫**

令和元年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

日時 2020年3月15日(日) 10:00～15:45 日本医師会館 大講堂
主催 日本在宅ケアアライアンス (JHCA)、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
共催 日本医師会
目的 全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生等が、地域において在宅医療に関する地域の実情を踏まえ、推進活動をするためのリーダー役、そして様々な研修会の講師役となれるよう本研修を位置付ける。

総合司会：鶴岡 優子 (日本在宅医療連合学会)

プログラム [午前10:00～11:45]

10:00～10:05	開会の辞・本研修の目的と狙い 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)
10:05～10:25	厚生労働省・日本医師会からの期待等 ◆在宅医療政策の方向性 鈴木 健彦 (厚生労働省) ◆地域包括ケアシステムとかかりつけ医機能 江澤 和彦 (日本医師会)
10:25～10:45	意思決定支援のありかた 法律家の立場より 稲葉 一人 (中京大学)
10:45～11:30	地域からの報告 ◆かかりつけ医の在宅医療【1】 土橋 正彦 (土橋医院：千葉県市川市) ◆かかりつけ医の在宅医療【2】 上村 伯人 (上村医院：新潟県魚沼市) ◆かかりつけ医の在宅医療【3】 鈴木 陽一 (板橋区役所前診療所：東京都板橋区)
11:30～11:45	ワークショップに関する解説と具体的症例提示 3症例 鈴木 央 (全国在宅医療医歯薬連合会)
昼食 (60分)	

プログラム [午後12:45～15:45]

12:45～14:30	ワークショップ (ワールドカフェスタイル) ※1グループ：6～8名 [議論の視点] (参考例) ・かかりつけ医機能としての在宅医療 ・在宅医療と救急医療 (後方病床としての病院との連携) ・意思決定支援 ・地域の実情 ・地区医師会の役割
会場移動 (15分)	小講堂3階、他会議室5階から大講堂へ
14:45～15:30	プレゼンテーション・ディスカッション 座長：飯島 勝矢 (日本老年医学会・東京大学高齢社会総合研究機構) コメンテーター：太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会) 蘆野 吉和 (日本在宅医療連合学会) 大橋 博樹 (日本プライマリ・ケア連合学会) ※プレゼンテーションは6チーム各5分、「現状⇒課題⇒解決策」という型式で壇上にて発表 ※6名のプレゼンターを交えて壇上でディスカッション
15:30～15:45	総括と閉会の辞 江澤 和彦 (日本医師会)

目次

ご挨拶	2
はじめに	2
開催にあたって	3
プログラム	4
厚生労働省・日本医師会からの期待等	7
◆在宅医療政策の方向性	8
◆地域包括ケアシステムとかかりつけ医機能	24
意思決定支援	41
◆意思決定支援のありかた 法律家の立場より	42
地域からの報告	61
◆「地域からの報告」の趣旨・狙い	62
◆かかりつけ医の在宅医療【1】	64
市川市の自宅死亡割合は、なぜ高い？	
◆かかりつけ医の在宅医療【2】	74
IPE・IPWで地域包括ケアシステムを育てる	
◆かかりつけ医の在宅医療【3】	84
都市部におけるかかりつけ医の在宅医療	
ワークショップの趣旨と進め方	93
参考資料	103
◆団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて	104
◆日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および 特別顧問、有識者委員	108
◆プロフィール	110
◆「令和元年度在宅医療関連講師人材養成事業」委員名簿	116

厚生労働省・日本医師会からの期待等

在宅医療政策の方向性

地域包括ケアシステムと かかりつけ医機能

I 厚生労働省・日本医師会からの期待等

在宅医療政策の方向性

鈴木 健彦

目 標 わが国において急速に進行している少子高齢化を踏まえた社会構造の変革を背景に、住み慣れた地域で自分らしく人生の最後まで過ごすことができるように医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を構築するため「地域包括ケアシステム」の整備が進められている。この研修では、地域包括ケアシステムの概念や考え方、在宅医療が担う機能や役割、介護との連携、多職種連携や医療・介護提供体制の方向性について、理解していただくことが目標である。

Keyword 在宅医療、地域包括ケアシステム、医療計画、介護保険事業計画、人生の最終段階における医療・ケア、アドバンス・ケア・プランニング

内 容

1. 地域包括ケアシステムにかかる背景
2. 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針
3. 在宅医療の位置づけ及び現状
4. 今後の方向性

1



令和元年度 厚生労働省委託事業
「令和元年度 在宅医療関連講師人材養成事業」

在宅医療政策の方向性

令和2年3月15日
厚生労働省医政局地域医療計画課

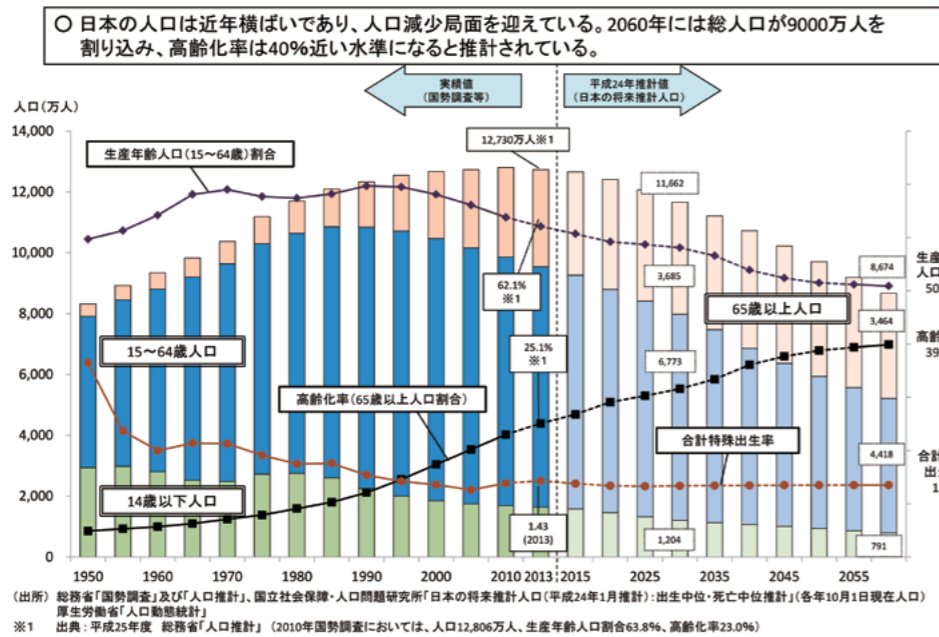
2 テーマ

1. 医療を取り巻く環境の変化と地域包括ケアシステム
2. 医療政策における在宅医療の位置づけ
3. 人生の最終段階における医療・ケアに関する動向

3

1. 医療を取り巻く環境の変化と地域包括ケアシステム

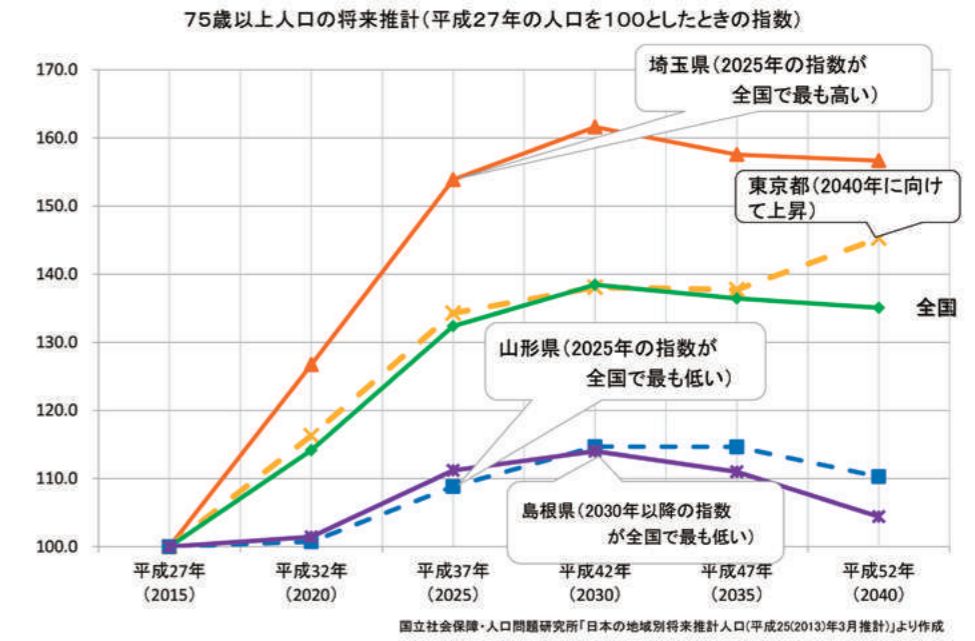
4 日本の人口の推移



日本の人口は近年横ばいだが、将来推計では今後人口減少の局面を迎えている。2013年の高齢化率は25.1%だが、総人口に占める高齢者の割合は今後増加し、2030年には30%を超え、2060年には総人口9000万人を割り込み、高齢化率は40%前後になると予想されている。その一方で、15～64歳の生産人口と14歳以下の子どもの人口は減少傾向にある。

5

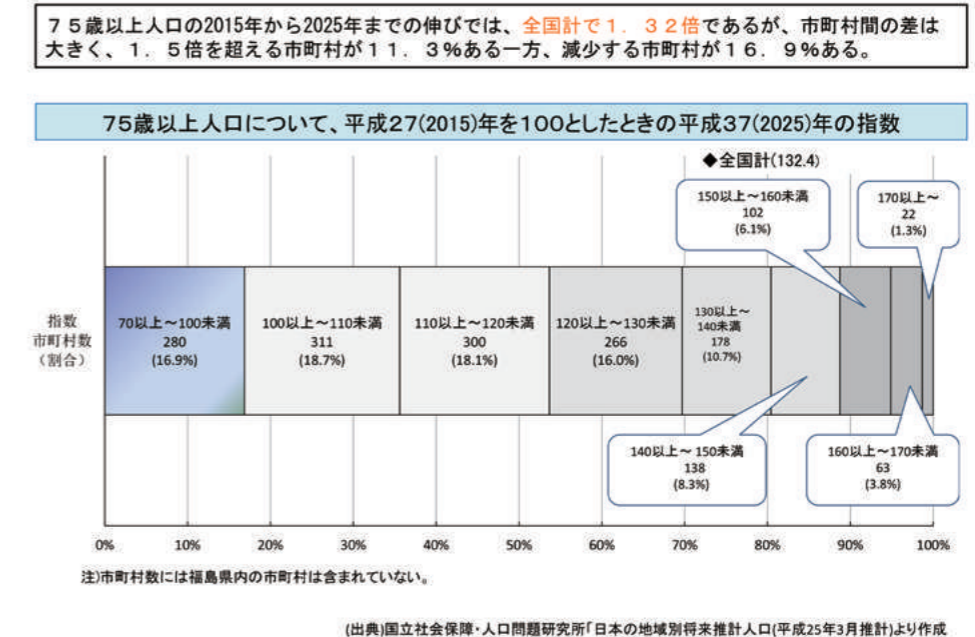
2015-2025-2040年の高齢化の状況



2040年までの後期高齢者の推移については、都道府県によってピークの年が異なることが予想されている。

6

75歳以上人口の伸びの市町村間の差



75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある。

7 医療における2025年問題

- 2025年とは団塊世代が75歳を迎える年
 - 医療・介護需要の最大化
- 高齢者人口の増加には大きな地域差
 - 地域によっては高齢者人口の減少が既に開始
- 医療の機能に見合った資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期まで患者が状態に見合った病床で、状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を作ることが必要。

医療において、2025年問題といわれる話がある。2025年とは、団塊世代全てが後期高齢者を迎える年であり、医療や介護の需要の最大化を迎えていく節目と考えられている。一方、高齢者人口には地域差があることから、地域の医療資源を、効果的かつ効率的に配置することを進めていくことで、病態に見合った病床で、患者の状態にふさわしい医療サービスを受けられる体制を構築していくことが求められている。

8 改革における医療・介護の方向性

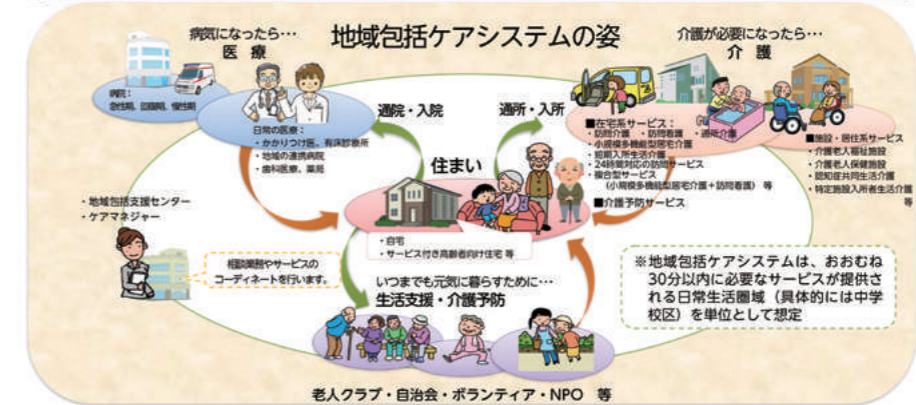
- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要

社会保障制度改革国民会議報告書「医療・介護分野」（H25.8.6）から作成

このような社会の変化を踏まえ、平成25年の社会保障制度改革国民会議の報告書では、病院完結型の医療から、地域で支える地域完結型の医療に転換していくことの必要性について言及されている。

9 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目前に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



地域包括ケアシステムについては、地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築に取り組んでいくことが重要である。

10

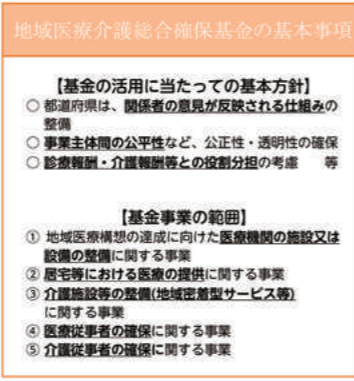
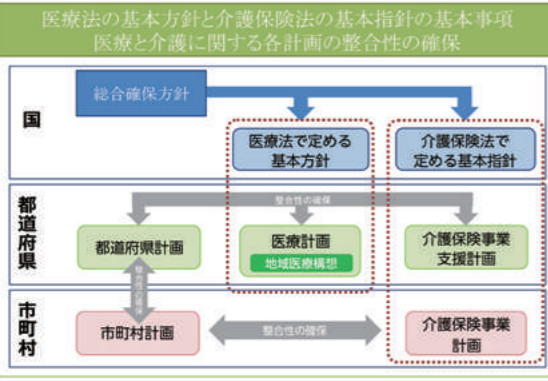
2. 医療政策における在宅医療の位置づけ

11 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律（平成元年法律第64号）第3条に基づき、平成26年9月12日、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）を策定。

地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

- 意義：「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。
- 基本的方向：①効率的で質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築
②地域の創意工夫を生かせる仕組み / ③質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進
④限りある資源の効率的かつ効果的な活用 / ⑤情報通信技術（ICT）の活用

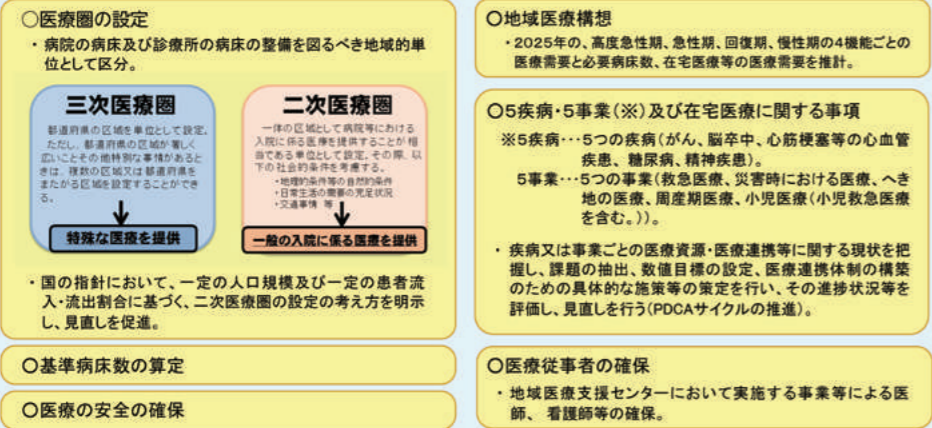


医療政策における在宅医療の位置付けについては、平成26年に「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針（総合確保方針）」が策定されている。「団塊世代」が全て75歳以上となる2025年を見据え、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最終段階を迎えることができる環境を整備し、切れ目のない医療及び介護提供体制の構築を目指す。この方針に即して、医療計画や介護保険事業計画を策定していく。また、こうした体制整備のために、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、各種事業を行うこととしている。

12 医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の实情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

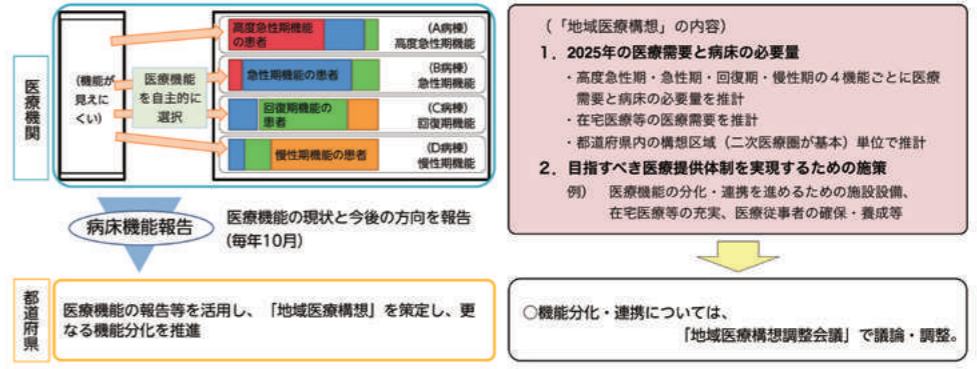
医療計画における主な記載事項



医療の提供体制の確保については、都道府県が6年に一度、医療計画を策定し、提供体制の整備を行っている。平成30年度からは第7次医療計画が始まり、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患の5疾病と、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療の5事業および在宅医療について、計画の実施が進められている。在宅医療も医療計画の中に位置付けられており、都道府県の实情に応じて必要となる医療機能や数値目標や施策等を定めることとしている。

13 地域医療構想について

- 「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。平成28年度中に全都道府県で策定済み。
※「地域医療構想」は、二次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



現在、都道府県が策定した「地域医療構想」に基づき、地域医療構想会議で各議論が進められているところだが、これは2025年に向け、病床の機能分化、連携を進めるために行われている。具体的には、2025年の医療需要と病床の必要量を高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4機能ごとに推計する。在宅医療等の医療需要も推計を行い、都道府県内の構想区域単位で推計を行っている。

14 なぜ、地域医療構想が必要か？

【地域医療構想の目的】

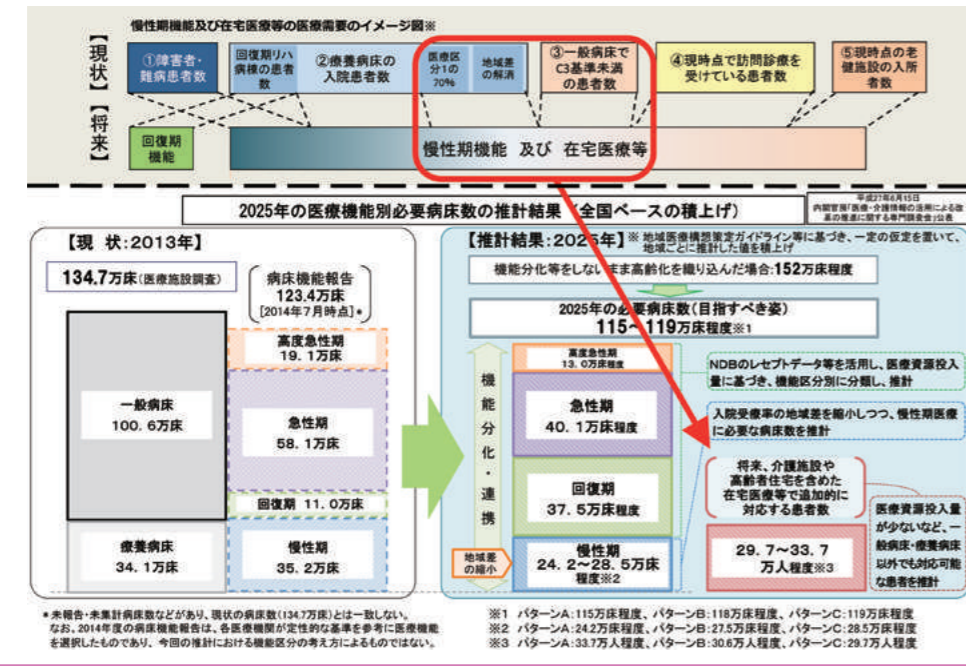
- 地域の高齢化等の实情に応じた、病床の機能分化・連携を進めることにより、効率的な医療提供体制を構築する

【現状の病床利用では解消しきれない問題に対して】

- ①入院患者の増加
 - ・急激な増床等は非現実的
 - ⇒ 地域ごとの病床機能の効率化・最適化で対応
- ②高齢化に伴う疾病構造・受療行動の変化
 - ・急性期医療から回復期医療への需要のシフト
 - ・「入院⇒外来」から「入院⇄施設・自宅」へ
 - ⇒ 地域ごとに必要な医療機能への分化を促し、施設間の連携の強化で対応

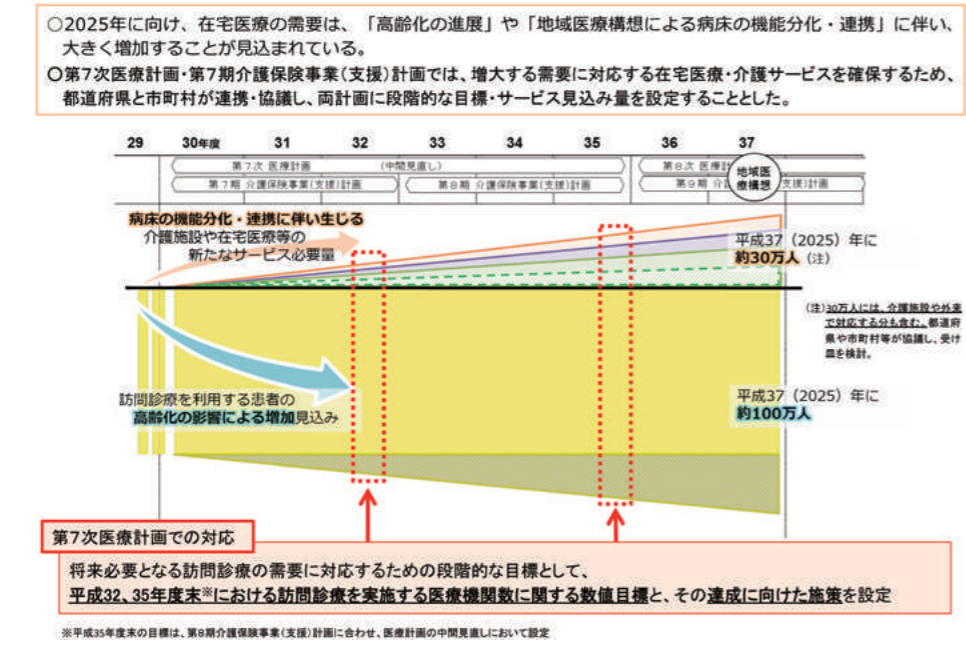
地域医療構想については、現在の病床利用では解消しきれない問題について、高齢化に伴う入院患者の増加・変化に対して、急激な増床で対応するのではなく、地域ごとの病床機能の効率化・最適化で対応すること、高齢化に伴う疾病構造や受療構造の変化に対して、地域の推計に応じた必要な医療機能への分化を促し、施設間の連携を強化していくことが求められている。

15 いわゆる在宅医療等で追加的に対応する患者数について



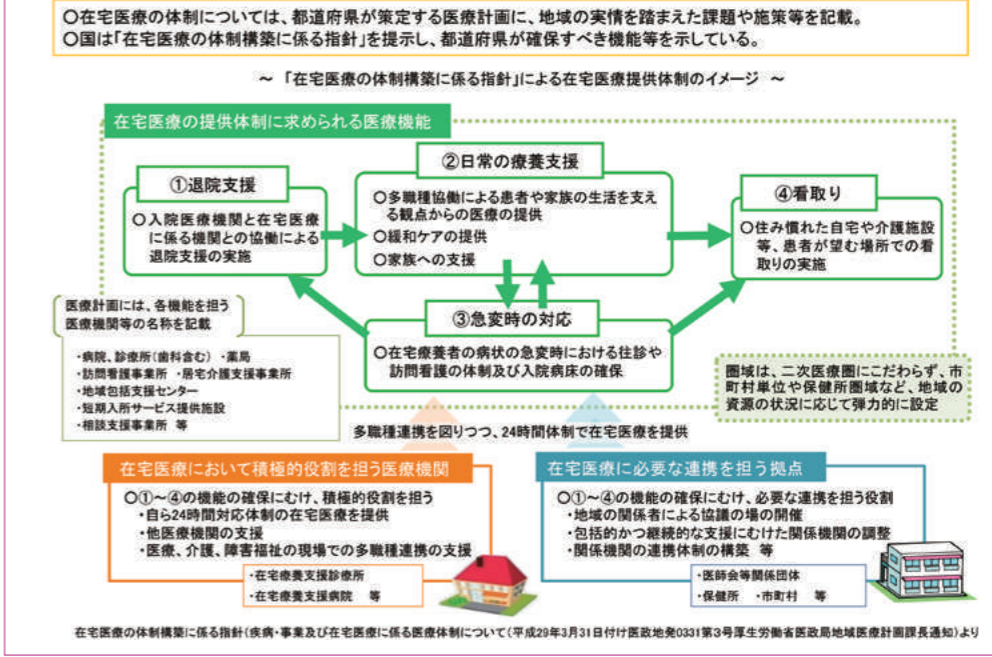
地域医療構想では、慢性期機能の医療需要と在宅医療等の患者数を一体的に推計している。ここでいう在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、介護医療院、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。在宅医療等には、資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計している。そのため、地域医療構想では、在宅医療等で追加的に対応する患者数については2025年には29.7万～33.7万人程度とされている。

16 在宅医療の整備目標の設定について（全体像）



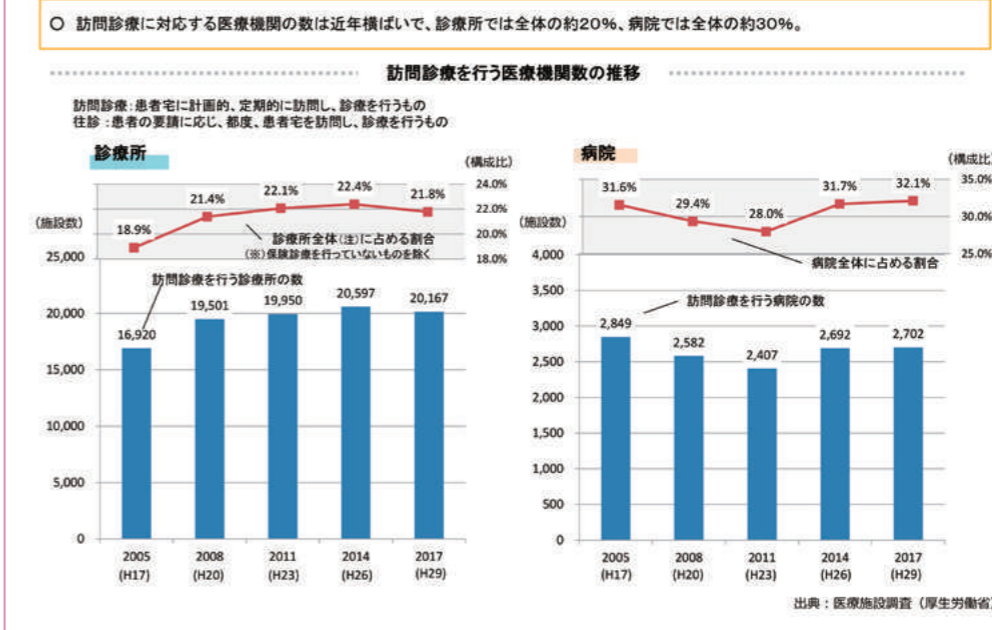
また、高齢化の影響による訪問診療を受ける方の増加見込みとして、2025年には約100万人の需要があると考えられており、前ページの追加的ニーズのうち在宅医療で対応する分と合わせて、将来必要となる訪問診療の需要に対応するための段階的な目標として、各都道府県は医療計画の中に、2020年、2023年度末における訪問診療を実施する医療機関数に関する数値目標と、その達成に向けた施策を設定について原則記載することとされている。

17 在宅医療の体制について



医療計画の中で在宅医療の提供体制に求められる医療機能として「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」を挙げている。各機能を担う医療機関等の名称を記載していくとともに、都道府県が達成すべき目標や施策等を示している。その中で、多職種連携を図りつつ、在宅療養支援診療所・病院等の積極的役割を担う医療機関と医師会や保健所等の必要な連携を担う役割をもって、24時間体制で在宅医療を提供できるように整備していくこととしている。

18 在宅医療の提供体制 ～日常の療養支援～



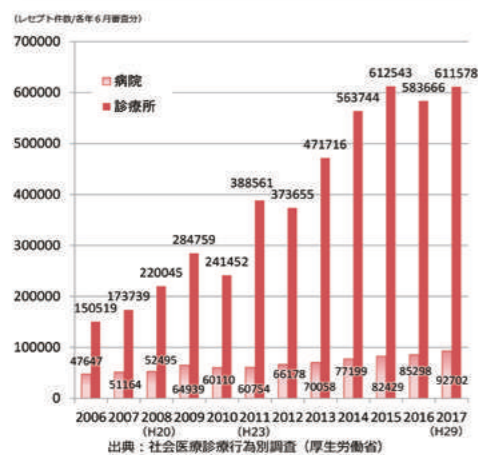
在宅医療の提供体制については、訪問診療に対応する医療機関の数は近年、横ばいで、診療所では全体の約20%、病院では全体の約30%となっている。

19 在宅患者訪問診療料等の算定件数の推移

- 訪問診療料の算定件数は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

「訪問診療」：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料の算定件数推移(病院・診療所別)



在宅患者訪問診療料算定件数の年齢階級別の構成比

	2008	2011	2014	2017
	(H20)	(H23)	(H26)	(H29)
計	272,540	449,315	645,992	710,868
0-4歳	0 (0.00%)	38 (0.01%)	448 (0.07%)	828 (0.12%)
5-19歳	0 (0.00%)	1,085 (0.24%)	1,046 (0.16%)	1,622 (0.23%)
20-39歳	2,502 (0.92%)	3,499 (0.78%)	3,770 (0.58%)	4,428 (0.62%)
40-64歳	12,443 (4.57%)	23,074 (5.14%)	19,004 (2.94%)	20,708 (2.91%)
65-74歳	31,488 (11.55%)	35,384 (7.88%)	46,713 (7.23%)	49,234 (6.93%)
75-84歳	93,044 (34.14%)	152,390 (33.92%)	192,807 (29.85%)	187,776 (26.42%)
85歳以上	133,063 (48.82%)	233,845 (52.04%)	382,204 (59.17%)	446,272 (62.78%)

訪問診療料の算定件数は近年、横ばいとなっている。また、訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者だが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向となっている。

21

3. 人生の最終段階における医療・ケアに関する動向

20 在宅医療関連講師人材養成事業

【趣旨】

在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成する。

【事業概要】

医師を対象とした「①高齢者向け在宅医療」、「②小児向け在宅医療」、看護師を対象とした「③訪問看護」の3分野ごとに、研修プログラムの開発を行うとともに、**相応の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に対し、中央研修を実施する。**
 (②・③分野では、行政職員が医師又は看護師と共に研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組む演習も実施)
 令和元年度は、都道府県・市町村の、研修を受けた人材の活用状況について調査の上、事例集を作成し、優良事例の横展開を行う。

国（関係団体、研究機関、学会等）

◆研修プログラムの開発

- ・ 職能団体、研究機関、学会等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。
- ・ プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して構築。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。



◆中央研修の実施

- ・ 開発したプログラムを活用し、中央研修を実施。
- ・ 受講者が、地域で自治体と連携しながら人材育成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

- 平成30年度の全国研修の状況
- ①高齢者向け在宅医療
日時：平成31年1月20日
参加者：191名（医師）
- ②小児向け在宅医療
日時：平成31年1月27日
参加者：235名（医師146名・行政89名）
- ③訪問看護
日時：平成30年11月30日
参加者：128名（看護師93名・行政35名）

研修修了者が各自治体において実施した人材育成事業を調査し、地域での先進的な優良事例について全国的な横展開を実施する。



このように在宅医療の需要が増す中、地域で在宅医療に携わる医師や看護師を確保していくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を養成することを目的に、本日ご参加いただいている講師人材養成事業を位置付けている。

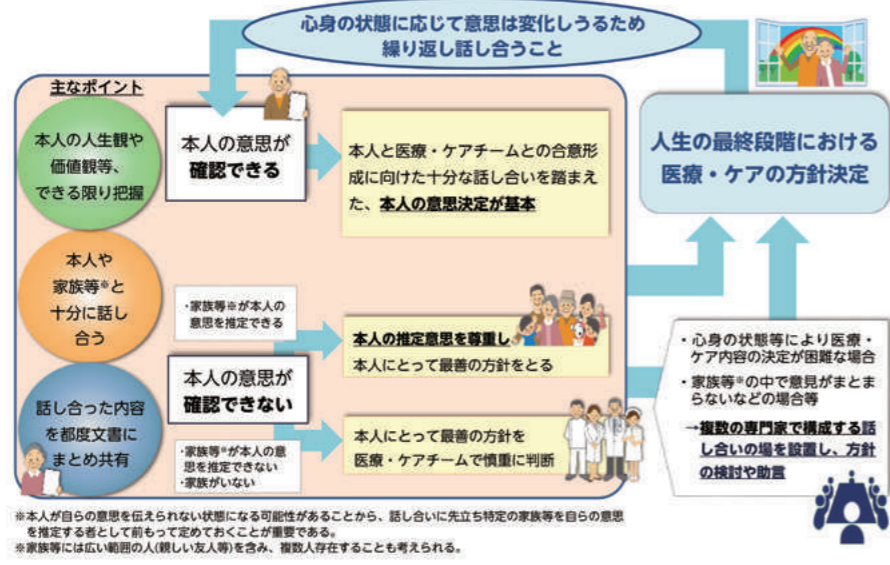
22 人生の最終段階における医療・ケアに関する検討の経緯

- ① 富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定
- ② その後、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への用語変更に伴い、平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更
- ③ 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、平成30年にガイドラインの見直しを実施（「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更）

富山県射水市民病院の人工呼吸器取り外し事件を踏まえ、平成19年に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。その後、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への用語変更に伴い、平成27年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更した。病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるよう、平成30年にガイドラインの見直しを実施した。（「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に名称を変更）

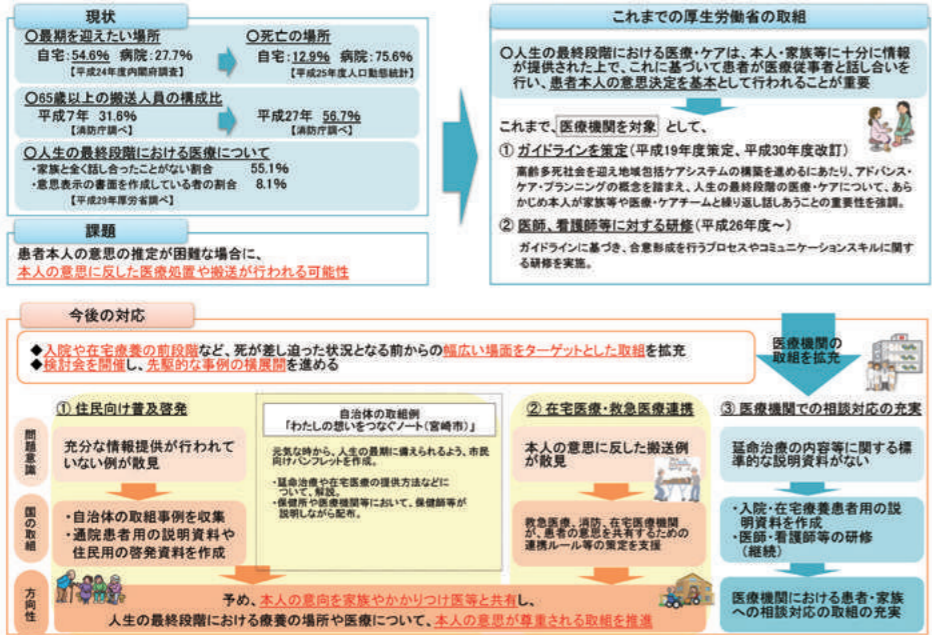
23 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ（イメージ図）（平成30年版）

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



改訂したガイドラインについて、本人の意思は、心身の状態に応じて変化しうるため、繰り返し話し合うことの重要性を含め、本人の意思が確認できる場合と、確認できない場合、それぞれにおいて、決定プロセスの流れや、意思決定支援におけるポイントについて、イメージ図として示した。

24 人生の最終段階における医療・ケアに関する取り組み



このように、人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・介護従事者から適切な情報の提供と説明がされた上で、患者が医療・ケアチームと話し合いを行い、本人による意思決定を基本として進めることが重要である。国においては、本人の希望に添った人生の最終段階の医療やケアが提供されるよう、今後、国民向けの普及・啓発や、地域の在宅医療・救急医療の関係者が患者情報を共有するための連携ルールなどを策定することの支援、ガイドラインを踏まえた意思決定支援についての医療・介護従事者向けの研修などに取り組んでいきたいと考えている。

25 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療・ケアの実現に向けた取り組み

人生の最終段階における医療・ケア体制整備等事業

令和元年度予算額 99,987千円
平成30年度予算額 65,747千円

【事業内容】
人生の最終段階における医療・ケアに関する本人の相談に適切に対応できる体制を強化するため、平成28年度から医療・ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国8ブロックで実施するとともに、人材育成研修会の拡充と継続性の担保のために講師人材の育成を実施。平成29年度からは国民への普及啓発も実施している。

研修事業		普及啓発事業																										
対象者	医療機関等において人生の最終段階における医療・ケアに関する意思決定に携わっている医師を含む多職種チーム(診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設が連携し、多職種チームで参加することも推奨)	対象者	一般の方																									
プログラム	<table border="1"> <tr><th>プログラム</th><th>主旨、構成内容</th></tr> <tr><td>講義</td><td>「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説</td></tr> <tr><td>講義(STEP1)</td><td>意思決定能力の評価、講義 グループワークと発表</td></tr> <tr><td>講義(STEP2)</td><td>本人自身と治療方針について合意する講義</td></tr> <tr><td>講義(STEP3)</td><td>本人の意向を推定する講義 本人にとって最善の治療方法について合意する講義</td></tr> <tr><td>グループワーク2</td><td>グループワークと発表</td></tr> </table>	プログラム	主旨、構成内容	講義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説	講義(STEP1)	意思決定能力の評価、講義 グループワークと発表	講義(STEP2)	本人自身と治療方針について合意する講義	講義(STEP3)	本人の意向を推定する講義 本人にとって最善の治療方法について合意する講義	グループワーク2	グループワークと発表	<table border="1"> <tr><th>プログラム</th><th>主旨、構成内容</th></tr> <tr><td>講義</td><td>「人生会議(ACP/アドバンス・ケア・プランニング)とは」</td></tr> <tr><td>ロールプレイ1</td><td>もしも、のときについて話し合いを始める</td></tr> <tr><td>ロールプレイ2</td><td>家族等の信頼できる者を決定する</td></tr> <tr><td>ロールプレイ3</td><td>治療の嗜好を尋ね、最善の選択を支援する家族等の信頼できる者の数値を尋ねる</td></tr> <tr><td>講義</td><td>「本人・家族等の意向を引き継ぐには」</td></tr> <tr><td>グループワーク3</td><td>明日への課題</td></tr> </table>	プログラム	主旨、構成内容	講義	「人生会議(ACP/アドバンス・ケア・プランニング)とは」	ロールプレイ1	もしも、のときについて話し合いを始める	ロールプレイ2	家族等の信頼できる者を決定する	ロールプレイ3	治療の嗜好を尋ね、最善の選択を支援する家族等の信頼できる者の数値を尋ねる	講義	「本人・家族等の意向を引き継ぐには」	グループワーク3	明日への課題
プログラム	主旨、構成内容																											
講義	「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の解説																											
講義(STEP1)	意思決定能力の評価、講義 グループワークと発表																											
講義(STEP2)	本人自身と治療方針について合意する講義																											
講義(STEP3)	本人の意向を推定する講義 本人にとって最善の治療方法について合意する講義																											
グループワーク2	グループワークと発表																											
プログラム	主旨、構成内容																											
講義	「人生会議(ACP/アドバンス・ケア・プランニング)とは」																											
ロールプレイ1	もしも、のときについて話し合いを始める																											
ロールプレイ2	家族等の信頼できる者を決定する																											
ロールプレイ3	治療の嗜好を尋ね、最善の選択を支援する家族等の信頼できる者の数値を尋ねる																											
講義	「本人・家族等の意向を引き継ぐには」																											
グループワーク3	明日への課題																											
開催実績/予定	<ul style="list-style-type: none"> 平成26・27年度はモデル事業として実施。2014年度10か所 24名、2015年度5か所 25名が研修を修了。 平成28年度は、90名の講師人材を育成し、214チーム・751名が相談員研修を受講。 平成29年度は、61名の講師人材を育成し、277チーム・979名が相談員研修を受講。市民公開講座は129名が参加。 平成30年度は、97名の講師人材を育成し、319チーム・1,136名が相談員研修を受講。一般向け学習サイト(http://www.med.kobe-u.ac.jp/jinsei/)作成。 令和元年度は、240チーム・960名以上が相談員研修を受講することを目標。イベントは参加者15,000名目標。 																											

なお、人生の最終段階における医療・ケアに関する患者の相談に適切に対応するためのプログラムを作成し、医療ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国展開して行っている。

26 ACPの普及・啓発のためのリーフレットについて

Q ACPの普及啓発を図ることを目的としてリーフレットを右図のとおり作成し、厚生労働省HPIにおいて、公表。

Q 都道府県や医療・介護関係団体に対して、リーフレットを広報に当たって御活用いただくよう周知。

※リーフレット掲載HP
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkouiryou/iryou/saisyuiryou/index.html>

※「人生の最終段階における医療・ケアに関するリーフレットについて」(平成30年7月19日付け厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)等を通じて周知を実施。

人生の終わりで、あなたはどう過ごしたいですか？

もしものときのために

～白らが決り、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

誰でも、いつでも、自由に自分の意思を伝えたいという希望があります。

その意思が伝わりやすくなること、約70%の方が、医療やケアなどを自分で決めたり、誰かに伝えてほしいと答えています。

自分が希望する医療やケアを受けるために、大切にしていることや、嫌んでいること、などについて話し合える機会を、自分自身で前もって考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有することが重要です。

話し合いの進め方(例)

- あなたは、大切なことは何ですか？
- あなたは、信頼できる人は誰ですか？
- 信頼できる人や、医療・ケアチームと話し合いましたか？
- 話し合いの結果を、大切な人たちに伝えて共有しましたか？

もしものときのために、あなたが次の医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い共有する機会を「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」と呼びます。あなたからの意思を伝えることで、手帳のついでに、あなたと大切な人等が、人生の最終段階の医療やケアについて話し合える機会が広がります。

このような情報は、個人の生活の質や、人生の最終段階の医療やケアによって考え、決めるものです。必ずしも、あなたに当てはまるものではありません。十分な話し合いが必要です。

詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkouiryou/iryou/saisyuiryou/index.html>

国としては、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)の国民への普及を図るための取り組みの一環として、自治体が活用できるようなリーフレットを作成し、公表している。

27 ACPの愛称は「人生会議」

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の
愛称が「人生会議」に決まりました！



11月30日（いい看取り・看取られ）は「人生会議の日」

人生の最終段階における医療・ケアについて考える日

人生の最終段階における医療・ケアについて、前もって考え、家族や医療・ケアチーム等と繰り返し話し合い、共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/ryouyu/saishu_iryuu/index.html



また、ACPIについて、国民一人ひとりの生活の中に浸透するかたちで取り組んでいただけるものとするために、馴染みやすい名称の公募を行い、「人生会議」として愛称を決定するとともに、11月30日を「いい看取り・いい看取られ」として、人生会議の日に設定することとした。このような取り組みを通じて、ACPの国民への普及・啓発を進めていきたいと考えている。

I 厚生労働省・日本医師会からの期待等

地域包括ケアシステムとかかりつけ医機能

江澤 和彦

- 目標**
- 今後の人口推計に応じた医療介護需要に対する医療介護提供体制に加えて、地域の実情に応じた在宅医療のあり方を検討する。
 - 人生の最終段階における医療・介護における本人の意思決定支援の重要性を認識すると共にACPとガイドラインの理解を深める。
 - かかりつけ医の社会的機能として、かかりつけ医が住民主体の通いの場に関与する等の地域貢献活動を通じて、地域包括ケアの推進を理解する。
 - 好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち「尊厳の保障」を実現する。

Keyword 人口推計、医療介護需要、地域特性、在宅医療・介護連携、地域医療構想、地域包括ケアシステム、かかりつけ医機能、訪問リハビリテーション、意思決定支援、尊厳の保障

- 内容**
1. 近未来の人口推計は極めて重要な指標であり、今後の各地域における医療介護需要に見合った医療介護提供体制の構築が重要であり、在宅医療についても同様である。
 2. 在宅医療・介護連携推進事業においても、地域の実情に応じて進めていくことが重要である。
 3. 在宅医療の継続にあたっては、日常生活を支える訪問介護との連携が重要である。
 4. 訪問リハビリテーションでは、医師による詳細な指示等の医師の関与により効果が高まる。
 5. 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、ACPやガイドラインの本質を理解し、本人の意思決定支援を重視する。
 6. 地域づくりを本質とする地域包括ケアシステムにおいて、かかりつけ医の社会的機能への期待が高まっていく。
 7. 好き好んで病気や障害をきたしている人はいるはずもなく、誰もがその人にとっての本来の普通の生活を望んでおり、その生活の実現すなわち「尊厳の保障」を実行することが役割である。

1

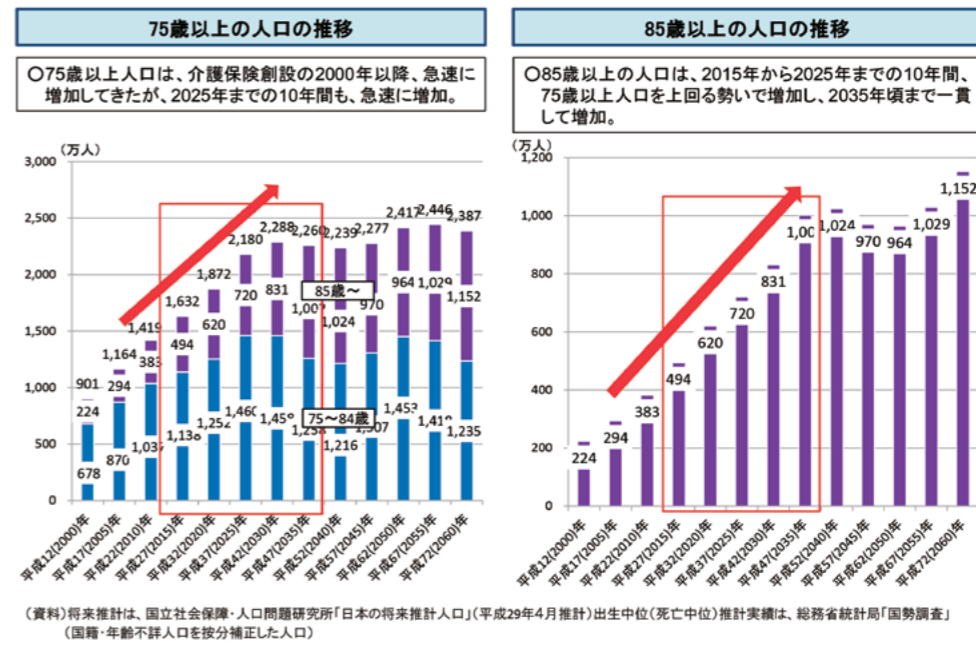
令和元年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会

地域包括ケアシステムと かかりつけ医機能

2020年3月15日

公益社団法人 日本医師会
常任理事 江澤 和彦

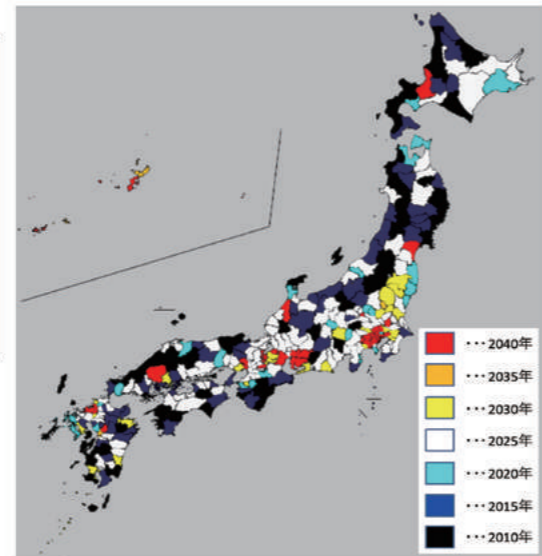
2 今後の介護保険をとりまく状況 (2)



全国ベースの高齢者人口の推移を示す。75歳以上人口は、介護保険創設の2000年以降、急速に増加しており、2025年まで増加が続き、その後は、増加は留まる。一方で、85歳以上人口は2035年まで、75歳以上人口を上回る勢いで増加し、2040年に1,024万人に達する見込みである。したがって、2025年から2040年にかけての15年間を、我が国が日本版の地域包括ケアシステムでどのように対応していかについて、世界から注目されている。

3 高齢化のピーク・医療需要総量のピーク

地域により
医療需要ピークの時期が
大きく異なる



出典：社会保障制度国民会議 資料（平成25年4月19日 第9回
資料3-3 国際医療福祉大学 高橋教授 提出資料）

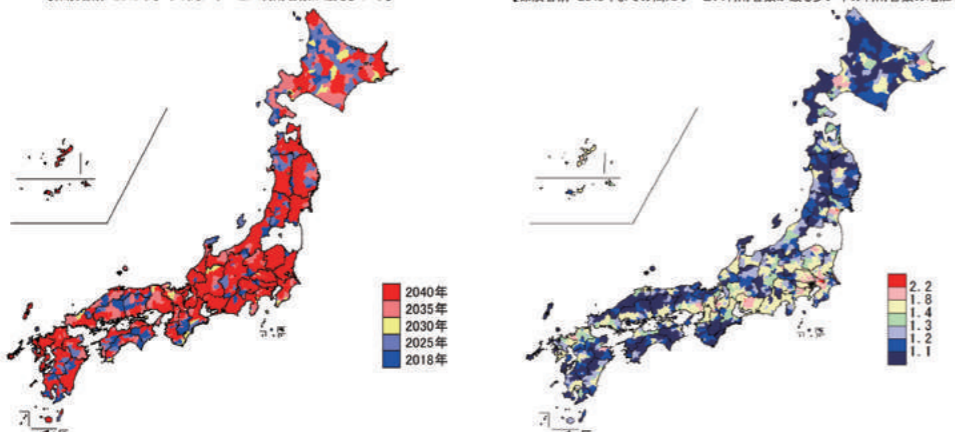
全国の2次医療圏における医療需要のピークの時期を示す。我が国は、2割の国土面積に8割の人口が集中する人口偏在の強い特色を有し、既に医療需要がピークアウトしている地域や2040年にピークを迎える地域等、様々な状況となっている。医療政策も各地域の実情に応じて検討されることが重要である。

4 保険者別の介護サービス利用者数の見込み

- 各保険者（福島県内の保険者を除く）における、2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い。
- また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2018年の利用者数との比（増加率）をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する。

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が多い年】

【保険者別 2040年までの間にサービス利用者数が多い年の利用者数の増加率】



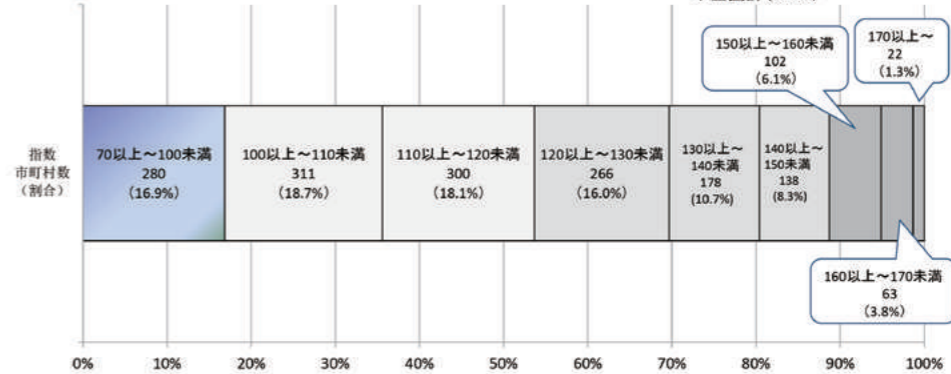
※ 2018年度介護保険事業状況報告（厚生労働省）、2017年度介護給付費等実態調査（厚生労働省）から、保険者別の年齢階級別・サービス類型別・要介護度別利用率を算出し、当該利用率に推計人口（日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）（国立社会保障・人口問題研究所））を乗じて、2025年以降5年毎に2040年までの保険者別の推計利用者数を作成（推計人口が算出されていない福島県内の保険者を除く）。

全国の保険者別の介護サービス利用者数の見込みを示す。2040年までの介護サービス利用者数を推計すると、ピークを過ぎ減少に転じた保険者もある一方、都市部を中心に2040年まで増え続ける保険者が多い（左図）。また、最も利用者数が多くなる年の利用者数の2018年の利用者数との増加率をみると、ほとんど増加しない保険者がある一方、2倍超となる保険者も存在する（右図）。介護政策も各地域の実情に応じて検討されることが重要となる。

5

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%ある

75歳以上人口について、平成27（2015）年を100としたときの平成37（2025）年の指数
◆全国計（132.4）



注)市町村数には福島県内の市町村は含まれていない。

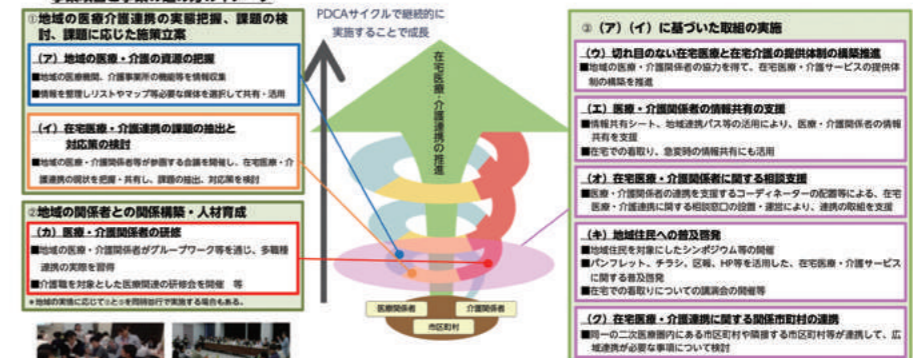
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」より作成

75歳以上人口の2015年から2025年までの伸びでは、全国計で1.32倍であるが、市町村間の差は大きく、1.5倍を超える市町村が11.3%ある一方、減少する市町村が16.9%あり、減少する市町村とあまり増えない市町村を合わせると全体の3分の1を超える。したがって、在宅医療の需要や提供体制も市町村によって大きく異なることとなる。

6 在宅医療・介護連携推進事業

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～27年度）により一定の成果。それを踏まえ、平成26年介護保険法改正により制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組む。
- 本事業の（ア）～（ク）の8つの事業項目すべてを、平成30年4月にはすべての市区町村が実施。
- 8つの事業項目は、市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県は、市町村における事業の進捗状況等を把握し、地域の課題等を踏まえ、都道府県医師会等関係団体と緊密に連携しつつ、保健所等を活用しながら、市区町村と市区医師会等関係団体等との協議の支援や、複数市区町村の共同実施に向けた調整等により支援。
- 国は、事業実施関連の資料や手引き、事例集の整備、セミナーの開催等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

事業項目と事業の進め方のイメージ



※図の出典：富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種連携プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成27年度老人保健推進推進等事業）

在宅医療・介護連携推進事業の（ア）～（ク）を全町村において一律に取り組むことは、効率的ではなく、市町村の実情に応じて優先順位をつけて取り組み、その中身を見える化するべきである。本事業は、市町村にとって初めて医療行政に着手する登竜門であり、地区医師会と良好かつ円滑な連携なくしてはなしえない事業であり、地区医師会との協力が成否を握る。社会資源の少ない人口過疎地域も含めて、各地域には従前からの慣習に伴う住民の医療のかかり方や介護サービスの利用の仕方が存在しているため、機械的に算出されるサービス必要量のみならず、地域の風土も尊重する必要がある。

7 在宅医療・介護連携推進事業に関連した「介護保険制度の見直しに関する意見」抜粋 (社会保障審議会介護保険部会令和元年12月27日公表)

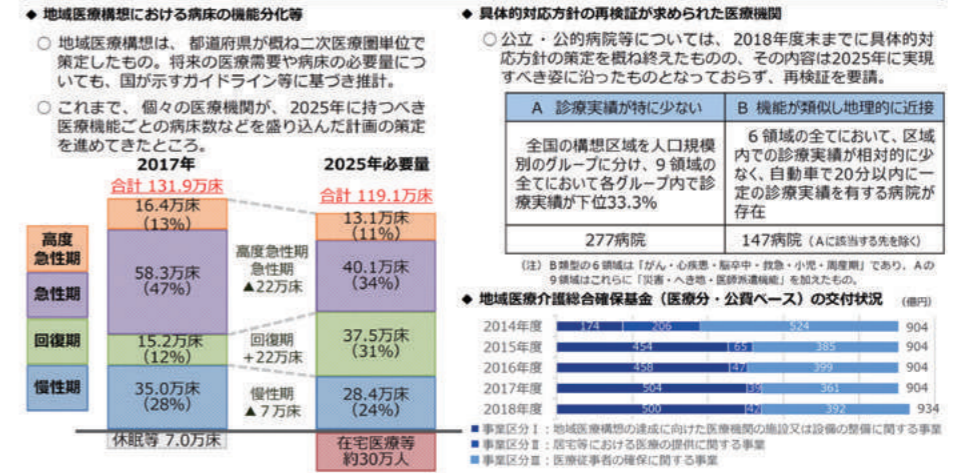
- 在宅医療・介護連携推進事業について、全ての自治体において事業が実施されている中で、市町村において、地域の実情に応じ、取組内容の充実を図りつつ、PDCAサイクルに沿った取組を更に進められるよう、現行の事業体系の見直しが必要である。「認知症施策推進大綱」や看取りに関する取組等の最近の動向も踏まえることが重要である。各市町村においては、単に事業を実施するだけでなく、地域課題や取組内容の見える化を進め、目的をもって事業を進めていくことが重要である。医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、切れ目のない在宅医療・介護の実現に関する目標を設定し、地域の目指す姿を住民や医療・介護関係者で共有できるようにすること、認知症等への対応を強化すること、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的実施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。地域包括ケアシステムの理念達成に向けて取り組まれるようにすることが重要である。この理念の達成に向けて、都道府県や市町村において、医療や介護・健康づくり部門の庁内連携を密にし、総合的に進める人材を育成・配置していくことも重要である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整、研修会等を通じた情報発信や人材育成、保健所等による管内の広域的な調整やデータの活用・分析を含めた市町村支援等を更に進めることが必要である。
- 国においては、自治体における取組を支援することが必要である。自治体がPDCAサイクルに沿った取組を進めるにあたり活用可能な指標の検討を進めることが適当である。在宅看取りの状況等評価に資するデータを取得できる環境整備を進めることも重要である。また、課題抽出を含め事業実施にあたり活用できるよう、地域包括ケア「見える化」システム等を活用できる環境整備を進めることが適当である。事業の好事例を横展開することも重要である。

令和3年度介護保険制度改正に向けて、社会保障審議会介護保険部会にて「介護保険制度の見直しに関する意見」が昨年12月に取りまとめられた。「介護保険制度の見直しに関する意見」の在宅医療・介護連携推進事業に関連した部分の抜粋を示す。

- 在宅医療・介護連携推進事業について、医師会等関係機関や医師等専門職と緊密に連携して取組を進めることが重要である。
- 在宅医療・介護連携推進事業について、事業項目全ての実施を求めるのではなく、一部項目の選択的実施や地域独自の項目の実施を可能とするなど、一定程度地域の実情に応じた実施を可能とすること、事業体系を明確化して示すことが適当である。
- 都道府県においては、地域医療構想の取組との連携や医師会等関係機関との調整を更に進めることが必要である。

8 地域医療構想の推進

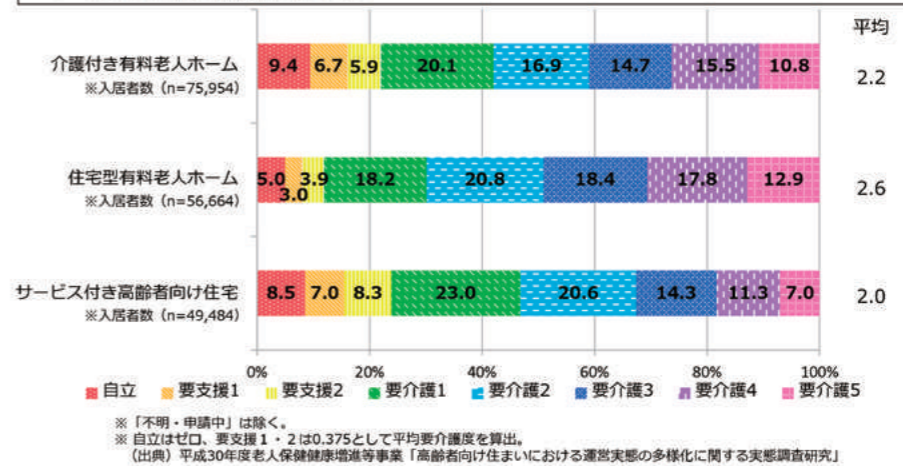
- 厚生労働省は公立・公的病院等の診療実績を分析し、地域医療構想の実現に向け、具体的対応方針の再検証が必要な424病院の名称を公表。遅くとも2020年9月までの再検証を要請。
- 2025年に実現すべき姿に向け、KPIを設けて中間的な達成状況を評価するとともに、その達成状況が不十分な場合には、都道府県知事の権限の在り方を含むより実効性が担保される方策を検討すべき。また、都道府県に対する地域医療介護総合確保基金の配分については、一定の基準を設けた上で、積極的に取り組む地方団体に対して支援できるよう大胆にメリハリ付けをすべき。



地域医療構想においては、将来の人口推移に基づいて、性年齢階級別の疾患の発症数から入院受療を検討し二次医療圏の必要病床数を推計し、医療提供体制のあるべき姿を目指している。重要なポイントは、一般病床に入院する医療資源投入量175点未満の患者(C3未満の患者)と医療療養病床に入院する医療区分1の患者の70%が、将来病院以外の場所、すなわち介護施設や高齢者住宅を含めた自宅における在宅医療、あるいは外来診療で対応する点であり、この数は全国ベースで新たに約30万人が想定されている。各地域においてこうした状況を受け止められるかどうか地域医療構想の実現へ向けて極めて重要である。

9 高齢者向け住まいの役割等について① (入居者の要介護度)

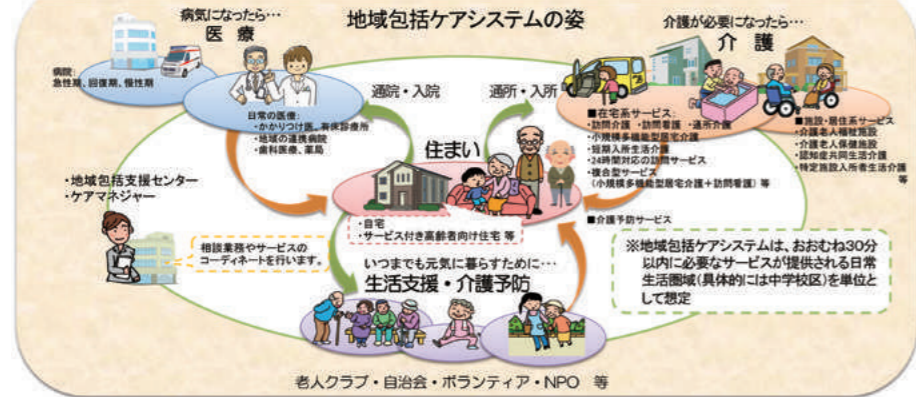
- 介護付き有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約59%、要介護3～5までの重度要介護者は約41%。
- 住宅型有料老人ホームの入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約50%、要介護3～5までの重度要介護者は約50%。
- サービス付き高齢者向け住宅の入居者のうち、自立から要介護2までの軽度要介護者は約67%、要介護3～5までの重度要介護者は約33%。



主な高齢者向け住まいの入居者の要介護度を示す。入居者のうち要介護3～5の割合は、介護付き有料老人ホーム約4割、住宅型有料老人ホーム約5割、サービス付き高齢者向け住宅約3割となっており、中重度要介護者の受け皿の役割を担っている。第8期介護保険事業計画においては、介護保険施設の整備量を見込む際に、高齢者の住まいの実態を勘案して計画を立案することとなるが、高齢者集合住宅においても、過不足のない在宅医療の提供が重要である。

10 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目標に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



「地域包括ケアシステム」は、誰もが障害があっても認知症があっても住み慣れた地域で住み続けることのできるシステムである。住み慣れた地域は自己の選択によるとされ、日常生活圏は30分圏内の中学校区程度とされる。地域包括ケアシステム構築の本質は「まちづくり」であり、日常生活圏の中にケア付きコミュニティを作ることとを目的とし、既存の機能や社会資源のネットワークをできる限り活用することを前提としている。地域包括ケアには、community based care（地域を基盤としたケア）とintegrated care（統合型のケア）のコンセプトがある。community based careにおいて、自治体や地域住民、関係者が主体となって、地域づくりをどうすべきかについて真剣に議論し、納得のいく地域包括ケアシステムを自ら構築していくことが大切である。Integrated careでは、異なる組織でのサービス提供の間の継続性や調整を高めるという目的をもつ体制であると定義づけられるため、医療と介護の連携をコアとして、関係団体を取りまとめる医師会の役割の重要性が高まる。地域包括ケアシステムの概念は、職種・事業種別・組織を超えた規範的統合の下に展開される機能統合であり、community based integrated care systemと表現される。

11 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）の進捗状況及び今後の方向性

策定経緯・取り巻く状況

- 高齢者の4人に1人が認知症またはその予備軍とされ、今後も増加が見込まれる。
- 2014年の認知症サミット日本後継イベントにおいて、安倍総理の指示を受け2015年1月に新オレンジプランを策定。

進捗・取組状況

- 2017年7月に改定した数値目標（2020年度末）は15項目設定（次ページ）
- 認知症サポーターの養成 : 1066万人（2018年9月末）
- 認知症サポート医の養成 : 8000人（2018年3月末）
- 認知症初期集中支援チームの設置 : 1736市町村（2018年11月末）
- 認知症カフェの設置 : 1265市町村（約6千カ所）（2018年11月末） など
- 認知症サポーターの養成について、大人だけでなく小中学生にも広げると共に、認知症の方に関わることの多い業界（金融機関、交通機関、マンション管理など）でも拡大
- 本人・家族視点を重視した、認知症の当事者・家族の方による発信の拡充、社会参加の推進
- 成年後見制度利用促進基本計画に基づく施策の着実な推進
- 「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を策定
- 新オレンジプランを契機に新たな取組を開始した自治体も多く、認知症の方とその家族を支援する地域資源は着実に増加

今後の方向性

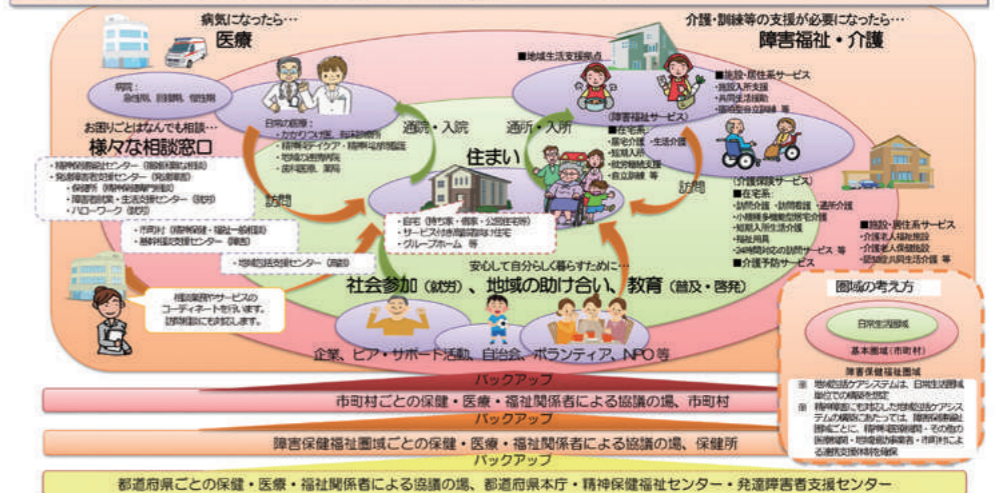
- 厚生労働省が中心的役割を担い、引き続き「共生」を重視しつつ、「予防」の取組も一層強化し、車の両輪として取り組む。



2019年6月、国により「認知症施策推進大綱」が取りまとめられ、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進することが示された。「共生」は、認知症があっても誰もが生き生きと自分らしく暮らせる社会の構築を目指す。「予防」は、発症予防ではなく、発症する年齢を10年間で1歳遅らせることを意味している。2025年の認知症対応力向上研修受講者数の目標も上方修正され、かかりつけ医9万人、認知症サポート医1.6万人と掲げられているが、現在の受講者数は、かかりつけ医が約6万人に達し、認知症サポート医は1万人を超えており、認知症に理解のある医師は着実に増えている。

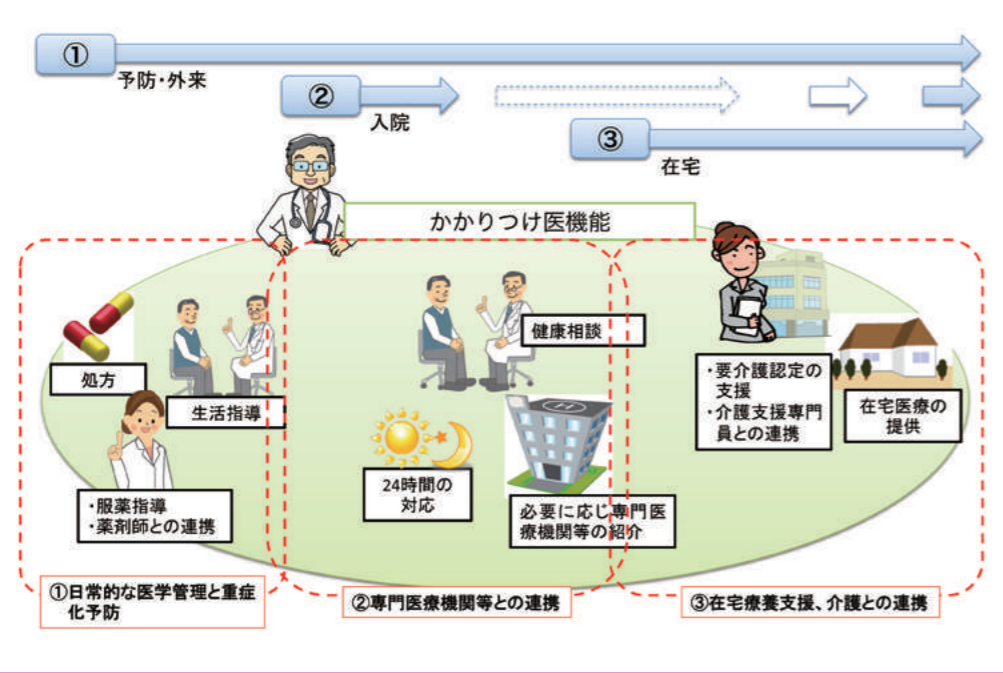
12 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療・障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指す必要がある。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが一昨年から議論されている。精神病床からの退院者のうち、約4割が1年以内に再入院している。入院期間1年以内の退院患者に限ると、1年以内の再入院率は1割程度であり、精神科の長期入院患者の地域定着が困難な状況を表している。精神疾患患者や障害者が地域で孤立することのない受け皿となる基盤整備が急務となっている。

13 かかりつけ医機能のイメージ (案) ~生活習慣病を有する患者の例~



診療報酬上は、かかりつけ医機能を担うのは、200床未満の中小病院と診療所として評価されている。日常的な医学管理と重症化予防、専門医療機関等との連携に加え、日頃から気軽に健康相談に応じ、必要時には在宅医療の提供や在宅療養支援を行い、介護保険にも理解があり、介護予防や生活支援等あらゆる視点から一人ひとりの患者の生活、人生を支えていくことが、かかりつけ医の担うべき機能である。

14 平成30年度診療報酬改定 I-4. 質の高い在宅医療・訪問看護の確保② 在宅療養支援診療所以外の診療所の訪問診療に対する評価

➤ 在支診以外の診療所が、かかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により24時間の往診体制と連絡体制を構築し、在宅医療を提供した場合の評価を新設する。

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料
(新) **継続診療加算 216点(1月に1回)**

【算定要件】
(1) 当該保険医療機関の外来又は訪問診療を継続的に受診している患者であること。
(2) 算定患者ごとに、連携する医療機関との協力等により、24時間の往診体制及び24時間の連絡体制を構築すること。
(3) 訪問看護が必要な患者に対し、訪問看護を提供する体制を有していること。

【在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数】

訪問診療	在支診 110,702	在支診以外 9,895	全 20,597施設
往診	9,289	14,069	全 23,358施設
在宅看取り	3,042	1,270	全 4,312施設

(参考)在宅療養支援診療所の届出数 14,188

【訪問診療を行っている患者の受診経路別割合】

在支診以外(=250)	自院に通院等していた患者	他院からの紹介患者
在支診(n=508)	自院に通院等していた患者	他院からの紹介患者
機能強化型在支診(n=146)	医療機関以外からの紹介	無回答

出典：平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計) (施設)
出典：診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度) (患者)

平成30年度診療報酬改定において、在支診以外の診療所がかかりつけの患者に対し、他の医療機関との連携等により、24時間の往診体制と連絡体制を構築した場合の評価として、継続診療加算が新設された。かかりつけ医が1人で24時間の体制をとることはシステムとしては非合理的であり、今後、200床未満の中小病院と診療所が連携体制を構築する等の各地域での取り組み促進が期待される。在宅医療を実施する一般診療所の施設の数では、訪問診療は在支診と在支診以外はほぼ同数であり、往診は在支診以外の方が多く、在支診以外の診療所は非常に重要な社会資源であり、在支診以外の医療機関を支援しつつ、在宅医療を推進する方向性となっている。

15

【医療介護連携の推進(日常的な連携)】
○訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像について、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから主治の医師等に対する情報提供は、看取りを行った利用者に関しては「服薬管理」が69.3%と最も多く、次いで「褥瘡の状況」が67.9%であった。
○利用者に対する医療系サービスの提供について、主治の医師等に意見を求めた後にケアプランを提出したことによる効果については、居宅介護支援事業所では、「ケアプランを提出したが、活用されていない/活用されていることが不明」が46.5%と最も多く、次いで「ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった」が28.1%であった。
※利用者調査：4(1)3)アセスメントやモニタリングの際の、利用者の状態の確認
ケアマネジャー調査票：5(4)主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携

図表 20 訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像についての主治の医師等への情報提供(利用者調査票)

項目	居宅介護支援事業所	訪問介護事業所	訪問看護事業所
入院、退院、看取りのいづれにも該当しない利用者(有効回答数 = 2,391)	服薬管理 36.2%	48.8%	14.9%
入院した利用者(有効回答数 = 194,565)	服薬管理 45.0%	41.9%	10.2%
退院した利用者(有効回答数 = 130,882)	服薬管理 45.4%	44.8%	9.8%
看取りを行った利用者(有効回答数 = 74,065)	服薬管理 69.3%	26.4%	4.3%

図表 21 主治の医師等に意見を求めた後に提出したケアプランによる連携(複数回答可)(ケアマネジャー調査票)

連携	実施	実施割合	実施割合	実施割合	実施割合	実施割合
ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった	3,489	96%	65%	1,621	18%	53%
ケアプランを提出したが、活用されていない/活用されていることが不明	3,354	77%	42%	1,127	44%	30%
ケアプランに基づいて、医療、服薬、リハビリ等に関する助言があった	3,000	100%	25%	779	26%	23%

出典：平成30年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成30年調査)
(3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務等の実態に関する調査研究事業

訪問介護員は、在宅の状況を目の当たりにすることがしばしばある。「口腔ケアの状況が芳しくない」、「服用していない処方薬が余っている」、「ADLが低下しているのにリハビリテーションを受けていない」等の情報を訪問介護員が介護支援専門員に伝え、情報提供を受けた介護支援専門員は、必要と判断した情報について、主治医等に提供することが義務づけられた。したがって、在宅の状況が主治医まで届くルートが制度上に位置づけられたこととなると同時に、かかりつけ医と介護支援専門員の連携が密になることが期待される。訪問介護事業所等から得た情報、利用者の状態像について、居宅介護支援事業所のケアマネジャーから主治の医師等への情報提供に関する調査結果を示す。服薬管理、口腔や嚥下の機能、褥瘡の状況について、入院した利用者、退院した利用者では、4割前後の利用者について情報提供され、看取りを行った利用者では、服薬管理と褥瘡の状況について、約7割の利用者の情報提供がなされているが、さらに連携を深めていくことも求められる。

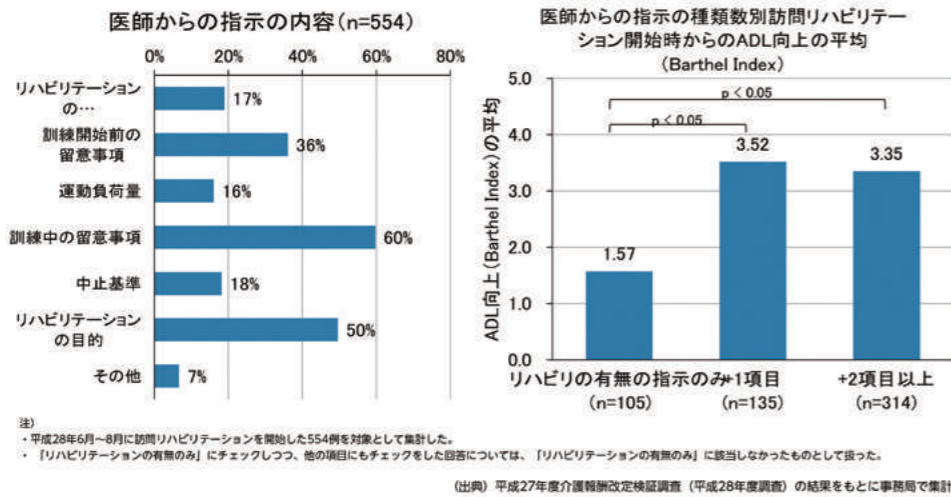
16 第8期介護保険事業計画の基本指針について

- 第8期の基本指針においては、介護保険部会の「介護保険制度の見直しに関する意見」を踏まえて、以下について記載を充実していただく。
- 2025・2040年を見据えたサービス基盤、人的基盤の整備P7~12参照
○2025・2040年を見据え、地域ごとの推計人口等から導かれる介護需要等を踏まえて計画を策定
※基盤整備を検討する際、介護離職ゼロの実現に向けたサービス基盤整備、地域医療構想との整合性(病床の機能分化及び連携に伴い生じるサービス必要量に関する整合性の確保)を踏まえる必要がある旨は第7期から記載。
※指定介護療養型医療施設の設置期限(2023年度末)までに確実な転換等を行うための具体的な方策について記載。
※第8期の保険料を見込むに当たっては直近2020年4月サービス分以降)のデータを用いる必要がある。
 - 地域共生社会の実現P13~15参照
○地域共生社会の実現に向けた考え方や取組について記載
 - 介護予防・健康づくり施策の充実・推進(地域支援事業等の効果的な実施P16~24参照)
○一般介護予防事業の推進に関して「PDCAサイクルに沿った推進」、「専門職の関与」、「他の事業との連携」について記載
○自立支援、介護予防・重度化防止に向けた取り組みの例示として就労的活動等について記載
○総合事業の対象者や単価の弾力化を踏まえて計画を策定
○保険者機能強化推進交付金を活用した施策の充実・推進について記載。(一般会計による介護予防等に資する独自事業等について記載。)
○在宅医療・介護連携の推進について、看取りや認知症への対応強化等の観点から記載
○要介護(支援)者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載
○PDCAサイクルに沿った推進にあたり、データの活用を進めることやそのための環境整備について記載
 - 有老人ホームとサービス付き高齢者住宅に係る都道府県・市町村間の情報連携の強化
○住宅型有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を記載
○整備に当たっては、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の設置状況を勘案して計画を策定
 - 認知症施策推進大綱等を踏まえた認知症施策の推進P25参照
○認知症施策推進大綱等を踏まえて、「共生」と「予防」を車の両輪とした認知症施策の推進について5つの柱に基づき記載。(普及啓発の取組やチームオレンジの設置及び「連いの場」の拡充等について記載。)
○教育等他の分野との連携に関する事項について記載
 - 地域包括ケアシステムを支える介護人材確保及び業務効率化の取組の強化P10、26~29参照
○介護職員に加え、介護分野で働く専門職を含めた介護人材の確保の必要性について記載
○介護現場における業務仕分けやロボット・ICTの活用、元気高齢者の参加による業務改善など、介護現場革新の具体的な方策を記載
○総合事業等の担い手確保に関する取組の例示としてポイント制度や有償ボランティア等について記載
○要介護認定を行う体制の計画的な整備を行う重要性について記載
○文書負担軽減に向けた具体的な取組を記載

第8期介護保険事業計画の基本指針において、「要介護(支援)者に対するリハビリテーションの目標については国で示す指標を参考に計画に記載」とされており、適宜適切なリハビリテーションの提供が重要視されている。今後の重度化防止、介護予防の推進にあたり、リハビリテーションの必要な利用者に対し、必要な時に、過不足のない必要量のリハビリテーションの提供がなされることが重要である。

17 訪問リハビリテーションにおける事業所の医師の関与

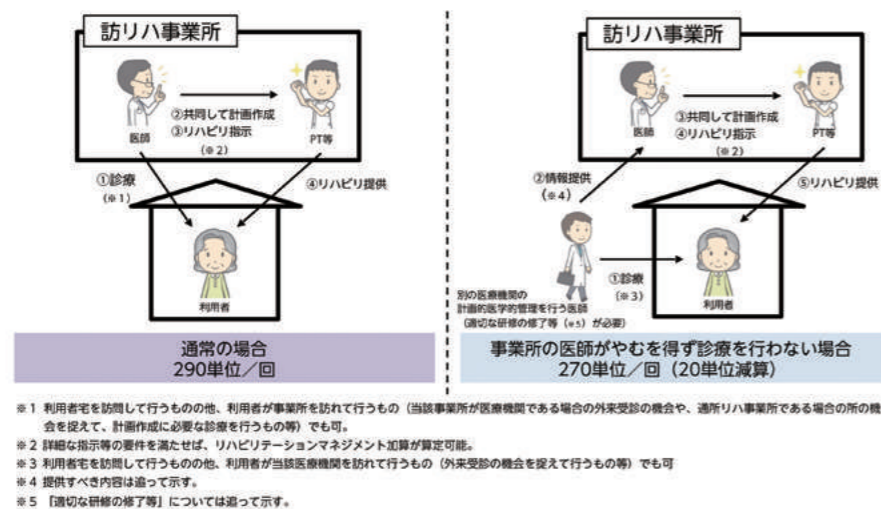
- 指定訪問リハビリテーション事業所で医師が理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に出すリハビリテーションの指示内容は、リハビリテーション実施の有無のみのことあれば、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準、目的等が含まれることもあった。
- リハビリテーションの実施の有無のみの指示のもと、その他の詳細が含まれる指示がなされていたものを比較すると、後者でより大きなADL向上がみられていた。



平成27年度介護報酬改定では、訪問リハビリテーション事業所における医師の指示において、リハビリテーションの実施の有無のみの指示のもと、リハビリテーション実施上の留意点や運動負荷量、中止基準、目的等が含まれる詳細な指示がなされているものを比較すると、後者でより大きなADLの向上がみられ、報酬上もより評価がなされた。合わせて、主治医が訪問リハビリテーション事業所の医師に指示を出せることとなった。

18 リハビリテーションにおける医師の関与の強化・明確化

- 訪問リハビリテーションにおける、事業所の医師の診療にかかる取り扱い【訪問リハ】
訪問リハビリテーションの提供にあたっては、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価する。



平成30年度介護報酬改定において、訪問リハビリテーションの提供にあたって、事業所の医師が利用者を診察し、リハビリテーション計画を立て、それに基づきリハビリテーションの指示を出すことが原則であるが、事業所の医師がやむを得ず診療を行わない場合についても、一定の要件を満たせば、適正化した単位数で評価することとされた。一定の要件には、別の医療機関の計画的医学的管理を行う医師が情報提供を行う場合であって、当該医師が適切な研修を修了していることが該当する。

19 訪問リハビリテーション (20単位減算) に関するQ&A

平成30年3月23日 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1)

問60別の医療機関の医師から計画的な医学的管理を受けている者に対し、指定訪問リハビリテーション事業所等の医師が、自らは診療を行わず、当該別の医療機関の医師から情報提供を受けてリハビリテーションを計画、指示してリハビリテーションを実施した場合、当該別の医療機関の医師が適切な研修の修了等をしていれば、基本報酬から20単位を減じた上で訪問リハビリテーション料等を算定できることとされている。この「適切な研修の修了等」に、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修の単位を取得した場合は含まれるか。

(答) 含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、応用研修のうち、「応用研修会」の項目である、「フレイル予防・高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」のいずれか1単位以上を取得した上で、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上 (前述の単位を含む。) を取得していればよい。

平成31年2月5日 平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.8)

問1 ※問いの文言は上記Vol.1 問60と同じ。

(答) 含まれる。なお、応用研修のすべての単位を取得している必要はなく、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上 (応用研修のうち、「応用研修第1期」の項目である「フレイル予防・高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」及び「応用研修第2期」の項目である「かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実践」「在宅リハビリテーション症例」「リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害」のうち、いずれか1単位以上を含むこと。) を取得又は取得を予定していればよい。また、別の医療機関の医師が訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供をする際に下記を参考とした記載をすることが望ましい。

〔平成33年3月31日までに適切な研修の修了等または受講を予定している。〕

※Q&A (Vol.8) の発出に伴い、Q&A (Vol.1) 問60は削除

要件に該当する適切な研修には、日本医師会の「日医かかりつけ医機能研修制度」の応用研修のうち、「応用研修会」の項目である、「フレイル予防・高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群」「栄養管理」「リハビリテーション」「摂食嚥下障害」のいずれか1単位以上を取得した上で、事業所の医師に情報提供を行う日が属する月から前36月の間に合計6単位以上 (前述の単位を含む。) を取得することが該当する。研修を修了する期限は、令和3年3月31日までとなっており、研修を修了していない別の医療機関の医師が訪問リハビリテーション事業所等の医師に情報提供をする際には、「令和3年3月31日までに適切な研修の修了等もしくは受講を予定している」旨の記載をすることが望ましい。

20 日医かかりつけ医機能研修制度

応用研修

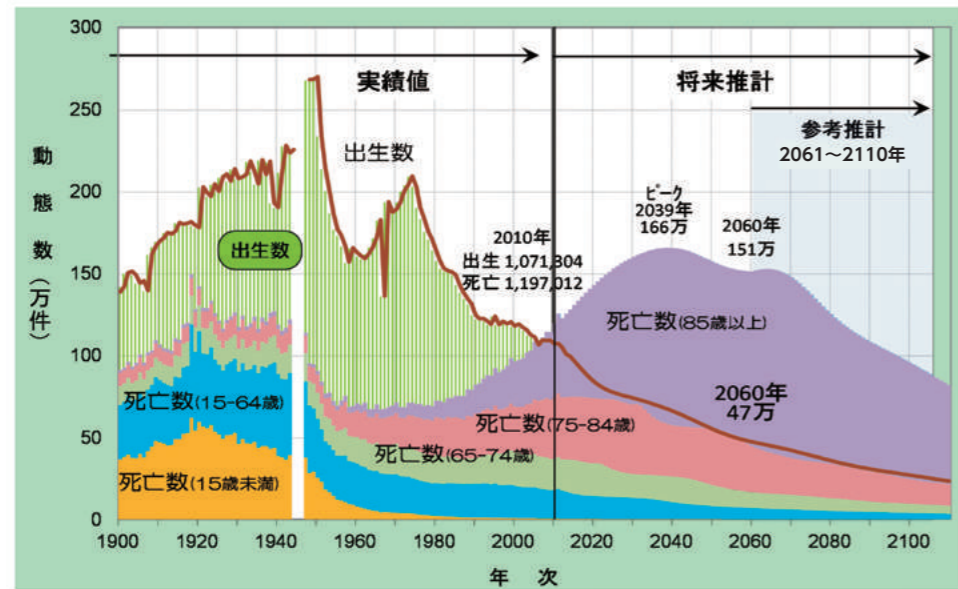
日医かかりつけ医機能研修制度は3年を1区切りとしており、2019年度から2021年度までの期間の応用研修講義項目は下記のとおり予定。

	2019年度	2020年度	2021年度
1. 専門医共通講習	(1)かかりつけ医の感染対策	(2)かかりつけ医の倫理	(3)かかりつけ医の質・医療安全
2. 専門外も含めた幅広い知識	(1)かかりつけ医に必要な生活期リハビリテーションの実践	(2)かかりつけ医に必要な小児・思春期への対応	(3)メタボリックシンドロームからフレイルまで
3. 地域での連携	(1)医療保険と介護保険、地域包括ケアシステムの構築	(2)在宅医療、多職種連携	(3)地域医療連携と医療・介護連携
4. 社会的機能を開発するためのスキル	(1)かかりつけ医の社会的処方	(2)かかりつけ医に必要なリーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル	(3)地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割
5. 高齢者特有の問題や認知症の知識	(1)終末期医療、褥瘡と排泄	(2)認知症、ポリファーマシーと適正処方	(3)リハビリテーションと栄養管理・摂食嚥下障害
6. 症例検討	(1)多疾患合併症例	(2)在宅リハビリテーション症例	(3)地域連携症例

(平成31年2月一部変更)

2019年度から2021年度にかけての日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修のプログラムを示す。かかりつけ医におけるリハビリテーションの重要性が高まることに鑑み、毎年リハビリテーションの講義が含まれている。

21 出生数と死亡数の推移：1900～2110年



出生数と死亡数の推移を示す。令和時代は、死亡数が出生数を大きく上回り、2039年に死亡者数166万人のピークを迎え、多くの方が亡くなる時代であり、大往生の創造が極めて大切となる。亡くなる大半の方は、医療と介護のサービスを利用されるため、本人の意思決定支援の重要性はますます高まる。

22 アドバンス・ケア・プランニング (ACP)：定義

advance care planning : ACP

advance : 前もって

care : 医療やケアについて

planning : 計画すること

人生の最終段階の治療・療養について、(話し合いの時期は人生の最終段階に限ることなく、)患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセス

➢ 患者の同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい

➢ ACPの話し合いは以下の内容を含む

- 患者本人の気がかりや意向
- 患者の価値観や目標
- 病状や予後の理解
- 治療や療養に関する意向や選好、その提供体制

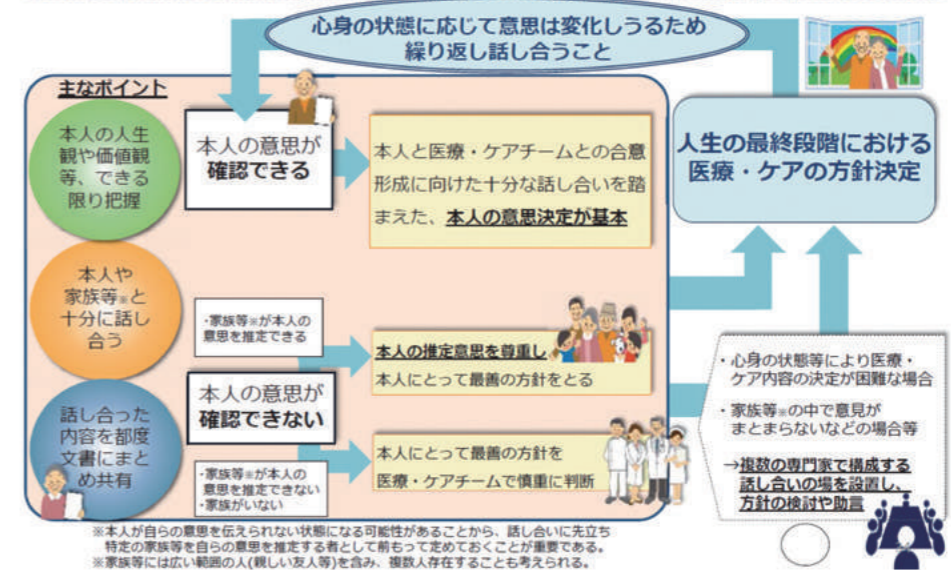
<http://www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf>

23 ACP (アドバンス・ケア・プランニング)

- ACPは、人生の最終段階の治療・療養について、家族や医療従事者と予め話し合う自発的なプロセスと定義される。話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、関係者と共有されることが望ましい。
- 海外の医学研究において、ADよりACPの有用性が示され、今後、日本人の文化・風習・宗教・哲学に馴染んだACPの蓄積により、「日本版ACP」の概念が必要と思われる。
- ACPは本人に帰属するものであり、本人の意思が確認出来ない場合にACPは実施出来ないこととなり、基本的に本人の意思や価値観が尊重される。狭義的には、意思決定能力を失った時の話し合いであり、広義的には、生活全般を含む現在も踏まえた話し合いと捉えられ、代理決定者を決めることが重要となる。

24 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定支援や方針決定の流れ (イメージ図) (平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。



25 人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン

- 「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン」は、本人の意思を最大限に尊重するために、医療・ケアチームが合意を形成する意思決定支援プロセスである。話し合いのスタンスとしては、パターンリズムでもなく、情報提供型でもなく、「Shared Decision Making：相互参加型モデル」が推奨されている。本人の意思が確認出来ない場合は、事前指示やACPについて確認の後、本人の意思を推定する家族等と共に、医療・ケアチームは、本人の推定意思を尊重し最善の方針をとることとなる。

26 人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン

- 「人生の最終段階における医療・ケア決定プロセスに関するガイドライン」における意思決定を行う上で倫理的な規範から見た根拠としては、「自立尊重の原則」・「与益最大化の原則」・「不加害原則」・「正義・公正原則」の4つの倫理原則に基づいており、これらの原則に基づく意思決定支援のあり方は、最善の選択を行う上で重要な根拠となる。
- 医学的最善が本人の最善とは限らず、医学的に無益が本人に無益とは限らず、本人の選考が本人にとって最善の選択肢では必ずしもないことに留意する必要がある。

27 かかりつけ医の機能

かかりつけ医は、就業形態や診療科を問わず、「医療的機能」及び「社会的機能」の両方を有する。

医療的機能

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超える様々な診療科にわたる広い分野において、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介（病診連携・診診連携）を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に、なんでも相談できる医師として全人的視点から対応する。

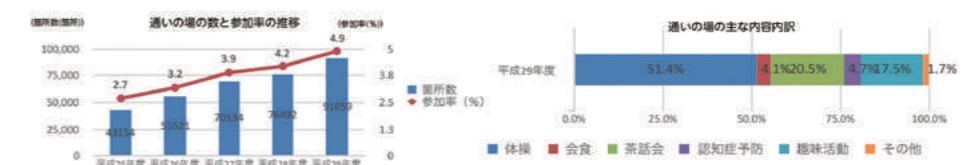
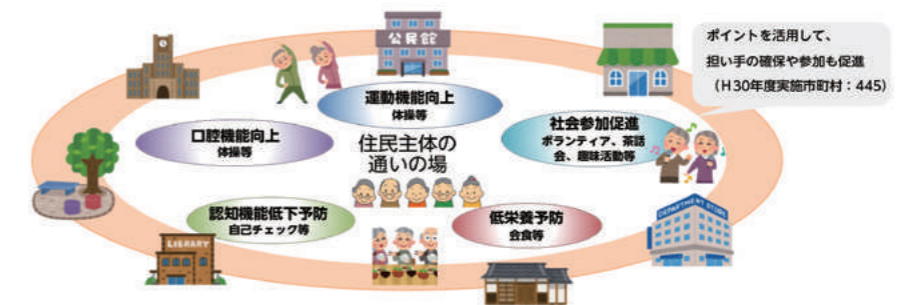
社会的機能

日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。

また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療に理解を示す。

かかりつけ医の機能には、医療的機能と社会的機能の二つの機能がある。社会的機能においては、日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行うこととされ、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療に理解を示すことが望ましいとされる。これらは、医療保険・介護保険とは異なるインフォーマルサービスであり、義務付けられているものではないため、かかりつけ医に時間的余裕があり、地域づくりへ参画したいという意向がある場合に貢献すべき取り組みである。一方で、かかりつけ医による地域包括ケアの推進には大きく期待が寄せられているのも事実であり、かかりつけ医にしかできない取り組みが存在する。

28 住民主体の通いの場等（地域介護予防活動支援事業）



(参考) 事業の位置づけ: 介護予防・日常生活支援総合事業
 ○ 介護予防・生活支援サービス事業
 ○ 一般介護予防事業
 ○ 地域介護予防活動支援事業
 ○ 地域リハビリテーション活動支援事業 等

※ボランティアポイント制度を活用した介護支援ボランティア活動実施市町村 397市町村 (平成29年度介護保険事務局)
 介護予防に資する取組への参加やボランティア等へのポイント付与 445市町村 (平成30年度 (平成29年度実施分) 介護予防・日常生活支援総合事業 (地域支援事業) の実施状況に関する調査)

現在、我が国の介護予防の取り組みとして、各地の住民主体の通いの場における取り組みをより効果的・継続的に実施するために、医療介護専門職等の連携や専門職の関わり方の議論がなされている。また、市町村が取り組む地域ケア会議やフレイル対策についても専門職の関与が期待されており、地域の随所で専門職が関わることによる取り組みの質の向上が期待されている。通いの場にかかりつけ医が参加し、気軽に相談にのることにより、取り組みの質の向上が期待され、参加住民との会話により日頃の運動習慣や食生活へのアドバイスも可能である。認知症カフェに認知症サポート医が順次訪れて、楽しく語り合いながら日常生活支援につながる事例も存在する。

29 地域包括ケアシステム構築10か条

1. 本質は「地域づくり」「まちづくり」
2. 「住民」が主人公として取り組む総力戦
3. 課題を踏まえ住民共に築く「ご当地システム」
4. 「医療介護連携」から「異業種・異分野連携」へ
5. 「自助」「互助」は不可欠
6. 「全世代対応型」システムの構築
7. 若者や子供たちの「住み慣れた地域」の視点
8. 医療も介護も「生活の視点」の重視
9. 域の一員として「地域づくり」へ参画
10. 地域力を左右する地域への「愛着」「想い」

地域包括ケアシステムの構築は、住民が主人公として取り組む総力戦となる。したがって、地域包括ケアにおける他職種連携では、異業種・異分野との連携が中心となる。医師会やかかりつけ医が町内会、老人クラブ、民生委員等と交流し連携を図り、地域の医療介護の課題、高齢者や認知症の方の生活支援等を地域づくりの視点でともに考え合うことが極めて重要となる。地域包括ケア推進の最大の原動力は、住民の地域への愛着、想いであり、一人ひとりの愛着、想いが地域力を高めていく。自己の選択による住み慣れた地域、仕事をさせていただいている地域への馳せる想いと住民一人ひとりの意思の尊重により、地域包括ケアは深化・推進する。

30 尊厳の保障へ向けて

好き好んで認知症をきたしている人はいる
はずもなく、誰もが人生最期までその人にと
っての本来の普通の生活を望んでおり、
その生活の実現すなわち**尊厳の保障**を実行
することが我々の役割である。

今は寝たきりや意識障害であっても、誰も普通の暮らしをしていたお元気な頃があり、仕事に精を出したり、家族との団らんを過ごしたりされていたはずである。私たちは、そこに想いを馳せながら寄り添うことが肝要である。心が通じ合うことで、治療効果も介護効果も増大する。今度のお正月も来年のお花見も確実に約束出来ない方々が世の中には大勢いらっしゃる。今度ではなく、今出来ることを実行することが求められている。急性期から慢性期、介護に至るまで医療、介護の究極のゴールは、その人らしい暮らしの実現や穏やかな大往生を創造することにある。お一人おひとりの「尊厳の保障」、これこそが医療人の最大の使命なのである。

意思決定支援

意思決定支援のありかた 法律家の立場より

Ⅱ 意思決定支援

意思決定支援のありかた 法律家の立場より

稲葉 一人

目標 生活を基盤とした患者像へとの変容する中で、在宅医が、意思決定支援者としての関わる際の、法から見た基本を学ぶ。

Keyword ACP (Advance Care Planning)、自己決定権、説明義務、ガイドライン

- 内容**
1. 法の基本的な作法を説明する
 2. ACP (Advance Care Planning) は、患者の意思決定支援と密接に関連し、自己決定権と説明義務を示す
 - ・エホバの証人に対する説明義務の判決
 - ・川崎協同事件における最高裁と東京高裁の判決
 3. 人生の最終段階の医療ケアの決定のプロセスガイドライン、認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン等を示す
 4. 臨床倫理問題が、病院の中だけにあるのではなく、施設・在宅にも、そして、病院と施設・在宅の連携の中（地域包括）で起こることを確認する
 5. 以上を踏まえて、かかりつけ医・在宅医が関わって行う「ひと手間かけた倫理カンファレンス」を実施するための基本的な考え方（これには、「気づき」「4原則」「4分割法」といったツールが含まれる）を学び、医学的な対象としての患者像から、主体性のある社会的存在としての患者像に、その上に、生活を基盤とした患者像へとの変容の中でかかりつけ医・在宅医の役割を考える

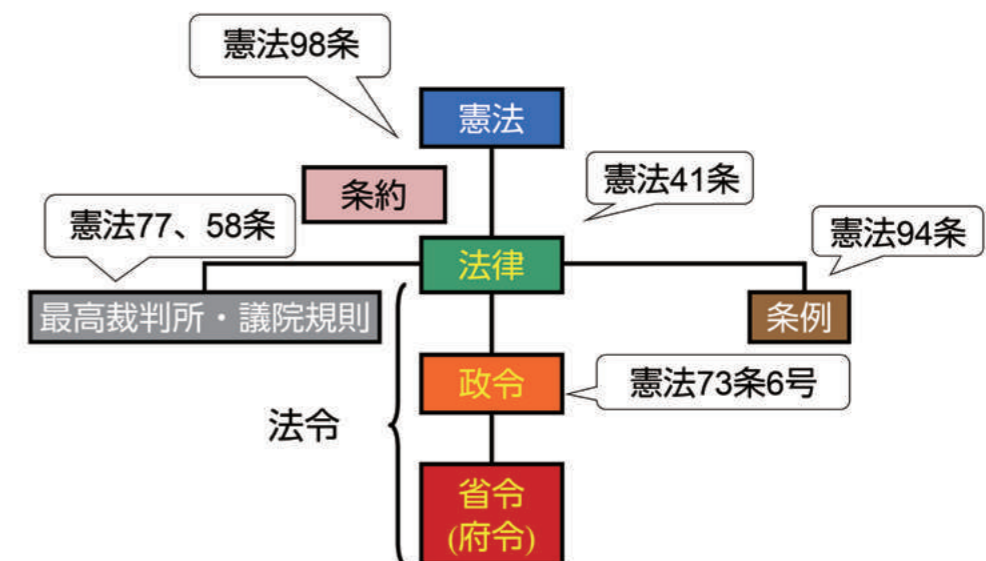
1

令和元年度在宅医療関連講師人材育成事業 研修会
2020年3月15日

法律家の立場から、 意思決定支援のありかた

中京大学 法務総合教育研究機構
教授 稲葉 一人

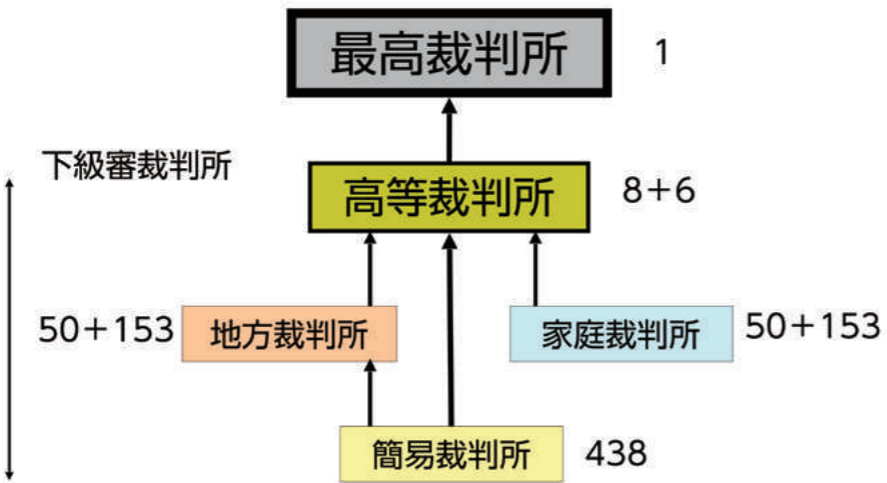
2 法の形・体系からの分類



憲法をピラミッドの頂点として、法律・政令・省令と続く。法律・政令・省令を法令と呼ぶ。

3 裁判のシステム・判決と判例

裁判のシステム・判決と判例



最高裁判所は憲法によって設置されたわが国における唯一かつ最高の裁判所で、長官および14人の最高裁判所判事によって構成されている。高等裁判所は、日本の8箇所の大都市（東京、大阪、名古屋、広島、福岡、仙台、札幌、高松）に置かれているほか、6箇所の都市に支部が設けられている。地方裁判所は、全国に50箇所あり、その管轄区域は北海道が4つに分かれているほか、各都府県と同じである。地方裁判所に支部が設けられており、その総数は203である。地方裁判所は、原則的な第一審裁判所で、他の裁判所が第一審専属管轄権を持つ特別なものを除いて、第一審事件のすべてを裁判できるものとされている。さらに、地方裁判所は、簡易裁判所の民事の判決に対する控訴事件についても裁判権を持っている。地方裁判所の事件は、単独裁判官または3人の裁判官から成る合議体のどちらかで取り扱われる。大多数の事件は、単独裁判官によって処理されているが、次の事件については、合議体による裁判が必要とされている。

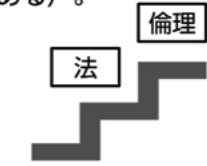
1. 「合議体で審理及び裁判をする」旨を合議体で決定した事件
2. 死刑または無期若しくは短期1年以上の懲役若しくは禁固に当たる罪の事件など

家庭裁判所とその支部は、地方裁判所とその支部の所在地と同じ所にある。このほか、交通不便な地等にある簡易裁判所のうち、特に必要性の高いところに家庭裁判所出張所を設けて家事事件の処理に当たらせ、国民の利便を図っている。家庭裁判所は、家庭の平和を維持し、少年の健全な育成を図るという理念の下に、昭和24年（1949年）1月1日に新たに設けられた裁判所である。簡易裁判所は、民事事件については、訴訟の目的となる物の価額が140万円を超えない請求事件について、また、刑事事件については、罰金以下の刑に当たる罪および窃盗、横領などの比較的簡単な罪の訴訟事件等について、第一審の裁判権を持っている。

4 法と倫理との関係

法と倫理の関係

- ①法は、事件が生じてから事後的に制定される（その意味では経験から学んだルール化）ものであり、**法を新しい出来事に適用したり、法が予め準備することは不得意である。**
- ②「法は倫理の最低限」であることが多いので、法は、倫理より通常は低い基準を示している。したがって、**倫理的になるためには、法的な合法性を充足することが前提となる**（その意味で、法を守ることは必要である）。



- ③**法と倫理は同じ社会的規範として矛盾することは少ないが、両者の関係が問題となる場合がある。**
→**法を知らず守らないと、（私たちは）不幸になるが、法を守っているだけでは、直ちに（患者の）幸せを生むものではない**

法は、倫理の最低限であり、法を順守することは、倫理的になる第一歩といえる。

5 自己決定権の法的基礎

（通説）

• 憲法13条

「すべて国民は個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」

を自己決定権の根拠規定と考える

- 前段の「個人の尊重」が、ドイツ基本法1条1項の「人間の尊厳」条項とほぼ同趣旨であり、個人の尊重（個人主義）ないし人格の尊厳（人格主義）という一定の原理を規定し、後段の**幸福追求権**は、前段の原理と結びついて、人間の人格的自律にとって不可欠な重要事項に関する自己決定の包括的権利を具体的な法的権利として規定する（**人格的利益説**）

次に法的な自己決定権であるが、一般にスライドで述べたように、憲法に基礎を置く（前文の趣旨、11条、13条等）と考えられる。自己決定権は、法的な価値に序列があるとすると、憲法による保障、つまり、より高い地位に位置すると考えられる。

6

最高裁平成12年2月29日判決
～エホバの証人である患者への説明義務

- 1 患者Kはエホバの証人の信者として、宗教上の信念から、いかなる場合にも輸血を受けることを拒否するという固い意思を有していた。医科研では、外科手術を受ける患者がエホバの信者である場合、信者が輸血を受けるのを拒否することを尊重し、できる限り輸血をしないことにするが、輸血以外には救命手段がない事態に至ったときは、患者らの諾否に関わらず輸血するという方針を採用していた。
- 2 Kは、別の病院で、悪性の肝臓血管腫と診断を受け、平成4年8月18日、紹介により医科研に入院し、医師Lらによって、9月16日肝臓の腫瘍を摘出する手術を受けたが、患部の腫瘍を摘出した段階で出血量が約2245mlに達する状態になったので、輸血をしない限り患者を救うことはできない可能性が高いとLらは判断して、予め用意してあった輸血を行った。
- 3 Kは、手術に先立つ9月14日、K及びと夫の連署した、**免責証書**を手渡していた。右証書には、Kは輸血を受けることはできないこと及び輸血をしなかったために生じた損傷に関して医師及び病院職員等の責任を問わない旨が記載されている。

自己決定権と同じような趣旨で出てきたのが、エホバの証人の輸血拒否という「自己決定（自律尊重）」と「善行」「無危害」という倫理的価値が対立する中で、自己決定をどこまで尊重するかという論点で、判例法上出てきた人格権という考え方である（エホバの証人の説明義務に関する判決、最高裁判決平成12年2月29日）。

7

最高裁平成12年2月29日判決
～エホバの証人である患者への説明義務

- 1 患者が、輸血を受けることは自己の宗教上の信念に反するとして、**輸血を伴う医療行為を拒否するとの明確な意思を有している場合、このような意思決定をする権利は、人格権の一内容として尊重されなければならない。**
 - 2 医師らとしては、手術の際に輸血以外には救命手段がない事態に生ずる可能性を否定し難いと判断した場合には、患者に対して、**医科研としてはそのような事態に至ったときには輸血するとの方針を採っていることを説明して、医科研への入院を継続した上、医師らの下で手術を受けるか否かを患者本人自身の意思決定にゆだねるべきであったと解するのが相当である。**
 - 3 本件では、この説明を怠ったことにより、**患者が輸血を伴う可能性のあった手術を受けるか否かについて意思決定をする権利を奪ったものといわざるを得ず、この点において、同人がこれによって被った精神的苦痛を慰謝すべき責任を負う。**
- ➡自己決定を尊重するためには、医師からの説明が必要である

人格権とは、人が人として人格の尊厳を維持して生活する上で、その個人と分離することのできない人格的諸利益の総称をいうが、自由、名誉、プライバシー、身体などを基本内容とし、貞操、肖像、氏名、信用等も含まれると解釈される。エホバの証人患者輸血拒否に関して、適格な情報が与えられないことで人格権の侵害となるとした（自己決定は「説明」「情報提供」と不可分であることを教えてくれる）。

8

川崎協同病院事件上告審判決 最判平成21年12月7日

- 被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時まで、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての**的確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる**。そして、被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおり**被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない**。以上によれば、上記抜管行為は、**法律上許容される治療中止には当たらない**というべきである。
- そうすると、本件における気管内チューブの抜管行為をミオブロックの投与行為と併せ殺人行為を構成するとした原判断は、正当である。
- ➡合法（違法性阻却）要件として「推定的意思」が必要である。

事実関係を最高裁が適切にまとめている。

- (1) 患者A（当時58歳）は、平成10年11月2日、仕事帰りの自動車内で**気管支ぜん息の重積発作**を起こし、午後7時頃、心肺停止状態でB病院に運び込まれた。救命措置により心肺は蘇生したが、意識は戻らず、人工呼吸器が装着されたまま、集中治療室（ICU）で治療を受け、心肺停止時の低酸素血症により、**大脳機能のみならず脳幹機能にも重い後遺症が残り、死亡する同月16日までこん睡状態が続いた。**
- (2) Cは、B病院の医師で呼吸器内科部長であったが、11月4日からAの治療の指揮を執った。血圧、心拍等は安定していたが、気道は炎症を起こし、喀痰からは黄色ブドウ球菌、腸球菌が検出された。Cは、同日、Aの妻や子らと会い、病院搬送に至る経緯について説明を受け、その際、Aの意識の回復は難しく植物状態となる可能性が高いことなど、その病状を説明した。
- (3) その後、Aに自発呼吸が見られたため、11月6日、人工呼吸器が取り外されたが、舌根沈下を防止し、痰を吸引するために、気管内チューブは残された。同月8日、Aの四肢に拘縮傾向が見られるようになり、Cは脳の回復は期待できないと判断するとともに、Aの妻や子らに病状を説明し、呼吸状態が悪化した場合にも再び人工呼吸器を付けることはしない旨同人らの了解を得るとともに、気管内チューブについては、これを抜管すると窒息の危険性があることからすぐには抜けないことなどを告げた。

9

川崎協同病院事件控訴審判決
東京高裁平成19年2月28日判決

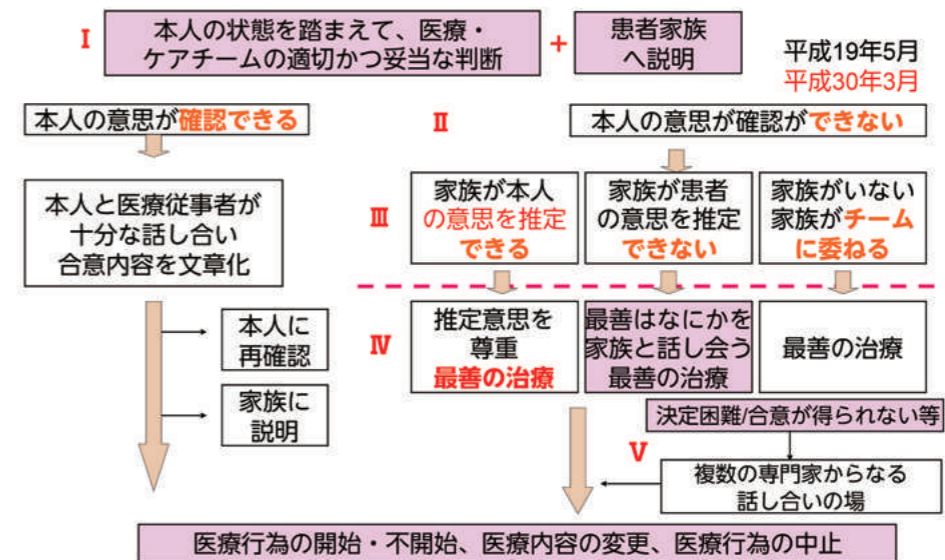
- 本件患者のように急に意識を失った者については、元々自己決定ができないことになるから、**家族による自己決定の代行**（これが「前者」）か**家族の意見等による患者の意思推定**（これが「後者」）かのいずれかによることになる。前者については、**代行は認められない**と解するのが普通であるし、代行ではなく代諾にすぎないといっても、その実体にそう違いがあるとも思われない。そして、家族の意思を重視することは必要であるけれども、そこには終末期医療に伴う家族の経済的・精神的な負担等の回避という患者本人の気持ちには必ずしも沿わない思惑が入り込む危険性がつきまとう。・・・**自己決定権という権利行使により治療中止を適法とするのであれば、このような事情の介入は、患者による自己決定ではなく、家族による自己決定にほかならないことになってしまうから否定せざるを得ない**ということである。後者については、**現実的な意思（現在の推定的意思）の確認**といってもフィクションにならざるを得ない面がある。患者の片言隻句を根拠にするのはおかしいともいえる。意識を失う前の日常生活上の発言等は、そのような状況に至っていない段階での気軽なものとする余地がある。本件のように被告人である医師が患者の長い期間にわたる主治医であるような場合ですら、急に訪れた終末期状態において、果たして患者が本当に死を望んでいたかは不明というのが正直なところであろう。

- ⇒**家族の意思だけを重視することは危険である。**

- (4) Cは、11月11日、被害者の気管内チューブが交換時期であったこともあり、抜管してそのままの状態にできないかと考え、Aの妻が同席する中、これを抜管してみたが、すぐに被害者の呼吸が低下したので、「管が抜けるような状態ではありませんでした」などと言って、新しいチューブを再挿管した。
- (5) Cは、11月12日、AをICUから一般病棟である南2階病棟の個室へ移し、看護師に酸素供給量と輸液量を減らすよう指示し、急変時に心肺蘇生措置を行わない方針を伝えた。Cは、同月13日、Aが一般病棟に移ったことなどを妻に説明するとともに、同人に対し、一般病棟に移ると急変する危険性が増すことを説明した上で、急変時に心肺蘇生措置を行わないことなどを確認した。
- (6) Aは、細菌感染症に敗血症を合併した状態であったが、Aが気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管時まで、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されていない。また、A自身の終末期における治療の受け方についての考え方は明らかではない。
- (7) 11月16日の午後、Cは、Aの妻と面会したところ、同人から、「みんなで考えたことなので抜管してほしい。今日の夜に集まるので今日お願いします」などと言われて、抜管を決意した。同日午後5時30分頃、Aの妻や子、孫らが本件病室に集まり、午後6時頃、Cが准看護師とともに病室に入った。Cは、家族が集まっていることを確認し、Aの回復をあきらめた家族からの要請に基づき、Aが死亡することを認識しながら、気道確保のために鼻から気管内に挿入されていたチューブを抜き取るとともに、呼吸確保の措置も採らなかった。

10

(厚労省) 人生の最終段階の医療ケアの決定のプロセスガイドラインのアルゴリズム



- (8) ところが、予期に反して、Aが身体をのけぞらせるなどして苦もん様呼吸を始めたため、Cは、鎮静剤のセルシンやドルミカムを静脈注射するなどしたが、これを鎮めることができなかった。そこで、Cは、同僚医師に助言を求め、その示唆に基づいて筋弛緩剤であるミオブロックをICUのナースステーションから入手した上、同日午後7時頃、准看護師に指示してAに対しミオブロック3アンプルを静脈注射の方法により投与した。Aの呼吸は、午後7時3分頃に停止し、午後7時11分頃に心臓が停止した。

11

(厚労省) 人生の最終段階の医療ケアの決定のプロセスガイドライン

- ①**医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本**としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。また、**本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要**である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、**家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要**である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を**自らの意思を推定する者**として前もって定めておくことも重要である。

このガイドラインは、本文と解説があり、本文に記載のような表現がある。ここからは、本人の自己決定が中心ルールとして採用され、そのためには、医師の説明が大事であり、意思は変わりうること、支援は繰り返し行われること、家族を含めて話し合いを行うことなどの基本ルールや性質が確認されている。なお、解説には、本ガイドラインの作成の経過や、基本的考え方が記載されている。

12 障害者の権利に関する条約

2006年12月13日国連総会採択・2008年5月3日発効・我が国は2014年2月19日発効

第12条 法律の前にひとしく認められる権利

障害者の権利、意思及び選好を尊重する

障害者・高齢者・認知症の人の意思決定支援の方策が必要

平成27年度 老健事業
認知症の行動・心理症状（BPSD）等に対し、認知症の人の意思決定能力や責任能力を踏まえた対応のあり方に関する調査研究事業

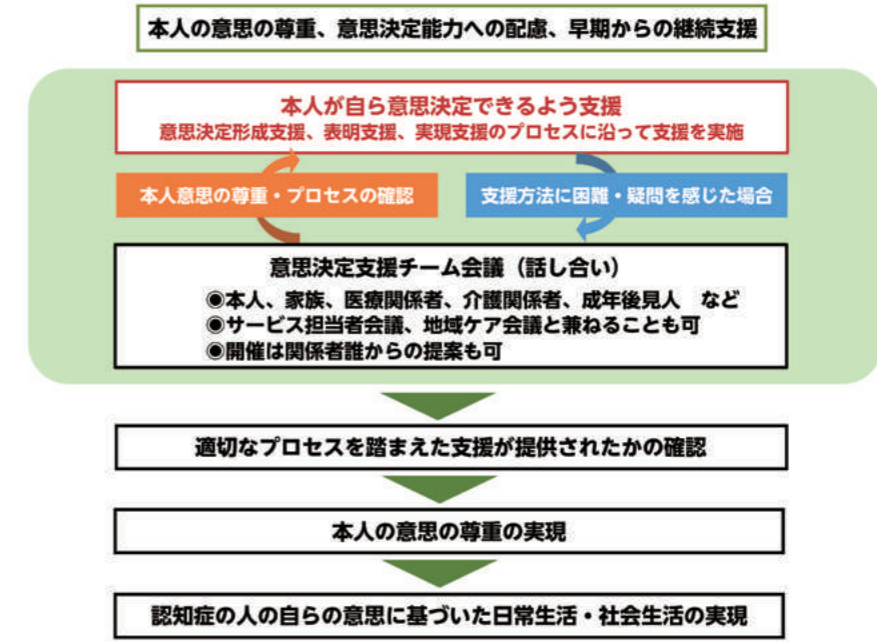
平成29年3月31日
障害福祉サービスの利用等にあつての意思決定支援ガイドライン

平成28年度 老健事業
認知症の人の意思決定能力を踏まえた支援のあり方に関する研究事業

平成29年度 老健事業
「日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活が送れるようにするための意思決定支援のあり方に関する研究事業」

障害者の権利に関する条約を批准したことが、ある種外圧として、わが国の意思決定支援を促している。

14 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドラインの概念図



このガイドラインでは、さらに、①本人の意思をしっかり尊重すること、②本人のレベルに応じた意思決定能力に配慮した適切な支援の提供、③可能な限り早期から継続する支援を提供し、本人自らが意思決定できる体制を作る。④支援を行うのにはチームで動くのが重要であり、どのような動きをするのかをグループで検討する、などが細かく書かれている。

13 認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援に関するガイドラインの構造

I はじめに

- 1 ガイドライン策定の背景
- 2 ガイドラインの趣旨

規範的（ルール）

II 基本的考え方

- 1 誰の意思決定支援のためのガイドラインか
- 2 誰による意思決定支援のガイドラインか
- 3 意思決定支援とは何か（支援の定義）

III 認知症の人の特性を踏まえた意思決定支援の基本原則

- 1 本人意思の尊重
- 2 本人の意思決定能力への配慮
- 3 チームによる早期からの継続的支援

V 認知症への理解とガイドラインの普及と改訂

VI 事例に基づく意思決定支援のポイント

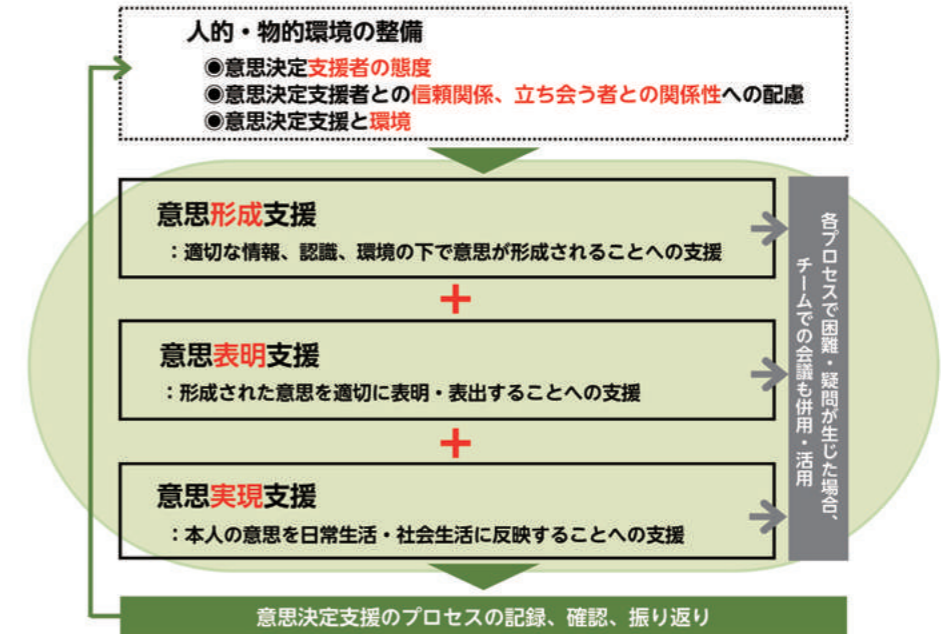
手引き（ヒント）

IV 意思決定支援のプロセス

- 1 意思決定支援の人的・物的環境の整備
- 2 適切な意思決定プロセスの確保
 - (1) 意思形成支援
 - (2) 意思表明支援
 - (3) 意思実現支援
- 3 意思決定支援プロセスにおける家族
- 4 日常生活や社会生活における意思決定支援
- 5 意思決定支援チームと会議（話し合い）

平成30年6月厚生労働省の「認知症の人の日常生活・社会生活の意思決定支援に関するガイドライン」を構造化したものである。

15 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン意思決定支援のプロセス



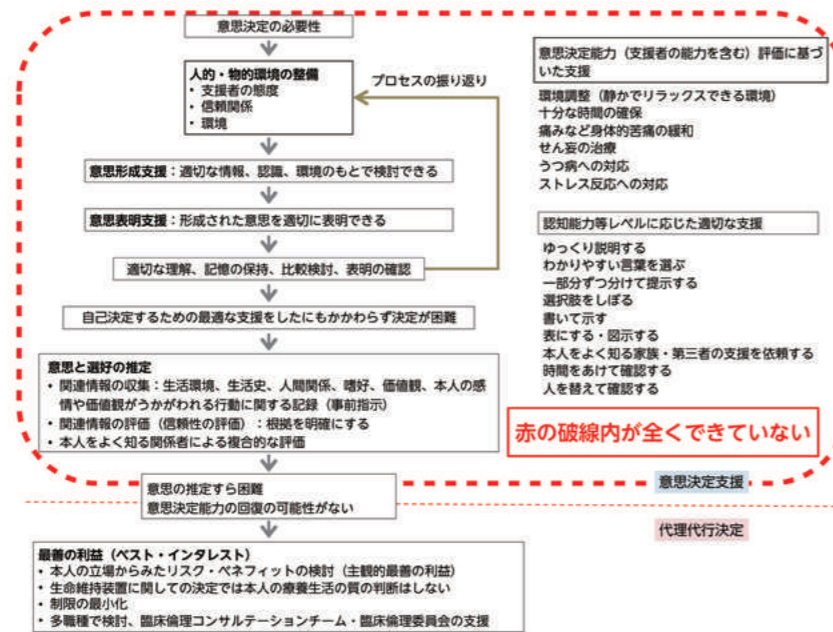
ここでは、意思決定支援のプロセスが確認されており、①まず、人的・物的環境をしっかり整える。認知症の人は環境に左右される面があるので、ご本人が安心して頼れる環境が用意できているのかを見る。②環境を作った上で意思の形成。ご本人がきちんと適切な情報と、決められるだけの環境・認識のもとで判断できるようになっているか。③その上でご本人が適切に表現・出すことができているか。④最終的には実現、というプロセスに入っていく。これら4つは現実では重なり合い、行きつ戻りつがあるが、適切なプロセスかどうかを見る時には、この環境、振り返りを加えた5つの点から確認すると整理しやすい。

16 (厚労省) 平成30年6月「認知症の人の日常生活・社会生活に関する意思決定支援のガイドライン」

- 本ガイドラインでいう意思決定支援とは、認知症の人の意思決定をプロセスとして支援するもので、通常、そのプロセスは、本人が意思を形成することの支援と、本人が意思を表明することの支援を中心とし、本人が意思を実現するための支援を含む。
〈脚注iv〉本ガイドラインは、認知症の人の意思決定支援をすることの重要性に कांगみ、その際の基本的考え方等を示すもので、本人の意思決定能力が欠けている場合の、いわゆる「代理代行決定」のルールを示すものではない。本ガイドラインは、本人の意思決定支援のプロセスは、代理代行決定のプロセスとは異なるということを中心に考えとして採用している。
- 意思決定支援は、本人の意思（意向・選好あるいは好み）の内容を支援者の視点で評価し、支援すべきだと判断した場合にだけ支援するのではなく、まずは、本人の表明した意思・選好、あるいは、その確認が難しい場合には推定意思・選好を確認し、それを尊重することから始まる。
- 本人が自ら意思決定できる早期（認知症の軽度）の段階で、今後、本人の生活がどのように変わっていくかの見通しを、本人や家族、関係者で話し合い、今後起こりうることについてあらかじめ決めておくなど、先を見通した意思決定の支援が繰り返し行われることが重要である。

ACPを考えるにあたり、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援のガイドライン」の中から、重要な点で、ともすると間違いそうになる点を引用した。

17 意思決定支援のプロセス



これを見ると、私たちは、特に医療者は、本当に患者の自己決定を尊重する、それはとりもなおさず、患者の意思を尊重してきたのか、あるいは尊重するための意思決定支援をしてきたのか、問われていることがわかる。赤の破線部分が全くできていないことに気づくことが大切である。

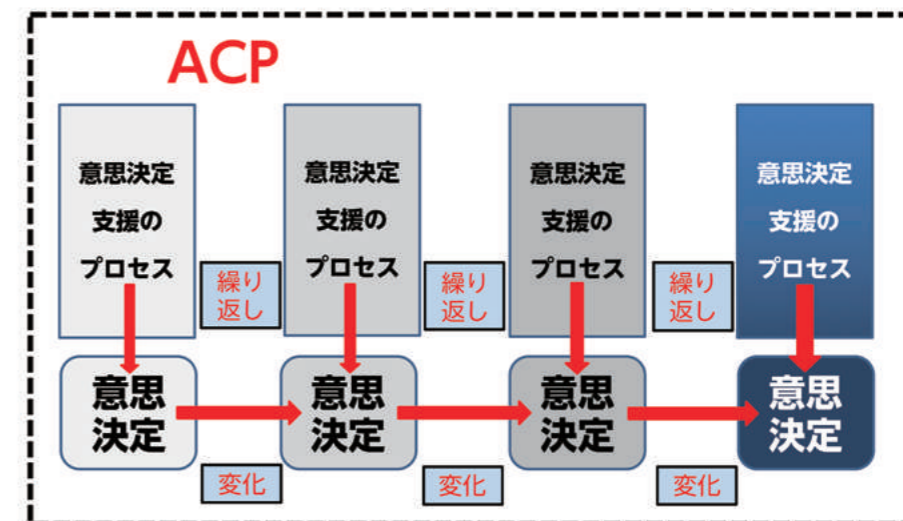
18 ACP（意思決定支援）のルール

- ・本人は、決める能力（意思決定能力）があることを前提とする
- ・本人が決められるときに本人が決めていくことが重要であり、代理判断者を決めていくことだけが、ACPではない
- ・意思決定支援はプロセスであること
- ・本人が意思形成をするためには、インフォームド・コンセントが必要である
- ・「繰り返す」こと
- ・意思は変更することを前提とする
- ・意思決定の対象は、「日常生活」－「社会生活」－「医療ケア」がつながっている
- ・本人が一人で行うのではなく、「本人」－「家族」－「医療者」が協力して行う（Shared Decision Making）
- ・記録（書面）を作成することも有効であること
- ・専門職の役割は、先を見通した支援ができること
- ・意思決定能力が次第に減退していく中での決定であり、早い段階からの関わりが必要であること
- ・本人の決めた内容が、支援者の観点から見て合理的でない場合であっても、その意思を支援できるかを考えること

そうすると、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）を行うということは、スライドに掲げたことが必要となり、特に、本人が決められるときに、本人が決めていく過程を支援することが本質的で重要であることが明らかになる。

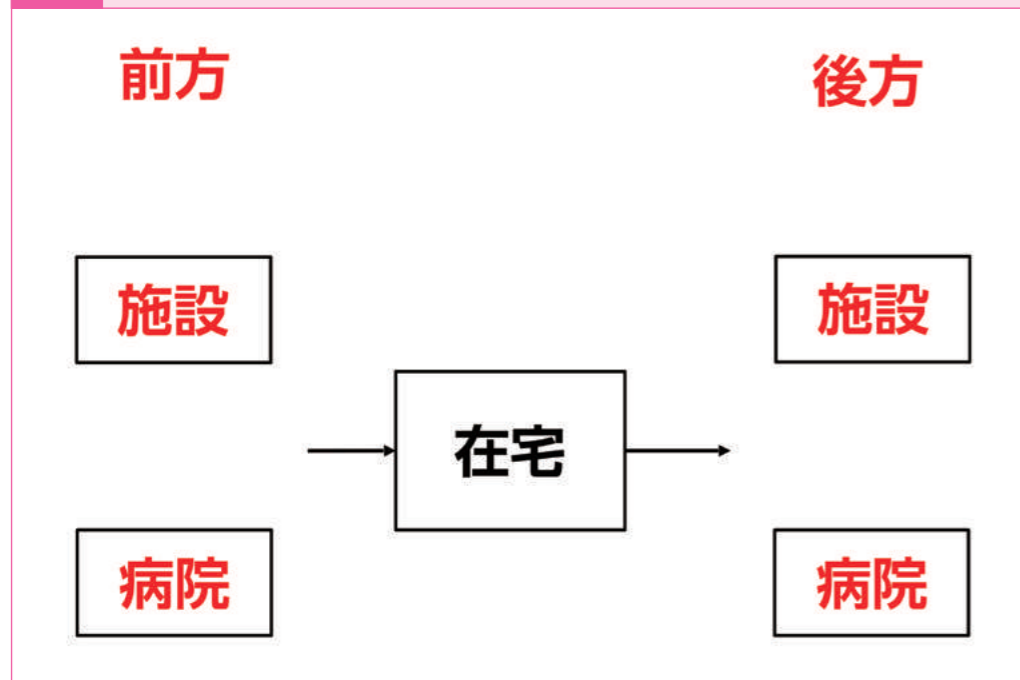
19 意思決定支援のプロセスとACPの関係

プロセスの支援である



つまり、意思決定支援はプロセスであり、意思は変化しうるものであり、何度も繰り返し行われることである。

20 在宅が「結節点」に



また、在宅が最終となるのではなく、在宅がいわば「結節点」となって、倫理問題のクロスロードとなることが増えると考えられる。在宅を支える、かかりつけ医や在宅医の倫理的な力量が問われている。

22 2020年「上級臨床倫理認定士」養成研修スタート



さらに本年（2020年）から、より高度の能力を求められる上級臨床倫理認定士養成研修も始まり、病院や地域単位での参加が見込まれている。黄色は地域で臨床倫理活動を実施しているところであり、在宅医も倫理カンファレンスに参加している。

21 2016年「臨床倫理認定士」養成研修スタート

臨床倫理	教育をする立場
	日本臨床倫理学会 (2012年創設) 臨床倫理認定士 (アドバイザー) 養成研修 (2016年開始) 基礎編
<p>1 養成研修応募細則 (要領)</p> <p>臨床倫理認定士コース (以下本研修という) の目標は、「臨床現場における倫理問題に気づき、問題点を同定し、分析し、解決するアプローチを理解する」ことにあり、そのために、「医療・看護・介護を含めた臨床の領域における倫理的基礎知識と対処のための手順を習得する」ように、講義、グループワーク、事例検討会等で構成されています。</p> <p>2 本研修は、下記日程 (未定) と、会場で実施されます。</p> <p>日時 ①2019 (平成31) 年9月8日 (日) ②同年10月20日 (日) ③同年11月17日 (日) いずれも9:00~16:00</p> <p>3 会場 順天堂大学医学部 D棟7階等</p> <p>4 募集人数 80人 (定員に達し次第に締め切ります) 受講者は、現在日本臨床倫理学会会員か、臨床倫理学会員に加入を希望する者。</p> <p>5 費用 (現在の予定)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受講料各日8,000円 (3日間24,000円) + 認定書発行費用 (1,000円) ・原則として、3日間連続で受講をお願いします。 	

そして2012年からは、新田國夫氏を理事長として日本臨床倫理学会が創立され、2016年からは、臨床倫理認定士の養成が始まる (稲葉氏が運営・進行)。

23 倫理的分析法としての4原則

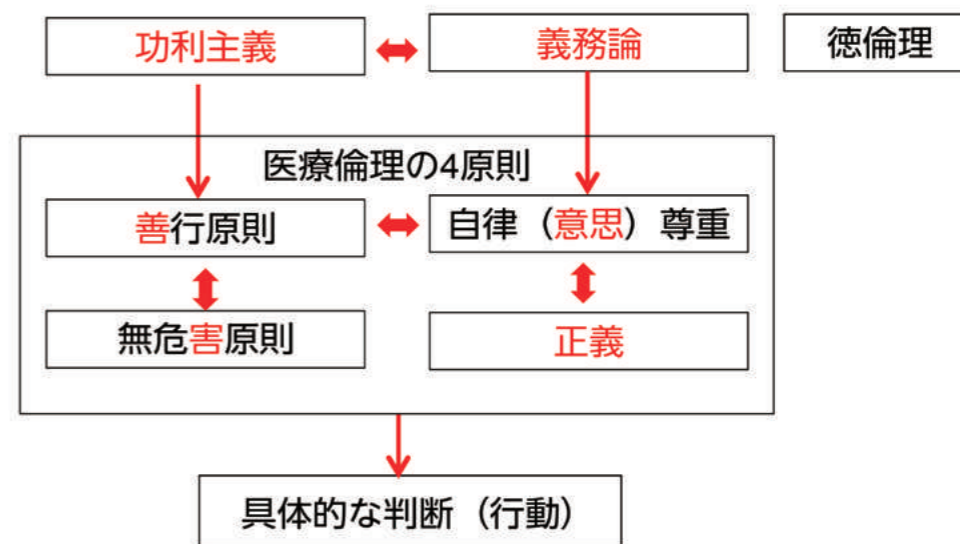
ベルモント・レポート (1979)
 生物医学・行動科学研究における被験者保護のための国家委員会
 研究者が被験者に負う倫理的義務を示した。

A : 診療と研究の境界

B : 基本的倫理原則 (Basic Ethical Principles)	C : 適用 (Application)
1 人格の尊重 (Respect for person) (自己決定の尊重)	1 インフォームド・コンセント (informed consent)
2 善行 (beneficence) 無危害 (do not harm)	2 リスク・ベネフィット評価 (assessment of risk and benefits)
3 正義 (justice)	3 被験者の選択 (selection of subjects)

危機感を抱いた米国国家委員会が、タスギー事件やアメリカの医療現場の倫理原則を分析して導出したもので、それが基本的倫理原則である。当初はスライドのように1、2、3という3原則であったが、2の善行(与益ともいう)と無危害を別のルールと考え、4原則となった。これは、あくまでも(医学)研究における研究者が被験者に負う倫理的義務として導出されたが、その後、医療倫理の4原則ないし臨床倫理の4原則となり、医療者が患者に対して負う義務として位置づけられるようになった。人格の尊重は、通常自己決定の尊重と読み替えられ、それは、適用としては、インフォームド・コンセントであるとされている。つまりインフォームド・コンセントは、「説明と同意」というものではなく、本来が患者が医療を自己決定するために、情報を提供して、その意思を尊重するというルールであることが示され、この点についての日本の医療の現場の実践と異なるところが特徴的である。善行と無危害の適用は、リスク・ベネフィット評価であり、益 (good) と害 (bad) を評価して、そのバランスを図るという考えであって、医学のルールないし医師の職業倫理の基礎にあるルールである。

24 倫理理論と医療・臨床倫理の原則



倫理の基本理論との関係を示す。善行・無危害は、功利主義に、自律尊重は義務論に基礎を置く。功利主義と義務論は現在でも対立しているのであるから、医療・臨床倫理の4原則間で対立することは当然ということになる。

25 多職種協議のツールとしての4分割法

症例検討シート Jonsenの4分割表

1. 医学的適応 (善行・無危害)	2. 患者の意向 (自律の尊重)
3. QOL	4. 周囲の状況

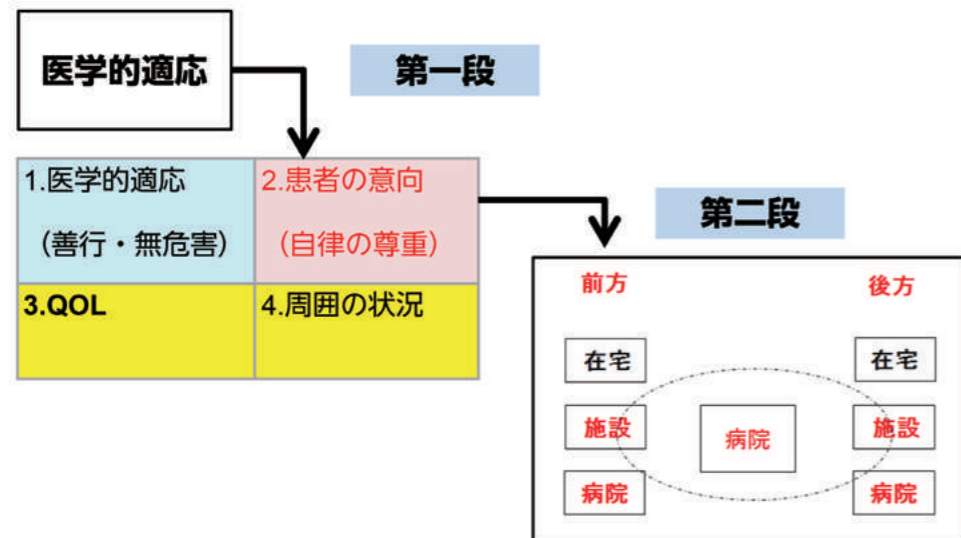
4分割表は、アルバート・ジャンセンが、医学的適応 (Medical Indication)、患者の意向 (Patient Preference)、QOL、周囲の状況 (Contextual Future) の4つに分けたことに由来する。これは、多職種で協議する際のワークシートである。

26 かかりつけ医・在宅医と地域のチームの作戦

- 法の基本を知る。
- 倫理問題に気付ける－違和感
- 医療・臨床倫理の4原則－ジレンマ
- 4分割法－対話のツール
- 大事なところにはガイドライン
- 違和感がある場面では、倫理カンファ（各種ケア会議や、人生会議、意思決定支援会議でも）を開く
- 可能なら、地域に「難しい問題」を持ち寄る場を作りたい。あるいは、病院と連携して拡大の倫理カンファを開きたい。

スライドに挙げたことを行うことによって、なにが、患者が望み、患者にとって最善の利益であるかを、その生活を踏まえて考えることは、医療ケアの重要な一部であり、これにより、患者家族の満足や納得につながるとき、「医療者の満足（やりがい）」につながる。かかりつけ医の倫理は、医療の一部である。

27 医学的な対象から、社会的存在としての患者、そして、生活を基盤とした患者に



医療・臨床倫理の歩みを振り返る。医学的適応だけで決めていく（患者を対象とする）ことへの反省から、患者の意向等を踏まえた、4原則・4分割法を使った「ひと手間かけた倫理カンファレンス」が第一段にあたる。第二段は、同じ組織の多職種だけではなく、組織が異なる、前方・後方の、地域連携の中で倫理問題を考えるという段階である。まさに、在宅・かかりつけ医の臨床倫理能力が問われるのである。医学的な対象としての患者像から、主体性のある社会的存在としての患者像に、その上に、生活を基盤とした患者像へとの変容が求められている。

28 成年後見制度

民法及び任意後見法に基づく成年後見制度は、介護保険と同時期に導入された。認知症、知的障害、精神疾患などの理由で、判断能力が不十分な人に、財産管理や、身上監護のために、その本人を支援する仕組み。成年後見制度には、法定後見と、任意後見があり、法定後見では、本人、配偶者、親族、検察官、市町村長などが申立てでき、本人の能力に応じて、後見・保佐・補助と分けられる。

家庭裁判所は、本人の親族や、法律・福祉の専門家等から、成年後見人等を選任し、本人の利益のために活動を行う。

任意後見は、本人が判断能力あるうちに、あらかじめ自らが代理人（任意後見人）を選定する。

医療との関係では、後見人に、医療同意権（医療行為に了解を与える権限）があるかどうか議論があるが、身上監護には、医療・介護に関する契約の締結、契約の履行の監視、費用の支払い、不服申立、契約解除等の事務を行うものに限られ、医療同意権は含まれないとするのが当局の見解である（法務省民事局参事官室）

成年後見人は医療同意権を有しないことから、さまざまな問題が出てくる。

29 本人の意思が確認できず、身寄りがない場合

（厚労省）身寄りがない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000504397.pdf>

「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」（平成30年3月5日保医発0305第2号厚生労働省保険局医療課長通知）別添2 入院基本料等の施設基準等（抄）

1 入院診療計画の基準

- (1) 当該保険医療機関において、入院診療計画が策定され、説明が行われていること。
- (2) 入院の際に、医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して総合的な診療計画を策定し、患者に対し、・・・文書により病名、症状、治療計画、検査内容及び日程、手術内容及び日程、推定される入院期間等について、入院後7日以内に説明を行うこと。
- (3) 入院時に治療上の必要性から患者に対し、病名について情報提供し難い場合にあっては、可能な範囲において情報提供を行い、その旨を診療録に記載すること。
- (4) 医師の病名等の説明に対して理解できないと認められる患者（例えば小児、意識障害患者）については、その家族等に対して行ってよい。
- (5) 説明に用いた文書は、患者（説明に対して理解できないと認められる患者についてはその家族等）に交付するとともに、その写しを診療録に貼付するものとする。
- (6) 略

今般、厚生労働省から出されたものである。

地域からの報告

「地域からの報告」の趣旨・狙い

かかりつけ医の在宅医療【1】

市川市の自宅死亡割合は、なぜ高い？

かかりつけ医の在宅医療【2】

IPE・IPWで地域包括ケアシステムを育てる

かかりつけ医の在宅医療【3】

都市部におけるかかりつけ医の在宅医療

「地域からの報告」の趣旨・狙い

ここでは、地域包括ケアシステムの一翼を担う「かかりつけ医の在宅医療」について、3つの実践例を紹介する。

まず、首都圏のベッドタウンで自宅死亡割合の高い千葉県市川市における取り組み、次に、在宅医療が古くから文化として根付いている新潟県魚沼市での取り組み、そして、大都市圏で在宅医療が面展開されている東京都板橋区での取り組みである。

地域特性（人口規模や高齢化率、医療・介護資源など）も違えば文化も風土も異なる各地域で、かかりつけ医がどのように在宅医療を展開し、安心して暮らせる地域の仕組みにどう関わってきたのか、それぞれの地域に根差した「かかりつけ医の在宅医療」を、ぜひ参考にさせていただきたい。

「かかりつけ医の在宅医療」——プレゼンテーションの主な内容

- 人口規模や高齢化率、医療介護リソース（特に訪問看護ステーション等）、住民の意識
- 地域包括ケアシステム構築に向けて、地域内で取り組んだこと
- どのような体制を組み、関係者の連携・協働の意識を高めていったか
- 医師会としてどのように関わっていったか
- 下記の事項において配慮した点
 - i) 地域での医療の継続性（病院連携含む）
 - ii) 切れ目のない安心体制について
 - iii) 支える仲間作り（多職種協働）
- 市区町村の課題

◆かかりつけ医の在宅医療【1】——千葉県市川市・土橋医院

東京都心への通勤圏で人口の密集する千葉県市川市で、親の代より継承した地域の開業医として外来診療の合間に在宅医療を行っている。市川市は自宅死亡率が高いことでも知られるが、かかりつけ医としてどのような取り組みを行ってきたのか。土橋医院での在宅医療の実践、および地域包括ケアシステム構築を支援する地区医師会の活動などについても紹介する。

◆かかりつけ医の在宅医療【2】——新潟県魚沼市・上村医院

上村医院は、明治、大正、昭和、平成、令和と時代を超えて地域に根差した地域医療に貢献してきた歴史ある診療所である。人口減少と相まって、高齢化率36%を超える地域事情もある。一般的な外来診療機能に加え、介護（予防）事業をはじめ、サービス付き高齢者住宅の運営など、在宅医療を核とした地域包括ケアシステム構築の一翼を担う実践について紹介する。

◆かかりつけ医の在宅医療【3】——東京都板橋区・板橋区医師会

東京都板橋区は、地区医師会が医師会病院を運営しており、基幹病院も複数存在している、医療リソースの豊かな大都市圏である。ここでは、医師会病院のハブ機能を活用し、地域の複数の開業医がネットワークを構築することで、在宅医療を面展開している。病院・診療所・訪問看護ステーション等との連携を重視した大都市型在宅医療の実践について紹介する。

Ⅲ 地域からの報告

かかりつけ医の在宅医療【1】 市川市の自宅死亡割合は、なぜ高い？

土橋 正彦

目 標 千葉県市川市は、千葉県北西部の葛南地域に位置し、人口49万人、65歳以上の高齢者の割合は23.8%で、江戸川を挟んで東京都に隣接する典型的な首都圏のベッドタウンである。平成28年に厚生労働省が開催した「第一回全国在宅医療会議」において、全国の市区町村別の在宅医療の目標値の一つでもある自宅死亡割合が公表されたが、その結果、人口20万人以上の都市では、自宅死亡割合の1位が神奈川県横須賀市22.9%、2位が東京都葛飾区21.7%、3位が千葉県市川市21.5%であった。しかし、なぜ市川市の自宅死亡割合が高いのか、多くの方々から関心を寄せられるが、残念ながら明快に回答することが難しい。不安のない住み慣れた自宅での死が、文化として定着することが求められていると考えている。従来から取り組んでいる市川市と市川市医師会、関係諸団体等が積み上げてきた独自の在宅医療に関する事業とともに、一般の「かかりつけ医」による地道な在宅医療の活動の実情を紹介し、広くご意見をいただくことを目標としたい。

Keyword 在宅医療、自宅死亡割合、在宅死亡、在宅ケア、市川市医師会地域医療支援センター、医師会立訪問看護ステーション、在宅医療材料、在宅医療機器、インフォーマルサポート、千葉県医師会地域医療総合支援センター

内 容

1. 市川市在宅ケア総合システム推進モデル事業は、市川市医師会・保健医療福祉団体・行政とともに定期的に会議を行い、モデルケース10例についてさまざまな角度から課題分析し、18課題を抽出。これらの課題を解決するために各団体が検討
2. 市川市医師会地域医療支援センターは、往診医と専門医の確保、医療機器材料の提供、感染症対策、医療廃棄物対策などを実施
3. 市川市医師会立訪問看護ステーションの開設
4. 市内のインフォーマルサポート事業の情報収集と公表
5. 千葉県医師会館内に在宅医療モデルルームを設置し、医師会、看護学校などの研修の場として提供など

1

令和元年度 在宅医療関連講師人材養成事業 研修会 2020年3月15日

地域からの報告

かかりつけ医の在宅医療Ⅰ

市川市 土橋医院 土橋正彦

市川市の自宅死亡割合は、なぜ高い？

平成28年に厚生労働省は、「第一回」全国在宅医療会議で全国1741市区町村別の自宅死の割合を公表した。

人口20万人以上の都市では、

神奈川県横須賀市 1位 (22.9%)

東京都葛飾区 2位 (21.7%)

千葉県市川市 3位 (21.5%) でした。

市川市人口 490192人 65歳以上高齢化率 23.8% (全国26.6%)

市川市医師会は、会員数450名（内勤務医191名）、医療機関数259（内病院数13）。自宅死亡割合の関連因子を探索した多変量解析による研究があるが、人口密度などの地域特性、一般診療所による看取りの実施件数、訪問看護の利用者数といった自宅での看取りを支援する体制の整備状況が正の相関を示しているとの考えもある。

2 市川市における在宅医療推進の事業

1. 市川市在宅ケア総合システム推進モデル事業（平成4～5年）
2. 市川市医師会地域医療支援センター（平成8年開設）
3. 市川市医師会訪問看護ステーション（平成11年開設）
4. 高齢者等サービス調整チーム（市川市）
「インフォーマルサポート事業の情報収集・提供」
5. 千葉県医師会地域医療総合支援センター（平成26年開設）

平成4年から5年にかけて、市内の保健医療福祉団体とともに在宅ケア総合システム推進モデル事業を実施。定期的に会議を開催し、異なる10のケースをさまざまな角度から検討し、18の課題を抽出した（スライド3）。在宅医療に必要な医療機器・材料を単品提供する支援システムとして、市川市医師会館内に市川市医師会地域医療支援センターを開設。平成11年には市川市医師会立訪問看護ステーションを会館内に開設し、介護保険法の施行（平成12年）に間に合わせた。利用者は要介護3以上が多く、介護度の重い人の利用が多い。市川市の高齢者等サービス調整チームでは、フォーマルサービスのみならず、インフォーマルサポート事業の情報を収集し介護事業者に無償で提供している。千葉県医師会は、地域医療再生基金を活用し、平成26年に新医師会館内に千葉県医師会地域医療総合支援センターを開設。在宅医療・介護の研修教育の場として活用している。

3 市川市在宅ケアモデル事業で抽出された18課題 モデルケース10例の分析（平成4～5年）

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. 往診医と専門医の確保 | 10. 介護者の疲労と療養者への虐待 |
| 2. ハイテク在宅・末期医療への対応 | 11. 介護者の疲労にたいする援助 |
| 3. 医療材料および医療機器の整備 | 12. 訪問拒否ケースへの対応 |
| 4. 感染症対策 | 13. 福祉用品の選択肢の拡大 |
| 5. 訪問指導と訪問看護の整合性 | 14. 家族の望みの理解 |
| 6. 地域住民への意識啓発 | 15. プライバシーの問題 |
| 7. ボランティアの位置付けと支援 | 16. 個人情報の管理 |
| 8. 保健・医療・福祉の情報の一元化 | 17. 住宅改善と助成 |
| 9. 在宅療養者の移送サービス | 18. ホームヘルパーの派遣 |

市川市在宅ケアモデル事業で抽出された課題について、その対策を各関係団体の活動目標として事業を開始した。市川市医師会は、地域医療支援センターを医師会館内に整備し、平成8年から今日まで継続的に活動し、かかりつけ医の在宅医療への支援を行っている。18課題のうち、地域医療支援センターの役割は、往診医と専門医の確保、ハイテク在宅・末期医療への対応、医療材料および医療機器の整備（特に喀痰吸引器の無償貸出とメンテナンス）と医療廃棄物の処理などである。

4 市川市医師会地域医療支援センター開設

市川市医師会地域医療支援センター

平成8年10月に開設

一般の「かかりつけ医」が個々に実施する在宅医療において、少しでも負担が軽減され、さらに地域の医療保健福祉に携わる人々の活動を支援するために、市川市の経済的支援のもとに開設した。

医療機器の貸し出し、医療材料の提供には、保健所への届け出が必要である。管理医療機器販売業・賃貸業の届け出を、市川市医師会として管理者を記載して届け済みである。

5 市川市医師会地域医療支援センターの事業内容

地域のかかりつけ医を支援する目的

平成8年 市川市医師会館内に開設

1. 往診医・専門医の紹介
2. 喀痰吸引器の貸出・メンテナンス・滅菌
3. 医療材料の提供・滅菌
4. 医療機器の貸出
5. 在宅ケア図書とビデオの貸出・閲覧
6. 保健医療福祉関係者への研修施設提供
7. 医療廃棄物の適正処理システムの運営

市川市医師会地域医療支援センターの事業内容は、地域のかかりつけ医を支援する目的で実施している。医師会では、市民から在宅医療を行っている医師の紹介を依頼されることがあり、必要な医療や介護の内容を考慮して、往診医の情報を提供することがある。婦人科、皮膚科、整形外科などの専門的な診療を求められることもあり、必要により専門医を紹介する。在宅医療において必須である喀痰吸引器は、現在約80台を保有し、55台を貸し出している。定期的なメンテナンスやガス滅菌消毒も実施し、最良の状態維持管理している。医療材料は医療機関が必要とする物を、必要な量を単品供給している。在宅酸素濃縮装置、パルスオキメーターなども緊急用に用意している。在宅医療に関する図書や画像、医学書などを共用のものとして貸し出している。保健医療福祉関係者に研修施設を提供している。感染性廃棄物の適正処理を専門業者と契約して実施している。

6 市川市医師会訪問看護ステーション



市川市医師会訪問看護ステーションは、管理栄養士を常勤で配置しており、訪問看護師や「かかりつけ医」からの依頼により、適宜、栄養指導を行っている。医師会立の訪問看護ステーションは、医療ニーズが高く、また介護度の高い要介護者を担当することが多い傾向があり、地域で信頼されるステーションとして活動している。

7 市川市医師会地域医療支援センター在宅医療機器材料



医療材料の備蓄棚。各種サイズを用意し、単品提供でニーズに対応している。特にバルーンカテーテルなどは、小児用のサイズから成人用まで各種サイズが準備されているために緊急の時には提供を依頼されることがある。また、テープ類などもサイズを大小各種揃えており、また、単品提供されるために好評を得ている。

8 市川市のインフォーマルサービス



インフォーマルサポートは、フォーマルサービスである在宅医療や介護サービスとともに、必須のサポートといえる。在宅医療はこれらを組み合わせることで充実したものになる。インフォーマルサポートの事業者は、経営が脆弱であり、きめ細かい情報収集が必須である。これらの業務は、市川市役所が役割を担っていて、質の高い情報を提供している。情報は、高齢者サポートセンター、地域ケア拠点、ホームヘルプサービス、市川市医師会地域医療支援センター、歯科医師会口腔サポートセンター、薬剤師会の薬相談事業、ボランティアセンター、車いすの一時貸出業務、お弁当の宅配、お風呂屋さん情報、外出支援、送迎サービス、福祉タクシー、友の会・家族会の情報、サロン、などさまざまである。また、市川市は新しい情報を冊子にして印刷し、関係施設に提供されている。

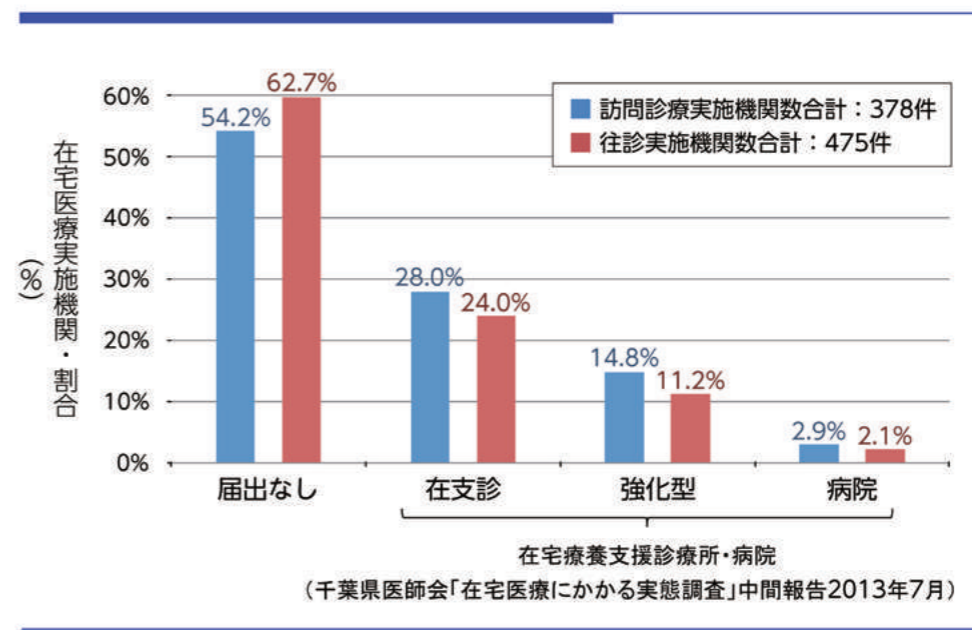
9 一般開業医による「かかりつけ医の在宅医療」

在宅医療を行っている医療機関

在宅医療を実施している医療機関は、在宅療養支援診療所と共に、一般の「かかりつけ医」も昔から行っている。

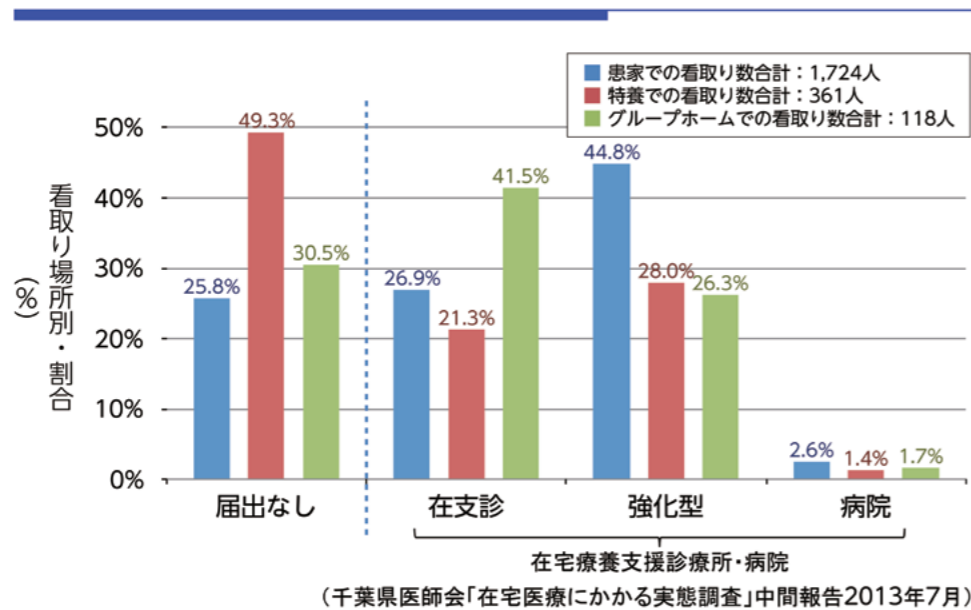
子どもの頃、学校から下校の帰り道を歩いていると、近所の開業医が、自転車に往診鞆を乗せて走っている風景を良く見かけた。大抵の開業医は学校医も受け持っている、子どもながらに顔見知りであった。往診は昔から、かかりつけ医の先生の当然の役割だったのである。

10 在支診届出状況別在宅医療（訪問診療・往診）実施医療機関割合



一般の「かかりつけ医」である開業医が、相当数の在宅医療を行っているとの仮説をたて、2013年に千葉県医師会の全会員（3087人）に郵送法にて実態調査を行った。有効回答は1742人（56.4%）であった。「届出なし」は一般の開業医であり、訪問診療（54.2%）、往診（62.7%）を行っていて医療機関数は、在宅療養支援診療所より多い。一医療機関当たりの訪問診療や往診の件数は、在宅支援診療所が多いとは思われるが、一般の開業医が相当数で在宅医療を行っている様子うかがえる。

11 在支診届出状況別 自宅等の看取り場所別割合 (平成24年1月1日～12月31日)



患者での看取りの件数は1724人。強化型が44.8%と最も多く、支援診療所が26.9%、一般の医療機関は25.8%とほぼ同等であった。特養での看取りは361人で、一般の医療機関が49.3%を占めていた。特養での看取りが、多くの一般の医療機関により支えられていることがわかる。届け出なしの一般の開業医が、在宅療養支援診療所に匹敵するくらいの看取りを実施していることがうかがえる。

12 日医総研ワーキングペーパー No.378 2017年2月28日

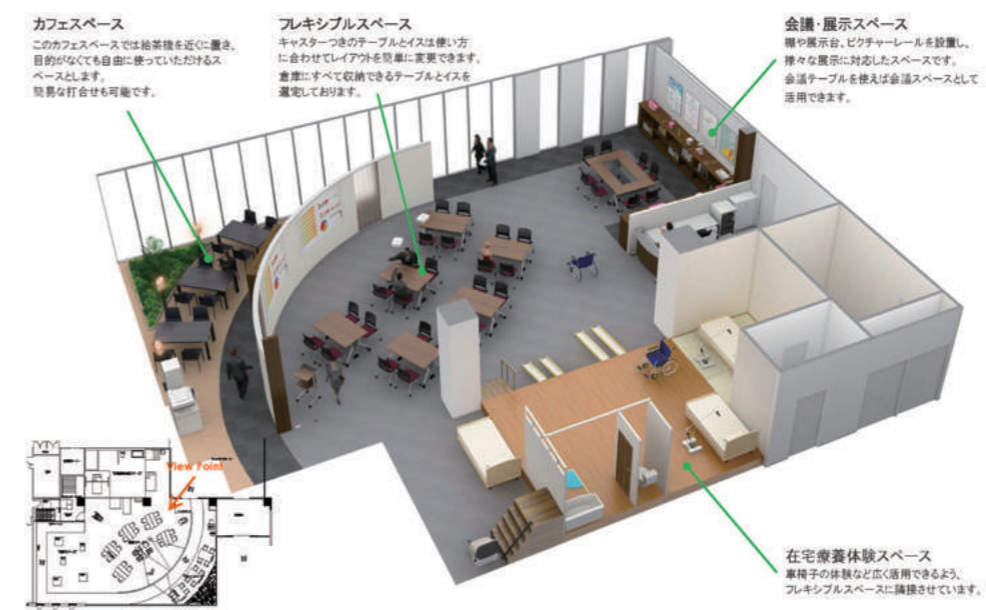
訪問診療を行っている診療所の半数は**在支診**以外である。

2016年度改定で在支診に対する評価が行われたが、**在支診のみならず在宅医療を行う診療所**に対して広く評価が必要ではないか。

日本医師会総合政策研究機構 日本医師会保険医療部 (2016年11月調査実施)

日医総研の研究でも、訪問診療を行っている診療所の半数は在宅療養支援診療所以外であり、千葉県医師会の調査とほぼ同等であった。また、厚生労働省の調査でも、訪問診療および往診は在支診以外の一般診療所が多く、同様の結果であった。

13 千葉県医師会地域医療総合支援センター



平成26年10月に千葉県医師会の新会館建設を機会に「かかりつけ医」の地域医療、在宅医療を支援することを目的に、新会館の一階に地域医療総合支援センターを開設した。開設には千葉県の協力を得て、平成25年、26年度の地域医療再生基金を活用させていただいた。以下4点がその大きな特徴である。①最新の在宅医療機器・福祉用具・介護機器を体験型の常設展示に。②在宅医療・介護体験および研修等の実施。在宅医療・介護のリーダー養成、看護師や介護職の研修の場として活用。③県民向けに健康講座としてノルディックウォークの啓発活動。④ノン・リフトなど介護の新たな思想を取り入れた研修の啓発など。⑤看護学校の校外実習、持ち上げない移乗技術研修会、作業療法学科校外研修、認知症家族の会講習会、ヘルパー研修会、介護講座、認知症啓発強化週間講演会、在宅ケアちばサミット、北欧の持ち上げない移動研修会などを実施。

14 亡くなった患者さんの「魂」のありか

東京都神津島の自宅死亡割合 54.8%

神津島では、亡くなった人の魂は、死んだところにとどまる。

愛する家族の魂が住み慣れた自宅にとどまるように祈る。

沖縄群島 (久高島) にも同様な風習がある。

科学的には魂の存在は否定されるといえる。医学は科学を根拠に進歩しているのであり、医師は医療の場において、科学的根拠に基づかない議論や医療行為は避けるべきであろう。しかし、文化として魂を敬うことは、長い歴史のなかで連綿と続けられてきた。多くの家には仏壇などがあり、彼岸などには先祖の墓を参ることが宗派を問わずに行われている。神津島では家族を自宅で見守る習慣 (魂魂) があり、その文化が継承されている。家族が亡くなった時、精神を支える魂は天に上り、肉体を構成する魂は地に帰ると伝えられている。

15 自宅看取りの文化を育むために

在宅介護・医療により家族を住み慣れた自宅で安心して看取るためには、終末期だけではなく、

さらに、亡くなられた後も 不安なく、安心していただける文化が醸成されることが必要と思います。

そして、かかりつけ医による在宅医療が無理なく行える環境が整うことが必要と考えます。

終わり

「死ぬこと 誰かの心の中で生きること」 樹木希林

自宅で安心して亡くなることができる文化を醸成することが求められる。

Ⅲ 地域からの報告

かかりつけ医の在宅医療【2】

IPE・IPWで地域包括ケアシステムを育てる

上村 伯人

目標 新潟県魚沼市は東京23区より広い地域に人口3万5千人しかおらず（15年間で1万人減少）、高齢化率36%と人口減少・高齢過疎地域である。豪雪地域であることから在宅医療は文化として定着していたが、医師数は全国平均の2分の1以下である。医療・介護資源不足の中、在宅医療を含めた地域包括ケアシステムを育てるためのIPE・IPWの取り組みを紹介する。

Keyword IPE・IPW、総合型地域スポーツクラブ、在宅看取り支援制度、地域医療魚沼学校、社会的処方

- 内容**
1. 魚沼市の現状
 2. IPE（多職種連携教育）とIPW（多職種連携）
 3. 地域医療魚沼学校で地域包括ケアシステムを育てる
 4. 在宅看取り支援制度（「看取り隊」）
 5. 地域リハと総合型地域スポーツクラブ

1

令和元年度 在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

2020.3.15

地域からの報告 かかりつけ医の在宅医療

「IPE・IPWで 地域包括ケアシステムを育てる」

新潟県在宅ケアを考える会 会長
日本保健医療福祉連携教育学会 理事
地域医療魚沼学校 副校長
NPO法人 エンジョイスポーツクラブ魚沼 理事長
NPO法人 スノーパーク小出 理事長

上村医院 上村 伯人

2 新潟県魚沼市の概要

新潟県 魚沼市

人口 35,776人

高齢化率 36.8%

■ 医療機関	
病院	2
診療所	13
歯科診療所	13
調剤薬局	17
■ 訪問看護ステーション	5
■ デイサービス・デイケア	13
■ グループホーム	9
■ 特定施設	3
■ 特別養護老人ホーム	5
■ 介護老人保健施設	1



魚沼市は東京23区より面積が広く、高齢過疎で、冬場は2メートルの積雪がある。医師数は全国平均の2分の1と少ない。

3 上村医院の概要



一外来診療時間
 月曜日～土曜日 午前9時～12時
 月・火・木曜日 午後5時～6時30分
 〒946-0003 新潟県魚沼市諏訪町1-12
 TEL 025-792-0143
 FAX 025-792-9291
 Mail kami-iin@orion.ocn.ne.jp



業務内容

医療：外来診療 【午前・夕方】 約1,350人/月 (のべ2,100人)
 訪問診療 【午後】 在宅 50人/月 施設 70人/月

保健：校医 小学校(400名)・中学校(280名)・高校(470名)・障害児施設(100名)
 産業医(16事業所)・予防接種・住民健診・健康教室・講演会・日本スポーツ協会公認スポーツドクター・NPO理事長として出張(約120回/年)・
 学校保健会会長

福祉：養護老人ホーム(50名)の嘱託医・主治医意見書210名・介護認定審査会会長
 居宅療養管理指導算定者数60名・地域包括ケア推進会議会長

教育：医学生 約20名/年 研修医 約20名/年

小・中・高校の学校医、産業医から在宅医療まで行っている。1階が診療所、2階は看護小規模多機能、3、4階は特定施設となっている。

4 新潟県の在宅医療体制

	人口10万人あたり		65才人口1万人あたり			
	病院	診療所	訪問診療 件数(月)	在宅支援 診療所	訪問看護 ステーション	訪問看護師
全国	6.70 ^{ヶ所}	80.8 ^{ヶ所}	360.0 ^件	4.6 ^{ヶ所}	3.0 ^{ヶ所}	13.4 ^人
新潟県	5.64	72.9	171.5	1.8	1.9	8.5
新潟市	5.54	81.4	224.1	2.3	2.3	10.5
長岡市	4.03	65.9	178.4	2.1	1.4	8.3
魚沼市	5.40	35.1	218.9	3.9	3.9	13.5

出典：『在宅医療にかかる地域別データ集』厚生労働省 平成29年度集計分

新潟県では、少ない診療所が訪問看護との連携で何とか在宅医療を担っている。

5 魚沼の実情

魚沼では



医師不足(全国平均の1/2)



豪雪地



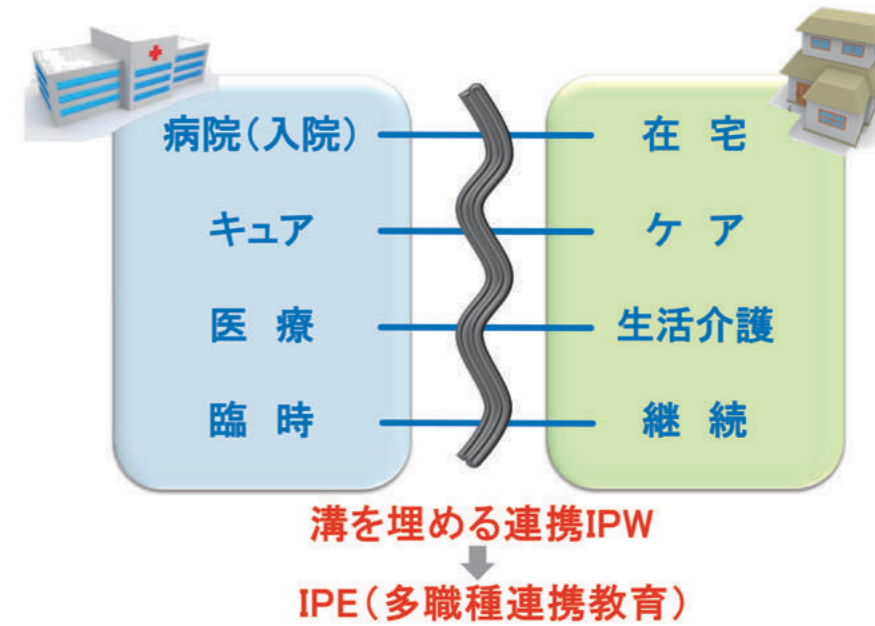
保健・福祉との連携



在宅医療

元々**地域内多職種連携**が必然だった

6 地域包括ケアを支える医療と介護



病院スタッフのほとんどは在宅医療の経験がない。

7 地域医療魚沼学校の創設

地域医療魚沼学校
Utsunomiya school for community health and social care

「住民こそ医療資源」が地域医療魚沼学校の合言葉です
Consider residents as medical assets

魚沼の大自然で互いに学び、元々あり、健康を守る人材を育成します
realize a story of the community

住民の医療知識を深めることが、効率的な医療体制を築く第一歩
Learn collaborative work through on-the-job training

● 地域医療魚沼学校とは

地域医療魚沼学校とは、深刻な医師不足に直面している魚沼地域の医師会が「住民の医療知識を深めることが、効率的な医療体制を築く第一歩」と位置付け、地元の医療関係者が、山奥の集会所まで医療保険の仕組みを教えに出席したり地域指導者を育てる手助けをしたりと、さまざまなプログラムにより、互いに勉強し合うといった全国初の試みです

主な事業

- 1 住民の医療資源化支援事業
- 2 医療人育成事業
- 3 地域医療研修実習システム構築事業
- 4 地域包括ケアシステム構築事業

地域医療魚沼学校は、地域医療再生基金事業として2011年4月に開校した。

8 地域医療魚沼学校のカリキュラム

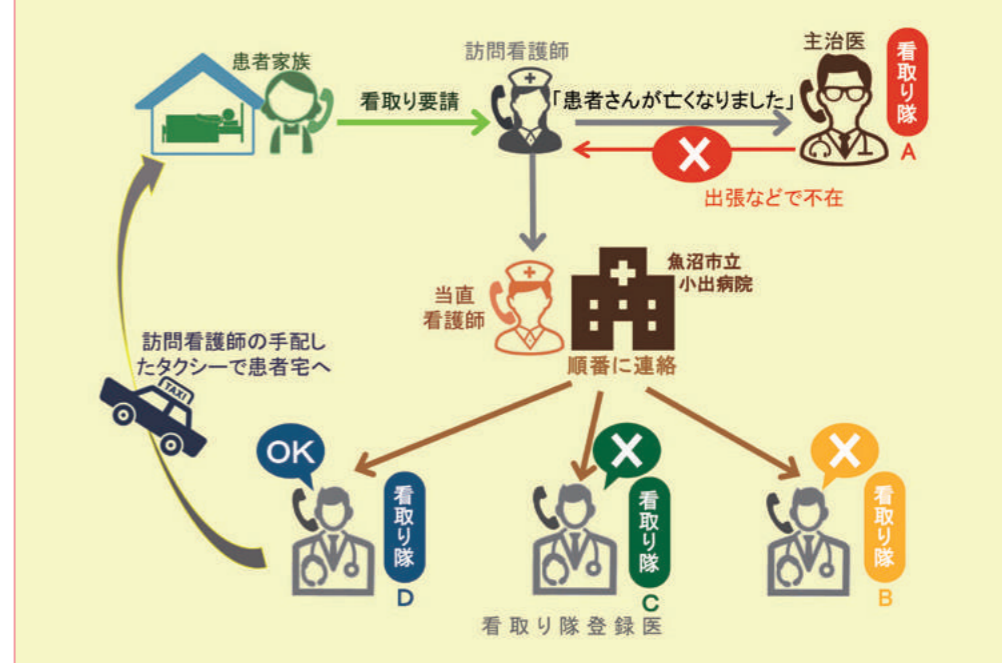
地域医療魚沼学校
Utsunomiya school for community health and social care

地域医療魚沼学校カリキュラム 2011～2018年度参加者数

- 学生・研修医が学ぶ
地域医療実習プログラム
地域医療研修プログラム
1,394名
- 専門職が学ぶ
(IPE: inter-professional education)
楽語り (相互講義)
楽想 (地域医療大学院)
楽門 (現場交流)
9,788名
- 住民が学ぶ
ナイトスクール
オープンスクール
クラスインスクール
16,797名

地域医療魚沼学校では、新医師臨床研修制度以前から、東京の研修医の地域医療研修を受け入れていた。

9 魚沼市「看取り隊」の仕組み



在宅看取り支援制度（看取り隊）。市立病院の当直ナースがコールセンターとなる。

10 病院・診療所と自宅死亡の割合（2015年度）

病院で最期を迎えたいですか？

	総数	病院・診療所	老人ホーム	自宅
全国	1,290,444人	76.6%	6.3%	12.7%
新潟県	28,297人	76.7%	8.6%	10.1%
新潟市	8,251人	79.9%	6.7%	9.3%
魚沼市	562人	67.7%	11.4%	16.2%

『人口動態統計』より

魚沼市は新潟県内で唯一、病院死亡が7割未満である。

11 「新しい公共」としての活動

社会的処方としての
総合型地域スポーツクラブ【エンジョイスportsクラブ魚沼】
 と
スキー場【スノーパーク小出】
 の事業運営
 NPO法人による「新しい公共」として

スポーツドクターとして、地域資源の創設、運営に注力。

13 スノーパーク小出（小出スキー場）事業 2018年度

降雪期

- スキー学校（一般）
- 駒見スキー教室（児童）130名 全22日間
- 『脱・ふゆごもり教室』（60～88才）全10回 延288名
- 小中高校 スキー授業 計20校 延54日間 延5,918名



非降雪期

- ノルディックウォーク『歩んでみん会』（20～88才）全20回 延242名
- 健康講座（減塩、温泉療法、口腔ケア etc.）
- 夕涼みウォーク
- 尾瀬ツアー



市営スキー場の廃止を受け、2012年度よりNPO法人による運営。

12 総合型地域スポーツクラブによる地域リハビリテーション

魚沼市福祉課より受託 **若返りトレーニング教室**

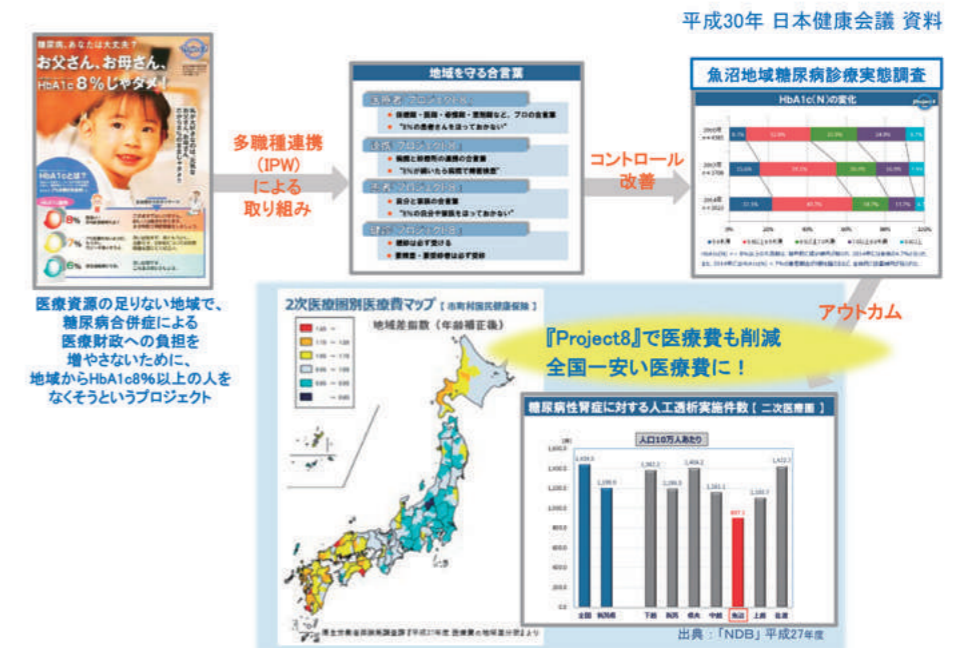
● 参加者の推移

H15年度	100名		
H16年度	175名	年間 90回	週 2回コース（8教室）
H17年度	350名	年間 45回	週 1回コース（7教室）
H18年度	380名		
H19年度～	400名		



市内7ヶ所で15クラスの介護予防教室を実施している（各90分間）。

14 新潟県魚沼地域での「地域包括糖尿病対策」Project8の成果



IPWによる魚沼地域糖尿病対策の成果が、日本健康会議にて報告された。

最後に

糖尿病診療も在宅医療もあたりまえの地域医療

地域医療は一人の赤ひげではなく地域で育てる

地域包括ケアは多職種協働 (IPW) で育て、守る

IPWにはIPE (多職種連携教育) が必要

地域のスポーツ文化を守る:スノーパーク小出【小出スキー場】

Ⅲ 地域からの報告

かかりつけ医の在宅医療【3】 都市部におけるかかりつけ医の在宅医療

鈴木 陽一

目 標 高齢化の状況や医療資源は、各市町村によって、さらには市町村の中の地域ごとにも大きく異なる。都市部ではこれから20年間に一層の後期高齢者の増加と看取り需要が想定されている。こうした都市部での在宅ケアの需要増加に対し、かかりつけ医が外来から在宅まで継続して診療を続けること求められている。一方で、かかりつけ医の負担を軽減することが、持続可能な在宅医療の一つの鍵である。この单元では、板橋区医師会における、医師会病院、療養相談室、主治医副主治医制を活用したネットワークづくりを紹介し、地域のセーフティネットの面を形成するイメージを深めていただく。

Keyword 多職種連携、主治医副主治医制、療養相談室

- 内 容**
1. 板橋区のプロフィール
 2. 板橋区の地域資源
 3. 基幹病院との連携
 4. 板橋区医師会病院との連携
 5. 行政・地域包括センターとの連携
 6. 多職種との連携
 7. 日常生活支援を担うインフォーマルグループ
 8. 都内の在宅医療・介護連携に関する相談窓口
 9. 療養相談室
 10. 板橋区医師会主治医副主治医制
 11. 板橋区医師会副主治医調整会議
 12. なんとか通院レベルの患者の在宅ケア
 13. 通院から訪問への継続
 14. 今後、都市部に求められる在宅医療

1

令和元年度在宅医療関連講師人材養成事業
かかりつけ医の在宅医療



都市部における かかりつけ医の在宅医療



公益社団法人 板橋区医師会 理事
鈴木 陽一（板橋区役所前診療所）

2 板橋区のプロフィール

板橋区

板橋区データ(2020年1月1日 区HP)

人口 571,357人

高齢化率 23.1%

後期高齢化率 11.8%・・・今後にピーク

高島平・新河岸圏域

50年前にマンモス団地の街ができる
団地内(高齢化率4割以上・賃貸7割・単独世帯4割)
高齢者数 17,710人
(2020年1月1日)



社会資源の潤沢な地域
2つの大学病院
384の診療所
43の訪問看護ST
19の包括支援センター
認知症疾患医療センター
(東京都健康長寿医療センター)



大都市の将来像

板橋区は東京の北西部に位置する。他の都市地区と同様にこれから高齢化のピークを迎える地域であり、現在の高齢化率は全国平均よりは低いものの、都内では平均的である。医療資源や介護資源に恵まれているのは、都市圏ならではの。一方、およそ50年前につくられた団地群も多く、その象徴である高島平団地では、入居者はピーク時3万人を数えた。2万人を超える団塊世代の住民が、高島平で子どもを育て、一緒に街をつくった。そして一緒に高齢化を迎えている。高島平・新河岸圏域の高齢者人口は1万7710人で、高齢化率は4割を超える。あと数年で住民が一斉に85歳以上となり、半分は認知症、要介護、預金が底をつく年齢になる。板橋区は、今後の大都市の療養状況を示す可能性が高いとも考えられる。

3 板橋区の地域資源（令和2年1月現在）

	数		数
病院	40	定期巡回・随時対応型介護看護	6
診療所	384	小規模多機能型介護	11
訪問看護ステーション (サテライト)	43(9)	介護療養型医療施設	6
地域包括支援センター	19	介護老人保健施設	9
居宅介護支援事業所	157	介護老人福祉施設	20
訪問介護(夜間対応)	167(1)	認知症対応型共同生活介護	27
通所介護 (地域密着型)	144(72)	特定施設入居者生活介護 (地域密着型)	47(1)
通所リハビリ	17	認知症対応型通所介護	20
		看護小規模多機能型居宅介護	1

地域の社会資源を把握することが
多職種協働の第一歩

※当院調べ(参考)

地域の医療および介護サービスで利用する社会的資源の種類は知っておく必要がある。特にかかりつけ医自身の医療圏域の社会資源を把握することは、在宅医療を始める上で、さらには継続していく上でも、非常に大切である。板橋区内には400床以上6病院を始め、多くの医療機関があり、40以上の訪問看護ステーション、19の地域包括支援センター、150を超える居宅介護支援事業所がある。

4 基幹病院との連携

- ・在宅ケアがはじまっても、専門医と繋がりたい
ふたり主治医制の勧め
- ・病院部長医師－医師会理事との定期意見交換会（4病院）
- ・基幹病院とかかりつけ医、医療関係者との連携会
- ・疾病別の病診連携会議および勉強会の定期開催

各基幹病院とは、個別の患者および疾病対策、連携の各方面から密に連絡を取れる関係を構築してきた。ふたり主治医制は、医師会だけでなく病院からも患者へ勧めてもらっている。逆紹介する際にも、疾病別の連携会を通したお互いの社会資源としての認識の向上が必要である。

5 板橋区医師会病院との連携

- ・内科、外科、整形外科、小児科、泌尿器科、産婦人科
計192床 開放型病床有

- ・在宅患者緊急一時入院病床確保事業（入院病床の確保）（板橋区）

2018年度利用実績

利用人数 平均 4.5人/月

利用日数 平均 29.6日/月



- ・地域包括ケア病棟

2020年開始

介護者の介護力が不足する時期も補完
患者・家族そして在宅医の不安軽減

板橋区には医師会立の病院がある。地域のハブ病院の役割を担い、2次救急患者の依頼や小児科診療のニーズに応えるだけでなく、3次救急病院からの転院を受けることもある。また介護者の体調不良時の入院やレスパイトを含めて利用でき、行政事業としても病床を確保してきた。2020年4月より、地域包括ケア病床を20床オープンする。地域の患者さんや家族にとっても、医師会員にとっても、一層身近で相談や利用のしやすい病院となることを期待している。

6 行政・地域包括センターとの連携

連携例；認知症初期集中支援チーム

- ・板橋区と板橋区医師会で計画・実施
2016年度7チームから開始
2019年度・・・19チーム（19の地域包括すべて！）
- 各センター近隣のサポート医（かかりつけ医）が参加
- チームづくりを目標に、医師の同行訪問を原則

かかりつけ医が各診療圏域の
包括支援センター（見守り支援拠点）と連携できる！

今後、フレイルサポート、更には「理由はともかく生活が上手くいなくなっている」レベルから協力できるようにしていこう！
(2019年度初期集中事業検討委員会にて)

行政や地域包括センターとの連携も重要である。通院できるが虚弱になってきた方などは、特に地域包括センターとの協働が望ましい。認知症への取り組みを例にとると、初期集中支援チームが各地域包括センターに1チーム、必ず地域のドクターが参加し、計19チームが活動している。本事業で地域包括スタッフと地域のかかりつけ医のネットワークが進み、地域包括からの依頼だけでなく、かかりつけ医からも地域包括へ介入を勧めるなど、双方向の良好な関係へと発展している。今後も、フレイルサポート事業なども開始しながら、地域包括センターの見守り拠点としての機能を活用させてもらう。

7 多職種の様々なミーティング



在宅療養
ネットワーク
懇話会
2010～

個別のケースを、異なる視点から話しあう。他職を理解しあう。コーディネーターの育成にもつながる。

地域に仲間を増やす。かかりつけ医師もまずは参加！そしてこれらの様々な社会資源が、それぞれ何をやっているかを知る。自身も社会資源の一員であることを知ってもらう。異なる視点を認め合いながら、これからの高齢化していく地域で、ともに何ができるかを考える機会をつくっている。この写真の在宅療養ネットワークは、2010年の開始から、20回を超える開催となり、行政の方やボランティアなども含め10職種以上が集まる。

8 日常生活支援を担うインフォーマルグループ 特定非営利活動法人「みんなのたすけあいセンターいたばし」

本来なら家族が行う日常生活支援を代行するサポーター

1. 派遣 支援の必要な方の元に何う事を 基本にします	支援サポーター養成・・・人づくり 支援サポーターを派遣し、ご自宅での生活を支えるお手伝いをします。
2. 相談 悩み・困り事お聞きします	幅広い相談もお聞かせください。関係機関とのネットワークで一緒に解決方法を みつけます。目指すは、 地域のよろず相談所！
3. 情報発信 必要な情報を必要な方へ	利用者に関する情報を収集し、多様な媒体（紙・メール等）で発信します。
4. 拠点 みんなの居場所づくり	利用者やサポーターが交流や活動できる場、利用者にとって居心地の良い拠点づ くりをします。 —多様な方々が集い関わりあえる縁的的な“場”づくり—
5. 調査・研究	学識者や専門家を中心に、たすけあいの地域づくりに関わる課題を整理し、 施策 を提言します。

参加しているボランティア団体のひとつ、特定非営利活動法人「みんなのたすけあいセンターいたばし」。インフォーマルグループとはいえ、組織づくりをしっかりと行っている。虚弱な独居高齢者世帯が増加する中、不足する日常生活支援を担ってくれる重要なパートナー。このようなグループを、医師会や行政がサポートしておくことが、ネットワーク形成と拡がりにつながっていく。

9 都内の在宅医療・介護連携に関する相談窓口

- 各区市町村 入院医療から在宅療養への円滑な移行や安定的な在宅療養生活継続のため、在宅医療・介護連携に関する相談支援を行う窓口の設置を進めている
- 2019年10月現在、都内60の区市町村が設置
- 設置場所や機能は様々

板橋区は療養相談室

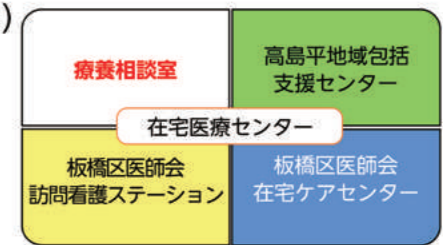
東京都福祉保健局のHPから窓口一覧を見ることができる
自院の地域に窓口があるのか、どのような機能があるのかを知ることがコーディネーションの第1歩です

都内の在宅医療の相談窓口は東京都福祉保健局のホームページから閲覧可能で、皆さんの地域にもあるはず。板橋区では在宅医療センター内の療養相談室が窓口になっている。かかりつけ医が個別にMSWを雇用することは大変だが、相談室機能が充実してくればとても便利で大きな力になる。

10 療養相談室

区民・Dr・Nrs・CM・MSWのコーディネーションをサポート

- 個別の在宅療養に関する相談
- 在宅療養移行時の支援（区外からも）
- ケアマネジャー支援
- 地域包括支援センター支援と協働
- 社会資源情報の集約
- 主治医・副主治医連携支援
- ICT運用の事務局



年齢、疾患、居場所に関わらず
住民・専門職からのあらゆる相談に対応



療養相談室は、在宅医療センター内にあり、区民・医師・看護師・ケアマネジャー・他機関MSWのコーディネーションをサポートする。24時間対応においてキー職種の訪問看護とコーディネーション機能を持つ療養相談室が一つ屋根の下で動いている、かかりつけ医にとって有用なセンター。病院と同じように地域にも連携室があれば、かかりつけ医にとっても有り難く、患者も地域にスムーズに戻りやすい。

11 板橋区医師会 主治医副主治医制

- 2012年度より副主治医調整会議を毎月開催 希望者は自由に参加できる
- 連携強化型・単独型在宅支援診療所の医師26名
- 事前に翌月の副主治医希望日のアンケート実施
- 会議にて副主治医決定
- 患者情報はICTを中心に共有
- 療養相談室がサポート（スタッフが会議に参加）
- 副主治医調整は平均2.2件/月
- 副主治医出動は平均1.4件/年（出動すくなくても安心は大きい！）

かかりつけ医がネットワークづくりをしながら、
コーディネートできる会議体・・・**競合から協働**
365日管理の負担軽減

かかりつけ医として、日常診療をしていた患者さんが在宅ケアを必要とした時、かかりつけ医師として最期まで家で診る意向のドクターは多い。一方、1人で医院における診療をするドクターが24時間365日の体制を取ることは、現実として厳しい。板橋区医師会では、そのような主治医の悩みを軽減する、副主治医制度を2012年から開始。希望者は月に1回会議に参加し、“お互いさま”の副主治医登録をしたり、患者情報の共有、かかりつけ医同士の悩みや医療介護制度の情報交換などを行う。また、他のドクターの人となりも会議を通じてわかる。患者情報は主にICTを利用して共有。お互いさまの精神で、競合から協働と気持ちが楽になり、365日管理の負担が軽減する！

12 板橋区医師会副主治医調整会議で明確になってきた副主治医が参加しやすい療養支援のポイント／課題

- 1) **本人の意思決定プロセスを共有し、記録しておくこと**
 - 臓器不全
増悪が曖昧 加齢変化 病診連携（2人主治医）
 - 認知症・老衰・独居
多職種（インフォーマルも含む）による日常生活支援と意思決定支援
独居者の親族に対する定期的な情報提供
 - がん 終末期の状態変化に対応できる多職種連携
 - 終末期・看取り 経過予測やACPの共有 介護職の連携継続
 - 突然死 介護者が全く想定していない死をなくすACP
- 2) **ファーストコールはできるだけ主治医へお願いする**
連携業務の負担軽減：サポートセンターやICTの活用

副主治医として連携に参加しやすい制度がスムーズに行えるためのポイントは以下のとおりである。①ACPの内容とその理由をしっかりと記録する。そして情報を誰が共有してきたか。認知症・老衰・独居 多職種（インフォーマルも含む）による日常生活支援・意思決定支援／独居者の親族に対する定期的な情報提供の内容／終末期の連携（近い将来の死の可能性と家族が介護職への伝えた内容およびその反応など）。②ファーストコールは主治医へお願いすると混乱が少ない。

13 かるうじて通院中だが在宅ケアが始まった患者のかかりつけ医医療

- **地域の社会資源情報把握 ネットワーク形成と参加**
- 外来通院時における本人や家族とのACP
- 地域包括支援センター・ケアマネ・訪問看護師
薬剤師等との療養情報の共有（電話 FAX ICT）
サービス担当者会議・地域ケア会議
- 急変時における急性期病院との情報共有
（ACPの内容・療養情報・退院後も診療を継続する意思・訪問診療が可能な事）
- **認知症初期集中支援事業、フレイルサポート、・・・**

患者ごとの療養支援ネットワークを作っておくと、診療が有用で効率良くなる。家に訪問した多職種から得られた情報を共有することは通院中であっても大事である。特に、生活の場に訪問してくれるスタッフとの連携を大切に。ぼんやりとした内容からでよいのでACPを普段から意識しよう。

14 通院から訪問へ継続可能なかかりつけ医医療

- 通院困難時や入院後・退院前カンファレンスの場面から訪問がはじまる**
- 構築されたネットワークを総動員したコーディネーション/社会的処方**
- 緊急対応と365日24時間管理 訪問看護師との協働
 - 連携職種が増える…情報共有業務の効率化 ICT活用
 - 診診連携・病診連携・施設そして地域力との連携
 - 意思決定支援・ACPを繰り返して患者にとっての最善を具体化
 - **副主治医・多職種連携による終末期ケアと看取り**

通院から訪問に変わってもかかりつけ医として継続できることが望ましい。そのために…。ネットワークができていればコーディネートはすぐに可能である。コーディネートのために医師の至急の訪問は必須ではない。電話でも、看護師への指示でも良い。つながっておくと365日がスムーズになる。患者が増え、多職種になれば情報共有の効率化は必要である。経過予測とその対応を共有することは、半歩、一歩先が見え、予想を伝達しているとコールは減る。排泄、歩行、移乗、会話、摂食ができなくなるなどをきっかけに、繰り返し共に考え、意思決定支援を行い、協働で終末期ケアを担い、結果としての「みんなで見取る」ことができる。

15 今後、都市部に求められる在宅医療人

独居・低介護力・低所得世帯や施設での療養を想定しましょう！

- 離れた場所で生活する家族への定期的な状況説明
医療同意 成年後見制度 医療保護入院・・・に準備
- 自治会やボランティアメンバーとの連携（勉強会や懇話会など）
- “準家族”として支援する独居者訪問介護職や施設介護職
看取り未経験者のイメージを聞き取る
ACPやエンドオブライフケアの研修
臨床倫理 尊厳や権利などのカンファレンス
- 患者が安心できる場所での療養継続を共通目標とする
在宅死のみが目標に非ず！在宅死数で評価する矛盾
多様化する住まいスタッフとのネットワーキング
- 情報共有 ICT活用 個人情報保護 ネットリテラシー

ネットワーキングによる、地域にマッチした在宅医療人になりましょう！

今後都市部で求められる在宅ケアの関係者となるためには遠方の家族との意思疎通を積極的に図っていくことが望ましい。インフォーマルサービスとのネットワーク、まちづくりの一環として、居住状況の多様化、時には地域の施設スタッフとは関係構築していくことも必要になっていく。在宅死以外は在宅医の敗北ではない。本人が安心して暮らせることこそが優先される。

ワークショップの趣旨と進め方

IV ワークショップの趣旨と進め方

プログラム

司会・進行 鈴木 央

時刻	時刻	会場	内容	解説・演者等
11:45-12:45	60分	各グループの会場	昼食	(大講堂から移動後) アイスブレイク*を兼ねた昼食
12:45-14:30	105分	各グループの会場	ワークショップ	ワールドカフェスタイル
14:30-14:45	15分		休憩	移動と休憩
14:45-15:30	45分	大講堂	グループ発表	6グループから発表いただきます ①プレゼンテーション 時間：30分（各グループ5分） 形式：現状→課題→解決策 ②パネルディスカッション 時間：15分 〈司会〉飯島 〈コメンテーター〉太田、蘆野、大橋

*アイスブレイク 参加者が初対面の場合もあり、話しやすい和やかな雰囲気をつくるための手法

ワークショップの趣旨と進め方

■議論の視点（参考例）

- ・かかりつけ医機能としての在宅医療
- ・在宅医療と救急医療（後方病床としての病院との連携）
- ・意思決定支援
- ・地域の実情
- ・地区医師会の役割

■アイスブレイク

昼食時間を利用し、会食しながら行います。

手順・方法は進行役（テーブルホスト）に一任しますが、通常は次のような要領で行います。

i) 進行役の挨拶

ii) 参加者全員からの簡単な自己紹介

開業歴、専門領域、その他医師会での活動など、あるいは、ご家族のことや趣味などについても触れていただくと場が和みます。また、最近経験した感動的ことを1つなどと、他愛無いテーマを盛り込むと、さらに打ち解けるかもしれません。

iii) 重要なコミュニケーションの場づくり

進行役は参加者のコメントについて、逆に質問したり、関連する話題で再度コメントしたりして、場を盛り上げるように努力します。

iv) 昼食後、ワークショップに入ります

■ワークショップの流れ

- ・進行役と、記録役を最初に設定してください。なお、プレゼンテーションは進行役をお願いすることになります。
- ・各自の発言は、要点をまとめてもらい、冗長にならないように。
- ・一回の発言は原則的に3分以内で。
- ・進行役はできる限り全員が議論に参加できるよう、発言を求めても良いです。
- ・ある程度議論が深まった場合、内容を簡単にまとめて、次に話題を展開すると議論が堂々巡りにならず、発展しやすくなります（発散→まとめ→発散 サイクル）。

グループ発表の進め方

■プレゼンテーション（5分×6グループ=30分）

- ・ファシリテーターがプレゼンテーションをお願いするグループを6組推薦します。
- ・プレゼンテーションに際して、パワーポイント（PPT）をお使いいただきます。標準テンプレートを用意しますが、活用は自由です。また、PPT 作成用パソコンを準備しますが、ご自分のPC をお使いになっても結構です。
- ・PPTの作成については、ファシリテーターがお手伝いいたします。作成したPPTデータの移行については、個別に対応させていただきます（ポケットWi-Fiによる通信環境を利用する、など）。なお、USBの利用はセキュリティの関係で控えていただきます。ご不明な点は、会場におりますファシリテーターにおたずねください。
- ・持ち時間は5 分ですので、PPT は5 枚以内としてください。
- ・プレゼンターはグループ内で推薦してください。
- ・プレゼンテーション後は、パネラーとしてディスカッションにご参加いただきます。

■パネルディスカッション（15分）

6人のプレゼンターに、パネラーとしてご参加いただき、ディスカッションを行います。

ワークショップQ&A

本研修会では、『ワークショップ形式』を取り入れ、受講者自らがディスカッションに参加できる場を設けています。

ワークショップによるグループワークを進めていく上での基本的事項に関して、Q&Aを編集いたしましたので、地域での活動にご活用いただければ幸いです。

Q-1 | ワークショップ（workshop）とはなんですか？

①仕事場、作業場 ②参加者が専門家の助言を得ながら問題解決のために行う研修会 ③参加者が自主的活動で行う講習会（出典；デジタル大辞泉）、と記載されています。このように、研修会や講習会でもあることがお分かりいただけると思います。

おそらく、ワークショップと聞くと、一般的なイメージは工房でしょう。そこでは、部品を組み立てながら製品を完成させますが、さまざまな意見を聴取し、整理して、何らかの結論を導き、そして提案する過程は、モノを産みだし、消費者の手に渡す作業と重ね合わせると分かりやすいかもしれません。

Q-2 | ワークショップの意義は？

課題について議論し、その結果を整理し、問題解決への提案を成果とします。他者との一連の共同作業を通して、異なる考え方や立場の違いを知ることができます。さらに、同じ目標を共有して協力することにより、ある種の達成感を得ることができるはずです。

また、仲間意識が芽生え、「連携」への一助となるでしょう。実際に膝を交え、意見を聞き、人柄を知ること、信頼関係も生まれます。複数の視点から導き出された成果は、それだけ重みのあるものとなります。

Q-3 | ワークショップの進め方は?

参加者が共有できるテーマを設定して、参加者全員が発言の機会を持てるように6～7人のグループに分かれます。各グループでは「ファシリテーター(後述)」が進行を行います。ワークショップ冒頭で「記録を取る人」、「発言を整理する人」、「結果を発表する人」など、役割を明確にします。

一定の時間内に発言内容を整理して、最後にグループごとに発表して頂きます。具体的な提言につながる結論が導かれれば理想ですが、仮に結論に至らなくとも、課題を整理するだけでも大きな成果といえます。

Q-4 | ファシリテーター (facilitator) の役割は?

ファシリテーション(facilitation)とは話し合いなどの集団で行う活動がスムーズに進行し、成果が上がるように支援することです。ワークショップの場面では、適切な質問を投げかけ、意見を引き出し、話し合いの方向性がずれないように修正したり、合意に向けて論点の整理を担当したりするのがファシリテーターです。

Q-5 | ワークショップは実際にはどのように行うのでしょうか?

- ①オープニング(話し合いをしやすい雰囲気づくりが重要)
- ②テーマを投げかけて、意見を引き出す (その際には開かれた質問が重要)
- ③出された意見を絞り込み、KJ法^{※(後述)}などを用いて整理する
- ④結論を提言としてまとめるために助言する

Q-6 | KJ法とは?

KJ法は、文化人類学者の川喜田二郎氏(東京工業大学名誉教授)がデータをまとめるために考案した手法で、考案者のイニシャルにちなんでKJ法と呼ばれます。

データや情報をメモ用紙(ポストイット[®])やカードに記載し、これらの用紙やカードを、内容によって分類(グルーピング)し、図解しながらまとめていきます。

最近では、KJ法という名称が一般化し、企業研修や学校教育、各種のワークショップなどで

広く用いられるようになりました。ブレインストーミング^{※(後述)}により、さまざまな断片的なデータを統合し、創造的に問題解決の糸口を探っていきます。

Q-7 | ブレインストーミング (brainstorm) とは?

集団でアイデアを出し合って、相互交錯の連鎖反応や発想の誘発を期待する技法といわれています。今回は好ましいとされる6～7人のグループで行い、先入観を与えないように、その場で資料を配布して行います。

Q-8 | ブレインストーミングのコツは?

その1 判断したり、結論を出したりしない

その2 批判的な意見は慎む

仮に否定的な意見を述べる場合には、肯定の可能性を広げるような発言を歓迎する。

例。「在宅で24時間の管理はできませんよ。晩酌もできないじゃないですか?」と否定する意見よりも、「晩酌していても、24時間管理できる方法はないのでしょうか?」という発展的な意見が期待されます。

その3 粗野な考えも歓迎する

なぜなら、既成概念を打ち破るアイデアが出てくる可能性があるからです。奇抜な考え方やユニークで斬新なアイデアは、最初は一笑に付されることがありますが、後に大きな発見や発展につながることもあります。

その4 他者の意見に便乗することを妨げない

他者からの、さまざまなアイデアを結合して、別のアイデアを創造したり、一部を改変したりすることで、新たなアイデアを生み出していくことができます。

Q-9 | KJ法は実際にどのように行うのでしょうか？

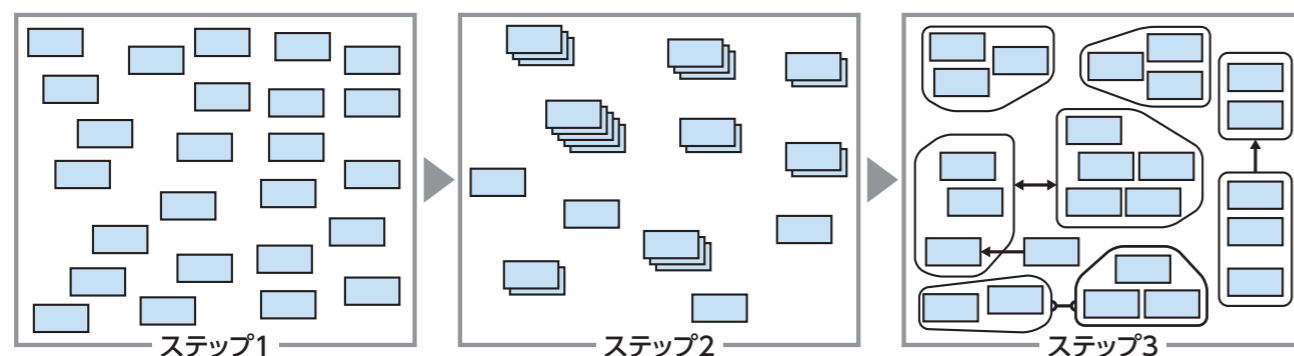
i) カード（ポストイット®）の記載

ワークショップに参加した全員が、同時進行で、1つのデータを1枚のカードに要約して記述します。1枚のカードに複数のデータを書き込まないのが原則です。

ii) グループピング

数多くのカードの中から似通ったものをいくつかのグループにまとめ、それぞれのグループに見出しをつけます。

iii) 整理には、図解化を行います



Q-10 | グループワークとワークショップの違いは何ですか？

少人数のグループが各テーブルに分かれて、課題に沿った意見交換を行うことをグループワークと呼ぶこともあります。最後にはテーブルごとに結論を整理して発表する点ではワークショップと同じですが、ワークショップが課題解決への具体的な提言が結論となるようにしていることに対し、グループワークでは集団の中でのコミュニケーション力、協調性、課題解決能力等の評価あるいは研修が目的となることもあり、導き出された結論が大きな意味を持たないこともあります。なお、社会福祉の領域では、実践的な援助方法として、ソーシャルワークやケースワークに対してグループワーク（social group work）という専門用語もあります。

Q-11 | ワールドカフェスタイルとは何ですか？

ワークショップを行う方法として、ワールドカフェスタイルがあります。カフェと呼ぶのは、お茶を飲みながらつろぐ場のように、リラックスできる状況で意見交換をしたいとの願いからです。参加者が一カ所のテーブルにとどまることなく、他のテーブルにも移動するスタイルです。いろいろなテーブルで、さまざまな考えを聴きながら、意見交換ができます。多様な世界を体験することから、ワールドカフェと呼ばれるようです。

Q-12 | 実際にワールドカフェスタイルはどのように行うのでしょうか？

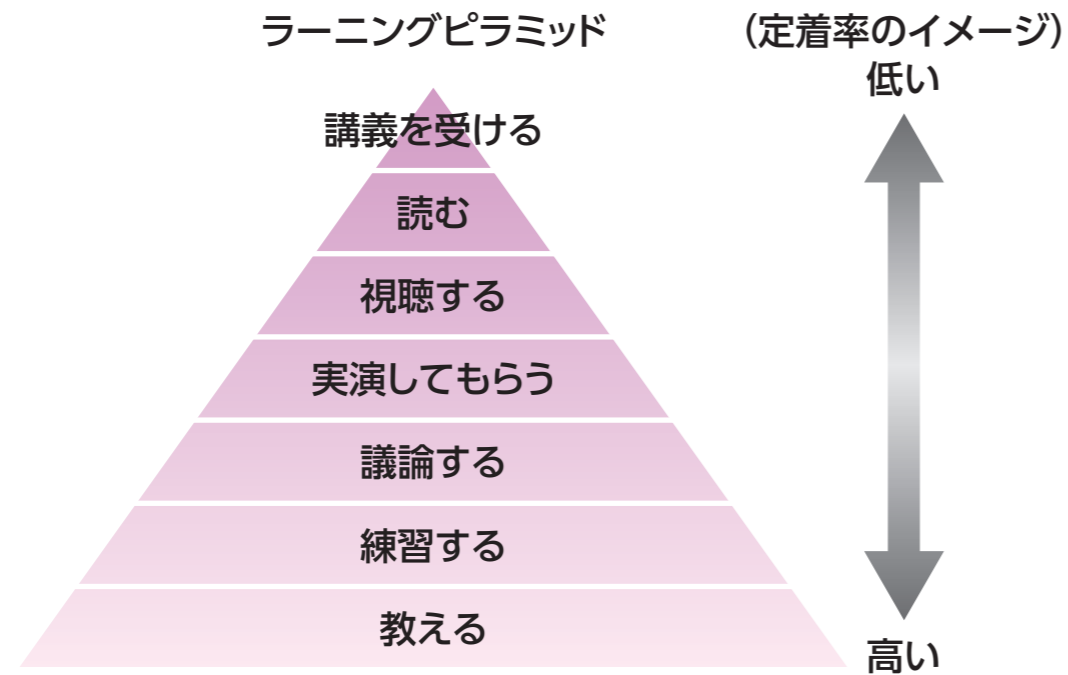
ワークショップを開始して、一定時間が経過したら、テーブルを離れて、他のテーブルに移動して、新しいメンバーの会話や対話に参加します。いろいろな意見を聴き、発言もします。再び、一定時間が経過したら、最初のテーブルに戻って、意見の整理に入ります。移動する回数や、その時間などのルールは、課題や規模などに応じて柔軟に決めます。より多くの人の考えを知ったり、思いに触れたりすることができる良さがあり、ワールドカフェスタイルを取り入れたワークショップを行う機会が増えつつあるようです。

付録-1 学習方法を格付けした「ラーニングピラミッド」について

ラーニングピラミッドはあくまでも仮定されたモデルで、かりに数値が併記されていても、科学的な裏付けはありません。学習効果は、受動的な「講義を受ける」から能動的な「意見交換に参加」、さらに「教える」までの7段階にランク付けして、下段に行くほど、その効果が高いことを示すイメージ図です。

外科系の医師は、「See one Do one Teach one」と、教えられた経験があるかもしれません。技能を会得する時には、手術をみたり、手術書を読んだりして学習し（See）、実際に手術を体験して（Do）、それを教えられるようになって（Teach）、はじめて身につけたと言えるレベルとなるという格言です。

学習の円錐（The Cone of Learning）も、See one, do one, teach one が意図することと同様でしょう。



引用

Dale, Edgar. (1946) The "Cone of Experience", Audio-Visual Methods in Teaching. NY: Dryden Press.

参考資料

団体紹介

日本在宅ケアアライアンスについて

日本在宅ケアアライアンス・ 加盟団体および特別顧問、有識者委員

プロフィール

「令和元年度在宅医療関連講師人材養成事業」 委員名簿

団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて

概要

平成27(2015)年3月1日、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、全国国民健康保険診療施設協議会、日本訪問看護財団、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク、日本ホスピス緩和ケア協会、日本ホスピス・在宅ケア研究会という、在宅医療に深く関わる15団体（当時）から成る「日本在宅ケアアライアンス」（Japan Home Health Care Alliance；略称JHHCA）が設立された。

その後、日本在宅栄養管理学会、全国訪問看護事業協会、日本訪問リハビリテーション協会、日本老年医学会、全日本病院協会の5団体が趣旨に賛同し加盟し、2019年に日本在宅医学会と日本在宅医療学会が日本在宅医療連合学会に統合したことで、現在は19団体から組織されている。

「日本在宅ケアアライアンス（JHHCA）」は、我が国で在宅医療を普及推進させるための専門職団体による、ゆるやかな連合体といえる。

1. 設立までの経過

平成16(2004)年11月23日、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団が主催し、第1回在宅医療推進フォーラムが行われた。これは勇美記念財団が主催する「在宅医療推進のための会」が母体となって発案されたものである。第1回在宅医療推進フォーラムでは、在宅医療に携わる専門職団体が一体となって在宅医療推進に注力することを確認し、「在宅医療推進のための共同声明」が採択された。この共同声明で、11月23日を「在宅医療の日」と定め、在宅医療推進のためのフォーラムを毎年開催することとした。

その後、「在宅医療推進フォーラム」の会を重ねるごとに、その参加団体が増え、「在宅医療推進のための共同声明」も改定された。その間に、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、全国薬剤師在宅療養支援連絡会などの実践者団体が設立され、在宅医療実践者の交流と研鑽が進められた。

このような活動蓄積のもとに、平成27(2015)年3月1日に、「在宅医療推進フォーラム」参加団体を含めて、「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する団体が、日本在宅ケアアライアンスを設立した。

2. 日本在宅ケアアライアンスの主な活動

日本在宅ケアアライアンスでは、現在、「システムグループ」（政策提言）、「ムーブメントグループ」（社会啓発および介護の専門性の検討）、「アカデミックグループ」（研究・教育）、「エシックスグループ」（在宅医療に関する倫理的問題の検討）の4つのワーキンググループの活動を進めており、その端的成果を「基本文書1」（平成30年12月）、「基本文書2」（令和元年10月）としてまとめている。以下、その概略を記す。

(1) システムグループ

政策提言を主導的に行うグループである。政策提言の根拠として、第1にはJHHCAのアカデミックグループから得られる「研究成果および研究エビデンス」が極めて重要となる。例えば、在宅医療が医療内容において病院（療養病床等）と同等、あるいはそれ以上の効果があることが証明されれば、それは国の在宅医療推進のゆるぎない根拠となるであろう。第2には、在宅医療の実践や課題の検討から得られる内容が重要となる。システムグループの中に位置付けられる災害時の在宅医療に関する検討WGや、ムーブメントグループにおける介護の専門性の検討WGなどの知見から、医療保険制度・介護保険制度・障害福祉制度などの改良に関する提言を行う。

システムグループでは、後述する「基本文書」の作成WG、大都市圏における在宅医療の課題整理と制度策定の検討WG、および前述した災害時の在宅医療の諸課題に関する検討WGが進行しており、課題の整理と政策のための基礎的なロードマップ策定が進められている。

(2) ムーブメントグループ

啓発等の社会活動を行うグループである。その成果として、在宅医療とエイジング・イン・プレイスの啓発書籍である『私たちの街で最期まで』の刊行（2017年）、日本の在宅医療の歴史を「制度・政策」「在宅医療関連動向」「社会」の3カテゴリーに分けて、1970年代から2010年代まで追ってクロノジカルに俯瞰する年表『日本における在宅医療・看護・介護のあゆみ』の刊行（2018年）、この年表に、日本の在宅医療のパイオニアの業績を加筆して位置付けた書籍『日本の在宅医療のあゆみ』（2018年）を編集・刊行した。これらの刊行物・書籍は、全国でのべ8000名の方に配布された。

また、2019年より、新たに「介護の専門性に関する検討会」WGを立ち上げ、医師、介護職、看護職のメンバーで、在宅医療において不可欠な役割を果たす介護職の専門性の検討が進められている。

(3) アカデミックグループ

学術研究および教育活動を主導的に行うグループである。日本在宅ケアアライアンス委員に加え、医学研究に精通した外部有識者を交えて、骨太の研究が可能な体制作りを目指す。すなわち、従来のエビデンスとは異なる「在宅医療分野ならではのエビデンス（知見）」を積み重ねていく。

具体的には、まず2018年に「国際在宅医療会議」（9/28・9/29）を開催し、日本を含む6カ国での東アジアにおける在宅医療の課題と展望、および研究の現状を共有し、その成果を『日本在宅ケアアライアンス 国際在宅医療会議事業報告書』において公表した。また、在宅医療に関する臨床研究・症例登録（レジストリ）システムの構築に向けて、在宅医療の質を評価するために、多職種の連合体であるJHHCAの強みを活かした、多職種の専門職および当事者の視点を盛り込んだ多面的なQOL指標づくりを目指して研究を推進している。

(4) エシックスグループ

在宅医療に関わる倫理的問題の検討を進める。2019年度は、とりわけ、在宅医療におけるQOLの評価において重要な概念となる「生きがい」の概念についての、理論的検討や整理を進めてきた。また、ムーブメントグループとも協働し、「生きがいの視点」を重点においた社会啓発のツール開発も検討している。

(5) 「基本文書」の作成

在宅医療とは何か、どのように進められるべきものなのかという、在宅医療の概念と方法論については、各関係専門職種間で十分のコンセンサスができていないとはいえず、そうしたコンセンサスを作り上げたり、各専門職種間での連携を巡る課題解決をしたりするための話し合いについては、地域レベルでの試みはあっても、国レベルでの自律的なコンセンサス形成の場があるとは言えない。JHHCAは、在宅医療に関し、縦割りの職種別団体や学会を越えて自主的に話し合う連合体であり、在宅医療に関する各専門職団体のコンセンサス形成の場として、重要な役割を担い得ると考える。また、在宅医療の概念を整理し、各専門職種が協働できる方法論の提起と、関連する政策提言、および、各専門職団体による自律的に活動を推進する際のコンセンサスの形成に寄与することができる。

そうした作業の基礎となるような、在宅医療の基本的な概念の整理と方法論についての認識の共有のための文書として「基本文書1」（平成30年12月版）、「基本文書2」（令和元年10月版）を作成している。基本文書は、上記の4つのWGの全体の方針を示す文書であり、同時に、JHHCAの関係者の意見交換を行い、それにより柔軟に修正と追加を続けていくという性格のものである。

3. 在宅医療関連講師人材養成事業について

本事業は、今まで述べてきたようなJHHCAにおける諸活動を基礎としながら、在宅医療に関わる必要な知識・技術を習得するための事業として位置付けられる。在宅医療は、しばしば「病院のベッドが地域に広がった」と説明されてきたが、そこで提供されている医療の内容は、入院医療と大きく異なる。とりわけ疾病治癒を目指す病院に対して、在宅医療は「生活を上位概念」として、医療介入の妥当性の尺度をQOL（Quality of Life）に求めている。したがって、「治し、支える医療」と表現されるが、命の質を重視し、自己実現を医療から支援し、人生と関わる医療といえる。バイオメディカルな課題だけでなく、むしろサイコソーシャルな側面からとらえ、さらにマネジメントのスキルがより強く期待されるという点を重視してプログラムを作成した。

行政が主導的に行う在宅医療普及推進のための啓発活動に、講師として速やかに積極的に参加できるように、すでに在宅医療の経験のある医師に、在宅医療の標準的知識を整理し、さらにスキルアップを目指し、マインドを深められる内容とした。

人材紹介体制については、人材育成プログラムに参加した医師にはプログラムの修了書を発行し、承諾を得たうえで「修了者リスト」を作成、公開し、各地での研修会開催に積極的に協力する予定である。また、「レクチャーバンク（Lecturer bank）」を設置し、在宅医療推進のための各地での専門職向け研修会、市民向け研修会等に講師派遣という形も含めて協力する予定である。参加者が、みずからの本拠地にこの成果を持ち帰り、現地で「在宅医療推進のための研修会」を地域の実情に合わせて構築してくれることを期待している。

アンケート結果でも各地域での活躍や周知が一定程度、進んでいることが分かった。

平成29年度の研修会より、ワークショップを組み入れ能動的学習プログラムとしたところ好評であり、今回もそれを継続・発展させた形で実施する。

日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および 特別顧問、有識者委員

■ 加盟団体

(50音順)

- 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 日本在宅医療連合学会
- 一般社団法人 日本在宅栄養管理学会
- 一般社団法人 日本在宅ケア学会
- 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
- 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
- 一般社団法人 日本老年医学会
- 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
- 公益社団法人 全日本病院協会
- 公益財団法人 日本訪問看護財団
- 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
- 日本在宅ホスピス協会

■ 特別顧問

- 横倉 義武 (日本医師会 会長)
- 大島 伸一 (国立長寿医療研究センター 名誉総長)
- 辻 哲夫 (東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授)

■ 有識者委員

- 荒井 秀典 (国立長寿医療研究センター 理事長)
- 江澤 和彦 (日本医師会 常任理事)
- 小森 雅一 (国立長寿医療研究センター 企画戦略局長)
- 武田 俊彦 (岩手医科大学医学部 客員教授)
- 田城 孝雄 (放送大学教養学部 教授)
- 辻 彼南雄 (一般社団法人ライフケアシステム 代表理事)
- 堀田 聡子 (慶応義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授)
- 和田 忠志 (医療法人実幸会いらはら診療所 在宅医療部長)

※2020年3月15日現在

蘆野 吉和 (日本在宅医療連合学会)

【略 歴】1978年、東北大学医学部卒。1985年、労働福祉事業団福島労災病院で外科医として勤務しながら1987年より在宅ホスピスケアを実践。2005年、十和田市立中央病院院長・事業管理者として十和田地域緩和ケアネットワークを構築。2013年、青森県立中央病院医療管理監として青森県の在宅医療・地域緩和ケアの普及に取り組む。2014年12月、社会医療法人北斗地域包括ケア推進センター長として十勝地域の地域包括ケアシステムの構築に取り組む。2019年10月、鶴岡市立荘内病院参与として生まれ故郷の看取りを念頭に置いた在宅医療体制構築の取り組みを始める。

【資格・公職等】医学博士。日本在宅医療連合学会代表理事会長、NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会理事長、全国在宅医療会議委員、日本在宅ケアアライアンス統括チーム・エシックスワーキングチーム委員、在宅医療推進のための会（在宅医療助成勇美記念財団主催）座長、NPO法人日本医療リンパドレナージ協会顧問。

飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構)

【略 歴】1990年、東京慈恵会医科大学卒。千葉大学循環器内科、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、現在、東京大学高齢社会総合研究機構教授。「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。

【資格・公職等】医学博士。専門は老年医学、総合老年学（ジェロントロジー）。特に①フレイル予防および住民主導の包括的フレイル予防活動、さらにその基盤となる高齢者大規模コホート研究、②課題解決型実証研究（アクションリサーチ）を基盤とした長寿社会に向けたまちづくり・地域包括ケアシステム構築、③在宅医療推進活動および多職種連携教育。

【主な著書等】『老いることの意味を問い直す -フレイルに立ち向かう-』（クリエイツかもがわ、共著）。『東大が調べてわかった衰えない人の生活習慣』（KADOKAWA）。

稲葉 一人 (中京大学)

【略 歴】1983～1998年、東京地方裁判所判事補、大阪地方裁判所判事等。1992～1997年、法務省訟務局付検事等。1996～1997年、米国連邦最高裁判所連邦司法センター客員研究員。2000～2005年、京都大学大学院医学研究科修士・博士課程後期。2008年より、中京大学法科大学院教授任（現法務総合教育育研究機構）。熊本大学大学院客員教授、久留米大学医学部客員教授、三重大学医学部客員教授、藤田医科大学医学部客員教授、群馬県病院局顧問。

【資格・公職等】平成21年・厚労科（指定）研「医療事故に関わった医療従事者の支援に関する研究」。平成24年・厚労科（特別）研「医療対話仲介者（仮称）の実態把握と役割・能力の明確化に関する研究」（研究代表者）。平成29年・平成30年度・老人保健健康増進等事業「日常生活や社会生活等において認知症の人の意思が適切に反映された生活を送れるようにするための意思決定支援のあり方に関する研究事業」（研究代表者）、その他多数。厚生労働省医政局、健康局、老健局等の委員・委員長。海外のJICA法整備支援（JICAインドネシア、モンゴル、ネパール、バングラデシュ等）専門家。日本生命倫理学会理事・評議員、日本医学哲学・倫理学会評議員、日本臨床倫理学会理事、日本インドネシア法律家協会理事、モンゴル日本法律家調停人協会事務局長など。

江澤 和彦 (日本医師会)

【略 歴】1988年、日本医科大学卒。1997年、岡山大学大学院医学研究科修了。医学部卒業後、救急医療・重症管理等の内科臨床に意欲的に取り組むとともに、現在も専門である関節リウマチの臨床や感染管理に積極的に携わる。1996年に現職である医療法人和香会および医療法人博愛会理事長（2002年には社会福祉法人優和会理事長）就任以降、地域づくりを目指して数多くの医療介護施設を開設。「社会貢献」を信条に、社会保障制度・地域包括ケア・地域医療構想・医療保険・介護保険・診療介護報酬等に関する数多くの講演や執筆活動を展開し、ライフワークである「尊厳の保障」に精力的に取り組んでいる。

【資格・公職等】医学博士、労働衛生コンサルタント（保健衛生）、日本リウマチ学会リウマチ指導医・専門医。日本医師会常任理事、日本慢性期医療協会常任理事、日本介護医療院協会副会長、慢性期リハビリテーション協会副会長、日本医療法人協会理事、日本リハビリテーション病院・施設協会理事、全国老人保健施設協会常務理事、全国デイ・ケア協会理事、厚生労働省「社会保障審議会（介護給付費分科会／介護保険部会）」臨時委員、厚生労働省「社会保障審議会（障害者部会）」臨時委員など。2012年、厚生労働大臣表彰。

【主な著書等】『認知症診療の進め方―その基本と実践―』（永井書店、共著）、『高齢者ケア実践事例集2010年10月「尊厳の保障を目指して―ユニットケアによる個を尊重したケアの実現―』（第一法規）、『シリーズ介護施設 安心・安全ハンドブック5「苦情対応と危機管理体制」』（ぎょうせい）、『高齢者のための薬の使い方―ストップとスタート―』（ぱーそん書房、共著）、『感染制御標準ガイド』（じほう、共著）など多数。

太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

【略 歴】1953年、奈良市生まれ。1979年、日本大学医学部卒。日大医学部付属板橋病院麻酔科にて研修医。自治医大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年に在宅医療を旗印におよま城北クリニック（栃木県）開設。現在、機能強化型在宅療養支援診療所として24時間×365日の在宅ケアサービスを展開し、地域包括ケアシステムの一翼を担う。

【資格・公職等】医学博士、日本整形外科学会認定専門医、麻酔科標榜医、介護支援専門員。日本在宅医療連合学会監事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、在宅ケアネットワーク・とちぎ世話人、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長、日本在宅ケアアライアンス共同事務局長など。

大橋 博樹 (日本プライマリ・ケア連合学会)

【略 歴】2000年、獨協医科大学卒。武蔵野赤十字病院で初期研修の後、聖マリアンナ医科大学総合診療内科に入局。その後、筑波大学附属病院総合診療科、亀田総合病院家庭医診療科で研修し、2006年4月より川崎市立多摩病院総合診療科医長。2010年4月、医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニックを開業。

【資格・公職等】日本プライマリ・ケア連合学会認定家庭医療専門医、東京医科歯科大学臨床准教授、聖マリアンナ医科大学非常勤講師、日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、川崎市医師会理事。

【主な著書等】『医師のための介護・福祉のイロハ―主治医意見書のポイント、制度・サービスの基本から意外と知らない多職種連携のあれこれまで（Gノート別冊）―』（羊土社、編集）など。

上村 伯人 (上村医院)

【略 歴】1979年、東京慈恵会医科大学医学部卒。国立東京第二病院（現東京医療センター）にて初期・後期研修後、2年間、血液内科研究員として在籍。1986年より小千谷総合病院内科医長、1997年より医療法人社団上村医院の四代目院長。

【資格・公職等】日本内科学会認定内科医、日本保健医療福祉連携教育学会理事、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、日本医師会認定産業医、日本スポーツ協会公認スポーツドクター、東京慈恵会医科大学客員教授、新潟県在宅ケアを考える会会長、新潟県糖尿病対策推進会議理事、新潟県スポーツドクター協会副会長、NPO法人エンジョイスportsクラブ理事長、NPO法人スノーパーク小出理事長、魚沼市地域包括ケアシステム推進会議会長など。

鈴木 健彦 (厚生労働省)

【略 歴】1993年、厚生省入省。保健医療局疾病対策課、環境庁企画調整局環境保健部保健企画課、健康政策局医事課、大分県福祉保健部健康対策課、医薬食品局食品安全部企画情報課、健康局生活衛生課等に配属。2011年、文部科学省研究振興局ライフサイエンス課先端医科学研究企画官。2012年、千葉県保健医療担当部長。2014年、原子力規制委員会原子力規制庁長官官房原子力災害対策・核物質防護課企画官。2015年、保険局医療課医療指導監査室長。2016年、老健局老人保健課長。2018年7月より医政局地域医療計画課長。

鈴木 央 (在宅医療医歯薬連合会)

【略 歴】1987年、昭和大学医学部卒、昭和大学第二内科教室入局。1996年、社会保険都南総合病院内科部長。1999年、鈴木内科医院副院長。2015年、同院院長 (鈴木荘一) 逝去のため院長に就任し、鈴木荘一が日本に紹介したホスピス、ターミナル・ケアの概念を引き継ぐ。プライマリ・ケア、特に在宅終末期ケアを専門としている。

【資格・公職等】日本褥瘡学会評議員、在宅医療委員会委員、在宅医療医歯薬連合会会長、全国在宅療養支援診療所連絡会副会長、東京都医師会地域福祉委員会委員、大森医師会理事。昭和大学客員教授、東邦大学医学部員外講師。

鈴木 陽一 (板橋区役所前診療所)

【略 歴】1993年、千葉大学医学部卒。千葉大学医学部呼吸器内科入局。1997年、千葉大学医学部大学院進学。同時に東京都老人総合研究所分子遺伝学部門にて4年間、呼吸不全モデルマウス作成に従事。2001年、国保松戸市立病院内科医長。2005年、板橋区役所前診療所 病診連携部長。2013年4月より同診療所副院長。

【資格・公職等】日本呼吸ケア・リハビリテーション学会代議員、日本内科学会総合内科専門医、板橋区医師会理事 (在宅部・地域医療部 部長)、帝京大学医学部医学教育センター臨床教授。

土橋 正彦 (土橋医院)

【略 歴】1977年、日本大学医学部卒。日本大学医学部助手 (第3外科、麻酔科、救急医療センター、公衆衛生学教室等勤務)、日本大学医学部専任助講師・兼任講師。1985年、土橋医院院長。

【資格・公職等】医学博士、市川市医師会顧問、日本外科学会専門医、日本救急医学会専門医、市川市福祉公社副理事長、消費者庁消費者安全調査委員会専門委員。

鶴岡 優子 (日本在宅医療連合学会)

【略 歴】1993年、順天堂大学医学部卒。千葉県国保旭中央病院内科初期研修を終了後、1995年、自治医科大学地域医療学教室。2001年、米国ケース・ウエスタンリザーブ大留学後、2004年、自治医科大学附属病院総合診療部在宅医長を経て、2015年よりつるかめ診療所所長。

【資格・公職等】認定総合内科専門医、プライマリ・ケア認定医、順天堂大学非常勤講師、獨協医科大学臨床教授、小山地区医師会理事、日本在宅医療連合学会理事、順天堂大学非常勤講師、獨協医科大学臨床教授、医学博士、つるかめカフェ代表、往診靴研究家。

【主な著書等】週刊医学界新聞「在宅医療モノ語り」連載 (2010～2015年)。

新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)

【略 歴】1967年、早稲田大学第一商学部卒。1979年、帝京大学医学部卒、帝京大学病院第一外科・救急救命センター勤務。1992年より医療法人社団つくし会理事長。

【資格・公職等】医学博士、日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医。日本在宅ケアアライアンス議長、全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長。

「令和元年度在宅医療関連講師人材養成事業」

委員名簿

(50音順・敬称略)

■ 委員

- 蘆野 吉和 (日本在宅医療連合学会)
- 飯島 勝矢 (東京大学 高齢社会総合研究機構)
- 石垣 泰則 (日本在宅医療連合学会)
- 江澤 和彦 (日本医師会)
- 太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会)
- 大橋 博樹 (日本プライマリ・ケア連合学会)
- 鈴木 邦彦 (志村大宮病院)
- 鈴木 央 (全国在宅医療医歯薬連合会)
- 高砂 裕子 (全国訪問看護事業協会)
- 土橋 正彦 (土橋医院)
- 新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)
- 和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

令和元年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

発 行：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
制 作：佐藤あゆ美、鈴木芳明（有限会社エス・アンド・エスクリエイティブ）