

「在宅医療推進のための会」 2003 年度報告書

【「在宅医療推進のための会」委員】

大久保 一郎 太田 秀樹 川島 孝一郎 小林 昭一 佐藤 智 菅原 民枝
武田 俊彦 田城 孝雄 田中 耕太郎 田中 滋 外口 崇 中村 秀一 西本 恭子
英 裕雄 和田 忠志（50音順）

【協力者】

荒井 康之 大河内 明日香 京極 高宣 高木 伸之介 武田 由美子 田中 奈津子
辻彼 南雄 吉田 拓野（50音順）

目 次

第一章 はじめに	1
第二章 在宅医療の現状と問題点	2
第一節 提供体制全体の量的問題	
第二節 住民意識・ニーズの問題	
第三節 医療の場としての居宅の問題	
第四節 在宅医療の質的問題	
第五節 診療報酬・社会保障の問題	
第三章 在宅医療の供給側の実態と需要者側の選択における要因の検討	6
第一節 国民医療費からみた在宅医療の実態	
第二節 医療機関から提供される在宅医療の実態	
第三節 在宅医療の選択における要因の検討	
第一項 調査目的	
第二項 調査方法	
第三項 調査結果	
第四項 結論	
第四章 在宅医療の経営分析	12
第一節 本章の位置づけ	
第二節 セールスマックス	
第三節 キャッシュフロー	
第四節 経営指標	
第五節 同業者	
第六節 他業種	
第七節 本章のまとめ	
第五章 在宅医療推進のための会が提唱する「在宅医療」	24
第一節 本章の位置づけ	
第二節 在宅医療の定義	
第一項 在宅医療を定義づける	
第二項 望まれる在宅医の姿	

第三項 在宅医療と地域ケア	
第四項 訪問看護師との「麗しい」関係づくり	
第六章 在宅医療の教育論	30
第一節 在宅医療推進のための会「教育論」成立の背景	
第二節 討論過程	
第一項 果たして診療報酬のドライブが在宅医を増やすのか	
第二項 どのような研修システムが必要か	
第三項 在宅医療研修センターの構想	
第七章 在宅医療の運動論	34
第一節 在宅医療推進のための会「運動論」成立の背景	
第二節 論点整理	
第一項 在宅医療の「概念」について	
第二項 「在宅医療を医療全体の向上の中で論じるべき」という議論	
第三節 診療報酬の問題点に関する討論	
第一項 「亜急性期在宅医療の概念」提示	
第二項 在宅総合診療料、在宅時医学管理料の問題点	
第三項 在宅療養指導管理料の根本的な見直しを	
第八章 在宅医療と地域ケア	39
第一節 背景	
第二節 目的	
第三節 方法	
第四節 結果	
第五節 考察	
第六節 ロードマップの提示	
第七節 本章のまとめ	
第九章 おわりに	51
図表	53
「KJ法による討議内容の整理」	71

第一章 はじめに

先駆的医療者たちの献身的な地域医療活動として出発した在宅医療は、診療報酬整備や介護保険制度の発足により、大きく進歩発展した。そしていまや在宅医療は医療の重要な一形態とみなされるに至っている。しかしいまだに「いかなる疾病や障害を持っても、住み慣れた地域で、24時間365日親身に対応してくれる在宅医にサポートされ、その人なりの人生をまっとうできる社会」が到来しているとはいいがたい。本会では、在宅医療の定義とその意義および現状分析、診療報酬や医学教育のあり方、諸種の医療・福祉サービスとの連携や在宅医療主体と住宅などのあるべき姿などについて、実に多角的に討議を重ね、先述した社会を目指すためにはどのようにしたらいいのかを模索し続けてきた。

本会は元々報告書や答申書を作成する為に設けられたものではない。あくまでも上記の社会作りをするためにそれぞれが何をなすべきかを考え行動し、さらに独りよがりのものでないかどうかを皆と討議し協力する為の場であった。したがって今回まとめられる報告書は明確な結論を出すものというよりは、むしろこれまでの議論や行動の整理をし、今後各々がさらに学び行動しつつ、本会の目指す社会作りに向かって邁進していくことを期待している。本章では、本会でこれまで討議されてきた在宅医療の現状と問題点についてまず概括する。

(担当:佐藤 智、英 裕雄)

第二章 在宅医療の現状と問題点

第一節 提供体制全体の量的問題

在宅医療費の上昇に比べ、visiting serviceとして訪問医療は十分増加しておらず、多くの在宅療法が外来によって管理されており、訪問医療者が関与していない為に患者の社会生活を踏まえた療法管理となっていないという指摘がある。今後医療者訪問を保障するためにどのようにしたらいいのか？さらに今後増加することが予想される亜急性期在宅医療、プライマリケア的在宅医療に対してどのように対応するのか？定期訪問診療はもとより急変時や必要時に適切な往診がなされているのか？という課題がある。

第二節 住民意識・ニーズの問題

在宅医療を進める上で、家族介護者の在宅ケアに対する意識の向上をいかにはかるかの課題は大きい。実際の在宅医療を行っているのは、患者自らもしくは介護者であることを忘れてはならない。在宅医療者はむしろ患者や家族がよりよい医療を実現できるように、必要な情報提供や物品情報、医療的指導といざというときの対応方法の教授や実際のバックアップを行っていくという姿勢が重要である。その点でインフォームド・コンセントより一歩進んだインフォームド・セルフメディシン・サポートの意味が在宅医療にはあるが、そのような啓蒙活動がいまだ不十分であるとの指摘があった。

第三節 医療の場としての居宅の問題

障害者や生活パターンの変化に合わせて居宅のあり方も変化することは、当然のことであ

るが、一方で必ずしも障害に合わない生活環境であっても、長年住み慣れた生活に固着する事例は少なくない。従来の住宅・今後増加することが予想される、いわゆる小規模多機能拠点などさまざまな場における適切な医療提供機会を今後どのように確保するのか？という課題がある。

第四節 在宅医療の質的問題

患者の病状や障害の状況を十分介護者が理解し、さらに症状が落ち着いているとき、介護負担はさほど増大しないものである。しかし病状がよく理解されていなかったり、少しの変化でも対処方法が構築されていなかったり、十分な医療者のフォローが保障されなければ、介護負担は大変大きなものになる。したがって在宅医療者は病状や障害状況を介護者に正確に理解してもらうだけではなく、それに合わせた生活指導や症状変化時の対応方法などを十分教授し、即応体制を構築する必要がある。このような努力はこの在宅医療者に任されるところであるが、在宅医療中断事例の検討や在宅で悪化した病状が施設などで改善する場合など個の医療・個のケア・個の環境整備がどのように有効に配置され、予防的配慮が講じられたのか？を検証することやデータ集積することで、エビデンスに基づいた在宅医療構築が可能になるかもしれない。さらに在宅医療の有効性そのものを検証する必要があるとの指摘もなされた。

第五節 診療報酬・社会保障の問題

適切な訪問医療が保障されるために、十分な診療報酬が必要との意見がある一方で、報酬のみは解決できない。この個の医療・QOLを改善する医療としての在宅医療は、必ずしも全て社会保障と合致するものではないと言う側面があるとの指摘もあり、報酬のあり方について議論の一致は見られていない。

第六節 セルフメディシン

在宅医療には、いろいろな働きがあります。「在宅医療とは何か」という問いに対する答えも、さまざまあると思います。

私は、「在宅医療とは医療の開放運動である」と思っています。

医療はこれまで、医療機関の中で行われていました。また、医学知識や医療技術、医療行為は医療者が占有していました。しかし近年、市民の教育レベルや問題意識が高まる中で、市民自らが医療を担っていくというニーズが出てきています。このニーズに応え、医療に関するさまざまな知識や技術を市民に向けて開放していくのが、在宅医療の大きな役割だと考えているのです。

訪問診療をしていると、中心静脈栄養、人工呼吸など、我々医療者でも細心の注意を払わなければ行えないような医療を、患者さんやその家族がマスターし、適切に行いながら、よりよい生活を目指している姿を目の当たりにすることがあります。

医療者が行う訪問診療は、週に数回程度、そして一回の診療時間も数十分程度と、非常に短時間のものです。しかし、患者さんの療養はそれ以外の時間も休みなく続いており、その療養を支えているのは患者さん本人であり、家族です。このことに思いをはせるとき、在宅医療を行っているのは我々医療者ではなく、患者さん、もしくは家族であることに気づきます。この認識がまず、重要だと思います。

患者さんや家族が医療を担うということは、その医療が自分にとって、家族にとって本当に必要であるのかどうか、あるいは、その医療を行いながら、よりよく生きていくためにはどうしたらよいかということ、患者さんと家族が主体的に考え、構築することでもあります。これは、ある意味では医療を適正化するために非常に重要なことではないかと思います。

問題は、医療の開放という在宅医療の役割をより進めていくためにはどうすればよいか、ということです。

いろいろな方法が考えられますが、最も必要で効果的なのは、医療を行うための器材や医療知識を、国民が十分確保できるような体制を作ることだと思います。これは、医療者の

訪問診療とは独立した形で行われなければなりません。さまざまな在宅療法を推進すること、すなわち院外処方せんでさまざまな医療器材を処方できるようにすることが必要でしょう。

インシュリンがまとめて処方できるようになったからこそ、糖尿病のセルフメディスンが可能になったように、在宅で行われるさまざまな療法にかかわる器材が十分確保できてはじめて、市民自らが担う医療が構築できるのだと思います。

医療者は、院外処方せんで医療器材を処方すれば、それでよいわけではありません。その器材を使うための知識、技術を、わかりやすく市民に伝えていくことは医療者の義務です。書籍をはじめ、さまざまなツールを整備していく必要があります。

その一方で、医療を自ら担っている市民をバックアップする体制の整備も進めなければなりません。いざというとき、何か困ったことが起こったときに、素早く手助けできるシステムの構築が不可欠です。有効なバックアップ機能としては、往診体制の整備がまず挙げられます。計画に基づいて定期的に訪問する訪問診療も大切ですが、患者さんの求めに応じて医療を届ける往診がぜひ必要です。なんとか在宅で過ごしたいと希望している人が、往診体制の不備によって入院を余儀なくされているケースは少なくありません。

往診を一般的なものにしていくためには、何とんでも医療者の努力が不可欠です。そのためには研修医の段階で往診という医療形態に馴染むことも重要ではないかと思います。今年から医師の臨床研修が義務化されましたが、今後、臨床研修の在り方というものを考えるときにはぜひ、往診の重要性を含めて議論していくべきだと考えています。

最後に、セルフメディスンというのは、医療者が不必要な医療ではないということを強調しておきたいと思います。むしろ、セルフメディスンを推進するためには医療者は不可欠です。患者さんが自ら行う医療を、医療者としてどう支えていくかという視点に立って在宅医療の在り方を探っていく。いま、医療者に求められているのは、こうした姿勢なのではないでしょうか。

(担当:佐藤 智、英 裕雄)

第三章 在宅医療の供給側の実態と需要者側の選択 における要因の検討

第一節 国民医療費からみた在宅医療の実態

在宅医療がどの程度住民に浸透しているか、在宅医療がどの程度医療機関から提供されているか、さらにその推移はどのようなものか等の、在宅医療の実態を把握することは、在宅医療を推進させるための種々の方策を検討する上で必要不可欠である。そしてこれら実態を把握する上での基礎データは可能な限り、全国ベースでかつ客観性の高いものであることが求められる。従って、今回、国民医療費、社会医療診療報酬行為別調査、医療施設調査といった政府統計を活用して、その実態を客観的に把握するための資料を提供することとした。

厚生労働省が公表している国民医療費と、同省が実施している社会医療診療行為別調査から、一年間に在宅医療によって消費される医療費が推計できる。それは社会医療診療行為別調査による診療行為の総点数に占める在宅医療の割合を、国民医療費から得られる一般医療費総計(病院及び診療所の医療費)に乗じることで求められる。

図3 - 1は、1990年(平成2年)よりその推移をみたものであり、在宅医療をさらに在宅患者診療・指導料と在宅療養指導管理料に分けている。これによると、1990年(平成2年)は在宅医療の総計は約2700億円で一般医療費の約1.3%であった。その後順調に増加して1999年(平成11年)には約7,800億円、3.3%に達した。しかし、その後2000年(平成12年)、2001年(平成13年)は約5,100億円、2.6%と金額は1998年(平成10年)と同様のレベルに減少し、在宅医療の伸びが止まっている。この理由は2000年(平成12年)より介護保険が導入されたことによる影響と考えるのが妥当であり、従来医療保険で実施されてきた在宅医療の一部が介護保険に移行したためであり、広義の在宅医療の提供が減少したと考

えるのは適当ではない。しかし、介護保険制度導入後の 2001 年(平成 13 年)はほとんど増加していないのは、医療保険から支払われる在宅医療の提供の進展が鈍化していることを示しており、医療保険から提供されている在宅医療の進展に問題が生じていることが推測される。

さらに在宅医療の内訳をみると、いわゆるハイテク在宅医療と呼ばれるものを多く含む在宅療養指導管理料が、在宅医療の総額を引き上げる大きな要因となっている。一方、在宅患者診察指導料は 1997 年(平成 9 年)までは着実に増加してきたが、その後明らかな増加傾向を示してはいない。既に介護保険導入以前にその伸びが止まっていることは、在宅医療の総計の伸びが鈍化していることより大きな問題と考えられる。それは、本会が推進させるべきと考える在宅医療は visiting service を意味しており、これは在宅患者診察指導料に含まれているからである。

第二節 医療機関から提供される在宅医療の実態

本会が重要と考える在宅医療の一つは往診である。その往診の実態を、全医療機関を対象として厚生労働省が3年毎に実施する医療施設静態調査から把握することとする。表3 - 1は医科診療所で提供された往診回数を示したものである。調査年により調査項目が異なるために、完全な比較はできず、1984 年(昭和 59 年)から 1993 年(平成 5 年)までは、1 週間の往診回数による医科診療所数を示したものであり、1996 年(平成 8 年)から 2002 年(平成 14 年)は1週間または1月間に実施された全往診件数を示したものである。

図3 - 3によると、往診を実施した診療所数は 1984 年(昭和 59 年)から 1996 年(平成 8 年)まで診療所総数が増加しているにもかかわらず、減少を続けている。その後 1999 年(平成 11 年)に一旦増加し、2002 年(平成 14 年)に再度減少している。1999 年(平成 11 年)の増加は当該年より調査期間が1週間から1月間へと変更したことが、また 2002 年(平成 14 年)の減少は介護保険の導入が影響をしていると考えられる。1984 年(昭和 59 年)から 2002 年(平成 14 年)の間、往診と訪問診察の診療報酬上の定義により明確な区分がされ、見かけ

上の往診回数の減少が生じたことも考えられるが、本調査からは、往診が積極的に実施されているという傾向は見られない。

1984年(昭和59年)から1993年(平成5年)における往診回数区分による診療所数をみると、どの区分においても減少しているが、特に回数の多い区分における減少率が高くなっている。これは往診を積極的に取り組んでいる診療所が減少していることを示し、今後在宅医療を推進させるために重要な課題を提示している。

第三節 在宅医療の選択における要因の検討

第一項 調査目的

本研究は、在宅医療に関心のある一般市民、医療職、福祉職を対象に、がん末期で6ヶ月程度の余命と医師より伝えられた場合を仮想的に想定し、医療を受ける場所についての選択肢のうち、在宅医療の選択に影響を及ぼす背景要因を検討することが目的である。

終末期をどこの場所で迎えたいのかという政府調査は2つあり、1つは内閣府の高齢社会対策基本法に基づく「高齢者の健康に関する意識調査」と、厚生労働省の終末期医療に関する調査等検討会の「終末期医療に関する調査」である。これらの調査は継続で行われているが、(今回は平成8年、9年)、平成14年にはじめて最期の場所、あるいは療養の場所を尋ねている。このことから、このようなテーマに国民的な関心がたかまっていると思われる。

この2つの調査は、内閣府の調査では65歳以上の高齢者を対象とし、厚生労働省の調査は、20歳以上の国民と医療スタッフ(医師、看護職、介護職)を対象にしている。本研究の特色はそれらの政府調査をふまえたうえで、在宅医療をテーマとしたセミナーに集う参加者を対象としている点である。

第二項 調査方法

(1)調査時期:平成 15 年 9 月

(2)調査対象:第 9 回在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク全国の集い in 岐阜
2003 の参加者(参加者約 1500 部)

(3)調査方法:自記式質問調査法

(4)調査内容

仮想質問法による 3 の場面の選択肢とその選択に与える要因とした。要因は属性(性別、年齢、年収、職業、家族人数、学歴、健康状態)以外に、在宅での介護経験の有無、在宅での看取り経験の有無、入院経験の有無、慢性疾患の有無、かかりつけ医の有無とした。

仮想質問の場面は どのような医療を受けたいか、その医療をどこで受けたいか、最期をどこで迎えたいかとした。選択肢は、では積極的医療、緩和ケア、その他とし、において病院、自宅、その他とした。

仮想質問は、「がん末期で 6 ヶ月程度の余命と医師より伝えられた場合」とした。

さらに仮想質問は本人の選択だけではなく、最愛の人の場合の選択においても同様の設問を行った。

また、病状別(がん、脳卒中、心臓病、痴呆、老衰)における自宅療養の希望を設問した。

第三項 調査結果

(1)回答者について

回答者 247 人(回答率約 16.4%)。表 3 - 2、3 - 3 は、記述統計である。

性別では、約 8 割が女性であった。平均年齢は 40.8 歳(標準偏差 17.05、最大 76、最小 18)であり、年齢階層では、50代がもっとも多かった。職業別では、一般が 18.5%、医療職が 30.8%、福祉職が 24.6%、学生 25.9%であった。

在宅での介護経験は、現在しているひとが 10.8%、過去にしたことのあるひとが 33.7%であった。また、在宅での看取りの経験は、したことのあるひとが 28.8%であった。入院経験の

有無は、ありのひとが 53.7%、慢性疾患の有無は、ありのひとが 21.9%、かかりつけ医の有無は、ありのひとが 45.4%であった。

仮想質問の場面別の選択は、では積極的医療が 15.6%、緩和ケアが 81.4%。では、病院が 32.2%、自宅が 64.0%。では病院が 15.5%、自宅が 79.5%であった。

または で自宅を望まない理由は、「家族に迷惑をかけるから」が 53.1%ともっとも多く、ついで「自宅での医療は不安だから」が 24.0%であった。

また、または で病院を望まない理由は、「家族と一緒に過ごしたいから」が 63.1%ともっとも多く、ついで「病院では自由がきかないから」が 17.0%であった。

仮想質問の場面別の選択を、本人ではなく最愛のひととした場合には、では積極的医療が 20.2%、緩和ケアが 75.1%。では、病院が 26.5%、自宅が 75.1%、では、病院が 9.3%、自宅が 86.8%であった。

病状別における「自宅療養の希望」は、がんで 68.8%、脳卒中で 64.0%、心臓病で 63.4%、痴呆で 40.7%、老衰で 83.6%であった。痴呆のみが「希望しない」が「希望する」を上回った。

(2) 仮想質問の場面と選択肢について

表3 - 4、3 - 5は仮想質問の場面と選択肢の組み合わせである。

全体では、緩和ケアを療養場所として自宅、最期の場所として自宅(以後、自宅 自宅)が 53.4%ともっとも多く、ついで緩和ケアを療養の場所として病院、最期の場所として自宅(以後、病院 自宅)が 11.5%であった。年代別にみても、職業別にみても、全体の傾向とおなじであった。

(3) 仮想質問の選択とその要因について

表3 - 6は、仮想質問の「自宅 自宅」選択を目的変数とし、説明変数は、年齢、性別、年収、家族人数、学歴、職業、健康状態、介護経験(現在)の有無、介護経験(過去)の有無、入院経験の有無、慢性疾患の有無、かかりつけ医の有無、看取り経験の有無としたロジット

分析の結果である。年収がオッズ比 0.11 (0.02327-0.489556, $p<0.0047$) で有意な結果となった。そのほかの変数では有意な結果を示さなかった。

また、仮想質問の「病院 自宅」選択を目的変数とした結果は(表3 - 7)、慢性疾患の有無がオッズ比 3.93 (1.256284 - 12.81811, $p<0.0195$)、また性別でオッズ比 5.79 (1.269589 - 10.49344, $p<0.0161$)、年収でオッズ比 12.96778 (1.525152-142.5675, $p<0.0253$) で有意な結果となったが、ほかの変数では有意な結果を示さなかった。

また、職種別に「自宅 自宅」の選択および「病院 自宅」の選択を目的変数として、看取り経験の有無、介護経験の有無をロジット分析したが、有意な結果を示さなかった。同じ分析を慢性疾患の有無で調整した結果も同様であった。

第四項 結論

本研究では、在宅医療に関心のある一般市民、医療職、福祉職を対象として、在宅医療の選択に関する背景要因を検討した。

療養場所として自宅を、最期の場所として自宅を選択するひとがそれぞれ75.1%、86.8%と高く、政府統計にくらべ非常に高い結果となった。また、療養の場所、最期の場所の組合せにおいても、半数以上が自宅を選択することが明らかになった。病状別では、痴呆以外は自宅の希望が半数以上を超えた。

自宅を選択する背景要因では、介護経験や看取り経験の有無とは関係がなく、収入と関係があることが明らかになった。

(担当:大久保一郎、菅原 民枝)

第四章 在宅医療の経営分析

第一節 本章の位置づけ

在宅医療の診療所を開業した医師 A さんは、2 年目になって次のような問題点に悩んでいた。

(1) 自分の給料が出ないことがある。

(2) 売上分析の結果、儲からない外来はやめて在宅医療に力を入れれば経営成績が良くなることがわかった。2003 年 4 月の患者単価は、外来 9,774 円、在宅 65,669 円、在宅売上構成比 83.2%であった。

そこで本章では、A さんは経営者としてどのような意思決定を行うのがよいのか、経営分析を事例として記述する。

第二節 セールスマックス

A さんは内部資料をみて在宅構成比率を 100%に近づければ収入になると考えたが、その判断は適切か。

2003 年 4 月の平均受診回数は外来 1.51、在宅 3.26 であった。外来は平均すると 1 か月に 1 回以上、在宅は 3 回以上診察している。1 日の平均診療件数は外来 11、在宅 13 であった。在宅は休日や夜に訪問することもあるが、平均すると同じくらいの件数であった。1 日の平均患者単価は外来 6,464 円、在宅 20,167 円であり、在宅のほうが 3 倍以上も高かった。なお、病状によって料金や受診回数は各人で異なるので、平均単価より多い人と少ない人がいる。

在宅医療は家庭訪問サービスであり、自動車ですべての患者を回すのに時間がかかる。単純に

計算すれば、同じ時間内に、1日の単価で見れば4人以上、1か月で見れば7人以上診察できれば外来のほうが収入になる。これは同じ収入で4分の1ないし7分の1の人数しか診察できないということでもある。

けれども診療報酬はこのように考えるためにあるものではないだろう。どちらかをやめるためにあるのではないとAさんは考えた。道端で倒れている人をみたら、誰でもいつでも助けたいという理想をもつAさんであるが、いざ在宅医療の経営に直面すると、論理展開がもつれていた。

第三節 キャッシュフロー

1年目は給料が出ないことがあったが、診療所Aは赤字なのか。そこで2年目の2003年5月の月次の試算表をみると366万円の純利益が出ていた。

未収入金をみると4月末残高は1,878万円で、5月中に借方1,192万円、貸方916万円の仕訳があり、借方が276万円増加した。そのうち社国保は1,808万円残高、借方1,151万円、貸方881万円、借方270万円増加で、介護保険は70万円残高、借方41万円、貸方36万円、借方5万円増加であった。

未払金の4月末残高は632万円で、5月中に借方17万円の仕訳があり、残高が減少した。これは内装工事に係るものである。

当月の営業活動によるキャッシュフローはプラス、投資活動はノートパソコンを購入したのでマイナス、財務活動はゼロであった。

第四節 経営指標

Aさんの診療所の経営指標を計算し、ベッドの無い診療所の黒字の数値¹と比較した。この無床診療所は在宅医療以外の診療科目も含んでいた。

まず、収益性については、総資本経常利益率と自己資本利益率は高い数値を示していた。

ところが総資本回転率は1を割っており、また安全性については、短期的支払能力を表す流動比率、当座比率、預金対借入金比率がいずれも低かった。この辺りは立ち上げ期の苦しさが表れているのかもしれない。

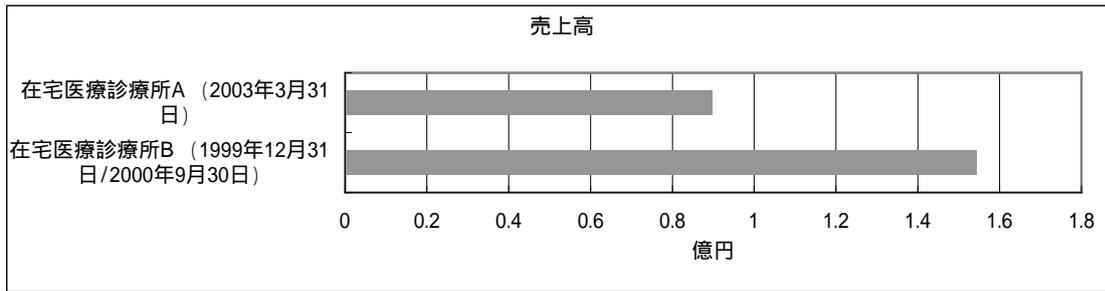
預金対月商倍率、固定比率、固定長期適合率はむしろ良かった。

		無床診療所、黒字		在宅医療診療所
		2000年度	2001年度	A(2003年5月)
収益性	総資本経常利益率(%)	15.0	14.2	22.6
	自己資本利益率(税引前)(%)	23.1	20.5	40.3
	総資本回転率(回)	1.3	1.2	0.99
安全性	流動比率(%)	381.2	426.7	254.1
	当座比率(%)	339.2	381.6	104.0
	預金対借入金比率(%)	151.6	186.3	115.5
	借入金対月商倍率(月数)	2.0	1.8	0.6
	固定比率(%)	64.7	60.1	51.3
	固定長期適合率(%)	49.1	47.8	40.4

第五節 同業者

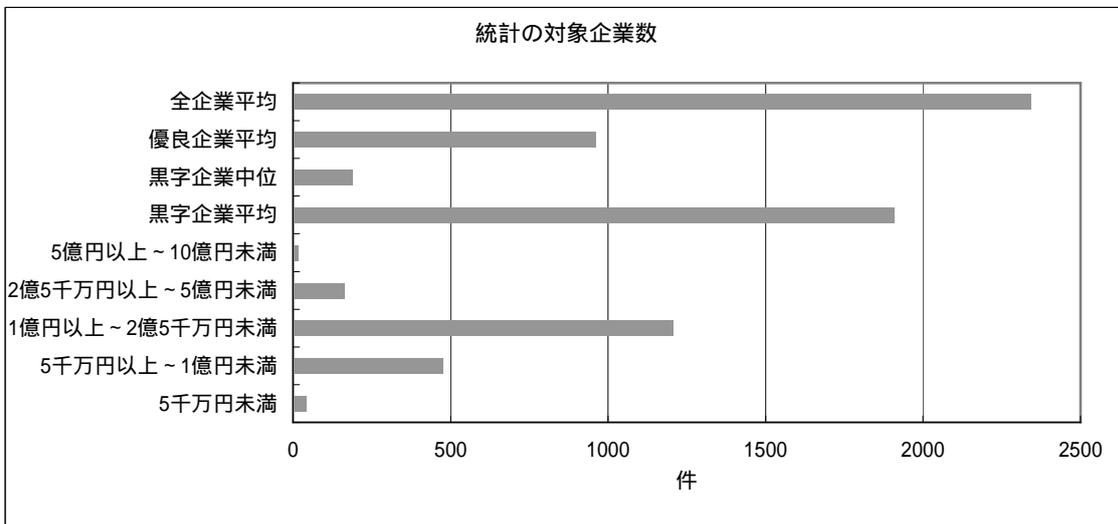
在宅医療は患者からの連絡に1日24時間、1年365日対応するサービスである。これを20年以上も独自に続けてこられたBさんの診療所と比較する。

¹ TKC 全国会システム委員会 編『TKC 経営指標 平成12年・平成13年1月期～12月期決算』TKC 全国会、2001年・2002年。

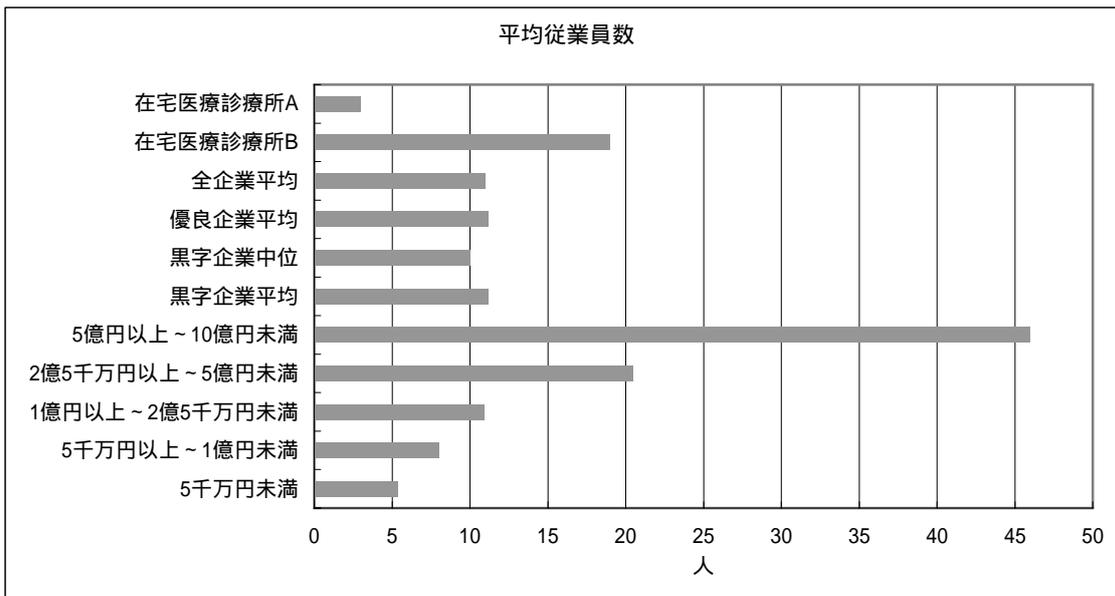


診療所 B は年間の売上高が1 億円程度で A とあまり変わらないが、B は在宅医療の会員制組織を有しており、会費と合わせると 1.5 倍ほどになっていた。

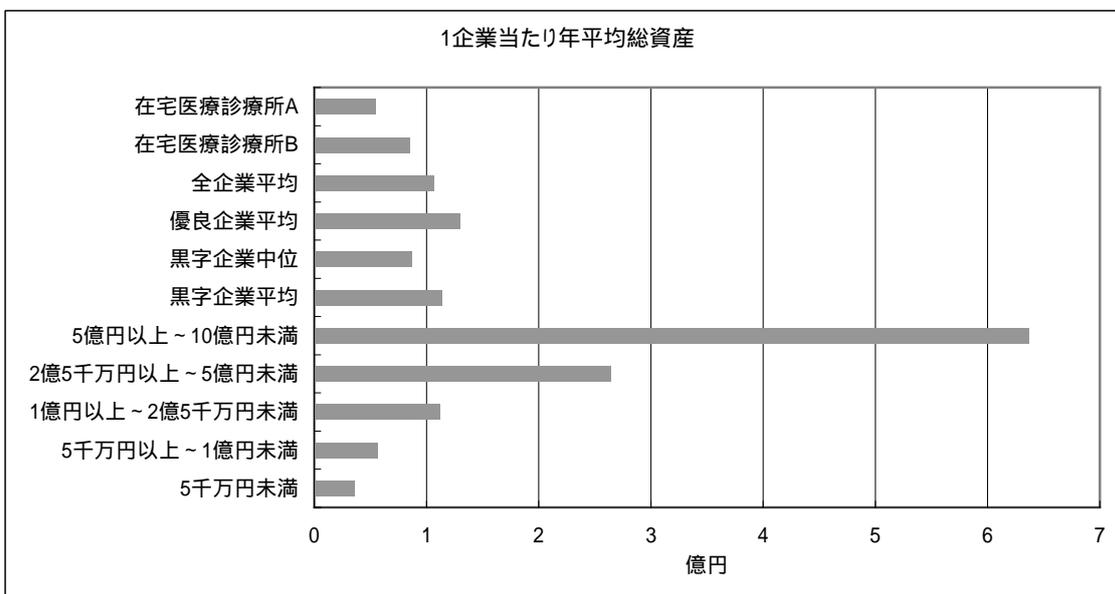
無床診療所の統計と比較しながら話を進める。2000 年度決算のものである。



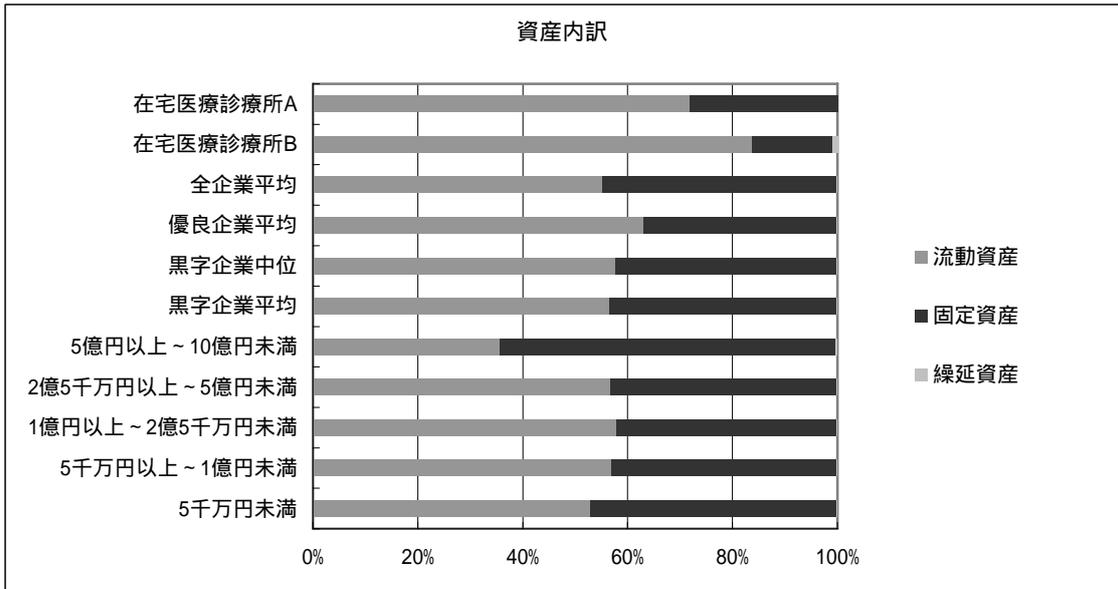
企業と表示してあるが実際には診療所のことで、データ数は約 2,400 件であった。優良企業とは黒字企業の中でも経営成績が良いところである。黒字企業平均と全企業平均の件数の差が赤字であると読める。診療所 A と B の売上規模に近い、売上高が 5 千万円以上～1 億円未満、1 億円以上～2 億 5 千万円未満のところを参照しながら考えてみよう。



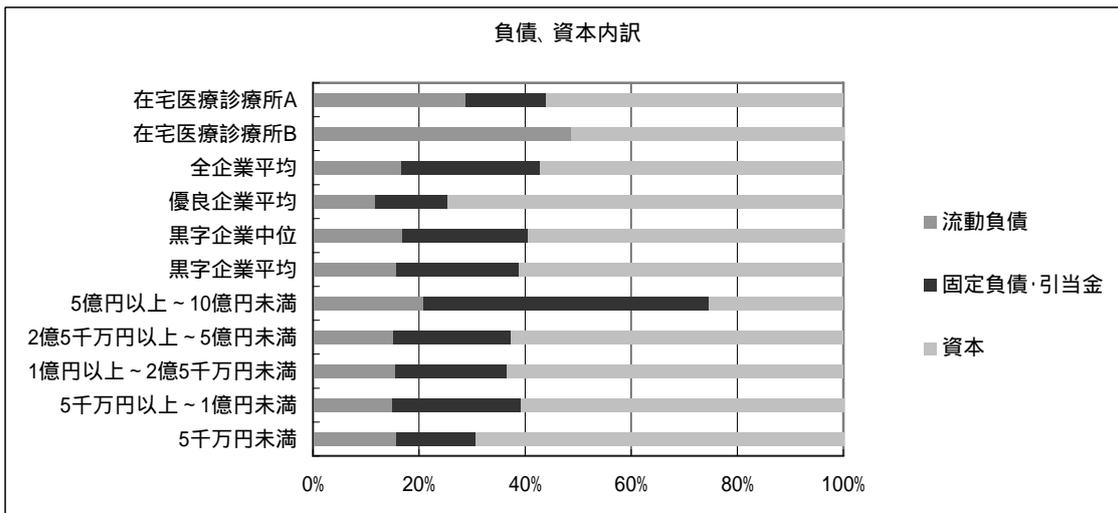
診療所 A は医師 1 名、看護師 1 名で開業した。その後、医師 3 名で操業し、2003 年 3 月に施設と訪問契約を結んだこともあって医師、看護師、事務員を増員し 8 名となった。これは 5 千万円以上、1 億円以上のところの人数と比較すると平均的な人数であった。それに対して診療所 B は 18 名と多かった。これは会員制組織の仕事に就いている従業者も含んでいるためであった。この他にボランティアとして関わっている人もいた。



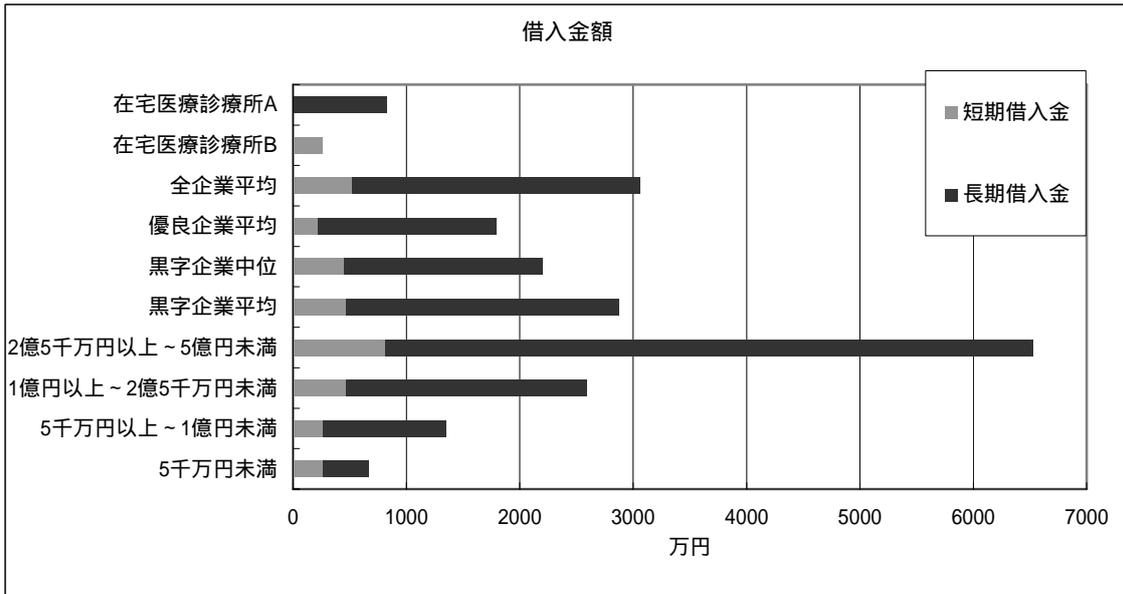
総資産額は診療所 A も B も平均的と言えた。(図 5 - 4)



資産内訳をみると、診療所AもBも固定資産の割合が少ないが、とりわけBは顕著であった。なお、5億円以上のところは割合が大きくなっていった。

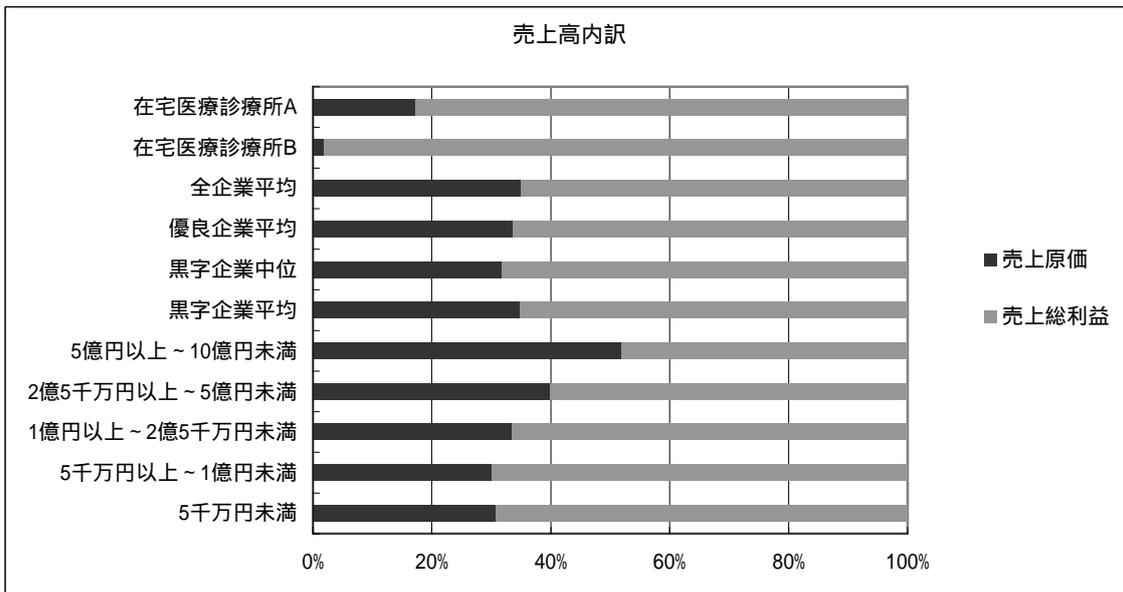


負債、資本内訳をみると、診療所Bは固定負債・引当金がない。



5億円以上のところの借入金額は大きいので除いて並べてみたところ、診療所AもBは1,000万円以下で済み、比較的少なかった。

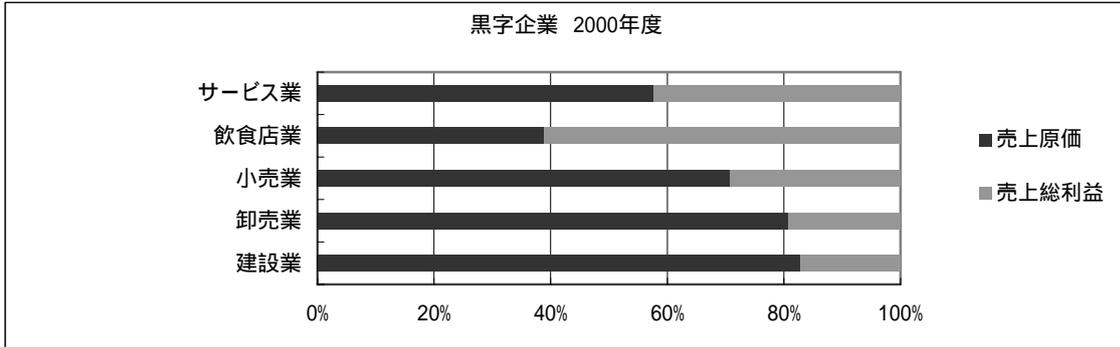
続いて、売上高を売上原価と売上総利益に分解して、割合を比較した。



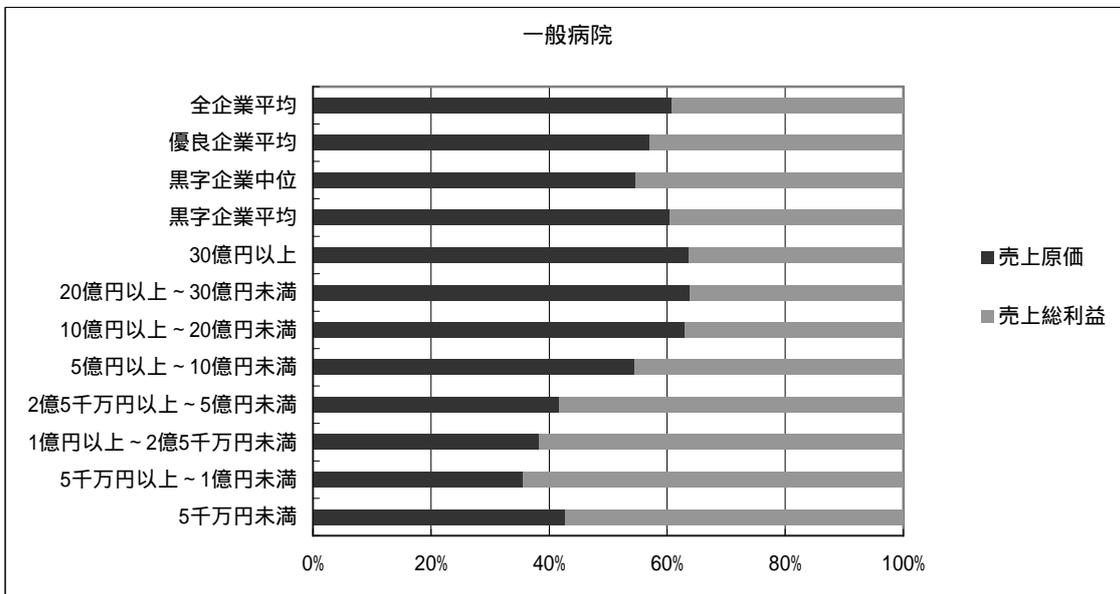
ベッドの無い診療所は全体的に30%くらいになっていた。診療所AもBも売上原価率は低い、Bは特に低かった。

第六節 他業種

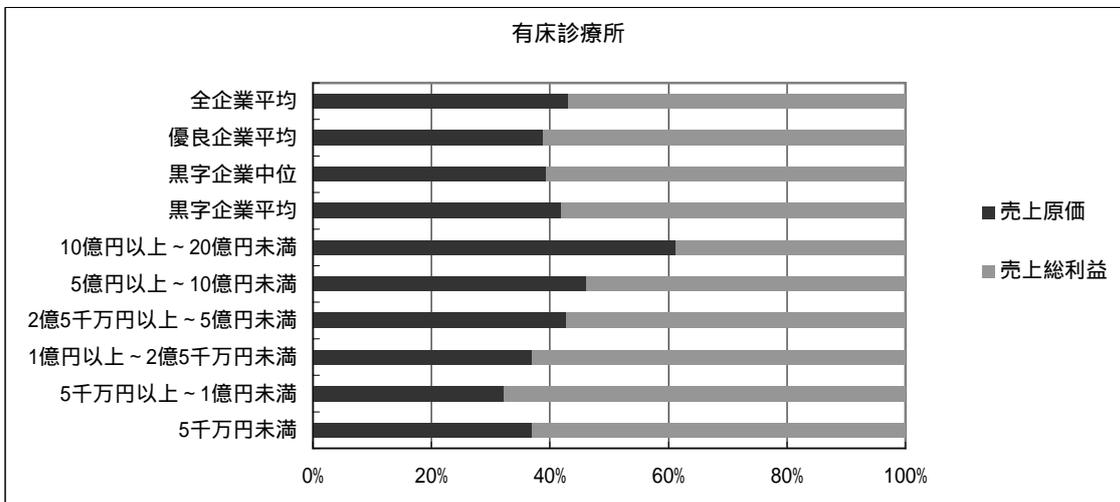
次に、他産業の売上高内訳はどのようになっているのかをみていく。



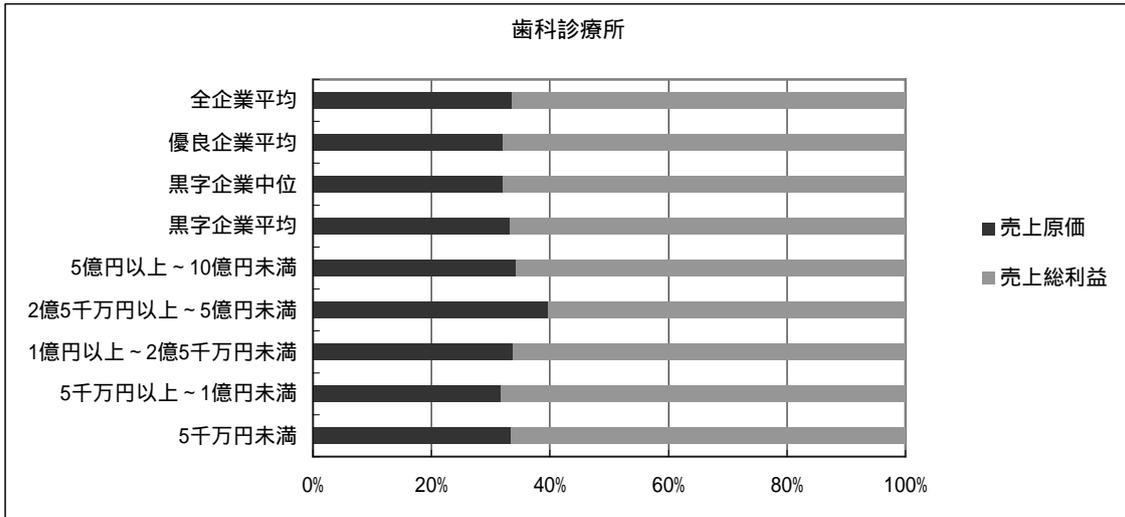
飲食店業は売上原価率が 40% 未満であったが、サービス業は 60% 未満、小売業は約 70%、卸売業と建設業は 80% を超えていた。



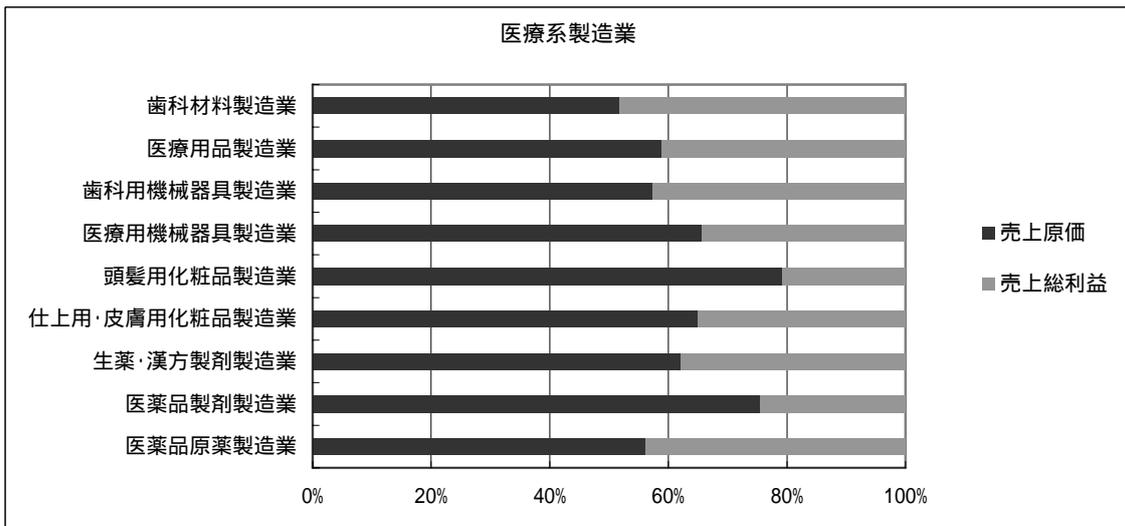
一般病院は、無床診療所よりも全体的に 20% くらい高かった。



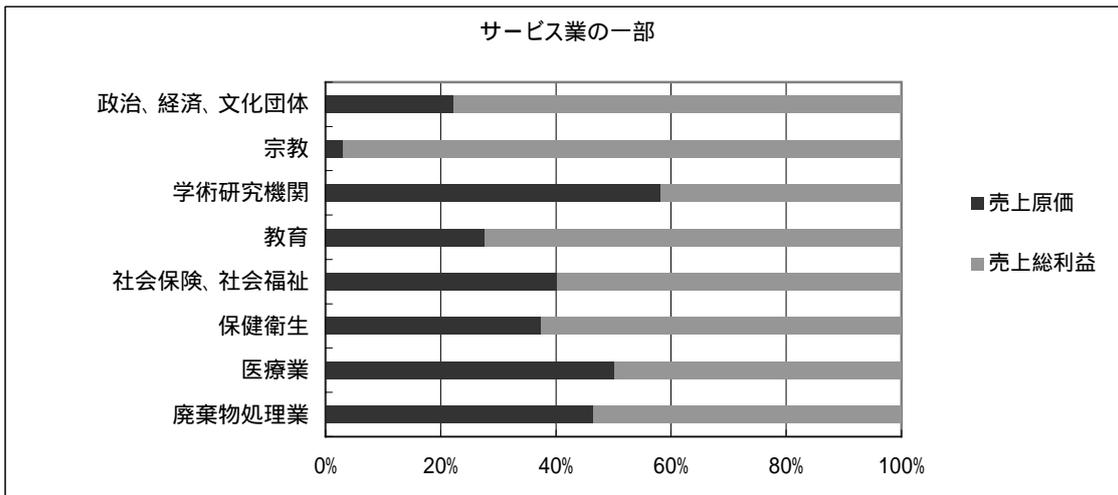
有床診療所は無床診療所と傾向が似ているが、比べれば5%くらい高かった。



歯科診療所は無床診療所と同じ 30%くらいであり、売上規模に関係なくほぼ一定なのが特徴的であった。



医療系の製造業については、どれも50%を超えていたが、なかでも頭髮用化粧品製造業と医薬品製剤製造業が高く80%に近くなっていた。



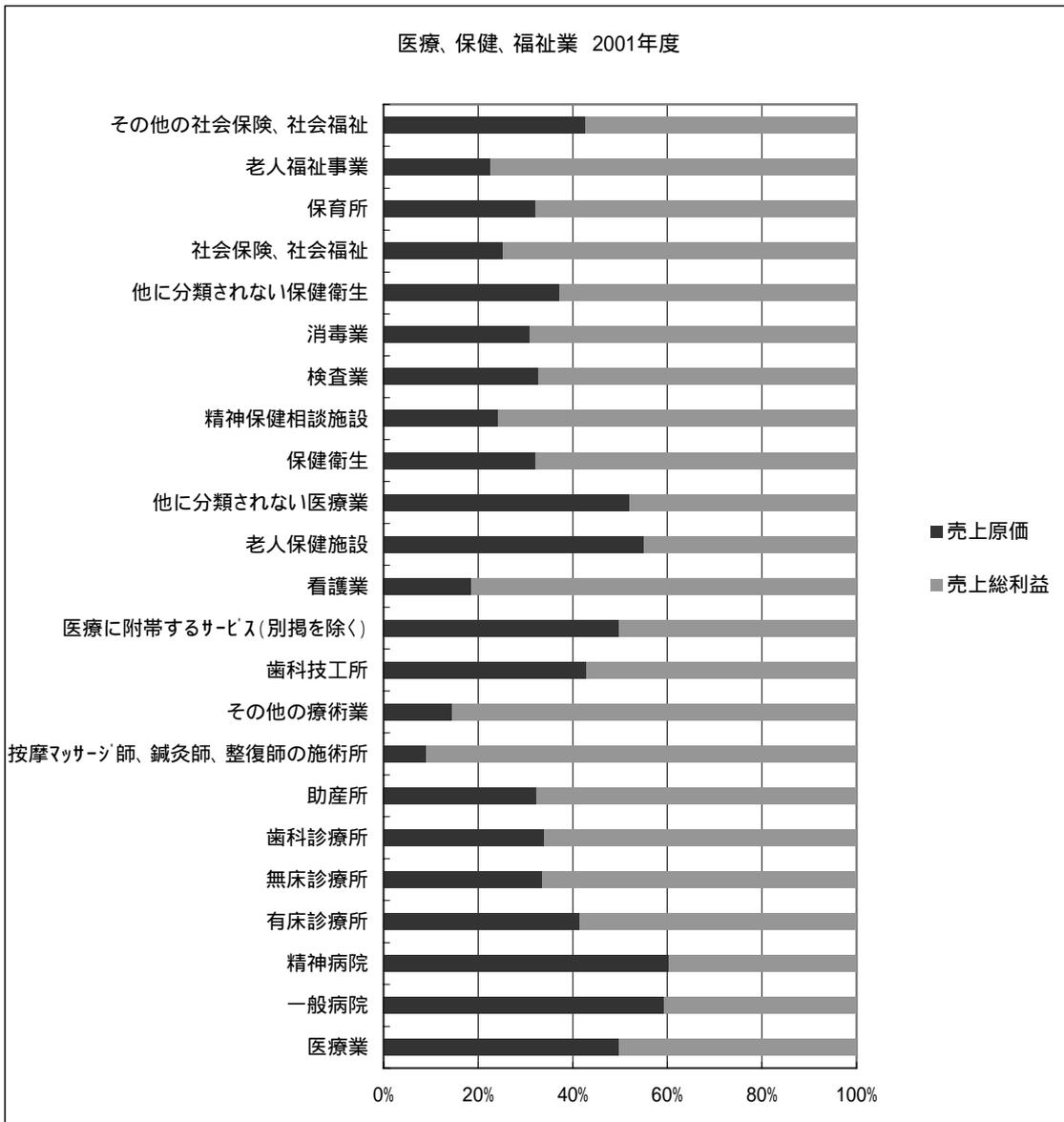
サービス業の一部についてみると、医療業よりも高いのは学术研究機関で、あとは低い、なかでも宗教は特に低かった。売上原価はあまり要さずに売上総利益が計上される構造である。ここでもう一度、在宅医療診療所 B の売上原価率を参照してみる。するとこれは、思いがけなく医療業よりも宗教の分類に近い。

確かに、終末期を多く扱う在宅医療は宗教に近いのかもしれない。肉体的に弱っていく自分を受け入れ、精神的な救いを求める患者は、医師を慕い感謝する。医療者は厳粛な役目を負っているのである。

現実に B さんは教祖のように慕われていた。診療所に寄付が集まるが、寄付はお布施で患者は信者ともとれるのだろう。

診療所 B では、薬剤費が小さいことが売上原価率の低い理由であった。院外処方にしたため、また検査は同じビルに入っているところに頼んでいた。聴診器と血圧計のみで営業していると言えた。

診療所 A は、外来については院内処方であり、検査機器としてレントゲンを保有しているので B に比べて原価率がやや高くなっていた。しかし他よりは低く、在宅医療の特徴を表している。



医療、保健、福祉サービス業を見渡すと、他に診療所 B の値に近いのは、按摩マッサージ師、鍼灸師、整復師の施術所であった。A に近い業種としては看護業が挙げられた。老人保健施設は 50% 超、老人福祉事業は 20% 超であった。一般病院と精神病院は 60% に近かった。

第七節 本章のまとめ

本章では、立ち上げ期の診療所で、医師である経営者が直面した悩みを発端に、経営分析を行い、在宅医療の特徴を明らかにした。

外来と在宅医療からどれくらいの収入を得るべきか、在宅医療のみを行うほうがよいのかという問題については、金銭的な判断のみではなく医学的な見地も加えて検討する必要がある。

資金の流れについては、開業直後は厳しいようだが、2年目になって安定しつつある様子が表れていた。診療所を始めて10年くらいの医師によれば、開業時に高額なコストを要しなければ、経営を続けていくにつれて好転していくはずであるとのことであった。

売上原価率の低さから、在宅医療は薬剤費と検査料が少ないことが判明した。社会的入院の状況を考えれば歓迎されるが、診療所を運営して在宅医療サービスを提供するには、臨機応変に対応するがゆえに難しい一面があることがわかった。

(担当:西本恭子)

第五章 在宅医療推進のための会が提唱する「在宅医療」

第一節 本章の位置づけ

この会では日本各地で先駆的に在宅医療を実践している医師らに、経済学者、社会学者、厚生官僚を交えて、さまざまな角度から、日本の在宅医療の現状を検証した。在宅医療を推進してゆく上での問題点を抽出しながら、それらの問題点を分析し、発展の障壁になっている因子について、意義深い熱い議論を戦わせてきた。そこで、これらの過程のなかで、浮き彫りにされてきた在宅医療の姿を実践者の立場でまとめてみることにする。

第二節 在宅医療の定義

第一項 在宅医療を定義づける

立場を超えて日本の在宅医療を語る時、少なくとも共通言語が求められる。この会で使われた「在宅医療」をあえて定義付けるためには、制度的、学術的、倫理的の三領域から整理しなくてはならないと思う。

(1) 在宅医療の制度的側面

在宅医療を制度から眺めてみると、保険診療として認められている在宅での診療行為といえよう。1992年、居宅が医療の場として明確に位置づけられてから、新しい医療形態として登場した。定期往診である訪問診療を基本とし、計画的に在宅療養を支援してゆくもので、1994年からは、24時間の管理が診療報酬上で評価され始めた。さらに寝たきり老人在宅総

合診療料や在宅時医学管理料などが手厚い設定となって、とりわけ 2000 年から導入された介護保険制度でも、居宅療養管理指導料が新設されるなど、不採算部門からの脱却できるようはかられている。

しかしながら、経営的インセンティブが必ずしも在宅医療発展の牽引役にはなっていないようである。むしろ診療時間内に定期往診はするが、夜間や休日、さらには緊急往診への対応を拒否する一部の医師の存在が、健全な在宅医療の発展にどのような影響を与えるのか新たな課題となっている。

(2) 在宅医療の学術的側面

在宅医療を学術的側面からみると、従来医療施設で行われていた医療を居宅等で行う医療技術に他ならない。すでに確立された在宅酸素療法を具体例として取りあげる。肺気腫患者に酸素療法を行う場合は、病院内でも、居宅でも動脈血中に取り込まれる酸素に違いがあるわけではない。すなわち肺胞内で行われるガス交換など生理学的な問題ではない。その特殊性は医療が提供される環境にある在宅では、常時医療専門職と連絡が可能な状況でも、何らかのトラブルに即座に対応することが困難である。しかし、酸素濃縮器の性能に対する信頼は非常に高く、維持管理においては、酸素供給業者が 24 時間いつでも対応するなど、整備されたコメディカルやパラディカルの支援体制によって安全に行われている。

また、末期がんの在宅疼痛管理においては、鎮痛作用がモルヒネの 100 倍とも 200 倍とも言われるフェンタニルできるパッチ(経皮的に投与)が開発された。副作用が少ない上 3 日間安定した作用が持続するなど、在宅での麻薬の使用が簡便となり、在宅でも安全に確実に除痛がはかれる時代が到来している。

このように在宅医療は医学的技術発達に裏づけられているが、チーム医療の実践や社会資源の導入など、在宅療養継続のためのマネジメントを含め、学問として集大成されなくてはならない。

(3) 在宅医療の倫理的側面

歴史的に検証すると、患者や家族からの要請によって、患者宅を往診する医療は、第二次世界大戦前から盛んに行われていた。地域によっては1960年代半ばまで一般的な診療形態で、家族の看病のもと、高齢者が自宅で看取られるということも決してまれなことではなかった。

ところが、国民皆保険制度(1961年)施行後、どこに住んでいても良質の医療が享受できるように医療施設が整備され、入院医療が身近なものとなった。モータリゼーション、高度経済成長、医療技術の目覚ましい発展、すぐれた補助診断検査機器の開発など、高度医療への憧れは、大病院志向を助長した。しかし、このような時代背景を勘案しても、地域医療を担う医師のあるべき姿を模索すれば、在宅医療の理解と実践は、まさしく臨床医の役割であって社会的責務と認識されなくてはならないはずである。

医療施設に自ら受診できるか否かといった制度上の制約を取り払えば、生活習慣病や、慢性疾患の管理において、患者の暮らしを知ることはきわめて重要である。義務教育現場で、教師による家庭訪問が行われているように、療養環境を確認することや、食生活の実態を把握することこそ、医療の本質であるはずだ。医師の指導が的を得ているのか、投薬内容が適切なのか、病院や診療所外来ではどうも推し量ることができない重大な事実を往診がおしえてくれることは多い。

病院専門医と地域密着のかかりつけ医、それぞれに求められる機能はおのずと異なり、フットワークよく在宅療養を支援できる在宅医の機能こそ21世紀の地域ケアに欠かせない。

第二項 望まれる在宅医の姿

ここでいう在宅医とは積極的に在宅医療に取り組む機能を備えた医師を指す。対象患者の年齢や性別、疾病や障害を問わず、在宅療養を医療的に支援する技術や知識、態度や哲学がもとめられる。

さらに、介護分野において最近指摘される、「在宅 施設」対比語を超えた第三類型とい

う新しい概念が示すように、住み慣れた地域で、培ってきた関係性を維持した、自分自身が主人公の、誰にも管理されない、その人らしい暮らしを継続させるためには、グループホームやグループリビング、有料老人ホームやケア付き住宅も、在宅医が活躍できる場となる。

(1)切れ目のないサービス

まず、24時間・365日対応できるシステムをもつことが第一の要件である。対応とは単に電話で指示することではなく、必要があればいつでも緊急往診できる体制を指す。そのためにはグループ診療や複数の医療機関の連携体制構築がきわめて重要である。どんなに情熱があっても、医師がたった一人で継続することは困難であろう。

緊急性ある事態が生じた場合や発熱などちょっとした容態が変化に、患者、家族の不安は非常に大きい。不要な不安は在宅療養への信頼を損なうだけでなく、ひいては医療システムへの不信につながる。休日や夜間に対応しない、あるいは急変時に救急車要請を条件付けた医療管理は大きな問題があると考ええる。

(2)病診連携

病態に応じて適切な医療を提供するためには、入院加療が必要となることがある。その判断は単に病態など医療的判断だけでなく、患者・家族の意志や希望を汲んだものであるべきだが、入院後速やかに在宅療養が継続できるように支援しなくてはならない。

(3)介護保険制度の理解

介護保険制度の下、高齢者や特定疾病の二号被保険者は、原則的に保険給付を利用して在宅療養することになる。歯科医、薬剤師、管理栄養士、ホームヘルパーなどのケアワーカーとの連携が大切で、積極的なケアカンファレンスの開催はたいへん有効な手段となる。診療所を会場として提供するなど進んで行うべきである。

(4)看取り支援

高齢化したり、もはや治療が難しく、いずれ死にいたる疾病に罹患したばあい、住み慣れた地域で、生活を継続させながら看取られることを望む住民が多い。この傾向は本研究会のアンケート調査でも明白であった。病院など医療施設以外での看取りを現実のものにするには、医療者らの意識改革だけでなく、社会全体の合意が必要であるが、しかし、少なくとも医師が死亡確認をおこない、死亡診断書の記載を行わない限り在宅での看取りは困難である。24時間いつでも往診対応できるシステムの重要性が際立つ。

第三項 在宅医療と地域ケア

人口構成比の変化、慢性疾患の増加など、病院や高齢者施設以外で療養したいと願う患者は増加の一途をたどると予想される。さらに急性期加療を終えた神経筋難病患者や、末期癌患者の多くが、入院医療を否定する傾向は否めない。これらのニーズに答えるためには、良質の在宅医療を提供できる在宅医機能をもった医師を育て、在宅医療を推進することが急務である。幸い在宅医療推進をめざした制度が充実し、在宅医療の発展を視野に入れた医療機器の発達や、いわゆるテクノエイドの開発で、施設医療に遜色ない医療の質を担保した在宅医療が実践可能となっている。ハードウエアは整いつつある。

医師や看護師がいるところは、場所を問わず医療の場となりうるという基本理念にのっとり、訪問という機動力ある医療サービスにより、地域が医療の場になりうる。生活の場に、必要な医療を過不足なく効率的に提供できる地域ケアシステム構築は決して夢ではない。

第四項 訪問看護師との「美しい」関係づくり

医療の現場では、医師と看護師がそれぞれ重要な役割を担っている。同様に在宅医療の現場でも訪問看護師の活躍はすばらしく、有能な訪問看護師と有機的な連携をとりながら在宅医療を推進することは、医師の負担を軽くするだけでなく、患者の立場になっても、身

近な相談役として大きな安心を提供できる看護師の存在はきわめて重要である。

入院中の患者はナースコールを通して病状の変化を訴え、訴えのない病態の変化は看護師の観察により医師に報告される。在宅の場面でも同様に、看護師の目を通した些細な生活情報が診断治療の貴重な根拠となることが多い。

現行の制度では、医療保険、介護保険いずれも主治医が指示書を記載すれば、近隣の訪問看護ステーションから訪問看護サービスを受けることができる。信頼できる訪問看護師との有機的な連携が、在宅医療のサービスの質を向上させ、在宅療養の継続に大きな力となっている。

(担当:太田秀樹)

第六章 在宅医療の教育論

第一節 在宅医療推進のための会「教育論」成立の背景

当会は「24時間いつでも対応してくれる信頼できる在宅医を持って住みなれた地域で暮らしつづけたいと考えている患者を支援するための体制作りを行う」を基本理念として、「在宅医療を行う医師をどのようにして増やすか」を討論してきた。

そして、実証的に在宅医療の現状を知り、学際的に追究する方法とは別に、社会的な「運動」として、在宅医療を推進するためにはどのような方法があるか」を討論することになった。これが、「運動論」のグループの発生である。その中で、「診療報酬による政策誘導」で在宅医療を推進する方法が討論された。しかし討論を重ねるうちに、経済的なドライブのみならず、医師の「精神性」こそが在宅医療を推進する根源であろう、という結論に至った。すなわち、在宅医療を身を持って体験し、その社会的意義と「面白さ」を真に体得した医師を養成することが、在宅医療を推進するための一つの重要な要素であろう。この認識に鑑み、在宅医療を行う医師養成を実践しようと考えた。このようにして、「運動論」から「教育論」が派生、分離したのである。本「教育論」は、この「在宅医療を行う医師養成」について具体的方法を提示しようとするものである。

第二節 討論過程

第一項 果たして診療報酬のドライブが在宅医を増やすのか

現診療報酬点数では、確かに外来診療のほうが比較的優遇されている。外来診療で患者の信頼を勝ち得て、「流行れ」ば在宅医療を行わなくても開業医は生活に困らない。「だ

から在宅医療を行う医師が少ない」のか。また、在宅医療を行う医師の中でも24時間対応する医師は少ない。それは医師の怠慢なのか。「果たして診療報酬のドライブで、意欲と情熱を持った在宅医療を行う医師の出現を誘導可能なのか」。このようなことが私たちの間で議論されてきた。そういう経済的ドライブではなく、むしろ「しっかりした在宅医療に関する意識をもち、在宅医療の方法論を知った医師の養成」が必要なのではないか。このようにして、私たちは教育への関与への重要性を再認識した。つまり、「教育論」は、今後の「医師の意識改革」を目指すものである。

第二項 どのような研修システムが必要か

在宅医療を行う医師のために二つの研修システムの必要性が討論された。そして、そのコースとして、

経験2～5年目医師のための在宅医療の専門コース(Aコース)

数年間の経験を積み、開業の準備をしている医師のためのコース(Bコース)

の二つが考えられた。

Aコースは、初期臨床研修を修了した医師を対象とし、3年程度の長期にわたり在宅医療の様々な形態を習得し、あらゆる在宅医療の局面に対応し、かつ開業能力をもつ、「在宅医療のプロ」を養成しようとするものである。研修生には、給与ならびに所定の社会保障を与え、かつ、宿舎等の用意をするものである。研修生は最初の2年間は4カ所の在宅医療施設を6ヵ月ごとにローテーションし、様々な在宅医療のあり方を学んだ後、一つの医療機関に1年間継続して滞在し、主治医として1年間の診療経験を積む。また、研修生が3年間のプログラムを修了した後には、指導医は「開業援助や、休日診療援助を含めた様々な援助」を提供しようとして討論された。

Bコースは、一定の技術的に完成した医師を対象とし、6ヵ月ないし1年間の在宅医療研修を提供するものである。在宅医療に対する深い造詣を得るというよりは、在宅医療の基本的な知識・技能・見識を得ることを目的とし、在宅医療を行う開業医を多数生み出そうとする

ものである。B コースに関しては、短期間であることに鑑み、給与を出すことを行わず、研修費を研修生から徴収する方式が望ましいとの方向で討論された。

第三項 在宅医療研修センターの構想

このような研修コースを実施するために、順天堂大学の田城孝雄医師および5人の実地医家が研修センターを創設しようと考えた。本センターをいかなる形態にするかはまだ十分な議論を詰めるところまで議事を進めることができなかった。しかし、本部を順天堂大学におきたいこと、本部との密接な連携の下に研修生が各医療機関での実地研修を行ないたいこと、組織形態は教育機関として円滑な活動の可能な形態が望ましく、人格のない社団など法的拘束の少ない形態が望ましいこと、勇美記念財団をはじめとする諸団体からの資金援助を受けるべく研修プログラムの応募などを行いたいこと、今後研修プログラムの整備を行うべきこと、研修生の身分保障・社会保険などの完備、医療事故などのなどの討論が行われた。

来年度一年間かけて討論をより深め、研修プログラムを作成する予定である。

(担当:太田秀樹、川島孝一郎、佐藤智、田城孝雄、英裕雄、和田忠志)

基本構想案

名称を日本在宅医療研修センター(仮称)(以下「研修センター」と称する。

事務局を順天堂大学医学部公衆衛生学教室に置く。

研修生は公募により募集・選抜を行う。定員は別途定める。

初期の指定研修施設は、ライフケアシステム、仙台往診クリニック、新宿ヒロクリニック、おやま城北クリニック、あおぞら診療所とする。

順天堂大学公衆衛生学教室内のセンターでのオリエンテーション、基本レクチャーの上、指定研修施設で研修を行う。

オリエンテーション、基本レクチャーは在宅医療推進のための会のメンバーで構成する。

研修生には手当を支払う。手当では年俸制とする。給与はどこの研修施設を回っているときでも同一価格とする。健康保険、雇用保険、労災保険、有給休暇を含む処遇については研修センターが保障する。就労規則、雇用契約書は別途作成する。

研修生には宿泊施設を準備する。宿泊施設等費用は当該研修施設の負担とする。

医療事故・自動車事故マニュアルは基本的には当該研修施設のものに従う。医療事故および訴訟対応については、別途規定を定める。

指導医と研修生の相互評価を行い、評価記録を残し、保存する。

研修修了者には終了証を発行する。

A コースに関する要綱の草案

そういう発想のもとに「日本在宅医療研修センター」の構想を温めるために、募集要項の草稿を討論の上書いてみたので、報告書にも掲載する。

第七章 在宅医療の運動論

第一節 在宅医療推進のための会「運動論」成立の背景

当会は「24時間いつでも対応してくれる信頼できる在宅医を持って住みなれた地域で暮らしつづけたいと考えている患者を支援するための体制作りを行う」を基本理念として、「在宅医療を行う医師をどのようにして増やすか」を討論してきた。そして、実証的に在宅医療の現状を知り、学際的に追究する方法が最初に考案された。

しかし、それでは在宅医療現場で日々体験されている診療報酬の問題点などに直接的に対応することは必ずしも容易でないことが直観されていた。そして、実証的方法とは別に、社会的な「運動」あるいは政治的な「運動」として在宅医療を推進する方法」を討論することになった。これが、「運動論」グループの発生である。

また、「診療報酬インセンティブは在宅医療推進に必ずしも有効性が明確ではなく、医師の意識改革が必要」は共通見解となり、「運動論」から「教育論」が派生した。「教育論」に関しては、「日本在宅医療研修センターの構想」をとりまとめて分離討論可能とした。

第二節 論点整理

いくつかの重要な論点について意見交換された。

第一項 在宅医療の「概念」について

(1) 私たちのいう在宅医療とは「Visiting service である」ことは共通見解に達した。

「在宅医療費」は医療費全体よりも速い速度で増加しており、その意味では在宅医療は他

の医療に比較して増加速度が速いように錯覚されている。これは、厚生労働省のいう在宅医療費の範疇に、在宅自己注射などの外来診療ベースで行われるものが多く混在しているためである。

社会医療診療行為別調査報告書に基づいて、訪問診療と往診の合計数をカウントすると、Visiting service としての在宅医療は増えていないことが明確になる(図)。

(2) 在宅医療専門医の指向性、外来診療との関係についての意見交換

ある医師は「重症者・みとりを取り扱える24時間対応可能な在宅医」の必要性を主張した。「外来診療の片手間に行く」のでは十分な在宅医療は不可能であるとも論じられた。これは厚生労働省の政策で入院日数が短縮され、在宅医療での事前検査や術後管理が求められている現実にも対応している。これは、突き詰めれば在宅医療専門医志向でもある。

一方、在宅医療の裾野を広げ、在宅医療を推進していくためには、「一般的な診療を行うどんな医師でも行える在宅医療」の普及が不可欠でもある。また、現実に多くの開業医は外来診療を行いながら在宅医療を行うのであり、その意味では「外来診療との有機的連携をもつ在宅医療」が必要である。

これらの「二つの在宅医療」について意見が交換された。前者の「在宅医療」は比較的少数の「在宅医療を主に行う医療機関」に共有される考え方であり、後者は多くの開業医に共有される考え方である。いずれにしろ、在宅医療の普及はその両者が多くなっていくという効果として現れると思われる。このような討論の中で、診療報酬上「急性期あるいは亜急性期在宅医療」の概念が必要であることも明確となった。

(3) 看護師の位置づけ

複数医師体制を敷く医師主導型の在宅医療機関では24時間対応を医師が率先して行う場合がある。これは医師の高いモチベーションによって支えられる。一方、医師が一人の医療機関の場合は「優れた看護師を養成して協同して行う在宅医療」展開により良質な在宅医療を可能たらしめることができる。しかし、医師が24時間しっかり対応するというスタンスを

持たなければ、それは、「24時間対応は看護師にやらせる医師の怠慢」に陥りかねない。ここでも、医師の精神性が問題となった。

この討論からも、医師の精神性を研ぎ澄まし、「24時間対応型在宅医療を行うことを当然とする精神性を持つ医師」を量産することの必要性が認識された。これが教育論の背景となっている。

第二項 「在宅医療を医療全体の向上の中で論じるべき」という議論

(1) 「良質な医療は何か」の提示の必要性

狭義の「自宅で過ごす在宅療養」が本当に幸せなのかを再検討すべきことが討論された。また、在宅医療完結型でなく、幅広いネットワークの中での問題解決の必要性、在宅医療の裾野の広がりとともに、第三カテゴリー・福祉施設における在宅医療展開の可能性が討論された。

(2) 高価な薬品・医療材料など世界的視野から日本医療の問題を考察。

日本は薬剤費・材料費が非常に高いこと、医療機関が自前でエックス線装置などを購入する習慣があることが論じられた。そのような製薬会社や機会の会社の利益に資するのではなく、より患者に利益を還元すべき医療機関経営形態の必要性が討論された。

(3) 医療費の全体像の中での討論

医療費は経済的には病床数により決定される。このことは介護保険施行前の「各県別一人当たり医療費」と「各県別一人当たり病床数」が極めて高い相関を示すことから明白である。その意味で、在宅医療は決定的な医療費の決定要素ではない。そして、往診と訪問診療をあわせた Visiting Service としての在宅医療は増えていない(図6)。

第三節 診療報酬の問題点に関する討論

以下のような討論ならびに意見提示が行われた。

第一項 「亜急性期在宅医療の概念」提示

診療報酬上、「亜急性期あるいは急性期在宅医療の概念」が極めて重要であることが共通見解となった。現行の在宅総合診療料、在宅時医学管理料は、基本的には安定的な患者管理を自宅で行う前提で作られている。

しかし、昨今、政策的に、急性期病院入院日数が短縮化され、外来での事前検査や術後管理が求められている。あるいは、在宅医療で24時間対応しながら、軽症から中等症の急性増悪に対応することも多い。そして、患者が自宅での医療を希望する場合、自宅での抗生剤静脈注射、輸液などを駆使して急性期治療を行うこともまれではない。同時に、高齢化の進展とともに死亡する方は増えており、自宅での最期を希望する人は多数いる。

「2015年の高齢者介護」にも論じられている如く、高齢者・障害者が自宅で安心して生活するためには24時間365日対応型ケアが必要であり、とりわけ医療はその重要な要素である。その時代の要請に応える在宅医療の診療報酬体系が求められている。

この現状を鑑みると、安定患者を前提とした現行の在宅医療診療報酬体系には不備があり、24時間対応の実態を明確に評価する報酬体系を構築し、24時間対応型在宅医療を普及させるべきである。

具体的には、夜間・休日の往診料のより明確な評価、および、24時間対応型の在宅医療の活動実態に対して(24時間対応実績がない施設には当該診療報酬算定を認めないということ)十分な報酬を提供する医学管理料を新設して報酬を保障すべきであろう。

第二項 在宅総合診療料、在宅時医学管理料の問題点

高齢者施設において、24時間対応を行わない連携医療施設が雇用する非常勤医師などが、月4回あるいは月2回程度訪問診療を、施設内の多数患者に対して実施し、在宅総

合診療料、在宅時医学管理料を算定して短時間で多額の経営効果をあげている例がある。しかし、このような在宅医療は極めて利益が大きいものでありながら、利用者に24時間の安心を与えず、(人工呼吸器装着中など)高度の障害をもちながらも自宅で過ごしたい人や自宅で最期を迎えたい人のサポートには資せず、在宅医療の本旨ではないと考える。

しかし、先に述べた24時間対応の往診料のより明確な評価、24時間対応型在宅医療の実態的活動に対して明確な医学管理料を新設して報酬を保障すれば、そのような矛盾点を解決できる。それにより、水準の低い在宅医療を施行して高い利益を上げる在宅医療が淘汰され、24時間365日対応型の在宅医療が普及するであろう。

第三項 在宅療養指導管理料の根本的な見直しを

在宅自己注射、在宅自己腹膜灌流、在宅血液透析、在宅酸素療法、在宅中心静脈栄養法、在宅成分経管栄養法、在宅自己導尿、在宅人工呼吸、在宅持続陽圧呼吸療法、在宅悪性腫瘍鎮痛・化学療法、在宅寝たきり患者処置指導、在宅自己疼痛管理の在宅療養指導管理料が規定されている。

これらは、外来診療で患者を診察する場合でも算定可能である。しかし、これらは、在宅医療現場で、医師が直接自宅で本人がそれらの医療行為を行う現場で指導を行うのが本旨であり、自宅という現場で医師が指導するほうが医療水準が高いことは明白である。

従って、これらの指導管理料は、当然、在宅医療で実施する場合に報酬が高く設定されるべきであり、現場を見ずして外来での指導のみを行う場合の報酬を低くするのは医療技術的要請でもある。そのような形に指導管理料の設定を適正化すべきであろう。

(担当:太田秀樹、川島孝一郎、田城孝雄、英裕雄、和田忠志)

第八章 在宅医療と地域ケア

第一節 背景

「尾道方式」を「理想のモデル」から「標準モデル」へ
新・地域ケアへのロードマップ

厚生労働省老健局長の私的研究会である高齢者介護研究会の報告書「2015 年の高齢者介護」(2003)では「サービスを提供する担当者などが介護の方針を設定し共有する場であるケアカンファレンスの開催も十分に行われておらず、担当者が同じ認識の下で、総合的に自立支援のためのサービス提供が行われているかについても疑問がある」(p.)という問題提起がなされている。

介護保険給付対象の在宅介護サービスについては、居宅介護支援専門員(ケアマネジャー)が中心となって、高齢者のニーズに合致するよう、高齢者の状態を踏まえた総合的な援助方針の下に必要なサービスを計画的に提供していく仕組み(ケアマネジメント)が、制度の創設時より導入されている。

ケアマネジメントは、高齢者の状態を適切に把握し、個々の要介護者の心身の状況や置かれている環境や希望に合致したケアを総合的かつ計画的に提供するための仕組みであり、介護保険制度の中核となるものと考えられる。高齢者の状況を判断するアセスメントが的確であれば、適切で効果的なサービス提供が行われる確率が高まる。要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みが必要である。

なおケアマネジメントは、ケアマネジャーが中心となって、以下の手順により実施される。

要介護高齢者の状況を把握し、生活上の課題を分析(アセスメント)した上で

総合的な援助方針、目標を設定するとともに、(1)に応じた介護サービス等を組み合わせる(プランニング)

及び について、ケアカンファレンス等により支援にかかわる専門職間で検証・調

整し、認識を共有した上で(多職種協働)、ケアプランを策定する

ケアプランに基づくサービスを実施するとともに、継続的にそれぞれのサービスの実施状況や要介護高齢者の状況の変化等を把握(モニタリング)し、ケアの内容等の再評価・改善を図る。

しかしながら、制度施行後の状況を見れば、このように期待されるケアマネジメントが必ずしも十分にその機能を発揮していない。十分な効果を得るためには、ケアマネジメントの各過程が着実に実施されることが最低限の条件であるが、ケアマネジャーの中には、これらの過程を適切に実施していない者も少なくなく、高齢者のニーズに合致しないサービスが提供されている事例も見受けられる(上記報告書の指摘)。また、利用者・家族がケアマネジメントの策定過程(プロセス)に参加することが重要な鍵となるはずである。制度的にもケアプラン策定には利用者の合意が必要とされている。

ケアカンファレンスは、ケアプランに対する利用者・家族への説明と合意の場として極めて重要なものと位置づけられるが、ケアカンファレンスが十分に行われていない現状では、ケアマネジメントに対する利用者・家族の理解は必ずしも十分とは言えない。

特に初回時のケアマネジメント(アセスメント)は極めて重要であり、この段階で適切かつ十分なアセスメントが行われないと、それ以降のプロセス全体がうまく機能せず、利用者の心身状態に合致したケアを提供することができない。

現在このような状況にあるケアマネジメントを立て直すには、ケアマネジャー自身の資質の向上とともに、

ケアマネジメントに必要なプロセスが確実に実施されるための標準化

介護以外に生活上の問題を抱える高齢者のケースや困難事例への支援など、ケアマネジャーが本来果たすべき機能を十分発揮できる環境整備

ケアマネジャー業務の中立性・公正性の確保

を進めていくことが必要である。

さらに、要介護高齢者の生活を支えるという観点からは、在宅サービスの調整のみならず、施設入所や医療機関の利用を含む高齢者の障害にわたるサービスの連続性の確保、施設からの退所・退院者への在宅サービスの切れ目ない提供確保など、高齢者の状態の変化に対応して様々なサービスを継続的・包括的に提供していくことが必要である。また、在宅での

終末期を尊厳を持って送ることができるためには、十分なケアとともに、疼痛緩和など適切な在宅医療・看護による支援が欠かせない。各地域において、施設・在宅全体を通じたケアマネジメントを適切に行う努力が求められる。

ケアマネジャーだけで高齢者が抱える問題を解決しようとしても難しい。かかりつけ医から情報を得たり、民生委員に依頼し、家族と接触して悩みや苦勞を聞き、家族の精神的負担を軽減したり、身体障害者福祉センターの相談員と共に訪問して日常生活上のニーズを把握し、保健所の保健師の協力で精神面でのケアを行うというように、専門機関や近隣住民と連携して、介護の周辺にある問題を解決することが必要になる¹。

入院患者の退院に際しては、入院先の医療機関、かかりつけ医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション、ホームヘルパー、ソーシャルワーカー等が会議を開き、現在の身体の状態、家庭の状況について情報を共有し、退院後の在宅でのケアについて話し合っておくことにより、日常生活への復帰を円滑に支援することができる²。

脚注

1 後述のように、尾道における新・地域ケアではこうした連携が段階的に発展し、その有用性が確認されている。

2 退院時の会議についても注1と同様。

退院支援と長期フォローアップ、急性期病院から地域の受け皿へ返すための地域における受け皿づくり・支援体制のシステム化を全国で急ぐ必要がある。

介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア(地域包括ケア)を提供することが望まれる。

重度の慢性疾患があつて同時に要介護度も高いといった重医療・重介護の高齢者の場合であっても、医療を含めた多職種連携による地域包括ケアが提供され、365日・24時間の安心が提供できているような地域であれば、かかりつけ医による訪問診療、訪問看護、訪問介護、ショートステイなどの医療保険・介護保険によるサービスを組み合わせることによって、ターミナルケアが必要な状態に至るまで在宅での生活を支えることが可能になる。

以上、後述する尾道の経験をふまえつつ、包括ケアの必要性を概観した。

第二節 目的

高齢者介護研究会のメンバーであった片山は、包括ケアを実践するために、ケアマネジメントをツールとした自立支援システムとして、「新・地域ケア」の概念を提唱してきた。広島県尾道市は、ケアカンファレンスの実施率が90%以上に達し、神奈川県8%(菅原 2004)をはじめとする全国の他の地域の10倍以上のケアカンファレンスの実施率を誇っている³。

尾道市で培われてきた仕組みを指す「尾道モデル」は、たしかに先進モデルとはいえ、これを特異なモデルと理解するのではなく「スタンダードモデル」として、全国に普及するために、その内容を解析し、全国の地域に導入するためのロードマップを提示することを本論文の目的とする。

脚注

3 天草医師会のモデル事業(荘田 200?)など、尾道モデルを参考とする地域が増えている。

第三節 方法

文献的考察(検討)および現地(尾道市)での聞き取り調査を行った。

第四節 結果

(1) 現在のシステム(体制)

現在の尾道市のシステムは、表8-1に示すように医師会立介護施設と委員会が主となっている。

(2) 啓蒙

尾道市医師会では、高齢化率 %という危機感から、医師会事業の共通認識の土壌作り・共通プラットフォームの構築と、全機関・全職種を対象とした共通認識醸成が目的平成 年か

ら、高齢者医療福祉問題講演会を開催している。

(3) 経緯

委員会・協議会一覧

(4) ケアカンファレンス実施率(表8 - 2)

介護保険サービス給付レベル実態調査結果(2000年5月)によると、ケアカンファレンスの実施率は、要支援者 100%、要介護度1 95.3%、要介護度2 98.9%、要介護度3 94.3%、要介護度4 94.3%、要介護度5 98.3%であり、全体として96.7%であった。

第五節 考察

(1) 「尾道方式」の特徴

尾道市のシステムは、介護保険施設、在宅介護支援センター、24時間対応ホームヘルパーステーション、訪問看護ステーションの4つの医師会立施設を中心とする主治医機能支援システムが構築されている。これを各種協議会と在宅主治医機能支援体制が支えている。

ケアマネジメントが、地域において標準化されており、尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンスの手順が標準化されている(表8 - 3)。尾道市医師会方式・医療機関ケアカンファレンスの特徴として、ケアカンファレンスに、主治医の参加を原則としている点が挙げられる。また、ケアカンファレンス開催の事前資料には、ケアマネジャーのアセスメント、およびケアプラン案が含まれており、参加者(サービス提供者)はアセスメントとケアプランに対する認識・見解を持って参加することが求められている。この他、開催地を主治医の従事先オフィス(診療室、会議室など)としていること、所要時間が10～20分と短時間であることも特徴として指摘できる。ケアカンファレンス開催のタイミングは、新規契約時を必須とし、更新認定時と状況変化時には随時開催している。

尾道市では、多職種協働の実をあげるため「顔の見える連携」がめざされている。顔を見て話し合う機会をへて介護サービスを提供する他職種間の人間関係が構築されている。以上から全てのケースについて、サービス担当者会議(ケアカンファレンス)の開催が当然と言う「意識」を持つようになった。

尾道市医師会は、また主治医機能の充実を図っている。主治医機能にはケアマネジャーによるケアプラン作成のためのアセスメント段階で患者に関して、蓄積した重要情報を整理して提供する事が含まれる。本来医師が介護報酬の居宅療養管理指導の算定を行っていれば、ケアカンファレンスに協力しなければならない。ケアカンファレンスに協力しない主治医は、利用者やケアマネジャーなど関連職種から低く評価されて信頼を失った場合、主治医の変更がありうると尾道市医師会会員は認識している。

以上まとめると、尾道市医師会の包括的医療ケアシステムはフレキシブルな「主治医機能」を中核とした病診連携・診診連携(グループプラクティス)である。

(2) 連携ネットワークの重層化

尾道市医師会の連携ネットワークは、歴史的に見るとネットワークを重層的に重ねてきた点が特徴である。1992年に設置された尾道市医師会救急蘇生委員会と、1996年に設置された尾道市医師会病診連携懇話会により、医師のネットワークが構築されている。医師会ケアマネジメントセンターが設立され、ケアマネジャーの育成プログラムに取り組んできた。さらに各種の研修が行われた。研修にあたっては、主治医である医師会員だけでなく、他の全ての隣接職種を対象にケアカンファレンスの予行演習という形を採用した。

医師会と社会福祉協議会の連携を図るため、尾道市社会福祉協議会・尾道市医師会連絡協議会(社医協)が、2002年4月に設置された。さらに医師会・社会福祉協議会・民生委員の協議会である社医連民協が設置され、連携ネットワークが、重層化されている。

(3) 「尾道方式」の成果

尾道方式の最大の成果は、サービス提供者会議(ケアカンファレンス)実施率が96.7%(2000年5月)と高いことである。他の地域でのケアカンファレンスの実施率平均は7%にとどまるので(菅原2004)、尾道の値は全国平均の10倍以上にのぼっている。

(4) 「尾道方式」の成立過程

尾道市における「尾道方式」の成立過程を考察すると、
明確な目的意思を持つ。

「尾道方式」成立の経過をみると、まず「ケアカンファレンスを(100%)開催する」という明確な意思を持つことが特徴的である。その意思のもと、ケアカンファレンスを開催しやすい方法、

また主治医が参加可能な方策が検討された。その結果が、主治医の医療機関で開催する、ケアカンファレンスは、原則 15 分程度、事前に資料を送付し、サービス提供者はケアアセスメントとケアプランを把握してケアカンファレンスに望む、という「尾道方式」ケアカンファレンスの形態が標準化した。

目的意識に合致した実践的な手順を標準化する。

ケアカンファレンス開催のための、ケアマネジャーの手順も標準化されている。これにより、ケアマネジャーの負担は、相当軽減されている。「尾道方式」ケアカンファレンスは、ケアマネジャーがケアカンファレンス開催に、困難感を持っている全国と異なり、ケアマネジャーに取って、心地よいものとなっている。

全ての職種間で共通認識を醸成する。

「ケアカンファレンスを、(100%)開催する」という意思を持つために、医師(主治医)とケアマネジャーの双方が、高齢者ケア・介護保険制度・ケアマネジメントについて、知識を得て理解することが必要となる。このために、地域の高齢者ケア(医療を含む)に関する全ての職種に(市民も含む)、共通認識を醸成する必要があった。

この共通認識の醸成のために、1994 年以來、年に3～7回程度開催されている「高齢者医療福祉問題講演会」をはじめとする、各種の講演会、研修会群が開催された。「高齢者医療福祉問題講演会」は、2003 年度(平成 15 年度)までに計 60 回を数えている。

Harvey-Jones(1989)や Kanter(1985)らが挙げている組織内の変革を実現するための経営管理の原則として、初期段階から、人々を変革に巻き込む、変革を行う適切な理由を掲げる、人望の厚い人物を変革担当者に任命する、業務全体の変革計画を立てる、必要に応じて研修・勉強会・講演会を行う、組織内に変革を維持するシステムを整備する、明確な指導力を発揮する、という7原則がある。10年余に及ぶ「尾道方式」の成立過程は、この組織変革の原則に当てはまる。

第六節 ロードマップの提示

以上の、広島県尾道市における「尾道方式」(新・地域ケア)の成立過程を踏まえ、他の地域において普遍化するためのロードマップを検討する。

「尾道方式」成立の過程は前述のように、明確な目的意思を持つ、目的意識に合致した実践的な手順を標準化する、全ての職種間で共通認識を醸成するという3点が、鍵で

ある。

日本の各地域において、「尾道方式」のような「新・地域ケア」を導入するためには、「ケアカンファレンスを、開催する」という意思を、関連職種が共通して持つことが前提となる。この共通意思があれば、ケアカンファレンスの方式は、自らが工夫して、自分達が遣り易い方法を生み出していくことになる。このために、各職種に、高齢者ケア(医療を含む)、医療のパラダイムシフト、ケアマネジメント、介護保険制度の正しい理解を、共通認識として持つことが必要である。

(2)ロードマップの目標

- 1 ケアカンファレンス実施率を、50%以上にする。
- 2 地域内急性期病院において、退院時ケアカンファレンスの実施率を 80%にする。
- 3 多層的連携をおこなう

(3)ロードマップの提示

共通認識の醸成

地域における保健・医療・介護・福祉職に、共通認識を醸成する。

具体的な方法は、職種別の勉強会・講演会を開催する、職種間の協議会を設置して、職種をミックスした勉強会・講演会を開催する。

医師(主治医)、ケアマネジャー、他職種が、高齢者ケア(医療を含む)、医療のパラダイムシフト、ケアマネジメント、介護保険制度を正しく理解する。具体的には、主治医は、主治医意見書の記載を行う、ケアマネジャーとの協議会を開催する。ケアマネジャーは、個々の事例を通して、主治医と情報交換を進める。

地域内に、上記の共通認識を持った多職種のネットワークが形成されていく。このネットワークに参加しているメンバーを中心とする。このメンバーを中心に、「ケアカンファレンスを、100%開催する」という明確な意思を持ち、実行可能なケアカンファレンスを想定した研修会を行う。

(4)項目別ロードマップ

重層的連携の構築

・それぞれの層の連携ネットワークを構築する。

(最初から、重層的連携は出来ない)

・次に、それぞれの職種のネットワークを重層化する(協議会)

主治医機能

第1段階

介護保険制度理念の本質的理解

主治医意見書の適切な記載

第2段階

地域医療連携における多職種との連携の標準化

ケアカンファレンスの研修

第3段階

ケアカンファレンスへの積極的参加(開催)

ケアマネジャー・チームメンバーへの的確な助言

・地域(群市区)医師会において主治医意見書記載の研修会を開催する。

・ケアマネジャーに積極的に、協力・支援する。

ケアマネジメントの地域における標準化

のキーとなる職種 ケアマネジャー

主治医(意見書記入者)に連絡を取る。

ケアカンファレンスを開催するという共通認識を持つ。

ケアマネジャーの独自養成

関連スタッフ(多職種)の養成、特に看護職との共通認識を醸成するための連続的で系統的な研修体制の構築

共通認識の醸成(啓蒙・教育)

講演会、継続研修

制度理解、在宅ケア・医療の手技、現場における知識、ケアマネジメント手法、ケアプラン勉強会

システム作り

鍵となる施設(医師会立施設など,在宅介護支援センター)

介護保険業務の統括と継続研修システム

第七節 本章のまとめ

2006年(平成18年)に診療報酬と介護報酬の同時改定を迎える。高齢者の介護保険給付サービスと医療保険給付サービスの整合性が図られる。したがって、なお一層主治医が、医療サービスと介護サービスを連動し、患者・利用者のために提供されるようプロセスに参加する必要がある。「医師は医療を提供すればよく介護保険の事はケアマネジャー任せ」では、自分の患者に対して十分な医療を提供できない。

(担当:田城孝雄)

文献

- 香取照幸(1998)介護保険と医療サービス 尾道市医師会出版
- 片山 壽(1998a)介護保険におけるサービスのアクセスビリティを考える GPnet、38 - 41 .
- 片山 壽(1998b)介護保険下での地域医療のシステムづくり、メディカル朝日 12月号 66 - 69 .
- 片山 壽(2000)在宅医療介護基本手技マニュアル(共著) 永井書店
- 片山 壽()ケアマネジャー養成の課題、からだの科学、81 - 85 .
- 片山 壽(2002a)主治医機能とケアマネジメント プライマリケア(日本プライマリケア学会誌) 第25巻・第3号
- 片山 壽(2002b) 地域医師会による看護連携の取り組みと医師会ケアマネジメントセンター、看護展望 27(1増), 66-71 .
- 片山 壽(2003a) 介護保険が誘導する新たな地域連携とサービスの一元化 新・地域ケアのシステムの受け皿と平均在院日数の短縮化 内科 92, 753-757, 2003 .
- 片山 壽(2003b) ケアマネジメントの導入 内科 92, 170-173, 2003 .
- 片山 壽(2003c) 医療ケア現場におけるケアマネジメントの意義 内科 92, 374-378 .
- 片山 壽(2003d) 地域ケアマネジメントの標準化と尾道市医師会の挑戦 内科 92, 578-583
- 片山 壽(2003e) 急性期病院における退院前ケアカンファレンスと包括的地域ケアシステム、看護学雑誌 67, 882-885
- 片山 壽(2003f) 尾道市医師会の取り組み 地域医師会による高齢者ケアマネジメントの構築 , 介護支援専門員 5(4), 25-28, 2003 .
- 片山 壽(2003g) 在宅医療とは何か, からだの科学, No232, 12-16 .
- 高齢者介護研究会(2003)「2015年の高齢者介護 ~高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて~」. 報告書
- ケアマネジャー編集部(2002)「尾道」の謎に迫る 実施率は9割以上、ケアマネジャー、No.10、22 - 25 .
- 荘田恭聖、中村矩眞、浦田恭子、他(2003) 居宅介護を受ける患者から医師に望まれるもの 尾道市医師会方式ケアカンファレンス実現の試み 天草医学会雑誌 11 - 16 .
- Home care Medicine 編集部(2002)地域ケアマネジメントシステムの構築、9 - 11 .

Harvey-Jones J (1989) Making it happen-reflections on leadership. Fontana/Collins, London.

Kanter R (1985) The change masters-corporate entrepreneurs at work, Unwin, London.

第九章 おわりに

1年半に及ぶ「在宅医療を推進するための会」が、この春、終了しました。忙しい時間をなんとかやりくりしながら、毎月のミーティングに、全国から集まってくださったメンバーの皆さんに改めて敬意を表するとともに、心よりお礼を申し上げます。

振り返ってみると、予定していた2時間では不足に、時間をオーバーしてもなお白熱した議論が続くといったことがたびたびありました。それぞれの現場の状況も、考え方、感じ方も違うメンバーが、それぞれの視点で意見をぶつけ合う、非常に内容の濃い会であったと思います。

そもそも在宅医療とは何なのか、患者さんの問題、社会の問題、あるいは医療者側の問題点は何か、制度的問題点はないのかなど、いろいろな方面から将来に向けた課題を出し合いました。さまざまな問題点を明らかにするのが精一杯で、在宅医療を推進するためのまとまった方向性を打ち出すまでには至りませんでした。議論を通して、みんなで共有できるひとつの目標を見い出せたのは、非常に意義深いことだと感じています。

その目標とは、いかなる病気や障害を持って、その人が望むのであれば、地域で24時間365日、信頼できる医療者に支えられながら、その人なりの生活を送ることができるようにサポート体制を整えていく、ということです。この目標に向かって、我々は在宅医療を推進していくのだというコンセンサスを得ることができたのは、大きな収穫だったと思います。

毎月集まって議論するという形での会の活動は一応終了しますが、それぞれのメンバーによる在宅医療を推進するための活動は、これからもずっと続きます。その意味で、「在宅医療を推進するための会」そのものは、生き続けるといえるでしょう。

全員でコンセンサスを得た目標に向かって、いろいろな立場で、いろいろな方法で、それぞれが努力していくことが必要です。そんな中で、新たに意見交換、情報交換をする場面が出てきたら、そのときはぜひ、この会のことを思い出してください。

「在宅医療を推進するための会」の活動が、今後も継続されていくことを期待してやみません。

(担当:英 裕雄)

表3-1.

病院における在宅医療サービスの状況
(複数回答)
平成14年(2002)9月中

	実施施設数	施設数に対する割合 (%)	実施件数
総施設数	9 187	100	.
医療保険等による医療サービス	5 966	64.9	...
往診	2 277	24.8	23 793
在宅時医学管理	281	3.1	12 337
在宅患者訪問診療	2 982	32.5	94 214
歯科訪問診療	145	1.6	3 604
在宅末期医療総合診療	88	1	1 450
在宅患者訪問看護・指導	1 433	15.6	30 919
精神科訪問看護・指導	727	7.9	39 462
在宅訪問リハビリテーション指導管理	586	6.4	5 250
訪問看護ステーションへの指示書の交付	2 664	29	42 614
在宅療養機器貸出し	2 060	22.4	84 724
介護保険によるサービス	2 675	29.1	...
居宅療養管理指導(医師によるもの)	1 553	16.9	30 913
居宅療養管理指導(歯科医師によるもの)	36	0.4	243
居宅療養管理指導(歯科衛生士によるもの)	35	0.4	458
居宅療養管理指導(薬剤師によるもの)	211	2.3	4 259
居宅療養管理指導(管理栄養士によるもの)	147	1.6	662
訪問看護	1 606	17.5	92 442
訪問リハビリテーション	1 140	12.4	34 807

一般診療所における在宅医療サービスの状況
(複数回答)
平成14年(2002)9月中

	実施施設数	施設数に対する割合 (%)	実施件数
総施設数	94 819	100	.
医療保険等による医療サービス	34 672	36.6	...
往診	27 852	29.4	266 520
在宅時医学管理	3 220	3.4	25 564
在宅患者訪問診療	16 864	17.8	359 855
歯科訪問診療	106	0.1	2 070
在宅末期医療総合診療	658	0.7	3 843
在宅患者訪問看護・指導	3 059	3.2	29 273
精神科訪問看護・指導	236	0.3	6 072
在宅訪問リハビリテーション指導管理	783	0.8	4 779
訪問看護ステーションへの指示書の交付	7 994	8.4	47 206
在宅療養機器貸出し	4 848	5.1	30 178
介護保険によるサービス	9 996	10.5	...
居宅療養管理指導(医師によるもの)	8 844	9.3	99 511
居宅療養管理指導(歯科医師によるもの)	40	0	243
居宅療養管理指導(歯科衛生士によるもの)	22	0	115
居宅療養管理指導(薬剤師によるもの)	82	0.1	1 198
居宅療養管理指導(管理栄養士によるもの)	78	0.1	638
訪問看護	2 772	2.9	47 446
訪問リハビリテーション	854	0.9	19 229

表3 - 2 . 基本属性の結果

		n	割合
年齢区別	10代	39	0.15789
	20代	44	0.17814
	30代	32	0.12955
	40代	34	0.13765
	50代	59	0.23887
	60代	31	0.12551
	70代	8	0.03239
性別	男性	53	0.21457
	女性	194	0.78543
年収	なし	71	0.30736
	300万未満	71	0.30736
	300～500万円未満	41	0.17749
	500～700万円未満	18	0.07792
	700～1000万円未満	14	0.06061
	1000～2000万円未満	9	0.03896
	2000万円以上	7	0.0303
同居家族	0	30	0.12195
	1	31	0.12602
	2	24	0.09756
	3	62	0.25203
	4	40	0.1626
	5	36	0.14634
	6	15	0.06098
	7	7	0.02846
	8	1	0.00407
学歴	中学校	9	0.03704
	高校	70	0.28807
	専門学校	58	0.23868
	短期大学	38	0.15638
	大学	63	0.25926
	大学院	5	0.02058
健康状態	とてもよい	34	0.14108
	よい	90	0.37344
	普通	109	0.45228
	悪い	7	0.02905
	とても悪い	1	0.00415
現在介護の有無	はい	26	0.10879
	いいえ	213	0.89121
過去介護の有無	はい	81	0.3375
	いいえ	159	0.6625
入院経験の有無	はい	130	0.53719
	いいえ	112	0.46281
慢性疾患の有無	はい	53	0.21901
	いいえ	189	0.78099
かかりつけ医の有無	はい	109	0.45417
	いいえ	131	0.54583
看取り経験の有無	はい	69	0.2887
	いいえ	170	0.7113
職業	一般市民	45	0.18519
	医療関係職	75	0.30864
	福祉関係職	60	0.24691
	学生	63	0.25926

表3 - 4 . 選択の組み合わせ

医療内容	医療場所	最期場所	全体		一般市民		医療関係職		福祉関係職		学生	
			n	割合								
積極的医療	病院	病院	4	0.01646	1	0.02273			1	0.01695	2	0.03226
積極的医療	病院	自宅	17	0.06996	4	0.09091	2	0.02667	3	0.05085	8	0.12903
積極的医療	病院	その他	1	0.00412			1	0.01333				
積極的医療	自宅	病院	3	0.01235			1	0.01333	1	0.01695	1	0.01613
積極的医療	自宅	自宅	13	0.0535	2	0.04545	1	0.01333	2	0.0339	8	0.12903
積極的医療	自宅	その他	0	0								
積極的医療	その他	病院	0	0								
積極的医療	その他	自宅	0	0								
積極的医療	その他	その他	0	0								
緩和的ケア	病院	病院	24	0.09877	8	0.18182	8	0.10667	6	0.10169	1	0.01613
緩和的ケア	病院	自宅	28	0.11523	11	0.25	3	0.04	2	0.0339	11	0.17742
緩和的ケア	病院	その他	2	0.00823			1	0.01333	1	0.01695		
緩和的ケア	自宅	病院	5	0.02058			2	0.02667	3	0.05085		
緩和的ケア	自宅	自宅	130	0.53498	16	0.36364	50	0.66667	36	0.61017	27	0.43548
緩和的ケア	自宅	その他	2	0.00823			2	0.02667				
緩和的ケア	その他	病院	1	0.00412	1	0.02273						
緩和的ケア	その他	自宅	2	0.00823					2	0.0339		
緩和的ケア	その他	その他	4	0.01646			2	0.02667			1	0.01613
その他	病院	病院	0	0								
その他	病院	自宅	2	0.00823			1	0.01333	1	0.01695		
その他	病院	その他	0	0								
その他	自宅	病院	0	0								
その他	自宅	自宅	2	0.00823					1	0.01695	1	0.01613
その他	自宅	その他	1	0.00412							1	0.01613
その他	その他	病院	0	0								
その他	その他	自宅	0	0								
その他	その他	その他	2	0.00823	1	0.02273	1	0.01333			1	0.01613
合計			243		44	1	75	1	59	1	62	1

表3 - 5 . 選択の組み合わせ

医療内容	医療場所	最期場所	10代		20代		30代		40代		50代		60代		70代	
			n	割合												
積極的医療	病院	病院	3	0.07692							1	0.01695				
積極的医療	病院	自宅	6	0.15385	4	0.09091	1	0.03226	1	0.02941	5	0.08475				
積極的医療	病院	その他							1	0.02941						
積極的医療	自宅	病院	1	0.02564	2	0.04545										
積極的医療	自宅	自宅	6	0.15385	3	0.06818			1	0.02941	2	0.0339	1	0.03448		
積極的医療	自宅	その他														
積極的医療	その他	病院														
積極的医療	その他	自宅														
積極的医療	その他	その他														
緩和的ケア	病院	病院			2	0.04545	5	0.16129	1	0.02941	9	0.15254	6	0.2069	1	0.14286
緩和的ケア	病院	自宅	8	0.20513	5	0.11364	1	0.03226	2	0.05882	5	0.08475	6	0.2069	1	0.14286
緩和的ケア	病院	その他					1	0.03226					1	0.03448		
緩和的ケア	自宅	病院			2	0.04545			2	0.05882			1	0.03448		
緩和的ケア	自宅	自宅	12	0.30769	24	0.54545	23	0.74194	20	0.58824	34	0.57627	12	0.41379	5	0.71429
緩和的ケア	自宅	その他	0								1	0.01695	1	0.03448		
緩和的ケア	その他	病院							1	0.02941						
緩和的ケア	その他	自宅							1	0.02941	1	0.01695				
緩和的ケア	その他	その他	1	0.02564					2	0.05882	1	0.01695				
その他	病院	病院														
その他	病院	自宅							1	0.02941			1	0.03448		
その他	病院	その他														
その他	自宅	病院														
その他	自宅	自宅	1	0.02564	1	0.02273										
その他	自宅	その他			1	0.02273										
その他	その他	病院														
その他	その他	自宅														
その他	その他	その他	1	0.02564					1	0.02941						
合計			39		44		31		34		59		29		7	

表3 - 3 . 在宅医療の選択に関する結果

		n	割合
治療方法の選択	延命を目的とした積極的医療	38	0.15638
	疼痛の軽減を中心とした緩和ケア	198	0.81481
	その他	7	0.02881
医療場所の選択	病院	79	0.32245
	自宅	157	0.64082
	その他	9	0.03673
最期場所の選択	病院	38	0.1551
	自宅	195	0.79592
	その他	12	0.04898
在宅医療を望まない理由	住宅環境整っていないから	9	0.11392
	経済的に不安だから	1	0.01266
	家族に迷惑をかけるから	42	0.53165
	自宅での医療は不安だから	19	0.24051
	その他	8	0.10127
在宅医療を望む理由	家族と一緒に過ごしたいから	115	0.63187
	病院での治療も受けられるから	24	0.13187
	病院では自由がきかないから	31	0.17033
	民間療法を容認してもらえるから	3	0.01648
	その他	9	0.04945
在宅医療の望む形態	入院考えず在宅完結型医療の在宅医と訪問看護	55	0.2619
	入院考えず訪問看護と往診医師	30	0.14286
	入院も考慮訪問医と訪問看護	82	0.39048
	入院も考慮外来通院と訪問看護	42	0.2
	その他	1	0.00476
がんの見込みがなくても自宅で最期まですごせると思えますか	はい	123	0.53247
	いいえ	108	0.46753
在宅医療や訪問看護を受けながら自宅で過ごす希望			
がん	希望する	159	0.68831
	希望しない	72	0.31169
脳卒中	希望する	148	0.64069
	希望しない	83	0.35931
心臓病	希望する	146	0.63478
	希望しない	84	0.36522
痴呆	希望する	95	0.40773
	希望しない	138	0.59227
老衰	希望する	195	0.83691
	希望しない	38	0.16309
最愛の人の治療方法の選択	延命を目的とした積極的医療	48	0.20253
	疼痛の軽減を中心とした緩和ケア	178	0.75105
	その他	11	0.04641
最愛の人の医療場所の選択	病院	63	0.26582
	自宅	164	0.69198
	その他	10	0.04219
最愛の人の最期場所の選択	病院	22	0.09322
	自宅	205	0.86864
	その他	9	0.03814
最愛の人	配偶者	124	0.53448
	親	67	0.28879
	子供	22	0.09483
	兄弟姉妹	2	0.00862
	友人	6	0.02586
	その他	11	0.04741
半数の人には強い痛みが出現せず、強力な痛みどめは必要ではないと思うか。	はい	103	0.44017
	いいえ	131	0.55983
完全にがんの痛みを消すことができると思うか。	はい	43	0.1822
	いいえ	193	0.8178
在宅医療を知っているか	実は知っていた	154	0.65532
	全然知らなかった	81	0.34468

表3 - 6 自宅 自宅の選択要因のロジット分析

パラメータ推定値

項	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値(Prob>Chオッズ比	オッズ下側	オッズ上側
切片	1.46237472	1.9580291	0.56	0.4551		
年齢	0.01300585	0.0109849	1.4	0.2364	2.09873253	0.61689313 7.26271967
性別	-0.6679098	0.4100893	2.65	0.1034	0.51277925	0.225752 1.13651684
年収	-0.3645977	0.1289408	8	0.0047	0.11218721	0.02326982 0.48955619
同居家族	0.02681042	0.0795675	0.11	0.7362	1.20643888	0.4053157 3.62881827
学歴	-0.0168377	0.1354732	0.02	0.9011	0.91925774	0.24234561 3.48205289
健康状態	0.36668644	0.1965264	3.48	0.0621	4.33510473	0.95232498 21.0041193
現在介護	-0.7321597	0.5222785	1.97	0.161	0.48086931	0.16756537 1.32902094
過去介護	0.11658195	0.3613266	0.1	0.747	1.12364959	0.55588974 2.30525608
入院	0.09834257	0.3180218	0.1	0.7571	1.10334069	0.59135877 2.06473495
慢性疾患	-0.2030212	0.4283886	0.22	0.6356	0.81626096	0.35111746 1.89800495
かかりつけ医	0.22460005	0.3290363	0.47	0.4949	1.25182195	0.65877876 2.40274252
看取り	-0.0601932	0.3826666	0.02	0.875	0.94158257	0.44537936 2.01073899

表3 - 7 病院 自宅の選択要因のロジット分析

パラメータ推定値

項	推定値	標準誤差	カイ2乗	p値(Prob>Chオッズ比	オッズ下側	オッズ上側
切片	-2.7506652	2.6575397	1.07	0.3006		
年齢	0.01219414	0.0149156	0.67	0.4136	2.0038415	0.39812474 11.4785621
性別	1.2850059	0.5338033	5.79	0.0161	3.61468929	1.26958869 10.4934362
年収	0.42707799	0.1909455	5	0.0253	12.9677813	1.52515197 142.567472
同居家族	-0.1711227	0.1027125	2.78	0.0957	0.30183983	0.07088474 1.20792945
学歴	0.28043111	0.1794361	2.44	0.1181	4.06395049	0.71949424 24.6746139
健康状態	0.04725942	0.2380869	0.04	0.8427	1.20808649	0.18104465 7.79839255
現在介護	-0.5573251	0.8614704	0.42	0.5177	0.57273906	0.0770312 2.59803545
過去介護	-0.5733064	0.5290248	1.17	0.2785	0.56365866	0.18905363 1.53754164
入院	-0.8046986	0.4356602	3.41	0.0647	0.44722272	0.18526784 1.03445542
慢性疾患	1.37106121	0.5869985	5.46	0.0195	3.93952914	1.25628381 12.8181108
かかりつけ医	0.4956637	0.4532738	1.2	0.2742	1.6415874	0.67515293 4.03838994
看取り	0.10273039	0.5205844	0.04	0.8436	1.10819258	0.38517842 3.02466457

単位:億円 図3-1. 国民医療費における在宅医療

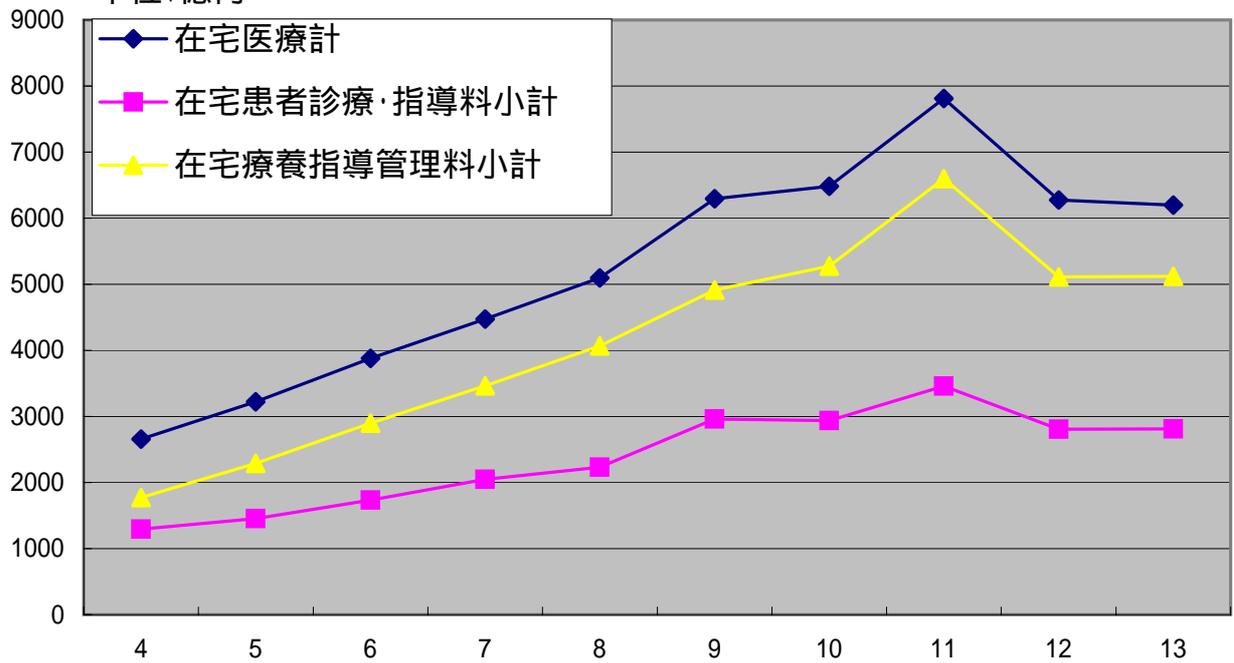


図3-2. 国民医療費と在宅医療の伸び率
(平成4年を1として)

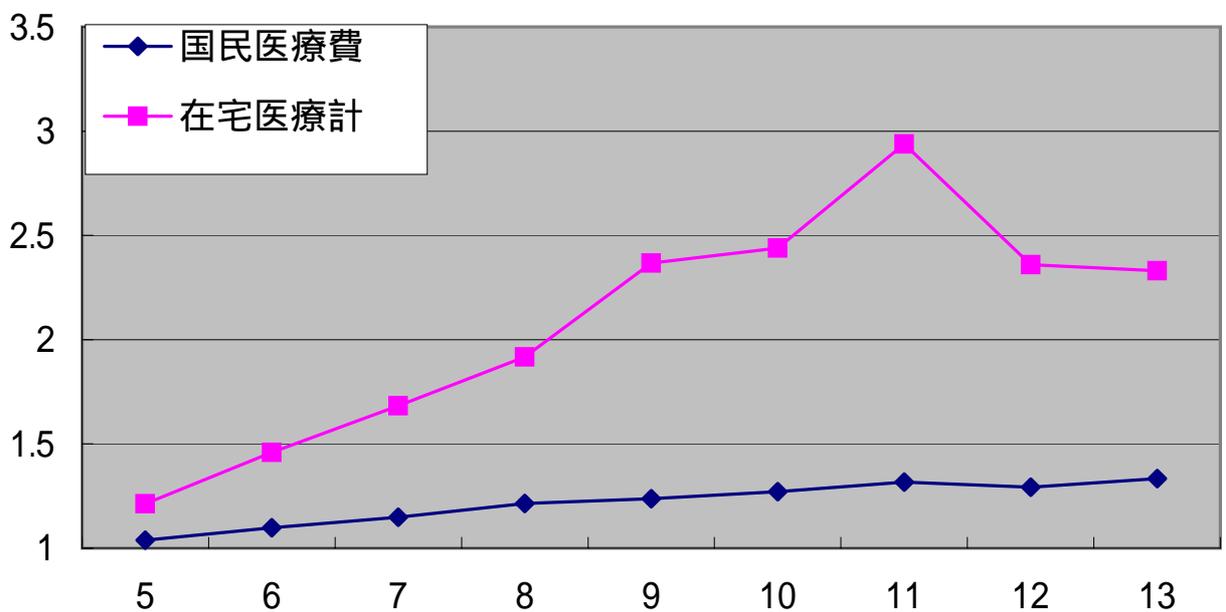
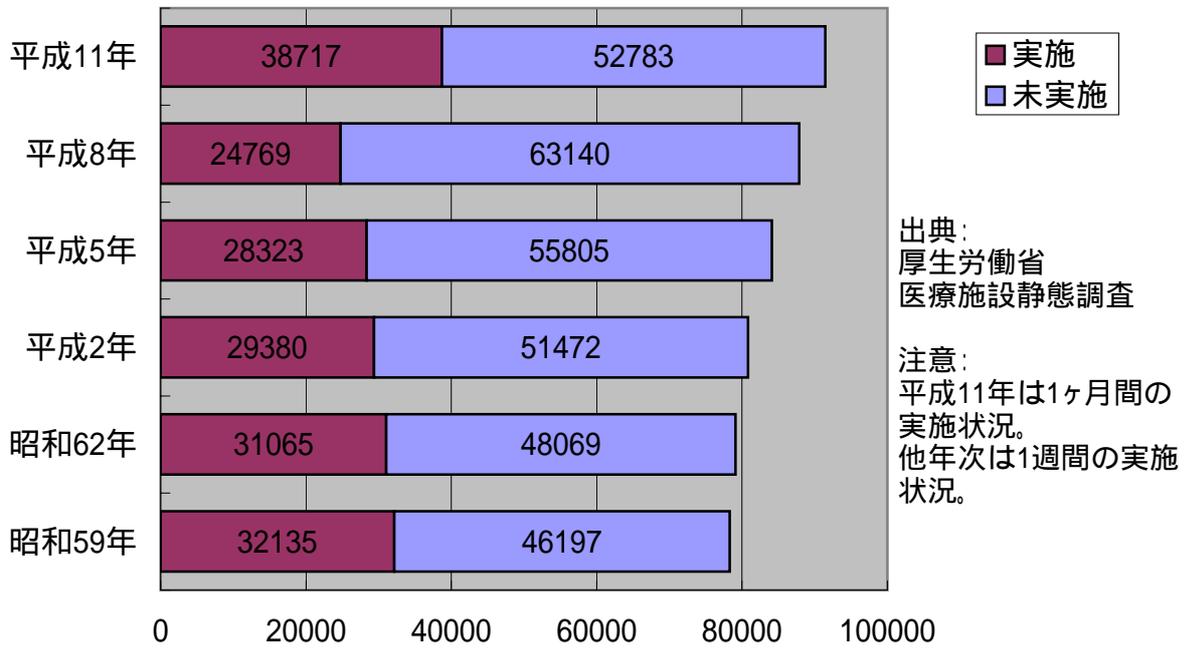


図3-3. 診療所における往診の実態



KJ法による『在宅医療推進のための会』
討議内容の論点整理報告

日本社会事業大学京極研究室
京極高宣

目次

- はじめに
- 研究会開催の日時1
- 凡例として2
- 1 在宅医療の概念3
- 2 在宅医療の担い手5
- 3 診療報酬の在り方7
- 4 医療規制の緩和9
- 5 在宅医療での病院の役割11
- 6 在宅医療体制の在り方13
- むすび15

はじめに

財団法人勇美記念財団は発足当初より我が国の在宅医療の推進を目的とする研究助成を行ってきたが、平成15年度においては、有識者から成る『在宅医療推進のための会』（代表=佐藤智氏）を設置し、計12回にわたる自由闊達な議論を展開し、最終回の前には我が国の在宅医療の先進地域である尾道市で研究合宿も行なわれた。

しかしながら、在宅医療に関する議論はきわめて多岐にわたり、簡潔な要約はきわめて困難であることから、さしあたりの作業として『在宅医療推進のための会』からの依頼で、論点整理をまかされたが、私の独断と偏見からなるところも少なくないと思われる。

こうした論点整理には、いくつかの手法が存在するが、今回は、議論内容が大変複雑である点を考慮し、いわゆるKJ法（川喜多二郎氏の発想法）を用いて若干の論点整理を行ったにすぎない。

もとよりKJ法としても、それを用いる人間の視点と枠組により各々異なったまとめ（要約結果）

が生じるものであり、今回は今後なお改良の余地が十分あることを承知の上で、とりあえずの整理を行ったものであることをご寛容いただきたい。もちろん、とりあえずの整理といっても、12回にわたる会の議論にあらわれた論点は重複は別として、すべてをカード化し、今回のKJ法による整理図（最終案）にはほぼすべてが盛り込まれていることは当然の前提としている。

なお、作業にあたっては福祉総研（社長=手塚俊次氏）のご協力を得たことに謝意を表したい。

私が医療の専門家でないことから議論の内容を多少とり違えて要約したおそれもなきにしもあらずであるが、とり急ぎの作業ゆえに、有識者及び関係者のご指摘で近い将来に改善してゆきたいと考えている。

さて、議論の整理の仕方は、今回とは別のやり方もいくつかあるが、今回はさしあたり比較的大まかに、Ⅰ.在宅医療の概念、Ⅱ.在宅医療の担い手、Ⅲ.診療報酬の在り方、Ⅳ.医療規制の緩和、Ⅴ.在宅医療での病院の役割、Ⅵ.在宅医療体制の在り方の6大グループで各々、KJ法による整理を行い、それを全体としてつなげる方式を用いてみた。

なお最終回（第13回）の研究会において、KJ法に基づく在宅医療の在り方（最終案）をベースに議論がなされ、そこでの議論を含めて、KJ法による整理図とし、以下まとめている。

これをタタキ台として在宅医療の方向性に関してより総合的、包括的な議論が活発になされることを期待したい。

2004年5月20日

勇美記念財団理事
（日本社会事業大学学長）
京 極 高 宣

研究会開催の日時

- 第1回 (平成15年1月17日) ホテル ニューオオタニ 16階北斗の間 ー議事録なしー
大久保一郎 太田秀樹 川島孝一郎 佐藤智 武田俊彦 田城孝雄 田中耕太郎 田中滋 中村秀一
西本恭子 英裕雄 (計11名)
- 第2回 (平成15年2月7日) 全共連ビル本館地下1階M11会議室 (第3回以下同様)
大久保一郎 太田秀樹 川島孝一郎 佐藤智 菅原民枝 武田俊彦 田城孝雄 田中滋 中村秀一
西本恭子 英裕雄 (計11名)
- 第3回 (平成15年3月28日)
太田秀樹 大河内明日香 川島孝一郎 小林昭一 佐藤智 菅原民枝 田城孝雄 田中耕太郎
田中滋 中村秀一 西本恭子 英裕雄 (計12名)
- 第4回 (平成15年4月25日)
大久保一郎 太田秀樹 川島孝一郎 小林昭一 佐藤智 菅原民枝 武田俊彦 田城孝雄
武田由美子 田中耕太郎 田中滋 西本恭子 英裕雄 和田忠志 (計14名)
- 第5回 (平成15年5月23日)
大久保一郎 川島孝一郎 小林昭一 佐藤智 菅原民枝 田城孝雄 武田俊彦 田中耕太郎 田中滋
西本恭子 英裕雄 和田忠志 (計12名)
- 第6回 (平成15年6月27日)
大久保一郎 太田秀樹 川島孝一郎 小林昭一 菅原民枝 田城孝雄 武田俊彦 辻彼南雄 田中滋
中村秀一 西本恭子 英裕雄 和田忠志 (計13名)
- 第7回 (平成15年7月25日)
太田秀樹 川島孝一郎 小林昭一 佐藤智 菅原民枝 田城孝雄 田中耕太郎 田中滋 外口崇
西本恭子 英裕雄 和田忠志 (計12名)
- 第8回 (平成15年8月29日)
大久保一郎 太田秀樹 川島孝一郎 小林昭一 菅原民枝 田中耕太郎 田中滋 西本恭子 英裕雄
(計9名)
- 第9回 (平成15年9月26日)
大久保一郎 太田秀樹 川島孝一郎 佐藤智 菅原民枝 田城孝雄 田中滋 西本恭子 英裕雄
和田忠志 (計10名)
- 第10回 (平成15年10月24日)
太田秀樹 川島孝一郎 小林昭一 佐藤智 菅原民枝 高木伸之介 田城孝雄 西本恭子 英裕雄
和田忠志 (計10名)
- 第11回 (平成15年11月28日)
大久保一郎 太田秀樹 川島孝一郎 小林昭一 佐藤智 菅原民枝 田中滋 田中奈津子 西本恭子
英裕雄 和田忠志 (計11名)
- 第12回 (平成16年1月23日)
伊藤裕子 大久保一郎 太田秀樹 小林昭一 佐藤智 菅原民枝 田城孝雄 田中滋 西本恭子
英裕雄 和田忠志 (計11名)
- 第13回 (平成16年4月2日)
荒井康之 大久保一郎 太田秀樹 川島孝一郎 京極高宣 小林昭一 佐藤智 菅原民枝 田城孝雄
田中滋 外口崇 中村秀一 西本恭子 英裕雄 吉田拓野 和田忠志 (計16名)

凡例として

本作業によるKJ法の凡例としては以下のとおりである。

1. 今回の整理は医学の専門家からは多少の不满があることは承知で、かなり大きくくりをしたり、省略化したりしてカード化、図式化しているものの、発言のニュアンスを生かす表現はあえて要約せず、できるだけ生かした。
2. 専門家の発言は一命題一カード方式を採用し、複数の命題が一人により述べられた場合は、カードも複数とした。
3. 各研究会（議事録第2回～第12回）での各人の発言に関しては、論点が複数に及ぶ場合は、重複をいとわず複数のカード化（カード番号②～⑫は各回の議事録を示す）を行った。ただし、煩雑さのため一部省略化した事例もある。
4. 同じ範疇のカードは原則として、一つにまとめたが、今回はその内部の細区分は最小限にとどめた。なお、整理図(VI)にはI～Vで本来は位置づけるべきカードも見受けられるが、今回は時間の関係で残余部分としての整理図とせざるを得なかったところがある。
5. 細かい同一範疇から、より大きな範疇へでは同様な囲みの順序であらわし、異なる範疇は異なる囲みであらわしている。
6. 各整理図の中で、大きな矢印  は、因果関係、作用関係などをあらわし、双方向矢印  は、相対立する関係をあらわし、小さな矢印  は、同一範疇内での因果関係、作用関係等をあらわしている。
7. 最終回(第13回)の議論は、KJ法に基づく在宅医療の在り方に関する図(最終案)をベースに展開されたため、第2回～第12回のカードと区別して新たなカード化をほどこして、追加議論が明確になるようにした。

〔第2回～第12回のカード〕



〔新たなカード(第13回のカード)〕



1. 在宅医療の概念

KJ法による整理図（I）にみるごとく、在宅医療の概念はノーマライゼーションに基づく「新しい概念」として位置づけられる。しかしながら、その具体的イメージは必ずしも明確でない。そのため、そのイメージを明らかにするためにも、例えば緩和ケアでガンを自宅で看取るなどが思い浮かべるのが議論をすすめる上で有効である。

今後の作業ではそうした方法を採用することが議論を具体的に論じる意味で重要である。

また、在宅医療を往診医療と誤解するなど概念上の混乱を整理した上で、新しい在宅医療理念を導き出す必要がある。それは、今回の検討から得た合意に基き結論づければ次のようになる。

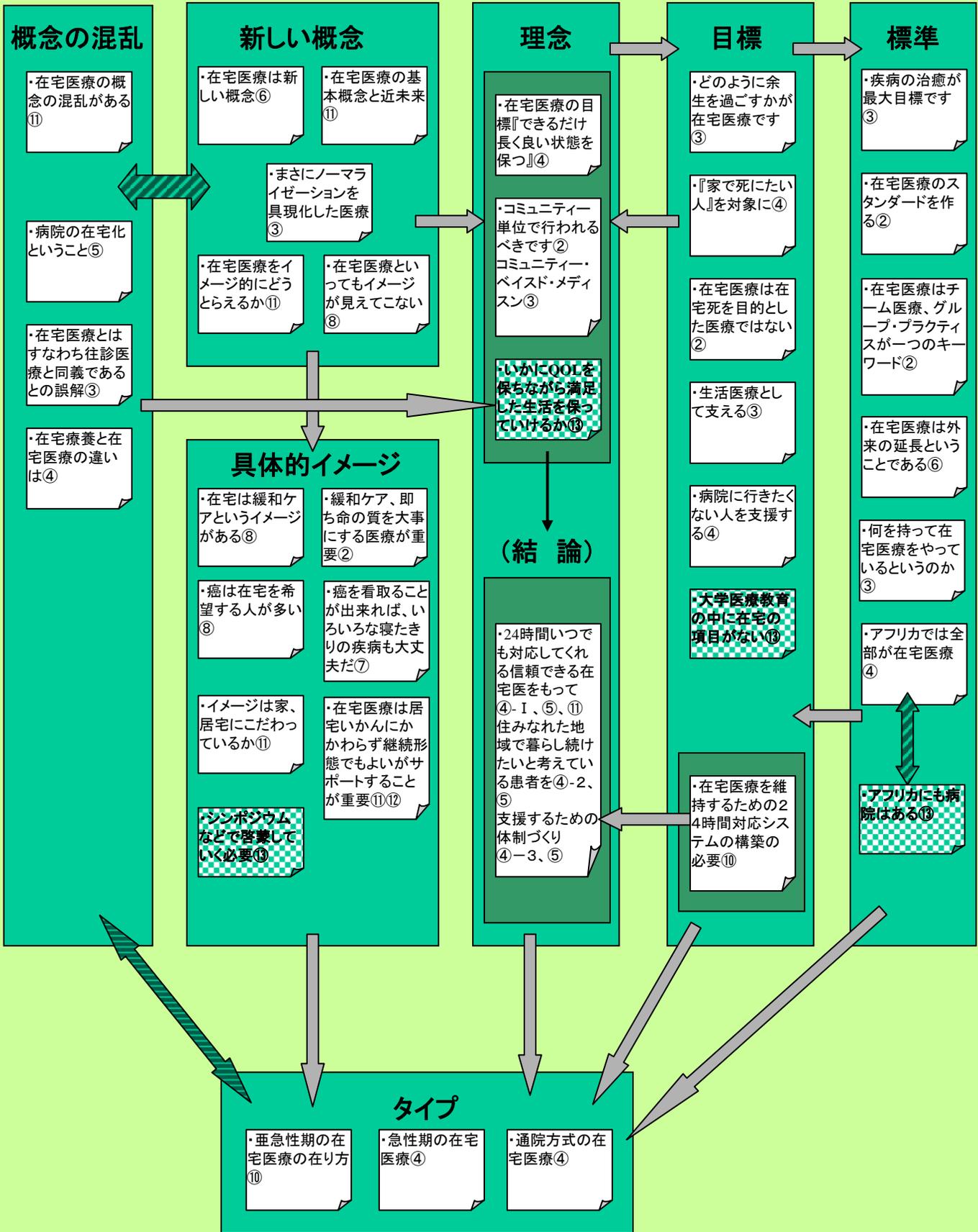
すなわち「24時間いつでも対応してくれる信頼できる在宅医(Who)をもって、住みなれた地域で暮らしつつ助けたいと考えている患者(Whom)を支援するための体制づくり(How)」である。

Who(誰が)は在宅医であり、Whom(誰を)は患者(及び家族)であり、How(いかに)は支援する方法、ないし全体のSystem(体制づくり)にあるということが明確に語られている。

また、この理念との関連でいくつかの目標や標準が設定され、在宅医療のタイプ分別（図Iでは必ずしも具体的でなく、後述の図V～VIがより明確化されるもの）が若干なされている。大まかに(1)急性期にも対応ができる在宅医療、(2)亜急性期に対応できる在宅医療、(3)原則として慢性期の通院方式の在宅医療、その他に分けられるが、これ以外のタイプも当然ありえ、それは後述の議論の中で詳細に検討されている。

最終回の議論では、在宅医療の理念としていかにQOLを保ち満足していけるか、また、いかに大学医学教育に在宅医療を組み入れるかなどが指摘されている。いずれにしても各種シンポジウムなどで啓蒙していく必要が述べられている。

I. 在宅医療の概念



2. 在宅医療の担い手

KJ法による整理図（Ⅱ）は、在宅医を中心に、看護師等のコメディカルスタッフの役割が強調されており、様々な連携プレーが在宅医療には不可欠であることが述べられている。

また、本人を囲む家族の参加が重要であるとの新しい視点も盛り込まれている。通常は、医療サービスの供給サイドからのみの討論が医療界ではなされるが、今回は医療サービスの需要サイドからの討論にも検討が及んでいることが特徴的である。

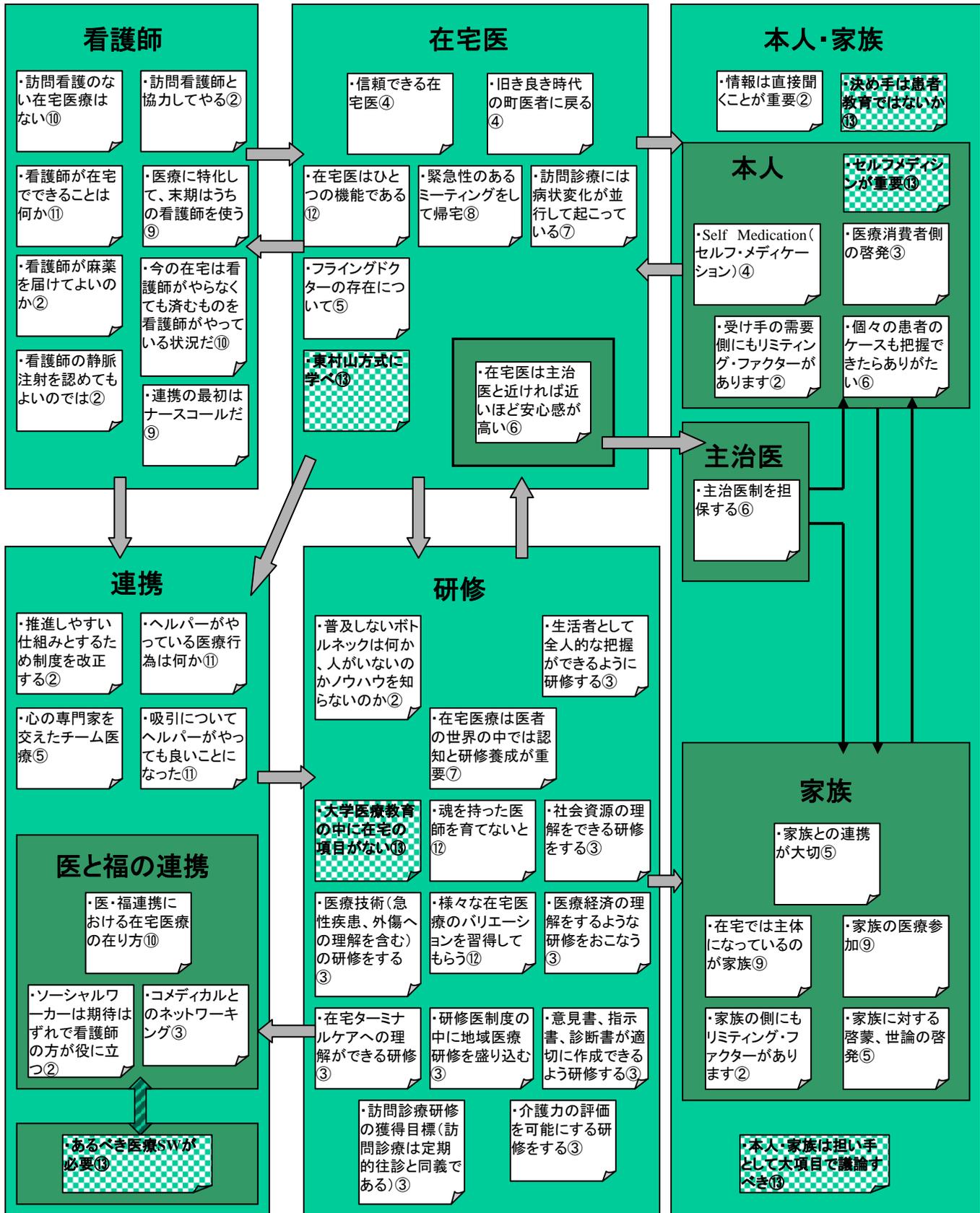
また、在宅医療のキーパーソンである在宅医に関しては、研修の在り方にもかなり踏み込んだ言及がなされている。

この点は、『在宅医療推進のための会』によるいくつかの提言と具体的研修支援システムの発言から、そうした実験的試みが次年度からなされようとしていることから当然のことといえよう。

私見でただ一つ気になることは、ソーシャルワーカーへの言及がきわめて否定的な側面から述べられているが、医福連携（医療と福祉の連携）が在宅医療の全体の一つであることから、逆に新たな医療ソーシャルワーカーの定立が、もしかしたら在宅医療推進の強力な担い手となる可能性を暗示しているといえないこともない。この点は最終回でもより深められ共感を呼んだ。今回は医療スタッフのみの限界、したがってまた医療ソーシャルワーカーの誕生の必然性という論点に及んでいないが、将来の検討課題であることは確かである。

また最終回では、東村山方式に学べ等の指摘が改めてなされ、患者教育が決め手のひとつであるとの強調もなされ、KJ法のまとめも在宅医療の担い手とは本来的には別途、在宅医療の受け手という大項目（いわばⅦの整理図）を設定する必要があるという指摘も得られた。しかし、今回の議論においては、①～⑫のKJ法の整理図（最終案）作成段階では、患者教育に関するまとまった議論が少なかったため、あえて追加的な整理図（Ⅶ 在宅医療の受け手）としては断念されている。

II. 在宅医療の担い手



3. 診療報酬の在り方

在宅医療を推進するために、現行の診療報酬の体系を見直すことは不可欠の課題であり、KJ法による整理図（Ⅲ）はそれを簡潔にあらわしている。というのも、現行の診療報酬上は必ずしも在宅医療の点数強化並びに規制緩和がなされていないとの現状認識があるからだろう。

さしあたり報酬の見直しから具体的提言がいくつかなされているが、特に大きな論点としては、以下のようなものである。

(1)往診料等の在り方、(2)訪問看護の位置づけ、(3)24時間加算の問題群が指摘されている。

(1)往診料等の在り方では、現行の在総診についての様々な具体的改善策が述べられており、今後の診療報酬の改定にとっての重要課題であることが指摘されている。

また(2)訪問看護は在宅医療の担い手として最も重要な位置を占めるために、いくつかの提言がなされている。

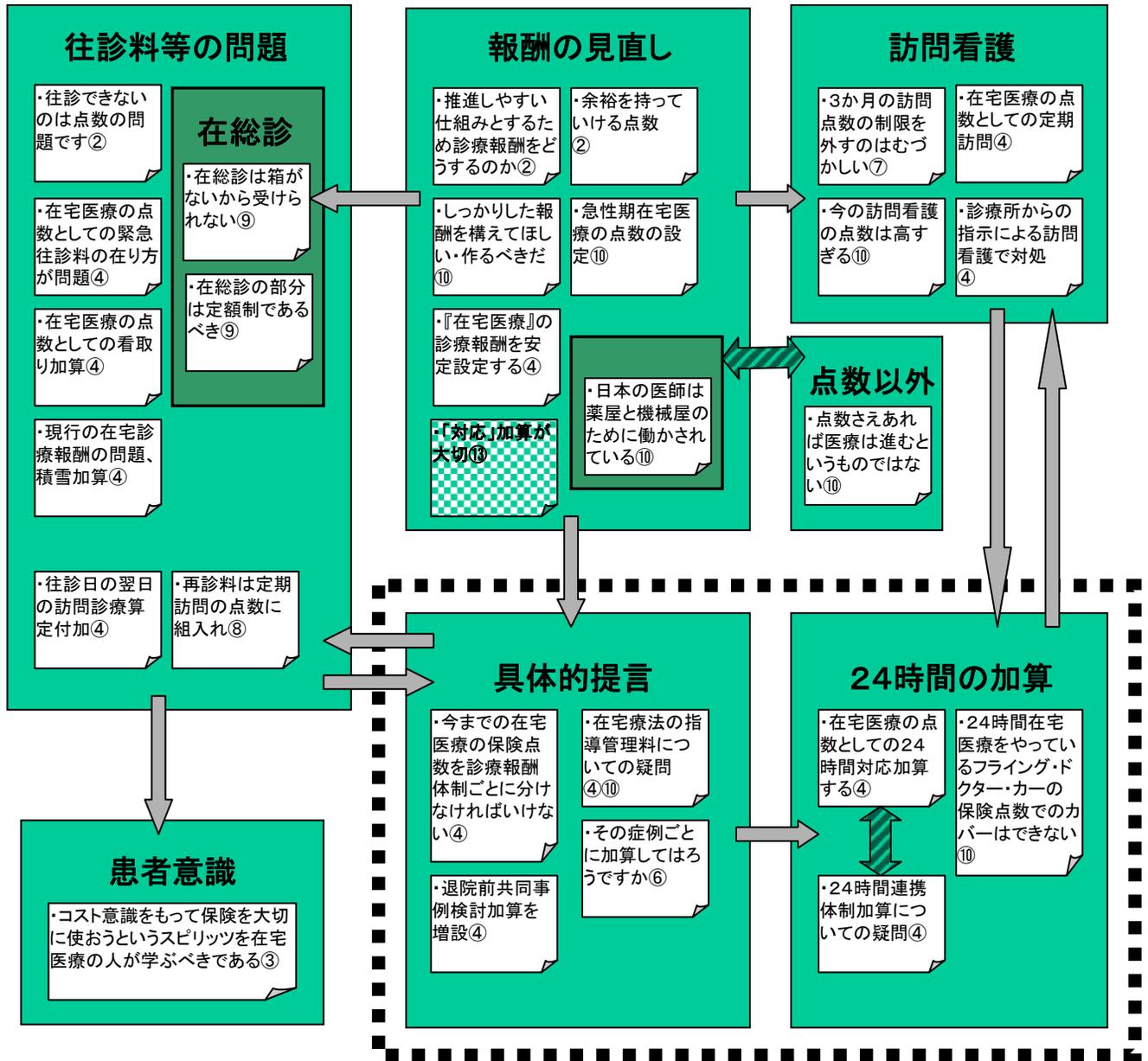
さらに(3)24時間加算では必ずしも相対立する議論といえないかもしれないが、単純な24時間連携体制についての疑問も出されている。しかし24時間連携体制加算についての要望は強い。

また別の視点で患者のコスト意識の醸成が述べられているが、この点は病院医療から在宅医療への流れできわめて意義のある論点の一つともいえよう。

最終回においても報酬見直しの中で、対応加算の重要性が指摘され、適切な対応が求められている。

なお、他にも在宅医療に関しても具体的提案がいくつか述べられており、報酬及び規制緩和の在り方などが提案されている。

Ⅲ. 診療報酬の在り方



4. 医療規制の緩和

KJ法による整理図（IV）は、医療規制の緩和に関してであり、議論は多岐に及んでいる。

見直しの原点としては「在宅医療が市民にとってどうあってほしいか」にあり、そこから医療法制の整備、在宅診療の改革の方向性などに議論が進んでいる。

ただし、往診専門論議の狭隘性に陥る危険性についての指摘も看過できない内容をもっている。在宅医療の議論は21世紀日本の医療の在り方に関する問題提起を含むことから当然のことといえよう。

特に、医薬品制限の緩和はガン治療など在宅医療の展開にとって重要な課題であり、様々な対応策が提案されている。

また、ハイテク化が在宅医療の可能性を拡大している事実も指摘されている。例えば在宅医療では「疾病がなんであれ、できる」などの積極的な明言もみうけられるが、今後もう少し具体的に検討すべき点も多いところである。

その関連で人工呼吸器など他の治療方法についても論及がなされている。

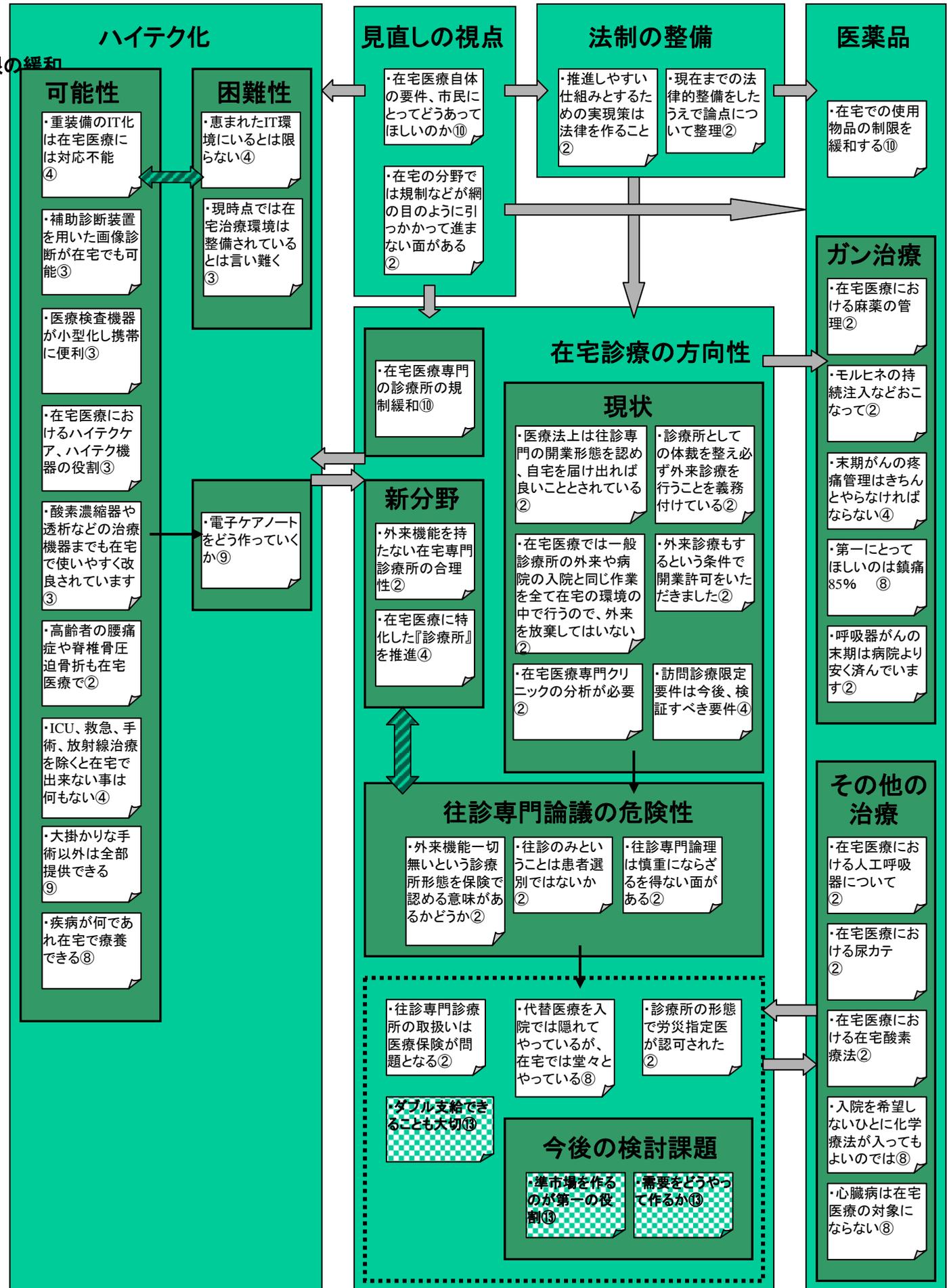
さらに、今後の検討課題として、上記以外についての重要な指摘もある。特に尾道市の在宅医療や東村山方式（既述Ⅱ）などから新ためて学びなおす必要も別途、指摘されている。

また、介護保険との関連で在宅医療が介護保険とのダブル支給が原則として禁止されていることから、延び悩んでいるとの問題も指摘されている。

国また患者サイドから医療需要を在宅で拡大するために、いわば準市場化を図り、在宅医療の需要を顕在化することが今後の課題とされてる。

今後の課題としては、医療規制の緩和では、各々の項目に関して、すべて「今後の課題」として整理することは不可能ではない。最終回の議論から巨視的なまとめとしても、再度にわたり在宅医療の需要をどう拡大するか、準市場をどう作るかをあえて今後の課題の項目に整理し直した。

IV. 医療規制の緩和



5. 在宅医療での病院の役割

我が国の病院は医療の大宗であり、また今後の在宅医療にとって、在宅中心の診療所と並んで拠点の役割が期待される病院の役割に関する議論は多岐に及んでいる。

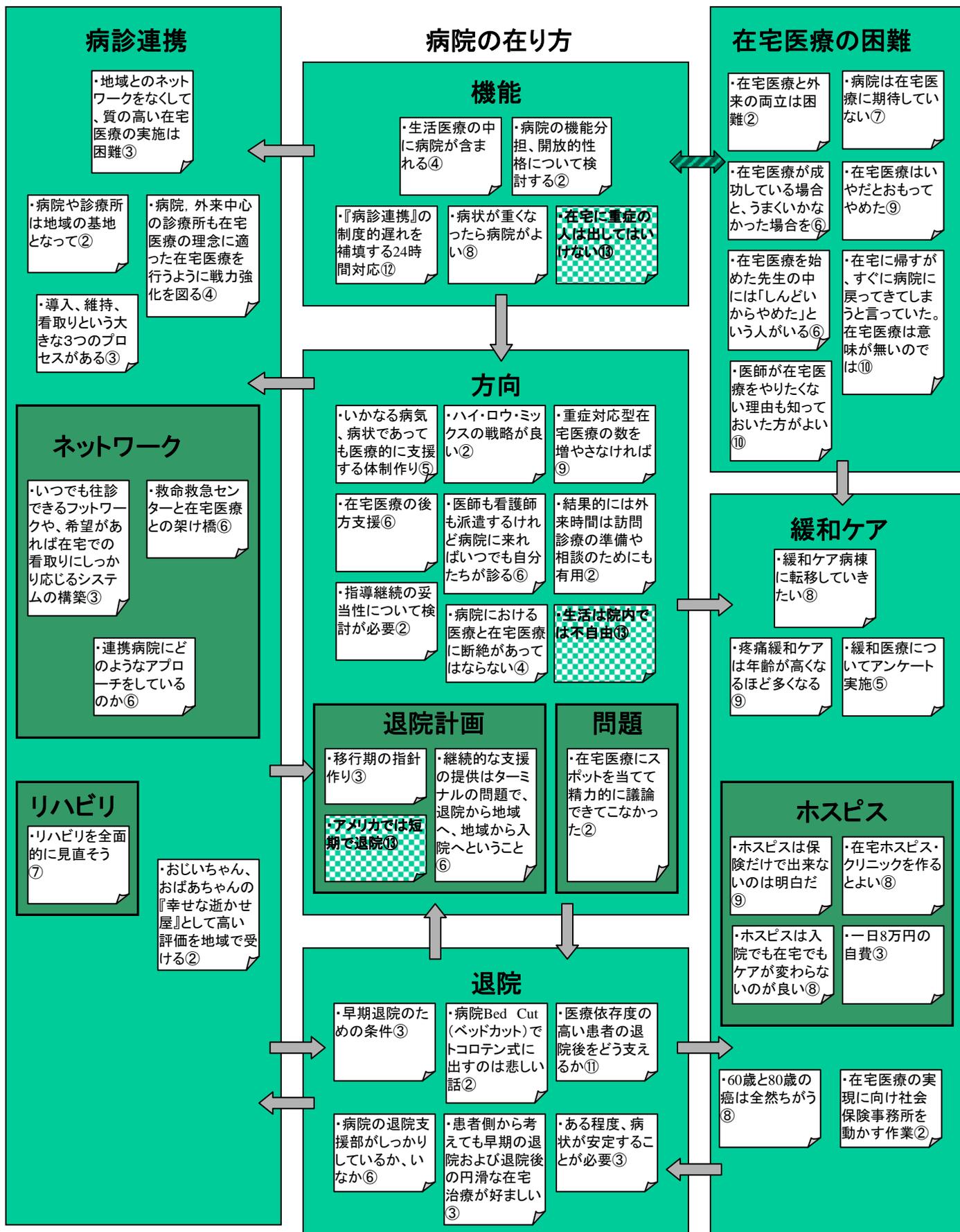
KJ法による整理図（V）には、それらの論点が以下のように図示されている。

病院の在り方に関しては、病院機能の在り方に基づく方向性をめぐる議論、あるいは病院の限界に関する議論、また退院計画と退院後のアフターフォローに議論が進んでいる。例えば最終回では、アメリカの早期退院を参考にとり議論もあるが、やはり日本の風土で病院が在宅医療の拠点となるにはどうしたらよいかという具体的な検討は不可欠であるとの意見もあろう。特に最終回では重症の患者を在宅に出すことに反対する意見が改めて出されていることから、在宅医療の具体的展開においては慎重に検討される必要があるだろう。

さらに、病診連携について具体的な発言がみられる一方で、新たな部門の役割が強調されている。また緩和ケアやホスピスは死を看取る在宅医療にとってはさけられないものであり、いくつかの提言がなされている。

しかし、在宅医療に積極的な立場からも、部分的には否定的な意見も両論が存在することも確かである。ただし現行の枠組みを前提とした場合にも、在宅医療の展開に消極的にならざるを得ない現状を反映した意見である。様々な改革がなされれば、在宅医療に関する消極論も単純な消極論でなくて、むしろ積極論に変化する可能性が十分に潜んでいるといえよう。今回の在宅医療推進の会の議論そのものが、在宅医療の方向性を積極的に開発することにあつたことも契起されたい。

V. 在宅医療での病院の役割



6. 在宅医療体制の在り方

病院の役割を中心に整理図（V）が存在すると、KJ法による整理図（VI）は病院以外を中心とした論点整理を行っている。

ただし、これまでの討論（I～V）と多少重複があり、考え方によっては、この整理図（VI）のほとんどの論点は、すでにみた整理図（I～V）に位置づけることも可能である。

ある意見では、I～Vで十分に位置づけることができなかつた残りの論点をその他としてまとめた感もある。しかし、残された論点も今後の在宅医療の進展にとって無視できないものが数多くみうけられるので、あえて在宅医療体制の在り方としてまとめてみる意義はそれなりに大きいと思われる。

まず、在宅医療機関の機能分担、役割分担という考え方にもとづいた在宅診療の経営に関する議論が整理されており、開業の資金確保にも及ぶかなり細かな論点が述べられている。

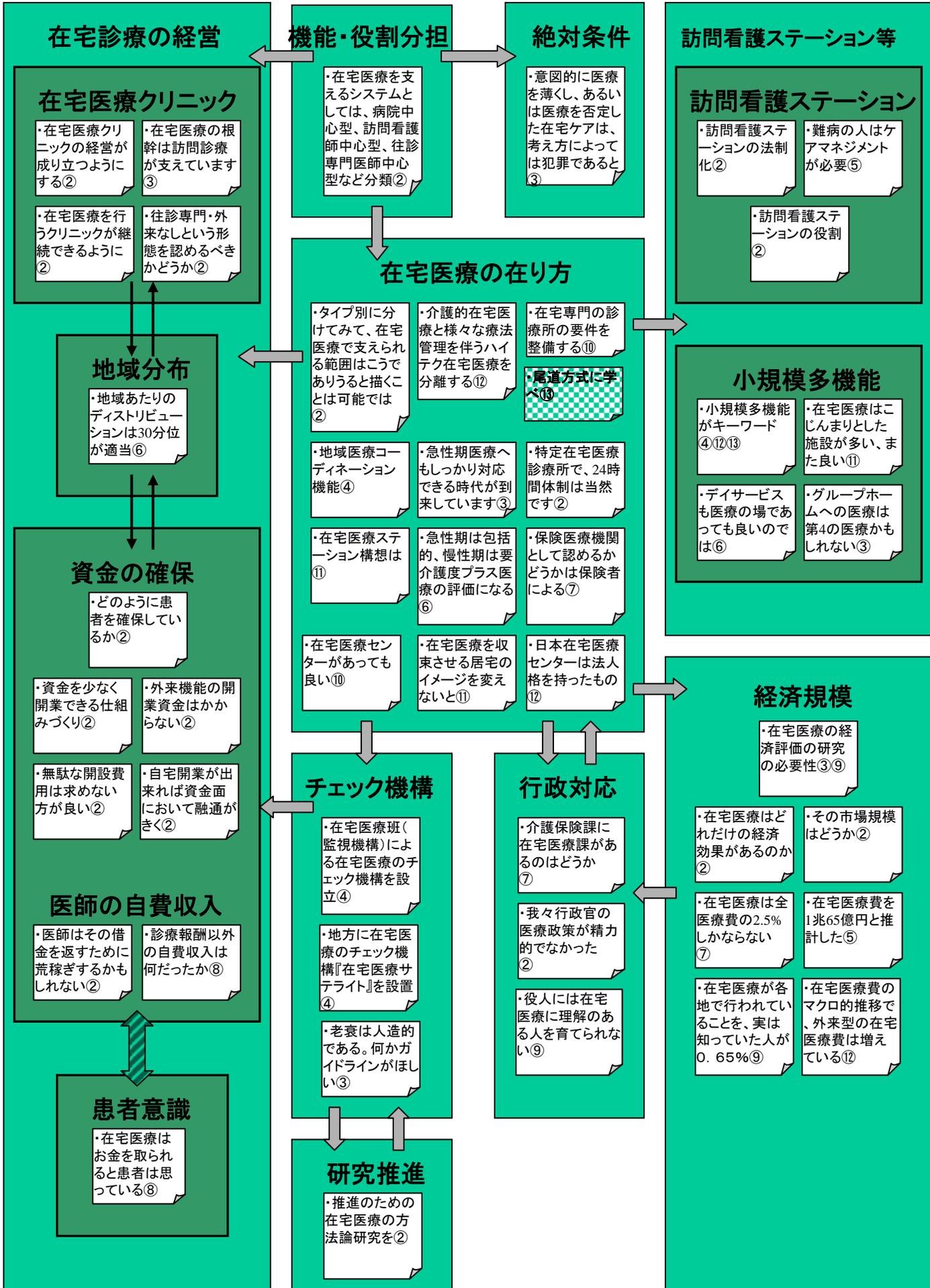
また、在宅医療の在り方として、地域医療コーディネーション機能の重要性が指摘され、在宅医療のチェック機能の必要性や行政対応の改善が求められている。いずれにしても、すでにふれた東村山方式について、本研究会が実地見学をした全国のモデル地域となる尾道方式などを参考に議論がさらに進むことが求められている。

いずれにしても全国で先進的に在宅医療を推進している地域から学び、その教訓を引き出すことは不可欠である。

また、訪問看護ステーション等の必要性についても指摘がなされている。さらに高齢者介護で現在、話題となっている小規模多機能施設の提案もあり、在宅介護と併行した在宅医療の在り方で重要な問題提起がなされている。

なお、在宅医療の市場規模等に関しても言及がなされ、研究推進の在り方についても指摘がなされている。これは、マクロ的な政策論議を行う上で十分に関係者の知見を動員して研究する政策課題であろう。

VI. 在宅医療体制の在り方(病院以外を中心として)- I ~ Vで重複あり



むすび

以上、問題群ごとに、KJ法による整理図をIからVIに分け、順番に概視してきた。しかし、これはあくまで便宜的な論述であって、本来はI～VIを包摂する在宅医療の在り方をすべて網羅するものでなければならない。

そこで最後に、上記の整理図(I～VI)をまとめた概念図をひとつの考え方として提示しておこう。

この概念図は、在宅医療をめぐる6つの問題群(6大グループ)の相互の関係を明らかにしているものである。

在宅医療の概念は、KJ法の整理図の要石をなす概念図にまとめられているものである。

そこから第1に医療規制の緩和や診療報酬の改定に議論が及び、また第2に病院の役割の見直しや新たな診療所機能の発揮が提言され、さらに第3に在宅医などの望ましい担い手の在り方が検討されるという構造になっている。

特に在宅医の研修は、在宅医療推進のキーストーンというべき位置にあり、今後の医療教育や医師研修の在り方いかんで、在宅医療を推進できるか否か左右するものといえよう。今回の研究会の提言を受け、在宅医療の医師研修方式が実験的になされるようになったことは、ささやかな開発的な取り組みとしてであれ、将来的に我が国の在宅医療の展開にとって大いに寄与するものときわめて高く評価してよい内容をもっている。

なお、最後になるが、私見でも勇美記念財団による5ヵ年間の在宅医療の推進に関する貢献は必ずしも一般に知られていないことから、本研究会の成果を世に問うてしかるべきである。

患者教育や医療関係者の啓蒙等が不可欠な課題であることから、来年度しかるべき時期に在宅医療シンポジウムを本財団で行うことも検討の余地があろう。

