

**(財)在宅医療助成 勇美記念財団**

**2004年度助成事業**

**「在宅医療推進のための会(実践編)」  
報告書**

**2006年6月**

# 参 加 委 員

【関東地区】

(17名)

氏 名	所 属	役 職
蘆野 吉和	十和田市立中央病院	院長
太田 秀樹	医療法人 アスミス	理事長
川井 真	農協共済総合研究所 医療研究研修部	主任研究員
川島 孝一郎	仙台往診クリニック	院長
迫田 朋子	日本放送協会 番組制作局 教育番組センター	チーフ・ディレクター
佐藤 智	有限責任中間法人ライフケアシステム	代表理事
鈴木 央	鈴木内科医院	副院長
武田 俊彦	社会保険庁 運営部	医療保険課長
田城 孝雄	順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座	講師
田中 滋	慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科	教授
谷水 正人	国立病院四国がんセンター	外来部長
土橋 正彦	土橋医院	院長
英 裕雄	新宿ヒロクリニック	院長
平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所	在宅事業部長（座長）
水谷 忠由	厚生労働省 保険局 医療課	課長補佐
吉田 拓野	厚生労働省 労働基準局 監督課	
和田 忠志	医療法人財団 千葉健愛会	理事長

【関西地区】

(14名)

氏 名	所 属	役 職
伊藤 光保	内科伊藤医院	院長
加藤 恒夫	医療法人社団 かとう内科並木通り診療所	院長
桜井 隆	さくらいクリニック	院長
篠田 知子	慶應大学 医学部 医療政策管理学教室	助手
田中 耕太郎	山口県立大学 社会福祉学部	教授
外山 学	益田診療所	副院長
中井 滋	名古屋大学医学部付属病院 在宅管理医療部	講師
中嶋 啓子	医療法人 啓友会	理事長
中嶋 久矩	医療法人 啓友会	専務
西田 純子	にしだJクリニック	院長
畑 恒土	医療法人 あいち診療会	理事長
林 為仁	林クリニック	院長
藤田 拓司	医療法人 拓海会	理事長（座長）
船木 良真	名古屋大学医学部付属病院 在宅管理医療部	

【協力者】

(4名)

氏 名	所 属	役 職
大中臣 康子	順天堂大学医学部	
岡本 真希子	株式会社日本総合研究所 研究事業本部	
佐藤 美穂子	財団法人 日本訪問看護振興財団	常務理事
星 貴子	医療経済研究機構 研究部	

(50音順・敬称略)

# 開 催

## 第1回

【関西地区】(平成17年3月24日)

出席者: 伊藤光保、外山学、中井滋、中嶋啓子、中嶋久矩、西田純子、畑恒土、林為仁、藤田拓司

【関東地区】(平成17年3月25日)

出席者: 太田秀樹、川井真、川島孝一郎、佐藤智、鈴木央、武田俊彦、田城孝雄、谷水正人、土橋正彦、英裕雄、平原佐斗司、吉田拓野、和田忠志

## 第2回

【関東地区】(平成17年4月22日)

出席者: 太田秀樹、川井真、川島孝一郎、迫田朋子、佐藤智、鈴木央、武田俊彦、田城孝雄、田中滋、谷水正人、平原佐斗司、和田忠志

【関西地区】(平成17年4月23日)

出席者: 伊藤光保、田中耕太郎、外山学、中井滋、中嶋啓子、中嶋久矩、西田純子、藤田拓司

## 第3回

【関西地区】(平成17年5月26日)

出席者: 伊藤光保、田中耕太郎、外山学、中井滋、中嶋啓子、中嶋久矩、西田純子、藤田拓司、船木良真

【関東地区】(平成17年5月30日)

出席者: 太田秀樹、大中臣康子、川井真、川島孝一郎、迫田朋子、佐藤智、鈴木央、武田俊彦、田城孝雄、田中滋、谷水正人、土橋正彦、英裕雄、平原佐斗司、和田忠志

## 第4回

【関西地区】(平成17年6月18日)

出席者: 伊藤光保、田中耕太郎、中井滋、中嶋啓子、中嶋久矩、西田純子、藤田拓司、畑恒土、船木良真

【関東地区】(平成17年6月24日)

出席者: 蘆野吉和、太田秀樹、川井真、迫田朋子、佐藤智、鈴木央、田城孝雄、田中滋、英裕雄、平原佐斗司、和田忠志

## 第5回

【関西地区】(平成17年7月21日)

出席者: 伊藤光保、桜井隆、篠田知子、田中耕太郎、外山学、中井滋、中嶋啓子、中嶋久矩、西田純子、林為仁、藤田拓司、船木良真

【関東地区】(平成17年8月10日)

出席者: 蘆野吉和、太田秀樹、川井真、川島孝一郎、迫田朋子、鈴木央、田城孝雄、田中滋、谷水正人、土橋正彦、藤田拓司、吉田拓野、和田忠志

## 第6回

【関西地区】(平成17年8月20日)

出席者: 桜井隆、篠田知子、田中耕太郎、外山学、中井茂、中嶋啓子、藤田拓司、船木良真

【関東地区】(平成17年9月30日)

出席者: 川井真、迫田朋子、鈴木央、田中滋、谷水正人、土橋正彦、英裕雄、平原佐斗司、吉田拓野、和田忠志

## 第7回

【関西地区】(平成17年8月20日)

出席者: 篠田知子、外山学、中井茂、中嶋啓子、中嶋久矩、西田純子、藤田拓司、船木良真

【関東地区】(平成17年10月28日)

出席者: 太田秀樹、川島孝一郎、迫田朋子、佐藤智、鈴木央、武田俊彦、田城孝雄、田中滋、谷水正人、英裕雄、平原佐斗司、水谷忠由、吉田拓野、和田忠志

## 第8回

【関東地区】(平成17年11月25日)

出席者: 川島孝一郎、迫田朋子、篠田知子、鈴木央、武田俊彦、谷水正人、平原佐斗司、船木良真、吉田拓野、和田忠志

## 第9回

【関東地区】(平成17年12月9日)

出席者: 蘆野吉和、迫田朋子、佐藤智、篠田知子、鈴木央、田城孝雄、谷水正人、平原佐斗司、吉田拓野

## 第10回

【関東地区】(平成17年12月9日)

出席者: 蘆野吉和、太田秀樹、川井真、篠田知子、鈴木央、中嶋久矩、平原佐斗司、船木良真、和田忠志

## 第11回

【関東地区】(平成17年10月28日)

出席者: 太田秀樹、川井真、佐藤智、佐藤美穂子、篠田知子、鈴木央、田城孝雄、田中滋、谷水正人、英裕雄、平原佐斗司、船木良真

## 第12回

【関東地区】(平成17年10月28日)

出席者: 蘆野吉和、太田秀樹、岡本真希子、川島孝一郎、佐藤智、篠田知子、鈴木央、武田俊彦、平原佐斗司、船木良真、星貴子、和田忠志

# 目次

- ◆ 関東地区まとめ 座長:平原佐斗司.....1P
  
- ◆ 第2回【関東地区】プレゼンテーション  
谷水正人氏「患者の視点を重視したネットワークによる在宅がん患者支援システムの開発」...22P  
鈴木央氏「何が在宅での看取りを可能にするのか」.....36P
  
- ◆ 第3回【関東地区】プレゼンテーション  
土橋正彦氏「市川市医師会在宅医療支援事業について」.....39P
  
- ◆ 第4回【関東地区】プレゼンテーション  
平原佐斗司氏「地域から見た在宅医療の課題」.....47P  
迫田朋子氏「在宅医療推進のために 市民の視点から」.....56P
  
- ◆ 第5回【関東地区】プレゼンテーション  
川井真氏「在宅医療の推進はこれからの社会保障のあり方を方向付ける」.....61P  
蘆野吉和氏「新しい地域社会の創造に向けて」.....88P
  
- ◆ 第6回【関東地区】プレゼンテーション  
和田忠志氏「在宅医療研修論」.....98P  
平原佐斗司氏「専門医制度整備の基本方針(日本専門医認定制機構)」.....131P
  
- ◆ 第7回【関東地区】プレゼンテーション  
田中滋 氏「医療計画」.....138P
  
- ◆ 第8回【関東地区】プレゼンテーション  
吉田拓野氏「在宅医療に係る診療報酬上の評価について」.....142P
  
- ◆ 第9回【関東地区】プレゼンテーション  
迫田朋子氏「在宅医が語る、在宅医療とは・・・」.....151P
  
- ◆ 第10回【関東地区】プレゼンテーション  
船木良真氏「北欧における在宅医療」.....157P  
篠田知子氏「アメリカの高齢者終末期医療制度」.....166P
  
- ◆ 第12回【関東地区】プレゼンテーション  
篠田知子氏「在宅医療の質の評価」.....176P
  
- ◆ 関西地区まとめ 座長:藤田拓司.....185P

# 在宅医療推進のための会実践偏 東京班 議論の流れ

## 《第1回》(3月25日) バックボーンと問題意識の共有

### 1 自己紹介と各委員の問題意識の共有

- 1) 組織、面として在宅医療を支えていく (田城委員)  
医師会の活動 (市川市、土橋委員)  
リスクマネジメントとしての在宅医療 (川井委員)  
地域全体のシステムとして (川井委員)  
緩和医療のシステムづくり (松山市、谷水委員)
- 2) 小児の在宅医療・障害者の在宅医療 (土橋委員、太田委員)
- 3) 国民の在宅医療への意識 (川井委員)
- 4) 訪問看護との連携 (鈴木委員)
- 5) 第3類型での在宅医療 (太田委員)
- 6) 医療技術・・・在宅ならではの技術、コミュニケーション技法 (鈴木委員)
- 7) 在宅医療を推進するために、診療報酬など制度的にどのようなことが必要か?  
(川島委員、吉田委員)  
患者中心の視点にたった規制緩和 (英委員)
- 8) みせかけの在宅医療が伸びないようにしていくために、限られたパイの中でどのようなシステムを作っていくのか (武田委員)
- 9) 在宅医療はあまり増えていない⇒教育論、運動論 (和田委員)
- 10) 重度在宅に対応するために在宅医療を行うクリニックの機能強化、在宅医 (看取りのできる医師) の育成が急務 (川島委員)
- 11) 個人的努力によって在宅医療を長期にわたって行うのは難しい  
⇒システム的にカバーすることが大切 (英委員)
- 12) 良い在宅医を増やすために・・・教育研修のあり方 (平原委員)

### 2 フリーディスカッション

- 1) 在宅医療の質の問題について (川井委員の問題提起から)  
《現状》在宅医療を行うかかりつけ医のレベルがばらばら  
病院の医師の在宅医療に対する意識も低い  
慢性期のおいしいとこどりになっている  
(急性期はすぐ入院させてきちんと診ない質の悪い在宅医療がはびこる)  
《課題》看取りや重度の在宅ができる在宅医を増やすのが緊急の課題である (川島委員)

看取りのパスを作れないか・・・(太田委員)

在宅医の教育の問題は時間がかかる問題であるが、その一方で状況は切迫しているクオリティの指標として看取りの数をもってきてはどうか(武田委員)

在宅医療においても急性期医療の対応が重要である(急性期、亜急性期の在宅医療)

## 2) 在宅医療の普及化の問題について

訪問診療という狭義の在宅医療だけでなく、地域医療の視点が重要な量的側面・・・在宅医をどう増やしていくか？

在宅医療を普遍化し、量を増やす、誰でもできるようにしていくという視点も大切

## 《第2回》(4月22日)

### 1 緩和医療から (谷水委員)

#### 1 ディスカッション

1) 緩和ケアスタッフ(医師、看護師とも)は、病院の中での快適な生活を考えることには、非常に熱心であるが、在宅を支援するという考えは非常に希薄である。今後は、在宅生活が基本であるという考え方、ホスピスはそれを支えていくという発想がホスピスの中に広がる必要がある。

⇒そのための具体的方策として、在宅緩和支援センターを義務付けてはどうか？

2) 現在の緩和ケア病棟は圧倒的な売り手市場となっており、ホスピス入院が強力な既得権となっている。ホスピスの数が圧倒的に少なく、需給バランスの上で問題がある。

3) 需給のバランスに加え、国民がよりよい医療を選択するための情報が不足しているという問題がある。在宅医療、在宅ホスピスという選択肢すら思い浮かばない人がたくさんいる。

4) 専門病院、あるいは病院の医師にも問題が多くある。患者はきちんとしたインフォームドコンセントを受けていないため、予後を認識しないまま病院に長く通い続ける。在宅医療のデザインが考えられておらず、まったく下準備されずに在宅に帰される。疼痛などの症状緩和も充分なされていない

5) 松山では、医師会へのアプローチを行っており、少しずつではあるが、変化している。勉強会など継続して色んな機会を作っていくことが大切である。

### 2 在宅ホスピスケア (鈴木委員)

#### 1 ディスカッション

1) 在宅医療を継続していく要素の中では、家族が患者の希望を認めていることが最も重要な要素であり、家族を支えることの重要性が示唆された。最初から、在宅でと確

信をもっている家族は少なく、むしろ在宅医とのコミュニケーションの中で、家族の考えを変えていくことができる。在宅医にはそのためのコミュニケーションの技術が必要である。

- 2) 基本的には在宅医療を望むかどうかは、国民の意識、価値観、死生観が規定している。多くの患者は、自分の病状がきちんと認識ができないまま、いろいろな情報に振り回されている。家庭医がそこに寄り添うことで、支えていくことが大切である。在宅医療を推進していくためには、国民に在宅で看取りができることをなど、在宅医療を知ってもらって、国民が在宅医療を後押ししていくことが望ましい形である。長期にわたる介護を家族に強いるのは困難であるが、がんの看取りなどの介護期間は、多くは2,3ヶ月の期間であり、家族は2,3ヶ月の臨戦態勢をとることはできる。

一方で、現在の多くの国民に死生観が欠如している中、在宅医療を受けるということにどうやって意識をもっていけばよいか。

- 3) 病院との関係

化学療法を新しい抗癌剤がなくなるまで行い、長く病院の外来に引っ張った後、無責任に放り出すような事態が多く見られる。

## 《第3回》(5月30日)

### 市川市医師会の取り組み (土橋委員)

- 1) 情報とネットワークの中心へ

市川市医師会地域医療支援センターは、往診医の確保やハイテク医療や末期医療の対応、教育資源の貸し出し、医療材料や医療機器の整備・供給など、在宅医療に携わる人を支援するさまざまなインフォーマルサービス整える中で、単に物の供給だけでなく、これらの活動を通じて、地域の医療のネットワークと情報の中枢となってきた。困ったときにここにいけば大丈夫という情報を多くの市民が持っていることが大切である。

- 2) 在宅医療を推進していく上での医療材料などの供給システム

また、医療材料などの物の供給システムについて、市川市は非常に先進的な取り組みを行っている(「市川方式」)が、在宅医療を推進していくときに、物の供給の問題は非常に重要な課題である。これを解決していくためには、市川市のような方式の他に、被覆材や在宅必要物品を処方箋で医師が処方することができる方法を考えてみてはどうかという意見が出された。薬剤師会などの協力を得ながら、地域単位で必要物品を供給できるシステムを作り、訪問看護で処置を行う時に必要な物品を、あらかじめ医師が処方しておくことで、在宅医療をしていく上での物の確保がスムーズになることが期待される。

## 《第4回》第4回（6月24日）

### 1 認知症の在宅医療、非がん疾患の在宅ホスピス、在宅での急性期診療（平原）

#### 1 地域からみた在宅医療の課題（平原）

～高齢者医療、非がん疾患の在宅医療(広義の在宅医療)と在宅の急性期の問題～

##### 1) 訪問診療でない在宅医療

「認知症の在宅医療」を例に、狭い意味の在宅（訪問診療）だけでは、解決にならない課題が多くあることを示した

##### 2) がんでない在宅医療

「非がん疾患の在宅ホスピスを考える」として、認知症、慢性呼吸不全、慢性腎不全、脳卒中後遺症など「がんではない在宅ホスピス」があるということ、これが世界的に大きな課題になっていることを示した。

##### 3) 慢性期でない在宅医療

「在宅での急性期医療を考える」として、看取りと同様に在宅での急性期医療は在宅医療の質を規定することを提起するとともに、急性期対応をする病院側の問題として、高齢者など地域の臨床課題に応えられていない現状があること、東京の中でも地域差(南北差)が大きいことが指摘された。

### 2 市民の視点から（迫田委員）

#### 2 在宅医療推進のために 市民の視点から（迫田委員）

1) プレゼンテーションによって、医療のかかり方は数少ない身近な経験に依拠していることが明らかになった。在宅医療を推進する上での問題として、現在の日本では、医療のかかり方として在宅医療という選択肢が発想としてでてこない状況であること、さらに病院で働く医師が在宅医療を知らないために、最後まで「命を助ける治療」だけを行っているという問題があることが話された。また、患者家族側の問題として、残された時間を知り有意義に過ごしたいという本人と告知をしないでという家族の意識の違いが強く残っていることも確認された。

2) 命の連続性（命を支え、命をつなぐこと）



日本人の Spirituality は地域（土地）の中に（先祖の魂の帰るところ）あり、これは我が国固有の文化であること、命を支える（緩和ケア）とともに、命をつなぐことも医療者の重要な役割であることが話された。

- 3) 在宅医療を推進するためには、国民を在宅医療のサポーターにしていくことが必要だ。しかし、一方国民をサポーターにする為には、すじの通った在宅医を育てて、国民によい在宅医療を経験してもらうことが必要である。死を忌み嫌う文化の中では、お互いの体験を共有することがないため、自分の経験した医療がよい医療なのかそうでないのかもわからないという問題がある。

## 《第5回》（8月10日）

### 1 在宅医療の推進はこれからの社会保障のあり方を方向づける（川井委員）

- 1 在宅医療の推進はこれからの社会保障のあり方を方向づける（川井委員）
- \* 「生と死を考える」講座を受けた学生の意見からみた学生の死生観について
  - \* 「在宅医療の推進はこれからの社会保障のあり方を方向づける」  
新たな価値観の創造

### 2 新しい地域社会の創造にむけて ～在宅ホスピスケアの視点より～（蘆野委員）

- 2 新しい地域社会の創造にむけて ～在宅ホスピスケアの視点より～（蘆野委員）

「看取りの文化」を再興していくことの重要性、死は医療の問題でなく、社会の問題であることが話された。告知は医師のコミュニケーション技術の問題である。また、医療には助ける医療だけでなく、ささえる医療があること、さらにつなぐ医療があることが確認された。

在宅医療体制の整備として、緩和医療のできる医師看護師、バックベッド、オンコール体制が必要であることが確認された。

- 3 全体のディスカッション

- 1) 訪問看護をめぐる財政的な問題と教育（緩和ケア）の問題

在宅医療を進めるにあたって、訪問看護との連携が非常に重要である。訪問看護師を育成するなどシステムや重症、末期をもつと訪問看護ステーションがスタッフに過

大な負担がかかり、しかも経営的に厳しくなるという課題がある。地域毎にそういうセミナーを開催するなどの方法が必要だが、ホスピス緩和ケアの学会レベルでもそこまではできていない。

## 2) 在宅医療へのアクセス

在宅医療へのアクセスを改善していくためには、安心医療マップを医師会で作る取り組みが必要だ。次期医療法改正では、地域単位の医療資源を行政の責任で調査をして、明らかにする。市民にそれを説明して、市民にその地域の医療の課題について意見を言うてもらうようにしていく。

## 3) 看取りと連携の問題

我が国では、亡くなる一ヶ月前に一人 110 万円の医療費が必要な状況にある。在宅医療では鎮痛剤の使用量が減るのは明らかであり、医療費もおそらく 24 万（1 日 8 千円）～45 万ですんでしまう。

また、今の日本にはがん再発者を支える場がない。がんだけでなく、難病の在宅医療においても、在宅医や訪問看護師が早い時期からかかわれる体制、病院との連携が必要である。

# 《第 6 回》（9 月 30 日）

## 「テーマ」在宅医をいかに育てるか？（教育・研修について）（和田委員）

### 1 プレゼンテーション内容

在宅医療推進のための会の討論と在宅医療研修に対する考え方

あおぞら診療所における地域医療・福祉研修

認定専門医制度とリンクされた後期研修について（平原）

卒後臨床研修・地域医療実習をうけた医師の感想（英先生）

### 2 ディスカッション

- \* 和田委員からあおぞら診療所の研修の状況を報告した。在宅医（専門医）教育については、前回の在宅医療推進のための会で議論された教育プログラム（研修センター構想）について説明され、質疑がなされた。
- \* その後、卒後臨床研修の地域医療実習についての現状が話された。また、また英委員の研修医の感想などを読む中で、若い医師に在宅医療を知ってもらい、また、在宅医療に興味を抱いてもらうだけでなく、専門医病院の医師にも在宅医療を理解してもらえる卒後臨床研修の場を大切にしていくことは、在宅医療を普及させるための種をまく活動として重要であることも議論された。
- \* 開業医を在宅に巻き込むこと、病院医を在宅に巻き込むことという 2 つの方策だけでは圧倒的に不足する在宅医を充分育成することにはならないという問題意識から、一

からきちんと在宅医を育成するシステムが必要で、そのためには専門医制度とリンクさせた後期研修システムが必要であることが平原委員から提起され、専門医制度の現状（在宅医学会専門医も含む）の説明と専門医制度とリンクされた後期研修システムの一例が提示された。このような視点を含めた在宅医の研修システムは今後さらに検討を続ける必要があることが確認された。

- \* 英委員から、都市部での在宅医療のニーズの多様化を背景に、在宅医療の機能分化が必要であり、医師会の活動と在宅専門クリニックの活動の融合を考えた実験的試みとして、24時間（夜間）のバックアップの取り組みと、専門医往診の取り組みを紹介した。結果的に、前者は実際に機能せず、後者はニーズがあったことが報告された。これに対して、在宅医療を専門分化する試みはうまくいかないのではないかと、むしろ関わりを切らずに多くの人に関わっていくシステムを作っていくことが重要であることが話された。都市部では病院の患者離しが目立ち、見捨てられたと感じる患者が多いことや外来の延長としての在宅医療でも、医師会などで地域を面で支え、病診連携を充分とっていくことで患者を支えることができるという話があり、在宅医療の供給システムについて今後議論を尽くしていく必要があることが確認された。
- \* 最後に、どのような在宅医をつくっていくのかというのは、どのような在宅医療の供給システムをつくっていくのか、どのような地域で在宅医療を行なうのかという経営モデルの話と切っても切り離せない問題であることが指摘された。

## 《第7回》（10月28日）

### 医療計画等について：理念・制度・現実（田中委員）

#### 1 プレゼンテーションの概要

今までの医療法では、二次医療圏を決め、病床規制をすることが主であった。病気・状態などを区別せずに全体として患者数を考え、患者数に応じて病床規制を行うことが中心で、そこには地域単位ではなくて、医療機関毎で医療は完結するという前提があった。また、医療計画の中に住民は単にサービスの利用者としてのみ位置づけられていた。

今回の医療法改正で最も大きな変化は、患者、利用者の視点を重視するという点である。患者、利用者がいろんな形で医療計画を作成していく過程に参加していくということが各都道府県に求められるので、住民、患者に分かり易い計画を策定していく必要がある。病床規制という量的規制ではなくて、医療のニーズ、機能毎に細かく分けて、それぞれの医療の質を一定の指標で測り、目標に近づいていくという視点が入ったことも大きな違いである。これからは、厚労省はルールを整備し、情報を開示し、評価の仕組みを作ることが仕事となり、今までのように監督でもなければ、プレーヤーでもなくなる。

患者にとっては「どこに自分の病気にふさわしい医療を提供してくれる医療機関があるかが重要」で、それを都道府県があきらかにする。都道府県は、全国一律ではなくて地域ごとの疾病動向に合わせた計画を策定していく。ここでいう医療圏というのは、日常医療圏のこと、つまり生活圏のことであり、今までの医療計画で決められた二次医療圏とは異なる。実際の生活圏、日常医療圏というベースで、地域完結を捉えようとしている。

まず地域ごとに医療機能を把握し、その地域の医療ニーズとして、必要とされる機能に対して何が足りないかを明らかにし、それを確保していくプランを、医療計画の中に書き込む。達成度を把握できるように「主要な事業ごとに数値目標」をたてる。そして、達成度を把握し、政策評価ができるような計画にしていく。

従来医療は医療機関完結型であったが、これをコミュニティ単位で完結するものにしていく必要がある。そのためには、病院経営者のいうマーケティングのための連携ではなく、地域完結の医療をするための連携をつくっていく。この連携には、核となる医療機関、コアとなる医療機関や連携を調整する医療機関が必要である。

「住民は自らの健康の保持増進について努力」し「地域の保健医療提供体制に関する理解」を進めるといことがないと、財政主導主義者や市場経済主導主義者に負けてしまうので、住民参加型の医療計画というのはとても意味があることである。

具体的な「制度論」としては、国、厚労省（医政局）は、まず都道府県ごとの「あるべき保健医療提供体制のビジョンを提示」、国の予算で「全国規模で医療機能を調査」する。それから都道府県ごとに医療機能を調査するための指標の共通化を図り、数値目標についても標準化する。国は都道府県が作る医療計画あるいは疾病動向や医療資源の在り方を測るときには補助金などを出す。

都道府県は数量コントロールではなくて、質が高く、効率的で、検証可能な保健医療提供体制を作らなくてはならない。都道府県は住民を加えた協議の場をもちながら、「自主性・裁量性を発揮して、地域の疾病構造や住民の文化のあり方に適した体制」を作る。

まず「医療機能調査」を、疾病別の医療のニーズとそれに対する供給体制を調べ、全国平均と比較する。そして日常医療圏で、「がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療など」ごとに、医療連携体制の構築、特に連携体制を描く。つまり、がんの医療機関が幾つというのではなく、がんの医療の提供体制について、どういう形で連携が結ばれているかを描く。できれば、地域連携パスがどうあるかまで書いて欲しい（連携というのはあくまでケア・プランが共有できるという意味での連携体制である）。

具体的数値目標は、例えば「住民はどのくらい健康に関心があるか」（健診受診率）、「病気の可能性のある人がどのくらい病気を自覚しているか」（精密健診の受診率）、「どのくらい病気を治そうとしているか」（有病者の受療割合）、「社会復帰に要する時間」などが挙げられる。また、「患者が希望する治療を地域でどのくらい受けられるか」（地域医療カバー率）、「患者は地域の医療機関でどのくらい切れ目無く診療が受けられるか」（地域医療支援率、連携パスの使用率）、「がん末期などでどのような看取られ方をするか」（在宅看取り率）などの指標も挙げられる。

このような数値目標を立てた上で、いつまでに達するか、例えば「在宅看取り率が今、当県では2%であると、じゃあ、何年後に10%に上げる」というような、具体的な数値目標を書く。このような計画を、いつまでに出す、誰がどのような役割で行うか、どのような方策で支援するか、どのような費用をかけるか、どのような方策で作るかも医療計画に書いていく。計画年限が来たら、数値目標の達成状況について政策評価をして、次期医療計画に書く。全国状況と比較しながら、事業分野ごとに、改善策を描く。

具体的なスケジュールとしては、今年（平成17年）中に、モデル作成と都道府県への協力を行う。来年は国が基本方針を提示し、医療機能調査を行う。都道府県も、指標を付け加えたりして医療機能調査（ニーズ調査）を行う。そして、2007年に全国で医療機能調査の結果を公表する。すると都道府県ごとの医療機能調査が隣の県に比べてどうかというのが客観的に見えるようになる。そして2008年に全国一斉に新しい医療計画を作る。

しかし、「現実」としては、資料の図のまとめのタイトルにあるように、「都道府県医療費適正化計画」という名になっている。本来、「県民のクオリティー・オブ・ライフを

高める」とか、「県民のハピネスを高める」とか、「充実した住民生活を送れる」とか、「安心感」とかという言葉でまとめたところであるが、経済財政諮問会議や財務省では、医療計画はまさに医療費を抑制するための仕組みとして考えている。

最期に、医療とか社会保障がどういう位置づけにあるかを示した図を示す。縦軸は人々の意思決定、経済主体の意思決定である。個人、家計、企業、NPO、自治体等が自立していると上に行く。国家によってコントロールされることを好むと下に行く（意識の問題）。横軸は生活保障を、自助をベースにするか、それとも共助をベースにするかの軸である。軸を立てれば世の中を4つに分けることができる。これまでの日本というのは、国家によるコントロールの下で、しかし共助のシステムを割りと充実してきた、この左下に位置づけられる。バブルが崩壊した後に出てきた勢力の一部は右上の人たちで、日本の経済の将来の方向は新自由主義であり、人々は自立させ、社会保障をミニマム保障にする。つまり、この立場の人たちが使う「セーフティ・ネット」という言葉は救貧、貧しくなったら救うという意味で、貧しくなることを防ぐこととはかなり違う。日本はなぜか今この考え方が強い勢力を持っている。一方、財務省は医療費を低くするという点では共通であるが、必ずしも市民が自立してほしくないの、本音は右下だと思っている。

ヨーロッパ社民主義的な世界というのは左上で、これからは住民主権の自治体が主導し、個人が責任を持っていかないと本当の社会の成熟はない。自分の健康は自分で守る、守れない人は互いに連帯して助け合うということも含みながら、社会の安心感のベースとして共助の仕組みはきちんと作っておくというのが医療の世界の在るべき姿である。

今回の医療計画を作っていくプロセスの議論に参加してきた人たちの考え方は、殆ど左上であるが、今後結果的に右下に行くか、右上に行くかは分からない。はっきりしているのは左下には戻れないということである。

## 2 ディスカッション内容

### 1) 医療圏についての考え方

医療圏は現実的にどのようになるかという、現在は都道府県の中で市区町村の境で二次医療圏ができていくが、今回の改正の中では、市区町村の境で決められた二次医療圏とは別に、現実の金の動きに合わせて考える、ただし都道府県は越えない、というのが現実の制度である。意外に医師会の区域が日常医療圏に近い。

### 2) 指標としての看取り率

在宅看取り率は、何を以て在宅看取り率とするのか。高齢者施設、グループホームなど生活の場（病院以外のところ）で看取られていたら、在宅看取りと考えてよいという考え方がこれから必要である。在宅看取り率の定義はこれから決めていくことだと思っているので、本研究会などで提言してほしい。

### 3) 在宅看取りの課題

病院の立場の人は、最期は病院でしかあり得ないとはっきり言い切る。病院の医師には、在宅医療というのは本当に一握りの（家庭介護力のある）恵まれた人だけができる医療と認識されているようである。実際病院で死にたいという人もいるのは確かである。しかし、グループホームなども含めて考えると、家族介護力の問題は、実はかなりカバーできるのかもしれない。

看取りの経験のない家族や介護職などが看取りを行うときのストレスは非常に大きく、訪問看護もスポットでの関りなので、家族の不安が解消されない。一番の問題は、「大丈夫だ」という医者がないことで、医師がそういうふうには家族に言えば、一定の介護力さえあれば在宅看取りは充分可能になる。

病院死が在宅死を超えたのは、昭和51年だから、今から30年前、つまり一世代前のことである。30年間自宅で見守るということをしないと、在宅看取りを経験したことの無い

人が多くなり、ますます在宅看取りが困難になる。今はちょうどそのぎりぎりのところに来ているのかもしれない。

逆に家族が死にゆく経過を見てはいけない、見せてはいけないという考えがしだいに強くなっているが、これは実に不幸なことである。

#### 4) 患者の視点をどう医療計画に入れていくのか

患者の視点を医療計画に反映させていくことは非常に画期的なことであるが、実際どのようにしたらできるのだろうか？現状は、各自治体で住民が医療について話しあう場はほとんどない状況で、医療は素人には分からないという雰囲気もある。様々な立場の人の意見をどのように集約するかということも難しい課題である。

これに対して、住民は医学を語るわけではなくて、どのように亡くなりたいですかなど、住民に分かる言葉遣いで書くことが大切で、必ずしも医療の内容まで踏み込んで理解することが必要ということではない。

また、介護の分野で地域包括ケアという理念の下で作られる「地域包括支援センター」に設置される運営協議会なんかは民主主義の成熟の現れだと思う。全国で中学校区で一つの「地域包括支援センター」に運営協議会を作るとするのは凄い数の運営協議会ができることになるが、多くの住民がこれに参加しないと達成出来ない。

#### 5) 医療情報の共有

在宅医療では、医療情報を患者自身が管理することによって、スタッフ全体で十分な活用ができる。医療情報を誰が持つのかということも含めて考えていく必要がある。

#### 6) 在宅医療を医療計画の中にどう書き込んでいくか

在宅医療がこの地域でどれだけ受けられるかを書き込む指標としては、「在宅医療を行う医師の数」「在宅医療の実施回数」なども入れていくとよい。

#### 7) 何故病院でなくなるのか？

高齢なのに、病院に入れなくてはならなかったという状況の方を調べてみた方がいいのではないかと、おそらく、救急車で運ばれて、または具合が悪くなって外来に行き、入院しなきゃ駄目といわれて入院して、自宅に戻りたいけど戻れなくて、最期に病院で亡くなったという方が多いのではないかと。入院が必要かどうかという判断をする医者がいなく、病院医にとってファーストチョイスが入院になってしまっている。入院後は、予測される結果の中で悪いほうを説明するので、患者や家族は怖がって在宅を選択はしない。したがって、強烈に明確な意志をもって、それを主張し通せた人だけが在宅で死ぬことができる。

介護のために仕事を辞めないといけない、あるいは遠くから帰って来ないといけないとか、核家族で老々介護であるという環境の中で、病院で亡くなるほうが最も効率的な、経済的な人間の死かもしれない。経済を優先させるとすると、大量に入院させて、そこで片付けていくのがよい。問題は、胃瘻をしたり、90歳の人に輸血をしたり、人工呼吸器をつけたり様々な延命処置をすること、家族も一分一秒でも長く生かして欲しいと希望して、医師は死と戦う姿勢をずっと取り続けてきたことではないか。

#### 8) 家族の成熟

最初から家で最期まで看取ると考えている家族は少ない。ちょっとした急変を家族で乗り越えていく中で家族がすごく成熟していったり、力を増すという過程があって、しだいに家で最期まで過ごせるようになっていく。

#### 9) 在宅死の達成目標

医療計画レベルでいえば、在宅死を100%にするというわけではなく、例えば〇県の在宅死率は3%だから、20%にするというレベルの目標で、これはすごい社会的貢献になる。つまり、在宅でいいと思っている方たちをサポートできる仕組みを作ることが重要である。

在宅で介護できない理由で、「悪くなった時が心配」というのと、「家族に迷惑をかける」というのがすごく突出して多かった。前者については、「これは何があっても自分が責任を持って診るし、大丈夫だ」と言ってくれる医者がどの地域でも見つかるというシス

テムが必要だ。後者の家族の負担というのは、在宅の現場では最近、家族力、介護力が落ちているのを非常に実感する。これを補う介護保険も、ホームヘルプでただ見守りだけのサービスは利用できないなど看取りを支援するにはいろいろな課題がある。

一方、家族介護力の低下とは具体的に何を意味するのかは明確でない。女性の社会進出はこの30年位変わっていない。家族関係が希薄になっているという統計がとれないタイプの問題なのか、老々介護で家族の体力が低下しているのか、若い人が仕事が忙しくなって夜11時まで帰って来ないという社会になっているからかもしれない。また、昔の医療に比べて、あまりに多すぎる医療処置が在宅に持ち込まれているため、介護量が増えているかもしれない。

#### 10) 患者や家族の考え方

高齢者や患者自身が、「自分がどう死にたいか」を正面から考えていない。自分の家族状況を考え、それに備えてこういう死に方をしたいと考える文化がない。個人が自立して自分の死に方を選択する環境を決めるという文化の後押しができるといい。

病院の医師が在宅医療を知らないので、自宅に帰すのが怖い。きちんと在宅で引き受けてくれる医者がいれば、現在の制度でも自宅で最期まで過ごせるがん患者は多いだろう。

病院の医師が在宅医療を知らないということに加えて、病院の医師が患者を放り出すことしかできないシステムになっているのも問題である。病院も、外来の支援センターを作るなど変わろうとしているが、実際はシステムの整備、職員の配置（認定看護師や専門看護師など優秀な人材を外来に配置するだけの経済的手当てがないなど）など様々な困難な点がある。この点を経済的に後押しするような仕組みをつくることで、と医療機関も変わりやすくなる。

診療所からも、退院支援にアプローチしているが、現在はすべてボランティアになっている。

#### 11) 認知症の終末期と医療処置のあり方

在宅患者の半分くらいは認知症の問題を抱えている。認知症の終末期を定義し、その方々への医療のあり方について、コンセンサスを作っていくことが大切ではないか。認知症の終末期の定義というのは米国のNHPCOの定義が一応あるが、それは歩行障害が重視されていて、この定義に従うと実は予後6ヶ月～2年くらい生きるもので、本当の終末期の定義ではない。本当の終末期は嚥下障害が確実に起こっていることを重視しており、そうすると予後は1ヶ月から3ヶ月ぐら이다ということ、だいたい分かってきたことである。問題は、終末期までいかない間に多くの患者さんが合併症でなくなっているということ、つまり途中で急変してICUに運び込まれ、望まない延命治療を受けたりすることが多いことである。このような場合、どのように意思決定をしていくかという問題がある。

がんについても、病院の医師が意思決定のサポートをしてこないという問題があるが、同様に認知症でもdecision makingをきちんとされてこなかったというところが大きな問題であり、それが出来なかったらスピリチュアルケアも何もない。意思決定を徹底的にサポートするシステムを作らないと、病院でなくなるが、自宅でなくなるが、本当に悲惨な最期になってしまう。

特にチューブフィーディングにおいては、医師が意思決定を行うときに、延命の名のもとに他の選択肢を与えておらず、胃瘻を作るほうに誘導している可能性がある。口から食べることを奪って生かしているのではないかという意見と延命治療のあり方を標準化するのは危険であるという異なる意見があったが、いずれにしても国民的な議論が必要な領域であることが確認された。

#### 12) 在宅高齢者の急性期対応のあり方

医療計画案が想定しているような脳卒中、がんなど元気な方が入院する先を見つけることにはあまり苦労しないが、在宅の寝たきりの方や認知症の方が入院する先が見つからない。感染症があれば断られるし、認知症があれば断られる。在宅患者さんの急性期をきち

んと診て、早く帰してくれる病院が多くあれば、医療費はもっと少なくて済む。そういうタイプの病院を整備していくという案が医療計画の中で位置づけられないといけない。これは、病院の立場から言うと、入院したら最期家族が絶対に引き取らないのではという逆の考えが病院にあると思われる。そういう状況の中で、在宅患者の受け皿として有床診療所が良いという案があるが、現状は経営的に成り立つのが難しい。

有床診療所は、サッと入院できて、いつまでも入院できて、医療費が最も安いというメリットがあり、有床診療所は、今の緩和ケア病棟の点数の半分で成り立つという試算もできている。愛媛県で行われたモデル事業での問題は、非常に安いため、職員体制をとることが困難であり、実際有床診療所の7割が休眠状態である。東京などの都市部では有床診療所の機能はもう壊滅している。これに対して、看護師の人件費は高いこと、入院中のケアが必ずしもできるとはかぎらないこと、介護保険施設やGH、有料老人ホームに医師がいくことで充分代用できることを理由に反対意見も出された。

### 13) 医療の効率化の行き着く先

日本の医療は非常に効率的になっており、おそらく日本より効率的な医療をやっている国は世界にあまりない。財務省のいう根拠がどれだけあるのか分からない。日本の急性期医療が今崩壊の危機にあることをいかに訴えても、医師の給料は高いなど議論のすり替えをして終わっている状況である。医療費を抑制することによって、日本の医療水準が世界的にかなり落ちる可能性は充分ある。

## 《第8回》(11月25日)

### 次期診療報酬改定について (吉野委員)

#### ディスカッション

#### 1) 24時間・看取りの促進の件

重度の在宅をみている診療所を評価するのが基本であり、「在宅専門医指定」の問題については看取りができること、24時間対応できることが一番根幹なのでそこを評価していくようにしていく。また、指定された医療機関は年間のデータ提出を義務づけるようにし、厚労省がこのデータを蓄積して、実態を把握するようにする。

このような先鋭的な在宅医療(在宅に特化する医師)を増やすことは、一方で在宅に協力する医師を減らすことにならないかという懸念が出された。つまり、現状の管理料を引き下げるなどやりすぎると、細々と在宅医療をやっているような医師は逆に在宅医療から撤退するところが出てくるだろう。

これに対しては、管理料を引き下げるのではなくて、現在重度を持てばもつほど赤字になるという具体的なところを改善していったらどうか。例えば、重度になると衛生材料費が跳ね上がるが、これを個別にカバーする、あるいは急性期、看取りの場面の個別の点数を評価するなどによって、重度在宅を担っている人を支持することができる。また、医師の実際的な24時間体制と、看護師の24時間体制がもっと評価されるべきである。

#### 2) 物の問題：衛生材料

衛生材料の処方箋化をぜひ推し進めてほしい。そうすることによって、小さい単位での



物品購入が可能となる。

### 3) 在宅と病院の連携について

病院と在宅医の並診を推進すべきと言う意見ときっちり在宅医に受け渡すべきという両方の意見があったが、連携の仕方は各地域で異なるので、どちらかを重く配分するという形ではなく、連携そのものにドライブをかけるほうがよいという意見が出された。

また、医療の問題については診療報酬で解決するものと、そうでないものがあり、連携の課題はクリティカルパスの推進など他のアプローチが必要であることが確認された。

一方で、診療報酬の分配については、各医療機関間の話し合いになると弱い立場のほう泣き寝入り（病院と診療所だと診療所が、医療機関と訪問看護ステーションだとステーションが）となるので、むしろ明確に決めたほうがよいという意見も出された。

### 4) 看護の裁量権をあげる

最後に、世界的にみると看取り、ホスピスは看護が中心であり、日本の在宅医療は今後も医師主導で本当に発展していくのかという疑問が出された。

例えば、米国のホスピスは13ヶ月のグリーフワークが義務付けられているが、グリーフワークの一環としてなされている看護師の看取り、エンジェルケアなども評価することはできないのか？また、点滴はできるのに注射ができないこと、在宅患者の急性期に14日間医療保険で訪問看護が可能であるが、14日の制限を見直したり、様々な看護にかかわる制限を取り除くようにしないといけない。

また、米国では臨床心理士が高い評価を受けているが、在宅などでそれ以外のスタッフのかかわりを評価するシステムも必要である。在宅専門の調剤薬局が成り立たないという問題も考えていく必要がある。

## 《第9回》(12月9日)

### 在宅医療とは何か 在宅医へのアンケートまとめ

(迫田委員)

#### 1 このアンケートを行った理由

第7回の本会で、迫田委員から、「様々な実践が提示されてきたが、何が在宅医療なのかということ（定義なども含めて）が充分に見えてこない、「在宅医療とは何か」がはっきりしないと制度設計が難しい」ことが指摘された。

そこで、在宅医療推進のための会（東京班、大阪班）の委員である在宅医に在宅医療に関するアンケートを行い、それぞれが考える在宅医療の平均値を出し、問題提起をってもらうこととなった。

#### 2 アンケート結果とディスカッション内容

在宅医療の対象については、回答者のほとんどが在宅医療は高齢者のみの医療ではなく、

小児も含めた全ての年代が対象であると答えていた。しかし、在宅医療の対象となる ADL のレベル等は、高度の ADL 障害や末期の患者に対する訪問診療、つまり visiting service を在宅医療とするべきという意見とケアを必要とするすべての患者に対する医療と広く捕らえるべきという意見に分かれた。

歴史的に、在宅自己注射や在宅酸素などの点数をつけていった時代の「在宅」という言葉は「非病院」という意味での self medication を表す言葉としてつくられた。当時としては診療の場が自宅ということは想定されえなかった。しかし、その後、家の生活を支えるという意味で「在宅ケア」という言葉が誕生すると同時に、診療の場が自宅である訪問医療が発展し、visiting service としての訪問診療という領域が作られてきた。このような経過の中で、同じ「在宅」という言葉が多様な意味を持つようにいたったと整理された。

一方、かかりつけ医、家庭医、在宅医、プライマリケア医あるいは家庭医療、プライマリケア、在宅医療などという意味の重なる言葉もそれぞれ誕生してきた。

これらの言葉の乱立については、ホスピス緩和ケア同様、国民に混乱したメッセージを送っている可能性があり、将来はこれらの概念が整理されなければならない。これは、プライマリケアや家庭医療について我々が学習しつつ、それらの分野の方々と協同で整理すべき事柄であることが確認された。

この場では少なくとも在宅医療、在宅医ということについての整理をはかろうということになった。少なくとも在宅医療は地域をつくっていくことであるというフォーラムの宣言も加味し、国民からみてわかりやすい定義を作っていく必要があることが提起された。

医療者でなく国民の視点で「在宅医療とは何か」という問いに答えるとき、以下のようと言えるのではないか。

「在宅医療とは（障害や治癒が期待できない疾患など）どんな状態でも、地域で安心して生きていける、生活できることを保障する医療システムである」

当然、その本質は訪問診療にあることは間違いないが、ケアを必要な人を支える医療全体を在宅医療と捉えたほうが国民の目からは理解しやすいという結論となった。

ここでシステムとしたのは、24 時間 365 日ということについても、個人の努力に帰すわけではなく、地域の医療システムとして保障していくべきものであることが話された。

一方、在宅医というのは「訪問診療を行い、患者を最期まで支える医師である」と定義することが必要で、訪問診療をしない医師を在宅医とは呼べないことも同時に確認された。

## 《第 10 回》(1 月 20 日)

### 「在宅医療 世界の動きから、日本の在宅医療を考える」

1 北欧の医療 船木委員

2 ホスピス緩和ケア 篠田委員

#### 1 北欧の医療

北欧の福祉については、様々な情報が入ってきていたが、医療はベールに覆われていた。ねたきりは少ないが、一方経管栄養などもほとんど見られず、自宅での医療処置は非常に少ない。これは、国民の中に口から食べられなければ＝死というコンセンサスが出来上がっており、このことについて不満に感じることはない。これらの国々での在宅医療においては、医師のかかわりはほとんどなく、看護師が主に日本における在宅主治医の役割を担っている。したがって、明らかにその医療のレベルは低い、その中で完結した世界である、だれもそのことに疑問や不満は持たない。その制度の中ではうまく機能しているシステムとなっている。

一方、北欧の家庭医は、外来機能のみで、基本的にグループで診療する。日本の在宅医のように激しくは働かない。

## 2 ホスピス緩和ケア

### 1) 言葉の定義

ホスピスと緩和ケア、ターミナルケア、end of life care などの言葉の整理がなされた。ターミナルは基本的には点をさし、しだいに使われなくなっている。ホスピスは概念をあらわしたり、米国においては、ほぼホスピスプログラムを表す言語となっている。また、どちらかというホスピスは市民運動的な観点で用いられることが多く、実際、ホスピスの財源の1-2割が寄付でまかなわれていることが多い。一方、英国では、ホスピスと palliative care という言葉が好んで用いられている。

ホスピス・緩和ケアの中では、様々な言語を用いてきたため、市民に混乱したメッセージを送ってきたことが反省されている。

### 2) 米国のホスピス

ホスピスの基準が厳しく（主治医とホスピス医の二人の医師の余命診断が必要など）、実際の利用期間は思ったより短いこと、疾患別にこれらの期間に差があることなどが確認された。

米国民がホスピスプログラムを選択するインセンティブは、ホスピスプログラムのほうが、様々なケアが包括されていたり、薬剤費が含まれていたり、より包括的であるからであろう。一方、米国の家庭医からみて、患者をホスピスプログラムへ誘導するインセンティブはあまりないと思われる。

米国のホスピスでは、NP（ナース・プラクティショナー）が処方を行い、看取りまで行っている。ホスピスに関する医師の役割は、ホスピスチームのスーパーバイズであったり、オピオイドの処方や指示書にサインすることであったり、チームの健康管理や心のケアを行うことである。

## 3 諸外国の在宅医療を見て、我が国の在宅医療をみつめなおしてみると

北欧などでは、在宅での医療処置がほとんどなく、それがナース主体の在宅医療を可能にしている一要因となっている。一方、日本の在宅医療はあまりに病院の医療が在宅に持ち込まれており、あまりに高度医療が増えてきすぎている。そのため、ますます医師主導

の在宅医療となってきたと思われる。看護師が主体的に在宅医療に関れるようにするためには、「家に病院の医療を持ち込みすぎない」ことが大切であるが、このことが大きな声にはなっていない。

これは、病院の医師の視点が変わらないと難しい面が多々あるが、逆に在宅での緩和ケアなどのやり方を病院にもちこんでいくよう働きかけることも重要である。

また、医療のあり方についての国民のコンセンサスづくりが、在宅ケアを進めていく上で、欠かせないことも事実である。

今後の在宅医療の発展を考えても、看護がますます主体となれるようなこのような条件整備が急がれるが、一方で、今年度から高度医療を担う訪問看護師育成を目指した訪問看護認定看護師教育が始まったが、現実的にこれらの高度の在宅医療を担える看護師の育成も着々と進んでいるとはいえない（教育をする人材も充分でないかもしれない）。看護教育については第11回の課題としたい。

一方、米国のホスピスから学ぶことは、非がん疾患も含めてホスピス・緩和ケアが提供されている点である。日本では、ホスピス入所ががん中心であるだけでなく、在宅医療の場面でも在宅末期総合診療料などは末期がんのみを対象としている。さらに、来年度から特養の訪問診療も可能になるが、これも末期がんのみを想定している。福祉施設こそ、非がんの看取りをやるべきであるが、これら非がんのホスピス・緩和ケアについてのエビデンスが我が国には全くなく、今後の重要な研究課題である。

## 《第11回》（2月24日）

### 訪問看護ステーションの現状と課題

日本訪問看護振興財団 常務理事 佐藤美穂子

#### 1 プレゼンテーション概要

##### 1) 訪問看護ステーションの状況

訪問看護ステーションは全国で5534箇所（平成16年10月現在）、訪問看護師は3万人弱いる。訪問看護ステーションの利用者は274567名と増加しており、供給不足の状態にある。利用者のうち52%は要介護5で、医療処置としては褥瘡や排泄管理が多い。

平均的なステーション像としては、一事業所が60名の利用者をかかえ、平均333.2回/月の訪問看護を提供しているが、100名以上の利用者を抱えるステーションも9.2%ある。

##### 2) ステーションの経営構造

収益では2割が医療保険、8割が介護保険となっている。全体として5%の黒字を出しているが、収益の99.5%を保険収益に頼っており、重症者がいなくなるとたちまち収益が減る構造となっている。また、給与等の人件費率が77.9%とかなり高くなっていることなど経営的には厳しい環境に置かれている。

### 3) H18年改正点

今回、高齢者と非高齢者について、保険給付額が統一された。

緊急訪問看護の加算（在宅療養支援診療所の医師の指示が必要）、地域連携を推進するための「退院時共同指導加算」、重症者加算の引き上げ、ターミナル療養費（在宅療養支援診療所連携で↑）などが変更された。また、深夜など20分未満のサービスが認められ、介護老人福祉施設への訪問看護が、末期癌に限って可能になった。

リハビリでは言語療法士（ST）の訪問が可能になり、訪問リハビリの点数が変更された。

療養通所介護費が認められ、5名以下の少数の通所看護が可能となったこと、また、居住系施設との契約により、入居者の健康管理を行なうことができるなど、従来の訪問以外にステーションの機能を広げていくことを可能にするいくつかの改正点もあった。

### 4) 訪問看護ステーションの課題

チームケアとケアマネジメントの推進

24時間対応 → さまざまな判断ができること

家族支援・・・特にがん、認知症、神経難病について

ケアチームメンバーの支援

地域の他職種との連携

主治医との連携

訪問看護師の育成 交流研修会、

質の向上；認定看護師制度

## 2 ディスカッション

### 1) 訪問看護ステーションの経営

訪問看護ステーションの経営環境が非常に厳しいという状況が報告され、議論された。人件費率がこれだけ高くても、なんとかやっているといるのは、設備費用などイニシャルコストなどを母体である医療機関が持ち出し、資本費用部分がなく、人件費だけはなんとか稼いでいるということ成り立っているという状況にある。

日本の訪問看護の開業モデルについて、ごく少数のスタッフによって小さいステーションを経営していくというイメージが強く、諸外国のように規模の大きいステーションを作り、経営管理をするような発想が出てきにくい。経営的感覚と良い看護は別の問題であり、現場はいいケアができたことに満足して、そういうステーションが元気なステーションだと評価されており、経営管理をきちんとする発想をもつステーションがまだまだ少ない。

ひとつの方向性として、既存のステーションを統合して規模を拡大し、大規模多機能のステーションにしていくことが提案された。そのほうが24時間体制をとりやすくなり、経営、管理はより容易になる。規模拡大と訪問距離は相反する関係にあるが、サテライト化、直行直帰などの工夫は可能である。

### 2) 在宅療養支援診療所との関連

今回の改正によって、在宅療養支援診療所と24時間体制をとっている訪問看護ステーションとの連携が重要となってきた。医師会の訪問看護ステーションで24時間体制をとり、そことの連携によって各医院が24時間体制をとるという案もでている。

緊急時管理加算は7割がとっているとされるが、実質的に24時間対応を行なっている

ステーションは非常に少なく、24 時間体制をとっているところも。所長が一人でカバーしているような状況が多いのではないだろうか？

24 時間体制をとっていても、信頼関係の基盤の上に成り立っている関係であり、昼間のサービスを充実させることで、実際はそれほど呼ばれないことは、医師でも、訪問看護師でも同様であるが、それが一般的にはなかなか理解されていない。やはり、在宅医と同様、一人で 24 時間体制を堅持するという発想ではなく、システムとして 24 時間体制をとるという発想が大切であり、そのためのシステム整備が重要である。

### 3) 訪問看護の研修の問題

現在、訪問看護師数は 3 万人弱であるが、地域の看護ニーズにこたえるためには約 10 万人の訪問看護師が必要であると考えおり、訪問看護振興財団でも、訪問看護師のパンフレット作成や交流研修会など、多くの看護師に訪問看護師になってもらう活動を行なっている。訪問看護は 1、2 年の病院での経験ではできないと考えられており、少なくとも命に関わる科（内科、外科など）での数年の看護経験がないと現場できちんと判断できる看護師にならない。しかし、今後のあり方として、訪問看護に必要な技術、知識を集中的に 2 年くらいで効率的に身に付けていくような研修システムが可能かどうか検討していくべきかもしれない。また、出産、育児を終えた看護師のリクルート活動なども必要だが、条件だけで安易に在宅を選択することにもなりかねない。やはり在宅医と同様、マインドが大切であろう。

看護師の処方権の問題については、欧米では、修士や博士をもつ看護師に認められている現状にあり、現在の日本とは学歴、教育的背景がまったく異なるので、同一に論じることができない。将来的には、NP（ナース・プラクティショナー）のような地域看護師が社会から評価されるようになればよい。

看護大学も 130 大学となり、4 年生が標準になりつつあるとはいえ、現在の看護現場は教育背景がまったくばらばらの状態であり、そのことが専門教育をより困難にしている。その中で、看護協会は「認定看護師」、「専門看護師」制度の普及に力を入れている。しかし、これらの資格を取得するためには、仕事をやめなければならない職場が多い。四国がんセンターのように、仕事をやめなくても認定看護師教育をうけることができる施設はまだまだ少ない。仕事をしながら研修にでることに最も抵抗するのは、意外なことに病院の看護部である。悪しき平等意識が看護部の中にあり、このような意識改革をしなければ発展はない。認定看護師や専門看護師を育成することが、看護全体の引き上げになることをもって多くの看護師や医療機関に理解してもらう必要がある。

### 4) 地域連携とパスづくり

地域での訪問看護ステーションとの連携では、ひとつひとつの医療行為でどのような連携をしていくかが、ステーションごとに異なる状況にあり、その調整に非常に労力を要する。パス作成なども含めて各地域でどのような連携をつくっていくかが重要な課題である。

### 5) 訪問看護ステーションの未来 ～地域のナースステーションに！～

訪問看護ステーションも、在宅医と同様に量と質の確保の課題があり、同時にステーションとしての経営的な課題、さまざまな制度の課題があることが理解できた。

これからの訪問看護ステーションのあり方としては、地域の中のナースステーションに

成長していくことが強く求められていることが確認された。地域の在宅療養者の健康問題にいつでも十分な相談ができるような「場」となっていくことが必要である。大規模化、多機能化、システムとしての24時間体制はそのための必要条件かもしれない。

今回の改正は、訪問看護ステーションと「在宅療養支援診療所」が地域ケアに責任をもつ機関として、お互いに協力関係を強く推進するきっかけとなるだろう。地域の在宅ケアを推進する機関として、お互いがよい関係性の中で成長していく必要がある。

## 《第12回》 (3月22日)

### 「到達点と課題の確認」

平原佐斗司

#### 1 緩和医療のあり方

##### 1) 看取りのパスについて (篠田委員のプレゼンテーションに対して)

病院の医師の中でこそ「看取りのパス」を普及させる必要がある。

看取りのパス作成においては、非がんとがん、みなし末期の問題などの課題があるが、在宅医療を実践している医師が数人集まり、たたき台を作成していくことは充分可能であろう。

在宅医療にパスは馴染まぬという意見があったが、個別化するための標準化であること、パスにおいてはバリエーションの分析が大切であることが確認され、この繰り返しが質を高めることにつながるということが理解された。また、パスには在宅医の質の向上につながるという教育的効果がある。

#### 2 病院の医師へのアプローチ

##### 1) 病院の医師に緩和医療の理念と実際が普及してない・・・医師教育の課題

治す医療が在宅に持ち込まれており、最近では治す医療でもなく、帰す医療になってしまっている。今後、緩和医療学会などで教育的アプローチを強める必要がある。

##### 2) 病院のシステムの問題

医師だけの問題ではなく、そのようにしなければならない病院のシステムとしての問題があることについては、今後の地域完結型医療の中で変わっていく可能性がある。

具体的な提案として、在宅医療を支援する「在宅療養支援病院」を創ってはどうかという意見が出された。

#### 3 在宅医を育てる

在宅医を育てることは非常に時間のかかる仕事であるが、家庭医志向の若い医師や医学生に、どうやったら在宅医になれるのかを示すことが大切である。在宅療養支援診療所によって供給モデルの一端が示されたので、今後、そこに到達するための道筋をきちんと示すことが必要になる。

そのためには、どうしても一から在宅医を育てるシステムが必要であり、具体的には専門医制度とリンクした後期研修プログラムの確立が急務である。

在宅医のロールモデルと具体的な教育プログラム（必須項目、経験項目など）、つまり、教育の理念と目標がはっきりしていない。

#### 4 市民の医療への期待と在宅医療

1) がん治療での世論は「あきらめるな」・最後まで治すこと、最高の医療をどこでも受けられることを望むという方向に傾きつつある。がん患者と在宅医療を推進する我々が議論してきたことに意識のギャップがあるのではないか？

がん患者の気持ちを理解した上で、ギアチェンジがあることも伝えていかなければならない

#### 5 在宅療養支援診療所について

在宅療養支援診療所の「質評価の指標」をつくる必要がある。看取りの数という指標は必要条件だが充分条件ではない。この質の指標を市民に公開し、市民が在宅医療を選択できるようにしていく必要がある。

また、具体的提案として「在宅療養支援診療所の会」をつくることが提案された。



分野		明らかになったこと	課題
地域のシステムとしての在宅医療	面としての在宅医療、 在宅医療の普遍化 (誰にでもできるような在宅)	* 市民から見たネットワークの大切さ	在宅医療をシステムとしてカバーする方法(オンコール体制、訪問看護、バックベツド) 医師会モデルの研究、(在宅医療にアクセスするための)ネットワーク情報
	病院との関係	* 物品の供給システム	在宅の医療材料供給システム 医療材料の処方箋化:市川方式
	緩和医療のあり方	* 病院医の在宅医療に対する意識の低さ * 緩和医療が普及していない * 地域という概念の欠如 * (患者を投げ出さざるを得ない)病院のシステムの問題	病院の医師の問題(予後を伝えず、症状緩和不十分等) どうアプローチしていくか? (提案)在宅療養支援病院を創る
	がんでない在宅医療(在宅ホスピス)(地域医療の視点)	* ホスピスが病院内でのパラダイスづくりに偏っている。(在宅が基本という認識づくり) * 癌難民:早い時期からサポート体制 * 家族を支えることの重要性・家族の成長 * 看取りの問題の重要性 * 非がん疾患にもホスピスケアが必要	「在宅看取りを増やしていくために！」 市民の情報へのアクセス、ホスピスに緩和医療支援室の義務化 看取りのパス…病院の中にこそ必要、非がんの問題、バリアンスの大切さ(個別化 標準化)
	がんでない在宅医療(在宅ホスピス)(地域医療の視点) 慢性期でない在宅 (急性期医療も在宅医療の質を規定)	* 外来も含めた広義の在宅:狭い意味の在宅では解決しない問題がある(認知症等) * 急性期対応する病院が地域の在宅高齢者の健康課題に応えられていない * 急性期病院の地域差が顕著	「非がん疾患のホスピス緩和ケアの推進」…非がんのホスピスケアの研究
社会の問題 国民の意識の問題	国民の意識の問題	* 医療の選択はきわめて個人的な経験に依拠している * 死生観の欠如、情報に振り回されている * 国民の意識にアプローチして在宅医療を後押し よい在宅医療を経験が必要 * 国民は最後まで治すことを希望…我々との意識のギャップがあるかもしれない	情報、ネットワークの中枢を作る 看取りの文化の創造、新たな価値観の創造 いのち、幸福 …市民のレベルでやれること? マスコミを巻き込む
在宅医療の担い手の育成	在宅医をどう育てていくか(教育・研修)	* 在宅かかりつけ医の質(レベル)ばらばら * 裾野を広げる(在宅協力医)も大切 * 看取りや重度(急性期)在宅ができる在宅医を育てる(研修センター構想) * 卒後臨床研修はすべての医師が在宅医療を知る場として大切 * 「地域で」「病院医師 在宅医」「一から育てる」3つの方向性 * 専門医制度の現状とリンクさせた後期研修制度の必要性 * 在宅医育成は供給システム、経営モデルと切り離せない	在宅医の質をどう上げるのか?  在宅医をどう育てるか? 専門医制度(開業医を在宅医療に巻き込む or 国民のニーズにこたえるためには一から在宅医を育てるシステムを作っていく必要がある:後期研修とリンクした専門医制度) 具体化 どうやったら在宅医になれるのかを見えるようにする
	訪問看護	* 経営環境が厳しい、特に重度看護 経営的に成り立たない 大規模化、多機能化の方向性、24時間体制 * 今回の改正で在宅療養支援診療所と24時間体制をとる訪問看護ステーションとの連携が重要となってきた。 * 訪問看護師育成の課題(教育的背景がばらばら)	看護の裁量権を上げる…教育的背景が異なるため長期的な課題である 訪問看護師の教育 …訪問看護を行うのに必要な研修は? 認定看護師などの制度の普及
	薬剤師、心理職など	* 訪問薬剤(訪問単独で成り立たない)	
診療報酬の改正	H18年度の改正	* 慢性期の美味しいとこどりになっている * 24時間対応と看取りの促進・重度在宅の評価が必要、同時に裾野を広げる配慮 * ものの問題:衛生材料 * 連携促進・連携そのものにドライブ	「在宅療養支援診療所」のこれから 質を評価する指標(看取りは必要条件だが充分条件ではない)…医療法改正にむけて (提案)在宅療養支援診療所の会をつくってはどうか?
医療供給体制	第5次医療法改正にむけて	* みせかけの在宅医療が伸びないようにしていくために、限られたパイの中でどのようなシステムを作っていくのか * 医療法改正:コミュニティで完結、地域の疾患動向に合わせた医療、住民参加等 * 在宅医療を医療計画の中に書き込む必要	介護保険を中心とした在宅介護医療全体の中での在宅医療のあり方 どのように地域医療計画の中で在宅医療を書き込んでいくのか?
在宅医療の定義についての議論	在宅医療とは何か、定義も含めて充分明らかにされていないと、制度設計が困難	* 「在宅」という言葉の変遷 * 在宅医療とは(障害や治癒が期待できない疾患など)どんな状態でも、地域で安心して生きていける、生活できることを保障する医療システムであることが確認された。 * 24時間 365日も個人の努力でなく、地域医療システムとしてもつべきもの * 在宅医とは「訪問診療を行い、このような方々を(どんな状況でも)支える医師」	在宅医と家庭医の関係(言葉の定義) 在宅医療と家庭医療、プライマリケアの関係(言葉の定義)
在宅医療のこれから	欧米の在宅ケアに学ぶ	* 国民の中にコンセンサスができており、経管栄養などの医療処置が非常に少ない。従って、看護主体の在宅ケアが成り立つ。(在宅医療について医師のかかわりはほとんどなく、北欧の家庭医は、外来機能のみ)。 * ホスピスと緩和ケア、ターミナルケア、end of life careなどの言葉の整理 * 日本の在宅医療は病院の医療(高度医療)が在宅に持ち込まれてすぎ 医師主導の在宅医療になる * 非がん疾患も含めてホスピス緩和ケアが提供されている	日本の在宅医療の方向性は?(どのような発展を描くのか?)
その他	第3類型		
	小児・障害者		

## 患者の視点を重視したネットワークによる 在宅がん患者支援システムの開発

第3次対がん総合戦略(H16-3次がん-035)

谷水正人	四国がんセンター
兵頭一之介	四国がんセンター
舛本俊一	四国がんセンター
那須淳一郎	四国がんセンター
本家好文	県立広島病院

## 本研究班の目的

がん緩和ケアの視点から

- **がん患者の通院在宅医療支援システム**を研究、開発する。
- **がん患者の在宅支援に対応する地域医療連携システム**を構築し、**がん専門病院 & 基幹病院**における**地域緩和ケア支援センター機能**のあり方を検討する。
- **がん情報提供およびがん相談システム**を研究、開発する。

## 在宅に向かうがん緩和ケア

- 在宅がん緩和ケアは様々なサービスモデルが提案され一定の成果を上げているが、システムとしては未完成。
- 社会の合意形成には至らず、しかも経済的制約は厳しい。
- 在宅緩和ケアにおける目標を段階的に設定し、患者、家族、医療者の満足度と利用度を判断基準に、システムとしての成功例を蓄積する、
  - = システムの提案とその有効性を確認する作業が必要少ない医療資源を何に投入するのが効率的か

## 在宅緩和ケアへのアプローチ

- **がん専門病院としてのアプローチ**
- **地域医療提供体制へのアプローチ**
- **行政としてのアプローチ**
- **住民運動としてのアプローチ**



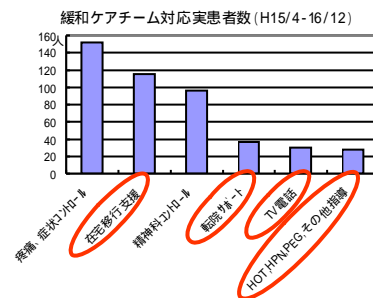
地域コミュニティとして緩和ケアが展開

## がん専門病院としては

がん患者の希望に沿う形で

- **在宅への移行を円滑化するプログラム**
- **在宅における安心を保障するプログラム**を立案実施する。

## 在宅への移行を円滑化するプログラム 専門チームの病棟への介入



- 緩和ケアチームが医療連携室とタイアップして、入院早期から在宅移行に向けて介入する。
- 病棟、主治医を支援する。



### 在宅への移行を円滑化するプログラム

マニュアル、クリニカルパスによる標準化

ホームページへ公開

疼痛コントロールマニュアル

在宅移行パス

オピオイド導入患者説明書

### 在宅の安心を保障するプログラム

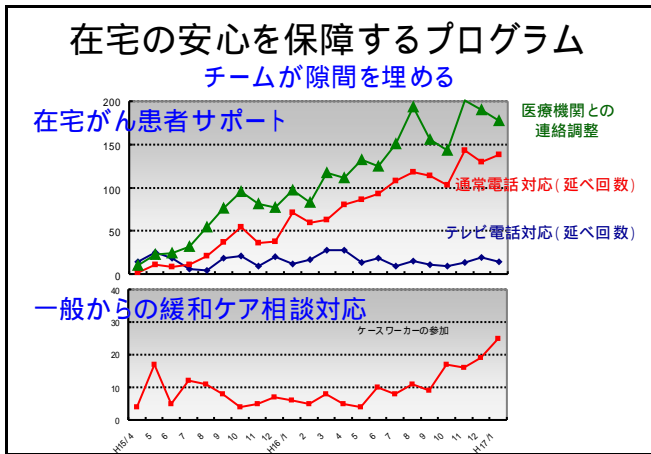
テレビ電話(電話)による在宅患者支援

広島市 ● 松山 ● 新居浜 ● 八幡浜 ●

テレビ電話は62症例で利用  
平成11年10月から16年12月

テレビ電話利用では

- 患者を円滑に在宅に誘導する
- 患者家族の安心感の確保、緊急時の対応に優れる
- 在宅死を実現もしくは終末期の在院日数を短縮する
- 医療機関連携の手段に有用であり、地域医療と医療者意識の向上に寄与する
- 医療者の負担は軽減される



### 在宅支援プログラム稼働の影響

死亡の場所	H15/4 ~ n=71	H16/4 ~ n=81
当院	49名	41名
近くの病院	15名	26名
在宅	7名	14名

チームが介入した患者の死亡場所が在宅へシフトし始めている

### 県立広島病院の緩和ケア支援センター

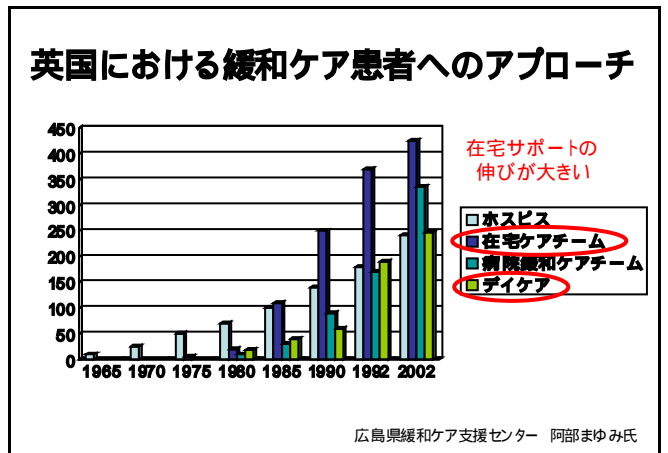
本家好文

**緩和ケア科** ・医師, 看護師, 音楽療法士ほか  
外来 病棟 (20床)

**緩和ケア支援室** ・看護師, M.S.W., 心理職ほか

情報提供 情報収集室, 図書室  
総合相談 緩和ケアダイヤル, 面談  
専門研修 医師, 看護師, 福祉関係者コース  
地域連携 緩和ケアのネットワークの構築を目指し専門的助言 (アドバイザー派遣事業)

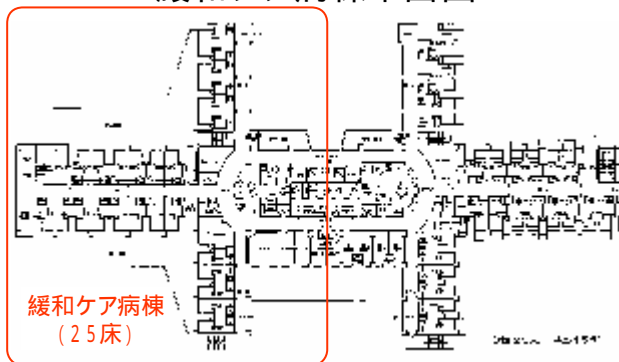
**在宅緩和ケアの推進** ・デイホスピスモデル事業



### 四国がんセンター新築移転 (H18年)



### 緩和ケア病棟平面図



### 地域ケアから見た緩和ケア病棟の役割

- 専門的緩和ケアの導入
- 在宅移行までのワンクッション
- 在宅患者のバックアップベッド

緩和ケア病棟に行ったらもう生きては帰れない

→ 緩和ケア病棟に行ったら近々再び家で生活できる  
緩和ケア病棟に移って帰ったら家でも安心できる

### 在宅がん患者支援のための 地域医療へのアプローチ

- 医療提供体制の実態調査
- 医療者への啓蒙活動
- 医師会ネットワークの構築

地域医療へのアプローチ

### 愛媛県における麻薬取り扱いの対応状況

平成15年

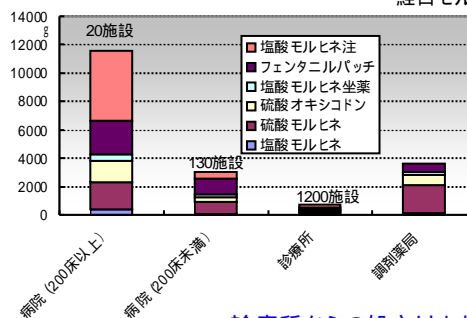
麻薬診療施設 (病院、診療所)	695 / 1360	51%
麻薬小売業者数 (薬局)	374 / 519	72.1%
麻薬施用者		
病院医師	1907 / 2128	90%
診療所医師	555 / 1173	47%

診療所の麻薬取り扱いが在宅がん患者のキーを握る

地域医療へのアプローチ

### 愛媛県における施設規模別の麻薬出荷量

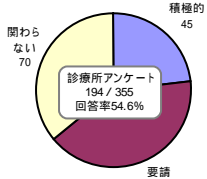
経口モルヒネに換算



診療所からの処方はまだ少ない

### 在宅がん患者への姿勢 (診療所、病院)

松山市医師会在宅医療検討委員会調査  
平成16年10月、12月実施



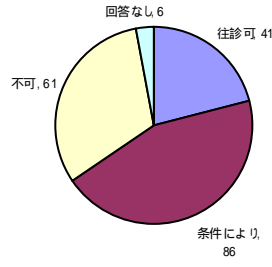
#### 在宅がん患者を支える医療機関のリスト

- 対応可能内容、条件
  - 在宅主治医として支えるか、連携医、協力医として支えるか
  - 訪問診療の距離、曜日、時間帯
  - 入院の受け入れは可能か、その条件は
- 印刷冊子として配布
- ネットワーク上で共有

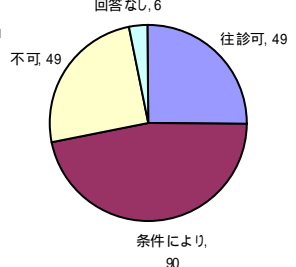


### 在宅患者における診療所間の協力

#### 同一科として協力



#### 他科への協力



### 定期講習会、研究会、委員会 在宅がん患者への対応のレベルアップ、均てん化



#### 定期講習会

- 在宅医療懇話会：3回/年
- 愛媛がん性疼痛研究会：2回/年
- 心豊かな生と死を考える会：6回/年
- 在宅を考える医師の会(仮称)：H17/3から

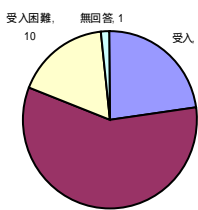
#### 地域医師会内の委員会

- 在宅医療検討委員会
- 病診連携委員会

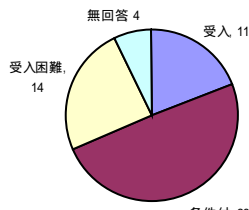
現在は医師の参加がまだ少ない  
100-150人の参加者中医師は約30人

### 在宅患者の入院の受け入れ

#### 在宅患者の入院の受け入れ



#### レスパイト入院の受け入れ



回答数	194
有床診療所	77
実働数	57

### 在宅患者支援の基盤：医療イントラネット

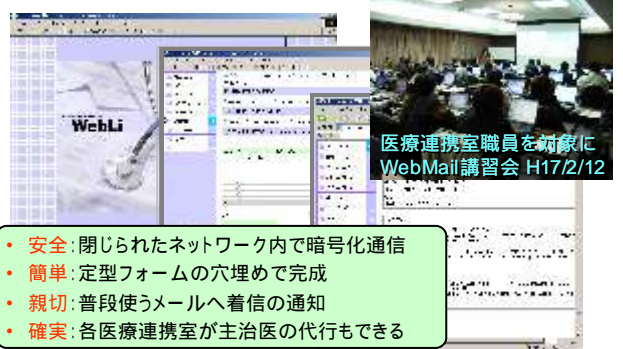
愛媛県医師会ネットワークはブロードバンドVPNによる巨大なイントラネット構造



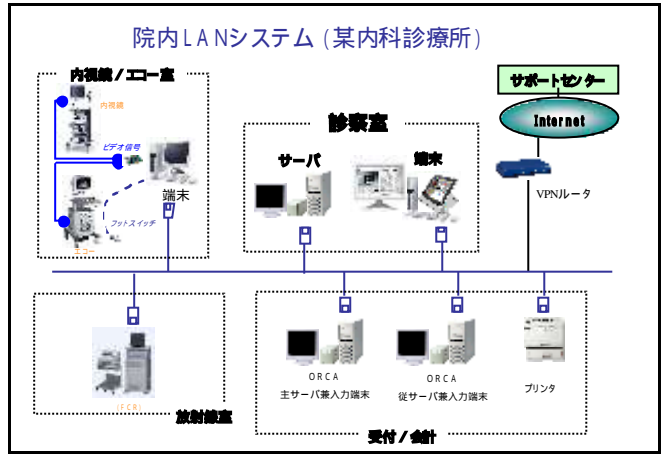
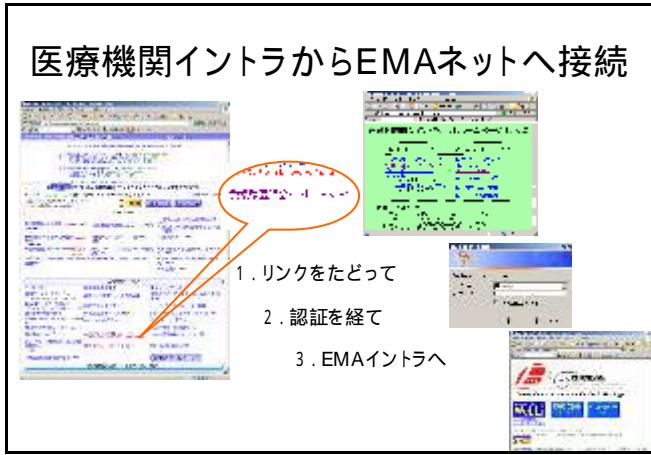
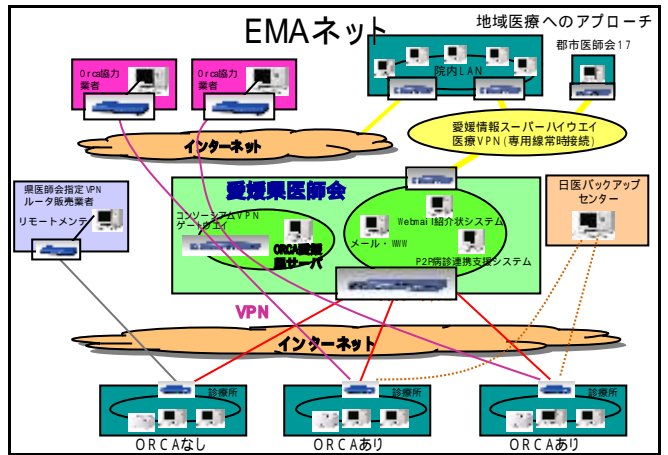
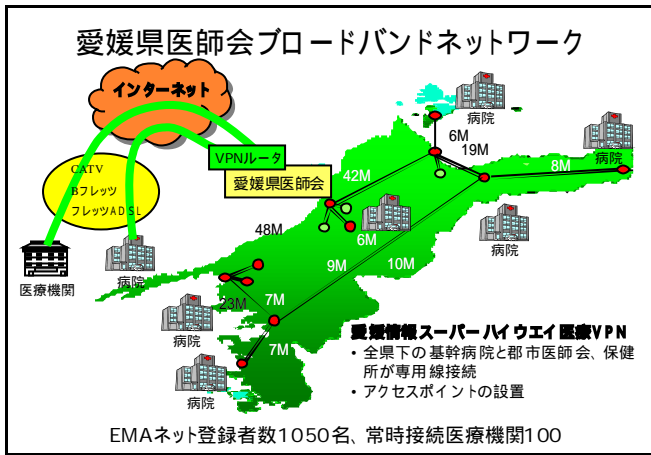
- メールアドレスの発行・管理
- メーリングリストの運営
- WebMail紹介状
- 医師、医療機関情報検索
- 講習会スケジュール
- 資料データベース化

### WebMail紹介状システムの導入

Fax紹介状に代わるネットワークによる患者紹介状システム



- 安全：閉じられたネットワーク内で暗号化通信
- 簡単：定型フォームの穴埋めで完成
- 親切：普段使うメールへ着信の通知
- 确实：各医療連携室が主治医の代行もできる



- ### 医療機関にとってのIT化とは？
- 診療所のIT化を例に
- ・ レセプト業務
  - ・ 診療録の管理(電子カルテ化など) **必須要素**
  - ・ 薬剤・材料管理
  - ・ 各種の帳簿、人事など経営の管理
- 外部との接続-----
- ・ 情報の管理(通達文章の管理など)
  - ・ 病診連携 **付加要素**
  - ・ 情報公開(ホームページなど)

- ### 医療機関においてIT化できるのは？
- ・ 医療機関自体にIT技術があるところ
  - AND / OR
  - ・ 設備投資できる運営基盤と強い意志があるところ
- 医療機関は千差万別であり、それぞれの医療機関の実状に応じた個性的なIT化がある

## 情報化における医師会のスタンス

### 1. 個性の尊重

医療機関におけるIT化はそれぞれの事情や実力に応じた個性的なIT化となる。

### 2. ネットワーク基盤の提供

愛媛県医師会のEMAネットは、各医療機関の個性を尊重し、その上で情報の交換を容易かつ安全に行える基盤を提供しようというコンセンサスのもとに構築されてきている。

### 3. 利用者への安心で安全な医療情報提供

医師会を核とする堅実でバランスの取れた地域医療情報化こそが、一般利用者に対する安心で安全な医療情報提供の基盤となりえる。

## IT化における医師会の役割

- 会員向け、一般向け情報の発信
- 病診連携の中核、つなぎ
- 各医療機関におけるIT化の支援  
安全で容易なネットワークを提供する  
IT化の利点を実感できるサービスを提供する

地域共有型の電子カルテなどはまだ非現実的

実地医家の立場から の大きさを優先順位をつけることすれば

## e-Japan2004の具体的施策

### 1. ITを活用した医療情報の連携活用

- ① 保健医療分野における認証基盤の開発・整備：2005年度までに
- ② 電子カルテの医療機関外での保存の容認：2004年度中に
- ③ セキュリティ等に関するガイドライン：2005年度までのできるだけ早期に
- ④ 電子カルテの連携活用を行う医療機関への支援：2005年度中に結論

時期尚早？

### 2. ITを活用した医療に関する情報の提供

1. 医療機関の機能評価等：2004年度末までに2000医療機関
2. 医療情報のデータベース化、インターネットによる情報提供：2004年度以降も
3. 医療機関の情報公開の促進：2005年度中に結論

### 3. 電子カルテの普及促進

1. 電子カルテの用語・コードの標準化及び相互運用性の確保：2006年度までに
2. 診療情報の電子化など医療分野でのIT利用促進：2004年9月までに結論
3. 医療情報化に係る人材育成：2006年度までに

### 4. レセプトの電算化及びオンライン請求

1. 医療機関への普及促進(コストを軽減するための具体的な方策)：2004年度中に結論
2. 審査支払機関及び保険者における電子レセプトへの対応整備：2004年度中に結論
3. オンライン請求開始に向けた体制整備：2004年度中に結論

### 5. 遠隔医療の普及促進：2005年度までに

## 在宅支援システムとしての有用性

### • 指標

- 満足度調査(患者、家族、医療者)
- 終末の場所、在宅で過ごした期間vs入院していた期間
- 在宅がん患者に対応可能な施設数の推移
- 施設規模別の麻薬使用量、麻薬取り扱い医師数の推移

### • サービス需要、利用者数の伸び

- 結果的にいいものだけが受け入れられ、伸びる
  - 満足度の高いもの、納得できるもの、経済効率がいいもの

## 本年度の成果と今後の計画

### • 1年目の成果

- システムの構築(チーム、テレビ電話、ネットワーク)
- 在宅支援マニュアルの作成とHP公開
- 患者支援プログラム稼働による利用者数の伸びを分析
- 在宅がん患者を支える地域医療の実態を把握

### • 計画

- 2年目:システム & マニュアルの拡充とアンケート調査、症例の蓄積、分析
- 3年目:システムの需要の伸び、実績に基づいたがん患者在宅支援システムモデルの提案

## おまけ

### 病院の外来混雑を緩和する方策(私案)

- 専門性を必要としない外来患者で病院勤務医は疲労困憊、専門性が必要な患者への対応がおろそかになっている
- 診療所は高い、設備の整った病院に来たがるのは当然
  - 病院は安い、設備が整っている、24時間医師が常駐
  - < - 待つのを我慢すればとても安心
- 保険財政を圧迫しないで受診を誘導する方策
  - 紹介状なしの場合は保険診療の自己負担率を上げる
  - 同一病院内の複数診療科を受診すればそのつどに再診料を
  - 長期処方では期間に比例して患者負担を相応に
    - 患者受診を減らす苦肉の策として利用されている長期処方患者をさらに呼び込む結果に

H10年度	第1回 緩和医療講習会 H10年12月12日(土)	「疼痛対処法 -ペインクリニックの立場から-」 天川和彦 「麻薬の使い方」 佐伯英行 「呼吸困難(吸痰、酸素療法)」 森高智典 「摂取障害、イレウス」 松坂俊光
	第2回 緩和医療講習会 H11年 1月 9日(土)	「緩和医療に於ける補液上の注意点」 兵頭一之介 「カテーテル、フォーリー、IVH、リザーバー等の管理」 セコム 佐藤美奈子 「不眠不穏とうつ対策 -サイコロジーへの立場から-」 広島大学医学部 高畑紳一 「在宅でのリハビリテーションの実際」 塩見謙治
	第3回 緩和医療講習会 H11年 2月27日(土)	「がんの緩和医療における生命倫理的考察」 京都大学名誉教授 星野一正 「病診連携を円滑にするには」 ~患者の満足度の向上をめざして~ 江口研二 「松山市医師会病診連携小委員会の経緯」 上甲裕継
H11年度	第4回 緩和医療講習会 H12年 2月24日(木)	「がん患者のためのこころのケア」 ~ サイコoncologyについて ~ 三上一郎 「難治性がん性神経因性疼痛のメカニズムとその治療」~ 患者の権利と緩和ケアの向上に向けて 国立がんセンター中央病院 下山直人~
H12年度	第5回 緩和医療講習会 H13年 1月13日(土)	「がん緩和医療における疼痛対策」 国立がんセンター中央病院 平賀一陽
	第6回 緩和医療講習会 H13年 3月10日(土)	「24時間在宅ケア支援体制をめざす取り組みにについて」 森菊子 「在宅ホスピスケアにおける地域ネットワークの構築に向けて」 福島労災病院 蘆野吉和
H13年度	第7回 緩和医療講習会 H14年 3月 9日(土)	「がんと心」 ~サイコoncologyへの招待~ 東海大学医学部精神神経科 保坂 隆
	第8回 在宅医療講習会 H14年 3月28日(木)	「在宅医療講習会」~ 在宅支援を現場から考える ~ 一井美哉子、渡辺八重子、石田けい子、永井康徳、亀井敏光
H14年度	第1回在宅医療懇話会 H14年11月26日(火) 医師35名参加	「在宅医療の現状」 ~ 「基幹病院の立場から」 松坂俊光 こんな点が困っている・こんな工夫をやっている~ 「中小病院の立場から」 山下治彦 「一般診療所の立場から」 藤原壽則 「在宅専門診療所の立場から」 永井康徳
	第2回在宅医療懇話会 H15年 1月28日(火) 100名参加	「在宅医療における私たちの役割」 ~こんな点が困っている・こんな工夫をやっている~ 地域連携室 高須賀紀子 ケアマネ 矢川ひとみ、喜井伊久里 訪問看護ステーション 梶原厚子 ヘルパーステーション 真島英子 診療所 亀井敏光
	第3回在宅医療懇話会 H15年 3月27日(木) 約80名参加	松山市医師会アンケート報告 上甲裕継 「すごいといわれる在宅ケアを目指して」~個の医療を目指していかに連携をとるか~ 新宿ヒロクリニック 英 裕雄
H15年度	第1回在宅医療懇話会 H15年10月18日(土) 124名参加 追加開催	『来て 見て 触ってこれがハイテク在宅医療機器だ!』 在宅酸素療法(HOT) 鼻マスク間歇的陽圧人工呼吸療法(NIPPV) 在宅自己腹膜透析療法(CAPD) 在宅中心静脈栄養療法(IVH)



	H15年11月 8日(土) 74名参加		胃瘻・気管切開カニューレ
	第2回在宅医療懇話会 H15年11月21日(金) 93名(内医師19名)参加	口から食べると元気になります～今日からできる 口腔ケア～	口腔ケアの必要性について 加藤 弘正 口腔ケアの実技 松井 寛子 嚥下テストや嚥下リハビリの実際 岡田 純子
	第3回在宅医療懇話会 H16年 2月28日(土) 医師30名、歯科医師2 名、コメディカル69名参加	介護保険はこう変わる！ ～主治医機能とケアカン ファレンス～	松山市介護保険課 課長 上河内 孝 尾道市医師会長 片山 壽
H16年度	第1回在宅医療懇話会 H16年8月21日(土) 医師30名、歯科医師2 名、コメディカル71名参加	「こんなときどうしたらいい の？～在宅でよくある皮 膚のトラブル～」 シンポジスト	「在宅診療における皮膚科疾患 ～褥瘡、疥癬、皮 膚真菌症、湿疹皮膚炎群など～」 定本靖司 定本靖司、宮内俊次、平田康隆、石田けい子、岡 本末子
	第2回在宅医療懇話会 H16年10月20日(土) 医師33名、歯科医師1 名、コメディカル32名参加	《アンケート報告》「在宅医療に対する診療所の取り組みについて」 「地域連携ネットワーク型在宅医療の実践 ～在宅医療におけるITの活用～」 ナカノ在宅医療クリニック院長 中野一司	上甲裕繼 「在宅医療におけるITの活用～」
	第3回 在宅医療懇話会 H17年02月19日(土) 医師27名、歯科医師2 名、コメディカル121名	「介護保険の問題点と今 後の展望」 シンポジスト	「松山市の介護保険の現状と課題」 松山市保健福 祉部 介護保険課 課長 玉尾 敏彦 佐々木房江、渡部浩典、北新徹也、増田公彦、河 野仙三、喜井茂雅、重松祥子、八木まりえ

設問1. 貴医療機関の名称をお答え下さい。(＊・＃)

設問2. 貴医療機関は、有床診療所ですか、無床診療所ですか。

1. 有 床
2. 有床で届け出ているが、現在は入院患者を受け入れていない
3. 無 床

設問3. 主たる標榜科に○印をつけて下さい。(＊・＃)

- |             |           |           |         |
|-------------|-----------|-----------|---------|
| 1. 内科       | 2. 外科     | 3. 整形外科   | 4. 産婦人科 |
| 5. 小児科      | 6. 耳鼻咽喉科  | 7. 皮膚科    | 8. 泌尿器科 |
| 9. 眼科       | 10. 精神神経科 | 11. 脳神経外科 | 12. 麻酔科 |
| 13. その他 ( ) |           |           |         |

設問4. (定期的に) 訪問診療を行っていますか。

1. 行っている
2. 行っていない

設問5. (患家の依頼による) 往診を行っていますか。

1. 行っている
2. 行っていない

設問6. 貴医療機関の在宅医療に対する取り組みについてお伺いします。主治医 (かかりつけ医) について、(＊・＃)

1. 主治医 (かかりつけ医) として在宅医療に積極的に取り組みたい
2. 要請があれば主治医 (かかりつけ医) として引き受ける
3. 主治医 (かかりつけ医) として在宅医療に関わる予定はない

以下は、在宅医療における診診連携についての質問です。

設問7. 主治医 (かかりつけ医) が、不在時の対応など協力して連携を図ることにより、在宅医療に参加しやすい状況を作りたいと考えていますが、その主治医より連携を求められたとき、(＃)

<在総診の24時間連携体制加算のこととは限りません>

1. 協力の要請があれば往診する

2. 協力の要請があれば条件により往診する
3. 協力できない

設問8. 他科の医療機関との連携を図ることにより、在宅医療のレベルアップを図り充実させることを検討していますが、他科の先生から専門分野についての連携を求められたとき、(#)

1. 協力の要請があれば往診する
2. 協力の要請があれば条件により往診する
3. 協力できない

設問9. 設問8で「1. 往診する」または「2. 条件により往診する」とお答えになった先生にご質問します。(＃)

- ①往診していただける範囲は、距離又は時間にしてどのくらいでしょうか。  
(            Km) 又は (            分) まで
- ②往診に行きやすい曜日や時間帯があれば教えてください。  
(例えば、木曜日の午後など)
- ③依頼の連絡をするのに都合の良い時間帯、都合の悪い時間帯はありますか。あれば教えてください。(例えば、水曜日の午後は手術なので困る など)
- ④その他に何か条件とか、ご希望がありますか。

設問10～13は、設問2で「1. 有床」とお答えになった先生のみお答え下さい。それ以外の先生は、設問14にお進み下さい。

診診連携では、他科の先生や無床診療所の先生から、入院を要請される場合もあると思われます。そこで、

設問10. 他の診療所で在宅医療を行っている患者さんが、先生の専門科の疾病や外傷で、入院が必要となった場合に入院の受け入れは可能ですか。(＃)

1. 受け入れる
2. 条件により受け入れる
3. 受け入れは難しい

設問11. 設問10で「2. 条件により受け入れる」とお答えになられた先生にご質問致します。「条件により」とはどのような条件でしょうか。出来るだけ具体的にお願いします。(＃)

(例えば、時間帯、全身状態、痴呆の程度、介護度、緊急の場合など)

設問1 2. レスパイト（注）を含めた短期入院の受け入れは可能ですか。（＃）

（注）レスパイト(respite) : respite とは、「息抜き」「一時休止」「猶予」などの意味で、ここでは「障害のある人のケアを家族から一時的に代行することによって障害のある本人と家族にもうひとつの時間と機会を提供する、家族支援のひとつ」と考えください。

1. 受け入れる
2. 条件により受け入れる
3. 受け入れは難しい

設問1 3. 設問1 2で「2. 条件により受け入れる」とお答えになられた先生にご質問致します。「条件により」とはどのような条件でしょうか。出来るだけ具体的にお答え下さい。（＃）

すべての先生にご回答をお願いします。

設問1 4. 情報公開についてのご質問です。

①\*印の項目について、松山市医師会公開ホームページに、先生のご回答を公開することに同意いただけますか。

1. 同意する
2. 同意しない

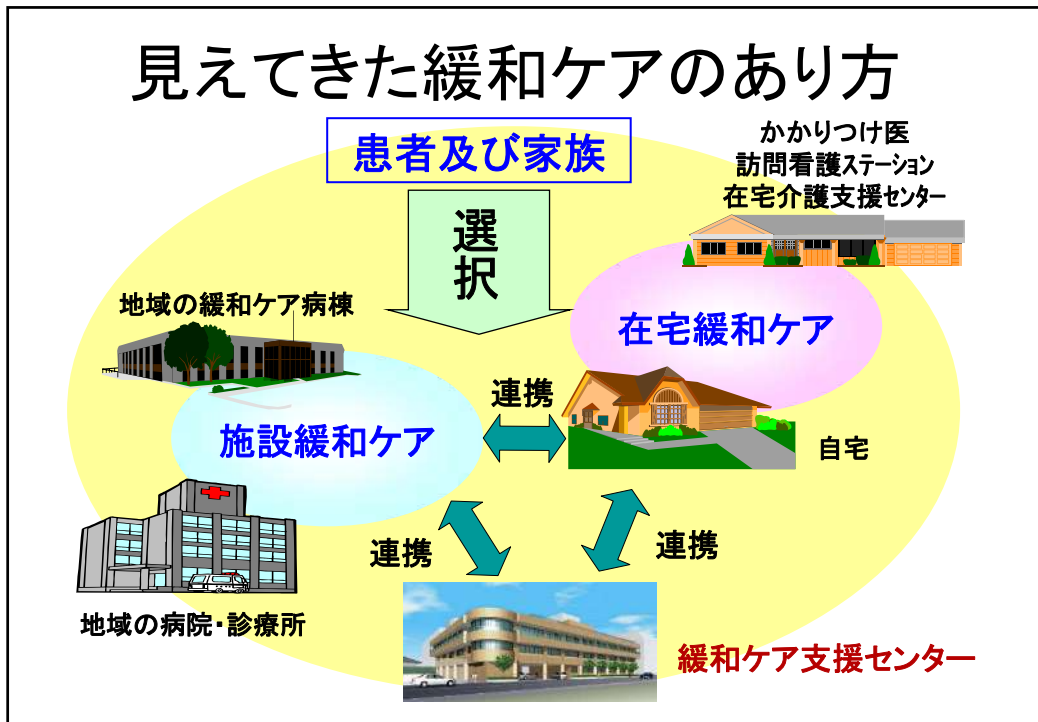
②#印の項目について、病診連携ガイドの更新を行い、医療機関と介護関連事業所に対して公開することに同意いただけますか。

1. 同意する
2. 同意しない

ご多忙のところ、ご協力いただきまして、本当にありがとうございました。



# 見えてきた緩和ケアのあり方

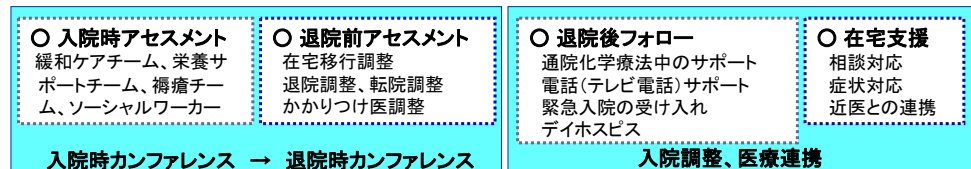


## がん専門病院における患者支援機能

- ・ よろず相談、医療相談、がん情報・地域医療情報の提供



- ・ 入退院、通院在宅など患者さんの動きにあわせたサポート



支援センターがネットワークの中心となって患者視点の療養支援を行い、24時間365日の安全と安心を保障することが重要である。

## 第2回関東班会議において谷水が提示したプレゼンテーションまとめ 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 谷水正人

地域における在宅医療推進のためには地域医師会の活動が重要であり、他方在宅医療には直接関わることがないがん専門病院にも在宅医療支援の視点を持った取り組みが必要である。我々は第3次対がん総合戦略研究事業の研究費を得て四国がんセンターをフィールドとした専門病院としての在宅支援のあり方を検討している。また地域の松山市医師会でも医師会としての在宅医療支援の取り組みが立ち上がってきている。本検討会ではそれらを提示した。

がん専門病院としては緩和ケア病棟が単に終末期の安らかな療養環境を提供することにとどまることなく、地域緩和ケア支援センターとして地域に向けた核としての活動を進めることが重要であると考えている。また地域医師会は医療機関の機会均等、平等性を重視するため、在宅専門医というよりごく普通のかかりつけ医に対する在宅医療支援を考えることになる。今回の討議を通じてそれぞれに多くの課題を抱えていることが浮き彫りになった。

平成18年4月に新築移転する四国がんセンターに「がん相談支援・情報センター」が設立されることになったのは勇美財団の本研究活動に多くの刺激を受けた結果である。我々の描く「がん相談支援・情報センター」の構想を2枚スライドに提示して本研究事業から得た我々の成果としたい（提示資料の最後のページに添付）。

## 何が在宅での看取りを可能にするのか

当院における末期がんターミナルケア  
74例の検討

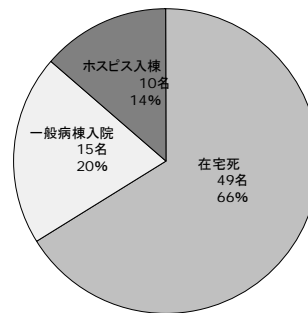
鈴木内科医院 鈴木 央 鈴木 荘一

## 方法

- 当院が関わった平成11年7月から平成16年3月までの末期がんターミナルケアのケース74人について、在宅で最期を迎えられた方々「在宅死」と途中で入院した方々「入院死」を比較検討した。

	入院死	在宅死	全体	有意差
男/女比	14/11	23/26	37/37	なし( $\chi^2$ 検定)
年齢(歳)	68.4±12.5	74.2±14.8	72.2±14.2	なし(t検定)
在宅医療期間(日)	74.5±122	102±64	92.5±151	なし(t検定)
週あたりの平均訪問回数(回/週)	4.46±0.38	4.73±0.56	4.64±2.84	なし(t検定)

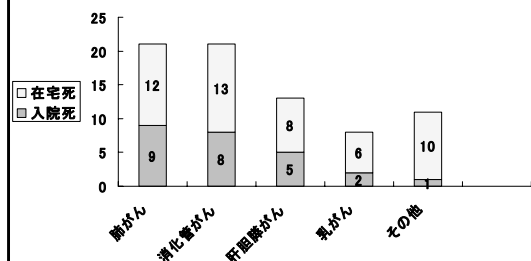
## 転帰



## 年齢と転帰

	平均年齢±SD	
入院死	68.4±12.8	N.S.
在宅死	74.2±14.8	

## がん部位別と転帰





### 在宅医療期間

	平均±SD(日)	
入院死	74.5±122.1	N.S.
在宅死	101.8±163.6	

### 週当たりの訪問回数

	平均±SD(回/週)	
入院死	4.5±3.4	N.S.
在宅死	4.7±2.6	

### 有意ではなかった検討項目

検討項目	入院死(n=25)	在宅死(n=49)	全体(n=74)	有意差(χ <sup>2</sup> 検定)
疼痛の合併率	64.0%	69.4%	67.8%	なし
強オピオイド使用率	52.0%	65.3%	60.8%	なし
ステロイド使用	44.0%	53.1%	50.0%	なし
輸液施行率	24.0%	32.7%	29.7%	なし
病名告知率	84.0%	75.5%	78.4%	なし
通院前病院訪問施行	28.0%	30.6%	29.7%	なし
経済的困窮	20.0%	12.2%	14.9%	なし

### 有意であった検討項目

	入院死(n=25)	在宅死(n=49)	全体(n=74)	有意差(χ <sup>2</sup> 検定)
家族介護者がいる	76.0%	98.0%	90.5%	あり p<0.05
苦痛の解決	68.0%	87.8%	81.1%	あり p<0.05
訪問看護導入	36.0%	69.4%	58.1%	あり p<0.05
本人の在宅死希望	44.0%	93.9%	29.7%	あり p<0.005
家族の在宅死容認	8.0%	89.8%	62.2%	あり p<0.005

### 最も影響の大きな因子は？

	オッズ比	95%区間推定	集中係数
苦痛の解決	3.25	1.02~10.4	0.055
訪問看護導入	3.87	1.41~10.5	0.09
介護者の有無	10.8	1.70~68.7	0.12
在宅死への希望(本人)	16.8	4.39~63.4	0.30
在宅死への容認(家族)	76.1	15.8~368.7	0.60

家族から地域に、そして再び家族へ

鈴木内科医院 鈴木 央

筆者の研究は、在宅死を可能にする大きな要因のひとつに「家族」の問題があることを提示した。したがって、本人と同等に家族が、在宅ケアのきわめて重要な対象であると考えた。さらに進めて考えると、医療やケアが介入する以前に、在宅ケアを受ける本人の「家族」という受け皿がしっかりしていなければ、「在宅死」が成立しにくいということもできる。

この1年間の「在宅医療を推進するための会・実践編」の議論を通じ、「家族」だけでなく「地域」の存在に目をむけることとなった。家族が集合し、家族と同様に喜怒哀楽を共有する「地域」のサポートが在宅ケア、ひいては「生活や人生に寄り添う医療」にとって必要であることが痛感された。

そのサポートは、地域の医療介護資源に限らず(一部の医師の意識改革はいまだ大きな問題であるが)、さらに広い周辺の人々を巻き込んだ形のものでなければならないのであろう。とすれば、地域への啓蒙活動も重要になってくる。マスコミを通じた情報提供も重要であろう。それらを通じて、ホスピスマーブメントと同様に、市民から自然発生した「自宅で看取るカルチャー」に昇華することができないであろうか。もしかすると現代社会が抱える問題のいくつかは、多少癒されるのかも知れない。

一方、国民の80%以上が病院で死んでいる現実は無視できない。簡単には意識改革は進まないのかもしれない。

最近、考えていることがある。もし市民にとって、「自宅で看取るカルチャー」が簡単には受け入れられないとすれば、すなわち共通の価値観として共有することが難しいのであれば、「家族を大切にす文化」を同時に奨めることが、結果的に「自宅での看取り」を促進するのかもしれない。

本当に家族を大切にすなら、自宅で、あるいはその地域で看取るほうがよい。家族を始め地域のさまざまな人間が懸命に関わった結果として、看取られた方々は、少なくとも不幸ではない。人生の意味が幸福に生きることであるならば、このような看取りは大きな意味を持つのかもしれない。

少なくとも筆者については、この仕事を始め、自らの家族への関わり方は変容した。

この会で学び始めてもうすぐ1年になる。再び家族への関わりへ戻ってきている自分がいる。日常の外来診療の中で、少しずつ成長する家族を見守り、少しずつ老いてきている家族と相対し、家族間のそれぞれの思いを受け止め、フィードバックし、家族として解決をすることを支える。家族の決断として、最期の日々を自宅でと望むのであれば、在宅医療を行い、できる限りの援助を行う。地域の施設での日々を望めば可能な範囲で助ける。啓蒙活動をはじめとした地域への関わりも続け、自院に来院する家族へのこのようなあたりまえのアプローチも行う。忙しいものの結構幸せなのかもしれない。この会での教えに感謝したい。

(財)在宅医療助成 勇美記念財団  
第3回在宅医療推進のための会(実践編)

市川市医師会在宅医療支援事業について

平成17年5月30日  
全共連ビル本館  
市川市医師会 会長 土橋正彦



## 市川市医師会 地域医療支援センター

1996(平成8)年10月12日  
開設

### 在宅ケアモデル事業の経緯と課題

市川市  
「在宅ケア総合システム推進モデル事業」  
1992-1993(平成4-5年)

#### 在宅モデル事業での課題(1) モデルケース10例の分析(17課題)

- 在宅療養者の移送サービス
- 介護者の疲労と療養者への虐待
- 介護者の疲労に対する援助
- 訪問拒否ケースの対応
- 福祉用品の選択肢の拡大
- 家族の望みの理解
- プライバシーの問題(個人情報管理)
- 住宅改良や助成
- ホームヘルパーの派遣

#### 在宅モデル事業での課題(2) モデルケース10例の分析(17課題)

- 保健・医療・福祉の情報一元化
- 往診医と専門医の確保
- ハイテク在宅医療や末期医療への対応
- 医療材料および医療機器の整備
- MRSA等の感染対策
- 訪問指導と訪問看護の整合性
- 地域住民の意識啓発
- ボランティアの位置付けと支援

#### 在宅医療における医療経済上の問題と課題

- 1. 吸引器等の医療機器が高価、衛生管理や保守が不適切
- 2. 医療材料は、  
単品購入が困難・最新の医療材料の入手困難  
在庫が生じて不経済  
(吸引カテーテル、胃チューブ、バルーンカテなど)
- 3. じょく創など処置が多いとガーゼ類の消耗が多い
- 4. 適切な医療材料の選択と使用
- 5. 医療保険で賄い切れない医療材料が多く、医療機関や  
家族の経済的負担が大きい

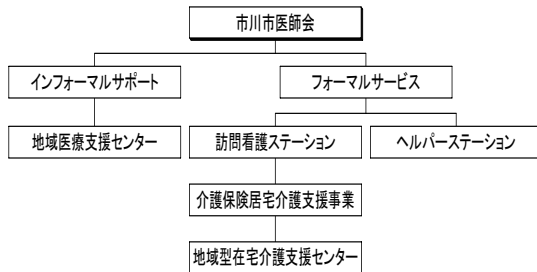
## 市川市地域医療支援センター

開設目的  
地域の医療保健福祉に携わる人々の支援  
1996(平成8)年10月

## 市川市医師会地域医療支援センターの事業内容

- 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

## 市川市医師会在宅医療支援事業



## 医療機器

- 喀痰吸引器
- ネブライザー
- パルスオキシメーター
- 酸素濃縮装置
- 点滴台
- 心電モニター
- 血糖測定器
- 車椅子・その他

## 医療材料

- ガーゼ・綿球
- 胃チューブ各種
- 経管栄養セット
- 留置バルーン各種
- 導尿バック
- 吸引カテーテル各種
- 消毒液
- テープ・その他

## 地域医療支援センター専用車両



## 在宅医療支援室とIT化



## 喀痰吸引器

- スケルトン型
- 分解・滅菌容易
- 消耗品在庫
- 部品在庫
- メーカー支援体制
- 105台保有



## 分解洗浄滅菌中の喀痰吸引器



## EOガス滅菌とオートクレーブ



## 衛生材料(ガーゼ類)の小分けと滅菌



## 酸素濃縮装置(緊急用2台保有)



## 医療材料在庫棚



### 消毒用薬品の在庫



### 医療材料展示



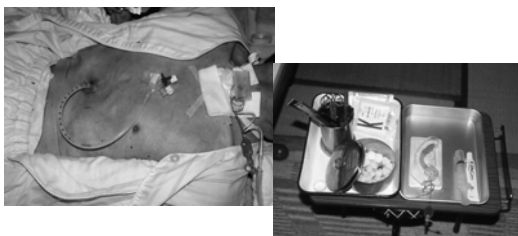
### 医療機器・衛生材料の利用状況



### 衛生材料を多量に消耗するじょく創の処置



### 気管カニューレ交換とPEGの処置 消毒用のキット



### 視聴覚室 在宅ケアビデオ



## ヘルパー研修等の開催

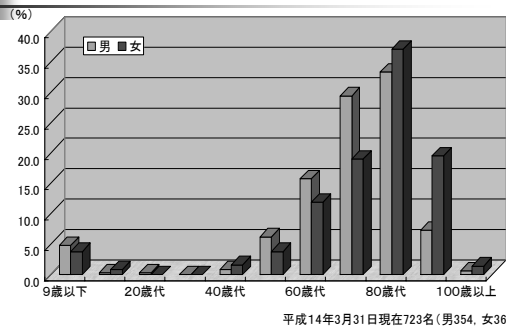


## ALSの患者さんとボランティア 地域のインフォーマルサポートとの連携



図

市川市医師会地域医療支援センター登録者（性・年齢階層別割合）



## 地域医療支援センターの現状

- 現在までに1000人以上の在宅医療を支援
- 70歳、80歳の高齢者が大多数
- 9歳以下の乳幼児の在宅医療が5%
- 乳幼児は先天性の障害が多い
- 中高年は悪性新生物、神経難病が多い
- 在宅医療はすべての年齢が対象

## 介護保険サービス利用状況の実態調査報告

日医総研・市川市医師会共同研究 WP No. 30

- 訪問介護は身体介護が56.0%で、他施設の30%以下より多い。
- 要介護3以上が56.6%を占め、全国平均34.5%より多い。
- 医師会立の居宅介護支援事業は医療ニーズの高い重症例を担当している。

## 地域医療と在宅医療

住み慣れた地域ですべての人が性差・年齢差病気や障害の有無にかかわらずに安心して自立して暮らすことを支えるための地域医療

## 「市川市医師会在宅医療支援事業について」

土橋 正彦（市川市医師会 会長・土橋医院 院長）

はじめに

市川市医師会は、地域の保健医療福祉ネットワーク構築の拠点となる地域医療支援センターを独自に開設し、地域の社会資源との連携を中心に一定の成果を得ているので紹介をしたい。地域医療支援センターは、厚生労働省が新ゴールドプランの整備目標に掲げていた在宅介護支援センターとは異なり、インフォーマルサポートの位置付けて在宅医療の支援を中心に市川市医師会が公益法人の立場で事業を展開しているものである。また、市川市医師会は介護保険の施行に伴い、スライドのように医師会立訪問看護ステーション、居宅介護支援事業、市川市福祉公社ヘルパーステーションの誘致、地域型在宅介護支援センター等を整備し、これらのフォーマルサービスとインフォーマルサポートである地域医療支援センターを地域ケアシステムの両輪として協働させ、良質な社会資源の提供を目指している。

市川市医師会地域医療支援センターの機能

地域医療支援センターは、1996年10月に医師会館内に開設され、地域の保健・医療・福祉担当者の活動の支援を開始した。本事業は、在宅医療に取り組む医師、訪問看護師、ヘルパー、保健師、家族、ボランティアなど広く地域ケアに活躍する人的社会資源を孤立させることなく物心において支えることを目標としている。すなわち、在宅医療を受けている療養者に直接的に居宅サービスや対人医療サービスを提供するのではなく、在宅医療を実践している人々を支援することを基本としている。結果的には在宅療養者を中心に事業が進められているが、今日までに在宅医療の支援を受けるために地域医療支援センターに登録された療養者は1300人を超えている。

開設当初は、利用者を寝たきりの高齢者を想定していたが、実際はスライドのように零歳の乳児から100歳の高齢者まで幅広い年齢層にわたっている。高齢者の登録者が多いのは当然であるが、9歳以下の小児が5%程度を占めており、在宅医療は高齢者だけのものではなく小児の在宅医療にも対応しなくてはなら



ないことが明らかになった。小児の在宅医療は、先天性の障害児を自宅で介護していることが多いが、その実態は十分には把握できていない。母親等の介護者が孤立しないように支援体制を早急に整備し、地域での障害者医療を確立する必要がある。地域医療支援センターの事業内容をスライドに示し、主な事業について紹介する。

#### 医療機器材料の地域サプライセンター

喀痰吸引器の無料貸出は、地域医療支援センターの主要な事業であるが、現在100台以上を保有している。吸引器は定期的に分解洗浄、EOガス滅菌、オイル等部品交換、吸引圧測定などのメンテナンスを実施して最良の状態で管理再使用している。吸引器を安全に使用するためには定期的な点検や滅菌は必須のことであり、このサービスを地域で安定して継続的に供給可能とする組織は、現状では地区医師会以外には無いと考えている。

吸引器は医療機器であることから、貸出はあくまでも主治医に対して行うこととし、医師が記入した貸出依頼書の提出を必須とし、主治医の管理下で使用される。

在宅医療を維持するためには、様々な医療機器材料が必要になるが、これらの供給は、訪問診療している主治医の医療機関から提供されるのが通例である。しかし、診療所ではこれら多種多様な医療機器材料を常時在庫することは困難であり、特に医療材料のカテーテル、チューブ類は様々なサイズがありすべてを揃えることは不経済でもある。在宅医療を受ける患者に適切な医療材料を必要な量、迅速に提供するためには、地域にこれらを供給するサプライセンターが必要となる。すなわち、病院の病棟にあるナースステーション的な機能が地域に必要であり、地域医療支援センターは、これらの機能を果せると考えている。

提供している医療機器材料は200種以上であるが、主要なものをスライドに示した。また、これらの供給は、吸引器と同様に主治医からの依頼書により医師に対して提供する立場を取っている。医療機器材料等の貸出は、家族や介護者がセンターに来館して担当の看護師から指導を受けた後に、付属品や消耗品と共に引き渡すことを原則としているが、来館できない場合は療養者宅を訪問して届けることもある。その他、在宅医療を快適に維持するうえで様々な備品や材料が必要

とされるが、最新の製品を研究して現場での使用を提案して行くことも大切で、これらは医師会の担当医師や看護師が検討し適宜採用している。

さらに地域医療支援センターでは、在宅医療のコーディネーターを医師会立訪問看護ステーションの看護師が兼任して担当し、医療機関、他の訪問看護ステーション、保健所、市保健センター、家族等からの問い合わせに対応するため相談窓口を開設している。

また、図書・VTR視聴覚室を設置し、医師、保健師、訪問看護師、ヘルパー、患者家族など在宅ケア担当者に対して、在宅医療のVTR等の閲覧や貸出を行っている。

#### まとめ

これからの在宅医療は、多様な居宅サービス事業者とともに保健医療福祉ネットワークを構築して推進しなくてはならない。また、地域で得られる様々なフォーマルサービスとインフォーマルサポートを組み合わせて調整し、連続した援助を利用者に提供することが求められる。地域医療支援センターは、在宅医療への具体的な支援活動により地域の保健医療福祉ネットワークの拠点としての機能を持つことが可能と考えられ、一地区医師会の試みではあるが、約8年間の事業の実績を鑑み、関係者の評価と信頼を得ながらその役割を果し活動を継続して行きたいと考えている。

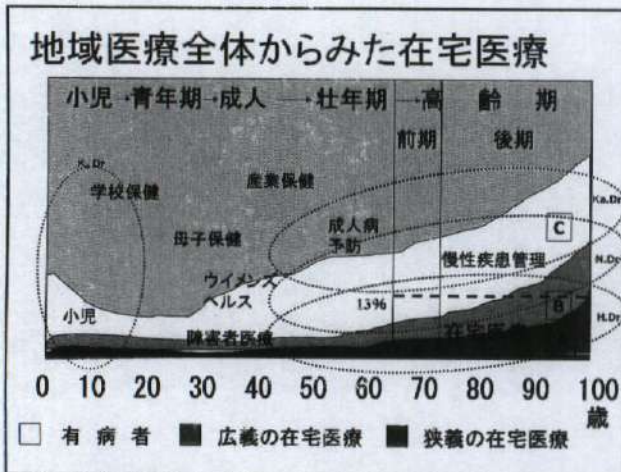
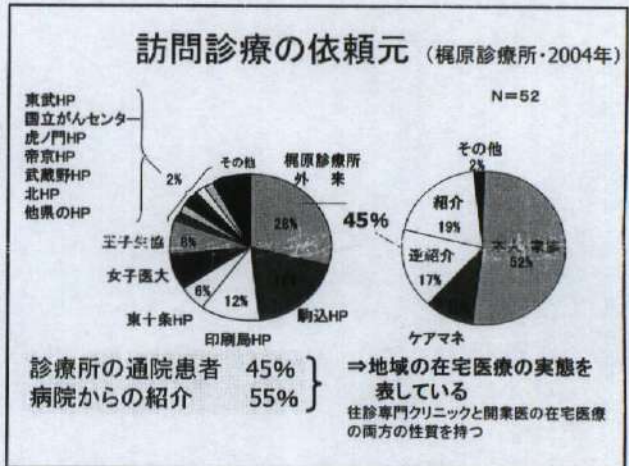
今後の地域医療支援センターの事業課題は、従来の在宅医療の範疇を越え、障害者医療等を含めて様々な方面に発展の可能性があり、他の地域においても検討され試行されることを切に願うものである。

在宅医療推進のための会・実践編(関東部会)  
 プレゼンテーション  
 地域から見た在宅医療の課題～特に高齢者医療について～

本日のテーマ

- 1 認知症の在宅医療
- 2 非がん疾患の在宅ホスピスを考える
- 3 在宅での急性期対応を考える

東京ふれあい医療生活協同組合・梶原診療所  
 在宅サポートセンター 平原 佐斗司 2005. 6. 24



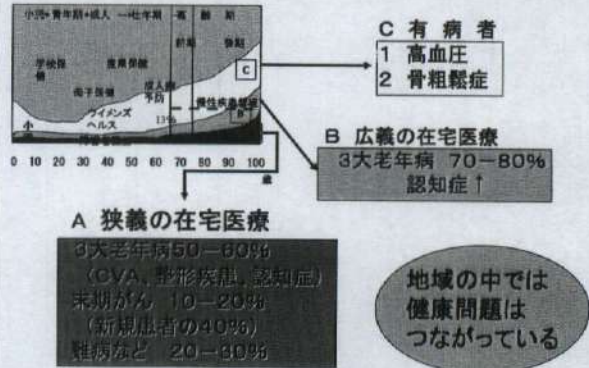
## 広義の在宅医療(外来医療)

疾患によって生活障害・ADL障害を発生し、生活に何らかの援助を要するが、通院可能な在宅対象者への外来医療

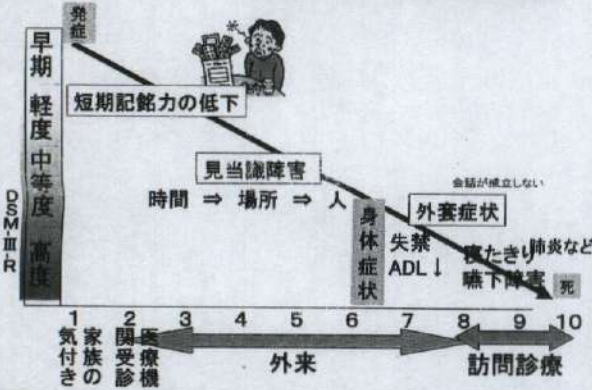


\* 3大老年病の割合が高い \* 予防的介入が重要

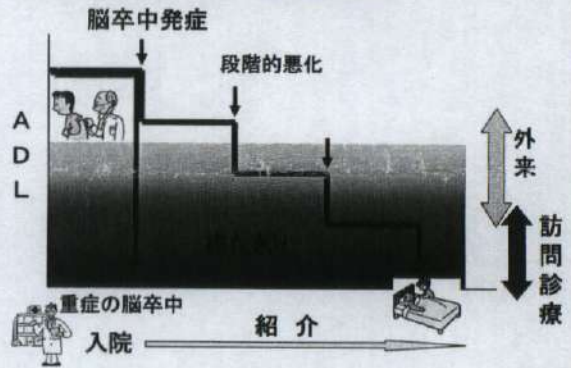
## 地域医療全体からみた在宅医療



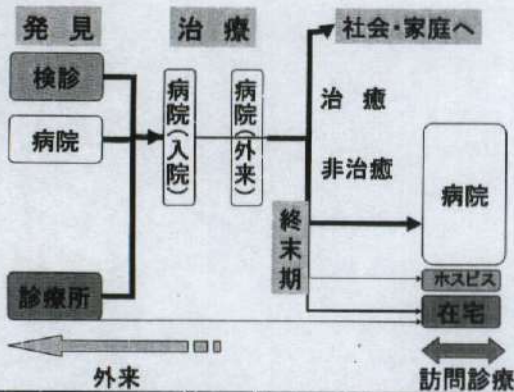
## アルツハイマー型痴呆の自然経過



## 脳血管障害の自然経過



## 癌の経過



## 1 認知症の在宅医療

### 認知症ケアにおけるかかりつけ医の役割の重要性

- **かかりつけ医の有無** (H8年北区高齢者生活実態意向調査)  
かかりつけ医ある **85.7%**
  - **老人性痴呆に関する家族意識の調査報告書** (3000組)  
本人 配偶者  
相談先 **かかりつけ医 54.5%、63.7%**  
役所 15.5%、18.5%  
大学病院 13.3%、11.6%
- 老人科、心療内科 7割  
精神科 1割

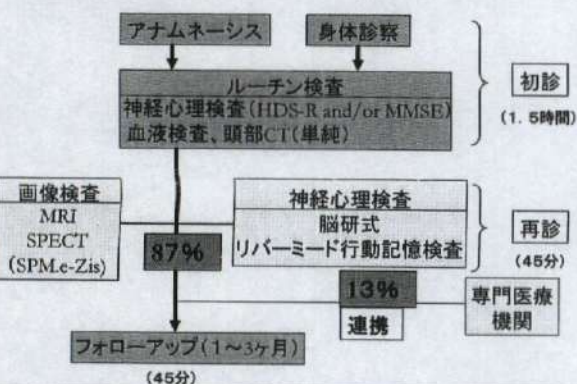
⇒ 医療機関の外来は最も認知症を見つけにくい場。  
しかし、もっとも早期で見つけることができる場もかかりつけ医

### 高齢者ケア外来の様子

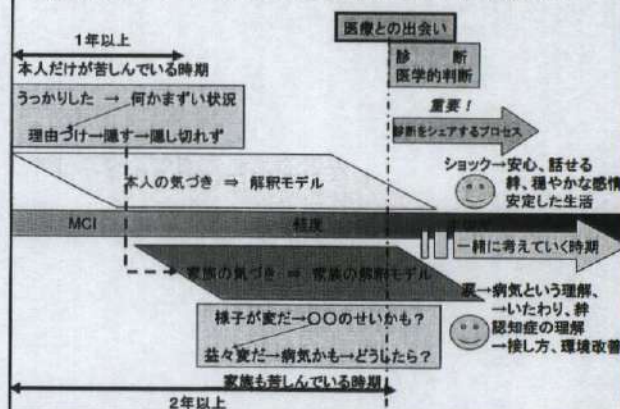


写真の使用についてはお断り、ご家族のご許可を頂戴しております

### 当院での認知症の早期診断の方法

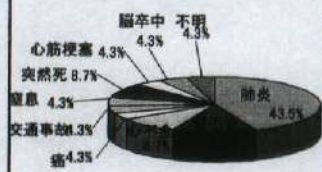


### 診断をシェアすることが最大の早期介入



### 認知症高齢者の死亡原因 (N=23)

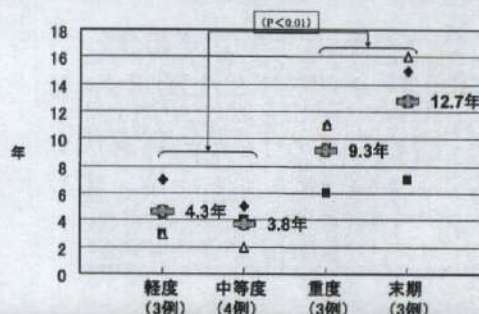
1999年7月より2005年1月まで診療を行った認知症患者114例(①MCI 4例、②アルツハイマー痴呆[ATD]65例、③脳血管性痴呆[VD]36例、④レビー小体型痴呆(DLB)6例、⑤コルサコフ症1例、⑥ピック病1例、原疾患不明1例)のうち、死亡が確認された23例



- \* 肺炎による死亡が43.5%
  - ・ ATD、VDとも第一位
  - ・ ATD末期は全例腫下肺炎による肺炎死だが、軽度、中等度にも肺炎死を認める
- \* 他の内科的合併症による死亡が34.8%
  - ・ 腎不全(13%)、癌(4.3%)などの致死性合併症
  - ・ 心疾患(13%)、脳卒中(4.3%)
- \* 突然死・事故死などが17.4%
  - ・ 突然死(8.7%)、交通事故、窒息(4.3%)
  - ・ 認知症の種類、ステージに関わらず

認知症の多くは合併症で死亡している  
→ 合併症の管理、早期発見を目的とした内科的管理・全身管理が重要  
→ 気軽に相談・受診できる在宅医の存在が重要  
→ 介護者、ケアスタッフの観察力、訪問看護による定期的な身体のアセスメント

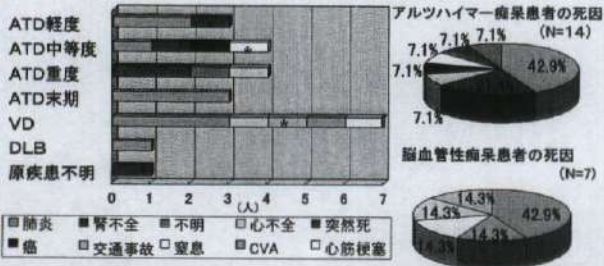
### 死亡時のATD重症度とATD罹病期間



- \* ATD13例の平均罹病期間は7.5±4.6年 (mean±SD)
- \* ATDの軽度、中等度での死亡患者のATD罹病期間4.0±1.6、重度、末期での死亡患者では11.0±3.7 (mean±SD)

軽度・中等度・重度の分類はICD-10、末期の分類はNHPCOの定義による

### 疾患別・ステージ別死亡原因



- ATDとVDともに肺炎死が最も多い
- ATD末期は全例肺炎死であるが、軽度中等度にも肺炎死が存在する
- ATD中等度、重度には腎不全や末期癌など致死性合併症が多く見られる
- VDにはCVAやAMIなど循環器系合併症による死亡が目立つ
- 認知症の種類、ステージに関わらず突然の死が認められた。

### ATD例の合併症と死亡原因

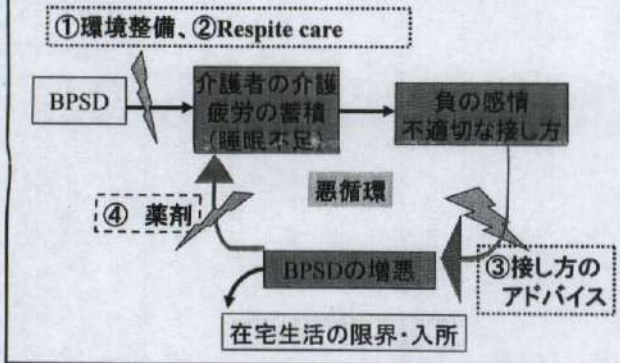
( ) 年齢

軽度	(94) PMH⇒突然死(肺梗塞疑)	(87) 骨髄質芽生症⇒歩行障害⇒肺炎	(76) 転倒⇒大腿骨頭部骨折⇒肺炎
中等度	(65) 喘息、肺血管性胸膜炎⇒肺炎	(76) 慢性腎不全⇒腎不全	(81) HT、AI、脳梗塞⇒膝下障害⇒肺炎
重度	(86) 心不全、貧血⇒原因不明(心不全疑)	(84) 腎不全、完全腸管ブロック⇒腎不全	(82) HT、腎不全⇒腎不全
末期	(96) AI⇒肺炎	(94) AI⇒肺炎	(91) 股関節骨折、硬膜下血腫⇒肺炎

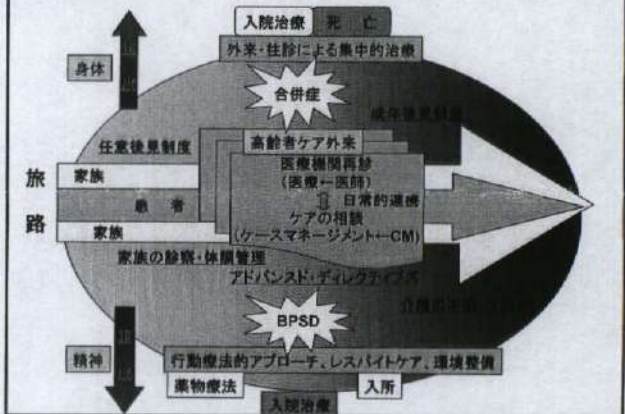
歩行障害 □ 致死性疾患合併 □ ATDによる死亡 □ 在宅ホスピス実施例

- 末期ATDの死亡は全例膝下障害による脳膿瘍肺炎であった
- 軽度から中等度の死亡例では歩行障害が致死性合併症を認めた
- 突然死例、原因不明例は軽度から重度病変までの各段階で認められた
- 在宅ホスピスケア実施例は5例(痴呆症23例中21.7%、ATD14例中35.7%)で、全例ATD(末期ATD3例と致死性合併症(腎不全)併発例2例)であった。
- (ATD以外の認知症は突然死、暴死を除いてすべて例外・急死)

### BPSDへの早期介入の重要性



### 高齢者ケア外来でのフォローアップ



### 認知症高齢者の地域ケア



### 2 非がん疾患の在宅ホスピスを考える

## 末期認知症のHospice care



アーバーホスピス

米国のホスピスプログラム：癌が53.6%に対して非癌が46.4%、認知症は6.9%を占める

## 末期認知症とは？

《痴呆の臨床的予後決定因子》 全米緩和ケア協会 (NHPCO)	
I 総合的機能評価	
A	進行した痴呆でも2年間位は生存する。 生存期間は、合併症や高齢者総合的機能評価を用いたケアの有無によって異なる
B	以下のすべてを満足すること。 1) 独歩不能 これは特に重要で、以下の重症痴呆の判断基準を満たしても、歩行が改善した痴呆患者は6か月以上生存することが証明されている。 2) 着脱衣介助 3) 入浴介助 4) 尿/便失禁 5) 意思伝達不能
II 老年症候群の合併	
A	進行した痴呆において、過去1年間に重度の老年症候群に対する治療を受けたか放置されたかは、生命予後を大きく左右する。
B	痴呆に合併する老年症候群 1) 顕微性肺炎 2) 上部尿路感染症(腎盂腎炎) 3) 菌血症 4) 褥瘡 5) 繰り返す発熱
C	嚥下困難や拒食があり、患者や関係者が経管栄養や静脈栄養を拒否すると、水分摂取、カロリー摂取が所たれ、生命は短期間に断たれる。 1) 経管栄養の適応となる栄養条件 a. 6か月間に10%以上の体重減少 b. 血清アルブミンが3.5g/dl未満

本家に在宅の意味で在宅ホスピスを行うタイミングは重度の嚥下障害と肺炎の出現

## 末期認知症で問題となる課題

- 経口摂取困難になった時tube feedingを行なうか？
- 感染症に対して抗生剤を使用するか？
- 他の合併症(腎不全など)の治療をどこまで行なうか？

## 末期認知症患者の経管栄養(含PEG)は...

## 末期認知症の発熱に対して抗生剤投与は必要か？

- 予後延長にならない
- 肺炎の予防にならない
- 栄養状態を改善しない
- 褥瘡の治療促進にならない
- QOLの改善にならない

Dr. Finucane 1999年 JAMA

- 軽症の認知症高齢者に対して積極的な治療を行なうと感染症による死亡を防ぐことができるが、重度の認知症高齢者に対して抗生剤治療を含む積極的治療により、生存日数が有意に長いということはなかった
- 抗生剤治療が発熱による不快感を早く取り除くという証拠がない

Fabiszewski, K.J. 1990 JAMA

我が国においては、これらの事実は確認されていない  
(在宅医の実感としては、ケアがよければもっと長期に生存するのではないか...)

## 発症から看取りまで

93歳女性、女手一つで、4人の男子を育て上げた。長男(弁護士)と嫁と同居。

ステージ	状況
軽度	平成11年頃から徐々に物忘れが目立つようになり、仕事もやめ、外出もあまりしなくなった。平成12年2月に「高齢者ケア外来」受診。HDS-Rは17点で近接記憶中心に低下が見られ、軽度アルツハイマー型痴呆(ATD)であると診断し、告知した。
中等度	平成13年6月にはHDS-Rは10点、平成14年7月には7点と中等度ATDとなり、中核症状の進行は比較的早かった。この頃、近接記憶の低下に加え、時間・場所の見当識障害が明確になり、経や子供の様なども分からなくなってきた。電話の使い方が分からない、夜にトイレの場所がわからなくなるなど、生活全般に介護が必要な状況となり、通所ケア・ホームヘルプなどのサービスの利用を行った。
重度	平成15年には尿失禁、便失禁が出現。常に介護者がそばにいないといけない状況となった。歩行も次第に介護を必要とする状況になり、重症ATDとなった。
末期	平成17年2月21日肺炎に罹患。在宅で治療を行なった。3月12日に再度肺炎となり、入院。完全おたまりとなった。3月28日に退院するも、29日往診時に肺炎持続していた。喘息薬下肺炎試験で全く陰性反応せず。高度の嚥下障害で医学的には経口摂取は不可能な状態で、末期ATDと診断した。ADLは完全に廃たまり状態である。ご本人のアドバンスド、ディレクティブで、経管栄養やTPNは実施せず、固嚥を繰り返しても可能な限り経口摂取を行う方針とした。同時に、訪問看護、巡回型ホームヘルプを導入、ホスピスケアのための介護体制をつくった。 経口摂取緩和ケアのみを実施。4月21日皮下注射による輸液。その後徐々に経口摂取困難となり、皮下注射による輸液のみを行った。6月6日早朝、すべての家族に見守られながら穏やかにお別れをした。

## Hypodermoclysis (皮下注射による輸液)



皮下注射による補液は高齢者の軽度、あるいは中等度の脱水患者に対する安全かつ簡単、有用な方法として、欧米で再評価され、在宅医療や緩和医療の分野を中心に日本でも広まりつつある手法。末梢静脈のルート確保や末梢からの点滴が管理上困難な場合(痴呆や嚥下などのため)や、中心静脈からの補液を希望されない場合や医学的に不適当と考えられる場合などが適応。副作用はほとんどなく、管理上の問題(点滴漏れ、点滴が速すぎた、詰まったなど)もほとんどない。

## 《在宅ホスピスに要した医療介護費用》

	4月	5月	6月(6/7)
医療費(診療所)	160880	77100	90790
医療費(訪問看護)	128250	53350	40750
介護費用	262103	380429	106218
自己負担		48615	
計	551233	559494	237758

## アルツハイマー型痴呆のend of life care

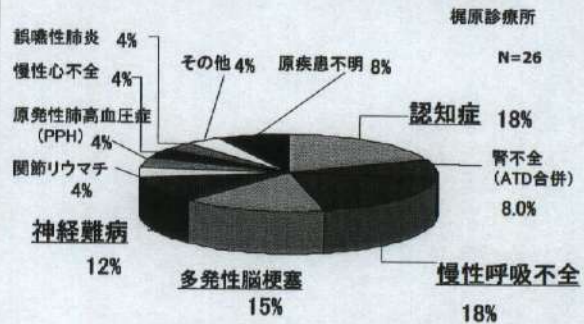
末期認知症に対してはホスピスケアが提供されるべき唯一のケアとなる

ケース	年齢/性別	延命治療	意思決定
1	96歳女性	PPN⇒PICC PEGは選択せず	娘2人
2	103歳女性	PPN ⇒ 中止	長男夫婦
3	80歳女性	透析行なわず	姪(後見人)
4	83歳女性	透析行なわず	長男(娘)
5	93歳女性	Hypodermoclysis	長男(本人)

自分の意思で終末期のケアを決定できない＝家族が終末期の治療を決定しなければならない

大切なのはDecision makingのプロセス

## 非がん疾患の在宅死例の基礎疾患



(参考) 米国ホスピスの新規患者の診断割合 (1998年)  
非癌疾患44% うっ血性心不全6.8%、COPD4.4%、  
脳卒中3.7%、アルツハイマー病3.3%

## 在宅緩和治療(在宅死例)で実施した手技

治療手技	末期癌群 (N=35)	非癌群 (N=21)
強オピオイド使用	62.9%	9.5% *
在宅酸素療法	48.5%	57.1%
在宅中心静脈栄養	20.0%	9.5%
死亡当日,前日輸液	51.4%	14.3% **
持続皮下注	17.1%	9.5%
膀胱留置カテーテル	25.0%	14.3%
鎮静	2.8%	4.8%
胸腔穿刺	8.6%	4.7%

末期癌群だけに使用した手技

腹腔穿刺(一部抗癌剤使用)、輸血(10回)、MAH\*へのビスフォスフォネート、抗凝固、血小板輸血(2回)、腎臓、PTOD、broncheal toilet

\*MAH: Malignancy associated hypercalcaemia

非がん疾患でもさまざまな緩和医療の手技が必要(積極的緩和医療が必要)

## Symptom in last year of life (RSCD)

	65Years and under		65-74 Years		75years and above	
	C	NC	C	NC	C	NC
	Cancer (C) N=2062		non-cancer (NC) N=1471			
N of symptoms	8.67	6.32	8.15	6.01	7.71	6.28
Had Pain	90.6	82.1*	87.4	75.6**	87.7	72.2**
Very distressing	70.5	61.8	61.4	58.8	54.5	44.3**

## Symptom in last week of life (RSCD) P<0.01 \*\* P<0.001

	Symptom experience
NC<C	Pain (≥75, 65-74), Nausea/Vomiting, Dry mouth, Loss of Appetite, Difficulty Swallowing, Bed Sore, Unpleasant smell, Constipation, Loss of bowel control (≤65) Mental confusion (≥75, 65-74)
NC>C	Mental confusion (≥75)
NC=C	Breathlessness, Cough, Anxiety/Nerves, Difficulty Sleeping, Loss of bowel control

P<0.05, P<0.001

JULIA M, et al. J of Palliative care 1999 より一部改変

## 非がん疾患のホスピス・緩和ケアの現状

- 世界の大半の人はホスピスケアにアクセスできない(ホスピスプログラムをうけて死亡している人は日本0.6%、米国29%)
- ホスピス・緩和ケアを必要とする患者の75%が非がん疾患⇨実際にホスピスケアを受けている患者の95%が悪性腫瘍の患者。
  - 米国のホスピスプログラム: 非がん疾患が44% (98年)
  - 我国においてはホスピスの対象ががんとAIDSに限られている⇒非がん疾患のホスピスケアの調査研究は少ない

↓  
非がん疾患にもホスピス緩和ケアを!

あらゆる疾患のend of life careを提供 ⇒ 在宅医だけ

## 3 在宅における急性期対応を考える



# 在宅で使用している検査機器

デジタル処理  
FUJI  
FCR5000 plus



光源一体型  
ファイバースコープ  
電子CP

血液ガス分析器  
OPTI 1

超音波  
診断装置

カプノメーター  
NIB-75

心電図

メモリー付  
パルスオキシ  
メーター

# 在宅における急性期対応 (2005. 1~3月) N=36

疾患	対応法		訪問で行なった検査処置(2005.1~2 主治医の担当のみ)										
	訪問外	訪問	呼吸器科	内科	消化器科	循環器科	神経科	皮膚科	泌尿科	産科	小児科	その他	計
急性呼吸不全の出現	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
心不全の悪化	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
肺炎	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16
糖尿病	13	3	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	23
高血圧	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	10
認知症	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
関節痛	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
悪性腫瘍	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
肝臓病	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
腎臓病	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
骨折	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
痔瘻	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
中風	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
認知症	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
高血圧	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	16
糖尿病	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
悪性腫瘍	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	16
骨折	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	16
痔瘻	5	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	20
その他	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
計	75	20	49										

# 急変時にアセスメントのために行なった検査・処置 (ルーチン検査は除く)

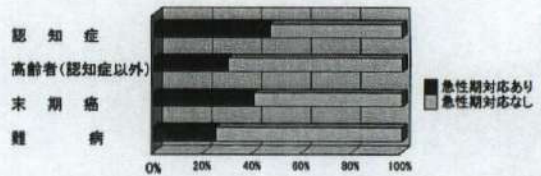
検査(在宅)		処置・治療	
気管支ファイバー	1	酸素投与	3
心エコー	3	関節注	1
ホルター心電図	2	ビスホスフォネート	1
胸部XP	2	バルンカテ	1
採血・尿	頻回	抗生剤注	4
24時間SPO2	1	点滴	5
心電図	2	非癌へのオピオイド	3
胃内視鏡	2	皮膚切開&縫合	2
腹部エコー	1		
検査(来院)			
頭部CT	1		

# 3ヶ月間に急性期対応をおこなったケース

	訪問	訪問以外	計
人数	17人	10人	19人
パーセント	47%		53%
エピソード数	52	24	76
平均	1.4回		2.1回

3ヶ月の間に約半分の人に急性期(訪問)を行った  
一人平均2.11回の急性期対応, 1.44回の訪問を行った

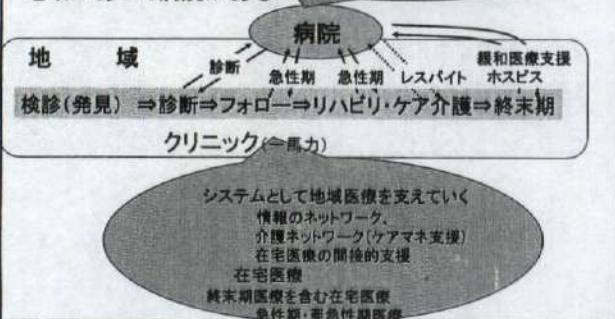
# 疾患群別急性期対応の頻度



# 何が必要か

地域の臨床課題に答えられる  
\* 国が考えているもの  
脳卒中、心疾患、がん、肺炎、エイズ、  
精神科救急医療、母子、小児  
\* 地域の臨床課題は何か??  
高齢者、がん、難病...

地域があって病院がある



# 都市部の急性期、亜急性期・回復期の医療はこの1,2年で急速に悪化している

- 急性期病院が減った
  - 容易に入院できない
  - 劣悪な急性期病院が生きている
- 回復期・亜急性期の病床、病院がない
  - すぐに出される(きちんと良くしてから帰さない)
  - 治りきらないまま在宅、あるいは転院へ(患者・家族の不安)
- 高齢者の臨床的な課題にちゃんと応えてくれる病院が少なすぎる
  - 肺炎の治療のため、褥瘡ができても仕方ない
  - 病院の中に総合医、老年医がいらない
  - 窓口がない(機能していない)病院がいまだ多い
  - => 2次医療圏の中核となる病院には、老年科評価診療病棟(GEMU)と地域の支援センターをつくるべきではないか?
- 癌の在宅支援病院も都内には非常に少ない

プレゼンテーションと議論を終えて

## 地域からみた在宅医療の課題

梶原診療所 平原佐斗司

### 1 訪問診療でない在宅医療 ～認知症を中心に～

本会議でもがんとその在宅看取りが議論の中心になりがちであるが、コミュニティをベースにあらゆる在宅医療のニーズに応えようとするとき、高齢者の在宅医療にもがんと同様あるいはそれ以上の課題が山積していることに気づく。特に高齢者医療では、狭い意味の在宅（訪問診療）だけでは、解決できない課題がたくさんあることを実感する。

例えば、がんとともに大きな課題となっている認知症、とりわけアルツハイマーを例にとってみると、発症から重度となる7-8年はほとんどの患者が外来診療を受け、一般的に狭義の在宅医療の対象となるのは、最期の半年から2年にすぎない。

また、発症直後はほとんどのアルツハイマー患者に自覚がある。障害を持つ総ての人も安心して地域で暮らすことを保障するシステムが在宅医療だとすると、最も本人が悩み苦しんでいる発症直後のこの時期を支えられなければ意味がない。また、認知症の患者を抱える家族のケアにおいても、事前指定などを推進し徹底的に本人の意思決定を尊重する医療を貫徹することを考えても、認知症高齢者の地域ケアにおいては早期診断と早期からの介入が重要なポイントである。

そして、梶原診療所が「高齢者ケア外来」という専門外来を中心に行っている「認知症高齢者を支援する包括的医療システム」を紹介しながら、早期診断と早期介入に続いて、医療とケースマネジメントが一体となったフォローアップ（特に、日常生活の相談と教育、行動心理徴候への早期対応、全身合併症管理の重要性）を外来で行い、そして重度から末期に至ったときにスムーズに訪問診療に移行するという継続的、包括的な医療が望ましいことという問題提起を行った。

### 2 「がん」でない在宅ホスピス ～非がん疾患の在宅ホスピスを考える～

次に、「非がん疾患の在宅ホスピスを考える」と題して、がんではない在宅ホスピスがあるということ提起した。世界的にみて、ホスピスケアを受けている患者の95%ががん患者であるが、ホスピスケアを必要としている患者の75%が非がん患者であること、SUPPORT 研究などで非がん患者が非常に苦痛にみちた最期の時間を過ごしていることが明らかにされ、多くの非がん患者にホスピス・緩和ケアの光があたるようにすることは緊急の課題であることをお示した。

また、米国のホスピスは看護師主体の在宅ホスピスで、疾患を問わないことが特徴であ

り、実際非がん疾患はホスピスプログラムをうける患者の約半数を占める。しかし、我が国のホスピスは施設ホスピスを指し、対象疾患もがんとA I D Sに限られており、死を前にして多くの苦痛をもつ非がん疾患にその門戸は開かれていない。

梶原診療所での非がん疾患（認知症、呼吸不全、腎不全、脳血管障害、神経難病など）患者への在宅ホスピスケアの実際を紹介しつつ、非がんの在宅ホスピスケアには、予後予測の困難さ、緩和ケアの方法の未確立など多くの研究課題があることを提示した。我が国において非がん疾患患者のホスピスケアを最も経験しているのは在宅医であり、今後在宅医の経験をもちより、研究を積み上げ、それを発信し、政策に生かしていくことが大切になってくるだろう。

### 3 慢性期でない在宅医療 ～在宅での急性期医療を考える～

在宅医療は従来、落ち着いた慢性期の医療だと考えられてきたが、近年の在宅患者の重度化、医療依存度の高度化の流れの中で、必ずしもそう言えなくなっている。在宅医療には、「導入期」、「フォローアップ期（安定期）」、「急性期」「看取り」の少なくとも4つのフェイズがある。この中で、在宅医療の質を規定するのは「看取り」であることはしばしば強調されるが、実はそれと同等、あるいはそれ以上に在宅医療の質を規定するのは、急性期医療の内容であると思う。特に、急性期のアセスメント能力と総合的な臨床判断が在宅医の真骨頂であろう。

プレゼンテーションでは急性期対応は、末期がん患者に必ずしも多いということはなく、むしろ予測できない事態は高齢者や難病患者など経過の長い患者においてしばしば経験することを示した。また、在宅医療において技術的にどこまでの急性期対応が可能なのかもお示した。

次に、悲惨な急性期入院を経験した患者の声を紹介しつつ、在宅患者の急性期対応を担う病院側の問題を示した。日本の急性期病院の多くが、在宅高齢者の急性期の臨床課題に応える機能をもっていない。米国のホスピタリスト、老年科評価診療病棟（GEMU）などの試みなどのように、高齢者をきちんと総合的にアセスメントし、合併症をおこさず急性期治療を行い、早期に在宅に返すことができるような機能をもった病院が各地域に一定数以上必要ではないだろうか？

また、議論の中で、急性期病院については東京都内でも、地域差が大きいこと（南北格差があること）が明らかになった。第5次医療法の改正の議論の中で、このような急性期病院の課題と地域格差の問題が深く議論されることを望みたい。

在宅医療推進のために 市民の視点から

2005/06/24 迫田

1) 医療のかかり方 ひとによって異なる  
職場、立場、地域、教育などと無関係

2) それまでの体験に大きく左右される  
マクロのとらえ方にはならない

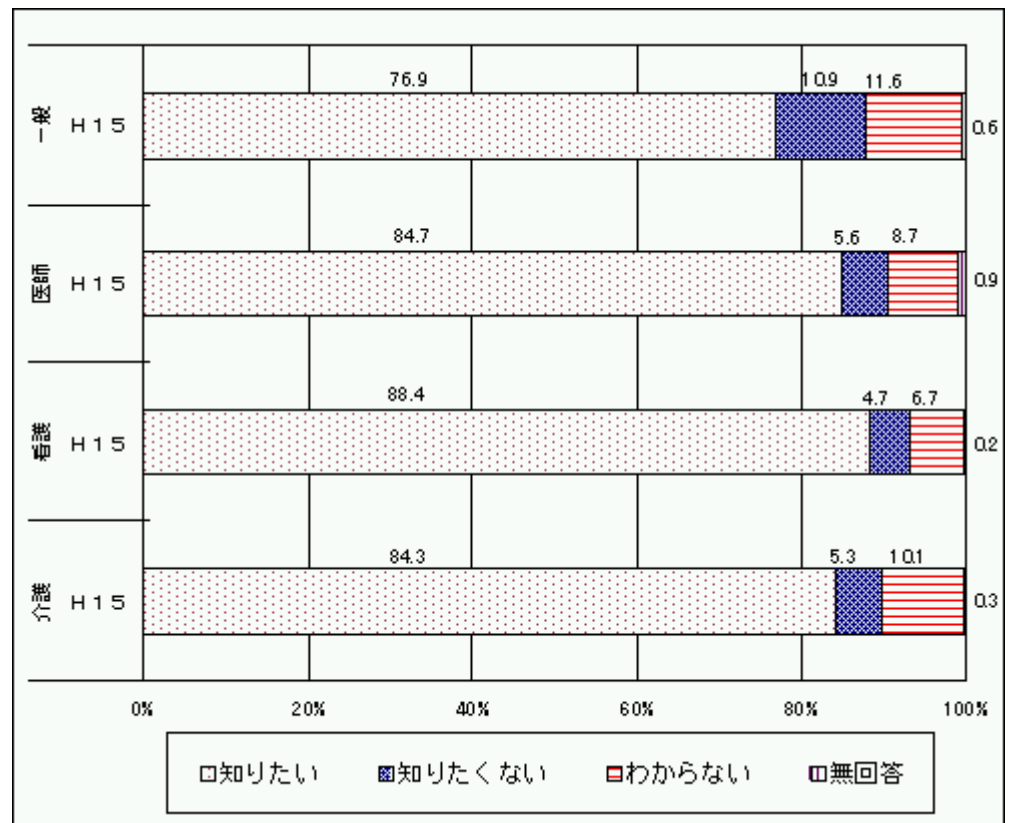
3) 死のプロセスのモデルがない  
つねに初めて

4) メディアの影響

< (2) 病名や病氣の見通しについての説明 >

一般国民、医師、看護職員、介護施設職員の多くが自分の病名や病氣の見通し（治療期間、余命）について知りたいと思っている（般 77% (73%)、医 85%、看 88%、介 84%）。

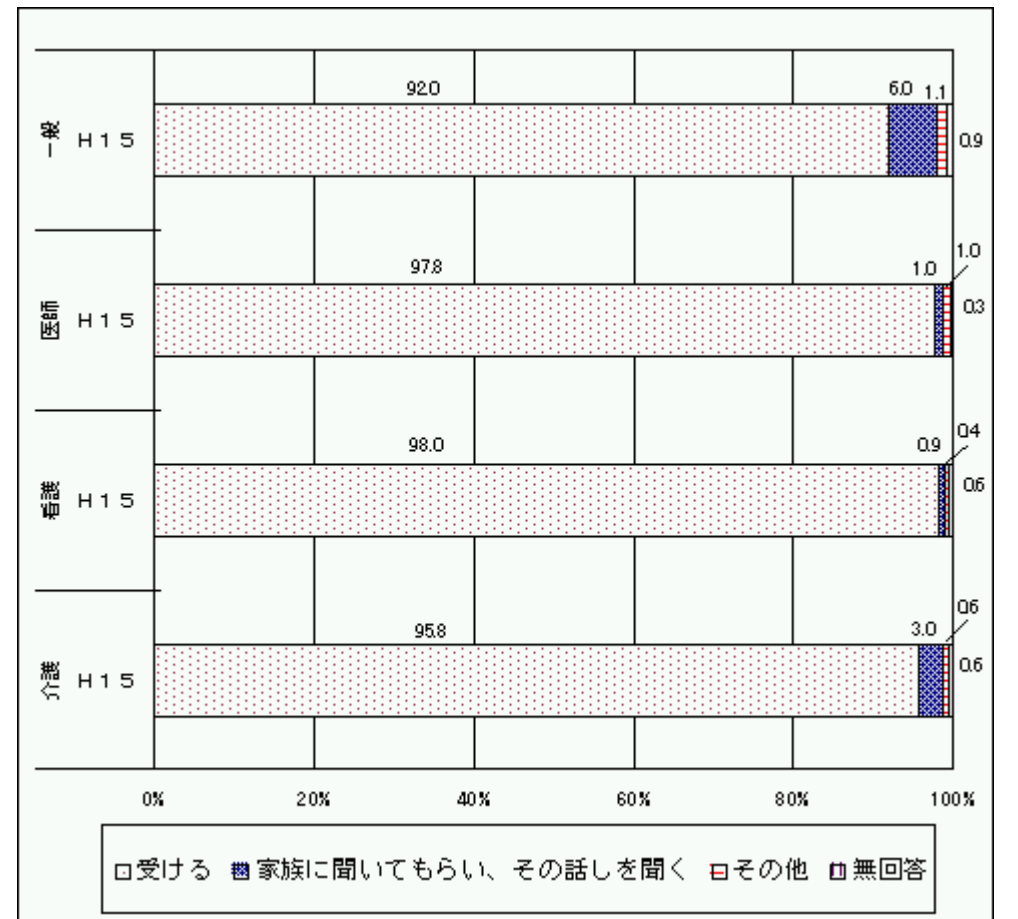
問 あなたご自身が治る見込みがない病氣に罹患した場合、その病名や病氣の見通し（治療期間、余命）について知りたいとお考えになりますか。（○は1つ）  
問の番号 一般 2 医師 2 看護 2 介護 2



自分が治る見込みのない病氣に罹患した場合に、自分の病名や病氣の見通しについて知りたいと回答した者の多くは、担当医から直接説明を受けたいと思っている（般 92% (90%)、医 98%、看 98%、介 96%）。一方で、過半数の看護職員は担当している患者に対して、まず、「患者本人に説明する」「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する」と回答しているが（医 47% (39%)、看 76% (67%)、介 30%）、医師、介護施設職員の過半数は、まず、「家族に説明する」と回答している（医 51% (59%)、看 21% (29%)、介 68%）。

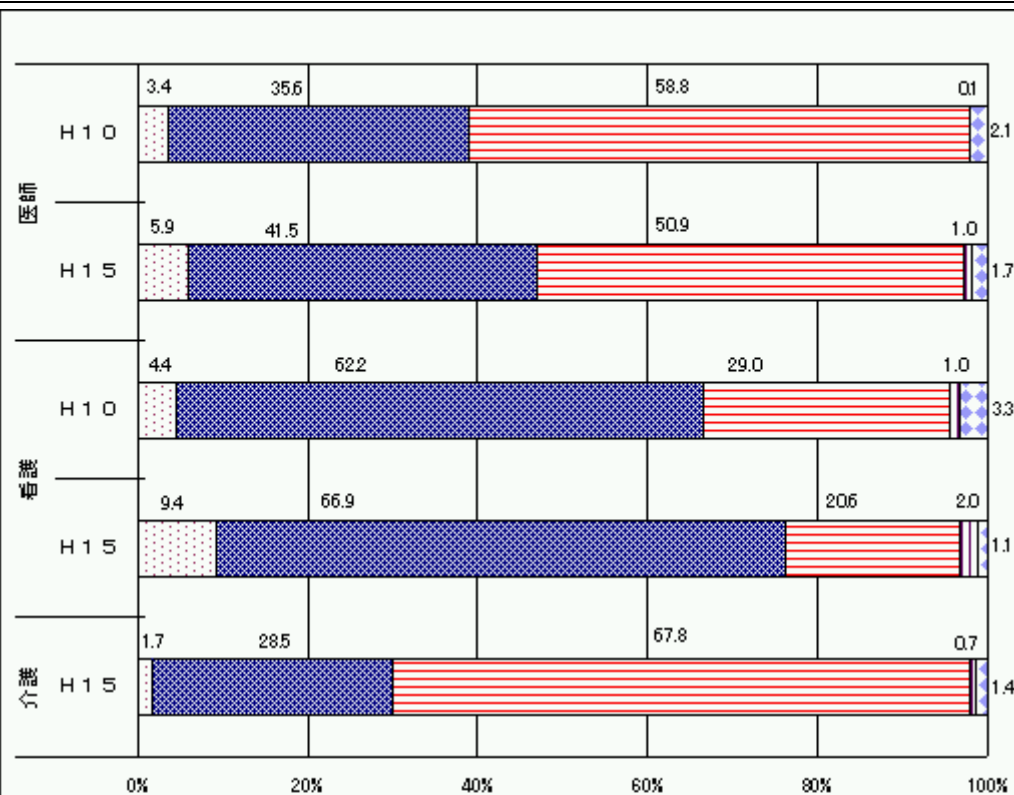
（自分が治る見込みのない病氣に罹患した場合、病名や病氣の見通しについて知りたいと回答した者に質問）

問 病名や病氣の見通しについて直接担当医師から説明を受けますか。（○は1つ）  
問の番号 一般 2 補問 医師 2-1 看護 2-1 介護 2-1



問 あなたの担当している患者・入所者が治る見込みがない病気に罹患した場合、その病名や病気の見通し（治療期間、余命）について、まずどなたに説明しますか。（説明した方がよいとお考えになりますか。）（○は1つ）

問の番号 医師 4 看護 4 介護 4



- 患者本人に説明する  
（患者・入所者本人に説明すべきである）
- 患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する  
（患者・入所者本人の状況を見て患者・入所者に説明するかどうか判断した方がよい）
- 家族に説明する  
（家族に説明した方がよい）
- 患者本人、家族ともに説明しない  
（患者・入所者本人、家族ともに説明しない方がよい）
- わからない・無回答

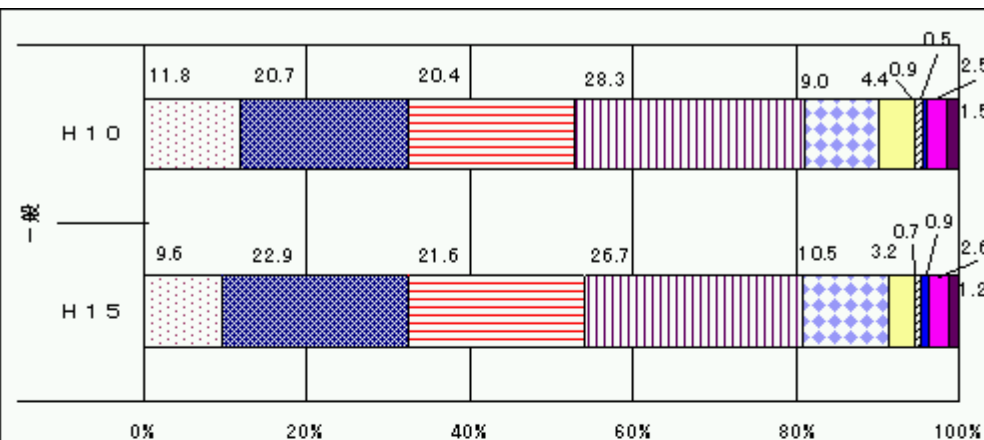
注：（ ）内は看護職員、介護施設職員に対する質問の選択肢

< (8) 終末期における療養の場所 >

自分が痛みを伴う末期状態（死期が6ヶ月程度より短い期間）の患者となった場合に、一般国民が希望する療養の場所については、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」が最も多く（般27%）、次に「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」（般23%）、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」（般22%）、「自宅で最後まで療養したい」（般11%）の順となっている。

問 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。（○は1つ）

問の番号 一般4-1

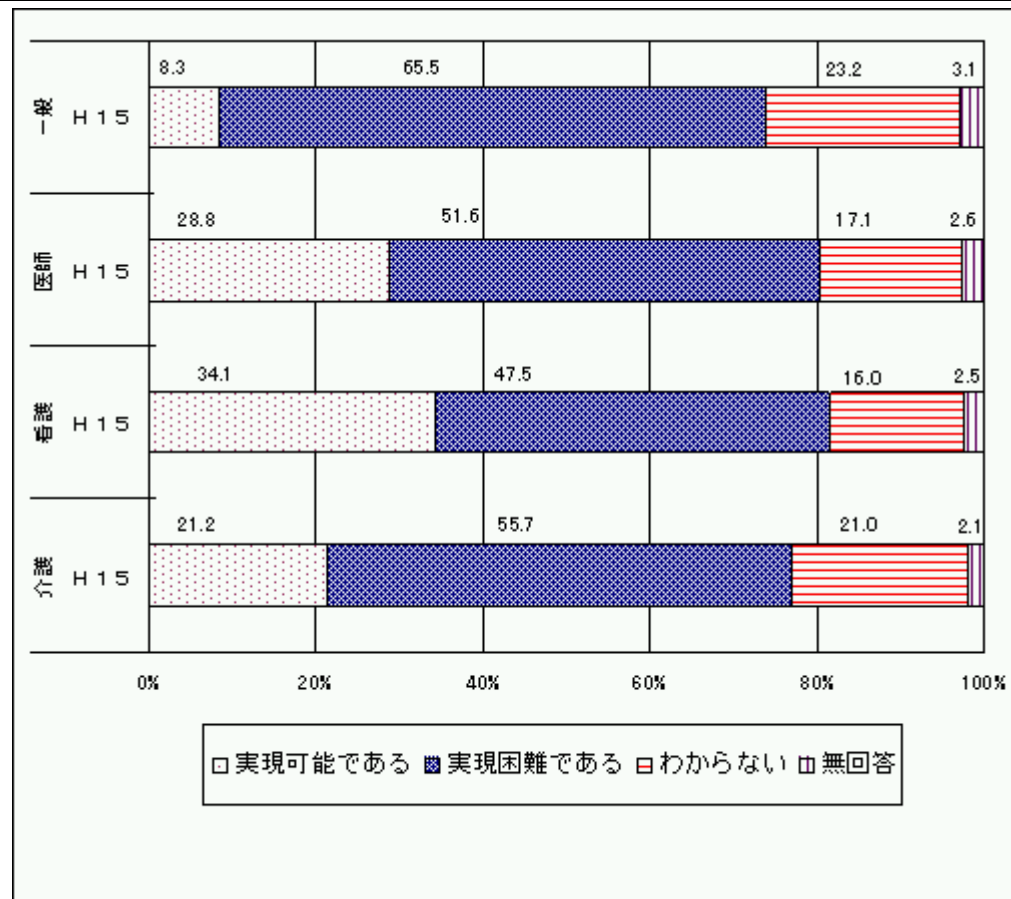


- なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい
- ▨自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- ▩自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- ▧自宅で最後まで療養したい
- ▦専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- ▥老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答

自宅で最期まで療養することについて、多くの者が「実現困難である」と回答しており（般66%、医52%、看48%、介56%）、「実現可能」と回答した者は比較的少ない（般8%、医29%、看34%、介21%）。

問 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。（○は1つ）

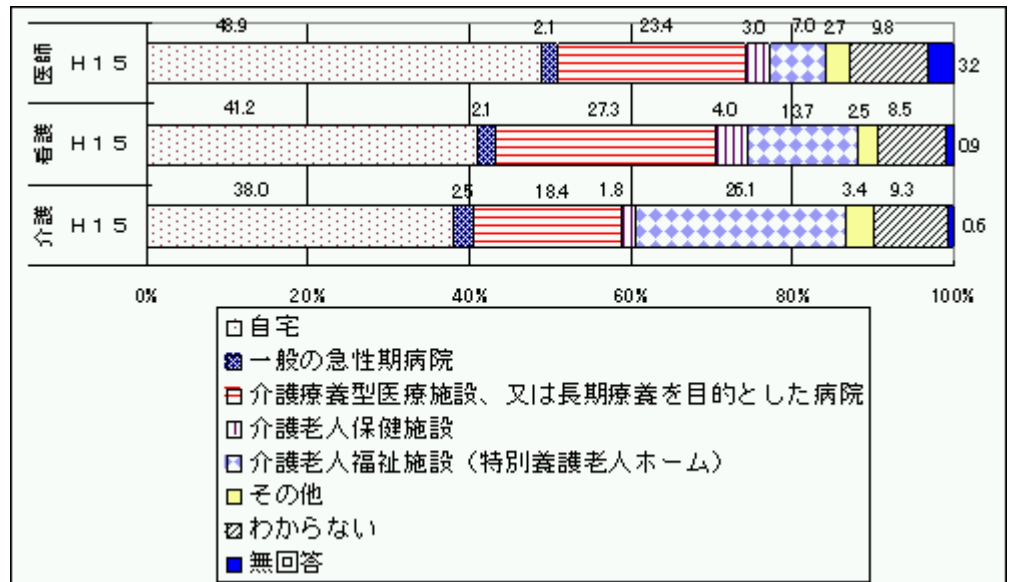
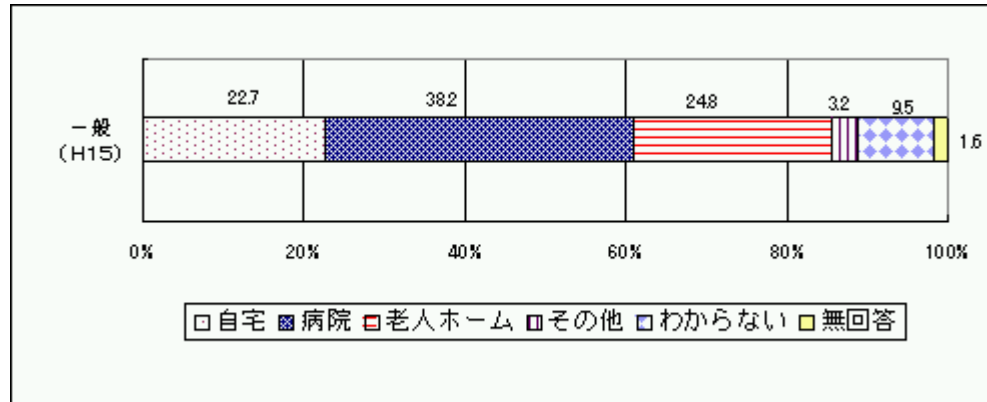
問の番号 一般4-1, 2 医師8-1, 2 看護8-1, 2 介護8-1, 2



自分が高齢となって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵された場合、一般国民は、病院、次いで老人ホーム、自宅で療養することを希望している（各々38%、25%、23%）。また、医師は、自宅、次いで介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望しており（各々49%、23%）、看護職員も自宅、次いで介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望している（各々41%、27%）。介護施設職員は自宅、次いで介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で療養することを希望している（各々38%、26%）

問 あなた自身が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵されたと診断された場合、どこで最期まで療養したいですか。（〇は1つ）

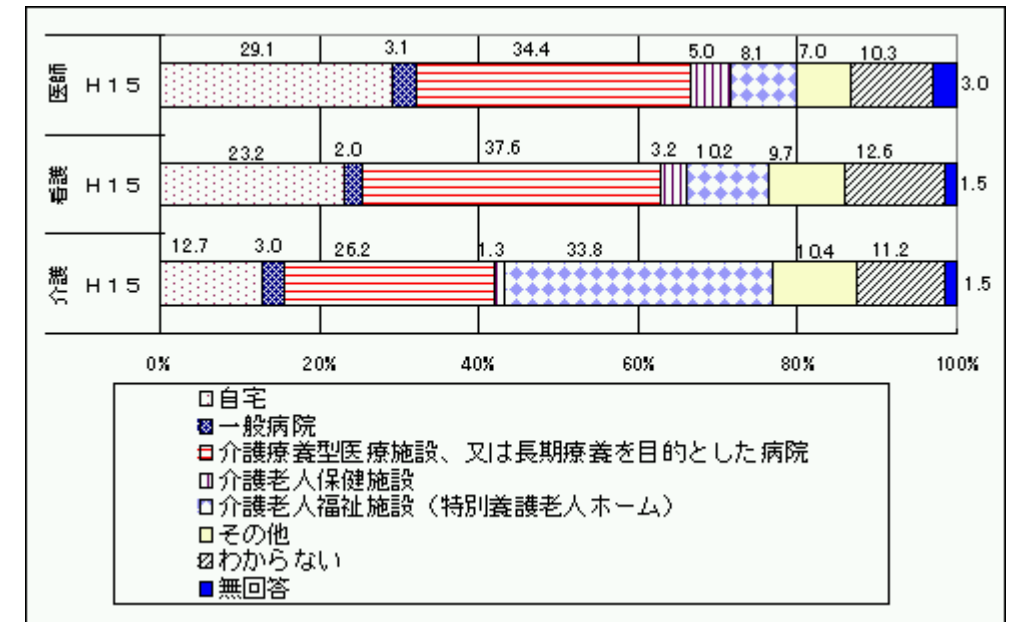
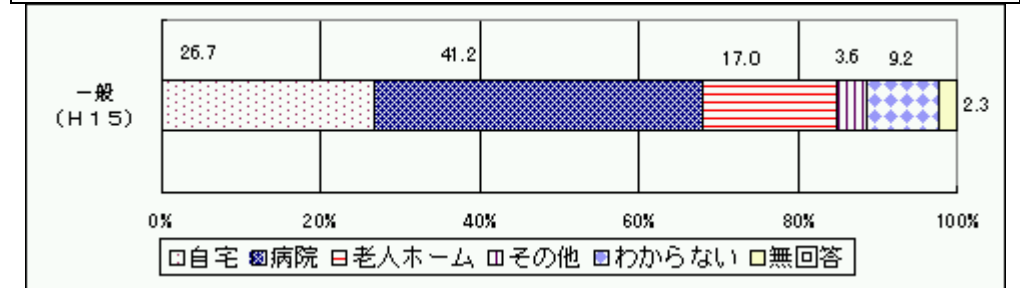
問の番号 一般9 医師12 看護12 介護12



自分の患者（または家族）が高齢になって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに治る見込みのない状態になった場合の療養の場所としては、一般国民は、病院、次いで自宅、老人ホームを希望している（各々41%、27%、17%）。また、医師は介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院、次いで、自宅で療養することを希望しており（各々34%、29%）、看護職員も介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院、次いで、自宅で療養することを希望している（各々38%、23%）。介護施設職員は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、次いで、介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望している（各々34%、26%）。

問 あなたの患者・入所者（家族）が高齢となり、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養したいですか。（〇は1つ）

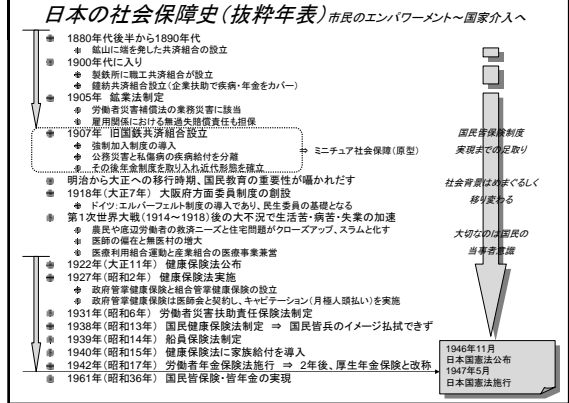
問の番号 一般10 医師13 看護13 介護13





《2005. 8. 10第5回在宅医療推進のための会(実践編)会議資料》  
**在宅医療の推進は**  
**これからの社会保障のあり方を方向付ける**

川井 真  
 社団法人農協共済総合研究所主任研究員  
 (明治大学法法学部非常勤講師)  
 (多摩大学医療リスクマネジメント研究所客員主任研究員)



**ベバリッジの三原則**

将来の構想は、過去の経験を生かすべきではあるが、過去の制度のつぎはぎ的措施であつてはならず、革命的制度を樹立するものでなければならぬ。

社会保障は、社会進歩のための包括的政策の一部で、五大巨悪たる窮乏、疾病、無知、陋隘(ろうあい)、無為のうちの窮乏の除去をめざすものである。

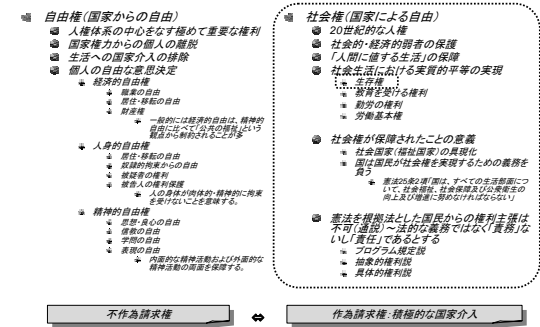
社会保障は、国と個人の協力によってなされるべきものである。

日本国憲法第3章 国民の権利及び義務

第25条

1. すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。
2. 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

日本国憲法からみる社会保障のあり方(自由権と社会権)



憲法25条による社会保障の実現《生存権》

憲法第25条1項の趣旨を実現するために、同2項は生存権の具体化努力の義務を課す。(社会権の拡大)



一国の変化—

憲法25条による社会保障の実現《生存権》

- 憲法第25条1項の趣旨を実現するために、同2項は生存権の具体化努力の義務を課す。(社会権の拡大)
  - 生活保護法(基本的な権利・原則的規定)
  - 身体障害者福祉法・児童福祉法・老人福祉法(社会福祉立法)
  - 国民健康保険法・健康保険法・国民年金法・厚生年金保険法・老人保健法・介護保険法・雇用保険法・労働者災害補償保険法など(社会保障制度)
  - 食品衛生法・保健所法・環境基本法・大気汚染防止法など(公衆衛生立法)



- 基礎的な生活保障は生活保護法の施行によって充足されたと思われてきたが、金銭給付のみでは充足されない現実が指摘され始めた。

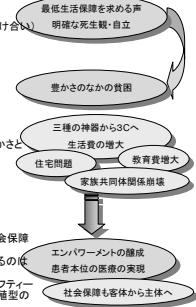


- 高齢化・少子化・経済衰退という既存の社会保障基盤を揺るがす事態に備えて、在宅医療・在宅介護といった現物給付制度の仕組みを構築してこなかったことは、憲法25条1項の基本的要請を満たしていないという批判も受ける可能性がある。

一国民の変化—

社会保障の変遷と国民意識

- 国家介入前(太平洋戦争前)
  - 個人主義の徹底 ⇒ 「公」は「私」に介入せず
  - 共済組合の乱立 ⇒ 市民のエンパワーメント(協力・協働・助け合い) 明確な死生観・自立
  - 富国強兵策 ⇒ 国家の独走 ⇒ 国民皆兵と国民皆保険
    - ・(後)ビスマルク型社会保険の直輸入
- 国家の介入(ほぼ同時に高度経済成長期へ)
  - 英国から発せられたベリッジレポートの世界的な影響
  - 憲法25条の制定 ⇒ 国家責任が明確化される
  - ベリッジ構想の終焉 ⇒ ナショナル・ミニマムの確立
  - 豊かさのなかの貧困を補うための社会保障 ⇒ 物質的な豊かさ
  - 「ここ」の豊かさを同時に育てることができなかった。
  - ・北米・南米と経済格差で隔る系第2世代社会保険の格差
- 社会保障は第3ステージへ
  - 「ここ」の豊かさを新たな価値観として共有できるか。
  - 健康であることの価値を実感できるか。
  - 厚生労働省が提案する「健康フロンティア戦略」は第3世代社会保障の一本の柱となる。
  - 人口減少に伴う高齢社会において、その社会保障の中核となるのは「健康価値創造」と「疾病管理」の概念の確立である。
  - 第3世代社会保障の根幹は、「社会性」「経済効果」「地域セーフティネット」の共存をバランスした、国民中心の参加型かつ意識増進型の社会。



～ 幸福の価値を見失っていないか ～

- 物質と金銭で得られる幸福に溺れていないか
- 権利を取得したことで義務を見失っていないか
- 個人主義的合理主義原理でこれからの日本を支えられるか
- 生活の中から「生と死」が消し去られていないか
- 家族・身内のケアをすることから意識的に逃避していないか
- 子供たちに、死は「睡り」「深いもの」だという印象を与えていないか
- 「いのち」について、「生きる」ことについて、そして「社会」について、... 真面目に考えているか

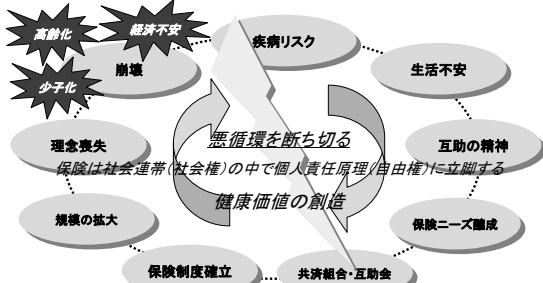
文明化の過程では

常に「生きること」への価値観は変化する

- 戦後から半世紀にわたって続いた社会経済の発展ならびに自由権獲得による自己裁量の拡大、そして20世紀型権利の象徴でもある社会権(生存権)の確立により、国民生活を取り巻く環境は一変した。
- 国民意識と生活の質は意図され、さらに重層的な社会保障制度が高齢者層の自立を可能にした。
- 英国ベリッジレポートに端を発した社会保障概念も、National Minimumが希薄化していく過程において「豊かさのなかの貧困」を補うものへと変わっていった。
- 自由と豊かさの対極で、多くの一般国民の死生観には不可逆的な変化もたらされ、特に人生観や社会観という個人と社会との関係意識は、戦前世代と団塊の世代以降では乖離している感がある。
- 近年の社会構造は、特許のエリートモデルを模倣したUtilitarianism(功利主義)から抜け出せないまま、戦後にその勢力を伸ばし始めたSocialism(社会主義)やCommunism(共産主義)との狭間を盲目的に彷徨い続けているが、いまや、そこに暮らす国民の大半はLibertarian(自由信奉者)である。
- わが国の社会保障はセカンドステージから機能したと言っても過言ではない。しかし、人口減少等の物理的悪条件を受容しながら、さらにLibertarianismを背景にしたシステム構築を目指すとなると、既存のフレームワークですべてを受け止めることは困難である。

《保険制度の悪循環からの離脱》

第二世代社会保障と高度経済成長は国民の社会観と死生観を大きく変えた

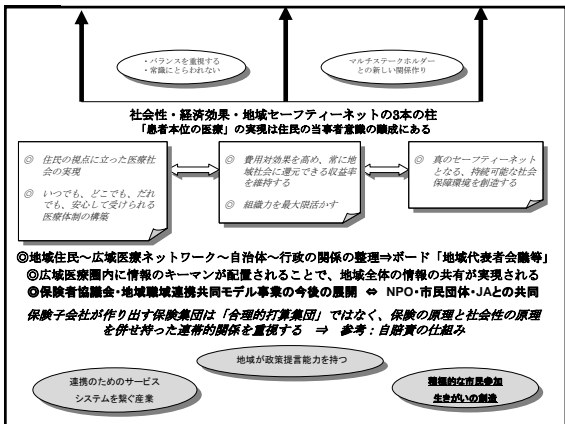
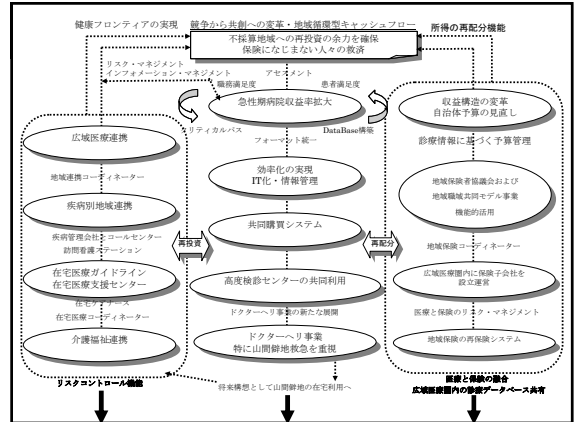
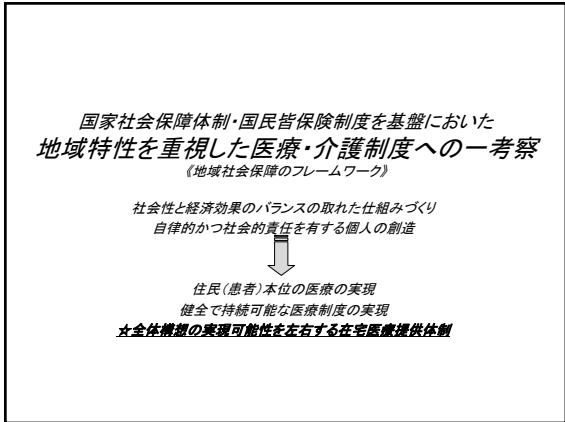


負の時代ゆえに保険制度を見直す ⇒ 主体性を持った個人へ ⇒ 成熟社会への変革

サードステージ社会保障への移行を

具現化するためのキーワード

- ① 地域における政策提言(提案)能力の強化
- ② 「生きがい」の創造・「健康価値」の創造(DM概念・セルフマネジメント)
- ③ シームレスな広域医療介護連携(急性期～在宅～介護～福祉)
- ④ ヘルスケア産業の創造(疾病管理会社や各種コーディネーター育成)
- ⑤ 再保険システム(地域強制保険あるいは健康増進基金)
- ⑥ 公費と保険料のバランス調整
- ⑦ 不採算部門への再投資余力の確保(キャッシュフローの見直し)
- ⑧ 山間僻地救急体制と介護体制(ドクターヘリの活用等)



### 《参考》長野県厚生連 佐久総合病院と臼田町

【保健・医療・介護・福祉サービスが地域経済を支える可能性の模索】

- ◎ 平成14年度の臼田町の総人口15,794名
- ◎ 平成12年度の臼田町の総就労者数
  - 第一次産業から第三次産業まで 計8,079人
- ◎ 佐久総合病院の従業員総数 1,608名(うち常勤医師数188名)(平成15年度)
- ◎ 佐久総合病院の保健・医療・福祉の生産額は町財政の2倍以上(1999)に
- ◎ 公共土木事業の隆盛のなか、農村地域は都市部を遥かに上回り、建設業依存型政策を取らざるを得なかったが、臼田町は違った。
- ◎ 保健・医療・福祉への取り組みによって、地域経済を活性化させる。
- ◎ 地域に還元される経済効果を、保健・医療・介護・福祉サービスから見出す可能性も見逃してはいけない。
- ◎ 佐久総合病院は「農民とともに」歩んできた。これからの地域医療は「住民とともに」築き上げる新しい町づくりでもある。

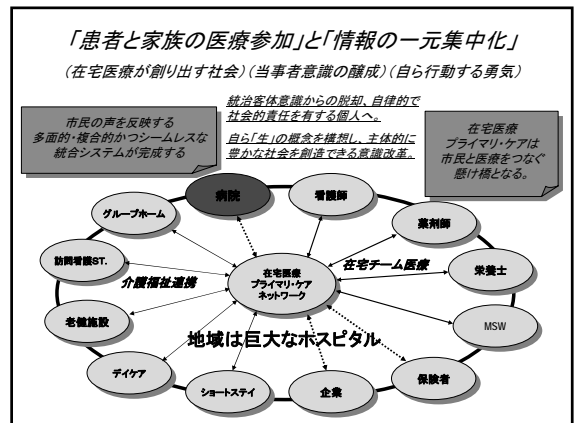
### 《参考》佐久地域の産業構造

(参考文献 ～宮本憲一氏「地域経営と内発的發展～」)

産業	臼田町		佐久市		佐久総合病院	
	金額	%	金額	%	金額	%
農林水産業	4,300.3	5.7	481.7	3.2	973.0	4.3
5ヵ年農	2,040.0	3.3	433.0	8.3	939.0	4.4
5ヵ年非農	1,100.0	1.5	37.0	0.1	4.0	0.0
林業	194.4	1.3	139.2	2.0	16.8	0.8
漁業	69.4	0.9	22.1	0.4	72.0	3.3
製造業	776.9	10.3	17.7	0.3	—	—
卸売業	408.9	9.2	402.2	7.7	—	—
小売業	243.2	3.2	573.6	11.0	—	—
その他	2,295.3	30.4	1,268.3	29.9	111.2	5.0
合計	1,477.8	19.8	1,543.3	20.8	399.2	18.1
産業	44.6	0.6	32.3	0.6	18.2	0.7
建設業	402.5	6.0	312.6	6.0	149.6	6.7
運輸・通信	66.8	1.1	96.7	1.8	68.9	3.1
金融	207.0	2.7	194.7	3.7	52.5	2.4
サービス	308.5	4.0	173.1	3.3	32.7	1.4
医療・福祉	1,450.7	19.7	1,119.5	21.1	398.9	18.0
社会保険	96.8	1.3	35.8	0.6	18.9	0.8
教育	64.1	1.4	89.5	1.6	14.8	0.6
娯楽	10.1	0.1	76.1	1.5	50.7	2.3
その他	2,268.0	30.0	954.7	18.3	460.9	20.8
その他(うち、保健)	2,268.0	30.0	5,211.3	100.0	2,214.0	100.0

※ 参考：佐久総合病院の産業構造(平成15年度) (単位：百万円、%)

(注) 臼田町の特性  
医療保健サービスのウェイトが建設業に匹敵する。  
佐久総合病院の雇用人員はこの当時に建設業を上回っている。



## 【いのちを議論する】

### 1. はじめに（いのちについて考えてみよう）

はじめに、テーマでもある「いのち」とは何かを考えてみたい。

そもそも一体「いのち」とは何なのか。怪談話に登場する人魂（ひとだま）を科学することが「いのち」を理解することになるのか。あるいは輪廻転生という宗教学的な側面からその存在を模索することなのか。もっと現実的なアプローチとして、生物学的な見地から「いのち」を解明できるのか。あるいは視点を変えて、たとえばフランスの思想家パスカルが著書「パンセ」の中で言った、「人間は一本の葦であり、自然のうち最も弱いものである。しかしそれは考える葦である」という一節、あるいはデカルトの「我思う、ゆえに我あり」という一節から拡大解釈して、人間の本質は意識体であり、「いのち」はその意識そのものであるといった捉え方もできるのかもしれない。

「いのち」は生と死という二つの世界を繋いでいる。現世があり、その先に暗闇に落ちていくような「死」の世界があるのか、あるいは「ソウルメイト」という言葉を聞いたことがあるが、退行催眠を行う医師や臨床心理士のなかには、「いのち = 意識体」は永遠のものであり、その意識体が自らの意思で現在の自分という存在を選び、そして「生」を受け現世を生きている、とする意見もある。このように「いのち」の実態はいまなお神秘のベールに包まれている。

しかし、このようなやり取りを繰り返してみても、興味深い仮説を唱えることはできても、実体社会で日常的に発生する「いのち」にまつわる様々な出来事に対して、そこにある「いのち」そのものの価値についての明確な結論を導き出すことはできないのではないかと、という不安を残しはしないか。では、やはり「いのち」の存在を考慮することが無意味なのか、というとそうでもない。事実、「いのち」は人間の姿で確かに存在するし、その「いのち」ある人間に支えられているひとたちがいて、社会の活動は「いのち」ある人間の集合体によって機能していることが周知の事実だからである。ゆえに、ある意味で「いのち」は人間の「生」そのものであるということもできる。

### 2. いのちに課せられたミッションとは

基本的にすべての生物は「いのち」のバトンリレーをするために生まれてくる。換言すれば「種を絶やさないために」この世に「生」を受けると考えられているが、確かに、重大なミッションを遂行するかのよう、産卵のためだけに盲目的に川を上る鮭の一生

などを思い起こせばそれも理解できる。では、人間の「生」は本当にそれだけの意味しか持たないのだろうか。生きる目的がそこに限定されてしまったら、生老病死にたとえられるような苦難の一生を誰が乗り越えることができるのだろうか。たぶん、現代人の価値観からは想像もできないことのように思えてしまう。もっと他に魂を揺さぶるような何かが必要だ。「生きがい」という言葉があるが、人間はこの「生きがい」を追い求めているのではないか。これは、「生きる」ことが苦難であるからこそ、その代償として「生きがい」を求め、それを持つことによって苦難に立ち向かう気力を増幅し、そこで得られた達成感と平行に存在する心の充足感を求めて生きている、といった解釈をすることもできる。そして、これが人間の本能であるとも取れる。その理由として、日々の生活のなかにある抑圧や規制がすべて取り除かれてしまったならば、短期的な満足度は頂点に達しても、中長期的な観点からは「生きる」意味を失うだろうと推測できるからである。このことから、人生の傍らには常に苦難が用意され、それにより「生」を実感し、喜びと苦しみが隣り合わせに、また糾える縄のように存在するのが「人生」であるといえる。そして、このような禍福は常に社会という集合体のなかに存在するため、「生きる」と「社会」とはかなり密接な関係にあることがわかる。その裏づけともなるのは、人間はいつも「誰かを支えていたい」、あるいは「誰かの役に立ちたい」という社会性を帯びた意識を持ち続けているが、これがある意味「いのち」に課せられたミッションなのかもしれない。人間は誰も、人間として生きるこの意味や社会における存在価値を模索し、その解答を常に悩みながら追い求めている「考える葦」である。

### 3 . 時代の変遷と「いのち」の価値

歴史を振り返ると、人間はその進化の過程で「いのち」の捉え方や考え方も変わってきている。古くは自然界の法則にしたがって、「種」の存続だけが使命と（無意識に）理解して生き抜いた時代もあったし、「いのち」の価値あるいは人間としての価値がはっきりと区分けされていた時代もある。そして今日、日本国憲法には国家責任原理に基づく国民の「生存権」の存在が明記され、基本的人権と自由が高らかに謳われ、国民は個人として尊重されるようになった。そのなかで、国家は国民の生活を束縛せず（不作為請求権）、また人間的生活の維持に積極的に介入し、健康や自由、そして幸福を追い求めることを保護し、国民の最低限度の生活を保障する義務が生じた（作為請求権）。

このように過去への思いを馳せると、「いのち」の本質を考える舞台が整ったのは近年に至ってからのなのかもしれないという、何ともやりきれない思いが過る。歴史をたどれば、わずかに100年遡っても、大多数を占めた貧困層の人々にとって、身近な場所で共に生きる家族や友人の死は、苦しい人生を生き抜く「同志」あるいは「戦友」の死のよ

うに感じられることがある。生きること自体が窮乏や病苦との戦い以外の何ものでもなかった時代は、「生」の先にある死後の世界に思いをめぐらせ、極楽浄土への道が救いをもたらしてくれた。多くの人たちにとって「生きる」ということは、そこにたどり着くための苦難の道程そのものであって、「生」は苦しみと悲しみ以外に何も与えてくれないという時代も存在した。貧困社会から生まれた「姥捨て伝説」もそのひとつであるし、戦争という悪夢も「生」あることの辛さを反面的に訴えかけてくる。そのような社会背景の前では、「いのち」の価値を見出すことなど、ある意味虚しく、また無意味であったろう。その時代には、日々の苦難を乗り越えて懸命に生き抜くことによって穏やかな死後の世界へ旅立つことができるという、ほんの「ささやかな願い」があったに過ぎない。しかし、当時の人々の意識には明確な死生観があり、生きることの意味も極めてわかりやすかったように思える。また、それゆえに「いのち」の尊さを際立たせることになり、甘えることなく、懸命に「生」を全うできたのだろう。

#### 4. 生きるということ

現代人の価値観は多様化し、個人主義を超えた利己主義が蔓延するなかで、幸福に対する評価も人それぞれである。富を得ることや名声を得ることだけを目標に掲げ、そこに到達することこそが「生きることの意味」と定義付けてしまえば、当然ではあるが生きる意味のない人間が大多数を占めることになる。ここ数年、40代を中心に自殺者数が高止まりしている原因も、単に雇用形態や給与形態が変わっただけの理由ではなさそうだ。また、生きていることの意味や価値を見出せない若者の増加、あるいは社会全体に「苛立ち」や「ストレス」が蔓延し始めたことにも何か関係がありそうだ。経済成長期を生きる人々の意識のなかで、徐々にではあるが、このような定義のはっきりしない「勝ち組」という概念が作り出され、それこそが「生」のミッションであるかのような誤解が正論のように展開され、高度情報化社会のなかで増殖してしまったことなどもひとつの要因なのかもしれない。

「いのち」を授かり「生きる」ということは、そのような豪華絢爛な生活を手にすることばかりではない。長者番付に名を連ねることや名誉ある勲章をもらうことは素晴らしいが、それは経済界・産業界の成功者として、あるいは学問を究めた知識人として、その方々の、そこに到達するまでの努力を心から褒め称えればよい。前述したように、すべての国民、延いては人間は誰も対等の身分で「生」を受け、人種を超えて尊い「いのち」を有する。そして皆、育った環境や人生の選択、あるいは社会での位置づけや立場で課せられた使命も異なってくるが、その与えられた環境のなかで常に前向きに、またポジティブに生き抜くことで、大切な誰かを支え、あるいは社会で必要な人間として、

その役割を果たしているということに気付かなければいけない。国際的な発言力を持って地球規模の事業に取り組むのも、総理大臣として国家を支えるのも、また、ひとりの人間として愛する家族や愛するひとを支えるのも、「いのち」にかかるウェイトは均等ではないだろうか。

## 5．生きるためのいのち（いのちはひとりのものではない）

このように見ると、「いのち」というものと「生きる」という行為は、ほぼ一体的に位置づけられていることに気付くだろう。「いのち」は、ひとりの人間が長い人生を生き抜くために授けられ、「生きる」ということは、この「いのち」によって実現されている人生そのものである。ゆえに、「いのち」を失うということは、この世界で「生きる」ことに終止符を打たれるということでもあり、そのため、「生と死」というエピソードの捉え方は、「いのち」を失う場面や失ったときの年齢などによって状況が大きく異なり、すべては残された者が抱く「失われたいのち」への思いで表されることになる。

このように「いのち」の価値というものは、ひとりの人間が支えている他の者たちの生活であり、幸福感であり、ときとして「夢」や「生きる意味」であったりもする。ゆえに「いのち」が担っている役割も多様な広がりを見せることになる。さらには、「いのち」ある人間自体が、実体社会の機能そのものであるという捉え方もできるようになってくる。

## 6．いのちを輝かせるための社会

文明の発達、経済の成長、そして社会の成熟度が高まるにつれて、我々の生活を取り巻く環境も複雑に変貌していく。それまでは誰にでもわかりやすかった社会システムが、巨大な社会構造へと移行していく過程で、そこに関与する個人の役割が見えづらくなり、半透明の存在になってしまったものもある。たとえば社会保障政策がそうだ。年金医療を中心にした社会保障制度ができてから、事故や病気や災害などの多くの生活上のリスクに一定のセーフティーネットが設けられ、国民の生活上の将来不安はいつの頃からか急速に減少していった。なかでも年金制度は高齢者の自立を可能にし、国民皆保険制度と共に長寿社会の礎を築いたとあっていい。

国家の社会保障が未整備であった 20 世紀の前半、日本国民の平均寿命は 50 歳程度であって、リタイアした親の面倒を見るのは子供たちの役目でもあった。当時の労働可能年齢と平均寿命の差から推測すれば、生産性をなくした両親の面倒をみる期間は限られ

た年月でしかなかったことも事実だ。しかしながら、このような条件下にあっても、この時代の庶民の生活を考えれば、労働力が減り、扶養する家族がひとり増えるということは、家族全員の生活を圧迫する大問題であったろう。しかし、近年はこの平均寿命が約 80 歳まで伸び、また老人としての時間がきわめて長くなったにもかかわらず、日々の生活や家計への影響を懸念する声はあまり聞くことはなくなった。このように、全人的に生活の質が向上し、心から素直に長寿を祝える社会を創り出したことは、社会保障政策の最も評価すべき成果物である。

## 7. 社会を支えるひとりのいのち

主観的な単純比較だが、親の面倒を見る子供たちの負担は、平均寿命の伸びと反比例して軽減されてきた。高度経済成長により平均所得も上昇し、「三種の神器」(白黒テレビ・電気洗濯機・冷蔵庫)から「3C」(カー・クーラー・カラーテレビ)が一般家庭の標準になって、生活そのものが豊かになったことも確かにあるが、老後という言葉が一般化して、リタイア後の人生に夢を描ける余裕が生まれたことが最大の要因であろう。年金と退職金で豊かな老後生活を過ごせるようになり、第二の人生として自立する高齢者も増えた。これは老人だけのメリットではなく働き盛り世代の家計にも反映し、両親との生計関係を切り離すことで、自分自身の生活を謳歌できるようにもなった。一方で、これは負の側面と言っていいかもしれないが、核家族化という現象を作り出し、それを助長する要因になったことも事実である。しかし年金制度による生活保障と医療政策は、老後に向けた万全の備えであったと同時に、すべての世代に生活の質の向上と精神的なゆとりを提供したことになる。忘れがちであるが、この年金制度の体系は後世代が先世代を支える縦の時間軸を活かしたものであり、そして、その財政を支えるのは企業と団体ならびにそこに働く労働者であり、また保険料を払っている一般国民である。このように、時代の流れは親の面倒を子供たちだけで抱えるしかなかった時代から、高齢者層を社会全体で支える時代へと変革した。しかし前述したとおり、それは一方で、目の前にある現実を見えづらくする構造を作り出しているということでもあり、そのことはここで再確認しておきたい。社会を形成するということは人間自らが選択した道、その社会の根底にあるのは「助け合い」の精神であり、お互いの能力を補完し合い、ひとりの力では困難なことを多数の協力で実現し、ひとりの苦難を社会全体で救うという構造を作り出したのである。そう考えたとき、社会における個人の役割というものが鮮明に見えてくる。この社会に必要な人間はひとりもいない。



## 8．生きることは健全な社会を創造すること

ここにきて高齢化と少子化の問題がクローズアップされ、社会保障という観点からは、制度を維持するために個人が支払う税金と保険料の合算額、いわゆる国民負担率は徐々に増加傾向にある。巷では不満の声が多く聞かれるようになったが、ここでいま一度過去を振り返り、制度の意味を見つめ直す必要がある。そして「いのち」とは何か、あるいは「生きること」の意味も各々で考えることが必要になる。

人もまた生物学的な見地からは、種の繁栄を願い、「いのち」のバトンリレーを繰り返していくことが使命である。しかしながら、「考える葦」である人間は常に生きることの意味や価値を模索し、生まれながらに悩みや苦しみを抱えながら成長していく宿命を背負っている。ときにはそれゆえに、人間関係の重圧や失恋などで生きる目的を見失うこともあるが、それもすべて、高度な意識を持っているがゆえのことである。人間は、その進化の過程で集団形成を選択した。そのときから個の成長と社会の成長はパラレルに存在し、人間が社会を作り、社会のなかで人間が成長する、という発展的な因果連鎖を生み出すことに成功した。まさに、人のあるところに社会があり、その社会を健全に維持することこそが、そこで生活を営む人間の「生きる」意味であるということができる。

## 9．いのち（生命）は「生」きるための「命」（ミッション）である

自ら 50 年後の社会を見る機会を訪れないかもしれないが、その社会では、自分の子供や孫たちが生活をしている可能性が高い。「生きる」ということは、己の一生を有意義に過ごすということだけではなく、次代を担う後継者にどのような社会を残していくかという、大きな責任を背負っていることでもある。時代背景や環境変化に翻弄され、たとえそれが切ない夢に変わったとしても、生きている限り、懸命になって追い求めなければならないのは、自信を持って次代へ引き継ぐことのできる生活基盤であり、また、その時代における最善の社会環境づくりに貢献することである。

人間が常に成長を続けていくためにはモチベーションを高めるための競争も必要であり、そのための評価やランク付けも必要ではある。ただ、そこで必ず忘れてはいけないことがある。それは、それが何のための競争であって、何のための評価であるのかということ、常に立ち止まって考えることのできる思考的柔軟性と、その結果を生かし、更なる成長につなげるための謙虚さである。目指しているのは社会全体の成長であり、努力を認め合い、成果を賞賛するための評価であり、シナジー効果で全員の更なるモチベーションが高まるものでなければならないということ、いつも忘れないようにした

い。そのためには、個性を大切に、社会性を有する人間育成が根底に必要なのであって、利己主義の塊のようなエリートを育成することではないからだ。一言で社会といっても、「家族」という小さな集団から、「学校」や「町内会」、あるいは「市町村」といったコミュニティーベース、そして「都道府県」や「国家」という広域社会もある。さらにこれからは「地球」という巨大な集団で物事を考える時代が到来するだろう。高度情報化社会における集団の規模的拡大は、人間にとって何が最も大切であるかという課題をわたしたちに投げかけてくる。言語や文化の異なる多国籍の人間集団でも、感じられるものや分かり合えるものがある。願わくは、この世に生あるものすべてが、穏やかで平和で、笑顔のたえない一生を過ごすことの出来る社会環境の構築を追い求め、その意識が全人的な共有財産となって、永遠に続くことが望まれる。

## 10 . ひとりひとりの「いのち」の連鎖が「生きがい」の持てる社会を創る

人間が作り出す高度な文明は、常に「生活の質」( Quality of Life ) を高めることを目標にしている。試行錯誤を繰り返し、科学技術を向上させ、新しい社会システムを創り出していく。前述したように、世界に誇れるわが国の社会保障制度は、国民同士の相互扶助や社会連帯という精神のもとで、保険システムと行政サービスを重層的に組み合わせて国民の暮らしにセーフティーネットを張った。それは、大数の法則に基づくリスク分散機能だけではなく、貧困層への再投資余力を作り出し、また所得の再配分という視点から、社会活動の安定性維持や経済成長をコントロールする調整弁としてもその役割を果たさせている。このことから、人間が人間らしく生きるための社会基盤を構築するためには、そこで暮らす人間同士の努力と協力が必要になるわけであって、ひとりよがりの刹那主義や利己主義の先には何も得るものはないと言える。市場原理と成果主義をベースに置く産業界にあっても、近年は国際的に CSR ( 企業の社会的責任と社会貢献 : Corporate Social Responsibility ) が叫ばれ始めている。極論を展開すれば、ひとりの人間の「いのち」は社会で共有されているものであって、そのことからすれば、自らその「いのち」を絶つ自殺行為は許されるべきことではない。「生きる」という責任を真摯に受け止めて、「いのち」のバトンを健全に次の世代に引き継ぐため、その苦しい道のりを歩み続けることこそが、我々が「いのち」を授かった意味であると理解してもいいのではないだろうか。

## 11 . いのちは無限のエネルギー

「いのち」というものを、まず物質的に存在するものとして考え、次に、人間の人生と照らし合わせることで、「生きる」という苦難の道のりを歩み続ける使命を負った、本能的な存在として眺めた。さらに、社会という集合体を支える生命エネルギーとして位置づけ、人間の持つ社会性にフォーカスして考えてみた。結果、「いのち」とは何か、という問いかけに対して、漠然としたものではあるが、解答を得るためのいくつかのヒントを導き出せたように思える。そこで見えてきたのは、「いのち」とは意識体であり、人間の「生」そのものであり、社会を構成する個々の人間を機能させ、また成長をコントロールしているエネルギーである、といったものである。ここでは、個々の人間の持つ「いのち」を他と比較すること自体が無意味であり、ともすると、肉体の「死」によって「いのち」というエネルギーが帰る場所は同じではないのかという思いさえ生じる。人間の「生」の連鎖は歴史と共にあり、「いのち」は次世代に受け継がれながら途切れることはない。「いのち」というものを考えるとき、わたしたちの生活のなかにある時間というフレームワークが意味をなさないような、壮大な広がりを感じるのは、わたしだけではないのではないだろうか。

## 「生と死を考える」受講学生の意見

1. 「どう生きるか」のみならず「どう自分の末期を迎えるか」という裁量も人生において重要不可欠な命題である。
2. 肉体的な苦痛はもとより、内面的苦痛をも緩和する手段が講じられるシステムが必要であり、ホスピス医療にはその実践の場があると感じた。
3. これからは在宅医療へのニーズが高まるものと確信した。しかし、日本の在宅死の数はイギリスのそれと比較しても圧倒的に少ない。患者のニーズと実態が大きく乖離してしまうのは問題だと思う。原因は情報の不足と在宅医療の診療報酬が低く設定されていることにあるのではないか。
4. 高齢化に伴って、今後は死亡者数の増加が考えられるが、末期医療患者の医療費は高額だと聞く。そのことから施設収容は量的にも財政的にも困難になるだろうと考えた。早い時期に在宅医療の重要性に気付く必要があると思う。
5. 医療の目的を考えさせられた。スパゲッティ-症候群にはなりたくない。自分の意志とは違ったところで「生かされている」ことはつらい。
6. 病院で死を迎えたいとは思わない。ゆるされるなら、自宅で愛する人たちに囲まれて尊厳ある死（納得できる死）を迎えたい。
7. 緩和医療に興味がある。ほとんどの痛みは薬物によって取り除けることをはじめて知った。（痛みから解放されるなら末期は自宅で過ごしたい）
8. 小児病棟で死亡した難病の幼子のお話を聞いた。「生」あることの価値を再確認できた。
9. 死にゆく人の日記を見た。死を前にしたときに自分の人生の意味がわかるという感じがした。単調な毎日だが後悔を残さない生き方をしようと思った。
10. 死に対する認識が変わった。特別なものではなく、死は自分の人生の一部でもあった。
11. 自分が何のために生まれてきたのかなど、これまで考えたことはなかったが、自分の人生にも重要な意味があるのだと考えられるようになった。
12. 死と真正面から向き合わなければいけないと思った。いずれ自分にも訪れる「死」であるからこそ、死にゆく人の気持ちを理解することは大切。

13. ホスピスの本当の意味がわかった。これからの社会には必ず必要になる施設だ  
と思う。
14. これまで身内の死にも出会ったことがないので、死というものが遠い存在に思  
えていたが、死はいつも自分の隣にあることを実感させられた。いつ自分が、  
あるいは身近な誰かが、そのときを迎えてもいいように、毎日を後悔しないよ  
うに生きたい。(久しぶりに田舎のおばあちゃんに電話をしてみます)
15. 医療技術の進歩は、新しく、そして難しい問題を作り出していることを知った。  
価値観により大きく左右されることではあるが、自分は自然な死を迎えたいと  
思った。だから自分は、延命行為を望まないし、臓器の提供も、そして享受も  
しようと思わない。
16. 自分が恵まれた環境のなかにいることを知った。それもわずかな歴史の中で作  
られた環境であることを再度考えさせられた。自分も少し真面目に人生と社会  
について考えていこうと思った。
17. 脳死判定に不安がある。心臓は機能的には単純臓器だと聞いたが、心臓移植の  
後に性格や好みが変わったという話があることも聞いた。脳死が本当に人の  
死であるのか、まだ自分には判断できない。
18. 臓器移植が患者の死を必要とする以上、そこにあるのは自己の生存のために他  
人の死を待つというエゴイズムである。まして脳死という概念を持ち出しては  
ならないと思う。だから、人工臓器の開発や研究を進めるべきだ。私は、人工  
と自然が対立するものだとは思わない。
19. 医療は初期の目的を既に超え始めているのではないか。科学技術としての医学  
が医療という名のもとに行使されるとき、患者としての人間は消えて、科学技  
術の対象としての人間が残ることになる。
20. 我々は、まさしく他者においても自己においても抽象的な個人になった。これ  
らの「生」に対する消極的な態度はまた、死に対するどこかしら積極的な態度  
をも引き出すことになっている。
21. 医療の高度化は、死を受容することを困難にさせた。その「生」の長さにこだ  
わるよりも、どのように「生」を全うしたかが重要なのではないか。人は自分  
の死生観の確立を目指すべきである。

「在宅医療の推進はこれからの社会保障のあり方を方向付ける」 川井 真

【川井氏】はい。承知いたしました。本日お話をさせていただきます内容は、以前から申し上げていますように「地域のリスクマネジメントとしての在宅医療」という視点からのものです。高齢化と生産労働人口の不可逆的な減少傾向は国力を衰退させる要因となり、そこに、所得格差と地域格差が顕著に現れる二極化社会が構成され、それによって地域の社会保障基盤は揺らぎ始めています。明らかに負のサイクルに迷い込んでしまったわが国の将来を見据えて、社会保障政策という観点から在宅医療の重要性を考えてみたいと思います。田中先生がいらっしゃる前でお話しするのは大変恥ずかしいのですが、個人的な意見として受け止めていただければ幸いです。そこで本題に入る前に、先ほどまでのお話に関連する、ちょうどいい題材がありますので、少しお時間をいただきまして、まずそちらから先にお話したいと思います。本日お配りした資料ですが、まずひとつは、本日のテーマであります「在宅医療の推進はこれからの社会保障のあり方を方向付ける」のプレゼンテーション用としてご用意させていただきました資料です。そしてもうひとつは、先日の明治大学の講義で使用したレジュメといえますが参考資料を入れてあります。これは学部間共通総合講座の「生と死を考える」の講義で使用したものです。この講座は国民の死生観にフォーカスして、現代の学生たちにも「生」と「死」という身近できわめて重要なテーマについて、その捉え方を含めて自らの考えを問いただしてもらおう、という趣旨で開設したものです。それから最後にお配りしたものは、その講義を受講した学生たちが作成した前期レポートの中から少し面白そうな意見を抜き出してまとめたものです。多岐にわたる意見のなかには在宅医療に関するものもいろいろ出ていたのですが、時間がなくてすべて抜き出してくる余裕はありませんでしたが、順を追って特に目に付いたものを抜粋したもので、なかには興味深い意見がいくつもあります。今のお話の延長線上にあると思われる意見もいくつか書かれておりますので、まずはこれを先にご紹介いたします。

1ページ目の3番は在宅医療に関する意見ですが、「これからは在宅医療へのニーズが高まるものと確信した」となっています。これは講義の進め方や話の仕方でも影響が出てしまうことは懸念されますが、いずれにしても断定的あるいは説得的な講義形式は取っておりませんので、法学や社会学、医学や社会保障政策などの講義を聞く中で、こういう意識に彼が至ったことは事実です。そしてまた、「しかし、日本の在宅死の数はイギリスの

それと比較しても圧倒的に少ない。患者のニーズと実態が大きく乖離してしまうのは問題だと思う」と続きます。この学生は自分なりに情報収集をして、現代社会と日本の将来において、患者のニーズ、そして社会的なニーズは明らかにあると見ているのですね。

【田城氏】これ本当に学生さん、明治の学生さんですか。

【川井氏】全員明治大学の学生です。父親が医師や行政官という学生もいるかもしれませんが、当然にそこまでは分かりません。ただ、こちらが考えていた以上に、現代の学生の医療への関心は高いのではないかと感じさせられています。またこの学生は、在宅医療が普及しない理由として、こんな意見も述べています。「原因は情報の不足と在宅医療の診療報酬が低く設定されていることにあるのではないかとあります。診療報酬の問題にまで言及したコメントが出てくるとは思いませんでした。

【田城氏】これは少し間違いですね。

【川井氏】それと、その下の4番にある意見ですが「高齢化に伴って、今後は死亡者数の増加が考えられるが、末期医療患者の医療費は高額だと聞いています。そのことから施設収容は量的にも財政的にも困難になる。だから、在宅医療の体制作りは絶対に必要だと思う」というような意見もあって少し驚いたのです。このような具体的な内容は、講義の中では話されていなかったはずなのですが、他の授業で社会保障法制などを受講して、もともと意識が高かったのか、あるいはレポートを書くために自分なりにいろいろと調べてみたのか、そのあたりは定かではありませんが、すべて間違いなく学生の意見です。全体を見ていただければおわかりになるとおり、尊厳死の問題から臓器移植の問題まで、その他いろいろと書かれてありますので、ご参考にして頂ければと思います。

【谷水氏】これは何科の学生ですか。

【川井氏】ここに抜粋してきた意見は、法学部、商学部、政治経済学部、文学部、経営学部、情報コミュニケーション学部の学生です。すべて人文・社会科学系の学部の学生たちです。

【川島氏】昼の学部ですよね、社会人ではなくて。

【川井氏】はい、そうです。この「生と死を考える」を受講した学生の学年ごとの分布ですが、今年一番多いのは2年生です。2年生、1年生、3年生の順で配分されています。前期の受講生の中には4年生はいませんでした。いろいろと面白い意見を出してくれていまして、全体的な印象としては、私がこれまで漠然と感じていた現代学生の持つ意識と、実際の学生たちが持つ死生観は若干違っていたかもしれない、という率直な感想を抱きま

した。ただ、多くの学生から、「この講座を受講して、もう1度生と死という問題について真剣に、まじめに向き合ってみようと思った」とか、「生きるということや社会というものに対して、これまで自分はあまり意識してこなかった。これからは社会との関わりの中で自分の存在意義を見出していきたい」という意見が多く見られ、そのような意識になってくれたことは大変良かったと思っております。これからの社会を作り上げていくのは彼らですから、これからの後期の授業が楽しみです。この前期レポートでも、「1年間を通じて自分の死生観を確立したい」とか、「生と死の問題をもう少し自分なりに考え、整理してみたい」というレポートが多かったですね。お配りした資料は、ほとんど加工はしていません。学生の書いた原文をそのまま抜粋し、本人の趣旨が歪んで捉えられない部分を選択して、忠実に再現するように注意してまとめてあります。

では時間の関係もありますので、プレゼンテーションに移らせていただきたいと思います。本日、私がこの話をするに至った経緯としましては、「在宅医療に対する国民意識」という観点から、市民あるいは患者の視点というものを重視して話してほしいということでしたので、市民や患者といっても一人ひとり価値観は多種多様ですので、個人的な見解に陥らないように、現代社会に至る国民意識の変遷を確認しながら、環境変化と歴史的背景も含めて認識を合わせられるように流れを作っております。また、タイトルをこのような表題にしましたのは、制度矛盾や環境変化によって引き起こされる多くの問題に対して、その解決手法については私なりにもいろいろな思いや考えがありますので、そのような個人的見解も織り込みながら、国民意識の変遷をその時々々の時代背景にオーバーラップさせて検証していきたいと考えたためです。

1ページ目の下のスライドはかなり大雑把な近代社会保障史です。歴史を振り返ることで見えてくるものもあるだろうということで、社会保障制度確立までの流れを見ていくわけですが、ここでわかるとおり、最初は市民のエンパワーメントがある程度活発に社会保障制度に作用していたことが窺えます。小規模な社会保障コミュニティと言いますか、共済組合の設立の動きが活発にありました。そして、この年表の最後に皆保険・皆年金の達成を持ってきています。結果的に何がここで言いたいかと申しますと、国家責任原理に基づき、国の保護のなかで人間らしい生活が送れるようになったのは、あるいは、そのような環境が確立されたのは太平洋戦争以後ですね、ということを確認したいがためにこの表を作ってみたのです。このような経過を眺めてみますと、今まさに叫ばれ始めているような社会不安、それに類似した状況は以前にも存在していた。戦後の半世紀はこれまで



体験したことのない急速な文明化の過程にあったわけですから、社会構造や国民意識も以前とはその成熟度において大きく乖離し、また置かれているステージもまったく違うのでしょうが、その本質的な課題ということでは同様の問題を抱えているように思えます。例えば、地域分権政策への期待感が高まる理由や、国民は国家の体力を維持するための国の資本であるということの再確認や、あるいはコミュニティー単位での治安維持が必要になってきた背景や、国民教育の必要性が再度問われだしたことの意味、そして、自立や共生ということが今また叫ばれだしているのはなぜか、ということを考えますと、「豊かさ」を手に入れて、社会基盤となるステージは変わったけれども、歴史の流れは糾える縄のごとく繰り返されているような感がある、ということの認識を合わせたかったのです。この表の中でもうひとつポイントになるのが第1次大戦後の混乱期です。この時代にぶつかった問題は、制度や環境がある程度は整ったとしても、実際に求められる医療機能を稼働させるためには、医療を提供してくれるマンパワーの存在が不可欠であって、医療や介護の提供体制が崩れてしまったらすべて絵に描いた餅になってしまう、ということを示していることです。今後、在宅医療というシステムを考えていく上では、このような課題が露呈し、また社会保障法制においても財政確保の問題を含めて、このような視点が求められてくる時代になった、という気がしています。

次のスライドですが、これは皆様もよくご存知だと思いますが、第二次世界大戦の最中にイギリスから発信されたベバリッジ・レポートに示されている「ベバリッジの三原則」を挙げています。これはまさにナショナル・ミニマムですから、今の時代にはそぐわないのかもしれませんが、この時代の社会背景を考えると、ここに書かれているような内容のレポートが出たということ、それ自体がとても印象的と言いますか驚きで、強烈なインパクトを与えるものであったと思います。このなかで私の好きな言葉は、最初に書かれている「革命的制度を樹立するものでなければならない」という部分です。たぶん、時代の変わり目というのはこういう意識がないと負の連鎖から抜け出すことができないのだろうと思います。ただ繰り返しますが、ここで目指したものはあくまでもナショナル・ミニマムですから、最低生活保障をベースにした生活保護基盤の確立なのです。ここでは、その実現のためには何が必要かを示しています。それは最後に書かれていますが、「国と個人の協力によってなされるべきものである」という一節が大切で、個人個人が他人任せではなく、皆が自律的で社会的責任を有する個人として自己変革しなければならないと訴え、それは、どんな社会でどのような生活あるいは人生を送りたいかという問いかけでもあると理解し

ています。基本的には大きな政府における個の自立をここで謳ったこととなります。次のスライドに記載した日本国憲法も、まさしくこのベバリッジ・レポートからの影響を受けていると言っていいでしょう。着目するのはご存知のとおり 25 条ですが、ここでは国民の権利が高らかに謳われ、そして国としても、それは努力目標としての域は出ないものの、すべての国民が人間らしい生活を享受することができるようにする、その保障が国の義務として明文化されたということになります。

3 ページに進んでいただくと、ここでは実際に憲法 25 条の制定によって得られた国民の権利を図示しています。まず何よりも大切な権利としては自由権があります。この自由権を獲得したことの意義は極めて重要であります。そして、20 世紀型の権利の象徴とも言える社会権を獲得し、この両者の相乗効果で国民は保護され、経済成長にも後押しされて国民生活は豊かになっていきます。このような経過を見ればわかるとおり、戦後から今日までの 20 世紀後半の時代は、国民にとっては満足度の高い、ある意味で適度な競争原理が働きモチベーションも高まる、夢の描ける社会ではなかったかと考えるわけです。また換言すると、いわゆる「わがまま」も言える社会であったと言っていいでしょう。下段に不作為請求権と作為請求権と記載していますが、これは国家に対して主張できる国民の権利のことです。それは簡単には、「私の生き方や考え方に口を出すな」という権利と、「私は困っているのだから手を貸せ」という権利、この両方を持っているわけですから、これは国民の権利としてはとても理想に近い姿だと思います。ただ、この国民の権利を守っていくためには、国としても様々な問題をクリアしていかなければなりません。持続可能な制度にしていくことを考えますと、現状においても難題は山積みになっています。社会権に答えるためには財政的な裏づけが必要ですが、この財政を支えているのは公費いわゆる税金と、保険システム導入による保険料収入によって組まれているわけですが、21 世紀を迎えてこの仕組みに歪みが生じ始めました。25 条の基本理念は最低生活保障がベースになっていて、それは公費を主とした国の所得再配分機能を重視したのですが、現在のシステムはそこに社会保障制度が加味されて、そこでは保険制度を活用して、国と個人の協力体制を作り上げてきたわけです。しかしながら近年は、この公費と保険料のバランスが人口構造の変化や、あるいは経済の動きによって、かなり大きく保険料部分が右側（公費方向）に流れてきている実態があるわけです。このバランスということもこれから少し考えていかなければならない大事なテーマだろうと思います。

次は 4 ページなのですが、ここから少しずつ今回のテーマへ繋がる流れが現れます。在

宅医療へのシフトが必要になってくる状況が現れるわけですが、背景には少子高齢化と経済衰退というキーワードがあり、保険財政の維持の問題だけではなく、医療や介護サービスも金銭給付だけでは充足されないという現実が顕在化してきます。国としても、憲法 25 条 1 項の基本的要請に忠実に、そしてそれを誠実に実現することを義務とした場合は、在宅医療・在宅介護といった現物給付体制を構築しいかなければいけないだろうという問題が発生するということです。これは今後の課題だろうと思います。新たなマンパワーへのニーズが拡大し、環境整備の必要性が問われたたと理解していいのでしょうか。最初のページで見ていただいた歴史の変遷が、ここにきてオーバーラップしてきます。やはり社会の姿は変わっても時代は常に繰り返していると思えてくるのです。その下のスライドに進んでいただきますと、ここでは国民意識の変遷をかなり大雑把に表してみましたが、太平洋戦争以前から下へと順に見ていきますと、まさに日本の社会保障は第 2 世代からのもので、セカンドステージとなる社会保障を作り上げてきたと言えるのかもしれませんが。換言すると、いわゆる「豊かさの中にある貧困」を補うために修正加工されていったということがわかります。この時代は高度経済成長期でありましたから、すべてにおいて勢いがあったのでしょうか。社会学的に言うところの新中間層を中心にした社会、いわゆるサラリーマン社会という総中流社会ができあがり、国民生活は一瞬のうちに「三種の神器」から「3C」へ、いわゆる白黒テレビ・電気洗濯機・冷蔵庫からカー・クーラー・カラーテレビが一般家庭の標準装備になる時代へ突入していきました。私の学生時代は既にカー・クーラー・カラーテレビの時代でしたが、振り返ってみても生活費は増大し、また職業的価値観の変化で人口の都市部集中が起こり、そこでは住宅問題が加熱し、都心の土地付一戸建てがブランド化し、あるいは高級マンションが飛ぶように売れ、いずれにしても都心部に人が住居を求めて流れ込みます。そして学歴社会は教育費を押し上げ、さらには年金制度が高齢者層の自立を可能にしましたが、それがまた核家族化を助長して、家族共同体関係の崩壊を招くこととなります。そのような時代の変遷を後ろに眺めながら、今迎えようとしているのは、第 3 ステージとなる社会保障への移行なのではないかと思っているのです。社会制度や社会保障を考えると、半世紀というのはひとつ目の岐路なのかもしれない、ということを考えさせられます。これから目指すべきステージで必要となるのは、もう一度現代人は自身の価値観を見直す時期がきているのだろうということです。求めるのは「精神的な豊かさ」あるいは「心の豊かさ」と言いますか、「死生観」や「社会観」、そして「人生観」を個人個人が見つめ直すことが大切なのではないかと感じるのです。最近では企業

でも CSR などが叫ばれている通り、社会・経済・環境に対するバランス感覚を持つこと、これはスリー・ボトムラインと言われますが、生活を支える社会のあり方を考える上ではとても大切なことです。また私は、現代は人間関係の再構築の時代と言っていますが、社会という器の中で、お互いの関係を少し見直す時期がきたのではないかとも思っています。医療の世界に当てはめれば保険者と医療提供者、そして患者という相互の関係をもう少し見直さなければいけないような気がします。これが CSR で言うところのマルチステークホルダーとの新しい関係作りになるのではないかと考えています。このように、何となく産業界の動きと社会保障の動きがリンクしているように感じるのは、まさに社会全体にそういったムードが醸成されている表れなのではないか、とも思えてなりません。健康価値を理解し、あるいは生きがいを創造し、だれもが環境に対して謙虚になって、ポジティブに生きることができるような価値観を持てるように、医療環境がそれを後押ししなければならない時代なのかもしれません。たとえば、厚生労働省が進めている健康フロンティアにしても、私が取り組んでいる疾病管理研究会もそうですが、こういった「生きる」ことを重視し、予防という部分に重きが置かれるシステムへと転換していく。これがこれからの第3ステージの社会保障の一本の柱として必要になってくるのではないか、という気がしています。それは医療におけるリスク・マネジメントであって、保険におけるリスク・マネジメントでもあるということになり、結果、希望的な見方ではありますが、国民が求める究極の健康社会を目指すための第一歩になるのではないかという期待も広がります。

次のページを見ていただくと、ここでは価値観を見直すための1つの目安として幸福の価値というものについて考えてみたいと思います。将来に向かって幸福を実感できる社会を作り上げるためには、これがとても難しい問題ではありますが、国民の価値観を徐々にでも変化させていかなければならないということです。高度経済成長とバブルを経験している国民にとっては、「物」と「金」がすべての価値観を支配していますから、いのちも金で買えるものと感じている人も少なくないのかもしれません。そのことから、少し乱暴かもしれませんが、制度面からもアプローチしていかなければならない時期が到来しているのではないかという気がします。今、スローライフとか LOHAS (Lifestyles of Health and Sustainability) な生活、あるいは心の豊かさや精神的価値といった言葉を良く巷でも聞きますが、まさにそのような時代がきたのかな、という感想を抱いています。スライドの中ほどに記載しましたが、「生活の中から生と死が消え去ってはいないか...」であるとか、「家庭におけるケアという問題」、あるいは「子供への死に対する教育」などは、人

生観や社会観を問い直すきっかけを与えるものでもあり、もう一度人間関係を見直す必要があるという点でも、今後に向けて考えていかなければならないテーマだと思われます。余談になるかもしれませんが、夏祭りや盆踊りの本当の意味を知っている子供たちが、現代の日本にどのぐらいいるのでしょうか。自分の生まれ育った地域の文化や風習を大切にしない国では基本的価値観も歪みます。生きることとか、社会というものの捉え方についても、少し真面目に考えていくことが必要です。これまでの社会は「勝ち組」や「負け組」、あるいは独身貴族や核家族という言葉に象徴されるような、どちらかという自己中心的な個人主義や利己主義を作り出してきましたから、これからは社会や環境というものがキーワードになって、社会連帯という意識がまた求められてくるのではないのでしょうか。当然、個人として自由でいいわけなのですが、自律的な判断や行動がとれて、自己責任をしっかりと把握できていれば、自由を謳歌する社会にあっても連帯意識を醸成することはできると思うのです。

次のスライドは今までお話ししたことを整理するためにまとめたものです。文明化の過程という、なにやら古臭い言い回しではありますが、社会学者ノルベルト・エリアスの著書にもあるように、まさに社会的な観点から検証するとこのような流れになるのかと思います。戦後に訪れた急速な経済成長であるとか、あるいは平和憲法の制定で得られた貴重な権利などで、国民生活は本当に大きく変わりました。これは喜ばしいことなのですが、ただ、無限に広がっていく自由と利己主義に対しては、どこかで一定の制約を設けて、健全な方向付けのような試みをしていかないと社会は成り立ちません。それが社会保障制度のようなシステムであればなおのことです。その意味では現代社会は危険な状況にあると言っているのでしょうか。国民生活や国民意識は先進国並みに底上げされたけれども、その中身はというと個人主義や利己主義が中心で、巷にはストレスや苛立ちが蔓延し、自殺者数は右肩上がりや推移し、犯罪も凶悪化あるいは低年齢化し、所得格差と地域格差が顕著になっていく社会で、これから先、幸福を実感できる社会環境を維持していけるのだろうかという疑問も湧いてきます。すでに、ベバリッジ・レポートが求め続けたナショナル・ミニマムは完全に陳腐化してしまっています。とにかく発展、とにかく前進という時代、あるいは物質的価値だけを追い求める時代は終焉を迎えているのですから、これからは、そこに定着してしまった価値観をどのように抑制、あるいはコントロールしていくのか、という問題にぶつかっていると書いていいのではないのでしょうか。その下には「自由と豊かさの対極で…」と書きましたが、これは感覚的なものですが、たぶん世代による

意識の格差もあるのですが、死生観というものについて日頃から感じていることを素直に表しています。この国は特有のエリートモデルを構成しながら、功利主義を背景に成長を遂げてきたわけですから、そのことを考えれば、これまで経済成長だけを闇雲に追い求め、皆が一丸となって我武者羅に突き進んできたことは、それはそれで日本に適していたのだらうと思います。しかし、ここにきてそうもいなくなりました。情報化社会の到来で多くの情報が乱れ飛んでいるものの、情報の非対称性が顕著に現れて社会不信を煽ることになりました。社会は「安定期」「衰退期」「進化期」「破滅期」という推移を多かれ少なかれ経験しますが、このきっかけを作るのも常に情報のいたずらです。医療制度や保険制度などはその典型例といってもいいのでしょうか。メディアクラシーという見方もできないわけではありませんが、情報に対する理解力は個々で大きく異なっていますし、また現代人は自分の価値観で情報を歪ませて理解しようとする傾向もあり、あるいは、その価値観自体が極端に多様化しているといった問題も絡んで、なかなか統一的理解を得ることが困難になっています。さらには、仕組み自体が高度化あるいは複雑化してきたがために、情報を正しく理解している人間もそれほど多くはなく、結果、混乱を避けられなくなってしまったのではないかと思います。このような一連の流れで将来不安や社会への不信感が増幅されてくると、新しい社会構想への意識も醸成され始めるのですが、行動に移すまでには至らないのが破滅期の特徴です。破滅期の定義については本題から逸脱するので割愛します。社会主義や共産主義あるいは環境主義などの表現が適切か否かは別としても、そういったものとこれまでの社会構造との複雑な綱引きというか、あるいはバランスのととり方などを模索して迷宮に迷い込んでいくこととなります。しかしながら、その社会で生活をしている現代人の多くはリバタリアンであるという現実。国民の大半は自由信奉者であり、自由意志論のようなものを目指している人たちがここでは生活をしているわけですから、一つのビジョンに向かって足並みをそろえるということは、なかなか難しいのだらうという気がしています。しかしながら、社会保障の問題を考えれば、既存のフレームワークでこれからの国民ニーズを全て受け止めることは難しいことですから、それを踏まえれば、社会保障制度そのものが少しずつ変わっていかざるを得ないのだらう、ということを書いています。

次は6ページに進みますが、これもよく使用させていただく図です。保険制度もそうですが、社会はいつも循環しています。それは換言すると、永続性を維持できるシステムなどは基本的にないわけで、常にバランスを保つ努力を続けながらも、それは必ずどこかで

限界に至りますから、転換期を早期に見極めることが第一で、社会背景と価値観を柔軟に取り入れて新しいシステムへと切り替えていかなければいけないということになります。これに失敗すると強烈な痛みを伴うシフトになりますから、そのタイミングは慎重に見極めなければならないということでしょう。保険制度の本質を考えれば、それは単に与えられるものではなく国民のエンパワーメントが支えている制度でもあるわけですから、まずは国民の選択権が優先されます。そのためにも説明と納得という工程を大切にしながら、国民から一定の理解を得るための作業は避けられないでしょう。ですから、悪循環を断ち切るためには、社会連帯の意識と自己責任の意識をもう一度しっかりと見直していく必要があります。連帯意識の醸成という問題と自己責任の問題を並列に捉えるのは少し違うのではないかという感覚を持たれるかもしれませんが、社会全体がたとえ合理的打算人集団と化してしまっても、自己責任さえしっかりと自覚していれば連帯意識は育てられると思っているので、あえてこのような表現にさせていただきました。ですから、自律的で主体性をもった個人へと自己変革していくことが大切で、それが成熟社会への第一歩だと思うのです。そして次のスライドですが、これはサードステージ社会保障というものをイメージして、キーワードになるものをいくつか羅列したものです。全体像としては国が1つのビジョンを描いて、向かうべき方向性を示していかなければならないのですが、これからは地域の活力をもっと前面に出せる方向性も模索していかなければいけないでしょう。そのためには地域の政策提言能力を高めて、地域から政策提案が行えるような環境を作り出さなければなりませんし、そのためには、地域でリーダーシップを発揮できる人たちが現れてこなければいけないでしょう。それから住民あるいは患者サイドの問題としては、健康価値の理解と健康意識の醸成が必要です。セルフマネジメントと書きましたが、ここには健康管理という意味でDM (Disease Management) 概念なども入ってきます。それから以前の会議で土橋先生のお話を伺いましたが、私は土橋先生の市川での活動がまさにひとつの理想像だと思っています。このようなスタイルが各地域で実現可能であるならば、それはひとつのモデルになるであろうと思います。目指すのは患者を中心に置いたシームレスな医療介護連携ですから、1人の患者に2人の医師が適宜、柔軟に対応できる体制があり、身近にいるプライマリ・ケア医師と、緊急時にすぐ入院施設に運び込むことができる病院側の医師の連携が取れていることは理想ですね。以前から申し上げているとおり「地域のリスク・マネジメントとしての在宅医療」が機能するためには、急性期・在宅・介護、できれば福祉施設までの全てがシームレスにつながるようなものがないだろうか、と

常に考えています。それはある意味で、医療機関が個別独立の経営主体から抜け出し、地域全体が大きな医療機関になるというイメージで私は捉えています。それから4番目として、ヘルスケア産業の創出があります。これも大切だと思います。正直に言いまして、これからの地域社会には地域経済を支えるだけの産業の活力がなければいけないと思います。それも地方都市は高齢化が顕著で人口の減少が今後は急速に進みますから、これまでの感覚ではマーケット機能は完全に失われます。しかしそれでは財政は枯渇し、どのような提案も絵に描いた餅になってしまいます。ですから、これからは少し視点を変えて、保健医療介護福祉サービスというヘルスケア分野から生まれるような産業を模索する時代になるのではないかとことです。これは言い方を間違えると医療機関の株式会社化などを想像されて誤解を招きやすいのですが、そういうことではなくて、あくまでも保健、医療、介護、福祉という、ヘルスケア分野から生まれてくる経済効果も常に考えていなければいけないということです。ここには当然、民間企業も入ってきていいわけですし、それにより人口の流動と雇用の創出が生まれれば、それはシナジー効果になります。それから再保険システムのようなものもほしいですね。地域単位での社会保障政策の実現の意味といえますか、そこでのメリットは管理枠が縮小されることで地域特性を把握できて、地域実態に即した政策を実行できるということですが、これはリスク・マネジメントとしての機能は期待できても、国家社会保障という観点ではリスクが高いわけです。この問題をクリアするためには再保険という発想が必要だと思います。連帯的な集団を形成できるのであれば、民間保険が公的保険の再保険を行うという発想も不可能ではないかもしれません。

6番目は公費と保険料のバランス調整です。先ほど申し上げましたとおり、公費に偏りすぎるのは問題です。バランスの問題を少し考えなければならぬだろうと思います。保険というシステムの本質は、市民のエンパワーメントに支えられる仕組みであるということを考えれば、国民一人ひとりが統治客体意識から脱却して、当事者意識を持って社会を作り上げていこうという行動変容を期待できます。それから7番目ですが、ここで申し上げたいのはキャッシュフローです。地域単位でも必ず不採算地域や不採算部門は出ます。いずれにしても、収益率だけにこだわってしまうと、どこかを切り捨てた方が有利だとか、どこの人員を削減した方がいいという、きわめて単純な話になってしまいますが、当たり前のことですが生活や生命を支える社会保障はそれほど単純ではありません。しかし、限られた財源を有効に使用しなければならないことも事実ですから、キャッシュフローの見直しは喫緊の課題になってきます。基本は住民中心で、その地域の医療ニーズと医療機能



を抜本的に見直して、明確な患者動線を作り出しながら、その上で検証すべき問題と言えると思います。それから8番目は補足的なものですが、山間僻地への対応です。私はその問題についてはドクターヘリの機能的な高度活用ということを以前から模索しています。一定の広域医療介護福祉圏が見極められれば、このネットワーク内はドクターヘリの守備範囲だと思われます。これらの全体像を次のスライドに表しています。

国家社会保障体制・国民皆保険制度を基盤においた・・・、とあえて書きましたのは、基本的に社会保障は大きな政府でしかなし得ないものであるということを示したかったのです。そのうえで地域特性を重視し、地域の機能や能力を強化してバランスを取っていくことが理想だと思っています。地域で暮らす住民の方々にとって、医療というものの入り口は、やはりプライマリ・ケア・フィジシャンあるいは在宅医療が中心になるだろうと思います。とても細かくて分かりづらい図になってしまい恐縮なのですが、下のスライドがそれを図式化したものです。一見すると3本の縦ラインが見えると思うのですが、中央の柱が急性期あるいは高度医療の柱として考えております。左サイドが連携をイメージしたものです。広域のシームレスな医療連携をデザインして、在宅医療から介護福祉までスムーズに連携できることを目指します。これによって患者動線も明確になりますので、住民の健康管理とあわせて保険の中長期的なリスク・マネジメントも実現でき、それは健康フロンティアの実現にもなります。右側の柱は保険です。既存の公的保険を補佐する意味でも、その他多くの保険モデルがあってもいいのではないかと考えています。ここで考えられる保険モデルはいろいろと考えられるのですが、たとえば自動車保険の自賠責モデルなどは非常におもしろいと思います。あるいはJAFのような基金もひとつですね。それぞれに再保険契約を持たせることでリスク分散したり、地域強制保険としてリスク・プールするという発想もあると思います。保険グループも1つである必要はないですから、経済機構としての民間保険が個人主義的打算人集団を構成してもそれはそれでかまわない。結果として、それが地域の財政基盤を豊かにし、社会保険をある程度バックアップできる制度になっていけばいいのではないかと思います。理想論だけでこれからの地域経営は維持できないことはすでに見えています。最終的にこの3つの柱が目指すところは、不採算地域への再投資余力を地域全体のグループ構想の中で作り上げることにあるわけで、高齢者や社会的弱者といわれる保険に馴染まない人々を切り捨てることのない、住民本位の医療福祉制度になっていなければいけないということです。

次のページには3本の柱の意味合いのようなものを示しています。最近ではCSRという

言葉をよく耳にするようになりましたが、いわゆる企業の社会的責任と言うやつですが、何事もバランスを重視しなければいけないということが第一です。社会・経済・環境というスリー・ボトムラインの視点を CSR は重視しますが、地域社会保障に当てはめると「社会性」、「経済効果」、「地域セーフティーネット」という観点に置き換えてもいいと思っています。次に、マルチステークホルダーとの新たな関係の構築と書きましたのは、これは保険と医療、そして住民や産業との関係を大胆に見直すような社会構造を考えてみる必要があるのではないかという提案です。これによって社会性と経済効果を両立し、地域セーフティーネットという要の部分がバランス良く維持できるような仕組みを大胆に創造しなければならないというものです。基本線として守らなければならないのは、いつでもどこでも誰でも安心して受けられる医療提供体制を保持するということ、そのうえで、地域社会に還元できる収益を確保し、その拡大に執着しなければいけないということです。だからこそ、ヘルスケア産業の創造による雇用の創出が大切であり、保険による再配分機能を強化するという視点も含めて、経済効果を生み出しながら健全なセーフティーネットを設け、それにより地域住民の生活の質が向上される仕組みを考えて、地域で協力し合って作り上げていくことが必要になります。大切なのは地域の政策提言能力です。地域がリーダーシップを発揮して、地域特性を反映したシステムを地域ごとに作り上げていき、それを中央官庁が全体的な視点で調整していけるような日本の社会保障モデルができれば、それは理想的な姿ではないかと考えています。

ここで参考として、長野県厚生連の佐久総合病院の地域における活動をご紹介します。これはよく紹介されるデータですから、ご存知の方もいらっしゃるかもしれませんが。今はもう市町村合併してしまいましたから、臼田町は統合されて佐久市になってしまいました。ただ手元には当時のデータしかありませんので、申し訳ありませんがこのデータでご説明させていただきます。これで見てもわかるとおり、町の総人口から考えて、佐久病院の従業員数が非常に大きいのです。医師の数も平成 15 年度で 188 名、現在は 190 名を超えています。病院収益は 1999 年の時点で町財政の 2 倍を稼ぎ出しています。これを以前に調べた方がいて、次のページに出っていますが、これもご覧になった方がいるかもしれませんが、当時立命館大学の教授だった宮本憲一先生がこの地域を調べたデータです。臼田町が特化していたのは、赤線を引いたところを見て頂ければわかりますとおり、サービス産業の分類の中に医療が入っていますが、医療・保健による収益が 18.5% というと、これは建設業に匹敵する数字です。これだけの経済効果を医療、保健の分野で作り出していて、さ

らに、当時すでに雇用者数は建設業を上回っていたのです。土建国家と呼ばれて地域財政の大半を土木建設事業に頼っていた時代に、このような地域は特殊な存在となります。高齢化も進み、山間僻地を多く抱える難しい地域の病院なのですが、この現実には驚きます。実のところ、私がこの JA 組織に興味を持った理由のひとつは、この佐久総合病院のデータを目にしたことがきっかけなのです。

さて最後のスライドですが、このスライドでは在宅医療とプライマリ・ケアを中心において描いています。これからの時代における在宅医療の役割とは何なのかと考えるにあたって、住民から求められる在宅医療の姿を模索することは大切なのですが、それと同時に、今度は逆の見方で、在宅医療を推進することが地域と住民を育てていくことにならないか、という姿を私は思い描いています。在宅医療というシステムには、人間関係の再構築や「生」の概念を自ら構想するためのヒントが数多く隠されています。在宅医療の推進によって国民の価値観や意識は必ず良い方向へ変わっていくものと願っていますし、それを期待したいのです。明治大学の学生が書いたレポートの中にもありましたが、たぶん彼等は在宅医療というものをまったく経験していないはずですし、実情も知らないはずですが、しかし話を聞き、それを自分なりに咀嚼し、自分のバランス感覚に基づいて出した結果が、これからの社会に在宅医療は必要だという答えだった。在宅医療に対する視点や入り口は様々でも、在宅医療をテーマに取り上げた学生からは否定的な意見は見られませんでした。そのように考えますと、やはり在宅死と病院死の逆転状態は望ましい姿ではなかったと言っていいのではないのでしょうか。在宅医療の推進が、新しい時代のパラダイムシフトを導くコンシェルジュのような役割を担って、国民意識のコントロール機能も果たしていくのではないかと感じます。それが無理なく、理想的に、そして自然な流れの中で国民に受け入れられるのであれば、在宅医療が新しい社会保障のあり方を方向付けたと言っていいのだらうと思います。在宅医療のイメージはまだまだ小さなチーム医療ですが、そのような小さな集団が協力し合い、融合し合って、地域社会全体へと広がっていくような、そんな地域社会の医療環境が創造できたら、それはまさしく住民本位の医療体制の実現でもあります。地域住民が主体的に作り上げる医療環境というものを考えると、そのきっかけを作るのが在宅医療の役割でもあるのかな、という気がしています。そんなところでまとめさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

新しい地域社会の創造に向けて  
 ー在宅ホスピスケアの視点よりー

十和田市立中央病院 蘆野吉和 (前 労働者健康福祉機構 福島労災病院外科)

報告の要旨

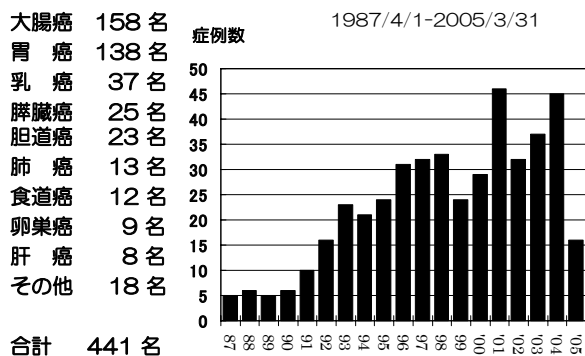
はじめに

筆者は、1986年からがん終末期医療に取り組み、その取り組みの一環として1987年にがん末期患者の在宅医療（在宅ホスピスケア）を開始した。2005年3月までに441名のがん患者にサービスを提供してきたが、その活動の中から多くのことを学んだ。今回、これまでの活動内容を紹介し、今後の日本の地域社会に在宅ホスピスケアを普及する意義について私見を述べる。

在宅ホスピスケア症例の概要

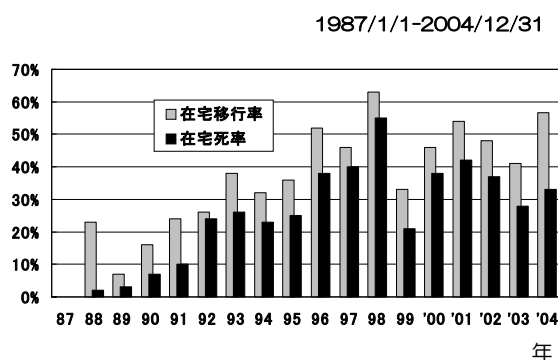
1987年4月から2005年3月までに在宅ホスピスケアを提供した人は441名で、疾患別の内訳は、大腸がん158名、胃がん138名、乳がん37名、胆道がん23名、膵臓がん25名、食道がん12名、卵巣がん9名、肝がん8名、その他18名である。年次別の症例数は1990年頃までは年間5～6名程度であったが、1991年には10名と増加し、1992年以降は増加傾向を示し、2001年は46名となっている（図1）。なお、1991年以降に症例が増加した最大の理由は「がん告知」の開始である。

図1 在宅ホスピスケア症例（外科）



年間のがん死亡者における在宅ホスピスケア移行率および在宅死率を図2に提示する。在宅ホスピスケア移行率は、1995年までは40%以下、1996年以降は50%前後となっている。特に移行率が高かったのが1998年の63%であった。

図2 福島労災病院外科における癌腫死亡例の年次の推移



在宅死については、当初は最期は病院に入院させて看取る方針で臨んだが、1991年3月に方針転換し、最終的な到達点を在宅死とした。このため、在宅死率は1992年には20%を超え、1996年以降は40%前後となっている。なお、最も在宅死率の高い年は1998年の55%であった。

在宅ホスピスケアを含む緩和医療の19年間のあゆみ

表1 福島労災病院外科における緩和医療のあゆみ

- ・1986年 6月 緩和医療取り組み開始（鎮痛剤の予防的投与法の確立）
- ・1987年 4月 在宅ホスピスケア開始  
労働福祉事業団 在宅医療プロジェクト研究 1991年まで試行
- ・1991年 3月 「自宅での看取り」の推進
- ・1992年 3月 「がん告知」開始
- ・1994年 4月 いわきターミナルケア研究会発足（いわき市医師会）
- ・1994年 6月 いわきターミナルケア連絡協議会設置（いわき保健所）
- ・1996年 4月 訪問看護室 設置
- ・1997年 7月 あんしん医療マップ発刊（いわき市医師会）
- ・2002年 8月 緩和ケアチーム ふくろう 設立
- ・2003年 7月 「地域がん診療拠点病院」指定

緩和医療の取り組みは、がん疼痛治療法が確立され、痛みがとれるようになった時点（1986年）から開始された。そして、筆者が展開してきた緩和医療は、1987年4月に始まった在宅ホスピスケアの影響を大きく受けながら発展した。日本の緩和医療が病院での医療を引きずりながら、その延長上のホスピス病棟を中心に展開されてきたのに対し、自宅と一般病棟を中心に、自宅で生活する人間の視点を取り込みながら展開された。最終的には、一般病棟での緩和ケアには在宅ホスピスケアで培われた知識と技術が導入され、自宅で過ごすか、病院で過ごすか自由に選択でき、また、希望に応じて、すみやかに自宅での緩和ケアが提供されるシステムが出来上がった。

このシステムが完成されるまでは、いくつかの課題への取り組みがあった。一つは、症状緩和治療を自宅で行う知識と技術、二つ目は「がん告知」、三つ目は病診連携・医療保健福祉の連携、四つ目はチーム医療である。以下簡単に取り組みの軌跡をたどる。

### 1) 症状緩和治療を自宅で行う知識と技術

がんの進行に伴い出現する苦痛が病院でも自宅でも緩和できなければ、自宅に戻る事もできないし、自宅で安心して暮らすこともできない。この苦痛として、特に専門とする消化器がんで頻度の多い症状は、痛み、消化管通過障害に伴う食欲不振や腹部膨満感、腹水貯留に伴う腹部膨満感、発熱、むくみ（浮腫）などである（表2）。また、その他に全身のだるさ（全身倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）などがある。これらの症状のうち、特に頻度が高く、苦痛が強いのが痛みであり、痛みを取る事が最大の課題であるが、積極的な強オピオイドの使用により約95%程度の痛みが緩和できることが判明した。日本におけるがん疼痛除痛率はまだまだ低く、平均で50%程度であると

報告されており（図3）、筆者のこれまでの経験から言えることはその原因が不適切な痛み治療（表3）にあることは明らかで、在宅ホスピスケアを促進するためにも早急に解決しなければならない課題である。なお、在宅ホスピスケアにおける疼痛管理において特別な知識や技術は必要ないが、表4に示すような対応が必要である。

表2 消化器末期癌患者に出現する症状の発現率

(1990/1~1994/12 204例の集計)

<慢性症状>		<急性症状>	
疼痛	73%	意識障害	13%
消化管通過障害 (腸閉塞 17%)	49%	出血	11%
発熱	45%	腸管穿孔	5%
浮腫	32%	肺炎	3%
腹部膨満感	32%	敗血症	2%
黄疸	19%	腎不全	1%
呼吸困難	10%		
精神障害	10%		
褥創	3%		

図3 がん病期別除痛率

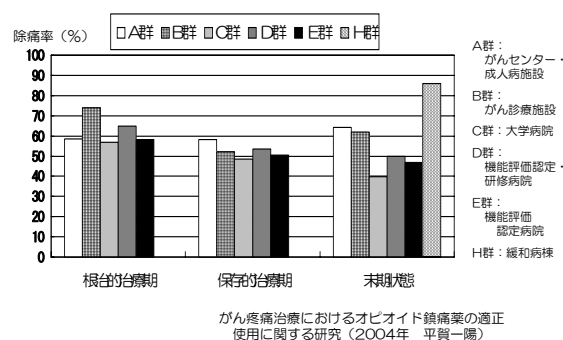


表3 不適切な痛み治療

- 1) 痛み治療が早く行われていない。
- 2) 痛み治療の評価が十分にされていない。
- 3) 痛みの程度に応じた薬剤が選択されていない。
- 4) 個々の痛みの強さにあった強オピオイドの量が使用されていない。
- 5) 最初に持続性の強オピオイド製剤が用いられる。
- 6) レスキュー薬が用いられていない。

表4 在宅ホスピスケアに於ける疼痛治療の要点

1. 痛みが出現した時にすぐに対応する  
頓用の鎮痛薬を配備しておく
2. 痛みが増強した時にすぐに対応する  
レスキュー薬を配備しておく
3. 経口摂取できなくなったときにすぐに対応する  
投与経路の変更ができる

これまでの在宅ホスピスケアにおいて行った症状緩和治療および処置を表5に示した。

表5 在宅ホスピスケアにおける治療および処置

1986/4~2004/3 福島労災病院外科

・強オピオイド製剤投与	258 名
・中心静脈輸液	215 名
・ハロペリドール注投与	40 名
・腹水持続排液	37 名
・酸素療法	35 名
・経鼻胃管チューブ留置	16 名
・胸水持続排液	11 名
・輸血	7 名
・経腸栄養	2 名
・末梢輸液	1 名
・皮下注輸液	1 名
・抗がん剤治療	12 名

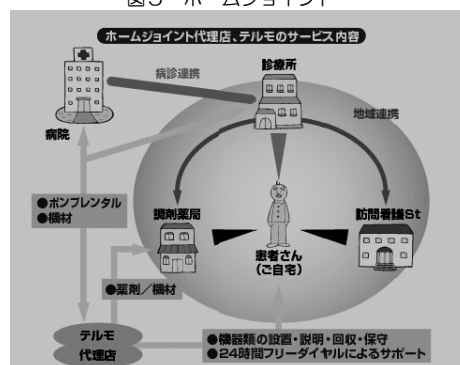
痛み治療の次に多い治療は中心静脈輸液である。消化器がんにおいては、がん性腹膜炎などによる消化管の通過障害をきたす事が多く、輸液を行う機会が多いのが現状である。そして、このために自宅に戻れない人も少なくない。自宅での輸液を可能とする知識や技術は在宅中心静脈栄養輸液法（HPN）として良性疾患においてはすでに完成していたが、これを悪性疾患に応用するためには、自己管理ではなく訪問看護師との連携を前提とした管理、携帯用自動輸液ポンプの使用など運用に関して多少の配慮が必要である。なお、がん疾患のHPNの普及のため、より使いやすい携帯用輸液ポンプ(図

4) とこの輸液システムが全国どの地域でも利用できることを目的としたレンタルシステム「ホームジョイント」(図5)をテルモ社と共同で開発した。

図4 携帯用HPNポンプ  
「カフティー」 テルモ社



図5 ホームジョイント



その他自宅での症状緩和のために行われた治療法は、腹水貯留による腹部膨満感に対する腹水持続排液(図6)、呼吸困難に対する酸素療法、腸閉塞による嘔吐に対する経鼻胃管チューブの留置、胸水貯留による呼吸困難に対する胸水排液などの他に、希望に応じて輸血や抗がん剤治療も行われている。このように、症状緩和治療に必要な治療や処置は自宅でも行うことができ、そのために使用される薬剤(表6)や医療器械(表7)も少ない。

図6 腹水の持続排液

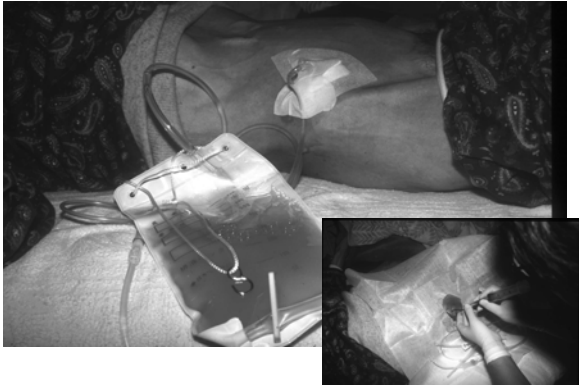


表6 がんの終末期に使用される薬剤

- モルヒネ（注射薬・座薬・経口薬）
- ステロイド（注射薬・座薬・経口薬）
- 利尿剤（注射薬・経口薬）
- 制吐剤（注射薬・座薬・経口薬）
- 抗精神薬（注射薬・経口薬）
- サンドスタチン（注射薬）

表7 在宅ホスピスケアで利用される医療機器

- 自動注入用ポンプ
  - 持続静注
  - 持続皮下注
- インフューザーポンプ
- 酸素濃縮器
- 検査機器
  - 超音波診断装置

## (2) 「がん告知」

これまでの在宅ホスピスケアの取り組みの中で最も重要であった取り組みが「がん告知」である。

進行したがんでは、自然経過として病状は悪化し、よくなることはない。当然、ADLは次第に低下し、本人にとって思いがけない症状が出ることもある。このような病状で自宅でも不安少なく過ごすためには、自宅にいることが本人や家族にとって都合

のよいことであることがわかってなければならない。そして、このためには、病名や病状について、また、その病状に対する治療法とその効果、病状の見通しなど、正直に、わかりやすく説明されていなければならない。この問題は「がん告知」として以前より常に議論されていたことであるが、在宅ホスピスケアの実施にあたっては、避けることのできない問題であり、1990年頃より悩み続けてはいたが、1992年に勇気をもって一つの方針を定め実行した。その方針とは、「告知」を行うかどうかについては、本人の希望を直接聞いて決めること、本人に説明する前に家族を含めた他人に説明を行うことをしないことである。これは、患者の権利宣言を参考にしたものである。

具体的な医療情報開示の原則と手順を表8と表9に示す。この原則と手順に沿って説明を行うことを、外科スタッフ全員に指示した結果、「がん告知率」は上昇し、ほぼ100%本人の希望に沿った説明が行われるようになり（図7）、また、結果的に在宅ホスピスケアを希望する人が増えた。

表8 医療情報開示の原則

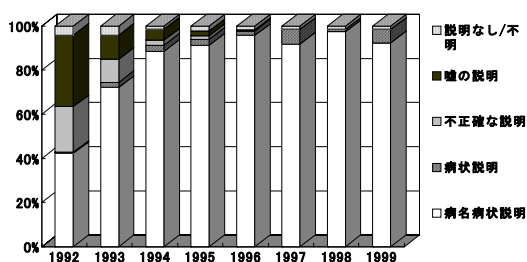
福島労災病院外科

1. 医療を受ける本人に対し開示すること
  - 本人の了解を得ずに他人に情報提供することはしない
  - 最初に他人に情報提供することはない
2. 診断が確定した時点で必ず開示すること
  - 初診時に診断が確定していれば、その時点で開示する
  - 初診時に診断が確定していなければ、確定した時点で開示することを約束する
3. 病名に関する情報は、本人の意向を確認して開示する
  - 本人が病名を知りたくない并希望した時は、病状に関する情報を開示する
4. 説明を受ける人がわかる言葉を使い、わかりやすく説明する
5. 嘘の情報は伝えない

表9 医療情報開示の手順

- 1、初診直前：説明に関するアンケートの記載（本人）
- 2、初診時（本人との面談）：病名や病状の説明。手術が何故必要なのか、治療が何故必要なのかについて納得できる説明を行う。  
アンケートの記載内容を本人に確認し、本人の希望に沿って病名と病状を説明（病名の説明を希望しないときは病状を説明する）
- 3、手術前：本人と家族同伴で詳しく説明
- 4、退院前：手術・組織検査の結果について説明
- 5、外来：再発の有無に関して定期的に検査。  
結果については随時報告。  
再発を疑った場合：「再発を疑っている」と説明  
再発と診断された場合：「再発が確認された」と説明

図7 医療情報開示の状況（癌）



その時から15年近く経った今日、緩和医療においても、がん医療においても、その実践にあたって最も重要な項目がコミュニケーションであり、そのコミュニケーションを確立するためには、嘘のない会話、相手を思いやるところが大事であることを実感している。

### 3) 病診連携・医療保健福祉の連携

在宅ホスピスケアは病院の医療の延長ではなく、地域で暮らす人間を支えるシステムであることを1993年頃から自覚し、地域社会のシステムとして在宅ホスピスケアの体制を整備するための試みを1994年から開始した。一つは、いわき市医師会との連携で、緩和ケアの研究会を立ち上げ、その研究会のメンバーを中心に、病診連携のためのデータベース「いわきあんしん医療マップ」(図8・図9)を1997年に作成した。また、1994年より、いわき保健所との連携プロジェクトを企画(表10)、1996年1月に「いわき地域在宅ターミナルケアシステム」として運用が開始された(表11・

表12)。

図8 いわきあんしん医療マップ



図9 いわきあんしん医療マップの内容

胃腸整形外科	
住 診	可能
夜間緊急住診	可能
休日住診	可能
住診条件	自院かかりつけ患者
往診可能地域	
在宅医療における病診連携	可能
訪問看護	可能
末期癌在宅医療の支援	可能
介護保険サービス	
訪問看護ステーション	無
在宅医療実施項目	
A 中心静脈栄養管理	F 胃瘻の管理
B 気管カニューレ交換	G ストーマの管理
C 膀胱貯・排入・交換	H 在宅酸素療法の管理
D 経管栄養管理	I 麻薬免許有
E 褥瘡の管理	J 癌性疼痛の管理
自宅看取	可能
看取条件	1 自院かかりつけ 2 病診連携の紹介患者 3 受入れ病院がある場合

表10 いわき地域在宅ターミナルケアシステムの軌跡

- ・1994年6月  
平成6年度いわき保健所保健・福祉サービス調整推進会議  
「末期医療患者に対する在宅ケアシステム・地域ネットワークづくり」を検討部会を作り検討する旨決定
- ・1994年8月～1995年3月  
検討部会での試行
- ・1995年5月  
平成7年度いわき保健所保健・福祉サービス調整推進会議  
「いわき地域在宅ターミナルケア事務運営要領（部会案）」了承
- ・1996年1月  
いわき地域在宅ターミナルケアシステム 運用開始



表11 いわき地域在宅ターミナルケアシステムの構成機関および対象者

＜構成機関＞	
医療関係機関	いわき地域内の病院および診療所 いわき市医師会 いわき市病院協議会 訪問看護ステーション
福祉関係機関	福祉事務所 社会福祉協議会 在宅介護支援センター
保健関係機関	いわき市健康課 いわき保健所
＜対象者＞	
悪性新生物や難病等疾病により余命が僅かであると医師の判断があった、いわき地域に在住の在宅療養者およびその家族で、このシステムによる支援を希望した者	

表12 いわき地域在宅ターミナルケアシステム（実績）

年度	対象者数	訪問回数 (保健婦)
平成6年度	16	49
平成7年度	17	61
平成8年度	14	97
平成9年度	31	142
平成10年度	8	38
合計	86	387

このような在宅ホスピスケアにおける医療保健福祉（介護）行政の連携の試みは、これまでいくつかの地域で行われており（表13）、地域社会を支えるネットワークシステムとして全国的に広がることを期待している。

表13 在宅ホスピスケアにおける地域ネットワーク構築の試み

- 1994年 ●いわき地域在宅ターミナルケアシステム  
●北上市緩和ケア事業
- 1996年 「宮城県におけるホスピスケアのあり方に関する報告書」
- 1997年 ●あんしん医療マップ発刊（いわき市医師会）
- 1997年 ●宮城県在宅ホスピスケア推進事業
- 1998年 ●ホームホスピス宮崎 設立
- 2000年 「広島県における緩和ケアの推進について」
- 2002年 ●岩手県在宅緩和ケアモデル事業
- 2003年 ●広島県緩和ケア推進事業  
●山口市在宅緩和ケア推進事業  
●北上市緩和ケア支援事業  
●千葉県在宅がん患者緩和ケア支援ネットワーク
- 2005年 ○福島県在宅緩和ケア事業

#### 4) チーム医療

1996年、病院内に訪問看護室が開設され、専従の訪問看護師4名（図10）とのチームが結成された。それまで私が行っていた症

状緩和治療も訪問看護師が短期間で習得できることがわかり、各種処置、各種の指導（処置の指導、介護の指導、看取りの指導）などケアの質が明らかに高まった。結果的に在宅ホスピスケアは病院内の全診療科に広がり、1996年4月から2005年3月までの約19年間の訪問看護の実績は641名、そのうち472名が末期がんで訪問看護の主な対象疾患となっている（表14）。

図10 福島労災病院 訪問看護室 スタッフ



表14 訪問看護実施症例数（疾患別）

1996年4月～2005年3月

対象疾患	外科	消化器科	呼吸器科	循環器科	泌尿器科	一般内科	婦人科	リハ科	整形外科	耳鼻科	麻酔科	合計
がん末期	323	83	27	2	28	1	5	1	1	1		472
脳血管障害	8	5	8	7	7	1			18	1		55
慢性呼吸器疾患	1	4								1		6
慢性腎臓疾患	2	1	25	2								30
虚血性心疾患	1			4								5
神経疾患		1			1			9				11
脊髄損傷					5			1			1	7
その他内科的疾患	11	5	3	11		7						37
整形外科的疾患	1	1			1				6			9
泌尿器科的疾患					9							9
合計	347	100	63	26	51	9	5	29	9	1	1	641

#### 在宅ホスピスケアの実践から学んだこと

私が、約18年にわたる在宅ホスピスケアの実践から学んだことは多い。それらの中で特に重要と思われる項目を提示する。

##### 1) 症状緩和治療関連

がんが進行していても自宅で暮らすことができ、がんの進行に伴う苦痛は自宅でも緩和することが可能である。

##### 2) コミュニケーション関連

がん医療において患者本人とのコミュニケーションの確立が最も大事である。そし

てこのためには、病名や病状に関する情報開示が必要不可欠であり、誰もが正しい情報を提供されれば、自分の生き方を決めることができ、誰もが自分にとって不利な情報であってもそれを受け入れる能力を持っている。

### 3) 訪問看護師関連

自宅での緩和医療の展開においては、訪問看護師の役割が非常に重要であり、訪問看護師とかかりつけ医の連携で在宅ホスピスケアを展開することができる。したがって、在宅ホスピスケアを普及させるためには、訪問看護師の教育が重要である。

### 4) 在宅死関連

自宅で家族だけで看取することは十分可能である。これまで誰もが死を医療の問題として扱い、非日常的なものとしてきたが、実は医療の問題ではなく、日常的な地域社会の問題であり、“看取り”は昔から地域社会のきづなを保つ意味でも非常に重要な儀式でもあった。

### 5) 在宅ホスピスケアのシステム関連

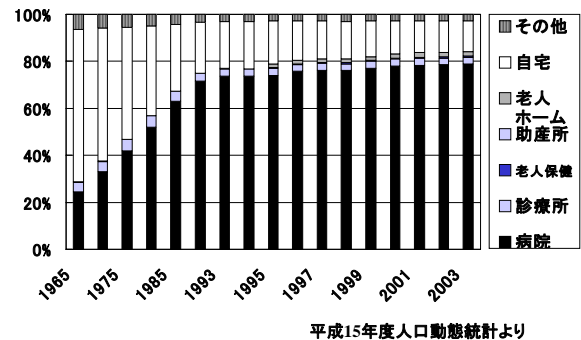
在宅ホスピスケアは病院の医療の延長ではない。在宅ホスピスケアのシステム構築を考える場合に、医療のシステムとしてではなく地域社会のシステムとして展開してゆく姿勢が必要である。

在宅ホスピスケアを普及する意義について

在宅ホスピスケアから私は実に多くのことを学んだが、その中で特に強調したいのが、「いのちをささえ、いのちをつなぐ」ことの重要性である。日本の医療はこれまで「いのちを助ける」ことを最終目標としてきたが、その結果、病院で死ぬことが当たり前となり、また、家族が付き添って看取するという習慣が失われた。1970年以前は在宅死が50%以上であったものが、1980年代には逆転し、1990年以降、在宅死は20%以下となっている。特にがんにおいては、90%以上が病院死であり、在宅死は約6%

にすぎない (図 11)。

図11 年次別にみた死亡場所



このように、現在、“死”を迎える現場は、地域から病院に変わり、家族や地域の人々は死が訪れる直前に病院に駆けつけてその瞬間に立ち会い、悲しむ時間もなく、そのまますぐに遺体とともに自宅に戻る光景が普通に見られるようになった。これを私は“いのち”の隔離と、“看取りの文化の崩壊”と呼び、最近特に問題となっている社会的現象と結び付けて考えている。すなわち、最近毎日報道される傷害や殺人事件（特に青少年犯罪の増加）、そして自殺、家庭の崩壊、地域社会の崩壊、いずれも、“いのち”に対する畏敬の念と“コミュニケーション”の欠落がもたらしたものであり、“いのち”の隔離がその元凶ではないかと疑っている。

しかし、自宅での看取りでは、日常生活の中で死を迎えることとなり、子供も含め、家族や地域の人々は、死の瞬間のみならず、死に至る過程を観る形となる。これは辛いことではあるが、誰にでも訪れる死を学ぶ非常によい機会である。その意味では、先に逝く人は、偉大なる先達である。

ここでは、“いのち”が最期まで家族や地域の人々そして医療・介護・福祉関係者にささえられ、結果的にいのちが別の世代につなげられてゆく。

すなわち、在宅ホスピスケア普及の意義は、“いのち”を基本としたコミュニケーシ

ョンのある地域社会の創造である。この社会は、誰もが自分の希望する場所で最期まで生きることのできる可能性が高い社会でもある。

### 新しい地域社会の創造に向けて

在宅ホスピスケアの普及が新しい地域社会の創造につながるとしても、どのように普及するかが今後の大きな、しかも緊急の課題である。

まだ、緩和ケアの理念や知識や技術が一般病院でも普及していない上に、すでに、どのような病状（病態）であっても病院に入院し医療者にまかせておけば安心だ、臨終の席には医者と看護婦が同席するのがあたりまえ、臨終は病院で迎えるのがあたりまえ、と国民だけでなく医療従事者も疑問をもたなくなっている時代に、病状が悪化している人や、臨終を迎える人を自宅で看てゆくこと、家族だけで看取りを行うことを薦めることは大変な作業であるが、やらなければならない。

そのためには、国民のみならず、医療従事者の意識改革、在宅ホスピスケアのシステムの整備、一般病院における緩和医療の普及が必要不可欠であり、これらの作業を同時進行で行う必要がある。

ここでは、在宅ホスピスケアのシステムの整備についてのみ私案を述べる。

在宅ホスピスケアのシステムで最も重要なのが訪問医療のシステムであるが、この訪問医療のシステムに必要な条件が、症状緩和治療の知識と技術を持った訪問看護師あるいは医師の定期的な訪問、24時間のオンコール体制（病状の変化があった時の緊急連絡網の整備と必要に応じた緊急訪問体制）、患者や家族が入院を希望した場合に緊急に入院できる体制（バックベッドの確保）の3つであり（表15）、この条件を地域で完結できる仕組みを作る作業が必要となる。具体的には、自宅での症状緩和治

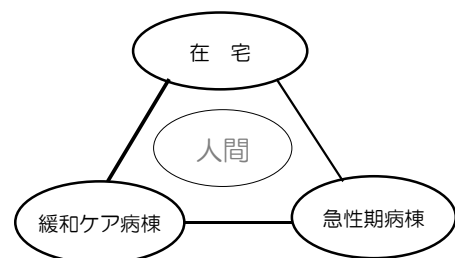
療ができる医師や訪問看護師を育成（特に重視したいのが、訪問看護ステーションの看護師への緩和ケア、褥瘡ケア、ストーマケアなどの教育）すること、24時間応需の診療所と訪問看護ステーションを増やすこと、このためには、その対価に見合った診療報酬上のしくみが必要であり、また、複数の診療所の協力体制を整備することも必要となる。さらに、バックベッドとなる後方施設との連携をはかることも必要である。

表15 在宅ホスピスケアにおける訪問医療体制

- (1) 症状緩和治療の知識と技術を持った訪問看護師あるいは医師の定期的な訪問
- (2) 24時間のオンコール体制（病状の変化があった時の緊急連絡網の整備と必要に応じた緊急訪問体制）
- (3) 患者や家族が入院を希望した場合に緊急に入院できる体制（バックベッドの確保）

そして最終的に目指すシステムは、自宅（あるいは自宅に近い居宅）—地域の緩和ケア病棟—急性期病院（病棟）のトライアングル（図12）の形で展開される地域ホスピスケアのシステムである。

図12 地域ホスピスケアのトライアングル



このトライアングルでは、病状や介護者の状況に応じて、療養する場を選択できる

が、あくまでも在宅ホスピスケアが基本で、訪問看護部門（訪問看護ステーションあるいは病院の訪問看護部門）、開業医（かかりつけ医あるいは在宅医療専門診療所）、病院のみならず、調剤薬局、介護サービス機関、保健機関、地域のボランティア組織など、も含めた形での有機的な連携のもとに展開される。一方、地域のホスピス病棟と急性期病院は、在宅ホスピスケアのバックベッドの役割を果たし、一時的な症状の急性増悪に対しては、急性期病棟の緩和ケアチームが症状緩和治療を担当し、介護者の一時的休息を目的としたショートステイ、介護力がない人の看取り、自宅での看取りに不安の強い家族などの看取りの場として緩和ケア病棟が提供される。

このようなシステムをとりあえず、十和田の地で作り上げることを筆者は計画している。これまで、まったく何もなかった地域で新しいシステムを作り上げることができかが、今後の日本の試金石となるとも思っている。

#### おわりに

日本におけるホスピスケアがこれまで病院の延長上である施設（ホスピス病棟）を中心に展開されてきたことは、治すための医療を目標としてきた日本の医療の中で、緩和医療を実践する方法として自然の流れであったかもしれないが、一般国民のみならず、医療従事者も緩和医療を特殊なものと認識し、緩和医療が普及しない要因となっている。

緩和医療の基本はコミュニケーションであり、これは医療の基本でもある。緩和医療が特殊な医療となっている限りは、医療に対する国民の不信感は拭えないし、地域社会の再生は望み得ない。

施設ホスピスケアから地域ホスピスケアへの転換は、今、医療に対する信頼を取り戻す意味でも、また、地域社会（コミュニ

ティー）を再生する意味でも行わなければならない重要課題であり、その具体的な施策が求められている。

今回の発表についての討論（質疑応答を含める）では、連携のためのデータベース「あんしん医療マップ」に関する話題、訪問看護ステーションの役割に関する話題、看取りを行う医師に関する話題、医療費に関する話題、在宅ホスピスケアを開始する時期についての話題などが取り上げられた。

連携のためのデータベースの必要性については委員の多くが認めたが、各地域でデータベースを誰が作るのか、医師会主導型で作るのか、行政主導型で作るのか、その信頼性について（多くの場合、過大に申請する傾向にあるため）、どのように検証するのか、あるいは評価するのか課題が多いことが指摘された。

在宅ホスピスケアにおいて訪問看護師が非常に重要な役割を果たし、重要なパートナーであることの認識を共有したが、多くの場合自前の訪問看護師でチームを組んでおり、連携できる訪問看護ステーションの拡大のための教育の必要性、24時間体制の訪問看護ステーションの経済的な裏づけの必要性など課題が提出された。

しかし、実際の問題として、看取りを行う医師が増えないと在宅ホスピスケアの普及は望めず、そのための診療報酬の改定、在宅ホスピスケアに関わる診療報酬の増額が必要であること、医療費削減の視点からも、在宅ホスピスケアでの医療費（月多くても約50万程度）が入院での医療費（月約110万円）に比べ少ない点でさらに増額しても医療費削減につながることを提示された。

在宅ホスピスケアの開始時期は、できるだけ早い時期が望ましく、歩行できなくなった時期ではなく、歩行できる時期から関わる必要があることが強調され、この点で、病院の勤務医の意識の共有が大事であること、それが課題であることも提示された。

当日の内容

- I 在宅医療推進のための会の討論と在宅医療研修に対する考え方
- II あおぞら診療所における地域医療・福祉研修
- III 在宅医療専門医制度について（平原先生）
- IV 総合討論

I 在宅医療推進のための会の討論と在宅医療研修に対する考え方

在宅医療推進のための会は「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。

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、そのコースのプログラムを考えた。

- ① 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）
- ② 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）

Aコースは、初期臨床研修を終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。

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。

<討論の骨子>

①具体的な現在の研修について

「このような研修コースが実際に機能しているか」どうかで討論された。現状では、実験的に行われているものであり、新宿ヒロクリニックとあおぞら診療所でおのおの1名の医師が研修しており、そのような実験を通じて、まずはプログラムを作成している段階で

あることを報告した。

## ②複数施設研修について

私たちが想定する将来の在宅医養成教育プログラムは、基本的には、四つの異なる診療所を短期間でも研修し、その後、一つの医療機関にとどまって勉強する方法をとる形態を考えている。これは、在宅医療の形態が単一でなく、四つの教育医療機関もそれぞれ少しずつ異なる特性を有することから、バランスの取れた見識を養うためにそれらの全部をみてもらうことが有意義と考えたのである。

## ③在宅医療における医師確保

在宅医療における医師確保は、なお、前途多難であることが様々な面から討論された。在宅医療は、プライマリ・ケアや緩和ケアと同じく、縦割りの専門性ではない。このような研修プログラムを有しても、専門医制のような枠を作らないと簡単には医師確保ができないのではないかという意見が提示された。とりわけ、現在は新臨床研修制度の影響で医師不足が顕在化しており、医師確保の困難さが指摘された。ともかく、初期研修や学生教育によって若手医師に在宅医療の面白さを啓蒙し、裾野を広げた上で、上記のような専門研修でしっかり教育すべきではないかという意見も出された。

## II あおぞら診療所における地域医療・福祉研修

あおぞら診療所における地域保健医療研修の実態について報告した。

あおぞら診療所では、新臨床研修制度の下で、二つの診療所でそれぞれ一人ずつの研修医を受け入れて研修を実施している。研修医は一人当たり一ヶ月間の研修期間で、平成17年度は東京医科歯科大学研修医8名、虎の門病院の研修医12名、みさと健和病院研修医1名の計21名が研修した。平成18年度は、東京医科歯科大学12名、虎の門病院の研修医11名、みさと健和病院研修医1名の計24名が研修予定である。

研修は在宅医療の実地研修（指導医とともに診療、看護師に同行してもらい研修医自身が診療）および、訪問看護・福祉施設研修、レクチャーなどからなる。研修医と指導医は、緊密に連絡を取り合いながら研修し、研修医の能力を超える事柄に関しては、いつでも研修医は指導医に相談しながら診療を進めるシステムをもつ。

研修医は指導医とともに、1～3名程度のがん末期患者を受けもち、原則として毎日診察を行う。

### <討論>

#### ① 病院研修と異なることについて

臨床研修病院や大学病院の研修では、医学の内容は教えられても、実地で行われる病診連携や、患者さんの社会的背景などは、地域医療研修で主に習得されるであろうことが討論された。このような経験で、「医師に「私の患者さんなんだ」という責任感や、人間同士

お互いの信頼感の大切さ、そういうものが根付く研修なのではないか、大学病院だけを見ていると、たぶん患者の数に忙殺されてしまって、そうすると大切な人間関係のようなものが希薄になってしまうのではないのか。このような研修を1か月受けただけでも、何かが変わるのではないかという期待が持てる」という指摘もあった。

また、小規模医療機関で研修することで、どのようにお客様に接しているか、どういう料金を請求しているかなど、その医療機関の経営そのものも研修医に見えてくることのメリットも指摘された。

## ② 地域保健医療研修の格差について

地域保健医療研修は、地域の第一線の診療所で行われるものもあれば、保健所などで行われるものもあり、かなり格差が大きいことが指摘された。とりわけ指導医のエネルギーのかけ方により、指導の質が異なり、単独で診療所を運営している医師のうち、三分の一は研修医を教えることに困難を感じていることが指摘された。

## Ⅲ 在宅医療専門医制度について（平原先生）

### <平原先生プレゼンテーション概要>

在宅医療を行う医師は不足している。日本のどこにいても在宅医療を受けられる状況を作るために、「在宅医育成プログラム」を作らなければならないと感じる。

今までは、博士を取って大学で教授を目指したり、病院で経歴を積むのがかつての医師の経歴の王道だった。また、「家庭医」志向は、学生や若手医師にも出ているが、一部のみに止まる。多くの若手医師は、「何を目当てに何年後経ったら、どういう医者になるか」は明確にしないまま、「とりあえず専門医でもとっておこう」とか、そういう感じで病院を選んでいく医師が多い。研修施設において、「魅力ある研修プログラム」がまだまだ提示されていないと感じる。

在宅医というのは、現在は開業のオプションでしかないが、これからは「オプションではなく、必ず開業して在宅をする人」を増やす正道を作りたい。専門医にリンクさせた後期研修を作っていく必要がある。「専門医」とはプログラムの一つの評価だと考える。

在宅医学会の専門医制度を作るときに専門医の動向を調べてみた。今の専門医制度では、各学会が好き勝手に作り、好き勝手に認定基準を作ってきた。それではいけないということで、「専門医制機構」というのが、全体をまとめようとしている。国民が「自分の身体はこの専門医に預けて大丈夫だ」と思える社会的評価に耐える制度でないのが、今の専門医制度の問題だ。

ここで、「専門医制機構」が書いている内容を紹介する。まず、認定医は3年で、専門医は5年というふうに言葉の定義をしよう。この専門医制機構に所属する学会は52学会あるが、うち「基本領域の学会」が18学会ある。この18学会については、「重複した専門医」はあり得ないという考え方である。例えば、「内科学会の専門医」であって、同時に「外科学会の専門医」というのはあり得ない。その次が「Subspecialty（専門科）の学会」で、例えば、消化器とか循環器の学会がある。そして、内科認定医を持ってないと、その上のSubspecialtyの学会専門医はとれない。そういう方向で整備がされ、学会全体が足並みを揃えてきている。今後、卒業して研修を受ける先生は何らかの基礎学会の認



定医をとることになると思われる。

また、専門医制度は「学会とか講習会の出席、あるいはその年数」などを要件とするのではなく、「実際の診療実績を重んじるべき」と言われる。「在宅専門医」制度を作るとしても、「在宅医療に関わっていない在宅専門医はあり得ない」と考える。そういう意味で「学会在籍年数はあまり要件とは関係ない」という考え方だ。

もう一つ大事なことは、「生涯教育」だ。アメリカの学会は、認定後の「更新」も厳しいが、その間の生涯教育のツールが充実している。「医師が一生その分野で勉強していくツールを提供したり、場を提供する」のが本来の専門医制度の役割という考え方だ。そういうことが、実は認定医以上に大事なことと知っている。

この「専門医制機構」が、将来、第三者評価団体になり、「この学会の専門医制度が市民の目から見たらこうだ」とか、「こういう所に問題がある」とか、を公にしていこうと考えている。今後は、社会的評価に耐える専門医を作らないと、国民にその質が分かってしまう時期が早晩来ると考える。

そういうことを考え、在宅医学会で専門医制度を一応作り、「本試験（経過処置ではない正式な試験）」、「本制度」は2010年から行う予定だ。評価方法としては、「技術」を客観的に評価する術はまだ持たないので、「診療経験」、そして「実績」を評価する。そして「知識」。その3つの評価を経過措置でもしっかりやる制度を今作っている。

臨床研修後の研修としては、専門医制度とリンクさせた後期研修プログラムを作る必要があると考える。今、藤沼康樹先生という家庭医療では有名な、教育を一生懸命やっている先生がプログラムを発案され、それに我々が協力してプログラムを作成しつつある。

例えば、一つのイメージとして次のようなプログラムである。「2年間の初期臨床研修後」の「後期研修プログラム」だ。

「後期研修1年目」（医師経験3年目）は「内科学会の教育関連病院」で1年間研修する。内科認定医は3年でとれるようになったので、しっかりやればここまでで内科認定医がとれる。「病院」の内科研修を行いつつ、週2回「診療所」にも来てもらう。継続的に外来・在宅診療に関わるプログラムだ。また、「月1回のプロジェクトワーク」で、在宅医療の講義や、プライマリ・ケアの臨床研究のレクチャーなどを行う。

「次の2年目」（医師経験4年目）では、もう少し小規模の病院に研修の場を移し、ブロックローテーションで内科をしっかりやり、かつ、老年科、小児科、整形を回る。もし、緩和医療の場があれば、そこにも3か月とか2か月とか回る。一方で、診療所での、週に2単位（半日2回/週）の外来と、1～2単位の往診（半日1～2回/週）を経験する。

「後期研修3年目」（医師経験5年目）は、基本的には診療所で1年間研修。そして、月1回のプロジェクトワークを行う。加えて、週1～2単位（半日1～2回/週）通年的エレクトイブ（選択科目研修）を行う。例えば、緩和医療の病院に毎週火曜日に行きたいとか。つまり、後期3年目で「自分に足りないところ」について、研修先を探して行う。

一応3年で後期研修のプログラムを終わる。それで評価としては「プライマリ・ケア学会」の認定医を必ずとってもらい、例えば、在宅医学会の認定医もとってもらう。

後期研修で大事なことは「到達目標が明確化されている」ことで、3年経ったら、「例えば、単独で診療所医師をすることになっても、とりあえず在宅も含めていろいろな問題に対応できる」ということを明確化する。

「生涯教育システム」は学会等が実施するべきと考える。後期研修の、その上の「開業支援のプログラム」や、あるいは、更に指導的な医師になってもらうための「指導医研修」などを、積み重ねていく形態を一つのモデルとして考えてみた。もし、これを実際にやるとして「病院の協力」がないと難しい。「認定医」あるいは「専門医」取得や、「基礎学会認定医取得」を考慮すると、病院での研修期間は不可欠であり、病院の協力を得るか否かが決定的な要素になると考えている。

#### IV 総合討論

##### <英先生プレゼンテーション>

私が活動する新宿区には、大学病院が3つあり、そのほかに大規模病院が複数あり、年間300名を超える臨床研修医が区内にいる。また、医学生も多数おり、その中で、慶應大学の医学部の5年生の地域医療実習と、6年生の老年医学の実習を受けている。また、大久保病院と厚生年金病院の研修医が、ヒロクリニックで研修している。なお、厚生年金病院は、佐藤智先生のところ（ライフケアシステム）にも研修を依頼している。

医学生実習はすでに開始から3年くらい経過した。学生に感想文を書いているので、本日配布した。また、毎月、研修医がくるので、研修医の感想文も配布した。私のところは、研修医に自由に診療に行かせている。あおぞら診療所に比べると指導医の監視がゆるいように思う。

臨床研修のお手伝いをしていると、教えることもあるが、実は研修医に逆に突きつけられて自分が学ぶことも多い。いろんなことを教えてもらうと同時にいろいろインスパイアされる部分がたくさんある。したがって、研修医の先生にとってもし有意義であるとすれば、我々にとっても有意義なことであるので、少しでも増えてくると良いと思っている。

##### <討論>

##### ①在宅医療の研修の本質的特性と経営モデルの必要性

一般の専門医などの研修では手技とか判断など「医学的な科学的な内容」での研修が主になる。しかし、在宅医療の研修では、地域連携などの科学以外の部分が研修問題になる。さらに、ソロプラクティスなのか、グループプラクティスなのか、とか、経営モデルの話まで入ってこない研修モデルができないと思う。1人で行なう在宅医療と、複数医が行なう在宅医療では、訓練の仕方が違うのではないか。

その意味で「標準モデル」が出来るのか。パターン化して、「在宅医療にも、一人診療所のモデル」がありえるか、あるいは「グループ診療のモデル」など、「経営モデル」が入った研修システム論議になると考える。将来の診療形態を見越して、在宅医療の経営・研修パターンはいかなるものがあるかを、ある程度示しておく必要があるのではないか。

##### ②在宅医療専門診療所は少数派という現実

あおぞら診療所の話は、在宅医療専門医療機関という形だろうと思う。市川市医師会では265医療機関あるが、その在宅医療の取り組みとちょっと違うという印象だ。ほとんどの開業医は外来診療をしながら、その延長線上で在宅医療をやるのが普通の形態である。

医師会としては、地域を面でとらえ、「どう在宅医療と捉えていくか」を考えている。医療機関によって温度差があるし、バラツキもあり、在宅医療で診ている患者さんが数人の医師もいるし、何十人も診てる医師もある。そういう温度差を、なるべく差がなく均等

に、「地域で面で診る」1つの方策として、在宅医療の支援をする団体があればよいと考える。運営母体は、医師会じゃなくても、NPOなどでもよいかもしれない。とりあえず医師会がそういう機能を果たせるのではないかと考え、「地域医療支援センター」を設立し、在宅医療の支援をしている。そのような様々な温度差のある現状では、研修と言ってもなかなか簡単ではないという状況もある。

### ③在宅医療の研修の裾野を広げていくこと

専門医研修としての後期研修も重要だが、在宅医療の初期研修で「裾野を広げる」、「種を蒔く」活動はやはり必要だと感じる。初期研修での在宅医療の研修プログラムを交換するなどの手法も考えられる。また、スピリット（医師としての精神性）の部分は、医学部教育内容と切り離せないので、「学部教育」や「初期研修」、そして、後期研修と、捉え直していく必要がある。

## <当日配布資料>

### I 在宅医療推進のための会の討論と在宅医療研修に対する考え方

#### <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つづき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試みるものである。

#### <討論過程>

##### 2. 果たして診療報酬のドライブが在宅医を増やすのか

現診療報酬制度では、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。

### 3. 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、

- ① 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）
- ② 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、初期臨床研修を終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、給与ならびに一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討論された。

## 研修プログラムの骨子

### 理念

本研修プログラムは日本で最初の在宅医療の系統的研修プログラムである。本プログラムは、在宅医療に関する識者による2003年度「在宅医療推進のための会」討議の最終結論として設立されたものである。2003年度「在宅医療推進のための会」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」を基本理念として討論を進めた。

その結果、21世紀のニーズにこたえる在宅医療を行う医師を養成するための日本で最初の研修コースを設けることとした。本コースは、初期臨床研修終了後の専門的な研修コース（フェローシップ）であり、在宅医療を学び、開業能力のある医師を養成するためのものである。患者の要請に応じて24時間の対応を実施し、かつ、患者の生活背景を深く省察し、マネジメント能力にとんだ在宅医を養成することを基本的な目的とする。松下村塾のように将来の日本在宅医療の屋台骨を支える人材を輩出することを願う。

### 応募資格

- ① 日本国の医師免許を有すること
- ② 日本国の普通自動車運転免許を有すること
- ③ 厚生労働省の定める二年の臨床研修を日本国内で修了していること  
(ただし、2006年度までは一般的な診療経験が二年以上あること)  
ただし、初期臨床研修を含めて三年以上の臨床経験があることが望ましい。
- ④ 研修開始時に満年齢で26歳から40歳であること
- ⑤ 在宅医療を行うことができない重篤な心身の障害がないこと
- ⑥ 自転車を乗用できること

## 到達目標

- 定期往診を通じて生活者・障害者としての患者を知る。
- 定期往診を通じて、病状の安定した患者の医学的管理ができる。
- 過不足ない診察・検査技術を適用し、効率的な定期往診を施行できる。
- 急性疾患をもつ在宅患者の往診を行い、自宅でできる限られた医学的手段を用いて適切な診断を下し、治療を行ったり、入院適応の判断ができる。
- 患者・家族と信頼関係を構築し、円滑に診療を継続できる。
- 在宅患者の家族背景を理解し、家族のサポートができる。
- 通所サービスやショートステイの適応を判断できる。
- 訪問看護師やその他の職種と有効な連携をもって在宅診療ができる。
- 家族背景を勘案し、療養型施設や特別養護老人ホーム等の入所適応を判断できる。
- 「命果てるまで自宅で生きる」希望実現のためのターミナルケアを実施できる。
- 在宅医療においては、患者の自己決定権に基づき、延命治療の放棄という側面がありうることを理解し、適切な治療的判断ができる。
- 自宅での経管栄養、尿道カテーテル管理、人工呼吸器管理を実施できる
- 褥瘡や痴呆、神経難病など、在宅診療に特有な疾患についての診療能力を身につける。
- 定期往診管理を運営する基礎的事項と医療経済的側面を理解する。
- 開業医としての基本的な法制度を知り、運営の能力を身につける。

## 研修プログラムの名称

在宅医療開業医養成コース（シニアレジデントプログラム） 3年間

## 目的

- ① あらゆる在宅医療の局面に対応できる在宅医療の知識・技能・見識を有する医師の養成
- ② 単独での開業能力を身につける

## プログラム概要

### ① 20\*\*年度指定研修施設と指導責任者

オリエンテーション・レクチャー統括

順天堂大学医学部公衆衛生学教室

指導責任者 田城孝雄医師

在宅医療実地指導

ライフケアシステム

指導責任者 佐藤智医師

仙台往診クリニック

指導責任者 川島孝一郎医師

新宿ヒロクリニック

指導責任者 英裕雄医師

医療法人アスムス・おやま城北クリニック

指導責任者 太田秀樹医師

医療法人千葉健愛会・あおぞら診療所

指導責任者 和田忠志医師

① 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が行う。

最初の二年間は6ヵ月ずつ四つの診療機関をローテーションし、日本医療における在宅医療の様々なあり方を学ぶとともに実地修練を行う。続く、一年間は、上記の医療機関のうち、研修生はひとつの医療機関を選択し、その医療機関で主治医として在宅患者を診療し、マネジメントを含めた高度な診療能力・経営能力を涵養する。

② 給与

\*研修生の給与は年俸（税込み）一年次480万、二年次600万、三年次720万

とする。給与は本人名義の口座に毎月末に支払う。健康保険、雇用保険、労災保険、年金保険、有給休暇等については、雇用者となる研修センターが保障する。

\*研修生には各研修施設が宿泊施設を準備する。

\*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。

\*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。

\*指導医は指導医会議を定期的で開催し、研修進捗状況を互いに確認する。

\*研修修了者には終了証を発行する。



## 研修施設概要

	ライフケアシステム	おやま城北クリニック
所在地 電話・FAX		栃木県小山市駅東通り3-9-6 028-524-6565 (電話) 028-525-0941 (FAX)
常勤医師(指導医)数 氏名		法人内常勤医5名(指導医2名) 太田秀樹 森山貴志
基本理念		<p>医師や看護師のいるところは、どこでも、病院機能をもつ場所になる。医療に機動力を持たせて、出前医療を実践する。虚弱高齢者、ターミナルケア患者、障害者、障害児、神経筋難病患者など、年齢、性別、疾病、障害を問わず、あらゆる患者に必要な医療サービスをチームで提供する。</p> <p>実践の中にこそ真理あり。</p>
施設概要 指導体制など		おやま城北クリニック(無床) 蔵の街診療所(無床) 街かどクリニック 世田谷(無床) 介護老人保健施設生きいき倶楽部(50床) 通所リハビリセンター(45名) 居宅介護支援事業所(3ヶ所) 訪問看護ステーション(3ヶ所) 宅老所(NPO法人) グループホーム(今年4月開設予定) 自治医科大学からの学生や研修医の在宅医療実習経験を生かし、短期間で在宅医療の基本を習得する。2名の指導医はそれぞれ大学講師を経験。 指導医とマンツーマンで、往診に同行し、いわゆるOJT方式で指導する。コメディカルコメディカル(ナース・PT・OT・ST)などの同行、介護保険審査会への参加など、さまざまな方法で実践。

仙台往診クリニック	新宿ヒロクリニック	あおぞら診療所
〒981-3213 仙台市泉区南中山 3-30-2 TEL 022-376-3680 FAX 022-303-1336	〒160-0023 東京都新宿区西新宿 3-2-27 オーチャー第七ビル7階 TEL 03-5909-1231 FAX 03-5909-1233	〒271-0074 千葉県松戸市緑ヶ丘 2-357 TEL 047-369-1248 FAX 047-369-1247
4名 桜田祐文(麻酔)・川島久佳(内) 大河内明日香(内)・川島孝一郎(神内)	4名 英裕雄 姜琪鎬 三枝 直樹 関口 聡子	4名 和田忠志(内)・前田浩利(小)・ 川越正平(内)・北田志郎(精・東洋)
①在宅で患者と呼ばれる人はおりません。その人はお父さんであり、おばあちゃんです。家族に囲まれ生活する生活者の視点から、全ての事象が展開することを学びましょう。 ②生活者の多様性・家風・きずなを尊重する、生活の一員としての医療者を育てます。 ③医療・介護・行政・経済全ての分野との共同作業が醍醐味です。	1・かかりつけ医として、全人的責任感を持って、患者さんの社会生活全般をサポートする医療を目指します。 2・かかりつけ診療の標準化や一般化を目指しマニュアル化やシステム化や院内外教育を進めます。 3・周囲の地域医療機関・福祉サービス・一般企業などとの連携を図りながら、将来の地域医療全体のあるべき姿を探します。	① 患者さんの肉体的痛み、精神的痛み、社会的痛み、霊的痛みの全てを癒す医療を目指します。 ② 患者さんのいのちと生活を責任もって守ることのできる医療を目指します。 ③ 市民の方々、行政、他の医療福祉機関とのネットワークをつくり、地域の医療、福祉の向上に貢献します。
①24時間体制の在宅医療専門診療所。 ②在宅療養者 200名うち癌末期 40名・中心静脈栄養 12名・在宅人工呼吸器 38名などの重症在宅医療。 ③在宅X-P、超音波診断、気管支鏡、血液ガス測定、疼痛管理、輸血。 ④訪問看護ステーション 29ヶ所・ヘルパーステーション 29ヶ所・ケアマネージャー 93ヶ所・入浴サービス 11ヶ所など他事業所との共同作業。	当院では、電子カルテ・グループウェアなどを利用したネットワーク型の在宅医療を行っている。さらに自費診療など多様化する都会の個の医療ニーズを踏まえた在宅医療提供を心がけている	主に在宅医療を行う。在宅患者数 230名。在宅小児も診療。他の医療・福祉期間と連携して包括的在宅ケアを行う。24時間サポートはもちろん、一般的診療のほか、輸液、尿道カテーテル管理、リハビリ、経管栄養、高カロリー輸液、人工呼吸器、輸血などを行う。ただし、在宅医療になじむ無理ない技術活用を行うのであって、病院医療を自宅に持ち込むのではない。
①川島孝一郎：東北大学臨床教授、桜田祐文：麻酔科指導医、大河内明日香、川島久佳の常勤医 4名が指導。 ②東北大学病院の臨床研修施設。 ③東北大学医学部 6 年次研修(総合診療)の一部を担当。 ④在宅導入→在宅維持→在宅看取りの各プロセスを重点的に指導。 ⑤在宅医療で開業可能な職能を獲得。	一人で外来診療から高度在宅医療、初期対応から見取り・入院・入所手配まででき、さらに地域の諸サービスとの連携をはかりながら患者の社会生活全体のサポートできるかかりつけ医を育てたい。介護施設やグループホームにおいても適切な医療的サポートが行え、将来の地域医療のリーダーとなるべく研鑽を期待する。	指導は常勤医が行う。研修医受持ち患者は常勤医との二人主治医制とする。研修医が判断に迷ったときには、いつでも携帯電話で常勤医に連絡できる。必要ならば、常勤医がその場に駆けつけ指導する。また、研修医受持ち患者には常勤医も月1～2回以上診療し、カルテを査読するとともに、カルテ上であるいは口頭でアドバイスを行う。

在宅医療に従事する人材養成の支援

研究者	和田忠志	医療法人財団千葉健愛会理事長
共同従事者	田城孝雄 英裕雄 川島孝一郎 菅原民枝 佐藤智	順天堂大学医学部公衆衛生学教室講師 新宿ヒロクリニック院長 仙台往診クリニック院長 筑波大学大学院 ライフケアシステム代表幹事

<研究方針>

本研究は、2004年度在宅医療推進のための会の基本理念「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」に基づき、在宅医療を行う医師をどのようにして増やすか、という目的を達する一助としての研究である。

現在の診療報酬制度では、確かに外来診療のほうが比較的優遇されている。「外来で十分に患者を獲得すればもはや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だろうか。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。それは果たして医師の怠慢なのだろうか。医師は経済的な動機で在宅医療に参入するのかどうか。果たして診療報酬のドライブで医師が在宅医療に参入することを本当に誘導可能なのか。」以上のようなことが議論されてきた。そして、討論の末、そういう経済的なドライブではなく、むしろ、「医師の精神性」こそが在宅医療を推進する根源であろう」という結論に帰着した。すなわち、在宅医療を身をもって体験し、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重要である。そして、21世紀のニーズにこたえる在宅医療を行う医師を養成する日本で最初の研修コースを設けるといふ志を我々は持つにいたった。

本コースは、初期臨床研修終了後の専門的な研修コース（フェローシップ）および開業支援コースであり、在宅医療を学び、開業能力のある医師を養成するためのものであり、患者の要請に応じて24時間の対応を実施し、かつ、患者の生活背景を深く省察し、マネジメント能力にとんだ在宅医を養成することを基本的な目的とする。このような目的を満たすような研修プログラムの作成研究を行うものである。

## 1. 基礎的討論

### ① 在宅医像

もっとも重視したいのが、「在宅医の魂」のようなものである。それは、「24時間いつでも対応してくれる信頼できる在宅医として、住みなれた地域で暮らしつつ働きたいと考えている患者を支援する」という言葉に尽きる。具体的には、まず第一に「24時間対応を行うことをためらわない」精神性を養成すること。次に、「在宅医療が楽しい」ことを伝えること。これらを重視することを討論した。

### ② 研修像

研修像については、次の三つが考えられた。第一に、在宅医療の専門的な能力を獲得し、開業能力を有する医師の養成が必要と考えられたこと、第二は、開業しようとしている医師の援助のような比較的短期間の研修の二つの形態がありうること。第三が、地域医療・保健研修として、すべての臨床を志す医師に地域医療の重要な要素としての在宅医療を教授することである。

#### 1. 研修医師の公募獲得を試みた

2004年度内に、臨床研修修了者を対象として、ポスターを作製し、公募による研修説明会開催を試みた。ポスターは、全国の臨床研修病院、大学付属病院等に送付した。公募では残念ながら応募者は得られず、説明会は開催できなかった。しかし、下記のように個人的人脈では、研修希望者が存在し、研修が実施されている。また、地域医療・保健研修は複数の協同研修者の施設で実施されている。

#### 2. 現状

新宿ヒロクリニックで、初期研修修了者一人が一年間研修の後開業した。あおぞら診療所ではやはり中堅医師が一年間の予定で研修中である。あおぞら診療所での研修者は、仙台往診クリニック、おやま城北クリニック、新宿ヒロクリニックでの短期ローテーション研修も経験した。あおぞら診療所では、数年前より在宅医を志望する医師の研修や、研修医の受け入れを行っている。また、ポートフォリオを活用し、それらを元に情報の共有、疑問点のディスカッションを行っている。研修のそれぞれの取り組みについての紹介し、また問題点についても考えてみたい。

#### 3. 研修プログラム作成について

新宿ヒロクリニックの英先生が作られたプログラムが非常に優れているため、それを肉付けする形で執筆を進めた。また、川島先生の前稿を電子的に頂き、融合したい。下記のような書類作成を進めている。

## PART 1

### <行動目標>

- 定期往診を通じて「生活者」としての患者を知る。
- 定期往診を通じて、病状の安定した患者の医学的管理ができる。
- 過不足ない診察・検査技術を適用し、効率的な定期往診を施行できる。
- 急性疾患をもつ在宅患者の往診を行い、自宅でできる限られた医学的手段を用いて適切な診断を下し、治療を行ったり、入院適応の判断ができる。
- 患者・家族と信頼関係を構築し、円滑に診療を継続できる。
- 在宅患者の家族背景を理解し、家族のサポートができる。
- 通所サービスやショートステイの適応を判断できる。
- 訪問看護師・訪問薬剤師やその他の職種と有効な連携をもって在宅診療ができる。
- 家族背景を勘案し、療養型施設や特別養護老人ホーム等の入所適応を判断できる。
- 「最期まで自宅で生きる」希望実現としてのターミナルケアを実施できる。
- 在宅医療においては、患者の自己決定権に基づき、延命治療の放棄という側面がありうることを理解し、適切な治療的判断ができる。
- 定期往診管理を運営する基礎的事項と医療経済的側面を理解する。
- 開業医としての基本的な法制度を知り、運営の能力を身につける。
- 学会活動や教育活動を積極的に行う。

#### (1) 定期往診を通じて生活者・障害者としての患者を知る。

様々な疾病や障害を持つ患者の身体状況のみならず、生活背景や心理状況に応じた医療対応を行いつつ、介護者や家族などの生活援助・身体援助などが行える。また、地域の特性や歴史性に根ざした在宅医療の機能変容について、見識を涵養する。

家庭内の意見調整や介護方法などに適切にアドバイスできる。特に痴呆性高齢者や末期がん患者など、特殊な配慮を要するケースなどにも、一定の水準で対応できる。独居患者への対応についての基本的な能力を培う。

外出支援や旅行支援など、「社会復帰」や「在宅で最期まで過ごす」ことをきちんとサポートできる。また、今後、伸展することが予想される、「個の医療」、「セルフメディケーション」などに対応できる。

#### 総論

生活者としての患者認識。家族対応の基本認識。独居対応の基本認識。

自宅に入り、診療するときの基本的なマナー・注意点に対する基本認識。

患者・家族の年齢に応じた対応。

自宅以外の空間、同行外出症例、同行旅行症例への一定の経験蓄積。  
患者・家族の自己管理能力を引き出す関わりの実践経験。

## 各論

脳血管障害及び周辺疾患の在宅医療。

基礎疾患およびその薬物療法

リハビリテーション的な対応と、補助器具。

老衰に対する基本対応。

「福祉のターミナルケア」概念の功罪を知る。

痴呆に対する基本的認識。痴呆の長期経過への対応。

Treatable dementiaに対する認識。

グループホームケア、回想法など、痴呆特有の技法の概略を知る。

痴呆の呈する精神症状に対するケアの構築と薬物療法。

痴呆の長期ケアへの見通しと、ケアの予測的構築能力の涵養。

在宅末期医療

がん、非がんにおける末期対応の基本を知る。

苦痛の緩和、予測的病状説明、家族対応。

神経難病症例。

パーキンソン病およびその類縁疾患、薬物療法。

筋萎縮性側索硬化症およびその亜型。リルゾール。

脊髄小脳変性症とその種々のタイプ。TRH など。

筋ジストロフィーとその種々のタイプ。

整形外科的障害症例・外傷後遺症患者への対応。

脊髄外傷。

頭部外傷。

心不全の在宅医療。

症状コントロール、長期予後の改善。

腎不全の在宅医療。透析との関係。

緩徐進行性の腎不全への対応。透析を行うかどうかの判断。

呼吸不全および在宅酸素療法。

慢性呼吸不全の在宅医療、在宅酸素療法の適応。

(2) 定期往診を通じて、病状の安定した患者の医学的管理ができる。

在宅療法管理・疾病・症状管理・障害管理および介護指導ができる。

環境整備やそれぞれの障害や病状に合わせたケアを自ら行いさらに介護者に指導できるようになる。

各種在宅医療機器の管理に習熟し、合併症や事故予防などができるようになるとともに、介護者に負担なく行えるよう適切に指導できる。

各種書類発行など在宅事務作業が行える。必要に応じて、訪問看護ステーション、保険調剤薬局、各種介護サービスとの連絡を取り有効な環境整備が行える。

すでに家族介護力は崩壊しつつある。そのなかで、高齢者住宅（第三カテゴリーを含む）の基本概念を知り、そこでの在宅医療の経験を行う。

生活の中でのリハビリテーション的な対応の基本ができる。

## 総論

基本的な医学管理。

訪問看護ステーション・調剤薬局をはじめとする在宅医療スタッフ連携。

社会福祉制度に精通し、在宅ケア資源、施設資源、地方公共団体を活用。

高齢者住宅（第三カテゴリーを含む）在宅医療。

生活の中でのリハビリテーション、補助器具・住宅改修への基本認識。

## 各論

基本的な手技等の獲得

### \* 検査（すべて頻度多）

- ・採血、検尿、検便
- ・血糖測定
- ・血液ガス分析
- ・エコー、心電図検査

### \* 処置

- ・静脈注射、静脈点滴（多）
- ・皮下、筋肉注射（多）
- ・関節内注射
- ・トリガーポイント注射（多）
- ・気管カニューレ管理（多）
- ・尿道カテーテル管理（多）
- ・膀胱瘻・腎瘻管理
- ・経鼻胃管管理（多）
- ・胃ろう管理（多）
- ・IVH 挿入管理
- ・胸水・腹水穿刺・除去
- ・創処置（特に褥瘡など）（多）
- ・持続皮下注射

\* 在宅療法維持・管理

- ・在宅酸素療法（多）
- ・在宅人工呼吸療法（多）
- ・在宅経管栄養療法（多）
- ・在宅中心静脈栄養療法（多）
- ・在宅自己注射療法（多）
- ・在宅自己導尿療法（多）
- ・在宅腹膜透析
- ・在宅自己疼痛緩和療法（多）

急性増悪時の対応

血液検査、抗生剤投与。

訪問看護ステーション・調剤薬局をはじめとする在宅医療スタッフ連携。

訪問看護の適応を知る。

相対的医療行為に対する認識。

訪問看護の法的な側面の理解。指示書・特別指示書の適切な記載。

訪問薬剤指導の適応を知る。

薬局連携の法的側面を知り、正確な処方箋、情報提供書を記載。

社会資源活用。

介護保険制度の深い理解。居宅サービスと施設サービスの活用。

障害者福祉に対する理解と、支援費制度の活用。

生活保護の理解と活用。

高齢者住宅（第三カテゴリーを含む）

様々な高齢者住宅の方法論を知り、適切な定期往診を実施する。

高齢者福祉施設に関する法的な理解。

生活の中でのリハビリテーション

生活の中でのリハビリテーションの基本概念を把握する。

端座位、起立、歩行などの能力の医学的な評価の基礎を知る。

補助器具に対する基本的な認識を得る。

住宅改修に関する基本的な認識を得る。

(3) 過不足ない診察・検査技術を適用し、効率的な定期往診を施行できる。

身体的な診察技能・判断能力、定期往診頻度の設定。

一般的な診察用具での医学的判断の能力の涵養。



定期往診の回数設定。訪問看護などとの連携の中での診療頻度設定。

技術的な要請による回数設定と医学管理料。

急性増悪予測。急性増悪を予防するために、定期往診で手をうつ技術。

在宅医療で実施できる検査のみで病態を明確にする。

定期的な血液検査・尿検査の利用法とその判断。

在宅医療では行えない技術構成に対する認識の涵養。

- (4) 急性疾患をもつ在宅患者の往診を行い、自宅でする限られた医学的手段を用いて適切な診断を下し、治療を行ったり、入院適応の判断ができる。

往診は定期訪問診療とは異なり、在宅患者の急変対応を行うことで、さまざまな在宅医療者との力量を養えるばかりか、地域の医療状況や福祉状況を踏まえて適切な紹介がなされるためには幅広い地域状況についての知識が不可欠になる在宅医療の根幹である診療行為である。当院で研修を行おうとするものは必ず、重症な在宅患者さんの管理上不可欠な24時間対応体制に参加する。

## 総論

往診の医療技術的限界と利点の認識

入院を行うことの利点と個人の意思・社会的判断を含めて

感染症対応

往診での検査の利用とその評価

血液検査 特に感染症評価

細菌培養検査

不安のある家族のサポート。

## 各論

初診往診症例、

方向付け往診症例、

突発急変往診症例、

看取り往診症例

入院対応。

- (5) 患者・家族と信頼関係を構築し、円滑に診療を継続できる。

往診を好きになってもらうこと

家族を支えること

## 社会資源の活用も含めて

- (6) 在宅患者の家族背景を理解し、家族のサポートができる。  
家族の歴史を知る。  
家族の損傷・家族の回復プロセスを判断する。  
いわゆる「キーパーソン」は出現しないこともあることを知る。
- (7) 通所サービスやショートステイの適応を判断できる。  
通所サービス・ショートステイの種類と法的位置づけを知る。  
通所サービスの本人へのメリット、家族へのメリットを知る。  
ショートステイの本人へのメリット、家族へのメリットを知る。  
適応を判断すること、使いすぎないこと。
- (8) 訪問看護師やその他の職種と有効な連携をもって在宅診療ができる。  
適切な連携が組め、地域の生活者が安心して生活できるような有効な医療連携・福祉連携が構築でき、維持発展できるようになる。

## 総論

退院前カンファレンス参加  
連絡会参加  
サービス担当者会議参加  
認定審査会や地域の保健活動参加実績  
地域医療福祉状況に対する理解など

## 各論

訪問看護ステーション連携の重要性  
訪問薬剤指導  
リハビリテーションスタッフ連携  
ヘルパーなどの訪問サービスの理解と利用の要点をつかむ。

- (9) 家族背景を勘案し、療養型施設や特別養護老人ホーム等の入所適応を判断できる。  
家族介護力の限界の見極めと予測。  
家族の幻想・期待と対峙すること。
- (10) 「命果てるまで自宅で生きる」希望実現のためのターミナルケアを実施できる。  
老衰関連疾患の最期までの診療  
回復可能疾患を見落とさないこと。  
家族の受容のプロセスを見極めること

## がん

### 告知と受容の問題

病氣と闘うこと、ギアチェンジ

基本的な疼痛管理、

WHOガイドラインの理解

様々な投与ルートでの麻薬使用。副作用対応。

鎮痛補助薬。

### 家族対応

家族の体験的な受容の深まりを認識すること

死亡が迫ったとき、死亡時の対応

独居患者の看取り。

行けるところまで行くという方法。

(11) 在宅医療においては、患者の自己決定権に基づき、延命治療の放棄という側面がありうることを理解し、適切な治療的判断ができる。

自己決定に関する基本的認識。

病院医療を受けたくない人への対応。

(12) 定期往診管理を運営する基礎的事項と医療経済的側面を理解する。

在宅医療の診療報酬体系に対する認識。

医学管理と診療報酬の関係を知る。

(13) 開業医としての基本的な法制度を知り、運営の能力を身につける。

管理が有効にできる医療者となる為に、訪問件数の確保やルート効率性、訪問の効果などを有効に配置できるようになる。

## 各論

在宅診療報酬体系の理解、

経営採算性の実現への寄与、

地域医療経営のあり方の理解など

(14) 学会活動および教育活動を積極的に行う。

常に新規の在宅医療技術の習得や学会や研究会・地域の連絡会に積極的に参加する評価項目：学会報告、学会参加や勉強会報告や参加などさらに今後地域グループ診療を構築する為の後輩の育成に寄与する。

## PART 2

### <具体的な疾患対応>

#### ○脳血管障害及び周辺疾患の在宅医療。

基礎疾患およびその薬物療法

リハビリテーション的な対応と、補助器具。

#### ○痴呆

Treatable dementiaに対する認識。

グループホームケア、回想法など、痴呆特有の技法

痴呆の呈する精神症状に対するケアの構築と薬物療法。

せん妄、身体疾患の否定。

痴呆の長期ケアへの見通しと、ケアの予測的構築能力の涵養。

寝たきりになっていく痴呆患者への継続ケア。

#### ○精神疾患

うつ病、抑うつ

老人性精神病

統合失調症

神経性食思不振症など

#### ○神経難病

パーキンソン病およびその類縁疾患、薬物療法。

筋萎縮性側索硬化症およびその亜型。リルゾール。

脊髄小脳変性症とその種々のタイプ。TRH など。

筋ジストロフィーとその種々のタイプ。

#### ○がん

家族対応

疼痛緩和

受容

訪問看護連携

看取り

死にたいする価値観

在宅ホスピスとは何か

#### ○整形外科的障害・外傷後遺症患者への対応。

脊髄外傷。

頭部外傷。

○心不全の在宅医療。

評価、症状コントロール、長期予後の改善。

○腎不全の在宅医療。透析との関係。

緩徐進行性の腎不全への対応。透析を行うかどうかの判断。

○呼吸不全および在宅酸素療法。

慢性呼吸不全の在宅医療、在宅酸素療法の適応。

○皮膚疾患

疥癬

褥瘡

湿疹など

○ 代謝疾患

糖尿病・糖尿病性胃腸障害

○ 尿失禁と便失禁

前立腺疾患

神経因性膀胱

尿道留置カテーテル

○ 眼科疾患

結膜炎

○ 対症療法

#### 4. 今後の研究について

今後の研究を次のように進めたい。第一に、新宿ヒロクリニックとあおぞら診療所で研修した二人の医師の研修内容を総括・検証し、在宅医療研修の問題点を明らかにし、プログラムに反映する。第二に、広く行われている地域医療・保健研修の実態を明らかにし、そのよりよい方法を開発する。このような方向で今後の研究を進めたいと思う。

## II あおぞら診療所における地域医療・福祉研修

### 臨床研修を希望する方へ

あおぞら診療所は、川越・前田・和田の三人の医師が臨床研修の問題を考える中で、設立を意図したものです。また、現在常勤医師の北田も、三人の臨床研修に関する考えに共感し、一緒に活動をしてきた仲間です。このような背景から、あおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸では、医師の臨床教育に積極的に取り組んでいます。

あおぞら診療所は、東京医科歯科大学臨床関連施設、虎の門病院臨床関連施設、みさと健和病院臨床関連施設、東京医科歯科大学医学部学生実習施設となっています。また、あおぞら診療所新松戸は、東京医科歯科大学臨床関連施設、東京医科歯科大学医学部学生実習施設、順天堂大学医学部学生実習施設となっています。

学生実習に関しては、医学部・看護学部その他の医療系学生の実習を受けいれます。臨床研修医では、「地域医療・保健研修」として1～3ヶ月間の臨床研修を受け入れます。

研修修了者の研修希望に関しては、主治医として患者さんを診ながら、在宅主治医としての知識・技能・見識を身につける研修を実施します。その他、開業希望者に関しては、半年～一年間の短期研修も可能です。

## 地域保健・医療研修プログラム

2004年4月1日

2005年4月1日改定

医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸

はじめに

2004年度より臨床研修が必修化され、すべての臨床を志す医師は厚生労働省の定める「臨床研修」を受けることが義務付けられた。そして、その必修内容に「地域・保健医療」研修があり、最低1ヵ月（標準研修期間3ヵ月）の当該研修が義務付けられている。

その研修とは、「地域保健・医療を必要とする患者とその家族に対して、全人的に対応するために、へき地・離島診療所、中小病院・診療所、保健所、介護老人保健施設、社会福祉施設、赤十字社血液センター、各種検診・健診の実施施設等の地域保健・医療の現場を経験すること」とされている。

本研修プログラムは、あおぞら診療所の行う地域保健・医療研修のプログラムである。21世紀のニーズにこたえる医師を養成するために、地域医療における最も代表的な医療である「在宅医療」現場を中心にして、様々な事業所連携の中で、地域保健・医療に関する広範かつ実体的な経験を行わせるものである。そして、生活者としての患者・家族と信頼関係を構築し、将来地域医療を実施するための基礎的な素養を養うとともに、研修医がいかなる専門分野に進んでも的確な地域医療連携を行う基礎を涵養することを目的とする。

また、本プログラムは固定的なものではなく、研修医と指導医の、不断の討論と改良の努力により、より完成度を高めると考える。研修医の皆さんとともに魅力ある研修を作り上げて行きたいと思う。臨床研修医に期待する。

あおぞら診療所理念

理念—わたしたちの願い—

患者さんのニーズにお応えするために、私たちは変わります。

患者さんやご家族との心のふれあい、絆を大切にし、ひとに優しい医療を実践します。

職員の志と願いを大切にし、ひとりひとりがやりがいと喜びをもっていきいきと働ける職場をつくります。

目的—わたしたちのビジョン—

患者さんの肉体的痛み、精神的痛み、社会的痛み、霊的痛みの全てを癒す医療を目指します。

患者さんのいのちと生活を責任をもって守ることのできる医療を目指します。

市民の方々、行政、他の医療福祉機関とのネットワークをつくり、地域の医療、福祉の向上に貢献します。



## あおぞら診療所沿革

設立母体 医療法人財団千葉健愛会 (理事長 和田忠志)

### \* あおぞら診療所 (上本郷)

所在地 〒271-0074 千葉県松戸市緑ヶ丘 2-357

TEL 047-369-1248 FAX 047-369-1247

院長 川越正平

電子メールアドレス aozora-clinic@mwd.biglobe.ne.jp

ホームページアドレス <http://www.aozora-clinic.org/>

交通機関 JR 上野駅より常磐線 20 分松戸駅下車、乗換え、新京成線 1 分上本郷駅下車、徒歩 2 分。

常勤医師 3 名 非常勤医師 1 名

常勤看護師 4 名 非常勤看護師 1 名

常勤事務員 4 名 (うち社会福祉士 1 名)

### \* あおぞら診療所新松戸

所在地 〒270-0034 千葉県松戸市新松戸 3-15 KS 12ビル 2F

TEL 047-309-7200 FAX 047-309-7211

院長 前田浩利

電子メールアドレス [info@aozora-clinic.org](mailto:info@aozora-clinic.org)

ホームページアドレス <http://www.aozora-clinic.org/>

交通機関 (1) JR 上野駅より常磐線 20 分松戸駅下車、乗換え、常磐線 (千代田線) 新松戸駅下車(所要時間 35 分)、徒歩 7 分。

(2) 営団地下鉄新御茶ノ水駅から千代田線 (常磐線) で JR 新松戸駅下車(所要時間 35 分)、徒歩 7 分。

地図は、<http://www.aozora-clinic.org/> に掲載しています。

常勤医師 2 名

常勤看護師 4 名 非常勤看護師 4 名

常勤事務員 3 名 非常勤事務員 2 名 (うち社会福祉士 1 名)

あおぞら診療所の源泉は、和田、川越、前田の医師の卒後研修に関する問題意識から始まった。それぞれは、別々の病院で、当時は比較的少数者が行うローテイト研修を行い、臨床家の道を目指した。当時研修医だった3人は、それぞれの経験している卒後研修についての問題点を語り合った。そして、体験したことや発見したことを文章にしたところ、聖路加国際病院日野原重明先生の目に留まり、先生の勧めによって「初期プライマリケア研修」という本となった。その本の中心となったのが、「主治医」という思想である。

「病気のみでなく、患者さんの人生や生活まで責任をもって診る医師」とはどういうことか。三人が中堅医師になった頃、「主治医の思想」を実践し、実験するためにふさわしいフィールドはどこか、が三人の医師の関心の焦点となった。そして、それは、自らつくり体現するしかないという結論にたどり着いた。それが「あおぞら診療所」である。そして、佐々木事務員（現 事務長）をメンバーに加え、1999年4月、松戸市に「あおぞら診療所」を開設した。あおぞら診療所は、当面、最も不足し、ニーズの高いと思われる「在宅医療」を行うことを主なテーマとして開設した。当初医師と事務員のみで開設したが、2000年4月に現看護師長の松崎を迎え、その後、継続的に看護師を雇用し、診療所としての体裁を整えてきた。

2004年11月には、あおぞら診療所新松戸を開設した。あおぞら診療所（上本郷）・あおぞら診療所新松戸は千葉県松戸市における最大の在宅医療機関となり、現在、松戸市在宅診療の2割のシェアを占めている。

現在、当院の第一の重点活動は、在宅医療の普及、推進である。当院は、あらゆる在宅医療を行うが、社会的問題のあるケース、貧困例、がんのターミナルケアでは圧倒的なケースを診療している。小児在宅医療は我孫子市、船橋市などを含めた広域で行なう。診療のほか、介護認定審査会、保育園医、学校医、などの公的役割分を担っている。地域需要にこたえると共に地域需要を生み出しており、あおぞら診療所の出現により自宅で最期を迎えられるようになった人も多い。

第二の重点活動は教育である。医学部学生教育、臨床研修に携わる。その他の医療・福祉系学生および専門職の見学なども多い。更に今後は看護師の教育活動を行ないたいと考えている。

第三の重点活動は日本における医療機関・診療能力のモデル提示である。出版・講演、見学受け入れはもとより、様々な企画を行なう。在宅患者数は現在260名前後であるが、現在も増加しつつあり、ニーズを十分に満たすには至っていない。

## あおぞら診療所における地域保健・医療研修の到達目標

- 定期往診を通じて「生活者」としての患者を知る。
- 生活の場で患者・家族と信頼関係を構築し、円滑に診療を継続する素養を養う。
- 患者の家族背景を理解し、家族のサポートを行うことの重要性を学ぶ。
- 定期往診を通じて、病状の安定した患者の自宅での医学的管理の基礎を身に着ける。
- 自宅での経管栄養、尿道カテーテル管理、人工呼吸器管理などを学ぶ。褥瘡や痴呆、神経難病など在宅診療に特有な疾患の基本的な診療能力を身につける。
- 急性疾患をもつ在宅患者の往診を行い、自宅でする限られた医学的手段を用いて適切な診断を下し、治療を行ったり、入院適応の判断を指導医とともに経験する。
- 訪問看護師・訪問薬剤師やその他の職種との連携を経験する。
- 通所サービスやショートステイなどの居宅サービスの実態と適応について学ぶ。
- 介護保険制度、身体障害者福祉制度などの基礎的な制度活用について学ぶ。
- 時間が許す限り「最期まで自宅で生きる」希望実現としてのターミナルケアを経験する。
- 在宅医療においては、患者の自己決定権に基づき、延命治療の放棄という側面がありうることを理解する。

### <研修プログラムの概要>

#### (1) 指導医

指導責任者 川越正平 虎の門病院非常勤嘱託 内科学会認定内科専門医

東京医科歯科大学臨床助教授

担当領域 内科、在宅医療全般

指導医 和田忠志 東京医科歯科大学医学部臨床教授

担当領域 在宅医療全般

指導医 前田浩利 東京医科歯科大学医学部臨床教授

担当領域 小児科 小児在宅医療

指導医 北田志郎 精神保健指定医、日本東洋医学会認定医

東京医科歯科大学臨床助教授

担当領域 精神神経科、東洋医学、在宅医療全般

#### (2) 具体的な研修内容

一日のうち半日は計画的な研修項目に取り組み、残りの時間に随時体験すべき項目を網羅していくことを基本パターンとする。

#### 計画的に体験する項目

訪問診療同行 院内 12単位  
患者カンファレンス参加 院内 4単位  
外来診療見学 近隣クリニック 2単位  
デイサービス 1単位  
特別養護老人ホーム 1単位

#### 居宅にて随時体験する項目

新患面接と初回往診同行  
看護師臨時対応への同行  
病院回診  
癌末期患者の副主治医としての訪問診療

#### 体験することが望ましい項目

訪問看護・ケアマネジャー同行・訪問リハビリ・訪問入浴・ケア担当者会議同席  
乳児健診・予防接種・在宅鍼灸治療・訪問薬剤管理指導・訪問歯科  
在宅看取り・ホームステイ・お茶会

#### ペーパーワーク

新患サマリ作成・紹介状作成・主治医意見書・訪問看護指示書  
訪問薬剤への情報提供・身体障害診断書下書き

#### 発表

職員へのレクチャー（身体所見、臨床倫理、EBM report 等第1～3月曜日に15分間）  
研修総括（第4月曜日午後1時間程度）Significant Event Analysis を含む

#### 勤務形態

土日半日勤務月2回  
on call（看護師の出動に同行 夜は宿泊）

#### 学習会・講演等

松戸在宅ケア学習会  
当院職員の講演

## 講義内容

在宅医療概論 (1) (川越) 在宅医療概論 (2) (和田)  
プライマリケア概論と「主治医」論 (川越) 介護保険概論 (和田)  
小児在宅医療 (前田) 東洋医学 (北田)  
在宅療養で頻度の高い病態とその対処 (川越)  
診療報酬制度の概要 (川越) 行動変容とチーム医療 (川越)  
患者中心の医療とNBM (川越)

## キーワード

到達目標の確認と個別目標の設定  
研修記録 (全例)、日々の振り返り (毎夕)、週間フィードバック (週 1 回)  
ポートフォリオを作成  
全職員からのフィードバック (評価)  
プライマリケアの 5 要素  
**Five-star Doctor(WHO,1995)**  
問診と理学的所見の重要性  
生物、心理、社会、倫理的アプローチ  
医学生への指導

## 研修実施にあたる注意事項

- (1) 研修にあたり必要な書類等  
医師免許証写  
保険医登録証写
- (2) 医療事故・自動車事故などへの対応  
医療事故・自動車事故マニュアルは基本的には当院規定のものに従う。  
別紙参照のこと
- (3) 相互評価  
指導責任者は研修医と随時面接し、研修進捗状況を互いに確認する。指導医と研修生は相互評価を行い、評価記録を残し、保存する。研修修了者には研修責任者が研修医手帳にその旨記載する。
- (4) 宿泊施設等  
研修生には宿泊施設を準備する。
- (5) 服装等  
白衣の着用は必要ない。清潔な私服を着用する。患者さんの自宅を訪れるにあたり失礼のない服装を着用のこと。

## 研修参考書類

研修医は、研修開始日に次の書類を受け取ること

- (1) あおぞら診療所管理職名簿・連絡先 必ずいつも携行すること
- (2) あおぞら診療所事故マニュアル 必ずいつも携行すること
- (3) あおぞら診療所患者用パンフレット
- (4) 書籍「君はどんな医師になりたいのか」医学書院
- (5) 松戸市の地図

## 資料1 専門医制度整備の基本方針(日本専門医認定機構)

### 《基本的考え》

専門医制度整備の基本的方針として、専門医が医療体制において機能を果たすためには、認定制度全体が一定の枠内で、統一性をもち、認定方式や認定基準などの基本的事項を明確にし、社会の人々が容認できるように整備すべきであるという考えを基本にしている。…その多様な制度から学会のメリットを優先した私的色彩が強いという批判があり、制度が学会本来の運営に一定の距離を持つ第三者的視点の組織を目指し、社会的視野に立って整備をすすめるべきであり、「〇〇学会の制度」ではなく、「日本の〇〇科の専門医制度を〇〇学会が担当し、運営する」との考えが繰り返し言われている。

- 1 認定医は3年、専門医とは5年以上の専門的訓練を受けた者としている。
- 2 初期臨床研修の期間を研修期間として計算に入れてもよい。
- 3 本制度に所属する52学会をⅠの基本領域の学会(18学会)、Ⅱのサブスペシャリティ領域の学会、Ⅲ多領域に横断的に関連する学会、Ⅳの上記の領域に属さない学会に分類されている。本機構は当面Ⅰの基本領域の学会とⅡのサブスペシャリティの学会の関連については、サブスペシャリティの専門医については基礎学会の認定医・専門医の取得を条件にするような形で、集中的に整備を進めてきた。(内科系は内科学会の認定医と専門医のさらなる差別化を行い、認定医の上に各領域の専門医を上乗せする方向で整備。外科系は認定医を基本的に廃止し、認定医を専門医へ移行させた。)  
⇒ 今後はほとんどの医師が基礎学会の認定医、専門医を持つようになるであろう。
  - \* 基本領域の学会は一医師が一領域(Ⅱについてはこの限りではない)
  - \* Ⅲの多領域にまたがる学会やⅣのその他の領域の位置づけは今後の検討課題となっている。(在宅医学会のような学会はおそらくⅢに位置づけられ、基礎学会と関連づけられるかどうかは不明)すべての基本領域の学会の取得が在宅医療を行う基本的技能を担保しているといえない。(かといって技能的レベルは臨床研修のレベルでは不十分)
- 4 認定医制度・専門医制度の更新については、学会・講習会の出席だけでなく、診療実績を必要条件とすべきであり、申請時点で実際の診療に携わっていることの証明は必要とされている。⇒ 基本的に在宅医療を実践していない会員の認定はありえない。
- 5 会員年数は受験条件とすべきではないという方向性から、内科学会、外科学会では規定改正がなされた。(会員年数より、実際の研修実績、診療実績を重んじる方向へ)あわせて、研修の実効に関わりのない事項での研修者への負担をできるだけ軽くすることが記されている。
- 6 質の保証のための、更新制度と生涯教育体制の充実がうたわれている。
- 7 将来は日本専門医認定機構が、第三者評価機関となり、各学会の専門医制度の規定あるいはカリキュラムについて、審査・評価し、社会に公表し、必要に応じて改善を勧告することを考えている。(その第一として、専門医制度評価基準チェックリストを公表し、各学会の評価アンケートを行っている)

## 資料2

## 《基礎学会の認定医制度について》

学会名	認定医・専門医名	広告	期間	臨床研修期間	条件	試験	その他
日本内科学会	内科認定医 内科専門医	× ○	3年 6年				
日本外科学会	外科専門医  (外科認定医)(終身)	○ ×	5年(3年) 5年(4年)			予備試験⇒認定試験	認定医からの移行 (症例数+学会出席)
日本小児科学会	小児科専門医 小児科認定医	○	5年	含む			
日本整形外科学会	整形外科専門医	○					
日本産婦人科学会	産婦人科専門医	○	5年(H15以前) 3年(H16年以降)				
日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医	○	6年(卒後研修2年含む)				
耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	○	臨床研修終了後4年				
麻酔科学会	麻酔科専門医 麻酔科認定医	○	認定医資格後2年 麻酔科標榜医(3年)				
日本皮膚科学会	皮膚科専門医	○					
日本眼科学会	眼科専門医	○					
日本医学放射線学会	放射線専門医	○					
日本精神神経学会	精神科専門医						
日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医		6年		100例の手術実績	筆記&口頭試験	



## 資料 3

## 《各学会の専門医数と分類》

## I. 基本領域の学会

※	内科学会	認定内科専門医	88,493	7,736	認定内科医は 47,835 名
※	小児科学会	小児科専門医	18,262	10,474	移行中
※	皮膚科学会	皮膚科専門医	9,893	4,719	
	精神神経学会	精神科専門医	9,698		平成 16 年 5 月制度発足
※	外科学会	外科専門医	39,080	9,584	移行中
※	整形外科学会	整形外科専門医	21,605	14,827	
※	産科婦人科学会	産婦人科専門医	15,834	11,616	
※	眼科学会	眼科専門医	13,615	8,988	
※	耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	10,688	8,242	
※	泌尿器科学会	泌尿器科専門医	7,387	5,469	
※	脳神経外科学会	脳神経外科専門医	7,971	5,799	
※	医学放射線学会	放射線科専門医	7,620	4,402	
※	麻酔科学会	麻酔科専門医	9,133	5,340	
※	病理学会	病理専門医	3,995	1,843	
	臨床検査医学会	臨床検査専門医	2,506	502	
※	救急医学会	救急科専門医	8,718	353	移行中
※	形成外科学会	形成外科専門医	4,089	1,441	
※	リハビリテーション医学会	リハビリテーション科専門医	9,651	960	

## II. Subspecialty の学会

※	消化器病学会	消化器病専門医	27,894	13,882	
※	循環器学会	循環器専門医	21,859	8,901	
※	呼吸器学会	呼吸器専門医	10,292	3,094	
※	血液学会	血液専門医	5,832	2,079	
※	内分泌学会	内分泌代謝科専門医	6,517	1,294	
※	糖尿病学会	糖尿病専門医	14,538	2,985	
※	腎臓学会	腎臓専門医	7,725	2,552	
※	肝臓学会	肝臓専門医	10,256	3,133	

	アレルギー学会	アレルギー学会認定専門医	8,714	835	資格移行中・6/30 現在
※	感染症学会	感染症専門医	8,024	782	
※	老年医学会	老年医学会認定専門医	6,496	1,429	
※	神経学会	神経内科専門医	8,815	3,993	
※	消化器外科学会	消化器外科専門医	21,555	1,840	
※	胸部外科学会	呼吸器外科専門医	8,591	901	移行中
※	呼吸器外科学会		3,458		
※	胸部外科学会	心臓血管外科専門医	8,591	1,452	移行中
※	心臓血管外科学会		3,799		
※	小児外科学会	小児外科専門医	2,893	208	移行中
	小児神経学会	小児神経科専門医	3,137	967	
	心身医学会	心身医学会認定医	3,725		認定医 702 名
※	リウマチ学会	リウマチ専門医	8,591	3,178	
※	消化器内視鏡学会	消化器内視鏡学会認定専門医	29,516	12,650	
	大腸肛門病学会	大腸肛門病学会専門医	6,200	1,517	
	気管食道科学会	気管食道科学会認定医	3,321		認定医 1,547 名
	周産期・新生児医学会	周産期新生児専門医・ 周産期産科専門医	5,255		周産期産科専門医は検討中
	不妊学会	生殖医療指導医	4,470		制度準備中
	人類遺伝学会	臨床遺伝専門医	2,299	512	4/30 現在

### III. 多領域に横断的に関連する学会

※	超音波医学会	超音波専門医	8,523	1,415	
	核医学会	核医学専門医	3,600	147	移行中
	集中治療医学会	集中治療専門医	4,347	740	
	輸血学会	輸血学会認定医	3,465		認定医 263 名
	東洋医学会	東洋医学会認定専門医	8,737	3,455	
	温泉気候物理医学会	温泉気候物理医学会認定	1,620		認定医 168 名・
	臨床薬理学会	臨床薬理学会認定医	2,421		認定医 242 名

### IV. 上記の領域に属さない学会

	産業衛生学会	産業衛生学会専門医	7,025	335	
--	--------	-----------	-------	-----	--

注 ※印は、専門医広告が可能な学会(平成 16 年 6 月 29 日現在)

資料 4

日本在宅医学会・認定医専門医制度の概要

	認定専門医（経過措置） 2009 年度末までに暫定措置条件を満たすもの	認定専門医（本認定） 2010 年度から
申請条件	① 会員歴 5 年以上 （足掛け 5 年で可） ② 暫定措置期間内では、本学会の定める教育研修単位 60 単位以上（必須プログラム 20 単位を含む）取得 ③ 患者登録 （必須項目：6 単位以上） ④ 宣言書 ⑤ 学会の設問書に解答	① 会員歴 5 年以上 ② 基礎学会認定医所得後 3 年 ③ 本学会の指定する研修カリキュラムにそった研修を 5 年以上 ④ 患者登録と転機報告（10 例以上） ⑤ 宣言書
認定審査（試験を含む）	年一回書類審査 申請期間：9 月～11 月 認定期間：12 月～1 月	年一回書類審査 資格試験
更新について	5 年毎の更新制 60 単位（5 年間） 患者登録 更新料の納付	

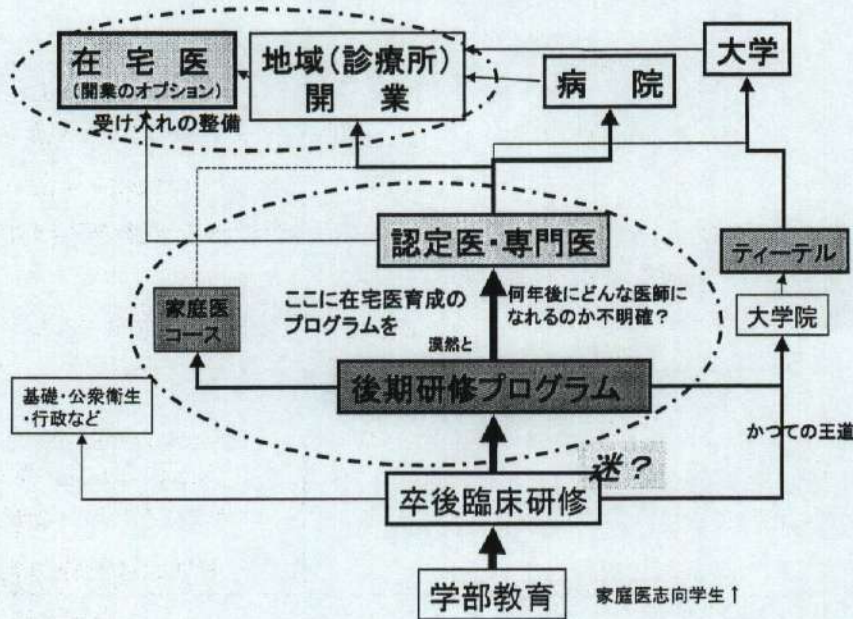
\* 更新単位は別に定める

\* 更新の条件や申請手続きは別に定める

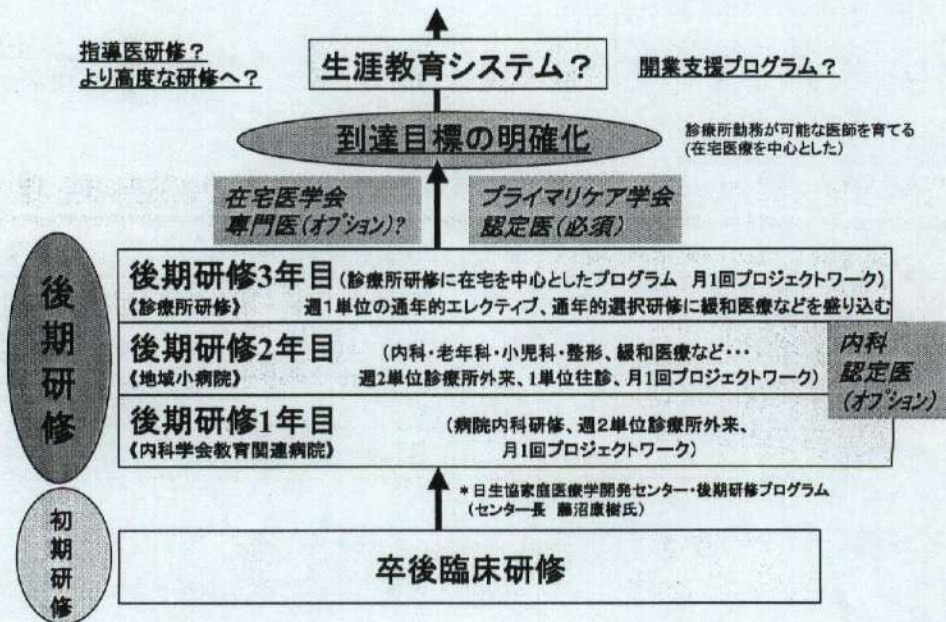
日本在宅医学会・認定専門医制度スケジュール

年度	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
大会	1 回 東京	2 回 東京	3 回 東京	4 回 名古屋	5 回 東京	6 回 岡山	7 回 仙台	8 回 千葉	9 回 札幌	10 回		
会員歴	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
認定専門医制度のスケジュール					専門医 制度発足	卒 後 臨 床 研 修						
	経過措置対象者							後 期 研 修				
								経過措置期間(暫定専門医の認定)				本試験開始
										暫定指導医の認定(経過措置)		
										研修指導施設の認定(経過措置)		

資料5 いつまでも奇特定の医師を待つだけでよいのか？



後期研修プログラムの一例 (H18年度から梶原診療所でも開始予定)



# 日本在宅医学会による 認定専門医制度がスタート

日本在宅医学会幹事・認定専門医制度委員会副委員長  
(東京ふれあい医療生協 横原診療所 在宅サポートセンター長)

平原佐斗司氏



## 経過措置期間を設け 2010年度から本認定開始

近年、在宅医療が医療の主要な柱の1つとして位置付けられ、社会的なニーズも高まってきている。昨年から導入された新医師臨床研修制度で地域保健・医療の研修が必修となったことも、国がプライマリケア医、在宅医の重要性に対する認識を強めていることを反映しての結果と捉えることもできる。一方、「受け皿」となる在宅医の数は少なく、慢性的な在宅医不足となっているのが実情だ。

そうしたなか、日本在宅医学会では「日本の在宅医療がさらに発展し、国民のニーズに応じていくためには、よりよい在宅医を育成するプログラムが不可欠」との見解から、「在宅医療の専門医」を育てるため、2002年に認定専門医制度の創設を決定した(表1)。

同学会認定専門医制度委員会副委員長の平原佐斗司氏はこう語る。

「日本の在宅医療を進めていくためには、さまざまな職種がそれぞれ連携を取り合っていくチームアプローチの推進が重要ですが、当学会としては、やはりそのキーとなるのは医師であろうという認識を持ってきました。そこで、学会のなかに教育研修委員会を設置し、この数年、認定専門医制度について議論を重ねてきたのです」

同学会では、2010年を正式な制度開始(本認定開始)の時期、2009年までを経過措置期間(2006年1月までの入会者が経過措置の対象者となる)と定めて、教育研修委員会を中心にその準備を進めてきた。経過措置期間を設けたのは、在宅医不足が深刻化している現状を踏まえ、制度化まで経過措置でニーズに対応する必要があるためだという。

同学会は、本年2月の第7回日本在宅医学会大会(仙

台)において認定専門医制度の経過措置の概要を発表した(表2)。同時に、今年度から同学会教育研修委員会のなかに認定専門医制度委員会を設け、制度開始に向けての準備を進めてきた。

経過措置による認定専門医の申請受け付けは、いよいよ2005年度から開始される。

## 経過措置の概要

～技能・態度・知識の3つを評価～

経過措置といえども在宅の専門医を認定するからには、少なくとも技能・態度・知識という3つの面できちんとした評価を行うべきだ、と平原氏は強調する。しかし、在宅医の場合、技能を試験で評価するのは現時点では困難であり、それに代わるものとして、在宅医としての臨床経験を評価するために症例登録を行い、それを一定の基準にのっとって評価することとした。具体的には学会の規定する書式に基づいて患者登録することが必要となる。将来的にはきちんとした評価基準をつくって技能を判断できるようにしていきたい、と氏は語る。

態度については、宣言書の提出を義務づけることとした。宣言書については、その人の在宅医としての態度、方向性を確認する意味合いが強いという。

「その医師が在宅医療に関してどのように考え、どのような思いを抱えているかを文章にし、それを宣言書という形で残すということです。詳細については現在検討中ですが、1つの案として、当会の認定書にその方の宣言書の文言を入れて、それを院内に表示することにより、患者さんに「自分はこのような在宅医療を行う」と宣言してもらうといったような他の医学会に見られないユニークな方法を考えています」

最後の知識の部分については、本来筆記試験などの実施によって評価されるべきである。そのためには、学問

表1 日本在宅医学会・認定専門医制度の概要

	認定専門医(経過措置)	認定専門医(本認定) 2010年度から
		2009年度末までに暫定措置条件を満たすもの
申請条件	①会員歴5年以上 (定かけ5年で可) ②暫定措置期間内では、本学会の定める教育研修単位60単位以上 (必須プログラム20単位含む)取得 ③患者登録 (必須項目:6単位以上) ④宣言書 ⑤学会の設問書に解答	①会員歴5年以上 ②基礎学会認定医取得後3年 ③本学会の指定する研修カリキュラムに沿った研修を5年以上 ④患者登録と転脚報告 (10例以上) ⑤宣言書
認定審査 (試験を含む)	年1回書類審査 申請期間:9~11月 認定期間:12~1月	年1回書類審査 資格試験
更新について	5年ごとの更新制 60単位(5年間) 患者登録 更新料の納付	

\*更新単位は別に定める  
\*更新の条件や申請手続等は別に定める

表2 経過措置による認定審査の対象

1. 日本在宅医学会の会員歴が5年以上(ただし丸5年ということではなく、5つの年度にまたがって連続して会員として在籍した者とする。したがって、今回の経過措置では2001年度中(2002年1月まで)に入会した会員に申請資格がある。なお、2005年度中(2006年1月まで)に入会した会員が経過措置の対象となり、その後の入会者は本試験の対象となる)。
2. 必須単位を含む経過措置の認定専門医の認定に必要な単位(60単位)を取得している者(1999年の学会発足後一定期間の大会参加による単位取得については自己申告制を考えている)。
3. 経過措置中の認定については、基礎学会の取得を問わない。

\*必須単位となっている患者登録の方法、その他審査の詳細については9月までに明示する予定

体系としての在宅医学の確立、テキストの作成、試験範囲の設定などクリアされなければならない問題が多い。それまでの間は、試験という形式ではなく、セルフトレーニング問題のような形式とし、知識試験の代用とすることとした。

「経過措置期間中、基本的に試験は実施しません。その代わりに、在宅医療に関する幅広い知識を問うために、

30問の設問書を作成して、それに解答してもらうという考えを考えています。設問書には「書物などで調べながら解答してもよい」ということとなります。」

今年度の在宅医学会・認定専門医の経過措置の申請受付期間は2005年9月1日~11月30日、審査期間は同12月1日~2006年1月、認定日は2006年1月末日と予定されている。

## 本認定にむけて

経過措置期間中はおもにこれらの「3つの面」で認定専門医としての適性が評価されることになるわけだが、2010年度から始まる本認定に関しては、「基礎学会の認定医取得後3年以上であること」、「同会の指定する研修カリキュラムに基づく研修を5年以上行っていること」といった制度の概要は決められているが、その具体化に向けての作業はこれからであるという。現在、認定専門医制度委員会を中心に活発な議論が行われている最中である。

「これはあくまで私見ですが、認定専門医制度をスタートするに当たり、何をもちて在宅医とするのか、どのような医師が在宅医なのか——を、今の段階であらためて

問い直し、明確にしておく必要が

あるのではないかと感じています。こうした問題について、まず幹事会や会員のなかでしっかり議論を行い、さらに広く一般の方の意見も取り入れながら、できれば公開討論会やシンポジウムなども開きたいですね。5年先、10年先を見据えて、社会的評価に堪える専門医制度にしていくためにも、今は、じっくりと議論を深めておくべき時期だと考えています」

## 1. 理念・制度・現実：地域包括支援センターをめぐる

### 地域包括ケア

- 必要な機能  
長期継続ケアの提供：予防からターミナルケアまで  
多職種協働＋多機関連携：相談から評価まで  
とりわけ主治医・ケアマネジャー連携、  
cf. 急性期病院と在宅主治医の連携、および開業医間連携 ケアプランの共有  
地域資源のネットワーク化と活用
- 在宅療養者：医療(急性期病院＋在宅医)＋介護保険サービス＋保険給付外の介護サービス＋保健＋福祉(生活と社会福祉)＋家族ケア・インフォーマルケア

### 地域包括支援センター

- 本来想定される中心機能：地域ケアマネジメント＝メタレベルのケアマネジメント
- 地域ケア支援：居宅介護支援事業者の指導・支援  
処遇困難事例に対する助言、地域のケアマネジャーのネットワークづくり  
包括的・継続的マネジメント：介護に限らない幅広い総合的相談と支援
- 地域支援の総合相談：社会的支援を要するさまざまな高齢者(要援護高齢者)の発見と支援・保護、とりわけ権利擁護(虐待の防止・早期発見)
- 介護予防マネジメント：介護保険非該当者に対する予防事業を含む  
本来は生活習慣病の時期から

### 現実

- 介護保険からの新予防給付ケアマネジメントは現場管理。上記各論とは異質
- 措置の復活？
- 営利事業者の拠点？
- 介護予防と新介護予防給付 介護予防介護!?

## 2. 医療計画

上位概念：医療提供体制の改革ビジョン

### これまでの医療計画の性格

- 2次医療圏の設定
- 病床規制
- 医療の中身をわけない全体としてのニーズ把握
- 抽象的目標
- 医療機関完結型医療
- 階層型構造
- 住民は受動的サービス利用者

### 理念の変化

- 医療提供者側の視点 患者・利用者の視点 = 責任
- 量的規制 質の向上と効率化
- 国と都道府県は医療提供者兼監督 ルールの整備者・情報開示と評価

### 性格の変化

- 住民・患者に分かりやすい計画
- 患者の視点を重視して、地域ごとの疾病動向にあわせた計画  
住民はどこに自分の病気にふさわしい医療を提供してくれる機関があるかが重要
- 主要な事業ごとに数値目標をたて、達成度を把握・評価できる内容に  
医療機能を把握、必要とされる機能を確保
- 地域完結型医療へ  
地域 = コミュニティの  
患者を中心として医療機関が機能分担し、連携する体制の構築へ cf. 在宅医療  
連携は目的ではない cf. 病院経営・競争優位・IT  
地域の医療資源量に応じて連携のあり方は異なる  
重複とミスマッチを減らし、シームレスに  
核となる医療機関、連携を調整する医療機関
- 「日常医療圏」 cf. 診療ネットワーク、認定医療法人
- 住民は自らの健康の保持増進について努力  
地域の保健医療提供体制に関する理解、体制への参画

### 国の責務

- あるべき保健医療提供体制のビジョン提示
- 全国規模で医療機能を調査
- 医療機能調査の指標の提示
- 全国的な数値目標の提示
- 全国の医療計画、疾病動向、医療資源に基づき都道府県に対する支援

### 都道府県の責務

- 質が高く効率的で検証可能な保健医療提供体制の構築
- 自主性・裁量性を発揮して、地域の疾病構造や住民の文化のあり方に適した体制
- 狭義の場の設定

### 計画の手順

- 医療機能調査：ニーズと供給の把握、医療計画に全国平均との比較とあわせて明示
- (日常医療圏)主要な事業ごとの医療連携体制の構築と医療計画への明示  
がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療など プライオリティ？  
個々の医療機関と医療機能  
全域をカバーして医療連携を支える医療機関
- 数値目標の設定：指標の例
  - 住民はどのくらい健康に関心があるか：健診受診率
  - 病気の可能性のある人がどのくらい病気を自覚しているか：精密検診受診率
  - どのくらい病気を治そうとしているか：有病者の受療割合
  - 病気だった人がどのような経過で日常生活に復帰するか：社会復帰に要する時間
  - 患者が希望する治療を受けられるか：地域医療カバー率
  - 患者は地域の医療機関でどのくらい切れ目なく診療を受けられるか：地域医療支援率・
  - 連携パス使用率
  - ガン末期等でどのような亡くなり方をするか、看取られ方をするか：在宅看取り率



- 都道府県、医療関係者、医育機関等の役割と責任（計画に明示）
  - いつまでに達成
  - 誰がどのような役割で活動
  - どのような方策、費用で達成
- 数値目標の達成状況についての政策評価 次期医療計画
  - 全国の状況も勘案
  - 全国平均を大きく下回る分野の改善方策

#### 今後のスケジュール

- 2005年：医療計画のモデル作成と都道府県への周知
- 2006年：基本方針の提示と医療機能調査 cf. 三位一体改革：統合補助金化
- 2007年：医療機能調査の結果を公表
- 2008年：新しい医療計画の公表・実施 cf. 現行の医療計画

#### 現実

- 厚生労働省医療制度改革試案
  - 医療計画＋健康増進計画＋介護保険事業支援計画
  - 都道府県医療費適正化計画
  - 保険の再編統合
- 経済財政諮問会議・財務省

2005. 11. 25

第8回 在宅医療推進のための会・実践編（関東部会）

## 在宅医療に係る診療報酬上の評価について

厚生労働省 吉田 拓野

訪問し、診療等を行うことに算定可能な主な点数

診療行為名	点数	主な算定要件
往診料	650点 1回につき	患者の求めに応じて患者に赴き診療を行った場合に算定できる。
緊急往診加算(時間内)	325点 1回につき	標榜時間内に患者又は看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合、往診料に加算
緊急往診加算(夜間)	650点 1回につき	標榜時間外に患者又は看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合、往診料に加算
緊急往診加算(深夜)	1,300点 1回につき	〃
診療時間加算	100点	患者における診療時間が1時間を超えた場合、30分又はその倍数を増すごとに加算
在宅看取り加算	200点 死亡日	死亡日に往診を行い、死亡診断を行った場合に加算
在宅患者訪問診療料	830点 1日につき	通院による困難が困難なものに対し、同意を得て、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に、週3回を限度として算定できる。
診療時間加算	100点 30分ごと	患者における診療時間が1時間を超えた場合、30分又はその倍数を増すごとに加算
在宅ターミナルケア加算	1,200点 死亡日	在宅で死亡した者について、1月以上ターミナルケアを行った場合に加算
在宅看取り加算	200点 死亡日	死亡日に往診又は訪問診療を行い、死亡診断を行った場合に加算
在宅患者訪問看護・指導料 (保健師、助産師又は看護師による場合)		居室において療養を行っている通院困難な患者に対し、診療に結びつき訪問看護計画を作成し、かつ、当該計画に基づき定期的に訪問し、看護及び指導を行った場合に1日に1回を限度として算定できる。
週3日目まで	530点 1日につき	
週4日目以降	630点 1日につき	
(准看護師による場合)		
週3日目まで	480点 1日につき	
週4日目以降	580点 1日につき	
難病等複数回訪問加算	450点又は800点 1日につき	末期の慢性難病等別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者又は月に14日を限度として算定する患者に対し、1日に2回又は3回以上訪問看護・指導を実施した場合に加算
ターミナルケア加算	1,200点 死亡日	在宅で死亡した者について、1月以上在宅患者訪問看護を実施し、その死亡前24時間以内にターミナルケアを行った場合に加算

定期的な訪問診療を行うこと等を包括的に評価した点数

	在宅時医学管理料(在医管)	在宅末期医療総合診療料(在医総)	寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)
対象	居室において療養を行っている通院困難な患者	居室において療養を行っている通院困難な末期の慢性難病患者	家庭において療養を行っている患者であって、現に寝たきりの状態又はこれに準ずる状態にあるもの
点数	3,360点(月1回)	処方せんあり 1,485点(1回) 処方せんなし 1,685点(1回) (*1週回を単位として算定)	処方せんあり 2,290点(月1回) 処方せんなし 2,575点(月1回)
包括範囲	在宅医学管理を算定すべき医学管理を行った場合、特定疾患診療指導料等の費用は所定点数に含まれている	特に規定するものを除き、診療に係る費用はすべて含まれている。	慢性疾患生活指導、訪問指導管理、検査、投薬の費用は所定点数に含まれている。
算定要件	・計画的な医学管理の下 ・週1回以上、かつ月4回以上定期的な訪問診療を行っている場合	・計画的な医学管理の下 ・訪問診療週1回以上かつ訪問診療と訪問看護を併せて週4回以上行っている場合	・在宅療養計画を算定 ・計画的な医学管理の下、月2回以上訪問診療を行っている場合
医療機関の要件	診療所又は許可病床200床未満の病院	病院又は診療所	診療所
届出基準(告示)	・患者に対して医療を提供できる体制が継続的に確保されていること ・緊急時の入院体制が整備されていること	・在宅末期医療を提供するにつき必要な体制が整備されていること ・緊急時の入院体制が整備されていること	・寝たきり老人在宅総合診療を行うにつき必要な体制が整備されていること ・地域の他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者を配置していること
具体的要件(通知)	・患者の病状急変等により、患者等から電話等により治療上の意見を求められた場合に常時対応できる体制にあること ・毎週1回程度以上定期的な訪問診療が行える体制があること ・他の保健医療機関と連携して行ってもよいこと	・患者の病状急変等により、患者等からの求めに応じて常時対応できる体制にあること ・定期的に訪問診療及び訪問看護を提供できる体制があること ・他の保健医療機関又は訪問看護ステーションと連携して行ってもよいこと	・他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する常勤の者を配置 ・常勤医師が勤務 ・市町村、在宅介護支援センター、地域医師会等と連携を円滑に提供に努めていること
加算	-----	在宅看取り加算 200点 患者において死亡診断を行った場合	----- 緊急時入院体制加算 100点 患者数が10又はその倍数を増すごとに1床以上の空床を常に確保していること 在宅老人ターミナルケア加算 1,200点 在宅で死亡した患者について、死亡月の前月に1月以上診療を継続し、かつ、ターミナルケアを行っていた場合に算定できる 24時間連携体制加算(Ⅰ) 1,400点 複数の保険医により24時間診療することができる連携体制又はこれに準ずる連携体制を確保 24時間連携体制加算(Ⅱ) 1,400点 緊急時入院施設及び在宅医療調整担当者を1名以上有する医療機関と連携して体制を確保 24時間連携体制加算(Ⅲ) 410点 地域の医師会等と協力して体制を確保
	*連携する場合には、患者の病状・治療計画・直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を適宜提供する	*連携する場合には、患者の病状・治療計画・直近の診療内容等緊急時の対応に必要な診療情報を適宜提供する	*いずれも、予め患者の同意を得て、連携医療機関間で患者の診療情報を文書で提供していること

在宅療養に係る指導管理について評価した数

	点数	主な算定要件
在宅自己注射指導管理料	820 点	在宅自己注射を行っている患者に対して、自己注射に関する指導管理を行った場合
在宅自己連続換流式腹膜灌流指導管理料	3,800 点	在宅自己連続換流式腹膜灌流を行っている患者に対して、在宅自己連続換流式腹膜灌流に関する指導管理を行った場合
在宅血液透析指導管理料	3,800 点	在宅血液透析を行っている患者に対して、在宅血液透析に関する指導管理を行った場合
在宅酸素療法指導管理料(*)	2,500 点	在宅酸素療法を行っている患者に対して、在宅酸素療法に関する指導管理を行った場合
在宅中心静脈栄養法指導管理料	3,000 点	在宅中心静脈栄養法を行っている患者に対して、在宅中心静脈栄養法指導管理を行った場合
在宅成分栄養経管栄養法指導管理料	2,500 点	在宅成分栄養経管栄養法を行っている患者に対して、在宅成分栄養経管栄養法に関する指導管理を行った場合
在宅自己導尿指導管理料	1,800 点	在宅自己導尿を行っている患者に対して、在宅自己導尿に関する指導管理を行った場合
在宅人工呼吸指導管理料	2,800 点	在宅人工呼吸を行っている患者に対して、在宅人工呼吸に関する指導管理を行った場合
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料	250 点	在宅持続陽圧呼吸療法を行っている患者に対して、在宅持続陽圧呼吸療法に関する指導管理を行った場合
在宅悪性腫瘍患者指導管理料	1,500 点	在宅における悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合
在宅寝たきり患者処置指導管理料	1,050 点	在宅における創傷処置等を行っている現に寝たきりの状態にあるもの又はこれに準ずる状態にある患者に対して、当該処置に関する指導管理を行った場合
在宅自己疼痛管理指導管理料	1,300 点	疼痛除去のため、挿込型脳脊髄刺激装置を埋め込んだ後に、在宅自己疼痛管理を行っている慢性持続性疼痛の患者に対して、在宅自己疼痛管理に関する指導管理を行った場合
在宅肺高血圧症患者指導管理料	1,500 点	原発性肺高血圧症の患者に対して、プロスタグランジン2製剤の投与等に関する指導管理を行った場合
在宅気管切開患者指導管理料	900 点	気管切開を行っている患者に対して、在宅における気管切開に関する指導管理を行った場合

\*各点数は、特に規定する場合を除き、1月に1回を限度に算定。

\*各指導管理料には、それぞれ医療材料等に関する加算があるが、簡単のため省略している。

\*チアノーゼ型先天性心疾患の場合は1,300点。

退院時の療養指導に係る点数

診療点数	点数	算定要件
開放型病院共同指導料 (I) 350点 退院時共同指導加算	330 点	病院・診療所からの紹介により開放型病院に入院している患者に対し、退院に際し、紹介元の主治医が開放型病院の医師と共同して、退院後の療養に必要な指導を行った場合に加算
開放型病院共同指導料 (II) 220点 退院時共同指導加算	430 点	病院・診療所からの紹介により開放型病院に入院している患者に対し、退院に際し、開放型病院の医師が紹介元の主治医と共同して、退院後の療養に必要な指導を行った場合に加算
在宅患者入院共同指導料 (I) 310点 退院時共同指導加算	290 点	診療所から在宅療養の提供を受けていた患者が、急変等により開放型病院以外の病院に入院した場合に、紹介元の主治医が当該病院に赴き当該病院の医師と共同して、退院に際し、の療養に必要な指導を行った場合に加算
在宅患者入院共同指導料 (II) 140点 退院時共同指導加算	360 点	診療所から在宅療養の提供を受けていた患者が、急変等により病院に入院した場合に、当該病院の医師が紹介元の主治医と共同して、退院に際し、退院後の療養に必要な指導を行った場合に加算
退院指導料	300 点	入院期間が1月を超える患者又はその家族に対して、医師、看護師等が共同して、退院後に必要な保健医療サービス等の計画に基づき必要な指導を行った場合に算定
退院時共同指導料	150 点	医師、看護師等が、退院後の居宅における療養上必要な指導を、訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った場合に算定
退院時リハビリテーション指導料	300 点	退院時に、退院後の居宅における基本的動作能力等の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定
退院前訪問指導料	360 点	入院期間が1月を超えると見込まれる患者に対し、退院に先立って患者を訪問し、退院後の療養に必要な指導管理を行った場合に算定
退院前在宅療養指導管理料	120 点	入院患者が在宅療養に備えて、一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定

医療保険と介護保険の訪問看護の報酬体系

	医療保険	介護保険
報酬設定の方法	1日単位で訪問回数にかかわらず設定	時間単位で訪問回数に応じて設定(ただし、支給限度額あり)
報酬構造	<p><b>【訪問看護ステーション】</b></p> <p>訪問看護基本療養費 (I) (週3日まで) 5,300 円 (週4日以降) 6,300 円</p> <p>+</p> <p>訪問看護管理療養費 (月の初日) 7,050 円 (12日目まで) 2,900 円</p> <p>※准看護師の場合は、基本療養費-500円、在宅患者訪問看護指導料-50点</p> <p><b>【医療機関】</b></p> <p>在宅患者訪問看護指導料 (週3日まで) 530 点 (週4日以降) 630 点</p> <p>精神科訪問看護指導料 (I) (週3日まで) 550 点 救急訪問 450 点</p> <p>訪問看護基本療養費 (II) 1回1~3時間 1,800 円 延長(1時間) 400 円</p> <p>精神科訪問看護指導料 (II) (週3日まで) 160 点 延長(1時間) 40 点</p> <p>※精神障害を有する者であって、精神障害者社会復帰施設等に入所している複数の者</p>	<p><b>【訪問看護ステーション】</b></p> <p>(30分未満) 425 単位</p> <p>訪問看護費 (60分未満) 830 単位</p> <p>(90分未満) 1,198 単位</p> <p><b>【医療機関】</b></p> <p>343 単位</p> <p>550 単位</p> <p>845 単位</p> <p>※准看護師の場合は、所定単価90/100算定</p>
加算部分	<p>特別地域訪問看護加算(基本療養費に50/100加算)</p> <p>24時間連絡体制加算 (1月につき) 2,500 円</p> <p>重症者管理加算 (1月につき) 2,500 円</p> <p>訪問看護ターミナルケア療養費 12,000 円</p> <p>難病等複数回訪問加算 (2回) 4,500 円 (3回) 8,000 円</p> <p>退院時共同指導加算 (1月につき) 2,800 円</p> <p>訪問看護情報提供療養費 (1月につき) 1,500 円</p> <p>在宅移行管理加算 (退院1月) 250 点</p> <p>ターミナルケア加算 1,200 点</p> <p>難病等複数回訪問加算 (2回) 450 点 (3回) 600 点</p>	<p>早朝・夜間加算 (訪問看護費に25/100加算)</p> <p>深夜加算 (訪問看護費に50/100加算)</p> <p>特別地域看護加算 (1回につき15/100加算) (支給限度額に含めない)</p> <p>緊急時訪問看護加算 (1月につき) 540 単位</p> <p>特別管理加算 (1月につき) 250 単位</p> <p>ターミナルケア加算 1,200 単位 (支給限度額に含めない)</p>

医療保険の在宅移行管理加算及び重症者管理加算と介護保険の特別管理加算の対象者

【医療保険】

【介護保険】

【医療機関】		在宅移行管理加算(1月につき1回限り)
厚生労働大臣が定める状態にあるもの	在宅自己股関節血流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅人工呼吸指導管理 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 在宅悪性腫瘍患者指導管理 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理 在宅気管切開患者指導管理 気管カニューレ、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある者 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者	
対象者(状態)	【訪問看護ステーション】	重症者管理加算(1月1回)
厚生労働大臣が定める状態にあるもの	在宅自己股関節血流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅人工呼吸指導管理 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 在宅悪性腫瘍患者指導管理 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理 在宅気管切開患者指導管理 気管カニューレ、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある者 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している患者	145

【医療機関・訪問看護ステーション】		特別管理加算(1月に1回)
特別管理加算の対象となる状態	在宅自己股関節血流指導管理 在宅血液透析指導管理 在宅酸素療法指導管理 在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 在宅自己導尿指導管理 在宅人工呼吸指導管理 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 在宅悪性腫瘍患者指導管理 在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理 在宅気管切開患者指導管理 気管カニューレ、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある者 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者	

終末期医療に係る主な診療報酬上の評価

項目	内容
【入院料】 緩和ケア病棟入院料 緩和ケア診療加算	(1日) 780点 (1日) 250点
【在宅医療】 在宅患者訪問診療料 在宅介護加算 在宅看護加算	(1日) 830点 200点 200点
在宅末期医療総合診療料 院外処方の場合 在宅看護加算	(1日) 495点 685点 200点
在宅老人介護加算	(1日) 290点 575点 200点
在宅患者訪問看護・指導料 保健師、助産師又は看護士による場合 週3日まで 週4日以降 看護士による場合 週3日まで 週4日以降 難病等複数回訪問加算 1日2回 1日3回以上 介護加算	(1日) 530点 630点 480点 580点 450点 800点 200点
(老人)訪問看護従事者報酬 保健師、助産師、看護士又は作業療法士による場合 週3日まで 週4日以降 週3日まで 週4日以降 難病等複数回訪問加算 1日2回 1日3回以上 在宅看護加算	(1日) 理学療法士 3000円 3000円 8000円 8000円 5000円 5000円 0000円 2,000円
	居室において療養を行っている患者であつて通院が困難な者に対して、医師の指示の下に訪問看護計画に基づき、保健師、助産師、看護士、作業療法士又は作業療法士による在宅療養支援を行う。(原則として週3日を限度に算定) 急性増悪等の場合で指示があつた場合は、1月に1回連続14日まで算定可

要介護認定者の介護保険サービス・医療保険サービスの関係

	介護保険							医療保険		
	介護給付	医師の配置基準	看護士等の配置基準	訪問介護	訪問リハ	訪問看護	医師等による在宅療養管理指導	訪問看護病棟・診療所(医科点数) ※1	訪問看護ステーション(療養費) ※1	訪問診療 ※1
自宅	-	×	×	○	○	○	○	×	×	○
有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	×	×	×	○	○	○	○	×	×	○
有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護)	○	×	○	×	×	×	○	×	×	×
グループホーム (居宅型高齢者共同生活介護)	○	×	×	×	×	×	○	×	×	○
介護老人福祉施設	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×
介護老人保健施設	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×
介護療養型医療施設	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×

※1 医師又は看護士等が配置されている施設に入所している患者については算定の対象としない。

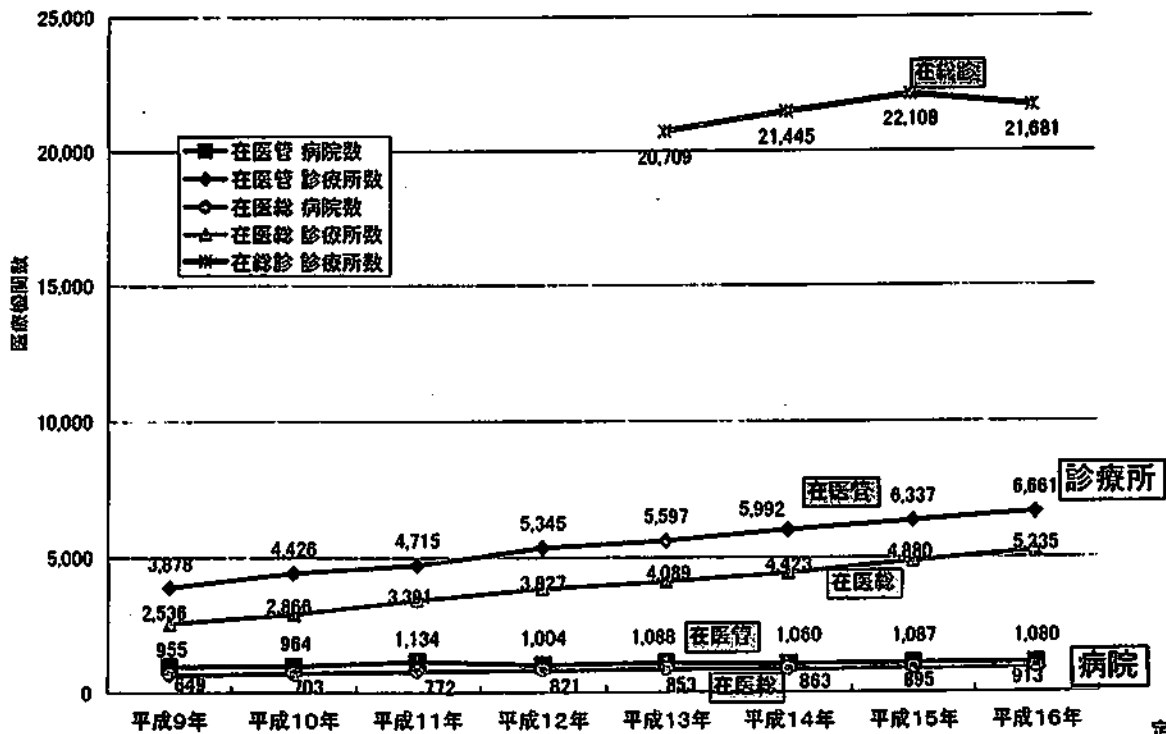
※2 末期の悪性腫瘍及び難病、あるいは急性増悪等により医師の特別指示書が出ている場合(14日間を限度)は医療保険の適用となる。

※3 2人目以降については、初・再診料のみを算定

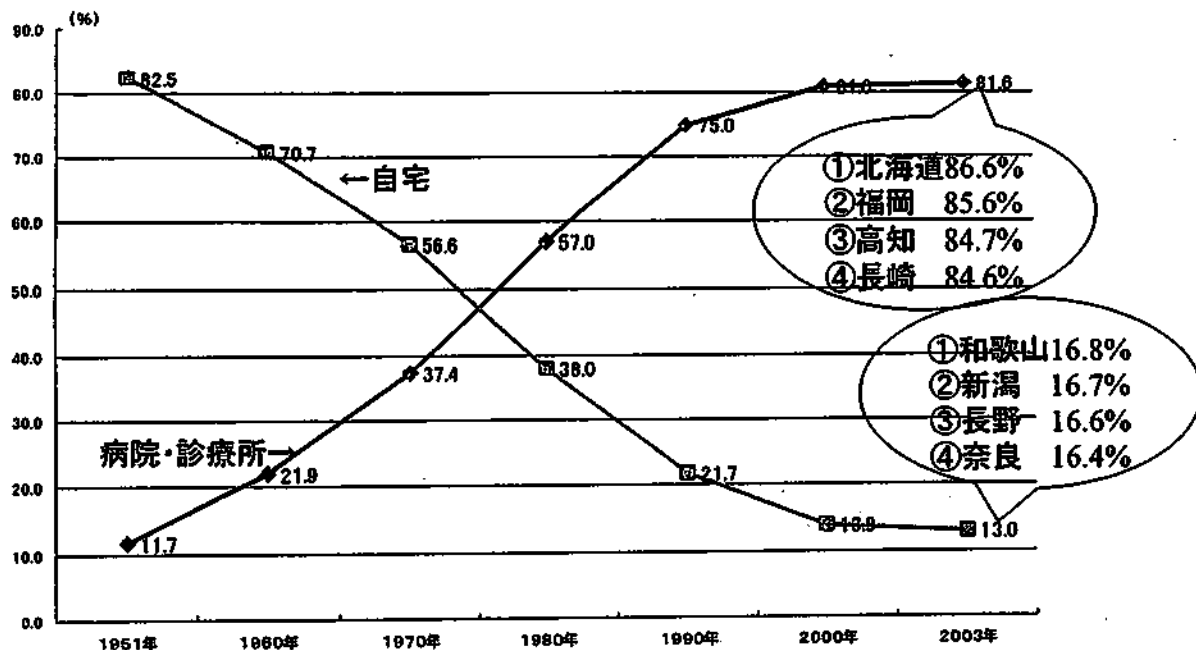
在宅医療の発展

	S33年	S56年	S58年	S59年	S60年	S63年	H2年	H4年	H6年	H8年	H10年	H12年	H14年	H16年	
住 診	住診料		寝たきり老人訪問診療料		在宅居宅訪問診療料			寝たきり老人在宅総合診療料 在宅訪問リハビリテーション指導管理料							在宅居宅訪問診療料
指 導 管 理 料		在宅自己注射指導管理料		在宅自己服薬指導管理料	在宅診療指導管理料 在宅中心診療指導管理料	在宅成分検査指導管理料	在宅自己服薬指導管理料	在宅人工呼吸器指導管理料 在宅慢性心不全指導管理料 在宅慢性腎臓病指導管理料	在宅時医学管理料 在宅末期医療総合診療料1, 2 在宅看取り加算 在宅居宅訪問診療指導管理料 訪問指導指示料 在宅居宅訪問診療指導管理料						在宅居宅訪問診療指導管理料
訪 問 料					在宅訪問看護・指導料		訪問看護基本診療費1 信頼提供費 管理費		訪問看護回診加算 精神訪問看護・指導料1-2 退院時訪問加算						
									在宅時医学回診加算 在宅時看護・指導料1-2 退院時訪問加算						
										18割増加算 24時間連絡体制加算					
											分一三ナールケア加算 訪問看護基本診療費2 居宅管理加算				
															居宅時看護回診加算

在宅時医学管理料(在医管)、在宅末期医療総合診療料(在医総)  
及び寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)の届出医療機関数



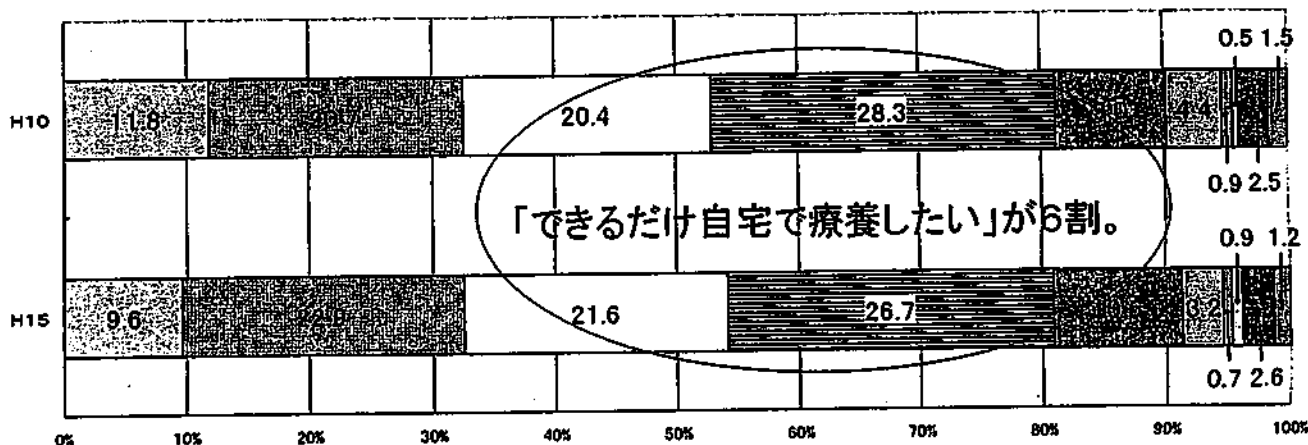
# 死亡の場所の推移



人口動態統計調査より

# 終末期における療養の場所

問 ご自身が痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



「できるだけ自宅で療養したい」が6割。

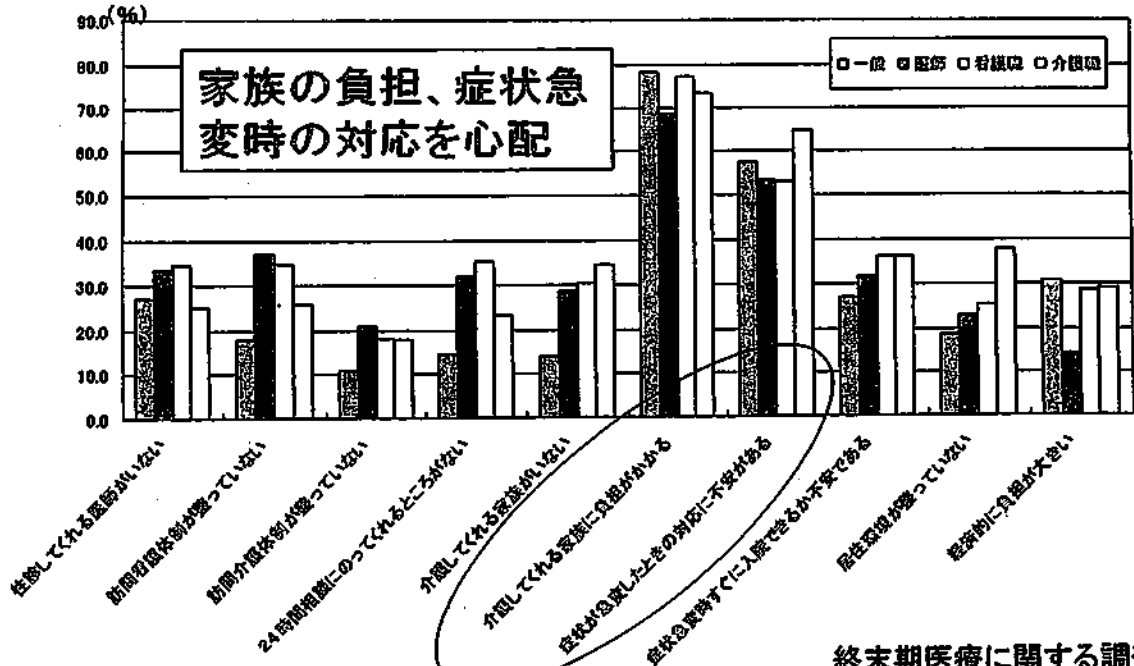
自宅希望 →

- なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい
- 自宅療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅療養して、最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答



# 自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかお答えください。



終末期医療に関する調査等  
検討会報告書(H16)より

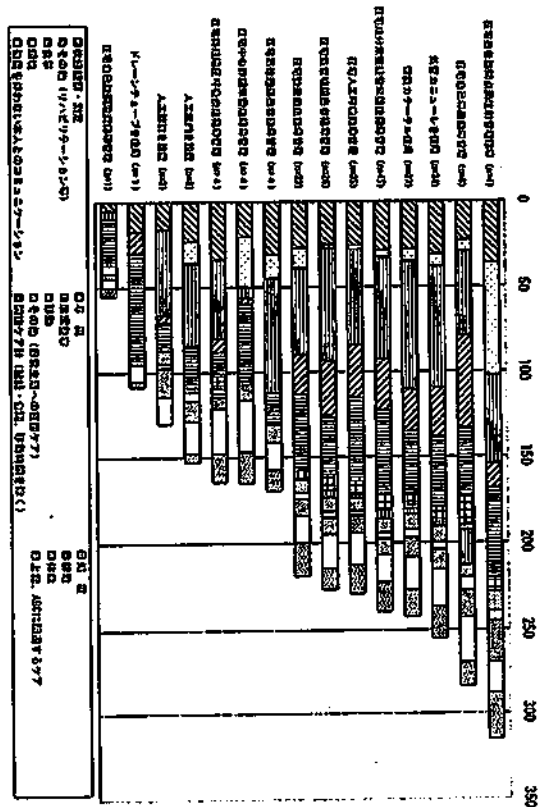
## 診療報酬調査専門組織コスト調査分科会平成16年度調査

### 訪問看護ステーションに係るコスト調査(抜粋)

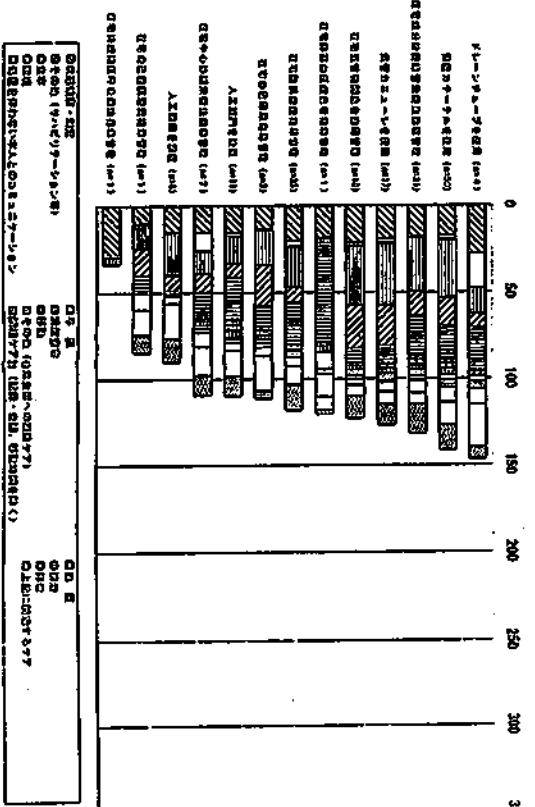
II 重症者管理加算又は特別管理加算を算定する訪問看護利用者について  
第3節 タイムスタディ調査

- (2) 対象項目別の比較
- 重症者管理加算の対象の項目別と特別管理加算の対象の項目別にみると、項目により1週間のケア時間は大きく異なっている。(注：対象項目は調査回答のため、同一人物が複数のカテゴリに計上されている。)

図表1 重症者管理加算の内容ごとの時間(複数回答、医療保険：n=124)



図表2 特別管理加算の内蔵ごとの時間(複数回答、介護保険：n=179)



## 平成18年度診療報酬改定の基本方針(案)

- また、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるよう、支援していく体制を構築することが必要である。  
このため、入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価の在り方について検討するべきである。

### 在宅医療促進の必要性

- 患者中心の医療の実現
- 質の向上QOLの重視
- 医療供給体制の改革(あるべき医療の実現)
- 増大を続ける医療費の適正化

回答 16名。 在宅医 13名 病院医3名（ 、 、 ）

1) 対象者は、基本的には高齢者が中心であるべきである。

すべての年代を対象にすべきという意見が圧倒的。

2) 看取りを意識することが、在宅医療では必要である。

ほとんどは、賛成。

「切り離すべき」 選択肢として可能 看取りは結果である

3) 在宅で看取った患者の死亡診断書の数、在宅医の一つの指標となる。

多数は、賛成（10）

「最後だけは入院で、という希望もあるので、在宅率も評価が必要」

「数字にするにはこれしかない」 「多いからといって質が高いとはいえない」

反対（2）

「可能なら、死亡1週間前の在宅生活支援までを含む」

保留（4）

「通常の高齢者や末期がんの医療の質を評価するにはいい指標だが、認知症専門やリハビリ専門では指標にならない」

4) 介護保険（居宅介護の利用者）の主治医は、在宅医療を行っている医師であるべきである。

賛成（8）

反対（3）「病院の勤務医が主治医の場合もあり現実的でない」

「外来通院する権利もある」

保留 「要介護3以下では、この限りでない」

5) 在宅医療を行う場合、主治医と在宅医は、同じであるべきである。

賛成（13）

反対（3） 専門家を主治医とよぶことも

病院の主治医でも可。患者が選ぶもの。

治療方針の決定を誰がするか？

6) 対象者は、必ずしも、通院困難な患者だけでなくてもよい。

( どういう場合が想定されるか、お書きください )

反対 ( 7 ) 在宅医療は医療者への負担が大きいため基本は通院医療、医療効率

賛成 ( 5 ) 認知症患者、末期がん患者、術後早期退院患者、  
急性疾患であっても入院環境がなじまない患者

「通院困難になってからだと遅すぎる」

「付加価値サービスとしての訪問診療・保険給付をはずしてでも」

通院困難とは何か。これまで通院していたが、足腰が弱って通院できなくなったひとは？  
家族などの介護者がいる場合は当然通院できる・・・

7) 在宅医療は、プライマリケアの一分野である。

( 在宅医療をしない家庭医はいないはずである )

賛成 ( 10 )

反対 ( 3 ) 「プライマリケア医と家庭医は在宅医療の一分野である」

保留 幅広く在宅医療を担う医師を求める為には、プライマリケア・家庭医が担  
うべきと考えますが、亜急性期在宅医療(在宅治療や末期がん患者対応など)  
はある一定要件(24時間365日対応や頻回訪問、在宅での医療構築の質的担  
保など)が不可欠と考えます。

「家庭医」という言葉のあいまいさ。

8) 介護保険の訪問看護は、医療保険に戻してほしい。

賛成 ( 12 ) 「看護師はケアプランに拘束されるべき職種ではない」

「来年からは、75歳以下では、医療保険で2割負担、介護保険で1  
割という自己負担の差がでてきたりすること、医師の指示書とい  
うしびりが再度強くするのであれば、看護の裁量権を強める方向  
にはならないと思いますので、実際は慎重な対応が必要」

反対 「現状維持でよい。バイタルチェックだけで終了する訪問看護が多すぎる。ヘルパーでもできることに看護があくせくする必要はない。重症在宅こそが訪問看護が生き延びられる唯一の道である。現状で医療保険に戻るのであれば、現行の単価を大幅に減額すべきである。」

9) 在宅医療では、高度医療(たとえばIVH)は基本的に必要ではない。

ほとんどが反対。

10) 医師がやることと、看護師が行うことは明確に区別できる。

賛成は少数派、

役割分担は必要だが、だぶっているところがある。

11) 最期の看取りは、まず看護師が行う。

反対 (6) ファーストコールは医師

12) かかりつけ医が在宅医であれば、そもそも入院医療が減る。

賛成 (10)

「複合疾病・障害を持っている患者さんにとって、きちんと障害や疾病に合った生活が営まれていない場合、非常に高率に急変されます。在宅医が適切に指導し、初期治療を行った場合、ほとんどの場合で入院医療は減じるはず」

反対 必要な急性期入院はなくなる

13) 特定機能病院でも、在宅支援を行うべきである。

賛成 (8)

難病のバックベッド、緊急対応、かかりつけ医との連携・・・

反対 (6) 「特定機能病院には、抱え込まない勇気が必要」

14) 退院時のケアカンファランスに、在宅医も参加するべきである。

賛成 (13)

可能であれば、参加すべき。診療報酬を求めるところか・・・

15) 在宅医療は、訪問看護師が主役になるべきである。

賛成 (4) 在宅医療をひろげるなら。全国展開のためには。

反対 (2) 「ディレクター(兼プレイヤー)としての医師、プレイヤーとしての訪問看護師」

「在宅医療(診療)は病状改善や疼痛緩和など必要な医療行為を行い。看護師がきちんとした在宅ケア(療養管理)を行うこと。そしてケアマネ(介護管理)があいまって在宅療養の質が確保される」

チームケア

16) 「往診」と「訪問診療」とは、明確に区分できない。

言葉上、制度上、区分できるが、現場では(ことに終末期では)区分できない。

区別しにくい。しかし、区分すべき。

17) 在宅医には、特別なスキルが必要である。

(具体的な例をあげてください)

賛成 (9) 「在宅医療をきちんとサポートする為には、リハビリ・疼痛緩和・老年医学的知識のほかに在宅療法をきちんと管理指導できる能力や、介護負担軽減のために様々な社会サービスに対して精通すべきであり、これらを通常の医療現場で身につけることは困難です。そういう意味では特別なスキルが必要といえます。」

「特別なスキルとは「生活者の仲間として認められ続ける医師の素質」があること」

「持続皮下注射、皮下輸液、褥瘡治療、疥癬治療、認知症に対する薬物、非薬物治療、胃瘻(PEG)の管理など。」

反対 (5) 「在宅医療の現場で行われている標準的な医療(人工呼吸器の管理、気管カニューレ・胃瘻チューブ・尿カテーテルの交換、褥瘡処置など)は特別なスキルではありません。」

18) 看護師に、一定の処方権を与えるべきである。

(例えば、どういう行為かあげてください)

反対 (5) 法改正は大変。

「もし看護師にゆだねることが出来る処方があるなら、それはむしろ介護者に処方権をゆだねるべき」

賛成 創部の処置に関する行為、

疼痛の程度に応じて一定の範囲でオピオイドを調整する

末期の酸素の流量についての調整

解熱剤、その他、あらかじめ処方していた薬を、今服用するかの判断。

鎮痛薬の用量調整

緩下剤・止痢剤や解熱剤などは看護師の判断で使用しても良い

19) 「24時間、365日」にかわるキャッチフレーズがありましたら教えてください。

「かかりつけ医をもちましょう」

「地域で生活できます」「家ですごせる安心を提供」

「途切れることのない援助」

20) 在宅医療は、訪問サービスをさす。

反対 (5) 「在宅療養生活をささえるすべてのサービスをいう」

保留 (3)

在宅医療とは何か、という議論は、この会では何度も行われてきており、一応の結論をみているという説明をされていたのだが、つねに現場取材してから発想するというジャーナリズムに身をおくものとしては、それぞれ実践されている方々の現場からの指摘が、共通認識につながっていない、という印象があった。先進的な取り組みをしている医師の間での発言と、それを全国的にひろげてゆこうというときの表現方法は、異ならざるをえない、と思う。そのためにも、同じ問いに対しての回答をいただき共通項をひろってゆく作業が必要ではないか、それも医師以外の人間がまとめることに意義があるのではないかと考え、「在宅医が語る 在宅医療とは・・・」という20項目のアンケートをさせていただいた。

アンケートの内容と、16人の実践者の方々からの回答のまとめについては、添付の資料をごらんいただきたい。

おおぐくりのまとめをすると・・・

- ・ 対象者はすべての年代であるべき
- ・ 最期まで在宅で看ることを意識することが必要  
評価の指標として、在宅で看取った患者の死亡診断書の数は一つの参考資料ではあるが、絶対ではない。
- ・ 「通院困難者」が対象、という点については、ある程度合意がある。  
基本は、通院医療である。  
しかし、「通院困難」という状況になってからでは遅すぎる、という意見もある。
- ・ 訪問看護は、介護ではなく医療の分野である、という認識。
- ・ 在宅でも高度医療が求められる。
- ・ 医師と看護師等との役割分担について、在宅医療を制度として整備する場合、さらなる議論が必要。
- ・ 在宅医療に特別なスキルが必要であるかどうかについては、意見がわかる。

医師ではないものの立場からいうと、かかりつけ医、家庭医、在宅医、プライマリケア医、といった言葉のニュアンスの違いがわからず、混乱のもとになっていた。また、ことに、在宅医療というのが特別なスキルを必要とする医療であるのか、生活している地域でごく当たり前に受けたい医療としてすぐにでも提供される医療であるのか、も、よくみえていなかった。

回答してくださった在宅医の方々には、地域でそれぞれに努力され、仕組みをつくって来られた方なので、たとえ表面的な意見が正反対であっても、その奥には共通した考えがあるのがよみとれた。一方、在宅医療をシステムとして広げて行くためには、個人の医師の努力に頼って

いては限界があることも明らかであった。20年在宅医療をしている医師は、一言「疲れました」と書き添えてあった。患者の側からいっても、この16人の在宅医にたまたま出会ったひとはラッキーでした、ということではすまない。どの地域でも、どんな患者でも、望めば適切な在宅医療を受けることができる体制をつくるためには、チーム医療としての在宅医療をどう組み立ててゆくかが課題であることが確認された。24時間、365日の訪問サービス、が基本であるとしても、個人の医師の力では無理である。患者が、見放された感じにならず、かかりつけ医の機能をどのようにチーム医療のなかに組み込むかが、重要である。

今回の議論では、司会の平原先生がまとめてくださった言い方で言えば、「在宅医療とは、(障害や治癒が期待できない疾患など)どんな状態でも、地域で安心していける、生活できることを保障する医療システムである」ということになった。その核は訪問診療であるが、ケアを必要としているひとを地域でささえてゆく医療全体を、在宅医療ととらえたほうが、今後、在宅医療を推進してゆく上では、理解されやすいのではないかという結論であった。



## 北欧における在宅医療

名古屋大学  
在宅管理医学講座

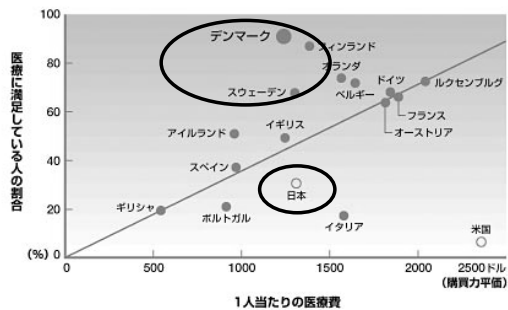
船木良真

## 在宅医療のベンチマーキング

- 世界の国々は模索しながら、各国それぞれの状況に整合した高齢者医療モデルを構築している
- 北欧は様々な問題はあるが、それなりに機能しているし、今後も変化を続けようとしている
- 色々と前提条件が違うが、勉強になることも多い

2

## 医療費と満足度



## 環境変化の大きさ

- 内部環境、外部環境とも大きな変化が起きている
- 今の日本の状況に一番整合したシステムを構築すること
- 唯一絶対の解は存在しないし、常に変化する

環境適応

4

## 在宅医療をとりまく環境変化

- 医療の高度先進化
- 高齢化社会の到来
- ケアマネジャーの実力不足
- 死に対する国民的コンセンサスの不在
- 財政的問題
- 大学の求心力の低下

5

## 理念が大事

- 理念: 不変、普遍的なもの
- ビジョン: 5年後、10年後のあるべき姿
- 戦略: ビジョンを実現するための方策

供給者論理から顧客満足へのパラダイムシフト

家で安心して暮らせる

患者、国民の満足度

6

## 前提条件の違い: 日本と北欧

- 医療体制
  - 医療保険制度
  - 医療の高度先進化
  - 医療の質
  - 医師の数
- 文化
  - 農耕民族と狩猟民族
  - 医師への依存

7

## 外来患者の年間受診回数

日本 : 16.0回  
スウェーデン: 2.9回  
アメリカ: 5.8回

8

## 一回受診あたりの医療費

- 日本 : 7000円
- アメリカ : 62000円
- スウェーデン: 89000円

OECD health data 2003

9

## 一人あたりの医療費

- OECD加盟国の比較
- 1位 アメリカ 54万円
- 4位 デンマーク 36万円
- 9位 日本 29万円
- 10位 スウェーデン 28万円

OECD health data 2002

10

## 総医療費の対GDP比較

- 1位 アメリカ 12.9%
- 10位 デンマーク 8.4%
- 15位 スウェーデン 7.9%
- 19位 日本 7.1%
- 平均 8.6%

OECD health data 2002

11

## 人口1000人当たりの医師数

- 日本 : 2.0人
- アメリカ : 2.3人
- スウェーデン : 3.3人
- デンマーク : 2.9人
- 平均 : 2.9人

OECD health data 2003

12

## 人口1000人当たりの看護師数

- 日本 : 7.8人
- アメリカ : 7.9人
- スウェーデン:10.2人
- デンマーク :10.3人
- 平均 :8.2人

OECD health data 2003

13

## デンマークの 在宅医療

## 基本システム

- 公的医療保険制度
- 医療費無料
- ホームドクター制

15

## 行政担当

- 国 : 国防・外交などの行政
- 県 : 医療
- 市 : 福祉
  
- 人口ベースに考えるとスウェーデンの「県」は日本の「市」に、「市」は「町」に概ね相当する規模と考えられる

16

## 医師

- ホームドクター制=GP
  - 1人のGPIに1500人くらいの登録患者
- 医学部卒業後6年半後GPの資格取得し、GPの営業権を購入(医師会が管理)
  - 専門医も同様に卒業後6年半
- 患者は1年に2回GPを変更する権利

17

## ホームドクター

- ホームドクターの収入は登録料+診察料
- 登録患者には24時間の診察義務
- 医師会で当番制組んで24時間体制
  - 夜勤帯の医師の待機態勢:市全体で1名
- 県のコールセンターに電話かけさせて、病院に行くか、薬局で薬を買うか、往診するかを指示

18

## 主治医の役割

- 主治医が日常的に看護師や患者にアセスメントや治療方針について指示を与えるシステムにはなっていない
- 主治医はあくまでも「緊急時」や「問題発生時」の「コンサルタント」的位置づけ

19

## 退院インセンティブ: 罰金制

- 平均在院日数: 6日
- 医師が退院可能と判断すれば5日以内にどこかで受け容れなくてはならない
  - 循環器病で1日入院すると3万3千円
  - この期間を超えると1日ごとに罰金
  - 市が県に支払う
- ちなみに高齢者住居なら費用は1日2万円以下

20

## 退院後の受け入れ

- ショートステイが増えている
  - 1日3万の罰金は痛い
- とりあえず一旦ショートステイに受け入れてから、次の受け入れ先を決定
  - 退院後のリハビリもここでやる
- 退院時には退院会議を開き、市の職員も参加

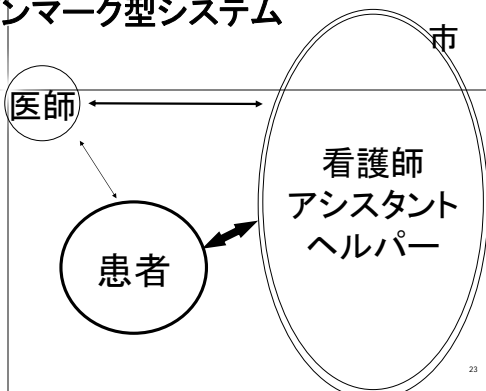
21

## Home care

- 慢性疾患は介護職員がアセスメントをして医師に報告
- 医師は診察なしで処方箋
- 基本的に医師に全権限があり、医師の指示が必要
- ホームヘルプは民間が増加傾向

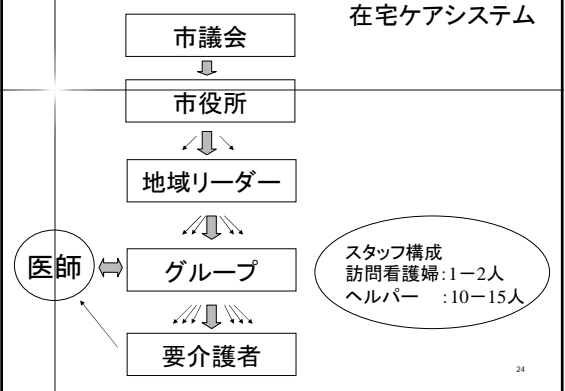
22

## デンマーク型システム



23

## 在宅ケアシステム



24

<b>勤務シフト</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 訪問したステーションに所属する看護師は、基本的に「日勤」しか行わない</li> <li>■ 「準夜勤」「深夜勤」は夜勤対専門の看護師がおり、それらの夜勤看護師がシフトを組んで対応する</li> </ul>
25

<b>看護、介護</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ヘルパー： 14ヶ月の研修 日本のヘルパーと同等の仕事</li> <li>■ アシスタント： 14ヶ月の研修 + 18ヶ月の研修 日本の准看護師のような存在 訪問看護の主役</li> <li>■ 看護婦： 高卒+大学4年間の専門教育 エリート、大半は病院で働く 看護のプロ、計画立案</li> <li>■ 資格を取得年月に応じて給料が決定</li> </ul>
26

<b>ソーシャルヘルスアシスタント</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 32ヶ月の教育</li> <li>■ ほぼ看護婦と同等の仕事 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 各種カテーテル管理 (個々人の能力に応じて)</li> <li>- 医師の指示があれば注射も可能</li> </ul> </li> <li>■ 看護師との差 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 長期的・統括的管理は行わない</li> <li>- 新患や癌患者などの症例は看護婦が対応</li> </ul> </li> <li>■ この制度ができる時は看護協会ともめた</li> </ul>
27

<b>Management</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 看護婦が疾患管理</li> <li>■ 昼に30分全体ミーティング</li> <li>■ 医師とも3ヶ月に1回カンファレンス</li> <li>■ 患者宅とステーションにカルテ</li> </ul>
28

<b>看護師の役割</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 在宅ケアチームのリーダー</li> <li>■ 日本の「在宅主治医」の役割にほぼ準じる</li> <li>■ 違いは、処方ができないこと</li> <li>■ 疾病治療計画の策定は医師の領域に残されている</li> <li>■ 「評価」は行うが、「治療計画策定」に関して深入りはしないようである</li> </ul>
29

<b>スタッフ間の情報共有</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 患者宅に患者の基本情報を記載した「ノート」が置かれており、これを見ることで患者の基本的背景を把握することができる</li> <li>■ この「ノート」の規格は市で共通。</li> <li>■ 在宅でも施設入所でも、共通して使用 <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 診療情報提供書のひな形</li> <li>■ 在宅へ移行した際に、看護師にだされた指示書</li> </ul> </li> </ul>
30

## 家族の高齢者の介護

- 家族に介護の義務はない
- 家族に介護の義務はないが、希望して家族介護をしている人々も少なくない
- 市のスタッフの援助で、家族は疲弊しない

31

## 介護負担

- ターミナル患者をみる家族に対して手当て
- 現金給付
- 35万/月
  - ヘルパーをつけるよりは安いという判断
  - 何ヶ月でも可能

32

## アラームシステム

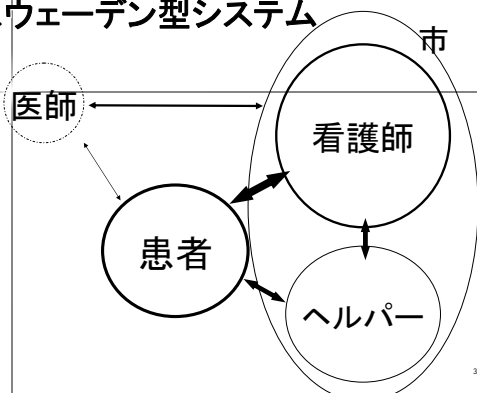
- 無人アラームセンターに通報
  - 自動処理し担当看護婦に連絡
  - 担当看護婦から自宅に連絡
- 20分以内に駆けつける
- 50000円/1台のアラーム
- 25%が頻回、50%が時々、25%が全く

33

スウェーデン

34

## スウェーデン型システム



35

## 看護師:在宅医療の実践者

- かなりの権限を与えられている。
- 命に関わらないようなことは、自分の判断、後で医師の指示をもらえばよい
- 簡単な薬の処方箋(消毒薬、鎮痛薬、軟膏類、器具類、補助器具など)は自分の指示でOK
- 医師に限定は麻薬類、抗生剤など

36

## 地区看護師

- 地区看護師という資格あり、大学3年プラス1年さらに勉強すれば、訪問看護婦の資格を得られ、上記のことが施行できる
- また専門の看護婦が存在し、DMや喘息、心臓病などの各疾患にあたる

看護師主体による在宅ケア

37

## ハルムスタッド市(9万人)の訪問看護体制

- 市全体は5つの訪問看護グループ
- 市全体で107人の看護師
- 「受け持ち制」
- 1人の看護師が40人程度の患者を管理
- 1日に訪問する患者の数は7~8人

38

## スウェーデンにおける在宅ケア

一般的在宅ケア (Basic home care)	専門的在宅ケア (Advanced home care)
地域の訪問看護婦のみ チームアプローチはまれ 他のケアを補完する 日勤帯のみ 高度の医療処置なし 小さな医療圏 ときに緩和ケアを提供	医師が必ず加わる チームアプローチは必須 病院のケアをおきかえる 24時間体制 高度な医療処置あり 大きな診療圏(10万都市) つねに緩和ケアを提供(病院の緊急ベッドをもつ)

39

## ケア・システム

- 介護スタッフが多い
- 職業的地位も安定
- 時間的にも精神的にもゆとり

職員が自らの仕事に誇りと自信

40

## ニュージーランド

## ホスピスの役割

- ① 症状コントロール
- ② レスパイトケア
- ③ ターミナルケア

平均1週間の在院日数

コミュニティのレベルアップにより入院期間短くなってきた

42

## Centenary Hospice

- 2名の医者常勤、週末はGPが交替勤務
- 入院した場合GPと一緒に診療、継続性
- 短期間の入院(平均1週間)
- 在宅緩和ケア250人、24時間対応

43

## Nurse Maude Association

- 看護婦を主体とした慈善団体
- 独立した訪問看護ステーション

44

## 各専門の看護婦が存在 役割分担

- ディストリクトナーシング
- 栄養指導
- 点滴サービス
- 外傷ケア
- リエゾンサービス
- 糖尿病介護
- 失禁ケア

45

## Service liaison nurse

- 紹介専門の看護婦
- 各サービスに情報提供
- 看護婦の離職率が高いのでバックアップ

46

## コールセンター

- 電話7台で利用者からの質問に回答
- パソコンに全ての情報を管理
- ヘッドホンスタイル
- すぐに対応

47

## 疑問点

- 10年後の社会は？
- 在宅医療をまかなうだけの医師が確保できるのか？
- コスト的な問題は？
- 訪問看護師の役割は？

48



欧米では、医師の訪問診療はほとんどなく、看護師主体の在宅医療が展開されている。原因としては、医師が往診するコストが高いこと、そもそもIVHなどの高度先端医療が家で行われていないなどの要因はあるが、決して医師や看護師の人数が少ないわけではない。北欧、ニュージーランド、アメリカの例を見ても医師は医師のやるべきことに特化をして、仕事を行い、各職種間で業務分担が明確である。その中で各国の打ち手としては医師を増やすのではなく、

1. 看護師に大幅に権限を委譲する。
2. 看護婦を専門分化させる。
3. 従来の看護業務を担う職種を作り、看護師を医療に特化させる。

などの方策を打ち出している。

前提条件として、1000人あたりの医師数は日本が2人、北欧が3人くらいの状況の中、

- ・日本の在宅医療に参加する医師の数は果たして増えるのか？
- ・訪問看護師の教育はどうあるべきなのか？

などの疑問がなされた。

委員の方々の意見として、

1. 基本的な考えとして日本の医療は病院中心で、在宅医療も病院医療の延長で捉えている。そこで色々なものを家に持ち込んでいるというのが現状である。逆に在宅やホスピスのやり方を病院に持ち込むようにしていく努力も必要である。その中で生活の視点にたつ看護師の役割は大きい。
  2. 看護師が在宅医療の主役になるためには、看護師の技術を向上する必要がある。大学病院では点滴や注射ができないような教育をしている。看護師がヘルパーと競合する前に、医師の仕事を奪いにこないといけない。
  3. 今回の改訂で、在宅療養支援診療所ができたが、在宅療養支援訪問看護ステーションはできなかった。ある程度制度的な支援も必要であろう。
  4. それをサポートする体制構築、および看護師の教育などで在宅医療を行っている医師のバリューが発揮できる。
  5. 国民的なコンセンサス作りも必要である。ターミナルケアから、エンドオブライフケアへの移行である。医師の頭はなかなか変わらないが、情報発信をしていくことが大事である。
- などの意見がだされた。次回訪問看護の方の意見を伺い、今後の日本の在宅医療の発展のために、とるべき方針を考えることになった。

## アメリカの高齢者終末期医療制度

— 虚弱高齢者のためのより良い終末期ケアをめざして —

### 在宅医療推進のための会

2006年1月20日

慶應義塾大学医学部 医療政策管理学教室 助手

篠田 知子

## 概略

- アメリカの医療制度の特徴
- 在宅医療 (home health care)
- 医師以外の職種
  - 看護職
  - カウンセリングを担う職種
- 終末期医療制度 (hospice program)

## アメリカの医療制度の特徴 (1)

- 医療に対する価値観
  - 最高の医療の追求 > 普遍的医療を平等に
  - 他の国では福祉や教育にあたる部分も医療として扱われることが多い
- 医療従事者の専門分化
  - 職種間の給料格差
  - 職務区分が明確に区別

## アメリカの医療制度の特徴 (2)

- 医療費が高い
  - 入院期間が短い(急性期のみ病院で)
  - 亜急性期 (subacute care) や手術後の回復期などのpost-acute care はナーシングホームや在宅で
- 複雑な医療保険制度
  - ただし、65歳以上の高齢者はMedicare(高齢者や障害者に対する公的医療保険)でカバーされている

## Medicare's home health benefit (1)

(公的医療保険からの在宅医療給付)

- 240万人の高齢者や障害者が在宅ケアを受けている
- 給付の条件
  - 医師の管理下にあり、患者が“homebound”である
  - 断続的な看護やリハビリ(理学療法、言語療法)が医学的に必要
  - 医師が指示する“Plan of Care”(医療計画)に基づくサービスで、診断名、必要なサービスや医療機器の詳細、訪問回数、予後、投薬内容などが記されていないといけない

HCFA's Home Health Agency Manual

## Medicare's home health benefit (2)

(公的医療保険からの在宅医療給付)

- 給付内容
  - 看護ケア
  - リハビリ(理学療法・作業療法、言語療法)
  - Medical social services (相談・カウンセリング)
  - 身体介護(着替えや入浴介助)、服薬介助、包帯交換など
  - 医療機器レンタル

HCFA's Home Health Agency Manual

## 診療報酬 (1)

(Medicareから医療機関や在宅ケア業者への支払い)

- Part B Medicare benefit (Part Bは、physician feeをcover)
- 包括払い(60日ごともしくは急変時に更新)
- 患者の**臨床的重症度(4段階)**、**ADL(5段階)**、**リハビリの必要度(4段階)**に応じて、80のグループに分類 (home health resource groups: HHRG)

[http://medicareadvocacy.org/FAQ\\_HomeHealth.htm](http://medicareadvocacy.org/FAQ_HomeHealth.htm)

## 診療報酬 (2)

(Medicareから医療機関や在宅ケア業者への支払い)

- 1期間あたり、\$1,100-\$6,000の診療報酬 (平均で、1期間あたり\$2,500/22 visits)
- 患者の自己負担はほとんどなし(医療機器には20%)
- 医師の診察や、医療計画をsuperviseしていることの対しては、共に、包括払いとは別に支払われる(患者の自己負担は20%)

[http://medicareadvocacy.org/FAQ\\_HomeHealth.htm](http://medicareadvocacy.org/FAQ_HomeHealth.htm)

## 平均訪問回数 (1期間あたり)

訪問看護 (skilled nursing)	10.63
介護 (home health aide)	5.63
理学療法 (physical therapy)	4.24
作業療法 (occupational therapy)	0.75
言語療法 (speech therapy)	0.17
カウンセリング (medical social services)	0.20
合計	21.63

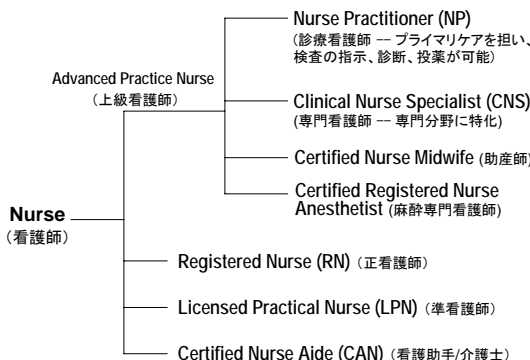
U.S. General Accounting Office, 2002.

## Home Health Quality Initiatives

(在宅医療・ケアにおける医療の質改善運動)

- 医療の質改善運動の一環として、2000年から health assessment informationの提出が求められるようになった
- OASIS (Outcome and Assessment Information Set)のデータから「医療の質の指標」“Quality Measures”を計測する。(将来的にはデータの公開を予定。nursing homeのデータの一部は既にwebで公開されている。)
- 質の指標の例: 急性期病院への再入院、疼痛の軽減、服薬コンプライアンスの改善、ADL(トイレ、入浴、移動、着替え)の改善

<http://www.cms.hhs.gov/HomeHealthQualityInits/>



篠田知子、金井菜穂子、「アメリカの病院におけるカウンセリング機能」、『病院』2003年4月号

## Clinical Nurse Specialist (専門看護師)

- 専門領域における看護専門家としての修士号または博士号の学位を持つ看護師
- 全米で、約69,000人(そのうち約15,000人はNPの資格を併せ持つ)
- 業務は直接ケアとマネジメント機能
  - 患者に対するケア、患者教育、患者の家族に対する教育
  - RNからのコンサルテーション、RNIに対する教育、他科や他職種との連携
- 専門性
  - 対象患者 (新生児、小児、高齢者、女性、家族など)
  - 医療提供場所 (ICUなど)
  - 特定疾患 (がん、糖尿病、循環器疾患、感染症など)
  - ケアの種類 (リハビリなど)
  - 予防医学 (地域、学校、労働衛生など)

<http://www.allnursingschools.com/faqs/cns.php>

## Clinical Nurse Specialist (専門看護師)

- Acute care Nursing
- Adult Nursing
- Cardiovascular Nursing
- Community Health Nursing
- Family Nursing
- Geriatric Nursing
- Infectious Disease Nursing
- Neonatal Nursing
- Occupational Health Nursing
- Oncology Nursing
- Parent-Child Nursing
- Perinatal Nursing
- Psychiatric Nursing
- Rehabilitation Nursing
- School Health Nursing
- Women's Health Nursing

### 日本では以下の7種類

- 精神
  - がん
  - 地域
  - 老人
  - 小児
  - 母性
  - 成人(慢性)
- (2005年3月時点で102人)

<http://www.nurse.or.jp/hintel/cns/>

<http://www.allnursingschools.com/fans/cns.php>

## カウンセリングに関わる職種 (2)

	学位	業務	平均年収
Registered Nurse (RN) 認定看護師	学士	心理的・感情的サポート、患者教育	\$ 46,000
Clinical Nurse Specialist (CNS) 専門看護師	修士 博士	患者教育、各病棟で看護師に対する教育、心理療法	\$ 51,000
Licensed Certified Social Worker ソーシャルワーカー	修士	ケースマネジメント、心理的・感情的サポート、心理療法	\$ 40,000
Clinical Psychologist 臨床心理士	博士	心理的・感情的サポート、心理療法、心理テスト、診断、州によって投薬も可能	\$ 52,000

藤田知子、金井菜穂子。「アメリカの病院におけるカウンセリング機能」。『病院』2003年4月号

## 心理療法に対する診療報酬

内容	診療報酬
個人に対する心理療法 (20-30分)	\$54
個人に対する心理療法 (45-50分)	\$82
個人に対する心理療法 (75-80分)	\$123
家族に対する心理療法(家族のみ)	\$80
家族に対する心理療法(患者同席)	\$95
多数の家族に対する集団心理療法	\$30

藤田知子、広井良典。「アメリカの医療における心理的経済的サポートの経済評価—ケアとしての医療の充実にむけて」。『病院』2002年12月号

## 英国における世論調査の結果

全英からのrandom sample  
(回答率75%で、2005年に面接)

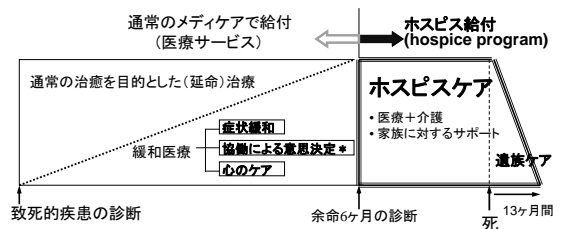
1. 子供の致命的疾患 (life threatening illness) に対する治療
2. **終末期医療** (special care and pain relief for people who are dying)
3. 予防接種
4. 日常生活を送るために必要な手術 (大腿骨頸部骨折など)
5. **在宅ケア** (district nursing and community services/care at home)
6. 精神疾患に対する医療・ケア・サービス
7. 臓器移植などの高度先進医療
8. ヘルスプロモーション・健康教育
9. 680g未満の未熟児に対する集中治療
10. 高齢者の長期入院
11. 不妊治療
12. 75歳以上の高齢者の致命的疾患 (life threatening illness) に対する治療

Bowling A. Health care rationing: the public debate. BMJ 312:670-4, 1996

## アメリカの終末期医療制度 (Medicare's hospice program)

- 高齢者の約4分の1が終末期にホスピスケアを受けている
- 1982年から、高齢者や障害者に対する公的医療保険(Medicare)からの給付が可能になった
- 日本では、「ホスピス=がん患者に対して緩和ケア病棟で行われる入院医療」
- アメリカでは、がんも含めてすべての疾患が対象で、在宅医療(地域のホスピスケアチームが自宅を訪問)が基本
- 1986年から、高齢者施設に入所している患者に対しても、同様の給付が可能になった

## ホスピスケアの位置づけ



\*ケアの目的のうち、何を最も重要だと考えるのか?

- 生存期間の延長?
- 身体機能や認知機能の維持?
- 症状緩和?

## ホスピスケアのサービス内容

- cureではなくcareを提供し、在宅での終末期を可能にするために

- 医師の診察
- 看護ケア
- 相談・カウンセリング
- 心理的・感情的サポート、宗教家による心のケア
- 栄養相談
- リハビリ(理学療法・作業療法、言語療法)
- 経口の薬剤、血液検査
- 短期間の入院治療、施設でのショートステイ
- 医療用品(カテーテル、酸素、包帯など)
- 医療機器レンタル(車椅子、歩行器など)
- 身体介護(着替えや口腔内ケア)、服薬介助、家事援助
- 遺族ケア(カウンセリング、カードを送付、追悼式・家族交流会など)

## ホスピスチーム

- 医師
- 看護師
- 介護士 (home health aide)
- ソーシャルワーカー
- 宗教家
- 栄養士、薬剤師
- 理学療法士、作業療法士、言語療法士
- ボランティア

## Medicare によるホスピスケア給付の条件

- 主病名と関連のない病態(例えば、大腿骨頸部骨折など)に対しては、治癒を目的とした通常の医療も給付される
- ホスピスケアをやめて、通常のメディケアに戻ることや、その後再びホスピスケアに戻ることも可能である
- ホスピスのチームに属さない従来からの主治医の診察は継続可能 (Medicare Part Bから給付)

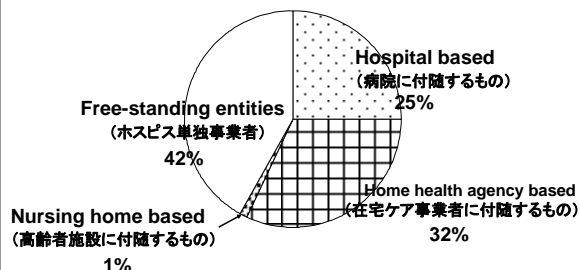
## Medicare によるホスピスケア給付の条件 (1)

- 開始時に、余命6ヶ月以内という医師の診断が必要
- 治癒を目的とした通常の治療の中止と引き換えに、Medicare Part A(入院治療をcover)から給付される
- 開始後90日、180日、以後60日おきに再認定を受ける必要があるが、給付日数に制限はない

## Medicare によるホスピスケア給付の条件 (2)

- 主病名と関連のない病態(例えば、大腿骨頸部骨折など)に対しては、治癒を目的とした通常の医療も給付される
- ホスピスケアをやめて、通常のメディケアに戻ることや、その後再びホスピスケアに戻ることも可能である
- ホスピスのチームに属さない従来からの主治医の診察は継続可能 (Medicare Part Bから給付)

## ホスピスケア提供者(医療機関や事業所)



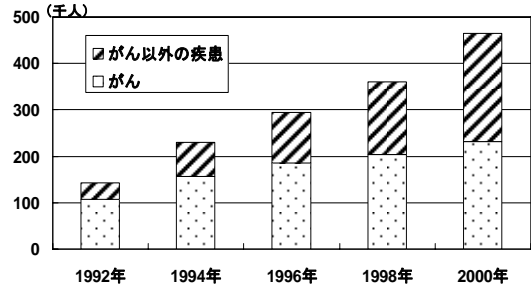
General Accounting Office. Modifications to payment methodology may be warranted. October 2004

## ホスピスケアの種類と医療機関への支払額

ケアの種類	サービス内容	1日あたりの基準支払額 (2004年現在)	延日数
Routine Home Care	基本の在宅ケア (週に平均 4.8 回の訪問)	\$118	96.0%
Continuous Home Care	在宅で集中的ケアが必要な時	up to \$689 (\$29/hr)	1.2%
Inpatient Respite Care	施設にショートステイ	\$122	0.2%
General Inpatient Care	入院治療が必要なとき	\$525	2.6%

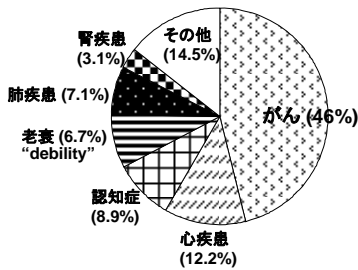
General Accounting Office. Modifications to payment methodology may be warranted, October 2004

## ホスピスケア利用患者数の変化



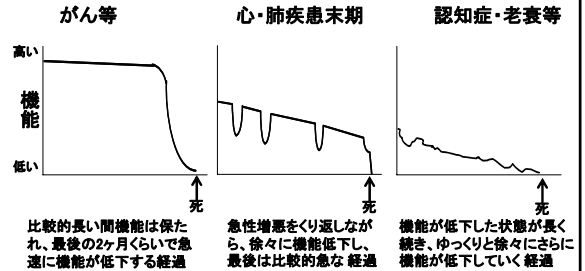
Medicare Payment Advisory Commission. Report to Congress: Medicare Beneficiaries' Access to Hospice. Washington, DC: MedPAC; 2002.

## 対象疾患(2004年データ)



[http://www.nhpco.org/files/public/Facts\\_Figures\\_for2004data.pdf](http://www.nhpco.org/files/public/Facts_Figures_for2004data.pdf)

## 死に至るまでの経過



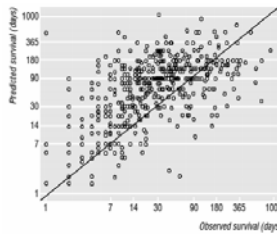
Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285:925-32, 2001

## Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study

目的: 終末期における医師の余命診断(予後判定)はどのくらい正確か?

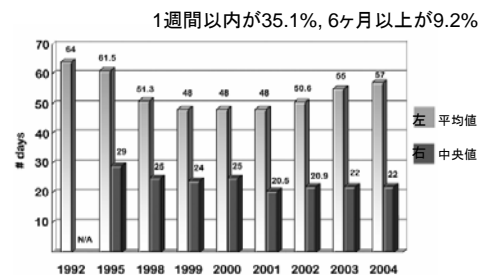
対象: シカゴの5つのホスピスプログラムの468人の患者とその余命診断を行った343人の医師

結果: 予想/実測で33%以内を正確な予想と判定したところ、この範囲に入ったのは20%の症例のみであった。63%は医師の予想よりも早く亡くなり、17%では医師の予想よりも生存期間が長かった。医師の属性や患者の属性で特記すべきものはほとんどなかった。



Christakis et al. BMJ 320:469-73, 2000

## ホスピス利用日数 (2004年データ)



[http://www.nhpco.org/files/public/Facts\\_Figures\\_for2004data.pdf](http://www.nhpco.org/files/public/Facts_Figures_for2004data.pdf)

## 全米ホスピス緩和ケア協会による余命6ヶ月の 予後判定のためのガイドライン

- 前提: 基礎疾患が進行性で治癒の見込みがなく、患者や家族が基礎疾患に対する治療ではなく症状緩和を選択している
- 心疾患
  - 末期心不全、心不全を伴う治癒困難な狭心症
  - 利尿薬や血管拡張薬が最適に使われている
  - 他の予後不良因子: 危険な不整脈、心停止や失神の既往、心原性脳塞栓
- 肺疾患
  - 安静時呼吸困難、倦怠感、身体機能低下
  - 右心不全、酸素吸入しても低酸素血症、高CO2血症
  - 他の予後不良因子: 体重減少、安静時頻脈
- 認知症
  - 高度の認知症: 歩行不可能、コミュニケーション不可能
  - 誤嚥性肺炎、敗血症、繰り返す褥創

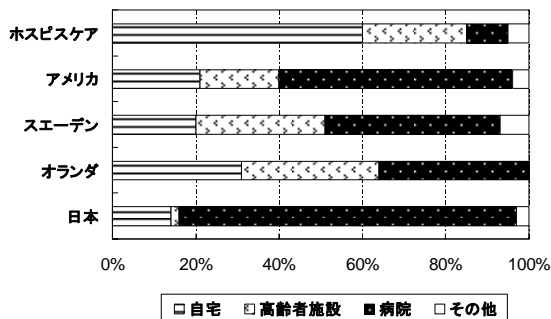
National Hospice and Palliative Care Organization

## 高齢者への緩和ケアを啓蒙するためのWHOの報告書



© World Health Organization 2004

## ホスピスケアによる在宅死の増加



## ホスピスケアの医療の質の評価 (1)

### 医療の質に関する質問項目

- 患者への医療・ケアは十分であったか？
  - 疼痛疼痛管理は十分であったか？
  - 呼吸困難に対する症状緩和は十分であったか？
  - 心理的サポートは十分であったか？
- 協働意思決定できたか？
  - 医師とスムーズに連絡とれたか？
  - 医師とのコミュニケーションに問題はなかったか？
- 患者は敬意を持ってケアされたか？
- 家族のニーズは満たされたか？
  - 家族に対する心理的サポートは十分であったか？
  - 死期が近づく中、これから起こると予想されることに対して十分な情報が与えられたか？
- スタッフが、患者の既往歴を十分に理解していたか？

Teno J. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA 291:88-93, 2004

## ホスピスケアの医療の質の評価 (2)

- 遺族調査の対象: ホスピスプログラムで自宅で亡くなった患者、通常の在宅医療で自宅で亡くなった患者、ナーシングホームで亡くなった患者、病院で亡くなった患者
- 補正事項: 年齢、性別、人種、教育レベル、結婚状態、死亡原因疾患、ADL、事前指示書の有無
- 症状緩和に関しては有意差あまりない(通常の在宅でやや悪い)が心理的サポート、敬意を持ったケア、情報提供に関してはホスピスが圧倒的に良い評価。総合評価において“excellent”と答える確率(OR)が1.5~2倍であった

Teno J. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. JAMA 291:88-93, 2004

## まとめ

- アメリカでは高齢者の約4分の1が終末期にホスピスケアを受けている。
- 地域のホスピスケアチームによる**在宅ケアが中心**である。
- 近年の傾向として、**がん以外の疾患の患者が増加**しており、約半数を占めている。
- 苦痛をとりのぞき、患者やその家族に対しても心のケアを提供するというホスピスケアの形態は、虚弱高齢者“frail elderly”の終末期ケアの良いモデルになるであろう。

## 1. プレゼンテーションの概要

### 1) アメリカの在宅医療

高齢者や障害者のための公的医療保険（メディケア）からの給付は、手術後の回復期や **sub-acute phase**（亜急性期）が対象で、看護サービスとリハビリサービスが大きな柱になっている。在宅ケア事業所に対しての支払い（診療報酬）は患者の重症度に応じた包括払い（4段階の臨床的重症度、5段階のADL、4段階のリハビリ必要度で合計80のグループに分類）になっている。医師の役割は主に、**plan of care** とよばれる指示書を作成し、在宅ケアを定期的にスーパーバイズすることであり、包括払いとは別にこれらの医師の役割に対して診療報酬が支払われる。また医師が往診を行った場合も別途支払われる。包括払いの場合、必要なサービスが十分に提供されていないのではないかと懸念があるため、医療の質に関する情報を公開していこうという動きがある。様々な質の指標が開発されており、在宅ケア事業所ごとのデータを **web** 上で公開することが予定されている。

### 2) 医師以外の職種（特に意思決定[**decision-making**]をサポートするための）

在宅ケアやホスピスケアにおいては、看護や心のケアを担う医師以外の職種が重要な役割を果たしている。看護職も専門分化しており、通常为正看護師（RN）の上には、修士号や博士号の学位を持つ上級看護師とよばれる職種（専門看護師 **clinical nurse specialist (CNS)** や診療看護師 **nurse practitioner(NP)** など）がある。CNSは様々な分野の **Specialist** で、がん疾患専門、高齢患者専門、予防医学専門など、多様な専門領域があり、全米で約69000万人のCNSがいてそのうち15000万人はNPの資格を併せ持つ。（ちなみに日本では2005年3月の時点で専門看護師は102人。）

心のケアやカウンセリングに関わる職種としては、全般的なカウンセリング機能（各種相談、心理的サポート、精神心理療法など）を提供しているソーシャルワーカー（修士号が必要）、博士号の学位が必要で給料も高く専門性の高いカウンセリング機能（主に精神心理療法）に特化している臨床心理士がある。心理療法に対するアメリカの診療報酬の特徴は、時間的要素が大きく評価されていること、家族へのサポートも評価されていることである。

### 3) 終末期医療制度（公的医療保険メディケアにおけるホスピスプログラム）

- ◆ ホスピスプログラム概略：アメリカでは近年がん以外の疾患によるホスピスケアの利用が増加しており、高齢者の約4分の1が終末期にホスピスケアを受けている。日本では、「ホスピス＝がん患者に対して緩和ケア病棟で行われる入院医療」というイメージであるが、アメリカではがんも含めてすべての疾患が対象で、長年住み慣れた自宅やナーシングホームなどの高齢者施設に、ホスピスケアチームが訪問して、ホスピスケアを提供している。
- ◆ 受給できるサービス内容：**cure** ではなく **care** を提供するという観点から、また在宅での終末期を可能にするために、医療サービス（疼痛管理などの緩和医療、リハビリ、心のケア）、介護的サービス、家族に対するサポート、患者の死後の遺族に対する心のケア、そして通常のメディケアではカバーされない経口の薬剤など



多岐にわたる。メディケアから医療機関への支払いは1日あたりの包括払いで、患者の自己負担はほとんどない。

- ◆ メディケアによる給付の条件：ホスピスケア開始時に、余命6ヶ月であるという医師の診断（もともとの主治医とホスピスチームの医師の2人による診断）が必要で、治癒を目的とした通常の治療の中止と引き換えにホスピスケアを受けることができる。また、定期的に再認定を受ける必要がある（前回の認定時よりも機能が低下している必要がある）。
- ◆ ホスピスケアの種類：ケアの必要度に応じて4つのレベルのホスピスケアがあるが、在宅ケアが基本である。家族状況に応じてレスパイトケアや入院も可能。
- ◆ 対象疾患：慢性・進行性の致死的疾患すべてが対象になっている。近年がん以外の疾患（末期心疾患、末期肺疾患、末期腎不全、認知症など）が増加し、2004年の最新のデータ（2004年）ではがんの割合は半分以下になっている。
- ◆ 現行制度の問題点：ホスピスケア開始時に余命6ヶ月という診断が必要であるが、余命の診断は難しく（医師の推定よりも死期が予想外に早いことが多い）、特にがん以外の疾患では徐々に機能低下をきたすため、がん以上に余命の診断が難しく、ホスピスケアへの障壁となっている。
- ◆ ホスピス利用日数：平均値で約2ヶ月、中央値（より実態を表す数値）で約3週間と大変短く、ホスピスケア利用が7日間以内というケースが約3割もある。その一方で、6ヶ月以上のケースも1割近くある。
- ◆ 高齢化社会における緩和ケアの重要性：2004年にWHOから医療政策立案者への啓蒙のための報告書がだされ、痛みなどのアセスメントが十分に行われていない現状が指摘され、高齢者自身による意思決定の重要性や、緩和ケアの重要性が説明されている。
- ◆ ホスピスプログラムによる positive な効果：①在宅死の割合が多く病院死が少ないこと ②遺族調査による終末期医療の質の指標（疼痛管理などの症状緩和は十分であったか、協働で意思決定できたか、患者は敬意を持ってケアされたか、家族のニーズは満たされたかなど）で高い評価を受けている。

## 2. ディスカッション内容

### 1) 終末期医療に関する言葉の定義の整理

- ホスピス：ケアの概念を表す言葉。アメリカでは、メディケアが給付するホスピスプログラムのことをさすことが多い。また、もともとはアメリカのホスピスは市民運動から出発しているため、市民運動的な観点で用いられることも多い。
- ターミナルケア：終末期を「点」としてとらえている概念で、アメリカでは次第に使われなくなってきた。ただ、日本ではまだまだこの言葉が主流のようである。

- **End-of-life care** : ターミナルケアよりも時間的に長い概念を表す言葉。アメリカでは、ターミナルケアという言葉の代わりに **End-of-life care** が一般的に使われている。
- **緩和ケア(palliative care)** : 必ずしも終末期に限定される言葉ではなく、治癒を目的とする医療と平行して提供されるべき医療を示す医学用語で、内容としては①疼痛管理などの症状緩和、②患者の意思決定を協働で支えること、③心のケアを含む。

\* なお、ホスピス・緩和ケアの専門家の間では、様々な言葉を用いてきたために、市民に混乱したメッセージを送ってきたことが反省されている。

## 2) ホスピスチームにおける医師の役割

医師の関わり方は、そのチームによって様々だが、困ったときの相談役やアドバイザーという立場が多い。実際の役割としては、チームのスーパーバイズであったり、オピオイドの処方、指示書やケアプランにサインすること、ホスピスチームの健康管理や心のケアを行うこと、などである。通常よく使用する薬剤に関しては、あらかじめナースがリストを作り、医師がサインするという形で運営されるため、現場ではナースの裁量でうごける。またナースが看取りまで行うことが多いが、死亡診断書を作成するのは医師の役割である。

## 3) ホスピスプログラムの対象疾患の特徴

すべての疾患が対象であり、近年特に非がん疾患に対するホスピスケアの増加が著しい。一方日本では、緩和ケア病棟はがんと **AIDS** に対象を限定しており、在宅医療の場合も、在宅末期総合診察料は末期がんのみを対象としている。さらに、来年度から特養の訪問診療も可能になるが、これも末期がんのみを想定している。高齢者施設には、ホスピス・緩和ケアの対象となりうる非がん疾患患者が多く入所しているため、非がん疾患の看取りは高齢者施設における重要な課題であるが、我が国には非がん疾患のホスピス・緩和ケアについてのエビデンスが全くなく、今後の重要な研究課題である。

## 4) ホスピス利用期間

ホスピス開始のための基準が厳しい(主治医とホスピス医の二人の医師による余命6ヶ月という診断が必要。また、ホスピスケア開始時に、治癒を目的とした通常の治療は中止するという書類にサインをしなければならない) ために、実際の利用日数は平均値で約60日、より実態を表すと思われる中央値で約20日であり、思ったよりも短い。疾患別にみるとかなり差があり、疾患別平均値はアルツハイマー病で約100日、慢性肺疾患で約90日、心疾患末期で約70日、がん疾患で約60日、脳卒中で約50日となっている。

## 5) ホスピスプログラムを選択するインセンティブ(患者の立場から)

ホスピスプログラムは様々なケアが包括されており、介護的な要素、薬剤、家族に対する心のケア、遺族ケアも含まれている。特に薬剤(通常の Medikation は給付しない)が含まれていることは、患者にとって経済的なインセンティブとなる

(患者自己負担は、薬剤とレスパイトケアでかかった費用の5%であるが、それ以外は患者自己負担はない)。一方、在宅ケアに関わる primary care physician (家庭医) の立場からみると、患者をホスピスプログラムへと誘導するインセンティブは特にない。

6) ホスピスプログラムの経営上の問題点

メディケアからの診療報酬だけでは財政面で難しいことが多く、経営母体が non-profit の場合、財源の1-2割は寄付でまかなわれることが多い。そのため、地域に根ざしたホスピスプログラムをめざして、様々な啓蒙活動が行われている。

7) ホスピスケアにおける高度医療

ホスピスプログラムに入る際に、治癒を目的とした延命治療は受けないという書類にサインすることになっており、IVHなどの高度医療はほとんどない。経管栄養などは、ホスピスプログラムに入る前から既に経管栄養されている場合は継続されることもありうるが、ホスピスプログラムに入った後に経管栄養が開始されることはまずないと思われる。

# 在宅医療の質の評価 看取りのパスを使った標準化

在宅医療推進のための会 2006年3月24日

慶應義塾大学医学部 医療政策管理学教室

篠田 知子

# Care of the dying

## A pathway to the Excellence

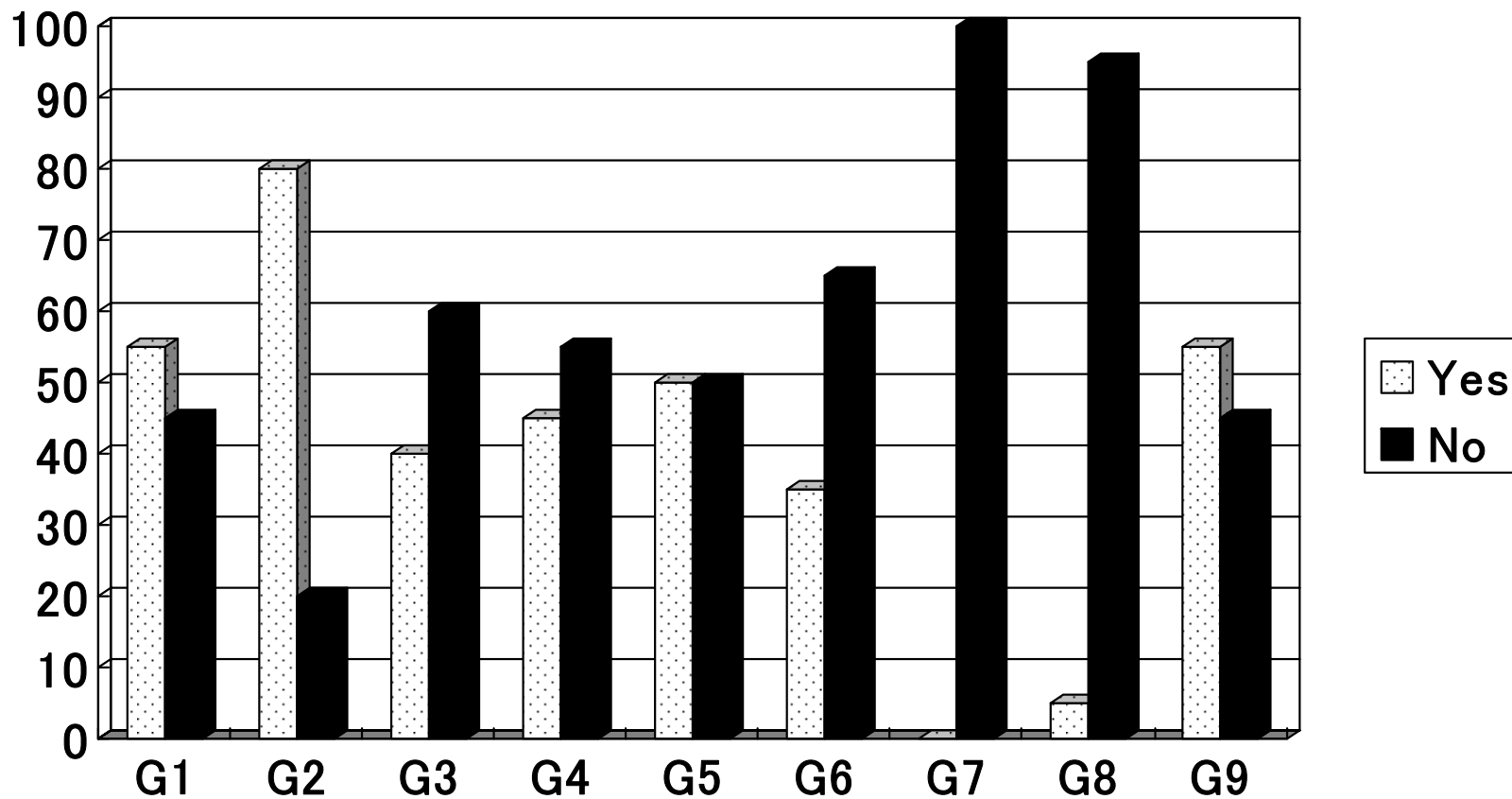
- ホスピス発祥の英国で開発された終末期緩和ケアのためのクリティカルパス
- ホスピスにおけるbest practiceを、病院や在宅やナーシングホームにも広めようという、国家的プロジェクト
- 死亡診断書を兼ねた legal document
- 医療の質改善のためのツール
- がん疾患用が開発されているが、非がん疾患にも適応が可能

# Care of the dying

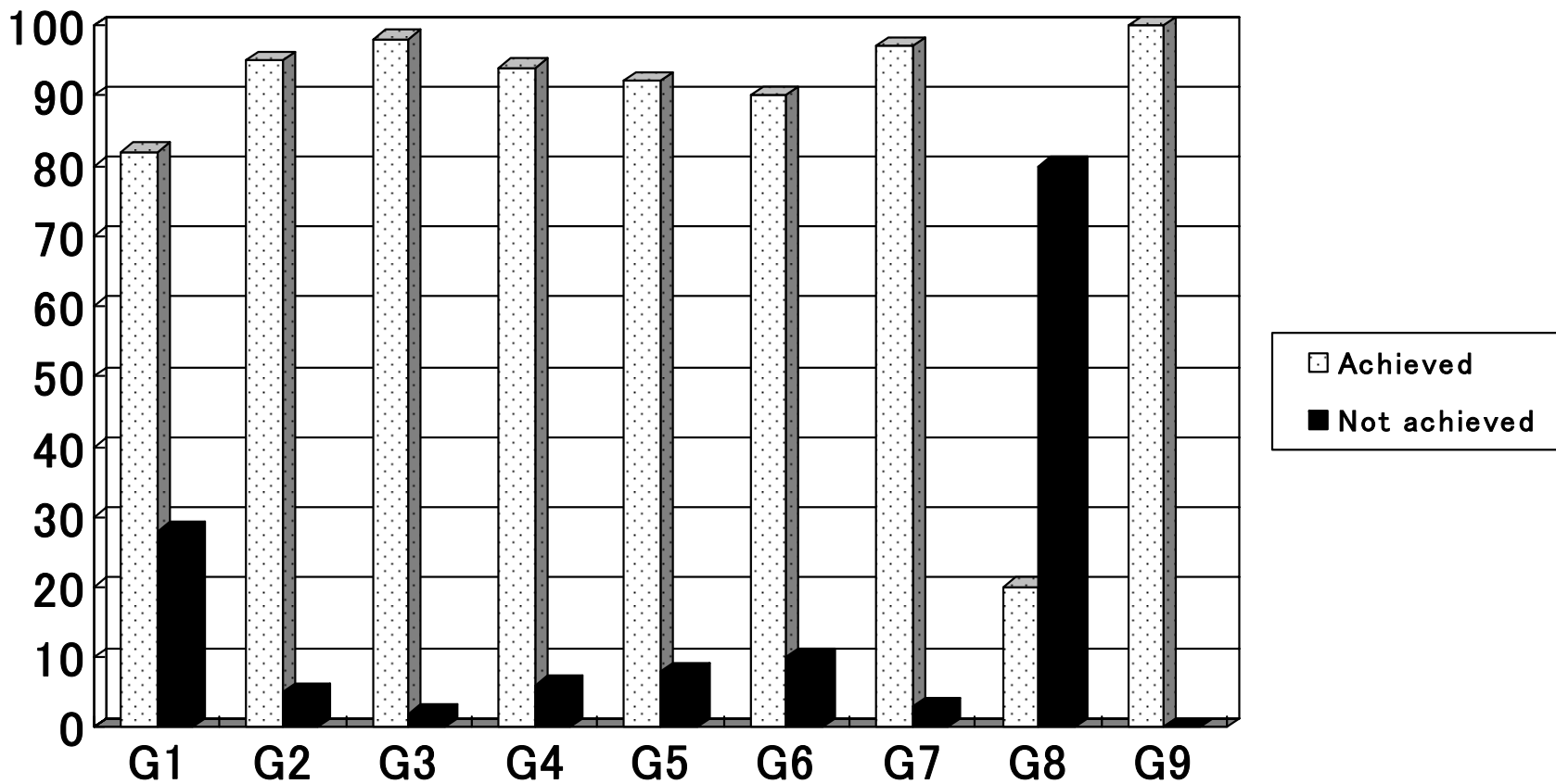
## A pathway to the Excellence

- アセスメントのフォーム(別紙参照)
  - パス適応の条件
  - 初回アセスメントとケアの目標
  - 経時的アセスメント
  - 死後のケア(グリーンケアなど)
  - 病院用、ナーシングホーム用、在宅用が用意されており、coreの部分は共通
- 主にナースのチームが関わる(死亡確認の項目は医師 or ナース)
- 実際の運営に関しては、教育・研修が繰り返  
し必要

# 運用前のケアのゴールの達成率

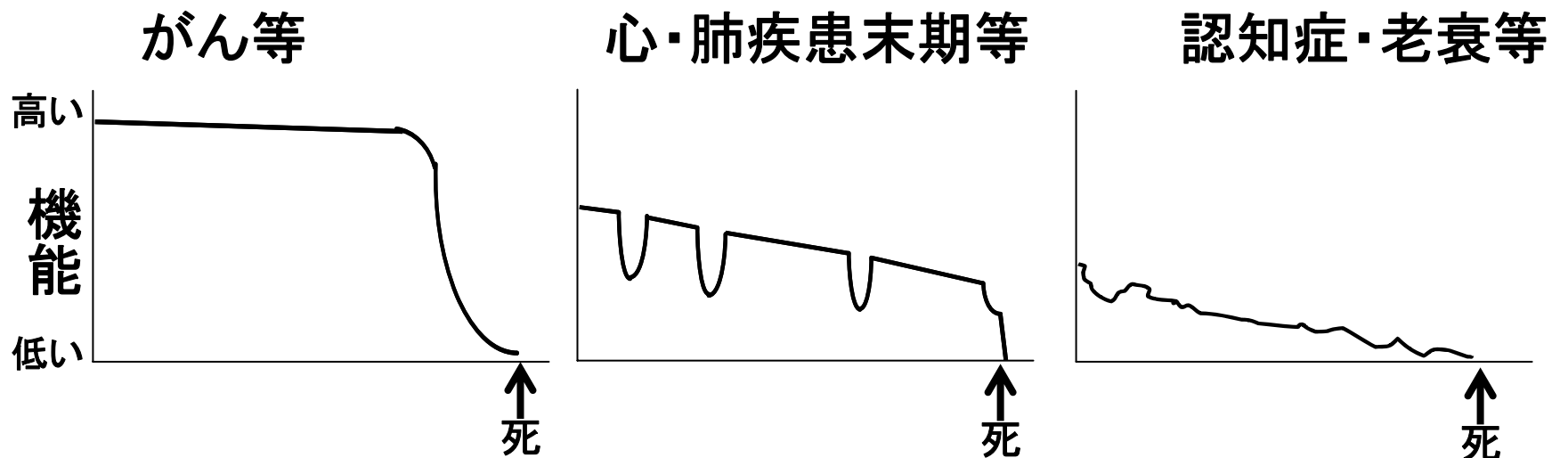


# 運用後のケアのゴールの達成率





# 死に至るまでの経過



比較的長い間機能は保たれ、最後の2ヶ月くらいで急速に機能が低下する経過

急性増悪をくり返しながら、2～5年くらいかけて徐々に機能低下していくが、最後は比較的急な経過をたどる

機能が低下した状態が6～8年くらい続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過

(1) パス適応の条件

ベッドから動けない	bedbound	✓
半昏睡状態	semicomatosed	✓
水をほんの少し摂取できるのみ	only able to take sips of fluid	✓
錠剤は飲み込めない	no longer able to take tablets	✓

(2) 初回アセスメントとケアの目標

		Yes	No	
身体的安らかさ	Goal 1 投薬内容をチェックし必須でないものを中止する	✓		
	Goal 2 必要時に備えて、症状緩和のための持続皮下注薬を処方する	疼痛に対する Analgesia 吐気/嘔吐に対する Anti-emetic 不穏/混乱/せん妄に対する Sedative 気道内分泌物増加に対する Anticholinergic	✓ ✓ ✓ ✓	
	Goal 3 不適切な医学的処置の中止	血液検査 抗生剤	✓	✓
心理的安らかさ	Goal 4 (英語で)コミュニケーションが可能かどうか評価	✓		
	Goal 5 患者/家族の現状把握状態の評価	診断名を知っている 死期が迫っていることを理解	患者 家族 患者 家族	昏睡 ✓ ✓ 昏睡 ✓ ✓
スピリチュアルケア	Goal 6 スピリチュアルケアの必要性の評価	✓		
家族ケア	Goal 7 緊急時の対応の確認	救急車を呼ばない 心肺蘇生しない 24時間対応の連絡先	✓ ✓ ✓	
	Goal 8 GPIに連絡			✓
	Goal 9 plan of care を患者と家族に説明し話し合っている		✓	
	Goal 10 家族が plan of care を納得している		✓	

(3) Ongoing care goals (経時的なケアの目標)

		Achieved / Valiance							
		3/2 9:00	3/2 18:00	3/3 9:30	日時	日時	日時	日時	
身体的安らかさ	いたみがない	V	V	A					
	不穏/混乱/せん妄 がない	V	A	A					
	息苦しさ(呼吸困難/死前喘鳴)	A	A	A					
	吐き気/嘔吐がない	A	A	A					
	口腔内ケア	A	A	A					
	排尿困難感ない	A	A	A					
	薬剤が安全に適切に投与(シリンジポンプのチェックなど)	A	A	A					
	排便コントロールできている	A	A	A					
	移動/じょく創予防	A	A	A					
心理的安らかさ	患者がこの状態を適切だと考えている	A	A	A					
	家族の心の準備	A	A	A					
スピリチュアルケア	スピリチュアルケアができた	A	A	A					
家族ケア	家族のニーズが満たされている	A	A	A					

(4) バリアンスの検討

日付	どの項目でバリアンスが発生したか	なぜおこったか	どのように対処したか	担当者サイン

(5) Verification of death (死亡確認)

死亡日 \_\_\_\_\_ 死亡時間 \_\_\_\_\_

立ち会った人々 \_\_\_\_\_

死因など \_\_\_\_\_

サイン \_\_\_\_\_ サインの時間 \_\_\_\_\_

		Yes	No
死後のケア	Goal 12: GPに死亡を連絡 (日付 3 / 4 / 02 )		✓
	Goal 13: 死後の処置(ケア)	✓	
	Goal 14: 死後の処置(ケア)に関して特記事項 (特記事項) 感染症があった 宗教的ニーズがあった もし検死が必要であれば家族と話し合い	N/A	✓
	Goal 15: グリーフケア グリーフケアのパンフレットを渡す グリーフケアの担当者の連絡先を教える	✓ ✓	

平成17年11月23日  
在宅医療推進フォーラム

## 在宅医療に対する 医師の意識調査(第1報)

「在宅医療推進のための会(実践編)」

大阪班

報告者：藤田 拓司

平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

## 「在宅医療推進のための会(実践編)」 大阪班

伊藤 光保	内科伊藤医院
加藤 恒夫	医療法人社団 かとう内科並木通り診療所
桜井 隆	さくらいクリニック
篠田 知子	慶應大学 医学部 医療政策管理学教室
田中 耕太郎	山口県立大学 社会福祉学部
外山 学	益田診療所
中井 滋	名古屋大学医学部付属病院 在宅管理医療部
中嶋 啓子	医療法人 啓友会
中嶋 久矩	医療法人 啓友会
西田 純子	にしだJクリニック
畑 恒士	医療法人 あいち診療会
林 為仁	林クリニック
藤田 拓司	医療法人 拓海会
松木 良真	名古屋大学医学部付属病院 在宅管理医療部

平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

## 在宅医療の置かれている環境

- 終末期を在宅で迎えたいと希望する人 50%
- 実際に在宅で死亡している人 13%



- 在宅医療供給側が、社会のニーズに応えられていない可能性がある

平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

## 在宅医療を担う医師を増やす必要がある！

- これまで、様々な在宅医療推進のための取り組みが行われてきている。
- 在宅医療に積極的に取り組んでいる地域は出てきているが、全国的な広がりを見せていない。
- なぜ医師が在宅医療に参加しないか？
- 医師の在宅医療に対する意識を知るためにアンケートを実施。

平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

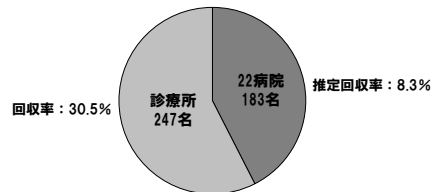
## アンケート実施方法

- 調査期間：平成17年9月10日～10月7日
- 対象：診療所 810  
病院 78(病床数2万2千床、推定医師数2200名)
- アンケート配布：  
担当者：中井、藤田、舟木
- アンケート回収・集計・分析：  
担当者：中井、舟木

平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

## 結果

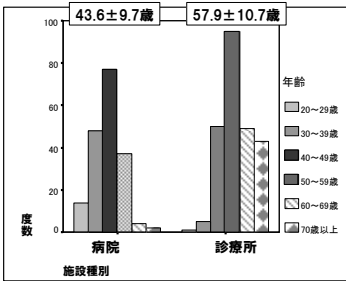
- 回収数：430名分



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

結果

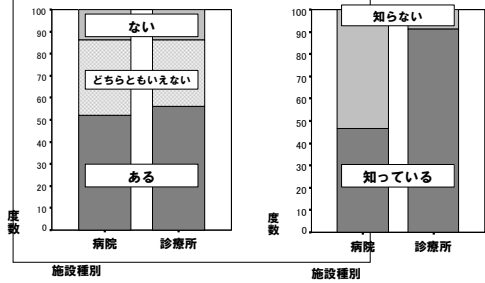
・年齢分布(病院・診療所別)



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

結果

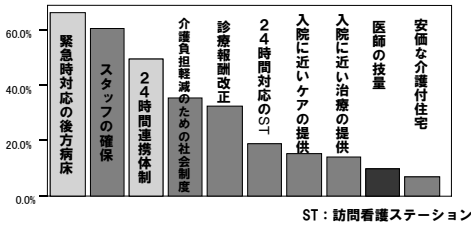
在宅医療への興味 訪問診療と往診の違い



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

結果

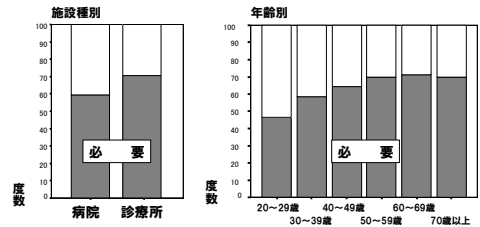
在宅医療(訪問診療)が普及のために何が最も必要か?  
(3項目まで選択可)



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

結果：必要なこと

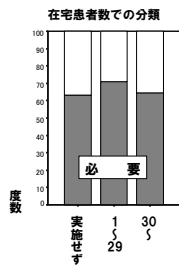
緊急時にいつでも入院できる後方病床の確保



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

結果：必要なこと

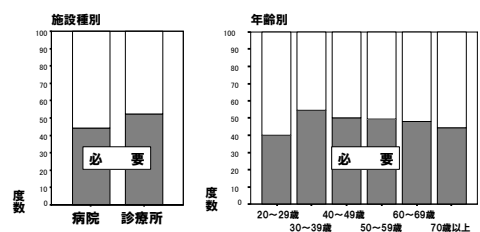
緊急時にいつでも入院できる後方病床の確保



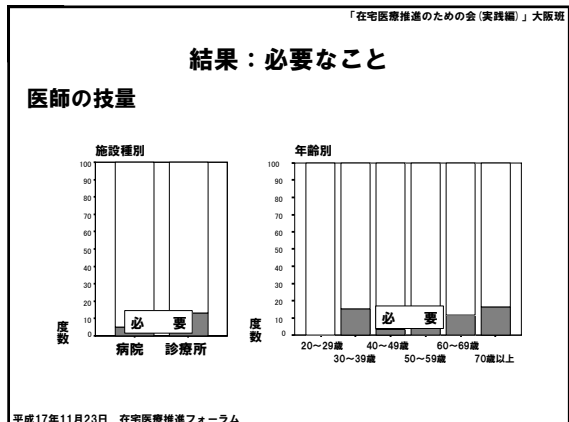
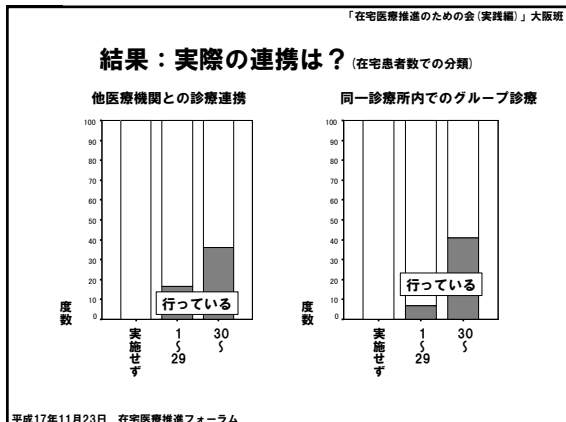
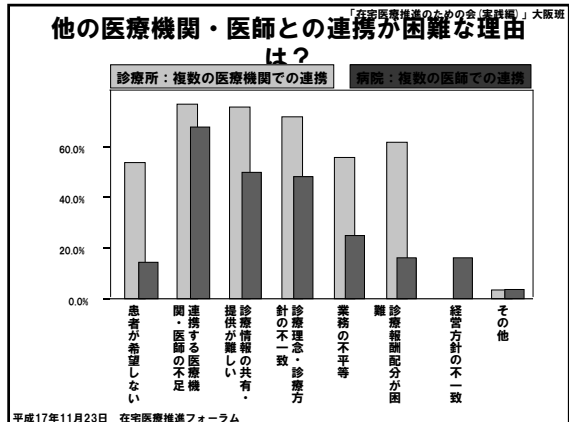
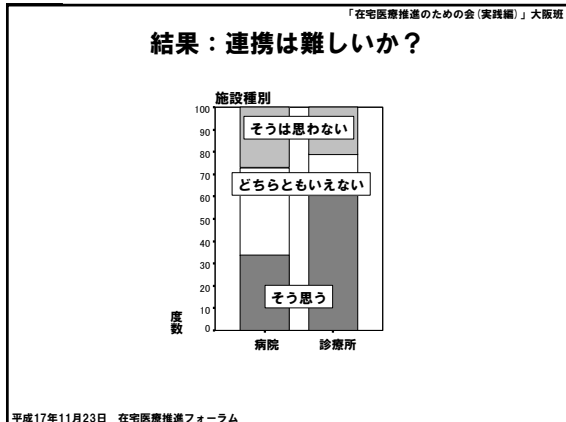
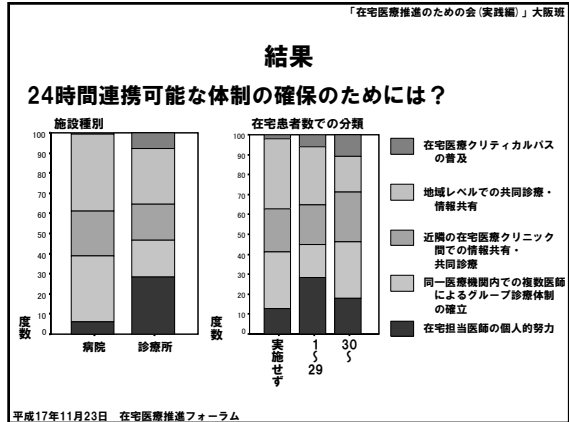
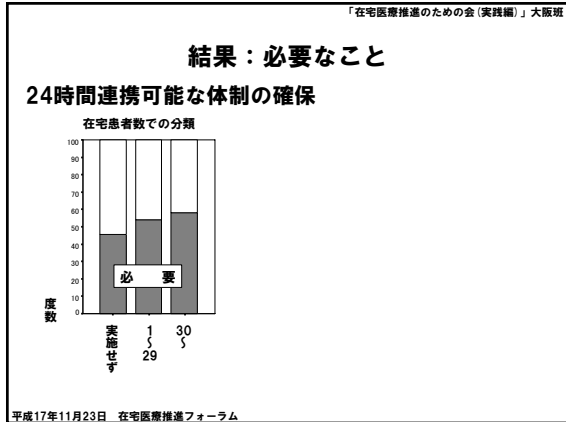
平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

結果：必要なこと

24時間連携可能な体制の確保

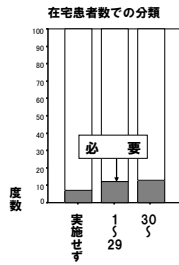


平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム



### 結果：必要なこと

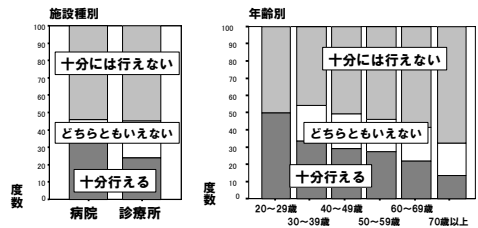
#### 医師の技量



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

### 結果：医師の技量

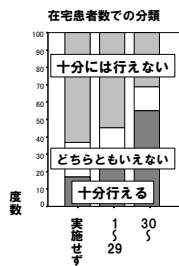
#### 現状の知識・技術で在宅医療を行えるか？



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

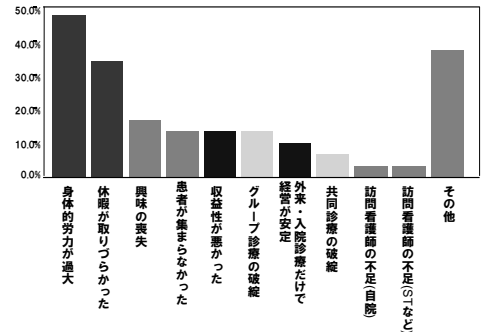
### 結果：医師の技量

#### 現状の知識・技術で在宅医療を行えるか？



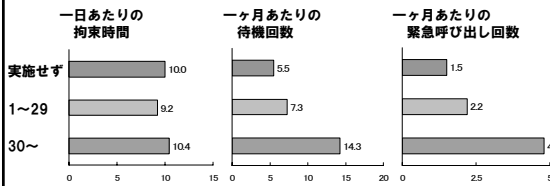
平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

### 結果：在宅医療を辞めた理由(診療所)



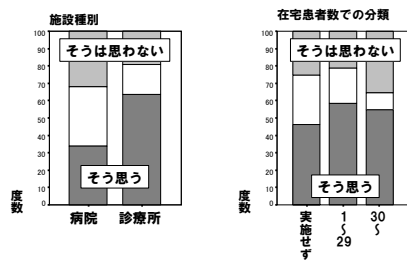
平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

### 結果：在宅医療は忙しいのか？ (在宅患者数での分類)



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

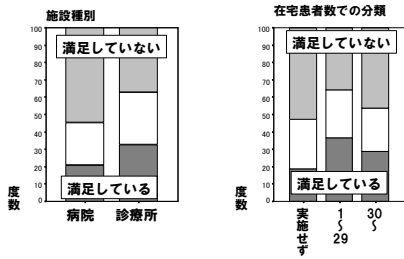
### 結果：在宅医療は休暇が取りにくいのか？



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム



### 結果：医師の満足度は？



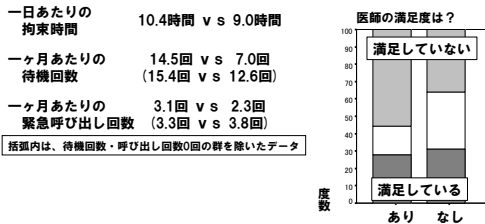
平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

### 結果：他の医療機関と診療連携している医師は？



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

### 結果：同一診療所内でグループ診療している医師は？



平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム

### 考察

- ・在宅医療への参加・継続は経済的な問題よりも身体的(労働条件)問題が重要視されていることが示唆された。
- ・在宅医療の担い手として期待された年齢層の高い診療所医師は「自信がない」「すぐに病院に送りたい」「忙しく働きたくない」などの要素があるため、これらの問題を解決しないと在宅医療へ参加する医師は増えない可能性がある。
- ・在宅医療推進のためには、病院・診療所を含めた連携が重要と考えている。
- ・在宅医療のための教育機関が必要と考えている。

平成17年11月23日 在宅医療推進フォーラム