

(財) 在宅医療助成 勇美記念財団

「平成 20 年度在宅医療推進のための会」

報 告 書

座長：和田 忠志（医療法人財団 千葉健愛会 理事長）

目 次

■ 報告書に寄せて（座長：和田 忠志）	1pg
■ 参加委員・プレゼンター・オブザーバー名簿	2pg
■ 第 1 回研究会（6/20）	3pg
・川島孝一郎「在宅死亡率 25%に向けた取り組み」	4pg
・宮島俊彦「何故いま在宅医療を推進するのか」	15pg
・平原佐斗司「在宅医療普及のための教育」	17pg
■ 第 2 回研究会（7/18）	19pg
・太田秀樹「在宅療養支援診療所連絡会の今後の活動」	20pg
■ 第 3 回研究会（9/19）	22pg
・田城孝雄「在宅医療を国民に周知するための方法」	23pg
・田城孝雄「市民公開講座（案）-人と向き合う地域医療を目指して-	30pg
・蘆野吉和「第 1 回アンケート調査」	31pg
・高田實「在宅医療を推進するための会」	51pg
■ 第 4 回研究会（10/17）	56pg
・平原佐斗司「教育プレゼンテーション勇美財団最終」	57pg
・黒岩卓夫「医師はいかにして在宅医になるか」	64pg
■ 第 5 回研究会（12/19）	69pg
・角田直枝「在宅医療と訪問看護」	70pg
・福井小紀子「海外の在宅看護事情」	74pg
■ 第 6 回研究会（1/16）	79pg
・川島孝一郎「終末期医療における観察・把握・操作に関する 各種用語の設定基準の研究」	80pg
・中島孝「治療困難な病態における QOL 概念と評価」	87pg
・小野沢滋「在宅医療患者の支払い金額」	98pg
■ 第 7 回研究会（2/20）	109pg
・島崎謙治「人口構造の変化と在宅医療の展望」	110pg
・島崎謙治「将来推計人口（H18.12）のモデルにおいて推定される コーホート別の指標」	119pg

平成20年度 勇美記念財団「在宅医療を推進するための会」報告書に寄せて

平成20年度「在宅医療を推進するための会」座長 和田忠志
(医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所高知潮江)

勇美記念財団は、平成12年(2000年)7月、株式会社オートバックスセブン特別顧問住野勇氏の寄付により設立されました。本財団は、国民皆保険の下における良質かつ効率的な医療を確立するため、先駆的かつモデル的な在宅医療に関する事業及び調査研究に対する助成等を行うことにより、在宅医療を推進し、もって国民保健の向上に寄与することを目的としております。

勇美記念財団は、活動の一環として、在宅医療を実践する実地医家、厚生労働省関係者、医療経済学者、国立長寿医療センター関係者らの参加を得て、在宅医療のための実践的な討論を行う場として、「在宅医療を推進するための会」を主催しております。この「在宅医療を推進するための会」は、とりわけ、佐藤智先生の精力的なご努力によって発展し、今日に至っております。

平成20年度「在宅医療を推進するための会」では、平成19年度の「在宅医療推進会議」での討論を踏まえ、在宅医療のグランドデザイン、在宅医療機関の能力強化および在宅療養支援診療所連絡会の問題、在宅医療の広報問題、在宅医療に従事する専門職養成の問題、訪問看護の問題、終末期医療の問題、医療・介護の今後の構造を大きく規定する人口問題、などを取り上げ、奥の深い討論を行って参りました。また、「在宅医療を推進するための会」のメンバーが主体となって、「在宅医療推進フォーラム」の企画・立案・運営にも関わりました。参加者の皆様の多大なご尽力に、深く感謝いたします。

参加委員

(27名)

	氏名	所属	役職
1	蘆野 吉和	十和田市立中央病院	院長
2	伊東 芳郎	厚生労働省 医政局 総務課	課長補佐
3	猪口 雄二	社団法人 全日本病院協会	副会長
4	大島 伸一	国立長寿医療センター	総長
5	大島 浩子	国立長寿医療センター研究所 在宅医療推進のための看護・介護プロジェクト	長寿看護・介護研究室長
6	大竹 輝臣	厚生労働省 医政局 総務課	課長補佐
7	太田 秀樹	医療法人 アスムス	理事長
8	大橋 英司	医療法人社団 大橋内科胃腸科	院長
9	岡本 浩二	厚生労働省 大臣官房	参事官
10	角田 直枝	財団法人 日本訪問看護振興財団 認定看護師教育課程訪問看護学科	主任教員
11	川島 孝一郎	仙台往診クリニック	院長
12	黒岩 卓夫	医療法人社団 萌気会	理事長
13	桑原 直行	秋田組合総合病院 脳神経外科	科長
14	佐藤 智	有限責任中間法人 ライフケアシステム	代表理事
15	島崎 謙治	政策研究大学院大学	教授
16	鈴木 央	鈴木内科医院	副院長
17	高田 實	近畿大学医学部堺病院 がん化学療法科	教授
18	武田 俊彦	厚生労働省 保険局	国民健康保険課長
19	田城 孝雄	順天堂大学 医学部 公衆衛生学講座	准教授
20	田中 滋	慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科	教授
21	谷水 正人	四国がんセンター	外来部長
22	土橋 正彦	土橋医院	院長
23	野田 広	国立長寿医療センター	運営局長
24	英 裕雄	新宿ヒロクリニック	院長
25	平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所	在宅サポートセンター長
26	宮島 俊彦	厚生労働省	老健局長
27	★和田 忠志	医療法人財団 千葉健愛会	理事長

プレゼンテーター・オブザーバーの方々

(12名)

	氏名	所属	役職
1	石垣 泰則	医療法人泰平会 城西神経内科クリニック	院長
2	宇都宮 啓	厚生労働省 大臣官房	企画官
3	小野沢 滋	亀田クリニック 在宅医療部	部長
4	小野 太一	厚生労働省 保険局医療課	保険医療企画調査室長
5	木下 栄作	厚生労働省 保健局 医療課	主査
6	谷岡	厚生労働省 医政局 総務課	
7	辻村 信正	国立保健医療科学院	企画調整主幹
8	中島 孝	独立行政法人国立病院機構 新潟病院	副院長
9	檜舘 民恵	厚生労働省 医政局 看護課	
10	福井 小紀子	厚生労働省 医政局 看護課	
11	藤原 朋子	厚生労働省 大臣官房	企画官（老健局併任）
12	山之内 芳雄	厚生労働省 医政局 総務課	課長補佐

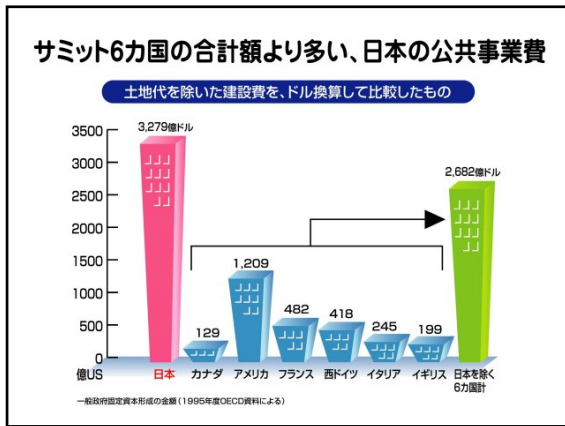
★座長

(50音順・敬称略)

第1回「平成20年度在宅医療推進のための会」

1. 日時 : 平成20年6月20日(水) 19:00~21:00
2. 場所 : 東京都千代田区平河町2-4-3 ホテル ルポール麹町3階「アメジスト」
3. 出席者 : 蘆野 吉和、伊東 芳朗、宇都宮 啓、大島 伸一、大島 浩子、
太田 秀樹、大橋 英司、岡本 浩二、川島 孝一郎、木下 栄作、
桑原 直行、佐藤 智、高田 實、田城 孝雄、辻村 信正、土橋 正彦、
英裕雄、平原佐斗司、宮島 俊彦、和田 忠志
4. 事務局 : 綾野 哲文、中山 純彦、磯崎 慶
5. テーマ : 「今診療報酬改定の評価と、2012年25%に向けた本格的取り組み
について」
「教育に関する提言」
6. 話題提供 :
 - ・川島 孝一郎「在宅死亡率25%に向けた取り組み」
 - ・宮島 俊彦 「何故いま在宅医療を推進するのか」
 - ・平原 佐斗司「在宅医療普及のための教育」

(順不同・敬称略)



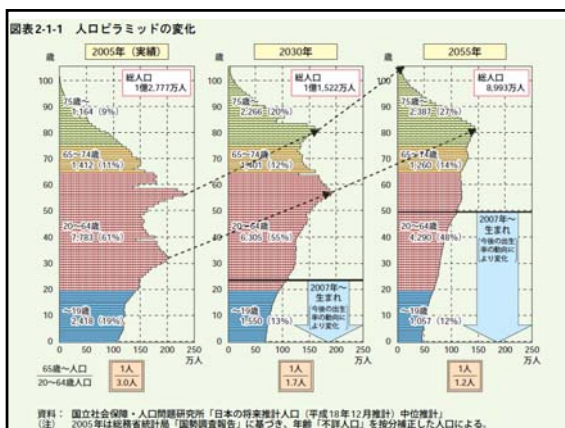
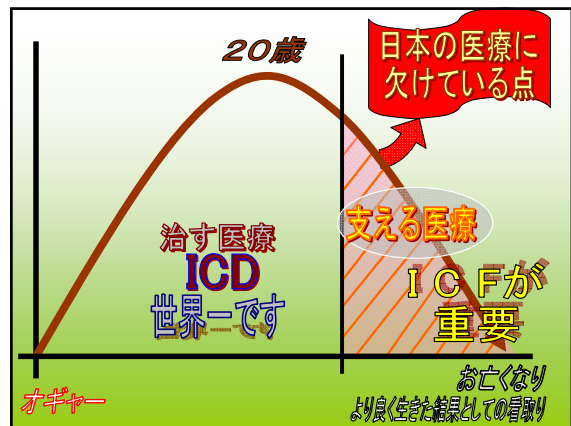
日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

健康達成度総合評価は第1位・医療費は18位

	世界保健機構 (WHO)		経済協力開発機構 (OECD)
	健康達成度の総合評価	平等性	GDPに占める医療費の割合 1998年
日本	1位	3位	18位
ドイツ	14位	20位	3位
アメリカ	15位	32位	1位

(出所)WHO「World Health Report 2000」
OECD「Health Data 2000」を転用する

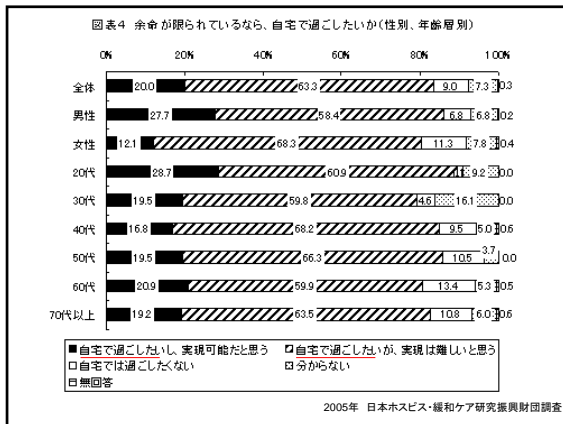
- ### 医療費抑制に成功
- 医療費は比較的抑制されてきた
 - 1980年代: 費用増加率はGDP増加率と同率
 - 1990年代: 費用増加率の方がGDP増加率より高い
 - 診療報酬の改定率と医療費の関係
 - 強い相関関係: 0.78
 - 点数及び請求条件に対する規制は効果的
 - 2002年: 診療報酬点数表の-2.7%改定
→ 医療費-0.7%に



後期高齢者における死亡数・死亡割合

現状	平成18年総死亡者数 = 1,084,450人	後期高齢者の死亡割合 = 64.5%
	後期高齢者の死亡数 = 698,976人 (外国での死亡、不詳を除く)	
2015年(平成27年)	後期高齢者人口(推計値) ⇒ 16,452,000人	
後期高齢者の死亡数(推計値)	973,609人	76.7%
死亡総数(推計値)	1,270,000人	後期高齢者の死亡割合
2025年(平成37年)	後期高齢者人口(推計値) ⇒ 21,667,000人	
後期高齢者の死亡数(推計値)	1,282,226人	86.6%
死亡総数(推計値)	1,481,000人	後期高齢者の死亡割合

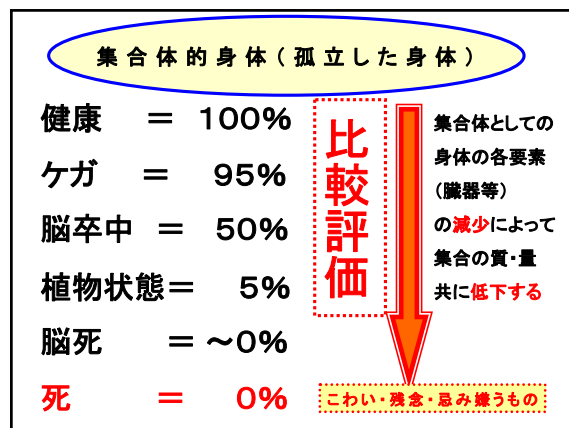
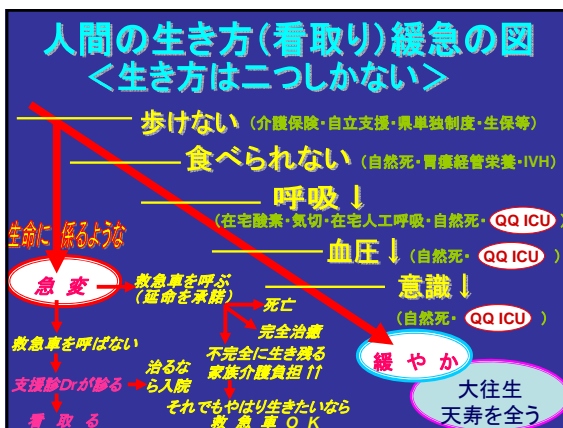
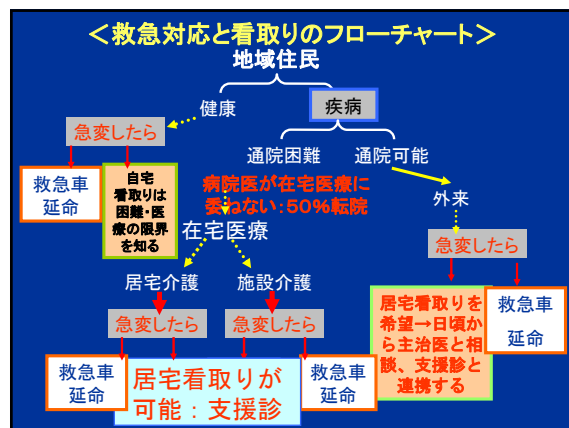
注1) 平成18年総死亡者数・後期高齢者死亡者数は、国立社会保障・人口問題研究所「人口動態統計」に基づく
注2) 2015年、2025年の死亡数は経過推計値(推定値)・国立社会保障・人口問題研究所による推計データに基づく
※ 後期高齢者: 75歳以上

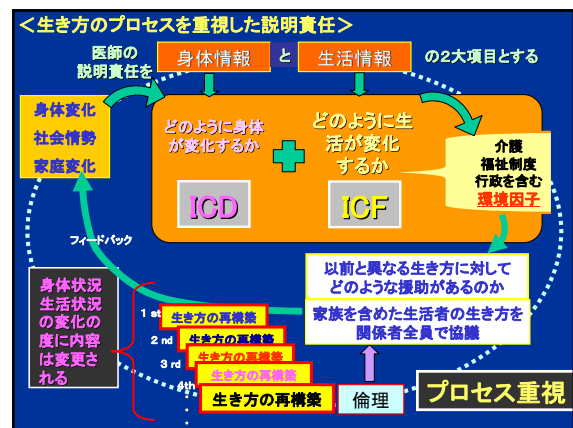
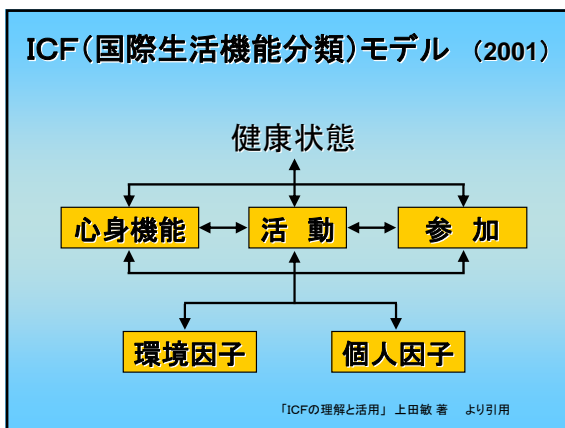
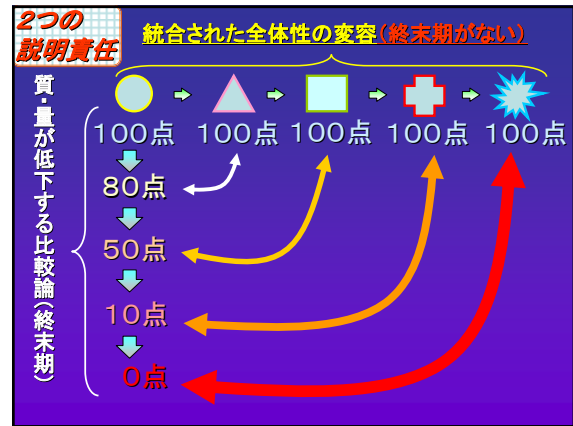
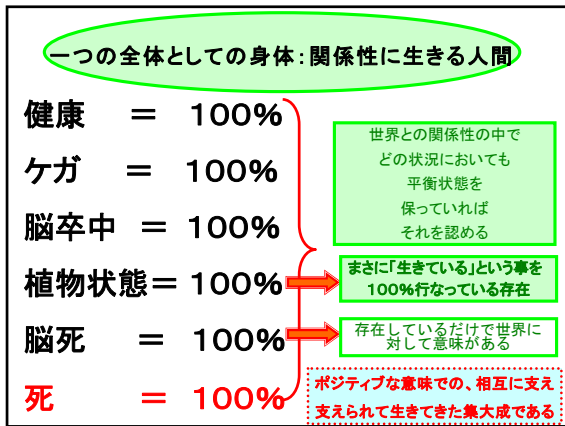


生の終わりを迎える理想の場所

	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159 100	36 22.6	3 1.9	104 65.4	20 12.6
HEN	117 100	14 12.0	2 1.7	93 79.5	10 8.5
HMV	45 100	7 15.6	—	33 73.3	5 11.1
HPN	38 100	6 15.8	—	26 68.4	7 18.4
主治医	67 100	3 4.5	1 1.5	52 77.6	13 19.4

医師は生き方の説明をするのであって
症候論・疾病論を展開するのではない
しかし
現在の医師の大部分は、生き方の説明をしていない
不十分な説明によって作られたものは
事前指示書・リビングウィルとしては
不適切である



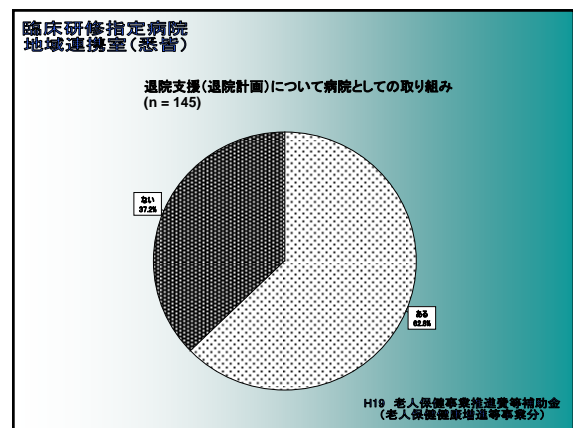


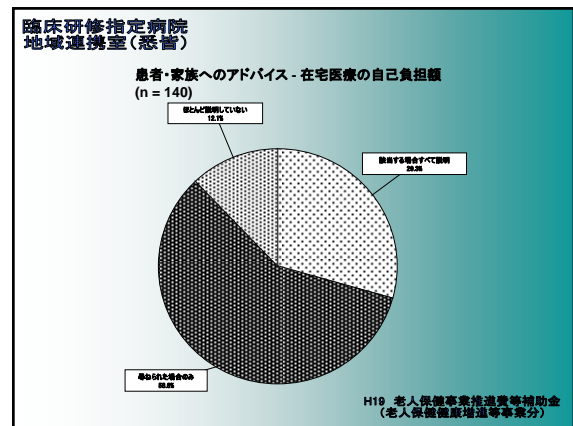
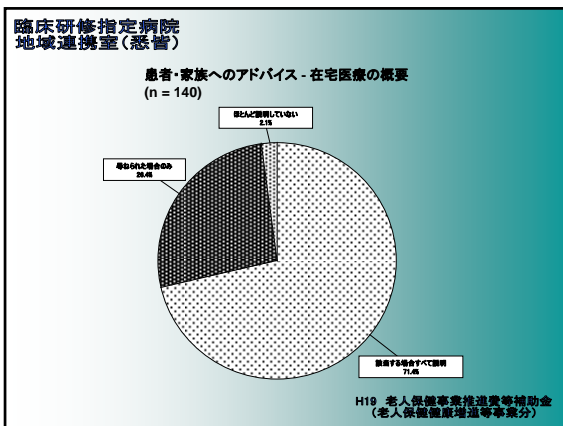
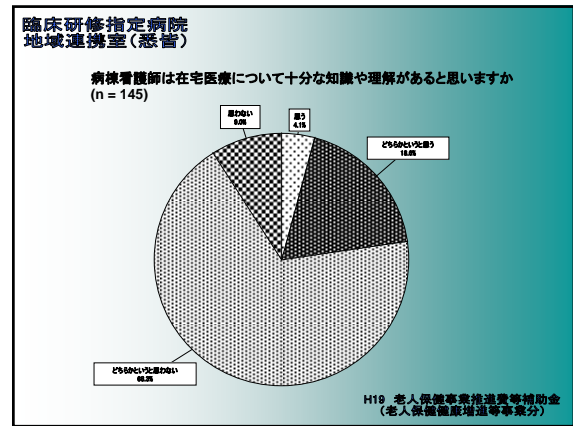
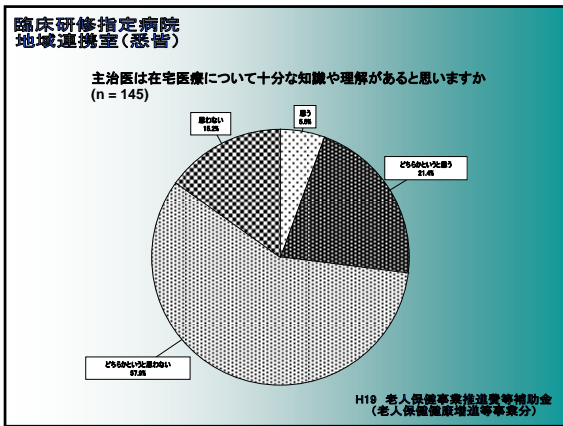
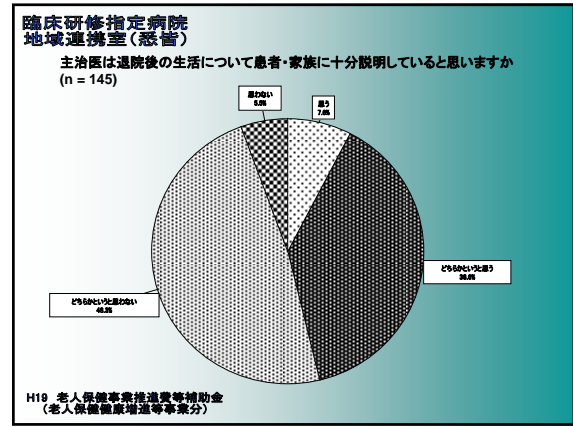
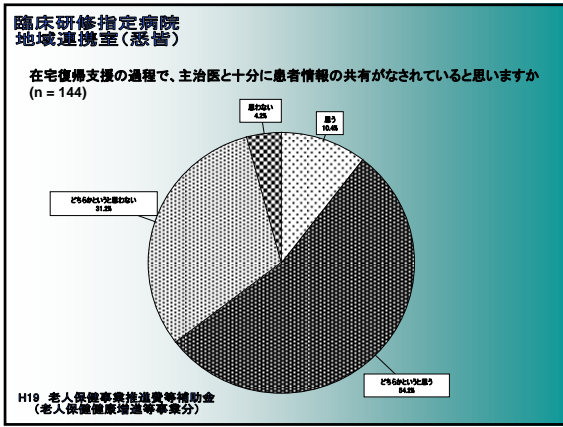
臨床研修指定病院

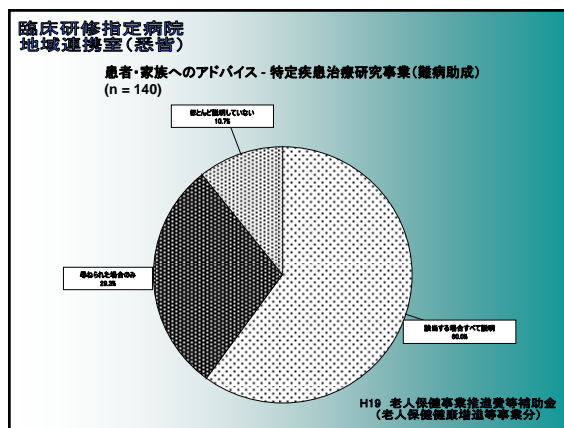
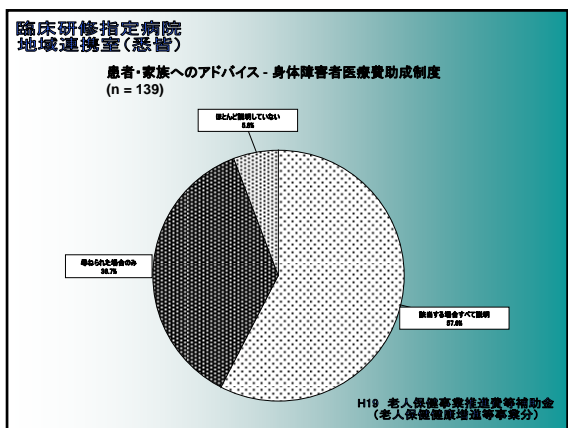
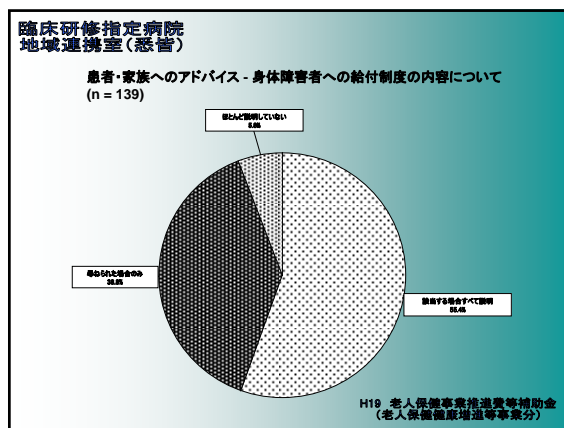
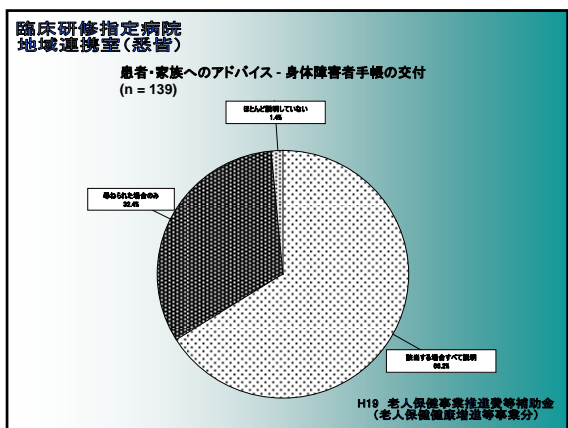
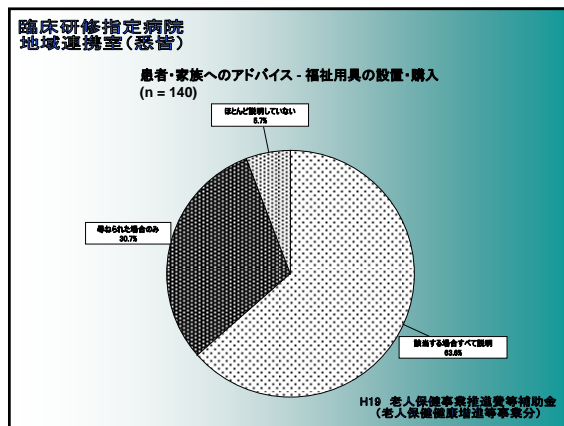
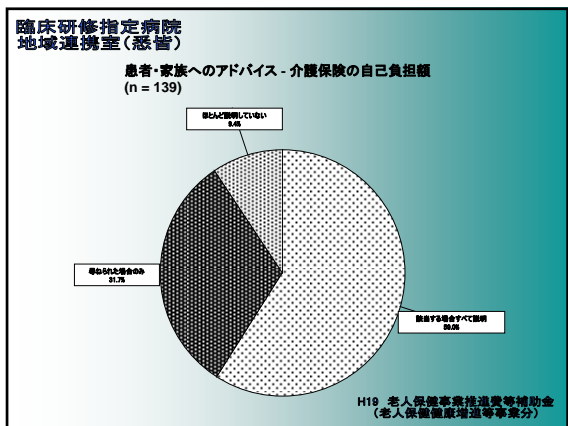
地域連携室: 810施設(悉皆)

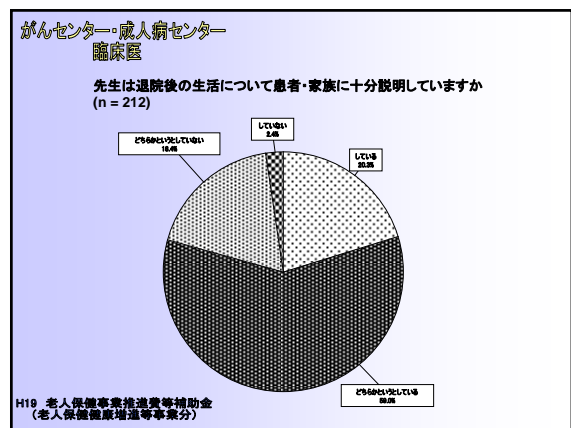
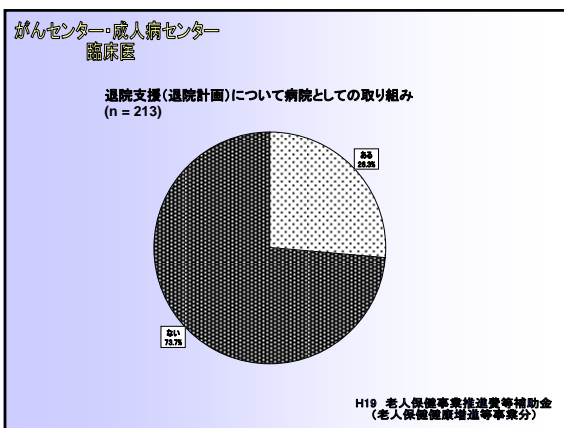
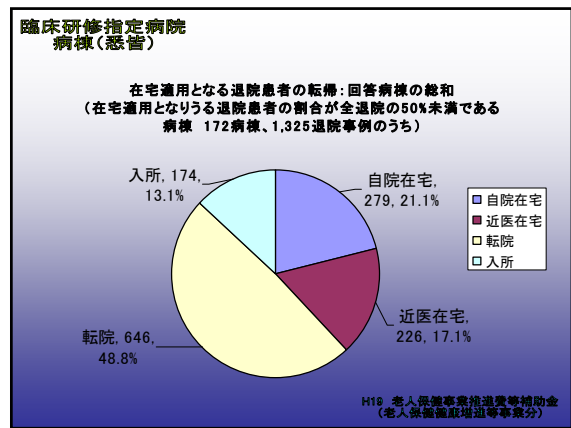
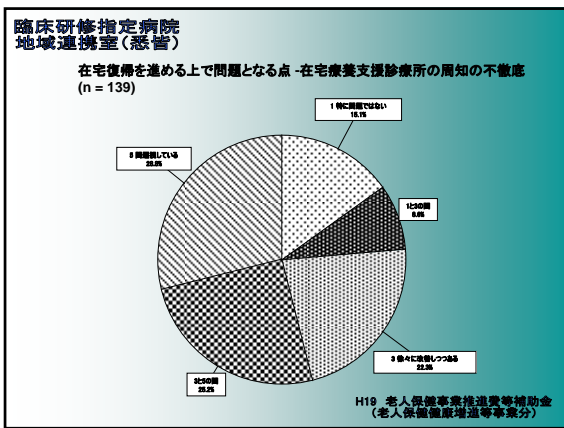
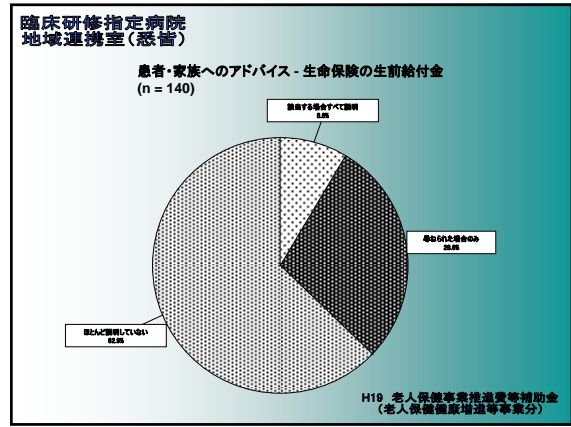
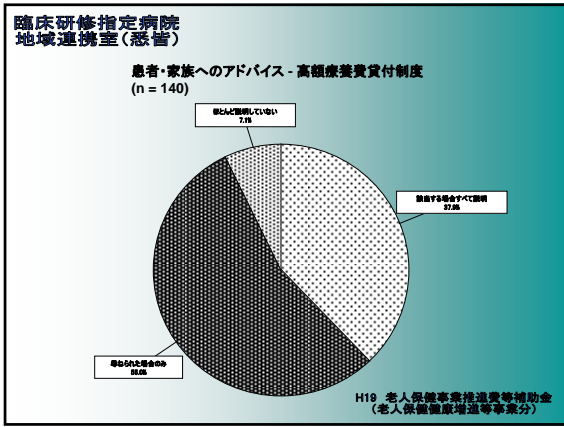
病棟: 810施設(悉皆)

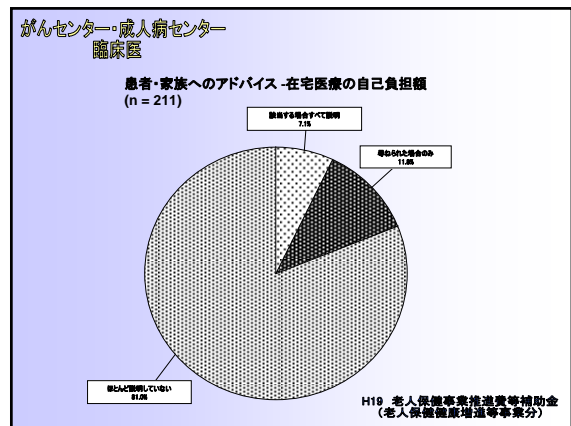
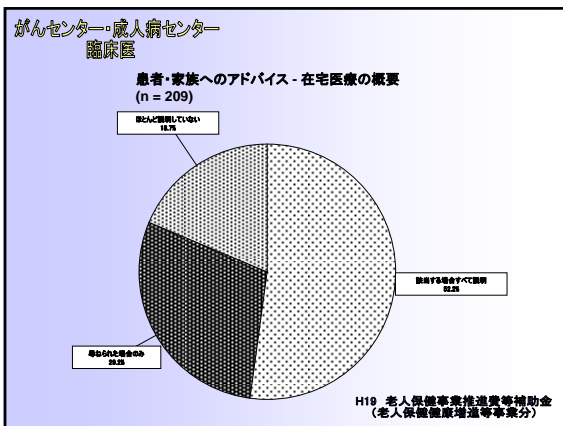
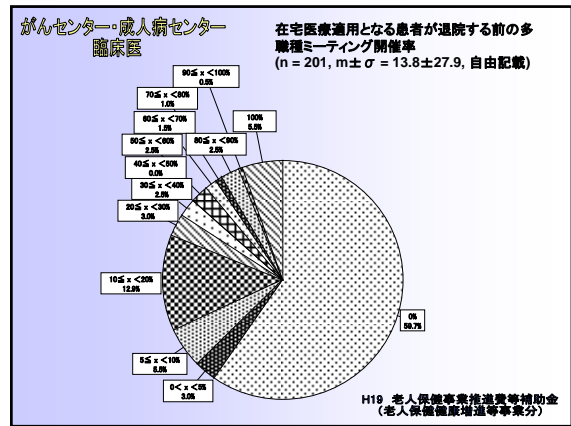
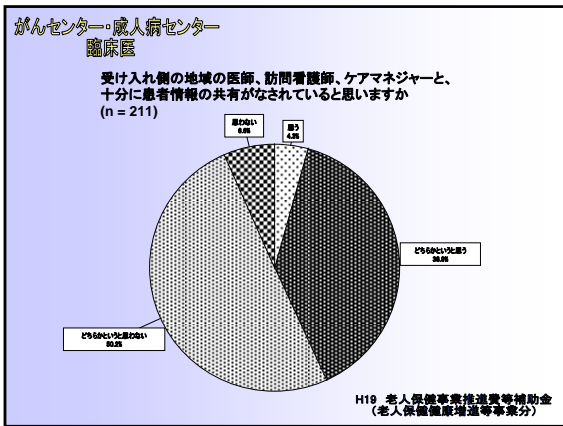
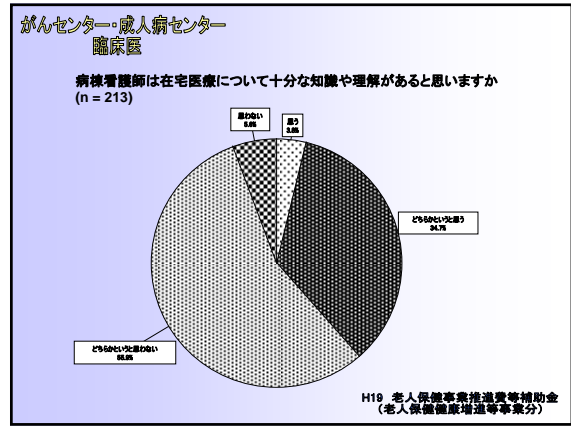
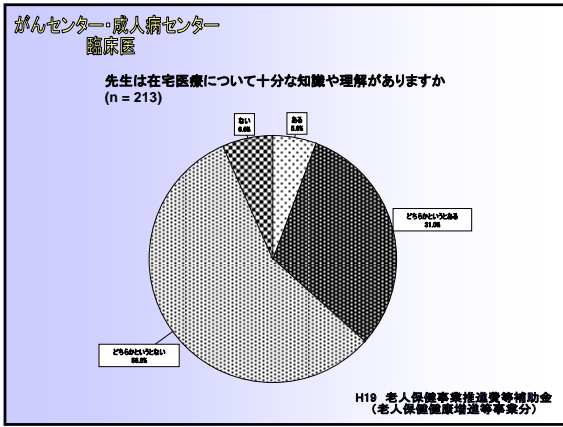
全国がんセンター 臨床医: 2,750名(悉皆)

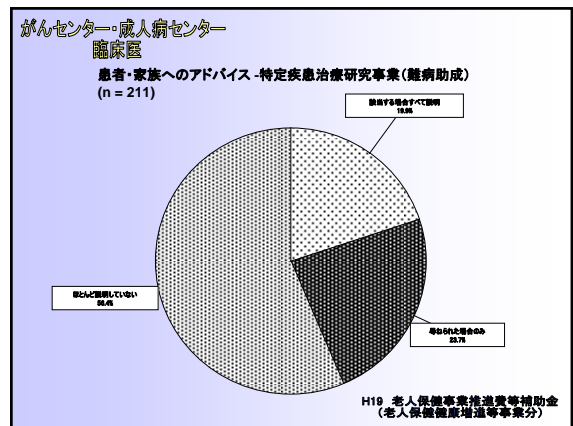
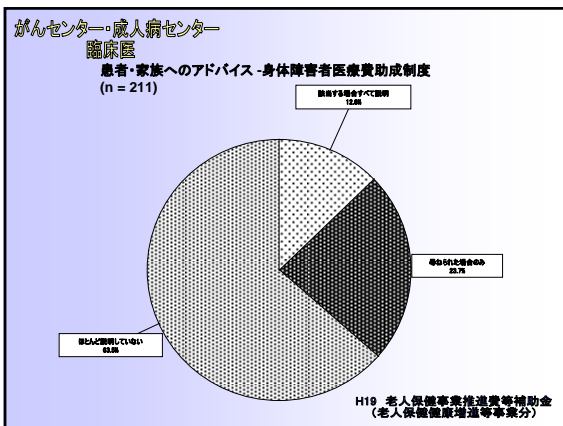
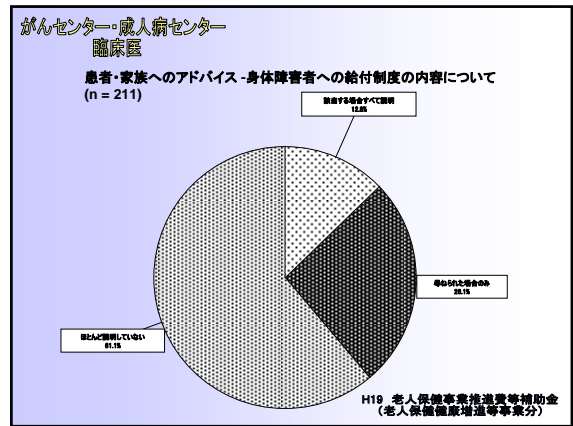
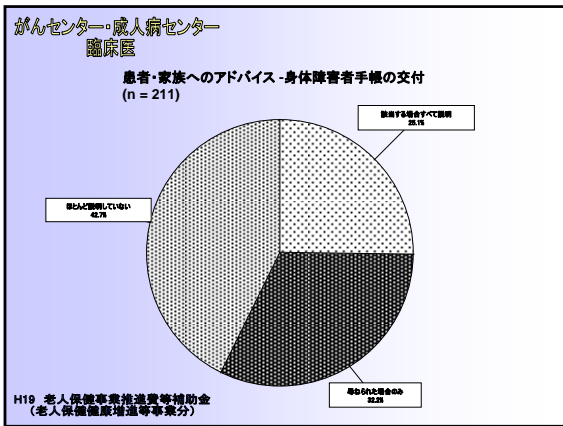
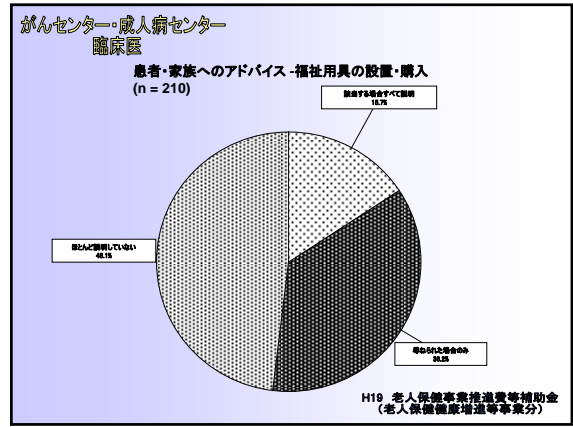
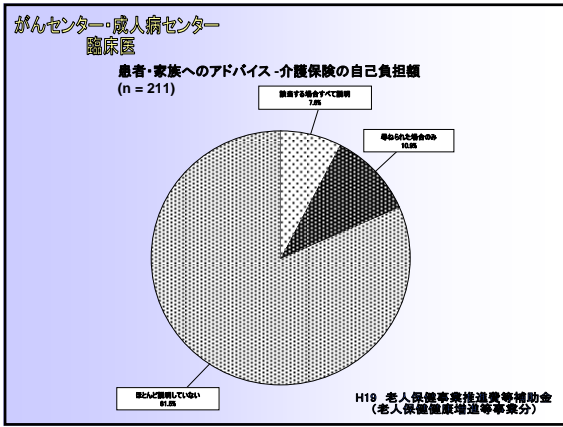


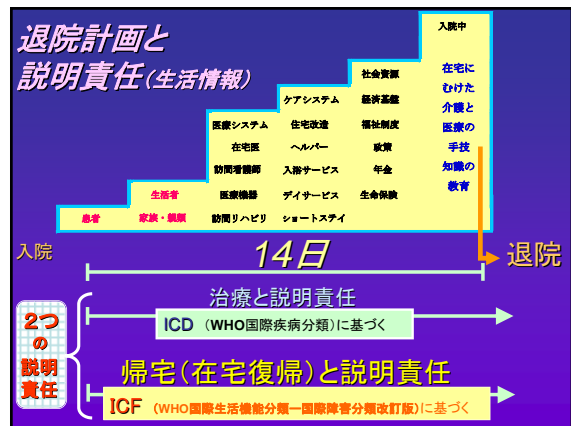
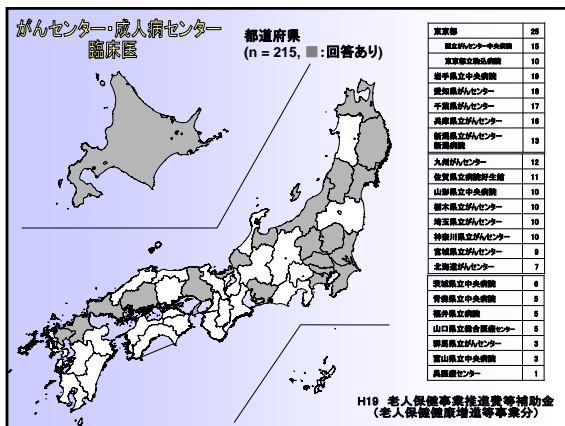
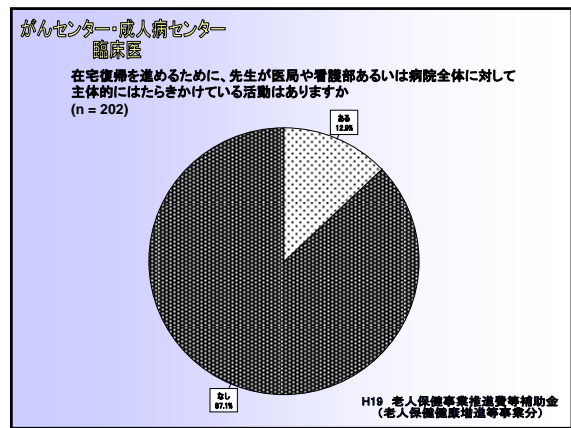
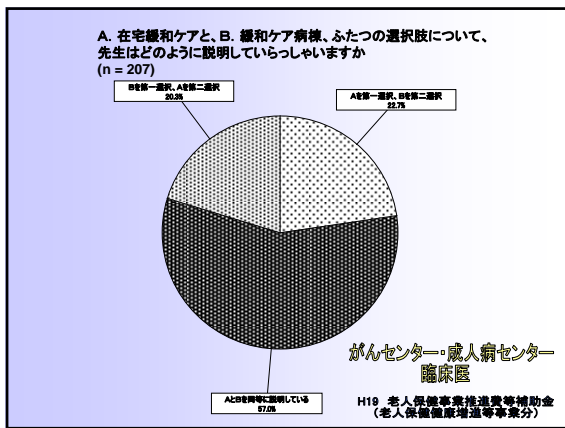
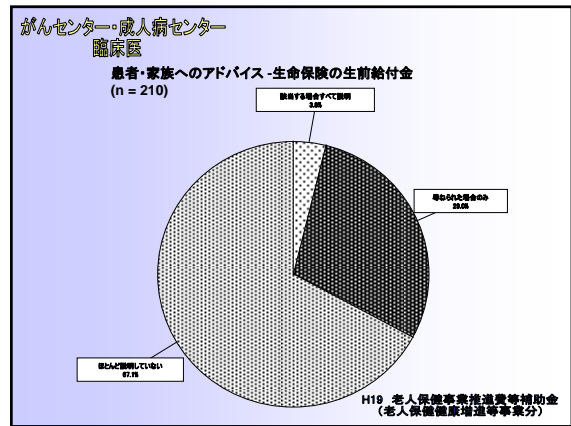
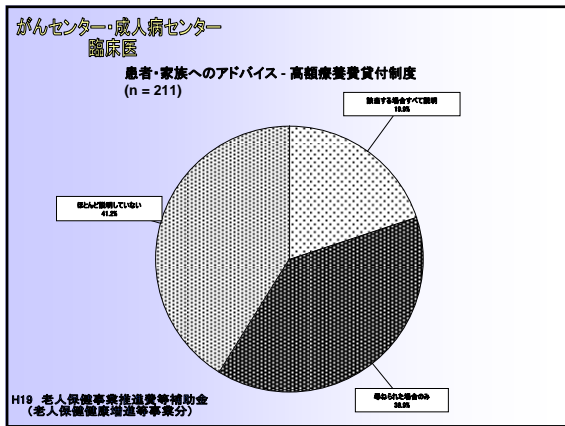


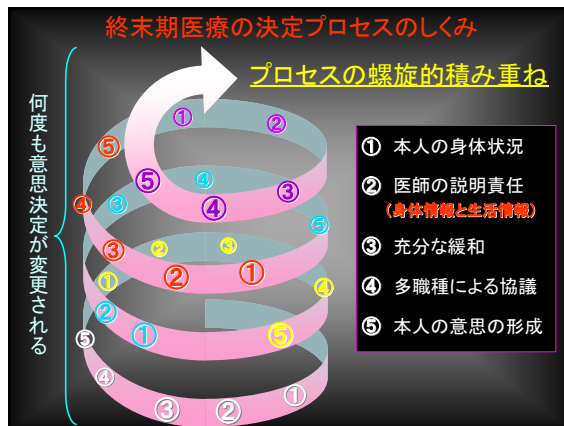
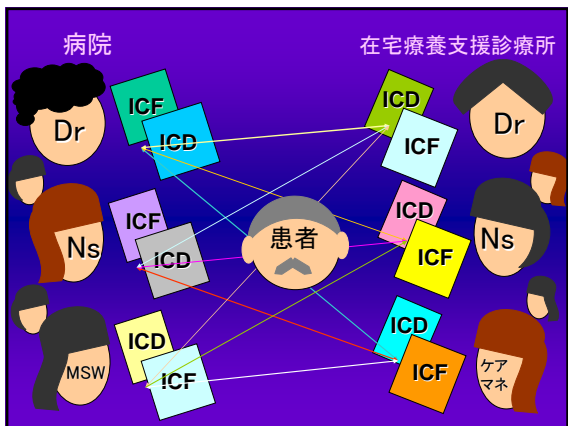












人口規模 × 在宅看取り × 医師に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011~2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
医師数	2110人	1055人	633人	211人	106人	21人
医師5人、100名看取り	26ヶ所 (医師数:130人)	13ヶ所 (医師数:64人)	8ヶ所 (医師数:40人)	3ヶ所 (医師数:16人)	1ヶ所 (医師数:6人)	
医師3人、60名看取り	52ヶ所	26ヶ所	18ヶ所	6ヶ所	3ヶ所 (医師数:9人)	
医師1人、20名看取り	130ヶ所	65ヶ所	39ヶ所	13ヶ所	7ヶ所	2ヶ所 (医師数:4人)
医師1人、20名看取り	?	?	?	?	45ヶ所?	9ヶ所?

(注) □で示されている数値は、拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください。

総合研修クリニック 研究部門

後期高齢者モデル 私には77歳、5年前に脳出血のため寝たきりの状態になりました。80歳の妻と二人暮らしです。

訪問歯科診療は「生活者の生き方」に寄り添う医療である。

「たまには妻もリフレッシュさせてあげたい。週間のショートステイというものがあるらしいけど、してみようかな？アームでも家を離れるのは初めてのものがすごく不安なのだ！」

「妻の中は実ははつきりしたハイハイかまえないのが、はやくやりたいのがある。」

「私のエネルギーは、ご機嫌の寝る家来注入は1日3回(注入ポンプ使用)。」

ヘルパーさん (介護保険、自立支援医療) 外出はリライニング 車椅子とリフトカーが必要

「残念ながら、種々な痛みを飲み込むことができません。①口腔空洞から吸引を必要としています 吸引回数3~6分に1回前後」

「お薬は調剤薬局の薬剤師さんが配して頂きます。訪問歯科のお薬も配達されます。」

「看護師さん ①月・木 11:00~12:00 バイタルサインのチェック、血糖値のチェック 検査、服薬チェック、交換等担当員 ②物陰の急変と緊急対応リポート」

「訪問歯科による訪問診療を利用: 歯科衛生士による口腔ケアの指導が重要」

「さらに、医療関連職として ケアカンパレンスに参加」

「訪問歯科の指導で口腔ケア・摂食嚥下の力量アップ・誤嚥しにくくなりました。」

「私の楽しみ → 運送の入浴サービス 毎朝に運送場で風呂につかりたい」

「主治医の川先生 (在宅医療専門の先生) 具合が悪い時には、すぐに診察に来ます。」

「訪問歯科の指導で、買薬からの栄養が減り、経口摂取が可能となりました。肺炎になりにくくなりました。」

人口規模 × 在宅看取り(推計) × 歯科医師数に関わるモデル

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011~2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
歯科医師数(平成18年)	740人	370人	222人	74人	37人	7人
歯科診療所数(平成17年)	520件	260件	156件	52件	26件	5件
在宅歯科診療に必要とされる 歯科診療所数(40%)	208件	104件	62件	21件	10件	2件
拠点 Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ	104ヶ所	52ヶ所	31ヶ所	10ヶ所	5ヶ所	1ヶ所
1 Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ	104ヶ所	52ヶ所	31ヶ所	10ヶ所	5ヶ所	1ヶ所

(注) □で示されている数値は拠点施設のみで「最大25%在宅看取り」を行った場合の最大値であるためご注意ください。

総合研修クリニック 30F

後期高齢者と在宅療養支援調剤薬局

歩けない 訪問薬剤指導の開始

認知の低下 一包化・服薬指導・服薬カレンダー (胃腸経管栄養・IVHの調剤) 粉末化

食べられない 疼痛の出現 麻薬管理・頻回訪問

後期高齢者の1/3はがん

緩やか 大往生 天寿を全う

薬剤師への負担増

- ◎調剤時間の増大
- ◎患者・家族の 精神状態への配慮
- ◎監査時間の増大 (外来調剤の10倍)
- ◎麻薬・抗がん剤等高額な薬剤の在庫増
- ◎夜間・休日の緊急対応

血圧・意識低下

**人口規模 × 在宅看取り(推計)
× 調剤薬局数に関するモデル**

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万
2011～2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人
調剤師数(平成18年)	1800人	948人	567人	189人	98人	19人
商業が必要ながん患者	430人	215人	129人	43人	22人	4人
年間10人の診療管理可能な調剤薬局	43ヶ所	22ヶ所	12ヶ所	4ヶ所	2ヶ所	1ヶ所?

注) □で示されている数値は拠点施設のみで最大25%在宅看取りを行った場合の最大値であるためご注意ください

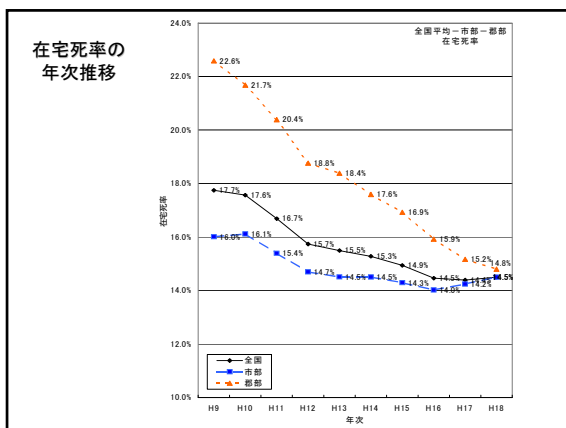
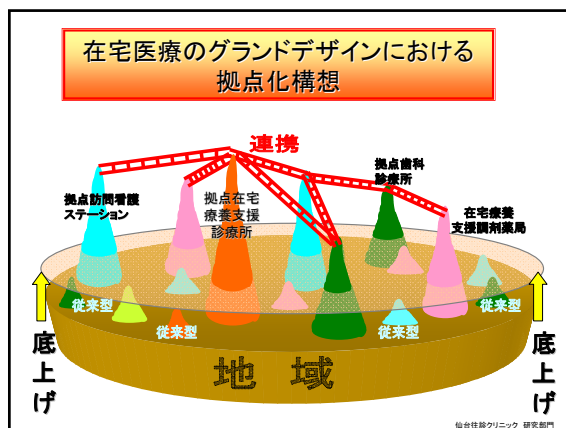
**人口規模 × 在宅看取り(推計)
× 訪問看護ステーション数に関するモデル**

	100万人都市	50万	30万	10万	5万	1万	
2011～2015年の平均 総死亡数	10600人	5300人	3180人	1060人	530人	106人	
最大25%在宅看取り	2600人	1300人	780人	260人	130人	26人	
内 がん死	860人	430人	258人	86人	43人	9人	
看護師数(平成18年)	6990人	2976人	1785人	598人	298人	60人	
訪問看護師による在宅看取り(在宅死数の半分と仮定)	1300人	650人	390人	130人	65人	13人	
拠点	大規模 (常勤看護師12名 42人看取り)	33ヶ所 (看護師:194人)	18ヶ所 (看護師:112人)	10ヶ所 (看護師:120人)	3ヶ所 (看護師:14人)	2ヶ所 (看護師:14人)	
中規模 (常勤看護師6名 20人看取り)	65ヶ所 (看護師:390人)	33ヶ所 (看護師:194人)	20ヶ所 (看護師:120人)	7ヶ所 (看護師:14人)	3ヶ所 (看護師:14人)	1ヶ所 (看護師:4名)	
小規模 (常勤看護師4名 4人看取り)	325ヶ所	163ヶ所	98ヶ所	33ヶ所	16ヶ所	3ヶ所	
超小規模 (常勤看護師1-3名 4名看取り)	?	?	?	?	16ヶ所	3ヶ所	

日常生活用具の給付対象者および品目

障害種別	給付品目
視覚障害	盲人用テープレコーダー、盲人用時計(触覚式・音声式)、盲人用タイムスイッチ、点字タイプライター、盲人用電卓、電磁調理器、盲人用体温計(音声式)、盲人用体重計、視覚障害者用拡大読書器、点字ディスプレイ、視覚障害者用活字文書読み上げ装置
聴覚障害	聴覚障害者用屋内伝言装置(サウンドマスター)、聴覚障害者用目覚まし時計、聴覚障害者用室内伝言灯(全点灯)、聴覚障害者用遠程伝言装置、聴覚障害者用聴覚受信装置
下肢・体幹機能障害	浴槽(流し器を含む)、便器、特殊マット、エアーマット、特殊履物、特殊履物、入浴担架、身体交換器、入浴補助用具、移動用リフト、歩行支援用具、居宅生活動作補助用具(住宅改修費) ※18歳未満のみ 訓練イス、訓練ベッド
上肢機能障害(一肢言語機能障害を含む)	特殊便器、パーソナルコンピュータ
両上肢・言語障害	重度障害者用意思伝達装置、携帯用会話補助装置
有關節機能障害	透析液加温器
呼吸器機能障害	酸素ボンベ運搬車、ネプライザー、電気式たん吸引器
各障害者共通	火災警報器、自動消火器
呼吸器機能障害3級以上、若しくは心臓機能障害3級以上の身体障害者であって、医療保険における在宅医療療養法を行う者、または同程度の障害を有する重度の重複障害者であって必要と認められる者	動脈血中酸素飽和度測定器(パルスオキシメーター) ※平成15年度より給付開始
知的障害 重度～最重度	特殊マット、特殊便器、便器保護帽、電磁調理器、火災警報器、自動消火器

※注：色字は18歳以上が対象



**医師は生き方の説明をするのであって
症候論・疾病論を展開するのではない**

しかし

現在の医師の大部分は、生き方・支え方の説明をしていない

**在宅医療のグランドデザインの最重要課題は
生活を支える【医師の説明責任】である。**

1 何故いま在宅医療を推進するのか

2つの大きな理由があります。ひとつは、国民の多くが在宅でのケアを望んでいるということ。ふたつめは、超高齢化社会を乗り切っていくためには、地域包括ケアを実現していかなければならないということです。つまり

- ① まず、国民の望みだという点ですが、アンケート調査でも6割が自分の住み慣れた家で家族に看取られながら人生の最期を迎えたいと望んでいます。しかし、現実には、病院でなくなられる方が80%を超え、在宅で看取られる方は13%です。欧米諸国でも、3割くらいは在宅療養ではないでしょうか。日本は病院での死が当たり前になっている。しかし、病院は治療のための組織ですから、亡くなられていく方と家族にとっても、必ずしも納得できるものとはなっていません。
- ② 次に、地域包括ケアの実現ということです。まず、たらい回しや介護難民といったことは、なくしていかなければなりません。ただ、今は、年間100万人の方が亡くなっていますが、20年後には、170万人にも達します。これをすべて病院で看取るということは、社会のあり方として不自然ですし、実際問題としても不可能です。病院、施設、在宅医療と介護が連携をとって、地域の医療福祉の資源を全部活用する地域包括ケアを実現していくことがかかせません。その鍵を握るのが、在宅医療です。

2 推進するにあたって、国が行っている政策とは。

医療計画による推進、診療報酬の評価の充実、がん対策基本法での緩和ケアの取り組みが3つの大きな政策です。

- ① まず、20年度から新たにスタートする医療計画では、脳卒中、糖尿病、がんなどについて、急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでのクリティカルパスつまり治療計画を導入しました。その上で、在宅医療の整備目標つまり在宅などでの看取り率や在宅復帰率について数値目標を導入します。
- ② 診療報酬面では、18年度に、在宅療養支援診療所を創設しましたが、20年度では在宅療養支援病院を創設しました。また、在宅医療は、主治医ばかりでなく、看護師、薬剤師、歯科医師、介護のケアマネージャーなど多くの職種が一人の患者さんに共同で連携してサービスを提供します。このため、みんなで集まって治療方針を決定するケアカンファレンスを評価することにしました。その他、訪問看護の評価の充実、高齢者専用賃貸住宅や有料老人ホームに入居している患者に対する医療サービスの評価、在宅ターミナルケアの評価など大幅に充実しています。特に、新しい高齢者医療制度の診療報酬は、患者の生活重視、尊厳への配慮、患者・家族の安心と納得の医療を基本とし、在宅医療を重視しています。

- ③ 昨年施行されたがん対策基本法では緩和ケアが大きな柱になっています。現在、がんでなくなる人は、3人に1人です。勿論、がん対策の第一の柱は、がん予防ですが、緩和ケアは、痛みのコントロールにより、多くのがん患者に対して在宅での療養生活の道を開いてくれます。

3 現状として在宅医療が十分に行き渡っているのか。

まだまだ、これからです。

自宅で最期まで療養することが困難な大きな理由は、介護してくれる家族の負担が大きいということと病状急変の時の医療に不安があるという2つです。つまり、在宅介護と在宅医療の両輪が必要です。在宅介護については、平成12年に介護保険を導入し、デイサービスは19500カ所、ホームヘルパーの事業所は21000カ所、40万人、ショートステイは6700カ所と充実が図られています。しかし、在宅医療は、在宅療養支援診療所の届け出は、1万カ所を超えています。フルに動いているのはそんなに多くはないときいています。訪問看護ステーションも5000カ所、2万7千人ぐらいで横ばいになっています。もっと飛躍的に普及を図っていく必要があります。

4 さらに地域に広げていくために、今後の政策もしくは目標とは

在宅医療は、多くの専門職の共同作業ですので、連携体制をどう構築していくのか、そこが難しいと聞いています。他方で、在宅医療に携わっている主治医の方々の話を伺っていると、皆さん一様に、患者が明るくなり、家族に感謝されるのでとてもやりがいがあるとおっしゃいます。今、在宅医療に携わっている方々は、これを他の地域にも広げたいという強い意欲を持っておられます。

そこで、去年は、国立長寿医療センターが中心となって、在宅医療の普及推進と政策提言を行う「在宅医療推進会議」が発足しました。また、今年3月には、在宅医療に関する研修や人材育成を行う「全国在宅療養支援診療所連絡会」が発足しました。

多くの熱心な医療関係者の努力によって、在宅医療は大きく羽ばたこうとしています。これからも、現場の方々の意見を伺いながら、在宅医療の充実を医療政策に反映させたいと思っています。まだ、関係者のコンセンサスがあるわけではないのですが、今13%の在宅での看取りを25%まで高めていくためには、届け出のあった在宅療養支援診療所の1万カ所にはフル稼働してもらい、訪問看護師は、今の倍の6万人ぐらいは必要になると思っています。

在宅医療普及のための教育

1 在宅医療の理解を広める教育

- (1) 医学生の在宅医療研修
- (2) 卒後臨床研修の地域医療研修
- (3) 病院医師(各専門医)、管理者の教育・教宣

2 在宅医療を担う医師を育てる基礎教育

- (1) 開業医のOJT **(推進会議・医師会)**
 - ① 開業医へのアプローチ ② 開業前の集中研修
- (2) 家庭医プライマリ・ケア研修の中の在宅医療研修 **(プライマリケア教育連絡協議会・在宅医療WG等)**

3 在宅専門医の育成

在宅医療フェローシッププログラムの創設 (在宅医学会)

在宅医療専門教育(フェローシップ)の意義

- ・ 要介護高齢者に対する総合的な医療や終末期を生きる患者と家族に対する適切な在宅緩和ケアなど **質の高い在宅医療が日本のあらゆる地域で提供されることが我国の地域医療の最重要課題の一つとなっている。**
- ・ 在宅医療専門教育は、内科や家庭医療の後期研修後のフェローシッププログラムとして位置付けることで、**質の高い専門医教育が可能となる。**
- ・ フェローシップによる在宅医療専門教育制度を確立することによって、**今後在宅医療を目指す若い医師に在宅医になる道筋を示すことができる。**

専門医教育の質はプログラムによって決まる!

- 1 最終的な試験ですべてを評価することは困難であり、**全国各地につくられた特徴あるプログラムの内容こそが在宅専門医育成の質、内容を保証するものであると結論された。**
- 2 専門医試験は、研修者の基本的な知識や態度を確認し、**研修の成果物がたしかに研修者のものかを確認するために実施される。**
- 3 学会としては、**在宅医療の教育にあたる在宅研修施設を全国に作っていくこと、指導医の育成に力を注ぐことが最も重要である。**

全国に地域ごとに特徴ある研修プログラムをつくる



在宅医学会専門医制度の概要

	二次審査: 専門医試験 (MCQ、ポートフォリオ面接)	
	一次審査: 書類審査	
申請条件	症例報告 ケース報告 ポートフォリオ作成 宣言書	症例報告 ケース報告 ポートフォリオ作成 宣言書
	医師として5年以上の経験	
	在宅研修施設における研修プログラム(1年以上:4日/週) 指導医(専門医・他学会が認めた者)が常勤する施設 往診同行プログラム 3施設以上	開業・診療所勤務 病院在宅医療 部門(専任) 往診同行 プログラム 5年以上の在宅 医療の経験
	緩和ケア研修3ヶ月* (*年間10名以上の在宅看取りのある在宅研修施設での研修者は免除)	
	基礎学会の後期研修プログラム あるいは認定医・専門医 (総合)内科半年以上 (2010年~2020年)	
	卒後臨床研修	

在宅研修施設での研修を始める条件

1 3ヶ月相当の緩和ケア研修を必要とする

在宅研修施設が年間看取り10例以上の施設ではこれを免除する。
緩和ケア病棟、緩和ケアチームでの研修(3か月連続or1回/週エレクトティブで一年間)

2 卒後臨床研修を経験していない場合(平成15年以前)、少なくとも半年以上の内科研修を必要とする

中小病院の総合内科、あるいは老年内科での研修が望ましい

在宅研修施設

1 在宅研修施設については、24時間対応で訪問診療を行っている医療機関で、第4章に定める常勤の指導医*が所属する医療機関であること。

* 専門医、幹事及び幹事経験者、5年以上の在宅経験と指導経験

2 在宅研修施設は、常勤で1年間以上訪問診療の研修を受け入れることができる施設とする。

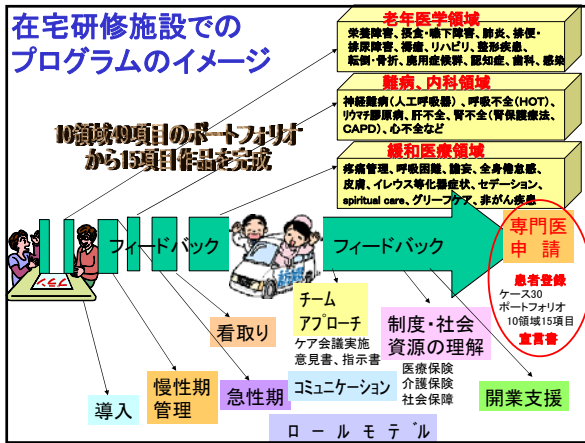
- ① 常勤とは、研修者が週4日以上勤務することをいう。
- ② 研修者の訪問診療を週4単位以上実施可能な施設とする。
(半日を1単位として計算する。)

3 在宅研修施設は申請時に年間在宅患者総数、看取り数等を学会に報告する。

4 研修期間中に他の研修施設での往診同行プログラムを必須とする。

実践者(開業医等)コースを残す

- 5年以上の在宅医療(訪問診療)の経験
- 5年間にまたがり、在宅ケース60例
- ポートフォリオ領域
- 在宅の3領域(各3症例以上)を必須、看取りの経験を5例以上
- 5年間に往診同行プログラムで、5施設の在宅医療を経験する



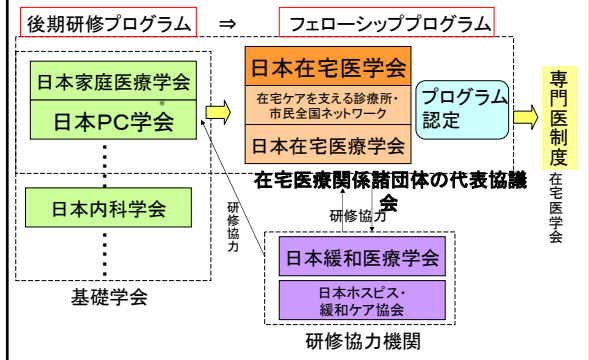
在宅医療ポートフォリオ領域と項目案

A 医学的側面		A 1-1 認知症	
1 老年医学	必須項目+1項目	A 1-1-1	痴呆障害
		A 1-1-2	痴呆障害
		A 1-1-3	痴呆障害
		A 1-1-4	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-5	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-6	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-7	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-8	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-9	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-10	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-11	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-12	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-13	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-14	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-15	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-16	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-17	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-18	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-19	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-20	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-21	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-22	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-23	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-24	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-25	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-26	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-27	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-28	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-29	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-30	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-31	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-32	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-33	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-34	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-35	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-36	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-37	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-38	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-39	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-40	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-41	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-42	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-43	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-44	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-45	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-46	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-47	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-48	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-49	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-50	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-51	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-52	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-53	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-54	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-55	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-56	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-57	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-58	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-59	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-60	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-61	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-62	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-63	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-64	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-65	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-66	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-67	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-68	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-69	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-70	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-71	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-72	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-73	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-74	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-75	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-76	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-77	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-78	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-79	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-80	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-81	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-82	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-83	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-84	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-85	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-86	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-87	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-88	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-89	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-90	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-91	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-92	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-93	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-94	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-95	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-96	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-97	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-98	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-99	痴呆(得意-得意)
		A 1-1-100	痴呆(得意-得意)

在宅医療ポートフォリオ領域と項目案

B 社会的側面		B 1-1 医療保険制度	
1 社会保険制度の理解	必須項目+1項目	B 1-1-1	医療保険制度
		B 1-1-2	介護保険制度
		B 1-1-3	支障費、障害制度
		B 1-1-4	その他
		B 1-1-5	その他
		B 1-1-6	その他
		B 1-1-7	その他
		B 1-1-8	その他
		B 1-1-9	その他
		B 1-1-10	その他
		B 1-1-11	その他
		B 1-1-12	その他
		B 1-1-13	その他
		B 1-1-14	その他
		B 1-1-15	その他
		B 1-1-16	その他
		B 1-1-17	その他
		B 1-1-18	その他
		B 1-1-19	その他
		B 1-1-20	その他
		B 1-1-21	その他
		B 1-1-22	その他
		B 1-1-23	その他
		B 1-1-24	その他
		B 1-1-25	その他
		B 1-1-26	その他
		B 1-1-27	その他
		B 1-1-28	その他
		B 1-1-29	その他
		B 1-1-30	その他
		B 1-1-31	その他
		B 1-1-32	その他
		B 1-1-33	その他
		B 1-1-34	その他
		B 1-1-35	その他
		B 1-1-36	その他
		B 1-1-37	その他
		B 1-1-38	その他
		B 1-1-39	その他
		B 1-1-40	その他
		B 1-1-41	その他
		B 1-1-42	その他
		B 1-1-43	その他
		B 1-1-44	その他
		B 1-1-45	その他
		B 1-1-46	その他
		B 1-1-47	その他
		B 1-1-48	その他
		B 1-1-49	その他
		B 1-1-50	その他
		B 1-1-51	その他
		B 1-1-52	その他
		B 1-1-53	その他
		B 1-1-54	その他
		B 1-1-55	その他
		B 1-1-56	その他
		B 1-1-57	その他
		B 1-1-58	その他
		B 1-1-59	その他
		B 1-1-60	その他
		B 1-1-61	その他
		B 1-1-62	その他
		B 1-1-63	その他
		B 1-1-64	その他
		B 1-1-65	その他
		B 1-1-66	その他
		B 1-1-67	その他
		B 1-1-68	その他
		B 1-1-69	その他
		B 1-1-70	その他
		B 1-1-71	その他
		B 1-1-72	その他
		B 1-1-73	その他
		B 1-1-74	その他
		B 1-1-75	その他
		B 1-1-76	その他
		B 1-1-77	その他
		B 1-1-78	その他
		B 1-1-79	その他
		B 1-1-80	その他
		B 1-1-81	その他
		B 1-1-82	その他
		B 1-1-83	その他
		B 1-1-84	その他
		B 1-1-85	その他
		B 1-1-86	その他
		B 1-1-87	その他
		B 1-1-88	その他
		B 1-1-89	その他
		B 1-1-90	その他
		B 1-1-91	その他
		B 1-1-92	その他
		B 1-1-93	その他
		B 1-1-94	その他
		B 1-1-95	その他
		B 1-1-96	その他
		B 1-1-97	その他
		B 1-1-98	その他
		B 1-1-99	その他
		B 1-1-100	その他

在宅専門医研修の位置づけ



第2回「平成20年度在宅医療推進のための会」

1. 日時 : 平成20年7月18日(金) 19:00~21:00
2. 場所 : 東京都千代田区平河町2-4-3 ホテル ルポール麹町3階「アメジスト」
3. 出席者 : 猪口 雄二、大島 伸一、大島 浩子、大竹 輝臣、太田 秀樹、大橋 英司、
岡本 浩二、角田 直枝、川島 孝一郎、佐藤 智、島崎 謙治、鈴木 央、
田城 孝雄、土橋 正彦、野田 広、平原 佐斗司、宮島 俊彦、和田 忠志
4. 陪席 : 谷岡 (厚生労働省医政局総務課)
5. 事務局 : 綾野 哲文、磯崎 慶
6. テーマ : 「在宅療養支援診療所連絡会の今後の活動」
7. 話題提供 : ・太田 秀樹「在宅療養支援診療所連絡会の今後の活動」

(順不同・敬称略)

太田秀樹氏 話題提供「在宅療養支援診療所連絡会の今後の活動」

平成 19 年度に、国立長寿医療センターに、在宅医療推進会議が、在宅医療にゆかりある学術団体や職能団体の代表者、或いは有識者によって組織されました。この下部組織として 5 つの作業部会が構成され、アンケート等による調査・研究を踏まえ、討議の結果、在宅医療推進方策の一つとして、「全国在宅療養支援診療所連絡会」を設立することとなりました。作業部会にかかわった在宅医療を実践している医師らを中心に準備を行い、平成 20 年度からは国立長寿医療センター内に事務局機能をおいて活動をしています。

本連絡会は、在宅医療の普及および振興に努め、国民が在宅医療を享受し、望めば人生の最期まで安心して在宅で療養生活できるよう、これらを医療から支援できるシステムを構築し、質の高い在宅医療の実践のため、在宅療養支援診療所の機能を高めることに寄与します。そのために必要な在宅医療に関する調査研究、在宅療養支援診療所を運営する医師の育成や在宅医療に関わる相談、在宅医療の普及推進のために必要な以下の活動を行います。

- (1) 在宅療養支援診療所に関する調査及び研究(将来的はそれに対する助成)活動
- (2) 在宅療養支援診療所に従事する医師の連携・交流活動
- (3) 在宅療養支援診療所における在宅医療を多職種協働でおこなうため他の職能団体との連携及び交流活動、および病院との円滑な連携システム構築に関する活動
- (4) 在宅療養支援診療所に関する情報提供活動
- (5) 在宅療養支援診療所における在宅医療を推進するために必要な相談活動
- (6) 在宅療養支援診療所における在宅医療を国民に紹介するための広報活動
- (7) 在宅療養支援診療所を運営するために必要な支援・援助・教育活動
- (8) 在宅療養支援診療所に関する学術集会・講演会の開催
- (9) その他本会の目的を達成するために必要な活動

在宅医療を実践している在宅療養支援診療所を全国規模で結ぶ連絡会として組織し、日本の在宅医療の普及・発展を図るために、互いに切磋琢磨しながら在宅医療体制の充実を目指す活動を行いたいと願っています。現在、世話人会議が組織され、活動しています。今年度まではこの形態で活動を継続します。

今年度の活動としては世話人会議を開催して今後の活動方針を討論するとともに、いくつかのイベントに参加しました。11月23日の「在宅医療推進フォーラム」では、岡田晋吾世話人、鈴木信行世話人、石垣泰則世話人、小西太世話人、二ノ坂保喜世話人、中野一司世話人がそれぞれの特色ある地域活動を報告しました。また、2009年3月20日には、日本医師会で『在宅医療をサポートする医師の研修カリキュラム』『在宅医療の具体的な実践方法～多職種協働と家族、社会との連携～』を太田秀樹世話人、和田忠志が発表しました。

今年度かけて社団法人化の準備を進めて参りましたが、3月31日現在、社団法人化を完了しております。来年度には、社団法人として活動を開始し、全国から会員を募集する予定です。これらの活動にご理解をいただき、在宅医療実践者のご参加とご支援を心からお願い申し上げます。

2008年7月18日の太田秀樹氏発言要約を2009年3月31日加筆修正
全国在宅療養支援診療所連絡会 太田秀樹・和田忠志

第3回「平成20年度在宅医療推進のための会」

1. 日時 : 平成20年9月19日(金) 19:00~21:00
2. 場所 : 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F
東京ステーションコンファレンス6階602A会議室
3. 出席者 : 蘆野吉和、伊東芳郎、猪口雄二、大島浩子、大竹輝臣、太田秀樹、大橋英司、岡本浩二、小野太一、黒岩卓夫、桑原直行、島崎謙治、鈴木央、高田實、田城孝雄、土橋正彦、野田広、平原佐斗司、福井小紀子、藤原朋子、宮島俊彦、山之内芳雄、和田忠志
4. 事務局 : 綾野哲文、中山純彦、磯崎慶
5. テーマ : 「在宅医療を国民に周知するための方法」
6. 話題提供 :
 - ・田城孝雄「在宅医療を国民に周知するための方法」
 - ・田城孝雄「市民公開講座(案) -人と向き合う地域医療を目指して-」
 - ・蘆野吉和「アンケート調査」
 - ・高田實「在宅医療を推進するための会」

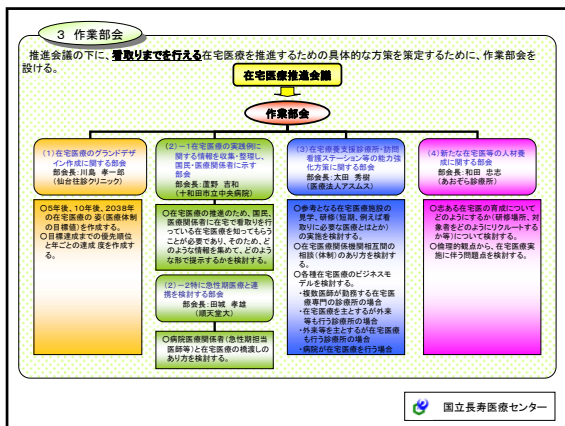
(順不同・敬称略)

在宅医療を国民に周知するための方法

田城孝雄

結論

- 重層的・多面的
- (需給側・提供側双方に、働きかけ(広報・教育)しないと実効性は上がらない)
- 大衆運動である。
- リテラシー教育が必要
- 医学教育機関には、強い介入が必要
- 行政、特に基礎自治体、郡市区医師会のレベルアップが必要
- 病院は、地域一般病床の活用が重要
- もうひとつの在宅、介護老人施設、特定施設とバランスよく。



国民とは

- 専門家以外
- 一般国民
- 患者
- 専門家
- 医師
- 病院勤務医
- 大学教員
- 医師会員(一般診療所)
- 行政(都道府県・基礎自治体)
- 看護師
- コメディカル

対象

(%は、その中での働きかける割合)

• 一般国民	50%
• 一般診療所・地区医師会	75%
• 行政(特に基礎自治体)	100%
• 施設	100%
• 病院医師	100%
• 教職医師(大学病院)	150%★

(★ 重ね重ね働きかける意味)

- 医療崩壊を防ぐ、受診の仕方、医療機関の利用の仕方 教育の中で、
- 自宅・地域で過ごす終末期
- 生活の中での療養
- 人生は生活、生活の場での医療を教育(車の両輪)

地域住民

- 結局は、住民が身をもって対価を支払う。
- 民主国家であるので、最終責任は住民
- 良い例
- 兵庫県丹波市 県立柏原病院 小児科
- (舩添厚生労働大臣も訪問)

- 静岡県磐田市立総合病院
- 時間外加算 初診4800円 (22時～翌6時)

市民運動

(かいばら)

- 兵庫県丹波市 県立柏原病院 小児科
- ⇒通常の一般的な市民運動と異なり、行政や病院に声高に要求や批判をするのではなく、**自分たちの行動を変えることで、地域の医療を守る**という運動
- 現在は、介護に関するDVDを作成
 - 自ら出演者

リテラシーとは literacy

- 読み書き能力。識字能力。
- ある分野に関する知識、教養、能力。
- 「[コンピュータリテラシー](#)」「[情報リテラシー](#)」「[メディアリテラシー](#)」

リテラシー (literacy)

- 一般にリテラシー (literacy) といえば読み書きの出来ること(識字)で、literacy rate(識字率)と言った使用が一般的。
- 読み書きできること=文字を自由に扱えることから、転じて教養といった使われ方をされる。
- 例えば、情報、多文化、メディア、コミュニケーションについての知識があり、またそれを操ることの出来る能力。

例 メディア・リテラシー

- **メディア・リテラシー**(英: media literacy)とは、**情報メディア**を主体的に読み解いて、必要な**情報**を引き出し、その**真偽**を見抜き、活用する能力のこと。「情報を評価・識別する能力」とも言える。ただし「情報を処理する能力」や「情報を発信する能力」をメディア・リテラシーと呼んでいる場合もある。なお、この項では主に、「情報を**評価・識別**する能力」という意味のメディア・リテラシーについて記述する。

実行計画

- 医療の活用の仕方の広報・教育の一環として、在宅医療という選択肢もあることを伝える。
- 救急医療、医療崩壊の市民講座に、在宅での過ごし方(終末期を含む)も一緒に広報する。
- 病院(急性期含む)・基礎自治体・郡市区医師会も当事者
- どこで過ごすか、自分で考えるように(ジェネリックと同じ手法)
- 例 徳山市民講座

徳山市 市民公開講座 一人と向き合う地域医療を目指して

- 地域を守り、育てる市民
- 産婦人科救急医療の現状と問題点
- コンビニ化した小児救急医療の現状と問題点
- 救急医療体制における患者野動向について
- 時間外一次救急診療の受診行動
- 救急車適正利用について

専門家に対する教育・広報

特別養護老人ホーム

- 要介護高齢者のための生活施設
- 介護老人福祉施設(介護保険法)
- 特別養護老人ホーム(老人福祉法)
- 入浴、排泄、食事等の介護、その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行うことを目的とする施設。
- 施設数 5、716
- 定員数 399,352人

- 入浴、排泄、食事等の介護
⇒経管栄養 胃ろうはOK
⇒浣腸はしない。摘便は行う。
- その他の日常生活上の世話
- 機能訓練 ⇒インスリン注射
- 健康管理 ⇒インスリン注射
- 療養上の世話

- 終末期

課題

- 配置医師
- 健康管理のみか
- 医療を行うか？
- 医療に対する診療報酬は請求できるか？
- 訪問看護師の活用
⇒モデル事業
- 訪問看護ステーションとの協働による24時間体制
⇒訪問看護の介護報酬は？ 請求できるか？
- 利用者・家族の負担増？
- 責任の所在は

施設・特別養護老人ホーム

- 背景
- 老協総研

- 社会福祉法人に医療法人が併設(関係が強い)している特別養護老人ホームは、看取りに対する意識が高い。

実行計画・目標 施設・特別養護老人ホーム

- 看取りの浸透(意識・手法・技術)
- 特別養護老人ホーム管理者・職員の意識改革
- 終の棲家として、特別養護老人ホームで看取られることを希望する人(家族)が優先的に入所できる。

実行計画・課題 施設・特別養護老人ホーム 3

- 配置医師(委託医師)とかかりつけ医(在宅療養支援医師)の関係調節
- 配置医師⇒健康管理?
- 在宅療養支援診療所⇒(特養内における(急性期)医療?)
- 在宅療養支援診療所が配置医師となる。
- 特別養護老人ホームに在宅医療医が入る?
- 特別養護老人ホームに訪問看護が入る?

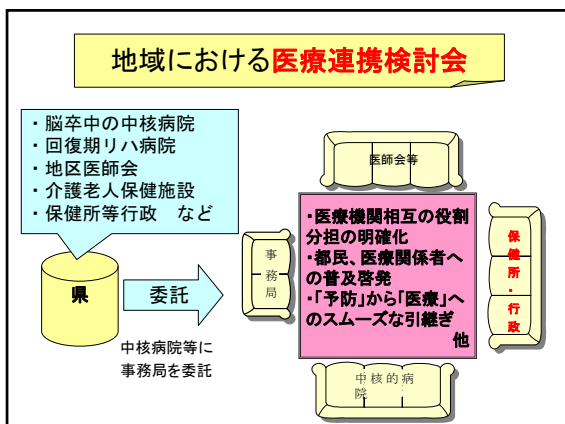
制度の整理・改正

行政・地区(郡市区)医師会

- 医師会主導の取り組み
- スパースター型から、その他大勢型
- 底上げ
- コントロールされた「その他大勢型」
- 在宅医療を密室化しない

行政

- 地域脳卒中地域連携協議会
- 在宅医療推進協議会
- 保健所
- 医療機能情報提供制度



地区医師会主導医療連携モデルの例 (一部)

- 尾道市医師会 (先駆者 意外と広まらない)
- 市川市医師会
- 長崎市医師会
- ⇒インフォーマルネットワークからフォーマルネットワークへ
- 横須賀市医師会 市医師会・4病院連携協議会
- 板橋区医師会 在宅医療基盤整備事業
- 世田谷区医師会 医療連携協議会 相談センター
- 新宿区医師会 医師会立夜間在宅医療診療所 などなど

医療提供体制の改革の基本的方向
(中間まとめ)
平成14年8月29日

医療制度改革推進本部
(本部長:厚生労働大臣)
医療提供体制の改革に関する検討チーム
(主査:厚生労働省医政局長)

地域ニーズを踏まえた機能分化
急性期病床における地域医療連携の
強化

- 紹介率・逆紹介率の向上
- 適切な退院計画・退院調整の実施
 - ・適切な退院後の療養生活の確保
 - ・多様な社会サービスの利用
 - ・良質なケアの継続

地域ニーズを踏まえた機能分化
在宅支援機能の強化
(入院中心の医療からの転換)

- 患者のQOLを重視した医療・介護・福祉サービスの総合的な提供
- 入院中心でなく、在宅を中心
- 肺炎や骨折、急性増悪などの入院ニーズへの対応
- 訪問診療、訪問看護、維持期リハなど、在宅生活を支援(訪問看護ステーション等)

大学への対策 実行計画

1. 医学部長病院長会議
 - ・黒岩先生・川島先生講演
 - ・「終わりよければすねてよし」上映
2. 試験問題に出題する
 - ・医師国家試験(実行済 あまり効果なし)
 - ・CBT
3. 配属在宅医療指導教官(教員)(教授会外)
 - ・補助金とバーター

大学へのアプローチ

- ・背景
- ・コア・カリキュラムに地域医療・在宅医療
- ・しかし在宅医療では、
- ・在宅酸素医療について説明できる

- ・など、不十分

大学へのアプローチ

- ・実行計画
- ・医学部長病院長会議
- ・国立大学病院長会議

- ・大島先生・川島先生が、講義する
- ・How
- ・文部科学省高等教育局医学教育課長は、医学部長病院長会議を招集する(?)
- ・現在の医学教育課長は、厚生労働省から

大学へのアプローチ

- 実行計画
- 教育せざるを得ないように
- 医師国家試験・CBT(全国共用試験)に、在宅医療の問題を出題する。
- CBTの解説書・傾向と対策が出版され、学生・指導者が購入し、読む。⇒広報・宣伝効果
- 教えることは学ぶこと。大学の教員も学ぶ。
⇒即効性が高い。(1～2年)

第15回 グループ診療研究会大会・学術集会プログラム

テーマ 地域医療を支えるグループ診療

日時 10月25日(土曜日) 13:00~17:30

場所 ルークホール 四谷 持田製薬本社

大会長 挨拶 田城孝雄 13:00~13:05

1. 特別講演 グループ診療のビジネスモデル 13:05~13:50

東京ミッドタウンクリニック

東京ミッドタウンクリニック 理事長 田口淳一 先生

特別発言 13:50~14:05

経済産業省 北海道経済産業局 総務課長 實國慎一 先生

2. 基調講演 14:05~14:50

地域医療を支えるグループ診療

北海道大学大学院 医療システム学 前沢政次 先生

3. シンポジウム 15:00~17:30

地域医療を支えるグループ診療

シンポジスト

医療法人財団 夕張希望の杜 事務局長 佐藤友規 先生

用賀アーバンクリニック・メディヴァ 大石佳能子 先生

いらはら診療所 苛原 実 先生

東京ふれあい医療生協・梶原診療所 平原佐斗司 先生

医療法人社団三育会 新宿ヒロクリニック 関口聡子 先生

4. 懇親会 18:00~20:00

第1回 アンケート調査

複数回答可能な質問以外は、いずれか1つの□をチェック（☑）してください。

I. 貴薬局の基本情報についてお尋ねします。

名称 _____

所在地 _____

1) 保険調剤を受けている医療施設の規模（複数回答可能）

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 診療所（有床診療所含む） ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> 200床未満の病院 ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> 200～300床未満の病院 ⁽³⁾ |
| <input type="checkbox"/> 300～500床未満の病院 ⁽⁴⁾ | <input type="checkbox"/> 500床以上の病院 ⁽⁶⁾ | <input type="checkbox"/> 大学病院 ⁽⁷⁾ |

2) 抗がん剤の保険調剤をおこなっていますか

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 日常的におこなっている ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> おこなったことがある ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> 全くおこなっていない ⁽³⁾ |
|---|--|--|

3) 医療用麻薬の保険調剤をおこなっていますか

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 日常的におこなっている ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> おこなったことがある ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> 全くおこなっていない ⁽³⁾ |
|---|--|--|

4) 訪問薬剤指導をおこなっていますか

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 日常的におこなっている ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> おこなったことがある ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> 全くおこなっていない ⁽³⁾ |
|---|--|--|

5) がん治療について相談されたことはありますか

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> よくある ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> 時々ある ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> まったくない ⁽³⁾ |
|--|--|--|

6) 在宅ケアについて相談されたことはありますか

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> よくある ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> 時々ある ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> まったくない ⁽³⁾ |
|--|--|--|

II. 回答いただく方について

1) 年齢

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 20歳代 ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> 30歳代 ⁽²⁾ | <input type="checkbox"/> 40歳代 ⁽³⁾ | <input type="checkbox"/> 50歳代 ⁽⁴⁾ | <input type="checkbox"/> 60歳以上 ⁽⁵⁾ |
|--|--|--|--|---|

2) 性別

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 男性 ⁽¹⁾ | <input type="checkbox"/> 女性 ⁽²⁾ |
|--|--|

Ⅲ. あなた自身の看取りの経験についてお尋ねします。

1) 近親者（家族、親族あるいは友人など）の看取りに参加したことがありますか？

<input type="checkbox"/> ある (1)	<input type="checkbox"/> ない (2)
---------------------------------	---------------------------------

2) 近親者を自宅で看取った経験がありますか？

<input type="checkbox"/> ある (1)	<input type="checkbox"/> ない (2)
---------------------------------	---------------------------------

3) がんを患った近親者を自宅で見取った経験がありますか？

<input type="checkbox"/> ある (1)	<input type="checkbox"/> ない (2)
---------------------------------	---------------------------------

Ⅲ. 看取りを伴う在宅医療についてお尋ねします。

1) あなたのご家族が高齢あるいはがん以外の治る見込みのない病気で死期が迫っている場合、最期はどこで迎えさせたいと思いますか。

<input type="checkbox"/> 病院 (1)	<input type="checkbox"/> ホスピス・緩和ケア病棟 (2)	<input type="checkbox"/> 介護施設 (3)
<input type="checkbox"/> 自宅 (4)	<input type="checkbox"/> 介護付き高齢者賃貸住宅 (5)	<input type="checkbox"/> わからない (6)
<input type="checkbox"/> その他 () (7)		

2) あなたのご家族が治る見込みのないがんであり、しかし痛みを伴わない場合、最期はどこで迎えさせたいと思いますか。

<input type="checkbox"/> 病院 (1)	<input type="checkbox"/> ホスピス・緩和ケア病棟 (2)	<input type="checkbox"/> 介護施設 (3)
<input type="checkbox"/> 自宅 (4)	<input type="checkbox"/> 介護付き高齢者賃貸住宅 (5)	<input type="checkbox"/> わからない (6)
<input type="checkbox"/> その他 () (7)		

3) ご自身が高齢あるいはがん以外の治る見込みのない病気で死期が迫っている場合、最期はどこで迎えたいですか。

<input type="checkbox"/> 病院 (1)	<input type="checkbox"/> ホスピス・緩和ケア病棟 (2)	<input type="checkbox"/> 介護施設 (3)
<input type="checkbox"/> 自宅 (4)	<input type="checkbox"/> 介護付き高齢者賃貸住宅 (5)	<input type="checkbox"/> わからない (6)
<input type="checkbox"/> その他 () (7)		

4) ご自身が治る見込みのないがんであり、しかし痛みを伴わない場合、最期はどこで迎えたいですか。

<input type="checkbox"/> 病院 (1)	<input type="checkbox"/> ホスピス・緩和ケア病棟 (2)	<input type="checkbox"/> 介護施設 (3)
<input type="checkbox"/> 自宅 (4)	<input type="checkbox"/> 介護付き高齢者賃貸住宅 (5)	<input type="checkbox"/> わからない (6)
<input type="checkbox"/> その他 () (7)		

5) 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。

- 最期まで自宅で過ごせると思う (1)
- 自宅での療養は可能だが、看取りまで行うことは困難である (2)
- 自宅での療養は困難である (3)
- わからない (4)

6) 設問5) で「困難である」あるいは「わからない」とお答えになった方は、その具体的理由についてお答え下さい (複数回答可能)。

- 訪問してくれる医師がない (1)
- 24 時間の支援体制 (電話相談も含め) が不十分である (2)
- 痛みなどの苦痛が自宅で緩和できるか心配である (3)
- 介護してくれる家族がない (4)
- 介護してくれる家族に負担がかかる (5)
- 緊急時の対応に不安がある (6)
- 居住環境が整っていない (7)
- 経済的な不安がある (8)
- その他 (9) ()

4) ご自身が治る見込みのないがんであり、しかし痛みを伴わない場合、最期はどこで迎えた
いですか。

<input type="checkbox"/> 病院 (1)	<input type="checkbox"/> ホスピス・緩和ケア病棟 (2)	<input type="checkbox"/> 介護施設 (3)
<input type="checkbox"/> 自宅 (4)	<input type="checkbox"/> 介護付き高齢者賃貸住宅 (5)	<input type="checkbox"/> わからない (6)
<input type="checkbox"/> その他 () (7)		

5) 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。

<input type="checkbox"/> 最期まで自宅で過ごせると思う (1)
<input type="checkbox"/> 自宅での療養は可能だが、看取りまで行うことは困難である (2)
<input type="checkbox"/> 自宅での療養は困難である (3)
<input type="checkbox"/> わからない (4)

Ⅲ. あなたの保険薬局で小冊子「あなたの家に帰ろう」を希望者に配布することを前提に、以下の質問にお答え下さい。

1) 内容は一般の人にわかりやすいと思われませんか。

<input type="checkbox"/> かなりわかりやすい (1)	<input type="checkbox"/> ややわかりやすい (2)	<input type="checkbox"/> ややわかりにくい (3)	<input type="checkbox"/> かなりわかりにくい (4)
--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

2) 内容は一般の人に読みやすいものと思われませんか。

<input type="checkbox"/> かなり読みやすい (1)	<input type="checkbox"/> やや読みやすい (2)	<input type="checkbox"/> やや読みにくい (3)	<input type="checkbox"/> かなり読みにくい (4)
---------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

3) 文字の大きさはどうですか。

<input type="checkbox"/> 丁度よい (1)	<input type="checkbox"/> もっと大きい方がよい (2)	<input type="checkbox"/> もっと小さい方がよい (3)
-----------------------------------	---	---

4) 冊子の大きさはどうですか

<input type="checkbox"/> 丁度よい (1)	<input type="checkbox"/> もっと大きい方がよい (2)	<input type="checkbox"/> もっと小さい方がよい (3)
-----------------------------------	---	---

5) 冊子の内容に関する質問です。この冊子は下記の 13 項目から構成されています。1～13 の項目の中で、役に立つと思われる項目、不要であると思われる項目、わかりにくい項目を挙げて下さい（該当する項目であればいくつでも○をつけてかまいません）。

項目	テーマ	役に立つ	不要と思われる	わかりにくい
①	家にかえりたい。かえしたい			
②	家に帰りたいと思ったら			
③	利用できるサービスと探し方			
④	とっても大事な医療制度とお金のはなし			
⑤	ただいま。おかえりなさい			
⑥	あなたへ			
⑦	あなたの大事な人たち			
⑧	どうしよう			
⑨	ちょっとしたアイデア			
⑩	それぞれの場面			
⑪	旅たち			
⑫	悲しみ			
⑬	家でもだいじょうぶ			

IV. もし新しい小冊子ができた場合には、配布を希望しますか

希望する (1) 希望しない (2)

お配りした冊子について、ご意見・ご感想があれば自由にご記入下さい。

以上です。ご協力ありがとうございました。

第1回/第2回アンケート調査 回答

配布数	第1回		第2回		
	回収数	回収率	発送数	回収数	回収率
4000	2426	60.7%	2364	1385	58.6%

複数回答可能な質問以外は、いずれか1つの□をチェック（☑）してください。

I. 貴薬局の基本情報についてお尋ねします。

1) 保険調剤を受けている医療施設の規模（複数回答可能）

- 診療所（有床診療所含む）⁽¹⁾
 200床未満の病院⁽²⁾
 200～300床未満の病院⁽³⁾
 300～500床未満の病院⁽⁴⁾
 500床以上の病院⁽⁶⁾
 大学病院⁽⁷⁾

保険調剤対象医療施設規模	件数	%
I-1)-1 診療所	2048	84%
I-1)-2 200床未満	1062	44%
I-1)-3 200～300床	770	32%
I-1)-4 300～500床	652	27%
I-1)-6 500床以上	637	26%
I-1)-7 大学病院	1102	45%

2) 抗がん剤の保険調剤をおこなっていますか

- 日常的におこなっている⁽¹⁾
 おこなったことがある⁽²⁾
 全くおこなっていない⁽³⁾

3) 医療用麻薬の保険調剤をおこなっていますか

- 日常的におこなっている⁽¹⁾
 おこなったことがある⁽²⁾
 全くおこなっていない⁽³⁾

4) 訪問薬剤指導をおこなっていますか

- 日常的におこなっている⁽¹⁾
 おこなったことがある⁽²⁾
 全くおこなっていない⁽³⁾

質問項目	日常的にあり	経験有	なし	合計
I-2)抗がん剤調剤	1023	1015	360	2398
	42.7%	42.3%	15.0%	100%
I-3)医療用麻薬調剤	561	807	1034	2402
	23.4%	33.6%	43.0%	100%
I-4)訪問薬剤指導	284	436	1680	2400
	11.8%	18.2%	70.0%	100%

5) がん治療について相談されたことはありますか

- よくある⁽¹⁾
 時々ある⁽²⁾
 まったくない⁽³⁾

6) 在宅ケアについて相談されたことはありますか

- よくある⁽¹⁾
 時々ある⁽²⁾
 まったくない⁽³⁾

質問項目	よくある	時々ある	ない	合計
I-5)がん治療相談	120	1379	902	2401
	5.0%	57.4%	37.6%	100%
I-6)在宅ケア相談	84	1022	1295	2401
	3.5%	42.6%	53.9%	100%

Ⅱ. 回答いただく方について

1) 年齢

20歳代⁽¹⁾ 30歳代⁽²⁾ 40歳代⁽³⁾ 50歳代⁽⁴⁾ 60歳以上⁽⁵⁾

	20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
Ⅱ-1)年齢	152	565	636	675	384	2412
	6.3%	23.4%	26.4%	28.0%	15.9%	100%

2) 性別

男性⁽¹⁾ 女性⁽²⁾

	男性	女性	合計
Ⅱ-2)性別	1211	1201	2412
	50.2%	49.8%	100%

Ⅲ. あなた自身の看取りの経験についてお尋ねします。

1) 近親者（家族、親族あるいは友人など）の看取りに参加したことがありますか？

ある⁽¹⁾ ない⁽²⁾

2) 近親者を自宅で看取った経験がありますか？

ある⁽¹⁾ ない⁽²⁾

3) がんを患った近親者を自宅で看取った経験がありますか？

ある⁽¹⁾ ない⁽²⁾

質問	ある	ない	合計
Ⅲ-1)看取り経験	1289	1108	2397
	53.8%	46.2%	100%
Ⅲ-2)自宅での看取り経験	562	1834	2396
	23.5%	76.5%	100%
Ⅲ-3)がん疾患の自宅で看取り経験	235	2164	2399
	9.8%	90.2%	100%

Ⅲ. 看取りを伴う在宅医療についてお尋ねします。

1) あなたのご家族が高齢あるいはがん以外の治る見込みのない病気で死期が迫っている場合、最期はどこで迎えさせたいと思いますか。

- 病院⁽¹⁾ ホスピス・緩和ケア病棟⁽²⁾ 介護施設⁽³⁾ 自宅⁽⁴⁾ 介護付き高齢者賃貸住宅⁽⁵⁾
わからない⁽⁶⁾ その他()⁽⁷⁾

2) あなたのご家族が治る見込みのないがんであり、しかし痛みを伴わない場合、最期はどこで迎えさせたいと思いますか。

- 病院⁽¹⁾ ホスピス・緩和ケア病棟⁽²⁾ 介護施設⁽³⁾ 自宅⁽⁴⁾ 介護付き高齢者賃貸住宅⁽⁵⁾
わからない⁽⁶⁾ その他()⁽⁷⁾

3) ご自身が高齢あるいはがん以外の治る見込みのない病気で死期が迫っている場合、最期はどこで迎えたいですか。

- 病院⁽¹⁾ ホスピス・緩和ケア病棟⁽²⁾ 介護施設⁽³⁾ 自宅⁽⁴⁾ 介護付き高齢者賃貸住宅⁽⁵⁾
わからない⁽⁶⁾ その他()⁽⁷⁾

4) ご自身が治る見込みのないがんであり、しかし痛みを伴わない場合、最期はどこで迎えたいですか。

- 病院⁽¹⁾ ホスピス・緩和ケア病棟⁽²⁾ 介護施設⁽³⁾ 自宅⁽⁴⁾ 介護付き高齢者賃貸住宅⁽⁵⁾
わからない⁽⁶⁾ その他()⁽⁷⁾

第1回アンケート	病院	ホスピス・緩和ケア病棟	介護施設	自宅	介護つき高賃貸住宅	わからない	その他	合計
IV-1)家族・がん以外	290	471	43	1017	28	290	155	2294
	12.6%	20.5%	1.9%	44.3%	1.2%	12.6%	6.8%	
IV-2)家族・がん	155	314	22	1481	30	185	140	2327
	6.7%	13.5%	0.9%	63.6%	1.3%	8.0%	6.0%	
IV-3)自分・がん以外	263	597	42	943	97	326	53	2321
	11.3%	25.7%	1.8%	40.6%	4.2%	14.0%	2.3%	
IV-4)自分・がん	191	482	31	1227	84	267	44	2326
	8.2%	20.7%	1.3%	52.8%	3.6%	11.5%	1.9%	
第2回アンケート	病院	ホスピス・緩和ケア病棟	介護施設	自宅	介護つき高賃貸住宅	わからない	その他	合計
IV-1)家族・がん以外	87	172	20	792	16	141	89	1317
	6.6%	13.1%	1.5%	60.1%	1.2%	10.7%	6.8%	
IV-2)家族・がん	51	141	11	958	14	86	73	1334
	3.8%	10.6%	0.8%	71.8%	1.0%	6.4%	5.5%	
IV-3)自分・がん以外	115	219	13	679	54	219	33	1332
	8.6%	16.4%	1.0%	51.0%	4.1%	16.4%	2.5%	
IV-4)自分・がん	75	229	14	800	42	161	22	1343
	5.6%	17.1%	1.0%	59.6%	3.1%	12.0%	1.6%	

*看取り経験の有無との関連

IV-1)家族・がん以外		病院	ホスピス緩和ケア病棟	介護施設	自宅	介護付き高齢者賃貸住宅	わからない	その他	計
III-1)近親者の看取りに参加	経験あり	170 14.0%	276 22.7%	27 2.2%	548 45.1%	15 1.2%	108 8.9%	72 5.9%	1216 100%
	経験なし	119 11.1%	191 17.9%	16 1.5%	467 43.6%	13 1.2%	181 16.9%	83 7.8%	1070 100%
III-2)近親者を自宅で看取る	経験あり	67 12.6%	79 14.9%	12 2.3%	284 53.6%	5 0.9%	39 7.4%	44 8.3%	530 100%
	経験なし	223 12.7%	389 22.2%	31 1.8%	728 41.5%	23 1.3%	250 14.2%	111 6.3%	1755 100%
III-3)がんの近親者を自宅で看取る	経験あり	25 11.5%	27 12.4%	3 1.4%	114 52.5%	4 1.8%	20 9.2%	24 11.1%	217 100%
	経験なし	264 12.7%	444 21.4%	40 1.9%	899 43.4%	24 1.2%	270 13.0%	130 6.3%	2071 100%

IV-2)家族・がん		病院	ホスピス緩和ケア病棟	介護施設	自宅	介護付き高齢者賃貸住宅	わからない	その他	計
III-1)近親者の看取りに参加	経験あり	89 7.1%	200 16.1%	10 0.8%	783 62.9%	13 1.0%	75 6.0%	75 6.0%	1245 100%
	経験なし	66 5.9%	113 10.1%	12 1.1%	693 61.9%	17 1.5%	109 9.7%	109 9.7%	1119 100%
III-2)近親者を自宅で看取る	経験あり	33 6.3%	62 11.8%	6 1.1%	366 69.6%	3 0.6%	28 5.3%	28 5.3%	526 100%
	経験なし	122 6.6%	251 13.7%	16 0.9%	1107 60.3%	27 1.5%	157 8.5%	157 8.5%	1837 100%
III-3)がんの近親者を自宅で看取る	経験あり	16 7.3%	16 7.3%	3 1.4%	153 69.9%	1 0.5%	15 6.8%	15 6.8%	219 100%
	経験なし	138 6.4%	298 13.9%	19 0.9%	1324 61.6%	29 1.4%	170 7.9%	170 7.9%	2148 100%

IV-3)自分・がん以外		病院	ホスピス緩和ケア病棟	介護施設	自宅	介護付き高齢者賃貸住宅	わからない	その他	計
III-1)近親者の看取りに参加	経験あり	144 11.7%	333 27.0%	29 2.4%	507 41.1%	48 3.9%	141 11.4%	31 2.5%	1233 100%
	経験なし	118 10.9%	259 24.0%	13 1.2%	435 40.3%	49 4.5%	184 17.0%	22 2.0%	1080 100%
III-2)近親者を自宅で看取る	経験あり	57 10.8%	122 23.0%	12 2.3%	236 44.5%	18 3.4%	69 13.0%	16 3.0%	530 100%
	経験なし	206 11.6%	472 26.5%	30 1.7%	701 39.3%	79 4.4%	257 14.4%	37 2.1%	1782 100%
III-3)がんの近親者を自宅で看取る	経験あり	29 13.4%	47 21.8%	4 1.9%	93 43.1%	8 3.7%	27 12.5%	8 3.7%	216 100%
	経験なし	233 11.1%	549 26.2%	38 1.8%	848 40.4%	89 4.2%	298 14.2%	44 2.1%	2099 100%

IV-4)自分・がん		病院	ホスピス緩和ケア病棟	介護施設	自宅	介護付き高齢者賃貸住宅	わからない	その他	計
Ⅲ-1)近親者の看取りに参加	経験あり	104	273	19	656	42	114	29	1237
		8.4%	22.1%	1.5%	53.0%	3.4%	9.2%	2.3%	100%
	経験なし	87	206	12	566	42	153	15	1081
		8.0%	19.1%	1.1%	52.4%	3.9%	14.2%	1.4%	100%
Ⅲ-2)近親者を自宅で看取る	経験あり	43	101	7	296	16	54	16	533
		8.1%	18.9%	1.3%	55.5%	3.0%	10.1%	3.0%	100%
	経験なし	148	378	24	925	68	213	28	1784
		8.3%	21.2%	1.3%	51.8%	3.8%	11.9%	1.6%	100%
Ⅲ-3)がんの近親者を自宅で看取る	経験あり	22	39	4	117	8	24	7	221
		10.0%	17.6%	1.8%	52.9%	3.6%	10.9%	3.2%	100%
	経験なし	168	442	27	1108	76	242	36	2099
		8.0%	21.1%	1.3%	52.8%	3.6%	11.5%	1.7%	100%

5) 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。

- 最期まで自宅で過ごせると思う (1)
- 自宅での療養は可能だが、看取りまで行うことは困難である (2)
- 自宅での療養は困難である (3)
- わからない (4)

第1回アンケート	最後まで自宅で可能	自宅療養可能だが看取りは困難	自宅での療養は困難	わからない	合計
IV-5)自宅での療養・看取り	290	822	692	524	2328
	12.5%	35.3%	29.7%	22.5%	
第2回アンケート	最後まで自宅で可能	自宅療養可能だが看取りは困難	自宅での療養は困難	わからない	合計
IV-5)自宅での療養・看取り	375	504	189	294	1362
	27.5%	37.0%	13.9%	21.6%	

* 看取り経験との関連

		最後まで自宅で可能	自宅療養可能だが看取りは困難	自宅での療養は困難	わからない	合計
Ⅲ-1)近親者の看取りに参加	経験あり	161	453	362	258	1234
		13.0%	36.7%	29.3%	20.9%	100.0%
経験なし	126	359	326	261	1072	
	11.8%	33.5%	30.4%	24.3%	100.0%	
Ⅲ-2)近親者を自宅で看取る	経験あり	107	171	133	125	536
		20.0%	31.9%	24.8%	23.3%	100.0%
経験なし	180	640	554	395	1769	
	10.2%	36.2%	31.3%	22.3%	100.0%	
Ⅲ-3)がんの近親者を自宅で看取る	経験あり	45	70	57	51	223
		20.2%	31.4%	25.6%	22.9%	100.0%
経験なし	241	743	633	468	2085	
	11.6%	35.6%	30.4%	22.4%	100.0%	

6) 設問5)で「困難である」あるいは「わからない」とお答えになった方は、その具体的理由についてお答え下さい(複数回答可能)。

- 訪問してくれる医師がいない (1)
- 24時間の支援体制(電話相談も含め)が不十分である (2)
- 痛みなどの苦痛が自宅で緩和できるか心配である (3)
- 介護してくれる家族がいない (4)
- 介護してくれる家族に負担がかかる (5)
- 緊急時の対応に不安がある (6)
- 居住環境が整っていない (7)
- 経済的な不安がある (8)
- その他 (9) (

自宅が困難の理由(複数回答)	回答数	%
IV-6)-1 訪問医師いない	331	13.6%
IV-6)-2 24時間体制不十分	825	34.0%
IV-6)-3 疼痛管理が心配	916	37.8%
IV-6)-4 介護家族いない	316	13.0%
IV-6)-5 介護家族に負担	1531	63.1%
IV-6)-6 緊急時対応に不安	962	39.7%
IV-6)-7 住居環境	489	20.2%
IV-6)-8 経済的不安	328	13.5%
IV-6)-9 その他	112	4.6%

第1回アンケート 質問Ⅲ-6) その他

1	自宅で調剤しているので、仕事優先。家族の介護に手が回らない
2	症状・病氣等によるため
3	私自身が師がん前立腺がんですすがどうなるか？
4	介護してくれる家族の状態でそのときどうなっているかわからないから
5	自宅で亡くなると、いろいろ後処理が大変な現実があるため
6	あまり考えたくない
7	その時の家族の人数、年齢による。体力がない路看病は大変です。
8	実務面での支援体制が本当に整うのかどうかで最後まで家でも出来ることなら家で最後までと思ってしまう。費用の面と家族の負担の面が特に気になる。家族に負担がかかるのは避けたいので最後は病院か施設でと考えるのが多いと思います。私事にて。
9	在宅医療のネットワークがあまりに少なく、あるものに十分機能していかないと思われ
10	家庭で看取りまでしてくれる医師がいるのか
11	自分の体験から
12	自宅で看取った場合警察に届けなければならぬという負担があるので、その対応は家族には辛いような気がします。
13	病状による
14	娘が現在薬科大4年生ですが、在宅介護を専門にしたいと言出し、まさに適切な質問だったのでびっくりしています。薬剤師の在宅介護といっても、服薬指導だけなら現在一人暮らしの方に薬を持っていったときに行っています。それ以外にどんなことができるか、また介護の勉強もしないと片手落ちのような気がしています。何かもつとしてあげれることがあるような気がしている現実ですので、ぜひよろしくお願しいたします。
15	子どもが居ないので妻だけで介護ができるかわからない
16	何があるかわからない

第2回 アンケート調査項目回答

I. 冊子の効果についてお尋ねします。

1) 「あなたの家に帰ろう」を読んで、在宅ケアについての認識が変わりましたか。

- かなり変わった (1) 少し変わった (2) ほとんど変わらない (3)

	かなり変わった	少し変わった	ほとんど変わらず	合計
I-1)認識の変化	160	916	288	1364
	11.7%	67.2%	21.1%	
	78.9%			

2) 「あなたの家に帰ろう」を読んで、自宅での看取りについての不安が解消されましたか。

- かなり解消された (1) 少し解消された (2) ほとんど解消されない (3)

	かなり解消	少し解消	解消されず	合計
I-2)自宅看取りの不安解消	120	970	260	1350
	8.9%	71.9%	19.3%	

III. あなたの保険薬局で小冊子「あなたの家に帰ろう」を希望者に配布することを前提に、以下の質問にお答え下さい。

1) 内容は一般の人にわかりやすいと思われますか。

- かなりわかりやすい (1) ややわかりやすい (2) ややわかりにくい (3) かなりわかりにくい (4)

2) 内容は一般の人に読みやすいものと思われますか。

- かなり読みやすい (1) やや読みやすい (2) やや読みにくい (3) かなり読みにくい (4)

	かなりよい	ややよい	ややわるい	かなりわるい	合計
	よい		悪い		
III-1)分かり易さ	621	613	134	5	1373
	1234		139		
	89.9%		10.1%		100%
III-2)読み易さ	602	618	149	6	1375
	1220		155		
	88.7%		11.3%		100%

3) 文字の大きさはどうですか。

- 丁度よい (1) もっと大きい方がよい (2) もっと小さい方がよい (3)

4) 冊子の大きさはどうですか

- 丁度よい (1) もっと大きい方がよい (2) もっと小さい方がよい (3)

	丁度良い	もっと大きく	もっと小さく	合計
III-3)文字大きさ	2160	688	0	2748
	75.0%	25.0%	0.0%	100%
III-4)冊子大きさ	1202	164	14	1380
	87.1%	11.9%	1.0%	100%

5) 冊子の内容に関する質問です。この冊子は下記の13項目から構成されています。1~13の項目の中で、役に立つと思われる項目、不要であると思われる項目、わかりにくい項目を挙げて下さい（該当する項目であればいくつでも○をつけてかまいません）。

項目	テーマ	役に立つ	不要と思われる	わかりにくい
①	家にかえりたい。かえしたい	916	49	68
②	家に帰りたいと思ったら	1006	23	48
③	利用できるサービスと探し方	1156	8	96
④	とって大事な医療制度とお金のはなし	1085	7	150
⑤	ただいま。おかえりなさい	931	53	93
⑥	あなたへ	868	67	68
⑦	あなたの大事な人たち	890	51	81
⑧	どうしよう	1074	21	63
⑨	ちょっとしたアイデア	1075	67	15
⑩	それぞれの場面	874	81	74
⑪	旅たち	906	93	60
⑫	悲しみ	843	116	55
⑬	家でもだいじょうぶ	947	44	52

IV. もし新しい小冊子ができた場合には、配布を希望しますか

希望する (1) 希望しない (2)

	希望する	希望しない	合計
IV 配布	920	371	1291
	71.3%	28.7%	100%

お配りした冊子について、ご意見・ご感想があれば自由にご記入下さい。

回答は別紙

1	家族に迷惑かけたくない
2	家族がいないケースもある。配慮が必要。高齢化のため独居になり、大事な人がいなくなっていくのに、見つめる人がいない人ほどつづるのが、記載してくだ
3	いいことばかり書いてある
4	高齢者のインターネットの利用は限界
5	考えるほど分らない
6	理想と現実
7	進むべき方向
8	薬剤師の使命
9	考えるきっかけ、ありがとう
10	③P5、④P7のバックは薄茶で見えにくい
11	15ページの誤字 座薬→坐薬
12	P8の1ヶ月計188,600円であるが、個人負担は1割であり、高額医療の対象になるのかどうか、一般の人にはわかりにくいのでは？
13	AさんからBさんへ移るとき、混同してしまうように思う
14	家族が在宅ケア中、大変役に立った
15	⑧の聞く側にもマナーありますが、このようなことを書かれると、「いったいどの程度が特別に急ぎなのか？」とか、「結局は事務的に流されてしまうのだ」とか、ただでさえ家族がガンであったり、まして家に連れて変えてくれるのに不安をおおるだけだと思います。それにこんな状況だとマイナスにしか捉えることができないし、通常の思考回路ではないので、せつかく他のところの良いことが書かれていても、その部分だけ「やっぱりね」と思います。現在この状況で、まして医療に携わっている私がそう感じるのだから、一般の方はもっとそのように感じるのではと思います。失礼なことを書きましてもうしわけありません。
16	⑩～⑰は別の冊子として2部に分けたほうが良いと思う。今からがらんぼろうと思う冊子と、見送ったあととのケアとに分けたらいいかでしょうか。
17	自分たちの仕事で役立つことがあれば、少しでも地域の人のため役立ちたいと思っている。
18	それぞれの場面で人物の呼び方が変わり読みにくい。
19	P10の絵「あなた」を中心にしたほうがわかりやすい。けっして重要度の順序があるわけではない。みんながあなたに関わり、見守っていることが図にできたら良い。P18役に立つ道具をもっと多く掲載したら、見る人もヒントになる。介護ベッドや車椅子など。P27 この町並みの絵はすごく好き。ほっとする。
20	「薬についてどんだん薬剤師に聞いてください」という文章を入れて
21	薬剤師のことはP9にあるだけで、説明が少なすぎます。介護保険にも関係してきますし、もっと医療関係者として薬剤師も仲間に入れてください。Drは薬剤師は薬の配達人と思っっているかもしれないが、自宅で薬の整理や服薬しやすい方法など、患者とコミュニケーションをとりながら指導しています
22	本人向けと家族向けがほしい
23	Eさん、Fさんとあるが、状況の設定が決まりにくく、読み進まない点と性別も判明しない点が問題。できれば性別年齢を()内に付記すると分かりやすい。
24	③は分かりづらく、それぞれの市町村、県への問い合わせを入れたい(複数意見)
25	大前提に医療費を削減したいという発想があるわけで、この冊子をそのまま素直に読むことができないかった。また、冊子の内容は説得力があり、良いと思
26	表紙が宗教色あり、在宅医療といれたほうがいい(複数意見)
27	少し医療に近い視点のように感じたので、ヘルパーやケアマネのサポート例も盛り込んだらいい

28	介護計画のようにいろいろなモデルの家族のタイムスケジュールがあればいい。
29	⑩のそれぞれの場面では、患者本人がイニシヤルなのか、家族なのか、一部分かりにくかった。
30	ワンポイントアドバイスはとも分かりやすく良かった。
31	この冊子を読むまで最期を迎える場所を選択できるといことを考えたことがなかった。
32	在宅ホスピスの冊子であることが前面に出ていないと、他の病氣(認知症・精神疾患)で在宅を考えている人たちには違つた印象を与えてしまつたことと感 じた。
33	③④ももう少し詳しく説明を。
34	一人の患者を対象として、ストーリー性を持たせて説明を加えるほうが理解しやすいと思う。次のページになると、違つた患者の例になっていると、最期までの流れがつかみにくい。
35	義理の母が危篤で、P25のように落ち着いた状態と危険な状態を行き来している。入院で安心なので、これでもし自宅なら急な処置もできなかったかもと思つている。本人は話も食事もうできないが、「家に帰りたい」と言われても、つらい。家族の負担が大変ということもあり、冊子を読んでいて辛い気持ちになつてしまった。でも、受入を迷っている家族にはとても役立つ冊子だと思う。
36	「あなた」を主語にしているところが、場合によっては分かりにくい
37	③のサービスと探し方は、その地域別の施設などがあるので、空欄があると良い
38	①②はじめに、⑥⑦あなたへ、⑩～⑬これからはそれぞれ、一つにまとめてもいいのでは。
39	老老介護の問題、疲れた家族の問題も考慮ください
40	調剤薬局の立場として在宅訪問は経営的に割りにあわない。薬剤師会としても本音は業務に消極的、薬剤師だけ非協力的な態度はできないので、表向きは・・・ということだ。
41	相談窓口は薬局がないのは寂しい。かかりつけ薬局として地域に根ざしている人たちもあり、院外に薬を出されて、そこで自分のことは家族のことを案外話されるものです。
42	高齢者には字が小さく、文章が長い(多数)
43	相談に乗ってあげられる時間の余裕がない
44	押し付け、家族が世話をするのは「良いこと」、しないのは「悪いこと」のようなイメージが示されているように思える。施設のよさも紹介してもよいのでは。理想的過ぎて現実的でない
45	旅立ちも大事だが、もつと生きるための在宅ケアをアピールしてほしい
46	専門用語・漢字には振り仮名があるほうが良い
47	一人暮らし・共働き・老老介護・負担の重い家族への助言などのケースもほしい
48	モルヒネは痛みを忘れさせてくれる良い薬だともつと分かりやすく書いて
49	肉親に痴呆で要介護5がいるが、車椅子で家では面倒が見れず、施設にいる。余命少なくなつたとき、実家で最後を迎えさせてやりたい。反面、1対1で介護するのは、大変な者を、自宅で面倒見る自信がなく、どこまですれば、人としての尊厳を守ってやれるのか、家族全体で悩んでいる。
50	具体的な在宅に至るまでのフローチャートがあると分かりやすい
51	不安に思うのは、医療費削減ばかりが先行し、患者家族の気持ちが無視されるような気がする。在宅あり気ではなく、いろいろな選択があつてよいのではないか。
52	家で最後まで看取るといことが実際の経験から理解できたが、いよいよ最後の時がいつ来るかどうか？間に合わなかつたらどうしようという不安がまだある。心電図などのモニターが自宅でも設置できるのかどうか、外出先からそのときが近いことがすぐ分かるシステムがあるのか、すぐ家に帰るべき時がわかるのか、そのあたりが具体的に知りたい

53	介護保険の本質は家族の介護からの開放にあるもので、家族に介護を強要するものではない。
54	「よかった」という事例とともに「辛かった」も多かった。苦しさを分かってくれればとも思っていたか、どう思ったか、どう思ったか、ということも盛り込んだらどうだろうか？ その方が「こんなはずではなかった」ということが少なくなるかもしれない。それだけの覚悟も必要ではないか
55	胸がいつぱいになるお話がたくさんあり、在宅医療に携わりたいと思ってる私には、目が覚める内容で、心をもって仕事が出来たいと思った。ありがとう。
56	文章も多いため、太字にしたり、色を変えたりの工夫があると読みやすくなる
57	末期がんと痴呆症、状況によって違う
58	冊子を受け取ったのは、ちょうど母を家で看取った直だった。もう少し早く手にしていれば、また違った介護ができたのではと感じた。
59	ラックに入れると下半分は見えない。表題に「〇〇のために」といれ、目的をはっきりさせたほうがいい
60	自分の大切な人は家で看取りたい。でも自分は家族に迷惑をかけたくないかも。当事者にならないと分からない。でも、家に連れて帰りたいと思ったら、帰れるんだとわかり、少しほっとした
61	患者向けと家族向けがあっただけがいい。どちらに向けて伝えたいのかわかりにくい。
62	身寄りもお金もない老人が、最期を迎える具体的なマニュアルがほしい
63	認知症の在宅医療は？
64	地域の薬局でも「介護相談窓口」として、相談を受け、支援センターや訪看ステーションと連絡を取っているところも多いと思うので、最後の一行に薬局も追加していただきたい
65	在宅は理想と思うが、実際、仕事育児家事をするだけでも毎日ストレスとの戦い。がんの親族3名、認知症の母をみてきて、現実無理だと思う。自身が死にたいほど苦しかった。申し訳ないが、読んで感じたことは、病院施設に入れている、または送っていた家族は患者を厄介者としたような患者であり、家で看護すべきと言われている様で、大変辛かった。
66	長期を自宅と思つても、周囲への気遣いから無理な場が多かと思つていたか、冊子を読んで、冊子に協力を、お互いに協力すれば、可能かもしれないと思つたよつになつた
67	「入院から自宅へ」その具体的な行動手順が詳しくやさしく解説されていたらと思います。
68	地域の情報がほしい
69	個人的には、家族に迷惑をかけたくないので、自宅以外で最期を迎えたいと思つていましたが、これを読んで、家族が看取ってくれるなら、自宅で最期を迎えてもいいかもしれないと思つようになりました
70	ただ、在宅ホスピスの冊子であることが前面に出ていないと、他の病氣(認知症・精神疾患)で在宅を考えている人たちには違った印象を与えてしまいたいそうだと感じた。
71	この冊子を読むまで最期を迎える場所を選択できるということを考えたことがなかった。
72	この冊子を読むまで最期を迎える場所を選択できるということを考えたことがなかった。
74	在宅でのガン終末期医療に大変役にたつ。今後も活躍を祈念。父ががん治療を受けた時、石巻市立中央病院(現十和田市立中央病院)に在宅での見取りを目指した治療を行っていただき、家族も大変満足して父を送ることができた。当市にも在宅ホスピス連絡会があり、市民が在宅でのガン治療への支援を行っている。在宅医療推進か位置の事業の発展を祈念。石巻薬剤師会理事 丹野佳郎

【アンケート調査結果】

アンケート回収率は第1回目が59.9%(2395/4000)、第2回目が54.4%(1303/2395)であった。回答薬局の保険調剤依頼先は診療所84.3%、大学病院45.5%、200床未満の病院43.8%、200床から300床の病院31.7%、300床から500床の病院26.8%、500床以上の病院26.2%であった。これらの薬局のうち、実際に日常的に抗がん剤を調剤している薬局は42.7%と半数で、調剤の経験がある薬局が42.2%、調剤経験の無い薬局は15.0%と少なく、大多数ががん患者との接点を有する薬局であると予測される。また、医療用麻薬調剤については、日常的に調剤している薬局は23.4%、経験のある薬局は33.6%であり、残りの約半数(43.0%)の薬局は調剤の経験が無かった。したがって、回答のあった薬局の約半数は終末期がん患者との接点があるものと予測される。

訪問薬剤指導については、行っている薬局はまだ少なく、日常的に行っているのは11.8%、経験があるのは18.2%であった。

がん治療相談を時々持ちかけられる薬局は約半数57.4%で、在宅ケアの相談も約半数(42.5%)で時々持ちかけられると回答している。

回答者の年齢は20歳代6.3%、30歳代23.5%、40歳代26.4%、50歳代28.0%、60歳以上15.8%であり、性別では男性50.4%、女性49.6%であった。

回答者の看取り経験については、約半数53.7%がもっており、自宅での看取り経験は23.4%で、がん疾患に限定すると9.8%との回答であった。

第1回目のアンケートは小冊子「あなたの家にかえろう」を読む前の在宅医療に対する意識あるいは印象を調査する目的で行った。

終末期の療養場所についての質問では、がん以外の疾患で自宅と回答した人は、家族の場合では44.3%、自分の場合では40.5%と半数以下であったが、がん疾患においては自宅と回答した人は、家族の場合では63.7%、自分の場合では52.7%といずれも10%以上多い回答が得られた。

看取りについての質問では、最期まで自宅だと希望する人は12.5%で、療養は自宅がよいが自宅での看取りは希望しない人は35.4%であった。自宅での看取りを希望しない理由は、介護家族に負担がかかる63.2%、緊急時対応に不安39.7%、疼痛管理が心配37.8%、24時間体制が不十分34.0%、居住環境20.1%、訪問医師いない13.8%、経済的不安13.6%、介護家族がいない13.0%、その他4.7%であった。

第2回目のアンケートは小冊子「あなたの家にかえろう」を読んだあとの在宅医療に対する意識あるいは印象の変化について調査した。

在宅医療に対する意識が変わったとの回答は11.9%、少し変わったとの回答は67.3%、変わらないとの回答20.8%をはるかに上回っていた。看取りの不安に対しては、不安が解消されたとの回答は8.7%、少し解消されたとの回答は71.8%と、解消されないとの回答19.5%を同様に上回っていた。

終末期における療養場所は、がん以外の疾患で自宅と回答した人は、家族の場合では60.4%と1回目より20%増加、自分の場合では51.3%と10.8%と増加、がん疾患においては自宅と回答した人は、家族の場合では72.4%と8.7%増加、自分の場合では59.7%と7.0%と増加した。

看取りについての質問では、最期まで自宅だと希望する人は28.0%と15.5%増加、療養は自宅がよいが自宅での看取りは希望しない人は36.8%と1.4%増加し、その分、療養場所も看取りも自宅を希望しない人は29.8%から13.9%へと減少した。

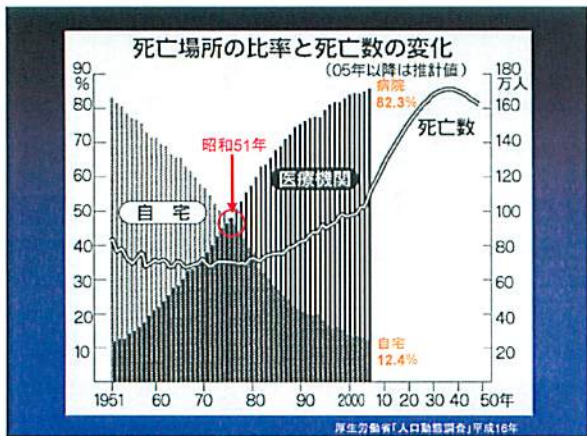
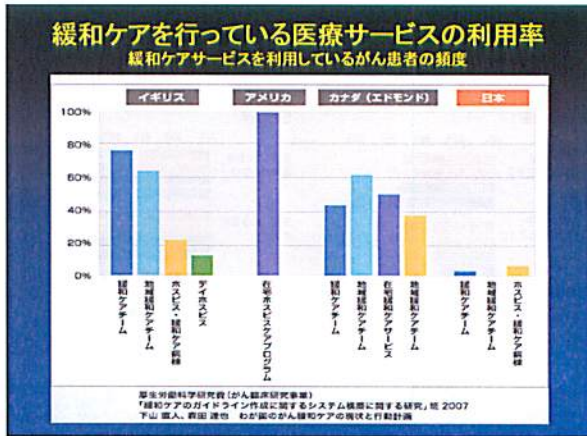
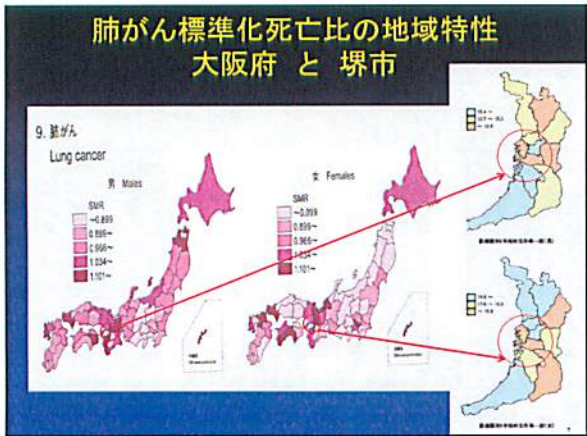
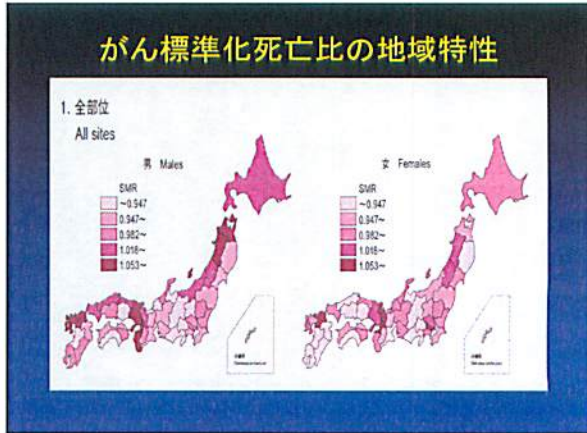
今回配布した小冊子の印象については、分かり易さについては、「かなりわかりやすい」「ややわかりやすい」が90.1%、「ややわかりにくい」「かなりわかりにくい」が9.9%、読み易さについては「かなり読み易い」「やや読み易い」が88.7%、「やや読みにくい」「かなり読みにくい」が11.3%であった。文字の大きさには丁度よいが24.9%、もっと大きいほうがよいが25.1%、もっと小さいほうがよいが0%、冊子の大きさは著度よいが87.6%、もっと大きく11.3%、もっと小さく1.1%との回答が得られた。

この小冊子の配布を希望する薬局は70.7%、希望しない薬局は29.3%であった。

在宅医療を推進するための会

平成20年9月19日
 (財)在宅医療助成勇美記念財団
 第三回研究会

近畿大学医学部堺病院
 がん化学療法科
 高田 實

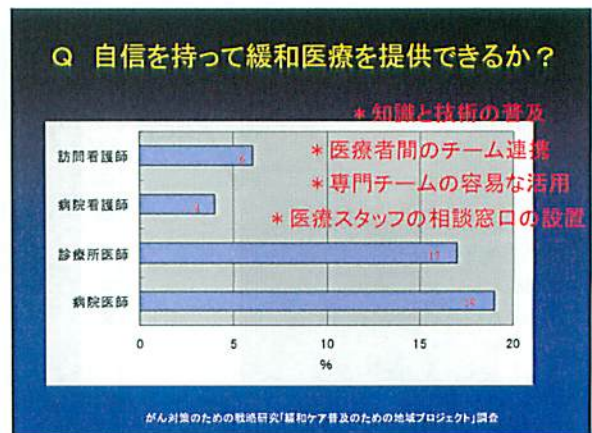
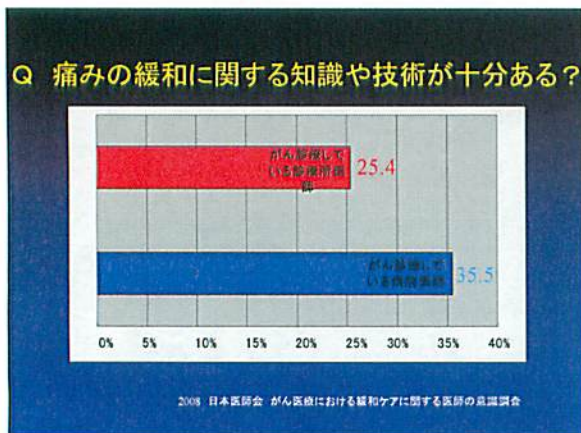
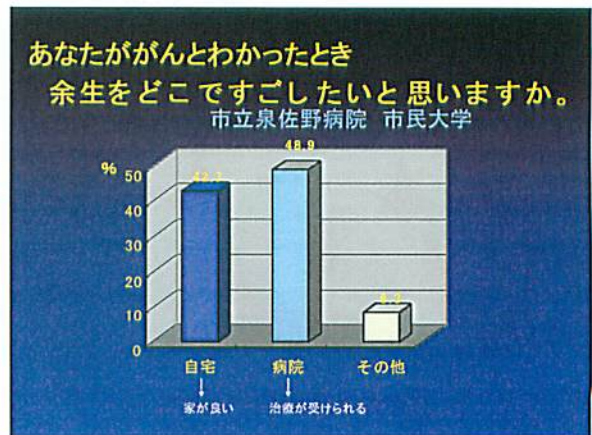
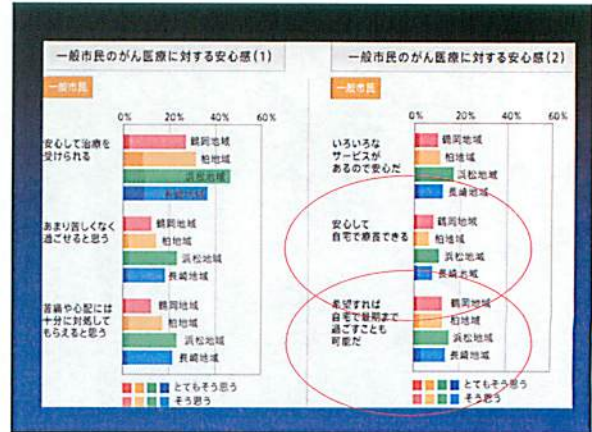


緩和ケア普及のための地域プロジェクト

- 4つの地域
 - 山形県鶴岡市・三川町、千葉県柏市・我孫子市・流山市、静岡県浜松市、長崎県長崎市
- 一般市民
 - 40歳～79歳の一般市民から
 - 層化二段階無作為抽出法
- 地域医療者
 - 病院、診療所、訪問看護ステーション、介護施設のうち、調査に協力が得られた施設の医師および看護師

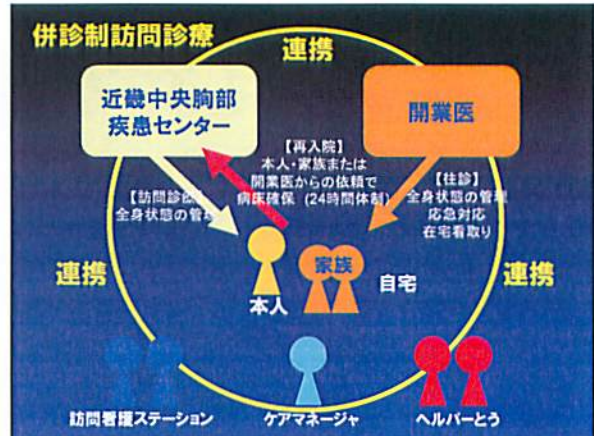
結果

- 一般市民
 - 配布7974人 回答3882人 (回収率50%)
- 地域医療者
 - 配布8184人 回答3022人 (回収率37%)



市立泉佐野病院と国立病院機構近畿中央胸部疾患センターでの取り組み

併診制訪問診療



多職種チームカンファレンス

NHO近畿中央胸部疾患センター

- 各病棟で定期開催
- 終末期に限らず治療を受けている全患者を対象
- 参加者: 主治医、病棟看護師、病棟医長、心療内科医師、薬剤師、栄養士、MSW、PTなど
- 患者にとって余人的なケア介入方法を見出していく

退院前調整カンファレンス

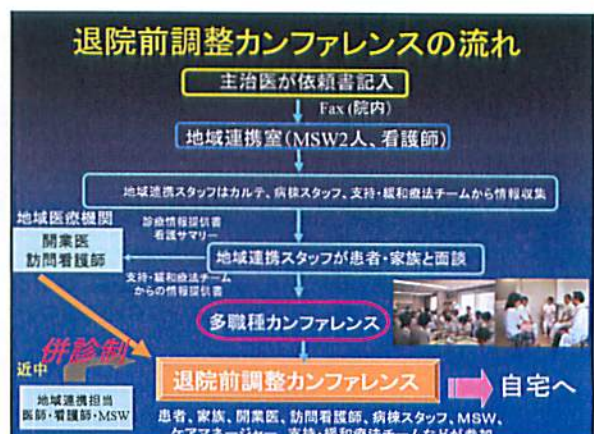
病院側(医師、看護師、薬剤師、PCT、MSWなど)

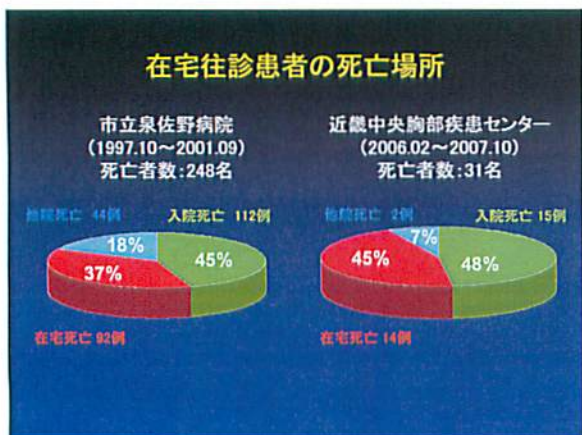
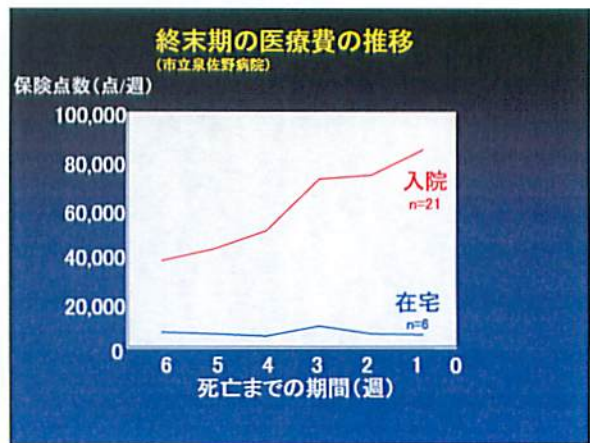
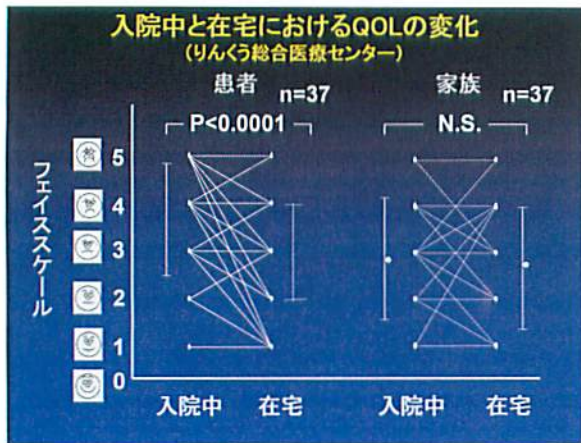
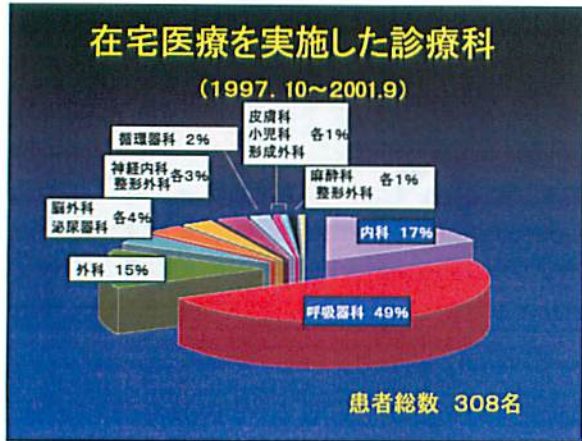
在宅側(医師、訪問看護など)患者、ご家族

在宅緩和ケア適応患者への対応の準備

チームカンファレンスの有用性

- 同時性:** 多職種からの報告がスタッフに伝わる
- 伝達性:** 治療方針などが同時に伝わるため一貫性が得られる
- 定期的性:** 早期発見、フォローに有益
- 脱階層性:** 各職種は心理社会的事柄には等距離にある





在宅往診患者の在宅死症例と病院死症例の比較

	在宅死症例	病院死症例
症例数	14例	15例
平均年齢	65.0歳	68.5歳
疾患内訳	肺がん14例	肺がん13例 間質性肺炎1例 COPD+間質性肺炎1例
連携医	あり14例	あり12例 なし3例
在宅開始から死亡までの期間	59日	111.4日

再入院の要因

・ 病院死した在宅住診患者15例のうち、カルテに再入院の理由の記載のあった13例の内訳
(複数理由含む)

- 呼吸困難	5
- 主介護者の疲労	4
- 現状評価目的	3
- 患者の再入院希望	2
- 倦怠感	2
- その他の症状	4
- 開業医からの勧め	1

再入院の要因

・ 再入院した9例の家族に面接調査
(複数回答)

- 本人の不安・再入院希望	1
- 親族(同居)の不安	8
- 親族(別居)の不安	5
- 主介護者の疲労による	5
- 開業医から入院依頼	2
- 訪問看護St.から入院依頼	2

がん治療と在宅緩和医療への移行

2006年 NHO 近畿中央施設病センター 肺癌病棟における調査

退院患者/入院患者	244/411
在宅移行患者/退院患者	39/244 (16%)

在宅緩和ケアの目標

- ・ 最期まで不安なく安楽に生活できる
- ・ 自宅(home, home-like setting)で看取ることができる

入院患者から在宅看取りまでの経過と問題点

家族、患者の不安へのサポート

在宅治療の情報提供 正確な病状説明 症状緩和	在宅環境整備 症状緩和 地域連携	介護疲労へのサポート 症状緩和 死の教育 地域連携 患者のQOL 医療者のコストベネフィット
------------------------------	------------------------	---

入院患者 → 在宅希望の患者 → 在宅患者 → 在宅看取り患者

第4回「平成20年度在宅医療推進のための会」

1. 日時 : 平成20年10月17日(金) 19:00~21:00
2. 場所 : 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F
東京ステーションコンファレンス6階602A会議室
3. 出席者 : 蘆野吉和、石垣泰則、猪口雄二、大島浩子、太田秀樹、大橋英司、
岡本浩二、黒岩卓夫、桑原直行、田城孝雄、田中滋、土橋正彦、
野田広、平原佐斗司、福井小紀子、山之内芳雄、和田忠志
4. 事務局 : 綾野哲文、中山純彦、磯崎慶
5. テーマ : 「在宅医教育」
6. 話題提供 : ・平原佐斗司「教育プレゼンテーション」
・黒岩卓夫 「医師はいかにして在宅医になるか」

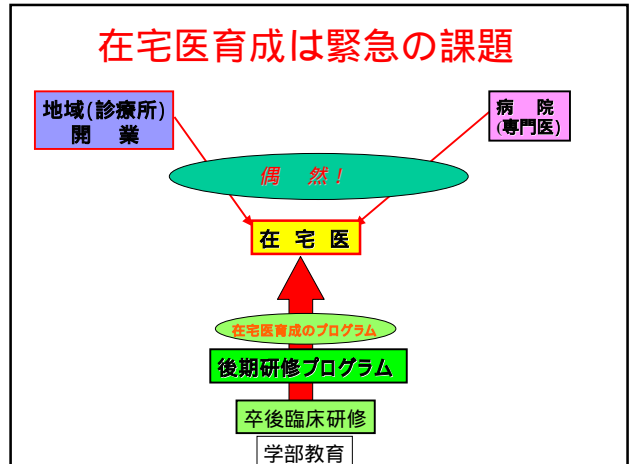
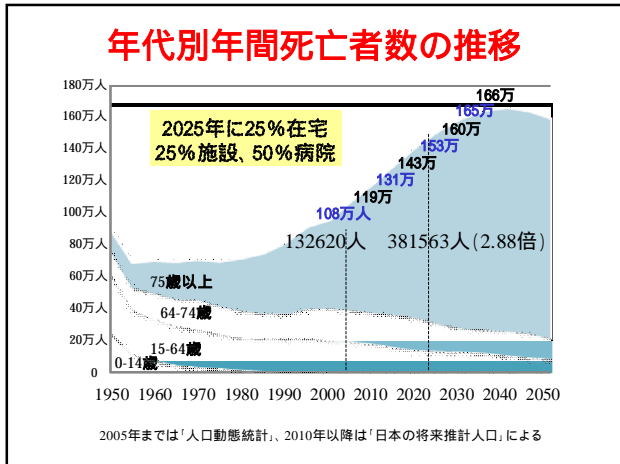
(順不同・敬称略)

在宅医療教育

1. 何故在宅の教育システムを作る必要があるのか？ (WHY)
2. 伝えるべき内容は？ (WHAT)
 - ◇ 在宅医療とは何か？
 - ◇ 在宅医に必要なコンピテンシーは何か？
3. 教育の対象は？ (WHOM)
 - ◇ 重層的在宅医療教育
4. 教育の方法は？ (HOW)
 - ◇ プログラムこそいのち！
 - ◇ 目標-方略-評価
 - ◇ 指導者-学習者-内容-環境
 - ◇ ポートフォリオ基盤型学習
5. 在宅医療フェローシップと専門医制度
 - ◇ 制度の整合性・・・フェローシップとしての制度設計
6. 在宅医の教育をだれが行うべきか？ (WHO)
 - ◇ 学会がやるのか？ 他の任意団体か？
 - ◇ 国が関与すべきことか？

何故在宅の教育システムを作る必要があるのか？

WHY



何故今在宅医の教育システムを作らなければならないか？

1. 要介護高齢者に対する総合的な医療や終末期を生きる患者と家族に対する適切な在宅緩和ケアなど質の高い在宅医療が日本のあらゆる地域で提供されることが我国の地域医療の最重要課題。
 今までのように偶然に依拠するのではなく、**質の高い在宅医をコンスタントに一定の量、育成するシステム(あるいは制度)が必要**である。
2. 今後在宅医療を目指す若い医師に在宅医になる道筋を示すことができる。

↓

国民が、日本のどの地域に住んでいても、**権利として、標準的な在宅医療を受けることができる**

伝えるべき内容

在宅医療とは何か？
在宅医に必要なコンピテンシーは何か？

WHAT

在宅医療の夜明け 学会・研究会の動き

- 平成元年(1989年) ゴールドプラン
- 平成3年(1991年) 訪問看護制度 (訪問看護ステーション)
- 平成4年(1992年) 医療法の改正 (在宅を医療の場として明記)
- 平成4年(1992年) がん治療研究会 (後に「在宅医療研究会 学会」)
- 平成6年(1994年) 在宅医療を推進する医師の会 (日本在宅医学会の前身)
- 平成7年(1995年) 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク発足
- 平成8年(1996年) 日本在宅ケア学会
- 平成11年(1999年) 日本在宅医学会
- 平成12年(2000年) 介護保険制度開始
- 平成17年(2005年) 第一回「在宅医療フォーラム」 (4団体共同声明) 在宅医学会、ネットワーク、PC学会、ホスピス在宅ケア研究会

「在宅医療推進する医師の会」設立当時



在宅医療の概念の変遷

医療政策的観点から

当初

在宅医療 = 非病院という意味
 昭和56年(1981年) 在宅自己注射指導管理料
 昭和59年(1984年) 在宅自己腫瘍灌流指導管理料
 昭和60年(1985年) 在宅酸素指導管理料
 在宅中心静脈栄養法指導管理料

そして

在宅医療 = 自宅での療養を支えるシステム
 昭和63年(1988年) 在宅訪問看護指導料 & 在宅患者訪問診療料
 平成元年(1989年) ゴールドプラン
 平成3年(1991年) 訪問看護制度 (訪問看護ステーション)
 平成4年(1992年) 医療法の改正 (在宅を医療の場として明記) 寝たきり老人総合診療科
 平成6年(1994年) 在宅末期医療総合診療科
 平成8年(1996年) 24時間連携加算
 平成12年(2000年) 介護保険制度

在宅医療の定義

	対象	疾患	診療形態	医療の主たる目的
居宅で行う医療行為(非病院)	CAPD、CPAP、在宅酸素療法、インスリン自己注射	各専門科別疾患(腎不全、OSAS、慢性呼吸不全、糖尿病等)	診療形態を問わない	個別疾患の管理
広義の在宅医療	通院可能な在宅対象者(要介護高齢者等)	3大老年病(脳血管障害、整形疾患、痴呆症)が7-8割を占める	外来診療	Spiritual well being, QOLの維持・向上 生活の継続 疾患の悪化予防
狭義の在宅医療	疾患によるADL障害が顕著で、通院困難な患者=あらゆる疾患のend of life stage.	3大老年病が5-6割、末期がん1-2割(新規患者の4割)、各専門科別疾患の終末期2割	訪問診療 (visiting service)	Spiritual well being, QOLの維持・向上、その人らしさ、自己決定、こころの満足と安らぎ、苦痛緩和、安らかな最期

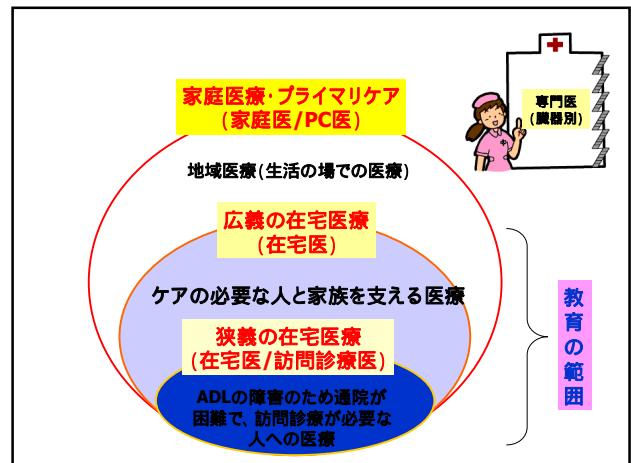
在宅医療とは何かの定義がない!

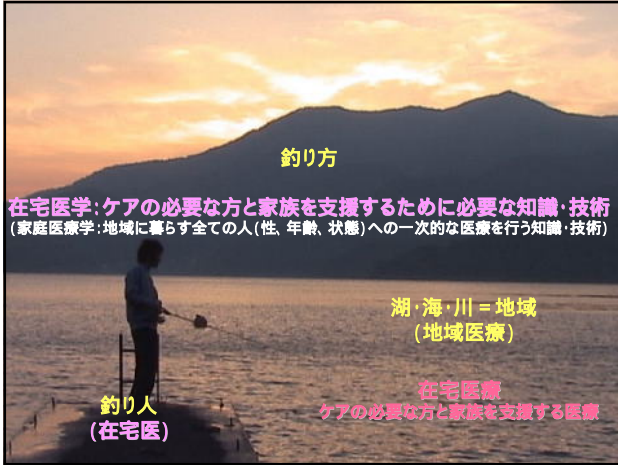
在宅医療推進のための会でのアンケート
 (2005年12月、在宅医13名、病院医3名)

- 在宅医療は高齢者中心の医療か?
- 全員反対。すべての年代を対象とすべき
- 看取りを意識することが必要か?
- ほとんど賛成
- 対象は通院困難な患者だけではない
- 賛成5、反対7
- 在宅医療は訪問サービスをさす
- 反対5、賛成3
- 在宅医療はプライマリケアの一分野である
- 賛成10、反対3、保留2
- 在宅医には特別なスキルがある
- 賛成9、反対5

在宅医療とは何か?

- 「様々な疾患や老化による心身の障害のために、通院が困難なほど高度なADL障害を来した患者やあらゆる疾患のend of life stageの患者に対して、医師が居宅に赴く(訪問診療を行う)ことによって提供される医療サービス(visiting service)」
- 在宅医療とは(障害や治療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。
在宅医療推進のための会実践編(2006年度)より
- 訪問診療や外来という診療形態にかかわらず、「地域においてケアの必要な方とご家族を地域で支援する医療活動」を広く在宅医療ととらえる。





在宅医療のコモンディジーズ

梶原診療所・訪問診療
対象者の基礎疾患
(梶原診療所 2006年)

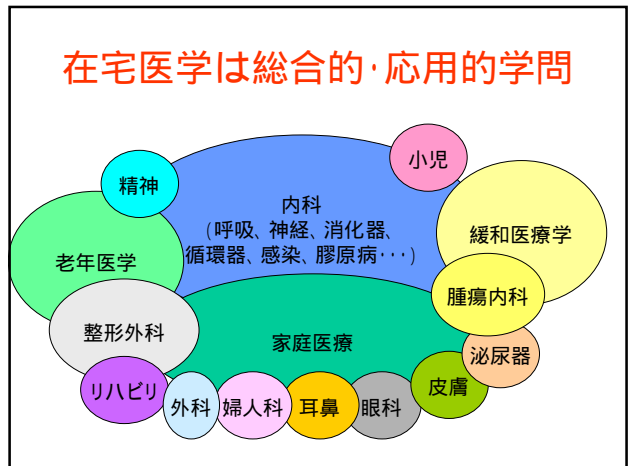
外来の要介護高齢者
(梶原診療所、H医師意見書作成)
(2000年～2001年)

<ul style="list-style-type: none"> ● 男性 - 末期がん 30.4% - 脳血管障害 26.6% - 呼吸器疾患 15.2% ● 女性 - 整形疾患 23.5% - 認知症 16.8% - 末期がん 14.6% - 脳血管障害 14.6% 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症 35.9% ● 脳血管障害 23.1% ● 整形疾患 21.8% ● 呼吸器疾患 6.4%
--	--

在宅医療の対象

在宅医療は高度の障害をもつ患者、あらゆる疾患の終末期の患者が対象
外来をベースにしたcommon diseaseとは違った疾患や臨床課題を取り扱う

- 1 老年医学** : 栄養障害、摂食、嚥下肺炎、排便障害、排尿障害、褥瘡、認知症、リハビリ、整形疾患、転倒・骨折、服用症候群、歯科、感染...
- 2 緩和医療: 末期がんの緩和ケア** (疼痛管理、呼吸困難、譫妄、セデーション、全身倦怠感、皮膚、イレウスや嘔気、消化器症状) spiritual care、グリーフケア、非がん疾患の緩和ケア
- 3 難病や各科専門医領域の疾患の終末期**
神経難病(人工呼吸器)、呼吸不全(在宅酸素療法)、ウチリ腫瘍病、肝不全、腎不全(腎保護療法、CAPD)、心不全
- 4 小児障害者や小児がん(5%)**
- 5 精神**



在宅医療に必要なコンピテンシー

環境: 家族の価値観, 生活: 家族の生活, 生: 関係性, 魂: 患者の価値観

- **導入期**
- 臨床課題(慢性期) 外来とは異なるアセスメント技法(医療面接...)
- **安定期**
- 臨床課題(急性期) 家族ケア, コミュニケーション
- **急性期**
臨床倫理意志決定 チームアプローチ
- **看取り**
地域づくり 在宅特有のアプローチ法(治療、リハビリ、ケア)
* スピリット、緩和ケア

制度・社会資源の理解

教育の対象は？

重層的在宅医療教育

WHOM

在宅医療普及のための教育

- 1 在宅医療の理解を広める教育
 - (1) 医学生の在宅医療研修
 - (2) 卒後臨床研修の地域医療研修
 - (3) 病院医師(各専門医)、管理者の教育・教宣
- 2 在宅医療を担う医師を育てる基礎教育
 - (1) 開業医のOJT
開業医へのアプローチ …… 在宅医療推進会議(和田先生)
開業前の集中研修
 - (2) 家庭医プライマリ・ケア研修の中での在宅医療研修
プライマリ・ケア教育連絡協議会在宅医療WG(平原)
- 3 在宅専門医の育成
在宅医療フェロシッププログラム(在宅医学会)

家庭医療学会後期研修プログラム

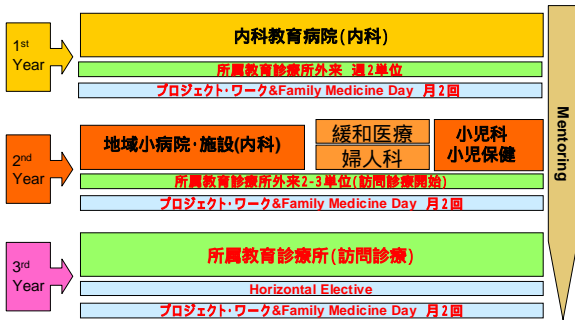
登録研修医数によるプログラムの数

研修医数	プログラム数
0名	39
1名	17
2名	5
3名	4
4名	3
5名～9名	3
10名以上	10
計	81

プログラムの骨子

6か月以上の内科(総合)研修
6か月以上の診療所研修
(小児外来ができる)
3か月の小児科研修

在宅医療を柱に据えた家庭医療プログラム 日生協家庭医療レジデンス東京



教育の方法

- ◇ プログラムこそいのち!
- ◇ 目標-方略-評価
- ◇ 指導者-学習者-内容-環境
- ◇ ポートフォリオ基盤型学習

HOW

教育の質はプログラムによって決まる

- 1 最終的な試験ですべてを評価することは困難であり、全国各地につくられた特徴あるプログラムの内容こそが在宅専門医育成の質、内容を保証するものである。
- 2 専門医試験は、研修者の基本的な知識や態度を確認し、研修の成果物がたしかに研修者のものかを確認するために実施。
- 3 在宅医療の教育にあたる在宅研修施設を全国に作っていくこと、指導医の育成に力を注ぐことが最も重要。

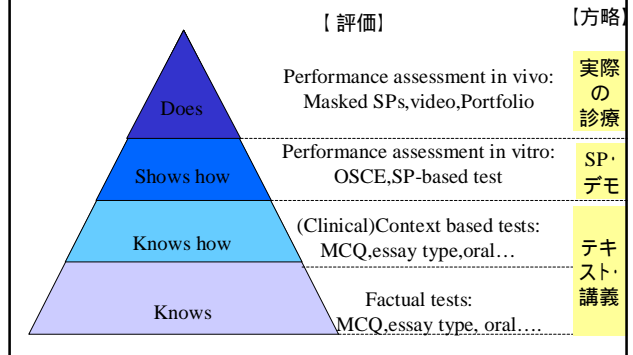
カリキュラムの要素

- 目標-方略(教え方)-評価
 - 目標…
 - 方略…成人学習理論、ポートフォリオ基盤型学習
 - 評価…ポートフォリオを利用
- 指導者-学習者-内容-環境
 - 指導者 (WHO)
 - 学習者 (WHOM)
 - 内容…ポートフォリオエントリー項目(WHAT)
 - 学習環境 Learning Climate

成人学習理論

1. Self directed: 自らの意思で
2. Draw on own experiences: 経験を利用
3. What learning to be relevant to their specific educational needs: 学習ニーズに合った学習
4. Want & need to use new information soon in order to enhance proficiency: 学んだ情報を即生かす
5. Need to be involved in planning: 計画から参加
6. Like problem solving: 問題解決を好む
7. Need and can use timely feedback: フィードバック利用
8. Have individual learning styles: 個々の学習スタイルで

評価の視点からみた医師の能力構造



ポートフォリオ基盤型学習について

- **ポートフォリオ基盤型学習**が在宅医療の断片的な経験を積み重ねていくという偶発的経験の蓄積に依拠するのではなく、**学習者が自らの意思に基づいて、研修すべき内容の全体(在宅医に必要なスキルとマインドなど)をおさえ、何のために何をやりとげたいか、「この研修でなにを獲得したいのか」という自らの目標を定め、自らの意思で前向き(prospective)に学ぶことを援助する学習方法である。**
- **研修期間の終了間際に振り返りながらエントリー項目をピックアップするという症例報告を書くのではなく、研修の初めから、目標(アウトカム)を設定し、エントリーできる内容を探しながら研修を行うもので、研修者は「今行っているこの経験が私が目標とする在宅医になるために必要なスキルのうちの、この領域・この部分を学んでいる」ということを常に意識して診療にあたる。**

研修プログラム ポートフォリオ領域 医学的領域

1	救急医学	A. 1-1	救急医療	認知症の行動心理特徴に対する適切なアプローチについての経験をもとめた在宅医療者すべてに基礎的認知症学習セッション(SGA)を行い、スクリーニングを行った
		A. 1-2	経路管理 呼吸器 口腔内の問題のアプローチ	経路管理例に対してチームで検討し、在宅での嚥下リハビリのマニュアルを作成した
		A. 1-3	経路管理 呼吸器	経路管理例に対してチームで検討し、経路管理のアセスメントを行った(例)
		A. 1-4	経路管理 呼吸器	標準化された在宅訪問看護(プレディア)を用いて教育を行った
2	緩和医療学	A. 2-1	リハビリテーション(転倒、骨折、服用症 転倒を含む)	転倒事例について、リスクファクターを分析して、チームで介入した
		A. 2-2	その他	
		A. 2-3	疼痛管理	疼痛度で疼痛コントロールを行った症例
		A. 2-4	他の症状管理(呼吸器、他覚性、急患不備、イレウス)	痛薬に対するフィードバックの提供、対応に苦慮した症例の他、一問など
3	内臓障害 小児・産科	A. 3-1	認知症 呼吸器	アブソルバへの服用の経験、COPD治療中に嚥下の経験など
		A. 3-2	認知症 呼吸器	嚥下困難のスクリーニングについて検討
		A. 3-3	グループワーク	症例1か月後に患者宅をおとせ、遠隔の思いを体験した
		A. 3-4	認知症の対応、嚥下リ	医師が嚥下の48時間に行ってきたことについての検討
4	在宅医療 評価・個人・社会性 観・嚥下(など)	A. 4-1	急性期のアセスメント	在宅患者の急性期の診断について
		A. 4-2	急性期の在宅での治療	急性期在宅医療(1例の一斉患者ロウ)
		A. 4-3	入院施設について	入院施設について
		A. 4-4	在宅医療の導入	在宅医療の導入と情報の収集方法についての検討
5	生物・心理・社会モデル	A. 5-1	認知症の対応、嚥下リ	医師が嚥下の48時間に行ってきたことについての検討(A2、と整理)
		A. 5-2	その他	
		A. 5-3	複雑な事例(高齢者例)への対応	ともに認知症を患った高齢夫婦への在宅ケア、高齢者虐待例へのアプローチ
		A. 5-4	その他	

研修プログラム ポートフォリオ領域 社会的領域

1	社会保険制度の理解	B. 1-1	医療保険制度	在宅医療の医療保険のシステムについてのレクチャーを受けた
		B. 1-2	介護保険制度	介護保険制度を理解するため、ケアマネジャーの試験を受けた
		B. 1-3	支援費 補助制度	若年障害者の支援費制度について、ケアマネ、保健師などともに調整をおこなった
		B. 1-4	その他	
2	患者中心の医療/ケア	B. 2-1	コミュニケーション技法	初回患者との経験から、初回面接のときのコミュニケーションのあり方を検討した
		B. 2-2	Bad News telling	bad news tellingを在宅という場でSPARC(あるいはSPARC)に基づき実践した経験を報告する
		B. 2-3	ケアアセスメント/メタディン	認知症の方の介護度や歩行支援など、人生を継続し、希望行動の達成を助ける
		B. 2-4	家族ケア	家族の思いを聞いて、アセスメントする工夫を行い、チームで検討した
3	チームアプローチ	B. 3-1	サービス担当者会議などへの出席	サービス担当者会議での医師としての役割を考へて、実践した
		B. 3-2	多職種協働の実践(訪問看護、ケアマネ、歯科医師、薬剤師、公認心理士など)	初回訪問で歯科の問題をアセスメントし、歯科診療と連携した
		B. 3-3	多職種とのチーム作りの工夫(勉強会参加など)	訪問看護ステーションと連携の困難についての勉強会を開催して、円滑にチームケアができるよう
		B. 3-4	多職種間の連携/異職種間連携	訪問看護に一日同行して、業務の連携を深めた
4	臨床倫理/意思決定の支援	B. 4-1	困難ケース(チーム作りの上で問題がある場合)	困難ケース(チーム作りの上で問題がある場合) 困難ケース(チーム作りの上で問題がある場合) 困難ケース(チーム作りの上で問題がある場合)
		B. 4-2	延命治療の選択	医療を選択するかどうか、治療を導入するかどうかなど延命治療についての選択を支援した
		B. 4-3	終末期の意思決定の支援	療養の場を決められない末期がんの方とご家族に対して、意思決定を支援したプロセス
		B. 4-4	その他	
5	在宅医療の場づくり	B. 5-1	地域づくり	1のちの授業のとりか、認知症の地域の講演会
		B. 5-2	在宅医療質改善プロジェクト	認知症の在宅医療の質を改善する取り組みを行い、全体でとりか、一定の成果を得たこと
		B. 5-3	地域連携 遠隔診療へのアプローチ	遠隔診療のための質を向上させること
		B. 5-4	地域連携 遠隔診療へのアプローチ	遠隔への遠隔訪問診療の取り組みのまとめ

在宅医療フェロウシップと専門医制度

制度設計の前提

- 伝えるべき内容(在宅医学)の整理
 - テキストなど(在宅医療テキスト、在宅医学、明日の在宅医療など)
 - 医学的側面・・・**応用的学問**
 - ・ 総合医・・・内科(老年医学)、緩和医療、家庭医療は基礎
 - 医学的側面以外・・・緩和、家庭医療の接点
- 会員調査
 - 6割内科、2割外科・・・専門医からの転身が多い現状
- 教育機能
 - 20人/年看取り(200診療所)・・・**教育機能**を持つ
- 既存の後期研修(特に家庭医療)との整合性
 - **フェローシップ**としての制度設計
- 方向性として
 - 今後の専門医教育の方向・・・日本専門医機構や医学会の動向
 - **学会主導** より**公共性の高いもの**に

専門医制度の目指すべき方向性

- 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
- 学会のメリットを優先した私的色彩が強いという批判 「**学会の制度**」ではなく、「**日本の科の専門医制度を学会が担当 諸団体との共同**」
- 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、初期臨床研修の期間を研修期間にいれてもよい、
- **会員年数は受験条件とすべきではない**という方向性
- 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**、
- 研修の実効に関わりのない事項での**研修者への負担を軽減**すること、
- 質の保証のための、**更新制度と生涯教育体制の充実**、
- **社会的評価に耐えうる制度**、

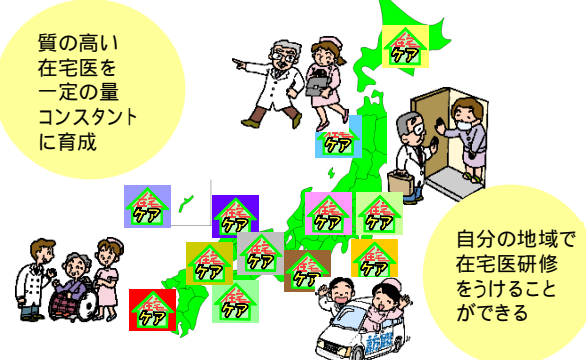
日本専門医機構

在宅医療フェローシップ

	専門医試験		
1年	在宅医療フェローシップ(在宅研修施設)		
3~4年	家庭医療後期研修	内科後期研修(内科専門医)	他
2年	卒後臨床研修		

- フェローシップ制度と位置付けることで
- 1 他の制度の整合性
 - 2 学問領域として妥当性
 - 3 質の高い在宅医療教育が可能

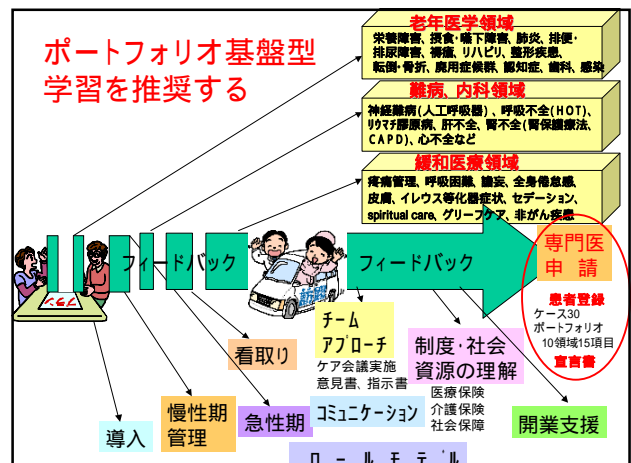
地域ごとに特徴ある研修プログラムをつくる



研修プログラムと専門医制度の概要



ポートフォリオ基盤型学習を推奨する



在宅医療研修制度スケジュール

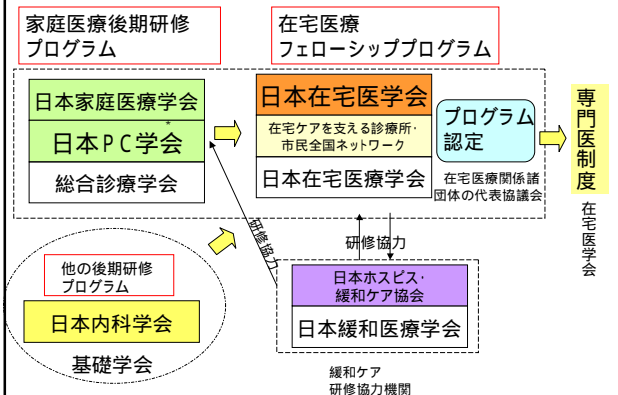
年	2008年				2009年				2010年						
	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
研修施設・研修プログラム募集(期)	○				○				○						
施設認定・プログラム認定(審査は毎月実施)	○				○				○						
研修施設募集(2010年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2011年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2012年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2013年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2014年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2015年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2016年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2017年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2018年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2019年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2020年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2021年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2022年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2023年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2024年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2025年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2026年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2027年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2028年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2029年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2030年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2031年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2032年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2033年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2034年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2035年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2036年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2037年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2038年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2039年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2040年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2041年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2042年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2043年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2044年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2045年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2046年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2047年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2048年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2049年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2050年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2051年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2052年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2053年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2054年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2055年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2056年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2057年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2058年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2059年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2060年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2061年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2062年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2063年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2064年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2065年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2066年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2067年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2068年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2069年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2070年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2071年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2072年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2073年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2074年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2075年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2076年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2077年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2078年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2079年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2080年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2081年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2082年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2083年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2084年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2085年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2086年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2087年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2088年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2089年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2090年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2091年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2092年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2093年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2094年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2095年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2096年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2097年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2098年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2099年度以降)	○				○				○						
研修施設募集(2100年度以降)	○				○				○						

在宅医の教育をだれが行うべきか？

- 学会がやるのか？ 他の任意団体か？
- 国が関与すべきことか？



在宅専門医研修の将来像



教育的連携の推進

1 緩和ケアとの教育的連携

- * 「がん対策基本法」…PEACE (医師に対する緩和ケア教育プログラム)
- * 緩和ケア病棟の要件…地域の緩和ケア教育を行っていること
- * 緩和医療学会「専門医制度」の発足…がんのみを想定

在宅医学会とホスピス緩和ケア協会との教育的連携

在宅・緩和教育連絡会…日本在宅医学会と日本ホスピス緩和ケア協会の各々の教育部門の代表が集まり教育的連携について議論する場。

2 老年医学との教育的連携

老年医学の後期研修の場として在宅を利用する
将来、老年医学の臨床、研究の発展につながる

Retooling For An Aging America Building the Health Care Workforce

[背景]

米国65歳以上3700万人(2005年) 2030年7000万人(20%) 一方、米国の老年科の従事者(医師) (老年科のフェロシップの対象となる)内科とFPの専門医資格認知数 1996年から急減

[ヘルスケアの将来委員会 高齢者への医療従事者に関する報告書]

「高齢者の医療ケア提供方法を根本的に変える必要がある」と呼びかけており、米国の新たな高齢世代のニーズに対応するために、十分な医療従事者の質と量を確保するための計画を打ち出している」

- 教育…老年医学に対する能力を高める
 - レジデントの研修内容
 - 免許と認定医の授与には、高齢者のケアの能力の証明を必要とする
 - ケアを提供する医療従事者の能力を政府がモニターする
- 公的資金…教育への援助、老年科医やケアへの報酬引き上げ
- 医療従事者の増加…高齢者ケアにかかわるあらゆる専門職の増加
- ケアモデルの改革

IOM(Institute of medicine) of the national Academies

どのくらいの在宅医が必要か？

* 在宅死亡率25%(2025年)達成のためには？

2005年:年間132620人/年の在宅死 2025年:381563人/年(248943人増)

在宅医一人70名、家庭医30名の在宅患者を常時、受け持ち、在宅医20名/年、家庭医5名/年の看取りを行う(在宅医が2/3)と仮定して

在宅医が退職しないことを前提にしても、2025年までに8298人の在宅医、16596人の家庭医(半数を開業医の在宅参加、半数を家庭医の育成)が必要 2025年までの17年間毎年、在宅医488名、家庭医976名確保

* 医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医(医師後期臨床研修制度)の在り方に関する研究

日本専門医制評価・認定機構…専門医の適正数をあり方を検討する必要

- * 「家庭医の養成について言えば、家庭医療先進国の例から考えて、必要な家庭医数は全医師の半数くらいなので、それを満足させるためには国家規模の予算が必要である」(葛西龍樹氏)

医師はいかにして在宅医になるか

1、はじめに

私が毎週職員に発信している「理事長 FAX 通信 89 号」（平成 20 年 10 月 1 日）に次のようなメモを書いた。このメモは去る 9 月 23 日に開かれた「全国在宅医療支援診療所連絡会」第 1 回世話人会の開会の挨拶での発言の要旨をまとめたものである。

ちなみに私の法人は 15 の事業所が散在するので、私とのコミュニケーションをとる一手段としてこの FAX 通信を発信している。発言の要旨は在宅医の姿を念頭に、そのありようをイメージしたものである。

- 1)、在宅をやる医師とやらない医師と分けない。
- 2)、医師は自分のライフサイクルの中で、どこかのステージで在宅にかかわってほしい。
- 3)、具体的に在宅医にならなくても、たとえば臨床研修での生々しい体験が 1 医師の記憶に刻印されるだけでも意味があると考えた方がよい。
- 4)、在宅医の地域での連携は、横の連携だけでなく、年齢差による縦の連携の意味を認識し、活用することが大切ではないか。
- 5)、縦の連携とは先輩・後輩、親・子などがあるが、医療への技能、人生経験、人柄の違いなどが患者との関係への幅や深みをつくることことができる。

また勤務体制の柔軟性、昼間、夜間、休日などの役割分担、病状や緊急性への適切な対応などを可能とするものである。

- 6)、在宅医への認知や参加は、医師 1 人 1 人のライフサイクルのなかで選択肢となることを期待すべきである。

2、縦の連携への気付き

在宅医のライフステージ論を考えてさせてくれたエピソードやモチベーションを提示したい。

- 1)、まず自分が今元気ではあっても 71 才になり、後継者へのバトンタッチが急がれ、それを繋ぐある過程を考えている。
- 2)、同じ市内に父・子である医師 2 人が在宅（もちろん外来も）で良好なカップルになっている姿。老先生は昼間や休日など、若手は昼間以外に夜間など厳しい時間帯を担っている。在宅療養支援診療所の届出はしていないが、在宅看取りは年間 20 件を越す。
- 3)、去る 7 月 13 日の長岡市にて行なわれた「在宅ケアを考えるシンポジウム」の反省会で若い医師が、自分たちは夜間を受けてもいいから、年輩の医師にも在宅を担ってほしいと提言してくれた。
- 4)、去る 9 月 20 日 NHK 総合 TV で“村へ来たれ！医学生よ。医師の苦悶”を見て感じたこと。これには色平哲郎、長純一両医師が出演している。

このなかで“村へ来たれ”に応えられず、都市の大病院を選択した 1 医学生の苦悶も語られているが、私は進路の選択よりもこうした体験こそが必要だと思った。農村の老人の姿や一人暮らしの老人を訪問するといった場面（もちろんバックに佐久病院があるのだが）だけでは 1 医師の将来を決める迫力には不十分だと私自身は納得することができた。

- 5)、萌気園診療所 15 年間に出入りした医師たちを評価して。その数は多くないが 30 才前後から 50 代に及ぶ医師たちである。
- ①、萌気に来てから在宅ケアにかかわり、そのまま勤めている医師。常勤 3、パート 2
 - ②、萌気に在宅医療の研修を求めてやって来て 2 年間勤務の後、他所で在宅をやっている医師 4 人
 - ③、在宅医には無理ということでやめてもらったり、やめた医師 2 人
なお萌気は積極的に研修を受容れていないし、臨床研修医も来ていない。

3、 ライフサイクルのなかでの在宅医療への出会い

1)、 記憶としての在宅医療

医学生時代の学校外での体験は何事も重要である。農村やへき地、都市でも陽の当たらない場所、生活に困窮している海外など、医師をめざす自分を眺めることができる。

佐久病院関連の診療所で働く医師と学生との交流、農村での老人たちとの交流もそれが学生の生涯を動かす力はなくても、記憶としての在宅医療として十分意味がある。

私も学生時代サークル活動として佐久病院にやってきた。まだ戦後の貧しさと希望の交錯する時期、信州の農村医療と働き盛りの若月先生の印象は、それから 12 年後越後の雪深い土地での地域医療の芽の種になったと思う。

2)、 体験としての在宅医療

公的な研修である卒後臨床研修も大切である。しかし病院外の地域医療研修は期間・内容とも充実しているとはいえない。とりわけ在宅医療に関しては、在宅医療に日夜苦闘している側からみると内容（プログラム）のバラツキが大きすぎ、指定病院の院長や指導医自身が在宅医療に無経験・無知・無関心の場合も少なからず存在する。

原理的にも近未来的にも、在宅医療は病院医療の対極にあって不可欠の医療であり、さらに生活に寄添った医療である以上、研修プログラムのなかでの研修内容の改善が不可欠と思われる。

3)、 仕事としての在宅医療

診療所からの在宅医療を考えれば、在宅への医師の意識の変化は、外来中心の仕事であっても老人が増えてくる環境の中で、老人の通院が困難となれば、入院の場合は別として、医師が患者の住む所へ出掛けて行くというのも自然な流れである。

在宅医療は外来医療の延長と考えるのが理想的にも納得できるのではないだろうか。この基本を確認した上で、現在の制度的な多様な在宅ケアが存在し、さらに医師の使命を制度で保証するために、24 時間対応の“在宅療養支援診療所”の制度もできたと思う。

また中小病院からの在宅医療も展開されている。ただ病院を基点としているため、急変したり看取りとなると入院でといった対応が一般的である。とりわけ医師不足から夜間など入院患者を診るだけで精いっぱいであれば、夜間往診する医師を確保するのは困難との事情もあり、患者や家族の希望

する在宅療養や看取りは困難になる。

これら在宅医療へのかかわりはいまだ発展途上といった段階であるが、いずれにせよ仕事としての在宅医療が実践的に問われている。

4)、理念もしくは心情としての在宅医療

本論Ⅱの1)で「記憶としての在宅医療」を論じた。ここでは学生の見学体験を例に挙げれば、学生にとっては見学体験の記憶だけが全てではない。

当然書物からの情報やTVの映像などからも十分思索の対象になるはず。体験より理論や心情からシンパシイをいただくこともある。

医師になって早くから在宅医療をめざして研修や勤務をはげみ、若い年齢で在宅医療にとびこみ立派な仕事を斬新な発想で展開している若い医師たちも珍しくはない。体験からというよりも理念的確信派とみてもよい。

私の経験からすれば、まだ戦後的な社会情勢のなかで、大学に社会医学系のサークルも幾つかあった。たとえば社会医学研究会、セツルメント、ソビエト医学研究会、キリスト医学連盟などがそうである。

私が佐久病院に見学に行ったのも、ソ医研での農村医療、へき地医療、医療制度の勉強などが先行的刺戟を与えてくれた。したがって結構理屈っぽかったのだ。しかしこれも若い頃の広義の体験であり記憶としての在宅医療とみることもできる。

5)、希望としての在宅医療

在宅医療は地域社会の崩壊、家族の変遷、生活感の迷走の交錯のなかで、高齢者や障がい者などの生活の場、そして看取りの場を訪れ、あるいはその場をつくりながら歩きまわっている。

家族が介護者であることをねがい、家族が無理であれば家族に代るものを求め、そのひとの安心や尊厳を守るために微力を尽し、自宅、グループホーム、小規模拠点、ケア付老人ホームやケアハウスに出入りする。そんな毎日を、そして24時間対応をめざして仕事をするのは、地域に新しいコミュニティを創る営みにもなっている。なぜなら人は人との繋がりを常に求めている以上、崩壊すればそれに代る新たなものをつくる力をもっているし、そうする以外生きることができないからだ。

私たちの「NPO 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク」は、その目標として“安心して子育てができ 老いても障がいがあっても自分らしく暮らすことができる コミュニティの創造”としている。そこに在宅医療の喜びと苦しみ、そして希望がある。

4、私としての在宅医療

私の在宅医療を特別扱いして紹介してみたい。ある医師が私を在宅医療第1世代の仲間に入れてくれた。そうかなとも思うが、かつての「地域医療研究会・蓼科大会（諏訪中央病院主幹）で、地域医療の神様銘打って若月俊一、早川一光、増田進3氏を招いて鼎談が行なわれた。当時、在宅医療は地域医療の一部として考えられていた。

第1か第1.5かわからないが小学校2年で敗戦しているから要するに戦後子である。自分のことは“戦中子ども派”と言っているのだが、青春には60年安保闘争で思う存分やったし、戦後の象徴でもあるnew leftでもあ

ったので、感覚的にみるとまさに戦後第 1 世代ではないかと思う。その辺の感性がまだ第 2、第 3 世代と共存できる由縁というところであろう。

さて、在宅医療に話を戻そう。私にとって往診は出て行くこと、患者の家に行ってみることであり、自分で行って見てみたいという欲求でもあった。いわばこの物好きさが大切だと思う。

村のどの辺に、どんな家に誰と住んでいるのか。家族はどんなのか、嫁とは仲がいいのかなど好奇心をゆさぶるものはたくさんある。

“赤ひげ”の頃は、下町で長屋に住んでいて、そのまわりに腹を空かした小さな子どもたちがうろうろしているのを見ただけで、寝ている母親の病状がわかってしまうといった類いである。

私がこの越後にやってきた頃は雪はたっぷり降った。小 1 時間車で、標をはいて 1 時間半山の村へたどりつき、暗くなるまで出張診療をこなし、さらに 2.3 軒往診をして、やっと区長さんの家で夕食をごちそうになる。

若造の医者をつかまえて村中が喜んでくれ、往診宅では心から感謝される。実はこの体験が私に医師を選んでよかったという気持ちと、ここに止まって医者をやろうという決心をつけさせてくれたものであった。

村へのお出張診療、そして往診がまさに在宅医療を含んだ地域医療であった。ついで毎日の外来に押しかける患者、呼んでくれる患者で、いくら若さがあっても身体がもたないし、はたしてこの地域の健康を守れるかと考えたとき、暗然たるものに気付いた。個別の美談めいた医療の積み上げだけでは対応できないことを実感するのに、そう時間を要しなかった。

ここで若月先生の佐久病院や、増田先生の沢内村（岩手県）を思い出し、“予防”活動を加味すれば、少しでも病人をなくし、重症化も防ぐことができるのではと思いつくようになった。こうして医師 1 人でもできることから予防活動へ向けて、同志を募って旧大和町の地域医療がつくられることになった。

私が東京から勝手に越後の雪国にやってきて、地域医療や在宅医療にかかわる方向へ進んだのは 3 つの条件が重なりあった結果だったと思う。

その 1 つは、学生時代にサークルで、農村医療や医療制度の勉強をしたこと。その 2 つは佐久病院への見学。その 3 つは、たまたまやってきた土地が豪雪農村地帯だったということである。さらに付け加えれば、学生運動などをめぐって社会に関心をもち、物事への視野の拡大と使命感のようなものを植えつけてくれたことである。

こういった経緯は、私にとっては、前節で述べた、記憶としての在宅医療、理念としての在宅医療、そして希望としての在宅医療でもあった。

歴史は一回転したのであろうか。地域医療から在宅医療への歩みであったものか、現在は在宅医療の創造から新たなコミュニティづくりをめざして、新たな地域医療をめざしている。

崩壊しつつある地域、大きく変貌する家族のなかで“在宅医療”の役割は大きい。

5、研修プログラムのあり方

与えられた義務としての研修は、知識や技術を学びとることができるが、

その役割はその人の底上げをすることができることである。

一方自分が求める研修であれば、底上げだけではなく、その人に希望と勇気を与えてくれるはずである。

1 医師が、その生涯のライフスタイルのなかで、在宅医療に出会うことができるのであれば、求める研修でなければならないし、またそれに応えられるものを提供しなければならない。

6、在宅療養支援診療所の役割

平成 18 年 4 月から制度化された在宅療養支援診療所（以下在支診）は、在宅療養推進への厚生労働省が打ち建てたシンボルタワーである。シンボルになるには、その実績がつくられ、広く国民から知られるものでなければならない。

しかしまだその端緒についたばかりである。しかしその全国的な「連絡会」が結成され、若い医師のバイタリティあふれたものになりつつある。

若い医師たちは在宅医療推進の牽引車であり、一人一人がパイオニアでもある。これを包むように医師としての先輩や年輩者が在宅医として身を置き、ケアする医師の厚みを、二重三重に形成することが必要だ。これは本稿 1、2 で論じた通りである。

このことは、1 人の医師がその生涯で、どこかで在宅医療に出会えることを保証する社会システムにもなり得るということであり、こうした構造が在宅医療推進をバックアップするものだと思う。

医療における science と art の相乗効果に期待し、高齢者をケアする関係では、より安心できる関係をつくることができる。

在支診のメンバーはそれぞれの地域と縦横の関係の要として、また推進役であることを期待したい。

7、おわりに

この論稿のタイトルを「医師はいかにして在宅医になるか」としたが、むしろ「医師はいかにして在宅医療に出会えるか」とした方がわかりやすいかもしれない。

在宅ケアで医療の横の連携すらまだまだという現状であるが、この横の連携に縦の連携を加えることによって、織物ではないが、しっかりした面の連携が形成されるのではないか。

また横の連携の意味と縦の連携の意味は異なったものであり、縦の連携は医師の生涯のどのステージでも関わることと、世代の積み重ねをプラスに吸収することが可能である。ここに 1 人の医師の歩みのなかで、どこかで、いつでも在宅医療に出会え、また参加できる柔軟性のある社会構造をつくるのが大切ではないだろうか。

平成 20 年 10 月 17 日
黒岩 卓夫

第5回「平成20年度在宅医療推進のための会」

1. 日時 : 平成20年12月19日(金) 19:00~21:00
2. 場所 : 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F
東京ステーションコンファレンス6階605A会議室
3. 出席者 : 猪口 雄二、大島 伸一、大島 浩子、太田 秀樹、大橋 英司、
岡本 浩二、角田 直枝、鈴木 央、高田 實、武田 俊彦、田中 滋、
樽舘 民恵、土橋 正彦、野田 広、福井 小紀子、和田 忠志
4. 事務局 : 綾野 哲文、中山 純彦、磯崎 慶
5. テーマ : 「在宅医療と訪問看護」
6. 話題提供 : ・角田 直枝 「在宅医療と訪問看護」
・福井 小紀子「海外の在宅看護事情」

(順不同・敬称略)

2008.12. 19
在宅医療の推進を考える会

在宅医療と訪問看護

日本訪問看護振興財団
角田直枝
がん看護専門看護師

本日のポイント

- 訪問看護制度の流れ
- 訪問看護師育成の歴史
- あらためて訪問看護とは
- 在宅医療における訪問看護の役割
- 訪問看護の現状
- 訪問看護を取り巻く新しい動き
- 訪問看護の発展に必要なもの
- 今後の課題

訪問看護制度の流れ

慢性期高齢者の療養上の世話からスタート

- 1992年 老人訪問看護ステーションの設置
在宅療養をする高齢者への訪問看護
- 1994年 訪問看護ステーションの設置
年齢・疾患に限らない訪問看護に拡大
- 2000年 介護保険法の施行
介護保険サービスとしての訪問看護

その後も、在宅医療に関する医療保険報酬改訂、介護保険制度改正等で、在宅療養を支援する動きが続く。

訪問看護師育成の歴史

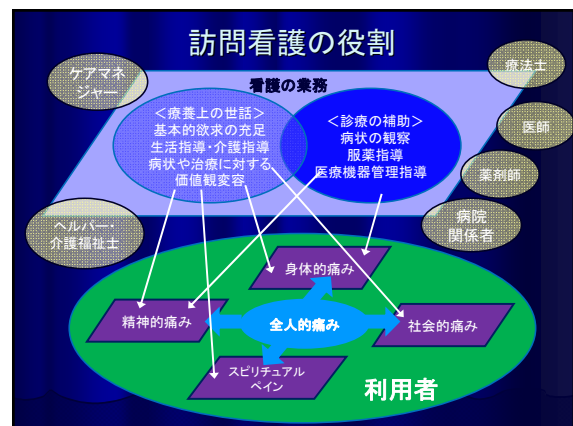
- 1992年 訪問看護師養成講習会開始
看護師等の人材確保法により、都道府県看護協会に設置されたナースセンターで教育を実施(180時間) 離職・リタイアから確保
- 2004年 最新訪問看護研修カリキュラム作成
日本看護協会が2つのステップからなる教育カリキュラムを作成(165~240時間)
- 2005年 訪問看護認定看護師教育の開始
- 2008年 訪問看護eラーニング開始

訪問看護とは

- 訪問看護制度において、看護師等を療養者の居宅に訪問させて看護サービスを提供するもの。

看護とは、保助看法によると「診療の補助」と「療養上の世話」

- 実施機関は、病院・診療所、または訪問看護ステーション。
- 訪問看護ステーションには、看護師や療法士等が所属して、療養者の居宅を訪問する。
- 現在、訪問看護ステーションは、約5700箇所が活動している。



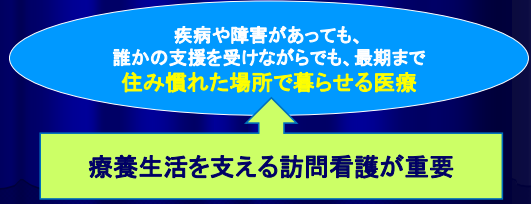
訪問看護ステーションの特徴

- 主治医が訪問看護を必要と認めれば、利用できる。(ケアマネジャーにも主治医から提案する)
- 年齢や疾患、かかりつけの医療機関等に限らず利用できるため、利用者とそれを取り巻く多様な人々と関わる。
- その結果、**地域**の療養者や、療養生活を支えるシステムなどについての情報が集まる。

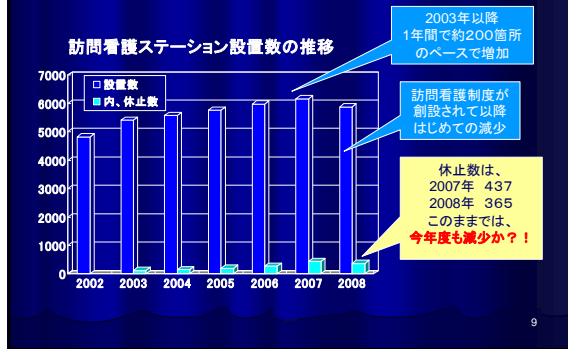


在宅医療における訪問看護の役割

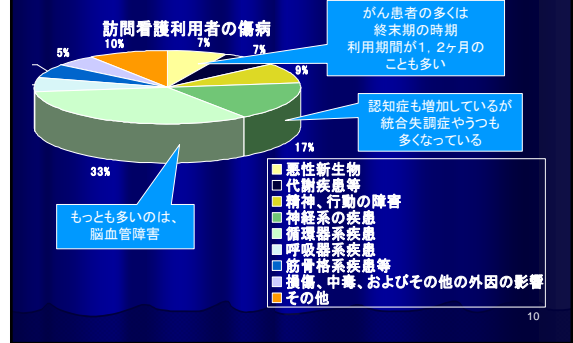
- 疾病構造の変化
- 少子高齢化
- 家族形態の変化 その他・・・



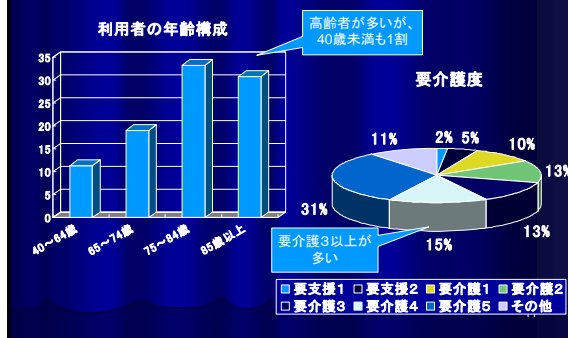
訪問看護ステーションの現状 (1)



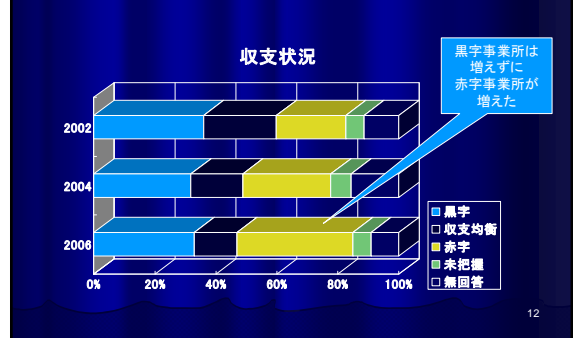
訪問看護ステーションの現状 (2)



訪問看護ステーションの現状 (3)



訪問看護ステーションの現状 (4)



在宅で看取りの多いステーション

2007年在宅医療推進会議での調査

- 2007年8～9月調査 対象は428事業所
- 回収数117(24.3%)
- 在宅看取り数では、
5人以下/年が51.3%、11人以上/年18.8%
- 教育体制は、
訪問看護師養成講習会修了3人以上30.8%
OJTのための同行訪問ありは32.5%
- このうち看取り11人以上/年で無回答なしの12事業所を詳しく分析

在宅で看取りの多いステーション

2007年在宅医療推進会議での調査

在宅看取り:平均18.6人(11～47人)
在宅看取り率:8/12事業所が50%以上
収支:10/12事業所が黒字
教育体制:
6/12事業所が訪問看護師養成講習会修了3人以上
9/12事業所がOJT同行訪問を実施

つまり、看取りが多いステーションは、
計画的に教育を行っており、収支は黒字
なぜこのようなステーションになるのか?

訪問看護における新しい動き(1)

★訪問看護認定看護師の誕生

認定看護師は、特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践ができ、看護現場における看護ケアの広がりや質の向上をはかる。
現在17分野4458名が誕生。

訪問看護認定看護師は、2005年から教育が始まり、現在65名が、27都道府県で活躍している。

<活動例>

- ・訪問看護ステーション所長就任後、利用者が2年で3倍に。
- ・困難事例(小児・精神等)を受け持ち、他のモデルに。
- ・統括所長として、管理者の相談・助言者に。

訪問看護における新しい動き(2)

★療養通所介護の制度化

療養通所介護は、医療と介護のニーズを併せ持つ中重度の療養者が通所できる介護保険サービス。
2006(平成18)年度介護報酬改定で創設。
現在全国に約60箇所が開設されている。

<療養通所介護の特徴>

- ・訪問看護ステーション併設が多く、いつもの看護師が通所でも継続的にケアを提供。
- ・定員5人の少人数なので、落ち着いた環境。
- ・定期的利用以外に、臨時の利用が可能なおともある。

看護職には教育の場として、住民には療養の情報発信源に

訪問看護における新しい動き(3)

★訪問看護ステーションの大規模化

これまでの平均規模は、職員5～6名、利用者50～60名
これでは、十分な教育や一定の休暇も整備できない。
結果的に、選ばれない職場になる。

これからは、合併・統合により、各事業所の規模を拡大。
それにより、働きやすい職場になると共に、スケールメリットにより、収益性の向上を図る。
遠隔地域には、サテライト事業所を設置すればカバーできる。
※今年度、厚労省からモデル事業を実施

訪問看護の発展に必要なもの

- 訪問看護管理者育成のシステムは未整備
- 管理者に自らなろうとした人はほとんどいない。
- 2004年日本看護協会作成のカリキュラムで、経営管理60時間が設定されている。
- 病院看護管理者のカリキュラムは、3ステップ(合計510時間)と比較し、あまりに少ない
- 実際の教育もこれまで5コース程度のみ開催

管理者の育成の見直しが必要

訪問看護ステーションの抱える課題

- **訪問看護師不足**
就業看護師120万人のうち、訪問看護師は3万人で、そのうち半数以上は非常勤雇用。
- **事業規模の不安定さ**
常勤換算の就業者は平均5-6人の看護職という規模が平均的で、10人以上規模は1割未満。
- **医師、介護職等関連職種の不足**
医師、PT・OT・ST、介護職などの関連職種の種類も人数も病院に比べて少ない。
- **関係者間の連携不足**
利用者・関係者間に物理的な距離が存在し、それを補う連携システムが整備されていない。

課題の解決に向けて

- **管理者の育成**
管理者の困難さに適応した育成プログラム
経営・調整能力の向上の教育
(認定看護師の管理者、統括所長など)
- **病院と協働した訪問看護師育成**
新卒も含めた訪問看護師の確保
病院、教育機関と連携した育成
- **訪問看護師定着のための環境整備**
病院と比較してもよい報酬や就労環境の整備

海外の在宅看護事情

— 今後の訪問看護の拡大につながる提案 —

厚生労働省医政局看護課 在宅看護専門官
福井小紀子

1 19

諸外国の在宅における看取りのデータ

	スウェーデン	オランダ	フランス	日本
① 面積	449,964 km ²	41,865 km ²	547,030 km ²	378,835 km ²
② 総人口	903万人 (2005)	1,632万人 (2005)	6,087万人 (2005)	12,776万人 (2005)
③ 高齢化率	17.3% (2005)	13.8 (2003)	16.4% (2005)	20.0% (2005)
④ 80歳以上人口の割合	5.3% (2004)	3.4% (2003)	4.4% (2004)	4.4% (2003)
⑤ 平均寿命	男性 78.4歳 (2005) 女性 82.8歳 (2005)	男性 77.2歳 (2005) 女性 81.6歳 (2005)	男性 76.7歳 (2005) 女性 83.8歳 (2005)	男性 78.6歳 (2005) 女性 85.5歳 (2005)
⑥ 子との同居率	5%	8%	17%	50%
⑦ 高齢者単独世帯率	41%	32.5%	32%	15%
⑧ 人口千対就業看護師数	10.6人 ('04)	14.2人 ('05)	7.7人 ('05)	9.0人 ('04)
⑨ 訪問看護師、地域看護師	(4.2人)	(2.7人)	(1.2人)	(0.4人)
⑩ 在宅死亡率	51.0%	31.0%	24.2%	13.4%
⑪ 在宅での医療、看護、介護サービス	地域看護師に簡単な医療と治療を行う権限を与え、地区内での簡単な治療を提供。	一般医の往診、高度な技術をもつ地域看護師が在宅医の下で在宅患者の点滴などの管理を行うことができるチームを設けている地域もあるが、サービス量は全体的に不足しがち。	開業看護師は医師の処方箋の下で在宅患者の点滴などの管理を行うことができる。介護・家事援助も並行して行われる。	介護保険、医療保険サービスが利用可能。看護サービスは診療の補助として行われる。
⑫ 死亡前に自宅で受けられるケア	特別住宅と同様に死亡直前のケアが受けられる。	一般医や地域看護師による医療・看護サービス、死亡直前の緊急性の高い短期間に限り、夜間・看護師が泊まり込むサービスもある。	死亡前に特別授けず必要なケアを提供する。ただし1日の時間以上の継続的なケアが必要な段階になると在宅ケアは困難。	主治医の往診や看護師による在宅医療・看護サービスにより対応。

出典：①World fact book 2006、②～⑤OECD Health Data 2007、⑥⑦⑧～⑩医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告」（2002）を参考に厚生労働省にて作成。

諸外国の緩和ケア利用状況

- 米国** がん患者の2人に1人、全疾患患者の5人に1人が利用
在宅ホスピス3000ヶ所、施設ホスピス100ヶ所
(ホスピスといえば在宅で受けるもの…)
- 英国** がん患者の3人に2人が利用
在宅ホスピス400ヶ所、施設ホスピス370ヶ所
(基本は自宅、自宅と施設を行ったり来たりが可能な体制)
- 日本** 1割以下のがん患者が 施設ホスピス(緩和ケア病棟)または在宅ケア利用
(基本は病院の一般病棟、在宅緩和ケアは十分でない)

仏国の在宅医療・訪問看護へのインセンティブ

- ・利用者負担は、病院3割、在宅1割
- ・訪問看護師は公務員で雇用、病院と給与や処遇が同じ
- ・さらなる人員の必要時には契約した開業看護師に応援依頼

3

米国で在宅ホスピスケアが普及した理由

- 1. 国民の高いニーズ**
10人に9人の健康成人が在宅ホスピスケア希望
(多くの選択肢から選びたいという特徴・文化)
- 2. 医療保障制度の充実**
医療費抑制を目的とした政府による在宅ホスピスケアの奨励、医療保障制度の充実 (基本は私的保険)
- 3. ケアの質の確保**
多職種によるチームケアの実現、
ナースがチーム内の主導的役割を担っている

(福井、訪問看護と介護、2003)

ホスピスケア適用基準

- 予後6ヶ月以内の医師による診断
- 患者および家族による積極的治療未施行の同意
- 65歳以上(メディケア)、それ以外は寄付金使用可
- すべての疾患が対象

※日本： がん患者とAIDS患者に限定
寄付金という社会的文化がない
病院を中心に緩和ケアが発展

5

米国における保障されたケア内容

- 内科医、看護職、ヘルパー、MSW、チャプレン、PT、OT、ET、栄養士、ボランティアによるサービス
- 薬、医療機器、レスパイトケアを含む短期入院、遺族へのグリーフケア

償還(Reimbursement)の方法

- 定額制(患者1人につき1日単位)
- 毎日支払い(期間単位毎に)
- Home Care Agency (訪問看護)へ支払い

※日本： ケア基準なく、一律の診療報酬がついている
チームメンバーが少ない(特に医療保険)
グリーフケアに対する報酬がない
医師への包括報酬

6

米国ミズーリ州セントルイス市 BJCホスピスの状況

人口：250万人（全米で中規模の都市）
西海岸と東海岸をつなぐ中継都市
ミシシッピ川を通して船での流通により開けた都市
訪問看護事業所は市内に16ヶ所（いずれも大規模）



視察したBJCホスピスにおける 対象患者

- 運営状況
在宅ケア部門と在宅ホスピスケア部門は独立運営
(専門性を高く保ち、細分化を好む/目指す文化)
- 患者数（すべて終末期患者）
年間約1000名、常時80名、1日1-3名が死亡
- 平均ケア日数
38.5日（全米：平均50.1日）
- 対象疾患
悪性腫瘍7割、その他様々
(全米：悪性腫瘍7割、循環器系1割、その他様々)
※日本：在宅ケア部門と在宅緩和ケア部門は分かれていない
訪問看護ステーションが小規模（平均4.2人）
かつ1ステーション当たり終末期患者の利用数は一桁台

ケア提供チーム

- 内科医(非常勤) 1名
- 看護職(常勤) 13名(うち管理職6名)
(非常勤) 5名
- ソーシャルワーカー 7名
- チャプレン 2名
- ヘルパー 7名
- ボランティア 80名
- PT、OT、ET、栄養士 各1名
(各専門職がうまく役割分担できる体制が整備)

※日本：看護師は訪問看護ステーション、医師は別機関(診療所または病院)、ソーシャルワーカー・チャプレン・ボランティアはほとんどいない

チームの連携

- 職種間の連絡
事務所に待機しているスーパーバイザー(看護職)を介して即座に対応
- 24時間体制
オンコールナース
- 死亡時の対応
担当ナースもしくはオンコールナースが訪問、
医師は後日死亡診断書への署名のみ行う

(アメリカの医師は治療中心、治らない患者はケア中心なので
看護師に権限をバトンタッチ、合理的な文化、専門性の細分化)

※日本：日本の訪問看護は小規模なのでスーパーバイザーがおける人的ゆとりがない
法律上、死亡診断は医師が直接行わなければならない

現場でのRNの役割

- Hospice Manager(所長):
対外活動(薬局との話し合い、他施設との関わりなど)、すべてのチームのまとめ役、人事相談など、患者ケアにはほとんど関わらず、運営、マネージメントの役割が大きい
- Patient Care Manager(主任クラス、スーパーバイザー):
患者が紹介されたら、地域別に配置し、適切な資料とコンサルティングを担当RNとMSWIに提供する。
事務所に常において、担当RNのケアにおける相談係の役割が大きい
- Case Manager(担当RN):
患者ケアプラン・訪問スケジュールなどをチームメンバーに管理・指導する。実際のケアを提供する。

薬の注文に関して

1. 患者訪問(1回目)
2. Medical Listを今の患者の状態と希望にあわせて調整
3. 疼痛管理以外の処方薬(鉄分、カルシウムなど)をキャンセル/変更(看護師の判断で決定OK)
4. Opioid関係は基本的にMorphineとLorazepamを常備薬として注文(Hospiceが契約している薬局に電話注文)
5. 基本的な痛み止め(上記のOpioid)以外を使用する際、患者の症状に変更がある場合はそのレポートとともにMD、及びオフィスマネージャー(RN)とコンサルティング
6. 会議の決定後RNが「薬変更」用紙に記入し、その場でMDがサイン。注文はRNがする

患者のケアプラン作成までの過程における 医師とRNのかかわり

1. かかりつけ医（*他）から患者が在宅ホスピス（訪問看護）に紹介される
2. 患者の情報（Medical History, Insurance, Living Willなど）がかかりつけ病院から訪問看護へ送られる
3. Patient Care Manager（主任RN）が情報を確認
4. 担当RNに情報が渡され、患者を訪問（MSWと）
5. 第一回訪問時のアセスメントに基づいて、担当RNがケアプランを作成
（がん末期におけるケアマネの役割は在宅ホスピスナースが担う）
主なアセスメント内容
 1. 総合的な身体的ケア（病気の進行状況など）
 2. 緩和・疼痛管理（どのように、どの程度痛み管理をしたいかなど）
 3. 霊的・精神的・心理的サポートの必要性
 4. 家族内の問題の有無・サポートの必要性
 5. 喪失に伴う心のケアの必要性
6. ケアプラン作成後、Medical director（ホスピス専門医）とミーティングを持ち確定する
7. 作成されたケアプランを患者のかかりつけ医に報告・コンサルティング
8. 決定後はRNが監督、変更などはRNの権限により可能（*MDへ報告要）³

在宅緩和ケアに関して日本の目指すべき方向

- ① 地域における緩和ケア専門チームの養成・配置
（オーストラリア式）
- ② 訪問看護師（ホスピスRN）の緩和ケア技術向上
+ ST内のホスピス専門医（非常勤）からの助言体制
（アメリカ式）
- ③ 訪問看護師（ホスピスRN）の緩和ケア技術向上
+ 包括指示の普及
+ 在宅医療へのインセンティブ（家族の介護負担や生活費を加味した医療費（利用者負担）の検討が必要）
（日本式？）
→ 医師中心モデル？
→ 看護師中心モデル？
→ 疾患別モデル？
（がん末期は医師中心、高齢者ターミナルは看護師中心など ¹⁴

（参考） 各職種の役割

15 1.9

I. 看護職の役割

- 訪問内容
1日4-6件、1件当たり週3回が基本、
訪問時間30分-2時間、8-10名を担当
- 役割
ケースマネジメント（コーディネーター）、
身体アセスメント、症状コントロール、医療処置、
身辺ケア、心理的ケア、患者教育、家族教育

※日本：日本では慢性的な患者と終末期患者を混在して受け持つ ¹⁶



看護職によるケースマネジメント

17



看護職による身体アセスメント

18

II. 医師の役割

- 担当医師
家庭医(GP)とホスピス専門医
- 家庭医の診察
通院による、予後6ヶ月の診断時、予後3ヶ月以降は1ヶ月ごと
- 家庭医の役割
診断、治療(ナースとの電話連絡が主)、薬の処方(幅のあるオーダー、実際の管理はナース)
- ホスピス専門医の役割
主として症状コントロール、週に1-2件のみの訪問

※日本: アメリカでは医師は基本的に往診しない
日本には専門医が在宅にはほとんどいない
日本では最低週1回の往診が制度上必要

19

III. ソーシャルワーカーの役割

- 訪問内容
1日3件、週1-2回、滞在時間平均1-2時間
15人程度を担当
- 役割
患者・家族へのカウンセリング、
社会資源の紹介、家族へのブリーフメントケア、
葬儀アレンジメント

※日本: 日本にはソーシャルワーカーがいないため、看護師が
主にこの役割も行う(臨床心理士などが入ることもあるが稀)
ソーシャルワーカーは大学院の修士卒

20



ソーシャルワーカーによる患者へのカウンセリング

21

IV. チャプレンの役割

- 訪問内容
1日平均3件、担当患者数は15人前後、
1-2週に1回の訪問が基本
- 役割
スピリチュアルな痛みへのカウンセリング、死に関する
問題を扱うこと、祈り、葬儀

※日本: 文化的な相違、スピリチュアルな痛みへの対応も訪問看護師以外に
行う職種がない
(日本の病院なら臨床心理士やソーシャルワーカーが対応する)、
チャプレンも大学院の修士卒

22



チャプレンによる祈り

23

V. ヘルパーの役割

- 訪問内容
1日4-5件、1件当たり週2回が基本、
最大週3日まで
- 役割
入浴助、清拭などの身辺ケア、
マッサージ、移乗の介助

※日本: 介護保険制度が近年使えるようになってから、唯一、
日本の方がより充実したサービスを受けられるといえる

24



ヘルパーによる身辺ケア(髭剃り)

25

VI. ボランティアの役割

●役割

80名のトレーニングを受けたボランティアが、掃除、食事などの日常生活の介助から、音楽演奏などのリクリエーション活動にいたるまで多岐にわたるサービスを提供

※日本：ボランティアはあまり浸透・機能していない。今後の課題。

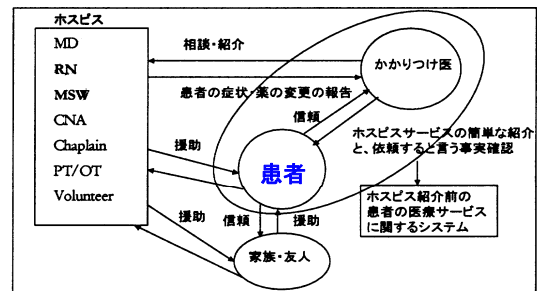
26



ボランティアによる音楽演奏

27

チーム連携(全体像)



ホスピス紹介後はかかりつけ医(または施設医)とも継続的にコミュニケーション。患者の紹介はかかりつけ医が緩和医療専門ではないときに、コンサルテーション(相談)をかねたものが多い。そのためホスピスとのかかわりはかかりつけ医や患者・家族にもホスピスがサポートシステムとしての機能を果たすことができる

Professional Boundary の確立

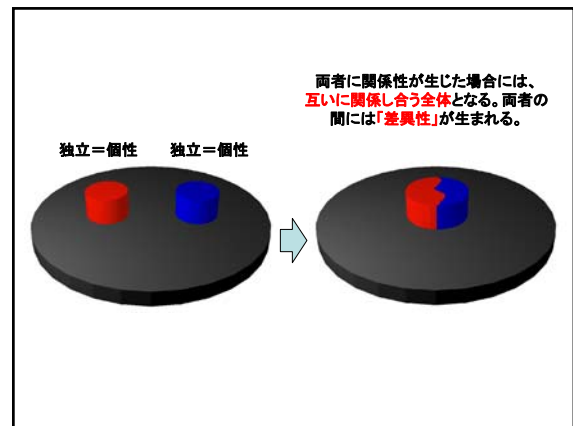
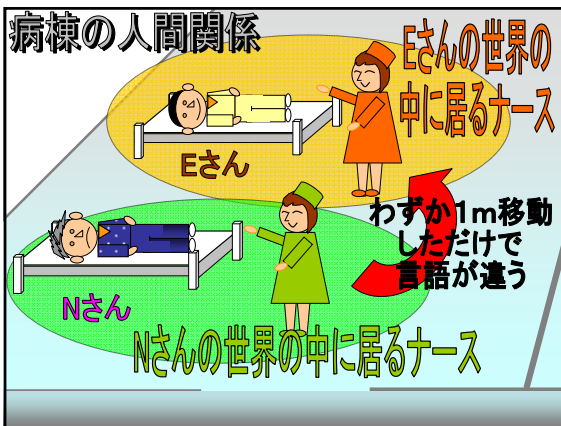
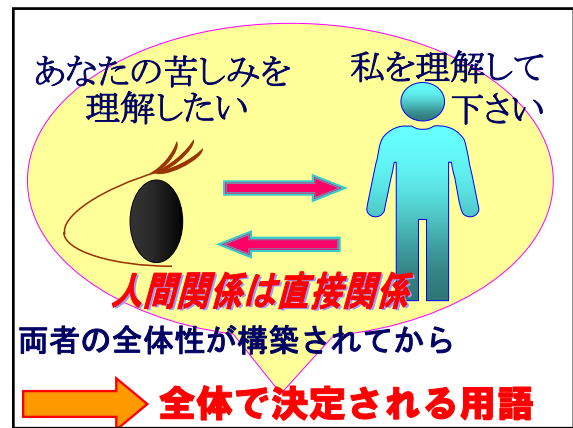
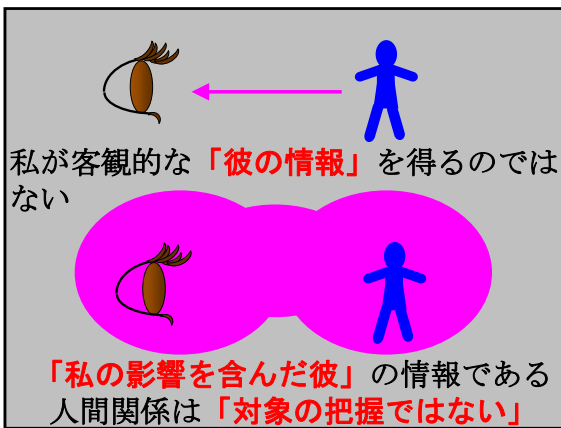
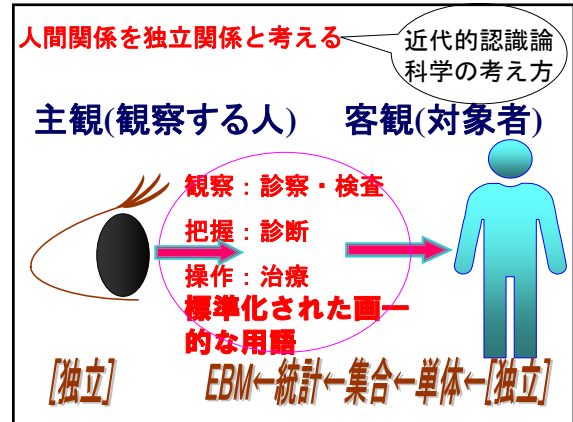
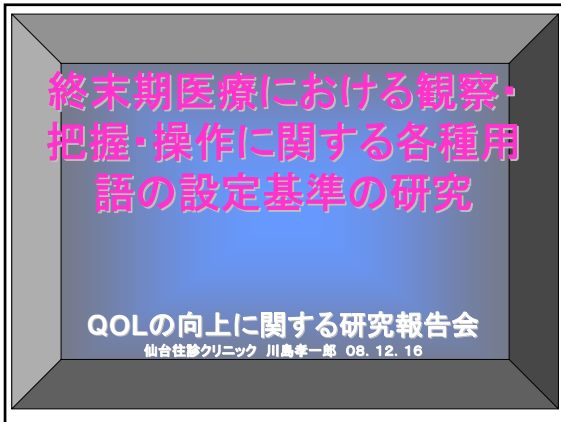
- Professional Boundary (専門性の境界・役割分担)が各専門職において厳しく教育されている
→Nsのやるべきこと(診療の補助行為と療養上の世話の監督)が明確になっている
- カウンセリングや家族の問題などについて、看護師はソーシャルワーカーやチャプレンにすぐ回し、よりよい疼痛管理のために時間を割く。
- 清潔ケアも専門性をもつヘルパーが責任を持って行う。(必要時Nsが指導)
- メディケアの規定:ホスピスナースの担当末期患者数は最大15人まで、ソーシャルワーカーは最大30人まで。それ以上は違反でマネージャーの責任となる

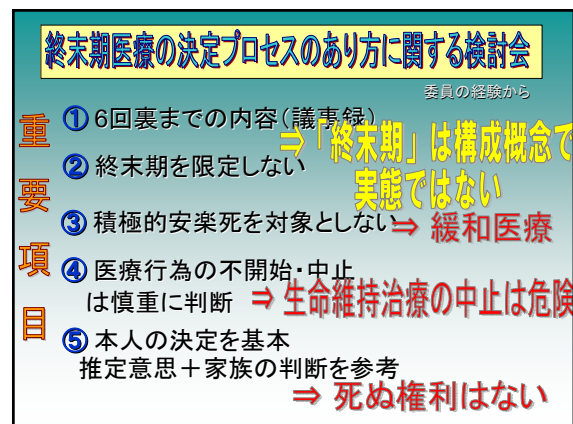
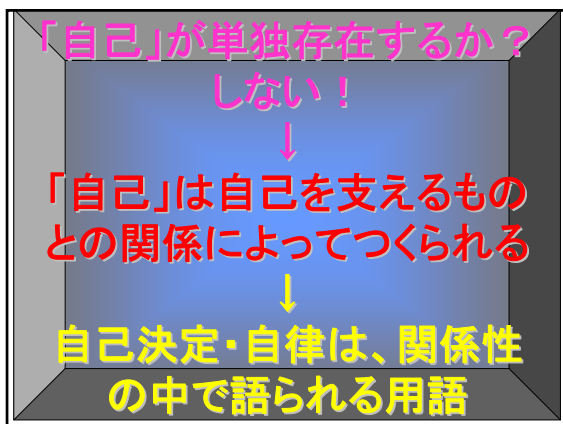
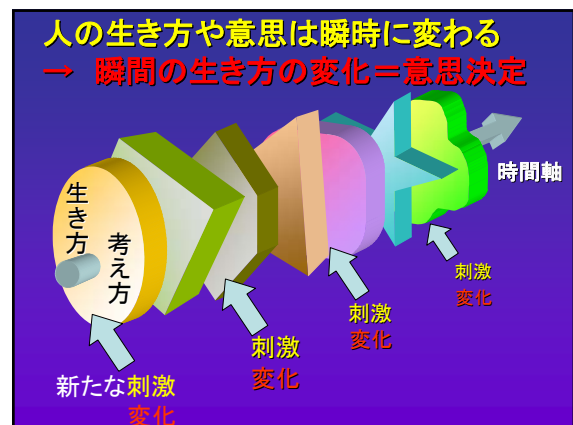
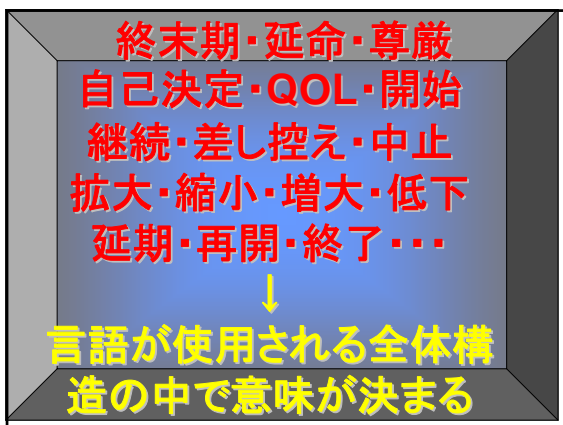
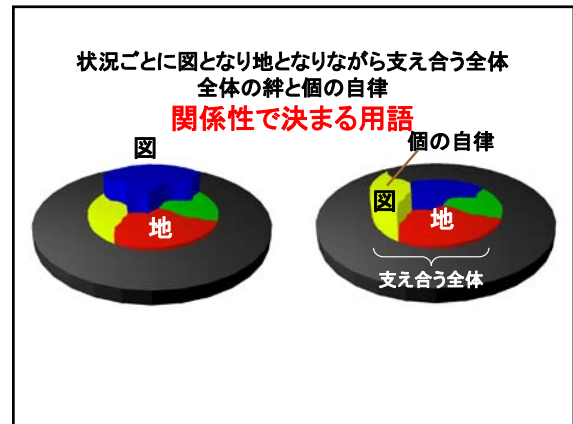
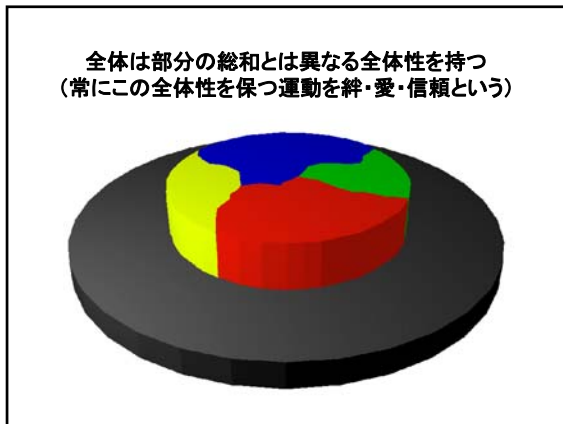
29

第6回「平成20年度在宅医療推進のための会」

1. 日時 : 平成20年1月16日(金) 19:00~21:00
2. 場所 : 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F
東京ステーションコンファレンス6階605A会議室
3. 出席者 : 蘆野吉和、猪口雄二、大島伸一、大島浩子、大竹輝臣、
太田秀樹、大橋英司、岡本浩二、小野沢滋、角田直枝、
川島孝一郎、黒岩卓夫、桑原直行、鈴木央、高田實、武田俊彦、
田城孝雄、谷水正人、土橋正彦、中島孝、野田広、平原佐斗司、
藤原朋子、和田忠志
4. 陪席 : 濱田健司
5. 事務局 : 綾野哲文、中山純彦、磯崎慶
6. テーマ : 「終末期医療について」
7. 話題提供 : ・川島孝一郎「終末期医療における観察・把握・操作に関する各種用語
の設定基準の研究」
・中島孝 「治療困難な病態におけるQOL概念と評価」
・小野沢滋 「在宅医療患者の支払い金額」

(順不同・敬称略)





NIH Consensus Development Program

終末期という定義が成り立つか？

What defines the transition to end of life?
 The evidence does not support a precise definition of the interval referred to as end of life or its transitions. End of life is usually defined and limited by the regulatory environment rather than by the scientific data. A regulatory definition is a barrier to improving care and research relating to end of life. End of life should not be defined by a specific timeframe unless evidence can support reliable prognostication.

http://consensus.nih.gov/2004/2004EndOfLifeCareSOS024.html (NIH Consensus Development Program)

終末期やその移行期に関して明確な定義を提供するエビデンスは存在しない。生命の終焉は、そもそも科学的データに基づいて定義されたり、区切りが入れられたりするわけではなく、むしろ状況によって決められる類のものである。したがって一律に定義することは医療や研究の質の向上にかえって邪魔になる。信頼できる予測ができない限り終末期は特定の時間枠で定義すべきではない。

つまり…
 NIH (National Institutes of Health) State-of-the-Science Conference Statement
 では **終末期を「定義する」こと自体に問題がある**

「終末期」

↓

時間軸で語られない
 状況によって変化する
 定義すること自体が問題

↓

アメーバみたい
 事例ごとの合意形成

要素還元主義による科学的身体（孤立した身体）
 身体の衰えを科学的に表現すれば終末期という概念が生じる

健康	= 100%
ケガ	= 95%
脳卒中	= 50%
植物状態	= 5%
脳死	= ~0%
死	= 0%

比較評価

集合体としての身体各要素（臓器等）の減少によって集合の質量共に低下する

↓

終末期がある

こわい・残念・忌み嫌うもの

調和した関係性が形成されればどの状態も満点
 終末期は思考が作り上げた構成概念であり実態ではない

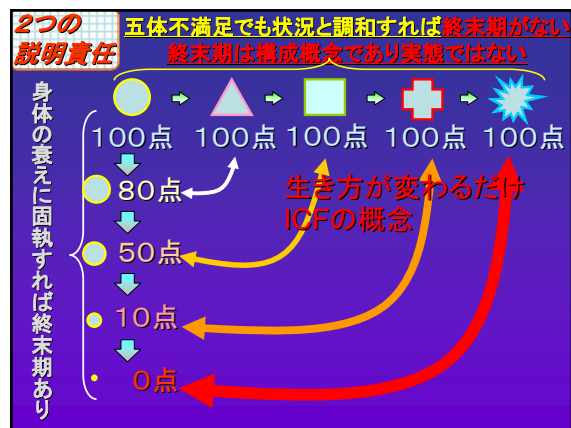
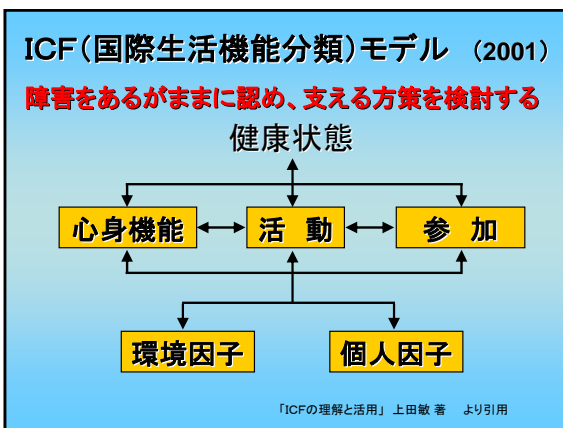
健康	= 100%
ケガ	= 100%
脳卒中	= 100%
植物状態	= 100%
脳死	= 100%
死	= 100%

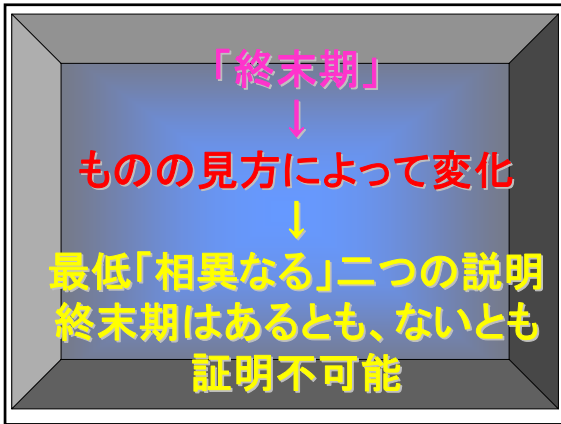
世界との関係性の中でどの状況においても平衡状態を保っていればそれを認める

「生きている」という仕事を100%行なっている存在

今その人を世界が存在させていることを認めよう

相互に支えあって生きてきた集大成 → 終末期はない





終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会

委員の経験から

重要項目

- ① 6回裏までの内容(議事録)
- ② 終末期を限定しない
- ③ 積極的安楽死を対象としない ⇒ 緩和医療
- ④ 医療行為の不開始・中止は慎重に判断
 1) 全ての患者は緩和される
 2) 意識がなければすでに緩和
- ⑤ 本人の決定を基本
 推定意思+家族の判断を参考

↓
現状維持でよい

Q: 家でも痛みのコントロールは大丈夫ですか？

A: 便利な麻薬が登場し、大変便利になりました。
 麻薬は、自宅でも病院と同様に使えるので安心です。
 医師、看護師、そして薬剤師が自宅で麻薬の使い方を教えてくれます。

今の医学では

↓

がんの痛みは完全にとれます
だから苦痛なく暮らせます
「つらいから死にたい」はありえない

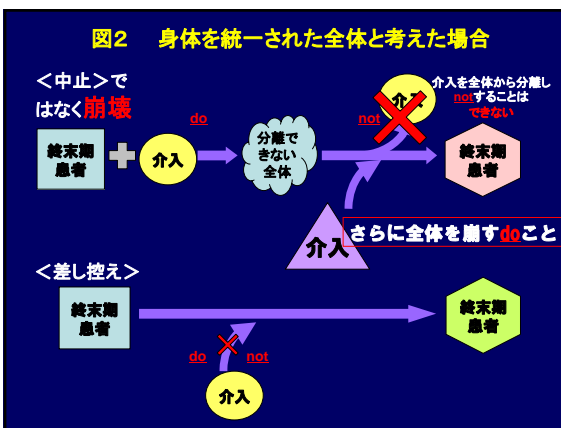
勇美記念財団資料を改変

終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会

委員の経験から

重要項目

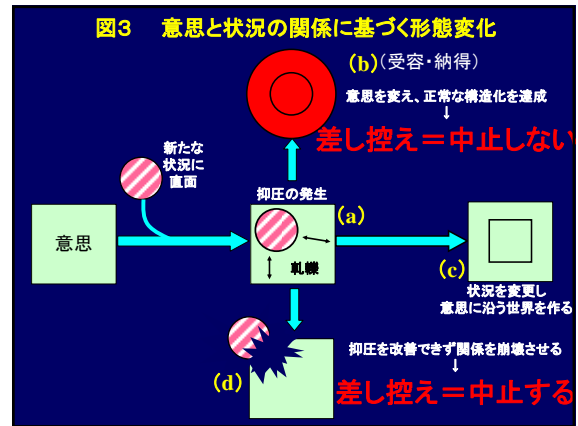
- ① 6回裏までの内容(議事録)
- ② 終末期を限定しない ⇒ 終末期は構成概念/実態ではない
- ③ 積極的安楽死を対象としない ⇒ 緩和医療
- ④ 医療行為の不開始・中止は慎重に判断 ⇒ 生命維持治療の中止は危険
- ⑤ 本人の決定を基本
 推定意思+家族の判断を参考
 ⇒ 死ぬ権利はない



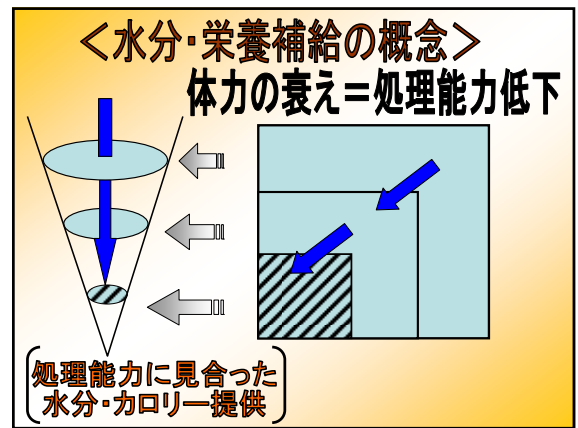
身体状況に基づく分類

	中 止		行 為	
	行っている治療を止める	呼吸器を中止する(足したものを引く)		
今まで				
これから	中止行為		崩壊行為	
	代替治療あり	止めても現在の状態を継続可能	継続すると治療以上の悪化がある	統一された生命全体を一挙に崩す
実際	点滴から管の栄養に変更	治った場合 リハビリのゴール	透析すると血圧低下し急激透析の中止	積極的安楽死の要件で評価する(呼吸器をはずす行為)

「中止」の文言が不適當
 「人工呼吸器を中止します」
 ではない
 「この人を崩壊させます」
 崩壊？ 破壊？ 破綻？
 ↓
 殺人・自殺幫助？

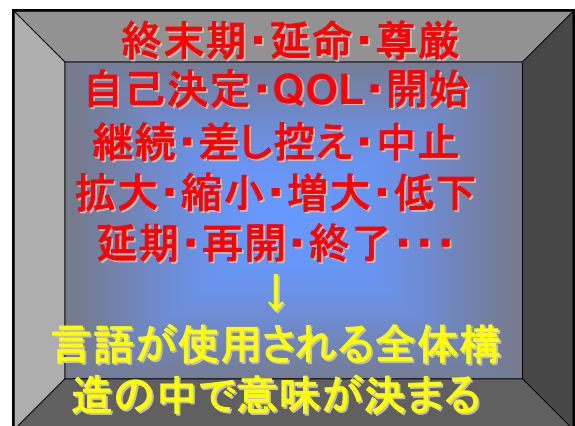
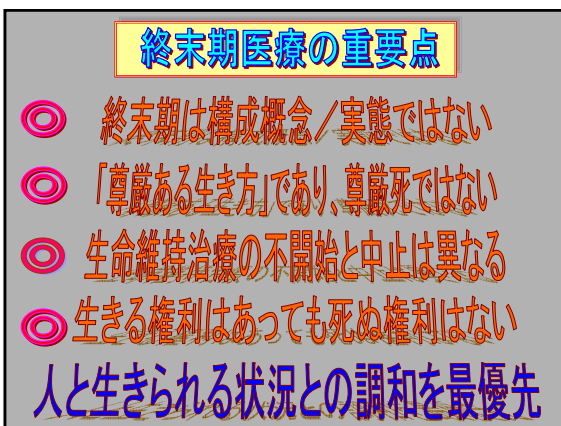
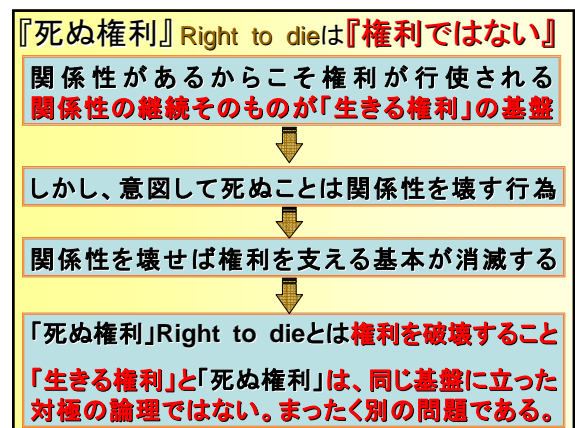
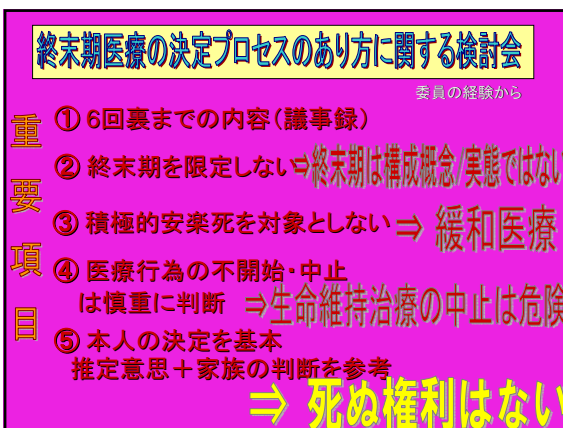
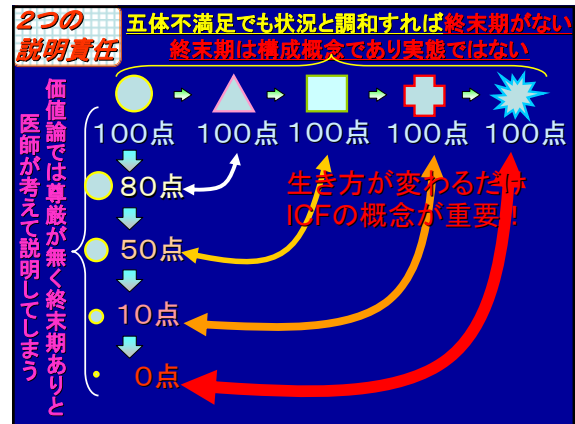
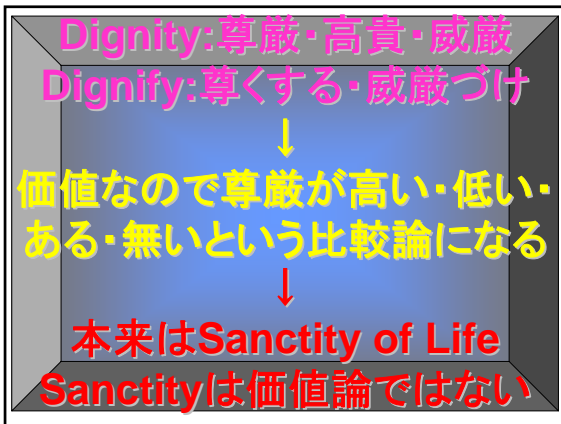


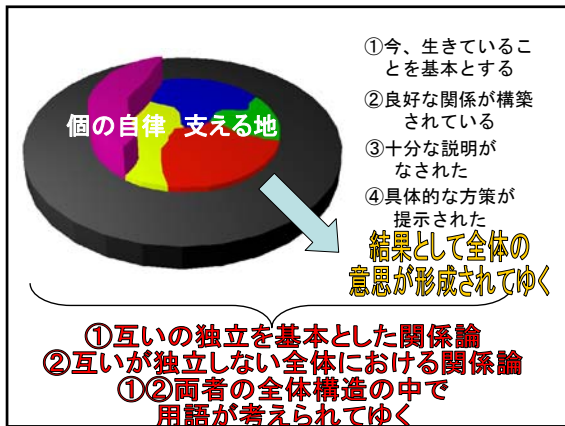
「差し控え」は二種類ある
 ↓
 1) 状況を受容し調和
 2) 状況と対立し崩壊
 ↓
 どちらの心境なのかで
 対応が大きく異なる



胃瘦「中止」の文言は不適當
 ↓
 終了× 低下？ 縮小？
 ↓
 中止する必要なし！
 身体の処理能力に
 「見合った提供」を行う

「尊厳」は明治時代に福沢諭吉が「dignity」に対して作った
 日本にはその昔「尊重」という言葉があった
 ↓
 「尊厳」は個人に独立した価値があるという立場(価値論)
 「尊重」は相対的な両者が互いに保障されるという立場
 ↓
 さて？ どちらの言葉が日本人にとって似つかわしいのだろうか？
 「個人の尊厳を保つ」「お互いに尊重し合う」





終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省/2007年5月)



1. 終末期医療及びケアのあり方
 ①医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
 ②終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多職種種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と倫理性を基に慎重に判断すべきである。
 ③医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快感を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
 ④生命を短縮させる薬物も積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2. 終末期医療及びケアの方針の決定手順
 終末期医療及びケアの方針決定は、以下によるものとする。
 (1)患者の意思の確認ができる場合
 ①専門的な医学的検討を踏まえ、インフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多職種種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
 ②治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめ、かつ、その合意内容は、時間の経過、症状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化する場合に、その程度説明し、患者の意思の再確認を行うことが必要である。
 ③このプロセスにおいて、患者が十分な理解、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。
 (2)患者の意思の確認が難しい場合
 患者の意思確認が難しい場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。
 ①家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
 ②家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
 ③家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
 (3)複数の専門家からなる委員会設置
 上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、
 ・医療・ケアチームの中で協議等により医療内容の決定が困難な場合
 ・患者と医療従事者との話し合いの中で、途中で適切な医療内容についての合意が得られない場合
 ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
 等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

「決定プロセス」のガイドライン
 なのに
 「意思決定させる」ガイドライン
 と勘違い医者が後を絶たない
 ↓
 決定できるための説明責任・
 説明による理解が問われる
 結果として決定に行き着くこともある

「死」は本人には経験されません
 生きることを経験した「結果」です
 死ぬことが目的ではありません
 「死にたい」という人は
 死ぬことが目的になる
 これは生きることの放棄です
 私たちは死ぬ直前まで生きている
 だから、より良い生き方をします

第7回「平成20年度在宅医療推進のための会」
テーマ「終末期」

治療困難な病態におけるQOL概念と評価 —難病ケアと緩和ケア— (終末期医療をreframeする)

国立病院機構 新潟病院
中島孝
厚生労働省・難治性疾患克服研究事業
「特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究」
班(H17年度～H19年度)

現代医療の科学モデルと治療困難な医療分野

- EBM (Evidence based medicine) 根拠に基づいた医療
 - 人を対象とした臨床試(実)験(二重盲検比較対照試験)で得られた確率的な事実、varianceの存在
 - 臨床的結果(Clinical outcome):アウトカム
 - アウトカム評価
 - 質的評価(生-死、腫瘍の消失、症状の消失、)
 - 量的評価(質を量へ変換、量的なSurrogate marker(代理指標))
- Critical path(クリティカルパス)
 - 多専門職種の協働(multi- and interdisciplinary approach)
 - 費用対効果分析 = Δアウトカム / Δ費用
 - 最短経路法

治療法が確立していない疾患分野は科学的方法が確立できていないと言われ、医学、医学教育、診療報酬体系において十分に扱われていない。→「治療法がないのにどうして医療が必要なの?」という素朴な問いに答えられない。

治療困難な病気・病態に直面したとき 人はどのように対応するのか?—1

- 「機能が低下して生きる意味がない」「直らない病気なら生きていくのはつらいし、意味がない。つらい。」「生きていく意味がないなら、生きる必要がない」と思う時
 - 患者自身、家族、介護者、医療専門職はどのように向き合うのか?
 - 医療専門職は患者さん・家族に対してどのように答えれば良いか
- この問題で混乱したまま、患者・家族も医療専門職も羅針盤がなく、ケア・医療を続けられない。

治療困難な病気に直面したとき 人はどのように対応するのか?—2

- 法や規範倫理はこの問題を解決できるか?
 - 法律—裁判、立法化 (eg. 憲法、医師法、患者の権利法、尊厳死法)
 - 宗教コード(religious code):米国、カトリック、イスラムなどでは大きな影響力
 - 社会コード(social code):日本でモラルと呼んでいるもの
 - 職業倫理:医の倫理、看護師の倫理
 - ニュルンベルグ綱領(Nuremberg Code)、ヘルシンキ宣言、リスボン宣言
 - 生命医学倫理→Human resourcifying(人の資源化)に対応する学問(M.Miyasaka)
 - 院内倫理委員会

Breaking the news 告知

- 治療困難な病気に対して
 - 告知によってQOLが向上するかどうか?
 - 日本神経学会のガイドラインではALSは本人と家族へ同時に
 - How to tell,どのようなケアチームで支えるか?
 - 患者のGrief work, mourning workを支える

対比

- 「今は知らないでおく権利」、「知る時期を自己決定する権利」:発症前遺伝子診断の場合
 - 『ウェクスラー家の選択—遺伝子診断と向きあった家族』アリス・ウェクスラー1995
 - 第16章 遺伝病の発症前診断、ナンシー・ウェクスラー、Classic cases in medical ethics,3rd Ed.(医療倫理グレゴリー・E・ペンス)

Grief work, Mourning work

- 古典的な理論
 - On death and dying(死ぬ瞬間)エリザベス キューブラーロス著 1969年:TPPVのALSのP氏の事例が述べられている。「死がこわいではなく、生きるのが怖い」
- 6段階:否認→怒り→取引→抑鬱→受容→希望
- 現代的な理論化
 - 患者は自己の人体と人生を単に所有しているのか不明?→ナラティブアプローチ、ナラティブに基づく医療(NBM)、構成理論(Con)
 - 人生や自己の身体の所有者ではなく、その人の人生に関する専門家・脚本家であると位置づける→新たな意思決定理論へ

「死の受容」ではない→死に至る病とともに生きる自分を肯定する。治療できない病気とともに生きる人生を肯定するという概念

根治療法がない病気に人が直面した時の
歴史上の二つのケアモデル

- 緩和ケア
hospice care, palliative care
1967年、英国 (Dame Cicely Saunders)
→ 世界へ
- 難病ケア
1972年日本、nanbyo care

7

緩和ケアの定義と考え方(1990)

WHO(1990年)の緩和ケアの定義: The active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best possible quality of life for patients and their families.

1. 生きることを肯定し、死ぬことを正常のプロセスとみなす
2. 死を早めたり、死を先に延ばしたりしない
3. 痛みや他のつらい症状をやわらげる
4. 患者ケアの心理的、霊的側面を統合する
5. 患者が病気で苦しんでいる間も、患者が死んだ後も、家族がうまく対処できるように手助けする支援体制を提供する。

緩和ケアは患者のQOLの向上のための難病ケアそのもの

8

Palliative care(緩和ケア)
の定義2002

An approach that improves the quality of life of patients and their families facing problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering, early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual

WHO 2002

苦痛の予防と軽減、疼痛や身体的、心理社会的およびスピリチュアルな諸問題の早期の同定と十分な評価、治療を行って、生命を脅かす疾患にかかわる問題に直面している患者およびその家族の生活の質(QOL)を改善するためのアプローチである。

WHO 2002

9

難病とは、Nanbyo
1972年の難病対策要綱によって行政的に定義
日本で生まれた概念

- 希少性
- 原因不明
- 治療法未確立
- 経過が慢性にわたり、単に経済的問題のみならず、介護などに著しく人手を要するために家庭の負担がおもく、また精神的にも負担の多い疾病

1. 調査研究の推進
2. 医療施設などの整備
3. 医療費の自己負担の軽減
4. 地域における保健医療福祉の充実と連携
5. QOL(Quality of life,生活の質)向上を目指した福祉施策

10

生命医学倫理 Biomedical ethics

ジョージタウン大学など

Principles of Biomedical Ethics
ビーチャムとチルドレスによる4原則


- 自律尊重原則 (Respect for Autonomy)
- 無危害原則 (non-maleficence)
- 仁恵原則 (beneficence)
- 正義 (justice)

院内倫理委員会でSlippery slopeを防止

モナシュ大学など

Person theory
(人格理論)

respect for person





ピーター・シンガー教授 東京大学 "Changing Ethics in Life and Death Decision Making" 2006年6月

11

Helga Kuhse ヘルガクーゼ
オーストラリア モナシュ大学

- Right to die(死ぬ権利)の倫理的唱道者
- 自由で多元的な社会では、死を望む不治の病の病人の要求に応える責任がある。
- 不治の病に苦しむ人は望まぬ医療を拒否し、自らのいのちを絶つ権利がある。
- 「医師のパターナリズムでは生命の尊重(SOL)を言うが、延命処置を差し控えたり中止したりすることができるというのはすでに、医師の欺瞞である。」
- 生命の質(QOL)に基づいて生死の決定をすべき。死を導くことは常に倫理的に悪くはない。
- それができるのは患者の気持ちを理解できる看護師。
- 「患者を意図的に殺すことはだめだが、治療を差し控え、死に至らしめるのはよい」矛盾している。→治療の不開始と中断は倫理的に同じである

12

QOLとは？

主観的なADL指標である。
人間らしさの程度や指標である。
人間としての条件を示す指標。

「人間はQOLが低くなったら、生きる意味がない」
「こんなにQOLが低いならば、本人の尊厳を守るために死を自己決定するのもいい」「ピンピンころりがいい」

多くの研究者や倫理学者がQOLをSOL(Sanctity of Life, 生命の尊厳)の代理指標としてつかっている。

QOLを科学的に再度研究する必要がある。

**Construct theory, Constructivism
構成理論**

- 実体概念 (entity)
 - 実体として存在するもの、実在
- 構成概念 (construct)
 - 人間の考えによって作られたもの。何らかの語りによって構成される。→ 数量化には構成概念妥当性の検討
- Personal construct → (幸福、QOL、友情、終末期 etc)
- Social construct → (犯罪、社会悪、IQ、偏差値 etc)

→ Social constructionism、社会構成主義 → ナラティブアプローチ

QoL (Quality of Life)

- 臨床的に重要な患者の主観的評価 (patient reported outcomeの一つ)
- 通常の医療的なアウトカムとは代替できないものを評価・測定できれば有用。構成概念妥当性、信頼性の評価が必要。
- WHOのQOLの定義
 “individuals’ perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relation to their goals, expectations, standards, and concerns.” WHOQOL Group: *Development of WHOQOL: Rational and Current Status, International Journal of Mental Health* 23:24-56, 1994

**健康関連QOL尺度、SF-36
(MOS-short form 36)**

- 身体機能
 - 少し重いものを持ち上げる、運ぶ
 - 階段を一階上までのぼる
 - 一キロメートル以上あるく
 - 自分で入浴着替えをする
- 心の健康
 - 落ち込んで、ゆうつな気分だった。
 - 楽しい気分だった
- 日常生活機能(身体)
 - 仕事・普段の活動ができなかった
- 日常生活機能(精神)
 - 仕事・普段の活動が思ったほどできなかった
- 体の痛み
 - 体の痛みの程度
 - 痛みによりいつもの仕事ができなかった
- 全体的健康観
 - 病気になるやすい
 - 人並みに健康である
 - 私の健康状態は非常によい
- 活力
 - 元気いっぱいだった
 - 疲れ果てていた
- 社会生活機能
 - 家族・友人などのつき合いが身体的あるいは心理的な理由で妨げられた
 - 人とのつき合いをする時間が身体的あるいは心理的な理由で妨げられた。

質問312 10問あります。

次の質問は、日常よく行われている活動です。あなたは健康上の理由で、次のような活動をするのがむずかしいと感じますか。むずかしいとすればどのくらいですか。それぞれの質問について一番よくあてはまる番号を選んで下さい。

質問31の1、楽しい活動、例えば一生けんめい走る、重いものを持ち上げる、楽しいスポーツをする、など。
 「とてもむずかしい」場合は1、
 「すこしむずかしい」場合は2、
 「ぜんぜんむずかしい」場合は3。

質問31の2、通常の活動、例えば買物や店のせうじをする、1〜2時間散歩するなど。
 「とてもむずかしい」場合は1、
 「すこしむずかしい」場合は2、
 「ぜんぜんむずかしい」場合は3。

質問31の3、少し重いもの、例えば買い物袋などをもち上げたり、運んだりする。
 「とてもむずかしい」場合は1、
 「すこしむずかしい」場合は2、
 「ぜんぜんむずかしい」場合は3。

質問31の4、階段を上る、階段を下る。
 「とてもむずかしい」場合は1、
 「すこしむずかしい」場合は2、
 「ぜんぜんむずかしい」場合は3。

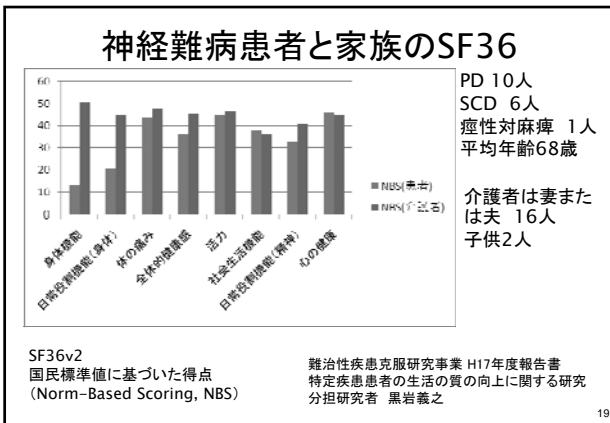
SF36

The SF-36 is a multi-purpose, short-form health survey with only 36 questions. It yields an 8-scale profile of functional health and well-being scores as well as psychometrically-based physical and mental health summary measures and a preference-based health utility index.

SF-36® Measurement Model

Items	Scales	Summary Measures	
26. Walk without pain	Physical Functioning (PF)	Physical Health	
27. Climb several flights of stairs			
28. Carry or lift more than 10 pounds			
29. Walk more than a mile			
30. Walk on uneven ground			
44. Full range of motion in your arms	Role-Physical (RP)	Physical Health	
45. Limited in arm activities because of pain			
46. Hand difficulty			
7. Pain magnitude	Bodily Pain (BP)		Physical Health
8. Pain frequency			
1. EV-GPF Rating	General Health (GH)	Physical Health	
10. Overall health			
11a. Health - Excellent			
11b. Health - Good			
8a. Vigor	Vitality (VT)		Mental Health
8b. Energy			
8c. Tired			
6. Social contact	Social Functioning (SF)	Mental Health	
10. Social time			
44. Full range of motion in your arms	Role-Emotional (RE)		Mental Health
45. Limited in arm activities because of pain			
46. Hand difficulty			
8a. Vigor	Mental Health (MH)	Mental Health	
8b. Energy			
8c. Tired			

* Significant correlation with other summary measure.



EuroQol (EQ-5D)

- 健康関連QOL評価尺度
- 質的評価を効用値に変換
- 費用効用分析が可能

QOLで調節した生存年
(quality-adjusted life year, QALY)
= 生物学的生存年 X 効用値

各項目 → 効用値
1, 1, 1, 1, 1 = 1.000
2, 2, 2, 1, 3 = 0.564
3, 3, 3, 2, 2 = 0.052
3, 3, 3, 3, 3 = -0.1111

質問項目

- 移動(歩き回る)の程度
1. 問題ない
2. 問題ある
3. 寝たきり
- 身の回りの管理
1, 2, 3
- 普段の活動
1, 2, 3
- 痛み/不快感
1, 2, 3
- 不安・ふさぎこみ
1, 2, 3

質 ← 変換 → 量

Visual Analog Scale 0 to 100

Quality of Life国際共同研究

2007年3月 京都大学、東京大学、新潟大学

精神医学、心理学、倫理学、SF-36などの研究者と共同研究
構成理論とQOL、Prof. Ciaran O'BoyleとDr. Anne Hickey
アイルランド国立外科大学

構成(Construct)の起源

- 「私たちが私たちが思っているものである私たちが何であるかは、すべて私たちの考えから発する。私たちは自分自身の考えにより、世界をつくる。」ゴードマ・シッタールタ
「生、老い、病い、死という問題は人間にとり普遍的な“苦”だが思惟し認識しなすことで人は新たな道をえて涅槃にいたりうる。」
- 「人は同じ川を二度わたれない。すべては流れ、すべては成っていく。」
ヘラクレイトス (540-475 B.C)

何故なら何も善も悪も存在せず、考えることがそれをなす。
Hamlet, Act 2, Scene 2.

心というものそれはそれ自身の場所にある。それ自体で、地獄から天国を天国から地獄をつくることできる。
John Milton, Paradise Lost, Book 1.

私たちは言うこと以上に知ることができる。
Michael Polanyi

構成理論の開拓者



Giambattista Vico (1668-1744)
人間が知ることは経験における秩序の想像的な構成(construct)に関連している。知ろうとする人は知るべく推定されたものから離れることができない。

Immanuel Kant (1724-1804)
心は経験の混沌の多元性を秩序ある統一に変換する活動的器官である。

Hans Vaihinger (1852-1933)
心の機能は現実の描写や鏡ではなく人生をおした航海において個人に貢献する。私たちは個人的で集合的な機能的虚構を通して生きている。まるでそのようなと考える哲学

構成理論へ

- ジョージ・ケリー
人間は直感を使い、研究する科学者である。構成概念 (construct) は世界についての仮説であり、私たちは行為にさいして毎回テストしている。
- ジャン・ピアジェ
すべての生命体は基本的に自己組織化されている。私たちは最初に自分自身を組織化することにより世界を組織化している。知ることは既知のことと新しいことの間にある動的な発達の秤を探求することである。

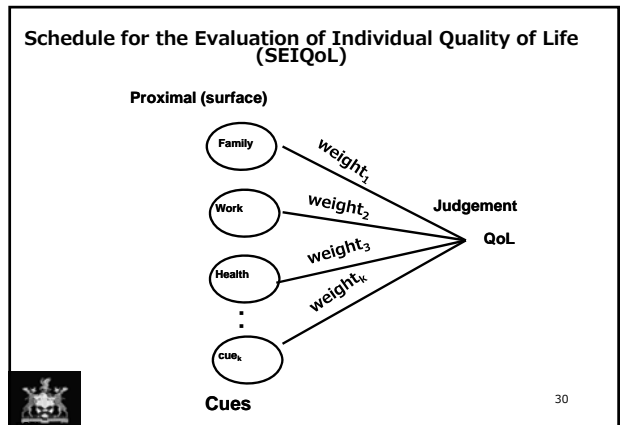
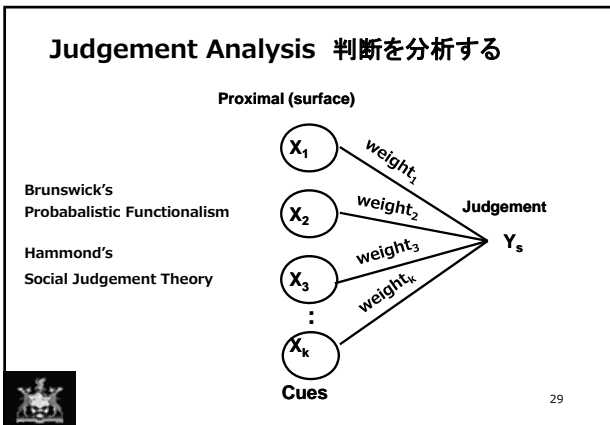
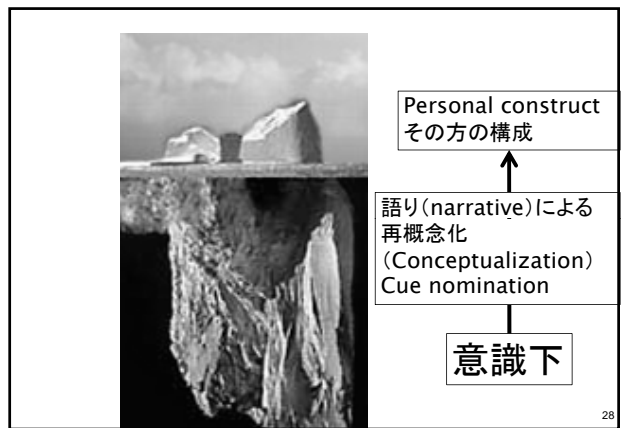
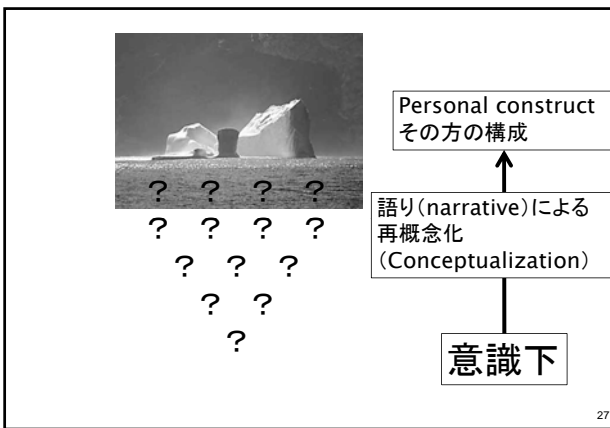
SEIQoL: (個人の生活の質評価法)

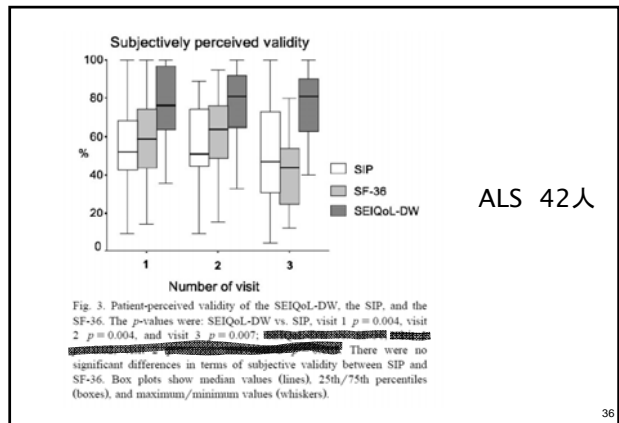
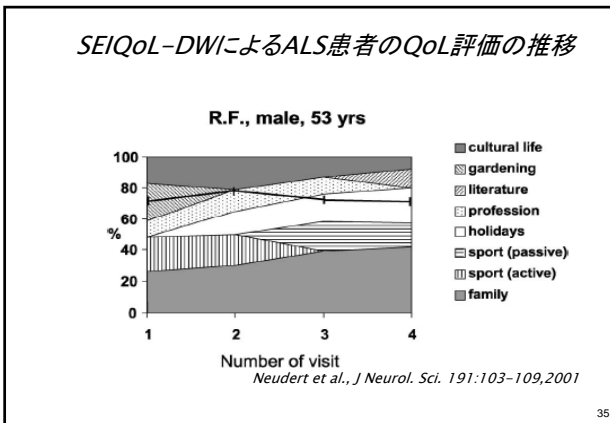
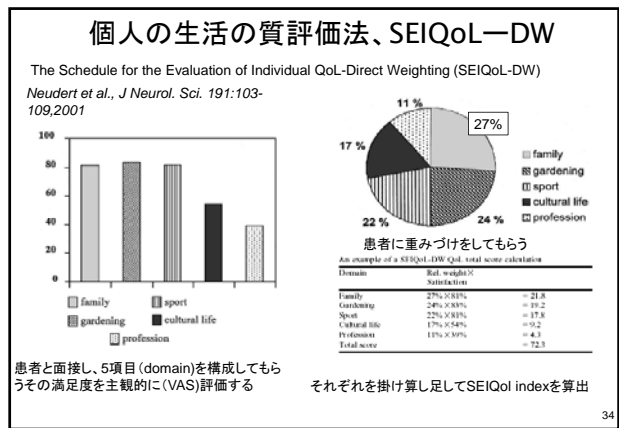
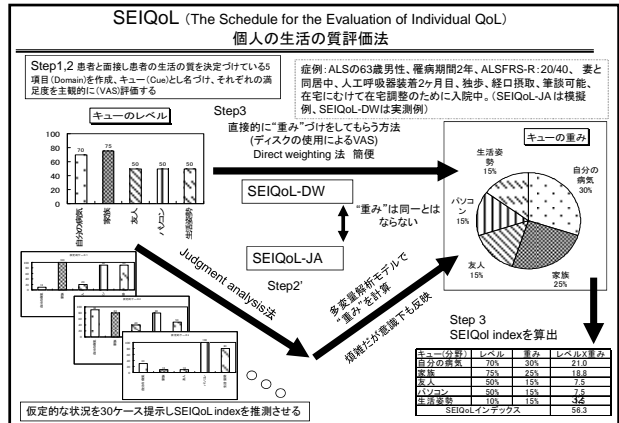
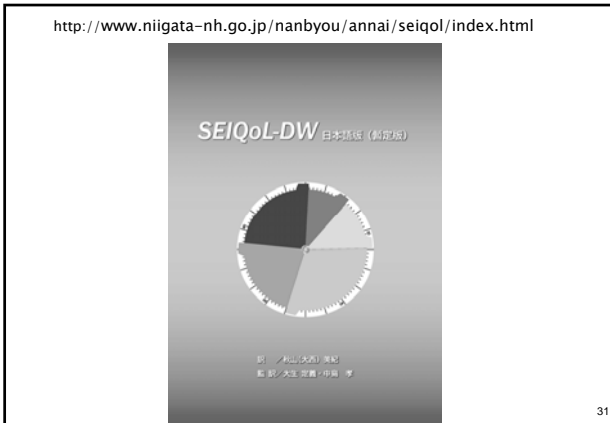
The Schedule for the evaluation of Individual QoL

"QoL is what the person says it is"
QOLはその人がそうだと語っているもの
*Patient-reported outcome*の一つ

- ・ QoL は個人的な構成概念 (personal construct)
- ・ QoL はその人が思う重要な生活領域がうまくいっているか/満足しているかの評価から構成 (construct) される
- ・ QoL は個人的な物差し (scale) により評価される
 - その個人のみがQOLを評価できる
- ・ 構成の仕方と物差し (scale) は常に変化する。
- ・ 上記を実践する半構造化面接法 → SEIQoL

O'Boyle, Joyce, McGee, Hickey, O'Malley, Lancet, 1992, 339, 1088-1091





症例A

性	年齢	罹病期間	気管切開期間	人工呼吸器装着期間	ALSFRS-R	家族構成	特徴
男	60歳	7年	2年	2年	5	妻と長女夫婦、孫と同居、長男(県外)	起き上がれない、右母趾わずかに動く、経管食、文字盤、口の動き

ALSAQ ドメイン	移動能力	ADL	食事・飲水	コミュニケーション	情緒
Score	100	100	100	100	100

37

症例A SEIQoL-DW

Cue	Level	Weight	SEIQoL-index
家族	90%	80%	72.0%
自分の病気	80%	9%	7.2%
生活環境	50%	8%	4.0%
介護者との関係	80%	2%	1.6%
社会生活	50%	1%	0.5%
SEIQoL-index			85.3%

38

症例A (経過) SEIQoL-DW

Cue	Level	Weight	SEIQoL-index
家族	90%	56%	50.4%
自分の病気	80%	9%	7.2%
生活環境	40%	8%	3.2%
介護者との関係	70%	18%	12.6%
社会生活	60%	9%	5.4%
SEIQoL-index			78.8%

39

ADLとQOL

新潟病院筋ジストロフィー病棟 女性6人、男性22人 平均年齢 42.3歳±15.7
デュシャンヌ型10人、肢帯型5人、

40

発症後8年ALS患者 NPPV 36歳男性、69歳母

患者

キュー	レベル(基準)	Weight(患者)	レベル(基準)	レベル(重み)
家族	80%	20%	20%	16.0
自分の病気	80%	22%	18%	14.4
生活環境	80%	18%	19%	15.2
介護者との関係	80%	19%	20%	15.2
SEIQoL-index				60.8

介護者

キュー	レベル(基準)	Weight(介護者)	レベル(基準)	レベル(重み)
家族	80%	10%	20%	16.0
自分の病気	80%	22%	18%	14.4
生活環境	80%	18%	19%	15.2
介護者との関係	80%	19%	20%	15.2
SEIQoL-index				77.3

後藤清恵による41

Change in SEIQoL in edentulous patients following treatment

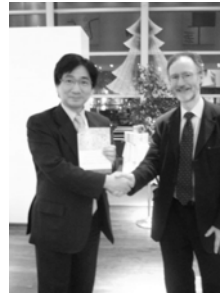
42

Response shift

- 時間・経過・介入により心理的な主体としての反応性が変化する
 - Weight(重み付け)の変化
 - Level(満足度)を評価する物差しが変化
 - Cueの変化
 - 順位付けが変わる
 - Frame の変化(reframing,再枠組み化)
 - Cueの内容の変化
 - 薬物治療、ケアによりResponse shiftがおきることが難病や緩和ケア領域のケアの本質的な機能
 - ナラティブアプローチ(ナラティブの書き換え、再物語化)
- Narrative reconstruction

43

緩和ケアと難病ケアの国際共同研究



Palliative care in ALSの編集者 Dr.David Oliver、Wisdom Hospice UK

44

Professor Sykes (Medical director) セント クリストファー ホスピス(Sydenham, UK)



45

緩和ケア(palliative care)運動とは？

- 苦痛に満ち希望のない療養 vs 安楽な死
- 「むだな延命治療」 vs. 「尊厳ある死」

この葛藤をどの様に解消するか



シシリー ソンダースにより
セントクリストファーホスピスで1967年に英国で確立した方法

- 治療概念をReframeすることで
- 死の受容→治らない病気、死に至る病気とともに生きることの肯定
- すべて治療はtotal painに対するpalliation(緩和療法)

必要な治療・ケアはいわゆる「無駄な延命治療」ではなく、「無駄な延命治療」に対する不安が消え苦痛が解消され、生きられる。

46

Total pain 全人的苦痛

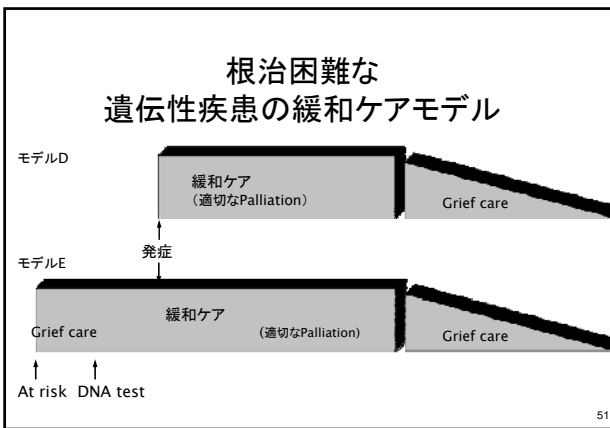
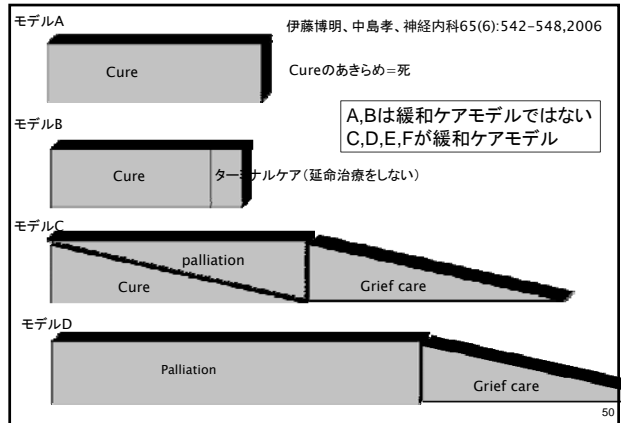
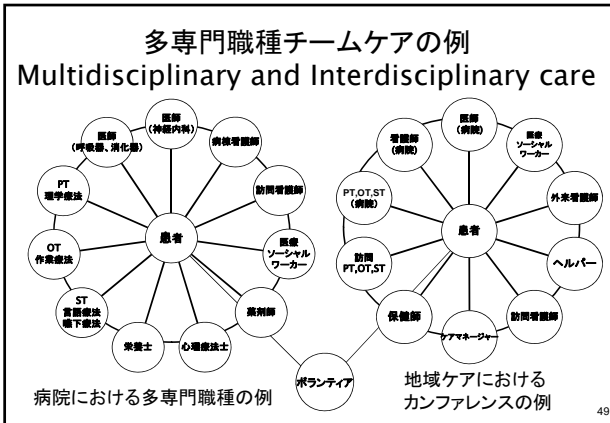
- 身体障害・苦痛
 - 各種身体症状、障害、痛み→理学療法、作業療法、薬物
- 心理的
 - 不安、怒り、いらだち、落ち込み
 - narrativeを聞き取り、患者の構成化の援助
- 社会的
 - 職業的問題、在宅介護の問題、経済的問題
 - ケースワーク・在宅支援プログラム、ケアマネージメント
- 霊的(spiritual pain)
 - 生きる意味の崩壊、重篤な疾患になって生きる意味の問い。死への恐怖だけでなく生きることへの不安・恐怖
 - Narrativeを聞き取り、患者の構成化の援助

47

緩和ケアはQOL向上のためのケア

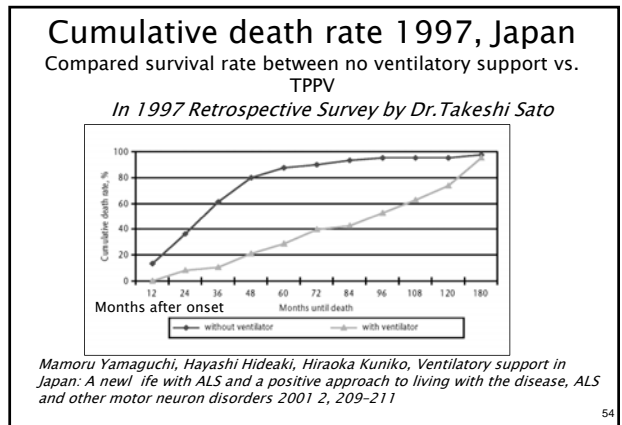
- 多専門職種ケア(multi & interdisciplinary care team)
 - 緩和ケアはチーム医療、コミュニティでの生活を目標
- Total painに対するpalliation(緩和)と具体的な緩和療法(palliatives)を行う
 - 呼吸ケア(呼吸理学療法、陽圧換気療法、オピオイド)
 - 嚥下・栄養サポート(摂食嚥下サポートチーム、PEG)
 - 理学療法、作業療法、ADL調整、痛みのコントロール
 - 補完代替療法の導入
 - コミュニケーションのサポート、Speech therapy
 - 心理療法: Grief workの援助
 - ケースワーク

48




- ### 遺伝カウンセリングとは？
- 歴史的潮流
 - 1. 優生学的(eugenics)モデル
 - 2. 予防(medical/prevention)モデル
 - 3. 意思決定(decision-making)モデル
 - 4. 心理教育(psyoeducational)モデル
 - 5. 緩和ケアモデル
- 民族衛生 (racial hygiene)
- 自己決定による
New Eugenics(新優生学)の勃興？
Eugenics(人間改造学)？

- ### ALS の疫学(日本)
- 有病率: 2004年調査票では、7007人/全日本人人口、5.5人/10万人
 - 発病率: 人口10万人あたり、2から7人
 - 50歳から60歳代が発症ピーク
 - 女性65.1±11.0 男性 58.3±12.0 才
 - 男:女=2:1 (60.4%:39.6% 2004)
 - 原因不明だが、:外傷、地下水の金属イオン濃度、植物種子などの関連? 湾岸戦争症候群
 - 紀伊半島に多発地帯



PEG → NPPV → TPPV

Restoration of function was observed



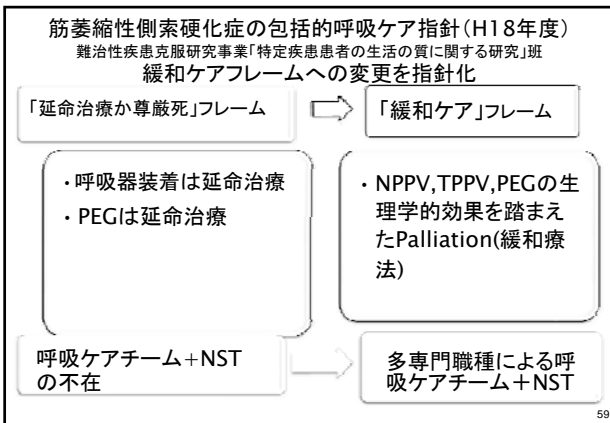
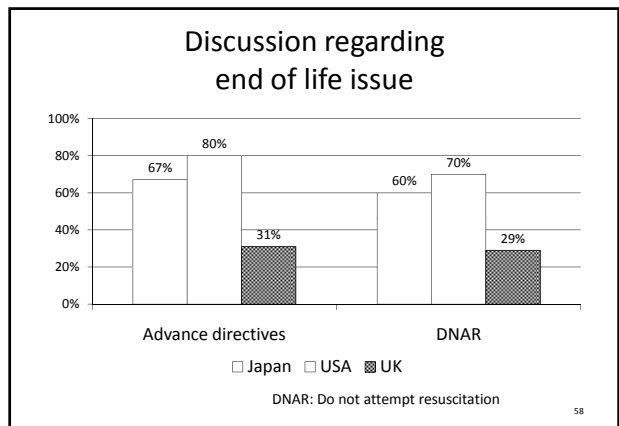
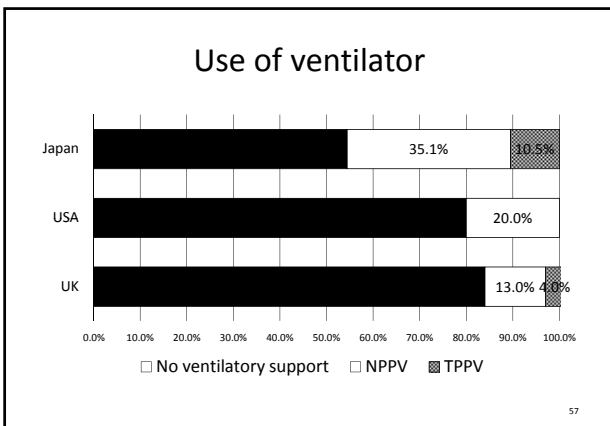
A 68 year old woman
Onset 4 years ago
First symptoms, upper limb weakness
2 years and 4 months ago, PEG placement and NPPV with mechanically assisted coughing when %FVC 77.6%
2 months ago TPPV started when %FVC 35.2%, PCF=70

55

ALSの死亡例における国際共同audit研究—緩和療法の比較

Country	UK	USA	日本
施設数	6	1	10
ALS死亡症例数	47人	10人	57人
男:女	24:23	6:4	25:32
発症からの平均余命	30 か月	29 か月	48 か月
球麻痺での発症者の割合	43%	30%	20%
cognitive loss	26%	20%	7%

56



インフォームドコンセントの考え方の2類型

QOL向上のためのインフォームド・コンセントとは？
構成理論による見直し

- 近代的(モダン)フレーム
 - 勤勉、清潔、健康、自立、自律、自己決定能力を高めていくのが教育・医療現場でも同じ
 - 上記の能力が高ければ高いほど人間は幸福になれる。
 - 寝たきり、重い障害をもたらしたらQOLが低く、QOLが高い人生には意味がない。そうならないように人は努力すべき。
 - 美しく死ぬために、自己決定能力があるうちに尊厳ある死をえらぶという決定を文書にし、一度決定したら、なるべく名誉にかけて変更しない。
- ポストモダンフレーム
 - 自分自身は人生の主役であり人生の専門家であるが、自分の身体は予想を超えることもあるしわからないこともあり、完全に所有しているわけではない。
 - QOLは個人とケアチーム、社会との関係性のもとで構成(Construct)される
 - 適したPalliationに関する自己決定は、ケアチームとの交流や関係性の中でおこなわれていく。
 - 病態の変化、ケア内容、時間の変化に応じてナラティブ(語り)は変わり、自己決定内容は随時書き換わる

60

まとめ

- 治療困難な病態、疾患に対して病態解明・根治療法の開発研究と同時に、QOLの改善を図る研究が重要。
 - 医療・福祉分野の多専門職種による連携ケアを行う必要。(inter- and multi- disciplinary care)
 - 構成概念としてのQOLの科学的評価研究が必要。SEIQoL-DW (生活の質ドメインを直接的に重み付けする個人の生活の質評価法が有用)
 - QOLを向上するpalliation(緩和療法)についての研究— 包括的なリハビリテーション、栄養・呼吸療法など cybernics研究、brain-machine interface研究

61

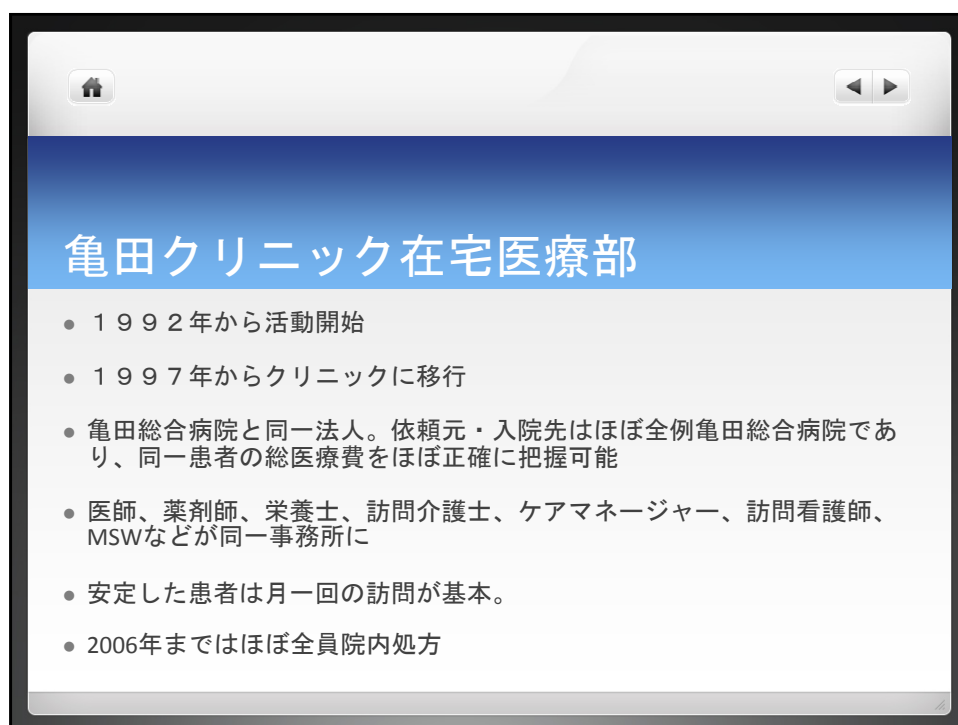
まとめ

- 国際的な緩和ケアとの比較研究、ALSの国際的 audit調査の結果:日本の難病ケアは国際的には緩和ケアに分類される。
- 終末期医療の混乱は終末期医療という構成概念の失敗でしかないので、終末期医療から緩和医療にすべて変える必要がある。

今後

- 緩和医療(ケア)概念はあらゆる医療現場に必要。
- 現代医療において、患者・家族・医療従事者のすべての構成概念をどのように改善するかが医療崩壊から救う鍵。

62





🏠

◀ ▶

今回の統計について

- 1995年以降、当在宅医療部に依頼のあった患者について、会計データから、請求金額、自費金額、部屋代、保険点数などの会計データを、クリニック分、入院分に分けて抽出。
- 疾患別に月ごとの支払金額、保険的応分の金額を集計
- 疾患別、転帰別に患者請求金額、保険点数について集計。
- 死亡患者について、依頼から死亡までの総医療費負担額、総保険点数などを集計

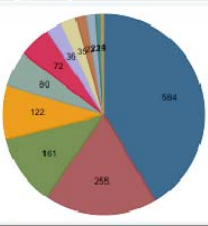
🏠
⏪ ⏩

対象者について

- 対象は亀田病院在宅医療部に1995年以後に紹介された1407名中解析可能な1379例 .死亡例はうち992例
- 悪性腫瘍の方が最も多く41.1%,次いで脳血管障害18.4%,慢性呼吸不全8.7%
- 転帰では在宅死、施設死がほぼ同数

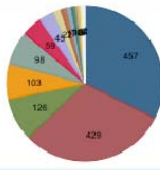
🏠
⏪ ⏩

疾患別内訳



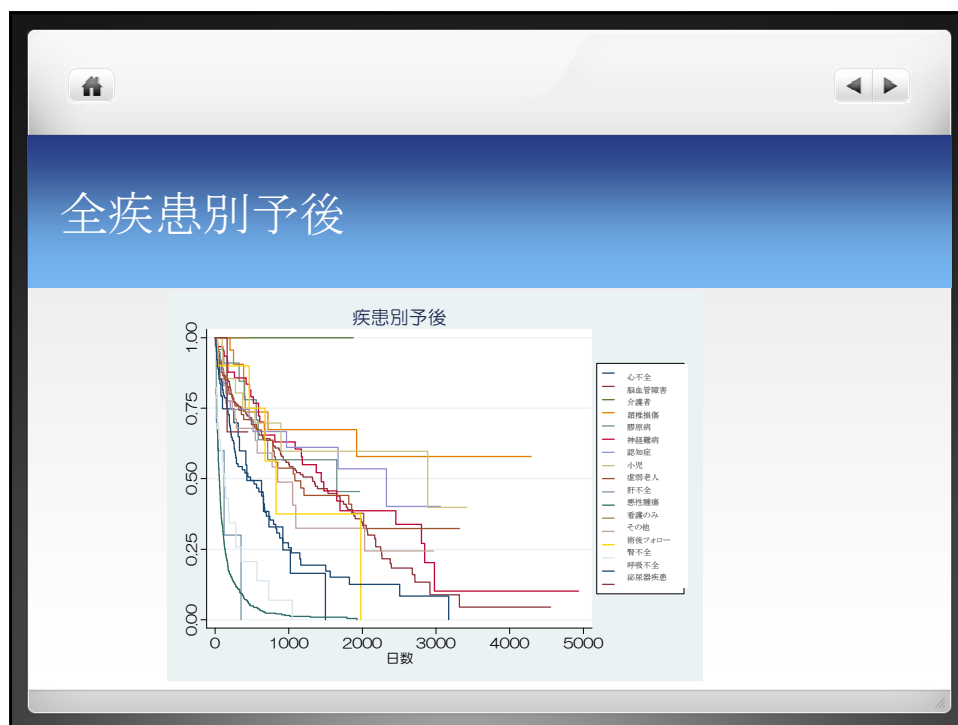
Malignancy	584
CVA	255
Other	161
NeurologicalDis	122
Dementia	90
collagenDis	72
Diabetes	35
RespiratoryDis	234
FrailElderly	32
HeartFailure	23
SpinalCordInj	23
FX	23

転帰別内訳

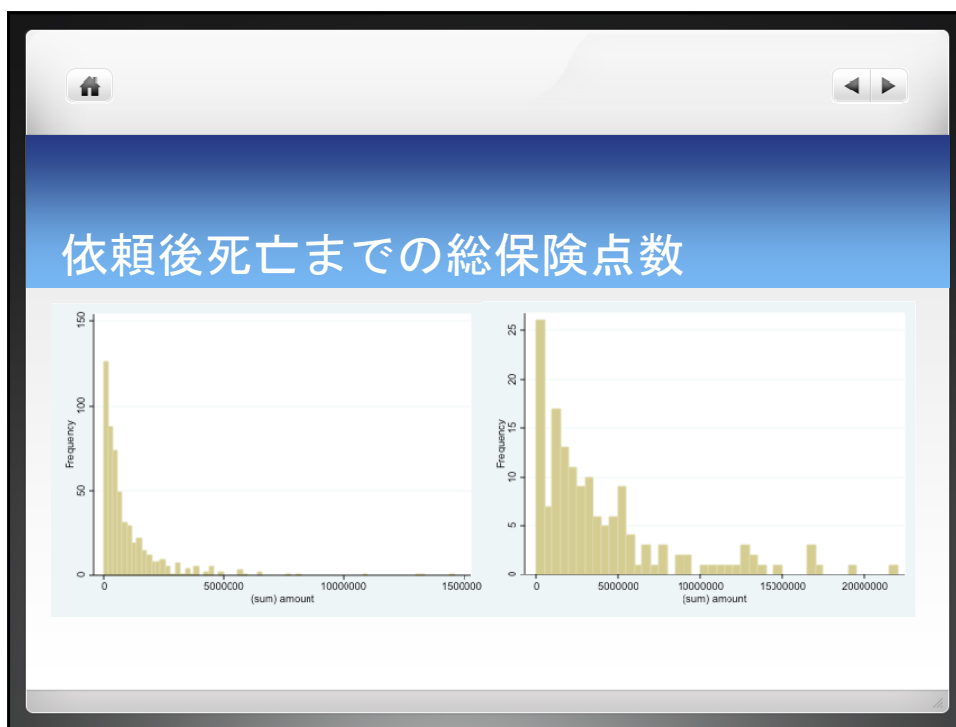


DeadatHome	457
AdmittedInOtherHosp	429
ToOutPatient	128
DeadInOtherHosp	103
AdmittedInHosp	98
DeadInNursingHome	89
GettingBetter	52
unknown	23
DeadbeforeVisit	23

DeadatHome	DeadInOurHosp
AdmittedInOtherHosp	Following
ToOutPatient	ToNursingHome
DeadInOtherHosp	DeadInER
AdmittedInHosp	noVisit
DeadInNursingHome	ToOtherVisitingService
GettingBetter	OnlyOneVisit
unknown	DeadatOtherHosp
DeadbeforeVisit	



- ## 方法
- 亀田クリニック、亀田総合病院の医事会計データから、在宅医療患者の会計データについて1995年以降のデータをすべて抽出。
 - 在宅医療部のデータベースと統合し、疾患名、性別、転帰、在宅医療導入日、死亡日などの属性を付加。
 - 入院分、在宅分が分離可能な形で、依頼から死亡までの総医療費、在宅医療期間中の月ごとの支払金額、保険適応分金額などについて解析



発生月当たり患者請求金額在宅分

疾患	平均金額	中央値	75パーセンタイル		
			75パーセンタイル	最大請求金額	請求回数人月
脳血管障害	7544	4811.0	8660	83925	7,294
その他	7461	3975.0	8262.5	140,028	2,756
呼吸器疾患	8133	5410.0	11090	108,087	2,315
神経疾患	10465	4402.5	11340	87597	2,166
悪性腫瘍	17397	9095.0	20760	340,975	2,126
認知症	3895	2910.0	5112	64056	1,180
虚弱老人	4276	3566.0	5250	64047	1,126
頭髄損傷	9137	5550.0	12035	69,360	683
心不全	5843	4440.0	6850	34582	550
膠原病	14945	3970	8707	105,267	509
糖尿病	7931	6075.0	11685	69,107	232
骨折	6169	5960.0	7,170	15,166	51

請求発生月当たり患者請求金額入院分

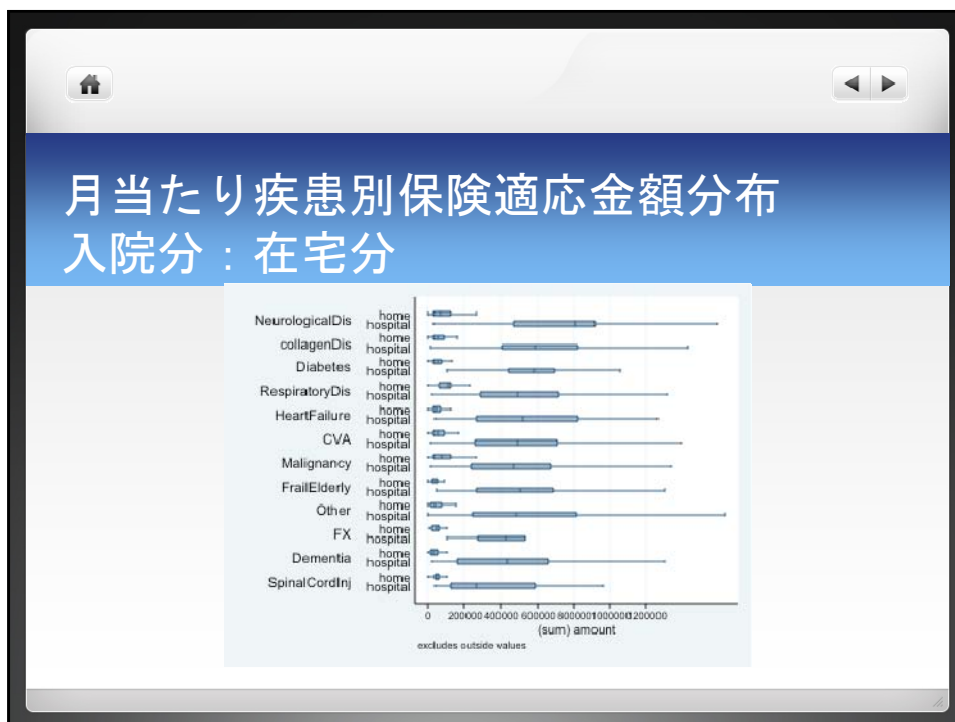
疾患	平均金額	中央値	75パーセンタイル	最大請求金額	請求回数人月
脳血管障害	99511	84118.5	137438	934830	626
その他	82806	62066.0	119320	451960	561
悪性腫瘍	130140	102849.0	170763	850416	541
神経疾患	88409	61913.0	122847	1014740	367
呼吸器疾患	105036	87418.0	155566	864226	342
虚弱老人	102629	87074.5	147240	227287	82
膠原病	138183	131500.0	184672	703672	81
認知症	82062	72871.5	115715	234555	76
糖尿病	130251	167101.5	183867.5	217890	64
心不全	95478	77842.0	154718	225617	55
頸髄損傷	85248	43584.0	145568	353495	25
骨折	48607	46835.0	60604.5	64209	4

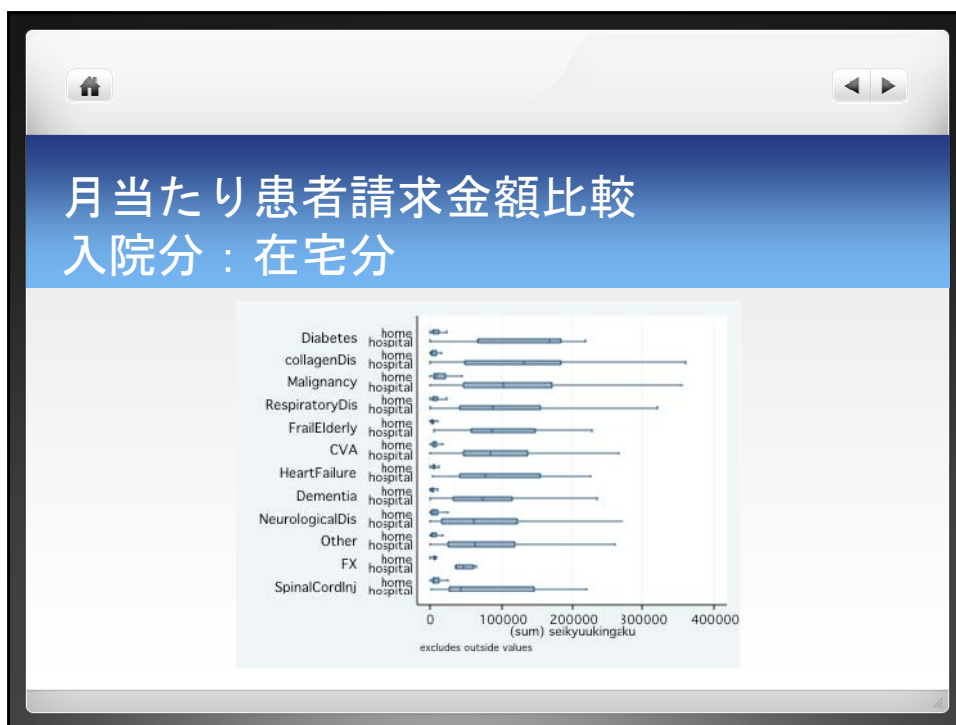
発生月当たり保険適応金額在宅分

疾患	平均金額	中央値	75パーセンタイル	最大請求金額	請求回数人月
脳血管障害	67322	56045	89000	481190	7,294
その他	59703	41595	72880	878260	2,756
呼吸器疾患	99153	109030	127430	408870	2,315
神経疾患	98130	77625	139090	463340	2,166
悪性腫瘍	107813	81040	134820	1111730	2,126
認知症	39007	30225	50545	236880	1,180
虚弱老人	41024	37035	49500	310980	1,126
頸髄損傷	50680	44610	62890	208810	683
心不全	54776	41660	68790	418630	550
膠原病	80781	54780	90020	338350	509
糖尿病	59866	47855	79630	220370	232
骨折	51668	53500	62990	125480	51

発生月当たり保険適応金額入院分

疾患	平均金額	中央値	75パーセンタイル	最大請求金額	請求回数人月
脳血管障害	500518	445945	674020	3695650	626
その他	615868	494020	832410	4508710	561
悪性腫瘍	460018	395980	617370	4604390	541
神経疾患	577881	559600	817230	3193200	367
呼吸器疾患	541724	489610	711770	2313010	342
虚弱老人	460576	473635	638240	1567540	82
膠原病	705354	543430	718870	9715440	81
認知症	448350	401405	625500	1915590	76
糖尿病	547399	583380	704755	1057110	64
心不全	820155	524240	862710	4722100	55
頸髄損傷	326773	255150	586970	886930	25
骨折	317833	314115	446950	538930	4



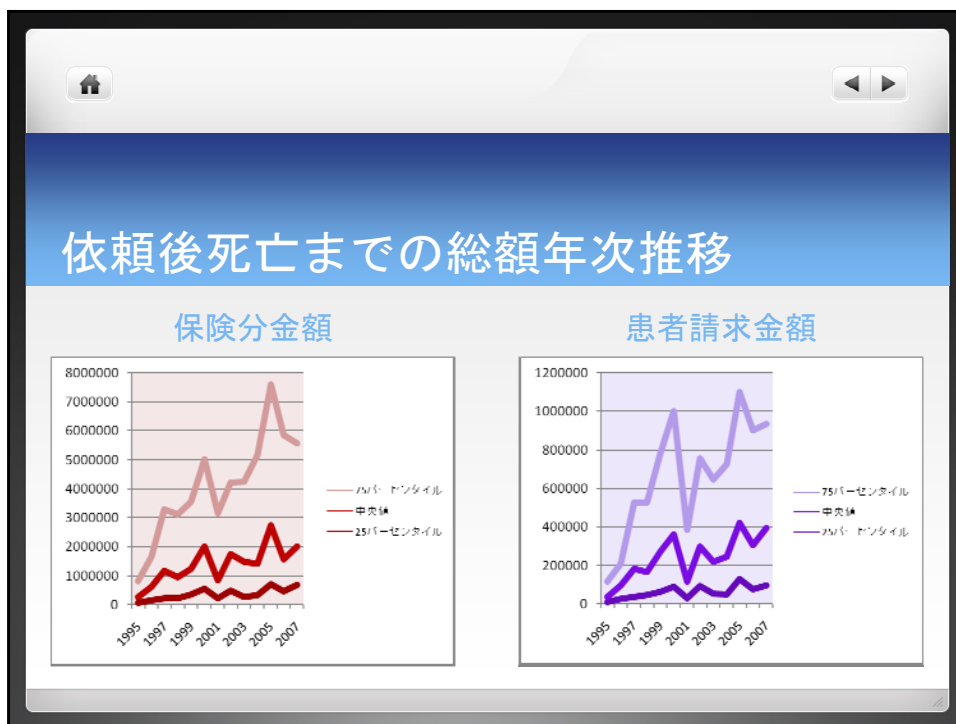


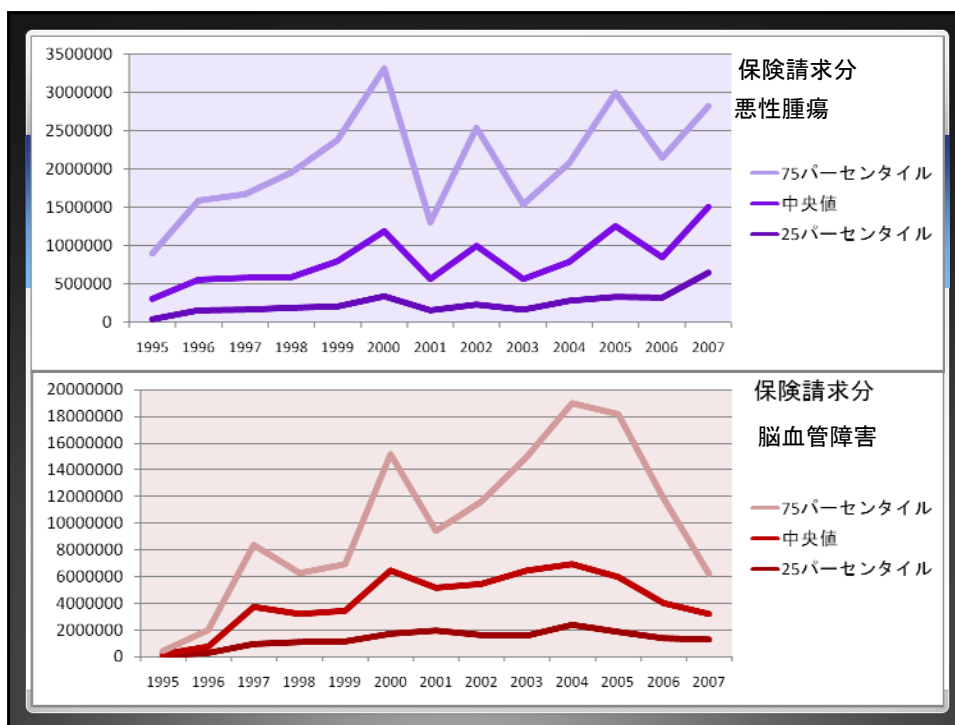
依頼後死亡までの医療費：保険分

疾患	平均金額	中央値	75パーセンタイル	フォロー期間中央値	例数
悪性腫瘍	1038180	525825	1251850	52.0	534
脳血管障害	4131652	2637520	5347300	745.0	153
呼吸器疾患	4153006	2871430	5440880	366.0	85
その他	3994337	1333090	3582210	197.0	73
虚弱老人	2309480	1101380	2839460	354.0	41
神経疾患	6020264	3809080	8765850	667.0	41
心不全	2576241	1242970	3971680	329.0	27
認知症	3081244	2341890	4288350	894.0	19
頸損	2536073	2051290	3272335	479	8
膠原病	4052014	2333020	7674755	489.5	8
糖尿病	4253610	2217090	9346520	211.0	3

依頼後死亡までの合計患者請求金額

疾患	平均金額	中央値	75パーセンタイル	平均フォロー期間	例数
悪性腫瘍	246543	97737.5	274088	190.9	534
脳血管障害	562387	337612	760073	1049.6	153
呼吸器疾患	539520	357400	627486	1086.7	85
その他	658098	220289	610020	1051.1	73
虚弱老人	400198	143187	452768	618.2	41
神経疾患	796137	342751	810452	1098.5	41
心不全	297863	150971	388336	519.7	27
認知症	457813	265421	641065	1122.5	19
頸損	398294	306733	568804.5	1029.3	8
膠原病	937773	403950	1815815.5	751.6	8
糖尿病	634504	246011	1438725	739.7	3





転帰別支払金額の差

悪性腫瘍と脳血管障害における病院死と在宅死の総支払金額

		平均金額	中央値	75パーセンタイル	フォロー期間中央値	例数
		悪性腫瘍	在宅死	144419	60153	163192
	病院死	379225	212420.5	489191	69.5	214
脳血管障害	在宅死	484654	226137	601195	784	59
	病院死	709714	484594	881290	745	65

転帰別脳血管障害・悪性腫瘍患者依頼から死亡までの総保険分金額転帰別

		平均金額	中央値	75パーセンタイル	フォロー期間中央値	例数
		悪性腫瘍	在宅死	652302	372195	765500
	病院死	1507807	913390	1909770	69.5	214
脳血管障害	在宅死	3598066	1956400	4424150	784	59
	病院死	5063262	3414920	5926940	745	65

🏠
◀ ▶

若年者の負担

悪性腫瘍・脳血管障害患者依頼から死亡までの総請求金額年齢別

		平均金額	中央値	75パーセンタイル	フォロー期間中央値	例数
悪性腫瘍	70歳以下	1241702	639610	1468090	52	134
	70歳以上	970000	476615	1164990	53	400
脳血管障害	70歳以下	7471972	7064195	11490150	1762.5	26
	70歳以上	3447807	2299050	4796920	709	127

第7回「平成20年度在宅医療推進のための会」

1. 日時 : 平成21年2月20日(金) 19:00~21:00
2. 場所 : 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー4F
東京ステーションコンファレンス5階503A会議室
3. 出席者 : 蘆野吉和、大島伸一、大島浩子、太田秀樹、大橋英司、
岡本浩二、川島孝一郎、桑原直行、島崎謙治、鈴木央、
田城孝雄、田中滋、土橋正彦、野田広、平原佐斗司、
宮島俊彦、山之内芳雄、和田忠志
4. 事務局 : 綾野哲文、磯崎慶
5. テーマ : 「人口構造の変化と在宅医療の展望」
6. 話題提供 : ・島崎謙治「人口構造の変化と在宅医療の展望」
・島崎謙治「将来推計人口(H18.12)のモデルにおいて推定される
コホート別の指標」

(順不同・敬称略)

島崎謙治 「人口構造の変化と在宅医療の展望」

いろいろ話したいことはあるのですが、時間の制限もあるので、特に、人口の問題に関係することに絞ってお話したいと思います。強調したいことは、在宅医療の将来を考えるに当たって、世帯構造も含め人口問題の理解が不可欠だということです。なお、今日の話は、『在宅医療の展望 明日の在宅医療（第1巻）』の中の「在宅医療と政策－構造・理念・課題－」とほとんど重なることをお断りしておきたいと思います。

2006年の医療制度改革で在宅医療に大きく舵が切られましたが、これは唐突に打ち出されたわけではなく、1980年代以降、診療報酬改定の度に、在宅医療の重視はうたわれてきました。また、1990年代に入ると医療法改正により居宅が医療提供の場に位置づけられるとか、健康保険法の改正による訪問看護等も給付の対象として明確化されました。さらに、先駆的な在宅医療関係者のご努力もありました。それにもかかわらず、現実には、少なくとも医療費ベースで見れば在宅医療はそれほど伸びてきたわけではありません。私は在宅医療の推進論者ですが、在宅医療がなぜそれほど伸びなかったのかということはよく考えるべき点だと思います。構造的な理由であれば構造を解きほぐすよりない。比喩的にいうと、構造問題という氷山があって、水面上に氷が出ている。問題が露出したわけですから、政策で上から押さえつけようとしみます。ところが、氷山そのものが大きくなると、下からの浮力圧力が強く働き、上から政策で押さえつけようとしても、うまくいかない。在宅医療に即して言えば、在宅医療は、上部構造の中でも最上部の構造です。医療だけでなく、住宅問題、教育問題、いろいろな問題が、すべて関わっている構造問題です。多少失礼な言い方すれば、第一線で頑張っている方々の熱意だけでは「裾野」は広がらないと思います。それを考える際に人口問題は不可欠の問題です。

実は人口問題も構造問題です。合計特殊出生率という数字はよくお聞きになるとは思いますが、合計特殊出生率はその水準を維持できれば将来人口が維持できる「人口置換水準」という言葉があります。それは2.07か2.08程度です。実を言うと、1970年代半ば以降、合計特殊出生率は、ずっとこの数字を下回ってきました。この間、厚生省は何もしてなかったかということ、そんなことはありません。いろいろな対策を講じてきたにも関わらず、合計特殊出生率は下がり続けている。それはなぜか。おそらく、社会構造の変化が激しくて、その少子化をより加速する方向に、先ほどの比喩を使えば、氷山が大きくなる方向に進んできた。そして、「水面上の氷山を押さえつける」政策をしても、それが目に見える形で効果が表れてこなかったのだと思います。したがって、対症療法的な対策も必要ですが、「この氷山そのものを小さくする、あるいは大きくしない政策」をとっていくことが必要になります。

それでは、問題の構造は何かということなのですが、構造は多くの要素が複雑に絡み合っているわけで、しかも、構造の中に、またサブ構造があり、サブ構造の中にさらに小さなサブ構造があり、となっているのだと思います。この全体構造を解明するというのは、実はなかなか容易ではありません。

例えば、何で、合計特殊出生率が上がらないのか。人口学的にははっきりしています。要因は2つです。「結婚しない」というのが1つ。2つ目は「結婚しても子供を産まない」ということです。ただし、なぜ結婚しないのか、子どもを産まないのか、ということを実明するのは難しい。いろいろな要素が絡まっているために「寄与度」分析のようにことがうまくいかないのです。ただし、保育所とか児童手当といった社会保障以外に、非正規労働が増えているとか男

性の労働時間が長くなっているとか、一見それほど関係ないように思えることも結構重要なのです。なお、誤解があるといけないので、1つ補足すると、少子化対策というのは、「産めよ増やせよ」ということとは全く違うということです。つまり、国民の意識調査をすると、多くの人は、結婚したい、男性も育児に参加したいと思っているのです。そうでありながら、それを阻害している要因があるならば、それを取り除くのは「正義」です。

まず、人口構造の変化について、1955年から25年刻みで2055年までのいろいろな数字をみていきます。この表には、社会保障の問題に取り組みために必要なデータはすべて入っています。

1955年の総人口と2055年の総人口をみていただきますと、約9000万人で同じです。1980年と2030年と見てみますと1億1000万台ですから、ほぼ同じ。ところが、総人口がほぼ同じですけども、人口の3区分で見ると、人口構成が全く異質だということがお分かりいただけるとと思います。たとえば、1955年では65歳以上人口は475万人しかいなかった。それが2005年になりますと、桁が一つ違って約2600万人、2030年には3660万人となります。さらに75歳以上を再掲してみます。なぜ75歳以上を再掲するかと言いますと、1人当たりの医療費や介護費が、65歳と75歳以上では大きな違いがあるからです。ちなみに、介護給付費の8割以上は後期高齢者の方が使っています。そこで、2005年から2030年の推移をみると、65歳以上人口は1.4倍なのに、75歳以上人口は約2倍になる。なぜ75歳以上後期高齢者の増加率が高いのかというと、1947年から1949年は日本の歴史上最もたくさん子どもが生まれた時で、「団塊の世代」と言われていますが、1949年に75足していただきますと2024年になります。つまり、2024年には「団塊の世代」の人たちが後期高齢者の仲間入りになりますので、後期高齢者数が現在の約2倍になるのです。このインパクトは小さくありません。

もうひとつつきたいことは、超高齢社会は「多死社会」だということです。1970年台の半ば以降、合計特殊出生率は「人口置換水準」をずっと下回ってきた。にもかかわらず、なぜ日本の総人口はついこの間まで増えてきたのか。これは簡単な話です。総人口が増えるか減るかは、外国からの流出入を別にしますと、死亡者数と出産数の「丈比べ」です。今までは、人口構成がまだ比較的「若かった」、まだピラミッドの構造に近かったものですから、出生数が減っても、それよりも死亡者数が少なかったために、総人口は増えてきたのです。よく人口ピラミッドといいますが、現在でももうピラミッドの形状をなしていません。そしてやがて逆ピラミッドのような形になっていきますので、死亡者が増えることになります。死亡者数をご覧くださいますと、今は年間約108万人亡くなっているのですけれども、それが2030年には160万人となり、2040年頃にはピークで166万人亡くなるという社会になる。したがって、看取りの医療、「死に向き合う医療」が必要になってきます。というより、そもそも死亡者増加数50万人はどこでお亡くなりになるのだろうか、これは真剣に考えるべきことです。病院を増やすという選択は適当ではないでしょう。それでは自宅で在宅医療によって看取ることができるのか。あるいは、施設か集住系の住宅か。そういう選択が迫られるということになる。これは急を要する政策課題です。

「総人口が減る」という問題と、「その中の人口構成が変わる」という話は、これは根っこは結びついていますが、政策を考えるには一応分離して考えないといけない。特に社会保障を論

じる際にはそうしないといけません。というのは、社会保障は、生産年齢人口が生み出した富を、前の世代と後の世代に、どう分配するかという問題です。ですから、人口構成が急激に変わっていくというのは、社会保障にとってダイレクトに影響します。老年従属人口指数という数字があります。つまり、老年人口を生産年齢人口で割った数字ですが、2005年は30.5ということで、3.3人で一人を支える社会です。ちなみに、1955年は、1人の老人を12人の若者で支えており、「お神輿」のようなバランスでした。ところが、今は3.3人で一人ですから、「お神輿」とはいえず、騎馬戦の「騎馬」のようなバランスです。さらに2055年になりますと1.3人で1人を支えることになります。

そもそも、この「老年人口」は65歳以上となっていますが、70歳くらいまで働いてもらうとどうなるか。また、「生産年齢人口」というのは、日本の場合、高校進学率が非常に高いですから、15歳以上というのは実態に合わないという意見もあると思います。そこで、生産年齢人口を20から69歳にし、老年人口は70歳以上とすると、その「老年従属人口指数」がどういうふうになるか計算してみます。確かに、2005年を見ますと、「4.7人で1人を支える」に変わる。2030年で見ますと、「1.8人で支えるのが2.2で一人を支える」に変化する。確かにだいぶ変わりますが、それでも劇的に変わるわけではない。いずれにせよ、相当厳しい状況になることは避けられないことがいいたいことです。

よく「人口推計は当たるか」といわれるのですが、当たります。少なくとも以上述べたことは高い確率で当たります。そうでなければ生命保険は成り立ちません。なぜ当たるかという、確かに、今後どのくらい結婚するか、どのくらい子供を産むか、というのは、不確実性があります。ところが、すでに生まれている人間がどの程度生きるかというのは、生物学的に決まる。しかも、例えば、今年急に子供がたくさん生まれたとしても、その人たちが生産年齢人口に達するのは15年以上先ですから、2030年の「老年従属人口指数」にはほとんど影響を与えません。したがって、今まで言ったことは相当程度「所与」のことと考えざるをえません。

ついでに、国立社会保障・人口問題研究所の「人口推計」は下方修正を繰り返してきたと言われることがありますので、一言補足しておきます。人口推計に当たっては、ある基準のコーホートを設定し、その結婚・出産等の見込みを過去のトレンド等を基に推計します。これがベースになります。今回の推計では、1990年生まれの女性が基準コーホートとなっていました。今ちょうど、大学一年生くらいでしょうか。実は、今回の人口推計では、この人たちの生涯未婚率（50歳の時点の未婚率）は、23.5%です。ちなみに1955年生まれの女性の生涯未婚率は5.8%です。23.5%というのは、4人に一人が生涯未婚ということです。おそらく、この数字を聞いて、低いと思う人は少ないでしょう。ちなみに、日本の場合、婚外子が本当に少ないのですが、結婚しても子供を産まない、あるいは生まれない、という方もおられます。1990年生まれの女性が子供を持たない率は37%です。ちなみに、これで孫を持てる確率も計算でき、1990年生まれの人たちが孫を持てる率は、5割を切ります。言いたいことは、この「人口推計」が当たる社会、あるいは下方修正しなければいけない社会というのは、今とはまったく異質の社会だということです。そういう社会にしてよいのか、そうしないためには何をすべきかがむしろ問われるべきです。

それから、在宅医療という問題を考える際には、世代構造の変化も重要なのでそのことも触

れておきます。1人暮らしの高齢世帯が、2005年時点を見ますと、女性が281万人、男が105万人、合わせて386万人。2030年になりますと、ほぼ倍近くまで増えます。女性の割合が確かに高いですが、男性もかなり急激に増えていきます。一口に1人暮らし世帯といっても、①子供が近距離にいる、スプーンの冷めない距離にいますというのと、②子供が離れている、例えば、子供がニューヨーク勤務ですというのとは、意味が違います。さらに、③子供も親戚もいないというのとは全然違います。たとえば、③の身寄りのない1人暮らしの高齢者が認知症になった場合、意思の確認どころか家族に意思の推定を行ってもらうこともできないということになります。その意味では、「団塊の世代」の後の男性の離婚率が非常に高いのが非常に気になります。40歳から45歳の離婚率を取ってみますと1980年は、男は2.1、女は2.4だった。2005年になりますと、国勢調査の数字で見ても、男が14%、女が6.1%となっています。疑問に持たれるのは、何で2005年の男と女でこんなに未婚率が違うのかということだと思いますので説明します。

男性と女性だと結婚年齢に差がありますので、「団塊の世代」の男性が、「団塊の世代」の次の女性と結婚した。そのために、「団塊の世代」の次の世代の男性が同じくらいの年齢の人をと思って相手がいらない。それではその次の世代から見ればよいと思うかもしれませんが、出生数が急激に下がりましたので相手が少なくなっている。その結果、「団塊の世代」の次の世代の男性の未婚率が女性に比べ極端に高くなっているのです。要するにいいたいことは、人口問題というのは、「人口が減る」とか「お年寄りが増える」ということだけではなく、「世代の構造が質的に変わっている」ことも重要だということです。

これまでは、主として社会保障のサービスの「受け手」についてみてきましたが、人口問題はサービスの供給側にも大きな影響を与えます。看護師を例にとります。看護師の養成課程は複雑ですが、20歳人口比でみることにします。子供の数が減るわけですから、「若年労働力を引っ張りあい」になることは目に見えています。数字をあげると、20歳人口は、2008年は、男68万人、女65万人、合計133万人です。これが2030年になりますと、男が49万人、女47万人、合計95万人ということで40万人近く減少します。

今、新卒の看護師さんが「看護市場」にどのくらい出ているかということ、2008年では、約5万人出しています。男性の看護師さんもおられます（またそのことは好ましいことです）が、議論を単純化するために全員女性だとしますと、今でも女性の13人に1人は看護師さんということになります。それが、2030年ではどうか。今と同じくらい毎年5万人くらい看護師さんになり、全員女性だと仮定すると、9人に1人が看護師となる。看護関係者は、もう少し増やすべきだということでしょうから、10万人新卒看護師を出すと仮定すると、4.7人に1人が看護師さんということになります。看護職以外にもコメディカルの方、介護職の方も増やさないといけないということになると、リアリティが問われると思います。諸外国で見ても、医療・介護・福祉の従事者の労働力人口に占める比率は10%台です。日本はこれより低く私もう少し増やすべきだと思いますが、将来20%、30%になる社会を目指すのであれば、相当の覚悟が要ります。

日本は天然資源がありません。外貨をどうやって稼ぐかということ、結局は輸出です。製造業は疎かにできません。優秀な人間はどの分野でも欲しがります。重要なことは、医師か看護職等をどの程度増やすかは市場が決めてはくれないということです。これは社会的に意思決定し

なければなりません。そのためには、もう少し詰めた議論が必要だと思います。

言いたいことをまとめておきます。①人口の変化は短期的には認識しにくいですが、過去から現在に至る出生率の低下等により、将来の人口構造が急激に変動すること、人口学にとってみますと、5年とか10年は非常に短いです。「過去が積み重なって、気がついた時には手遅れ」になりかねないというのが、人口問題の怖いところです。②今後の出生率等は政策可変的な要素が少なくないが、既に生まれている者の高齢化、死亡者数の増加、単独世帯の増加等は相当程度「所与」のものとして受けとめざるをえないこと、③高齢者数の増加や高齢化率の上昇もさることながら、単独世帯（しかも身寄りのない単独世帯）が急増するなど世帯構造が質的に変わること、④「団塊の世代」が65歳に到達する2015年頃ないしは75歳に到達する2025年頃にかけて、いわば「胸突き八丁」を迎えるが、政策的対応の時間的余裕は限られていること、の4つです。

人口問題はダイレクトに社会保障の問題に影響を及ぼすだけではなく、経済への影響といったバイパスを通じても社会保障、在宅医療の問題に影響を及ぼします。特に経済への影響は小さくありません。例えば、高度成長も人口問題と関わっています。なぜかという、1947から1949に15を足すと、1962から1964です。つまり、「団塊の世代」が労働力人口の仲間入りをしたのがこの頃だったということであり、高度経済成長はそれを支える労働力人口があったから可能だったのです。

過去はともかく近未来の経済にどう影響を及ぼすか考えてみます。経済成長の源泉は、煎じ詰めれば、①資本蓄積、②労働力、③技術進歩の3つですが、少子高齢化や人口減少は経済成長率を低下させる要素です。日本はかつてのような貯蓄大国ではありません。1997年の家計貯蓄率は10.5%だったのですが、2006年には3.2%くらいまで低下しています。これはバブル崩壊の影響だけではありません。若い時にお金を貯めて老後になってお金を使うという「ライフサイクル仮説」は国全体にもある程度当てはまります。高齢化は資本蓄積を減らす要素です。

2つ目は労働力不足です。20年ぐらいの間に1700万人ぐらい労働力人口が激減するという影響は相当甚大だと考えなくてははいけない。雇用政策研究会の報告書が、どのくらい労働市場に参入できるかを計算しているのですが、これによれば、2006年の労働力人口6,657万人に対し、2030年には、労働市場への参加が進むケースでは6,180万人（480万人減）、進まないケースでは5,584万人（1,070万人減）と相当な幅がある。ただし、労働市場への参加が相当進んだとしても、日本の労働力人口が大幅に減少することは避けられません。

3つ目の技術進歩による経済成長率の押し上げ効果ですが、特に、医療・介護のような直接的な対人サービスの分野では、IT技術をもっと使ってとか機械化によって生産性が急激に向上するとかいうことは難しいと思います。ただ、いろいろ議論があると思いますけれども、職能の見直しは生産性の向上策です。他の職種に任せられるなら任せろということです。例えば、医師の職能を看護師が行うようにしていく。また、日常的な医療行為は、一定のトレーニングを受けること等を条件に介護士でもできるようにするといったことを考えるべきです。

国民医療費と名目GDPの推移を見ていただくと、1990年くらいまでは、きれいにGDPと

医療費がリニアに、右肩上がりでも比例的に上昇しているのが分かります。それが、1990年以降は、国民医療費が増えていますが、GDPのほうはご承知の通り、バブルが崩壊して、横ばいできくしゃくしています。こういう中で、自己負担の引き上げや診療報酬のマイナス改定がおこなわれてきました。何を言いたいかというと、私は、医療費を経済成長に単純に連動させるべきだとは思っていませんが、経済成長と全く無関係に医療という問題は存在しないというのも事実だということです。

2030年度の国民医療費の推計を試算してみますと、2005年で国民医療費は33.1兆円ですが、2030年度には、各年齢階級別の医療費の伸び率がゼロと仮定して試算してみても、国民医療費の推計は39.2兆円になる。総人口は減るが高齢者が増えることによってこうなるということです。もっともこれは政策可変的ですから、数字に意味があるわけではありません。医療費を増やすにしても、効率化すべきところは効率化していくことが必要となってくるということです。

まとめると、社会保障のニーズは高まっていくのに、それを支える経済成長が低いということであり、経済成長にも人口問題が関係してくるということです。潜在成長率はせいぜい2%程度ですが、どうやって社会保障の持続可能性を確保していくか。これは非常に深刻な問題になることは間違いありません。

医療に関する国民の意識について、2007年に毎日新聞が行った調査があります。これをみると、医師数は「一部の地方で不足していると答えたのが34%」、「全国的に足りない」と答えたのが61%でした。ところが、医療費規模が高いか安いという問いでは、「高い」が63%です。負担する覚悟については、日本は世界の中で、医療費のGDP比も低いのですが、「税金負担が重くなることもやむなし」が19%。「自己負担でまかなうのもやむをえない」が9%で、税金か自己負担は別にして負担増を許容するというのは合わせて28%です。「現状維持」も「さらに医療費を削減するべき」も同じような数字です。これでは政策の舵は大きく切れません。医療関係者は低医療費政策から脱却すべきだといいますが、世論はこういう数字です。おそらく医療にお金を投入するとうこうなるというビジョンをはっきり見せない国民の嫌税感が変わらないのではないかと思います。

在宅医療にもう少し関係した問題に目を向けます。在宅医療は家族依存度が高い医療形態ですが、老人扶養に対する意識は変わっているのか変わっていないのか。国立社会保障・人口問題研究所は、かなり昔から意識調査をしています。ひとつ目が、「年を取った子供夫婦と一緒に暮らすのが良いかどうか」では、賛成と反対とが結構拮抗している。ただし、「どちらかといえば」というのは非常に多い。つまり、昔のように、「何が何でも長男へ」、あるいは、「その嫁が老人を支えなければいけない」という意識ではなくて、「どちらかといえば」という意識へと変わっているのだと思います。それから、都市部と農村部ではかなり違いますし、同居と別居で見ますと、やはり、同居状態にあるものが賛成する割合が高いのが注目されます。

それから、「年老いた親の介護は家族が担うべきだ」に考え方に賛成は65.6%です。ただし、これも、「どちらかといえば賛成」が54.7%と非常に高い。おもしろいことに年齢別に見ていきますと、20歳代で、賛成の回答が最も高い。それが年令の上昇とともに低下し、60歳くらいで反転する。60歳くらいのところが一番底を打つわけです。なぜかという、60歳近くになって「自分が親を支える側」になると、やはり大変だな、という意識になる。つまり、抽象的に

ものを考えている20歳代と、自分の老いた親を目の前にした時の感じ、は相当変わってくるということです。

「実際誰が介護しているか」ということを見ても、合計すると5割が女性です。男性が16.6%、介護事業者13.6%、その他親戚と続く。これをみると、やはり女性に相当しわ寄せがかかっているのは事実だと思います。それから、「老々介護」の割合も非常に高い。それでは、「精神的、肉体的な負担」がどうか、というと、国民基礎調査でみると、介護時間が長い場合、特に要介護度が高くなりますと、やはり大変という形になります。その結果、要介護度が高いほどその家族介護の負担を負って、それが施設サービスの利用率をあげるということになります。

何を言いたいかというと、老人扶養意識は、なお、底堅いものがありそうだけれども、かつてのような、「自分の生活全て犠牲にして」という意識はもう成り立たないということ、それから介護の負担が現実の問題となるとやはりきついと思う人が多いということです。そうした中で重要なことは、施設か在宅かという二者択一ではなく、グラデーションをつけ、多くの選択肢の中から患者や家族が「選べる」ことを考えていくべきです。

「選べる」ということは、在宅医療の理念とも関係します。よく、「患者本位の医療」と言われます。私は、医療は医師と患者が同じ方向を目指して行う「協働行為」としてとらえたほうがいいと思っていますが、それにしても、まず、国民は在宅医に何を望んでいることをみることは必要だろうと思います。そこで、ちょっと古いデータですが、「終末期医療に関する調査」をみてみます。あなた自身が高齢者になり日常生活が困難となって、さらに治る見込みがないと再度診断されたら、どこで最期まで療養したいか、という問いに対する回答をみると、一般国民は、病院が38.2%、自宅が22.7%です。この調査でもうひとつ興味深いのは、一般国民のほか、お医者さんとか看護師とかに聞いているのですが、どこで最期まで療養したいかという問いに対して、自宅を最期を迎えたいというお医者さんは半分近いのです。介護職も看護職も約4割ということなので、一般国民より多い。自分がそう望むのならば、国民にもそういう条件が整うようにするのがプロフェッションというものだと思いますが、それはともかく、いずれにしても国民のうち自宅を希望するのは4人に1人以下です。ただし、重要なことは、この結果から、「国民の多くは病院や施設を利用するのを希望する」と判断するのは適当ではない。なぜかという、「なぜ自宅以外の場所で最期まで療養しないのか」と尋ねると、「家族の負担が重たい、大きい」というのが83.6%、それから「緊急を要する場合に迷惑をかけるかもしれない」ということが他の回答を引き離しているのです。「本当は住み慣れた自宅で家族で最期まで静かに療養したい」と思っているながらも、家族の負担・迷惑がかかることに躊躇する。そういう国民の意識が浮かび上がってくる。逆にいえば、こういう条件が満たされれば在宅で最後を迎えることを望んでいる国民は多いと考えるべきです。

社会保障が国民のためにあるのであれば、「患者本位」・「国民本位」の医療を実現していくのが社会正義だろうと思いますが、それは憲法までさかのぼるとどうということになるのか。なぜ、在宅医療を論じるのに憲法まで持ち出すのかといえば、在宅医療は単なる医療の提供ではないからです。一種の社会運動論として社会を変えていく、そうでなければ真の意味の在宅医療は根付かないわけですから、目指すべき国のかたち、社会のかたちは何なのかと問わざるをえま

せん。それを規定するのは、最後は憲法にいきつきます。そこで、憲法の条文を見てみると、25条の生存権でもいいのですが、憲法13条の「幸福追求権」という規定がある。幸福追求権というのは、「人間一人ひとりが生の作者として、自らのキャンパスに絵を描いていく」というのが、幸福追求権の意味です。そういう意味では、自己決定権、幸福追求権というのは、在宅医療の基本理念にフィットするのではないかと考えています。

時間が足りなくなりました。どうすれば在宅医療は普及するのか、その条件は何かということですが、私は次のように思っています。国民の多くは自分の親がどうなってもよいと思っているわけではない。それは先ほど数字を挙げたとおりです。ただし、在宅医療を希望している時に、自分がどの程度まで精神的にも肉体的にも負担をすれば在宅医療が可能になるのかという具体的なイメージが、なかなかかわかないのではないかと思います。その一方で、やはり介護すると大変だったという話は至るところで聞かれれば躊躇するのはむしろ当然だろうと思います。逆にいえば、在宅医療が量的にある一定のレベルに達するば大きく広がる可能性もあるということです。例えば松戸のように患者さんが退院する時に在宅医療がオプションの中に含まれているということが理想です。もちろん、大前提として在宅医療の質の確保が極めて重要です。在宅医療のマイナスイメージが生まれることは絶対に避けるべきです。質の確保、言い換えれば、“まがいもの”在宅医療を排除する方法を関係者は考えるべきだということを強調したいと思います。

在宅医療の必要条件としては、第1に、「マインドとスキルを持った在宅医療を担う医師」は不可欠です。片山先生の言葉を借りれば、「主治医とは信頼というよりも信託」です。信託におけるもっとも中核的な義務は「忠実義務」で、これは受益者の利益より自分の利益を考えてはいけないということです。大変ですが、少なくともそういうマインドをもった医師が増えないと在宅医療は伸びないと思います。

2つ目は、「病院との連携」や「多職種連携」が必要です。生活を支えるのは、医療だけで完結するわけではありませんので連携は必要です。これは釈迦に説法になるので多言は不要です。1つだけ言いたいことは、連携がうまくいかない理由は、自分の職能・受けてきた教育・職責にとらわれ過ぎるからです。職種が違くと違う言語で話しているようなところがあり、物事の切り方だけでなく言語体系そのものが違うように思います。そういう自覚を持たないと連携は実際には難しいという気がします。

3つ目は、法律的な整理の問題も重要です。本人の意思の確認推定をどうするのか。本人の自己実現を考えると、本人ではない人が勝手に意思の推定をしてはいけないわけです。ただし、日本では家族による意思の推定も容認しないといけないと思いますが、その前提としては、利益相反の排除をどうするかという難しい問題が出てきます。

4つ目は、コミュニティの再生の問題。これは太田先生が良く強調されることですが、私も大変重要だと思います。特に、最初のほうで申し上げた「本当に身よりのない一人暮らしの老人」が増えていくことになると、単に、成年後見人をつければよいということではすまされません。家族の代替機能を誰かがあるいは地域全体で担うということが必要です。在宅医療関係者は是非そういう組織づくりにも積極的に関与されることを期待しています。

5つ目は、医療政策の「後押し」が必要です。これは皆さんに申し上げる話ではありませんので簡単にすませますが、まず総合医（家庭医）の養成が必要です。もう少し広げてプライマ

リ・ケアの在り方といってもよいのですが、医学教育も含め医療政策の中にきちんと位置づけないといかないと思います。それから、診療報酬の増もさることながら、その配分も医療関係者の中で真剣に議論すべきです。今の医療の姿を単純に「相似形」で拡大することは適当ではないし、国民の理解は得られないと私は思います。

時間がまいりました。まとめておきますと、人口問題は甘くみてはいけません。また、世帯構造が質的に変わっていくということも重要な点です。人口問題は社会経済の基底をなすものであり、社会保障には直接あるいは（いろいろな経路を通じ）間接的であれ甚大な影響を及ぼします。在宅医療は社会経済の上部構造の中でもさらに上部構造です。住宅・教育など多くの問題が絡み合っています。在宅医療の裾野を広げるためには、在宅医療を構造問題としてとらえ、根っこの問題まで含めて解決していく努力を重ねる必要があるということです。非常に雑駁な話になりましたけれども、以上で私の話を終わりにいたします。

将来推計人口（H18.12）のモデルにおいて推定されるコーホート別の指標（女性）

中位推計

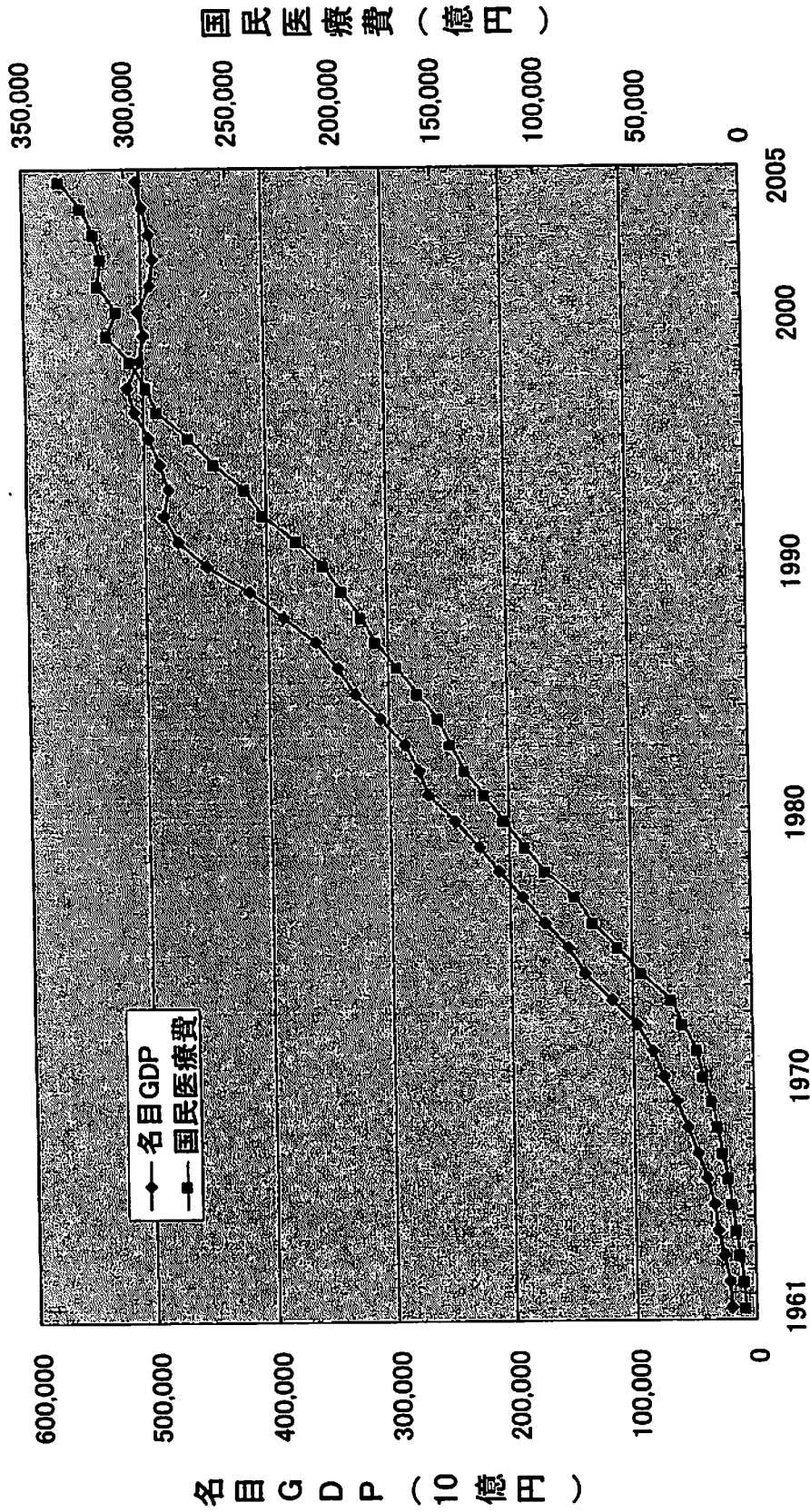
〔2006年末 時点の年齢〕	未婚率					平均 初婚年齢	出生児数分布 (未婚者を含む)			
	25歳	30歳	35歳	40歳	50歳		0	1	2	3以上
1955年生 (51歳)	45.6%	13.6%	8.1%	6.5%	5.8%	24.9歳	13%	12%	47%	28%
1960年生 (46歳)	54.9%	20.3%	12.5%	10.3%	9.3%	25.7歳	17%	14%	44%	25%
1965年生 (41歳)	64.5%	26.7%	16.5%	13.3%	12.0%	26.5歳	23%	17%	41%	20%
1970年生 (36歳)	69.5%	34.1%	22.0%	18.0%	16.2%	27.1歳	30%	19%	36%	15%
1975年生 (31歳)	74.1%	40.2%	27.1%	22.7%	20.4%	27.5歳	33%	18%	36%	14%
1980年生 (26歳)	76.6%	44.4%	30.2%	25.1%	22.6%	27.9歳	36%	18%	34%	12%
1985年生 (21歳)	77.9%	46.6%	31.6%	26.1%	23.5%	28.1歳	37%	18%	33%	12%
1990年生 (16歳)	78.4%	47.2%	31.9%	26.2%	23.5%	28.2歳	37%	18%	33%	11%
1995年生 (11歳)	78.7%	47.5%	32.0%	26.2%	23.6%	28.2歳	38%	18%	33%	11%
2000年生 (6歳)	78.9%	47.7%	32.0%	26.2%	23.6%	28.3歳	38%	18%	33%	11%
2005年生 (1歳)	78.9%	47.7%	32.1%	26.3%	23.6%	28.3歳	38%	18%	33%	11%

※ 下線部は人口動態統計の初婚率より算出された実績値。

世帯構造も変わる：例：「1人暮らし世帯」

- 「1人暮らし高齢世帯」数
 - 2005年： 女281万人、 男105万人 計：386万人
 - 2030年： 女439万人、 男278万人 計：717万人
- 一口で「1人暮らし世帯」と言っても……
 - ①子どもが近距離にいる、②子どもが離れて（例：東京・ニューヨーク）いる、③子どもも親戚もいない、のでは意味はまったく異なる。⇒ 少子化が進むことは③が増えること。
- 例：「団塊の世代」の後の男性の未婚率は非常に高い。
 - 45～49歳の未婚率をとると、
 - 1980年 男： 2.1%、 女： 4.4%
 - 2005年 男：14.0%、 女： 6.1%

図：国民医療費と名目GDPの年次推移



(出典) 内閣府「国民経済計算」、厚生労働省「国民医療費」。

表：2030年度の国民医療費の粗い試算

	人口		国民医療費				
	2005年	2030年	2005年度	2030年度			
				伸率 0%	伸率 1%	伸率 2%	伸率 3%
0～64歳	10,201万人 (79.8%)	7,855万人 (68.2%)	16.2兆円 (49.0%)	13.3兆円 (34.0%)	17.1兆円 (34.0%)	21.9兆円 (34.0%)	27.9兆円 (34.0%)
65～74歳	1,412万人 (11.1%)	1,401万人 (12.2%)	7.4兆円 (22.2%)	7.3兆円 (18.7%)	9.4兆円 (18.7%)	12.0兆円 (18.7%)	15.3兆円 (18.7%)
75歳以上	1,164万人 (9.1%)	2,266万人 (19.7%)	9.5兆円 (28.8%)	18.6兆円 (47.4%)	23.8兆円 (47.4%)	30.5兆円 (47.4%)	38.9兆円 (47.4%)
計	12,777万人	11,522万人	33.1兆円	39.2兆円	50.3兆円	64.3兆円	82.1兆円

(注)2005年度の国民医療費の年齢階級別医療費(基本的に5歳刻み)を基に、各年齢階級別医療費の年平均伸率を、0%、1%、2%、3%と単純に仮定して年齢階級別医療費を算出し、これに2030年の年齢別人口を乗じて算出した極めて粗い試算(機械的試算)である。
(出典)筆者作成。

新卒看護師の20歳人口比の粗い試算

1. 前提・・・20歳の者の数

2008年 男:68万人、女:65万人 計133万人

2030年 男:49万人、女:47万人 計 95万人

2. 新卒看護師

2008年 約5万人（全員女性だとすると13人に1人）

2030年(仮定1) 5万人（全員女性だとすると 9人に1人）
（仮定2） 7万人（全員女性だとすると 7人に1人）
（仮定3）10万人（全員女性だとすると 5人に1人）

(参考)

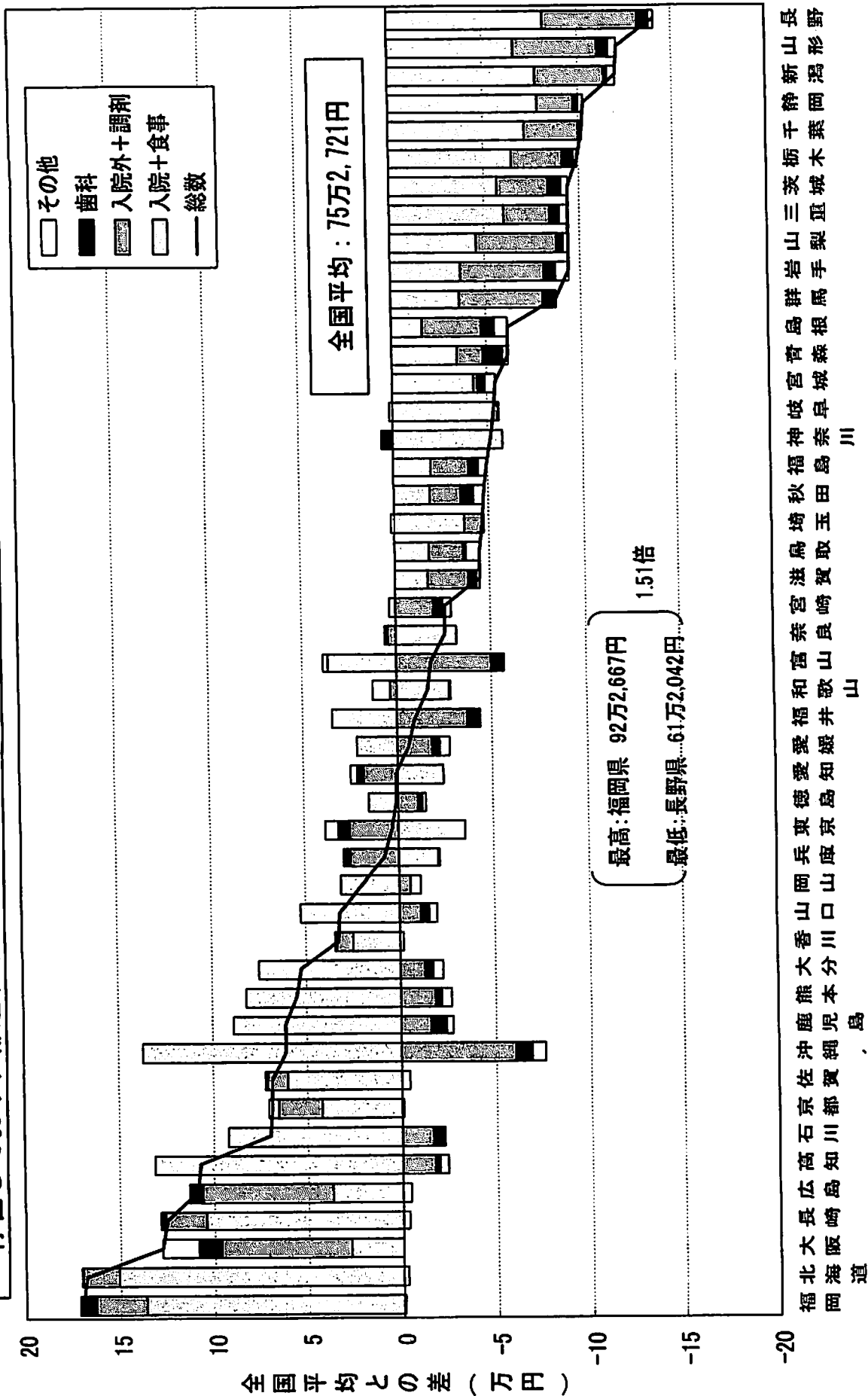
1. 2005年:新卒医師 0.8万人、新卒介護職員 約7万人
2. 医療・福祉分野の就業者数は、579万人(就業者総数6,412万人の1割弱)

（参考）医療に関する国民の意識

1. 国民の医療に関する意識調査（2007. 10. 19毎日新聞）
 - (1) 医師数： A. 全国的に多い（2%）、B. 一部の地方・診療科では不足（34%）、C. 全国的に足りない（61%）
 - (2) 医療費規模： A. 高い（63%）、B. 安い（23%）
 - (3) 医療費負担： A. 税金負担重くなるのもやむなし（19%）、
B. 個人の自己負担額引上げもやむなし（9%）、C. 現状程度
でよい（32%）、D. さらに医療費を削減すべき（29%）
⇒ A+B（28%）、C、Dが、ほぼ三分されている！
2. 医師を1人養成するのにどれほど「コスト」がかかることを国民は知っているのだろうか？ また、世論が三分されている中で、医療政策の「舵」を大きく切るのは容易ではない。

1人当たり老人医療費の診療種別内訳(全国平均との差) ～平成15年度～

○1人当たり老人医療費は、最大（福岡県）と最小（長野県）で約30万円（約1.5倍）の格差が存在しており、都道府県格差の約7割は入院医療費が寄与している。



図：医療提供体制の各国比較（2006年）

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	34.7	14.0	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	10.1	8.3	41.6	3.5	117.8	9.8
フランス	13.2	7.2	46.7	3.4	105.8	7.6
イギリス	8.7	3.6	69.0	2.5	335.9	11.9
アメリカ	6.4	3.2	76.3	2.4	331.2	10.5

（出典） OECD Health Data 2008

※病床百床当たりの医師数、病床百床当たりの看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本：全病院の病床（急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床（ナースینگホームの病床を除く）。

フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床。イギリス：NHS (National Health Service:国民保健サービス)の全病床

（長期病床を除く）。アメリカ：AHA (American Hospital Association:米国病院協会)に登録されている全病院の病床

地域包括ケアの取組が行われている 地域の分類と特徴

I. 基幹病院中心型

地域における基幹的病院が、高次の医療から介護・福祉系統の施設等を保有し、医療・介護・福祉の包括ケアシステムを指向・実践している地域 …… 御調町[現尾道市](公立みつき総合病院)、茅野市(諏訪中央病院)、宮城県涌谷町(涌谷国民健康保険病院)

II. ネットワーク型

1. 在宅主治医と病院主治医が中心となり、他職種とともに、「退院時カンファレンス」等を行い、更に、これらをベースに福祉団体(民協・社協)を巻き込み、医療・介護・福祉の連携ネットワークを形成している地域…尾道市
2. 地域医師会・行政・市民団体が連携し、地域の医療体制(救急医療体制や重症心身障害児医療等を含む)の整備、医療機関連携に積極的に関わっている地域…市川市、松江市
3. 地域医師会等が中心となって医療・介護・福祉の連携を進めるとともに、地域医療の後方支援として必要な機能強化等を基幹的な病院に働きかけている地域…静岡市、京都府乙訓郡、横浜市(Wの会)
4. 急性期加算対象4病院が競争の中で機能を分け合い、4病院が主導し「患者の流れ」を形成している。さらには「連携クリティカルパス」の導入を図っている地域…熊本市

(注)これは例示である。それ以外にも先駆的な取組が行われている地域は数多くある。
なお、この分類は、武藤正樹(2001)21世紀の地域医療連携『健康保険』2001年2月・3月号の分類も参考にしている。