

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「2017 年度在宅医療推進のための会」

報 告 書

年間テーマ

質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

座長：蘆野 吉和 氏

(社会医療法人北斗 地域包括ケア推進センター長)

— 目 次 —

■はじめに（座長：蘆野吉和氏）	1 P
■参加委員名簿	4 P
■第1回研究会（5/26）	6 P
＜共通テーマ＞「食支援」のための多職種連携体制を地域でどのように構築するのか （多職種連携による「食支援」プロジェクト）	
・飯島 勝矢氏「フレイル予防から要介護期までも見据えた一連の「食支援」をどう再考するのか」	
・若林 秀隆氏「リハ栄養と多職種連携」	
※歯科が取り組む食支援・・・歯科診療所と病院歯科の役割・・・	
・細野 純氏「口腔健康管理と食支援～地域におけるかかりつけ歯科医の役割～」	
・長谷 剛志氏「病院から地域につながる口腔機能管理」 ～入院生活から日常生活に寄り添う食支援の提供をめざして～	
・田中弥生氏「栄養ケア・ステーションにより地域の食を守る」	
・荒金 英樹氏「多職種・異業種連携システムの構築」～京都における取り組み～	
■第2回研究会（6/30）	3 7 P
・田中 滋氏「地域包括ケアシステム概念の進化を辿る」	
■第3回研究会（7/28）	5 2 P
＜共通テーマ＞「在宅ホスピスボランティア」の人材育成と地域における活動支援	
・二ノ坂 保喜氏	
・谷田 憲俊氏 サブタイトル：ホスピス・ボランティアを広げよう	
・石口 房子氏	
■第4回研究会（9/29）	6 8 P
・鈴木 邦彦氏	
「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割とかかりつけ医機能を持つ民間中小病院の取り組みの実例」	
■第5回研究会（10/27）	9 4 P
＜共通テーマ＞「本人の選択・本人と家族の心構え」どのように醸成するのか	
・三浦 久幸氏「アドバンス・ケア・プランニングとは何か」	
・西川 満則氏「人生の最終段階における医療に係る相談体制構築事業」	
・紅谷 浩之氏「地域・在宅からのACP」	
・大友 宣氏「本人の選択・本人と家族の心構え」をどのように醸成するのか	

■第6回研究会 (12/22) 118P

<共通テーマ> 「独居老人（高齢者）の在宅看取りができる地域づくり」

- ・和田 忠志氏「増子忠道先生の功績に学ぶ」
- ・長尾 和宏氏「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」プロジェクトの活動報告・今後の予定

■第7回研究会 (1/26) <小児在宅医療推進のための会合同勉強会> 130P

<共通テーマ> 「小児在宅医療について」

- ・松本 吉郎氏「日本医師会における小児在宅ケアに関する取り組み」
- ・船戸 正久氏「小児在宅医療推進のための会大阪分科会の活動」
- ・三好 圭氏「医療的ケア児への支援に向けた取組」
- ・松岡 輝昌氏「小児在宅医療の展望 平成30年度診療報酬の改訂について」
- ・田村 正徳氏「日本医師会小児在宅ケア検討委員会における検討状況について」

■第8回研究会 (2/23) 151P

<共通テーマ> 地域に根差した病院が行う訪問診療あるいは訪問看護の現状と課題

- ・小川 聡子氏「都市型急性期病院の在宅医療 急性期から在宅へ」
- ・黒澤 一也氏「病院がかかわる新しい街づくり～これからの人口減少社会に向けて～」
- ・織田 正道氏「地域包括ケア時代の病院の役割」
「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化

■「在宅医療推進のための会」は2016年度（平成28年度）から、「在宅医療の質」に関する議論を始め、2016年度（平成28年度）は「質の保障された在宅医療をどのように普及するのか」というメインテーマを、2017年度（平成29年度）は「質の保証された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か」というメインテーマを掲げ開催しました。この企画で特に念頭に置いたことは、在宅医療推進の最前線で活動している「在宅医療推進のための会」の委員およびオブザーバーの方々が、在宅医療の質を担保する（あるいは向上させる）ために取り組むべき課題を検討し、その課題解決のための具体的な戦略を立て、「在宅医療推進のための会」として事業（プロジェクト）を立ち上げ、主体的に活動する基盤を作ることでした。すなわち、当会の位置づけを「勉強会」から「行動する会」に移すことがひとつの狙いでした。

■2016年度に取り上げたサブテーマは

第1回（2016年5月27日）これまでの在宅医療推進関連事業を振り返り「地域医療介護総合確保推進基金」等を使ったより効果的な在宅医療普及戦略を探る

第2回（2016年6月24日）専門的在宅緩和ケアチームをどのように育てるか

第3回（2016年7月22日）21世紀型の日本的ケアのあり方を考える

第4回（2016年9月23日）地域支援事業としての在宅医療をどのように進めるのか～特に行政の立場からの提言～

第5回（2016年10月28日）在宅医療コーディネーターをどのように普及するのか

第6回（2016年12月16日）在宅医療の現状と今後の展望（1）

第7回（2017年1月27日）小児在宅医療推進のための会との合同勉強会

第8回（2017年2月24日）在宅医療の現状と今後の展望（2）

■2017年度に取り上げたサブテーマは、

第1回（2017年5月26日）「食支援」のための多職種連携体制を地域でどのように構築するのか（多職種連携による「食支援」プロジェクト）

第2回（2017年6月30日）地域包括ケアシステム概念の進化を遡る

第3回（2017年7月28日）「在宅ホスピスボランティア」の人材育成と地域における活動支援

第4回（2017年9月29日）かかりつけ医普及のバリアと戦略

第5回（2017年10月27日）「本人の選択・本人と家族の心構え」をどのように醸成するのか

第6回（2017年12月22日）独居老人の在宅看取りができる地域づくり

第7回（2018年1月26日）小児在宅医療推進のための会との合同勉強会

第8回（2018年2月23日）地域に根差した病院が行う訪問診療あるいは訪問看護の現状と課題

■この2年間に取り上げたサブテーマの中で、2016年度から、在宅医療助成勇美財団の事業として、「地域緩和ケア普及プロジェクト」が動き出し、専門的緩和ケアチームを含む地域緩和ケアチームの人材育成、在宅ホスピスケアボランティアの人材育成のための研修用プログラムおよびテキスト作成の事業が展開され、2017年度から「多職種連携による『食支援』プロジェクト」、「独居老人の在宅看取りができる地域づくりプロジェクト」、「在宅医療・介護連携事業見える化プロジェクト」が日本在宅ケアアライアンスの会員や「在宅医療推進のための会」の委員を中心に展開されています。

■今回まとめた2017年度の報告書については、基本的に話題提供者のお話の内容を多くの人に知ってもらえるよう、できるだけ忠実に再現し作成しましたが、多少わかりにくいと思われる部分は座長が意識した部分もあることを最初にお断りしておきます。

■以下、2017年度の各回の内容について紹介します。

第1回（2017年5月26日）『食支援』のための多職種連携体制を地域でどのように構築するのかは2017年度から開始された「多職種連携による『食支援』プロジェクト」のキックオフを兼ねた話題提供でした。このプロジェクトリーダーは飯島勝矢氏で、このプロジェクトに参画する各職能領域のスペシャリストに現状の活動について話題提供していただき、飯島氏から今後のプロジェクトの活動の内容や方向性についてお話していただきました。

第2回（2017年6月30日）「地域包括ケアシステム概念の進化を辿る」は、2016年度の在宅医療の現状と展望の（3）に相当するものとして企画し、地域包括ケアシステムの施策立案の中心的役割を担っている田中滋氏に、地域包括ケアシステムのこれまでのながれと今後の展望について話題提供していただきました。その話の中で、地域包括ケアシステムの進化のキーワードとして、「地域マネジメント」、「多世代共生（地域共生社会）」、「ゼロ次予防」などの新しい方向性を示していただきました。

第3回（2017年7月28日）『在宅ホスピスボランティア』の人材育成と地域における活動支援は、2016年度から始まった、地域緩和ケア普及プロジェクトの一つである『在宅ホスピスボランティア』の人材育成」ワーキンググループから「在宅ホスピスボランティア」の現状についてお話していただきました。日本ではまだまだ取り組みが遅れている課題ですが、今後、まちづくりとしても重要な課題です。

第4回（2017年9月29日）「かかりつけ医普及のバリアと戦略」は現在日本医師会が進めている「かかりつけ医」あるいは「かかりつけ医機能」について、常務理事である鈴木邦彦氏から話題提供していただきました。この話題提供の後半は鈴木邦彦氏が地元常陸大宮市で展開している地域包括ケアシステム構築の紹介でしたが、かかりつけ医機能を持った地域の中核病院（民間病院）が、在宅医療を積極的に展開しながら「まちづくり」を進めている話には感動しました。この話題提供では、在宅医療普及には、診療所だけでなく、かかりつけ医機能をもつ民間病院の役割の大きさについてあらためて認識させていただきました。この課題については第8回に改めてサブテーマの一つとして企画させていただきました。

第5回（2017年10月27日）『本人の選択・本人と家族の心構え』をどのように醸成するのかは、三浦久幸氏に企画していただきました。この課題は通常アドバンスケアプランニング（ACP）という言葉が使われていますが、その言葉に込められている歴史的な内容について三浦氏から概要の説明があり、その後、どのように国民に普及するかについて、具体的な活動を紹介していただきました。現在、急性期病院を中心に意思決定支援のための研修会が開催されていますが、本来は健康な時からの取り組みが重要であることの共通理解がすすんだと思います。では、どのような運動として展開するのか、この課題は来年度への持越しです。

第6回（2017年12月22日）「独居老人（高齢者）の在宅看取りができる地域づくり」は、2017年度の在宅医療助成勇美記念財団の事業として取り組んでいる事業の内容について、その途中経過を含めて、プロジェクトリーダーである長尾和宏氏に報告していただきました。また、この課題についてのレジェンド的な活動を行ってきた増子忠道氏の業績についてその教え子である和田忠志氏に紹介していただきました。

第7回（2018年1月26日）は小児在宅医療推進のための会との合同勉強会です。今年で4年目になりますが、医療的ケア児の在宅医療への取り組みはかなりのスピード感をもって進んでいることに

驚かされます。その一方でかなり深刻な状況であることも感じ取れます。厚生労働省もかなり本腰で取り組んでいることも理解でき、今後の展開において私たちがどのようなかかわりをもって対応する必要があるのか、これも検討課題だと思います。

第8回（2018年2月23日）「地域に根差した病院が行う訪問診療あるいは訪問看護の現状と課題」は、全日本病院協会会長の猪口雄二氏に企画をお願いしました。

第4回で鈴木邦彦氏からご自身の病院の取り組みが紹介されましたが、ここでは3つの民間病院の取り組みが紹介されました。在宅医療の推進では、診療所だけでなく、地域の中核的民間病院の役割も大きいこと、これらの病院における地域ぐるみの医療介護福祉の連携事業が「まちづくり」につながっていることなども再認識しました。

■2017年度の「在宅医療推進のための会」には多くの委員および厚生労働省関係者を含めたオブザーバーの方々が参加してくれました。話題提供者のご協力も含めて感謝いたします。

様々な視点でお話していただくため、今回も話題提供の時間が多くなり、十分な時間をとった討論ができませんが、座長としては、2016年度の企画を含めて在宅医療推進のために検討すべき課題の多くを提示できたと思っています。しかし、一つだけ残した課題があります。それは、「移行期支援」といわれる課題です。在宅医療が普及しない理由の一つが、病院から適切な時期に地域に紹介されていないことです。在宅ケアや緩和ケアの介入を念頭においた適切な時期での地域への移行（専門医との連携体制、いわゆる病院医師とかかりつけ医との二人主治医体制を含む）をすすめるには、適切な時期を決めるための評価基準（予後予測指標等）の策定と、病院外来での早期からの情報提供と話し合いの仕方についての検討が必要と考えます。これは、今後に残しておきます。

今後は、検討した課題を解決するための具体的対応策の検討、いわゆる戦略を立てて、実行できることから取り組む形となりますが、これらは、今後日本在宅ケアアライアンスの事業として企画されることを希望します。

最後に、本当に多くの手間をかけてこの会を準備し、実施してくれた在宅医療助成勇美記念財団の事務局の皆様方に、心からの感謝とお礼を申し上げます。

「2017年度在宅医療推進のための会」参加委員名簿
(2018. 3月当時)

	氏名	所属	役職
1	*あしのよしかず ★蘆野吉和	社会医療法人北斗	地域包括ケア推進センター長
2	あらいひでのり 荒井秀典	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	副院長
3	いいじまかつや 飯島勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構	教授
4	いおかずお 井尾和雄	医療法人社団在和会 立川在宅ケアクリニック	院長
5	いけがきじゅんいち 池垣淳一	兵庫県立がんセンター	緩和ケアセンター長
6	いとうじゅんいちろう 伊藤順一郎	メンタルヘルス診療所しつぽふあーれ	院長
7	いのくちゆうじ 猪口雄二	公益社団法人 全日本病院協会	会長
8	いはらたつお 井原辰雄	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	企画戦略局長
9	うつのみやひろこ 宇都宮宏子	在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス	代表
10	おおしましんいち 大島伸一	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	名誉総長
11	おおしまひろこ 大島浩子	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 在宅医療開発研究部	長寿看護・介護研究室長
12	おおたひでき 太田秀樹	医療法人 アスミス	理事長
13	おおはしえいじ 大橋英司	医療法人社団 大橋内科胃腸科	理事長
14	おがわとしこ 小川聡子	医療法人社団 東山会	理事長
15	おぎのみえこ 荻野美恵子	国際医療福祉大学医学部医学教育統括センター	教授
16	おくむらけいこ 奥村圭子	医療法人八事の森 杉浦医院 地域ケアステーション はらペコスパイス	室長
17	かみやかずこ 上家和子	公益社団法人 日本医師会 日本医師会総合政策研究機構	主席研究員
18	かわいまこと 川井真	一般社団法人 JA共済総合研究所	主席研究員
19	かわしまこういちろう 川島孝一郎	仙台往診クリニック	院長
20	きたざわあきひろ 北澤彰浩	佐久総合病院	診療部長
21	きんだいちせいこ 金田一成子	一般社団法人 日本女性薬剤師会	副会長
22	くろいわたくお 黒岩卓夫	医療法人社団 萌気会	理事長
23	くわはらなおゆき 桑原直行	対馬市いづはら診療所	所長
24	こえだじゅんいち 小枝淳一	社団法人慈恵会 青森慈恵会病院	緩和ケア統括部長
25	こじまはじめ 小嶋一	医療法人 湊仁会 手稲家庭医療クリニック	院長
26	こだまつよし 小玉剛	こだま歯科医院	院長
27	しまぎきけんじ 島崎謙治	政策研究大学院大学	教授
28	しみずまさかつ 清水政克	清水メディカルクリニック	副院長
29	すぎもとみぎわ 杉本みぎわ	福岡県立大学 ヘルスプロモーション看護学系 在宅看護	助手
30	すずきくにひこ 鈴木邦彦	公益社団法人 日本医師会	常任理事
31	すずきたかお 鈴木隆雄	桜美林大学 加齢・発達研究所	所長
32	すずきひろし 鈴木央	鈴木内科医院	院長
33	せきもとごう 関本剛	関本クリニック	副院長
34	たかだつねお 高田常雄	公益社団法人 東京都鍼灸師会	会長
35	たかやまよしひろ 高山義浩	沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科	医長

「2017年度在宅医療推進のための会」参加委員名簿
(2018. 3月当時)

	氏名	所属	役職
36	たしろ たかお 田城 孝雄	放送大学教養学部 / 順天堂大学	教授 / 客員教授
37	たなか しげる 田中 滋	慶應義塾大学	名誉教授
38	たなか まこと 田中 誠	医療法人理智会たなか往診クリニック	理事長
39	たにみず まさひと 谷水 正人	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター	院長
40	たむら まなぶ 田村 学	医療法人おおさか往診クリニック	理事長
41	つしてつお 辻 哲夫	東京大学 高齢社会総合研究機構	特任教授
42	つちはし まさひこ 土橋 正彦	土橋医院	院長
43	つるおか ゆうこ 鶴岡 優子	つるかめ診療所	所長
44	とぼけんじ 鳥羽 研二	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	理事長
45	ながいやすのり 永井康徳	医療法人ゆうの森 たんぽぽクリニック	院長
46	ながお かずひろ 長尾 和宏	医療法人社団 裕和会 長尾クリニック	院長
47	なぐら みちあき 奈倉 道明	埼玉医科大学総合医療センター小児科	講師
48	にしだ しんいち 西田 伸一	医療法人社団梟社会 西田医院	院長
49	はぎた ひとし 萩田 均司	有限会社メディフェニックスコーポレーション	代表取締役
50	はなぶさひろお 英 裕雄	医療法人社団 三育会	理事長
51	はらくちまこと 原口 真	独立行政法人 福祉医療機構	理事
52	はらだ あつし 原田 敦	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター	病院長
53	ひらはら さとし 平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合	副理事長
54	ふじた しんすけ 藤田 伸輔	国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会 千葉大学医学部附属病院 地域連携部	教授
55	ほその じゅん 細野 純	細野歯科クリニック	院長
56	ほった さとこ 堀田 聡子	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科	教授
57	べにや ひるゆき 紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック	代表
58	まつしま だい 松嶋 大	なないろのとびら診療所	所長
59	みうら ひさゆき 三浦 久幸	国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター	在宅連携医療部長
60	みうら まさえつ 三浦 正悦	医療法人心の郷	理事長
61	みやしま としひこ 宮島 俊彦	岡山大学	客員教授
62	やまなか たかし 山中 崇	東京大学 医学部在宅医療学拠点	特任准教授
63	わたなべ しょう 渡辺 象	公益社団法人 東京都医師会	理事
64	わだ ただし 和田 忠志	医療法人社団実幸会 いらはら診療所	在宅医療部長

★座長

(50音順・敬称略)

他、厚生労働省関連部署
(医政局、健康局、保険局、老健局、大臣官房等)

第1回「2017年度在宅医療推進のための会」

年間テーマ：質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

開催日時 2017年5月26日（金）19：00～21：00

開催場所 東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階「602AB」

出席者 委員41名 陪席16名 事務局5名

テーマ 「食支援」のための多職種連携体制を地域でどのように構築するのか
(多職種連携による「食支援」プロジェクト)

<話題提供者>

- ① 飯島勝矢氏（東京大学高齢社会総合研究機構 教授）
- ② 若林秀隆氏（横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション科 講師）
- ③ 細野純氏（細野歯科クリニック 院長）
- ④ 長谷剛志氏（公立能登総合病院 歯科口腔外科 診療部長）
- ⑤ 田中弥生氏（駒沢女子大学 人間健康学部 健康栄養学科 教授）※講演当時
- ⑥ 荒金英樹氏（愛生会山科病院 外科 消化器外科部長）

<第1回勉強会の内容と趣旨>

平成26年度の勉強会では荒金英樹氏に京都山科地域における食支援の活動を、平成27年度の勉強会では、長谷剛志氏より能登地域における食支援の活動を報告していただきました。この「食支援」には、医科医師、歯科医師、看護師（病院看護師、訪問看護師）、歯科衛生士、栄養士、リハビリ関連職等の多職種の協働体制が必要であると同時に、病院と在宅を含めた地域医療との連携体制も必要となっています。全国各地域を対象とした「食支援」プロジェクトを進めることの意義は、フレイルへの対応、誤嚥性肺炎予防等だけでなく、在宅医療における病院と地域との連携、在宅医療における多職種協働をすすめるという意義もあると考えます。今回の勉強会では、具体的な戦略について提言していただき検討したいと思います。

<プレゼンテーション①：飯島勝矢氏>

フレイル予防から要介護期までも見据えた一連の「食支援」をどう再考するのか

～地域における多職種協働による食支援プロジェクト～

1. 今回のプロジェクトで目指すこと

まず、今回の我々のプロジェクトとして、『食支援』にフォーカスを合わせ、多職種でのプロジェクトチームを組ませていただきました。そのメンバーたちに今日は本当にもう10分ずつくらいですが、バトンリレーで最新の話題と地域での現在の課題も取り上げながらお話していただきます。

大きなテーマとしては「食支援のための多職種連携体制を地域でどのように構築するのか」ということです。プログラムにありますように、まず私のほうから、この食支援プロジェクトは、とりあえずこの1年間、何を狙って走らせていただくのかを最後に強調して終わりたいと思います。

まず、私からキックオフさせていただきます。フレイル予防から要支援、要介護期までも見据えた一連の食支援をどう再考するのかということです。

私自身の掲げたタイトルの重要なキーワードは「一連」ということです。様々なフェーズが存在しますが、その流れは一連であるということです。すなわち、本日話題をしますフレイル（虚弱）から要介護への道は大半の人間が経る道であり、一連の流れになっております。食支援は今までにも取り組まれてきた事実があり、我々にも従来のイメージがあります。しかし、今回の多職種協働でのプロジェクトチームにより、幅広い食支援体系の基盤を構築したいと思っております。それで、私のプレゼンテーションの最後でもう一度強調したいと思いますが、この食支援プロジェクトを通して大きく2つのことを目的として、特にこの初年度の成果物にしたいと考えています。

まず、その2つの目的の1つ目です。おそらく地域に様々な食支援、もしくはその食支援につながるツールが実在するであろうと思います。そうだとすると、それをどこまで駆使して現場に活かしているのでしょうか。すなわち、そのツールの使い勝手が良いのか悪いのか、あるいはそのツールを活かすところまでいけていないのか、十分な多職種連携ができていないのか、等、色々な問題が存在します。

従って、まずは全国でどのくらいの食支援に関するツールというものが存在しているのか、それをなるべく我々の力と今日お集まりの先生方のお力を借りて集約し、エッセンスとなる成果物を作ってみよう、ということがまず最初の目的です。

さらに2つ目は、地域で食支援の底上げにつながる機運の醸成と実際に地域で動く多職種連携がワークすることを目指しております。そのために地域に転がっているハードルやボトルネック、が何なのか、個人的な問題であったり、一方で制度的な問題だったり等、様々な課題があると思いますので、これに関しましてもこのプロジェクトでしっかりと炙り出したいと思っております。

とは言っても、このプロジェクトチームのメンバーはまだまだ少人数であり限界があると思っておりますので、今日お集まりの先生方にも、近いうちに私のほうから「情報をください」と投げさせていただきたいと考えています。

2. フレイルとは

つい3年近く前に我々は新概念『フレイル』を立ち上げました。フレイルのイメージはこのように3つの言葉で例えられます。

勇美：在宅医療推進のための会【食支援プロジェクト】

(2017年5月26日)

フレイル予防から要介護期までも見据えた一連の「食支援」をどう再考するのか



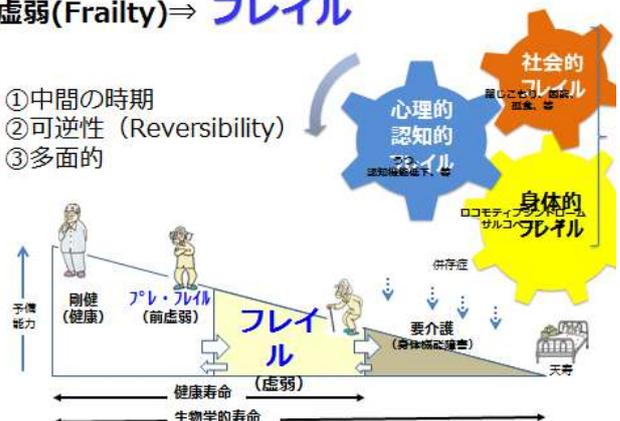
東京大学 高齢社会総合研究機構 (シエロントロジー：総合老年学)

教授 飯島 勝矢



虚弱(Frailty)⇒フレイル

- ①中間の時期
- ②可逆性 (Reversibility)
- ③多面的



(東京大学 高齢社会総合研究機構・飯島勝矢：作成)

- ① 「中間の時期」：健康（剛健）というわけでもなく、いろんな衰えが出てきている、けれども、だいぶ進んだ要介護の段階でもない。その中間の時期であるということ
- ② 「可逆性」：これは特に国民に向けて可逆性（リバーシブル）を意識させることにより、前向きかつ明るい気持ちで予防意識を高めて欲しいというものです。個人の気付き、そして自分事化が重要であり、その結果、頑張ることによって、大なり小なり様々な機能を戻すことができるというメッセージが含まれております。
- ③ 「多面的」：このフレイル概念は、いわゆる身体的フレイル（ロコモティブシンドローム、そしてサルコペニア（筋肉の衰え）に代表される）という要素だけではなく、精神心理的、認知的フレイル、そして社会的フレイル（ソーシャルフレイル）という多面的な特徴があります。

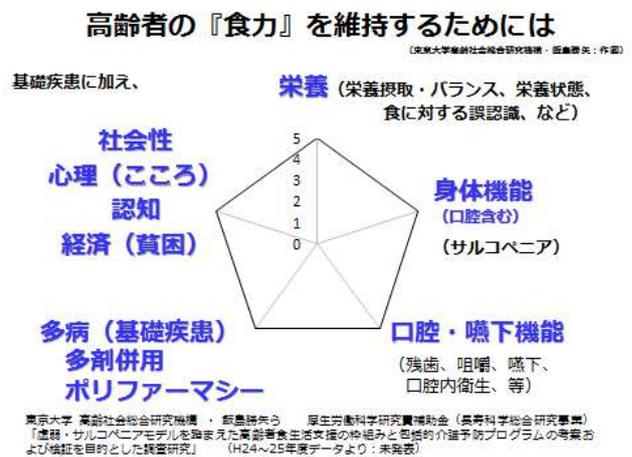
私自身は比較的自立の高齢者の方々を扱ったコホート研究をずっと何年も走らせておりまして、色々と解析してみますと、身体的フレイルに対する予防だけでは非常に片手落ちの取り組みになってしまうことが分かってきました。すなわち、社会的フレイルへの対策を中心に見据えて、もう一度「まちづくりとして取り組むフレイル対策」をやらなければいけないのです。言い換えれば、この運動だけを強制するとか、食事だけを提供するというだけではハードルを乗り越えられないことが、我々のコホート研究の解析データから見えてきました。

3. 高齢者の『食力』を維持するためには

そこで、「高齢者の食べる力、食力（ショクリキ）」を維持向上させるためにはどうすれば良いのでしょうか。逆にいえば、高齢期における食力はどのような要素によって下支えされているのでしょうか。高齢者の食力は下記の五角形で表現されるように、様々な要素から影響を受けております。

まず、その最大の要素は口腔機能です。さらに、今話題になっている多剤併用（ポリファーマシー）です。ポリファーマシーというのは、当然副作用も心配されますが、食欲減退という問題もあり、それを国民は十分知りません。そして、全身の筋肉の衰え

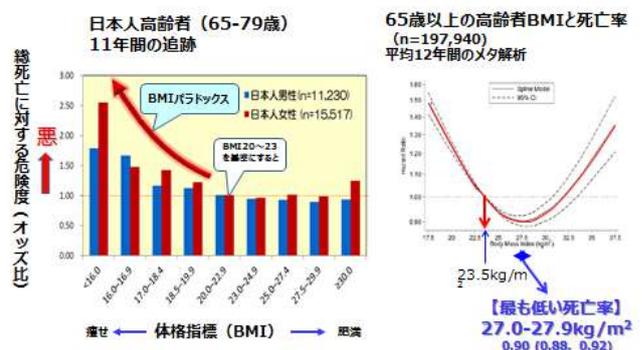
（サルコペニア）やお口周りのサルコペニア等をどう考えていくのか。一番上に栄養とありますが、単なる栄養バランスということではなく、国民においては食に対する誤認識を持っている可能性もあります。もっと言えば、70歳以上の高齢者でもまだ体重を減量しなければならないという意識を持っている国民が決して少なくないです。中年層における減量と高齢期（特に後期高齢者）における減量の意味の違いが十分に理解されていない可能性が高いです。そして、最後の要素として左上に示しますが、高齢者の食べる力というのは決してお口の機能だけで決まっているのではなく、社会性、こころ、認知、経済、いわゆる「楽しくワイワイと食べられているのかどうか」という点も重要です。この要素が非常に大きな比重を占めていると思われまます。



4. 高齢者の痩せと総死亡率との関連

この図は2つの論文から引用してきたものであり、体格の指標であるBMIに関する論文です。メタボ対策と連動してBMIは国民に十分周知されましたキーワードです。まず、左図のエビデンスは、我々の間では「BMIパラドックス」と言われている内容です。これは日本人高齢者（約3万人弱）のデータであり、11年間の追跡データです。単純に言いますと、中肉中背の集団と比較しますと、やや太り気味～肥満傾

高齢者の痩せ（低BMI）は総死亡率：高



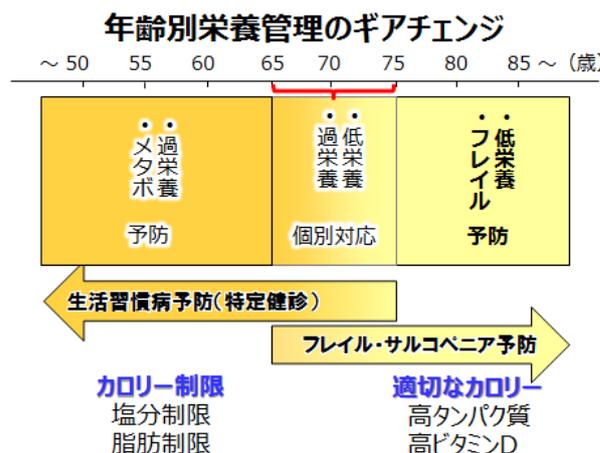
向の方の死亡率にはさほど差がなく、リスクになり得ない。むしろスレンダー・スリム体型から痩せの方々が圧倒的に死亡率が高くなっておりました。ただ、このデータ1つだけでは詳細な因果関係は何も示しておりません。しかし、大規模な調査研究でこのような視点のデータが最近出てきております。

右側のデータは、日本人だけのデータではなく、海外のメタ解析です。よって、デリケートに解釈しなければなりません。これは65歳以上の19万7千人のデータで12年間のメタ解析です。死亡率の一番低かった集団はBMI 27台であったという結果でした。当然、白人のBMI 27と日本人のBMI 27は同じ物差しで比べてはいけませんので、人種差の要素は考慮する必要があります。しかし、我々はこれらのBMIパラドックスを示す結果をどのように解釈していけば良いのでしょうか。

5. 年齢別栄養管理のギアチェンジ

中年層から後期高齢者までの「年齢別の栄養管理（カロリー摂取）に対する考え方のギアチェンジ」を示しております。65歳と75歳という年齢で線引きしていますが、これは分かりやすく示しているだけであり、実際には線引きできるわけではないので、一つのイメージです。

左図のいわゆる中年層においては、いわゆるメタボ対策、「運動は積極的にやろう！」というの当たり前ですが、基本となるカロリーセーブという概念は、十分全国的に知れ渡っています。ただ当然ながら、個別対応という時期があり、徐々にフレイル対策、特にサルコペニア対策、すなわち運動もさることながら「しっかりカロリーを摂ろう！」というギアチェンジをどのようにしていくのか、これが国民にはなかなか難しい。医療関係者の手により国民が上手く認識できるようにしていかなければなりません。



6. 本研究プロジェクトの背景と目的

本研究プロジェクトの【背景・目的①】です。下線のところは強調したい部分です。

「最期までおいしく食事を食べることを最終目標として、国民自身が改めて「食」の重要性を再認識し、専門職が今まで以上にこだわりを持った「食支援」が取り組むことが求められる」、ギリギリの重度要介護の方だけではなくて、一歩二歩手前の「フレイル段階から要介護そして終末期の流れというのは一連である」、それをどういうふうに各職種がイメージした上で、切れ目のない栄養管理サポートができるかという点です。

【本研究プロジェクトの背景・目的②】

- ✓ まず、地域在住市民を対象としたフレイル（前虚弱）段階からのサルコペニアの進展予防を視野に入れた意識啓発や運動論も有効な施策が模索されるべきである
- ✓ さらには、フレイルまたは要介護状態にある患者のケアおよび治療による状態の改善や生活の質の充実を目標とするためには、まさに地域ぐるみで多職種協働体制として「食支援ネットワーク」が地域で取り組まれ、希望する方々にいつでもサポート体制が発揮されることを目指す
- ✓ また、このネットワークが近い将来フレイル予防のために機能することも念頭において事業を展開する

以上より、本プロジェクトに関しては、「多職種協働による食支援プロジェクト」という課題を掲げ、各地域における食支援ネットワークを構築し、機能させていくのを目的に掲げる

【本研究プロジェクトの背景・目的①】

住み慣れた地域で可能な限り自立した生活を送り、そして自立度を大きく落としてしまった人生の最終段階も含めて、最後（最期）までおいしく食事が楽しめることを最終目標とし、国民自身が改めて「食」の重要性を認識し、専門職が今まで以上のこだわりを持った「食支援」に取り組むことが求められる。

フレイル（虚弱）段階から要介護、そして終末期という流れは「一連」であり、全てのフェーズにおいて食を中心とした適切な栄養管理が軸となることは言うまでもない。

特に、以下の点には大きな課題として改めて掲げたい。（次頁）

そして、【背景・目的②】です。

まず1つ目として、「ポピュレーション・アプローチ」とよくいいますが、地域在住の方々を対象とした、いわゆるプレフレイル（＝衰えがかなり顕著なフレイルになっていない、いわゆる些細な衰えのレベル）からサルコペニアへ進展しないことを視野に入れた、市民への意識啓発です。どのように目から、耳から有益な情報を入れさせのかということだ

けではなくて、もう一段、「気づき・自分事」として意識させるかが重要になります。2つ目は、さらにフレイルまたは要介護状態にある患者さんのケアおよび治療による状態の改善や生活の質の充実を目標とするためには、まさに地域ぐるみで多職種協働体制として、「食支援ネットワーク」というものがどのようにしっかり組まれるかということです。そして、3つ目は、そのネットワークが近い将来フレイル予防のために、しっかりと機能するものであるということ念頭に置くことです。

以上より、本プロジェクトに関しては「多職種協働による食支援プロジェクト」という課題を大きく掲げて、各地域における食支援ネットワークをいかに構築し、機能させていくかを目標に実施していきたいと考えています。

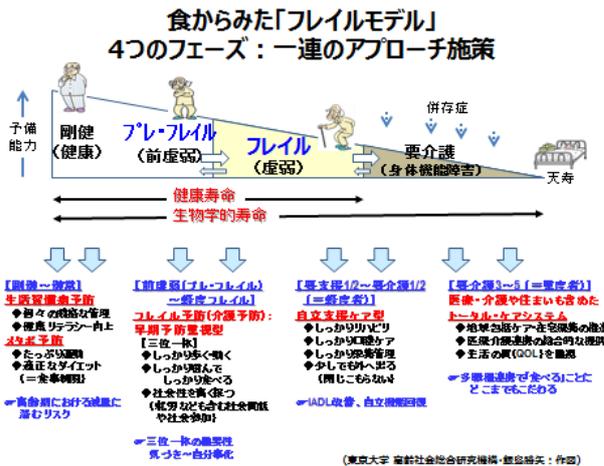
7. 食からみた「フレイルモデル」

そこで、食という視点からこのフレイルモデルを右斜め三角形に描いて、フェーズ毎に、説明を加えました。まず左上に、高齢期であっても健康な方々がいらっしゃいます。当然ながら、高齢期になったからといって、急に生活習慣病管理を弱めることはあり得ないわけです。しかし、全国状況を見ますと、70歳以上の方でもまだ体重が3キロくらい痩せなければいけないと認識している方々が決して少なくありません。高齢期において減量することのリスクを彼らに伝えることが一つの課題です。

そして、私のまさに今の活動ですが、フレイル予防のために、「しっかり動こう、しっかり噛んで食べよう、そして社会性を基本的には維持しなければならない」という、この3つの柱をいわゆる三位一体として自分にあった形で継続していくことが重要になります。

要支援1・2～要介護1・2（軽度要介護者）では、さまざまな専門職種がしっかりとチームを組んで前面に出て、個々にこだわりを持ちながら、必ず自立支援につながるような支援でなければならない。1つは地域ケア会議がこだわりを持った会議であるとか、各専門職種の教育とかが課題となるかもしれません。

そして、重度要介護者では、とにかくギリギリ最期まで「口から食べる」ことにこだわるような支援をチームで展開できるかが課題です。



8. サルコペニアの簡易指標（「指輪っか」テスト）

そこで少し、ポピュレーション・アプローチについて話題提供をさせていただきます。

サルコペニア（筋肉の衰え）をいかに専門職種のいないところで、市民同士でワイワイと楽しく、その予防のための気づきを与えるのか、大きな課題です。そこで、私は6年前に「指輪っかテスト」という簡易スクリーニング法を開発し、大規模高齢者健康追跡調査研究を実施し、6年近い追跡の結果、大きなエビデンスを得ました。

「指輪っか」は、大体身長（身の丈）に応じています。大きい人はやはりでかい。小柄なおばあちゃんはやっぱり手が小さい。自分の身の丈に応じた指輪っかのサイズで、写真のように前かがみになって、利き足ではない方の下腿（ふくらはぎ）の一番太い部分を軽く囲んでみます。そうしますと、自立高齢者の方々は、必ず3つのグループに分かれます。しかも、どの地域に行っても、この3つのグループ



の割合は大体同じです。まず、指が届かない、つまりふくらはぎのボリューム感があつたグループ、次にドンピシャなグループ、最後に指が届いたのにグスグス感があつた、ちょっと細かつたというグループです。左のグループが5~6割、真ん中のグループが3~4割、一番右側のグスグス感のある方が大体1割弱含まれております。

細かいデータは省略しますが、サルコペニアのリスクがどのくらいそのグループにあるのか、あと4年間後にサルコペニアの新規発症がどのくらい現れるのか、いろんな口腔データ、フィジカルなデータ、食事とかいろいろかけ合わせて解析をしてみると、やはりこの3つのグループでかなり差が大きいことが分かってきました。



に悪いということも分かってきました。

また、論文投稿途中のデータですが、4年間という短い追跡期間でも、グスグスの右のグループは、3.2倍くらい他のグループより死亡率が高かったのです。そして、要介護認定の割合が3倍近く高かったというのが分かってきました。(Tanaka T, Iijima K, Geriatr Gerontol Intern 2018)

9. オーラルフレイル

この概念も約3年前に提唱させていただきました。特に、これはギリギリのお口の状態の方だけを意味している訳ではなく、もうちょっと上流(早期の段階)にフォーカスしています。歯科の先生方、そして我々多職種などがお口のことに興味を持つことだけでなく、国民にお口への健康度合をどう高めさせたいのかという、いわゆる運動論(ムーブメント)にしたいということで提唱しました。

細かい話は省略しますが、これも論文投稿中のデータです。例えば、お口の機能、舌の力、咀嚼力、滑舌の良さ、本人がなかなか堅いものを噛めないと思っている、むせが多くなってきたと本人が自覚している、歯の数が少ない(20本未満)などの6項目をセットしました。そのうち3つ以上該当したならば一応オーラルフレイルと仮定してみます。そうしますと、やはりこの4年間の追跡でオーラルフレイルの方は正常群に比べて、新たな要介護認定も総死亡リスクも約2倍以上高かったというエビデンスが出てきています。

特に強調したいのが、下から3つ目の「共食」という項目です。ご飯を家族ないしは友達たちとワイワイ一緒に食べているという頻度が左のグループに多いということが分かってきました。一方で、特に「同居家族がいるにも関わらず孤食」という方々がこの母集団の中に5%存在しており、ほとんどのデータが顕著

【指輪っかテスト】総死亡リスク

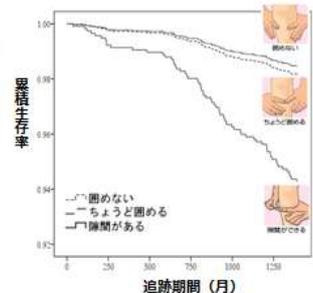
◆総死亡リスク

調整ハザード比(95%CI)



*調整因子: age, gender, IADL, IADL task

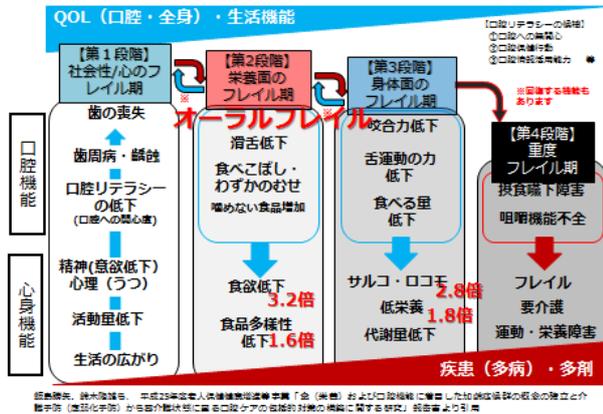
死亡(all-cause)に対する累積生存曲線(交絡調整)



対象: 要介護認定を除いた65歳以上地域在住高齢者 2,011名(平均年齢72.6±5.5歳、男女比1.1)
最大追跡期間: 45ヶ月間

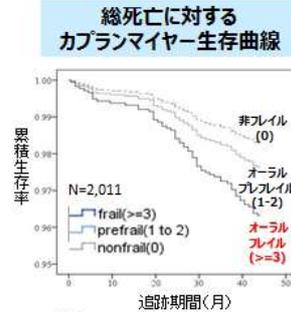
(東京大学高齢社会総合研究機構・田中友規、豊田勝実 (論文投稿中))

【オーラルフレイル】 些細な口腔機能の衰え



オーラルフレイル: 総死亡・要介護リスク

【口腔機能: 6項目】 ①咀嚼能力、②口腔巧緻性、③舌圧、④主観的咀嚼能力低下、⑤むせ、⑥残存歯数20未満



(東京大学高齢社会総合研究機構・田中友規、齋藤裕美 (論文投稿中))

10. ポリファーマシー

そしてもう1つ、私の大規模高齢者コホート研究の中で「ポリファーマシー」を解析してみました。まず疾患が増えていけば、薬の数が増えていくということは想定範囲内で当たり前ですが、それを踏まえた上で、以下の結果が出ています。

これも約4年追跡の結果ですが、6剤以上飲んでいらっしゃる方々の方が、要介護認定度が高かった。「当然多くの病気を持っているかもしれない」ということかもしれないんですが、病気の数も含めて可能な限り調整した上でも、やはりポリファーマシーの方は、要介護認定のリスクが2.6倍になり得るという結果が出てきました。これはまだ解析したばかりのデータで、もう少ししっかり解析しなければならないですが、話題提供させていただきます。

高齢者コホート研究(柏スタディ)から見てきた『多剤併用: Polypharmacy』に関する地域高齢者の特徴

対象: 2,019名 (平均年齢: 73.0±5.6歳、調査開始時に自立/要支援)
現病歴数: 高血圧、脂質異常症、糖尿病、悪性新生物、骨粗鬆症、脳卒中、心臓病、慢性腎不全

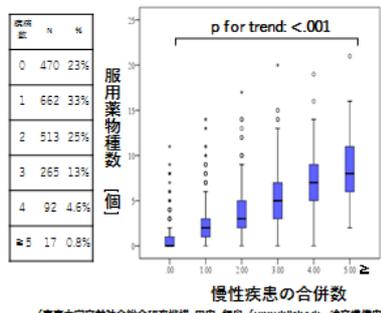
【6剤以上で切ってみると】

- ・ 高齢 (平均年齢差3歳)

【年齢の影響を除いてみると】

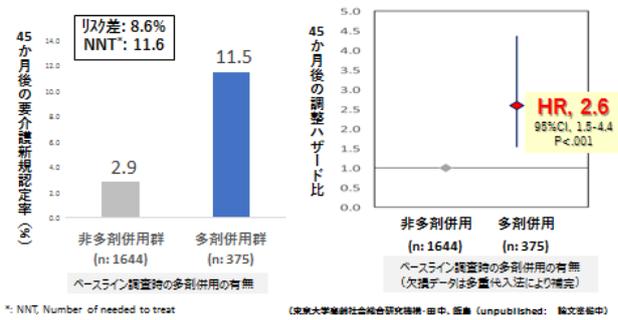
次の特徴がある

- ・ 性別には差がない
- ・ 独居高齢者が多い
- ・ 教育歴が短い人が多い
- ・ 当然、疾病、合併症の有症率が高い
- ・ 身体的フレイルが多い



地域高齢者の『多剤併用: Polypharmacy』は要介護認定リスクを2.6倍高める: 柏スタディ

対象: 2,019名 (平均年齢: 73.0±5.6歳、調査開始時に自立/要支援)、最大45か月追跡
多剤併用: 総病歴数≧6 (範囲: 6-37)、375名 (19%)
要介護認定: 地域福祉の介護保険受給率利用、通院時CQOS(4.5%)が新規認定
調整変数: 年齢、性別、BMI、居住形態、現病歴 (糖尿病、脂質異常症、糖尿病、悪性新生物、骨粗鬆症、脳卒中、心臓病、慢性腎不全)、合併症 (2種以上併発)、IADLスコア、身体的フレイル (ChI-35項目)、認知機能 (MMSE)、栄養

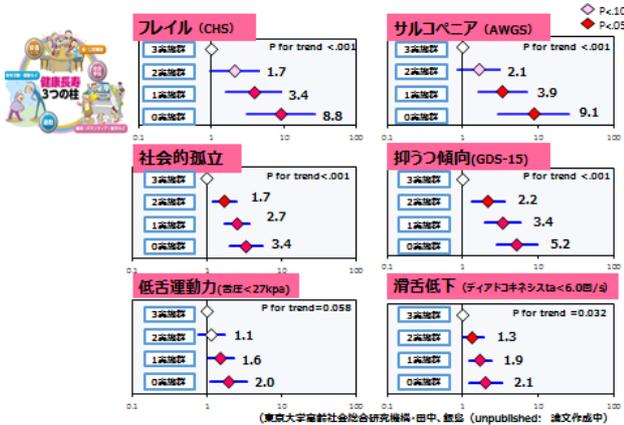


11. 新たな健康増進活動（フレイル予防）

これは市民向けの活動として行っているフレイル予防の図で、先ほどもお示した三位一体の「健康長寿の3つの柱」です。まず左上の「栄養」では食と口腔機能をどのように再認識してもらうのか、左下の「運動」では、いわゆるしっかりした筋トレは、国民の多くの方々が続け性を持つのはなかなか難しい現状もあり、今より10分でも多く体を動かすこととの重要性を唱え、ハードルを低くしてあります。

右上の社会参加・社会貢献ではどうやって地域と交わるのか。これもカルチャーセンターに行ってワイワイとやれば良いというだけではなく、みんな趣

【3つの柱】実施状況と多面的なフレイルのリスク



(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫 作図：フレイル予防ハンドブックより)

味も違えば性格も違うので、自分にあった継続性のあるものはなんなのか、この図を見て自分の継続性はどうか工夫をすれば良いのかを考えてもらい、気づき～自分事化での運動論に落としこみたいと思っています。

そこで、この3つの柱について、大規模高齢者コホート研究のデータをお示します。

この3つの柱の実施状況と、フレイルの多面的な要素との関連をみたものです。フレイルのリスクや特に筋肉の衰え（サルコペニア）のリスクであったり、社会的孤立、鬱傾向、オーラルフレイルなどが実施状況と関連があるのが分かります。3つともバ

ランスが取れて底上げされているべきであることが示されています。

そこで、「フレイルドミノ」の図を以前に作成したのですが、確かに高齢期の方々で3人いらっしゃれば三者三様であり、当然病気からガツと行かれる人もいれば、社会性がグッとこじんまりとなっていく人、いろいろです。しかし、いろんな仮説モデル検証などもやってみると、確かにドミノの順番が変わるケースが多々あります。しかし、国民に向けて一番強調したいのは、一本目二本目のドミノです。「社会とのつながり」、「生活範囲」という、いわゆる社会性の部分を自分の継続性のある形でどのように維持向上するのかをまず考えてもらい、意識変容、行動変容するところからスタートしてもらいます。

【フレイル・ドミノ】

(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫 作図)



～社会とのつながりを失うことがフレイルの最初の入口です～

(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫 作図：フレイル予防ハンドブックより)
東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫 東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫 東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫 東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫 東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫

より早期から国民自身へ「気づきと自分事化」を そして、元気シニアに「活躍の場・役割」を

【気づき～自分事化】

住民同士で簡単にチェックでき
エビデンスに裏付けられた
簡易評価法（フレイルチェック）
と早期介入ポイント

【活躍の場～役割】

元気高齢者が担い手（フレイル
予防サポーター）側になり、
住民主体の活動で
通いの場を楽しい場へ



(東京大学高齢社会総合研究機構・飯島勝夫 作図)

そこで私の最新の活動を少しお知らせし終わります。

より早期から国民自身が気づき自分事化する。元気シニアにとにかく地域において活躍の場、役割を与えたい。簡単なフレイルチェックというものを作って、それを早めの気づきの場に用いたい。その気づきの場というのを誰が回していくのか。専門職種

ではなくて、むしろ元気シニアに頑張っていたいただきたいということで、フレイルサポーターと名付けていろいろなモデル地域と一緒にやっています。

これがエッセンスのスライドですが、栄養の視点、運動の視点、社会参加の視点という3つともがバランスよく包含されたフレイルチェックというもので、いいデータには青信号シールを貼っていく。悪いデータだったものには赤信号のシールを貼っていき、それを半年単位で必ずリピートしていく。次回までには赤信号を減らしていこうというメニューになっています。

特にこの狙いは2つありまして、1人でも多くの市民の方々に参加して、継続性を持っていただきたいという目的が1つ。もう1つの狙いとして、この活動を進めていくのは、この黄緑色Tシャツを着た市民サポーターたち、フレイルサポーターたちですので、まず彼ら自身のためになるということを狙って、サポーターもどんどん各地域で増やしていきたいという2つの狙いを秘めて示しています。

新たな健康増進活動：市民による、市民のためのフレイル予防

栄養・運動・社会参加の包括的【フレイル・チェック】



簡易チェックシート

総合チェックシート



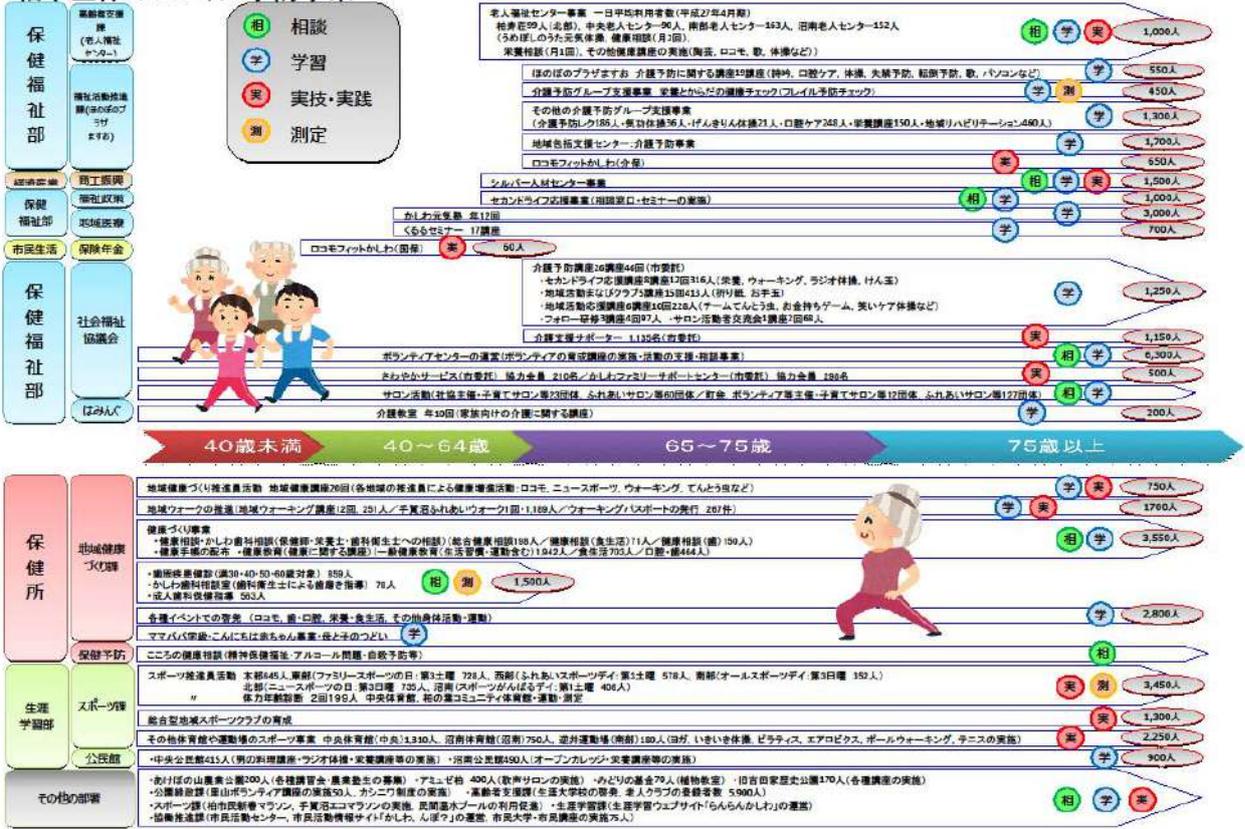
東京大学高齢社会総合研究機構、2015年4月～2017年3月実施の調査結果に基づく資料

資料5

という目的が1つ。もう1つの狙いとして、この活動を進めていくのは、この黄緑色Tシャツを着た市民サポーターたち、フレイルサポーターたちですので、まず彼ら自身のためになるということを狙って、サポーターもどんどん各地域で増やしていきたいという2つの狙いを秘めて示しています。

下図は、私も一緒にやっている千葉県柏市の行政の方からお借りしたものです。フレイル予防プロジェクトの2025という会議体を作り、みんなでまちづくりをやっていこうという会議資料の1つです。健康増進・介護予防などヘルスケアに資する行政参加の活動を横で並べています。いろんな部署で分かれ、部署間のつながりのあるところもあれば、全くな

柏市主体のフレイル予防事業



くて活動を全く知らないというところもある。上のほうにあるのが介護予防事業。介護予防事業をもっともっと磨き直して、ブラッシュアップしなければならないんですけども、それもまたごく一部 one of them だということです。庁内連携も、多職種連携も、市民団体も含めて、この会議資料を使いながら、みんなて話はじめています。

12. 本日の勉強会の内容

- 【1】 フレイル予防から要介護期までも見据えた一連の「食支援」をどう再考するのか
飯島 勝矢（東京大学 高齢社会総合研究機構）
- 【2】 「リハビリ栄養」と多職種連携
若林 秀隆（横浜市立大学附属市民総合医療センター リハビリテーション科）
- 【3】 歯科が取り組む食支援 ～歯科診療所と病院歯科の役割～
 - 1) 口腔健康管理と食支援 ～地域におけるかかりつけ歯科医の役割～
細野 純（東京都大田区 細野歯科クリニック）
 - 2) 病院から地域につなげる口腔機能管理
～入院生活から日常生活に寄り添う食支援の提供をめざして～
長谷 剛志（公立能登総合病院 歯科口腔外科・金沢大学大学院保健学総合研究科外科系医学領域
顎顔面口腔外科学分野）
- 【4】 栄養ケアステーションにより地域の食を守る
田中 弥生（駒沢女子大学人間健康学部健康栄養学科）※講演当時
- 【5】 多職種・異業種連携システムの構築 –京都における取り組み–
荒金 英樹（愛生会山科病院外科・京滋摂食・嚥下を考える会 代表世話人）

13. プロジェクトの事業内容

このプロジェクトは、とりあえず1年走らせま
す。まずプロジェクトチームを編成し、必要なメ
ンバーをどんどん導入していきます。

最初に、全国で活用されているもの、もしくは、
ちょっとホコリを被っているものも含め、食支援
に資する情報やツール（食支援ツール）、地域での
アプローチ方法等を今日集まっていたいでいる
先生方も含め、情報収集します。そして、そのエ
ッセンスを集約し、それをどうにかまとめ、「食支
援基本ツール」をつくり勇美のホームページにア
ップしたいと思います。

また、地域に転がっているいろんな多面的な課
題をあぶり出して、そこに対して打開策があるの
かどうかと検討します。

そして、もし可能ならば、この2つの成果物を使い、次年度はできれば何かモデル地域を1つ2つ設
定して、みんなで作った食支援パス、基本ツールというものを実際運用してみるというのが事業計画で
す。

事業計画

【平成 年度】

- ① コアメンバーによる本プロジェクトチームを編成：多職種（歯科医、歯科衛
生士、医師、管理栄養士、リハビリ技士（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）な
ど）の協働による地域での「食支援」体制の構築を目指す
- ② まずは全国で活用されている食支援に資する情報を収集・集約
（様々なフェーズも意識しながら）
- ③ 全てのメンバーに協力を依頼し、事前サーベイを行う
- ④ 平成 年度の最終成果物として、地域のリソースの状況に応じた
協働のための具体的手順や食支援パス（いわゆる基本ツール）を作
成することを目標とする
 - ・ 各職種のリソースによる違いによる課題の炙り出し（例：医師が栄養管理に対する視
点が少ない、栄養士が少ない、等）
 - ・ 食支援ネットワークをどのように構築していくのか
 - ・ 食支援に関する有効なスクリーニングツールとは（評価表）

【平成 年度】（仮・予定）

- ① 作成した食支援パスの運用をモデル地区において試行

して、ADL が要介助になってしまい、リハが必要だということで、私たちリハ科のところに受診した人たちが、1年間で169人おりました。その方たちの栄養状態を調べてみたところ88%、ほとんどの廃用症候群の方が低栄養だったということが分かりました。単に安静をしていたから寝たきりになったのではなく、低栄養も加わって寝たきりになっていたということです。

さらにリハ科に転科したときに栄養状態が悪かった人、具体的にはアルブミン値が低かった人、MNA-SF という栄養評価の点数が低くて低栄養だった人、それと悪液質がある人は、リハを行っても退院時のADLの自立度が低いことが分かりました。こういったことから栄養状態が悪いことがADLを下げている一因だろうということが推測されます。

4. 栄養状態とFIM効率

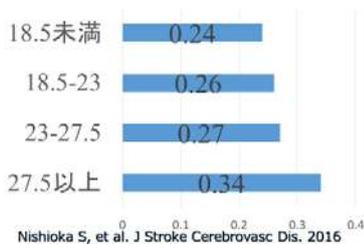
次にここから3枚、回復期リハ病棟における脳卒中患者で栄養状態とFIM効率、ADL改善の関係を見た研究を紹介します。まず1つ目が、回復期リハ病棟に入院したときに痩せている人と太っている人のFIM効率です。どのくらいADLが良くなったかを見た論文です。痩せている人が一番ADLが良くなりやすく、太っている人が一番ADLが良くなったということが分かりました。入院中に太ればいいのかどうかはわかりませんが、入院時に痩せているとADLが良くなりやすいということが分かります。

次に入院中に栄養改善をしたかどうかと、ADLがどのくらい改善したかどうかを見てみると、入院中に栄養状態が改善しなかった人たちはADLの改善も低く、栄養状態が改善した人たちはADLの改善も高いことが分かりました。

また、入院時により多くのエネルギーを摂っていた人たちのほうがADLがより良くなるということも分かりました。

もう1つ同じような研究で回復期リハ病棟に入院している脳卒中患者で、入院中に栄養改善がなかった人たちはADLも改善が低い結果でした。少し栄養状態が改善した人たちがまあまあADLは改善しました。そして栄養状態がかなり改善した人はADLもかなり改善するということが分かりました。こういふことから単にリハだけ行えばいいということではなくて、栄養改善しながらリハをすることが、特に低栄養やサルコペニアの人には重要だと思います。

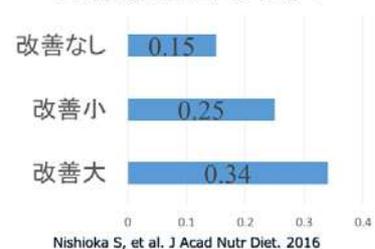
BMIとFIM効率:回復期



栄養改善とFIM効率



栄養改善とFIM効率



5. サルコペニアの原因

サルコペニアの原因というのは大きく加齢・活動・栄養・疾患の4つに分類することができます。加齢は40歳を過ぎると1年に1%程度、筋肉量が落ちて行きます。活動は動かないことです。例えば1日中ベッド上安静で過ごしていれば一日に1%程度筋肉量が落ちます。栄養は食事の摂取量が足りなければ当然痩せていきます。そして疾患には急性炎症・外傷による侵襲、がん・慢性炎症による悪液質、神経筋疾患等があります。

リハの現場で仕事をしていると、痩せている人で「リハをしてください」という依頼がほぼ毎日きます。例えばこの人は明らかに筋肉量が少なく筋力も弱くて身体機能も落ちていますから、サルコペニアに当然該当します。ただこういった人を見たときに、サルコペニアの原因を考える職種バイアスというのがあります。例えば医師や看護師がこ

サルコペニアの原因



↑
侵襲/悪液質/原疾患

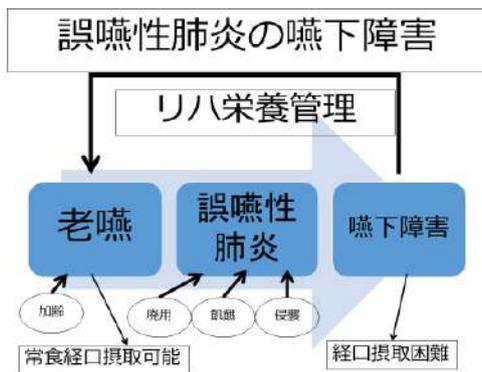
ういった人を見ると、「がんだ」とか、「臓器不全だ」とか何か悪い病気があるのではないかと考えがちです。リハのスタッフが見ると、「この人は廃用症候群だ、リハを頑張ろう」と考えがちです。管理栄養士の方がこの人を見ると「低栄養だ。栄養改善しなくちゃ」と考えます。職種によってサルコペニアの見方が変わってしまうのです。そういった意味でサルコペニア対策というのは多職種で取り組まないとうまくいかないことが多いです。場合によっては逆効果になる恐れさえあります。

6. 医原性サルコペニア

サルコペニアの原因の中で、特に私が問題だと考えているのは、活動と栄養によるサルコペニアが入院中に起こりやすいということです。例えば誤嚥性肺炎の患者さんが急性期病院に入院すると多くの場合、とりあえず安静、禁食となります。そうすることで全身や嚥下の廃用性萎縮が1日に1%程度起こります。また禁食の上で、末梢静脈栄養で一日300キロカロリー程度の水電解質輸液で1~2週間栄養管理される、こういったいわば水栽培と言われる栄養管理がされることも急性期病院では少なくありません。

こういった不適切な栄養管理、不適切な安静禁食の指示によるサルコペニアを私は「医原性サルコペニア」と呼んでいます。在宅で仕事されている皆さまであればご存知だと思いますが、急性期病院に入院する前はサルコペニアではなかったのに、急性期病院に入院して帰ってきたらすっかりサルコペニアで寝たきりで嚥下障害になっているケースをご覧ください。それは疾患のせいだけではなくて病院のせいでもあるのです。病院でサルコペニアが作られてしまう、いわば急性期病院というのはサルコペニア製造工場だと私は考えています。

在宅にサルコペニア製造工場で作られてきた人が帰ってきますから、在宅でサルコペニアの人をいかによくしていくかと考えるためには、リハ栄養の視点が大事だろうと思います。



誤嚥性肺炎のあとにはサルコペニアの嚥下障害になりやすくなります。例えば入院する前は老嚥（加齢による嚥下機能低下）だけで食事は普通に3食経口摂取できていた人が、誤嚥性肺炎で入院すると、とりあえず安静・禁食による廃用性の筋萎縮、とりあえず水栽培による飢餓、肺炎そのものの炎症による侵襲、このように3つの要素が同時に加わりやすいです。全身と嚥下筋のサルコペニアが急速に進行します。その結果、入院する前はフレイル程度でADLも自立していて3食普通に食べていた人が、数日1週間、2週間程度で重度の嚥下障害や寝たきりになってしまいます。これがサルコペニアの嚥下障害や寝たきりの特徴でこの一部は医原性の嚥下障害、医原性の寝

たきりといえと私は考えています。

実際、こんな研究もあります。急性期病院に入院した高齢患者さんを対象とした研究です。入院後2日間以上禁食にしたあとに入院前は嚥下障害がなかったのに、入院後嚥下障害になった人が26%いました。どんな人が今まで嚥下障害がなかったのに、入院して禁食にするとその後嚥下障害になるかを調べてみると、筋肉量が少ない人、つまりサルコペニアです。BMIが低いから痩せている人、低栄養の人、そしてADLの低い人、こういった人たちが今まで嚥下障害がなかったのに、入院後2日以上禁食になると嚥下障害になりやすいということが分かりました。

そうすると、嚥下障害になる前段階、フレイルの段階からサルコペニア、低栄養、低ADL対策を在宅でしっかり行うことで、入院して禁食になっても嚥下障害にならない、寝たきりにならない、予防的なリハ栄養介入ができるのではないかと考えています。

禁食後嚥下障害リスク

低骨格筋量
低BMI
低ADL



Maeda K, et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2016

7. サルコペニアにはリハ栄養

サルコペニアは原因によって対策が異なります。筋肉量が落ちているならどんどん筋トレすればよい、栄養状態が悪いならば栄養改善すればよい、という単純なものではなく、原因に見合った対応が必要です。特に活動と栄養に対して、病院であれば早期離床、早期経口摂取を徹底的に行います。栄養では、適切な栄養管理を行って水栽培を行わないことです。こういった形でまずは医原性サルコペニアを作らないことが重要です。

在宅に戻ってからも早期離床、早期経口摂取、外出する機会を積極的に作り、攻めの栄養管理で栄養改善することも求められています。

8. リハ栄養と多職種協働

ここからはリハ栄養と多職種協働について少しお話しします。リハ栄養は1職種ではなかなか実践が難しいので、当然チームで行うことが求められます。現在、急性期病院では主に栄養サポートチームにPT、OT、STといったリハ関連職種が参加することで実践されています。一方、回復期病棟ではリハカンファレンスに管理栄養士が参加する、もしくは管理栄養士が病棟専従するという形で実践されています。ただしこれはどちらも診療報酬に含まれておりませんので、実施している病院では実施しているけど、実施していない病院では全く行われていないのが現状です。

そして在宅となるとなかなか多職種が揃っていることが難しいので、リハや栄養の問題に気付いたとにかくどの職種でもいいので2職種以上で、リハから見た栄養側に立つ人と、栄養から見たリハ側に立つ人に分かれて話し合うというのが現状だと思います。

これは私が会長をしている日本リハ栄養研究会（現、日本リハ栄養学会）の職種別の会員数です。一番多いのは理学療法士、次に管理栄養士、次に言語聴覚士でこの3職種で2/3程度になります。その他、看護師、作業療法士、医師、歯科医師、歯科衛生士、これで9割くらいで、この8職種が主なリハ栄養を実施する職種です。食支援もこの8職種が中心になるのではないかと私は考えています。

こちらはリハ栄養学会の会員に対して行ったサーベイ調査の結果です。自分の病院施設、在宅でリハ栄養チームがあるかどうかを聞いたところ、44%の人はリハ栄養チームがあると回答しています。

次にリハ栄養のミーティングを多職種で行っているかどうか聞いたところ26%の会員がリハ栄養ミーティングを行っているという回答しました。

最後にリハ栄養回診を多職種で行っているかどうか聞いたところ、20%のみ行われておりました。

サルコペニアにリハ栄養

加齢

•筋トレ・BCAA

活動

•早期離床・経口

栄養

•適切な栄養管理

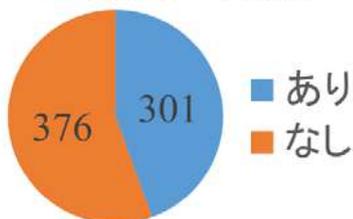
疾患

•治療・栄養・運動

リハ栄養研究会会員

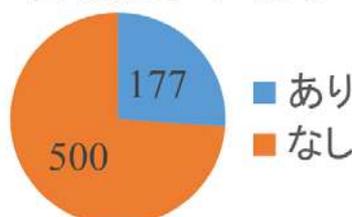


リハ栄養チーム有無



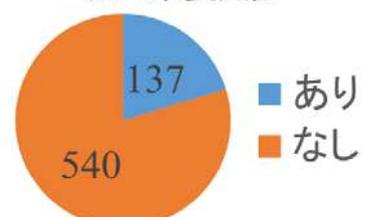
Kokura Y, et al. J Med Invest. 2017

リハ栄養ミーティング



Kokura Y, et al. J Med Invest. 2017

リハ栄養回診



Kokura Y, et al. J Med Invest. 2017

やはり診療報酬上の裏付けがないことから、関心が高い地域の人たちでしか実施されていないのが現状だろうと思います。

ただ大事なことは、リハ栄養チームがあるとサルコペニアの評価割合がより高い、リハ栄養の実践割合が高い。そしてPT、OT、ST のトレーニング時に栄養剤を使用することでリハ栄養的な取り組みをしていることが多いということも分かりました。

こういったことから多職種のリハ栄養チームがあることで、より質の高いリハ利用、食支援が実践できるのではないかと考えています。

9. おわりに

私は栄養の専門家というよりはリハの専門家ですが、それでもリハを行っていく中で、残念ながら主治医の栄養管理がずさんだったせいで餓死してしまった患者を少なからず経験しています。そういった経験からも栄養ケアなくしてリハなし、栄養はリハのバイタルサインだというふうに確信しています。この視点が食支援に役立てばというふうに考えています。

リハ栄養チームあると

- サルコペニア評価↑
- リハ栄養実践↑
- 訓練時・栄養剤使用↑

Kokura Y, et al. J Med Invest. 2017

リハ栄養の考え方

栄養ケアなくしてリハなし

栄養はリハのバイタルサイン

をサポートするために、しっかり噛んでしっかり食べ、そしてしっかり動く、そして社会参加という、概念を歯科診療所のほうからも提唱していきたいと考えています。

4. 歯科診療所における口腔機能低下への評価と対応

それでは、歯科診療所における、口腔機能低下への対応はどんなことをやっているのか。通院されている人が対象ですが、口腔の診察、そして口腔生活部の把握とともに歯科衛生士による口腔ケアの指導や口腔衛生管理、そして機能管理として、舌圧の測定とか、あるいはオーラルディアドコキネシス（構音による口唇、舌と頬などの運動機能検査）、そして必要に応じて嚥む力、咬合力なども測定しながら、その結果に基づいて、嚥下体操とか口腔体操とか指導も行っています。

このように、通院が可能な時期から、かかりつけ歯科診療所として口腔管理をしっかりと継続的に行うことが、非常に大切だと思っています。

歯科診療所における、口腔機能低下への評価と対応 【口腔機能管理と口腔衛生管理】



舌口唇の運動機能検査
(ディアドコキネシス)

舌圧測定

咬合力測定

歯科衛生士による、嚥下体操の指導、口腔衛生管理

在宅歯科医療における口腔健康管理と食支援



居宅への歯科訪問診療

歯科衛生士の口腔衛生管理と口腔ケア指導

摂食嚥下機能評価

本人、介護者などの想いを理解し、最期まで、口腔ケアと安全に口から食べることを支援を継続する

また介護保険施設にも我々が介入していることも多く、その中で食支援の歯科の関わりですが、介護保険施設の利用者の食事の際に、歯科を含めた様々な関連する職種の方々と協働して食事場面の観察を行い、咀嚼能力の評価とか、嚥下機能、そして食事環境（食形態とか食事環境等）を適切に評価し、特養等の施設でも情報の共有をし、適切な指導につなげることによって、口から食べることに繋がっていきます。

そして通院が困難になった場合には、在宅歯科医療として口腔健康管理、そして食支援を提供する形になるわけです。

訪問診療の歯科治療は歯科医師による治療が多くなっています。やはり咀嚼機能の維持回復は口から食べるためにも、また嚥下機能にも重要だということは皆さんもご存知だと思います。歯科の訪問診療の訪問先は、居宅や介護施設、そして歯科標榜のない病院にも歯科訪問診療が可能で、歯科疾患の治療や口腔ケアの指導とか、摂食嚥下障害の対応も行いながら、生活復帰に向けての食支援を継続的に行うことが重要と思っています。

5. 介護老人福祉施設における食支援

さて、ここで、東京大田区の特養ホームについての事業についてふれてみます。現在も行われている事業ですが、特養ホームに対して、歯科が介入している事業で平成3年からはじめています。大田区と歯科医師会が提携し、歯科医師会から区内の特養ホームに協力歯科医を派遣し、入所者の口腔健診とか歯科治療を継続しています。そして、平成7、8年くらいから、大学歯学部の特養嚥下の専門医と一緒に訪問していただき、歯科医師会の協力医と協働して月に2回ほど昼食時に摂食指導を行っています。

東京都大田区 介護老人福祉施設における食支援



現在大田区内の特養ホーム16カ所、大田区には大森と蒲田と2つの歯科医師会があり、そこと大田

区、そして事業所のグループと連携協定を結びながらこの事業を展開しています。

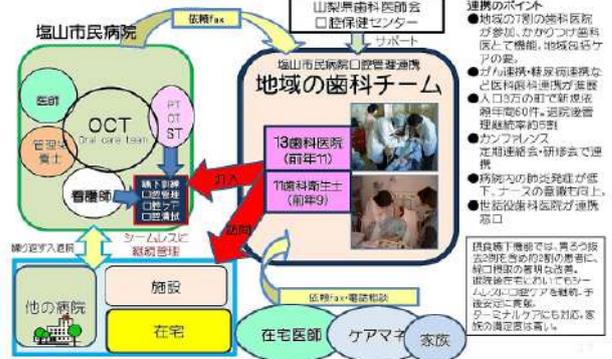
特養ホーム側には、口腔衛生管理体制加算、口腔衛生管理加算、そして経口維持加算などがあり、そこへ我々歯科が協力をするることにより、入所者の方々の食支援を行っています。この事業に関わる費用は、全て事業者のグループと大田区の行政のほうから負担していただいています。

6. 地区歯科医師会と病院との連携による食支援

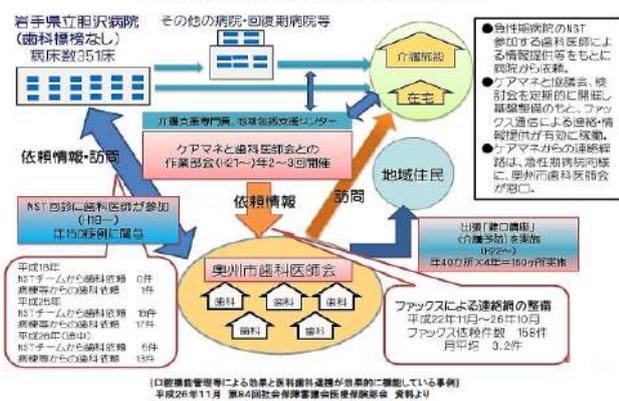
1) 山梨県歯科医師会と塩山市民病院との連携

地区歯科医師会と歯科診療所が、多職種連携協働による口腔管理なども行っている事業を紹介させていただきます。これは、山梨県歯科医師会の口腔保健センターがバックアップ、サポートしながら、山梨県の塩山市民病院のオーラルケアチームと、地域の歯科チームとが病院内で協働することにより経口摂取に非常にいい改善がみられるなどの成果を上げています。また退院後も在宅において継続管理を行

塩山市民病院口腔管理連携歯科チームの例
(歯科併設の無い病院の事例)



岩手県奥州市における取組の例
歯科のない急性期病院でのNST連携から地域歯科連携へ



い、食支援にもつなげています。

2) 奥州市歯科医師会と岩手県立胆沢病院との連携

岩手県の奥州市での取り組みです。奥州市歯科医師会が窓口になり、所属の歯科医師が歯科のない急性期病院である岩手県立胆沢病院の院内の NST に参加し、歯科訪問診療などを実施しています。さらに地域での介護予防事業とか、あるいは歯科医療連携につないでいくという取り組みをされています。この 2 つの地域では地区の歯科医師会が積極的に歯科訪問診療や食支援への地域の連携の窓口としての機能を果たしているということだろうと思

ますし、また歯科診療所の歯科医師の地域連携に対する理解とか、やはり診療のスキルがあるからこそ可能になっているのではないかと思います。

7. 口腔健康管理および食支援におけるかかりつけ歯科医の役割

かかりつけ歯科医の役割は、歯科診療所に通院が可能な時期にやはりかかりつけ歯科医が口腔機能低下など早期に発見し、口腔機能の維持向上を図ること、オーラルフレイル、口腔機能低下について地区歯科医師会、行政などと連携し、周知と啓発を図ることが大切だろうと思います。そして、通院が困難になれば、在宅歯科医療として引き続き健康管理を提供していくことです。

そして、療養の場、あるいは訪問先として歯科標榜のない病院へも関わるわけですが、その施設に口腔ケアの支援あるいは食支援のシステムがある場合にはそれに積極的に参画していくことも大切だと思います。

そして多職種協働において、かかりつけ歯科医機能の充実を図っていくということでは、やはり歯科医師のスキルアップ、地区医師会歯科医師会のバックアップが重要だろうと思っています。また、歯科大学病院、病院歯科など、地域での歯科の医療連携も推進しながら、食にかかわる地域連携を推進し、これらを充実することが、結果として地域で口から食べることへの歯科からの支援につながっていくように考えています

口腔健康管理と食支援 ～地域におけるかかりつけ歯科医の役割～

- 1 歯科診療所に通院が可能な時期に、かかりつけ歯科医が口腔機能低下などを早期に発見し、口腔機能の維持向上を図る。
- 2 オーラルフレイル、口腔機能低下について、地区歯科医師会、行政などと連携し、周知と啓発を図る。
- 3 通院困難となった場合には、在宅歯科医療として、口腔機能管理、口腔衛生管理を継続的に提供するとともに、療養の場での口腔ケア支援や食支援のシステムへ参画する。
- 4 多職種協働に向けて、かかりつけ歯科医機能の充実を図る。
- 5 歯科大学病院、病院歯科などと「食」にかかわる地域医療連携を推進する。

地域で「口から食べること」への
歯科からの支援

<プレゼンテーション④：長谷剛志氏>

歯科が取り組む食支援・・・歯科診療所と病院歯科の役割・・・

病院から地域につなげる口腔機能管理
～入院生活から日常生活に寄り添う食支援の提供をめざして～

1. はじめに

私は総合病院に勤務する歯科としてお話をさせていただきます。今後、地域で包括的に口腔機能管理や食支援でいろんなニーズが増えてくると思います。入院中は、いろいろな職種が評価し対応するのですが、一旦退院した後は、地域に出ると療養環境の変化、あるいはシステムの変化、あるいはそこに関わる職種の変化があるわけで、その間どうしても隙間が出てきます。その隙間をつなぐ役というか、接着剤的な役割として病院歯科が何を今後担っていけるのかということのを元の地域で取り組んでいる事例を踏まえてお話をさせていただきます。

能登ですが、超少子、超高齢化地域で、人口ピラミッドが逆さまになってしまっています。金沢県庁所在地の金沢は加賀とくらべると面積は半々ですが、加賀は96万人、能登は同じ面積でも20万人、石川県人口の約2割弱ということで、高齢化率も約40%で、超少子、超高齢化地域です。

私のいる病院は七尾市というところにあり、金沢から能登半島に70キロ行ったところに存在します。能登地方の急性期基幹病院として三次救急を担い、そこに私どもの歯科口腔外科があるのですが、地域歯科支援病院に指定されており、自分の病院だけではなくて地域の歯科診療を支える使命が与えられています。

私も赴任して11年になり、地域の歯科医、歯科医師会の先生方と協力して、何か隙間を埋める

ようなことができないか、患者さんの退院後に何かできないかと取り組んでいます。

2. 歯科難民

実際取り組みが必要な高齢者は歯科医院を実は受診できていないのです。75歳を過ぎると歯科クリニック、歯科医院を受診する患者数は減っていくというデータがありますが、いないわけではなくて、いわゆる歯科難民、歯科を受診して口腔機能管理をしなければいけないけれども、自分の足では出向けない。どこにいるかということと病院の中にいるわけで、これをまず救い上げることを行いました。

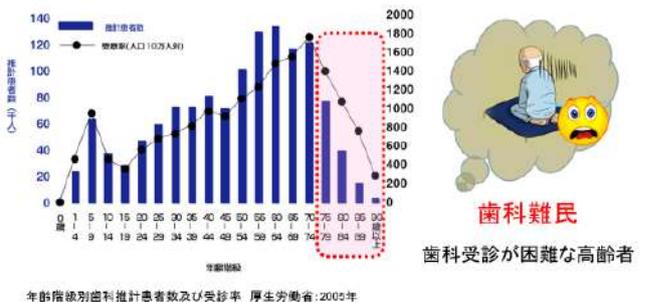


公立能登総合病院
能登地方の急性期基幹病院(第3次救急)
標榜診療科:23科 病床数:434床
内科・精神科・神経内科・呼吸器科・胃腸科・循環器科・小児科・外科
整形外科・形成外科・美容外科・脳神経外科・呼吸器外科・皮膚科・泌尿器科
肛門科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科・放射線科・歯科
歯科口腔外科

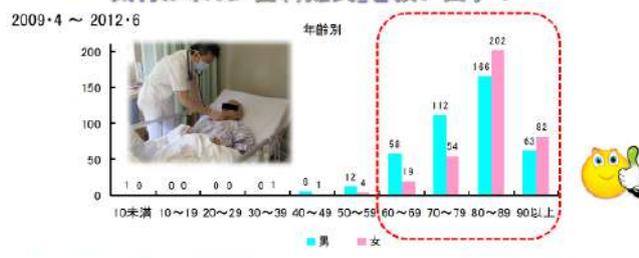
地域歯科診療支援病院

- 能登地方で唯一の病院歯科口腔外科
- 日本口腔外科学会准研修施設
- 日本老年歯科医学会研修施設

— 歯科診療所を受診する患者の年齢別分布 —



— 気付かれぬ「歯科難民」を救い出す! —



食べる機能の評価と誤嚥性肺炎の予防を目的とした「口腔機能管理」は80歳代がピーク!

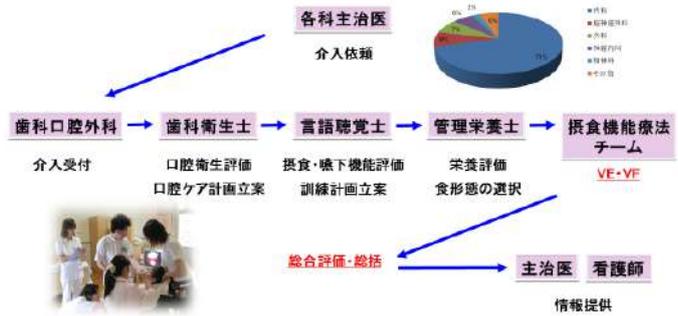
左図を見てみると食べる機能の支援も必要とする、あるいは誤嚥性肺炎の徹底した予防も必要とする人は80歳の人々がピークであることがわかります。この人たちを今まで医科歯科連携なくスルーしていたところがあって、「ここをまず救い出す」ことから始めました。

歯科難民を救い出すには病院歯科が院内で医科と連携して口腔機能管理を行うという視点が必要だと思います。

3. 公立能登病院での食支援の流れ

実際に院内ではどのように拾い出しているかというと、どこの病院にもいろんな職種がいるわけで、それぞれの守備域を守りながら行っているわけです。問題は、退院するときになってからのつなぎです。ネックになったのが、食事の形態でした。

— 当院入院患者の口腔機能管理(食支援)の流れ —



— 当院で提供される「食形態」 —



4. 食形態マップ

入院中は十分に評価された病院食を提供されていたのですが、呼び名に注目していただきたい。これは能登総合病院で提供されている副食 60 種類と主食 10 種類です。はっきり言って嚥下 1 度食、嚥下 2 度食と言われても「なんだ、その形態」と、なかなかイメージがつかない。地域の老健施設や、慢性期の病院に移ったときには呼び名がまったく変わります。「みじん食」とか「とろみ食」とかいうとなんとなくイメージが付くものもあるのですが、

嚥下 1 度、2 度とか、極軟菜食とか、暴走族みたいな名前が付いているというのは何だ?となるわけです。

能登地域の医療圏は中部医療圏と北部医療圏があり、保健所に頼んで、食事を出している医療施設・介護施設全部調べたら 136 施設ありました。すごいなと思ったのは、1 施設たりとも同じ呼称を出している施設がないことです。ひどいになると「レッツゴー食」とかですね、全く分からないのがある。これはゼリー 1 カップだけです。あと、お茶や水分、汁物でむせる人にはとろみを付けるのですが、それも日本摂食・嚥下リハビリテーション学会が 2013 年の分類で、3 段階に「薄いとろみ、中間のとろみ、濃いとろみ」と分類しているのですが、そのとろみの呼び方も能登ではもうグチャグチャになっていて、ある施設では「小トロ、中トロ、大トロ」といい、寿司か?と思います。実際に窒息事例があったのですが、「中トロで窒息したので、大トロにしてください」とか、ここは寿司屋じゃないかと思うくらいです。呼び名 1 つ取ってみても全く違うので、いくら機能評価をしたところで、療養環境が変わると完全にダメだったのです。

ある日、小学生の息子が、ルービックキューブで遊んでいたのです。同じ立方体でありながら同じ目の色を 3 段合わせていたのです。そうだ、地域別に可視化的に食形態をこんなふうに合わせてきたらなと思ったのです。

2014 年に完成しました。能登の各施設の食形態の呼称を横軸にして、色であわせていくというやり方で、「食形態マップ」というものを作りました。実際これを使って退院時、「食形態カンファレンス」を

— 「食形態マップ」を作製 —

施設間での「食形態」の互換性を確認するための整合表



2014年6月3日・北陸新聞(朝刊)



地域に根ざした連携ツールを!

— 退院後のシームレスな口腔機能管理(食支援) —

食べる楽しみの継続をめざして!

全身状態、服薬や口腔ケア・摂食嚥下機能に関する情報が記載 (2011年~)



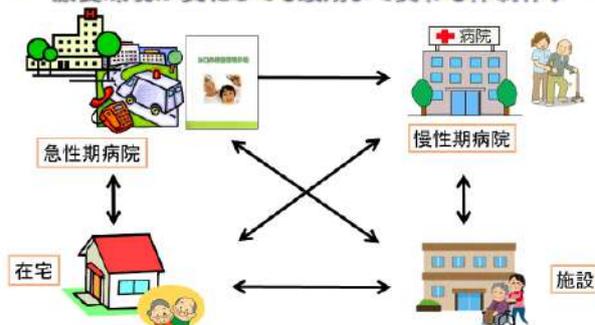
行っています。機能評価は十分できていても、退院先、あるいは転院先でその食形態が準備可能か否か、あるいは呼称について必ず確認をし、しっかりと食事の提供について検討をしています。

それをつなげるバトンのようなツールが必要となり、お口の健康管理手帳、嚥下だけではなく、口腔機能管理も含めてその食形態が合致しているかどうかをしっかりと申し送るようなツールを作りました。

5. 療養環境が変化しても最期まで関わる体制作り

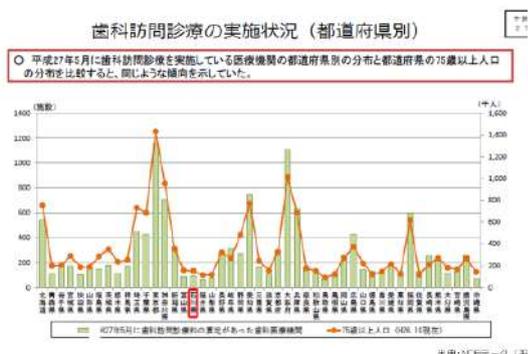
誰につなげるかが問題だったのですが、やっぱり私歯科医師なので、地域の歯科医院、口腔機能管理となれば歯科の力が必要と思い、地域の歯科医院でそういう食支援に取り組んでいただいている先生につなげることにしました。ただ、開業されている先生が訪問診療に行けない地域、あるいは行けない時間帯等もありますので、登録制にしてあります。

一 療養環境が変化しても最期まで関わる体制作り



もう1つ問題がありました。訪問診療に行ける歯科医師の数は、石川県も全国でほぼ最低に近い状態で、手を挙げてもらっても数が少ない。その隙間を埋めるために、開業医の先生が行けない地域あるいは行けない時間帯であれば、我々病院歯科医が訪問し、口腔機能管理や食支援する先生をサポートする立ち位置で関わっています。

食形態マップは今デジタル化されており、iPadで病院の食形態を見ることができます。



連携を図ると、病院を退院するときに地域包括支援センターに問い合わせる。とそこに登録してある歯科医院があります。行ける地域と行ける時間帯で先生方に連絡を取っていただけて退院後の口腔機能管理、食支援を行っていただけます。どうしてもそこは技術的に無理とかあるいは時間的にあるいは場所的に無理となったら、うちの訪問看護ステーションから私が后方支援をしているような形です。



6. 自宅療養を見据えた「介護食」教室

一 自宅療養を見据えた「介護食」教室



これは自宅療養を見据えた介護食教室です。食事を提供する人、作り手のサポートも大事です。私は「必ず役立つ介護食」というレシピ集を作っていますが、地域の婦人会、このおばちゃんとおばあちゃんの間の人たち、食生活改善委員の方ですが、こういう人たちが「私たちやります」と言って、介護食教室を、テキスト(レシピ集)を使って行ってってくれています。そうすると自分たちの娘の世代まで連れてきてくれて「もうちょっと介護食の作り方を学ぼう」となり、長期で行っています。

7. 移動スーパー

もう 1 つ、食材を調達することもある意味で食支援として大事なことと思っています。

地域に「どんたく」というスーパーがあり、ここが徳島にある「とくし丸」という移動スーパーと提携をして、七尾市のサポートもあって、この移動スーパーを運営しています。

最近田舎では郊外型の大手のスーパーが増えて、昔あった商店がどんどん潰れていく中で買い物難民が非常に多くなっています。いくら介護食

の提供の話をしていても、それをどこで買えばいいのか、あるいはそれを作る食材が売っていないということで、この「とくし丸」には介護食関係、とろみ剤とかそういうものも乗せてあります。ただ売るのでなくて、管理栄養士が同行し、売りに行った家の先ではしっかりと栄養食事指導をしています。

在宅療養において食材の調達支援もある意味食支援の取り組みかなと思っています。

ということで、能登の地域で力を合わせて頑張っていこうかなと思っています。

 と協力し、調理・栄養指導付きの移動販売を開始



移動スーパーの「サポート隊」として地域高齢者の健康づくりに取り組む



管理栄養士や食生活改善委員が商品を載せた軽トラックに同行し、高齢者の自宅前まで出向いて健康的な献立を紹介したり、食べやすい調理法を助言！



＜プレゼンテーション⑤：田中弥生氏＞

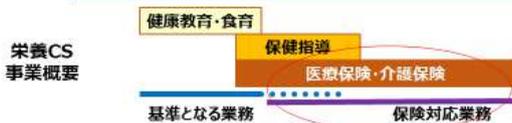
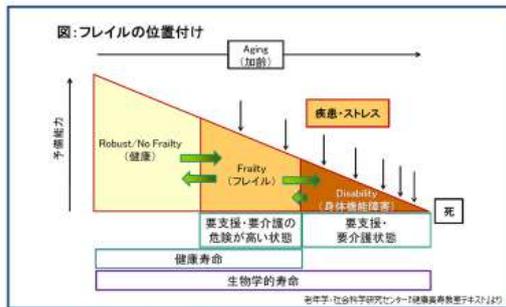
栄養ケア・ステーションにより地域の食を守る

1. 栄養ケア・ステーションとは

本日は日本栄養士会、常任理事の立場でお話させていただきたいと思っております。

栄養ケア・ステーションという言葉が最近出てきていると思いますが、現在、47都道府県に栄養ケア・ステーションがあり、日本栄養士会の登録商標になっています。また事業内用として内閣府に認められています。現在の栄養ケア・ステーションは、食環境を整備するところであり、実は栄養士、管理栄養士は健康増進法に守られています。そういう公衆衛生の立場でどのような栄養ケア・ステーションを進めていくべきかということが今までの栄養ケア・ステーションの推進事業でした。

栄養ケア・ステーション (CS) の機能別事業領域と事業概要



2. 栄養ケア・ステーションの位置づけ

日本栄養ケア・ステーションの位置づけとその考え方は、日本栄養士会が栄養指導や情報センターとして国レベルでリーダー研修を行い、企画運営しています。現在 47 都道府県にある栄養士会栄養ケア・ステーションは、人材育成や支援や企業事業など行っています。

今現在、必要とされているのが、この医療機関や公的機関、医療保険機関、民間機関に市町村レベルで認定栄養ケア・ステーションを置くことです。一般住民の目から見てどういった栄養ケア・ステーションを進めるべきかといいますと、私どもが是が非でも推進しなければいけないものがこの病院診療所型、今現在医師会立が推進している認定栄養ケア・ステーション、その他にコンビニエンスストアとか、スーパーマーケット、スポーツ対応型、薬局型等があり、それぞれの民間企業も現在動いているところです。

栄養ケア・ステーション (栄養CS) とは？

目的 栄養CSは国民の食環境を整備を推進する拠点として位置づけ、顔の見える（地域密着型）管理栄養士・栄養士の事業活動を行うことを目的とする。

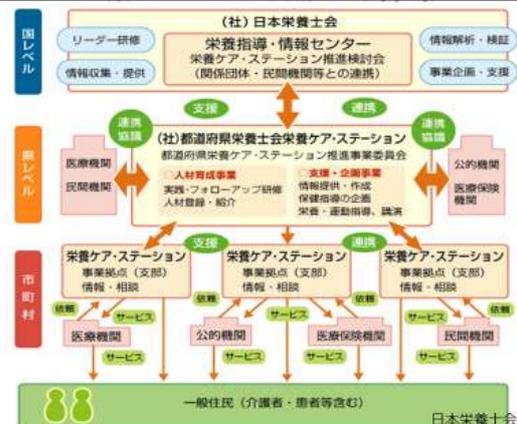
- 定義**
- 国民の健康増進の推進を担う拠点を目指すものであること
 - 地域密着型の消費者・事業者向けの活動拠点を目指すものであること
 - 地域における、栄養（食育）専門領域業務の中心的活動拠点を目指すものであること
 - 「公益性」を基本コンセプトとし「自立」より「採算性」をもった事業拠点をを目指すものであること
 - 関連団体や民間企業等との連携・協働による事業の推進により魅力ある事業の提供を目指すものであること



これは飯島先生が出されているフレイルの位置づけに、栄養ケア・ステーション事業を重ねたものです。健康の部分は健康教育・食育、フレイルの部分は、私たちの立場でいうと保健指導、また医療保健。介護保険の部分は、フレイルの危険が高い状態になっていて、要支援要介護状態に行くところでは医療保険介護となっています。

ですから、健康増進と医療介護と大きな役割をこの栄養ケア・ステーションが担わなければいけないということです。

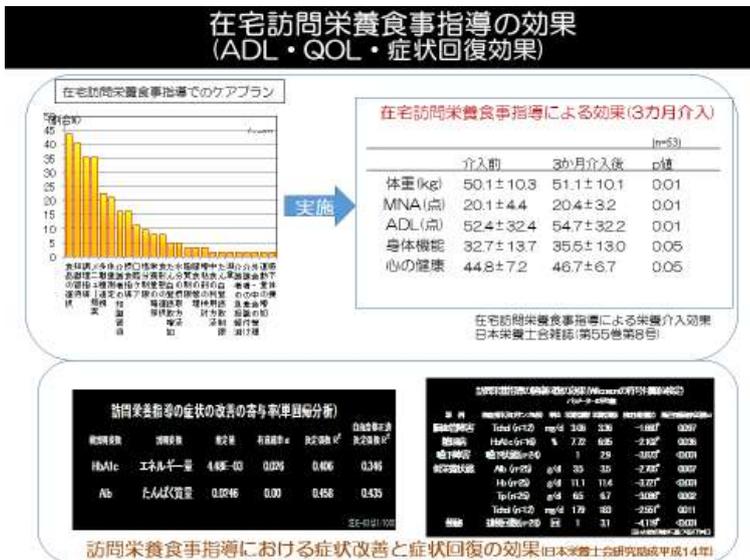
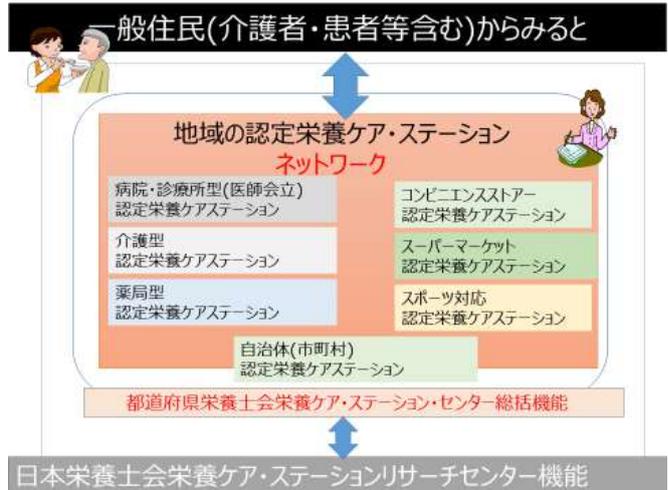
栄養ケアステーションの位置づけとその考え方



今後は、健康増進の立場や、運動の立場で進めていくスポーツ対応など、しっかりと分けて今後は進めるべきであると思っています。

3. 在宅訪問栄養食事指導の効果

その中で一番必要なことは、在宅訪問栄養食事指導の効果を出すということであり、栄養ケア・ステーションの役割だと思っています。日本在宅栄養管理学会では論文等を出しています。3ヶ月間の在宅訪問栄養食事指導では、MNA や ADL、身体機能、健康などが3カ月前と3カ月後では効果が出ており、さらに経済効果や症状回復の効果も非常に良かった、とここでは述べられています。



4. 居宅療養管理指導

それから居宅療養管理指導の取り組み事例として、入院中に胃瘻になってしまった患者様がいて、在宅で経口摂取量をアップし、できるだけ胃瘻を閉じていくことを推進し、完全経口移行にするまで約5カ月からであった。という事例があります。我々が胃瘻を造設した患者様をいかに完全経口移行に持っていかも大きな役割です。

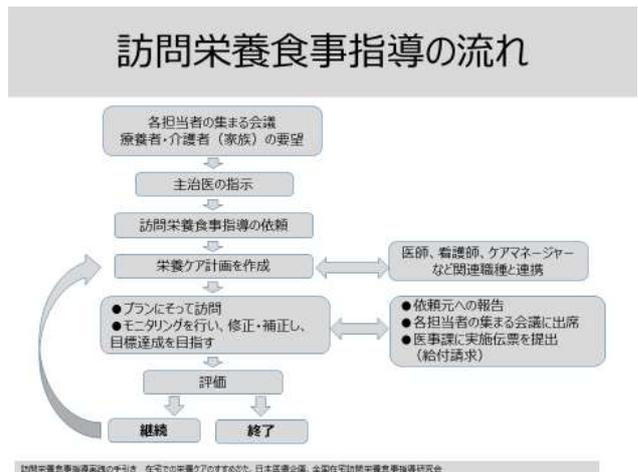
5. 訪問栄養食事指導の流れ

訪問栄養食事指導の流れは、主治医の指示を得て、訪問栄養食事等の依頼を受けて、栄養ケア計画を立て、多職種と協働で対応し、教育をしてという形で進めて継続しています。

その中で、私が実際に実施し、非常にいい状況になった人がいらっしゃいます。現在は亡くなりましたが、1カ月に1回入院を繰り返していた療養者が9年間一度も入院しなくて済んだ例です。

6. 医理会立栄養ケア・ステーション

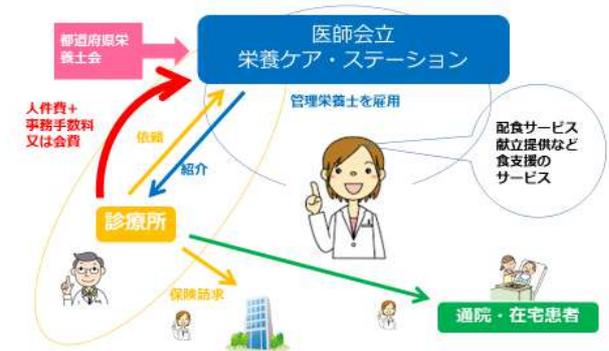
モデル事業として1月から医師会立栄養ケア・ステーションを進めています。これは私の住んでいる横浜市青葉区医師会立栄養ケア・ステーションですが、医師会の中に管理栄養士のコーディネーターを中心に20人の登録した管理栄養士がクリニック、歯科診療所等と連携しています。



医師会立栄養ケア・ステーション



医師会との連携による外来および訪問栄養食事指導(案) (医師会が管理栄養士を雇用し、診療所に紹介)



在宅訪問栄養食事指導は、介護保険ではさいこうん` 1回 533 単位。在宅患者訪問栄養食事指導は 530 単位です。

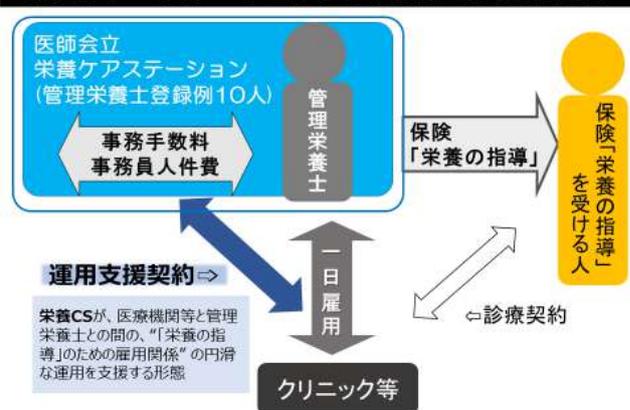
栄養ケア・ステーションの利用方法ですが、まず栄養食事指導が必要な療養者がいて、それから依頼票が作成され、それが FAX で送られ、青葉区医師会からコーディネートする管理栄養士に連絡が来て、訪問に行くというシステムを取っています。

そのシステムの中身ですが、契約関係等が非常に面倒くさいですが、一日雇用契約という契約を結べばそれぞれのクリニックと契約を結ぶ必要はありません。その日に行って、その日に帰ってきてそれで一日雇用になるという日々雇用の契約をします。それから栄養ケア・ステーションとクリニックが運用支援契約を結べばいいようになっていますので、今のところ問題はなく進んでいるところです。

栄養ケア・ステーション利用方法



栄養ケア・ステーションと栄養指導の契約関係案



栄養管理ツール(栄養手帳)

- 食事について療養者又は家族とコミュニケーションツール
- 手帳をみれば療養者の病態と食事形態の変遷が一度にわかる
- 「栄養手帳」は療養者が常に携帯する
- 栄養管理履歴を書面で確認できる
- 多職種と療養者・家族が共通の概念を持ち情報を共有し介護負担を軽減できる

【栄養手帳イメージ】



そこでは、栄養管理ツール(栄養手帳)を使っていますが、介護支援をしている介護者の人たちのコミュニケーションツールとなっています。

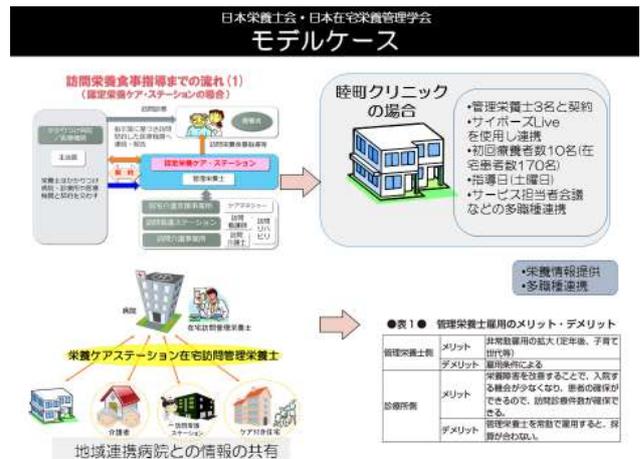
7. 食支援に関する多職種連携

睦町クリニックではモデルケースとして、サイボーズライブなどを使いながら連携しています。

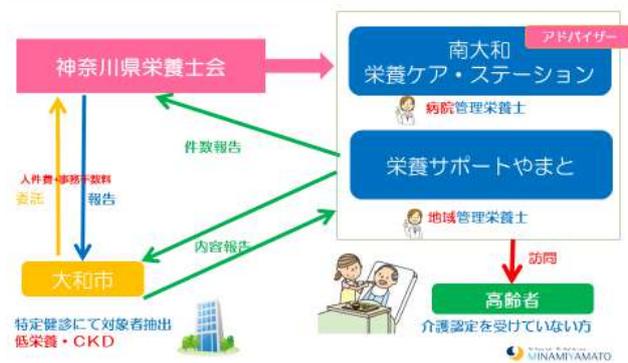
もう1つフレイルの部分ですね。やはり要支援のところ、市町村レベルで総合支援事業の1つで、モデルでやったケースです。

まずは神奈川県大和市で、特定健診で低栄養とCKDの方の対象者を抽出しています。右側を見ていただきますと高齢者で介護認定を受けていない人が中心になっています。神奈川県栄養士会と地域の栄養サポート、管理栄養士が連携を取って、やはり介護認定を受けていない人の訪問をするのに医療的な栄養食事指導があると難しいこともあり南大和病院の栄養ケア・ステーションでアドバイスをを行いながら推進していくというのが現状です。

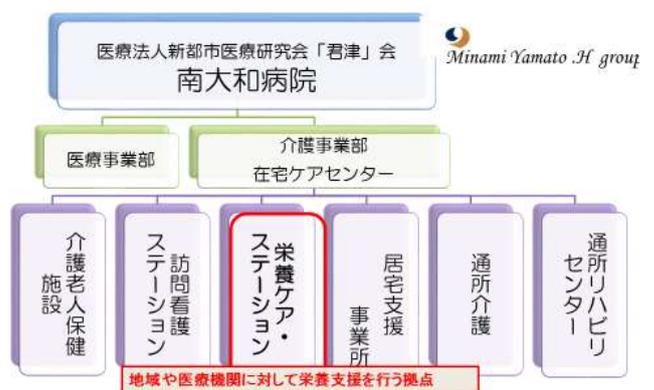
南大和栄養ケア・ステーションは地域密着型の病院で、医療事業部と介護事業部で在宅ケアセンターの中に栄養ケア・ステーションという形で地域や他の医療機関に対して栄養ケアを行う拠点として病院として地域にいる管理栄養士・栄養士たちのサポートをするという役割です。



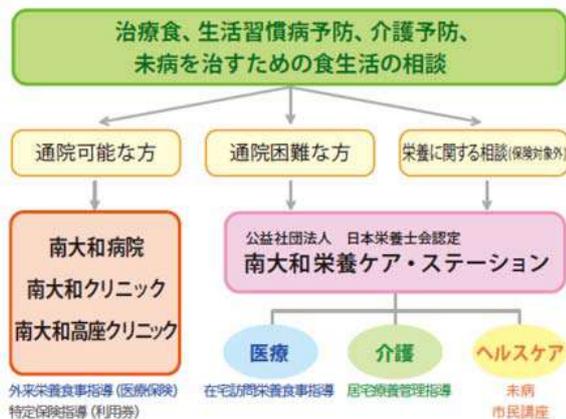
大和市、神奈川県栄養士会との連携による訪問栄養食事指導
(大和市後期高齢者在宅訪問栄養指導事業)



南大和栄養ケア・ステーション



最後に治療食、生活習慣病予防、介護予防とか未病を治すための食生活の相談として通院可能な人は病院で、通院困難な人と栄養に関する相談の方は栄養ケア・ステーションを作り、医療と介護とヘルスケアとしっかり分けながら地域に根差していきます。このような栄養ケア・ステーションが今後必要とされているのではないかと考えております。



<プレゼンテーション⑥：荒金英樹氏>

多職種・異業種連携システムの構築 – 京都における取り組み–

1. はじめに

私自身は今までお話いただいた先生と大きく立場を異にしています。まず自分自身は一般病院で消化器外科に従事し、摂食嚥下障害、食支援の専門ではありません。若林先生がおっしゃられた医原性のサルコペニアを量産しているところで働いています。自分ではとてもこうした問題解決ができません。

ただ多くの医師は私のような立場じゃないかと思えます。ですから、私のような一般的な摂食嚥下障害とかそういう知識のない医師でも、簡単に利用できる多職種支援システムの構築に取り組んでいます。

今日お話をさせていただくのがこの4つのシステムです。医科歯科連携システムの京都府口腔サポートセンターそして摂食嚥下に対しての京都府滋賀県での多職種連携の会、それと私の病院のある京都市山科区での管理栄養士、訪問薬剤師を運用する山科地域ケア愛ステーション。ただこの3つの活動は2014年にこの場で一度紹介をさせていただきました。そして2014年から取り組んでいるのは京都府在宅医療・地域包括ケアサポートセンターを紹介させていただきます。

2. 京都府口腔サポートセンター



これは当院がある京都市山科区の山科歯科医師会、歯科衛生士会の方々に設立していただきました。私たちの病院のように歯科が併設されていない施設では、近くの歯科の診療所と連携を取るのですが、それには様々な障害が出てきたので、設立されたのがこの口腔サポートセンターの仕組みです。FAX 1本をこのサポートセンターに送りますと、そこからチームが編成され、病院だけではなく、施設、在宅、どこにでも歯科チームがやってきてくれるという仕組みです。

病院の近くの診療所だけですと、例えば病院から介護施設に行ったりすると途中でその歯科の診療が途切れてしま

うということが多々ありました。特に高齢の患者さんですと病院、在宅、介護施設等をグルグル回ることがしばしばあります。そうす

ると情報が途切れてしまうという問題があり、この口腔サポートセンターは病院から施設に行くと、そのチームが引き継いでくれるときもあれば、サポートセンターの中で情報交換をして、その近くの新しいチームが治療を引き継いでくれ、地域の食支援の1つのシステムになってくれています。

京都での食支援システム

- 京都府口腔サポートセンター
医科歯科連携システム
- 京滋摂食嚥下を考える会
介護食の多職種、異業種連携の会
- 山科地域ケア愛ステーション
京都市山科区での多職種連携システム
- 京都府在宅医療・地域包括ケアサポートセンター
京都府での多職種連携推進、京都府民との連携

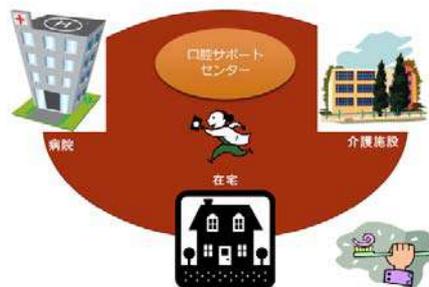
山科口腔サポートセンター



山科口腔サポートセンター



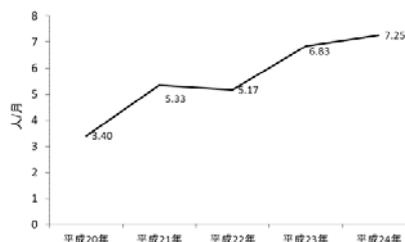
口腔サポートセンター



平成 20 年にこのシステムを立ち上がり、月の平均利用者数の推移をみますと大体 3・4 人・月くらいのオーダーであったのが、地域の高齢化という背景もありますが、病院の口への意識の高まりがあつて 4 年後にはほぼ倍のオーダーが出るようになり、今では月に大体 10 人くらいのオーダーが出ているような状態になっています。

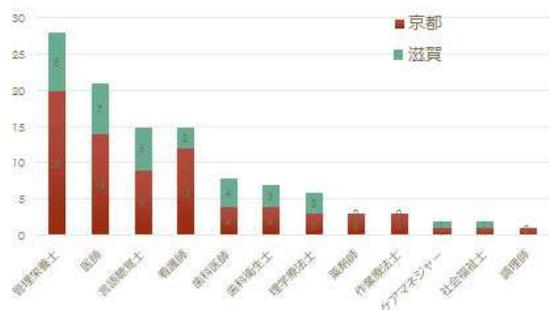
このシステムのオリジナルは京都駅周辺の下京区、南区で、山科区が立ち上げる 10 年前からありました。2 つの地区で非常にうまくいっているということから、現在では京都府歯科医師会、歯科衛生士会が京都府口腔サポートセンターと拡大し、京都府内一円で事業を展開していただいています。

年度別月間平均利用者数の推移



3. 京滋摂食嚥下を考える会

京滋摂食嚥下を考える会は、若林先生が活躍されます神奈川県をモデルに京都府、滋賀県の栄養サポートチーム、摂食嚥下障害に取り組まれている多職種の方々を集っていただき、活動しています。



2010 年に設立され、最初に取り組んだのが連絡票の作成でした。当時京都での介護食の名称はバラバラで、施設間の連携の障壁になっていました。そこで、当時一番支持されていた嚥下食ピラミッドを共通基準にして、情報交換の手段として連絡票を作成することを提案しました。

最初は専門職の人たちに案を出してもらいましたが、それを合わせると 8 ページくらいになってしまいました。これを調整するとき、ポイントにしたのが、「自分が分かるもの」という視点でした。私のような摂食嚥下の専門知識を持っていない大半の医者が使ってもいいかなというところまで落とし込むことでした。多分、専門職の方々にはかなり不満



京滋摂食嚥下を考える会

2010年



嚥下食共通基準の導入



摂食・嚥下連絡票の導入

多職種間の嚥下調整食の共通言語と食支援の基盤整備

京滋摂食嚥下を考える会

医療と京都の伝統食産業連携プロジェクト

京料理プロジェクト ・NPO法人日本料理アカデミー ・2012年12月4日より	介護食器プロジェクト ・青水環境施設協同組合、京都工業株式会社 ・2014年2月13日より
和菓子プロジェクト ・京華府主菓子協同組合、京華府菓子工業組合 ・2015年6月14日	日本酒プロジェクト ・株式会社北川本家 ・2015年11月5日
お茶プロジェクト ・株式会社博多庵 ・2012年3月2日	豆腐プロジェクト ・京とうろふ製粉 ・2016年11月6日

この共通基盤をまちづくりに活かそうと、京都の伝統食産業との連携プロジェクトを立ち上げました。京都の料理人さんたちと京都料理の技法を使って、介護食をおいしいものにしようという取り組みです。そして和菓子職人たちと高齢者向けの餅菓子の開発、京都の福寿園とそして高齢者でもおいしいとろみのついたお茶、お茶のゼリーの開発を進めてきました。さらにその後、新たに取り組んだのが右側の3つのプロジェクトです。介護食器美的感性的価値が乏しく、自分たち使っても格好のいい介護食器を作ろうと、京焼・清水焼、京漆器の職人と一緒に、当会からは作業療法士さんと、美的感性価値の高い介護食器の開発に今取り組んでいます。

そして高齢者向けのとろみの日本酒、それと日本酒ゼリーを開発しようと伏見の酒造所と取り組んでいます。それから、豆腐は嚥下障害の人には誤嚥しやすい危険な食材で、病院ではわざわざ豆腐をミキサーにかけ、もう1回ゼリーで固めているというのを聞き、最初からおいしい、しかも高エネルギー高たんぱくのものを作ろうと、豆腐プロジェクトも立ちあがっています。

4. 山科地域ケア愛ステーション

山科地域ケア愛ステーションは在宅での多くの悩みをかかえている主にケアマネージャーさんたちの相談窓口として山科医師会の中に設置されました。FAXで「往診してもらえる医師、歯科医師はどこにいますか」や「摂食嚥下連絡票が来たけど、対応できる専門職はどこにいる」等の依頼内容を送っていただくと、その依頼内容に応じて医師会、歯科医師会、口腔サポートセンター、栄養士会、薬剤師会に転送するという仕組みです。特に摂食嚥下の連絡票をもらった時の受け皿として訪問栄養士さんが活躍できるという基盤を作りました。



この時に、訪問管理栄養士さんの活動は看護師さんや訪問の薬剤師さんと違って、独自に診療、介護報酬が請求できないことから、各診療所と個別に雇用契約を結ばなくてはならないなど様々な制約があるということを勉強させていただきました。

例えば診療所の先生が訪問栄養士さんに来て欲しいとFAXを愛ステーションに送ると、栄養士会に転送され、要望、地域に応じた訪問管理栄養士の情報提供をしていただきます。そして管理栄養士さんを現場に派遣していただきますが、もし訪問看護ステーションと同じような機能を京都府栄養士会が持っているならば、ここから支払い基金のほうに報酬を請求して管理栄養士さんに流していただければ契約の問題は発生しないのですが、これが法律上認められていない。診療所の先生たちが請求してもらえないといけなことから、ここに契約が発生します。その現状を山科医師会にしてみると非常に難色を示されました。そこで、指示書は診療所の先生が作成しますが、私の勤務している病院が個別の訪問管理栄養士と雇用契約を結び、代わりに診療報酬の請求をして管理栄養士さん報酬を渡す仕組みを作りました。2012年にその仕組みが立ち上がり、地域のニーズが少しずつ診療所の先生たちに認識されるようになり右肩上がりです訪問指導件数は増えています。



訪問食事栄養指導件数
(居宅療養管理指導)

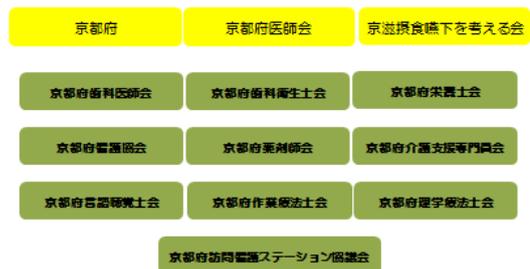




5. 京都府在宅医療・地域包括サポートセンター 最後は2016年からの試みである京都府在宅医療・ 地域包括サポートセンター

を紹介します。これを立ち上げたのきっかけは、京滋摂食嚥下を考える会で京都の料亭や和菓子職人が作った介護食を「うちのおばあちゃんに食べさせていいかどうか」を誰が判断するかという問題でした。それは普通の人たちに判断できませんし、料亭の人、和菓子屋さんにはその判断ができない。そうするとどこかで医療のサポートが必要であろうということで、立ち上げたのがこの地域包括ケアサポートセンターです。この仕組みは行政、それと京都府医師会と私たちの考える会が中心となり、歯科関係、栄養士会、看護協会、薬剤師会、ケアマネ会、セラピストの会、それと訪問看護ステーション協会等々の方々が集まっていただき組織しました。食べること、飲みこむことで悩みがある一般府民の、相談窓口を最初に作りました。府民と医療の専門職をつなげる役目を果たすための窓口です。

京都府在宅医療・地域包括ケアサポートセンター

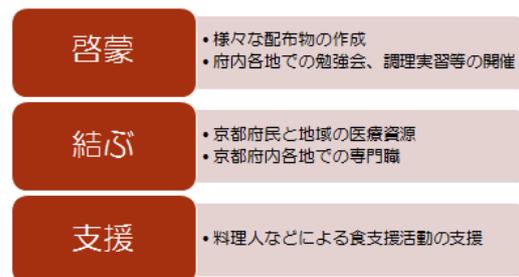


京都府在宅医療・地域包括ケア サポートセンター



2016年4月 京都府医師会内に設置

京都府在宅医療・地域包括ケア サポートセンター



今、このセンターで行っている活動には啓発活動も含まれます。歳をとると物が飲み込みにくくなること、そういうことを多くの府民に日ごろから考えていただくよう啓発物を作って、配布しています。また、京都府内各地で勉強会、講習会、それと調理実習等を開催しています。その一番の目的が「結ぶ」という役目です。まずは京都府民と地域の医療資源とを「結ぶ」役割です。そして、栄養士会、看護協会等々に、京都府内各地域でどういった人材がいるのかリストを作ってもらい、それにより、地域での横の連携を促す役割も担っています。

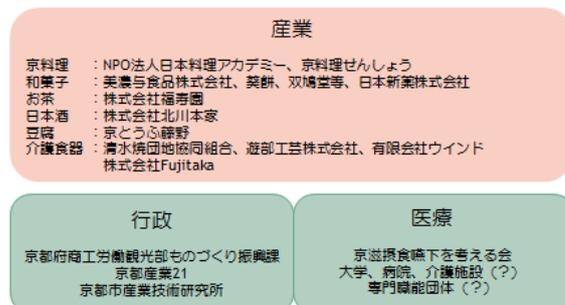
「支援」とは、料理人さんとか和菓子屋さんたちが医療支援の活動に入ってきてくれることを専門職全体で支援をしようということです。

6. 京都食支援コンソーシアム

現在、喫緊で取り組んでいるのが、京都食支援コンソーシアム構想です。京都ではいろいろな産業の人たちが入ってくれるようになりました。高齢者の生活支援に京都のいろいろな産業を支えるようなコンソーシアムを作り、そのコンセプト込めたロゴマークを作成し、京都府民への啓蒙活動、食の支援、そして食べられなくなるということを広くみんなに分かってもらい、地域にある支援を広報し、多くの方々に参加していただくことと企んでいます。

京都食支援コンソーシアム（仮）

京都の伝統地場産業と医療が連携した、高齢者、障害者向けの食支援の製品開発
医療と京都の伝統産業の融合を表すロゴマーク、キャッチフレーズの作成



第2回「2017年度在宅医療推進のための会」

年間テーマ：質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

開催日時 2017年6月30日（金）19：00～21：00

開催場所 東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階「602AB」

出席者 委員42名 陪席19名 事務局5名

テーマ 地域包括ケアシステム概念の進化を辿る

<話題提供者>

田中滋 氏（慶應義塾大学 名誉教授）

第2回勉強会の内容と趣旨：現在全国各地で取り組みが始まっている地域包括ケアシステムについて、第一人者である田中滋氏に過去現在そして将来の姿についてお話して頂きます。

<プレゼンテーション：田中滋氏>

地域包括ケアシステム概念の進化を辿る

今日は時間をいただいて「地域包括ケアシステムとはなんだ？」を改めて皆様と共に考えます。多分、部品については皆さんのほうがご存知のところもたくさんあるでしょうが、社会科学の視点から見た歴史と社会的位置づけ等を含めて話します。

1. 地域包括ケアの前史

まず、地域包括ケアシステムの前史を話します。前史はどこから始まるか。現生人類発生からです。

地域包括システムがどうして必要になったか？「日本社会にかつて存在していた暖かい何かが失われたからだ」とか、「世代同居が減ったからだ」とか唱える向きが見られます。全部間違いです。始まりは、要介護者の発生が当たり前の事象になったからです。

1) 医療と社会

(1) 20万年前から19世紀半ばまで

20万年前にホモサピエンスが発生したと言われています。ただし最近の説では30万年前との説も見られるようになったようですが、いずれにせよ、700万年におよぶ人類の歴史の中で20何番目の人類、すなわちホモサピエンスしか今地球上にいません。20万年前から1万年前まではほとんど変化がない狩猟・漁猟社会だったでしょう。1万年前に私たちの一部は農業、そして定住をはじめます。定住して農業をする文明の経済面から見た最大の意味は、自分および自分に付随する子供など以外の分の食料も作れるようになる生産性向上です。5人の農民が10人分の生産物を作れるなら、農業・漁業・牧畜・狩猟などの食料生産に携わらない人の存在が可能になる変化は画期的です。

それまでは30人なり50人なりの集団では、全員でどんぐりを拾ったり、全員でマンモスを追いかけてたり、赤ん坊や幼児、看取りが近い年よりは別として、全員が食料生産者でした。ところが1万年前に人類ははじめて、食料生産に携わなくてもいい人達を常に養えるだけの生産性の高い、そして高カロリーであり、かつ保存の効く麦とかお米などを育てられるようになった結果、新しい「職業」が生まれます。

おそらく最初の職業は戦う専門人、戦士でしょうね。それから治める人、祈る人。祈る人の末端に医師の先祖が現れます。地球30億年、人類700万年のうち、たった1万年前です。そこからまた19世紀まで、生産性向上や商業、戦争技術の発達によって大帝國はできたにせよ、医療についてはほとんど変わらずにきます。有効な治療手段が薬草治療以外ほとんどなかったからです。傷口は焼くか日本では焼酎をかけるとかしかなかった。そしてほとんどの住民は農業・漁業・牧畜・林業など、あるいは軽工業、商業に

従事し、地縁血縁の中で生きてきました。

この時代の生活を地域包括ケア研究会の用語で表すと、自助、つまり自分および家族の事はまずは自分の力で対応する。次は互助。知り合いの中での助け合いです。この2つでほとんど過ごしてきました。たまに、歴史上本当にレアですが、優しい王様などがいると助けてくれたりしたことがあると書かれています。日本史で言うと、聖徳太子や光明皇后が悲田院を建てて行倒れ者を救った。いずれにせよとても稀な事例でした。

(2) 19世紀後半

19世紀後半に近代医学が発達します。ウイルヒョーとかパスツールなどに代表される近代医学が発達する。経済システム面では資本主義近代工業が発生します。それまでの資本主義の軽工業とか貿易と違い、大資本設備を必要とする鉄鋼業が代表です。鉄鋼により巨大な製品、たとえば軍艦を作れる、鉄道の線路を作れる、射程距離の桁が異なる規模の大砲を作れる。そこでは八幡製鉄所でもそうですが、農家の二男三男で兵隊へ行かなかった屈強の若者を都会に集めて工場を設置する。あるいは女性を集めた富岡製糸場も有名な例ですね。

資本主義近代工業の特徴は、経済学的にいうと賃金労働者、それまでの身分で土地に縛られたり、身分的に親方に従属していたりするタイプではなく、法律上は対等な契約者です。実際には契約と言っても資本側が圧倒的に強かったにしても、賃金労働者と資本家は、身分的隷属とは違う契約関係です。そういう存在が初めてでき、かつ数が増える。多くは若くて強い。この人たちが革命運動に加わりうることをマルクスは説きました。

1848年にヨーロッパは同時革命をみます。ベルリンにいたホーエンツォレルン王家は3カ月間プロイセンを彷徨います。オーストリア帝国ではナポレオン戦争以来ヨーロッパ政局を握ってきたメッテルニヒが失脚し、ハプスブルグ家では皇帝が代えられます。ナポリではスペイン・ブルボン朝王家がやはりナポリ市を退出して彷徨います。なによりもフランス王家は1848年に終わります。ブルボン家は1789年に一度切れた後、ナポレオンを経て再び復活していました。以後、フランスは第二帝政期を除き共和制が続いています。以上のように同じ年にヨーロッパでは革命をみます。

それまでの清教徒革命のように郷紳層（シエントリ：イギリス下流地主層）が起こした革命とか、フランス革命のようにブルジョワ層が起こした革命と違って、初めて労働者階級と学生が組むと怖いことを若いビスマルクは観察し、学びます。その結果、彼がドイツ帝国設立後に考えた社会安定政策の一つは、私たちが共助と呼ぶ仕組み、具体的には社会保険制度に他なりません。これは地縁血縁が強い農業社会ではさほど必要ではなかった。地縁血縁が弱い賃労働者が大量に発生して初めて、社会保険制度の機能が意味を持ちます。強制的に加入する年金保険、医療保険、労災保険が立法されます。これはこの会場にいる私たちが今生きている、仕事をしている分野の御先祖にあたります。1880年代が始まりです。

資本主義による経済発展に成功した国では豊かさが実現し、その富を用いた公衆衛生水準についても上下水道などの普及により向上していきます。また、医学の発達と、それを反映させた医療利用にかかわる費用を（一部であっても）連帯して負担する社会保障制度の始まりも大きな影響を与えました。

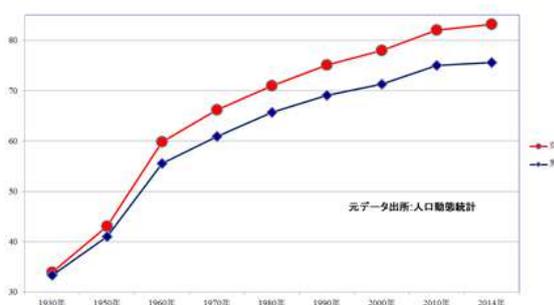
2) 高齢者と要介護者の増加

その結果、何が起きたか。この図は、ある1年間に日本で亡くなった人の平均年齢を示しています。その年の平均寿命とは異なります。比喻で表せば、その年お墓に入った人の平均年齢です。1930年の日本の死亡者の平均年齢は33歳でした。これは33歳で死んだ人が多かったわけではなく、ゼロ歳児、1歳児を始め子供がたくさん死に、あとの人が60歳・70歳で死んでいたから平均値が35歳以下だったのです

ね。33歳で一斉に死ぬことはなかったけれども、子供が8人生まれて4人しか育たなければ平均値はそれぐらいにとどまります。

第二次大戦終戦から5年たった1950年、日本人の平均死亡年齢は男性41歳、女性43歳と戦前と大して変わりませんでした。まだ子供がたくさん死んでいたからです。皆保険制度発足以前だったし、ペ

各年死亡者の平均年齢推移



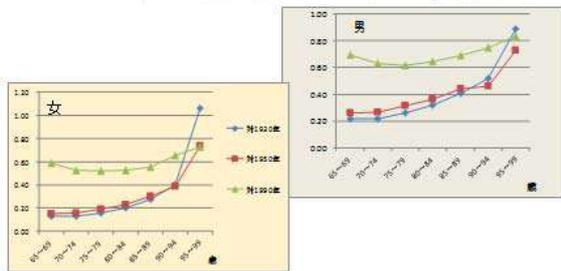
ニシリンは行きわたっていないし、子供のとき死ななかつた人でも結核でたくさん死んでいた時代でした。

その後、急性感染症で死ぬ子供が激減し、結核による死亡がかなり少なくなり、ようやく 1970 年に男女とも死亡者の平均年齢が 60 歳を超えました。ここからあとは子供や若者ではなく、高齢者の死亡年齢が上昇していきます。最近の平均寿命の伸びは全て高齢者の死亡率低下が原因です。

1970 年以降はどんどん長寿化していき、3 年前に亡くなった女性の平均年齢は 83 歳です。男性は少し劣り、76.5 歳でした。このような数値は全て要介護者の発生率と大きく関係しています。人の多くが 60 歳で死んでいる時代には、要介護者はほとんど発生しません。看取りはいつの時代にもありましたが、認知症発症年齢より若く亡くなる人が多く、初回の脳卒中発作から長くとも 2 カ月で亡くなるような医療水準の時代には、要介護という事態はほとんど発生しなかった。

次の図の左側は女性で、こちらが男性です。何を意味するか。ブルーは 1930 年に比べて、赤が 1950 年に比べて 65 歳から 69 歳の人々がどのくらい死ななくなってきたかを表しています。1930 年と 2015 年を比べると、何と死亡率はほぼ 1/8 に下がりました。65 歳から 69 歳の女性は 1950 年に比べても死亡率が 1/6 以下になっています。

2014年に至る死亡率の変化



元データ出所：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集2016」

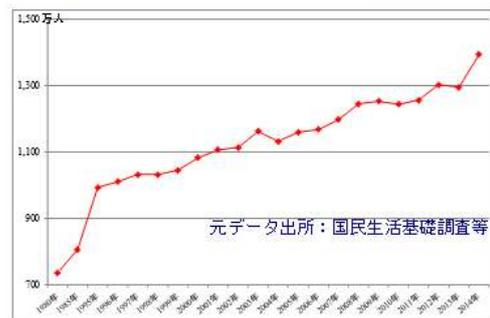
06/30/2017 保健医療福祉大学 田中 浩

にしても、北欧、西欧、米国共通の現象です。経済的先進国では高齢者の死亡率が最近の半世紀に劇的に低下したのです。

日本の人口は 9,000 万人でした。ここから先が驚きです。65 歳から 74 歳の人々は 400 万人しかいなかった。今、1,770 万人です。75 歳以上人口が 187 万人、今こちらでも 1,700 万人を超えました。100 歳以上人口の数にいたっては当時たった 198 人でした。今 66,000 人います。50 何年前と比べて、そんなに昔じゃないのに、いかに日本の高齢化が進行したか。

高齢者が子供世代と同居していた率は 8 割ありました。とはいえその数は 500 万人にすぎませんでした。今は、1,400 万人の高齢者が子供世代と一緒に住んでいます。前回の東京オリンピックの頃には同居率が 8 割もあった理由は、高齢者が少なかったからです。高齢者の同居率が低下した原因は、高齢者を家から追い出したのではない。子供世代と一緒に住む高齢者数は 3 倍に増えているのだけれど、それ以上に母数の高齢者が激増した。そうすると次の世代と全員と一緒に住んでいない。子供世代は仕事で東京や大阪、ニューヨークや、上海、バンコクに住んでいたりしているわけですから。多世代と一緒に住む意味は、農業社会では生産性の点でも当たり前だったかもしれない。けれども、その人たちは要介護者ではなかった。

子供世代と同居する高齢者数



元データ出所：国民生活基礎調査等

06/30/2017 保健医療福祉大学 田中 浩

1964 年の出生数は 172 万人。去年の 98 万人の倍近くでした。死亡者は 67 万人にすぎず、去年の 130 万人の半分くらいでした。若い世代の方は実感がわかないでしょうが、これが日本の社会状況だったので。

昔に戻れば済む、が成り立たない理由は以上の統計を見ればわかります。要するに昔、といってもほんの 50 年前、たくさんの要介護のお年寄りが家族に面倒を見てもらっていたわけじゃない。要介護者が少

なかった。多くの場合、健康寿命が終わるとおそらく半年とか、1年とかで亡くなっていた。今のように非健康寿命が男性10年、女性の場合が12年、こんな“めでたい”長寿化現象が起きるようになったのは、前回の東京オリンピックより後の話です。

世界中どこでも、フランスでもスイスでもスウェーデンでも同じと思われる。いかに新しい現象に私たちが直面しているか。在宅医療も介護も、ごく稀な特殊事例ではなく、人類史上初めて普遍的な社会システムとして求められる事態なので、全て新しいことを作っているとの意識で立ち向かわないと無理です。昔のどこかに戻ろうとしても助けにはなりません。

代表例は子供世代と同居する高齢者についての誤解です。「昔、日本には温かい三世同居世帯があった」を誤解の典型として指摘できます。統計的に見ると、20世紀前半までの三世同居の上の人は50代だったと思われます。その子供世代、例えば30歳と25歳の夫婦の下に5歳・3歳、ゼロ歳の孫がいるといった三世帯が平均像だったはず。このときの50代は、よほどの金持ち層や武家などの「ご隠居様」を除き、現役勤労者です。現役農民、現役漁民、現役のお豆腐屋さんだった。20世紀後半まで続いたサザエさんの世界を見てください。毛が一本しかない波平さんは54歳、現役会社員として描かれています。要介護の波平さんとフネさんを20代の娘夫婦、サザエさんとマスオさんが世話していたわけではありません。

一方、日本の家族機能が低下しているとの主張も嘘です。先に触れたように、ある意味家族機能は上昇を続けています。中年および初老世代と一緒に住んでいる高齢者数は増え続けています。今、1,400万人、まもなく1,500万人になります。けっして家族機能が低下しているわけではない。家族機能は、少なくとも高齢世代と同居する世帯数の急増という点については上昇してきました。ただし、それ以上に高齢者が増えている。この理解からスタートしないと政策の設計を間違えてしまいます。

要介護者増の理由

- 死亡率低下
 - 豊かさ→平均的栄養水準向上
 - 公衆衛生体制整備
 - 近代医学を適用する医療提供体制発達
 - 社会保障制度普及→「治す」医療利用拡大
- 長寿者増加
 - 元気高齢者増・独居者増
 - 健康寿命後の高齢者も増加

要介護者が増えた理由は簡単で、人が簡単に死ななくなったからです。死ななくなった理由は第一に豊かになったからでしょう。栄養水準が高いので病気になっても死なない。栄養水準が低ければ子供は簡単な病気で死ぬし、明治時代には人々はコレラの流行で万人単位の死亡が発生しました。さらに、公衆衛生水準が向上したこと、近代医学を使える医療機関が普及したこと、そして経済学的にいうと、社会保障制度が充実し、日本、北欧、西欧、オーストラリア、ニュージーランドなどでは、治す医療を受ける費用の保障制度適用が拡大したことの複合成果です。その結果長寿者が増加しました。元気高齢者も増えました。

問題は、元気高齢者だけでなく、確率的に発生する健康寿命後の高齢者も増加した変化です。2014年12月のデータによると、65-69歳では要介護認定者が3%弱発生していた。75-79歳では14%、85-89歳では52%でした。85歳以上に達する人が少ない時代環境の下は、虚弱高齢者はその年齢まで生きられなかったでしょう。仮にもしごく一部の方が要介護状態で長生きしたとしても、母数が少ない以上、絶対数は極めて少なかったと思われます。ところが今わが国の85歳以上人口は500万人を超えています。つまり85-89歳層の要介護者だけで250万人おられる。これは日本のみならず人類史上の新しい局面に他なりません。

3) 介護保険制度の発足

こうした変化に対応し、わが国は2000年に介護保険制度を発足させました。人口の多い国でいうとドイツの次に作れました。日本の介護保険はとてもよく考えられています。パッチワーク的に40年かけて普及していった医療保険制度に比べ、全体像、サブシステム、サブ・サブシステムとも時間をかけて設計・検討されました。経済面については、提供体制を作る強力な推進エンジンになっています。

これまでを評価し、将来に向かう

- 介護保険は社会的イノベーションかつ強力な推進エンジン
- 自治体の努力
- 提供者の努力と技術進歩
- 今後はケアマネジメントプロセスの進化、サービスの質向上、データマネジメント、ICT・IOT・AI活用を含む一層の技術進歩を図ればよい?

保険給付費は 10 兆円、一部負担を含む介護市場のサイズは 11 兆円になりました。自治体の方々の努力があり、関係者、もちろん皆さん方の努力や技術進歩の成果です。今後はさらにケアマネジメントを進化させ、サービスを向上させ、一層の技術進歩を図っていけば社会がなんとかなるならば、私の講演はこれで終わりです。「では皆さん、介護保険制度と介護サービス、在宅医療を発達させていきましょう」とね。

4) 危機意識を共有する

医療保険はある意味そうなっているでしょう。医療保険は 1961 年に皆保険となり、その後もさまざま工夫が加えられ、特に診療報酬制度という精緻な操縦技術があるから、DPC を導入したりすれば、別に新しい社会システム論までいかななくても継続できるけれども、介護の場合はそうじゃないですね。理由は、激増中の高齢者、特に後期高齢者の生活のすべてを介護保険財政で支えるわけにはいかないからです。

2022 年、団塊の世代が 75 歳を超え始めます。未だに「団塊世代が後期高齢者になる 2025 年」と話す人がいますが間違いです。22 年に超え始めます。24 年に団塊最後の 1949 年生まれの生存者もすべて 75 歳に到達します。つまり全員が 2024 年までに後期高齢者になり終わっています。

危機意識

- 国全体では…
 - 2022年-2024年：後期高齢者急増
 - 2022年：被保険者数減少始まる
 - 2025年：後期高齢者2,179万人
 - 2028年：日本人の平均年齢50歳
 - 2034年：1号被保険者数>2号被保険者数
 - 2038-2040年：死亡数ピーク(167万人)
 - 2039年：女性死亡数(83.6)>男性死亡数(83.3)
 - 大都市部からの再配分力?

06/30/2017 15:04 2022年10月

後期高齢者が増える影響としてはまず医療・介護二重増が思いつきますね。一方、厚労省にとって怖い数値は、2022年に介護保険の被保険者数が減りはじめる事態です。給付費は増えるのに分母の被保険者数が減る。すなわち例え 1 人あたりの介護給付費が増えなくても保険料は上がる。2022 年の老健局長はなりたくないだろうなと思います。被保険者数が減る。保険制度運営にとってこんな怖い事態はない。

2025 年には後期高齢者が 2,200 万人弱。2028 年には、日本人の平均年齢が 50 歳を超えます。ミャンマーやベトナムは 20 代です。平均年齢 50 歳ということは 49 歳以下

だと「なんと、お若い」といわれる世界になる。もっと怖い事態は次です。介護保険制度財政方式の強みの一つは、2 号被保険者の設定にあります。国保がずっと財政が厳しく、ついに都道府県に運営責任を移した理由は、こうした全国的な財政調整の仕組みが乏しかったからです。

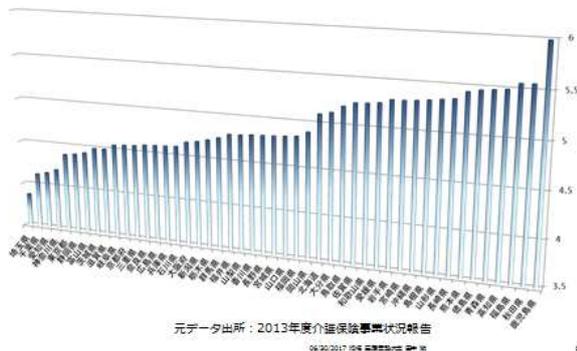
介護保険は、実際にサービスの大部分を使う 1 号被保険者だけでなく、2 号被保険者というカテゴリを設定しました。2000 年の制度発足時には 2 号が 1 号のちょうど倍いました。当初の介護保険財政は、国費 1/4、都道府県 1/8、市町村で 1/8、1 号保険料 17%、2 号保険料 33%。ちょうどそういう割り振りができました。今、23:27 に近づいています。それがついに、そんな先じゃない 2034 年には、1 号被保険者のほうが多くなってしまふ。つまり、みんな年を取るけれど次の世代の人口が少なく、新たな 40 歳代があまり入ってこないから、全国プールする原資が保険料収入のうち半分以下になる。2034 年の老健局長も大変だと思ひます。こういう危機感を共有しなければなりません。

その後死亡者数が増えていき、2039 年には、財政的にはなんの影響もありませんが、日本歴史上、極めてレアな出来事として、女性の死亡数が男性死亡数を上回ります。男は常に女より日本人の場合 5%ぐらい多く生まれます。もし人口の年齢構成が平準化していると、毎年男のほうが 5%、死亡数が多いはずですが。しかし団塊の世代、すなわち平準化されていない塊がいて。男たちは 2039 年までに過半が卒業しているから、平均寿命が長く、その年、生き残っていた女性の死亡数がついに男性の死亡数を上回ります。財政面にはあまり影響がないけれども、歴史を踏まえた文化論的には面白い、などと呑気に言っていると叱られそうですが。

次は国全体レベルの資金移転を考えます。今まで大都市部から地方にお金を渡す仕組みの一つとして、地方交付税が使われてきました。田中内閣、竹下内閣のときのような公共事業も、もっと前の米価もそうでした。日本の戦後の経済発展の中で、二次産業、さらには金融業などによって栄える華やかな東京や名古屋、大阪と違って富の増大が発生しにくいところには、かつては米価で資金移転を図りました。それから公共事業でお金をつぎ込みました。今では年金や医療保険、介護保険など社会保障制度を通じて地方への移転が行われています。

ところが資金移転の出し手である大都市部の人口が年を取ると、こうした仕組みの維持が苦しくなります。大都市部で給付に使われてしまうからです。

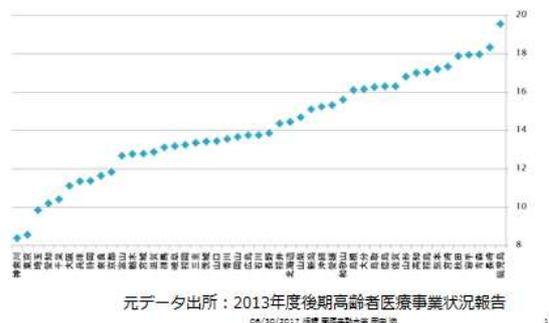
介護保険(2013年)
給付支払額/保険料収納額



われています。これは鹿児島県人の要介護割合が高いからではなく、税と1号保険料を通じて集められる金額が少ないことを意味します。県外に頼る割合の高い順に鹿児島、秋田、福島、高知、青森、徳島、熊本、長崎、山形と並びます。ところが大都市圏側の人口が年を取ると渡す原資が減ってしまう。「このときに鹿児島県などの知事はどうするか？」を考えなくてはなりません。

もう1つは、後期高齢者医療制度において、後期高齢者が払った保険料に対して、一体どのくらいの後期高齢者の医療費がかかっているかの倍率を都道府県別に示しています。実際には後期高齢者の保険料でまかなう率は少ない。5割は公費、残りの4割は健康保険組合、協会けんぽ、共済、国保等からの後期高齢者支援金で成り立っています。一番低い神奈川でも8倍、以下少ない順に東京、埼玉、愛知、千葉。一方もっとも高い値は先と同じく鹿児島県で、20倍です。続く長崎、青森、岩手、秋田、宮崎も理解できます。相対的に標準報酬等が低い県が並びます。つまり、同じ保険料率でも、例えば協会けんぽは10%ですが、平均標準報酬400万円のところと200万円のところでは保険料は倍違います。この図は後期高齢者の所得差の結果でもあります。

後期高齢者医療制度(2013年)
支払済み額/保険料収納額



これらのデータから何を言おうとしているか。「現行の介護保険制度があれば日本は安泰」とは言えない、と広く知っていただきたい。地方および国の財政予測をふまえると、高齢者が要介護になる率を減らす取り組みが不可欠だと考えます。あるいは少なくとも非健康寿命、要介護期間を短くする。

医療費の場合には、若いときに健康管理に気を付けて60代の心臓発作を減らすとか、50代、60代のがん患者発生率を減らすことはできても、基本的に後ろ送りなので、どこかで多く的人是命にかかわる病気にかかります。もちろん、60代を健康にすごし、90歳で天寿を迎えると捉えれば、疾病の後ろ送りに役立つ健康管理の意味は大きいにしても。一方、介護については、後述する適切な予防体制を通じて要介護期間を短くする可能性があります。亡くなる1年前に使う医療費が60歳で発生するか90歳で発生するかは、人生の上で大きな違いですが、生涯の医療費はあまり変わらないのが医療の分野です。

これに対し、介護分野では要介護期間を10年にするか、5年にするかで総費用が変わりえます。人生の最末期に要介護になる率をゼロにすることはできないけれども、その期間を短くする努力、あるいは要介護1になってもその状態で悪化を食い止めて生きるための支援をシステムティックに行う体制が不可欠と言えます。

2. 地域包括ケアシステム

1) 地域包括ケア研究会の発足

ここからは地域包括ケアシステムの話になります。最初に取り組みられた有名な場所は、ご存知のように広島県御調町（現尾道市）でした。中村秀一さんが2003年に高齢者介護研究会を組織し、作成した報告書「2015年の高齢者介護」でも、地域包括ケアシステムという言葉を使いました。

御調町を始め、各地の取り組みの成果を一般化し、政策論として研究しなければと、宮島先生が局長のときに研究会を作るように号令をかけた2008年が、地域包括ケア研究会の始まりです。

地域包括ケア研究会では、我々研究者だけではなく、厚労省老健局幹部の方々も一緒に議論に参加する習わしになっています。以来毎年、介護報酬改定の前年以外は開いてきました。この話のコアには高齢者の医療介護連携が置かれてきました。

2) 地域包括ケアシステム Ver1.0 5輪の花

2008年度報告書を出すときに世の中に問うた代表的な図は、五輪の花図でした。「要介護高齢者になった、あるいは看取りが近い、そうした人たちのために適切な医療介護連携を図りましょう」。これは当然の方向です。ただし、尊厳を持った生活、尊厳を保った看取りは当然にしても、その前に虚弱化予防、悪化予防は必要であり、さらに生活支援がなければ生きられない。生活支援のうち、弱った人への家事援助については、制度的に一定程度は応援できるかもしれないけれど、生活とは家事だけで構成されているではありません。家事と生活はイコールではない。生活の中に家事は含まれますが、生活とは、人としゃべり、愛犬と散歩をし、テレビを観る、孫と遊ぶ、などの総体です。

配偶者とケンカをすることも日常生活の要素かもしれませんし、ショッピングや映画、理髪や美容院に行くこと、花の手入れをすることも生活の大切な一部たりえます。それらの多くは介護保険給付とは無関係な事柄と考えられます。

もう1つ、大事な要素は、生活にはちゃんとした住みかがなければならない。住まいが必要だと唱えました。5つの要素、つまり医療保険、介護保険対象サービスに加え、予防・生活支援・住まいの5つのサークルが重なりあって、はじめて高齢者は生活できるという意味を表しています。今となってみるととても単純な図柄とも思えますが、2008年の研究会報告書で最初にこの五輪の花図を世の中に訴えたところ、当時としては役割があっただけで、厚生労働省のみならず、多くの自治体でもこの図柄を使っていました。これが2008年度でした。

地域包括ケアの目標は皆さんご存知の通り、「誰もが、望むなら、住み慣れた地域で安心して人生の最後まで暮らし続けることができる仕組み」と表せます。望むならば、住み慣れた生活圏域で、安心して暮らし、望むならその地域で亡くなるための仕掛です。もちろん65歳になって夫婦どちらかの生まれ故郷に帰ったってよい。なお、同じ空気、知っている雰囲気の中はとても意味があるとはいえ、住み慣れた家とは言っていません。適切な住み替えは十分に考えるべきでしょう。

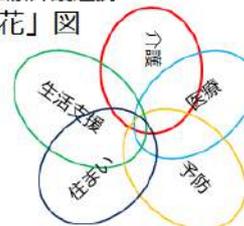
専門語を用いると、連続的で切れ目のない機能の統合です。continuous, seamless, integrated。筒井孝子先生によれば、Community Based Integrated Care Systemと表せば各国共通のコンセプトのようです。

3) 地域包括ケアシステム Ver 3.2 植木鉢

後期高齢者増はどの国も直面する同じ課題であり、非健康寿命が長くなったのも経済的先進国共通で、さらに韓国や台湾もそうなりつつあります。そうした状況の下で、病気になったら医療サービスを使い、要介護になったら世の中のサービスを用いる。アメリカを除き、経済的先進国では基本的保障制度がほぼ普遍的に整備されています。けれども、高齢者が安心して暮らすためには、医療保険や介護保険だけでは

地域包括ケアシステム Ver1.0(2008)

- 高齢者の医療介護連携 →
- 「5輪の花」図



18/10/2017 10:00:00 AM

15

足りません。

したがってどの国でも Community Based Integrated Care System を考えているはずです。そうした進化を表す図として、私たちは、2014 年に新たな図柄を発表しました。2013 年度報告で用いた新しい地域包括ケアシステム図が、いわゆる植木鉢図です。フラワーポットチャートなる英語によって、アジアでも使っていただいています。フラワーポットチャートの意義は、立体化にあります。さっきの五輪の花は平面でした。厚労省が時々使っている図柄も平面的です。真ん中に高齢者がいて、周りを医療や介護や福祉が取り囲んでいる。

それに対し、植木鉢図が立体化を重視した理由、立

体化図の方が平面的な図よりも優れている理由を説明します。まず、プロフェッショナルサービスを葉によって表しました。在宅医療を明記した医療・看護、介護・リハビリテーション、そして保健・予防。今だったら前回のこの勉強会のように栄養も書き入れるでしょう。いずれも専門職、プロフェッショナルな人々が担当し、果たす機能に対し支払を受けられる人たちの仕事を上に描きました。

ただ、生きるとはそれだけじゃない。生活の基礎は自分たちの責任です。例え要介護 1 になっても、ご飯は自分で作るケースも多いでしょう。洗濯も自分でする方も珍しくないでしょう。プロの人の仕事に頼るわけにはいかない。生活はできれば豊かであって欲しいので、豊かな土壌で表す。生活は家がしっかりしていなければ保てません。住まいに加え、住まい方も大切です。配偶者が亡くなったあと、例えばどういうふうに住むか、誰と住むかなどは住まい方に属します。住まいと住まい方は比喻で示せば植木鉢に相当します。

この立体化図について、一番画期的で、かつ一番褒められた点は、鉢の下に皿を置いた工夫でした。さっきの五輪の花図からの進化の例に他なりません。本人、家族の選択と書いてあります。当初は覚悟という言葉を使いましたが、覚悟はやや強すぎるかなと思われたので、選択としました。

自分が今後どう生きるか。もし配偶者が先に亡くなったらどう生きるかを、毎年ローリングプランでもいいけれども、考えておく。子供たちとの距離感をどうするか、友人や近隣との関係を考えておく。心構えを持つ。もし皿が貧弱なまま、つまり覚悟と準備が乏しいまま、団塊の世代の多くがお世話になる社会にしてしまったら、それこそ日本社会の迷惑でしょう。団塊の世代は 800 万人います。団塊の世代が、もし自助が弱く、自分たち同士の互助の仕組みを築かないまま年を取ったら、将来世代に申し訳ない。だからこの皿を描きました。

植木鉢は 1 つの世帯を表しています。人口 5 万人の町でしたら、植木鉢が 2 万個か 3 万個あると思ってください。その植木鉢 1 個 1 個の中には欠けた植木鉢もあり、土が豊かな植木鉢もあり、土がほとんどなくなっている植木鉢も存在するかもしれません。プロフェッショナルサービスにまだあまり頼っていない家も、やむを得ずたくさん使っている家も混ざっている。幸せに人生を卒業すると最後ポツと美しい花が咲いて終わる(笑)。美しい花が咲いて終わる人もいるし、全部が枯れて亡くなる人もいるかもしれない。植木鉢は地域全体の絵ではなく、单身を含むそれぞれの家族を象徴しています。

必要ならケアマネジャーが支援します。多職種によるアセスメントを元にケアマネジャーがケアプランを作ります。地域ケア会議、地域包括支援センターが生活圏域に水を遣って育てます。さらにこの茶色い線に意味があり、地域マネジメントという言葉を使いましたが、自治体が時代にふさわしい新たな地域づくりを企画していくという図です。意味が深くて、いろいろな解釈も可能です。

4) 地域包括ケアシステム Ver 4 新「植木鉢」

一昨年の研究会で、植木鉢図を少し変えました。どこが変わったか。まずは団塊の世代の責任を強調したかった。団塊の世代の世代文化論的な特徴は次の通り。不思議に聞こえるかもしれませんが、「人は高齢期まで生きる姿が当たり前である事態」を事前に知っている初めての世代なのです。

地域包括ケアシステムVer3.2 「植木鉢」図(2013)

- 立体化
- 「覚悟」
- 地域マネジメント



地域包括ケアシステムVer.4 新「植木鉢」図(2015)



先生方が在宅医療や外来医療で診ていらっしゃる 90 歳代の人は、若いときに 90 歳まで生きると予定していた人はほとんどおられないと思います。どうしてか？ 今 90 歳の人、40 歳のときまでに、自分の親、祖父母や知り合いが、事故や戦争による死別を別にすれば、ほぼ 50 歳代、60 歳代で亡くなっていった経験を持っていた人が多いでしょう。当然、自分もおそらく 60 歳代ぐらいで死ぬだろうな、と何となく予想していたとしてもまったく不思議はない。

したがって、急速な医学の発達と、ケア技術の進展によって「思わず」長生きした今の 90 歳くらいの世代は、一

番要介護状態に対する準備がなかった世代と言えます。骨粗しょう症も今の高齢女性に多い。ところが、ここにいらっしゃる若い女性たちの骨粗しょう症発症率はずっと低いことでしょう。皆さんちゃんと準備しておられると思います。このように、防げるタイプの原因は取り除ける。不活発病にならないためにこういう勉強会に 75 歳になっても皆さん通われてくるのではないのでしょうか。

そういうことを知っている最初の世代は、世界中、戦後生まれの団塊の世代です。だからこの世代には準備する責任があります。要介護のうち、防ぐことが難しい原因、例えばいきなりくも膜下出血が起きるとか、若いうちからずっとリウマチなどの場合はやむをえないにしても、フレイルになっていく原因の多くは防げるとの研究発表が続いています。前回この会で習ったような口腔ケアとか、高齢女性の栄養不足防止などを含みます。以上を踏まえ、予防を土、すなわち自助を主体のところに移しました。ヘルスリテラシーの向上とまとめてもよいかもかもしれません。これが第 1 の変化です。

第 2 の変化として、社会福祉機能の重要性を強調するために、土から葉に移しました。高齢化社会になってみると、医療介護だけではなく、後で出てきますが、福祉、特にソーシャルワークの果たす社会的役割は大きい。貧困等に対する個別サービスも大切とはいえ、ここで求めている機能は、コミュニティでの関係性構築、地域づくりニーズに対応する専門的職務です。地域包括システムにとって、医療介護はもちろんコアであるにしても、プロフェッショナルサービスとしての社会福祉も不可欠である、と 2 番目の絵を通じて表しました。

3 つ目は、本人家族ではなく、選択する主体はあくまで本人であることに改めました。この場合の家族とは配偶者ではありません。70 歳まで夫婦でいたカップルは、基本的に一体だと思ってください。ダメな人はその前に分かれていますから大丈夫です(笑)。この場合、表記から外してしまった家族とは子供世代のことで、「自分の目の前から年寄りを消したいがゆえに施設を選ぶ」決定を防ぎたいので取りました。

ところで、「右の図と左の図で、どうして葉の形が違うのですか？」とときどき聞かれます。ハート型について美しい説明をお待ちの方には残念ですが、答えは単に区別するためです。この図は今後さらに進化するかもしれません。こういうふうにはバージョン 4 まで変わってきました。各地の地域包括ケアシステム自体が進化しているからです。

5) 2016 年度地域包括ケア研究会報告書

(1) ターゲット・イヤーは 2025-40 年

ここからは昨年度の報告書の中身を解説します。もちろん誰もがネットで報告書をダウンロードできます。ご自由に分析を加えてください。

まずターゲットイヤーを、2025 年単独から、「2025 年から 40 年」と広めにしました。75 歳以上人口推移をみてみましょう。1950 年にこの国に 75 歳以上人口がいったい何人いたか。150 万人しかいなかった。縄文時代も平安時代ずっとほとんどゼロ近くのままで推移し、戦後微増しはじめ、1980

2016 年度地域包括ケア研究会報告書

■ ターゲット・イヤー：2025-40

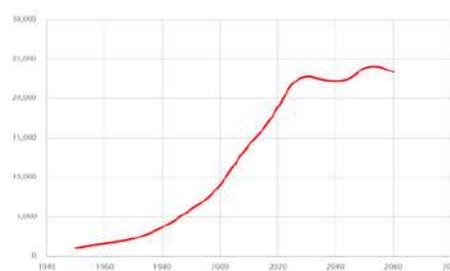
■ 要素

- ① 「尊厳」と「自立支援」を守る「予防」
- ② 中重度者を地域で支える仕組みの構築
- ③ サービス事業者の生産性向上
- ④ 市町村・保険者による地域マネジメント

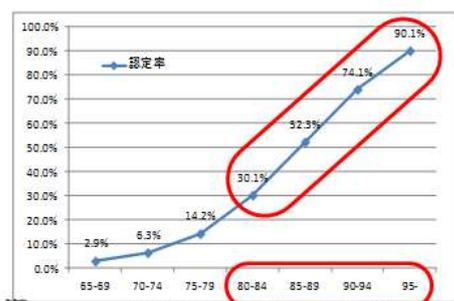
年から急増しています。ただしこの趨勢は50年続かず、2025年で突如止まります。この間だけ急激に変化します。なお高齢化率は子供が少なければ今後も上がりますが、けれど高齢者の絶対数については1980年から2025年の変化だけが異常な時期と言えます。団塊の世代が卒業すると少し減り、団塊ジュニアが入ってきてもう少し増えて、あとは減っていきます。

さしあたり地域包括ケア研究会の報告は、団塊世代を意識して作っています。2025年から2040年とは、75歳以上人口が歴史上初めてピークに達し、しばらく高原状態が維持される時期にあたります。その間、男性が先に少しずつ卒業していく。いよいよ目標期間には重度者向け医療介護連携と看取りが中心になります。したがって目標年を広めにとって社会の在り方をめぐる議論を行い、十分に準備しておく必要があります。なお現時点では、団塊の世代にとって一番必要な自覚は、東大飯島教授などの教えに従い、フレイル予防と考えます。

75歳以上人口推移



2040年に向けた地域包括ケアシステム



次は年齢層別の要介護発生率を示します。私の年齢層では3%、75歳になっても15%にならない。団塊世代にとっての予防が進めば、いずれもう少しここは下がるかもしれません。今の統計で見ると80歳を過ぎると3割、85歳で5割を超えています。団塊の世代がこの層に入ってくる点から、2040年までが大切と言えます。2025年は団塊の世代はまだ75歳なので、突如要介護者が激増するわけではないと想定されます。本当のリアルなニーズが発生するのはもっと後ですから。2025年から2040年に合わせた仕組みづくりを今回の報告では意識しています。

(2) 尊厳と自立支援を守る予防

続いて予防の話に移ります。公衆衛生分野、疫学分野の方々にとっては当たり前の図だと思えます。ただ昨年度の地域包括ケア研究会ではこれを巡って結構議論をしました。議論がいっぱいあって楽しいプロセスでした。図の真ん中のところに示されている項目は公衆衛生では当たり前のコンセプトでしょう。

一次予防、二次予防、三次予防。社会参加する、虚弱化を遅らせる。もし要介護になってもそこで要介護度を悪化させない。これは当たり前の整理ですね。そのためには本人の力に加え、周りがサポートします。

今回、付け加えた要素を「もう1つの予防」と呼んでいます。この名称をめぐっても研究会内で議論が交わされました。「もう1つの予防」の鍵は、本人と地域とのつながりです。つまり、当事者の身体的、あるいはメンタルな話だけではなく、ソーシャルな観点を重視しました。ある場合にスピリチュアルな面も含むかもしれませんが、要介護という生活面の虚弱は社会性が弱まるのが大きなきっかけのはず。生活機能が落ちる、すなわち社会参加の機能が落ちると捉えれば、そのときに周りとうどうつながっているか、地域や周囲の人々とのつながりが弱まっていく事態をできれば防ぎたい。

これは特に団塊の世代の男たちへのメッセージと考えられます。飯島先生たちの研究によれば、フレイルドミノ、ドミノ倒しの1枚目は体の虚弱ではなく社会性の低下、ひきこもりだそうです。この会場内では元会社員、元役人、元教員の類が危ないかな。開業医の先生は、引退しない限り大丈夫かもしれません。定年がある職業は危険ですね。職場以外の人間関係の豊かさを築いておきましょう。

そういう人たちが地域とつながる。地域とのつながりは、物理的な近さ以上に、第一に、家族とのつながりだと感じます。定年まで配偶者とあまりしゃべったことがない人、子供と一緒に遊んだことのない人

は、とても危険だとこの分野の研究者から聞きました。もはや成人となっている子供が「お父さん、食へに行こう。旅行に行こう」と言ってくれるかどうか。これはとても怖い話で、この話を財界人相手にするとみんな下を向いてしまいます。

もう1つ、図柄の周りをよく見るとゼロ次予防と書かれています。ゼロ次予防とは、Social Determinants of Health に近い考え方のつもりです。世界の公衆衛生学では近年の当たり前の概念でしょう。人の健康状態を決める要因は、個人因子だけではなくて社会環境因子である。その人が住んでいる地域の力が影響する。近藤克則先生たちが主導されている JAGES プロジェクトによると、明らかに地域ごとに弱い人が多いところや少ないところ、転びやすい町や転びにくい町が、地域環境の影響で見受けられるそうです。私が地域包括ケアシステム構築を手伝っている川崎市でも、7つの区でヘルスリテラシーや地域の人間関係の強さ、近代的互助の発達が全然違います。生活習慣が違います。そうした事柄を含め、ゼロ次予防と表してみました。

つまり、予防は、個人因子に加えて個人と社会のつながりがまず1つ、さらにその地域の在り方の双方を、共に変えていかないと要介護者が多く発生する区、市、町が出てしまいます。

そうすると、これらは医師や介護、医師や看護師の力では無理な課題です。町のヘルスリテラシーを上げる際、歯科医の方々による「口腔ケアに努めましょう」などの啓発はできるにしても、地域の関係性作り、貧困の世代間継続をどう防ぐかはソーシャルワークの専門性が不可欠になります。

(3) 中重度者を地域で支える仕組みの構築

第2のテーマはこの会にもっとも関係します。中重度者を支える仕事。いかに要介期間を短くしても、最期はがん末期の時期を迎えるかもしれない。この課題への対応は、生活圏域というより、市全体、場合によっては県当局も関与する責務があります。また医療介護連携ではなく、もっと広い多職種連携を求めていく。まさにこの会の先月のテーマはそうでした。栄養職、リハビリテーション職、そして歯科衛生士等の連携が築かれつつある話を私たちもフォローしただけです。在宅医療を伴う生活における急変時にどうするかなども指摘しました。

次は堀田さんが一番詳しいのですが、多職種連携教育をしておかないとケア担当者が足りなくなります。介護福祉士、准看護師、精神保健福祉士、保育士などの基礎教育を共通化する。キャリアの複線化も早めに検討すべきと訴えています。

(4) サービス事業者の生産性向上

3つ目は、この会ではあまり扱わないテーマを取り上げています。それは事業者の経営問題です。医師・歯科医師も看護師も、病院や診療所、訪問看護ステーションなどの事業所に属しています。介護従事者は介護事業所に属しています。さらに事業所は事業者には属しています。訪問看護ステーションを複数所有しているなら経営を考える事業者です。個別事業所の管理運営とは異なります。事業所は管理の単位であり、戦略を考える経営の単位は事業者です。

警察署や交番は事業所です。県警が事業者にあたります。

尊厳と自立支援を守る予防

- 1次・2次・3次
- もうひとつの予防
- フレイルドミノ
- ゼロ次予防



中重度者を地域で支える仕組みの構築

- 在宅医療・介護連携から多職種協働へ統合されたチームケア
 - 退院時
 - (急変時以外の)入院
 - 在宅日常生活および急変時対応
 - 看取り
- 多職種連携教育(IPE)とキャリアの複線化
- 多様な住まい

サービス事業者の生産性向上 2040年に向けた事業者の姿

- 改めて「在宅3本柱」
- 多機能拠点
- 地域連携推進法人
- 地域単位の人員配置
- cf. 介護サービス事業の生産性向上に向けた調査事業：「介護労働の価値を高める」

いずれにせよ、介護分野の生産性を向上させなければならない。生産性向上とは、けっしてより厳しく働くことではありません。長時間労働をさせるような経営者は生産性向上とは反対の選択を行っているに等しい。

まずは、在宅三本柱の意味を問い直そう、考え直そうと書きました。1990年代にデンマーク、ドイツ、スウェーデンやノルウェーにも行きました。そのときに在宅生活を支えるサービスは訪問と通所とショートステイである、と当たり前のことを学びました。日本でも介護保険給付対象サービスの中に3つとも揃えられています。

ただし、わが国の現状の問題は、三本柱が1つの屋根を支えていない点ではないでしょうか。三本柱が一つの屋根を支えるから倒れない。少なくとも柱が3本あれば屋根が乗つけられるわけですね。ところが日本の介護の現状を見てください。比喻で表すなら、3本の柱がそれぞれ別の屋根を支えていたりする。一応ひとつの屋根であっても、プランがよく練られていないと、バランスがとれていなかったりする。通所事業者と訪問事業者は全く関係のない別会社だったり、連携が悪かったりする。ショートステイはショートステイ専門の株式会社が使われていたりしています。

一つの屋根を支える三本柱でなく、一本柱が3つあって、3つの屋根を支えているようでは、三本の矢であることの意味が乏しいでしょう。サービス間の連携とケアマネジメントは老健局で、報酬改定に合わせて的確にリードしなくてはなりません。ケアマネジメント過程の在り方も考え直しましょうと改めて訴えました。その手段の一つが多機能拠点です。1つの拠点が機能として3つ持っているほうがいい。未来志向の経営者による前向きな意思決定に期待します。

4月から地域医療連携推進法人が動きはじめました。既にいくつかの県では県庁から認可された法人が出ています。では介護のほうはどうか。地域医療連携推進法人には社会福祉法人の事業所がぶら下がることはできますが、主導はできません。連携推進法人なる新たな法人は、経営権を手放さずに事業所単位で連携が行いやすくなる仕組みです。例えば、医療法人の1病院、日赤の1病院、大学の1病院が加われます。うまく機能すれば、地域の観点から共通の戦略をとりやすくなるはずで、「介護分野でも地域連携推進法人設立を検討しましょう」が老健局に対する私たちの提言の1つです。

最後に人員配置をどうするか。小さい事業所ごとに5人とか3人といった基準を圏域単位で大きく考え、多機能拠点と同じく圏域単位で何人にするかを求める。ある生活圏域全体で動ける看護師が昼間何人、夜間何人いて、動けるリハ職種が何人いると捉えてはどうか。専従要件を工夫し、それを出向とか派遣などの形を含め柔軟に対応させてはどうか。事業所ごとの配置設定だと地域に働く人では数が足りなくなる可能性が強いからでもあります。

昨年度、介護サービス事業の生産性向上に向けた厚労省の調査事業が、地域包括ケア研究会とは別に開催されました。いくつかの介護事業所にコンサルタントが1週間ぐらい張り付いて実地指導し、3カ月程度でどれだけ生産性が変わるかについて研究しました。なんと首相官邸で首相の前で発表してきたと報告を受けました。ここでの大きな説得は、「生産性向上とは介護労働の価値を高めることである」とのキーワードでした。段取りとか、整頓など自動車産業での技法が安全面でもたくさん役立ちました。

(5) 市町村・保険者による地域マネジメント

報告書4つ目のポイントは地域マネジメントです。地域マネジメントの主体は、介護保険サービスに関しては保険者、それ以外の事柄は保険者の顔ではない市町村と使い分けています。地域マネジメントとは地域包括ケアシステムを作っていくにあたっての工程管理です。和光市などで有名な二一調査に始まり、一方で資源を把握し、課題を分析し、地域ケア会議を通じて共通課題を抽出し、目標を共有する。我々の言葉でいえば、システムと理念を統合し、計画を作り、それを見直していく。こうした地域マネジメントのプロセスを改めて報告書の中で丁寧に書いています。

地域マネジメント

- 主体：市町村・保険者
- 工程管理
 - 実態(二一ズ)把握・課題分析、地域資源の把握
 - 目標共有
 - 具体的計画の作成・実行
 - 評価と計画の見直し

地域マネジメント

- 「場」の重要性
 - 計画策定の場
 - サービス提供体制構築の場
 - ケアの考え方を積み上げる場
 - 地域づくりの場
- 行政のかかわりの強弱

地域マネジメント 「場」の重要性



「場」の重要性も指摘しています。市役所・町役場と住民及び事業者をつなぐために、計画策定の場とか、サービス提供体制の構築の場などさまざまな「場」を作っていく。地区医師会は最重要メンバーだと思います。それらの場をうまくコントロールし、地域包括ケアシステムができていく過程を私たちは観察してきました。地域ケア会議という有効なツールをうまく使えば、統合の進展が行いやすい。もっとも、地域ケア会議の度にみんなが名刺を交換しているようなところはダメですが。

地域ケア会議で地域課題をきちんと抽出し、新人ケアマネジャーを教育したり、困難事例のケアプランが作れたり、個別地域ケア会議から自治体のケア会議に政策課題を上げていったりする過程を2年間かけてきちんと進めていくと、大分県の経験が有名なように、大きな効果があります。「会議のファシリテーション技術が鍵である」、と体験した関係者は皆さん指摘されます。このように、昨年度報告書では改めて地域マネジメントの重要性を謳いました。

(6) 地域マネジメントの進化

以下は報告書にありませんが、自治体の進化については、介護保険以前は、家事援助から始まっています。1990年にはまだ介護という用語は広まっていませんでしたが、市役所に「うちのおばあちゃん、おかしいんだけど、立てなくなった」などと相談に行くと、所得が一定水準以下なら「分かりました」と言って、家政婦派出所からお手伝いさんを派遣し、炊事、掃除、洗濯、買い物などをしてくれました。ただし、身体介護ではなかった。介護の訓練を受けていない家政婦さんが家事援助を担っていた時代です。

ほんの20・30年前はそういう時代がありました。介護保険制度発足に伴い、介護のプロ性が強調されるようになり、排泄と摂食と清拭が三大介護だと言われるように変わりました。今やそれが当然だけではなく、ケア職も担当者会議に出て予後予測を共有したり、リハビリテーション職に習って機能訓練をしたり、さらに地域包括ケアシステムの一員へと発展していく。

自治体も似たような発展形態をとってきました。1990年代の福祉課の仕事は、かわいそうな事態になっている人について町内会長などから声が上がってきたら何をするか。まず所得を調べます。「息子が小学校の先生では所得水準上ダメ。サービスは斡旋してもよいが自費で買いなさい」。豊かな層には、「老人病院がありますよ。そちらを紹介します」。貧しいなら「サービスを公費による措置で世話しませう」が普通だった。介護ニーズの重さに対してではなくて、社会的側面である所得階層によって選別してサービスが提供されていました。ほんの四半期前です。

介護保険発足とともに、市町村にも介護保険課ができ、保険料の徴収と要介護認定と保険給付が三大業務と言われるように変わりました。日本の自治体ではこれらのルーティン業務はきちんとできています。

しかし、介護の専門性向上と同じように、本質的にはこれから戦略企画こそ求められます。戦略企画に基づく地域マネジメントについては、役人だけでは果たせない事柄が多い。そうではなく、地元の地域資源を発掘し、活用する。

cf. 地域マネジメント

- 介護の専門性発展段階
 - 家事援助→三大介護→予後予測共有・機能訓練→地域包括ケアシステムの一員
- 自治体における当該分野の専門性
 - 福祉(選別的提供)→三大業務→戦略企画
 - 地域資源に頼らざるを得ないとの自己認識
 - 圏域を受け持つ専門職育成

地域の生活支援コーディネーターとか、暇になって力を持て余している団塊の世代の元マネジャーとか。認知症の徘徊者発見については地元の小学生の力を使ったりいい。いかに商店街の力、コンビニエンスストアの力を使うか。行政が役所内の資源で完結する仕事であるのに対し、地域マネジメントとは自分に属さない力をどのように活用するかにかかっています。このように自治体の姿も変わってきました。

(7) 多世代共生

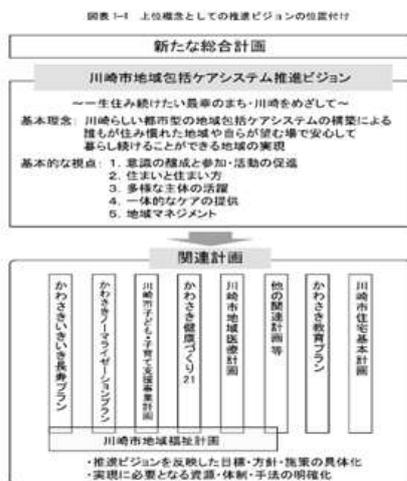
地域包括ケア研究会を10年近く継続しているうちに、私たちの問題意識は、支援をする対象をめぐって進化を上げています。自立に向かうよう支援する対象は、最初は当然ながら要介護高齢者から始まりました。確かに高齢者は数が多い。しかし、幼児、学童、障害者等、支援をすれば自立できる主体はほかにもある、と意識が変わっていきました。対象とすべき事象についても、身体的虚弱と認知症

多世代共生

- 地域包括ケアシステムの対象 -

- 支援による自立の対象は高齢者だけか?
 - 幼児・学童：子育てや保育
 - 障がい者 etc.
- 対象とすべき事象は身体的虚弱だけか?
 - 認知症・MCI
 - 貧困
 - 虐待・ネグレクト
 - 孤立+セルフネグレクト etc.

地域包括 ケアシステム こそ 上位概念



だけではなく、貧困・虐待・ネグレクト・セルフネグレクト・孤立もあると広がりました。他方、生活圏域では対応が完結しえない事象は、脳卒中とかがん治療です。これらは急性期医療に期待するしかありません。

川崎市の総合計画をご覧ください。ここでは、川崎市地域包括ケアシステム推進ビジョンの下に、ノーマライゼーション、子ども・子育て、健康作り、教育プラン、住宅などを全部くっつけています。地域包括ケアシステムを上位概念として捉えている優れた自治体の例をご紹介します。

3. おわりに

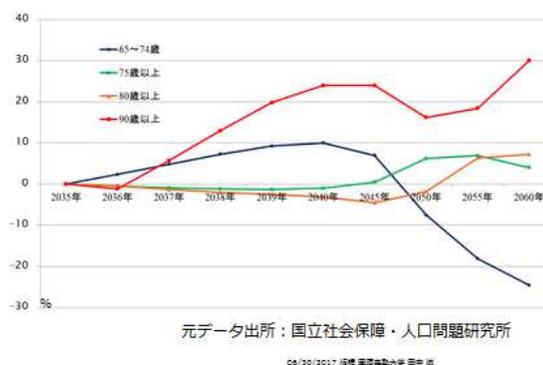
終わりの時間がきました。日本の高齢者人口は今後どうなるか。2035年を起点におき、2060年までを見てみましょう。2060年は、今から43年先です。

65-74歳以上人口は2040年以降急速に減ってきます。75歳以上は、団塊ジュニアが入ってくる2045年から増えます。団塊の世代で元気な人が生きてると2037年から90歳以上人口が増えます。

今まで話してきた内容からお分かりのように、地域ケアシステムとはある意味では介護保険存続のための手段から考え始めましたが、今としてみるとスコープはそれだけではない。もっと広い視野を持っています。また、確かに介護分野の将来像ですが、それだけでもまだ入りきれない。医療介護連携の仕組みはコアとはいえ、それだけではない。「地域包括ケアシステムとは多世代共生の新たな地域作りの仕掛けである」と考えるようになってきました。

さしあたりは2040年までの戦略を提案しています。ただし先述のように、2045年から75歳以上人口がまた増え始めます。2045年以降の社会像を作る役割は、1970年以降に生まれた人が担ってくれないと機能しません。

日本の高齢者人口予測②



おわりに 地域包括ケアシステムとは

- 2040年までの戦略
 - 看取り・医療の在り方
 - 団塊ジュニア世代は2045年に75歳
- 少子化からの脱却
 - 2050年代に備え本格的かつ有効な戦略を早めに
 - 団塊世代第2の責務
- システム＝体制＝プラットフォーム

08/26/2017 16時 高松市立大 2017

28

地域包括システムは優れたプラットフォームです。高齢者は数が多いし、介護保険制度が機能しているので、まずは高齢者から考え始めました。なお私たちが概念を生み出したのではなく、実態観察を通じて言語化してきたにすぎません。しかし、考えてみると地域包括ケアシステムなるプラットフォームは、結構いろいろな課題に立ち向かう基盤として使えます。何より大切な長期の国家的課題は出生率の回復ではないでしょうか。高齢者は尊厳をもって卒業すればよいけれども子供が減り続けたら、出生率が低いままだったら、日本の社会はなくなります。それは絶対に防がなくてはなりません。

団塊の世代はなんとか見送ってください。それ以上に大切な皆様の責務は、この仕組みを使って地域で子供を産みやすい、育てやすい社会を作ることには力を注ぐべきです。団塊の世代の責務は自分の予防だけではなく、自分の孫の世代が暮らせるように元気なうちは地元の子育てを手伝う、子供支援の仕組みづくりを手伝う努力も含まれます。

総括です。誰が鍵か。市町村長です。市長村長の「この街を元気ある地域にする」との覚悟が求められます。地域包括ケアシステム構築段階では医師会との連携が不可欠です。11月23日、去年から勇美のおかげで始まった、市長と医師会長セットの講演は大変いい試みですね。企画委員会の方々のお陰ですが、大変すばらしい。

最後に、地域包括ケア研究会で習った大牟田市の言葉をご紹介します。なかなかキザで素敵ですね。「主役は市民、専門職はサポーター、地域は舞台、行政は仕掛人」。これは詩になっていますね。主役は市民に他なりません。先生方や私たちはサポーター、行政は仕掛人。これが地域包括ケアシステム構築への姿勢であると指摘して話を終えます。

第3回「2017年度在宅医療推進のための会」

年間テーマ：質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

開催日時 2017年7月28日（金）19：00～21：00

開催場所 東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階「602AB」

出席者 委員35名 陪席20名 事務局4名

テーマ 「在宅ホスピスボランティア」の人材育成と地域における活動支援

<話題提供者>

- ① ニノ坂保喜氏（医療法人にのさかクリニック 理事長）
- ② 谷田憲俊氏（西村医院 副院長 前日本ホスピス・在宅ケア研究会 理事長）
- ③ 石口房子氏（日本ホスピス・在宅ケア研究会 副理事長）

第3回勉強会の内容と趣旨：

現在、看取りを伴う在宅医療は医療介護領域の問題として対応されていますが、本来地域文化の問題です。このため地域住民との連携が必要不可欠で、特に地域の人々が看取りを支援する体制を作ることも重要な課題です。今後増えてくる看取りにおいては、公的支援だけでは対応できないこともあり、ヨーロッパおよびオーストラリアではホスピスボランティアとして地域ボランティアの人材育成が積極的に行われています。日本においても、散発的にホスピスボランティア育成のセミナー等が開催されていますが、系統的な取り組みは行われておらず、また、ホスピスボランティアが活動できる場所も限定されていました。

このため、現在、ホスピスボランティア育成のためのセミナーを開催するためのプログラムやテキストの作成を「地域緩和ケア普及プロジェクト」の「ホスピスボランティア人材育成プロジェクト」として取り組んでいます。今回、この話題を取り上げます。

<プレゼンテーション①：二ノ坂保喜氏>

在宅ボランティアの人材育成と地域における活動支援

1. はじめに

今日は、在宅特に在宅ホスピスボランティアの人材育成と地域における活動ということでお話させていただきます。

クリニックの概要を右図に示します。

2・当院における在宅医療の特徴

当院における在宅医療の特徴は、病気や障がいによって差を付けない、私たちのできる範囲で協力すること、他の医療機関や多職種との連携を中心にしていること(訪問看護ステーションを軸にした医療チームと、ケアマネージャーやヘルパー、ホスピスボランティアを含めた生活支援チームの連携)、そして、患者家族を1つの単位として捉え、理念を共有してチームで支えることを念頭に置いています。

福岡市の地図に活動範囲を示しました。福岡の中心からずっと西のほうに診療所はあり、5キロと10キロの円を示していますが、このあたりで活動しています。

1 昨年、看取り地図を作りました。大きい丸が10人、小さい丸が1人、中間が5人です。これまで約800人、現在までは1,000人近くの方を看取ってきましたが、1,000人を看取るということは、それに関係する家族や周辺の人たちを含めると10,000人以上の人たちが現場で在宅ホスピスを目撃した、あるいは、触れたということになります。これは大切なことだと思います。地域が変わっていく1つの契機になると思っています。



福岡市西部に位置する 半径5km以内に市の半分が入る

うちのソーシャルワーカーが、医療が「いのち」にどう寄り添うのか、医療が地域社会にどう関わるのか、「これがいのさかクリニックのテーマですよね」と言ってくれました。「なるほど、そうなんだな」と思いながら働いています。

いのさかクリニック概要

- ・福岡市早良区に1996年に開院。現在21年目。
- ・診療科目： 外科 消化器内科 在宅ホスピス
- ・外来診療・訪問診療・在宅での看取りまで一貫した医療の提供を行う
- ・脳卒中後、高齢、がん、神経難病、重度障害児・者など、病気の種類、障害の種類を問わない
- ・常時200名の在宅患者
- ・在宅ホスピス患者(不治の状態、生命の危機にある、余命6ヶ月内と思われる)常時10~20名
- ・在宅診療患者 年間合計 約300名
(うち約100名が死亡。昨年の自宅看取り患者60名)



開院以来
20年間に
在宅で
看取った患者
さん総数は
約800人。

半径5kmに
大部分が
集中。

クリニックの活動内容です。在宅ホスピスケアから障がい児の日中一時支援、健康教室とか遺族の会とか、デイサービス、養成講座や地域ホスピスの支援センターも作りました。

3. 在宅ホスピスボランティア養成講座

在宅ホスピスボランティア養成講座を 2007 年から始めました。私たちが作っている NPO と福岡県との共同でスタートしました。最初の 3 年間は、県内 4 力所で、あとはそれぞれが自立して、あるいは県の協力を得



私どものところの在宅ボランティアの会は、「手と手」という名前で活動しています。2014 年 11 月にスタートしました。現在、60 人が参加し活動していただいています。会の理念は、「療養されている方、その家族に寄り添い、優しさで笑顔でその人らしさを支えたい」としています。

4. ボランティアの活動内容

いろいろな方がいます。在宅で私たちの在宅ホスピスケアを受けて看取った方の遺族の方も随分増えてきました。どういう活動をしているかという、デイホスピス、聞き書き・手紙の代筆、在宅での見守りや留守番、訪問診療や訪問看護に同行、イベント同行支援、コンサートとか映画とか遊びに行くとか、そういうことへの同行、あるいは各地のボランティアとの連携と学びあい、最近はこちらもかなり積極的に活動しています。

これはボランティアの方が家族の方に渡す資料として作ったものです。ボランティアの内容として、見守りとか話し合い相手、「その他にもいろいろご希望があればご相談ください。医療行為はできませんよ」と書いています。結構、いろいろな注文が多く、軽く使おうという人もいらっしやいますので、そこをブロックしていくのも大事な仕事と思っています。

ボランティアの方は福岡県主催の講座を受けた人が主体です。その他に個人の有志の方も参加しています。「個人情報」を厳守いたします。秘密は厳守いたします、無料で

在宅ホスピスボランティア養成講座



NPOと福岡県との協働で育成開始。2007～2009年の3年間、県内4ヶ所で開催。その後自立・協働し継続開講。受講生には在宅ホスピス経験者も多数。現場実習では訪問診療にも同行する。

ながら開催しています。現在、6 力所でボランティアチームができ、それぞれの地域で自立してボランティアが活動をしています。そして、それぞれの養成講座を受けた人たちが、また新たに加わる形になっています。

在宅ホスピスボランティアの会「手と手」

在宅ホスピスボランティア養成講座の修了生を中心に
2010年11月発足 現在会員60名

会の理念

「療養されている方、その家族に寄り添い、
“優しさ”と“笑顔”で、その人らしさを支えたい」



在宅患者・家族の方へ

◆ボランティアの内容

- 自宅での見守り、話し相手などです。
- その他いろいろなご希望があればご相談ください。
- 医療行為はできません。

◆ボランティアとは

- 福岡県主催のボランティア養成講座等の研修を受けた人が主体で、他に個人の有志の方で構成しています。
- ボランティアで知り得たことや、個人情報情報は秘密厳守いたします。
- 訪問時間は原則2時間ですが、相談に応じます。
- ボランティアへのお気遣いは不要です。
- ボランティアですので無料です

ボランティアと共に支える



やります」と最初に、患者さんや家族の方にお伝えしています。

1) 在宅訪問

在宅訪問は、患者さんのお宅に出掛けて行き、一緒に留守番をしたり、家族の方が出掛けるときに見守りをします。また、訪問ナースやヘルパーが入らない隙間の時間帯をカバーすることもあります。

例えば、お話相手だとか、「1人にして出ていくのが心配なので」と奥さん外出中の留守番、患者さん自身は神経難病だけど編み物を教えていたので編み物を習いながらおしゃべりすることが1つのリフレッシュになる。お母さんを看ていた息子さん、週に1回半日でもリフレッシュできる時間を取りたいという希望があり、その間ボランティアとヘルパーと訪問看護でカバーする。自分の歴史を書きたいという人の聞き書き、自分がお世話になった人たちに手紙を書きたいけど、それができないので、手紙を代筆することなどを行っています。

ボランティアは在宅チームの一員として活動します。手順は、医師、看護師、ケアマネージャーから本人・家族へボランティア訪問を提案し、了承が得られれば顔合わせを行い、顔合わせのあと訪問が始まります。

事例をいくつか紹介します。

- ・認知症のかなりひどい90歳の男性。何回も心筋梗塞を起こしたり脳出血を起こしたりしますが、そのたびに復活しています。奥さんはとても一生懸命な方で2人暮らしですが、奥さんが病院受診する間、安心して外出してもらえるよう、ボランティアが留守番をしています。

- ・酪農家でとても忙しい家族です。おじいちゃんが1人になってしまうので、その間、一緒にいて、食事を見守ったりしています。

- ・御主人が脳腫瘍の奥さんを看ていますが、ゴルフが好きで月に1回行きたいという希望があり、1日は在宅チームでスケジュールを組みで見守りをしています。そのスケジュールですが、朝8時にヘルパーが来てご主人

～ひとりでがんばらなくても大丈夫、皆で応援します～

Aさん 11月16日(金)スケジュール

時間	担当	
8:00	ヘルパーステーション	ご主人出発
10:00	ボランティア	
11:00	訪問看護ステーション	
12:00	ヘルパーステーション	
14:00	ボランティア	
15:30	ボランティア	
17:00		ご主人帰宅

ご主人は月1回のゴルフコンペ参加で介護疲れをリフレッシュ
この一日は在宅チームでスケジュールを組み、Aさんの見守り・留守番を担当
ケアマネージャーやクリニックの看護師も途中で様子を見に行く
緊急連絡先は訪問看護ステーション

～ひとりでがんばらなくても大丈夫、皆で応援します～

Bさん ある金曜日のスケジュール

時間	担当	
11:00	訪問看護ステーション	息子さん出発
12:00	ボランティア	
14:00	ヘルパーステーション	
15:00	ボランティア	
16:00	ボランティア	
17:00		息子さん帰宅

息子さんは週1回、半日介護から離れて自分の用事を済ませたり、自宅へ戻り、リフレッシュ
この一日は在宅チームでスケジュールを組み、見守り・留守番を担当
途中クリニックの訪問診療もあり
緊急連絡先は訪問看護ステーション

い方です。一人息子さんが別居していて、そのお嫁さんとの仲が悪いのでお嫁さんが来ない。息子さんだけ来て毎日泊まり込んでいる。それで、大変なので「金曜日の半日だけでもカバーしましょう」と、11時から訪問看護ステーション、その間をボランティアが埋め、夕方まで息子さんをフリーにしています。

2) デイホスピス

デイホスピスは診療報酬のあるデイホスピスではなく、

が出発します。10時から11時をボランティアがカバーして11時からステーション、それからまたヘルパーが入り、その後またボランティアが入ってご主人が帰宅する。そのときの緊急連絡先は訪問看護ステーションにしている、ケアマネージャーとかクリニックの看護師も途中で様子を見に行くという形でカバーしました。

- ・末期病状の女性の方で、結構認知症のひど

デイホスピス

- ・主に在宅患者を対象に月2回開催
- ・外出機会の少ない患者が、他の患者やボランティアと接することで、在宅生活をより豊かなものにすることを支える
- ・家族の介護負担軽減も目的のひとつ
- ・約20名のボランティアがスタッフとして送迎、お話し相手、お茶サービスなど主体的に活動
- ・ボランティアにとっても、活動のスタート、仲間づくりのきっかけになっている



まったくボランティアベースで、無料で開催しています。在宅患者さんで、外出する機会の少ない患者さんに、他の患者さんやボランティアと接することでより楽しく過ごしてもらうために開催しています。家族の介護負担を軽減することも目的の1つです。いつも20名ほど、多いときは30名ほどのボランティアが参加して送迎などやってくれ、話し相手、お茶のサービス、音楽を演奏したり、マジックをしたりと。

ボランティアにとっても先輩や仲間がいて一緒にやるので、活動をスタートするときのきっかけになります。

3) 小さな種

今日は説明できませんが「小さな種」という重度障がい児の人たちをサポートする施設を作っています。日中一時預かりという形です。そこで「種カフェ」というのを作り、週に2回だけですが水曜日と金曜日のお昼にランチを提供するようにしています。これは私たちや近所の人たちが参加して一緒に食べることで、重度の障がいの方たちの胃腸や経管栄養のミキサー食と同じ食事をミキサー食にして入れると、味が分かるのです。それで、食べる子供たちが喜んでくれます。

それから編み物の先生に教えてもらいながら、ボランティアという形。

4) 聞き書き

・胃がんの手術を受けて再発した人が、抗がん剤と決別するという思い出を書いてくれました。一生懸命それを話すのをボランティアさんが聞き書きする。お通夜の日、亡くなった日に本ができあがりました。

・原発性側索硬化症の方、ゆっくりゆっくり進んでいく病氣、車椅子の生活ですが、彼女が詩をよく書くのです。だからそれを詩集にしようと、ボランティアさんが協力して詩集ができています。

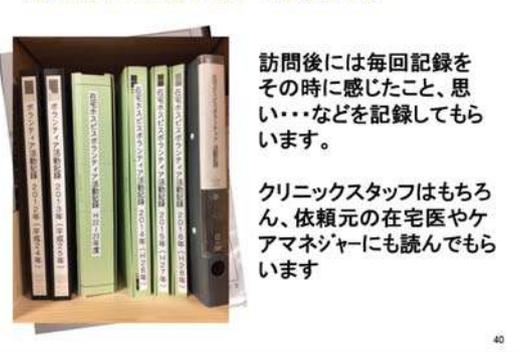
・お世話になった方にお礼の手紙を書きたい、しかし自分で書けなくなったので代筆してくれる人がいない。神経難病、60代の女性の方に毎週1回、4カ月間訪問をして33通の手紙を書いたりしてくれました。

5) イベント時のサポート

私たちが毎年1回音楽のコンサート、佐賀県との県境の山の中でオカリナのコンサートをやりますが、そのコンサートの送り迎えをしてくれています。そういうことを通して外出のきっかけ作りとか、人によっては思い出作り、次に会うときに「楽しかったね」という話題作りにもなります。



在宅ホスピスボランティア 活動の記録



訪問後には毎回記録をその時に感じたこと、思い...などを記録してもらいます。

クリニックスタッフはもちろん、依頼元の在宅医やケアマネジャーにも読んでもらいます

こういう活動の記録を必ず書いてもらうようにしています。そのとき感じたことを記録してもらい、私は全部目を通しますし、それから他のクリニックのスタッフにもあるいは他の在宅医から依頼してもらうこともあります。ケアマネジャーさんとか訪問看護さんとかそういう人たちにもフィードバックして読んでもらう。私たちの見えない、医者からは見えない、医療者から見えない生活の姿というのが見えることがあります。記録が随分溜まってきました。

5. おわりに

ボランティアにはこういう患者家族を中心としたチームの一員だということを常に自覚してもらっています。

これは私の考えですが、医者は病気の症状をみるとか苦痛を取る、看護師は安楽に過ごせる環境整備を行います。患者さんや家族はその上に、どういう生活を築き上げるのかというのが最期の時期の非常に大事な人生の完成期の仕事だと思うのです。それができるのは私たちではなくて、ボランティアであるをつくづく思います。

ボランティアの存在が生活を豊かにするいろいろな可能性を持っていると思っています。したがってボランティアをただ単に下請とか隙間産業みたいに考えるのではなく、本当に、私たちができないことをやってくれている、そしてそれが患者家族にとっても、ボランティアにとっても貴重な人生の経験になっていると思います。

在宅ホスピスは地域を作る、あるいは地域が私たちが育ててくれると思っています。在宅ホスピスを通じて出会った患者さんや家族がまたサポーターとなって地域と取り組んで支えていく。そして仲間になっていく、そういう「いのちを受け止めるまちづくり」というのが私たちのテーマと思っています。



豊かな生活を支える在宅ボランティア

- ◆ 在宅で・住み慣れた場所で暮らしていくことをチームの一員として支える
- ◆ 医療・介護・家族・地域の人々とともに取り組む
- ◆ ボランティアの存在が生活を豊かにする沢山の可能性を持つ
(あきらめずに、一緒にできる方法を考える)
- ◆ 出会い・つながりが喜びを生み出す



地域をつくる、在宅ホスピス
在宅ホスピスを通じて出会った
患者・家族がサポーターとなり
地域で共に取り組み
支えてくれる！仲間になる！
いのちを受けとめる町へ

<プレゼンテーション②：谷田憲俊氏>

ホスピス・ボランティアを広げよう

1. はじめに

現在は兵庫県にいる谷田と申します。今日は「ホスピス・ボランティアを広げよう」という話をします。ボランティアの意義は二ノ坂さんからの話で、素晴らしい活動でこれが必要だということを皆さん納得できたのではないかと思います。

医療には医師や看護師など専門職に加えてボランティアが大切な役割を果たすということは今話された通りです。それというのは、病に苦しむ人にとって、ボランティアの存在が医療という狭い世界から、この日常の世界の窓ともなるからです。このホスピス・ボランティア研修はホスピス・ボランティアとしての役割を学ぶとともに、病院や在宅において主に終末期に寄り添えるような教育をすべきと思っています。

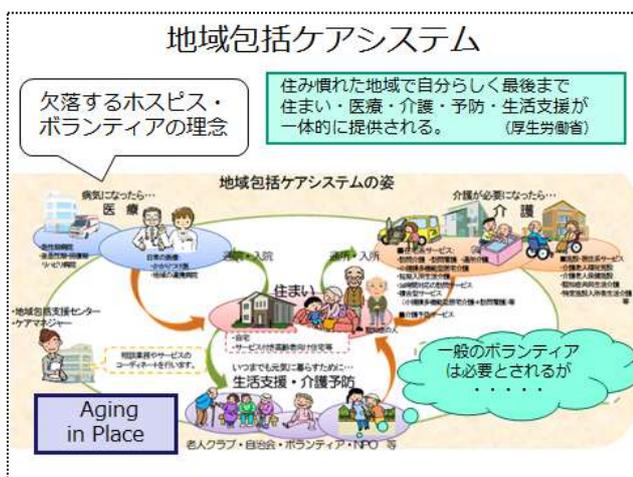
患者さんが亡くなった後の悲嘆も視野に入れて、現在、まだ3年目なので全部はできあがっていないのですが、これからそのことについて触れていきます。

ホスピス・ボランティアができれば、他の領域でのボランティアもできることになると思います。

ホスピス・ボランティアを広げよう

- 医療には、医師や看護師など専門職に加えて、ボランティアが大切な役割を果たす。
- それは、病に苦しむ人にとって、ボランティアの存在が、医療という狭い世界から外の日常の世界への窓ともなるからである。
- ホスピス・ボランティア研修会は、ホスピスボランティアとしての役割を学ぶとともに、病院や在宅において、主に終末期の人に寄り添うボランティアを養成する目的とした。
- 患者ケアとともに悲嘆ケアが大切な活動となる。
- ホスピスのボランティアは他の領域でも活躍できる。

2. 地域包括ケアシステムにおけるホスピス・ボランティアの役割



地域包括ケアシステムの図では、ボランティアは生活支援・介護予防のところに載っています。このボランティアは、日常生活のボランティアで、終末期の患者さんを見られるボランティア、医療ボランティア、あるいは在宅ホスピス・ボランティアは欠落しています。でもそういう人たちにこそボランティアが必要であろうということです。そのためには、一般のボランティアとは状況が違いますので、それに対応できるようなスキルを得てもらわないといけない、そこでホスピス・ボランティアの養成ということになるのです。できれば、患者さんが入院していても、在宅でも利用できるようになることが必要です。

3. ホスピス・ボランティア養成の体制づくり

地域完結型のケアの姿（エイジング・プレイス）とすれば、その地域で全部面倒を見ることが適切だと思います。実際に加古川で始めたのですが、地域の緩和ケア研究会、それと社会福祉協議会が合同でシステムを作り、ホスピス・ボランティアの養成を行いました。地域で緩和ケア研究会のような会がなくても、活動しようとする人たちに集まってもらえばいいわけです。行政と一緒にすることにより、地域での活動もスムーズにいくし、緩和ケア研究会の方々に講師になって来てもらい、実践の訓練もその施設や訪問看護ステーションでできるので、地域

ホスピス・ボランティア養成の体制づくり

- 地域包括ケアシステムにおいて入所ケアにも在宅ケアにもボランティアの活動が期待されている。
- 地域完結型ケアの姿（aging in place）から、その地域の緩和ケア研究会や社会福祉協議会などが合同でホスピス・ボランティア養成を行うことが必要である。
- 合同作業によって、地域での研修・養成から施設や在宅でのボランティアの活動がスムーズに運ぶ。
- 入所と在宅ケアとボランティアをつなぐのはコーディネーターの役割となり、ボランティアと密接に連絡と協力を行う。
- ホスピス・ボランティアは自律的なグループを作り、継続した研修、施設や在宅へのボランティアの派遣、そしてボランティア自身へのケアを図る。

で行うことが大切だと思います。

ただ、そのように地域に広がると、コーディネーターの役割がとて重要になってくるのです。現在、ここが少しネックになっていて、今ひとつ深みのあるボランティアができていないような気がしますが、これは課題です。私が 2009 年に全国のホスピスのボランティアの状況の調査をしたデータを見ると、やはりコーディネーターやボランティア・グループのリーダーがきちんとしていて、数も増えるし患者さんと関わるボランティアの動きもできるようになる。したがって、コーディネーターやボランティアのグループ・リーダーが重要になってきます。

そのために、ボランティアは自律的なグループを作り、継続した研修とか、ボランティアの派遣、そしてボランティアの自身のケア、スタッフケアといいますが、そういうことができるようになることが重要です。

4. ホスピス・ボランティア養成研修（加古川方式）

具体的な研修内容です。これを私は勝手に加古川方式と呼んでいます。地域の緩和ケアに携わっている人たちを巻き込んだものです。この地域には加古川高砂緩和ケア連携研究会という組織があり、以前から活動をしています。ご存知の方もおられるでしょうが、加古川は在宅死率がとても高い地域です。そういうベースには、やはりこういう会に入っている方々の活動があります。

運営にはこの連携研究会の世話人、在宅ケア緩和ケアを行っているドクターとか、社会福祉協議会ももちろん入ってもらい、ボランティア推進委員会を作って計画しました。

これは、社協の広報誌の例ですが、当初 20 名でのスタートの予定でした。1 年目で受講希望者が多く、人数制限をしようかと相談する間に 50 人超えてしまったので、当初 1 年目は 50 人でスタートしました。

繰り返しますが、地域で養成するということが、その後のボランティアの活動をスムーズに活かせることでないかと思っています。加古川では今年で 3 年目になり、神戸では今年で 2 年目になります。神戸には日本ホスピス在宅研究会の方々がたくさんいますので、そういう方に入ってもらいました。神戸の場合は、社会福祉協議会は相手にしてくれないのです。そこで、神戸の国際医療交流財団にここでの社会福祉協議会のような役割を担ってもらい、今年 2 年目になります。

これは 2015 年のと時の話ですが、2 年目も 20 名の募集で、あっというまに 40 名になってしまったので途中で募集を止めました。

ホスピス・ボランティア養成研修開催まで 加古川方式

- ボランティア推進委員会（加古川高砂緩和ケア連携研究会から）
2014年12月から、計6回
- 運営委員の構成
加古川高砂緩和ケア連携研究会世話人
緩和ケアをおこなっている在宅医、緩和ケア内科医、
緩和ケア認定看護師、訪問看護師、地域連携室MSW
（社会福祉協議会職員）
- 受講生の募集 加古川市社会福祉協議会の広報誌に掲載

ホスピス・ボランティア養成研修

- 開催会場 加古川市社会福祉協議会会議室
- 開催期間 2015年8月～10月、計8回、13:30～16時
- 参加者数 50名 ボランティア経験者あり
- 講師 運営委員メンバー
- 研修内容 ホスピス・ボランティア研修マニュアルを配布
- 研修はマニュアルを参考に各講師がアレンジした内容で講義

プログラム	日程	内容	該当マニュアル
1	10月13日(木)	オリエンテーション	第1章
2	10月20日(木)	ホスピスへようこそ!	第2、3章
3	10月27日(木)	ホスピス緩和ケアの基礎知識(1)	第4章
4	11月10日(木)	ホスピス緩和ケアの基礎知識(2)	第5、6章
5	11月17日(木)	悲しみに襲われる人への寄り添う	第7、8、11章
6	11月24日(木)	ホスピス・ボランティアとして働くには	第10章
7	12月1日(木)	ホスピス緩和ケアに貢献すること	第12、13、14章
8	12月8日(木)	ボランティアの継続と修了証交付	第9章

研修ではホスピス・ボランティア研修マニュアルを配布しています。これは、1995年に阪神大震災に遭い、いろいろなところからの支援を受けた西宮市民が「なんかお礼をしたい」というので、アメリカの姉妹都市のホスピス・ボランティア・マニュアルを翻訳し、全国のホスピスや市民団体に送ったものです。たまたま私がこういう分野にかかわっているとのことでそれを監修してできたものです。

当時、20年以上前ですが、阪神大震災のときはボランティア元年と言われました。そういう意味では日本でもホスピス・ボランティア元年と言ってもいいかもしれませんが、皆さんに随分喜ばれました。当時、どのようにホスピス・ボランティア研修、

養成を行うかの情報はありませんでした。しばらくはそのままでしたが、大学を定年退職してから、これをなんとかしたいと思い、始めたのが実状です。

研修内容は、ほとんどそのときのボランティア・マニュアルにのっっています。ちなみにそのボランティア・マニュアルは日本ホスピス在宅ケア研究会のホームページで読めますので、興味がありましたらご覧ください。

いろいろなホスピスのボランティア・マニュアルを見るのですが、以前はアメリカとか海外のホスピスのホームページに掲載してありましたが、最近は情報が手軽に手に入らなくなり、お金を出しても手に入らなくなってきています。

研修内容は、オリエンテーション、ホスピスの紹介、ホスピス緩和ケアの基礎知識（これにはがん医療も入っています）、悲嘆ケア、秘密保持の誓約書、いろいろな誓約書、患者さんとボランティアと医療者を結ぶある種のシート、事例シートとでも言ったらいいんでしょうか、そういうものもきちんともマニュアルにのっって作ったものがあります。

1996年に翻訳したときには、まだスピリチュアルケアがなかった時代です。今は、スピリチュアルケアにしても悲嘆ケアにしても、勉強してもらえるようにしていますが、この辺りの内容は当時とはだいぶ変わっています。全体は、実は7回でできるようになっているのですが、私たちはオリエンテーションと最終時間を組み込んで計8回でやっています。

5. ホスピス・ボランティアとは

これはマニュアルの中にある「私たちの行動目標」です。結構詳しいこと書いてあるので、こんなことまで学ばなければいけないのかという方がおられますが、こういうことがあるということを知っていただければいいので、のせています。ドクターや看護師に要求されるような知識などは求めません。

養成講座のときは分からなかったが、実際にホスピスなどでボランティアをやってみると、改めてこのボランティア・マニュアルに書いてあることがよく分かるという方が多いのです。そして、自分に対するケアも学んでもらえます。それと自殺の気配とか、ハラスメントに関して、ある種の業務ですので、そんなことも一通り学んでもらうようにしています。

量的にはかなり多いので、それを7・8回でやるというのは実際は無理なのです。

座学を8回やったあとに受講者には講師として参加してもらっている病院とか診療所とか訪問看護ステーションに実習に行けるように日程を組んで、それぞれのところで実習をします。多くの人は実習したところにボランティアに行く人が多いです。それも当然だと思のですが、今の課題は、施設はそこそこありますので、訪問看護ステーションとか、在宅に行けるところを増やすことです。

6. ホスピス・ボランティアの活動場所と活動内容

有床診療所では、イベントの準備とか開催、その手伝いです。この辺りはどこでもやっているようなことでしょうけど、そこでどういう会話をするかとか、どういう対話をするかとか、そういったことが大切なホスピス・ボランティアの業務になってきます。

傾聴などは当初はとまどいもあります。傾聴は私たちが行うような傾聴まで行っている人もあれば、そこまでは少しという方もいます。直接患者さんと話をするのは苦手だという方もいます。

家族の方はとても楽しみにしています。こういうボランティアの効果がどのくらい持続するのか、あ

私たちの行動目標

1. 同じチームのメンバーになる可能性のある者として、お互いに親しくなります。
2. 個人的な経験や「タブー」とされる話題について率直に話せるようになります。
3. 死と喪失について自分たち自身の考えを探ります。
4. ホスピスの背景、基本的な概念、ケアの手順を学びます。
5. コミュニケーションの基礎を学び直します。
6. 自分たち自身の反応、判断、そして状況と人々の理解への意識を高めます。
7. 危機にある人々に役立つコミュニケーションの方法を理解します。
8. 患者の病態生理と全人的苦痛について学びます。
9. 年をとることに対する気持ちを、自分自身の加齢も含めて、よく知ります。
10. ストレス（危機）に対する心理的反応について学びます。
11. 自分に対するストレスの衝撃と他者を支援できる能力を理解します。
12. 自殺の気配と、それに遭遇したとき、起こりうる反応を学びます。
13. 臨終期の徴候を理解します。
14. 死に伴う家族の求めに応じられるようになります。
15. がんの治療法とそれらの副作用について学びます。
16. お別れと悲嘆にいる人の入用を知り、支援のやり方を学びます。
17. 患者と家族が利用可能な介護・福祉サービスについて学びます。
18. ホスピス・ボランティアは、チームの構成員として役割を果たすことを理解します。

まりデータはないのですが、ボランティアと話をして楽しい時間を過ごせて、そのあと患者さんの顔がやわらぐというような効果が大体3日前後持続するような気がします。

ボランティアの活動場所と活動の実際

1. 有床診療所：イベントの準備・開催、傾聴など。
2. 緩和ケア病棟：おしぼりやお茶配り、傾聴、ティーサービス、イベントの準備・開催、庭園の手入れなど。
3. 訪問看護ステーション：訪問看護師と同伴し、患者・家族の思いの傾聴など。
4. 有床診療所、緩和ケア病棟、訪問看護ステーションを横断的に活動しているボランティアもいる。

ボランティアの活動と反応

イベント

七夕やクリスマス会の飾り付け・小物作りを患者と一緒に。患者とその家族と一緒に歌った。演奏を聞いたり、お話しをし、楽しく過ごした。

傾聴

患者の部屋に行きマンツーマンでお話しする。そばに寄り添う。

家族の反応

「イベントの時は普段と違う表情が見ることができた」「ボランティアの訪問を楽しみにしている」など

看護師の反応

「大変助かっている」「庭園の様子が患者との話のきっかけになってる」など

7. フォローアップ研修

フォローアップ研修は、ボランティアさんが活動してみてどうだったのか、反省するようなこと、少し後悔するようなこととか、そういうことを話合うことがケアになるわけで、定期的に関っています。活動の想いをメンバーでシェアし、お互い議論を少し高めています。また、関わりの中では辛くなるようなこともあるので、そんなときにもアドバイスができます。

ボランティア自身も、こういうことをやることによって自分自身のケアになるとよく言われます。

他の分野のボランティアも一緒ですが、はじめは支援とか助けるといようなことで始めていますが、結局は自分が助けられたといようなことをよく聞きます。これはホスピス・ボランティアでも一緒です。

8. ホスピス・ボランティアの課題

ホスピス・ボランティアの課題

- ボランティアの関与を好まない医療専門職がいる一方、ボランティア自身にも活動に規制を加え限定的な業務に専念しようという動きがある。
- ホスピス・ボランティアは地域包括ケアの一環として養成する必要があるが、地域力に大きな差異があって、養成研修への支援が求められる。
- 在宅への訪問で一次的悲嘆ケアの活動を図る。
- ボランティアが他の領域でも活躍できる体制を作る。
- ホスピス・ボランティアが活動しやすいようにマニュアルの作成、コーディネーションの体制、ボランティアの自律的な団体づくりが求められる。

フォローアップ研修での意見交換

1. ボランティアが活動の思いを表出し、メンバーでシェアすることで、より積極的に活動に取り組める。
2. フォローアップ研修を繰り返す中で、ボランティアの技能がより高くなっていく。
3. 患者との関わりの中で、巻き込まれて辛くなった体験を語られ、巻き込まれない関わり方を具体的に説明した。
4. 音楽会で懐かしい楽曲を口ずさんでいる患者の思い出話を傾聴しており、良い関りであったことを共有した。
5. 在宅では家族が患者の前では話にくいことを、看護師がケア中に別の場所で傾聴し家族ケアに繋がっていた。
6. 地域に戻って活動できるよう、いろいろと経験を積み学んでいきたいと前向きな意見があった。
7. ボランティア養成研修に先輩として協力したい。

課題ですが、未だにボランティアが直接患者さんに関与することを好まない医療専門職がいるのです。2009年に関東の某がんセンターのドクターは「ボランティアが患者さんに直接接するなんてとんでもない」と言っていました。そういう方も10年近く経っているので考え方が変わっているかもしれませんが、そういう話は未だに聞いたりします。

それからホスピス・ボランティアは地域包括ケアの一環として養成する必要がありますが、現実これができるところとできないところがあると思います。そういうところには日本ホスピス在宅ケア研究会で支援にまいるので、もしホスピス・ボランティア養成したいということがあれば、遠慮なく日

ホスの事務局のほうにおっしゃってください。

先ほど来話していますように、地域でこういうことをやろうという専門職が何人かいて、社会福祉協議会はどこでもありますので、その2つがあればボランティア養成はできます。今、ボランティアをやるかと思っている少しだけ高齢の方は日本国中にあふれていますので、そういう方々を巻き込めば十

分どこでも可能だと思います。

それからホスピス・ボランティアが活動しやすいようにマニュアルの作成、コーディネーションの体制づくり、一番大きな課題は、ボランティアの実務的な団体作りでしょうが、コーディネーターとかあるいはボランティアのリーダーとかを巻き込んで行うことになると思います。

このボランティアの実務的な団体についてですが、今まで行った加古川でも神戸でも作りましたが、組織がだんだん大きくなれば、それなりの課題が出てきます。アメリカやイギリスで今話題になっているのは、どこまで自律的にやっていけるのかということです。結局、ボランティアが単なる医療専門職のお手伝いということなのであれば、もうそれだけに終わってしまいますし、ここまでやっていると例えばお宅に訪問して悲嘆ケアをやっていくとある程度その医療職の目から離れます。こういう自律的に活動できる状態になっていかないといけないと思います。

そうすると、施設から少し外れてしまうということで、少し今何かそういうギクシャクしたところがあるようですが、そのへんのところもしっかり踏まえた上で体制を作っていく必要があると思います。

<プレゼンテーション③：石口房子氏>

「在宅ホスピスボランティア」の人材育成と地域における活動支援

1. はじめに

広島から来ました。日本ホスピス在宅ケア研究会の副理事長となっていますが、このホスピスボランティアに関わり始めたのは、私が訪問看護師を30年あまりして、25年ぐらい前に1人暮らしの方の看取りが続きました。そのときに、ホスピスボランティアの関わりが非常に有効であったという経験をしました。それで、在宅看取りに特化した訪問看護ステーションを立ち上げたいと思ったときに、オーストラリアの研修に行きましたら、ホスピスケアにはケアチームの中にボランティアがいないとダメなんだという研修でした。

そこで、YMCAの訪問看護ステーションピースを立ち上げるときに、一緒に「広島・ホスピスケアをすすめる会」というボランティア団体を立ち上げた経過があります。

2. 広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部

今日お話しするのは、竹原というところの活動がすごく分かりやすいので、ここの活動を主にご紹介したいと思います。

竹原市は、広島市から1時間ほど離れた綺麗な瀬戸内海に面しています。広島・ホスピスケアをすすめる会竹原支部の代表は大石さんです。彼女は広島でホスピスボランティアの養成講座を受け、通いながら電話相談をしたり、訪問したりしているときに、ふと気が付いた。「自分が死ねる町がない。緩和ケア病棟もホスピス病棟もないし、小さな町なので、新たにできることもないだろう。じゃあ自分は自宅で、在宅亡くなるためには、どうしたらいいんだろう」と。そこで2003年に支部を作り、在宅を支えるホスピスボランティアの養成を始めました。



広島・ホスピスケアをすすめる会竹原支部

広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部 ～小さな町のホスピスモデル～

『広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部』は、
医師や看護師等と連携し、住み慣れた家で最期を
過ごしたいと願う患者と家族を支援するために、
2003年1月に発足した在宅ホスピスボランティアです。

スローガンは町ごとホスピスに！

私も全国のいろいろなホスピスボランティアを見せていただいたり、ご相談を受けたりさせていただくのですが、竹原支部はうまくいっているなと思うのです。その理由としては、一番目に市民ボランティアが自立して自主運営を行っている、これがいいとばかりは言えないのですが、皆さんのクリニックのように医療型、そして加古川方式のように共同型、

スローガンは「町ごとホスピスに」です。在宅で安らかに亡くなっていける、町ごととなれば別に緩和ケア病棟とかホスピス病棟がなくてもいいんじゃないか、遠いところに家族を入院させたりすることもしなくていいのではないかと、ということで立ち上げています。

意識的に継続的に緩和ケアホスピスケアを実際にされている方たちをお呼びして、講師の方にご無理を言いながらやってきました。

3. 竹原支部がホスピスボランティア組織としてうまくいっている理由

竹原支部の成功と呼ぶ理由

- ① 市民ボランティアが自立して自主運営を行っている。年会費の徴収・寄付・助成金・バザー等資金集めて運営
- ② ホスピスボランティア養成講座を独自に企画⇒受講生は様々 ⇒ 登録は少ない
- ③ 竹原支部の、がんサロン参加者が在宅看取りを希望し、ホスピスボランティアを希望する。
- ④ 地域での様々な活動を通して病院や関係機関、知人より紹介がある。ボランティア依頼は不特定な所からある
- ⑤ 登録ボランティアだけでなく、専門職ボランティアも参加して来る

いろいろあると思いますが、とにかく自主運営でやっていることです。年会費を徴収して、寄付を集めて、助成金を受けて、自分たちで資金を集めて運営しています

理由の 2 番目にはホスピスボランティア養成講座を独自に企画し、受講生は様々で、医療職介護職の方もたくさんいて、勉強と兼ねて受講されている人も多いです。

登録は少ないですが、昔ボランティア養成講座を受け、ボランティアができるようになったので「今、しますよ」という人もいらっしゃるので、将来に期待をして、どういう方でも希望がある方は受講していただいている状況です。

理由の 3 番目は、竹原支部のがんサロン参加者が在宅看取りを希望し、ホスピスボランティアを希望する。

理由の 4 番目は、地域での様々な活動を通して病院や関係機関、知人より紹介があることです。地域に根差しているボランティアだからこそ、ボランティア以外の不特定なところから依頼があるということです。

理由の 5 番目にはボランティア登録だけでなく、専門職もボランティアとして参加することです。これは、ボランティアさんたちが訪問していると、朝早く出勤する病院の看護師さんが「じゃあ出勤の前にあの方の安否の確認のために訪問をしましょう」とか、そういう申し出が出てきていて、周りのいろいろな人が協力をしてくれる。こういった協力ができるボランティア団体だから竹原支部が成功しているといえるのではないかと思います。

4. 在宅ホスピスボランティアの活動支えている サロンの果たす役割

これは、がんの方を中心としたサロンです。ベランダからみんな集まっている場面です。本当に誰がボランティアさんで、誰が利用者さんか分からないのですが、このサロンの一つの特徴です。とにかく明るいのです。中心になるのは副代表の鈴木さんという方で、なんかおかしいんです。このボランティアさんたち、和やかで、「何を言ってもいい、何をしてもいい、あなたが参加者の方が中心ですよ」という信頼関係で自然と笑顔が出ています、今はベッドで休まれていても、そのうち手前のテーブルのほうに来てお茶を飲まれたり、心が動くと自然に体が動く、こんなホスピスがんサロンになっています。



サロンの場所は竹原市のアパートの 1 室です。週 1 回木曜日の 10 時から 16 時。少し長いですが、お昼ご飯をみんなで作って食べるのです。1 食 300 円で「おいしいね」と、できることをできる人がするという状況です。この昼食を一緒にするのがとてもいいのかなと思います。

それから、もう 1 つの特徴は出張サロンと呼ぶものです。広島の本部でもサロンはしているのですが、出



<サロンの場所>
竹原市のアパートの一室 (2DK)
10時~16時

<ボランティア>
約9名 (主婦、患者、家族・遺族、看護士等)

300円の昼食

「おいしいねえ~！」



張まではしない。サロンに来られなくなり、入院になったらお見舞いぐらいに行くが、サロンという形ではありません。

でもここでは入院をされたらそのあとも少しケアに行ったり、もちろん病院の人に断ってですが、みんなでお見舞いに行ったり、ここでサロンをします。

この在宅ホスピスボランティアの訪問対象者は年間2~3人ですが、訪問が絶えることなくここ10数年続いています。それを支えているのは、1つはサロンの果たす役割が大きいと思っています。その1つには出会いと信頼関係構築の場所であること。利用者さん、患者さん、家族もときどき来られますので、ボランティアさんたちとここでしっかりと信頼関係が構築されているからだと思います。

2つ目は通えなくなると車でお迎えに行ったり、出張サロン、おうちに行ったり、病院に出向いて関係を継続していること。この形は私の本部のほうではなく、サロンに来られなくなったらそれで関係が終わってしまうという感じとなっています。

それから、サロンでは在宅看取りが可能であることや、ホスピスボランティアの訪問が伝承される場所になっていること。週1回ですので、そこでは「在宅看取り」ということはこういうことなんだ、「あの人はああだったよ」とか、遺族の人がそのあとサロンのボランティアとして参加して下さり、経過はこうだったよ、ボランティアさんはこんな役割をしてくれたとか、そういうことが受け継がれている場所になっています。

そして、地域住民のサロン支援者、食材のカンパとかを通して信頼関係を構築していること。近所の人たちが、大根やお米を持ってきてくださったり、そういうこともできています。サロンを見聞きする中で信頼関係が地域の中にもできていると思います。

サロン参加者以外からも紹介の患者さんがいます。病院から紹介があったりすると、コミュニケーションを取るのに時間が掛かったり、ボランティアの役割を理解してもらうのに時間が掛かる。例えば、「じゃあボランティアさん来てくださるなら、おむつを替えてください」とか、そういったことを言われることもあるのですが、基本は患者さんと家族のための支援ですので、医療や介護に関する専門職の仕事は、ボランティアはしないことにしています。そういった理解をしてもらうのに割と時間が掛かると言っています。

在宅ホスピスボランティアの活動を支えている サロンの果たす役割

- 1 出会いと信頼関係構築の場所
(患者や家族とボランティア達)
- 2 通えなくなると車で迎えに行ったり、出張サロンと称し自宅や病院へ出向き関係を継続
- 3 在宅看取りが可能である事や、ホスピスボランティアの訪問が伝承 (遺族がボランティアで参加)
- 4 地域住民のサロン支援者と信頼関係を構築

5. 在宅ホスピスボランティアの活動を支えている会の活動

このホスピスボランティアの会の活動内容は一言でいうと地域に根差した活動をしていることです。電話相談は、年間200件近くあり、ここに相談したらいろいろなアドバイスがもらえる、話を聞いてもらえるということで、ここからのつながりもあります。

ホスピスボランティア養成講座をほぼ毎年開いています。

ホスピスケアに関する啓発活動、これは講演会とか、シンポジウムの企画とか、実習を行っています。それから市民の方に公開コンサートとして、この会の総会とかクリスマスのときには、演奏会を開いてホスピスボランティアのご紹介等もしています。

そして、地域のバザーに参加したり、地域の行事や病院デイケアのボランティア、今は包括ケア活動の中で、健康ゴール体操というのがあるのですが、地域の要望にも応じて参加したりしています。

在宅ホスピスボランティアの活動を支えている会の活動

- 1 電話相談
 - 2 ホスピスボランティア養成講座
 - 3 ホスピスケアに関する啓発活動
講演会、シンポジウムの企画・実施
公開コンサート開催(総会時、クリスマス)
 - 4 地域のバザー参加(年1回)
 - 5 地域の行事や病院デイケアボランティア
行政の会議
- ※ 地域での様々な活動を通して医療介護関係者、行政、知人等より紹介がある。

また、行政からも声をかけていただき、行政の会として竹原地区医療介護推進協議会とか、自治体協というのがあるんですが、そういった会議にもボランティア団体の代表が呼ばれ、ボランティアの意見を反映させていただいています。

地域でのさまざまな活動を通して医療、介護関係者、行政、知人等より紹介があります。

6. 在宅ホスピスボランティアの課題

1) 在宅ホスピスボランティアの紹介が増えない

これは、医療、介護の人たち、病院の人たち、また患者や家族の人たちにも知られていないことが多いと思います。そのために紹介が少ない。けれども竹原ではかなり努力をして知っていただいて、年間 2~3 人ですが、看取り訪問ボランティアが続いています。

**在宅ホスピスボランティアが
広がらない課題**

知られていない ⇒ 紹介が少ない

- ・ 医療（病院職員、地域連携室、病棟看護師、医師等）
- ・ 在宅ケアチーム（ケアマネジャー、訪問看護師、訪問診療医師、介護職、薬剤師 等々）
- ・ 行政（福祉関係者、地域包括支援センター、保健所 等）
- ・ 患者、家族
- ・ 地域（近所、民生委員、区長、町内会長 等）

2) ホスピスボランティアが増えない

**在宅ホスピスボランティアの
今後の課題**

ボランティアが増えない

- ①ホスピスボランティア養成講座は受講しても登録しない
- ②ホスピスボランティアは難しい、敷居が高いと考えている
- ③ボランティア不足や高齢化・若年化を図るためにどうする
- ④養成講座、継続研修費用の捻出
- ⑤地域、行政との協働

地域包括ケアの中にどのようにシステム化されるか

竹原もそうです、ホスピスボランティアが増えないという悩みがあります。増えない理由は、第一に養成講座を受講しても登録している人が少ない、実際に実働者が少ない。第二にホスピスボランティアが難しい、敷居が高いと考えられている。確かにカウンセリングも、傾聴も、グリーフケアも難しいので、だから「私にはできないわ」と考える人が多いのです。第三に高齢化で、70代を過ぎたボランティアさんがいらっしゃいます。若年化を図っていくためにどうすればいいか。第四に、養成講座の継続研修の費用の捻出。これも自分たちで捻出しているので、なかなか難しいです。第五に、地域、行政との協働で、地域包括ケアの中

中にどのようにホスピスボランティアをシステム化していくかが今後の課題だと思います。

7. 在宅ホスピスボランティアの活動を維持するための対策

1) 自助努力と地域、行政との協働

自分たちも努力しないといけない。ボランティアだから自主性が一番大事だろうと思います。でもそれだけではしんどい。地域と行政との協働が必要だと思います。その内容として人材のこと、ホスピスボランティア養成講座をしていくこと、質を担保していくこと、広報について、運営として事務局とか、事務局員の資金について、様々なことがあるのでこれを自分たちと地域と行政とで役割分担し、一緒に進めていくのがいいと思っています。

<自助努力と地域、行政との協働>

- ① 人材 — リーダーの発掘、ボランティアの募集
- ② ホスピスボランティア養成講座 — 毎年継続
- ③ 質の担保 — 研修の継続
- ④ 広報 — ホスピスボランティア活動を周知、紹介 ⇒ 住民、医療、介護、福祉、行政等
- ⑤ 運営 — 事務局費
- ⑥ 資金 — 養成講座、継続研修費用等

2) 在宅看取り・ホスピスボランティアの文化の継承

対策の2つめは、在宅看取り、ホスピスボランティアの文化の醸成と継承が大事だと思います。そのためにはホスピスボランティアを受け入れた患者さんや家族の体験談を聞く機会を持つ、ホスピスボランティアとチームを組んだ専門職から体験談を聞く機会を作る、在宅ケアチームの中にホスピスボランティアの位置づけ・役割を明確化して、例えば、それを事例集にしたり冊子にして、市民また医療・介護・行政の関係者の人たちに目の届くようにしてい

<在宅看取り・ホスピスボランティアの文化の継承>

- ① ホスピスボランティアを受け入れた患者や家族の体験談を聞く機会を設定
- ② ホスピスボランティアとチームを組んだ専門職から体験談を聞く機会を設定
- ③ 在宅ケアチームの中に、ホスピスボランティアの位置付役割りを明確化（事例集や冊子の作成）

く、こういった対策があればいいと思います。

8. おわりに

結論として、地域包括ケアシステムの中に位置付けて欲しいと思います。しかし、がちがちでは絶対動かない。ホスピスボランティアはマインドですので、緩い位置づけが必要ではないかと思います。

そして、竹原支部はとっても頑張って素晴らしいホスピスボランティアを育成しているのですが、自助努力だけでは限界があると今感じているところです。

最初に独居の人にホスピスボランティアが有効だと申し上げましたが、それから何人もありました。この方も1人暮らしで、友人のボランティアに支えられて自宅で看取られました。

うーん！ 家はいいなあ・・・自由だ！



独居
友人ボランティアで
支えた在宅看取り

第4回「2017年度在宅医療推進のための会」

年間テーマ：質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

開催日時 2017年9月29日（金）19：00～21：00

開催場所 東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階「602AB」

出席者 委員46名 陪席12名 事務局4名

テーマ かかりつけ医普及のバリアと戦略

<話題提供者>

鈴木邦彦氏（医療法人博仁会 志村大宮病院 理事長・院長 日本医師会 常任理事）

第4回勉強会の内容および趣旨

在宅医療を普及するためには、かかりつけ医機能の普及が必要不可欠ですが、かかりつけ医機能の普及はこれまでの専門医療一辺倒の日本の医療体制から、プライマリケアを重視し、プライマリケアと専門医療との連携による医療体制への移行を意味します。病院信仰がまだまだ強い地域社会において、医師の専門医指向がまだまだ強い医療界において、プライマリケアを担当するはずのかかりつけ医を増やし、育成することは非常に困難な作業と思われます。今回の勉強会ではあえてこの課題に挑戦したいと思います。話題提供として、かかりつけ医機能の強化を推し進めている日本医師会を代表して鈴木氏に現在の取り組みとその展望についてお話していただき、さらに、個人的な見解として、普及のバリアおよび課題と課題解決のための戦略等について話題提供していただき、その後、皆様で議論を深めたいと思います。

<プレゼンテーション：鈴木邦彦氏>

「地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割とかかりつけ医機能を持つ民間中小病院の取り組みの実例」

1. はじめに

今回の話は、前半は医師会の取り組みを私が担当する部分を中心に話をさせていただきます。後半は私自身の取り組み、過疎化で高齢化率が毎年 0.5%ぐらいずつ上がっている、直近のデータで 35%という非常に高齢化が進んだ茨城県北西部の取り組みについてお話をさせていただきます。

この背景として、平成 5 年から自分の病院で取り組みを開始し、右も左も何も分からないときに保健医療視察研究会の田中さんという方が「これからは 100%在宅に力を注ぐべきだ」とおっしゃっていたことがあります。それから、平成 9 年、10 年に、安心して生活、地域を作る実践会議というのがあり、その会で、辻先生に平成 10 年位にお会いしており、「私は中小病院というのは民間のかかりつけ医機能を重視していきたいと思う。大体病院では何が専門だと聞かれるが、私は今でいう在宅支援が専門である」みたいなことを話したら「これからの中小病院はそういうことが必要なんだ」と言っていて非常に心強く思ったということがあります。

そして、平成 12 年に茨城県立医療大学に大田仁史先生という「地域リハビリテーション」のパイオニアの 1 人だった方が来られ、その先生と出会って非常に強い影響を受けました。自分で考えていたことが地域でリハビリテーションの理念とほとんど一致していたのです。

それともう 1 つは、いずれ日本でも家庭医、私たちの言う「かかりつけ医」の議論が行われることになると思い、日医の役員になる前ですが、毎年学者に同行していただき、海外視察（フランス 3 回、イギリス 3 回、ドイツ 2 回、オランダ 1 回、アメリカ 1 回、韓国 1 回）を 10 年間続け、その取り組みを報告書にする活動をしておりました。その過程で、やはり日本はかかりつけ医を機能強化していくのが日本型でいいだろう、日本には中小病院と有床診療所という身近なところに入院できる施設があり、これを活用しない手はないだろう、と考えをまとめはじめ、現在いろいろなところで講演をさせていただいています。

2. 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医・医師会の役割

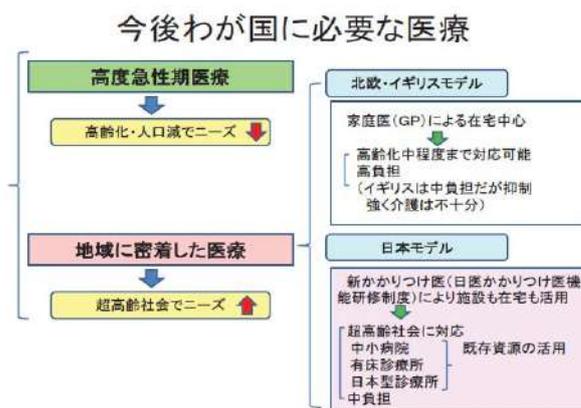
1) 今後わが国に必要な医療

これからの我が国に必要な医療は高度急性期医療と地域に密着した医療だと思います。今までは高度急性期医療が中心でした。急性期の大病院が中心の医療です。ただこの医療は、高齢化、若年層の減少、人口減少でニーズは下がってきます。一方で高齢化に伴った密着した医療はこれから増えていきます。

この地域に密着した医療をどのような体制にするのか。イギリスや北欧の家庭医（GP）による在宅中心がいいのか。しかし、ヨーロッパに行ってみると高齢化が日本ほど進んでいません。14・5%から 18%で、一番進んでいるドイツでも 23%台です。イタリアが 21%台で、日本のように進んでいる国はない。

家庭医制度の国はもっと高齢化率が低い。ですから、高齢化が中等程度までは対応は大丈夫ですが、それ以上は難しい。しかも北欧は高負担、イギリスは中負担ですが、非常に抑制的です。今年の 5 月にも行ってきましたが、保守党政権で抑制が非常に強化されており、混乱というか、やる気がなくなってきたという感じです。GP がみんな非常勤、パート医にどんどん変わってきているという状況を見ました。

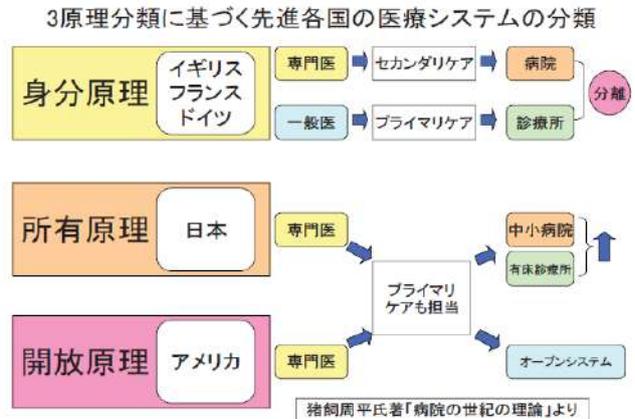
最初は海外でどこかいいモデルはないかと思ったのですが、見れば見るほど日本のシステムはよくで



きている。これを活かすべきだろうと考え、日医かかりつけ医機能研修制度を提言・提案させていただきました。

施設も在宅も活用し、既存資源としての中小病院、有床診療所、診療所を活用する必要があると主張させていただきます。

これは猪飼周平氏の「病院の世紀の理論」の抜粋ですが、私が非常に注目した1つは先進各国の医療システムの三原理分類です。ここでは身分原理がヨーロッパ、開放原理がアメリカであるのに対して、所有原理が日本という分類になっています。ヨーロッパは身分原理で、病院は入院だけ、診療所は外来だけ、専門医と地域ごとの対立構造とまではいかないかもしれないけど非常に分離しています。今どうやってセカンダリケア、プライマリケアに降ろしていくか苦労していますが、日本は専門医がかかりつけ医になりますから、そういうメリットがあります。



日本の場合は明治中期以降、一世紀以上、財政難でした。西南戦争後の松方財政で、公立病院はほとんど閉鎖していきます。医学部を出た人が病床を持って開業をするという日本型のスタイルがそこで生まれており、それが中小病院や有床診療所につながっている状態です。当時は10床以上が病院、それ以下が中小診療所でした。

アメリカも同じような形だったのですが、大病院との競争に負け、オープンシステムという在宅対応のシステムができました。日本はうまく棲み分けをして、今日までそれが維持されています。

その結果、中小病院、有床診療所が多く、身近なところでいつでも入院ができる高齢者の在宅支援システム構築が可能となりました。そして診療所の質が高く、充実している、専門医も開業していますから、これは高齢者に便利なワンストップサービスが可能ということです。検査・診断・治療・健診と高齢者自体に非常に便利となっています。

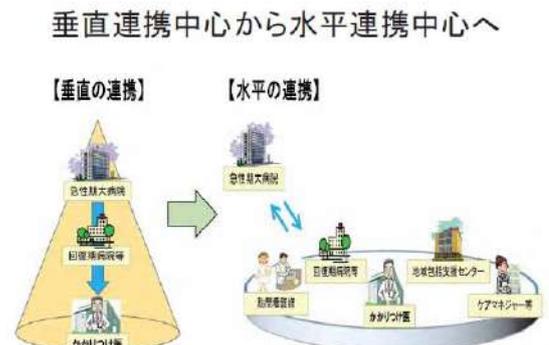


例えばフランスでは、診療所といっても事務所みたいな、誰もいない、事務員も看護師もいない、先生が1人だけ。検査が必要なら臨床検査技師が関与しているところに行ってデータを持ってきてください、レントゲンが必要ならレントゲン技師が関与しているところに行ってデータを持ってきてくださいということになり、高齢者には厳しい状況になります。

2) 垂直連携中心から水平連携中心へ

左側の図がこれまでの急性期の大病院の医療中心の垂直連携で、かかりつけ医が一番下です。これが、右側の図に変わってくることになります。かかりつけ医に是非リーダーになっていただきたいといろんな研修をしていますが、訪問看護や地域包括支援センター、ケアマネージャーと寄り添い介護分野と連携しながらの水平の連携が中心です。これが地域包括ケアシステムです。

急性期の大病院は外側の地域の最後の砦になっている

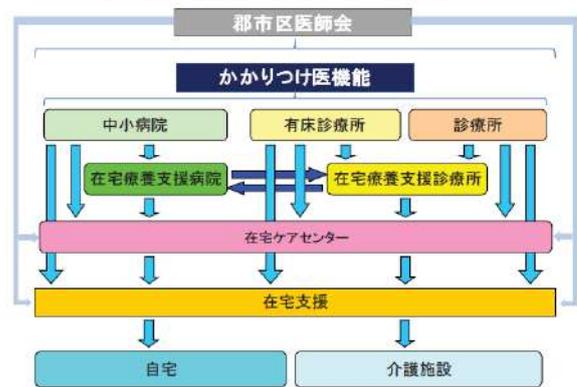


ただきたいということで、機能は今までよりも上げていただく必要はありますが、病院の数は少なくてもいいとなっています。

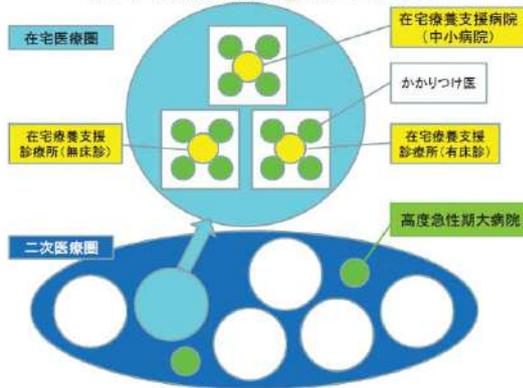
3) 日本型在宅支援モデル

私たちとしては郡市区医師会が全国に 890 箇所ぐらいありますので、そこを是非活用してかかりつけ医機能を持つ 200 床未満の中小病院、有床診療所、無床診療所が可能な範囲で在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院になっていたいただき、できるだけ総合的に、介護の部分も含めて在宅支援をしていただくというモデルが日本型でいいのではないかとお話をさせていただいています。

既存資源を活用した日本型在宅支援モデル



日本型在宅支援システム



かかりつけ医の先生方には「在宅医療を是非実践しましょう」とお話をしています。1 人の先生が 24 時間 365 日対応するというのはなかなか難しい。有床診療所は外来も在宅も非常に大変で、お父さんはできても僕はできないと、お子さんが後を継がないところも出てきています。また将来労働時間の規制の問題もあり、ワークライフバランスを重視する若い世代の医師や女性医師が増えますので、そういった方々でも在宅医療ができるよう、可能な範囲でしていただき、それ以外は、日常生活圏域あるいは在宅医療圏でいいと思いますが、有床無床の在宅診療や、重症型在宅診療で、患者さんごとに緩やかなチームを作ってカバーしていただければいいと思います。

私たちは有床診療所や中小病院の入院機能も含めて、全体で 24 時間 365 日をカバーする体制を考えています。

高度急性期の大病院は二次医療圏の最後の受け皿として一生のうちに何度かお世話になるという存在です。機能は高くないと困りますが、数は大幅に少なくてもいい。病床が空いてきていますが、地域包括ケア病床を作るのではなく、ダウンサイジングも是非していただければ財政にも貢献します。ドイツはもうはっきりしており、ほとんど公立病院だったのが、財政規律を徹底し補助金がなくなったら 1/3 が株式会社病院になっています。

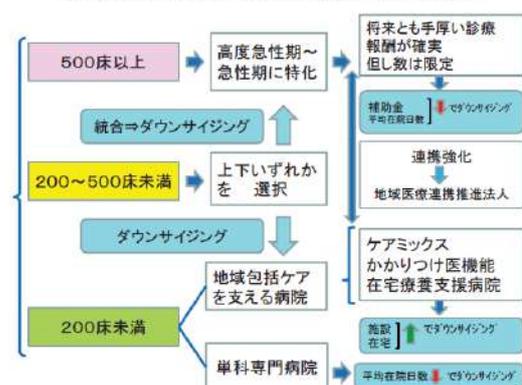
4) 病床規模別に見た病院の方向性

個別に見た病院の方向性ですが、500 床以上の大病院は是非高度急性期に特化していただきたい。将来、残った病院には手厚い診療報酬が必要と思いますが、数は限定していいということです。この病院が今余った病床を地域包括ケア病床や介護医療院に転換するという話もあるようですが、とんでもないと私は思っています。是非それは止めないといけません。そんな国はどこにもないと思います。

200 床未満の単科専門の病院、これは世界各国にあります。外科の単科病院とか、産科の単科病院。これは残るのですが、それ以外の病院は地域包括ケアを支える病院になってくださいと私はお話をしています。

「中間の病院はどちらかに決めてください」ということです。

病床規模別に見た病院の方向性



いずれにしても在院日数短縮、あと補助金さえあれば効果がでてくると思いますが、施設ケアを含めて在宅医療が進んでいきますと、数は少なくてもいい、地域医療構想で病床が必要なところを無理に減らさなくても自然に収斂するのではないかと考えています。

これは平成 25 年 8 月 8 日、ちょうど 8 月 6 日に社会保障制度改革国民会議の報告書が出ましたが、2 日後に日医の合同提言を出しました。このときに病院の類型を整理し、この病院類型 3 で、「地域急性期型病院」の提案をしました。さらにその後、同年の 11 月 18 日に四病協に追加提言をいただき、病院機能は地域包括ケア支援で、名称は仮称ですが地域医療・介護支援病院として提言しています。

医療提供体制のあり方
日本医師会・四病院団体協議会合同提言
(平成25年8月8日)



医療提供体制のあり方～地域包括ケアシステム構築に向けて～
四病院団体協議会追加提言
(平成25年11月18日)



その後 2015 年 10 月 28 日、この日は私の中
医協任期 6 年間の最後の日ですが、このときに
四病協、日医にもう 1 回緊急提言をしていただき
ました。私の遺言です。地域の医療介護連携
を支援する病院の議論はまだ続いているという
最後の提言です。これを是非、次の同時改定に
位置付けられれば、機能分化がこれで完結する
のではないかと思います。

2015年10月28日 日本医師会・四病院団体協議会からの提言
病院機能に着目した診療報酬上の評価のあり方

地域の医療・介護連携を支援する病院については、先の診療報酬改定で地域包括
ケア病棟入院料として一部具体化された。しかし、地域における機能を考えると、
下記のような診療報酬体系が必要である。

(病床の機能) ※各病棟で達成 できるところ	(病院の類型)	(医療機能に付加して 病院が持つべき機能)	(診療報酬のイメージ)
高度急性期	(三次救急病院等)	(例 臨床研修機能)	診断群に応じた支払い等 (DPC、機能評価)
急性期	(急性期病院等)	(例 二次救急)	診断群に応じた支払い等 (DPC等)
回復期	(回復期リハ病院等)	地域の医療・介護連携を支援する病院 高齢者の救急受け入れ、在宅 医療支援、医療・介護連携、 ケアマネジメント支援	診断群に応じた支払い等 (DPC等) +機能強化 包括支払い
慢性期	(療養病床の病院等)		包括支払い(+リハ評価等)

6) 病床機能と病院の機能

これは林修一郎氏 (奈良県の医療政策部長) が示した図です。

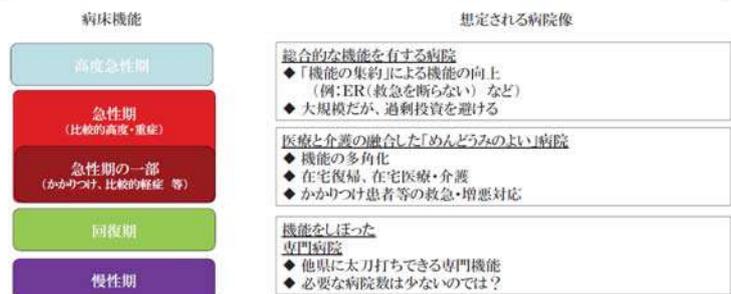
急性期を重症急性期と軽症急性期と分け、軽症急性期は回復期の一部だと考えるとほとんど機能分化が済んでいる。これを、病床が空いた急性期の大病院が組織的に無理やり地域包括ケア病床に転換しようとしている。こうなると、大病院完結型医療に逆戻りする可能性があり、これにはいろんな方が、非常に危機感を持ち、このままいくと大病院完結型がもっとひどくなる、これを止めないといけないと話しています。

これから必要な病院は「総合的な機能を有する病院」、「医療と介護の融合しためんどうみのよい病院」、これは中小病院です

病床機能と病院の機能

— 奈良県医療政策部 林 修一郎部長 —

実際に病院としてどのような機能が求められ、どのような機能が持続可能なのか。



ね、そして、「機能を絞った専門病院」、これが単科専門病院にあたりますが、私と同じことを言っていると思います。

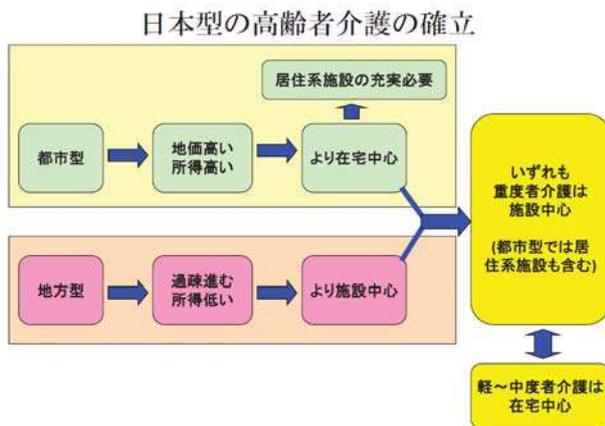
7) 地域密着型中小病院・有床診療所の役割

私たち、地域密着型中小病院、有床診療所を含めて、このような連携を地域で作っていく必要があります。

地域密着型中小病院は、外来のかかりつけ医機能を持っていますから、通常の外来を行いながら入院と在宅支援も行っていく、そして急性期の大病院、行政や介護とも連携し、自ら動くこともあるでしょう。

そして、地域において貴重な人材を集積している場所でもあり、診療所の在宅支援、医師会への人材派遣も必要ですし、まちづくりの中心になっていただきたい。

8) 日本型の高齢者介護の確立

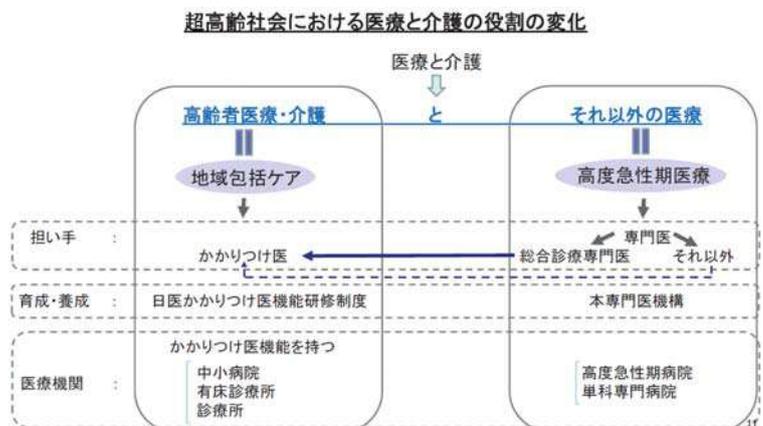


日本には、都会と地方がありますが、都市では地価も高く、所得も高い方も多いので、居住系施設に入られる方もいらっしゃるし、在宅が中心となります。一方、地方は過疎も進んでいますし、基礎年金の低い方が 2/3 ぐらいおり、しかも施設は結構ある、特養が 4 万 2 千人の市で 6 カ所ありますので、より施設中心になります。そして、重度の方は施設も使いながら、軽度や中度の方は在宅を中心にとという形に振りわけする必要があります。

9) 超高齢社会における医療と介護の役割の変化

今までは医療と介護に分けられていたのが、今後は高齢者医療と介護が一体化していきます、これが地域包括ケアということになります。その担い手はかかりつけ医であり、それを育成するのは日医のかかりつけ医機能研修です。そしてそれを担当する医療機関はかかりつけ医機能を持つ中小病院と診療所です。

それに対し、高度急性期医療は、二一ズはそれ以外の医療です。



10) 日医かかりつけ医機能研修制度

かかりつけ医については日医が四病院団体協議会との合同提言として定義しました。

また、かかりつけ医機能も、ここで改めて定義しました。この中で、「かかりつけ医は自己の診療時間以

外も患者にとって最大の医療が提供されるよう、地域の医師、医療機関等々と必要な情報を共有し、お互いに協力し休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する」と、はっきり謳っていますが、内部で検討したときに、「そこまでやる必要があるのか」という意見もあったのですが、私は「必要です」と政策提言をさせていただきました。

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会



「かかりつけ医機能」

〇かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

〇かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

〇かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。

〇患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会

この合同提言は現在にいたるまで高く評価されております。

これを受けて、昨年4月から、日医かかりつけ医機能研修制度を、多くの先生方に協力していただきながらはじめました。

目的は今後のさらなる少子高齢化社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持向上するための研修を実施することで、そのかかりつけ医機能として6つの実践内容をいれ、6つ目に在宅医療の実践という言葉が入っています。

3つの研修制度、基本研修、応用研修、実地研修があり、応用研修が座学の研修になっていて、そこで在宅医療や介護保険に対する知識や理解を深めていただくという内容になっています。

昨年度は延べ9,391名の方が受講されました。今年度は既に中央研修を5月28日に行いました。6,600名の方が希望されています。昨年同様の地域での研修が行われるとしますと1万名です。非常に大きな研修になりました。

全体では29.3%の先生が既に受けたか、今後受ける予定になります。診療科別に見ますと、内科の先

日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】

今後のさらなる少子高齢化社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】

本研修制度の実施を希望する都道府県医師会 **平成28年4月1日より実施**

【かかりつけ医機能】

1. 患者中心の医療の実践
2. 継続性を重視した医療の実践
3. チーム医療、多職種連携の実践
4. 社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5. 地域の特性に応じた医療の実践
6. 在宅医療の実践



日医かかりつけ医機能研修制度

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに都市区医師会が主催する研修等の受講。

規定の座学研修を10単位以上取得

実地研修

・社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。

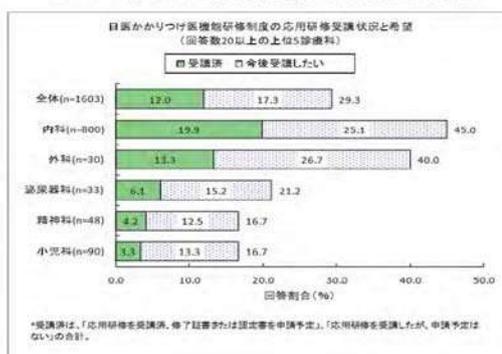
規定の活動を2つ以上実施(10単位以上取得)

3年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行(有効期間3年)。



日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修の「受講済」と「今後受講したい」の合計は、内科、外科で4割以上であった。

図 2.2.17 日医かかりつけ医機能研修制度の応用研修受講状況と希望



出典「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果(2016年11月発表)」日本医師会社会政策研究機構 研究部専門部長 前田由美子 氏

生の45%、外科の先生の40%が既に受けているか、今後受けたいと言っています。

それに対して他の専門科の先生方は20%前後で、差があります。かかりつけ機能を中心にとり先生方は内科や手術をしない外科の先生方かなと思いますが、その他の先生方も2割前後がかかりつけ医として機能を発揮したいとおっしゃっています。診療科を問わないということが特徴ですのでそれも関連しています。

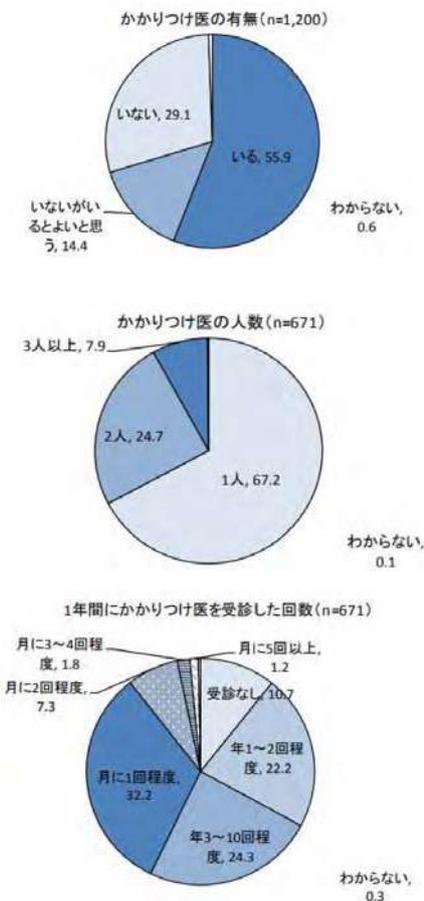
これが診療報酬上の評価です。平成26年度に地域包括診療加算が付きましたが、当時は非常に財源も厳しい改定で、7対1の地域包括ケア病床を作ることによりかなり財源も取りましたので、厚労省が考えるかかりつけのあるべき姿を示し、小さく産んで大きく育てるということですが、なかなか大きく育てないとなると次の改定にはどうなるか、これも中医協の進め方でいろんな形になると思います。

「地域包括診療加算、地域包括診療料に係るかかりつけ医研修」、これも日医だけが開催しているものですが、だんだんと受講者が増えてきていたのですが、少し横ばい気味になってきており、なかなか先が見えにくい状況にあるという気もしますが、それでも6,000人近い先生が受講をしています。

11) かかりつけ医調査 (第6回日本の医療に関する意識調査：日総研2017年)

これは日医総研の調査です。かかりつけ医の有無では、全年齢では、いるは55.9%で、いないが29.1%です。ところが年齢別に見ますと年齢が上がるほどかかりつけ医が増えていきます。よく見ると、調査の回数が、増えるごとに少しずつ各年齢ごと増えているように思います。病気になりがちな70歳以上になりますと8割以上の方はかかりつけ医を持っているという、実態としてそういう状況になっているということです。

かかりつけ医の人数は、1人の方が2/3となっています。診療



平成26年度の診療報酬改定で新設されたかかりつけ医の評価 (平成28年4月現在)

地域包括診療加算 (20点・1回につき)

【対象医療機関】 診療所
【算定要件】

- ① 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を有する患者
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供、24時間の対応
- ④ 当該点数を算定している場合は、7割投与の減算規定の対象外
- ⑤ 時間外対応加算1又は2の届出、常勤医師が2人以上在籍、在宅療養支援診療所のうち1つを満たす

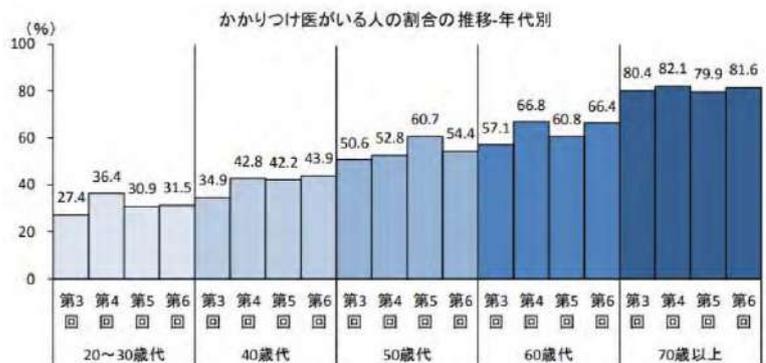
地域包括診療料 (1,503点・月1回)

【対象医療機関】 診療所又は許可病床が200床未満の病院
【算定要件】

- ① 高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上を有する患者
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること
- ③ 療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供、24時間の対応
- ④ 当該点数を算定している場合は、7割投与の減算規定の対象外
- ⑤ 病院の場合：地域包括ケア病棟入院料等の届出、在宅療養支援病院であること
診療所の場合：時間外対応加算1の届出、常勤医師が2人以上在籍、在宅療養支援診療所であること

▶ 小さく産んで大きく育てる (平成28年度改定で算定要件緩和)

かかりつけ医がいる人の割合の推移(年代別)

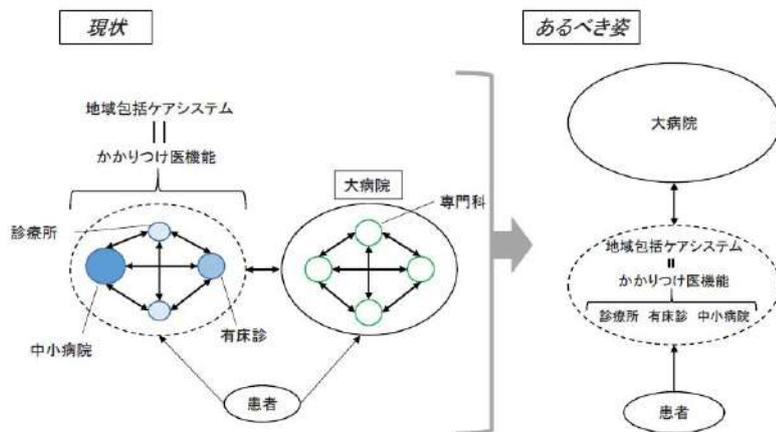


科は、内科が8割、次に外科の先生となっています。

受診回数ですが、月に1回程度が一番多くて1/3、それ以下はいろいろです。月に5回以上という方は1.2%です。

12) かかりつけ医のあり方（私案）

かかりつけ医機能のあり方（私案）



かかりつけ医の在り方についての私の考えです。イギリスのような形では日本に馴染まないのではないかと考え、大病院の各専門科受診が自由であることから、私は地域包括ケアシステムを担うかかりつけ医機能を持つ診療所、有床診療所、中小病院は地域の中で自由に受診ができる、大病院の場合には紹介状を持参するという形をもう少しすすめる、そこで線を引いていいのではないかと考えています。

1 3) かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査（2017年2月15日概要版）

在宅医療について（課題）

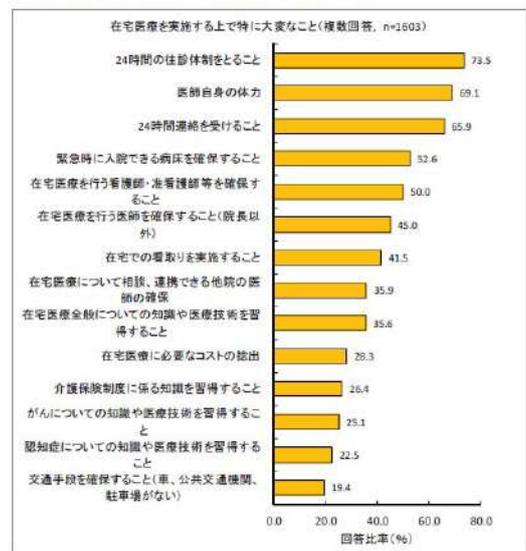
- 訪問診療を行っている診療所の約半数は、在宅療養支援診療所（在支診）以外である。2016年度改定で在支診に対する評価が行われたが、在支診のみならず在宅医療を行う診療所に対して広く評価することが必要ではないか。
- 24時間の往診体制、24時間の連絡体制の負担が大きく、在宅医療が広がる見通しが無い。医師自身の体力の問題から、在宅医療から撤退するという診療所もある。在宅医療を担う診療所の負担軽減が必要である。
- 受け皿となる入院施設の確保は必須である。
- 家族の介護力の確保も不可欠とされている。家族の事情や地域の事情に合った診療報酬にとどまらない施策が求められる。

調査の課題としていくつかの提言がありました。訪問診療を行っている診療所の約半数は在支診以外で、改定においては在支診以外の在宅医療を行う診療所に対する評価も必要ではないか。24時間の往診に対する24時間の自宅待機に対する負担は大きいということで、それをどう解決するか、受け皿となる入院施設の確保は必須である。家族の介護力もこれから低下していきますので、そういうものをどう考えるなどです。

在宅医療を実施する上で大変なことの一番は24時間の往診に対する取り組みでした。

在宅医療を実施する上で特に大変なことは、高い順に「24時間の往診体制をとること」、「医師自身の体力」、「24時間連絡を受けること」であった。

在宅医療を実施する上で特に大変なこと



公益社団法人日本医師会

在宅医療を拡大するために重要なことは受け皿となる入院施設の整備と回答した先生が少なくとも2/3いました。

私たちとしては在宅医療3点セットとして、在宅医療を行う医師がいること、24時間対応の訪問看護があること、そして後方病床、これは中小病院、有床診療所であり、大病院は、さらにその後方から支援をいただければいいと思っています。

かかりつけ医に是非そういった医療や介護のこと、認知症もそうですが、是非かかりつけ医機能研修制度を受講していただき、人材を増やしていきたいと考えています。

14) かかりつけ医と高齢者医療・介護とのかかわり

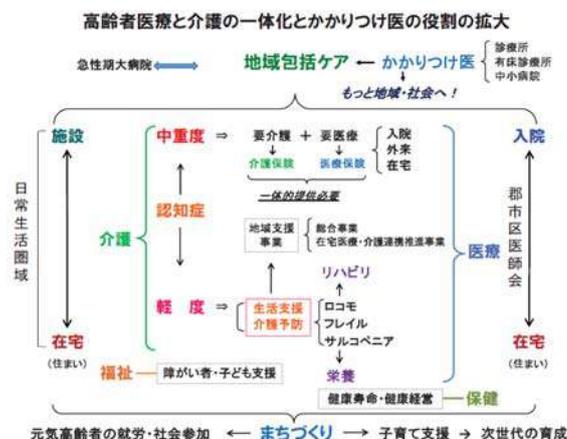
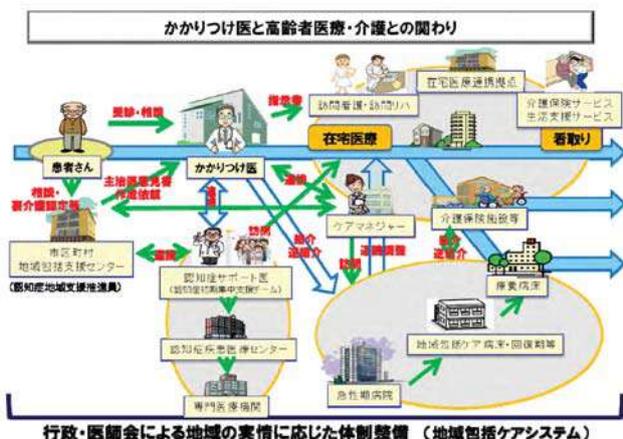
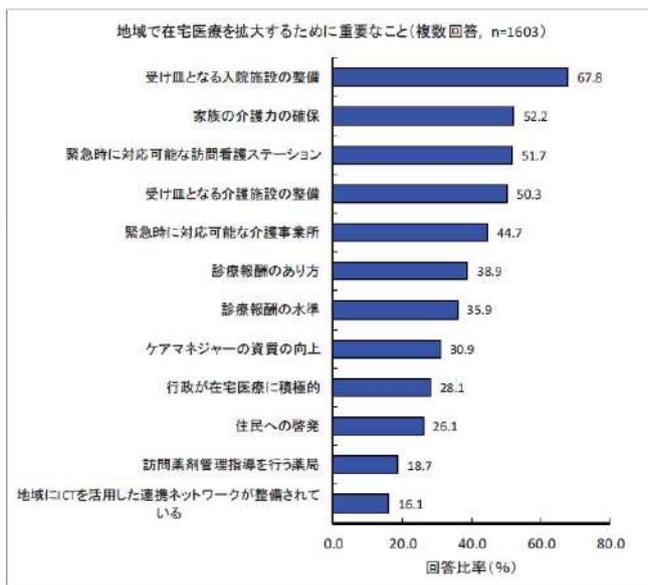
医療だけ行いたいという先生もまだいらっしゃいますが、状況がどんどん変わっており、医療と介護は一体化していきます。したがって、両方を直接みるか連携するか、それにしても理解していただく必要があり、介護保険は、地域支援事業のほうに移っていきますから、生活支援と介護予防の理解、予防対策、フレイル分野のリハビリテーション、栄養に対する知識が必要になります。

さらに障害者と介護保険制度の準備もあります。障害者あるいは子供の貧困などのかつてあまり考えなかったことが起きていますから、福祉への理解、健康寿命の認識、保険に対する知識も非常に重要です。

ということで、地域包括ケアでは、元気高齢者の就労や社会参加だけではなくて、子育て支援を通じて次世代育成まで含めて私たちも取り組む必要があると思います。「もっと地域や社会に目を向けましょう」。

地域で在宅医療を拡大するために重要なこと

地域で在宅医療を拡大するために重要と考えられていることでもっとも多かったのは、「受け皿となる入院施設が整備されていること」であった。



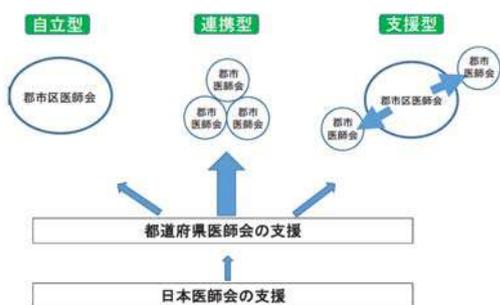
3. 地域包括ケアシステムの推進体制における郡市区医師会の役割

地域包括ケアシステムは、行政だけでやろうと思ってもなかなかできません。うまくいっているところは必ず行政と医師会が非常にいい関係になっています。やはりこれが車の両輪です。行政には地域包

括支援センターがあり、医師会（かかりつけ医）には在宅医療連携拠点があります。これは医師会だけではありませんが、2/3 以上は医師会です。そして多職種連携の取り組みがあります。

どのような形で地域包括ケアシステムを作っていくのか。私が勝手に、自立型、連携型、支援型と呼んでいますが、人口が 20 万人以上あれば大体できます。10 万人くらいでも 1 自治体 1 医師会だと非常にやりやすい。ただ小さな医師会 5 万人以下のようなところはなかなか難しいので、一緒になって都道府県医師会が強力に支援することが考えられます。

郡市区医師会の規模や地域性に応じた地域包括ケアシステムの構築

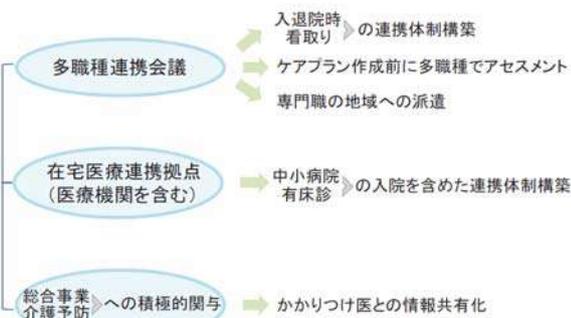


もいない方も、いる方はかかりつけ医に、いない方は医師会に是非ご相談していただきたい)していただきたいと思っています。

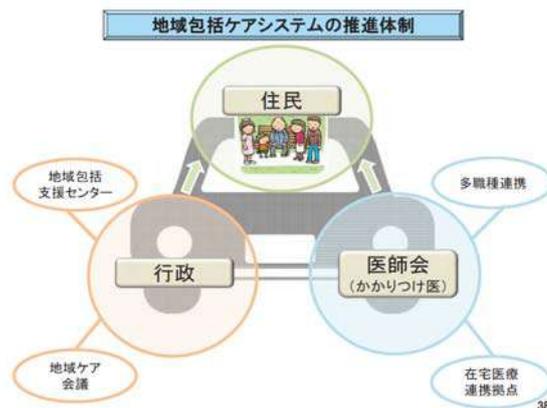
そしてもう 1 つは地域医療構想調整会議を主導していただき、その場において公的医療機関と地域の役割の検討を是非していただきたいと思っています。

医療機関がいろんな役割を言ってこられると思いますが、そのまま通すのではなて、医療構想の中で合致した場合は認め、そうでない場合は「認められませんよ」としっかり言えるような地域医療構想会議にならないと機能しないと思います。

郡市区医師会の具体的役割

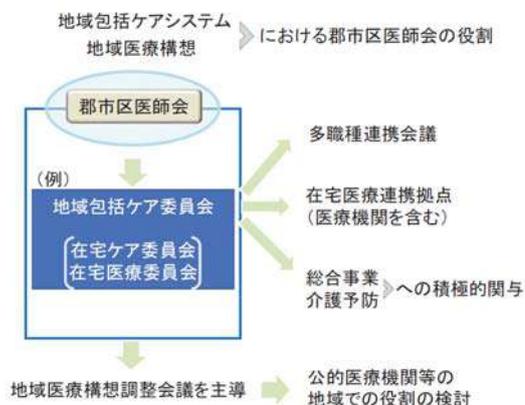


かなり医師会が頑張っていたいただいていると思います。



あるいは大きな医師会があればその周辺の医師会を支援する、例えば帯広が十勝医師会を支援するということも考えられると思います。

具体的に、どういう役割を担っていただくのか。郡市区医師会の地域包括ケア委員会に在宅ケア委員会、在宅医療委員会などというものを作っていたいただいて事務局機能を作る。そして多職種連携会議を開催し、在宅医療連携拠点を担い、総合事業における介護予防の積極的な関与を（これはチェックリストだけできますので、必要な方がかかりつけ医の関与なし治療を受けることになりますので、私たちとしては是非かかりつけ医のいる方



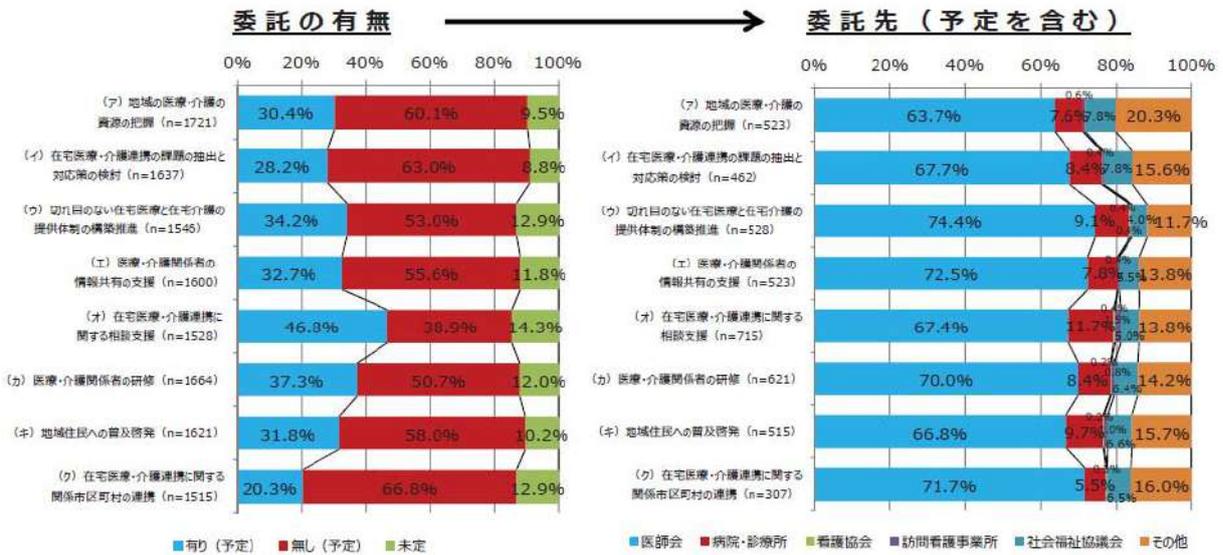
多職種連携会議では、看取り連携体制を構築したり、ケアプラン作成前に挨拶をしたり、専門職を地域に派遣したりすることができるでしょう。在宅医療連携拠点では中小病院や支援診療所への入院も含めた連携を構築する必要があるでしょう。総合事業や介護予防の積極的関与に対してはかかりつけ医の情報共有化が必要と考えています。

これが在宅医療介護連携推進事業の委託状況ですが、地域に委託をするうちの 2/3 は医師会、1 割前後が医療機関ですから、全体的にみると 8 割前後です。

在宅医療・介護連携推進事業の委託状況（予定を含む）

○在宅医療・介護連携推進事業の委託（予定を含む）の有無と医師会への委託状況（予定を含む）

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援に関する取組の委託（予定を含む）が最も多く、8つの事業全てで委託先は医師会が最多であった。委託（予定を含む）の場合、（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進について、医師会への委託が多かった。



出典 平成29年度在宅医療・介護連携推進事業実施状況調査（速報値） 42

4. 同時改定によるかかりつけ医機能の強化

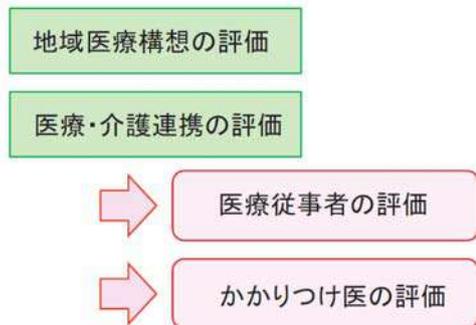
同時改定ですが、毎年、自然増 5,000 億円と言われているので、どうやって財源を確保するかという問題があります。医師会としては、まずは健康寿命の延伸など、私たちの側から適切に医療を提言していくことにより、医療費を増えないようにすることが必要だと思います。

薬価改定や後発医薬品使用の促進以外にも次のようなことが考えられると思います。「1億総活躍」、「地方創生」、「働き方改革」等、アベノミクスの活用、応用負担の推進、医薬品・医療機器のイノベーションに対する税制や補助金の活用、自治体病院の病床数減少分等の財政措置分の活用、そういったことを少しでも意識すればいいと思いますし、たばこ税の増税も必要だと思っています。

次の改定のポイントでは、地域医療構想の評価、医療介護連携の評価、医療従事者の評価、そしてかかりつけ医の評価が必要であると考えています。

同時改定におけるかかりつけ医機能の強化としては、地域包括ケアにおける医療・介護の連携、そして大病院と中小病院・診療所の外来機能の分化・連携の推進ということになります。私たちとしてはかかりつけ医を制度化して、国民に強制的に持たせるのではなく、国民自らがかかりつけ医を持てるよう、かかりつけ医機能を強化することにより、普及していくことを考えています。国民調査により現状の医療の質に非常に満足しているというデータも持っています。

平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定のポイント



5. 志村フロイデグループの取り組み

1) 医療法人博仁会と行政

行政は非常に熱心なところが多いので日本中がそうかと思うとそうでもないという話から始めます。

私のところ（常陸大宮市）では、介護高齢化の人事異動が行われ、保健福祉部長、介護高齢課長、介護高齢課参事の介護保険に関する主要な人材が2年前に全て異動となり、条例を改正し、行政がやらないですむようになりました。

それを知った私たちは「とんでもない。平成29年に全部やるといったら大変ですよ」ということを、機嫌を損ねないように、平成26年の10月に介護高齢課と私たちが委託受けている南北部地域包括支援センターが「会議を毎月して、勉強会をしましょう」と持ちかけました。そして平成27年5月に常陸大宮市新地域支援事業研究会を発足し、6月からは県内の地域ケア会議を実施している市町村を視察し、10月からは県内の先進的な総合事業を実施している行政視察をはじめています。

これは生活支援コーディネーターの進捗状況です。

常陸大宮市介護保険条例 第8条

日常生活支援総合事業については、介護予防及び生活支援の体制整備の必要性等に鑑み、その円滑な実施を図るため、平成27年4月1日から平成29年3月31日までの間は行わず、平成29年4月1日から行うものとする。

常陸大宮市の地域支援事業を進めるために

内容	目的
平成26年10月 介護高齢課と常陸大宮市南北部地域包括支援センターで会議(毎月)	行先と地域包括支援センターの連携
平成27年5-6月 介護高齢課への勉強会の開催(2か月)	介護高齢課の知識向上のため
平成27年5月 常陸大宮市新地域支援事業研究会発足	生活支援サービスコーディネーターの育成のため
平成27年6月 茨城県内の地域ケア会議で地域ケア会議を実施している市町村の視察	地域ケア会議実施のため
平成27年10月 茨城県内の先進的な総合事業を実施している行政視察	総合事業をはじめの準備のため

生活支援コーディネーターの進捗

～常陸大宮市新地域支援事業研究会の発足～

平成27年5月～ 常陸大宮市新地域支援事業研究会
平成28年4月～ 第1層 協議体発足できず…解散(住民の理解得られず)
平成28年5月～ 第2層 協議体検討会開始
平成28年9月～ 茶話会開始(第2層協議体)



地域支援事業の進捗状況です。

常陸大宮市の地域支援事業の進捗状況

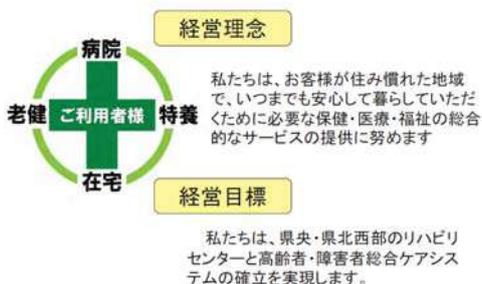
(平成29年7月現在)

地域支援事業・総合事業	常陸大宮市
総合事業	平成28年10月開始 みなしのみ A・B・C型等はこれから検討
認知症初期集中支援チーム	認知症初期集中支援チーム設置準備会 (平成29年7月～)
認知症地域推進員	平成28年10月配属
生活支援コーディネーター	第1層協議体(保育) 第2層協議体(茶話会実施)
地域ケア会議	個別地域ケア会議 平成27年10月～多職種会議
在宅医療・介護連携推進事業	在宅医療・介護連携準備会設置 (平成29年7月～)

常陸大宮市のような小さな市町村では、高齢者に関する担当職員も少数であり、正規職員の割合が少ない、医療介護の専門家が少ないため、担当者が通常の業務をこなしながら同時進行で複数の事業の立ち上げを行っています。前倒しで始めたい気持ちがあっても実際は1つの事業を立ち上げることで精いっぱいということです。これに比べて皆さんがいるような大きな市では担当者は単独運用になっていて1つの事業のみ担当するということが多いように思います。

2) 志村フロイデグループとその医療圏

法人の経営理念・目標



これは法人の経営理念と目標です。3つの法人があり、従業員は今1,000名ちょっとです。茨城県の北西部にあり、非常に高齢化が進んでいます。病院が一番南にあり、多分私たちの住んでいるところは30%ぐらいですが、北部が40%ぐらいなので、中間で35%になっています。

志村フロイデグループ
(平成29年8月現在)

医療法人 博仁会

昭和26年10月志村大宮病院開設
昭和32年10月法人化
拠点・事業所数:34 職員数:795名

社会福祉法人 博友会

平成12年10月
拠点・事業所数:19 職員数:235名

学校法人 志村学園

平成22年3月
拠点・事業所数:1 職員数:14名



茨城県二次保健医療圏



医療法人博仁会の沿革・概要

介護療養型医療施設モデル館

茨城北西総合リハビリテーションセンター スイス館

志村大宮病院

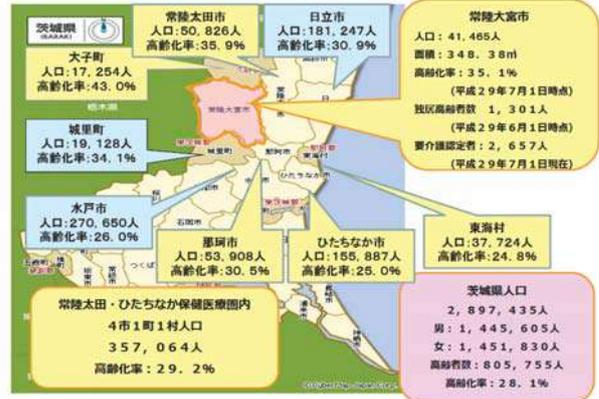
介護老人保健施設 大宮フロイデハイム

法人の沿革(概略)	病院の概要
昭和26年 志村大宮病院設立	許可病床数 178床
平成8年 介護老人保健施設 大宮フロイデハイム開設	(一般56床・地域包括74床・緩和ケア20床)
平成15年 茨城北西総合リハビリテーションセンター開設 (回復期リハビリ病棟・総合リハビリテーション施設)	回復期50床・介護療養48床)
平成20年 志村クリニックげんやま開設	看護体制 一般:10対1
平成21年 DPC対象病院	リハビリ 脳血管 I 運動器 I 呼吸器 I
平成22年 在宅療養支援病院	診療科目 16科目
平成27年 緩和ケア病棟開設	外来処方 院内・院外処方

外部機関認定・認証 病院機能評価 ver.5(複合A) リハビリ付加機能 ISO9001:2008 P7~9 ぐるみんマーク

ただ同じ二次医療圏を見ても、大子町 43%、東海村は 24.8%、ひたちなか市は 25%ということで、同じ医療圏でも市町村でも高齢化が違いますから状況が違います。ですからやはり地域包括ケアというのは市町村ごとによるべきで、同じようにはできないということです。

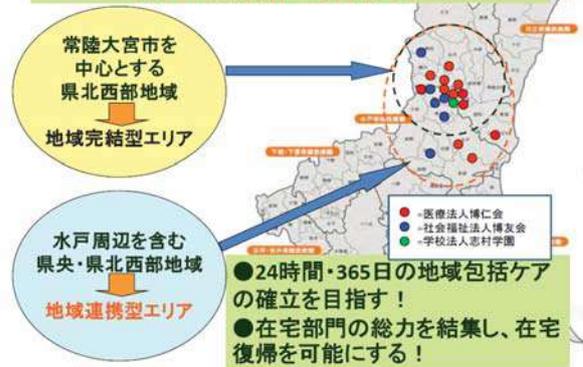
茨城県・常陸大宮市周辺市町村の人口構成
平成29年7月1日現在



私たちはこういった中で常陸大宮市を中心とするエリアと、水戸周辺を含むエリアで事業を行っています。

志村フロイデグループの展開

●フロイデ総合在宅支援システム

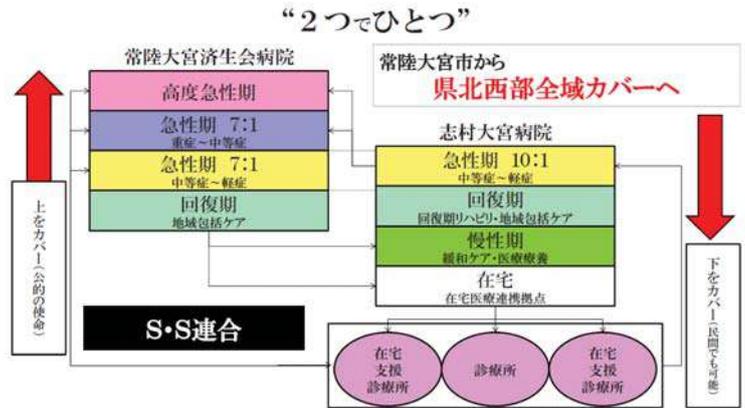


志村フロイデグループの紹介
(平成29年5月1日現在)



3) 公的病院との連携

私たちの市の公的病院（常陸大宮済生会病院）は大赤字で、毎年3億円、小さな市から赤字を補てんしていますが、この病院と連携しています。なぜ、連携をしようと思ったかという、もちろん地域医療構想もあるのですが、常陸大宮市が県内でもっとも救急搬送時間が長い市ということになってしまったからです。なぜなのかという、この済生会病院がワンクッションで診るので、ここに寄ってから結局水戸の病院に送るためその分時間が掛かってしまうからです。そこで、院長先生とお話をし、済生会病院は急性期医療を行い、私たちの病院は、急性期は10対1以上取らず、回復期リハビリテーション病棟、緩和ケア病棟を運営することとし、そして在宅医療連携拠点のモデル事業をやらせていただいていますので、済生会と話をし地域包括支援センターの委託を受けました。

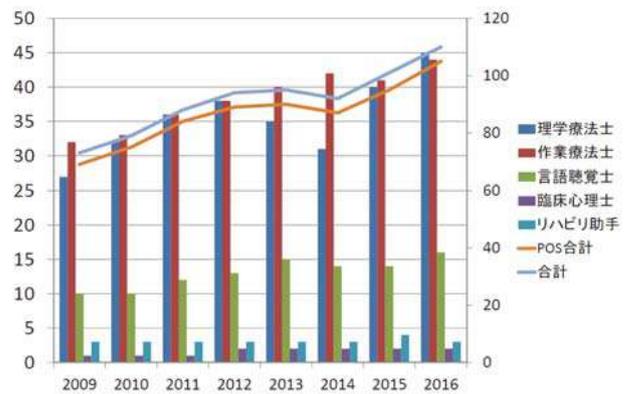


高度急性期から在宅まで、こういう仕組みを市の中で構築していこうという話をつい最近してきました。

4) 総合的リハビリテーション体制の構築

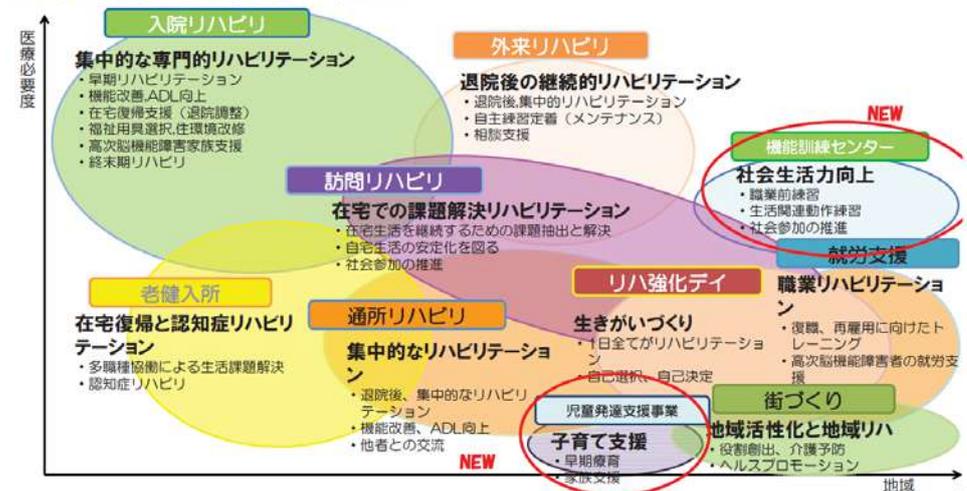
私どもはリハビリに力を入れています。平成13年には69歳のPTが1人しかいませんでしたが、今は110名になっています。そしてどうせやるなら徹底的にやろうということで、入院リハビリ、外来リハビリ、訪問リハビリ、老健リハビリ、通所リハビリ、あとはデイサービス、それから児童発達支援事業から機能訓練、障害者のリハビリ、就労支援職業リハビリテーション、それからまちづくり、地域リハビリテーション、など総合的に行っています。

リハビリテーション科スタッフ推移



私たちの中では医療と介護福祉は一体化していますので、リハビリ機能強化型デイサービスを独自に作っています。デイサービスだけだとデイケアと同等以上の効果があると思いません。

SFGリハビリテーション科グランドデザイン



リハビリ機能強化型デイサービス

“施設全体がリハビリテーション”とし、自立支援の考えをもとに生活機能訓練や身体機能訓練などスタッフ全体で利用者のリハビリをサポートしていくデイサービス。

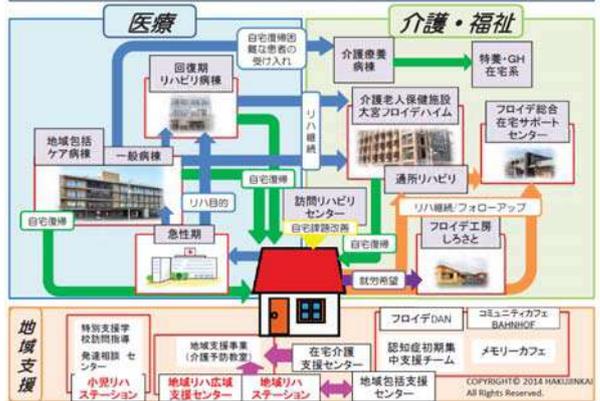
セラピストの役割

- ① 定期的な評価を基に、利用者と生活目標を設定。
- ② 生活目標に合わせてプログラムを立案し、運動方法や注意点をアドバイス
- ③ 生活機能訓練、身体機能訓練の実施
- ④ 機能訓練を指導する上で必要な技術をスタッフに指導
- ⑤ 利用者ごとに特に注意が必要な動作・活動についてスタッフと検討・アドバイス



リハビリの立場から施設全体を盛り上げ、
多職種と連携しサービスを作り上げていく!!

リハビリテーション医療の流れ



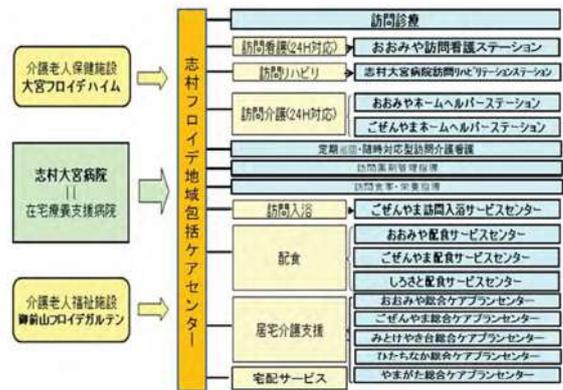
5) 志村フロイデグループの在宅支援体制

(1) 志村フロイデ地域包括ケアセンター

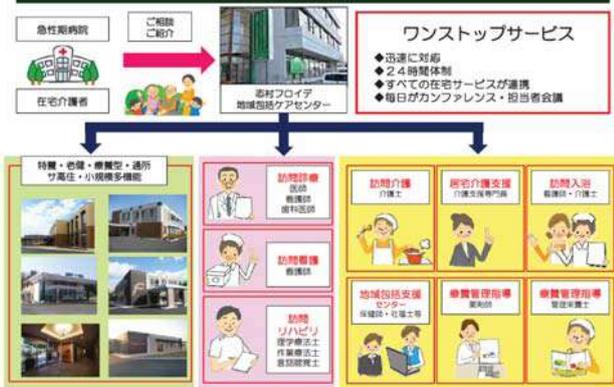
志村フロイデ地域包括ケアセンターを作り、24時間在宅サービスを提供しています。対象地域は350平方キロ、シンガポールの半分、人口は22,000人です。

ここでは全ての在宅サービスをワンストップで提供できます。医療と介護の連携も、電子カルテも、どこからでも見られるようになり、入院チームの入力をケアマネ等が見ることができ、在宅でも閲覧が可能になっています。

志村フロイデグループの在宅支援体制



志村フロイデ地域包括ケアセンターのご紹介



医療⇄介護の情報連携

■法人内情報連携・交換
医療⇄介護は [WINCARE] で連携
病院⇄ケアマネジャーの記録情報を閲覧
ケアマネジャー⇄病院の診療記録・血液検査・薬の処方内容

■法人外は一部「連携バス」で情報連携



医療と介護の連携
診療情報をケアプランに反映する
薬剤師との連携
薬剤師による勉強会の開催
将来的に訪問系サービスで携帯端末で情報を見られるとベスト

(2) 訪問看護ステーション

私たちの訪問看護ステーションですが、地域は、訪問看護師も少ないし、所得も低いので訪問看護を利用する方は訪問介護では足りない方ですので、半分が医療保険です。そして要介護5・4・3の方がほとんどで、要介護1・2は10%ぐらいしかいない。そして、指示書は私たちのところが3割で、残りは20以上の医療機関から出ています。私はこういうのが訪問看護ステーションのあるべき姿ではないかと思っています。機能強化型は地方では無理だと思ったのですが、ギリギリですが強化型になっています。よくやっていると思います。

旧病院別館周囲整備

平成26年1月～平成27年3月
病棟を一部移転し病院機能を継続する

平成27年9月1日オープン
●フロイデ総合在宅サポートセンター大宮
(通所介護・小規模多機能型居宅介護)
●フロイデアシストハウス大宮
(サービス付き高齢者向け住宅)
●鈴木芳男記念大宮アクティビティセンター
●子ども遊べるリハビリ公園

今後、地域に開かれたコミュニティの構築・拡大

医療・介護・商業連携の拡大(居住施設・高齢者向け商業店舗) コンパクトタウンの整備



多世代地域交流拠点 (医療機関を中心としたまちづくり)

フロイデ総合在宅サポートセンター大宮(平成27年9月1日開設)
【隣接】サービス付き高齢者向け住宅



- ・リハビリ機能強化型デイサービス
- ・小規模多機能型居宅介護(通い・宿泊・訪問)
- ・アクティビティセンター
- ・シルバーフィットネス
- ・カフェテリア
- ・リハビリ公園



- 《開設までの予定》
- 6月 地域説明会&意見交換会
 - 7月 第2回意見交換会
 - 8月 開設前懇話会
 - ・内覧会

2015年 10月 オープン!!

地域の活動拠点

鈴木芳男記念 大宮アクティビティセンター

ご案内

新規会員登録中!!

地域の活動拠点

鈴木芳男記念 大宮アクティビティセンターの概要

多世代地域交流拠点 4つの施設、多様な交流拠点

- アクティビティスペース
- シルバーフィットネス
- 隣接スペース
- カフェテリア「エルマウ」

～會員について～

アクティビティセンターの意義に合わせ特別に広い!

- フィットネスで健康管理、地域の交流促進(通所介護・高齢者向け施設)
- 併設のアクティビティスペースで健康をまじり活動はひとりで!
- 高齢者の交流(地域交流・交流の場)

いろいろ遊ばせたい、いろいろ楽しめたいのです。

地域の熱い心、積極的啓蒙



フロイデアシストハウス大宮 (サービス付き高齢者向け住宅 20戸)

9月1日
オープン



住戸数:20戸
Aタイプ=18.38㎡
Bタイプ=19.80㎡
Cタイプ=30.92㎡
敷地面積:1,855.53㎡
延床面積:899.63㎡



そのときに緩和ケア、在宅もやっていますが、入院の方も結構いらっしゃるのので、緩和ケア病棟を作りました。

E階 緩和ケア「エーデルワイス病棟」(20床)



7) フロイデ DAN

常陸大宮市地域活性化プロジェクト「フロイデDAN」発足

—理念 VISION—

- ① 当地域において、人と人とのつながりを創り出していきます
- ② もっと素敵な生き方にチャレンジするきっかけを提供していきます
- ③ 誰でも気軽に寄れて、何でも気軽に相談出来る場所を創り出していきます
- ④ まちと人を大切に思い、地域の幸せ創りを目指していきます



【プロジェクトチームメンバー】
作業療法士・介護福祉士・福祉用具専門相談員・介護支援専門員・管理栄養士・看護師等
COPYRIGHT© 2012 Flouide DAN All Rights

これは、職員有志のプロボノ組織で、仕事とは別に、自主的にまちづくりの活動をしています。プロフェッショナルがボランティアの活動をするということです。もう6・7年前から、私が「やれ」と言ったのではなく、自主的に活動しています。「いつでも必要なことがあったら言ってね」「お金ぐらひは出すから」と言ったら「結構です」といわれました。自主的に会費を集めて活動しています。私からは「その活動を支えるためにコミュニティカフェを

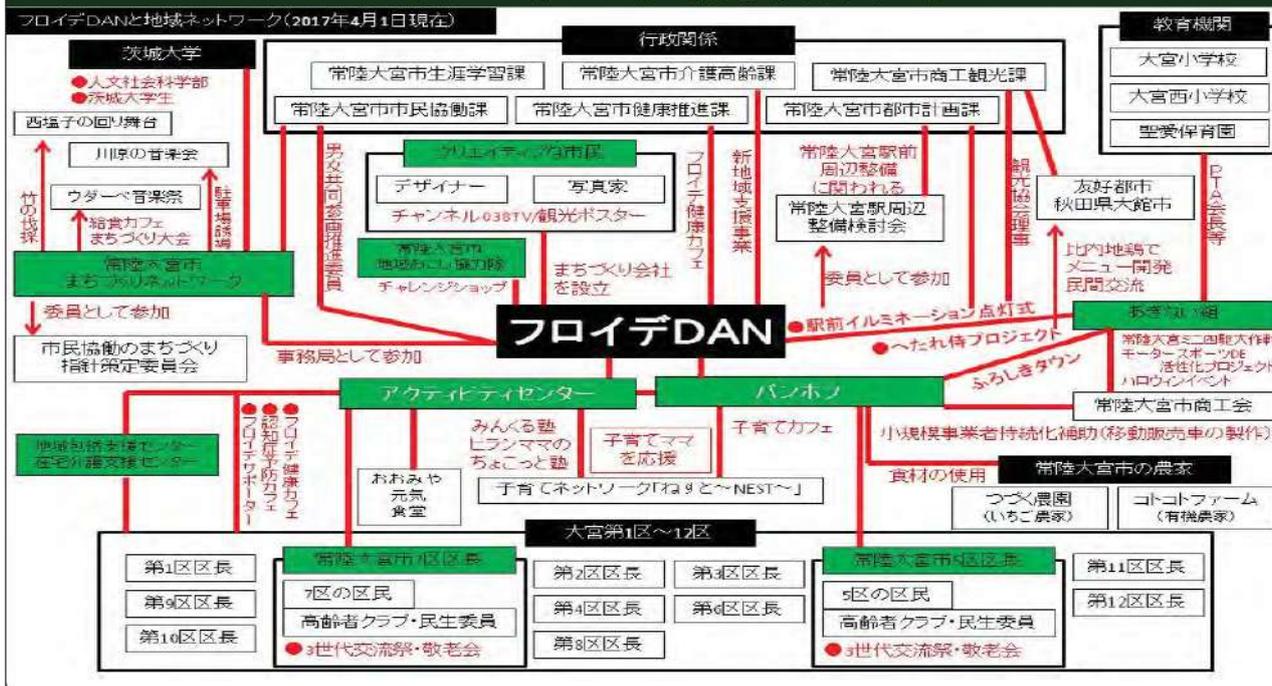
作りましょう」と、平成 24 年にコミュニティカフェ BAHNHOF バンホフを作りました。

こういう形で、さまざまなネットワークが地域にできました。カフェを中心にすごいネットワークになり、いろんな取り組みがそこから生まれています。10 月から月 1 回、常陸大宮楽市という朝市を日曜にやるそうです。次から次へと企画し活性化しています。

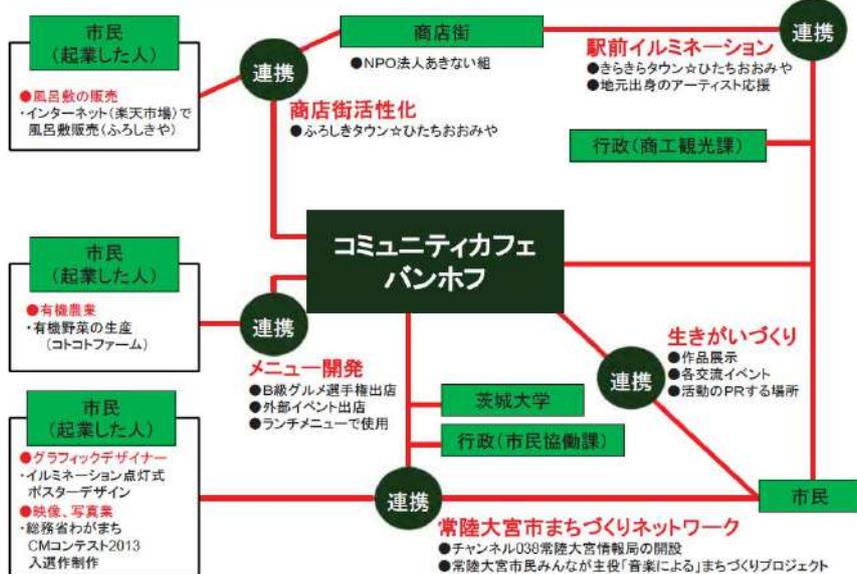
コミュニティカフェ BAHNHOF オープン (地域活性化と医商連携)



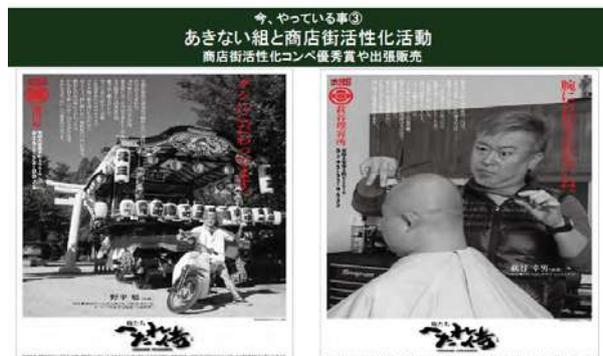
「フロイデDAN」「バンホフ」と地域ネットワーク



「フロイデDAN」「バンホフ」と地域ネットワーク(詳細)



あるいは、商店街の若い人はこういう旧へたれ村という江戸時代からの由緒正しい「へたれ」ですが、こういうパンフレットも作っています。



それから、秋田市が友好都市になりまして、きりたんぽを食べる会だとか、まあとにかくよくやっています。



比内地鶏を使用したメニュー開発、へたれ持つながりの交流。比内地鶏曲げわっぱ日本酒会とか・・・

フラワーアレンジメント教室、父の日イベント（手づくりクッキーを作ろう）、アートギャラリープロジェクト、病院祭、川原の音楽会、母の日イベント（パンケーキをみんなで楽しく作ろう）、宿題教室（みんくる塾：最近では市の教育委員会の公認を受けました。とにかく 50~60 人、机が足りないとお断りするぐらい子供が溢れています。）、夏休みの宿題サポートなどなど。



今、うちの職員が観光協会の理事とかいろんなところに参加するようになってきました。

フロイデDAN 常陸大宮市の各種計画への参画

常陸大宮市の計画へ意見を伝える立場に
◆医療・介護の視点でまちづくりに参画

私たちのような地域では、計画を策定する委員や市民が興味を持つことは、医療、介護、福祉、高齢者、障害者、健康というよりも地域経済の活性化、子育て支援だということが分かりました。

- 常陸大宮市観光協会理事（西村）
- 市民協働のまちづくり指針策定委員（寺門）
- 男女共同参画委員（西村）
- 常陸大宮駅周辺整備検討委員（西村）
- 常陸大宮市まちづくりネットワーク事務局（西村）
- 地域介護サービス運営委員（小野）
- 第7期介護保険事業計画委員（小野）



まちづくりをいろんなところでお手伝いをするこ
ではじめて、次の段階として一緒に企画をし、そして、
独自の企画に参画してもらえるとということです。
一番新しい企画は来月の後半からはじまる朝市です。



これは筑波大学社会連携センター准教授長谷川幸介氏の健康の分類ですが、心（精神）の健康と体（肉体）の健康は、私たちの専門分野ですが、縁（えにし）を届ける、人と人とのつながりを作る、縁の健康、この3つの健康が必要だということです。

8) 限界集落への支援

私たちの地域には12~13カ所の無医地区があります。私も今回初めて行きました。本当に奥の奥で道をどんどん上がっていくとなんと25世帯、43人、高齢化率70%、子供は1人というところがあり、私たちが配食サービスとか、いろんな支援をしています。昨年、5人高齢者が亡くなり、人口が10%減りました。このままいくと本当にさびしい、暗い地域になっていくということで、区長さんが来られました。「イベントをやりたい」、「山の上で花火を上げたい」というので「協力しましょう」と、うちの職員が20人以上、全部ボランティアで、私も含めて参加しました。新田先生も参加しています。その2~3日前になにかの会で会ったときに「今度の日曜日にやるんだ」と話をしたら、「僕が空いているから行くよ」と、新田先生のすごいところはフットワークが軽いことです。何もしなかったのは98歳と94歳のおばあさんだけで、あとの人は70代、80代の人も全員参加で、余分な人は1人もいない。この2人のおばあさんも最初から最後まで立ちっぱなしで、「こんなに集まったのは久しぶりだ」と言っていました。夜に花火が上がった時は300人くらいいました。地域はじまって以来の人数です。区長さんに「是非、毎年来てください」と言われ、今も続いています。地域包括ケアシステムの仕組みができると、こういったことにも別にお金なんか全然なくても、プロボノ活動で人が集まるようなそういうふうな雰囲気になっています。

無医地区・限界集落への支援②

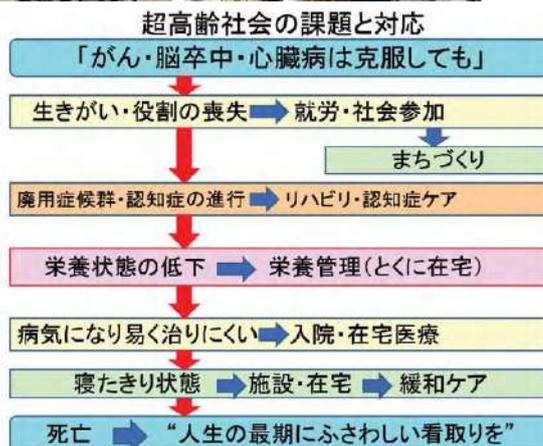


無医地区・限界集落への支援③



9) 超高齢社会の課題と対応

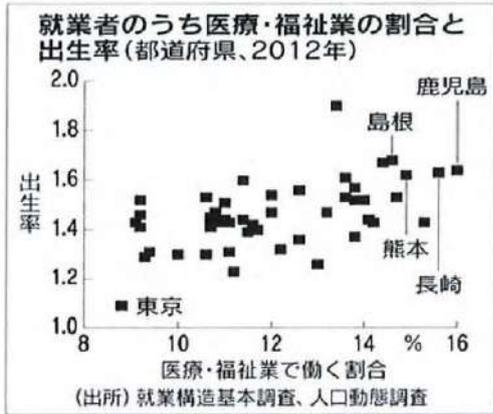
私たちのような中小病院は、がん、脳卒中、心臓病、これは急性期の大病院の担当だと思えますが、その後の役割を果たします。生きがい、役割がなくなっていくと廃用症候群や認知症が進んでいきますから、社会参加、まちづくり、リハビリや認知症ケアを行う。栄養状態が在宅では特に低下していき、やがて免疫力も低下し、病気になり易く治りにくいので、在宅での栄



養管理、そして入院か在宅を選んでいただく。そのメニューをいろいろ用意し選んでいただくようにしています。

寝たきり状態になっても、施設でも在宅でも診られるようにし、必要なときには緩和ケアも在宅でも勧められる。いずれ誰もが亡くなるわけですが、先進国の経済大国と言われた我国での人生の最期にふさわしい看取りをしていただこうと思っています。

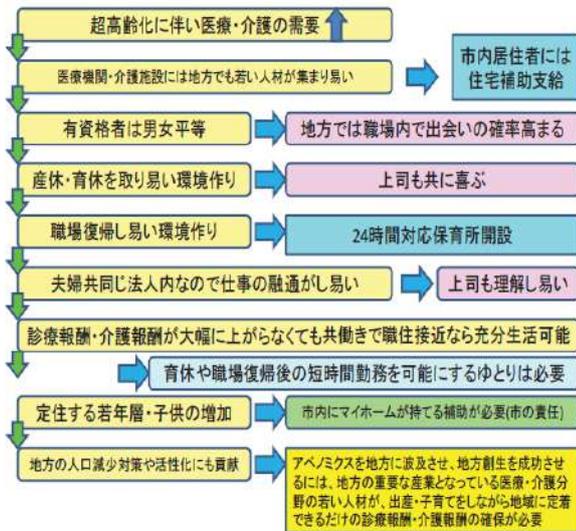
10) 医療機関・介護施設における地域活性化モデル



日本経済新聞H26年8月21日 経済教室記事 九州大学准教授 浦川邦夫氏記事より

就業者のうち医療・福祉業の割合が高いところは出生率も高いというデータが平成26年に日本経済新聞に載り、その方に2週間後に東京でお会いしてお話を聞きました。私たちの分野は地方でもまだ若い人がたくさん来てくれます。私たちの職場でも毎年30~40人の若い入職者がいます。私たちの分野は資格が必要で、男女平等で女性が働きやすい職場です。そこで産休、育休、短期間勤務、保育所など、こういったものをしっかり作って、仕事と子育てを両立できる体制を率先して作る必要があると言っていました。そこで、保育所を作りました。

医療機関・介護施設における地域活性化モデル



グループ内で結婚する人も20~30人いるわけです。出生率ですが、私たちの職場の出生率が高いときは、私の市の出生率がちょっと上がる、下がるとちょっと

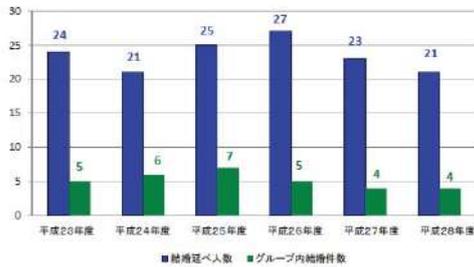
下がると言っています。私たちのような1民間医療法人が頑張ると、小さな市では出生率に影響を与えることも可能ではないかと考えています。

そのためには、「くるみんマーク」を厚労省の雇用均等・児童家庭局が認定していますので、是非それを取っていただきたいと思います。ただ問題としては、有資格者がどんどん休みます。そうすると有資格者を補充しなければならないということですので、常に有資格者の人手不足が生じます。そうでなくても人手不足なのに、金額で計算しますと私たちのところでも年間4,500~4,600万円持出になるという感じになります。ご本人や保育所の支援だけでなく事業者の支援も必要だということです。



結婚者数の推移

志村フロイデグループ結婚者数・グループ内結婚件数推移



厚生労働大臣認定 子育てサポート認定企業 (くるみんマーク認定:平成27年6月23日)

- 病院内保育所(フロイデキンダーガルテン)の運営
 - ・24時間・休日・学童・病児保育対応型保育施設
- 女性の継続就業に関する支援
 - ・育児休業取得率100% ・短時間勤務制度の導入
- ワークライフバランスを促進させる取り組み
 - ・1人あたりの残業時間の14.7%短縮
- くるみんマークの認定状況
 - ・全国2138の認定企業(医療機関は142機関)
 - ・茨城県では25企業(2番目の医療機関)
 - ・県北地域では初めての認定企業

1 1) 病院を中心としたまちづくり

そういうことを考えていきますと、中小病院では何十億の設備投資をしていますから、地域と運命共同体で、簡単に逃げられません。私たちの目標には、地域の高齢化対策や少子化対策、人口減少対策、活性化対策もあることに気が付きました。

町の中心部に病院を作ったのに、民間ですから少しずつしか建て替えができません。移転できないのです。では病院を中心としたまちづくりをしようと、少しずつ私たちがやれる範囲でやっています。

いろいろな提案をしており、ついに市の駅前の再開発計画に結び付きました。私たちのところは医療福祉機能と商業機能の連携という位置づけがしっかりあります。駅を中心に再開発を数年かけてやりました。病院の売店は地域に開かれた売店になっており、ミニコンビニ的に地域の方もたくさん利用していただいています。

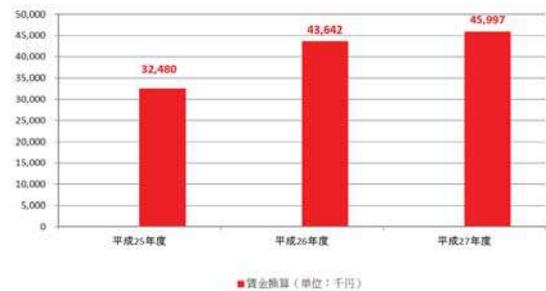


● 博仁会普通出生率 (1,000人当たりの出生率)



子育て両立支援に関わる負担

子育て両立支援にかかわる負担金額合計



〈志村フロイデグループの目標〉

“中小病院は地域と運命共同体”

- ① 地域に密着した医療の充実
- ② 地域包括ケアシステムの確立
- ③ 介護サービス比率の増加
- ④ サービス提供エリアの都市部への拡大
- ⑤ 高齢者の雇用推進 ⇒ 自立高齢者の増加 ⇒ 超高齢化対策
- ⑥ 出産・子育て支援 ⇒ 女性就労の継続・増加 ⇒ 少子化対策・人口減少対策
- ⑦ 看護学校の運営 ⇒ 地域の人材育成
- ⑧ 医商連携 ⇒ 中心商店街の活性化
- ⑨ 医療機関を中心としたまちづくり ⇒ 高齢者が安心して過ごせるまちづくり
・地域活性化対策
- ⑩ 首都圏の超高齢化の受け皿づくり ⇒ 共生型CCRC

13) おわりに

これは私たちの看護学校です。中小病院には不相応なのですが、卒業生を5回出しました。

とにかく医師もいないが看護師もいないということで、工業高校が統廃合で校舎が空くので、看護学校を作る話があり、「医師会がやってくれないか？」という話をしたのですが、医師会が総論賛成、各論まとまらず、県が「まとまらなかつたら更地にして工場地として売る」と言われたもので、今やらなきゃと急ぎよ学校法人を作りました。

私がやった中で一番役に立っていると言われていています。看護学校は地域に貢献していると思ってきているみたいですが、若い人は社会人も結構いますが、たくさん来てくれて地域の中にみなさん本当に私のところは40人のうち10人くらいですから、あとは本当に地域の広域病院とかいっぱい行っていただいて評判がいいという話を聞くと本当にうれしく思います。



第5回「2017年度在宅医療推進のための会」

年間テーマ：質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

開催日時 2017年10月27日（金）19：00～21：00

開催場所 東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階「602AB」

出席者 委員42名 陪席15名 事務局5名

テーマ 「本人の選択・本人と家族の心構え」をどのように醸成するのか

<話題提供者>

- ① 三浦久幸氏（国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 部長）
- ② 西川満則氏（国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 国立長寿医療研究センター 在宅医療・地域連携診療部 地域医療連携室長）
- ③ 紅谷浩之氏（オレンジホームケアクリニック 代表）
- ④ 大友宣氏（医療法人財団 老蘇会 静明館診療所）

第5回勉強会の内容と趣旨：

看取りを伴う在宅医療普及の大きなバリア（障害）の一つが、人は必ず死を迎えること、そして、様々な困難に直面する形となる「人生の最終段階」を迎えることを全く意識できていないことにあると考えます。

地域包括ケアシステムの模式図においては、この重要性に関しては皿の部分で示されていますが、人は必ず死を迎えることを国民に意識してもらうこと、人生の最終段階における医療について、健康な時期から考えることの重要性を国民に認識してもらうこと、どこで、どのように自分の人生を締めくくるのか、人生の最終段階にどのような医療を受けたいのか受けたくないのか国民に具体的に考えてもらうこと（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）は、今後の地域社会において重要な課題です。

世界的にも、特に高齢化を早く迎えた国においては、国民運動として取り組まれており、日本においても、平成26年度より国の事業として取り組みがなされ、現在は急性期病院の医療従事者を対象として講習会が行われていますが、もっと早期の段階で取り組みがなされるべきで、特にプライマリケアに関わる職種、公衆衛生（public health）に関わる職種が取り組むべきことであろうと考えます。

今回は、この問題を一緒に議論したいと思います。

<プレゼンテーション①：三浦久幸氏>

「アドバンス・ケア・プランニングとは何か」

1. はじめに

今回は「本人の選択、本人と家族の心構え」、地域包括ケアの植木鉢の下敷きになっているところがメインのテーマです。前半は、アドバンス・ケア・プランニングについて、後半は平成 26 年度、27 年度に厚生労働省の人生の最終段階における医療体制整備事業が行われ、その評価機関として長寿医療研究センターが関わらせていただきましたので、その事業についてお話します。この事業は 2 年間で 15 カ所のモデル事業採択医療機関があり、平成 27 年度は 5 カ所のうち 2 カ所の診療所が採択され、その 2 カ所が本日後半にお話をいただくオレンジホームケアクリニックの紅谷先生と静明館の大友先生です。地域における ACP の活動とか、地域でいかに意思決定支援を行うかを後半、紅谷先生、大友先生にお話いただく流れになっています。最初に私のほうからアドバンス・ケア・プランニング（以下 ACP と略）とは何かというお話をさせていただきます。

2. ACP とは

1) ACP の歴史

ACP という言葉は急速に広がっているのですが、あまり理解されていないところもあり、歴史も含めて解説します。

1975 年にカレン・アン・クインラン裁判があり、当時、22 歳の女性でスリーピングビューティーと呼ばれた人ですが、薬とアルコールで植物状態になり人工呼吸器につながれていて、その人工呼吸器を父親が「もう外して欲しい」と裁判を起し、本人の尊厳も含めて「抜いてよろしい」との判決がありました。

それを受け 1976 年にカリフォルニア州の自然司法局でリビング・ウィルが法的に認められました。1981 年に、世界医師会でリスボン宣言（患者の尊厳を、自己決定も含めて容認）が決議されます。その後起こったのがクルーザン裁判です。この方は 33 歳に交通事故で植物状態になり、経管栄養となった。「経管栄養をやめたい」と家族が裁判を起し、当時の裁判所は「本人のしっかりとした意向が残っていないとダメ」と 1 回拒否し、その後、友達が本人の意思を証言し、経管栄養をやめることが認められました。これが死ぬ権利が認められた初めての裁判になります。

それを受けて、本人の意向をきちんと残しておくことが大事と、アメリカの連邦議会が、「患者の自己決定権法」を制定しました。その内容がアドバンス・ディレクティブ（事前指示書）になります。

事前指定(示)とは

・事前指定(示)とは、もともとはAdvance Directiveの和訳。

1991年の米国 患者自己決定権法

事故や重症疾患によって意思決定能力が失われた時にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに表明しておく

①リビング・ウィル

生前に行われる尊厳死に対してであれば「尊厳死の権利を主張して、延命治療の打ち切りを希望する」といった意思表示のこと。またそれを記録した「遺言書」などのこと

②医療代理人の指名—通常の事前指示書は①と②両方により構成される

事前指示書(主にレット・ミー・ディサイド)、事前指示書、患者の事前の意思表示書(日本医師会ガイドライン)、尊厳死宣言書、蘇生拒否の指示(DNAR)等、使用する団体・機関のこれまでの経緯により、様々な呼称があり、それぞれ形式も異なる。

米国のリビングウィル・事前指示書に関する初期の流れ

年	トピックス
1937	米国安楽死協会設立
1946	任意安楽死立法化促進1776人医師委員会
1949	ハーマン・サンダー事件
1974	安楽死協会→死ぬ権利協会へ改称
1975	カレン・アン・クインラン裁判 ¹⁾
1976	カリフォルニア州自然死法
1981	患者の権利に関するWMAリスボン宣言(世界)
1983	ナンシー・ベス・クルーザン裁判 ²⁾
1991	患者の自己決定権法
1997	オレゴン州尊厳死法
1997	自殺補助医療費制限法

1) 意識回復の望みが全くない患者の生命維持装置を外し延命治療を打ち切ってもかまわないか、というクインランが医療現場に存在するという時事を世間に劇的な形で知らせた裁判(1976年)

2) 連邦政府が初めての「死ぬ権利」についての判決を下した。この裁判が州・連邦議会にアドバンス・ディレクティブの使用を促すきっかけとなった。

「患者の自己決定法」で定めた事前指示書のなかみは、リビング・ウィル（本人の意向）を示すことと、代理人指名があります。この 2 つの構成要素のいずれか、あるいは両方があるものを事前指示書にして、入院や入所のときに、任意で、「事前指示書があります」と周知することがこの法律に定められました。

この事前指示書は日本でも現在広がってきており、レット・ミー・ディサイドというカナダ

のもの、患者の事前の意思表示（日本医師会のガイドライン）、等に盛り込まれています。

そして、テノーとリン、二人ともアメリカのブラウン大学、ジョージワシントン大学の方ですが、1994年に出したのがACPです。

なぜ ACP の考え方が広がったか、広めなければいけなかったかという、1995年にJAMAで発表された SUPPORT プロジェクトの結果です。この結果は大きな影響を、全世界の生命倫理にも影響を与えているのですが、2,800万の予算で9,100万人の重症患者を対象として、訓練を受けた看護師がまとめ役になり、患者や医療スタッフに予後についての情報を提供し、患者の選択について、患者とその家族と話し合い、患者と医師のコミュニケーションを促進させることを二重盲検で行いました。

その結果は、看護師が関わったほうが、事前指示書を書く人が多かったのですが、この事前指示書の提示によって医療処置が患者の意向と一致した割合が増加したというエビデンスがでず、「大失敗」という評価となりました。この理由として、医師が、事前指示書を取り扱ってくれなかった、あるいは、話し合いを始めることが躊躇された可能性があります。

アドバンス・ケア・プランニング初出

将来的に意思決定能力が低下する場合に備えてのアドバンス・ケア・プランニングのゴール



Teno, JM, Nelson, HL, Lynn, J. Hastings Center Report S32-336, 1994

全体のゴール：
患者が意思決定に参加できなくなった時に、臨床的なケアが確実に患者の選択により形作られるようにすること

個別ゴール：

1. 医療決定のプロセスを改善する
 - A. 患者の予後、選択に基づき、患者、医療提供者、代理決定者の間の共有意思決定(SDM)を促進すること
 - B. 強制なしで、治療決定を委任できるようにする
 - C. 変化する臨床状況に対応して、柔軟性と特異性のバランスをとる
 - D. 看取りについて、及び判断能力の低下を伴う疾患に罹患した際に生じる問題について、適切な個人および公的啓蒙を奨励する
2. 患者のアウトカムを改善する
 - A. 患者の幸福(well-being)を改善する
 1. 過剰および過少治療の頻度および規模を低減する
 2. 患者が自分のヘルスケアをコントロールできるようにする
 - B. 家族や大切な人々に負担をかけるという個人の懸念を軽減する

Original Contributions

A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients

The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)

The SUPPORT Principal Investigators JAMA, Vol. 274(29): 1591-1598, 1995.

2800万ドルの予算で、9,100人の重症患者を対象とした。訓練を受けた看護師がまとめ役となって、患者や医療スタッフに予後についての情報を提供し、患者の選択について患者とその家族と話し合い、患者と医師のコミュニケーションを促進させた。介入後に事前指示を文書化した患者は増加したが、文書作成時に医師と話し合いを持った患者は事前指示を行った患者の12%にすぎず、患者の事前指示を承認した医師は、全体の25%のみであった。心肺蘇生術に関する希望を医師に伝えた重症患者は23%のみで、死が予想されている重症患者においてさえ、患者が医師と話し合いや、意思決定を行うのはまれであることをSUPPORTは明らかにした。また、事前指示書の提示によって医療処置が患者の意向と一致した割合が増加したとするエビデンスはなかった。

・事前指示それ自体の内容ではなく、むしろ医師が事前指示にアプローチするやり方の問題
・医師は特に病気の初期の段階では、患者と事前指示について話し合いを始めることを躊躇してしまうのではないか

実はこの SUPPORT プロジェクトに運営委員会委員としてかかわったのがジョアン・リンというジョージワシントン大学の人なのですが、この事業が失敗することを見越してこの ACP という考え方を生み出したのです。

その中心が、患者の意思決定に参加できなくなったとき、臨床的なケアを確実に患者の選考により形作られるようにすることが全体のゴールで、いまだに ACP の定義にもこれが用いられていることが多いかと思えます。

Rethinking Fundamental Assumptions: SUPPORT's Implications for Future Reform

Joanne Lynn, MD, MA, MS,¹ Hal R. Askes, PhD,² Marguerite Stevens, PhD,² Felicia Cohn, PhD,² Barbara Koenig, PhD,³ Ellen Fox, MD,³ Neal V. Dawson, MD,³ Russell S. Phillips, MD,¹ Mary Betó Hamel, MD,¹ and Joel Tysvat, MD, MPH^{1†} JAGS 48:S214-S221,2000.

RESULTS: Many of the assumptions underlying the model of improved decision-making are problematic. Furthermore, the results of SUPPORT suggest that implementing an effective intervention based on a normative model of shared decision-making can be quite difficult. Practice patterns and social expectations may be strong influences in shaping patients' courses of care. Innovations in system function, such as quality improvement or changing the financing incentives, may offer more powerful avenues for reform.

共有意思決定(SDM)の規範的モデルに基づいた効果的介入は極めて困難であった

個別ゴールとして、医療決定のプロセスを改善するために共有意思決定(シェアード・ディシジョン・メイキング: Shared Decision Making: SDM)がうまく促進されないといけません。

この論文でリンは、SUPPORT プロジェクトの失敗は SDM がなかった、そういう考え方がやっぱり未熟であり、患者医師関係につながらなかった、「いくらアドバンス・ディレクティブを書いて、結局医者が患者との関係でうまく利用できないと意味はない」というような考察をしています。

2. ACP はプロセスである

1995年にエマニュアルが、結局「ACP はプロセスです」という論文を出し、これから「ACP はプロセス」と言われることになりました。

構成要素を見ますと、5つのプロセスになります。まず、最初にいろいろな話し合いを持ち出し、その話し合いを促進する。ここは共有意思決定ですが、その後、話し合いの内容をカルテなどに記載し、振り返りと書き換えをして、最後には代理決定者との話し合いを活発化するという、このプロセスが ACP の

プロセスと言われるものです。

ですから、「対話のプロセスだけではなく書式に書く」という誤解もありますが、それは違います。別に決まった書式ではなくて、文書化すればいいという流れで、大事なものは医師患者関係であるということになります。

Advance Care Planning as a Process: Structuring the Discussions in Practice

Linda L. Emanuel, MD, PhD,¹ Marisa Davis, MD,¹ Robert A. Pearlman, MD, MPH,¹ and Peter A. Singer, MD, MPH² JAGS 43:440-446, 1995

アドバンス・ケア・プランニングの構成要素

共有意思決定 (shared decision making; SDM)

ステップ	理想とする対応専門職	スキル	行動
1 話題の導入と情報提供	主治医他	困難な話題を取り上げたり、教育する	医師、患者間の出会い、パンフレット、ビデオ等、地域団体
2 話し合いを促進	主治医(不可欠)、補足的な役割をその他の職種	患者の希望の表出をサポートする。計画のモダリティを個人に合わせる	代理決定者は出席すべき。ワークシートを用い、鉛筆で事前指示を下書き、他者との振り返りや話し合いの時間を確保
3 事前指示を記載あるいは話し合いの内容を記録する	主治医(不可欠)、補足的な役割をその他の職種	意思決定に関する患者の準備状態を判断する	臨床例をあげて、患者の決定事項をテスト、事前指示のコピーは代理決定者等に手渡し、記録用紙に記載。
4 事前指示書の振り返りと書き換え	主治医他。主治医は変更点を確認すべき	患者の希望変更の確認と患者の準備状態を判断する	面会やその他の情報手段で希望の変化を確認
5 事前指示を実際の現場に適用する	代理決定者と協調して、主治医が実践する	事前指示を状況に適合するように解釈する。関係者間のコミュニケーションに勤める。チームワークを促進。	予測不能な状況に希望内容を適応するのは避ける。陳述した内容を解釈し、代理決定者の判断を促す

共有化・組織化

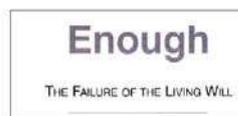
プロセス

ステップ	理想とする対応専門職	スキル	行動
1 話題の導入と情報提供	主治医他	困難な話題を取り上げたり、教育する	医師、患者間の出会い、パンフレット、ビデオ等、地域団体
2 話し合いを促進	主治医(不可欠)、補足的な役割をその他の職種	患者の希望の表出をサポートする。計画のモダリティを個人に合わせる	代理決定者は出席すべき。ワークシートを用い、鉛筆で事前指示を下書き、他者との振り返りや話し合いの時間を確保
3 事前指示書を記載あるいは話し合いの内容を記録する	主治医(不可欠)、補足的な役割をその他の職種	意思決定に関する患者の準備状態を判断する	臨床例をあげて、患者の決定事項をテスト、事前指示のコピーは代理決定者等に手渡し、記録用紙に記載。
4 事前指示書の振り返りと書き換え	主治医他。主治医は変更点を確認すべき	患者の希望変更の確認と患者の準備状態を判断する	面会やその他の情報手段で希望の変化を確認
5 事前指示を実際の現場に適用する	代理決定者と協調して、主治医が実践する	事前指示を状況に適合するように解釈する。関係者間のコミュニケーションに勤める。チームワークを促進。	予測不能な状況に希望内容を適応するのは避ける。陳述した内容を解釈し、代理決定者の判断を促す

その後も書式だけに頼るようなことが多く行われたため、2004年ぐらいにはもうリビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブは失敗したのではないかという論文が出たりということがありました。

今は文書化については批判的な論文が非常に多く書かれるようになり、文書だけに頼る行為はアメリカではかなり批判的になってきたと言われます。

事前指示書(AD)の限界



Hastings Center Report
34, no.2 (2004):30-42



Arch Intern Med 2004; 164:1501-1506

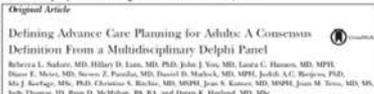
1. 病状を十分に理解しないままに事前指示書を作成した可能性がある
2. 事前指示書に記された内容が曖昧で、問題となる事例がある
例: 大げさな治療はしないほしい
3. 想定した状況と異なる状況(疾患)が生じた場合に適応できるかどうか問題となる事例がある
4. 患者の気持ち(決定)が変わることがある
5. 事前指示書に記された内容が、患者に対する最善の利益と矛盾する場合がある
(Bernard L.O. Resolving ethical dilemmas. fifth ed. 2013)

アドバンス・ケア・プランニングの定義

1. Advance Care Planning Australia (Austin Health)

将来の医療やパーソナルケアを計画するプロセス。ここでは、その人が決定することができない、あるいは決定を伝えることが出来なくなった時に、その人の価値観や治療選好に基づき意思決定が導かれるよう、それらが周知されます。

2. Journal of Pain and Symptom Management 53:821-832, 2017



(1) アドバンス・ケア・プランニングは将来の医療に関しての個人の価値、人生のゴール、治療選好を理解し、共有することで、全ての年齢層の成人、すべての健康ステージを支えるプロセスである。

(2) アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が重篤な慢性疾患に罹患したときに、その人の価値、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実にできるように手助けすることである。

(3) 多くの人にとっては、そのプロセスには、もはや自分では意思決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼できる人を選び、準備することが含まれます。

3. アドバンス・ケア・プランニングの定義

医師患者関係の良好な関係を基盤にして、ACPも定義が更新されています。ここで示されているのが今年に出された定義で、ACPはまだ発展途上と言えるかもしれません。

4. 共有意思決定

共有意思決定も、その学問と一緒に非常に発展しており、このSDMの9ステップ、医師と患者が対等なパートナーとして、どのようなコミュニケーションを取るかということも確立されました。この本も今年に出たばかりなので、SDMも最近になって学問的に固められたということになります。

共有意思決定(Shared Decision Making)

SDMの必須4要素

1. 少なくとも医療者と患者が関与する
2. 両者が情報を共有する
3. 両者が希望の治療について、合意を形成するステップを踏む
4. 実施する治療についての合意に達する

SDMの9ステップ

1. 意思決定の必要性を認識する
2. 意思決定の過程において、両者が対等なパートナーと認識する
3. 可能な全ての選択肢を同等のものとして述べる
4. 選択肢のメリット・デメリットの情報を交換する
5. 医療者が患者の理解と期待を吟味する
6. 意向・希望を提示する
7. 選択肢と合意に向けて話し合う
8. 意思決定を共有する
9. 共有した意思決定のアウトカムを評価する時期を相談する



そういう時期に、2010年のオーストラリア・メルボルンのオースチン病院からデータが出されました。

80歳以上の高齢者にACPを行った群とコントロール群を分けたら有意に本人の希望が尊重され、遺族のストレスも少なかったということでした。この論文自体に非常に驚いて、私と西川先生がこの翌年に行って研修を受けてきました。

アドバンス・ケア・プランニングのエビデンス



対象: 309人の法的に判断能力のある80歳以上の入院患者を6ヶ月間あるいは死亡するまでフォロー。
 介入: ランダム化してACPを行った群とコントロール群に分けた。
 結果:
 ・介入群では患者の人生の最終段階の希望が有意に周知された。
 ・遺族のストレス、不安、うつ症状は少なかった。
 ・入院中の患者、家族満足度は有意に高かった。

5. ACP 実施時期

死に近づくほどご本人の意志決定能力も減り、家族の意向が大きくなりますので、やはりできるだけ早い時期にACPを実施する必要があります。



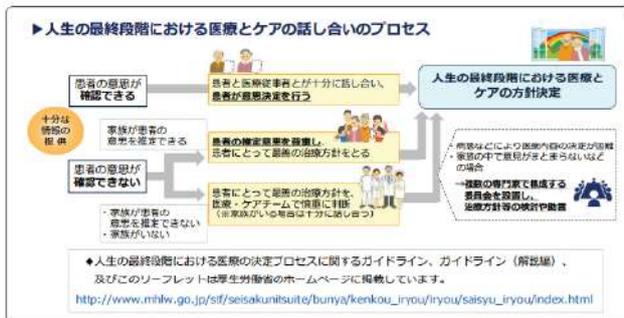
6. 人生の最終段階における医療体制整備事業

このような活動している中で、厚生労働省が平成26年度から、「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」(以前は「終末期における・・・ガイドライン」として2007年に出されたのですが)が徹底されていないので、これを徹底するようなテキスト作成や研修会を行いたいという話があり、長寿医療センターで、鳥羽先生に代表になっていただき、生命理倫の専門家等を集めてテキスト作成の研究班を構成し、テキストを作りました。

テキストの内容はどちらかというとACPというよりは人生の最終段階のガイドラインに従って、侵襲のないコミュニケーションを行うという内容で、基本的な知識とか、SDMとか、ACPとかいろいろな要素を加味して作ったものです。これは純粋にACPの研修というわけではなく、人生の最終段階の話し合いをきちんとやっていくためのものということで作った経緯があります

この後どのような事業内容で、どのような結果になったかは西川先生にお話していただきます。

“人生の最終段階における医療”の決定プロセスに関するガイドライン



厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業
 「人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修プログラム案を作成する研究」
 （課題番号：H25-特別指定-036）
 研究代表者：鳥羽研二

研究組織

鳥羽 研二	国立長寿医療研究センター	病院長
三浦 久幸	国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部	部長
西川 尚剛	国立長寿医療研究センター 呼吸器科	医師
小野沢 誠	北里大学病院 患者支援センター	トータルサポートセンター長
尾藤 誠司	東京医療センター臨牀研究センター臨牀学研究室	室長
木澤 義之	神戸大学医学部看護学看護学専攻	特命教授
樋口 龍彦	東京大学大学院医学系研究科	教授
清水 智希	東京大学大学院人文社会科学系研究科	教授

研究協力者

町屋 博美	国立長寿医療研究センター	看護部	看護部長
濱江 由理子	国立長寿医療研究センター	看護部	緩和ケア認定看護師
新田 園夫	新井クリニック		院長
鈴木 夫	鈴木内科医院		院長
平坂 由美子	北里大学病院患者支援センター		
田村 恵子	京都大学大学院研究科人間健康科学系専攻		がん看護専門看護師
宮下 光允	東北大学大学院医学系研究科保健学専攻		教授
森田 達也	豊健三方斎院	緩和ケア科	部長

平成26年度 人生の最終段階における医療体制整備事業 研修会プログラム

開始	終了	時間	1日目：8月22日（金）	会場	研修内容
8:30	9:00	30	始業		
9:00	9:08	8	和室研修室開校式		
9:08	9:10	2	開校式後 講演「国立長寿医療研究センター 国立長寿医療研究センター（人生の最終段階における緩和ケア推進）」		
9:10	9:25	15	イントロダクション		研修室の役割（受講・教育・相談）
9:25	9:35	10	アイスブレイキング		アイスブレイキング
9:35	10:10	35	講義1-a		緩和ケアにおける緩和ケアの役割
10:10	10:25	15	休憩		
10:25	11:10	45	講義1-b		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
11:10	11:40	30	講義2-a		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
11:40	12:10	30	講義2-b		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
12:10	12:15	5	休憩		
12:15	13:55	140	講義3		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
13:55	14:45	50	ロールプレイ1		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
14:45	15:15	30	ロールプレイ2		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
15:15	15:25	10	休憩		
15:25	16:05	40	講義4		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
16:05	16:05	0	講義5		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割

倫理、GLの知識
SDM
倫理・知識
SDM/ACP
法・倫理の知識

開始	終了	時間	研修	会場	研修内容
13:55	14:05	10	ロールプレイ3		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
14:05	14:15	10	ロールプレイ4		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
14:15	14:25	10	講義6		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
14:25	14:35	10	講義7		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
14:35	14:45	10	講義8		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
14:45	14:55	10	講義9		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
14:55	15:05	10	講義10		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
15:05	15:15	10	講義11		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
15:15	15:25	10	講義12		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
15:25	15:35	10	講義13		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
15:35	15:45	10	講義14		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
15:45	15:55	10	講義15		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割
15:55	16:05	10	講義16		緩和ケアの役割と緩和ケアの役割

SDM
SDM/ACP
EOLディスカッション
SDM
ACP

<プレゼンテーション②：西川満則氏>

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取り組み 「人生の最終段階における医療に係る相談体制構築事業」

1. はじめに

私は、三浦部長のもとで厚労省の事業のお手伝いや、地元国立長寿研究医療センターで地域で ACP を進める活動をしております。

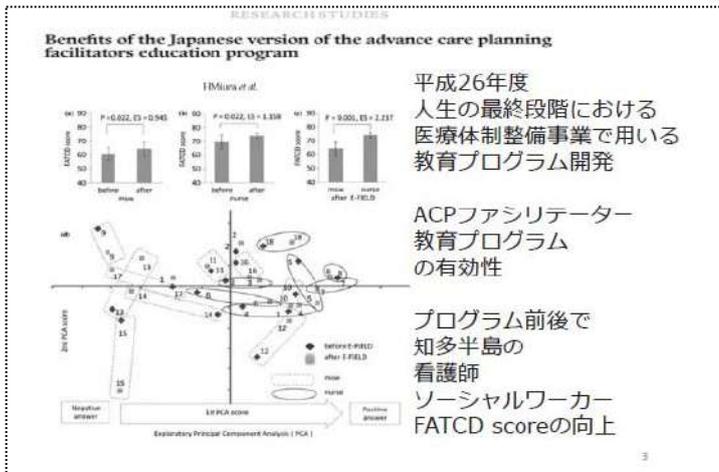
本人の選択と本人家族の心構え。アドバンス・ケア・プランニングについてお話をしたいと思っております。

2. 人生の最終段階における医療に係る相談体制構築事業とは

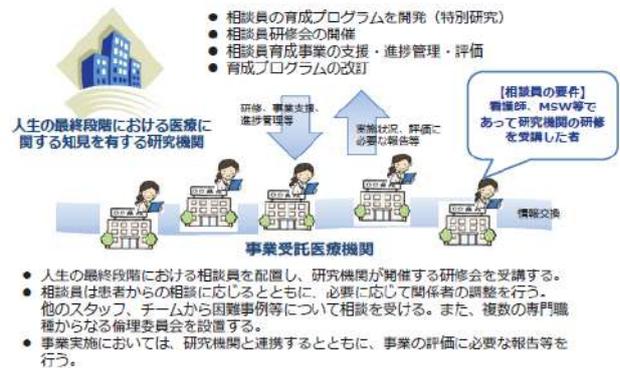
最初に平成 26 年と平成 27 年度の厚労省の事業に関わらせていただきました。この事業は「人生の最終段階における医療にかかる相談体制構築事業」といい、ACP やもっと差し迫ったときの判断を一緒に行うファシリテーターを養成する事業です。

主に教育プログラムを作り、それを中央で研修して、中央で研修した人たちが各々の地域の病院へ戻り、自分の地域で ACP を広げていく、そんなプロジェクトだったと思います。

3. 教育プログラムの有効性



患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 人生の最終段階における医療に係る相談体制構築事業

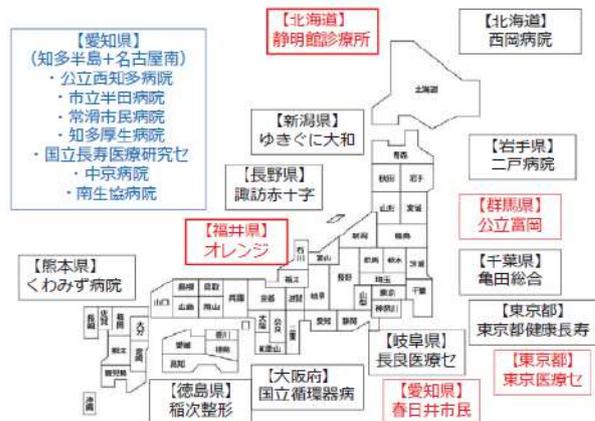


これは平成 26 年度事業が始まる前に、長寿センターの地元の知多半島の看護師とソーシャルワーカーの方に参加していただき、研修の前後での FATCD（亡くなる患者さんに対する態度の前向きさという質問調査）の結果です。非常に少数例ですが、看護師においてもソーシャルワーカーにおいても研修の前後で亡くなる患者さんに対して前向きになるという結果がでました。看護師とソーシャルワーカーの比較では、看護師のほうが最期を迎える患者さんに対してより積極的な態度になるという、ACP ファシリテーターのアウトカム

を出した論文です。

4. 参加施設

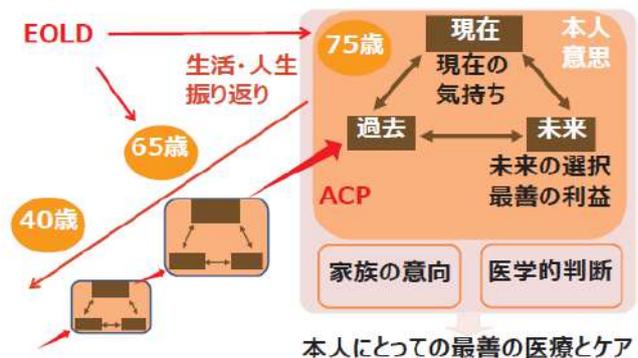
平成 26 年と平成 27 年の事業に参加された医療機関です。今日はオレンジホームケアクリニックと静明館診療所から報告していただいております。同時に、国の事業としてこの ACP や相談員を広めるときに、将来、地域とか生活とかそういうことが多分キーワードになるであろうということは容易に想像できましたので、国の事業の 2 年目に長寿センターの周りの知多半島約 60 万人の人口の地域でも、地域でファシリテーターを養成することを開始しました。



5. 意思決定支援の概念図

意思決定支援の概念図です。例えば、40歳、健康。65歳で、急性心筋梗塞。生死をさまよったすえ、奇跡的に救命でされたが、その後、慢性心不全による息切れのために、外出もままならない健康状態になった。75歳 認知症と繰り返す誤嚥性肺炎のため、口から栄養をとることがいよいよ難しくなった。65歳時の心筋梗塞の時に、生きるか死ぬかの差し迫った意思決定のための対話 (= EOLD: エンドオブライフディスカッション)、そして、75歳の時にも、認知症が原因だろうと思われる、経口摂取困難に対して、人工栄養(胃瘻)等の選択に関する対話 (=

本人の意思の過去・現在・未来



EOLD) がなされた。このような仮想事例で、「過去」: 本人が、人工栄養選択に関して、何か語っていたことはあるか、これまでの人生を振り返り、家族の口から、過去に本人の語った ACP をくみとる。「現在」: 本人に、わかりやすい言葉で、コミュニケーションの取りやすい時に、人工栄養選択について聴いてみる。「未来」: 本人、元気な頃の本人なら、どんな人工栄養の選択をするだろうか、考えてみる。「過去」「現在」「未来」の3つの時間軸で構成される本人の意思から、本人意思を推定する。これに、家族意向や医学判断、を加え、本人にとっての最善の医療とケアを選択する。このように、経時的につなげられる ACP のプロセスをこの図は示しています。

6. 平成 26 年度事業の結果

「人生最終段階における意思決定支援」事業(H26年度)

人生の最終段階の医療体制整備事業 (事業評価)							
2014年				2015年			
8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
相談員に対する研修会	相談員に対する研修会	2014.09-2015.2 (6ヶ月間) 下記複合	2014.11-2015.2 (4ヶ月間) 実態介入	病院職員に対するインタビュー調査	病院職員に対するインタビュー調査	相談員に対するインタビュー調査	相談員に対するインタビュー調査
相談員に対する質問紙調査	相談員に対する質問紙調査	1. 相談員本研修会	2. E-ラーニングを用いた伝達講習	成果報告会	成果報告会	タレントワーク	タレントワーク
相談員に対する質問紙調査	相談員に対する質問紙調査	3. 医療ケアチームを設置	4. 臨床倫理委員会を設置	病院職員のガイドラインの認知率調査	病院職員のガイドラインの認知率調査		
		5. 適格基準除外基準による介入	6. 病院独自の取り組みによる介入				
		7. 成果報告会					
		相談内容シート記入					
		各々の介入終了時の患者と家族への質問紙調査					
		患者家族へのインタビュー調査					
		進捗状況を、長寿に提出					

平成 26 年度の厚労省の事業です。期間は 8 月から翌年の 3 月まで半年くらいの期間です。最初に作り出した意思決定支援のための教育プログラム (E-FIELD: Education For Implementing End-of-Life Discussion) を人材育成のため相談員の方に受けていただきました。

複合的な介入をして半年経った頃に相談支援の効果調べました。どのような介入したかという、1 番から 7 番にあるような複合的な介入でした。

まず中央で研修会を受けていただき、学んだことを地元に戻って自分の周りの医療や介護に携わ

る人たちに伝えていただき、病院の体制として医療ケアチームを作ったり、倫理委員会を作ったりして、あらかじめ定められた適格基準に沿って少しずつ ACP を導入していきました。

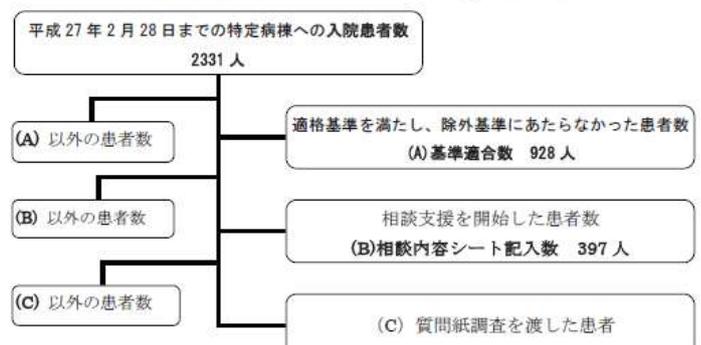
その結果を相談内容シートに記入し、相談の終わったあとに、患者さんご家族に対する質問調査、いわゆる実現可能性研究と患者家族アウトカム研究が行われました。

1) 調査研究の対象者

10 の病院で特定病棟の入院患者さん 2,331 人の中で適格基準を満たし、除外基準に当たらない方が 928 人おり、その後に実際 ACP を開始してみようという方が 397 人、約 1/3 ぐらいの方がいました。

2) 対話の中で語られた内容

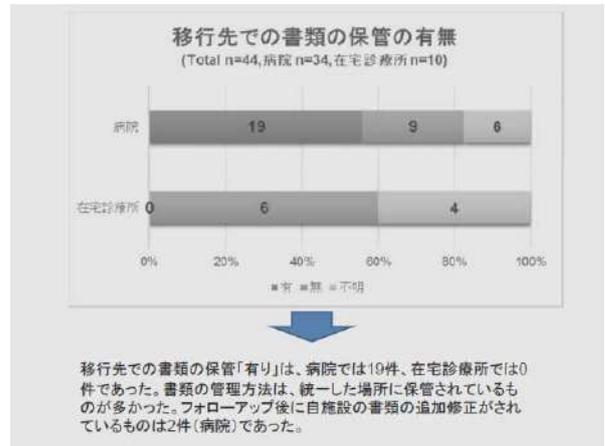
患者のリクルートについて(H26年度)



相談を受けた患者へのアンケート調査の結果ですが、ポイントになるところだけ述べます。患者の意思がより尊重されたというのが、概ね 89%ありましたが、11%はあまり尊重されなかったという回答をしています。質問紙調査ですので、逆質問も準備されておりまして「あまりこれは知りたくない内容だった」との質問に「そうは思わない」という意見が 8 割超ありました。どちらにとっても約 9 割の方がファシリテーターともしもの話、差し迫った最期の話をして「良かった」と思っているけれども、10%ぐらいが「少しとまどっている」という結果がわかると思います。

7. 平成 27 年度事業

平成 27 年度の事業で、平成 26 年度でやり残したことが 1 つあります。それはその人の思いを汲むことまでは仮にできたとしても、それを「生活の場の地域につなげていけるかどうか」という非常にチャレンジングな評価です。十分なデータではないと思いますが、2 年目の平成 27 年は 122 例の方が相談内容シートにエントリーされ、つなぐシートで ACP をつなげるかどうかを確認した方は、全体で 44 人です。病院で最初にその人の思いを汲んで、その移行先で書類の保管がされていたかのデータです。19 人は移行の表明をしてつなぐれ、かつ移行先でその書類が特定の場所に保管されていたというデータが上がっています。



一方、在宅医療の場合はゼロになっています。というのも在宅医療機関が 2 つあり、在宅で最期を迎える方が多かったのと次につなぐ方が少なかったため、結果的に、つないだ先でその思いがつながったとか、書類が保管されたとかどうかは明らかになったのはゼロだったということで、在宅では保管が悪かったという意味ではないと追加でお伝えしたいと思います。

8. ACP トレーニングパッケージ

ここから少し話が戻ります。私どもの地元、国立長寿医療研究センターの周辺の地域である知多半島でのプロジェクトを少しお話しします。厚労省の事業の経験や反省を踏まえて、初期のプログラムそのままでは地域で広げていくのは若干難しいのではないかと思います。まず e-learning で知識だけを習得できるようなサイトを作りました。その後、2 日間医療者や介護者を、研修のために拘束するのは非常に難しいと考え、丸 1 日でコミ



ACPとレニングパッケージ (系統的な学びの機会を提供)

ACP トレーニングパッケージ

臨床現場での意思決定支援の考え方やスキルを習得できます。

2つのコースで学びます。

- eラーニング (基礎知識編) アドバンス・ケア・プランニングについての基礎的な知識が学べます。
- 研修会 (国立長寿医療研究センターが実施する、ACP についてのオリジナル研修) ロールプレイなどワークショップを1日受講します。※ 現在、知多半島近隣の病院を中心とした研修会のみ行っております。

コースについて

各コースは以下の内容を含みます。

- 1. eラーニング
 - M1 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)
 - M2 法律と倫理
 - M3 治療選択のための対話
 - M4 コミュニケーション
 - M5 価値観のすり合わせ
 - M6 患者の思いをつなぐこと
- 2. 研修会
 - コミュニケーション技術を集中して学ぶワークショップ (1日)
 - ACPのトレーニングを行い、ACPの技術を確立する機会

- ◎Eラーニング (知識)
- ◎1日コミュニケーション研修 (態度・技術)

地域でACPを導入するための、**トレーニング**ができる。意思決定支援の3本柱による倫理的な整理も含む。

コミュニケーションのスキルを磨くプログラムを作りました。厚労省事業のプログラムの再構成です。知識を学ぶ E-ラーニングと、コミュニケーション等、技術や態度を体験するワークショップで構成される ACP トレーニングパッケージを展開しています。

9:05	9:45	40	講義	E-ラーニング復習 (思いを的確)
9:45	10:05	20	RP (CST①)	コミュニケーションの基礎 (傾聴と沈黙)
10:05	10:35	30	RP (CST②)	不安や大切なことをキャッチ
10:50	11:35	45	RP (ACPスキル①)	もしもの時の話し合いを始める
11:35	12:10	35	RP (ACPスキル②)	代理決定者を選定する
13:10	13:50	40	RP (ACPスキル③)	不安疑問大切なことを尋ねる
13:50	14:30	40	RP (ACPスキル④)	治療の選択、最善の選択、代理決定者の裁量権をたずねる
14:30	15:25	55	RP (ACPスキル⑤)	代理決定者と、患者の治療の開始・差し控え・中止について話し合う
15:40	16:25	45	RP (CST③)	コミュニケーションの応用 (問いかけ)
16:25	17:15	50	GW	多職種で意見が対立した場合の価値観コミュニケーションを学ぶ
17:15	17:25	10	講義	E-ラーニング復習 (思いを繋ぐ)

これはそのときの丸 1 日かけてやるワークショップのプログラムです。朝から晩まで、とにかく ACP とか意思決定支援に必要なコミュニケーションを嫌というほど体に刷り込むというプログラムにしました。丸で囲んだところは厚労省の事業のプログラムと全く一緒です。前後は少し変えています。これまでのプログラムは、現場からの批判、「患者さんや家族が心の準備ができていないのに ACP を取りに行くようなコミュニケーションはできない」という批判をいただいたので、このプログラムでは、その前にまず聴くというプログラムを加え再構成しました。



毎年合同で ACP ファシリテーターの養成を行っています。

これはお互いに相乗効果があるようです。長寿医療センターと他の病院が一緒に行うことで、お互いに刺激しあって進むという効果があり、患者さんが生活している場所は地域ですので、少なくとも自分の病院だけでなく、周辺地域を意識しながら ACP をすすめる効果もあったと思います。

9. ACP の今後の進め方

ACP でこれからキーになっていくのは「地域」とかその人の「生活」とか「物語」ではないかと思っています。それを言い当てたような論文がありますので紹介します。

まず健常なときがあり、人生の最終段階まで少しでも早い段階から「もしも悪くなったとき」の話をしていく。人生最終段階の差し迫った話は、そのときになると、本人の意思が尊重されないような、何かと何かがぶつかる価値観や嗜好の対立が生じ、倫理判断支援が必要になってくると思います。

病状として、予後予測が難しい心不全や COPD では意思決定は非常に難しくなります。

この図で言いたいことは、例えば今の国の事業は最終段階に近い医療機関しか参加していないのです。しかし、ここが ACP の主戦場であってはいけない、介護や栄養やリハとか、市民の方まで巻き込んで初めて ACP は完成形に近づくのではないかと思います。

基本的には、ACP を進めるために、ACP を学んだ人材が至るところにいることが非常に重要だと思います。しかし、まだ ACP を学んだ人材が必要十分だけいないので、くみとられた ACP が、つながらないという厚労省事業のデータについては、少し前のスライドで、提示させていただきました。

講義は最小限に抑え、予め e-learning で講義内容を学んでいただきました。

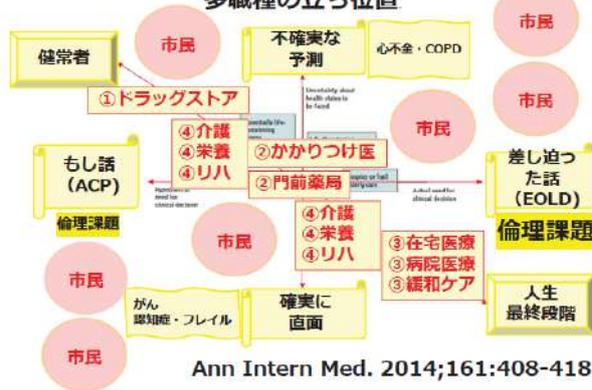
e-learning では、基本的にはパワーポイントのような画面でスライドを見ながら学び、例えばコミュニケーションという章であれば、学んだあとにチェックテストがあって 9 割正解すると次に進むという、そんなプログラムになっています。

それに参加しているのは私どもの国立長寿医療研究センターの近隣の 7 つの病院と周辺地域で、

知多半島の参加施設



ACPが考慮される経時的に変化してゆく健康状態 多職種の立ち位置



こんな事例があります。例えば病院 A で患者さんが ACP を表明しました。医療者はそれを汲みました。その内容の一番の核となることは「住み慣れた自宅で最期を迎えたい」という話でした。自宅に帰ったら、それまで通ったデイサービスでは非常にいいケアを受けていたのでなんとか迎えに来てもらって通いたいと思っていました。なんとか自宅に帰り、デイサービスに行ったらそこで急変し、デイサービスは救急車を呼びました。デイサービスのスタッフは本人の ACP を知っていましたから、救急隊員 C に対して「この人は、本当は自宅で最期を迎えたかったですよ」と言いました。救急隊は心肺蘇生が生業の仕事なので、ACP を伝えられても困りました。とにかく最初に ACP のプロセスを開始してくれた病院 A に行けばいいと考え、病院 A に行きました。しかし、病院 A は救急医療が非常に弱い病院なので救急搬送を拒否し、その人のことを全く知らない三次救急の病院 D に搬入されて心肺蘇生が行われました。結局この患者さんの ACP はつながりませんでした、という話があります。多分、必要十分な ACP ファシリテーター等の人材育成が進んだとしてもこういう現実があると思います。

ICTで、患者の思いを繋ぐ試み



オーストラリアでもアジア圏で非常に ACP が進んでいると言われているシンガポールでも、やはり人のネットワークができた後には、ICT のネットワークがなければ ACP の普及は難しいだろうと言われています。

ただそうは言うものの、別のケースもあります。例えば、今回例示したような複雑な連携モデルのように、どこに患者さんが移行するか追跡しきれないような連携モデルでは、確かに ICT の補助が必要かもしれないです。スライドは、うちの病院の予備的な試みですが、在宅医療支援病棟と登録医との関係性、顔の見える関係性のある医療者同士と、うちの一般病棟との連携を比較してみると、前者のようなネットワークがある場合に限っては、その人の ACP は伝わりやすいので、必ずしも ICT の力は借りなくてはいいいのではないかと思います。顔の見える関係にある医療介護連携、患者さんの意思があきらかな場合は、ICT がなくても、ACP は繋がるようです。

ICTなしで、繋がる時もある

- ・ シンプルな連携モデル
 - A: 在宅医療支援病棟&登録医 (with our team)
 - B: 一般病棟 (with our team)
 - 連携モデルAでは、Bに比して、望んだ場所での最期についてのACPが、酌まれ、繋がれ、尊重された (P=0.025, OR 9.0, 95%CI 1.6-50.7)。
 - 日在医会誌第18巻第1号2016年
- ・ 複雑な連携モデル
 - 繋がらない → ICTが必要

10. おわりに

今日のメインでは話はしませんでした。本人の選択と家族の心構えを醸成するためには、市民への普及啓発が必要と思われれます。市民が「縁起でもない」ことを考えているのを「当たりまえ」にするとか、「他人事」ではなく「自分事」のように感じられるようにする活動が必要ではないかと思います。先に述べた ACP ファシリテーターの養成に割く労力を 2 割だとしたら、市民への普及啓発に割く努力は 8 割くらい必要だと思えます。

今、ACP は医療や病院を中心で行われていますが、介護職を含めたヘルスケアプロフェッショナルへの教育プログラムと地域実践が何より必要で、そのためにキーワードは意外とシンプルで、地域で集まり、本人の思いの酌み手となる

ファシリテーターを養成する、繋ぐ仕組みを構築する、以上がカギだと思えます。

まとめ

- ・ 「本人の選択・本人と家族の心構え」を醸成するために必要なこと
 - ① 市民への普及啓発
 - ✓ 「縁起でもない」から「当たりまえ」へ
 - ✓ 「他人事」から「自分事」へ
 - ② 介護職も含めたヘルスケアプロフェッショナルへの教育プログラムの地域実践
 - ✓ 集まる (管理者・実務者)
 - ✓ 本人の思いの酌み手の養成
 - ✓ 繋ぐ仕組みを構築

<プレゼンテーション③：紅谷浩之氏>

「地域・在宅からの ACP」

1. はじめに

私どもオレンジホームケアクリニックは福井県福井市で在宅ケアチームを行っていて、在宅患者さんが約 280 人、うち 40 人が小児です。年間看取りは 100 名です。僕らのモットーは Be happy! で、地域の人々が健康でハッピーに過ごしていけるようにしたいと思っています。

80 代の女性が順調に歳を重ねていて、ある日進行がんが見つかり、本人は「もう治療など辛いことはしたくない。家族にも迷惑かけたくないし、このまま安らかに死にたい」と言っている。翌日、もう一度話を聞くと「あと半年は生きていたい。どうにかならないか」。この人は矛盾しているのかというと、実は在宅でおうちにうかがっているとよく分かります。患者さんのベッドサイドにはお孫さんの描いた絵が貼ってあったり、家族写真がいっぱい貼ってあって、家族大好き、お孫さんが大好きなおばあちゃんです。なので、初日は迷惑かけたくないと言強気に出ていて、次の日には「そういえば孫が半年後には成人式だと思うとそこまでは生きていたい」と思う、全く意思は変わっていないのですが、そこを病気だけ取ると非常に大きく変わって、「矛盾した人だ」「反対じゃないか」と言われる。このへんが在宅で感じる意思決定と病気だけが中心の意志決定のギャップだと常々感じています。

半年後に 20 歳を迎えるお孫さんが 3・4 歳ごろに描いたであろうおばあちゃんへの手紙が貼ってあるわけですから、そこは在宅に行くとき強く感じるケースです。

2 歳の女の子です。重度心奇形があって 1 歳のときに余命 3 週間と言われ、今まで病院での生活しかしたことがないので、最期は家で家族と過ごしたいとの希望に沿い在宅に移行しましたら、「おうちパワー」で、1 年間頑張ってくれ、つい先日ですが、ご自宅で ACP、おうちにみんなでお父さんが帰ってくる時間にあわせて集まり話をしました。

本人を真ん中に囲んで、おじいちゃん、おばあちゃん、お父さん、お母さん、そして訪問看護師や私たちがいろいろな話をしました。今まで 1 年間の思い出話をしたり、「どんなふうに今後元気に過ごしていったらいいか」みたいな話を時間軸を持ってするわけです。おじいちゃんは今まであまりしゃべったことがなかったのですが、「ここまで 1 年間頑張ってくれたこの子はさらに欲張って欲しい」、「リスクはあっても新たに手術にチャレンジして欲しい」と家族も驚く発言でした。それに対してお母さんは手術のときも今もずっとそばにいて、入院施設の表情と家に居る表情とを比べ、また病院に戻るの悲しいという話をされる。真ん中で本人はニコニコ笑って、なぜお母さん泣いているのと思って聞いているのです。訪問看護師さんも今までの関わり、いつ死ぬか分からない覚悟を持っての関わりでしたから、涙ながらの思いを語ります。僕も同じように語ります。

それで「今日は決めるのを止めましょう。いろいろな話を聞けたので、今日は一旦解散でまた次にどうするか決めましょう」と別れました。僕が最初に「これ ACP だな」と思った最近の出来事でした。在宅ではこんな感じです。在宅医療をやっている皆さんは感じていらっしゃると思います。

2. 人生における医療の役割

人生最終段階の話がいつ行われるのがいいかということです。生まれてから死ぬまでの途中で人生を脅かす病気を発病した場合、当然、病気に対して治療を行う病院医療の役割があり、それを引き継いでいく在宅医療の役割があると思います。



オレンジホームケア
クリニック
Orange Home-Care Clinic

2011年2月1日開設
2013年2月1日医療法人化
2014年5月より以下3事業開始
訪問看護ステーション
訪問介護事業所
居宅介護支援事業所

福井県福井市(人口26.5万人,高齢化率28%)にて
医師5人体制で24時間365日の在宅医療を提供
在宅医療支援診療所 在宅患者数約280名(うち小児40名),年間在宅看取り数約80名

2012年度 在宅医療連携拠点事業(全国105施設)
2015年度 人生の最終段階における相談支援事業(前年度と合わせて全国15施設)
2017年度 人生の最終段階における医療の普及啓発の在り方に関する検討会 構成員(紅谷)

2013年～ 劇を使った在宅医療多職種連携実践研修会を全国で開催
(これまで13府県にて42回開催)
2015年～ 専門職・一般市民向けに「地域包括ケア」について知ってもらう劇講演を開始
(これまで5県にて13回開催)

Mission: 在宅医療を通して、地域の人々がHappyに過ごし続けられる「まちづくり」
(地域包括ケアシステムの構築)

2

ただ地域で、私たちが「みんなの保健室」という地域の保健室活動とかいろいろなことをやっておりますと、地域包括ケアシステムの中での医療の役割は発病してからというわけではなくて、生活支援とか、困りごと対応、地域支援での役割もあると感じていて、その随所で、こういう話題は出てくると感じています。人生の最終段階に必要な議論というのは、ある意味生まれてから亡くなるまでずっと繰り返し必要だろうとずっと感じていました。つまり繰り返される対話文化になっていくことが重要だと思っています。

3. 人生の最終段階の医療についての課題

(1) 病気や病院を軸に語られていることが多い

今、自分たちがやってきたことを、このACPの知識といいますか、議論の組合せで「いろいろ取り組みをやってきたな」と自分たちも振り返っているところです。課題探しをし、課題を潰していけば答えが導かれるとはあまり感じてはいないのですが、あえて僕らが取り組みをしたいと思っていることは、まず、病気を軸にして語られるよりは生活の延長で語られるほうが良いと思います。

なので、本来、病気になる前から話題にするほうが良いと思いますが、なかなかそういう場がない。

かかりつけ医の外来でもなかなか外来では時間がありませんので、なかなか取り組めない状況があると思います。

月に1度定期受診されている方は5年間通えば60回ドクターの前に座っているわけですが、そういう話題がなかなかできていないというのが現状としてあると感じています。私たちは保健室という地域の生活の場でそういう話ができる場を作りたいと、去年から「つながるクリニック」という外来クリニックを初めてみました。これは「薬」よりも「つながり」を処方しようというコンセプトでつながる形で、患者さんが少ないのをいいことにたっぷり時間をかけていろいろな話をしているという状況です。

人生の最終段階の医療についての課題①

人生の最終段階の医療については繰り返される話し合いが重要
「末期がん」や「老衰時の胃ろう問題」などがピックアップされやすいが
実際は「生活」の延長の中で語られるべき（誰にでも関係する話題として）

課題①

本来、病気になる前からの話題ではあるが、
病気・病院を軸に語られている事が多い。
かかりつけ医の外来でも話題にされることが少ない。
(定期通院しているが今後のことを話し合っていない)

オレンジの取り組み



“みんなの保健室”にて
生活・地域の場で話題を提供



“つながるクリニック”では
普段の外来で予防やACPに力を入れている
(写真は持ち合いスペースで患者とスタッフが談笑している)

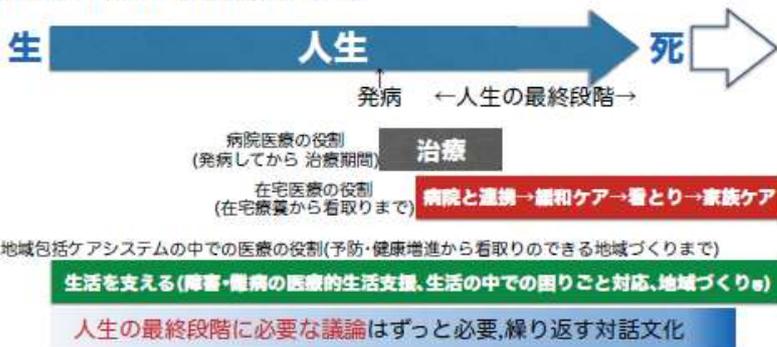
(2) 在宅医療・在宅療養について国民が知らない

私たちの地域でも在宅医療についての市民公開講座的なものを行っていますが、福井の人は「在宅医療を知っている」というところにたどり着くにはなかなか時間が必要と感じています。選択肢としての情報提供がしっかり行われる必要があるとも感じています。

(3) 暗い話題になりやすい

人生最終段階についての話し合いは、「どう生きていくか」という話合いなので、決して暗い話ではなくて前向きな話にするべきだと思うのですが、病気のことや、死のことが入ってきてしまうので、どんどん暗くなって行って

人生における医療の役割



各ステージにおけるオレンジの取り組み

予防/生活の中での困りごと対応→まちかど健康相談ステーション”みんなの保健室”
障害児者の医療的生活支援→医療ケア児の保育園・児童館”オレンジキッズケアラボ”
予防視点の外来診療所→”つながるクリニック”
障害・難病の在宅療養から看取りまで→在宅支援診療所”オレンジホームケアクリニック”
今後の在宅ケアの中心は看護師→医療と生活を密着させる訪問看護ステーション
家族と同等の医療ケアを行える介護職→医療とITに強い訪問介護チーム

3

人生の最終段階の医療についての課題②

人生の最終段階の過ごし方について話し合う上で
重要な選択肢となるはずの在宅医療・在宅療養について国民が知らない

課題②

在宅医療を含めた“生活の中で病気と付き合っていく方法”について
十分に情報提供がなされていない。

→国民への情報提供(在宅医療などの資源やその選択の重要性など)が必要

オレンジの取り組み



在宅医療や地域包括ケアの中での
市民の役割について劇を用いた
市民公開講座を開催



地域の商店街関係者も巻き込んで
地域ケアを考える
ワークショップなどを開催

5

まうと感じています。つまり医療者が中心で行うとどうしても病気や治療という話を中心になっていくので、もう少し前からスタートすることでカバーできる部分もあると思っています。

少し話題は違うように感じていますが、子供たちの関わりの中でも、この子たちは生まれてすぐから死ぬ話を突きつけられる子たちですが、僕たちはどう治療するか、どう死ぬかという話はほとんどせず、どう成長して欲しいか、残りの人生をどう過ごして欲しいか、というところにスポットをあてて話し合いをしていると、自然と家族全体が前向きになっていき、医療的ケアが必要な重症児を育てているお母さんの70%が仕事に復帰しています。全国平均が5%未満ですので、こういうふうにつながっていると感じています。

(4) 生活の現場で繰り返し相談できる仕組みが不足
在宅医療の中では意思決定の現場とか、タイミングがすごく多くあると感じているので、そこにどれだけ時間を割けるかが課題です。うちのクリニックは4

人生の最終段階の医療についての課題④

医療に関わるような意思決定に限ったとしても
病院で行われる意思決定はあくまで一時的なものであり
生活の中で繰り返されるべき（特に在宅医療の現場にて）

課題④

生活の中で繰り返し相談される仕組みが不足している
→在宅医療チームにMSWが常駐するなどの対応が必要
→相談員研修は医療者だけでなく福祉関係者などにも受講してほしい
(民生委員や喫茶店主など一般人にも拡がるとうお良い)

オレンジの取り組み



看護師・社会福祉士だけでなく介護福祉士、事務スタッフ、診療クラークも「人生の最終段階における医療にかかる相談員研修」を受講し、日々の関わり全てに相談を意識している。クリニックには4名の社会福祉士が常勤

ACP という言葉がまだまだ地域に広がっているわけではないですが、たまに「もう、俺はこういうふうに死ぬんだ」と断言して譲らないという方がおり、そういう人はなんとなく不本意な入院もないですし、方針転換も少なく、診療チームとしてもばたつかないという印象もあり、このことはすごく重要だと感じています。

4. 在宅における ACP(病院での意思決定は覆る)

人生最終段階における医療体制整備事業のときにデータを取ったものです。

この事業の期間中に9人のがん患者さんを新規で受けました。そのうち5人は最期まで家で死にたいと言っていますという紹介状でした。残り4名は「今は帰りたいけれども歩けなくなったら入院したい。痛みが強くなったら入院したい」という紹介状をいただきました。結果的にこの9人全員が在宅で亡くなりました。4人は当初の思いを達成できなかったということになるのですが、この方たちは不本意に在宅で亡くなったのかというとそうではなくて、退院時に病院で亡くなることを望んでいた患者さんも自宅で日々相談できたことで再選択できたということです。

もしこれが病院での話し合いが絶対だとして、在宅チームが「悪くなったら病院に紹介するのだ」と思って関わっていたら、本来この人が変わっていったはずの気持ちに寄り添えなかったのではないかと思います。

人生の最終段階の医療についての課題③

人生の最終段階についての話し合い＝「どう生きていくか」の話し合い
暗い話題にせず、前向きに話しあう必要がある

課題③

ネガティブに「病」「老」「死」を話題にするため暗い話題になりやすい
→本来は最期まで生き活きと過ごすための話し合い

オレンジの取り組み

生まれつきの重度障害や難病患者にとっては人生の最終段階についての話し合いを一生継続することになる
“オレンジキッズケアラボ”では子どもたちの未来と家族・地域との繋がりにスポットを当てて前向きな話し合いを継続している。
→医療ケアが必要な重症児を育てながら仕事に復帰しているお母さんが70%以上



うところで情報が入ることがあるのですが、なかなかどこでもできるものではないと思います。在宅の生活の現場で相談ができる仕組みがもっと進んでいけばいいと感じています。

在宅医療現場の実感として

「どんな医療を受けてどこでどう過ごしたいか」を決めている方は
そうでない方と比べて
不本意な入院や、急な方針転換が少なく、診療回数や緊急夜診が少なく、
病状面でも安定して最期を過ごされるという印象がある。

医療を受けながらも、自宅で生活を営みつつ亡くなる方の苦痛は、
少ない印象がある。



在宅におけるACP(病院での意思決定は覆る)

在宅で行われるエンドオブライフケア相談
・日々相談、亡くなるまで相談し続ける

↓人生の最終段階における医療体制整備事業より

	患者数	患者数		診療回数		人生の最終段階に関する相談	診察にて人生の最終段階に関する相談が行われた割合
		転機・患者数	在宅死率	平均			
がん	9	最期は自宅以外を希望	4 100%	2回～11回	6.3回	3.5回	55.5%
		最期まで自宅希望	5 100%	2回～12回	8.6回	5.0回	58.1%
非がん	11	期間中に看取り	2 100%	3回～4回	3.5回	2.5回	71.4%
		診療継続	9 -	4回～7回	5.7回	3.2回	56.1%
全体	20	-	-	-	6.3回	3.7回	57.9%

- 診察2回以上は、人生の最終段階に関する相談を行っており、
- (さらに診察3回以上は※特に踏み込んだ相談を行っていた)

- がん患者は、診察の多くをこれまでの人生や、今後のことについて話し合う時間を多く取っていた。特に診察を開始して数回はそのような話し合いに多くの時間を割いていた。

- 非がん患者では、診察時においてこれまで歩んできた人生や考え方、死生観について話し合うことが多くみられた。 9

表の下段の数値は、この期間、僕たちが在宅診療の中で話し合いをしてきた回数ですが、診療の57%の現場で「最期、どうしますか?」「これ以上の治療が進んだ段階になったらどうしますか?」と一歩進んだ内容のお話が行っていたことが分かりました。つまり「今からACPについてのミーティングをはじめましょう」とか「明日の午前中に話し合いませんか?」と改めて集まるのではなく、在宅の医療現場では毎日の会話だったり、先ほど言った「枕元に貼ってある写真は何ですか?」みたいな質問がACPになっているという実感です。

宇都宮さんのおっしゃる「病院にいるときに人は決める力を失っている」という言葉は、僕にはすごく印象的なのですが、病院に患者さんに会いに行くと、「家に帰っても辛いのは困るし、嫌だな」としょんぼりしたおじいちゃんが「家に帰ってみましょう」と家に帰って、自分の家の自分の部屋の椅子に座っていると、別人みたいな顔付きをして「俺はここにいるんだ」となるのです。このギャップは本人がどこで生きていくか、その気持ちは変わることを表しているように感じます。

私が勝手に思っていることですが、人生を脅かす病気を発病すると、医療が必要になってくるわけですが、そこからスタートするのではなく、そこまでにソーシャルフレイルを含む予防的なアプローチしていくことで、健康に関する関心とか、その思いを支えていくことが、発病前から可能なのではないかと。それから、医療者不在でも語れる場が必要です。保健室とか、ひよっとするとACPなどこういう話題を話すというトレーニングは医療者だけでなく近所の喫茶店のおばあちゃんとかヤクルトおばあちゃん

point①
退院時は病院死を望んでいた患者も自宅での相談を日々継続したことで在宅死を再選択し、それを叶えた

point②
在宅診療では定期診察時にも最期の場の選択や、終末期の治療方針などの相談が頻回に行われていた

退院時は
「最期は病院で」「歩けなくなったら入院」「緊急時は救急車」という方針だった患者が4名いたが、在宅診療のなかで相談を重ね、最終的には全員が在宅看取りとなった

在宅で相談を重ねられる仕組みが必要
病院でのACPを引き継ぎつつ、踏み込んだ相談を重ねられる人材(MSW)が必要

「病院にいる時、人は決める力を失っている」
(宇都宮宏子氏)

発病前の地域のアプローチと地域と病院のACP双方向共有と生活維持のための在宅医療で必要な医療は生活を軸に整理される



とかそういう人が地域で溢れるようになっていくのがいいと感じます。

また、かかりつけ医が外来診療として、今のようなすごく忙しい時間のない外来ではなく、こういうことをしっかり聞いてつないでいくような役割ができるのではないかと思います。

さらに、病院と地域のつなぎ目としては、どうやって在宅から病院へつないでいくか、ここは難しいと思います。実際ずっと外来や在宅で関わった患者さんが急きょ病院に行くようになったときに、できるだけ医療情報だけではなく、どんな生活をしてきたかとか、どういう思いをして考えているか。どういう人生を送ってきたか、家族とどういう話をしているか細かく情報共有をすることが必要です。

例えば不意な骨折をして本来であればパスに乗って回復期とかに行くはずであろう方が、しっかりその方の軽度認知症も含めて「もし転んでも家でこういうふうに見ていきたいから、あまり長く入院させたくないな」とうちの若い看護師が病院の看護師やソーシャルワーカーに言葉で申し送るということで、その思いを共有し、パスには乗らず早めに家に帰ろうと病院側と話ができたこともありますので、こういう情報はしっかり共有できる。病院に行ったということで見送り、次にいつ帰ってくるかと待つだけ地域側ではなく、そこまで話ができるような地域在宅側からのアプローチも必要だと感じます。

また病院から地域へ帰ってくる時のつなぎ目に関しては、病気によっては、病気になる前の ACP は現実味が少ない可能性がありますので、病気を持った上で更新されていきます。

ただ先ほど言ったように、病院での選択は「弱者の選択」になっているため、病院で取られた意見というのはあくまで参考にして、地域で改めて吟味する必要があると思います。そして、そこから在宅が関わるわけです。病気によっては、緩和ケアという形で、繰り返される意思決定支援をしながら支えていくことが重要だと思います。

また、外来に通ったり、相談の仕組みがあれば、医療を受け続けなくてもいいような、生活機能を戻すような医療アプローチをしていくような役割も必要だと思います。そうすることでその方が亡くなったあとの家族や地域に ACP が引き継がれていくのがいいと感じています。

5. 事例提示

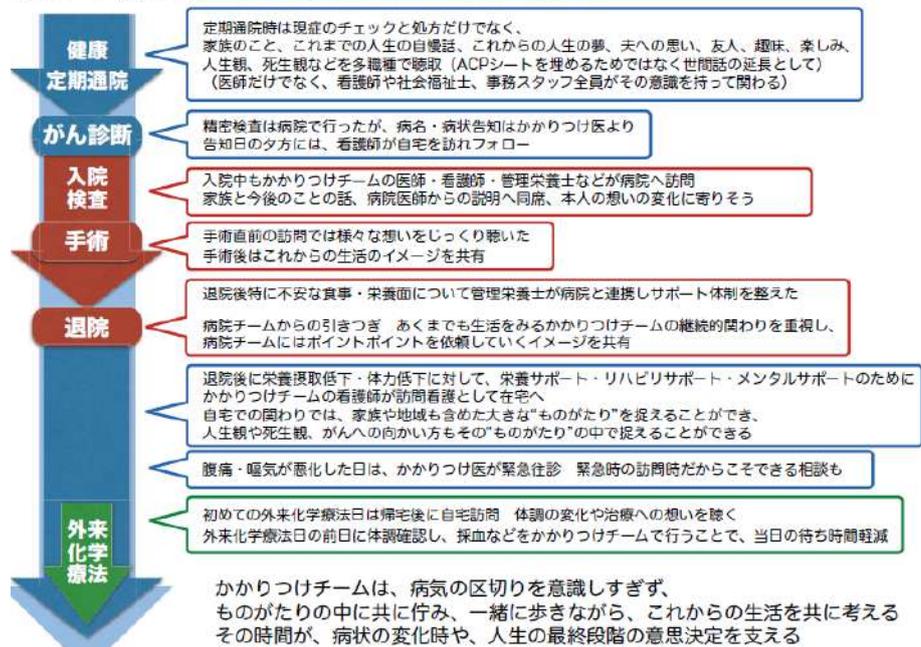
去年からはじめている外来クリニックの事例を示します。

去年の開院時から1年半、ずっと通ってきている83歳の女性。診察室の中だけではなく、待合室や帰り際に駐車場まで付いて行って様々な話をスタッフは聞き出し、この方の人生観、死生観などをスタッフが共有する意識をもって関わっていました。

そのうちこの方ががんが見つかりました。精密検査は紹介した病院で行ったのですが、「病名や告知は私た

ちからします」と告知は私がしました。当然、非常にショックなバッドニュースですので、この日は看護師が夕方帰る前におうちに寄ってフォローし（これはボランティア的なサポートになりますが）、その後、検査入院、手術となるのですが、この間もずっと病院に訪問しながら話を聞くようにしました。この段階が大事な発病後の ACP を取るタイミングですが、病院では積極的な治療ができる治療中ですので「あまり手術がうまくいかなかったらどうする？抗がん剤はどうする？」という話はあまりされていない感じで、今は「次の手術をどうする？」という話が行われている中で、在宅チームが訪れて「大きい

外来 事例)83歳女性とかかりつけチームとの関わり



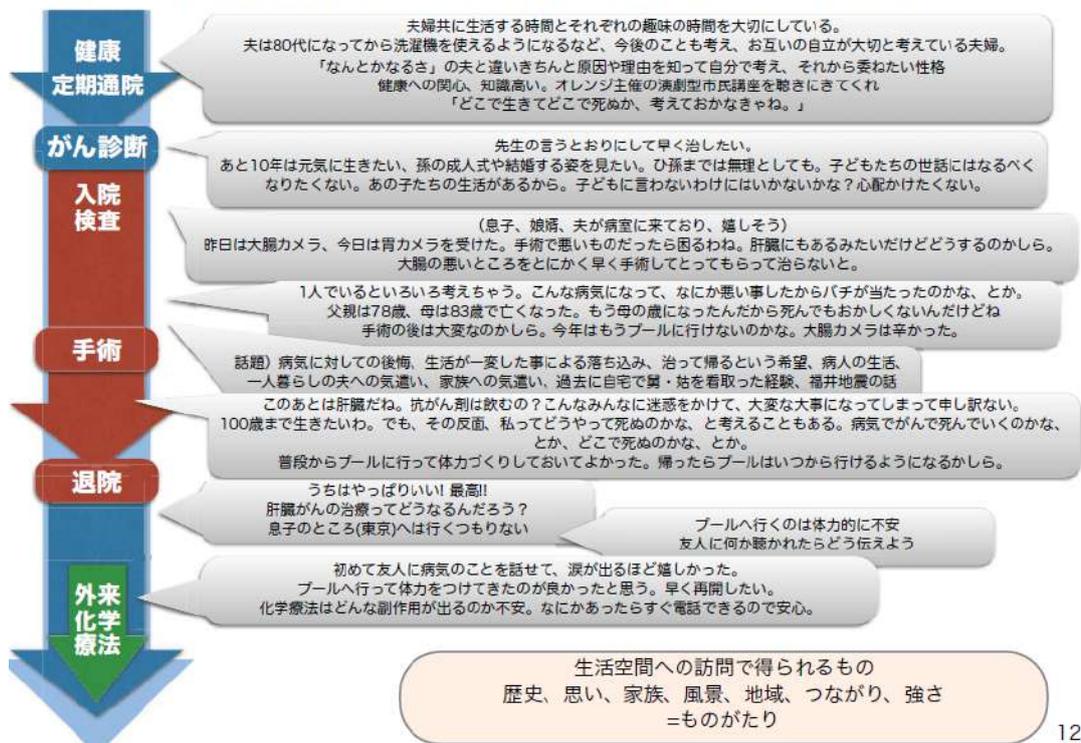
手術をした後、帰ったらどんな生活をしたいですか？」とか「一緒に過ごしたお父さんのこと何か心配なことがありますか？」という話をした時間は非常に貴重だったと思います。

その後病院から引き継いでいくのですが、このへんも「在宅地域チームがかかりつけチームとして関わっていますよ」ということを病院の先生や看護師さんと共有しながら、今後病院チームとの役割分担のイメージを共有化できたと思っています。

帰ってからもいろいろなサポートが入ります。もちろん通院できるので外来にきてもらいますが、術後で体調を崩すときにはすぐに往診ができますし、何よりこの退院早期には、外来で会っていた看護師がクリニックからの訪問看護師として家に行きついてフォローすることで、非常に大きな支えになるとともに、今までは家に行ったことがなかったから、家に行く時間でこれまでの人生観、死生観、物語を捉える時間になったと感じています。今は化学療法が病院の外来ではじまったところを在宅チームでフォローしているということです。

この一連の経過を、この人が語った物語として、カルテに記載した言葉を抜き出してみました。

事例)83歳女性とかかりつけチームとの関わりから得られた言葉、ものがたり



12

6. 地域包括ケアシステムの基盤は本人の選択と本人・家族の心構え

地域包括ケアシステムは、地域のみんなが関わるということが非常に重要で、その基盤が本人の選択と家族の心構えと感じています。人生の最終段階の思いは、病気から生まれるのではなく、その人らしい生活と人生から生まれると思います。病気は切掛けに過ぎないので、医療介護は重要ではあるが、人生の中心に「医療介護のために生きていくことではない」ということを心得て、地域の支援者と介護者をしっかり巻き込んでやっていく必要があると感じます。

よくスタッフに「就職とか、結婚とか人生の大切な選択をしっかりやってきた方が次の選択もやってい

地域包括ケアシステム



- ↑医療・介護は個人や地域の必要に応じて植える葉っぱ
- 生活を支えるツール・システムが重要
- 買い物や余暇活動なども充実便利に
- ←なることで元気に暮らし続けられる。
- ソーシャルフレイルの予防、権利擁護
- ←すまい=ハード、すまい方=ソフト
- ハードとソフト双方の充実。
- 対話が生まれ、対話が維持できる環境

↑基盤は本人が「自分らしい」生活を選択できる情報の確保
本人・家族がリスクも含め納得ができるように繰り返される対話文化

医療・介護関係者だけで「ケア」を考える時代から
住民や別ジャンルの専門家も巻き込んで「ケア」を考える時代に
逆に言えば、医療・介護も「まちづくり・地域づくり」に参加していく

出典: 医療・介護・福祉・生活支援の連携強化に向けた地域包括ケアシステムの構築に関する研究報告書、平成27年度厚生労働省高齢者福祉推進事業、2015年

地域包括ケアシステム



人生の最終段階についての想いは、病气から生まれるのではなく、その人らしい生活と人生から生まれる。病气はきっかけにすぎない

医療・介護は重要ではあるが、人生の中心に据えられるものではない

日々の生活そのものを支えているあらゆる地域の活動や生活支援者を抜きに“人生”を語るわけでないことを医療者は肝に銘じるべき

コンビニ、銀行、交通(電車・バスなど)、飲食店、商店街、映画館、アート、公民館、町内会、建築、公園、旅、テレビ、学校、保育園、IT、趣味、サークル、アニメなどなど

けるはずだから、勝手に弱い人だと決めつけずにそれを信じて次の選択もきっと決められるよ」としています。

7. おわりに

最後に少し余談です。

先日、オランダに行って、実際に安楽死を数件行った家庭医の先生といろいろ話をしてきました。オランダは、日本の安楽死、尊厳死の定義と少し違うところもあるので一概には言えないと思いますが、はじめは欧米的な〇×のチェックし、その流れに乗っていくものと思っていたら、とにかく対話が重ねられていて、家庭医が最後に「自分はやっぱり嫌だ」

と言う権利もちゃんとあるところに感動しました。

最後に、今年も軽井沢キッズケアラボを皆さんのご支援を受けまして無事に開催することができました。今年も日本医師会のサポートも受けまして、気球を上げることができまして、今最終的なまとめを作っておりますので、この会でも配布させていただきます。



医療ケアが必要な重度心身障害児者に特化した日中利用施設
事業名:児童発達支援事業、保育所等訪問支援、放課後等デイサービス、生活介護、相談支援事業

2012年4月

高校卒業後の通える場所がなくなった心介くんのために「心介くんだけが週3回通う施設」として実験的に開設
→すぐに地域中にニーズがあることがわかる(2017年8月現在 登録35名)

2015年4月 一般社団法人化

7月～8月 軽井沢キッズケアラボ開催

2016年4月～7月 熊本地震支援(避難している医療ケア児へのサポート、医療ケア児施設開設支援)

7月～8月 軽井沢キッズケアラボ2016開催

2017年7月～8月 軽井沢キッズケアラボ2017開催

医療法人との濃密な連携(診療面・ケア方針・看護師の配置)により、安全・安心でかつ成長を視野に入れた活動ができてい
る重心児施設として注目されている

Mission: ①インフラレベルでの医療サポート②本人と家族の成長を見つけ出すこと③地域をついていくこと

高齢化社会への対応策のように言われる“地域包括ケア”であるが病気の付き合い方として医療モデル(病気は隔離して治さる)から生活モデル(病気と付き合いながら幸せに暮らしていく)への変化が求められており、結果的には地域に暮らす全ての人・企業が含まれるシステムである。まさに「まちづくり」といえる。障害を持っていても子どもたちがHappy!に暮らしていける地域を創ることは、高齢者や認知症にも対応できるまちづくりである。



<プレゼンテーション④：大友宣氏>

「本人の選択・本人と家族の心構え」をどのように醸成するのか

1. はじめに

私は 2012 年に在宅医療推進事業を神奈川県横須賀市の衣笠病院で担当しました。そして、2015 年、人生の最終段階における医療体制整備事業を札幌市の静明館診療所で担当しました。複数の地域で在宅医療してきた経験が、今の私を形作っています。

今日はこのテーマを私の経験を元にお話したいと思います。今日お話することは 2 つです。本人の選択・本人と家族の心構えの醸成に必要な仕組みとして、推進する文化づくり、支える多職種連携、阻害しない地域包括ケアシステム。それから本人の選択・本人と家族の心構えの醸成に必要なプロセスとして、看取り文化の体験、終活、ACP です。

2. 私の在宅医療体験

私はこれまで 3 つの地域で在宅医療を行ってきました。東京都神津島村、神奈川県横須賀市、北海道札幌市です。東京都神津島村は人口 2,000 人の離島で、いわゆる僻地です。神奈川県横須賀市は人口 40 万人の中規模の地方都市です。札幌市は人口約 200 万人の大都市です。

昨年厚生労働省のホームページに市町村別の自宅死亡の割合が公表されました。全国の市町村で最も自宅死亡率が高いのは東京都神津島村、20 万人以上の都市で最も自宅死亡率が高いのが神奈川県横須賀市でした。全国で東京都神津島村と横須賀市で在宅医療を行ったことがあるのは私 1 人だけです。

神津島村も横須賀市も自宅死亡率が高いということには理由があります。今日はそれをお話しします。

3. 神津島での在宅医療体験

神津島村では高齢者を自宅で看取るという文化がありました。診療所に入院しているお年寄りが亡くなりそうになると、家族が患者さんを連れ帰って自宅で看取ります。例えば肺炎になって、診療所に入院をして酸素と点滴の治療をします。それで、もう悪くなってご家族を呼んで「状態が悪いです。そろそろ危ないですよ」というお話をします。そうすると点滴も酸素も全部外して、家族が患者を自宅に連れ帰ります。そして呼吸が止まったら診療所に連絡があって、医師が自宅に行って死亡確認をします。

事情があってどうしても帰ることができない高齢者の方もときどきいます。そのような方が亡くなったときには、診療所にカンカンばあさんというおばあさんが来ます。女性です。鳴り物を持ってきます。「カン、カン、カン」ムニヤムニヤというお経を唱えます。そのカンカンばあさんに何しに来たかと聞くと、コンパクを連れに来たといいます。死んだ人は死んだところに霊を残していく、それを家に連れて帰る、その霊を家に連れて帰る儀式をしています。だから島の人には診療所で亡くなりそうになると家に連れて帰ります。この「魂魄」コンパクという考え方、文化があるので神津島では多くの高齢者は自宅で亡くなります。神津島村では検案や検死はほとんどありません。亡くなる方の半分以上が自宅で実際に看取られます。このコンパクという文化が自宅看取りの理由です。

同じような文化は九州とか沖縄地方の離島、それから台湾にもあると聞いています。このコンパクの話は私はいつもいろいろなところでしています。単なる 1 地方の

私の在宅医療体験 神津島、横須賀、札幌

場所	神津島村	横須賀市	札幌市
時期	2005年	2006~2015	2015~
職場	神津島村診療所	衣笠病院 / 湘南国際村クリニック	静明館診療所
体制	2人常勤医	2人常勤医	3人常勤医
人口	約2000人	約40万人	約200万人
自宅看取り率 (2014)	54.8% (市町村で最多)	22.9% (20万人以上の都市で最多)	10.8% (政令指定都市で3番目に少ない)

神津島診療所



魂魄
コンパク

風習だけかもしれないのですが、私はこのコンパクトに真実があるのかなと感じて、在宅医療の世界に飛び込みました。

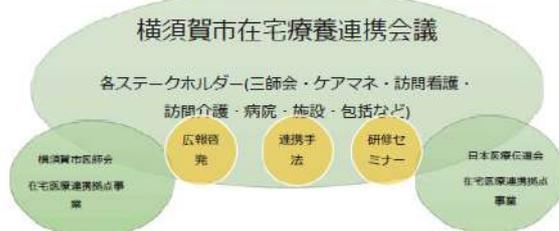
人は生きているところに、生活しているところに魂がある。生活を奪われて管理されているところには魂はない。人がイキイキとして生きて生活している、その場に魂があって、その魂を残す仕事私が考えている在宅医療の本質です。

神津島村での在宅医療の経験からその当時私が分かったことは、在宅医療、自宅看取りのためには文化づくりが欠かせないということです。本人の選択、本人と家族の心構えの推進という点でもやはり文化づくりが大切です。

4. 横須賀市での在宅医療体験

そのような経験をもとに私は2006年から横須賀市で在宅医療を始めました。2005年横須賀市の自宅死亡率は12%で、全国平均とほぼ同じでした。在宅医療を実践していくうちに、多職種連携の必要性を感じ、自分の診療の範囲内で多職種連携の仕組みを整えました。2012年在宅医療連携拠点事業を受託して、担当者になりました。それ以前から横須賀市の行政が医療と介護の連携を取り組み始めていました。また横須賀市医師会も同時に在宅医療連携拠点事業に採択されました。3者が合同で事業を行うことで2012年に一気に横須賀の多職種連携が加速しました。それまでの診療の経験を元に横須賀市内でさまざまな多職種連携の仕組みを作ったり、連携のツールを作ったり、多職種連携のエチケット集を作ったりしました。横須賀市のコンテンツをいくつか紹介します。

横須賀市在宅療養連携会議とふたつの在宅医療連携拠点事業との関わり



平成23年度から横須賀市は在宅療養連携会議を立ちあげて医療と福祉の連携事業を行っていた。会議では3つのワーキンググループに分かれ事業を企画し、全体会議で承認した。平成24年度日本医療従事者も横須賀市医師会も在宅医療連携拠点事業に採択された。三者が集まり打ち合わせ開始し月一回ミーティングをもった。横須賀市の在宅療養連携会議を核にして事業を行う、三者共同で事業を行なっていくことを確認した。
市役所、市医師会、民間社会福祉法人のコラボレーション

退院前カンファレンスシート

- 30分で終わる
- 誰でもできる
- もれがない

- 横須賀市の退院前カンファレンスシートは30分でできて漏れがないように工夫されています。
- 横須賀在宅療養推進エチケット集は多職種がお互いに守るべきエチケットを多職種200名くらいの方の意見を基に作りしました。
- 在宅療養ガイドブック「最期までおうちで暮らそう」「ときどき入院、入所、ほぼ在宅」は、これは行政が市民向けに作ったパンフレットです。

在宅療養ガイドブック (市民向け・市民啓発用)



『在宅療養推進よこすかエチケット集』

- 多職種が最低限、お互いに守るべきルールやエチケットを集めた
- 市内の在宅ケア多職種約200人以上がアイデアを出して作った



横須賀市では多職種連携のための取り組みを継続的に行っていて、在宅医療介護連携推進事業のモデルの1つにもなっています。以前、横須賀市と横須賀市医師会と衣笠病院との3者でこの在宅医療推進のための会に呼ばれたときにお示したグラフです。この10年で横須賀市の自宅死亡は増えています。もちろんこの中に孤独死や検死も含まれていますが、在宅療養支援診療所の在宅看取り数を数えると確実に増加しています。

横須賀市での在宅医療の経験から、私が見つかったことは、在宅医療や自宅看取りのためには多職種の連携の仕組みが必要だということでした。本人の選択、本人と家族の仕組みを支えるという点において、多職種の連携は欠かせません。

5. 北海道での在宅医療実践

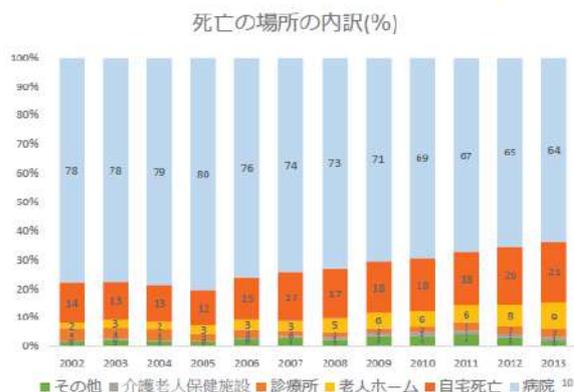
2年半前、私は故郷である北海道に戻って札幌市中央区にある静明館診療所で在宅医療を実践しています。札幌市に戻ってからわずか2年半ですが、様々な経験をしました。2015年に厚労省のモデル事業の「人生の最終段階における医療体制整備事業」を担当しました。2016年は勇美記念財団の助成で北海道在宅医療推進フォーラムの実行委員長をしました。札幌で文化づくり、多職種の連携の仕組み作りをしようと思っ、このような様々なことにチャレンジしています。

横須賀では病院が少なく、患者さんが急性期病院からどんどん退院して在宅に流れてきていました。横須賀市が半島であることもあって、ほとんどの患者さんの流れが単純で、数カ所の病院から患者さんが来て、地域である程度決まった多職種の方と連携するという感じでした。

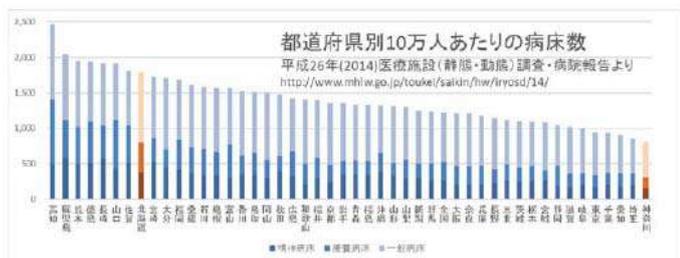
札幌は大都市です。しかも日本の中でも珍しくらい病院がたくさんある大都市です。その中で在宅医療をしています。北海道と神奈川県を比べると人口10万人あたりの病床数は2倍くらい違います。札幌市と横須賀市では人口は5倍くらい違うので、都道府県所在地ということも考えると10倍くらい病床数が違うこととなります。札幌では急性期病院も療養病院もたくさんあります。入院患者が急性期病院からベルトコンベアのように提携している中小病院へ転院していきます。病院で亡くなるのが当たり前前の都市になっています。

北海道は全国で5番目に自宅死亡率が少ない都道府県になっています。札幌は全国で3番目に自宅死亡率が少ない政令指定都市になっています。札幌に来た当初、病院数があまり違うので横須賀と札幌は

横須賀市の死亡場所の構成比の推移



北海道の自宅死亡率は全国43位



随分違うなと思いました。

しかし様々な事業を行う中で、札幌にも看取りの文化を推進しようとする方々もいるし、素晴らしい在宅医療と介護のネットワークがあるということが分かりました。病院が多くありますが、何が違うのかよく分からないでいました。でも、違うというよりは、実は同じことが起こっているということが分かりました。病院の少ない地域、横須賀で起こったことは「もうこれ以上病院には入れません。自宅へ退院してください」と言って、患者や家族の意思決定支援が十分ではない状態で退院してくることでした。病院がたくさんある地域で起こっていることは「もうこれ以上病院には入れられないし、在宅療養は無理です。転院か入所です」と言って、患者や家族の意思決定支援が十分ではない状態で退院してくるということでした。どちらも意思決定支援が不十分でした。

6. 地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムという観点で、札幌での病院の仕組みを考えなければなりませんし、地域での受け皿も考えなくてはなりません。介護が必要な状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるというのが地域包括ケアシステムです。

地域包括ケアシステムではない仕組みとして、例えば地域縦割りケアシステムがあります。認知症対策、がん対策など、今までがん難民、介護難民など言葉はありましたけれども縦割りに乗れなかった人が難民になっています。地域横割りケアシステムとは、少し体が不自由ならサ高住、介護が必要でお金がないなら特養、お金があれば特定施設、医療処置が必要なら療養病院、がん末期ならホスピス、などと当たり前のよう

在宅医療・自宅看取りを阻害しないために

「本人の選択・本人と家族の心構え」を阻害しないために

地域や病院を含めた一体的な仕組みづくりが必要

= 地域包括ケアシステム

に言われますけれど、これが横割りです。ベルトコンベアに乗

せられたよ

うに生活者が運ばれてきます。このようなシステムは本人の選択、

本人と家族の心構えを阻害しています。

札幌での在宅医療から私が考えていることは、在宅医療、自宅看取りをするために病院や地域を含めた仕組み作りとして地域包括ケアシステムは欠かせないということです。本人の選択、本人と家族の心構えを阻害しない地域包括ケアシステムが求められています。

地域包括ケアシステム≠

- 地域縦割りケアシステム
 - ・ 認知症対策、がん対策、・・・対策などだけ
 - ・ そこから外れた人は難民
 - ・ 今までがん難民、介護難民など
- 地域横割りケアシステム
 - ・ ちょっと体が不自由ならサ高住
 - ・ 介護でお金がないなら特養
 - ・ お金があれば特定施設
 - ・ 医療処置が必要なら療養病院
 - ・ がん末期ならホスピス

は横割り

- ベルトコンベアのように、生活者が運ばれて行く

7. 本人の選択、本人と家族の心構えの醸成に必要なプロセス

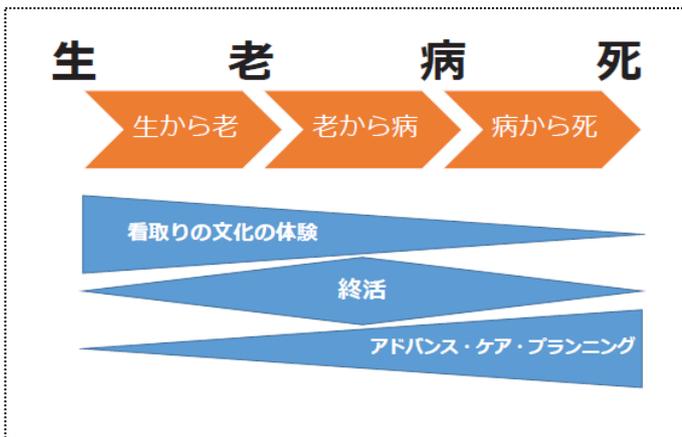
本人の選択、本人と家族の心構えの醸成に必要なプロセスについてお話をします。今回のテーマは4つありました。人は必ず死を迎えることを意識する、人生の最終段階における医療について健康な時期から考える、どこでどのように人生を締めくくるのか考える、人生の最終段階にどのような医療を受けたいのか受けたくないのか考える。いずれも重要なことですが、うまく考えることができる時期や年齢がやはりあります。健康な成人に対するACPと病気になってからのACPは方法も内容も違います。生・老・病・死というのは仏教用語で四苦八苦の4つの苦しみとして言われていますが、4つの苦しみというよりは、人間にはどうすることもできない4つのことです。生・老・病・死、本当によくできている言葉だと感じます。多くの人は生・老・病・死との順番で進みます。時々、病と老が逆になったり、老がなく死を迎えたりしますが、多くの人に当てはまります。この4つのライ

フイベントに区切られたおおよそ3つに分けて考えるとプロセスが分かりやすいのではないかと思います

今回のテーマ

- 人は必ず死を迎えることを意識する
- 人生の最終段階における医療について、健康な時期から考える
- どこで、どのように自分の人生を締めくくるのか考える
- 人生の最終段階にどのような医療を受けたいのか受けたくないのか考える

す。



(1) 看取りの文化の体験

「人は必ず死を迎える」ことを意識することは現代では本当に難しいことです。死は生活とは別のところであって病院や施設の中に隠されています。在宅医療を推進し、自宅で看取る経験をする、そういう家族が増えるというのが大切なことです。ただそれだけでは不十分で、病院や施設でも死を隠さないで若い世代の人たちが家族の死を経験していくということが大事です。

あとは学校教育などの場などでもそのような

教育や経験が必要になっていきます。この看取りの文化の経験が、あるのとないのとでは終活とか ACP に対する取り組みが違います。

(2) 終活

終活も大事な経験です。老いてきたときに自分の死を漠然と考えて、心構えをしたり、準備したりするのが良いです。あまりに早すぎる終活は具体性を欠くし、あまりにも遅いと時期を逃します。これから結婚して子供ができる若者が終活するのと、子供を育てあげ、退職し、高齢になってきた方が終活するのはやはり具体性において雲泥の差があります。

(3) ACP

ACP も適切な時期があります。早めの ACP を否定するものではありませんが、早すぎると具体性を欠きますし、遅すぎると機会を逃します。どこでどのように自分の人生を締めくくのか考える、人生の最終段階でどのような医療を受けたいのか考えるというのは 1 回で決めるものではなくて何回も話合うと言うのが ACP において重要な点です。

8、おわりに

今回お話したことは全て当たり前のことと思います。文化づくり、多職種連携、地域包括ケアシステムは、言う間でもなく重要です。本人の選択と本人と家族の心構えの醸成が一番大事なのは、文化づくりと看取りの文化の体験です。住民も家族も患者も家族も医療従事者も介護職員も文化づくりと看取りの文化の体験が必要です。

人がイキイキとして生き生活している。その場に魂がある。そう考えることで住み慣れた地域で最期まで生活すると人は考えるのではないかと思います。

「本人の選択・本人と家族の心構え」の醸成

- 文化づくり、多職種連携、地域包括ケアシステムは重要
- もっとも大事なのは「文化づくり」と「看取り文化の体験」
- 住民、患者と家族、医療従事者、介護職員を含めた文化づくり
- 人が生き、生活している場に魂がある
→住み慣れた地域で最期まで生活しようとする

第6回「2017年度在宅医療推進のための会」

年間テーマ：質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

開催日時 2017年12月22日（金）19：00～21：00

開催場所 東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階「602AB」

出席者 委員41名 陪席19名 事務局6名

テーマ 「独居老人（高齢者）の在宅看取りができる地域づくり」

<話題提供者>

- ① 和田 忠志 氏（医療法人社団実幸会 いらはら診療所 在宅医療部長）
- ② 長尾 和宏 氏（医療法人社団裕和会 長尾クリニック 院長）

第6回勉強会の内容と趣旨：

現在、平成29年度の在宅医療助成勇美記念財団の助成事業として、この勉強会メンバーを中心に【独居老人の在宅看取りができる地域づくりプロジェクト】が企画・展開されています。この事業は「住み慣れた自宅で最期を迎えたいと希望する独居の高齢者が、どのような状況（病状、地域等）であっても、地域の医療従事者・介護従事者・行政担当者・住民等の連携による支援を受けることで希望が叶う地域を増やす」ことを目的に、「その希望を叶えられる可能性を高めるために、どのような地域体制が必要か、現状を分析し、課題を抽出し、課題解決のための具体的対応方法について事例をもとに検討し、様々な地域ニーズに対応できる手引きを作成し、勇美記念財団のホームページにて公開する」という内容の事業です。今回、この事業の中間報告およびこの事業に関連する話題を提供していただき、今後の事業の展開の仕方について検討を加えることを目的として勉強会を企画しました。

<プレゼンテーション①：和田忠志氏>

独居老人の在宅看取りができる地域づくり ～増子忠道先生の功績に学ぶ～

1. はじめに

私は研修医のときに増子先生にお会いし、これまで27年間、増子先生にご指導いただいておりますが、私の力不足で十分理解できないこともあります。申し訳ありませんが、私のつたない理解の範囲で、増子先生の功績をお話したいと思っております。

右の写真は、増子忠道先生と柳原病院院長石川晋介先生です。



2. その視点は「看取り」ではなく「最期までの独居生活」

増子忠道先生は「独居看取りができる地域づくり」の先駆者です。しかし、「看取り」に視点を置いていたのではありません。「1人きりでも、寝たきりでも、重い障害があっても、住み続けて最期までいられる地域を作りたい」、そういう視点であったと理解しています。

地域医療連携のご案内

当院では急性期の治療が終了すると約9割の方が在宅へ退院されます。

柳原病院がある地域は、たとえ一人暮らしでも、寝たきりになっても、医療が必要な状態でも、本人が望めば最期まで自宅で過ごす事ができる地域です。

地域連携室では病棟の医師や看護師、医療ソーシャルワーカー、リハビリスタッフ、在宅関係機関と連携をとって、安心して在宅療養生活ができるように退院支援を行っています

この病院の紹介を少しします。

左は柳原病院の現在のホームページに載っている文章です。「柳原病院がある地域は、たとえ一人暮らしでも寝たきりになっても医療が必要な状態でも、本人が望めば最期まで自宅で過ごすことができる地域です」と書いています。これは、その地域で活動している彼らの自信を示しているものと思います。

関連施設の北千住訪問看護ステーションのページ (<https://kenwa-houmon.com/about/kitasenju.html>) では「私たちは、下はゼロ歳から上は100歳以上まで、病気や障害を持ちながら生活している方々の支援を行っています。最期まで家に居たい。1人で動けなくても自分らしく生活したい。そんな思いを叶えるべく日々奮闘中です」と、独居看取りは当然だと、そういう書き方をしています。

3. 特定医療法人財団 健和会

東京都足立区は23区のうち一番北側です。埼玉県の大川口市や八潮市と隣接しています。そして足立区でも東寄りに柳原病院はあります。

健和会は、東京都の足立区、葛飾区、墨田区、埼玉県の三郷市に3つの病院と8つの診療所と11カ所の訪問看護ステーションを運営する医療法人財団です。代表的な医療施設は三郷市のみさと健和病院という臨床研修病院です。増子忠道先生は健和会創設者の1人で、理事長経験者です。

健和会の他の人では、宮崎和加子看護師も有名です。

4. 増子忠道氏の考え方と功績

増子先生は理知的な方で、幅広い内容をご存知です。医師でありながら、社会学、歴史学、国際政治学、文化人類学、経済学、言語学の教授が1人に同居しているような、

東京都足立区



増子忠道先生略歴

- 1971年 東大医学部卒業、柳原診療所(現柳原病院)入職
- 1976年ごろ 東京・足立区東部地域ねたきり老人実態調査懇話会の調査活動。
- 1977年 柳原病院に地域看護課(訪問看護の部署)設置
- 1990年代 訪問看護ステーション設置
デンマークに学び在宅補助器具活用
巡回型訪問看護・介護を創設
- 1997年 第6回 若月賞受賞



そんな感じの人物です。知識の範囲が広いのみならず、1つひとつの事柄に対する理解が深く、論理的にご理解なさっている方です。

増子先生は「システム論者」です。医療や福祉の活動において、増子先生は人間の「魂」とか「優しさ」とか「態度」とか「誠実さ」もおそろかにしませんが、増子先生はあくまでシステムとしての解決を考えます。地域のシステムとして患者さんや利用者さんに恩恵を保障しようと考えたわけです。

1) 寝たきり老人実態調査

増子先生の問題意識は、東京都東部6区において彼が主導した「寝たきり老人実態調査」によるところが大きいと思います。これは、当時、老人会の人に「寝たきり老人の手当の支給を受けている人は、寝たきり老人の一部にすぎない」と聞き、本当は統計よりも寝たきり老人は多いのではないかと調査を始めたのです。2,000人以上のスタッフとボランティアが協力して21,000人以上のお年寄りを調査し、200回以上の勉強会を開催しました。調査では東部6区の10%を全戸訪問調査し、行政が把握している2倍の寝たきり老人を発見しました。そして、これを機に「1人暮らしの方でも最期まで適切な医療や介護を受けられる地域システムを作らなければいけない」と増子先生は志されたと聞いています。

2) 訪問看護の重視

増子先生の意識として、「独居患者を支えることができる在宅ケア」が根幹にあり、「在宅医療は在宅ケアの一部」として認識されています。そして、医療の中でも、訪問看護を非常に重視していました。この訪問看護中心の活動は「訪問看護ステーション制度」として保険制度に結実し、1992年に老人保健法に訪問看護制度ができた時に、東京都第一号の訪問看護ステーションを宮崎和加子氏が所長となってこの地域に作っています。

3) 福祉器具の積極的活用

また、当時からリフト(リフター;lifting machine)などを積極的に活用し、患者の生活行動空間を拡大し、介護者の身体的負担の軽減、医療・介護従事者の腰痛減につながりました。これで虚弱な老人でも動作可能となり、虚弱な介護者でも介護が可能となり、自立生活が促されました。

4) 24時間型巡回サービス

そして、介護保険施行前に、訪問看護と訪問介護による「巡回型および24時間対応型」を組み合わせ、独居老人でも最期まで家にいられるシステムを、小さい地域ですが、そこに作りました。このシステムは、その後、2012年に「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」として制度に結実しました。奇しくも、私もその検討会である「24時間地域巡回型訪問サービス提供体制におけるケアマネジメントのあり方の調査研究事業」に関わりました。

この24時間型巡回サービスの背景について少し説明します。

背景の1つは頻回のコールです。1992年、北千住に東京都における訪問看護ステーション第一号が開設されましたが、翌年には患者さんが増え、夜間ポケットベル対応でナースがたびたび呼ばれるため、看護師間で、「当直体制を行うべきでは」との意見が持ち上がっていました。2つ目は、1988年に、増子先生がデンマークを訪問し、夜間巡回型介護を見学したことが背景にあります。1993年に、宮崎和加子氏がデンマークを訪問、夜間巡回型介護を再度視察し、帰国後、「健和会24時間在宅ケア検討会」を発足させました。

このとき、厚生省の「24時間巡回型在宅ケア」モデル事業を受託、「千住地域・24時間巡回型在宅ケア事業推進

24時間巡回型サービス



チーム構成

- ◆ 亀チーム ヘルパーによる巡回型介護を担当
朝のチーム、昼のチーム、夜のチーム
- ◆ 鶴チーム 夜間定期の一部と随時対応を担当
看護師とヘルパーのペアのチーム



<https://www.kenwa-kango.com/blog/109000017001.html>

委員会」を発足させて準備を開始、そして1994年11月16日に第一回の夜間巡回を実施し、今日まで1日も欠かさず巡回型ケアが独自に実施されています。

そのチーム構成として「鶴」「亀」があります。亀チームは巡回型介護で、朝のチームと、昼のチームと、夜のチームに分かれています。鶴チームは、夜間の定期の一部、医療処置を含めた定期と随時対応を担当するナースとヘルパーのペアです。「夜はナースとヘルパーのペアでないとうまく機能しない」ことが経験の中で分かり、その方法が良いと考えるに至ったとのことでした。

ケア内容は、定期的訪問では、医療の吸引・注射等の医療処置や、排泄介助、体位変換などを行います。加えて、緊急連絡を受けての夜間随時訪問をする、これは鶴チームの役目です。昼間は、看護師の訪問活動については、訪問看護ステーションが担当しますので、医療法人健和会と、系列会社の訪問介護事業所ファミリーケア柳原が協働してケアを実施します。介護保険上の給付形態は、実は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」として算定せず、現在も訪問看護と訪問介護で算定していると聞いています。

5. 地域限定主義

このエリアで独居看取りが可能なのは、「地域限定主義を採用したからである」と増子先生はおっしゃっています。

介護保険は同一エリアで複数業者が競合するので、1業者あたりの患者さんの「エリアあたりの密度」が低くなってしまい、事業者が訪問活動を行う場合の移動時間が長くなり、「当該エリア単位でみると労働のロスが多い」現象が生まれます。しかし、デンマークでは介護は公的に給付され、みんな公務員で、訪問する人もマネジメントする人も同一エリアで競合することはないため、効率的に巡回型サービスが展開できます。

健和会も、狭いエリアにおいて、ほぼ独占企業的な地域信頼を有し、移動時間ロス(人間的なロス・経営的なロスとほぼ同義)が少ない。この柳原エリアは、私も若いころに、6年間くらい在宅医療活動をしていたのですが、自転車で訪問活動をするのです。1軒訪問を終えると、3軒くらい先に患者さんがいてその次は、4軒先に患者さんがいて、またその次は3軒くらい先に患者さんがいるという、「すごい患者さんの人口密度」です。そのため、このシステム維持が可能となっています。

その後、健和会は老健を作ったり、関連会社と提携してグループホームを作ったり、特養を作ったりしていますので、地域包括ケアシステムの1つの形態を、「地域包括ケア」という言葉がない時代に、実践したと思います。

6. 結語

増子先生の関心は「寝たきりの高齢者が、独居でも、地域で最期まで療養生活ができるシステムの創設」でした。増子先生は看取りを重視しないわけではありませんが、それよりも、「最期まで療養できるシステム」を重視します。最期まで療養できれば、「当然看取りは可能」だからです。そして、そのシステムは社会的なものであり、公的給付によって保障されるべき、とお考えになっておりました。

私は増子先生に師事するものとして、私の理解の範囲で、皆様に増子先生の重要な功績をお伝えしました。私のつたない話をお聞きくださり、感謝致します。

結語 増子忠道先生の主な関心

- ◆寝たきりの高齢者・障害者が独居でも地域で最期まで療養生活できるシステムの創設
- ◆そのシステムは「社会的なもの」であり、公的給付によって保障されるべきものである

＜プレゼンテーション②：長尾和宏氏＞

独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり

1. はじめに

今日は勇美記念財団の助成事業である「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」に、私がプロジェクトリーダーとしてこの何カ月間も活動してきましたので、本日は中間報告として、10月に開催した「独居の看取りフォーラム」の様子、つい最近行ったアンケート調査の結果の解析、そして私は、46万人都市で外来と在宅を行っています。そこでの独居高齢者の看取りについて、そして私見も交えた展望と課題、最後に今後の活動予定についてお話をさせていただきます。

2. 独居の看取り

これは高齢独身率ランキングです。男性の1位は沖縄で女性は青森です。男性は2割が独身で女性は半分です。今日は独居の看取りということですが、実は女性の問題であるということで、全国平均で見たら男性は2割、女性は5割、こんなに男女差が付いています。

いずれにせよ、私は町医者、開業医をやっております、外来も女性ばかりです。在宅もよく考えたら女性ばかり、看取りも女性ばかり。ちなみに私がいる兵庫県、大阪府のランキングは平均的な感じです。

独居高齢者の定義は明確なものはありません。独身ならわかるのですが、家族が昼間働きに行き、夜帰ってくる、これは独居じゃないそうです。どれくらい独居だったら、独居というのか明確な定義がない。ほとんど家族が来ない、1カ月に1回来るかどうかっていう感じでしょうか。それを独居高齢者と仮に定義をして、ではどこまで可能かというフォーラムを10月21日に神戸で開催しました。

■都道府県別「高齢独身率ランキング」
上位

順位	男性	女性
1	沖縄 25.41	青森 55.10
2	高知 23.32	鹿児島 53.80
3	東京 22.27	高知 53.79
4	鹿児島 21.87	長崎 53.46
5	大阪 21.57	秋田 53.38
全国平均	19.88	全国平均 48.57

■都道府県別「高齢独身率ランキング」
下位

順位	男性	女性
43	岐阜 17.26	茨城 45.64
44	石川 17.13	滋賀 45.56
45	富山 16.97	神奈川 45.21
46	滋賀 16.46	千葉 43.88
47	奈良 16.10	埼玉 43.31
全国平均	19.88	全国平均 48.57

■都道府県別「高齢独身率ランキング」

	男性	順位	女性	順位
大阪	21.57	5	48.84	30
兵庫	19.08	33	48.77	32
全国平均	19.88		48.57	

2. 在宅ホスピスケア実践シンポ(独居高齢者の在宅看取りはどこまで可能か)

10月21日のフォーラム参加者の属性

事前申込183名中、参加120名
当日参加7名、合計127名参加

男性	3 (3.7%)	①医師	7
女性	28 (34.1%)	②看護師	40
未記入	51 (62.2%)	③その他医療職	6
20～39歳	11 (13.4%)	④ケアマネージャー	13
40代	24 (29.2%)	⑤介護福祉士	3
50代	26 (31.7%)	⑥その他福祉職	5
60代	13 (15.9%)	⑦会社員	3
70代	3 (3.7%)	⑧無職	4
80歳～	4 (4.9%)	⑨その他	8
不明	1 (1.2%)		

定員 140 名でフォーラムの開催をフェイスブックで呼びかけたらチラシを刷る前にすぐに申込みあり、すぐに満員になってしまいました。それだけ関心が高いということでした。

180 人が申し込み、参加者は当日参加も含めて 127 名でした。女性が多くその年代はここに書いてある通りです。

そのプログラムは、地域・行政の取り組みとして大学の研究者である川本先生や有名な横須賀市の川名氏に御登壇いただきました。そして緩和ケアで有名な関本先生に、成功例と失敗例について、何が成功で何が失敗か、誰にとって成功なのか、誰にとって失敗なのか、このへんの議論が根源的な議論となりました。

ランチオンセミナーは私が担当しました。このフォーラムは 10 時から 17 時まで 7 時間缶詰状態になり、休みなしで行いましたので、参加者からクレームが出ましたが、大盛況でした。

午後の特別講演は、実は独居の看取りの裏側です。在宅死の半数は都市部では検死です。それを扱っている西尾元先生が近くの兵庫医科大学の解剖学の教授で、「死体格差」という本を出していますので、その話を聞きました。先生はもちろんお医者さんですが、生きている人を見たことがない。死んだ人しか見たことがない、しかし、その先生のお話を聞いて、みんな度胆を抜かしていました。

14 時から、鶴岡優子氏、井尾和雄氏、二ノ坂保喜氏、訪問看護師の宇野さつき氏それぞれに事例を提示してもらい、最後の 1 時間ディスカッションしました。本当にいろいろな意見が出ました。独居の看取りの経験、そして孤独死の話まで踏み込んで、話は尽きず、この後、懇親会も行いましたが、ずっと話は続きました。7 時間でも全く時間が足りないくらい大きなテーマだと思いました。この感想として、アンケートを取りました。127 名中、82 名がアンケートに答えていただき、圧倒的に「良い」という評価、「面白かった」という評価があり、「良くなかった」という評価はなかったと思います。

3. アンケート調査（独居高齢者の在宅看取りはどこまで可能か）

鹿児島の中野氏が主催されている 1,000 人くらいの、そして在宅療養支援診療所連絡会のメーリングリスト、日本ホスピス・在宅ケア研究会のメーリングリスト等、大体 2,000 人くらいにメールでアンケートを取りました。

有効回答が 106 名で、回答率はそれほど高くはないと思いますが、これを解析しました。

「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくり」に関するアンケート調査				
1. 回答者 氏名	所属			
2. 回答者の属性	地域性： 都会 小都市 山間部、僻地			
医療従事者：				
介護従事者：				
行政担当者：				
3. これまでの経験（実績）	これまで独居高齢者を自宅での看取りにかかわった事例			
	2015 年	名	2016 年	名
	2017 年	10 月まで	名	
	自宅看取りにかかわったが最終的には施設あるいは病院へ搬送した事例数			
	2015 年	名	2016 年	名
	2017 年	10 月まで	名	
	苦労したこと			
4. これまでのあなたの経験から以下の要件について最も必要度の高い要件は 1 次は 2、3、4・・・と順番をつけてください。必要性のないものに順番をつけなくていいです。また、必要度が同じものであれば複数の項目に同じ番号をつけてもいいです。例：1 2 2 3 4 4 4 4・・・				
4-1 独居高齢者の自宅看取りを可能とする条件				
（ ） 本人の強い意思（推定意思を含む）がある				
（ ） 本人の意思を尊重する家族や親族がいる				
（ ） 本人の意思に反対する家族や親族がいない（家族や親族がいない場合を含めて）				
（ ） 本人の意思を尊重し、協力してくれる医師（訪問診療医、かかりつけ医）がいる				
（ ） 本人の意思を尊重し、協力してくれる訪問看護師がいる				
（ ） 本人の意思を尊重し、協力してくれるケアマネジャーがいる				
（ ） 本人の意思を尊重し、協力してくれる友人がいる				
（ ） 本人の意思を尊重し、協力してくれる周囲の地域住民がいる				
（ ） 自宅は持ち家である				
（ ） 医療処置が少ない				
（ ） 経済的に恵まれている（お金がある）				
（ ） 認知機能が低下していない				
（ ） 山間地、過疎地ではない				
（ ） その他（ ）				
（ ） その他（ ）				
（ ） その他（ ）				
（ ） その他（ ）				
（ ） その他（ ）				
（ ） その他（ ）				

1) 回答者の属性

属性は、医師 44 名、看護師 36 名、他医療関係者 10 名、ケアマネ 6 名、介護福祉士 1 名、他介護関係者 7 名、行政担当者 1 名、市民 1 名でした。ということで、看取りということになるとやはり医師がどうしても中心になってきます。地域別では都会 46 名と小都市 50 名と山間部 10 名でした。

2) 最も必要度の高い要件

第一は「本人の強い意思」であることがアンケートから読み取れます。第 2 は「家族」です。「協力」

という項目も必要度が高いことがわかります。

3) 看取りにかかわった事例数

看取りにかかわった件数が50件を超えていた3クリニック（Kクリニック、Sクリニック、Mクリニック）があり、また、私のクリニックの件数も除外しました。平均で1つの医療施設が年間2人強を看取っているという現状がこのアンケートから読み取れました。

独居高齢者の看取りにかかわった事例数

		事例数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
全数	2015年度	90	5.96	23.33	0	193
	2016年度	89	6.63	25.36	0	211
	2017年度	91	5.27	22.28	0	187
3ケース除く※	2015年度	87	2.22	4.72	0	24
	2016年度	86	2.55	4.62	0	26
	2017年度	88	1.70	3.76	0	23

※看取り件数が50件を超えていた3ケースを除く（Kホームクリニック・Sクリニック・M訪問クリニック）

●年間2人強を看取っている

5) 看取り割合

看取り割合では大体50%、2人に1人が看取りを行っていることがわかります。ちなみに末期がんの在宅看取り率では9割を超えているところもあれば、8割のところもある、非がんは非常に低く3割程度で、私のところでも3割ですが、その中間ぐらいと思いました。独居高齢者ではがん、非がんを問わず行っています。

独居高齢者の看取り割合 = (在宅看取り数 ÷ (在宅看取り数 + 病院搬送数))

		事例数	割合
全数	2015年度	50	57.2%
	2016年度	52	63.4%
	2017年度	60	47.3%
3ケース除く※	2015年度	47	55.6%
	2016年度	49	62.1%
	2017年度	57	45.3%

※看取り件数が50件を超えていた3クリニックを除く（Kクリニック・Sクリニック・Mクリニック）

●独居高齢者の2人に1人は、在宅看取りができています

地域規模別の看取り数（3ケースを除いた検討）

		1. 自宅看取り数			2. 病院搬送数		
		2015年度	2016年度	2017年度	2015年度	2016年度	2017年度
都会	平均値	3.32	4.11	2.79	1.06	1.58	1.89
	度数	37	35	39	34	36	36
	標準偏差	6.16	6.13	4.96	1.65	2.50	3.54
	中央値	1	1	1	0	1	1
	中央値	1	1	1	0	1	1
小都市	平均値	1.24	1.31	0.68	0.76	0.95	0.88
	度数	41	42	40	38	40	40
	標準偏差	2.72	2.24	1.44	1.22	1.50	1.54
	中央値	0	1	0	0	0	0
	中央値	0	1	0	0	0	0
山間部・僻地	平均値	2.11	2.22	1.56	0.43	0.14	0.50
	度数	9	9	9	7	7	8
	標準偏差	4.57	4.71	3.97	0.53	0.38	0.53
	中央値	0	0	0	0	0	0.5
	中央値	0	0	0	0	0	0.5

Kruskal-Wallisの検定結果 p > .05

最も必要度の高い要件は何だと考えるか。

高：1～低：5。 複数項目に同番号付与可。

項目	1の数	2の数	3の数	4の数	5の数	他	他
本人の強い意思あり	99	2	2	0	1	2	6、なし
本人の意思を尊重する家族あり	55	36	5	3	1	6	△、なし5名
本人の意思に反対の家族なし（身寄りなし含）	34	38	10	3	2	19	なし
協力医師（訪問診療医・かかりつけ医）がいる	54	29	14	4	1	4	6、なし3名
協力してくれる訪問看護士がいる	46	29	11	9	6	5	なし
協力してくれるケアマネがいる	28	39	13	13	3	10	6が3名、なし7名
協力してくれる友人がいる	5	25	22	13	5	36	なしが31名
協力してくれる地域住民がいる	2	24	20	16	8	36	なしが48名
自宅が洋家	2	6	13	15	4	66	なしが61名
医療施設が少ない	3	12	18	12	2	59	なしが51名
経済的に恵まれている（お金がある）	3	15	16	11	5	56	なしが48名
認知機能が低下していない	3	15	16	11	5	56	なしが46名
山間部・過疎地ではない	1	7	12	11	3	72	なしが67名

●必要な条件 第1位：本人の強い意思 第2位：家族の協力

4) 看取りにかかわるも最終的に搬送した事例数
 大体年間1人が2人の独居者が搬送されているということが分かりました。

独居の看取りにかかわるも最終的には施設あるいは病院へ搬送した事例の数

		事例数	平均値	標準偏差	最小値	最大値
全数	2015年度	82	1.56	5.67	0	50
	2016年度	86	1.83	5.71	0	50
	2017年度	87	1.82	4.98	0	40
3ケース除く※	2015年度	79	0.86	1.38	0	7
	2016年度	83	1.16	1.98	0	9
	2017年度	84	1.27	2.59	0	19

※看取り件数が50件を超えていた3ケースを除く（Kホームクリニック・Sクリニック・M訪問クリニック）

●年間1～2人の独居者が搬送されている

6) 地域別

地域別に解析しました。全数と、事例の多い3クリニックを除いた検討結果も示します。

地域規模別の看取り数（全数検討）

		1. 自宅看取り数			2. 病院搬送数		
		2015年度	2016年度	2017年度	2015年度	2016年度	2017年度
都会	平均値	11.65	13.55	10.45	2.59	3.03	3.05
	度数	40	38	42	37	39	39
	標準偏差	34.21	37.85	32.15	8.30	8.23	7.12
	中央値	1	1.5	1	0	1	1
	中央値	1	1.5	1	0	1	1
小都市	平均値	1.24	1.31	0.68	0.76	0.95	0.88
	度数	41	42	40	38	40	40
	標準偏差	2.72	2.24	1.44	1.22	1.50	1.54
	中央値	0	1	0	0	0	0
	中央値	0	1	0	0	0	0
山間部・僻地	平均値	2.11	2.22	1.56	0.43	0.14	0.50
	度数	9	9	9	7	7	8
	標準偏差	4.57	4.71	3.97	0.53	0.38	0.53
	中央値	0	0	0	0	0	0.5
	中央値	0	0	0	0	0	0.5

Kruskal-Wallisの検定結果 p > .05 p > .01

結果として、大体年間2人、独居高齢者を看取っており、年間1人は病院搬送になっているので、看取り率は50%程度。看取りの数は都会 > 山間部・僻地 > 小都市の順であることが明らかになりました。

7) 苦勞したこと

自由記述 (その1) 「苦勞したこと (都会の医師の意見)」

- ・**ドアの鍵**がかかっており警察を入れざるをえなかった。独居の場合、鍵の在り処を明確にする必要あり。
- ・賃貸住宅の**大家さん**から看取りを渋られた。
- ・自宅看取りに不安の大きい**介護職との連携**に苦勞。
- ・**死亡届を誰が提出するか**決まらないまま死亡した。
- ・**陰のキーパーソン** (特に遠い親戚) が介在する場合。
- ・病院施設空床がたくさんあり、独居で状況が悪くなると**入院や入所になりがち**。

自由記述 (その3) 「苦勞したこと (都会その他 介護職の場合)」

- ・本人が自己決定しない (大正生まれ以前の高齢者の多くは「**自己決定**」という意識・概念が理解できない。「家族のいいようにしてくれ」)。
- ・**家族間の看取りに対する知見と感覚がバラバラ**で、コンセンサスが難しい。
- ・**非がん患者** (老衰、関節痛など) の緩和ケアができる病院、施設がない (少ない)。
- ・<在宅⇄病院⇄介護施設> の連携が不十分なし存在しない。私の母の場合、事実上の病診、病病の連携は長男である私が実施せざるを得なかった (2011年当時)。
- ・母が厄介になっていた特定施設は看取りケアを実施して看護・介護スタッフは教育をうけていたが、**容体急変時**に入院した急性期病院のスタッフは「看取り」意識が無い。とりわけ**医師はひどい!**

自由記述 (その5) 「苦勞したこと (小都市・看護師/その他医療職/ケアマネ/介護職の場合)」

- 吸引するとなった時、誰がする?となり、家族から入院を希望。
- 入院から在宅に帰る際、**本人の意思に関係なく後方病院**に入れられてしまうこと。「独居は無理」という考え方が根深い。
- 医療未受診者の訪問で、介護職した息子と母親世帯。どちらも医療不信のなか**拒否**をし、SPO2および血圧の異常をみとめ、いくら受診勧奨しても応じない。しかし、最期は聴るように亡くなり、家族はこれで良かったと電話をいただいた。人の死に医療は必要あるのか疑問になった。
- 末期の方の件数が重なることになり**業務が負担**になる。最期をどのように迎えたかの話し合いが、かわかりが短いことが多く、できにくい。**(ケアマネ)**
- 担当医の言葉を信じていいのか大丈夫なのかという**不安**。

自由記述 (その7) 在宅療養支援診療所 医師の場合

独居の在宅はさほど難しくなく、私見を述べると、本人の覚悟を行政が容認できれば可能です。面倒くさいところは、行政の責任? 死んだら誰が責任取るかといった**行政マシの覚悟が問題**なのではないでしょうか。**ケアマネが勝手に施設を勧めたり、最初から独居は無理と在宅の選択肢を持たない**ことも課題です。

しかし、ケアマネにそういった「**霊感商法**」対応を求めているのも行政です。**元気な患者に往診して、病気になるたら救急車**といった在宅医療を、これがスタンダードと施設の職員も、市民も、また地域包括の職員までも、みんなが在宅なんて、こんなもんだと僻居しているのが、在宅医療の一般的イメージがもじりません。

朝日新聞出版のあの在宅医リストをたたく、もっと言えば、リテラシーもって読んでもらうことが重要です。

緊急往診のない在宅医療が看取りまでを支えられるはずが無い。そして、**在宅時の急変時 (容体急変) に在宅でどこまで対応できるか**が、これが、在宅医療の質です。

自由記述 (その9) 小都市 医師の場合

- ・独自の在宅療養は無理と端から諦めているケアマネ、病院スタッフは多い。急変時の意思確認、介護者への周知が出来ていないと、**救急搬送されるケース**もある。
- ・本来、自宅よりこだわらべきは、「**独りにしない (周りに人が居る)**」(家の中 (屋根がある)) 事だと思えます。次に当事者に痛み (取りあえず肉体的>精神的・社会的) が無い状態であることです。次に自宅だと思えます。自宅に拘るあまり、**痛みを我慢する状態での看取りは寂しく辛い**と感じます。
- ・ご本人に、相談や連絡をした方が良い人がいるかを聞き、遠方の家族であっても、ご本人 (できなければ在宅支援チーム) から連絡をして、必ず今後の方針を共有する場を設ける。または、在宅支援チームで支えていくことを説明してお任せしていただく**承諾を取る**ようにしています。この取り組みをしてからは、**家族による「ちゃぶ台返し」**は経験しなくなりました。
- ・**生保の独居の看取り**は (彼らが最期は入院を希望する、家族や家庭に執着が無いなどの理由で) 極めて困難。

自由記述 (その2) 「苦勞したこと (都会看護師・その他の意見)」

- ・本人が自宅での看取りを希望していても、認知機能の低下や自宅内での転倒などの事故で家族が出てきて、**半ば強制的に施設に入れてしまう**ことがある。
- ・介護保険ご利用の場合、訪問介護を必要回数利用すると、訪問看護での訪問回数が少なくなる。限度額単位内で**十分にサービスを提供することは難しい**。
- ・土日の麻薬の手配が困難。
- ・介護保険等の在宅サービスだけでは在宅看取りまで支えきれないことが多い。在宅看取りができた事例のほとんどが、**最期の1~2週間家族の支援**があった。

自由記述 (その4) 「苦勞したこと (小都市医師の場合)」

- ・独居高齢者を訪問診療で見ることは多いが、私の地区では見守り隊や民生員、包括支援センターにより把握が早く、施設数も多いため弱ったところに入所になり、**看取りの話が出ることは少ない**。
- ・終末期になってからの**安否確認をどれくらいの頻度**で行うのか判断に迷った。介護職に安否確認をさせる事に戸惑った。
- ・認知症で独居の肺がん女性、**自宅で転倒**した際、近所の女性が開いているドアから入ってきて発見。インフォーマルな支援者への情報提供の在り方について考えさせられた。
- ・「遠隔地で一人暮らしをしていたが、病状の悪化で通院や生活が困難になった段階での、**子の住居地への転居**」で困ることが多くなった。

自由記述 (その6) 「苦勞したこと (山形部/観地・医師/ケアマネ/その他介護職の場合)」

- ・独居でありませんが老老介護の夫が亡くなりました。夫人は少し前から腰痛で寝たきりとなり、**二人分のケア**が必要となり独居より大変なことがありました。(医師)
- ・独居に限らず自宅で看取る環境が整っていない (ケアマネ)
- ・看護師だけ介護職であるため、利用者の身体的状況はわかるが、医療行為や医療看護的判断を伝える方法がない。上司に伝えても、**医療職ではなく介護職だから、**と、袖にされてしまう。また、たとえ伝えてもケアマネさんに在宅の状況を伝えても伝えきれないもどかしさがある。その方が良い在宅を送るための意見をなかなか吸い取っていただけなかった。たある。**僻地ならではの情報共有の困難さ**を感じている。

自由記述 (その8) 都会 看護師/ケアマネ/その他介護職の場合

- ・独居の方を身内が引き取るのが、必ずしも本人のQOLや意向を尊重した形にならないと感じている。独居は独居のまま、家族も自分たちの生活バランスを崩さず外から関わるのも大丈夫だという保証ができるように、**地域の支援体制**が整うといいなと思う。(看護師)
- ・独居高齢者の自宅看取りは、期間が短いほど、在宅医療者を無駄に使い、「**最善ケア**」の評価が得られず、**経験の少ない医療者には不満足だけが残ります**。(看護師)
- ・17年間従事してきた中で共通して言えるのは、愚息がはっきりしているうちは意思決定支援を徹底的に行えますが、気が弱くなり、寂しさがふえ、次第に死と向き合う時間が長くなると、**人の温もりが必要**なんだと感じます。(ケアマネ)
- ・**地域住民 (被保険者・納税者) を巻き込んだ議論を経ない限り**、「独居高齢者の自宅看取り」観に立った地域包括ケアシステムは、医療・介護サービス提供者のための施策に終わってしまうような気がしてなりません。(その他介護職)

自由記述 (その10) 小都市 看護師/その他医療職/行政の場合

- ・「何かあったら」という検討をすることで独居看取りを暗にできなくしてしまうことがある。**看取りという事は「何かある」こと**。それでも本人の意思をかなえるということに (ある程度) こだわりをもって、目の前の人の生き様に誠意をもって対応すること。チームの中の一人一人の不安があることは互いに理解しつつ、**「独居の最期」を支えるチームづくり**が必要。(看護師)
- ・高齢者の「誰にも迷惑をかけず、ぼっくり逝きたい」と思う人であれば、独居高齢者の看取りは孤独死とは言わず、**独居死**であり、ある意味最期まで自立し幸せなこともあればあります。(その他医療職)
- ・障壁となっていることの半分は**市民の固定観念**も大きいと感じています。「**医療への過度な期待**」「**在宅医療・介護の不足**」「**周囲の目**」「**他力本願 (自分で考えない)**」等、もあると思います。(行政)

8) 独居高齢者の看取りを可能とする条件

私なりにまとめてみましたが、やはり本人の意思は最優先だと思います。リビングウィル書いていたらそうだと思います。家族の同意、医者や訪問看護師などの協力も必要です。こういった条件がないとなかなか可能とはならないと思いました。

独居高齢者の看取りを可能とする条件

1. 本人の強い意思 (LW)
2. 家族の同意や協力、覚悟
3. 訪問診療医、訪問看護師、ケアマネジャーの力量、覚悟
4. 本人の要因 (医療処置・経済状況・認知機能…)

多様化する看取りの場

- ・ 自宅、施設、病院
- ・ 兄弟や知人の家
- ・ 介護施設や老人ホーム
- ・ グループホーム
- ・ デイサービス中
- ・ ショートステイ中
- ・ 小規模多機能中
- ・ ロングショート中
- ・ おとまりデイ中・・・

4. 多様化する看取りの場

看取りの場は本当に多様化しています。兄弟・知人・グループホームなどです、愛人の家で看取ることもあるようです。デイサービス中やショートステイ中に看取ることがあります。ロングショート中、お泊りデイも看取りの場になっています。

独居の方は施設や病院もいっぱい、実際は下の5つの中で看取っているのも現状です。でも、どこで看取っても本人が幸せであればいいと思うのですが、そのためには、個人的には、やはり医師法 20 条の理解が大事であると思っています。

5. 医師法 20 条の正しい理解を

息を引き取る瞬間に 医者が居なくても大丈夫！

医者は死亡後でも、行けば
死亡診断書を発行できます。
(医師法 20 条の正しい理解を！)

記入する死亡時間は、推定でいい

医師法 20 条を正しく理解する！

- ・ 死亡後でも診れば、
死亡診断書を書ける
- ・ 「但し書き」の正しい解釈。
「診察後 24 時間以内の死亡は
この限りではない」
つまり「行かなくて書いてもいい」

2つの「24 時間以内」

医師法 20 条：24 時間以内に診ていれば往診不要
(昭和 24 年施行)

医師法 21 条：24 時間以内に警察に届けが要る
(明治 7 年施行)

*昭和 24 年にできた法律が平成 24 年に議論されている・・・
*実に多くの医師が、20 条と 21 条を混同している現実！
法律の誤解が、在宅看取りの阻害因子になっている。

この医師法 20 条は医師でも正しく理解している人は少ないです。私の近くの病院は、こういう方が近所の人で通報で運ばれると、生きていても蘇生しない場合は霊安室に安置して、開業医が霊安室に翌日往診させられる。霊安室往診と言っていますが、常態化しています。大阪の大病院でもそうです。これがおかしいということをお大病院の先生、院長先生に説明するのに 2 日間かかりました。

医師法 20 条は昭和 24 年の法律、70 年近く前の法律ですが、これがあるから独居でも見られるわけです。そういうことを全く病院の先生は知らないわけですから、独居の高齢者が間違っ
て搬送された場合には警察沙汰か、霊安室往診かどちらかになります。実はそうではないのです。

そして、例の但し書き、「診察後 24 時間以内の死亡はこの限りではない」、行かなくても書いていいとなっています。「なんでそうなんだ？」と言われましたが「これは法律なので」と一所懸命話しました。「24 時間ルール」と俗に言われていますが、これのことでしょうか。これのことだと思うのですが、21 条の「死体又は妊娠 4 月以上の死産児を検査して異状があると認め
たときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」の「24 時間以内」が重なっているの、誤解されています。

すなわち、「私は 24 時間以内にこの患者を見ていない、だから死亡診断書を書けない。だから警察に通報、あるいは霊安室往診」とある病院ではドクター全員が考えている。それを是正するのにもものすごく苦労しています。

平成 24 年の参議院の予算委員会質疑応答があって、日本医師会からも通知が出たにも関わらず、大病院院長をはじめとして全く知りません。

5. 遠隔看取り

そこに、遠隔看取りというのが入ってきています。

日本医事新報に最近寄稿した文章がありますのでそれをお読みください。

遠隔看取りとは、2週間前の訪問診療で死期が近いことが前提で、遠隔看取りをするかもしれないという承諾書を取り、医師が12時間以内にその家に行けない場合、訪問看護師がテレビ電話で死亡を確認し、看護師が死亡診断書を代筆してもいいとされています。

これは実は離島ではなくて、都市部でも可能だと、この間確認させていただきました。

これは医師法20条の拡大解釈と思っています。連携とはいいませんが、連携なしで看取りが可能になるかもしれません。

昭和24年にできた法律が70年後に拡大解釈され、現代バージョンにされているのかもしれませんが、24時間ルールが2週間ルールに拡大され、12時間ルールが出てきたことになります。

6. 自験例での検討、課題と展望

私のところでもいろいろな独居の方、非がんの方ですが、診ています。「独居の看取りの何が問題なの？」と全然意識せず診ていました。でもよく考えたら、認知症の方も増子先生が作られた24時間定期巡回型訪問介護看護を前提に行っているのです。私も普通に看取っていて、別に独居だからと意識したことがないのです。

しかし、病院の地域連携部の人はそんなこと知らないし、病院に情報をフィードバックしたくても公立病院の場合はなかなかさせていただけられないという現状もあります。私の場合は100%独居であれば看取っていますし、岐阜の小笠原先生も全然問題ないと言っています。天涯孤独の方もいらっしゃいます。この場合、診断の問題、お金の問題。そして葬儀をどうするのか、こういった問題があります。

変な話ですが、埋葬許可証に誰がサインするのか、医師が代理人としてサインする場合もあるわけです。そして、天涯孤独だと言われて看取ったら実は身内が周りにたくさんいるということもあるわけです。だから、独居かどうかの確認作業が必要ですが、個人情報保護法が壁となります。家族がときどき来る場合は家族との意思疎通がカギになります。ケアマネ、ヘルパーは看取りの法律を知らないので119番する場合があります。

独居の看取りの課題（私見）

- 1 病院や地域連携室への啓発が急務
- 2 ケアマネや介護職員への啓発も急務
(国立かいご学院、尼から連携の会)
- 3 隣人・市民や民生委員への啓発も急務
- 4 法律（医師法20条など）の周知が急務
- 5 孤独死防止のため地域看守り体制の構築

私は国立かいご学院（国立と書いて、コクリュウと読みますが、国に代わって立つという意味です）という学校を開いており、地域の看護師さんたちに今みたいな話を毎月していますので、ケアマネさんも

遠隔看取り

- ・ 2週間毎の訪問診療で死期が近いことが前提
- ・ 事前に本人ないし家族の承諾を得る
- ・ 医師が12時間以内にその家に行けない場合
- ・ 訪問看護師がテレビ電話で死亡を確認
- ・ 看護師が死亡診断書を代筆する

都市部でも可能

「遠隔看取り」の背景

- ・ 医師法20条の現代版、拡大解釈
- ・ 24時間ルール→2週間ルールに
- ・ 12時間ルールが前提となる

独居高齢者の在宅看取りの現状

- 1 天涯孤独の場合はがんの認知症も100%看取っている
- 2 家族の有無の確認には個人情報保護法という壁がある
- 3 時々、家族が来る場合は、家族との意思疎通が鍵となる
- 4 ケアマネやヘルパーが119番するリスクがある
- 5 病院スタッフや地域連携スタッフが現状を知らない

病院でも法律を知らないし、本人が末期がんで家に帰りたいたいと言っても「認知症があるから、末期がんだから」と言って帰してくれないことがあります。

病院に今お話ししているようなことを啓発したいのですが、病院側は「興味がない」と断られています。実はこの間、金沢で日本介護支援専門員協会全国大会があり、そこで会長にも言ったのです、「興味がない」と言われましたが、1カ月後には「興味があります」と言っておられました。啓発が必要だと思います。

含めて看取りの法律をみんな知っています。

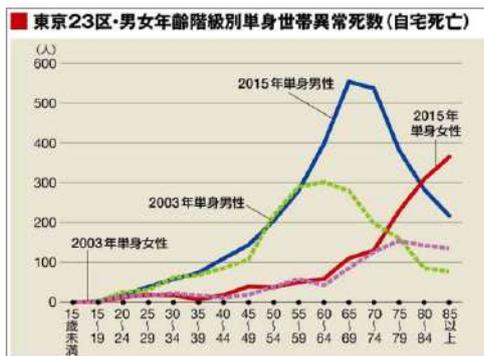
そして、隣人や民生委員への啓発も必要です。隣人が「独居で火事を出したらどうするんだ?」と言いい、民生委員が反対する場合も多いです。法律の周知が何よりも急務だと思いますし、孤独死しない地域での見守り体制の構築も必要です。

7. 孤独死について

日本でも孤独死が増えており、遺品整理が大変です。タイに移住する人が多いですが、ここも長期滞在高齢者で、もう20人以上の日本人男性が孤独死しています。この場合誰が火葬するのか、焼き場の金は誰が払うのか。

海外長期滞在希望先ランキング

	2006年	2016年
1	マレーシア	マレーシア
2	オーストラリア	タイ
3	タイ	ハワイ
4	ニュージーランド	台湾
5	ハワイ	フィリピン



東京23区でも孤独死は増えています。実はほとんどが男性です。昨日のYahoo ニュースで8割が男性と言っていました。しかも、なんと60代ということがわかりました。

実はこれはよく知られた事実です。在宅死の半数は孤独死で、無用な警察介入、救急搬送、そして死体解剖が行われています。

私たちから見ると、実はこれは、独居高齢者の氷山の一角ではないかという気もしています。独居高齢者はほとんどが女性です。

下流老人（経済的困窮者）という言葉が流行っていましたが、セーフティネットにかからない老人、男性です、酒を飲んでアル中の人もありますが、地域包括ケアの網にこの人たちは入っているのだろうか、その網にもかかっていない独居高齢者への対応は、まちづくりというのであれば急務ではないかと考えています。

そうということで、実は昨日「男の孤独死」という本が出ました。この「男の孤独死」の巻末に看取りのデータ、横浜市の分析が載っていますので、この巻末だけでもご活用ください。

8. 孤独死を回避するために

孤独死は誰もしたくない、どうしたらいいのだろう、となると先ほどの増子先生の地域の見守り体制しかないのです。私たちも24時間定期巡回型を行っています、これはつきり言って儲かりません。だから行う人が少ないです。私はこの本の中で、ヤクルトおばさんの活用を提案しています（独



在宅死の半数は検視

孤独死は増加の一途

孤独死の8割は60代男性、アルコール・・・

り暮らしが心配になったらヤクルトをとろう)。あるいは日医の鈴木邦彦先生のように、夕方に病院が配食サービスを行うこともいいと思います。民間企業の参入の話もありますが、この場合のモラルハザードを誰が担保するのかという問題があります。

地域包括支援センター機能の強化、市民意識の向上・啓発、生活困窮者へ無料定額診療、亀田総合病院はこの無料定額診療を行うためだけにMSW30人雇っていますが、こういう対策を行わないなかなかこの問題は解決しないと思っています。

孤独死を回避するために（私見）

- 地域の看守り体制**
 - 24時間定期巡回随時対応型・訪問介護・看護
 - ヤクルトおばさん（朝）や病院の配食サービス（夕）
 - 民間企業の参入は？（モラルハザードを担保）
- 地域包括支援センター機能の強化**
 - 地域のMSWの活用
 - 医師会と行政の連携、社協や老協
- 市民意識の向上、啓発**
 - 講演会や市民フォーラム、看取りの文化
 - エンディングノートに孤独死防止策を追加
- 経済的困窮者の救済制度の活用**
 - 生活保護制度や無料定額診療の拡充
 - 相談窓口の設置

最後に 2 冊の本を紹介します。



一家に 1 冊
患者説明
ACP 用
980 円



有名在宅医だけど
電話が繋がらない

患者は 3 日間苦しみ
ながら死んでいった

在宅医療なんて
やるんじゃなかった

9. おわりに

独居の看取りは孤独死と間違えられる可能性があり、しっかり区別しなければいけないと思います。そして、周囲と覚悟を共有すること、行政のインフォーマルなサポート体制、バックアップが必要ではないかということです。なお、本人の意思確認では、ACP するにも相手がいらない、天涯孤独だということもあり、本人の意思だけでということもあります。

今後の活動予定として、2 月 10 日に第 2 回の「独居の看取りは可能か」という演劇を「劇団死期」で行います。

そして、3 月 17 日にはまとめの会を開催します。

課題

1. 「独居看取り」と「孤独死」の違いの周知
2. 本人の意思確認
家族・医療者・地域住民の尊重
「覚悟」を共有する
3. 地域のインフォーマルなサポート体制
特に行政のバックアップ

第7回「2017年度在宅医療推進のための会」

「小児在宅医療推進のための会」 東京・大阪分科会との合同研究会

年間テーマ：質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

開催日時 2018年1月26日（金）19：00～21：00

開催場所 東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階 「605ABC」

出席者 委員74名（推進の会33名、東京小児の会25名、大阪小児の会8名、厚生労働省8名） 陪
席20名 事務局5名

テーマ 「小児在宅医療について」

座長 前田浩利氏（医療法人財団はるたか会 理事長）

<話題提供者>

- ① 松本吉郎氏（日本医師会 常任理事）
- ② 船戸正久氏（大阪発達総合療育センター 副センター長：大阪分科会座長）
- ③ 三好圭氏（厚生労働省 障害保健福祉部 障害保健福祉部障害児・発達障害者支援 室長）
- ④ 松岡輝昌氏（厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室 室長）
- ⑤ 田村正徳氏（日本医師会小児在宅ケア検討委員会委員長・埼玉医科大学総合医療センター小児医療センター長）

<プレゼンテーション①：松本吉郎氏>

日本医師会における小児在宅ケアに関する取り組み

1. 小児在宅ケア検討委員会での検討

日本医師会で小児の在宅医療を担当しています。

私は日本医師会の常任理事になる前は、埼玉県医師会の常任理事をしており、その際に埼玉医大の田村先生と一緒にこの問題について大体6年前から取り組んできました。そのような経過から日本医師会としても小児の在宅医療に取り組んでいく必要があると考え、昨年、横倉会長にお伝えしたところ小児在宅ケア検討委員会の設置が認められました。第1回の委員会は平成29年の1月に開催され、1年で5回ほど開催しています。日本医師会の小児在宅ケアにかかわる取り組みは、始まったばかりです。時間の関係で委員会の状況については埼玉医大の田村先生にご報告いただきます。

2. 厚生労働省・文部科学省平成30年度概算要求に対する要望（平成29年5月）

日本医師会では毎年厚生労働省や文部科学省など各省庁に対しても概算要求の要望を行っており、医療的ケア児にかかる要望も行っています。1つ目は相談支援専門員の養成の配置、トランジションも含めた地域の関係者の協議会の開催や研修、地域での預かり体制などの整備、2つ目は特別支援学校等における看護師配置の拡充、3つ目は災害時の対応として平時からの連携体制の構築や災害発生時の電源確保、避難先の整備等の構築を要望しています。

2. 厚生労働省・文部科学省 平成30年度概算要求への要望（平成29年5月）

(抜粋)

2-2. 母子保健の推進

(4) 医療的ケア児及び家族に対する支援の充実

平成28年児童福祉法等の改正に基づく医療的ケア児及びその家族の支援のため、相談支援専門員等の養成・配置、トランジションも含めた地域の関係者(保健、医療、介護、福祉、教育、保育等)の連携(協議会等)、研修、緊急時の預かり体制(レスパイトを含む)を整備する。

【要望先: 医政局、社会・援護局】

2-3. 学校保健の推進

(6) 特別支援学校等における医療的ケアの充実

障害者差別解消法の施行(平成28年4月)に伴い、特別支援学校等での医療的ケアのニーズはますます高まる。特別支援学校の教員で対応できる医療的ケアは限られており、看護師の拡充を行う(平成29年度1,200人→平成30年度2,500人)。

【要望先: 文部科学省初等中等教育局】

6. 災害対策への予算確保

(1) 地域包括ケアの視点に立った要配慮者(高齢者、医療的ケア児等の在宅患者等)の支援体制の構築

医療的ケア児や在宅酸素患者等の生命を守るため、保健・医療・介護・福祉・教育等の関係者により平常時からの連携体制の構築、災害発生時の電源確保、避難先の整備等の支援体制を構築する。

【要望先: 医政局、社会・援護局】

3

3. 厚生労働省平成30年度障害福祉サービス等報酬改定に関する団体ヒアリング（平成29年7月）

平成30年度は障害福祉サービス等報酬改定がありますが、厚労省の検討チームによる団体ヒアリングにも日本医師会として出席しました。要望内容は、「重症心身障害児」にあてはまらない医療的ケア児への支援の充実、医療的ケア児を含めた小児在宅医療福祉サービス全般について、高齢障害者の介護保険サービス料についてです。

3. 厚生労働省 障害福祉サービス等報酬改定に関する団体ヒアリング

厚生労働省「平成30年度障害福祉サービス等報酬改定検討チーム」による団体ヒアリング
に出席(平成29年7月21日)。

日本医師会として、以下の点について要望を行った。

【要望の概要】

I. 「重症心身障害児」にあてはまらない医療的ケア児への支援の充実

(1) 医療的ケア児の重症度の判定基準の導入

「重症心身障害児」にはあてはまらないが、高度な医療的ケアが必要な子どもが増加傾向にあり、こうした児をケアする家族や障害者施設等の負担が大きい。運動機能及び医療的ケアの継続期間を考慮しない「医療依存度の重症度の判定基準」を導入し、「身体生命の安全確保のための見守り度」の指標も考慮した上で、対象となる児者は報酬評価上「重症心身障害」と同等に扱うことを提言する。

(2) 医療的ケア児の各種支援体制の充実

- ① 家族の負担軽減のため、短期入所について「高度医療対応型類型(仮称)」を新設し、医療機関の参入を促進する。さらに、一定の要件のもと、福祉型短期入所についても医療的ケア児者の受入れを可能とする。
- ② 障害児の通所系サービスにおける医療的ケア児受入れ促進のため、医療的ケアの判定をもって重症心身障害児扱いとした上で、医療的ケア加算を創設する。
- ③ 小規模事業所でも生活介護を実施できるよう、定員の特例や医療的ケア者受入れ加算を創設する。
- ④ 医療的ケア児が「居宅訪問型保育」を受けられるよう、看護職加算を創設するとともに、対象年齢を引き上げる。
- ⑤ 医療的ケア児者の通園、通学、通所にかかる送迎について、看護職等の同乗化及び加算を創設する。
- ⑥ 保育園、学校等に看護師や研修を受けた保育士・教員の配置を進める一方で、配置が困難な場合には、訪問看護師が学校等に出向いてケアができるようサービス報酬を新設する。

4

II. 医療的ケア児を含めた小児在宅医療・福祉サービス全般

(1) 相談支援専門員の小児在宅医療のコーディネーターとしての関与の強化

- ① NICU等からスムーズに在宅に移行できるよう、医療的ケア児を指定一般相談支援(地域移行・地域定着相談)の対象とする。
- ② 医療的ケア児に対して必要な支援が行われるよう、医学的知識を有する相談支援専門員の養成・配置を促進する。

(2) 支給決定及び給付管理の仕組みの整備(支給決定等の透明化)

現行の障害福祉サービスの給付決定は、市町村の担当者に委ねられており、必要な支援であっても担当者が認めなければ給付されない。必要な人に十分な支援が届くよう、支給決定の仕組みを整備するとともに、給付管理、モニタリングを適切に行うことにより、その人の状態に応じたサービスの提供を行うことができる。また、障害福祉サービス等にかかる予算の適正化にもつながると考える。

III. 高齢障害者の介護保険サービス利用について

(1) 高齢障害者の介護保険サービス利用に関する取組みについて

障害者が65歳以上になった場合の介護保険サービス利用について、利用者負担の軽減策や障害者特有のケアについては障害者施策で対応すべきである。

4. 平成30年度診療報酬改定の検討状況

私も昨年7月から中医協の委員をしており、現在このような形で検討が進んでいます。この内容についてはほぼ確定しています。退院支援に関しても、相談支援専門員との連携を加えるなど、要望したのも論点として挙げられています。今回の改定においても国のほうでも医療ケア児への支援につながる対応をいただいています。

ここにある4点以外にも、主治医以外の複数の医療機関が訪問診療できるようになりました。

平成30年度診療報酬改定の検討状況

平成30年1月12日中医協資料より抜粋

- I-1 地域包括ケアシステムの構築のための取組強化
(9) 医療・介護・福祉事業者間での切れ目のない連携を推進する観点から入退院支援や退院時の指導等における要件に、障害福祉サービスの相談支援専門員との連携を追加する。
- I-2 かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局機能の評価
(3) 小児科療養指導科の対象患者に、医療的ケアが必要な小児を追加するとともに、学校との情報共有・連携を要件とする。
- I-5 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
(7) ② 医療的ケアが必要な小児が学校へ進学する際に、在宅での療養生活を支援している訪問看護ステーションから医療的ケアの方法等の訪問看護に係る情報を学校へ提供した場合の評価を新設する。
- (17) 長時間訪問看護加算を週3回利用可能な対象者に、医療的ケアが必要な小児を追加する。また、乳幼児加算及び幼児加算の評価を充実させる。

5. 都道府県医師会小児在宅ケア担当理事連絡協議会の開催（平成29年10月）

4. 都道府県医師会担当理事連絡協議会の開催

在宅療養に移行した小児についても、地域包括ケアシステムとしてその受入体制の充実に努めていく必要があり、小児の在宅医療・福祉に関わる課題等に関する理解を深め、医師会として取り組みを進めていくことを目的に開催。同協議会后、いくつかの県においては、郡市区医師会を集めて同様の協議会を開催している。

日時：平成29年10月18日	14時～16時30分
場所：日本医師会館大講堂	
参加者：都道府県医師会担当理事、事務局等	152名参加
(テレビ会議システムにより全国に配信、担当理事以外に、小児科医・内科医等の参加もあった)	
＜プログラム＞	日本医師会会長 橋本 義武
1. 挨拶	
2. 議事	
(1) 小児在宅ケアを巡る現状と課題	
① 総論 埼玉医科大学総合医療センター産科周産期母子医療センター長 田村 正徳	
② 在宅医療の現場から 医療法人財団日本たか会理事長 前田 浩利	
③ 相談支援専門員の立場から 日本相談支援専門員協会顧問 福岡 寿	
(2) 厚生労働省の対応	
① 児童福祉法の改正、障害児福祉計画等について：障害保健福祉部	
② 医療計画上の取扱い、小児在宅医療人材養成事業等について：医政局	
(3) 医師会の取組み	日本医師会常任理事 松本 吉郎
① 日本医師会の取組み	大阪府医師会副会長 中屋 正幸
② 大阪府医師会の取組み	
③ 愛知県における医療的ケアの必要子どもたち特に起亜症児を外に連れ出す試みについて	愛知県医師会理事 野田 正治
(4) 協議	
3. 総括	日本医師会副会長 中川 俊男

また、都道府県医師会の担当理事連絡協議会を10月18日に初めて開催し、全国から担当理事が集まっていたり、現状の小児在宅医療がどのようになっているかを報告し、各地の取り組みについてのご意見も頂戴しました。この会議を踏まえて県内の郡市区医師会を集め、同様の会議を開催する都道府県医師会も出てきていますので、今後地域の医師会も行政と連携して取り組みを進めていけるのではないかと期待しています。

本当に医師会としての取り組みはまだまだ始まったばかりですが、医師会を通しての小児在宅医療の取り組みが少しずつ進んでいくことを願っています。

高齢者については、地域包括ケアシステムとして、医療介護との連携を進めていますが、小児についても、地域の医療、福祉関係者が連携し、支援していく体制の構築が不可欠と考えています。

医師会としても関係者の皆様とともに協力しながら取り組みを進めていきたいと思っております。

【座長：前田氏】

松本先生は厚労省からの小児在宅医療のコア人材育成事業に入らせていただいています。今回、その事業に日本医師会館も使わせていただくことになり我々としても助かっています。いろいろなところが手をつなぎ合うということで小児の在宅医療が進んでいることを実感させていただきました。

次は大阪の分科会に関して、船戸先生のほうからご報告をお願いしたいと思います。

＜プレゼンテーション②：船戸正久氏＞

勇美記念財団小児在宅医療推進のための会大阪分科会の活動

1. はじめに

厚生省の地域包括ケアシステムの構築ですが、今までは高齢者が中心であり、重症児者の地域包括ケアシステムの構築をどうするのが大きなテーマになっていました。私たちは今、「地域包括支援体制」という厚生省のプロジェクトチームが提案した言葉を現場で使わせていただいています。全世代、全対象型の地域包括支援体制をどうするのか、重症児の場合は「発達支援」というキーワードで、地域においても児童発達支援サービスを提供する、重症者の場合は、「自立支援」というキーワードで障害福祉サービスを提供する、この構築をどうするかが大阪でも大きなテーマになっています。

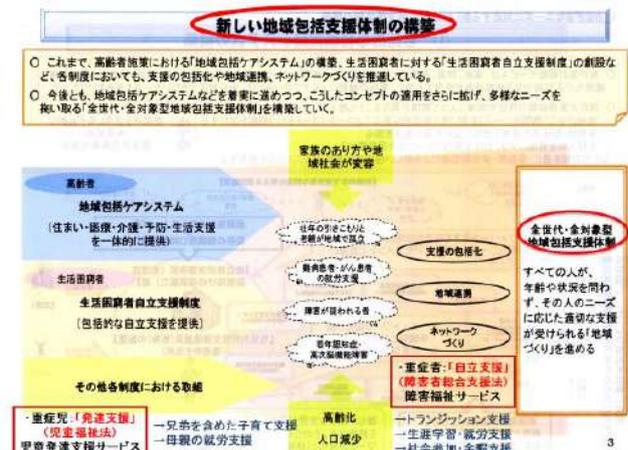
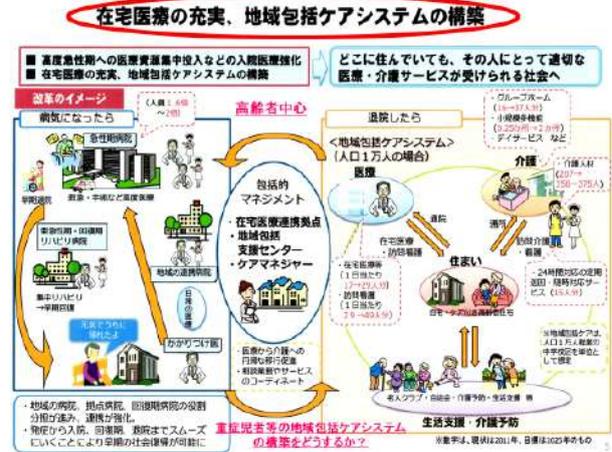
2. 大阪分科会のテーマ

それで、「小児の地域包括支援をどのように構築するか？近畿での取り組み」というテーマで、我々の分科会で、大阪府（廣川宏氏：2016年4月、井田忍氏：2016年6月、余谷暢之氏：2017年4月）、兵庫県（高田哲氏：2016年8月）、奈良県（高橋幸博・富和清隆氏：2016年10月）、京都府（三沢あき子氏：2016年12月）、和歌山県（飯塚忠史氏：2017年2月）、それから最近は滋賀県（熊田知浩氏：2017年8月）からも報告していただきました。

3. 大阪ショートステイ連絡協議会

この報告とは少し別に、現在大阪で取り組んでいる地域包括支援の連携として、大阪ショートステイ連絡協議会を立ち上げました。これは厚生労働省の2013年度のモデル事業ですが、それを受けて病院と療育施設が協力して協議会を運営しています。

6つの療育施設●と8つの病院、昨年から社会医療法人同仁会 耳原総合病院が新規参入しました。病院の内■は行政の支援を受けて「医療型ショートステイ」を福祉ベッドとして提供しているところで、□は「医療管理入院」としてレスパイト入院を提供している施設です。お互いにショートステイ体制という形で、相互に助け合うシステムを作るために立ち上げました。



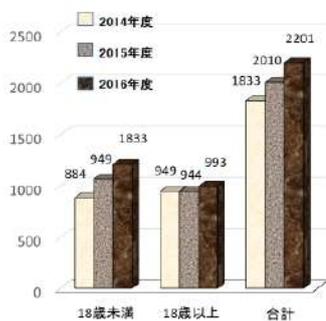
(例) 福祉型ベッドの概要

施設名	福祉型ベッドの有無
1 大阪母子医療センター	○
2 愛仁会リハビリテーション病院	○
3 阪南中央病院	○
4 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	○
5 愛染橋病院	○
6 大阪市立住吉市民病院	○
7 淀川キリスト教病院	○
8 社会医療法人同仁会 耳原総合病院 (新規加入)	○
療育施設	●
1 枚方総合発達医療センター	●
2 堺市立重症心身障害者(児)支援センター(ヘルデさかい)	●
3 四天王寺和らぎ苑	●
4 大阪府障害者福祉事業団すくやか	●
5 和歌山つし医療福祉センター	●
6 大阪発達総合センター フェニックス	●

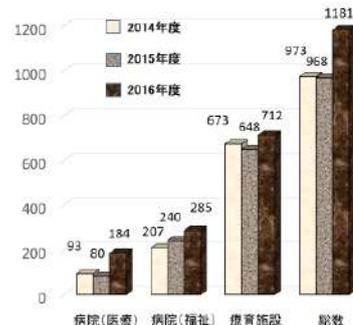


スライドは、3年間のデータです。2014年度から2016年度、協議会全体でとくに18歳未満の方々が右肩上がりに増加し、全体の登録数がだんだん増えています。ただしこのデータはそれぞれの病院や施設に複数に登録されたものです。大阪では3つも4つも登録し、前もってどこでも利用できるよにされているご家族もいます。一方実利用数も右肩上がりで増えていることが分かります。

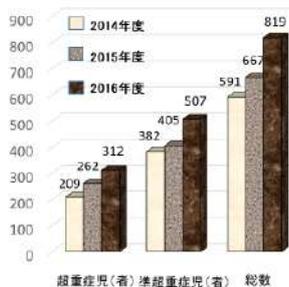
・SS登録数(人)



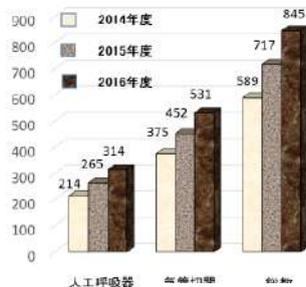
・実利用数(人)



・超・準超重症児(者)数(人)



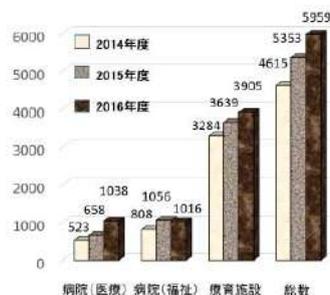
・高度児重症依存児(者)数(人)
(人工呼吸器・気管切開)



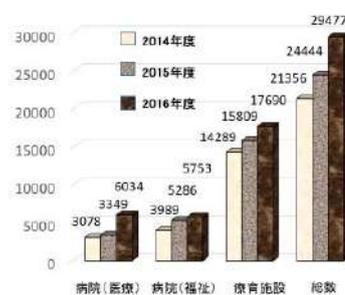
超・準超重症児は、これも3年間のデータですが右肩上がりに増えています。そして、人工呼吸器、気管切開などの高度医療依存児も同様に増えています。利用延べ人数は、療育施設の利用が一番多いのですが、やはりだんだん増えていることが分かります。総利用日数も21356日から29477日まで、非常に有効に利用していただいていることが分かります。

これは、行政の方々に強調しているのですが、ショートステイを充実させることによって「次の子どもさんも出産しますよ」と言っています。協議会内だけで年間20名ぐらいが産んでいます。全国で見たらもっと大きな数になると思います。是非ショートステイの充実を宜しく願致します。

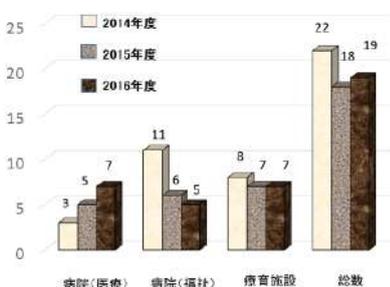
・利用延べ人数(人)



・総利用日数(日)



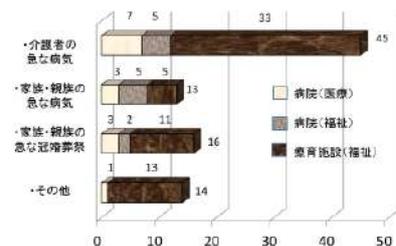
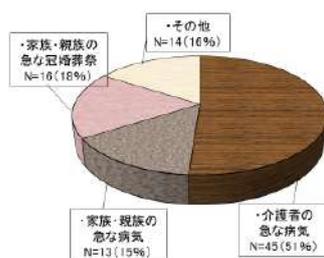
・次子出産のためのSS利用(人)



今回、緊急ショートステイの受け入れ件数とその理由のデータを取りました。2016年度の件数が88件で、やはり療育施設の貢献が一番大きいです。一方一番多い理由は、介護者の急な病気、そして家族親族の急な冠婚葬祭、家族親族の急な病気です。

・緊急時ショートステイ受け入れ件数と理由(件)

<病院(医療):14件、病院(福祉):12件、療育施設:62件、計:88件>



これは前田先生のスライドですが、歩いて話せるが医療的ケアが重い子どもたち、高度医療依存児の問題です。ある施設で動く医療的ケア児がショートステイを利用したとき、1人がかかりきりになり、関わり合う職員が悲鳴を上げ「二度と預かりたくない」ということがあったそうです。

是非この問題は真剣に考えていただきたいと思います。法律上、医療的ケア児が福祉の対象になりましたので、本当にどうするか、医療的ケア児はこれからも増えていきますので、是非いい知恵を皆さんで考えていただきたいと思います。一生懸命受け入れるところをあまり困らせないようなシステムを作っ

4. 第8回日本小児在宅医療支援研究会

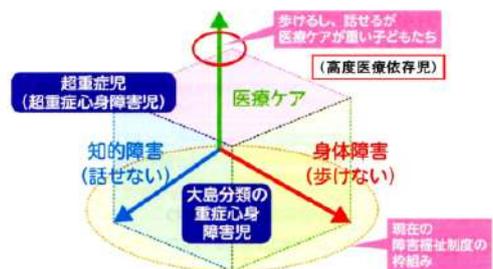
第8回日本小児在宅医療支援研究会を会場の費用の関係で、神戸で開催し、基調講演を田村先生、特別講演を前田先生、シンポジウムを「どないすんねん、小児地域包括ケア、近畿のユニークな取り組み」というテーマで行います。

今回、市民公開講座を初めて開かせていただきます。平本歩さんは関西在住で、在宅人工呼吸療法が診療報酬として算定された1991年以前から在宅人工呼吸を行っています。今30歳になり、1人でヘルパーさん達の支援を受けて暮らしている方です。去年「バクバクっ子の在宅記」(現代書館、2017年)という本を出しました。

この研究会は田村先生達により7回まで埼玉県で非常に大切に育てていただいた研究会です。折角大阪に飛び立ったにも関わらず大阪湾で墜落しないように是非皆様のお力添えをお願いします。多くの皆さんが参加していただければ幸いです。



大島分類、超重症児スコア、歩いて話せる医療的ケア児概念図 (前田浩利)



(プログラム)

テーマ；「どないすんねん、地域での小児包括支援」

■基調講演：田村正徳
(埼玉医科大学特任教授、日本医師会小児在宅ケア検討委員会委員長)

「医療的ケア児の地域包括支援システムの構築に向けて」

■特別講演：前田浩利 (医療法人はるたか会理事長)

「在宅における小児のEnd-of-life care支援」

■シンポジウム：

「どないすんねん、小児の地域包括支援—近畿のユニークな取り組み」

- ① 保健所が中心となった地域包括支援 (京都；三沢あき子)
- ② 在宅小児かかりつけ医紹介事業 (大阪；藤井雅世)
- ③ 救急時の医療コーディネート事業 (大阪；相田浩)
- ④ ショートステイ連絡協議会の実績 (大阪；舟本仁一)
- ⑤ 親子レスパイトの紹介 (奈良；高和清隆)
- ⑥ 医療的ケアと教育機関との連携 (兵庫；高田哲)

■市民公開講座：平本歩 (バクバクの会) <無料>
「人工呼吸器をつけて地域で暮らす」

【前田氏】船戸先生、ありがとうございます。それでは、これから、御三人の方にお話をさせていただきます。厚生労働省の障害福祉部の障害児・発達障害者支援室長の三好さん、在宅医療推進室室長の松岡さん、そして埼玉大学総合医療センターの田村先生にお願いしたいと思います。

<プレゼンテーション③：三好圭氏>

「医療的ケア児への支援に向けた取組」

1. はじめに

私は障害福祉の担当ですが、医療的ケア児の支援に関しては全省的な窓口の部署にも所属しております。今日は障害福祉の話を中心としながら、全省的な話をしたいと思います。

医療的ケア児は少子化が進む中でもどんどん増えているという状況です。直近では推定で17,000人いらっしゃるということです。こういう医療的ケア児に対する障害福祉をはじめ、いろいろな制度が十分対応しきれていないという中で、今各方面の取り組みを進めています。

2. 医療的ケア児の支援に向けた主な取組

医療的ケア児の支援に向けた主な取組①

障害福祉等
<ul style="list-style-type: none"> ○障害福祉サービス等報酬改定（平成30年4月～）検討中 <ul style="list-style-type: none"> ・障害児通所支援・福祉型障害児入所施設における看護職員配置加算の創設 ・障害児通所支援における医療連携体制加算の充実 ・短期入所における福祉型強化短期入所サービス費の創設 等 ○介護報酬改定（平成30年4月～）検討中 <ul style="list-style-type: none"> 療養通所介護（重症心身障害児・者を通わせる児童発達支援等を実施）において、更に地域共生社会の実現に向けた取組を推進する観点から定員数を引上げ。 ○医療的ケア児支援促進モデル事業（30年度予算案：1,889万円） <ul style="list-style-type: none"> 事業所等において医療的ケア児の受け入れを促進し必要な支援の提供が可能となる体制を整備。（平成30年度は6自治体（予算案上の数）） ○医療的ケア児等コーディネーター養成研修等事業（30年度予算案：6,814万円） <ul style="list-style-type: none"> 医療的ケア児を適切なサービスにつなぐコーディネーター等を養成。 ○医療型短期入所事業所開設支援（30年度予算案：493億円の内数） <ul style="list-style-type: none"> 医療機関や介護老人保健施設による医療型短期入所事業所の開設を支援するため、医療機関職員の実地研修等を実施。 ○医療的ケア児等医療情報共有サービス（30年度予算案：1.5億円） <ul style="list-style-type: none"> 救急時や、予想外の災害等に遭遇した際に、どこにいても適切な対処を受けられるよう、医療情報共有システムを構築。

2

医療的ケア児の支援に向けた主な取組②

医療・小児慢性特定疾病
<ul style="list-style-type: none"> ○診療報酬改定（平成30年4月～）検討中 <ul style="list-style-type: none"> ・小児科診療指導料の対象として、医療的ケアが必要な小児を追加するとともに、学校との情報共有・連携を要件化 ・長時間訪問看護加算を週3回算定できる対象に医療的ケアが必要な小児を追加 ・医療的ケア児が学校に通学する際に、在宅で療養支援を行っている訪問看護ステーションから学校への情報提供を評価 等 ○在宅医療関連講師人材養成事業（30年度予算案：2,321万円） <ul style="list-style-type: none"> 高齢者向け在宅医療、小児向け在宅医療、訪問看護の3つの分野ごとに、医師や看護師を対象とした人材育成プログラムの開発を行うとともに、医療従事者や行政職員等が地域で在宅医療の人材育成事業を行うための中央研修を実施。 ○小児慢性特定疾病の医療費助成（30年度予算案：150.4億円） <ul style="list-style-type: none"> 医療費の自己負担分の一部を助成。（対象疾病数：722疾病（14疾患群）⇒平成30年4月から756疾病（16疾患群）予定） ○小児慢性特定疾病児童自立支援事業（30年度予算案：9.2億円） <ul style="list-style-type: none"> 学校生活での教育や社会性の涵養に遅れが見られ自立を阻害されている児童等について、相談支援事業や相互交流促進事業等を実施。

3

医療的ケア児の支援に向けた主な取組③

保育・母子保健
<ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケア児保育支援モデル事業（30年度予算案：2.2億円） <ul style="list-style-type: none"> 保育所等における医療的ケア児の受け入れが可能となるような体制を整備し、医療的ケア児の地域生活支援の向上を図る。（平成30年度は60自治体（予算案上の数）） ○子育て世代包括支援センターの整備（30年度予算案：1,188億円の内数（内閉庁予算）） <ul style="list-style-type: none"> 妊娠前から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、保健師等を配置して「母子保健サービス」と「子育て支援サービス」を一体的に提供できるよう、妊産婦、乳幼児並びにその保護者を対象にきめ細かな相談支援を行う。（平成29年4月1日現在で526市区町村（1,106か所）で実施）

教育
<ul style="list-style-type: none"> ○医療的ケアのための看護職配置事業（30年度予算案：16億円の内数（文部科学省予算）） <ul style="list-style-type: none"> 学校に看護師を配置し医療的ケアの実施等を行う。（平成30年度は1,500人（予算案上の人数）） ○学校における医療的ケア実施体制構築事業（30年度予算案：5,900万円（文部科学省予算）） <ul style="list-style-type: none"> 高度な医療的ケアに対応するため、医師と連携した校内支援体制構築や医療的ケア実施マニュアル等を作成するなど、医療的ケア実施体制の充実を図る。（平成30年度は18地域（予算案上の委託数）） ○学校における医療的ケアの実施に関する検討会議（文部科学省） <ul style="list-style-type: none"> 実施体制の在り方や特定行為以外医療行為を実施する際の留意事項等を検討。

4

資料は、最初の3枚は厚労省の取り組み、そして文科省の学校行政と取り組んでいることについてまとめたものです。

医療的ケア児を支えるためにはどこか単独の部局、単独のスタッフでできるというものではないので、障害福祉をはじめとして、医療関係者、小児慢性特定疾病の関係、保育、母子保健ヘルス、教育関係者のそれぞれ施策横断的な取り組みが必要になってくると思っています。

3. 医療的ケア児者に対する支援の充実

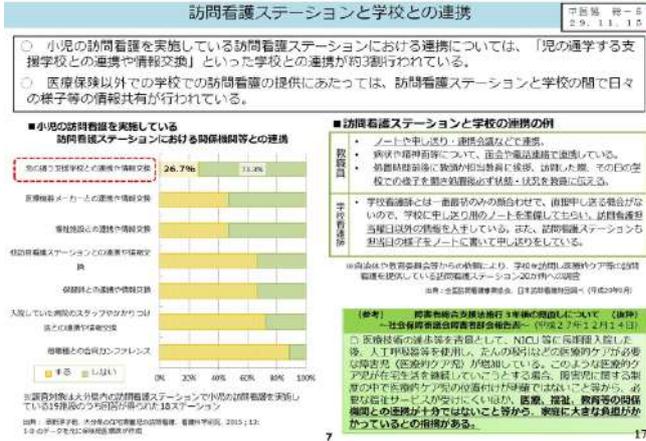
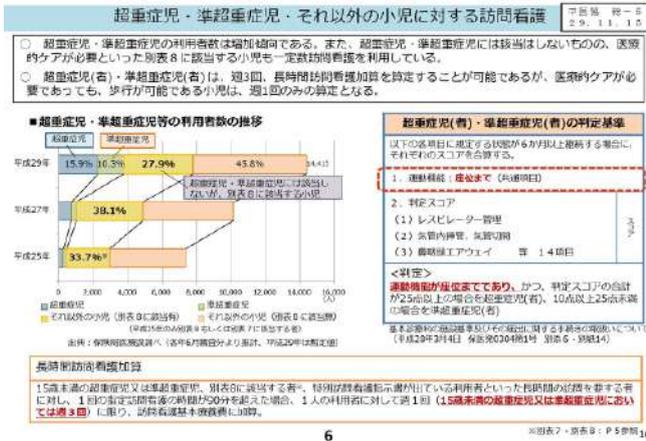
現在30年度の障害報酬改定の議論が大詰めのところですが、今回の改定では、障害児向けサービスの部分、あるいは相談支援、ショートステイ、こういった施策横断的に医療的ケア児を受け入れる体制を整備する、そういった報酬を設定しようと思っています。

具体的には、障害児向けサービスがあり、看護職員に配置加算をする。これまで通常の児童発達支援などでは看護職員の配置は、報酬上評価されていなかったのですが、医療的ケアの必要なお子さんを受け入れるために看護職員を配

医療的ケア児者に対する支援の充実（30年度障害報酬改定）検討中

<ul style="list-style-type: none"> 【障害児向けサービス】 <ul style="list-style-type: none"> 児童発達支援 放課後等デイサービス 福祉型障害児入所施設 障害訪問型児童発達支援【新サービス】 	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員配置加算の創設 <ul style="list-style-type: none"> 一定の標準を満たす医療的ケア児を受け入れるために看護職員を配置している場合に、新たな加算として評価する。 医療連携体制加算の拡充（通所支援のみ） <ul style="list-style-type: none"> 医療的ケア児の支援のため、外部の看護職員が事業所を訪問して障害児に対して長時間の支援を行った場合等について、新たに評価する。 福祉型児童発達支援の創設【新サービス】 <ul style="list-style-type: none"> 医療的ケア児等であって、障害児通所支援を利用するために外出することが著しく困難な障害児に対し、帰宅を訪問して発達支援を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 【施設対応・レスパイト等】 <ul style="list-style-type: none"> 短期入所 	<ul style="list-style-type: none"> 福祉型強化短期入所サービス費の創設 <ul style="list-style-type: none"> 医療的ケアが必要な障害児者の受け入れを支援するため、新たな範囲区分として「福祉型強化短期入所サービス費」を創設し、看護職員を常勤で1人以上配置すること等を評価する。 常勤看護職員等配置加算の拡充 <ul style="list-style-type: none"> 医療的ケア児を受け入れるために看護職員を2名以上配置している場合を評価する。
<ul style="list-style-type: none"> 【障害児向けサービス】 <ul style="list-style-type: none"> 生活介護 	<ul style="list-style-type: none"> 要医療児者支援体制加算の創設 <ul style="list-style-type: none"> 医療的ケアが必要とする児者等、より高い専門性が求められる利用者を支援する体制を有している場合を評価する。 医療・保育・教育機関等連携加算の創設 <ul style="list-style-type: none"> 医療機関、保育施設等と必要は協議等を行った上でサービス等利用計画を作成した場合に、新たな加算として評価する。
<ul style="list-style-type: none"> 【支援の総合調整】 <ul style="list-style-type: none"> 計画相談支援 障害児相談支援 	

5



6. 在宅医療関連講師人材育成事業

在宅医療関連講師人材育成事業

平成28年度予算 160万円
平成29年度予算 280万円
平成30年度予算 280万円

【目的】在宅医療ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後も一層活発化することが見込まれる。国において、将来の在宅医療人材の不足や質の格差などの問題に対応し、地域の取組を財政面で支え、在宅医療に関する専門知識や経験を蓄積し、地域で人材育成事業を支えることのできる高度人材を育成する。

【事業概要】医師を対象とした「高齢者向け在宅医療」、「小児向け在宅医療」と、看護士を対象とした「訪問看護」の3つの分野ごとに、人材育成プログラムの開発を行うとともに、地域の総務・保健・医療・福祉関係者等に対し、中央研修を実施する。※小児分野では、行政職員が医師と共に研修に参加し、当該の業務に直結した研修プログラム作成に結びつける取組も実施している。

◆研修プログラムの開発

◆全国研修の実施

◆地域研修の実施

◆29年度の全国研修の状況

◆30年度の全国研修の状況

在宅医療の人材を育成していく事業ですが、後で松岡室長のほうからご紹介があると思います。

7. 小児慢性特定疾病の医療費助成

障害者総合支援法は、いわゆる狭義の障害者のみならず、難病の方も支援の対象になっていますが、小児慢性特定疾病の方については、いろいろ助成の仕組みがあり、児童自立支援事業など、様々な支援が受けられる仕組みがありますので、これも障害福祉サービスと連携して取り組んでいくという状況です。

小児慢性特定疾病の医療費助成の概要

小児慢性特定疾病にかかっている児童等について、健全育成の観点から、患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部を助成する。

医療費助成の概要

対象者の要件

対象疾患群

対象疾病・対象者

予算額

小児慢性特定疾病児童自立支援事業

【事業の目的・内容】幼少時から慢性的な疾病にかかっているため、学校生活での教育や社会性の習得に遅れが見られ、自立を阻害されている児童等について、地域による支援の充実により自立促進を図る。

【実施主体】都道府県・指定都市・中核市

【国庫負担率】1/2 (都道府県・指定都市・中核市 1/2)

【概算条文】児童福祉法第19条の22、第53条

【予算額】平成29年度予算額：922,784千円 → 平成30年度予算案：922,784千円(±0千円)

<必須事業> (第19条の22第1項)

<任意事業> (第19条の22第2項)

8. 医療的ケア児保育支援モデル事業

今、非常に関心を集めている事業で、一般の保育所で医療的ケア児を受け入れるモデル事業をはじめています。平成30年度は60カ所に拡大の予定です。

「医療的ケア児保育支援モデル事業」について

1 事業概要

保育所等において医療的ケア児の受入れを可能となるよう体制を整備し、医療的ケア児の地域生活支援の向上を図る。

<対象事業>

- ・都道府県等において看護師等（看護師、准看護師、保健師、助産師）を雇い上げ
- ・保育所等へ派遣
- ・保育士が認定特定行為業務従事者となるための研修受講を支援
- ・派遣された看護師等を補助し、医療的ケア児の保育を行う保育士を配置
- ・その他、医療的ケア児の受入れに資するもの

2 事業の対象

(1) 対象児童
子ども・子育て支援法第19条第1項第2号又は第3号に掲げる小学校就学前子どもに該当する医療的ケア児で、集団保育が可能であると市町村が認めた児童

(2) 対象施設
保育所、認定こども園、家庭的保育事業所、小規模保育事業所及び事業所内保育事業所

3 補助単価等（H30予算案）

実施主体：都道府県・市町村
 予算所数：60カ所（平成29年度応募自治体数23市町村）
 補助単価案：1カ所あたり730万円
 補助率：国1/2、都道府県・指定都市中核市1/2
 国1/2、都道府県1/4、市町村1/4

21

9. 子育て世代包括支援センター

子育て世代包括支援センターの全国展開

○ 妊娠前から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、子育て世代包括支援センターに保健師等を配置して、「母子保健サービス」と「子育て支援サービス」を一体的に提供できるよう、きめ細かな相談支援等を行う。

○ 母子保健法を改正し、子育て世代包括支援センターを法定化（平成29年4月1日施行）（法律上は「母子健康包括支援センター」）。

➢ 実施市町村数：525市町村（1,106カ所）（平成29年4月1日現在） ➢ 平成32年度末までに全国展開を目指す。

※各市区町村が実施に当たって必要な施設や管轄区域を判断して設置。

23

これは母子保健の関係で子ども家庭局の施策ですが、母子保健サービスを子育て支援サービスを一体的に提供できるようなセンターです。現在525の市町村で、全国の1/3ぐらいの自治体で取り組みがされているところですが、平成32年度末までに全国展開をする計画で整備も進めています。

10. 医療的ケアのための看護師配置事業

文部科学省における学校での取り組みです。

まず1つ目は、医療的ケアのための看護師配置事業です。特別支援学校とか、あるいは一般の小中学校に看護職員を配置し、医療的ケアが必要なお子さんの支援にあたるというものです。平成29年度は1,200人分の予算確保し、平成30年度は1,500人に拡大します。

特に小中学校の場合ですと、ニーズがそれほど高くないところもあり、それぞれの学校で看護職員を確保するというやり方もあります。例えば訪問看護ステーションとか近隣の医療機関から看護職員を派遣して医療的ケア児が来たときの必要な支援を行う、そういった人材派遣を行う事業です。

医療的ケアのための看護師配置事業（切れ目のない支援体制整備充実事業）
 平成30年度予算額（案）1,600百万円の内数（平成29年度予算額1,452百万円の内数）

近年、学校において日常的にたんの吸引や経管栄養等の「医療的ケア」が必要な児童生徒が増加している。これらの児童生徒等の教育の充実を図るため、学校に看護師を配置し、医療的ケアの実施等を行う。

補助金概要

- ◇補助率：1/3
- ◇配置人数：1,500人（平成29年度：1,200人）
- ◇補助対象経費：看護師の雇用に係る報酬、共済費、旅費等

想定される業務例

- ・医療的ケアの実施
- ・教員への指導・助言
- ・研修の講師 等

補助 文部科学省 都道府県・市区町村 学校法人（私立特別支援学校等）

24

11. 学校における医療的ケア実施体制構築事業

これもモデル事業ですが、学校の中でも一定の特定行為以外の医行為に対応できる状況をつくる事業です。平成30年度は16地域を対象にして事業を展開する予定です。

学校における医療的ケア実施体制構築事業
平成30年度予算額(案) 69百万円(平成29年度予算額 46百万円)

背景: 医療技術の進歩等を背景として、例えば、酸素吸入や人工呼吸器の管理等の特定行為以外の医行為が必要な児童生徒等の在籍が、学校において増加している。そのため、学校において、医師と連携した校内支援体制を構築するとともに、学校において高度な医療的ケアに対応するための医療的ケア実施マニュアル等を作成するなど、医療的ケア実施体制の充実を図る。

◆委託先: 都道府県・指定都市教育委員会(都道府県教育委員会は域内の市(特別区を含む。)町村教育委員会に本事業の一部を再委託可能。)・市町村教育委員会 ◆委託箇所: 16地域

学校における高度な医療的ケア等に対応した校内支援体制充実事業 (対象校: 医療的ケア児が在籍する公立特別支援学校及び小・中学校等)

本事業において次の内容に関し事業を実施する。

- ・ 医療的ケアに精通した医師を指導医として委嘱し、指導医による「学校巡回指導」、「校内医療的ケア運営委員会での助言」、「学校からの医療的ケアに関する相談に対する助言」等を通じ、校内支援体制の充実を図る。
- ・ また、人工呼吸器の管理等が必要な医療的ケア児における、学校の施設・整備面や学校が設置されている地域の状況等を踏まえた受け入れ体制に応じて、指導医・医療機関・医師会・看護協会・医療系大学等と連携の下、体制の構築を図る。
- ・ さらに、各学校の持つ諸条件等の検証を踏まえ、教育委員会・医療的ケア運営協議会において、高度な医療的ケア等に対応するための医療的ケア実施マニュアル等を作成し、教育委員会として学校の医療的ケア実施体制の構築を図る。

(例)近隣に病院がない学校における人工呼吸器の管理等が必要な医療的ケア児の受け入れ体制の検証(緊急時の対応(近隣医療機関との連携体制構築)等)
 検証のための連携協力者: 指導医・主治医・近隣医療機関・保健所・消防署等・保護者

課題の提案 → 協力・助言 → 検証の報告 → 医療的ケア実施マニュアル等作成

児童福祉法第96条の2第2号の施行(平成28年6月9日)に伴う医療的ケア児の支援に関する保健、医療、福祉、教育等の連携の一環の推進について(平成28年6月9日付) 厚生労働省関係局長、文部科学省初等中等教育局長通知の16地域

【教育関係資料】
 今後は、これらの基本方針を踏まえ、今回の法改正の趣旨を踏まえ、医療的ケア児やその保護者の意向を可能な限り尊重しつつ、都道府県教育委員会と市町村教育委員会との連携に注力、関係府や関係機関とも連携しながら、その教育ニーズにより一層適切に対応されるよう、以下のとおり配慮をお願いします。

(1) (中略)市町村の教育委員会が、保健、医療、福祉、労働等の関係機関と連携を図りつつ、医療的ケア児を含む障害のある児童生徒等に対する、乳幼児期から学校卒業後までの一貫した教育相談体制の整備を進めることが重要であり、都道府県の教育委員会においては、専門的な巡回指導を行ったり、関係者に対する研修を実施したりする等、市町村の教育委員会における教育相談体制に対する支援をお願いします。

(2) 学校において医療的ケア児が在籍し、かつ安心して学ぶことができるよう、医療的ケアを実施する看護師等の配置又は活用を計画的に進めるとともに、看護師等を中心に教員等が連携協力して医療的ケアに対応するなどの体制整備に努めていただくようお願いいたします。(以下略)

(3) 関係機関や関係団体と積極的に連携を行いつつ、学校において医療的ケアを行う看護師等を確保するとともに、看護師等が学校において医療的ケア児に必要な対応を行う上で必要な研修の機会を充実させるようお願いいたします。

(4) (略)

25

12. おわりに

このように今医療的ケア児に対する支援のため各部署、あるいは省庁を超えて連携してサポートしていく方針です。

先ほどの衆議院の本会議で公明党の井上 義久議員が、「医療的ケア児の対する学校受け入れの拡大とそれから支援体制の拡充というものについてどうなっているのか?」という質問があり、安倍総理が「学校での受け入れ、地域支援体制の拡充をしっかりと進めていく」と答弁をしました。おそらく安倍総理が医療的ケア児ということを国会で発言したのは初めてと思っています。

我々もそれを受けて一生懸命頑張っていきたいと思っています。

【前田氏】本当に縦割りとはとても言えないような素晴らしい横に広がる、本当にありがとうございました。

<プレゼンテーション④：松岡輝昌氏>

小児在宅医療の展望 平成30年度診療報酬の改訂について

1.はじめに

医政局の松岡と申します。先ほど三好室長に素晴らしいプレゼンをしていただきましたので、重複しないように、小児在宅医療の現状に触れながらお話をさせていただきます。

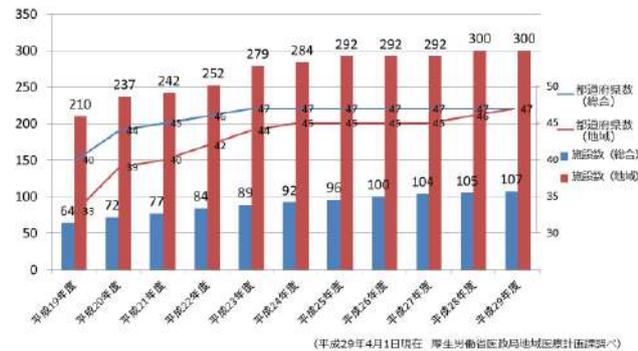
2. 小児在宅医療の現状

出生時の体重が非常に軽い子が多くなってきています。ここ3年ぐらいは横ばいにはなっていないとは言え、超低体重児が多くなってきました。

その中で、総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターは全国で整備されるようになり、また数も増えてきていますが、アクセスに要する時間はそれなりにあります。

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの推移

総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの施設数と所在都道府県数はいずれも増加しており、平成29年度までに全都道府県に配備されている。



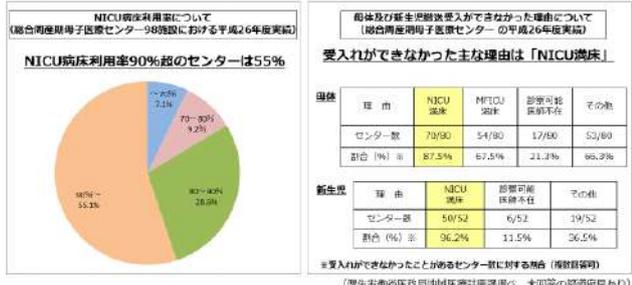
新生児の搬送受け入れですが、NICU 病床利用率 90%を超えている施設が 55%あり、NICU の利用状況が非常に高く、なかなか出ていけない子が多い状況です。

母体・新生児の受け入れができなかった主な理由としても母体では、やはり NIUC が満床が 87.5%、新生児では 96.2%という現状です。

母体及び新生児の搬送受け入れ

- 総合周産期母子医療センターにおいて、NICU(新生児集中治療管理室)の病床利用率が90%を超えている施設は55%であった。
- 母体・新生児の搬送受け入れが困難である理由として、「NICU満床」と回答したセンターは約9割となっている。

「周産期医療体制に係る調査(平成27年度実施)」結果にみる現状について



母体及び新生児搬送受け入れできなかった理由について(総合周産期母子医療センターの平成26年度実施)

受け入れできなかった主な理由は「NICU満床」

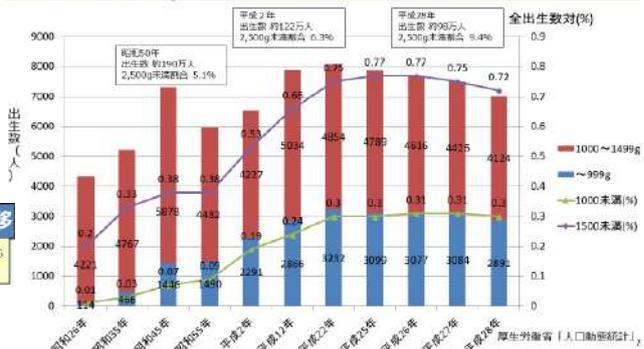
理由	NICU 満床	NICU 満床	診察可能医師不在	その他
センター数	73/90	54/80	17/60	53/80
割合(%)	81.1%	67.5%	28.3%	66.3%

理由	NICU 満床	診察可能医師不在	その他
センター数	50/52	6/52	19/52
割合(%)	96.2%	11.5%	36.5%

ません」42.1%、無回答が3割という状況です。

小児は苦手、難しいという印象が持たれている方が多いという状況です。

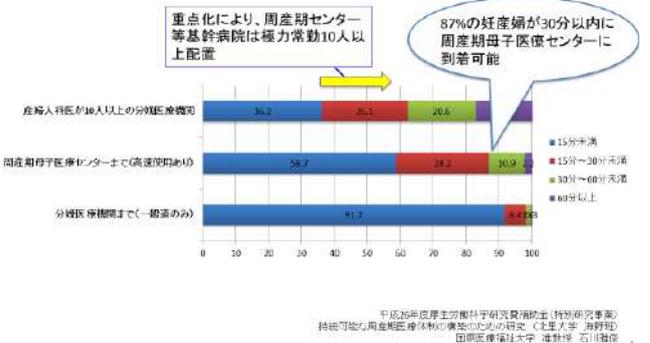
出生時体重別出生数及び出生割合の推移



周産期医療体制の整備の推進により、87%の妊産婦が、30分以内に周産期母子医療センター到着可能となっています。

妊産婦のアクセスに関するデータ

分娩医療機関までのアクセス(分)と出生数の割合(%)



その中で、在宅に出ているのかということになると、主傷病別の受け入れ状況では、小児を受け入れるというところは非常に少なく、「受け入れられ

在宅医療を提供する医療機関における小児等の受け入れ状況

在宅医療を担う診療所のうち、小児の受入ができないと回答する診療所は42.1% (当該調査において、主たる診療科として小児科は1446施設中3.3%(48施設)未満)



※平成21年11月現在。在宅医療を担う診療所は在宅医療学会調査資料の届出(出先)を以て調査対象とし、調査対象数3,906施設、有効回答数1,446施設(有効回答率37.0%)。

域においては、小児は非常に少ないということが分かるかと思えます。

小児に対する訪問看護の実施状況、利用者数の推移ですが、もう右肩上がりです。平成13年は1,000人切っていましたが、平成27年になると8,000人となっており、10倍程度の伸びになっています。

一方、長時間訪問看護加算の算定回数はやはり0歳から14歳の子が非常に多い。非常に手がかかるという言い方は変ですが、やはりケアしないといけない子たちが多いというのがグラフを見ると感じさせられます。

7. 在宅医療関連講師人材養成事業

在宅医療関連講師人材養成事業

【趣旨】
 ○地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかわる人材育成の重要性は今後も一層高まることを見込まれる。
 ○これらにおいて、従来の人材の不足や質の格差などの課題に克服し、地域の保健医療福祉の発展に貢献するため、在宅医療に関する専門知識や経験を蓄積し、地域の人材育成事業を支えることのできる専任人材を育成する。

【事業概要】
 ○医師を対象とした「高齢者向け在宅医療」、「小児向け在宅医療」、看護士を対象とした「訪問看護」の3つの分野ごとに、人材育成プログラムの開発を行うとともに、実際の経験を積んだ医療従事者、団体役員等に依頼し、中央研修を実施する。
 ※小児分野では、行政職員が医師とともに研修に参加し、地域の実情に応じた研修プログラム作成に取り組みも実施している。

【講師の研修】 研究機関、学会等

◆研修プログラムの開発
 H27～ H28～
 在宅医療(高齢者) 小児等在宅医療 訪問看護

◆全国研修の実施
 ※全国研修の終了(平成27年度)

◆研修者の活動の体制
 ※研修者の活動の体制

◆地域連携・市町村
 地域医療連携協議会
 地域医療連携協議会
 地域医療連携協議会
 地域医療連携協議会

小児に対する訪問看護の実施状況

○ 訪問看護ステーションからの訪問看護を受ける小児(0～9歳)の利用者数が増加しており、平成13年に比べ9.5倍になっている。
 ○ 長時間訪問看護加算は、15歳未満の小児の算定者数が多かつ1月当たりの算定回数が多い。

■ 9歳以下の訪問看護利用者数の推移
 (利用者数)
 平成13年 平成14年 平成15年 平成16年 平成17年 平成18年 平成19年 平成20年 平成21年 平成22年 平成23年 平成24年 平成25年 平成26年 平成27年

■ 長時間訪問看護加算の算定回数別利用者数
 (平成27年5月の1か月分)
 (人)
 算定回数別利用者数
 算定回数以上
 算定回数
 算定回数未満

※平成13年を1とした伸び率
 出典：厚労省医療課調べ
 平成13年の9月、後は各年6月調査分(平成27年6月調査分)

そういう中で私どもとしては、在宅医療に携わる人材をきちんと育てないといけないと考えています。

そこで中央研修という形で、3つのジャンルに分け、訪問看護、在宅医療、小児等の在宅医療、この3つの分野で、地域において在宅医療の講演や研修会の講師をやっていたいただける人材を中央研修で作成り、全国で活躍していただく事業をはじめていきます。平成27年から小児や在宅、高齢者で実施しており、訪問看護は平成28年からをはじめていきます。

これまでおおよそ3年の試みですので、まだまだ人数は少ないですが、この小児等の在宅医療の3

つの事業については、平成30年度も当然行いたいと思っています。できれば平成30年度ときには、地域でどれくらい研修を実施しているのか、どれくらいの方々がその研修を受けているのか、その広がりや事業の中で評価し、それによってもう少し在宅医療を広める手立てが他にないのか、ということについても少し考察したいと思っていますのでご協力いただければありがたいと思います。

8. 地域医療総合確保基金による小児在宅医療事業例

地域医療総合確保基金の対象事業には5つの柱があり、その二つ目に「居宅等における医療の提供に関する事業」があります。これを使って都道府県ではその地域の居宅、在宅医療の発展に寄与する事業をしていただいています。

小児在宅の推進に関する事業例 (平成28年度都道府県計画)

拠点整備
 北海道 小児等在宅医療連携拠点事業
 医療・福祉・教育関係者への研修やカンファレンスを通じて、地域における小児在宅医療の担い手拡大と連携体制構築を図るほか、家族からの相談支援や通院への車いす支援などに取り組む医療機関を「小児在宅医療連携拠点」として整備する。

レスパイト支援
 三重県 医療的ケアを必要とする障がい児、者の受け入れ体制整備事業
 訪問看護センター、障害福祉サービス事業所等へ在宅医療に必要な機器整備や支援することで、医療的ケアを必要とする障がい児、者の緊急時の受け入れ体制の整備を促進する。

人材育成
 長崎県 医療的ケアを必要とする在宅障害児等への支援事業
 小児等が短期母子医療センターのNICU病床等からの退院後において、地域で安心して療養するため、地域のリーダーの養成や、多職種連携による相談支援等を行うアドバイザーを配置することにより、小児の在宅医療の推進を図る。地域で家族を支援する体制の充実と、NICU病床の負担軽減を図る。

熊本県 小児訪問看護ステーション機能強化事業
 小児を対象とした訪問看護ステーションの新設や旧施設に不安を招く事業者の相談窓口の運営及び技術的支援を行う小児在宅支援コーディネーターを配置する。県内の訪問看護ステーション等に勤務する看護士等を対象に、高度な医療ニーズに対応できる小児訪問看護技術を向上させるための研修を行う。

連携強化
 長野県 小児在宅医療連携事業
 ①小児慢性疾患患者の退院調整を支援できる専門看護師の養成、訪問看護ステーション及び在宅療養支援関係スタッフとの連携体制の構築のための研修や連携の強化。小児在宅医療の支援や成人医療への移行を促し、専門職のスキルアップのための研修等の実施。

三重県 医療的ケア拠点構築事業
 医療的ケアを必要とする障がい児、者の在宅生活における支援を行う拠点を設置するため、障害福祉サービス事業所等に訪問看護事業所から看護師の派遣を受けることで、医療連携体制を強化し、医療的ケアを必要とする障がい児、者の日中活動の場を確保する。また、拠点が地域の障害福祉サービス事業所の看護師や介護士への医療的ケアの技術等の指導を行うことで、支援を行う事業者の増加を図り、地域の受け入れ体制の強化を促進する。

地域医療総合確保基金

国 消費税率活用
 交付
 基金
 都道府県 都道府県計画(基金事業計画)
 市町村 市町村計画(基金事業計画)
 事業者等(医療機関、介護サービス事業者等)

都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)
 ○ 基金に関する基本的事項
 ○ 基金の運用
 ○ 都道府県計画及び市町村計画の基本的な取組事項
 ○ 基金の活用
 ○ 基金の活用
 ○ 基金の活用

地域医療総合確保基金の対象事業
 1 地域医療連携の推進に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
 2 障害児における医療の提供に関する事業
 3 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
 4 介護事業者の確保に関する事業
 5 介護事業者の確保に関する事業

小児在宅に関しては、北海道、宮崎、長崎、熊本、長野、三重で、拠点の整備やレスパイトの支援、連携強化などを行っています。

9. おわりに

これらを各都道府県に展開するような形で、もっとたくさん事業を行っていただくことを勧めたいと考えています。少しでも小児の在宅医療が進めばいいと期待しています。

＜プレゼンテーション⑤：田村正徳氏＞

日本医師会小児在宅ケア検討委員会における検討状況について

1. はじめに

日本医師会小児在宅ケア委員会は松本先生が一昨年10月に日本医師会横倉会長に働きかけて下さったおかげで、ちょうど1年前から14名のメンバーで、第1回の委員会が始まっています。

大体2カ月ごとぐらいに小児の在宅医療の問題点の提言とそれに対する対策を検討しています。実際、昨年の7月20日の時点で既に横倉会長に対する答申の骨子案作成に取り掛かっています。

1. 日本医師会「小児在宅ケア検討委員会」の設置

日本医師会として、小児の在宅医療について取り組むべく、平成28年10月の理事会において委員会を設置。平成29年1月に第1回委員会を開催。
小児在宅ケアにかかる課題と対策、医師会の果たすべき役割等について検討し、今年度中に答申をまとめる予定。

＜語句＞

小児在宅ケア提供体制の整備に向けた課題とその対策～医師会の役割について
＜メンバー＞

委員長 田村正徳（埼玉医大総合医療センター小児医療センター長）
副委員長 中尾正俊（大阪府医師会副会長）
中村知夫（国立成育医療研究センター医長）
野田正治（愛知県医師会理事）
福岡 寿（長野県自立支援協議会会長）
前田浩利（医療法人財団はたか会理事長）
峯 真人（日本小児科医会理事）
柳原俊雄（新潟県医師会理事）
山田雅子（聖路加国際大学大学院看護学専攻教授）
渡辺志伸（兵庫県医師会常任理事）

2

【検討状況】

開催日	検討内容
第1回 平成29年1月13日	会長諮問「小児在宅ケア提供体制の整備に向けた課題とその対策～医師会の役割について～」 ・委員長より小児在宅医療の現状と課題について報告 ・諮問に関する自由討議
第2回 平成29年3月9日	・相談支援専門員の果たす役割について ・地域の病院小児科の役割について ・厚生労働省より行政の取り組みを報告 ・都道府県医師会を対象とした調査実施の検討
第3回 平成29年5月25日	・医師会の取り組み事例報告（愛知県における子どもたちを地域で暮らす取り組み） ・子どもの状態の急変を踏まえた支援のあり方について ・論点整理
第4回 平成29年7月20日	・事例報告（岐阜県における小児在宅医療の取り組み） ・小児科医会における検討について ・宮中母子家について
第5回 平成29年10月18日	・宮中母子家について
第6回 平成29年12月1日	・宮中家について
第7回 平成30年2月2日	最終とりまとめに向けた検討

3

2. 小児在宅ケア提供体制に関する調査

その前に日本医師会として小児在宅ケア提供体制に関する調査を全国の47都道府県医師会を対象にさせていただきました。この調査は100%の回収率で、調査した項目は①都道府県における小児在宅ケアに関する取り組みについて、②その協議の場について、③今後の対応についての3点です。実態調査を兼ねておりますが、実際的にはそれぞれの都道府県で、こういったことを考えていただくための問題提起をすることに重点をおきました。

以下が調査結果です。「都道府県における小児在宅ケアに関する取り組み」に関しては、正直いってあまり積極的に取り組んでいる医師会は少なかったです。取り組みの内容は、実際の医療的ケアを必要とする患者さんの実数の調査とか、それに対応する医療機関の把握とか、それを関係者が見られるようなマップの作成とかがそこそこありました。医師・訪問看護師を対象とした研修会、これは実は小児科学会が率先して行っておりますので、これに関しては比較的全国の都道府県で行われてはいるのですが、医師会が関与していないところが多かったです。更に多職種連携のための研修会、相談支援専門員の養成事業、こういったことについて調べましたが、医師会が関与していないという項目が大部分でした。

具体的に1つずつ挙げていきますと、「都道府県医師会の小児在宅医療に関する取り組み」ですが、医師会として積極的に取り組んでいるのは、県の小児科医会とか大学と協力して小児科学会が主導してい

【調査結果】

1. 都道府県における小児在宅ケアに関する取り組みについて

医師、訪問看護師等を対象とした小児在宅医療研修会は一部で行われているものの、全体として医師会の関与は少なく、今後行政等と連携して、地域の小児在宅ケア提供体制の充実に向けた取り組みをお願いしたい。

※数字は医師会数

	①医療的ケア実施患者の実数（人数、ケースの把握等）	②小児在宅ケアに対応する医療機関、訪問ST等の把握（調査）	③小児在宅ケアに対応する医療機関、相談支援MAP等の作成（情報提供）	④医師、訪問看護師等を対象とした小児在宅医療に関する研修会（実施等）	⑤多職種連携のための研修会（小児在宅医療に関するもの）	⑥施設と福祉サービスをつなぐ人材（相談支援専門員等）の養成事業
a. 医師会が独自に実施	1 (2.1%)	2 (4.3%)	0 (0%)	2 (4.3%)	1 (2.1%)	0 (0%)
b. 医師会が行政から全委託を受けて実施	1 (2.1%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	5 (10.6%)	0 (0%)	0 (0%)
c. 医師会が行政から部分委託を受けて実施	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2.1%)	1 (2.1%)	0 (0%)
d. 委託は受けていないが、医師会として会議等に参加	13 (27.7%)	11 (23.4%)	9 (19.1%)	10 (21.3%)	11 (23.4%)	7 (14.9%)
e. 実施されているが、医師会の関与は全くない	20 (42.6%)	19 (40.4%)	8 (17.0%)	20 (42.6%)	15 (31.9%)	12 (25.5%)
f. 実施されていない	9 (19.1%)	13 (27.7%)	26 (55.3%)	9 (19.1%)	16 (34.0%)	22 (46.8%)
g. 不明	3 (6.4%)	1 (2.1%)	3 (6.4%)	0 (0%)	3 (6.4%)	6 (12.8%)

る小児在宅医療研修会をおこなっているところが比較的多かったです。しかしそれ以外のところで定期的に関係者が集まって医師会が関わって協議する場を設けているというところは、非常に広い意味でとって25カ所しかありませんでした。行われている回数もせいぜい4回が最高でした。

協議の場所とは別に、「医師会が行政と協議しているかどうか？」に関しては、32の医師会では全く行政と協議していないという結果でした。

2. 都道府県医師会の小児在宅医療に関する取り組みについて

医師会の取組みとしては、県の小児科医会や大学と協力し、小児在宅医療研修会を開催しているところが多かったが、全体としてはまだ進んでいない状況である。

- 主な取組み内容（29都道府県庁所在地を記す）
- 小児在宅医療研修会の実施
 - 埼玉、香川、岡山、岐阜、愛知、京都、大阪、兵庫、岡山、香川、愛媛、鹿児島
 - 障がい児者の在宅移行にかかる相談窓口の設置

3. 医療的ケア児の支援のため、関係者が集まって協議する場が設置されているか。

半数以上の都道府県で設置されているが、構成メンバーとして医師会が入っていない県もあった。協議の場に医師会が参加することは大変重要であり、行政への働きかけをお願いしたい。

a. 設置されている	25	【開催回数】			
b. 設置されていない	2	年4回	年3回	年2回	年1回
		2	2	1	7

【構成メンバー】

1 関係団体		2 専門家										3 行政関係			
医師会	小児科医会	眼科医会	聴覚協会	聴覚協会	PT	ST	PT	ST	PT	ST	PT	ST	保健所	福祉	その他
12	8	3	11	5	0	2	4	7	9	2	0	2	13	3	1

※その他：産心児科医会(児)を守護会、親の会、弁護士会 等

4. 協議の場とは別に、貴会と行政とで小児在宅ケアについて協議する機会はあるか。

32の医師会で小児在宅ケアに関して協議する機会がなかった。医療関係部局とは普段から様々な問題について協議しているが、福祉関係部局等とは接点が薄く、今後の課題と三える。

a. 医療関係部局と協議している。	5	※数字は医師会数		
b. 福祉関係部局と協議している。	3	※数字は医師会数		
c. 保育・教育関係部局と協議している。	2	年1回	年2回	年3回
d. 小児在宅ケアに関して協議する機会はない。	3	2	2	1
e. その他	4	0	1	1

※無回答 2件

5. 都道府県医師会の中に、小児在宅ケアについて検討する委員会等は設置されているか。

設置済は埼玉、愛知、大阪の3府県で、「他の委員会等で検討している」が10都府県であった。「今後設置する予定」が3県、「今後設置を検討したい」15道県であり、都道府県医師会の中でも小児在宅ケアについての関心意識が高まっていると言える。

a. 設置している。	3	※数字は医師会数		
b. 小児在宅ケアに特化したものはないが、他の委員会等で検討している。	10	※数字は医師会数		
c. 今後設置する予定である。	3	※数字は医師会数		
d. 今後設置を検討したい。	15	※数字は医師会数		
e. 設置の予定はない。	1	※数字は医師会数		
f. その他（県小児科医会に委員会が設置され、医師会から委員として参加）	2	※数字は医師会数		

そして、「都道府県医師会の中に小児在宅ケアに関する委員会が設置されているか？」という質問に対しては、埼玉、愛知、大阪の3府県だけで、まだ他のところには設置されていませんでした。ただし、これから検討するという予定のところは10以上あり、このような取り組みに関しては今回の調査が問題提起するという役割を果たしたのではないかと思います。

では、「医師会で小児在宅提供体制を整備していく上で、何が問題となっているのか？」については、一番多かったのは「レスパイトを保障する施設が少ない」、「小児の在宅医療を行う小児科医が少ない」というようなことが回答として挙げられています。

6. 貴都道府県で小児の在宅ケア提供体制を整備していく上で課題となる事項は何か。

最も多かった回答は「家族のレスパイトを目的として預けられる施設が少ない」であった。次いで「在宅訪問診療に取り組む小児科医療機関又は医師の確保が困難」「相談支援専門員が少ない」「小児在宅ケア提供体制を構築するための財政支援が不十分」という回答が多かった。

	そう思う	ややそう思う	どちらとも思えない	あまりそう思わない	そう思わない
①在宅訪問診療に取り組む小児科医療機関又は医師の確保が困難	3.0	1.3	2	1	0
②小児の在宅医療に取り組む小児科以外の医療機関又は医師の確保が困難	1.8	2.0	7	1	0
③小児の訪問看護に取り組む訪問看護ステーションの確保が困難	1.5	2.0	8	3	0
④小児の在宅介護に取り組む事業者の確保が困難	1.6	1.8	11	1	0
⑤緊急時のバックアップ体制（病院）の確保が困難	1.2	1.7	7	8	2
⑥病院の主治医との連携が難しい	4	1.4	1.3	1.2	3
⑦小児の在宅医療に関する診療報酬が不十分である	2.2	1.1	1.1	1	1
⑧小児在宅ケア提供体制を構築するための財政支援（地域医療介護総合確保基金、地方単独事業等）が不十分である。	2.7	1.3	5	1	0
⑨家族のレスパイトを目的として預けられる施設が少ない	3.6	9	0	1	0
⑩相談支援専門員（介護保険におけるケアマネジャー的役割）が少ない	2.8	1.2	5	1	0
⑪医療・保健・福祉・教育関係者の横断的体制が取れていない	1.8	2.2	4	2	0
⑫在宅ケアを受ける子どもへの教育の機会が少ない。	1.5	1.6	9	5	1
⑬小児在宅ケアのための医療・保健・福祉・教育等について学ぶ機会がない	1.9	1.8	6	3	0
⑭そもそも在宅ケアを必要とする小児の患者が少ない	5	9	10	8	14
⑮その他					
・ ⑮については、相談支援専門員の数よりも、医療的ケアに対応できる知識や経験の不足、意識作りが課題である。 ・ レスパイトの質を高めること、特に緊急レスパイトのベッドを確保する必要がある。 ・ 地域差もあるが、基幹病院小児科と母親の結びつきが強く、在宅医の関与が少ない。					

※無回答 1件

3. 委員会答申骨子案

現在、横倉会長に対するこの委員会としての答申骨子案の作成が最終局面に入っており、その中には、小児在宅医療の現状、課題と対応、整備に向けた医師会の役割、グッドプラクティスなどが盛り込まれてきています。これは横倉会長に対する答申案であると同時に、あまり小児在宅医療に積極的には関わっておられない全国の都道府県医師会の責任者の方々に、小児在宅医療の重要性とそれに対する対応を提起するということが最終目的としています。

その中には当然、診療報酬に対する要望もあるのですが、これは、前田委員が去年の7月の時点で提案した診療報酬に関する提言であり、医師会としては是非取り組んで欲しいという事項です。

また、小児在宅医療の提供体制の整備に向けた医師会の役割についても、提言させていただくことになっています。

この項目に関しては兵庫の渡辺委員から医師会の役割として、「小児の在宅医療に関する取り組みは、成人の在宅医療に比べて遅れており、地域によって差があることから、都道府県医師会担当理事連絡協議会を開催するなどして、小児の在宅医療を巡る現状・諸課題について協議し、地域の先進的な取り組みや、小児在宅医療に関する指針やマニュアル等の紹介等、全国的なレベルアップを図ることが必要である。」「また、国レベルで厚生労働省に働きかけ、医療的ケア児の支援体制整備を進めるための政策や診療報酬評価、予算要望等について国に要望していくことが求められる。」との提案をいただいています。前者は、既に去年10月に第1回の協議会を全国の都道府県の医師会と結ぶ中継のような形で日本医師会の本部で開催しています。

それから、都道府県医師会に対してもいくつかの提案がなされています。

都道府県医師会の役割 渡辺委員

- ・地域に医療的ケア児の実数とニーズの把握
- ・医療資源の現状把握
- ・中核病院等からの退院患者と在宅医のマッチング等のネットワーク作りの推進
- ・「医療的ケア児支援のための協議の場」に参画
- ・医師会内に小児在宅医療に関する委員会を設置
- ・小児在宅医療に関する研修会や人材育成
- ・都道府県行政に対して小児在宅医療に関する予算要望

頂きたい（これは、6年前に埼玉県医師会の母子保健委員会の中に小児在宅検討委員会を作ったら、一気に小児の在宅に関する拠点事業が広がり、いろいろな調査に対する回収率もあつというまに100%近くになりましたし、研修に必要な機材も医師会から支援していただきました。県は医師会がこういう委員会を設置するとどうしても動かざるを得ないということになります。従来の縦割りの行政が横割りになってワーキンググループを作るとやっぱり行政の力は非常に大きいです。その行政を動かすことに医師会が関与することで、小児在宅医療プロジェクトが推進するきっかけとなります）

・小児在宅医療に関する研修会、人材育成も医師会が積極的に行い、行政に対して予算要求をしていただきたい。

3. 委員会 答申骨子案

1. 小児在宅医療の現状
2. 小児在宅医療をめぐる課題と対応
 - (1) 医療的ケア児の病態像について
 - (2) 小児の在宅医療を行う医療機関の確保のために
 - (3) 小児の訪問看護の推進に向けて
 - (4) 多職種連携の推進に向けて
 - ・基幹病院の医師と在宅医の連携
 - ・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の役割
 - ・管理栄養士の役割
 - ・病院看護師と訪問看護師の連携
 - ・薬剤師の役割
 - (5) コーディネーターに期待される役割と課題
 - (6) 各種障害福祉サービスに関する課題
 - (7) 家族支援について（レスパイト）
 - (8) ライフステージに応じた支援
 - (9) 診療報酬に関する要望
3. 小児在宅ケア提供体制の整備に向けた医師会の役割
 - (1) 医師会の役割
 - (2) 各都道府県における取り組み

平成30年3月に答申予定

診療報酬関係 前田委員

- ① 医療的ケア児者を対象とした居宅療養管理指導費の新設
- ② 訪問看護の利用回数等の拡大と障害児者対応の訪問看護の実施促進
- ③ 機能強化型訪問看護ステーションに対する医療的ケア児者に着目した報酬の設定
- ④ 小児慢性特定疾病自立支援事業の対象拡大と利用促進
- ⑤ 医療的ケア児が在住する地域の学校に対する看護職の配置と学校における看護職の位置付け明確化
- ⑥ 学校や保育所等への訪問看護派遣

・地域の医療的ケア児の実数と人数を把握し、それと同時にそういったニーズに対して応えられる医療資源の現状を把握し、中核病院からの退院の患者さんと在宅医とのマッチングのネットワーク作りを準備推進していくこと（在宅診の先生は全国たくさんおられますが、小児在宅となるとやはり敬遠する方が多いと思われるので、是非、小児科医と在宅医の先生との連携をしていただきたいということ）

・医療的ケア児支援のための協議の場に都道府県医師会が必ず参加して欲しいし、出来るだけ担当委員会を設置して

また、郡市区医師会に対しても同様の要望するということが答申案の中に盛り込まれています。

それからグッドプラクティス、成功した事例として、大阪府の取り組みを中尾副委員長に、埼玉県の取り組みを峯委員に、愛知県の取り組み（愛知県における子どもたちを外に連れ出す取り組み）を野田委員に、新潟県の取り組み（新潟県における地域の中核病院と地域の小児科医との連携）を柳原委員に、岐阜県の取り組み（行政との連携およびクリニカルパスの作成）を矢島委員に紹介していただくという形でこの答申案に盛り込んでいます。これらを是非参考にして、全国の医師会で小児在宅医療ワーキンググループの活動を推進していただきたいと思います。

【前田氏】田村先生、ありがとうございました。先ほど、三好室長、そして松岡室長のお話をまとめあげるような形で行政と医師会が連携することが、いかに力強く在宅を推進することになるのかということをしっかりお話くださったように思います。ありがとうございます。

郡市区医師会の役割 渡辺委員

- ・地域の実情に応じた小児在宅医療の提供体制を確保
- ・各市区町村の医療的ケア児の実数とニーズの把握
- ・中核病院退院患者と在宅医のマッチング等のネットワーク作り
- ・「医療的ケア児支援のための協議の場」を設置し、医師会が積極的に参画
- ・市区町村行政への小児在宅医療に関する予算要望

第8回「2017年度在宅医療推進のための会」

年間テーマ：質の保障された在宅医療を広めるため私たちが取り組むべきことは何か

開催日時 2018年2月23日（金）19：00～21：00

開催場所 東京都千代田区丸の内1丁目7-12 ステーションコンファレンス東京6階「602AB」

出席者 委員50名 陪席15名 事務局5名

テーマ 地域に根差した病院が行う訪問診療あるいは訪問看護の現状と課題

司会：猪口雄二氏（全日本病院協会 会長）

<話題提供者>

- ① 小川聡子氏（医療法人社団 東山会 理事長）
- ② 黒澤一也氏（社会医療法人 恵仁会 理事長・くろさわ病院 院長）
- ③ 織田正道氏（社会医療法人 祐愛会 織田病院 理事長）

第8回勉強会の内容と趣旨：

在宅医療や訪問看護は診療所や訪問看護ステーションだけでなく、病院（在宅療養支援病院を含む）でも行っています。特に、地方の市町村で診療所が少ない、あるいは医師が少ない地域では公的病院も含め、病院が地域全体の医療をカバーし、在宅看取りも行っている地域も少なくないと考えます。

病院が在宅医療を実践していることの意義は少なくないと考えます。診療所が少ない地域や診療所医師が高齢化している地域では、地域での在宅医療実践の主力となります。病院の医療従事者が看取りを伴う在宅医療を経験することで、在宅医療への理解が深まり、地域の医療介護従事者との連携が円滑となることも意義あることです。また、初期研修医や後期研修医がいる場合には在宅医療の实地教育を行うことが可能となります。

今回は、病院が在宅医療あるいは訪問看護を行うことの利点や欠点を再確認し、在宅医療の普及、特に看取りを伴う在宅医療の普及における課題などを議論していきたいと思えます。

<プレゼンテーション①：小川聡子氏>

都市型急性期病院の在宅医療～急性期から在宅へ～

1 はじめに

当院は1982年に、地域医療を担う、かかりつけ急性期病院として、東京の新宿から電車で15分くらいのところにある調布市（北多摩南部、二次医療圏）で医療をはじめています。

当院の概要です。現在職員数が375名、病院と2つ透析外来クリニックを持っています。現在7対1の非DPC急性期病床83床、重症看護必要度は今年度が28%で、今度の改定でのシュミレーションだと34%になります。稼働率90%、在院日数15日です。病院訪問診療と訪問看護ステーション、他にドッグ、検診、内視鏡、外来透析部門を持っています。

毎年職員総会で、法人の方針を職員全体で共有しています。昨年、地域に近い中小病院が求められる急性期の姿というのを共有しました。それは「介護と一体となった包括的なサービス」、「救急医療」をやるというもので、生活支援型急性期病院として、「在宅療養の後方支援を担う急性期入院医療」であり、「その人らしく地域に帰す、生活を見据えた退院支援を強化していきます」と1年間頑張ってきました。

私たちが医療を行っている北多摩南部医療圏ですが、病院がある調布市と小金井市には、大きな病院がありません。それ以外の市は武蔵野赤十字病院、杏林大学病院、慈恵第三病院、榊原記念病院の500床から1,000床クラスの大病院があり、大体当院から車で15分くらいのところに全てあります。

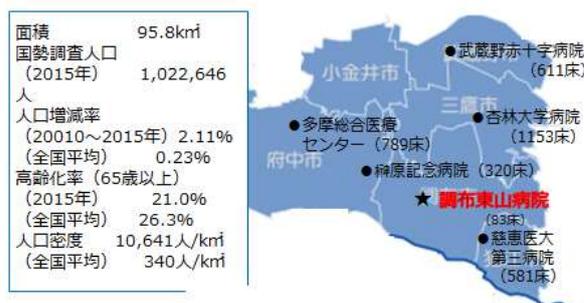
人口は、北多摩南部で100万人、調布市だけで22万人の人口があります。全国の増減率はマイナスに転じていますが、調布市はまだ増え続けていく、医療環境です。人口密度も全国341名に比べて1万人、我々は調布市だけをターゲットに急性期医療を展開しています。高齢化率は少し下がっており、日本全体とは逆行している地域です。

2. 北多摩南部の医療介護環境

医療介護環境ですが、2016年7月のDPCのデータです。北多摩南部の大きな病院と調布市内の我々の調布東山病院、外科系の調布病院、この2つの病院のDPC新規入院患者数の内訳です。

大きい病院は予定入院患者数が多いです。我々は、予定外入院の方が85%、65%と多く、本当に毎日緊急入院があり、小さい病院ですが大変忙しい思いをしています。

東京都 北多摩南部 保健医療圏



北多摩南部 医療・介護環境

病床機能報告(2015年7月)

100床当 新規入院患者数



北多摩南部 医療・介護環境

病床機能報告(2016年7月)

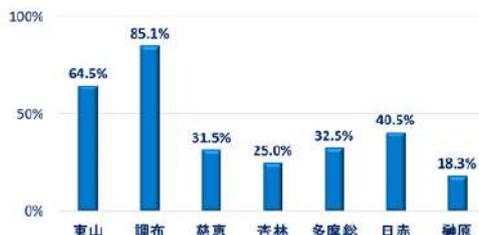
100床当 予定入院患者数



北多摩南部 医療・介護環境

病床機能報告(2016年7月)

予定外入院比率

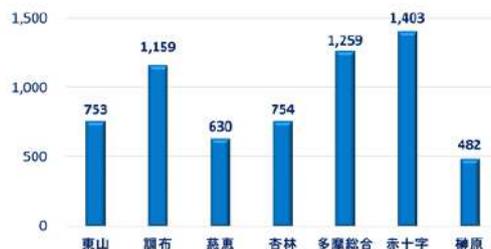


救急車の受け入れ体制は、2016年の7月のデータでは、東山が100床あたり753件、2017年に二次救急指定病院となり、100床あたり1,500件になりました。

北多摩南部 医療・介護環境

病床機能報告(2016年7月)

100床当 救急車受入件数



10万人当 一般診療所数・一般病床数



一般病床数はどうかというと、調布市は100床あたりの一般病床数が219で非常に少ない。したがって、83床の小さな病院ですが、急性期をやる意味はあると思っています。

在宅療養支援診療所数ですが、こちらはちょっと全国よりも少ない。在宅療養支援病院は、全国とほとんど同じです。75歳以上の1,000人あたりの介護施設は、ほぼ全国と変わらないのですが、入所型介護施設が少ない、特定施設数が多いというのが特徴です。

10万人当 在宅療養支援診療所数



75歳以上1,000人当 介護施設数



10万人当 在宅療養支援病院数



今後、人口は推移、北多摩南部は2025年に85歳以上の高齢者が他の高齢者の人口を超えていきます。調布市も同じです。

後期高齢者人口



医療需要予測ですが、全国に比べて調布市も東京もまだまだ増えていきます。介護も同じです。これだけ数が増えていくことに対し、どう地域で対応していくのか考えています。

医療需要予測



介護需要予測



3. 当院の訪問診療、訪問看護の状況

私たちの病院、訪問診療、訪問看護の歴史は長く、創業5年目、1987年に訪問診療訪問看護を開始しています。理由は、当時、通院できないから病院に2年～3年住んでいる患者さんがたくさんおられました。そこで、そのときの医療スタッフが「ならば自分たちが行きましょう」と、まだ保険点数が付く前から訪問診療、訪問看護がはじまっています。昨年2016年、訪問看護が訪問看護ステーションとして独立し、東山病院以外の地域の在宅医の先生との協働がはじまっています。

訪問診療患者は48名。訪問医10名のうち8名は病棟医です。これは、自分たちが診た患者さんで訪問診療が必要な患者さんを自分たちで訪問している形です。病棟医1名に対して、2名から6名の患者さんを診ています。6名になると病棟をやりながらの在宅は厳しいです。あと非常勤医が軽症の患者さんを20名前後見てくれます。

当院の年度別の訪問診療患者数と死亡数です。2016年から強化をはじめ、51名の新規患者さんに対して亡くなる方が37名で、大体48名を維持しています。

年齢はやはり高齢の方が多くて、80歳から90歳代の方を診ています。介護度は重症な介護5、4や3が多い。転帰は、途中で家族の在宅介護介入が困難になっての施設入所や、具合が悪くなり療養病床に転院されたり施設入所の方も10%前後います。亡くなる方は66%で、その場所は、自宅が64%、病院でお看取りをさせていただいたのが35%です。死亡者数はがんの方が多いです。

当院の訪問診療・訪問看護

1987年(創業5年目)6月 訪問診療・看護 開始 【開設30年】
 高齢の患者様が病院での治療を終えられたのに、通院できないために退院できない。病院の医療スタッフがご自宅に伺おうと始めた。

2016年 病院附属から「訪問看護ステーション」として独立
 東山会以外の地域の在宅医とも協働。

訪問診療医 10名
 9名は常勤医(8名は、病棟医)
 病棟医1名が、2～6名の患者
 非常勤医1名が、20名前後の患者

訪問診療患者数 48名



年度別 訪問診療患者数・死亡数

2012年4月～2017年12月 のべ患者数 231名 現患者数 48名

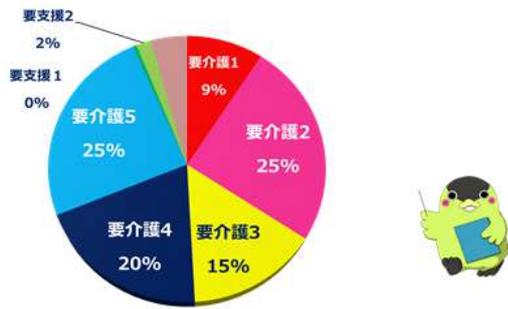


訪問診療 年齢階層別患者数【調布東山病院】

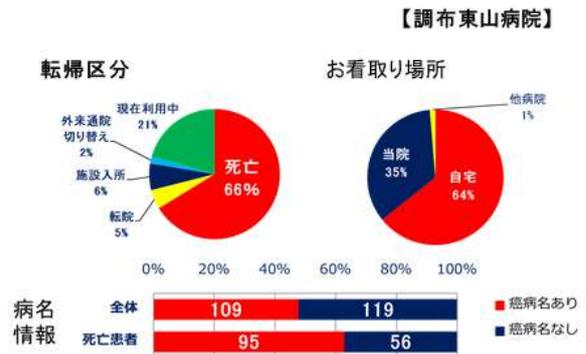
2012年4月～2017年12月訪問診療開始患者



訪問診療 介護度別患者数【調布東山病院】

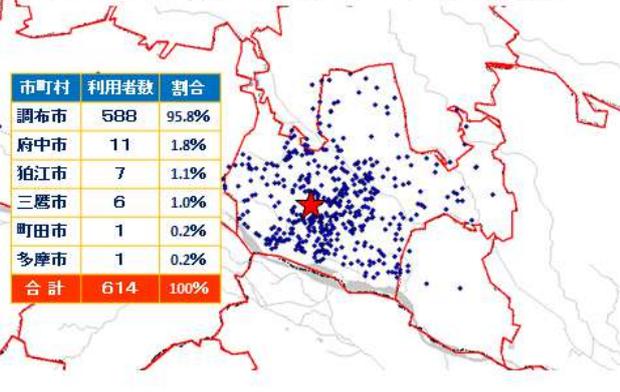


訪問診療 転帰区分・看取り場所等【調布東山病院】



調布全体に訪問看護・訪問診療に行かせていただいています。
 在医総管理料は、毎月6件程度です。ターミナルケア加算も月2件程度で急性期の病棟医療をやりながら実施していますので、今のところこういう状況です。

訪問看護利用者 (2004年以降～)



訪問診療患者 (2012年4月～2017年12月)



先ほど申しあげたように調布市は、人口高齢化率は下がっているのですが、65歳以上、75歳以上の人口は全体数では増えています。訪問診療の必要数も2015年、25年、35年と増えていく。1中学校区あたりで見ても193名、296名、355名と増えていきます。現在、当院が50名見っていますが、これからとも在宅医療に対応できる増え方ではないという恐怖をみんなで味わっているところです。

調布市の人口推計と訪問診療必要量



調布市の人口推計と訪問診療必要量



4. 在宅医療アンケート（調布市医師会）

私は1年半前から調布市医師会の理事になり、在宅担当と病院担当理事を拝命しています。そこで、調布市医師会の在宅医療のデータを取る作業に関わるようになりました。2010年から2年毎にやっています。全医師会の先生方144名のうちの回収率が96.5%ですので、データとしての信頼性は高いと思われれます。

① 訪問診療の可否の推移

一番下段が「訪問診療可能」、中段が「かかりつけの患者さんのみ訪問可能」、そして上段は「行けません」との回答です。調布市医師会でも在宅に参入して下さる先生は、年々減っている状況です。

調布市医師会 在宅医療アンケート

アンケート配布 144枚
アンケート回収 139枚 回収率 96.5%

2016年4月実施

訪問診療について(推移)



調布市医師会 在宅医療アンケート

2016年4月実施

規模別 往診 取り組み状況



② 規模別の取り組み状況

規模別では、50名以上訪問している先生は施設も診ておられる先生方や、在宅診療専門クリニックで、複数医師で対応している診療所です。当院はこの10人以上に入ります。やはり一人主治医の先生方は、5人未満あるいはゼロが多いです。

③ 訪問診療必要患者数予測

2025年の訪問診療必要患者数予測が2,364名で、2016年4月現在での訪問患者数実績が1,343名、アンケートで「まだ、何人が診れますよ」とおっしゃってくださった先生の患者数を足した可能数が（2016年4月時点の最大キャパシティー）が1,738名です。対2025年で見ると、626名の患者さんに対応する能力が調布市では不足しているという現実があります。

調布市医師会 在宅医療アンケート

2016年4月実施

調布市訪問診療患者数、可能数、2025年予測



④ 阻害要因

では先生方が訪問診療に行けない阻害要因は何か？「気が休まらない」「時間がない」「夜間対応」「休日休暇が取れない」それから皆さん意外と調布市以外に住んでおられる方が多い。

調布市医師会 在宅医療アンケート

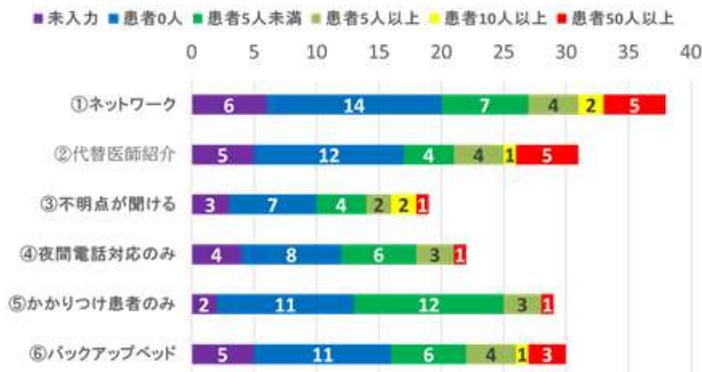
訪問診療の阻害(負担)要因

2016年4月実施



調布市医師会 在宅医療アンケート

在宅医療可能(やりやすくなる)条件 2016年4月実施



⑤ 促進要因

やりやすくなるには、ネットワークがあつたり、夜間でかかりつけ患者さんのバックアップベッドがあればいいと皆さんおっしゃっています。

5、地域の課題

地域の課題です。まず積極的に在宅医療を行っている先生方が60歳以上を超えていて、年々減っていくことが考えられます。新規開業の先生方はまだ若くて全く訪問診療はしていない。訪問看護も今開業ラッシュですが、潰れる訪問看護ステーションも多い。一番の理由は看護師の人材が確保できないということだそうです。当院も今まで4名でやっておりました。増やしたくでも応募がなく、ステーション化した昨年度ぐらいからやっと8名に増え、これから件数を増やしていこうと考えています。



6、当院（急性期病院）が在宅医療を行う意味

当院が在宅医療をやる意味は、病院が在宅医療を実感して理解することです。私の専門は循環器で、この病院に来て13年ですが、1年目に在宅で看取りをやりました。そこで、ターミナルの患者さんでもまだやれる医療があることを知りました。

また、在宅医療を通して地域のステイクホルダー、多職種の皆さんを知ることができ、真の顔と顔が見える関係ができることで緊急対応がスムーズに、病院が地域に優しくなるように思います。

もう1つは大病院の協力機関として、総合診療教育の場として多職種が協働している姿を伝えることが

当院（急性期病院）が在宅医療をやる意味

病院が、在宅医療を実感・理解する。
⇒急性期で治療のゴール設定、治療の内容、ICの仕方が変わる。

地域のステークホルダーが安心して、在宅医療に参入できることを支援する存在。
⇒癌終末期、重症患者、往診対応、バックアップ体制に貢献

在宅医療を通して、地域・地域の多職種を知る。
⇒真の顔と顔の見える関係ができ、理解をしているので、緊急対応がスムーズになる。

教育機関として、総合診療教育の場として、地域の多職種協働の姿を伝える。

できるということです。

さらにもう1つ、我々がこれから重要な役割だと思っているのが地域の開業医、それから病院の病棟医たちが安心して在宅医療に参入することを支援することです。一馬力の開業医の往診対応や、バックアップ体制、がんの末期患者や、重症患者は、ベッドを持っている我々が対応することが、我々が在宅医療をやる意味と思っています。

7. 当院の在宅医療の課題

ただ課題はあります。どうしてもベッドがあると、検査がすぐできるということで、「在宅で粘らないですぐ病院に来てください」と言ってしまうことがあります。

そして、病棟業務と兼業のため、まだまだ在宅患者を受け入れるのには限界がある。それから訪問診療ですが、訪問看護師さんに過度に頼ってしまっているところかなりある。

訪問看護師の課題は、長年医師が近くにいたため、アセスメント力が不足し、まだまだ医師の伝言係りになっていることがあります。他のステーションと協働していくためには「もうちょっと頑張ろう」とみんな言っています。

8. おわりに

今週末、年1回の職員総会があり、我々の在宅医療の今後の方向性について、職員の皆さんと共有する予定です。

在宅センターを立ち上げます。訪問診療専門部を作ろうと考えています。訪問看護ステーション、訪問リハビリ、居宅、院内外の在宅医療を支えようということです。病院の患者さんもさることながら、この訪問診療・看護・リハビリは地域の皆さんと手を組んで、調布東山病院の患者さん以外も支えていくということです。それから、訪問看護のスタッフは、小児から障害、精神まで見られるような訪問看護になるということをみんなが言ってくれたので、「それを育てていきましょう」と、みんな考えたスローガンは、「地域で『生ききる』を支えきる」です。今日ここでも宣言してしまいました。本当にできるかちょっと心配なところがありますが、みんなと一緒に頑張っていこうと思っています。

訪問診療:課題

- ・病院がバックであり、在宅で粘らず、すぐに病院に来るように言ってしまう。
- ・病棟業務と兼業のため、重症在宅患者を受け入れることに限界がある。
- ・訪問関連を訪問看護に頼っていた。

訪問看護:課題

- ・訪問看護師としてのアセスメント力不足。医師の伝言係りになっている。
- ・医師のバックアップが無いことを過度に恐れる？院内の医師としか仕事をしてこなかったから。

今後の方向性

来年度より、在宅センターを立ち上げ

訪問診療専門部
訪問看護ステーション
訪問リハビリテーション
居宅

院内外の在宅医療を支える



東山在宅部門の魂

地域で「生ききる」を支えきる



<プレゼンテーション②：黒澤一也氏>

病院がかかわる新しい街づくり
～これからの人口減少社会に向けて～

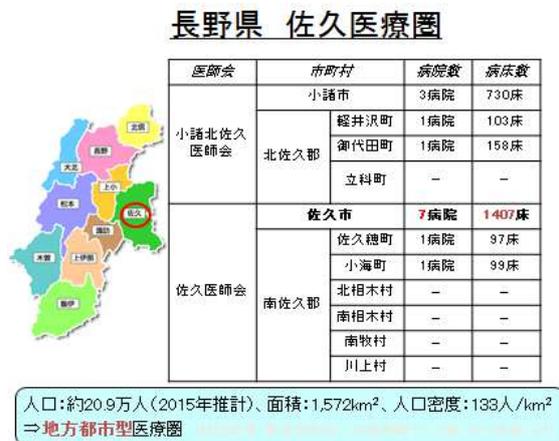
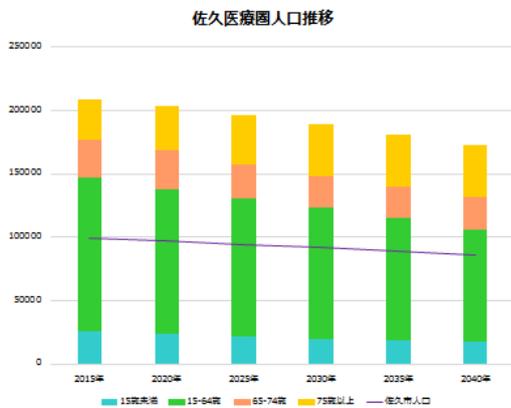
1. はじめに

私は長野県佐久から来ました。私は父が20年くらい前に他界し、急きょ帰ることになり、父がもともとアイディアマンでいろいろやっていたことを引き継ぎ、さらに、時代にあわせていろいろなことをやってきた、その内容を話をさせていただきます。

長野県佐久市は、軽井沢の周りで、東京からの玄関口で災害が少なく移住率の高いところ。移住ランキングも比較的高い。企業誘致も多い。なんとといっても佐久病院が有名です。私の病院は小さいので、その陰に隠れて細々とやっています。

2. 医療圏・病院の紹介

佐久の医療圏は人口減少地域ですが、長野県内では旧佐久市と旧長野市は人口が増えています。我々がいる地域は中込といって佐久平駅から20分くらいのところですが、この10年間、人口はわずかに減っているくらいです。

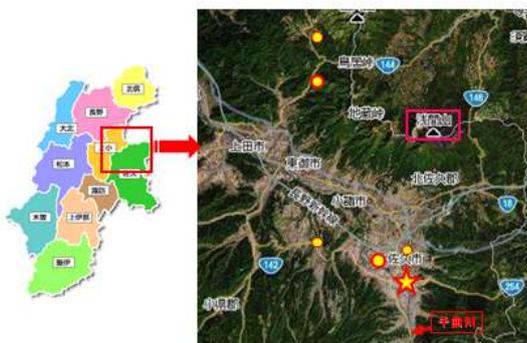


Keijin group

我々の法人の紹介です。佐久病院のグループと浅間総合病院という市立病院の間に挟まれています。中込という駅の周り中心と、上田市の真田町・菅平高原で医療を行っています。

法人の基本方針は、昔は亜急性期から在宅まで、小規模施設主体でとっていたのですが、最近変わり、急性期から在宅まで、医療を核とした保健・医療・福祉の複合体として、地域に根ざし質の高い医療・介護を提供していくとしました。

社会医療法人 恵仁会
長野県佐久市を中心とした保健・医療・福祉複合体



Keijin group

社会医療法人 恵仁会

法人理念

社会医療法人恵仁会は

「命を大切に

地域の皆さまの生活を支える
保健・医療・福祉を目指します」

“安心と安全に
もっと24時間の愛情を”

基本方針

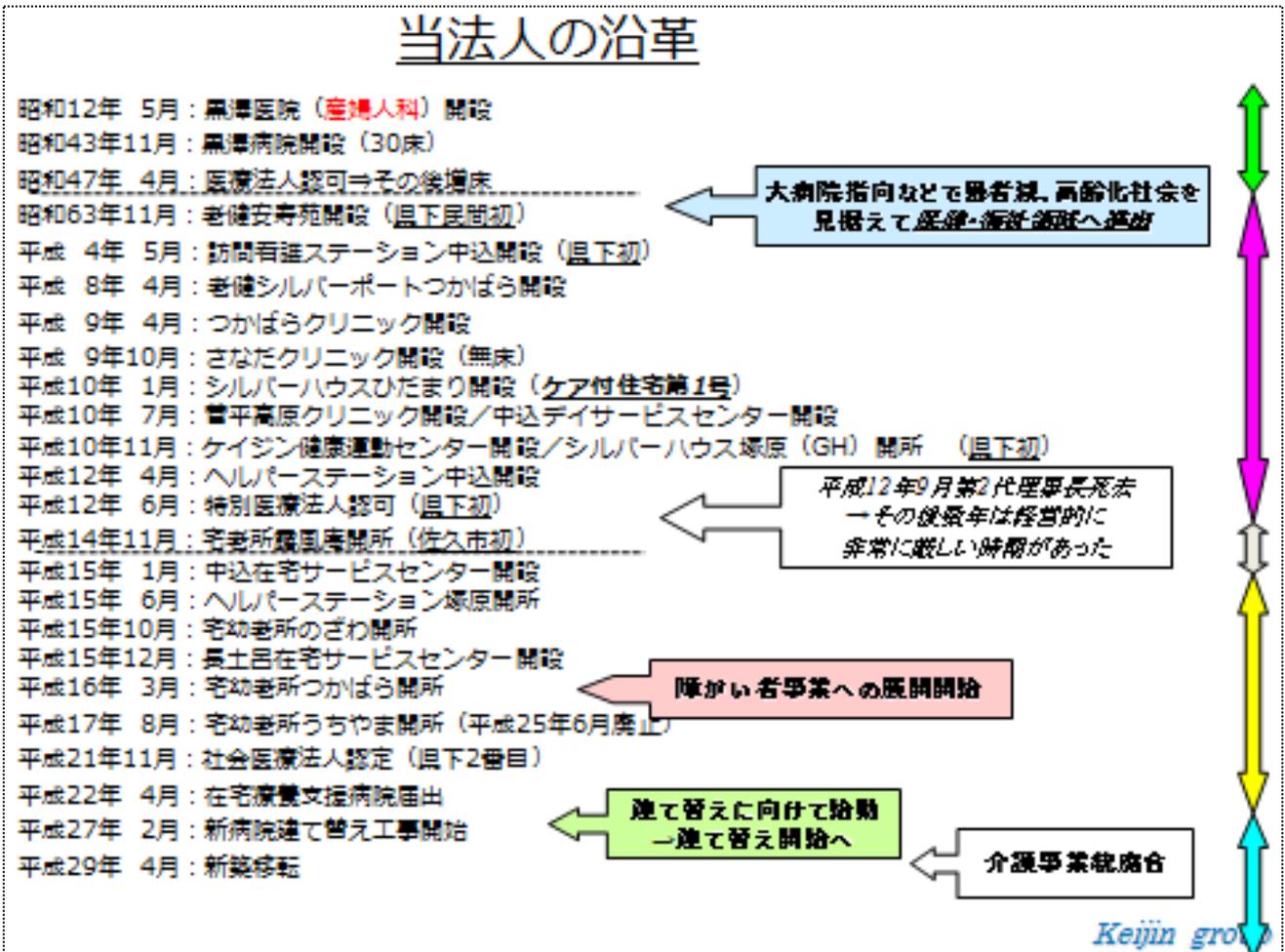
理念に則り、急性期から在宅まで、医療を核とした
保健・医療・福祉の複合体として、地域に根ざし質の
高い医療・介護を提供していく

Keijin group

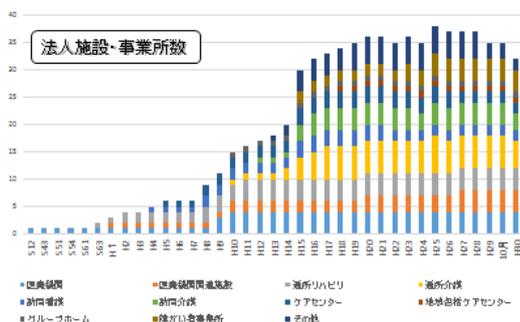
法人の沿革です。祖母が産婦人科を開業しそのあと病院になり、父も産婦人科医で、最初は産婦人科の病院でしたが、平成に入って、高齢者が増えるこ

とを見越して様々な高齢者事業をはじめました。

父が平成12年(2000年)に他界し、そのあと私が引き継いでいます。父が他界したあとしばらく何もしないでいたのですが、介護保険がはじまり、高齢者が非常に増えたので、高齢者の事業所を平成25年までかなり作ったのですが、周りに同じような介護事業所がたくさんでき、利用者の確保や働く人の確保が困難になったため、事業所数を減らしました。



社会医療法人恵仁会の変遷



社会医療法人 恵仁会 事業一覧

事業部門	施設名	床数	所在地	事業内容
医療部門	黒澤病院	85床	佐久市	在宅療養支援病院
	つかばらクリニック	無床	佐久市	在宅療養支援病院、各種診療
	曾平高原クリニック	19床	上田市	在宅療養支援病院
施設部門	黒澤病院	30床	佐久市	在宅療養支援病院
	黒澤病院	30床	佐久市	在宅療養支援病院
介護部門	訪問看護ステーション中込	1名	中込	訪問看護
	訪問看護ステーションつかばら	1名	つかばら	訪問看護
	訪問看護ステーションさなだ	1名	さなだ	訪問看護
	訪問看護ステーションひだまり	1名	ひだまり	訪問看護
	訪問看護ステーション塚原	1名	塚原	訪問看護
	訪問看護ステーションうちやま	1名	うちやま	訪問看護
	訪問看護ステーション長土呂	1名	長土呂	訪問看護
	訪問看護ステーションつかばら	1名	つかばら	訪問看護
	訪問看護ステーションさなだ	1名	さなだ	訪問看護
	訪問看護ステーションひだまり	1名	ひだまり	訪問看護
障がい者支援	在宅療養支援病院	1名	佐久市	在宅療養支援病院
	在宅療養支援病院	1名	佐久市	在宅療養支援病院
地域支援	在宅療養支援病院	1名	佐久市	在宅療養支援病院
	在宅療養支援病院	1名	佐久市	在宅療養支援病院
本部	本部			本部
関連会社	関連会社			関連会社

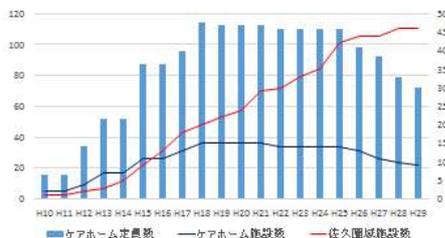
Keijin group

事業は医療部門、保健部門と介護部門などいろいろやっています。障がい者支援も今結構一生懸命やっておりますが、来年度までに合併もしくは閉鎖という形でさらに縮小を考えています。

3. 黒澤方式

私の施設が有名になったのはケアホームと呼ばれる、今でいう有料老人ホーム、それも小規模で、民家を改修したり、病院の横にあったマンションや潰れたホテルを買い取って、高齢者住宅にして病院の周りに配置したことです。コンセプトとしては病院や施設を退院した方が在宅に帰れない場合、住み慣れた地域で生活ができるように、小規模の施設をたくさん作ったということです。これは父のアイデアではじめました。

ベッド数は一時期 100 床くらいまで増やしましたが、同じ佐久圏域の施設がどんどん増えたため、入居する人が減ってきて、民家を改修したり古い建物とか、雑居ビルとか、普通のアパートを高齢者住宅にするとやはり老朽化が目立って、なかなか安くしても入らないということが続き、一時期入居率が 70%まで下がり、経営的に難しくなり、今は大体 70 少しの収容人数になっています。



「黒澤方式」

Keijin group

私の施設のもう 1 つ特徴は、新病院の建て替えです。昔は町の外れの住宅街の真ん中に建っていたのですが、周りに全然土地がなく建て増しですごい建物になっており、老朽化が目立ちはじめたて建て替えようとしたら、ここでは病院が建てられないことがわかり、どこかいい場所を探していたところ、駅前にイオンみたいな商業施設があり、潰れて建物が 10 年以上放置され、市としても困っていて、また、近くにあった公民館が老朽化し、地元の住民は「公民館をここに作ってくれないか？」という話もあった。そこで、市として

こういう潰れた廃墟が駅前にあるのは困るということで、土地の取得を手伝うので恵仁会で買い、そこに公民館を入れて病院を作れないかという相談があり、結局病院が公民館を併設する形で 2015 年の夏に、無事に着工し、去年の 4 月 1 日に JR の中込線の駅前に病院を作ることができました。そして、公民館は 2 階の半分にあり、入り口は別にあります。病院には老健、研修センター、通所リハビリなど全部入れました。

1 階に売店があり、コンビニは出店してくれませんでしたので、商工会議所を通じて地元の商店に依頼してお店を入れてもらいました。

私は、実は整形外科医でバリバリ手術をやっていますが、手術数が非常に増えているため手術室を増やしたり、リハビリの部屋を広げたり、救急も増えているので、独立して救急室を作りました。

公民館は別の入り口があり、大ホールを入れると一応 300 人くらい入ります。この中込会館の利用者数、利用件数は増えています。駅前ですので、近くに商店街があり、だいぶさびれてはいますが、病院がここに来て、ここは高校生とかいろいろな世代の人たちが通るので、町の活性化につながればと考えています。

4. 病院の診療内容

病院は 83 床で、一般床、10 対 1。移転前は介護

くろさわ病院概要 (2017年9月末現在)

- ・病床数：83床；一般床：43床〔10:1入院基本科〕
 (うち地域包括ケア入院医療管理科：6床)
 医療型療養病床：40床〔25:1〕
 →移転と共に介護型20床を医療型に移行
- ・在宅療養支援病院 (訪問診療)
- ・診療科：内科、整形外科、形成外科、皮膚科、婦人科、
 リハビリ科、リウマチ科、外科、泌尿器科
- ・リハビリテーション：運動器 (I)、脳血管疾患 (I)
 訪問リハステーション、通所リハ
- ・手術室2室 (1室増設)：主に整形外科手術 (昨年度342例)
- ・特殊検査：MRI (1.5T)、CT、内視鏡 (経口・経鼻)、
 透視撮影、超音波検査、DEXA (全身用) など

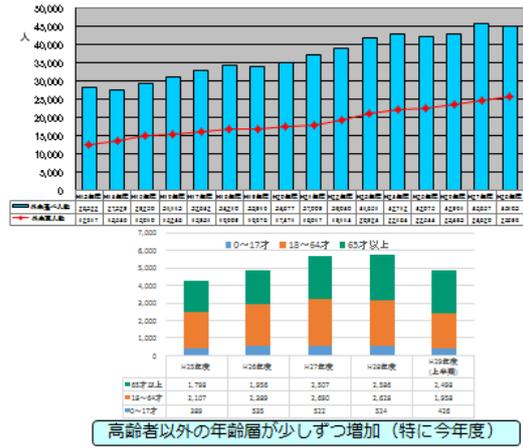
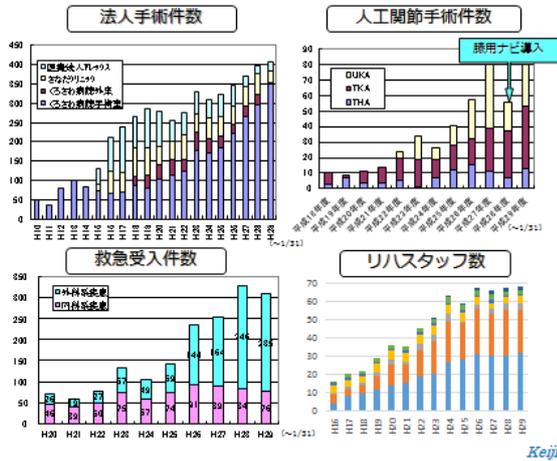
外来患者数：1日平均152.4名 (年間延べ45,103人) 【平成28年度】
 病床稼働率：93.0% (全病床)、年間入院患者延べ数：28,169人

Keijin group

20、医療 20、一般が 43。移転したときは医療型 40、25 対 1 です。

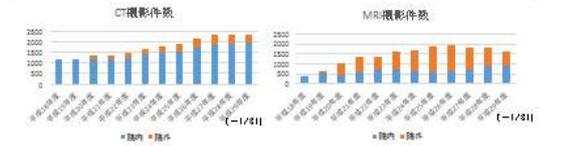
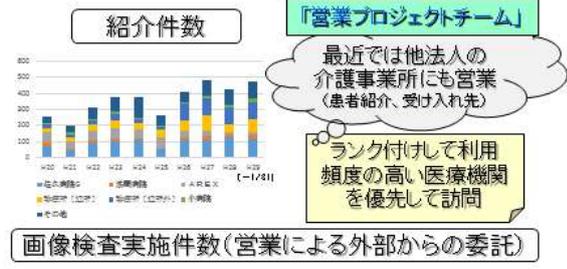
診療科は内科と整形外科が主。形成外科が兄弟と嫁も含めて常勤が 2 人、整形も常勤が 2 人。

外来患者数は右肩上がりが増えており、かなり若い人たちも増えているというのが特徴です。



手術件数も増えています。この要因として、救急車の受け入れが増えている、これは、高齢者の軽度の外傷とか頸部骨折とか肺炎を積極的に受けるようにしているからです。そして、人工関節置換を一生懸命やっていて、今結構増えているという状況です。それに合わせてリハスタッフも増やしています。

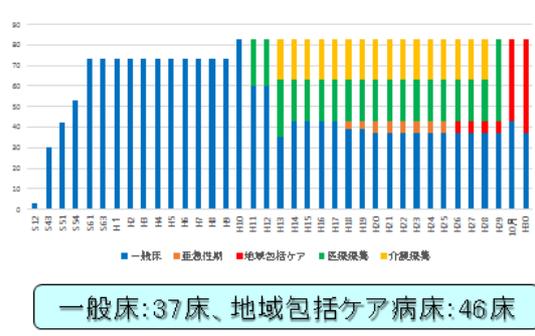
紹介の件数です。MRI はなかなか院内では回しきれないので、開業医の先生たちにお願いで使っていただき、開業医の先生たちのニーズに応えるため、できるだけ即日、もしくは 1 日・2 日ですぐに撮れる状況です。そのために、営業プロジェクトチームがあり、もとは画像検査の営業をしていましたが、今はリハビリや、訪問看護の営業も、特に使用頻度の高い医療機関を優先して訪問するようにしています。



5. くろさわ病院が注力する事業

1) 救急
 (1) 軽度から中等度救急の積極的受け入れ
 病院として、一般床と療養病床を持ったのですが、新しい病院になってから救急が増え、手術が増えて、患者さんの早期の入院時から退院支援を行うようにしていたら回転がすごく早くなり、平均在院日数が 13 日から 14 日くらいになっています。冬になると田舎は越冬といつてなかなかおうちに帰れない人が多いのですが、どんどん帰っているのでベッドがほとんど満床にならず、稼働率が少し下がっています。そして、療養病床が非常に厳しく、赤字で、このまま続けられたら病院もろとも潰れてしまうので、昨年 10 月から地域包括ケア病棟に変え、現在一般床 37、地域包括ケア病床 46 としています。

くろさわ病院病床数の変遷



(2) 在宅医療支援

在宅療養支援病院の届け出を平成 22 年にしてから、その次の改定で連携強化型ができました。私は織田先生と一緒に 4 病協の在宅医療支援病院の検討会に参加させていただき、開業医の先生と連携していくほうがいいだろうと連携強化型も取りました。しかし、うちの訪問診療はケアホームに行くことが多くて、看取りも前は結構あったのですが、最近は看取りとなると病院を希望される家族の方が多く、在宅もしくはケアホームでの看取りは非常に減っている状況です。ほぼ全ての常勤医が科に関わらず私も含めて、訪問診療を実施していますが、少ない常勤医で、入院や手術にかかる時間が多いので、訪問診療、まして往診や看取りに時間が割けないというのが現実です。したがって、今のところは在宅医療も行っているのですが、どちらかというバックアップするほうがメインになり、地域包括ケア病棟を活用しているというのが現状です。そのバックアップとして、開業医の先生からの紹介入院が比較的増えてきています。

また、佐久医師会では土日祝日に北澤先生主導で、在宅看取り当番制があり、それにも参加しており、私も他にもクリニックがあるのでそちらのほうの看取りや、老健の看取りには全部対応しています。

2) 手術

主に整形外科の得意分野を伸ばしています。

3) リハビリテーション

訪問リハビリ、予防リハビリ、スポーツリハビリにも力を入れています。

平成 20 年にセンターステーション化し、一生懸命やり結構利用者を増やしたのですが、前回の改定るとき、介護施設が増えると皆さん自前で通所リハビリを行うところが多くなり、訪問リハビリの利用者が少し減っている状況です。最近ではどんどんおうちに帰すので、退院直後に介入して、訪問リハビリを行うというケースが少しずつ増えてきているのが現状です。

6. 新黒澤方式

最後に新しく進めていることとお話します。

新しい病院近くの商店街に遊歩道があり、そこを活用して何かできないかなと考え、旧病院の周りの施設を集約し、地域包括ケアシステムを意識したまちづくりを考えています。

①サテライト介護老人保健施設なかごみ

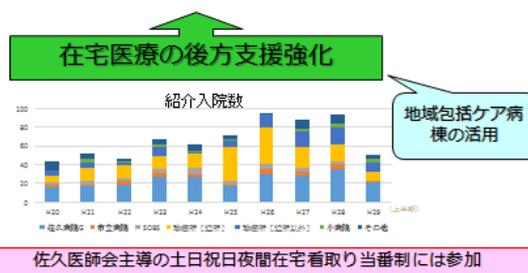
浅間総合病院が経営していた老健が今年の 3 月で閉鎖になり、その受け皿を数年前から市のほうで探していて、しかし、なかなか受け手がいなく、結局、私どもともう 1 つの社会福祉法人が半分に分けてサテライト老健を今作っています。

②就労支援事業

障がい者支援に力を入れてますが、結構ニーズが多く、特に障害児の、放課後デイとか、夏休みの受け入れとかが非常に多くなっています。そこで、近くにあった信金が潰れたあとを買い取って、デイサ

くろさわ病院における在宅医療

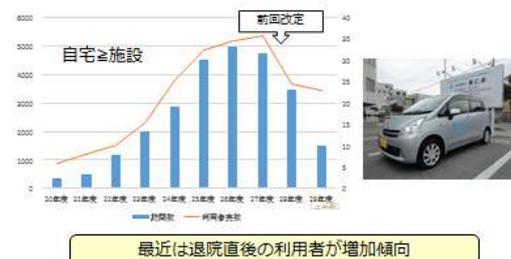
- 少ない常勤医（5名）
 - 入院・手術にかかる時間が多い
- 訪問診療・往診・看取りに時間が割けない



Keijin group

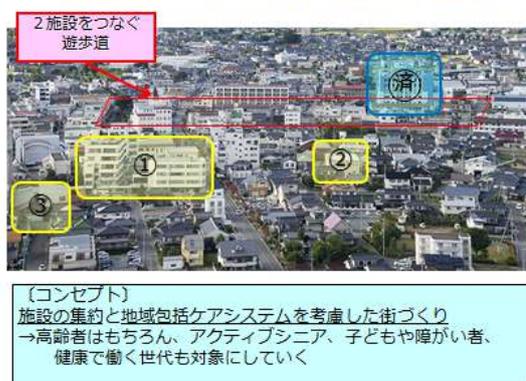
ケイジン訪問リハビリステーション

- 平成20年10月開設
- 訪問リハのニーズに応えるためセンター内に開設
- 訪問リハ専門スタッフ3名 (PT1名・OT2名)



Keijin group

目指せ!! 「新・黒澤方式」



Keijin group

ービスと訪問看護ステーションを置いていた施設に障がい者事業部門を移転して、最終的に就労支援もやっいてこうと今計画しています。

③健康運動センター

病院の前には運動センターがあり、昔はプールと温泉がありました。これも老朽化が激しいので、最終的には体育館含めた運動施設としてリニューアルを考えて居ます。

これから力を入れていくのは自費事業です。フィットネスとか運動教室を運営し、アクティブシニア（元気な高齢者）をそこから抽出し、障害者の雇用で、雇用の創出をしようと、それで介護士不足もなんとか解消できたらいいと思っています。実際に市内の老健があり、そこでは健康クラブとか健康教室をやっています。まだ1名ですが、パートですが、介護助手をしています。ただ、高齢になってくるとご自身の体調とかもあり、長続きしないのが問題ですが、ただこういう方がこれから増えるのではないかと考えています。

跡地を含めた周辺施設の将来①



サテライト介護老人保健施設なかごみ

今年度末に閉鎖する市立病院併設老健の受け皿となる サテライト老健を中心とした複合施設建設（今年度末開設）

官 民 連 携

Keijin group

跡地を含めた周辺施設の将来②



中込在宅サービスセンター移転後、障がい者事業部門を移転し、現行サービスに加え就労支援事業を立ち上げる

官 民 連 携・・・

Keijin group

跡地を含めた周辺施設の将来③



プール・温泉を廃止した健康運動センターの老朽化に伴いフィットネス・体育館を含む施設のリニューアル
→保険外リハ、健康増進、アスリートサポート、障がい者スポーツなど

官 民 連 携 !?

Keijin group

多角的な連携を推進し、病院が中心となって街づくりを！



Keijin group

6. おわりに

私としては、多角的な連携を推進とする病院が中心となり「まちづくり」が動くということで、いろいろなことをやっています。医療と福祉だけでなく、異業種とか、学校、子供、地域住民、行政とも連携して地域包括ケアシステムを基にしたまちづくりができたと思っています。

ただ、人口減少社会を見据えて、周りの事業所さんの状況を見ながら伸ばすところは伸ばし、閉めるところは閉める、最終的にはスクラップアンドビルドという考えで法人を維持出来たらと思っています。

<http://www.keijinnet.or.jp>

社会医療法人 恵仁会

検索



少子高齢化のみならず人口減少社会に向けて
国や地域の情勢を鑑みた柔軟な病院運営と
街づくりを視野に入れた多角的な連携を実践！

Keijin group

【猪口氏】

昔はケアホームということで在宅を中心にどんどん広げていたのが、いつの間にか姿を変えて、行政を巻き込んでまちづくりになっていたというお話でした。全日本病院協会も中小の民間病院が大体主体で、こういうふうにならざるを得ない状況に陥っている病院もいっぱいあるのでこの機会に紹介させていただきました。

＜プレゼンテーション③：織田正道氏＞

地域包括ケア時代の病院の役割 ～「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化～

1. はじめに

私が父の後を継いで、今の病院で仕事をすることになって30年になります。この30年間で何が変わったかと言うと、患者さんの年齢層が大きく変わりました。

そこで今日は、「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化というテーマで、地域包括ケア時代の病院はどうあるべきか、私の考えも含めて話をさせていただきます。

2. 当院の地域における役割と機能

病床は111床ですが市内に公的病院がなく、2004年に開放型病院になり、現在地域の登録医の先生方が60名おられます。

2012年に地域の先生が「患者さんがターミナルで「一緒に見てくれ」と言う方が多くなり、在宅支援病院の強化型になりました。診療科は内科外科を中心として12診療科があります。

現在、新規の入院患者が年間3,200人を超えてきました。111床ですから、平均在院日数11.9日、病床利用率では95%と病床111床をフル回転しているという状況です。

まず我々の病院の役割についてお話し致します。

① 24時間365日救急対応

高齢の方がどんどん増え、80歳過ぎても車で運転し病院に来る方が増えてきました。そこで、患者さんを近くの先生に逆紹介し600名くらいの外来患者を300名に減らしました。逆に「患者さんが具合悪いときは何時でも我々の病院に紹介してください」、「24時間365日いつでも診ますよ」と救急患者は絶対断らないようにしています。現在では毎月約300名から350名の紹介をいただいています。また、最近では新規の先生方と介護施設からの紹介も増えてきました。

CT、MRIの共同利用においては、地域の先生方とVPNでオンラインドクターtoドクターを結んでおり、我々のところで撮ったCT画像がすぐに地域の先生方の診察室にある画面で見えるようになっています。

当然、我々の病院では手に負えない患者さんも来ますので、その時は高機能病院にご紹介します。

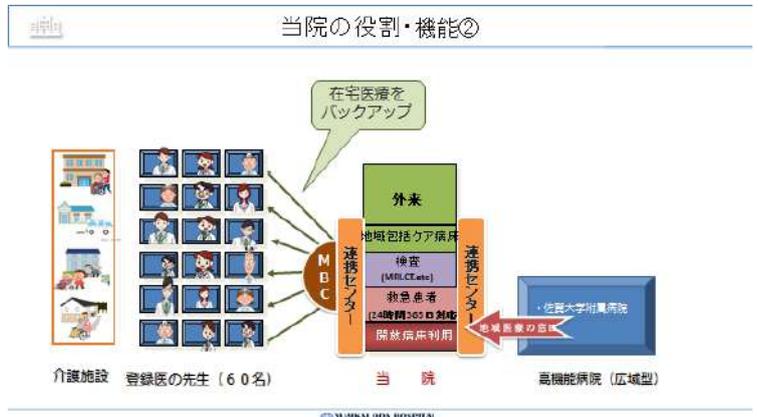
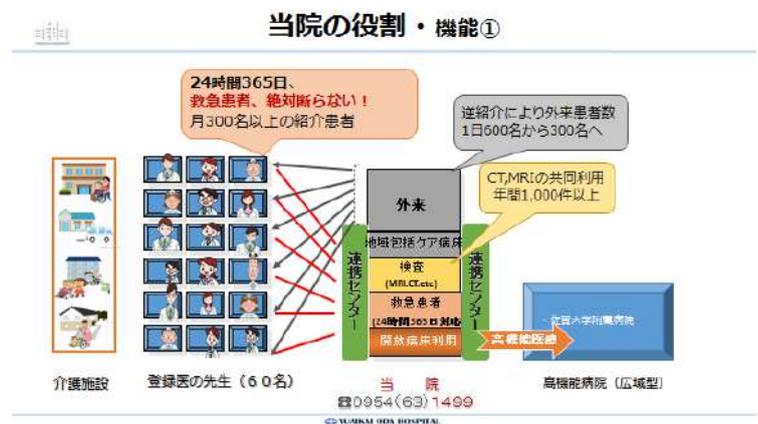
② 在宅医療のバックアップ

高機能病院等で治療を終えた患者さんは、我々の病院に帰ってきます。さらに当院退院後、在宅で診る必要がある患者さんは地域の

当院の概要

病床数	一般 111床	開放型(病床)病院【登録医60名】 2004年 DPC対象病院 2006年 在宅療養支援病院(強化型) 2012年	
診療科	内科(総合診療部、消化器内科、循環器内科、呼吸器内科、肝臓内科、血液内科) 外科(一般・消化器外科)、循環器・胸部心臓血管外科、脳神経外科、 耳鼻咽喉科、皮膚科、形成外科、麻酔科、放射線科、リハビリテーション科		
看護体制	7:1 (重症度・医療看護必要度 直近3ヶ月平均30.6%)		
病院職員数	334名 (常勤医師29名、看護師118名、薬剤師6名、放射線技師7名他)		
平均在院日数	11.9日 (2017年度4~12月)		
病床利用率	99.6% (2017年度4~12月)		
新規入院患者数	3,207人 (2016年度)		

© MIYUKAI ODA HOSPITAL



先生方に紹介すると共にバックアップし、何かあったときには一緒にいつでも診ることにしています。

また、退院直後の病状が不安定な患者さんに対応するのがメディカルベースキャンプで、これについては後で詳しく話をします。

3. 85歳以上人口の急増に伴う地域医療の変化

佐賀県南部医療圏の後期高齢者の人口推移です。2012年に85歳以上が他の年齢層を逆転し85歳以上が増え続けています。

このような形で85歳以上が急激に増えてくると、医療がどうなるか。

我々の医療圏の85歳以上の救急車の搬送件数です。10年ちょっと前まで600件だったのが今1,400件を超えてきています。

このグラフは85歳以上の新規入院患者です。10年前までは全入院患者の1割にも満たなかったのが今は3割が85歳以上です。10年間でこういう変化が起きてきます。

ですから、85歳以上が逆転した段階で、その前後から医療は激変することになります。有病率と要介護率ですが、要介護率は85歳を超えてきますと5割を超えてきます。10年ちょっと前まで75歳が多かった時期は、要介護率は1割にも満たないし配偶者も70歳前後ということで、家に比較的スムーズに帰れました。しかし、今は奥さんも80歳ということで、家に帰るのは非常に難しい状況になっています。

85歳以上の新規入院患者のMDC別の年次推移ですが、呼吸器、循環器の新規入院が急激に増えました。

3. 「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化

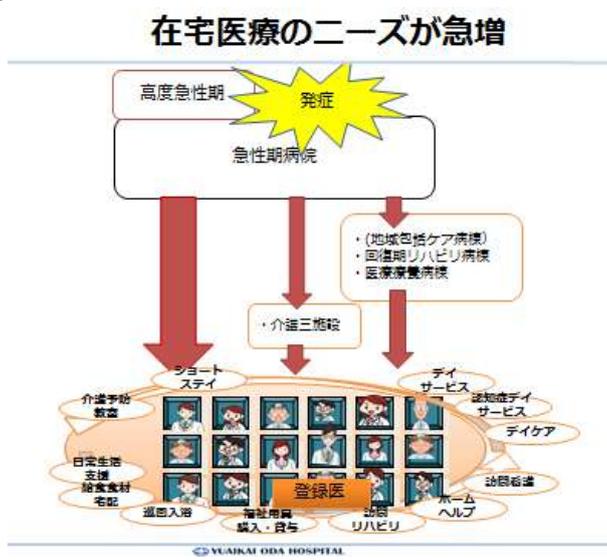
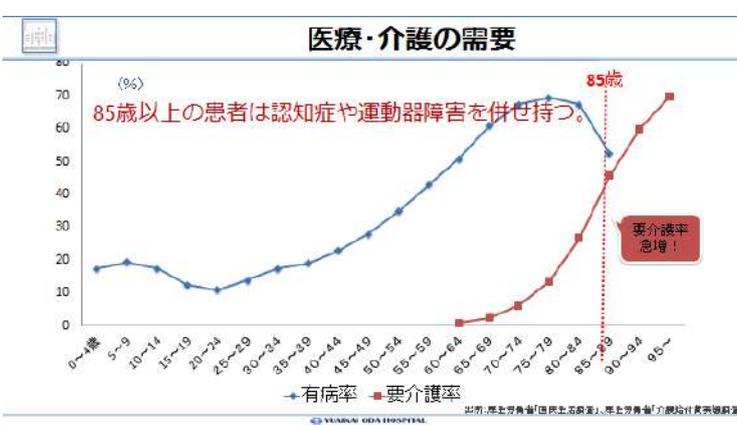
病気が発症しても10年前までは比較的スムーズに帰れていました。

ところが今85歳以上で退院支援を必要とする人たちが急激に増えてきています。さらに現在は回復期リハビリ病床も療養病床もいろいろな制限もあります。85歳以上が増えてきているが、在宅に帰さざるを得ないという状況になっています。特に我々の地域は国民年金が多いですから、そういう意味ではサービス付高齢者住宅とか、有料老人ホームにはなかなか入れない人が増えています。

そこで、「治し支える医療」を真剣に考え、取り組みました。

1) 安心して在宅へ返すための院内の仕組みづくり

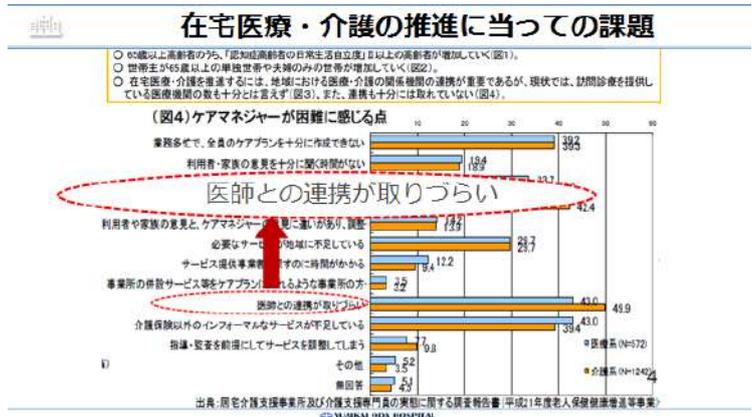
これは基本的に多職種協働のフラット型チーム医療への転換です。それに、退院支援に必要な患者情報を一元化・共有化する取り組みです。



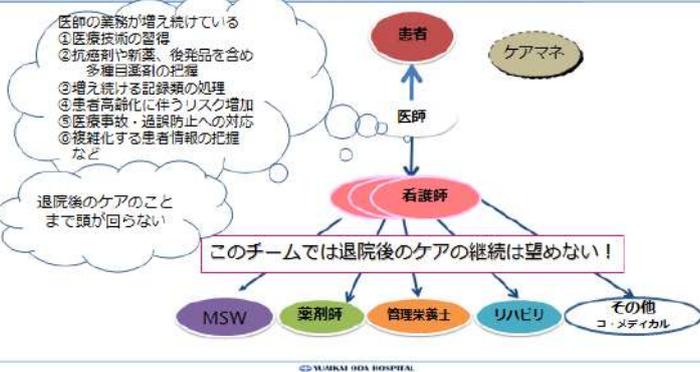
① 多職種協働のフラット型チーム医療への転換

ケアマネージャーが医療と介護を結びとときに困難を感じることで、医師との連携が取りづらいという点があります。医療と介護を結ぼうとしてもケアマネージャーにとって病院の敷居がものすごく高いというのが現実にあります。

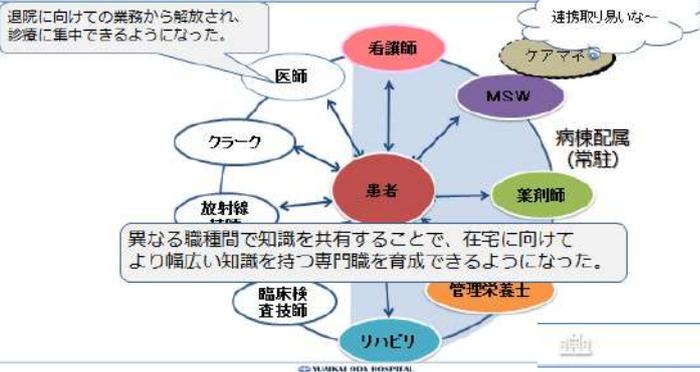
今までの治す時代の医療は、全て医師の指示の元に行うピラミッド型です。当然医師が全て指示を出さないと動かないわけです。ただ、今、医療技術も非常に進んでおり、また抗がん剤など薬も覚えなれないといけな、記録類も増えてきた、高齢化のリスクが増大してきているということで、退院後の生活をどうするかをドクターに求めるのは無理、非常に難しい。



医師の指示のもとに業務を行うピラミッド型チーム医療



生活の場に戻すための多職種協働フラット型退院支援チーム



そしていつも一緒にいることで、それぞれ専門職としての知識が向上します。また、異なる職種間で在宅に向けてどうしようかと真剣に考えますので、専門職として能力的にも上がってくる。実際に病棟で仕事を一緒にしていると在宅に帰すためには自分はどのような役割をするのかも見えてくる。

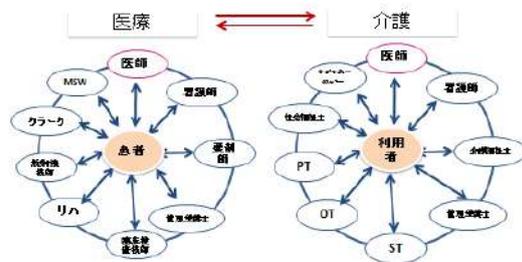
医師も、生活の場に戻すことに関しては、ある意味では解放され、全体が非常にスムーズに回るようになります。

ケアマネージャーが来たにしても、ただでさえドクターの敷居が高いのに、ものすごく忙しい。そしてピラミッド型だと他の人たちは指示がないとなかなか動けないという状況です。

したがって、このようなチームでは退院後のケアの継続は望めないこととなります。基本的に生活の場に帰すためにはフラット型にならないと難しい。フラット型にするためには何が必要か。それは、各職種の病棟へ常駐です。病棟に各職種が常駐することによって、看護師は薬剤師に薬のことも聞けますし、栄養士に栄養状態のことも聞けます。常に顔の見える状態ですから、非常に職種間がスムーズで1つのチームになっていきます。さらにケアマネージャーは、MSW が病棟にいますから、相談しやすいし、薬剤師、栄養士、看護師に薬のことも、栄養状態のこともなども聞くことができる状況になっています。

医療・介護連携に効果

医療も介護もフラットな組織となれば連携がスムーズに行くようになる



介護はもともとフラット型ですが、医療は「治す医療」の流れからはピラミッド型です。しかし、医療もフラット型にすれば介護との連携も非常にスムーズにいくようになります。

これは我々の病棟の風景で、朝の申し送りです。薬剤師、救命救急士、管理栄養士、セラピストと一緒に朝の申し送りをします。病棟の回診も一緒に回って自らアセスメントも取らせることで、専門職としての意識が大きく変わってきます。

専門職として積極的に患者に係わる



常に薬剤師、管理栄養士、セラピスト、MSWが病棟にいて、フラットな連携が強化された。



在宅支援に向けた患者の情報を共有している風景です。

基本的に入院翌日には既に多職種が患者のことを把握していますから、退院支援に向けて、モニターを見ながら「ああ、退院だったらこの人は栄養指導はできている」「この人は家族との連絡が取れている」という形で、短時間で申し送りができるようになります。

退院(在宅復帰)支援に向けた患者情報の一元化共有化



退院前カンファランスと自宅訪問



退院前カンファランス

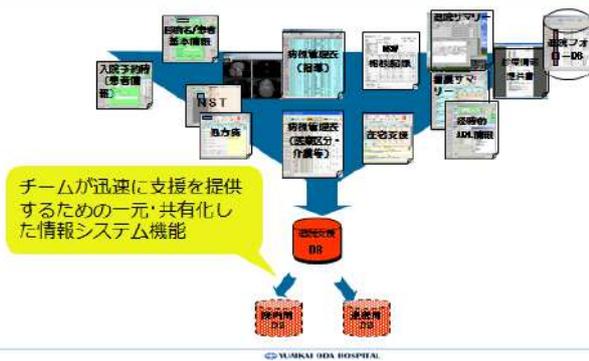


自宅訪問

そのあと、家族を呼んで退院前カンファランスを行い必要に応じて自宅を訪問することになります。

②患者情報の一元化・共有化

電子カルテ自体には情報がたくさん入っており、電子カルテでは職種間の共有化にはなりません。そこで、退院支援に必要な情報だけをデータベースに落とし込む形を取っています。



項目	入院前	入院時	二次	三次	追加	退院前
食事	自立	自立	一部介助	一部介助	自立	自立
排泄	自立	自立	自立	自立	自立	自立
清潔	自立	自立	一部介助	一部介助	自立	自立
清潔方法	自立	自立	自立	自立	自立	自立
座位保持	自立	自立	自立	自立	自立	自立
立位保持	自立	自立	自立	自立	自立	自立
移動	自立	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	自立
移動手段	杖・手すり・歩行	車椅子	車椅子	車椅子	車椅子	車椅子
入浴	一部介助	不明	不明	一部介助	一部介助	一部介助
服装状況	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
日常生活自立度	A1	B2	B2	B2	A2	A2
認知機能自立度	I	Ib	Ib	Ib	Ia	I
生活意欲の低下	なし	なし	なし	なし	軽微	なし

2) 退院後もケアの継続を図る仕組みづくり

退院後のケアの継続は一番重要です。どんなに入院中に治療を一生懸命やってもケアの継続を図れなかったら在宅に帰ってすぐにADLが悪くなります。そこで、取り組んだのがメディカルベースキャンプと、電子カルテのクラウド化です。

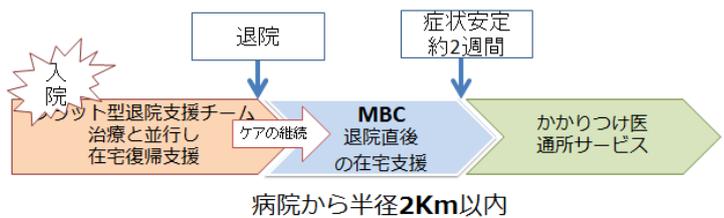
① MBC(Medical Base Camp)の開設

85歳以上の方が増えてきますと、退院のときにかかりつけの先生から「なんでこんな早く帰すんだ」というお叱りを受けることも多くありました。また、実際、帰ってから2・3日後に熱発し、再入院ということも多く出てきました。そこで、退院後2週間はメディカルベースキャンプの訪問看護、PT、ヘルパーが患者宅に出向き、2週間経って大体安定してきますので、2週間後に地域の先生方にバトンタッチをするという仕組みをつりました。

入院時、フラット型の退院支援チームで治療と並行して在宅復帰支援を行い、ケアの継続を図るためにメディカルベースキャンプが退院直後の在宅支援を行う。これがないとすぐにADLが落ちますので、基本的に重要な部分です。退院後2週間し症状が安定してかかりつけ医にバトンタッチします。メディカルベースキャンプの活動範囲は基本的に病院から半径2キロ以内になっています。病院の周囲には5,500世帯があり、そのうち1,200世帯が独居、老老介護ですので、箱物を作るよりは在宅でやっという方針です。

これはメディカルベースキャンプのスタッフです。多職種がこのような形で一緒に部屋にいます。ここにモニターがありますが、このモニターで動態管理しています。退院が決定すると、ここに名前が出てきて、退院直

退院後もケアの継続を図る仕組みづくり



メディカル・ベースキャンプのスタッフ



大型モニターによる動態管理する在宅医療支援 (MBC)



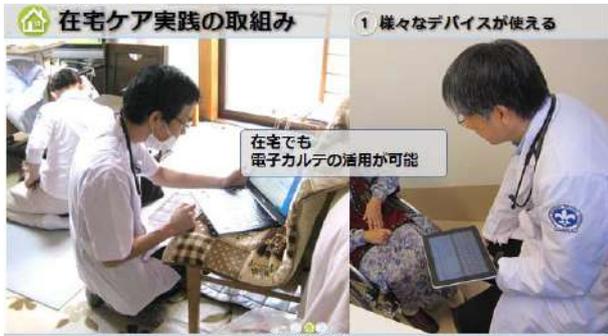
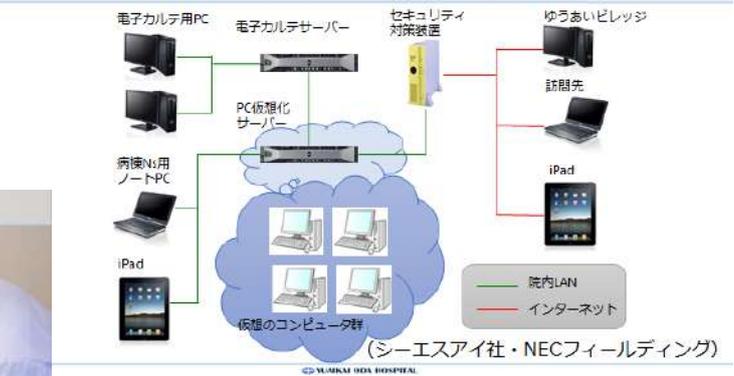
後に訪問する人たちの家その隣のモニターにマッピングされます。さらにこのモニターで訪

問看護、メディカルベースキャンプチームが今どこを移動しているのかが見られるようになっていきます。

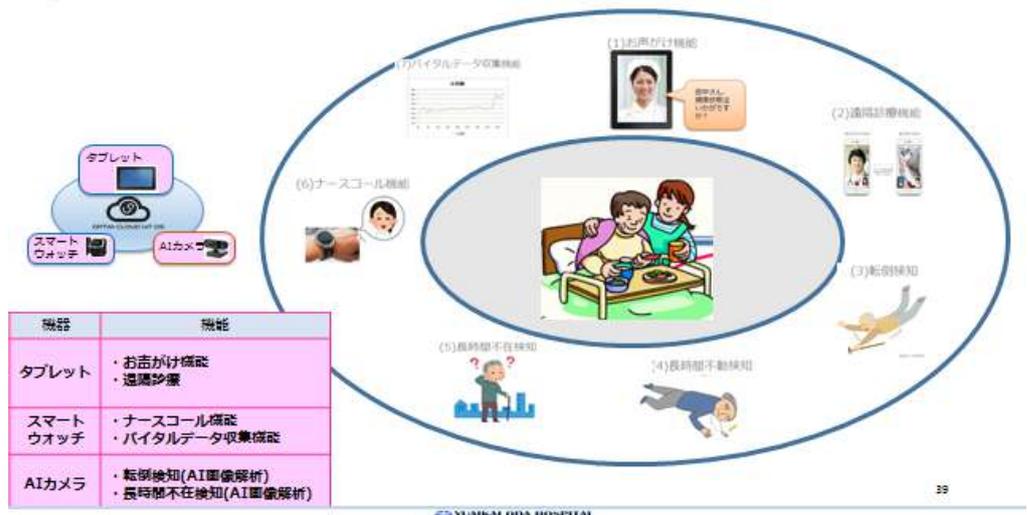
②電子カルテのクラウド化

電子カルテはクラウド化されていますので、自宅に持って行けます。これにはデータは残っておりませんのでセキュリティは全く問題がありません。万が一置き忘れてもこの中にデータがないわけです。

デスクトップの仮想化（クラウド化）の仕組み



IoT・AIを使い情報インフラを構築



大型モニターによる動態管理する在宅医療支援（MBC）



あと1つ、右のモニターは、定期巡回対応サービスのデータを載せているものですが、一番多いのは安否確認、服薬介助、水分補給、見守りです。マンパワーが減ってきているときに、IoT・AIでカバーできるのではないかとというのが安否確認、あと見守りです。服薬介助は、できませんが確認はできます。

在宅見守りシステムは、タブレットとスマートウォッチとAIカメラを使って、お声かけ機能、遠隔診療、ナースコール機能、バイタルデータ収集機能、転倒検知、長時間不在検知などが果たせています。この夏一番役に立ったのは室温管理でした。夏場は在宅で熱中症になるお年寄りが急増します。在宅で室温が33度以上になったら、我々のメディカルベースキャンプのチームのアラートが鳴ります。室温温度管理です。あと1つは、テレビのリモコンにセンサーをつけ、これを通して在宅の見守りをしています。お年寄りにはスマートフォン、タブレットは使い切れないのですが、唯一多くのお年寄り宅には、側にテレビがあり、テレビのリモコンは使えるのです。

3) 「住み慣れた地域で自分らしく最期まで」を地域と共に支える仕組み

看護師の特定行為研修指定研修機関となっていますが、今後在宅医療を充実させるためには、やはり看護師さんの役割がものすごく大きい。病棟にしても寄り添ってずっとそばにいるのは看護師さんです。

在宅も同じで、訪問看護の役割はすごく大きくなるという気がします。今後10万人以上の養成を目指すということで、進めているわけで、今、全国で69か所があり、修了者738名とまだまだ遅れているわけです。全日病は、厚生労働省から、看護師の特定行為にかかわる指導者育成実施団体として認定を受けました。実際、全日病の病院がこの指定管理になってきています。やはりこういう地域に根差した病院が特定看護師の教育に携わっていくのが重要だと思います。

我々の病院も昨年指定を受け、将来的に在宅を志す人を優先的に特定行為の研修を受けてもらっています。

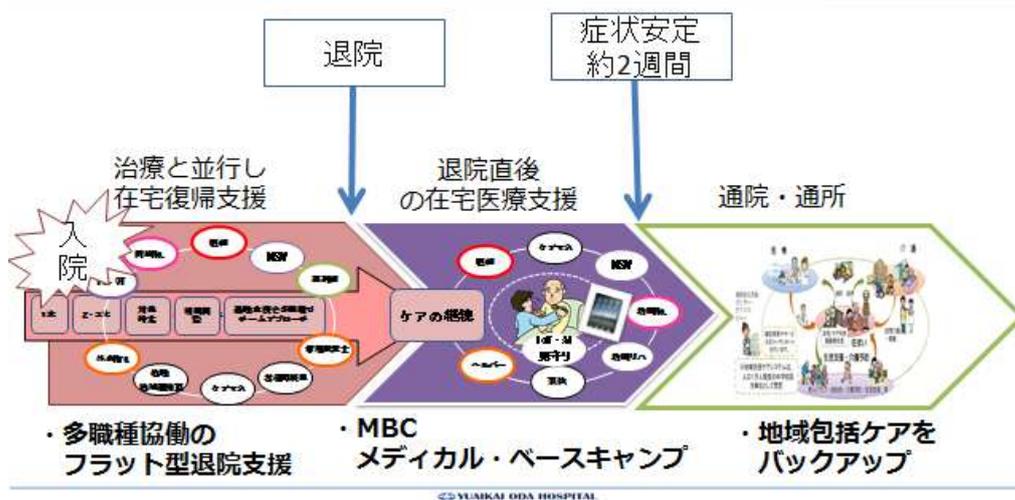
4.まとめ

2017年10月2日

看護師特定行為研修センター 開講式



まとめ: 「治す医療」から「治し支える医療」への転換



【猪口氏】ありがとうございました。今日3つの病院をご紹介させていただきましたが、いずれもせいぜい100床ちょっとくらいの病院で、規模ではなくてアイデアによってこれだけできるんだ、ということをご紹介させていただきました。

