

第 3 回在宅医療推進フォーラム

2008 年 3 月

(財) 在宅医療助成 勇美記念財団

第3回在宅医療推進フォーラム

人生を支える医療 ～地域がはぐくみ つなぐいのち～

2007年11月23日(祝)、在宅医療を推進する団体および個人、行政が集い、在宅医療の現状と課題を議論する第3回在宅医療推進フォーラムが、あいち健康プラザ(愛知県東浦市)にて開催された。各界の代表者による討論会や会場を含めたランチョンディスカッションなど、在宅医療推進に向けての活発な議論が展開されたのでここに報告する。

基調講演 在宅医療の課題

北海道大学大学院医学研究科

医療システム学 教授

前沢 政次氏



在宅死を通じた「命のバトンタッチ」が必要

基調講演では、日本在宅医学会および日本プライマリ・ケア学会の会長を兼任する前沢政次氏が登壇し、医療、介護、地域、家族といった幅広い視点から、在宅医療の現状と課題を整理した。

同氏はまず、「医療は専門・細分化される一方、生活を重視する全人的医療の視点が欠け、むしろ在宅医療とは逆行する方向へ進んできたのではないか」と問題提起。医療の在り方について、3つのモデルを提示した。

まず、疾病や障害の治癒または延命を目的とする「医療介入モデル」、次に、衣食住の整備をしながら残された力を発揮して生活を改善する「生活支援モデル」、そして、その人が自己決定した人生をそっと見守る「人生観察モデル」である。中でも同氏は人生観察モデルについて、「その人の生活史を聞き、その人生観を垣間見て、直感と傾聴を用いながらただそばにいる」というスタンスのケアであることを説明し、このスタンスの必要性と、それが欠けている現状の問題を指摘した。

続いて同氏は、在宅医療の普及の状況について語った。全国国保診療施設協議会が行った昨年度の調査では、24時間訪問できる体制を整えている国保の医療機関は、病院で約5分の1、診療所で約3分の1であったという。できない理由としては、「家族の受け入れ体制が整わない」、「特養・老健等の施設入所待ちである」、「積極的に長期入院を希望する患者・家族が多い」などが挙げられた。この結果から同氏は、在宅医療が普及していかない理由の一つとして、家族の問題に着目。「自分にとって一番大切なものは何か」という問いに「家族」を挙げる人が1980年頃から急増しているという国民の意識調査を例に挙げ、「家族に対する期待が大きくなっているのは、むしろ家族性が失われつつあるか

らではないか」と考察した。また、最近は教育や介護などの家族機能が外部化される傾向があり、特に親に対する扶養意識が希薄になっていると分析。「介護保険制度のスローガンとして掲げられた介護の社会化が、介護の外部化と誤解されている」と述べ、「本来は自助、共助、公助のバランスがとれて初めて介護保険制度は成り立つはずが、公助への依存が強く、介護保険制度の本来の主旨が十分に理解されていない」と疑問を投げかけた。さらには、在宅死を通して生命の大切さを伝えていく「命のバトンタッチ」が行われていないことへの強い懸念を示した。

在宅医療という医療の原点を皆でシェアする教育を

一方、前沢氏は介護の問題についても考える必要があると言及。介護報酬の抑制で介護のパート労働化、重労働低賃金が進む現状に危機感を示し、「この問題を解決していかなければ日本の在宅医療は伸びない」と語った。

医師の教育の問題については、「診療報酬改定で稼げる仕組みをつくること以上に、在宅医療には素晴らしい医療の原点があり、それを皆でシェアしていくような教育の仕組みづくりが重要」との考えを示した。また、その具体例としてプライマリ・ケア教育連絡協議会では、地域基盤型プライマリ・ケア実習の手引きを作成しており、独居高齢者宅での宿泊実習など、医療者のみならず地域のあらゆる職種の手を借りて医学生を育てるプログラムを構築しつつあることを報告。さらに、新医師臨床研修制度に地域の保健所や中小病院、診療所での研修が盛り込まれていることなど、在宅医療推進のための教育体制づくりに医師が動き始めていることを説明した。

最後に同氏は、「家族が大切と考えるのであれば、その在り方を問い直すべき」と呼びかけ、「核家族化が進み、家族が非常に小さな単位になっているからこそ、地域ぐるみで家族的な付き合いをしながら高齢者を守り、子供たちに命の大切さを伝えていく必要がある」とした。

7 団体の代表者討論 & ランチョンディスカッション

- 【演者】 白浜 雅司氏 (NPO 法人日本家庭医療学会 / 佐賀市立国民健康保険三瀬診療所 所長)
倉知 圓氏 (社団法人全国国民健康保険診療施設協議会 / 南砺市医療局 管理者・南砺市民病院 名誉院長)
新田 國夫氏 (NPO 法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク / 医療法人社団つくし会新田クリニック 院長)
城谷 典保氏 (日本在宅医療研究会 / 東京女子医科大学医学部外科 教授・日本女子医科大学八千代医療センター 副院長)
石口 房子氏 (NPO 法人日本ホスピス・在宅ケア研究会 / 社会福祉法人広島 YMCA 福祉会 訪問看護ステーション・ピース 所長)
前沢 政次氏 (日本在宅医学会・日本プライマリ・ケア学会 / 北海道大学大学院医学研究科医療システム学 教授)
- 【座長】 田城 孝雄氏 (順天堂大学医学部公衆衛生学講座 准教授・順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学 准教授)

代表者討論会では在宅医療を推進する7団体が参加し、それぞれの代表者より、在宅医療の課題が提示された。

看取りの数よりも、その準備体制があることが重要



NPO 法人日本家庭医療学会からは白浜雅司氏が、山村の診療所における経験をもとに在宅医療の意義を語り、そのさらなる推進を呼びかけた。

同学会が目指す“家庭医”とは、人間と家庭と地域とを統一体としてとらえ、人の年齢や性別、臓器といった対象を限らず、ありふれた病気、症状、訴えを対象にあらゆる健康問題に対処する、暮らしに身近な医師を指す。同氏は人口約1550人の佐賀県旧三瀬村（現佐賀市）にある唯一の診療所に勤務し、自らもそのような家庭医とし地域医療を展開している。同氏は「家族ぐるみでさまざまな健康問題を相談できるような外来医療を中心としながら、さまざまな理由で外来に来られない人を対象に、その生活の場に出向き、その生活を支える保健医療福祉の一端を担うことを目指してきた」と、自らの姿勢を語った。

次に、山村の診療所における在宅医療の実際を報告。自宅で最期まで好きな絵を枕元に描き続けて亡くなった事例など、数々の事例を紹介した後、「死を特別なこととせず、最期まで地域で支えることができるのは、いざとなったら呼べる医師の存在が大きい」と語った。また、医療者が住民を支えるだけでなく、住民側も医療者を気づかい、サポートしている実態について語り、このような「癒しの相互作用」が医師1人体制での24時間365日のサポートを可能にしていることを報告した。

一方、在宅療養支援診療所の在宅看取り数とその機能を評価する物差しのように語られていることに違和感を示し、「重要なのは看取りの数ではなく、看取れる準備体制が全国各地にあること」との考えを強調した。

最後に同氏は、「在宅医療の充実のためには地域ネットワークを支える医療福祉のプロの存在が重要」との考えを示し、そのプロがやりがいを持って働ける環境整備の一環として自らも教育に携わり、診療所に研修医を積極的に受け入れて在宅医療の魅力を伝えていることを報告した。

在宅医療を担う「総合診療医」の存在が必要



社団法人全国国民健康保険診療施設協議会からは倉知圓氏が、地域病院の視点から在宅医療の課題を提示した。

まず同氏は、在宅医療をめぐる問題を整理。人生を支えるというその本質が理解されていない「在宅医療の理念の欠如」、終末期を施設で迎えることを当然視する「社会通念の偏り」、胃ろうや人工呼吸器の管理といった「医療技術面の課題」、そして家族の介護負担をはじめとする「現場のマンパワー不足」という4つの課題を指摘した。

続いて、自らが名誉院長を務める南砺市民病院での在宅医療の実際を報告。同院では平成12年に訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、治療食宅配を開始し、さらに平成15年には回復期リハビリ病棟を設け、急性期医療を担う一方で在宅医療の推進に努めてきた。同氏は、この回復期リハビリ病棟において施設入所を除いた場合の在宅復帰率が95%を記録していること、また90歳以上でも訓練を積むことでパーサラインデックスが上昇していることなどを報告し、在宅医療

推進におけるリハビリテーションの重要性を指摘。さらに、地域リハビリテーション支援センターを活用することで病院が組織的に地域リハビリテーションに関わっている仕組みを解説した。在宅での終末期医療についても、地域の主治医が看取りをできない場合には同院の医師が向かい出てそれを行っている。同氏は、病院医師による看取りは家族への事前の説明が非常に重要であること、また、連携の際に訪問看護ステーションが重要な役割を果たしていることを強調した。

最後に、富山県富山市における在宅医療の実践について言及。富山市では内科開業医による在宅医療ネットワークが構築されており、同氏はこのようなグループ診療の形態に期待を示した。一方、それが実際には消化器などの専門医が在宅医療にあたるものであることから、一人の医師が専門医療と在宅医療を同時に担うのは難しいとの見方を示し、「在宅医療を担うの医師の専門科目が“総合診療医”にいずれ置き換わることが理想」と語った。

在宅医療は高齢社会における医療の在り方の基本



NPO 法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークからは新田國夫氏が、これまでの在宅医療推進の過程を振り返り、その在り方について言及した。

病院医療の時代は1960年前後から到来し、1977年に在宅死に代わって病院死が多くなるという逆転現象が起きている。同氏は「この病院全盛時代突入の頃から、実は在宅医療推進の動きはすでに始まっている」と述べ、診療報酬制度における在宅医療推進の流れを解説した。

まず1983年、退院時指導料などが新設され、ここから入院医療から地域および家庭でできる医療へと転換する動きが始まった。1984年には緊急往診加算、1988年には寝たきり老人訪問看護・指導料や在宅患者訪問診療料などが新設され、現在の在宅医療の基礎ができた。1992年には定額制の寝たきり老人在宅総合診療料、1994年にはターミナルケア加算や在宅看取り加算なども加わり、制度上の在宅医療はここで完成している。同氏は、このような動きが早い段階から起きていたにも関わらず、その後も病院死が増え続けたという相反する現象に着目。在宅医療の推進は政策誘導だけでは限界があるとの見方を示した。

そういった中、「地域に信頼される真の診療所の復活」を原点に活動してきたのが同ネットワークである。同氏は「病院という非常に隔絶された医療が全盛とな

る中で、私たちは地域で生きることに對する医療の改革を模索し、制度設計と関係なく在宅医療を展開してきた」と述べた。また同氏は、「在宅医療は生活の中に医療があることを基本とした究極の外来医療」との考えを示し、治療や延命を目指す医療とは区別すべきものであるとした。在宅での看取りについては、あくまで結果であることを強調。「在宅医療は自宅で死ぬためのものではなく、自分らしい生活、当たり前を送りたいと考えたときのひとつの選択肢」と位置づけた。その上で「生活全体を見る在宅医療こそが、高齢社会における医療の在り方の基本である」と結んだ。

病院には地域連携のコーディネーション機能が必要



日本在宅医療研究会からは城谷典保氏が、在宅医療推進のための地域連携の在り方について提言した。

同研究会は、主に急性期医療に携わる病院側の立場から、地域全体の医療連携体制による継続的な医療

の展開を目指し、活動している。近年、在院日数の短縮化が進められているが、同氏は「10日程度の入院期間中に医療を完結させるのは難しく、急性期病院はあくまで治療の一部を担っているにすぎない」と言及。その上で、「地域の中でいかに医療を完結させるかが我々の大きなテーマである」との考えを示した。そこで重要となるのが、地域連携である。同氏は、「連携を個々の医師に任せるのではなく、病院あげてのコーディネーション機能が必要」と強調。同氏が勤務する東京女子医科大学病院では、入院前から退院後の生活を見据えて地域連携を考える入退院支援チームを置いていることを報告し、その仕組みを解説した。

続いて、同院が行った病診連携に関する研究を報告。根治不能癌患者に在宅医療を導入するにあたり、地域連携をコーディネートした場合とそうでない場合でその後の経過を比較すると、前者の方が在宅療養期間は延長し、再入院した場合の入院期間が短縮する傾向が見られた。さらに地域医療連携室への患者・家族からの問い合わせ件数についても、前者の方が少なくなる傾向が見られた。この結果を受けて同氏は「急性期病院の医師には治療した自分たちしか信頼されていないという大きな誤解があるが、しっかりとバトンタッチをすれば地域の医療機関等で十分に診ていけることを、我々のデータは示している」と述べた。

その上で同氏は、病院のコーディネーション機能の重要性を改めて強調。地域連携パスを構築して各医療機関の役割分担を明確化し、地域全体での医療を標準

化することが必要との考えを示した。さらに、どこで診ても医療サービスの内容は変わらないことを患者・家族に具体的に示していくことが重要であるとし、「そのことで患者・家族は初めて安心し、地域で暮らそうと思えるだろう」と結んだ。



患者・家族になりうる市民の在宅への理解が必要

NPO 法人日本ホスピス・在宅ケア研究会からは石口房子氏が、YMCA 訪問看護ステーション・ピースにおける在宅ホスピスの実際に

ついて語り、その課題を提示した。

まず同氏は、どの部位の癌であっても在宅は可能であり、痛みの症状コントロールも十分にできるとした上で、それには「いかにいいチームを組むかが重要である」と述べ、同ステーションにおけるチームケアの仕組みを解説した。

同ステーションでは利用者の56%が癌患者である。在宅ホスピスは、患者・家族を中心に医師、訪問看護師、訪問薬剤師などの医療従事者からケアマネジャー、介護関係者、近隣者に至るまで、幅広い職種による在宅緩和ケアチームを構成することで展開している。同氏は、退院前に在宅で関わるチーム員が顔合わせを行い、それぞれの役割分担を明確化してチームの基礎をつくる必要があると述べた上で、「まずは病院側からの招集がなければ在宅は始まらない」として、退院前カンファレンスの重要性を強調した。

続いて同氏は、自らの経験をもとに在宅ホスピスのポイントを整理。愛犬とともに最期まで自宅で過ごした事例などから、在宅医療はあくまで「自然な生活」が基本であることを示すと同時に、末期癌の場合は特に迅速な対応が重要であること、さらには24時間365日対応、ホスピスボランティア等との連携、家族がエンパワーメントをする力を引き出す、などを挙げた。

今後の課題については、訪問看護師をはじめ在宅ホスピスを担えるスタッフが不足していること、訪問看護ステーションの運営が安定するだけの報酬上の保証が十分でないこと、などを提示。また医療者だけでは

なく、患者・家族になりうる市民の側の在宅への理解も不可欠であるとし、「地域で安心して人生を全うするためには、市民、医療、行政が一体となり、三者がそれぞれの立場で出来ることから始め、協働していく姿勢が必要」と呼びかけた。

役割分担を明確にし、互いを尊重し合える関係を

その後のディスカッションでは、地域医療を支える医師の育成をテーマに議論が展開された。石口氏は、患者・家族の意見に沿った在宅医療をチームで進めることが重要との考えから、「患者・家族がさまざまな心労を受ける中で発信する声に耳を傾け、聞いたことを実践できる医師が求められる」と述べた。また、白浜氏は教育に携わる立場から、「専門医になるのもであっても、往診あるいは訪問看護に同行することで、生活を支える医療があることだけは知ってもらいたい」と言及。大学病院で教育に携わる城谷氏も、「最先端の医療を担う人材を育てることが大学病院の大きな役割」とする一方で、「専門医であってもそれとは別の医療が地域の中にあり、包括的な医療の中の一部を自分が担っていることを知ることが重要」との考えを示した。新田氏は診療所医師の立場から、「在宅の究極はその地域で暮らす高齢者を全て支えること」と述べた上で、「それはやってみると実はそれほど大したことではない」と述べ、無理なく在宅医療を実践していることを示した。一方で倉知氏は、専門医療と在宅医療の双方を手がける地域病院の立場から、「急性期医療を担う医師にも在宅マインドが必要」とする一方で、「在宅を担う総合診療医の存在をはっきりと制度化し、育成する必要がある」と強調した。

最後に、日本在宅医学会および日本プライマリ・ケア学会の会長を兼任する前沢政次氏が討論を総括。「医師に多くを求めすぎなのではないか」との率直な印象を述べた上で、「専門医は手技を行うテクニシャンとして頑張り、そこへ案内をする役割を総合医、家庭医と呼ばれる人が担う。そういった役割分担をしっかりと行い、互いの役割の素晴らしさに敬意を持った上で連携できる関係が必要」と締めくくった。

在宅医療を推進する7団体の共同声明

NPO 法人在宅ケアを支える診療所

・市民全国ネットワーク 事務局長

医療法人アスム理事長 太田 秀樹氏

NPO 法人在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク事務局長の太田秀樹氏は、第3回在宅医療推進フォーラムに参加する7団体を代表し、共同声明宣言を行った。以下にその主旨を要約する。

7団体の共同声明宣言（要旨）



全国あまねく同じ制度下で展開されている在宅医療は、大都市、地方都市、町村によってその展開の手法が大きく異なり、また在宅医療を提供する医師の専門性や医療理念によっても、極めて多様性が高いこ

とが浮き彫りにされている。しかしその一方で、しっかりと筋の通った在宅医療を提供している医療機関には多くの共通するものがあり、そこには明らかな普遍性を導くことができる。現在、在宅医療や在宅ケア推進を目指す研究会や学術団体は数多くあるが、メンバーの職種や専門性が異なったとしても、目指す方向性の基軸を同じくし、立場が違おうとも哲学を共有していることが議論を続ける中でくっきりと見えてきた。

2006年には在宅療養支援診療所が診療報酬上の制度に盛り込まれたが、情報提供が不十分で、それがどこにあるのか市民にわかりにくく、機能を十分に果たしているとは言い難い。そういった中、国立長寿医療センターに在宅医療に理解のある学術団体や職能団体の代表、学識経験者など19名の委員による在宅医療推進会議が設置され、また同センターに在宅医療推進課が発足し、ここに事務局を置く全国在宅療養支援診療所連絡会を組織することになった。在宅医療を積極的に推進するための基礎は、着々と整備されている。

2007年度、第3回在宅医療推進フォーラムは7団体で構成され、ますます力強く共同声明を採択するに至った（表）。在宅医療の推進、普及が、私たちの生き様に関わるとの認識を持って、あくまでも医療を受ける市民の立場にたって最善の医療が提供できるように、今後またゆまぬ努力を続け、人生を丸ごと支える医療を通して、命をつなぐ地域づくりに貢献したい。

表. 在宅医療推進のための共同声明

2007年11月23日

本7団体は、在宅医療を誠実に実践し、そのあり方について真摯に探究してきた専門職集団である。この7団体が、このたび一堂に会し、これまでの実践的蓄積と討論をふまえ、次の声明を採択した。

- ① 市民とともに、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する。
- ② 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊厳を大切にしたい医療を目指す。
- ③ 医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する。
- ④ 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する。
- ⑤ 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医の養成を積極的に支援する。
- ⑥ 日本に在宅医療を普及させるために協力する。
- ⑦ 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する。

「在宅医療推進会議」中間報告

在宅医療推進会議 副会長

医療法人社団萌気会 理事長

黒岩 卓夫氏



在宅医療の推進を話し合う

新たな機関が発足

昨年度、国立長寿医療センターに設置された在宅医療推進会議の活動について、副会長を務める医療法人社団萌気会理事長の黒岩卓夫氏が中間報告を行った。

まず同氏は、在宅医療を推進するこれまでの動きに言及。在宅医療はなかなか進展しない現実がある一方、一部の団体が個別に在宅医療について研究し、それを実行してきた経緯がある。同氏は、「今ではこのような一部の動きだけではなく、より多くの関心が在宅医療に寄せられるようになった」と述べる一方、「関心はあってもどうすればいいのかわからない状況にある」と指摘。「在宅医療を推進する行政側のバックアップはあるものの、何か問題が生じた時にどこへ行けばいいかが不明瞭であり、そういった中でこの組織ができたことは非常に画期的」と、その意義を強調した。また同氏は、介護は介護保険制度により地域でサービスが展開される仕組みが構築されてきたが、医療はそれに見合ったサービスの提供体制が不十分との見方

を示し、そういった意味でも、地域医療推進を模索する同会議の役割を、重要なものと位置づけた。

大切なのは、当事者である国民自身が在宅医療に共鳴し、理解すること

続いて黒岩氏は、同会議の組織の概要とその取り組みについて説明した。同会議は共同声明を採択した7団体はもとより、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会など数多くの団体の代表者が集まり、在宅医療について語り合う場として設立されたものである。昨年5月18日の発足時に第1回会議が開催され、さらに11月8日には2度目の会議が行われた。話し合いの骨子は以下のとおりである。

まず、今後の在宅医療の拡充を目指し、具体的な目標を定めた。「今後5年間に在宅での看取りの割合が現在の倍の25%に増加しても対応できるよう、在宅医療の質の向上、質の充実を図る」というものである。同氏はこれについて「年間20~30万人を在宅で看取することを意味するもので、在宅療養支援診療所での看取り数が年間2万1000人程度である現状を考えると、まだまだ先は遠い」と述べ、目標の達成には相当な努力を要することを示唆した。

また、同会議では複数の作業部会を設置し、在宅医療拡充に必要な課題について、テーマ別に調査研究を実施している。テーマとは、「在宅医療を担う人材の養成」「訪問看護ステーションの拡充」「在宅療養支援診療所の機能の強化」「急性期医療と在宅医療との円滑な連携」「国民および医療関係者の在宅医療への理解の促進」の5項目である。中でも同氏は、「在宅医療への理解が最も重要」と言及。病院医師の在宅への理解不足について、「この病状では在宅は無理」と病院の医師が必要以上に唱えてしまえば、当然、患者は恐れてしまう」と述べ、患者にとって何が一番いいかを患者とともに考えることが重要との考えを示した。また、「最終的に一番大切なのは、当事者である国民自身が在宅医療を理解し、共鳴し、それについて意見すること」と強調し、医療者だけではなく国民全体の幅広い理解

が欠かせないと呼びかけた。その上で、在宅医療を医療界に拡充させるための条件について、あらためて整理した(表)。

さらに同氏は、国民の在宅医療への理解を得る上で、「日本において在宅医療の推進にどのような意味があり、自分自身がそれによってどのような幸福感を味わえるのか、全体像が見えなければ国民は安心できない」と語り、在宅医療の役割と目標を明らかにするグラウンドデザインを提示する必要性を指摘した。

自宅で看取ることを地域で話題にしながら在宅医療への理解を広める

なお、日本医師会においても昨年、在宅における医療・介護の提供体制について具体的な指針を出している。黒岩氏は、「高齢者の尊厳の具体化に取り組む」、「病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡しをも狙い、利用者の安心を創造する」、「高齢者の医療・介護のサービス提供によって生活機能の維持・改善に努める」、「多職種連携によるケアマネジメントに参加する」など、日本医師会が示した指針を紹介。同氏は、在宅医療推進の方向性を全国の医師にアピールする日本医師会のこのような姿勢から、「日本医師会も在宅医療の推進を本気で考えている」と期待を示した。

最後に同氏は、「まずはこの会場に集まっている人々に、自分のことや家族のこと、地域のことを考えてもらい、自宅で看取ることについて地域で話題にしながら、在宅医療への理解を広めていって欲しい」と述べ、今後の在宅医療推進会議の活動への支援と協力を幅広く呼びかけた。

表. 在宅医療を医療界に拡充する3つの条件

1. 診療所の役割と医師の使命感
2. 病院医師の意識改革と協力
3. 患者・家族(国民)の理解と共鳴

「取材・執筆(1~6ページ):佐藤あゆ美様」

基調講演 2 (講演録)

医療政策の展望と在宅医療

前厚生労働事務次官

辻 哲夫氏



はじめに

私は佐藤智先生の昭和50年代に出された在宅医療に関する著書を読ませて頂き大変感銘をして以来、国民の医療を担当する行政官として佐藤先生が目指されるような在宅医療というのが一つの医療のあるべき姿として求め

られるべきではないかと考えて、行政の立場からずっとこれまで学んできた。

在宅医療の推進というのは、我が国の医療が今後どうあるべきかということを考える上で非常に大きな意義を持ったものであるということと、それが今急がれている。歴史的に強く要請されている。そして国として今後の政策体系の中でどのように位置づけをしようとしているのかということをおいば総論的に述べてみたい。

在宅医療推進の歴史的な背景

(後期高齢者の激増)

日本の高齢化が進んでいるというのは周知のとおりである(図1)。特に、団塊の世代が老いていくに従い高齢者の人口が増えるが、一言で言ってこれから20数年で75歳以上人口すなわち後期高齢者の人口が約一千万人増え、それから後は横ばいになるということである。

このように日本社会のいわば老いというのが、これから四半世紀の間に一挙に進むという状況をどのような形で迎えるのかというのが大きなポイントである。

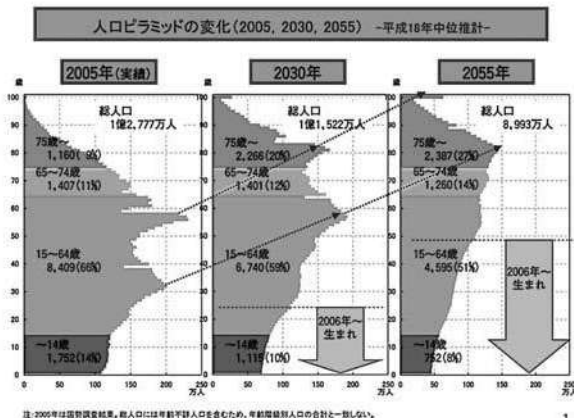


図 1

(都市部の高齢化)

しかもこれからの進行というのを地域別に見ると、基本的には地方の方はだいぶ進んでおり、東京をはじめ大都市を含む県がこれから大幅に伸びる。このことによどのように対応するのかというのは住宅政策を含めた国全体の政策体系のあり方から考えねばならない大変大きな課題である(図2)。

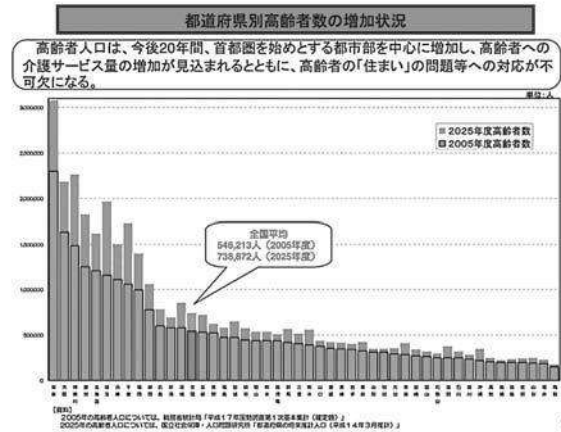


図 2

(医療機関における死亡)

次に注目すべきことは、医療機関における死亡率が一直線に伸び、昭和50年代を境に50%を超え現在80%を超えている(図3)。50%を超えたというのは常識が変わるということであるとすれば、昭和50年代以降は死ぬのは病院というのが常識化したわけであるが、いったいそれでよいのだろうか。

これが一直線で進んだ一つの背景というのは、「病院信仰」という言葉があるように、昔はせめて亡くなる時は医者にかかりたい、更には病院に入れて頂きたいということが家族の願いであるという社会であったと言われている。そういう中で病院に入って、そして医師にできる限りのことをしてもらおうというのは幸せだ。おそらくこういう考え方の中で、しかも臓器別の

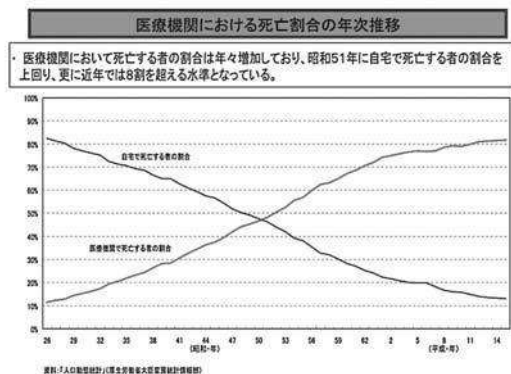


図 3

非常に高度な医療というものがどんどん伸びていく中で、亡くなる時に入院させるということは良いことだということが進んだのではないか。しかし、今はそれが一般的に幸せと言えるのだろうか。

以前は後期高齢者は、死亡者のうちの一部だった。それが今の死亡者は相当部分が後期高齢者である。そういうふうに変化している中で、生老病死といういわば生あるものの一つの定めの下で老いた後の病気と死というものをどのように迎えるのかということについて、これではよいかということが問われていると思う。死というのは誰にとっても人生における最期の最も大切な事柄とも言えよう。そして親族とあるいは親しい人と別れを告げ、その人々の心にどのように残るのかという人生の大切な生きざまというものを考えることは、日本の社会のあり方を考えるということでもあるのではなからうか。

(年間死亡者数の激増)

また、年間死亡者数がこれから30~40年で170万弱まで一気に増え、しかも、死亡者の大部分が後期高齢者であるという社会となっていく(図4)。こういうように死亡者が増えるというのは暗い社会だ、高齢化というのはなにか暗いことだ、ということだとしたら悲しいことだと思う。

経済が豊かになってみんなが長生きできるようになった。その結果このように長生きして高齢者が亡くなっていく。私達はこの死というものをどのように迎えるのか、そして社会の真の豊かさとは何であるか、ということは今考えることを、時代が、歴史が要請しているのではなからうか。

そういう意味においても我が国において在宅医療がいかにあるべきか、ということは本当に大きな大切な課題である。

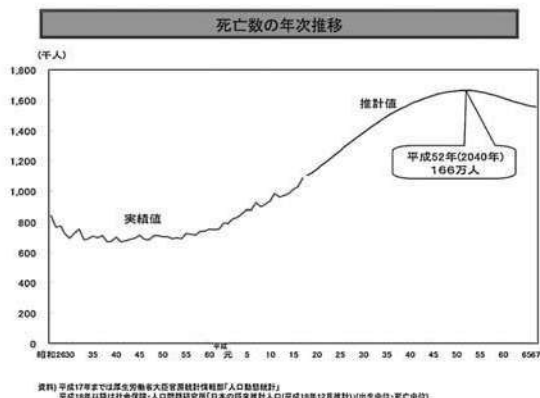


図4

ケアのあり方をめぐる我が国の社会的発見

この在宅医療の問題に取り組む上で求められるもう一つの大きな基盤として、我が国は既に介護保険を施行して、介護の方が一足先に動いている。

介護保険というものを2000年度に導入し、これが今動いており、相当な勢いで介護サービスが伸びてきた。デイサービスセンターとかホームヘルプステーションといったものが町の中にいっぱい見えるというような状況がどんどん進んできているが介護というものの今後のあり方をどう見るか。

(予防の重要性)

一つは介護予防が重要であるということが明らかとなった。寝たままになるよりも寝たままにならないのが幸せ、寝たままにならないよりもそもそも要介護にならない方がより幸せということで、介護も今後は予防にシフトする。

(日常性のある生活が最良のケア)

一方、人は老いていくという中で、これから認知症が大変増えていく。それから一人暮らし世帯が増えていく。こういう社会をどのようなシステムで迎えるのか(図5)。

我が国のケアシステムについては、近年の経験を経て、一つの大きな社会的発見をしたと言っても良い。高齢期もできる限り自立した生活が幸せなわけで、自立というのは保護からは生まれにくいということである。人をそれまでの日常生活プログラムから離して、それまでの生活の継続性を切ってしまうと、人間は弱くなるということが明確に分かった。歳をとっても元気で認知症にもなりにくい、あるいは認知症になっても問題行動が起こりにくいというのは、地域の中でそれまでの生活プログラムを維持して馴染みの環境で暮らし続けているからである。俗に言えば地域の中でともに生きる生き方に身を置くことである。こうすれば



図5

寝たままにもなりにくい。出かけた、人に会いたいということで体を動かすからである。それから趣味をたくさん持ってよく人と会う人は認知症になりにくいというデータもあるように社会との接点を多く持てば認知症にもなりにくい。

認知症に関しては、昔は対応の仕方が分からず特養、老健施設を例えば回廊式と言って、周りに廊下を作ってグルグル回って歩いてもらった状態を改善できるのではないかといったことをやっていた。だけどそれは効果のあがる対応にはならなかった。環境が大きく変わっているから問題行動が起きるのである。むしろ地域の中で小規模でそして馴染みの環境に置いてさしあげれば問題行動は少なくなる。言ってみれば閉ざされた家庭で疲れ切った家族の下で重い認知症の方が大きな問題行動を起こしているのはその環境が決して日常的ではないからである。それを地域の中でいわば疑似日常性を作って、その中で落ち着いた生活をしていくというようなことがより優れたケアのシステムであるということがいわば社会的な経験を経て分かってきた。

そのようなことから、今回の介護保険の改革でケアのシステムが先に今後の私達の生活のあるべき姿を明らかにし始めている（図6）。

基本的には介護予防というのは、できる限り社会との交わりを持つ中で、自分のことは自分でして心身を弱めないようにするということであり、それは一言で言えば日常性のある生活をするということである。

そして認知症になっても、地域の中で小規模で馴染みのある環境で今までの生活プログラムが繰り返されるよう、小規模な地域密着型サービスと言われているシステムに変えていこうというのが今回行なった介護保険の改革の思想である。ケアシステムの方はそのような方向に動いていっている。一方において医療はどうするのか。

今後の我が国医療に求められるものと在宅医療 (疾病の大宗は生活習慣病)

日本の疾病の大宗は、肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症といった生活習慣病といういわば血管病である。図7にあるようにそれが徐々に悪くなって、最後は急激に悪くなって発作を起こす。心臓の血管なら心筋梗塞など、脳血管なら脳卒中、目なら失明、腎臓なら人工透析ということで、生活の質が急に落ち、それまでの日常生活が奪われる。そして要介護状態が長期に続き、その過程において長期入院をするという状況が生じている。今回の医療改革の要点は疾病の大宗である生活習慣病を正面に据え、まず糖尿病とか高血圧症といった生活習慣病になるのを防ぐ、あるいは遅らすということを徹底的に行なうこととしている。これを体系的に進める上で大変な難いことに生活習慣病が同根の症候群だということが最近明確化した。

(生活習慣病の予防)

メタボリックシンドロームという用語の方が有名になったが、日本語では内臓脂肪症候群と訳されている。要するに内臓脂肪が分泌するある種の物質が、血管内の代謝の支障をきたし、こういう病気になっていく。従ってこの代謝を不調にする根元をコントロールすれば良いわけで、それは一つは内臓脂肪を減らすということ、それからもう一つは運動をし筋肉を動かしたらそれ自体により代謝を促進するということである。従って運動はカロリー消費と代謝促進というダブルの効果があるので、1に運動、2に食事つまり適正なダイエットである。それからしっかり禁煙、最後に薬ということが必要となる。これは実行できることである。運動というのは歩きさえすれば良い。

私はこのメタボリックシンドロームの概念が明らかになり、実行すべきことが論理化されたというのは、世紀の新薬に等しいと言ってよいのではないかと思います

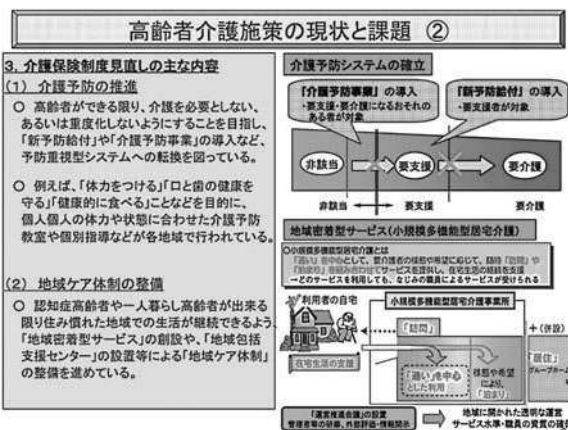


図6

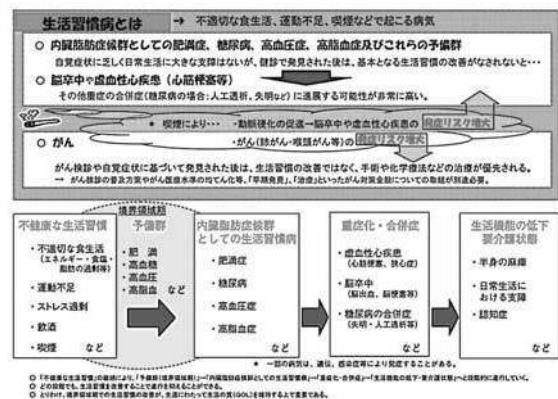


図7

ている。このいわば素晴らしい新薬を私たちは享受するべきである。要するに1に運動、2に食事。この処方箋を我々は用いれば良いわけである。

(地域における生活を尊重した医療機能の分化と連携)

しかしながら、全ての人が生活習慣病にならないで急性増悪もしないというわけではない。老いととも急性増悪する場合もある。ではその場合の対応というものが今のままの医療システムで良いのかというのが問われているわけである。

これからの医療システムの改革のキーワードは、一言で言えば、地域における生活というものを尊重した医療機能の機能分化と連携である(図8)。特につなぎが大切である。

急性増悪をした場合、基本的には急性期の治療が必要で、脳卒中であれば入院する。かなりの場合外科的な手術が行なわれ、技術が進んでもうICUにいる時からリハビリができるくらいの治療方式になっているように、リハビリは早ければ早いほど良いわけで、そのような医療がどこでも受けられるようになってほしい。そして、急性期に例えば車いすの状態までは戻る。だけど車いすで家に帰って生活するのと、杖歩行まで治って帰るのとでは全く違う。車いすだと老夫婦の場合などは早晩バーンアウトして家にいられなくなる。しかし杖歩行の状態まで戻っておれば軽い運動ができるから様々な日常生活は可能で、しかも状態を維持することができる。

このように回復期のリハというのが高齢期は大変重要で、基本的には急性期の病院から回復期のリハにきちんとつないで、そして病院というのは必要なことが終わったらできる限り日常生活能力をつけて家に帰ってくるというものであるということを取り組まねばならない。

これが進むように医療計画で、これから医療機関間

の連携方策を各都道府県で作っていくこととしているが、もう一つ非常に大きな改革は情報開示ということで、例えば急性期の病院については、脳卒中なら脳卒中についての急性期の対応がきちりできるなど、その分野別の機能を含めたそれぞれの病院の属性というものをきちんと開示していく(図9)。あるいは回復期のリハビリについての対応のできるどころ、これからは在宅医療ができるところなど病院や診療所についての情報を医療圏域ごとに公表していく。

このような情報開示を通して医療圏域でこの圏域ではこれが足りない、あるいは逆にこれが多いといったことなどが分かってくる。そしてまたそのことを地域住民が考え、またその考える市民に対して医療提供側が対応を考えることによって、より良い医療を目指すという考え方で今医療計画の見直しを行なっている。

この場合、いわゆる地域連携クリティカルパスが重要となる(図10)。急性期の治療を行なった時から回復目標を設定し、例えば杖歩行まで戻れるというのをどのようなプログラムで行なうかというのを病院間で最初からつないでいく。そうすると予定的な治療が可能で、急性期の病院も回復期の病院もこの連携パスが無かつ

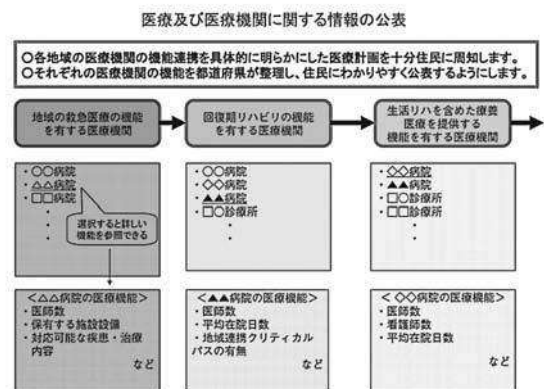


図9

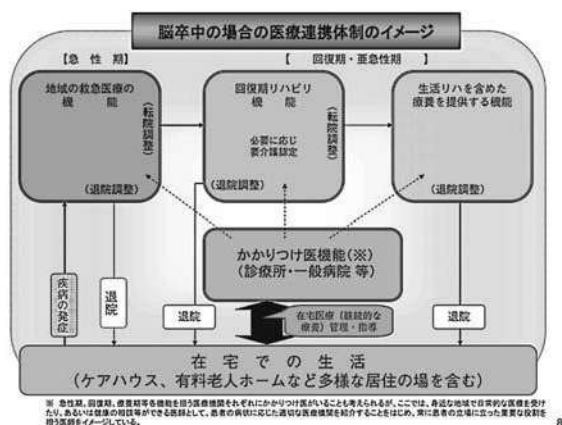
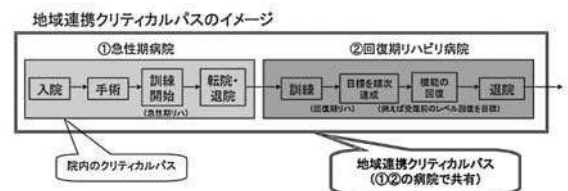


図8



熊本市での取組実績

①急性期病院における平均在院日数の変化

事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携バス導入前 (H11.1~12)	28.5日 (A)	—
連携バス導入後 (H13.1~8)	19.6日	約31%減
連携バス導入後 (H15.1~H17.1)	15.4日	約46%減

②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
連携バス導入前 (H15)	90.8日 (B)	—
連携バス導入後 (H16)	67.0日	約26%減

図10

た時よりもそれぞれ平均在院日数が減るといって極めて合理的な状況が生じている。

これからは、「お宅様の病院は地域連携バスというのをお持ちですか?」というようなことを入院時に患者家族が聞くというようなことが常識であるような社会になってほしいと思う。

(在宅医療の位置づけ)

これだけで都道府県ごとの平均在院日数が低くなるかどうかというと、実は病院と病院の連携の後がどうなっているかということが次の問題である。退院するけれどもまた入院するということを繰り返すということでは生活の質を確保できないし、平均在院日数も減らない。これからは、退院して日常生活の中で必要な治療が行なわれて、家に居続けたいと思えば居続けられるシステムが、そして家でいわば生を全うしたいと思えば全うできるシステムができているのかどうか、ということが実は問われているというのが在宅医療の問題である。

図11は、本人、家族が求めれば在宅で看取りまで可能という在宅医療のシステムを模式図化したもので、これの一つの大きなポイントというのは、ケアシステムである。

訪問看護ステーション、訪問介護ステーションやケアマネージャー、もちろんデイサービスセンターといったいろいろなケア系、つまり訪問看護系と介護系のシステムがまず必要である。実は在宅医療がいよいよこれから正念場の段階の状況だと言えるようになったのは、介護保険で在宅ケアシステムができたからである。人はなぜ弱ると家から離れるか。行先は特養か病院か、体系的にはそういうことになるのであり、特養に行くのは家族の介護能力がないから、病院に行くのは医療の不安があるからである。従って両方が揃って初めて地域で生活できる。在宅ケアシステムの

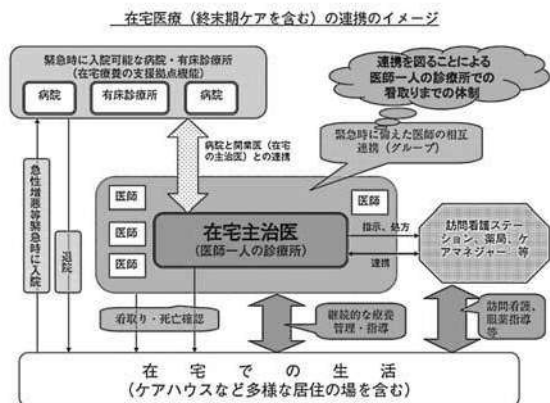


図11

方は介護保険で相当整ってきた。特にケアマネージャーという職種ができたというのはケアに関するサービス論上の大変大きなポイントで、アレンジする専門家が出てきたというのは非常に大きなことだと思う。

在宅ケアシステムが育つ中でいよいよ在宅生活を維持するためには医療面での不安に答える在宅主治医がどうしても必要だということである。俗に「一馬力の開業医」と言われているような医師一人の診療所で看取りまでできるのか。これについては結論から言うと、医師一人の診療所の場合でなくても同じであるが、まず肺炎になるなどの急変時の受け皿機能、病院のベッドがある。

それからもう一つは医師一人の診療所であっても医師のグループ化、そしてケア関係職種とのチーム化により看取りまで対応することが可能である。医師のグループ化という場合、内科医が二人いて、この患者さんの場合はこの方が主たる主治医。この患者さんの場合はこの方が主たる主治医というように、主と従を決めるというような組み合わせで24時間対応するとか、あるいは口腔ケアはこの歯科医師、褥瘡になったら皮膚科はこの医師といったような今の専門分化した開業医制度の中でさまざまな組み合わせがあると思う。いずれにしても一人の開業医でも午前中外来午後往診という基本形でずっと継続的に自分の患者に看取りまで責任を持つというのがあるべき姿であり、今述べたようなチーム化、グループ化ができるかというのが大きなポイントである。

それからもう一つ、そのような在宅医療及びケアを通じたチームが円滑にできる上でのポイントは、退院時ケアカンファランスだと良く言われている。

図12は有名な尾道市医師会方式と言われているものであるが、例えば回復期のリハビリ病院からの退院時

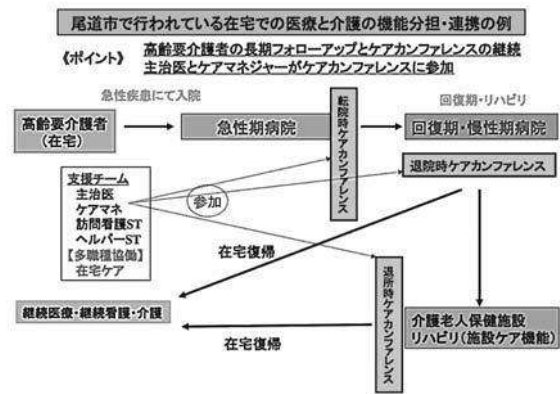


図12

のケアカンファランスというように、ケアマネージャー、訪問看護師、ホームヘルパーといったケア系の方々と病院主治医とかけつきたる在宅主治医との両方が入った支援チームが引き継ぎを行なうと同時に処遇方針を決める。このようにケアカンファランスで処遇方針を共有するというのが非常に大事で、その上で地域ケア及び在宅医療に移行させるというプロセスを終ることがポイントである。

在宅を支える地域をどう作るかということがこれからの在宅医療の大きなポイントだという見方が出ているが、退院時ケアカンファランスを行なうこの支援チームという中に例えば民生委員が入るとか、いろいろな地域の関係者が入るとかを通して地域で在宅を支えるという展望が見えてくるとしている。

(療養病床再編成と在宅医療)

現在療養病床の再編成を進めているが、これは在宅医療を推進することと裏腹の関係と言える。基本的には医療必要度の低い方が入っている病院は再編成することとし、老健施設に転換を保障し、入院患者を追い出すということはあってはならないという考え方で進めているが、それだけでよいのか。

当面老健施設に転換を保障するけれども、先を良く考えれば必要な限りの社会復帰型の老健施設以外にケアハウスとか在宅療養の拠点とか、そちらへ行くのが本筋であるという方向を明らかにしている(図13)。

今後の後期高齢者のあるべき生活を支える場合の基本は、在宅ケアと在宅医療だということである。在宅という場合、それは自宅だけではない。「疑似家族」という言葉もあるが、高齢者にとって一番大切なことは日常性だということ、自分の時間、自分の空間を持つところに住むということである。そしてそれが自宅で家族が居れば、それが良いというのが普通だろうと思うけれども、大切なことは生活の継続や自立であり、

それはケアハウスやグループホームで日常性を維持することでも確保することができる。

病院は徹底した管理されたシステムで、例えば病院の中で「鍋が食べたい。」と言っても食べられるだろうか。だけど終末に近づきつつある方が本当に「鍋が食べたい。」と言ったら食べさせてあげたい。それは管理された場でなく、自分の時間、自分の空間で自分が自分の生活をチョイスできる場において初めて味わえるのだと思う。そのような空間にケアサービスや医療が来るべきだということだと思ふ。

したがってこれから病床転換しようとする病院は、回復期のリハビリテーション病院に転換するとか、緊急時の対応の病床に転換するとか、社会復帰型の老健施設やケアハウスに転換するとか、更にはそれらと併せてむしろこれからは地域の開業医とともに在宅療養の支援拠点になるといったように今後の方向性を先取りした形で転換することがよいと思う(図14)。

在宅療養支援拠点の一つのモデルと言つてよいのは山崎章郎さんの取り組みである。山崎さんはホスピスで大変有名になった方であるが、図15は小平で今取り組まれているものである。

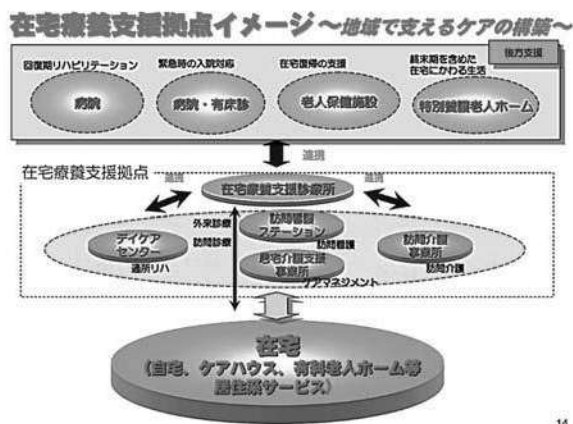


図14

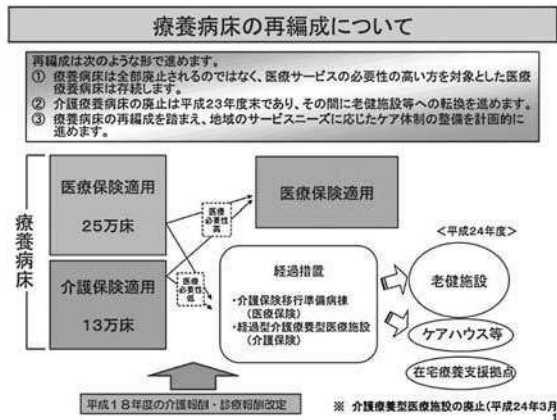


図13

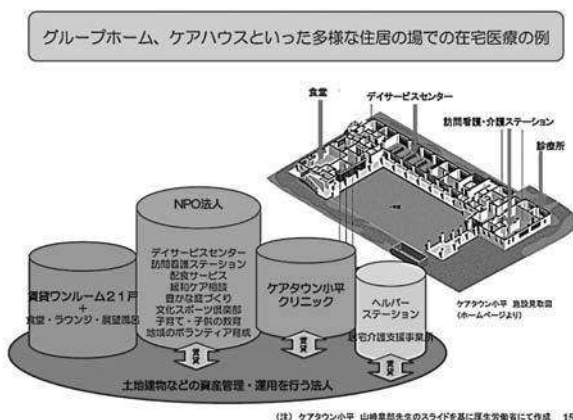


図15

まいに対する在宅ケアサービスと在宅医療であるということを明らかにしている。

このような大きな流れを医療費適正化計画と連動させながら進めようとしている(図19)。つまり、計画的に生活習慣病の罹患率を落として医療費を適正化する。それから計画的に今まで述べてきたような医療提供システムを作って平均在院日数を落として医療費を適正化ということを10数年かけて進める。ただし、これは決して医療費を適正化するのが第一の目的ではない。あくまでも国民がより健康になり、病気になってもより良い生活ができるようにするのが第一の目的で、医療費の適正化は結果である。そういう考え方を堅持している。

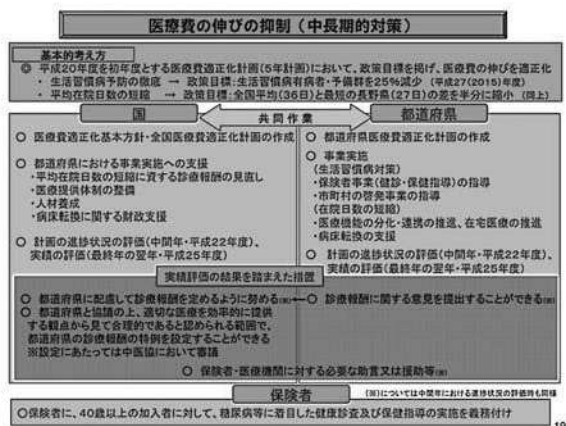


図19

おわりに

在宅医療をめぐる以上のような流れを考える時に、結局、今医師がどう行動するかということが問われている。ケアシステムの方は整ってきたけれども、結局医師が在宅までターミナルへの対応も含めて来るという意思がなければ、優秀な訪問看護師も切歯扼腕である。要するにその覚悟を持った医師が地域に育ってき

て下されることが今強く求められており、適正な在宅医療の実践と評価が急がれている。

それから医師不足の問題も大変大きな問題になっているが、これは正確に言うとは病院の勤務医の不足である。例えば小児科の医師が地方の病院からかなり辞めていっている。これには時間外、つまり休日、夜間診療で勤務が厳しいという背景がある。一方その時間外診療の9割は軽い医療で、電話で済んだり、かかりつけの医師に診てもらったら解決するようなものである。あるいは夜の11時まで地域の診療所で対応すれば7割は病院に行かなくて済むというデータもある。この問題は病院の小児科を集約化して医師を確保するだけでは済まず、地域の診療所がいわゆる初期救急を受けていないからだというもう一つの構造的な側面に目を向ける必要があるということである。時間外の対応は、輪番で行なえば良い。つまり診療所の医師一人だけで時間外をやるのではなくチーム化して対応すれば良い。そのことが問われている。それでも患者が時間外に診療所に行かないとしたら、なぜ行かないのか。「あの医師は専門医で専門科目しか診てくれないからだ。」と患者自身も縦割り化した医療を前提に置いて、病院しか安心できないと思い始めているのではないかと。

要するに人を全体として診るという覚悟を持った医師と患者の関係があれば、患者は自然にその医師を頼るので、時間外の対応や往診ないし訪問診療もまずかかりつけ医が行なうことが極めて自然なことなのではないか。臓器ごとの専門医は必要であるが、それと同時に人を全体として診る医師が必要であるということについて今、日本の医師がどのような思いで向き合っていくのかということが問われているのではないかと。このような観点からも、在宅生活の中でその人全体を診る在宅医療の実践は、我が国医療改革の試金石でもあるということを願いを込めて最後に申し上げたい。