

第18回 在宅医療推進フォーラム

やっぱり最高！わが家・わが町
～在宅医療の未来を語ろう～

【日時】2022年11月23日（水・祝）
10:00～17:00

【場所】東京ビッグサイト 国際会議場
〔YouTube ライブを利用したオンライン配信〕

【主催】国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団

【共催】一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス

第18回 在宅医療推進フォーラム

やっぱり最高！ わが家・わが町 ～在宅医療の未来を語ろう～

2022年11月23日(祝)、第18回在宅医療推進フォーラムが、東京ビッグサイト（東京都江東区）にて開催された。テーマは、『やっぱり最高！ わが家・わが町 ～在宅医療の未来を語ろう～』。コロナパンデミックを経て、在宅医療の有益性が社会に広く共有されるなか、今後、在宅医療にはどのような役割が期待されるのか。本フォーラムでは、改めて在宅医療の原点を見つめ、その未来を語り合う、充実したセッションが繰り広げられた。

ブロックフォーラム（全国在宅療養支援医協会企画）

【座長】 島田 潔氏（全国在宅療養支援医協会 事務局長）

在宅医療推進フォーラムを地域ごとに開催する、ブロックフォーラム。これまで全国11ブロックにて行われてきたが、今年度からは、より効果的かつ効率的な普及活動に向け、都道府県単位での開催を推奨するカタチで実施された。ここでは7都道府県の代表者により、事業報告およびパネルディスカッションが行われた。

【第一部】 事業報告

●北海道——大友宣氏（医療法人財団老蘇会 静明館診療所）

2022年9月10日、第11回北海道在宅医療推進フォーラムが、2年のブランクを経て開催された。当日は、日本アドバンス・ケア・プランニング研究会の第7回年次大会との合同企画というカタチで、完全オンライン形式で実施。「人生会議・解体新書」をテーマに、レクチャーとオンラインミーティングが行われた。

まずはEBMで知られる名郷直樹氏、緩和ケア医の森田達也氏、文化人類学者の磯野真穂氏の3氏が講演。それぞれの視点から、在宅医療を取り巻く諸問題を大胆に「解体」した。続くオンラインミーティングでは、解体から「構築」へと議論を展開。北海道全体の在宅ケアのネットワーク構築に向け、グループワークが行われた。

今後、北海道では、「北海道在宅ケア連絡会」が中心となって、関係組織とのネットワークを築いていく方針。「フォーラム開催と市民啓発」、「学術・研修活動」「災害対策」を3つの柱に、一丸となって活動を進めていく。

●栃木県——村井邦彦氏（村井クリニック 院長）



栃木県では、地域の多職種がつながる「在宅ケアネットワーク栃木」が長年にわたり活動を積み重ね、連携を築き上げてきた。その最大の特徴は、栃木の多様なステークホルダーが集結する場となっていること。毎年2月11日(祝)には、自治医科大学の

大講堂にて年次大会が開催されており、コロナ禍でもオンラインとのハイブリット形式で活動を継続し、結束を深めてきた。今回、県単位では初となるブロックフォーラムも、このネットワークを生かすカタチで企画。2023年2月11日の午前中に、恒例の「第27回在宅ケアネットワーク栃木」を、そして同日午後には、県単位で初の「第一回ブロックフォーラム in とちぎ」を実施する予定だ。

フォーラムのテーマは「わが街の在宅ケア～栃木から全国に伝えたいこと～」。活動する人の顔がお互いに見えるという栃木の良さを生かしながら、多職種で取り組む「わが街の在宅ケア」を、全国に発信していく。

●東京都——鈴木央氏（鈴木内科医院 院長）



約3年間、コロナ禍でほぼ止まっていた東京都の活動もようやく動き出し、2022年12月17日には第11回東京都在宅医療推進フォーラムが、オンライン形式で開催される。「やっぱり最高！ わが街わが家を実現するために」をメインテーマに、東京都特有の課題、きたる未来について語り合う予定だ。

超大都市である東京都の特徴は、外来のみ、外来と在宅、在宅専門、そして「メガ在宅」とも呼ばれる大規模運営まで、さまざまな開業形態の診療所が存在すること。一方で病院はというと、急性期病床が非常に多い反面、今後キーとなる回復期病床は増えていない。そういった中、東京23区では85歳以上人口が倍増することが見込まれている。懸念されるのは、医療体制の逼迫、そして大幅な需要増が見込まれる生活支援への対応だ。フォーラムでは、2つのシンポジウムを通して、この厳しい状況にどう対応していくのか、多職種で議論していく。

●新潟県——上村伯人氏（上村医院 院長）



新潟県では、これまで長野県、山梨県の3県で実施してきた甲信越ブロックフォーラムとは別に、県単位で「在宅ケアを考える集い in 越後」を毎年、開催してきた。これは2008年に設立された「新

潟県在宅ケアを考える会」の主催によるもの。県内すべての関係団体がそれぞれ実行委員を出し、各団体が交代で幹事を担うなど、地域全体で、ともに手を携えながら取り組んできた。

2022年11月9日、この県独自のフォーラムに、長野県と山梨県を交えるかたちで、「第9回甲信越在宅医療推進フォーラム（第14回在宅ケアを考える集い in 越後2022）」が実施された。幹事団体の新潟県看護協会が、「多様化する社会を支える地域包括ケアのあり方を考える～つながりから共創～」をテーマに、講演とシンポジウムを企画。共生、社会的包摂、地域包括ケアといった社会的テーマについて、深く掘り下げる内容となった。

●長崎県——安中正和氏（安中外科・脳神経外科医院 院長）



長崎県では2022年11月14日に、県単位では初となる在宅医療推進フォーラムが開催された。企画されたのは、医療ジャーナリストの村上紀美子氏による講演で、テーマは「わが家、わが町の地域包括ケアは？～利用者・患者の側から見ると」。医療の専門職ではなく、あえてジャーナリストに登場してもらうことで、普段とは違った視点から在宅医療の現場を眺め、地域包括ケアについての理解をより深めていくことが、その狙いである。

当日は、村上氏が国内外での取材活動で経験したことや、自らの遠距離介護と看取りの経験を披露。「地元の商店、葬儀屋、民生委員など、いろいろな人がなんとなくつながることによって、少しずつ地域包括ケアができていくのでは」といった独自の視点を語った。さらに、特別養護老人ホームが中心となって取り組んでいる地域包括ケア活動の具体例など、医療サイドからはなかなか見えにくい、地域包括ケアの多様な活動が紹介された。

●熊本県——田島和周氏（田島医院 院長）



第11回九州在宅医療推進フォーラム in 熊本は、2022年10月29～30日の2日間、オンラインとのハイブリット形式で開催された。テーマは「在宅医療の未来を語ろう」。初日は市民公開講座、2日目はシンポジウムが企画され、地域の課題を共有する議論が繰り広げられた。

シンポジウム1「次世代へのメッセージ」では、在宅医療に携わる8名の若手シンポジストが登壇し、それぞれが熱心な活動ぶりを披露。在宅医療実践者はモチベーションの高い人が多い、とするアンケート結果なども紹介され、未来を担う人材に向けたメッセージとして、①在

宅医療が特別なことと思わないこと、②まずはやってみること、③仲間とつながること、④助けを求めること、という4つのキーワードが共有された。

続くシンポジウム2「高齢者施設・住居の多様性」では、施設における在宅医療の現状と課題が焦点に。スタッフ同士の連携や、家族との連携に課題を抱えている実態が指摘され、課題を共有する場となった。

●沖縄県——新屋洋平氏（OHS 沖縄往診サポート代表理事／西崎病院総合診療科）



沖縄本島の訪問診療・往診件数は全国平均の半分程度にとどまり、高齢化の進行に対して、在宅医療に関わる人材が少ない状況にある。また、沖縄県は住宅型

有料老人ホームやサ高住への入居者が全国平均よりも多く、多様な生活場所を支える在宅医療が求められる。

こういった課題を受け、2023年2月4～5日に開催予定の「沖縄県在宅医療推進フォーラム2022」では、多職種をオーガナイザーとした多彩なプログラムを企画。在宅医からは「キャリアパス沖縄版」について、看護師からは「看護小規模多機能型居宅介護」について、小児在宅医と訪問看護師からは「小児在宅医療」について——等々、各専門職がそれぞれの立場からみた在宅医療の現状と課題、そして先進的な取り組みが報告される予定だ。

さらに一般公開企画では、一般市民への在宅医療の情報発信について検討するセッションを企画。これらを通して、県全体の在宅医療の質の向上、ひいては新規の人材発掘を目指していく。

【第二部】パネルディスカッション

第二部では、7都道府県の代表者によるパネルディスカッションを実施。それぞれの地域における「わが町の在宅医療」について、①コミュニティ、②地域住民の意識、③在宅医療の提供体制、④入院医療の体勢、⑤在宅ケアの提供体制、⑥地域連携、⑦市区町村行政という7つの視点から、報告が行われた。

●北海道札幌市における「わが町の在宅医療」

——矢崎一雄氏（医療法人社団老蘇会 静明館診療所 院長）



北海道は、明治以降に開拓され、全国各地から人が集まって今の姿になった。現在は道内の人口の40%が札幌市に集中。市の高齢化率は24.6%となっている。特徴的なのは、伝統因習にとらわれない合理的な気風。その象徴として、嫁介護ではなく「娘介

護」が21世紀初頭でも当たり前に行われてきた。

その札幌市は人口に比して病床数が多く、住民は入院治療にあまり困らなかった。その分、在宅医療の普及は遅れ、在宅看取りも全国水準からみれば低い。しかしながら、ここ数年は在宅医療が浸透してきており、特にコロナ以後、在宅医療を希望する人が増えている。

一方の介護については、介護保険サービス事業所は充足している反面、介護保険にかからない年代の障害福祉サービスがやや不足気味となっている。このため、例えば訪問入浴を介護保険と同等の負担で利用できる制度を設けるなど、市独自の対応も行われている。

地域連携については、札幌市では1997年から各区に「在宅ケア連絡会」という多職種の集まりが組織され、民間レベルで連携に関する議論が活発に行われてきた。2015年度からの医療介護連携推進事業も、実際の活動は各区の在宅ケア連絡会が担っており、実質的には民間活用に依存するかたちで事業が行われてきた。札幌市と札幌市医師会の連携も、かつてはそれほど緊密ではなかったが、コロナ禍での介護クラスターや自宅療養者への支援活動を背景に、双方が連携する機運が生まれている。

●栃木県における「わが町の在宅医療」——村井邦彦氏

栃木は関東平野の北端に位置する、自然に囲まれた地域。災害が少ない反面、住民は何かあったときの危機意識にやや乏しく、「地域で結束して何かをしよう」といった機運に欠けている。

地域住民の意識はというと、在宅医療は当事者になるまで知らないという人が多く、入院医療の人气が非常に高い。「歳を取ったからそろそろ入院」、「介護できないから入院」、「何かあったら救急車」が、決まり文句となっているような状況だ。基幹病院や民間病院による入院医療の体制は充実している一方で、在支診は少なく、後方支援病院も少ない。現在は病院の連携室を巻き込みながら医療介護連携を進め、在宅医療の体制構築に取り組んでいる。

医療的ケア児、および医療依存度の高い人へのサービスは少なく、また在宅看取りを拒否する居住系施設がある。保守的なところがあり、変化に慎重なことが、この地域の弱みといえるだろう。

そんな栃木の強みは、「顔の見える連携」だ。子ども支援や女性支援など、各支援団体同士が互いに顔の見える関係にあり、連携のネットワークがある。在宅ケアにおいても、在宅療養を支える多職種がともにスキルアップを図る活動が定期的に行われてきた。

「在宅ケアネットワーク栃木」の活動は、そんな栃木における連携の象徴ともいえる。地元マスコミにも取り

上げられ、地域への発信の場にもなっている。

●東京都における「わが町の在宅医療」——鈴木央氏

東京都では、このコロナ禍で在宅医療の存在が住民に広く知られるようになってきた。一方、その提供体制については、在宅医療をやらない（やれない）診療所が全体の約7割を占めており（2018年アンケート調査）、残る3割の診療所で在宅ニーズに対応している状況にある。このため、コロナ禍においてはそれらの限られた医療機関が、急増する自宅療養患者への対応に追われた。今後、85歳以上人口が倍増し、在宅ニーズが高まる2040年に向けて、対応が非常に厳しくなることが予測される。

地域連携については、多職種による定期的な勉強会が実施されており、一部地域ではICTも導入され、連携は進んできている。行政も以前に比べると在宅医療に積極的になりつつあるが、地域による温度差は否めない。

一方、東京都において非常に顕著なのが、介護福祉士の不足だ。特にコロナ禍においては休職者が出たことで、人材不足がますます深刻化した。また、小規模な訪問看護ステーションが多いことも大きな課題となっており、エンゼルケアを依頼して断られてしまうケースも。人件費やランニングコスト、質的などところまで、課題は多い。

大都市東京では、このような“在宅医療の闇”ともいえる部分がある一方で、希望もある。コロナ禍での往診をきっかけに在宅医療に新規参入する若い医師も、少しずつではあるが出てきており、いろいろな資源を活用しながら今後の対応を模索していく必要がある。

●新潟県魚沼市における「わが町の在宅医療」

——上村伯人氏

新潟県魚沼市は豪雪地帯であり、公共交通機関も乏しいことから、在宅医療が地域の文化として定着し、多くの診療所が午前は外来、午後は往診という形態で、地域の医療を支えている。とはいえ、人口当たりの診療所の数は、全国平均の半分に満たない。一方で、訪問看護事業所の数は全国平均並みとなっており、訪問看護の頑張りによって、地域の在宅医療が支えられている状況だ。

その魚沼市では、大きな医療再編が全国に先駆けて行われ、「地域で一つの病院」という意識が定着、役割分担と連携が進められてきた。2011年には、病院を学びの場にする「地域医療魚沼学校」を設立。医療人と住民がともに学び合う全国初の試みが行われている。さらに、「看取り隊」という独自の仕組みも構築。主治医が不在でも、登録医による代診での看取りが行われている。訪問看護師も安心して在宅での看取りを支えることができ、魚沼市では病院死が10年以上、70%を切っている状況だ。

そして 2014 年からは、医療介護の連携ネットワーク「うおぬま・米ねっと」の運用もスタート。加入住民は 4 万人、魚沼市では実に高齢者の 75% が加入しており、多くの病院、診療所、保険薬局、介護事業所の参画のもと、医療と介護の情報共有が行われている。

このような取り組みによってコロナ禍を乗り越え、二次医療圏としては全国で一番医療費が安い地域に。過疎、豪雪、医師不足の三重苦を抱えながらも、その危機意識を住民と行政、医師会が共有し、ともに学び、協働することによって在宅医療を守り、育てている。

●長崎県における「わが町の在宅医療」——安中正和氏

長崎県は傾斜地で生活する住民が多いが、近年は平地への住み替えが進み、行政もその方向で政策を進めている。地域差はあるものの、高齢者の自宅療養を積極的に支える風土に乏しく、介護力も年々低下している状況だ。

こういったことを背景に、長崎では在宅療養よりも入院や施設入所を希望する住民が多く、病院受診に関しても、専門医療機関への受診希望が多い。かかりつけ医が十分に機能しているとは言い難く、今後は病院機能分化に向けて、さらなる病診連携の推進が欠かせない。

また、在宅医療の提供体制については、長崎では地区医師会主導ではなく、個別の診療所や長崎在宅ドクターネットによって対応が行われてきた。医療的ケア児に関しては、法律制定により、その窓口として長崎県医療的ケア児支援センター「つなぐ」が設置され、退院支援や教育啓蒙活動、さらには災害時に備えた全例把握など、積極的な取り組みが行われるようになった。

一方、地域連携は市町村ごとに対応が進んでおり、たとえば長崎市では、市内に設けられた「まちななかラウンジ」が小児、障害者、高齢者まですべての相談に対応するワンストップ機能を担っている。また長崎県は、今後見込まれる在宅医療のニーズ増加、および訪問診療医の減少を踏まえ、遠隔診療の推進、および ICT の活用を含めた対応の検討に入っている。各市町村も、その必要性は感じているが対応に苦慮しており、今後は医療側も積極的に関わっていく必要がある。

●熊本県における「わが町の在宅医療」——田島和周氏

熊本県は、人口の多い熊本市に医療資源が集中している。また熊本市以外の地域においても、病院・病床が多く、住民は「何かあったら入院」という意識が強い。

医師同士の連携は以前から積極的に行われてきており、救急病院からリハビリテーション病院、施設や在宅へ、という「地域完結型医療」が、全国に先駆けて行われてきた。2040 年には県内の多くの地域で過疎化が問題とな

ることが見込まれており、県医師会では、「地域在宅医療サポートセンター」を県内 18 か所に設置し、各地域の実情に応じた対応を行っている。

そんな熊本県の強みは、在宅ケアに熱心に取り組むリーダーや団体が、数多く存在していること。小児在宅医療（通所や短期入所）の取り組み、あるいは地区ごとに多職種連携の会を主催する医師の存在があり、行政もこれらの活動をバックアップしている。

一方で熊本県の弱みは、そういった熱心な人々の活動を俯瞰してまとめる人材がいないこと。県内には連携強化型支援診が増えてきており、それらをまとめて支援するネットワークとして、今後は「熊本在宅ドクターネット」や地域在宅医療サポートセンターの活動に期待が寄せられている。

また、高齢者施設が多いのも熊本県の特徴。しかしながら、そこで提供されている在宅医療の質はというと、施設によって大きく差があり、今後はそれらを評価することによって、均てん化を図っていくことが求められる。

●沖縄県における「わが町の在宅医療」——新屋洋平氏

沖縄県は太平洋戦争中に地上戦を経験した歴史から、高齢者を大切にする、ということが一つの文化となっている。高齢者自身も、「命は何より大切」「生き残った責務として生き続けなければならない」といった価値観を持つ人が多く、そのため看取りについての話題に抵抗感を持つ人も少なくない。

また、沖縄県は戦後復興に際して病院医療から医療が再興された経緯があり、住民の意識として、入院医療に大きな価値を感じる県民性がうかがえる。在宅医療の提供体制としては、在支診の数は全国平均を下回り、医療機関あたりの訪問診療・往診件数も少ない。訪問診療料の算定件数を見ても、県内のほとんどの地域で全国平均を大きく下回り、必要なときに往診を受けられる県民が少ないことを示している。一方の入院医療はというと、急性期病床は地域支援病院の役割を果たしたいとしているが、地域包括ケア病床等の回復期病床は不足しており、病床機能の役割分担が課題となっている。

地域連携については、沖縄県の多くの市町村が在宅医療介護連携推進事業を郡市医師会に委託。しかしながらその多くは、複数市町村を抱えることの弊害や、市町村の担当が数年で代わることにより、一貫した取り組みを進めることに難しさを抱えている。そこで県医師会では、平成 29 年より「在宅医療介護連携推進事業に係る市町村支援事業」を開始。郡市医師会、行政との定期的な意見交換を行い、さまざまな課題の解決に向けて、ともに動き出している。

基調講演 1

「在宅医療の現状と課題」

【演者】榎本健太郎氏(厚生労働省 医政局長)

【座長】荒井秀典氏(国立長寿医療研究センター 理事長)

人口構造の変化が医療にもたらすもの



厚生労働省医政局長の榎本健太郎氏は、行政側の視点から、わが国の在宅医療の現状および課題を改めて整理した。

わが国における 65 歳以上人口は今後とも増加が続き、2040 年頃にピークを迎えると見込まれている。その間の人口動態の変化をみると、今、急速に進んでいる高齢者（特に後期高齢者）の人口増加は、2025 年を境に緩やかになり、今度は生産年齢人口の減少がさらに急速になるという、新たな局面を迎えることが予測されている。

では、このような変化が医療にどのような影響を及ぼすのか。まず外来患者数については、すでに減少局面にある医療圏も多く、全国的には 2025 年頃にピークを迎える見込み。これに対して在宅患者数は、多くの地域で今後も増加が続き、ピークを迎えるのは 2040 年以降になる見通しだ。一方で、要介護認定率の高い 85 歳以上人口は、2025 年以降もさらに増え続け、医療だけでなく介護も必要な、複合ニーズを抱えた高齢者の増加が見込まれる。さらには死亡数も年々増加し、ピークを迎える 2040 年頃には、年間の死亡数は 170 万人にも及ぶ見通しだ。

こういった状況予測を背景に、榎本氏は医療体制をめぐる当面の課題を整理した。まず目前の課題は、新型コロナへの対応だ。地域医療を面で支えるための役割分担・連携をいかに構築していくのか、あるいは外来・在宅医療をいかに強化していくのか（チーム・グループでの対応など）。加えて今後、生産年齢人口が減少する中で、いかにマンパワーを確保し、医療機能を維持するのか、そして医療と介護の複合ニーズの増加、および看取りニーズの増加にいかに対応していくのか。そのための体制づくりが今、大きな課題となっている。

在宅医療の体制整備に向けた取り組み

では改めて、在宅医療の体制づくりはどのように進められているのか。都道府県の医療計画策定に向けて国が示した「在宅医療の体制構築にかかる指針」では、都道府県が確保すべき機能として、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応、④看取り、の 4 つが示されている。そして、これらの機能を確保するために、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」を確保すること、そして「在宅医療に必要な連携を担う拠点」をつくるこ

とが打ち出されている。都道府県は、今後見込まれる訪問診療・訪問看護の需要増加に対して、まずはしっかりとデータを踏まえた上で適切な在宅医療の圏域を設定すること、その上で、地域での協議・調整を通じ、より実効性のある体制整備を進めていくことが求められている。

中でも、連携を担う拠点の役割は大きく、都道府県は拠点を医療計画上にしっかりと位置づけ、各地域でその拠点が中心となって体制整備を進めていく必要がある。医療だけではなく、地域のさまざまな分野がともに手を携えて仕組みづくりを行っていくこと、そして行政も、そのような動きをサポートできる体制を整え、バックアップしていくことが重要となる。

仕組みづくりの鍵は、市町村との連携

こういった方向性を軸に国をあげて体制づくりが進められているが、その取り組み状況は、都道府県によって差が生じているのが現状である。そこで 2024 年度から新たにスタートする第 8 次医療計画で都道府県の取り組みをさらに推し進めていくために、改めて「在宅医療の体制構築に向けた指針」の検討作業が目下、精力的に進められている。

主な論点として挙げられているのは、在宅医療の量的拡充（医療機関数、事業所数の増加）と、そのグループ化、そして ICT の活用も含めた効果的・効率的な在宅医療の提供体制の整備だ。そして引き続き、在宅医療の圏域（在宅医療圏）の設定や、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」および「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の位置づけを行っていくことも議論されており、そのためにしっかりと進捗管理を行っていくことを指針に盛り込むことも検討されている。

一方、このコロナ禍を経て、国民の関心が高まっているのが、地域の「かかりつけ医機能」である。内閣府の全世代型社会保障構築会議においても、そのあり方が議論され、国民のニーズに応えるためにも「かかりつけ医機能」がしっかりと発揮される制度整備が不可欠とする提言が同会議で示されている。

以上、在宅医療の体制整備に向けた議論がさまざまに行われていることを報告した榎本氏は、最後に、医療サイドと市町村との連携の重要性を改めて強調。「介護保険の分野では、医療に先行するかたちで、すでに市町村が保険者としてサービス提供主体となって取り組んできた経緯がある。市町村の介護の担当が理解している現場の問題を医療側にしっかりとつなげていくことも重要であろう。在宅医療の現場の知恵が、これからの仕組みづくりに生かせるよう、ご支援をいただければありがたい」と呼びかけ、講演を結んだ。

基調講演 2

「在宅医療の原点から学ぶもの」

【演者】黒岩卓夫氏

(NPO 地域共生を支える医療・介護・市民ネットワーク 名誉会長)

【座長】小倉和也氏

(NPO 地域共生を支える医療・介護・市民ネットワーク 会長)

「聴診器一本とかんじき」からスタート



黒岩卓夫氏は、新潟県魚沼市で長く在宅医療に取り組み、保健・医療・福祉を一体的に提供する「大和方式」を展開してきた、在宅医療のパイオニアである。本講演で黒岩氏は、これまでの自身の経

験、そして在宅医療の源流ともいえる、いにしえの人々の営みを振り返りながら、在宅医療の核心とは何かを、改めて問い直した。

まず黒岩氏は、自身が在宅医療を始めた経緯について語った。氏は子どもの頃に戦争を経験し、当時日本の占領下にあった満州で終戦を迎えた。ソ連からの侵攻を受け、そこで難民となり、幼い弟と妹を喪っている。引き揚げ後は、実家のある信州へ。都会とはほど遠い山奥の過疎の村で、少年時代を過ごしたという。

その後、東大医学部への進学を機に東京へ移住。環境が一変し、言葉のギャップなどから都会の友人と心を通わせることもままならなかったが、60年安保の学生運動を通じて徐々に関係を深め、志を一つにして活動に身を投じる経験をしたという。

そして大学卒業後は東京を離れ、新潟の豪雪地へ。学生運動では挫折し、都会からも、大学からも離れて一人になって、医者である自分がそこで本当に必要とされるのか？ 「聴診器一本とかんじき」だけで一人旅に出るように、何も無いところから歩き始めた、というのが黒岩氏の原点。それがやがて、地域医療「大和方式」を創り上げていく長い道のりへとつながっていったという。

在宅医療の価値を高めることを、怠らない

黒岩氏が、そんな自身の歩みを改めて振り返る機会となったのが、2021年9月に開催された「NPO 地域共生を支える医療・介護・市民ネットワーク 第26回全国集い in 長崎」でのシンポジウムだった。テーマは「在宅医療が広がらなかったのは何故か?」。演者の一人となった黒岩氏は改めて、自院における近年の在宅患者数の推移を調査。精力的に在宅医療に取り組んできた氏の診療所においても、実際に患者数が減少していたという。

それはなぜなのか。考察を重ねた末、黒岩氏がたどり

ついた結論は、「在宅医療の価値を高めることを怠ったから」であった。

心の交流、そこにある安らぎこそが在宅医療の原点

では改めて、在宅医療の価値とは何なのか。黒岩氏が挙げたのは、一つはケアの質、すなわち「家族のような温かい心のケア」であり、もう一つは、「家族で看取ることのすばらしさ」である。「それは日本人にとって必ずしも特別なことではなく、実は昔から行われてきたこと」と黒岩氏。その一例として挙げたのが、「越後瞽女（えちごごぜ）」である。

瞽女とは、三味線をたずさえて村々をめぐる盲目の女旅芸人のことで、越後ではその伝統が長く引き継がれてきた。農家の若い嫁たちは、年に2回、この旅芸人がくるときだけは遅い帰宅を許され、瞽女たちが仕事を終えたあと、自分たちの愚痴を聞いてもらうのが慣例になっていた。瞽女がただ黙って話を聞き、静かに寄り添ってくれるのが嬉しくて、農家の嫁たちはこの旅芸人がやって来るのを心待ちにしていたという。このような心の交流、安らぎにこそ、訪問ケアの原点があると、黒岩氏は言う。

そしてもう一つ、氏が挙げたのが、江戸時代後期の僧侶、良寛の看取りの場面である。最期を迎えるときには、仏教信者の御主人が別棟を看取りの場として提供。唯一の弟子がケアマネジャーのごとく良寛を支え、歌の弟子貞心はナースのように寄り添い、また唯一の肉親であった弟と当家の御夫妻に見守られながら、静かに世を去った。このような看取りの場面にこそ、「多職種協働」や「共生」といったことの源流をみることができる。

さらに「赤ひげ診療譚」の赤ひげと若き医師との関係、その現代版ともいえる、映画「いのちの停車場」に描かれた、在宅ケアをめぐる希望を謳う物語が多重世代の心をひとつにしている。

このシンポジウムに参加された諸兄姉に、私のアピールをさせていただく

- ①高齢者（老人）は己を語り、地域・歴史を語ろう
- ②がん末期の人は、生と死を語ってほしい
- ③医師は己の医に加え、在宅から学び、変わって行ってほしい
- ④全ての者が在宅医療の価値を高め、在宅療養と看取りを支えよう

最後にひと言。

皆さんぜひ在宅を考えて下さい。医とは何か、医療とは何か、医師は何ができ、自分も変えることができたのか。

御清聴に心から感謝！

特別講演

「社会文化としての在宅ケア 医療を超えて」

【演者】山崎章郎氏（ケアタウン小平クリニック 名誉院長）

【座長】蘆野吉和氏（山形県庄内保健所 所長）

終末期医療の現場で、いかに尊厳を守るか



在宅ホスピス・緩和ケアにいち早く取り組んできた山崎章郎氏は、尊厳に向き合い続けた自身の半生を振り返り、未来へのメッセージを語った。

亡くなっていく人に心臓マッサージを行い、気管内挿管をして、蘇生術をほどこす——かつて病院で行われていた終末期医療に対し、山崎氏が疑問を抱いたのは、キューブラー・ロスの『死ぬ瞬間』を読んだことがきっかけだった。そこに描かれていたのは、死の間際にある人が、家で家族とともに過ごし、その家族に見守られながら旅立っていく場面。外科医として多くの死に立ち会ってきた山崎氏は衝撃を受け、「自分たちが当たり前に取り組んできたことが、本当は患者・家族のためではなく、どうしていいかわからない医療者の自己満足のためだったのではないか」と思い至ったという。

もう一つ、山崎氏が疑問を抱いたのが、告知の問題だ。それはまだ、がんの告知がタブーだった時代。医師は「頑張れば良くなる」と言い続け、そうはならない現実を前に、患者たちは心を閉ざしていく。当時は苦痛を和らげる治療法も少なく、真実を知らされないままに患者はさんざん苦しみ、最後は疑心暗鬼になって亡くなっていく、というのがその当時の「普通の死」だった。

ここに患者の尊厳はあるのか？ そもそも死の間際の蘇生術を家族は望んでいるのだろうか。家族に確認すると、そのほとんどが「もう十分に頑張ったから、あとは静かに見守りたい」と、蘇生術を望まなかったという。

そして告知についても、山崎氏は家族と繰り返し話し合い、合意が得られれば患者に真実を告げるようにした。すると患者たちの口から出てきたのは、こんな言葉だったという。「だったらこの点滴を取ってほしい」、「だったら家に帰りたい」

どうしたら、その思いを叶えられるのか？ 当時は今のように在宅医療が広まっておらず、病状が悪くなれば入院せざるを得なかった。しかし、その頃の病院は個室も少なく、患者の多くが亡くなる間際までカーテン一枚で仕切られた大部屋で過ごしていた。人生の最期を過ごす場が、このような療養環境でいいのか？ 山崎氏は、大阪の淀川キリスト教病院でホスピスケアが行われていることを知り、終末期医療を変えるのはこれだという確信に至ったという。

最後まで住みたいと思える地域社会をつくる

病院のホスピス科で働き始めた山崎氏が、まず行ったのは苦痛症状を緩和することを医療の最優先とし、患者にきちんと情報を伝えることだった。自分の状況を知った患者は、治療よりも「どう生きるか」が最大の課題となる。当然、医師と看護師だけで人生を支えることはできない。多職種によるチームケアはもちろん、一人の社会人としてその人を支えるためには、ボランティアの存在が非常に重要であることにも気づかされた。そして「大切な人を失う」という体験をする家族のケアも欠かせない。ここでは、一般病院ではできなかったことのほとんどを実現できたと、山崎氏は振り返る。

しかしながら、患者からは次第にこんな言葉が聞かれるようになった。「ホスピスでケアを受けることができ、本当に良かった。でも本音を言えば、家にいたかった」——。患者・家族の人生を応援するつもりでやってきたことが、なお不十分だったことを突きつけられ、山崎氏は行き詰まってしまう。そして1年間の休職の末にたどりついた結論は、とてもシンプルなものだった。「病院で待っていたから、できることが限られていた。これからは我々のほうから、地域社会に出ていけばいい」

こうして山崎氏は2005年に、ケアタウン小平クリニックを開設。地域のモデルをつくることを目指し、取り入れたのがホスピスモデルだった。まずはチームで情報を共有できる環境を整えるため、さまざまな事業体を同一の建物に集約。その上で大切にしたいのが、緩和ケアの理念だ。人は必ず誰かの力を借りなければ生きられない状況に直面する。緩和ケアとはまさに、自力では尊厳を守ることが難しい状況にいる人々の尊厳を守る支援のありようを指す。そこでケアタウン小平チームでは、WHOの緩和ケアの定義をチームの理念と位置づけ、何か問題に直面した時に立ち戻る原点を、皆で共有したのである。

今まで、同クリニックでは患者の約8割を在宅で看取っており、その遺族たちは「在宅遺族の会」を通して経験を分かち合っている。さらには、その遺族たちが自らボランティアの一員に加わり、「在宅で看取る」という経験が広く地域で共有されている。

こういった一連の活動の最終目標は、最後まで住みたい地域社会をつくることにある。山崎氏は、これまで課題にぶつかるたびに自身に問いかけてきたのはただ一つ、「尊厳を守ること」だったと改めて強調。「何かあったとき、“今、目の前にいる人たちの尊厳を、自分たちは守れているのだろうか？”ということを常に問いながら、この社会で生きてきて良かったね、と思える地域社会をつくっていただきたい」と語った。

シンポジウム

「やっぱり最高！ わが家・わが町」

- 【演者】花戸貴司氏（東近江市永源寺診療所 所長）
福満美穂子氏（東京都医療的ケア児者親の会 代表）
大石春美氏（穂波の郷クリニックMSW/
緩和ケアセンターはるか 所長）
高橋和人氏（NPO法人 里・つむぎ八幡平/
一般社団法人すばる 理事長）
榊原千秋氏（訪問看護ステーションややのいえ 統括所長）
鈴木邦彦氏（医療法人博仁会 理事長/
茨城県医師会 会長）
【座長】武田俊彦氏（日本在宅ケアアライアンス 副理事長）

永源寺地域における「地域まるごとケア」



滋賀県南東部の永源寺地域は、人口約5000人、高齢化率が40%近くにもおよび、山間の農村地域である。東近江市永源寺診療所の花戸貴司氏は、この地域で展開している「地域まるごとケア」の実践について報告した。

同診療所の特徴の一つは、すべての患者が分厚いお薬手帳を持っていること。診察のたびにその日の診療内容をプリントアウトして患者に手渡ししており、それをお薬手帳に貼ることで、患者は自分自身のカルテを常に持っているかたちになっている。

もう一つ、花戸氏が力をいれているのが、患者との対話だ。ご飯が食べられなくなったらどうしたいか、寝たきりになったらどこで過ごしたいか、元気なうちから繰り返し対話し、思いを丁寧にくみ取ることで、いざというときに本人の希望に沿えるようにしている。

永源寺地域におけるこのような取り組みを、さらに東近江地域へと広げていくため、東近江地域医師会では、介護保険を申請するすべての人に対して、主治医意見書作成のための「問診票」を配布している。この問診票に、経管栄養を希望するか、延命治療を希望するか、といった質問項目を設け、対話を繰り返し行っている。

加えて、同医師会の活動で特徴的なのは、「病気をみる主治医（病院の医師）」と「生活をみる主治医（かかりつけ医）」という、2人主治医制を進めていること。患者は、役割の異なる2人の主治医を同時に持つことで、病院から在宅へ、スムーズな移行が可能となっている。

さらに永源寺地域では、医療・介護以外の職種も含め、地域のさまざまな人が集まる機会を定期的に設け、コミュニティで支える地域づくりを行ってきた。近所の人が一人暮らしのお年寄りの食事介助を行うなど、さまざま

な人が在宅で療養する人の生活の支え手となっている。

花戸氏は、「地域みんなで支え合うことで、ここで最期まで暮らしたいと思えるまちができ、やがてそれが地域の文化となっていく」と語り、「その軸となるのはあくまで“本人がどうありたいか”であり、普段からの対話が重要」と改めて強調した。

医療的ケア児がいきいきと暮らしていくために



東京都医療的ケア児者親の会、代表の福満美穂子氏は、医療的ケア児の生活の実際を紹介し、在宅で生き生きと暮らしていくために必要な支援について、自身の経験を語った。

福満氏の長女は現在19歳で、病名は低酸素性虚血性脳症。人工呼吸器、気管切開、喀痰吸引、胃ろう、吸引といったさまざまな医療的ケアを受けながら、自宅で暮らしている。頻回な吸引をはじめ、てんかん発作の観察、側弯など、生活の中での心配事は多く、夜中に突然、呼吸器のアラームが鳴り出し対応に苦慮するなど、気の抜けない日々を送っている。

そんな福満氏の家には、1週間に最低でも30人は人の出入りがある。朝9時から夜20時までは重度訪問介護が入り、福満氏はその間に仕事へ。訪問看護、訪問リハビリ、医療機器の点検、訪問教育など、日中はさまざまなサービスを利用。そして福満氏は、仕事から帰ると、ヘルパーがいるうちに入浴と夕食を済ませ、夜間の体位交換やおむつ替えなどは福満氏自身が行っている。

では具体的に、日中の生活の様子はどうか。ヘルパーとは目や表情、身体の突っ張りなどでコミュニケーションを取っており、一緒に買い物に出かけたり、調理をすることもあるという。そして在宅学習の時間には、視線入力装置を使ってパソコンでゲームをしたり、好きなアイドルの動画を見たり。親が不在でも、医療や介護のスタッフに囲まれて和気あいあいと過ごし、18歳になってからは、選挙にも行っているという。

以上の経験をふまえ、改めて医療的ケア児がいきいきと暮らすために必要な支援とは何か、福満氏は次の3つを挙げた。医療面では「訪問診療と訪問看護」、生活面では「医療的ケアができるヘルパー」、社会面では「ショートステイやデイサービス」である。一方で、何よりも大切なのは本人の意思だと強調。「どんなに重い障害があっても、その人の意思が必ずある。言葉を使わなくても、その子らしい意思の表出を育む教育が重要」と語った。

生きる力を引き出す「コミュニティ緩和ケア」

穂波の郷クリニックの医療ソーシャルワーカー、大石



春美氏は、同クリニックが宮城県大崎市で展開しているコミュニティ緩和ケアの実践を紹介した。

同クリニックは2005年7月に開設され、2016年に在宅緩和ケア充実診療所としての認定を受けた。地域に開かれた場を提供するため、「コミュニティケアハウス未来館」を併設。ここで「24時間ホットライン・緩和ケアセンターはるか」を運営している。その行動目標は、「心に寄り添う緩和ケアを提供すること」、そして「一人ひとりの夢や希望を引き出し実現する、コミュニティ緩和ケアを展開すること」。医療・介護の専門職はもとより、患者が地域でともに活動してきた仲間、ボランティアグループなどが一緒になって活動。「人生未来会議」を繰り返し行い、一人ひとりの人生と向き合いながら、希望を生み出す支援を展開している。

さらに地域包括支援センターや医療介護連携センターをすべて包括する仕組みとして「地域緩和ケアあったかネット」を構築。社会資源を生かし、なければ創り出しながら、「人とつながりながら、自分で決める」を支える地域創りを目指し、独創的な取り組みを行ってきた。

その主な活動は、次の4つだ。1つ目は、「いのちについて」「今を生きること」などをテーマに、ケアの現場から生まれたオリジナルストーリーを披露する『ほなみ劇団』。地域の小中学校の「命の授業」のほか、岩手や盛岡、大阪など遠方でも上演を行っている。2つ目は、オリジナル番組を通して患者が自らの思いを語る『ほなみテレビ局』。3つ目は、地域のボランティアグループ『あったか訪問隊』の活動。在宅で看取りを経験した人たちが自ら応援団となり、支え合いの活動を行っているもので、4つ目の地元イベント『THE のど自慢大会』においても、このあったか訪問隊が活躍している。

これらの活動の最大の意義は、患者の日常に「小さな喜び」をもたらすこと。大石氏は、「この小さな喜びが力となって、生きようとする力が蘇ってくる。それはあくまで、苦痛を和らげる医療スタッフの暖かいまなざしがあってこそ、実現可能なもの」と語った。

地域と連帯し「ともに生きる」ベースを創る



高橋和人氏は、2つの法人運営を通して生きがいを創出する、「半農半介護」の取り組みについて報告した。

岩手県八幡平市は、東京23区の1.3倍という面積に対して、人口は約2万4000人と少なく、高齢化率は約41%となっている。今も急速な人口減少が続いており、2035年には人口1万6800人、高齢化率は50%を超える見通しだ。これに対

して在宅系の社会資源は少なく、市内に訪問診療をする医師は不在。在宅ケアに対する市民の意識も低く、「死ぬときは病院」が当たり前になっている。

その八幡平市で、高橋氏が農業と介護を融合させる「半農半介護」に取り組んだのは、地方福祉のモデルをつくるため。八幡平市では住民のほとんどが農業に携わっており、認知症になっても土にふれ、大地とともに暮らすことができれば、生きがいがいにつながると考えたからだ。

「NPO法人里・つむぎ八幡平」では、認知症対応型グループホームをはじめ、5つの介護・福祉事業所を開設。施設に「生活の場」を取り戻すため、事業所はいずれも小規模であり、その生活の場で、看取りまで行っている。さらには認知症高齢者と障害者、動物たちが一緒に暮らす「共生型」の施設運営も、大きな特徴だ。

一方の「一般社団法人すばる」では、認定農業者として、米やニンニク、野菜などを生産。加えて就労継続支援B型事業所を開設し、障害者の雇用と生きがいの創出にも力を入れている。

農業と介護という2つの仕事に共通するのは、どちらも「命の基盤を担う大切な分野」であること。そして自然も命も「循環」するものであり、その「永遠の循環を途切れさせない」という思いが、法人名の「つむぎ（つなぐ、つむぐ）」にも込められている。

2022年4月からは、里・つむぎの法人本部を「ともいき（共生）BASE」と命名。農業と介護、障害者福祉、そして古民家食堂などを連携させることで、地域の交流を生み出し、人々が「ともにいきる」ベースとなるような施設運営を目指す。

便育を通してプライマリヘルスケアを实践



訪問看護ステーションややのいえ、統括所長の榎原千秋氏は、コンチネンスアドバイザーとしての活動をベースに、石川県小松市で展開してきたまちづくりの取り組みを報告した。

榎原氏は、地域住民が気軽に集える場として市内に3つのコミュニティスペースを開設し、プライマリヘルスケアに取り組んできた。さまざまな活動の中でも、榎原氏が特に力を注いできたのが、日々の気持ちのよい排泄を目指す「便育」だ。便の状態には、食事や運動習慣、睡眠、ストレスの有無など、日々の生活がそのまま表れる。すなわち便育の基本は「自分の便を見ること」であり、それは健康づくりそのものだと榎原氏は言う。

そこで、まずは身近な便育の拠点をつくるべく相談窓口を開設。「健康うんタッチ教室」などの啓発活動を行ってきた。2016年からは、排泄のプロを育成する「POO

(プー) マスター養成研修会」がスタート。現在、約 650 名の POO マスターが全国で活躍している。ほかにも、お腹のマッサージ動画の YouTube 配信、小中学校への「うんこ日記」の無料配布など、多彩な活動を展開。便育を通じた市民の健康づくりに精力的に取り組んできた。

その活動に、行政も注目。2019 年からは「コンチネンスケア先進都市こまつ」をキャッチフレーズに、地域包括的コンチネンスケアシステムの構築を目指す取り組みが始まっている。相談窓口「すつきりん」の開設、「コンチネンspartner」の育成、共通の「排泄ケアツール」の作成などを、在宅医療・介護連携推進事業の一環として実施。このツールを活用し、人生の最期に気持ちよく排便をする「地域包括的排便ケア」を実践している。

さらに 2022 年に開設された、ホームホスピス「もう一つの家ややさん」では、排泄検知ユニットを用いて自分の排泄物を「見える化」するなど、家にいるような安らぎの場で排泄ケアを行い、看取りまで行っている。榊原氏は「便育を通して、このような心のよりどころとなる場を小松市に広げていくながら、生と死・看取り・身じまいの文化を地域に育んでいきたい」と語った。

病院を中心としたまちづくりを実践



医療法人博仁会、理事長の鈴木邦彦氏は、茨城県常陸大宮市における病院を中心としたまちづくりについて報告した。

5 町村の合併により 2004 年に誕生した常陸大宮市は、市の中心部を除いたほとんどのエリアで過疎化が進み、5 か所の無医地区がある。人口は約 3 万 8000 人、高齢化率は 38%。その人口は今も減り続けている状況だ。

鈴木氏の運営する志村大宮病院は、そんな常陸大宮市の中心部にある、許可病床 178 床の中小病院。病院の隣には、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、配食などの訪問系サービスを行う「志村フロイデ地域包括ケアセンター」があり、多彩な機能が緊密な情報共有を行うことで、地域の医療・介護を支えてきた。

その常陸大宮市ではこれまで、地域性に合った仕組みづくりを行うため、旧町村ごとに地域包括ケアシステムの構築が進められてきた。しかしながらこのコロナ禍で、特に山間部において、家に閉じこもりがち住民が増加。さらに細かい拠点をつくらなければ本当に必要な人にサービスが届かない、との懸念から、エリアをさらに細分化し、市内 92 の集落ごとに拠点づくりが進められている。

その拠点ごとに、市街地では「まちなかプロジェクト」、山間部では「小地域カフェプロジェクト」として介護予防の取り組みが進められており、そこに同法人からも専

門職を派遣。看護師による「脱水予防教室」や、管理栄養士による「フレイル予防の料理教室」など、多彩な取り組みを行っている。その開催数は、年間 400 回以上に及び、住民の参加者数は実に 4000 人以上。同法人からは 900 人以上の専門職を派遣している状況だ。

このような活動について鈴木氏は、「法人としての本来の役割は、医療・介護サービスを提供することだが、これだけ高齢化率が高くなっていく状況では、それで十分とはいえない。収益性が低くても、全体で捉えたときには医療や介護の利用を少しでも先延ばしにするこのような取り組みが、我々のような地域密着の中小病院に求められているのではないかと、その意義を語った。

~~~~~

——それぞれのシンポジストの発表を受けて感じたこと、強調すべき点を改めてお聞きしたい。

**花戸** 田舎と都市部、本当にいろいろなコミュニティがあると感じた。今は世代が変わり、仕事を辞めてまで家族の介護をする時代ではなくなってきている。だからこそコミュニティが重要。お互いを支え合えるコミュニティがあつてこそ、安心して地域で暮らせるのではないかと。

**福満** 地域包括ケアの話の中で、どうしても子どもが取り残されてしまっている。以前は重症心身障害児や医療的ケア児は 20 歳まで生きてら御の字と言われてきたが、今はそれが当たり前になってきている。長期的な医療や介護の支援は今後、課題になってくると思う。

**大石** ご本人と会い、一緒に悩みの中に身を置いてみるのが、何よりも大事。ほなみ劇団は、認知症の方々も一緒に演じるアドリブ劇団で、それを私たちが小中学生の前で一生懸命やる、本気で関わることが、大いなる教育になっている。皆さんにもぜひお越しいただきたい。

**高橋** これまでの経験で実感したのは、制度の中だけではできることが限られていても、地域にあるすべての資源をフル活用すれば、やれることはたくさんある、ということ。今回の皆さんの発表を受けて、行政への働きかけなど、まだまだできることがあると、強く感じた。

**榊原** 今、フレイル予防の中に排泄ケアの視点がないことを、改めて明文化しておきたい。大切なのは、「気持ちよく出す」ことであつて、訪問看護の「便だし日」や、病院の「便まわり」といった言葉が世の中からなくなることを願う。そのための人材育成に力を入れていきたい。

**鈴木** 今回、皆さんの話を楽しく聞かせていただいた。当院では医療と介護の壁がないが、それは皆さんのような介護に従事する方々との出会いが原点になっている。皆さんの点の活動を、線にし、面にして大きく広がっていくことが、医師会をはじめ職能団体の役割だろう。

# 在宅医療推進のための共同声明

(2019年版)

- 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、そして生きがいをお大切にした医療を目指す。
- 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寄り添うことのできるスキルとマインドをもった、在宅医療を支える専門職を積極的に養成する。
- 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。

## 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター

〒474-8511 愛知県大府市森岡町 7-430

TEL : 0562-46-2311

HP : <http://www.ncgg.go.jp/>

## 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

〒102-0083 東京都千代田区麹町 3-5-1 全共連ビル麹町館

TEL : 03-5226-6266 / Fax : 03-5226-6269

HP : <https://www.yuumi.or.jp/>