

公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団

2015年度（前期）一般公募
「在宅医療研究への助成」

完了報告書

日本在宅医療の臨床実務及び人材養成の調査研究

申請者：余尚儒（五十嵐祐紀子 翻訳）
所属機関：嘉義地域医療及び健康発展協会
提出年月日：平成28年8月31日

目 次

目 次.....	1
第一章 研究の背景と目的.....	3
一、急速に高齢化する台湾.....	3
二、全民健康保険と在宅関連のケア.....	4
第二章 研究の計画.....	6
第三章 研究結果.....	9
一、日本在宅医療発展史.....	9
1. 農村医療及び地域医療を基礎として展開された在宅医療.....	10
2. 家庭医を主軸とした在宅医療.....	10
3. ホスピスを主軸とした在宅医療.....	10
4. 日本の高齢社会のニーズを受けとめ、始まった在宅医療.....	10
二、在宅医療における人材養成.....	14
1. 国の指導によるもの.....	15
2. 開業医の再教育.....	15
3. 医学部教育カリキュラム.....	15
4. 第一線現場のオンザジョブトレーニング.....	15
三、在宅医療第一線現場のフィールドワーク.....	16
1. 日本全体の状況（台湾との差異も補足）.....	16
2. 研究対象形態の分析.....	18
第四章 研究の討論.....	21
一、日本在宅医療における大小の循環.....	21
二、在宅医療運営形態の再検討.....	23
1. 僻地における限界.....	23
2. 都市における連携の多様性.....	24
三、連携多様性再考.....	25
1. 情報共有の多様性.....	25
2. 持続可能な在宅医療.....	27
四、人材育成に関する考察.....	28
1. 国家の介入、方針の確立、総合的な計画、民間の協力.....	28
2. 専門医制度は必要なのか—在宅医療と病院医療の根本的差異.....	29
3. 医学部教育に導入、「早すぎる」又は「短すぎる」という問題.....	31
第五章 結論.....	35
第六章 参考文献.....	37
一、参考書籍.....	37
二、会議資料および研究報告.....	38
三、論文.....	39

図表目次

表 2-1	2015 年 8 月から 2016 年 7 月末までに訪問及び調査をした機関.....	6
表 2-2	本計画開始前に参観した在宅医療機関.....	8
表 3-1	日本の在宅医療及び地域医療の発展史.....	11
表 3-2	日本と台湾の診療所比較.....	17
表 3-3	診療所地理分類.....	18
表 3-4	診療所運営方法の違い.....	19
表 3-5	診療所連携型態分類.....	20
表 4-1	異なるレベルの病院の地域連携.....	21
表 4-2	在宅医療における循環.....	22
表 4-3	僻地の在宅医療.....	24
表 4-4	連携多様性.....	25
表 4-5	情報共有の比較.....	26
表 4-6	情報共有の多様性.....	26
表 4-7	持続可能な在宅医療.....	27
表 4-8	人材育成におけるレベル.....	28
表 4-9	日本在宅医学会専門医の研修プログラム.....	29
表 4-10	医学部の在宅医療研修プログラム.....	31
表 4-11	慶応義塾大学病院総合診療科の研修医訓練コース.....	32
表 4-12	飯塚病院家庭医療科の研修医訓練コース.....	33
表 4-13	河北総合病院の家庭医療科の研修医訓練コース.....	34
図 4-1	在宅医療の小循環と大循環	22

第一章 研究の背景と目的

一、急速に高齢化する台湾

台湾は高齢化が最も急速に進展している国のひとつです。高齢者人口は、2000年から2013年の間に、毎年平均6万人増加していますが、2014年から2025年の間には、毎年平均17万人増加すると予測されています。2014年の65歳以上の高齢化率は既に12パーセントに達し、2025年には20パーセントに達すると推計されています。2040年には人口の30パーセントが高齢者となります。人口の老化に伴い、ADL低下人口が増加しており、2010年に行われた国民ロングタームケア調査の結果によると、今後50年間のADL低下人数は、2011年は約67万人おり、そのうち65歳以上の高齢人口が占める割合は79.33パーセントに増加し、2060年時点では196万人に上り、65歳以上の高齢人口が占める比率は92.31パーセントまで増加します。(王雲東, 鄧志松及び陳信木等, 2009)

台湾には人々から賞賛される全民健康保険がありますが、有効な介護システムが欠如している状況のもと、医療システムそのものも「高齢者津波」に対応するべきがありません。医療システムの中でも、在宅医療は最も脆弱であり、提供される医療の量は不足し、介護との相互連携も不調であり、ましてや患者が最期まで家で生活することを支援することなど、とても難しい状況にあります。つまり、台湾では在宅医療が著しく欠如しており、政府及びNPO等は現在積極的に日本の在宅医療の経験を学ぼうとしています。ただ残念なことに、既存の調査では、主に日本の在宅医療の保険給付のあり方に関心がありました。

筆者は、以前の勤務先である嘉義キリスト教病院と提携し、在宅ホスピスに取り組んでいましたので、在宅ホスピスに取り組む5年になります。台湾では、制度の不備及び診療報酬の低さにより、積極的に在宅医療に取り組む医師はごく少数です。そして、台湾の地域のクリニックがほとんど在宅医療を行っていないという状況は、筆者を困惑させています。筆者は、日本で在宅医療に取り組む医師-長尾和宏医師、中野一司医師、二ノ坂保喜医師及び永井康德医師等と直接交流をする中で、地域のクリニックでも質の高い在宅医療を提供し、医療の側面から、患者が家で最後まで生活することに対する支援が可能だということを理解しました。

台湾と日本では、国情と文化の差異があるため、在宅医療の実務、ノウハウ及び人材養成などについて、その多くは資料又は書籍からのみでは理解することができません。筆者は、自ら日本で在宅医療の訓練を受ける機会を得て、フィールドワークを通じて調査研究し、日本の在宅医療の精神を華人世界に伝えたいと考えるようになりました。

台湾は日本の植民地支配を脱却した後、積極的にアメリカをはじめとする欧米諸国に学んできましたが、実際には、台湾国民の医療習慣及び医療者と患者との関係は、どちらかと言えば日本と似ています。現在台湾の在宅医療は、日本より15年ほど遅れているので、多くの関係者が日本を訪れ学ぶ必要があります。台湾人は、在宅医療とは、医師が早い段階で患者宅を訪れ診察することであり、診察室での医療を患者宅に移しただけの往診であると思込んでいます。残念なことに、言葉の壁があり、日本の現状を理解する人はごく少数です。したがって、筆者は日本の様々な形式の在宅医療を選択して研究対象とすることにより、将来台湾で在宅医療を志す関係者の参考になる資料をまとめたいと考えています。

二、全民健康保険と在宅関連のケア

台湾には1995年から全民健康保険が実施され、続々と在宅関連の医療ケアが推進されています。その中には、三管（気管切開、経鼻管及び尿管）等の在宅ケア、慢性精神病患者に対する在宅ケア、呼吸器を使用している患者に対する在宅ケア、末期患者に対する在宅ホスピスケア、及び特殊心身障害者及びADL低下のある高齢者に対する在宅歯科医療サービス等です。現在、こうした在宅ケアに対する報酬は、主に全民健康保険により給付されています。2015年4月、健康保険署は、「在宅医療統合ケアモデル事業」を提起し、地域の診療所の開業医が在宅サービスを提供することを奨励しました。しかし、制限が多すぎ、支援が不足しているだけでなく、その他の既存の在宅関連サービス、例えば一般の在宅看護、乙類在宅ホスピスとも有効な統合がなされておらず、また、福祉及び介護との間の協力も欠如しています。

筆者は第一線の家庭医療専門医として、日本の在宅医療の1970年代以降の発展を知り、まるで宝蔵を発見したような気持ちになりました。台湾は2018年には高齢社会になり、2025年には超高齢社会になりますが、考え方や実務のいずれも既に遅れをとっているため、学習のスピードをアップしなければなりません。

2015年、筆者は台湾各地で日本在宅医療の実務について講演をしましたが、いつも「それではお金はどこから出るのですか。」という質問を受けます。しかし「どう取り組めば良いのですか。」という質問はなされないのです。残念なことに、台湾の在宅ケアの第一線で働く人たちは、日本の在宅医療の実務の過程を知らないため、自らの台湾での実務経験に照らして理解するしかないのです。台湾の医療保険制度は在宅サービスにとっても不利であり、金銭的な誘因がない中で在宅サービスを行うしかないので、お金が重要な問題となっているのです。もし日本の在宅医療の実務を知る機会があれば、在宅医療の実務に対し、より豊富な想像力を有することができると思われます。

その他、在宅医療は、医療及び介護双方について理解している人材が必要ですが、この点については、台湾ではほとんど顧みられていません。特に(1)第一線の職員をいかに再教育するか(2)在宅医療関連事業において多職種間の連携をいかに進めるか(3)開業医、在宅看護師及び医学部の在校生の教育について、過去の専門科を

強調した訓練から脱却し、総合医又は地域のかかりつけ医を養成できるか等といった点です。人材養成の部分については、日本も模索中であるようですが、日本の人材養成のあり方を学び、台湾における在宅医療関連の人材養成のモデルとしたいと考えています。

これまで、台湾が日本から学んで来たことは、あくまでも制度面の移植にとどまり、実務面及び精神面に対する深い認識が欠如しがちになっています。したがって、筆者は、日本の在宅医療の現場を自ら体験し、質的アプローチによる研究を通じて、日本の在宅医療の内実を華人世界に知らせたいと考えました。

第二章 研究の計画

研究計画は三段階に分かれており、第一段階は、資料の収集及び調査です。関連する学術シンポジウム、大会及びフォーラムに参加し、それぞれの会議の性格及び目的を理解します。第二段階は、短期間の訪問です。在宅医療で有名な関係機関又は特殊な地理的位置にあるクリニックを訪れ、運営のあり方を理解します。第三段階は、フィールドワークです。参与観察という研究方法を通じ、一定期間日本の主治医及び研修医とともに一緒に仕事をし、筆者の台湾の医療経験と照らし合わせ、批判的に検討します。

2015年8月から、2016年6月末までに訪問及び調査をした機関は次の通りです(表2-1参照)。

表2-1 2015年8月から2016年7月末までに訪問及び調査をした機関

訪問日時	訪問機関名(所在地)	内容
2015年8月30日～ 9月4日	佐久総合病院(佐久市)	農村の在宅医療(訪問)、陳節如立法委員の一行に同行
2015年9月20～24 日	かあさんの家(宮崎市) 奄美大島ファミリークリニック ネリヤ 第18回日本在宅ホスピス協会全国大会 in 奄美	ホスピスの施設(訪問) 離島の在宅医療(訪問) 在宅ホスピスの専門家との交流(調査)
2015年11月23日	第11回「在宅医療推進フォーラム」(東京) 全国在宅療養支援診療所連絡会世話人会議	フォーラムにおける各種教育訓練を理解する(調査)。 在宅医療の取り組み(調査)
2016年2月4日	ケアタウン小平クリニック(小平市)	在宅ホスピス専門型(訪問)
2016年2月5日	東京大学在宅医療学拠点(文京区)	在宅医療と人材養成の取り組み(訪問、講演)
2016年2月8日	暮らしの保健室(新宿区) 株式会社あおいけあ(藤沢市)	在宅医療連携拠点事業の取り組み 在宅医療、介護の関連施設(見学)
2016年4月5日～ 13日	総合在宅医療クリニック(岐阜市) 岐阜総合医療センター地域医療連携センター	在宅医療専門型(研修) 在宅医療と地域連携(訪問)
2016年月4月14日	国立長寿医療研究センター(大府市)	在宅医療連携拠点事業の政策について(訪問、講演)
2016年月4月16日 ～17日	日本在宅医学会地方大会(福井市) みんなの保健室(福井市)	在宅医学学会における各種教育訓練を理解する(調査) 在宅医療介護連携拠点の取り組み

2016年4月17日	在宅医学会地方大会で報告：「台湾の在宅医療事情と嘉義の取り組み」	報告及び交流
2016年4月18日	オレンジホームケアクリニック（福井市） オレンジキッズラボ（福井市） おおい町国民健康保険名田庄診療所（大飯郡おおい町）	地方都市在宅医療専門型（訪問） 子どもの在宅医療（訪問） 僻地の在宅医療（訪問）
2016年4月20日～30日	小笠原内科（岐阜市）	地方都市在宅ホスピス混合型（研修）
2016年4月26日	名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学教室（名古屋市） 名古屋大学附属病院地域連携患者相談センター（名古屋市）	在宅医療の教育課程（訪問） 講演及び交流 在宅医療と地域連携（訪問）
2016年5月5日～6日	長尾クリニック（尼崎市） つどい場さくらちゃん（西宮市）	地方都市在宅医療混合型（見学） 在宅医療、介護関係者が集う場所（見学）
2016年5月9日～30日	たんぼぼクリニック（松山市） たんぼぼ俵津診療所（西予市）	地方都市の在宅医療専門型（研修） 僻地の在宅医療混合型（見学及び研修）
2016年5月23日	託老所「あんき」通所介護事業所（松山市）	在宅医療介護関連施設（見学）
2016年5月31日～6月5日	猪原歯科・リハビリテーション科（福山市） 鞆の浦さくらホーム（福山市）	在宅歯科医療と食事支援（研修） 在宅医療、介護の関連施設（見学）
2016年6月12日～6月19日	にのさかクリニック（福岡市） 地域生活支援センター小さなたね	大都市住宅街の在宅ホスピス型（見学と研修） 在宅医療とまちづくり（訪問）
2016年6月20日	福岡市医師会成人病センター地域連携室（福岡市）	在宅医療と地域連携（訪問）
2016年6月21日～23日	ナカノ在宅医療クリニック（鹿児島市）	地方都市の在宅医療専門型（研修）
2016年6月24日	共生ホームよかあんべ（始良市）	在宅医療、介護の関連施設（見学）
2016年6月27日	長崎在宅ドクターネット（長崎市）	医師会による在宅医療の取り組み（訪問）

※筆者作成

表 2-2 本計画開始前に参観した在宅医療機関

2014年9月	ナカノ在宅医療クリニック（鹿児島市） にのさかクリニック（福岡市）	在宅医療専門型（訪問） 在宅ホスピス混合型（訪問）
2015年4月	たんぼぼクリニック（松山市） たんぼぼ俵津診療所（西予市）	在宅医療専門型（訪問） 僻地の在宅医療の取り組み（訪問）

※筆者作成

2015年8月以前に、筆者は3か所の在宅医療クリニックを訪問しましたが(表 2-2)、上記の分類は、松原由美「在宅医療経営のシミュレーション分析」(佐藤智、田中滋及び島崎謙治等編集, 2009)の研究に基づき、専門型、混合型及び外来優先型と分類しました。専門型診療所は外来を行わず、混合型は外来も在宅医療も行い、外来優先型は外来を優先し、たまに在宅医療を行っている診療所です。本研究では、専門型及び混合型を主な研究対象としましたが、さらに異なる地理環境(都市部、僻地及び離島等)の診療所と分類しました。そのほか、人材養成及び多職種連携の取り組みを更に理解するべく、在宅医療連携拠点に指定されている診療所だけでなく、拠点に指定されていない診療所についても、医学部の研修生を受け入れていれば、人材養成の部分について調査をしました。

筆者は診療所で研修を受ける以外に、在宅医療の地域包括ケアシステムにおける役割を理解するために、各地で退院前カンファレンスへの出席、又は病院の退院支援部門への訪問を依頼しました。また、在宅医療と介護の連携のあり方を理解するために、サービス担当者会議への出席、及び地域包括支援センターとの交流を依頼しました。その他、筆者は各地の在宅医療で有名な診療所を訪問すると同時に、診療所のスタッフに参観するに値する介護関連施設も紹介して頂きました。これらの施設のいくつかは、介護保険体制内の施設(例:あおいけあ(藤沢)、共生ホームよかあんべ(始良市)又は宅老所あんき通所介護事業所(松山市)、鞆の浦・さくらホーム(福山市))であり、その他体制外の施設も参観しました(かあさんの家(宮崎市)、NPO法人つどい場さくらちゃん(西宮市)、暮らしの保健室(新宿区)、みんなの保健室(福井市))。

筆者は日本人ではないため、日本在宅医療の歴史的発展について、文献により理解することから始めました。以下完了報告として、日本の在宅医療の発展史、及び2016年6月末までの実務調査で学んだことを記します。

第三章 研究結果

一、日本在宅医療発展史

日本の在宅医療の発展の歴史は、1970年代に日本が高齢化社会となり、寝たきり老人が増加したと直接関係があります。佐藤智医師たちは早い段階から東村山市で寝たきり老人の実態調査を行い、白十字診療所を設立して訪問診療に従事しました。1980年代にライフケアシステムを組織し、24時間家庭医が往診する在宅医療を行いました。同時期に、増子忠道医師が属する、「東京下町の佐久総合病院」となることを目標としていた柳原病院は、千住地域で寝たきり老人の実態調査及び訪問看護を行い、1994年からは24時間の巡回型在宅ケアを始めました。

しかも、1970年代以前の日本には、既に農村医療がありました。長野県の佐久総合病院は、農村地域で出張診療及び巡回健診を開始し、八千穂村で全村健康管理を実施し、1980年代末には、在宅ケア実行委員会を設立し、24時間365日の体制を確立しました。農村地区では、高齢化の速度が都市部よりも速く、医療へのアクセスも不便であり、在宅医療に対するニーズはより高いのです。このような農村の状況が地域医療を生み出しました。地域医療とは、医療の方向を住民主体にすること、医療の内容につき予防と治療の一体化を目指すものです。在宅医療は、このような地域医療の基礎のもとに展開したのです。

1980年代、長野の病院が中心となり、地域医療が提唱されました。1980年に今井澄医師の属する諏訪中央病院を中心に、長野県の佐久総合病院、浅間総合病院及び鹿児島の徳洲会等とともに地域医療研究会が組織されました。のちに新潟県のゆきぐに大和総合病院の黒岩卓夫医師が地域医療研究会をリードしてゆきます。黒岩卓夫医師は、かつて若月俊一医師の教えを受け、八千穂村の全村健康管理を参考とし、1970年に新潟県大和町の国保診療所において地域医療を実践しました(和田忠志監修, p.58, 2008)。

また、都市部では、早川一光医師が白峯診療所、後に堀川病院を開設し、1973年病院看護部から居宅療養部へと改組し、訪問看護を始めました。黒岩医師は、早川医師のもとを訪れ、訪問看護の実態を学んだ後、1980年には全国で初の地域看護部を発足させました(佐藤智、前沢政次及び和田忠志等編集, p.35, 2009)。

1990年代には、各地で続々と情熱的な医師が在宅医療に参入し、様々な形式で在宅医療に従事し始めました。生死を受けとめるホスピス、僻地医療の再生、及びまちづくり等、多様な地域医療が展開され、在宅医療はそれらの重要な手段となりました。筆者は、在宅医療に関連する文献の考察、及び数名の当事者に対するインタビューから、日本の在宅医療の発展は、4つの大きな流れがあると考えました。

1. 農村医療及び地域医療を基礎として展開された在宅医療

1950年代に若月俊一医師が長野県の農村において農村医療及び地域医療を開始し、1960年代には松島松翠医師が八千穂村全村健康管理を実施します。増田進医師は、1963年に岩手県沢内村の国民健康保険沢内病院に赴任し、地域医療を開始します。1970年代には、黒岩卓夫医師が新潟県大和町国保診療所において大和方式を実施し、1980年代には、今井澄医師が諏訪中央病院で地域医療研究会を発足させました。更に1990年代には佐久総合病院の実践の影響を受け、増子忠道医師が柳原医院において24時間の在宅医療と介護の連携を開始しました。1995年には、黒岩卓夫医師の萌気園診療所の呼びかけで、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークが名古屋において成立しました。以上は、農村医療及び地域医療を基礎として展開された在宅医療です。

2. 家庭医を主軸とした在宅医療

家庭医を中心とする在宅医療を始めた佐藤智医師が1994年に「在宅医療を推進する医師の会」を組織し、1999年にこの会をもとに正式に「日本在宅医学会」を設立しました。2009年から在宅医療専門医育成のための研修プログラムをスタートし、2010年に第1回の専門医試験を行いました。

3. ホスピスを主軸とした在宅医療

佐藤智医師の白十字老人訪問看護ステーションでかつて仕事をしたことのある川越博美看護師及び川越厚医師は、1995年にホスピスを主軸とする日本在宅ホスピス協会を設立しました。在宅ホスピスは各地で異なる展開をみせ、例えば、協会の宮崎支部であるホームホスピス宮崎（HHM）が2004年にかあさんの家を開設し、2011年には秋山正子看護師が新宿において暮らしの保健室を開設しました。日本在宅ホスピス協会の現会長は、小笠原文雄医師が就任しています。これらは、緩和医療のコンテキストのもとで展開した在宅医療です。1993年第1回日本ホスピス・在宅ケア研究会は兵庫県で開催され、黒田裕子看護師、芦野吉和医師及び小笠原一夫医師等いずれも主要な構成員でした。

4. 日本の高齢社会のニーズを受けとめ、始まった在宅医療

そのほか、1990年前後から2000年の介護保険開始までに、日本各地の開業医、例えば外科医の二ノ坂保喜医師及び山崎章郎医師、内科医では長尾和宏医師、中野一司医師及び永井康徳医師等が各地で開業しています。その後日本各地で、在宅医療からのちを受けとめるまちづくりまで多様な実践がなされているのです。

本研究が分類した4大軸は、独立して存在しているのではなく、相互に影響を及ぼ

し合っています。ここ十数年来、日本の在宅医療は急速に発展しましたが、これは一見、厚生労働省の政策誘導、民間の積極的な参与、及び高齢社会のニーズへの対応という3つの要素がもたらした結果と見えますが、筆者は、歴史的な要因も軽視してはならないと考えます。過去半世紀以上に及ぶ農村医療、地域医療の積み重ねがあつてこそ、今日の在宅医療があるのです。換言すれば、在宅医療の発展は決して突然出現したものではなく、事実上、農村医療、地域医療さらにはホスピスケア及び地域包括ケアとの関係も密接であり、それぞれが日本の医療及びケアの体系に刻み込まれているのです。以下は、日本の在宅医療及び地域医療の歴史上重要な事柄及び関連人物についてまとめたものです（表3-1参照）。

表3-1 日本の在宅医療及び地域医療の発展史

年代	在宅医療及び地域医療の活動
1945年	若月俊一医師、12月に長野佐久病院出張診療を開始。
1950年	早川一光医師、白峯診療所開設。
1958年	早川一光医師、堀川病院成立。
1959年	若月俊一医師、松島松翠医師、八千穂村全村健康管理を開始。
1960年	岩手県の沢内村、老人医療費の無料化を開始。
1961年	鈴木荘一医師、東京で内科病院開業。
1963年	老人福祉法施行。 増田進医師、沢内村国民健康保険沢内病院副院長に就任。 永井友二郎医師、実地の医家のための会成立。
1971年	佐藤智医師、東山村市において「寝たきり老人訪問看護事業」を実施。
1973年	老人医療費の無料化。 早川一光医師、堀川病院、病院看護部から居宅療養部へ、訪問看護を開始。
1970年	日本、高齢化社会に。 早川一光医師、堀川病院、サークル「地域医療研究会」を開始。 山口昇医師、尾道公立みつぎ病院「医療の出前」（訪問看護及び訪問リハビリ）、地域包括ケアの原点。 黒岩卓夫医師、新潟県大和町国保診療所へ赴任。その後、大和町国保診療所において大和方式（八千穂村を参考）を実施。
1974年	今井澄医師、茅野市の公立諏訪中央病院に赴任。
1976年	佐藤智医師、白十字診療所を開業、訪問診療を開始。
1977年	鈴木荘一医師、仲間5人と渡英し、聖クリストファー・ホスピスを訪れ、帰国後そこで学んだ終末期患者への疼痛緩和ケアを取り入れる。
1978年	永井友二郎医師、実地の医家のための会を母体として、日本プライマリケア学会を成立。
1980年	今井澄医師、諏訪中央病院による主催にて、地域医療研究会80を開催。テーマ：「私の地域医療」、講師：若月俊一医師、吉澤国雄医師及び徳田虎雄医師。

	黒岩卓夫医師、大和病院において地域看護部（堀川病院の訪問看護を参考）を発足。
1981年	佐藤智医師、24時間対応のライフケアシステムを発足。
1982年	老人保健法施行。
1983年	医療保険が訪問看護に対し給付を開始。
1984年	768の医療機関（全国の医療機関の8%）が訪問看護を提供する。 緊急往診に対しても診療報酬が出るようになる。
1986年	在宅寝たきり老人の診療に対する診療報酬項目が作られ、医師の訪問診療という概念が導入される。
1988年	佐久総合病院在宅ケア実行委員会により、24時間365日体制が確立。 鎌田實医師、諏訪中央病院院長に就任。
1989年	「ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略）」実施。 黒岩卓夫医師、地域医療研究会89を開催、実質的に初めて全国の集いが大和町で開催される。
1991年	老人保健法改正。 老人訪問看護創設。
1992年	老人訪問看護事業スタート（医師指示書）。 医療法人春峰会白十字訪問看護ステーション開設。 黒岩卓夫、浦佐萌気園診療所を開設。
1993年	第1回 日本ホスピス・在宅ケア研究会（兵庫県）
1994年	日本、高齢社会に。 佐藤智医師ら26名、「在宅医療を推進する医師の会」を発足。 増子忠道医師、柳原病院において巡回型24時間在宅ケアを開始。
1995年	川越博美看護師（元白十字老人訪問看護ステーション所長）及び川越厚医師（元白十字診療所在宅ホスピス部長）を中心に、日本在宅ホスピス協会成立。 黒岩卓夫医師、萌気園診療所の呼びかけで、在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク成立。 長尾和宏医師、長尾クリニック開設。
1996年	ホームホスピス宮崎（HHM）発足。 ニノ坂保喜医師、このさかクリニック開設。
1998年	静岡医師会、在宅看取り当番医制度を開始。
1999年	佐藤智医師、日本在宅医学学会成立。 和田忠志医師、前田浩利医師、川越正平医師、千葉県松戸市においてあおぞら診療所開設。 中野一司医師、ナカノ在宅医療クリニック開設。 鈴木央医師、1999年に父親の診療所を引き継ぎ、在宅療養支援診療所として、365日24時間対応で在宅患者のケアに当たる。
2000年	介護保険制度施行。 在宅医療助成勇美財団成立。 片山壽医師、尾道市医師会、尾道方式発足。 川越厚医師、医療法人社団パリアン開設。 永井康徳医師、たんぼぼクリニック開設。

2001年	(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション成立。 徳永進医師、19床の有床診療所「野の花診療所」開設。
2002年	黒岩卓夫医師、NPO法人在宅ケアを支える診療所。市民全国ネットワークと名称を変更。
2003年	白髭豊医師、長崎医師会 Dr.ネット発足。
2004年	市原美穂氏、かあさんの家曾師開設。
2005年	第1回在宅医療推進フォーラム発足。 山崎章郎医師、ケアタウン小平開設。
2006年	辻哲夫氏、厚生省次事務官に就任。 在宅療養支援診療所創設。
2007年	日本、超高齢社会に。 小串輝男医師、花戸貴司医師「東近江医療連携ネット」三方よし研究会発足。 夕張市立総合病院公設民営化、村上智彦医師、夕張医療センター開設。
2008年	在宅療養支援病院創設。 一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会発足。
2008年	慶応大学田中滋教授が地域包括ケア概念五輪図 (Ver1.0) を提出。
2009年	第11回日本在宅医学大会の準備のため在宅ケアネット鹿児島 (CNK-ML) を発足。
2010年	柏プロジェクト発足。
2011年	厚生労働省在宅医療連携拠点事業発足、10か所。 秋山正子看護師、暮らしの保健室 (新宿) 開設。 前田浩利医師、小児在宅医療を行うあおぞら診療所墨田開設。
2012年	厚生労働省在宅医療連携拠点事業、105か所。国立長寿医療研究センター在宅連携医療部が窓口になる。 機能強化型在宅療養支援診療所及び病院創設。 社会保障改革国民会議。(2012年11月30日) 地域包括ケアシステム本格にスタート (武藤正樹、2015)
2013年	地域医療再生基金 (平成24年度補正予算) による在宅医療推進事業 (約300か所)
2014年	地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律 (医療介護一括法)、6月18日に国会において可決。 地域医療介護総合確保基金による在宅医療推進事業。

※筆者作成

二、在宅医療における人材養成

在宅医療制度の整備には、大量の多職種人員の参加が必要であり、人材養成には、各方面、たとえば中央政府（厚生労働省）、地方自治体、学術研究機構（国立長寿医療研究センター及び東京大学医学部在宅医療学拠点）、地方組織（医師会）、専門家団体（日本在宅医学学会、日本在宅ホスピス協会及び全国在宅療養支援診療所連絡会等）から行う必要があります。例えば、医師について言えば、異なる段階にある医師、医学生、研修医、勤務医から開業医に至るまで、異なる方法で教育をしなければなりません。

2007年、日本は超高齢社会に突入し、国立長寿医療研究センターの大島伸一総長の召集のもと「在宅医療推進会議」が誕生し、国立の機関において在宅医療発展を検討することになりました。会議の下部には、勇美記念財団の研究助成により構成された「在宅医療を推進するための会」が組織され、人材養成を行うことになりました。5つの作業部会のうち、人材育成については、在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等の能力強化方策に関する部会及び新たな在宅医等の人材養成に関する部会が担当しています。

国家政策の推進上、国立長寿医療研究センターは重要な役割を担っています。例えば、在宅医療連携拠点の窓口は、2011年にはわずか10か所のみでしたが、2012年には105か所までに急増しています。国立長寿医療研究センターは、「急性期病院との在宅医療研修会」及び「チーム医療普及推進事業」等の研修会を開催しています。それは、国立長寿医療研究センター及び東京大学高齢社会総合研究機構と日本医師会共催の在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会などです。勇美記念財団と日本医師会が協力し、在宅医療関連の講師人材養成事業を行っています。また、勇美記念財団は、日本全国及び地方の在宅医療推進フォーラムを支援しています（例：第11回在宅医療推進フォーラム、添付資料1を参照）。各種の専門職団体も、年度大会及び教育訓練を行っています（例：第18回在宅ホスピス協会全国大会、添付資料1を参照）。

筆者が最も重要だと考えるのは、第一線の医療現場のオンザジョブトレーニングです。以前から、在宅医療専門医を目指す医師は、在宅医療の先駆者のもとを訪れ、非公式の「実習」をしていました。正式な資格については、2009年から日本在宅医学会が在宅医療専門医育成のための研修プログラムを実施しています。これまでの経験が生かされているのか、この研修プログラムの中にも、1年又はそれ以上の期間、在宅医学会が認定した全国各地にある在宅医療研修プログラムをもつ在宅研修機関で研修を行うことが義務づけられています。

医学の高等教育研究機関では、例えば名古屋大学大学院医学部研究科地域在宅医療学・老年科学教室及び東京大学医学部在宅医療学拠点があり、在宅医療がシステマティックに地域医療及び高齢医学のカリキュラムに導入されています。例えば、東京大学医学部在宅医療学拠点では、東京大学高齢社会総合研究機構の柏プロジェクト及び

東京都内及び近郊の豊富な在宅医療という資源を利用し、医学部の5年生及び6年生の地域医療学の実習を行っています。2016年4月から地域医療学実習は必修になります。

以下は研修方法の分類です：

1. 国の指導によるもの

- 1) 国立長寿医療研究センターと勇美記念財団：在宅医療推進会議及び「在宅医療を推進するための会」
- 2) 厚生労働省及び国立長寿医療研究センター：在宅医療連携拠点事業

2. 開業医の再教育

- 1) 勇美記念財団及び日本医師会：在宅医療関連講師人材養成事業
- 2) 勇美記念財団：全国及び地方の在宅医療推進フォーラム
- 3) 国立長寿医療研究センター：「急性期病院との在宅医療研修会」、「チーム医療普及推進事業」
- 4) 日本在宅医学会：「在宅医療専門医」育成のための研修プログラム
- 5) 専門職団体の事業活動：例えば、日本在宅ホスピス協会全国大会

3. 医学部教育カリキュラム

- 1) 東京大学医学部在宅医療学拠点（山中崇准教授に対するヘインタビュー、添付資料1を参照）
- 2) 名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学教室（鈴木裕介准教授に対するヘインタビュー、添付資料1を参照）
- 3) 京都府立医科大学 在宅チーム医療推進学講座（寄附講座）
- 4) 日本各大学附属病院地域医療研修コース：例えば、愛媛大学医学部附属病院、東京大学医学部附属病院、慶応義塾大学病院、帝京大学医学部附属病院、近畿大学医学部附属病院では、研修医を1か月間たんぼぼクリニックへ派遣し研修を受けさせる。

4. 第一線現場のオンザジョブトレーニング

各診療所と病院施設の訪問記録、添付資料1を参照。

三、在宅医療第一線現場のフィールドワーク

数十年の発展を経て、台湾の診療所はほぼ 100 パーセント外来診療のみになっているのに対し、日本の在宅医療は既に高度化、複雑化しており、台湾は日本と比べ 15 年ほど立ち後れていると思われます。前述の松原由美氏の分類のように、在宅療養支援診療所の分類方法については、専門型、混合型及び外来優先型の 3 つを診療所の分類方法として用いています。しかし、日本医師会は、かかりつけ医を中心とした在宅医療を主張しています。このほか、利用者の差異に基づき、一部の診療所はがんの緩和ケアを専門に行っています。また、関連施設の有無（例えば、サ高住（ケアタウンナカノ）、その他の類型の施設（地域生活ケアセンター小さなたね）、医師の人数（一馬力診療所又は機能強化型在宅療養支援診療所）、地理空間による区分、都市又は僻地の診療所といった分類も可能であると考えます。日本の在宅療養支援診療所は、多彩な様相を呈しているのです。

このほか、正規の医療体系に属していないものの、在宅医療を支援する非医療機関、たとえば医療サービスを提供していないにも関わらず有名な在宅医療連携拠点に、暮らしの保健室があります。このほか暮らしの保健室と同様に正規の介護システムに属していないものの、末期患者を住み慣れた地域で最後まで生活することを支援する、有名なホスピスの家「かあさんの家」があります。これらは、いずれも地域包括ケアと在宅医療の先進的な取り組みなのです。

本研究では、時間の制約がある中で代表性を有すると思われるいくつかのクリニックを訪問し、又は数日から数週間のフィールドワークを行いました。（現場のフィールドワーク、インタビュー及び研修の記録については、添付資料 1 を参照のこと。）以下は、主にクリニックの各種形態の分析です。筆者がこの報告を作成する前に、厚生労働省は 7 月に「在宅医療にかかる地域別データ集」を発表し、全体の輪郭を理解することができました。また、台湾では 2015 年から類似の在宅医療モデル計画が始まりましたので、関連資料を収集し、この報告に組み入れます。

1. 日本全体の状況（台湾との差異も補足）

「在宅医療にかかる地域別データ集」の分析によると、日本 10 万か所のクリニックのうち、14.33 パーセントが 365 日 24 時間対応の「在宅療養支援診療所」として登録しており、そのうちの 4 分の 1 が機能強化型に属し、残りの 4 分の 3 は従来型となっています。事実上、日本全国のクリニックのうち 5 分の 1 は訪問診療を行っており、そのうちの 5 割は「在宅療養支援診療所」に属しています。しかし、日本全国のクリニックのうち看取りをしたことのあるのは 4.3 パーセントにすぎず、これらのクリニックのうち 7 割が「在宅療養支援診療所」です。在宅療養支援診療所の制度設計は、地域包括ケアに対する支援を行うため、地域内に存在することがとても重要です。

2025年、台湾も超高齢社会になりますが、現在の在宅医療の現状は日本と大きな開きがあります。2015年までに、台湾で訪問診療を提供することができる診療所は328か所で、全民健康保険を使用できるクリニックの3.3パーセントを占めていますが、看取りをする（乙類在宅ホスピス）ことができるのは35か所で、すべての診療所の0.35パーセントです（健康保険署、2016年）。つまり、訪問診療をする診療所の規模は、日本は台湾の6倍であり、看取りをする診療所の規模については、日本は台湾の12倍なのです。台湾の資料は登録の資料なので、実際はこの倍数よりも開きがあるはずですが。

表 3-2 日本と台湾の診療所比較

	日本	台湾	倍数
人口総数	1億2千万	2千4百万	5倍
診療所総数	100461 (100%)	9874 (100%)	10倍
訪問診療有	20597 (20.5%) *	382 (3.32%) **	6倍
看取り有	4312 (4.29%)	35 (0.35%)	12倍
在宅療養支援診療所 (在支診)	14397 (14.3%)	0	
在支診の分類			
従来型	10795 (10.75%)	なし	
機能強化連携型	3415 (3.4%)	なし	
機能強化独立型	187 (0.19%)	なし	

※筆者作成

表注：*日本：実働数、**台湾：登録数

出典：2015年末作成

厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

台湾健保署

http://www.nhi.gov.tw/Query/Query_HomeHealth.aspx?menu=20&menu_id=712&webdata_id=4810

台湾統計所 http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=5481

2. 研究対象形態の分析

今回の研究では11か所の診療所（クリニック10か所、歯科医院1か所）を訪問しました。地理的な分布を見ると、都市部のクリニックは9か所、そのうち1か所は学園都市というにあり、教育程度が比較的高い地域内にあり、別の1か所は、ブルーカラーの住民が主である工業地帯の市街地商店街の付近にあります。その他の7か所は地方の中核市にあり、都市の郊外、住宅地に所在し、1か所だけ主要駅のそばにあります。農山漁村地域の診療所は2か所参観し、1か所は人口約1000人の漁村、もう1か所は山間地帯にあり、国保診療所が分布する地域です（表3-3参照）。

表3-3 診療所地理分類

診療所名	従来分類	所在地	地域	位置
ケアタウン小平クリニック	在宅専門	東京都小平市	学園都市	都市近郊
総合在宅医療クリニック	在宅専門	羽島郡岐南町	中核市	都市近郊
オレンジホームケアクリニック	在宅専門	福井市	中核市	都市近郊
おおい町国民健康保険名田庄診療所	外来優先	大飯郡おおい町	農山漁村	僻地
小笠原内科	混合	岐阜市	中核市	市街地
長尾クリニック	混合	尼崎市	(工業地帯) 中核市	市街地
たんぼぼクリニック	在宅専門	松山市	中核市	都市近郊
たんぼぼ俵津診療所	混合	西予市明浜町	農山漁村	僻地
にのさかクリニック	混合	福岡市早良区	政令指定都市	都市近郊
ナカノ在宅医療クリニック	在宅専門	鹿児島市	中核市	都市近郊
猪原歯科	混合	福山市	中核市	都市近郊

※筆者作成

表注：松原由美「在宅医療経営のシミュレーション分析」（佐藤智，田中滋及び島崎謙治等編集，2009）の研究に基づき、専門型、混合型及び外来優先型と分類しました。

本研究で訪問した先は、成熟した在宅医療を行っているクリニックであり、つまり積極的に看取りまで行う在宅療養支援診療所（訪問した中には在支診ではないものも含まれる）であり、そのうちいくつかは機能強化型診療所に属し、更には在宅緩和ケアが充実した診療所もありました。松原由美（2009）の研究分類によれば、在宅専門型は外来がなく、混合型診療所は、勤務時間のうち半分訪問診療に従事し、外来優先型は、外来を主な業務とし、必要に応じて往診する診療所です。主な研究対象の11か所の診療所の内訳は、5か所が診療所は在宅専門型、5か所が混合型、1か所が外来優先型です。しかし、在宅療養支援診療所の特性を十分に反映するため、これらの分類方法をもとに、診療所の「運営形態」及び「連携形態」について、更なる分類をしました。

本研究対象の在宅患者数は、40人から450人まで、年間看取り数は、8人から113人まで様々です。多くの診療所の運営方法は、主治医制度を採用し、夜勤は交代制を採用しています。少数の診療所のみが院長1人で夜勤を担当しています。患者の診療方針については、各クリニックの実際の運営方式と関係があり、常勤医が非常勤医より多いクリニックでは、診療方針は主治医が決定します。例えば常勤医の人数がとても多いクリニックでは、医療法人内で主治医-副主治医の制度を採用しています。反対に、非常勤医が多いクリニックでは、診療方針は常勤医が決定することになります。院長が唯一の常勤医の場合も院長は決定します（表3-4参照）。

表3-4 診療所運営方法の違い

診療所名	在宅の患者数	年間看取り数	常勤医師数	非常勤医師数	主治医制	診療方針	夜勤
ケアタウン小平クリニック	75	85	3	0	○	主治医制	当番
総合在宅医療クリニック	180	113	2	8	×	常勤決定	当番
オレンジホームケアクリニック	200	76	4	2	○	主治医制	当番
おおい町国民健康保険名田庄診療所	40	10	1	0	×	院長決定	院長
小笠原内科	150	96	3	2	○	主治医制	当番
長尾クリニック	400	70	1	6	×	院長決定	院長
たんぼぼクリニック松山市	450	73	10	2	○	主治医-副主治医制	当番
たんぼぼ俵津診療所	56	8	5	0	○	主治医制	当番
にのさかクリニック	150	110	1	9	×	院長決定	院長
ナカノ在宅医療クリニック	190	37	3	2	×	常勤決定	当番
猪原歯科	160	無	3	0	○	主治医制	無

※筆者作成

各クリニックの歴史的経緯により、筆者が訪問した大多数のクリニックは外来がありますが、外来の有無は、在宅医療と関連があるわけではありません。僻地型の診療所は必ず外来がありますが、都市型のクリニックの外来とはその存在意義がまったく異なるのです。例えばケアタウン小平クリニックは、完全予約制の相談外来を実施しており、緩和ケアを受ける患者及び家族のオーダーメイド外来です。小笠原内科は心臓内科であり、長尾クリニックは胃腸専門科であり、開業当初から外来があります。

農山漁村地域型の診療所には訪問看護ステーションを附設していないものの、訪問看護を提供しています。農山漁村地域の診療所は居宅介護支援事業所も設置しません。いわゆる専門型診療所では、居宅介護支援事業所を附設する傾向にあります。しかし、

訪問リハビリ及び訪問栄養の部分については、差異が大きいのです。また、たんぼぼクリニックのような大きい診療所、通常特殊な専門のクリニック、例えば訪問歯科、緩和医療専門、又は障害児をケアする診療所などは、訪問リハビリ又は訪問栄養を配置しており、これは合理的と言えます（表 3-5 参照）。

表 3-5 診療所連携型態分類

診療所名	外来あり	訪問看護 ST あり	ケアマネ あり	訪問看護	訪問リハ	訪問栄養
ケアタウン小平クリニック	○*1	×	×	×	×	×
総合在宅医療クリニック	×	○	×	○	×	○
オレンジホームケアクリニック	×	○	○	○	○	×
おおい町国民健康保険名田庄診療所	○	×	×	○	×	×
小笠原内科	○	○	○	○	○	×
長尾クリニック	○	○	○	○	×	○
たんぼぼクリニック	○*2	○	○	○	○	○
たんぼぼ俵津診療所	○	×	×	○	○	×
にのさかクリニック	○	×	×	○	×	○
ナカノ在宅医療クリニック	×	○	○	○	×	×
猪原歯科	○	×	○	○*3	○	×

※筆者作成

表注：○*1 ケアタウン小平クリニック：相談外来，常勤医師 3 人がすべて出席します。○*2 たんぼぼクリニック：2016 年 5 月から予約外来を開始し、常勤医師のうち 5 人が交代で担当します。○*3，歯科衛生士の訪問。

第四章 研究の討論

一、日本在宅医療における大小の循環

在宅医療の第一線の現場は、クリニック及び患者宅だけでなく、病院で行われる退院前会議もあります。本研究では日本の異なるレベルの地域連携室（退院調整室）を訪問しただけでなく、日本が病院から退院して在宅療養支援に至る過程を理解しました。次の資料は3つの異なるレベルの病院（名古屋大学医学部附属病院地域連携患者相談センター、岐阜総合医療センター地域医療連携センター部、福岡医師会成人病センター地域連携室）から得たものです（表 4-1 参照）。

表 4-1 異なるレベルの病院の地域連携

機関名	病床数	平均在院日数 (日)	在宅復帰率 (%)	退院総人数 (人/年)	退院支援率 (%)	退院前カンファ数 (回/月)	逆紹介率 (%)
名古屋大学 医学部附属 病院	950	13.4	96.2	30000	5	15	71.9
岐阜総合医 療センター	590	12.2	92.7	14300	10	50	79.2
福岡医師会 成人病セン ター	120	13	91.2	2589	23	17	83

※筆者作成

小規模病院と在宅療養支援診療所間の連携は密接であり、退院支援率及び逆紹介率は大学附属病院と比べて高いのです。事実上、岐阜総合医療センターと連絡を取り合うのが最も多いのは、現地の総合在宅医療クリニック及び小笠原内科です。福岡医師会の成人病センターとやりとりが最も多いのは、このさかクリニックです。在宅療養支援診療所及び病院退院支援部門の間の連携、つまり病診連携において、最も重要な活動は「退院前カンファレンス」なのです。

地域内の患者が平時のかかりつけ医の外来を訪れた際、ADL 低下のために、かかりつけ医が患者宅に赴き訪問診療をおこなうようになる、これが在宅医療の小循環の基礎です。老化又は病状の変化にともない、患者は入院が必要となります。患者が退院して地域に戻って来たとき、元のかかりつけ医がケアを続けるのが在宅医療の大循環です。在宅医療の小循環と大循環、及び医療体系と介護体系の各部門間の関係については、図 4-1 を参照してください。

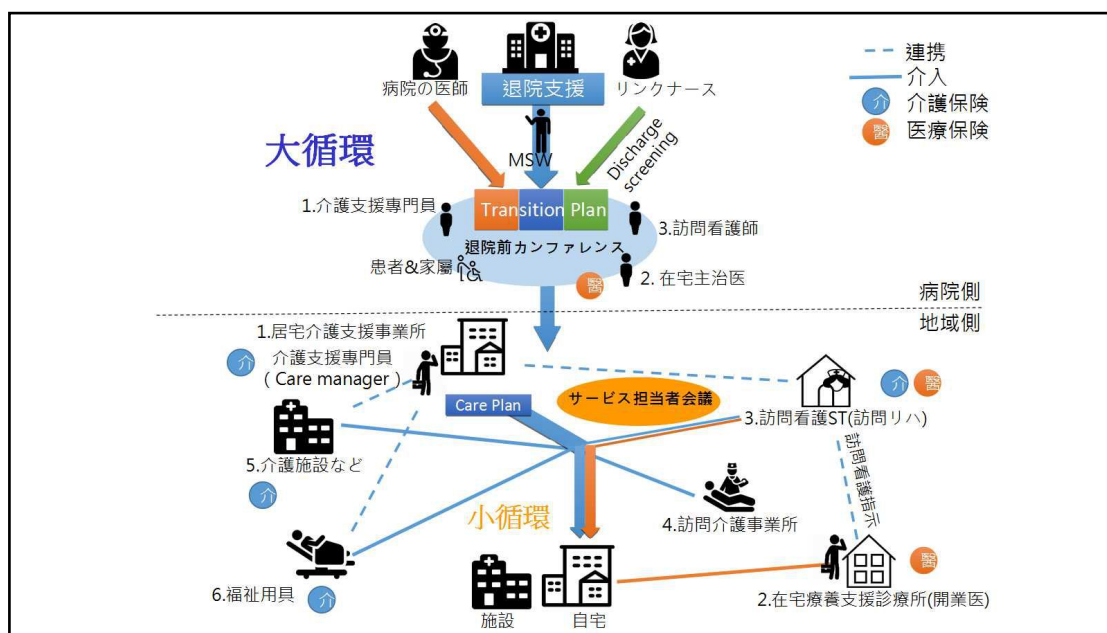


図 4-1 在宅医療の小循環と大循環（筆者作成）

小循環は地域内、病院の外側でのみ発生します。例えば、在宅主治医は介護資源の介入を必要としており、ケアマネはその役割を發揮し、各種の介護サービスを導入します。また、例えば訪問看護が必要な場合には、訪問看護ステーションがその役割を發揮します。在宅主治医が解決できない医療の問題については、その他の診療所の医師に協力を求めます。言い換えれば、小循環において、医療と介護の「医介連携」があり、診療所と診療所との間の「診診連携」があります。そのうち最も重要な活動は「サービス担当者会議」です。

表 4-2 在宅医療における循環

分類	大循環	小循環
範囲	全体	地域内
連携	垂直的	水平
部門	病診連携	診診連携
活動	退院前カンファレンス	サービス担当者会議
領域	医介連携	医介連携

※筆者作成

二、在宅医療運営形態の再検討

1. 僻地における限界

以前在宅療養支援診療所はかなり高い診療報酬がついたため、在宅だけ行い、外来をしない診療所が出現しました。日本の在宅医療の形態に対する研究は、「在宅専門型の診療所」と「従来型の診療所（かかりつけ医）」との間の比較、前述の在宅専門型、外来優先型及び混合型の区別に重点が置かれていました。

このような研究は「診療所の運営方式」に関心が集中し、地域の先天的な差異を考慮に入れていないのです。例えば、僻地の診療所では、診療所の周囲の各種医療と介護資源は比較的少なく、「医介連携」は地理的な制限があります。人口が少なく、農山漁村地域では、医療法人は診療所の他、訪問看護ステーション及びその他の介護資源を発展させるのは比較的困難です。「医介連携」は充実しておらず、競争がないかわりに、選択肢もないのです。

高齢化率が30パーセントを超える僻地の高齢者にとって、医療機関への受診はとて不便なことです。従来型の診療所（かかりつけ医）は、地域住民の高齢化に直面し、往診を開始し、「外来優先型」の診療所になります。例えばおおい町国民健康保険名田庄診療所は、在宅療養支援診療所ではないために、外来が主で、必要に応じて往診に出る形態をとっているため、訪問件数はたんぼぼ俵津診療所より少ないのです。

この他、僻地では訪問距離と時間の問題があります。仮に僻地の一馬力診療所が必ず365日24時間対応しなければならないとなると、医師にとっては大きなチャレンジです。従って、外来をしない「在宅専門型の診療所」が僻地において出現するのはとても困難なのです。よって、永井康徳医師は、たんぼぼ俵津診療所において、半日外来、半日訪問診療とし、また常勤医師の交代制とその他のスタッフは現地採用という循環方式を採用し、一馬力診療所の問題を解決したのです。つまり、僻地では「在宅医療専門診療所」の出現は不可能であり、「外来優先型」又は「混合型」にかかわらず、住民のニーズを満たすことができ、医療スタッフが耐えられる程度の負担ならば、どちらの形態でも理想的な方式となりうるのです。

表 4-3 僻地の在宅医療

診療所名	属性	型態	分類	人口数	高齢化率	医師人数	在宅患者	訪問件数	年看取数
おおい町 国民健康 保険名田 庄診療所	国保診 療所	外來優 先型	一馬力	3000	30	1	40	46	10
たんぼぼ 俵津診療 所	在宅療 養支援 診療所	混合型	循環型	4000	43	5	56	124	8

※筆者作成

2. 都市における連携の多様性

台湾では成熟した介護制度及び資源がなく、「医介連携」の基礎的な条件が存在していません。病院側の退院支援（調整）も未熟であり、病院から地域への移行期ケアのシステムが薄弱であり、病院と施設間の紹介を主として行っています。従って、筆者は日本の在宅医療における「医介連携」に特に興味を持つようになりました。「医介連携」は毎日第一線の現場に存在し、これは先天的な条件（例えば診療所の位置、法人組織等）及び後天的な環境（例えば診療所の運営方式及び多職種間の連携形態）に左右されます。日本の第一線の現場での観察から、在宅医療の過程において、診療所と外部の医療、介護資源との間の連携の豊富さは研究に値することを発見しました。これを「医療と介護の間の連携の多様性」、略称を「連携の多様性」とします。

例えば、組織構成が水平連結の場合には、医療法人（診療所）自体は多くの常勤医師が在籍し、多職種の職員も多く、運営上非常勤医師に頼る必要がなく、多職種の介入が必要な場合にも、外部の職種と連携する必要が必ずしもありません。多職種連携が強調しているのは「顔が見える」関係であり、理論上、同一組織内で連携するので、比較的効率が良いのです。また、組織構成が垂直連携の場合では、積極的に退院前カンファレンスをするか否かがポイントとなります。日本には洗練された「診療情報提供書」制度があり、退院前カンファはある診療所にとってはニーズがそれほど高くなく、出席しなくても高品質のケアを提供することができます。従って、先行研究の定義による「在宅専門型」診療所は、その連携の多様性は必ずしも低くなく、例えばにのさかクリニックはとても高いのです（表 4-4 参照）。

表 4-4 連携多様性

診療所名	従来の分類	常勤 医師	非常勤 医師	ケアマ ネあり	退院前カンフ ァに参加する	連携多様性
ケアタウン小平ク リニック	在宅専門	3	0	×	少	中
総合在宅医療クリ ニック	在宅専門	2	8	×	多	高
オレンジホームケ アクリニック	在宅専門	4	2	○	多	中
小笠原内科	混合	3	2	○	少	低
長尾クリニック	混合	1	0	○	少	低
たんぼぼクリニッ ク	在宅専門	10	2	○	多	中
にのさかクリニッ ク	混合	1	9	×	多	高
ナカノ在宅医療ク リニック	在宅専門	3	2	○	多	低

※筆者作成

三、連携多様性再考

1. 情報共有の多様性

「連携多様性」そのものは善し悪しを区別する基準ではなく、在宅医療のあり方を把握するためのものです。連携の多様性の高さが、スタッフ間の情報共有について効率の悪さを意味しているわけではなく、連携多様性の低さが効率の良さを表しているわけでもありません。では、「連携多様性」及び「情報共有」の間には、ある種の関係が存在しているか否か、一考に値すると考えています。

「情報共有」とは、医師、看護師及びその他の多職種スタッフが同一の情報にアクセス可能であることですが、「組織内部の共有」と「組織外との共有（家族及び本人を含まない）」に分類することができ、ケアの状況を理解し、組織外の専門家と意見交換をする機会を提供するものです。例えば、日本は SNS 方式を通じて多職種連携を行うソフト Medical Care Station があり、全国の医療介護連携ネットワーク研究会はこれを「どこでも連絡帳」と称しています。長島公之（2014）は、従来型の電子カルテと多職種連携の SNS を比較しました（表 4-5 参照）。

表 4-5 情報共有の比較

定義者	長島	長島	筆者
類型	医療機関の連携（病診、診診連携）	医介連携（在宅医療）	医介連携及び情報共有の多様性
共有者	医師と医師	多職種、多施設	法人内外、多職種、多施設
内容	既存電子カルテを活用	連携用に新規作成	既存電子カルテと連携用に新規作成、両方あり
場所	医療機関	多施設、患者宅	医療機関、多施設、患者宅
頻度	たまに	頻繁	頻繁

※筆者作成

参照：長島公之（2014）「医介連携ネットワークは 地域医療連携ネットワークとは 別にして併用した方がよい」、栃木県医師会。

長島氏の分類は上記の通りですが、筆者が参観したある在宅医療診療所では、多職種連携機能を有する電子カルテが用いられており、法人内外の連携を同時に行うことができます。情報共有については、連携に用いる電子ソフトのみに注目するのではなく、在宅医療全体の流れの中で考察しなければなりません。これはつまり「情報共有の多様性」です。

日本には訪問看護ステーション又は居宅介護支援所が多数あり、患者宅に1冊の「連絡帳」を置き、クリニックとコミュニケーションをとるのに便利になっています。いくつかのクリニックは、すべての在宅患者宅に「外部共有」のノートを置いてあります。例えば総合在宅医療クリニック及びたんぼぼクリニックです。そのうち、総合在宅医療クリニックの主治医は患者宅でパソコンを用いてカルテを作成し、その場で印刷しており、情報共有の一致性は最も高いのです。小笠原内科は THP+によって情報を共有していますが、外部医療スタッフや患者の家族も参与することができ、情報共有の即時性は最も高いのです。

カルテの記録と情報共有を融合した総合在宅医療クリニックでは、医師が訪問の際に紙のカルテを持参する必要がありませんが、電子ソフトのみを利用して情報共有を行っており、往診にはやはりカルテを持参しているのです。ただ情報共有のツールはとて多多いのですが、完全に紙の書類をなくすことは難しいのです。加えて、その他の外部機関は、必ずしも同様な設備を有しておらず、多職種の連携上、完全に紙の書類を使わない、又は完全なクラウド化はいずれも不可能であり、その必要もありません。この分析は、台湾の情報共有の発展にとって参考になると考えます（表 4-6 参照）。

表 4-6 情報共有の多様性

診療所名	情報共有ツール	内部共有	外部共有	現場での記録方法	本人及び家族の参加	訪問時のカルテ持参の有無	訪問時のパソコン持参の有無
総合在宅医療クリニック	独自開発カル	電子	紙（オレンジフ	電子＋紙	無	無	有

	テ		ファイル)				
小笠原内科	THP+	電子	ときどき(教育的THP+)	紙	有THP+	有	無
たんぼぼクリニック	Kintone	電子>紙	紙(白ファイル)	紙	無	有	無
このさかクリニック	Dynamic	紙>電子	無	紙	無	有	無
ナカノ在宅医療クリニック	e-mail	電子	無	電子	無	有	有

※筆者作成

2. 持続可能な在宅医療

2014年6月18日、日本の国会は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(医療介護一括法)を可決し、持続可能な社会保障制度の確立のために、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、在宅医療と介護の連携を強化することになりました。本節では、どのような在宅医療が持続可能性を有していると言えるのか考察します。例えば、主力の主治医が長期間不在になると運営が不可能になるような診療所は、持続可能な在宅医療とは言えません。また、法人外組織との密接な連携があればあるほど、当該診療所は未永く存在することができるのでしょうか。在宅医療の持続可能性と各診療所の連携多様性との間には絶対的な関係があるとは筆者は考えていません。しかし、地域全体にとって、連携多様性の程度は、地域全体の在宅医療の発展に対して影響を与えると考えられます。

たとえば、ある在宅医療クリニックは、法人内に居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーションを有していますが、困難事例のみ法人内で扱います。比較的容易なケースは、地域内の法人外の居宅介護支援事業所及び訪問看護ステーションに依頼します。このような方法は、地域内の連携多様性を高め、相互のケアの能力を高めるのです。筆者が考える最も理想的な状態とは、地域内に強力なチームを有する在宅医療診療所が複数あり、その他の病院、クリニック、訪問看護ステーション等、多職種の機関と積極的に連携をするというものです。言い換えれば、連携多様性が高い地域ほど、当該地域の在宅医療の持続可能性が高いということです。(表4-7参照)

表4-7 持続可能な在宅医療

	強い在支診がなし	強い在支診があり
連携多様性が低い	なにもなし	普通
連携多様性が高い	普通	高い

※筆者作成

四、人材育成に関する考察

1. 国家の介入、方針の確立、総合的な計画、民間の協力

いかなる新制度の導入も、政府と民間が一緒に協力する必要があります。在宅医療も例外ではありません。2007年、日本は超高齢社会となり、国立長寿医療研究センターの大島伸一総長の召集のもと「在宅医療推進会議」が開催されました。在宅医療推進会議の後、一連の活動が開始され、勇美記念財団、国立長寿医療研究センター、日本医師会及び日本在宅医学会等と一緒に在宅医療を推進した経験は、台湾も学ぶべきものがあります。そのうち、例えば、勇美財団主催の全国及び地方の在宅医療推進フォーラムのように、「資源」があれば教育的活動を行うことができます。また、「在宅医療連携拠点事業」のように、やる気のある専門職に「資源」を配分し、新しい医療にトライせることができ、日本の在宅医療基盤づくりに貢献します（表4-8参照）。以下に、「専門医制度」及び「医学部教育課程」についてそれぞれ検討します。

表 4-8 人材育成におけるレベル

レベル	分類	内容
国の指導によるもの		
	在宅医療推進会議	方針の確立、総合的な計画
	在宅医療連携拠点事業	2011年、厚生労働省 2012年、国立長寿医療研究センター
開業医の再教育		
	勇美記念財団	各種研究助成、普及啓発活動
	国立長寿医療研究センター	実務に対する研究分析
	各専門団体の教育活動(日本医師会)	在宅医療関連講師人材養成事業
医学部教育カリキュラム		
	東京大学医学部在宅医療学拠点	各種教育活動
	名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学教室	各種教育活動
	京都府立医科大学 在宅チーム医療推進学講座(寄附講座)	各種教育活動
	日本各大学附属病院地域医療研修コース	研修コース
第一線現場のオンザジョブ トレーニング	添付資料1を参照	添付資料1を参照

2. 専門医制度は必要なのか—在宅医療と病院医療の根本的差異

いかなる医療モデルの出現も、専門職にとっては、出現するべくして出現したものであり、専門職化する必要があるか否かの問題は、つまり専門医として制度化するか否かなのです。専門医制度を議論すると、専門医はどのような条件を備えている必要があるかという問題に必ず突き当たります。在宅医療も例外ではなく、日本の在宅医学会専門医制度及び研修プログラムポートフォリオ領域を参照すると、医学的側面（領域 A）及び社会的側面（領域 B）が含まれることが分かります（表 4-9 参照）。

表 4-9 日本在宅医学会専門医の研修プログラム

在宅医療	医学的側面	病院医療	在宅医療	社会的側面	病院医療
領域 A-1	老年医学	あり	領域 B-1	社会保障制度の理解	なし
領域 A-2	緩和医療学	あり	領域 B-2	患者中心の医療と家族ケア	あり
領域 A-3	内部障害・小児・障害者	あり	領域 B-3	チームアプローチ	なし
領域 A-4	在宅医療の諸相（導入、急性期、看取りなど）	なし	領域 B-4	臨床倫理・意思決定の支援	あり
領域 A-5	生物、心理、社会モデル	なし	領域 B-5	在宅医療の質改善、地域づくり	なし

参照：<http://www.zaitakuigakkai.org/k-sen-annai.html>

研修プログラムから分かることは、「在宅医療」は老年医学、緩和医学及び地域づくりが融合した学問であり、「病院医療」の中には老年医学（A-1）、緩和医学（A-2）、内部障害、小児、障害者（A-3）、臨床倫理、意思決定の支援（B-4）の学問が含まれます。

いずれにしても「在宅医療」及び「病院医療」には根本的な差異があります。「病院医療」は患者が退院して家に帰る医療です。「在宅医療」は患者が家で療養するのを支援する医療です。「病院医療」は疾病を治療する医療です。空間という視点から見れば、在宅医療は「家」という空間の中で、支援的な「医療行為」を行い、その目的は患者が「家」で最後まで生活することを支援することです。言い換えれば、両者は「医学的側面」及び臨床倫理、意思決定の支援の部分での重複性がありますが、その他の部分、特に「社会的側面」では、実際のところ大きな差異があるのです。

在宅医療専門職を養成する訓練においては、「病院」を主な訓練場所とすることは不可能だということが、病院医療との根本的な差異なのです。日本の在宅医学会専門医研修プログラム募集の案内を参照して分かったことは、研修施設は従来医学部に限らず、日常的に訪問診療を行っている、つまり指導医が常勤（週 4 日以上勤務）する

施設なのです。研修医は第一線（勤務経験 5 年以上）の医師が主な研修対象であり、かつ、必ず内科及び緩和ケアの基礎又は実務経験がある医師となっています。

研修施設の条件は次の通りです。

1. 在宅医療を指導できる指導医が常勤（週 4 日以上勤務）する施設とする。
2. 研修施設は、研修者を常勤（週 4 日以上）で、一年以上雇用できる施設とする。また、期間中、週 4 単位（半日を 1 単位として）以上の訪問診療の実務を経験させることができる。（複数の研修施設にまたがる研修プログラムでは、プログラム全体で上記基準をみたし、かつ主たる研修施設で 3 単位以上の訪問診療を行う。
3. 書類 A に記載された内容を、学会が公開することに同意する。

研修医の必要条件は次の通りです。

1. 専門医試験受験時（研修終了時）に、5 年以上の医師としての経験を必要とする。
2. 研修終了までに以下の 2 つの研修を終了している者。
 - (1) 半年間以上の内科研修（卒後臨床研修修了者はこれにかえることができる）
 - (2) 緩和ケア研修（3 か月相当）在宅看取り数が年間 10 名以上の在宅研修施設は緩和ケア研修を免除する。
3. プログラム開始時に学会員であること。

以上、「専門医制度」基準は、専門医を養成することを前提としています。事実上、「専門医制度」のもうひとつの側面は、誰でもこのような専門医になれるわけではないということを意味します。専門医制度の価値は、ケアの専門的クオリティを確保することにあります。従って、通常医療保険は「専門的クオリティ」を保つという前提のもと、「診療報酬」は、「専門医制度」と連動しています。

しかしながら、日本で 2006 年に「在宅療養支援診療所」の設立が開始されましたが、診療報酬は「専門医制度」と連動していません。つまり、「専門医」ではなくても、申請して「在宅療養支援診療所」となることができるのです。これには長所と短所があるかもしれません。長所は多くの方が在宅医療に参入すること、短所は多くの方が比較的困難かつ複雑なターミナルケアに取り組みながら、「看取りをしない在宅医療」になってしまうことです。台湾の状況を例とすると、緩和医療制度は非常に厳格であり、「診療報酬」と「専門医制度」の連動のもと、「緩和医療」に取り組む医師は非常に少なく、ケアの供給量は大変不足しています。従って、毎年 16 万人死亡する国において、実際に在宅緩和医療を受ける人数は約 6000 人にすぎません。かりに、専門医制度により認定された在宅診療が新人在宅医を指導する役割を担い、それに対してより高い診療報酬を与えるようにすれば、人材養成及び在宅医療の質の向上にとって有利になると考えられます。

「在宅療養支援診療所」は、より高い診療報酬が得られ、又は教育的在宅医療に対する報酬増額がなされます。教育的在宅医療を行う専門医が新人在宅医療医を支援するのです。これは人材養成の上でとても意義があると思われれます。

3. 医学部教育に導入、「早すぎる」又は「短すぎる」という問題

本研究期間、筆者は「東京大学医学部在宅医療学拠点」及び「名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学教室」を訪問しました。報告を聞き、インタビューを行っただけで、残念ながら医学部の学生と一緒に研修に行く機会はありませんでした。クリニックで研修中は、岐阜の2か所のクリニックにおいて見学に来ていた地方大学の医学部5生に出会い、名田庄でも神戸大学の学生に出会いました。日本の医学部は6年制であり、在宅医療関連のカリキュラムは後半3年間に集中しており、「地域医療」課程の中に含まれています（表4-10）。以下は、2大学における在宅医療関連課程を整理したものです。

表 4-10 医学部の在宅医療研修プログラム

名古屋大学大学院医学系研究科 地域在宅医療学・老年科学教室		
四年生	講義：地域在宅医療学老年科学	13時間、必修
四年生	講義：在宅医療入門：今後の日本で求められる第3の医療	12時間、選択
五年生	臨床実習：全員	1週間、必修
六年生	臨床実習：1回2名、毎年2回のみ	7週間、選択
東京大学医学部在宅医療学拠点		
四年生	講義：あり	
五年生	地域医療実習：半数	2週間を1期、選択
六年生	地域医療実習：全員	2週間を1期、必修

※筆者作成

参照：平成26年度~平成27年度 東京大学医学部臨床クラクシップ「地域医療学実習」報告書及び平成28年度 名古屋大学医学部（医学科）教科案内、SYLLABUS。

専門医資格を取得するほかに、成熟した在宅医療医になるには、必ず一定の養成期間が必要です。医学的知識及び技能並びに社会的側面及び制度に対する理解のほか、在宅医療におけるコミュニケーション能力及び素養については、「講義」及び「実習」のみによって学ぶことは全く不可能であり、オンザジョブトレーニングで学ぶ必要があります。伝統的な手工芸と同様に、在宅医の養成は、「暗黙知 (Tacit Knowledge)」を学ぶ過程が必要であり、それはすなわち経験豊富な医師について現場で仕事をする学習過程であり、筆者はこれを「在宅暗黙知学習」と定義しました。

筆者のこの3か月間の第一線現場における観察によれば、同一の患者は、同一の診療所の数名の常勤医師がそれぞれ別々に訪問します。経験豊富な在宅医と新人在宅医との差異は、医学上の処置にあるのではなく、コミュニケーション能力なのです。経験豊富な医師は、患者とのコミュニケーションの時間の7割が「日常生活」についてのおしゃべりに割かれ、残りの3割の時間が「医学」に割り当てられます。訪問看護師も同様です。比較的経験の浅い医師は、滞在時間の9割が医学関連の会話に費やされ、1割が日本人特有の儀礼的な挨拶に割かれます。経験豊富な在宅医療は、「日常生活」を通じて患者の心身が安定しているか否か、家族関係が安定しているか否か、及び将来への希望等重要な情報を確認しているのです。

筆者が訪問した2大学では医学部5年生になると、1年間に2週間在宅医療に接することができます。在宅医療に触れる機会が遅すぎるということはありませんが、接する期間は長くありません。確かに志のある学生を刺激することができますが、彼らが在宅医療を選択し、生涯の職業とするきっかけをつくることは難しいのです。研修医の段階で在宅医療の支援があることが重要だと思われます。

仮に研修医の段階において、基本的な医学知識及び技術のほかに、「在宅暗黙知」の学習機会があれば、成熟した在宅医療の従事者を養成する上で有益だと思われます。例えば、大学附属病院又は地方病院及びクリニックと協力し、在宅医療に従事する意志のある研修生に対し、半年又は一年のクリニックにおける長期研修(外部研修)を計画することです。または、慶応義塾大学病院総合診療科、飯塚病院家庭医療科及び河北総合病院家庭医療科の研修医訓練では、このような外部研修課程を組み込んでいます。しかし、残念なことに、少なくともひとつの専門医資格を有していないと、在宅医療専門認定医になれないのです。(表4-11、4-12、4-13参照)

表4-11、慶應義塾大学病院総合診療科の研修医訓練コース

モデルとなるローテーション例												
1年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	内科(慶應病院内)						小児科(慶應病院内)			救急科(慶應病院内)		
2年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	那須赤十字病院(地域研修)						河北家庭医療センター(在宅医療)					
3年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	ゆうクリニック(在宅医療)						整形外科	精神神経科	放射線診断科	皮膚科	眼科	産婦人科
4年目	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	総合診療科(慶應病院内)											

参照：<http://www.keio-generalmed.com/study>

表 4-12 飯塚病院家庭医療科の研修医訓練コース

家庭医療ローテーションスケジュール例												
(総合診療科外来・院外診療所外来・在宅診療・小児科外来)												
1年次	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	ER			穎田			総診			小児		
	ハーフデイバック 週1回											
	ER：飯塚ER 穎田病院：穎田病院（外来+病棟） 総診：飯塚総合診療科（一般チーム） 小児：飯塚小児科											
2年次	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	内科			穎田			総診			皮整		
	週1回午前中に穎田継続外来診療、午後に穎田在宅診療（ワンデイバック）											
	内科：飯塚内科 穎田：穎田病院（外来+病棟or在宅） 総診：飯塚総合診療科（外来/教育/重症） 皮整：皮膚科/整形外科											
3年次	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
	穎田				緩和				産婦		選択	
	週1回午前中に穎田継続外来診療、午後に穎田在宅診療（ワンデイバック）											
	穎田：穎田病院（外来+病棟or在宅） 緩和：緩和ケア科 産婦：産婦人科											

参照： <http://aih-net.com/resident/senior/rotate/family.html>

表 4-13 河北総合病院の家庭医療科の研修医訓練コース：
スケジュール 3年コース

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Year 1	クリニック (外来&訪問診療)			ER			内科					
							Half Day Back					
Year 2	総合診療科						小児科			クリニック (外来&訪問診療)		
	Half Day Back						One Day Back			選択外来研修(週1日)		
Year 3	緩和ケア研修		クリニック(外来&訪問診療)									
	One Day Back		選択外来研修(週1日)									

スケジュール 4年コース

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
Year 1	クリニック (外来&訪問診療)			ER			内科					
							Half Day Back					
Year 2	内科						総合診療科					
	Half Day Back						One Day Back					
Year 3	緩和ケア研修		小児科			クリニック(外来&訪問診療)						
	One Day Back					選択外来研修(週1日)						
Year 4	クリニック(外来&訪問診療)											

参照：https://kawakita.or.jp/iryu/content_rinsyou/page278.html

国の政策によって「在宅療養支援診療所」を後期研修医の必修課程に組み入れ、更には総合診療専門医又は家庭医療専門医制度と在宅医療専門医をリンクさせれば、日本の在宅医療の人材養成、ケアの普及及びクオリティの向上にとって、有益であると考えられます。

第五章 結論

日本の在宅医療の発展は第二次大戦後から始まり、農村医療及び地域医療を基礎として展開された在宅医療、家庭医を基礎とした在宅医療及びホスピスを主軸とした在宅医療がありますが、その多くは日本の高齢社会のニーズを受けとめ、始まった在宅医療です。

現在、台湾の高齢化の進捗状況は1994年の日本に相当しています。1994年、日本では佐藤智医師のもと26名の医師が集結し、「在宅医療を推進する医師の会」を組織しました。台湾でも2016年20数名の医師が集結し、「在宅医療研究会」を組織し、台湾の在宅医療を推進することになりました。日本の在宅医療発展のコンテクストを理解することは、台湾が将来歩むべき道を考える上で役立ちます。なぜなら10年後の台湾は日本と同じく、超高齢社会になり、ケア及び医療の負担も更に重くなるからです。

2015年7月、筆者は台湾の嘉義市で在宅医療の多職種連携の実験を開始しました。つまり、これは在宅医療と介護の結合であり、主に医師が訪問介護事業所をサポートする方式によって行い、ケアの対象の多くは台湾の医療保険規定の対象外の在宅患者です。これらの実験は、台湾の医療保険を通じて在宅医療モデル事業を改善することです。

また、筆者は2014年10月から現在までに合計7回日本を訪問し、日本の僻地又は都市における在宅医療及びケアの先進的な拠点を訪問しました。その目的は異なる形態のクリニックの特性を理解し、将来、台湾各地に在宅医療を普及させる上で参考にするためです。2016年現在、訪問診療をする診療所の規模は、日本は台湾の6倍であり、看取りをする診療所の規模については、日本は台湾の12倍なのです。台湾の資料は登録の資料なので、実際はこの倍数よりも開きがあるはずですが、これは、台湾において介護資源が不足し、また医介連携の経験も不足しているためであると思われる。

本研究では、11か所の診療所について研究しましたが、従来の分類、例えば混合型、在宅専門型といった分類では、日本の在宅医療の現場を十分に分析することができないことがわかりました。またクリニックの「運営形態」及び「連携形態」に対する研究を通じて、在宅医療が地域包括ケアシステムに組み込まれ、病院と密接に連絡を取り合うことにより、医療と介護の間で多様な「医介連携」が生まれており、その連携のあり方には「大循環」及び「小循環」がありますが、大循環は垂直な病診連携、小循環は水平な診診連携です。

また、本研究では、クリニックの所在地が「運営形態」及び「連携形態」に影響することを発見しました。僻地と都市を比べると先天的な差異-「医介連携」上の資源不足、人材不足-があります。僻地にはさらに距離と時間の問題もありますので、「在

在宅医療専門診療所」の出現は不可能なのです。都市部の「医介連携」のリソースが豊富であり、洗練された制度及び高い診療報酬もあります。本研究の訪問対象は、その所在地の地域特性に関わらず、いずれも日本在宅医療界の中でもっとも高い評価を得ている拠点であり、これらのクリニックの「連携の多様性」を整理することで、日本の在宅医療を多角的に理解することに努めました。

本研究では日本の在宅医療の重点である「情報共有」及び「連携の多様性」の間の関係を検討しましたが、法人内、法人外及び家族の間には、「情報共有の一致性」及び「情報共有の即時性」の差異が出現します。台湾のロングタームケアは現在転換期にあり、新しい段階に進もうとしており、政府は今年7月に「ロングタームケア 2.0」を発表しました。現在の台湾には「連携」のほかにも、在宅医療の人材養成についても、具体的な政策がないため、本研究結果は、台湾が将来在宅医療と介護の連携を発展させるために、非常に役立つと考えられました。

本研究では、日本の人材養成方法を系統的に理解することに努めましたが、これは狭義の医学部教育ばかりではなく、広義の地域における普及活動、及び開業医の再教育に及びます。2007年に開催された「在宅医療推進会議」は、政府の在宅医療発展に対する重視を表しています。このほか、民間のサポートとしては、勇美記念財団が各地で推進フォーラムを行い、在宅医療普及において重要な役割を果たしています。2009年日本在宅医学会は「専門医制度」認証を始め、在宅医療に従事する専門医に新しい資格を取得するよう奨励しています。これは台湾でも将来的には必要になるでしょう。医学部の教育カリキュラムにおいて、在宅医療の紹介及び実習を組み込み、若い医師を薫陶する必要があります。しかし、もし研修医制度の中に組み込むことができれば、更に多くの若い医師が在宅医療に取り組むことになるかと信じています。

在宅医療は、日本の「地域包括ケア」における要であり、日本政府は制度設計を不断に修正しています。本研究では、第一線の専門家による不断の努力により築きあげられてきた日本の在宅医療の多様な側面に触れることができました。筆者は、医学、社会学、歴史学及び人類学等の研究方法により、研究者たちが様々な角度から日本の在宅医療のあり方を浮き彫りにすることを希望しています。また、日本の関係者が、これまでの経験を他国と積極的に分有してくれるよう願っています。

第六章 参考文献

一、参考書籍

1. 若月俊一：村で病気とたたかう，岩波新書，1971.
2. 中里憲保：地域医療の旗手—住民と共に歩む「赤ひげ」たち，現代出版，1982.
3. 黒岩卓夫，権平達二郎，斉藤芳雄：わたしたちの健康医療—新潟大和町の実践記，現代出版，1983.
4. 鈴木荘一：死を抱きしめる—ミニ・ホスピス八年の歩み，廣済堂，1985.
5. 黒岩卓夫：地域医療の冒険—みんなの「健康やまとびあ」をひらく，地域社会研究所，1987.
6. 川上武，小坂富美子：農村医療からメディコポリス構想へ，勁草書房，1988.
7. 増子忠道，太田貞司：病院がひらく都市の在宅ケア，自治体研究社，1993.
8. 南木佳士：信州の上医あり、若月俊一と佐久病院，岩波新書，1994.
9. 三浦聡雄，増子忠道：東大闘争から地域医療へ——志の持続を求めて，勁草書房，1995.
10. 松島松翠：農村医療の現場から，勁草書房，1995.
11. 佐藤 智：在宅ケアの真髄を求めて，日本評論社，2000.
12. 鎌田実：命があぶない、医療があぶない，医薬歯出版株式会社，2001.
13. 黒岩卓夫：「大地の子」と地域医療—第13回若月賞受賞記念講演，NPO法人日本アビリティーズ協会，2004.
14. 徳永進：野の道往診，NHK出版，2005.
15. 和田忠志（監修）：医療の危機に抗して，医薬歯出版株式会社，2008.
16. 辻哲夫：日本の医療制度改革がめざすもの，時事通信社，2008.
17. 佐藤 智，高久 史麿，山口 昇，大島 伸一，和田 忠志，島崎 謙治（編集）：在宅医療の展望（明日の在宅医療），中央法規，2009.
18. 佐藤 智，前沢 政次，和田 忠志，黒岩 卓夫（編集）：在宅医療の諸相と方法（明日の在宅医療），中央法規，2009.
19. 佐藤 智，川越 博美，島崎 謙治，片山 壽（編集）：在宅医療・訪問看護と地域連携（明日の在宅医療），中央法規，2009.
20. 佐藤 智，田中 滋，島崎 謙治，西村 周三，山田 雅子（編集）：在宅医療の経済的基盤（明日の在宅医療），中央法規，2009.
21. 佐藤 智，井部 俊子，佐藤 美穂子，開原 成允，和田 忠志，平原 佐斗司（編集）：在宅医療と人材養成・人材確保（明日の在宅医療），中央法規，2009.
22. 中村伸一：自宅で大往生「ええ人生やった」と言うために，中公新書ラクレ，2010.
23. 中村伸一：寄りそ医 支えあう住民と医師の物語，株式会社 KADOKAWA，2011.
24. 市原美穂：ホームホスピス「かあさんの家」のつくり方，木星社，2011.
25. 永井康徳：楽なように、やりたいように、後悔しないように，愛媛新聞社，2011.
26. 実地医家のための会（編集）：命をあずける医者えらび—医療はことばに始まり、ことばで終わ，保健同人社，2011.
27. 山崎章郎：家で死ぬということ，海竜社，2012.

28. 山崎章郎, ニノ坂保喜: 病院で死ぬのはもったいない, 春秋社, 2012.
29. 秋山正子: 在宅ケアのはぐくむ力, 医学書院, 2012.
30. 長尾和宏: 「平穏死」 10 の条件 胃ろう、抗がん剤、延命治療いつやめますか?, ブックマン社, 2012.
31. 中野一司: 在宅医療が日本を変える, 医療法人ナカノ会, 2012.
32. 上野千鶴子, 小笠原文雄: 小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか?, 朝日新聞, 2013.
33. 東京大学高齢社会総合研究機構(編集): 地域包括ケアのすすめ, 東京大学出版会, 2014.
34. 花戸貴司(著), 國森 康弘(写真): ご飯が食べられなくなったらどうしますか?, 農山漁村文化協会, 2015.
35. 早川一光: わらじ医者のかたき道 - 民主的医療現代史, 青土社, 2015.
36. 武藤正樹: 2025 年へのカウントダウン, 医学通信社, 2015.
37. 武藤正樹: 2025 年へのロードマップ, 医学通信社, 2015.
38. 在宅新療 0-100 (創刊 1 号) はじめよう! 在宅医療, へるす出版, 2016.

二、会議資料および研究報告

1. 平成 19 年度 在宅医療推進会議 報告書(別冊), 厚生労働省長寿医療研究委託費(18 指-3)による研究成果, 2008.
2. 王雲東, 鄧志松, 陳信木, 楊培珊: 我國長期照護服務需求評估, 行政院經濟建設委員會研究委託, 編號: (98) 022.805, 2009.
3. 在宅医療の最近の動向, 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室, 2012.
4. 三浦久幸: 第 9 回「在宅医療推進フォーラム」~新しい地域社会の創造に向けて, 2013.
5. 在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会研修運営ガイド, 東京大学高齢社会総合研究機構, 2013.
6. 在宅医療介護連携のための市町村ハンドブック, 国立長寿医療研究センター, 2013.
7. 長島公之: 医介連携ネットワークは 地域医療連携ネットワークとは 別にして併用の方が良い。栃木県医師会, 2014.
8. 楠窪佳子: 在宅医療支援入院プロジェクト, 福岡医師会成人病センター, 2014.
9. 平成 26 年度~平成 27 年度 東京大学医学部クリニカルクラークシップ「地域医療学実習」報告書, 東京大学医学部在宅医療学拠点, 2015.
10. 在宅医療テキスト, 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団, 2015.
11. 在宅医療に関する国の政策, 厚生労働省医政局地域医療計画課在宅医療推進室, 2015.
12. 在宅医療関連講師人材養成事業, 厚生労働省, 2015.
13. 和田忠志: 地域包括ケアにおける在宅療養支援診療所の役割と使命, 2015.
14. 後藤友子: 先進事例と残念な事例から学ぶ、在宅医療と介護の連携事例集。国立長寿医療研究センター在宅連携医療部, 2015.
15. 第 18 回日本在宅ホスピス協会全国大会 in 奄美、離島でもできる在宅ホスピス, 日本在宅ホスピス協会, 2015.09.21.
16. 第 11 回在宅医療推進フォーラム~住み慣れた街で最期まで~, 公益財団法人在

宅医療助成勇美記念財団, 2015.11.23.

17. 平成 28 年度名古屋大学医学部（医学科）教科案内, SYLLABUS, 2016.
18. 名古屋大学医学部附属病院地域連携患者相談センター,医療連携のご案内,2016 年版。

三、論文

1. 中村伸一：無床である名田庄診療所での悪性疾患との関わり，第 47 回全国国保地域医療学会（最優秀）平成 19 年 10 月, 2007.
2. 増田進：沢内村の地域医療，日農医誌, 59, No.6,686－690, 2010.
3. 大島伸一：在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究。厚生労働科学研究費補助金,地域医療基盤開発推進研究事業, 2012.
4. 白髭豊, 詫摩和彦, 松本武浩：病院、開業医、看護師、介護スタッフの連携で在宅医療を進める長崎在宅 Dr. ネット, 社会保険旬報, 2012.