

平成26年4月より開始された「地域包括ケアシステム」構築に対する日本ホスピス・在宅ケア研究会の立場表明(案)

はじめに

少子高齢化が急速に進んでいる我が国の社会保障制度のあり方、そして、地域社会や地域医療のあり方について平成26年度から重要な改革が始まりました。

具体的には平成26年4月に、制度改革の基金としての消費税率が引き上げられ、平成26年6月25日には関連する法律「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が公布されました。この法律では、「地域包括ケアシステム」の構築をはかるために、医療・介護の連携強化のための基本的方針(「総合確保方針」)を厚生労働大臣が策定すること、地域医療構想(地域医療ビジョン)を都道府県が医療計画として策定すること「都道府県の医療・介護連携事業(病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進など)の新たな基金として消費税増収分を活用すること、そして、当該市町村の地域における医療および介護の総合的な確保のための事業の実施に関する計画は地域の実情に応じた形で市町村が作成することなどが盛り込まれています。

これらの政策は、社会保障改革国民会議の最終報告書(平成25年度8月提出)に盛り込まれた内容に沿い具現化されたものであり、基本的には、各々の地域の実情に応じて、市町村が地域住民と共に、地域のあり方や医療のあり方を見直し、新しい地域社会や地域医療のしくみを創ることを目標としています。

そして、この方向性は当研究会が発足当時(1992年)から活動してきた方向性(がん・難病・認知症や在宅ケアなど今日的な保健、医療、福祉、介護の諸問題について専門家と市民がともに考え、尊厳ある老・病・死のあり方を多方面・多様な立場から研究し、その成果を実践する)と現時点では重なりあうものと考えます。

したがって、当研究会は、それぞれの地域の実情に見合った、しかも市民の目線で納得できる「地域包括ケアシステム」ができるだけ早く構築できるよう、当研究会に参画する保健、医療、福祉、介護関係者、様々な分野の専門家、および「市民」としての会員が研究会として、あるいは暮らしている地域の中で、個人として協働し、以下の立場で積極的に活動してゆくことを表明します。

立場1 「地域」および「生活」に根ざした医療への転換を図る

急性期対応病院を含めた地域の病院と診療所（かかりつけ医）との連携のもとに、病状や障害の状況に応じた適切な医療支援が継続して受けられる体制、入院した場合でも退院後の生活に配慮した医療が提供される体制、疾病や加齢による障害、あるいは進行したがんや慢性疾患により通院がなくなった時に希望に応じて多職種（医療関連職および介護関連職）連携・協働による医療支援と生活支援が受けられる在宅医療体制をつくることを共に目指します。

このため、病院の医療従事者や管理者に対しては、地域の医療および介護従事者と連携することが大切であること、「患者」とは病を持った人であると同時に「地域で生活する人」であることを意識してもらうこと、治らない病気や障害を持った人に対して、できるだけ早い時期に「地域全体で継続して治療を行う」ことの説明や在宅医療について情報提供を行うことが重要であることを理解してもらうための活動を行います。

また、地域の医療や介護従事者に対しては、病院から紹介された人が地域で安心して治療や必要なケアが継続して受けられる連携体制を作るための活動を支援します。

さらに、地域住民に対しては、病院を含めた連携の中で医療や介護が継続して受けられることのよさについての認識を深めるための啓発活動を行うとともに、地域住民にとってより満足度や納得度の高い地域医療および介護体制（在宅医療を含め）を構築するための方策について共に考え、その方策の実現に向け提言していきます。

立場2 人生の最終段階を穏やかに過ごすことのできる環境を整備し、病院ではなく在宅での看取りを推進する（エンド・オブ・ライフケアおよび在宅ホスピスケアの推進）

誰にも訪れる死を「人生の自然の経過」と考え、「人生の最終章」ともいうべき死をできるだけ穏やかな環境で迎えるための方策を市民とともに考えていきます。この穏やかな環境整備として、市民には早い時期（50歳代）から覚悟（人は必ず死を迎えることを念頭に置き、親近者を含めその時の対応を考える）および養生を促すこと、医療従事者には死を予測される病気や病状にある場合にはできるだけ早い時期に情報提供することを促すこと、治癒できない病状では、「生活を支える医療やケア」を提供することを促すこと、どのような場合であっても、その人の人生にとってできるだけ意味のある、満足度や納得度の高い選択枝を提示する努力を怠らないよう促すこと、死が免れないと判断される時期には穏やかな看取りを前提とした医療支援を行うよう促すことなどが挙げられます。

また、私たちは病院、特に急性期病院は人生最後の穏やかな環境としてはふさわしくないと考えています。病院では自立が損なわれ虚弱がすすむこと、自由や尊厳が損なわれること、役割や地域との関係性が失われることにより孤独を感じるなど失うことが大きいからです。

現在、生活の匂いや音を感じられる日常の住まいとして様々な場所があります。自宅、介護福祉施設、有料老人ホーム、グループホーム、サービス付高齢者住宅、共同住宅など、どのような住まいであっても、必要に応じた医療支援や生活支援が受けられ、最期まで安心して住まうことができる体制が整備されるよう活動します。

なお、このためには多職種協働による質の高い緩和ケア、ホスピスケア、エンド・オブ・ライフケアが、どのような疾患であっても、どのような時期であっても、どのような場所であっても提供される地域体制を作るために市民と一緒に活動します。

立場3 在宅医療および在宅ケアの質の向上を図る

地域包括ケアシステムの中核として今後普及すべき在宅医療や在宅ケアは、これまで提供されてきた在宅医療とは、医療依存度が高い（治療や処置が必要となる）病状が多い、最終的に看取りを伴うことも少なくない、医療職と介護職の多職種協働が必要不可欠である、家族介護をあてにしない、など大きな違いがあります。このため、利用者が安心して暮らし続けるためには、多様な医療ニーズあるいは生活ニーズに応じた医療支援や生活支援が必要であり、そのための医療職に対する緩和ケア教育、介護職の医療知識の習得、看取り教育、多職種協働のための教育研修体制が必要不可欠となります。

当研究会は市民を含む多職種が集う団体であり、理事や評議員として様々な職業や経歴を有する人が活動していますので、この豊富な人材による「多職種連携のための研修会」を定期的を開催するとともに、このような人材育成をNPO法人にも委託できるような仕組みができるよう働きかけ、全国各地で依頼に応じて開催する体制を整備します。

立場4. 医療や介護を受ける利用者本人の意思を尊重する体制、利用者の権利を擁護する体制を整備する

医療や介護の利用者が今後受けたい医療と介護について親近者などと一緒に考え、その意思を表明あるいは明示する（アドバンスケアプランニング：ACP）ことが今後必要となってくると考えます。そのため、ACPについての情報を発信するとともに、本人の意思が明確になっている場合には、その意思が尊重され確保されるよう、本人の意思確認が困難である場合には、本人の意思を尊重する代理人が指定できることも含めて法整備を進めるよう求めています。なお、法整備が困難である場合には、少なくとも倫理指針として明確に示すよう求めています。

また、医療や介護、福祉の現場では人権がおろそかにされている（身体的・精神的虐待、拘束や遺棄など）場合もあり、利用者の権利が擁護されるよう公的な体制、例えばオンブズマン制度、権利擁護者（アドボケーター）制の確立などを求めています。

立場5. ホスピスボランティアの育成を図る

地域包括ケアシステム構築において、「自助・互助・共助・公助」が強調されていますが、特に地域住民による互助および共助としてフォーマルな支援とともにインフォーマルな支援が必要不可欠であると考えます。

在宅医療においても、医療と介護・福祉の専門職の協働による支援は重要ですが、雇用された専門職のみによるケアには限界があり、その限界を補完するためのボランティアの活用をはかる必要があると考えます。しかし、単純作業が求められる災害ボランティアなどとは異なり、ホスピスボランティアには、地域包括ケアにかかわるために必要な医療や看護、介護領域の専門職と連携できるある程度の専門技能が要求され、その育成のために研修と訓練が必要となります。当研究会は全国各地でのホスピスボランティア育成のための研修活動を支援してゆきます。

立場6 「災害弱者」および「医療弱者」に対する支援体制の構築を目指す

阪神・淡路大震災および東日本大震災では、「災害弱者」と定義される人のうち、高齢者を含めて障害をもった人の長期にわたる継続的な支援の重要性が浮き彫りになりました。特に、震災によるコミュニティの崩壊は、障害をもっていない高齢者も孤立による様々な障害を引き起こし、虚弱の進行を早めることがわかりました。当研究会は、この二つの大震災で支援活動を行い、特に高齢者や障がい者に対する短期的および長期的に必要な支援内容、支援のあり方についての知識や経験をもっていますので、今後おこるであろう地震を含む災害への対応について、市民目線で必要な対策を講じるよう積極的に提言してゆきます。

また、経済的な理由で医療が受けられない「医療弱者」については、まだ問題視されていませんが、経済格差が広がっていること、平均寿命がのびることにより生活費が足りなくなる高齢者が増えることなどを考慮すると、地域包括ケアシステムとして、「医療弱者」に対する、在宅医療に係る医療費用（訪問費用だけでなく症状緩和治療に必要な薬剤費など）や介護費用などの負担をどうするのか、住まいをどうするのかなどの課題に真正面から取り組む必要があると考えます。当研究会は、地域包括ケアシステムに理由なく落ちこぼれる人がないように今後の状況に応じて、この問題に取り組む提言を行ってゆきます。

立場7 地域包括ケアシステムの地域格差の解消を目指す

平成26年度から始まった地域包括ケアシステム構築のための制度設計(政策)は急速に進められていますが、その一方で、実質的に担当する市町村およびそれを支援する都道府県の対応(取り組み)は地域によって大きな格差が生じつつあります。特に在宅医療・介護連携の推進については、市町村に在宅医療に関する知識を有する職員がいないこと、縦割り行政により担当する部局が明確となっていないこと、地域医師会の在宅医療に対する取り組みの温度差が非常に大きいことなどが理由となっています。

この格差をできるだけ解消するため、市町村は地域包括ケアシステムの担当部門を決めて関係する部局を統括できる体制を早急に構築すること、地域医師会は在宅医療・介護連携事業に積極的に協力すること、都道府県は市町村の在宅医療・介護連携事業を支援する体制を構築することなどが必要と思います。

また、地域包括ケアシステム構築の財源として各都道府県に医療・介護を対象とした新たな財政支援制度(「地域医療介護総合確保基金」)が設けられ、同時に、平成27年度から始まる各市町村の第6期介護保険事業計画の地域支援事業には在宅医療・介護連携推進事業を盛り込む形となりました(第6期介護保険事業計画では任意、平成30年からの第7期介護保険事業計画では必須)。「地域医療介護総合確保基金」には消費税の増収分が充てられ、介護保険事業計画は地域支援事業補助金があるものの介護保険料から拠出されることになっています。したがって、「基金」や「介護保険料」を地域住民にとって意義のある「在宅医療の推進・介護サービスの充実のための事業」に拠出されるよう、当研究会は、事業の内容や成果について地域住民への「見える化」を進めるよう要望してゆくとともに、各地で取り組んでいる特徴ある事業についての情報を収集・発信し、各地域の市民団体と協力しながら事業参加を促進するための活動を行います。

立場8 在宅医療の推進に取り組む市民および各種団体との連携を深める

当研究会は全国大会を年1回開催し、また、多職種協働を進めるための研修会(セミナー)を年2回開催しております。この大会や研修会は、興味のある人であれば誰でも参加でき、全国大会は開催地での市民の参加を念頭にプログラムを作成し、開催地での在宅医療や緩和ケアなどの普及活動としての性格を持たせており、今後さらに一層市民との連携を深めていきます。

また、在宅医療に係る各種団体との連携を深めながらも、あくまでの市民の視点で、在宅医療の推進を含めた地域包括ケアシステムの構築を図っていきます。