

東京大学 高齢社会総合研究機構

設立構想

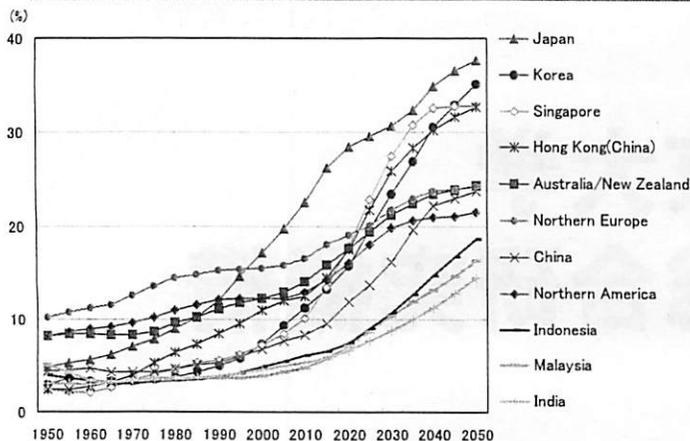
世界の人口高齢化をリードする日本発の、高齢社会課題に
学際的に取り組む研究・教育拠点を東京大学に

2009年3月

背景

課題と可能性の先進国、超高齢国日本へ

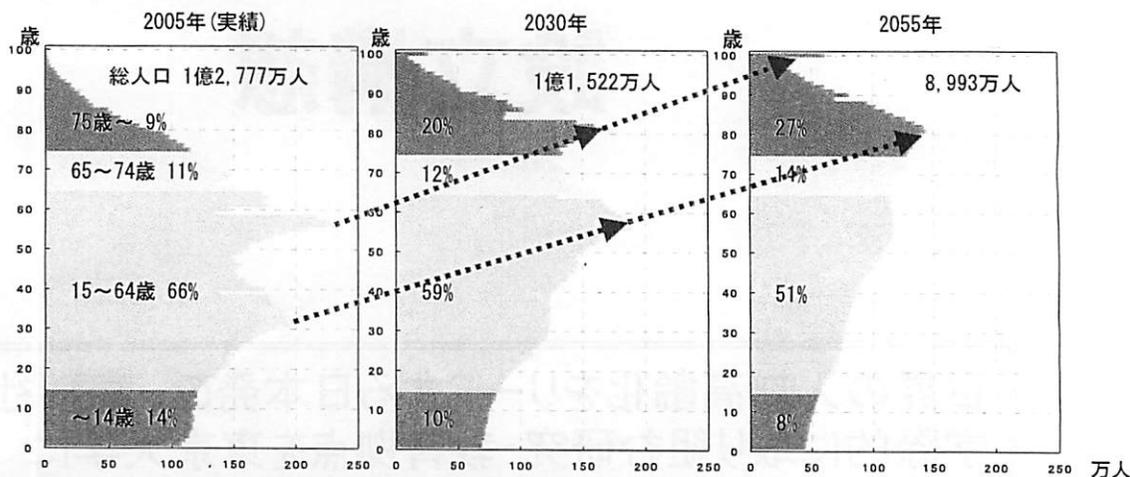
今世紀、世界の高齢化は更に加速する。特にアジア圏の高齢化が著しい。そのトップランナーがわが国である。



これまで高齢化の先頭を走ってきた欧米を越える勢いでアジア諸国が高齢化する。

わが国はそのトップを走っており、2030年には人口の3人に1人が65歳以上となる。

中でも75歳以上の急増が予測されている。このような超高齢社会が目前に迫る今、我々は超高齢社会に対応した持続可能な社会の実現のため、多様な課題と可能性に直面している。



長寿社会の多岐に渡る複雑な問題に対応した、社会システム創出の必要性

65歳以上、75歳以上が人口のマジョリティになる時代に、現在の社会の価値観や社会システムは立ち行かない。多様な課題に対して知を集結し、多角的に課題解決に取り組む必要がある。

長寿と社会の高齢化が面する課題は、幅広い領域で相互に関連する複雑なものである。

その解決には、これまで領域別に蓄積されてきた知を集結し学際的に課題解決に取り組む研究体制の構築が不可欠である。



さらには、鳥瞰的視野で課題解決に取り組める人材の育成、融合した知を新たな社会システムの創生、政策提言、産業界との協働など、複数のソースから社会に発信する産学官の連携体制の構築が求められている。

設立趣旨

超高齢社会の直面する課題解決に、学際的に取り組む共同研究事業の推進

複雑に絡み合う課題を多角的に分析し、解決策を社会に発信するため、学内外に点在する高齢者・高齢社会研究の研究者、データ、知見を集約し学際的共同研究を推進する

領域横断的な視点、産学官、そして国内外と連携し課題解決を目指す人材の育成

学際教育プログラムの運営により、高齢化と高齢社会に関する広い知識を備えた人材を産学官各領域へ広く輩出するとともに、若手研究者を積極的に研究プロジェクトの中核に位置づけることで、国内外他領域の関係者と連携し研究をすすめる能力を身につけた人材を育成する

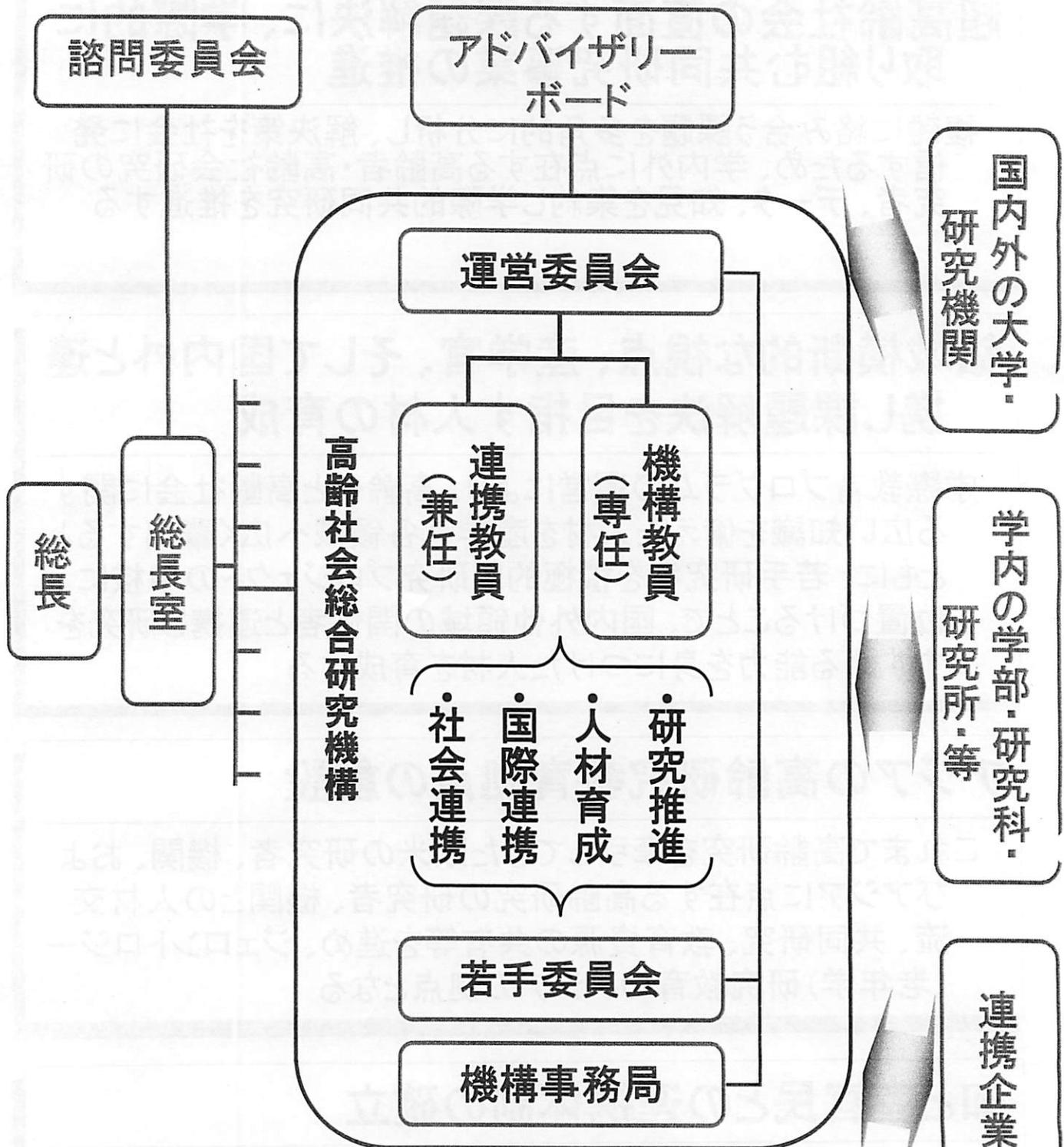
アジアの高齢研究教育拠点の創設

これまで高齢研究を牽引してきた欧米の研究者、機関、およびアジアに点在する高齢研究の研究者、機関との人材交流、共同研究、教育資源の共有等を進め、ジェロントロジー（老年学）研究教育のアジアの拠点となる

知と産官民との連携体制の確立

研究教育活動と社会連携活動をとおして行政・産業・地域市民らと連携し、課題の掘り起こしと知見の社会還元をたえず行う連携体制を確立する

推進体制



総長室直轄で高齢社会総合研究機構を設置

学内外、国内外の関連機関、さらには地域、企業らとのネットワークのなかで、運営委員会(専任、兼任の教員から構成される)が主体となり、若手委員会(若手研究者のネットワーク)と共同で4領域の活動を推進する

機構推進メンバー（4月1日付け）

学内12研究科等、2研究所に渡る広く強力な学内ネットワーク

大内 尉義 (運営委員長)	医学系研究科(生殖・発達・加齢医学専攻) 教授
鎌田 実 (機構長)	高齢社会総合研究機構 教授
辻 哲夫	高齢社会総合研究機構 教授
秋山 弘子	高齢社会総合研究機構 特任教授
甲斐 一郎	医学系研究科(公共健康医学専攻) 教授
村嶋 幸代	医学系研究科(健康科学・看護学専攻) 教授
秋下 雅弘	医学系研究科(生殖・発達・加齢医学専攻) 准教授
樋口 範雄	法学政治学研究科(総合法政専攻) 教授
森田 朗	公共政策学連携研究部(公共政策学専攻) 教授
岩本 康志	経済学研究科(現代経済専攻) 教授
佐久間 一郎	工学系研究科(精密機械工学専攻) 教授
大方 潤一郎	工学系研究科(都市工学専攻) 教授
大月 敏雄	工学系研究科(建築学専攻) 准教授
廣瀬 通孝	情報理工学系研究科(知能機械情報学専攻) 教授
飛原 英治	新領域創成科学研究科(人間環境学専攻) 教授
吉川 泰弘	農学生命科学研究科(獣医学専攻) 教授
阿部 啓子	農学生命科学研究科(応用生命化学専攻) 教授
荒井 良雄	総合文化研究科(広域科学専攻) 教授
武川 正吾	人文社会系研究科(社会文化研究専攻) 教授
清水 哲郎	人文社会系研究科(上廣死生学講座) 教授
白波瀬 佐和子	人文社会系研究科(社会文化研究専攻) 准教授
牧野 篤	教育学研究科(社会教育専攻) 教授
稲葉 寿	数理科学研究科(数理科学専攻) 准教授
伊福部 達	先端科学技術研究センター(工学系研究科先端学際工学) 教授
佐藤 博樹	社会科学研究所(附属日本社会研究情報センター) 教授

研究推進

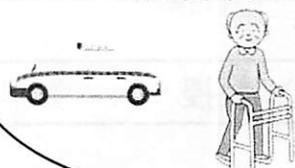
研究の基本理念

“Aging in Place” - 住み慣れた所で自分らしく老いることが出来る社会の実現をめざす

高齢者・高齢社会の
俯瞰的理解

老化プロセスの解明

個々の状況に応じた
移動手段



元気高齢者を
地域の支え手に



ニーズに即した
多様な住居



健康情報管理



Aging in Place
課題解決研究

遠隔医療



プライマリケア体制
薬局



かかりつけ医

24時間対応の
訪問看護・介護



評価軸

高齢者の
QOL



家族の
QOL



コスト



ジェロ・テクノロジー

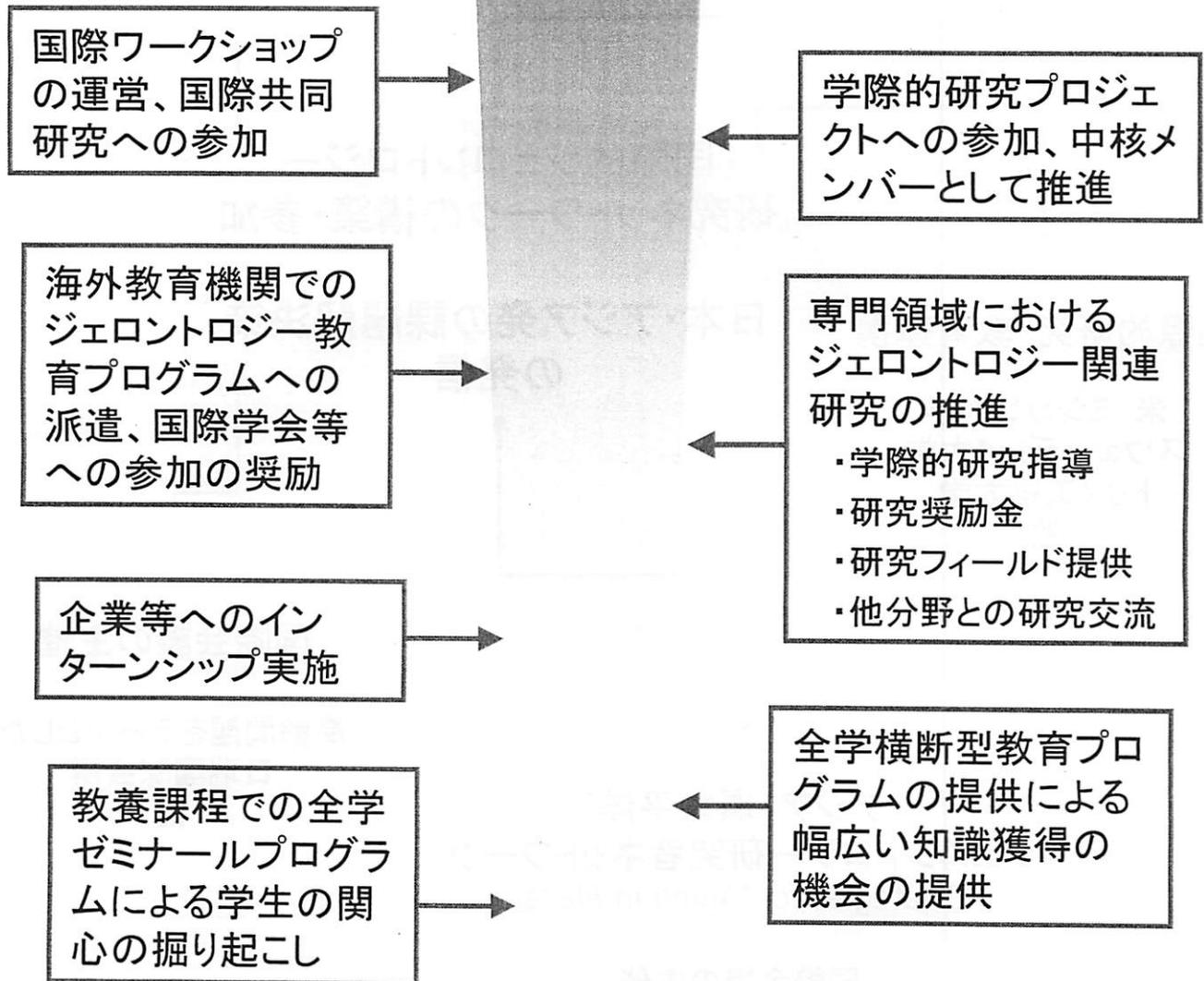
個人の老化と社会の高齢化の理解を深める基礎研究、高齢者の生活を支援する技術開発研究を基盤とし、地域・社会から抽出した課題解決型の研究プロジェクトを推進

課題解決研究プロジェクトでは、モデル地域における社会実験型研究により、知見を社会に還元する体制を推進する(現在、福井県及び千葉県柏市で計画・実行中)

人材育成

次世代のジェロントロジー研究者のネットワーク拡張

世界、各界で活躍する
人材の輩出



国際連携

IARU

(International Alliance of Research Universities)
国際的トップクラスの10の研究大学による連合

世界経済フォーラム
(ダボス会議)

Global Aging Council
リーダー校

「高齢化と健康」研究チーム
への参加

国際的ジェロントロジー
研究ネットワークの構築・参加

国際的研究・教育連携

米 ミシガン大学
スウェーデン4大学
トリノ工科大学
他

日本・アジア発の課題解決策
の発信

国際会議の主催

高齢問題をテーマとした
日瑞国際会議
他

アジア・環太平洋
ジェロントロジー研究者ネットワーク
Strategies for 'Aging in Place'

国際会議の主催
国際共同研究への助成
他

社会連携

地域社会



課題の掘り起こし

課題解決研究プロジェクトの推進

知見の還元

(解決策の提案、開発、導入等)

企業



東京大学産学-コンソーシアムへ参加

- ・ 共同研究会の開催
- ・ 企業との教育・研究資源の共有
- ・ 共同研究事業の推進 等

地域連携



企業連携



研究活動における連携
研究成果の発信
人材の輩出
による地域社会、産業界 等との連携

研究者の輩出



研究成果の発信



科学的リーダーシップの発揮

教育・研究機関



職能団体



公共団体



産業界



超高齢化に対する
日本からの解提示

ジェロントロジーという
新しい学問の
創造

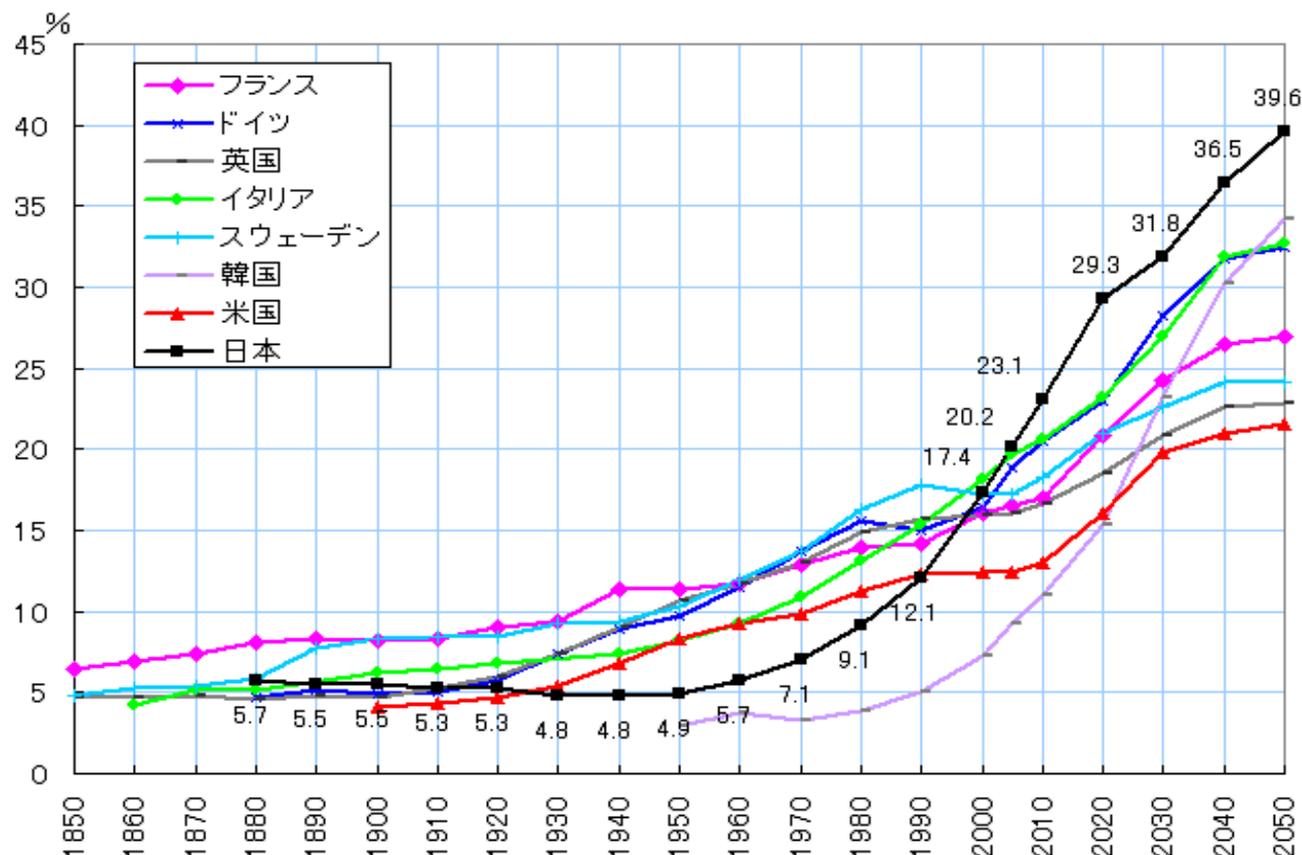


(参考資料)

東京大学高齡社会総合研究機構

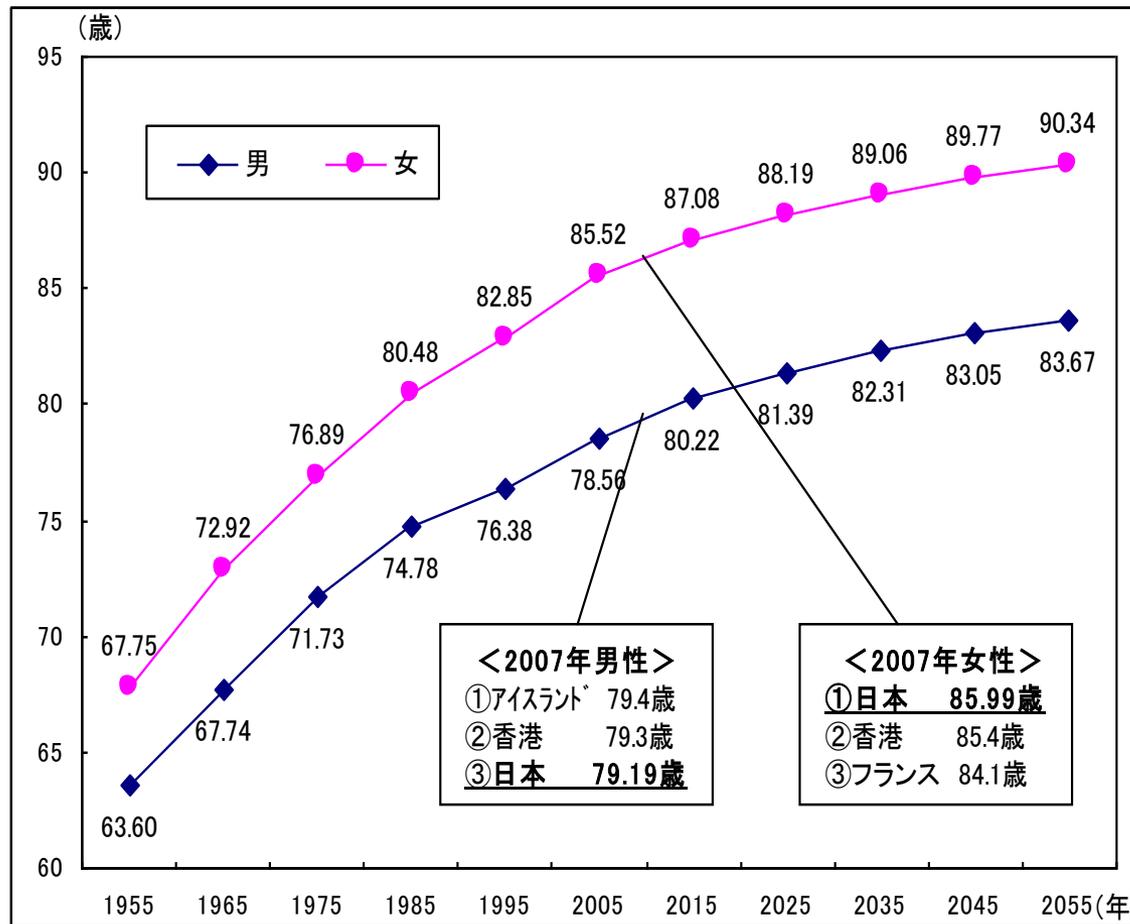
辻 哲夫

主要国における人口高齢化率の長期推移・将来推計



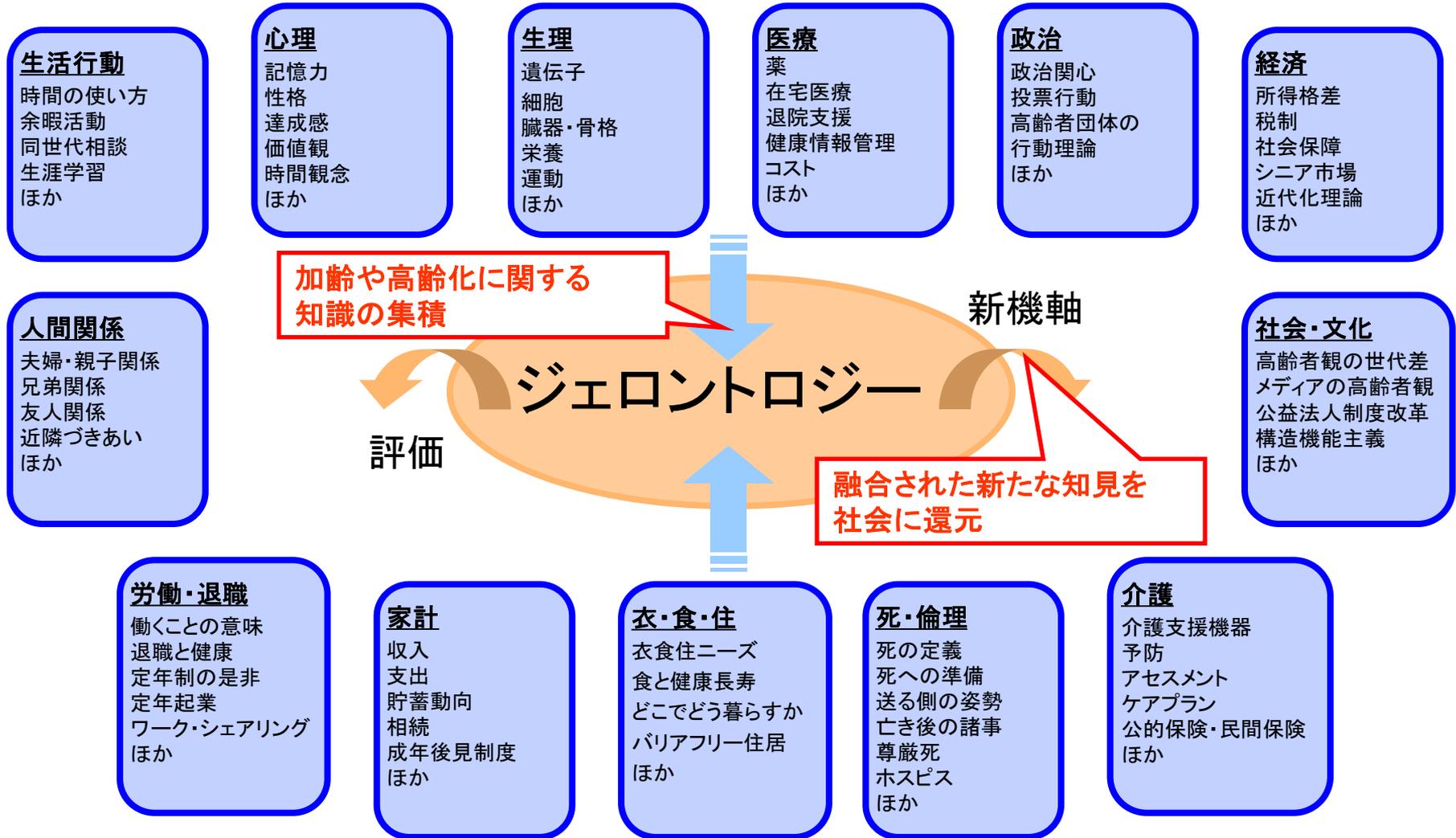
(注) 65歳以上人口比率。1940年以前は国により年次に前後あり。ドイツは全ドイツ。
 日本は1950年以降国調ベース（2005年迄は実績値）。諸外国は国連資料による。
 日本推計は「日本の将来推計人口（平成18年12月推計、出生中位（死亡中位）推計値）」
 (資料) 国立社会保障・人口問題研究所「人口資料集2009」、国連「2008年改訂国連推計」

○平均寿命は延び続ける。女性は2055年、90歳に到達。



資料: 2005年までは厚生労働省「完全生命表」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2006年12月推計)」の死亡中位仮定による推計結果

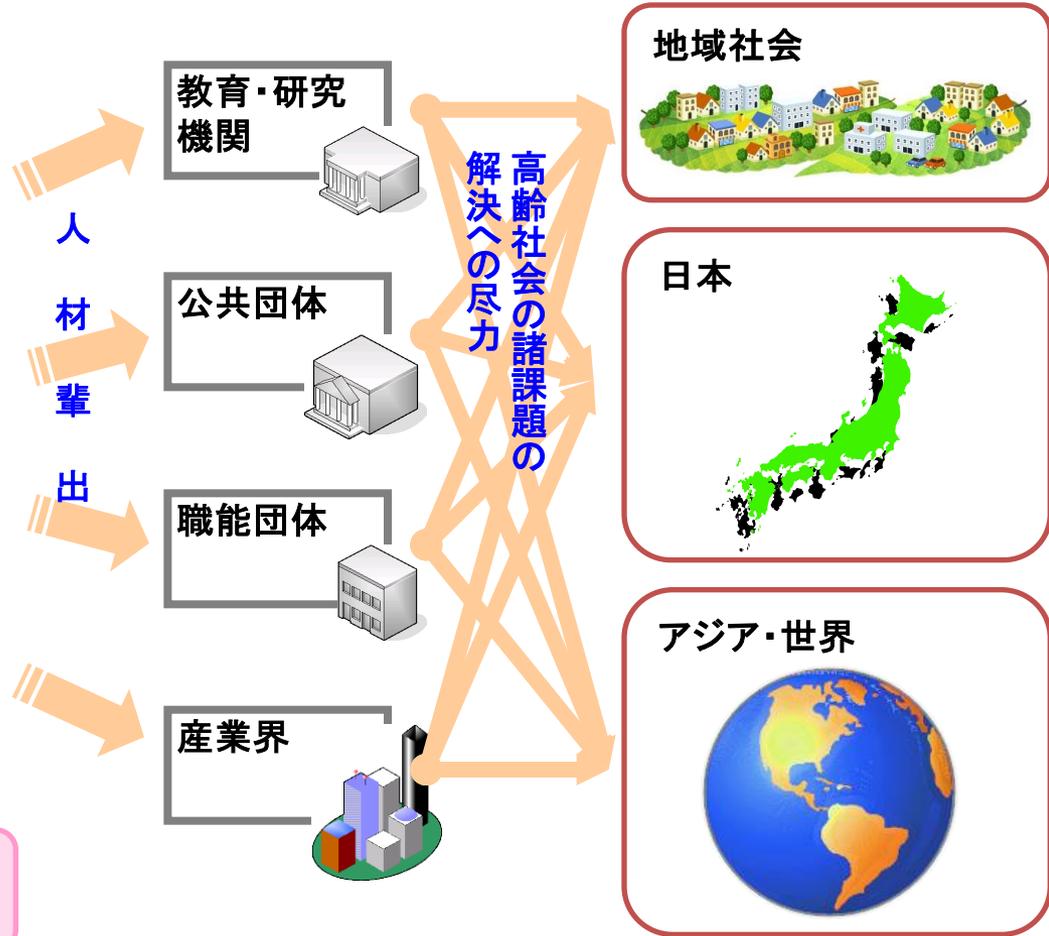
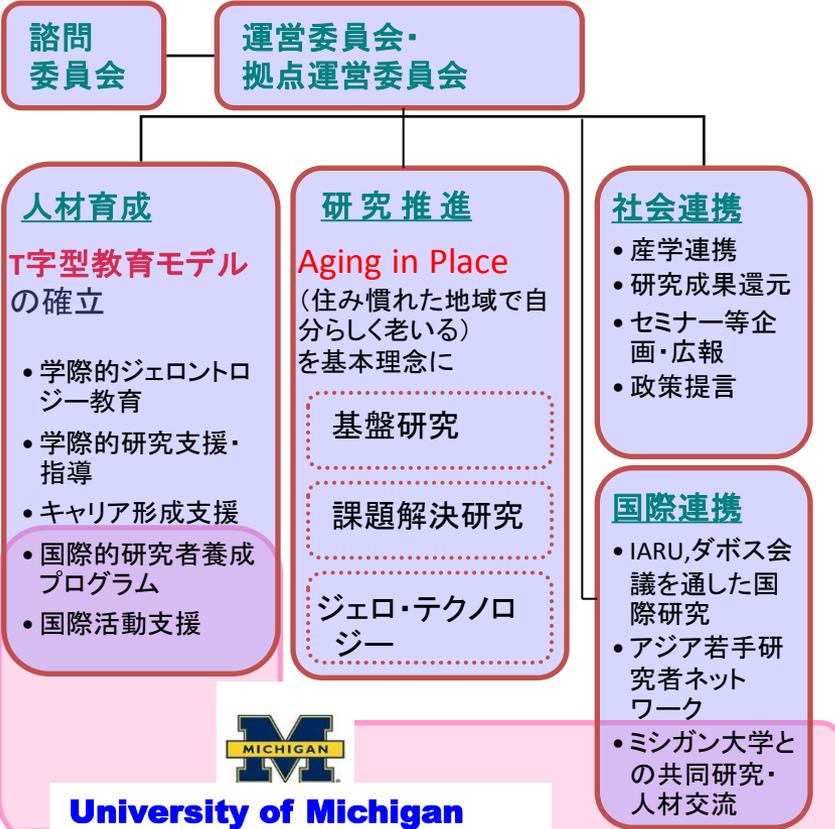
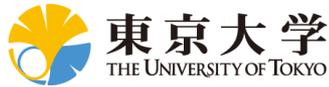
ジェロントロジーが関連する多彩な領域



ジェロントロジー(老年学)の定義: 医学、生物学、心理学、社会学、法学、経済学、工学などを総合して加齢現象や老化にかかわる諸問題の解決を探求する学際的な学問分野

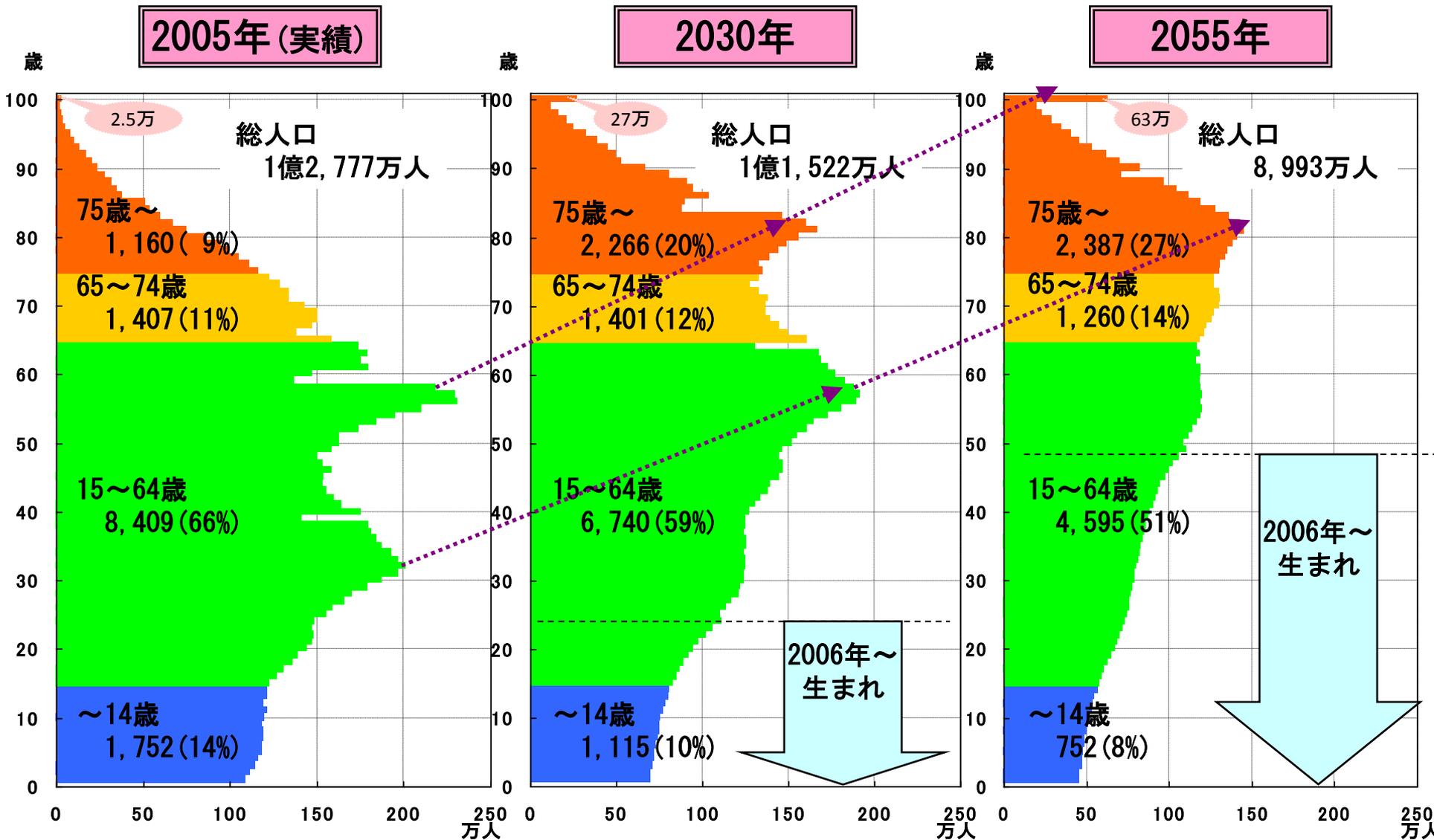
今求められる日本・アジア・世界のジェロントロジー教育研究拠点

新たな課題の提起



新たな課題の提起

人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) -平成18年中位推計-

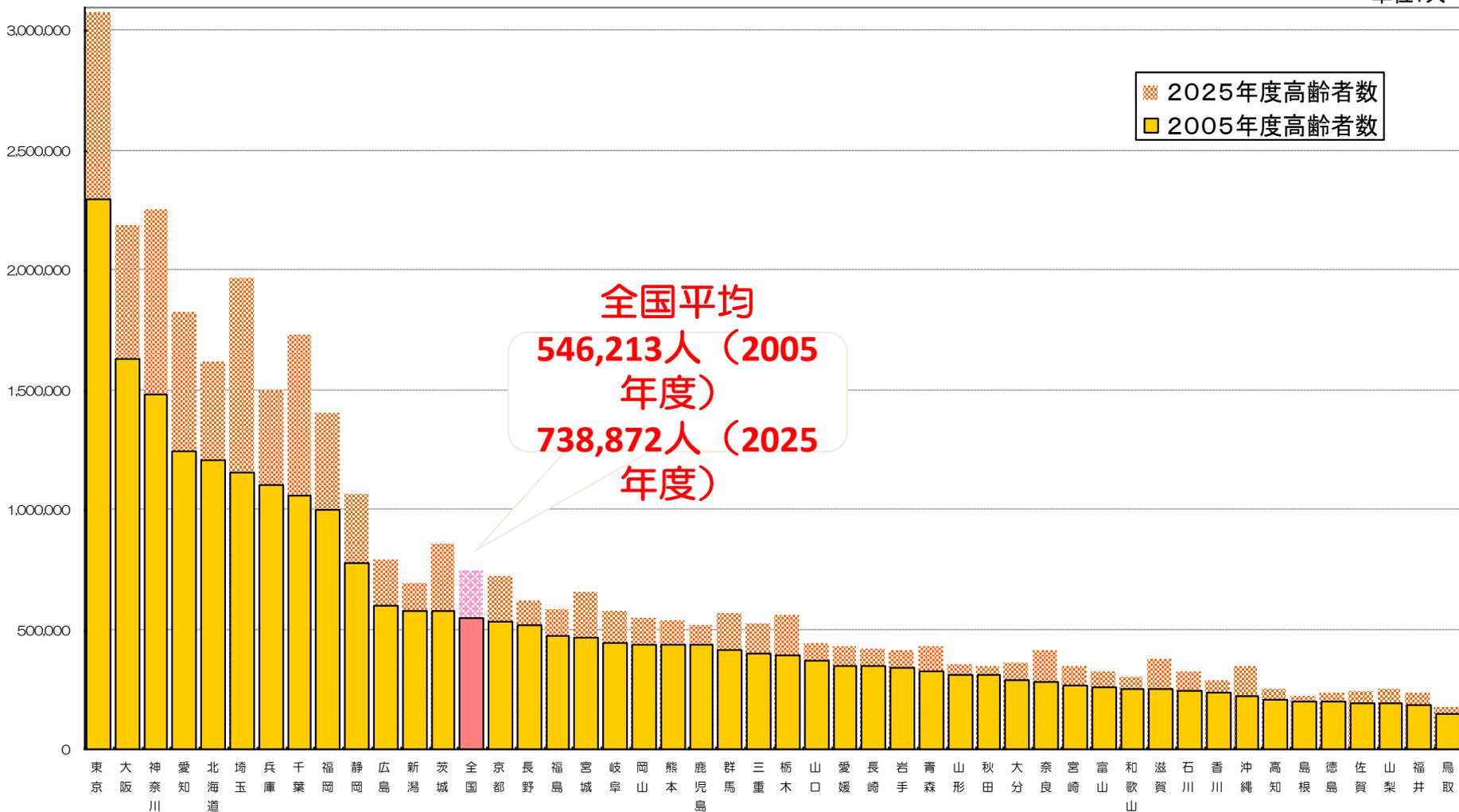


注:2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。2030・2055年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

都道府県別高齢者数の増加状況

高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になる。

単位:人



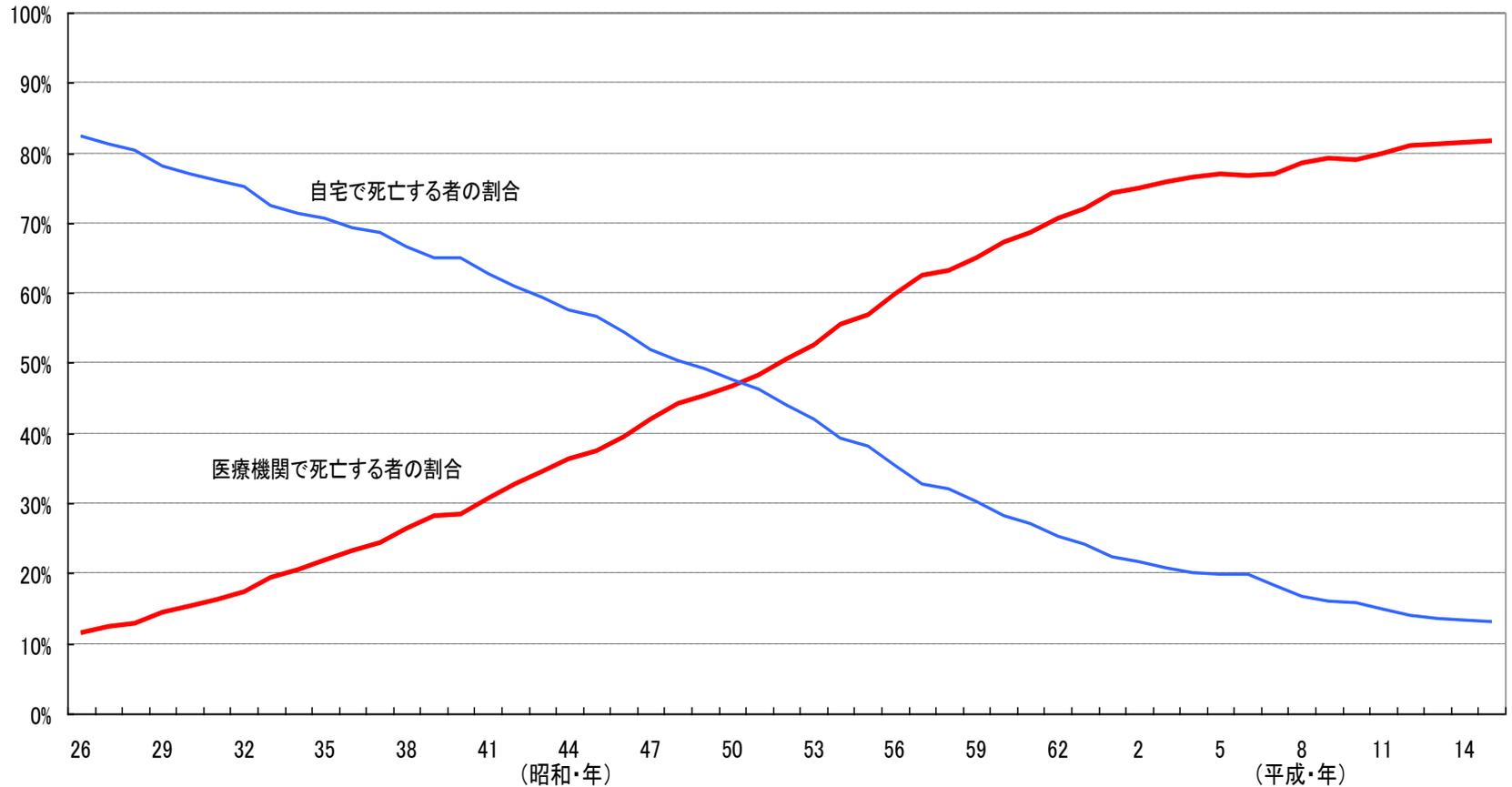
【資料】

2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計（確定値）」

2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成14年3月推計）」

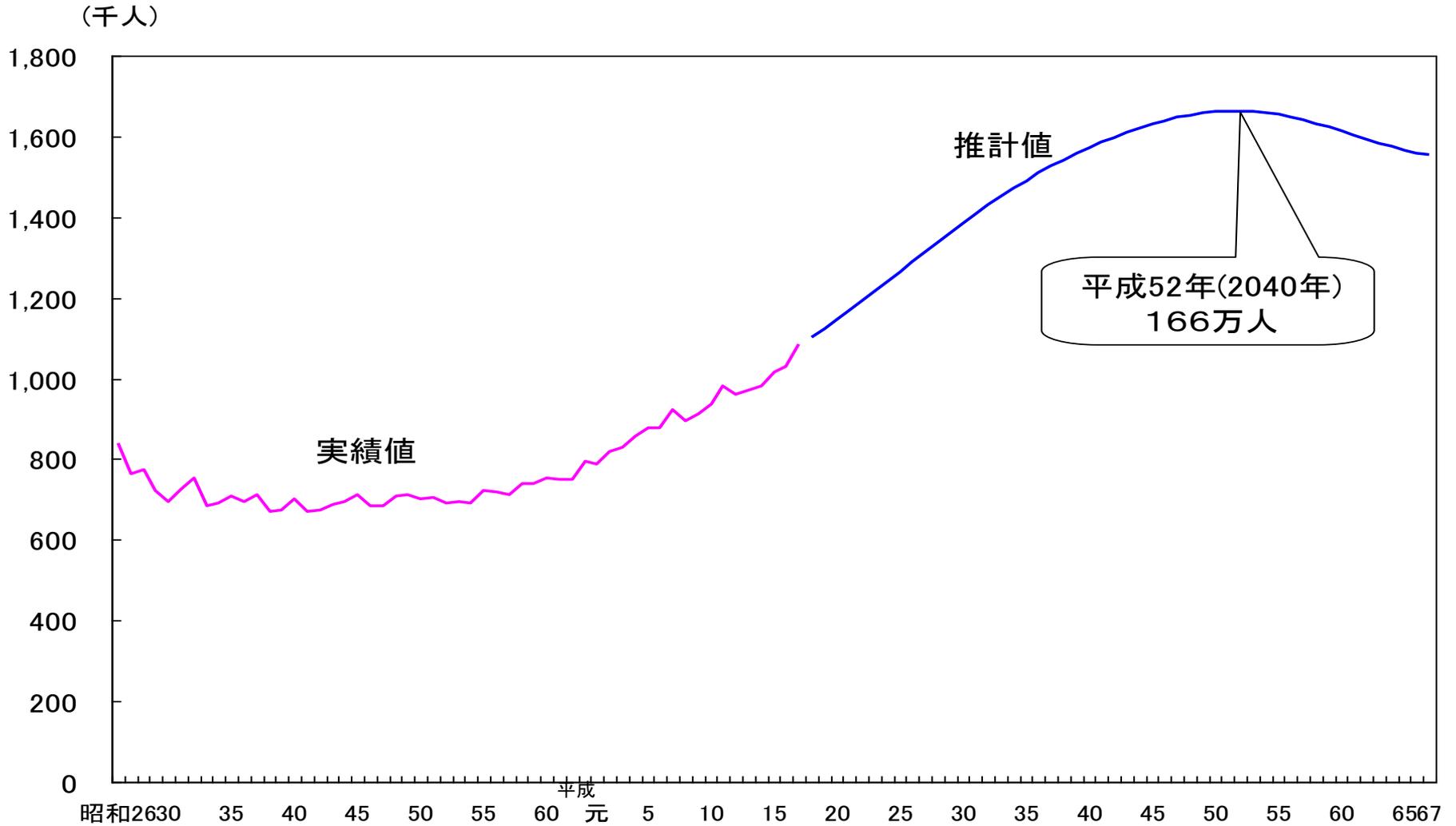
医療機関における死亡割合の年次推移

- 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

死亡数の年次推移



資料) 平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

高齢者介護施策の現状と課題 ①

1. 介護保険制度の定着

- 高齢者の介護を社会全体で支える仕組みとして、介護保険制度を平成12年(2000年)より実施。
- 実施後約7年が経過し、当初約150万人だった利用者が在宅サービスを中心に約200万人増加するなど、介護保険サービスは、身近なサービスとして国民に定着してきている。

2. 介護保険制度の見直し

- 介護保険の総費用の増大や、今後の認知症や一人暮らしの高齢者の増加といった課題に対応するため、主に平成18年4月より、介護保険制度の見直しを実施。

- ・ 高齢者数の急速な増加
→「予防」を重視したサービスモデルへ転換
- ・ 認知症高齢者の急速な増加
→認知症に対応したサービスモデルへ転換
- ・ 高齢者世帯の急速な増加
→単身高齢者に対応したサービスモデルへ転換

認知症高齢者数の増加

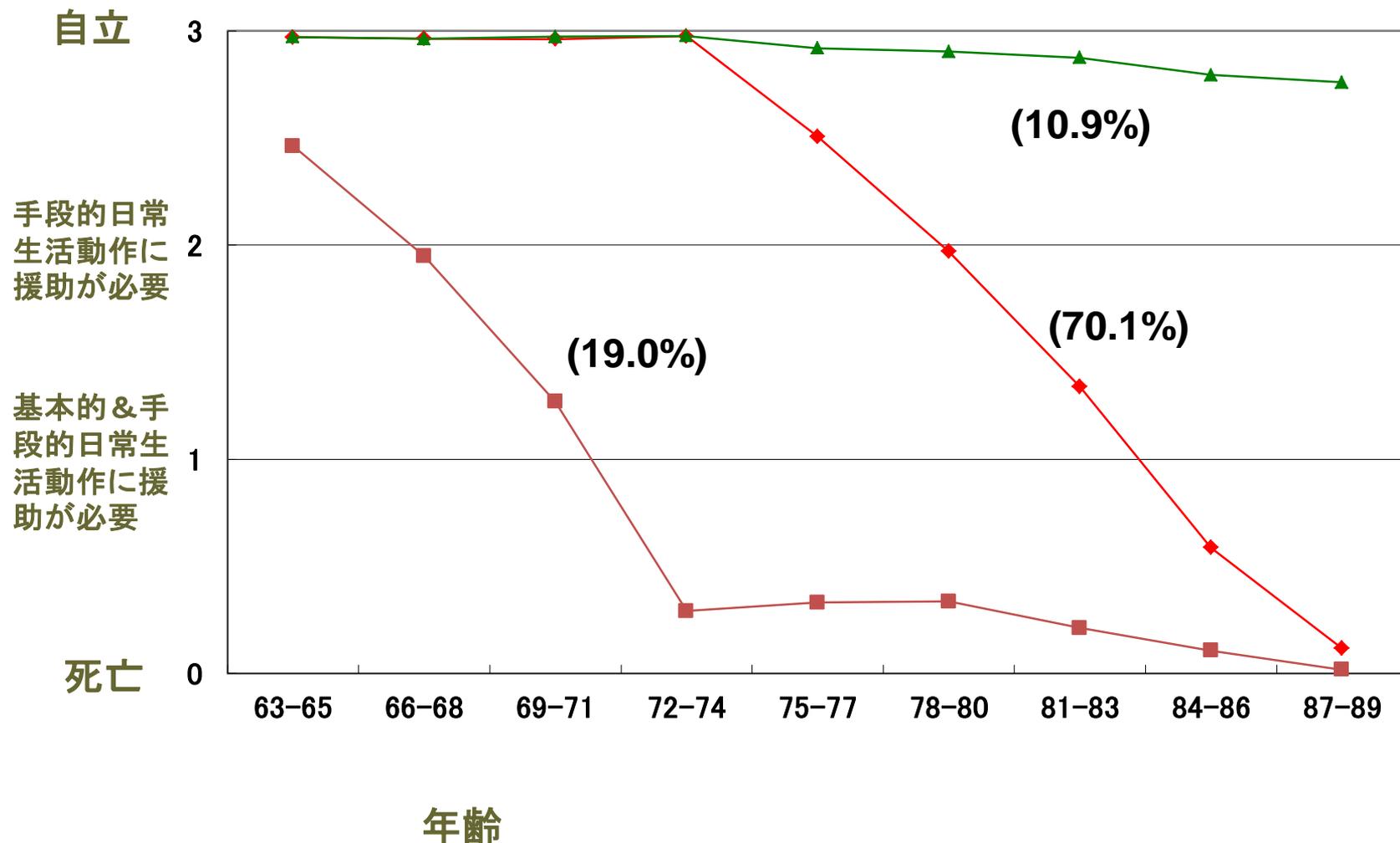
	2002年	2015年	2025年
認知症高齢者数 (万人)	149	250	323
65歳以上人口 に占める割合 (%)	6.3	7.6	9.3

高齢者の世帯形態の将来推計

		(万世帯)		
		2005年	2015年	2025年
一般世帯		4,904 万世帯	5,048	4,964
	世帯主が 65歳以上	1,338 万世帯	1,762	1,843
	一人暮らし (高齢世帯に 占める割合)	386万世帯 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
	夫婦のみ (高齢世帯に 占める割合)	470万世帯 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

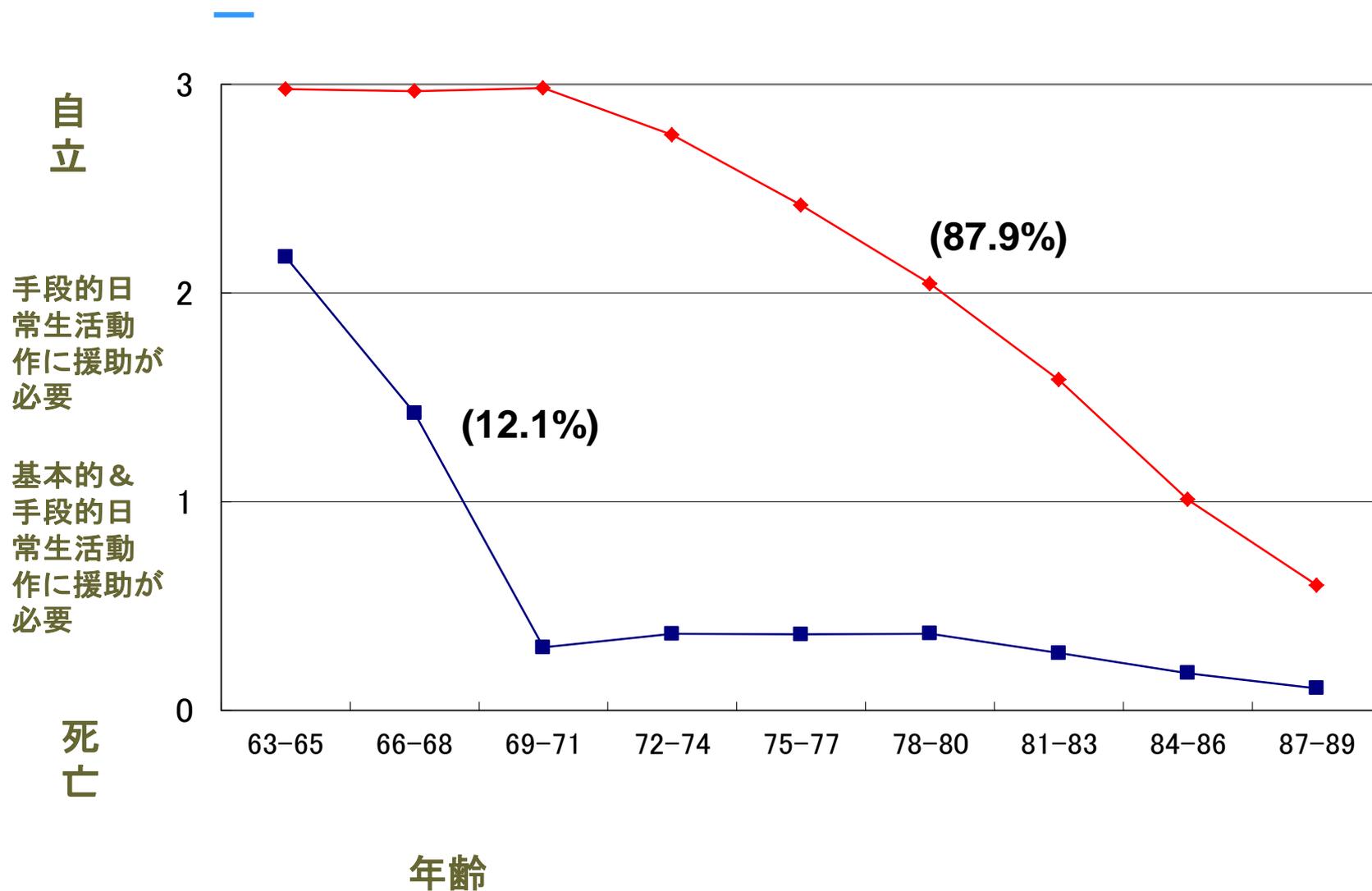
2-② 機能的健康度の変化パターン【男性】 (…理念の背景・補足)

—全国高齢者20年の追跡調査(N=6,000)



2-② 機能的健康度の変化パターン【女性】（…理念の背景・補足）

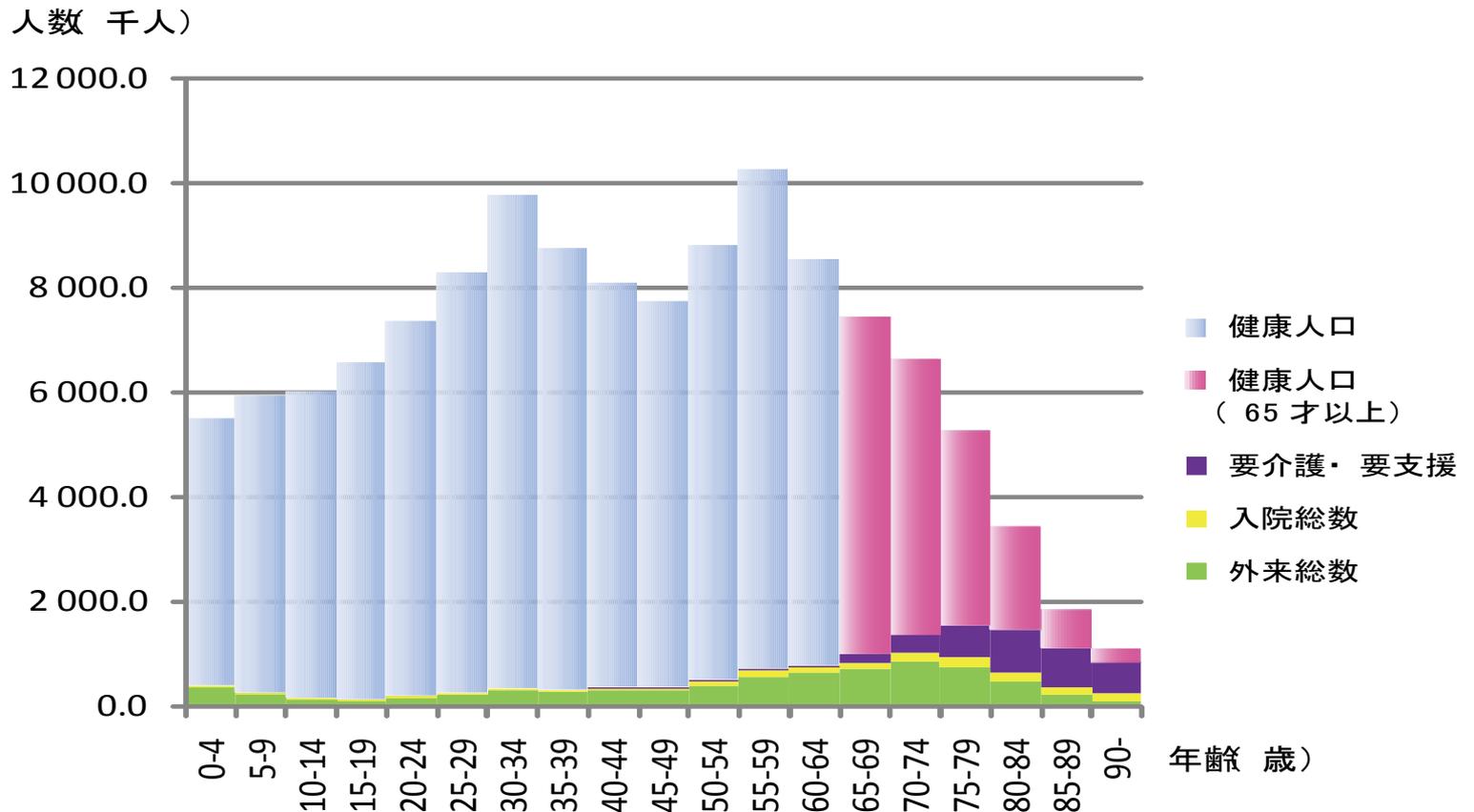
—全国高齢者20年の追跡調査(N=6,000)



高齢化社会の課題と対策

• 高齢者の健康状態

年齢階層別 医療・介護・健康人口



高齢者介護施策の現状と課題 ②

3. 介護保険制度見直しの主な内容

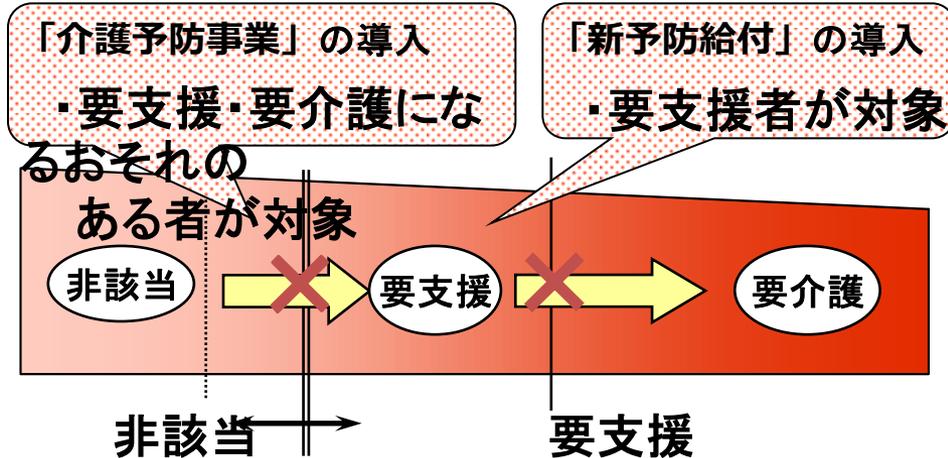
(1) 介護予防の推進

- 高齢者ができる限り、介護を必要としない、あるいは重度化しないようにすることを目指し、「新予防給付」や「介護予防事業」の導入など、予防重視型システムへの転換を図っている。
- 例えば、「体力をつける」「口と歯の健康を守る」「健康的に食べる」ことなどを目的に、個人個人の体力や状態に合わせた介護予防教室や個別指導などが各地域で行われている。

(2) 地域ケア体制の整備

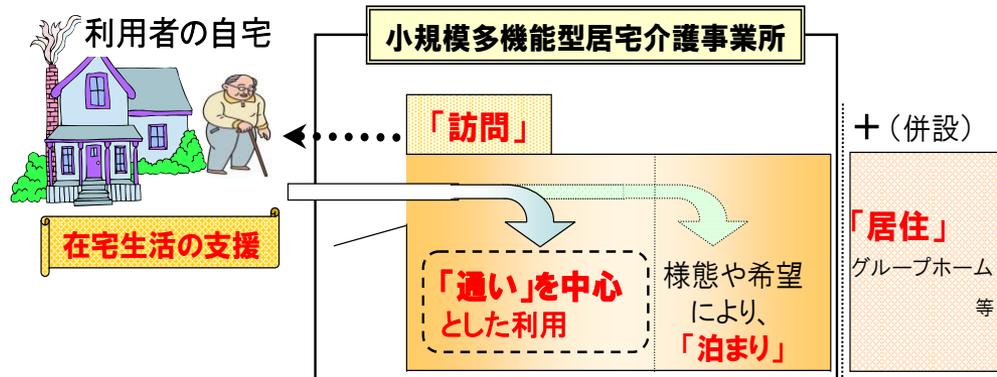
- 認知症高齢者や一人暮らし高齢者が出来る限り住み慣れた地域での生活が継続できるよう、「地域密着型サービス」の創設や、「地域包括支援センター」の設置等による「地域ケア体制」の整備を進めている。

介護予防システムの確立



地域密着型サービス(小規模多機能型居宅介護)

○小規模多機能型居宅介護とは
「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせてサービスを提供し、在宅生活の継続を支援
→どのサービスを利用しても、なじみの職員によるサービスが受けられる



「運営推進会議」の設置
管理者等の研修、外部評価・情報開示

地域に開かれた透明な運営
サービス水準・職員の資質の確保

【日本】 お年寄りの姿の変遷



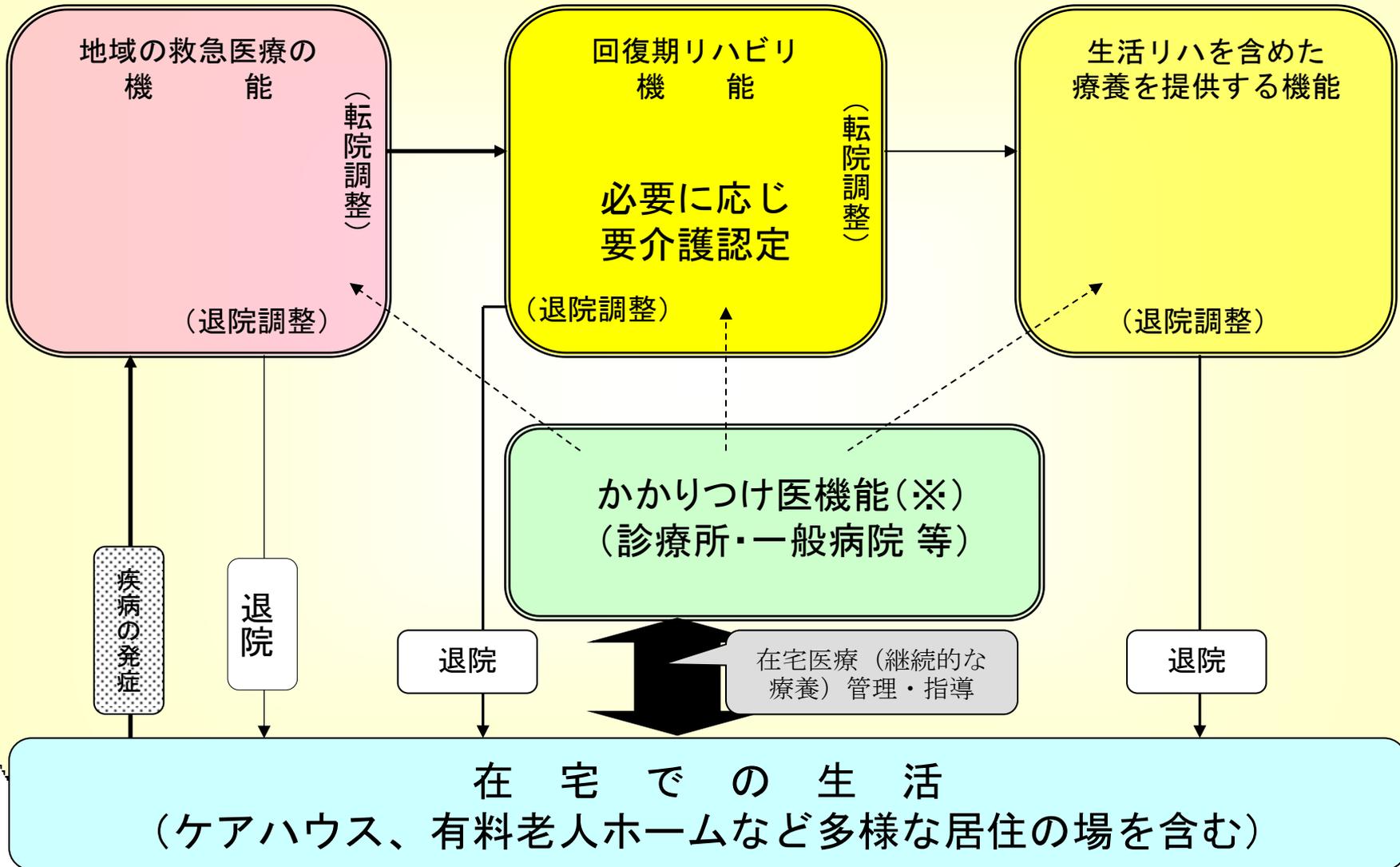
**1年10ヶ月「寝たきり」
だった菊川さん(松原市で)**



脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

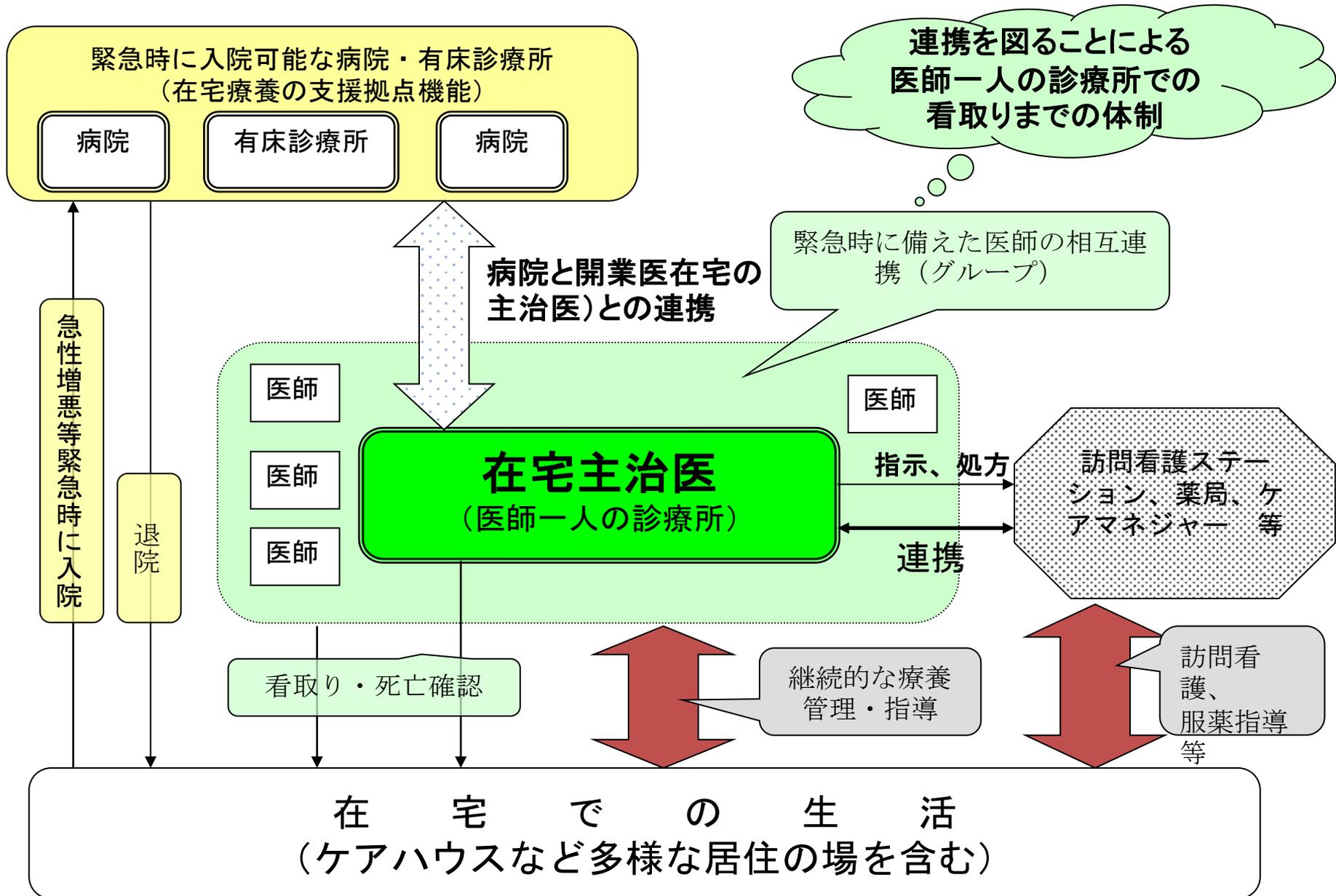
【急性期】

【回復期・亜急性期】

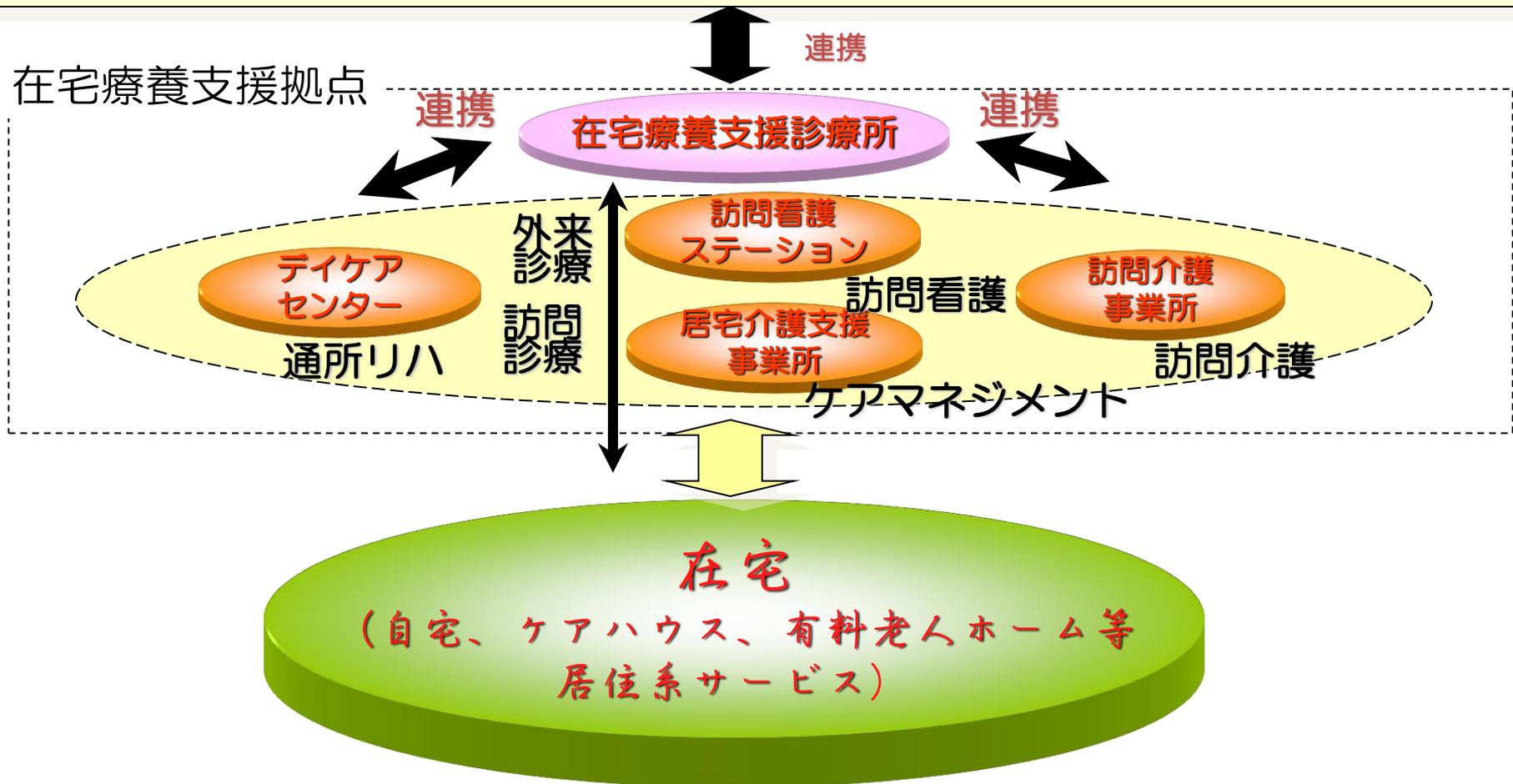
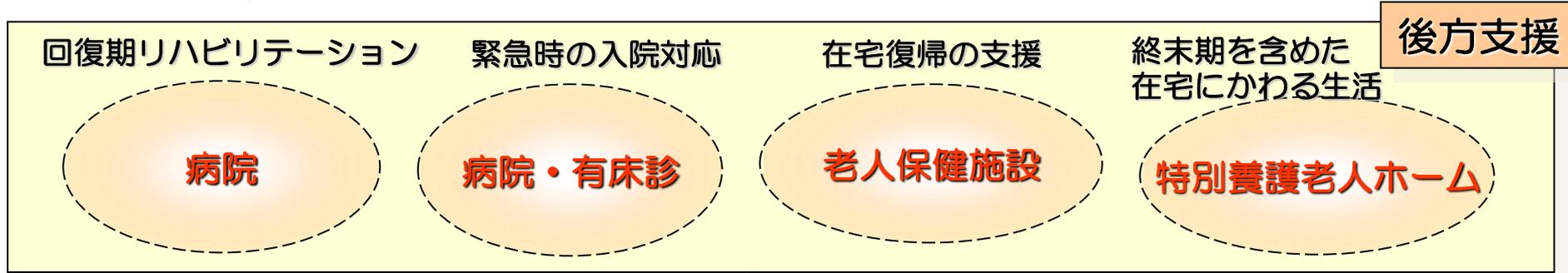


※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

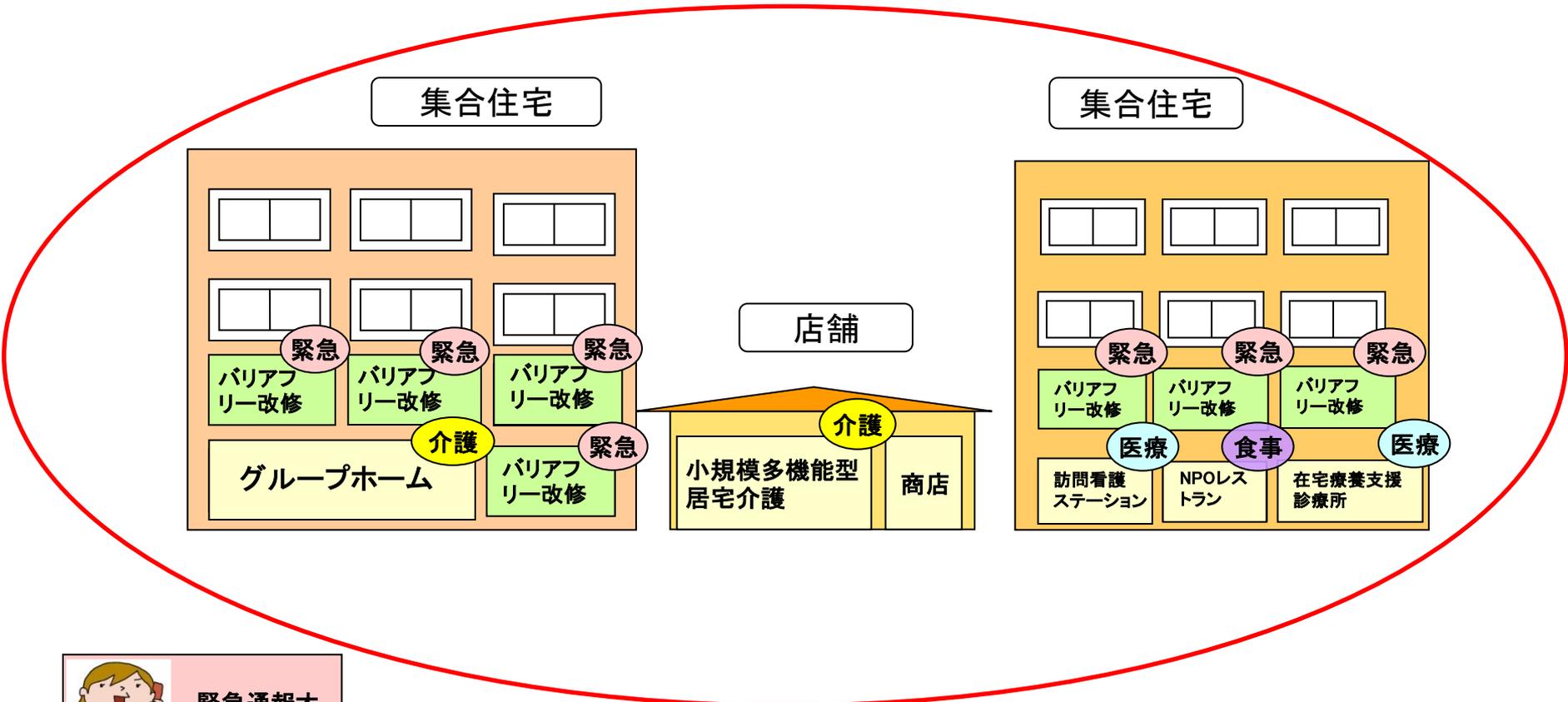
在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



在宅療養支援拠点イメージ ～地域で支えるケアの構築～

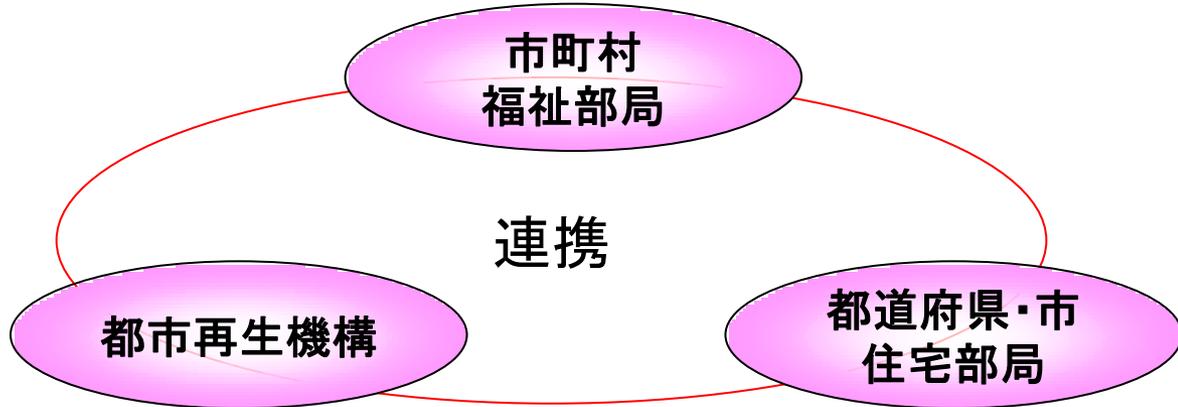


住宅政策との連携のイメージ



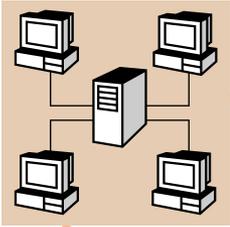
連携

タクシー会社

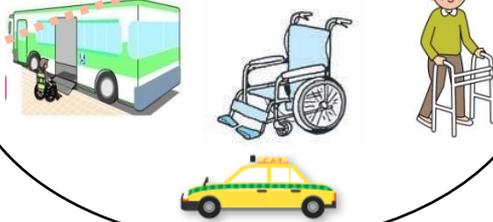


Aging in Place: コミュニティーで社会実験

情報ネットワーク



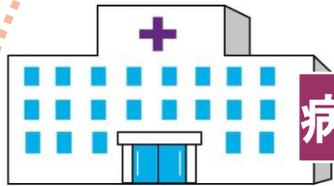
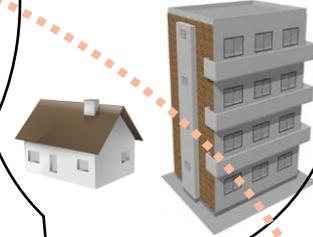
個々の状況に応じた
移動手段



元気高齢者を
地域の支え手に



ニーズに即した
多様な住居



病院

病院から在宅へ



地域

健康情報



遠隔医療



患者学



プライマリケア体制



かかりつけ医



薬局

24時間対応の訪問看護・介護



評価

高齢者の
QOL



家族の
QOL



コスト



柏一東大モデルプロジェクトの柱

.住宅政策と連携した総合的な在宅医療福祉システムの導入普及と政策提案

移動、健康づくり、生きがい就労、見守り等コミュニティ形成研究と手法の提案

Aging in Placeの視点に立った多次元評価尺度の開発と提案

超高齢化社会対応型のまちづくり: コンセプトマップ



“楽しく働く・遊ぶ” 場づくりの視点②⇒団地・周辺地域で



地域医療再生計画概要

(I) 東京大学への寄附講座の設置

[在宅医療従事者(マンパワー)の確保・育成、在宅医療の研究・普及等]

- 汎用性のある教育・研修プログラムの開発及び関連する研究
 - 特任教員2名
 - 在宅医療(認知症治療、在宅での看取りを含む)に関する研究の推進
 - 在宅医療の標準化、普及・導入方策の研究
 - 在宅医療を支える機器や住宅等の研究
 - 教育研修プログラムの短期的効果、妥当性の検討
- モデル的な在宅医療システム導入のためのコーディネート
 - コーディネーター1名
 - フィールド調整
- 在宅医療従事者(医師、看護師、ケアマネージャー等)への研修の実施
 - 講師(現場の第一線で活躍する医療従事者)の招聘
 - 受講手続き、授業運営に関わる事務(事務補佐設置)
- 学会の開催等による関係者等への情報発信
 - 在宅医療に関する学会の開催(年1回)
 - 国際会議の開催(H25年度までに1回)

(Ⅱ)人材育成(研修)の実践研修部門の確保とシステム化

A. 在宅医療(ケア)の実践への支援等

[包括的在宅医療実践研修センター(仮称)の設置・運営と教育・研修の実践]

- 柏地域における包括的在宅医療実践研修センター(仮称)の設置・運営
- (※誘致した医療法人等の民間団体が設置する医療・看護機関の一部に、包括的在宅医療実践研修センターを組み込む)
 - 医療・看護機関設置に対する医療法人等への助成
 - 包括的在宅医療実践研修センター(仮称)の借り上げ
 - 臨床指導者の設置
- 本格的な在宅医療(ケア)にかかる教育研修プログラム及び在宅医療(ケア)システムモデル確立手法に関する研究
 - 教育研修プログラムの中期的効果、妥当性の検討と本格的な研修プログラムの作成(開業医等への全国展開を目指した研修プログラム及び医師の後期研修制度等に組み込まれた研修教育プログラムの開発)及び在宅医療システムモデル確立手法の作成を目的とする研究
 - 上記に関わる在宅医療についての研究

B. 在宅医療(ケア)のモデル的实践と教育研修プログラム確立に必要な基盤形成

- (協議会の設置・運営等)
- 大学、地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、医療・福祉関係者、地域住民、行政機関等で構成し、在宅医療(ケア)のモデル的实践や、教育研修プログラム確立が円滑に行われる基盤を整備し、在宅医療の推進を図るための総合調整や各種の事業を実施
 - 協議会の設置運営
 - 地域住民、関係専門職種に対する在宅医療啓発・広報のための各種イベントの開催
 - 地区医師会、歯科医師会等職能団体への研修会・勉強会開催
- かかりつけ医等への医療機器や情報機器の貸与事業への助成
 - 医療機器、情報機器の導入費の助成
 - 医療機器、情報機器のメンテナンス費の助成

地域医療再生計画（東大ー柏モデル）スケジュール

(Ⅰ) 東京大学への寄付講座
の設置

(Ⅱ) 人材育成（研修）の実践研修部門の確保とシステム化

A. 在宅医療（ケア）の実践への
支援等

B. 在宅医療（ケア）のモデル的
実践と教育研プログラム確立に
必要な基盤形成

H22

寄付講座立ち上げ(教員)人事発令
プログラムの開発
(東大柏キャンパス整備)

・包括的在宅医療実践研究センター
(仮称)の整備

・協議会立ち上げと在宅医療
モデル実践の推進
・住民や専門職への啓発活動
・地元医師への在宅医療
機器等の貸与

H23

研修開始

(公募)

講義・演習
(柏キャンパスにて)

(着工)

実習

協力依頼

・学会の開催
・フィールドコーディネート

包括的在宅医療実践研修
センターができるまでは、
地域の在宅医療協力機関
でのインターンシップ

実習
フィールドの
提供

H24

・短期的効果検証等

(竣工)

センターの稼働



H25

・中期的効果検証等

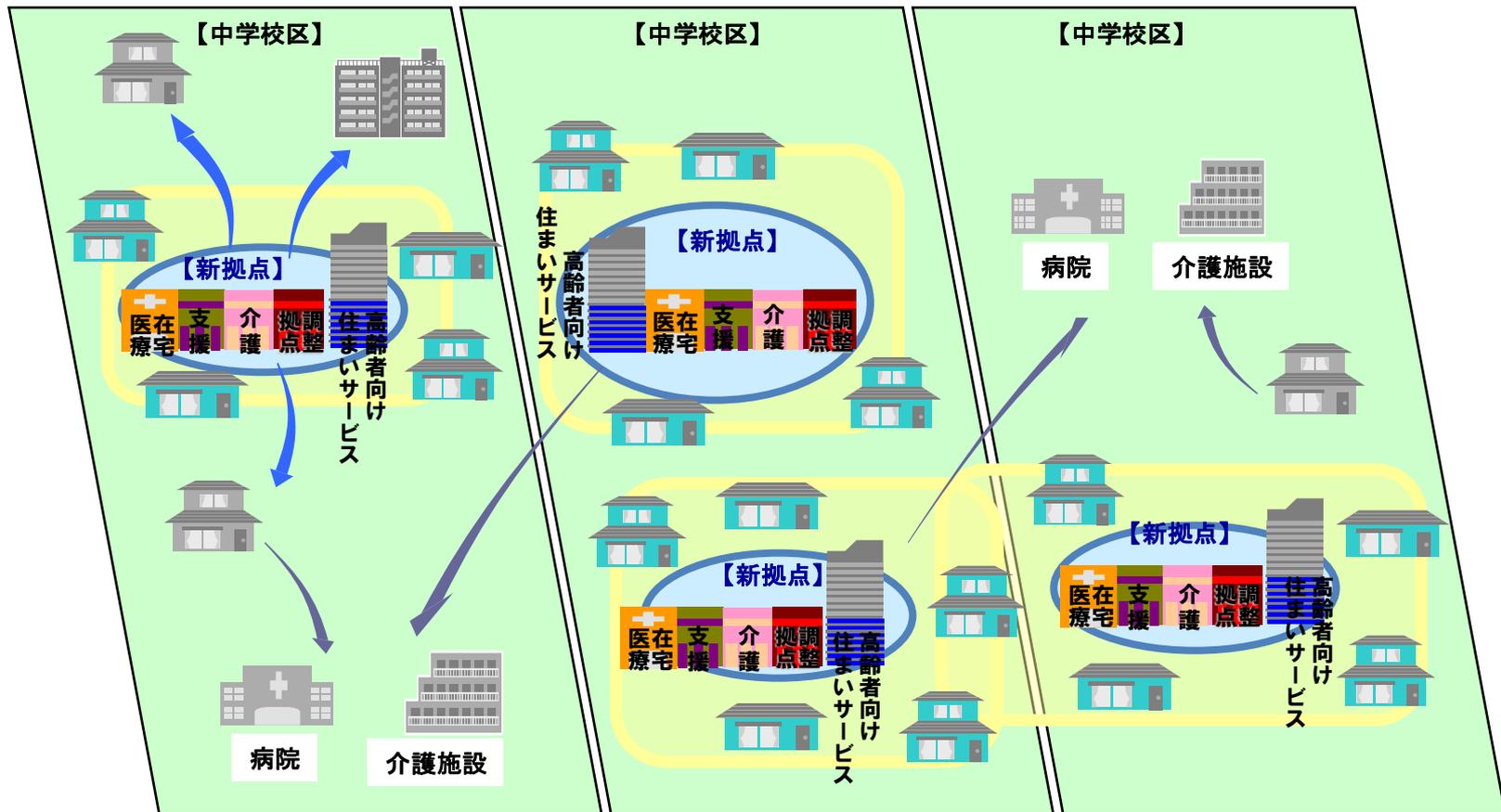


医療・福祉・介護サービスの提供拠点整備と、住宅バリアフリー化の一体的計画的展開が市街地における高齢者の在宅生活の継続を実現する(整備イメージ)

- 新提案のポイント
- ①在宅医療を含めた連携の拠点整備
（「シルバー交番」的な調整機能を持ったもの）
 - ②バリアフリー住宅でできる限り継続居住
 - ③弱ったら、まず同一地区内の高齢者向け住まいサービスに移動
 - ④中学校区単位の連携システム
 - ⑤市町村単位での計画

【市町村】

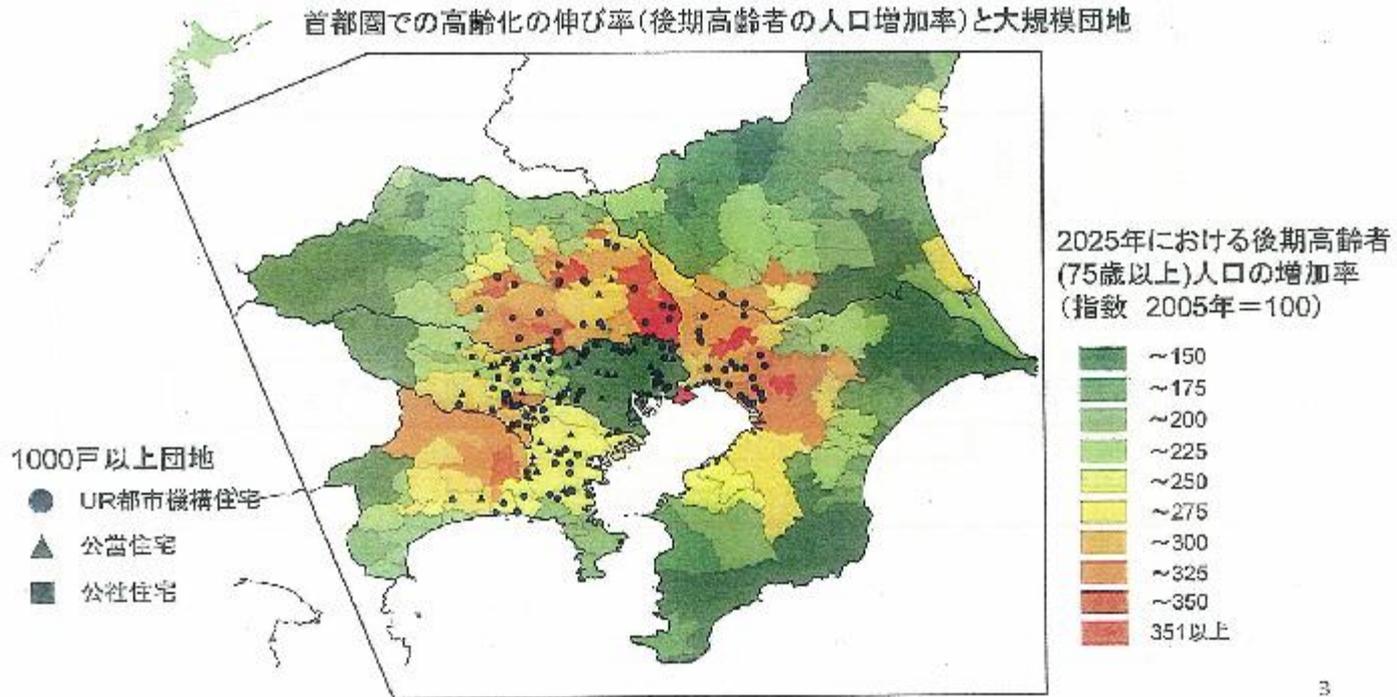
市町村内で、中学校区単位の拠点を整備



同じ中学校区内で複数の拠点設定も想定

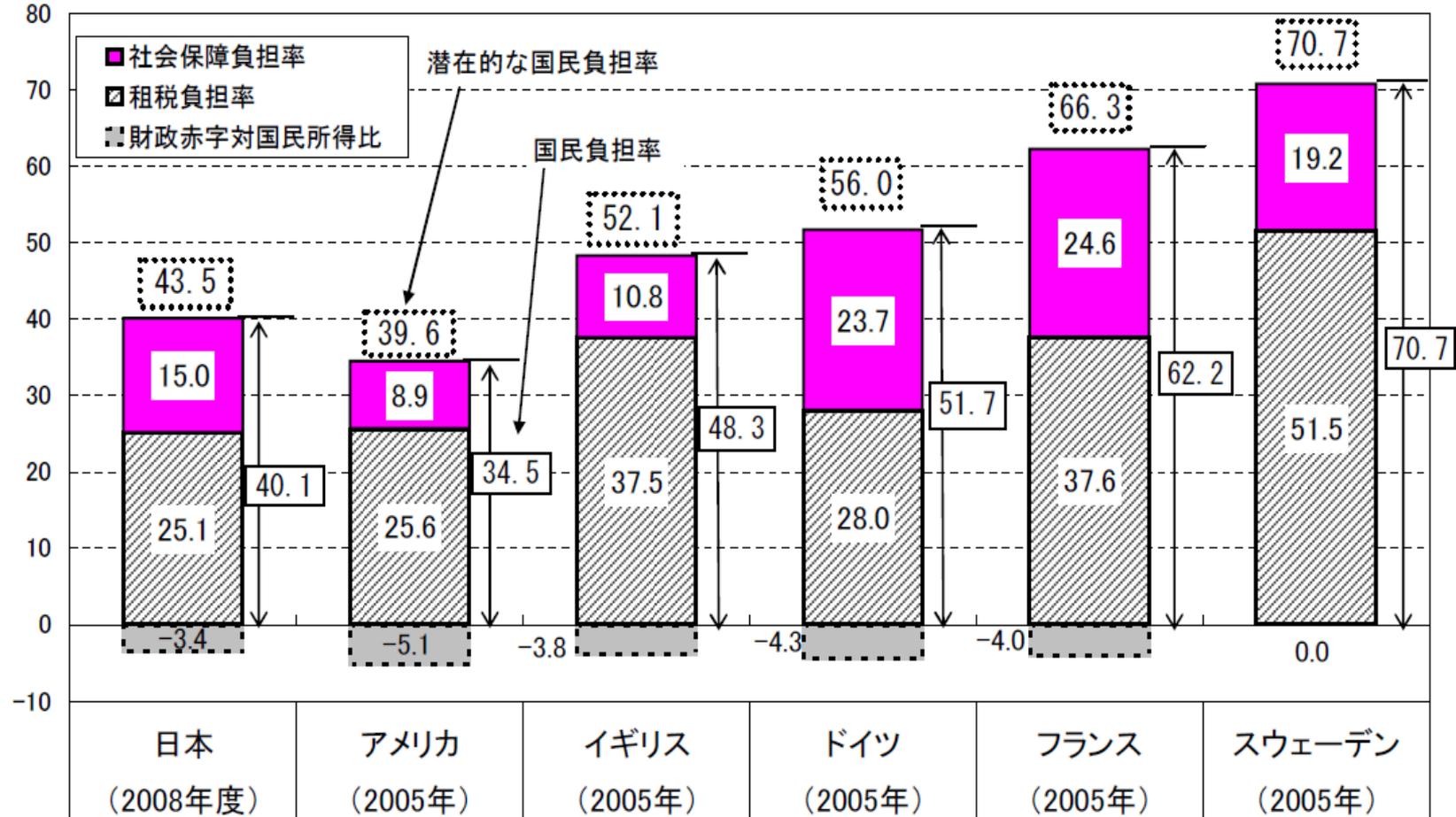
高齢化の進展と大規模団地の関係

- ・今後高齢化が急速に進展するのは大都市近郊地域。
- ・当該地域は、公的賃貸住宅団地の立地と重複する(高度経済成長期での大都市への人口流入に対応した大規模団地の立地)



国民負担率の国際比較

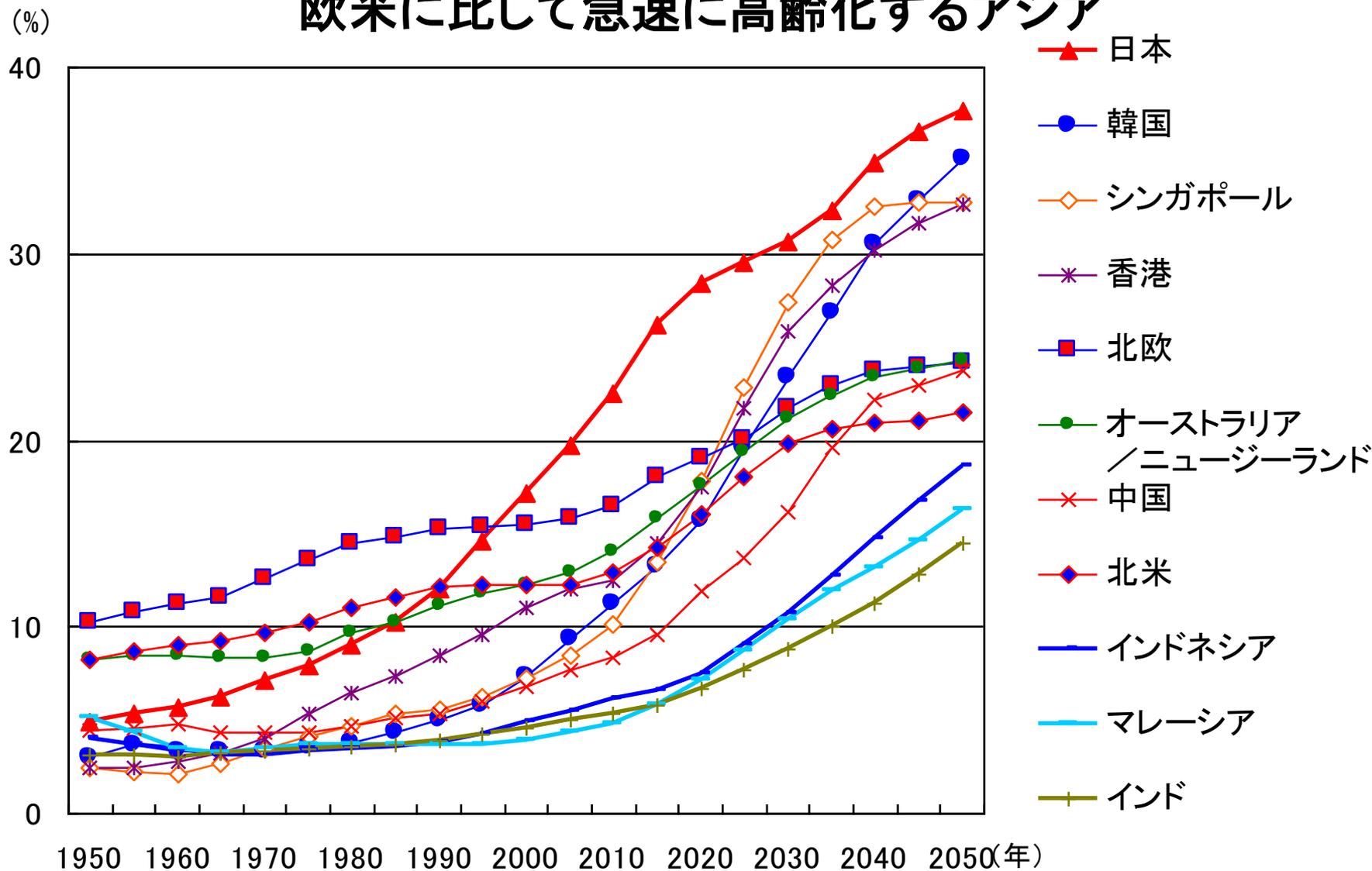
[国民負担率＝租税負担率＋社会保障負担率] [潜在的な国民負担率＝国民負担率＋財政赤字対国民所得比]
 (%)



(注) 1. 日本は2008年度（平成20年度）見通し。諸外国は2005年実績。
 2. 財政赤字の国民所得比は、日本及びアメリカについては一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。

【諸外国出典】“National Accounts”(OECD)、“Revenue Statistics”(OECD)等

欧米に比して急速に高齢化するアジア



注 Source: World Population Prospects The 2006 Revision Population Database (<http://esa.un.org/unpp/>)

各作業部会の活動状況

- | | | |
|-----|---|----|
| 1-1 | (1) 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
(全国在宅療養支援診療所連絡会の活動報告) | 資料 |
| 1-2 | (2) 在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会 | 資料 |
| 1-3 | (3) 在宅医療の実践例に関する情報を収集・整理し
国民・医療関係者に示す部会 | 資料 |
| 1-4 | (4) 新たな在宅医等の人材養成に関する部会 | 資料 |

全国在宅療養支援診療所連絡会活動報告

入会状況 (2010年2月17日現在)

資料

北海道	14
青森県	2
秋田県	3
岩手県	7
山形県	1
宮城県	7
福島県	6
東北計	26

北海道	14
東北	26
関東甲信越	115
東京	125
中部北陸	54
近畿	117
中国四国	74
九州	87
全体合計	612

全体合計	612
会員	492
未納	120

神奈川県	34
茨城県	10
栃木県	13
群馬県	13
埼玉県	12
千葉県	12
新潟県	7
山梨県	5
長野県	9
関東甲信越計	115

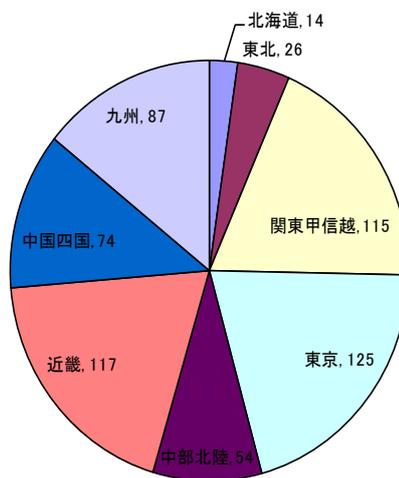
東京都	125
-----	-----

静岡県	9
愛知県	23
岐阜県	12
石川県	4
富山県	4
福井県	2
中部北陸計	54

三重県	7
滋賀県	6
京都府	15
大阪府	38
兵庫県	39
奈良県	7
和歌山県	5
近畿計	117

鳥取県	4
島根県	4
岡山県	13
広島県	20
山口県	9
徳島県	4
香川県	7
愛媛県	8
高知県	5
中国四国計	74

福岡県	29
佐賀県	7
長崎県	10
熊本県	11
大分県	9
宮崎県	4
鹿児島	10
沖縄県	7
九州・沖縄計	87



一般社団法人

全国在宅療養支援診療所連絡会

世話人メッセージ

会長 黒岩 卓夫 【新潟】浦佐萌気園診療所

在宅療養支援診療所が制度化されて3年目にあります。まだその数は1万数千にすぎませんが、その役割を理解し、全国に在宅医療が拡充することを願っている医師は少なくありません。

また社会的には、病院や福祉施設の間であって、まだ全国民の認知は十分とは言えません。

しかし誰しもが、家で療養し、家で最期を迎えたいことは、当たり前で自然な人間の生き方だと思います。それが自然でなくなっているとすれば社会的に大きな欠陥や歪みがあるはずです。

在宅医療は近い将来には、誰でもどこでも選択肢になり得るものにしなければならないと思います。

そのためには医師の責務だけでなく、国の役割が大きいはずです。

私たちが在宅療養支援診療所は在宅医療拡充のために、その先陣を担う覚悟でがんばりたいと思います。連絡会の皆さんの活躍に期待してやみません。

その上で私の気楽な自己紹介をさせていただきます。

今立っているところに至るまでの航海図です。昭和37年卒業して今の東大付属医科学研修所(当時は伝染病研究所)の外科に入局。研究といった高尚なものではなく、手が技を覚え頭は別(政治的なこと)のところに置きたい。その近道として、同級生の行かないところを選んで入局(他に1名いた)。当時はマーゲン6年とって教授に丁稚奉公をするとやっとなを切らせてもらえるといったペースだった。変革を考えると6年などとんでもない、そんな時間はもったいないと思っていたがこのもろみはすぐ崩壊し、ただ中途半端はへんな存在になっただけ。そこで運動に見切りをつけ、農村やへき地に行き、医師1人でもできることをやりたいと思い、部下の病院で2年間自主研修(内科)をして、現在地にやってきた。

町との1年契約が今や40年の“居すわりなんとか”みたいになっている。町の診療所6年、診療所を病院(国保町立ゆきぐに大和総合病院)と保健センター、特養(3つ併せて大和医療・福祉センター)に発展させて16年。もう医療でやりたいことは全てやったの気持ちで足を洗おうとしたがダメで、同町に開業したのが平成4年6月。

しかし以前から“赤ひげ”みたいに開業医をやってみたいと、思っていた節もあり、また父が58才で医者になり82才で死ぬまで山村で往診をしていた“原風景”と言いかえれば記憶とつながったのかもしれない。

開業して往診をやってみて、予想以上に面白いことがわかり、再び医療に立ち帰り、「在宅医療の子」として死ぬまでやろうということになった。

幸いにして今でも健康で、戦中子ども派として戦後日本を生きてきて、もうひとつ仕事ができればと願っている。

日本という国のどこに住んでいても、安心して、子を産み育て、安心して自分らしく死ねるように。在宅医療がいつでもどこでも全国民の「選択肢」になれるようにしたいと思っている。

若い皆さん、宜しくお願いします。がんばってください。

副会長 石垣 泰則 【静岡】城西神経内科クリニック

在宅支援診療所連絡会発足に添えて

私が在宅医療をライフワークとして取り組むきっかけとなりましたのは、佐藤智先生との出会いがあったからに他なりません。「在宅医療を推進する医師の会」が「日本在宅医学会」に発展し、その第1回大会の講演における「在宅医療のサイエンスとアート(日野原重明先生)」と「在宅死患者の病理解剖所見に学ぶ(石河利隆先生)」は衝撃的でありました。在宅医療は診療の形態ではなく医学のフィールドの一つであることをそこで学ばせていただきました。

私は神経内科医でありリハビリテーション医として静岡市に開業し、神経難病をはじめ脳血管障害、認知症などの患者の訪問診療を始めて20年近く経ちました。その経験の中で、家や家族そして地域そのものに治癒力が宿っていることを肌で感じております。「病気は家で治す」という佐藤智先生の教えは古から現代にいたる真理であります。私も「リハビリテーションの真髄は在宅に在り」と信じ、自らの日常診療に取り組んでおります。

在宅支援診療所は在宅で医療を受けるすべての患者さんに対し、安心と信頼を提供すべき存在であると考えております。看取りもその延長上にあるものであり、それまでのプロセスが何よりも大切であります。これからも在宅療養支援診療所として、最後まで患者さんに寄り添える良質な医療を提供する医師として、そして実践する医療が学問に寄与できるよう努力してまいりたいと存じます。

副会長 鈴木 央 【東京】鈴木内科医院

副会長を拝命した鈴木と申します。

私は、午前午後に来来診療を行なう普通の内科診療所の医師です。東京の大田区で仕事をしています。患者さんからのニーズに応じて在宅診療を行なうようになり、気づいたときには、在宅医療にすっかり魅了されてしまいました。

ここには、医療の原点があるように思います。医師と患者、家族の信頼関係。世代を通して存在する医師と家族とのつながり。困難な時を医師と患者と家族が協力して乗り切る姿。効率性を重視し死を避ける医療を目指したあまりに、現在の病院医療が失いかけているものです。

在宅医療を新しい医療と捉える仲間もいます。しかし、私は在宅医療を古くから存在する当たり前の医療と考えています。歩けるうちは近くの診療所に通い、歩けなくなれば在宅医療を受ける。やがて家族に囲まれて、その最期を迎える。最も自然な形の医療ではないでしょうか。これを支える存在が地域における主治医という存在であり、かかりつけ医、家庭医、プライマリ・ケア医と呼ばれるものではないかと考えています。

残念ながら、このような医療は日本においては決してメジャーな医療ではなくなっていました。もちろん医療側の問題以外にも、社会的な問題の影響が大きいことは承知しているつもりです。しかし、そのような医療が可能な社会的環境を持っていても、それを生かすことができないケースも決して少なくないと考えています。それは主治医の機能を十分に活用することができなかったケースではなかったのではないのでしょうか。

このような医療は確かに簡単なことではありません。相当な努力が必要かもしれません。しかし、がんばったあとは、少しだけ気分がよくなります。医師としての自分の存在意義が少しわかってきたような気にさえなるのです。

こんな気分を今まで在宅医療を知らなかった皆さんにも味わっていただきたい。私はそのように願っています。

事務局長 太田 秀樹 【栃木】おやま城北クリニック

このたび、事務局を仰せつかることとなりました。在宅医療をはじめ、18年目を迎えましたが、人口が減少するなかで加速度をます高齢社会は、在宅医療をとりまく社会的環境を激変させました。キュアからケア。そして、ヒールへ、国民の医療への期待の変化は、医療のパラダイムそのものを大きくシフトさせています。

急性期医療だけでなく終末期医療の意義の深まりは、根治医療から緩和医療へと言い換えることができるかもません。

介護保険法は高齢者の在宅医療を、がん対策基本法は在宅ホスピスケアを、障害者自立支援法は障害者の脱施設化を、法律が在宅ケアを保障したとみなすことができます。

何処にすんでいても、どんな疾患や障害があっても、望めば、誰でもが、良質の在宅医療を受けることができるように、日本の医療改革が、在宅医療推進を入り口とすると信じて、努力させていただきま

す。
微力ながら、皆様のご支援ご協力をいただき大役を果たしたいと存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

研修・教育局長 和田 忠志 【高知】あおぞら診療所高知潮江

あおぞら診療所の和田忠志です。

私は、1999年に、川越正平、前田浩利とともに千葉県松戸市に、あおぞら診療所（現あおぞら診療所上本郷）を開設しました。現在松戸市を中心に、千葉県や都内に530人程度の在宅患者様を診療しています。上本郷の院長は川越正平、新松戸の院長は前田浩利です。常勤医は、あおぞら上本郷に2名、あおぞら新松戸に4名で、各診療所に研修医が1~2名ずつ研修しています。また、松戸市内に千葉県指定「中核地域生活支援センター」を有し、24時間対応型で5人のベテラン地域ソーシャルワーカーを配置し、あらゆる種類の障害者や生活困窮者に対応します。

私たちは、あおぞら診療所を教育診療所として位置づけ、積極的に研修医や学生を受け入れ、教育活動を行ってまいりました。また、患者さんを断らないことを基本方針とし、医療依存度の高い方、がんの緩和ケア・ターミナルケアはもとより、社会的困難ケースも積極的に診療します。あおぞら新松戸は、わが国最多の小児科領域の在宅患者さんを診療し、小児在宅医療の教育センターの役割を果たしています。

和田は、2009年に、高知県高知市にあおぞら診療所高知潮江を開設しました。副院長の松本務医師とともに、現在40名の在宅患者さんを診療しています。高知でも、今後、医師や看護師を増やして力を蓄え、松戸同様に、地域に信頼され、かつ、あらゆる在宅医療の局面に対応可能な、強力な在宅診療所をつくりたいと思います。

全国在宅療養支援診療所連絡会では教育局長を拝命しており、人材養成を担当しています。今年は、多職種協働のDVDを作成することも企画しております。わが国の今後の医療において、在宅医療の普及は不可欠と考えております。

皆様のご指導をどうかよろしくお願い致します。

IT・コミュニケーション局長 中野 一司 【鹿児島】ナカノ在宅医療クリニック

連絡会のIT・コミュニケーション局長を担当します、中野一司と申します。

私は、1999年9月に、鹿児島市にナカノ在宅医療クリニックを開業しました。開業当初から、在宅医療のシステムの構築を意識して、多職種連携による地域連携ネットワーク型在宅医療システムの構築を目指して、具体的に活動してきました。

在宅医療においては、多職種連携が重要です。多職種連携を実践する要件として、1)連携のコストを安くする、2)チームメンバーの資質が優れている、の2つの要件が挙げられます。1)の要件をクリアするために、ICT(Information and Communication Technology)の積極的な活用、2)の要件をクリアするために、教育環境の整備が必要と考え、医療法人ナカノ会にて鹿児島市内の在宅医療システムの構築に努力してまいりました。

現在わが国で問題になっている医療崩壊は、超高齢社会の到来に伴う、ある意味医療再生(再編)の

プロセスとも捉えることができます。今後、1)急性期病院の集約化、と2)在宅医療の普及の2極に収束して行くと予想されます。そして、これら急性期医療と在宅医療は相補的にお互い協力しあう関係になって、医療再生(再編)が行なわれてくるものと考えます。

このような、医療情勢の変化の中で、在宅療養支援診療所の存在は今後益々重要となり、各診療所間の連絡・連携・教育・支援が重要になってくると考え、本連絡会が発足しました。そして、そのためのICTの活用(連絡会メーリングリストの活性化、ホームページの活用)は非常に重要であると考えております。

本連絡会で、IT・コミュニケーション局長の要職を担当させていただき、発足当初の今から、ワクワク、ドキドキしております。連絡会会員の皆様のご協力、ご結束のもとに、本連絡会が日本の医療を抜本から改革する起爆剤となることを願って、具体的に行動しようと考えております。

どうか、皆様、宜しく願い申し上げます。

監事 苛原 実 【千葉】いらはら診療所

皆さんこんにちは、いらはら診療所の苛原実(いらはらみのる)と申します。

当院は1996年千葉県柏市に、整形外科診療所として開業しました。患者さんの求めに応じて往診をするうちに、在宅医療に目覚めて1995年より訪問看護ステーションも立ち上げて、本格的に在宅医療を始めました。1997年には在宅医療を促進するために、千葉県松戸市に有床診療所を新規開業しました。今年の4月に有床診療所も新築移転して、常勤医3名、非常勤医10名体制で診療に当たっております。われわれの医療の特徴の1つは、外来、入院、在宅医療という、3つの医療提供手段を使って地域医療を行っていることです。

さらに、在宅医療をすすめてゆく経験の中で「慢性期の医療は生活の上に成り立つ」ことを痛感し、株式会社を立ち上げて高齢者施設等の介護保険事業も行っています。これらの介護施設や事業者との密接な連携も、われわれの医療の特徴です。都市部では高齢化の進行が急激であり、老々介護や独居老人が多く、生活を支える介護との連携は必須なのです。

すなわち、地域の中で患者さんの意思を尊重する医療を提供しながら、地域づくりにも貢献することが、当院の理念です。皆様、どうぞよろしくお願い申し上げます。

世話人 伊藤 光保 【愛知】内科伊藤医院

高校2年の冬までは、官僚を目指していました。その頃この地域は、大気汚染公害の激甚地区となり、小さな子供が喘息発作で苦しんでいるのを目の当たりにして、これではいけないと、医学部に志望変更しました。それから医学部在学中も、環境保護の住民運動の中で活動し、その中で知り合ったキリスト教関係者から頼まれて、研修医になってからは、野宿労働者の健康相談のボランティア活動も行ってきました。これも今年で30年になります。命の重さに変わりはないという信念が、これまでの医者としての仕事の支えとなってきました。

公立病院勤務医時代は、肺癌治療の専門医として、あるいは呼吸器救急の専門医として、月に360時間働き、年に150枚近い死亡診断書を書くという生活でした。さらに上記の活動も続け、実際には400時間を越える労働時間だっただろうと思います。そうした中で、受け持ちの患者さんが、同時に3人亡くなるという経験をして、癌の末期の方や御高齢の慢性的な呼吸器疾患や誤嚥性肺炎の方が、長く病院に入院し続け、病室で寂しい死を迎えるのは間違いではないか、命を粗末に扱っているのではないかと考えるようになり、18年前に24時間体制で在宅療養支援もできる診療所を立ち上げました。

しかし大都市近郊の衛星都市の住民は、大病院の専門医志向が強く、開業医はレベルが低い、金儲けではないかという批判も浴びて、経営上は苦戦を強いられる状態が続いています。前記の活動からの人間関係もあって、開業後は、ALS協会を初め難病の各種当事者団体や、認知症の家族会からの支援の依頼もあり、むしろボランティア活動のほうが忙しくなる状態でした。こうした活動と繋がりのある政党から、介護保険開始直前の厚生大臣が出たことから、その基礎調査の活動に加わったことが大きかったと思いますが、現在は介護保険や環境保護の行政の委員も務め、微力ながら行政と市民の協働に関っています。

以下の話を、この地域で12年前にした時には、お前は宇宙人かと言われましたが、当事者の目線に近付くことを意識しながら、在宅療養支援・医療活動を行っていくこと、住民の中にある強くキュアを求

める意識を変えていくこと、そのための地域のシステムを、徐々に創っていくことだと思っています。しかし、自分自身が昨年、癌の手術を受け、一緒に活動してきた仲間も、次々に倒れてきている状況では、場合によっては、あまり時間は残されていないかもしれません。次世代を育てる、あるいは見つけていくことも、現在の課題であると考えなければいけないのかもしれません。

世話人 岡田 晋吾 【北海道】北美原クリニック

当院は函館で2004年に開業しました。当院は地域で信頼されるホームドクターを目指し、医師3人体制でプライマリーケアを行うとともに当院で対応可能な専門診療を患者さんに提供しています。<http://www.medicalpage.net/medic/kitamihara/> 高齢化社会を迎えてプライマリーケアを行いながら心疾患、糖尿病などを診ていく診療所の役目は大きいと感じています。またこれから増えるであろうがん患者さんに対しては診断から術後のフォローまで行っています。また地域のがん診療連携拠点病院と地域連携パスなどを用いて密な連携を行っています。このような考えで地域の患者さんを見てきましたが、かかりつけ医としての機能を果たすためには在宅医療を行わなければいけないと気づき、一般診療所ながら在宅患者さんを50~60人ほど診ています。在宅での胃瘻、褥瘡、栄養管理に積極的に取り組み、看取りも行っています。しかし当院だけでは在宅医療は行えるものではなく、地域の在宅医療に熱心に取り組むスタッフとともに道南在宅ケア研究会(<http://www.oshima-hp.or.jp/zaitaku/>)を立ち上げて一緒に勉強しています。私も在宅医療を始めた当初はケアマネジャーも訪問看護師も知らずに苦労をしました。診療報酬の申請の仕方など在宅医療ならではのノウハウがあります。この在宅療養支援診療所世話人会で皆さんと一緒に勉強できればと思っています。よろしく願いいたします。

世話人 岡田 孝弘 【神奈川】オカダ外科医院

神奈川県横浜市のオカダ外科医院 岡田孝弘です。

私の病院勤務時代は手術・手術の毎日でしたが、今とは違って術後再発や切除不能となった患者さんも最期まで看る大学でしたのがん末期のターミナルケアに携わっていました。最期が近付いている患者さん達が亡くなる前に「家に帰りたかった！」と言われることが多く実現させてあげられないことがいつも心残りでした。その当時は在宅医療という概念が知られていなかったのでもうどうにかできない

ものかいつも考えていました。そこで院内に在宅移行システムを造り自宅へ帰りたい患者さんが居たら地域へ帰れるように帰る段取りをしてバックアップすることを試みました。しかし、次の問題は受け入れてくれる地域の診療所がなかったのです。その時、開業医であった父の体調が悪くなり急遽診療所に戻ることになりました。そこで診療所に在宅医療部を併設し訪問看護師と在宅専任の事務を起し診療を開始したのが10年前のことです。一生懸命仕事をしていました。我武者羅に走り回り夏休みも正月休みのなく働き大勢の方の看取りも行いました。町では重宝がられ毎日毎日在宅医療でした。そんな時、「もし、自分が動けなくなったらこの患者さん達はどうなる？」「在宅は一人でやるには限界がある！」「一人で行っている在宅医療は医療レベルも高くすることが出来ない！」と思い周辺で頑張っている在宅医と協力して平成15年に“在宅医ネットよこはま”を立ち上げました。何かあった時に助け合い、都合がつかない場合には代わりに動く、専門外の診療を頼まれた時には専門医が協力する。いろいろな在宅の問題や物品のやり取り、患者依頼もメーリングリストで相談しつつ連携することになりました。地域で具体的で分かりやすい研究会も開催して在宅医だけでなく、病院の医療従事者、訪問看護師、介護系スタッフ、ケアマネ、行政職員など多職種の人に集まって頂き地域でチームとして支える在宅療養を考え「いつまでも在宅で安心して暮らせる地域」をみんなで造っています。

横浜の在宅療養支援診療所も登録はしているものの活動が出来ていない診療所をありますので今後多くの先生と協力して横浜市は“安心して暮らせる街“にしていきたいと思っています。世話人の一人として努力していきたいと思っています。

世話人 小野沢 滋 【千葉】亀田クリニック

私は学生時代から、在宅医療を志していました。初期研修で選んだ亀田総合病院に、平成4年偶然、在宅医療事業部が設立され、その当時、まだ3年目の後期研修医だったにもかかわらず指導者のいない在宅医療部で自ら手を挙げて訪問医になって早18年。内科の後期研修を終えた後はただひたすら、亀田総合病院という大きな急性期病院の1部門としての在宅医療を行ってきました。

現在、現在は亀田クリニックに籍を置きながら、町田市にある西嶋公子先生のクリニックにも関わって、都市部での在宅医療にも関わりだしています。

急性期病院に付属するクリニックでの在宅医療なので、疾患は多岐にわたりほとんどが重篤な患者さんです。悪性腫瘍、神経難病、COPD の病末期など看取りを前提にした在宅医療を主に行っています。また、私たちの所属する地域医療支援部には 20 名のソーシャルワーカー、16 名のケアマネージャー、70 名あまりのホームヘルパーも同居しており、退院の支援、退院後のケアマネジメント、介護サービスの提供なども在宅医療と一体となって行っています。

また、当院では早くから在宅での栄養管理も取り入れており、訪問栄養指導の重要性を皆さんにわかっていたくのも私の大きなライフワークの一つと考えています。

最近、私たちの病院に見学に来る急性期病院の医師が増えています。急性期病院が在宅医療を自ら行おうとしているのです。金銭的な事よりも、退院させたくても退院できない、受けてくれる在宅医が居ないというのが大きな理由のようです。20 年近く私たちの病院が行ってきた在宅医療を自ら行う在宅医療から、地域全体をサポートするための在宅医療支援活動にシフトし、地域のクリニックの先生方が在宅医療を気軽に行えるよう、いかにバックアップをしていくのが今後のテーマです。

世話人 木村 幸博 【岩手】もりおか往診クリニック

岩手県盛岡市で訪問診療中心に活動しています。常勤医師 4 名 + 非常勤 2 名で在宅者数現在 270-280 名です。

当クリニックでは訪問看護やリハビリ、薬剤指導などは一切他の事業所にお任せして、チームで診療を行っています。

緩和ケアの患者さんが 46%です。在宅看取数は去年は 80 人でした。

在宅はチーム診療が大事と痛感してます。病院に入院させると ADL が下がるので 急性化してもできるだけ家で治すよう心がけています。

世話人 小西 太 【広島】広島在宅クリニック

広島在宅クリニックの小西 太と申します。私は 2005 年 4 月訪問診療専門のクリニックとして広島在宅クリニックを開業しました。開業前は一般病院において内科勤務医としての診療とともに、緩和ケア病棟のチーフを勤めておりました関係で、患者さんや御家族は在宅療養を希望されているにもかかわらず、往診医がいないために自宅に帰れなかった多くの患者さんを経験いたしました。そのためなんとか自宅で緩和ケアが受けられ、自宅で看取りができる医療環境が出来ないものかと考え、自らが訪問診療専門のクリニックを作り、在宅緩和ケアをやっていくことにいたしました。

現在、広島市内には 6 件の訪問診療専門のクリニックがあり、また、一般のクリニックの中にも在宅緩和ケアや在宅での看取りに積極的に関わってくださる先生がおられますので、市内のほとんどの地域で訪問診療を受けることが出来ます。そういった先生方と、緩和ケアや栄養管理についての研究会や勉強会を作り、情報交換や、連携を深めていっております。ただ、最近こういった研究会に出席して下さる先生が固定化しつつあり、その数も決して多いということはありません。今後、在宅診療をしていただける先生を増やしていき、診診連携を強めていく必要があると考えております。

在宅療養支援診療所ができて、広島でも多くの診療所が登録されておられますが、実際に機能しているのはそのうちの一部に過ぎず、“大変ではないのか”という先入観から患者さんを受け入れていただけない先生もおられます。全国在宅療養支援診療所連絡会の活動を通して診診連携を深め、より多くの先生方にストレスのかからない状態で広島の在宅医療に携わってもらえるよう努力していく所存です。

世話人 桜井 隆 【兵庫】さくらいクリニック

先発-完投型の家庭医をめざして

ヘビースモーカーの A さん 60 歳、会社の検診の胸部 X 線で異常を指摘されて、近くの B クリニックへ。肺癌疑いで C 癌センターに紹介、確定診断の後、手術、抗癌剤、放射線療養を受けて退院、社会復帰、しかし 3 年後再発、転移。『これ以上の積極的治療は困難』と病院医師に宣告され途方にくれる。そんな A さんに寄り添って伴走するのが街の家庭医だ。臓器別、時期別の専門医ではない「あなたとあなたの家族の専門医」。なれない海外旅行に付き添う添乗員のように旅行者の希望を優先し、効率的そして安全にエスコートする、医療の現場にそんな存在としての家庭医がいるといい。A さんに日常

の風邪診療やインフルエンザの予防接種、禁煙支援からかわり、その延長線上で、癌と向き合うAさんをサポートする。専門病院への紹介、癌治療の専門医と患者、家族の間に通訳として介在して双方の理解を助け、治療をスムーズに運ぶための触媒となる。そして、もうこれ以上積極的治療は困難、という終末期には、患者、家族の感情のよき理解者として、隣人としてサポートできる、そんな家庭医が、外来診療の延長としての在宅ケアを担当できれば素敵だ

世話人 鈴木 信行 【福島】鈴木医院

1996年から在宅ホスピスケアをライフワークとしております。

座右の銘:「一期一会」

世話人 永井 康徳 【愛媛】たんぽぽクリニック

愛媛県松山市で2000年10月に当時は四国で初めての在宅専門クリニックとして開業したたんぽぽクリニックの永井です。

当時、すでになんか在宅専門クリニックが存在していましたが、仙台往診クリニックの川島先生のように、どんな重度患者であっても自宅で診ることができ、そして、いつでも連絡がつき、必要があればいつでも医師が往診にも行き、患者に安心を与えることが在宅医療に不可欠な要素だと考え、思い切って開業しました。

在宅専門クリニックは新しい形態の診療所で、いい意味でも悪い意味でも注目される存在で、松山市という保守的な地域では、幾多の困難も経験してきました。ただ、新しいことに取り組むときには、困難はつきものです。地域や患者に必要とされるニーズに応え、必要とされるサービスを提供し、一人一人の患者様に満足していただけることが私たちのモチベーションだと考え、これまで突っ走ってきました。

現在、当院は複数医師体制で、医療者が疲弊せず、情報を共有できるシステムが構築できました。都会型ではなく、地方型の在宅専門クリニックのモデルとして、全国の新たに在宅医療に参入される先生に見学や研修に現在もきていただいておりますので、今後も積極的に協力して、全国への在宅医療の普及発展に少しでも協力していければと考えております。

皆様、今後ともよろしく願い申し上げます。

世話人 中嶋 啓子 【大阪】なかじま診療所

関西、大阪の世話人の中嶋啓子です。よろしく御願います。おばハン在宅として地に足をつけ、住宅地を走り回る在宅をしてきました。連絡協議会ができたことでこれまでの成果がやっと実ったという感慨とむしろこれからが勝負なのだという思いが交錯しています。医療界でも社会でも、認知がまだまだ少ない、か細い在宅医療ですが、生まれ育ったふるさとというものは誰にもあるもの、故郷に生まれ故郷で死ぬ。最後本当に生まれた地ではなくとも、故郷は母の懐、胎内のように暖かく栄養があり生きてきて懐かしくほっとする所だと思う。看取りをするとは、最後の故郷作りに関わることではないだろうか。私はそんな思いで、日々利用者患者さんとの出会いを大切にしています。私は在宅医療にこだわり22年、在宅医療をしてきました。その中から生活支援なくして在宅はない、介護なくして在宅医療も在宅療養もないと介護保険を総論賛成各論反対で創ってきました。そして少しずつサービスを増やし今、精神科クリニック(有床診療所、ショート、通所リハビリテーション2単位)、卯の花訪問看護ステーション、グループホーム(6人が2つ)、小規模多機能ホーム(ゆ〜らり)、京都に老人保健施設けいゆうの里(82人)があります。

どうぞ京都、大阪にお越しの際はぜひ遊びに来てください。若いイケメンの兄ちゃん、かわいいねーちゃんから、おばん、おじんで仕事しております。よろしく御願います。

世話人 新田 國夫 【東京】新田クリニック

皆様こんにちは、大変忙しい日々が続いています。そのうちに過労死するのではないかと恐れています。夜の7時から毎日会議が入り、家路に着くのは10時を超えます。これでよく在宅医療ができていいのか不思議に思われるかもしれませんが、看護師長をはじめとした皆様の努力によりなんとかおこなえているのが実情かと思います。外科、救急救命センター、24時間体制の在宅医療を30数年も続けていると、体はボロボロになりそうですが、現在のところは元気です。在宅医療も5年目、10年目、さらには15年と経過するごとに、医療の中身は変化し、更なる面白みを感じられます。元気でタリバーン

のような在宅原理主義の時代、先端医療在宅の時代、何もしないことをよしとした時代、そしてそこから今ある在宅医療へと変遷してきました、在宅医療の根源は高齢者医療にあると思っています。在宅緩和ケアは確かに日常の在宅の忙しさを感じさせますが、本来の姿は高齢者の生活をどのように支えるかであるかと思っています。東京都の在宅医療モデルは昨年からはまり、3か所が行っています。豊島区医師会、墨田区医師会、そして新田クリニックです。私のところは、点の世界から面の世界を目指して地域のモデルの構築を考えています。今までは各個人の先生方の努力により在宅医療が発展してきましたがこれからは、地域力を生かして一人、二人の医師が頑張るのではなく、多くの医師が参加できる態勢作りが必要かと思います。在宅支援診療所は重荷になり、その地域における在宅医療の発展が妨げられることも現実であります。今後さらなる検討が必要かと思い、私自身は意見を持っています。もう一つのモデル事業は多摩西部医療圏における、摂食嚥下事業です。この地域に各市に嚥下評価のできる医師、および歯科医師を作ることです。現在評価医ができ、当院と武蔵村山病院が事務局になり西部地域の摂食嚥下障害患者に対する評価、指導、リハビリ体制を作る準備ができたところです。さらに広域の事業としては東京都の全域で今年の10月、11月から、ケアマネージャー、および介護職のための在宅医療サポート介護支援専門員研修カリキュラム案を現在作る作業をしています。医療への気づきが重要で、いかにして福祉職が理解できるのかの教科書および研修体制をどうするかを検討しています。現在東京都医師会地域福祉委員会委員長として、いずれの作業にも参加していますが、現在必要なことは、社会が求めることは我々から創造することです。医療保険制度、介護保険制度も基本的なところからの改革が必要と思っています。皆様の活躍を期待しています。

世話人 二ノ坂 保喜 【福岡】にのさかクリニック

福岡市にのさかクリニックの二ノ坂 保喜です。

長崎出身、長崎大学を卒業後、外科、救急の研修、地域医療の実践を経て、96年現在のにのさかクリニックを開業しました。

長崎県の僻地で地域医療の取り組む中で、在宅医療、生活を支える医療の重要性を知り、88年福岡での勤務医時代から、在宅医療に取り組み始めました。当時はまだ訪問看護ステーションも介護保険

もなく、地域の診療所、病院の医師や看護師、PTたちとネットワーク研究会を立ち上げ、試行錯誤で在宅ケアの方向を模索していました。

その中で経験を積み重ね、在宅での看取りにも取り組む中で、支えるケアとしての在宅ケアの意味を再認識してきました。在宅ケアとは、

- 1)いのちを最期まで支える。
- 2)自己決定を支える。
- 3)家族を支える。
- 4)スピリチュアリティを支える。
- 5)地域で支える。

これが、「支えるケアとしての在宅ケア」の5つの柱だと考えています。

2009年3月には、ビルクリニックから新築のクリニックに移転し、新たな地域医療の広がり挑戦しています。

地域の中での開業医の役割が大きく変化していく中で、在宅医療はその重要なポイントになるでしょう。国民の望む在宅ケアを提供するには、在宅ケアの質の保証と透明性の確保が必要です。そのためには、複数の医師での在宅ケア、訪問看護ステーションなど他職種、多職種との連携が必要です。地域での連携、全国との連携も重要です。

在宅療養支援診療所が、次代の地域医療を支える柱となることを願っています。

世話人 畑 恒土 【愛知】あいち診療所

医療法人あいち診療会 浅井リハビリテーションクリニックの畑 恒土と申します。

22年前に病院から訪問診察をはじめ、患者さんの自宅に行くことで患者さんとの関係が大きく変わることに、患者さんが自宅では病院の外来で見せない姿を見せてくれることに感動し、在宅医療がこれからの医療を変えると確信し、1990年に在宅医療をする目的であいち診療所野並を開設し、一つのモデルを提案しようと活動してきました。現在滋賀県の長浜市を主戦場に構えて、モデルづくりに取り組んでいます。

在宅療養支援診療所連絡会は在宅関連団体が初めて連合して出来た、今後の在宅医療制度の成熟に大きく貢献することが期待されている団体です。だからこそ、在宅療養支援診療所連絡会という名前に縛られず、在宅医療の取り組むすべての診療所を取り込める活動が求められています。

在宅ケアを支える診療所市民全国ネットワークは、多職種協働を謳い、市民とともに行動する団体ですが、私はその事務局長を引き受けることになりました。この会と補完しあう事が出来ればと思います。

世話人 英 裕雄 【東京】新宿ヒロクリニック

これまで私は新宿区を中心に高度在宅医療が誰にとっても無理なく継続ができる診療体制作りを心がけてまいりました。

思い起こすと平成8年10月に当時東京でもまだ珍しかった在宅医療専門のクリニックである曙橋内科クリニックを開設しました。私自身当時在宅診療とは何なのか手探りをしている状況でしたが、その後徐々に陣容も大きくなり、医療法人社団曙光会へと改組し、落合・代官山にクリニックの展開をしつつ在宅医療専門医療機関の礎を築きました。しかし当時はまだ在宅医療の創世記でもあり、いくら生活を支えるための医療といっても、市民的・国家的・医療的方向性もまだまだ不明瞭な中、私の力不足もあり、実効力のある在宅医療を提供するには至りませんでした。

そこで平成13年8月に新宿ヒロクリニックを開設し、どんな重症な患者さんでも家で安心して生活できる在宅医療。24時間365日本当に安心して家で生活できる在宅医療体制を作ることを目指してまいりました。その間、いろいろな苦労がありましたが、平成21年7月現在、新宿ヒロクリニック・銀座ヒロクリニック・本郷ヒロクリニックと三施設を擁し、優秀な医師たちや真摯なスタッフ一同と共同で、目標に向かって日々精進できていることを本当に幸せと感じております。

さて、これまで13年間在宅医療ばかりをしてきた自分としては、その間介護保険の施行や介護サービスの充実、在宅医療器材の充実や、在宅医療を行う医療機関が非常な勢いで増加するなど、隔世の感を感じるほど、在宅療養環境は整備されたと感じております。

しかし一方でこれだけ介護・医療サービスが充実しても、在宅医療・在宅療養を選択できる患者さんは

限られており、まだまだ地域のすべての人たちが安心して在宅療養できる状況にはなっていません。実際介護者がいらっしやらない方は在宅療養ができずに、長期の入院生活を余儀なくされたり、介護者がいらっしやる方でも金銭的にも体力的にも大きな介護負担を感じながら在宅生活を強いられているのです。誰もが自宅で、自分なりの人生を負担なく全うしたいと思っても、なかなか難しいのが実情なのです。

さらに新宿区など都心部では昨今、急速に高齢者の孤立化が進んでおり、独居の高齢者の方々や老人同士世帯が増加しているという実情を鑑みると、今後ますます在宅療養を選択できる人はますます少なくなっていくのではないかとさえ思えてきます。そこで、昨年度より、新宿区医師会・新宿区と協力しながら『一人暮らしでも安心して療養できる町・新宿』作りを目指し、新宿区医師会診療所にかかりつけ医のための往診サポートシステムを構築し、多くの区民の方々に『新宿いりようあんしんカード』を配り、直接区民の往診依頼や電話相談依頼などに対応するという予防医療的在宅医療システムの構築を目指してまいりました。

今後さらにこの地域ケアシステムを充実することで、誰もが安心して家で生活し続けることができる地域医療提供体制を目指していくこととしております。

世話人 平原 佐斗司 【東京】梶原診療所

私は、卒後すぐ出身大学の消化器内科に入局し、数年後東京で呼吸器内科に入局しました。病棟で消化器癌や肺癌などの進行がんの方に関わる中で、いつしかがんの方が自宅に帰るために役立つ仕事(在宅ホスピス)をしたいと思うようになり、1992年から現在の診療所で在宅医療を始めました。当時テキストもなく、指導医もなく、全く手探り状態で在宅医療を始めましたが、1994年に佐藤智先生の「在宅医学を確立しよう」というよびかけで「在宅医療を推進する医師の会」が創られ、そこに参加しました。そこで、在宅医療の知識や技術を学び、多くの先達や仲間の実践に学び、在宅医療の理念や普遍的価値について教えられました。そんな中で、しだいに在宅医療をライフワークにすることを決意するようになりました。

当初は、がんの在宅ホスピスからスタートしましたが、1997年ミシガン老年医学セミナーに参加した

後、多職種チームによる「高齢者ケア外来」を開設し、認知症高齢者とご家族を、多職種チームで診断から看取りまで継続的に支援するケアシステム(梶原モデル)を創るなど、現在では、がんの緩和ケアだけでなく、認知症をはじめとする高齢者ケアや非がん疾患の在宅緩和ケアについても、実践や研究を重ねているところです。また、NPO 法人ミシガンネットでは、理事として老年医学とチームアプローチの普及の活動を行っています。

在宅医学会では、認定専門医制度委員会副委員長として、在宅医療研修プログラムの創設を手掛け、日本全国どこにいても在宅医療の専門的教育が受けられるシステムを創ってきました。自分でも、日生協在宅医療フェローシップ東京のプログラム責任者として現在 2 名のフェローの教育を行うなど、教育に関わる機会も増えてきています。

在宅療養支援診療所連絡会の東京世話人として、微力ながら在宅医療の普及のための活動を行っていきたいと思います。よろしく申し上げます。

世話人 船木 良真 【愛知】三つ葉在宅クリニック

研修医時代に在宅医療の学会を手伝った際、諸先生方の熱い姿勢に心を動かされこの世界に飛び込みました。日本の超高齢社会と医療システムがどうなっていくのか、「在宅医療」が一つのキーワードになるのではないかと思い、志を同じくする仲間とともに在宅医療のクリニックを始めました。

患者さん、医師双方の満足度を高めつつ、在宅医療を継続するためにはどうすればよいか日夜議論を重ねています。三つ葉在宅クリニックでは、患者さんを中心にした地域連携、複数医師によるグループ診療、それを支える情報共有のシステム化に注力しています。

現在、10 名ほどの医師が参加し、患者さんの情報を共有しながら継ぎ目のない 24 時間体制を提供できるよう努力しています。地域の介護スタッフとも連携し、患者さんにとって最高の在宅サービスを提供できることが私たちの目標です。

多くの医師が在宅医療の世界に興味を持ち、やりがいをもって働いてくことができるような在宅医療の仕組みづくりに、貢献していければと思っています。

世話人 宮坂 圭一 【長野】宮坂医院

在宅医療、療養および在宅サービスの比較

(当医院の1998年と2008年)

宮坂医院: 宮坂圭一、山本美和、金子江理子、有賀忍、新海由貴子、保科典子、山岡友美・諏訪赤十字訪問看護ステーションスタッフ

当医院では、在宅医療、療養およびケアを1991年より開始。今回は、介護保険前と8年後を比較し、介護保険導入による変化をみた。

- 1、看取りの場は、1998年在宅9、病院49/130、2008年在宅17、病院6/132名であった。
 - 2、6～10年以上の介護の在宅療養者は、1998年8、2008年41名と急増している。
 - 3、6～10年以上の介護の疾患は、脳疾患で、1998年11から2008年25名と増加している。
 - 4、在宅サービス、福祉施設の利用が10年間で急増している。以上よりこの10年間で在宅、福祉施設の充実により在宅療養者の生存日数が伸び介護保険の果たす意義はあったと思われる。
- ただ、在宅サービスの質、介護の負担の問題をどうするか、考えていきたい。

世話人 泰川 恵吾 【沖縄】ドクターゴン診療所

沖縄の宮古島と神奈川の鎌倉で、日々在宅療養支援診療所を運営しているDr. GONです。離島と都市部の違いと共通点が、いつも新鮮で楽しく仕事をしています。

宮古島ではジェットスキーや船舶を使い、鎌倉ではオートバイも使って訪問診療しています。

事務局 岩本 佳代子

事務局を担当させて頂いております、岩本佳代子です。

私は、管理栄養士として訪問栄養食事指導を行ったのが初めての在宅医療との出会いでした。在宅医療との出会いで、本来あるべき姿の医療現場を見た気がしました。入院中に栄養管理されていても、退院後の自宅での食事がどれほど重要かは、言うまでもありませんが、全くというほど気にも留められていませんでした。このように生活に密着した医療を行なう事が、人生を豊かに過ごす手助けをできるのだと感じました。その後、患者さんの生活全般を充実したものに導きたく思い、ケアマネジャーとしてもかかわるようになり、さらに在宅医療の魅力に取り込まれていった次第です。

いったん、職から離れしばらくは家事・育児に専念しておりましたが、思いは残り、社会福祉士の資格を取得いたしました。この度、在宅医療に再びかかわることができましたことを、自分にできる社会貢献と心得て事務局の職務に取り組んでまいりたいと思っております。

微力ではございますが、皆様のご期待にお答えできますよう精進するつもりでございます。ご指導ご鞭撻を賜りますようお願い申し上げます。

在宅医療の姿を示す等に関する研究

研究分担者 川島孝一郎 仙台往診クリニック 院長

研究要旨

在宅医療はその性格上療養者の生活に深く係わる医療形態である。生活に深く係わることから、WHO が 2001 年に示した国際生活機能分類 (ICF) に基づく療養者本人・家族等を含めた生活者全体の「ものの見方、考え方」に寄り添うことが要求される。

在宅医療は生活者の生活に根ざすとともに、生活を支える医療として医学知識・医療技術以外についても生活全般の維持と問題解決に係わるものである。

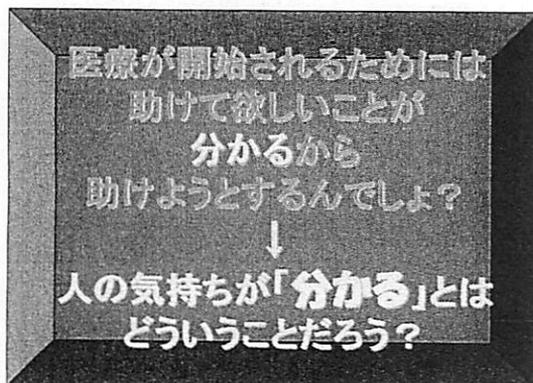
したがって、生活者と医療者双方の人間関係を如何に捉えるかによって異なる。本研究においては、【1】医学人間関係論としての在宅医療の特殊性、【2】ICF に基づく生活者の生活を支える医療提供のあり方を論ずるものである。

【1】医師及び医療全般が生活者の生活範囲に含まれる (内包型の医療) あるいは生活に統合された医療であり、医師-患者が対峙する主客分離形式の要素還元主義・分析型医療提供だけではないこと。

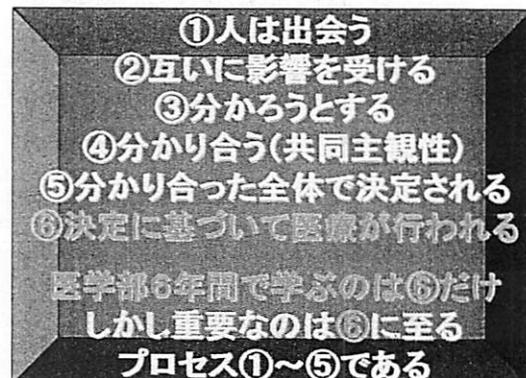
【2】生活範囲に統合された医療提供は、ICF の生活機能 (生きることの全体) を支えることを目的とすること。そのために心身状態・活動・参加の統合された「健康状態」を支える環境因子・個人因子等の総合的支援が在宅医療において重要であること。等を示す。

【1】医学人間関係における在宅医療の特殊性

医療が開始されるためには、第一に患者・生活者の要求する意思が「分かる」ことから始まる。医師が (あたかも分かったかのごとくに) 勝手な医療提供を行えば必ず軋轢が生まれる。



したがって、医師は「人の意思・心・考え等が分かる」ことについての理解がなされなければならない。



まず①人は出会う。そして②出会った瞬間から影響を受けることとなる。医療提供のためには相手の意思が分からなければならないので③分かろうとする。④分かり合うこと (両者の共同主観性の構築) がこのプロセスにおいて最重要である。⑤分かり合った両者による選択と決定が行われる。

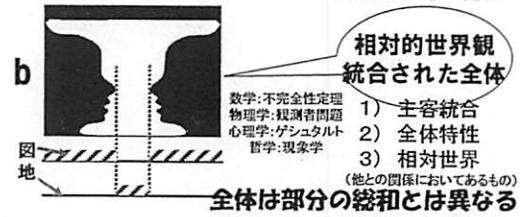
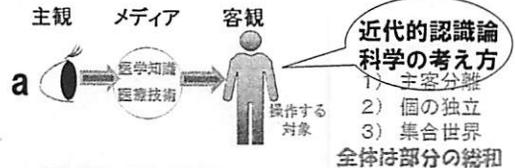
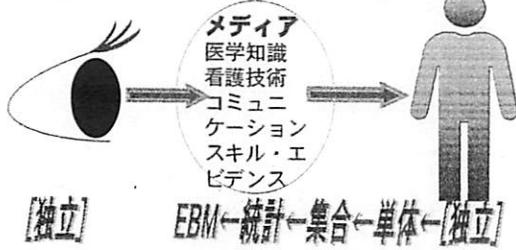
これが意思疎通のプロセスである。

科学的医学においては、しばしば要素還元主義・主客分離型を基本とする対象独立型の把握が先行するために、観察者と対象者の関係を下図のように設定しがちである。

人間関係を独立関係と考える

近代的認識論
科学的考え方

主観(観察する人) 客観(対象者)

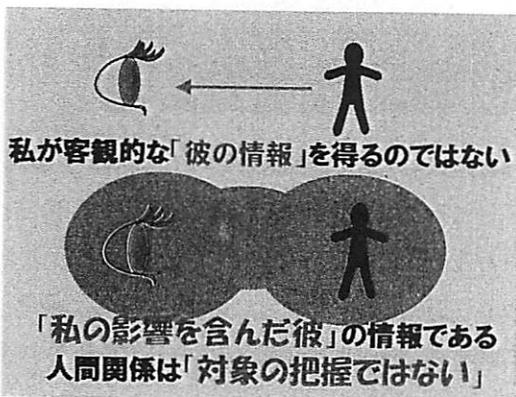


しかし、人間関係は独立関係ではない。

太陽を見る観察者にとっては、その視覚領域に太陽が組み込まれる(含まれる)形式となる。したがって対象が観察者の知覚範囲(意思の範囲)の中に組み込まれる包含関係を形成する。これを一般に「知覚は対象を含む」という。



したがって、人が出会った瞬間から両者がそれぞれ互いの知覚範囲(意思の範囲)に組み込まれるので、相手の情報は『私の影響を含んだ情報』となり、



もはや独立した情報ではない。

元来人間関係は「対照の把握であったためしはない」のである。

上図のように、医学はaのように独立した対象を分析的に論ずるものであるが、人間関係にaを持ち込むことは事実と反する。bは相対的人間関係を示すもので、ルビンの壺における顔と壺が互いの影響下にある統合された全体を形成している。

本来の人間関係はbである。科学的分析型のaに基づく人間関係論は本来の姿bを歪めたものであり、応用する場合には十分な注意が必要である。

病院の人間関係



したがって、病院・病棟における人間関係は主客分離型の関係ではなく、患者の世界に組み込まれた



人間関係を形成するものである。

在宅医療においてはこの関係がさらに広範囲で密度を深める。

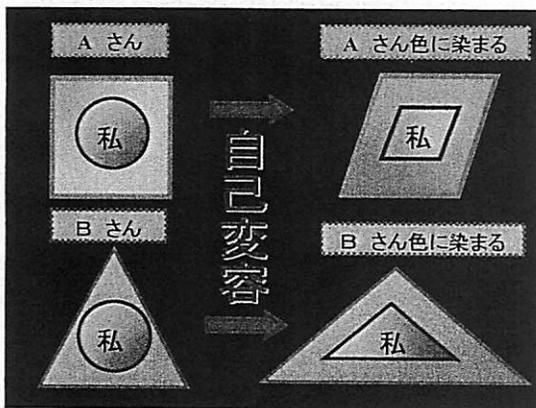
在宅医療

24時間



その人の24時間の内部で作業し
その24時間全体に影響を与える

在宅医療は患者宅の内部で医療提供を行うため、物理的にもすでに彼らの生活空間に組み込まれた医師として振舞うことになる。



Aさん宅に伺えばAさんの家風・絆に触れ、生活構造を物理的にも・心理的にも歪めないように計らいながら医療提供を行うことになる。

Bさん宅に伺えばBさんの家風や絆に寄り添う医療提供が成される。

この場合、患者を変えることより先んじて、第一に家風や絆を壊すことがないように**医師(私)が変わる(自己変容)**ことが求められる。

これは、科学的医学が対象を変えることに比べ非常に特徴的なことである。

医学人間関係においては、その序列の第一に医師が自己変容することによって、初めて患者の心に寄り添う医療提供が行い得るものと理解される。

【2】生活機能（生きることの全体）を支える

上記のように医師－患者関係のみならず、在宅ケアに関与するすべての人間同士の関係は次図のように、互いに影響を受けたケア提供となる。

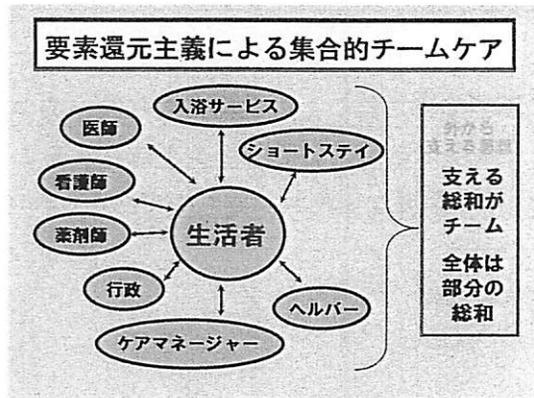
したがって、生活者に相対したケア提供者ごとに生活者の顔は異なるため、全体を統合的に把握する

ことが求められる。

- | | | |
|---------------|-------|-----|
| ①「在宅医 | — 生活者 | 「 」 |
| ②「ケアマネージャー | — 生活者 | () |
| ③「看護師 | — 生活者 | [] |
| ④「訪問リハビリテーション | — 生活者 | < > |
| ⑤「ヘルパー | — 生活者 | 『 』 |
| ⑥「入浴サービス | — 生活者 | { } |

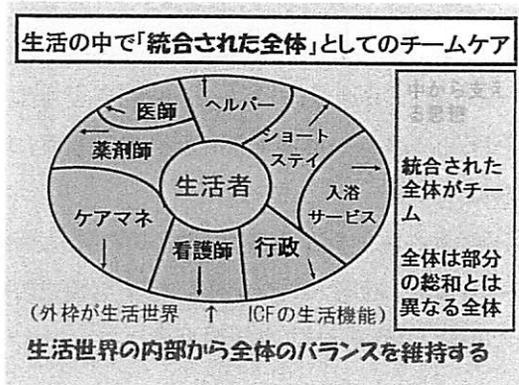
この各々が統合された全体を意味する←
全員が全体を把握するために
ケアカンファレンスが必要

在宅ケアの概念図は下図ではない。



むしろ、生活者の生活世界の内部構造に組み込まれた医療者・ケア提供者となるために、その概念図は次図のように描かれる。

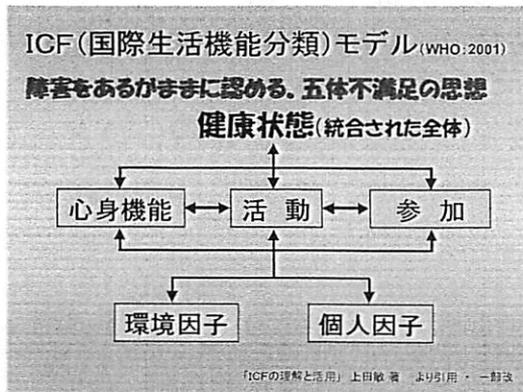
我々は生活者の生活世界の構造を形成する諸部分となりながら、全体構造が破綻しないための方策を全体で協議し、かつ運営することとなる。



このような概念図に最も調和するものがICFである。ICFの健康状態は単に身体的健康を意味しない。衰え、低下した心身機能であったとしても、その機能を最大限に生かしたその人なりの活動や参加が行えることの全体を「健康状態」と評する。

五体不満足であっても精一杯の生きることが可

能であるように支援することが目的となる。



在宅医療は正に生活者の「生きることの全体」を支える医療である。

今後【1】に基づく人間関係を基本とし、【2】ICFに基づく生きることの全体に関与し、かつ生きることの全体を支える医療提供が成されることが在宅医療の重要な任務となるものである。

B. 健康危険情報

なし

C. 研究発表

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)特定疾患患者の生活の質(Quality of life, QOL)の向上に関する研究班「終末期医療の概念整理 差し控え・中止と不作為・作為を考える」2009 年 12 月 16 日 東京医科歯科大学

1. 論文発表

高齢者の「生き方」を共通言語とした 24 時間支援行動可能にする医療関連職種機能展開と連携推進戦略に関する研究事業

平成 20 年度老人保健健康増進等研究事業(老人保健健康増進等事業分 老第 1209001 号) 事業実績報告書 全 366 頁(2009) 川島孝一郎(主任研究者)

災害時の在宅医療及びケア関連職種が担う障害者への包括的支援体制整備に関する研究事業

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

全 331 頁(2009) 川島孝一郎(主任研究者)

医療における観察・把握・操作に関する各種用語の設定基準の研究

平成 20 年度厚生労働省科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)「特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究」

65-69 頁(2009) 川島孝一郎(分担研究者)

在宅医療・介護・福祉の一体提供—各種疾患の医療費・介護費の推計—

平成 20 年度厚生労働省科学研究費補助金(難治性疾患克服研究事業)「難治性疾患の医療費構造に関する研究班」

103-106 頁(2009) 川島孝一郎(分担研究者)

ICUにおける脳死状態患者の在宅移行に関する研究(調査研究事業)

平成 20 年度厚生労働省地域医療基盤開発推進研究事業「利用者の視点に立った終末期医療と在宅医療のあり方とその普及に関する研究」

全頁(2009) 川島孝一郎(分担研究者)

高齢者の在宅医療(退院支援、救急)における地域連携とネットワーク化に関する研究

平成 20 年度長寿医療研究委託費

(2009) 川島孝一郎(分担研究者)

在宅医療における遠隔医療の適正な利用に関する調査研究

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業) 総括研究報告書

全 178 頁(2009) 川島孝一郎(主任研究者)

生きる上での構成概念と実体について

日本医学会雑誌 第 11 巻 2 号 pp55-74 (2010.1)

特集 在宅医療の理想と現実「地域の全体医療の中で在宅医療の役割」～地域の限られた医療資源を最大限に生かすために

新・医療連携(エルゼビア・ジャパン) 第 5 号 pp14-17 (2009.6)

特集 難病在宅医療の現場 実例に沿った在宅医療と
展開のための基礎知識
難病と在宅ケア Vol.15 No.3 pp16-20(2009.6)

特集 明日を拓く高齢者歯科医療 地域の中で高齢者
の生活情報・健康情報をどう共有するか

1. 医師の立場から

日本歯科医師会雑誌 Vol.62 No.2 pp72-75 (2009.5)

2. 学会発表

なし

I. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

在宅医療（在宅医療対応電子カルテ、在宅用医療機器等の在宅医療支援機器開発を含む。）の推進に係る総合的研究開発 —地域緩和ケア支援ネットワークの現状調査—

研究分担者 蘆野吉和 十和田市立中央病院 院長

研究要旨 在宅医療、特になん疾患を含む慢性疾患の終末期の看取りを伴う在宅医療を普及させるためには、地域の医療介護福祉機関および関係者の密接な連携を基盤とし、地域住民を巻き込んだ地域緩和ケア支援ネットワークを構築することが望ましい。一方、このような支援ネットワークがすでにいくつかの地域で構築されており、さらに最近では、在宅医療推進の医療政策のもと、あるいはがん対策推進基本計画に基づいたがん地域連携パス作成の一連の動きのなかであたらしくネットワークが様々な形態で構築されつつある。

そこで、今回、地域緩和ケア支援ネットワーク構築の全国的な状況に関連学会や研究会の報告記録あるいはインターネットで検索調査し、構築されている形態の分類をおこなった。また、E-mailおよび郵送でその特徴についてアンケート調査を行い、関心をもつ医療従事者、介護福祉従事者および一般国民にその情報の提供を呼びかけた。

A. 研究目的

看取りを伴う在宅医療を円滑にすすめるためには、医療機関、介護福祉機関、行政機関、および地域住民の連携が必要であり、各施設あるいはその中で働く各職種のネットワーク化をすすめることが重要な課題として挙げられている。しかし、その連携の方法やネットワーク構築の戦略は、その地域の利用できる人的資源（医療提供体制、福祉介護提供体制あるいは各職種の力量など）、各職種および地域住民の在宅医療に対する理解度などによって多様であり、現実に全国各地で様々な形態の地域ネットワークが誕生している。そこで、今回、どのような形態のネットワークが構築されているのか、あるいは構築が計画されているのかについて調査を行い、その形態の分類を試みた。また、アンケートを実施し、各ネットワークの特徴について情報を収集し、在宅ケアを希望している地域住民への情報提供を試みる。

B. 研究方法

1. 地域ネットワークの検索

1) 関連学会および研究会の総会記録集からの検索

日本緩和医療学会、日本在宅医学会、日本ホスピス在宅研究会、日本在宅医療学会などの総会記録から、在宅医療、在宅緩和ケアなどの地域ネットワークに関する発表を検索した。

2) インターネットの検索

「緩和ケア」「在宅医療」「在宅緩和ケア」「ネットワーク」「支援ネットワーク」「地域ネットワーク」などの単語を組み合わせて検索した。

3) インターネット上のデータベースを利用した検索

末期がんの方の在宅ケアデータベース (<http://www.homehospice.jp/db/db.php>) の中から年間の看取り数の多い診療所を抽出した。

4) メーリングリストを利用した情報提供

在宅医療関連のメーリングリスト上にネットワークの情報提供を呼びかけた。

2. 地域緩和ケア支援ネットワークに関するアンケートの実施

前述の方法で検索したネットワークの代表者に対し、アンケート調査票（資料1）を送付（E-mailあるいは郵送）し、FAXで回答を依頼した。

C. 研究結果

1. 地域緩和ケア支援ネットワークの種類の分類

全国で様々なネットワークが構築され、あるいは構築が予定されていたが、そのネットワークの内容は、実際の在宅医療の現場での実践活動を伴うもの、実践の準備段階のもの、緩和ケア、在宅医療、地域連携に関する多施設共同の勉強会（講演会や事例検討会を含む）を示すもの、医療従事者（あるいは介護福祉従事者を含め）の情報共有のためのメーリングリストを示すものなど多彩である。この中で、実践活動を行っている地域緩和ケア支援ネットワークを活動の主体を基準すると以下のような分類（地域緩和ケア支援ネットワークの種類）が可能である。

- ① 基幹診療所主導型：外来診療に加え訪問診療も行っている地域の基幹診療所が中心となり、訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所と連携している類型である。地方の在宅療養支援診療所が多いものと推察される。有床診療所の場合には、これが後方病床として機能する利点があり、また、小規模多機能型居宅

施設を併設している場合もある。

- ② 診療所連携型：外来診療と訪問診療を行っている診療所が連携し24時間体制をとった上で、地域の訪問看護ステーションおよび居宅介護支援事業所と連携している類型である。比較的診療所の多い中小都市で、同年代の医師がいる地域では可能となるものとおもわれる。
- ③ 在宅医療専門診療所主導型：在宅医療専門診療所が訪問看護ステーションおよび居宅介護支援事業所と連携している類型である。診療所の多くは複数の医師を擁し、年間100名以上の在宅看取りの実績を有している診療所も少なくない。札幌市、盛岡市、仙台市、東京都内、立川市、名古屋市、大阪市、徳島市、福岡市、熊本市、鹿児島市などの大都市に多い。なお、仙台市では爽秋会岡部医院と仙台往診クリニックがそれぞれ独自で地域医療関連施設および介護福祉関連施設とのネットワークを構築し、結果的に仙台市のがんの在宅死亡率を20%以上に引き上げている。
- ④ 地域医師会主導型：地区医師会が中心となり医療介護福祉の連携を進めている類型である。長崎 Dr ネット（長崎市医師会）、市川市医師会地域医療センター（千葉県市川市医師会）、粕屋北部在宅医療ネットワーク（福岡県粕屋医師会）、静岡市イーツーネット（静岡市静岡医師会）、尾道市医師会包括医療ケアシステム（尾道市医師会）などがある。
- ⑤ 国主導型（がん対策戦略研究）：2008年4月からがん対策基本法に基づくがん対策戦略研究として3年間行われる、緩和ケア普及のための地域プロジェクトである。がん患者を対象とした在宅緩和ケアの医療介護福祉の連携ネットワーク構築を目指した研究である。全国4地域（山形県鶴岡市・三川町地区、千葉県柏市・我孫子市・流山市地区、静岡県浜松市地区、長崎県長崎市地区）を対象として地域ネットワークを構築中である。
- ⑥ 基幹病院主導型：地域の基幹病院、特に自治体病院が主体となって連携が展開されている類型である。過疎地域の自治体病院（国保病院、町立病院）などの勤務医が訪問診療も行い、行政も一体化し町ぐるみでネットワークを構築している地域も少なくない。また、往診する医療機関が少ない地域での在宅緩和ケアを推進するために、当院のような基幹病院の在宅緩和ケアに興味をもつ勤務医が訪問診療を行い、地域の訪問看護ステーション、保険薬局、介護支援事業所とネットワーク（十和田上北地域緩和ケア支援ネットワーク）を構築している例もある。同様のネットワークは高岡在宅・緩和医療懇話会（富山県高岡市

富山済生会高岡病院）、小牧市民病院などが構築している。

- ⑦ 病院群連携型：複数の急性期病院が音頭をとり、そこに地域の診療所を含む医療機関を巻き込んだ形で連携を構築している類型である。比較的医療機関の多い都市にみられる。例として、道南地域医療連携協議会（函館市）、一関在宅緩和ケア支援ネットワーク（岩手県一関市）、東京都城西地区緩和ケアネットワークミーティング、
- ⑧ 地域がん連携拠点病院主導型：現在、がん対策基本法に基づく施策として、行政（県）が係り、がん連携パスを作成し、地域がん連携拠点病院を中心とするネットワークづくりが各県で試行錯誤されている。まだ、準備段階で実質的な活動を伴っていない地域が多い。三重県は地域を3つに分けて、北勢緩和ケアネットワーク、南勢緩和ケアネットワーク、三重中勢緩和ケア研究会として構築している。
- ⑨ 緩和ケア病棟主導型：緩和ケア病棟のある病院あるいは診療所が近隣の医療機関や介護福祉機関に呼び掛けて構築している類型である。診療報酬においても緩和ケア病棟の地域における位置づけがかわり、地域の在宅緩和ケアの後方病床としての役割が明確かされていることも連携が構築されるきっかけとなっている。西胆振在宅ホスピス・ネットワーク（室蘭市日鋼記念病院）、秋田市北部地域緩和ケア支援ネットワーク（秋田市外旭川病院）置賜地区緩和ケア支援ネットワーク（米沢市三友堂病院）、市立砺波総合病院、石川県在宅緩和ケア支援センター（石川県済生会金沢病院）、広島がんネット（広島市）、在宅緩和ケア支援センター（山口赤十字病院）などがある。
- ⑩ 訪問看護ステーション主導型：在宅緩和ケアを中心に訪問看護を行っている訪問看護ステーションが調整役となっている類型である。在宅緩和ケアセンターほすびす（兵庫県）YMCA訪問看護ステーションピース（広島市）などがある。
- ⑪ 地域住民主導型：地域住民が調整役となり連携を構築している類型である。千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア（NPOピュア）、すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会（東京都墨田区）NPO法人ターミナル・難病・重度障害者いずも在宅支援ネットワーク（島根県出雲市）ホームホスピス宮崎（宮崎市）などがある。

2、情報公開

集めた情報は、長寿医療センターのホームページ、在宅医療助成勇美記念財団のホームページ、

各地域がん連携拠点病院にあるはずの、地域緩和ケア支援センターなどに提供し、公開を計画している。

D. 考察

「地域緩和ケア支援ネットワーク」の言葉の定義はないため、筆者は、①地域内（在宅）で看取りが行われていること、あるいは地域内での看取りを念頭においた在宅医療が行われていること、②地域内の多職種が連携していること、③地域内の医療介護福祉の多施設が連携していること、を公表の要件と定める予定である。一方、現在類似し名称のネットワークがあり、その中には多施設あるいは多職種の勉強会レベルで、地域で在宅看取りを伴う実践活動がまだ行われてないネットワークも少なくないが、少なくとも地域で顔の見える関係性が醸成されており、その活動の中で、在宅緩和ケアの調整者としてリーダーシップをとる人物が出てくることで、地域での実践活動が始まるものと期待できるため、参考情報として記載し公表することも、地域住民にとっては意義あるものと考えている。

また、対象となる疾患もがんに限定されている場合も少なくが、緩和ケアの対象となる疾患はWHOの定義を見てもがんに限定されておらず、限定すべきではないと考える。

情報が少ない中で、地域住民は、医師に在宅医療を勧められた時に大きな不安をもつものと考えられる。この時に地域での支援ネットワークの適正な情報が得られ、また、「あなたの家に帰ろう」などの小冊子を読むことで不安がかなり解消されるものと期待している。

E. 結論

G. 研究発表

1. 論文発表

- ・ 蘆野吉和 看取りを通じた地域づくり 明日の在宅医療 第3巻 p131-151: 中央法規出版 (株) 2008年9月
- ・ 蘆野吉和 在宅ホスピスケアにおける地域ネットワークの構築 在宅ガイドブック 田城孝雄 編著 p126-131 : 中外医学社 2008年11月
- ・ 蘆野吉和 がんの在宅医療総論 在宅ガイドブック 田城孝雄 編著 p178-182 : 中外医学社 2008年11月
- ・ 蘆野吉和 在宅医療と病診連携 治療91:1451-1455、2009
- ・ 蘆野吉和 がん診療の地域連携・在宅医療 診断と治療 97:2224-2228 2009

2. 学会発表

- H. 知的財産権の出願・登録状況
特になし。予定もなし。

地域緩和ケア支援ネットワーク調査票

医療福祉介護関係者への調査内容の公表の可否 可 否

地域住民への調査内容の公表の可否 可 否

記載者氏名 _____

- 1、ネットワーク（診療所、病院）の名称（ _____ ）
 ＊ネットワークの名称があれば記入して下さい。名称がなく診療所や病院が地域の多職種の連携でネットワークを構築している場合には、診療所名あるいは病院名を記載して下さい。）
- 2、ネットワークの代表者名（あるいは中心となっている施設名）
 代表者名（ _____ ）所属（ _____ ）
 施設名（ _____ ）施設代表者名（ _____ ）
- 3、ネットワークの対象地域（〇〇県〇〇市 〇〇町 などと記載）
- 4、ネットワークの性格（複数回答可）

<input type="checkbox"/> 緩和ケアに関する勉強会（講演会や講習会）	<input type="checkbox"/> 地域住民に対する教育啓発活動
<input type="checkbox"/> 在宅医療に関する勉強会（講演会や講習会）	<input type="checkbox"/> 地域住民に対する緩和ケアについての情報提供
<input type="checkbox"/> 地域連携のための勉強会（講演会や講習会）	<input type="checkbox"/> 地域住民に対する在宅医療についての情報提供
<input type="checkbox"/> 緩和ケアあるいは在宅医療の事例検討会	<input type="checkbox"/> 地域住民に対する相談支援
<input type="checkbox"/> 看取りを伴う在宅医療の調整	<input type="checkbox"/> 在宅医療・緩和ケアに関わる人材育成
<input type="checkbox"/> メーリングリスト（情報交換・情報提供）	<input type="checkbox"/> メーリングリスト（連絡調整）
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
- 5、ネットワークに参画している施設

<input type="checkbox"/> 病院（施設数： _____ ）	<input type="checkbox"/> 診療所（施設数： _____ ）	<input type="checkbox"/> 歯科診療所（施設数： _____ ）
<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション（施設数： _____ ）	<input type="checkbox"/> 保険薬局（施設数： _____ ）	
<input type="checkbox"/> 介護支援事業所（施設数： _____ ）	<input type="checkbox"/> 居宅施設（施設数： _____ ）	<input type="checkbox"/> 行政（市町村・保健所）
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会	
<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
- 6、ネットワークに参画している職種

<input type="checkbox"/> 病院医師	<input type="checkbox"/> 病院看護師	<input type="checkbox"/> 病院薬剤師	<input type="checkbox"/> 病院その他コメディカル	
<input type="checkbox"/> 診療所医師	<input type="checkbox"/> 診療所看護師	<input type="checkbox"/> 診療所その他コメディカル	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 保健師
<input type="checkbox"/> 訪問看護師	<input type="checkbox"/> 保険薬局薬剤師	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー	<input type="checkbox"/> リハビリ関連職種
<input type="checkbox"/> 社会福祉士	<input type="checkbox"/> ボランティア	<input type="checkbox"/> 地域住民	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
- 7、地域内での看取りを伴う在宅医療の実績 あり（おおよそ年間 _____ 名程度） なし
 対象疾患（がん 神経難病 小児 その他非がん）
- 8、地域内での後方施設 あり（病院 緩和ケア病床 有床診療所） なし

9、ネットワークの特色（自由記入）

<平成 21 年度活動報告>

要約

平成 19 年度在宅医療推進会議の「新たな在宅医等の人材養成に関する部会」においては、在宅医療を実践している多職種の識者から教育の方法論を聴取し、かつ具体的な教育資料を提出してもらい、研修プログラムを作成した。これらを具体化するため、本年度は、多職種連携に主眼を置き、その具体的な方法を教授することを目指した。なお、平成 19 年度在宅医療推進会議において、「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」（部会長：太田秀樹氏）が実施したアンケート調査に基づき、全国在宅療養支援診療所連絡会が発足し、また、同会が本年度より一般社団法人化しているため、全国在宅療養支援診療所連絡会とタイアップしてこれらの事業を行っている。

1. 多職種協同の研修用 DVD 作成

(1) 基本的な理念

我が国においては、急速な高齢化が進む中で、障害高齢者やがん患者末期患者が急速に増加している。この趨勢に対して在宅医療の国内的普及は急務とされ、その実践の要諦が多職種連携であることは周知のとおりである。一方、我が国においては、医療職と福祉職の基礎となる学問体系の相違、教育システムの違いなどにより、職種間コミュニケーションすら簡単ではない問題が指摘されてきた。これに対して、イギリスで試みられているような Inter-professional Education 導入などを試みるべきとの意見もある。しかし、教育システムの変換が実際の現場に反映されるためには、数年から 10 年以上の時間が必要と考えられる。そこで、現在の制約の中で状況を改善する方策も試みられるべきであろう。

既述の医療職と福祉職の基本的な学問体系の相違、教育システムの違いはにわかには乗り越えられないが、「カンファレンスや直接連絡を通じて互いが知り合い、相互理解を深めることで、よりよいチーム医療・チームケアが行われうること」は経験的に知られており、それを普及させることは有意義と考えられた。そこで、現行制度の中で行われている多職種連携手法としてのカンファレンスに着目し、その実践的方法を提示することを試みた。同時に、積極的に活動する様々な専門職が在宅医療現場においていかなる活動を行うのかを提示することも試みた。

(2) 方法

多職種連携の重要な手法に事例検討会（カンファレンス）がある。事例検討会は単に事例の検討によってよりよい方針を得るのみならず、参加者が専門家として臨床活動をより

洗練させ、成長させていくツールともなる。この認識から、今年度は、事例検討会（カンファレンス）に焦点をあてて多職種連携の教育のためのDVDを作成した。

方法としては、実際の医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員の利用者への訪問現場を撮影し、教育的かつ典型的な活動と思われる映像を抽出した。そして、多職種連携の方法や問題点について、在宅医療を実践する医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員に聴取し、重要なポイントと考えられる映像を抽出した。また、これまでテレビ等で報道された動画映像のうち、著作権に抵触しない範囲で、多職種連携の教育に資すると考えられるものを抽出した。これらを編集し、教育的な画像を作成した。

2. 「在宅医療推進フォーラム」における多職種連携に関するパネルディスカッション

平成21年11月23日祝日（在宅医療の日）に勇美記念財団主催「在宅医療推進フォーラム」が、東京ステーションコンファレンスで行われた。

本フォーラム午前の部において、「在宅療養支援診療所を結ぶネットワーク活動」との演題で、東京都の英裕雄氏（新宿ヒロクリニック）、高知県の壺井康一氏（ネクストホームクリニック）、栃木県の前原操氏（前原医院）、岐阜県の小笠原文雄氏（小笠原医院）を演者とするパネルディスカッション（司会：太田秀樹氏）を行った。各地における様々な多職種連携のあり方が聴衆の参考になったと考える。

3. 日本医師会

（1）日本医師会雑誌特別号『在宅医療-午後から地域へ』生涯教育シリーズ78

上記書籍の一部を全国在宅療養支援診療所連絡会の協力も得て執筆。すでに執筆は終了しており、平成22年6月22日刊行予定。

（2）日本医師会「平成21年度 在宅医療支援のための医師研修会」

日時：平成22年3月28日（日）会場：日本医師会館 太田秀樹・和田忠志

内容は、平成20年度に作成した研修プログラムおよびDVDを用いて、「在宅医療をサポートする医師の研修カリキュラム」（太田秀樹・平原佐斗司・和田忠志）を講演する予定。

<平成21年度活動を基盤として平成22年度に実施されるもの>

1. 日本医師会

（1）日本医師会雑誌特別号『在宅医療-午後から地域へ』生涯教育シリーズ78

上述。6月22日刊行予定。

（2）日本医師会第54回社会保険指導者講習会『在宅医療-午後から地域へ』

平成22年8月25日～26日開催予定の上記企画で「新たな在宅医等の人材養成に関する部会」の平原佐斗司氏、和田忠志らが講演予定。

訪問看護10年戦略

「在宅ケアの最前線! ~明日の在宅ケアを考えよう~」

2009年3月

訪問看護推進連携会議

日本看護協会・日本訪問看護振興財団・全国訪問看護事業協会

目次

訪問看護 10 年戦略	1
訪問看護推進連携会議とは	3
訪問看護のミッション	4
10 年間のアクションプラン	4
1. 訪問看護をより身近に知ってもらうための仕組みをつくる	5
2. 必要なときにいつでも利用できるよう訪問看護ステーションを整備する	7
3. 訪問看護師を十分に確保し、継続して育成する	9
4. 訪問看護ステーションの機能を強化・拡充する	11
5. 訪問看護ステーションのネットワーク化を進める	14
6. 訪問看護ステーションの多機能化・複合化を目指す	16
訪問看護推進連携会議を構成する 3 団体	17

訪問看護 10 年戦略

10年後の2019年に向けて

～超高齢社会・多死時代を迎えるにあたって～

今後、高齢者介護を取り巻く状況の変化として、75歳以上の後期高齢者が増大、2020年には前期高齢者を上回ることが予測されています。特に高齢夫婦世帯、高齢者単独世帯が増加することから、家族介護のみをあてにしない「独居モデル」の確立が求められています。このため、これらの高齢夫婦世帯、高齢者単独世帯が安心して生活できる住まいや療養環境の整備が大きな課題となると考えられます。

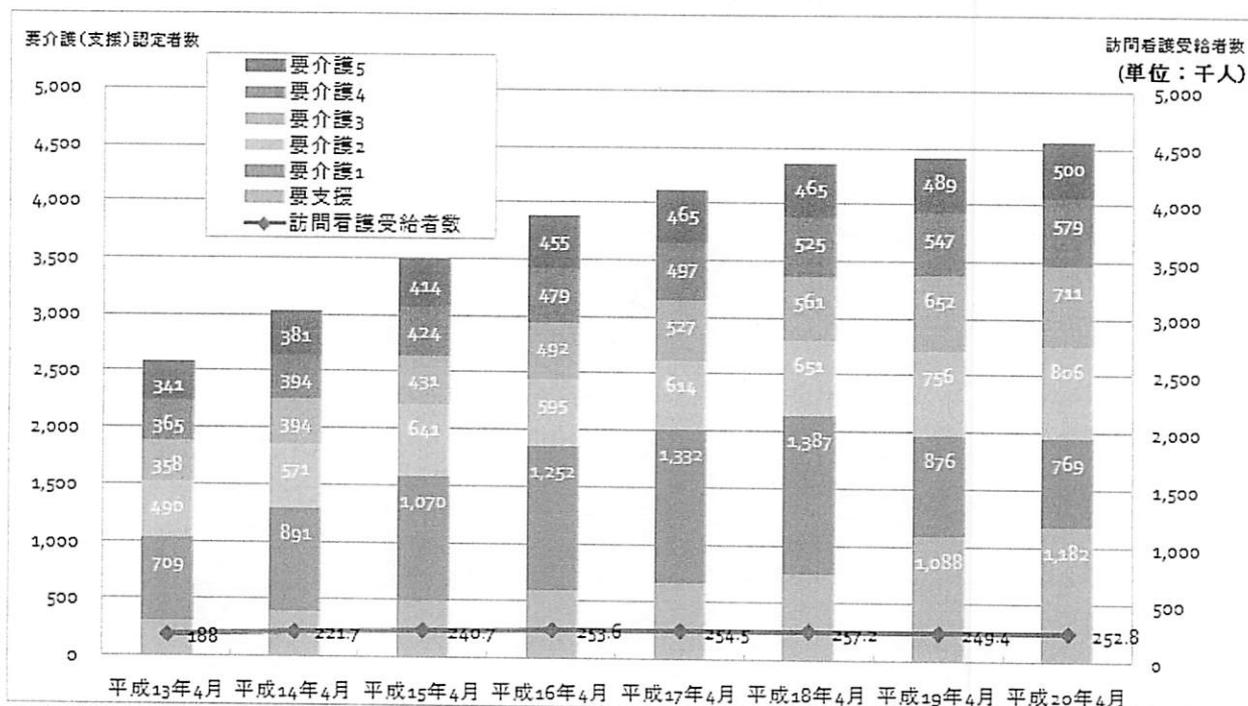
さらに、認知症やがん患者の増加、在宅での看取りの重要性の高まりなどに伴い、医療と介護を必要とする高齢者が増加し、小児や精神疾患等の訪問看護ニーズも高まっていることから、訪問看護を必要とする利用者が大幅に増加することが見込まれます。

超高齢社会・多死時代を迎えるにあたり、介護が必要な状態になっても質の高い介護サービスが利用でき、在宅療養者やその家族が安心して、尊厳をもって自立した生活を送れるよう、訪問看護サービスの充実を図っていく必要があります。

訪問看護ステーションの利用者数（医療保険・介護保険）は、現在約 31 万人で、介護保険利用者や要介護者数の伸びに比べて、殆んど増加していません。日本看護協会推計によれば、2020 年には訪問看護の必要者は 100 万人¹になることが見込まれており、急激な利用者ニーズの増加に対応できるように訪問看護サービスの供給基盤を早急に確立する必要があります。

この「訪問看護 10 カ年戦略」は、これらの背景を踏まえ、訪問看護サービスの供給基盤の確立に向けて、日本看護協会、日本訪問看護振興財団、全国訪問看護事業協会の 3 団体が協働し、今後 10 年間の具体的な取り組み事項についてまとめたものです。

要介護者数と訪問看護受給者（介護保険）の推移



要介護(要支援)認定者数;厚生労働省介護保険事業状況報告月報、訪問看護受給者数;厚生労働省介護給付費実態調査より作成。

¹ 平成 19 年度日本看護協会「訪問看護事業所数の減少要因の分析及び対応策のあり方に関する調査研究事業」より現在の介護保険施設入所者比率を用いて介護保険施設入所者数を算出した場合の推計（パターン1推計）

訪問看護推進連携会議とは

「訪問看護推進連携会議」の誕生と活動

国民の安全・安心のある在宅療養生活の実現や訪問看護のさらなる推進をめざして、日本看護協会、日本訪問看護振興財団、全国訪問看護事業協会の3団体（以下；3団体）は、平成20年5月13日「訪問看護推進連携会議」を設置しました。

本格的な多死時代の到来を目前に、最期まで安心した療養生活を送れるよう、訪問看護の拡充は喫緊の課題であることから、制度の趣旨に立ち返り、3団体が一致協力して情報交換・協議を継続的に行っていくこととしたものです。

平成20年度は①平成21年度の介護報酬改定に向けた要望事項の整理と要望活動、②訪問看護サービス開始の在り方の検討及び新たな仕組みづくりにむけた提案、③効率的な訪問看護サービス提供のためのシステム構築、④訪問看護を推進するための諸課題の検討の4点を中心に活動を展開しました。

そしてここに、今後の活動目標やアクションプランを取りまとめた「訪問看護10ヵ年戦略」として発表することといたしました。

「訪問看護推進連携会議」のこれから

今後は、2009年度4月からスタートする看護職員による「居宅療養管理指導」のPR活動を展開すると共に、更なる訪問看護サービスの充実が図れるよう、診療報酬・介護報酬改定の要望事項の実現を目指します。そして、「訪問看護10ヵ年戦略」に基づき、訪問看護に従事する人材の育成、訪問看護ステーション管理者の強化、訪問看護に専念できる効率的なシステムの構築（IT化や機能集約・基盤整備など）について、訪問看護推進連携会議を通じて連携を図りつつ、各団体の事業を展開していきます。訪問看護の推進にむけて3団体で方向性を共にし、利用者の視点に立った訪問看護提供体制の構築にむけて、一層力を注いでまいります。

訪問看護のミッションと 10年間のアクションプラン

訪問看護のミッション

国民が最期まで安心して療養生活を送れるよう、
他機関・多職種と連携し、
24時間365日にわたり療養生活と在宅看取り
の支援を行う

10年間のアクションプラン

◆ 在宅療養者が利用しやすい訪問看護の体制づくり

1. 訪問看護をより身近に知ってもらうための仕組みをつくる
2. 必要なときにいつでも利用できるよう訪問看護ステーションを整備する

◆ 訪問看護サービスの提供体制の確立とサービスの質向上

3. 訪問看護師を十分に確保し、継続して育成する
4. 訪問看護ステーションの機能を強化・拡充する

◆ 訪問看護ステーションの事業経営の安定化

5. 訪問看護ステーションのネットワーク化を進める
6. 訪問看護ステーションの多機能化・複合化を目指す

1

訪問看護をより身近に

知ってもらうための仕組みをつくる

- 現在、訪問看護（医療保険・介護保険）の利用者数は約31万人で、近年横ばいとなっており、介護保険利用者の約6割は、要介護3以上の中重度者という特徴があります。
- 在宅療養者やその家族にとって、訪問看護は介護保険と医療保険にまたがり、制度が複雑であることや、訪問介護などの福祉系サービスとの違いが分かりづらいことなどから、訪問看護が十分に利用されているとはいえません。
- 訪問看護をより身近に知ってもらうため、国民へのPRを効果的に行うとともに、訪問看護の問い合わせ窓口の設置等を通じ、訪問看護の普及・啓発及びイメージアップを図ります。

具体策

- **メディアを活用し、訪問看護に関するイメージアップ戦略を図る**
 - ☞ 訪問看護に関する一般市民向け、小中高生向けのDVDを作成する。
 - ☞ 多様な訪問看護のベストプラクティスの収集と情報発信の企画・実施を行う。
- **シンポジウム等において、訪問看護の利用者の声を広げる**
 - ☞ 看護の日や看護フォーラムの場を活用し、住民参加型のシンポジウムを開催する。
 - ☞ 在宅医療・介護関係者と利用者が集う交流集会を開催する。
 - ☞ 難病関係団体・認知症関係団体等と共同でシンポジウムを開催する。

- **訪問看護に関する問い合わせ窓口を設置し、訪問看護に関する相談への対応や情報提供を行う**

- ☞ 訪問看護に関する問い合わせ窓口において、一般的な訪問看護に関する相談の受付及び訪問看護ステーションの紹介を行う。
- ☞ 訪問看護ステーション検索サイトの充実
(訪問看護ステーションの人員体制、カバーエリア、受けられるサービス、得意な領域、実績などが簡単に検索できるサイト)
- ☞ 区市町村ごとに訪問看護ステーションマップを作成して、病院・診療所・地域包括支援センター、薬局、公民館などに置く。
- ☞ 介護サービス情報公表システムで公表されている訪問看護ステーションの情報について利用者が入手しやすい方法を考える。

- **医療機関、地域包括支援センター等とのネットワークを強化し、訪問看護の利用を促進する**

- ☞ 地域包括支援センターとの連携を強化し、訪問看護の利用を促進する。
- ☞ 訪問看護推進事業において、医療機関と訪問看護ステーションの相互交流の機会や場を増やし、多くの職員が参加できるよう関係機関に働きかける。
- ☞ 退院調整に関する研修の受講機会・受講期間を増加するとともに、地域の医療機関と訪問看護ステーション共同の退院調整研修プログラムを設置する。

- **看護職員による「居宅療養管理指導」を普及・推進する**

- ☞ 看護職員による「居宅療養管理指導」の普及を推進し、在宅療養者における訪問看護の利用促進・拡充を図る。

2

必要なときにいつでも利用できるよう 訪問看護ステーションを整備する

- 訪問看護の需要計画については、その方法が確立しておらず、介護保険事業計画等を策定する際には、要介護者の推計値に現在の訪問看護利用率等に乗じて算定されることが多い。また、都道府県で策定している医療計画において、訪問看護の役割・位置づけが明示されていないことが多く、訪問看護を提供していくためのサービス供給量が確保されていない場合があります。
- さらに、訪問看護ステーション未設置市町村が約半数を占め、都道府県別の高齢者人口 10 万人あたりの訪問看護利用者数は 4 倍の開きがあります。
- このため、訪問看護の需要予測方法を確立し、必要な時にいつでも訪問看護を利用できるように、訪問看護の必要量を適切に把握した上で、計画的にサービス供給量を確保していく必要があります。

具体策

- **訪問看護の潜在ニーズも含めた需要予測方法を確立し、行政の計画作成時に使えるように頒布する**
 - ☞ 地理的特性を加味した訪問看護事業所の需給状況に関する検討を行う。
 - ☞ 訪問看護の必要量を適切に把握し、利用者ニーズに応えるためのサービス供給量を検討する。
- **都道府県の医療計画、高齢者保健福祉計画、介護保険事業支援計画において、訪問看護の役割・位置づけを明確化するよう働きかける**
 - ☞ 都道府県の保健医療計画協議会等に訪問看護関係者が積極的に関与し、政策提言能力を高める。

☞ 医療機能情報公表制度において、訪問看護ステーションの情報を入れて公表するよう働きかける。

• **行政計画にあげた訪問看護必要数（目標値）を達成するための具体的な方策について、行政と都道府県看護協会及び訪問看護ステーション連絡協議会等が協議しつつ進める**

☞ 各都道府県の訪問看護必要数（目標値）達成にむけた都道府県看護協会及び訪問看護ステーション連絡協議会の活動を支援する。

• **サテライト事業所の設置促進を図る**

☞ 地方自治体に働きかけ、サテライト事業所の適正な運用を図る。

☞ サテライト事業所の設置状況の情報を公開する。

☞ 都道府県における「サテライト事業所設置推奨地域マップ」を作成し、都道府県看護協会及び自治体等に情報提供する。

3

訪問看護師を十分に確保し、 継続して育成する

- 訪問看護ステーションの廃止・休止の理由として、「訪問看護師不足」をあげる事業所が多く、訪問看護師の安定的な確保が重要な課題となっています。
- 訪問看護師を確保するため、新卒看護師や再就職者を積極的に採用するとともに、現任訪問看護師のキャリアアップの仕組みの導入を図ります。

具体策

- **訪問看護師に関わる様々な教育・生涯研修体系を整理した上で、今後の訪問看護師の育成・確保に関する10ヵ年計画を作成する**
 - ☞ 訪問看護ステーション管理者、病院看護管理者、看護系大学等教員などの有識者による検討委員会を設置し、「訪問看護師育成・確保に関する10ヵ年計画」を立案する。
(訪問看護師として期待されるビジョン、育成主体、育成方法、育成期間等を明示)
 - ☞ 看護系大学等において訪問看護師の養成・再就職支援等のカリキュラムの設置を促進し、訪問看護師のキャリアアップの仕組みを作る。
 - ☞ 訪問看護師としてキャリアアップするための評価基準を作成する。
- **新卒看護師や再就職者を積極的に採用するため、訪問看護ステーションの受け入れ体制を整備する。また、訪問看護師に必要な基礎的能力を明らかにし、それらの能力を網羅的・効果的に習得できる研修を実施する**

- ☞ 新卒看護師及び新たに訪問看護を始める看護職向けの研修プログラムを開発し実施する。
- ☞ 基礎教育及び専門教育（地域看護・在宅看護）における、訪問看護に関するカリキュラムの充実を図る。
- ☞ 訪問看護に特化したナースバンクの設置及びナースセンターの機能強化を図る。
- ☞ 訪問看護実践者が訪問看護技術・臨床の教育者として、在宅看護論の基礎教育に携われるような環境整備を行うと共に、教員の研修を受け入れる訪問看護ステーションの整備を行う。
- ☞ 訪問看護ステーション管理者が有識者として看護基礎教育に参画する。

● 訪問看護に関連する認定看護師及び専門看護師の養成機関の設置に向けて働きかける

- ☞ 訪問看護に関連する認定看護師及び専門看護師を10年間で1万人を養成することを目標として、都道府県看護協会や看護大学へ養成機関の設置を働きかける。
- ☞ 訪問看護に関連する認定看護師・専門看護師を養成する教員を養成する。
- ☞ 訪問看護に関連する認定看護師・専門看護師の組織化を支援し、政策提言能力を強化する。

● 現任訪問看護師の継続研修を充実させ、働きながら受講しやすい仕組みをつくる

- ☞ 訪問看護推進事業を活用し、同行訪問等による訪問看護の技術の習得を図る。
- ☞ e-learning を積極的に活用・推進し、受講率を高める。

● 訪問看護ステーションにおける実習生受入れ数の増大に伴い、実習受入れ先の確保や実習指導者の養成を図る

- ☞ 学生の実習環境を整備する。
（実習受入費用の増額、実習指導者の教育充実）
- ☞ 実習指導者が働きながら実習指導者養成講習を受講できる仕組みを検討する。

4

訪問看護ステーションの機能を強化・拡充する

- 医療の高度化、利用者ニーズの多様化等に伴い、訪問看護ステーションには様々な利用者ニーズに対応することが求められています。
- このため、利用者ニーズに 24 時間適切に対応できる訪問看護ステーションを整備し、訪問看護ステーションの機能の拡充とサービスの質の向上を図ります。機能拡充にあたっては、訪問看護師の 24 時間電話対応の負担感の軽減、ワークライフ・バランスのとれた就業の促進など、訪問看護師の労働環境改善を合わせて進めます。
- 訪問看護ステーションの機能の強化に向け、管理者教育・育成の充実を図ります。

具体策

- **緩和ケア、栄養・排泄管理、看取りのケア、退院支援、その他高度な医療処置を伴う管理など、様々な利用者ニーズに 24 時間対応できるよう訪問看護ステーションの機能を強化する**
 - ☞ 様々な利用者ニーズに対応できるよう、訪問看護の各種研修会を充実・強化する。
 - ☞ 訪問看護ステーション同士が協働して、地域住民が安心して療養できるように支援する仕組みをつくる。
 - ☞ 訪問看護ステーションの安定的な 24 時間営業にむけた支援事業を行う。
(24 時間営業の経営モデルの提示と普及、周辺業務の集約化、医療材料等供給支援など)
- **利用者ニーズの多様化に対応するため、専門性の高いケアに関するコンサルテーションを受ける仕組みをつくる**

- ☞ 専門看護師や認定看護師からの専門的ケアの技術の習得、コンサルテーションを受ける仕組みを作り、診療報酬改定・介護報酬改定に向けた政策提言を行う。
- ☞ 訪問看護ステーションのネットワーク化を推進し、他の訪問看護ステーションに対して技術支援を行う訪問看護ステーションの設置を推進する。
- ☞ 障がい者、精神障がい者、小児などについても訪問看護の推進を図る。

● サービスの質の向上を図るため、訪問看護サービス質評価指標を開発する

- ☞ 訪問看護サービスの質評価の枠組み・質評価指標を開発する。
- ☞ 専門性の高いケアに関するエビデンスの集積を図る。

● 増大する在宅ターミナルに対応するため、在宅ターミナルに対応可能な医師との連携を強化する

- ☞ 他職種や市民参加型の研修会やシンポジウムを実施する。
- ☞ 在宅ターミナルケアを行うことのできる機関（在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションなど）の情報共有する。
- ☞ 都道府県協会及び訪問看護ステーション連絡協議会が、都道府県医師会や在宅療養支援診療所連絡会等との協賛による研修会、情報交換会を企画・運営し、連携の強化を図れるよう活動を支援する。
- ☞ 医師と訪問看護師との連携強化を促進する方法（在宅支援診療所と訪問看護ステーションとの連絡会など）について検討を行う。

● 訪問看護ステーションの経営安定化に向け、経営コンサルテーションを行う

- ☞ 各種研究事業を有効に活用し、経営安定化に向けた経営モデルを提案する。
- ☞ 在宅ケア・訪問看護に関する電話相談・来所相談を実施する。
- ☞ 業務効率化やサービスの質の向上のためのセミナー・コンサルテーションを実施する。
- ☞ 訪問看護ステーションの経営安定化のノウハウをまとめた小冊子を作成する。

- **管理者の研修受講機会を増やし、経営・人事・労働環境など、訪問看護ステーションのマネジメントを行うための能力を身につける**

- ☞ 管理者養成研修において、訪問看護ステーションのマネジメント力を向上する。

- **様々な従事者対策について、全国の訪問看護ステーションの取り組みを支援し、訪問看護師の離職防止を図る**

- ☞ 経営実態や雇用に関する調査を行い、結果を公開する。

- ☞ 労働環境や雇用形態などに関する相談対応、情報提供や研修会を行う。

5

訪問看護ステーションの ネットワーク化を進める

- 訪問看護ステーションは小規模事業所が多く、様々な事務作業・周辺業務に対応するには職員が不足しています。
- 訪問看護師が訪問看護業務に専念し、利用者・家族のニーズに対応していくために、広域対応訪問看護ネットワークセンターを設置し、様々な周辺業務に対応できる体制を整えます。

具体策

- **広域対応訪問看護ネットワークセンターを地域ブロックごとに設置する**
 - ☞ 広域対応訪問看護ネットワークセンターを中心に、自治体や都道府県看護協会、訪問看護ステーション連絡協議会が協力して地域住民や在宅療養者のニーズを情報集約し、地域の訪問看護が取り組むべき課題について明確化できるよう、情報提供や活動支援を行う。
- **広域対応訪問看護ネットワークセンターでは、請求業務等支援事業、コールセンター支援事業、医療材料等供給支援事業などを実施する他、地域の訪問看護ステーション及び他職種との連携を強化し、夜間帯・専門領域の訪問分担、看護記録の様式共有、パンフレット作成、スタッフ教育、人事交流等を協働で行うことにより、地域の訪問看護ステーションの業務効率化を図る**
 - ☞ 広域対応訪問看護ネットワークセンターの設置に伴い、ステーションの事務作業や電話相談等の業務がどの程度効率化されたか、医療材料等が円滑に提供されているか等の実態調査を実施し、ネットワーク強化に向けた課題について提言を行う。

- ☞ 広域対応訪問看護ネットワークセンターにおいて、地域内の訪問看護ステーション等の情報共有を行うシステムを構築する。
(個人情報に配慮した仕組みの検討)
- ☞ 地域内の訪問看護ステーションの空き情報を共有し、利用者の訪問希望日・時間帯に訪問看護を提供できる仕組みをつくる。
- ☞ 薬剤師と協働することにより、服薬管理の徹底、医療材料等の円滑な供給を推進する。
- ☞ 地域の小規模事業所同士の連携を強化し、人事交流や事務作業等を協働で実施し、業務の効率化を図る。

6

訪問看護ステーションの 多機能化・複合化を目指す

- 訪問看護ステーションの多機能化や複合化を図り、利用者のニーズに応えます。

具 体 策

- **機能の多機能化・複合化（療養通所介護の併設等）を促進する**
 - ☞ 療養通所介護事業所の併設を推進する。
 - ☞ 健康管理などのサービス提供に向けた検討を行う。
 - ☞ 療養通所介護に関し、診療報酬改定・介護報酬改定にむけた政策提言を行う。
 - ・エビデンス集積及び療養通所介護推進ネットワークの活動を支援する。
 - ・療養通所介護の拡充に資する報酬上の評価・設置促進策などを要望・提言する。
- **特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、グループホームなど、多様な居住の場への訪問看護を拡大し、事業の安定化を図る**
 - ☞ 多様な居住の場への訪問看護に関し、診療報酬改定・介護報酬改定にむけた政策提言を行う。
 - ・多様な居住の場への訪問看護に関するエビデンスを集積する。
 - ・介護保険施設に勤務する看護職員の組織化により政策提言能力を高める。
 - ・多様な居住の場における訪問看護の報酬上の評価及びサービス提供の促進策を要望・提言する。
 - ☞ 多様な居住の場における訪問看護の定着にむけた情報発信や支援活動を行う。

訪問看護推進連携会議を 構成する3団体



◇社団法人日本看護協会◇

〒150-0001

東京都渋谷区神宮前 5-8-2

電話 03-5778-8831

<http://www.nurse.or.jp/>



◇財団法人日本訪問看護振興財団◇

〒150-0001

東京都渋谷区神宮前 5-8-2 日本看護協会ビル 5階

電話 03-5778-7001(代)

<http://www.jvnf.or.jp/>



◇社団法人全国訪問看護事業協会◇

〒160-0022

東京都新宿区新宿 1-3-12 壹丁目参番館 302

電話 03-3351-5898(代)

<http://www.zenhokan.or.jp/>

在宅医療推進多職種協働懇話会の開催報告

1回目

1. 日時 平成21年3月7(土) 13:30~16:30
2. 場所 京都市(京都府医師会館)
3. 対象者 医師、歯科医師、薬剤師、看護師
4. 参加数 39名
5. プログラム
 - 1) 映画鑑賞「終わりよければすべてよし」
 - 2) 現状と課題についてコメンテーター(医師、歯科医師、薬剤師訪問看護師)からの報告
 - ・京都府医師会は在宅医療サポートセンターを設置し、情報提供を行っている。
 - ・日本歯科医師会と日本歯科総合研究機構は在宅歯科医療を進めるため「高齢者の口腔機能管理」を作成した。
 - ・日本薬剤師会は訪問時に見出された問題点(飲み忘れ薬剤等)を調査した。
 - ・訪問看護師からは、他の職種とチームとしての連携が取れていない。関係者間で専門性を発揮し、情報を提供、交換、共有し、お互いの立場を尊重することが大切である。
 - 3) 意見交換
 - ・お互いの顔を知っていると連携がしやすいので、懇親会を行っている。
 - ・一般診療所と在宅支援診療所のギャップが大きく、裾野が広がっていない。
 - ・在宅支援診療所は麻薬免許施用者の条件が必要ではないか。

2回目

1. 日 時 平成22年2月6日（土）13:00～16:00
2. 場 所 宇都宮市（護国会館）
3. 対象者 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー
4. 参加数 49名
5. プログラム
 - 1) 映画鑑賞「終わりよければすべてよし」
 - 2) 現状と課題についてコメンテーター（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、大学病院医師、行政）から報告
 - ・在宅医療は医療のレベルが低下していると思われるが、自宅で手術やX線撮影も可能である。
 - ・要介護高齢者の歯科需要（歯科治療、口腔ケア、食支援）の対応が必要である。そのため、歯の健康力推進歯科医師、歯科衛生士の養成講習会を開催している。
 - ・自宅での薬の管理に支援が必要である。
 - ・訪問看護には周知の徹底、適正な評価、地域偏差、人材確保等の課題がある。
 - ・ケアマネからみて在宅介護を継続するには、本人・家族の理解、在宅医療体制の確保、経済的要因、居住療養環境の確保等がある。
 - ・大学としては、講義、実習において在宅医療をさらに広めていく必要がある。
 - ・行政は、利用者負担の軽減、訪問看護ステーション等の指定の促進、人材の確保及び育成に取り組んでいく。
 - 3) 意見交換
 - ・大学の医学教育は医療モデルや機能障害を教えていないのではないか。
 - ・大学病院では高度医療に目が向いている医師が多い。今後は在宅医療を考えて診療していきたい。
 - ・歯科医療は、歯科疾患を治すというよりも食べ続けるができるという生活を支える医療と考えている。
 - ・退院時の連携とかで病院の看護師と訪問の看護師と温度差が感じられる。
 - ・栃木県は田舎なので、むこう3軒両隣が仲が良いが逆に近所の目が気になりいろいろな人が家に入るのを嫌うこともある。

在宅医療推進多職種協働懇話会開催について

(目 的)

当センターが主宰する在宅医療推進会議において、在宅医療を推進するには多職種の協働が重要であるとの提言により、連携を強化するために第2回目の本懇話会を開催することとした。

(対象者)

ブロック内の指導的立場の医師、歯科医師、薬剤師、看護師等
(関係各団体5名程度、その他計40名を予定。)

(内 容)

1. 映画の上映 「終りよければすべてよし」の一部
2. 現状報告と課題
 - 1) 病院医師の立場から、在宅療養の取組に支援できること。又現状と課題についての報告
 - 2) 開催地及び医師の立場から取組と課題についての報告
 - ・日本医師会の推薦者
 - 3) 各団体の取組と課題についての報告
 - ・日本歯科医師会の推薦者
 - ・日本薬剤師会の推薦者
 - ・日本看護協会の推薦者
 - ・日本介護支援専門員協会の推薦者
 - ・行政関係者
3. シンポジウム

多職種にかかる課題である情報普及、医療連携、医療資源不足がん・がん以外のメリハリ、看取り医療への対応、個別支援技術・システム、介護の関係などを中心に在宅医療事例集や映画鑑賞から把握された問題点等について、コメンテーター及び参加者全員でシンポジウムを行う。

すべての人にとつて、絶対に避けられないのが死です。しかし、自分がどのような死を迎えるかは、誰にもわかりません。現在、殆んどの人が病院で死を迎えています。自宅での安らかな死を望んでも、往診してくる医師も少なく、難しい状態です。

終りよければ すべてよし

羽田澄子監督作品

製作 工藤 充 演出 ナレーション 羽田澄子 撮影 西尾 清 監音 岩橋政志(アオイスタジオ) ビデオ 高橋アキ(サティピエ) 音楽全集 東芝EMI 海外インタビュー部分ナレーション 喜多道枝 演出助手 小川リナ 集 佐藤斗次郎(オーディエーター) マーフィー洋子(オーストラリア) 藤井恵美(スウェーデン) 翻訳 小林明男 瀬口巴(2006年/129分/カラー)

この映画は日本での「先進的な在宅医療」をさらにオーストラリア、スウェーデンの「状況」も取材し、終末期医療が緊急課題であると問いかけています。

協力 トラウマケアシステム 総合ケアセンター サンビレッジ 医療法人アススムス パララットルズサービス クレスウィックメンティカル センター ストックホルムホームストリート老人センター アーシロクラフロバクソルベリカーテン 新潮社 読売新聞社 朝日新聞社 毎日新聞社 NHK厚生文化事業団 日本ホスピス緩和ケア協会 製作 配給 All's Well 自由工房 that Ends Well 長編ドキュメンタリー映画

安心して老いるために! 安らかな死を迎えるために!

いま日本の社会で問題になってきていることのひとつに、老後の最終段階となる終末期のケアの問題があります。すべての人にとって、絶対に避けられないのが死です。しかし自分がどんな死をむかえるかは誰にもわかりません。理想的な死とは、自宅で親しい人に見守られ、安らかな最後を迎えることではないでしょうか。

いま日本では病院での死が80%を越え、自宅での死は13%にすぎない状況です。

これは進歩する医療に対する信頼が生んだ傾向といえそうですが、現在、長期療養病棟に入院している人の半数近くは、高度の医療は必要ない状態といえます。現在では、往診してくれる医師も少なく、自宅で安らかな最後を迎えるのは難しい状況です。

2006年4月、在宅療養支援診療所制度が設けられました。しかし、現在この制度は普及率が低く、その医療費の面などさまざまな問題もあります。

この映画では、日本での優れた在宅医療の例とともに、オーストラリアとスウェーデンの例も取材しました。これは医療サイドからの視点の作品ですが、在宅医療を支えるには、福祉サービスの充実が問われることを強く感じることもありました。さらに、政治は無論のことですが、医師の努力とともに、住民の力が必要なのだとも痛感しました。

私どもは、この映画の取材にご協力くださいました皆様に心からの敬意を表します。そして深く御礼申し上げます。

(演出:羽田澄子)



ライフケアシステム
1980年に発足した在宅医療を会員制でささえているシステム。現在、会員は東京都を中心に約350世帯。会費(月7,000円)と健康保険で運営され、医師は常勤3人、非常勤2人。定期的に関診し、24時間対応の体制をとっている。日本で最も早く発足した在宅医療のシステムである。



オーストラリア
バララット市にある医療と福祉が提携した「バララットヘルスサービス」の組織を説明。その組織の緩和ケア病棟「ガンダーラ」のはたらきを紹介。さらに総合病院とクリニックとの関連、また在宅医療を重視して、24時間の対応をするクリニックのはたらきを取材している。



スウェーデン
国として、人生終末の医療にどのように対応しているかを、社会大臣にインタビュー。かつての長期療養病棟が医療や介護の必要な人の住居となり、医療が対応している様子を紹介。また在宅医療の新しい体制である、高度な在宅医療チーム「ASIH(アシー)」の活動を取材。



総合ケアセンターサンビレッジ
岐阜県池田町にある特別養護老人ホーム。映画「安心して老いるために」でも主要な取材施設だった。入居者は130人、ショートステイ6人、デイサービス1日25人。この特養では、優れた介護をベースに、数年前から常勤の医師の参加によってターミナルケアを行っている。



医療法人アスムス
栃木県小山市、栃木市、茨城県結城市にまたがる地域で在宅医療を行なっている。医師は常勤5人、非常勤4人。24時間対応の体制をとっている。国の制度となった在宅療養支援診療所である。また老人保健施設はじめ、在宅医療を支える看護や介護などの事業も立ち上げている。

羽田澄子監督作品 長編ドキュメンタリー映画 All's Well that Ends Well

終りよければすべてよし

製作=工藤 充 ■演出・ナレーション=羽田澄子 ■撮影=西尾 清 ■監音=岩橋政志(アオイスタジオ) ■ピアノ=高橋アキ(サティ・ピアノ/音楽全集 東芝EMI) ■海外インタビュー部分ナレーション=喜多道枝 ■演出助手・ノンリニア編集=佐藤斗久枝 ■コーディネーター=マーフィー・洋子(オーストラリア)・藤井恵美(スウェーデン) ■翻訳=小林明男・瀬口 巴 ■協力=ライフケアシステム/総合ケアセンターサンビレッジ/医療法人アスムス/バララットヘルスサービス/クレスウィックメディカルセンター/ストックホルムシックホーム/ストールトルブ老人センター/アシーロングブローパーク/ソルベリーガーデン/新潮社/読売新聞社/朝日新聞社/毎日新聞社/NHK厚生文化事業団/日本ホスピス緩和ケア協会[2006年/129分/カラー] 製作・配給=株式会社自由工房 〒150-0036 東京都渋谷区南平台町15-1 TEL:03-3463-7543 FAX:03-3496-4295 Email:jiyu-kobo@nifty.com ■ポスターデザイン=小笠原正勝・秋山京子

第1回 在宅医療推進多職種協働懇話会参加者名簿

平成21年3月7日

氏名	ひらがな	所属	役職	備考
座長				
黒岩 卓夫	くろいわ たくお	在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク	会長	
コメンテーター				
太田 秀樹	おおた ひでき	医療法人アスムス(おやま城北クリニック院長)	理事長	
北川 靖	きたがわ やすし	北川内科医院	院長	
深井 稯博	ふかい かくひろ	深井歯科医院	院長	
安部 好弘	あべ よしひろ	(社)日本薬剤師会	常務理事	
佐々木 静枝	ささき しずえ	世田谷区社会福祉事業団訪問サービス課長・訪問看護統括係長兼務		
参加者				
澤村 昭彦	さわむら あきひこ	(社)大阪府医師会	理事	医師会
上原 春男	うえはら はるお	(社)京都府医師会	副会長	〃
細田 光織	ほそだ みつぞう	(社)滋賀県医師会	副会長	〃
久次米 健市	くじめ けんいち	(社)兵庫県医師会 介護保険委員会	委員長	〃
山本 博昭	やまもと ひろあき	(社)奈良県医師会	副会長	〃
矢野 正和	やの まさかず	(社)和歌山県医師会	理事	〃
青柳 公夫	あおやぎ きみお	青柳歯科	院長	歯科医師会
正田 晨夫	しょうだ あさお	正田歯科医院	院長	〃
村内 光一	むらうち こういち	村内歯科医院	院長	〃
初山 昌平	はつやま しょうへい	初山歯科医院	院長	〃
小金澤 一美	こがねざわ ひとみ	小金沢歯科診療所	院長	〃
石川 桂一	いしかわ けいいち	京都府薬剤師会理事・地域医療委員会	委員長	薬剤師会
宇野 進	うの すずむ	京都府薬剤師会理事・地域医療委員会	担当理事	〃
伊良知 景子	いらち けいこ	地域医療委員会	委員	〃
中山 京子	なかやま きょうこ	京都府薬剤師会		〃
四方 勝教	しかた かつのり	〃		〃
高橋 麗華	たかはし れいか	〃		〃
田淵 知寿子	たぶち ちずこ	(社)滋賀県看護協会 在宅ケア推進委員会	委員長	看護協会
濱戸 真都里	はまと まつり	(社)京都府看護協会 訪問看護支援特別委員会	委員長	〃
豊田 百合子	とよた ゆりこ	(社)大阪府看護協会	会長	〃
阿部 榮子	あべ えいこ	(社)大阪府看護協会 地域看護事業部		〃
松本 京子	まつもと きょうこ	(社)兵庫県看護協会 訪問看護認定看護師教育課程専任教員(21年度より)		〃
石原 祐佳	いしはら ゆか	橿原訪問看護ステーション やわらぎの郷(さと)	所長	〃
宮川 啓子	みやがわ けいこ	(社)和歌山県看護協会 在宅看護推進委員会	委員長	〃
大島 伸一	おおしま しんいち	国立長寿医療センター	総長	
野田 広	のだ ひろし	〃	運営局長	
加知 輝彦	かち てるひこ	〃	副院長	
三浦 久幸	みうら ひさゆき	〃	医長	
大島 浩子	おおしま ひろこ	〃	室長	
中村 孔美	なかむら くみ	〃	看護師	
石川 真理子	いしかわ まりこ	〃	副看護師長	
西尾 正義	にしお まさよし	〃	事務局	
綾野 哲文	あやの てつふみ	〃	〃	

(順不同)

氏名	所属	役職・職名	備考
太田 秀樹	医療法人アスミス(おやま城北クリニック院長)	理事長	医師会
前原 操	(社)栃木県医師会	常任理事	〃
西野 弘美	(社)茨城県医師会	常任理事	〃
湯澤 俊	(社)埼玉県医師会	理事	〃
海村 孝子	(社)千葉県医師会	理事	〃
鈴木 憲一	(社)群馬県医師会	顧問	〃
中里 貴江	群馬県訪問看護ステーション連絡協議会	副会長	〃
深井 稷博	(社)日本歯科医師会	地域保健委員長	歯科医師会
雨宮 浩	雨宮歯科医院	院長	〃
五十嵐三彦	いがらし歯科医院	院長	〃
鎗田 文夫	群馬県歯科総合衛生センター	委員長	〃
溝口万里子	(社)千葉県歯科医師会	特殊歯科保健担当理事	〃
稲葉 洋	(社)千葉県歯科医師会	地域保健医療委員会委員	〃
藤野 悦男	(社)埼玉県歯科医師会	地域保健部副部長	〃
大澤 光司	(社)栃木県薬剤師会	常務理事	薬剤師会
高野澤 昇	〃	(職能部員)	〃
高野 眞次	〃	(職能部員)	〃
伊谷野哲夫	〃		〃
岩瀬 茂	(社)群馬県薬剤師会	健康介護委員会委員	〃
松崎 弘起	(社)茨城県薬剤師会	地域医療委員会副委員長	〃
永井 恵子	とちぎ訪問看護ステーションみぶ	所長	看護協会
黒崎 雅子	訪問看護ステーション星が丘	訪問看護認定看護師	〃
権平くみ子	看護協会ちば訪問看護ステーション	所長	〃
真木真奈美	茨城県看護協会 総務企画	保健師	〃
山中 春子	埼玉県看護協会立 秩父訪問看護ステーション	所長	〃
棚橋 さつき	(社)群馬県看護協会	理事	〃
能本 守康	NPO法人茨城県ケアマネージャー協会	副会長	介護支援専門員協会
折茂賢一郎	群馬県介護支援専門員連絡協議会	会長	〃
浅沼 郁子	群馬県介護支援専門員連絡協議会	副会長	〃
西 ケイ子	NPO法人千葉県介護支援専門員協議会	副理事長	〃
畠 淳子	〃 千葉県主任介護支援専門員ネットワーク	副理事長	〃
山本 良子	居宅介護支援事業所 東京都介護福祉会コア		〃
北澤 潤	栃木県庁	保健福祉部長	
鈴木 正人	〃	保健福祉部保健福祉課課長補佐	
小谷 英智	〃	保健福祉部保健福祉課主査	
小松 憲一	自治医科大学 地域医療学センター	助教	
大島 伸一	国立長寿医療センター	総長	
野田 広	〃	運営局長	
加知 輝彦	〃	副院長	
三浦 久幸	〃	医長	
大島 浩子	〃	室長	
大塚 理加	〃	流動研究員	
洪 英在	〃	医師	
瀨藤 伸子	〃	看護師長	
中村 孔美	〃	看護師	
銘苅 尚子	〃	副看護師長	
住江 浩美	〃	看護師	
伊東 政彦	〃	事務局	
宮脇慎一郎	〃	事務局	

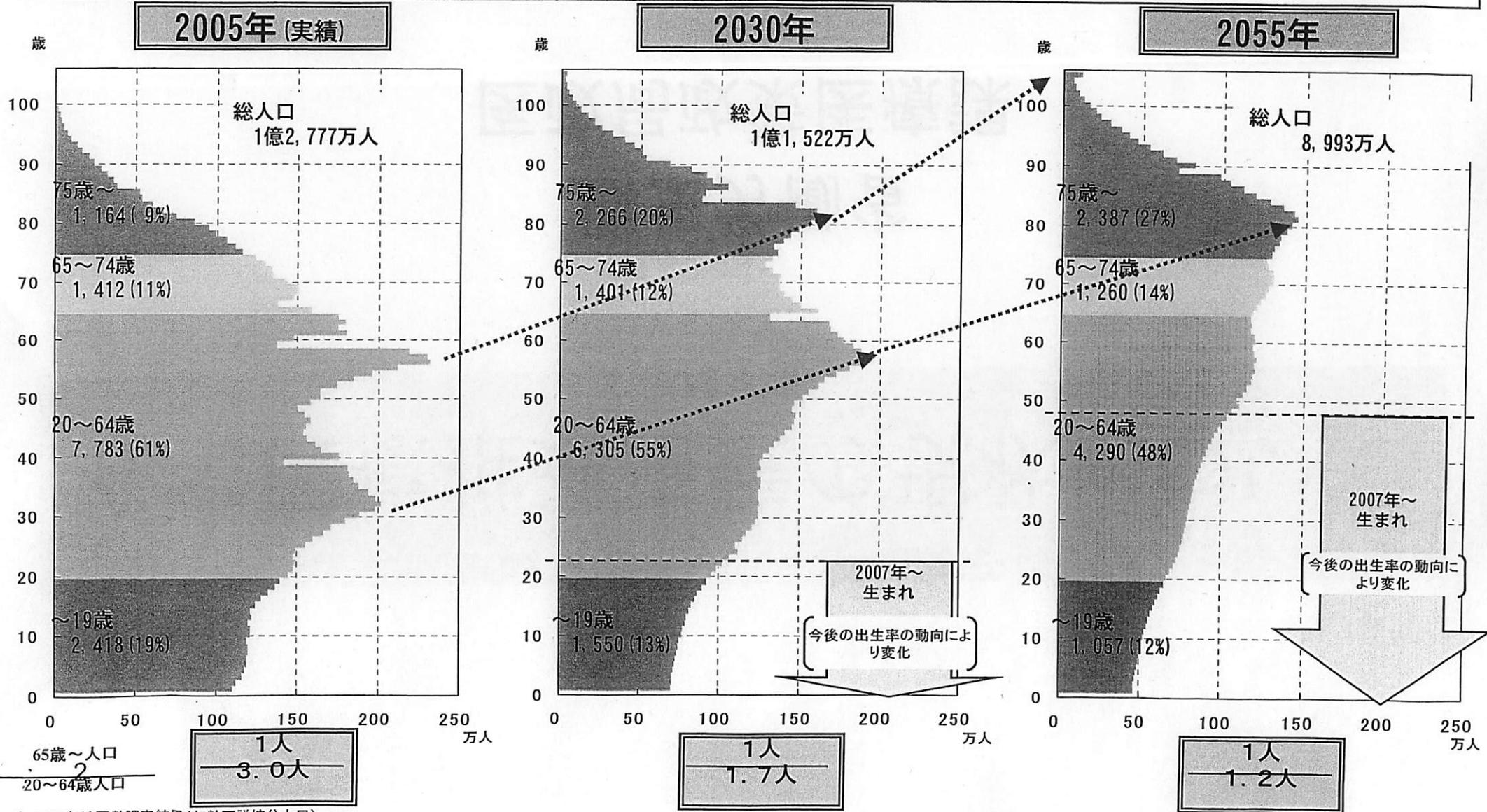
(順不同)

在宅医療推進施策の現状について

厚生労働省
医政局政策医療課

人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定



注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

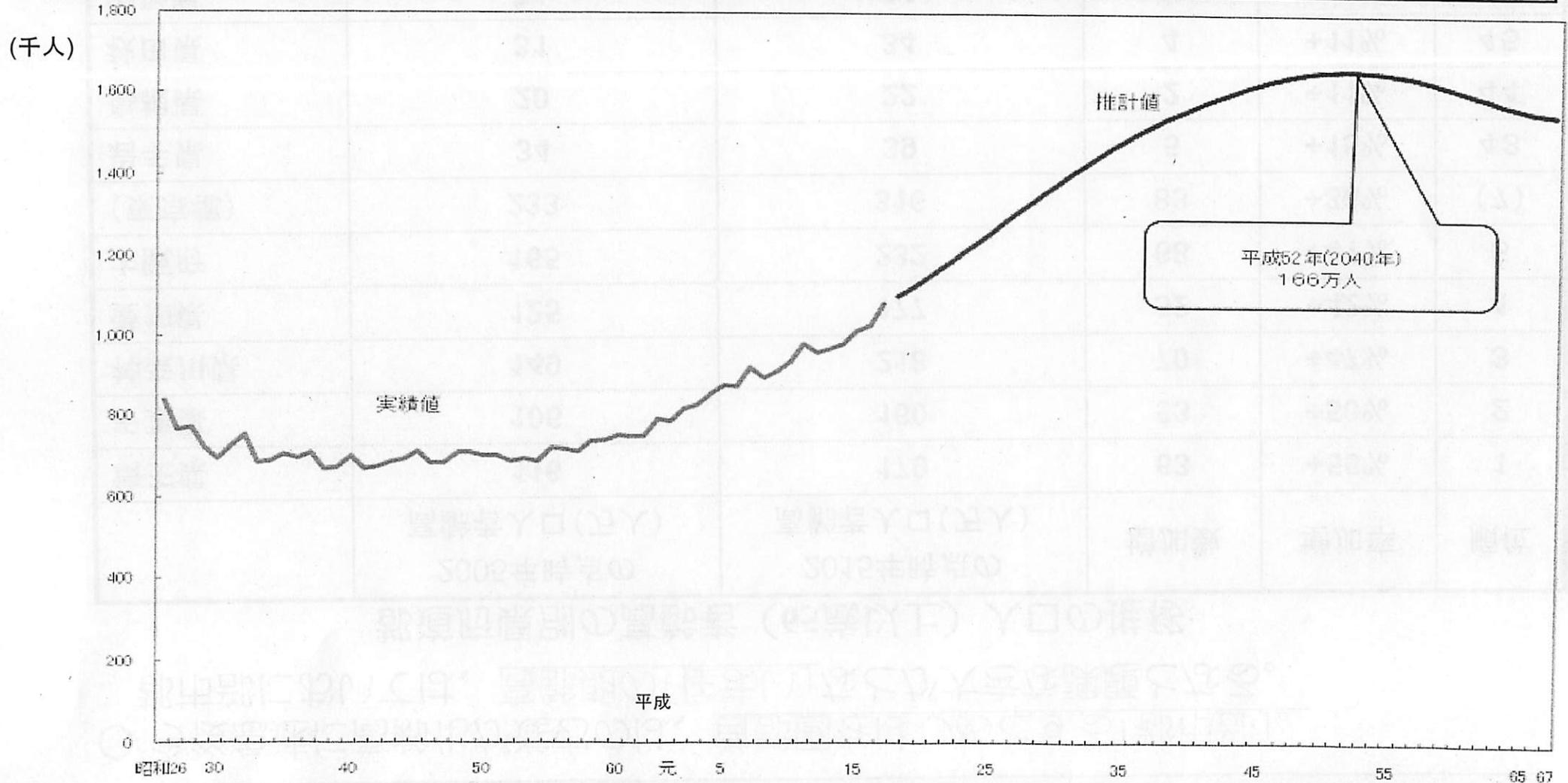
今後急速に高齢化が進む都市部

- 今後急速に高齢化が進むのは、首都圏をはじめとする「都市部」。
都市部においては、高齢期の「住まい」などが大きな課題となる。

都道府県別の高齢者（65歳以上）人口の推移

	2005年時点の 高齢者人口(万人)	2015年時点の 高齢者人口(万人)	増加数	増加率	順位
埼玉県	116	179	63	+55%	1
千葉県	106	160	53	+50%	2
神奈川県	149	218	70	+47%	3
愛知県	125	177	52	+42%	4
大阪府	165	232	68	+41%	5
(東京都)	233	316	83	+36%	(7)
岩手県	34	39	5	+15%	43
島根県	20	22	2	+11%	44
秋田県	31	34	4	+11%	45
山形県	31	34	3	+10%	46
鹿児島県	44	48	4	+10%	47
全国	2,576	3,378	802	+31%	3

死亡数の年次推移と将来推計

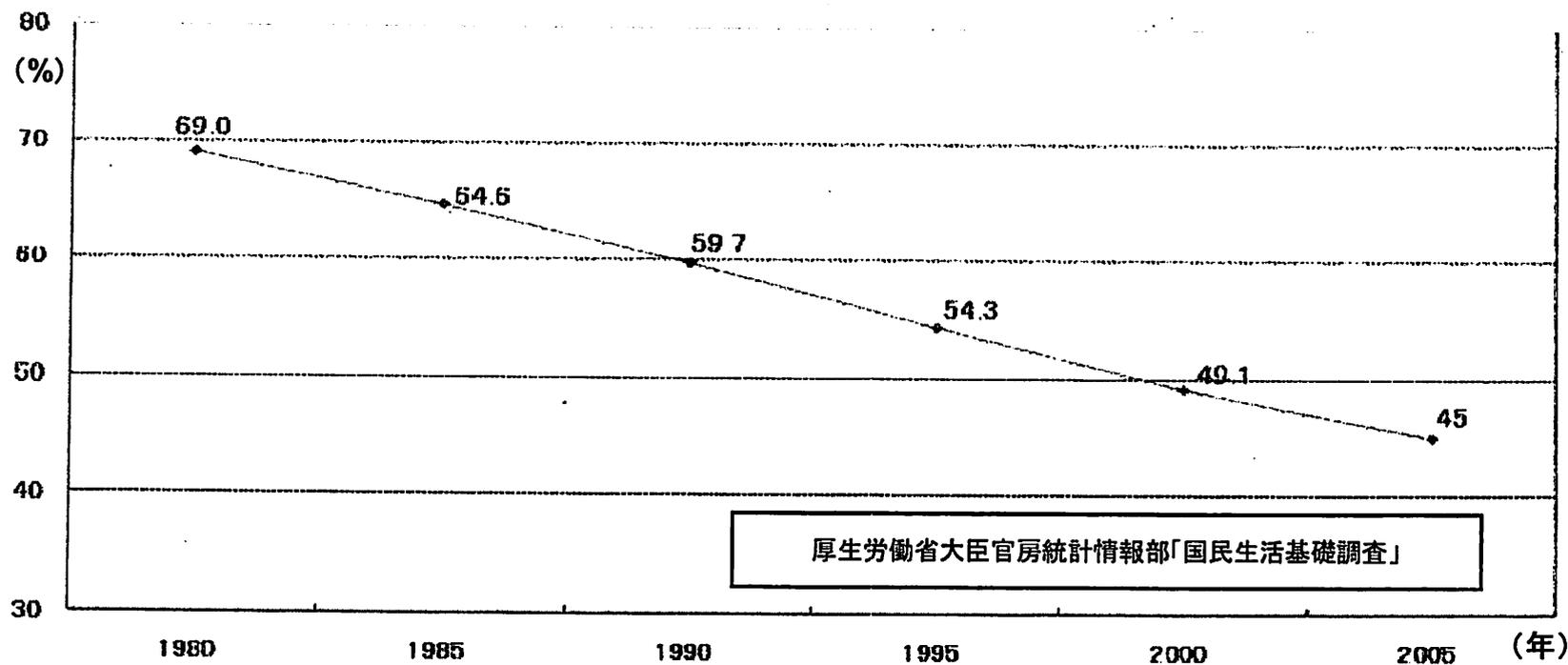


資料) 平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

家庭内での相互扶助機能の低下

- 子どもと同居している高齢者が減少。
- 中高年齢者の子への依存意識が低下。
- 介護や子育てに対するサービスを外部化する志向が高まる。

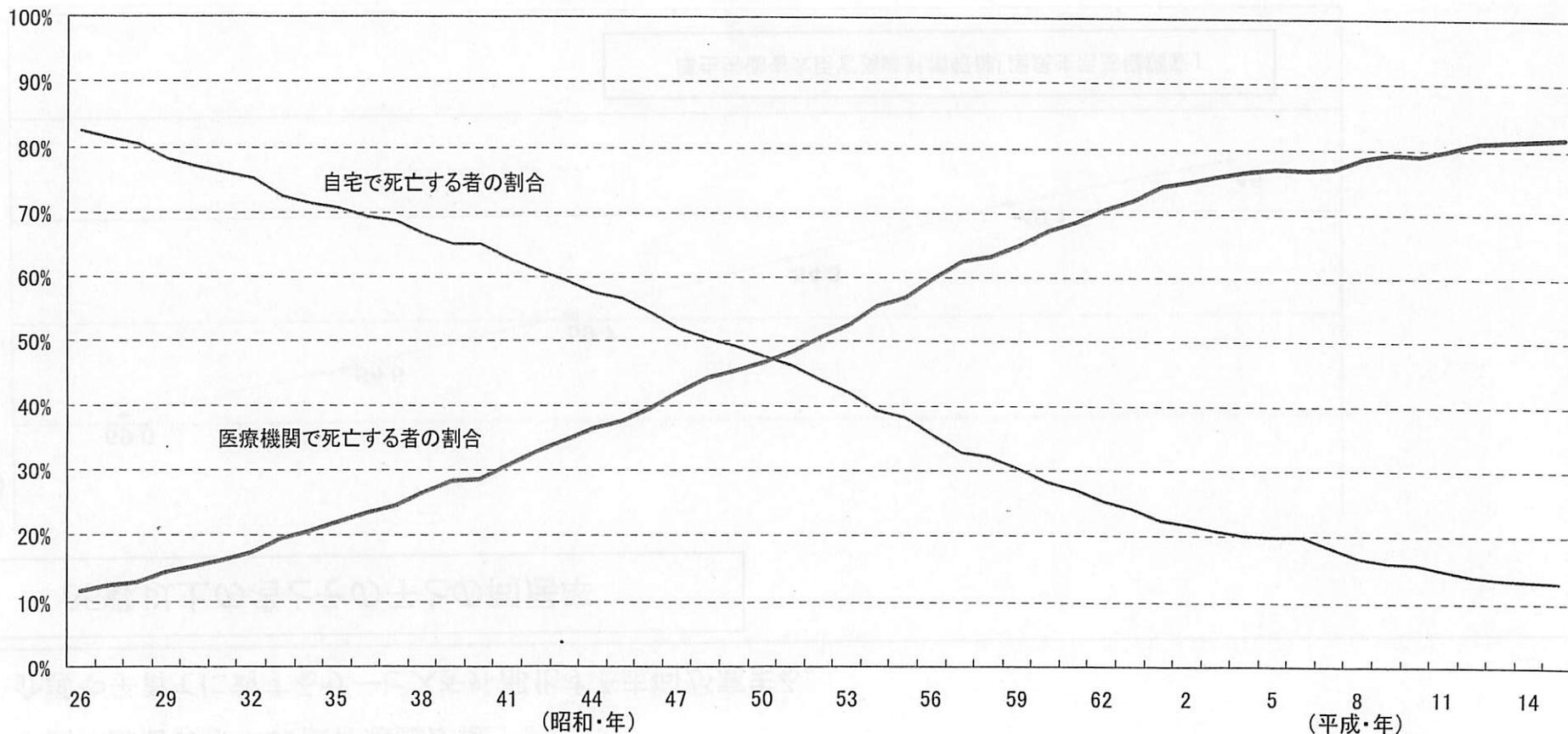
65歳以上の者とその子との同居率



昭和55年	60	平成2年	7	8	9	10	11	12	13	14	15
69	64.6	59.7	54.3	53.1	52.2	50.3	49.3	49.1	48.4	47.1	47.8

在宅における死亡割合の年次推移

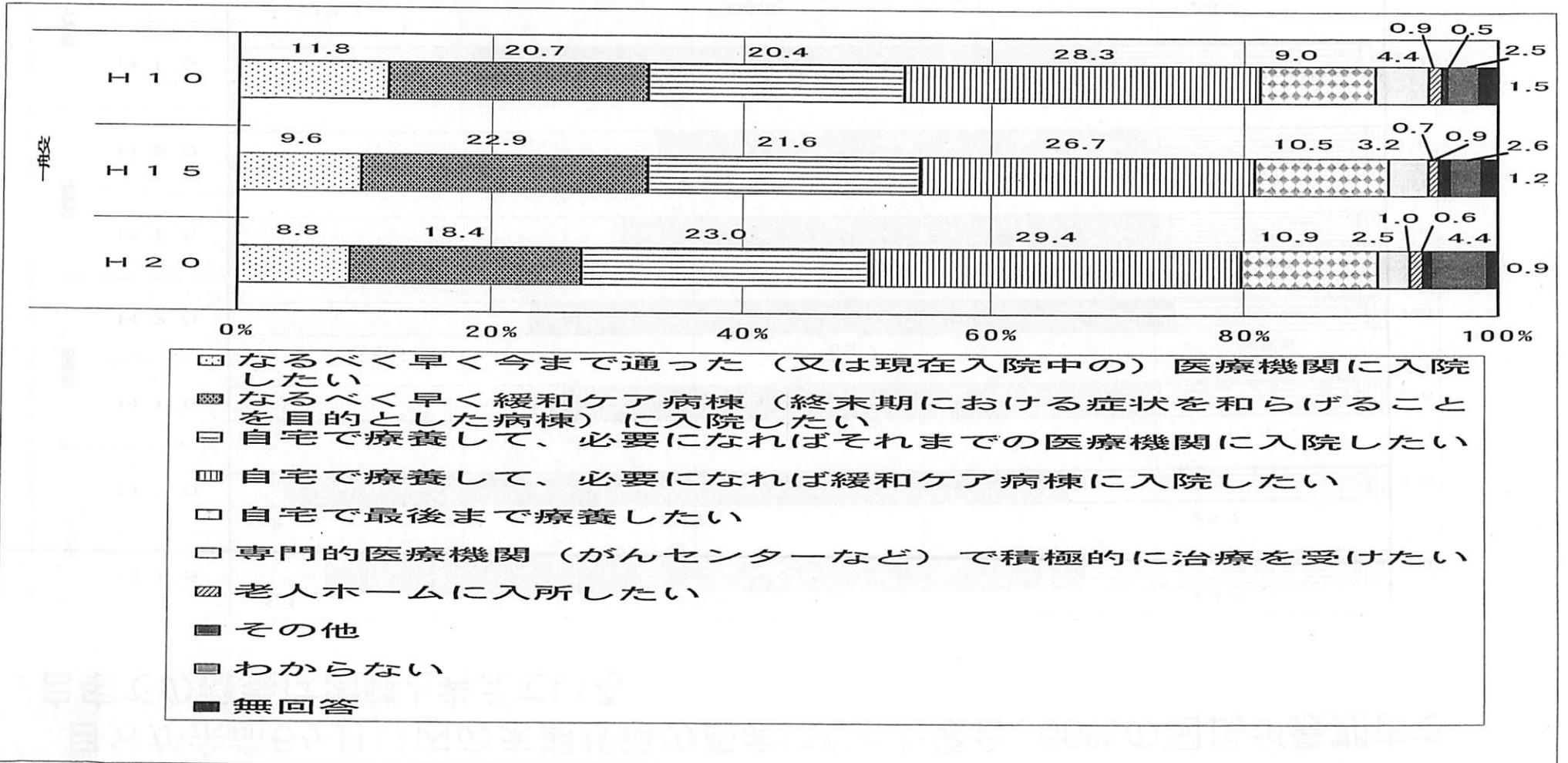
- 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



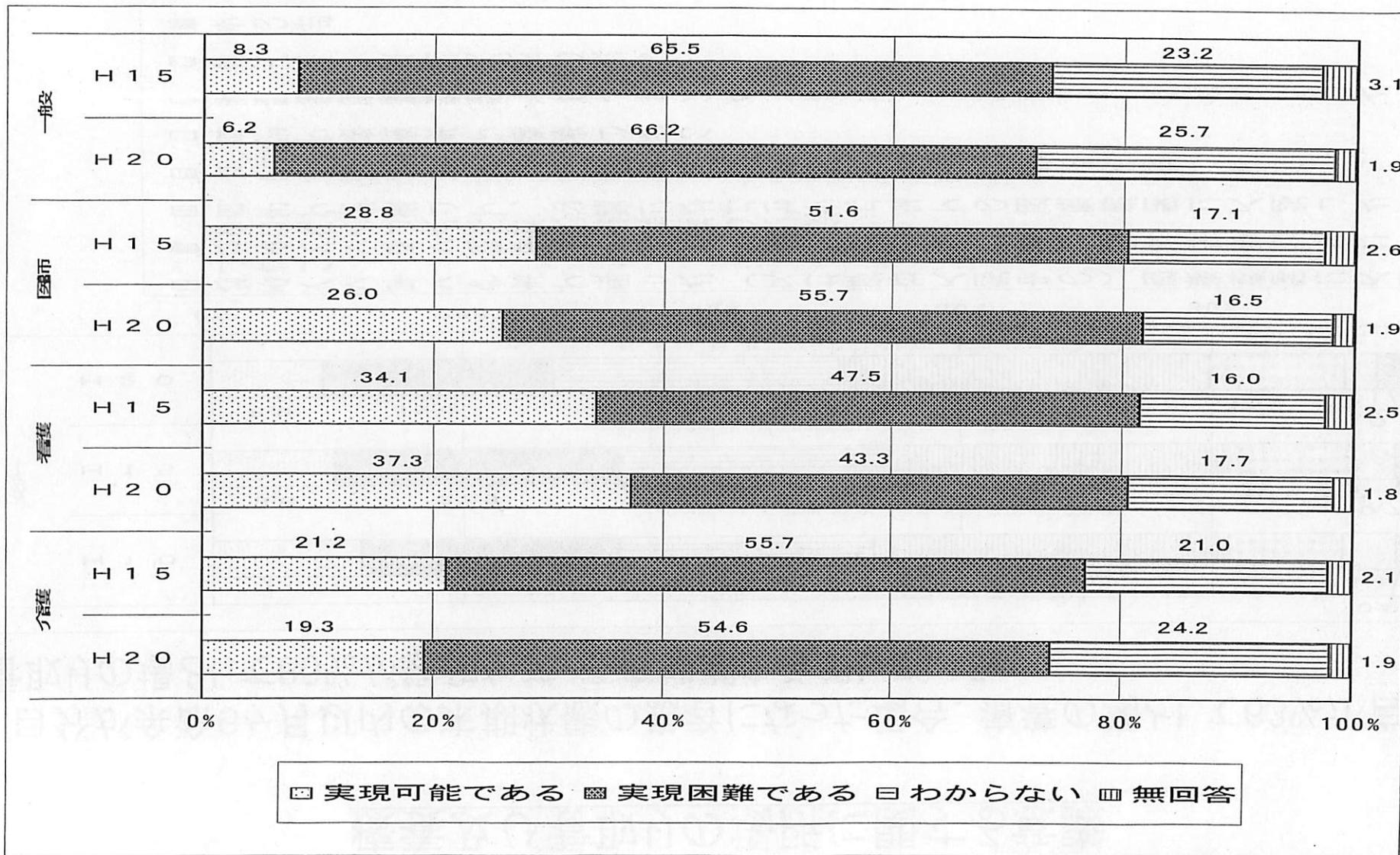
資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

療養及び看取りの場所に関する意識

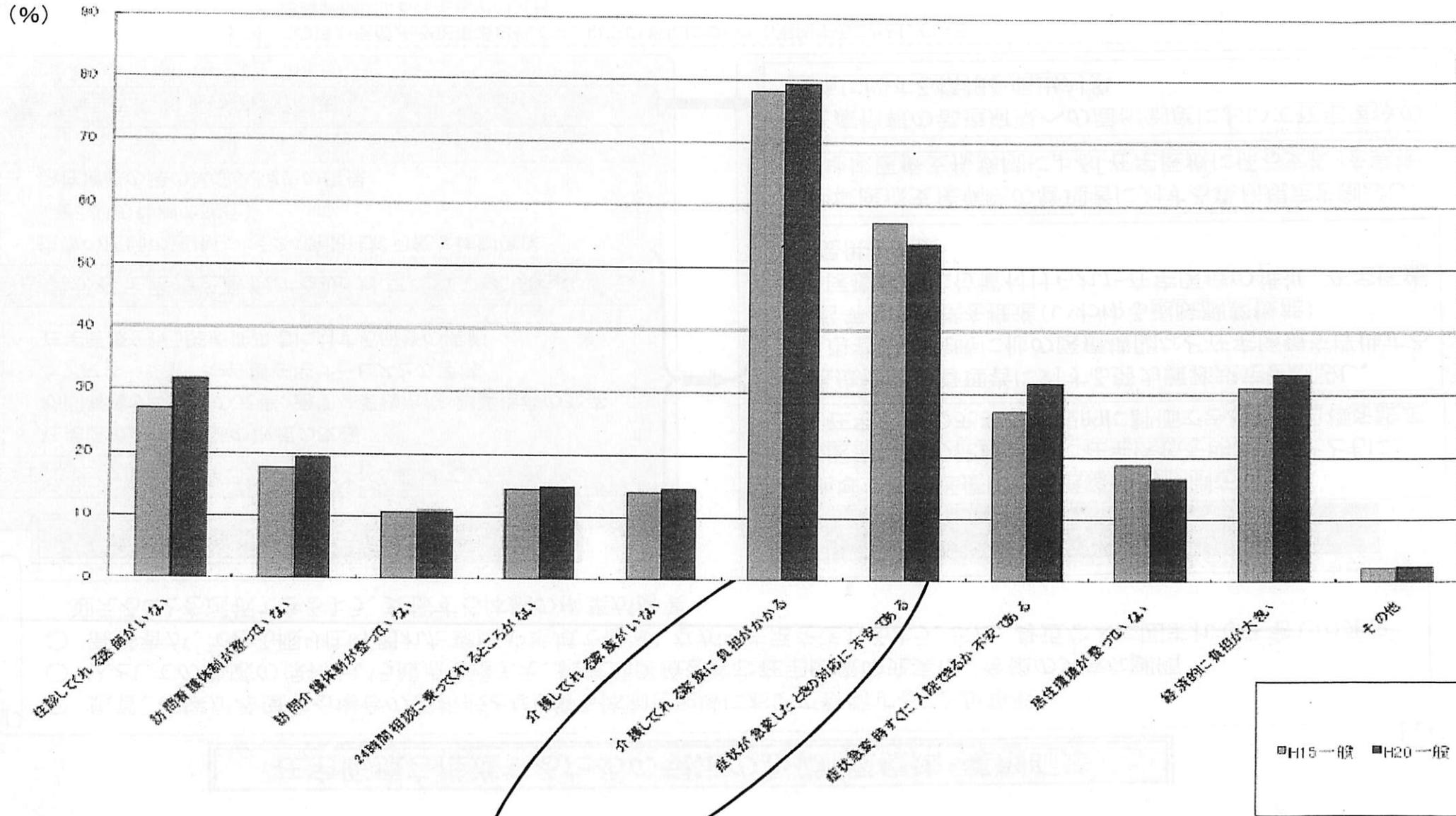
自分が余命6ヶ月以内の末期状態の患者になった場合、療養の場として63%が自宅を、看取りの場として80%が緩和ケア・医療機関を希望している。



自分が余命6ヶ月以内の末期状態の患者になった場合、66%の国民が最期まで自宅での療養は困難と考えている。



自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



在宅医療を推進するための規定の整備(医療法・薬剤師法)

- 患者、家族が希望する場合の選択肢となり得る体制を地域において整備することが重要
- 人としての尊厳の保持という観点も踏まえ、終末期医療を含む在宅医療の充実は、今後の大きな課題
- 高齢者が、できる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での死を迎えることを選択できるよう、支援する体制の構築が必要

在宅医療推進に当たっての主な視点

◎主治医の役割発揮、介護を含む多職種での連携

- ・ 在宅医療を担う医師の取組の支援
- ・ 訪問看護サービスの充実、適切な薬物治療・服薬指導の充実
- ・ ケアマネージャーや各種在宅サービスとの連携
- ・ 在宅医療を行う医療従事者に対する研修の実施 等

◎患者が在宅医療を選択する妨げになっている原因の除去

- ・ 複数の医師の連携による24時間往診可能な体制確保
(看取りの体制の確保)
- ・ 急性増悪の際の緊急入院先の確保

◎患者・国民に対する情報提供

具体的改正内容

- ・ 地域で在宅医療に係る医療連携体制を構築し、
 - 医療計画の記載事項に在宅医療を明記するとともに、
 - 在宅医療の充実を客観的に評価できる数値目標を設定
- ・ 医療機関の管理者に対する努力義務規定を創設し、
 - 患者の退院時に他の医療機関など在宅医療を提供する者等との連携を推進(いわゆる退院調整機能)
 - 医療計画に位置付けられた在宅医療の推進、在宅医療提供を支援
- ・ 地域医療支援病院の管理者に対する義務規定を創設し、
 - 地域医療支援病院による「在宅医療に係る支援」を実施
- ・ 医療情報の都道府県への届出制度において在宅医療の実施に関する情報を届出対象

※ このほか医療法改正事項以外では、以下の事項についても実施することとしている。

- ・ 診療報酬による在宅医療の支援
- ・ 処方せんの確認等の調剤業務の一部を患者宅で行うことの容認 (薬剤師法改正)
- ・ 麻薬が適切かつ円滑に提供される体制整備(適切な譲渡、保管、管理に関するマニュアル作成等)
- ・ ケアハウスなど居宅系サービスの充実や多様な居住の場での在宅医療の充実
- ・ 医療従事者の研修 等

医療連携体制を構築し医療計画に明示

【医療法第30条の4第2項第2号】

4 疾病

(同項第4号に基づき省令で規定)

→ 生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として厚生労働省令で定めるものの治療又は予防に係る事業に関する事項



〈医療法施行規則第30条の28〉

- がん
- 脳卒中
- 急性心筋梗塞
- 糖尿病

5 事業[=救急医療等確保事業]

(同項第5号で規定)

→ 医療の確保に必要な事業

- 救急医療
- 災害時における医療
- へき地の医療
- 周産期医療
- 小児医療(小児救急医療を含む)

- 上記のほか、都道府県知事が疾病の発生状況等に照らして特に必要と認める医療

医療機能

がんの医療体制

専門的ながん診療

- 手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施
- 初期段階からの緩和ケア、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケア
- 身体症状、精神心理的問題の対応を含めた全人的な緩和ケア

※ さらに、がん診療連携拠点病院としては
院内がん登録、相談支援体制、地域連携支援

〇〇病院(がん診療連携拠点病院)

紹介・転院・退院時の連携

経過観察・合併症併発・再発時の連携

標準的ながん診療

- 精密検査や確定診断等の実施
- 診療ガイドラインに準じた診療
- 初期段階からの緩和ケア
- 専門治療後のフォローアップ
- 疼痛等身体症状の緩和、精神心理的問題の対応

□□病院、◆◆診療所

在宅療養支援

- 生活の場での療養の支援
- 緩和ケアの実施

△△クリニック

発見

予防

- がん発症リスク低減
- 検診受診率の向上

在宅療養支援

在宅等での生活

がん治療 緩和ケア

時間の流れ

脳卒中の医療体制

医療機能

発症

救急要請

救急搬送

救急医療

- 来院後1時間以内の専門的治療開始
 - 急性期のリハビリテーション実施
- 病院(救命センター)
△△脳神経外科病院

転院時連携

身体機能を回復させるリハビリテーション

- 回復期のリハビリテーション実施
 - 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理
- ◇◇リハビリテーション病院
■■病院(回復期リハ病棟)

転院・退院時連携

退院時連携

日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション

- 維持期のリハビリテーション実施
 - 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援
- 脳神経外科医院

生活の場における療養支援

- 在宅療養支援
 - 希望する患者に対する看取り
- ◆◆クリニック
▲▲診療所

退院・退所・通院、在宅療養支援

発症予防

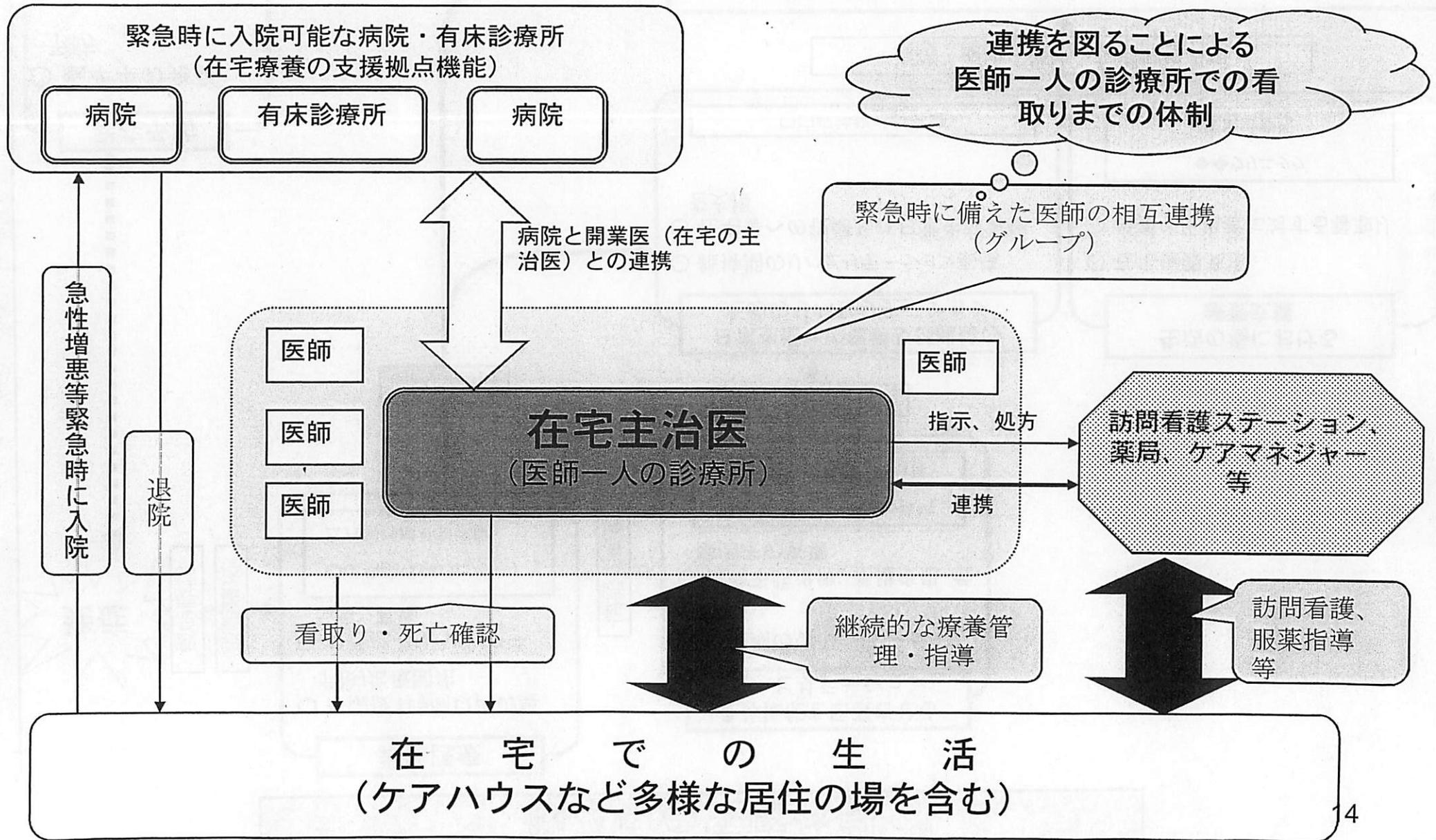
- 脳卒中の発症予防

在宅等での生活

〔ケアハウス、有料老人ホーム等多様な居住の場を含む〕

時間の流れ

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



在宅医療推進支援事業

平成22年度 58,914千円（平成21年度 78,694千円）

(1) 在宅医療推進支援センターの設置 10カ所

地域における在宅療養患者等に対する相談・支援、在宅医療に関する普及啓発を行う拠点とし、患者等の療養上、日常生活上での悩みや不安等の解消を図るとともに、患者等のもつ様々なニーズに対応したきめ細やかな相談や支援を通じて、地域における患者等の支援を一層推進するものとする。

(2) 在宅医療推進連絡協議会の設置 14カ所

地域における在宅医療連携の推進及び適切な在宅医療の提供促進を図るため、医療機関、訪問看護ステーション、薬局等間の調整と地域連携支援の方策に関する検討を行う。

(3) 在宅医療従事者研修の実施 30カ所

在宅医療に従事する医師、看護師、薬剤師、福祉関係者等に対し、それぞれの業務内容に応じた専門研修を実施し、適切な在宅医療提供の促進を図る。

補助先: 都道府県(市町村、厚生労働大臣の認める者) 補助率: 1/2

在宅医療に関連した診療報酬(18年度)

「在宅療養支援診療所」の創設

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築



在宅医療に係る評価の充実

「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実

- 入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
- 在宅療養における24時間対応体制に係る評価
- 在宅におけるターミナルケアに係る評価
- 特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価

在宅医療に関連した診療報酬(20年度)

「在宅療養支援病院」の創設

診療所のない地域において、在宅医療の主たる担い手となっている病院の機能を評価し、在宅療養支援診療所と同様に、在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を可能とする

在宅医療に係る評価の充実

- 地域連携の視点から、退院時に検査結果や画像等を添付した際の加算の要件を緩和
- 介護療養型老人保健施設において、緊急時に必要となる処置等について、他の保険医療機関の医師が行った場合に評価

平成22年度診療報酬改定の概要

全体改定率 +0.19% (約700億円)

⇒ 10年ぶりのネットプラス改定

診療報酬(本体) +1.55% (約5,700億円)

医科 +1.74%
(約4,800億円)

入院 +3.03%
(約4,400億円)
外来 +0.31%
(約400億円)

急性期入院医療に概ね4000億円を配分

歯科 +2.09% (約600億円)

調剤 +0.52% (約300億円)

薬価等 ▲1.36% (約5,000億円)

社会保障審議会の「基本方針」

1. 重点課題

- ・救急、産科、小児、外科等の医療の再建
- ・病院勤務医の負担軽減

2. 4つの視点

充実が求められる領域の評価 など

3. 後期高齢者という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題への対応



- ・ 救命救急センター、二次救急医療機関の評価
- ・ ハイリスク妊産婦管理の充実、ハイリスク新生児に対する集中治療の評価
- ・ 手術料の引き上げ、小児に対する手術評価の引き上げ
- ・ 医師事務作業補助体制加算の評価の充実、多職種からなるチーム医療の評価

4つの視点(充実が求められる領域の評価、患者から見てわかりやすい医療の実現など)

- ・ がん医療・認知症医療・感染症対策・肝炎対策の推進、明細書の無料発行 など

後期高齢者医療の診療報酬について

- ・ 75歳という年齢に着目した診療報酬体系の廃止

重点課題

重点課題1 救急、産科、小児、外科等の医療の再建

- 1 地域連携による救急患者の受入れの推進
- 2 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価及び新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価
- 3 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化
- 4 手術の適正評価

重点課題2 病院勤務医の負担の軽減(医療従事者の増員に努める医療機関への支援)

- 1 入院医療の充実を図る観点からの評価
- 2 医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価
- 3 地域の医療機関の連携に対する評価
- 4 医療・介護関係職種との連携に対する評価

4つの視点

I 充実が求められる領域を適切に評価していく視点

がん医療の推進、認知症医療の推進、感染症対策、肝炎対策、精神科入院医療。手術以外の技術料の適正評価、イノベーションの適切な評価

II 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

医療の透明化、診療報酬を患者に分かりやすくすることに対する評価、医療安全対策、患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現、疾病の重症化予防

III 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

質が高く効率的な急性期入院医療等、回復期リハビリテーション等の推進、在宅医療、訪問看護、介護関係者を含めた多職種間の連携

IV 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

後発医薬品の使用促進、市場実勢価格等を踏まえた医薬品・医療材料・検査の適正評価、相対的に治療効果が低くなった技術等の適正な評価

Ⅲ 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

1 質が高く効率的な急性期入院医療等の推進について

2 回復期リハビリテーション等の推進について

3 在宅医療の推進について

4 訪問看護の推進について

5 在宅歯科医療の推進について

6 介護関係者を含めた多職種間の連携の評価について

7 調剤報酬について

在宅医療の評価について

訪問診療の評価

- 患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価

往診料 650点 → 720点

- 小児に対する在宅医療の評価

◎

在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

◎

退院時前在宅療養指導管理料 乳幼児 加算 200点

在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価

在宅療養支援病院の要件見直し

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

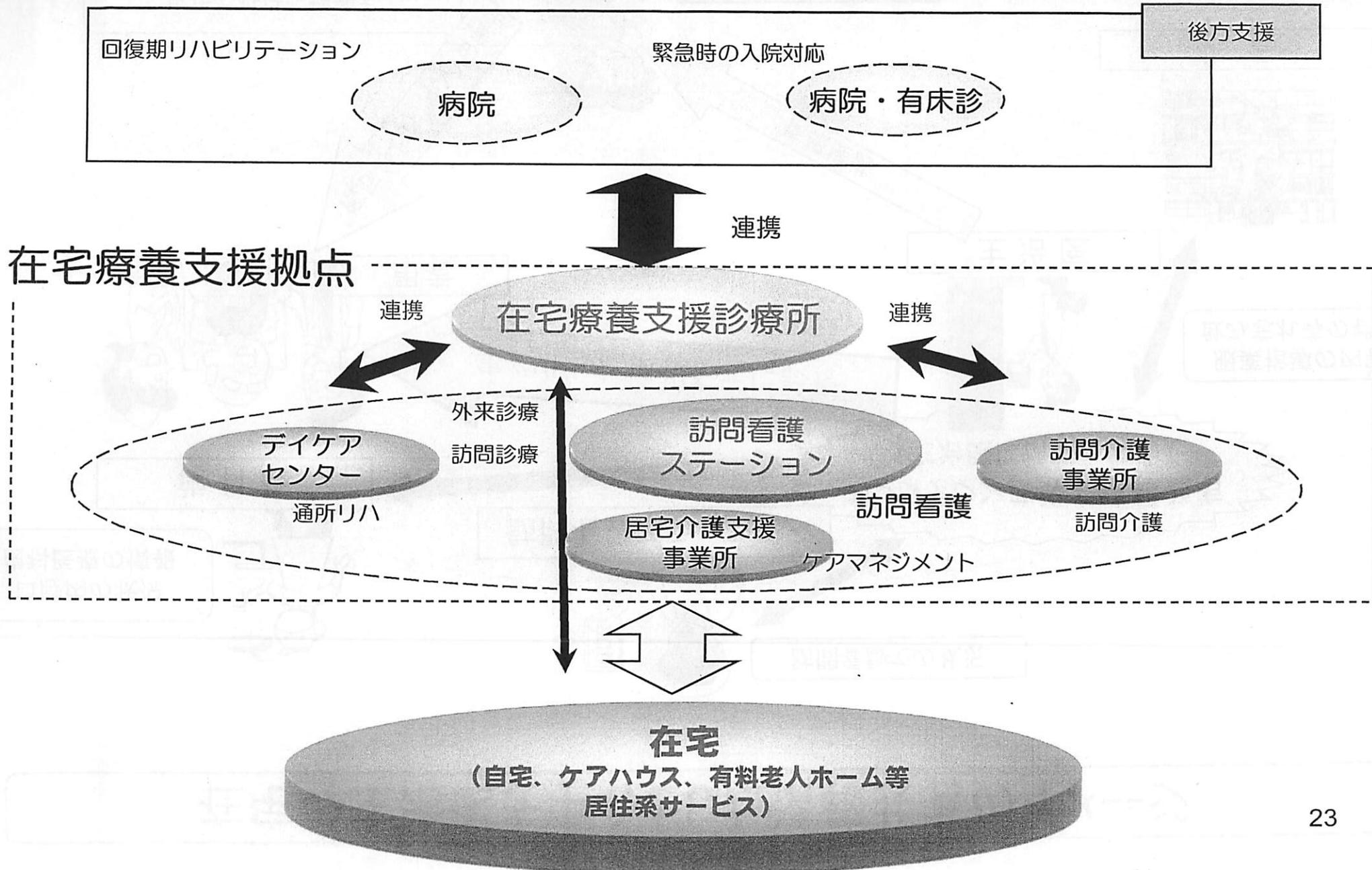
→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

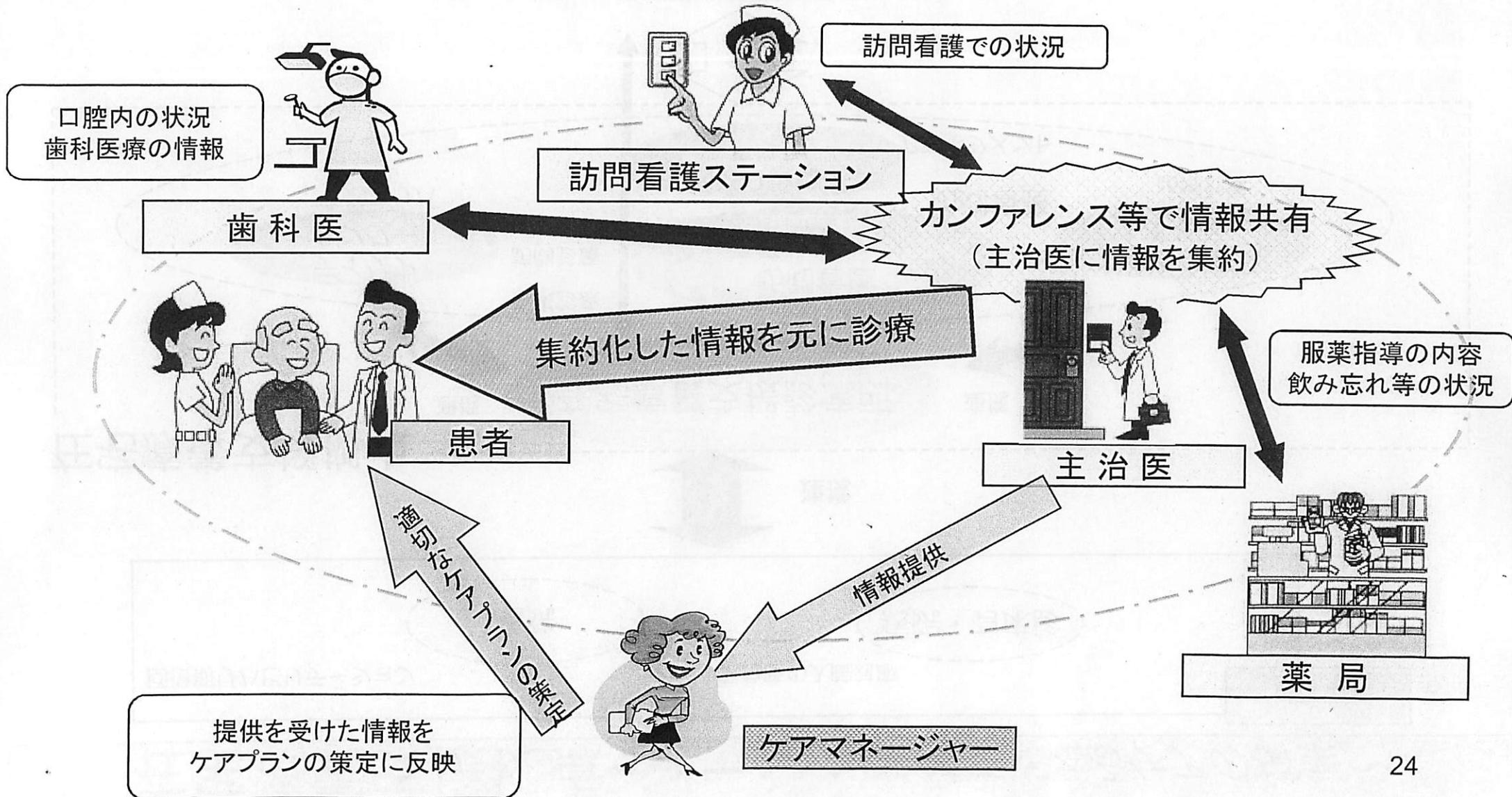
◎

在宅移行早期加算 100点

在宅療養支援拠点イメージ～地域で支えるケアの構築～



在宅の主治医を中心とした情報共有のイメージ



在宅医療をめぐる課題

在宅医療を担う人材の確保

在宅医療関連施設の確保

介護との連携

施設、職種間での役割分担

など