

全国在宅療養支援診療所連絡会

設立趣旨

平成 18 年 4 月、在宅医療の推進のため、在宅療養支援診療所が診療報酬制度に盛り込まれました。従来の診療科別の診療内容や、処置内容別の診療報酬制度とは異なり、診療所機能そのものが評価され、約 1 万ヶ所の診療所が届出ておりますが、読売新聞の調査では、平成 20 年 6 月末までの一年間で、在宅療養支援診療所が在宅でみとった患者数は、3 万 2 千人程度で、望まれた役割を十分に担っているとはいえません。

患者の居宅を医療提供の場として多職種協働で進める在宅医療という新しい医療形態は、おそらく、医学界一般には、具体的にイメージしにくいこともあり、医学系学術団体や地域医師会、或いは、大学医学部などが、在宅療養支援診療所の活動を支援していくことに、困難も予想されます。

そこで、すでに在宅医療を実践している在宅療養支援診療所を全国規模で結ぶ連絡会を組織し、日本の在宅医療の普及・発展を図るために、互いに切磋琢磨しながら在宅医療体制の充実を目指す活動を行いたいと願っています。

本連絡会を通して、「住み慣れた地域で家族とともに療養したい」、「最期は自宅で」といった国民の希望にこたえられるよう努力してゆきたいと考えています。

これらの活動にご理解をいただき、在宅療養支援診療所として在宅医療実践者のご参加とご支援を心からお願い申し上げます。

目的

本会は、在宅医療の普及および振興に努め、国民が在宅医療を享受し、望めば人生の最期まで安心して在宅で療養生活できるよう、これらを医療から支援できるシステム構築し、質の高い在宅医療の実践のため、在宅療養支援診療所の機能を高めることに寄与する。

そのために必要な在宅医療に関する調査研究を含め、在宅療養支援診療所を運営する医師の育成や在宅医療に関わる相談など、在宅医療の普及推進のために必要な活動を行う。

活動内容

- 1.在宅療養支援診療所に関する調査及び研究活動
- 2.在宅療養支援診療所に従事する医師の連携・交流活動
- 3.在宅療養支援診療所における在宅医療を多職種協働で行うため他の職能団体との連携及び交流活動
- 4.在宅療養支援診療所に関する情報提供活動
- 5.在宅療養支援診療所における在宅医療を推進するために必要な相談活動
- 6.在宅療養支援診療所へ急性期病院から速やかに患者紹介を受けられるような地域ケアネットワークの構築活動
- 7.在宅療養支援診療所における在宅医療を国民に紹介するための広報活動
- 8.在宅療養支援診療所を運営するために必要な支援・援助・教育活動
- 9.在宅療養支援診療所に関する学術集会・講演会の開催
- 10.その他本会の目的を達成するために必要な活動

「日本の在宅医療」 ～未来をデザインする～

座長 | 太田 秀樹 [全国在宅療養支援診療所連絡会 事務局長 / 医療法人アスムス 理事長]

略歴

1953年 奈良市生まれ。1979年日本大学医学部卒、日本大学付属板橋病院麻酔科にて研修。自治医科大学大学院修了後、同大整形外科医局長、専任講師を経て、1992年在宅医療を旗印におよま城北クリニック(小山市)開設。介護老人保健施設、訪問看護ステーション、訪問介護事業などの介護保険サービス事業他に在宅療養支援診療所(生き

いき診療所:結城市・蔵の街診療所:栃木)を運営し、機能強化型在宅療養支援診療所として24時間×365日のサービスを展開し、地域包括ケアシステムの一翼を担う。医学博士。日本整形外科学会認定専門医。麻酔科標榜医。介護支援専門員。在宅ケアネットワーク・とちぎ代表世話人、日本医師会在宅医療連絡協議会委員、日本在宅医学会理事、全国知事会先進政策頭脳センター委員、厚労省検討会委員。著書・論文多数。

演者

唐澤 剛

厚生労働省 保険局長

横倉 義武

日本医師会 会長

大島 伸一

国立長寿医療研究センター 名誉総長

川村 佐和子

日本在宅看護学会 理事長

新田 國夫

全国在宅療養支援診療所連絡会 会長 / 医療法人社団つくし会 新田クリニック

概要

昭和50年ごろまでは、高齢者が畳の上で最期を迎えることは、けっして珍しいことではなかった。家族による看病と医師の往診による死亡診断があたりまえに行われていたからであるが、いつのまにか寿命で命を閉じる高齢者までもが病院で濃厚な治療のはて病院で死ぬ文化が醸成されていく。その背景にはさまざまな要因が潜んでいるが、現在4人に1人が高齢者という超高齢社会を迎えた。超高齢社会は換言すると多死社会といえる。そして、出生率の低下は、高齢化により拍車をかけ、やがて3人に1人が高齢者といういかなる国も経験したことがないびつな社会が待ち受けている。ある推計によると25年後には170万人が死亡し、出生者数はわずか70万人。年間100万人の人口が減少するという。

はたして長寿を喜べる社会が訪れるのであろうか。真の豊かさを享受できる超高齢社会をデザインするのは私たちである。地域包括ケアシステムに象

徴されるように、さまざまな施策が打ち出され、法制度からも牽引されながら、在宅医療への期待は一層高まりつつある。長寿を目指す医療から、天寿を支える医療へとパラダイムは大きくシフトし、医療が介入した妥当性の物差しは、QOLへと変容した。そこで本シンポジウムでは、日本の在宅医療の歴史を振り返り、現在の在宅医療の現状と課題を浮き彫りにしながら、あるべき在宅医療を具体的に示したい。そして、在宅医療が当たり前の地域医療の形とするには、どうすべきか。その具現化に向けた戦略や知恵が導き出されることを期待している。在宅医療が困難な理由を合理化するのではない。もはや在宅医療の普及推進は国民的な最重要、最優先課題だからである。

そこで、日本医師会、厚生労働省、国立長寿医療研究センター、日本在宅看護学会、全国在宅療養支援診療所連絡会から5名の論客にご登壇いただき熱く討論する。

「世界の在宅医療」 ～イギリスGP, オランダ, ドイツSAPV 各国の事情～

座長 | 新田 國夫 [全国在宅療養支援診療所連絡会 会長 新田クリニック]

演者 英国 GP の事情 澤 憲明 [General Practitioner]
オランダの事情 Wilbert Sluiter
ドイツ SAPV の事情 Thomas Joist

コーディネーター 堀田 聡子 独立行政法人労働政策研究・研修機構

概要

高齢社会における地域包括ケアの必須性がなぜ言われるのか、乗り越えなくてはならない壁と解決法が求められる。壁は多方面に存在する。その壁の基本は共通の理念と哲学が共有することから始まる。それぞれの職種が専門性を発揮しながらも地域を支える機能を持つことである。しかしながら現在の課題分析からすると、理念と哲学を共有しているとは言えない。

介護保険が開始された2000年から2010年までの最初の10年間は要介護の高齢者すなわち寝たきり状態が放置され、この高齢者に対する事後処理的なサービスが多職種の中に刷り込まれた。10年間の間に日本社会は人の英知の中で少子高齢社会を乗り切るシステムとしての地域包括システムが議論された。当初の5輪の構図は、介護、医療、生活支援、住まい、予防がそれぞれに独立したかのような構図である。しかしながら在宅医療もまた在宅生活を送る支援の方法であり医療である。介護もまたケアの科学性、普遍性において生活の支援にて悪化を予防し、さらに状態像の進んだ人には身体状況観察とケアを提供することにより、医療との間に共通認識をすることにより初めて効果を発揮することが理解されねばならない。新しい統合ケアの概念としての基盤である在宅医療における乗り越えなければならない壁と解決法。この壁に解決策がある。現

代社会の豊かさは、一方で健康寿命後の余命が長くなる集団が生まれた。1950年以前の世界は早期に消失し、その世界は人類数千年の世界で初めて経験する社会に直面することになる。多数の高齢者が虚弱な状態で10数年生きる社会です。18世紀の英国の経済学者のアダム・スミスが国富論の中で一度豊かになった国がその後成長を止めてしまった姿を停滞の状態と呼んだ。現代の日本がその状況である。この状況から医療、介護の提供体制も利用方法も、財政的なあり方も変えなければならず、それが従来の考えから逸脱し、地域での生活の場を作っていく、これが地域包括ケアシステムの意義である。そしてその中心に在宅医療が位置づけられた。虚弱な方が人口の中で1%から3%の少数にとどまり、虚弱で貧しい人が少なければ、施設で処遇すれば施設を作ればよい時代から、2025年から2035年になると虚弱高齢者世帯が多数派になる時代、高齢者の尊厳、自立生活の支援が保持され、住み慣れた地域での在宅限界を高齢者ケア政策の基本となる。施設は少数の虚弱、暮らしが成り立たない人の場となり、多数の虚弱高齢者は地域の場にケアと医療がある世界が求められる。今回ドイツ、イギリス、オランダからその取り組みをお互いに共有することにより、またそれぞれの特徴知ることにより、日本の在宅医療のセコンドステージへの道筋になればと考えている。

02
15
sun

サピアホール

演者略歴



澤 憲明

[General Practitioner]

英国の高校課程を経て、2007年レスター大(前レスター大ノウォリック大)医学部卒。初期研修プログラムに従事した後、2012年英国家庭医療専門医教育および認定試験を修了し、同年より現職。「これからの日本の医療制度と家庭医療」(社会保険旬報)、「プライマリ・ケアで変わる日本の医療」(構想日本)などの論文執筆の他、NHK『視点・論点』、NHKスペシャルシリーズ日本新生『日本の医療は守れるか?～“2025年問題”の衝撃～』などに出演。



Wilbert Sluiter

Wilbert Sluiter (22-11-1968)
1995: Graduated MD Erasmus University
Medical School Rotterdam (EUMSR)
1999: Graduated GP EUMSR Family Medicine Dpt
2001-Present: Founder/Director De Reef Primary
Care Clinic

Extra:

Aikido Instructor

1992: Internship Tohoku University Surgery/
Internal Medicine Dpt1995/1996: Resident Sports Medicine and
Geriatric Medicine2011-Present: Communication Trainer (nurses,
doctors)

Thomas Joist

医学博士 1964年生まれ

●医学部教育

1984-1990 ボン大学

サンディエゴ大学(米国)

マンチェスター大学(英国)

●専門医教育

1990年11月-92年6月 ケルン大学病院II内科

1992年7月-93年5月 バイエル・ヘルスケア社 研究職

1993年6月-94年5月 ケルン大学病院II 外科

1994年6月-95年6月 デュッセルドルフ大学 家庭医療科

●専門医資格

内科・家庭医

専門分野: 緩和医療、疼痛医療、スポーツ医療

●現職業活動

1995年 ケルン市の自身の診療所で家庭医として活動

2003年 ケルン大学より委任をうけ家庭医専門医教育の
教育者として活動

2008年 ノルトライン医師会で家庭医療科の試験官

2012年 ノルトライン医師会で緩和医療分野の試験官

2012年 バリアティブチームSAPVケル代表

2013年 バリアティブチームSAPVラインエルフト代表

コーディネーター略歴

堀田 聡子

東京大学社会科学研究所特任准教授、ユトレヒト大学客員教授兼オランダ社会文化計画局研究員を経て2011年4月より労働政策研究・研修機構研究員。専門分野は人的資源管理、ケア人材政策。博士(国際公共政策)。社会保障国民会議

サービス保障分科会、地域包括ケア研究会委員等を経て、現在、社会保障審議会介護給付費分科会及び福祉部会、同福祉人材確保専門委員会等において委員を務める。

「適正化に向かう診療報酬制度」

座長 | 石垣 泰則 [コーラルクリニック院長]

略歴

昭和57年 3月 順天堂大学医学部 卒業
昭和57年 6月 順天堂大学医学部 脳神経内科 入局
平成 2年 5月 城西神経内科クリニック開業 院長
平成 8年 3月 「医療法人社団泰平会」設立 理事長
平成21年 5月 コーラルクリニック開院
平成23年 10月 コーラルクリニック院長 就任

全国在宅療養支援診療所連絡会 副会長
日本在宅医学会 副代表理事・日本老年医学会 代議員
公益社団法人日本リハビリテーション医学会 代議員
静岡市介護サービス事業者連絡協議会 理事
静岡市介護認定審査員
ケアマネットふじのくに 理事長
静岡在宅ケア医療協議会 会長
NPO法人 静岡難病ケア市民ネットワーク 理事長

演者

網谷 敏数	高齢者住宅新聞社
小野 宏志	坂の上ファミリークリニック
梶原 優	医療法人弘仁会 板倉病院
市原 俊男	全国特定施設事業者協議会代表理事
石垣 泰則	コーラルクリニック
林 修一郎	厚生労働省保険局医療課

概要

平成26年度診療報酬改定は集合住宅における訪問診療の適正化を目指したもので、これまでにないドラスティックな改定であった。国会において「不適切な在宅医療」が集合住宅棟で行われた実例が取り上げられ、在宅療養患者を有料で斡旋する業者が存在するなど、本来医療のあるべき姿とはかけ離れた実態があることも確かである。一方、誠実に医療機関の在宅医療に取り組む医師が多くおり、この度の改定に対し失望感を抱いたことも確かである。今こそ、在宅医療に関わる診療報酬が果たして適正であったかを、改めて問い直すべき時期に来ている。

診療報酬は診療の質に見合ったものであり、治療上の医学的難易度と相関するべきものである。診療

の場のみで決めるべきものではなく、訪問診療の頻度が月に1回と2回とで管理料が著しく異なることにも患者理解を得難いことも現実である。分かりやすくかつ医学的にも社会通念的にも筋の通った診療報酬こそ国民から求められるものである。

本シンポジウムにおいては、多方面の専門家を招き、適正な診療報酬につきディスカッションを行う。また、全国在宅療養支援診療所協議会、日本在宅医学会、日本在宅医療学会が行ったアンケートならびに全国特定施設事業者連絡会、認知症介護事業者連絡会、サービス付き高齢者専用住宅協会、全国有料老人ホーム協会が実施したアンケートの結果を披露する。診療報酬を適正化するためには、医療現場の実情を踏まえた上で、客観的な医学的判断に基づき行政の判断がなされることが必須である。

「地域医療のなかの在宅医療」

座長 和田 忠志 [いらはら診療所在宅医療部長 全国在宅療養支援診療所連絡会研修教育局長]

略歴

1990年 東京医科歯科大学卒業 医療法人財団健和会臨床研修医
1992年 東京都立広尾病院神経科
1994年 医療法人健和会蒲原診療所
1997年 医療法人財団健和会みさと健和病院
1999年 千葉県松戸市にあおぞら診療所開設・同院長
2004年 あおぞら診療所院長退任、医療法人財団千葉健愛会理事長
2009年 高知県高知市にあおぞら診療所高知潮江開設・同院長

2012年10月 あおぞら診療所高知潮江院長退任、いらはら診療所在宅医療部長

2013年12月 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 非常勤医師併任

その他役職／全国在宅療養支援診療所連絡会理事・研修教育局長、東京医科歯科大学臨床教授、日本在宅医学会理事、日本高齢者虐待防止学会評議員、高知県在宅医療提供体制検討会議委員、千葉県医師会在宅医療推進委員会委員、松戸市高齢者虐待防止ネットワーク委員

演者

大橋 英司
亀井 克典
亀井 敏光
山下 俊樹

大橋内科胃腸科
地域医療研究会／かわな病院 理事長
松山市医師会
六ツ木診療所

コメンテーター

鈴木 央 鈴木内科医院

概要

本企画は「普通の開業医」が、在宅医療を行うときの喜びや苦悩や制度に対する思いを語り合うために企画したものである。

「かかりつけ医の在宅医療」が注目されている。日本医師会と全国在宅療養支援診療所連絡会が昨年作成したテキストと映像は「かかりつけ医の在宅医療-超高齢社会私たちのミッション-」と銘打たれている。日本医師会のなみなみならぬ期待がみなぎっている。

10年、20年とかかった患者やその家族と深い信頼関係のもとで、在宅医療に患者を導入し、最期まで診療することの重さと深さ、その仕事の尊さは述べるまでもない。しかし、「かかりつけ医」が5時になると電話を留守番電話とし、夜間や休日に対応せず、かかりつけ患者に対して在宅医療を実施しないことも多かった。その意味では、いま「かかりつけ医の在宅医療」が強調されるのは、「かかりつけ医にしっかりしてほしい」というメッセージともいえるかもしれない。広島県尾道市の片山壽先生の言葉で「一馬力」の在宅医という言葉がある。医師一人で在宅医療を行う

医師のことである。一馬力の在宅医は24時間対応可能なのか。私たちは、昨年度、全国13012ヶ所の在宅療養支援診療所管理者に調査を行った。「医師が在宅医療を業として継続するにあたってのハードル」について回答した者2518名のうち、「24時間対応の困難さ」を挙げた者は1896名(回答者の75.3%)に上り、ハードルの第一位であることが確認された。このことが一馬力の在宅医の最大の悩みではないかと思う。

では、かかりつけ医は頼りないのか、というと、そうではない。在宅医療専門クリニックがかなり頑張っているエリアでも、訪問診療件数総数で見ると、かかりつけ医のトータルな訪問患者数が多い。医師一人あたりの在宅患者は比較的少数で、システムティックな在宅診療システムは持たないが、国内全体でみても、在宅療養支援診療所以外の在宅医のシェアは大きいと推測され、その意味で良心的なかかりつけ医は頑張っている。

外来や病棟医療も行いつつ、地域のトータルなニーズに応えつつ活躍する在宅医の現場での実践に基づく討論を深めたいと思う。

「多職種で支える在宅医療の質の担保と継続性」

座長 | 椎名 美恵子 [東京訪問看護ステーション協議会 副会長]

座長 | 渡邊 淳子 [わたクリニック 院長]

演者

細野 純	歯科医師／細野歯科クリニック
笠原 徳子	薬剤師／よつ葉薬局
田村 佳奈美	管理栄養士／NST 専門栄養療法士 (JSPEN 認定)
佐藤 十美	訪問看護認定看護師
栗岡 清英	主任介護支援専門員
内田 千恵子	日本介護福祉士会 副会長

概要

在宅医療における質の担保は重要である。常に質の高い在宅医療が供給されているかというところではない。東京大学高齢社会研究機構が行った柏プロジェクト内での多職種協働研修の有効性が指摘されているため、今後もこのような研修の広まりが重要と考えられる。

それでも在宅医療の継続性という点では、医師の高齢化という問題を除けば、経済的には2006年の診療報酬改定からは医師に対する報酬は手厚いものになっているため、大きな問題はないものと考えられる。しかし他職種はどうなのであろう。

歯科の立場からはどうか。生活支援における食支援には重要な意味があり、その役割に期待している職種でもある。しかし在宅医療に参入する歯科診療所は決して多くない。その理由には経済的な問題、地域における歯科の役割に差がある問題等があるとされている。

また、調剤薬局にも問題が山積している。一馬力調剤薬局の訪問中來局患者への対応、介護保険居宅療養管理指導料契約の問題、無菌調剤設備への投

資、24時間開局、24時間対応の問題などである。管理栄養士にとっても在宅への介入は楽ではない。診療所との非常勤職員としての契約にまつわる問題、地域活動(ヘルパーへの調理指導等)における報酬の問題等があげられ、その活動は経済的に厳しいとの意見もある。

訪問看護については診療報酬改正ごとに、少しずつ報酬が増えてきているものの、在宅経験のない管理者がステーションを開いてしまうこと、小規模のステーションにおける24時間対応の問題、常に訪問看護師希望者が常に不足している問題などと直面している。

さらに介護支援専門員においても、ケアマネジメントの質の問題、所属する事業所との関係性、さまざまな家族の要望とリハビリテーションとのバランス、医療の敷居の高さ、など、多くの問題がある。さらに経済的には報酬は十分なのであろうか。

いかに質を担保し、今後も在宅医療により多くの多職種が参入し、継続していくためには何が必要なのであろうか。このような視点に対して各シンポジストから建設的な意見交換を期待するものである。

「グループ診療としての在宅医療の運営」

座長 | 眞野 俊樹 [多摩大学 大学院教授／医療・介護ソリューション研究所所長]

略歴

1987年名古屋大学医学部卒業。医師、医学博士、経済学博士、MBA。

臨床医を経て、95年9月コーネル大学医学部研究員。外資系製薬企業、国内製薬企業のマネジメントに携わる。同時に英国レスター大学大学院でMBA取得。その後、国立医療・病院管理研究所協力研究員、昭和大学医学部公衆衛生学(病院管理学担当)専任講師を経て現職。東京医療保健

大学大学院客員教授、財団法人医療機器センター客員研究員、JA共済総研客員研究員、JCI アジアパシフィックエリアアドバイザリーボード、一般社団法人メディカルクオリティアカデミー理事長などを兼任。

2004年、京都大学にて博士(経済学)取得。

現在の公職：厚生労働省独立行政法人評価委員会(審議会)部会長、日本小児科医会 国際委員、東京都立病院経営委員会(経営部会)委員、厚生労働省外国人患者受け入れ基盤整備事業推進委員長など

演者

中野 一司

医療法人ナカノ会 理事長／ナカノ在宅医療クリニック 院長

船木 良真

医療法人三つ葉 理事長／三つ葉在宅クリニック

武藤 真祐

医療法人社団鉄祐会 理事長／祐ホームクリニック 院長

大石 佳能子

株式会社 メディヴァ 代表取締役

英 裕雄

医療法人社団三育会 理事長／新宿ヒロクリニック 院長

概要

在宅診療をグループ診療で行う医療機関が増え
てきている。

グループ診療には、他医療機関同志の連携外部型グループ診療と、同一医療機関内における同一法人内部型グループ診療がある。しかしどのグループ診療形態も、単に複数医師や医療従事者が複数集まればいいというわけではなく、実際には様々な工夫、例えば24時間365日対応をどう支えるか？医師と看護師の役割分担をどうするか？内部や外部との情報伝達をどうするか？などが必要である。現

在グループ診療で在宅医療を行っている在宅医療機関はもとより、今後グループ診療で在宅医療を行うとする医療機関にとって、様々なノウハウや苦労を知ることが、それぞれの在宅医療の発展に不可欠と考える。本シンポジウムでは、内部型グループ診療を運営しつつ、連携外部型グループ診療を行っている双方に実績のある医療機関や企業の代表者に集ってもらい、それぞれのグループ診療の運営上の工夫やその利点、欠点などを語ってもらうことで、地域医療におけるグループ診療のあるべき姿を探りたい。ぜひ多くの在宅医療者の参加を期待している。

「地域と多様性」 ～離島, 過疎地, 被災地の在宅医療～

座長 | 小野沢 滋 [北里大学病院 トータルサポートセンター センター長]

演者

泰川 恵吾
長 純一
陳 勁一
市原 利晃
北澤 彰浩

ドクターゴン診療所
石巻市立病院開成仮診療所
在宅連携相模原の会 博愛堂医院
秋田往診クリニック
小海診療所

概要

在宅医療と一口に言っても、様々な地域でそれぞれのニーズがあり異なった様相を見せています。例えば、私は鴨川市のある南房総地区で在宅医療を長年行ってきましたが、そこではたいいていの方が持ち家で、一軒家に住んでいました。駐車場が問題になることはなく、患者宅に鍵が掛かっていることすらまれでした。在宅医療に取り組んでいるのは地域医療に熱心なクリニックや病院で、いわゆる施設在宅はありませんでした。高齢化率は33%でしたが、施設も多くありましたし、重病者は必ず亀田総合病院に運ばれて、夜間でも必要があれば、専門医の診察を受けられます。

一方で、現在北里大学病院の周辺では、訪問看護や訪問診療を専門にするクリニックは数多く、どこが適切な医療機関なのかを判別することすら困難な状況ですし、病院も数は多いのですが、夜間・休日など、専門医に見てもらえることはまれです。

離島であれば、病院はなく、重症になれば、ヘリ

や飛行機で搬送せざるを得ないこともあるでしょう。被災地では仮設住宅で「自宅」ではない場所での在宅医療を行わざるを得ない場合も少なくないでしょう。

このように、地域の医療・介護資源、コミュニティーのありよう、行政の熱心さ、など多くのファクターでその地域毎の在宅医療のありようが変わってきます。

今回のシンポジウムでは、日本各地の異なった地域環境にある5カ所の方たちにご登壇いただき、それぞれの地域特性と活動についてご報告いただこうと思います。その中から、各地に共通する事柄と、それぞれの地域特有の事柄、そして、私たちが普遍的に目ざす地点が見えてくれば良いと思います。

ご登壇いただく方たちは、離島、過疎地、被災地、人口減少都市、首都圏ベッドタウンで様々な形態で在宅医療に取り組んでいらっしゃる方たちです。本シンポジウムが皆様の明日の診療の一助になれば幸いです。