

地域ケア委員会 答申書

2013年6月

京都府医師会
地域ケア委員会

地域ケア委員会

敬称略・順不同

委員長 渡辺 康介
(京都北医師会)
副委員長 長村 吉朗
(東山医師会)
委員 和田 哲
(下京東部医師会)
岡林 秀興
(下京西部医師会)
出木谷 寛
(左京医師会)
北村 裕展
(西京医師会)
高須 雅史
(山科医師会)
西俊希
(伏見医師会)
馬本 郁男
(乙訓医師会)
門阪 庄三
(宇治久世医師会)
荒井 秀典
(京都大学大学院医学研究科)
荒金 英樹
(愛生会山科病院)
木村 明祐
(京都府歯科医師会)
宇野 進
(京都府薬剤師会)
畠田 智津子
(NPO 快適な排尿を目指す全国ネットの会)
松本 善則
(京都府介護支援専門員会)
担当副会長 北川 靖
担当理事 関 透
 谷 口 洋子
 藤 井 純司

目 次

1. 超高齢社会において、求められる医療、医師の役割について	1
1. 1 その人の全体像を把握し、最適な医療を提供するための <信頼関係の構築>	1
1. 2 地域包括ケアの意義と京都府における動向	3
1. 3 求められる医師の役割	5
1. 4 対人援助に必要な医師のコンピテンス	7
1. 5 患者・家族、国民との共同作業	8
2. 在宅医療の課題と推進に向けての府医の取組み	9
2. 1 在宅療養の願いを阻む三つの理由	10
2. 2 在宅医療推進の理由	12
2. 3 在宅医療を推進するために必要な視点と京都府医師会の取組み	14
2. 3. 1 在宅医療の目的、役割を明確にする	14
2. 3. 2 在宅医療に必要な知識や医療技術を学ぶ	16
2. 3. 3 在宅医療で医師が役割を果たすために必要な環境を 整備する	17

1. 超高齢社会において、求められる医療、医師の役割について

戦後の経済成長による公衆衛生や栄養状態などの生活水準の向上、科学の発展とともに、医学や医療技術の進歩、国民皆保険制度など医療提供体制の充実などにより、日本は世界有数の長寿を達成しました。医学は、生命を救うこと、病気を治すことを使命として、また、国民の健康、長寿の欲求に応えるために、医師をはじめとする医療に従事する者の情熱、探究心により発展してきました。今後も、がんや難病に対する新たな診断・治療方法の研究や医療技術の開発への挑戦によりさらなる健康長寿や人生の質の向上が達成されることを、国民の多くが期待しています。

しかし、私たちは、世界に類を見ない超高齢社会という現実に直面しています。この厳しい状況下での高齢者医療は、多くの本質的な課題を提起しています。これらの課題を通して、医療のあり方、医師の役割を問い合わせるべき時期ではないかと考えます。また、地域医療の観点からも、高齢者への医療提供の質の向上は非常に重要な取組むべきテーマです。

1.1 その人の全体像を把握し、最適な医療を提供するための ＜信頼関係の構築＞

高齢者は医療機関への受診機会が多いなど医療ニーズは高く、多くの医師が高齢者の診療に携わっていますが、臨床の現場ではしばしば悩み、困惑を感じることがあります。その要因の一つは「複雑性・多様性」です。感染症のような急性疾患においても、高齢者の医学的な特性への配慮が必要となります。ましてや完治を望めない慢性疾患の対応、言うまでもなくがんなどの重大な疾病的治療方針の決定には、疾病の状態だけでなく、心身機能など他の医学的要因、さらに医療以外の要素、例えば、介護者の状況、経済状態などの社会的な制約への配慮が不可欠です。加えて、その決定は、本人および家族の望み、考え方によく左右されます。一般的に医師は、治癒を目指し診断や治療を行うことに対してはやりがいを感じ、抵抗感はありません。しかし、特に高齢者の診療においては、その「複雑性・多様性」という特性により、治療を中心としたアプローチだけでは解決できないことが多く、医師がジレンマや負担を感じる要因となっています。また多忙な医療現場で、解決困難な健康問題に対して、「年のせいかもしれませんね」と安易に言ってしまい、患者からの信頼を損ねるといった事態を招くこともあります。

胃ろうの適用など延命医療、終末期医療などに関する議論が盛んに行われるようになりました。また、遺伝子治療、生殖医療、移植や再生医療など次々と新たに開

発される先端医療技術の適用についても、医療倫理や医療安全の側面から議論されています。医療の発展により治療の選択肢が拡大していますが、それだけに患者、家族に客観的な視点からの選択肢をメリットだけではなくデメリットも含め提示し、十分に話し合い、丁寧に合意形成を進めることができます。場合によっては積極的な治療を行わないこと、新たな医療技術を適用しないことがその人にとって最適であることもあります。しかし、その選択を行うことは、患者と家族また医師にとっても痛みをともない、苦渋に満ちた決断となります。十分なコミュニケーションによってできた信頼関係なしにはそのような決断は困難であり、大きなリスクをともないます。一方、臨床の現場では、その決断の結果の是非ではなく、結果に至るまでの一連のプロセスを医師と患者や家族がともにつむいでいくことに意味があることを経験します。この共同作業は、患者と家族また医師の苦悩やリスクの軽減につながり、また、決定に至る過程は残された遺族にとってとても大きな意味を持ちます。ただし、この時の合意形成は密室でされると倫理コンサルテーションとして物語をつむぐ多くの関係者が参加し決定のプロセスを大切にすべきです。

オスラー博士は著書の中で「どんな病気をもった人間であるよりも、どんな人間が病気になったのかを考える方が重要だ」と述べています。確かに、特に不確定要素が多くまた複雑さを持つ高齢者への医療においては、本人や家族と話し合いを繰り返し、置かれている社会的状況を把握し、価値観や人生観にできるだけ近づき、医学的な説明を尽くし、共同で意志決定に至ることが重要です。医療の高度化、専門分化の流れの中で、「病気を見て病人を見ない」など、医師に対する批判が浴びせられてきました。その反省の中で、いくつかの考え方や手法が臨床の中に取り入れられてきました。例えば、ICF（国際生活機能分類）、ケアマネジメントなどもそうですが、医療に関連したものとしては、その人全体を把握する方法論としてのCGA（高齢者総合機能評価）、治療方針を決定するための方法論としてインフォームドコンセント、最適な医療を提供するための方法論としてEBM（根拠に基づいた医療）とNBM（物語と対話による医療）を補完的に行うことなどが挙げられます。

しかしながら、これらの実践は決して容易なことではありません。CGAやNBMといつても、多忙を極める医師、特に急性期病院の勤務医には時間的な余裕がなく、必要な情報収集のためのコミュニケーションを十分に行うことができないのが現状です。また、特に高齢者においてはその「複雑性・多様性」により、治療法の決定に至る過程は決して容易ではありません。臨床現場において、その人の人生の質を重視しようという意識改革が徐々に進みつつあり、また、良質な医療、最適な医療を提供するために必要な手法を取り入れ、実践しようとする努力が行われています

が、医療環境、社会状況などによる制約から、困難さをともない不十分な状況といえます。高齢者への医療を通じて明確になった、その人全体を把握して最適な医療を提供するという課題にどのように対応していくかを考えることは、今後の超高齢者社会に向けて不可欠です。また、このことは、高齢者だけの問題ではなくすべての年代への医療共通の課題でもあります。

この課題に対応するために必要なのは＜信頼関係の構築＞です。「縛」という表現が最もふさわしいのかと思いますが、私たち医療の世界においては「チーム医療」、「病診連携」、「多職種協働」、「地域包括ケア」などで表現される＜信頼関係の構築＞です。医療の専門分化、高度化の流れの中で、『診断能力や治療成績の向上を目的とした共同作業』であるチーム医療が必然的に進んでいますが、逆に、医療以外の要素も含めた患者全体を総合的に理解することは困難となりつつあります。特に急性期病院においては、入院期間短縮を求められ、全人的理解を行うための時間は極めて不十分です。この状況は、最適な医療の提供の妨げになること、また医師と患者間にズレを生じ深刻な事態を招く危険性を生じます。このようなリスクを減らすためには、『その人の全体像を把握し、最適な医療を提供するための共同作業』が必要となります。具体的には、専門的な医療を提供する医師とかかりつけ医など総合的・包括的な医療を提供する医師が役割分担と連携すること、また、地域連携部門、退院支援担当者など病院側スタッフと訪問看護など在宅スタッフとのチーム医療を行うこと。さらに、医師や急性期病院にとって最も苦手な介護等の社会的要因を把握するため、ケアマネジャー等介護、福祉関係者との多職種協働が必要です。このような共同作業の推進に向けて、病院の地域連携機能や退院調整機能の評価、介護支援専門員の退院調整参加への評価など診療報酬や介護報酬による誘導が行われています。また、地域連携パスの作成も一つの推進策といえます。しかし、もっと大切なのは、関係者がこの共同作業の意義について共通認識を持つこと、そして、推進のための強力な仕掛けを作ることです。そのキーワードになるのが「地域包括ケア」です。

1.2 地域包括ケアの意義と京都府における動向

「チーム医療」、「病診連携」、「多職種協働」といった共同作業の目的は、最適な医療・介護を提供することであり、その人らしい人生を支援することです。実は、このことは「地域包括ケア」の根幹を成す考え方でもあります。地域包括ケアの定義の一つに、住民のニーズに応じて医療や介護などのサービスが切れ目なく継続的に提供され、できる限り長く地域での生活が続けられることとあります。この定義は、以

前から関係者が目指してきた地域の姿であり、地域包括ケアは特に新しい考え方ではありません。しかし超高齢社会の入り口にさしかかった今、「地域包括ケア」という言葉を謳うことにより、関係者がその人の全体像を把握し、最適な医療や介護を提供することの重要性を共通認識することに大きな意義があると考えます。また、地域包括ケアの目的の一つは、経済発展の代償として弱体化した家族や地域の「絆」の再構築であり、超高齢社会を乗り切るための新たな地域の土台造りです。府医は、地域医療の大きな柱として地域包括ケアの推進に取組まなければならないと考えます。

京都府では、平成23年6月に京都府知事、京都市長、京都府社会福祉協議会長、そして京都府医師会長の呼び掛けにより、行政、大学、医療、介護、福祉関連団体、弁護士会や司法書士会なども含めた39の団体が参加する「京都地域包括ケア推進機構」が、創設されました。推進機構の最大の特徴は、行政と関連団体が一対一の関係で事業を進めるという従来からの方法ではなく、機構が関係者の共同作業を行

京都地域包括ケア推進機構

設立：平成23年6月1日

設立の目的：高齢者の方が介護や療養が必要になっても、地域で関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備を進め、個人の尊厳が尊重される社会を実現し、住み慣れた地域で安心して暮らしていける社会を築くために、医療、介護、福祉のサービスを切れ目なく一体的に提供する、地域包括ケアシステムの実現を目指す。そのため行政や医療、介護、福祉関係のあらゆる機関・団体が集結し、オール京都体制で進める目的とする。

京都地域包括ケア推進機構

構成団体（39）

- ・一般社団法人 京都府医師会
- ・京都府
- ・京都市
- ・社会福祉法人 京都府社会福祉協議会
- ・京都府立医科大学
- ・公益社団法人 京都府栄養士会
- ・社団法人 京都府介護支援専門員会
- ・一般社団法人 京都府介護福祉士会
- ・公益社団法人 京都府看護協会
- ・京都大学
- ・京都府行政書士会
- ・京都府言語聴覚士会
- ・京都府後期高齢者医療広域連合
- ・京都府国民健康保険団体連合会
- ・京都府作業療法士会
- ・一般社団法人 京都府歯科医師会
- ・公益社団法人 京都府歯科衛生士会
- ・京都府市長会
- ・京都司法書士会
- ・社会福祉法人 京都市社会福祉協議会
- ・一般社団法人 京都社会福祉士会
- ・一般社団法人 京都私立病院協会
- ・一般社団法人 京都精神病院協会
- ・京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会
- ・京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会
- ・京都府町村会
- ・京都府病院協会
- ・京都府立大学
- ・京都弁護士会
- ・京都府訪問看護ステーション協議会
- ・京都府民生児童委員協議会
- ・京都市民生児童委員連盟
- ・一般社団法人 京都府薬剤師会
- ・一般社団法人 京都府理学療法士会
- ・京都療養病床協会
- ・京都府リハビリテーション連絡協議会
- ・一般社団法人 京都府老人福祉施設協議会
- ・一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会
- ・京都府老人保健施設協会

（50音順）

うための場を提供し、そこで発案、計画された事業を支援するという新しいスタイルです。現在、参加関係団体がチームを構成し、在宅医療、認知症等に関するプロジェクトが進行しています。顔の見える関係、相互理解によるオール京都体制は、「チーム医療」、「病診連携」、「多職種協働」、「地域包括ケア」などで表現される＜信頼関係の構築＞に向けての強力な推進力となることが期待されます。

1.3 求められる医師の役割

＜信頼関係の構築＞の前提として、＜役割分担、機能分化＞が必要です。その人の全体像を把握し、その人に最適な医療を提供するという課題に対応するためには、医師がしっかりとそれぞれの役割を果たし、関係者と共同作業することが必要です。多くの場合、治癒を目指すことが、その人にとって最も利益をもたらします。また、苦しみを和らげるためにも、その原因疾患を治療することが重要です。治療医学の力は絶大であり、医師の役割の大きな部分を占めます。しかしながら、現在の医療レベル、高度先進医療によっても完治しない疾病は未だ多く、痛みや後遺症、障害とともに暮らす人が多数います。また、今後、認知症などの退行性疾患、加齢性変化、老年症候群などにより生活機能が低下する人々が増加します。さらに、わが国は多死時代を迎えます。死は誰にも確実に訪れます。死に至る過程は多様であり、個別的な対応が必要です。

このような疾病構造の変化や超高齢社会の特徴において、治療医学だけでは対応できない、生活や人生の質を支える医療、長期ケア、緩和ケア、ターミナルケアなどの領域で医師が役割を果たす重要性が高まっています。特に、かかりつけ医など総合的・包括的な医療を担当する医師にはその役割が強く求められます。そのためには、老年医学、精神医学、緩和医療、（在宅医療）等の医学的知識および医療技術をまず身につける必要があります。また、米国のリハビリテーション医であるラスクは「リハビリテーションは全ての医師の務めである」と述べていますが、生活機能の維持向上には、疾病の治療、指導管理だけでなく、心身機能の評価や障害の原因分析を行い、その結果に応じて適切な対応を選択する能力が求められます。さらに、かかりつけ医は、医療の責任者として、生活機能維持・向上に関わるマネジメントに参加し、専門医との連携、訪問看護師などの医療スタッフとのチーム医療、ケアマネジャー等の介護職等との多職種協働により、治療、疾病管理・指導、リハビリテーション、医療的ケア、予防、介護などの手段を駆使して『生活を支えるチームの一員としての役割』を果たすことが求められます。診断・治療のための医学知識、医療技術を学ぶ機会は豊富にありますが、一方、医師の関心の低さもあり、生

活を支えるための医療に必要な知識や技術を習得する機会は少なく、またマネジメントについて学ぶことはほとんどありません。将来どのような医師を目指すかにかかわらず、医学生や若い医師が、医学教育や臨床研修において、全人的に診ること、多職種で関わる意味を学び、幅広い視野と考え方を身に付けることは意義深いと考えます。このような研修やOJT (On the Job Training: 実地訓練) の場として在宅医療は最適と考えます。なぜなら、在宅医療は、医師が生活を支えるチームの一員としての役割を果たすことが必要な場であり、また、急性期治療を終えて転院、または退院した患者が、その後在宅でどのような状況で療養しているかを目の当たりにすることが、医師の視野を拡げ、また急性期医療を行う意味の確認や退院支援や病診連携の必要性を認識することに役立つからです。大学や研修指定病院等と医師会の協力による、医学教育や臨床研修、生涯学習の機会を増やすべきと考えます。また、医学部に在宅医療講座を開設することがのぞまれます。

医師に求められるもう一つの大きな役割は、病、老、死に直面している人の『痛み、苦しみを理解し、和らげる役割』です。言うまでもなく、身体的な痛みへの対応は最も期待される医師の重要な役割であり、緩和医療などの医学的知識、医療技術の習得が不可欠です。緩和ケアにおいて、身体的な痛みだけでなく、精神的な痛み、霊的な痛みの緩和の重要性が強調されています。障害者にとって、心の苦しみは、外的的な障害よりもはるかに辛いものであるといいます。また、多くの高齢者は、「長びく病気の苦しみ」「老いることへの不安」「死への怖れ」を心に抱きながら生活をされています。治す（治療医学）、防ぐ（予防医学）、回復する（リハビリテーション医学）といったキュアと、支える、癒す、和らげるといったケアの両者が調和して、初めてその人にとっての最適な医療の提供が可能となります。身体的な痛みだけでなく、心の痛み、不安を和らげることも、医療の目的であり、医師の大切な役割です。そして、誰にもキュアが適わない状態、終末期がやってきます。その時、患者、家族が最も望んでいるのは、最期まで、他の援助者と一緒に医師が支えること、職種を超えてケアを行うことです。治すことができない状態は医師にとって非常にストレスのかかる状態であり、何をなすべきかを見いだせず、患者へ向かう足取りは重くなります。しかし、終末期こそ、患者本人や家族また支援する関係者が医師のリーダーシップを求めています。医師の態度や言葉が本人・家族また関係者に安心をもたらします。医師には、専門家として『治療者と対人援助者の両方の役割』を果たすことが求められます。

1.4 対人援助に必要な医師のコンピテンス

対人援助の基本は<コミュニケーション>です。医師と患者・家族との会話は、問診、病状の説明、治療のための指導などが中心となり、どうしても指示的、命令的、一方向的なコミュニケーションになる傾向があります。対人援助においては医師と患者の双方向的コミュニケーションが基本となりますが、不慣れな医師にとっては努力を要します。コミュニケーション不足が患者、家族の不満の要因にもなります。また、好ましくない事実、深刻な事実を伝えなくてはならない場面もあり、医師にとって大きなストレスとなります。このような不安や負担を軽減する方策として最も重要なのが、コミュニケーション力の向上です。医学知識、医療技術に加えて、コミュニケーション力、情報収集能力が、医師のコンピテンス (Competence) として強く求められます。多くの患者や家族にとっては、初めての不安や苦悩に困惑するなか、病状や経過、また自分たちの不安や希望を上手く表現することは、困難をともなうことが多いことを理解する必要があります。そのためには、患者本人や家族が思いを表出できるような援助を行うことが重要です。人の痛みや苦しみを理解することは容易なことではなく、特に緩和ケア、終末期のケアにおいては、本人からの言葉を傾聴するだけでなく、表情などによるノンバーバルな表現を察知することも求められます。医学教育や研修において見直しは行われているものの、医師は対人援助者としての教育を受ける機会は少なく、コミュニケーションについて学ぶこともあまり多くはありません。コミュニケーションの基本的な技法、患者の精神的なニーズをくみ取る技術、悪いニュースを伝える技術などを習得する研修やOJTを学生教育、卒後研修、生涯教育にさらに取り入れていくことが重要です。

また、コミュニケーションの前提条件として、医師の<態度、姿勢>が問われます。「医師の顎は上がっている」「医師は近づきがたい」と一般の人や他職種の人から指摘されることがあります。医師は、無意識に指示的な態度をとってしまい、患者や関係者にとって想像以上に近づきがたい存在になっていることがあります。医師に対する既成のイメージが大きく影響していると思われますが、そのように映ることは、対人援助や、多職種協働を行う上では大きなマイナスです。これを解消するには、医師が他職種の役割や置かれている状況について理解し、意識して協調的、受容的な態度で接することが求められます。加えて、医師は積極的に医師会活動、カンファレンスや地域ケア会議など多職種協働の場に参加し、顔の見える関係を築くよう努力すべきです。また、細分化による診断、科学的根拠を重視した治療が発展する中で、医師は「木を見て森を見ない」に陥る傾向があることを自覚し、「森も見て、木も見る」つまり「人も見て、病気も見る」よう視野を広げる姿勢、また、時には曖昧

さや多様さを許容する姿勢を意識することが必要です。

疾病構造の変化や超高齢社会による環境、社会構造の変化により、医師に求められる役割は、拡大、変容しています。それに対応するためには、一人一人の医師が求められる役割について熟考し、常に自己分析を行い、コンピテンスの向上への地道な努力を行うことが大切ではないかと考えます。

1.5 患者・家族、国民との共同作業

コミュニケーションには、患者本人や家族が役割を果たすことが不可欠です。診断や治療を成功させるためには、患者や家族が自分の病状や経過を整理して、上手に医師に伝えることが重要です。その人に最適な医療や介護を提供するために、支援する多職種が協力して、「その人らしさとは何か」を理解しようとしても、患者や家族からの表出がなければ、その答えを出すことは至難の業です。診断や治療に必要な情報を把握するために、痛みや苦しみを理解するために、またその人らしさに少しでも近づくには、患者や家族から情報の発信や、意志表明が行われ、それを支援する側が受け止める『最適な医療を提供するための患者や家族との共同作業』が不可欠です。「健康で長生きして、最期はPPK（ピンピンころり）で！」という日本人の支配的な価値観においては、自分が生命に関わる病気になった時のこと、老化や後遺症により心身機能が低下した時のことを考えること、死について考えることを遠ざける傾向があります。このことが、延命医療や終末期医療における選択や意思決定を困難にする要因の一つと考えます。医学や医療技術が発展し選択肢が拡大する中で、重大な選択を強いられる可能性は誰にでも起こり得ることであり、あらかじめ「どのように生きたいのか、どのように死にたいのか、どこで死にたいのか」など人生観、死生観を持つことの重要性について、社会的な認識を高めることが必要です。その一つの動きとして、判断力のある間に、治る見込みがなくなった時に延命治療についての希望などを意思表示する「事前指示書」があります。また、日本医師会や学会から終末期医療に関するガイドラインや立場表明が提示されています。重大な選択を行う際の最も理想的な姿は、本人の意志の確認、また、それを表明した事前指示書があればそれを尊重し、意思決定のためのツールであるガイドラインなどの指標を参考にして、家族、医師ら関係者が協力し選択するという手続きを踏まえることが医療倫理の観点から求められます。そのために、医師は医療倫理について関心を持ち、事前指示書やガイドラインについての知識を持つことが必要です。また、日常診療において、一人一人の患者、家族との継続的なかかわりの中で、他の関係者とともに患者理解に努めること、意思決定が必要な場面では

その共同作業に参加することが望れます。これは簡単なことではありませんが、医学、医療技術が急速に進歩する時代において、また複雑性・多様性を有する超高齢社会において、『よく生きるための伴走者の役割』を誰かが果たさねばならないと考えます。さらに、医師会や医学会が、事前指示書の啓発、ガイドラインの作成など、国民に向け問題提起を行い、『その人らしさを実現するための国民との共同作業』で価値観を育む土壤を造ることが、これからの中高齢社会を乗り切る大きな力になると考えます。

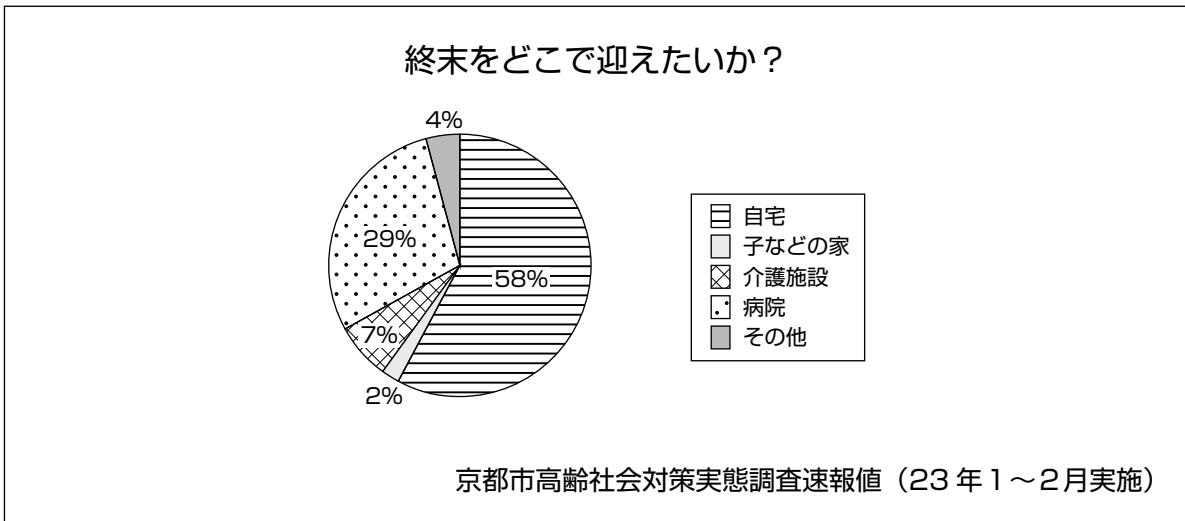
2. 在宅医療の課題と推進に向けての府医の取組み

各種の調査から、本音を言えば多くの高齢者ができるだけ長く自宅や住み慣れた地域で暮らしたいと願っていること、また、最期を迎える場所としても自宅を希望していることが明らかになっています。しかし、現実は厳しい状況です。

Q. 今後どのような介護を希望するか

	一般高齢者 (N = 2527)	介護保険利用者 (N = 1810)	
自宅で家族中心で介護受けたい	14.0%	自宅計 63.5%	10.7%
自宅で家族の介護と介護サービスを組み合わせて介護を受けたい	30.9%		36.4%
家族に依存せずに生活できるような介護サービスを自宅で受けたい	18.6%		15.0%
ケア付の高齢者住宅に住み替えて介護を受けたい	4.9%	施設計 27.2%	3.1%
特養などの施設で介護を受けたい	7.0%		10.6%
医療機関に入院し介護を受けたい	15.3%		9.4%
その他・不明	9.3%		14.9%

京都市高齢社会対策実態調査速報値（23年1～2月実施）



2. 1 在宅療養の願いを阻む三つの理由

在宅療養、特に自宅での療養を困難にしている理由は、大きく三つあると考えます。その一つは、『弱体化した家族介護力、地域力を社会的に十分に補うことができない』ことです。日本は、経済成長を達成することを目標に努力し、世界有数の急速な発展を遂げ、豊かな生活、便利な生活を手に入れました。一方で、核家族化、都市化、少子化が進み、また世界に類のない速度で超高齢社会が進行しています。自立した暮らしを送り、積極的に社会参加を行う高齢者が増加していますが、加齢や疾病にともなう生活機能低下は誰にも避けることができません。平均寿命と健康寿命の格差や、65歳以上の前期高齢者に比し75歳以上の後期高齢者は要介護、要支援者の比率が大きく上昇することが、それを物語っています。今後10～20年は後期高齢者数が増加し、見守りや支援を必要とする人が急増します。しかし、核家族化、都市化、少子化による独居・高齢世帯の増加、地縁の希薄による社会的孤立、家族介護力の低下など、必要な介護や支援を自助や互助で行うことが困難な状況が進行しています。介護力の低下を補うために、平成12年に介護保険が創設され、飛躍的に介護サービスは充実しましたが、未だ介護の社会化は不十分な状況です。逆に、経済の低迷により、介護保険によるサービス提供が限定化される傾向があります。また、地域力の低下に対応するために、地域包括ケアが提唱され、政策として様々な取組みが行われています。しかし、その意義は理解できますが、すぐに効果が現れるとは考えられません。自宅で生活するためのセルフヘルプ機能が全般的に低下する傾向があり、しかもそれを補う社会的支援が十分とはいえない現状は、在宅療養の選択には強い逆風です。そのために、多くの高齢者は、生活機能が低下し不安が生じた時に、安心を求めて施設入所を希望するのが実状です。国が介護保険、地域包括ケアの重点に置いている対応策が、介護施設でもなく自宅でもな

い高齢者向け住宅や老人ホームなどの多様な住まいへの住み替えの促進です。しかし、そのような住まいは、看護、介護に要するマンパワーの確保、経済的負担の問題など課題があります。また、看取りに関しては、より密度の濃い介護や見守りが必要であり、最期を迎える場所が確保されたとはとてもいえない状況です。

在宅療養を困難にしている二つ目の理由は、『在宅医療への不安と、負担感』です。訪問診療であれ、往診であれ、患者に赴いての診療と、入院医療や外来医療など自身の医療機関で診療を行うことでは大きな差異があります。在宅で可能な医療の範囲は、医療技術の進歩によって拡大していますが、特に診断や治療の領域では、病院とは大きな差があります。また、急変、病状変化への対応については、訪問に時間がかかることに加え、独居や高齢世帯などでは、病状変化に関する情報が迅速には伝達されない傾向もあり、在宅は病院に比し迅速性に欠けます。チーム医療の提供についても、病院や診療所では情報共有は簡単ですが、在宅では手間を必要とします。さらに、パートナーである訪問看護師やリハビリスタッフ等のマンパワーが不足しています。さらに、医療行為の実施については、病院では看護師など医療スタッフが行いますが、在宅では本人と家族に依存する部分が大きく、限界があります。また、入院医療や外来医療は、医療機関のペースで診療できますが、在宅医療は、患者や本人のペースに合わせて診療をする必要があります。野球に例えると、医療機関はホームですが、在宅医療はアウェイでの試合となり、体力的にも精神的にも負担は大きいといえます。在宅医療は病院と比して、このように多くの点で医療提供に関する制約があります。

	急性期医療	在宅医療
医療内容	高度	限界あり
緊急時の対応	速い	時間がかかる（廊下が長い）
情報の伝達	迅速	伝わりにくい
チーム医療	容易	努力を要する
医療処置	看護師等医療職が実施	本人・家族への依存が大きい
医療の提供場所	ホーム 提供者のペース 治療の場	アウェイ 患者・家族のペース 生活の場

医療は、治療を中心に発展してきました。必然的に、医師は、診断や治療機能を基準に医療の質を考えます。病院医療に比し制約の大きい在宅医療は、そのような価値観と相反する面があり、医師は大きな不安を感じます。また、国民は健康、長寿を望み、できるだけ進んだ医療を受けたいという価値観を有しています。病院志向はその一つの現れです。そのような価値観の中で、医師が在宅医療を行う上で最

も懸念するのは、患者、家族が在宅医療について正しく理解してくれるのかという点です。なぜなら、患者、家族が抱く在宅医療のイメージと実際に提供できる医療とのギャップが埋まなければ、ストレスが強く、リスクも高くなるからです。このギャップを埋めるには、提供側の努力だけでは不可能です。受ける側が在宅での在宅医療や在宅での看取りの意味を考え、また、提供側と共同作業を行うことが不可欠と考えます。さらに、広く国民全体が、地域の医療を守り、育てるという意識改革も必要です。

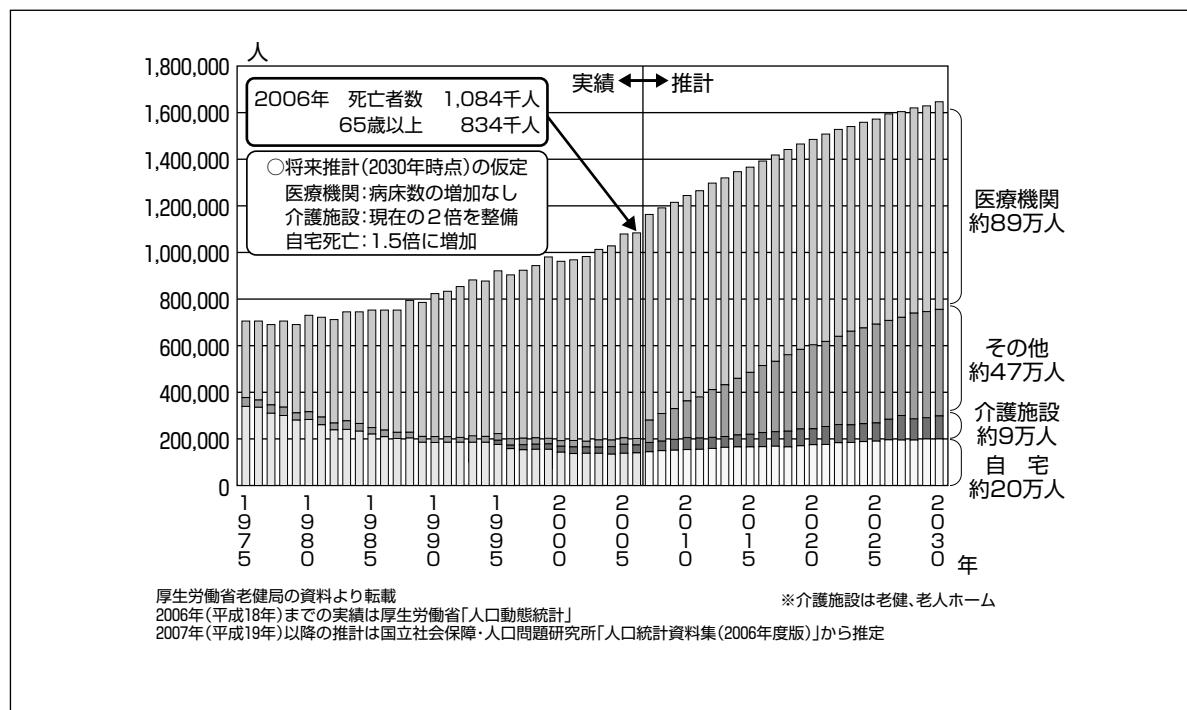
医師が在宅医療を躊躇する三つの理由は、在宅医療が包括的な医療であることにその要因があります。医師は治療者の役割と対人援助者の両者の役割を果たすことを求められますが、この対人援助者としての役割が医師にはイメージしにくいことによると思われます。また、チーム医療や多職種協働などの共同作業への参加が必要ですが、多くの医師は不慣れであり、苦手としています。

このよう三つの理由により、医師にとって在宅医療は不安、負担感が強い医療です。加えて、介護などの在宅療養に必要な環境が不十分なことにより生じる困難さ、多忙さなどの要因などもあり、在宅医療に積極的に取組む医師が増加しない、受け皿が広がらない状況を生じていると考えます。

2.2 在宅医療推進の理由

不安や負担が大きくても、その人の価値観から、在宅療養を選択する人がいます。また、本音として、できるだけ長く自宅で過ごしたい、最期を迎えると願っている人が多いのも事実です。また、自宅はあきらめたが、多様な住まいに住み替えて安心して暮らしたいと願っている人もいます。患者が在宅での療養を選択した時に可能な限り実現するという在宅医療の真のニーズ、つまり、このような人たちの思いを重く受け止め、その願いを叶えるために、在宅医療を提供することは地域の医師および医療機関の務めであり、在宅医療の推進を図ることは医師会の使命と考えます。

生活費、介護費用、家族の可処分所得の減少、さらに精神的な負担などを総合的に考慮すると、現実には自宅での療養を選択することは容易ではありません。一方、国は、医療および介護給付費抑制を狙い、介護施設や長期療養の病床を制限する方針です。医師会は、このままでは大量の行先未定の高齢者が生じる危険性があると警笛を鳴らすと同時に、地域医療の大きな役割の一つとして、高齢者がどのような場所で生活し療養するとしても、それを支える医療の提供を担保するよう努めなければならないと考えます。



ニーズに対しての在宅医療推進だけでなく、在宅医療の良い点について目を向けることも、その理由になると考えます。病院から自宅へ退院後に、驚くほど心身機能が回復するケースを時に経験します。自宅は、医療者側にとってはアウェイですが、本人にとってはホームです。住み慣れた家で、家族とともに過ごすことが、本人に良い影響を与えることがあります。「お酒が飲みたい」、「好きなものを食べたい」、「家にいると落ち着く」、「居心地が良い」このような願いや気持ちが、意欲の向上をもたらし、良い循環になることがあるのではないかと考えます。治療の場から生活の場へ戻り、病人から家人となって、その人らしさを取り戻すことによって心身機能が回復する、「自宅力」と表現できるがこの力の存在が、在宅医療の良い点であり、推進の理由の一つではないかと考えます。

また、在宅医療は医師にとってやりがいのある医療です。自宅での療養と最期を希望した患者が、苦しそうな呼吸の中で「先生、家にいられることが何よりの幸せ」と言い、また、看取った家族が「大変な苦労もあったし、疲れたけれども、本人の願いがかなえられてよかったです。悲しい気持ちもあるが、それ以上に、よく頑張ったという充実感がある」と医師に感謝の気持ちを表す、このように、その人らしさが達成され、医師がそれを支えることができた時、家族、医師や支援するチームは満足感、達成感を感じることができます。医師は、研究、治療など様々な場面で自分の仕事に達成感を感じすることができますが、在宅医療の現場も、医師としてのやりがいを実感する場面を数多く経験できます。

2.3 在宅医療を推進するために必要な視点と京都府医師会の取組み

在宅医療に取組む医師が一人でも増え、在宅医療の受け皿が拡がるためには、在宅医療推進の妨げとなっている、在宅医療への不安、負担感を軽減することが必要です。加えて、提供する側、受ける側の双方が在宅医療への理解を深めることが必要です。そのためには、次の3つの課題に対しての取組みが重要です。

1. 在宅医療の目的を明確にする
2. 在宅医療に必要な知識や医療技術を学ぶ
3. 医師が在宅医療での役割を果たすための環境を整備する

2.3.1 在宅医療の目的、役割を明確にする

医療の目的は、医学および医療技術により、生命を救い、疾病を治療しまた予防し、疾病などにより生じた障害から回復させ、また心身機能の低下を予防することによって、その人の生命、生活、人生の質を向上することだと考えます。言い換えれば、その人らしい生き方を支えること目的としており、急性期病院においても、在宅においてもそのことに変わりはありません。

急性期病院においては救命、治癒、回復を目指すことが主な機能といえます。一方、在宅医療の重要な役割は、プライマリケア、ロングタームケア、エンドオブライフケアなど生活や人生の質を維持、向上するために最適な医療を提供することが重要です。在宅医療では、療養環境などにより急性期医療を行うことに制約を受けます。しかし、そのような環境であっても、病状の変化に対して、また異常の早期発見に向けて可能な限りの診断や治療を行うことは必要です。これを実践することは、診断技術と知識を必要とし、ある意味高度な医療ともいえます。在宅では対応が難しい急性期医療が必要な状況が生じた場合には、病院と連携して対応することが重要です。ここであまり無理をすると、医師や支援する関係者の負担や不安の要因になり、疲弊につながります。また、患者の不利益、家族の不安や疲弊の要因にもなる場合もあります。疲弊は、在宅医療の推進、継続性に大きな妨げとなります。その役割を果たすためにも、急性期病院、亜急性期また回復期を担当する病院と適切に連携することが必要です。

	急性期医療（病院）	在宅医療
目的	生命を救う 疾病を治す、防ぐ 障害を回復させる、機能低下を防ぐ その人らしい生き方を支える	
主な役割	救命 疾病の治癒 機能回復	プライマリケア ロングタームケア エンドオブライフケア
提供する医療	予防 診断・治療 医学的管理・指導 リハビリテーション、医療的ケア 緩和医療 死亡確認	
医師に求められる役割	治療者 医療のマネジメント 対人援助者	治療者 医療のマネジメント 対人援助者

「在宅でも病院と同じ医療ができる」という医師もいます。確かに、医師間で実施可能な医療など技量の差はあるかもしれませんし、医療器具や技術の進歩により病院と同様に実施可能な医療技術もあります。しかしながらこの表現は患者や家族から誤解を招く危険性が高く、在宅医療推進の妨げになることもあると考えます。できるだけ多くの医師に在宅医療に取組んでもらうには、医師にとっての最大の不安の一つである、患者、家族が抱く在宅医療のイメージと実際とのギャップを埋めることが必要です。そのためには、患者、家族に、病院医療と在宅医療の役割や機能の違いを十分説明し、在宅で提供する医療の内容、特徴について理解を得ることが大切と考えます。患者、家族にとって、在宅医療は不安の大きい医療です。在宅で十分な医療が受けることができるのか、家族への負担が大きいか、急変、病状変化した時にすぐに診察してもらえるのか、病院に入院できるのかなど、様々な在宅医療への不安が生じます。患者の不満、不安を払うためには、急性期医療が必要な状況や在宅では対応できない状況が発生した場合には、在宅医療を担当する医師を介して、病院にアクセスでき、必要な時には、一時的に入院できることを可能な限り担保することが大切です。これを実現するには、在宅医療への病院側の理解と支援が不可欠です。

生活機能の維持・向上またその人らしさを支えるために在宅医療で提供すべき医療としては、次のような医療が重要です。定期的な訪問により、慢性疾患や在宅医療の原因となった疾病の管理を行い再発や重症化の予防を行う、また合併症の予防、早期対応を行う。排泄、嚥下機能の低下など、心身機能の低下に対応する治療、医療的ケアやリハビリテーションを行う。また、がんの疼痛緩和、終末期医療における苦痛の緩和は、その人らしさを支えるために不可欠な医療であり、知識や技術に

精通すればおおむね必要な医療が在宅でも提供可能です。このような医療は、医師一人での対応は不可能であり、訪問看護、リハビリスタッフなどとのチーム医療が必要です。在宅医療を担当する医師は、治療者の役割だけでなく、医療の責任者としてその人に相応しい医療をマネジメントすることが求められます。また、その人らしさを理解する共同作業また生活機能維持・向上に関わるケアマネジメントに参加し、生活を支えるチームの一員としての役割を果たすことが求められます。

2. 3. 2 在宅医療に必要な知識や医療技術を学ぶ

在宅医療は総合的な医療であり、幅広い医学的知識や、在宅医療に特有な医療技術を習得する必要があります。また、対人援助の役割を要求され、そのための考え方や技術を学ぶ必要があります。老年医学、精神医学、リハビリテーション医学、緩和医療、コミュニケーション技法など対人援助に必要な技術、ICF、CGA や NBM など全体的に把握する方法論、また生命倫理、医療哲学など、比較的学ぶ機会が少ない領域について習得することが必要です。

京都府医師会では、そのような機会を設けるために「京都在宅医療塾」を、平成24年10月から始めました。在宅医療のエキスパート、専門医を講師に招き、講演、症例検討、また情報交換を行い、在宅医療の質の向上を目指したいと考えています。また、府医会館に設置した「京都府医療トレーニングセンター」で在宅に関するトレーニングを実施しています。研修医や医師だけでなく、開かれた医師会のコンセプトのもと、多職種また一般の方の研修を行っています。

京都在宅医療塾　日程

	開催日	内　　容
第1回	10月 11日	患者が在宅で過ごすということ
第2回	11月 8日	在宅緩和ケアでの薬剤の使い方
第3回	12月 13日	認知症ケアの倫理－終末期の“看取り”を考える
第4回	1月 10日	緩和ケアに必要な精神科の知識
第5回	2月 14日	難病患者の在宅医療、災害対策
第6回	3月 14日	語りに基づく緩和医療

【講師（敬称略）】

第1回：神野　君夫　先生（神野医院院長）

第2回：土井　正樹　先生（土井医院院長）

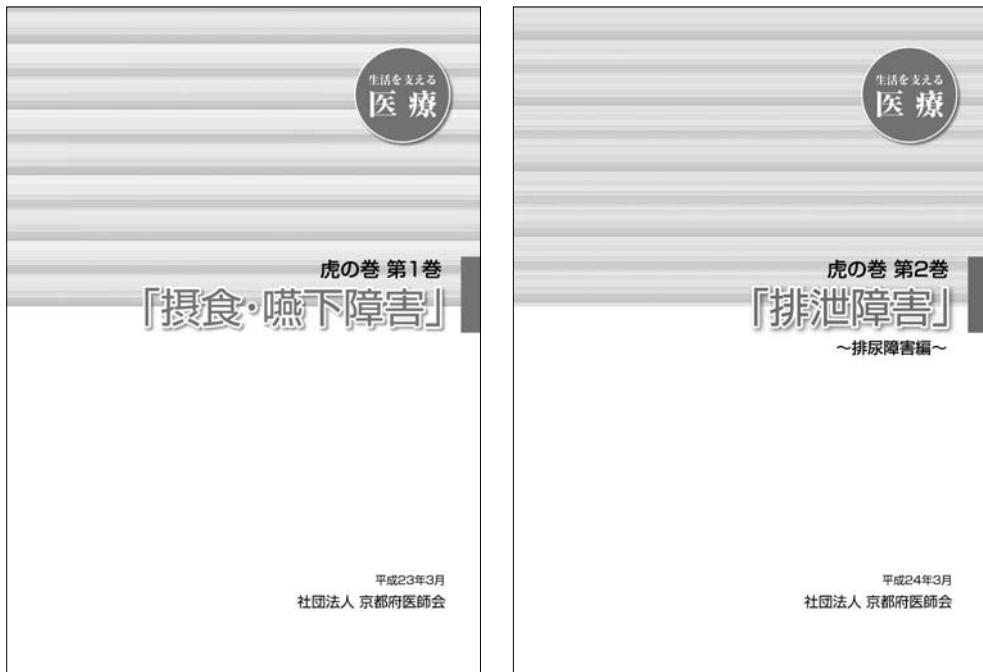
第3回：箕岡　真子　先生（箕岡医院院長、東大大学院医学系研究科医療倫理学分野客員研究員）

第4回：林　　晶子　先生（京大大学院医学研究科集学的がん診療学特定准教授）

第5回：川島孝一郎　先生（仙台往診クリニック院長）

第6回：岸本　寛史　先生（高槻赤十字病院緩和ケア診療科部長）

虎の巻 第1巻・第2巻



また、地域ケア委員会に小委員会を設け、関係者の協力を得て「生活を支える医療 虎の巻」を作成し、第一巻 摂食・嚥下障害、第二巻 排泄障害～排尿障害編を発刊しました。

2. 3. 3 在宅医療で医師が役割を果たすために必要な環境を整備する

在宅医療で医師が求められるのは、医療の専門家としてまた医療チームの責任者としての役割、また対人援助チームの一員として、痛みや苦しみを理解し、和らげる役割、よく生きるための伴走者としての役割など多様です。また、チーム医療、多職種協働などの関係性を構築することが必要です。府医では、それを支援するための様々な取組みを行うことが求められます。府医師会館に事務局が設置されている、京都地域包括ケア推進機構に積極的に参加し、在宅医療や認知症などプロジェクトにおいて関連団体と連携を深めることもその一つです。

また、歯科との連携の重要性が増しています。歯と口の健康を保つことは、しっかり噛み楽しく会話をするための基本であり、健康で豊かな生活を送るために不可欠なことです。また、子どもの健やかな成長を促し、成人期の生活習慣病や高齢者に起こりやすい疾病的予防、全身の健康増進にもつながります。この、歯と口の健康づくりのためには乳幼児から高齢者にいたるまで、年齢層、身体状況や地域性に応じた歯科医療が受けられるような環境を整備し多職種との連携をはかる必要があ

ります。このような認識のもと、昨年の12月に京都府で「京都府歯と口の健康づくり推進条例」が施行されました。歯科医療従事者（歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士）が行う日常診療や在宅歯科医療などにおいて、医師をはじめ地域での多職種連携を推し進めていく必要があります。

また、在宅医療の推進には、在宅と病院の連携が不可欠です。病院と在宅間の円滑な移行、患者、家族の在宅医療の理解を得てギャップを埋めるには、入退院時の情報提供だけでなく、退院調整への協働も必要です。地域連携パスは、そのための一つの有力な連携ツールです。府医は、京都府で脳卒中および大腿頸部骨折の京都府共通パスを、関係団体と協力して作成し、定期的に会議を開催し、より有効なパスになるよう努力しています。また。個々の医療機関、病院またケアマネジャーとの連携が円滑に行えるようなツールとして、ケアマネタイム、病院連携窓口一覧を作成しました。今後も、相互理解および顔の見える関係を構築するための事業を開していくことが求められます。

在宅医療の不安や負担を軽減するため、在宅医療が本来の目的を果たすために不可欠なのが、病状が悪化した時の対応および支援です。その一つとして、京都地域包括ケア推進機構において、京都府、京都市、府医、京都私立病院協会、京都府病院協会、京都府介護支援専門員会など関係者がプロジェクトを組み、平成24年1月より『在宅療養あんしん病院登録システム』が始まりました。医師会員調査において、在宅医療における医師の不安として、「病状の悪化をしっかり把握できるかが不安である」「このまま在宅で診ていてもよいかの悩みがある」「こんな状態で病院に紹介してもよいのかとのためらいがある」「こんなになってしまってからの病院に紹介へのためらいがある」など多くの意見がありました。また、患者、家族にとっても在宅療養における大きな不安の一つが、悪化した時に病院に入院できるかどうかです。このような、双方の不安を軽減することが本システムの目的です。

本システムの基本的な考え方は、在宅でできることは在宅チームで対応することを前提として、在宅での医療提供上の制約から生じる問題や不安、例えば肺炎を疑うがXPをとることができない、脱水に対して十分輸液ができない、在宅で可能な検査だけでは体調不良や心身機能の低下の原因検索や対応ができないなどの状況が生じた時に、複数の病院を事前登録しておくことや、かかりつけ医が介入して病院に依頼を行うことなどにより、病院にアクセスしやすい環境を整備し、必要に応じて入院加療を受けるというシステムです。また、病院側にとって最も懸念される入院の長期化を可能な限り避けるために、早期の退院に向けて訪問看護師やケアマネジャーなどの在宅側が病院の地域連携部門と退院支援に協力し、かかりつけ医が退院可能になった時点での在宅での診療を受け継ぐことを担保することなどによる、退

院しやすさにも力点を置いています。本システムの目的は、在宅療養の不安の軽減だけでなく、高齢者にとって致命的であり、在宅療養を困難にする重症化を可能な限り防ぐことを目的としており、在宅生活の継続を実現するためのシステムです。また、緊急性の高い病態は救急システムでの対応となります。本システムは比較的軽度の病状の変化を対象としたセフティーネットです。平成24年12月末で登録件数が五千人を超えており、また、京都府内の対象病院135病院中134病院が協力病院として手を挙げていただいております。

しかしながら、今後検討すべき課題も多くあります。京都独自の取組みであり、入院を担保するには至っておらず、十分な安心を提供できない。地域によっては、すでに同様の機能を病院が果たしており、本システムの意義は少ない。対象となる病状と救急対応との区別が不明確また高齢者救急と一体的なシステム構築の必要性。診療報酬上の評価や病院機能の分化の流れと必ずしも一致しておらず、病院の在宅支援に対する理解に依存している部分が大きい。認知症への対応は困難。早期入院の有効性などのエビデンスの検証。かかりつけ医への周知不足や登録手続きの負担。退院調整をいかに効率的に行うかなどの問題点や課題が挙げられます。しかし、在宅医療推進には、現実は別として状態が悪化すればいつでも入院できるという安心感はなによりも在宅療養を送る患者家族には必要です。『お守り代わりにしています』という声も聞かれます。在宅医療の推進には病院の在宅支援は不可欠であり、引き続き支援機構で関係者が検証および協議を重ね、本システムが実効性のあるものになることを目指す必要があります。

また、本システムを契機として、かかりつけ医機能、病院の在宅医療支援機能・地域連携機能、在宅・病院協働による退院支援機能、多職種協働など超高齢社会を乗り切るための＜役割分担や機能分化＞の推進と、＜信頼関係の構築＞を前進させなければなりません。

緊急性の高い病態	緊急性の低い病態		
○個別のネットワークで対応可 通院中の病院、入院歴のある病院、在宅担当医が連携している病院などに入院		救急医療	急性心筋梗塞 脳梗塞・脳出血 骨折 原疾患の急性増悪
○個別のネットワークで対応不可(セフティーネット) 救急システム	在宅療養あんしん病院 登録システム	あんしん病院 登録システム	肺炎(?) 脱水(?) 原因不明の体調不良、機能低下
		介護保険	ショートステイ 介護者のレスパイト

