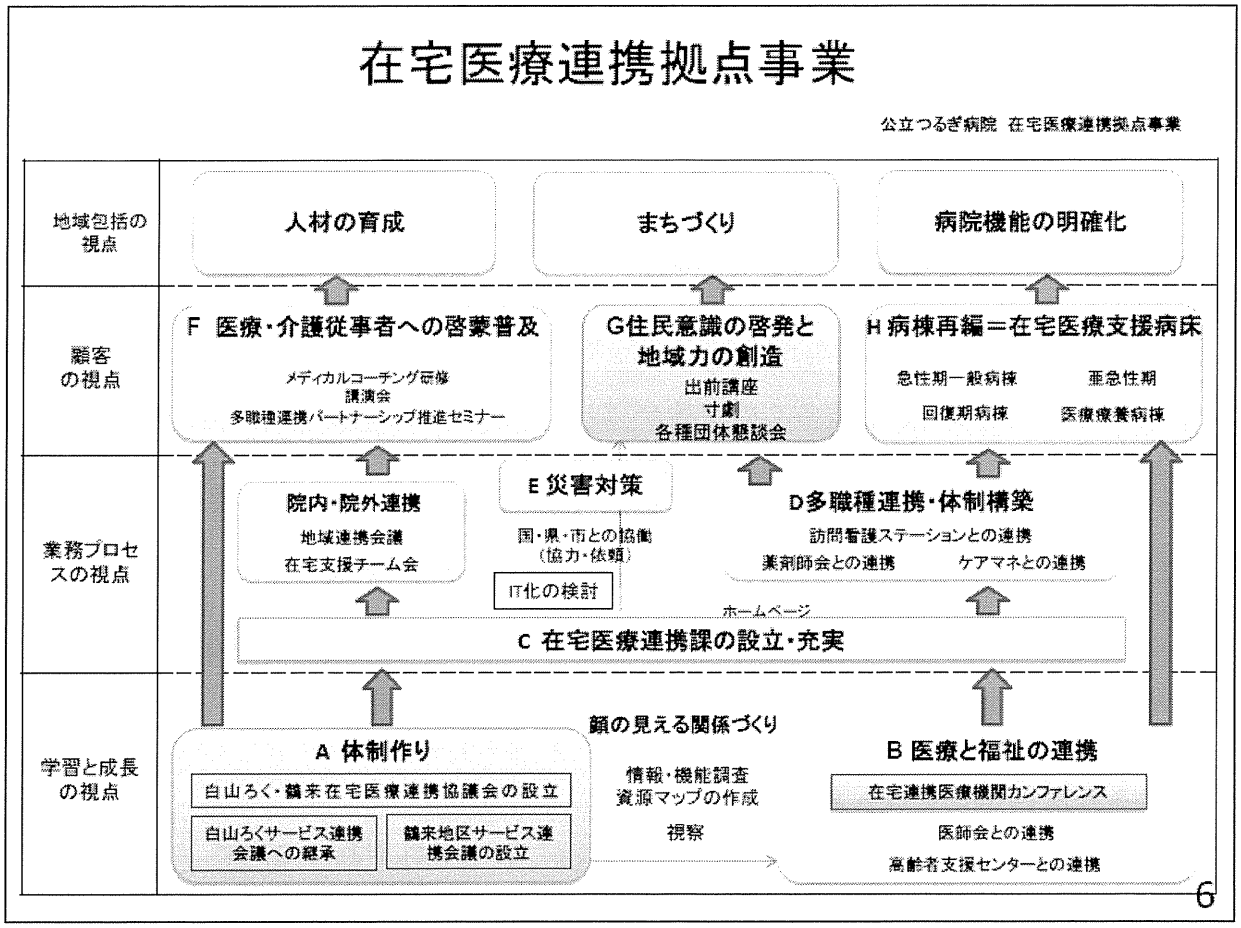
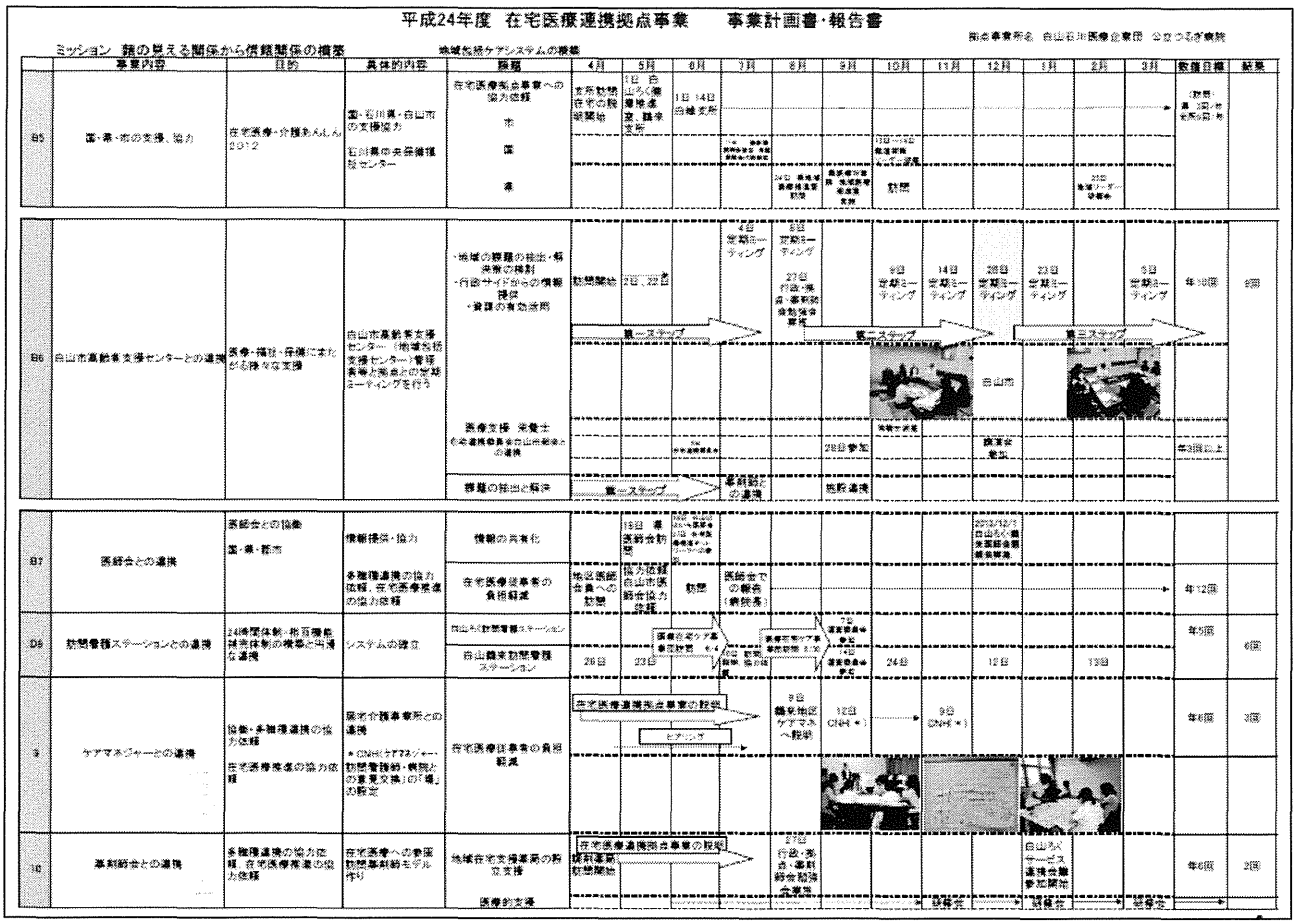
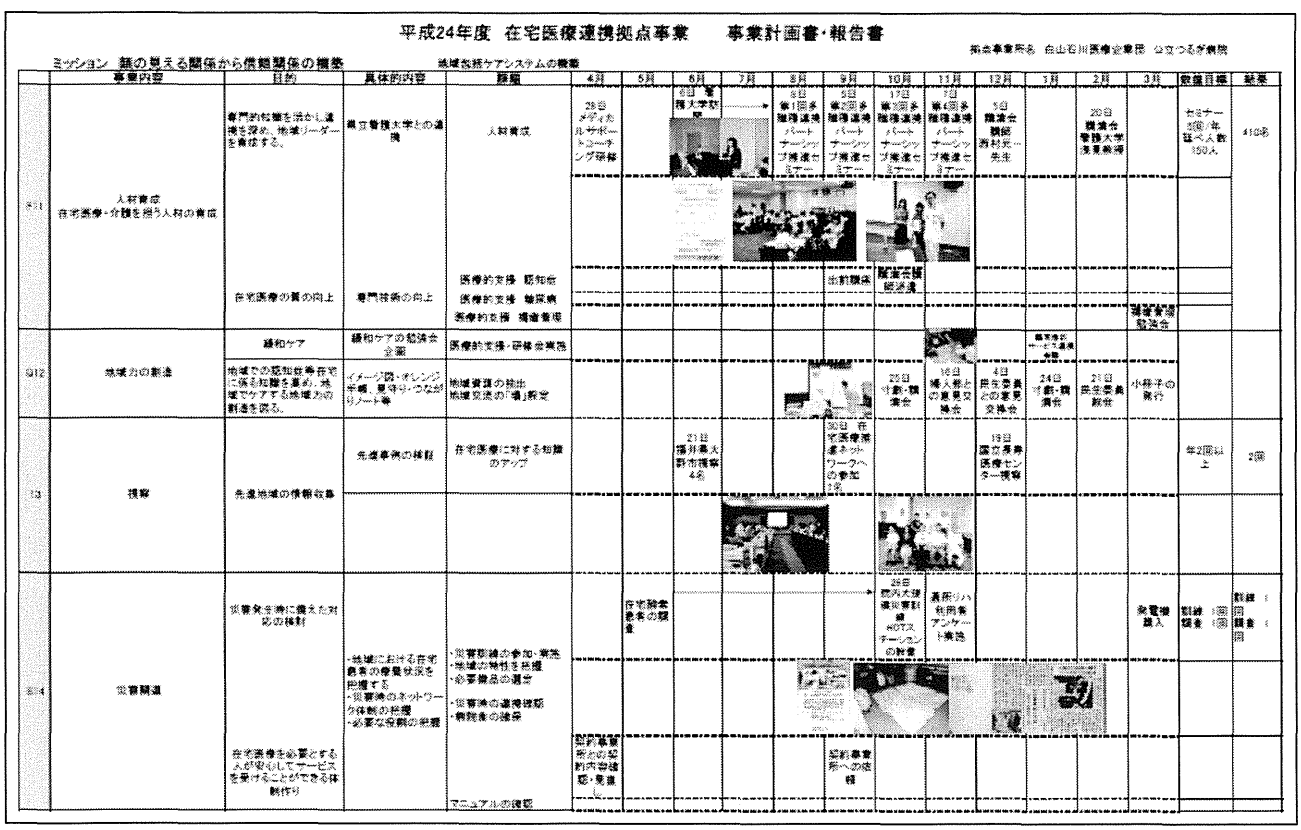
例）石川県　公立つるぎ病院における事業計画　（図 40、図 41）

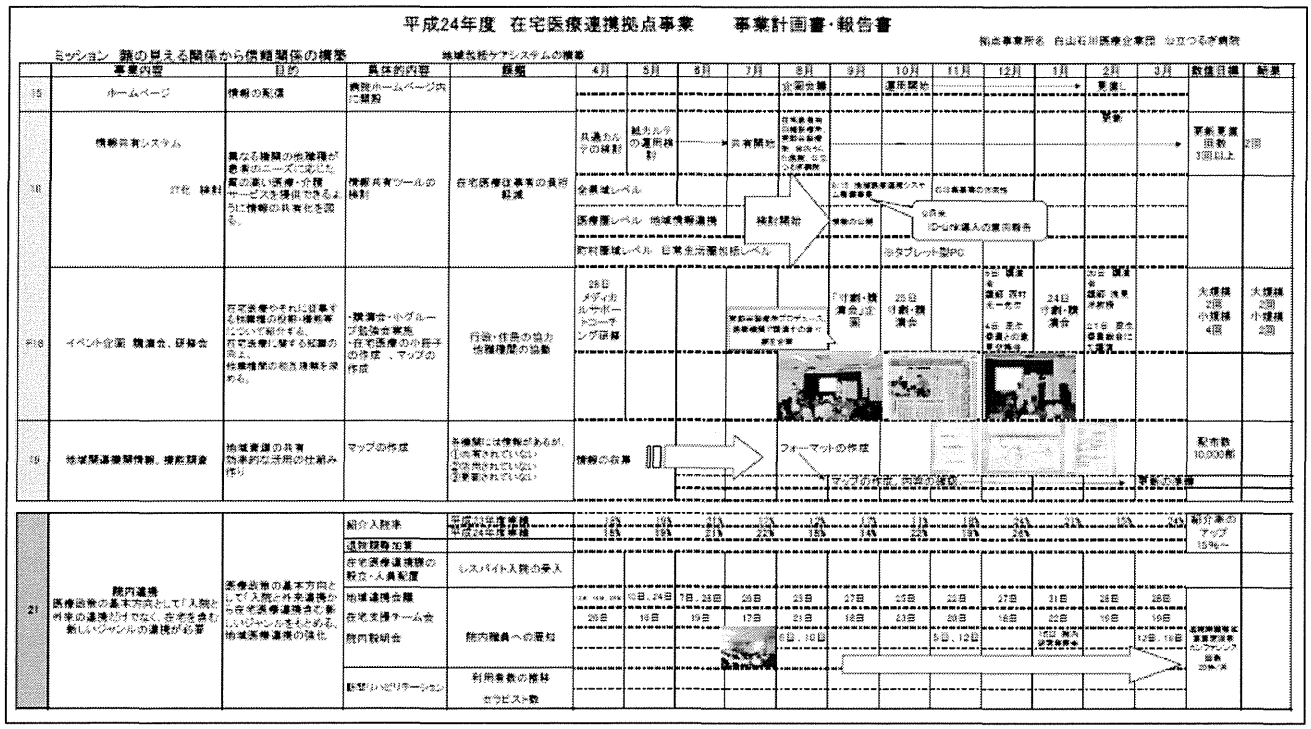


例）石川県　公立つるぎ病院における事業計画　（図 42、図 43）



例)石川県　公立つるぎ病院における事業計画　(図 44)




※ 公立つるぎ病院では、地域包括ケアシステム構築に向け、拠点として様々な視点から取り組む課題を明確にし、具体的なアクションプランを立てて実行した。

# 4　今後に向けて

## (1)　市町村事業のさらなる向上のために

○　在宅医療の推進については、各地の医療機関において先進的な取組みが進められてきたが、国の施策として「在宅医療連携拠点事業」が進められたのは、平成23・24年度のことである。市町村と地域医師会が中心となって面的な在宅医療・介護連携を推進する動きは、まだ定まった進め方が確立しているわけではなく、各地で多様な試みがなされているのが現状である。

○　各市町村において事業を進めていくに当たっては、先行地域における取組みの実情等を積極的に吸収し、それぞれの市町村の実情に合わせた検討の基礎とすることが必要である。

○　厚生労働省においては、平成24年度、(独)国立長寿医療研究センターに委託して実施した都道府県リーダー研修の成果を各地において展開することとしているので、これに基づく研修等が各都道府県で実施される場合には、積極的に参加すべきである。また、他の研修・セミナー等の機会を活用したり、各種資料の閲覧、視察を行う等により知見を広めたりして、それぞれの地域での在宅医療・介護連携推進体制の構築につなげていただきたい。

図 45

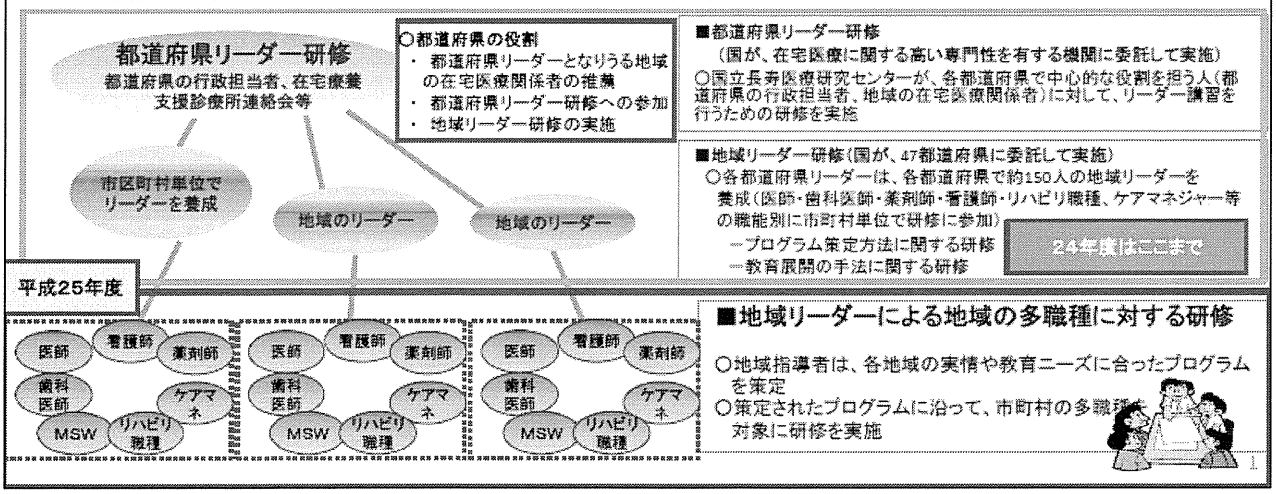
# ■ 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業

25年度予算　100百万円

■本事業の目的

- ○ 在宅医療においては、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリ職種、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- ○ 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う（都道府県リーダー研修）
- ○ 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う（地域リーダー研修）
- ○ 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けることができる体制構築を目指す

※WHO（世界保健機関）は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。（2002年）



## (2) 制度改正の動向

○ 冒頭にもあるように、政府の「社会保障制度改革国民会議」は、平成25年8月6日に報告書をとりまとめた。

社会保障制度改革国民会議報告書
（概要） http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo_gaiyou.pdf

（全文） http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf

○ これを受けて、厚生労働省の関係審議会においては、介護保険事業あるいは医療提供体制の改革についての検討が進められているところである。今後の事業運営や将来設計においては、このような制度改革の動向が大きく影響することはいうまでもないことであるので、これら審議会の動向等にも十分注意しておくことが必要である。

厚生労働省　社会保障審議会
医療部会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126719

介護保険部会
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126734

## 資料 1)　各市町村の取組みに関する図表等の出典一覧


図 1　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
津島市, P4.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/06055156.pdf

図 2　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　成果報告書添付資料,
肝属郡医師会立病院, P36.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/08102272_ppt.pdf

図 3　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
津島市, P5.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/06055156.pdf

図 4　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
熊本市, P6.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/11096264.pdf

図 5　鹿児島県庁ホームページ(アクセス 2013 年 10 月 28 日)
http://www.pref.kagoshima.jp/ab02/soshiki/hoken/honcho/kaigo.html

図 6　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
横手市地域包括支援センター, P9.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/01012025.pdf

図 7　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
坂井地区広域連合, P7.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/05043117.pdf

図 8　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
日本医療伝道会, P12.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/04034100.pdf

図 9-14　柏市保健福祉部福祉政策室(2013)．柏市における長寿社会のまちづくり～豊四季台プロジェクト～.

図 15　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
中部地区医師会, P7.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/11104276.pdf

図 16　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
宗像医師会, P24.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/10090255.pdf

図 17　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
宗像医師会, P25.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/10090255.pdf

図 18　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
石巻市立開成仮診療所, P11.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/02008016.pdf
図 19-23　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　成果報告書添付資料,
オレンジホームケアクリニック, P11, 12, 14-16.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/04045119_ppt.pdf
図 24　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
柏市, P6.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/04028061.pdf
図 25　国立長寿医療研究センター　在宅連携医療部ホームページ(アクセス 2013 年 11 月 26 日)
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/zaitakusien/byoto/1system.html
図 26　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
公立つるぎ病院, P16.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/05042116.pdf
図 27　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　成果報告書添付資料,
臼杵市医師会立コスモス病院, P5.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/08097266_ppt.pdf
図 28　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　成果報告書添付資料,
夕張市立診療所, P5.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/01003008_ppt.pdf
図 29-30　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
板橋区医師会, P31, P33.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/04031081.pdf
図 31-32　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　成果報告書添付資料,
日田市医師会立訪問看護ステーション, P15, P23.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/08098267_ppt.pdf
図 33-34　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
鶴岡地区医師会, P15-P16.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/02014029.pdf
図 35　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
新見医師会まんさく, P6.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/08073214.pdf
図 36-図 37　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
板橋区医師会, P27, P36.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/04031081.pdf
図 38　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
熊本市, P27.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/11096264.pdf

図 39　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　地域ブロック活動発表会資料,
すさみ町, P22
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201301_02_block/07069207.pdf
図 40-44　厚生労働省委託事業　平成 24 年度在宅医療連携拠点事業　成果報告書添付資料,
公立つるぎ病院, P2-6.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/renkeikyoten/2013/201303_date/04042116_ppt.pdf
図 45　厚生労働省ホームページ, 在宅医療・介護の推進について, P17. (2013/10/30 アクセス)
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/dl/zaitakuiryou_all.pdf

## 資料 2)　地域包括ケアシステム構築への取組みにおいて参考にされたい情報紹介

### 厚生労働省ホームページ　http://www.mhlw.go.jp/

○在宅医療の推進について

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/zaitaku/index.html

○地域包括ケアシステム

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html

○社会保障審議会　医療部会

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126719

○社会保障審議会　介護保険部会

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000008f07.html#shingi126734

○「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html

○市町村セミナー

http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/seminar/01.html

### 首相官邸ホームページ　http://www.kantei.go.jp/

政策会議　http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/

○社会保障制度改革国民会議

http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/

### 公益社団法人　日本医師会ホームページ　http://www.med.or.jp/

○第１回 日本医師会 在宅医リーダー研修会

http://www.med.or.jp/jma/nichii/zaitaku/001707.html

### 公益社団法人　日本看護協会ホームページ　http://www.nurse.or.jp/

東京大学高齢社会総合研究機構ホームページ　http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/index.html

○在宅医療推進のための地域における多職種研修会

http://www.iog.u-tokyo.ac.jp/kensyu/index.html

厚生労働科学研究　がん対策 のための戦略研究

緩和ケア普及のための地域プロジェクトホームページ　http://gankanwa.umin.jp/index.html

(独)国立長寿医療研究センター　http://www.ncgg.go.jp/

老年学・社会科学研究センター　http://www.ncgg.go.jp/cgss/index.html

○在宅医療推進会議

http://www.ncgg.go.jp/cgss/zaitaku.html

○平成24年度在宅医療連携拠点事業－拠点の活動性の評価－

http://www.ncgg.go.jp/cgss/slider20130515.html

在宅連携医療部　　http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/index.html

○平成24年度多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業　資料

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/jinzaiikusei/2012/leader01_doc.html

○平成25年度在宅医療・介護連携推進事業研修会　資料

http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/jinzaiikusei/2013/leader01_doc1022.html

**在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック**

発　行　日　：　平成25年12月

制　　作　：　独立行政法人
国立長寿医療研究センター
〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾35
TEL：（代表）0562-46-2311
http://www.ncgg.go.jp/index.html

※本ハンドブックは、厚生労働省委託の平成23、24年在宅医療連携拠点事業より得られた各種報告書等をもとに、有識者より指導助言を得たうえで当センターで取りまとめ、制作致しました。

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

# 拠点医師活動モデルに関する研究

研究分担者　辻　　哲夫　　東京大学高齢社会総合研究機構　特任教授
研究協力者　飯島　勝矢　　東京大学高齢社会総合研究機構　准教授
吉江　悟　　東京大学医学部在宅医療学拠点　特任助教
土屋　瑠見子　東京大学高齢社会総合研究機構　学術支援専門職員

研究要旨

地域包括ケアシステムの構築を目指し，各地域の医師が在宅医療に踏み出す動機付けとなる取り組みやその負担感を軽減する取り組みのモデルを見出し，郡市医師会と市町村が協調して展開していく汎用的な方法論を確立できることが重要である。本研究では，その達成のために，かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造の検討を行った。

全国各地で開催されつつある研修会の実績をもとに評価検討を行った結果，昨年度報告であげた暫定的な「効果的・汎用的な研修会のあり方」に示された要素5つについて，一定の傾向が整理された。③の同一地域内開催と⑤の多職種によるディスカッションは，比較的どの地域でも実践されており，他地域への転用がある程度容易であろうと考えられた。一方，④の同行訪問を実現できた地域は多くなく，ある程度地域の機運が高まったところか，新規開業が一定程度みられ医師会員が流動性を有する都市部でないと実現が難しいという可能性も示唆された。①②の各団体の連携については，まず①市町村行政と地区医師会が密に意思疎通をすることが重要で，それが実質的な形で実現できれば，②はそれに附随してくるであろうという結論に至った。

また，これらの要素を一定保った形で多職種研修会を系統的に普及させていくためには，各地の研修会の事務局機能の中心となる市町村行政に加えて，この市町村を指導する都道府県行政の果たす役割も非常に大きいと考えられた。

## A．研究目的

東京大学高齢社会総合研究機構では，在宅医療の推進を中心とした地域包括ケア体制の具現化を目的として，千葉県柏市を中心に，平成24年度厚生労働省在宅医療連携拠点事業に採択された複数拠点と適時情報共有をしながら，各地の特性も加味したあるべき姿を検討しているところである。うち本研究では，各地域の医師が在宅医療に踏み出す動機付けとなる取り組み，ないしその負担感を軽減する取り組みのモデルを見出し，郡市医師会と市町村が協調して展開していく汎用的な方法論を確立するべく，（1）かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造，（2）24時間往診体制確保に関する負担軽減策，という2点を検討することを目的としている。本年度は，特に（1）に焦点を当て，全国各地で開催されつつある研修会の実績をもとに評価検討を深めるとともに，一定の枠組みが保たれた研修会の取り組みを全国に系統的に普及させていく方策を検討することとした。

B．研究方法

（1）かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造の検討

柏市を発端として開発された「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」に基盤として，この研修会の教材や開催構造が他地域においても適用され得るスキームとなっているのかどうか評価するべく，同研修会の一部または全部を踏襲した研修会を開催する全国の地域を対象に，研修会開催の後方支援をしつつ，他地域への転用可能性（transferability）を検討し，かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機付けを目的とした多職種研修会の汎用構造のあり方を探った。

（倫理面への配慮）

本研究は，東京大学ライフサイエンス委員会倫理審査専門委員会の承認を得て進めている（審査番号：12-90）。

C．研究結果

（1）かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造の検討

昨年度の研究により，効果的・汎用的な研修会のあり方として，表1のような暫定的結論を得た。

表1．効果的・汎用的な研修会のあり方

| |
|---|
| 1）構造面<br>①郡市医師会と市町村行政がタッグを組んで研修会運営の中心を担うこと<br>②受講者のリクルートにあたり原則地域の関係職能団体の推薦を経ること<br>③現実の連携との連続性を考慮して同一市町村内の多職種を受講対象としていること<br>2）内容面<br>④医師（現役の開業医）が同行訪問という形で実習に赴くこと<br>⑤多職種による議論の場が研修の中に意図的に埋め込まれていること |

この結果も踏まえながら，今年度内に本研修会の枠組みを全部または一部活用して研修会を開催したいというコンタクトのあった全国の地域（東京都大田区，東京都北区，福井県坂井地区，神奈川県横須賀市，奈良県大和高田市，大阪府，滋賀県など）に対し，それほど強い制約は与えない形で開催の後方支援を行いつつ，各地の経過を追視した。当初の柏市での内容・構造を厳格に踏襲することは求めず，現地の関係者による自発的な合意を基本に，自由度高く開催する形で，ツールとして適宜本研修会の教材や枠組みを取捨選択の上活用してもらうこととした。

結果，表1に示したあり方のうち，③と⑤はほぼ全数で満たされていたものの，①，②，④は概ね半数という程度であった。個別に記述すると，まず①については，当初枠組みの通りに市町村と医師会が共催する形で開催されていたところがある一方で，医師会中心，

あるいは病院中心で主催されている地域もみられた。②については，受講者として多職種が参加しているところがほとんどであったものの，正規に団体を介すアプローチまではとれていないところが多かった。③については，いずれの地域でも基本的に実現されていた。（なお，全県的な動きのみられた地域については，全県的な動きとその次段階としての市町村単位の動きの両方がみられたところと，今年度については全県的な動きが中心となったところが存在した。）④の同行訪問に関しては，実施のハードルが高いという理由で行わなかったケースが多々認められた。さらに，医師対医師の同行ではなく，医師対多職種の同行という形での選択肢も主催者としては設定したが参加者がほぼいなかったところがみられ，研修のプログラムの中に同行訪問を組み込むことでのその有効性は認めつつも，各地において実際に実行するまではやや難渋している様子が垣間見えた。⑤については，いずれの地域でもグループワークが設定された。多職種によるグループワークを用いたところが多くみられたが，一部ほぼ医師のみによるグループワークとしたところ，テーマに応じって限定職種のみによるグループワークとしたところもみられた。

次に，以上のような各地の実施状況を踏まえ，一定の枠組みが保たれた研修会の取り組みを全国に系統的に普及させていく方策を，有識者による委員会を数回開催して検討した。結果として，この研修会は概ね市町村単位で開催されることを意図したものであるが，当初から全市町村に開催を求めても未経験のことでありリアリティを持つことができないであろうことから，まずは1地方に1地域程度（即ち全国に8～10地域程度）の先行実施地域を設定し，近隣エリアの市町村は当該地域へ研修風景の視察に訪れることとするのが望ましいという結論に至った。この構造を設けることにより，各地域の研修事務担当者は，先行実施地域への視察を通じて多職種連携研修会の効果的な開催のあり方を体感し，自地域に戻って研修企画立案をする道筋を立てることが比較的容易になる。そして，1地方に1地域の先行地域が設定された次段階としては，都道府県行政が県内に 1～数地域の先行地域を設定し，同様に県下市町村は当該先行地域への視察を通じて研修会の開催ノウハウを学んでいくという段階に至る。委員会の議論では，この段（都道府県が県下市町村の水先案内をする段）に至れば，全市町村への適用・普及が現実的なものとして見えてくるであろうということで概ねの合意に至った。

D．考察

当機構が中心となり開発した「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会」について，この枠組みの全部または一部を活用しながら研修会を開催した全国の地域の開催経過を検討することにより，柏市で開催された研修会の内容と構造を保った形で他地域での研修開催にこぎつけるために，その転用可能性が一定程度は見出されたのと同時に，いくつかの課題も明らかとなった。表1に示した要素のうち，③の同一地域内開催と⑤の多職種によるディスカッションは，ある程度容易に他地域への転用が可能と考えられた。一方，④の同行訪問を実現できた地域は多くなく，ある程度地域の機運が高まったところ

でないと実施が難しいか，あるいは逆に，地方部では地域の医師が固定化していて長年付き合いがあるため，あえて同行しなくてもよいという意識が働いている可能性も考えられた。

また，①の市町村と医師会の共催，さらには②の多職種団体の協力については，たとえ研修会自体にはさまざまな職種の受講者が多数参加していても，団体レベルの連携は異なる次元の難しさがあるように思われた。協力が得られにくい状況で無理に各団体の共催名義を取得する必要はないと思われるが，地域の関係者が一丸となり，在宅医療の推進に向けた態度を共有して足並みを揃えるためには，まずは最優先で①の市町村・医師会の共催を実現し，それに②の多職種団体の協力を附随させていくことが重要と考えられた。

そして，これらの要素を一定保った形で多職種研修会を全国に系統的に普及させていく方策としては，都道府県行政というステークホールダーをうまく活用し，都道府県が県下市町村の相互交流を促したり，都道府県が市町村を指導したりしていくことが重要と考えられた。今後の法改正により，各関係者の事務分掌も変わってくると考えられるが，国－都道府県－市町村という各階層が自身の役割の範囲をよく理解しつつ，系統立った連携や情報交換が行われることが期待される。

## E．結論

今年度，本研究では，かかりつけ医の在宅医療への参画を促す研修会の普及に向けた汎用構造の検討を中心に研究を継続した。全国各地で徐々に開催されてきている研修会の実績をもとに評価検討を深めた。

結果，昨年度報告であげた暫定版の「効果的・汎用的な研修会のあり方」（表 1）に示された要素①～⑤のそれぞれについて，各地域での実施状況が整理された。③の同一地域内開催と⑤の多職種によるディスカッションは，比較的どの地域でも実践されており，他地域への転用がある程度容易であろうと考えられた。一方，④の同行訪問を実現できた地域は多くなく，ある程度地域の機運が高まったところか，新規開業が一定程度みられる都市部でないと実現が難しいという可能性も示唆された。表 1 に掲げた要素を一定保った形で多職種研修会を系統的に普及させていくためには，各地の研修会の事務局機能の中心となる市町村行政に加えて，この市町村を指導する都道府県行政の果たす役割も非常に大きいと考えられた。

## F．研究発表

### 1．論文発表

1) 飯島勝矢，辻哲夫：在宅医療と連携した地域包括ケアのまちづくり・家づくり．Geriatric Medicine，52(1)，2014

2) 飯島勝矢，吉江悟，辻哲夫：加速する高齢化の中で「治し，支える医療」とは：Aging in Place を目指して．月刊公衆衛生情報，43(6)，4-5，2013.

3) 飯島勝矢, 辻哲夫. 国として終末期を支えるには 医療施策の立場から. 内科, 112(6), 1400-1405, 2013.
4) 吉江悟, 土屋瑠見子, 飯島勝矢, 辻哲夫: 在宅医療を担う人材を「地域」で養成する. 月刊公衆衛生情報, 43(6), 6-7, 2013.
5) 辻哲夫, 飯島勝矢: 超高齢社会を迎えるにあたって, 現在, 何をすべきか. Geriatric Medicine, 51(5), 463-470, 2013.

２．学会発表

1) Iijima, K., Yoshie, S., Kimata, M., Ihori, M., Yamamoto, T., Goto, J., Fujita, S., Takabayashi, K., Kamata, M., & Tsuji, T. New attempt to achieve seamless multidisciplinary cooperation using information and communication technology (ICT) in aggressive promotion of home medical care in Japan. The 20th International Association of Gerontology and Geriatrics World Congress, Seoul. June, 25, 2013.

Ｇ．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

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

分担研究報告書

# 終末期医療に対する対応


研究分担者　池上直己　慶応義塾大学医学部　医療政策・管理学　教授

研究協力者　町野朔　上智大学生命倫理研究所　教授

奥田純一郎　上智大学法学部　教授

近藤和哉　神奈川大学法科大学院　教授

橋爪幸代　東京経済大学現代法学部　準教授

趙晟容　韓日法律問題研究所　所長

水留正流　南山大学法学部法律学科　講師

池田漠　慶應義塾大学医学部　医療政策・管理学　助教



研究要旨

在宅医療における終末期医療・看取りの体制構築は重要な課題であり，今後は在宅医療等の医療現場における終末期医療のあり方に対して，国民的な議論を必要とする機会が増えると考えられる。よって，本研究は，その際の国民的な議論に資する資料を作成することが目的である。

日本における終末期医療の政策を考えるための参考資料とするために，韓国，フランス，イギリス，アメリカにおける終末期医療に関わる法制度，終末期医療の現状についての調査を行った。これらの国においては，法律による対応があるのか，ある場合，ない場合，それぞれの理由は何か，どのような状態を「終末期」として考えているのか，中止の対象となる延命医療は何か，終末期患者の意思に適合した医療を行うための方法として，それぞれの国ではどのような方法が考えられているのか，を調査した。

終末期医療はそれぞれの国における医療システム全体の中で理解されなければならないが，いずれの国においても，国際的な終末期医療に関する基本的枠組みを認識しながら議論されている。


## A．研究目的

### 1．背景

#### (1)　今後の在宅医療における終末期医療の位置づけ

在宅医療において終末期医療・看取りのための体制構築は重要な課題である。今後，在宅医療の現場においては，終末期医療のあり方が問われ，国民的な議論を必要とする機会が増えると予測されるが，その際，他国の情勢を把握することは大いに参考になると思われる。

#### (2)　終末期医療の政策決定

かつては，病気，加齢，死は本人とその家族，そして，彼らの近しい人たちの問題であり，基本的には私的な領域に属するものであった。しかし現在は，人々の終末に至るまでの人生に医療・福祉のプロフェッションが関わり，人々が病院で死ぬことが通常になっている。個人の死はもはや純粋に私的な問題ではなく，公的な政策決定が要請される問題になっている。終末期医療は，医師の専権事項ではなく，また，医師と本人の「阿吽の呼吸」にのみ委ねられるものではない。

#### (3)　日本の問題

##### (a)　医療の不開始と中止

日本においては，終末期における医療の不開始，開始された医療の中止をめぐる議論は古くからのものであるが，現在では，気管挿管（intubation），胃瘻（PEG. percutaneous endoscopic gastrostomy）を始めとする経管栄養（tube feeding），中心静脈栄養（IVH. intravenous hyperalimentation）などの不開始と中止の許容性，これらが許容されるべきだとしたとき，その要件の如何が問題とされている。どのような状態の患者に医療の不開始・中止を行うことを認めるべきか，患者本人の意思，家族の意向はどの範囲で考慮すべきか，その認定の手続きをどうすべきか，などということである。

日本では，終末期の患者について行われた医療の中止（抜管など）に対して警察が介入する事件がいくつか起こり，国民の間に終末期医療に対する不安を生じさせた。他方，日本の医療関係者たちは，日本の法律状況は不明確であり，自分たちの行動が警察の介入を招くことがないか，家族などの関係者にどのように対応すべきかについて明確なルールがないと認識し，不安を覚えている。

**(b) ガイドラインと法律案**

以上のような状況に対応するため，厚生労働省は「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成19年。以下，「厚労省ガイドライン」という）を作り，日本医師会，いくつかの医学会も独自の終末期医療ガイドラインを作っている。

終末期医療に関する法律を作ろうとする動きもある。

昭和51年設立の「日本安楽死協会」（昭和58年から「日本尊厳死協会」）は，尊厳死を認める立法提案を行うなどの活動を続けてきた。国会内にも法制化を支持する動きがある。「尊厳死法制化を考える議員連盟」は，平成24年に「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案」（以下，「議員連盟案」という）を公表していた。これはリビングウィル（living will）に法的効力を認めようとするものであり，大略次のようなものである。

①死期が「間近」と判定された状態のときに，

②書面によってなされた延命措置の中止等を希望する旨の意思表示に従ってなされた，

③【第1案】は延命措置の不開始について，【第2案】は延命措置の不開始と中止について

④法律上の責任を免除する。

法案がこれらの要件に該当しない延命医療の不開始・中止を許容しない趣旨か，要件に該当しない行為が殺人罪などとして処罰される趣旨であるかは明らかでない。

法案はまだ国会への提出に至っていないが，日本弁護士連合会や障害者・難病患者の団体等は尊厳死の法制化に反対している。

## 2. 海外調査の目的

我々は，この研究において，諸外国においては，医療の現場では実際にどのような終末期医療が行われているのか，どのような法的対応がなされているのかを調査し，その結果を，これからの日本の制度を考える上での資料としようと考えた。

これまでも，諸外国の法制度についての紹介がなされることはあった。しかし，それぞれ

の国の終末期医療を支える医療システム全体，終末期医療の実際，終末期医療に関する法律ができるに至った諸事情，法律の医療現場への影響などについての立ち入った調査はまだなされていないように思われる。我々の今回の試みは，このような in-depth な調査を目指すものである。

B．研究方法

**(1) 調査の方法**

**(a) 調査担当者**

調査に関わった研究者・所属と担当は次の通りである。

・池上直己・慶應義塾大学医学部　　総括
・町野朔・上智大学生命倫理研究所　　総括
・趙晟容（Cho Sun-Yong）・韓日法律問題研究所　　韓国
・近藤和哉・神奈川大学法科大学院　　フランス
・奥田純一郎・上智大学法学部　　アメリカ
・橋爪幸代・東京経済大学現代法学部　　イギリス

**(b) 調査の方法**

調査は平成 25 年 4 月から平成 26 年 3 月であった。その時間の中で実際に調査可能な対象国を限定した上で，文献調査ばかりでなく，できるだけ対象国の関係者を訪問してヒアリングを行うという調査方法を考えた。しかし実際の準備時間が十分にとれなかったため，対象国における事前のセッティングができなかったり，ヒアリング調査，特に，具体的事例を提示しての医療実務に関する調査が不十分にならざるを得なかった国もある。

**(c) 重点調査項目**

我々は各国の調査の前に「調査の重点項目」を作り，重要な調査事項を調査対象国について共通のものとするとともに，我々の問題意識を共有しようと考えた。これは【別添 1】として，本報告書の後に添付してある。

項目票は，終末期医療のあり方に関する懇談会（平成 24 年度～）が行った「平成 24 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査」の「調査票」（国民向け・医師向け・看護師向け・介護職員向け・施設長向け）を参考としつつ，同懇談会の事務局である厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室よりコメントを得て作成された。

なお，調査結果をわかりやすく表にするために，在宅医療推進室とも相談の上，【別添 2-1, 2-2, 2-3】のような表を作った。それぞれの報告書に付けられた【別紙】はこれに対応したものである。

**(2) 倫理面への配慮**

調査対象者に対する人権擁護上の配慮，研究方法による調査対象者に対する不利益，危険性は排除し，説明と同意（インフォームド・コンセント）に基づいて面接調査を行った。また，調査項目の中で個人情報は取り扱っていない。以上より，研究における倫理面の問題は