

ために家族によって患者の意思が歪曲されるおそれがあることと、医師に対する不信感から、「家族2人以上の陳述+医師2人の確認+韓国医療紛争調整仲裁院または第三者的機構に設置した延命医療決定委員会の確認」を主張する見解³⁵と、家族2人以上の陳述に対する医師2人の確認よりは、病院倫理委員会の役割を強調する見解³⁶とがある。社会的合意案では、この④の方式と病院倫理委員会または裁判所で決める方式とに分かれていた。社会的協議体案では病院倫理委員会に委任する方式が主張されていた。医師2人の確認と一緒に、または、その代わりに、第三者的延命医療決定委員会または病院倫理委員会の最終的な確認が必要であるというこれらの指摘は、家族と医師だけで決める方式では、社会の信頼を得ることができないという考えが底にある。

他方、勧告案のように家族と医師だけで決める方式を支持する側は、年間3万件くらい発生すると見込まれる終末期医療中止の判断を他の機関で行うための時間と費用の問題を指摘し、勧告案の④は国際的な標準であるという³⁷。

いずれにせよ、最終的に判断されるべきことは、延世医大事件の大法院決定が指摘したように、「患者の日常の価値観、信念等に照らし延命治療の中止が客観的に患者の最善の利益に符合すると認められ、患者が……延命治療の中止を選択するだろうとみることができ」かにある。したがって、勧告案の④の基準による手続を進める過程で、この「患者の最善の利益」が確保できる方法を明記すべきであるように見える。また、④の基準には、家族2人と他の家族との間に陳述が異なる場合の解決方法が書かれていないので、その解決基準も設けられなければならない。

患者の代理決定が認められる基準に関しては、⑤「適法な代理人の決定+ 医師2人の確認」と⑥「家族全員の合意+ 医師2人の確認」の基準についても、上記④のように、代理人または家族全員による歪曲の危険性および医師に対する不信の問題が指摘されており、⑤については「⑤+韓国医療紛争調整仲裁院または第3の機構に設置した延命医療決定委員会の決定」を、⑥については「⑥+韓国医療紛争調整仲裁院または第三者機構に設置した延命医療決定委員会の決定」を主張する見解がある³⁸。⑦「(代理人がない場合)病院倫理委員会の決定」という基準は、戸籍上は家族があるが、彼らを探ることができない、本人が一人暮らしの場合にも、その基準が適用できるか明らかでない、という問題がある。最近一人暮らしの老人、ホームレス等が増えているので、この問題に対する検討が必要である。

4 制度化

延世医大事件で控訴審判決は、「延命治療中止の問題を何の基準の提示もなく、

³⁵ アン・ギジュン(안기준)・前掲注(25)35頁、イ・ヨンジュ(이영주)・前掲注(20)51頁。

³⁶ ジョン・ゼウ(정재우)・前掲注(30)46頁。この見解は、多くの場合に医師二人の確認が形式的な患者本人の意思の確認に留まることを、懸念する。ジョン・ゼウ(정재우)「パネル討論8」延世大学校医療法倫理学研究院『延命医療における患者の決定権の制度化のためのインフラ構築方案に対する公聴会資料集』(2013年11月)133頁。

³⁷ 延世大学校医療法倫理学研究院『延命医療における患者の決定権の制度化のためのインフラ構築方案に対する公聴会資料集』(2013年11月)30頁注1)参照。

³⁸ アン・ギジュン(안기준)・前掲注(25)35頁、イ・ヨンジュ(이영주)・前掲注(20)51頁。勧告案の⑤・⑥の基準とそれに対するこの指摘の根拠は、前述した④とそれに対する指摘との根拠がほぼそのまま当てはまるように見える。

当該医師または患者本人、家族の判断に任せる状況が継続することは、望ましくない。また個々の事例を全部訴訟事件として、一々裁判所の判断を待つことも非現実的である。したがって、……立法が行われる必要がある」とした。毎年慢性疾患で長い期間治療を受けて死亡する患者が約18万人で、そのなかで約3万人が臨終期に人工呼吸器または心肺蘇生術のような無意味な延命治療を受けている現実³⁹は、患者、家族、医療人、病院及び国家にとって、決して望ましい状況ではない。したがって、延世医大事件が起こらなかったとしても、その控訴審の指摘は正しい方向を示したといえるし、社会的合意案、社会的協議体案および勧告案もそれに沿ったものといえる。

しかし、カトリック教会はそのような立法にかなり慎重である。勧告案は勧告としては受け入れ得るが、これを立法化することは、その案に事前医療意向書に含まれている問題等があること、生命軽視の危険性に対する対策が不十分であることから、カトリック教会は公式的にはこの勧告案に基づく立法には反対であるという⁴⁰。終末期患者に対して、治療費の支援がなく、ホスピス・緩和医療も十分に整備されておらず、病院倫理委員会も活性化されていない状況で、延命治療中止を許容する法律が制定されると、まず、治療費の負担、看護の難しさ、病院の利益⁴¹などの問題のため、患者本人の最善の利益より、家族、代理人、病院の利益が優先され、その法律が悪用または濫用される場合が多くなることは、十分に予想できる。また、財産の相続のため、家族等が本人の意思と利益に反する陳述等をする危険性もある。その点では、カトリック教会等が立法化を反対することには意味がある。

しかし、無意味な延命治療を続けるしかない昨今の状況では、多くの臨終期の患者が自然な死を迎える、個人の当然な権利を侵害されており、それに伴う様々な問題が現存することも事実である。これは、もう裁判所の判例や政府・医療界等の案・指針では解決できない状態で、したがって、終末期医療に関する法律はやはり作られなければならないのが、韓国の現実である⁴²。ただ、その立法は宗教界などからの指摘が必ず反映され、人権軽視の問題が生じないように努めなければならない。よくみると、カトリック教会の立法化の反対は、その勧告案が色々不十分であり、いくつかの問題を含んでいるからであって、いくら望ましい法案が出て、立法化そのものに反対するということではないようである。現在の社会的雰囲気から考えると、今年中には政府案が国会に提出される可能性が高いというのが、担当の公務員の予想である。

³⁹ ホ・デソク (허태석) ・前掲注(22)15頁。

⁴⁰ キョンヒャン (경향) 新聞2013年5月26日参照。 http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201305262241555&code=940601。

⁴¹ バク・グァンミン=キム・ウンソン (박광민=김웅선) 「延命治療中断の許容基準に関する考察」成均館法学22巻3号(2010年12月)99頁は、事前医療意向書の立法化の問題として、医療過誤によって患者が死亡する場合に、患者の死亡が事前医療意向書による延命治療中断のため生じたと主張する可能性がある」と指摘している。

⁴² 延世医大事件の原告側の弁護士であった、シン・ヒョンホ (신현호) 弁護士は、終末期医療に関する法律は患者の人権法であるとし、その制定を急ぐべきであるという。中央日報2013年12月2日参照。 http://article.joins.com/news/article/article.asp?total_id=13282583&clck=olink|article/default。

E 結論

肺がんを確認するための組織検査中、医療過誤によって、脳死に近い持続的植物状態になった患者の家族が、人工呼吸器の除去を求めたが、医師は延命治療の中止は殺人罪になるから、その要求に応じることはできないとしたため、家族は人工呼吸器取り外しを求める訴えを起こすしかなかった。これが2009年終わった延世医大事件の始まりであった。

1997年12月に起きたボラメ事件に対する医療界の誤解から始まった、臨終期の患者の延命治療の中止は殺人罪として処罰される、という誇張された医療界の認識について、そうでないとした大法院の決定が出るまで、12年がかかった。その決定をきっかけとして、無意味な延命治療の中止等を立法化しようとする努力の結果として多くの案がでた。その中で代表的なものとして、社会的合意案、社会的協議体案および勧告案を紹介し、勧告案に対する考察を行った。

これらの案は、終末期医療に関する法律が制定された場合、悪用されないよう、延命治療中止の対象患者の範囲、治療内容、意思表示の確認方法などについて、さらにその内容を整備し続けてきた。しかし、患者の自己決定権の尊重という観点から薦められ、重視されている、事前医療意向書がかえって患者の最善の利益に反し得るとか、生命軽視の危険性を防ぐ安全装置がされてないなど、色んな問題点が立法の重要な基礎となっている勧告案（正確には議決案）に対し、なされている。これらの指摘の底にあるのは、患者の保護者でなければならない、家族によって法律が悪用されたり、または医師によって生命が軽視されたりすることに対するおそれである。このおそれが現実化しないためには、末期または臨終期の患者に対する治療費の支援やホスピス・緩和医療の整備・病院倫理委員会の整備等が先に、あるいは一緒に施行される必要があると、前から多くの専門家等から指摘されていた。しかし、終末期医療に関する法律がうまく行くための、このような環境づくりは、現在もかなり遅れている。今日、その法律の必要性とともに副作用が懸念されるいわれである。しかし、この環境づくりが終わるまで立法は待つべきであるとする、これは、現場で無意味な延命治療を余儀なく受けている患者の人権を無視することにほかならない。勧告案に対する指摘を最大限に立法に反映して、家族と医療界に対する不信感をなくす努力と一緒に積極的に行わなければならないように思われる。

G 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表
なし。

H 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。

3. その他 なし。

I 文献

1. ボラメ事件に関する判例、①第1審：ソウル地南部支判1998・5・15（서울지법남부지원 1998.5.15선고 98고합9판결）、②控訴審：ソウル高判2002・2・7（서울고등법원2002.2.7선고 98노 1310판결）、③大法院：大法院2004・6・24（대법원2004.6.24선고 2002도995 판결）については、大韓民国法院の総合法律情報サイト（<http://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intesrch/sjo022.do>）
2. 延世医大事件に関する判例第1審、①ソウル西部地判2008・11・28（서울서부지방법원 2008.11.28선고2008가합6977판결）、②控訴審：ソウル高判2009・2・10（서울고법2009.2.10선고 2008나116869판결）、③大法院：大法院2009・5・21（대법원2009.5.21선고 2009다17417판결）については、大韓民国法院の総合法律情報サイト（<http://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intesrch/sjo022.do>）
3. ジョヌ・ジョン=チョエ・アラン（전지연=최아람）「延命治療中断に対する刑事法的な検討」延世医療・科学技術と法2巻2号（2011年8月）
4. パク・グァンミン=キム・ウンソン（박광민=김웅선）「延命治療中断の許容基準に関する考察」成均館法学22巻3号（2010年12月）
5. ジョン・チョル（정철）「尊厳死の法的争点」判例研究24輯（1）（2010年）
6. パク・ヒョンウック（박형욱）「セブランス病院事件の経過と意義」大韓医師協会誌（JKMA）52巻9号（2009年9月）
7. ジョン・ヒョンソン（정호성）「延命治療中断の現況と対策」医療法学9巻1号（2008年6月）
8. キム・ギョンホァ（김경화）「自意退院による治療中断と安楽死」刑事法研究17号（2006年6月）
9. ハ・テヨン（하태영）「患者の自意退院と医者の治療中断」犯罪防止フォーラム15号（2004年10月）
10. リュ・ホァシン（류화신）「大法院のボラメ病院事件の有罪判決を振り返る」医療政策フォーラム2巻3号（2004年夏）
11. キム・ヨンウック（김용욱）「刑法上の生命保護の原則と治療中断」医療法学3巻1号（2002年6月）
12. 大韓医師協会「延命治療中止に関する指針」（2009年9月）
13. 韓国保健医療研究院『無意味な延命治療中断のための社会的合意案の提示』（2009年10月）
14. 無意味な延命治療中断の制度化の議論のための特別委員会『無意味な延命医療決定の制度化に関する公聴会資料集』（2013年5月）
15. 延世大学校医療法倫理学研究院『延命医療における患者の決定権の制度化のためのインフラ構築方案に対する公聴会資料集』（2013年11月）
16. 保健福祉部「報道資料：延命治療中断の制度化に関する社会的協議体の論議結果の発表」（2010年7月）（http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=238554&page=1）
17. 保健福祉部「報道参考資料：延命医療決定に関する勧告案」（2013年5月）（http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=286612&page=1）
18. 韓国ギャラップの調査結果（<http://www.gallup.co.kr/gallupdb/reportContent.asp?seqNo=46&pagePos=4&selectYear=&search=&searchKeyword>）
19. 中央日報2013年12月2日参照。http://article.joins.com/news/article/article.asp?total_id=13282583&cloc=olink|article|default。
20. Dailymedi新聞2004年7月2日記事（<http://www.dailymedi.com/news/view.html?no=647478§ion=1>）
21. Dailymedi新聞2013年8月2日記事（<http://www.dailymedi.com/news/view.html?section=1&cate>

gory=3&no=770048)。

22. キョンヒャン (경향) 新聞2013年5月26日参照。 http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201305262241555&code=940601。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
大島浩子、鳥羽研二、辻哲夫、山本さやか、鈴木隆雄、大島伸一	質的評価からみた在宅医療連携拠点のこれからの活動	日本在宅医学会雑誌	15(1)	61-62	2013
後藤友子、洪英在、三浦久幸	地域の在宅医療を支える後方支援病床、病棟の役割と今後の展開	Geriat Med	51(5)	509-513	2013
大島浩子	国は在宅医療をどのように普及させようとしているのでしょうか	Geriat Med	51(5)	515-517	2013

IV. 研究成果の刊行物・別刷

質的評価からみた在宅医療連携拠点の これからの活動

¹⁾ (独) 国立長寿医療研究センター, 老年学・社会科学研究センター 長寿看護・介護研究室

²⁾ 東京大学高齢社会総合研究機構

大島浩子¹⁾, 鳥羽研二¹⁾, 辻哲夫²⁾,
山本さやか¹⁾, 鈴木隆雄¹⁾, 大島伸一¹⁾

【要旨】

在宅医療連携拠点（以下、拠点）事業に関する評価から、拠点のこれからの活動の方向性を検討した。

1. 質的データの評価

平成23年度は、10拠点の活動についての質的記述的データの評価から、各事業所が各地域の課題を抽出し、市町村・医師会等の関係団体と協議し取り組む拠点が適切とされた。

2. 活動性の評価

平成24年度は、事業初期と終了期の2時点における105の拠点の活動状況を調査した。質的・量的データによる評価から、行政・医師会参加型在宅医療多職種連携会議実施等の取り組みは可能だが、24時間体制、かかりつけ医の在宅医療参入、地域資源の開拓、人材育成等の面展開の活動には、行政・医師会等による協力・支援の必要性が示唆された。

【抄録】

【背景】

現在在宅医療・ケアについて、介護や在宅医療サービス不足、病院のバックアップ体制不足等の課題が挙げられている。この対応として、地域全体の連携を行う拠点機能が求められ、平成23年度は10事業所を対象に、平成24年度は105事業所を対象に在宅医療連携拠点事業が展開された。

一方、在宅医療・ケアに関するオリジナルデータを基にした検討は極めて少ない。また、拠点となり得る事業所の在宅医療連携活動の実態に関するデータは殆ど見当たらない。

拠点の質的記述的データと活動性の評価の概要を紹介し、拠点のこれからの活動の方向性を検討した。

1. 平成23年度の在宅医療連携拠点事業は、10の事業所の質的データについて記述的に評価が行われ、各事業所が各地域の課題を抽出し取り組むこと、中立的立場で地域全体を見渡せる市町村等が中心とな

り、医師会等の関係団体と協議し積極的に取り組む拠点が適切とされた¹⁾。また、課題として、医療・介護の可視化、医療提供体制の拡充と体制の検討、定量的評価の必要性が挙げられた。

2. 平成24年度の拠点事業における研究事業

【目的】

平成24年度在宅医療連携拠点事業における本研究事業は、105の全拠点を対象に、事業初期（Time 1）と終了期（Time 2）の2時点における拠点が取り組む事業タスクの活動状況の実態を把握し、主体別の検討を行うことを目的とした。

表1. 在宅医療従事者支援活動

	Time 1 (N=103)	Time 2 (N=105)
24時間対応体制の構築	42(40)	60(57)
かかりつけ医の在宅医療への参入活動の実施	20(19)	34(32) ..
補完機能有		
市町村から	31(30)	34(32) ..
地区医師会から	35(34)	36(34) ..

数字はn(%),
*p<0.05, n.s.: not significant

【方法】

Time 1と2において、自記式質問紙郵送調査を行った。質問内容は、拠点の属性、平成24年度在宅医療連携拠点事業における拠点が取り組む必須タスク、①在宅医療多職種連携における課題の抽出と解決活動、②在宅医療従事者支援、③効率的多職種連携、④住民啓発活動、⑤在宅医療の人材育成等について、実施状況と実施数、参加職種と参加人数、当該在宅療養患者数等であった。

【倫理的配慮】

本研究は（独）国立長寿医療研究センター研究倫理・COI審査の承認を得て実施した。

本研究事業への拠点の参加は、本事業応募の際の条件であり、事業所名を含めデータは全て公開されることが説明されている。

拠点事業. 日本在宅医学会雑誌, 14 (2), 11-23, 2013.

【結果】

Time1 は 103 (回収率: 98%), Time 2 は 105 (回収率: 100%) の参加が得られた。

拠点が取り組むタスクごとに、「在宅医療多職種連携における課題の抽出と解決活動」では、多職種間の関係、在宅医療の知識・技術と情報に関する課題が抽出された。Time2 時点で9割の拠点が、顔の見える関係作り、などの課題解決活動として、行政・医師会等参加による在宅医療連携会議を実施していた。「在宅医療従事者支援活動」の24時間対応体制構築ができたと回答した割合は、Time1 の40%より Time2 は57% ($p<0.05$)、かかりつけ医の在宅医療参入活動実施割合は Time1 の19%、Time2 は32%と増えていたが、市町村・医師会からの補完機能の有する割合は Time1 と2共に30%程度と低かった(表)。「効率的多職種連携活動」の多職種カンファランスの実施割合は、Time1 の47%より Time2 は80% ($p<0.05$)、地域資源の開拓ができた割合が Time1 は25%、Time2 は45%と増えていた。教育「啓発活動」のうち、住民啓発のフォーラム開催割合、パンフレット等の発行割合、「在宅医療の人材育成活動」の地域における人材育成活動と地域外の近隣地域に向けた人材活動ができたと回答した割合がともに Time1 より Time2 は多かった ($p<0.05$)。

【結論】

各拠点が各地域の課題を抽出し、行政・医師会等に在宅医療連携会議の参加・協力得ながら取り組む活動性を有することが明らかになった。一方、これからの活動の課題として、24時間体制構築、かかりつけ医の在宅医療参入、地域資源の開拓、地域外に向けた人材教育等が挙げられる。また、これらの面展開の活動には、行政・医師会等による協力・支援の必要性が示唆された。

本研究は、H24 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、課題名: 在宅拠点の質の向上のための介入に資する、活動性の客観的評価に関する研究 (H24-医療-指定-038) の助成を受けて行った研究の一部である。

参考文献

1) 大島浩子: 在宅医療推進のための在宅医療連携

特集 高齢者医療における在宅医療の新しい展開

Seminar

7. 地域の在宅医療を支える後方支援病床, 病棟の役割と今後の展開

後藤 友子 洪 英在 三浦 久幸

KEY WORD

- 在宅医療活性化
- 後方支援病棟
- バックアップ病床
- 安心な在宅療養生活継続
- 地域貢献

SUMMARY

- 近年日本は超高齢社会を迎え, 各地域において様々な医療システムの変革が実践展開されてきた.
- 厚生労働省は「在宅医療・介護あんしん2012」を位置づけ, 在宅医療活性化と地域医療整備に向け大規模な活動が展開されている.
- 当センターでは, 地域住民へのいつまでも住み慣れた環境での安心した生活を支援するため, 在宅医療支援病棟を2009年より開棟し地域の在宅医療活性化に向けた取り組みを行っている.
- 厚生労働省委託事業で採択を受けた全国の在宅医療連携拠点事業所においても, 後方支援病床の確保や開設による在宅医療活性化に向けた取り組みが行われている.
- 在宅で療養される患者がいつでも入院できる医療機関の存在は, かかりつけ医をはじめとする在宅医療に関わる多職種の負担軽減と, 住民や在宅患者にとって安心安全な暮らしを支援することができ, 在宅医療の活性化において非常に重要な役割を担っていることを示唆している.

はじめに

2012年度は厚生労働省が「在宅医療・介護あんしん2012」と銘打ち, 住民が住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らし続けられることを目指し, 地域包括ケアにおける一端を担う在宅医療の活性化と整備に向け大きな方向性を打ち出した.

その事業展開の一部に, 大規模なモデル事業として平成24年度 在宅医療連携拠点事業(以下, 連携拠点事業とする)が展開された.

連携拠点事業は, 2011年度では10カ所の在宅医療連携拠点事業所(以下, 連携拠点事業所

とする)が厚生労働省により採択され各事業展開を実施した.

2012年度は全都道府県から最低1カ所以上の連携拠点事業所を採択し, 多くの行政や関係者の協力を得ながら全国規模の事業展開を行っている. 各連携拠点事業所は5つのタスクに従い, 各地域ニーズや各事業所機能に応じて活動を展開されている(活動タスク: 1多職種連携の課題に対する解決策の抽出, 2在宅医療従事者の負担軽減の支援, 3効率的な医療提供のための多職種連携, 4在宅医療に関する地域住民への普及啓発, 5在宅医療に従事する人材育成).

■ごとう ゆうこ(国立長寿医療研究センター在宅連携医療部)／ほん よんぢえ(国立長寿医療研究センター在宅連携医療部, 高齢者総合診療科)／みうら ひさゆき(国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長)

各地域における在宅医療の活性化に向け共通する阻害要因は、多職種間の連携不足やその方法論の未構築などの問題が最多であるが、在宅医療に関わる人材不足と住民への普及啓発不足も大きな課題として挙げられている。

在宅医療活性化，地域での安心した暮らしに向けた現状と課題，その取り組み

人的資源の不足と質の向上のための解決策として、連携拠点事業と同時に、2012年度からは多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業(以下、人材育成事業とする)も開始された。

この人材育成事業では、平成24年度内に連携拠点事業と並行して多職種協働による在宅医療の充実を促進する都道府県リーダー、地域リーダーを育成し、各地域での各地ニーズに応じた、かつ全国均てん化された在宅医療の面的活性が見込まれる各リーダー主導による積極的な活動展開が実施されており、今後も継年事業展開による各地域での多職種協働のリーダー育成が試みられている。

人材不足においては、特に深刻な問題として往診対応が可能なかかりつけ医と24時間対応可能な訪問看護師の不足が挙げられる。

特に、全国的に人材が限られているかかりつけ医における人材不足の問題が深刻である。

この問題においては、人材をどのように増やすかということと同時に、各地域で活躍する地域のかかりつけ医の在宅医療参入促進が取り組みの重要項目となる。

日本では、人口1,000人当たり医師数は2008年で2.2人¹⁾であり、ほかの先進国に比較し医師不足を維持し続けている。

今後の日本においては2025年以降、団塊の世代が後期高齢者となり都心部を中心に急激に増加することが確実に見込まれている²⁾。

限りある医療資源と人的資源を適切に配置し、誰もがいつまでも安心して暮らせる地域社会の再構築に向けて取り組むことが、今後の超高齢社会を迎える現代日本においてはその取り組み

が強く求められているといえる。

人的資源を在宅医療に参入における阻害要因とその解決に向けた取り組み例

多くのかかりつけ医が在宅医療参入において大きな障害となっているのは、365日24時間の対応が求められること、緊急時の医療機関の受け入れ体制が整っていない問題に起因している。

各地域におけるかかりつけの多くは医師1名体制で開業をしており、24時間365日の医療支援体制を安定的に保証することが難しい。

そのため、各地域では複数名の支援チームの構築やかかりつけ医ネットワークの構築、後方支援病院ネットワークを構築し、かかりつけ医の在宅医療への参入促進活動を展開している(図1)。

また、診療報酬体系においても、在宅医療支援診療所加算や、強化型在宅医療支援診療所加算点数の設置措置を講じており、それらの情報発信や活用の促進においても、かかりつけ医の在宅医療参入を有効に促している現状がある。

当センターにおいて、2009年より在宅医療支援病棟(20床)を開棟し、地域のかかりつけ医の後方支援を行っている(表1)。

在宅医療支援病棟では、地域のかかりつけ医の入院判断による在宅療養患者の受け入れを積極的に行っている。

入院理由は病状の変化や介護家族の身体的精神的状況、在宅療養を継続するためのレスパイトも含めた入院に対応をしている。開棟から約4年の時間が経過した現在では、地域の約80名のかかりつけ医との連携のなかで、20床中70%が常に活用されている現状にある。

地域の患者やその家族においても、いつでも地域の中核医療機関が受けて入れてくれるという安心感は、生活の質の維持向上と在宅療養継続につながっている。

全国の在宅医療連携拠点事業所における取り組み

2012年度の在宅医療連携拠点事業所においても、後方支援病床の設置による在宅医療活性

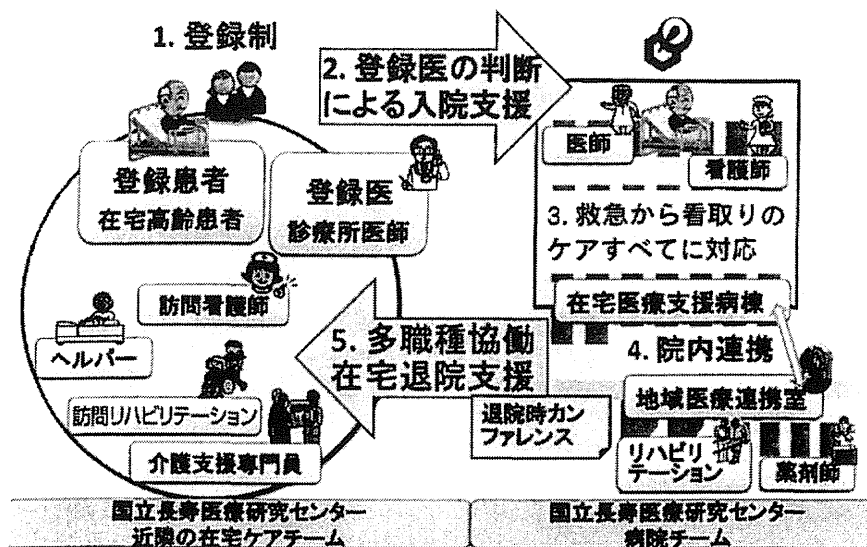


図1 在宅医療支援病棟の取り組み

(文献3より引用)

表1 2009年4月～2011年6月(27カ月分)在宅医療支援病棟データ

入院数	823名	年齢 22～104歳 平均年齢 77.9歳
再入院(2回目以上の入院)率	50.1%	* 1回のみ 49.9%
自宅復帰率	93%	* 2009年4月～2011年3月データ
*病院で最期を迎えられた方を除く		
自宅で最期を迎えられた方の割合	33%	* 2009年4月～2011年3月データ

(文献3、4より一部改変引用)

化に向けた取り組みを展開している事業所が複数存在する。

和歌山県の医療法人裕紫会 中谷病院では、様々な事業所を保有する大規模医療法人であり、法人内外の在宅療養患者の後方支援病床を確保するとともにホットライン窓口を設置し、地域の在宅療養患者の対応を行っている。

徳島県の医療法人博愛会は、上記中谷病院同様の大規模多機能事業所を保有する在宅医療連携拠点事業所であり、地域に根差した長い活動歴史をもつ強みを生かし、後方支援病床ネットワークを構築している。地域のかかりつけ医と後方支援病院が登録しており、12のバックアップ病床をもつ後方支援病院の空床ベッド一覧を、登録者(地域のかかりつけ医)はITシステム上でいつでも閲覧することができる。そして、連

携拠点事業所がコーディネーターとなり、地域の後方支援病床へ円滑な入院調整を実施している(図2)。

福岡県の宗像市医師会むーみんネットでも、医師会立病院が地域の患者の後方支援病床を確保している。

患者の承諾を得たのちに地域の患者情報をITネットワークに掲示して、地域のかかりつけ医が入院が必要と判断した場合、医師会立病院にカルテがなくても受け入れを行うというシステムを稼働させている。

連携拠点事業所における後方支援病棟(床)による在宅医療活性化に向けた取り組み

2012年度当センターの在宅医療支援病棟を

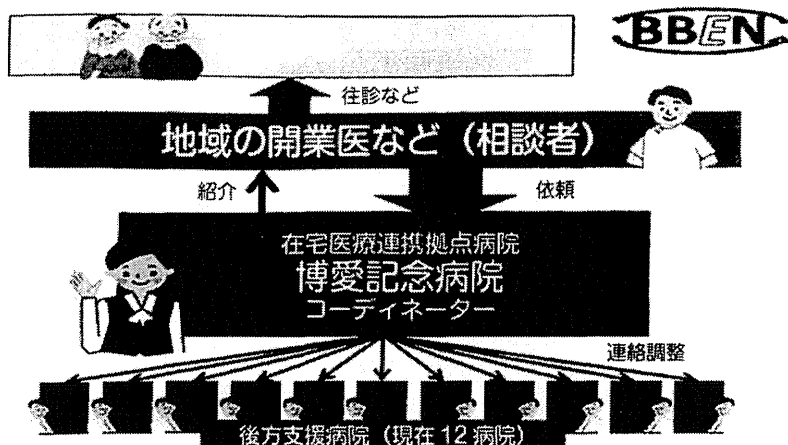


図2

(文献5より一部改変引用)

参考にして、それぞれの地域ニーズに応じていくつかの連携拠点事業所が、後方支援病床などを開設し、地域のかかりつけ医を支援する取り組みが始まっている。

愛知県津島市は行政事業体の連携拠点事業所であり、津島市民病院内に在宅医療支援病床開設に向けて動き始めている。

同様に、石川県の連携拠点事業所である、公立つるぎ病院でも在宅医療支援病床の設置に向け検討が進められている。

これらの各連携拠点事業所の動きは、多くの地域における後方支援病床(棟)整備のニーズが潜在的に存在することを意図しているといえる。

今後、後方支援病棟(床)の設置活用による地域住民への利益還元の評価が行われることとなる。

在宅医や在宅医療に関わる多職種への支援とともに、在宅でいつまでも暮らしたいと願う患者や住民に確実に後方支援病棟(床)設置による利益還元が行われることを強く願い、その評価を期待したい。

おわりに

戦後日本は高度経済成長に伴い、長い時間育まれてきた地域文化の中で「自宅で最後まで過ごす」という主体的文化から、最後まで医療提供に依存し、できる限り延命を行うという医療

主導型の受け身文化に急速な変容を遂げた。

そして約40年の時間の中で世代が入れ替わり、地域文化として医療依存型の暮らし方が完全に根付いた今、再度地域文化の変容期を迎えることを求められている。

その中で、住民やそこに携わる関係者は医療から距離を置くことに不安や、医療から見放されるという思いが生じる結果となった。

人は高齢になると医療の介入が不可欠になるということは人間の生理的経過であり、死を迎えることも自然の流れである。高齢者となったのちは医療の中で暮らすということが「常識」として根付いた文化の中では、最後まで生活(在宅)で暮らすということは不安や恐怖感、そこに関わる人々の負担を増加させていることも事実として認識しなければならない。

今後、大きく医療の需要と共有バランスが変化する未来を目の前にして、地域住民、地域に暮らすすべての人々とともに、医療機関ができる地域支援、役割を模索し地域を主体とした黒子としての役割を果たすことが、医療資源の適切な分配において求められることであると強く感じている。

まとめ

今後在宅医療の活性化に向け、かかりつけ医の在宅医療への参入が必要不可欠である。

また、住民における安心と安全な生活を担保することも在宅医療の推進において非常に重要である。

多職種においても、いつでも患者が困ることなく住み慣れた地域で生活することができる環境整備は、安心したサービス提供につながるといえる。

そのため、当センターは在宅医療支援病棟の運営に関するノウハウを積極的に情報発信し、在宅医療推進のための後方支援を展開し、その活動モデルを情報公開していくことがナショナルセンターとして担うべき役割としてとらえ、今後も引き続き活動展開と情報発信していくことに尽力していきたいと考える。

謝 辞

本論文は平成 24 年度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)の助成を受け、実施した研究成果を基に記載している。

また、平成 24 年度在宅医療連携拠点事業の拠点事業所活動情報を提供いただきました皆様へ謹んで感謝申し上げます。

文 献

- 1) 社団法人日本医師会：医師数増加に関する日本医師会の見解—医学部を新設すべきか—。定例記者会見，2010；p2, L12.
- 2) 厚生労働省：資料 1 在宅医療の最近の動向。人口ピラミッドの変化 1990～2060 年，2012；p5。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/h24_0711_01.pdf.
- 3) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：在宅医療支援病棟紹介資料「在宅医療支援病棟の取り組み」，2012；p4。<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku/zaitakusien/byoto/lssystem.html>
- 4) 独立行政法人国立長寿医療研究センター：在宅医療支援病棟報告会資料，2012；p27, pp33-p34。http://www.ncgg.go.jp/zaitaku/pdf/ren-keikyoten/2013/201301_02_block/09079228.pdf
- 5) 藤原美恵：医療法人平成博愛会博愛記念病院による平成 24 年度在宅医療連携拠点事業における地域ブロック活動発表会資料「徳島市における在宅医療連携拠点病院の活動」，2013；p17。
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku/zaitakusien/byoto/3date.html>

特集 | 高齢者医療における在宅医療の新しい展開

臨床に役立つ Q&A

1. 国は在宅医療をどのように普及させようとしているのでしょうか

大島 浩子

KEY WORD

- 在宅医療連携拠点
- 点から面へ
- 行政
- 医師会

SUMMARY

■高齢者が病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で過ごせるように、地域における包括的・継続的な在宅医療・介護の供給体制の構築が課題である。そのために、厚生労働省は平成 23 年度から在宅医療連携拠点を行っている。この事業では、在宅医療連携拠点が医師会と行政を巻き込んで活動を展開することがポイントである。今後、各地域の医師会と行政と連携した拠点の整備が進むことで、高齢者や家族が望めば自宅などで安心して生活できる在宅医療体制の構築が期待される。

はじめに

現在少子高齢社会を迎えて、平成 42 年には高齢者割合が 32% と増加し、多死社会を迎えることが推計されている。また、国民の医療に対する価値観の多様化、要介護高齢者や認知症高齢者の増加や重症化などから、通院困難な高齢者が自宅などで必要な医療を受ける体制が必要とされている。

厚生労働省(以下、国)は、各種制度改正を行い、平成 18 年は在宅医療支援診療所、平成 20 年は在宅医療支援病院の創設などの在宅医療提供体制の整備を進めている。

さらに、従来の先駆的な一地域、一医師や一看護師の活動といった点の活動ではなく、全国展開として面展開が求められるようになった。すなわち、各地域の在宅医療の課題解決に向けて、多職種連携を基盤とした実践と教育研修を実施する在宅医療における拠点の整備が進められている。

本稿では、国の在宅医療推進の施策である「在宅医療連携拠点事業」の概要を述べる。

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業

1. 平成 24 年度在宅医療連携拠点事業の目的
地域に在宅医療の連携拠点を設け、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築することで、医療・介護が連携した地域における包括的・継続的な在宅医療・介護の供給を目指すことが、在宅医療連携拠点事業の目的である(図 1)¹⁾。

2. 在宅医療連携拠点が行う事業の内容
平成 24 年度は全国の 105 の事業所が採択され、全国で拠点事業が展開されている。

在宅医療連携拠点(以下、拠点)が行う事業の主なタスクは 5 つであり(表 1)¹⁾、以下、順にタスクの具体的内容について述べる。

1) 課題抽出と解決活動

拠点自らが各地域における在宅医療連携の課

■おおしま ひろこ(独立行政法人国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター在宅医療開発研究部長寿看護・介護研究室長、企画経営部在宅医療推進課長(併任))

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関などを連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

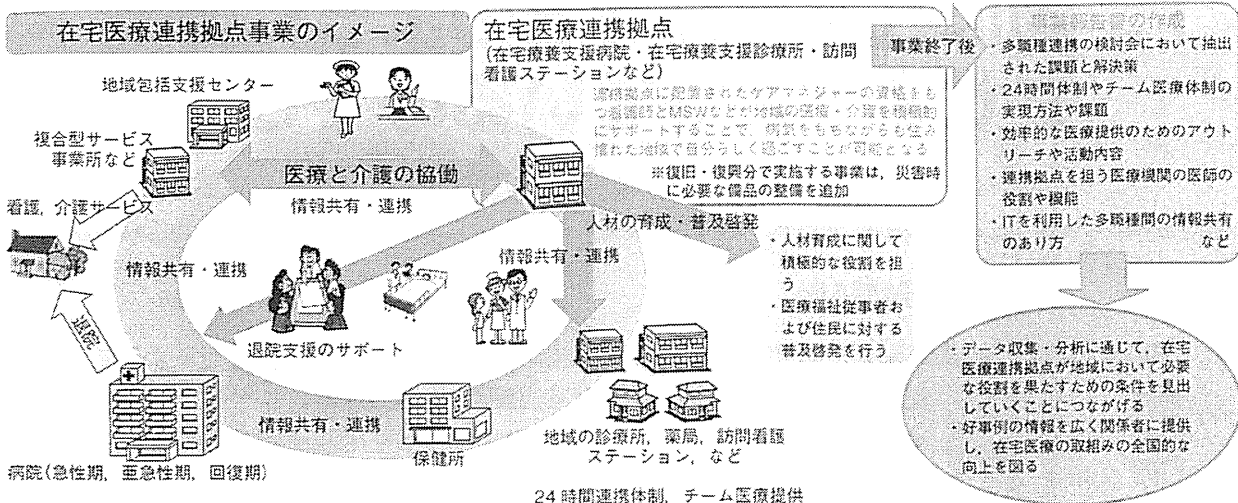


図1 在宅医療連携拠点事業(文献1より引用)

表1 在宅医療連携拠点事業(文献1より引用)

- 1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
 - ・地域の在宅医療に関わる多職種(病院関係者・介護従事者なども含む)が一堂に会する場を設定する(年4回以上)。そのうち1回は、各地域の行政担当官および各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。
- 2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援
 - ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築
 - 24時間対応が困難な診療所、保険薬局および小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーションなどが在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、それぞれの機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。
 - ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
 - 異なる機関に所属する多職種が適宜、患者に関する情報を共有できる体制を構築する。
- 3) 効果的な医療提供のための多職種連携
 - ・連携拠点に配置された介護支援専門員の資格をもつ看護師などと医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能などを把握し、地域包括支援センターなどと連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供しよう関係機関に働きかけを行う。
- 4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
 - ・在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるためのフォーラムや講演会などの開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。
- 5) 在宅医療に従事する人材育成
 - ・連携拠点のスタッフは、多職種協働による人材育成事業の研修のいずれかに参加し、都道府県リーダーまたは地域リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

題を抽出し解決するために、多職種での会議・研修会を開くことである。具体的には、年4回以上の多職種連携会議の実施状況(うち、1回以上の行政・医師会などの参加)、研修会の実

施などである。

2) 在宅医療従事者支援活動

在宅医療を行う上で重要な24時間対応体制、連携機関の負担軽減・困難への対応活動であり、

拠点の24時間体制の構築、緊急時などの在宅患者受け入れ、在宅看取り、かかりつけ医への24時間対応や在宅医療への参入活動などである。

3) 効率的多職種連携

拠点の介護支援専門員有資格者の看護師と医療ソーシャルワーカーの活動であり、地域資源の把握と開拓、行政との連携、多職種カンファランス実施、多職種連携標準化ツールの導入などである。

4) 住民啓発活動

地域住民の「自宅でのどのような医療が受けられるの?」「医師は家に来てくれるの?」などの疑問に対して、フォーラム開催やパンフレット発行などを通じて正確な情報を発信し理解を得る活動である。

5) 在宅医療に従事する人材育成

拠点が各地域のリーダーとして、拠点のある各地域・各地域外などに向けた在宅医療従事者の人材育成活動である。

国は5つの必須タスクを設定することで、関係機関と連携を密にした在宅医療の実践、住民啓発活動、在宅医療従事者の教育活動を実施する、すなわち、面展開を行う在宅医療連携拠点の整備を進めている。この事業などを通して全国の在宅医療を推進している。

3. 拠点事業のポイント：国の方策

拠点事業のポイントは医師会・市区町村を巻き込んだ活動である。例えば、タスクの1つである「課題抽出と解決活動」において行われる在宅医療多職種連携会議では、市区町村単位でかかりつけ医が参加する研修が想定されている。その理由は、継続的な会議や研修の実施、在宅医療を担う医師の負担軽減の仕組みづくりに医師会の協力が必須で、看護・介護関係者の参加の呼びかけには市区町村などの協力が必須であるため、在宅療養を支えていくためには、多職種との連携が必須であり、看護・介護などとの連携を図るためには、介護保険の保険者でもある市区町村との協力関係が不可欠である。

すなわち、国が進める在宅医療推進は、従来型の点の活動ではなく、各地域全体を包括的に、各地域の仕組みとして面として進めているのである。また、それらの役割・機能を有する事業所が在宅医療の拠点として重要となっている²⁾。

また、国の「提言型政策仕分け」の提言においても、「市町村が医療側と介護側の双方を調整することが必要であり、在宅医療において、都道府県との緊密な連携の下に市町村が積極的に取り組むことが必要」と明記されており、市区町村が地域の在宅医療の担い手となることは明らかといえよう。

4. 在宅医療連携拠点

在宅医療連携拠点とは、在宅医療・ケアを提供するとともに、在宅医療の普及・推進のために各地域の行政と医師会と協議し、連携を図り、各地域の在宅医療に関する相談・調整、啓発、教育研修の役割・機能を有する事業所といえよう。

〱 ————— おわりに ————— 〱

わが国は待ったなしで高齢多死社会を迎え、高齢者や家族が望めば自宅などで安心して生活できる在宅医療体制の構築が課題となっている。

平成24年度の拠点事業を皮切りに、日本全国で包括的・継続的な在宅医療・介護の供給体制の構築と、行政・医師会と協議し連携した拠点が整備されることが期待される。そのことで、住民、医師会、行政、各団体などが在宅医療を正しく共通理解し、また、在宅医療連携拠点の活動における科学的根拠の蓄積も課題と考える。

文 献

- 1) 厚生労働省：在宅医療の推進について。「在宅医療連携拠点事業」事業概要 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/41.pdf> (最終確認2013年1月25日)
- 2) 大島浩子：在宅医療推進のための在宅医療連携拠点事業。日本在宅医学会雑誌 2013;14(2):11-23.

