

在宅医療の現場よりの問題提起と立法・行政へのお願い

ホームケアクリニック川越 川越厚

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していただきたいこと	一般の方、医療者以外の方に理解していただきたいこと	備考	立法、行政へのお願い (* 予算化、#時間をかけて検討)
1	在宅医療は人間対人間の、古臭いにおいのする医療である	在宅医療における患者・家族の安心感には、医療者の専門的な力だけではなく、医療者との人間的な信頼関係に由来する。	医療者が患者宅を訪問した場合、患者が大切にしてきたこと、歩んできた人生、家族との関係などを無視することは難しく、身体的な問題を最重視する病院の医療との本質的な違いがある。家族歴一つとっても、病院と在宅とはウエートの置き方が全く違う。	さまざまな医療の中で、在宅医療はもっとも人間臭さや人間性が求められる分野の一つである。患者のケアを通して、医療者との連帯感、信頼関係ができあがっていく。	トルニエは人格医療という言葉を用いているが、その意味は、患者・家族と医療者との人格、人間性が触れ合う医療という意味である。「携わる医療者は人格者たれ」という意味ではない。	在宅医療をガイドライン化、マニュアル化、標準化する場合には、慎重であってほしい。疾患によっては、病院が作成するパスが在宅医療の実現を妨げる場合がある。
2	医療機関の機能明確化と在宅医療の位置づけ	在宅医療は入院、外来とともに、第3の医療の場である。そこで行われる医療は、単なる病院医療の延長ではない	多くの病院医師が在宅医療に対して誤解を持っている。 ①在宅では医療ができない？在宅医療のレベルは低い？ ②在宅医療は病院医療の延長 ③外来医療＝在宅医療などなど。 そのような理解の病院勤務医が現在でも在宅への移行を阻害する場合があるし、現場を知らないまま在宅医療のありかたをリードするのは大きな問題である。	治療病院の医師が「もうこの病院は卒業です」ということは、「病院から見捨てられた？」とか「医療から見捨てられた」ということではない。特殊な検査、治療を除いて基本的には在宅ですべて可能。	1992年の医療法改正で法的に大きな枠が作られ、在宅が医療の場となるような、さまざまな規制緩和や整備がなされている。	#病院で行われている退院調整の中で、在宅で行われる医療の調整を地域に委ねる方向で、今後(将来的には)検討を行ってほしい。そのためには在宅医療機関が実力をつけなければならないが。
3	チーム医療の問題 1) 在宅では、医師と看護師とが遠い存在となること	在宅での医行為の実施には、新たなルールが必要。なし崩しのルール緩和は医療の質の低下を招く恐れがある	病院と違い、在宅ケアでは医療が行われる場所(患者の家)に医師、看護師がいけないという大きな特徴がある。それぞれのコミュニケーションの問題、力量の問題、即時対応性の問題、など病院では理解できない問題が多数存在する	医療は医師とCo-workerの密接な協働体制があって初めて、質の高いケアを保証できる。在宅はその点ではまだまだであることを理解し、温かい目で見守っていただきたい	この問題に関しては、すでに研究班が組織され、一定の提言がなされている。	#医師法17,20条・保助看法37条の見直し、ないしは弾力化について今後も前向きに検討していただきたい。
4	チーム医療の問題 2) 在宅での医療は介護との連携が必須	病人が安心して在宅で過ごすためには、医療と生活の支援が必要。両者の協働は必須である。	病院の先生方は、日常の診療を行いながら介護保険の存在を意識することはないと思う。第3の医療の場である在宅では、医療と介護の協働は不可欠である。	自分が古い、病んだ時、住み慣れた自宅で安心して過ごすことができるように、さまざまな支援体制が公的に整備されてきた。20年前からこの医療を実践してきた者にとって、当時を思い返すと今は夢のような時代になった。サービスを提供する側にとっても、受ける側にとってもである。	2000年の介護保険法施行により、生活支援がシステミックに制度化された。	

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していただきたいこと	一般の方、医療者以外の方に理解していただきたいこと	備考	立法、行政への願い (* 予算化、#時間をかけて検討)
5	医療と介護の住分けの問題。両者を同じ土俵に置くことは問題である	医療と介護とではベースが異なり、連携は必須だが同じ土俵に置くのは問題がある	在宅でも医師は介護保険から距離をとっているが、訪問看護師は介護保険のしぼりの中で働かなければならないことが多く、それが大変な負担、ロスとなっている。介護保険の導入によって、訪問看護師の情熱が薄れ、多くの看護師が在宅を去って行った(これは現場の感覚である。数字上の裏付けがほしい)。在宅における医師の強力なパートナーがいなくなると、医師の負担も大きくなるし、そもそもケアの質自体が低下する。	介護保険は基本的に契約関係を重視する制度。医療はかつて怪しい?信頼関係で成り立っていたが、現在は人と人との間に細かい契約、標準化されたマニュアルなどが入るようになり、信頼関係を構築するのが困難となってきた(これは私的な意見ですが、いかがでしょうか)。在宅ケアでは一般に医師が中心となって行う医療以上に、看護師が行うケアが重要となる。		#訪問看護を介護保険の枠組みから外す検討が将来的にぜひ必要。そうしないと、訪問看護制度自体が成り立たなくなる危険性がある。現場の生の声をぜひ聞いてほしい。
6	がん難民。行き場を失った患者の問題	現在でも在宅は病院や介護施設の十分な受け皿となる力を持っているし、将来的にははならない。特に末期がん患者の在宅ケアは国民的な課題である。	患者が治療病院から在宅へ移行する場合、病院側のアレンジが悪くて患者が行き場所を失って彷徨う現象が起きている。多くの病院で行う紹介先が病院中心となっており、また在宅医療機関の評価を十分行わないで、ただ機械的に在宅へと振り分けている。結果的には救急車を呼んで入院ということになるので、それが患者を受け入れた病院(特に救命センターなど)の負担となる場合が多い。	在宅療養者が住み慣れた地域で過ごすにあたり、以前(私が在宅ケアに関わるようになった20年前)と比較して格段の環境整備がなされている。そのサービスを十分使い、決して自分たちだけで問題を抱えこまないようにすることが重要。サービスが行き届けば(残念ながら地域差があるが)、在宅は患者にとって最高の療養場所になる。	この問題は多くの要因が考えられるが、彷徨うがん患者を受け止めるのが、専門的な在宅医療機関、チームだと思う。治療病院にその負担を強いるのは、さまざまな観点から適切でない。	#この問題に関しては、別の資料で詳述
7	担う医療者の育成、教育の問題	在宅医療の研修場所、内容は十分整備されていない	現場の医師が在宅医療を教えなければならないが、教育する医師、機関が少ない現状がある。		地域医療の実習先はいくつか種類があるが、研修医が必ずしも歓迎されていない現実がある。	前期研修における地域医療の実習は、在宅をメインに置くべきである。カリキュラム、教育体制の整備が必要。
8	家族の介護力を期待できない患者の在宅ケア	独居世帯、高齢世帯における在宅医療の未来は、地域力の結集にかかっている。すでに様々な形で実践している医療機関がある。	病院ではほとんど問題にならないが、在宅では非常に重要な問題。しかし、家族力のとらえ方は昔と今とは異なる。少子高齢化がますます進行する中にあるのは、現状のままだと受け入れ施設を大幅に増やすしか方法はないが、ベストの方法ではない。	家族が介護しなければ在宅ケアを続けることができない、というのは昔の話。ただし公的な支援だけでは限界があるのも事実。それを補うのが地域力だと思う。	自宅を含め、地域で療養生活を送る体制作りが急務。	*この問題が解決しない限り、わが国の在宅医療の明日はない。総合的なプロジェクト(研究班、モデル事業など)を立ち上げ、国としての支援をいただきたい。 川越資料4参照

No	問題項目	メッセージ	病院で働く医療者に理解していただきたいこと	一般の方、医療者以外の方に理解していただきたいこと	備考	立法、行政への願い (* 予算化、#時間をかけて検討)
9	地域力の育成とケアへの参加	課題は、在宅ケアチーム内でのボランティア育成と様々な存在する資源のコーディネート	ボランティアは、その育成、維持に手間暇がかかるので、病院では働きが難しいが、在宅では在宅ケアの成否を決定する今後の重要な鍵。	ボランティアはチームの潤滑油と言われている。制度で足りないところをボランティアが補ってくれるだけではなく、提供するサービスの質を高めるという大きな意味がある。		チームの一員として働くボランティアを育成し、チーム内で一定の働きを行っているような医療機関(在宅チーム)を支援する事業を起こしてほしい。そのような在宅チームはまだ数が少ないがすでに存在しているのも事実なので、政策研究が適している?
10	ケアチームのマネジメントの問題	末期がん患者の在宅ケアのマネジメントは医療に明るい者が最適	病院でのチームケアは医師中心のトップダウン方式(いわゆる multidisciplinary team approach)であるが、在宅ケアやホスピスケアではそれぞれの専門職が横並び(いわゆる interdisciplinary TA)でケアを提供する形が良いケアにつながる。	介護保険における介護支援専門員(ケアマネ)は、病状が比較的安定し、ケアが長期の及ぶ場合の調整に適している。がんはその点きわめて特殊で、短期間に病状が進行、ADLが悪化し、しかもその行く先は患者の死なので、現在のケアマネでは適切な調整が難しい。最適なものは、医療と生活を両面から見られる看護師である。	病院、在宅を問わず、チームの舵取り、まとめ役が重要。病院と異なり在宅では医師が行うのが必ずしもベストとは限らない。またその役割と責任は極めて大きいので、現在の介護支援専門員にその責を担わずのは酷であるし、適切でない。	がん患者のケアマネジメントは訪問看護ステーションを”見做し”居宅介護支援事業所と認定し、ケアマネの資格を持った訪問看護師にケアマネジメントができるような、制度改革を至急やってほしい。
11	ケアの質の評価と高品質の医療提供を保証する	在宅死の頻度は、末期がん患者の在宅ケアの質を忠実に反映する。質の高低によって、在宅医療機関の区分けをすることが重要	在宅は密室で行われる医療だ、という批判がある。しかし実際は家族が目を皿にしてしかも24時間監視しているので、質が悪いケアを提供する(たとえば、肺がん患者の呼吸苦を適切に緩和していなかった場合など)と、患者は病院へ逃げていく。そのような厳しい環境の中で行われている医療であることを認識していただきたい。病院の評価機構のような大掛かりなものは現実的でないが、必要であることは間違いない。	在宅での療養を最後まで望みつつ、さまざまな理由(たとえば、夜になると医師と連絡がとれない、痛みを我慢させられるなど)で入院せざるを得ない実情がある。入院理由の多くは、サービス提供医療機関のケアの限界であったり、不適切な調整であることが多い。	ケア提供機関のケアの質を評価する指標で、最も簡単、かつ実態を反映しているのは、在宅死の頻度。その定義も難しくなく、質の高い医療機関を国民が選択する場合の、有益な指標となる。	在宅医療の質を診療報酬で反映している代表は、在宅療養支援診療所制度であるが、在宅療養支援診療所の認定基準の中に在宅死の頻度を盛り込むべき。また、その多寡はケアの質を反映するので、在宅死率をもとに在宅療養支援診療所の区分けを検討する。
12	情報の問題	患者に必要な在宅情報がいきわたっていない	病院サイドも、在宅医療機関に関する情報を十分もちあわせていない。	患者サイドで必要なのは、どこで在宅医療を行ってくれるか、またその医療機関がどのような医療を提供するか、などである。	さまざまな情報公開が望まれるが、国レベルの問題ではない	少なくとも、在宅療養支援診療所は在宅医療に責任を持つ地域の診療所なので、診療所名、所在場所などの情報を公開する必要がある

独居末期がん患者(医療依存度が高く、かつ家族の介護力を期待できない患者)の問題解決に向けての整理
(自分の経験を通しての見方なので、検討の叩き台と考えていただきたい)

ホームケアクリニック川越 川越厚

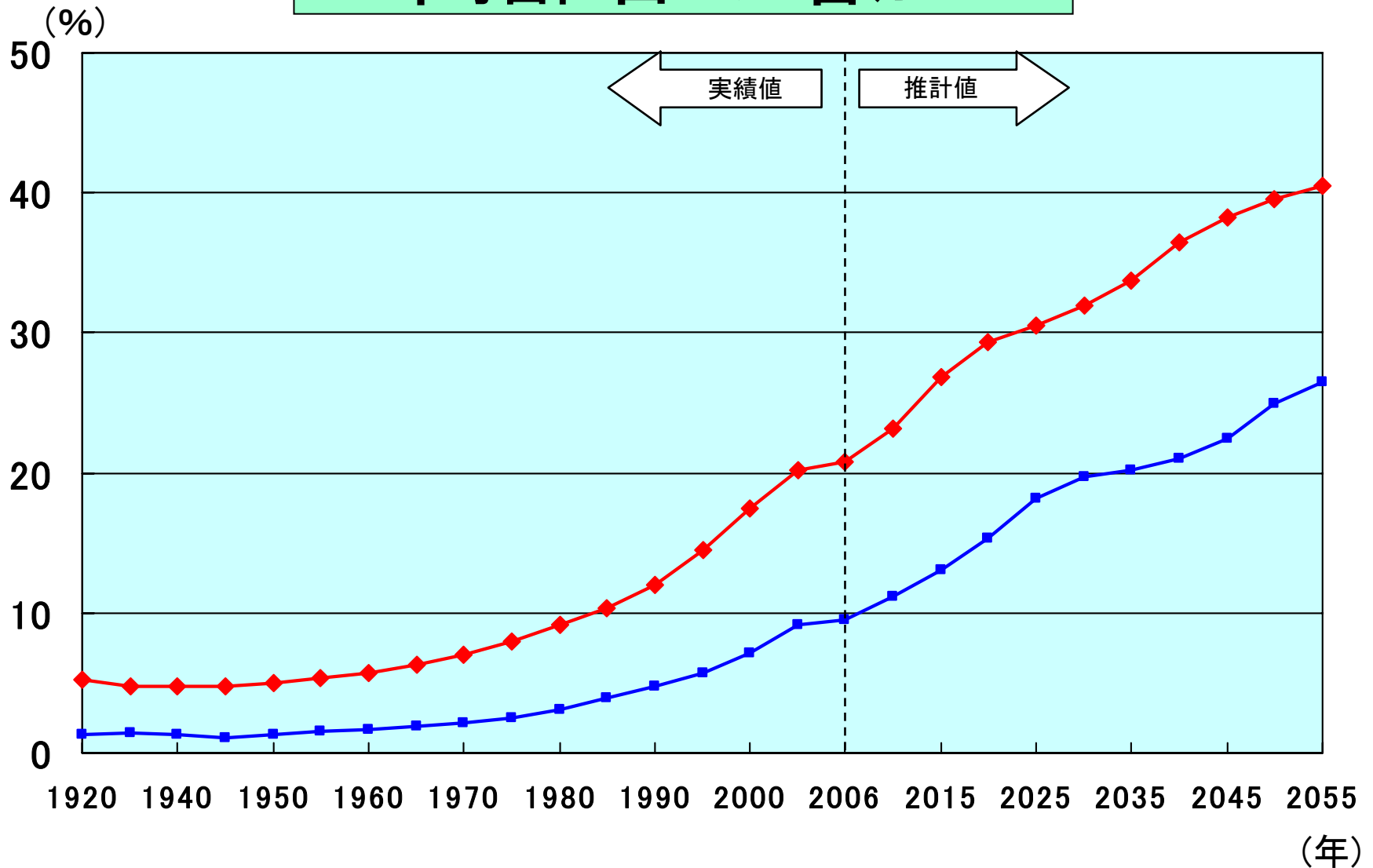
看取りの場	看取りの場となる可能性		患者のQOL		経済性	将来の課題
	現状	将来	現状	将来		
1.一般病棟、療養型病床	最も一般的。だが 最近 は入院先を探すのが 困難	病床削減などの影響を受けて、受け入れ可能性が低くなる	よくない	長期入院する場所ではない。QOLを良い状態で保つには限界がある	一番高くつく(PCU解説前に確認したことあり)	治療病院を含め、末期がん患者が一般病棟に原則として滞在しないような制度を考えるべき
2.PCU(緩和ケア病棟)	入院待ち状態	診療報酬が現在のままならベッド数が増え、受け入れ患者数は増加。しかし施設ゆえの限界あり。	末期がん患者の入院施設の中では、ケアが厚いので最良。ただし長期に滞在する場所ではない	同左	点数的には、病院サイドにとって経営的に十分やっつけている(つまり高い)設定となっていると思う。	ベッド数は今のままでは、どんどん増加すると予測される。地域的な偏りがないようにPCUの数は調整段階に入っている。また在院日数の縛りを入れて、ベッドが有効に活用するようにしなければならない
3.救命センター	救急車を呼ぶと搬送される可能性が高い。 現実 に増えつつある	今後増える可能性あり (治療病院、バトンタッチする医療機関が責任を果たさない場合)	医師の目から見ると、最悪の場所。	原則として、救命センターに末期がん患者が担ぎ込まれることがあってはならない。	大変高くつく	治療病院、その後を引き継ぐ医療機関の責任。 救命センターの対象患者ではないので、治療病院、そこから患者を引き継ぐ医療機関は亡くなる時まで責任をきちんと果たす必要がある。
4.介護系入院施設(特養、老健など)	末期がん患者に関しては、 新規 の入院は 非常に困難	現状(医療環境、職員教育など)のままでは、 将来的にも受け入れ施設 になり難い。	医療の問題が解決すれば「よい」と思うが、現段階では例外的なので評価が難しい	ケア主体の施設なので、医療の問題が解決すればADLはよい		医療の整備、職員の意識改革、教育など。現状はバックアップする医療機関がしっかりしていない問題あり
5.非医療系施設	まだ例外的	条件を整えば、将来的に十分可能。 グループホームは検討事項。	規則に縛られない自由さが魅力。	環境を整備すれば、自宅に次いだQOLを期待できる	医療費は患者宅(下記)と変わらない。	施設の経営が成り立つかどうかという問題がある。 地域力の活用が必要
6.患者宅	非常に稀	条件を整えば、将来的に十分可能	最高。患者・家族の満足度は非常に高い	同左	医療施設で行われるよりも安価につく。	独居患者では生活支援の問題が大きいので、現在の制度だけで解決しようとすれば限界がある。地域力の活用が必要

年をとって
一人暮らしになっても、
たとえ病気を患ったとしても、
住み慣れた場所で
安心して
過ごし続けることができるためには
どうすればよいのか？

「住み慣れた場所で安心して過ごし続けることができるための地域づくりプロジェクト(案)」
支援事業のお願い

ホームケアクリニック川越・院長 川越 厚

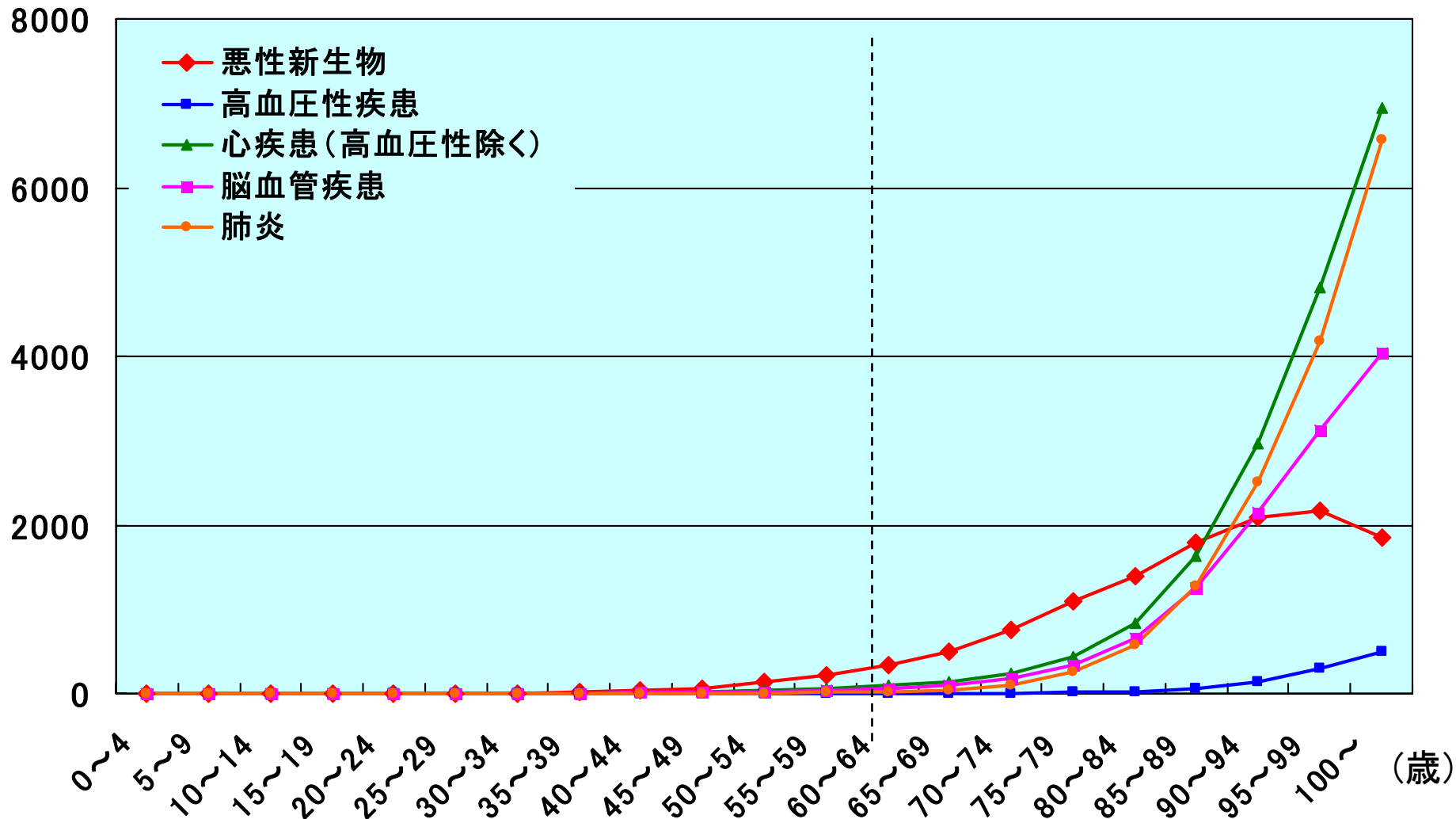
高齢者の増加



総人口に占める高齢(65歳以上)の割合
(国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集(2008))

高齢者の罹病率

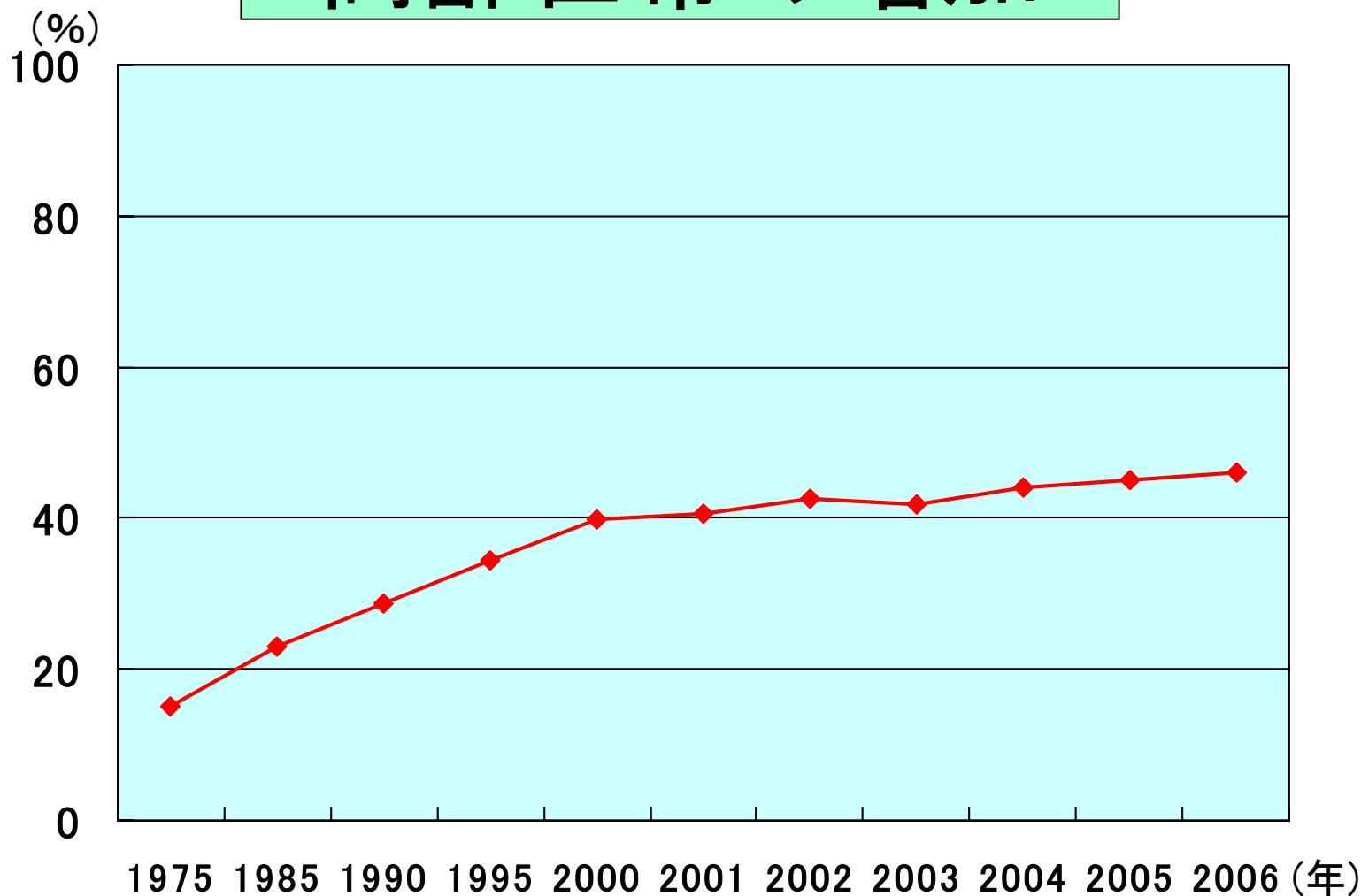
(人口10万人対)



年齢別・死因別死亡率(人口10万対)

人口動態統計(2006年)

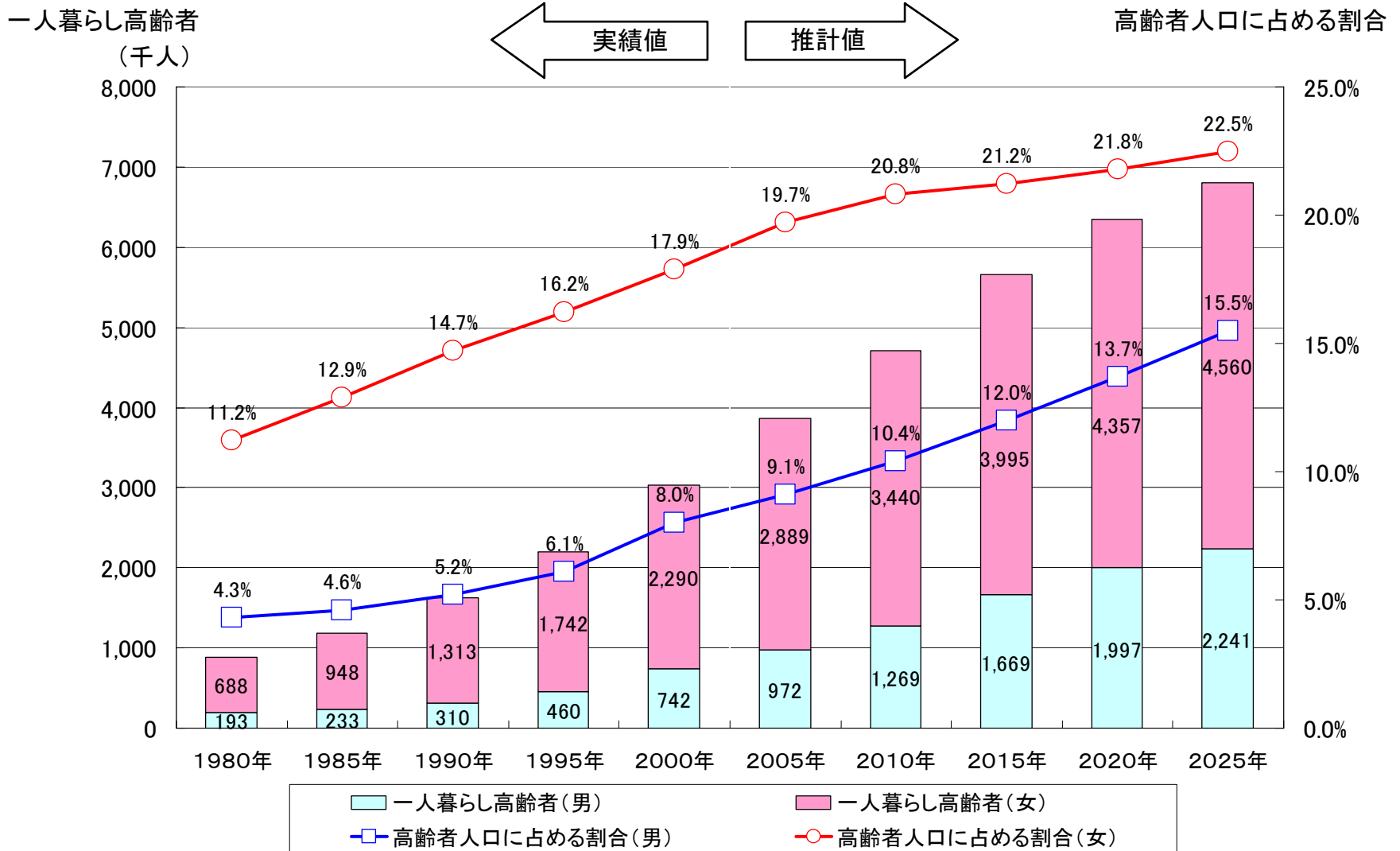
高齢世帯の増加



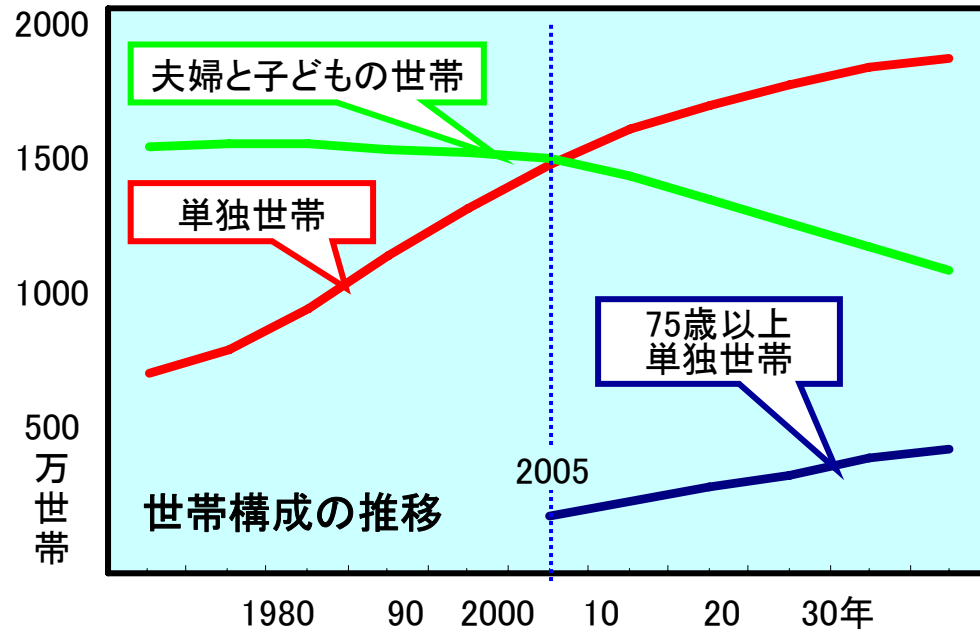
全世帯に占める高齢(65歳以上の者のみ)世帯の割合
(国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集(2008))

高齢者一人暮らし世帯の増大

高齢者の一人暮らし世帯



「一人暮らし」が「夫婦と子」抜く 75歳以上の独居 2030年に倍増



「日本の世帯数の将来推計」
(国立社会保障・人口問題研究所)

2006年の世帯形態

1. 「単独世帯」1471万世帯
2. 「夫婦と子ども世帯」1455万世帯

2030年の見通し

1. 「単独世帯」1824万世帯
 2. 「夫婦と子ども世帯」1070万世帯
- 世帯主が75歳以上世帯 : 1110万世帯(05年の倍)
75歳以上高齢者単独世帯: 429万世帯(05年の倍)
65歳以上世帯: 1903万世帯(05年の1.4倍)
一般世帯総数: 4880万世帯
(05年の1%減、ピークは15年(5060万))

「少子高齢化や団塊の世代の高齢化などの
影響が大きい」(同研究所)

国立社会保障・人口問題研究所
『日本の世帯数の将来推計(全国推計)』(2008年3月)

2008年3月15日 読売新聞

地域の独居がん患者を支えるさまざまな試み

1) 非医療系施設

民間アパート + 無床診療所



さくさべ坂通り診療所
(千葉市)

第二種福祉施設 宿泊所 台東区(山谷) きぼうのいえ



<http://www.kibounoie.info/>より

グループホーム かあさんのいえ 宮崎市



<http://www.npo-hhm.jp/mother/index.htm>より

介護付 有料老人ホーム



<http://www.miraitei.jp/>より

既存の介護施設(特養、老健など)も受け入れ先候補であるが、現状では新規の末期がん患者を受け入れる施設は極めて少ない。

地域の独居がん患者を支えるさまざまな試み

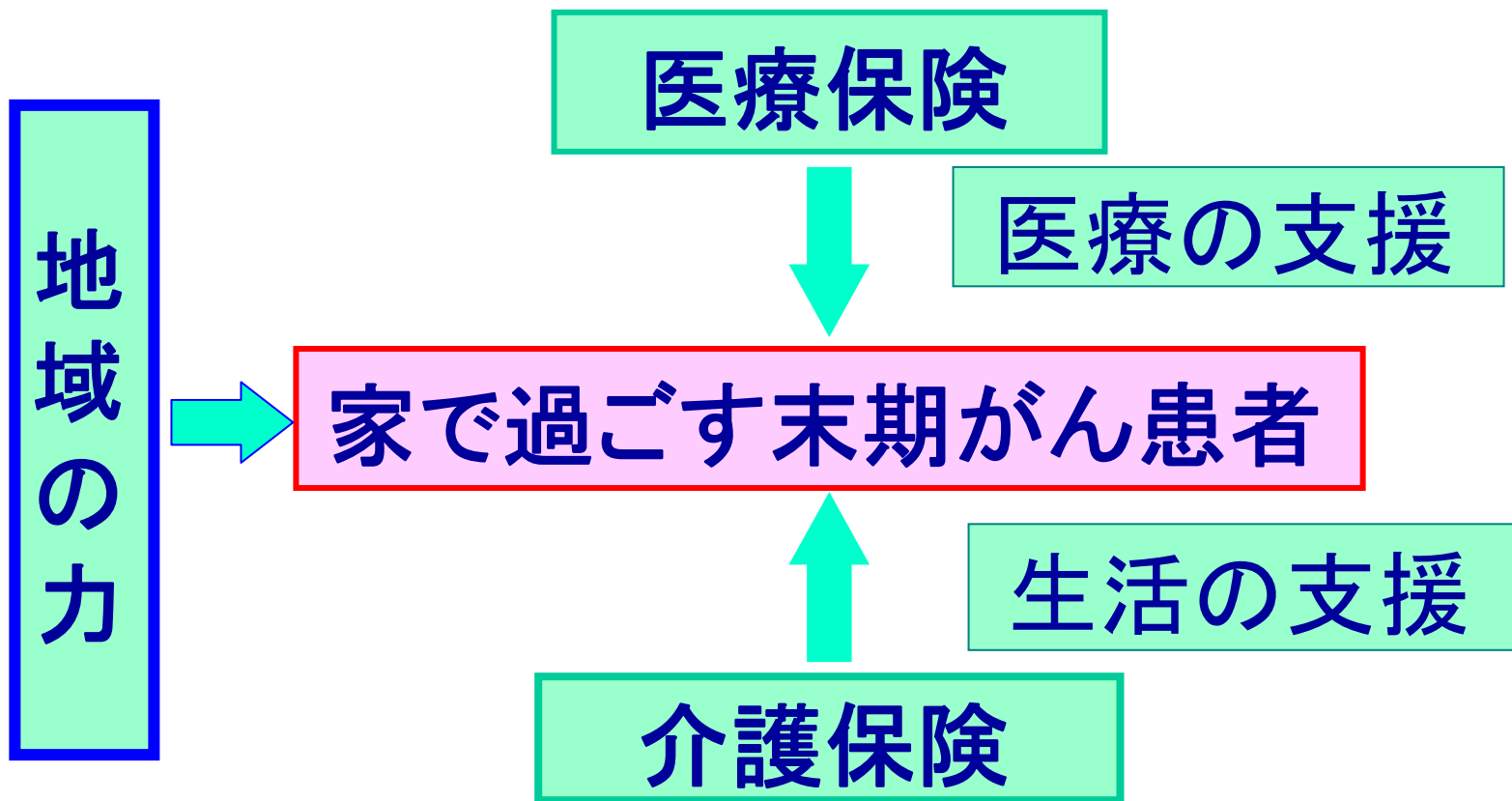
2) 患者宅

独居末期がん患者が在宅での死を迎えることは
現状ではきわめて困難であるが
決して不可能ではない

パリアンの独居患者※ (30/585=5.5%) 在宅死実績 ('00/7/1~'06/6/30)

家族の状況		人数(名)
タイプ 1 家族あり	(A)必要になったら介護をする	18
	(B)死後の手続きのみ行う	6
	(C)一切かかわりを持たない	3
タイプ 2	家族がいない	3
計		30

介護力の弱い在宅末期癌患者を支える知恵と力



ケース1 80歳代男性独居、タイプ1a 肺がん末期
趣味はパチンコ・競馬。自分の価値観、生活リズムを持っている
頑固だが気さくで人に気遣いする。最近是人付き合いが疎遠

家族背景

本人

妻

認知症あり施設に入所

ひとり暮らし

次男

長男

嫁

障害あり
施設に入所

近県在住
長男がキーパーソン

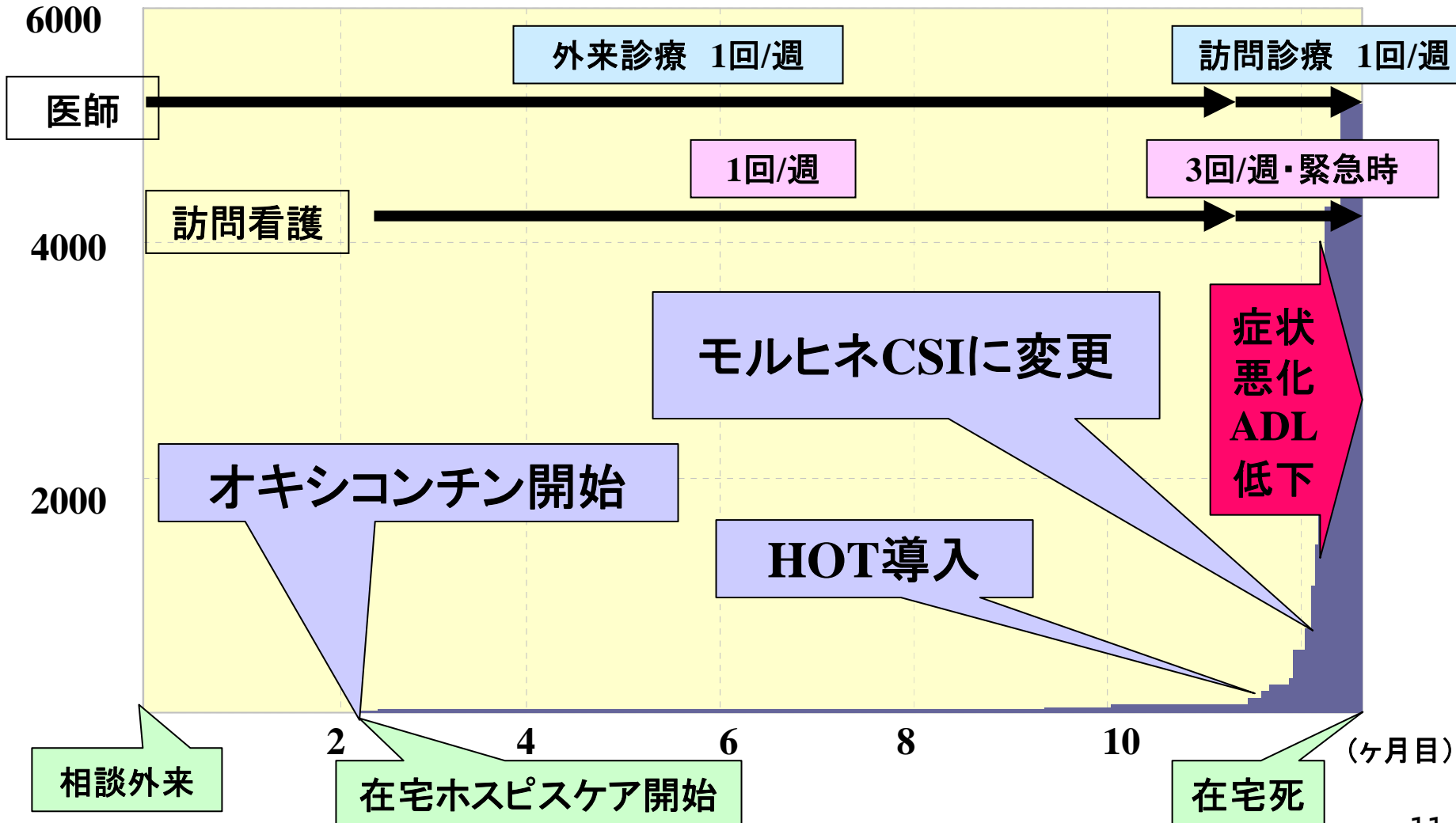
17歳

18歳

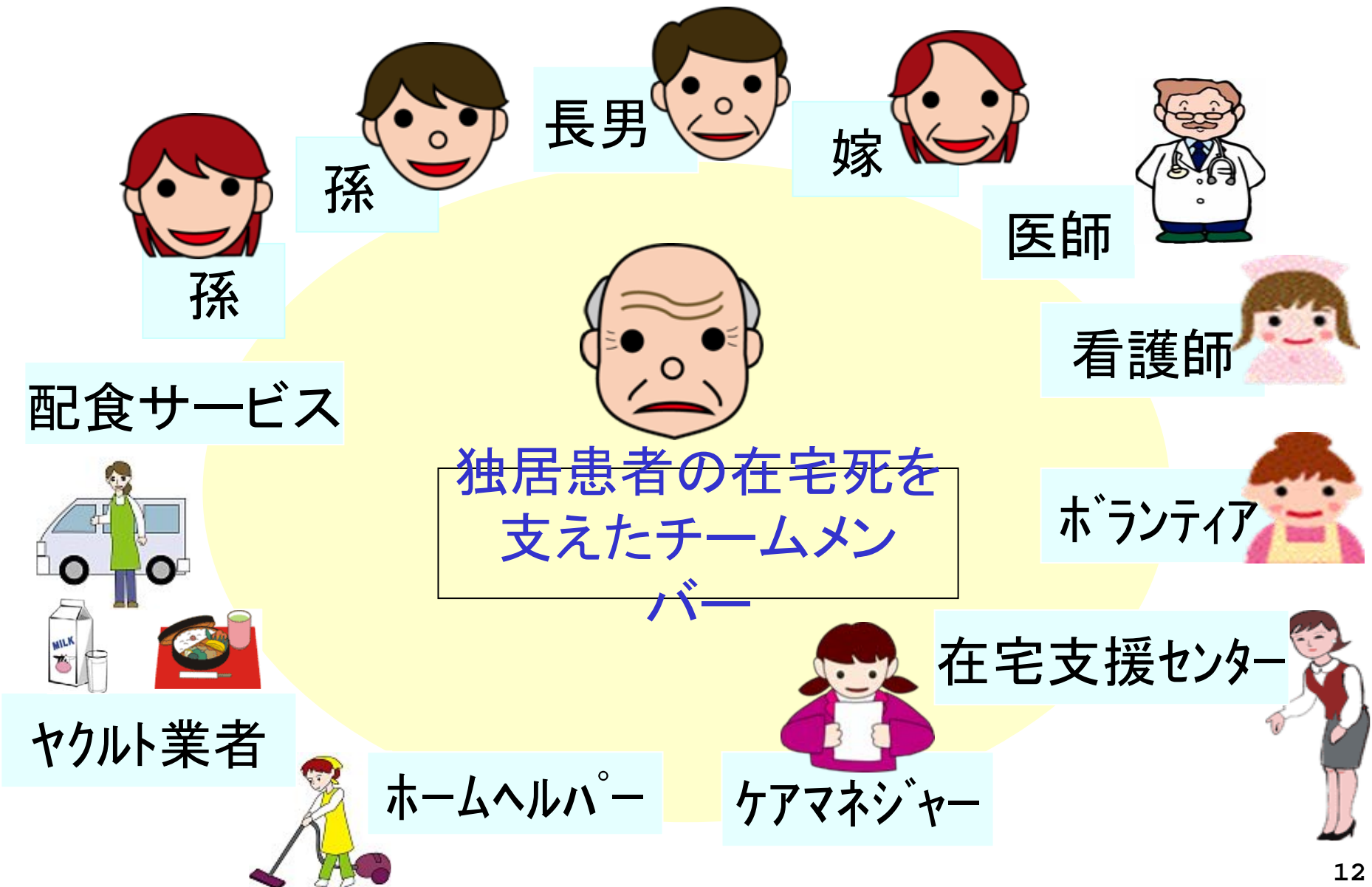
ケース1 臨床経過

—在宅期間、316日（在医総算定期間40日）—

(mg) オピオイド使用量（経口モルヒネ換算）



ケース1を支えた地域力



ケース2 天涯孤独のケース 他人を信用しない独居患者、タイプ2 60歳代男性 大腸がん術後腹腔内再発

独身・独居・生活保護受給者で、連絡の取れる家は全くなし。プライドが高く、気難しい。
もと政治家秘書でやくざとの付き合いあり。

入院は、絶対に嫌だと思っているが、「転げるような激痛が出たらどうしよう」という恐怖、不安が強い
「最後まで本当に家で過ごせるのか？」という疑念、不安を持っており、医療者を当初信用しなかった。

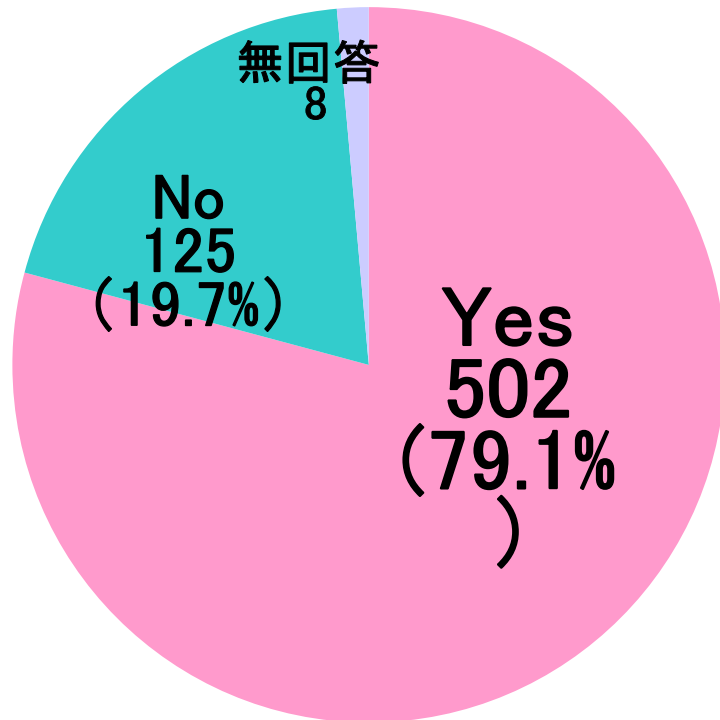
ケース2の最期の様子： ケア中のヘルパーの側で息を引きとった。
看護師とヘルパーでご遺体をきれいにした後、
部屋にあった一張羅の甚平を着て旅立った。
区の生保担当職員がご遺体を引き取りに来るまで、
パリアンのボランティアがご遺体に付き添った。

在宅死を実現できた理由

1. 本人の意思を十分確認したから
2. 患者宅へ出入りする関係者をすべて把握し、
病状、患者の意思、希望などを周知徹底したから
3. 医療的な支援を十分行ったから。
①24時間体制の支援 ②十分な症状緩和
③ADL低下に見合った服薬管理などの支援
4. 生活面の支援を十分行ったから：
①経済状態の把握 ②状態推移に沿ったサービスの導入
5. 緊急時・死亡時の対応をあらかじめ徹底したから
6. 最も重要なことは、ケアを通して、患者とケアする者との間に
信頼関係が確立されたから

独居患者を診ますか？

末期がん患者の在宅医療に携わる635の医療機関



周知されていないが、
独居患者を診る
在宅医療機関は
全国に存在する

末期がんの方の在宅ケアデータベース (<http://www.homehospice.jp>)中の
医療機関の登録内容より

第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会資料

ホームケアクリニック川越 川越厚

一人暮らしでも高齢者世帯でも安心してまちに住み続けられるプロジェクト

**すみだ地域緩和ケアシステムの構築
(すみだ家で死ねるまちづくり)**

各地で、一人暮らしや介護力の弱い人のケアに対する取り組みの報告がある。その一つがすみだ家で死ねるまちづくりである。いづれもボランティア的な取り組みが多く、現在行われている取り組みが、国をあげてなされるようになると、国民と専門職の協働がすすみ、安心して老い、人生の最期を迎えることができる国になると考えている。

I すみだ家で死ねるまちづくりが目指すもの

多くの国民が人生の最期を、今まで紡いできた人との絆を切らないで、住み慣れた地域で過ごし、できれば自宅で死を迎えたいと望んでいる。しかしながら、現実には13%（がんでは6%）しか実現していない。家族の負担を考えたり、ひとり暮らし、高齢者世帯となり、在宅で過ごすのは無理だとあきらめているのである。

一方で在宅での緩和ケアは実践的な広がりを見せてはいるものの、ケアの質のばらつきが大きく、緩和ケアのための地域ケアシステムも構築されていない。

そこで墨田区では、地域緩和ケアシステムを市民とともに関係者の「思い」を柱に構築し、家で最期のときを過ごすことができるそして在宅での死を選んだ区民が当たり前安心して家で最期のときを過ごすことができる墨田区をつくるため、市民が参与し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションモデルに基づいた地域緩和ケアシステム（「すみだ家で死ねるまち」）を開発することとした。

II システム構築の手法

この地域緩和ケアシステム構築は、市民参加による協働を特徴とするcommunity-based participatory research（市民参与型研究）とアクションリサーチ（研究者がシステム構築のメンバーである行為研究・英国のNHSが医療改革に使った手法）による。市民参与的アクションリサーチによる地域緩和ケアシステムモデルを作成、実施し、評価を行う。市民が参加した**地域緩和ケアネットワークづくり**と地域緩和ケアの拠点となる**緩和ケアグループホーム**を作ることを計画している。

地域で緩和ケアを行うため、医療・福祉・地域の全ての機関が力を合わせて住民と共にすみだ在宅緩和ケアシステムをつくる。すみだまちづくりの一貫としておこなう

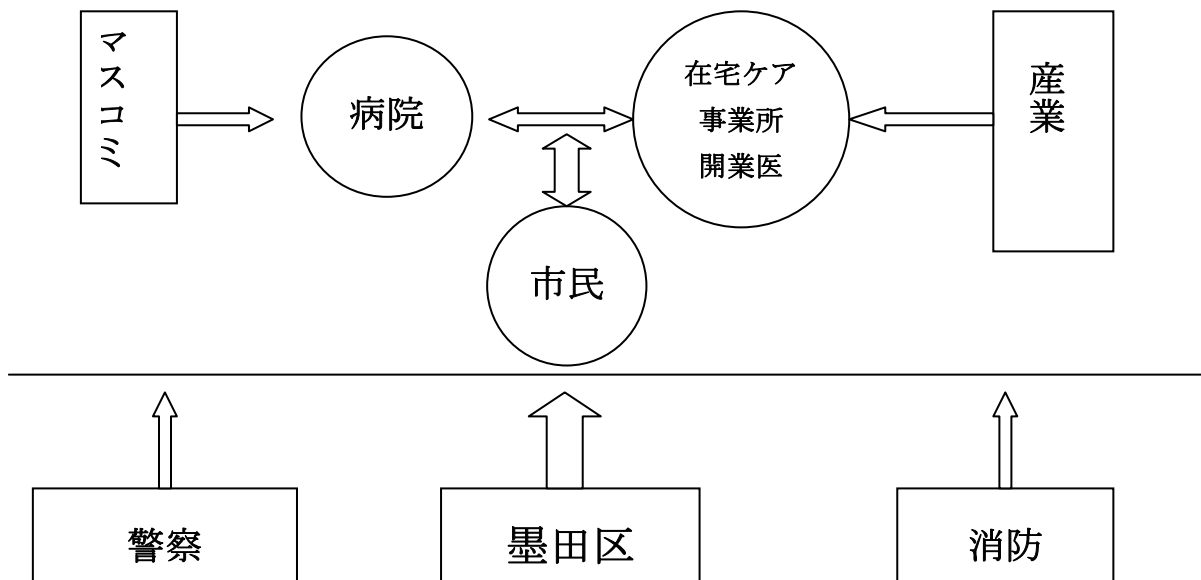
①地域緩和ケアネットワークの構築

すでにある在宅ケアネットワークだけではなく、多くの機関や市民と一緒に知恵と力を出し合って家で死ぬことができるネットワークをつくる。このネットワークは緩和ケアに役立つだけではなく、高齢者。障害者。子育て支援のネットワークにもなる。

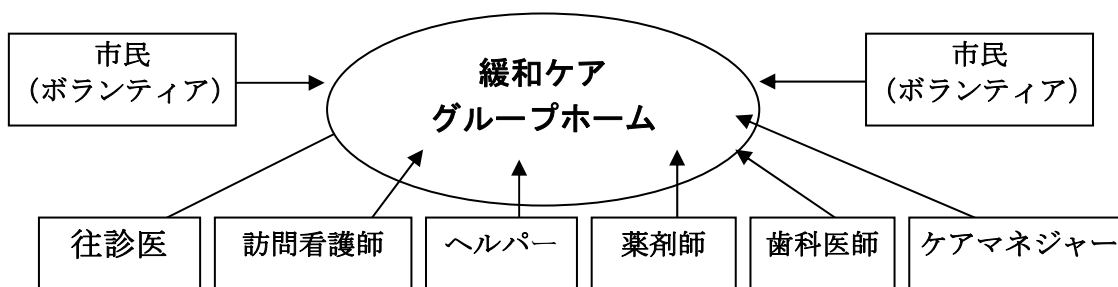
②自宅ではない家（緩和ケアグループホーム）の建設

閉店した店舗や、空き家、ボランティアの協力を得て。お金をかけないで、空き家を有効活用し、すみだの地で最期を迎えたいと思う人々のために「自宅ではない在宅」緩和ケアグループホームを作る。

地域緩和ケアネットワーク



緩和ケアグループホーム

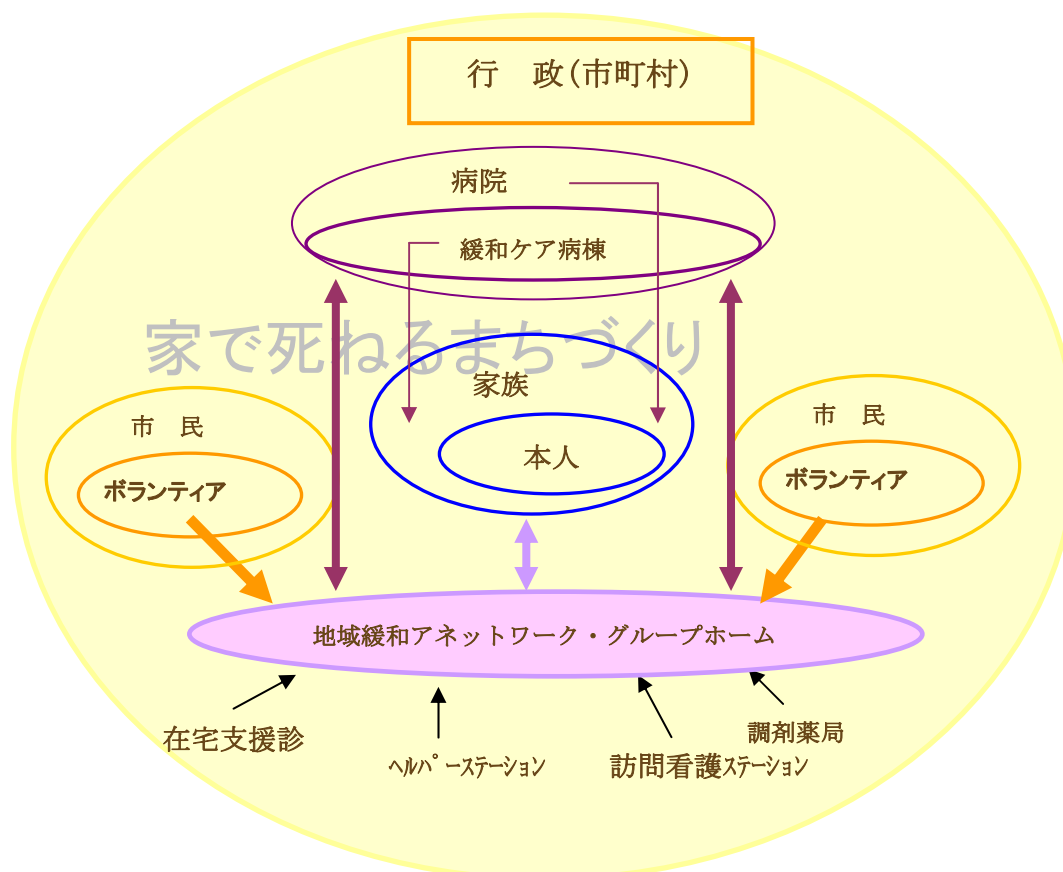


Ⅲ すみだ家で死ねるまちづくりの期待される効果

「家で死ねるまちづくり」として、全国で参考になる地域緩和ケアシステムの画期的なモデルが誕生する。そして市民ボランティア、地域緩和ケアチーム、行政との協働を柱とした地域緩和ケアシステムが機能し、市民が安心して地域で住み続けることができるようになる。また現行の医療機関や介護保険事業所などが担ってきた終末期医療の閉塞感（医療コスト増加、ケアの質保証の危機感）の打破が期待できる。そして、最も大きな変化として期待されるのは、「家で死ねるまちづくり」が行われた地域が健康コミュニティとして変貌をとげていくことである。独居世帯、高齢者世帯など、住みなれた家で最期を迎え

ることが困難な状況を、ボランティア、行政、地域住民の連携や協働により可能のしていく過程では、そのコミュニティで活用できるリソースやネットワーク、健康への関心を高める機運、連帯感が生み出され、それは、機知に富む健康生成コミュニティの基盤づくりにつながる。

IV すみだ家で死ねるまちづくりコンセプト



- ★行政はメンバーであるが、行政主導ではない
- ★ お金をかけて施設をつくるのではなく、すみだの人の力の和で活動する
- ★ 医療の枠を超えて、市民をはじめ、すみだの多くの機能が力をだしあう
- ★ 在宅緩和ケアネットワークは死に逝く人のためだけではなく、子育て・障害者・高齢者など支援が必要な人々のためのネットワークになる
- ★ 自宅ではない在宅（緩和ケアグループホーム）をつくる
- ★ ネットワーク作りの計画から過程、評価までをアクションリサーチとして、研究的に記述し他の地域でも参考になるよう報告書を作成する

V すみだ家で死ねるまちづくり世話人

墨田区保健福祉部
すみだ医師会

墨田区歯科医師会
 墨田区薬剤師会
 墨田区柔道接骨師会
 訪問看護ステーション看護師
 墨田区向島保健所・本所保健所
 地域拠点病院（都立墨東病院・同愛記念病院・賛育会病院）
 ケアマネジャー
 地域包括支援センター
 墨田区社会福祉協議会&ボランティアセンター
 ヘルパーステーション介護職
 グループホーム代表
 区民代表（民生委員・遺族・ボランティア・町内会）
 墨田区退職校長会
 在宅支援診療所医師
 その他熱意のある人（事務職・大学関係者・大学生・大学院生）

現在、SSM(Soft Systems Methodology)ベースのアクションリサーチ（大東文化大学 内山研一教授がファシリテイト）により、アクションプランの概略はできている。参加している人々の「思い」から「思いモデル」を作成し、現実と照合を重ね、実際にはどのように地域緩和ケアネットワークを作るか、緩和ケアグループホームをつくるかを話し合っ実践を重ねている。事業計画が机上の計画に終わることなく、長続きかつ区民が求めたものになるよう、計画に魂を入れているというのが現在の段階である。

【参考文献】

- ① 平成12年度看護提供システムモデル事業報告書、日本看護協会、2000年
- ② 「高齢者の終末期を支える地域ケアシステム構築に関する研究」報告書、厚労科研補助金長寿科学研究事業、2005年
- ③ 「市民参加による地域包括緩和ケアシステムモデル開発の実証的研究」、文部省科学研究費補助金（基礎研究B）2006年
- ④ 「在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究」報告書、厚労科研（医療技術評価総合研究事業）2005～2007年
- ⑤ 市民参加型地域緩和「家で死ぬるまちづくり」の開発と評価、厚労科研補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業、2008年
- ⑥ 内山研一：現場の学としてのアクションリサーチ—ソフトシステム方法論の日本的構築—、白桃書房、2007年
- ⑦ Simon Bell & Ann Christina: Applying Systemic Project Management Approaches, for the UK National Health Service, Systemic Practice and Action Research, 19(1), 2006

08/07/30

救急医療について

ホームケアクリニック川越・院長 川越 厚

墨田区の現況と問題点（鈴木医師会長との意見交換）

要望

1. 成人に関しては
 - 1) 3次救急担当医療機関で働く救急医の待遇改善を考えてほしい。
 - 2) 緊急性が高く、専門性が高く、かつ頻度が高い疾患（AMI、脳卒中など）に関しては、疾患別の3次救急体制を考えてほしい。
2. 小児に関しては
 - 1) 小児外科のバックアップ体制が必要。その支援を考えてほしい
 - 2) 1次救急は病院型緊急システムが重要。それを支援する予算処置を講じてほしい。

墨田区のプロフィール（平成12年）

1. 墨田区は江東区、江戸川区の3区とともに、区東部保健医療圏を形成。区東部保険医療圏は人口120万、高齢化率14.5%
2. 救急体制
 - 1) 初期救急医療機関：①在宅当番医（休日）11施設、②休日夜間急患センター；休日昼間3、終夜1、準夜3
 - 2) 二次：31
 - 3) 三次（救命救急センター）：都立墨東

墨田区の救急医療の問題点と対策

1. 三次救急医療機関の負担が大きすぎる。
 - 1) 一次救急の診療時間（通常は夜間10時）が終了すると、本来一次救急で診るべき患者が直接三次機関に来る。→三次救急に直接来院できないようなシステムを考えてはどうか
 - 2) 診療を担当する医師に補助が生き届くようにしてほしい（補助金が病院へ入るので、直接医師へ還元されない場合がある）
2. AMI、脳卒中など緊急性が高く、専門性が高く、かつ頻度が高い疾患が、専門性の関係で、必ずしも3次救急医療機関で対応できない場合がある。→AMI、脳卒中などに関しては、一次から三次というルートに乗らない、別個の緊急体制、つまり三次医療機関に相当する緊急医療機関を設ける。

小児救急医療の現状と問題点

1. 小児の救急医療体制

- 1) 小児救急は小児内科、小児外科の対応がなされているが、主体は小児内科。
- 2) 医療機関別にみると、病院型（墨田区の場合は同愛記念病院）と診療所型（同、医師会立夜間診療所）とに分かれる。

2. 問題点と対策

- 1) 小児内科は、小児外科の強力なバックアップがないとよい医療の提供ができない。現状では小児外科のバックアップ体制が充実していないので、小児内科医が安心して診療に関わることができない。たとえば絞扼性イレウスの診断がらみの問題で係争中の事例が3~40件あるとのこと。その他腸重責、急性虫垂炎などがこれに該当する。実際に、身近なところで死亡例が出ているとのこと(裁判にはなっていないが)→救急の小児外科を担当する医療機関の整備を考えてほしい
- 2) 小児は症状が隠れたり、経過が早いので、診療所型の救急より病院型の救急(血算、CRP、レントゲン検査、必要な場合の入院管理が可能)体制を整える方がよい。

補足：

鈴木会長と意見交換の後、墨東病院の浜辺救命センター部長と話したところ（内容については後述）、要望1の2)に関しては、個人的な意見として取り下げたいと思う。また、墨田区の救急医療の問題点と対策の、1の2)については、診療を担当する医師に補助が厚くなるのはありがたいが、問題はそれだけではないような気がする、とのコメントがあった。

三次救急担当責任者（都立墨東病院救命センター、浜辺部長の意見）

要望

1. 三次救急医療機関を受診する患者は、三次救急を受けるにふさわしい患者に絞ってもらいたい。具体的には、一次、二次からの紹介患者のみを原則として診るようなシステムを認めてほしい。
2. 救命医療については、救命センター本来の仕事ができるように、以下のことを制度として確立してほしい
 - 1) 二次救急医療機関、介護施設などの夜間対応を公約通り果たしてほしい。
 - 2) 救命センターに末期がん患者が搬送され、死を看取ることがないよう、がん治療機関、在宅担当診療所はしっかり機能してほしい。以上のことが叶うように、政策上の支援を行ってほしい。

現状

1. 墨東病院の三次救急は、ER と救急救命センターとの二本立てになっている。
 - 1) ER は一次、二次救急医療機関の並びでの三次救急を担当する。
 - 2) 一方、救急救命センターは東京消防庁の救急隊が現場で救命救急が必要と判断した患者が救急隊によって送られてくる。
2. ER の現状と問題点
 - 1) 患者数が多い（5万人/年対応する）。その多くは、軽症患者。
 - 2) 患者の割合としては、小児が半数、残り半数の1/3外傷、2/3が疾患
 - 3) ERの問題は、軽症（浜辺部長の言葉によると、Walk-in patient）患者が多いこと。その対策ができれば、かなり負担が軽減される。
 - 4) なぜ三次救急医療機関の墨東病院に直接来るかという点、①各区に一次、二次医療機関があることを患者が知らない②墨東病院なら安心という患者の安心感（同時にわがまま）
 - 5) 防ぐ手立てとして、①地域に Walk-in 患者の受け皿があることを周知徹底すること②Walk-in 患者が直接墨東病院へ来ることを防止する。ただし、自治体の条例で禁止されているので、現段階は無理。しかし、金銭的に敷居を高くするか、何らかの策を講じないと医療者の負担はますます大きくなる。
3. 救急救命センターの問題点
 - 1) 患者数は2000～2200/年。
 - 2) 最近目立つことは、二次医療機関に相当するところが十分機能していないので、救命センターの負担が増えている。
 - ① 特養などの介護施設からの救急搬送が多い。バックアップ病院があるはずなのに、そちらを通さない（連絡が取れなかったり、こちらでは診れないからと断

られる。特に夜間)で、一方的に救命センターに飛び込む。

- ② 二次救急機関で本来対応できる病気(たとえば急性虫垂炎のオペなど)なのに、特に夜間は人員の関係(当直医が一人、麻酔科医がいないなど)で、二次医療機関(この地区では約30の医療機関が登録している)が自動的に救命センターへ患者を送ってくる。
- 3) 同様のことが末期がん患者の飛び込みという問題で、最近、救命センターの負担増となっている。
- ① がんセンター、癌研などのがん専門病院で診てもらっていた患者が受け入れを拒否され、救急搬送することが最近特に増えている。
 - ② 地域の医療機関、とくに診療所が診ているケースで、看取りの体制をとっていないので、家族が不安になって救急車を呼んで、そのような患者が搬送されることも最近時々ある。
- 4) その他
- ① AMI、脳梗塞の対応などは複雑化しない方がよいと思う。墨東の救命センターでまず対応し、必要ならば他の医療機関に紹介することはよくある。たとえば、小児の緊急オペなどは順天堂にお願いすることもあり、問題とならない
 - ② 救急医療医の **Status** が低いので、改善する方法はないか。
 - ③ 救急医療に若い医師は結構興味を持ってくれるが、それを一生の仕事としてやり遂げてくれるものは非常に少ない。

「家族の介護力が弱く、かつ医療依存度の高い患者が、
安心して住み慣れた地域で過ごし続けることを実現するための研究班(仮称)」
設置に関する要望

平成20年8月5日

委員 川越 厚

要望書提出の背景と要望内容

我が国における高齢化・核家族化の進行は著しく、罹病率は加齢に伴って増加するので、老々者世帯や独居世帯の、病を患った高齢者が今後ますます増加する。一方、社会的入院の排除や在院日数の短縮などにより、現状のままだと自宅に住み続けることすらできない、行き場を失った高齢の病人が増加する恐れがある。これは全ての人に起こる可能性があり、明日の我が身と、多くの人が不安を持っている。

これに対して、国は1992年の医療法を改定し、患者の居宅が医療の場として認められるようになった。また2000年には介護保険がスタートして、病を患った高齢者が、家族の介護力に100%依存することなく、住み慣れた地域で過ごし続けることが可能となった。しかし、がんなどのように医療依存度が高く、かつ老々者世帯や独居世帯のように家族の介護力が極端に弱い世帯においては、住み慣れた地域で最期を迎えることは困難である。

地域に住み続けたいと思いつつ不安を抱く人々が、安心して住み続けることができるような社会を築くことは政治を司る者にも実際のケアにあたる者にも重大な責務である。その際、制度だけで問題を解決しようとするれば限界がある。もとより在宅医療は地域性を反映したものであり、多様なサービス提供形態がある。従って人々の不安を払しょくし、その希望を実現するためには、地域の持つ力をいかに結集するかが重要な鍵となる。

以上の点を踏まえ、老々世帯や独居世帯の患者に対して各地で行われている様々な実践活動を調査することには大きな意義がある。調査結果をもとに継続事業として、モデル事業の展開、ガイドライン作成を行い、国民的な期待にこたえる地域づくりに貢献したい。

当面の調査研究

調査対象はすでに実績を積んでいる医療機関を選択し、以下のパターンに分けて調査を行う。疾患としては、医療依存度が極めて高い末期がん患者とする。

- 1) ボランティア育成を行い、ボランティアがチームの一員として働いている在宅医療機関（無床診療所）。大都市型（東京都）と地方都市型（宮城県）の2つの診療所
- 2) アパートを付属する無床診療所（東京都）
- 3) 有床診療所（鹿児島市）
- 4) 地域の在宅医療をバックアップしているPCU（山口市）
- 5) 看護師が中心となって経営する総合的なサービス提供機関（太宰府市）
- 6) 行政、住民の支援をバックに、在宅医療を広く展開する地域（2か所）

今後

内容が重大なので、研究は継続した形をとってほしい。