

わが国における在宅医療の実情と課題

—ペイシェント・セントリシティに基づいた在宅医療の要件—

吉村 理津子
(京都女子大学大学院研修者)

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行を背景に、在宅医療がにわかに注目を集めるようになった。わが国の在宅医療の歴史は、中世期に始まった在宅看取り、および江戸時代に始まった往診の習慣に端を発する。これらの医療文化はその後脈々と受け継がれ、診療所の医師や看護師らによって昭和時代後期まで日常的に行われていた。往診は、1980年代になると定期往診という形で実施されるようになり、さらにさまざまな要件が付加されると、訪問診療という新しい医療形態へと整えられていった。こうして1900年代末頃、在宅医療は入院医療、外来医療と並ぶ第3の医療と位置付けられるようになった。本医療にはその後もさまざまな施策が講じられ、2010年頃からは、政府がかねてより推進していた地域包括ケアシステム構築の中核として扱われるようになった。在宅医療の現状については、しかしながら、COVID-19の流行や「2025年問題」に対応できるだけの体制が整っているとはいえず、また、知識や手順の標準化、定義・基本理念の共有化が遅れており、一般市民への普及啓発も進んでいない。本稿では、在宅医療に関する正しい知識の提供と理解を促すため、歴史、概念、基本理念を概説する。また、在宅医療の現状として、調査データ、提供体制、推進体制、利用および運営の実態を示す。最後に、わが国の在宅医療が抱える課題およびそれらの対応策について、ペイシェント・セントリシティへの配慮という側面から検討を加え、その結果を踏まえ提言を行う。

キーワード：在宅医療、在宅看取り、訪問診療、往診、地域包括ケアシステム、ペイシェント・セントリシティ

はじめに

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行を背景に、在宅医療がにわかに注目を集めるようになった。これは、行政の指示により有床医療施設の非感染者用ベッド数が激減したこと、また、入院患者との面会が厳しく規制されたこと等に起因する。

わが国の在宅医療の歴史は、中世期の一般大衆向け家政指南書に記述が残る在宅看取り、および、江戸時代に始まった漢方医による往診の習慣に端を発する。これらの医療文化はその後脈々と受け継がれ、診療所の医師や看護師らによって昭和時代後期まで日常的に行われていた。往診は、1980年代になると定期往診という形で実施されるようになり、さらに24時間体制という要件が付加

されると、事実上これが現代版在宅医療の初期実践例となった。以後、診療報酬加算等、在宅医療運営上の要件が徐々に整えられると、訪問診療という医療形態が登場し、1900年代末頃、在宅医療は入院医療、外来医療と並ぶ第3の医療と位置付けられるようになった。在宅医療に関しては、その後も医療行政上の施策が講じられ、2010年頃からは、厚生労働省主導のもと、全国規模で推進が試みられている地域包括ケアシステム構築の中核として扱われるようになった。わが国の在宅医療のインフラは、このような経緯で一見順調に整備されてきたかのようにみえるが、一方では「2025年問題」（団塊の世代が75歳に到達する2025年、高齢化率が30%を超過するという問題）に対処するため、それが急ごしらえで作られたのではない

のか、という懸念も残る。

在宅医療は、「当該地域に住む通院困難な者の居宅を医療・介護・福祉等の専門職が訪れ、患者・家族の意向を汲んで提供する包括的・全人的医療である」と定義されている。ただし、この定義は一般市民に広く知られておらず、「在宅医療の主体は往診である」、あるいは「在宅医療の目的は最期の看取りである」との誤った認識をもつひとが少なからず存在するのも事実で、この問題は早急に解決されなければならない。一方、在宅医療の知識・手順等、あるいは基本理念・目標・原則・指針等についてもいくつかの提言があり、それらを関係諸機関が協働して標準化もしくは共有化しようとする動きがあるが、現時点ではコンセンサスが得られていない。

COVID-19流行の影響を受け、在宅医療をとりまく環境に大きな2つの変化がもたらされた。ひとつは、外来受診者の多くが在宅医療への転向を希望するようになったこと。またひとつは、2021年8月に政府が示した「重症または重症化リスクの高い感染者以外は自宅療養を基本とする」というCOVID-19基本的対処方針に基づき、これまで訪問診療に従事してきた在宅医が感染者の自宅療養支援に奔走するようになり、この先、在宅医療の対象範囲が感染症科や救急科等にも拡大する可能性がある、ということである。

現在わが国の在宅医療は、約40数年間の医療行政上の施策、あるいはCOVID-19の流行を経て、かつてない様相を示している。その一方高齢化率が増加の一途をたどるなか、「2025年問題」として超高齢化社会に伴う難題が指摘されている。一般市民、特に在宅医療の患者・家族らはこのような変化について正しい知識を持ち、十分にそれを理解したうえでこの医療を利用しているのであるか。あるいは、感染流行の長期化で医療提供体制が逼迫し、在宅医が感染者の自宅療養支援に奔走中、従来の在宅医療患者がこれまで通りの医療を受け続けることは果たして可能なのだろうか。

本稿第1章では、在宅医療に関する正しい知識の提供と理解を促すため、その歴史、概念および基本理念を概説する。第2章では、在宅医療の現

状として、調査データ、提供体制、推進体制、利用と運営の実態を示す。第3章では、わが国の在宅医療が抱える課題およびそれらの対応策について、ペイシエント・セントリシティ（患者中心性）への配慮という側面から検討し、提言を行う。

1. 在宅医療の概要

本章では、在宅医療の歴史、概念、および基本理念を概説する。

1-1. 在宅医療の歴史

国内総人口に占める65歳以上の比率が7.0%に達した1970年、わが国は高齢化社会に突入し、その後、医療行政や診療体制がめまぐるしく推移していった¹⁾。以下、わが国の在宅医療の歴史を概観する。

1) 医療行政の変遷

わが国の在宅医療の起原は、中世期に始まった看取りの習慣、および江戸時代に始まった漢方医による往診の習慣にさかのぼる。

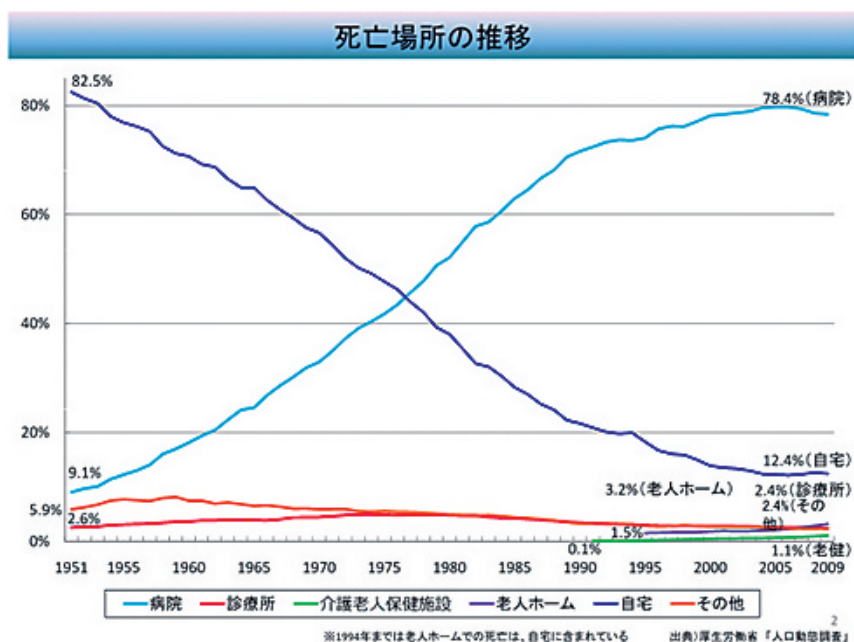
前者については、平安時代から鎌倉時代の仏教界で既に死の臨床、すなわち看取りという概念が文書化されており、それが中世、近世へと受け継がれ、一般大衆向けの教訓書、家政指南書、医書等に含められるようになった。そのうちの家政指南書では、より良き死を迎えるための作法が記載されており、これが庶民の風習として定着し、近代へと継承されていった。明治時代に入ると、往診医が死亡確認を行い家族が官庁へ届け出る、という手続きが一般化した。依然として、家族、往診医、派出看護婦らの見守る中自宅で臨終を迎える在宅看取りという風習が続いた^{2),3)}。

一方後者については、江戸時代中期以降、漢方医が自宅療養中の患者を訪ねて診察し、その場で薬を処方するという習慣、すなわち往診が一般化していった。1722年に徳川吉宗が設立した小石川養生所では、患者が医師を訪ねる、という新しい受療方法がとられたが、地域が限定されていたため、従来の往診という習慣が消えることはなく、在宅看取りと共にわが国の主な医療文化として受け継がれていった^{2),4)}。

本章の冒頭でも記したように、明治時代以降1970年頃までのわが国では、診療所の医師、看護師らによって往診および在宅看取りが日常的に実施され、1952年の調査では、死亡総数に対する在宅死の割合が82.5%と高水準を示していた(図1)⁵⁾。1970年、高齢化率の上昇に伴って高齢化社会に突入すると、福祉増進を公約に掲げていた当時の内閣が、1972年、高齢化に対処する仕組みとして老人医療費無料化制度を打ち立てた。本制度はその後10年存続したのだが、その間、これを利用して軽々に病院を受診し、不必要な入院を行い、そのまま病院で人生を終える、という高齢者が激増した。その結果1976年には病院死者数が在宅死者数を上回ることとなり(図1)、これら一連の経緯はわが国特有の「社会的入院」現象として問題視され始めた。つまり、本制度を利用した不必要な入院症例の蓄積により、国が膨大な医療費を負担することとなり、また病院でも常に空床数が不足する、あるいは救急患者の受け入れが困難になる、等の深刻な事態が続出した。1983年、政府は、事態收拾のため高齢者医療費の一部自己負担を規定する老人保健法の施行と引き換えに本

制度を廃止した^{6),7)}。「社会的入院」現象はまた、弊害を受けた病院の経営にも悪影響を及ぼしたため、1986年政府はその打開策として介護老人保健施設(いわゆる老健)の開設を推進した。老健は、退院の目途が立った要介護認定高齢者が一時的に入所し、医療的ケアと生活サービスを受けながら在宅医療への復帰を目指すための中間施設である。この老健政策については、国の医療費負担額が激減できる、という政府の目論みが含まれてはいたものの、老健経営が安定収入をもたらさず、という期待も相まって老健を併設する病院が全国で急増した^{7),8)}。

ここで、在宅医療分野における診療報酬制度の動きを時系列に見ていこう。本分野において初めて創設された項目は、1981年のインスリン在宅自己注射指導管理料であり、これは、在宅糖尿病患者に対し医師がインスリン自己注射の指導管理を行った際に算定されるものである。続いて1983年、退院予定の高齢者が円滑に在宅医療に入るのを支援する退院患者継続看護・指導料が新設された。1986年には、寝たきり老人訪問診療科、在宅患者訪問診療料が新設され、ここで、訪問診療という



【出典】2011年1月21日中央社会保険医療協議会総会参考資料

図1 死亡場所の推移 (1951年～2009年)

医療形態が診療報酬制度に初めて導入された。1992年の第2次医療法改正に伴い、居宅が在宅医療提供の場として認定されたのを機に創設された寝たきり老人在宅総合診療科に対しては、従来の出来高支払い方式とは異なる定額支払い制（包括算定方式）が適用され、これが在宅医療分野での初の運用例となった。また、1994年に創設された在宅末期総合診療科、在宅ターミナルケア可算は、在宅医療における終末期医療の推進を目的としている。診療報酬制に関して進められたこれらの取組みは、在宅医療施設の運営の円滑化、在宅医療の質の均一化の大きな足掛かりとなったといえよう。またその後の在宅医療行政に関わる施策としては、a) 都道府県の医療計画への在宅医療導入開始（2006年）、b) 地方厚生局／支局による在宅療養支援診療所認定開始（2006年）、c) 同左による在宅療養支援病院認定開始（2008年）、d) 地域包括ケアシステム構築の中核プロジェクト「在宅医療・介護連携推進事業」発足（2015年）等が挙げられる⁹⁾。

2) 医療体制の変遷

前述した1970年代以前の往診は、概して次のような流れで行われていた。例えば、脳卒中等急性疾患にかかった患者（あるいはその家族）が近所の診療所に連絡し、それを受けた医師・看護師が居宅にて診察を行い、場合によっては在宅看取りを行う。このような往診が日常的に行われていた理由としては、当時の一般的な診断手段が、聴診器等によるバイタルサイン値測定のように単純なものであり、自宅診療と外来診療の水準に大差がなかったことが挙げられる。しかしながら1970年代以降になると、画像診断等検査技術のめざましい進歩により、救急外来で高水準の医療提供が可能となって救命率が上昇し、臨時的な往診は次第に時代遅れとなっていった。このような状況下、往診という医療形態そのものは消滅の一途をたどっていったのだが、その担い手である診療所の医師、看護師らは、往診と在宅看取りを一本化した定期往診という形態でその後も地道に医療活動を続けたのである^{10), 13)}。

1970年代以降といえば、老人医療費無料化制度

が「社会的入院」という負の遺産をつくった10年間と時期が重なるが、本制度はまた、「社会的入院」のみならず、過剰医療という現象をも引き起こした。すなわち、検査や投薬を受けるだけの対象、もしくは病院経営の道具のように患者を扱い、遷延性意識障害の患者の生命維持装置に過剰なチューブやケーブルを繋ぐ、等の治療がなされたのである¹²⁾。このような中、高齢者であるか否かに限定せず、過剰医療の犠牲者となりつつあった患者らを救出しようとする2つの動きがあった。そのひとつがホスピス・ケアの普及活動である。ホスピスとは「人間として生きてきた最後の残された時間をその人らしく生き、快適な生活を送れるように支援およびケアを提供する場」と定義されており、原点は19世紀の英国で展開されたホスピス運動、20世紀後半に英国のセントクリストファー・ホスピスを創設したシシリー・ソンドースの活動にある¹³⁾。わが国では、淀川キリスト教病院（大阪市）の柏木が、1973年、ホスピス・プログラムに基づく医療を開始したのを皮切りに、1981年、聖隷三方原病院（静岡県）でわが国初のホスピス病棟が誕生した。英国および米国におけるホスピス運動の歴史を日本に紹介したジャーナリスト岡村の功績も大きい¹³⁾。

また、過剰医療の犠牲者救出を試みたもうひとつの動きのなかで貢献したのが、東京白十字病院（東京都）の佐藤、堀川病院（京都府）の早川、大和病院（新潟県）の黒岩、柳原病院（東京都）の増子、鈴木内科医院（東京都）の鈴木らである。彼らは、重度障害者、あるいは治療法がないにも拘らず病院に拘束されている末期がんの患者らを退院に導き、自宅で継続的医療を受けながら過ごせるよう働きかけ、日々病院医療に従事するかたわら真摯にこの活動に尽力した¹⁴⁾。これら2つの動きは、現在の在宅医療の根幹にある「退院後の切れ目ない継続的医療の提供」を献身的に実践した功績として非常に意義深い。このように、1970年代から1980年代の間には、かつての往診の担い手であった医師・看護師らによる定期往診、ホスピスを拠点とした患者の救済、病院医師らによる患者の救済、という3つの活動が地道に展開されたわけだが、志高い医療者らによるこれらの取組

みは、のちに在宅医療の実践例として着実に蓄積されていった。そのような折、1994年、わが国では高齢化率が14%に上昇して高齢化社会から高齢社会に推移し、「社会的入院」への反省から利用者本位の福祉政策が求められるようになったこと等を背景に、2000年、介護保険法に基づく介護保険制度が始まった¹⁵⁾。かつての老人福祉法に基づくサービス提供が公助的であったのに対し、介護保険法に基づくサービスは「社会全体で利用者を支える」というコンセプトに基づいて共助的に提供される。介護保険法は、その後数年に1度の改正を経ているが、2015年の改正に伴い、地域包括ケアシステム構築に在宅医療と介護の連携構想が導入され、以来、その試みが全国的に展開されている¹⁶⁾。

1-2. 在宅医療の概念

在宅医療の利用を考慮中のひとにとってまず必要となる情報は、誰が対象となりうるのか、家族の支援はどの程度必要なのか、用具や費用をどの程度準備すればよいのか等、受療条件に関わるものであろう。これらの情報は、関係団体のウェブサイト、書籍、雑誌等から容易に入手することが可能だが、その前に在宅医療の方針や原則を知らずに利用を開始すると、ものごとが順調に進まず、場合によっては「こんなはずではなかった」との後悔を招きかねない。在宅医療については、厚生労働省主催のワーキンググループ、全国在宅医療会議、全国在宅療養支援協会、あるいは日本在宅医療連合学会、日本在宅ケアアライアンス、日本在宅医学会等の関連学会によって、知識・手順の標準化、基本理念・目標・原則・指針の共有化が進められているが、現時点ではコンセンサスが得られておらず、一般市民が参照できるのは、これらの各組織や団体がウェブサイトや刊行物等で示す（標準化／共有化前の）情報のみである^{17), 18)}。

1) 在宅医療の定義

本項では、各組織・団体が示す情報の中から共通部分を抜粋し、要約したものを一応の定義として記し、それぞれに必要な情報を併記する。

①在宅医療とは、当該地域に住む通院困難な者の

居宅を医療・介護・福祉等の専門職が訪問し、患者・家族の意向を汲んで提供する包括的、全人的な医療である。

在宅医療の対象者は、当該地域に住み、かつ外来通院ができないひと全てであり、大きく3群に分けられる。第1群には日常生活の行動に支障がある高齢者、第2群には神経難病や外傷後遺症をもつ小児・若年障害者、第3群には悪性疾患の末期患者が含まれる。患者の居宅とは、患者本人が希望する暮らしの場であり、自宅のほか、特別養護老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅、有料老人ホーム、認知症対応型協働生活介護事業所等も含む¹⁹⁾。

②在宅医療は、「訪問診療」と「往診」から構成され、その目的は、患者の尊厳ある人生を支えるため、患者・家族の意向を汲んだ全人的かつ包括的医療を提供することであり、希望があれば看取りも行う。

訪問診療とは、定期的かつ計画的に居宅を訪問し、診療を行うことであり、往診は、患者・家族からの緊急呼び出しに応じて居宅を訪問し、診療を行うことである。全人的かつ包括的医療とは、疾病・障害・性別・年齢にかかわらず、また、保健や福祉をも視野に入れ、家族の生活、地域との関わり合いをも包含した医療であり、中でも重要なのは、患者が希望する場所での終末期医療の提供である²⁰⁾。

③在宅医療は、多職種協働を基本とし、医療専門職（医師・歯科医師・薬剤師・看護職・作業療法士・理学療法士・栄養管理士・歯科衛生士等）、介護・福祉専門職（介護福祉士・介護支援専門員・ホームヘルパー等）がこれに関わる。

主として、医療専門職グループが医療的ケアを、介護・福祉専門職グループが生活支援を行う。後者のグループには、牧師、臨床宗教師、地域ボランティアが参加することもある。これら2チームのメンバーは、常に目標や情報を共有し、

患者・家族の意向を汲みながら協働して医療プラン、ケアプランを作成する^{21),22)}。

2) 在宅医療の基本理念

先述したように、在宅医療の基本理念、もしくはこれを実施する際に遵守すべき原則については、在宅医、自治体、関係学会等によっていくつかの提言があり、それらを共有化しようとする動きがある。例えば日本在宅医療連合学会は、在宅医療の基本理念・原則に盛り込む要素として、緩和ケアの原則、地域包括ケアシステムの原則を挙げている¹⁰⁾。以下、在宅医療の基本理念や原則として提言されているもののうち3つをとりあげ、各々の概要、提言者の解説を紹介する。

①あおぞら診療所院長（千葉県）川越の「在宅ケアの概念」²²⁾

- ・あらゆる患者のあらゆる時期を対象とする。
- ・患者、家族、地域に軸足を置く。

在宅医療の対象については、疾病の種類や年齢、疾患初期か終末期か、もしくは在宅医療の経験の有無等によって分け隔てをせず、可能ならば、治療のできる限り早い時期から伴走する姿勢をもつことが重要である。「患者に軸足を置く」とは、患者の生活を支えるという意味で、疾病の軌道を踏まえた上で患者の生活と生命を支える姿勢をさす。「家族に軸足を置く」とは、患者をさまざまな意味での主体ととらえ、その家族も支援の対象とする、という意味である。「地域に軸足を置く」とは、患者の住む地域内の医療と病院医療が連動し、必要時に必要な場所で切れ目のない治療を提供することを目的とし、複数機関同士の連携のもと、多職種協働が可能な体制を意味する。

②中野医院（東京都）野中の「在宅医療の理念」²³⁾

- ・患者・家族の生活を支えること。
- ・在宅医療を地域全体で円滑に推進させること

患者の生活を医療だけで支えることは困難であり、医療・介護のさまざまな多職種と協働し、か

つ、地域を病棟ととらえ、医療や介護の連携体制の構築を推進する²⁹⁾。

③庄内保健所（山形県）蘆野の「在宅医療の原則」（抜粋）¹⁰⁾

- ・患者および家族本位
- ・物語に基づくケア
- ・包括的評価に基づく全人的ケア
- ・多職種協働によるケア
- ・科学的根拠に基づく実践
- ・生命倫理の重視
- ・継続性のあるケア
- ・地域に根差した統合的ケア

在宅医療の基本的要素として、欧米で実践されている緩和ケアの原則、地域包括ケアシステムの原則を導入した。これらの原則は、日本在宅医療連合学会においても公認された。

以上、在宅医療の基本理念の3つの提言を紹介したが、これらに共通するのは、患者のみならず家族の生活をも包括的に支援する、という点である。また、医療者、介護職を含めた多職種の協働体制による切れ目ない医療を提供するという点、地域全体で患者・家族の在宅医療を支える、という点でも通底している。

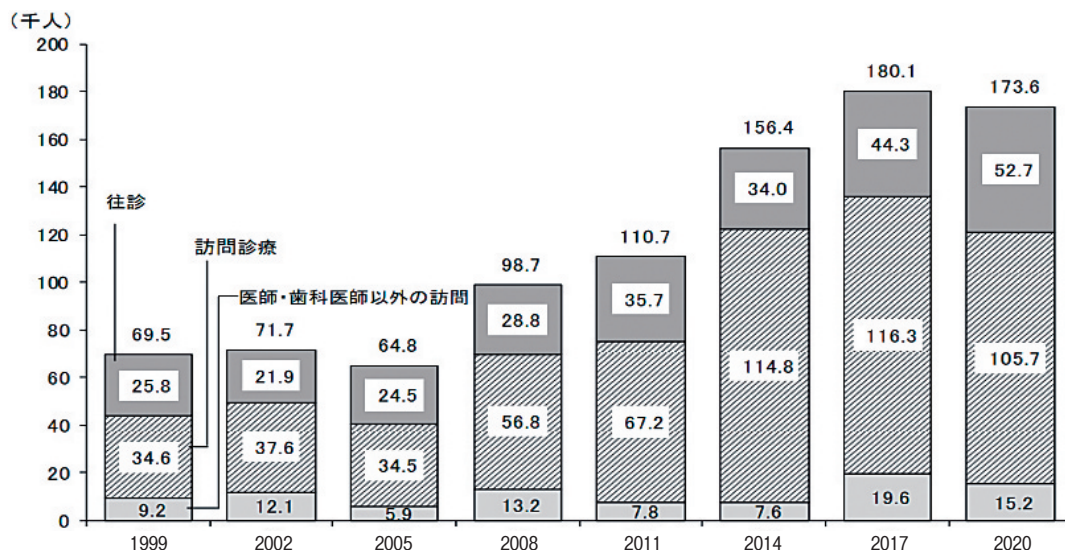
2. 在宅医療の現状

本章では、在宅医療の現状として、まず最近の調査データを示し、続いて在宅医療の提供体制、在宅医療の推進体制、在宅医療の利用および運営の実態を記す。

2-1. 在宅医療に関する調査データ

1) 在宅医療受診者数に関する調査²⁴⁾

2020年8月30日付厚生労働省が公表した「令和2年患者調査（確定数）の概況」によれば、同年の在宅医療患者数は17万3,600人であり、過去最高を更新した2017年の調査値をやや下回り、6,500人減となった（図2）。在宅医療患者数は、2008年以來、在宅医療推進に向けた施策等の後押しにより着実に増加していたが、COVID-19感染拡大



【出典】厚生労働省「令和2年患者調査（確定数）の概況」

図2 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移

の影響で2020年は減少に転じた。

2) 「人生の最期を迎える場所」に関する調査²⁵⁾

日本財団が2021年3月に実施した「人生の最期の迎え方に関する全国調査」における「平成30年高齢期における社会保障に関する意識調査」（対象は子供世代35～59歳・男女25,531人、親世代67～81歳・男女334,123人）では、「死期が迫っているとわかったとき人生の最期をどこで迎えたいか」という問いに対し、58.8%が「自宅」、33.9%が「医療機関」と回答し、一般市民の多くが自宅での最期を希望しているということが明らかとなった（図3）。しかしながら、2020年11月国土交通省が示した値によれば、2019年の死者数のうち13.6%が自宅で、71.3%が病院で死亡したという²⁶⁾。1983年「社会的入院」現象への反省から老人医療費無料化制度が廃止となり、その後不必要な病院受診件数や入院症例数は減少に向かうと予想されたのだが、上述の通り、2019年の時点で病院死者数が依然として多いことから、病院死者数が在宅死者数を上回った1976年と実情はほとんど変わっていないといえる。

3) 「在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院・在宅療養後方支援病院の届け出数」に関する調査²⁷⁾

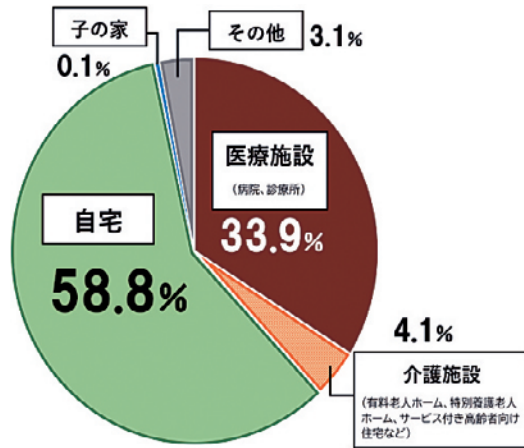
在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院とは、24時間体制を維持し、在宅看取りにも応じる診療所および病院である。2021年厚生労働省が実施した調査では、在宅療養支援診療所の届け出数は2016年までは増加していたのだが、それ以降は横ばい状態、在宅療養支援病院の届け出数は2010年以降一定して右肩上がり状態であった（図4）。在宅療養支援診療所には、他の医療機関と協力連携して在宅医療を行う「連携型」、それ以外の「単独型」があるが、「単独型」の方は一般診療も応じているところが多く、かつ、規模が小さいため、在宅医療の分野で一般的となりつつある24時間体制を容易に導入できないというのが実情で、このため、在宅療養支援診療所の届け出数が横ばい状態となっている。

2-2. 在宅医療の提供体制

本節では、厚生労働省が2017年に策定した「在宅医療体制構築に係る指針」が示す在宅医療の提供体制について説明する。政府は、2015年の介護保険法改正に伴い、地域包括ケアシステムに在宅

日本財団 人生の最期の迎え方に関する全国調査

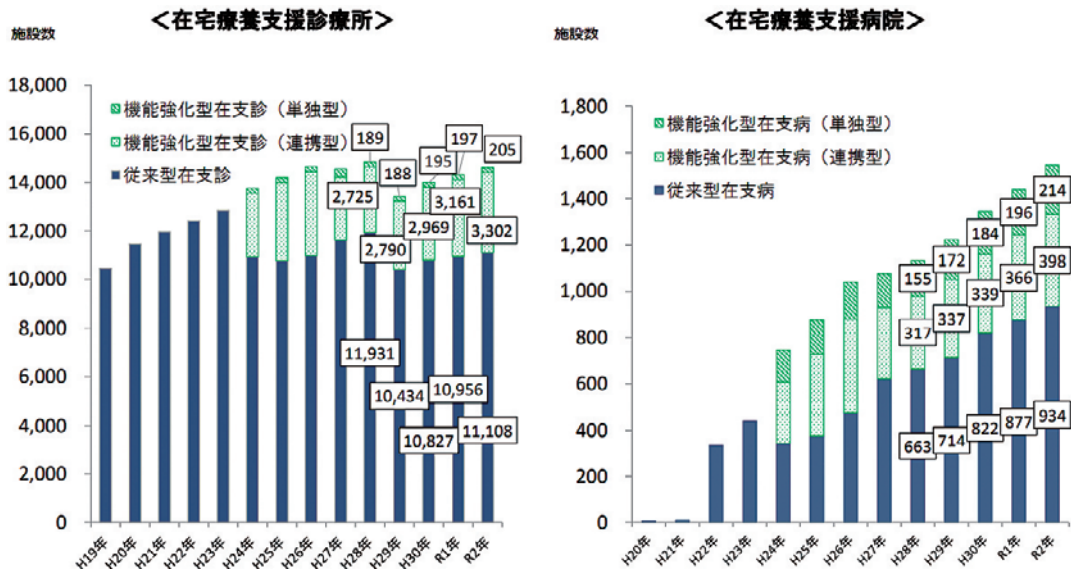
Q あなたは死期が迫っているとわかったときに人生の最期をどこで迎えたいですか



一番望ましい場所(67~81歳の当事者)

【出典】日本財団「人生の最期の迎え方に関する全国調査」

図3 あなたは、死期が迫っているとわかったときに人生の最期をどこで迎えたいですか



【出典】厚生労働省第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG参考資料

図4 在宅療養支援診療所・病院の届出数の推移

医療と介護の連携構想を導入し、以来この構想に基づくシステム構築を全国的に推進してきた。その後2017年に策定した指針では、政府は、在宅医療の提供体制に「退院支援」、「日常の療養支援」、

「急変時の対応」、「看取り」という4つの機能を設定するよう各自治体に求めている。在宅医療は、2015年、介護保険法改正に伴い、地域包括ケアシステム構築に在宅医療と介護の連携構想が導入さ

れ、以来その取組みが全国的に展開されている²⁸⁾。
以下、これら4つの機能について解説する。

1) 「退院支援」^{35), 36)}

退院支援とは、入院患者が退院して在宅医療に移行する際、切れ目のない継続的な医療を受けられるよう関係機関あるいは多職種同士で連携し、患者を支援することを意味するが、この取組みは、わが国では2006年の医療制度改革の一環として始まった。公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会では、退院支援機能の対象として、再入院を繰り返す患者、褥瘡処置等熟練医療を必要とする患者、ADL（日常生活動作：Activities of Daily Living）が低下し居宅での生活様式の改変が必要な患者、独居患者、家族と同居であっても十分な介護を受けられない患者等を挙げている。退院支援においては、そのような患者の抽出（スクリーニング）を入院直後から開始し、退院時にすぐ対応できるようにしておく。この作業は、入院前の生活背景を踏まえ、退院後も継続する医療を予測して行い、またこれは、高齢者のみでなく、小児や若年層の退院支援にも適用可能である。なお、退院支援を受ける前に、患者・家族は主治医から在宅医療移行への了解を得、必要ならば介護保険サービス利用のための介護認定を受けておく。

下記に示す退院支援の手順は、熊本県水保・芦北地区在宅医療連携体制検討会が2015年に公表した「退院支援マニュアル」の記述を要約したものである²⁹⁾。

【事前にケアマネージャーが決まっている場合】

- イ) 入院の受け入れ：緊急入院、予定入院にかかわらず、在宅医やケアマネージャーから情報提供書を受領しておく。
 - ロ) 入院時スクリーニングの開始：入院後48時間以内に開始し、退院支援の必要性を判定しておく。
 - ハ) 在宅支援アセスメントの実施：急性期から安定期に入った段階でケアマネージャーに入院の旨を報告し、自宅での生活に関する情報提供を依頼する。退院に向け、退院支援計画書を作成する。
- ニ) 退院支援の開始：退院支援に向け、院内調整

を行う。患者・家族の意向を確認。退院支援計画書を完成させ、在宅医療関係者との連携・調整を検討する。

- ホ) 退院前カンファレンスの準備：ケアマネージャー、介護・看護等事業所と情報共有をはかる。具体的なサービスの調整を開始。必要に応じて家庭訪問を実施する。退院日を設定し、関係者に通知する。
- ヘ) 退院前カンファレンスの開催：家族（できれば患者本人）および在宅医療関係者全員が出席できるよう日程を調整する。家族の意向を確認し、その結果を関係者全員で共有する。退院後の連絡先、対応方法を関係者間で確認し合う。退院時には、医師または看護師が協働指導要約書（入院時からの経過、日常生活動作に関する記述）を作成する。
- ト) 退院：看護サマリ（患者の病歴や治療・看護等の情報を要約した書類）、在宅ケア移行情報シート、医療情報提供書を作成。介護サービスの開始。

【事前にケアマネージャーが決まっていない場合】

- イ) 退院支援の要・不要の判断：入院時スクリーニング表から行う。
- ロ) 介護保険の申請支援、ケアマネージャーの決定支援等を行う。
- ハ) その他：介護状態が軽度であれば、初期的な連絡先は地域包括支援センター（2-3. で後述）でも可。

2) 「日常の療養支援」^{30), 31)}

日常の療養支援機能には、多職種協働のもとで行われる在宅医療や介護のほか、緩和ケア、家族支援、認知症ケアパスを活用した支援⁴⁰⁾等が含まれる。本機能を有効に利用するには、地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療・介護、家族の負担軽減につながるサービスを患者に適切に紹介すること、医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備することが肝要である。ここでは、鹿児島県出水保健機関が各職種に求めている日常療養支援関連業務を抜粋・要約して紹介する。

【医療機関（病院・診療所・介護老人保健施設）】

- ・在宅療養支援のためのレスパイト入院³²⁾の体制調整

【在宅医】

- ・各疾患やニーズに応じた在宅療養計画の作成・提供
- ・顔の見える関係づくり（関係者間で情報共有、報告、連絡、相談等を行う）
- ・担当者会議等への参加、患者についての情報提供
- ・家族への介護指導、必要時にはレスパイト入院に関する相談
- ・患者あるいは関係機関との間に24時間体制が確立していることが望ましい

【訪問看護師】

- ・患者のニーズに応じた訪問看護計画の作成、提供
- ・顔の見える関係づくり（関係者間で情報共有、報告、連絡、相談等を行う）
- ・担当者会議、地域ケア会議等への参加
- ・家族への介護指導、レスパイト入院の相談
- ・患者あるいは関係機関との間に24時間体制の確立

3) 「急変時の対応」^{33), 34)}

急変時の対応とは、患者の病状急変時における往診や訪問看護、場合によっては入院対応を迅速に行うことである。日常的にこれらの体制を整備し、入院病床を十分に確保しておくことが重要である。病状急変時の連絡先情報を前もって利用者と家族に提供しておくこと、24時間対応が可能な体制を整えておくことも不可欠である。急変時の対応については、長崎県佐世保市が手順書を公開しているので紹介する（図5）。

- ・在宅医と後方支援を担う病院は依頼と受入れに関する協定を締結しておく。
- ・在宅医は患者の情報書類と同意書を前もって協定先に提供しておく。
- ・患者急変時は、在宅医から協定先に診療受入れ依頼を行う。（原則として）症状の安定した患者は在宅医が受け入れる。
- ・協定先病院が（原則として）依頼を受け入れ

る。

4) 「看取り」^{35), 36)}

在宅医療において最も重要な位置を占めるのが終末期医療、とりわけ看取りである。看取りとは、「近い将来、死が避けられないとされた人に対し、身体的苦痛や精神的苦痛を緩和・軽減するとともに、人生の最期まで尊厳ある生活を支援すること」（全国老人福祉施設協議会）と定義されている。入院先における看取りと比較して在宅看取りが優れている点は、距離や時間の制約を受けることなく、家族と最期の時を過ごせること、家族が看取りに立ち合いやすいこと等であり、これらが患者本人にとって最も理想的な最期の過ごし方の実現を可能にする。なお、本項で扱う看取り機能は、在宅看取りを示す。

まず、終末期は、病状の遷移に伴って医療やケア等がさまざまに変化するため、概ね次のように区分されている。

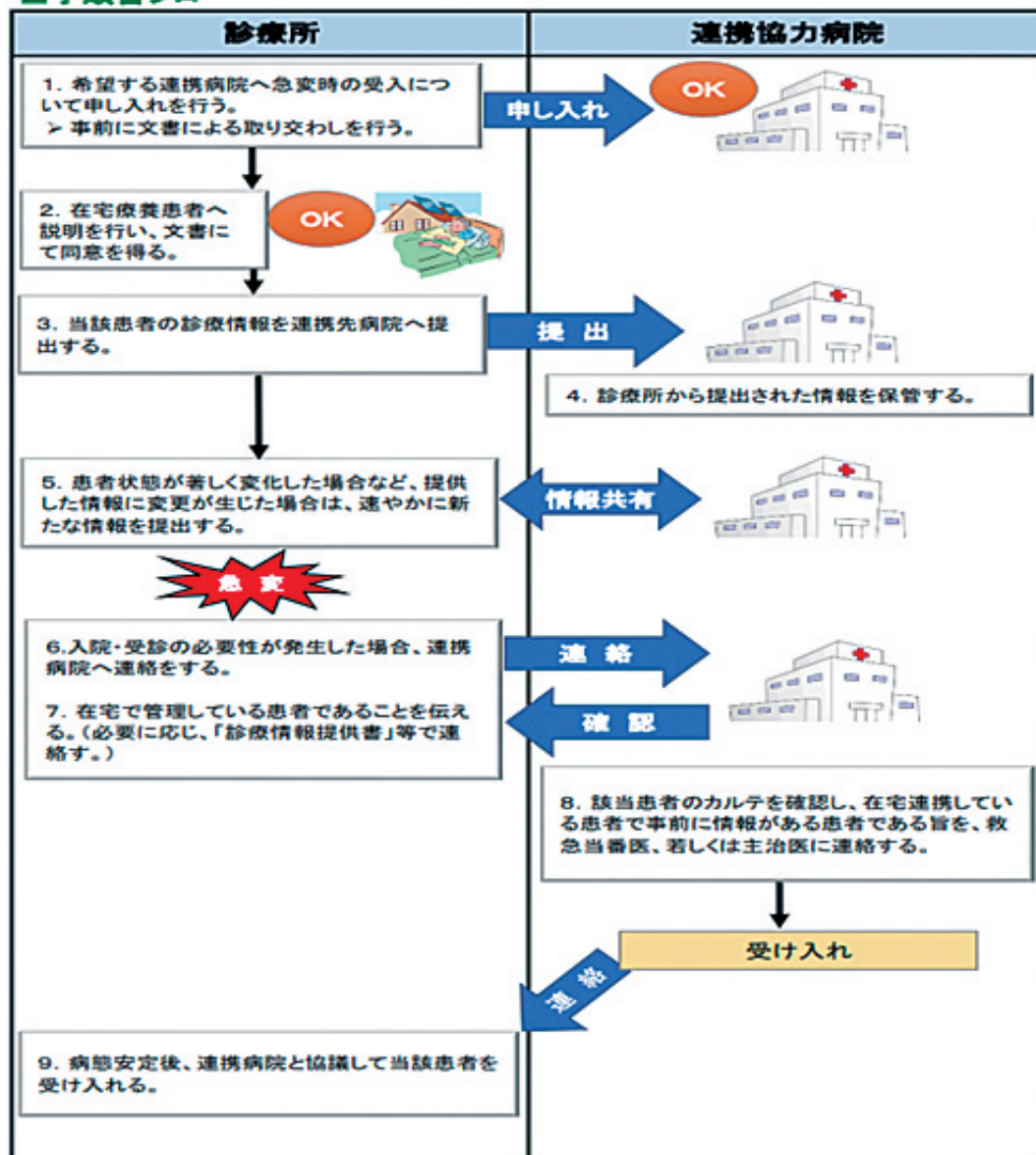
- ・終末期前期：病状が月単位で変化する。疼痛緩和、点滴等の治療法が指示される。
- ・終末期中期：病状が週単位で変化する。日常生活の自立度が急低下するため、医療やケアの見直しが必要となる。
- ・終末期後期：病状が日にち単位で変化する。臨死期に備え、関係者間で必要な情報を見直し、再確認し合う。
- ・死亡直前期：病状が時間単位で変化する。死亡時48時間前から死亡確認までの時間帯に相当する。

以下は、全国国民健康保険診療施設協議会による「在宅での看取りに関する手引き」の記述から、在宅看取りに関して患者・家族に提供される支援の内容を要約したものである。家族は重要な観察者でもあるため、特に終末期前期から死亡直前期にわたり、関係者は一貫して家族間との連携を深めておくことが肝要である。

(a) 患者に対する支援（主として訪問看護師）

身体的ケア、精神的ケア、医療処置の3つに振り分けられ、各々下記のような支援が提供される。

■手順書フロー



【出典】長崎県佐世保市在宅医療・介護連携協議会作成在宅療養患者急変時受入手順書

図5 「急変時の対応」手順書

- 【身体的ケア】バイタルサインの確認、療養環境の整備、安寧への配慮、清潔への配慮、栄養・水分の補給、口腔ケア、排泄ケア、身体的苦痛緩和
- 【精神的ケア】コミュニケーション、人権・プライバシーの尊重、安心感の付与
- 【医療処置】医師の指示に基づいた点滴等の処置、

緩和処置

- (b) 家族に対する支援(主として訪問看護師) 精神的苦痛等の相談、身体的・精神的負担への配慮、不安の傾聴、グリーフ・ケア等が含まれる。また、在宅看取りに関わる支援、手続き、対応等は、概ね以下の手順に沿って行われる。

【在宅看取り開始前】

- イ) 介護保険を利用して看取り環境を整備する場合は、ケアマネージャー、場合によっては、地域包括支援センター等が対応する（2-3. 参照）。
- ロ) 在宅医は、死期が迫っていると判断した時点で、ケアマネージャー、訪問看護師等第三者立会いのもと、家族に対して以下を丁寧に説明し、同意を得る。
- ・ いかなる治療でも回復の見込みはなく近い将来死を迎える状態にあるということ
 - ・ 在宅医の代りに代理医師、看護師が看取りを実施する可能性もあるということ
 - ・ 死期が迫る患者への延命処置は患者の苦痛を増長させるため差し控えるということ
 - ・ 臨終立会いは基本的に家族が行うということ
- ハ) 家族のみで臨終に立会う場合には、死期が近づいたときの主な諸症状やケアの方法、呼吸停止後の連絡方法等について、在宅医あるいは訪問看護師が事前に家族に伝える。
- ニ) 家族から同意を得た内容は、診療計画書、看護計画書、ケアプランに各々の責任者が正しく記載する。
- ホ) 24時間対応に備えるため、連絡網、人材確保の体制を整えておく。

【終末期前期】

- イ) 在宅医療チームは、月に1度は会議を開く。
- ロ) 在宅医は診療計画書、訪問看護師は看護計画書、ケアマネージャーはケアプランを各々作成し、その内容を家族に説明し、同意を得る。
- ハ) 在宅医は、診療計画に沿った治療を実施すると同時に、疼痛緩和、点滴等の治療を指示する。
- ニ) 訪問看護師は、患者・家族の精神的苦痛の緩和を行い、また患者のケア法を家族に指導する。

【終末期中期】

- イ) 在宅医療チームは、週に1度、もしくは必要ならば随時会議を開く。
- ロ) 在宅医は、患者・家族に対し、病状進行状況と診療計画の内容を説明し、また疼痛緩和や点滴等の治療内容を再検討する。変更があれば

診療計画書を更新する。

- ハ) 訪問看護師は、患者が抱える精神的苦痛や家族が抱える予期的悲嘆の緩和をはかるほか、ADL（日常生活動作）の全体的な変化の観察、家族への患者ケア法指導を行う。変更があれば、訪問看護師は看護計画書を、ケアマネージャーはケアプランを更新する。

【終末期後期】

- イ) 在宅医療チームは、週に1度、もしくは必要ならば随時会議を開く。
- ロ) 在宅医は、患者・家族に対し、病状進行状況と診療計画の内容を説明し、また看取りの是非を再検討する。変更があれば診療計画書を更新する。
- ハ) 訪問看護師は、患者が抱える精神的苦痛や家族が抱える予期的悲嘆の緩和をはかるほか、バイタルサインの確認を行う。訪問介護職と連携し、早期異常の発見に尽力し、呼吸状態・意識レベル・表情・皮膚状態等を記録する。変更があれば、訪問看護師は看護計画書を、ケアマネージャーはケアプランを更新する。

【終末期死亡直前期】

終末期の死亡直前期に入ると、ひとつに、患者と家族だけの時間を大切にするという理由から、またひとつに、在宅看取りにおいて延命治療や疼痛緩和治療は対象外となるという理由から、基本的に家族だけが患者の臨終に立ち合うこととなる。家族は、患者に死期が近づくときと現れる主な症状、ケアの方法、呼吸停止後の連絡方法（原則として救急車を呼ばない）について、在宅医あるいは訪問看護師から十分に指導を受けておく。一方、死亡直前期に入った時点で、家族が担当医あるいは訪問看護師に臨終への立会いを依頼することもある。その場合には、まず訪問看護師が居宅を訪れ、死亡確認の時点で在宅医、ケアマネージャー等に連絡する。訪問看護師から連絡を受けた在宅医は、居宅到着後は家族に対し、死亡を確認した理由を説明する。家族が患者とかけがえのない時間を過ごせるよう、同席する関係者らは十分に配慮を施す。

2-3. 在宅医療の推進体制

本節では、厚生労働省が在宅医療の推進体制として全国的な普及拡大を展開している地域包括ケアシステム構築の概要を説明し、本システムにおける在宅医療の位置付けについて述べる。

まず、地域包括ケアシステムとは、1980年代広島県御調町（現尾道市）が独自に創出した医療行政・福祉行政・生活支援の連携システムである。わが国では1995年頃から高齢化率が上昇し始め、それに伴って高齢者を包括的に支援するシステムへの期待が高まった。政府は、そこで上述の広島県版地域包括ケアシステムのコンセプトを利用し、住まい・医療・介護・予防・生活支援という5つのサービス群を導入した地域包括ケアシステムを立上げ、2014年頃からは、全国的な普及を目的とするプロジェクトを開始した。この政府版地域包括ケアシステムは、30分以内で往き来できる日常生活圏域の中で、各利用者のニーズに応じたサービス形態が組み立てられ、かつ、入院時・退院時・在宅医療復帰時にかかわらず、それらが途切れることなく包括的に提供される、という考えに基づく^{37), 38)}。

前述したように、在宅医療は「在宅医療・介護連携推進事業」という名のもと、厚生労働省が推進する地域包括ケアシステム構築プロジェクトにおいて重要なポジションを占めるようになってきており、また、各市区町村には地域包括支援センターが設置されている。地域包括支援センターは、高齢者福祉と介護保険サービスの相談・調整・手続きを行う総合窓口であり、これらの業務は、保健師、社会福祉士等が担っている。各自治体内には、厚生労働省の「在宅医療・介護連携推進事業」に基づく在宅医療介護連携相談窓口が設けられているが、その配置方法はさまざまである。例えば京都市の場合、地域包括支援センターは61か所あるが、在宅医療介護連携相談窓口はそれらとは全く異なる場所に8か所設置されている。東京都世田谷区の場合は、地域包括支援センター全28カ所の下に在宅医療介護連携相談窓口が設けられている。また東京都立川市も同様で、センター全6カ所の下に窓口が備えられている^{39), 40), 41), 42)}。

このような中、2007年に高齢化率が23%を超え

る超高齢社会に突入したわが国では、現在もその上昇に歯止めがきかず、団塊の世代が75歳に到達する2025年には高齢化率が30%を超過すると予想されている。厚生労働省は、この「2025年問題」に照準を当て、地域包括ケアシステムの構築を完了させようとしている。厚生労働省が掲げる地域包括ケアシステム構築のコンセプトは、「多職種協働と地域連携」であり、これらは在宅医療の運営に欠かすことのできない要素とされている。たとえば在宅医療では、通常、在宅医、訪問看護師、ケアマネージャー、あるいはその他の介護スタッフらが連携してサービスを提供するが、厚生労働省によれば、この多職種連携のチーム力こそが地域包括ケアシステムの不可欠な原動力である、としている。厚生労働省はまた、この地域包括ケアシステムが期待通りに機能すれば、在宅医療側と介護サービス側の連携が堅固となり、必要時に一体的なサービスを確実に提供でき、その結果、高齢者をはじめとする利用者らを包括的に支えるという地域包括ケアシステムの本来の目的が十分に行使される、としている⁴³⁾。

2-4. 在宅医療の利用および提供の実際

本節では、在宅医療を利用する側、あるいは在宅医療を提供する側として、どのような手続き、あるいは手順をとるべきなのか、これまでに既述した内容に基づき、情報を整理しながら記したい。

1) 在宅医療を利用する側の手続き

①在宅医療は、誰が、どのようなときに利用できるのか（1-2.参照）

- ・通院が困難になったすべての者が対象である。
- ・利用のタイミングは、通院が困難になったとき、あるいは入院医療から在宅医療への移行を希望するとき、等である。

②在宅医療開始前および開始後にすべきこととはなにか

【例：自ら事務手続き等を行うことができない介護認定前の高齢者の家族の場合】

- (a) 担当医（通院先かかりつけ医もしくは入院先主治医）に在宅医療希望の旨を告げ、了承を得る。

- (b) 介護認定を申請する。
- (c) ケアマネージャーを決め、ケアプランを作成してもらう。
- (d) 居宅での在宅医療環境を整備する。(居宅の定義に関しては、1-2.を参照)
- (e) 日常的ケアを実践する。
 - ・入院中の場合は、相談先として、担当医より院内の地域連携室等相談窓口を紹介されることがある。退院前に主治医その他との相談、介護認定(認可まで一定期間要)を済ませ、退院前カンファレンス(2-2.の1)を参照)に参加し、退院後は在宅医療環境が整った居宅にて切れ目ない医療を受けられる体制をつくることが望ましい。
 - ・通院者の場合は、通院先が在宅療養支援診療所/病院であれば、そこを居宅とできるかもしれない。あるいは、最寄りの地域包括支援センター、医師会内在宅医療相談室に相談すると、通常は在宅医の紹介を受けられる。在宅医が決まったら、在宅医とケアマネージャーに在宅医療チームメンバー(訪問看護師、訪問薬剤師、理学療法士、ヘルパー、訪問管理栄養士、訪問歯科医等々)の決定を一任する。
 - ・可能であれば、ケアマネージャー主催のサービス担当者会議に参加し、在宅医療関係者間の情報共有の輪に入れてもらう。
 - ・家族が実施できる日常的なケアとしては、医療系(痰吸引、排泄処理、経管栄養管理)、介護系(食事、入浴、排泄の介護)等が挙げられる。

2) 在宅医療を運用する側の手続き

ア) 在宅医の場合^{44), 45)}

- ①訪問診療: 患者・家族から同意を得た診療計画書に基づき、計画的かつ定期的に患者の居宅を訪れ、診察を行う。
- ②往診: 予定の訪問日でなくても、患者の容態変化時等、患者・家族の求めがあれば、その都度居宅に赴き診療を行う。
- ③在宅医療チームのメンバーと常に情報共有をはかる。可能であればケアマネージャー主催の

サービス担当者会議に参加する。

④家族の心のケアを行う。

- ・在宅医の診察の範囲は、基礎疾患や生活習慣病を始め、あらゆる疾患を含む。検査、治療等についても、居宅で可能なものはほぼ実施し、適用外の項目は専門医と連携して行う。患者のQOL(生活の質: Quality of Life)の改善も訪問診療の一環である。
- ・症状安定期における訪問頻度は、概ね月に1度(数十分程度)だが、状況次第で回数が増えることが多い。変更があった場合は、頻度も含め、すべて計画書に記載し、家族の同意を得たうえで他のメンバーとも情報を共有する。
- ・24時間体制が確立していることが望ましい。

イ) 訪問看護師の場合⁴⁵⁾

①在宅医からの指示に沿って作成した看護計画書に基づき、定期的に患者の居宅を訪れ、看護ケアを提供する。通常1回のケア時間は30分~1時間程度である。

②在宅医療チームの連絡役としては要であり、かつ常時メンバーとの情報共有をはかる。

③家族の心のケアを行う。

- ・通常は24時間体制をとっており、患者・家族からの緊急時の連絡は初期的に訪問看護師に入ることが多い。また、在宅医に往診の依頼が入った場合でも、初期的に訪問看護師が駆けつけることが多い。

・訪問看護師の居宅訪問時の主な業務には次のような項目が含まれる:

療養(食事や入浴)の世話・血圧測定・リハビリ・使用中の医療機器の点検・床ずれの予防と処置・口腔ケア・患者の心のケア・末期がんの終末期ケア、認知症ケア等々

・在宅医療チームメンバーと常に情報共有をはかる。ケアマネージャー主催のサービス担当者会議に出席する。

・その他、家族が日常的に行う医療的ケア、看護的ケアに対し、助言を与える。

ウ) ケアマネージャーの場合^{45), 46)}

①要介護認定を受けた患者にサービスを提供する。(要支援認定患者はサービスの対象にならない)

い。)

- ②ケアプランを作成し、患者・家族の同意を得たうえで、それに基づいたサービスを提供する。プランに変更があれば速やかに変更し、他のメンバーにも通知する。
- ③サービス担当者会議を主催する。
- ④在宅医療チームメンバーの全員と情報共有をはかるのはもちろんのこと、理学療法士やヘルパー等介護系スタッフが含まれる場合は、彼らのサービスの管理・調整も行う。
 - ・ケアマネージャーが作成するケアプランに関わる業務で最も重要なのはアセスメントである。被保険者としての利用者の情報、認定情報、利用サービス情報はもちろんのこと、生活状況・自立度・主訴等についてもきめ細やかなアセスメントを行い、ケアプランに反映させなければならない。
 - ・サービス担当者会議は、ケアマネージャーが主催者となり、概ね月に1度は開催される。患者・家族の生活状況、あるいは生活のニーズに関する情報を共有化することがこの会議の第1の目的であり、また、患者・家族の意向やサービス内容のすり合わせ、ケアプランの確認や変更、相互の役割分担の確認を行う場でもある。

3. 在宅医療の課題と提言

本章では、前章で抽出した課題のうち典型的なものをとりあげ、ペイシェント・セントリシティへの配慮という側面から検討を加える。また、その結果を踏まえ、提言を行う。

3-1. 在宅医療の課題

患者の視点に立った医療の中核を成すのは、ペイシェント・セントリシティ（患者中心性）であり、この概念は、日本では（看護情報学の専門家によって）「患者（家族）の尊厳が考慮され、患者がタイムリーに情報を受け取れること、患者（家族）は任意に意思決定に参加できること、患者・家族・医療者が協働すること、医療の内容を必要に応じて見直すこと」と意義付けられている⁴⁷⁾。ペイシェント・セントリシティへの配慮は、

在宅医療の現場においても当然優先されなければならないのだが、本研究で抽出された課題を概観したところ、この概念が軽視され、明らかに在宅医療の利用者である患者・家族が不利益を被っている、という事例が多々含まれていた。以下、わが国の在宅医療が抱える課題のうち典型的なものを3つとりあげ、検討を加える。

1) 在宅医療の知識・手順の標準化、基本理念・原則の共有化の遅延

在宅医療の知識・手順の標準化、基本理念・原則の共有化については、関係学会や行政諸機関、あるいは医師会等が進めているが、現時点では、エビデンスの蓄積が十分ではない等の理由から作業が滞っている。このため、在宅医療チーム内で共用されるべき標準的手法・知識が未確立のまま在宅医療が実施されているわけだが、これが原因で訪問先の患者に不利益を与えてしまったのではないか、と思われる救急専門医の報告があり、その要約を以下に示す⁷⁾。

在宅医療には、「基本的には居宅内で看取る」という一応の共通認識があるが、在宅医の中には「あくまでも全手順を居宅内で完結すべき」との考えをかたくなに曲げない医師もいる。このことの弊害として、訪問先の慢性期患者が急性期状態に入ったとき、当医師がその信念を貫いて救急医療に託さなかったため、予期せぬ理由で患者が死亡する、というケースがあった⁷⁾。

この報告が示唆することを分析すると、以下のような問題点が抽出された。ひとつは、この在宅医は、自らの方針をかたくなに貫く前に、まずペイシェント・セントリシティを優先して冷静に医学的判断を行い、その結果に基づき、救急医療にこの患者を託すか、あるいは在宅で完結するかを決めるべきではなかったか、ということである。また、もし上述の一応の共通認識が、学会や行政諸機関、医師会等の間で再検討され、せめて「急性期患者の場合はこの限りではない」という例外条件が確立し、これを含む最新の情報が学会等を介して確実に関係者らにアナウンスされていたならば、この在宅医はもっと柔軟に対応できていたかもしれない。ただし、在宅医療を担う医師のな

かには、「医師1人体制」の診療所を拠点とし、一般外来診療と在宅医療を兼務する者もいる。この場合、(在宅療養支援診療所／病院の医師らとは異なり)他の在宅医との連携は容易ではないだろうし、在宅医療の手法や知識に関する情報交換もままならないと推測される。

この点も含め、在宅医療関連諸団体、行政機関、医師会には、在宅医療の知識や定義・基本理念・方法の共有化を速やかに遂行し、かつ、これらの情報がすべての在宅医療者に迅速にかつ確実に伝わるような体制の整備、普及啓発の促進を期待する。

2) 在宅死の希望者数が多いのに病院死の割合が高いという現実

2021年3月に日本財団が示した「人生の最期の迎え方に関する全国調査」(2-1.の2)参照)では、対象者の約60%が自宅での最期を希望すると回答した²⁴⁾。しかしながら、2022年9月厚生労働省が示したデータでは、2021年の総死者数の65.9%が病院で死亡した、とある⁴⁸⁾。これらの数字は、在宅死の希望者が必ずしも自宅で最期を迎えるとは限らない、ということを示している。

このような矛盾が生じた主な理由としては、以下の2つが挙げられており、これらについて検討を加える。

- (a) 在宅死を希望すれば家族に大きな負担がかかると思込み、それを家族に伝えられない患者が多い⁴⁸⁾。
- (b) 患者が終末期に入ると気が動転する家族は多い。急性期性の容態変化ではないにもかかわらず家族があわてて救急車を要請し、その結果、在宅死を希望していた患者が病院で最期を迎える、という事態が起こる⁷⁾。

まず(a)については、「在宅医療の看取りを選択した場合、医療者・介護者の連携的支援により家族の負担が軽減される」という正しい情報が広く社会に周知されなければならない。2-2.の4)で記したように、本来、在宅医療の看取りでは終末期のあらゆる段階で在宅医療チームのメ

ンバーがケアにあたるため、家族が24時間患者に付き添って看護する、ということにはならないはずである。患者が自分らしい最期を自宅で迎えたいと希望するならば、その時点で、これを遠慮なく家族に伝えられる環境が既に出来上がっているのが理想である。この意味からも、在宅医療に関する基本理念や知識の普及啓発の取組みは必須であるが、同時に、在宅医療を推進する政府等の施政者は、単に計画立案を実行に移すだけでなく、「『在宅看取りを希望したいが家族に迷惑をかけたくないからあきらめよう』との思いを患者に抱かせないようにするにはどのような環境創りが必要なのか」等、ペイシェント・セントリシティに配慮した、すなわち、患者の身に置き換えて立案した施策を講じるべきである。

(b)の場合、在宅医療チームのメンバーと家族間に強い連携があれば、この事態の回避は可能と思われる。そのためにも、在宅医療チームのメンバーが日頃から患者・家族らと話し合いの場をもち、かつ、患者・家族の視点に立った精神的支援を提供し、彼らとの信頼関係を確立しておく必要がある。そのなかで、(在宅医療チームのメンバー不在時に)患者の容態が急変した場合の対処法を前もって家族に丁寧に説明し、家族からの要請があり次第メンバーが居宅に駆けつける、という体制を整えておく。こうすることで、家族は患者の急な容態変化にもあわてずに対応することができ、自宅で最期を迎えたいという患者の希望も十分に叶えられるはずである。

以上、(a)と(b)について個々に対応策を記したが、次に、(a)と(b)のいずれにも適用しうる対応策として、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Plan: ACP)を紹介する。ACPは、1990年代の米国において、意思決定支援法の必要性が議論されるなかで生まれた概念であり、患者本人と家族、かかりつけ医、訪問看護師、ケアチームのメンバー等々が患者の将来的な変化を見据えた医療やケアの方針を話し合うプロセスである。ACPについては、その効用として、患者の自己制御感が高まる、安らかな在宅死を実現できる、患者の意向に寄り添ったケアが可能になる、患者・家族の満足度が向上し不安や抑うつ

が軽減する、等が報告されている。一方、ACP それ自体が患者・家族の苦痛となる（すなわち、無危害の原則に反する）可能性もあり、あらゆる人に適用できるわけではないこと、健康状態・生活状況に応じて繰り返し実施し、かつ、その都度アウトカムを更新する必要があるため手間と時間がかかること、等がデメリットとして挙げられている。ACPのスタートのタイミングは、慢性疾患をもつ患者が安定期に在宅医療を開始した時期、あるいは人生の最終段階が思い浮かぶようになった時期が良い、とされている^{49),50)}。

ACPの実施において昨今重要視されているのがQOD（Quality of Death）という概念である。理想的な死、死の質を意味し、延命治療をどこまで続けるか、終末期をどう過ごすかは患者本人の意思を尊重すべきとする考え方である。ACP誕生以前の米国では、事前指示書（Advance Directive：AD）が有効とされていたが、形式的な書類を作成しただけでは患者本人の価値観の理解、共有にはつながらない、という見解が優勢となり、それに代わるものとしてACPが活用されるようになった。わが国では2018年、厚生労働省がACPに「人生会議」との和名を付け、省のホームページに「『人生会議』してみませんか」というサイトを設け、一般市民への普及啓発に努めている。同省はまた、人生の最終段階を迎えた患者・家族と医療チームあるいはケアチームが、最善の医療・ケアを作り上げるための合意形成のプロセスを示すものとして、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を策定、公表している。ACPの実施に関しては、（イ）患者の健康状態や生活状況に応じて医療ケアの目標を再考すること、（ロ）患者の健康状態、生活状況の変化に応じて繰り返し実施し、その都度アウトカムを更新すること、（ハ）患者が自らの価値観に基づいて意思決定できるように支援し、かつ、ACPの参加者全員でそれを共有すること、（ニ）死期が迫り、患者本人の意思決定が難しくなったときのために代理決定者を事前に決めておくこと、等の重要性が強調されている⁴⁹⁾。

ACPは、既述のとおり、前掲（a）、（b）の

いずれにも適用可能である。例えば、（a）にこれを適用した場合、もし患者の性格や病状にふさわしいタイミングでACPが開始されれば、上述のACPの効用との相乗効果で、患者にとって良い結果、すなわち、「在宅看取りを希望したら家族に迷惑がかかるのではないかと患者に思わせない環境の創出を期待できるかもしれない。このため、政府は、厚生労働省のホームページに設置している専用サイトのみならず、高齢者にもっとフレンドリーな手段（テレビ、ラジオ、新聞等）を最大限有効活用して、ACPという手法の周知に尽力すべきである。

3）「2025年問題」、「COVID-19感染拡大」への政府の対応においてペイシェント・セントリシティが十分考慮されているのか、という懸念

厚生労働省は、かねてより推進中の地域包括ケアシステム構築プロジェクトにおいて「2025年問題」への対応を最優先にしているようだが、急ごしらえの医療体制下で、はたしてペイシェント・セントリシティへの配慮は十分になされるのだろうか。また、COVID-19感染拡大による医療逼迫が進むなか、主な課題として顕在化してきたのが病床数の問題である。政府は、これを改善するための方策として在宅医療を全力で推し進めようとしているが、病床数の調整を図るため体制の整っていない在宅医療に依存しようとする政府の姿勢に疑問の声があがっている。

以下、これら2つの課題について、個々に検討する。

ア）「2025年問題」への政府の対応⁵¹⁾

2025年、団塊の世代に属する約800万人が後期高齢者となり、わが国は超高齢化社会に突入する。こうして高齢者人口がさらに増えれば、年金等の社会保障給付額が急増し、おのずと国の財源が圧迫される。一方、高齢化の上昇と並行して現役世代の人口が減少する中、社会保障給付額の増分をこの世代が負担せざるをえない、という問題もある。この「2025年問題」に対処するため、厚生労働省は、かねてより推進中の地域包括ケアシステム構築の完了を（2025年をめぐりに）目指しているが、本システムの構築、その中核プロジェクト、「在

宅医療・介護連携推進事業」の運営において、以下①から④のような問題点が指摘されている。

- ①地域包括ケアシステム、およびその中核プロジェクトである「在宅医療・介護連携推進事業」の認知度が低い：本事業の主たる対象である高齢者・家族はもちろんのこと、医療機関や介護事業所、地域住民に理解を求めることが重要となる。
- ②サービスの地域格差が著しい：地域包括ケアシステム構築で問題視されるのは、財源や人的資源の質および量の地域格差である。この問題は、地域包括ケアシステムの提供サービスの質および量にも影響し、一部の地域で充実したサービスが受けられない、サービスの質が高い自治体に人材が流出する、等の事態を招きかねない。
- ③医療職・介護職間の連携が形成されていない：「在宅医療・介護連携推進事業」を順調に推進するには、地域の医療・介護の関係機関が連携して普及啓発活動を行い、在宅医療・在宅介護のサービスをより一層拡充させていかなければならないのだが、医療分野と介護分野にはメンタルバリアという、目には見えない障壁があり、本事業における両者間の連携を阻んでいる。行政はこの事実を知りながら、何の対応策もとっていない。
- ④「在宅医療・介護連携推進事業」に組まれた諸活動の運営が行き詰っている：参加者、支援者、スタッフの確保や連携が容易ではないこと、在宅医療普及を目的としたシミュレーション実施の困難性、認知症への正しい理解・対応方法の周知困難性、等々が挙げられている。

「2025年問題」に対処すべく2025年をめどに地域包括ケアシステム構築を完了する、というのが政府の本来の目的であったはずだが、認知度・地域格差・医療職と介護職間の連携・運営等々、根幹に関わる問題が噴出している以上、本システムのインフラは、やはり急ごしらえで作られたものであった、と思わざるをえない。地域包括ケアシステムの「在宅医療・介護連携推進事業」は、地域連携下で在宅医療を支える医療体制であり、問題が解決されない限り、本医療におけるペイシェ

ント・セントリシティへの配慮は期待できないと思われる。そこで、上述の問題点を以下のように括り、対応策を検討した。

- ・地域包括ケアシステム、「在宅医療・介護連携推進事業」の認知度が低く、運営が停滞している：個々の目的、担い手の役割を明確化し、地域全体で地域包括ケアシステムの構築、推進が完了するよう連携を図る。
- ・サービスの地域格差が著しい：遅れをとっている地域では、NPO、企業、ボランティア等からも人的リソースを確保し、連携を図る。
- ・医療職・介護職間の連携が困難：両者間のメンタルバリア、すなわち固定観念が連携を妨害しているということだが、ペイシェント・セントリシティへの配慮を優先すべき職務に就く以上、これを理由に連携に消極的になるのは論外である。両者とも職業人としての基本に立ち戻り、相互理解を得られるよう努力することが先決である。なぜならば、メンタルバリアの存在は、医療サービスを受ける患者・家族には何ら関係のない話であり、かつ、医療職・介護職間の連携がなければ在宅医療は成立しないからである。一方、行政もこの事実を把握しておきながら放置している、という点に大きな疑問を感じる。在宅医療に直接関与しない施政者も、立案に関わる当事者として両者間の連携改善に尽力すべきである。

イ) COVID-19感染拡大への対応^{52), 53)}

2019年12月に中国武漢市で発生し、以後世界中を席捲したCOVID-19感染拡大下における政府の対応についても課題がいくつか指摘されており、在宅医療に関しては、①および②のような意見がある。

- ① COVID-19感染拡大以前、政府は医療費削減のため病床数の削減に動いていたが、感染拡大の傾向が著しくなった2021年8月、「病床確保」へと方針を転換し、かつ「重症あるいは重症化リスクの高い感染者以外は自宅療養を基本とする」というCOVID-19基本的対処方針を打ち出した。これにより、在宅医療の領域では、訪問診療に従事してきた在宅医が感染者の自宅療養支援に奔走するようになり、また、非

コロナ患者を含め、多くのひとが在宅医療への受療を希望するようになった。その一方、体制が未整備で、かつ周知啓発が進んでいない在宅医療に依存しようとする動向に大きな懸念が示されている。

- ②2020年6月に実施された在宅医療・看護に関する調査結果によれば、COVID-19感染拡大下、在宅医療・看護サービス関連企業が相次いで廃業し、業界全体が事業継続の困難さを訴えるようになった。にもかかわらず、国や地方自治体は、(病院医療崩壊を避ける努力は払っているもの)在宅医療・看護サービスに関しては十分な対応を行っておらず、このような差別的対応が続く限り、在宅医療崩壊の可能性も否めない。

COVID-19感染拡大以前は医療費削減を目論んで病床数削減に動き、病床数が不足してきたら今度は未整備の在宅医療に依存する、といった政府の方策には、患者の目線に立った医療、すなわちペイシエント・セントリシティに基づいた医療を提供しようという姿勢がみられない。2015年以来、政府は医療と介護の連携に基づく医療体制の整備をスローガンに掲げており、上記②のような問題は決して起こりえないはずである。ましてや、国民の生命の維持、健康の回復・増進を図るための医療の場において、政府が差別的対応をするなど元来あってはならないことである。政府が今行うべきことは、COVID-19感染拡大対策と在宅医療を天秤にかけるような施策を改め、COVID-19感染拡大対策を担う病院医療と在宅医療を明確に切り分け、完全に独立した施策体系で各々のインフラを強固にし、政策の展開を図ることである。そのうえで、ペイシエント・セントリシティを優先し、感染者の自宅療養支援、病床数の調整等、在宅医療側と病院医療側が相互に融通できる項目を提示し、連携し合う、という方策が妥当ではないだろうか。

3-2. 提言

前節までの記述において我が国の在宅医療が抱える課題をいくつか取り上げ検討を加えたが、そ

の過程で特に大きな懸念を感じたのが、医療職・介護職間の『メンタルバリア』と両者間の連携の危うさである。

医療職・介護職間の連携は、厚生労働省主導で発足した地域包括ケアシステム構築プロジェクトの中核として、2015年に始まった「在宅医療・介護連携推進事業」に端を発する。地域包括ケアシステムのコンセプトは、「多職種協働と地域連携」であり、在宅医療では、通常、在宅医、訪問看護師、ケアマネージャー、あるいはその他の介護スタッフらが連携してサービスを提供する。この多職種連携が地域包括ケアシステムの原動力であり、本システムが順調に機能すれば、在宅医療・介護連携に拍車がかかり、必要時に一体的なサービスを確実に提供でき、地域包括ケアシステムの本来の目的が十分に行きわたる、という仕組みになっている。ただし、本システム構築の完了時期は、前述のとおり「2025年問題」に照準を合わせており、現時点では医療職・介護職間の連携促進を地域包括ケアシステムの稼働に頼ることはできない。

医療職・介護職間の連携は、在宅医療を成立させる上で不可欠な要素である。COVID-19の流行を背景に在宅医療が社会の注目を集めている昨今、医療職・介護職間の連携はますます重要となってきた。医療職と介護職間には、しかしながら、前節でも述べたようなメンタルバリアが存在し、これが両者間の円滑な連携を妨げているということが明らかとなった。

本節では、医療職・介護職間に存在するメンタルバリアの実体を解明し、在宅医療を成立させるのに不可欠な医療職・介護職間の連携を確実なものにするにはどうすればよいか検討し、提言を行う。なお、この問題の検討にあたり、アンケート調査「在宅医療と介護の連携推進に関する実態調査」(2017年実施、回答者は、ケアマネージャー538人、医師67人、看護師68人、医療事務者38人、薬剤師35人、医療施設経営者94人)の結果を参考にした⁵⁴⁾。

【在宅医療と介護の連携推進に関する実態調査】

- ・実施者：ケアマネドットコム
- ・回答者：ケアマネージャー538人、医師67人、

看護師68人、医療事務者38人、薬剤師35人、
医療施設経営者94人

〈アンケートの問いと結果（抜粋）〉

- ①医療職・介護職間の連携を進める上でボトルネックと感じているものは何か：
ケアマネジャー：医療者によって連携の取り易さに差異があること（最多、23%）
医療者：介護職の専門性を十分に理解していないこと（最多、57%）
- ②医療職・介護職間の連携において最も連携をとりにくい相手は誰か：
ケアマネジャー：医師（最多、74%）
医療職側：ケアマネジャー（最多、23%）
- ③医療職・介護職間の連携を進める上で、どちら側からの支援を期待するか：
ケアマネジャー：医療者から（最多、51%）
医療者側：医療者から（最多、31%）
- ④医療職・介護職間の連携において、もっと活躍すべき職種は何か：
ケアマネジャー：医療者（最多、40%）
医療者側：ケアマネジャー（最多、49%）
- ⑤医療職・介護職間の連携を進める上で行政からの支援は十分にあるか：
ケアマネジャー：ない（最多、41%）
医療職側：ない（最多、65%）

まず、アンケートの問①～③の結果は、先に示した医療職・介護職間のメンタルバリアの存在を裏付ける内容となっていた。すなわち、両者の間には、メンタルバリアを介して深い溝が確かに存在しており、今後、連携を目指して相互に努力したとしても、理想の状態に近づくまでにはかなりの時間を要するのではないかと、思われた。

次に、アンケート調査の結果をさらに検討してみることにする：

- ①両者間の連携を妨げるボトルネックとして、ケアマネジャーらは「すべての医療者とは言わないが、連携をとるのが容易でない医療者がいる」とし、医療者らは「介護職の専門性を十分に理解できていないこと」を挙げている。この問いに対する両者の回答から、「ケアマネジャーが連携を求めても快く応じない医療者が

いる」ということは確かであり、かつ、「介護職の職務を理解できていない」ということは、すなわち、医療者側から（連携を求めて）ケアマネジャーに歩み寄る姿勢をもたないからではないか、という印象を受けた。

- ②連携をとりにくい相手として、ケアマネジャーらは、「医療者」を指定し、自由回答欄にその理由として「近寄りたくない」、「怖い」、「アポをもらいにくい」等と付していた。一方医療者らは「ケアマネジャーが最も連携をとりにくい」とし、自由回答欄にその理由として、「接点がありませんので何をしているのかよくわからない」、「ケアマネジャーは知識が乏しく明確に状況を説明できない」等と書き込んでいた。これらの結果だけから真実を把握することは難しいが、両者の力関係が“医療者>ケアマネジャー”であることは読み取れた。ケアマネジャーらによる「(医療者が)怖い」、「(医療者には)近寄りたくない」、「(医療者からは)アポをもらいにくい」等の書き込みについては、真偽のほどは明らかではないが、これらを読み限り一種のパワハラを感じざるを得なかった。医療者による「ケアマネジャーは知識が乏しく明確に状況を説明できない」との書き込みについては、ケアマネジャーらに対する医療者からの善意ある忠言と理解し、ケアマネジャーらにはさらなる専門性を身に付け、両者間の連携をよりよいものとするよう努力してほしい、と感じた。
- ③医療職・介護職間の連携の際、支援を受け取りたい職種について、ケアマネジャーらも医療者らも、共に「医療者からの支援を期待する」と答えている。すなわち、医療者らは介護者からの支援を期待していない、と示したわけである。②で示された「ケアマネジャーは知識が乏しく明確に状況を説明できない」という医療者の書き込みにも通ずる点があるのかもしれないが、両者間の連携実現のためには、医療者側からも介護職側に少しでも歩み寄る姿勢をみせてほしい、と感じた。
- ④両者間の連携促進のために今後活躍すべき職種として、ケアマネジャーらは「医師」と答え、

自由回答欄に「医療・介護連の要は医師であるから」と付していた。医療者らは「ケアマネジャー」と答え、自由回答欄に「今後一番必要な職種だから」、「利用者にも最も身近な存在だから」と付していた。すなわち、介護職側は医療者に尊敬の念を示し、医療者側もまた介護職側を高く評価していることが読み取れた。この間に対する医療者側の回答を見る限り、今後の両者間の連携に期待がもてそうな気がする。しかしながら、これらはあくまでも将来的な視方であり、参考にはなるが現実的ではない、と思われた。

- ⑤行政は、現時点で医療者・介護者間の連携に何ら支援を提供していない、ということがわかり、両者間のメンタルバリアの存在を知りながら何の策も講じていない、という、前述の行政の姿勢とも一致した。

現在政府が推進している「地域包括ケアシステム」の中核にあるのは、「在宅医療・介護連携推進事業」である。そして、その中心にあるのが「医療者とケアマネジャー間の連携」である。すなわち、医療職と介護職両者の連携がなければ、政府が推進するところの「在宅医療・介護連携推進事業」下での在宅医療は成立しない、ということになる。ところが、前出のアンケート調査において、医療者とケアマネジャー間の連携にメンタルバリアというものが存在し、円滑に連携が進んでいないこと、またこれらの課題を含み、事業全体を監視するはずの行政が何ら対策を講じていなかったことが明らかとなった。

在宅医療は、COVID-19感染拡大、歯止めのない高齢化率の上昇、「2025年問題」等、多くの社会現象に影響され、社会の注目を集め始めている。同時に、COVID-19感染拡大に伴って感染者用ベッドを確保するため、あるいは、超高齢化社会に対処することを目的とした医療費節減のため、政府が在宅医療を推進する姿勢を見せ始めた頃から、「人生の最期を自宅で迎えたい」、あるいは「外来医療から在宅医療へ切り替えたい」と希望する国民の数が急上昇した。このような状況下、在宅医療は、既に第三の医療と呼ばれるまでになっており、しっかりとした在宅医療のイン

フラ整備の実現は避けられない状態にある。

ここで、在宅医療・介護職間の円滑な連携はいかにすれば促進できるか、という課題に戻り、提言を行う。

在宅医療の主体は、他の医療形態と同様、疾患に苦しむ患者、そして患者を見守る家族である。そしてまた、他の医療形態と同様、患者に医療や介護を施す際に最優先されなければならないのがペイシエント・セントリシティ（患者中心性）の概念であり、これは、医療、介護、行政の全てに属する者が守らなければならない絶対的なルールである。よって、在宅医療がわが国の医療を左右する時期が迫っているかもしれない昨今、（前出のアンケートの回答のように）介護職が医療者について「怖い」、「近寄りがたい」等と愚痴をこぼしている余裕などなく、医療者と向き合うときは、ひとりのプロフェッショナルとして襟を正し、勇気をもって医療者のドアをたたきべきである。また医療者側も、ケアマネジャーに対し「何をしているのかわかりにくい」等の不満を持つ前に、彼らと膝を突き合わせ、話し合い、不明な点を明らかにし、在宅医療を受ける患者・家族への医療提供に全力投球すべきである。毅然とした態度で相互に連携を要請すれば、相手の態度も変化するかもしれない。それでも状況が変わらない場合は、両者間のメンタルバリアを取り除く方策を考えるとよい。例えば、医療メデイエーションという方策は、一般に患者・医療者間のトラブルを解決する医療問題解決型コミュニケーション法のひとつである。多職種連携が進んでいる米国でも医療現場における異職種間のトラブルは多いが、その解決法のひとつとして医療メデイエーションが利用され、有効性が報告されている。日本ではまだその報告はないが、日本医療メデイエーター協会では、多職種連携の現場におけるトラブルの解決策として医療メデイエーションを推奨している⁵⁵⁾。

一方、医療職・介護職の連携の妨げとなるようなメンタルバリアの存在を知りつつ、行政側が何も対策を講じなかった、というのは大きな問題である。先にも述べたように、在宅医療を重要な医療政策のひとつとして前面に押し出しているのは行政である。そしてまた、その政策実現のため、

地域包括ケアシステム構築推進の中核に「在宅医療・介護連携推進事業」を据え付け、両者に対し、何の支援も施さないまま連携を課しているのも行政である。この大きな医療プロジェクトの責任は明らかに行政側にあるのだから、プロジェクトの原動力である医療職・介護職間の連携を支援する責任も行政にあるといえよう。たとえ非医療者であっても、医療プロジェクトを率いる立場にあるのだから、行政側がこれに関わる施策立案・実行に先立ち、ペイシェント・セントリシティへの配慮を行うのは当然である。医療職・介護職間の連携の立ち遅れの原因がメンタルバリアの存在であるならば、それを取り除き、患者・家族が満足した在宅医療を受けられるように両者間の連携を促進することが、すなわちペイシェント・セントリシティに配慮した方策となる。「連携推進を目的とした行政の支援を何ら受け取っていない」という医療職・介護職からの訴えを重く受け取り、まずは行政という立場で、それらを至急取り除くよう尽力すべきであろう。例えば、行政自らが在宅医療・介護連携推進事業に携わる医療職・介護職に対してアンケート調査を行い、その結果に基づき、両者の関係性を改善するための第三者機関を立ち上げる、等のアクションは少なくともすぐに起こせるはずである。

本節では、医療職・介護職間の連携における困難性について、ペイシェント・セントリシティへの配慮を優先させうえて、いかにしてこれを解決できるか検討し、提言を行った。

結語

2015年、厚生労働省は「キュア中心からケア中心の医療へ」という保健医療概念の転換を掲げた。在宅医療は、疾病治療だけではなく保健や福祉を視野に入れ、家族の生活、地域との関わり合いをも包含した医療であり、「ケア中心の医療」という新しい概念に最も適した医療形態といえる。また COVID-19感染拡大を背景に多くの一般市民が在宅医療に関心を寄せつつあるなか、本医療は今後のわが国の医療を左右する重要なファクタとなるであろう。その一方、本医療の普及に不可欠なインフラ整備の遅延、医療職・介護職間の連携体

制の不備等、在宅医療の普及を妨げる問題も多い。高齢化率の上昇に歯止めがきかない昨今、これらの課題が迅速に解決され、在宅医療の円滑な運営のためのしっかりとしたインフラ造りが実現することを願うばかりである。在宅医療の実施においては、患者・家族と在宅医療チーム間とのコミュニケーション、倫理的配慮の検討も非常に重要である。今後の在宅医療研究では、これら2つも検討項目に加えたいと思う。

謝辞

本論文執筆にあたり、貴重なご助言を賜りました本学現代社会学部教授霜田求先生に心より感謝申し上げます。

〈注〉

- 1) 厚生労働省 (2000)
- 2) 新村 (2000: 304-306)
- 3) 厚生労働統計協会 (2016: 50-54)
- 4) 藤木 (2019: 426-439)
- 5) 福島 (2022)
- 6) 土田 (2005)
- 7) 小豆沢 (2021)
- 8) 齋藤 (2019: 53-69)
- 9) 中島他 (2021)
- 10) 蘆野 (2020: 159-163)
- 11) 向井 (2003)
- 12) 柏木他 (1982: 1137-1143)
- 13) 平原 (2015: 10-13)
- 14) 岡村 (1999)
- 15) 内閣府 (2020)
- 16) 地域包括ケア研究会 (2013)
- 17) 標準化・共有化作業は、日本在宅ケアアライアンス、日本公衆衛生協会が個々に行っている。日本在宅ケアアライアンスでは、「基本文書2(令和元年版)」にて標準化の方向性などを示している。
- 18) 厚生労働省 (2021)
- 19) 和田 (2004)
- 20) 太田 (2013)
- 21) 石垣他 (2022: 75-106)
- 22) 川越 (2018)
- 23) 野中 (2010: 28-32)
- 24) 厚生労働省 (2020: 7)
- 25) 日本財団 (2021)
- 26) 厚生労働省 (2022)

- 27) 厚生労働省 (2017)
- 28) 全国国民健康保険診療施設協議会 (2012)
- 29) 熊本県 (2015)
- 30) 厚生労働省 (2021)
- 31) 鹿児島県 (2018)
- 32) 障害や難病を持つ患者で介護者の事情により一時的に在宅介護が困難となった場合に短期間入院すること (独立行政法人国立病院機構七尾病院ウェブサイト参照)
- 33) 厚生労働省 (2022)
- 34) 佐世保市在宅医療連携協議会 (2018)
- 35) 富山県在宅医療支援センター (2020)
- 36) 全国国民健康保険診療施設協議会 (2013)
- 37) 全国国民健康保険診療施設協議会
- 38) 公益財団法人長寿科学振興財団健康長寿ネット (2019)
- 39) 川端 (2003: 4-15)
- 40) 京都市情報館 (2022)
- 41) 東京都 (2022)
- 42) 立川市 (2022)
- 43) 松村 (2014: 7-11)
- 44) 黒岩 (2010: 6-8)
- 45) 石垣他 (2022: 75-106)
- 46) 徳之島町 (2019)
- 47) 吉村 (2020: 181-187)
- 48) NHK (2022)
- 49) 在宅における看取りの推進に関する調査研究事業検討委員会 (2020)
- 50) 厚生労働省 (2019)
- 51) 三菱電機 IT ソリューションズ (2020)
- 52) 林他 (2021)
- 53) 横田 (2021: 5-7)
- 54) エスエムエス (2017)
- 55) 吉村 (2017: 73-83)
- 〈引用文献〉**
- 蘆野吉和 (2020) 「在宅医療の最新概念」『医学のあゆみ』 275 (2)
- 小豆畑丈夫 (2021) 「在宅医療の真実」光文社
- 石垣他 (2022) 「在宅医療を始める前の基礎知識」『週刊朝日 MOOK 在宅医療ガイド』朝日新聞出版
- エス・エム・エス (2017) 「ケアマネは『医師』、医療関係者は『ケアマネ』が最も連携をとりにくいと回答～【ケアマネドットコム・CBnews 共同調査】在宅医療と介護の連携推進に関する実態調査～」
<https://prtimes.jp/main/html/rd/p/000000111.000013298.html> (2022年11月15日閲覧)
- NHK 「自宅で亡くなる人の割合増加 長引くコロナ禍影響か」
https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/medical/detail/detail_284.html (2022年10月10日閲覧)
- 太田秀樹 (2013) 「在宅医療の実践者の立場から」『日本臨床倫理学会ウェブサイト』
https://square.umin.ac.jp/j-ethics/gaiyo_4_3.htm (2022年10月1日閲覧)
- 岡村昭彦 (1999) 「ホスピスへの遠い道—現代ホスピスのバックグラウンドを知るために」春秋社
- 鹿児島県ウェブサイト (2018)
「出水保健医療圏在宅医療における連携体制基準 (機関ごと基準)」
https://www.pref.kagoshima.jp/am03/documents/71183_20190329103620-1.pdf (2022年9月9日閲覧)
- 柏木哲夫他 (1982) 「ホスピスを目指す淀川キリスト教病院の10年」『看護学雑誌』 46 (10)
- 川越雅弘 (2008) 「我が国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究 Spring』 16
- 川越正平 (2018) 「在宅医療のバイブル—家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3領域からアプローチする—」日本医事新報社
- 京都市情報館ウェブサイト (2022)
「京都市地域包括支援センター」
<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000214261.html> (2022年10月1日閲覧)
- 「京都市在宅医療・介護連携支援センター」
<https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/page/0000266394.html> (2022年10月1日閲覧)
- 熊本県ウェブサイト (2015)
「水保・芦北地区在宅医療連携体制検討会 退院支援マニュアル」
<https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/attachment/63338.pdf> (2022年8月8日閲覧)
- 黒岩卓夫 (2010) 「ある在宅医の1日」『日本医師会雑誌』 139 (1)
- 公益財団法人長寿科学振興財団ウェブサイト (2019)
「地域包括ケアシステムとは」
<https://www.tyojuu.or.jp/net/kaigo-seido/chiiki-shien/chiikihokatsukeashisutemu.html> (2022年9月2日閲覧)
- 厚生労働省 (2000) 「新しい高齢者像を求めて—21世紀の高齢社会を迎えるにあたって—」『平成12年版厚生白書の概要』
- 厚生労働省ウェブサイト (2013) 地域包括ケア研究会
「地域包括ケアシステムの構築における【今後の検討のための論点整理】 概要版」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000034h9r->

- att/2r9852000034i64_1.pdf (2022年9月30日閲覧)
- 厚生労働省ウェブサイト (2017)
「医政地発0331第3号」
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf> (2022年9月18日閲覧)
- 厚生労働省ウェブサイト (2019)「第5回全国在宅医療会議人生会議(ACP)に関する取組状況」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000483305.pdf> (2020年9月12日閲覧)
- 厚生労働省ウェブサイト (2020)「令和2年(2020年)患者調査(確定数)の概況」
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/kanja-01.pdf> (2022年9月2日閲覧)
- 厚生労働省ウェブサイト (2021)
「厚生労働省老健局保健課 在宅医療・介護連携推進事業の手引き Ver.3」
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000666660.pdf> (2022年8月6日閲覧)
- 厚生労働省ウェブサイト (2021)
「第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ参考資料 在宅医療の現状について令和3年10月13日」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000842258.pdf> (2022年10月5日閲覧)
- 厚生労働省ウェブサイト (2022)「第2回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ令和4年3月9日参考資料」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000909712.pdf> (2022年9月1日閲覧)
- 厚生労働省ウェブサイト (2022)「在宅医療の体制構築に係る指針」
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000993895.pdf> (2022年9月10日閲覧)
- 厚生労働統計協会 (2016)「第3回日本の医療制度の特徴は、その歴史から生まれた(その1)―明治時代における日本の医療制度と病院―『厚生指針』63(11)、pp.50-54.
- 齋藤立滋 (2019)「診療報酬制度における在宅医療の形成と展開」『大阪産業大学経済論集』21(1)
- 佐世保市在宅医療連携協議会 (2022)
「佐世保市在宅医療連携協議会佐世保市在宅療養患者急変時受入に関する基本的取り決め」『在宅療養患者急変時受入手順書～医師による定期的な医学管理が行われている場合～』
- 全国国民健康保険診療施設協議会ウェブサイト (2012)
「在宅移行の手引き」
https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/Report-houkokusyo/H24/H24%E5%9C%A8%E5%AE%85%E7%A7%BB%E8%A1%8C_%E6%89%8B%E5%BC%95.pdf (2022年10月1日閲覧)
- 全国国民健康保険診療施設協議会ウェブサイト (2013)
「在宅での看取りに関する手引」
[https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/Report-houkokusyo/H25/H25%E7%B5%82%E6%9C%AB%E6%9C%9F_%E6%89%8B%E5%BC%95\(%E5%9C%A8%E5%AE%85\).pdf](https://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/0/Report-houkokusyo/H25/H25%E7%B5%82%E6%9C%AB%E6%9C%9F_%E6%89%8B%E5%BC%95(%E5%9C%A8%E5%AE%85).pdf) (2022年9月4日閲覧)
- 全国国民健康保険診療施設協議会ウェブサイト
立川市ウェブサイト (2022)「地域包括支援センターのご案内」
<https://www.city.tachikawa.lg.jp/koreifukushi/kenko/fukushi/koresha/center.html> (2022年10月2日閲覧)
- 土田武史 (2005)「3 医療保健」『日本社会保障資料IV(1980-2000)』国立社会保障・人口問題研究所 東京都ウェブサイト (2022)
「在宅医療・介護連携を支援する相談窓口一覧」
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/zaitakuryouyou/madoguchiichirann.files/R4madoguti.pdf (2022年9月12日閲覧)
- 徳之島町ウェブサイト (2019)「ケアマネジメント」
<https://www.tokonoshima-town.org/kaigofukushika/documents/purann.pdf> (2022年8月10日閲覧)
- 富山県在宅医療支援センターウェブサイト (2020)
「在宅医療Q & A 第10回. 看取りとは?」
<http://www.zaitaku-toyama.jp/healthcareproviders/> (2022年10月1日閲覧)
- 内閣府ウェブサイト (2020)「第1章 高齢化の状況」『令和2年版高齢社会白書』
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/02pdf_index.html (2022年10月25日閲覧)
- 中島丈博他 (2021)「在宅医療が推進された背景は? 在宅医療を始める前に知っておきたい現状」『CLIUクリニック開業マガジン』8月26日号
- 新村拓 (2000)「看取りの分化とその歴史」『日本医学雑誌』46(3)
- 日本ケアアライアンス (2019)「日本在宅ケアアライアンス基本文書2 在宅医療の概念および当面の諸課題について」
- 日本財団ウェブサイト (2021)
「人生の最期の迎え方に関する全国調査」
https://www.nippon-foundation.or.jp/app/uploads/2021/03/new_pr_20210329.pdf (2022年10月8日閲覧)
- 野中博 (2010)「在宅医療の理念・必要性(過去・現在・未来)」『日本医師会雑誌』139(1)
- 林伸宇他 (2021)「COVID-19第5波における在宅医療

- の課題」『COVID-19有識者会議』
<https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/7020> (2022年9月30日閲覧)
- 藤木大士 (2019) 「民間らの戦後医療改革—聖路加国際病院と橋本寛敏に注目して—」『日本医史学雑誌』65 (4)
- 松村真吾 (2014) 「多職種協働・地域連携から始まる「地域包括ケアシステム」構築」『JAHMC 2014 November』
- 三菱電機 IT ソリューションズ (2020) 「医療・介護業界に迫る「2025年問題」が及ぼす影響と、今考えておくべきこととは」(ソリューション・エクスプレス)
- 向井 承 (2020) 「患者追放—行き場を失う老人たち」筑摩書房
- 福島安紀 (2022) 「在宅死 (在宅死問題)」『日経 BP Beyond Health』3月31日号
- 横田裕行 (2021) 「新型コロナウイルス感染拡大と在宅医療—日本医師会有識者会議タスクフォース報告書から—」『日本在宅救急医学会誌』5
- 吉村理津子 (2020) 「医療問題解決型コミュニケーションにおけるアクセシビリティおよびペイシェント・セントリシティの検証：医療施設内外の患者相談サービスを事例として」『京都女子大学現代社会研究科紀要』14
- 吉村理津子 (2017) 「わが国における医療トラブル解決策：医療メデイエーションと倫理コンサルテーションを中心に」『京都女子大学現代社会研究科紀要』11
- 和田忠志 (2004) 「現代の在宅医療」一般社団法人全国在宅療養支援協会ウェブサイト
<http://zaitakuiryo.or.jp/zaitaku/files/kaisetsu/009.htm> (2022年9月25日閲覧)

Realities and Issues of Home Medical Care in Japan: Requirements for Its Patient-Centered Operation

YOSHIMURA Ritsuko

〈Abstract〉

The home medical care (HMC) has leaped to public attention under influence of COVID-19 epidemic. The history of domestic HMC has its root in the two traditional medical practices of deathbed attending at home conducted in the medieval period, and of sick visits, in the Edo period. These practices were passed down in the years that were to follow, and done on a daily basis by clinics' doctors and nurses up until the late Showa period. In the 1980s, the sick visits began to be conducted in the form of periodic visits and later, evolved into another new form of "medical visits" with various requirements attached. Thus, in the late 1990s, the HMC became to be called "the third medical care" along with hospitalization and outpatient care. The Japanese government then adopted various measures for the HMC, and around in 2010, it placed the HMC at the core of community based integrated care system. However, the fact is that a couple of issues have been pointed out including: the framework of HMC has not been fully developed to cope with the current COVID-19 epidemic or the 2025 issue; the standardization of expertise and/or methods, and communalization of definition and/or guiding principles of the HMC are running late. This paper outlines the history, general idea, and the current state of the HMC, examines the issues associated with this medical care in terms of consideration to patient centricity, and gives a suggestion based on the findings from the examination.

Key words : home medical care (HMC), deathbed attending, medical visit, sick visit, community-based integrated care system, patient-centricity