

1

マンパワーを持つ在支病が  
周辺の医療機関をサポート  
地域の在宅医療体制を強化

医療法人博仁会 理事長・志村大宮病院 院長  
一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会 会長

鈴木 邦彦 氏

2

個々の家風に合わせて  
「より良い医療」を  
患者・家族とつくり上げる

仙台往診クリニック 院長  
川島孝一郎 氏

3

在宅医療システムは定着  
医師と患者の言語ゲームで  
患者が治療を選択する時代

医療法人ナカノ会  
ナカノ在宅医療クリニック 理事長・院長

中野 一司 氏

4

看護師の裁量拡大と  
現行法下の看護の拡充の2軸で  
住民のいのちを支える

一般社団法人コミュニティヘルス研究機構 理事長・機構長  
慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室

山岸 暁美 氏

5

欧米では制度化している  
在宅化学療法・緩和ケア  
医師に意識改革を求めたい

前衆議院議員

山崎 摩耶 氏

### 入院等とは異なるニーズ 在宅医療は40年以降にピーク

団塊の世代がすべて後期高齢者となる2025年度以降、高齢者の伸びは鈍化するが在宅医療のニーズは増えていくことが見込まれている。

日本では22年からのいわゆる団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となり、その後も40年頃まで65歳以上人口の増加が続く。65歳以上の増加は00年から15年に53・7%増加していたのが、15年から25年には8・6%増、25年から40年は6・6%増と緩やかな増加幅となる。

医療需要でみると、全国の入院患者数は40年にピークを迎えるが、二次医療圏（福島を除く329医療圏）によってピークを迎える時期は異なり、20年までに既に90医療圏は減少の局面を迎えている半面、261医療圏は35年までにピークになる。外来患者数は全国的には25年が最大で、既に20年までに217医療圏でピークを迎えたとみられている。

入院・外来のニーズとは異なり、訪問診療の受療率は75歳以上で急激に増加することから、訪問診療の利用者数は今後も増加し、25年以降には後期高齢者が9割以上となることが見込まれる。医療圏別でも今

後多くの地域で利用者数が増加し、305の二次医療圏では40年以降に最大となる。

訪問看護は小児のニーズも一定あるが、利用率は年齢とともに増加している。利用者数の推計は25年以降に後期高齢者の割合が7割以上となることが見込まれ、地域別では多少の差はあるものの、216医療圏で40年以降にピークを迎えると考えられている。

訪問診療を受けている患者は要介護1と2が約30%、要介護3以上は約50%を占める。要介護認定率は、65歳以上では18・3%であるのに対し、75歳以上で31・5%、85歳以上で57・8%と、年齢が上がるにつれ上昇する。高齢者全体の伸びは鈍化しても85歳以上人口は40年に向けて引き続き増加することから、医療と介護のニーズを併せ持った者がさらに多くなっていくことが予想される。死亡数は40年まで増加して、ピーク時には年間約170万人とされる。死亡の場所は自宅・介護施設等が増えていき、看取りのニーズも高まっていく。

一方、在宅医療の提供体制はどうか。在宅療養支援診療所（在支診）は増加傾向だったが近年は概ね横ばいだ。20年時点では従来型の在支診は

# 『地域包括ケアの実現に求められる 在宅医療の整備拡充とその将来』

～2025年の超高齢社会に向けて進めてきた地域包括ケアや地域医療構想の実現に  
急がれる在宅医療提供体制(マンパワー、オンライン診療、ネットワーク他)構築とは～

国がめざす地域包括ケアの実現とは、高齢になり病気や障害になっても住み慣れた自宅(地域)で暮らし続け、家族に看取られながら旅立ちができる地域づくりにある。こうした「国民の願い」を行政や医療介護施設がどう実現するかが重要な課題であり、在宅医療を提供する医師をはじめとした、マンパワー不足に伴う働き方改革(タスクシフト/シェア)の推進、オンライン診療、地域の在宅医療介護のネットワークシステム構築などの取り組みが急がれる。そうしたなか、厚生労働省では、2024年からの第8次医療計画に向け、昨年10月より「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」を設置、在宅医療に関するさまざまな議論が行われている。

そこで、Visionと戦略9月号では、『地域包括ケアの実現に求められる在宅医療の整備拡充とその将来を探る』をテーマに、厚生労働省、業界団体、有識者、全国で在宅医療の整備拡充を実践している法人などにその取り組みの実際を取材し、とりまとめる。

1万1108件、機能強化型在宅診療(連携型)3302件、機能強化型在宅診療(単独型)は205件となった。一方で、在宅療養支援病院(在宅病)は増加傾向にある。従来型在宅病は934件、機能強化型在宅病の連携型は398件、単独型は214件となった。今後は、在宅医療に特化しているわけではない一般の医療機関も在宅医療の支え手となることが期待される。

## 医療計画の在宅医療は療養支援など指標設定

都道府県は今後6年間の医療需要を基に、必要な医療提供体制を整えるため、医療計画を作成しており、現在は23年度までの第7次計画が適用されている。医療計画には医療圏の設定や基準病床数の算定、地域医療構想、医師の確保、外来医療等を盛り込むほか、がんなどの疾病や救急医療などの政策的な事業に関する5疾病5事業(24年度からは新興感染症等の医療を追加するため6事業)、そして在宅医療を特出させて提供体制を記載している。6年の計画期間中、3年ごとに中間見直しを行う。医療計画の在宅医療では、国が定める「在宅医療の体制構築に係る指

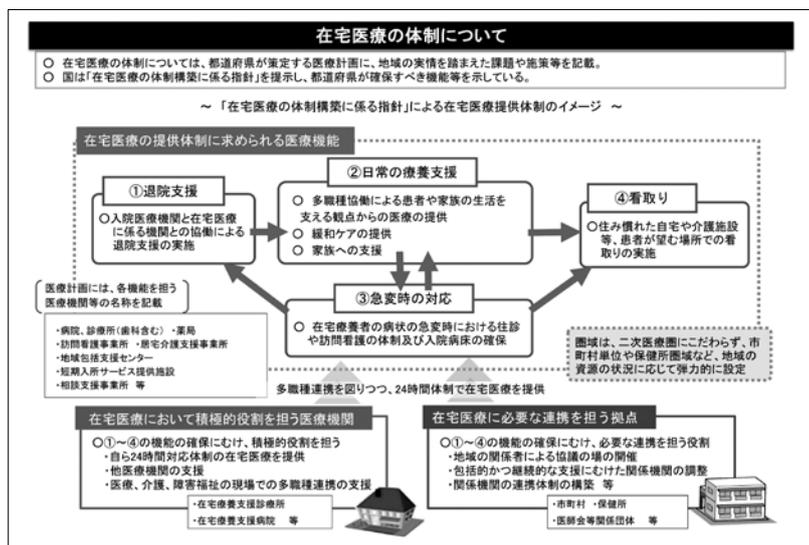
針」を基に、退院支援や日常の療養支援、急変時の対応、看取りの各体制を構築することになっている(図)。国がこの四つの段階ごとに、ストラクチャーとプロセスで指標例を設定し、これを参考に都道府県が実態を把握して、目標を設定する。指標例では、例えば日常の療養支援のストラクチャー指標に「訪問診療を実施している診療所・病院数」「訪問看護事業所数、従事者数」、プロセス指標に「訪問診療を受けた患者数」「訪問看護利用者数」などが設定されている。

現行の第7次医療計画の中間見直しでは、小児在宅医療を推進するため、現状把握に必要な指標として「小児の訪問診療を実施している診療所・病院数」や「小児の訪問診療を受けた患者数」を追加した。在宅歯科医療の推進で「訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数」「歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数」なども追加している。中間見直しを行った20年の「医療計画の見直し等に関する検討会」のとりまとめでは今後、近年増加傾向にある医療的ケア児に必要な支援や多職種によるものや、地域性の考慮、災害対応や介護との連携を含め

在宅医療のあり方について、介護保険事業（支援）計画等と整合性を確保しながら検討することを求めている。

### 在宅医療等WGが検討開始 年内に方向性示す

2024年度からは新たな第8次医療計画の計画期間となる。都道府県は23年度中に第8次計画の内容をとりまとめるため、厚生労働省は22年度中に策定の基礎となる基本方針



【図】在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について 平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より

（大臣告示）と医療計画作成指針（局長通知）、疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針（課長通知）を策定する。

第8次医療計画の方針を検討するため、厚労省は昨年6月に有識者による「第8次医療計画等に関する検討会」を開始。検討会の下には▽地域医療構想及び医師確保計画▽外来機能報告等▽在宅医療及び医療・介護連携▽救急・災害医療提供体制の四つのワーキンググループを設けた。

そのうち、在宅医療を検討するのは「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」だ。田中滋埼玉県立大学理事長を座長に、昨年10月13日から計5回開催し、今年7月28日に1巡目の議論を終えた。検討テーマは「在宅医療の基盤整備」「患者の状態に応じた、質の高い在宅医療提供体制の確保」「災害時や新興感染症拡大時における在宅医療の提供体制」

在宅医療の提供体制。以降は、過去5回の会合で示された主な論点を紹介する。

### 在宅医療の拠点となる機関 医療計画の指標で明確化へ

在宅医療の基盤整備をテーマに議論した7月20日の会合では、厚労省は在宅医療で積極的な役割を担う医療機関や在宅医療に必要な連携を担う拠点の記載を明確にして、整備を進める方向性を示した。

レセプトデータを基に、機能強化型在支診・在支病とそれ以外の在支診等、その他の医療機関の医療機関類型別で医療提供の実態をみると、機能強化型在支診等ほど難病等の患者に多く対応していた。

二次医療圏の規模別の視点を加えると、大規模型の医療圏では機能強化型在支診等が他の類型に比べて突出して難病等の患者に多く対応しており、訪問診療件数も多い。中規模型の医療圏では機能強化型ほど難病等の患者に多く対応していたが、大規模型に比べるとその差は小さくなり、医療圏の規模でもそれぞれの果たす機能が異なっていた。訪問診療の多くが一部の医療機関によって提供されており、

とくに大規模な二次医療圏では上位20%の医療機関で全体の80%の訪問診療を提供していた。

こうした状況から、厚労省は論点として地域ごとの医療資源の状況を踏まえた在宅医療の提供体制の整備方法をあげた。

また、指針では、都道府県の医療計画に「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」や「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を位置付けるのが望ましいと記載しているが、第7次計画では記載なしが、指針の内容をそのまま記載しているだけの都道府県が大半であることから、今後はそれぞれの機関の設定や配置の目安を示し、地域の在宅医療の提供体制の整備や介護サービス等との連携を行う拠点を進めるとした。

医療計画では二次医療圏ごとに医療提供体制が示されているが、在宅医療では「在宅医療圏」があり、指針では従来の二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など地域の実情に応じて弾力的に設定できることになっている。これに基づき、現行の第7次医療計画で都道府県の在宅医療圏の設定単位は二次医療圏が31%を占め、保健所圏域3、市区医師会単位6、市町村単位4など

となっている。厚労省は在宅医療圏をどのような規模で設定すべきかを論点として示し、委員からは介護保険との整合性を考慮して、市町村単位を基本とすべきとの意見が出されている。

### 地域でルールを作成し 望まれない救急搬送防ぐ

在宅医療における急変時対応と看取り、災害時等の支援体制の3点を議論した6月15日の会合で厚労省は、望まれない救急搬送事例が報告される中で、地域全体で救急搬送時のルール策定などの仕組みをつくる方向性を示した。

看取りでは、救急隊が出動した際に心肺機能停止状態の傷病者が「心肺蘇生を拒否する意思表示」をしていても、意に沿わない救命処置が行われることが課題になっていた。消防庁の調査では、意思表示を確認して心肺蘇生の中止や不搬送になった件数は増加しているが、未だ少ないのが現状だ。都道府県を対象にした調査では、在宅療養患者本人の診療・DNAR（蘇生措置拒否）の情報を関係職種で共有するルールやツール等の作成、消防機関と都道府県の間でDNAR等の方針が示されている

在宅療養患者の救急搬送の取り決めがあると回答したのはいずれも3割にとどまっており、在宅療養患者の救急搬送で受け入れ医療機関の指定等のルールを作成していたのはわずか9%だった。

救急搬送件数は高齢者の割合が高く、高齢化でさらに救急搬送が増えることから、在宅療養患者に対するACIPの普及を進め、地域全体で在宅医療機関と救急医療機関、消防機関との情報共有や連携を強化する救急搬送時のルールづくり等を進めることとした。

後方支援体制ではICTを活用した医療機関等の連携体制整備や、在宅療養患者の後方支援機能を有する医療機関等への入院ルールづくりも論点にあげた。

災害時対応では、在宅医療機関のBCP策定率が低いため、まずは積極的役割を担う医療機関で策定を進めることと、策定の際には周囲の医療機関と連携するなどとした。

### 地域連携薬局の指針 追加には反対意見

7月28日の会合では、在宅医療における多職種の間わり（訪問歯科診

療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導）を議論した。昨年制度化された「地域連携薬局」を指針に加えることが論点に示されたが、反対意見が相次いだ。

在宅医療に薬剤師が関与することで、有害事象や服薬状況が改善するとされている。薬機法の改正で、21年8月に入退院時や在宅医療に他の医療提供施設と連携して対応できる薬局を「地域連携薬局」として都道府県知事が認定する制度が創設された。今年5月末時点で2696件が整備されている。

厚労省は地域連携薬局を含めた在宅医療に関わる薬局を医療計画に記載することを論点に示したが、医師会などの委員から「馴染みがなく時期尚早」などの意見が相次いだことから、地域連携薬局という名称そのものを指針に入れるのは厳しい見通しだ。

その一方で、今回指標として加わりそうなのが多職種と連携して管理栄養士が行う栄養食事指導だ。国は、リハビリテーションと栄養、口腔の取組みを一体として運用することで効果的な自立支援・重度化予防につながることを期待されるとして、21年度介護報酬改定で多職種が参加す

る体制を評価した。一方、現行の在宅医療の指標例で関連する指標は「在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）」と連携する歯科医療機関数にとどまる。

通所リハビリ利用の高齢者の低栄養を改善するため、管理栄養士が自宅で栄養ケア・マネジメントを実施したところ、栄養状態が改善したといったデータがある。リハビリテーション専門職のリハビリや、多職種と連携した管理栄養士による栄養食事指導を指標例に組み込む案を提示し、委員は概ね賛同した。個々の事業所に新たに栄養士を配置するのは困難であるため、外部の栄養ケア・ステーションを活用する仕組みも提案されている。

小児在宅医療については、都道府県が小児在宅医療の利用者と提供機関数を把握することと、小児に対応する訪問診療・訪問看護が足りない地域を充足する方策が論点に示された。

ワーキンググループは9月から再開し、さらに掘り下げた議論を行う。年末の取りまとめには、在宅医療に関し、国の将来の方向性が示されることから、動向を注視したい。

# マンパワーを持つ在支病が 周辺の医療機関をサポート 地域の在宅医療体制を強化

「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」構成員の鈴木邦彦氏は、今年3月に設立された日本在宅療養支援病院連絡協議会 会長に就任した。200床未満の中小病院が地域密着型中小病院として、在宅療養支援病院機能を発揮する環境整備に取り組んでいる。

■鈴木理事長のご経歴と志村フロイデグループについてお聞かせください。

**鈴木** 1998年医療法人博仁会理事に就任。2009年から中央社会保険医療協議会委員、2010年から日本医師会常任理事を務め、現在は茨城県医師会長を務めています。志村フロイデグループは医療法人博仁会、社会福祉法人博友会、学校法人志村学園で構成されています。志村大宮病院（178床）は地域密着型中小病院として活動しています。



医療法人博仁会 理事長  
志村大宮病院 院長  
一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会 会長

**鈴木 邦彦** 氏  
Suzuki Kunihiko

が、所在地の茨城県常陸大宮市は高齢化率が38%なので医療だけでは対応できません。介護、介護予防、生活支援などを通じて地域と緊密に関わっています。

さらにまちづくりにも参加し、昨日は国土交通省の担当者を招いて第11回茨木北西まちづくり研究会を開きました。

■一般社団法人日本在宅療養支援病院連絡協議会発足の経緯をはじめ、団体概要、今後の使命と役割について教えてください。

**鈴木** 日本在宅療養支援病院連絡協議会（以下日本在宅病連絡協）は今年3月に設立され、6月には総会を開いて実質的な活動を開始しました。さかのぼれば2013年に社会保障制度改革国民会議の報告書が出され、

それを受けて日医・四病院団体協議会が合同提言を発表しました。そこで我々が取り組むべき課題として、かかりつけ医療機能の充実・強化と、地域包括ケアシステムを支える中小病院・有床診療所の必要性を提言しました。

かかりつけ医療機能の充実・強化については、2016年度から日医がかかりつけ医研修制度が始まりました。ただ、地域包括ケアシステムを支える中小病院・有床診療所については、2018年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟の入院料・入院医療管理料に200床未満の病院の在宅支援機能が上乗せされ、病棟機能として部分的には評価されたのですが、我々が考えていた病院機能の評価には至りませんでした。

四病協は在宅療養支援病院（以下在支病）に関する委員会を設置しており、私が2018年に日医常任理事を退任した後に委員長に就任しました。その後、より活動を活性化するために、四病協の会長会の了解のもとに日本在宅病連絡協を設立したのです。目下、会員を募集中で、8月4日時点で102医療機関が入会しました。

■民間中小病院は在宅医療をやらなければならなくなりましたね？

**鈴木** 厚労省の「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」にもその方向が示されています。在宅にしっかりと取り組んでいる病院も多いのですが、WGの議論などをお伝えしていきます。日本在宅病連絡協は200床未満の地域密着型中小病院の集まりなので、より踏み込んだ議論ができるのではないかと思います。

今まで中小病院だけで構成された団体がなかったことから、在支病の議論が進んでいきました。地域密着型中小病院の機能は今、超高齢社会のなかで期待されているので、厚労省のカウンターパートになって診療報酬改定への提言も含めて活動していく方針です。

■入院医療、外来医療と合わせ医療提供の大きな柱となった日本の在宅医療の変遷を振り返って、何が大きな転換点になったのでしょうか。

**鈴木** 先ほどお話しした2013年の日医・四病院団体協議会の合同提言でしょう。厚労省保険局医療課が診療報酬改定のために最初の資料に掲載しているのが、いまだに提言は生きていると思います。合同提言では在宅医療が重要であることを明記し、この頃から日医が在宅医療に本格的に取り組むようになりました。当時、市区医師会長のなかには「施設に入れな

い人は在宅医療で受けざるを得ない」と話す方もいましたし、在宅医療を手がける医師には「入院医療対在宅医療」と対立構造をあり立て、「絶対に入院させないこと」をポリシーにしているような方もいました(笑)。

そうした在宅原理主義はおしまいに、入院医療と在宅医療の両方で必要なサービスを利用できる環境を整える必要があります。サ高住や住宅型有老など「家族がいない在宅、施設的な在宅の場」もできてきたので、そもそも施設と在宅は対立構造ではないという理解がだいぶ深まりました。

■諸外国の在宅医療の情勢と日本との比較、あるいは参考にすべき在宅医療システムなどがありましたらお示しいただけますか。

鈴木 2008年から2019年まで毎年、民間病院の経営者有志と研究者の同行を得て、12回の海外訪問調査を実施し、報告書を作成してきました。結論は、「理想的な医療制度の国は存在しない」です。フランスの在宅入院制度が話題になることがあります。日本の質の良い在宅医療と変わっていません。

日本は医療提供にとっても良く取り組んでいる国だと思っていました。

超高齢社会においては、対応するための改革や見直しが必要です。そして、それらに対応するために、地域医療構想と地域包括ケアシステムが2025年を目標に設定されました。

データに基づいて話し合うという緩やかな改革ですが、これができないと次は強権的な改革に踏み切らざるを得ないと言われかねません。私は現在、茨城県医師会長ですが、やるべきことは決まっていますので、地域でしっかりと実行して、地域包括ケアシステムは毎週、地域医療構想は毎月県と協議を進めています。行政だけではやり切れないので、医師会と連携することで進めやすくなるのではないのでしょうか。

地域包括ケアシステム、地域医療構想、かかりつけ医機能の充実・強化――この3つはセットだと考えています。

■「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」の議論の流れと論点、今後の見通しなどについてはどのように認識されていますか。

鈴木 2018年に提出された資料に「第8次医療計画に在宅医療に積極的取り組み医療機関と在宅医療の連携拠点を位置づけることが望ましい」と書かれ、現在も使用されています。9

割ぐらいの都道府県では位置づけられていないという資料が提出されましたが、位置づけることが必要だと議論しています。さらに在宅医療圏の設定も必要であると議論の対象に加えています。

これまでの医療計画では在宅医療の役割が、退院時の支援、急変時の支援、看取時の支援、日常の支援と書かれていましたが、新たに災害時の支援が加わりました。これからは、マンパワーを持つ在宅病が災害拠点病院との連携拠点としての機能を持つことが必要です。

■開業医の高齢化が問題となる中、在宅医療の医師の確保並びに訪問看護ステーションをはじめ、マンパワー確保への課題と打開策についてどのようにお考えでしょうか。

鈴木 難しい問題ですが、在宅病のようにマンパワーを持つ医療機関が拠点になって、周辺の医療機関を支援する体制が必要になってくるのではないのでしょうか。

■入院医療だけでなく在宅医療においても多職種協働のチームケアが一般的となりました。これらの取り組みをどのようにご覧になっていますか。

鈴木 在宅においても多職種協働が

必要だからこそマンパワーのある在宅病の役割が重要なのです。地元の常陸大宮市で訪問看護ステーションを持つているのは博仁会のみですが、地力で行くところの医療機関でも多職種マンパワーがあるとは限りません。

■在宅医療DX推進の見通しはいかがでしょう？

鈴木 博仁会ではいろいろなデジタル機器を導入して、訪問看護師は現場でタブレットに入力しています。この分野は30代以下の若い人にはかなわないので、私の役割は「どんどん進めてください」と促して、若い人たちの邪魔をしないことです(笑)。

■日本在宅病連絡協会の会長として、これからの在宅医療政策について、都道府県などへの政策提言がありましたらお願いします。

鈴木 地域共生社会における医療の柱として、高度急性期大病院、地域密着型中小病院の2つが必要です。診療報酬で高度急性期病院の体制強化に財源が充当された一方で、地域包括ケア病棟と回復期リハビリ病棟の評価が削られたので、これからしっかりと発信していく方針です。私は国と県の両方に発信していきます。

# 個々の家風に合わせて 「より良い医療」を 患者・家族とつくり上げる

医師と患者・家族の関係を「観察者VS対象者」ではなく、「より良い医療」をつくり上げる共同作業者と捉える川島孝一郎氏。在宅医療専門クリニックを開業して26年、長年の経験を踏まえ、在宅医療の本質を語った。

■川島先生のご経歴と仙台往診クリニックの特徴について教えてください。

**川島** 酒田市立病院等の勤務を経て、1996年、在宅医療専門の診療所「仙台往診クリニック」を開業しました。在宅医療の実践、在宅医療をめざす医師の育成、厚生労働研



仙台往診クリニック  
院長

川島孝一郎 氏

Kawashima Koichiro

をやる先生や、病院に勤務しながら在宅をやる先生は昔いました。

■今年で開業26年ですが、どのような方針で経営してきたのでしょうか。

**川島** 3つの事業を企業化するつもりは全くありません。私の祖父も父も薬剤師でしたし、私の弟は医師で、弟の息子も医学生です。祖父の前の代は江戸時代になりますが、薬師や漢方医をやっていました。その代から商売のように事業拡大を考えるのではなく、企業化せず家業として続けることを大事にしました。現在はクリニックが2院で、多いときは600人の患者さんを診ていますが、今は350人程度に縮小して、10名の医師を配置しています。

■長年の業歴以外に、他の在宅医療機関との違いは何でしょうか。

**川島** 見た目は同じだと思いますよ(笑)。日本の医療機関には一定の条件が課せられているので、他の医療機関と変わるわけではありません。ただ、個人のものの方と一般的な医師との大きな違いを聞かれば、違いは出てくるでしょう。私の場合、「より良い医療を提供する」という考え方はありません。より良い医療は、

医療を行う私たちと医療を受ける生活者の間で、両者がつくり上げていく。そこには行政も関わり、介護スタッフも関わり、いろいろな制度も介在しますが、これらを含めて、家風に合わせた家ごとにつくり上げていくことが在宅医療のおもしろみです。

一軒、一軒、ご家族の考え方は違いますし、うちの担当スタッフも違います。その中に加わって、その家の状況が安定するように皆で支えているので、「より良い医療を提供する」とか「より良い看護を提供する」と話す人は上から目線だと思わなければなりません。

■在宅医療の取り組みについて聞かせていただけますか。

**川島** うちは一地方の一診療所なので、その範囲で可能な教育しかできません。在宅医の育成は本来なら文部科学省が動かなければならぬテーマです。6年間の医学部教育で、自宅で暮らす人とともにある医師の在り方は全く教えられていません。行政や福祉制度、介護サービスなどを含めて、生きていくことの視点が全くない教育が行われています。身体論で臓器をどう扱うかという教育に徹していて、いつまで経っても変わっていません。この

学部教育に加えて研修制度でも学ぶ機会がありません。後期研修の19科目のうち在宅医療や地域医療に比較

的なのは総合診療で、他の科では総合診療を学ばなくてもよいのです。例えば医学部の1学年100人のうち、在宅医療には1〜2名が輩出されればよいという実態が今でも続き、全く改革されていません。その責任は文科省にあります。

### ■厚労省の在宅医療政策にはどんな問題が指摘できますか？

**川島** 厚労省が在宅医療を普及させたい理由は2つあります。表の理由は国民が望んでいるからで、国民の6割が自宅での療養を望んでいて、患者者の86%は最期を自宅で迎えたいという調査結果もあります。一方、裏の理由は医療費削減で、在宅医療を普及させれば確実に医療費が下がることははっきりしています。

今の医療制度は入院と入院外に分けられています。それは適切ではありません。外来診療、入院診療、訪問診療に分けるべきです。在宅医療ではなく訪問医療です。在宅医療にはインスリン自己注射や在宅酸素療法の数など、病院医師が訪問もしないのに算定している点数も含まれ、

しかも「在宅」の名の付く点数の4割ぐらいを占めています。

### ■「訪問しない在宅医療」といういびつな実態が定着しているのでしょうか？

**川島** そうです。訪問診療と緊急往診の点数は「在宅」の3分の1ぐらいいです。もともと在宅を進めたいのであれば、在宅医療という言葉ではなくて訪問診療と言い換えるべきで、ちゃんとした訪問に点数を付けるべきです。外来診療、入院診療、訪問診療に3分割して、それぞれの利点を上手くつなげていかななくてはなりません。これは厚労省の役割ですが、全くできていません。関連団体とのしがらみもあるのですが、文科省と厚労省が改革を行わない限り、在宅医療は進まないと思います。

### ■在宅医療は家風の中に入っていくので、医療だけでは対応できないのではないのでしょうか？

**川島** 日本人の9割は、寝たきりになつてから亡くなつていきます。急死、別の言葉ではピンピンコロリですが、これはさわめて少ないのです。私が講演で「ピンピンコロリしたい人？」と聞くと、ほとんどの聴衆が手を上げます。

「でもピンピンコロリは急死ですよ。この場で急死したらどうなりますか？」と現実的な説明をすると途端に聴衆が暗い表情になり、もう一度「ピンピンコロリしたい人？」と聞くと3割ぐらいいしか手を上げません。

日本人の9割はピンピンコロリができません。車椅子を利用するようになつて、寝たきりになつて亡くなるのが私たちの宿命です。寝たきりになるとは障害者になることなので、疾病論や症候論のように病気として診るのでなく、ICF（国際生活機能分類）の視点で障害をどう支えていくかという支援策を考えて行かなければなりません。これが医師に欠けている側面です、病気を持つている人と障害を持つている人が同じ人物なので、見方を変えれば「より良い生活を営めて、生きていて良かった」と思って最期を迎えられるように支援すべきですが、その教育が全行われていません。

### ■在宅医療を拡充するためのマンパワートとして、医師だけでなく特定看護師などの確保策についてのご意見はいかがでしたでしょうか？

**川島** 7〜8年前に、在宅医療の保険点数と入院医療の保険点数の比較を厚労省に提出しましたが、在宅医

療の点数は確実に入院医療よりも低いことがはっきりしています。痛治療はホスピスでは100万円かかりますが、在宅では在宅がん医療総合診療料を算定できても50万円以下です。人工呼吸器を付けている重症な方を病院で診れば、在院しているだけで80万円かかりますが、在宅なら3分の1の二十数万円です。

早く退院させて、受け手としての医師を確保するには、厚労省が医学部学生の人数に対して各診療科の定員を決めて、そこに在宅医療も含めるなどの強硬策を取らなければならぬ時期が来るのではないのでしょうか。

### ■デジタル化の在り方はどうお考えでしょうか？

**川島** 医師が観察者で、患者・家族が対象者で、観察者が対象者を観察し、いじつて何かをやつてやろうという考え方を改めなければなりません。生活の中に入つていって、いっしょに世界をつくり上げていくことが、私の考える医療者の在り方です。その家々の雰囲気や訪問している他の職種の人たち全体の中に医師が入るには、ある程度まではオンラインを駆使してもよいのですが、それだけで済むこととはありません。

# 在宅医療システムは定着 医師と患者の言語ゲームで 患者が治療を選択する時代

「在宅ケアネット鹿児島ML (CNK - ML)」で重ねた議論で、国に在宅医療連携拠点事業創出を促した中野一司氏。キュアとケアの関係からACPの在り方を整理して、諸外国に提言していく準備に入ったという。日本の在宅医療の現状について聞いた。

医療法人ナカノ会  
ナカノ在宅医療クリニック  
理事長・院長

中野 一司 氏  
Nakano Kazushi



ナカノ在宅医療クリニックは日本在宅医学学会の認定専門医研修施設であると同時に、私が鹿児島大学医学部臨床教授に就任していることから、ナカノ会は鹿児島大学医学部6年生の学生実習施設として毎年60名の学生を受け入れています。

■医療法人ナカノ会の概要について教えてください。

**中野** 開業は1999年です。医療法人ナカノ会は、在宅療養支援診療所（無床）、機能強化型1の訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、サービス付き高齢者向け住宅「ケアタウン・ナカノ」（20室）、ナカノ看多機（泊5室）で構成されています。職員数は約90名です。

■ナカノ会の在宅医療の取り組みで他の在宅医療機関との違いや特徴は何でしょうか。

**中野** 在宅医療をたんなる外来の延長で行っている医療機関もありますが、ナカノ会の違いを一言で表現すれば「キュア・ケア志向在宅医療をどれだけ分かっているか」です。在宅医療は治療ではなく、患者さん、家族にとっては例え同じ病気であっても個々に見方が違ってくるので、そこをどうコミュニ

ケーションをとり（ケアし）ながら必要なキュアを選んでいくかが問われます。最近の言葉でいうならACPで、只今哲学的な考察も含めて論文をまとめています。

私にとって学術実績はプライオリティが欲しい領域ではありませんし、学術実績への関心もありません。ただ私は66歳になったので、論文を認めていただくことで、次の世代の医療者たちに在宅医療を広めていこうと考えており、論文作成で、プライオリティ（キュア）より普及（ケア）を目指しています。

■先生が運営されている「在宅ケアネット鹿児島ML (CNK - ML)」はどのような状況でしょうか。

**中野** 2006年に鹿児島市の地域包括ケアシステムをつくるための情報ツールとして立ち上げました。全国で講演活動をすす中で、「国の在宅医療を動かすために参加しませんか」と呼びかけし、鹿児島市内ではなく全国の主要な会員が増え、多くの議論が交わされ、その結果、地域包括ケアシステムやICT構築に大きく貢献したと自負しています。実際、2013年に行われた社会保障改革国民会議ではCNKで議論されたことが取り上げられました（社会保障改革国民会議の委員の中には、また厚労省の役人の方には、多くのCNK-MLの会員がおられました）。

2012年に国の在宅医療連携拠点事業が始まって、それまでのCNKの役割は終わったと思っています。ある程度の役目を果たしたと思うので、その後メンバー数の増加は図っていません。

現在のメンバーは約2000人で、これだけの人数が揃っていれば十分なディスカッションができます。反論も含めていろいろな方々の意見をいただけて在宅医療の理論化に役立っています。在宅医療を理論化することは私の大きな夢でもあり、メーリング活動を通して、それが形になりつつあります。

■在宅医療で実践された多職種協働のチームケアが病院でも一般的となったことについて、先生は、どのように捉えていますか。

**中野** 病院のチーム体制は医師をトップに据えた軍隊組織（縦組織）なので、多職種連携は形だけで浸透しにくいと思います。多職種連携はケアのために確立されたチーム体制であり、病院の多職種連携が在宅にも移行したという考えがあるとしたら、それはキュア志向です。現実とは逆に、在宅医療で確立された多職種連携がボトムアップ的に病院に普及していききました。患者さんが施された治療に納得したかどうかについて病院は無関心でしたが、ケア（横組織）の概念を取り入れるようになったのです。

『地域包括ケアの実現に求められる在宅医療の整備拡充とその将来』

■オンライン診療や地域ネットワーク等在宅医療DXの推進についてのご意見はいかがでしょうか。

**中野** オンライン診療は省力化の役に立ちますし、在宅医療も半分くらいはICTで済むとも言えます。ただICTはあくまで仮想空間をつくり出す情報収集のための道具にすぎません。情報交換はできますが、互いにどういう人間かは分からないと思います。在宅医療の現場は、末期がんなどで今日亡くなるかもしれない方との真剣勝負なので、リアルな対面は絶対に外せません。その一方で病院では、AIが診断をして、ロボットが手術をするので、どんな人手が要らなくなつてきます。私は実習に来る医学生たちに「専門医をめざすのならAIに知見を教えられるだけの専門医にならないと意味がない」と話しています。従つて、これからの医師はどんな地域に出なければなりません。自信をもつて言えることは、いまや在宅医療が医療の最先端であることです。決してAIを使った医療が最先端ではありません。

■厚生労働省は、第8次医療計画策定に向けて在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループを発足させ、議論を進めています。これらに対するご意見や、国、都道府県などへの政策提言がありましたらお願いします。

**中野** CNKの役割（国に在宅医療や地域包括ケアシステムの重要性を訴える）は終

えたので、とくにありません。コロナで地域包括ケアや在宅医療の重要性が重要視されるようになりました。今は嵐の中なので見えないかもしれませんが、嵐が過ぎ去ればこれらの重要性は一目瞭然になるでしょう。

ただ、在宅医療や地域包括ケアシステムをシステム論で語る時期は終わったのかもしれませんが。想像以上にシステムができあがりつつあります。同じ地域包括ケアでも鹿児島市と札幌市では違うでしょうから、これからは現場で発想して創っていく時期です。

■海外の在宅医療をどのように評価されていますか。日本に導入すべき医療体制などありますか。

**中野** 医師が行う在宅医療は、日本が世界で最も進んでいると思います。オランダでは医師の訪問は一部ですし、イギリスGPも外来体制で、必要があれば訪問するという往診です。在宅医療の最前線に立っているのはナースです。日本の在宅医療は医師が最前線に立っていることに意味があり、医師でないと現場の問題をこだけ理論化することは難しいと思います。医師が在宅に入ることにはコストが高くなるというデメリットもありますが、AI活用などで削減されますし、そもそも何のためにコストを使うのかといえばコミュニケーション（ケア）のためです。そこに医師が入つてこなければケアは言語化ができないという自負があります。

看護師は職責上「もうすぐ亡くなる」と言えません。死期を想定したうえで行う心理的なサポートは、医師が現場に向かわなければなりません。

この実態を踏まえて、海外に学ぶというよりは、医師が現場にはいつたときの思考について海外に提言していきたいです。英語が苦手なのですが（笑）、がんばって提言していきたいと思っています。

■医師のマンパワーを補うために、特定看護師への権限移譲やナースプラクティショナー（NP）の制度化には、どんなご意見をお持ちですか。

**中野** 在宅医に代わる看護師が誕生すれば、コストのからないシステムが出来上がると思います。処方権を与えてもよいでしょう。先ほどの話と矛盾するようですが、将来的に医師は外来を中心にして必要に応じて訪問すればよいかもしれません（システム全体のコストパフォーマンスを考えれば）。特定看護師が活躍するようになれば、自己主張をする医師は邪魔になるので引退すればいいのではないのでしょうか（笑）。本来、治療や薬の選択は患者さんがみずから行うもので、それがケアの本質です。

■「医療とは何か？」という根源的な問いに行き着くテーマですね。

**中野** 医療には「正しい判断」（絶対的真理）から「正しいと確信する判断」（相

対的真理）へのパラダイムシフトが求められています。医療とは、「正しいと確信する判断」について医療者と患者間の言語ゲーム（ケア）で必要なケアを選択していく行動です。それが、すなわちACPでもあります（行岡先生の参考文献）。



医療とは何か 現場で根本問題を解きほぐす (行岡哲男著)

■ナカノ会の今後のビジョンと戦略について教えてください。

**中野** 現在は有床診療所の開設を計画中で、すでに設計図は完成しています。急性期を終えた後のバックベッドを用意し、地域に誘導する体制を築ければ、私の強みである在宅医療を理解した上での退院支援を活かせると思います。3年後を目標に有床診療所を開設する計画です。地域包括ケアシステムの拠点としての有床診療所の設立で、自院や地域の診療所の在宅患者のバックベット（シヨートステイ機能）や、看取りのための終末期医療のベッドとしても活用できます。また、有床診療所の開設とともに、外来診療も開始し、かかりつけ医（総合診療専門医）の教育施設としても進化させ、慢性期に対応できる医師の育成に力を入れていきたいと思っています。

# 看護師の裁量拡大と 現行法下の看護の拡充の2軸で 住民のいのちを支える

地域医療を支える医師の高齢化が課題に上がる地域も多い。この窮状を乗り越える策として、看護機能の拡大と拡充に関し、デジタル田園健康特区で実装を牽引する山岸暁美氏に海外の医療経験も踏まえ話を聞いた。

一般社団法人  
コミュニティヘルス研究機構  
機構長・理事長  
慶應義塾大学医学部 衛生学公衆衛生学教室

山岸 暁美 氏  
Akemi Yamagishi



■山岸理事長のご経歴をお聞かせください。

**山岸** 日赤医療センターに5年勤務後、オーストラリアで小児病院に勤務し、ドクターヘリにも乗りました。当時、1000床規模の病院でも在院日数が30日を超えていましたが、オーストラリアでは5日程度でした。私が「こん

な状態で退院させてよいのか？」と異議を唱えると「在宅でリハビリを行って生活できる状況をつくるのが目的であつて、長く入院しても良いことはない」と言われ、カルチャーショックを受けました。

現地に残ることも考えましたが、日本で介護保険制度が創設されたので、帰国して訪問看護ステーションの立ち上げに参画して、訪問看護師とケアマネジャーを兼務しました。その後、働きながら、社会福祉士の資格を取って地域で活動していましたが、介護保険制度に見切り発車の要素が多かったので、現場経験をもつて制度設計に携わりたかと思ひ、大学院で学位を取ったのです。その後、厚労省戦略研究緩和ケア普及の地域介入研究でプロジェクトマネ

ジャーを3年務め、2009年に厚労省に入省しました。在宅医療専門官として、診療・介護報酬同時改定、東日本大震災対応、医療計画指針策定などに携わり、2016年に現職に就きました。

■コミュニティヘルス研究機構の事業内容と直近のトピックスを教えてください。

**山岸** 設立は2017年で、施策、現場、研究をつなぐ仕事のニーズが多く、自治体や医師会からの依頼に基づいてプロジェクトを立ち上げ、100名近い登録研究者からメンバーを募ってプロジェクトを運営しています。

直近では、内閣府のデジタル田園健康特区に3地域が採択されましたが、長野県茅野市のヘルスケア領域のPMO（プロジェクトマネジメントオフィス）を受託しました。規制緩和の観点から、在宅看護の在宅看護領域における裁量拡大や規制緩和が重点項目になっています。さらに令和2年度からは厚労省「人生の最終段階における医療体制整備事業・HOME版」では研修会の責任者を務めています。

そのほかにも、令和3年度在宅医療提供機関の事業継続計画に係る研究の研究代表者、令和4年度在宅医療提供機関の事業計画策定推進専門委員会委員長、保健所の在り方検討会

委員などを務めています。また倉敷市連合医師会や神戸市医師会にも籍を置き、医師会の先生たちが地域の皆さんとどう協働していくのか、ゼロベースでステークホルダーたちが話し合いながら、共通の目的に向かっていくプロジェクトをマネージングしています。

■国際的な視点で、日本の在宅医療体制の利点や課題などをどのようにご覧になっていますか。

**山岸** 20代の頃は海外への憧れが強く、医療提供体制も海外のほうがすばらしいに違いないと思ひ込んでいました。オーストラリアだけでなくイギリス、アメリカの医療機関等で数か月単位で調査活動や研修を受けた経験があります。アメリカのメイヨークリニックでは、退院支援ナースの活躍に驚きました。大学院を出て、管理職経験もあり、病院をしようて立つナースとして皆の憧れのポストでした。退院後に患者さんが困らないように先手を打つなど専門性を発揮していました。

ただ、海外で働いて気づいたのは日本の医療やケアのすばらしさです。卑下する必要はなく、むしろ世界に誇れる医療やケアであることを認識して帰国しました。一番すばらしいと思つたのは各職種が全人的な医療やケアの提供を目指している点です。海外でも全人的ケアを

掲げていますが、専門分化していて専門外は関知しないことが実態でした。それから患者さんの身体を起こすときに背中に手を添えるなど、ていねいなケアも日本の特徴で誇るべきことだと思います。

一方、在宅で療養できる患者さんは病状の落ち着いている方ですが、これだけドクターがコミットしているのは日本ぐらいです。アメリカでは診察が必要ときに訪問看護師からの依頼でコミットするのですが、日本では週1〜2回診察をして訪問看護師に指示書を出します。茅野市のデジタル田園健康特区では、生活を支える医療職である看護職の機能の拡充を図りつつ、一方、タスクシフトの流れの中で、特に医師のいない地域における看護の裁量拡大のトライアルをしています。

■訪問診療や訪問看護の提供体制はどう在るべきだとお考えですか。

**山岸** 在宅医療が都市型の医療と言われるのは、1件単位の報酬である以上、件数をこなしてペイできることが前提にあるからです。ただ、患者さんの選択肢として自宅で過ごしたいという希望があれば、それが叶えられる体制をつくっていくべきだと考えますが、これからは人口減少で医療提供側の人員も減っていきます。この現実を考えると、ある程度の効率性も重視しなければならぬと思っています。

ればならないと思っています。

いまや診療所の医師の平均年齢が60歳を超え、診療所の閉所問題が各自治体で起きています。例えば医師がオンライン診療を行って、特定行為研修を終えた看護師が常駐し、医師の診断に資する検査を行うという効率性や、検査や処置、またアセスメントを行う効率性を鑑みた、タスクシフトに基づく体制への変換が必要だろうと思っています。

■海外では看護師中心の在宅医療体制が確立されているのでしょうか。

**山岸** 日本では特定行為看護師が約5000人、診療看護師が約6000人育成されていますが、海外ではナースプラクティショナー（NP）の育成と裁量拡大が進んでいます。アメリカでは薬局やデパートにNPが配置されて、気軽に相談でき、ある程度の処方もできるなど多様な機能が発揮されています。日本とは制度が違うので、全て海外に倣うべきだというわけではありませんが、無医村も増えている現状を踏まえれば、特定行為を学んだ看護師が活躍できる体制ができればよいと考えています。

■日本看護協会はNP創設を提言していますが、特定行為看護師とともに将来像をどのように見通していますか。

**山岸** 医師が不在の地域では、ある程度

度の診療や処方権が拡大する方向に緩和すべきだと考えています。ただ、看護全体がこの方向に流れることには反対です。現行法下のもとであっても生活を支える看護判断はかなりできるので、これを拡充して両軸で看護業務を強化していければよいと思います。

■在宅の多職種連携は機能しているのですか。

**山岸** 以前よりは機能していると思いますが、情報共有については10年前と全く同じ課題を抱えています。リアルタイムで情報を共有できないとか、ICTも地域全体で面として使用されていません。「ときどき入院、ほぼ在宅」という文脈で療養場所が変わるのが日本の大きな特徴ですが、いくら在宅でACPを積み重ねても、入院や救急搬送では医療者に共有されないなどの情報分断が10年前と変わっていないことは、本当に問題です。

ヘルスケア領域のDXが推進されつつありますが、DXでは体制のトランスフォーメーションを行ったうえでデジタル化しないと、デジタルに振り回されるだけです。

■在宅ケア体制の強化が、在宅至上主義に走っている風潮はないのでしょうか？

**山岸** 多死時代はしばらく続きます

ので、療養の場所・死亡場所を含め、各地域でどのように資源を整えていくかは大きな課題です。しかし、全ての人にとって、在宅がベストの選択肢ではありません。ご本人のQOLや死別後の遺族の心身の状況からは、ご本人の療養場所の希望と実際が合致したかどうかの重要性が報告されています。在宅では不安が強く、病院のほうがよいと望む方もいますし、施設に入所し家族とは心理的なつながりを大事に過ごしたいという方もいらっしゃいます。この領域に絶対解はないので、本人の意向と環境要因を検討して皆の「納得解」を模索することが大事です。そのプロセスが地域包括ケアになっていくのだと思います。

■訪問看護師の確保にはどう取り組むことが望ましいのでしょうか。

**山岸** 看護師には子育て世代も多いのですが、保育園の確保など福利厚生は小規模ステーションには難しいので、なかなか地域に出いけない看護師がいることも事実です。地域医療連携推進法人など緩やかな連携で、人材や福利厚生制度を共有できる基盤整備によつて看護師の働きやすさや選択肢が増えていくと、訪問看護師の担い手の確保につながる可能性はあるかと思っています。

# 欧米では制度化している 在宅化学療法・緩和ケア 医師に意識改革を求めたい

かかりつけ医制度が確立しておらず、国民の多くがかかりつけ医不在である。在宅化学療法・緩和ケアが制度化されていない——在宅医療の推進を議論するうえで、山崎摩耶氏は具体的な問題を指摘する。在宅医療の歩みを踏まえて、推進の論点を聞いた。

前衆議院議員

山崎 摩耶 氏

Yamazaki Maya



現場・教育・政策立案に関わり、直近では、2021年8月に繰り上げ当選で衆議院2期目を務めました。まさにコロナ第5波の最中で、医療職員として地域の医療・介護現場の声、とくに訪問看護現場の奮闘と課題を厚生委員会、内閣委員会などで取り上げました。

■山崎先生の略歴と直近の活動についてご紹介ください。

山崎 民間病院や新宿区立区民健康センターで訪問看護、日本看護協会常任理事、全国訪問看護事業協会常務理事、日本訪問看護振興財団常務理事、岩手県立大学教授、衆議院議員と

山崎 厳密に言えば、日本にはかかりつけ医制度がありません。諸外国はど

■訪問看護ステーションの勤務経験や、行政、政治、教育などのご経験から、医師を中心した在宅医療の制度・報酬改革の変遷をどのように捉えていますか。

の国もGP（家庭医）がゲートキーパーやゲートオブナーとして存在しています。日本では、かつて地域の開業医がホームドクターとして、夜間でもステテコ姿に白衣を羽織って緊急な往診に行くような姿がありました。しかし今は、とくに都会ではかかりつけ医が機能していないでしょう。そこに訪問診療という仕組みができましたが、在宅療養をしている方で、かかりつけの訪問看護ステーションや訪問診療の医師がいる方はまだわずかです。制度としてまだ確立していません。

在宅医療を推進するときに、かかりつけ医は誰なのか。ここが基盤として大事です。訪問看護制度ができて30年近く経ちますが、この間、在宅医療を担ってきたのは主に訪問看護師です。在宅療養支援診療所に加えて在宅療養支援病院の整備が進めばよいと思います。一時「なんちゃって訪問診療」で稼ぐ診療所が現れたことを機に、外来もやらなければならないという改革もありました。でも、その改革は意味があつたのでしょうか？

各地に、在宅療養の方を真剣に支えている訪問診療グループが増えてきています。これらのグループには若手の医師が多いのですが、もっと活躍できる制度の充実化が大事なのではないで

でしょうか。

■在宅医療制度の充実化でとくに強化すべき機能は何でしょうか。

山崎 在宅医療には「退院支援」「日常的な医療の提供」「急変時の対応」「ターミナルケア」という4つの役割・機能がありますが、それぞれの役割・機能をどう果たしていくかで、おのずと連携・ネットワークの図が描けます。

コロナで明らかになりましたが、「日常的な医療の提供」はできても「急変時の対応」は、まだまだ厳しいのが現状です。これから増えていく「ターミナルケア」に関しては、きちんとした制度設計が必要です。私は昔から「ホスピスホームケア」を提言してきましたが、アメリカでは、がん患者さんの在宅化学療法と緩和ケアが80年代から進んできていましたし、フランスとドイツの在宅緩和ケアチームや、フランスの在宅入院では、がんの化学療法や緩和ケアが体系化しています。日本でも制度化していただきたいのですが、そのためには医師の意識改革が必要ではないかと思えます。

■医師にはどんな意識改革が必要なのでしょう。

山崎 フランスで「在宅入院」の半数

は在宅化学療法法の患者です。在宅入院のエイジェントは大型の院内薬局のような機能を持ち、抗がん剤もクリーンルームで調剤して患者宅に宅配しています。この現状に対して、日本には「日本で在宅の化学療法は考えられない」と発言する医師もいるのです。

コロナの第4波と第5波のとき、感染者が医療を受けられずに200人以上の方が在宅で亡くなりました。最近が高齢者施設でクラスターが多くなっていますが、特養や老健でクラスターが発生した場合、きちんとした施設は病院に搬送せずとも施設内でケアをして看取りを行っています。一方、ある特養では、嘱託医の方針によって施設内で看取りを行わず、終末期の方を病院に搬送して病院で看取りや死亡確認をしています。

在宅の看取りでは、東京消防庁をはじめ、いくつかの県では、訪問診療や訪問看護を受けている患者宅に救急車が呼ばれても、意向を確認して病院に搬送しない場合もあるというマニュアルを策定するケースが出てきました。また、終末期や急変時の対応には、医師だけではなくケアマネジャーをはじめ在宅のチームが在宅医療の観点から機能しなければなりません。機能できていません。もっと学習していく

必要があります。私がとくに期待しているのはケアマネジャーですが、医療職ではないのでもっと学習していただかないと現実に追いつけないと思います。

■管理栄養士や薬剤師の訪問活動については、どうご覧になっていますか。

山崎 昨年の介護報酬改定で医療的ケアが重視され、栄養士が関わる多職種協働や薬剤師の訪問指導等がさらに評価され、更に今年の診療報酬改定でも報酬がつかまりました。在宅医療を進めるときに、訪問薬剤指導や訪問栄養指導は今後重要になってきますが、すでに各地で成功事例が出ています。横展開がとても大事ではないでしょうか。

■第8次医療計画策定について着目すべきことを教えてください。

山崎 訪問看護の費用分析をすると、2019年の年間総額では5578億円となっていて、医療保険の訪問看護費が伸びていて、介護保険の訪問看護費の伸びを上回っています。医療費全体に占めるシェアは0.6%に過ぎませんが、伸び率は前年比15・8%で、他のサービスと比較しても他に類がないほど訪問看護は伸びています。この数字を抑えておく必要があります。

一方、介護保険に占める訪問看護費は2・6%で、訪問介護は9・1%なので、この比率には追いついていません。この10年間の伸び率を比較すると、介護保険の訪問看護が1・9倍ぐらいますが、医療保険の訪問看護は4・9倍も伸びています。

この伸び率を踏まえると、第8次医療計画では、まずまず訪問看護への期待が大きくなっていくとみています。さらにがんの在宅療養も焦点になると思います。マンパワー確保が大きな課題になるので、看護師のトレーニングが重要です。さらに推進計画の問題があります。

92年に訪問看護制度がスタートしたときに都道府県庁に訪問看護の担当部署が設けられ、推進計画や許認可を担当していました。ところが介護保険制度が発足して株式会社訪問看護に参入できるようになったので、都道府県は推進計画を立てなくなりました。このことは訪問看護事業の推進において障壁になったと思っています。第8次医療計画では在宅医療圏の議論のなかで、在宅医療圏を第二次医療圏にするのか市町村単位にするのかが議論されていますが、市町村の枠を超えて在宅医療が実施されているので、その単位になるのか注目しています。さ

らにどの圏域になっても、行政が訪問診療と訪問看護の数値計画を策定しないと進まないのではないかと危惧しています。

■訪問診療と訪問看護の拡大を踏まえて、提供側に何を求めますか。

山崎 市場の担い手には哲学を大切にしたい。訪問看護には営利法人が大量に参入していますが、医療の基本は「not for profit」(営利目的ではない)です。医療が営利目的に浸食されるような事態はあってはなりません。「儲かるぜ!」だけではなく、哲学をもって、地域の何に貢献する企業なのか?私はビジョン・ミッション・バリューの3つが大切であるといつも話しています。ビジョンとミッションは戦略ですが、バリューを地域に貢献・還元することが問われます。大手企業なら大手企業なりのバリューを明確にしていたらいいと思います。

一部の事業者が不祥事を起こせば、悪貨が良貨を駆逐するように誠意ある事業者も含めて、業界全体がマイナス影響を受けてしまいます。医療界の歴史では、そのことが何度も繰り返されてきました。訪問看護市場はこれから拡大するので、哲学をもって事業に取り組んでいただきたいと思っています。