

しました。

参加の条件は「二四時間、三六五日対応可能。電子メールによる連携・連絡が可能」であることとし、参加医師を「訪問診療に携わる連携医」「専門性をもち必要に応じ往診ができる協力医」「病診連携にかかわる病院医師」に大別しています。

長崎在宅Dr.ネットは「在宅医療を希望する方が、医師が対応できないという理由で自宅に帰れないということがないようにする」「二四時間三六五日対応する」「自宅で療養できるだけでなく、入院中に受けたのと同様の医療を在宅でも受けられることを目指す」「医療・看護・福祉等と連携し、最適な在宅医療を提供する」ということで、在宅ネットワークの構築をしています。

平成一八年の十一月までの段階で、一一五例の経過を終えた症例のなかで七一例の方が亡くなっていらつしゃいますが、そのうち約三七%が在宅死でした。我々は往診専門の医者ではありません。診療所で外来をしながら、なかには入院患者も診ながら往診もするという医師もいます。そのような状況では、非常に高いパーセンテージで在宅での看取りをしてきたという自負はもっております。

病診連携のうまくいった事例を二件、お話します。

## 事例 1

患者 八四歳、男性

診断 成人T細胞白血病

経過 二〇〇五年六月発症。がん拠点病院にて入退院を繰り返していましたが、徐々に全身状態が悪化し、寝たきり状態となったことと、病院側が土日の対応ができなかったことなどの理由で在宅移行となりました。

ご家族は家でも化学療法をやってほしいというご希望でしたが、在宅で化学療法を行うに当たっての問題点がいくつかありました。

- 1 化学療法に長けていない開業医が本当にできるのか？
- 2 経済的に抗がん剤の購入は高価である。(一〇本単位などが多く、一本では買えない。余った抗がん剤はデッドストックになる)
- 3 化学療法は微妙なさじ加減があるので、素人ではメニューが決められない。

僕自身は脳外科医で、化学療法をやったことがありませんでしたから、こんなことができるのかと思いました。でも、これもDr. ネットの醍醐味のひとつなんでしょうが、

副主治医が内科系の先生だということで、アドバイスをしていたいただきました。また、病院主治医との連携を密に取ることによって、抗がん剤はがん拠点病院の外來処方にしてもらうことができました。家族が抗がん剤を取りにいき、メニユーは病院主治医が決めたものを実行することで化学療法が在宅でもうまくできました。患者さんも楽で、ご家族の方も非常に喜ばれたという経験をさせていただきました。

## 事例2 (大学病院紹介症例)

患者 四〇代後半、女性(口中独居)

診断 大腸がん術後、転移性肝腫瘍、骨転移、難治性腹水

経過 大腸がん術後まもなく肝臓転移が判明し、化学療法を行いました。シヨックとなり断念。全身状態が徐々に悪化し、二〇〇七年一二月に在宅移行となりました。中心静脈栄養、疼痛コントロール、最期の時期に腹水穿刺も行いました。また、ご主人にステロイド、利尿剤の静注をしていただきました。

この方のご家族も「家で看たい」ということでした。ご本人も、六歳の子どもが自分の周りでいろいろしていると、ところを見ていたいということ、状態が悪くなっても

最期まで家にいることを希望されました。夫、訪問看護師、ヘルパー、ケアマネージャー全員で患者さんを支え、子どもは元気な笑顔でお母さんを励ましました。

ところが、そこに突然本人の母親が現れて、「こんな状態なのに、なぜ入院させないのか」ということになりました。でも、我々の診療や多職種のケアを目の当たりにし、娘さんが亡くなるまでには十分受容され、「死んだ夫も自宅で見取りたかった」と言っていただけでした。最期に病院医師も自宅を訪問してくれまして、病院医師からの紹介のケースで、非常にうまくいった症例です。

### 在宅緩和ケアへのスムーズなバトンタッチ

二〇〇七年春から、Dr. ネットメンバーの診療所医師・看護師は、がん拠点病院（長崎大学）の緩和ケアカンファレンスに参加しております。診療所医師は、最新の緩和医療の知見をわかりやすく解説するミニレクチャーや症例提示から多くを学び取ることができます。また、大病院のスタッフたちも診療所医師からの発言で、在宅の視点を得ることができ、スムーズに在宅移行につながるケースが最近よく出ております。

また、厚生労働省の戦略研究で私たちは市民病院、原爆病院、長崎大学の緩和ケアカンファレンスに出席して、在宅からのアドバイスをしたり、自分たちの勉強のため

にもいろいろと活動をしております。

緩和ケアカンファレンスに参加するときのポイントは、「患者さん・家族が今後どこで過ごしたいと考えているのか」という視点に立って考えること。それを病院スタッフと共有することによってスムーズに在宅に移行できるのではないかと思います。

それから、在宅療養を望む患者さん家族が「家に帰りたいが、ちょっと不安だ」というときに、在宅スタッフがアプローチして話をすることによって、安心して帰ってもらえるといったケースもあります。

また、医療依存度が高く、重篤だから家に帰れないということではなくて、在宅向けのアレンジが可能であるということを、我々のアドバイスで病院側にわかっていただけるといってもあります。

在宅緩和ケアへのスムーズなバトンタッチをするには、病院では見えない患者さん・家族の生活に思いを寄せて、退院前に「在宅」をイメージして、「患者さんの意思を第一に、在宅移行の可否を考える」ことが大事です。そのために、長崎在宅Dr.ネットは、症例検討会、研修会などを通して訪問看護師その他の多職種と有機的連携・交流を図っております。

## 顔の見える連携

それから、これが一番大切なのでしようが「顔の見える、気心の通じた診診連携・病診連携」を実践して、退院支援につなげております。また、メーリングリストを利用して主治医を斡旋したり、情報交換の場として新人在宅医に在宅医療のノウハウを伝授したりと、ITの有効活用ということでスムーズに在宅に入っていたくことが可能になっております。患者さん家族を地域で我々が支えるということは、そういう意気込みをもった人たちの集まりであると自負しておりますし、今後とも活動を続けていきたいと思っております。



安中 正和 (NPO法人長崎在宅Dr. ネット理事)

久留米大学医学部卒業。1995年聖路加国際病院に研修医として入職。脳神経外科で後期研修医の後、2001年脳神経外科専門医取得。06年父急逝のため同病院を退職し、長崎市の安中外科医院を継承。在宅訪問診療や往診を複数の医師が連携して行うことで患者さんが安心して在宅療養できることを目的として03年に設立された長崎在宅Dr. ネットに参加。08年1月にNPO法人になった同ネットの理事を務める。

司会　ありがとうございます。続きまして、東京都福祉保健局高齢社会対策部在宅支援課長、村田山佳さんです。お願いいたします

### 提言3

#### 看取りのできる地域社会に向けて

##### 〈大都市・東京から〉

村田山佳

こんにちは。東京都の高齢社会対策部で在宅支援課長をしております村田でございます。先ほど村上先生から夕張市の事例をご紹介いただきましたが、実は私が所属しております福祉保健局から夕張市再建のお手伝いをするために職員が派遣されております。

東京は本当にこれから勝負で、この五年、一〇年の間にどれだけ将来に向けた準備ができるかが、「夕張市のような高齢化率になったときに、いかに対処できるか」の鍵を握っていると思います。

## 高齢社会を迎える東京

きょうは東京都民が、三〇年後、五〇年後の生活についてどのような意識をもたれているのかというあたりからご紹介をしたいと思います。

東京はこれから高齢社会を迎えますが、多摩ニュータウンで最初に開発された地域では、すでに高齢化率が三〇%を超えている町もごいます。ただ全都的に見ますと、四人に一人になるのが平成二七年（二〇一五年）で、今後一〇年間に高齢者が八三万人ふえる見込みです。一二〇〇万人の都民のなかで八三万人ふえるという、高齢化の「ボリューム」が日本の他都市、あるいは諸外国の都市に比べた場合の、東京の高齢化の特徴だと思われまます。さらに平成三二年（二〇二〇年）には、後期高齢者が前期高齢者の数を上回る見込み、という点も特筆すべき事項だと考えます。

### 地域で安心して生活するために

では、そこに住んでいる都民が、医療だとか介護、特に「在宅療養」についてどの





ような意識をもたれているのかということをご紹介します。「在宅療養を志向したい」という方が少しずつふえているようですが、「実際には実現が難しいと思う」と多くの方が答えていらっしやいます。

もうひとつ、「地域で安心して生活していくためには、住民同士の協力関係が必要か」と、漠然とした視点からですが質問してみたところ、九割弱が「必要だと思う」と回答されております。しかし、「そのために必要なことは何か」という質問には「地域活動の拠点となる施設提供」とか「地域活動に関する幅広い情報提供」とか「行政や社協による、地域活動への支援やコーディネート」という回答が多く、「住民同士の協力関係を強化するために行政にお膳立てを求めているのか。住民の自主性とか自立性というものはどこへいってしまったのか。地域で暮らしていくために自分で何ができるのか、何をすれば自分たちが安心して暮らせるのかを、どれだけの方が考えていらっしやるだろう」とデータをみて思いました。

なおかつ、「地域で安心して生活するために必要なことは」と尋ねたところ、「地域医療提供体制（かかりつけ医・病院など）の充実」が一番多い答えでした。これは設問の仕方が悪かったのかもしれないませんが、医療に関する都民ニーズを調べますと、「救急医療」なんですね。それから「小児科医の確保」に対する要望が非常に高いですね。

我々の説明責任の問題でもあるのでしようが、「地域で安心して生活するために必要な医療とか福祉とは何なのか」ということが、まだまだ都民の方々にご理解いただけないのではないかと感じました。

### 看取りのできる地域社会

そこで、はたして東京がどういう状態になっていけば、最期までそこで暮らせて「看取り」のできる地域社会といえるのだろうかということを考えてみました。東京の人は「医療イコール病院医療」だと考えてしまいがちです。病院がたくさんありますから、当然だと思います。結果として、「病院で死ぬのが当たり前」ですから、少なくとも自分が当事者になるまでは、「人が死ぬ」ということが身近ではありません。死だとか、自宅で療養するということを全然身近に感じられないと思います。ですから、「死」や「在宅での療養生活」について考えて、それを身近なものと感じて受容できている、ということがまず一点だと思います。

それから、同じ東京といっても、高齢化率がすでに三割を超えるエリアがあるといったように、実はいろいろな顔をもった町が集まっているのが現状です。したがって、それぞれの町の「規模」とか「特性」を踏まえて、地域で暮らしていくために必要な

資源や、自宅も含めた多様な暮らしの場が確保されていて、そこへ、コーディネーターを中心に、多様な顔ぶれでも連携が取れた在宅医療・在宅ケアが提供されているということが必要です。そして、その状況を住民が把握できている、知っている、理解しているということが重要で、これが二点目です。

もう一点。人的資源や社会的資源が豊富にある「東京の強み」を活かし、いまある資源を育て活用しながら新たな資源を生み出すことによって、要介護高齢者や認知症の方の急増とか、これまで培われてきた共助・自助の急速な低下などといった「東京の弱み」を克服することが必要だと思います。そして、大都市ならではの「地域再生・活性化」が進んでいけば、「看取り」のできる地域社会になるのかなと思います。

### 地域ケア

「地域ケア」という言葉が我が国でもよく使われるようになりました。急速に高齢化が進んでいる東京の二〇年後、三〇年後の地域ケアを考えると、基本的には在宅ケア、在宅での暮らしを長く続けることができる仕組みが必要だと考えております。これは、先ほどの都民ニーズを踏まえても進むべき道だろうと思います。そこで、都は、「かかりつけ医と在宅サービスとの連携」また「在宅医療と病院との連携」が進むように、

ということ、平成一九年度に在宅医療のネットワーク化を区市町村向けの補助事業として創設しました。医師会、在宅医療に従事している先生方、訪問看護ステーションの方たちなど、地域でネットワークを組んでいる、あるいは広げようとしている方々からは非常に評価をいただき、関心をもっていたのですが、区市町村の反応はいまひとつで、数箇所の実績でした。

そこで、私たちはちよつと見方を変えました。平成二〇年度というのは介護保険法に基づく第四期介護保険事業計画を全保険者が策定する年度にあたります。そこで、いまお話ししているように「いまから在宅ケア・在宅療養中心の仕組みを保険者としても考えておかないと、将来大変なことになる」といった視点に基づき四期計画以降の改定をするように、区市町村に働きかけています。

また、区市町村に対して在宅医療のネットワーク化に関する補助スキームを創設したものの、反応がいまひとつでしたので、これからは、在宅のチームのモデル的な取り組みに対しても、東京都が支援を行い、そこから区市町村を誘導していければと考えているところです。

それから地域の活性化というのは、この東京では非常に難しいことだと感じていますが、しかしそうはいっても、働く人がたくさんいるという意味では人的資源の宝庫



村田 由佳（東京都福祉保健局高齢  
社会対策部在宅支援課長）

早稲田大学第一文学部卒業。1988年東京都庁に入庁。（財）東京都老人総合研究所管理課調査係長、環境局自動車公害対策部計画課課長補佐、（財）東京都保健医療公社・東部地域病院医事課長などを経て、2004年福祉保健局医療政策部副参事（医療改革推進担当）として地域医療連携や医療情報の提供促進、在宅医療推進を担当。06年より現職にて認知症対策や高齢者虐待防止、高齢者の住まい方など在宅高齢者施策を担当。

ですし、また地縁組織に縛られない、新しい住民のグループもできております。ですから、住民にとって最も身近な存在であるべき「医療」とか「福祉」を住民が支えるといったことができないか考えております。例えば、医療だとか福祉に関するボランティア活動に住民が参加する場ができれば、自分たちが安心して暮らせるためには何が必要なのかということを考えるひとつのきっかけになると思いますし、そのことが地域の力を高めることにもつながると思っております。また、これは東京都だけでなく、いろいろな仕掛けを考えながら引き続き区市町村に働きかけをしていきたいと思っております。

司会 ありがとうございます。最後に提言として鈴木信行医師がお話くださることになっておりましたが、強風で新幹線が止まっており、まだお越しいただけておりません。会長の秋山が代読をいたします。

#### 提言 4

### 生活支援、地域S W、安心して死ねる場所、地域力

鈴木信行

秋山 鈴木先生は福島で在宅医療、特に在宅ホスピスに熱心に取り組んでおられます。十分ご説明できないとは思いますが、一応先生から資料をいただいておりますので、ご紹介したいと思います。

鈴木先生の論点は、「医療も生活支援の一部である」ということです。

医療（医師・看護師・薬剤師）だけでは患者家族の生活を支え切れないので、そこを介護・福祉（ケアマネージャー・訪問介護）とボランティアも一緒に支えていくという仕組みをつくっていく必要があるのではないかと。

そして、地域のソーシャルワーカーがうまく調整をしてケアチームがかかわり、患者家族の生活を支えながら医療を提供していくことが必要なのではないかと、ことを鈴木先生は非常に感じておられます。

昨年この会では、「ソーシャルワーカーが地域において各制度の隙間を埋めるような働きをしてほしい」ということをフロアから提言させていただきました。

「念ずれば通ず」で今年二月から、それまで福島県立医科大学の病病・病診連携担当のMSW (Medical Social Worker) をしていた社会福祉主事が当院で働いてくれることになりました。

わずか一か月ですが、ともに仕事をして感じたことは、病診連携や介護・福祉関係者との患者情報の共有が円滑になった(医師の負担軽減)ことです。

以下に地域でのMSWの働きをまとめてみました。……鈴木

地域ソーシャルワーカーの働きは、「病診連携や診診連携の促進」ということで、調整をするという役割が非常に大きいです。

地域ソーシャルワーカーがかかわることで、「退院支援が生活支援の視点で展開す

る」。ただベッド調整ということではなくて、本当に家での生活に戻れるのです。先ほど宇都宮さんが言われたように、生活ができる状況に退院支援が働かないと意味がない、というところがここだと思います。

それから「患者・家族のニーズの掘り起こしが円滑に行われる」。つまり、病院のなかで見える治療だけの視点では生活できるという視点が抜け落ちるので、そこを地域ソーシャルワーカーがきちんとニーズの掘り起こしをする。それによって「社会資源の活用が効果的に行われる」ことになります。特に地域のネットワークのなかにどういふ社会資源があるかということが、地域ソーシャルワーカーの立場だとよくわかるのではないかということです。

そして「チームの連携の絆が強められる」というのが一番の触媒的な役割です。このように、地域ソーシャルワーカーがいることでいろいろなことがうまくいくのではないかということですね。ただ欠点は、医療者の立場から見ると、医療情報が間接的になりやすいということです。

福島でも「安心して死ねる地域づくり」を目指しています。そして、地域における緩和ケアが成功するためには、まず「地域にある社会資源（ケアマネさんやソーシャル



ルワーカーさんの職能」を活用」することです。

次に「人が集まれる場所を確保する（チーム内の顔が見える関係づくり）」こと。顔が見える関係というのはすごく大事で、主治医、副主治医が機能しているという長崎の例と同じです。そこで「診診連携や病診連携の強化を図る」こと。そして、ひとりで頑張らずに、ここで地域ソーシャルワーカーに活躍してもらおうということです。

また、「在宅療養を希望する患者・家族のニーズが、医療者と介護・福祉のチームを育ててくれる」のではないかとということです。

最後に、「看取りの意義を地域の文化として考える」。看取ったご家族や、そこにかわった医療者のさまざまな体験談をみんなで共有することで、地域の文化として考えていくことが大切だということです。

もう一点として、「医師がチームの頂点に立たないほうがうまくいく!?」。これは医師がトップではなく、みんなが同じ立場でチームを組めばうまくいくのではないかとということです。

医療と介護・福祉を全体的に見てくれるケアマネージャーや地域ソーシャルワーカーが必要であり、安心して生活するためには地域の力を掘り起こすことが望ましいという事ではないでしょうか。



鈴木 信行（医療法人社団鈴木医院  
理事長）

岩手医科大学医学部卒業。同大学泌尿器科学講座講師、岩手県高次救急センター講師を経て、1986年福島県立医科大学泌尿器科入局。翌87年医療法人社団鈴木医院院長。2007年同医院理事長に就任。在宅ホスピスケアの普及に努めながら、「安心して死ねる福島」づくりを目指している。

司会 ありがとうございます。基調講演をしてくださいました村上さん、またご提  
言くださいました四人の皆様方に、いま一度大きな拍手をお願いいたします。（拍手）

## 第二部

パネルディスカッション

司会 第二部のパネルディスカッションに移りたいと思います。コーディネーターの中村さん、よろしくお願いいたします。

中村 柳田邦男さんがまだお見えになっていないので、秋山さんに座っていただいて始めたいと思います。

昨年フロアからたくさんのご発言をいただきました。パネルの方たちだけではなく会場の皆様と一体となって、とてもよいディスカッションができたと思っております。きょうも多くの時間をそのように使いたいと思いますが、最初にパネラーの方々にひと言ずつお願いいたします。

村田 先ほど東京都の立場から、在宅医療の仕組みをつくろうとする際に区市町村の協力がなかなか得られないというお話をいたしました。区市町村の立場の補足をさせていただきたいと思えます。

まず、先ほどお話ししましたように、東京の医療は全国的にみれば恵まれた「病院医療」に依存してきたのが現状です。医療行政も病院医療中心に進めてきたところ

