

前厚生労働省医政局地域医療計画課
医師確保等地域医療対策室室長
在宅医療推進室室長

伯野春彦 氏

《インタビュアー》

金丸吉昌・国診協副会長
(宮崎県・美郷町地域包括医療局総院長)



国保直診に期待する在宅医療と 人生の最終段階の医療

金丸 本日は大変お忙しいところお時間をとっていただきまして誠にありがとうございます。高齢化の進展により今後、在宅医療や終末期医療の需要が増加すると予想されています。そこで在宅医療や人生の最終段階の医療を中心にお話をいただきたいと思います。どうぞ、よろしく願いいたします。

伯野 こちらこそよろしく願いいたします。

金丸 まず、地域医療構想実現のプロセスとして、地域医療構想調整会議において機能分化・連携を進めるとしていますが、この点からまずお伺いしたいと思います。

伯野 地域医療構想で機能分化を進めていくことについて具体的には高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能ごとに2025年の病床の必要量を推計していきます。慢性期の病床については、療養病床が地域によってかなり病床数に差がありますので、そういった地域差を解消していくことなどを踏まえて、将来必要な病床数を計算することになります。地域医療構想では全国で約30万人が在宅医療や介護施設など、病院

ではない施設に移行していくという数字が出ています。また、今訪問診療を受けている患者さんが約70万人と試算していますが、2025年には約100万人になるという試算もありますので、そうした高齢者が増えることにより、今と比較すると在宅医療の需要はかなり伸びていくことが想定されています。

金丸 それを踏まえて、国では在宅療養の提供体制の整備や取り組みなどをお示しいただいていると思いますが、そのあたりはいかがでしょうか。

在宅医療提供体制に求められる 4つの機能

伯野 在宅医療の体制整備に関しては、都道府県において医療計画を策定していますが、その中に在宅医療の提供体制を整備することが位置づけられています。在宅医療については4つの機能があります。1つは退院支援、2つ目が日常の療養支援、3つ目は急変時の対応、4つ目が看取りです。医療計画上、こういった4つの機能について地域ごとにしっかり提供体制を組んでいただくことが重要だと思っています。その上で、財政的な支援が必要な部分については地域医療介護総合確保基金を活用していただきます。また、市町村では在宅医療・介護連携推進事業を行うことになっていますので、都道府県と連携しながら在宅医療の提供体制を整備していくことが重要です。

しかし、これについては若干課題がありまして、医療計画に位置づけられてしっかりPDCAで回していくことがいわれていますが、都道府県の在宅医療の目標設定を見ると、たとえば訪問診療を受ける患者さんが今50人で、2025年には60人で1.2倍に増えるので在宅療養支援診療所（以下、在診）をこれだけ増やしていこうと根拠を持って整備していくのではなく、根拠が明確でない目標設定や目標設定をきちんとしていなかったこともあります。そういった目標をきちんとしていただく意味でも、訪問診療を受けている患者の数がどの程度増えていくかを都道府県別のデータや地域別のデータ、あるいは考え方を示すことによって地域で

の目標設定をきちんと立て、その提供体制を考えていただくことが必要だと思っています。

金丸 今後、どうしたら都道府県と市町村がうまく連携できるのかを検討していくことが重要ですね。

在宅医療と介護サービスは相互補完的

伯野 そうです。特に在宅療養は医療だけでは完結しません、介護サービスも重要です。言い方を変えると、在宅医療と介護サービスは相互補完的な部分があります。在宅医療の需要や将来的なニーズを考えた場合、介護サービスの需要も合わせて考えていかないと適切ではありません。医療計画は都道府県が策定し、介護サービスの需要見込みなどの介護保険事業計画については市町村が策定することになりますが、それぞれ別々に計画を作成するのではなく、都道府県と市町村が一堂に会する場を各都道府県でつくってもらって、将来の需要をどうしていくかを話し合ってもらいます。

金丸 在宅では医療と介護が相互に補完していかなければ、当然成り立ちません。それが地域包括ケアシステム構築の姿だと思いますが、いかがでしょうか。

伯野 おっしゃるとおり、在宅医療は地域包括ケアの一要素です。ですから、在宅医療のことだけ考えていてもうまくいきません。急変時の対応では病院にかかわっていただく場合も当然ありますし、中山間地域の医療資源が乏しい所では、病院が在宅医療を担っていくこともあり得ます。在宅医療という視点だけではなく、地域包括ケア全体の中で在宅医療も考えていくことが必要ではないかと思います。

金丸 在診の基準等がありますね。しかし、山間部に行くとも基準要件が揃わない所があります。離島や中山間地の奥では面積が広く医療機関や介護施設は少ない。しかし、現実にもそこで生活している住民がいます。離島や中山間地に応じた要件の緩和みたいなものがあるとありがたいと思っています。

伯野 地域が100あったら100通りの地域包括ケアがあ

ると言われています。地域ごとに医療資源は違いますし、また、住民の在宅医療に関する認識も、恐らく地域によって大分違うと思います。つまり、いろいろな地域での在宅医療の提供体制のあり方があってもいいと思っています。「国が一律にこうしてくれ」というのは少し違うと思っています。ただ、急変時や看取りでは24時間対応が求められることがあります。そういう場合、かかりつけ医1人で対応するのは難しいので、たとえば医師会で夜間は輪番で診るとか、主治医・副主治医制を制度化するなど、いろいろな取り組みがありますので、われわれ国としてもそういう先進的な取り組みの情報を集め提供していきたいと思っています。

金丸 ありがとうございます。次に人生の最終段階の医療を地域の皆さんがどう捉えていただけるのか、国としてその取り組みや方向性、指針を教えてくださいと思います。よろしくお願いします。

伯野 人生の最終段階の医療について日本国民は、死を語るのはタブーという国民性があるのかなと思いますが今、人生の最終段階の医療に関する相談にきちんと応じられるよう、医療従事者に対して研修を行っています。国民に人生の最終段階の医療について考えるきっかけをつくっていかうと考えています。

金丸 これについては具体的なモデル事業の取り組みがあると伺っていますが、どのようなものなのでしょうか。

人生の最終段階の医療相談研修が 平成28年より全国8ブロックで開催中

伯野 人生の最終段階の医療については、先ほど申し上げた医療従事者がきちんと相談に応じられる体制をつくらうとモデル事業を行いました。具体的には、医療従事者に対する研修プログラムをつくり医療チームを組織して研修を受けていただき、患者家族の相談に実際に応じていただきます。その結果を見るために、患者家族に対してアンケートをとったところ、9割近い方が「患者の希望がより尊重されたと思う」と回答

されました。そういう評価を得たことで、今は全国8ブロックに分けて研修を展開しています。

金丸 すでに全国展開が始まっているのですか。

伯野 はい、28年度から約200チーム研修して、今年度も引き続き研修を行っています。

金丸 多くの医療従事者が研修を積んで、対応できる力をつけていくことが必要ですね。

伯野 そうです。先ほど国民は死について考えるのに抵抗感があるとお話しましたが、医療従事者も同じです。人生の最終段階の医療について話すことに抵抗がある医療従事者はたくさんいると思いますが、きちんと患者家族の相談に自信を持って応じられるよう研修を行っています。この研修は人気があって、応募した人全員が受けられる状況ではありませんが、なるべく裾野を広げたいと思っていますので、たとえば関係団体の方々にご協力いただくなど、研修方法も少し工夫していく必要があると思っています。

金丸 これについて、国民に対してのメッセージの予定や計画などはあるのでしょうか。

伯野 現時点では国民に対しては取り組んでいません。かなり繊細な内容ですし、このような内容については個人個人でかなり考え方が違うと思います。先ほどモデル事業のお話をさせていただきましたが、9割弱ぐらいの方はすごくポジティブな回答をいただいています。なかには不安や心配がかえって強くなったという方が10%ぐらいいますので、どういう人を対象にどういう内容を伝えていくのがいいのかをしっかりと考える必要があると思っています。

欧米での取り組みも参考に人生の最終段階の少し前に考えるきっかけづくりとして、どういう対象にどういう内容を提供できるのか、すべきなのかを今年度中に検討会として立ち上げて、有識者にご議論をいただいで検討していきたいと思っています。

金丸 非常にデリケートな内容で、世代によってもあるいは今まさに病気だというときとそうでないときで変わるかもしれないですね。

伯野 そうですね。

金丸 ときどき地元の高齢者の皆さんが「ぼっくり逝きたい」と言われますが、終末期に判断し切れない部分がたくさんありますので、ぼっくりはなかなか難しいかも知れませんかと話しています。家族での日常の会話の中で、「父がああ言った、母がこう言った」ことを聞いていることで、いざ、終末期の判断に迫られた時に、子どもとして迷いを軽減できる可能性があるかもしれないと考えています。

人生の終末期をどう捉えるかはまさに文化ではないでしょうか。こういう文化が各地域で醸成されていくことが大事だと思います。もしかしたら、死よりも生きる方から入っていく方がわかりやすいのではないのでしょうか。日本の文化と諸外国ではもちろん宗教も違い、死に対する捉え方もまったく違います。しかし生きることに関しては一緒であってもいいかもしれません。生き方から捉えて、結果的に通過として死をどう捉えていくか、今後議論が始まっていく中で、日本に合う文化としてどう醸成していけるかにかかってくると思いますが、いかがでしょうか。

伯野 とってもすばらしい取り組みだと思います。

金丸 こういうことを地域で醸しながら、国保病院として何とかできる範囲で対応しています。小さい規模の地域だからこそできることかもしれないですが、検討会が始まることはありがたいですね。

患者の意思を尊重した医療の実現に向けたACPの観点で研修を実施

伯野 ご本人が人生の最終段階の医療について1人で考えているだけだと、あまり結果に結びつかないことがわかっています。たとえば、人工呼吸器を使うか使わないか1人で○か×を書いても家族に十分に伝わってなければ意味がないこととなります。先ほど言われたとおり、家族で話し合うことは非常に重要だと思っています。われわれはACP（患者家族と医療チームが相談を繰り返しながら最善の治療や療養の方針を探るアドバンス・ケア・プランニング）をしっかり広め

ていきたいと思っています。先ほどの医療従事者の研修でも、ACPという観点で研修をさせていただいていますので、そういうところを広めていきたいと思っています。

金丸 外来のちょっとした合間に、家庭ではお茶飲み話としてつぶやいていただく。ふだんは今を大切に重ねて生きていただきたい。そして、死はどこかで通過しなくてはいけない一つの分岐点なのかもしれないということを感じていけるような文化を目指していくのも一つの方法かも知れないと考えています。

最後になりますが、全国の国保診療施設は長い歴史をもって地域包括医療・ケアに取り組んで今日に至っています。さらに、こういうことを進めてもらういいのではないかなど、提言やアドバイス等をいただけたらありがたいのですが、いかがでしょうか。

伯野 地域包括ケアは国診協の大きな役割の一つではないでしょうか。地域包括ケアは非常に大切な概念ですし、それを構築していくためには、皆さんのお力が必要です重要になってくると思っています。

先ほど申し上げたとおり、今日のお話では在宅医療や人生の最終段階の医療がテーマとしてありましたが、地域包括ケアの中で在宅は一要素ですし、人生の最終段階の医療は在宅だけではない、病院でも施設でも関係しています。そういった意味では、地域包括ケアの中できちんと体制を組むことによって、人生の最終段階の医療についてもしっかり考えられ、在宅医療の提供体制も構築できるものだと思います。ぜひ国診協の皆さんには引き続きご尽力いただければと思っています。

金丸 改めて国診協としてその役割をしっかりと果たし、地域包括医療・ケアの推進、地域包括ケアシステムの構築にさらに邁進していきたいと思います。本日はありがとうございました。

伯野 こちらこそ、ありがとうございました。

（インタビュー収録日：平成29年7月6日）