

メインシンポジウム

メインシンポジウム1~4



メインシンポジウム 1

「これからの訪問看護と在宅ケアの未来」

座長略歴

□ 秋山 正子

看護師・保健師・助産師

秋田県生まれ 1973年聖路加看護大学卒業 関西にて臨床及び看護教育に従事。

実姉の末期がんの看取りを経験時に、在宅ホスピスケアに出会い、1992年から東京都新宿区にて訪問看護を開始。新宿区及びを東久留米市にて訪問看護・居宅介護支援・訪問介護の3事業を展開。2011年、高齢化の進む巨大団地に暮らしの保健室開設。2015年、四谷坂町にて看護小規模多機能（複合型）ミモザの家を開設。がん患者と家族のための相談支援の場、マギーセンターを東京にとNPO活動を展開中。

□ 山本 則子

看護師。東京大学医学部保健学科卒。東京白十字病院、虎ノ門病院勤務。カリフォルニア大学サンフランシスコ校看護学部博士課程修了。PhD（看護学）。同大ロサンゼルス校公衆衛生学部・医学部研究員。老年ナースプラクティショナープログラム修了。埼玉医科大学総合医療センター訪問看護ステーション勤務。千葉大学看護学部助教授、東京医科歯科大学教授を経て、2012年より東京大学大学院教授（高齢者在宅長期ケア看護学）。専門領域は訪問看護・長期ケア（long-term care）の質保証、事例研究による実践知の解明、認知症家族支援、高齢者ケアシステム開発。

演者略歴

□ 宇都宮宏子

福井出身

1980年 京都大学医療技術短期大学部 看護学科卒業

医療機関で看護師として勤務、高松の病院で訪問看護経験し在宅ケアの世界に入る

1992年、京都の訪問看護ステーションで勤務、介護保険制度創設時、ケアマネジャー・在宅サービスの管理・指導の立場で働きながら、病院から在宅に向けた専門的な介入の必要性を感じ

2002年、京大病院で「退院調整看護師」として活動

2012年4月より、『在宅ケア移行支援研究所』起業独立

医療機関の在宅移行支援、地域の医療介護連携推進、在宅医療推進事業研修・コンサルテーションを中心に活動

【その他の活動】

●京都大学医学部人間健康科学学科非常勤講師 ●聖路加国際医療大学臨床教授 ●京都府看護協会担当委員（認知症サポートナース・退院支援・看取り支援人材養成研修等） ●東京都在宅療養推進会議 退院支援強化事業・在宅療養支援員養成研修委員等 ●セコム医療システム（株）退院支援・在宅事業担当 ●京都ACP看護研究会 ●京都市認知症ケアを考えるつどい実行委員

□ 秋山 正子

看護師・保健師・助産師

秋田県生まれ 1973年聖路加看護大学卒業 関西にて臨床及び看護教育に従事。

実姉の末期がんの看取りを経験時に、在宅ホスピスケアに出会い、1992年から東京都新宿区にて訪問看護を開始。新宿区及びを東久留米市にて訪問看護・居宅介護支援・訪問介護の3事業を展開。2011年、高齢化の進む巨大団地に暮らしの保健室開設。2015年、四谷坂町にて看護小規模多機能（複合型）ミモザの家を開設。がん患者と家族のための相談支援の場、マギーセンターを東京にとNPO活動を展開中。

□ 中村 順子

秋田県生まれ。

1979年聖路加看護大学卒業。

1985年より世田谷区衛生部にて訪問看護を始める。

2003年日本訪問看護振興財団立おもて参道ケアプランセンター所長。

2007年日本赤十字秋田短期大学准教授。

2013年4月秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域・老年看護学講座教授

2014年10月秋田大学大学院医学系研究科附属地域包括ケア・介護予防研修センター長（兼任）

現在に至る。

2014年NPO法人ホームホスピス秋田副理事長

2015年6月ホームホスピスクららの家手形山を開設

【資格・学位】 看護師・保健師・介護支援専門員

看護学修士・健康科学博士

指定発言者略歴

□ 佐藤美穂子

公益財団法人日本訪問看護財団 常務理事

1972年に高知女子大学衛生看護学科を卒業。1973年に東京白十字病院に勤務。1983年に川崎市高津保健所にて訪問指導事業に従事。1986年に日本看護協会訪問看護開発室に勤務。

1995年に厚生省に入省し、訪問看護係長、介護技術専門官、訪問看護専門官、看護専門官に就任。

2001年に日本訪問看護振興財団事務局次長、2002年同財団常務理事。2012年より現財団の常務理事。

編著書に「新版 訪問看護ステーション開設・運営・評価マニュアル」（日本看護協会出版会）等。

MS-1-1

組織を超えて、地域でつながる看護 ～事例振り返りからみえること～

宇都宮宏子

在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス

aging in place (地域で暮らし続ける) を可能にするために、みなさんの地域で、看護は役割を果たせていると胸を張って言えますか？

私自身、病院での「退院支援」に取り組む中なかで、目の前の患者(病气)にだけ焦点を当てた「病院の医療・看護のあり方」を再考、変革する事の重要性に気づきました。

今、研修のスタイルで、おひとりの事例を、時間軸で振り返る方法に取り組んでいるが、退院支援という場面や、終末期になって訪問看護師が関わっている事が多い。診断された時、つらい症状を抱えて外来通院をしている時、寄り添う看護の姿がみえない。

意思決定支援とは、病气と向き合った時から人生最終章を迎えるまで、どう生きるか、療養するかを決めるための支援であると考えている。

医療と生活の二つの視点で、関わる事ができる看護師の大事な役割ではないか？

今の暮らしを継続する事を目的にした、早い段階からの在宅療養支援がカギであると考えている。適時・適切な医師からの「疾患レビュー」と、看護師による「生活療養支援の実践」が、悪化・重度化予防につながり、ケアマネジャーと協働する事でケア体制の調整につながる。

診療所も含めた外来看護師にとどまらず、訪問看護、デイサービス等通所施設の看護師、もちろん介護施設等住まいの場で関わる看護職も含めて、その人に関わる看護が、何をつなぎ、関わっていくのか。そして人生最終段階(エンド・オブ・ライフ期)に向けて、患者・家族に対する意思決定に寄り添っていく事が、看護の役割であると考えています。

今、多くの在宅や施設の場での、QOL・QODを支えた成功体験を、地域の看護・ケアの仲間で共有する事はできていますか？現場での事例検討会を通じて、大事な分岐点と看護師による匠の技が見えてくる。成功体験を通して、看護を言語化することである。

訪問看護の歴史を踏まえ、次の世代に何を託せるのか、みなさんと議論していきましょう。

Key word : 時間軸で振り返る事例検討、在宅療養支援、匠の技の言語化

MS-1-2

これからの訪問看護と在宅ケアの未来 地域包括ケアの中での訪問看護の未来

秋山正子

暮らしの保健室

世の中は、病院中心の時代から地域包括ケアの時代に変わろうとしている。

これは団塊世代が75歳以上になるという2025年を目指しての事なのだが、さらに人口減少社会に転じて、逆ピラミッド型になる2040年も意識しての事である。

しかしながら、人々の意識はまだまだ「病院に行けば何とかなる」「大病院を頼っていれば安心」という病院信仰の時代から抜け出していない。

地域包括ケアは、地域丸ごとケアとも称され、地域の中で暮らし、暮らしの中で人生を終える、つまりaging in place = living in placeを実現できる地域を作ることなのです。そのために各地域の特性を活かして何をなすべきか、今、問われている。

1992年の訪問看護制度の初年度から地域を意識しながら、在宅看取りも含めて都会の何なかで在宅看護を実践してきた。その中から、看取りのできる街を作ろうと、住民の目線で「この町で健やかに暮らし、安らかに逝くために」という看取りをされたご家族からのメッセージをもらえるシンポジウムを2007年から実行してきた。今、この方法は各地に波及し、訪問看護の実践者たちが各地域で企画運営をし、地域の中で暮らし、病があろうとも、老いともであらうとも、また、障害を持ちながらも、最後まで住み慣れた場所に暮らし続けるための在宅看護の可能性を可視化できるように働きかけをし始めた。

これからの病状を含めた予測ができるのが医療職としての看護の機能、だから予防的な視点で関わることで、重度化を防ぎ、重装備化を避けられる。もっと軽度な状況から、在宅サービスの存在を知る手立てともなり、かつ、少しの不安から医療機関をむやみに受診するのを避ける意味でも地域の中に相談支援の場所があればと2011年から「暮らしの保健室」を始めた。この中で在宅看護の実践経験がいかに役立つかも実感している。

さらに、在宅療養を下支えする意味でも必要と、看護小規模多機能型居宅介護(通称=看多機)も昨年9月から開始した。

予防から看取りまでを担う看護職の地域での実践場所が増える手ごたえを感じている。

そして、これらの中から、住民の居場所づくりや、絆づくりへのお手伝い、かつ、そういった機会を利用するの教育の場と発展していった。

個別ケアの充実ももちろん土台として大切にしつつ、他・多職種協働をいかに実践するのか、その地域でのハブとなれるように、在宅看護の未来は、より拡大していくと期待できる。

MS-1-3

これからの訪問看護と在宅ケアの未来・教育から考える

中村順子

秋田大学大学院 医学系研究科

訪問看護師、ケアマネジャーを経て大学教員となった。日本における訪問看護ステーション制度の中には管理者の役割期待が大きく、そのありよう・関わりによってステーション運営も質の高いケアの提供も大きく影響されると実践で感じたことを研究テーマとしてきた。

現在一気に訪問看護ステーションが増えてきたが、筆者の耳には病院における治す医療中心、すなわち医学モデルをそのまま在宅で展開しているのではないかと思われる看護の状況が時々届く。今後ますます訪問看護師を始め在宅領域で活躍する看護師が求められる。管理者もまた然りである。急性期医療の現場から在宅に移行しても、在宅看護に求められる看護について問題意識を持ち、質の高いケアの提供を実践できるような看護師の基礎教育、現任教育はどのようにあるべきか、考えてみたい。

メインシンポジウム2 共催：一般社団法人全国在宅療養支援診療所連絡会

「地域包括ケア 2035年までになすべきこと」

座長略歴

□ 太田 秀樹

医療法人アイムス 理事長

奈良市生まれ。'79年日本大学医学部卒業、自治医大大学院修了後、同大専任講師を経て、'92年おやま城北クリニックを開設。現在、隣接する栃木市、結城市に在宅療養支援診療所を運営、機能強化型在宅療養支援診療所として在宅医療に取り組む。医学博士・日本整形外科学会認定専門医・麻酔科標榜医・介護支援専門員。日本医師会在宅医療連絡協議会委員、厚生省検討会委員、全国知事会先進政策頭脳センター委員、全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長など。著書「家で天寿を全うする方法」、共著「看護がつながる在宅療養移行支援」他多数

□ 田中 滋

医療政策・高齢者ケア政策・医療経済学

2014年まで慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授。現在は名誉教授としてヘルスケアマネジメント・イノベーション寄付講座をベースに研究・教育に従事

2016年3月時点の主な公職は、医療介護総合確保促進会議座長、社会保障審議会介護給付費分科会長、同福祉部会長、同医療部会長代理、中医協・医療機関の消費税分科会長、協会けんぽ運営委員長、日本医師会医療政策会議議長

日本介護経営学会会長、日本ヘルスサポート学会理事長、日本ケアマネジメント学会理事、医療経済学会理事、地域包括ケア研究会座長

演者略歴

□ 島崎 謙治

政策研究大学院大学教授

1978年東京大学教養学部卒業、厚生省（当時）入省。千葉大学法経学部助教授、厚生労働省保険局保険課長、国立社会保障・人口問題研究所副所長、東京大学大学院法学政治学研究科客員教授等を経て、2007年から現職。博士（商学、早稲田大学）。社会保障審議会専門委員。長野県立病院機構理事。主な著作として、『日本の医療一制度と政策』（東京大学出版会、2011年）、『医療政策を問いなおす—国民皆保険の将来』（筑摩書房「ちくま新書」、2015年）などがある。

□ 袖井 孝子

国際基督教大学卒業、カリフォルニア大学ロサンゼルス校（社会学修士）、東京都立大学大学院博士課程修了（社会学）、東京都老人総合研究所主任研究員、お茶の水女子大学助教授・教授を経て、現在お茶の水女子大学名誉教授、東京家政学院大学客員教授、NPO法人高齢社会をよくする女性の会副理事長、一般社団法人シニア社会学会会長、一般社団法人コミュニティネットワーク協会会長。主な著書に『変わる家族 変わらない絆』『高齢者は社会的弱者なのか』（以上ミネルヴァ書房）、『女の活路 男の末路』（中央法規）。

□ 新田 國夫

'67早稲田大学第一商学部卒業、帝京大学医学部卒業、帝京大学病院第一外科・救急救命センターなどを経て、東京都国立市に新田クリニック開設 在宅医療を開始、医療法人社団つくし会設立理事長に就任し現在に至る。

医学博士・日本外科学会外科専門医、日本消化器病学会専門医、日本医師会認定産業医。医道審議会保健師助産師看護師分科会看護師特定行為・研修部会委員、厚生労働省老人保健健康推進事業地域包括ケア研究会委員、東京都在宅療養推進会議会長、全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本臨床倫理学会理事長、福祉フォーラム・東北会長、福祉フォーラム・ジャパン副会長、日本在宅ケアアライアンス議長

MS-2-1

人口構造の変容と在宅医療・地域包括ケア

島崎謙治

政策研究大学院大学 教授

政策は未来に向けた選択であるが、未来の条件は現在と同じではない。日本は未曾有の超高齢・人口減少社会を迎える。日本の人口減少は加速し、2040年以降は毎年100万人以上減少する。総人口の減少以上に深刻なのは人口構成の変化である。高齢者数は2040年頃まで増加する一方、生産年齢人口や年少人口は激減する。超高齢化や人口減少は経済成長にマイナスの影響を及ぼすため、財政制約が厳しさを増す。さらに、生産年齢人口の減少に伴い医療・介護の人的資源制約も大きな問題となる。

最近、「2025年問題」ではなく「2035年問題」と言われることがある。たしかに、2025年頃に比べ2035年頃の方が厳しさを増すが、これは「2035年までまだ20年ある」と誤認させる危険性がある。過疎地などでは既に患者数自体が減少して地域がある一方、都市部では急激に高齢者が増加し医療・介護サービスの提供が追いつかないといった問題が生じている。また、医療提供体制の改革は着手から完成するまで10年程度かかる。残された時間はほとんどない。むしろ、2018年度は、次期医療計画の策定、医療費適正化計画、国民健康保険の改正（ポイントは都道府県が財政責任を担う）の施行、診療報酬と介護報酬の同時改定等の「結節点」となっており、この数年が正念場であるという認識をもつべきである。

医療の高度化の要請に対応するためには「医療密度」を高める必要があり、医療機能の分化・集約化は必須である。また、超高齢社会では「治す医療」だけではなく「生活を支える医療」も必要になる。そのためには、狭義の医療だけでなく、保健・介護・福祉・就労、さらには「まちづくり」まで視野に入れた総合的な取り組みが必要となる。「医療は医学の社会的適用である」という言葉があるが、適用すべき社会経済が一変すれば、医学や医療のあり方そのものの見直しが迫られる。医療関係者や行政関係者は、在宅医療や地域包括ケアは社会運動論としての性格をもっていることを認識すべきである。また、国民も他人任せではなく自らの問題として医療の問題に向き合うことが求められる。

MS-2-2

最期まで安心して暮らせる地域社会をめざして

袖井孝子

お茶の水女子大学

2035年、日本はどのような社会になっているのだろうか。2035年には人口の3分の1が65歳以上に達し、75歳以上の後期高齢人口が65～74歳の前期高齢人口を上回る。世帯主が65歳以上の高齢者世帯についてみると、37.7%が単独世帯であり、世帯主75歳以上では39.7%にのぼり、三世帯世帯は1割にも満たなくなると推計されている（国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」2013年1月推計）。

おひとり様が当たり前の社会では、これまでのような世帯を単位とした社会保障制度を見直し、年金も医療も介護も、すべて世帯単位から個人単位へと社会システム全体を作り変えなければならない。ひとりであっても、最期まで住み慣れた家や地域でその人らしく尊厳をもって暮らし続けることを可能にする地域包括ケアシステムの構築が不可欠だ。

2012年から施行されている地域包括ケアシステムでは、日常生活圏においてサービスが提供されることを原則とし、予防、介護、医療、生活支援、住まいの5つが、主要なサービスとされる。このうち、もっとも注目されるのが、住まいと在宅医療であろう。

住宅保障が社会保障の重要な柱になっているヨーロッパと違って、日本では住宅は個人の自助努力によって確保すべきものであった。地域包括ケアシステムにおいて、住まいと住まい方を基盤に位置づけたのは画期的と言ってもいいだろう。もっとも、その目玉がサービス付き高齢者向け住宅というのは、あまりにもお粗末すぎる。

日本では、約8割の人が病院で死を迎えている。厚生労働省は、病院死から在宅死への流れをつくろうとしえているが、在宅の「宅」を充実しなければ、いくらサービスを提供しても、その効果は薄い。さらに厚生労働省は、日本人の大病院指向を改め、かかりつけ医をもつことを推奨しているが、どの地域にも在宅医療を担うに足る医師がいるわけではない。狭い専門分野において業績を上げることが社会的評価につながるような医学界の慣行を変えることも必要だろう。在宅医療においては、看護の果たす役割が大きい。医療行為において、ある程度まで看護師に決定権を委譲できないものだろうか。最期まで安心して暮らせる地域社会の構築には住民の参画が欠かせない。自分たちのまちは、自分たちで創るという気概を住民たちは持つ必要があるだろう。

MS-2-3

地域包括ケア

2035年までになすべきこと

新田國夫

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会 会長

在宅医療は病院医療の延長線上にて医療の質を評価してきた従来の医療とは違います。患者の立場からすれば医療において最も求められるのは自分の病気が的確な治療により治ることです。したがって質の高い医療は、患者がよく治る医療としています。しかしながら在宅患者は病院医療では対応不可能な病気を持った患者を対応としています。

我が国の未来の社会構造を考えたときに、家族変容があります。未婚者、離婚者は各1/3の世界、高齢世帯、独居世帯の増大過程から、最終的には一人の世界をもたらします。労働変容は現状のままでは要介護者の増大とともに、非就業者が地域にあふれます。結果として家族、社会への倫理観が変容する社会を想定されます。地域包括ケア体制が先端社会構造として考えざるを得なくなります。より多様化した個々人のより質の高いQOLを得るためには、高齢社会にとって在宅医療が欠かせないことです。そして患者本位主義の医療は高齢者の病態像が個体差のある中で重要な問題となります。医療の質の評価の延長線上の範囲で語ることは難しいものがあり、生活臨床として在宅医療にはもっとも重要なインフォームドコンセントとなります。新しい人材が活躍するためには、新たな医療コンセプトが必要です。構造が作られる前に医学、哲学、倫理、社会学の転換があり、従来の常識からの変容がある中で2030年が作られなければならなりません。

質と面の広がり求められ、介護保険、病院医療は日本において国民の誰もが享受される事が可能となっていますが、その質に大きな転換がなければ社会構造転換ははかれませんが、在宅医療を結果主義の後始末にしてはならない。人生の最終章まで、自己実現をめざし、豊かに生き、豊かに死を迎えることが最重要課題として存在し、2030年を乗り越え次の世代へつなぐことです。

医療システムはケア中心の医療システムが稼働してきましたが、ケアの世界は高齢者の増加により、年齢との戦いとなり、限界が見えてきたことです。その中で地域医療システムは需要と供給のバランスが崩れるのが現代ならば、その先の未来像は新しい概念の構築を目指すことです。



メインシンポジウム 3

共催：NPO法人高齢者を支える学際的チームアプローチ推進ネットワーク（ミシガンネット）
「チームアプローチ新時代」

座長略歴

□ 亀井 智子

聖路加国際大学大学院看護学研究科教授、研究センター PCC実践開発研究部部長、WHO看護助産協力センター長、教育センター認定看護師教育課程認知看護コース責任者 兼務。日本在宅ケア学会理事長、日本老年看護学会理事、聖路加看護学会理事、日本ケアマネジメント学会理事。

看護学研究者として高齢者の在宅ケアに関する研究・教育に長年従事。研究テーマは、慢性呼吸不全患者等のためのテレナーシング実践開発、地域在住高齢者のための転倒予防プログラム実践開発、世代間交流看護支援開発、PCC（People-Centered Care）評価指標開発、高齢入院患者へのせん妄予防プログラムHELP（Hospital elder life program）研究、混合研究法の方法論研究など。

□ 加瀬 裕子

- 1976 日本社会事業大学社会福祉学部卒業
- 1979 日本女子大学大学院博士課程前期修了（社会学修士）
- 1980 武蔵野市福祉公社ソーシャルワーカー（～1987まで）
- 1987 日本社会事業学校 専任教員
- 1990-1995 ミシガン大学日米老年学セミナー・コーディネーター（兼任）
- 1992-1993 ニューサウスウェールズ大学客員研究員（兼任）
- 1996 桜美林大学経営政策学部 助教授
- 2004 早稲田大学人間科学学術院 教授
- 2013 早稲田大学 博士（人間科学）取得
- 2015 南カリフォルニア大学客員研究員（兼任）

著書：寝たきりを防ぐホームヘルプの家政学（同朋舎出版）1993、生協福祉活動の事例を読む（生協総合研究所）1996
認知症ケアマネジメント・行動・心理症状（BPSD）に対処する技法 -（ワールドプランニング社）2016

演者略歴

□ Mariko AbeFouk

関西学院大学社会学部卒業。ミシガン大学ソーシャルワーク大学院修士。その後、精神科及び老年科臨床ソーシャルワーカー。1993年から現職。

多職種連携チーム研修に関する論文多数。高齢者対象「マインドフルネス認知療法」の成果を全米老年学会（2012）で、又その論文は全米老年ソーシャルワーク学術誌（2014）に発表。近年は「マインドフルネスに基づく許し」のグループ療法開発。この実践研究の成果を全米老年学会（2015）で発表。ミシガン大学ソーシャルワーク大学院で「マインドフルネス認知療法」の集中講座を担当。

□ Els-Marie Anbäcken PhD

Research focus is ageing and care, from a gerontological perspective, with crosscultural comparative studies on Japan and Sweden. Special interests are: older people's perspectives on care and life, how the welfare and care systems influence the care, existential issues and end of life care.

PhD 1997, Stockholm University, Japanology

(Theme: Ageing and care in Japan)

2000 - 2008 assistant professor,

Social care/Social Work, Linköping University

2008 - 2012 professor,

Human Welfare Studies, Kwansai Gakuin University

2012 - 2014 associate professor,

Gerontological Social Work, Linköping University

2014 - associate professor,

Gerontological Social Work, Mälardalen University

□ 大嶋 伸雄

法政大学、社会医学技術学院作業療法学科、筑波大学大学院を修了した後、昭和大学医学部公衆衛生学教室にて博士号（医学）。

秋田県立脳血管研究センター、秋田大学医学部附属病院リハ・センター、埼玉県立大学保健医療福祉学部作業療法学科・専任講師～助教授、英国St. George's University of London 客員研究員（兼務）、米国University of California, San Francisco校、Visiting professor（兼務）を歴任。

CAIPE（英国連携教育推進センター）会員、JIPWEN（Japan Interprofessional Working and Education Network）メンバー、学術誌「The Journal of Interprofessional Care」アジア査読委員

指定発言者略歴

□ 辻 彼南雄

（医）互酬会 水道橋東口クリニック理事長・院長、（社）ライフケアシステム代表理事、NPO法人高齢者を支える学際的チームアプローチ推進ネットワーク（ミシガンネット）理事長／医師
1984年北海道大学医学部卒業後、群馬大学病院・東京通信病院・東京大学病院等で高齢者医療に携わる。在宅医療の先駆者佐藤智医師の著書に感銘を受け、1990年より佐藤医師の下で在宅医療を学ぶ。東京大学医学部公衆衛生学・老年病学非常勤講師。2015年「第4回杉浦地域医療振興賞」受賞。著書に『家庭医が語るシニア世代の不健康管理』（共著、一橋出版）などがある。

MS-3-1

ミシガン大学高齢者専門外来クリニックにおける多職種チームの実際とその研修プログラム

Mariko AbeFoulk

The University of Michigan Health System

米国ミシガン大学ヘルスシステム高齢者専門外来クリニックにて、過去20数年来、臨床ソーシャルワーカーとして、多職種チームの中で、携わってきた演者の経験を語る。このクリニックの歴史、チームのメンバー、チームの形態と流れを事例も含めて説明したい。また、視野のレンズをより広め、同クリニック付属シニアセンター（地域に門戸を開く高齢者サービスの色々）や他の地域サービス機関との連携にも触れたい。

多職種連携の利点は既に広く語られている。しかし効果あるチームケアはたやすくはない。なぜ困難なのか。そうしてそのようなチャレンジを踏まえた上で、次の世代の医療チーム従事者をどのように訓練したらいいのだろうか。わがクリニックで試みられた、多職種の実習生や研修医を対象とした養成教育の一例、PQE (Partnership for Quality Education)も紹介する。

またこの20年のアメリカ全体の医療ケアの変遷すなわち入院治療の短縮化、外来治療、在宅ケアの拡大化や人口の高齢化に伴って、過去の単科老年科クリニックから、多様な医療機関（老年医学、老年精神科、神経内科、緩和医療科、内分泌その他）へと発展した現在の老年医学センタークリニックの概要にも触れ、時代やテクノロジーの変化が、いかにチームメンバーの役割に変化をもたらしたかを振り返り、チームケアの真髄を問うてみたい。

MS-3-2

A holistic way of working interprofessionally in home care with and for older people

Els-Marie Anbäcken PhD

Associate Professor in Social work with focus on older people, School of Health, Care and Social Welfare, Mälardalen University, Eskilstuna, Sweden.

Co-authors: Lena-Karin Gustafsson, Magnus Elfström, Viktoria Zander and Gunnel Östlund.

An ongoing research project with an intervention will be used to discuss every day rehabilitation for older adults living in the community. In ageing societies like Japan and Sweden, the need for healthy ageing is crucial. Active ageing, according to WHO (2002) includes physical, social, psychological and existential aspects. This study focuses on wellbeing of older people in a holistic sense.

A challenge is for care staff to co-work interprofessionally together with older adults by motivating and carrying out every day rehabilitation in home care. By focusing on rehabilitation as a means of (re)gaining quality of life and be able to live with autonomy and independence and also in the community with others, the focus becomes holistic. Moreover, the joint perspectives of the different professionals in the team becomes a strength.

The care-team first received a 5 week training course at Mälardalen University, and after a pilot period the project is now progressing. The training course gathered 22 students from various professions: home helpers, nurses, case assessment social workers, physical therapists, occupational therapists and one behaviourist.

At the presentation in July 2016, especially the interplay between the care professionals and between them and the older adults participating in home rehabilitation will be addressed.

MS-3-3

対象者の生きる力を引き出し自立させる多職種連携の取組 – 英国の地域ケアの現場から –

大嶋伸雄

首都大学東京大学院 人間健康科学研究科

わが国の医療・保健・福祉領域における多職種連携教育（専門職連携教育，以下IPE）は，2003年頃から徐々に根づき始め，現在では一定の存在感を示している。これと前後して臨床における多職種連携・協働（以下IPW）が注目され始めたのは2000年の介護保険制度からであり，そこでは地域連携と協働の困難さに焦点が集まった。それ以降，地域ケアにおけるIPWの目的は，対象者に対する医学的ケアと日常生活の維持を主体とした，ケアする側からの視点であり，受け手である患者側もごく自然な形で「患者役割」に徹してきている。今回，そうした日本の医療文化的な特性と比較する意味において，大変ユニークなIPWを実践している英国における地域ケアの取組を紹介する。

ウエスト・クロイドン地区はロンドン市近郊に位置するありふれた住宅街で，古くから住み続けている住民も多く，その地域的な結びつきは強いといわれている。発言者が訪問した先は地区包括保健センターのNP (Nurse Practitioner) J氏の日常業務で，担当患者宅への訪問，かかりつけ医GP (General Practitioner) の診療所 (GP office) への報告業務，さらに同じチームに所属する複数の専門職たちとのカンファランスの主催などがその日の業務であった。

合計3件，患者宅への訪問に同行したが，すべて簡単なバイタルをとる以外，一切手を出さない会話中心，意見交換，カウンセリングによる在宅ケアであった。J氏によればそのキーワードは“patient education”であった。活動の意味から推察すれば「賢い患者にするための学習の援助」または「患者の自己決定（主体性）をつけさせるための指導」といったニュアンスに近い。さらに，こうした介入はNPやGPだけでなく，全ての専門職，理学療法士 (PT)，作業療法士 (OT)，社会福祉士 (SW)，保健師 (PHN)，薬剤師などにおいても全て同様である。“患者への教育”という高次目標において関係するすべての専門職の意思統一が図られており，このことが対象者により良い効果を与える鍵になる。訪問した3名の在宅患者はすべて意識レベルも良好で，コミュニケーション能力も高かった。“Self Help Patient”を作るための多職種連携協働チーム，この概念は現在の日本では，残念ながら受け入れられても与えられる可能性は低い。しかし，“Self Help Patient”が在宅患者の幸福生活に繋がる手段であるならば，わが国の地域医療の現場でも見習うべき点が多々あるのではないだろうか。

メインシンポジウム4

「在宅医療の原点 ～パイオニアから受け継ぐもの～」

座長略歴

□ 平原佐斗司

東京ふれあい医療生活協同組合 副理事長
梶原診療所・在宅総合ケアセンター長
オレンジほっとクリニック所長
1987年島根医大卒業

日本在宅医学会副代表理事、総合内科専門医、在宅医療専門医、緩和医療学会暫定指導医等
東京医科歯科大学臨床教授、聖路加国際大学臨床教授、東大高齢社会総合研究機構客員研究員
編著：チャレンジ在宅がん緩和ケア、チャレンジ非がん疾患の緩和ケア、心不全の緩和ケア（南山堂）、在宅医療テキスト（1～3版）（勇美財団）、在宅医学（在宅医学会編）、明日の在宅医療、認知症ステージアプローチ入門（中央法規）他

□ 和田 忠志

東京医科歯科大学卒。1999年、千葉県松戸市にあおぞら診療所開設。2009年に、高知市にあおぞら診療所高知潮江解説。2012年よりいらはら診療所在宅医療部長。ホームレス者・拘置所出所者等支援を行う「社団法人ユーカリの樹声なき声を聴く」代表理事。（公職等）日本在宅医学会理事、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、日本高齢者虐待防止学会理事、日本在宅ケアアライアンス有識者委員、千葉県医師会在宅医療推進委員会委員、高知県在宅医療体制検討会議委員、松戸市高齢者虐待防止ネットワーク会長、国立長寿医療研究センター在宅連携医療部医師等。

演者略歴

□ 辻 彼南雄

（医）互酬会 水道橋東口クリニック理事長・院長、（社）ライフケアシステム代表理事、NPO法人高齢者を支える学際的チームアプローチ推進ネットワーク（ミシガンネット）理事長／医師
1984年北海道大学医学部卒業後、群馬大学病院・東京通信病院・東京大学病院等で高齢者医療に携わる。在宅医療の先駆者佐藤智医師の著書に感銘を受け、1990年より佐藤医師の下で在宅医療を学ぶ。東京大学医学部公衆衛生学・老年病学非常勤講師。2015年「第4回杉浦地域医療振興賞」受賞。著書に『家庭医が語るシニア世代の不健康な管理』（共著、一橋出版）などがある。

□ 和田 忠志

東京医科歯科大学卒。1999年、千葉県松戸市にあおぞら診療所開設。2009年に、高知市にあおぞら診療所高知潮江解説。2012年よりいらはら診療所在宅医療部長。ホームレス者・拘置所出所者等支援を行う「社団法人ユーカリの樹声なき声を聴く」代表理事。（公職等）日本在宅医学会理事、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、日本高齢者虐待防止学会理事、日本在宅ケアアライアンス有識者委員、千葉県医師会在宅医療推進委員会委員、高知県在宅医療体制検討会議委員、松戸市高齢者虐待防止ネットワーク会長、国立長寿医療研究センター在宅連携医療部医師等。

□ 鈴木 央

鈴木内科医院（東京都大田区）院長
昭和大学医学部卒
昭和大学第二内科教室入局
1996年 社会保険都南総合病院内科部長
1999年 鈴木内科医院 副院長
2015年 鈴木内科医院 院長（鈴木荘一逝去のため）
鈴木内科医院院長 鈴木荘一が日本に紹介したホスピス、ターミナル・ケアの概念を引き継ぎプライマリ・ケア、特に在宅緩和ケアを専門としている。
昭和大学客員教授
東邦大学医学部員外講師
全国在宅療養支援診療所連絡会 副会長
東京都医師会地域福祉委員会 委員
大森医師会理事

□ 辻 哲夫

1971年東京大学法学部卒業後、厚生省（当時）に入省。老人福祉課長、国民健康保険課長、大臣官房審議官（医療保険、健康政策担当）、官房長、保険局長、厚生労働事務次官を経て、2008年4月から田園調布学園大学 教授、2009年4月から東京大学高齢社会総合研究機構 教授を務める。現在、東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授。厚生労働省在任中に医療制度改革に携わった。編著書として、「日本の医療制度改革がめざすもの」（時事通信社）「地域包括ケアのすすめ 在宅医療推進のための多職種連携の試み」（東京大学出版会）「超高齢社会 日本のシナリオ」（時評社）等がある。
在宅医学会講演

MS-4-1

佐藤智医師に学ぶ

辻 彼南雄

水道橋東口クリニック、ライフケアシステム

日本在宅医学会初代会長の佐藤智医師は日本の在宅医療・在宅医学のパイオニアであり、現在の在宅医療推進のために多くの功績を遺してきました。

佐藤智医師はなぜ在宅医療に情熱を傾けるようになったのか。

なぜ、新たな学会を立ち上げたのか？

医師としての経歴(長野県塩尻村営診療所、東村山市にある東京白十字病院、南インドでの1年間の奉仕医療、帰国してからの東京都新宿区の白十字診療所、会員団体ライフケアシステム創立、日本在宅医学会設立等)にそって、その足跡をたどりたと思います。

ご本人が在宅医療について語っているドキュメンタリー映画「終りよければすべてよし」(羽田澄子監督作品、自由工房、2006)の一部もご紹介できればと考えています。

佐藤 智(さとう あきら)

1924年生まれ。ライフケアシステム会長、日本在宅医学会顧問。

1948年東京大学医学部卒業。東京白十字病院院長、南インドのクリスチャン・フェローシップ病院勤務を経て、1981年東京都新宿区の白十字診療所にライフケアシステム創立。

<著書>

- 1) 在宅老人に学ぶ～新しい医療の姿を求めて、ミネルヴァ書房、1983
- 2) 「生きる」そして「死ぬ」ということ、経済往来社、1984
- 3) 看取りの医療 ぬくもりの在宅ケアの道すじ、(編著)、保健同人社、1987
- 4) これからの在宅ケア～「ライフケアシステム」の経験から、医学書院、1988
- 5) 在宅でこそ その人らしく～ライフケアシステム12年の経験から、ミネルヴァ書房、1992
- 6) 在宅ケアの真髄を求めて～私の歩んだ一筋の道、日本評論社、2000
- 7) 死から学び、生を考える、(共著)、日本評論社、2001
- 8) 明日の在宅医療、(共編著)、中央法規出版、2008

<言葉>

「病気は家庭でなおすもの」

「自分たちの健康は自分たちで守る」

「医療はサービスである」

「私たちはビジター(訪問者)」

「在宅でこそ その人らしく」

「死から学ぶ」

「在宅ケアはinteresting and exciting」

「在宅ケアを学問scienceに」

MS-4-2

在宅医療の原点

～パイオニアから受け継ぐもの～

和田忠志

医療法人社団実幸会 いらはら診療所

私は1990年に医療法人財団健和会に入職し、増子忠道先生にお会いした。私は、在宅医療の臨床家として、増子先生の出来の悪い弟子の一人と自覚している。

1970年代から1980年代に、現在行われている「定期的な医師訪問と24時間対応を骨格とする在宅医療」の経験が蓄積され、今につながっている。その主要な先人として、東京白十字病院の佐藤智氏(東京都)、堀川病院の早川一光氏(京都府)、ゆきぐに大和病院の黒岩卓夫氏(新潟県)、諏訪中央病院の今井澄氏(長野県)、柳原病院の増子忠道氏(東京都)などがある。「病院での治療が有効でなくなったがなお重い障害をもつ患者、治療不能ながん患者が、自宅で過ごすことを希望しながら病院滞在を余儀なくされていた」現実を鑑み、この人たちを退院させ、自宅での継続的な医療を提供しようとした意識の高い臨床家であった。

「定期往診」は1986年に「訪問診療」として保険診療に位置づけられ、技術的意義が診療報酬として結実した。これは佐藤智先生の功績が大きい、この「定期往診」は、1967年に川上武氏が記載している(川上武「内科往診学」医学書院)。川上武氏は杉並組合病院医師から医療評論家となっていたが、当時、増子先生のアドバイザーのような存在であった。

増子先生の問題意識は、足立区東部において彼が主導した「寝たきり老人実態調査」によるところが大きい。今という「ネグレクト」のような状況が深刻である実態を知り、老人の看護、介護問題の重要性を痛感した。そして、「独居老人でも最期まで家で適切な医療や介護が受けられるシステムの創設」を志したのである。増子先生の意識は、独居患者を支える在宅ケアが根幹にあり、医療としては訪問看護を重視した。その意味では、「在宅医療は在宅ケアの一部」として認識されている。1992年に訪問看護制度が老人保健法に位置づけられたとき、宮崎和加子氏らは東京都第一号の訪問看護ステーションを設立した。この実践の中で「寝たきり老人」という言葉が定着したとされる。

その後、介護保険施行前に、看護と介護の整備による巡回型及び24時間対応型を組み合わせ、「独居老人でも最期まで家にいられるシステム」がその地域に作り上げられた。人的活動のみならず、福祉用具活用による「虚弱な老人でも動作が可能となり、虚弱な介護者でも介護が可能となる」ことが重視された。

このようなことを含め、私の知る増子先生とその実践を紹介したい。

MS-4-3 父の背中

鈴木 央

鈴木内科医院

当院は1961年、私の父である鈴木荘一が東京都大田区山王に開設した。31歳の頃であった。私が生まれたのもその年である。

最初の転機は、35歳の叔父の死である。1970年のことであった。都心の大病院で肺がんとの診断が下された。その後、当時の最先端の化学療法、放射線療法がなされたが、当時、緩和ケアは全く行われていなかった。結局、苦痛の中で彼は旅立っていった。このことから、父は日本の終末期医療に疑問を持つことになったのである。

また、「実地医家のための会」のメンバーであった春日豊春医師は胃がんと宣告され加療中であったが、1976年に自ら「安楽死公開討論会」を企画し、開業医師の他、監察医、法学部教授、マスコミ、特養ホーム園長、弁護士、僧侶などを集め開催した。その時に春日医師自らが「自分は胃癌だが、医師は身体をよく診療するが、患者の心は診てくれない、私は“心の植物状態”だ」と発言し、父の心を強く揺り動かした。

そんなときに、父はホスピスという医療機関が海外にあることを知った。父はセントクリストファー・ホスピス院長、シシリー・ソンダース医師に手紙を書き、見学を希望した。「Gladly welcome!」がその返事であった。1977年に渡英し、父はプロンプトンカクテルをはじめとした緩和ケアを学んできたのである。

日本に帰ると、父は早速自院の有床診療所にて、「ミニホスピス」を始めた。当時高校生であった私も様々なことで手伝うことになった。吐血患者の病室清掃、入院患者の希望でさんまを七輪で焼くこと、自宅で看取った祖母の死因が分からないと病理解剖を依頼し、私が立ち会ったこともあった。その後ソンダース医師から強く在宅緩和ケアへの移行を勧められた後は、在宅緩和ケアに移行した。

1999年、私は医院に帰り、父が始めた在宅緩和ケアを引き継ぐことになった。父は多くを語らなかった。その背中で、在宅医としてのあるべき姿勢を示していたように思われる。

何かをするよりまず患者と家族に寄り添うこと(Not doing, but being)、「こころ」のケアを重視することなどである。

そして2014年末に父が旅立った後、私は在宅ケアの手法を、さらに若い医師に学んでもらいたいと切望するようになった。どんなに時代やシステムが変わっても、医療者が患者と真剣に相対し支援する、その姿勢だけはどんなに医療が進歩しても決して変わらないと考えるのである。

MS-4-4 明日の在宅医療を目指して

辻 哲夫

東京大学 高齢社会総合研究機構

世界に例のない超高齢化が日本で進行している。

当面、急速に進む後期高齢者の急増への対応は、高齢化最前線国日本の試金石である。そのあるべき方向は、生活習慣病の予防と虚弱化の予防をまず進めるとともに、長生きの結果として虚弱な状態を経て死に至るということが普通になる中で、生きていてよかったと安心して地域の中で生き切る、次なる社会システムを作ることである。

とりわけ今後の医療は、治すことを主眼としてきた「病院医療」に加えて、「在宅医療を含む地域包括ケア」の展開が日本全体の大きな課題となっている。

我が国の病院医療が成功したが故に在宅医療が必要なのであり、このことは世界の高齢化の最前線を歩む日本に課せられた歴史的な課題でもあるとえる。

このようなことは、一朝一夕には実現できない。

初代会長佐藤智先生が、在宅医療の大切さを唱えられた原点は、「病気は、家庭で治すもの」という言葉にあった。我々が地域で生活者として、笑顔で生きるために医療はある。病院医療はそのための過程であり、最終的には、それぞれの地域の家庭(在宅)で自分らしく生きることを最終目標とするものである。このことが、明確に表れたのが、高齢社会における在宅医療であると言える。これに気づいた佐藤先生をはじめとする医師達がこつこつと現場実践を続けてきた。このような努力がなされる中で、制度面でも、診療報酬での対応や介護保険の導入などの環境が整えられ、超高齢社会を迎えつつある今、在宅医療は、大きな時代の要請となっている。今こそ飛躍の時期であるが、今後の在宅医療を考えるにあたって、改めて、在宅医療は、佐藤先生が求められた医療の原点を目指すものとして確認することが大切と考える。

在宅医療を含む地域包括ケアは、医療サイドから見れば、医師を始めとする多職種の連携により地域で高齢者等が生活者として生き切るために必要な新しい医療の体系と言える。柏プロジェクトなどで、その体系化が進みつつある。

それは、医師にとっても尽きせぬ可能性を秘めた新天地であるともいえる。

2025年という我が国の超高齢社会への大転換期を控えて残された時間は少ない。在宅医療の意義に目覚めた医師が、その原点を大切にしながら一丸となって未来を切り開くことを期待する。