

特別講演

特別講演1～3

特別講演

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症看護コース責任者 兼務。

現在の研究内容：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。

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 SAFETY on! の実践開発、都市部地域における世代間交流看護支援開発、PCC 評価指標開発、高齢入院患者への HELLP 研究、混合研究法の方法論研究など。日本在宅ケア学会理事長

演者略歴

□ 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。

訪問看護の原点 ～看護の社会的評価を～

佐藤美穂子

財団法人日本訪問看護振興財団

私は学生のころ保健師実習に出て、病院とは違う看護に魅せられた。さらにロンドンでの長男出産・育児から訪問看護や地域看護の恩恵に預かり、市民生活を支える専門家としての自信に満ちた笑顔に出会い、このような制度が日本でも・・・と思った。

わが国の訪問看護の歴史をさかのぼると、1890年頃に、民間経営の慈善看護婦会が看病のための派出看護を病院や家庭で始めた。聖路加国際病院の例では1923年に関東大震災で被災した妊産婦の保健指導を行う家庭訪問婦を誕生させ、公衆衛生看護婦へと発展、また診察した患者・家族への訪問看護も行われた経緯がある。

一方、1930年には大阪朝日新聞社会事業団の公衆衛生訪問婦会の活動が始まり、保健師の草分けとなった。対象は結核、母子、寄生虫、精神障害の自宅監置者等で、1945年以降は保健所が公衆衛生活動の拠点となった。

1970年頃には脳卒中が死因の1位となり、1973年には老人福祉法の改正で70歳以上の医療費無料化施策が開始された。徐々に70歳以上高齢者の入院や病院内での死亡が増加し始め、「寝たきり老人」の訪問活動が病院から始まった。1978年には厚生省社会局通知による「老人家庭看護訪問指導事業」も地域で始まった。看護関係者・団体では訪問看護事業の制度化、訪問看護料の新設を要望している。

老人保健法のもと、1983年には「退院患者継続看護指導料」が新設されて訪問看護が初めて診療報酬上の評価を受けることとなった。

医療提供の場として医療法上「居宅等」と位置づけられたのは1992年。老人保健法の一部改正により創設された老人訪問看護ステーションから訪問看護が始まった年である。1994年には健康保険法等の改正で高齢者以外にも拡大した。2000年から始まった介護保険制度の居宅サービスにも位置付けられて今日に至っている。

都道府県知事等の指定を受けた訪問看護事業者（訪問看護ステーション）が主治医の包括指示のもとに居宅で看護サービスを提供し、医療保険又は介護保険から事業者者に報酬が支払われる。管理者は、看護師又は保健師であり、訪問看護事業の健全な運営と経営の責務を果たす制度である。

訪問看護では本人・家族のQOLの向上をめざして、持てる力に働きかけ、疾病の予防、重症化防止、治癒の促進を図る。たとえ医学が見放しても看護り、亡くなった後も尊厳を守り抜く。訪問看護の原点は、生活の場で看護を必要とする人を希望の明かりで包み、寄り添う心と手当にあるのではないだろうか。

特別講演 2

座長略歴

□ 太田 秀樹

奈良市生まれ。

'79年日大医卒、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。日医在宅医療連絡協議会委員、厚労省チーム医療検討会委員、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

演者略歴

□ 猪飼 周平

一橋大学大学院社会学研究科教授

1971年京都府生。東京大学経済学部卒業、同大学院博士課程修了（経済学博士）。2001年佐賀大学経済学部専任講師、同助教授を経て、2007年より一橋大学大学院社会学研究科准教授、2013年より現職。

専門はヘルスケア政策・社会政策・社会福祉・比較医療史。主著は『病院の世紀の理論』（有斐閣、2010年）

病院の世紀から地域包括ケアの世紀へ ～社会の変容に医療はどう対応すべきか～

猪飼周平

一橋大学大学院 社会学研究科

地域包括ケア政策が本格化しつつある。それを文字通り解釈して、より地域的でより包括的なケアシステムと大雑把に解するだけでも、その変化がいかに歴史的な転換を意味するかはわかるだろう。というのも、医療は20世紀を通じて、地域包括ケアとは反対の方向（施設化・医療の独立化）へと進んできたからである。私たちのケアシステムは、たしかにここ100年で最も大きな変化の時を迎えようとしている。

とするならば、直ちに問われるべきは、第1に、歴史的な時間の中でどのような変化が起きつつあるのか、第2に、その変化に、より地域的でより包括的なケアが求められるのはなぜか、第3に、現在の地域包括ケア政策は、このような変化とどのような関係にあるといえるか、第4に、このような歴史的変化の中であって、ヘルスケアの臨床や政策の現場において奮闘する実践家・行政家が果たすべき使命とはなにか、ということになるであろう。

他方、地域包括ケア政策の現状をみるに、地方行政は大変困惑しているように見える。実際、地域包括ケアを、高齢者にとってより望ましいケアシステムであるとみる人もあれば、医療費を下げるためのシステムと解釈する人もあり、病院から医療必要度の低い患者を追い出す方法だと思っている人もある。さらには、これらのどれも正解であると解説する識者があつたりする。このような状況では、実践家・実務家は、何をすればよいかわからず立ちすくむか、勝手な解釈で突き進む以外になくなってしまふ。

演者の理解では、このような混乱の主要な原因は、政策に先立って、上の4つの問いに対して十分な答えを準備しておかなかったことにある。その意味で、現在の政策状況は、あたかも発射されてから目的地を探しているロケットのようなものであるといえよう。演者の理解する限り、地域包括ケア政策に関してもっとも急務であるのは、2025年までに何をどうするかではなく、私たちのロケットがどこへ向かうべきなのかを、よく議論し見定めることにほかならない。

このような観点から、本講演では、具体的な制度や実践の是非を議論する替わりに、上記の問いについて、どのように考えるべきであるのかについて、時間の許すかぎり丁寧に議論したいと思う。

特別講演 3

座長略歴

川越 正平

1991年東京医科歯科大学医学部卒。虎の門病院内科研修医を終了後、血液科医員として同院に勤務。1999年医師3名のグループ診療の形態で千葉県松戸市に在宅医療を中心とするあおぞら診療所を開設。2004年同院院長に就任し現在に至る。主な役職として、松戸市医師会在宅ケア・介護保険担当理事、松戸市介護保険運営協議会会長、東京医科歯科大学臨床教授、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員、日本在宅医学会副代表理事。主な著書として「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在宅医療バイブル」(日本医事新報社)。

演者略歴

加藤 恒夫

医療法人社団かとう内科並木通り診療所 院長

昭和48年3月 岡山大学医学部 卒業

昭和54年4月 かとう内科診療所開設

昭和63年10月 第1回英国研修

※以後平成28年までに渡英研修17回、フランス、ドイツ等ヨーロッパ研修多数

役職：

平成5年～平成21年 日本プライマリケア学会 評議員

平成12年～平成16年 日本死の臨床研究会国際交流委員長

平成15年～平成21年 日本医学教育学会 評議員

平成19年～平成21年 日本緩和医療学会 評議員

平成15年～ 岡山大学医学部臨床教授

研究業績：

・平成2年～3年 厚生省「在宅医療ネットワークに関する総合的研究」班 研究員(末期がん在宅医療小委員会)

・平成7年～8年 厚生省「在宅医療の新しい方向性に関する研究」班 在宅ターミナルケアのシステム 担当

・平成8年～9年 厚生省「患者への医療情報提供についての研修」研究委員

厚生省 長寿科学総合研究事業「老年者の在宅医療に関する研究」班 研究員

・平成9年～10年 厚生省 長寿科学総合研究事業

「老年者の在宅医療に関する研究」班 研究員

・平成16年～17年 厚生労働省 老人保健健康増進等事業

「終末期医療におけるデイホスピスの有用性に関する研究」統括研究者

・平成20年 笹川財団 助成

「大学病院腫瘍センターとプライマリケアチームの治療から

終末期にいたる連携のあり方の研究」統括研究者

・平成23年 並木基金 助成

「がん診療連携拠点病院とプライマリケア医の治療から終末期にいたる継続的連携のあり方の研究」総括研究者

その他、多数

人権としての緩和ケア

加藤恒夫

かとう内科並木通り診療所

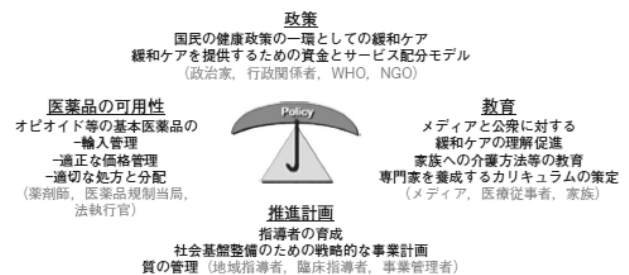
今日の欧米、特に、ヨーロッパにおける緩和ケアの対象は、がん以外にも、広く治癒することの無い疾患に向けられている。このことは、社会保障政策の恩恵にあずかる公平性(equity)という概念に基づき主張されており、その起源は1990年台中旬にさかのぼることが出来る。

また、緩和ケアが権利(人権)の概念として成立するためには、国民と専門職を対象とした教育や制度設計など、様々の社会的基盤整備が必要であり、その基礎の上にこそ「人権」が成立する(図1)。21世紀に入ってから今日までの、ヨーロッパの緩和ケア関連諸学会の軌跡は、この考えに基づき進められていることを物語っている。

翻って日本の緩和ケアの現状を鳥瞰してみると、まだ、対象はがんのみである(この考えには反論もあることだろうが、筆者は、少なくとも診療報酬として物的保障をされていることをもって公的認知と考える)。また、昨今もてはやされている地域包括ケアシステムには、終末期ケアや看取りが含まれておらず、「必ず死を迎える人間」のケアシステムとしては片手落ちであると言わざるを得ない。また、筆者は、日本のこれら諸制度の問題点を指摘できない、日本緩和医療学会を始めとする日本の終末期ケア関連諸学会・研究会の見識を疑うものである。

本公演では、日本の緩和医療が置かれている特殊な環境を、世界的な歴史的経緯に基づき説明する。

図1)



Stjernswärd J. The public health strategy for palliative care. J Pain Symptom Manage. 2007 ; 33(5) : 486-93.より筆者改変