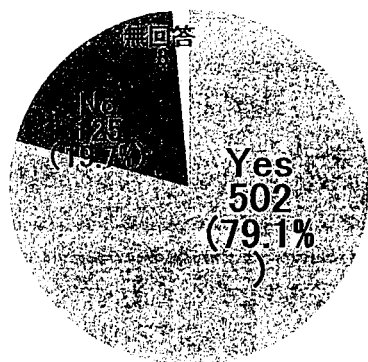


独居患者を診ますか？

末期がん患者の在宅医療に携わる635の医療機関



周知されていないが、
独居患者を診る
在宅医療機関は
全国に存在する

末期がんの方の在宅ケアデータベース(<http://www.homehospice.jp>)中の
医療機関の登録内容より

第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会資料

ホームケアクリニック川越 川越厚

一人暮らしでも高齢者世帯でも安心してまちに住み続けられるプロジェクト

**すみだ地域緩和ケアシステムの構築
(すみだ家で死ねるまちづくり)**

各地で、一人暮らしや介護力の弱い人のケアに対する取り組みの報告がある。その一つがすみだ家で死ねるまちづくりである。いづれもボランティア的な取り組みが多く、現在行われている取り組みが、国をあげてなされるようになると、国民と専門職の協働がすすみ、安心して老い、人生の最期を迎えることができる国になると考えている。

I すみだ家で死ねるまちづくりが目指すもの

多くの国民が人生の最期を、今まで紡いできた人との絆を切らないで、住み慣れた地域で過ごし、できれば自宅で死を迎えたいと望んでいる。しかしながら、現実には13% (がんで6%) しか実現していない。家族の負担を考えたり、ひとり暮らし、高齢者世帯となり、在宅で過ごすのは無理だとあきらめているのである。

一方で在宅での緩和ケアは実践的な広がりを見せてはいるものの、ケアの質のばらつきが大きく、緩和ケアのための地域ケアシステムも構築されていない。

そこで墨田区では、地域緩和ケアシステムを市民とともに関係者の「思い」を柱に構築し、家で最期のときを過ごすことができるそして在宅での死を選んだ区民が当たり前安心して家で最期のときを過ごすことができる墨田区をつくるため、市民が参与し専門職や行政との協働によるヘルスプロモーションモデルに基づいた地域緩和ケアシステム(「すみだ家で死ねるまち」)を開発することとした。

II システム構築の手法

この地域緩和ケアシステム構築は、市民参加による協働を特徴とするcommunity-based participatory research (市民参与型研究) とアクションリサーチ (研究者がシステム構築のメンバーである行為研究・英国のNHSが医療改革に使った手法) による。市民参与的アクションリサーチによる地域緩和ケアシステムモデルを作成、実施し、評価を行う。市民が参加した地域緩和ケアネットワークづくりと地域緩和ケアの拠点となる緩和ケアグループホームを作ることを計画している。

地域で緩和ケアを行うため、医療・福祉・地域の全ての機関が力を合わせて住民と共にすみだ在宅緩和ケアシステムをつくる。すみだまちづくりの一貫としておこなう

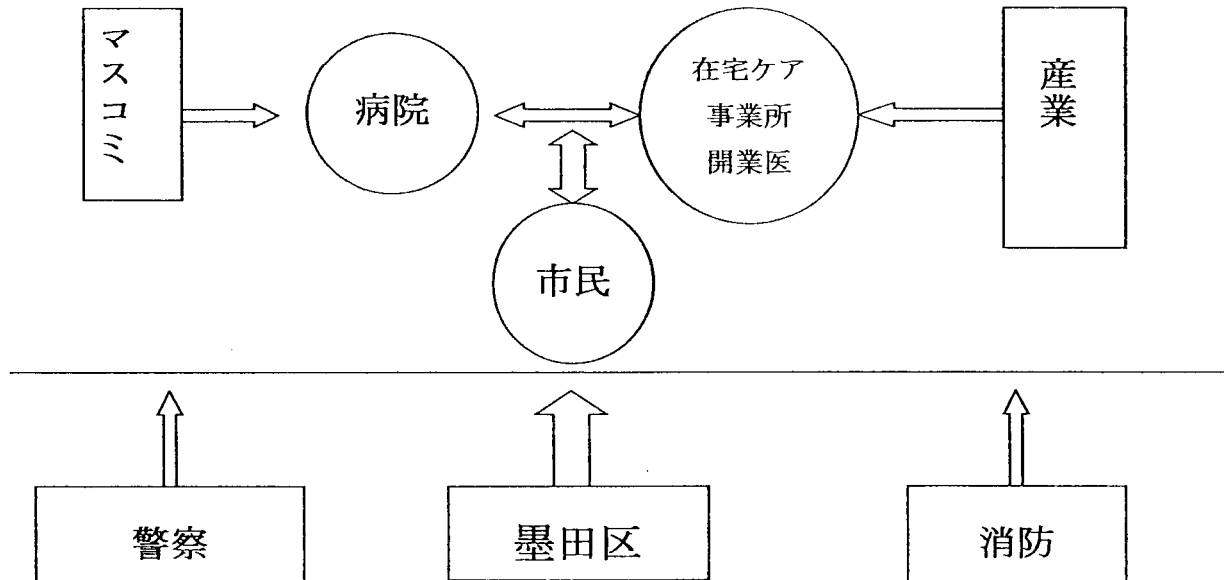
①地域緩和ケアネットワークの構築

すでにある在宅ケアネットワークだけではなく、多くの機関や市民と一緒に知恵と力を出し合って家で死ぬことができるネットワークをつくる。このネットワークは緩和ケアに役立つだけではなく、高齢者。障害者。子育て支援のネットワークにもなる。

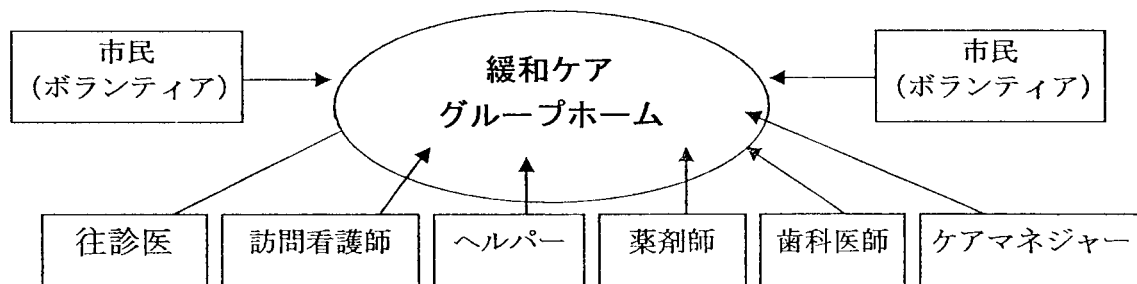
②自宅ではない家（緩和ケアグループホーム）の建設

閉店した店舗や、空き家、ボランティアの協力を得て。お金をかけないで、空き家を有効活用し、すみだの地で最期を迎えたいと思う人々のために「自宅ではない在宅」緩和ケアグループホームを作る。

地域緩和ケアネットワーク



緩和ケアグループホーム

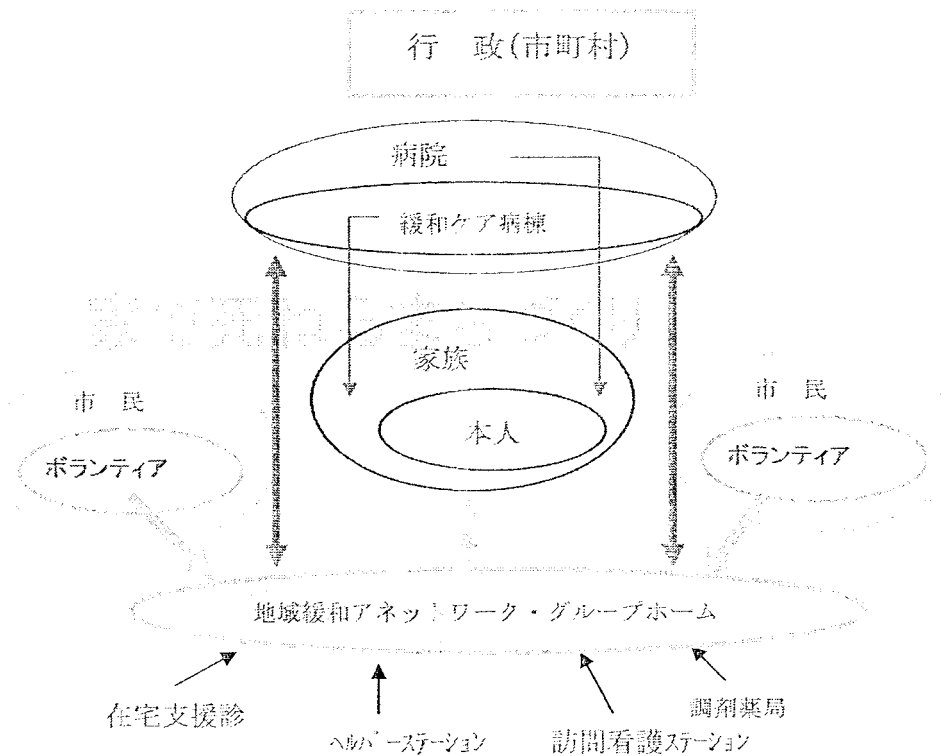


Ⅲ すみだ家で死ぬるまちづくりの期待される効果

「家で死ぬるまちづくり」として、全国で参考になる地域緩和ケアシステムの画期的なモデルが誕生する。そして市民ボランティア、地域緩和ケアチーム、行政との協働を柱とした地域緩和ケアシステムが機能し、市民が安心して地域で住み続けることができるようになる。また現行の医療機関や介護保険事業所などが担ってきた終末期医療の閉塞感（医療コスト増加、ケアの質保証の危機感）の打破が期待できる。そして、最も大きな変化として期待されるのは、「家で死ぬるまちづくり」が行われた地域が健康コミュニティとして変貌をとげていくことである。独居世帯、高齢者世帯など、住みなれた家で最期を迎え

ることが困難な状況を、ボランティア、行政、地域住民の連携や協働により可能のしていく過程では、そのコミュニティで活用できるリソースやネットワーク、健康への関心を高める機運、連帯感が生み出され、それは、機知に富む健康生成コミュニティの基盤づくりにつながる。

IV すみだ家で死ねるまちづくりコンセプト



- ★行政はメンバーであるが、行政主導ではない
- ★ お金をかけて施設をつくるのではなく、すみだの人の力の和で活動する
- ★ 医療の枠を超えて、市民をはじめ、すみだの多くの機能が力をだしあう
- ★ 在宅緩和ケアネットワークは死に逝く人のためだけではなく、子育て・障害者・高齢者など支援が必要な人々のためのネットワークになる
- ★ 自宅ではない在宅（緩和ケアグループホーム）をつくる
- ★ ネットワーク作りの計画から過程、評価までをアクションリサーチとして、研究的に記述し他の地域でも参考になるよう報告書を作成する

V すみだ家で死ねるまちづくり世話人

墨田区保健福祉部

すみだ医師会

墨田区歯科医師会
 墨田区薬剤師会
 墨田区柔道接骨師会
 訪問看護ステーション看護師
 墨田区向島保健所・本所保健所
 地域拠点病院（都立墨東病院・同愛記念病院・賛育会病院）
 ケアマネジャー
 地域包括支援センター
 墨田区社会福祉協議会&ボランティアセンター
 ヘルパーステーション介護職
 グループホーム代表
 区民代表（民生委員・遺族・ボランティア・町内会）
 墨田区退職校長会
 在宅支援診療所医師
 その他熱意のある人（事務職・大学関係者・大学生・大学院生）

現在、SSM(Soft Systems Methodology)ベースのアクションリサーチ（大東文化大学 内山研一教授がファシリテイト）により、アクションプランの概略はできている。参加している人々の「思い」から「思いモデル」を作成し、現実と照合を重ね、実際にはどのような地域緩和ケアネットワークを作るか、緩和ケアグループホームをつくるかを話し合っ実践を重ねている。事業計画が机上の計画に終わることなく、長続きかつ区民が求めたものになるよう、計画に魂を入れているというのが現在の段階である。

【参考文献】

- ① 平成12年度看護提供システムモデル事業報告書、日本看護協会、2000年
- ② 「高齢者の終末期を支える地域ケアシステム構築に関する研究」報告書、厚労科研補助金長寿科学研究事業、2005年
- ③ 「市民参加による地域包括緩和ケアシステムモデル開発の実証的研究」、文部省科学研究費補助金（基礎研究B）2006年
- ④ 「在宅療養者の看取りにおける訪問看護師と医師との連携に関する研究」報告書、厚労科研（医療技術評価総合研究事業）2005～2007年
- ⑤ 市民参加型地域緩和「家で死ぬるまちづくり」の開発と評価、厚労科研補助金医療安全・医療技術評価総合研究事業、2008年
- ⑥ 内山研一：現場の学としてのアクションリサーチ—ソフトシステム方法論の日本的構築—、白桃書房、2007年
- ⑦ Simon Bell & Ann Christina: Applying Systemic Project Management Approaches、for the UK National Health Service、Systemic Practice and Action Research, 19 (1), 2006

08/07/30

救急医療について

ホームケアクリニック川越・院長 川越 厚

墨田区の現況と問題点（鈴木医師会長との意見交換）

要望

1. 成人に関しては
 - 1) 3次救急担当医療機関で働く救急医の待遇改善を考えてほしい。
 - 2) 緊急性が高く、専門性が高く、かつ頻度が高い疾患（AMI、脳卒中など）に関しては、疾患別の3次救急体制を考えてほしい。
2. 小児に関しては
 - 1) 小児外科のバックアップ体制が必要。その支援を考えてほしい
 - 2) 1次救急は病院型緊急システムが重要。それを支援する予算処置を講じてほしい。

墨田区のプロフィール（平成12年）

1. 墨田区は江東区、江戸川区の3区とともに、区東部保健医療圏を形成。区東部保険医療圏は人口120万、高齢化率14.5%
2. 救急体制
 - 1) 初期救急医療機関：①在宅当番医（休日）11施設、②休日夜間急患センター；休日昼間3、終夜1、準夜3
 - 2) 二次：31
 - 3) 三次（救命救急センター）：都立墨東

墨田区の救急医療の問題点と対策

1. 三次救急医療機関の負担が大きすぎる。
 - 1) 一次救急の診療時間（通常は夜間10時）が終了すると、本来一次救急で診るべき患者が直接三次機関に来る。→三次救急に直接来院できないようなシステムを考えてはどうか
 - 2) 診療を担当する医師に補助が生き届くようにしてほしい（補助金が病院へ入るので、直接医師へ還元されない場合がある）
2. AMI、脳卒中など緊急性が高く、専門性が高く、かつ頻度が高い疾患が、専門性の関係で、必ずしも3次救急医療機関で対応できない場合がある。→AMI、脳卒中などに関しては、一次から三次というルートに乗らない、別個の緊急体制、つまり三次医療機関に相当する緊急医療機関を設ける。

小児救急医療の現状と問題点

1. 小児の救急医療体制

- 1) 小児救急は小児内科、小児外科の対応がなされているが、主体は小児内科。
- 2) 医療機関別にみると、病院型（墨田区の場合は同愛記念病院）と診療所型（同、医師会立夜間診療所）とに分かれる。

2. 問題点と対策

- 1) 小児内科は、小児外科の強力なバックアップがないとよい医療の提供ができない。現状では小児外科のバックアップ体制が充実していないので、小児内科医が安心して診療に関わることができない。たとえば絞扼性イレウスの診断がらみの問題で係争中の事例が3～40件あるとのこと。その他腸重責、急性虫垂炎などがこれに該当する。実際に、身近なところで死亡例が出ているとのこと(裁判にはなっていないが)→救急の小児外科を担当する医療機関の整備を考えてほしい
- 2) 小児は症状が隠れたり、経過が早いので、診療所型の救急より病院型の救急(血算、CRP、レントゲン検査、必要な場合の入院管理が可能)体制を整える方がよい。

補足：

鈴木会長と意見交換の後、墨東病院の浜辺救命センター部長と話したところ（内容については後述）、要望1の2)に関しては、個人的な意見として取り下げたいと思う。

また、墨田区の救急医療の問題点と対策の、1の2)については、診療を担当する医師に補助が厚くなるのはありがたいが、問題はそれだけではないような気がする、とのコメントがあった。

三次救急担当責任者（都立墨東病院救命センター、浜辺部長の意見）

要望

1. 三次救急医療機関を受診する患者は、三次救急を受けるにふさわしい患者に絞ってもらいたい。具体的には、一次、二次からの紹介患者のみを原則として診るようなシステムを認めてほしい。
2. 救命医療については、救命センター本来の仕事ができるように、以下のことを制度として確立してほしい
 - 1) 二次救急医療機関、介護施設などの夜間対応を公約通り果たしてほしい。
 - 2) 救命センターに末期がん患者が搬送され、死を看取ることがないよう、がん治療機関、在宅担当診療所はしっかり機能してほしい。
 以上のことが叶うように、政策上の支援を行ってほしい。

現状

1. 墨東病院の三次救急は、ER と救急救命センターとの二本立てになっている。
 - 1) ER は一次、二次救急医療機関の並びでの三次救急を担当する。
 - 2) 一方、救急救命センターは東京消防庁の救急隊が現場で救命救急が必要と判断した患者が救急隊によって送られてくる。
2. ER の現状と問題点
 - 1) 患者数が多い（5万人/年対応する）。その多くは、軽症患者。
 - 2) 患者の割合としては、小児が半数、残り半数の1/3外傷、2/3が疾患
 - 3) ERの問題は、軽症（浜辺部長の言葉によると、Walk-in patient）患者が多いこと。その対策ができれば、かなり負担が軽減される。
 - 4) なぜ三次救急医療機関の墨東病院に直接来るかという点、①各区に一次、二次医療機関があることを患者が知らない②墨東病院なら安心という患者の安心感（同時にわがまま）
 - 5) 防ぐ手立てとして、①地域に Walk-in 患者の受け皿があることを周知徹底すること②Walk-in 患者が直接墨東病院へ来ることを防止する。ただし、自治体の条例で禁止されているので、現段階は無理。しかし、金銭的に敷居を高くするか、何らかの策を講じないと医療者の負担はますます大きくなる。
3. 救急救命センターの問題点
 - 1) 患者数は2000～2200/年。
 - 2) 最近目立つことは、二次医療機関に相当するところが十分機能していないので、救命センターの負担が増えている。
 - ① 特養などの介護施設からの救急搬送が多い。バックアップ病院があるはずなのに、そちらを通さない（連絡が取れなかったり、こちらでは診れないからと断

られる。特に夜間)で、一方的に救命センターに飛び込む。

② 二次救急機関で本来対応できる病気(たとえば急性虫垂炎のオペなど)なのに、特に夜間は人員の関係(当直医が一人、麻酔科医がいないなど)で、二次医療機関(この地区では約30の医療機関が登録している)が自動的に救命センターへ患者を送ってくる。

3) 同様のことが末期がん患者の飛び込みという問題で、最近、救命センターの負担増となっている。

① がんセンター、癌研などのがん専門病院で診てもらっていた患者が受け入れを拒否され、救急搬送することが最近特に増えている。

② 地域の医療機関、とくに診療所が診ているケースで、看取りの体制をとっていないので、家族が不安になって救急車を呼んで、そのような患者が搬送されることも最近時々ある。

4) その他

① AMI、脳梗塞の対応などは複雑化しない方がよいと思う。墨東の救命センターでまず対応し、必要ならば他の医療機関に紹介することはよくある。たとえば、小児の緊急オペなどは順天堂にお願いすることもあり、問題とならない

② 救急医療医の Status が低いので、改善する方法はないか。

③ 救急医療に若い医師は結構興味を持ってくれるが、それを一生の仕事としてやり遂げてくれるものは非常に少ない。

「家族の介護力が弱く、かつ医療依存度の高い患者が、
安心して住み慣れた地域で過ごし続けることを実現するための研究班(仮称)」
設置に関する要望

平成20年8月5日

委員 川越 厚

要望書提出の背景と要望内容

我が国における高齢化・核家族化の進行は著しく、罹病率は加齢に伴って増加するので、老々者世帯や独居世帯の、病を患った高齢者が今後ますます増加する。一方、社会的入院の排除や在院日数の短縮などにより、現状のままだと自宅に住み続けることすらできない、行き場を失った高齢の病人が増加する恐れがある。これは全ての人に起こる可能性があり、明日の我が身と、多くの人が不安を持っている。

これに対して、国は1992年の医療法を改定し、患者の居宅が医療の場として認められるようになった。また2000年には介護保険がスタートして、病を患った高齢者が、家族の介護力に100%依存することなく、住み慣れた地域で過ごし続けることが可能となった。しかし、がんなどのように医療依存度が高く、かつ老々者世帯や独居世帯のように家族の介護力が極端に弱い世帯においては、住み慣れた地域で最期を迎えることは困難である。

地域に住み続けたいと思いつつ不安を抱く人々が、安心して住み続けることができるような社会を築くことは政治を司る者にも実際のケアにあたる者にも重大な責務である。その際、制度だけで問題を解決しようとするれば限界がある。もとより在宅医療は地域性を反映したものであり、多様なサービス提供形態がある。従って人々の不安を払しょくし、その希望を実現するためには、地域の持つ力をいかに結集するかが重要な鍵となる。

以上の点を踏まえ、老々世帯や独居世帯の患者に対して各地で行われている様々な実践活動を調査することには大きな意義がある。調査結果をもとに継続事業として、モデル事業の展開、ガイドライン作成を行い、国民的な期待にこたえる地域づくりに貢献したい。

当面の調査研究

調査対象はすでに実績を積んでいる医療機関を選択し、以下のパターンに分けて調査を行う。疾患としては、医療依存度が極めて高い末期がん患者とする。

- 1) ボランティア育成を行い、ボランティアがチームの一員として働いている在宅医療機関（無床診療所）。大都市型（東京都）と地方都市型（宮城県）の2つの診療所
- 2) アパートを付属する無床診療所（東京都）
- 3) 有床診療所（鹿児島市）
- 4) 地域の在宅医療をバックアップしている PCU（山口市）
- 5) 看護師が中心となって経営する総合的なサービス提供機関（太宰府市）
- 6) 行政、住民の支援をバックに、在宅医療を広く展開する地域（2か所）

今後

内容が重大なので、研究は継続した形をとってほしい。