

第2回「在宅医療推進フォーラム」シンポジウム
人生を支える在宅医療とその人材養成のあり方について

在宅医の育成



2006年11月23日

かとう内科並木通り診療所
加藤 恒夫

在宅医とは(1)

在宅医療の対象者は**通院不能の患者**であり、主に高齢の障害者とがん末期患者である。

—中略— 在宅医療は、一般医・家庭医の重要な手段の1つであり、在宅医は、主に**在宅医療を担う**面から見た**一般医・家庭医**といえるだろう。

—在宅医療テキスト・勇美記念財団—



在宅医とは(2)

「患者を自宅で継続的に診療し、かつ、
自宅で看取ることが出来る」

||

「在宅終末期(緩和)ケアができる」

||

「医療連携とチームアプローチができる」

在宅医療の復権とそれに必要な新しい知識と技能の登場



緩和ケア医学部用カリキュラム開発作業の結論

**「緩和ケアのできる医師」の育成とは、
普通の人々の『生きる営み』を理解できる
一般医の育成に他ならない**

—平成13年以來5年間の学際的共同作業の結論—

加藤恒夫	かとう内科並木通り診療所
斎藤信也	高知女子大学看護学科教授
斎藤武	東京女子医大学附属病院糖尿病センターチャンプレン
佐藤英俊	佐賀医科大学地域包括緩和ケア科助教授
伴信太郎	名古屋大学総合診療部教授
吉田素文	九州大学医学教育センター教授
的場和子	亀田総合病院緩和ケア室



在宅医の育成(1)

—在宅終末期ケアのできる医師の育成—

■今必要な医学教育の仕組みづくり

生涯教育▶地域の開業医師が在宅終末期ケアをプライド
と自信を持って遂行できる仕組みづくり

(緩和ケア岡山モデル)

卒後研修▶数が少なく、まだ成果が見えない

卒前教育▶長期実習岡山方式

社会医学系実習で長期間(6ヶ月)開業医の
もとで1患者を担当して学ぶ



在宅医の育成(2)

—在宅終末期ケアのできる開業医の育成;英国の試み—
General Practice Palliative Care Facilitator Project :1992-1994

- ◆ General Practitioner の中から専任講師を任命し、所属地域の開業医のニーズにあった在宅終末期ケアの啓蒙と教育に当たる
(開業医の苦労は開業医にしかわからない)
- ◆ Community Support Team: Macmillan Team の育成
(開業医を困難場面で援助)

Royal College of General Practitioners
& Cancer Relief Macmillan Fund



Calman-Hine Report (1995年4月)

- 国民全てが、どこでも良質のがん治療(ケア)を受けられる
- 全ての患者・家族は、診断・治療・予後の情報をわかりやすく伝えられるべし
- 患者中心のがん治療(ケア)の保障
- **プライマリケアチームをがん対策の中心に置く**
- 全ての病期において、患者・家族の社会心理的側面を熟慮する

— integrate in a **seamless** way with all cancer treatment services —

出典: A Policy Framework for Commissioning Cancer Services, NHS, April 1995



英国と日本の在宅緩和ケアの相違

英国 ▶ 研究と教育に基づく緩和ケアの拡大策の適応
在宅サポートチームとプライマリケアチームの連携
非営利民間団体の主導

日本 ▶ 研究と教育体制の不備

1人で頑張る在宅ケア(連携の欠如)
在宅サポートチームの不在

診療報酬制度の枠内での緩和ケア(営利性)



岡山市医師会員調査 —在宅緩和ケアに対する意識—

人口35万中，49人の開業医が
積極的に関与する意向を表明
(7000人に1名)

出典：診療所医師の終末期在宅療養への意欲，及び嗜好を規定する主観的要因，
松岡，加藤他 H10「緩和医療」 平成9年度笹川医学医療研究財団研究



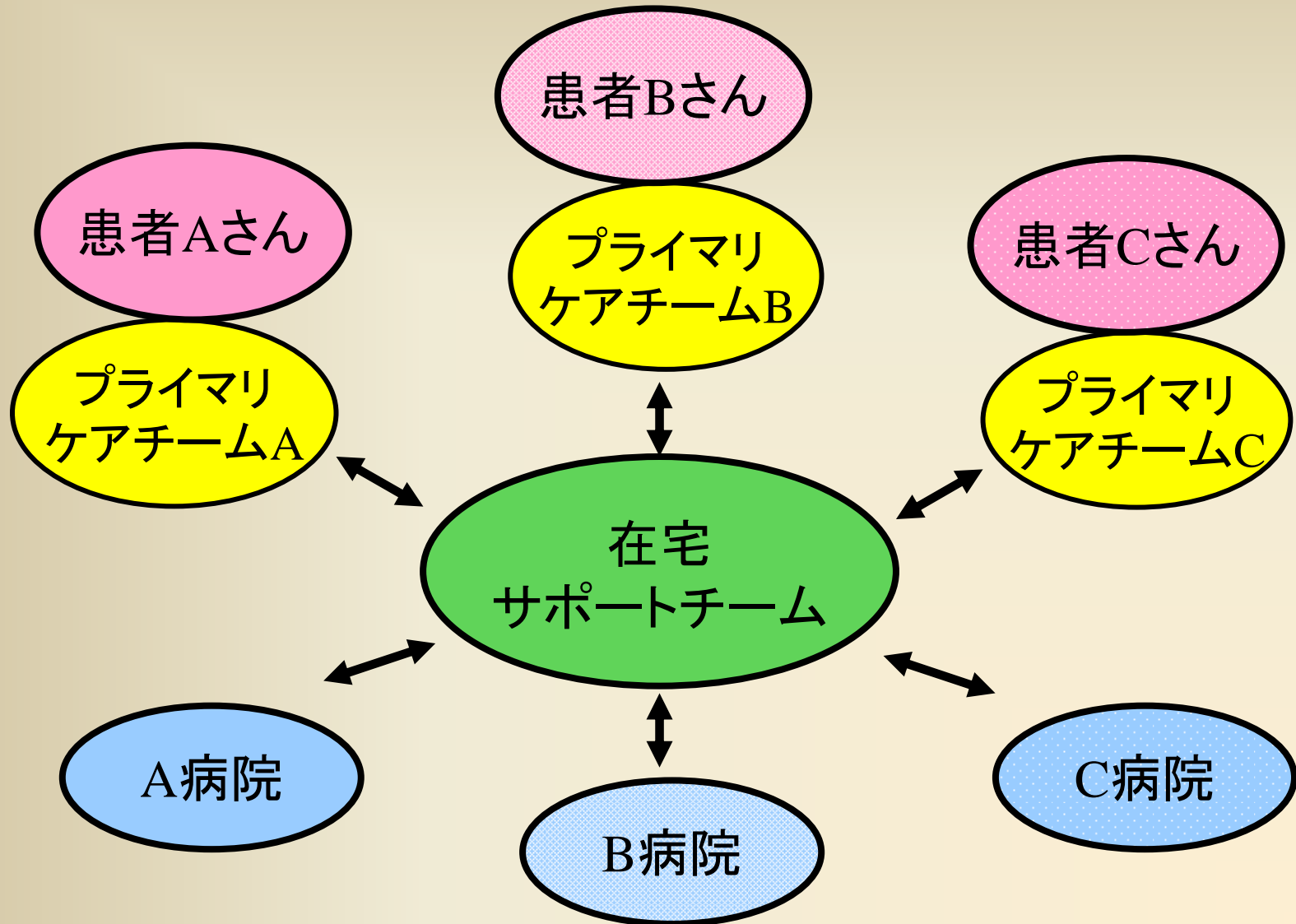
プライマリケア医の 在宅緩和ケアにおける技術的困難感

呼吸困難の管理	72.5%
栄養補給の確保	72.5%
介護負担軽減への介入	68.1%
疼痛の管理	66.7%
機能水準低下への対処	65.2%
精神神経症状管理	56.5%
患者の不安への対処	53.6%

出典：診療所医師の終末期在宅療養への意欲，及び嗜好を規定する主観的要因，
松岡，加藤他 H10「緩和医療」
平成9年度笹川医学医療研究財団研究



緩和ケア岡山モデル



プライマリケアチームと在宅サポートチームの連携による在宅終末期ケアの促進



在宅サポートチーム

- ◆ 役割： 家庭医や在宅ケア担当者と協同で在宅緩和ケアの遂行を援助する
- ◆ 機能：
 - 原則として自らはケアしない
 - 協同で患者・家族を評価する
 - ケア方針のアドバイスを必要に応じて行なう
 - 他の人材の投入を必要に応じて行なう
- ◆ 構成： 医師，看護師，MSW，ケアマネージャー，OT等の固定チーム
- ◆ 経費： 原則医師の訪問診療基本料金のみ



緩和ケア岡山モデル結成の目的

1. 連携のあり方を事例を通して相互学習する

定期的事例検討会

2. プライマリケアチームが在宅緩和ケアの主役になる
仕組みを開発する

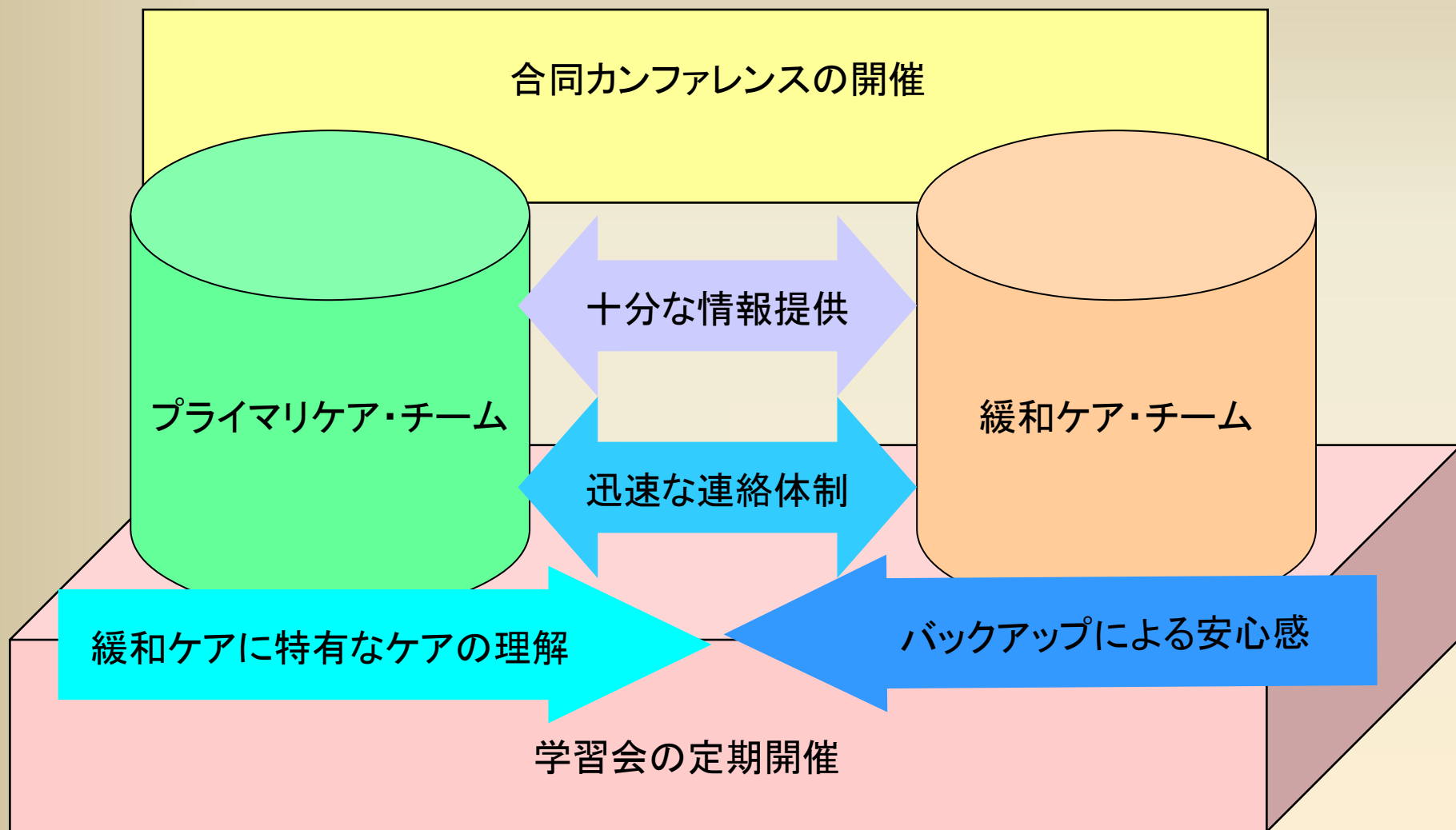
サポートに徹する

3. 患者・家族中心の在宅ケアを促進する

利用者参加型のカンファレンス



連携を促進する因子(プライマリケア・チームから見て)

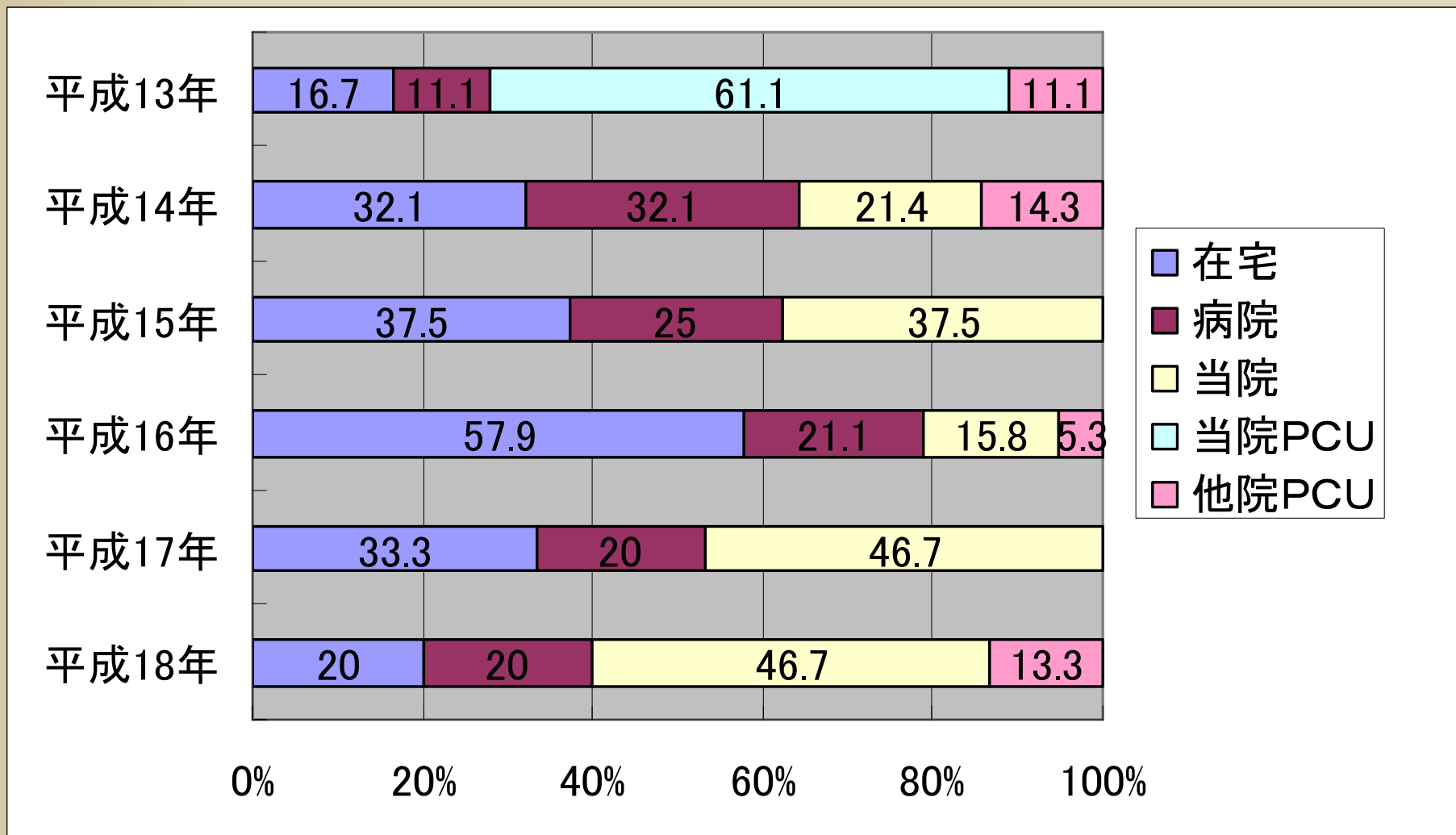


出典： 斎藤信也, 下妻晃二郎, 山口三重子ら 第8回日本在宅医学会発表

「在宅緩和ケアにおけるプライマリケアチームと緩和ケアチームの連携」スライドより(一部改変)



死亡場所別分類(H13~H18)



平成18年度 医療・介護保険改定の影響

－非医療職の在宅終末期ケアへの関与－

■ 在宅終末期ケアの推進

全ての疾患に緩和ケアを適応する必要性の到来

■ 介護保険改定

がんを2号被保険者として認定

介護職等が在宅終末期ケアに関わるようになった

→地域の医療・福祉の専門職の終末期ケア教育が次の課題

■ 在院日数の短縮(外来化学療法室加算)

重症患者が在宅ケアへ突然に移行

→中核病院とプライマリケアチームの連携が必須

地域内と病院内外とで連携活動ができる
在宅サポートチームの育成が急務

