



日本在宅ケアアライアンス 基本文書 2

在宅医療の概念および当面の諸課題について
(令和元年10月版)
要約版

目次



1. はじめに（基本文書の性格）
2. 「基本文書 2」において当面整理が急がれる事項
3. 在宅医療の概念の更なる整理
4. 在宅医療の質の評価指標についての考え方の整理
5. 在宅医療の評価軸と手法・手順を明らかにするための標準化の考え方についての整理
6. 当面のアライアンス各WGの標準化に関する作業
7. 今後の諸作業にあたっての参考資料



1. はじめに（基本文書の性格）

はじめに、日本在宅ケアアライアンスの役割と基本文書の意義について整理する。

1-1 日本在宅ケアアライアンスの役割



○現在は土台作りの時期

- 在宅医療の概念について専門職種間で十分なコンセンサスがない
- 専門職種の連携をめぐる課題の共有と解決：専門職種同士の国レベルの自律的なコンセンサス形成の場がない

○アライアンスの役割

- 在宅医療に関して、職種別団体・学会を越えて自主的に話し合える唯一の団体
- 具体的には：
 - 在宅医療の概念の整理（[3・4参照](#)）と在宅医療の標準化（[5参照](#)）に取り組む
 - その下で、各専門職団体が連携上の課題を共有し、課題解決に取り組む
 - 以上のことを踏まえて各専門職団体が自律的に活動を推進するというコンセンサスの形成に寄与する

「基本文書2」 p.1

1-2 基本文書の意義

JHHCA
Japan Home Care Association

○日本において創造されつつある「在宅医療」という分野の体系化・論理化が急がれている

○当面、基本文書を通して、「在宅医療」に関する認識の共有と信頼関係の強化を目指す

○基本文書は、専門職団体間の自律的なコンセンサス形成のための手段

- 基本文書は、意見交換をもとに柔軟に修正と追加を続けていく性格
- 基本文書の認識が修正されたときは、新しい基本文書の認識を優先する
- 今までの基本文書： 「基本文書1」（平成30年12月版）
「基本文書2」（令和元年10月版）

「基本文書2」 p.1

JHHCA
Japan Home Care Association

2. 「基本文書2」において 当面整理が急がれる事項

この「基本文書2」での重点整理事項を述べる。それは、在宅医療の概念整理（[3参照](#)）、在宅医療の評価指標（[4参照](#)）、及び「標準化」に向けての考え方の整理（[5参照](#)）である。

2-1 在宅医療における医師の認識の重要性



JHHCA
Japan Home Health Care Alliance

○在宅医療は、国の医療介護政策の重要な柱となっている

- ・社会保障制度改革国民会議は「治し支える医療」を提言。在宅医療が地域包括ケア政策の柱に。日本医師会もかかりつけ医の任務として在宅医療を位置づけ

しかし

- ・かかりつけ医の在宅医療への参入は少なく、「治し支える医療」の考えの医師への浸透が不十分
- ・在宅医療の専門性は確立していない
- ・「在宅医療に特化した診療所」だけが担えば良いという風潮を懸念

○現状で不可欠なこと

- ・かかりつけ医を始めとする医師が、「治し支える医療」としての在宅医療の概念を十分認識すること
- ・医師を始めとする各専門職種団体が一定のコンセンサスの下で在宅医療の「標準化」(5 参照)に取り組むこと
- ・各専門職種団体それぞれが在宅医療の質と評価を高めつつ、連携して在宅医療を実践すること

「基本文書2」 p.2

2-2 「基本文書2」の主目的



「基本文書2」 p.2 JHHCA
Japan Home Health Care Alliance

○「基本文書1」で行ったこと

- ・「治し支える医療」と「在宅医療」の概念を整理
- ・各専門種間での「共通課題*注」を示す

○「基本文書2」が目指すこと

- ・在宅医療の概念の更なる整理 (3 参照)
- ・在宅医療の評価軸と手法・手順を明らかにする「標準化」に向けての考え方の整理 (4・5 参照)

→ 「共通課題」に関するアライアンスの各ワーキング(WG)作業の土台とする

*注：「基本文書1」に示した各専門種間での「共通課題」

- ・病院医療と在宅医療の役割分担についての基本的なコンセンサスの形成
- ・地域（在宅医療）移行支援パスとも言うべき基準の策定
- ・在宅医療に従事するすべての関係者に通ずる在宅医療の評価軸と手法・手順を明らかにする標準的な考え方のとりまとめ
- ・在宅医療の内容をエビデンスベースで研究する際の研究デザインのあり方やその基盤としての症例蓄積（レジストリ）のシステムのあり方の検討を急ぎ、学術面での在宅医療の評価を確立していくこと」及び「医療と介護の関係性についての考察



3.在宅医療の概念の更なる整理

アライアンスにおける在宅医療の定義と具体像、日本における在宅医療の系譜、日本独自の在宅医療の概念と手法の確立の必要性、在宅医療と在宅ケアの関係性について整理する。

3-(1)在宅医療の概念の更なる整理の必要性



○「基本文書1」における在宅医療の定義（「基本文書1：Ⅱ-5」を一部修正）

在宅医療とは、地域の住まい（法律上、在宅医療は病院以外の居宅等での医療）に住む通院が困難な対象者に対し、人生の最終段階も視野に入れて、医師、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリ関係職（PT、OT、ST）、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、介護職などが行う医療介護を通ずる包括的な支援（介護を位置付けない在宅医療はあり得ない）

○全国レベルの関係専門職種団体間で、介護を含めたものとしての在宅医療の概念とその理念や方法については、まだコンセンサスがないのが現状。

「基本文書2」 p.3

3-(2)日本における様々な在宅医療の系譜

3-(2)-1 在宅医療の実践と制度・政策



JHHCA
Japan Home Care Association

○在宅医療の歴史（更に各方面の研究に期待）

- ・現場での「定期往診」などの在宅への診療(1960年代後半)
- ・佐藤智医師を中心とした東村山市の訪問看護サービス開始(1971年)
- ・「訪問診療」が診療報酬に位置付けられる(1986年)
- ・医療法上「居宅」が医療提供の場に（1992年）
- ・「老人訪問看護制度」が発足、「老人」を対象とした訪問看護ステーションの開始(1992年) /訪問看護ステーションの対象が全年齢に（1994年）
- ・介護保険制度の施行で、医師、看護師以外の在宅医療参画が大幅に促進される(2000年)
- ・「治し支える医療」の概念とともに在宅医療が医療計画に位置付けられる(2013年)
- ・医療介護総合確保推進のための改革で、在宅医療が地域包括ケアシステムに位置付けられる(2014年)

○地域医療と地域包括ケアシステムの中核としての在宅医療の概念を、専門職団体としても自律的に明らかにしていくことが迫られている

「基本文書2」 pp.3-4

3-(2)日本における様々な在宅医療の系譜

3-(2)-2 自主的な動きとしての在宅医療推進の流れ



JHHCA
Japan Home Care Association

○専門職団体の自主的な検討の場の設置

- ・在宅医療推進会議の設置（国立長寿医療研究センター大島総長（当時）呼びかけ、2007年）
- ・在宅医療の概念は、重要な要素として看取りの過程が位置付けられたが、十分に合意されたとはいえなかった。

○自主的な実践の系譜としての三つの流れ

- （一つ目の流れ）往診の文化を持った日本の外来診療の延長線上、または総合医の医療の一環として位置付けられる在宅医療実践
- （二つ目の流れ）「在宅寝たきり」等が社会問題になるに従い、在宅看取りを含めた医師・看護師の在宅医療実践を診療報酬に位置付け
- （三つ目の流れ）ホスピスケア・緩和ケアといった海外の実践が日本に取り入れられ、その理念が病院から在宅医療へ拡散

○アライアンスには、この3つの流れが参集し現時点での共通の「在宅医療の概念」の合意形成を行う段階にある

「基本文書2」 pp.3-4

3-(3) 三つの流れの関係性と それを踏まえた在宅医療の創造的な発展



JHHCA
Japanese Home Care Association

○従来から行われてきたかかりつけ医による虚弱な慢性期症状の高齢者等への往診の延長線上において看取るという形態から発展した在宅医療（一つ目の流れと二つ目の流れ）と

○WHO主導の世界標準の緩和ケアを日本の実状に対応する形で導入された在宅医療（三つ目の流れ）を調和させ、

○3つの流れを組んだ在宅医療の概念を、新たな医療の領域として創造的に明らかにする必要

「基本文書2」 p.5

3-(4) 現状における在宅医療の概念と構図



JHHCA
Japanese Home Care Association

1. 在宅医療の定義(再掲) (「基本文書1 II-5」一部修正、[3-\(1\)](#)も参照)

在宅医療とは、地域の住まい（法律上、在宅医療は病院以外の居宅等での医療）に住む通院が困難な対象者に対し、人生の最終段階も視野に入れて、医師、歯科医師、薬剤師、看護職、リハビリ関係職（PT、OT、ST）、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員、介護職などが行う医療介護を通ずる包括的な支援

（注）法律上は、在宅医療は病院以外の居宅等での医療だが、介護も含めて捉えるべき。在宅ケアと同義。

2. 在宅医療の対象の典型像

加齢に伴う虚弱（広義のフレイル）の過程に入った慢性期の病状を持った高齢者で、必要に応じ入院もしながら、本人の選択を前提として、その死に至るまで、在宅において人生をその人らしく全うすることを支援することを必要とする人。がんを含めた進行性の病状があり、積極的な治す治療が功を奏しないと判断される場合も同じ。

「基本文書2」 p.6, [図1](#)

3-(4)現状における在宅医療の概念と構図



JHHCA
Japan Home Care Association

3. 在宅医療の具体像

- ・対象者：小児～高齢者 外来通院不可能な人
- ・対象疾患：進行したがん疾患／病状が進行した慢性疾患
神経難病／認知症／精神障害
加齢等で死期が近い人
小児重症疾患／医療的ケア児
- ・提供の時期：通院できないと判断された時期から人生の最終段階～看取りまで
- ・提供されるケア：本人や家族のニーズに沿ったケア（医療・介護）
- ・提供の場：自宅、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームなどの高齢者の住まいの場、グループホーム等の入所施設等
- ・提供者：医療従事者／介護従事者／行政担当者／地域住民
その他（臨床宗教師、NPO、地域のボランティアグループ等）

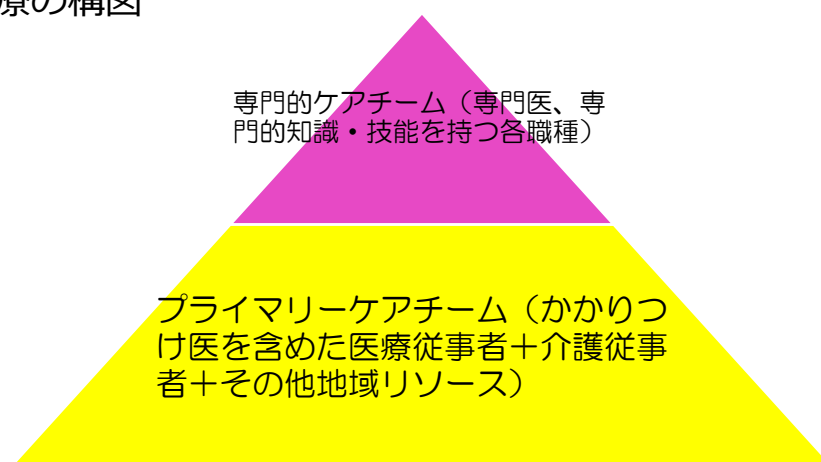
「基本文書2」 p.6, [図1](#)

3-(4)現状における在宅医療の概念と構図



JHHCA
Japan Home Care Association

4. 在宅医療の構図



「基本文書2」 p.7, [図2](#)

3-(5)-1 日本独自の在宅医療の概念の確立



JHHCA
Japanese Home Care Association

○これまでの「治す医療」の考え方

病気を治せばその人は正常な状態として社会に復帰する。それを旨とする。

○「治し支える医療」としての在宅医療の考え方

通院が困難な者に対して居宅において対応することを基本とする。

加齢に伴い誰も避けられないものとしてやってくる虚弱（広義のフレイル）の過程に入った慢性期の病状を持った人々について、必要に応じ入院もしながら、本人の選択を前提として、その死に至るまで、在宅において人生をその人らしく全うすることを支援することが、その人の幸せに大きく寄与する。

「基本文書2」 p.7

3-(5)-2 日本独自の在宅医療の概念の確立



JHHCA
Japanese Home Care Association

○医療的ケア児等小児を対象とする在宅医療

本基本文書での在宅医療の対象と考えるが、その歴史と位置付けについては、成長、発達、教育の要素の検討も含めて、関係者のアライアンスへの参加を待って改めて明らかにしたい。

(注) 「本来」の在宅医療：ひとつの問題提起

在宅医療：あくまでも高齢者等が自立的に生活する場で、医師を始め多職種がその人の生活を支援するという認識に立った上で、様々な専門職としての行為を行うもの。

→在宅に医師が赴いて在宅生活の実情を自ら総合的に把握した上での医師の指示による訪問看護ではない訪問看護＝医師が訪問診療をしないままでの医師の指示による訪問看護は、「本来」の在宅医療の姿ではないと考える。

「基本文書2」 pp.7-8

3-(6) 新しい医療、新しい学術分野の必要性



JHHCA
Japanese Home Care Association

- 「治す」視点と「支える」視点を交差させたこれまでとは異なる方法と手順の標準化が必要
- このことは、これまでの医学医術が高度に発展した結果であり、歴史の帰結として、国民の「人生・生活の質」という視点に立った在宅医療を新しい医療として健全に発達させる必要
- しかし、系統だった考察・研究やそのための症例の蓄積は不十分
- したがって、新しい評価軸の下での手法と手順による新しい医療、新しい学術分野を築き、世界に発信することが期待されている
(老年学関係学会、日本プライマリ・ケア連合学会、日本在宅医療連合学会をはじめ多分野の連携が必要)

「基本文書2」 p.8

3-(7) 「在宅医療」と「ケア」の関係についての再確認 3-(7)-1 多義的に用いられているケアの概念の現状



JHHCA
Japanese Home Care Association

- 「インテシブケアユニット(ICU)」のように医療分野でも用いられる一方、「ケアワーカー」のように介護分野の行為を指す見方が強く、その意義は多義的
- 法令上の「ケア」に関わる定義：「地域包括ケアシステム」における「ケア」は、医療介護を包括する概念
 - 「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自律した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まいおよび自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」
(地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律: 第2条)
- 地域包括ケアシステムにおける「ケア」の概念は「医療」を含み、これを前提とすれば、本基本文書でいう「在宅医療」は「在宅ケア」とほぼ同義

「基本文書2」 p.8

3-(7) 「在宅医療」と「ケア」の関係についての再確認

3-(7)-2 アライアンスにおける医療とケアの概念の確認



JHHCA
Japanese Home Care Alliance

○ 「在宅医療」の用語についての再確認

- ・アライアンスにおける「在宅医療」の概念は、「在宅ケア」の概念とほぼ同義である。
- ・しかし、日本において「ケア」の概念は一義的に定着していない。
- ・また、医師の分野においてでさえ、在宅医療についての共通理解が普及していない。
- ・そこで当面、「在宅医療」の概念を、「ケア」という用語を交えずに、「医療と介護が連携して行われる包括的な支援を指すもの」として説明する。
- ・以上のような「在宅医療」の概念が、医療と介護が連携して行われる実態の中で普及することを通して、医療の分野において「ケア」の考え方が普及することを目指したい。

「基本文書2」 p.9

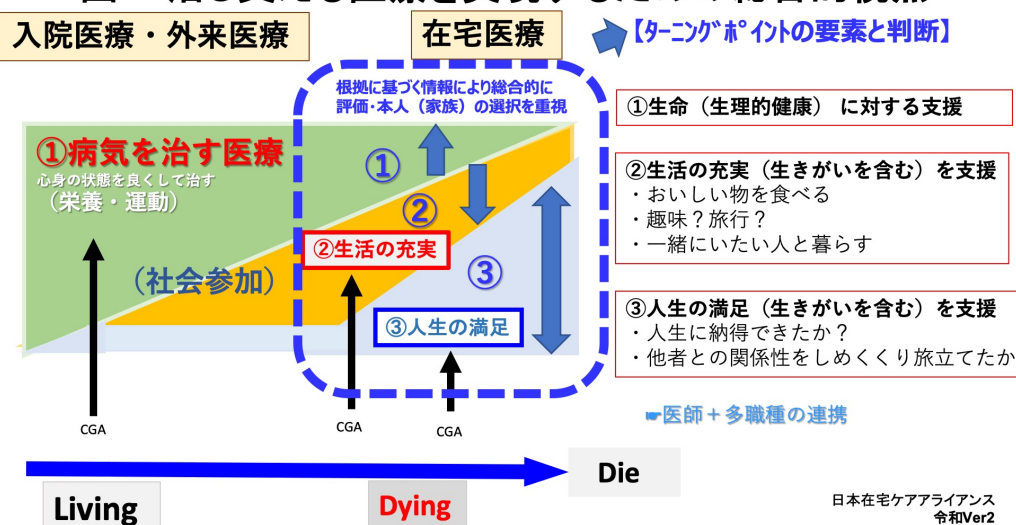
○ 「治し支える医療」に関する基本文書1の図1の見直しを行った (図4)

- ・見直し点—入院医療、外来医療を含めて、評価軸は、生命、生活の充実、人生の満足ということが適用されること、生命を生理的健康と説明したことなど



JHHCA
Japanese Home Care Alliance

図4: 治し支える医療を実現するための総合的視点





4.在宅医療の質の評価指標についての考え方の整理

在宅医療の標準化の大前提としての在宅医療の質の評価指標について整理する。具体的にはQOLを「生命（生理的健康）」「生活の充実」「人生の満足」の3つの指標で捉え、在宅医療における「生きがい」の要素の重要性を提起する。

4-1-1 日本独自のQOLのアウトカム指標



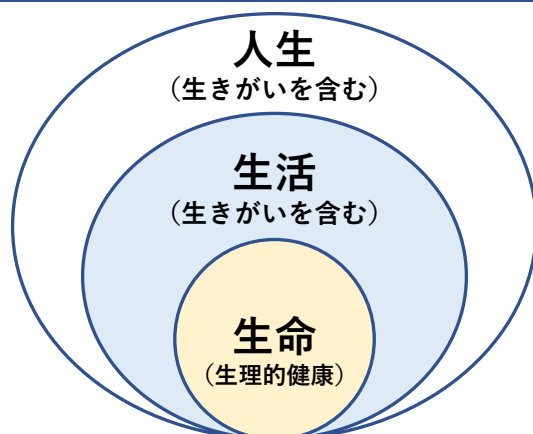
- 在宅医療のアウトカム指標としてのQOL 「基本文書2」 p.10 JHHCA
- 在宅医療の最終目標の一つとして、QOLの維持向上がコンセンサスが得やすい（社会保障制度改革国民会議でも提唱されている）
 - QOLの「LIFE」は、「生命」「生活」「人生」と訳され、日本語の文脈での捉え方で各職種の共有理解が必要
- 日本に暮らす人々にとってのLIFE（[図5-1参照](#)）
- **生命**：生理学的視点からの身体と精神で構成される概念であり「生理的健康」といえる。
 - **生活**：「生命」と「日々の暮らし」で構成される概念といえる。
 - **人生**：「生命」と「生活」に加えて「生涯」という時間軸で構成される概念といえる。
- 「生きがい」の位置づけ
- 「生命」「生活」「人生」の「質」（すなわち「生理的健康」「生活の充実」「人生の満足」）という概念に「**生きがい**」の要素が加味されることが重要

4-1-2 日本独自のQOLのアウトカム指標



JHHCA
Japan Home Care Association

図5-1 人間存在のモデル
(在宅医療の視点から)



生きがいとは：(神谷美恵子『生きがいについて』からの要約)

(1) その人が、そぼくな生きるよろこびを感じられること(その内容は各人各様である)

(2) 自分の存在が何かのため、だれかのために必要とされている、てごたえ(はりあい)を感じられること

「基本文書2」p.10 図5-1

4-1-3 日本独自のQOLのアウトカム指標



JHHCA
Japan Home Care Association

○緩和ケアにおける評価指標との視点の違い

- 緩和ケアでは、人間存在を「身体面・心理面・社会面」そして「スピリチュアリティ」に関わる側面で捉え、「全人的な辛さの緩和やニーズの包括的評価」に焦点を当てているが医療の視点が色濃い。(図5-2参照)。「身体面、心理面、社会面そしてスピリチュアリティ」といった指標を包括的に評価するという緩和ケアの評価方法が、多様な専門職種などの共通のものとして直ちに機能するのは容易でないので、まず、「生命、生活、人生」という概念の指標を用いて標準化を進め、緩和ケアの評価指標は、在宅医療実践のプロセスにおける評価指標として位置づけながら逐次その内容を明らかにすることとしたい。

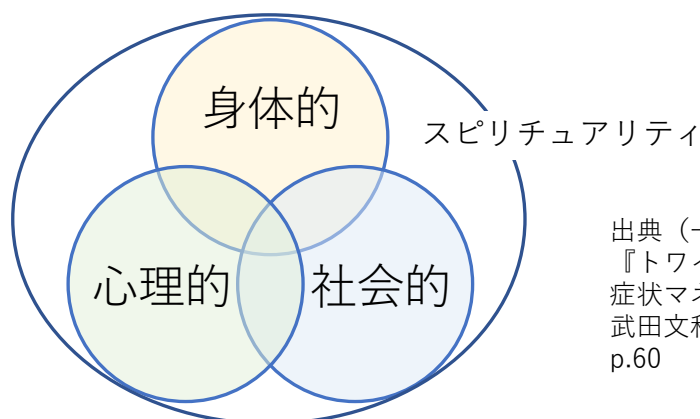
「基本文書2」pp.10-11

4-1-4 日本独自のQOLのアウトカム指標



JHHCA
Japanese Home Care Association

図5-2 人間存在のモデル
(緩和ケアの視点から)



スピリチュアルな次元は
身体的、心理的、社会的
次元を包括し、統合する

出典（一部修正）：ロバート・トワイクロス
『トワイクロス先生の緩和ケア: QOLを高める
症状マネジメントとエンドオブライフケア』
武田文和・的場元弘監訳、医学書院、2018年、
p.60

「基本文書2」 p.11 図5-2

4-2 在宅医療における生きがいの意義

○日本の在宅医療においては「人生最終段階におけるつらさの解放」に止まらない積極的な側面を持った「生活の充実や人生の満足」を重要視。すなわち、「生きがい」という積極的な心のありようを尊重するという考え方をとる。

○「生きがい」は、各人各様であるので、言葉を換えれば、在宅医療は、「最期までその人らしく生き切ることを支援する」ものといえる。

「基本文書2」 p.12



JHHCA

5.在宅医療の評価軸と手法・手順を明らかにするための標準化の考え方についての整理

在宅医療の普及のための基本枠組みの「標準化」の考え、及び、その最初の作業としての現状の在宅医療の「類型化」の手順を整理する。併せて、在宅医療の評価指標（「生命」「生活」「人生」）と対象者の時期区分の関係を考察する。

5-(1)在宅医療の標準化の必要性



JHHCA

○目的は、質の確保された在宅医療の普及

- これまで整理してきた在宅医療の概念を基本において、在宅医療は「どのような対象者に」「どのような体制で」「どのような評価指標を用いて」「どのような手法と手順で対応するのか」という基本枠組み、すなわち「標準化」が必要となる。
- 標準化の基本枠組みがあることで、質の確保された在宅医療の普及が可能

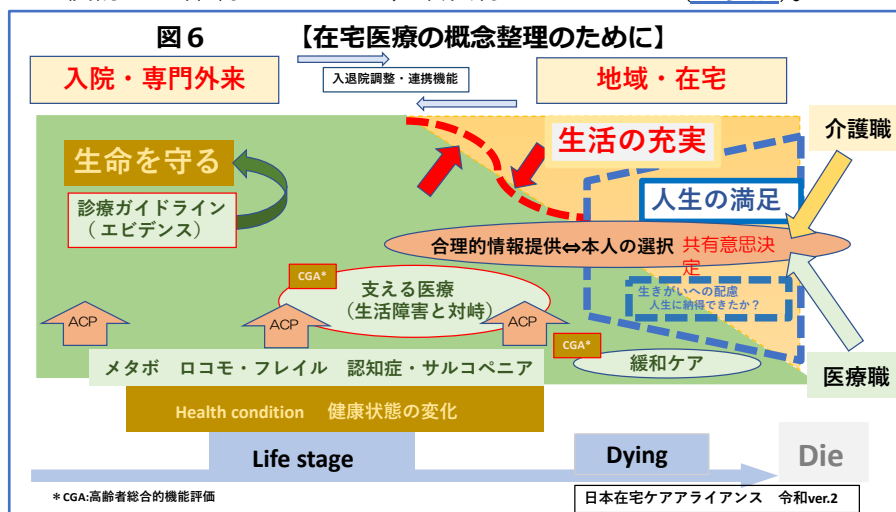
○関係全職種を対象とする標準化

- 在宅医療は、医師及び看護師、准看護師等の看護職を始めとする医療系専門職、認定介護福祉士を始めとする介護福祉士等介護系専門職、社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員といった調整専門職等のフラットな連携が基本
- 標準化作業は、在宅医療に従事する全専門職が関与し、その成果は全専門職に提供される。

「基本文書2」 p.13

○在宅医療では介護は不可欠にして基本的な役割を持ち、標準化作業は介護職にも及ぶ

・医療職と介護職の関係性のイメージを掲げるが(図6)、標準化作業においては、医療系関係職種にかかわる部分を先行させつつ、介護の具体的な位置付けは、介護職側とともに検討する体制を整えつつ、順次行うこととする(6参照)。



「基本文書2」
p.14, 図6

5-(2)在宅医療の類型化の考え方の整理

①類型化における視点

アライアンスの加盟団体の
積極的協力が必要



○標準化の第一歩は類型化

- ・現在行われている在宅医療の内容を類型に分けて整理し、類型に対応した在宅医療のあり方を考察する作業がまず必要

○類型化は対象者の状態及び提供サービス体制の内容と範囲に着目

- ・かかりつけ医が、疾病名にこだわらず虚弱で慢性期の病状を持つ高齢者等への在宅での継続的な医療を行ってきた実績、特に最近では、がんを含めた進行性の治療できない病状に対し、本人や家族の希望に沿って、在宅での看取りまで責任を持つことを念頭においた在宅医療が実践されていることに留意することが妥当

○類型化は、かかりつけ医及び訪問看護師等のチーム体制を基本とし、熟練度で区分

- ・類型化は、疾病名よりも、対象者の症状や処遇困難性が第一義的
- ・対応の基本パターンは、訪問診療を行うかかりつけ医並びに療養上の世話及び診療の補助を行う訪問看護師等の多職種チームにより対応
- ・症例について検討を深める中で、医師、看護師以外の各職種の役割分担と連携上の課題も浮き彫りにしながら、標準化の作業を進める必要

「基本文書2」 pp.14-15

5-(2)在宅医療の類型化の考え方の整理

②類型化作業の試みと作業の進め方



JHHCA
Japan Home Health Care Association

○在宅医療の類型(図7参照)

1. **類型Ⅰ**：かかりつけ医と訪問看護師による24時間対応を必須とする医療系の多職種協働チームを必要とする対象類型
2. **類型Ⅱ**：上記「かかりつけ医を中心とした24時間対応の多職種チーム」に加え、症状と処遇困難な背景に応じた高度な知識と技能をもった専門職チームの支援が必要な対象類型
3. **類型0**：「類型Ⅰ」の体制が整えば、本来在宅で生活することも可能であるような潜在的な在宅医療の需要を想定した類型

- ・在宅医療の類型化の議論は、臓器別医療の専門医から総合医的な機能を持つ医師への転換や、在宅医療における総合医の役割の明確化につながると考えられ、関係学会の積極的な関与を期待

「基本文書2」p.17

5-(2)在宅医療の類型化の考え方の整理

②類型化作業の試みと作業の進め方



JHHCA
Japan Home Health Care Association

○時期別の区分について

- ・類型ごとに、医療の視点から、移行期・安定期・不安定期・看取り期の時期別区分が考えられる：[図7の注2参照](#)
- ・移行期については、特に、二次救急を担う地域型病院が在宅医療関係者をコーディネートする地域循環支援の視点での議論が重要
- ・処遇困難度によって、医療支援中心型と生活支援中心型の区分も考えられる
- ・同一ケースに対して、二つのタイプのチームがクロスすることもあり得る

○今後の作業の進め方—類型化から標準化へ

- ・「議論のためのサービスモデルの設定」から始め、「類型ごとの事例の蓄積と分析」を並行しながら議論を深め、一定のコンセンサスが得られれば「現場の在宅医療の参考資料」として用い、さらに評価が得られれば、現場で準拠することを推奨する「ガイドライン」を目指す

「基本文書2」p.18

図7 在宅医療の類型

「基本文書2」p.16 図7

・対象者の病状や処遇困難度と医療提供体制との組み合わせ類型

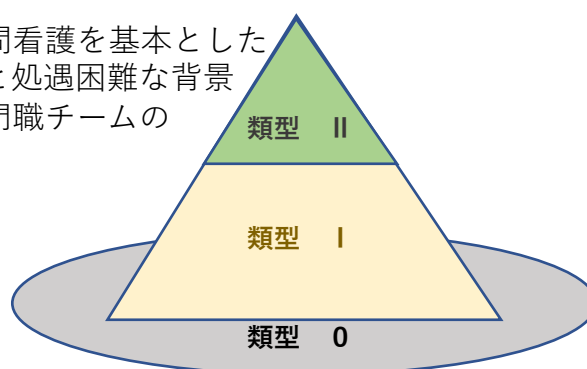
類型0 在宅医療の潜在需要

類型I かかりつけ医と24時間対応訪問看護を基本とした多職種協働チームで支えることができるもの

類型II かかりつけ医と24時間対応訪問看護を基本とした多職種協働チームに加え、病状と処遇困難な背景に応じた高度な技能をもった専門職チームの支援が必要なもの（注1参照）

・移行期、安定期、不安定期、看取り期の時期別の区分

医療の視点から区分される（注2参照）



※加療継続の場合（居宅 施設 病院）は、医師の適切で合理性ある医療情報を根拠に、患者・家族が選択する

* 図7注1：類型IIの具体的病態例

疼痛等の緩和が難しい進行したがん疾患

精神疾患があり服薬コンコーダンスが極めて悪いなど、医療介入が困難な事例

処遇困難な認知症

人工呼吸器管理、人工栄養など機器をつけた事例

骨折等の外傷を自宅で加療する等の事例

* 図7注2：移行期、安定期・不安定期・看取り期の時期別の区分

医療の視点から見た時期別の区分である。

通常は、類型IIは、③以降の時期に当てはまることが多いといえる。③の時期に類型IIの該当したものが、④の時期に類型Iに該当することもあり得るなど、様々な様相があり得る。

①移行期

病院（入院及び外来）、診療所（外来）での移行準備が始まる時点から、移行後のある期間（退院後では約2週間）を示す。移行準備段階での病院地域連携部門の活動や在宅医療への移行に関する患者家族への説明、退院時の患者家族を含めた病院と在宅を通ずる関係者の共同カンファレンスなど一連の手順が重要な意義を有する。

「基本文書2」p.16 図7

②安定期

生活支援が中心。安定した在宅療養生活が長く継続できるように、看護と介護が中心となる全身状態のきめ細かいチェック。いつもと違うという状態変化を早期に捉える。

医療的視点では、脱水予防、栄養管理、外傷（転倒）予防が中心となる。

薬物療法は、生活習慣病の管理、緩下薬、利尿薬、消炎鎮痛薬等である。

脱水予防のための補液等は、積極的な医療介入と看做さない。

③不安定期

正確な病態の判断と適切な医療支援が必要で、積極的に医療が介入しないと、生命にかかわる病態となる。


兆候は、発熱が最も多い。発熱の原因は、感染症（気道、尿路）、脱水が大部分である。

加療を在宅で継続するか、入院等医療施設で行うか、判断が求められ、かかわる医師の医療理念や経験、専門性などで、判断が異なる。これが、在宅医療標準化のハードルでもある。

④看取り期

適切な積極的な医療介入においても、病態の回復が困難で、死に至る病期（例えば余命3か月等死亡までの期間で判断するものではない。）

苦痛となる症状の緩和ケアと家族のケアが重要となる。

「基本文書2」 p.17 

5-(3)-1 標準化の前提としての対象者像の 時期別の区分と評価指標の関係



JHHCA
Japan Home Care Association

○評価軸の多元化（生命・生活・人生）と新しい形の手法・手順

- 在宅医療の質を高めるための標準化は、一定の評価指標がなければ成りたたない
- 生命・生活・人生 ([図5-1参照](#)) というQOLの3つの定性的なアウトカム指標を用いることとなる
- 3つのベクトルの異なる評価指標に加え、在宅医療の手法・手順として本人、家族の選択という要素もあるので、アウトカムを一律の定量的な評価で総合化し比較して最良の手法・手順を目指すというような方式ではない、新しい形の手法と手順の体系が想定される。

「基本文書2」 pp.18-19

5-(3) – 2 標準化の前提としての対象者像の 時期別の区分と評価指標の関係



JHHCA

○移行期、安定期、不安定期における3つの評価指標（生命・生活・人生）との関係 – 図4のLivingの状態に相当する時点

- 基本的には従来の医療の入院及び外来と同様、「生命」が評価指標の基本になり、「生理的健康」として「治療による機能の回復」が優先される。
- 一方在宅医療においては、「生活の充実」や「人生の満足」、「生きがいのある生活や人生」という要素が大きく加味される。
- 「風呂に入りたい」「思い出の場所に旅行に行きたい」生きがいという面でのQOLの実現を求めることは、「生命」のリスクを伴うが、医師等専門職の判断・協力・情報提供を不可欠とした本人、家族の選択の問題となる。それらの手順の標準化が必要。
- 「生命」の評価指標でも、医療看護介護体制による要介護度(ADL)の重症化予防の視点（食べる力、動く力、社会とかかわる力といった視点）が重要
- 塩分制限の指示の出ている在宅高齢者が、塩分の比較的多い美味しいものを食べたいと願った場合、美味しくしっかり食べることが重要という視点から塩分制限を緩めるなど、在宅での生活をどう守るかという観点からの評価が必要。

「基本文書2」 p.19

5-(3) – 3 標準化の前提としての対象者像の 時期別の区分と評価指標の関係



JHHCA

○看取り期における3つの評価指標（生命・生活・人生）との関係

– 図4のDyingの状態に相当する時点

- 「生命」の評価指標においては「治療による機能の回復」から「救命、延命あるいは辛さの軽減」に重点が移行する。
- 一方、回復が望めない状況の下、「生活の充実」「人生の満足」といった生きがいの要素がより重視される。
- 標準化の観点からは、対象者本人や家族への「生命」と「生活」「人生」（つまり生きがい）のいずれを優先させるかの選択肢の提示と共有意思決定の要素がより重要に。
- 4で述べたように、「辛さの緩和」という評価だけでなく、積極的な心のありようを示す「生きがい」の視点からの評価が重要
- 在宅医療に至る前の時点からの一貫した本人の意思の尊重あるいはACPが手順として重要

「基本文書2」 pp.19-20

5-(4)標準化の意義



JHHCA

○現場実践意欲の高まりや研究・教育・研修の進展

- 在宅医療の標準化の大きな特徴は、「生命」だけでなく「生活」「人生」といった生きがいにかかわる評価指標が加わり、本人、家族の選択という価値観の要素が加味され、これまでの医療における診療ガイドラインとはかなり異なる構造が予想されるので、活用までには、十分な議論が必要
- 当面は、現場実践の参考、研究・教育・研修の進展、医学教育における在宅医療の位置づけの明確化などに寄与することを期待

○地域における在宅医療介護体制のあり方の明確化

- 標準化作業の過程で、地域における在宅医療介護体制の確保、住民の理解と参加、「まちづくり」の課題が浮き彫りになる
- 在宅医療を行うかかりつけ医の配置の重要性を含めて類型別の提供サービス等のリソースの種類を検討につながる

○標準化作業を通じたアライアンス構成団体のコンセンサス形成の重要性

- 多次元の評価指標（生命・生活・人生）を踏まえた標準化の考え方のコンセンサスを得ながら、各地の事例を蓄積し、病院と在宅の移行や地域における在宅医療体制を含めて、徐々に論理化を精緻にしていく粘り強い作業が必要であることを再度強調
- アライアンスの構成団体がこれらのコンセンサスを各地域に浸透させていくことが重要となることを再確認

「基本文書2」 pp.20-21



JHHCA

6.当面のアライアンス各WGの標準化に関する作業

標準化にかかわるアライアンスのワーキンググループの検討内容を整理する。

6-各WGの標準化に関する作業



A. システムグループ

「基本文書2」 pp.21-22 JHHCA

- ア) 病院と在宅の移行支援パスの作成
- イ) かかりつけ医と訪問看護ステーションの関係性のあり方についての検討

B. アカデミックグループ

- ア) 各類型についての典型事例をサービスモデルとして設定（システムグループと連携）
- イ) 類型Ⅰにおけるかかりつけ医に備えるべき知識技術普及のための、医学教育プログラムの普及方策の検討

C. ムーブメントグループ

- ア) 在宅医療における介護の位置付けと医療関係職種との連携のあり方についての検討

D. エシックスグループ

- ア) 「死にゆくことの国民啓発」「生きがい」に係る理論的検討及び啓発手法の企画

E. 総括チーム

- ア) 「基本文書」をベースとした在宅医療推進のためのアライアンスの検討状況を示す分かりやすい資料を作成し、広報活動を支援



JHHCA

7.今後の諸作業にあたっての参考資料

WHO中心でまとめられた地域緩和ケアに関する考え方を踏まえて、それを日本に適合するように配慮して蘆野吉和氏がまとめた「在宅医療の原則」を今後の議論の参考資料として添付

資料：在宅医療の原則



JHHCA

- | | |
|--|--|
| 1. 利用者（本人および家族）主体（本位）
person/family centered care | 8. 科学的根拠に基づく実践
evidence-based care |
| 2. 信頼と尊厳に基づくケア
care with trust and respect | 9. 安全性かつ効率性と質の重視
safe and effective/high quality care |
| 3. 物語に基づくケア
narrative-based care | 10. 生命倫理原則の重視（公平性、自律尊重、利用者の利益優先、無害性、真実に基づく説明、守秘）
ethical care |
| 4. 包括的（まるごと）評価に基づく
全人的対応 whole person care | 11. 継続性の担保
continuity of care |
| 5. 多職種協働
team-based/collaborative care | 12. 統合的ケア
integrated care |
| 6. 地域に根ざした体制（地域完結型）
community-based care | 13. まちづくりとしてのシステム構築
advocacy-based care |
| 7. 正しい知識や技能を基本とした対応
knowledge-based care | |