

日本在宅ケアアライアンス

基本文書 2 （令和元年 10 月版）

在宅医療の概念および当面の諸課題について

1. はじめに（基本文書の性格）

（日本在宅ケアアライアンスの役割）

日本在宅ケアアライアンス（JHHCA：以下「アライアンス」という）は、現在は土台作りの時期にあるといえる。在宅医療については、制度的な位置づけも行われ、関係専門職種において取り組みが始まっているが、在宅医療の概念について各関係専門職種間で十分のコンセンサスができていないとはいえず、各専門職種間での連携のあり方を巡る課題認識の共有やその解決のための相互の話し合いなどについては、地域レベルでの試みはあっても、国レベルでの自律的なコンセンサス形成の場があるとは言えない。

アライアンスは、在宅医療に関し、縦割りの職種別団体や学会を越えて自主的に話し合う唯一の団体とあってよく、在宅医療に関する各専門職団体のコンセンサス形成の場として、重要な任務を担っていると考えている。具体的には、在宅医療の概念を整理した上で、在宅医療の標準化を行い、その下で各専門職団体が連携上の課題を共有し、それぞれが課題解決に向けて取り組むこととし、更には、それら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ことが期待されている。

そこで、まず、在宅医療の基本的な概念の整理とその標準化のための認識の共有を行う作業を始めたところである。

（基本文書の意義）

その作業の基礎となるのが基本文書である。世界に先駆けて超高齢社会を迎える日本において、在宅医療という分野が独自に創造されつつあるため、その体系を論理化し、その体系についての関係専門職のコンセンサスを形成する作業が急がれている。したがって、当面、基本文書を通して、関係者間の認識の確認を積み重ねていく方式をとりながら、アライアンスにおける団体間の認識の共有と信頼関係の強化を図ることを目指したい。そこで、最初にまとめられた平成 30 年 12 月の基本文書が「**基本文書 1（平成 30 年 12 月版）**」である。そして、今回その改訂版として「**基本文書 2（令和元年 10 月版）**」をここに取りまとめることとする。なお、基本文書間で、認識に変更が生じている場合は、後の基本文書の認識を優先する。

基本文書は、あくまでも専門職団体の自律的なコンセンサス形成のための手段であり、文書そのものが目的ではない。すなわち、常時、アライアンスの関係者の意見交換を行い、それにより柔軟に

修正と追加を続けていくという性格のものであり、アライアンスの共通認識の形成の過程におけるその時々での共通認識の要点を多くの関係者と共有するための広報文書は別途随時にまとめることとしたい。

2. 基本文書2において当面整理が急がれる事項

(在宅医療における医師の認識の重要性)

今や在宅医療は国の医療介護政策の重要な柱となったといつてよい。特に近年の動きとしては、社会保障制度改革国民会議において、「治し支える医療」への方向性が示されたことが大きな影響を持ち、医療計画に在宅医療が位置付けられるとともに、在宅医療が2025年に向けた国の基本政策である地域包括ケア政策の重要な柱となり、介護保険の地域支援事業として在宅医療・介護連携推進事業が導入されるなど、国の政策が主導する形で取り組みが進んでいる。

このような動きを踏まえつつ、関係専門職種の自律的な活動が求められている。その最も重要な担い手である医師については、日本医師会がかかりつけ医の役割の一つとして在宅医療を位置付けるなど、大きな進展が見られたが、現実的には、かかりつけ医の在宅医療の参入は少なく、特に、若い医師の取り組みが鈍いということが全国的に指摘されている。

「治し支える医療」の方向性が医師自身にまだ十分浸透しておらず、かつ、在宅医療の専門性が確立しておらず、在宅医療が医師自身に魅力のあるものとなっていない状況にあるといわざるを得ない。また、現在のままでは、各地で在宅医療に特化した診療所が増えつつあることにより、在宅医療はそれに委ねればよいという風潮にもなりかねないことが懸念される。

このような現状においては、「治し支える医療」としての在宅医療の概念とその重要性を、まず、かかりつけ医を始めとする医師が十分認識した上で、医師を始めとする各専門職種の団体のコンセンサスの下で在宅医療の標準化に取り組み、それぞれの立場から在宅医療の質と評価を高めつつ、手を携えて在宅医療を実践していくという、自律的な取り組みが不可欠である。

(基本文書2の主目的)

「基本文書1」では、「治し支える医療」と「在宅医療」の概念についての整理を行うとともに、これらの整理に伴い、当面、在宅医療に関し横断的な視点から整理の必要な課題を明らかにしたが、在宅医療の概念については、まだ議論は尽くされておらず、更に整理を深めていく必要がある。

また、各専門職種間での当面の共通課題として示された各課題については、アライアンスの各ワーキングにおいて作業が進められているが、各ワーキングが確たる成果を上げるためにも、各ワーキングの作業の共通の土台として「在宅医療の概念の更なる整理及び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た整理」が急がれると判断するに至った。今回、「基本文書2」として、その詳細を以下に述べる。

(注)「基本文書1」で当面の共通課題として示された課題は、「病院医療と在宅医療の役割分担に

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」の各項目である。

3. 在宅医療の概念の更なる整理

（1）在宅医療の概念の更なる整理の必要性

医療法においては、「居宅等における医療」として在宅医療が定義されている。また、医療計画に関する公的文書においては、これを「在宅医療」という用語で位置付け、在宅医療の提供主体として、医療機関だけでなく介護事業所を含めており、治し支える医療を念頭に置いた幅の広い概念として位置づけられている。一方、介護保険法においては、在宅医療・介護連携推進事業にみられるように、在宅医療は介護とは区分した概念として用語が用いられている。

「基本文書1」においては、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を指す概念としている（「基本文書1」IIの5参照。本文書でケアマネジャーを介護支援専門員と修正している）。アライアンスにおける認識として、介護を位置付けない在宅医療はあり得ず、当然介護を含むものとして認識している。しかし、介護を含めたものとしての在宅医療の概念と、それを貫く理念や方法が全国の職種別団体レベルで共有されているかといえば、それぞれが在宅利用者に向き合った実践を展開し現場で様々な交流をしてきてはいるものの、職種を越えたコンセンサスはない、というのが現状である。

したがって、まずは、日本における在宅医療に関する、医師を始めとする関係職種の自発的な取り組みの歴史から在宅医療の概念を鳥瞰する。

（2）日本における様々な在宅医療の系譜

（在宅医療の実践と制度・政策）

在宅医療の歴史については、更に各方面の研究の進展に期待するが、医師等の自発的な取り組みと制度・政策とのかかわりという視点から遡ると、佐藤智医師の活動の一環で、1971年に東村山市で訪問看護サービスが開始されたのがその始まりといえる。

そして、診療報酬体系で「退院患者継続看護・指導料」が導入され、1992年には、老人訪問看護制度が発足し、老人に対する訪問看護ステーション制度が開始され、1994年に、全年齢を対象とする訪問看護ステーション制度につながる訪問看護の制度化が行われた。

一方、1967頃には現場実践の場から「定期往診」という概念が登場するなど在宅への診療が深

まる中で、1986年には、それまでの往診を一步進めた位置づけとして「訪問診療」が診療報酬において位置づけられた。

(注) 訪問看護については、1923年に聖路加国際病院でミス・ヌメというアメリカ人の保健婦が日本ではじめて訪問看護を行ったと伝えられている。日本独自の在宅医療の実践については、病院での取り組みを含めて数多くの先駆者に負うところが大きいであるが、次に述べるような制度・政策の大きな転換期を迎えるに当たり、将来に向けて在宅医療の概念の整理と標準化のための整理を行うことを目的とする本基本文書においては、これまでの制度・政策への影響という視点から佐藤智医師の名を掲げるとどめ、個々の様々な実践者の評価は各方面の今後の更なる研究に委ねることとしたい。

その後、診療報酬での在宅医療の位置づけの充実と相まって医師の訪問診療の実践が進み、1992年の法律改正により、医療法上「居宅」が医療提供の場とされ、在宅医療が制度的に入院・外来と並ぶ第3の医療として位置づけられ、それから27年経った。その間に、介護保険制度が施行されたことが、医師や看護師以外の多職種の在宅医療への参画を大幅に促進したといえる。そして、超高齢社会を迎えている21世紀の新たな状況に対応するため、社会保障制度改革国民会議における「治し支える医療」の位置づけがなされ、在宅医療が医療計画に位置付けられ、それに引き続き、医療介護を総合的に推進するための改革で地域医療構想と地域包括ケアシステムが総合的なものとして位置づけられ、在宅医療・介護連携推進事業が制度として市町村の任務とされるという大きな改革が行われた。このような近年の制度・政策の流れを経て、医療介護を通ずる多職種の連携による重要な営みとなった在宅医療は、地域包括ケアシステムの実現と地域医療構想の実現を達成する上での一つの鍵となり、国の制度・政策の表舞台に躍り出たといえる。

このことは、医療のあり方にも大きな変革を求めており、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といえる。

(自主的な動きとしての在宅医療推進の流れ)

このような制度・政策における位置づけの過程の中で、専門職団体が在宅医療の推進のあり方を自主的に検討する場として、2007年に国立長寿医療センター大島伸一総長(当時)の呼びかけにより、医師を始めとする各専門職の団体が参集した在宅医療推進会議が設置され、複数の作業部会での検討がなされた。その際の議論では、在宅医療についての様々な考え方が表明された一方で、一致した見解として、その重要な要素として看取りの過程が位置付けられたと伝えられている。このように、在宅医療の全体を表す概念については、必ずしも関係専門職間で十分に合意されているとは言えない状況があった。

ここで改めて、その実践の系譜を整理してみると、大きく三つの流れを指摘することが出来る。一つ目は、往診文化を持った日本の医療の外来診療の延長線上のものとして、あるいは総合医が総合診療の一環として行うものとして位置づけられる在宅医療実践の流れである。

二つ目は、在宅寝たきり老人が社会問題となり、このような時代のニーズに対応して、1980年前

後から行われ始めた在宅看取りを含めた医師、看護師の在宅医療の実践を参考にして診療報酬に位置づけられ発展した流れである。

三つ目は、ホスピスケアあるいは緩和ケアといった海外の実践が関係者の努力により日本に取り込まれ、その理念が病院から在宅に拡散した、あるいは在宅医療に導入された実践の流れである。

現在、実際に各地域において実践されている在宅医療は、以上三つの流れが入り混じっており、外来診療と在宅医療を合わせて行う多くの医師の場合いずれの流れか必ずしも明確に区分できない状況にあるといえるが、アライアンスには、この三つの流れの関係者がおおむね参集しているといえる。

(注) 学術団体としては、上記の一つ目の流れを汲むのが日本プライマリ・ケア連合学会、二つ目の流れを汲むのが日本在宅医学会、三つ目の流れを汲むのが日本在宅医療学会といえる。二つ目と三つ目は 2019 年に日本在宅医療連合学会として統合された。

したがって、日本における在宅医療の健全な発展を目指し、三つの流れを汲む関係者が参加したアライアンスとして、現時点での共通の「在宅医療の概念」について合意形成を行うという段階に達したのである。

(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

以上述べたように、日本における在宅医療は、かかりつけ医が外来の延長としての往診という形で在宅に赴くという日本における医療文化（一つ目の流れ）を基本として、超高齢社会という新しい社会を展望した佐藤智医師を始めとする多くの先駆者の実践や運動により、診療報酬体系等でその位置づけがなされ（二つ目の流れ）、地域包括ケアの推進という流れの下で大きく展開されようとしているという独自の経緯がある。

一方、現在、世界で展開され、特に WHO が推奨している「緩和ケア」は、地域社会（コミュニティ）に根ざし、地域の医療介護福祉従事者と地域ボランティアの協働で提供される包括的および全人的（身体的、心理社会的、スピリチュアル）な支援として位置づけられ、この支援を円滑に提供するために、健康な時からの地域保健医療政策としての緩和ケア教育および啓発が行われており、かなり体系化が進んでいるといえる（Public health approach to palliative care）。この緩和ケアの概念は、特に看取りまで責任を持つことを念頭においた日本の在宅医療の概念と大きく重なるものであるといえる。

しかし、日本で展開されている「緩和ケア」は、現在 WHO の推奨している概念とはかなり懸け離れたものとなっており、緩和医療学を極める方向性を持ち、病院医療従事者中心、がん疾患中心、身体的ケア重視のものとなっており、地域社会に根ざしたものではないため、地域には広まってはいない。すなわち、同じ緩和ケアという言葉を使っている、日本におけるその概念は世界で展開されているものとは大きく異なっている。このため、先の述べた三つ目の流れを汲む日本在宅医療学会の地域緩和ケア普及プロジェクトチームは、自らが目指す「地域社会に根ざした緩和ケア」を「緩和ケア」と区別して「地域緩和ケア」と呼ぶことを提唱したが、これまでの日本の緩和ケアの概

念が医療従事者にも、国民にも定着している中で、「地域緩和ケア」というように多少名称を変えても、その違いを理解してもらえないことにはならないと思われる。

今後は、世界の高齢化の最前線である日本において、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（一つ目と二つ目の流れ）と、WHO 主導の世界標準の緩和ケアを日本における実情に対応する形で導入されている在宅医療（三つ目の流れ）とを調和させつつ、在宅医療の概念を日本における新たな医療の領域として創造的に明らかにする営みを持続し、その健全な発展を目指すことが適切であると考えられる。

（注）「看取りまで責任を持つことを念頭においた在宅医療」という概念が「地域緩和ケア」という概念と大きく重なるという図式は、地域緩和ケアが病院の緩和ケアチーム・緩和ケアも含む構造

となまっていることを考えると、病院の緩和ケアチームや緩和ケア病棟が後方支援として地域の在宅看取りをサポートするという形で、日本における緩和ケアの関係者の理解を得ていくことも可能ではないかと考える。

図1 在宅医療の概念（1）

1. 在宅医療の定義

地域の住まいに住む通院が困難な対象者に対し、人生の最終段階（看取り）も視野にいて、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、ケアマネジャー、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。

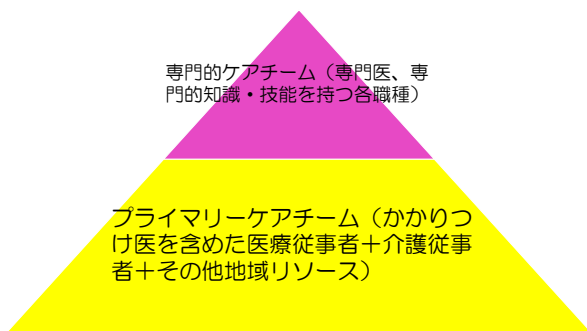
（4）現状における在宅医療の概念と構図

以上の三つの流れを念頭において、現状における在宅医療の概念を整理すると、i) その対象者は小児から高齢者まで、ii) 対象疾患は、進行したがん疾患を含む慢性疾患、神経難病、医療的ケア児などの医療依存度の高い疾患から加齢による身体的障害や認知障害等の医療依存度の低い疾患や精神的な問題から通院が困難な状態にある精神障害など多様な病状となり、iii) 対象とする時期は、疾病や障害等により通院できない期間だけでなく、人生の最終段階における看取り期に至るまで、iv) 提供されるケア（医療、介護）は、在宅医療を受ける人々の病状やニーズに合わせて、

図1 在宅医療の概念（2）

- 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
- 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）

図2 在宅医療の構図



単純なものから専門性が求められる複雑なものまで、多様な内容となっている。v) 訪問診療の場は、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介護サービスの備わった入所施設のほか、最近では「かあさんの家」などの共同住宅など多様な場となっている。vi) 提供体制の構図として、医師を始めとする医療従事者だけでなく、介護従事者、行政担当者、地域の人々の協働で実践されるべき大きな枠組みが必要となっており、基本的にはプライマリケアを担当するかかりつけ

医を含めた多職種が協働で対応する形となるが、複雑なケア（医療、介護）が必要な場面では、その対応に慣れた専門的な知識や技能をもつ職種との連携（助言、共同、委託等）の上で必要なケア（医療、介護）を提供できる体制が必要となっている（【図1】、【図2】）。

（5）日本独自の在宅医療の概念の確立

（在宅医療の対象者の状態像）

これまでの「治す医療」は、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、あるいは復帰することが目指せるという考え方が基本であったといえる。それに対して、「治し支える医療」としての在宅医療は、通院が困難な者に対して居宅において対応することが基本である。これまで述べたように日本における在宅医療の実践者が在宅医療にかかわる経緯は様々あったとしても、共通

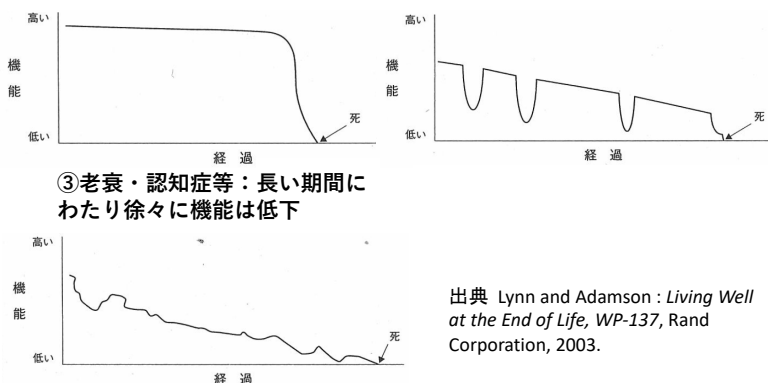
していることは、【図3】を参考として示すように、加齢に伴い誰も避けられないものとしてやってくる虚弱（広義のフレイル）の過程に入った慢性期の病状を持った人々について、必要に応じ入院もしながら、本人の選択を前提として、その死に至るまで、在宅において人生をその人らしく全うすることを支援することが、その人の幸せに大きく寄与すると認識して実践してきたということである。がんを含めた進行性の病状があり、もはや積極的な治す治療が功を奏しないと判断される場合も同じといえる。また、

図3 疾患別の死に至るパターンの相違

①がん等：死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後急速に低下

②心臓・肺・肝臓等の臓器不全：時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下

③老衰・認知症等：長い期間にわたり徐々に機能は低下



出典 Lynn and Adamson : *Living Well at the End of Life*, WP-137, Rand Corporation, 2003.

また、近年の医療の進歩に伴い急速に増えた医療的ケア児等の小児を対象とする在宅医療も、本基本文書での在宅医療の対象と考えるが、その歴史と位置づけについては、成長、発達、教育という要素

を加味して位置づけることを含めて、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ていきたい。

(注) 在宅医療は、あくまでも高齢者等が自律的に生活をする場において、医師をはじめ多職種がその高齢者等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である。したがって、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。

(6) 新しい医療、新しい学術分野の必要性

このような共通の認識の下で、在宅において「治す」という視点の対応と、「支える」という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を進め、在宅医療の普及と質の向上を目指すことが必要となっている。一方、今の日本においては、医療関係者の大部分は大なり小なり虚弱で慢性期の病状を持った高齢者への対応を行っている。また、進行したがん疾患や慢性疾患の病状と障害を持った人への対応も、多くの地域で在宅緩和ケアあるいは在宅ホスピスケアとして行われている。このことは、特に第二次大戦後の日本における生活水準の向上、社会保障の整備等と相まって、これまで医学医術が高度化し飛躍的に発展した結果であるともいえるので、そのような歴史の必然の帰結として、これらのニーズを国民の「人生・生活の質」という視点に立って受け止める新しい医療、すなわち在宅医療を健全に発展させなければならない。

しかし、我が国においては、虚弱で慢性期の病状をかかえ、あるいは進行性の治癒できない病状をかかえ、在宅において生活する場合の対応のあり方を巡って、系統だった考察や研究やそのための症例の蓄積はまだ不十分といえる。

したがって、以上述べたような視点を基本に置いた在宅医療の分野に焦点を当てて、老年医学等老年学関係学会、日本プライマリ・ケア連合学会及び日本在宅医療連合学会をはじめ多くの分野が連携して、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かなければならない。そして、この分野における在宅医療（在宅ケア）のあり方を、やがて高齢者が約4割を占めることが定常社会となる日本から世界に発信することが期待されているのではなかろうか。

(7) 「在宅医療」と「ケア」の関係についての再確認

(多義的に用いられているケアの概念の現状)

3. (1) で述べた通り、「基本文書1」においては、「在宅医療」とは、医療介護を通ずる包括的な支援を指す概念としている。

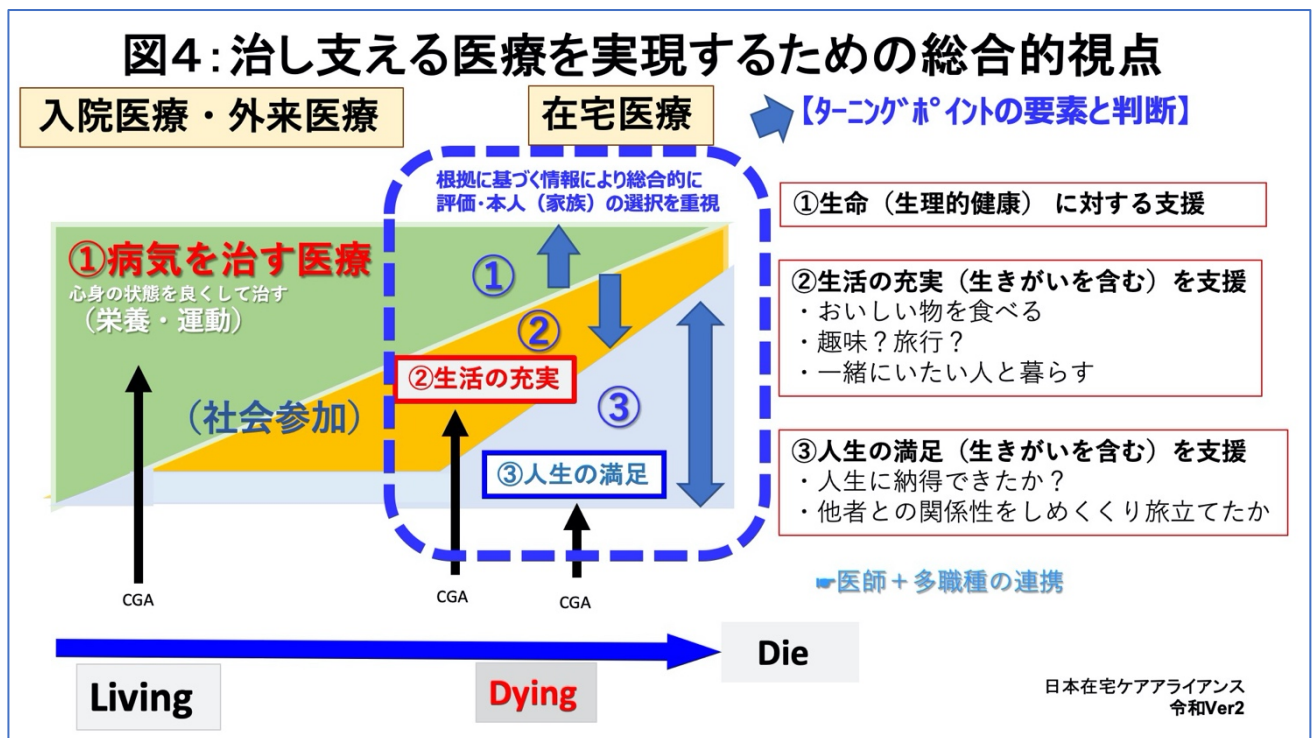
「ケア」という用語については、日本においては、「インテンシブ・ケア・ユニット (ICU)」といったように医療分野でも用いられているが、一般的には「ロングタームケア・インシュアランス (介護保険の英訳)」「ケアワーカー」といった用語にあるように介護分野の行為を指す見方が強く、その意義は多義的である。法令上の用語としてはようやく「地域包括ケアシステム」という概念が用いられ、「ケア」という概念は、医療介護を包括する概念であることが明らかになった。したがって、「地域包括ケアシステム」における「ケア」の概念は医療を含んでおり、このことを前提とすれ

ば、基本文書1及び2でいう「在宅医療」は「在宅ケア」とほぼ同義のものといってもよい。

(注) 法令上の「地域包括ケアシステム」における「ケア」は医療介護を通ずる概念であり、この意味での「在宅ケア」の用語を用いて「在宅医療」を正確に定義すると「医療系職種のかかわる在宅ケア」ということになる。

(アライアンスにおける医療とケアの概念の確認)

以上述べたように、日本においてはケアの概念がまだ一義的なものとして定着しておらず、医師の分野においてさえ在宅医療についての共通の理解が普及していない現段階においては、アライアンスとしては、「在宅医療」の概念は、「在宅ケア」という概念と実質的には同義のものであるということ的前提としつつ、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」という形で説明したい。そして「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と考える。



「基本文書1」の図1は、在宅医療は病気を治すだけでなく、生活や人生を支えることも目標に含めた医療介護を通ずる広義の概念であることを既に示しているが、入院医療や外来医療にも当然病気を治すだけでなく生活や人生を重視しているという確認が必要、「生命」の意義としては「生理的健康」という概念が適当、「在宅医療においては本人(家族)の意思を重視したCGAのような総合的な視点に立った評価が必要」といった作成後の様々な議論を経て更に直近の認識に修正したものを「基本文書2」の【図4】として示す。

(注) 【図4】は、文章だけでなく図の形も基本文書1の図1から修正しており、生活の充実と人

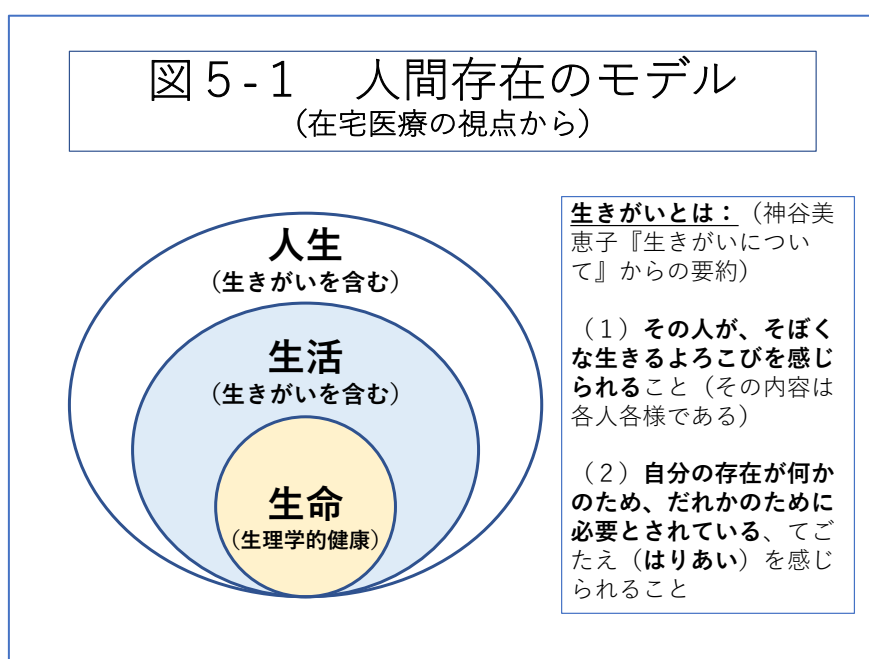
生の満足も在宅であるかどうかにかかわらず常に必要な視点であることを示そうとしている。また、「生理的健康」における「生理」には、「退行性変性（いわゆる細胞、臓器レベルの老化）を生理的過程と捉える」という視点が含まれている。

以上のような認識に立って、先に述べたように緩和ケアといった概念により実践されてきた分野も含んだものとして、日本独自に「在宅医療」の概念を明らかにし、その概念の論理化を深め、一つの体系を確立し、その共通理解の下で、在宅医療の普及と質の向上を図ることが重要である。

4. 在宅医療の質の評価指標についての考え方の整理

（日本独自のQOLのアウトカム指標）

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についての考え方を、ここで更に整理しておきたい。



在宅医療の最終目標の一つに、その人らしい生活や人生を可能な限り最期（人生の最終段階を含めて）まで継続できるよう支援すること、いわゆる「QOLの維持向上」があげられる。このQOLという言葉はすでに日本でもなじみの深い言葉であり、治し支える医療を提唱した社会保障制度改革国民会議でも強調され、在宅医療実践の現場ではコンセンサスの得やすい共有のアウトカム指標となりうるものである。しかし、その概念、特にQOLのL（ライフ：life）の

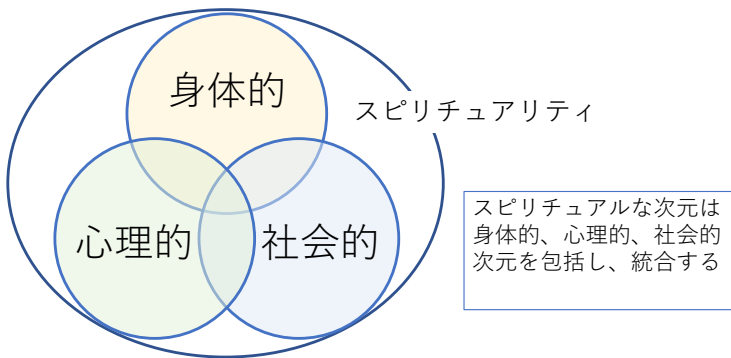
捉え方についてはそれぞれの国の文化を背景とした文脈があるので、日本におけるその捉え方についての共有理解が必要である。

すなわち、【図5-1】に示すように、日本に暮らす人々にとってのライフは「生命・生活・人生」の3つの言葉として理解されている。この中で「生命」は「限られたいのち」、生理学的視点からの身体（からだ）と精神（こころ）で構成される概念であり、「生理的健康」ともいえる。「生活」はこの「生命」と「日々の暮らし」で構成される概念と言える。そして「人生」は、これらに加えて「生涯」という時間軸で構成される概念として今回提示した。この場合、共通のアウトカム評価の指標としての「QOL」つまり「生命・生活・人生の質」という概念（基本文書1のIIの4参照）に「生きがい」という要素を加味したことが重要である。

最近、緩和ケアの先駆者（トワイクロス）が同様の人間存在のモデルを提唱している【図5-2】。緩和ケアにおいては身体面、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の全人的な

辛さやニーズの包括的評価が重要視されているが、この4つの側面の中で、スピリチュアリティが最も人間として重要な側面であることを強調する構図である。

図5-2 人間存在のモデル
(緩和ケアの視点から)



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・の場元弘監訳、医学書院、2018年、p.60

【図5-1】の構図との違いが2点ある。一つは視点の違いである。在宅医療の視点は「暮らし」の視点であり、その人らしい生活と人生を歩むことを支援することに焦点が当てられるのに対し、緩和ケアの視点は「医療」の視点が色濃く、生命の脅かされた疾患あるいは生命予後の限定された人の全人的な辛さを緩和することに焦点が当てられている。違いの二つ目は人間存在の重要な要素として、在宅医療が「生きがい」という言葉を重視するのに対し、緩和ケアは「スピリチュアリティ」という言葉を重視している

ことである。したがって、「スピリチュアリティ」は「生きがい」とほぼ同じニュアンスの言葉であると思われるが、「スピリチュアリティ」という言葉の背景には西洋の文化があるために、その概念については、日本で暮らす人々にとって、感覚的に理解しがたく、また、宗教とは関係がないといわれても、キリスト教等の神秘的、宗教的なイメージは払拭しきれないのが現実である。これに対し、日本語の「生きがい」という言葉には宗教的なイメージはなく、この概念については、神谷美恵子氏の著作『生きがいについて』（みすず書房）の詳細な分析が有名であるが、様々な辛さを乗り越え、人生に対し積極的な心のありようを表し、日常的に口に出して使われている言葉であり、日本人には分かりやすく納得しやすい。

国際的に、地域での緩和ケアの有用性、必要性が叫ばれている今日において、日本においても、その重要性は高まっているが、緩和ケアの手法を用いて、「身体面、心理面、社会面そしてスピリチュアリティ」といった側面での評価指標で包括的に評価するということが、多様な専門職種はもとより地域住民も関わって行われる在宅医療の共通の評価方法として直ちに機能するかといえば容易ではない。そこで、国際的な緩和ケアの概念を尊重し、このような評価指標を在宅医療実践のプロセスにおける評価の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努力を行うこととするが、まずは、在宅医療の第一の評価軸として、アウトカム指標としての「生命・生活・人生」を用いて標準化を進めることが妥当と考える。

(注)「生きがい」の概念は、在宅医療において極めて重要である。その概念については、各方面で論じられており、更に考察を深める必要があるが、その概念については、これまで神谷美恵子氏の著書『生きがいについて』が良く知られており、ここではその要点の抜粋を用いて説明した

い。

- i) まず生きがいとは「(生きる) よろこび」であるという概念にとらえ、「生きがいについていちばん正直なものは感情であろう...いきいきとしたよろこび...これこそ生きがい感の最もそぼくな形のもの」(p.14)とか、(生きがいを見出すこととは)「精神の世界に新しい生きるよろこびをみいだす」こと(p.214)といった記述がある。具体的な「よろこび」の例としては：a. 生きとし生けるものと「心をかよわせるよろこび」、b. ものの本質をさぐり、考え、「学び、理解するよろこび」c. 自然界の、かぎりなくゆたかな「形や色や音をこまかく味わいとるよろこび」、d. みずからの生命をそそぎ出して新しい形やイメージを「つくり出すよろこび」が挙げられている。a～dはすべての人にひらかれている (p.267) とされており、大変幅の広い概念とされている。
- ii) 次に、生きがいとは、「はりあい」であるという概念にとらえ、「はりあい...これは生きがいの一面をよくあらわしていると思う。人間はただ真空のなかでぼつんと生きているのは耐えがたいもので、自分の生きていることに対して、自分をとりまく世界から、何かてごたえを感じないと心身共に健康に生きて行きにくいものらしい。」(p.11)、「はりあいを求める心は反響への欲求の一部と考えてもよかろう。...ひとの心のはたらきかけはもともと対話態でできているのである。」(pp.63-64)『『自分の存在は何かのため、またはだれかのために必要であるか』(という問い)が肯定的に答えられれば、それだけで充分生きがいのみとめるひとが多いと思われる。』(p.32)とされており、誰か、あるいは何かに認められるはりあいという積極的な感情を特徴として挙げている。

(在宅医療における「生きがい」の意義)

ここで強調したいのは、【図5-1】において「生きがい」という概念を重視した理由である。

「生きがい」は、自分一人だけで感じる様々な喜びから人と人のかかわりや社会とのかかわりの中から感じるはりあいに至るまで様々であり、何を生きがいとするかは個人の自由であるが、その共通点は、個々人の積極的な心のありようということにある。

日本の在宅医療においては、QOLの「quality」の意味(評価の視点)として、緩和ケアにおける【図5-2】の構図の前提となっている「人生最終段階におけるつらさの解放」にとど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」が重要視されてきた。すなわち共通するのは「生きがいをもって、あるいは生きがいを失わないで生ききる(暮らす)」という積極的な視点が含まれているのである。【図5-1】で強調したいことは、緩和ケアにおいて強調されている全人的な辛さからの解放だけでなく、「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明確に示していることである。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」ものであるともいえるのである。

この点を在宅医療の体系の中に位置づけ、それを前提として標準化されることの意義は極めて大きいといえると考えられる。

(注) 国際的にも、フーバーらが、健康を「社会的、身体的、情緒的困難に直面した時に、適応し、セルフマネジメントできる能力である」(Health as the ability to adapt and to self-manage,

in the face of social, physical and emotional challenges) と定義するなど、健康をより積極的な概念として捉える動きが出てきている(Huber, Giezenberg, Winkens et al. 2016)。

WHO の健康の定義では、「完全」や「状態」という言葉が使われていることから、理想的な「状態」を求めることになり、それが、医療への過度の依存を助長すると批判されている。この理想的な健康が達成される時代は、感染症のように治癒が望める急性疾患が主だった時代で、現在のようにより多くの人の寿命が延び、慢性疾患や加齢による障害を持ちながら生活することが必要な時代には、もはや合わなくなっている。そこで、健康を「状態」とするのではなく、それを個人や社会で変化させられるものであり、健康を「力」として捉え直して定義したものである。

このような視点は、ポジティブ心理学の視点であり、特に生きがい、生きる意味、自己実現等の人間のポジティブ（積極的）な感情に焦点を当てたものである。

参考までに、心理的に良好（well-being）な項目としてリフ（Ryff）は、①自己受容：自分に対してポジティブな態度を持つこと、②他者とのポジティブな関係：他者とあたたかく満足できる信頼できる関係を持つこと、③自律性：自己決定ができて自立していること、④環境制御力：自分の周囲や環境に対応する能力と達成感があること、⑤人生における目的：人生の目標と方向性が持っている感覚があること、⑥人格的成長：成長し続けている感覚があること、の6項目を挙げている。また、セリグマン（Seligman）は①ポジティブ感情、②エンゲージメント（物事に没頭すること）、③人と関係性を持つこと、④人生に意味や意義を見出すこと、⑤達成すること、の5項目を挙げている。

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

整理

(1) 在宅医療の標準化の必要性

(目的は、質の確保された在宅医療の普及)

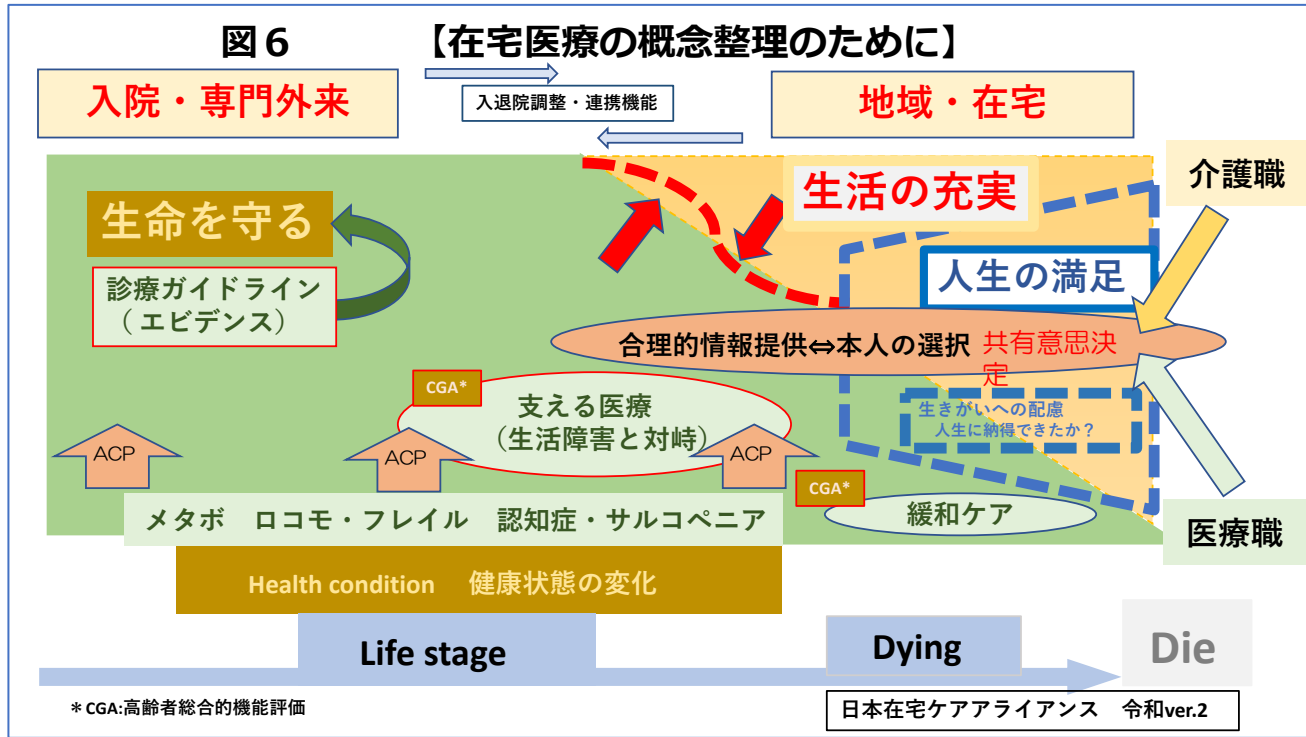
在宅医療は、これまで「生命」という評価指標を基本に置き、「治療による治癒、救命、延命」という営みを基本においてきた医療の領域においては、超高齢社会の到来を背景として構造的な変革を惹起するような創造的なチャレンジであるともいえる。このため、「基本文書1」で確認した当面の諸課題の整理を進めていく必要があるが、その共通の土台として、これまで整理してきた在宅医療の概念を基本において、在宅医療は、「どのような対象者に対して」「どのような体制で」「どのような評価指標を用いて」「どのような手法と手順で対応するのか」という基本枠組み、すなわち「標準化」が必要となる。このことにより、我が国において質の確保された在宅医療の普及が可能となるからである。

(関係全職種を対象とする標準化)

もとより、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種、認定

介護福祉士を始めとする介護福祉士といった介護系専門職、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（チームプレイ）が基本に置かれるべきである。

したがって、標準化作業は、在宅医療に従事する全専門職の関与の下で行われ、その成果は全専門職に対して提供される。この場合、「基本文書1」図2において示されているように、在宅医療において、介護は不可欠にして基本的に重要な役割を果たしており、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については、「基本文書1」作成後の更なる検討を経て修正が加えられており、修正された図を本「基本文書2」の【図6】として掲げる。

一方、医療と介護の関係性については歴史がまだ浅いことから、現在においては、認定介護福祉士等の介護専門職による介護を、在宅医療の標準化作業において、どのように位置づけていくかについて、介護職側とともに検討する体制をつくるのが急がれている。このため、標準化作業としては、医師を始めとする医療系関係職種にかかわる部分を先行させつつも、順次、介護職種に関わる部分も含めた標準化作業を行うという手順が適切と考える。

(注) 医療との関係を念頭に置いた介護の専門性のあり方については、既にアライアンスのムーブメントグループが事務局となり研究会が発足しており、その成果を踏まえつつ、標準化について検討する必要がある。

(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

(標準化の第一歩は類型化)

以上のことを踏まえつつ、標準化作業の第一歩として、まず、現在行われている在宅医療の内容

を類型化し、類型に対応した在宅医療のあり方を考察するという作業に着手することが急がれる。

(注) ここでいう「標準化」は、多職種連携による在宅医療のあるべきサービスモデルを基本において、サービスの質の確保向上を図るためのものであり、診療報酬や介護報酬とは関係のない概念である。

(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)

在宅医療は、虚弱で慢性期の病状あるいは進行性の治癒できない病状を持つということを共通項とする対象者に対する、医師を始めとする多職種による包括的な支援であることから、類型化は、在宅医療の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して行うことが妥当である。

日本の在宅医療の類型化に際しては、先に述べたように、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に対して在宅での継続的な医療を行ってきたという実績と、特に最近では、がんを含めた進行性の治癒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いた在宅医療が実践されていることを踏まえることが妥当である。

(かかりつけ医及び訪問看護師等のチームを基本とし、熟練度で区分)

したがって、類型化の基準は、疾病名を第一義的なものとするのではなく、病状や処遇困難性を第一義的なものとし、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のチームにより対応を行うパターンを基本的な類型の土台ととらえることが妥当ではないかと考える。

したがって、当面の類型化は、これを起点に置き、対象者の病状と処遇困難度を念頭にいたチームの熟練度の区分に対応した類型化を行い、その類型に応じた症例について検討を深める中で、医師及び看護職だけでなく、歯科医師、薬剤師、リハビリ専門職 (OT、PT、ST)、歯科衛生士、管理栄養士、栄養士といった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、在宅医療の手法、手順の標準化の作業を進める必要がある。そして、その過程において、介護サービスの位置づけを明確化しつつ、標準化の対象を介護職や介護支援専門員にまで拡大する形で標準化作業を精緻にしていくという手法が適切ではないかと思われ、以上の作業につきアライアンスの加盟団体が積極的な役割を果たすことが強く期待されている。

②類型化作業の試みと作業の進め方（【図7：在宅医療の類型】参照）

図7 在宅医療の類型

・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

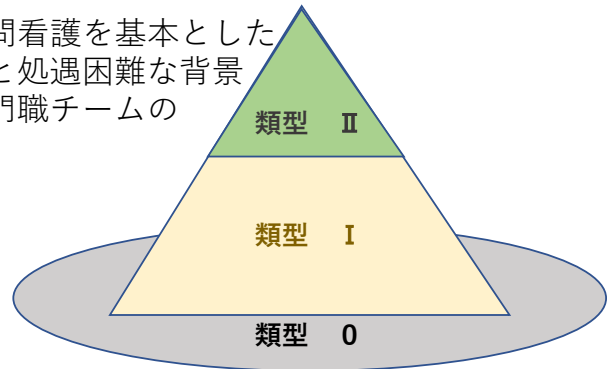
類型0 在宅医療の潜在需要

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（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

*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プライア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

*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。

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がないと、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。

i) 【図7】にあるように、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（地域における何らかの連携の仕組みにより連携が担保された結果のチーム形態のものを含む。以下同じ）を必要とする対象類型（**類型Ⅰ**）と、かかりつけ医を中心とした医療系職種の24時間対応の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（**類型Ⅱ**）が考えられる。【別紙1】に示している「在宅医療の類型化の目的と類型化における原則」についての記述も参考にして議論を深める必要がある。

【図7】には、「**類型0**」が掲げられている。これは、以上述べてきたような類型Ⅰに関する考察が深まれば、類型Ⅰの体制により本来在宅で生活することが出来たような潜在的な在宅医療の需要の存在について各方面の理解が進むこととなる。そのことが、今後在宅医療の意義を理解する上で極めて重要であるとの問題意識を類型0として掲げたものである。類型0について【別紙2】「類型0（潜在型、未対応型）の類型への導入について」で詳細に述べられているので参考にして議論を進める必要がある。

類型Ⅰと類型Ⅱの区分については、イメージを共有するために【図7】の注1に典型的な対象を例示している。また、【別紙3】に掲げる「類型ⅠとⅡの違いとその実際（例示）—未定稿」において、類型ⅠとⅡの違い及び疾患あるいは病態ごとの類型Ⅰと類型Ⅱの関係について述べ、とりわけ、次に述べる移行期についての留意事項を含めて、類型Ⅰの段階におけるかかりつけ医の留意事項が具体的に記述されているので参考として議論を進める必要がある。このような類型化に関する議論を伴う在宅医療の普及が、医師を臓器別医療の専門医から総合医的な機能を持った医師へ転換することにつながるとともに、在宅医療における総合医の役割をより明確にしていくことにつながると考えられ、関係学会等の関係者の積極的な関与と議論を期待するものである。

(時期別の区分について)

ii) 類型ごとに、医療の視点から、移行期、安定期、不安定期、看取り期の時期別の区分が考えられ、イメージを共有するために【図7】の注2にその内容を簡単な記述で例示している。移行期について、【別紙4】「移行期」の導入について」でその時期における対応の重要性が述べられているが、今後は特に、二次救急を担う地域型の病院が在宅医療関係者をコーディネートするいわば地域循環支援ともいえる機能を果たすが重要であるという視点に立って議論を深める必要がある。また、類型化の考え方が病状と処遇困難度により整理されていることから、これらの時期別区分ごとに、医療支援中心型と生活支援中心型に区分する考え方が必要であり、これらの区分や考え方については、【別紙5】の「医療支援中心型及び生活支援中心型の視点を含めた在宅医療の類型区分(案)・未定稿」に記述がなされており、これも参考にして今後議論を深める必要がある。

また、移行期、安定期、不安定期、看取り期の区分がある中で、同一ケースに対して二つの類型のチームがクロスすることもあり得る。あるいは、同一ケースにつき類型Ⅰのチームが類型Ⅱのチームと必要に応じて連携するといったこともあることを想定している。

(類型化から標準化へ)

iii) 今後の作業の進め方としては、このような類型ごとの時期別区分等を踏まえ、最初は、今後の議論のためのサービスモデルの設定という作業から始め、類型ごとの具体的な症例の蓄積と分析を並行しながら議論を深め、一步一步標準化を目指し、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、更に評価が高まれば、現場で準拠することを推奨するガイドライン的な機能を果たすものとなることを目指したいと考える。

いずれにせよ、今後アライアンスにおいて進められる類型化作業を踏まえつつ、多くの症例の蓄積と分析が、学会や大学の研究部門などで活発に行われることを願いたい。また以上の過程で、介護に関する情報の整理を行い、医療と介護の連携のあり方を分析し、医療の立場からの介護の位置づけの重要性を浮き彫りにし、並行して介護を含めた標準化作業を進めることが適切と考える。

(注) 医療の立場からの介護のあり方として作業を急ぐ優先順位の高いケースとしては、例えば、類型Ⅰでかかりつけ医と訪問看護が確保されているケースについて、一人暮らしでも在宅看取りが可能なための介護サービスのあり方、類型Ⅱのがん疾患等の処遇困難な場合に必要な介護サービスの内容と水準のあり方といったケースがあげられるのではないかと考える。

(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

(評価軸の多元化と新しい形の手法・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、成り立たない。以上述べたような類型化の下で、対象者の状態は、移行期、安定期、不安定期、看取り期という時期別に区分されるが、その際の医療等のサービスの適用に伴う評価指標として、以上に述べてきたように、「生命」「生活」「人生」というQOLの三つの定性的なアウトカムの評価指標を用いることとなる。

このように三つのベクトルの異なる評価指標があり、しかも、次に述べるように在宅医療の手法・手順として、本人、家族の選択という要素が加わるので、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になるのではないのではないかと考えられる。以下、在宅医療の時期別の区分と評価指標の関係について考察したい。

なお、在宅医療の分野では、QOL の概念には、当然 QOD の概念が含まれるが、それを加味する議論は、本「基本文書 2」の次の段階で取り扱いたい。

i) 移行期、安定期、不安定期について

対象者は【図 4】の Dying に相当する状態だけでなく、Living の状態に相当する者も多くあり、Living の状態に相当する対象者の場合は、基本的に従来の医療の入院及び外来と同様の「生命」が評価指標の基本になり、その時の「生理的健康」としては「治療による機能の回復」ということが優先される。不安定期には必要に応じ入院対応も選択されるが、在宅医療における評価軸としては、「生命」に加えて「生活の充実」や「人生の満足」という要素、すなわち「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ものとなるのではないかと考えられる。例えば、「風呂に入りたい」、「一生の思い出に懐かしい場所へ旅行に行きたい」といった生活の充実や人生の満足、すなわち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、それは本人、家族の選択（価値観）の問題となる。もちろん医師等の専門職の判断と協力と客観的な情報提供が不可欠であり、それらの手順が標準化される必要がある。

また、「生命」という評価指標からの評価においても、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）が重要となる。具体的には、在宅で骨折した際に高齢者の中長期的な生活力の維持を優先して、入院での本格的手術による治療ではなく、在宅での自然治癒を図るとか、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とかなど、在宅での生活をどう守るのかという観点からの評価が必要になるのではないかと考えられる。更には、在宅で直接対応する専門職だけでなく、地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織が協力しあうという地域リハビリテーションの考え方が重要である。

いずれにせよ、現在の外来診療と在宅医療がシームレスにつながるという視点を大切にしながら、学術的には、日本在宅医療連合学会だけでなく日本プライマリ・ケア連合学会や日本老年医学会の研究分野が重複して取り組む部分が多いと考えられる。

ii) 看取り期について

【図 4】の Dying の状態に相当する時点であり、基本的には、「生命」という評価指標における「生理的健康」としては、「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」ということに重点が移行する一方、回復ということが望めない状況の下「生活の充実」「人生の満足」といった生きがいという要素がより重視されるのではないかと考えられる。したがって、標準化に際して重要なことは、

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という要素がより重要になる。この場合大事なことは、日本の在宅医療における QOL の概念が、海外から導入された「緩和ケア」における「全人的な辛さの緩和」という評価だけでなく、「生きがい」といった積極的な心のありように重点を置いて捉えられているということである。また、極めて重要なこととして、在宅医療に至る前の時点のときから一貫して本人の意思の尊重あるいは ACP という手順が重視されるということを確認しておきたい。

（４）標準化の意義

（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目的は、在宅医療の質の確保向上にあるが、在宅医療の評価指標には、以上述べてきたように、「生命（生理的健康）」すなわち「治療による機能の回復あるいは救命、延命あるいは辛さの軽減」という指標だけでなく、「生活の充実」及び「人生の満足」といった生きがいにかかわる評価指標が加わり、本人、家族の価値観や希望を踏まえた選択肢の提供と、本人、家族の選択という要素が深まっていく。このような視点からの手法や手順が加味されるところが、在宅医療の標準化の大きな特徴であるといえる。以上のように、これまでの医療における診療ガイドラインとはかなり構造の異なる標準化の形をとることが予想され、先に述べたように、個々の現場でどのように活用されるかについては今後十分議論が必要であるが、当面は、標準化のための作業が、現場実践の重要な参考になって現場の実践意欲を高めるとともに、研究や教育・研修の取り組みの進展に大きく寄与することが望まれる。また、在宅医療の概念の明確化と標準化により、医学教育において在宅医療の位置づけが明確化され、次世代の医療関係者に在宅医療の重要性が伝わりやすくなることが期待される。

（注）アライアンスから標準化のための作業の過程で、例えば CGA が在宅医療に関して導入しやすくなるなど、医療の評価に関する様々な取り組みが促進されることも期待される。

（地域における在宅医療介護体制のあり方の明確化）

また、現時点では標準化が出来てもそれが活用しきれない場合が考えられる。在宅医療介護のサービス体制の状況が不十分な場合は、「生命」という評価指標から見れば退院が可能で在宅生活が享受できる病状であっても、在宅医療介護の受け皿がなく現実には退院が困難な場合がある。あるいは「生命」という評価指標から見れば在宅生活を継続することが可能な病状であっても、在宅医療介護の受け皿がなく入院せざるを得ない場合がある。

つまり、在宅医療に関する標準化作業が進む中で、地域における在宅医療介護体制をいかに確保するか、更には近隣住民の理解と参加をどう取り付けていくか、すなわちどのようなまちづくりをするべきかという地域課題が浮き彫りにされることとなる。このように、最終的には地域における医療介護体制すなわち在宅医療のストラクチャーのあり方を明らかにするという意義があるといえる。このような観点から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も検討することが重要な意義を有するので、【別紙 6】の「在宅医療の類型別

のサービス等のリソースの種類―未定稿」の作業が今後重要となる。

(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)

標準化の完成のためには、まず、今述べたような多次元の評価指標を踏まえた標準化の考え方のコンセンサスを得ながら、それを踏まえた各地の様々な事例（症例）を蓄積し、徐々に論理化を精緻にしていくという粘り強い作業が必要であるということを再度強調したい。そして、以上述べたような作業を行う中から、いずれの時点で病院と在宅の相互の移行を行うことが適切かとか、在宅医療を推進するための医師会の体制や地域の看護介護サービス体制はどうあるべきかといったコンセンサスが各地で深まっていくことが重要であり、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ということが重要であるということも再確認したい。

6. 当面のアライアンス各WGの標準化に関する作業

現在、各ワーキンググループでの作業が進められているが、標準化に関しては以上述べたような検討の流れを想定し、当面の1年間程度の試みのイメージを以下に示し、検討の参考としたい。なお、エシックスグループについては、今後 QOD のあり方の検討作業が深められることが期待される。

A. システムグループ

- ア) 類型に応じた病院と在宅の移行支援パスを作成する。この場合、医師、看護師を始めとする関係職種の連携の留意点を含めた検討を行う。その作業を踏まえつつ、類型Ⅰ、Ⅱについて特に急性期の病態の分類に応じた病院から在宅への移行のタイミングや、職種間の連携のあり方についての標準的な考え方の取りまとめを目指す。この作業を起点として、アカデミックグループと連携して類型ごとのサービスモデルの設定を行い、標準化への取り組みの土台を確立する。
- イ) 在宅現場における医師と看護師の活動実態を（類型にも留意して）共有する中で、市町村単位において、地区医師会と訪問看護ステーション連絡会との関係性に留意しつつ、地区医師会における在宅医療を行うかかりつけ医の普及方策と相まって、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、検討を行う。このことにより類型Ⅰの基本的体制づくりについての様々な提案を目指す。

B. アカデミックグループ

- ア) システムグループと連携し、各類型についての典型症例をサービスモデルとして設定する。その上で、そのモデル症例において、医師、看護師、歯科医師、薬剤師、リハ職、管理栄養士、栄養士のかかわりを総合的に集積し分析するためのフォーマットのあり方を始めとする症例蓄積のあり方を検討する。この場合、在宅医療の時期別区分に応じた QOL（生命、生活、人生）評価に関しての各職種の確認事項のあり方についての検討など標準化検討のため基礎となる作業

を行う。

- イ) 類型 I におけるかかりつけ医の備えるべき知識と技術を普及するため、現在の日本医師会のかかりつけ医に関する研修の精査を行うほか、厚労省、日本医師会、国立長寿医療研究センター、東京大学高齢社会総合研究機構 4 者名義の研修プログラムの普及方策を検討する。また、看護に関する研修との連携のあり方も検討する。

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づけと医療関係職種との連携のあり方についての現在の検討を進め、介護専門職がシステムグループ及びアカデミックグループに参加する環境を形成し、できる限り早く両グループにおいて介護も位置付けた作業に入れる体制を整える。

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を行う。

E. 総括チーム

- ア) 「基本文書 1」及び「基本文書 2」をベースに置い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、アライアンス各構成団体内での広報活動を支援する。

7. 今後の諸作業にあたっての参考資料

今後日本の在宅医療のあるべき姿を実現していく上で、先に述べたような日本の様々な流れを踏まえつつ、アライアンスにおける全関係者が関わり、コンセンサスを粘り強く形成していくという手順が重要であり、このためには「基本文書」だけでなく様々な文書について検討を加えながらコンセンサスを形成することが重要である。

このような観点に立つと、海外の緩和ケアとりわけ WHO 中心に進められてきた地域緩和ケアに関する考え方は、グローバルスタンダード的な面も有しており、今後の作業を展望すると、貴重なものといえる。蘆野吉和氏が、それを踏まえて、日本に適合するように配慮してまとめた資料である下記の【資料「在宅医療の原則」】は、それぞれ、在宅医療のプロセス、ストラクチャー、アウトカムの内容を具体的に明らかにしようとする意欲的な試みである。これらを、今後の議論の参考として添付する。

資料：在宅医療の原則

現在のそして今後展開されるべき在宅医療の原則は以下の項目である。

- (1) 利用者（本人および家族）主体（本位） **person/family centered care**
・ 本人および家族のニーズや意向に沿って支援する

- ・本人だけでなくその家族もケアの対象とする。
- ・家族もケアチームの一員と認識する。
- ・本人の価値観を理解する（医療者の価値観とは違う価値観を持っていることを理解する）
- ・利用者（本人および家族）の個性、価値観、信念、習慣、文化（風習や慣例）や信仰に対する価値観、死を迎える際の心構え等に配慮する。

(2) 信頼と尊敬に基づくケア care with trust and respect

- ・利用者（本人）の自律を守る
- ・利用者（本人）の権利擁護をはかる。
- ・利用者（本人）の尊厳を守る。
- ・利用者（本人）の自立を支える
- ・コミュニケーションによる利用者（本人および家族）との信頼関係に基づくケア（医療・介護）を提供する。

(3) 物語に基づくケア narrative based care *注1

- ・病気ではなく、その人全体（これまでの利用者本人の物語）に焦点をあてたケア（医療、介護）を提供する。
- ・利用者（本人）の語りを引き出す。
- ・利用者（本人）の価値観を認め、ケア提供者（医療職あるいは介護職）の価値観との違いを理解する
- ・物語の多様性を認める

(4) 包括的（まるごと）評価に基づく全人的対応 whole person care *注2

- ・病（やまい）や障がいによる辛さを、「全人的な辛さ」として認識するとともに、人生に対するポジティブな姿勢（生きがい等）を医療の視点および暮らしの視点で、包括的に（まるごと）評価し、利用者（本人および家族）のQOLの確保および向上を目指し、利用者（本人および家族）のニーズや意向に沿って対応する。

(5) 多職種協働 team-based/ collaborative care

- ・医療および介護専門家によるチームでケア（医療、介護）が提供される。
- ・医療介護職以外の職種（臨床宗教師等）および地域ボランティアの参加も受け入る。

(6) 地域に根ざした体制（地域完結型） community-based care

- ・地域で生活する人の視点でケア（医療、介護）を提供する。
- ・地域の希望する場所でケア（医療、介護）を提供する。（*注3）
- ・地域全体（地域の医療介護福祉従事者および地域ボランティア等の連携）でケア（医療、介護）を

提供する。

- ・かかりつけ医を含む地域のプライマリケアチームを基本構造として、処遇困難例に対しては依頼（相談、共同、委託等）に応じて専門的知識や技能を有す専門的ケアチームが協力する体制をとる。

（*注4）

(7) 正しい知識や技能を基本とした対応 knowledge-based care

・ケア（医療、介護）に際しては、WHO が推進しているいわゆる世界標準の緩和ケアの基本的な知識や技能を念頭においた上で、個別性も考慮して行う。

・関係するすべての職種が、世界標準の緩和ケアの内容を含む知識や技能の研修を継続的に受けてケア（医療、介護）にあたる。

- ・自己流ではなく、だれもが納得できるケア（医療、介護）を提供する。

注：この対応が在宅医療の安全性と効率性を高め、質の向上につながる。

(8) 科学的根拠に基づく実践 evidence-based care

・提供するケア（医療、介護）は、常に入手できる最善の科学的根拠（エビデンス）に基づくものであるよう心がける。

- ・可能な限り、最も効果的（有効性、満足度、経済的効率性の高い）な介入を行う努力を怠らない。

注：この実践が在宅医療の安全性と効率性を高め、質の向上につながる。

(9) 安全性かつ効率性と質の重視 safe and effective / high quality care

- ・正しい知識や技能を基本とした対応（項目（7））

- ・科学的根拠に基づく実践（項目（8））

- ・ケア提供者への配慮（セルフケアとケアする人のケア、ケアする人が働く環境の整備） *注5

(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

- ・生命倫理の4原則（公平性、自律尊重、利用者の利益優先、無害性）を重視する。

- ・説明に際しては真実に基づいて必要な情報提供する。

- ・守秘義務を遵守する。

(11) 継続性の担保 continuity of care

・ケア（医療、介護）の提供場所（病院、診療所、施設、自宅）が変わっても良質のケア（医療、介護）が提供される。

・病気の全経過にわたり、ケア（医療、介護）の最終目標、基本的なケア（医療、介護）の内容が継続される。

(12) 統合的ケア integrated care（*注6）

- ・地域の医療機関（急性期病院・回復期病院・慢性期病院・診療所(在宅専門診療所を含む)）の連携（垂直連携）。
 - ・地域の医療・介護・生活支援サービス事業所および担当者の連携（水平連携）。
 - ・専門職による多職種連携と地域住民との協働による地域連携(水平連携、地域包括ケアシステム)。
 - ・地域リハビリテーション体制の構築。
 - ・人生の全経過にわたる教育と啓発
- 緩和ケアをパブリックヘルスに統合する（The Public Health Approach to Palliative Care）（*注7）

(13) まちづくりとしてのシステム構築 advocacy-based care

- ・実践に際しては、利害関係者、立法者（議員等）、政策立案者（行政）、医療提供者、介護提供者専門職団体、および一般市民との交流を通じて、まちづくりとしての意識を共有する。
- ・誰にも必ず訪れる「死」や「死別」に対する個人の（対応）能力強化とともに地域全体の（対応）能力強化をはかる（*注8）。

*注1

物語に基づくケアとは、「物語と対話に基づくケア」とも言われており、その実践において以下の項目が重視されている。

①患者の語りを引き出す：これまでの人生のあゆみ、生きがいとしてきたこと、自分自身の現状に関しての状況把握、辛いことや困っていること、これからの希望、期待、意向、そして何を生きがいとして暮らしていきたいのか等。このためには、積極的傾聴などのコミュニケーションスキルが必要となる。

②医療者の考え方を柔軟にする：利用者の価値観を認め、ケア提供者（医療職あるいは介護職）の価値観との違いを理解する。

③物語の多様性を認める

*注2

全人的対応とは、利用者の QOL を、「生命」「生活（暮らし）」「人生（生きがい）」の質というアウトカム指標を包括的に実現しようとするものである。それは、世界標準の緩和ケアの評価指標とされている「身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアルな面での良好な状態」といういわばプロセス指標とクロスしつつ評価し、そして、更に日本語の「生きがい」という人生に対する積極的な生き方の概念を加味させた評価軸を付け加えることにより実現されるものとする。このような考え方により、従来よりかかりつけ医により虚弱な慢性期の高齢者等に対しても行われてきた日本の在宅医療の取り組みと、世界標準ともいえる緩和ケアの考え方を調和させつつ、日本独自で在宅医療の概念を形成しようとするものである。この考え方は、日本における臓器別の専門医が在宅医療を通して、総合診療医化するということを念頭に置くという在宅医療と総合診療との関係性のあり方

とも関連しており、在宅医療の概念の位置づけは、国際標準の緩和ケアとの関係性のみならず、わが国医療のあり方に大きくかかわる重要な作業であると考ええる。

*注3

「地域の希望する場所でケア（医療、介護）を提供する」とは、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage: UHC：すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる）の理念に基づく原則である。UHCは、2012年に国連総会で国際社会共通の目標として決議された理念で、2014年から12月12日を「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ・デー」とすることになった。こうした世界の状況を踏まえ、日本政府も2015年9月に発表した「平和と健康のための基本方針」の中で、UHCの推進を政策目標や基本方針として掲げている。さらに2016年5月27日に発表された「G7伊勢志摩首脳宣言（コミュニケ）」で、保健の中心的な課題として言及された。UHCがG7の首脳宣言に記載されたのは初めてで、画期的なことである。

*注4

地域医療（あるいはケア）において、プライマリ・ヘルスケアを基本とする体制構築は、現在WHOが最も力を入れている課題であり、これは緩和ケアの領域でも同様である。

この基本方針は、アルマ・アタ宣言として1978年にWHOによって採択され、現在、緩和ケアの領域において、特にその体制の確立の重要性が強調されている。例えば、2014年に開催された第67回世界保健総会の決議（WHA67.19）「生涯を通じた包括ケアの構成要素としての緩和ケアの強化」では、『プライマリ・ケア、コミュニティや家庭を基盤とするケア（community-based, home-based care）、ユニバーサル・カバレッジ・スキームに重点を置きつつ、根拠に基づいた費用効果の高い公平な緩和ケアサービスをすべてのレベルの継続ケアに組み込むために、必要に応じ、保健システムの包括的な強化を支援する緩和ケア政策を、策定、強化、実施する』という文言で、加盟各国に体制構築を要請している。その具体的な体制構築の指導書として、WHOは2018年に Integrating Palliative care and symptom relief into primary health care を発行した。

さらに最近（2019年10月）では、アルマ・アタ宣言の40周年を記念して、「アルマ・アタからユニバーサル・ヘルス・カバレッジと持続可能な開発目標を目指して」という世界会議が開催され、アスタナ宣言が採択された。この宣言では、「十分に訓練され、熟練し、動機づけを持ち、献身的な保健医療専門家による、思いやり（compassion）、尊敬（respect）、尊厳（dignity）を大切にした、質が高く安全で包括的であり、統合的であり、だれもが、どこでもアクセス可能で、しかも廉価で受けられるプライマリ・ケアと保険サービスがあること」、「疾病の予防と健康増進を優先し、包括的な予防、促進、治癒を目的とした治療、リハビリテーション、緩和ケアを通じて、人生のすべての過程で、すべての人々の健康ニーズを満たすことを目指すこと」等を謳っている。この宣言は日本においては、在宅医療のシステム整備に於いて、かかりつけ医等によるプライマリ・ケア提供体制の構築が重要であることを示している。なお、この会議には日本医師会が参画している。

***注5**

在宅医療におけるケア提供者（医療職および介護職）は、実践において様々なストレスに晒されている。代表的なストレスの一つは心理的なものであり、利用者（本人および家族）の様々な辛さ、そして、死に逝くことおよび死に直面することに伴うものである。また、在宅というある意味で密室であり、時に劣悪な環境で働くことに伴うストレスである。これらのストレスに晒されていることを提供者自身常に自覚し、セルフケアを行うことは非常に重要で必要なことである。また、ケア提供者のリーダーは、常に、メンバーのもつストレスを察知し、それに対するケア（ケアする人のケア）を怠らない、そのための働く環境の整備を図ることが求められる。

***注6**

「統合的ケア」とは、地域社会の視点では、現在日本で構築が進められている「地域包括ケアシステム (community-based integrated care)」を念頭に置いているが、さらにケア（医療、介護）を受ける個人の視点からは、医療分野においては「病気の全経過」における支援、生活分野では「人生の全経過」における支援を念頭に置いている。また、WHO が主導している世界の緩和ケアの流れを組み入れたために、「緩和ケアをパブリックヘルスに統合する (The Public Health Approach to Palliative Care)」という文言を付け加えた。

***注7**

「緩和ケアをパブリックヘルスに統合する (The Public Health Approach to Palliative Care)」とは、現在の世界の緩和ケアの方向性であり、緩和ケア（あるいは在宅医療）を必要とする多くの人が、誰であっても、希望する場所で、必要とする適切な時期に、質の保証された緩和ケア（あるいは在宅医療）を受けられる体制を作るために、保健医療制度に緩和ケア（あるいは在宅医療）の教育・啓発を組み込もうとするものである。

この背景として、現状において、多くの人々が「人生の最終段階」で様々な辛さを抱えたまま死を迎えていること、「人生の最終段階」における様々な辛さは、緩和ケア（あるいは在宅医療）により改善でき、「生きがい」を持って自分らしく生きることができることがわかっていること、しかし、多くの人々が緩和ケア（あるいは在宅医療）を知らない、誤解しているために適切な時期に緩和ケア（あるいは在宅医療）を受けていないことがあり、この状況を改善し、適切な時期に緩和ケア（あるいは在宅医療）を受けられる人が増えるようにするためには、健康な時から緩和ケア（あるいは在宅医療）についての理解を促す必要があると考えられるからである。

人は必ず死を迎える存在であるが、現在は多くの人々が長生きし、それゆえに、病（やまい）や老化に伴う障がいを持ちながら、徐々に衰え、そして天寿全うとも思える死を迎えている。しかし、多くの場合、人生の最終段階における辛さに対する準備がないまま、その辛さに対応するすべ（緩和ケア）があるにも関わらず、利用せずに辛さをかかえ、生きがいを失って、人生を終えている現状がある。

このため、人生の早い時期から、人は必ず死を迎えること、緩和ケアを利用することで人生の最終段階を辛さ少なく生きがいを保ちながら人生を全うできることを意識してもらうことが必要とな

る。

具体的には、小中学校での「いのちの授業」の実践、「健康促進、健康予防、健康改善の事業で緩和ケアの情報を流す」、「いつでも、どこでも、地域で緩和ケアが受けられる地域体制を構築する」等を健康医療政策とする。

なお、**The Public Health Approach to Palliative Care: A White Paper for The BC Centre for Palliative Care 2015** に記載されている「目的」および「共有する原則」を参考として挙げる。

目的：

進行した生命を脅かす病気や生命予後の限定されている病状の患者を対象として、ケア（医療、介護）の質と人生の全経過にわたる生活の質を向上するための包括的な保健医療システムを開発し、ユニバーサルカバレッジの一環として、統合された、国民を中心とする保健医療サービスを向上する。

共有する原則：

- ・苦しんでいる人々や脆弱な状況にある人々を、その価値観や意向を尊重して支援する。
- ・必要としているすべての患者に、ユニバーサルカバレッジ、公平性、アクセス、質を保証する。
- ・国民主体で、コミュニティに根差した保健医療システムを文化に統合する。
- ・ケア（医療、介護）のモデル：患者と家族のニーズ、目標に敬意を表し、患者や家族を主体とする。
- ・組織モデル：臨床倫理、統合的ケア、ケースマネジメント、およびアドバンスケアプランニングに長けた有能な多職種チームを基本とする。
- ・質の評価として、有効性、効率性、満足度、継続性、持続可能性の指標をいれる。
- ・エビデンスを重視する、結果のシステムの評価を行う、説明責任を果たす。
- ・地域社会との関係性を保ち、地域を巻き込む。
- ・保健医療システムの組織的な意識革新を伴う。

*注8

「個人の（対応）能力強化とともに地域全体の（対応）能力強化をはかる」とは、「病の進行、重度の障がいの発生、死等の限界状況（危機的状況、困難な状況）に直面した時の個々人の対応能力を強化するためには、個々人やその人と関わりのある人への適切な支援が必要であるが、今後そのような状況が地域で多く発生することが予測されている現状では、地域全体の対応能力の強化を図るための啓発活動も必要不可欠である」ことを示している。例えば「人生会議」の普及はその活動の一つとなる。また、主にヨーロッパでは **compassionate community** という地域ぐるみの活動も広がっているが、日本では、人生や暮らしを支える、特に「生きがい」を支える在宅医療を基盤としたまちづくりがこの活動に相当すると思われる。