

5. 在宅医療

平原 佐斗司*

(*梶原診療所)

学術大会での取り組み

一般社団法人 日本在宅医学会は、前身である「在宅医療を推進する医師の会」の1994年の立ち上げからおよそ20年の活動実績をもっている。他の在宅医療系の学会・研究会も同時期に誕生したものが多い。

日本在宅医学会設立の精神は、初代会長である佐藤智氏が学会創設時に『在宅医学』に記した文章に表現されている。

「南インドの農村で学んだ『医とは何か』という問いの答えは『自然の中で生まれ死んでいく人が、その人らしくあり得るように支えていく学問である』という単純なものでした。…(中略) 今こそ『医とは何か』を問い直すために、人間の生きる基盤である『在宅の医学』の本質を求め、それを樹立し、具体的な『在宅医療の推進』をしてゆくべき大切なときです」

「在宅医療を推進する医師の会」は、15回の集会を重ねた後、1999年2月に日本在宅医学会の設立大会が開催され、2013年まで16回の大会が開催された。

第3回大会の柏木哲夫氏による特別講演「ホスピスケアの真髄」をはじめとして、各大会において、緩和ケアや在宅での看取りをテーマとした特別講演や教育講演、シンポジウムなどが企画されてきた。発足当初から、在宅緩和ケアは学会の中心テーマであった。

日本在宅医学会の活動で特徴的なのは、2007年の超高齢社会突入した前後から、非がん疾患の緩和ケアに関する報告や研究が増加してきたことであろう。また、2002年に専門医制度創設を決定し、2004年頃から制度設計に着手し始めたこ

とを背景として、在宅医の研修・教育に関する企画も増加している。最近では、がんの在宅緩和ケアにとどまらず、神経難病など非がん疾患の緩和ケア、小児在宅医療、独居の看取りなど、幅広く緩和ケアや看取りの課題をとりあげるようになってきている。

教育・研修

① 専門医教育—日本在宅医学会 在宅医療研修プログラム

1. 在宅医療研修プログラムの社会的意味

超高齢社会、多死社会、需要爆発という言葉で表される21世紀前半の日本社会を支える医療システムを構築するためには、在宅医療・地域医療への人的資源のシフトが必須であり、在宅医の育成においても専門医制度も含めた教育システムを確立していく必要性が高まっていた。

日本在宅医学会が在宅医療研修プログラムを創設した最大の理由は、このような背景の中で在宅患者と家族に対する質の高い在宅医療の提供がわが国の地域医療の最重要課題となったことである。質の良い在宅医の研修システムの創設が、国民がわが国のどの地域に住んでいても、権利として標準的な在宅医療を受けることができる社会をつくることにつながると考えたのである。さらに、在宅医の研修システムをつくることは、これから在宅医療を目指す若い医師に在宅医になる道筋を示すという点で、きわめて重要と考えたからである。

2. 専門医制度と研修プログラムの概要

日本在宅医学会は2002年度に「認定専門医制度」を創設、2005年度から経過措置による専門

表 1 日本在宅医学会 在宅医療研修プログラムのポートフォリオ領域

医学的領域	社会的領域
I. 老年医学領域 認知症，栄養障害，摂食嚥下，排泄，褥瘡，フットケア，リハビリテーション II. 緩和医療学領域 疼痛管理，他の症状緩和，非がん緩和，スピリチュアルケア，グリーフケア，臨死期の対応 III. 内部障害・小児，障害者領域 神経難病，呼吸不全，小児，障害者 IV. 在宅医療の諸相 急性期アセスメント，急性期治療，入院適応，在宅医療導入，看取り V. 生物・心理・社会モデル 困難事例への対応	I. 社会保障制度の理解 医療保険・介護保険，支援費，難病 II. 患者中心の医療と家族ケア コミュニケーション法，バッドニューステリング，ナラティブベースドメディシン，家族ケア III. チームアプローチ サービス担当者会議，IPW（専門職連携）実践，チームづくり，他職種の理解など IV. 臨床倫理・意思決定の支援 延命治療の選択，終末期の意思決定の支援 V. 質改善，地域づくり 地域づくり，在宅医療質改善プロジェクト，経営，地域連携，病身連携のアプローチ，居住系施設での在宅医療

医認定を開始し，研修プログラムの指導者を生み出すことを目的に，2009年度までに約160余名の経過措置による在宅医療専門医を認定した。その後，2008年10月から在宅医療研修プログラムと在宅医療研修施設の募集を開始，現在では北海道から沖縄まで75プログラムにのぼっており，全国の各地域で在宅医を育成するシステムができあがった。専門医試験は2010年7月に第1回専門医試験を実施し，2013年12月現在まで4回の専門医試験を実施している。

本研修プログラムの特徴の1つは，内科や家庭医療と同等の後期研修の位置づけにはせず，それらを修了した各専門医のフェローシップとして位置づけて，制度設計を行ったことである。なぜなら，在宅医療は総合的応用の学問であり，その基礎領域は老年内科を含む内科領域，家庭医療，そして緩和ケアであることが明確であったからである。

2つ目は，学会として，ポートフォリオ学習（自ら目標を定め，自らの意志で前向きに学ぶことを援助する学習方法）を推奨し，総括的評価にもポートフォリオを取り入れたことである。

日本在宅医学会では，在宅医が身につけるべきコンピテンシー（高い成果を生み出す，人の行動特性）を検討し，研修プログラム研修期間中に作成するポートフォリオの領域を大きく医学的分野と社会的分野に分け，表1のような10の領域を設定している。

研修者は，研修プログラムでの研修中に，疼痛管理と認知症を含む15のポートフォリオを作成し，専門医試験申請時に提出する（表1）。

この領域設定は，在宅医療あるいは在宅緩和ケアを実践するために必要なコンピテンシーをよく表している。在宅医療で求められる緩和医療の範囲は，がんだけでなく，高齢者や小児，非がん疾患も含む幅広いものになっていること，生活の中での医療であるため，より社会的側面の重要性が増すなどの特徴がある。

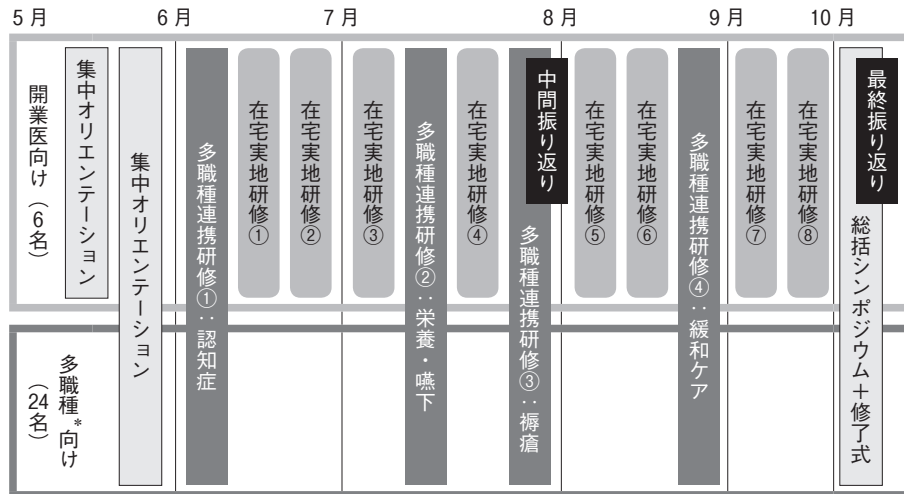
学会として研修期間中に作成するポートフォリオの領域を指定することによって，在宅医のコンピテンシーについて偏ることなく学ぶことができる。また，提出用（凝集）ポートフォリオを作成する過程を通じて，実践的省察ができ，暗黙知を実践知に変えていくことができる力を身につけるのである。

3つ目には，教育研修の質を規定するものは，試験ではなく，全国各地につくられた特徴あるプログラムの教育内容そのものであると考えており，在宅専門医育成の質，内容を保証するために，研修プログラムの質，指導医の役割を重視していることである。

② 医師を含めた地域における多職種研修の展開—柏在宅医療研修プログラム

年間8,000人以上の医師が誕生する中で，最終的には約半数の医師が地域医療に従事すると推定

開講期間：2011年5月21日～10月1日



* 歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、病院退院調整部局スタッフ

図1 東京大学・柏在宅医療研修試行プログラム

表2 在宅医療推進のための共同声明（在宅医療推進フォーラム）

1. 市民と共に、地域に根ざしたコミュニティケアを実践する
2. 医療の原点を見据え、本来あるべき生活と人間の尊重を大切にした医療を目指す
3. 医療・福祉・介護専門職の協力と連携によるチームケアを追求する
4. 病院から在宅へ、切れ目のない医療提供体制を構築する
5. 療養者や家族の人生により添うことのできるスキルとマインドをもった在宅医の養成を積極的に支援する
6. 日本に在宅医療を普及させるために協力する
7. 毎年11月23日を「在宅医療の日」とし、在宅医療をさらに推進するためのフォーラムを開催する

されているが、そのほとんどがプライマリケアや在宅医療の教育を受けていない。一方、地域医療を実践する医師を育成する専門医の研修システムがその国に根づき、文化となるまで、20年、30年の年月を要するであろう。しかし、わが国の高齢化は教育システムの成熟を待ってはくれない。超高齢社会と多死社会、需要爆発を迎えつつためには、医療の供給システムを、急速に在宅医療を中心にした地域医療へシフトさせる必要がある。

そのためには、すでに地域で活動している開業医や病院で働く勤務医が在宅医療に踏み出すための、実効性のある短期研修システムの開発が不可欠であった。このような中、2010年度から東京大学高齢社会総合研究機構は、在宅医療参入のための短期研修プログラムの開発を開始し、2011

年に千葉県柏市において試行プログラムを実施した（図1）。現在では、がんの緩和ケアを含めた6つのモジュールが開発され、これらを用いた多職種研修、さらには訪問診療の同行研修といった教育効果の高い参加型の手法が取り入れられたプログラムが実施されている。その教育効果の高さはすでに実証され、実践者の研修システム、あるいは地域の多職種研修として全国の各地域で取り入れられている。

学会、学術団体の提言

2005年より、毎年11月23日に開催される「在宅医療推進フォーラム」（公益財団法人 在宅医療助成勇美記念財団主催）において、日本在宅医学

会をはじめ、在宅医療に関わる11の学会や団体が「在宅医療推進のための共同声明」(表2)を採択している。

2007年に国立長寿医療センターのもとに、日本医師会をはじめとした在宅医療に関わる諸団体が招集され、在宅医療推進会議が開催された。実際の検討は、①在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会、②-1 在宅医療の実践例に関する情報を収集・整理し、国民・医療関係者に示す部会、②-2 急性期医療と連携を検討する部会、③在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションなどの能力強化方策に関する部会、④新たな在宅医等の人材養成に関する部会、などに分かれて検討され、それぞれの部会から在宅医療推進のための提言が出されている。

ガイドライン、研究について

在宅医療の領域においては、圧倒的にエビデン

スが不足している状況にある。したがって、2008年の第10回の記念大会(静岡)を記念して、専門医向けのテキストとして発刊された『在宅医学』についても、エクスパートオピニオンをまとめた形にしかっていない。

在宅医療には研究すべき課題が数多くあるにもかかわらず、在宅医療領域の研究は未成熟な状態である。当面は、観察研究などエビデンスレベルが低いもの、あるいは小規模な研究でもよいので、敷居を低くして、多くの在宅医の研究への参加を促すことが重要であると考えている。近い将来、多施設の前向き研修が、在宅医の負担が少なく実施できる研究ネットワークの構築が必須であろう。

日本在宅医学会では、研究委員会による若手研究者の育成をねらった支援や倫理委員会の設置などの援助を充実させていく方針を確認しているところである。