在宅医療推進議員連盟 総会

議事次第

令和4年6月9日(木)9時10分~ 衆議院第一議員会館地下1階第2会議室

- 一、 開会・進行 今枝 宗一郎 事務局長
- 二、 挨拶 田村 憲久 会長
- 三、 議事

議題①役員の改編

議題②活動報告

- ○在宅医療政治連盟
- ・報告 1:『自民党在宅医療推進議員連盟 紹介コーナー』を当連盟ホームページに新設 (資料 1)
- ・報告 2:「新型コロナウィルス」自宅待機者/宿泊療養者の対応についての取り組み実績 (資料 2)
 - ・「自宅療養者/宿泊療養者の治療ガイドライン」などの公表
 - ・「診療報酬」に於いて・在宅酸素の使用・緊急往診加算の対象などの対応 (在宅医療推進議員連盟/自民党医療系議員団コロナ本部のご支援によって実現 しました)
- ・報告3:『在宅医療の安全確保に関する緊急調査報告書』(資料3) 令和4年1月に発生した埼玉県の"訪問医の射殺事件"を受けて「緊急アンケート」を 実施しました。

○全国在宅療養支援医協会

・報告 4:『適切な意思決定支援に係る指針』の策定 (資料 4)

令和4年度の診療報酬改定において、在宅療養支援診療所/支援病院の届出要件に 『適切な意思決定支援に係る指針』の策定が追加となり、当協会にて「モデル指針」を 発表しました。

- 四、 質疑応答
- 五、 閉会

【会議出席者】

○在宅医療政治連盟

島田 潔 会長

藤井 秀樹 正会員

田中 宏和 特別補佐官

○全国在宅療養支援医協会

石垣 泰則 副会長

○日本在宅ケアアライアンス

武田 俊彦 副理事長

○日本医師会(日本医師連盟)

江澤 和彦 常任執行委員

釜萢 敏 常任執行委員

矢幅 美宏 事務局次長

【省庁出席者】

○厚生労働省

金光 一瑛 保険局医療課長補佐

笹子宗一郎 老健局認知症施策•地域介護推進課長

今川 正紀 新型コロナウイルス感染症対策本部戦略班:健康局結核感染症課 感染症情報管理室室長

鷲見 学 新型コロナウイルス感染症対策本部医療班:医政局地域医療計画課 地域医療計画課課長

山本 英紀 医政局医事課長

在宅医療推進議員連盟 役員表(案)

R4.6.9 現在

顧問 伊藤 達也、今村 雅弘、遠藤 利明、後藤 茂之

下村 博文、高市 早苗、古屋 圭司

武見 敬三

会長 田村 憲久

会長代理 上川 陽子、櫻田 義孝、柴山 昌彦、武田 良太

山谷えり子

副会長 あべ 俊子、城内 実、高階恵美子

橋本 岳、牧原 秀樹、長島 昭久

古川 俊治、丸川 珠代

事務局長 今枝宗一郎

事務局次長 島村 大

幹事新谷正義、三ツ林裕巳、松本尚

自見 英子、羽生田 俊

在宅医療政治連盟WEBサイトに 『在宅医療推進議員連盟 紹介コーナー』を新設



在宅医療政治連盟

本連盟について

新着情報

正・准・賛助 会員 入会案内 オフィシャル サポーター 入会案内

政治資金規正法のご案内

アクセス

リンク

会員ページ



在宅医療政治連盟のホームページへようこそ

「在宅医療」は、超高齢社会を支えるために必要不可 欠な医療です。

在宅医療分野で活躍する現場の「声」を政治に届ける活動を行っています。

「日本医師政治連盟(日本医師会)」と「全国在宅療養支援診療所連絡会」 執行部からも弊連盟の「顧問」にご就任戴き、会員と医療界の意見を集約 して国政への働きかけを行っていきます。

国会議員による「在宅医療推進議員連盟(2017年6月結成)」をパートナーとして、在宅医療の普及・推進に共に努めています。

本連盟設立日: 2017年3月13日

*本連盟は、政治資金規正法に基づき総務大臣届出を行っている「政治団体」です。

···新着情報·····

在宅医療推進議員連盟のご紹介

国会議員による「在宅医療推進 議員連盟」のご紹介

▶ 本連盟について

連盟設立趣意・顧問のご紹介 役員紹介・組織図・活動のご紹介

▶ 新着情報

最近の活動状況

▶ 正·准· 賛助会員入会案内

正・准・賛助会員ご入会 申し込み方法のご案内

在宅医療推進議員連盟のご紹介

2017年3月に当政治連盟が発足、同年6月15日に「在宅医療推進議員連盟」が結成されました。

在宅医療の重要性をご理解下さる自民党の国会議員の先生方17名が発起人となり、田村憲久会長、 今枝宗一郎事務 局長のもとで活動しています。

以来、総会の開催や自民党医療系議員団との連携、また当政治連盟と合同で『在宅医療懇談会(政治と行政と医療の 意見交換会)』を開催しています。在宅医療の推進のために必要な議論を行い、 政策の実現に向けて活動していま

会長紹介

田村 憲久 衆議院議員



<ホームページはこちらをクリック>

1964年生まれ、三重県松坂市出身、千葉大学法経学部経済学科卒業、選挙区(三重1区)(当選9回) 第16代(2012年12月~2014年9月)厚生労働大臣、第23代(2020年9月~)厚生労働大臣

事務局長紹介

今枝 宗一郎 衆議院議員



<ホームページはこちらをクリック>

1984年生まれ、愛知県出身、名古屋大学医学部卒業、選挙区(愛知14区)(当選4回) 財務大臣政務官(2017年8月~2018年10月)

加入議員一覧 (敬称略)

在宅医療推進議員連盟加入議員一覧

| 泰非 | 養院 | 在輸入業 | |
|------|--|---|----------|
| 77.8 | 名前 | ふりがな | 選挙区 |
| 1 | 田村 高久 | £೮೬ ೧೯೮೬ | 三重1区 |
| 2 | 今枝 宗一郎 | いまえだ そういちろう | 党知14区 |
| | 赤沢 りょうせい | あかざわ りょうせい | 鳥取2区 |
| _ | あべ 俊子 | あべ としこ | 图th3区 |
| _ | 石川 組政 | いしかわ あきまさ | 灵城5区 |
| _ | 石田 真軟 | いしだ まさとし | 和歌山2区 |
| | 伊斯 達也 | いとう たつや | 東京22区 |
| _ | 今村 雅弘 | いまむら まさひろ | 九州プロッ |
| _ | 流振 利明 | えんどう としあき | 位形1 図 |
| | 大震 敏孝 | おおおか としたか | 出版1区 |
| - | 大理 拓 | おおつか たく | 均至9区 |
| _ | - Commence of the Commence of | | |
| | 更野 信英 | おくの しんすけ | 近畿プロッ |
| - | 小倉 将信 | 806 £805 | 東京23区 |
| | 上川 獅子 | かみかわ ようこ | 静岡1区 |
| | 亀田 傳民 | かめおか よしたみ | 福島1区 |
| | 城内 実 | きうち みのる | 静图7区 |
| - | 岸 協大 | 8L 0.98 | 山口2 区 |
| _ | 木村 次師 | きむら じろう | 青森3区 |
| | 後節 茂之 | ごとう しげゆき | 長野4区 |
| | 小林 廣定 | こばやし たかゆき | 千座2区 |
| 21 | 標田 養幸 | さくらだ よしたか | 千葉8区 |
| 22 | 集山 邑彦 | しばやま まさひこ | 埼玉8区 |
| 23 | 下村 博文 | しもむら はくぶん | 東京11区 |
| 24 | 新谷 正義 | しんたに まきよし | 应患4亿 |
| 25 | 鈴木 淳河 | すずき じゅんじ | 爱知7区 |
| 26 | 関油 健大郎 | そのうら けんたろう | ∓.925 EZ |
| 27 | 平 岩明 | たいら まさあき | 東京4区 |
| | 海市 早前 | たかいち さなえ | 帝京2区 |
| 29 | 高階 恵美子 | たかがい えみこ | 中国プロック |
| | 批井 俊輔 | たけい しゅんすけ | 京崎1区 |
| - | 此田 泉木 | たけだ りょうた | 福岡江区 |
| _ | 田中 英之 | たなか ひでゆき | 京都4区 |
| | 田畑 裕明 | たばた ひろあき | 器由1区 |
| | 土屋 品子 | つちや しなこ | 19.313 E |
| _ | 長島 昭久 | ながしま あきひさ | 東京18区 |
| _ | 中會根 漆錘 | なかそね やすたか | 科馬1区 |
| | 中谷真一 | なかたに しんいち | 山梨江区 |
| _ | 中山 展宏 | なかやま のりひろ | 神奈川9区 |
| - | 標本 岳 | THE RESERVE AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE | - |
| | ABUL TSE | | 河山4区 |
| _ | The same of the sa | | 福岡6区 |
| _ | | ひらぬま しょうじろう | 国山3区 |
| | 祖野 豪志 | ほその ごうし | 静氣5区 |
| | 古屋 虫司 | ふるや けいじ | 被章5区 |
| | 粒内 話子 | ほりうち のりこ | 山梨2区 |
| _ | 牧原 秀樹 | まきはら ひでき | 埼玉5区 |
| | 松本 尚 | えつもと ひさし | 千葉第13区 |
| _ | 三谷 英弘 | みたに ひでひろ | 神奈川8区 |
| 48 | 三ツ株 掘己 | みつどやし ひろみ | 埼玉14区 |
| 49 | 御法川 信英 | みのりかわ のぶひで | 秋田3 区 |
| 50 | 宮内 秀樹 | みやうち ひでき | 福岡4区 |
| 51 | 村井 英樹 | むらい ひでき | 地王1区 |
| _ | 山下 貴司 | やました たかし | 国山2区 |
| _ | 山田 美樹 | やまだ みき | 東京1区 |
| _ | 整家 弘介 | よしいえ ひろゆき | 神奈川16区 |
| | | | |

わかみや けんじ

東京5区

| | 名前 | ふりがな | 選挙以 |
|-----|---------|------------|------|
| 1 | 石田 昌宏 | いしだ まさひろ | 比例 |
| -2 | 上野 選子 | うえの みもこ | 断水 |
| . 3 | 大家 敬さ | おおいえ さとし | 福岡 |
| - 4 | 太田 勝江 | おおた ふさえ | 比例 |
| . 5 | 小川 克巴 | おがわ かつみ | 1259 |
| - 6 | 小野田 紀美 | おのだ きみ | 同山 |
| . 7 | 加田 裕之 | かだ ひろゆき | 兵庫県 |
| 8 | 片山 さつき | かたやま さつき | 比例 |
| 9 | 北村 提夫 | きたむら つねお | th/D |
| 10 | 上月 良佐 | こうづき りょうすけ | 茨城 |
| 11 | 島村 大 | しまむら だい | 神奈川 |
| 12 | 自見 はなこ | じみ はなこ | 比例 |
| 13 | そのだ 修光 | そのだ しゅうこう | 北例 |
| 14 | 花様 はるみ | たかはし はるみ | 北海道 |
| 15 | 就是 数三 | たけみ けいぞう | 東京 |
| 16 | 競保 漢介 | つるほ ようすけ | 和歌曲 |
| 17 | 中川 雅冶 | なかがわ まさはる | 東京 |
| 18 | 羽生田 俊 | はにゅうだ たかし | 比例 |
| 19 | 原井 甚之 | ふじい もとゆき | 比例 |
| 20 | 古川 保油 | ふるかわ としはる | 埼玉 |
| 21 | 丸川 珠代 | まるかわ たまよ | 東京 |
| 22 | 三原 じゅん子 | みはら じゅんこ | 神奈川 |
| 23 | 三宅 仲苔 | みやけ しんご | 香川 |
| 24 | 定局 喜文 | みやじま よしふみ | 比例 |
| 25 | 山谷 えり子 | やまたに えりこ | 1691 |

在宅医療推進議員連盟の活動履歴

「在宅医療推進議員連盟」総会

| 回数 | 開催日 | 場所 | 備考 |
|-----|------------|-------|------|
| 第1回 | 2017年6月15日 | 自民党本部 | 発足総会 |
| 第2回 | 2019年4月24日 | 自民党本部 | |
| 第3回 | 2021年4月27日 | 自民党本部 | |

その他の活動

| 活動時期 | 活動内容 |
|-----------|----------------------------------|
| 2017年10月 | 自由民主党 選挙公約に在宅医療に関する文言掲載 |
| 2018年1月 | 診療報酬改定「居宅療養管理指導」に関する見直し |
| 2018年7月 | 自民党本部 婦人部向け広報誌「りぶる9月号」 |
| 2010年/月 | 大沼みずほ厚労政務官 島田代表 対談 |
| | 高齢者住宅新聞主催『住まい×介護×医療展2018in東京』 |
| | 東京ピックサイトにて 田村憲久議連会長と政治連盟代表との公開対談 |
| | 国際在宅医療会議日本医師会 田村憲久元厚労大臣、開会式祝辞 |
| 2019年9月 | 第3回 全国在宅医療医歯薬連合会 全国大会で合同セッション |
| 2013±3H | 田村 憲久 議員、新谷 正義 議員ご出演 |
| | 「入院待機自宅・入居施設療養者に対する在宅医療の支援策」について |
| 0000 CO 0 | <共同記者会見> |
| 2021年2月 | 在宅医療推進議員連盟、医療系議員団新型コロナ対策本部、 |
| | 日本在宅ケアアライアンス、在宅医療政治連盟 |

『在宅医療観談会』 (共催)在宅医療推進議員連盟/在宅医療政治連盟

| 回数 | 開催日 | ショートスピーカー | 連盟会員1分テーマ |
|-----|-------------|-----------------|--------------|
| 第1回 | 2018年2月22日 | 录藻院議員 今枝 宗一郎 先生 | |
| 第2回 | 2018年4月24日 | 衆議院議員 富岡 勉 先生 | |
| 第3回 | 2018年6月19日 | 保護院議員 櫻田 義孝 先生 | |
| 第4回 | 2018年10月16日 | 参議院議員 山谷 えり子 先生 | |
| 第5回 | 2019年3月5日 | 衆議院議員 羽生田 俊 先生 | |
| 第6回 | 2020年5月21日 | 录藻院議員 塩崎 恭久 先生 | |
| 第7回 | 2020年10月8日 | 衆議院議員 原田 義昭 先生 | 在宅医療機関の働き方改革 |

在宅医療政治連盟の活動履歴

「在宅医療請演会」(定期講演会)

※現在は開催なし

| 回数 | 開催日 | ごを増者 | テーマ |
|-----|-----------|-------------------------------|---------------|
| 第1回 | | 東京大学高齢社会総合研究機構特任教授 辻 哲夫 先生 | |
| 第2回 | 2018年7月4日 | 全国在宅僚養支援診療所連絡会会長 新田 國夫 先生 | 在宅医療の現状と今後の課題 |

『在宅医療の集い』(政治パーティー)

| 回数 | 開催日 | ご登壇者 | テーマ |
|-----|-------------|--|--------------------------------|
| 第1回 | 2018年1月23日 | 衆議院議員 田村 憲久 先生 | ※衆院選により10月17日から振替開催 |
| 第2回 | 2018年11月13日 | 衆議院議員 今枝 宗一郎 先生 衆議院議員 羽生田 俊 先生 | 超高齢社会に備えて |
| 第3回 | 2019年11月21日 | 衆議院議員 橋本 がく 先生 参議院議員 自見 はなこ 先生 | 地域共生社会と在宅医療 |
| 第4回 | 2020年11月17日 | 衆議院議員 橋本 がく 先生 参議院議員 自見 はなこ 先生 参議院議員 そのだ 修光 先生 | 新型コロナと在宅医療 〜クルーズ船の経験から学ぶ〜 |
| 第5回 | 2021年11月16日 | 衆議院議員 新谷 正義 先生 衆議院議員 大腰 和英 先生 | 新型コロナと在宅医療 〜地域を守り続ける訪問医の奮闘〜 |



医療系議員団「新型コロナ対策会議」



日本在宅ケアアライアンス共同記者会見



第5回「在宅医療の集い」公開座談会新谷議員



第5回「在宅医療の集い」田村会長挨拶



第5回「在宅医療の集い」田村会長挨拶

~新型コロナ自宅療養者への取り組み提言~

2021年1月18日

「宿泊療養/自宅待機者へ在宅医療支援を行う際の課題と要望」について在宅医療推進議員連盟との意見 交換会を開催

保健所機能を支援する際の課題や感染リスク低減のための工夫、診療報酬上の加算などの要望を行いました。

2021年2月3日

衆議院議員会館で自民党医療系議員団へ新型コロナウィルスの医療現場の課題をレクチャーしました。 当日 18 時

「在宅医療推進議員連盟」「医療系議員団新型コロナ対策本部」「日本在宅ケアアライアンス」「在宅医療 政治連盟」の4者による共同記者会見を行いました。

コロナ陽性者が入院できずに在宅や施設で療養せざるを得ない状況が増加するなかで、医療従事者に 対する安心安全な環境整備と医療提供に係る診療報酬の加算や事業所支援を求める提言を行いました。

2021年4月27日

『在宅医療推進議員連盟(会長 田村憲久厚労大臣)』総会の開催

提言内容の賛同を諮る「提言書」の原案作成を弊連盟が全面的に担当し、推進議連を通じて、事前に厚 生労働省保険局医療課との協議を行ったのちに、総会を開催しました。

主な厚労省との折衝内容についてご紹介します。

- ①在宅療養支援診療所の「直近1ヵ月の在宅患者割合95%未満」制限に対する臨時的措置
- ②新型コロナワクチンなどの予防接種の「混合診療」の取り扱い除外の再確認
- ③本人以外がコロナ感染者の際にも「トリアージ加算+緊急往診加算」が算定できる要望
- ①の「在宅患者割合 95%未満の制限」については、次の事務通知を根拠として実績に関する施設基準等の臨時的措置(緩和策)で取り扱うと厚労省から回答がありました。

(事務連絡 令和3年3月 26 日)

「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて(その39)」

(事務連絡 令和3年4月6日事務連絡)

「新型コロナウィルス感染症にかかる診療報酬上の臨時的な取り扱いについて(その 40)」

(事務連絡 令和3年4月 21 日)

「新型コロナウイルス感染症患者等を受け入れた保険医療機関等における施設基準等の 臨時的な取扱いについて | (再周知)

②についてインフルエンザワクチンなども含めて、次の通知を根拠に「混合診療と取り扱かわないこ

と」が厚労省保険局医療課から示されました。保医 0323 第 1 号 令和 2 年 3 月 23 日 https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000610155.pdf

本件については、全国の厚生局での指導内容に不整合があるため、推進議員連盟の「提言書」において、厚労省各所へ本内容の指導徹底を求めることを盛り込みました。

③については、在宅医療政治連盟の働き掛けで2月の事務連絡で成立した『新型コロナウィルス患者の 往診時の「院内トリアージ加算」+「緊急往診加算」』について、新たに『同居家族/施設入居者がコロ ナ感染者である場合の往診についても同様の加算』を求めました。こちらについては保険局医療課で 「院内トリアージ加算」の算定を認めるに留まりました。

政治要望の活動成果として

= 4月の保険局事務連絡 =

利用者が感染の懸念から訪問を拒否するような場合においては、訪問診療と電話等再診を組み合わせた 医療提供をすることで、前月に「月2回以上訪問診療を行っている場合の医学総合管理料」を 算定していた患者を対象に1ヶ月に限り訪問診療1回と電話等再診の場合も「月2回以上の場合の 医学総合管理料」を算定可とする取り扱い。

= 2月26日保険局事務連絡 =

新型コロナ感染者への往診時に「緊急往診加算」の算定を可能とする。また、在宅酸素を使用した際の 指導管理料や酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算 又は在宅酸素療法材料加算の算定を可能とする。

などが実現しました。

自宅療養者のための診療プロトコール (ダイジェスト版) ver.6

初回診療

継続診療

隔離解除 or 入院

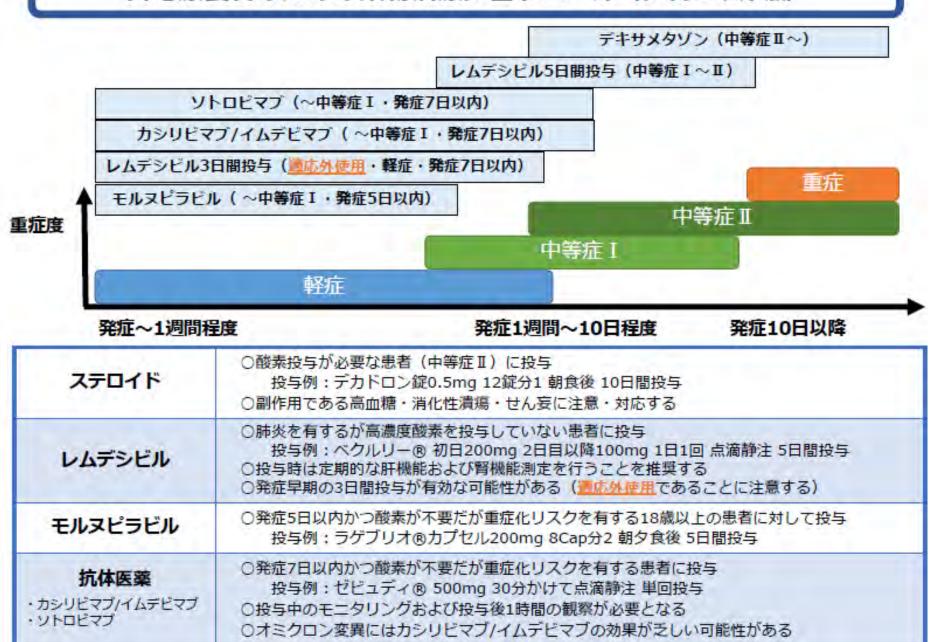
- ・医療/介護保険証の確認 (後日の確認でも可)
- 基礎疾患の確認 (特に呼吸器・心疾患の有無)
- ・必要に応じ血液検査を行う
- ・悪化時の治療意向を確認
- ・抗体医薬/抗ウイルス薬の 適応を確認

- ・訪問看護/電話診察を併用し健康観察 (可能であればパルスオキシメーターを貸与し 1日3回程度、酸素飽和度を測定してもらう)
- ・発症日から7日前後で悪化することが 多いため綿密なフォローが必要
- ・労作時のSpO2低下は中等症症例の早期発見 に有効である
- ・水分摂取不良であれば補液を行う
- ・SpO2低下(≤93%)や呼吸促迫があれば 在宅酸素導入とステロイド投与を行う (必要に応じレムデシビルの使用も検討する)

- ・発症から10日経過し症状軽快していればフォローアップ終了 (症状軽快:解熱薬無しで72時間解熱・呼吸器症状が改善傾向)
- ・酸素投与を行った段階で保健所や コントロールセンターと情報共有し、 入院順序を再考してもらう

| 薬物治療 | ○在宅で投与できる薬剤は①発症早期に使用する抗体医薬・モルヌピラビル ②中等症 I から使用可能なレムデシビル ③中等症 II から使用するステロイドがある○抗体医薬に関して無床診療所では都道府県の認可を受けた場合のみ投与できる○詳細は次ページを参照のこと |
|------|--|
| 輸液療法 | ○心/腎疾患がなければ1日に体重の2.0-2.5%(約1000-1250ml)の水分摂取を目標とする ○可能な限り経口補液で対応するが必要に応じて輸液療法を行う |
| 酸素療法 | ○SpO2低下(≤93%)や呼吸促迫があれば躊躇せず在宅酸素を導入すること ○基礎疾患がなければSpO2 96%・呼吸数16回/分を目標に投与量を調整する |
| その他 | ○十分な対象療法を行い、解熱薬はアセトアミノフェンを優先して使用する○深部静脈血栓症の徴候(下肢腫脹・発赤・疼痛)を必ず確認する |

自宅療養者のための薬物治療プロトコール (ダイジェスト版)



~会員から寄せられた日頃の取り組み事例~

《患者向けパンフレットの作成》

療養の希望/在宅でできることできないこと/緊急時対応などを説明し同意を得ておく

《マニュアル整備》

クレーマーマニュアルの作成

《危険な人物の予測》

初回訪問前に出来るだけ多くの情報を集める、亡くなるはずがないと強く信じている介護者について警戒する、相手によって態度が違う人について情報共有し注意する

《傾聴》

患者さんの意見を聞く、断言した言い方をせず傾聴する、説明や時間調整が不十分だったか振り返る

《クレーム対応》

毅然とした姿勢を示す、患者と家族を「様」で呼ばず「さん」で統一しフェアな関係を意識づける

《情報共有による解決》

被害は必ず報告する、クリニック内の会議で情報共有し対応方法を相談する、関係先の事業所と常に情報 共有を徹底する、担当者会議を行う、単独で折衝をしない

《危険回避》

危険を感じる場所には行かない、担当交代、男性スタッフで対応、1 人では患者宅に入らない(複数人で訪問)、初診は往診を行わない 、努力しても信頼関係が築けない時は診療を断る、断る場合は弁護士を介す

《防犯対策》

警備会社の緊急呼び出しボタンの携行、ウェアラブルカメラの装着、防犯ブザーの携帯

《警察・役所と連携》

警察に相談する、近くの交番と連携している、事前に面会時間などを警察へ連絡している、役所の担当者 と連絡をとる

《法的手段、証拠を残す》

法的措置も検討する、証拠を保全する(レコーダーで録音/携帯電話で撮影)

《護身》

護身術の学習、撃退スプレーを持たせている、往診カバンを体の前に置いて守れるようにしている、ドアを開けて避難路を確保しドアに近いほうに居る、1人で行く場合は背中を見せないようにする、自身の安否確認のため途中で電話をスタッフから入れてもらう、警備会社に危険回避講習を行ってもらう、相手を制するときに過剰防衛とならないように法律を勉強する

~会員から寄せられた国等への要望/意見~

《応召義務の見直し》

診療拒否や途中終了・途中退室が違反にならないように見直しをしてほしい

『応召義務(医師法 19条)』(要旨)医師には"正当な理由なくして、診療を断ることができない"

令和元年 12 月厚労省通知にて「応召義務」の解釈の一部が緩和され、正当な理由には"診療の基盤となる信頼関係が喪失している場合には診療拒否ができる"旨の通知がされている。

《法整備など》

在宅医療における安全確保のためのガイドライン作成 ハラスメントへの正当な対応ができる法整備 猟銃等の所有許可の厳格化

《相談/対応機関の設置》

行政で医療・生活相談ができる窓口を設けて欲しい 地域包括支援センターだけでは不十分なため専門の行政機関を作って欲しい 話し合いに同席してくれる第三者の派遣の仕組み、弁護士会への相談を容易にして欲しい 根本にあるのは孤独や孤立であり警察/消防/弁護士等も含む地域で解決できる仕組みを作る

《警察との連携強化》

警察の協力の強化(警察官の駆けつけ/同行など)、危険が推測される段階で警察に介入して欲しい

《精神疾患対策》

精神科医が関わる仕組みを考えて欲しい、精神疾患対策は人権尊重のみでは難しい 安全確保が困難なケースでは代替となる施設医療も整備すること

《広報/啓発活動》

恫喝や脅迫・粗暴・悪質な嫌がらせ行為は犯罪であることを広報して欲しい

努力しても信頼関係が築けない患者には医療機関が診療拒否できることの広報、 老いや死を受け入れる心構えの教育を行う 医療保険制度や介護保険制度について国民として学習する機会を作る

《財政的支援》

安全確保のために複数で訪問することを診療報酬で対応してほしい 安全確保のための備品購入や防犯費用・研修費の助成など

《補償制度》

暴力を受けた医療者等の被害者への補償、弁護士費用などの補償制度

~在宅医療の安全確保に関する調査報告書~

調査の背景・目的

2022年1月に埼玉県ふじみ野市において訪問診療医が患者遺族に殺害される事件が発生した。 在宅医療は患者が住み慣れた地域で療養生活を送るために必要不可欠な医療であるが、本事件を機に在宅医療の安全性を確保するための検討が必要と考える。

そこで、在宅医療における理不尽と感じる要求やトラブル、身の危険を感じた経験などについて、 訪問診療医に対して実態調査を行った。今後の在宅医療の安全確保に役立てることを目的に調査 報告書を作成した。

調査対象

在宅医療に従事する医師等 : (一社)全国在宅療養支援医協会 会員、 在宅医療政治連盟 会員、 上記の団体の会員のうち、メール連絡を許諾している会員を対象

在支協会員 775人 政治連盟会員 195人

調査方法

インターネット調査:Web サイトのアンケートフォームに入力

→全7問 (頻度に関して)選択式2問、 (具体例について)フリー記述式5問、

集計 フリー記述は複数内容の記載可能とし、事務局で内容を分類して再集計

1

調査期間

調査期間: 2022 年 2 月 2 日~2022 年 2 月 28 日

調査結果の回収状況

回収数:150件、回答率:15.4% (内訳 在支協 80件10.3%、政治連盟 70件35.8%)

調査方法

インターネット調査:

会員へメールで案内し、アンケート調査用の Web サイトから所定のアンケートフォームに入力 して送信する方法とした。

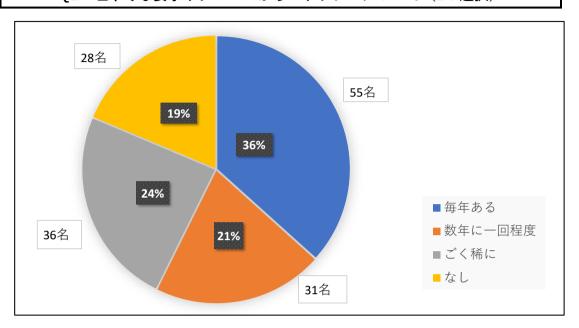
設問に対する回答方法:

(頻度) 「選択肢」から1つを選択

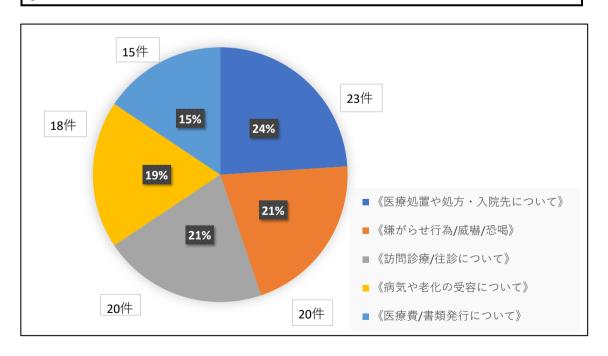
(具体例)「記入欄」へ自由記述 ※記載内容は回収後に事務局で分類し、集計を実施

在宅療養支援医協会 【緊急調査】 在宅医療の安全確保に関するアンケート (回答数 150名)

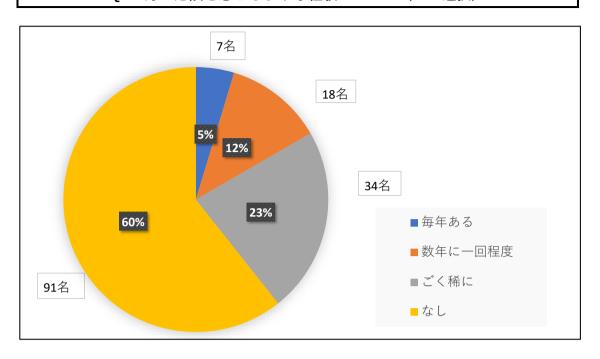
Q1 理不尽な要求やクレームからのトラブルについて(1つ選択)



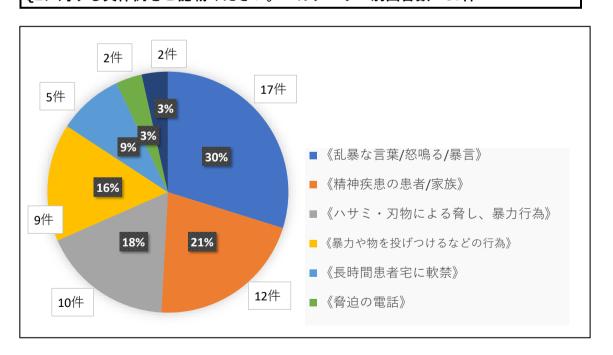
Q1に対する具体例をご記載ください。 カテゴリー別回答数:96件



Q2 身の危険を感じるような経験について (一つ選択)



Q2に対する具体例をご記載ください。 カテゴリー別回答数:57件



調査結果の要旨

『Q1 理不尽な要求やクレーム』について、訪問診療医の 57%が「毎年または数年に 1 回以上」は経験していた。具体例 96 件のうち一番多かったのは「病気・状態に対する理解や治療方針」に関するもので 43%を占めた。次に「在宅医療の訪問実施に関すること」「健康保険/医療制度について」の内容が 36%を占めた。

『Q2 身の危険を感じるような経験』について「毎年または数年に一回以上」が合わせて 17%、「ごく稀に」を加えると、合計 40%の訪問診療医が危険な状況に遭遇していた。

具体例 57 件のうち、恐怖を感じる「脅し・暴言」が 30%と多かった。「精神疾患関連(21%)」と「ハサミや刃物による脅し・危険行為(18%)」の合計 39%の多くは刃物が使用されていた。「暴力行為(16%)」「長時間患者宅に軟禁(9%)」のほか、脅迫電話や宗教団体・右翼団体を背景とした脅し、などがあった。

『Q3 身の危険が予測された時に考えたこと』の具体例は 62 件あった。心理状態として「恐怖」「あきらめ・困惑」、具体的な行動として「避難・回避」「傾聴」「法的手段・証拠保存」「警察を頼る」、事後の対応として「1 人で解決しようとしない」があった。

『Q4 実際に行なっている予防対策』の回答者 90 人の内容は、「パンフレットによる説明」「マニュアル整備」「傾聴」「情報収集と共有」「警察等との連携」「複数人数での訪問」「緊急呼び出しボタン・撃退スプレーの携行」「護身術の研修」などがあった。

『Q5 国等への要望』の回答者 73 名の内容は、「応召義務の見直しを含む法律の整備」「安全ガイドラインの策定」「ハラスメント法整備」「地域包括支援センターの相談機能強化」「専門の行政機関

の設置」「警察の協力強化・予防介入」「弁護士会相談窓口」「精神疾患患者に関する対策」「市民向け 広報/啓発活動」「複数訪問の診療報酬対応」「防犯費用・研修費の助成」「被害保障制度」などが上が った。

考察

在宅医療の対象患者は、改善が困難な疾患や高齢者特有の身体面・認知面の衰え(フレイル)を抱えていることが多い。そして、独居世帯や高齢者のみ世帯に加えて介護を抱える生活状況から地域で孤立しているケースも多く見受けられる。また、経済面や精神面で課題がある患者と家族等も多い。そのような環境下においても、在宅医療の現場はケアを提供する側も、提供される側も、相互信頼のもとに医療が提供されている。

『Q1 理不尽な要求やクレームからのトラブル』について、経験のある訪問診療医は 81%と多く、 在宅医療の特性から対応に苦慮するトラブルが発生しやすいことが想像できる。具体例の分類ごと に記載してみる。

《医療処置や処方・入院先について》と《病気や老化の受容について》 は、全体の 43%を占める。 病気と状態に対する理解を深め、治療方針について患者・家族等と医療者のあいだで合意形成を進 めることが重要である。今後は 2022 年度診療報酬改定で在宅療養支援診療所/病院の届出要件に追 加された「意思決定支援に関する指針の策定」が役立つと考える。(※資料 2 (一社)全国在宅療養支援医協 会作成 モデル指針)

《訪問診療/往診について》と《医療費/書類発行について》のトラブルも合計 36%と高く、在宅医療の訪問実施に関することや健康保険/医療制度について、本調査での取り組み事例にある「パンフ

レット」などを用いた説明を行い、事前に同意を得ることで信頼関係の証左とするなどの対応が考 えられる。

臨床倫理で A.R.jonsen らが提唱する"医学的な最善"と"患者の最善"を擦り合わせるための「4 つの領域(※資料3)」を参考とされたい。その際にも、Q2 実際に身の危険を感じるような患者・家族等からの加害行為も含めて、その背景には ①精神障害(パーソナリティ) ②地域性 ③医師の対応/説明力 の影響も検討する必要がある。

『Q2 身の危険を感じるような経験』について、「なし」の回答が 60%と過半数を上回った。一方で、訪問診療医の残りの 40%は危険な状況に遭遇している。地域性や診療科目など医療機関のさまざまな特性によって、トラブルを起こし易い患者と家族等が発生しやすい、または偏在・集積する可能性も考慮する必要がある。

具体例においては、「乱暴な言葉/怒鳴る/暴言」が30%にのぼり、「殺すぞ」などの命を脅かす発言 内容も多い。さらに「刃物による脅しや暴力行為」は極めて危険度が高いうえに「精神疾患の患者」 による刃物の事案も含めると「言葉による暴力」以上の高い割合で発生している。「暴力や物を投げ つける」などの行為は、認知症が背景にあるケースもある。それゆえに精神疾患や認知症患者にお いては、これらの行為に対して抗議や法的責任を求めることが難しくなっている。

「長時間患者宅に軟禁」や「脅迫の電話」「宗教団体・右翼団体とのつながりを背景に脅す」などは、 物理的・精神的に苦痛や恐怖を与える行為と考える。身体に危害が及ばない場合も、これらのカス タマーハラスメントによって職員が精神的苦痛で退職したり、メンタル不調を招来するなどの看過 できない被害が発生する。どのような職業においても、安全と安心が担保される環境整備が望まれる。

おわりに

本アンケート調査で訪問診療医から寄せられた「取り組み事例」と「国等への要望」の主な内容について、"資料 3"に記載した。

今後も 2050 年代半ばまで後期高齢者人口は増加し、生産人口は現在の 7 割以下まで減少すると予想される。そのような近未来を支えるためにも、在宅医療は極めて重要な医療分野である。そして、在宅医療のみならず、訪問看護・介護も含めたサービスの安定供給が重要であり、そのために必要な従事者を確保し続ける必要がある。これからも、患者と家族等の最善を保ちつつ、医療従事者の安全確保を図るためのさまざまな取り組みも整備していくことが望まれる。

文責 (一社)在宅療養支援医協会 事務局次長 島田潔

モデル指針2022

適切な意思決定支援の指針

1.目的

本人の意思を確認し、その人が「大事にしてきたこと、大切にしたいこと」※解説版(2022) 4参照を重視した医療を提供し、希望する生活を可能な限り支えるため、生きる力を引き出し、最期まで本人らしい人生を支えることを目的とします。

2. 意思決定支援に求められる理念

- ①疾患や障がいの軌跡を踏まえ、さまざまな状態に応じた支援とそれらの移行期の支援について、外来・入院・ 在宅医療を通じて対応します。
- ②病状の変化に迅速に対応しつつ、複雑な病状と障害、からだやこころの辛さへの総合的な医療・ケアを提供します。
- ③医療、ケアと生活支援の統合的アプローチを行い、身体・心理・社会的問題への包括的アプローチを行います。
- ④利用者(本人と家族等)主体のチームアプローチ(IPW)を推進します。
- ⑤利用者(本人と家族等)のこれまでの生き方を踏まえ、これからの生き方を支えます。

3. 在宅療養に即した意思決定支援の留意点

できるだけ慣れ親しんだ人や環境に配慮して意思決定支援を行います。※解説版(2022)5参照 医療・ケアの希望の合意内容は、その背景や理由に加え、人生観や価値観(大事にしてきたこと、大切にしたいこと)に関する情報も含めて、診療録に記録します。必要に応じ、また救急搬送されるような場合に備えて、内容が確認できるように家族等と共有します。

(1)意思決定支援の前提

- ①日常の診療の中でコミュニケーションを図り、意思決定の前提となる様々な情報を収集します。※解説版(2022) 2・3参照
- ②医師と本人の信頼関係を構築するために、日常から誠意ある診療を行います。
- ③アドバンストケアプラニング(人生会議)の基本通り、本人を主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームで繰り返し話し合いを行うプロセスを尊重します。

(2)意思決定支援に際して

- ①意思形成の為に必要かつ十分な情報提供を行い、本人の大事にしてきたこと、大切と思うことを理解したうえで、本人の決定を優先した医療を提供します。
- ②本人のこれまでの人生に敬意を払い、相互の信頼を得るための努力を怠りません。
- ③本人が考えたくない、話したくないということも含めて、本人の意思を尊重します。
- ④病状の変化に迅速に対応するために、病状変化に応じた適切な医療とケアを提供します。
- ⑤暮らしのニーズの変化をアセスメントし、継続的な共同意思決定※を行います。※解説版(2022)1参照

(3)人生の最終段階において

- ①話し合いに基づく本人による意思決定を実現するため、多職種で協働しながら人生の最終段階における医療を 提供します。
- ②人生の最終段階における医療行為の選択、医療内容の変更、医療行為の中止等は、本人の大事にしてきたこと、 大切と思うことを尊重しつつ、多職種の専門性を有した医療従事者から構成される医療・ケアチームにより、医

学的妥当性を基に慎重に判断します。

③医療・ケアチームにより、可能な限り苦痛や不安、その他不快な症状を十分に緩和し、本人ならびに家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行います。

4. 本人の意思決定支援をした上での本人の意思確認

本人の意思決定能力は個々により違いがあります。私たちが支援することで、その能力を高めることが可能な場合もあります。意思決定能力に疑いがあっても、私たちがまず可能な意思決定支援をします。※解説版(2022)5 参照

(A) 本人の意思の確認ができる場合

- ①専門的な医学的検討を踏まえ、説明と同意(インフォームドコンセント)に基づく患者の意思決定を基本とし、 専門職種で構成される医療・ケアチームとして意思決定支援を行います。
- ②治療方針の決定に際し、患者と医療・ケアチームが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行います。
- ③時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、 その都度説明して本人の意思の再確認を行います。
- ④このプロセスは、患者の意向を汲み、家族等にも情報を共有します。

(B) 本人の意思の確認ができない場合

①家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とします。

※なお、本人が意思を伝えられない状況になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定するものとして、あらかじめ確認しておくことは望ましい。

- ②家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の治療方針をとることを基本とします。
- ③家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、医学的妥当性に基づき、本人に とっての最善の治療方針をとることを基本とします。

(C)複数の専門家からなる「話し合いの場」の設置

治療方針の決定に際し、下記の場合には複数の専門家からなる「話し合いの場」を別途設置します。専門家は医療・ケアチーム以外の者を加え、示された検討結果及び助言に従って療養の方向性を決定します。

- ①医療・ケアチームの中で、本人の病態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
- ②本人・家族等との話し合いの中で、妥当な医療・ケア内容の合意が得られない場合
- ③家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いで、妥当な医療・ケア内容の合意が得られない場合

5. まとめ

意思決定支援においては、正解は無く、各人の多様な意思を尊重しながら支援していくことに留意しなければなりません。

医療従事者の価値観を押し付けることはせず、本人の意思を尊重しながら、対等な立場で共同して意思決定を合成し、誰しもが迎える「死」を少しでも納得できるものに近づけるよう、努めます。