

基調講演

地域でいきいきと暮らし続けるために ～在宅医療を考える～

NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長 **秋山 正子**



○司会 それでは大変お待たせいたしました。これより講演会に入っていきます。「NPO法人白十字在宅ボランティアの会」理事長でございます秋山先生から、『地域でいきいきと暮らし続けるために～在宅医療を考える～』と題しまして、基調講演をいただきます。それでは秋山先生よろしくお願ひ申し上げます。

○秋山 皆さん、こんにちは。研究会の題目は『地域でいきいきと暮らし続けるために～在宅医療を考える～』ですが、私の立場は訪問看護師なので、『訪問看護と保健室～暮らしの保健室の実践の中から～』という題でお話をさせていただきます。

「株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション」統括所長、「暮らしの保健室」の室長を兼ねております、秋山と申します。よろしくお願ひします。話の前提になります地域包括ケアシステムについてははじめに少しお話をさせていただきます。

■地域包括ケアシステムとは

地域包括ケアシステムというのは、介護あるいは看護サービスが必要な利用者に対して、おおむね30分でかけつけられる日常生活圏域を単位としています。人によっては“中学校区”と尝试したり、“小学校区”と尝试したり、いろいろです。ただ、30分でかけつけられる圏域ということですが、市街地と郊外では違ひますし、たとえば交通手段が徒歩、自転車、バイクではだいい違ひがあります。圏域の定め方はそれぞれ地域によって違ひうと思ひます。

介護、医療、予防、住まい、生活支援、この五

つの要素がその圏域の中で必要となったときに、速やかに組み合わせて生きづらさを抱えた人の支援を行います(図表1)。支援にあたっては、包括的、かつ継続的に、病院から在宅へ、又は在宅から病院へ、又は在宅から施設へ、というように地域の中で連携しながらスムーズに対応できるという点がこのシステムの核心だと思ひます。

ただ、本来の地域包括ケアシステムというのは、高齢者だけではない、生きづらさを抱えた人すべてを対象にして、支援ができる地域をつくっていくということが理想です。厚労省と国交省が共同して、省をまたいでこのような地域づくりを進めていこうとしています。

この地域づくりについては、「住まい」というのが憲法に定められた基本的人権の一つに位置付けられているということから、一番土台であると考へられています。図表1には、ニーズと需要に応じた住まいが一番下にある花びら、その上に四

図表1 地域包括ケアシステム図



原案作成：慶應義塾大学 田中滋

出所：講師の講演資料

つの花びらがあります。つまり、先ほどの5つの要素を五弁の花びらに見立て、住まいが下にあって、その上に四つが花を開いています。しかし、それがばらばらだとうまくいきません。これに加えて、当事者、つまり私たち自身が、自分たちがどのように生き抜いていこうか、どのような町をつくろうか、どのような地域をつくろうか、また、どのような生き方をして、どのような医療や介護を望み、そして人生を終えるかというようなことに対して、考えを整理しておくことが必要です。そのような意味で「本人・家族の選択と心構え」という、当事者の要望が大切です。

次に、「地域包括ケアシステムの基本理念と構成要素の関係性」についてです(図表2)。地域包括ケアシステムの基本理念は、大きく二つあります。一つが「尊厳の保持」で、二つ目が「自立生活の支援」です。

要介護者が自立支援をめざすという観点から申

し上げれば、少しずつ介護保険を卒業するという人が出てきてもいいのではないかと思います。すべての人が自立できるかといいますと、それはむずかしいです。しかし、それぞれの人が、例えば寝ていても自分の役割が果たすことができる、自分なりにできることが尊重される、身の回りのすべてのことをケアしてもらうのではないという、尊厳の保持と自立支援という芽を残して育てることを考えながら取り組んでいく必要があります。

地域包括ケアシステムは、地域内でバラバラであった医療・介護資源を統合する機能を持つ仕組みです。もともとバラバラなものをついにまとめるためには、関係者の考えや認識を統合することが不可欠です。その意味で、「規範的統合」という言葉が重要なキーワードとなります。地域包括ケアシステムの理念を実現するために、目指す方向の一つにして頑張っていかななくてはなりません。

図表2 地域包括ケアシステムの構成要素と関係性



出所：講師の講演資料

■行政、住民、提供側の三者が同じ方向で

「三者が同じ方向」というときの三者とは、一つ目が「行政」で、二つ目が「受け手の側の住民」で、三つ目が「サービスを提供する側」です。それぞれが、違う方向を向いていては、それではいくらお金があっても足りませんし、いくら人がいたとしても足りないという状態になります。なぜかと言いますと、本年4月からの介護報酬改定で、介護保険は大きく変わっていきます。保険料だけではなく税金も投入されているこの保険の仕組みの中で、できるだけ財源は使わないで済むようにと、全体を絞るといいますか、そのような方向に自治体はどうしてもなります。

しかし、それぞれの地域の特徴を生かして、「ここは施設がすごく多いけれども、訪問系が足りない」という場合に、“居宅系”をもう少し増やしていくためには、ある意味、施設は少し絞ってでも、“居宅系”を強化していかなければいけません。逆に、全然施設が足りない地域も、もちろんあります。施設を建てるにも、非常にお金がかかりますので、公有地を提供しようとか、地域ごとの、“メリ張りをつけたお金の出し方”というのがあるのではないかと思います。

それから受け手の側も、平均の保険料が5,000円を超えて6,000円近くになるという時代です。毎月それだけ払っているのですから、自分がいざ保険を使う側になった時に、いくらでもたくさんサービスを受けたいと思いがちです。しかし、それは「尊厳の保持」と「自立生活の支援」の考え方はかけ離れていきます。何でもかんでも世話を受けるということは、「尊厳の保持」から遠いものです。全部お任せというのは、それは違うのではないかと思います。

今回の介護報酬の改定では、全体的にマイナス改定です。その中で特養、通所等もかなり絞られますし、訪問看護も介護報酬の部分は少し下がります。そのような意味では、サービス提供側も何とか人件費を捻出していかなければいけません。「それだったら、もう必要じゃなくなったサービスでも入れておいてくださいね」とケアマネさ

んにお願いをして、そのようなプランを作成するということでは、介護保険制度が成り立ちません。「尊厳の保持」と「自立生活の支援」という二つの理念をきちんと踏まえて、この三者が同じ方向を向いていかなければいけないというのが、この「規範的統合」の意味合いだと思います。

そのためには、「自治体の首長による強いメッセージの発信が必要」と、わざわざ厚生労働省の説明資料に書かれています。やはり地方自治というか市区町村に任された、介護保険という高齢者施策のベースとなる地域包括ケアシステムをつくり上げていくには、それぞれの地域差が、逆に言えば浮き彫りになる、トップのマネジメントがかなり影響するというのではないかと思います。

■当事者の意思が一番大事

「地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿」をご覧ください(図表3)。四つに区分されています。第1に、本人・家族の選択と心構え、やはり当事者を抜きにして、このシステムは考えられません。この最初に、「養生」という言葉が出てきます。

これまでは「セルフケア」とか「セルフメディケーション」とかいうカタカナ語が使われていましたが、国立長寿医療研究センターの名誉総長の大島伸一先生が、「日本古来の“養生”という言葉を使って表現したい」と主張され、この「養生」という言葉を使うようになりました。この養生のための動機づけ支援や知識の普及ということがありますが、自分の健康は自分で守り、できるだけ要介護状態にならないために、自分も努力しているということ。養生に努めるには受動的ではなく能動的に学び、多様なニーズや関心を持つ人たちが情報やスキルを共有し、健康管理や必要な支援・サービスの選択が可能となるようなプログラムの提供、教育、人材の確保・育成が必要であるとされています。

やはり、問題が起こってからでは遅いのです。そうならないためにどうしたらいいかという情報を提供し、そしてそれを取り込んで自分なりに工

夫ができる、そのような住民を育てていくことが大切だというのが第1です。そのために情報が与えられた際に、「何が自分に必要なのか、今は今のところはらないのか」という自己決定に対する支援を、専門職が横について水先案内することが大事だとされています。

第2に、「本人・家族の選択と心構え」という土台の上に立つのが、「住まいと住まい方」です。「住まい」だけではなく、「住まい方」としているのは、「だれと、どこで、どのように住むか」、すなわち、箱はあっても「だれと、どこで、どのように」というのがない限りは、うまくいきません。そして住まいは自宅だけではありません。住まいのバリエーションがいろいろあって、その生活の場が基本です。医療機関も住まいの中に取り込まれています。

地域包括ケアは、病院と在宅とは別物だと考えがちですが、そうではなくて病院を含む医療機関もこの中の一つであるというように、かなり考え

方を変えないと理解がむずかしくなります。例えば、ドクターヘリが飛んでくるような三次救急の病院が小さな生活圏にたくさん必要となりますと、物すごくお金がかかります。医療人材も足りません。でも、地域のアクセスをより良くしながら中心に集めつつ、自分たちの地域で本当に必要な二次救急のところを充実しながら在宅介護を拡充することによって、できるだけ穏やかに暮らし続けることができます。図表3では「住まいでの生活を基本としつつ、急性期には医療機関、軽度の症状変化や急性期病院からの退院時には、住まいと医療機関の中間施設を、必要に応じて短期間利用する」とあります。

もちろん、急性症状が出たときはきちんと医療を受けるということは必要です。しかし、超高齢化社会ですから、「病院に入ることが、かえってマイナスなこともあるんだよ」という事例を、あとで映像でも見ていただきたいと思います。病院がすべて悪いと言っているわけではありません。

図表3 地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿

地域包括ケアシステムの構成要素の具体的な姿

<h4 style="text-align: center;">本人・家族の選択と心構え</h4> <p>「養生」のための動機づけ支援や知識の普及</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケアシステムでは、支援・サービスを提供するだけでなく、本人も、自発的に健康を管理する態度をもって健康な生活を送る「養生(ようじょう)」が求められる。 ● 「養生」に努めるには、受動的でなく能動的に学び、多様なニーズや関心をもつ人達が情報やスキルを共有、健康管理や必要な支援・サービスの選択ができるようになるプログラムの提供、教育人材の確保・育成が必要。 <p>自己決定に対する支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 世帯構成の変化、住み替え、ケア方針の決定といった様々な場面での意思決定に対する支援として、分かりやすい情報の提示、専門職の助言、支援・サービスの利用による効果の成功体験の蓄積・伝達が必要。 ● 長年の信頼関係をもつ主治医や以前から関与しているケアマネジャー等の専門職が助言してこそ意味がある。特にターミナル期では、望まない治療や救急搬送が行われないよう十分なコミュニケーションが求められる。 	<h4 style="text-align: center;">住まいと住まい方</h4> <p>「支援・サービス」を受ける場所と「住まい」の種類</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 20px;"> <p>支援・サービスを受ける場所</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 住まい ● 住まいと医療機関の中間施設 ● 医療機関 </div> <div> <p>「住まい」としては、「一般住宅」のほか、家屋・家族・サービス基盤等の理由で一般住宅での生活が難しい場合に住み替える「高齢者向け住宅」、重度で在宅生活が難しい場合に集中的なケアを提供する「重度者向けの住まい」がある。すべての「住まい」は、「住み慣れた地域」での生活を保障。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「住まい」での生活を基本としつつ、急性期には「医療機関」、軽度の症状変化や急性期病院からの退院時には「住まいと医療機関の中間施設」を、必要に応じて短期間利用。 </div> </div>
<h4 style="text-align: center;">生活支援</h4> <p>個人に対する生活支援サービスの提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 生活支援は、地域内で民間事業者によって提供されているサービスを購入する方法(自動)、地域の互助によって提供される支援を活用する方法(互助)が想定される。地域単位で最適な提供方法の検討が必要。 <p>地域における「包括的な生活支援の拠点」の必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 心身の衰えや病気の治療、近隣の付き合いの減少による孤立感、機能や意欲の低下とともにみられる閉じこもりなどの不安やリスクの解消には、本人や家族が気軽に相談したり立ち寄れたりする「包括的な生活支援の拠点」の設置が重要。あらゆる地域住民が支える側・支えられる側の区別なく、自由に訪れ交流できる場所としていく。 ● このような拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援・サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防など、運営方法によって多様な効果が期待できる。 	<h4 style="text-align: center;">医療・介護・予防の一体的な提供</h4> <p>医療・介護の連携が特に求められる取組・場面</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介護職は、「医療的マインド」を持って、具体的な生活場面のアセスメントの内容を医療側に伝達。医療側は、「生活を支える視点」を持って、介護側から提供された生活情報をもとに病態を把握、臨床経過の予測を介護側に伝え、必要となる介護やリハビリテーション等の介入を見逃す。 ● このような連携が求められる取組や場面として、「介護予防」「重度化予防」「急性疾患への対応」「入院・退院支援」「着取り」が挙げられる。 <p>統合的なケアの提供に必要な仕組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 統合的なケアの提供に関わる多様な専門職の機能を統合するためには、顔の見える関係づくりに始まり、課題認識の共有や目標設定、ツール作成等を通じて、統合的なケアの提供に必要な仕組みを構築する必要がある。 ● ツールとしては、アセスメントやプラン作成の標準的な様式の作成、連携の場面に必要な手順や役割分担、連絡調整上の配慮等に関するルール、地域連携クリティカルパスが考えられる。

出所：講師の講演資料

「なるべく短期間で利用するというのは、どういうことなのか」ということを考えていただきたいのです。

そして第3が「生活支援」です。ここが今般の介護保険の改正の中で、大きく変わる部分です。それぞれの地域で、包括的な生活支援の拠点の設置が重要で、各市区町村それぞれの地域に応じて、全部を保険財源に頼るのではなくて、市民共同のさまざまな工夫をしていかないと乗り切れません。ここの部分を充実していくことが重要です。このような拠点は、相談支援、地域住民の交流、不安感の解消、支援・サービスの周知、早期対応、生きがい創出、閉じこもり予防などに関して、運営方法によっては多様な効果が期待できます。もっともこの地域にある資源を活用し、掘り起し組織化していくことが大事です。

この「生活支援」の体制がすでにあるのか？ まだないのであれば、それをどのように組織化していくか？ 例えば、今まで千葉の皆さんの多くは東京都内へ通勤しています。それとともに医療機関も東京都内を頼っていました。しかし、会社をリタイアする人が増える中で、地域の中の医療の体制は大丈夫なのか？ 地元密着の資源をつくり出す努力というのが、これから本当に必要とされていると思います。

第4に「医療・介護・予防の一体的な提供」です。ここで医療と介護の連携が特に求められている取り組みの課題として、**図表3**には「介護予防、重度化予防、急性疾患の対応、入・退院支援、看取りが挙げられる」とあります。また、「介護職は医療的マインドを持って、情報をきちんと介護側に伝える。医療側は生活を支える視点を持って、その情報を解釈し、臨床経過の予測とさまざまな必要なものの介入を見通す」とあります。医療と介護の違いがここに非常にはっきりと書かれつつ、なおかつ連携の視点が、ここに記載されています。

「介護職は医療的なマインドを持って」というのは、なかなかわかりにくいと思います。たとえば、いつもケアをしている方の様子が少しおかしい、元気がない、食欲がない、どうしてなんだろう…「これは何か身体的な面だけではなくて、薬

とかさまざまな面から何か変化が起きているのではないか」と感じるようなときに、そのマインドを持って医療者に伝えます。医療者は「そんな素人的な表現ではわからない」と言うのではなくて、いつも見ている人の様子が違うという情報はとても大事ですので、それを受け止めて生活を支える視点でしっかりと医療的介入をします。そして、医療職の特徴は先を見通す力がありますので、この予測する力によって一緒に情報解釈をして重度化を防ぎます。早めに急性症状を見つける、早く対応することで重たくなならない、これがとても大切です。そのためのさまざまなツールの開発等をしていかなければなりません。

そして今の二つのところを合わせたのが、**図表4**です。この真ん中に住んでいる方が生活支援・介護予防、ここを下支えにしながら、いつも必要に応じて、行ったり来たりしながら、個々の人たちが協力し合いながら、この地域の中で包括的かつ継続的にケアが受けられる仕組みをつくりましょうということなのです。ここには「高齢化の進展状況に大きな地域差があり、保険者である市町村や都道府県、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じてつくり上げていく」とありますので、地域包括ケアシステムの構築はまさに地方自治だと思っています。すでに、地域によって取り組みの差が出ている感じが否めません。それを自分たちが自覚をして、自分たちの地域をどうしていくかをやはり声を上げていかなければいけないと感じています。

そこで、**図表2**の生活支援・福祉サービスに関わっての話ですが、本当に団塊の世代が後期高齢者になる“2025年問題”を見据える必要があります。団塊の世代はすでに前期高齢者ですが、とても要求度が高く、結構理屈っぽく、いろいろと注文を出される世代です。私も団塊の世代のしっぽのところにおりますので、よくわかります。その方たちがより積極的に、市民ボランティアとして多様な通いの場や多様な生活支援のところに力を発揮できるように組織していくことが大事です。団塊の世代の男性の多くはとても管理的ですし、なかなか地道な活動に入ってきません。女性

はもともと子育てをして、地域活動に参加をしていますので、地域になじんでいます。定年退職した男性が、地域になじんで活躍するように、うまく工夫していかなくてはなりません。逆を言えば、その方たちが地域でとてもいい働きをしている場合もあります。かつては東京のIT関連に勤めていた人が、地域に戻って電子カルテ・医療情報の共有のところのお手伝いをして、非常に役立っているという話を聞いたりもします。これからは、市町村による新しい地域づくりの推進というのを積極的に進めているそういう時代に入っています。

■在宅医療、介護の推進

2012年は“新・在宅元年”と呼ばれましたが、これからは在宅医療・介護の施策を充実していくことが必要です。国民の8割が病院で亡くなっていますが、できるだけ住みなれた家や住みなれた地域で看取られたいと皆さん思っています。そのことを何とか実現できるように、看取りの場を確保しないと、看取り難民が出るぞという…そのような意味合いも含めて、在宅医療・介護の問題があります。2025年のイメージというのは、医療の高度化の機能分化が進みますが、在宅と施設も含めた生活の場での看取りもなるべく進めていかなくてはなりません。そのような中で「在宅医療・介護」の推進という方針が2012年に出されました。2012年には、「在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中」と書かれていたものが、2014年6月に医療介護総合確保推進法案が国会を通過して、そのことが今、具体化しようとしています。

在宅の医療・介護を進めるにあたって、「在宅医療って？ 体制って何？」と尋ねられたときに、今までは「まず病院ありき」でした。病院に入院して、そこから退院してくるところからスタートするように、説明がされています。「医療・介護あんしん2012」では、在宅医療の体制として「日常の療養支援が、まずは在宅の根幹ですよ」とされています。つまり住みなれた生活の場で、さま

ざまな医療がそこで提供されて、日常の療養がそこで保たれているということです。

「日常の療養支援」には、3つのポイントがあります。一つが、医療職だけではなく、たくさんの人が関わって生活を支える観点から医療を提供することです。

そして二つ目が、「緩和ケアの提供」です。「緩和ケアというのは、がんの末期の人だけなのではないの」と皆さん思われがちですが、そうではなくて、非がんの方も含めて、さまざまにターミナル期（終末期）にある方々に、緩和ケアの提供はとても大事です。

三つ目が「家族への支援」です。「そうはいつでも、日常の療養支援をしていて、やはり急変時があると、どうしたらいいの？」となります。まずは、できれば在宅療養をしているところに緊急往診体制といますか、訪問看護でも、そこへまず医療者が行って手当をします。それが間に合わない状況ですとか、緊急往診体制が非常に手薄なところは、救急の体制のバックベッドを用意するようにします。しかし、長期に入院していますと、いろいろなことが起こりますので、なるべく早く退院・支援調整を行って、もとの日常の療養支援の場に帰ってきましょう。

そして、その先に看取りがあります。住みなれた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを実施することになります。看取りは、自宅だけではないのです。生活の場です。看取る場の広さが、拡大をされてきています。

これらの実際に関わる機関の中に、病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、在宅において積極的役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点などが含まれます。病院ありきではなくて、日常の療養支援をベースにして、そこをどう支えるか。その支え手の一つに病院があるという考え方です。ある意味、考え方が大きく変わっています。そして、その中のサービスの一つが訪問看護なのです。在宅を支える医療職としての看護師が家を訪れるという…そこなのです。65歳以上は介護保険が優先ですが、病名によって、また年齢と関係なく医療保険でも、かかりつけ医の指示書が

あれば訪問看護は出られます。こちらはケアマネージャーさんが計画に組み込まないと、これは実現できないというあたりで、まず65歳以上は介護保険優先です。訪問看護を使ったときの良さは、少し悪くなりかけのときに、早めに対処ができて、生活機能の低下を緩やかなカーブにすることができるとです。ストーンと落ちて、低空飛行のまま、QOL(生活の質)が低いまま推移するのではなく、なるべく穏やかな経過をたどるように対処できるという点では、強みを発揮すると思います。

■病院や施設との連携強化を

その意味で、病院や施設とのスムーズな連携強化はとても大事です。特に、1人暮らしや老々の世帯、認知症の方が認知症の方を看ている世帯、それから、たとえば90歳の方を70歳代の方が看ている世帯、88歳のお姉さんを80歳の弟さんが看ている世帯、そのような世帯では、たとえ本人が望んでいても在宅では無理でしょうとなりやすいわけですね。

そうではなくて、どのような条件でも帰れるような体制を整えていかないといけないといえますか、そのような地域をつくっていかないといけないと考えています。平成18年の介護保険の改定で、自宅の代わりとなる施設の訪問看護も、一部ですが可能となっています。たとえば、グループホー



ムには医療職はいません。しかし、グループホームと訪問看護が契約を結ぶことで、定期的に訪問看護が観察に行き、そして緊急のコールに応じて、グループホームでの看取りを支援するというようなこともあります。サービス付き高齢者住宅や有料のホームに医療保険を使って訪問看護が出かけられますし、サービス付き高齢者住宅では介護保険を使って出かけられます。

なるべく医療機関での入院を長引かせない、入院しないで済む地域、入院しても短くて済む地域にしていかななくてはなりません。入退院を繰り返す75歳以上の方には、必ずきちんと橋渡しをしましょうよ。その意味では、市川市はとても先進的な仕組みをつくりましたし、船橋市でもそのようなことが行われています。千葉県は、それぞれの地域で先進的な事例があると思います。

平成24年から、入院中に外泊する時と退院直後に、医療保険で訪問看護を利用できるようになり

図表4 地域包括ケアシステムの姿



ました。少しずつですが、「在宅医療を推進」というお題目だけではなくて、具体的な報酬改定を使いながら、実現に向けて背中を押されているという状況です。

■多発性硬化症患者の例

さて、ここからは少し事例を挙げて説明します。Oさん53歳で多発性硬化症という難病の方の例です。この方は6年間大学病院に入院していました。

多発性硬化症を50歳代前半に発病し、それから足かけ6年にわたり大学病院に入院していました。本人はどうしても家に帰りたいたと思いましたが、なかなかそれが実現できませんでした。2カ月をかけて退院調整を行い、自宅へ戻ってきました。在宅8カ月がたって緊急入院しましたけれども、3カ月で自宅に再び戻っています。1度家に帰れるという体験をしますと、帰るのが早くなります。

この退院調整のきっかけとなったのは、訪問看護・在宅のことをよく理解した看護師が退院調整部門に配属されたことでした。病院ではラウンドと言いますが、患者を見て回ったときに、この方に出会うわけです。この看護師は諸先輩から「この人はもう大学病院にいる患者ではないから、療養病床とか施設とかを探して、早く転院するように説得しなさい」と言われます。しかし、患者さん本人からは「家に帰りたいた」と言われますので、板挟みになって悩んでいました。結局、看護師は、「これはやはり本人の思いをまずは尊重して、在宅でやってみよう」と決断して、地域のあらゆる機関に連絡調整を行います。時間をかけて、3カ所の訪問介護事業所、2カ所の訪問看護ステーション等を組み合わせながら、地域の難病担当の保健師さんにも働きかけをして、これを実現させました。ここに配属されていた看護師は、元は私どもの訪問看護ステーションのスタッフでした。その人が老人看護専門看護師という資格を取って、この病院で働いていた結果でした。

この患者さんはナースコールをずっと握りしめています。視力低下もありますので、まわりがよく見えません。とにかく、そのナースコールを握り

しめていますから、この患者さんから絶えずコールがあるわけです。その方が退院して病棟にいなくなりますと、最初の2～3日は何かちょっとさびしいといいますか、せいせいしたといいますか、そういう看護師さんたちの反応でした。そのうちに「あれ？ 救急車を呼んでどこか別の病院に入院しているんじゃないの？」「1週間たったが、本当に家で過ごしているの？」と心配になって、担当した私どもの訪問看護ステーションに電話がありました。「本当に帰っているのでしょうか？ どうでしょうか？」「ええ、報告が遅れましたけれども、ちゃんとお家で過ごしておられますよ」とおこたえしますと、この看護師さんたち、「気になるので現状を見にいつてみたい」と言われました。そこで、訪問看護師が同行しまして、この病院の病棟の看護師を研修生として引き受けました。

実は、病院の看護師さんたちは、「家で過ごすのがどういうことか」を余りよくわかっていません。想像がつかいせんから、最初から退院できないものだと思込んでしまう場合もありますので、見ていただいたわけです。そうしましたら、「あの人でも自宅に帰せるんだ」ということがわかって、在宅への関心が高まります。

何よりも、本人が変化しました。いままでは、ずっとナースコールを握りしめていました。今は、ベッドのコントローラーで電動ベッドを上下したり、頭を上げたり足を下げたり、自分で調節をします。自分でできることもあるわけです。病院ではナースコールで看護師さんを読んで、足元にひざまずいて看護師がハンドルでベッドを上下したり、頭を下げたり、足を上げたり下げたりしていました。その都度、看護師さんに全部頼らなければいけませんでした。在宅では電動ベッドが入りますので、自分でできることもあるわけです。

同じ天井を見ているのでも「やっぱり家がいい」。つまり、寝たきりで何もできない人ではなくて、寝たきりでも自分でできることがあって、それが人の役に立つということで、本当にいきいきとした顔になりました。人が人として尊厳を保ちながら、少しでも自立ができるところがあるというのは、とても大事なことだと思います。

■認知症、うつ症状、糖尿病患者の例

次に、66歳で認知症がある、うつ症状もあって、そして糖尿病があるのでインスリンを打たなければいけない患者さんの例です。しかも一人暮らしです。この方が自宅に帰ってきて、インスリンを毎日打たなきゃいけない…そのときにどうするかということです。インスリンの注射を打つということがありますと、特養の入所のポイントが下がっていきます。

最近では、看護師さんが常駐することが多くなってきましたが、それでも日曜日はいません。5時過ぎには看護師がいませんので、この点がマイナスになります。その場合、ショートステイ先を捜したりしますが、これがむずかしいのです。インスリンを投与するために訪問看護が入りますと、点数がオーバーします。この方は、10年以上インスリンを使用しています。病院でないと対応ができませんので、ショートステイの目的で年2回入院していました。そのときに病院の中で患者さんとけんかをしてしまい、自己対応してきたというのが、そもそもの発端です。

実を言いますと、46歳のときに奥さんに逃げられてしまって、アルコール依存になります。それで肝臓を傷めて吐血をしたりして、肝臓由来の糖尿病になり、インスリンを使用するようになりました。経済状態も悪くなって、60歳あたりで生活保護を受給します。このときにアルコール依存からは脱しましたが、たばこはやめられていません。65歳のときには「うつ」という診断をされて、保健師同行で認知症の確定診断を受けています。うつも悪化し、インスリンの自己注射もできず症状が悪化しているところを、生活保護ケースワーカーさんが見に行っただけを保健師さんに相談しました。保健師さんは「これは家では無理」と判断して、以前から通院していた大学病院に相談しましたが、入院できませんでした。この方は多分、入院させたらこじれるといいますか、大学病院としてあんまり受けたくない患者さんだったと思われそうですが、結局、地域の一般病院へ入院します。

入院しましたらある程度整いますので、2～3

カ月したら退院をします。そのときに1人暮らしは無理なので、特養を申し込みました。しかし、インスリンがあるために、なかなか決まりません。それで2～3カ月、とにかく特養を見つけるまで「在宅で」ということで、お引き受けしたのがきっかけなのです。このときには「2～3カ月」と考えていましたが、なかなか順番も回って来ません。やむをえず在宅の生活で、それなりに工夫をして、7年間診ました。最後は自宅で亡くなっています。

この方は最初の時点で、「要介護3」と認定されました。比較的動けるタイプの認知症の方ですが、認知機能が落ちていきますので「要介護3」です。最終的には「要介護1」まで軽くなりました。インスリンの自己注射は困難です。決まった時間に起床し、どうしたかといいますとヘルパーさんが身体介護に入って、運動療法も兼ねて病院の外来へ通院し、インスリンを打ってもらいます。他の薬については、カレンダーなどを利用して1日1回、複数の薬を一包化して服用してもらいます。年2回のショートステイ的な入院をしています。このように規則正しくしますと、認知症の方も落ち着いていけます。「認知症の方は何も分からない。いつも問題行動を起こして困る」ではなくて、根気よくそして定期的に、丁寧に接すると落ち着いていきます。きちんと服薬し、うつ症状もやや軽減して感情も落ち着き出します。認知症の方の特徴ですが、短期記憶、直前の記憶があいまいです。ときどき「かつ」と怒るという、感情のコントロールができていくという特徴がありました。この方には、近隣に住む大家さん、配食サービス、薬局の一包化…さまざまな方が関わっています。

けんかをしてしまい、病院に通うことができなくなりました。今まで、その病院からインスリン等を処方してもらっていたのですが、それができません。そこで、近くの診療所の先生にインスリンの処方だけを、快く引き受けていただきました。診療所の先生に「この方は将来的に特養に入所の申し込みをしています。特養に入所するのに、このインスリンをずっと続けていくというのはマイナスなので、今この状態の糖尿病のコントロー

ルは、インスリンでなければいけませんか？ 経口投入薬に変えることはできませんか？」ということを提案しました。それは生活を支える視点での医療の介入です。

もちろん、お医者さんに物申すというのはなかなか勇気がいりますが、先生はその意見を取り込んでいただき、「その代わり…」と言って空腹時血糖を測りなさいと条件を出されました。認知症の方に「空腹時血糖を毎朝測りなさい」というのはとてもむずかしいことです。御飯を食べて来ないで血糖を測るのですが、「御飯を食べて来ないように」と言っても忘れて食べたり、あいまいなわけです。そこで“貼り紙作戦”といいまして、あちこちに貼り紙を貼り、ヘルパーさんと協同して空腹時血糖を一週間測りました。最大値が130でした。100以下が正常です。しかし、この内科の先生は「いや意外に低いなあ」と。「200はいくんじゃないか、毎日200ぐらいかなと思っていただけれど、130だったら考えてもいい」ということで経口投入薬に変えて、そして薬の一包化が非常にシンプルになりました。つまり生活に合わせて医療の介入を変えることで、生活しやすくなり、ショートステイも取れやすくなるわけです。

ここで事例として取り上げた、2010年3月16日に放映された「NHK『プロフェッショナル・仕事の流儀』に訪問看護師・秋山正子」のビデオ映像を見る

先に説明した人の映像で観ていただき、家でどんな人でもある意味暮らせる。今回は人工呼吸器を付けた方とか、医療処置の多い方のところは映像になっていませんけれども、どのような状態の方でも家に帰ること、1人暮らしでも帰ることができます。1人暮らしで、認知症で、うつのある人でも帰っています。そのような支える体制をつくれれば、可能だと思います。

■最後を自宅で迎える方の看取り

そして看取りも、もちろん行えます。私たちは、最後まで家にいたい方の、看取りにも力を入れて対応してきました。それには、予防を行うのがと

ても大事です。だからこそ、ちょっと具合が悪くなったときになるべく早く病院に行きますが、3週間入院しただけで、意欲もなくなり、歩けなくなり、おしりに床ずれをつくって帰ってくる例もあります。介護者を支えるネットワークをつくりながら、地域全体で医療・介護の一体的な提供があって初めて、質の高い「エンド・オブ・ライフ・ケア」で支えられるのではないかと思います。

高齢者には、時として隠れた脱水というのがあります。脱水が知らず知らずのうちに進行していて、ふらつとして、転倒し骨折して急性期の病院に救急搬送されるという例があります。脱水・意識障害・転倒・骨折がこのパターンです。脱水がありますと便秘になります。便秘が高じて、急性腹症という状態で運ばれることもあります。脱水が進みますと、熱が出ます。逆に風邪を引いたりして熱が出ますと、脱水に陥ります。ボーッとしていると誤嚥して、そこから肺炎を起こして、急に熱が出たりして、すべてが関係してきます。

その状態を日ごろからよく見て、予防していかなくてはなりません。運ばれた先に待っているものは何なのかということを考える必要があります。高齢者が入院しますと、安全・安楽のために抑制するといいますか…転倒されたら困る、けがをされたら困るということが先立ちます。高齢者は、認知症状がない方でも、場所が変わると譫妄（せんもう）を起こして、点滴を抜いたり、大声を出す、そしてベッドの柵を乗り越えて下におりるといようなことがおきますので、しっかりいろんな対策が立てられます。それはある意味、いたし方ないことではありますが、それを長く続けますと別の問題が生じてきます。

多くの場合、「口から食べるのは危険だから、経口摂取をとめる」という指示のときに、口の中をなかなかきれいにしてもらえていません。してもらったとしても時間がないため、丁寧なケアはなかなかできません。そして、発熱が終わって、血管の炎症反応が落ちてきますと、「それでは、そろそろ経口摂取、口から食べましょうね」となるときの対応が急性期で忙しいと丁寧にできませんので、再び誤嚥します。結局、嚥下（えんげ）

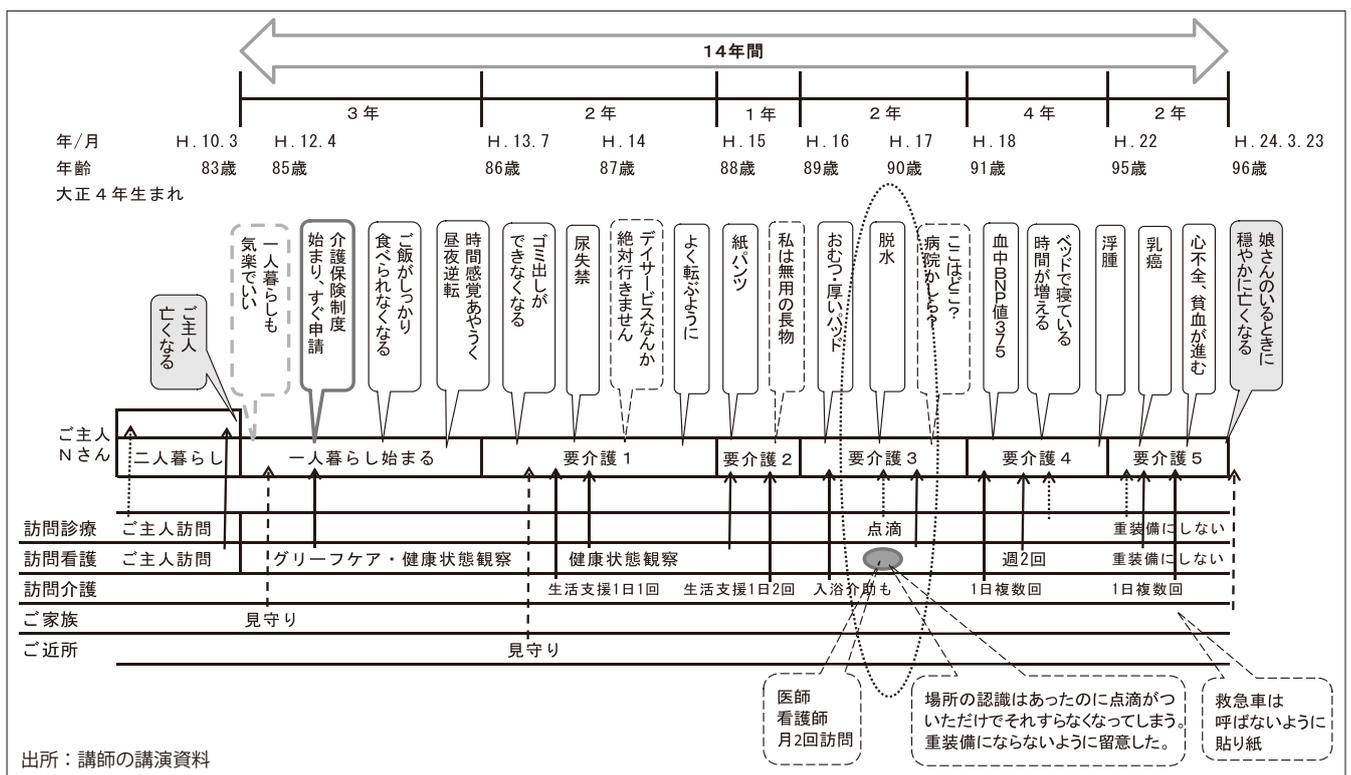
能力が落ちていきますので、胃ろう（直接胃に栄養を送る）のベルトコンベアに乗ります。こういうケースがたくさんあるのです。

急性期が非常に短くなりました。それはいいのですけれども、次へ送るために胃ろうにしなければ受け入れてくれないということがあります。胃ろうを受け入れてくれる施設があるのです。経鼻経管はだめです。介助の量が多い経口摂取のままですと受け入れてくれません。ですから、本人や家族が望んでいない場合でも、どんどん胃ろうの人がつくられます。胃ろうだと痰がふえて、吸引がふえます。そのような状態をつくり出しているという急性期医療の責任もあるわけです。高齢者がどのように最期を迎えるか、どのように対応していくか、これはとても大事なことです。在宅で早めに対応して、早めに元のところに戻すことを心がけた方がよほど優れていると思います。

■96歳で独居の方の最期を看取った例

図表5は、大きなお寺さんで1人暮らしになり96歳で亡くなった女性の、足かけ14年にわたる介護の記録を一覧表にしたものです。この方は一度

図表5 足かけ14年にわたる介護記録の一覧表



も入院をしていません。病院が嫌いでした。医療処置も嫌いです。予防注射をする、その針が嫌いでした。この辺は本人の意思がはっきりしています。しかし、認知症が進んでいく過程では乳がんの兆候もありましたが、最期まで原則一人でした。

外から娘さんが通い、サービスがいろいろ入ります。御近所の力も借りて、最期は自宅で亡くなっています。何でこんなに早めから入れたかといいますと、御主人に前立腺がんの骨転移があって、骨に転移して痛みがあるので、医療用麻薬を使いながら疼痛をコントロールして、最期はおうちで亡くなりました。一人残されたこの方のところに、亡くなったあとの残された方がどうしているか、グリーフケア（遺族ケア）として訪問看護師が入ります。

これは保険の点数は取れません。私たちは点数が取れないから行かないのではなくて、必要なケースには必ず行きます。そこで、この方が「1人暮らしも気楽でいいわ」といいながら、ちょっとやせています。皮膚がちょっと乾いた感じがします。台所の水場がきれいといいますか、汚れていません。台所の下のごみ箱には、お菓子の空きか落ちていません。「あれ？ ちゃんと食事をとっ

ているのだろうか？」心配になった担当看護師が「お食事召し上がっていますか？」と聞きましたら、「あ～ら、食べているわよ」と言ったので、「これはちょっと…」と思って、娘さんと連絡を取って、介護保険で対応することにしました。

そして、まずしっかり食事をとって、栄養状態を整えるということが認知症の症状の進みを遅くしますので、生活を整えるところから入ります。看護師も月に1回訪問して観察をしていきます。そして、介護の方が困ったりしたら、緊急コールを訪問看護が受けるようにして、これをずっと続けていきました。途中途中で認知症の症状が進み、さまざまなエピソードがあります。徐々に頻度が高くなって「要介護3」です。この間、7年間が経過していました。非常に緩やかです。「要介護3」程度になりますと、ケアマネさんが「もうそろそろ、家は無理なのではないですか？ 1人暮らしはとても無理ですよ。施設がありますから」と、施設を勧められるパターンも結構あるのですが、この方は「自分の家が一番いい」「自分には、このお寺を守るという、留守番という大きな役目があるので、ここを動きません」ということでしたし、ここは踏ん張りました。

お家で同じベッドの上で点滴を1本しました。脱水症状でしたので、点滴を入れるときはボーッとしていました。先ほどお話ししたように、超高齢者の救急というのは脱水というのがベースにあります。予防はしていたのですが、起こしてしまった脱水を、家で点滴1本しながら様子を見ていたのですね。そうするうちに、お水が体の中に回ってきて、少しはっきりしてきますと点滴の針を抜こうとしたりいろいろしますので、横に看護師がついていました。

最初に話した言葉が「ここはどこ？ 病院かしら？」と言ったそうです。それがとても印象的でした。看護記録に書いてあったのですね。なぜ印象的だったかといいますと、この方は時間軸の認知機能は落ちているけれども、場所の認知は確かに保たれていました。なのに、この医療処置この点滴を1本するというだけで、その場所の認知機能が落ちていきます。残された機能をなるべく維

持した上でこの方のケアを続けていきたいと、そのように考えたからです。

ここから先は、心不全が悪化したり、乳がんの兆候があったりしましたが、これ以上の重装備化をせず、最期は自宅で、ちょうど娘さんが来ているときに亡くなっています。足かけ14年間です。長い経過ですから娘さんに、「本当に長い期間、御苦労さまでした」といいましたら、「あら、短かったわよ。終わりよければ、すべてよし。楽しかったわ」ということでした。途中、いろんな苦労はありましたが、それを忘れて、最期のところで、成功体験といいますか、よかったと思えることが大事なのかなということ、この方の事例で感じさせられました。

この事例を病院の看護師さんやケースワーカーさんの勉強会でプレゼンテーションしました。病院の方々は、「このようなことでしたら、本当にいいですよ。御本人にとっては最高でしたね」という話の一方で、「しかし自分は今、病院の立場です。病院に運ばれたら、何もしないわけにはいきませんから」ということでした。病院は、いったんいろんなものが付きますと外すことがなかなかできず、医療処置が足し算になっていきます。在宅医療の特徴は最低限の医療処置、引き算の医療という点です。いろんな医療処置がたくさんできるということを誇りにしている人のところにも行きますけれども、そうではない状態にしていくのも私たちの役目です。

高齢者の緩和ケアというのは“がん、非がん”の方を問わず、最期の場面においてできるだけ穏やかに亡くなっていけるようにしていくことです。“終の棲家”とした生活の場で十分な緩和ケアの提供が行われ、豊かな死を可能にする、人生の最終章を生き切る支援ができる地域づくりに対して、わたしは、看護の立場で参加をしたいということ、を、本当に思っています。そのためには、早め早めの相談機能が働かないとむずかしいと思います。

■「暮らしの保健室」の相談支援

そのためには、病院以外の場所での、生活する

場における相談支援がとても大切です。病院の中に相談支援センターがあることすら知られていないのが現状です。しかし、病院の中ではなかなか言えないことでも、病院の外で聞く場があれば状況は変わってくるのではないかと、医療も含んだ相談支援の場所が街の中にあつたらという思いで、「暮らしの保健室」を立ちあげました。

これは、2011年7月1日開設です。平成23年度、平成24年度、国の在宅医療連携拠点事業のモデル事業の採択を受けて事業展開しております。たまたま私たちのシンポジウムを聞きに来た、大きな団地の商店街にありました元本屋のオーナーさんが、私たちに安くお部屋を貸していただき、中を改修してそこで相談支援を始めました。この地域ニーズは非常に高いものがあり、高齢化率は約50%です。新宿区全体では19.8%、この若松地区になると25.4%です。5人に1人、4人に1人、2人に1人…3千世帯6千人が住むこの戸山ハイツの中で、独居率は4割です。1人暮らしの方が非常に多い地域です。

国立国際医療研究センター、東京女子医大、JCHO・東京山手メディカルセンターという大きな病院に囲まれた地域です。その中に「暮らしの保健室」を開設しております。

保健室の中は相談支援を行っていますが、一部サロンのようになっております。キッチンがあって、メインテーブルがあって、相談コーナーはあります。保健室なのでベッドも1台備えてあります。街の中で、大人も来られる保健室です。

入院中の家族の相談で来られる方もいますし、時には子供も来ますし、赤ちゃん連れのお母さんも来ます。地域包括支援センターとの違いですが、地域包括支援センターは高齢者にフォーカスを当てていまして、介護保険を中心にした施策の事業を展開します。この保健室は医療に強く、訪問看護も兼務しながら看護師が必ず相談に乗ります。年齢枠は付けていませんので、どなたでも来られます。そこでの相談事例からさまざまな連携につなげていく仕事を一緒にしています。ミニ講座や、勉強会等もしています。

もう一つ、非常に大きな特徴なのですが、



多くのボランティアが活動しています。専門職の数が少ないのです。訪問看護師は、訪問看護として目いっぱい働いているところもあって、ここには新たに雇用した看護師もおりますが、一部訪問看護と兼務しつつ、かなりの部分をボランティアさんに支えていただいています。しかも、そのボランティアの半分は、在宅医療・訪問看護を利用して家族を看取った御遺族で、その方たちがとても生き生きと働いてくださっています。

もう一つは、在宅医療連携拠点事業ですので、連携を促進するために勉強会を毎月1回ずつ開催しております。そのときに集まる人はさまざまな顔ぶれです。病院から、地域の診療所から看護師、医師や訪問入浴のヘルパー、それから社会福祉協議会の相談員の方も来ます。いろいろな人が同じ事例についてディスカッションをして、顔の見える関係の中で連携しやすいつながりを平成23年からずっと作ってきました。

しかし、「連携、連携」と言ってもなかなか「連携の可視化」といいますか「見える化」は進みません。典型的な例ですが、1人暮らしでお子さんがいません。親戚も遠くにいて、いろいろ不安が起きたり、具合が悪くなると救急車で大病院へ行くという「オオカミおばあさん」です。この方が社会福祉協議会の方の支援を受けてここへ相談に来ました、そこで、よく話を聞きながら支えていきますと、不安が少しずつ減っていき、むやみに救急車を呼ばなくなり、治療行動の変容が起こっています。救急車が1回出勤しますと、税金が最低17万円は掛かっていると言われます。決して「救急車を呼ぶな」ということではなくて、救急車を呼ばなくても済むような取り組みをして、地域で

支える必要があります。

保健室では、やはり医療相談が非常に多くて、7割近くを占めます。傾聴、よく話を聞き、少しの助言、これで4分の3の事例が解決します。何でもかんでも教えてあげるのではなくて、よく話を聞きながら話の中身の整理するお手伝いをする、そうすることによって自分で考えられるようになっていきます。その中で、「他の機関と連携をする」が7%、「他機関を紹介する」が7%、計14%です。最もよく連携する先は地域包括支援センターです。しかも、医療機関との連携も多くて、病院、診療所、訪問看護ステーションとさまざまです。地域的には新宿区内、区外といろいろです。もちろん保健センターの保健師さん、障害支援の窓口等とも連携をしていきます。

このモデルは、イギリス・スコットランドで始まりました、「がん患者と家族のためのマギーズ・キャンサー・ケアリング・センター」という相談支援の在り方をモデルとしています。それはこちらから何か全部サポートしてあげるのではなくて、「よく話を聞き、その人本人が自分自身を取り戻す」という、非常にサポティブケアをしています。私たちもそれをしたいというのが後ろにあります。がん患者さんの話もよく聞いています。結果、来る方の3割はがんの方であるというような、今の実態があります。

「暮らしの保健室」は、医療や行政サービスが必要ではない、受けていない人も利用できます。病気の手前の状態、予防的な部分の対応もしています。それから医療やいろんな行政サービスを利用していても、問題解決に至らない人も利用しています。利用者中心の連携がなされて、問題解決

に向けて「暮らしの保健室」がコーディネートしています。さまざまなことをしてきまして、その中で学び合い、支え合い、つながり合うというような活動を通して、セーフティーネットの穴に落ちているような方を支援していく、「学び合う場」としての「保健室」が出現をしているといっても過言ではないかと思えます。

基本として、本人中心の合意形成を促す支援をしています。病院では「この人は家では無理でしょう」と、最初から決められています。本人の意思をなかなか引き出していないという現実があって、しかも退院がゴールではなく、退院後の生活がどうできるかが大事ではないかと思えます。その人がどのように生きてきた人で、これからどう生きようとしているのか。本人の意思をしっかりと引き出し、本人中心の合意形成の下で今後の方針の決定がなされていくこと、それを支援できる看護職でありたいと思えます。その結果、この「Aging in place」…「Living in place」ですね。つまり、その場所で生き続けるための支援というのが必要ではないでしょうか？

どうぞ皆さんの地域でも、新しい仕組みを住民とともにつくっていきけるような“フレッシュな千葉”の取り組みを期待して私の話を終わらせていただきます。御清聴ありがとうございました。

○司会 秋山先生、どうもありがとうございました。秋山先生には、このあとパネルディスカッションのほうにも御参加をしていただきます。再度、全体の拍手で秋山先生に感謝の意を表したいと思えます。どうもありがとうございました。

講師紹介

あきやま まさこ
秋山 正子 氏

NPO法人白十字在宅ボランティアの会理事長
東京女子医大非常勤講師

<略歴>

秋田市生まれ
聖路加看護大学卒業産婦人科の看護師を経て現職。

<著書>

『在宅ケアの不思議な力』医学書院
「患者と家族のケアについて」等

<その他>

社会貢献支援財団から「平成21年度社会貢献者」を受賞（2009年）
NHK仕事の流儀「どんなときでも命は輝く」で放送され反響を呼ぶ。（2010年）
現在、地域の仕事の傍ら全国を講演して歩く。