

## 在宅医療から考える地域包括ケアのまちづくり 「最期まで自分らしく暮らすために」

平成 27 年 2 月 11 日 (祝) 川崎市産業振興会館にて、参加者 300 名が集い「川崎市在宅医療市民シンポジウム」が開催された。基調講演は、辻哲夫氏、パネルディスカッションは在宅医、訪問看護師、家族、介護事業所、行政それぞれの立場の口演であった。福田市長の開会挨拶では、「地域包括ケアシステム」を知るきっかけにしてほしい。ついで、高橋医師会長は、市民の市民による市民のための「地域包括ケアシステム」であることから、自分でできることは何かを考えてほしい。医師会も多職種と共に頑張るとの挨拶から始まった。

### 基調講演概要

#### ◎超高齢社会の到来に必要な医療システムの変革

人口の 1/5 が 75 歳以上となる 2025 年は、世界のどこでも経験のない未知の世界である。

大都市での後期高齢者の増加は、従来の延長の方法では対応できない。新しいシステム、「社会的イノベーション (変革)」が必要である。その大きな転換を始めようとするのが、「地域包括ケアシステム」である。推計で 700 万人にもなるともいわれる認知症も進行を遅らせることは出来ても治らない。認知症のある人、ない人、障害のある人、ない人も共に過ごせる安心な社会 (ノーマライゼーション) としたい。

団塊の世代が 75 歳となる 2025 年は、高齢者世帯の 4 割が一人暮らし、3 割が高齢者夫婦となる。平均寿命男子 80 歳、女子 86 歳、若死に激減した。日本の生存率の高さは、医療の大成功であるといえるが、病院信仰の歴史でもある。それは素晴らしいことであるが、病院は治すところである。「病院で亡くなるという形で終わるのが幸せなのか」という課題がある。また、今後は大幅に死亡者数が増える。病院中心の医療から大きなパラダイム変換を必要としている。病院医療を否定するものではないが、高齢化が進む国で必ず起こる一つの転換論である。経済が進展し、医学技術が進展した社会に必要な医療システムのパラダイム転換ができるかが問題である。

#### ◎生活習慣病予防と介護予防

高齢者の自立変化のパターンを女性を例にとってみると (全国高齢者 20 年の追跡調査) 大方の人が 75 歳頃まで元気、75 歳頃から徐々に自立度が落ちていく。介護予防は、まずもって生活習慣病である高血圧や糖尿病、高脂血症などの病気の発症を食い止めることである。究極の介護予防は、サルコペニアの予防で、しっかりした食事をして、運動することである。高齢期は筋肉が減っていく。出かけること、社会参加することが大切である。

外出頻度と健康の関係であるが、1 日 1 回以上外出する人と 1 週間に 1 回しか外出しない人では、毎日外出する人の歩行障害の危険性が 1/4、認知症は発症リ



#### 辻 哲夫氏プロフィール

S46 年 東京大学法学部卒業。同年厚生省。厚生労働審議官、厚生労働事務次官など歴任。H20 年田園調布学園大学教授。翌年東京大学高齢社会総合研究機構教授。高齢者ケア、社会保障政策などが専攻テーマ。東京大学高齢社会総合研究機構特任教授。

スクが 1/3.5 少ないというデータがある。しっかり運動すること、出かけること、社会参加することは認知症予防にもなる。特に働くことが大切である。週に 1 回でも、2 回でも働くことが最大の社会参加である。そのようなまちづくりが重要である。

#### ◎地域包括ケアシステムとは

2011 年の国の資料によれば、日常生活圏 (中学校区: 30 分でかけつけられる圏域) に、介護・看護・医療が生活の場である住まいにやってくるようにするのが、「地域包括ケアシステム」である。

住まいは日常生活の原点である。住まいを基本として自分のライフスタイルに合わせて生活ができる。一人暮らしで不安な場合、見守り・相談できる生活支援が地域に必要である。自分の生活をベースに、体調が悪い時は見守り・相談ができるといった、自分らしい生活ができるようにしたい。サービス付き高齢者住宅など様々な住まいに介護・看護・医療が生活の場にやってくる。そのような方向が「地域包括ケアシステム」である。例を述べると、脳卒中の急性期は、病院医療が必要である。病院に入院しリハビリして退院したら、

自分の家で生活することができる。しかし、年をとって高齢者が肺炎で入院して安静にしていると寝たきりになりやすく、認知症にもなり家に帰れないこともある。このように高齢者が病院に集中すると、大都市では対応できなくなる。8割が病院死の現状では、未来が危惧されるところである。

### ◎在宅医療の普及は急務

在宅医療があれば、定期的に訪問診療してもらい、健康チェックすることにより、肺炎もかなり予防できるが、在宅医療によって在宅が守られていくような在宅医療が普及していない。これは政策的に欠落していると行政技術者として痛感している。在宅医療はやらなくてはならない。しかし、病院が追いつめられてみんなが困るからというだけの理由で在宅医療ではない。

日本人の半分はがんになる。3割はがん患者として死ぬ。がんは普通の病気であるが、病院にいれば、朝から晩まで病人である。病人としてではなく生活者として生活を享受するために、在宅医療は欠かせない。多職種によるチーム医療、つまり、介護・看護・医療の3つの組み合わせであり、在宅医が必要となる。

在宅医療は、在宅医一人ではむずかしい。医師が助け合うシステムができないか。今回の改正で在宅医療と介護を「つなぐ」「調整する」事業を市町村の仕事にすることになった。これがどうしたら早くできるか、柏市がモデルを開発した。

### ◎柏市の場合（柏プロジェクト）

千葉県柏市では在宅医療を進めるために、行政が事務局となり、医師会をはじめとした関係職種と東京大学とプロジェクトを組んでモデルを開発した。

### ☆モデル地区

大都市圏の典型的なベッドタウン柏市のUR豊四季台団地は、高齢者人口40%、この地域を含む人口2万数千人の日常生活圏をモデルとした。まず、出かけやすいバリアフリー住宅、出かけやすいまち、そして

24時間ケアシステムのまちづくりである。

「在宅ケアシステム」を基本とし、住み慣れたところで住み続けることの実現であるが、在宅医療がなければ、在宅生活が困難となる。

診療外来利用者数の将来推計によると、外来の受療率が一番多いのは75歳～80歳である。従って、日本の外来件数は2025年から2030年をピークにして減って入院件数は増える。今から準備しなければ間に合わない。柏市医師会は、これは大変と受け止めた。在宅医療を普及させ、「地域包括ケアシステム」を多職種連携で進めなくてはならないと決意した。

### ☆「地域包括ケアシステム」の実現に向けて

在宅医療を含めた真の「地域包括ケアシステム」の実現には、まず、かかりつけ医が、合理的に在宅医療に取り組めるシステム、24時間の在宅ケアの日本のモデルをつくることである。かかりつけ医の負担軽減のために、市内の医師を3つにグループ化して助け合う。市役所は、多職種連携を確立する。地域包括ケアにおける在宅医療の調整拠点の位置づけをし、地域を病院にすることをイメージし情報共有していった。「多職種連携研修会」は有効であった。総括して言うと、在宅医療を行う「かかりつけ医」がいる、グループを組み合わせながら多職種と連携する、そして、急変時には、病院に行き治療して、すぐ戻す。これが最適の地域医療であり、地域が住みよくなる。

在宅医療が充実し、介護が朝昼晩来てくれる。このような状況の下で一人暮らしの高齢者が、夜ヘルパーに「おやすみなさい」と言って寝た。翌朝ヘルパーが行ったら冷たくなっていたとしても、これは孤独死とは言わない。立派に生き遂げた尊厳のある姿である。そのことを家族も地域も温かい目でみている。これからは、このような考え方も必要になるだろうと有識者が指摘している。川崎市は、市民の力、行政の力、専門職の力は、ものすごいものを持っている。

川崎市民として、これから応援していきたい。



「地域包括システム」の基調講演を聞きいる市民・関係者

## パネルディスカッション「最期まで自分らしく暮らすために」

コーディネーター  
関口 博仁氏  
(川崎市医師会理事)

パネリスト (発表順)  
中岡 康氏 (医師)  
菅野妙子氏 (看護師)  
林 朝子氏 (家族)  
柴田範子氏 (介護事業所)  
福芝康祐氏 (行政)  
(地域包括ケア推進室長)



### 地域包括ケアは、多職種連携から…

#### 医師の立場から：中岡 康氏

幸区で26年間開業し、診療の傍ら往診をしている。「地域包括ケア」を一言でいうと、「医者を中心にして、いろいろな職種の人が連携しましょう」ということである。医師の定期訪問診療では、患者の日常生活状況が把握できないが、情報は得る必要がある。

医師はその人の一日はわからない。また家族はあまり医者には言わないが看護師やケアマネジャー（以下ケアマネ）には言う。家族の思いを知ることは、看取りの時に大事である。

医師は、ケアマネにはサービスの提案、例えばリハビリや在宅酸素、ベッドなど、訪問看護師には、訪問看護指示書に書いてお願いする。口の中をきれいにしてもらわないと唾液を飲み込むので誤嚥性肺炎になることもあるので、歯科医師・歯科衛生士と連携し口腔ケアをしてもらうことになる。薬剤師には薬剤の管理、事故につながらないように、がん末期などの麻薬管理などがある。

多職種の人たちと関わっていくために、川崎市在宅療養連携推進協議会では「川崎市在宅療養ノート」を作成した。これは、主治医・訪問看護・ケアマネ・ヘルパーなど関係する方々の情報が入ることになっている。この1冊は非常に大事なものである。これを普及させようとしているところである。例えば救急搬送される場合でも、このノートで日常の生活状況がわかる。このノートの管理運営は、今の段階ではケアマネが一番いいだろうと思っている。もし、在宅療養している方で、このノートが必要だと思ったら、ケアマネさんにお問い合わせするとよい。

多職種連携については、各区で連携活動を開始している、幸区には、いくつかの連携活動の研修や会議の場がある。多摩区のチーム多摩は、行政とともにやっていたが、これがまさに包括ケアかと思った。他の区も今後、行政に関わってもらおうとよいと思う。

最期に病診連携での課題は、誤嚥性肺炎や急性疾患発症時等、入院が必要になっても受け入れてくれる病

院が探せない現状がある。在宅医の依頼により緊急入院を受け入れてくれる病院を評価するシステム構築が重要であると思う。と熱く語った。

### 老いて病んでも自分らしく

#### 訪問看護の立場から：菅野妙子氏

自宅で療養を続け、最期まで家族に見守られ自分らしく暮らした林さんの場合。

4回目の脳梗塞のあと、訪問診療、訪問看護（24時間対応）、訪問リハビリ、理学療法士、言語療法士、送迎サポートのために訪問介護、医療マッサージ等のサービスを利用した。当初訪問看護は、月に2回、医師と交互に訪問し、病状観察・体調の変化への対応が主な内容であった。結腸癌の手術後、口から食べることができなくなり、胃ろう造設の決断をするまでの相談、5回目の脳幹の脳梗塞が発症で転院を勧められたことへの相談があった。急性期病院の医師からは、神経が死んでいるので、意識の回復はない、自宅退院は無理といわれたが、家族は、転院を考えず在宅を選択した。退院後は意識障害があったものの徐々に笑顔が見られるようになった。



看護師は自宅での看取りを視野に入れながら、家族の一番そばにいてケアを行い、悩みを聞き、今後予測される病状の変化を的確にアセスメントしていった。訪問医、ケアマネ、家族と話し合いの場を持った。医師からは今後起こりうる病状の変化とその対応の説明があった。

ご家族が何に重きを置いて介護したいのか、自宅でも看取りの考えはあるのかなど、意思の確認を行い、医療者からみた必要十分なケアを提案した。家族の不安に対して連絡ノートを活用した。看護師の書いたものを読み返して安心してもらい、家族からも質問を書いてもらうことにした。医師の病状説明も受け、家族は最高のケアをする思いを強くした。そして林さんは家族に看取られ静かに逝った。

看護師は、前から用意された15年ぶりのスーツの

着替えを手伝い、家族と一緒に旅立ちをお手伝いした。  
10日後、グリーンケアを目的に看護師二人で伺った。  
グリーンケアとは、身近な人と死別し、悲嘆にくれる人が、その悲しみから立ち直れるように支援することである。私たちの訪問がグリーンケアになっているか解らないが、大切な方を亡くされたご遺族の心を支えるために、グリーンケアの必要性を強く感じている。

## 安らかに眠りに関する夫のこと

家族：林 朝子氏



約15年間夫を介護し、自宅で看取った。長い療養生活の中で脳梗塞を繰り返し発症し、また5回目の発症では、意識障害もあり転院も勧められた。「寝たきりになる転院は避けたい。意識障害があっても、病人にとって家に居られるという事は、安定した精神状態ですごせるに違いない」と思い自宅療養を選択した。

褥瘡・拘縮予防の2時間おきの体位交換、痰の吸引、痰を出しやすくするためのマッサージと毎日の介護は気が抜けないが、看護師さんたちの一言、明るい振舞いに勇気づけられ、2人の息子とともに家族でできる限りの力を出して見守ってあげたいと思った。不安のとき、病人の状態、質問などを記入しておくことで看護師から回答がはいる交換日記が続いた。マッサージの先生が坐位を保つとびっくりするほど反応が出てきた。どんな状態にあっても人間の尊厳を大切に守っていかなくてはと思った。孫の呼びかけに夫は声のする方に顔を向けるまでになった。

歯科医師、歯科衛生士の見事な口腔ケアも最期まで続いた。「在宅介護を支援する人々が持つ知識と経験、そして理念が、家族の細やかなケアと一つになって、夫は安らかにねむりにつくことができたと考えています。」



## 自立・介護予防の視点をもって 特定非営利活動法人楽 柴田範子氏



認知症デイサービスひつじ雲を幸区に立ち上げた。そして、認知症の家族の「ゆっくり休むこともできない」という言葉に、ひつじ雲を小規模多機能型居宅介護に移行した。24時間365日、通い・泊まり・訪問をして、認知症の人も当たり前地域で暮らし続け家族と共に最期まで自宅で過ごすことを支援することにした。南加瀬に作った認知症デイサービス「くじら雲」を昨年9月ひつじ雲のサテライトにした。認知症の人々とかかわり11年になる。介護事業と地域の食事会を通して、見えてきたことは、まわりの人と繋がりをもっと深めることの必要性と自立・介護予防に視点を置くことであった。介護予防4つの視点は①風邪をひかない、②誤嚥しない、③転ばない、④閉じこもらないである。健康に留意することを目指して、食事前に管理栄養士、歯科衛生士、地域包括支援センターの方々の健康支援がある。食事づくりボランティアの季節の献立の紹介もあった。最期まで自宅で看取り事例の支援について、終末期は訪問を頻回にして、口腔ケアを徹底し、言葉かけをし、できることを狭めないことである。「これからも食事会、お茶飲み会を予防という視点をもって地域活動を勧める。」と力説した。

## 在宅医療推進に向けた行政の覚悟

地域包括ケア推進室 福芝康祐氏



川崎市の人口推計は、150万人をピークに減少するが、2040年(平成52年)高齢者人口は、約45万人、総人口の3割となる。現在若い都市である本市も「在宅医療の推進と地域包括ケアシステムの構築」が求められている。急速な都市部の高齢化に対応した24時間365日の在宅医療の推進の仕組みづくりに向けた現状と課題について、わかりやすい説明があった。

在宅医療をはじめとする地域課題解決に向けた行政の総合力を発揮していくと行政の覚悟について力強く語った。

歯切れの良い医師会関口理事のコーディネートによる意見交換では、市民の方々から「認知症の早期発見と予防」「看護師不足の課題」「法改正により、介護給付から外れる要支援の行く場所はあるのか」等の意見があった。看護協会手島会長の閉会の挨拶では「近年最新の医療を受けながら様々な選択ができるようになりました。肝腎なのは、ご本人が「どうしたいのか」の気持ち・意思です。日頃から家族や周囲の人と話題にしたいと思っています。今後も市民の皆様と学習の場を開催していきたいと考えています。」と締め括った。

**編集後記：**今回の市民シンポジウムの運営は川崎市看護協会が担当し全体司会は、当協会の在宅医療サポートセンター須藤が務めた。開催前日まで参加申し込み状況を数える日々であったが、皆様のご支援・ご協力により、300名の参加者があり、「在宅医療」「地域包括ケアのまちづくり」について考える機会となったと思う。「最期まで自分らしく…」は、皆様の共通のテーマである。次年度も継続企画したい。 担当 須藤、堤

## 《問い合わせ》

公益社団法人川崎市看護協会

〒211-0067

川崎市中原区今井上町34和田ビル

TEL：711-3995

FAX：711-5103

メール：mail1@kawa-kango.jp