

埼玉の福祉広報

S string
つなぎあわせる

A pproach
近づく

I nformation
情報

社会福祉法人 埼玉県社会福祉協議会

つながりをチカラに

2016

2

February



埼玉県社協マスコット
「シャキたまくん」

CONTENTS

- P 2 巻頭インタビュー
地域包括ケア時代の在宅医療
〜住み慣れたまちで最期まで〜
医療法人アスムス理事長 太田 秀樹さん
- P 5 福祉を考える
福祉の職場におけるメンタルヘルス
埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科教授 横山 恵子さん
- P 10 今月のキラリ
地域の子どもたちに本を読む楽しさを届けて35年
ともだち文庫（鴻巣市）



埼玉県社会福祉協議会フォトコンテスト 入賞作品
鳥海 修一さん(川越市)「冬の時の鐘」





巻頭

インタビュー

高齢者が住み慣れた地域で生活できるよう、地域の特性に応じた「地域包括ケアシステム」の構築が各地域で始まっています。どこで人生を終えるかは多くの人の関心事です。1990年代という早い時期から、地域包括ケアシステムを構築する上で不可欠な在宅医療に取り組んできた太田さんにお話を伺いました。

地域包括ケア時代の在宅医療

「住み慣れたまちで最期まで」

医療法人アスム理事長 医学博士 太田 秀樹さん



《プロフィール》おた・ひでき 「医師と患者が信頼関係を築ける医療」を目指し、1992年、全国に先駆けて24時間365日対応で「人生の終焉までを支える」在宅医療をスタート。医師、歯科医師、看護師、リハビリ職、薬剤師、栄養士、ヘルパーなどがチームを組んでサービスを提供するなど、在宅医療のクオリティ向上を目指している。現在は、栃木県小山市を中心に、隣接する市町村で、機能強化型在宅療養支援診療所（※1）を含む複数の在宅療養支援診療所（※2）を運営し、在宅医療に力を入れている。
役職／日本医師会在宅医療連絡協議会委員・厚生労働省検討委員・全国知事会先進政策頭脳センター委員・全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長

- ※1 機能強化型在宅療養支援診療所 複数の医師が在籍し、緊急往診や看取りの実績を有する在宅療養支援診療所。
- ※2 在宅療養支援診療所 地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院・診療所等と連携を図りつつ、24時間往診・訪問看護等を提供する診療所。

「病気は病院で治すもの」というのが一般的だと思いますが、いち早く在宅医療に取り組まれたきっかけはどういうところにありますか。

1991年に、障害のある方と一緒にアメリカに行きました。当時は、けがの心配もあり、車いすで旅行することが難しかったため、医師が同行するという条件付きとなり、私が同行することになったのです。そして驚きました。街中では車いすがうまく押せないということを初めて知ったのです。医師の私がです。さらに、じゅうたんの上うまく押せないことも初めて知りました。じゅうたんは、ふかふかなんです。

さらに驚いたのは、彼らは「病院に行けない」と言ったのです。なぜかというところ、体の具合が悪いと、自分で車いすをこいで病院に行けない。だから、救急車を呼ぶか、薬局から薬を買ってきて家で寝てるしかないということでした。それは非常に衝撃的で

した。そして、「医者というのは都合のいい患者の都合のいい病気しか診ない」とも言われました。確かにそうなんです。「私は専門が違うから他の病院を紹介する」という医者はいくらでもあります。

「分かっていても当事者側からみると実は全く違っていったんですね。」

これが現実だということを、改めてこの旅行で気づいたわけです。その後すぐ勤務していた大学病院を退職し、1992年の4月に、栃木県小山市に「おやま城北クリニック」を開業しました。午後から往診するというスタイルで24時間365日支えるシステムを築き、訪問看護と一緒に在宅医療を行ってきました。往診をして地域の人たちを支えたいと思ったのです。動く医療は絶対に必要なんです。

私たちの法人は、医療法人アスムスといいます。ちょっと珍しいですよ。「アスムス (ASUMUS)」というのは「Activity Supporting Medicine Systematic Service (アクティビティ・サポーターリング・メディスン・システムティック・サービス) の略です。アクティビティ・サポーターリング・メディスンというのは、これは「活動を支える医療」という意味です。

活動を支える医療とはどういうことかというところ、例えばがんになり、治療の方法がもうないという場合、最終まで病院でがんを闘うという選択肢ももちろんありますが、がんを闘うのをやめて、自宅に帰って好きな趣味に没頭したいとか、温泉に行きたいとか、そういった自己実現を医療からお手伝いすることです。

在宅医療の上位概念として「暮らし」があります。ですから、生活を大切にしたい、その生活の場に過不足ない医療を届けたいということなんです。

つまり、在宅医療は、入院の受け皿だけではなく外来の延長線上なんです。外来に來られなくなったから在宅で診療をする、ということなんです。

「現在、在宅医療は全国どこでも受けられるものなのでしょうか。」

在宅医療の基本は、「訪問看護」「多職種協働」「地域連携」です。地域連携とは、例えば社会福祉協議会や医師会や行政などの組織や団体などが、地域の社会資源と連携することです。そして、多職種協働は現場での人と人の連携です。看護師やヘルパーや歯医者や医者や…、ということなんです。これが在宅医療の基本的な要素となります。

全国、全く同じ制度の下で医療保険料や介護保険料を払っているにもかかわらず、自宅で死にたいと言ってもなかなかそうはできない地域が存在しているということが現在の日本が抱える課題なのです。

国民に対する在宅医療のニーズ調査はよくあります。百歩譲っても二人に一人は、自宅で死にたいと思っています。しかし、実際は80%以上の人が病院で亡くなっているんです。その理由は、介護してくれる家族に負担がかかっている。これは介護保険の課題です。そして、病状が急変したときの対応に不安がある。これは医療保険の課題です。

ですから、この介護保険と医療保険の課題が両方とも解決しないと在宅医療は推進されていきません。

在宅医療の主役は訪問看護師です。何かあると訪問看護師からすぐ画像報告があります。医者は何をするかという、病態の判断と指示です。診断し



2015年10月7日に埼玉県社会福祉協議会主催で開催した「地域包括ケアシステム推進セミナー」で基調講演をいただきました。

て、看護師に指示を出し、そして責任をとる、ということなんです。だから、実際の病院と同じく訪問看護師の役割は大変重要なのです。もちろん訪問看護師だけでなく、訪問歯科診療、訪問リハビリテーション、薬剤師による訪問服薬指導など、現場では本当に多職種の方々に支えられています。

在宅医療にはさまざまな偏見や誤解があります。一番申し上げたいことは、財政不足だから在宅医療を推進することではなくて、日本人の生きざまを支える最善の医療が在宅医療ということなんです。

「人生の最期は住み慣れた自宅で迎えたいと思う方は多いでしょうね。とはいっても、生死に関わる病気やけがをした場合は、大きな病院に頼りたいという方も多いと思います。」

残念ながら病院で人が亡くなるというのが日本の文化になってしまいました。辞書を引くと「医療とは、医術を用いて病気を治し、命を救うこと」とあります。これは従来の医療の考え方で、命を救うというのは、急性期医療、これが医療ということでしたが、今は超高齢社会、いわゆる多死社会を迎えようとしています。つまり、人生の最終段階の医療がどうあるべきか、命を



「在宅で暮らす気持ちがあったら介護力があれば、在宅でも外来と同様の医療が受けられます」と太田さん。

救うだけではなく、安らかに尊厳を持って命を閉じるにはどうしたらいいかということも医療の重要な役割に変わってきたのです。言い方を変えれば、1分1秒長生きさせる長寿を求めた医療から、「天寿」を求める医療に変わってきたのです。

今、日本では積極的な医療介入の果てに病院で死ぬことは可能です。救急車を呼べば病院へ連れていってくれます。ところが、「天寿を受け入れて安らかに自宅で死にたい」というと、できる地域とできない地域があります。往診する医者がない地域はできないのです。

つまり、住み慣れた地域でその人らしい暮らしを可能な限り続けながら、親しい人に囲まれて最期るときを迎えたいと願う人が大勢いるという前提で、地域包括ケアシステムの構築が必要であると議論されるようになりました。

—話は少し変わりますが、最近「健康

寿命」を延ばすことにも関心が高まっていると思います。

私たちは一人で寝起きしたり風呂に入るなどの行動を、暮らしの中で当たり前のこととして行っています。それらの動作がいつまでできているか。健康寿命はその指標だと思っています。

平均寿命と健康寿命の差は、男女平均しても約10年の乖離があります。この健康寿命を失ってから平均寿命までの時間が医学の進歩とともに長くなりました。

誰かの支援や社会的ななんらかの援助がないと生活できないいわゆる脆弱化した期間が約10年あるということですが、この弱った期間がやってくることで、元気で過ごしている人にはなかなかイメージできません。

健康寿命を損なうから平均寿命までの間、一体どのような医療や介護、生活支援サービス等が必要なのか、ということ。このような住まいを中心とした生活を支えるシステムのことを「地域包括ケアシステム」というのです。

また、地域包括ケアシステムの構築の力ギは、地域とも言われています。地域といっても何を指すかは千差万別ですが、今後必要となる「地域」は英語

でいうところの「コミュニティ」だと私は思っています。今まで使われていた「エリア」は、いわゆる圏域であり物理的に分けたものに過ぎません。一方「コミュニティ」は基本的に「喜怒哀楽を共有できる、絆で結ばれた人たちが住んでいるところ」であり、住民同士のつながりが前提になっています。

実際につながりを作るのは容易ではないと思いますが、住民にはパワーがあります。そして我々専門職は住民同士をつなげる存在でないといけないと思っています。私は在宅医療を通して地域を創っていきたくて考えているのです。

今、各地域で地域包括ケアシステムを推進していくためのセミナーなどが開催されています。これは非常に大事なことで、地域住民の意識が変わるきっかけになります。「自分の地域はどうだろう」と、みんなが考え始めると地域は変わるだろうと私は思っています。

天寿を全うする力を仮に「天寿力」と呼んでみると、その天寿力を支えてくれるのは、人間の尊厳を守ろうとする地域の文化の力でもあるのです。

—住民にはパワーがあるというお話を伺って大変心強く思います。最後に住民同士が支え合える地域づくりについて読者へメッセージをお願いします。

「むかしむかし、あるところにおじいさんとおばあさんが住んでいました」という時代から、「いたるところにおばあさんが住んでいます。それも独居で」という時代になりました。さらに言えば、その半分の方に認知症のリスクがあるのです。住民同士による見守りネットワークなど、社会全体がケアマインドを持っている地域にならない限り、住民全員が不幸になってしまうと思います。

医療が24時間提供され、介護が充実していたら住み慣れた地域で最期まで迎えられるのかというと必ずしもそうではありません。自助・互助機能を高めないと、また住民の当事者意識が変わらないと難しいと思います。地域包括ケアシステムを推進するには、住民、地域のパワーが必要なんです。皆が地域に出て、わいわいがやがやできることが幸せなことだと思いませんか。



『家で天寿を全うする方法
病院での延命を目指さない生き方』
太田秀樹 さくら舎 1,400円(税別)