

療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所長、診療所院長の川越正平先生です。

よろしく申し上げます。



川越 ご紹介ありがとうございます。それでは早速お話に入らせていただきます。

エンド・オブ・ライフケアの根幹を支える訪問看護への期待ということで今日はお話をさせていただきます。今の平子室長のお話にもありましたが、在宅医療というのは、地域をひとつの単位として捉えるとわかりやすいですよ、とよく言われます。

“地域を一つの単位”ととらえる

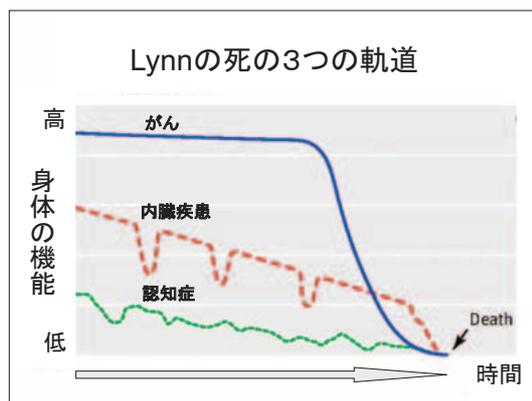
- ▶ 自宅が病室、道路が廊下
- ▶ 在宅医や訪問看護師が巡回する
- ▶ 検査が必要な時には検査室、手術が必要な時には手術室で実施
- ▶ 病棟に近い機能を提供しうる
- ▶ ナースステーションや共通のカルテに相当する機能がない

患者さんのご自宅を病院の病室とすれば、道路が病院の廊下、そこを在宅医や訪問看護師が巡回している、病院で医師が回診をしている、という感じで考えていただければよいと思います。例えば、病院に入院していて、MRIが必要なときにはMRI室にお連れします。手術が必要なときには手術室で手術します。これと同じように考えますと、病棟に近い機能を地域の中でも提供することができる、と理解できると思います。

ただし、地域の難しい点というのがいくつかございまして、わかりやすい例を挙げますと、病棟に必ず存在するナースステーションというものが

地域にはありません。みなさんがバラバラに違うところに勤めているということですね。それから、共通のカルテというものが存在せず、それぞれの医療機関のところにカルテが分断していることが難しい部分だと思います。

それからもう一点、在宅医療において非常に重要な要素となりますのが、この24時間365日の安心を提供するという部分です。例えば、急病を生じた際に、救急外来を受診すればいいと言うのは簡単です。しかし、要介護の方ですとか、終末期の方にとっては移動するだけでも大きな負担となります。明らかに病院に行ったほうがいい場合なら、救急車や寝台車で搬送すればいいんですけども、同じ39度の熱が出たというケースでも、風邪の場合は行かなくてもいいかもしれませんし、重症肺炎だったら行ったほうがいいでしょう。そういう見極めはなかなか簡単にできないことがあります。そのような時に、患者さんの病態や背景をよく把握している医師や訪問看護師に24時間相談することができれば、大変安心だと言えます。在宅医や訪問看護師が緊急の訪問を保証するということが、例えば電気やガス・水道などのライフラインと同じように、要介護者や終末期の患者さんにとっては必要不可欠だということがお分かりいただけると思います。



Lynn (リン) という方が提唱しました「死の3つの軌道」という概念がございます。簡単にご紹介しますと、がんという病気は亡くなる一ヶ月位前まで身体の機能はかなり保たれていて歩くこともできる。しかし、最後の1ヶ月位に急激に身体機能が低下して、最終的に死に至るというようなパターンが多いと言われています。心不全等の内臓疾患の場合は、年にわたって身体の機能が低下

し、途中で合併症がでたりして最終的に死に至る場合が多いということです。認知症や老衰というような病態の場合は、例えば10年という長い経過の中で徐々に徐々に身体の機能が低下して最終的に死に至る。このように大きく分けた三つに、多くの死因が分類できます。

生命と生活を支える視点

- 食 事
- 排 泄
- 睡 眠
- 清 潔
- 移 動
- 喜 び

実際に在宅で療養している方に必要なことは何かを考えると、我々医師や医療従事者は、医療を提供するというのが本来の業務になります。しかし、実際は、医療だけを施すという考え方、生命を救うという考え方だけでは片手落ちな場合が多くなります。そこで、併せて生活を支えるという視点が必要不可欠ということになります。食事・排泄・睡眠という三大生活要素を支えるのはもちろんですし、清潔を保つこと、移動の障害をきたす場合も多いですので、それを助けること、そして、そこにささやかでも喜びというものを添えるということが非常に大事となります。

向精神薬の副作用に苦慮したケース

認知症の周辺症状に対して向精神薬を処方したところ、錐体外路症状や誤嚥性肺炎を引き起こしてしまった



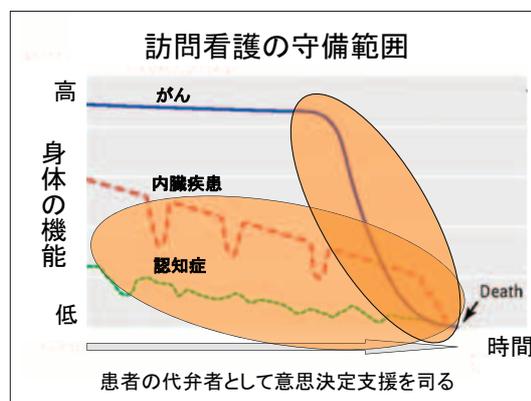
「周辺症状の原因が便秘であることを見出した」
 「周辺症状への対処方法を介護者に根気強く説明を繰り返し、徐々にうまく対処することが可能となって向精神薬を減量できた」

訪問看護師さんの活躍の例ですが、認知症の周辺症状に対して、向精神薬を処方したところ、錐体外路症状や誤嚥性肺炎を引き起こしてしまった。これらの事案を薬物だけのアプローチで対応しようとする非常に難しいということがありま

す。これに対し、その周辺症状の原因が便秘であって便秘をしている時に起こりやすい、ということを見出してきて対処をしたということもあるでしょうし、周辺症状への対処方法をご家族が叱りつけて、増悪要因になってしまったということもあります。介護者に根気強くご理解いただくようにアドバイスをして、だんだんとうまく対応できるようになり、お薬自体を減量することができた、というようなことも実際にございます。このように、医師に比べて訪問頻度が多く滞在時間も長い、そして患者さんご家族の言葉や気配を察知して、適切な医療情報に翻訳するというような繊細なマネージメントを訪問看護師さんが担ってくださっています。医療とケアの両方を熟知している訪問看護師さんこそ在宅ケアの根幹を支えるスタッフであると言えると思います。そしてそこには家族まるごと支えるというような視点も非常に重要です。

ご家族の健康問題にも相談に乗るなど、できるだけ家族の負担が過剰にならないように医療ケアをシンプル化する、ということがとても重要になります。診療だけではなくて、例えばうちの診療所でも、一緒にバーベキューをする企画をし、夏にはかき氷を食べましょとか、12月にはサンタクロースの格好で往診するというようなこともやらせていただいています。

以上、簡単に在宅の情勢をご紹介しましたがけれども、在宅療養を支えるには医療だけでは片手落ちで、介護ももちろん必要となります。住まい、機能も重要です。そして家族の存在や愛情というものがあって、初めてやっていくことができるのではないかと思います。



さて、先程ご紹介しました、Lynn (リン)の「死の3つの軌道」という図の中で、訪問看護がどの

辺りを重点的に守ってくれるかを考えると、がんの場合は最後のガタガタと崩れる時期に力を発揮してくださると思いますし、内臓疾患や老衰、認知症という方の場合は、下り坂の長い経過の中に、医療面でなく、ケア面、生活面など、様々に全体を支える役割で力を発揮してくださると思います。加えて、患者さんの代弁者として意思決定支援を司るというような役割も非常に重要になってくると思います。

訪問看護ステーションの有する困難

➤カルテの分断

血液データすら閲覧が困難
病院からの診療情報提供書の閲覧が困難
処方内容の確認も容易でない

➤対医師対応に翻弄される

連携医師となかなか連絡がとれない
連携医師の診断や治療方針がわからない
連携医師の人となりがつかみづらい
指示書を書くことが連携だと思っている医師の存在

➤広範なエリアを引き受ける困難

訪問看護ステーションが有する困難というものがございます。例えばカルテの分断です。病棟で働いていらっしゃる看護師さんはわかると思いますが、血液データを見てはいけないと言われると、看護が非常にやりにくいというのは当然のことだと思います。しかし、地域において血液データは主治クリニックのカルテにはありますが、訪問看護ステーションのカルテには無いのが普通です。病院から出された主治医あての診療情報提供書も、普通に見ることはできず、見るためには共有していただかないといけません。例えば、モルヒネの量が変わったような処方の変更があった場合なども、その確認をすぐにはできないということが、カルテの分断です。

また、連携医師となかなか連絡が取れないとか、診断や治療方針がわかりづらいとか、人となりが掴みづらいというような、対医師対応に苦勞されるということもよく耳にします。中には、訪問看護指示書を書くことが連携だと思っているような次元の医師が存在することも事実です。

訪問看護師さんにとっては、広範なエリアから依頼をいただくということも困難でしょう。大多数の依頼が特定のステーションに集中してしまうとか、急ぎの依頼に急遽対処しなければいけない

とか、そのようなことも大きな苦勞の原因となっているかと思います。

その中で、在宅における医師はどんな役割を果たしているのかということをおぼろげに考えて見ますと、この五つの要素に集約できます。

在宅における医師の任務

- ① 診断
- ② 治療方針決定
- ③ 病状説明
- ④ 対外医師対応
- ⑤ 責任性

医師もまた多職種チームの一員である

診断や治療方針決定というのは医師の本来業務であります。治療そのものを実施するのは訪問看護師さんと連携しているかと思いますが、病状説明についても、ケアマネジャーや訪問看護師もなさるでしょうけども、より深刻な話とか、フォーマルな話は医師の口から聞きたいというニーズがあるかと思いますが、在宅療養チームというものを作るのが重要だというような観点に立ちますと、先ほどの医師対応に翻弄されるというケースですが、連携している病院の医師との対応において、ケアマネジャーさんや訪問看護師さんがなかなか話をする機会が得られず困っているというようなこともよくあります。

そのような場合は、在宅医療チームを代表する主治医として病院の医師と対応する、というのが本来的な役割だと思います。最後には、チームとして医療やケアを行っていくにあたって、全体の責任を司るのが医師の役目であり、そのようにアピールすることによってチーム全体が非常に安定して機能します。

このように考えますと、医師もまた多職種チームの一員であって、その全体の中の、このような役割を担う一職種であると理解することが適切です。

訪問看護ステーションとの連携

あおぞら診療所での実践例

- ▶ 24時間対応を行う7つのSTと密に連携
- ▶ 週替わりで合同カンファレンスを開催し、顔をつきあわせて治療ケア方針を話し合う
- ▶ 院内に各ST担当看護師を構え、毎週一度定期連絡を行い情報を共有する
- ▶ 移動中の往診車内から、診療時に生じた重要な変更点は連携STに速やかに報告する
- ▶ 急性増悪や合併症併発中は毎日連絡をとる

あおぞら診療所で行っている訪問看護ステーションとの連携の実際を、簡単に実践例として紹介します。

うちの市内には、人口29万に対しステーションが15ヶ所ほどありますけれども、そのうち24時間対応を行う7つのステーションと特に密に連携しております。それらのステーションとは週替わりで合同カンファレンスを開催しております。患者さんのお名前を一人一人挙げながら顔を付き合わせ、治療・ケア方針について話し合っております。院内には、各訪問看護ステーションの担当看護師というものを構えておまして、毎週一度、ステーションの所長さんと定期連絡を行う形で情報を共有しています。

例えば、モルヒネの量を変更したというような重要な変更点があった場合には、移動中の往診車内から連携ステーションに速やかに報告をしています。

在宅療養支援チーム

- ▶ 訪問看護ステーションと診療所が相互に補完し合い、チームとしてゆるぎない「24時間365日の安心」を提供する
- ▶ 365日対応は診診連携を中心に一人の主治医が一年間のうちたとえば355日主治医として機能する残る10日は副主治医との連携で対応する
- ▶ 24時間対応は看護師との連携を中心に外来診療中に急病を生じた場合、緊急訪問看護を依頼する

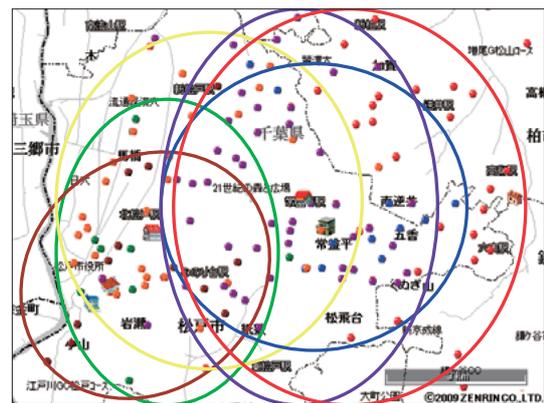
急性増悪時合併症併発中、終末期などの時には毎日連絡を取るというような形で対応しています。在宅療養支援チームで24時間365日対応す

ることになりますが、24時間対応が看護師さんとの連携を中心に行うのが理にかなっています。特に開業の先生が一番困るのは、外来診療中に急病を生じたというような場合の対応で、その場合は非常に苦しいので、緊急訪問看護を依頼するのが非常に理にかなっています。

在宅療養支援チーム

- ▶ 医師は主に診断や治療方針を担当し、ケアや介護との橋渡しは訪問看護師が司る
- ▶ 地域に存在しないナースステーションの機能を補完するために顔を合わせる機会を意図して設ける必要がある
- ▶ 看護師の意見に誠実に耳を傾け、看護師からの緊急コールには丁寧に対応する
- ▶ 地域の訪問看護リソースを充分把握する

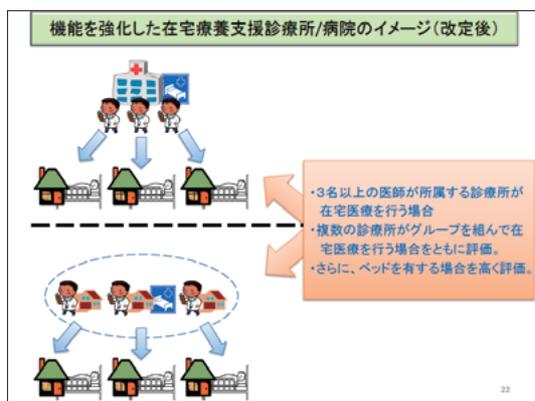
医師は診断や治療方針の決定を担当し、ケアや介護の橋渡しは訪問看護師が司る、地域に存在しないナースステーションの機能を補完するために、できるだけ顔を合わせる機会を意図して設ける、というような役割が重要になります。そして、看護師さんの意見には誠実に耳を傾け、看護師さんからの緊急コールには丁寧に対応するべきだと思います。



地域の訪問看護の支援のエリア調査というものをやったものを、ちょっとだけご紹介します。うちの連携している6つのステーションの、訪問患者さんのエリアマップというのを描いてみたものですが、かなり重複が多いというのは見てとれると思います。そして、この円の端から端まで移動すると1時間弱かかるというような、かなり広

範なエリアをそれぞれのステーションがカバーしているということがわかります。

これを、例えば円をもうちょっと小さくするとか、形が丸でなくてもいいですし、位置がちよつとずつずれているというような形をとることによって、緊急時に早く到達ができるとか、残業が少なくなるとか、訪問件数を増やすことができるというような効果が期待できます。そのためには、看護ステーション同士の創意工夫といえますか、お話し合いができるといいんじゃないかなと思います。



この平成24年の診療報酬改訂で、機能強化型、連携型の在宅医療支援診療所という制度を新設していただきました。一人の診療所の先生が三ヶ所連携して申請し24時間体制を整えますと、より高い診療報酬が算定できる、一割程度ですね、管理料が高くなるということで、非常に高い評価をいただいた点数です。

このような、診療所同士の連携に向けて新設されたという状況から、訪問看護ステーション同士の連携はどうあるべきなのかとか、診療所と訪問看護ステーションの連携はどうあるべきなのかということに関して、戦略を持って検討するということが十分にあり得るのではないのでしょうか。

まとめ: 訪問看護への期待

- ▶ “地域を一つの単位”ととらえ、24時間365日の安心が提供できれば、大病を患っても最期まで自宅で生活することができる
- ▶ チームの一員として医師は医療面を担当する
- ▶ ケア面や家族対応、意思決定支援等の重要な役回りに訪問看護師が力を発揮する
- ▶ ナースステーションや共通のカルテに相当する“顔の見える関係機能”を地域に設けることが鍵

まとめますと、地域をひとつの単位と捉えて24時間365日の足が提供できれば、大病を患っても最後まで自宅で生活することができます。チームの一員として、医師は医療面を担当しますし、ケア面や家族対応意思決定支援などの重要な役割を訪問看護師さんが活躍してくださると思います。それには、ナースステーションや、共通のカルテに相当する、顔の見える関係機能を地域の中で設けていくことが重要です。IT化だけではなかなかその解決できませんので、それに力を付与するためには顔の見える関係がベースにないといけません。

複数の在宅医に恵まれている地域では、訪問看護ステーションが人材に恵まれて、誇りを持って良質な看護を継続的に提供できる傾向がありますし、その逆もまた真だと思います。

まとめ: 訪問看護への期待

- ▶ 高齢多死社会の切り札としての在宅医療推進
- ▶ 訪問看護に従事する看護師がわずか2%という現実を打開する戦略が必要となる
- ▶ 複数の在宅医に恵まれている地域ではSTも人材に恵まれ、誇りを持って良質な看護を継続的に提供できる傾向がある
- ▶ 診療所と訪問看護ステーションが緊密に協働する工夫、しくみを練っていく必要がある

そこで、知恵を絞る必要があります。診療所と訪問看護ステーションが緊密に協働する工夫、仕組みを様々練っていく必要があるということです。高齢多死社会の切り札として、在宅医療の推進が、先ほどの平子先生の話でも強調されているわけですが、現実の訪問看護師さんが、全国130万人のうちわずか2万8千人、2%であるという現状があります。これを何らかの形で増やしていかないと、来るべき高齢他者社会に対応できません。

それでは、最後に、動画を見ていただきます。

(DVDによる動画再生)

このDVDは、先程ご紹介されました、都道府県リーダー研修というものの教材資料として作られたものでして、国立長寿医療センターの方で制

作したものです。在宅医療の同行研修をすることにより、開業医の先生方に在宅医療に参入していただくという狙いで作ったものであります。今日のテーマの大きな柱の一つは、この訪問看護をどのようにうまくやればいいかという創意工夫が大事ということです。もう一本の柱として、どうやって従事者を増やしていくのかということになり、そこであらためて、このような教材製作に携わらせていただきました。これの看護版というのを作っていたらよいのではないかな、と感じた次第です。

以上、ご清聴ありがとうございました。

秋山座長 川越先生、ありがとうございました。

申し遅れましたけれども、シンポジストの一人の予定でした、高階恵美子 参議院議員は、国会の委員会の方で質問をするということでしたので、きょうはお見えになりません。残念ですが。その分ですね、齋藤常任理事に少し時間を多くしまして、高階議員のおっしゃりたいことも含めてプレゼンテーションをしていただきたいと思います。



齋藤 皆様、こんにちは。

日本看護協会で、常任理事をしております、齋藤訓子と申します。

私の担当領域は在宅医療や訪問看護、それから介護の中の看護の機能強化といった仕事をさせていただいているところでございます。

今、川越先生の方から、とにかく訪問看護師なんとかして確保すべき。それから平子室長からは、2025年まで悠長な時間はないという指摘があり、日本看護協会としても訪問看護師の人材確保をどうするかということは最大の課題でございます。

本日は、日本看護協会が訪問看護を推進していく、それはすなわちこれから在宅で療養する方々

を暮らしの中でどう支援していくのか、直結する課題ですので、私共の取り組み等ご紹介させていただくとともに、本日、私どもへの活動への提案をいただけたら、また持ち帰って内部で検討させていただきたいと思っている次第でございます。

| 項目 | 目標 | 数値目標 | 達成率 | 備考 |
|----------------|-------------------|-------------------|----------------|----------------|
| 高齢者に対するサービス | 訪問看護サービス | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| | 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 |
| 訪問看護サービス利用者の増加 | 42万2千人 (平成24年) | 42.2% | 訪問看護サービス利用者の増加 | |

出典：内閣府 高齢社会対策大綱（平成24年9月7日）

訪問看護の、これからの需要は、社会保障・税一体改革や、それから高齢者のこれからの対策を考える大綱が先日閣議決定をされて出されております。今現在、保健師、助産師、看護師、それから准看護師、これらの何らかの免許を持って働いている人たちは、今、147万人と言われておりますけれども、社会保障・税一体改革ではそれを205万人体制にするという推計が出されております。訪問看護の利用者は、今現在、この社会保障・税一体改革のところで29万人分ということでしたが、それを49万人分まで、高齢社会対策大綱の中では51万人分ということが見込まれております。

では、この51万人分を支える訪問看護の従事者数というのが、一体どのくらいになるのか、ということを考えてみますと、昨今の、一番新しいデータで、訪問看護事業協会というところが調べたものでございますが、届出自体は6千500、しかし、稼働は6千200～300のところでございます。

利用者は約30万人。30万人を一体どれだけで支えているかということ、先程来、川越先生が「ちょっと足りない」と言っておりますけれども、今、訪問看護就業者数約3万人で支えています。ですので、単純に計算しても2025年まで51万人が見込まれていますから、今の割合で行くと、あと5万人が必要になる計算が単純に成り立ちます。