



東京・石神井訪問看護  
ステーション  
主任介護支援専門員、  
社会福祉士

小島 操さん

東京・白十字訪問看護  
ステーション 訪問看護師

秋山正子さん

京都・京都大学医学部附属  
病院地域ネットワーク医療部  
退院調整看護師

宇都宮宏子さん

千葉・あおぞら診療所院長、  
医師

川越正平さん



特集

がん患者さんの  
退院支援・外来治療支援

（座談会）

「帰って来られる  
地域」とは？

病院／在宅の枠を超え、  
がん患者さんを支えたい

2012年度医療報酬・介護報酬同時改定で、スムーズな退院と、がん患者さんの安楽な在宅療養をめざしたテコ入れがなされたのは、訪問看護だけではありません。病棟／外来、入院／在宅、医療／介護の別を問わず、多職種が丸となって、地域に生きるがん患者さんを支えようとする方向が打ち出されました。では、いかに連携・協働し、どんな地域をつくっていくべきなのか？がん患者さんの在宅移行と在宅療養支援におけるこれまでの課題を振り返るとともに、今後の展望を多職種で語り合っていました。

撮影◎安部俊太郎 構成◎編集室

宇都宮 地域に暮らすがん患者さんが増え、時代の流れとしてもますます在宅移行が進む情勢となつていきます。その患者像は、終末期の方から外来がん化学療法などの治療中の方までさまざまです。いずれにしても「緩和ケア」と「生活支援」が不可欠ですし、その先にある「看取り」までを見据えた関わりが必要になってきます。それをするには、多職種が一丸となって、地域全体の医療

と病院とがいかにつながっていくかが重要です。しかし、それができる状況が各地域にあるかと言えば、心もとないのが現状です。「病院との連携がうまくいかない」という訪問看護師の嘆きを、私もよく耳にします。「退院」ひとつとってもスムーズにいかないことが多々あるなかで、どうすればその溝を乗り越え、地域が一体となって、がん患者さんを支えていけるのか？ 今日、組織



## 川越正平 かわごえしょうへい

1966年、鹿児島県生まれ。1991年に東京医科歯科大学医学部卒業後、虎の門病院レジデント・血液科医員を経て、1999年4月に大学の同窓である和田忠志医師（現・あおぞら診療所高知潮江院長）・前田浩利医師（現・子ども在宅クリニックあおぞら診療所墨田院長）と「あおぞら診療所」を共同開設。2011年には、厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」を受託し、地域の多職種協働をめざしたさまざまな取り組みを行なっている。東京大学高齢社会総合研究機構が千葉県柏市にて展開する高齢社会対応型のまちづくり「柏プロジェクト」にも関わり、開業医向けの在宅医療導入研修プログラムづくりを担当する。編著書に『君はどんな医師になりたいのか 「主治医」を目指して』（医学書院）、『在宅緩和ケアガイドブック』（青海社）ほか多数。開業医ながら、教育や学会、研究、その他の対外活動、政策立案など、不思議な役回り承っています。結果として趣味ももてないような日々ですが、家庭では中学生の息子・娘に“鍛えられる日々”。

や職能の枠を越えた試みにも地域で取り組まれているみなさんに、がん患者さんの在宅療養支援のこれからについて、夢をもって語っていただきたいと思っています。

## 「治療」と「生活」の「はざま」にあるがん患者

川越 「あおぞら診療所」を1999年に開設して13年になります。現在、千葉県松戸市に2つ、東京・墨田区に1つ、2009年に高知市にも新設して、計4つの診療所を拠点に地域医療に取り組んでいます。私は松戸市で、あらゆる疾病や障害を対象とする在宅医療を行なっています。

もともと医学教育にこだわりのある仲間3人で立ち上げた診療所です。複数医師の体制で、診療所を「医学教育」の拠点にと出発しました。地域で医師を育てればこそ、最期まで24時間365日を支えられる医師を育てることができる。一番しんどい部分を担うことで、より医師として鍛えられるだろうと、がん患者さんを中心とする緩和ケアから看取りにはとくに力を入れてきました。

また、2011年度の厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」（以下、モデル事業）を受託し、診療所をあげて、地域における多職種連携への取り組みを行なっています。東京大学高齢社会総合研究機構が主導して千葉県柏市で展開する、高齢者対応型のまちづくり「柏プロジェクト」にも携わって

います。

秋山 東京都新宿区を中心に、訪問看護・居宅介護支援・訪問介護の3つの事業を行なう白十字訪問看護ステーションの統括をしています。現在は株式会社ケアーズとして自営していますが、当初は医療法人立のステーションとして、とくにがんの方を中心に訪問看護を始めた経緯から、今もがんの方を多く引き受けています。

昨年7月からは、あおぞら診療所と同じ厚生省のモデル事業で、新宿区牛込地区を中心に在宅医療連携拠点事業を始めました。なかでも高齢化率の高い戸山地区のマンモス団地内に「暮らしの保健室」を開設して、医療に関係する不安を抱く方々の相談窓口として、また医療連携を問い直し新たな提案をしていく拠点として運営しています。

ここでは無料の個別相談を受けており、月平均40名の相談者のうち、約2割はがんの方です。たとえば、現在病院にかかっているセカンドオピニオンも受けたが判断に悩むという方や、自宅に帰ってきたが1人暮らしだとか、病院に勧められた治療を受けるのは嫌だけれどどうしたらいいかわからないという方など、とにかく何らかの「はざま」にあって悩んでいる人たちです。最近では、治療を希望していないのに、難聴で説明内容のわからないうちに放射線の治療台の上に乗せられていた、という80歳代後半のがん患者さんがおみえになりました（詳細は[ココ](#)）。介護保険を使ったらいいのか、医療保険なのかという相談もあります。

私たちには即座に「それは介護保険でしょう」とわかることでも、受け手側にはわからないということがある。そういう相談に素直に応じ、よく聞くというスタイルの支援を始めて半年が経ちました。

**小島** 介護保険が始まると同時にケアマネジャー（以下、ケアマネ）になり、以来12年間、東京都練馬区の居宅介護支援事業所で相談員とケアマネ業務をしています。母体の医療法人は訪問診療を行なっており、訪問看護ステーションを併設しています。病院の相談室からの相談も直接受けられる仕組みがあります。地域包括支援センターから相談を受けることも少なくありません。医療サービズに関わる事業所なので、がんの終末期の方からの依頼も多く受けています。

「相談だけでもいいですか？」と地域の方が直接訪ねて来られることもあります。介護保険が始まって10年以上経ちましたが、「ケアマネって何？ どうやって探せばいいの？」という方が、地域にはまだ少なからずおられるのです。「役所で聞いてみたけど、よくわからなかった」という方も来られます。まだまだそういうレベルであるのが現実です。

**宇都宮** 2002年から、京都大学医学部附属病院の「地域ネットワーク医療部」で、退院調整看護師をしています。看護師になって10年くらいは病院で働いていましたが、その後、病院からの訪問看護を経て、京都で自らステーションを開き、

外来のがん患者さんと話して  
痛感するのは、「患者じゃないよね。  
生活者だよね」ということ（宇都宮）

介護保険が始まったときは在宅看護の最前線にいました。

当時、私のステーションが属していた法人は、ソーシャルワーカー（以下、SW）が各病棟にいる急性期病院だったので、「在宅へ戻る」という意識は低く、同法人の回復期や療養型に転棟したり、他の病院へ転院することが中心でした。在宅医療の経験とネットワークを活かして、家に帰る退院支援をするために、急性期病院に戻ることにしました。京大病院では、介護保険制度施行時にできた「地域ネットワーク医療部」が機能していない状況にあり、退院調整看護師として、病院側からできる在宅療養支援を9年間行なってきました。

最初は、入院中のがん患者さんで「帰りたい」と意思表示する人、家族も「もう治らへんのやつたら、連れて帰りたい」という人を中心に、なんとか訪問看護や在宅医を手配して、自宅に帰していました。すると、最期までその人らしい時間を送ることができたことを家族が感謝して報告しにきてくれたり、そのうち「在宅ですごい」「家でも、最期を迎えることができるんだ」と病棟の医療者の意識も変わってきています。

最近では、「外来」で化学療法などの治療中の患者

さんにも、支援の対象を拡げています。外来のがん患者さんと話をしていて痛感するのは、「患者じゃないよね。生活者だよね」ということです。彼らはみんな、「今の生活を大切にしたい」という思いをもっている。それを叶えるべく、訪問看護などの地域が多職種へとつなぐ試みをしています。

## 「地域」の現状と未来への布石

**宇都宮** 退院調整看護師として全国へ講演に行ったりアドバイスを行なうなかで、病院が家に帰せない実態がある一方で、在宅医がいない、24時間対応の訪問看護ステーションがない、などの現実もまた見えてきています。いろいろな地域の事情があるなかで、病院内の改革と同時に、地域の在宅医療体制を整えることを「表裏一体」で進める必要を痛感しているところです。また、住民の意識も地域によって違ってきます。たとえば都会と地方都市ではぜんぜん違うところがある。地域性も考えながら、住民を巻き込んだネットワーク構築が必要であると感じています。そこで、この4月からは、京大病院を離れて独立し、より自由に動ける地域医療アドバイザーのような立場で、地域づくりに貢献していきたいと考えているとこ



秋山正子 あきやまさこ

1950年、秋田県生まれ。1973年に聖路加看護大学卒業後、産婦人科助産師・看護学校教員を経て、1992年から訪問看護師に。2001年、有限会社ケアーズ・白十字訪問看護ステーションを設立して代表取締役任に。2010年には、NHK総合テレビジョン「プロフェッショナル 仕事の流儀」に登場し、「訪問看護師」の存在と役割を広く認知させた。2011年に、厚生労働省「在宅医療連携拠点事業」を受託し、新宿区牛込の都営戸山ハイツに「暮らしの保健室」を開設。高齢化が進む地域の住民の医療・介護の相談窓口として、また地域の多職種連携の拠点とする。著書に『在宅ケアの不思議な力』『在宅ケアのつながる力』（いずれも医学書院）、『家で死ぬこと、考えたことがありますか？』（保健同人社）。本誌でも連載中。趣味はコーラスだが、現在は鑑賞側にあたる。英国のマギーズ・キャンサー・ケアリング・センターを日本でも具現化するのが夢。休日は、露天風呂で空を見上げるのが楽しみ。

が3年計画で、当時の東京都老人総合研究所（以下、都老研。現・健康長寿医療センター研究所）に置いていた、地域包括の「センター・オブ・センター」の中心人物でもあった方です。

**小島** 都の委託を受けた都老研から依頼を受けて、私は「ケアマネ支援」を担当しました。予防プランや困難事例のバックアップなどを、地域包括支援センターの主任ケアマネに研修する役割でした。

**川越** 私のところでも、モデル事業の一環として「ケアマネ支援」を行なっています。従来の研修は座学が主で、ほとんど現場実践がありません。そこで、「がん」「神経難病」「医療管理・医療処置」「認知症BPSD」をサブカテゴリーとする医療特化型のケアマネ向け研修プログラムを構築して、それに則った実地研修の場を提供しています。具体的には、4つのカテゴリーから1つのテーマを選択し、受講者は主任ケアマネとペアになって、お互いが担当する利用者について一緒にモニタリングしたり、サービスマネージャーに事業所の枠を越えて参加するのです。訪問診療や訪問看護に同行するなどのオプションもあり、第1回を終えたところですが好評をいただいています。

**小島** 実際に現場を見られるのは、とてもいい経験になります。やっぱり現場を見ておかないと、「チューブが入っている人のベッドサイドはこんなに混乱するんだ」とか、「酸素って、あの冷蔵庫みたいな箱も必要で、その場所も確保しなくちゃ」などはわからないですから。

ろです。

**秋山** 新宿区周辺には大きな病院が多数ありますので、やはりそこどう連携するのか、在宅側の私たちが退院支援にどう関わっていくのか、ということが問題になっていきます。加えて、最近はずいぶん通院の期間が非常に長くなっていますよね。その最後も最後、いよいよ治療の効果がなくなつたという時点で、急に「在宅へ」と言われることも増えていきます。こういう状況では、本当にあとの時間がない。

**小島** 当事業所でも、「最期だけでもいいから、家に帰りたい」という利用者さんを「他に引き受けられるケアマネがないから」と依頼され、短時間で終わるケアプランをたてる必要があります。**宇都宮** 居宅介護支援事業所としては、予後の短い終末期の方ではできるだけ受けたくない、という

感覚のほうが一般的なのですか？

**小島** 短期決戦は、力が要ります。医療サービスとの、かなり密な連携も必要です。

**秋山** 受けないんじゃないかと、受けられないんですよ。最後の1か月の患者さんの急激な変化についていけない。

**小島** 患者さんだけでなく、家族の変化についていくのも難しいのだと思います。

**秋山** 正直、あまり短期のケアプランでは採算がとれないのではありませんか？ 福祉用具なんかは1か月で引き上げたら、ぜんぜんコストが合わないでしょう。

**小島** おっしゃるとおりですが、必要なことですから……。

**秋山** 小島さんは、2006年の介護保険制度改正で「地域包括支援センター」ができたとき、都

**秋山** がんの方はギリギリまでADLは自立して

いることも多いので、その姿をみて「まだ大丈夫」とケアマネさんが誤解してしまうことがあるのも問題です。でも実際は、症状コントロールをしてなんとか生活している状態で、精神的にもつらい。

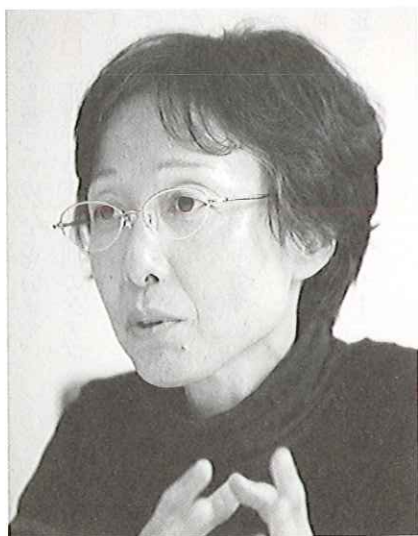
ケアマネさんがそのあたりをわかって、生活支援はもちろんですが、患者さんや家族の話を聞いてくれると、とても助かります。そうやって一緒に考えてくれる人がいたら、どんなに力になるか。訪問看護の時間は非常に限られていますし、きっと医療者には言いにくいこともあるに違いありません。一方、その過程でケアマネさん自身が落ち込んでしまうこともありますので、そのフォローも必要です。ここにチームを組んでいる意味があるのだと思います。

**川越** 「柏プロジェクト」で私が関わっているのは、開業医に在宅医療に取り組んでもらうための動機づけ研修です。その特徴の1つは、やはり実際に訪問診療に同行する「在宅実地研修」が盛り込まれていることと、もう1つ、医師だけでなく、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネ、病院のSWなどの多職種が一緒に受講するスタイルであることなんです。研修を通してチームが育まれ、柏の地域全体の雰囲気が変わりつつあることを感じています。

**宇都宮** がんの緩和ケアでは、たとえば疼痛緩和の薬物療法や栄養療法も重要です。すると、薬剤師さんや栄養士さんの力も必要になる。これまで

### 小島操 こじまみさお

1956年生まれ。1989年から東京都飯田橋の旧・東京都社会福祉総合センターの相談員として15年間勤務。福祉機器展示ホール、高齢者総合相談、障害者の相談に携わる。2000年の介護保険制度施行と同時に介護支援専門員となり、現職。2006年の介護保険制度改正時に当時の東京都老人総合研究所（現・健康長寿医療センター研究所）が行なった都からの委託事業「介護予防区市町村サポートセンター」では、地域包括支援センターの“センター・オブ・センター”として、予防プランや困難事例などの「ケアマネ支援」を担当。その後、区内の地域包括支援センターとケアマネジャーのネットワーク化などにも取り組む。現在は東京都介護支援専門員研究協議会副理事長でもあるが、長い会議は嫌い。とにかく「現場」が好き。次に好きなのは「台所」。趣味は「読書」と「料理」。日下の関心事は「塩こうじ」である。



地域ではあまり活躍してこなかった職種を含めての共同研修などが、新たなチームを育む糸口にもなるということですね。

**川越** ちなみに、この動機づけ研修を受講して2か月で、それまで在宅経験がゼロだったある開業医が在宅看取りをしたという話には、目に見える

効果のはやさに驚きました！

### 「病院側」の課題に 地域の側ができること

**宇都宮** 今回の同時改定でも病院における退院調整には重点が置かれそうです。病院は、今後ますます在宅移行を励行する方向にあると思います。病院ともチームを組み、これをよりスムーズにするために、地域の側からできる病院側へのアプローチには、どんな方法があるでしょうか。

**川越** 私が病院側にとくにお願したいのは、必要十分な「情報提供」です。そこで、必要な情報を明示した「情報提供シート」を、こちらからお渡ししています。うちの看護師がつくったものなんです。また、これらの情報をとりまとめて整理したり、さらに必要な情報を集めたりしているのはSWです。

**宇都宮** SWは非採算部門なので置かないというところも少なくありませんが、「つなぎ」の役割をする人は非常に重要です。ね。

**川越** 全体を円滑に回すためには、不可欠な存在です。たとえば事務部門のように、どんな組織にも非収益部門はありますが、そのおかげでうまく組織が回れば、全体としてはプラスになるわけです。ですから、そこだけの採算をとりたてて言うのはおかしい話です。

**宇都宮** 最初の依頼は、病院からが多いですか？

**川越** 病院はもちろん、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなど紹介元はさまざまですが、いずれにせよ入院中なら病院との情報交換が必要になります。

ただし、正式の依頼は、必ず本人・家族からいただくようにしています。原則として、ご家族との事前相談も行なうようにしています。

**小島** 病院との間だけでやりとりしている限りでは、本人・家族の思いがまったくわからないんですよ。本当に帰りたいと思っているのか……。家族も同じ思いなのか……。

**宇都宮** それとも、病院が帰りたいと思っているのか（笑）。

**小島** それに、本当に家に帰るという覚悟はできているのか。そのあたりをよく確認しないままに進めてしまうと失敗します。在宅介護をまったくイメージできていないと、こんなはずではなかった、と家族もやさしさを失ってしまうのです。在宅のマイナス面を含めて、具体的な生活をイメージできるように伝えておくことが大切だと思います。

**宇都宮** 本人・家族の意思、また、自宅での生活をどんなふうにイメージしているか。それがなかでも重要な情報だということですよ。

だから私は、病棟の主治医や看護師に、必ず「患

者さんにとって、退院の意味はどこにあるのか？」と訊くようにしているんです。すると、「もう医療的にやるべきがないからです」って。それは医療者にとつての意味ですよ。そういう認識のまま、「もう病院でできることはありません。ホスピス」と「自宅」のどちらがいいですか？」と選択を迫る。すると、患者さんも家族もまだまだ「ホスピス」のイメージがありますし、待機期間もあるため、「在宅」を選択する患者さんが多いのですが、病態を予測して在宅医療を入れずに帰ると、症状の変化についていけず、悲惨な在宅になってしまうという状況です。

**秋山** 病院の医療者こそ、在宅療養のイメージをもてないでいますからね。どうも、ホスピスだけでなく、「在宅」諦めること「死」というイメージももっているようなのです。もちろん最終的には亡くなるわけですが、それまでにはご家族との生活がある。そのイメージがないから、「これから先、このような経過をたどって、こう困る可能性があるから、このような手助けが要る」というような話ができないのでしょうか。病気をどう捉えていて、これから先をどうイメージしているかを、不安を含めてよく聴くことが、看護の始まりだと思うのですが。

**宇都宮** 7対1看護になって病院の看護師の人数

は増えたはずなのに、患者さんのそばにいる時間は増えていない、という現実があります。点で関わっている看護師が、患者さんのケアをチームで共有することができていない病院が多いのです。

よく講演先で「定期的に病棟カンファレンスをやっている病院は？」と訊くと、1割も手を挙げないんですよ。回復期リハビリ病棟の人は自信をもって手を挙げるのに、急性期では「忙しいときは、流れるんです」って。カンファレンスの内容も「インシデントレポートについて」とか「誤薬した人をどうするか」などの業務上の話し合いで、患者さんをトータルに見て、それを看護師同士で伝え合うような機会自体がない。これが、急性期看護の現状なのだと思います。

**秋山** 病棟看護は、「クリニカルパス」でスルッと流してしまえるようになっていきますね。パスは単なるガイドですから、状況に応じて道順を少し変えたり、つねに判断する必要があるのですが、病院の中ではルールの遵守のほうが強調されていて、なかなかそれができない状況になっているようです。

**宇都宮** 看護師がアセスメントをしたり、患者さんに説明する場面も、すごく少なくなつたように思います。

**秋山** でも在宅では、それをしないと前に進めませんから、こちらから「地域に帰る前に、こういう情報をとってほしい」よくわからないよう

（病院より）むしろ在宅のほうが、  
「できること」の幅が広いのかもしれない（秋山）

たら、直接ご本人・家族に聞いてみてもいいでしょうか」という提案をしていけたらと思います。

**宇都宮** 退院支援は、病院側に「生活」の視点を取り戻してもらおう絶好の機会になるだろうと思うのです。訪問看護師から、病気をどう受け止め、どう向き合っているか、生活支援に必要な情報を1つひとつ具体的に訊かれる場面で、「管理のため」のケアではなく「自立をめざす看護」「病状の受容支援」が、看護師にできる退院への看護介入なんだと気づいていくのです。

あおぞら診療所の「情報提供シート」には、教育的な効果もありそうですね。これを使うことで、病院が変わってきたのでは？

**川越** よく連携している病院とは、問題なくやりとりできるようになってきました。情報提供シートに記入してもらわなかつたり、きちんと予後の説明がなされていなかったり、重要な情報が患者さんに伝わっていないかった、ということが明るみに出ることもあります。

**宇都宮** こちらから訊くことで、予後や急変時にどこまで医療をするかということなど、肝心なことを話し合う機会にもなるということですね。

## 在宅・地域で「できること」を伝えたい

**小島** ケアマネとしても、必要な情報を、具体的にうまく引き出す力をつける必要を感じています。

## 訪問看護師さんに、医療と介護の「接着剤」になっていただけるとすごく力強い（小島）

ただ、病院からダイレクトに情報を得ることの限界も感じているんです。聞きたいことはたくさんありますが、大変な忙しさにある病院の先生や看護師さんにそれを訊くのは、そもそも無理があるという気がします。

なかでも「医療についての情報」は、できればサービスに入るであろう訪問看護の担当者を同行して、医療者同士ダイレクトに話し合ってもらったほうが密にわかるだろうと思うのです。もちろんケアマネにも医療の知識は必要ですが、それは限界もありますし、私たちが最も必要とするのは「生活」を支えるための情報だからです。その人がどう生活したいと思っているのか？ そのために必要な介護サービスを考えるヒントになる情報こそ知りたい。

たとえば、自宅に帰って来られると、ほとんどの方が「お風呂に入りたい」とおっしゃいます。でも自宅のお風呂は、病院とはまったく違う環境にありますから、どういうかたちなら入浴可能なのか？ それに対して血圧や発熱などの医療的な事項は注意されても、それ以上のことは……。1人介助で可能なのか、訪問入浴サービスを使ったらどうか安全なのか、もう一歩踏み込んだ情報が欲しいのです。

**秋山** むしろ在宅のほうが、「できること」の幅が

広いかもしれません。病院では、治療と安全を優先しますから、そもそも「入浴はできない」ということも多い。器械浴の可能性があっても「器械がある脳外科と整形外科以外では入れない」と、病院内のルールが優先されてしまいます。でも在宅なら、訪問入浴もありますし、自宅のお風呂でも2人介助で可能な場合は訪問看護と介護が同時に入るプランにしたり、いくらでもやりようがあるわけです。

**宇都宮** 本来お風呂に入れるはずの人のために、病院の環境やルールのなかで「入れない」と思い込み、患者さん・家族にも「入浴できない病態である」と刷り込んでしまっている。しかしそれは、生活しようのない病院環境の中でみている患者像・価値観にすぎません。だから「できない」と決めつけないで、ということをやっていかないとけないのかなと思います。そのためには、「こういう状態の方が在宅で入浴するには、こういうサービスを組み合わせることで可能です」ということを具体的に提示していく必要もありそうですね。

**川越** 情報をもたらさばかりではなく、在宅移行後の患者さんの状況を病院側に伝える、「逆の情報提供」も重要ですよ。最近視察させてもらった福井のオレンジホームケアクリニックでは、写真入りのビジュアルな報告書で、その後の生活ぶり

を病院宛にお知らせするのを定例化しています。担当だった看護師さんらを名指した患者さん・家族からのうれしいメッセージがあったり、病院側の医療者が興味をもって読める内容になっていました。これを参考に、もう少し医療的な情報を加えて、当診療所でも公式に試みたいと考えているところです。医療的な処置にしても、在宅でうまくいつているか、どんなトラブルが起こっているかを伝えて、次の判断時の参考にしてもらいたいと思います。

**宇都宮** 病院でやっていた医療処置を、在宅ではこういうシンプルな方法にしたけれど、落ち着いてQOLも維持できているよということや、高カロリーだった栄養量を絞った結果なども伝えたいですね。病院側は、その結果が見えなければ、患者さんに「大丈夫！」とは言えませんから。

**在宅・地域**で「できる！」「大丈夫！」ということも、もっと伝えていきたいですね。そのためには「こういう状態の方には、在宅医/訪問看護を入れてください」という、導入についての一定の基準も、病院の医療者だけでなく、ケアマネの判断指針としてもあるといいなと思います。

**川越** それは、ぜひあったほうがいいですね。「こういう場合は入れたほうがいい」というのは、ある程度データを出せるんじゃないですか。

**宇都宮** 今、京都府看護協会と協力して、「在宅移行支援ガイド」をつくっているところです。「がん」や「医療依存度」の高い人などの在宅移行の

流れと、最低限そのつどやっておくべきこと、視野に入れるべきサービスを具体的に示し、在宅移行における一定の質を保っていきたいと考えています。それによって、在宅・地域で「できること」の幅を示すこともできればと思っています。

**小島** 介護保険が始まった当初、ケアマネと訪問



### 宇都宮宏子 うつのみやひろこ

1959年、福井県生まれ。京都大学医療技術短期大学(現・京都大学医学部保健学科)卒業後、大阪・函館の急性期病院に勤務のあと、12年間、高松・京都で訪問看護に従事する。2002年7月より現職となり、在宅ケアの経験を活かして「退院調整」に取り組む。がん患者さんの方を地域で支える試みも。本年4月からは「在宅移行支援研究所(仮)」として起業し、医療機関の退院支援システム構築や、地域の在宅移行业のアドバイザーとして活動する。編著書に、「これからの退院支援・退院調整——ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域」(日本看護協会出版会)、「看護ワンテマBOOK」退院支援実践ナビ(医学書院)ほか。

好きなお香をたいて、好きな音楽を聴く時間が、一番ほっこります。

看護師はお互いに何をする人かさえよくわかっています。相手の「できること」は何なのか、知らなかったのです。でも、日々の事例を積み重ねるなかで、どういうときに訪問看護を頼めばいいのかがわかってきた。とくにがんや医療依存度が高いケース、また最近増えている認知症や精神疾患を合併するケースでの訪問看護の役割は大きい。訪問看護と組み合わせればこそ、介護サービスが活きてくる状況も多くあります。そういうことがやとわかってきて、最近はいかに相談したり提案したり、よい関係が築けるようになってきたと実感しているところです。訪問看護師さんに、医療と介護の「接着剤」になっていただけるとすごく力強い。

**宇都宮** 経験値を体系化・可視化することで、急性期の看護師が何をやるのかをわかりやすくすること、やはり個性のある看護でもあるので、地域の状況も踏まえて、事例を通じてネットワークをつくり、地域でのルールをつくっていくことも大事な取り組みですね。

**秋山** 地域づくりとして、もちろん医療者側の変革は重要だけれど、受け手である住民側の意識改革というの、すごく大きいと思うんですね。今は、やっぱり病院志向なんですよね。そこへの働きかけの1つとして、「訪問看護にできること」がまだまだ住民に伝わっていない。自信をもって、もっと情報を発信していかなければいけないと思います。



## 必要な医療をきちんと行ない、 適切でない医療は行なわない (川越)

「必要な医療」と「必要のない医療」  
自分に「できること」と  
「できないこと」

**秋山** 長期入院が横行するなかで、「病院で暮らす」のに近いようなことが、ある意味で普通になってしまいました。だとすれば、病院の医療者が自宅での生活をイメージできないのは無理からぬことかもしれません。ないものねだりをしてもしようがないですから、病院とは「そういうところ」と割り切って、在宅重視の方向へと舵が切られた今、あきらめず地道に、在宅の価値観を伝えて、在宅での生活の可能性をめざしていきたいと思っています。

**小島** 生活はあくまで自宅であって、病院は具合が悪くなったときだけ行つて、回復したらすぐ帰って来たらいいと、私は思うのです。そもそも病院は「そういうところ」じゃないかと……。  
**川越** 病院や施設は、いわば「避難所」だと喩えた患者支援団体の方がありましたよね。それには、病院の環境は避難所のように劣悪だという皮肉もあります。もうひとつ、病院は一時的に「病気を治す場」「医療を行なうだけの場」であって、それが終わったらすぐ「生活の場」に帰してほしい、という役割分担の意味も込められていると思うのです。病院は、あくまで「医療係」だという考え方です。

**宇都宮** 最近ある医師から、80歳代後半で認知症のある在宅患者さんに透析を導入するので、自宅には帰れないから転院先を探してほしいと依頼がありました。私は、透析治療をすることで患者さんの生活がどう変わるか、医療を受けながらの生活のイメージを説明しましたが、と問いましたが、「生命維持のために、やるのが当たり前」という姿勢があり、議論になりました。認知症がある方への医療提供については、患者・家族との話し合いが重要です。

最近では、がんと認知症を合併している方も増えていますよね。

**川越** 統計的に見て、がんで亡くなる方の半分以上が75歳以上ですから、認知症合併率は相当高くなつていくでしょう。

**宇都宮** 軽度の認知症の方にがん治療をするなかで、入院や治療などの環境的侵襲によって認知症が悪化して、治療も緩和ケアすら受け付けない状態になってしまったというケースもあります。治療ができないので病院には入れられないし、医療依存度が高いから施設も受け入れてくれない。そうすると在宅しか行き場がないのですが、変わってしまった患者さんの状態を見て、家族も「無理です」という話になる……。高齢の方には、総合的な評価をきちんとしたうえで、「治療をする／し

ない」ということも考えていかなければならないのかもしれません。

**川越** ここに衝撃的なデータがあります。一昨年『New England Journal of Medicine』に掲載された「進行肺がん患者に対する早期緩和ケア」という論文です。診断後早期から月に1回以上「緩和ケアチーム」が関わったところ、不安や抑うつが減少するのみならず「生存期間が延長した」という結果が示され、驚きをもって迎えられました。早期緩和ケア群の特徴をさらに調べると、「入院や救急受診の頻度が少なかった」「亡くなる前の60日間で静注化学療法を受けていた割合が有意に低かった」「最後の化学療法から亡くなるまでの期間が有意に長かった」ことが判明しました。多くの看護師が感じる「いつまで化学療法を続けるんだろう、もうやめたほうがいいのでは？」という直感を裏づけ、真に患者中心の医療ケアをもたらす重要なデータと言えます。「必要な医療をきちんと行ない、適切でない医療は行なわない」ということを、看護師を含むチームで検討する必然があるのです。

**秋山** 今回の診療報酬改定で「外来緩和ケア加算」が新設される動きもあるようですが、治療を行なう医師には、治療と並行して行なう緩和ケアの意識を改めてもっていただけるとありがたいですね。

**川越** 治療と緩和ケアとは、自転車の前輪と後輪のようなものだと考えています。大切なのは、そのハンドル機能です。進みたい方向を見据えて、バランスよく2つの車輪を回させてこそ、前に進むことができる。治療の車輪ばかり回転させては、あらゆる方向へと進んでしまいます。治療を行なう「医療係」のカウンターパートとして機能する「生活支援係」が必要です。

**宇都宮** 生活支援係こそ、本来の看護の役割です。ところが、安全に医療を提供するのに精一杯で、肝心なところに手が回らなくなってしまっている……。彼らは決して手を抜いているわけではないんですよ。そういうところに追いつかれていく現実に対して、本来の看護を復活させていきたい 생각이強くあります。

**川越** 役割分担について言えば、「地域連携トライアングル」という研究にも着手しています。がん治療と緩和ケアと生活支援と、病院にもそれぞれ得意な領域がありますから、「がん治療を行なう病院」だけではなく、「緩和医療科」「地域の病院」「地域の診療所」の3か所で連携体制を整え、患者さんの悩みに応じて、一番得意なところが相談にのろうという仕組みです。このホスピタル・トライアングルに基づく「地域がん療養コーディネーター」として研究に携わる看護師を

募集しています。関心をもたれた方は、ぜひご連絡ください。

**宇都宮** 外来がん化学療法中に、緩和ケアだったり栄養指導だったり、病院内外の必要などところにつないでいく機能が、外来にも必要だと思います。

**秋山** 私はそれを、英国のがん相談支援センター「マギーズ・キャンサー・ケアリング・センター」(以下、マギーズ・センター)に倣うかたちで地域で展開していきたいと考えています。病院のすぐそばだけでなく、地域の中にセンターを置くことで、生活者としての患者さんの力を引き出していくようなことができればと思っています。

マギーズ・センターでの支援の方法の1つに、日記のように、自分の生活のことや思いを書き込めるノートがあるんです。「今日は〇〇を食べたら少し飲み込みにくかった。明日は何を食べたらいいのかな」というようなことを気軽に書き込めるようになっていきます。そのノートを患者さんと共有することで、彼らが今困っている生活上のことがわかり、「だったら、こんな食事の工夫をしよう」と生活支援もできるのです。

**宇都宮** 外来化学療法室でも「自己管理ノート」などを渡したりはしているのですが、それは、あくまで「治療のための管理」に、患者さんに主体的に関わってもらおうというものにすぎません。

**秋山** 最近では、外来化学療法中の方への訪問看護の依頼も増えてきました。抗がん剤の副作用による食事の問題や便秘、鎮痛剤を使っている場合はその服薬指導など、支援の内容はさまざまです。外来で化学療法を受ける合間に訪問して、身体の状態を見させてもらったり、生活上の困りごとのケアをしていきます。

これも役割分担ですね。外来化学療法室ではどうしても治療のための看護が主体になってしまふのなら、生活支援は訪問看護につないでくださればいいと思うのです。

**宇都宮** がん治療の外来化と在宅移行の流れを間違わずにスムーズにする取り組みですが、入院病棟中心の看護体制からどう外来に比重を置くのか、看護管理者の姿勢によって大きく差が出ると思います。

病棟でも外来でも、在宅でも地域でも、「この患者さんにとって、何が必要か」という視点をそれぞれがもって、患者さんに必要なリソースにつなぐことで、「安心して帰って来られる地域」をつくりあげていくことができるのではないかと思います。1人で考えていると出口が見えないことでも、地域が多職種が頭を寄せ合って考えれば、きっと解決策が見えてきますから！

(1月25日収録)