

## ヘルスリサーチを語る

## 第6回

## 新しい潮流 - 在宅ホスピスケア



川越 博美 (かわごえ ひろみ)

聖路加看護大学 看護実践開発研究センター教授

開原 成允

当財団助成選考委員長、理事

(財)医療情報システム開発センター 理事長

1992年に創設された訪問看護制度により、医療のフィールドは制度的に「施設」から「在宅」にも広がりました。それは医療経済性の追求や患者意識の変化などを背景とした、現在の医療のパラダイム・シフトの一面と位置付けられるものでしょう。従って、この在宅医療の現状と将来像を探ることにより、これからの医療の進む方向の一つが見えるかも知れません。

第6回目のお相手は、在宅におけるホスピスケアを理念として長く訪問看護ステーションを実践されるとともに、この3月まで聖路加看護大学で在宅看護を教えられ、現在同大学 看護実践開発研究センターで研究が続けられている 川越 博美先生にお願いいたしました。

開原 成允

(以下、敬称略)

開原：以前、この財団の元理事で前の京都大学総長の岡本道雄先生が、懇親会の席で「日本では救急車が患者の家から病院へ向かって走るけれども、中国では病院から患者を乗せて家庭へ向かって走る」と言われたことがありました。中国では、病院に入院をしている患者がいよいよ死期が近くなると、家族に見守られて死にたいということで、救急車に乗せて自宅へ運ぶというわけです。私はその話が非常に印象に残っていて、忘れられません。ある意味では、今の西洋流の医療のあり方に対する一つのアンチテーゼを、そこで提起しているのではないかという気がしました。昔は在宅でやっていた医療が、一時施設の方にシフトしていたのですが、最近また在宅が見直されているのではないかと、そして、それも一つのパラダイムシフトではないかと思ったわけです。

そこで、在宅の医療・看護を、一つの理念を持って実践しておられる川越博美先生のお話を是非うかがいたいと思った次第です。まず最初に、自己紹介を兼ねて、どういことをやっておられるかをお話いただけますか。

始まりは1992年の訪問介護制度創設から

川越：私はずっと実践をしてまいりまして、訪問看護制度ができ

訪問看護ステーションは株式会社参入が認められている。

「家で死ぬる」と思って来る患者は少ない。しかし在宅ホスピスケアチームが関われば8割が在宅で死を迎えられる。

る前から在宅ケアに関わっておりました。1992年に老人保健法が改正されて訪問看護ステーションができたときには、本当に嬉しく思いました。そこでは、訪問看護師が管理者になり、診療報酬からの支払いで訪問看護サービスを提供できるようになった。訪問看護を実践できる場を国が提供してくれたのです。今まではボランティアとして、あるいは自費でお金を払ってもらいながらやってきた看護を、医療保険で実施できる制度になったわけです。

開原：その頃はもう既に籍は聖路加にあったのですか。

川越：いいえ、まだ現場です。

そのときに初めて訪問看護ステーションの所長になりました。「所長」という名前は制度の中には特に無く、「管理者」とあったのですが、敢えて「所長」と付けました。組織のトップに看護師がなれるというのが、その制度の中で重要なことでしたから。

開原：まず東京でやられたのですか。

川越：はい、新宿区でやりました。制度では2.5人が最低基準だったのですが、看護師さん達5人で始めました。しかし最初はやれどもやれども赤字です。

開原：お客さんはたくさんいたわけでしょう。

川越：お客さんはいます。しかしその頃、1回の訪問看護料は平均6,300円で、やればやるほど人件費がかかって赤字になってしまいました。これは制度がおかしいからだと思い始め、「こういうケアをこれくらいやったら、これだけお金がかかる」というデータを集めて、厚生労働省に持って行き、制度を変えて欲しいと何度も要望した結果、在宅医療への追い風もあって、診療報酬が改訂されるたびに訪問看護料が上がっていきました。

開原：それは何年頃の話ですか。

川越：1992年、94年、96年頃で、そんなに古い話ではありません。

また、私は最初からこの制度の中で家で亡くなる方を看ようと思ったものですから、24時間ケアもやりました。ポケットベルを持って、「いつでも私を呼んで結構です」というケアをしていたのですが、この24時間ケアについても、「制度にのせないと家で死ねる人のケアはできない」と考え、データを集めて要望しました。その結果、「24時間連絡体制加算」が認められました。

こうして制度が充実してきて、今、1回の訪問看護が、医療保険では平均1万円程度(介護保険だと8,300円)の報酬です。それが、今、高いと言われているのですが、私はその1万円のケアをきっちりとやればいいのではないかと思っています。

そういう流れの中でずっと実践をしておりましたら、聖路加看護大学から「看護のカリキュラムに新しく在宅看護が入ったので、それを教えに来て下さい」と言われ、行くことになりました。私は研究者としての業績は少ないのですが、そのように現場の中でデータを集めて、より良いケアにしよう、より良い制度にしようとしたことが業績になったようです。そこで、6年間地域看護学を教えてきたのですが、今年の4月から聖路加看護大学看護実践開発研究センターへ籍を置いています。

#### 株式会社組織での運営

開原：大学で教えられている期間も、並行して訪問看護ステーションの方はずっと続けておられたのですか。

川越：私は大学の教授をしながら所長になりたかったのですが、どちらも重責なので、スーパーバイザーとして現場に籍を置かせていただきました。

でも、やはりとても難しく、実践の場にずっといない人が時々来てスーパーバイズするというところに、日本の看護は慣れていないのです。スーパーバイジングの方法というものが看護の中できちんとできていないということを感じました。新たに、今度は墨田区に在宅ホスピスケアをやるステーションを作り、私はそのスーパーバイザーをしています。

開原：それは聖路加看護大学の組織の一つなのですか。

川越：別です。株式会社にしました。

開原：今、医療の世界の株式会社論争は大変なものですが、訪問看護ステーションは株式会社でできるのですか。

川越：最初は医療法人とか社会福祉法人などの法人格を持った所しかできないということだったのですが、そうしたところでも、事業者は病院の院長であったり、社会福祉法人の理事長であったりするわけです。そこをどうにか突破したいと思っていましたが、介護保険ができる2年前くらい、98年頃に規制緩和で株式会社参入が認められました。

#### 「在宅ホスピスケア」

開原：ところで、先生は訪問看護と言っても、今は主としてターミナルケアの訪問看護を専門にしておられるわけですね。私も医

者ではありますが、なかなかターミナルケアの訪問看護のイメージが湧かないのですが、具体的にはどんなものなのでしょうか。

川越：私のところは「ホスピスケア」と銘うって、「ホスピスケアの理念」に則ってターミナルケアを提供しています。

開原：ホスピスが家庭にまで延長したようなものですか。

川越：はい。しかし日本には緩和ケア病棟があります。だから今は「在宅緩和ケア」と言ってもいいのかなと思っています。

開原：そうした訪問看護ステーションは、非常に特殊なものですか。それとも今はそういうものがいっぱいできているのですか。

川越：スペシャリティを持った訪問看護ステーションは特殊です。しかし、日本でも在宅のホスピスケアを掲げているところは、私が見ているだけでも4、5ヶ所はあります。

そして、ゼネラリストがいる一般的な訪問看護ステーションでも、1割はターミナルケアというところもあります。高齢者をロングタームで見て、その人が自然に死んでいくターミナルケアを行っているステーションもたくさんあります。

#### 8割は自宅で死を迎える

開原：そもそも自宅で緩和ケアを受けられるということは医者でも知らないし、まして患者さんも知らないと思うのですが、どうしてそういう人が先生のところに辿り着くのですか。

川越：最初は口コミでした。しかし今は、例えば病院の相談室などがつないでくれます。それから介護保険ができてからはケアマネジャーがつないでくれます。もう一つは、医師同士のつながりで病院の医師が地域のかかりつけ医につなぐこともあります。

開原：しかし、日本の患者さんは、自宅でターミナルを迎えようなどとは、普通は思わないのではないですか。

川越：意識調査をするとだいたい8割は家で死にたいと出ます。

開原：しかしそれは不可能だと思っているわけですね。

川越：意識とは逆に、在宅死は全体では17%を切っているのではないのでしょうか。癌の場合はもっと低く6~7%ぐらいです。

開原：まして都会では、私はほとんどが病院かなと思ったのですが、そういう中で、あえて先生のところに頼ろうというのは、誰がそういう発想を患者さんに植え付けるのでしょうか。

川越：一つは病院から追い出されて行くところがないから、仕方なく在宅でやってくれるところに相談に来たというグループで、

昭和46年聖路加看護大学卒業。  
茨城県友部町社会福祉協議会ボランティアコーディネーターとして活動の後、白十字診療所・ライフケアシステム看護婦として訪問看護を实践。訪問看護婦制度創設と同時に白十字訪問看護ステーション所長となる。その後聖路加看護大学地域看護学教授を歴任しつつ自ら訪問看護ステーションをコーディネート。現在同大学看護実践開発研究センター教授。  
在宅ホスピス協会会長・全国訪問看護事業協会理事。





最初から家がいいと思って来られるわけではありません。もう一つは、相談室などに行って在宅とはこういうものだというイメージを持って、自ら選んで来られる方。この2つに分かれます。

家でやろうと思っていない方達には、最初、説明をして、「ああ、これなら家でできる」という思いを持たれるようになるまで持っていくのが大変でした。また、家で死にたいと思っていらっしゃる方も、「家で死ぬるんだ」と思って私達のところにアクセスしてこられる方は少なく、「できるところまで家でやろう。でも、最後は多分ホスピスか病院に行くのだらうな」と思われています。しかしケアをしているうちに、「ああ、これならいける」「これならいける」ということで、最後は家で亡くなくなります。今の私のステーションで8割ぐらいが家で亡くなっています。

#### ホスピスケアはチームケア

開原：そういう方を引受けられた後はどうするのですか。  
川越：私達はホスピスケアをチームケアと思っていますので、まずチームを組みます。最低限のチームは医師と看護師です。  
開原：訪問看護ステーションなのに医師がおられるのですか。  
川越：いえ、訪問看護ステーションはどこかの医師とチームを組んでもいいのです。開業医でも病院の医師でもいいのですが、私は原則として往診できる医師と組むことにしています。病院の医師だと何かあって連絡して、「こうしたい」と言っても、「病院に連れてきなさい」とすぐに言われてしまいます。そうするとそこで在宅ケアがブツと切れてしまいますので。

そして、在宅ホスピスケアの考え方をわかっている医師と組まないと、これがまた難しいのです。疼痛コントロールで「この薬を出して欲しい」「モルヒネを使って欲しい」と思っても、医師が処方してくれずに、ギブアップしなくてはいけなくなることもあります。  
開原：そうすると、医師はむしろ訪問看護師さんが探してくるわけで、患者さんが探してくるわけではないのですか。  
川越：訪問看護ステーションで探します。しかし患者さんが「この先生でないと」とおっしゃれば、その医師と組むことになります。  
訪問看護ステーションは、医師の指示書が無いと訪問看護はできないことになっています。  
開原：そうですね。勝手に看護師さんが出かけて行ってやって

医療経済的にもホスピスを作るよりも安くすむし、患者にとっても入院よりは安い。  
介護保険ができたことにより、ヘルパーと競合して、訪問看護ステーション数の伸びが止まった。ヘルパーとチームを組んで医療処置が必要な在宅者のケアをしていくことに訪問看護の生き残りの途がある。

はいけないわけですね。だからチームなのですね。

川越：しかしこの二つの職種のチームでできるかという、そうではありません。一人暮らしや高齢者世帯などが増えてきましたので。

開原：一人暮らしの方も見ておられるのですか。

川越：見ています。そうなるとヘルパーさんがどうしてもいる。しかしヘルパーさんだけでも無理なので、ボランティアも参加する。もちろんモルヒネを使うときなどは、薬剤師さんともチームを組みます。

開原：先生の周りにはそういうチームを組む人達がもうずいぶんいるのですか。だからできるのですか。

川越：そういうチームが、中学校区に1つあれば、日本の「家で死にたい人達」はみんな家で死んでいけるのだと思います。

実際たいしたチームではないのですよ。うちでも5人の訪問看護師でやっているわけですから。その人達1人当たり3人~4人の末期の人を見ます。あまりたくさん抱えると、症状が悪くなったときにケアしきれないので、3人~4人を常時みて、それだけでは経済的にやっていけないので、プラス高齢者も少しみえています。つまり5人でだいたい120人ぐらいの人をみられます。20人の患者用のホスピスを作るとどれ程のお金がかかるでしょう。

開原：そうすると、後ほどの制度論の話にも関係しますが、経済的にも、ホスピスを作るよりは安上がりだということですか。

川越：医療経済的には良いのではないのでしょうか。

というのは、患者さんは最後まで自分の持てる力を使うのです。トイレに行きたいと言うと、ホスピスだとナースが行ってお手伝いするのですが、在宅では違ってでも自分です。また、今一人暮らしもみているのですが、特に癌の人達というのは、わりと頑張って自立して自分でなさいます。それが人としての尊厳につながっています。寝付いてしまうのは最後の2週間とか3週間なので、そこにサービスを集中して入れていけば家で亡くなるのです。それと日本の場合はまだ家族が支えてくれます。それで、少し経済的にはホスピスより安く済むかと思えます。

#### 在宅末期医療総合診療料による運営

開原：そういうチームがあって、それが定期的に患者さんを訪問するのですか。それとも患者さんから連絡があって行くのですか。

川越：定期訪問です。在宅のターミナルケアを発表する際に厚生労働省は「在宅末期医療総合診療料」というものを作ったのです。それは、緩和ケア病棟の診療報酬と同じ考えで、医師と看護師がチームを組んで、最低医師が週1回、医師・看護師合計して週4回以上行けばこれを使っていいということです。それに関わってくるので、最低週4回は訪問します。

というのは、定期的にみていないと、症状の変化や家族関係の変化が激しいのです。定期的に誰かが入ってみるということが大事ですし、それに加えて24時間やるということです。

開原：いつでも電話をかけることが可能ですよってあるということですね。その電話はどこにかかってくるか。

川越：今は訪問看護ステーションでファーストコールを受けて、医師が必要だったら医師に連絡して、ということにしています。

開原：そうすると、訪問看護ステーションは24時間体制で、当直を置いておられるわけですか。

川越：自宅に帰っていて、ステーションにはおりません。必要ならば、その当番の看護師が自宅から出向きます。

#### ケアを受けられる条件は2つ

開原：今の先生の話がうかがっていると、実際に自宅で在宅ホスピスケアを受けることが可能な条件はあまりなく、どんな人でも可能だということですか。

川越：つい何年前までは、条件がたくさんありました。例えば往診できる医師がいる、看護師に24時間アクセスできる、いざの時に入院できる病院がある、自分の病室がある、見てくれる家族がいるとか。しかし、だんだん在宅医療体制が整備されてきました。私は今は条件は2つだと言っています。1つは本人が家にいたいということ、もう一つは家族が家で看たいということ。この2つの条件以外はもうクリアできると思います。

開原：そういう気持ちさえあれば、先ほどのように極端な場合には、家族がいなくても、一人暮らしでも可能ということですね。

川越：ただ、自費負担が少しあります。介護保険と医療保険をオーバーして使わないといけません、莫大な金額ではありません。

開原：しかし、患者さんや家族の立場に立つと、入院をしているよりは、安あがりですか。

川越：そうですね。実は在宅末期総合診療料というのは、1日診療報酬として入ってくるのは1万5千円なのです。3割自己負担で1日4,500円になりますから、病院にいるよりは安いのではないかと思います。例えば緩和ケア病棟は1日3万8千円ですから、それと比べるとずっと安いですね。

開原：おそらく普通の人は全く知らない話だと思いますね。

川越：もっと知ってもらわなければいけないと思います。

#### 患者数は増えている

開原：患者さんは増えていく傾向にありますか。

川越：多すぎて、よそのステーションや、「このドクターだったらできる」と思うところを紹介しているくらいです。

私は全国の訪問看護ステーションで、どういうケアができるかを調査をしました。ただし自己申告なのですが、医師の方も「末期がん患者さんの在宅ケア実施機関データベース」というホームページを作っています。それには1日40件ぐらいアクセスがありますので、求めている人は多いのだと思います。書き込みには、「こういうものが欲しかった」「本当にいいお医者さんにめぐり合えて感謝しています」というのが来るのです。そういう情報は発信していかないと、と思っています。

開原：サービスを提供する側も増えているのですか。

川越：訪問看護ステーションは今、足りないのです。ニューゴー

ルドプランの5,000ヶ所はクリアしました。ところが、ゴールドプラン21の9,900ヶ所は達成不可能かもしれません。介護保険ができて、訪問看護ステーションの伸びが止まってしまいました。ヘルパーさんと競合しているのかもしれない。

開原：なるほど。看護師さんだと高いですからね。しかし、一般論では、看護ステーションがヘルパーと競合するというのは、あまり意味がないわけですね。だから、訪問看護ステーションの方が、そこで少し別な役割を果たすというように、発想を変えていった方がいいのではないですか。

川越：ホスピスケアをどんどんやっていくか、あるいは医療処置が必要な在宅の方達のケアをしていく。そういうあたりで訪問看護が生き残るのかなと思っています。ただ、看護は医療処置屋さんになるのではなく、医療処置をしながら生活のすべてをケアできるというところでサービスを提供しなければいけない。例えばヘルパーさんは入浴介助はできても、IVH<sup>下取</sup>の管理をしながらでは難しいので、そこは看護が活躍する。

#### 関心ある医師も増加している

開原：お医者さんの方はどうですか。そういうことしてくれるお医者さんは増えつつありますか。

川越：統計的には知りませんが、増えております。在宅専門という先生達も増えています。

開原：最近そうなんだそうですね。診療所を持たないで、往診だけをやる。どうしてなのですかね。

川越：外来の患者さんを診るよりは、診療報酬が高いからではないでしょうか。もちろんそれだけではなく、先生がそこで生き甲斐を持っていらっしゃるのだとも思います。

開原：先生がチームを組んでおられるお医者さん方は、どういう世代ですか。若い世代ですか、それとも高齢の方ですか。

川越：やはり40代が多いです。

開原：若い層の方が、こういうことに理解があるのですかね。

川越：昔風のドクターはナースとチームを組むことが、まず苦手です。私は何度も叱られています。具体的な薬の名前を挙げてそれを出して欲しいと言ったときに、「看護師に指示される覚えはない。薬の名前は俺が決める」と怒られたことがあります。(笑)

開原：確かにそうかもしれませんね。チームだということを医学部で教えるようになったのは、わりと最近のことですからね。

川越：病院の中のチームと在宅のチームとは、少しニュアンスが違います。今までドクターが経験なさらなかったことで、まったく横並びになるのです。パターンリズムが無いので、みんな平等に、意見を言っています。

開原：そうすると、チームを組んでおられる方々が、ミーティング





で集まる場があるわけですか。  
川越：あります。近くの医師とは1週間に1回定期的に行いますが、時々しかチームを組まない先生達とはそう頻繁にはできません。でも最低週1回は会ってお話をしないと治療方針とか家族

の問題とかが出てきますので、うまくいかないのです。

開原：チームにはソーシャルワーカーはいないのですか。

川越：欲しいのですが、それが診療報酬で認められていないものですから。だから、看護師が何でも屋になって、心の問題まで、家族調整までやる、というふうになっています。

在宅医療のための基盤は整備されている

開原：少し話を広げて、ホスピスケアでない一般の在宅医療も広がっていると、先生はお感じですか。

川越：私が始めた頃と比べて、格段の差で広がりました。それと、在宅医療をするための基盤整備ができてきたと思います。

私が始めた頃は、酸素が欲しいと言ったら自分のクリニックから酸素ボンベを持って行かなければならない、ベッドが欲しいと言ったら何十万円もする高いベットを買ってもらわなければならないという状況でした。今は各々のプロフェッショナルがシステムティックに活動できるようになりました。

開原：ベッドなどを貸してくれる業者さんがいるということですか。

川越：そうです。今は介護保険で使えます。ケアマネジャーがオーダーすれば、次の日にベットが入ってきます。酸素も、医療保険の中で、医師が指示書を書けば、酸素屋さんが自宅まで運んでくれます。昔はボンベだったのが、濃縮酸素や液体酸素を、必要に応じてすぐ準備してくれます。

開原：そういう基盤は全国的に整備されたのでしょうか。

モルヒネに関しては未整備

川越：酸素ですか、IVH、あるいは福祉器具など、普通の高齢者に必要な医療処置はおそらく全国的に整備されたと思います。ただ、モルヒネなどを在宅で使うことはまだ未整備です。経口はできるのですが、注射薬は規制があり、患者さんが注入速度を変えられないものに関してのみOKです。

在宅医療のための基盤はかなり整備されてきた。問題は家族。「ケアする家族」でなく「見守る家族」になれないと在宅医療は伸びない。訪問看護ステーションの標準化が課題。「福祉施設」で死ねないことが日本の高齢者の不幸。そのためには「福祉施設」への訪問看護が認められるようになることが必要。看護師に裁量権が与えられることが求められる。

開原：そうすると、手術などはできないにしても、今はかなりの病気が、在宅で見られると考えられますね。

川越：そう思います。CAPD<sup>下記</sup>もありますし、IVHもある。膀胱瘻<sup>下記</sup>、腎瘻<sup>下記</sup>も、胃瘻<sup>下記</sup>などの管理も在宅でできます。しかし簡単に作られすぎて、本当にこの人にこういう医療が必要なのかと悩んでしまうくらいです。生活をするために家に帰っていらっしやるのに、医療が生活を束縛してしまう。例えば、食べるという機能を伸ばしたいと思って嚥下訓練をして、少しでもその機能を維持していきたいのに、胃瘻があったらその胃瘻に頼ってしまう。そういうあたりのジレンマもあるのです。

私達は医療処置をきちんとやりながらも、「どうやったらこの管をこの人から抜けるのだろうか」など、医療を少なくしていく方法を看護の中で考えなければいけないと思っているのです。

「ケアする家族」でなく「見守る家族」へ

開原：基盤が整備されてきた結果として、今、在宅で治療を受けている人は、昔に比べれば増えてきたのでしょうか。

川越：統計的な数は把握していません。しかし、在宅医療は可能になっても、ケアする家族の問題があります。医療処置がある場合、特に家族は大変ですから、施設に入れたいと思う家族が多いのではないのでしょうか。

一方逆に、患者さんに聞くと、「子供の世話になりたい」とはおっしゃらない。子供達とは仲良くはしたいけれども、自分が寝たきりになったら、可哀想だから、そういうことを子供達にはさせられないというのが、大方の人の意見です。それで、自ら施設に入ってしまうことになります。

私は、家族は「ケアする人」ではなく「見守る家族」であり、ケアはプロを入れるということでない、日本で在宅医療は伸びていかないと思っています。

開原：先生のお感じでは、やってみると在宅ケアの方が結果として良かったということですか。

川越：バイアスがかかって見ているのかもしれませんが、在宅にいらした方が、特に亡くなる方は穏やかで、ある意味延命ができるかなと思うことがあります。

ステーションの標準化が課題

開原：ところで、先生のステーションは、独立した訪問看護ステーションなのでしょうか。

川越：はい。

開原：一方、病院が訪問看護ステーションを持っているというケースがありますね。それから、自治体を持っている、あるいは医師会が持っている。これらは何か違いがあるのでしょうか。また、どうしてそんないろいろな形態ができたのでしょうか。

川越：制度を作るときには、自分達でやりたいと考える人が多かったから、いろいろな設置主体ができたのだと思います。

開原：少しは分業体制みたいなものができているのですか。

川越：できていません。やっていることも、レベルも違います。看

護協会立などは、医療機関から独立していますから、高度な医療には対応しないというところはあると思います。介護型のケアで行きますというステーションもあります。

ですから、利用される方が戸惑われるのは、まだステーションのケアが標準化されていないということです。例えば、難病で人工呼吸器をつけている場合、このステーションでは「いいですよ」言ってくれるのに、別のところでは「うちはちょっと」と言われたりすることがあります。

開原：お医者さんの標榜科目みたいに、これができる看護ステーションというように、外からわかるようにしないとイケないですね。

川越：こちらの看護師さんが来たら、ちゃんと病状を見てくれ、入浴介助もしてくれて、医療処置もしてくれる。ところが、別のステーションから来てもらったら、血圧だけ計って帰ったとか、そういうことがまだまだ苦情としてあります。

開原：介護保険ができて、そこは標準化されていないのですか。

川越：まだされていません。それが私達の課題と思っています。

開原：そうですね。それで、今は訪問看護ステーションの間でのお互いの機能分割、連携などはあるのですか。

#### 福祉施設への訪問看護を

川越：きちとしたシステムはありません。

ところで、私はこれからの訪問看護ステーションの一つの方向として、自宅にいる人達だけではなく、例えば特養やグループホームなどの「福祉施設」に訪問看護できればいいと思うのです。

「福祉施設」は医療は充実していません。看護師はいるのですが、少人数です。医療が必要になったら、私達訪問看護を入れていく。そうしたら、「終の棲家」だと思っていらっしゃる施設で亡くなっていくことができる。今は医療が必要になると、福祉施設から医療機関へ移ってしまうのです。

開原：今は制度上それはできないのですか。

川越：できません。わずかですが、そこに医療職がいるからです。

開原：いるから訪問看護師に来てもらう必要はないし、来てもお金が払えないということですね。しかし、グループホームは医療は無いのではないですか。医者は往診で行ってもいいはずですが。

川越：そこでケアを十分受けているからということで、グループホームにも訪問看護は行けません。

開原：なるほど。しかし、医者立場からすると、医者が行けるのだからそれでいいのではないかとも思うのですが。

川越：やはり看護が必要です。医師はその時だけ指示したり処置したりするのですが、24時間365日その人達の生活は続いておりますから、看護がないとできないと思います。

開原：しかし、周りには介護の人はいるわけでしょう。

川越：ヘルパーは医療的なことはできないことになっています。

医療が必要になり、あるいは亡くなるというときに、生活がブツンと切られるのが今の日本の現状なのです。先生が冒頭におっしゃったように、日本では救急車は病院に向かって走るので、その段階になると病院と言われて、今までとは全く違った世界である病院の中で過ごさなくてはならない。そこが日本の高齢者や死んでいく人達の不幸だと思っています。日本の病院は素晴らしいのですが、しかし生活の場ではありません。

千葉大の広井先生らが「福祉のターミナルケア」という報告書を書かれました。批判もありましたが、私は広井先生の考えがよくわかります。

開原：それには批判もあったのですか。

川越：もっと延命をすればできる人達を、自己決定に則らないで十分な医療を入れないで、命を終わらせているのではないかと、つまり、その人の権利を本当に守っているかという批判です。

これからは、施設か在宅かという分断されたものではなく、もっと流動的にならなければいけないし、サービスうまく連携されていかなければいけないと思うのです。今までの日本では、病院ですか、在宅ですか、施設ですか、というような割り切り方をし過ぎたと思うのです。

#### 看護師に裁量権を持たせることが必要

開原：既に制度的なことに話が及んでいますが、まだ他にも制度的にこうなった方がいいと思われることはありますか。

川越：医療における看護師の裁量権の問題があります。というのは、ドクター達は忙しく、週1回くらいしか往診できない。そうした中でいろいろ起きてくる医療的問題に関して、看護師には裁量権が無いものですから対応できないのです。

例えば、麻薬の量を上げれば痛みが収まると思っても、現在は医師の指示無しには看護師は医療として診療行為を行うことはできません。そこで医師に連絡して、「麻薬の量を上げてもいいですか」と聞くと、「俺が行って診るから、明日まで待て」と言われる。看護師にある一定の裁量権を持たせていただければ、患者さんは苦しまなくてもいいし、入院もしなくて済むということが何度もありました。

開原：電話で医者が「これをこうしろ」と指示をしてもだめなのでは。なかなか微妙ですね。

川越：静脈注射はしてもいいことになったのですけれども、最近まで医師の指示があってもしてはいけないということでした。これでは在宅で死んでいけないのです。

しかし、全部の看護師に裁量権を持たせて安全かというのは、教育がきちんできていないこともあって。



開原：結局そういう話は、最後は人の問題になってしまいますね。この人だから良いが、この人はだめだと。それを一般化しようとすると、安全のためには、必ず悪い方を見て「何々をやってはダメ」という話になってしまう。

家族がみなくても家にいられるように

川越：もう一つ、家族の問題もあります。先ほども言いましたが、家族が介護しなくても家にいられるような制度にしていけないといけない。介護保険は、社会的介護から始まったのです。でも現在、まったく社会的介護にはなっておりません。家族介護の援助という形になっているので、それをどのようにこれから日本の国がクリアしていくかというのが大きな課題だと思います。

開原：家族に頼らないでも在宅医療ができるようになれば、それが本当の意味での在宅医療ということですね。今、そういう方向にはだんだん向いてきているのですか。

川越：どうでしょうか。今度介護保険の改正がありますから、その点をみんな言っていくのではないかと思います。というのは、介護保険ができて施設待機者が増えました。要するに、在宅重視の制度だったはずが、却って施設重視のケアになってしまったという現状があるのです。

開原：介護報酬から見ても施設ケアの方がむしろ厚いですね。  
川越：そこをどう変えていくのかは、医療を含めて在宅ケアを、どのように地域の中で市民に見える形で創り上げていくかということではないかと思っています。今はみんなは、「在宅と云ったら大変だ」「家族も大変だ」と思っているから施設に行くと思うのですけれども、在宅ケアを見える形にできるようになると、「在宅でもいられるのかもしれない」と市民が思い始めて、在宅に流れが帰ってくると思うのです。

だから、制度がもう少し在宅に厚くなっていかないといけない。  
開原：今度の介護報酬改訂は一応そういう方向には行くのだと思いますが、そういう意味では、今度の改訂は経営的には先生のプラスになるのでしょうか。

#### 地域作り

川越：いえ、ヘルパーさんにはプラスになるのですが、訪問看護

介護保険は「社会的介護」から始まったのに現実には「家族介護の援助」に止まっている。「家族に頼らない在宅介護」が進むべき道。そのためにも、地域の住民がケアに参加することが力になる。在宅医療発展のポイントは在宅の「看護」の発展。その鍵を握るのは看護師である。

はあまりプラスになりません。現状維持がやっとです。給付限度額の中で訪問看護が提供されるので経営的には大変です。

また、制度だけに頼るのではなく、地域を創るという働きが残っていると思います。私は「家で死ねる町づくり」ということをやらせていただきましたが、住民の人達がケアに参加するということが、力になるのではないかと思います。

開原：戦時中の隣組みたいなものですか。(笑)

川越：別に昔の日本の町内会に帰ろうと言っているのではないのですが、地域の中でのインフォーマルなサポートを育てていくということも大切なことではないかと思うのです。

開原：なかなか難しいことですね。それは行政の話かな。

川越：私が墨田区でやっているのは、社会福祉協議会が協力してくれています。また、地域づくりも看護の役割ですので、訪問看護ステーション独自でもやっています。下町だからやり易いのかもかもしれません。

開原：こうした話は都会と農山村との違いとか、かなり地域性があるものですか。

川越：地域性が強いと思います。介護保険制度の管理が、市町村に任せましたが、市町村によって考え方が違うものですから、地域圏保健医療福祉システムを上手に作るどころか、そうではないところと、いろいろです。

#### 在宅医療の鍵を握るのは看護師

開原：それによって、訪問看護ステーションの育ち方も違ってくるというわけですね。

本日は大変素晴らしい話をうかがわせていただきました。特にこれからあるべき姿として、家族が共にいるけれども、家族に大きな負担にならないような在宅医療を育てていくべきだということが、将来の日本の在宅医療の姿を表している、大変いい言葉だなと思って感心しました。これからこういう社会を目指して、是非、川越先生には頑張ってください、日本の在宅医療が健全に育っていくようにしていただきたい、と思っております。

川越：私は大学でも大学院の中でも、在宅看護に出ていく人がスペシャリストとしてもっとレベルの高い看護ができるように育てています。在宅医療はチームケアが大事であり、日本の文化では医師が在宅医療のキーパーソンではありますが、それを発展させるには、やはり在宅の「看護」をどう発展させていくかということがポイントだと思っております。その意味から、今後の在宅医療の本当の鍵を握っているのは、私は看護師だと思っております。

開原：それは大変印象的な言葉でありますし、私も医者として逆に重い課題を突きつけられたような感じがいたします。

本日は大変ありがとうございました。

本対談に関するご質問、ご意見を付けております。  
ご氏名、所属団体名、役職、電話・FAX番号、E-mailアドレスを明記の上、当財団事務局宛FAXにてお送り下さい。(書式は問いません。)  
FAX番号：03-5309-9882

いただいたご質問・ご意見は、対談者と検討の上、本誌にご回答等を掲載いたします。

(都合によりご質問・ご意見の全てを掲載できないこともあります。予めご了承下さい。)