

市民や一般の介護職・医療職にとって 地域包括ケアとは

医療法人社団裕和会 理事長 長尾 和宏



ながお かずひろ。東京医科大学卒業。医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック（尼崎市）院長。外来診療と在宅医療に従事。医学博士。日本尊厳死協会副理事長、エンドオブライフケア協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、関西国際大学客員教授。「痛くない死に方」など著書多数。

はじめに

「地域包括ケア」という言葉を何度も聞くけど、意味が分からぬ」とか「具体的に何をすればいいのか」という声をよく聞く。市民や一般的な介護スタッフや開業医や勤務医には「地域包括ケア」や「医療と介護の連携」という言葉はまだ馴染みが薄い。

「地域包括ケアとはなにか」という根源的なテーマを議論すると「地域包括ケアとは看取りである」という声が多い。本稿では学者や実力者ではなく、市民や一般的な介護職や医療職が「地域包括ケア」に興味をもつてもらうために、以下の3つの視点を紹介する。

- 1 「口腔機能低下症」で歯科との連携強化
- 2 救急車を呼ぶ意味
- 3 尺劇による地域包括ケア啓発

● The community-based integrated care system for citizens and general care workers and medical workers

Kazuhiro Nagao
Director Medical Corporation YUWAKAI, Nagao Clinic

「地域包括ケア」という言葉を何度も聞くけど、意味が分からぬ」とか「具体的に何をすればいいのか」。在宅医療の講演を全国どこでも、多職種を交えた懇親会の席では必ずそんな質問を頂戴します。市民や一般的な介護スタッフや開業医や勤務医には「地域包括ケア」や「医療と介護の連携」という言葉はまだ馴染みが薄いように感じます。

数年前、「地域包括ケアとはなにか」という根源的なテーマで近畿在宅医療推進フォーラムを開催しました。多職種がそれ

ぞれの立場から自由に述べましたが、多くの専門職の結論は「地域包括ケアとは看取りである」でした。私は生活支援や食支援だと思っていたので意外に感じました。本稿では市民や一般的な介護職や医療職が「地域包括ケア」に少しでも興味をもつてもらうための3つの視点を紹介します。多職種連携や地域包括ケアの推進になんらかの参考になれば幸いです。

1. 「口腔機能低下症」 歯科との連携強化

(1) オーラルフレイルの啓発

口から食べることはまさに人間の尊厳で

しよう。健康長寿を考えた時、フレイル対策が重要視されています。なかでもオーラルフレイルをもつと啓発すべきです。そもそも急に口から食べられなくなるのではなく、徐々になるものです。訪問歯科で一生

懸命に入れ歯を作成しても上手く咀嚼できない状態をよく経験します。こうした病態を「口腔機能低下症」と呼びます。加齢により口腔内の「感覺」「咀嚼」「嚥下」「唾液分泌」などの機能が低下する状態です(図1)。日本老年歯科医学会は口腔機能低下症の診断基準を定めています。7項目のうち3項目以上が該当するとそう診断されます(図2)。口腔機能低下症を放置してい

る」と食べることができる食品が限定され、体重減少や低栄養に至ります。ただし、薬剤の副作用でそうなる場合も少なくないのでお薬のチェックは必須です。

(2) 最期まで口から食べられる街づくり

硬いものが食べにくい・滑舌が悪い・汁物を飲むと時々むせる・食事に時間がかかる・口の中が乾く・食べこぼす・薬が飲みにくいなどの症状(図3)が出来ます。こうした人たちの4年後を比べると口腔機能が低い人は要介護認定を受けるリスクや死亡リスクが問題の無い人と比べて2倍高いこと

口腔機能低下症

- ・ 感覚
- ・ 咀嚼
- ・ 嚥下
- ・ 唾液分泌の低下

図1 口腔機能低下症

判定条件(日本老年歯科医学会)

- | | |
|---|----------|
| 1 | 口の中の汚れ具合 |
| 2 | 湿り具合 |
| 3 | 歯全体で噛む力 |
| 4 | 舌や唇を動かす力 |
| 5 | 舌で押す力 |
| 6 | 噛み碎く働き |
| 7 | 飲み込む働き |

3項目以上あると、「口腔機能低下症」と診断される
図2 口腔機能低下症の判定条件

口腔機能低下症の症状

- ・ 硬いものが食べにくい
- ・ 滑舌が悪い
- ・ 汁物がむせる
- ・ 食事に時間がかかる
- ・ 口の中が乾く
- ・ 食べこぼす
- ・ 薬が飲みにくい

要介護認定率や死亡率が2倍高い

図3 口腔機能低下症の症状

- ・ う歯治療
- ・ 歯周病治療
- ・ 欠損補綴

口腔機能低下症

図4 歯科医の主な役割

健康長寿を考えた時、重要なのは口からの食事を支えるオーラルフレイル対策です。

在宅看取りは、病態によつて期間やハードルが異なるため、意思決定が重要です。

**平穏死=枯れて死ぬこと
延命死=溺れて死ぬこと**

**平穏死
=自然死
=尊厳死**

枯れたほうが、苦痛が少なく、長生きする

図6 平穏死と延命死の違い

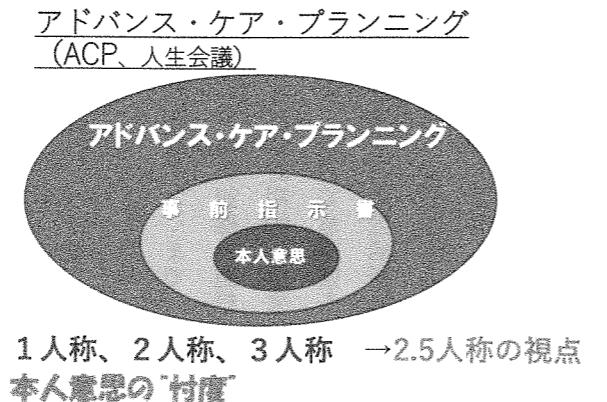


図5 アドバンス・ケア・プランニングの役割

1人称、2人称、3人称 → 2.5人称の視点
本人意思の付属

(3) 多職種の見解が異なる時
口腔ケアや嚥下リハビリは歯科の協力が不可欠です。しかし嚥下内視鏡（VF）所見の解釈に関しては多職種で意見が異なる場合があります。VFで少しでも誤嚥所見を認めた時に「食べてはいけない」という歯科と、「口から食べたい」という本人意志を尊重したい」という医科で意見が異なるというケースです。「じやあ、胃ろうにしようか」、「いや、多少誤嚥してもいいから交わされます。このように食支援に関しでは職種により見方が異なることがよくあります。看護師や栄養士、あるいは理学療法士や言語聴覚士、さらにはケアマネや介護福祉士など職種によつて「食支援」に対する見解は多様です。一般市民の受け止め方も様々です。

(4) 食支援からACPへ

食支援の話は最終的には終末期医療や臨床倫理の話にもなってきます。臨床倫理といふと介護職には難解に映るかもしれません。しかし答えがひとつとは限らない課題

と一緒に考えることも地域包括ケアだと思います。誤嚥性肺炎で入院した患者さんの退院前カンファレンスに参加すると病院と地域の多職種の考えが大きく異なることもあります。もちろん本人の意思が明確であればできるだけ寄り添いますが、不明な場合もよくあります。

本人意思を尊重して家族や多職種が何度も話し合うACP（アドバンスケア・プランニング、人生会議、図5）は普段のケア会議の場でも必ず行いたいものです。医師が苦手な場合は、訪問看護師やケアマネが主導すべきです。しかし下手なACPならやらないほうがいいし画一的なやり方も危惧する声もあがっているのも事実です。ACPを下手にマニュアル化すると「ICCを取る」と同じように「ACPを取る」となりかねず、本来の目的とずれてしまいます。ACPの光の部分だけでなく影や限界をもよく知ったうえで丁寧に行なうことが大切です。ACPと聞いても具体的に何をすればいいのか分からぬ、という声も聞きます。亀田総合病院で開発された「もしさなゲーム」をまずは多職種でやつてみるのも一法です。

(1) 「平穏死」に目覚めるまで10年
開業して24年になります。気がつけば約1,300人の患者さんの在宅看取りに関わつてきました。みんな「枯れた」最期、管が1本も無い穏やかな最期ばかりです。一方、勤務医時代にお看取りした約1,000人の患者さんの最期の姿はみな管だらけで「溺れ苦しみながら」亡くなりました。しかし在宅では「枯れた最期」と「溺れた最期」はまさに真反対です（図6）。どうしてそうなるのでしょうか。同じ人間の最期なのに、療養の場所によって最期の姿が天と地くらい違うのでしょうか。そしてどうすれば誰もが望む穏やかな最期が叶

うのでしょうか。そんな疑問に対する私の答えは「平穏死・10の条件」など数冊の本で詳しく述べました。恥ずかしながら「平穏死」に目覚めるまで10年もかかりました。しかしながら、という声も聞きます。亀田総合病院で開発された「もしさなゲーム」をまずは多職種でやつてみるのも一法です。

(2) 119番とACP
末期がんの場合、平均在宅期間は1~2ヶ月です。在宅医療になつてること自体がもう終末期にあるということです。在宅緩和ケアの技術があれば9割以上の割合で在宅で看取ることが分かつています。一方、老衰や認知症や脳梗塞後遺症などの「がん以外」の患者さんが在宅看取りに至るまで、療養期間が年単位と相当に長いため様々なかれドルがあります。どこからが「終末期」なのか医師もよく分からない場合があります。あるいは心不全やCOPDなどの臓器不全症は入退院を繰り返しながらADLが徐々に低下していきます。病院との連携が重要です。つまり病態によつて終末期の臨床経過がかなり異なります。3つのうちど

うのでしようか。そんな疑問に対する私の答えは「平穏死・10の条件」など数冊の本で詳しく述べました。恥ずかしながら「平穏死」に目覚めるまで10年もかかりました。しかしまだ目覚めていない多職種や市民が大半かと思います。さらなる啓発が必要だと感じています。

(3) 救急隊員にも参画を
多職種が訪問した時、あるいは救急隊員が到着した時すでに明らかに呼吸停止している時があります。肌を触りまだ充分温かければ在宅医や訪問看護師に連絡してください。すぐに連絡がつかなくても、少し「待つて」ください。家族が不安そうなら

終末期医療や臨床倫理を考える時、本人の意志を汲むためのACPは欠かせません。

(3) 多職種の見解が異なる時

口腔ケアや嚥下リハビリは歯科の協力が不可欠です。しかし嚥下内視鏡（VF）所見の解釈に関しては多職種で意見が異なる場合があります。VFで少しでも誤嚥所見を認めた時に「食べてはいけない」という歯科と、「口から食べたい」という本人意志

と一緒に考えることも地域包括ケアだと思います。誤嚥性肺炎で入院した患者さんの退院前カンファレンスに参加すると病院と地域の多職種の考えが大きく異なることもあります。もちろん本人の意思が明確であればできるだけ寄り添いますが、不明な場合もよくあります。

本人意思を尊重して家族や多職種が何度も話し合うACP（アドバンスケア・プランニング、人生会議、図5）は普段のケア会議の場でも必ず行いたいものです。医師が苦手な場合は、訪問看護師やケアマネが主導すべきです。しかし下手なACPならやらないほうがいいし画一的なやり方も危惧する声もあがっているのも事実です。ACPを下手にマニュアル化すると「ICCを取る」と同じように「ACPを取る」となりかねず、本来の目的とずれてしまいます。ACPの光の部分だけでなく影や限界をもよく知ったうえで丁寧に行なうことが大切です。ACPと聞いても具体的に何をすればいいのか分からぬ、という声も聞きます。亀田総合病院で開発された「もしさなゲーム」をまずは多職種でやつてみるのも一法です。

2. 救急車を呼ぶ意味

す。たいへん盛り上ります。食は身近なテーマなので食支援をテーマに市民フォーラムを開催すると多くの人が集まります。

患者さんやご家族から最も多い医療相談は「口から食べられなくなつた時どうするか」です。食支援を通じた歯科との連携強化は地域包括ケアの要です。

劇団「ザイタク」

“ピンピンコロリって無理なん知つとう?”

①第1部全編 1時間23分

<https://youtu.be/f37TOwt-2YM>



②短縮版 26分

https://youtu.be/AqaGrqQc9_A



近畿在宅医療推進フォーラム「そこまでいってえん会」

図9 劇団ザイタクによる在宅看取り劇



図10 劇団ザイタク

緊急搬送を避けるのなら、大病院の主治医とは別にかかりつけ医を探しておきましょう。

とは稀で大半は呼吸停止後に診て書いています。家に行つて診れば死亡診断書を書けるのが医師法20条です。死亡確認をして「体表異状」の有無の観察です。「異常」ではなく「異状」です。体表面に刺し傷や縛り傷等があり自然死ではなく殺人などの事件が疑われる「異状死体」の場合には医師は24時間以内に警察に連絡しなければなりません。

(2) 「ピンピンコロリなんか無理なん知つとう?」

そこで16年に近畿二府四県からなる近畿在宅医療推進フォーラムにおいて看取りをテーマにした寸劇を試みました。多職種が集まつた「劇団ザイタク」が「ピンピンコロリなんか無理なん知つとう?」という在宅看取り劇を新神戸オリエンタル劇場で演じました。在宅医や大学病院の医師や訪問看護師などがほぼアドリブでやつたのです。看取りの法律の周知は演劇のほうが市民に伝わります。この短縮版はQRコードで誰でも簡単に見られます(図9)。全国の消防隊員や警察関係者にも是非拡散してください。

せん(医師法21条)。

しかしこの看取りの法律を多くの医師が正しく理解していません。医師法20条と21条を混同しています。法律の誤解に起因した無用な警察通報や事情聴取や現場検証が日本中で行われています。せつかくの大往生が法律の無知によって台無しになることだけは避けなくてはなりません。

(2) 「ピンピンコロリなんか無理なん知つとう?」

阪でそれぞれ「独居の認知症」と「末期がんの在宅看取り」も上演しました。ケアマネやホームヘルパーや民生委員や葬儀屋さんも熱演しました。最近は独居高齢者が増えています。たとえ末期がんでも最期まで自宅で過ごすことを希望される方が結構おられます。そして朝一番にヘルパーさんが入った時に呼吸停止に気づくこともあります。しかし本人と家族、そして多職種による人生会議をしていれば特に問題なく「平穏死」を見届けています。まつたく身寄りのない方は、家族が異論を唱えることが無いので本人が最期まで在宅を希望すれば、100%在宅平穏死が叶います。

冗談で「劇団死期」というと市民は笑ってくれます(図10)。笑いの中で看取りを演じるのです。忙しい多職種が練習のために集まることは大変ですが、演じるほうにも多くの学びがあることも分かりました。地域包括ケアや在宅看取りは「寸劇」という手法で伝えることも有効です。寸劇を用いた啓発も立派な地域包括ケアだと思います。

3つの病態を区別、意識しよう!

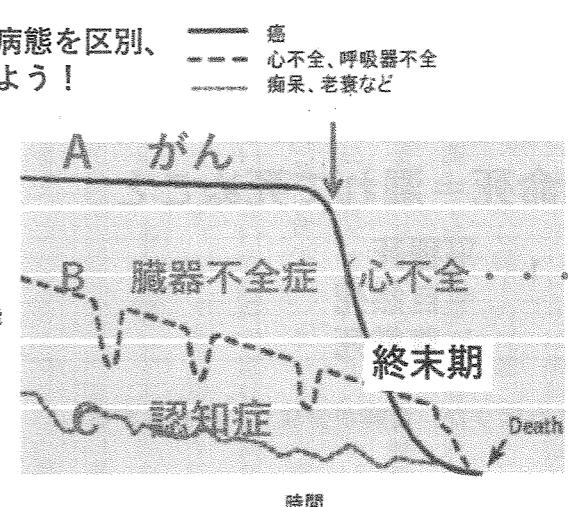


図7 病態による終末期の違い

息を引き取る瞬間に 医者が居なくても大丈夫!

医者は死亡後でも、行けば
死亡診断書を発行できます。
(医師法20条の正しい理解を!)

記入する死亡時間は、推定でいい

図8 死亡時の死亡診断書について

でもあります。

しかし日本人は病院信仰が強くフリーアクセスなので、死ぬ間際まで病院主治医だけを頼り、在宅主治医を探していない場合をよく見かけます。その場合は救急搬送しらば末期がんや老衰になつたらたとえ大きな病院に主治医がいても、往診をしてくれる近くの「かかりつけ医」を探しておけばきます。200床以下の在宅療養支援病院もかかりつけ医になります。終末期以降は在宅看取りと決めているなら、まずは「かかりつけ医」や訪問看護師に電話をしても出なくとも少し「待つ」ことが大切です。だから「かかりつけ医」の選び方を市民に優しく指南することも地域包括ケアだと思います。

16

ISSN 1345-0123

2019年6月12日発行(毎月1回12日発行)第21巻 第6号通巻282号 平成11年6月25日第3種郵便物認可

地域ケアジャーナル

特集

医療と介護の新たな連携

特集編集

辻哲夫

東京大学 高齢社会総合研究機構 特任教授

6

2019 Vol.21 No.6



あの人に
インタビュー

特定非営利活動法人 支援技術開発機構
理事長

山内 繁