

## 特集：「死」と向き合う社会福祉

### 《各論》

# 地域での生活を支える

はな と たか し  
花 戸 貴 司

東近江市永源寺診療所所長

## はじめに

東近江市永源寺地域は、滋賀県南東部、三重県との県境に位置する山間農村地域である。地域の人口は5,470人、高齢化率は34%を超え、集落によっては50%~80%と高齢化率の高い地区もある。ここ永源寺地域にある数少ない医療機関の1つが、私の勤務する東近江市永源寺診療所だ。常勤医師は私1人、入院する設備はない無床診療所。この地域には、診療所以外には調剤薬局が1軒だけで、デイサービスやショートステイを提供する介護施設はあるものの、訪問看護ステーションやリハビリ施設、ましてや病院などの入院施設はない。そのような医療・介護資源の乏しい地域であるが、年老いても地域での生活を続けたいと希望される方も多い。結果、ここ10年間での当院における在宅看取りは、年間25人から36人。永源寺地域全体では年間約60人の方が亡くなられるので、少なく見積もっても地域の4割から5割の方が在宅で亡くなられている、そんな地域である。

「多死社会」を迎えようとしている現在、国は在宅看取りを進めるため地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる。病院医療から地域ケアへと移行する政策であるが、これは病院医療を否定するものであろうか？ それとも、高齢者を含めた地域住民が安心して生活できるための手段とな

るのか？ そして、その結果として住民の満足度を高めるものになりうるのか？ まだまだ未知の部分が多い。その一方で、われわれは医療・介護資源の少ないこの永源寺地域でも、地域包括ケアシステムを進めるため、10年以上前からさまざまな取り組みを行ってきた。本稿では、この地域での取り組み、人びとの生活の営み、そしてそれを支える多職種と地域のつながりを紹介させていただき、今後の地域包括ケアシステムの可能性について考察する。

## I 永源寺診療所の1日

朝、7時に診療所の玄関を開けるのが、私の1日の仕事の始まりである。玄関の前では、早くから待っている患者さんたちがいる。子どもが昨日から熱をだした、おばあちゃんの診察の順番を取りに来た、孫が会社に行く際に一緒に送ってきてもらったなど……朝から診療所の待合室はにぎやかだ。

待合室の声に耳を傾けると、「よしさんが、往診してもらって家で亡くならはった。今日がお通夜らしいわ」との声。そう、昨夜、私が在宅看取りをした患者さんのことが話題になっているらしい。この地域では、年老いて介護が必要になっても、食事が摂れなくなっても、最期まで家にいたいと希望される人が多い。また、家族をはじめ地

域の人も、それが当然のこのように思っておられるみたいである。

診察が始まると、75歳の芳子さんが旦那さんと一緒に入ってきた。芳子さんは「先生、めまいがひどくて何もできない」とこぼしている。よく聞くと「めまいがひどくて家事ができない、ふらつくと掃除ができない、洗濯もできない」と、困り顔でできないことばかりを並べられる。旦那さんも「最近なんにもしよらへん」とこぼされる。お2人に加えて私も困り顔となったが、一番困っているのは芳子さん本人であることは間違いなさそうである。でも、よくよく話を聞くと、めまいよりも「できない」ことが多くなって、めまいはその言い訳をされているようにも感じる。めまいを訴えていた芳子さんだが、外来で診察を行っても異常はなく、唯一、認知機能テストを行うと中等度の短期記憶障害を認めた。このように、外来に通われている患者さんで、最初に認知症を疑うとき、「もの忘れ」を訴えて受診される方はほとんどおられない。芳子さんのように「今までできていたことができなくなった」あるいは「性格が変わった」と、本人または家族が訴える場合が多い。このため、変化に早く気づけるよう普段から本人はもちろん家族にも、家庭での生活の様子を尋ね、知っておくことが大切である。早速、正確な診断をつけるため神経内科へ紹介したところアルツハイマー型認知症と診断され、投薬も開始された。神経内科で薬剤調整をされてから、再び私の外来に帰ってこられるのは数か月先のことであるが、この間、何もしないと芳子さんは生活上の困難さを抱えたままである。検査・投薬は病院に任せることとして、介護サービスの調整も行う必要がある。診断がついた後、離れて暮らす娘さんと連絡をとって、翌週、当院の外来受診時に一緒にきてもらうようにした。旦那さんと娘さんに自宅での状況確認を行うことはもちろん、介護保険の申請や、サービス利用が必要かどうかの説明も、私と当院のスタッフから行った。

1か月後、私の外来に芳子さんが来られたとき、病院での内服調整や、在宅での介護サービスの調整が進み、今も旦那さんと2人で安心して暮

らしておられる様子をうかがった。このころには、めまいの症状はもちろん、不安な表情もなくなっていた。医療と介護がうまく連携し、高齢者世帯で認知症を有していても安心して暮らし続けることができそうな様子だ。そして、診察の最後に私から芳子さんに尋ねた。「芳子さん、もし、ご飯が食べられなくなったらどうする?」。すると、芳子さんは「先生、このまま家にいたいけど、ええかな?」。私も「何かあったら連絡してください。通えなくなっても往診に行きますよ」と応える。芳子さんは深々と頭を下げ、旦那さんをはじめ後ろのご家族も「よろしく願います」とにっこり笑った。今流行りの「エンディングノート」を書けなくても、家族の前でこちらから尋ねると、皆、多少のもの忘れがあったとしても、自分の最期をどう迎えたいかを真剣に、そして思慮深く語ってくれる。すべての人の希望が叶うわけではないが、いざというときに家族が迷うことがないようにするために必要な準備であると思っている。

## II 多職種連携で生活を支える

この永源寺診療所に赴任して17年が経つ。それまでは大学病院や総合病院で研修を行い、病院での仕事を中心の生活だった。たくさんの病気を診ることがとても楽しく、また、それを治療することに充実感を覚えた時期でもあった。しかし、病院勤務時代には、救急車で運ばれてくる、老衰、あるいはがん末期など、医療で手を尽くしても救うことのできない人びとを目の前にして、医療の限界を感じるとともに、「本人にとっての最善を尽くしているのだろうか?」という疑問が残った。

というのも、救急現場に運ばれてくる患者さんの多くは、すでに意思表示ができなくなっており、延命治療を行うかどうかを決定するのは本人ではなく、家族である場合が少なくないのである。突然、突きつけられた身内の生死を選択する判断を迫られたとき、無条件に身内の死を選択できる家族はほとんどおられなかった。当然と言えば、当然である。

もし、一命をとりとめたとしても、人工呼吸器や胃瘻、中心静脈栄養などにより、命だけを永らえる姿を本人は希望していたのであろうか。本当にわれわれは「本人が希望した医療」を提供しているのだろうか？ とはいえ、そのような状況となってしまうからでは、本人に尋ねるすべもない。大病院での研修は、充実した仕事の一方で、病院から施設、あるいは在宅へと、慌ただしく目の前を通り過ぎていく患者さんと家族を眺めながら、その先のことまでは理解できない日々であった。

しかし、診療所に赴任し時間の流れが変わった。そして医療における自分のスタイルが変わった。急性疾患ばかりではなく慢性疾患を診る機会が増え、小児はもちろん、高齢者を診察する機会が増えた。病院勤務時代には少なかった、病気以外の話をすることが多くなった。同時に、外来で話を聴いてもらえるだけで満足して帰っていく患者さんたちの後ろ姿を見ながら、戸惑っていた。「この人たちは、何のために診療所に来ているのか？ 治療を受けるために来ているのではないのか？」。今から考えると、自分が診療所で何をすればいいのか、わかっていなかったと思う。

診療所に来て初めて往診をした患者さんのことを、今でも忘れることができない。60歳の紳悟さんは、10年以上前から脊髄小脳変性症という難病を患い、私が赴任する前から奥さんと家族の方が献身的に介護をされていた。病状は徐々に進行していたが、私が主治医になった1か月後、とうとうご飯が食べられなくなった。当時、この永源寺という田舎にも最高の医療を届けよう、そう思っていた私は、毎日点滴をし、血液検査の結果を見ては薬を追加していた。病院でなくても、在宅であっても「しっかりと病気を診よう」。医師である私にとって、それはごくごく当然のことであり、何も疑う余地はなかった。

そして、紳悟さんの呼吸も弱くなり、いよいよ死期が迫りつつあった。私は食べられない紳悟さんに対して、いつものように点滴をしようとしていた。そのとき、私の頭越しに後ろから、奥さんがポツリとつぶやかれたのである。

「先生、もうあかん」

今まで病院では言われたことのない言葉に一瞬驚いたが、まもなく心の中で怒りが湧いてきた。自分が一生懸命治療をしようとしているのに、「もうあかん」とは何を言うか！ そんな表情を浮かべながら、後ろにいる奥さんのほうを振り返った。すると、奥さんだけではなく、家族、親戚、近所の人たちが取り囲んで、紳悟さんをじっと見ておられたのだ。その人たちが目に入った瞬間、怒りは潮が引くように消え、自分はこの場にふさわしくない者なのではないか、という感情に襲われた。このときの、医師である自分の存在を否定されたような感覚、それを今でも忘れることができない。つまり自分は、患者さんの「病気」しかみていなかったのだ。目の前の患者さんが最期の時を迎えようとしている。周りの皆さんは、人生の幕を閉じようとしている紳悟さん「その人」をみていたにもかかわらず、私は「病気」しかみていなかった。

その2日後、紳悟さんは家で息をひきとられた。私が看取ったのだが、奥さんから「ありがとうございました」と頭を下げられる一方で、自分自身の医師としての無力感だけが残った。思い返すと、これまで病気しか診てこなかった。病と闘い、最高の医療を届けることこそが医師の役割であると信じて疑わなかった。そして「死」は医療の敗北でしかなかった。病気以外のこと、つまり、その人が、どのような人生を過ごし、何を大切に生きてきたか、またこれからどのように過ごしたいのかなど、その人の言葉を十分に聴いていなかった。今まで本人や家族との対話を疎かにしてはいなかったか。人はだれしも「老い」や「死」を迎えるのであるが、人生の最終章をどのように過ごしたいか希望を聴こうとしたときには、本人は答えられなかった。しかし、家族は共に過ごし、語り合い、「病」だけでなく「老い」や「死」も含めて本人の希望を受け入れていた。その結果としての「もうあかん」だったのである。医療を否定するのではなく、人生の最終章を受け入れる言葉だったことを理解するのに時間はかからなかった。

紳悟さんの死を経験し、この地域で求められている医師になれるだろうかと自分自身に問うた。そして、「このままではいけない、自分が変わらなければならない」。自分自身の心の中で、そう繰り返した。

地域には性別・年齢にかかわらず、身体的あるいは社会的問題を抱えた多くの人々が生活している。高齢で認知症を有する人以外にも、障がい、難病、脳卒中などの後遺症、悪性腫瘍の終末期、疾患だけではなく、高齢者世帯、あるいは高齢者の一人暮らし、ひきこもりや貧困など、社会的な困難を抱えた人がたくさんおられる。病院勤務時代は、この人たちをどのように医学的に管理しようかと思案していたが、うまくいかなかった。今から考えると、医療で解決できる健康問題はわずかにばかりでしかないことがわかっていなかったのだと思う。しかし、診療所勤務となり、永源寺地域のように社会資源の少ない山間農村地域でそのような人々を支えるのは、医療のみでは不可能であり、多職種のネットワークが必要であると気づいた。そして地域に出てみて、多くの社会資源が存在していることを知った。医師1人ではできないが、看護師、介護スタッフ、薬局、行政、そして、ご近所の方など、多くの人びとの連携があれば彼らの生活を支えることができることを数多くの症例で経験した。

例えば、才治さんは一人暮らしであったが、在宅で看取ることができた。

5年前に奥さんを在宅で看取った79歳の才治さんに胃がんが見つかったのは、3年前のこと。その後も病院に通院していたのだが、昨年8月、才治さんの肝臓にがんの転移が見つかった。才治さんに残された時間は1年あまり。以前から「家で過ごしたい」と言っておられた才治さんであるが、あらためて本人の意思を確認するため、病院の先生と才治さん、そして弟さんと今後の治療方針について話し合った。結果、才治さん本人の希望を優先し、手術はしないことになった。しかし、その後も定期的な医療の管理や最低限の治療を希望されたため、月に1度、病院へ通院しながら、私も訪問診療することになった。

才治さんの身寄り、近所に住む弟さんだけ。がんが見つかった、すぐには生活に支障はなかったが、しばらくすると足腰が弱ってきた。介護保険を申請し、炊事や掃除はヘルパーさんに手伝ってもらい、普段の体調管理は訪問看護師さんに定期的に看てもらおうよう手配した。もちろん私も月に2回は訪問診療を行うことにした。当初は自身で外出し、用を済ませることもあった才治さんだが、年が明けて2月ごろからは、家で寝ている時間がだんだん長くなり、3月からは食事も摂れなくなってきた。

そんなある日のこと。私がお宅にお邪魔すると、ご近所に住む方々が10人ほど集まっておられた。「先生、ご苦労さんやな」。玄関に近い人から順に、座っておられる場所を1歩ずつ下がり、私の通る道をつくってくださった。

集まっていたのは、弟さんや親戚のほか、ご近所に住む皆さん。才治さんがだいたい弱ってきたとの話が伝わり、ご近所さんがめいめい集まってこられていたのだ。皆さんに話を聞くと弟さんと向坂のおじさんが泊まっておられるとのこと。さらにご近所の田井中さんから才治さんに声がかかる。「先週、会うときにはゴミ出しに行っただけなのに……。今度は私が持って行ってあげるわ」。その後、私が処方箋を出すと、いつものように薬剤師さんが訪問して薬の管理をしてくださった。おおよそ一人暮らしとは思えないような、にぎやかな様子であった。

そして数日後、訪問するとご近所の崎井さんが才治さんの歯磨きを手伝っておられた。「私、この前までおばあちゃんの介護してたから慣れとらんよ」と、食べた後は、口の中をきれいにすると気持ちがいいことをよく知っておられる。専門職の目から見ても、立派な口腔ケアなのである。また、才治さんが「足がだるい」と訴えられると、向坂さんが「皆が、交代で足をさすってあげるわ」と足をさすられる。毎日、「だれかが」というよりも、「だれもが」来ているような状況であった。専門職ばかりが提供する高度なケアでなくても、この場では立派なケアが成立していたのである（写真1）。

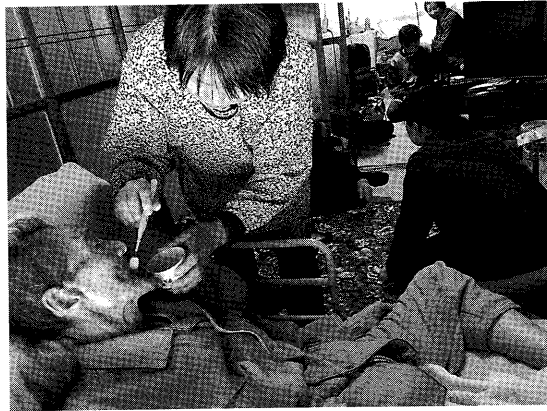


写真1 ご近所の崎井さんが行う口腔ケアを  
気持ちよさそうに受けられる才治さん

そこに集まった皆さんの会話も「病院では、こんな気楽に顔を見に来れへんもん」「わしら男でも、いるぐらいならできわ」など、ヘルパーさんや訪問看護師さんでは手が回らないところも、皆さんが協力してゴミを出したり、掃除をしたり。男性陣も重い荷物の移動や、庭の掃除、あるいはとりあえずいるだけの人も……。家にいても、病院に行っても、最期を迎えるという結果が同じであれば、本人の希望をかなえてあげたい。ご本人はもちろん、われわれ専門職だけではなく、ご近所の皆さんの気持ちが同じ方向に向いている、そんな雰囲気を感じた。数日後、まったくご飯が食べられない状況になっていた才治さんも、にこやかに皆さんの話を聞いておられ、とても嬉しそうな表情だった。がんの末期であり、痛み止めは処方していたが、才治さんが痛みや苦しみを訴えられることはほとんどなかった。どちらかという薬よりも皆さんの声や心地よいケアが痛みを取り除いていたように感じた。その日から水分もまったく摂れなくなった才治さんは、3日後、多くの皆さんに見守られながら自宅で静かに息をひきとられた。

このように一人暮らしであっても、最期まで安心して生活ができるのは、医療や介護だけではなく、地域の力があるからなのだろうと感じている。医療・介護だけでは支えられない部分を「ご近助(きん・じよ)さん」が支えてくださったよ

うに思う。

### Ⅲ 地域での顔の見える関係づくり

年老いても地域の人たちが、安心して生活するために必要なことは何であろうか？ そして、われわれはどのようなことをすればよいのだろうか？ その1つの答えが「地域包括ケア」であるかもしれない。私は、さまざまな分野の専門職が各々の立場でアセスメントしながら、医療・看護・介護といった「目に見えるサービス」を提供する一方で、サービス利用者のみならず、地域の人びとが、精神的にも孤立せずに安心感をもてる「目に見えないつながり」こそが、地域での生活を支える両輪と考えている。在宅における「目に見えないつながり」とは、医師や看護師などの専門職といつでも連絡がとれることや、24時間対応の訪問サービスを受けられることだけではない。先に述べたような家庭や地域の中で自分自身の役割をもつこと、家にいても顔見知りのご近所の方々が訪ねてきてくれたり、心配なことがあれば、すぐに相談できる人がそばにいたりすることなど、その家庭あるいは地域コミュニティにおけるインフォーマルなつながりのことなのである。重ねて書くが、在宅生活を支える専門職にとって、医療・看護・介護連携のような「目に見えるサービス」と地域の人たちの「目に見えないつながり」をいかに協働させていくか、それこそが、本来目指すべき「地域包括ケア」の姿なのである。そのような目指すべき「地域包括ケア」を実現するために、われわれも具体的な取り組みを行っている。

永源寺地域が属する東近江医療圏では、毎月第3木曜日夜に「三方よし研究会」が開催されている。この研究会では地域の多職種が月に1回集まり、地域の保健・医療・福祉の話題について話し合っている。会議は車座になり、時間厳守というのが基本的なルールである。この研究会は、「脳卒中連携パス」検討会としてスタートし、話題も当初は脳卒中連携パスが中心であったが、最近では、糖尿病、CKD(慢性腎臓病)、がん、難病、

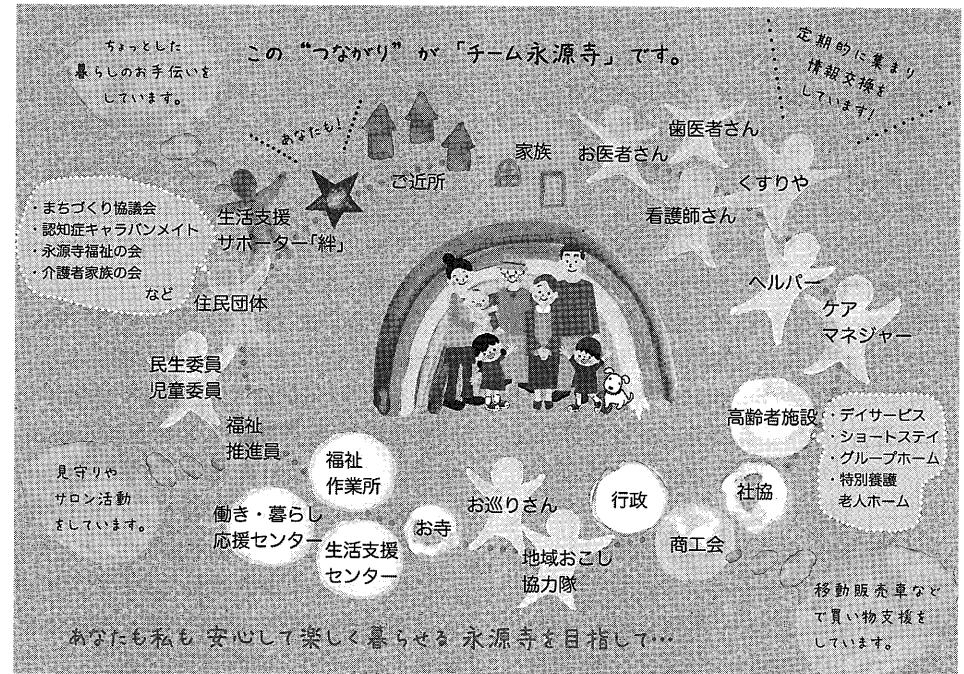
在宅支援、そして認知症など多岐にわたる。参加する職種も医療・介護職のみならず、薬剤師、行政、マスコミ、写真家、地域のNPOなどさまざまであり、参加者も圏域内のみならず、県内県外から毎回120~150人を数える。この研究会に参加することにより、地域の多職種がまさに顔の見える関係になっているのである。また、月に一度の研究会以外にも日々メールリストを通して会員間で情報交換を行っている。このような、日々どこかでつながっているという関係が、顔の見える関係づくり、そして支える人たちのネットワークづくりの一助となっている。

また、保健所の圏域レベルのような広域の多職種連携だけではなく、各々の現場で顔の見える関係づくりを行うため、永源寺地域でも月に一度、「チーム永源寺」による会議を開催している。こちらの会議には、医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、ヘルパー、介護施設職員、社会福祉協議会、行政などの専門職、そして、それ以外にも、商工会、地域おこし協力隊、警察、宗教者、障が

い者福祉作業所、働き・暮らし応援センター、地区民生委員、まちづくり協議会、認知症キャラバンメイト、地域ボランティアグループ「絆」など、まさに地域の多職種が参加する場となっている。(写真2、図1)

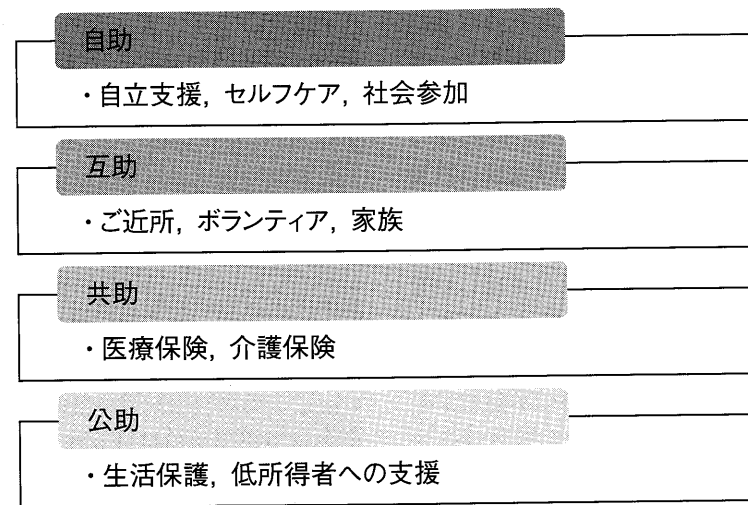


写真2 地域の多職種が集まる「チーム永源寺」は月に1回開催される



出典：「チーム永源寺」パンフレット。

図1 地域の専門職と地域の人びとがつながる地域まるごとケア



出典：筆者作成。

図2 地域社会にあるさまざまな資源

#### IV 地域まるごとケア

一般的に、多職種の連携を通して高齢者を支える「地域包括ケア」が語られるとき、医療と介護の連携についてはよく言われることである。例えば、脳卒中を発症した場合の治療、そしてリハビリ、摂食・嚥下、再発予防など。しかし、それらは言い換えると、病になった臓器を連続的にみる仕組みづくりでしかない。

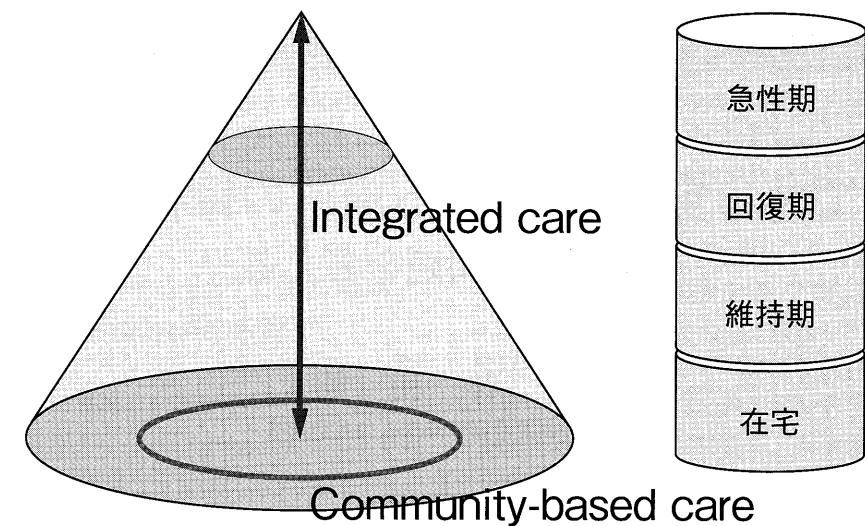
しかし、本当にそれだけで地域の人たちの生活を支えることはできるだろうか。先ほど述べたように、私は経験から、目に見えるサービスである医療や、看護、介護のみで地域の人たちの生活を支えるのは難しいのではないかと考えている。その一方で、地域社会に目を向けると、さまざまな社会資源、つまり目に見えないサービスが数多くある。それらは、自立支援やセルフケアといった「自助」、ご近所さんやボランティアなどお金の発生しないインフォーマルサービスである「互助」、そしてわれわれが活動している医療保険や介護保険サービスとしての「共助」、行政などが行うインフラ整備や低所得者への支援、地域福祉計画などの「公助」と整理されている（図2）。私は、

地域の人たちの生活を支えるためには、これらの「自助」「互助」「共助」「公助」が互いに結びつくことが重要であると考えている。

正直なところ、病院で仕事をしていたときは「共助」、その中でも医療しか経験することがなく、退院後に医療管理以外にどのようなサポートを受けて患者さんが生活しておられるのか、なかなか想像がつかなかった。しかし、地域に目を向けるとわれわれ医療・介護スタッフ以外にも、数多くの支え手がいたのである。前述したように年長いても、認知症になっても、あるいは障がいをも有しても、地域の人たちがコミュニティの中で支え合って生活をしていたのである。実はここに、超高齢化社会で目指すべき「地域包括ケア」の姿があるように思う。つまり、疾病中心で考える医療・介護の連携である Integrated care と、地域コミュニティの中で支え合う Community-based care がうまくつながり合うことが理想なのである（図3）。

私はこのようなつながりを、「地域包括ケア」よりもさらに広くつながることを意味する「地域まるごとケア」と呼んでいる。

そのような地域まるごとケアが実現している地域で生活をし、また、人生の最終章をどのような



出典：筆者作成。

図3 地域包括ケアのイメージ

場所でだれと生活をしたいか、そして、どのような治療や療養を希望するかということを確認しておくことで、病気を患ったとしても患者さんや家族の方々は、「安全な」病院や施設に入ることよりも、「安心して」地域で生活することを希望されることが多い。実際に、永源寺地域での在宅看取りの割合は約50%に達している。全国平均の18%と比べてもそれなりに高い割合である。これは地域の人が年長いても安心して最期まで暮らしておられる結果なのだと思う。

#### V 地域の人たちに支えられ

診療所に赴任してしばらく経ったころ、医師官舎の裏口に、朝、畑で採れたばかりの野菜が置いてあった。患者さんからの届け物らしいが、だれが置いたのかわからない。名を名乗らぬ、見返りを求めない贈り物に、患者さんの感謝の気持ちが伝わってきたと同時に、地域の人に、自分の存在を認めてもらえた、という嬉しさがこみあげてきたことを今でも覚えている。

永源寺に来て、いろいろなことを地域の皆さんに教えてもらった。地域のつながりや互いを思い

やる気持ち、そして何より自分自身が地域の人たちに支えられていると感じる。自分がこの地域でできることは何かと考えたとき、それは地域で医療を行うということだけではない、地域の人たちが将来にわたり安心して生活ができる「まちづくり」ではないかと思う。せっかくその地域に住むなら、自分にできることをその地域に還元したい、地域の人たちの笑顔をもっと見てみたいと思う。結果として、障がいのある人も認知症などの疾患を有する人も、高齢者も子どもも、皆が互いに思いやり、そして支え合える地域になれば、安心して生活することができるのではないかと思う。それこそがわれわれが目指すべき「地域まるごとケア」の実現になるのであろう。

大病院ではできないことでも、地域ならできることがあると信じている。

#### 参考文献

- ・花戸貴司（文）・國森康弘（写真）『ご飯が食べられなくなったらどうしますか？—永源寺の地域まるごとケア—』、農山漁村文化協会、2015年。
- ・國森康弘『いのちつぐ「みとりびと」』、第1集、第2集、農山漁村文化協会、2012年。