

地域包括 ケアシステムと在宅医療 ×救急医療 ×地域・ 多職種 連携

～最期まで患者が望む暮らし方を、
在宅医療と看護はどう支えるか～

司会 ▶ 新田 國夫 氏

医療法人社団つくし会理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会会長、日本在宅ケアアライアンス議長、日本臨床倫理学会理事長

出席者 ▶ 太田 祥一 氏

医療法人社団親樹会理事長、恵泉クリニック院長、東京医科大学救急・災害医学分野兼任教授

出席者 ▶ 秋山 正子 氏

株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長、暮らしの保健室室長、NPO 法人maggie's tokyo 共同代表

在宅医療にとっての 救急医療とは？

新田 現在の大きなテーマとして、高齢者の救急医療と在宅医療の問題があります。まず、在宅医療にとって救急医療とは何なのかを考えたいと思います。太田先生はもともと救急医ですが、先生が在宅医療を始めようと思われた背景からお話いただけますか。

■ 119番のもつ意味

太田 私は、1999年ぐらいから今のクリニックで、非常勤ですが、在宅を始めました。その後、在宅医療をされているのに救命救急センターに直接運ばれて来ることに違和感をおぼえ、調査検討し論文にまとめました。そのころからずっと、在宅医療と救急医療について関心をもっていました。

最近、高齢者救急が問題になっていますが、まずは救急医療と在宅医療や高齢者医療との間で、お互いの取り組みや考えをうまく伝えることが必要であると考えています。地域包括ケアシステムのなかで「全員に救急車」ではなく「救急車を呼ぶべき人に呼ぶ」という社会常識が醸成されるように、実際に“在宅医療”の側から、メディカルコントロール体制も含めて、エビデンスをもとに方向性を示す必要があるだろうというのが、今、在宅医療に取り組もうと考えたきっかけの1つです。

秋山 救急車を呼んだ時点で「救命救急を要請する」意

思があると、通常は取られることを一般市民——患者・家族——側は知らないんですね。

私たちが訪問看護で入っている末期がんの方で、本人は「絶対にもう病院には行かない」という意思がはっきりしているのに、お子さんが呼吸が止まった状態のお母さんを見つけて、驚いて救急車を呼んでしまった例があります。

そういう場面に出合ったときに、救急車を使えばいいのかどうかを、医師任せにせず市民がしっかり理解することが必要です。どういう状態であっても救急車を呼ぶことがどういう意思表示になるのかを一般市民も理解できることが大切で、そのためにも、日頃からそういう話ができる関係性の構築が求められています。

新田 地域に住む人たちが、生き方・居場所・医療・介護などについて何を望んでいるのかを解決することが私たちに求められています。地域包括ケアシステムは「生活」「住む」ということが基本にあって、今の時代、高齢者の誰でもに救急が必要な事態は起こり得るし、一方で「もう医療は要らない」という人もいます。人生の最終に近づくにしたがって生活の豊かさや質を求めるという視点は、もちろんあるでしょう。

太田 秋山さんが仰ったように、119番をするということは、その時点で救命の要請です。このことは社会通念だと思うのですが、時代とともに変化してきたのかもしれない。「驚いたから119番」「とりあえず病院」という2つの言葉を耳にすることがありますが、その目的を皆で考えることが大切だと思います。

また、われわれ在宅医が在宅でどこまでどのように診療するかについてスタンダードを示すためにも、エビデンスや標準治療を提唱していく必要があると思います。高齢者救急には「突発的な心肺停止」と「徐々に悪くなって救急要請」の2つの課題があります。後者については、高齢者によくある病態の在宅での治療を標準化し、その手順を共通言語として地域に広めていくことで、救急との連携がよりスムーズになる可能性があるでしょう。

新田 とても重要な点です。地域における診療の質については、秋山さんはどう感じられますか。

秋山 外来通院できなくなった方のためにクリニックの医師が訪問に出るというのが、日本医師会の方針ですよ。そのときに、フレイル（frail）を越えて不可逆的な老衰となるパターンを1例でも診た経験がある医師だと、訪問看護やヘルパーがかかわりながら最期まで在宅で診られますが、1例も診たことのない医師は、心配になって病院へ送ってしまうことが起こるわけです。かかりつけ医はとても責任感が強く、「違った判断をしていないか。病院に任せようか」と考える医師も多いですよ。

ですから標準化は賛成ですが、徐々に悪くなっていく様子を、多くの人が「これは普通である」と理解できる普及の仕方が求められていると思います。治療のスタンダードというより、ナチュラルコースのスタンダードの症例を重ねていき、多く診て知ることが、まず大事です。

■ 高齢者の肺炎をどうとらえるか

新田 10年後にはますます増えると思われる疾病とし

て肺炎・骨折があげられ、さらに認知症を合併していることが予想されます。そのなかから、高齢者救急の多くを占める肺炎をどう考えるかについて、話してみたいと思います。

肺炎の多くは、だんだん虚弱になる、さらには脳血管障害を併発することを考えても誤嚥性肺炎が多い印象です。誤嚥性肺炎は、摂食・嚥下障害の評価や口腔ケアなどで、かなりきちんと対応できると思うのです。そこは、在宅で行う医療の1つだろうと考えます。その医療がなされないまま肺炎を繰り返すことでは困るのですが、太田先生はどうお考えですか。

太田 誤嚥性肺炎は、全身状態が悪くなると誤嚥が悪化して、肺炎が治り全身状態がよくなると誤嚥もよくなってくるといったように、総合的な対応が必要とされます。ただ、挿管しないのであれば、自宅で治療ができる時代です。在宅という患者とのかかわりの密度から考えると、病院の治療にひけをとらないと思います。そこを踏まえて標準化が模索されればいいと思います。

秋山 在宅で高齢者をみていると、肺炎は脱水と重なっているというのが実感です。今夏はすごく暑く、在宅の高齢者は脱水ぎみで熱中症傾向にあり、肺炎の前にもともと脱水傾向のような状態なわけ。そうすると、いくらお水を勧めても飲まないんですね。飲み込む力も消耗して、飲まないしむせやすくなっている。

そのベースにすでに隠れ脱水があって、そこから嚥下機能も落ちていき、肺炎にもなる。その点を予防的な視点で見ると、病院へ送らなくてもいい人がたくさんいる

んです。新宿区には、緊急一時入院病床確保事業という事業があり、その利用者の半数以上が75歳以上で、トップは肺炎、2番手に脱水、食事不振が並びます。つまり、だんだんフレイルに落ちてきて、食べ物から得る水分も減り、飲む量も少なくなり、脱水に傾き始めて反射も落ち、唾液でも誤嚥する。こうした老化にともなう変化をきちんと理解する必要があるって、何でも救急車に乗せればいいものではないと思います。

新田 在宅医療といっても、平均1週間に1回訪問診療をするということで、得られる情報が少ないです。在宅医療は多職種の皆がみるんだけど、誰が水分管理をして、誰がその状態像の変化をみるのかについては、どう考えますか。

太田 家族なり訪問看護師なり、誰かが異常を訴えたら必ず往診に行くようにしています。ですから、発信はどなたからでもいいのですが、高齢者救急では「様子をみましょう」となるべく言わないようにと心がけています。

秋山 「様子をみましょう」とか、「何かあったら病院へ」という“悪魔のささやき”は、本当によくない（笑）。

新田 太田先生のお話はとても本質的で、私自身も外科・救命救急の経験からよくわかる一方で、現状の在宅医にそれだけの能力があるか。例えば救急車をいかに呼ばないか。「様子をみよう」ではなく、病態をきちんと判断できるかどうかが大きな問題です。

秋山 「様子をみよう」ではなくて、「これはこのまま踏ん張れる」「いや、これは踏ん張れない」といった判断が望まれます。

太田 そこで在宅でもトリアージが必要です。また、重症を扱う在宅医療、三次在宅でもいいですか、そのように進化していいと思います。重症になれば、その間だけでも在宅医療をする。地域にそういう先生が何人かいらっしゃって、「重症ですので専門的に在宅医療をお願いします」というような連携ができると、その地域の総合力は高まるのではないのでしょうか。

■ 急性期病院から見えていない在宅医療

新田 急性期病院の医師は病態治療を中心としていて、生活という概念がなかなかもてない点も問題です。

太田 そのようなことを教育・指導していくことが必要です。卒前、研修医とそれぞれの段階に応じた教育体制をつくりたいと思っています。

そういう教育というか、状況を理解していただける場としては、自分の患者が病院でお世話になる、あるいは退院されるときが1つのチャンスだと思っています。1つずつアピールしようとしています。「こういうバック

グラウンドで…」[このような診療で、在宅療養してきましたが…] などということ伝えるために、積極的に行くことが大事だと思います。

新田 超急性期病院では今後平均在院日数がどんどん減りますよね。そこから次の回復期病院とか、いろいろな過程がありますが、超急性期病院はその次のことがよくわからない。急性期の治療をしたつもりなのに、次のところで寝たきりになっているという事例が多く、寝たきりが当たり前の医療だと次のところでは思ってしまう。それぞれが、今の時代に合わないと感じられる固定された医療をしていて、それが今お互いに不満になっている。

太田 以前は、超急性期医療に生活の質を求めるのはどうかなというところがありましたが、これからは救命の質にこだわることも必要になってくると思います。

新田 救命に行くと、要は出口を考えないで入り口だけで対応する。そうすると出口が大変だという、当然の事実が起こる。逆に在宅からいうと、出口は当たり前なのです。在宅というのは住む場所ですから。

秋山 そうですね。出口の先に何があるのかを想像できなければ、出口に在宅という選択肢はない。別のところに行くということになってしまうのだと思います。

太田 お互いの理解というか、両隣を見る余裕が大事で、そのためには「在宅ではこういうことができる」ともっとわかりやすく伝える必要があります。私は救命救急センターで回診をしています。出口の選択肢として在宅医療があるという可能性を話しています。そのためにも「在宅医ができること」をわかりやすく伝えていくことが重要だと考えています。

新田 基本的に在宅では医療的に「何でもできる」けれども、何でも行う医療ではなくその人のQOLの選択があり、一方病院では「何でもできる」ことのなかに選択をしないでやっているわけで、病院の医師は、そこをよくわかっていないところもありますね。

■ 施設からの救急搬送が減らない現実

新田 出口の先を想像すると、看取りまで責任をもつ在宅医療ということが考えられますが、一方で老人施設、特別養護老人ホームから意外と救急搬送されている。これをどう考えるかが、これからの非常に大きな問題です。

秋山 特養からも、有料老人ホームからも運ばれていますね。

太田 そこはメディカルコントロールだと思います。「何かあったら命優先で考えますから、すぐ救急要請です」というのは、単純明快で非常にわかりやすい。そこで「いや、救急車を呼ぶのは待ってください」とどのように伝

「様子をみよう」ではなく、病態をきちんと判断できるかどうか問われている



えるかがポイントです。

私は、できるだけ一人ひとりに最期の話をするようにしています。そうすると、「(看取りまで)ここでしていただければ…」という人も少なくありません。やはり丁寧に説明を続けないとならないと思います。

新田 例えば施設にも在宅のようにかかりつけ医（主治医）がいて、その人たちが責任をもつ医療ができるとか、そういった発想の転換をしない限りは難しいと思います。

秋山 施設に入っても、もともとの主治医が変わらないほうが本来的だと思うんですけど、囑託医に変わりますよね。入所前とは異なり、家族関係もよくわからない状況で引き受けるので、「これは」と思ったら病院へとつながりますね。

太田 私は、在宅医療で看取るのは普通のことで、特に秋山さんが仰った不可逆的な老衰は、そこまでののが当たり前だと思っています。

一方、窒息による心肺停止からフルリカバーされた方もいらっしゃいます。高齢者の心肺停止においても、エビデンスに則って目撃ありやバイスタンダー CPR ありは、まず「助ける」ということを考える世の中がいいのではないかなとも思っています。

病院と在宅；異なる目線のその先

■ 病院管理とは違う世界がある

新田 ここまでは、病態・疾病と在宅・病院の話でしたが、そこに働く人たちの話として、病院看護師と在宅・訪問看護師のケアの意識に差を感じたりはされますか。

秋山 例えば、重症の心不全の方が家に戻ってこられた際の話です。そのときには浮腫^{むく}んでいるわけですが、お風呂に入れるほどの体力はもうないから、脚をビニールの袋の中に入れて温めたタオルで蒸す足浴のようなケア

をしたのです。すごく気持ちがよくて、末梢循環がよくなるので利尿がつくんです。薬ではなくケアなわけです。病院では「動くな」と言われ、こういうことは一切なかったそうです。

「気持ちがいい」という感覚が与えられるケアというものには、とても深い効果があると思います。ケアにはそういう意味があり非常に重要だと、看護師自身がもうちょっと感じるというか、誇りをもってケアをしてもらいたいなと、私は思っています。

太田 秋山さんのお話を聞いていて思うのは、訪問看護師も在宅医も、1人の患者さんに費やす時間がけっこうあるということです。

ですからわれわれとしては、日々いろいろなお話をするなかで、救命を望まない人が満足にご自宅で過ごせるように支援していければいいなあと考えています。

新田 今病院で働いている若い医師も、おそらく在宅という医療の場について考えていると思うのですが、その若い人たちにはどういうことを期待しておられますか。

太田 在宅に興味をもっている人は増えているように思います。卒前や臨床研修の地域医療で在宅医療を経験したり、看護師さんたちも実習で訪問看護ステーションに來られますが、これらはとても大事だと思います。

あと最終的には、看取り方という学びを考えたいです。霊安室ではどこに立って、どなたに挨拶して、どのようにお線香を…？ということから、もう一度失礼のない礼儀から考えたいと思います。

新田 在宅での看取りに研修医と同行すると、基本的な姿勢のところがやはりなかなか難しいことがありますね。極端にいうと、お布団に寝ているご遺体に対し正座するという礼儀がないとか。病院での死とご自宅での死ということについては、どう考えましょうか。

秋山 病院は病院管理のなかに患者がいますよね。でも在宅はその人の家で、その土俵に私たちが入っていくわけです。ある意味向こうのルールに従う必要があります。それこそ礼を失しないようにというところだと思います。

病院の中だと、救命救急も感染も含めて、本人の意思よりもとにかく安全管理、危機管理が第一義ですね。そことの違いを、やはりきちんと提示して教えていかないとならないだろうと思います。

■ 在宅医療の標準化とは

新田 急性期病院とは異なる在宅医療での標準化という点を、もっと掘り下げてみましょうか。

太田 これからは在宅医療の標準化と質の担保はもっとも強調していきたい点です。看取り方が患者の希望に対応して実践されるのはいいことですが、基本的な「これをコンセンサスとしよう」というベースラインはあったほうがいい。例えば終末期だと判断したときの医学的判断はこうで、その際の希望も伺って1週間点滴したけれども変化がこうだったから、もう一度皆さんと話をして聞いてみたら「もう、このあたりで…」というような大まかな手順があれば、よりわかりやすいと思います。

新田 在宅医療はこれまで、全国でそれぞれ頑張っていたものの集約化されず、それぞれの「個」の能力に応じていた部分があります。次の世代にきちんと残すためには、私たちは何かエビデンスを考える必要があるのかなと思います。ナラティブも含めたエビデンスですが。

太田 在宅でどこまでの医療ができてその予後はどうか、新田先生の仰るナラティブも含めたエビデンスがないと、「入院」という流れや、退院が難しい場合には「入院期間延長によるADL低下」という自然の流れには、やはり「勝てない」のではないのでしょうか。

新田 “勝てない”，そのとおりですね。もともと住み慣れた地域で最期までという、明らかな命題を解決していくための方向性についてはどうですか、秋山さん。

秋山 やはり、病院医療の延長線上に在宅医療があるわけではないことをはっきり打ち出す意味合いも、標準化にはあるのではないかと思います。

もちろん、病院の急性期医療が必要な方はいらっしゃる

いますが、特に75歳以上、80歳以上という超高齢の方たちが普通に住み続けられる、暮らし続けるために、そこを支える医療として考えたい。急性期の医療ではない、ナチュラルな状態に関する標準化は、確かに必要なと…。

新田 その標準化の基本は、よくいう「生活を支える医療」って何？という話だと思うんですね。そこをいかに標準化するか。これはとても難しい話です。

秋山 私は、がんの方に「ここまできたら難しいところがある」とギアチェンジの話をするように、心不全の方にも、呼吸不全の方にも、腎不全の方にも、「もう、そろそろなんですよ」「どこでどのように過ごしたいですか」とちゃんと話ができたうえで、どうするかを決められることを考えたい。それを在宅で支えることで、すごくQOLは変わっていくと思うんです。

新宿区で、並み居る大病院のなか在宅をしているので、重症心不全の方の入院先へ行ってみると、いっぱいモニターがついて、シリンジポンプが3台、4台並んでいて、微妙に調整しながら、本人は喉が渇くから「氷、氷」と言っていて。これのどこがQOLが高いのでしょうか。さらには、そういう心不全の高齢者がベッドをふさげば、本当に必要な人を診ることができない点も考える必要がありますよね。この矛盾の解決にも、それこそ標準化が求められている。

太田 私も重症心不全への在宅での取り組みを進めていますし、医学雑誌の心不全の特集の最後には在宅医療や終末期医療が入るようになってきています。だから、もう一息です（笑）。

→ 地域包括ケアシステムと地域に寄り添う医療

■ 一歩踏み込んだシステム運用に向けて

新田 地域包括ケアシステムのなかには高齢者だけではなく、小児、障害者、若年層のがん、そして若年性認知症の方もいらっしゃいます。その人たちがこぼれ落ちないための地域づくりについてお話しください。

秋山 本来の地域包括ケアシステムは、すべての生きづらさを抱えた人たちをカバーするもので、すべての人が、その住み慣れた地域で住み続けられるように支えるものです。子育て中も、本当は支援を求めているけれども支援が届いていない孤独な母親がいることもあるので、高齢者だけにフォーカスを当てない地域包括ケアシステムが大事なだと思います。そのためには声をあげにくいこの方たちの声を拾う、相談の窓口が要る。

そして、そこからつながって、ネットワークのなかにその方たちをどうやって組み入れていくか。高齢者には介護保険の仕組みがありますが、そうではない方たちには、どういう資源をいろいろ組み合わせてネットワークのなかにすくい上げられるのが課題です。

新田 秋山さんが新宿で取り組まれている「暮らしの保健室」は、そのネットワークを支える窓口の1つだと思いますけれども、どうですか。

秋山 そうですね。セーフティネットやさまざまな制度があるのに、その穴からこぼれ落ちるというか。例えば本人は高齢者だけれども、実は40代の知的障害の子どもさんのことが問題であったりする。でも、そこはシステムではすくいようがなく、どこからもこぼれ落ちる。ただ、その高齢者の側の問題解決には、子どもさんの側のことも一緒に考えなければならない。こぼれ落とさず、どうやってすくいどこかに乗せていくかという相談窓口が「暮らしの保健室」で、そういうところが増えてこない。どこへもアクセスできずにひっそりと悩んでいる方が、結構いるという印象をもっています。

新田 太田先生は地域で実践されていて、どんなことを現場で感じておられますか。

太田 重症外傷後の方がご自宅で暮らされていると、「救命救急センターで日々当直していたころ、こういう観点はなかったなあ」と痛感します。あとは、小児の在宅にも積極的に取り組みたいと考えています。先日、初めて小児在宅の方のご自宅に行くことができて感動しました。大変だとは思いますがとてもやりがいがあるんだろうなあと感じました。

新田 東京都も小児在宅に数年前から取り組もうとしていますが、残念だけど広がっていないですね。小児在宅になると、どうしても病院の医師が主治医で在宅にいる。そして、人工呼吸器等をつけている方が多くいて、急変すれば病院に送るという、そのシステムのなかで行われている。在宅に帰ると、お母さんが必死に吸引から全部を行わないとならない現状があり、レスパイトの問題もあります。

秋山 障害があるお子さんと、重度なわけですから、病

院でかなりの医療処置を保護者が習った状態で帰ってきます。そうすると、あとから入る在宅チームはいわば遅れて参入するので、そこにコミットがなかなかできにくかったりしながら、いざとなったら病院へということになる。その仕組みのなか、病院へ行ってもやってもらうことはある程度限られているのだということを、家族がだんだんわかってくると、在宅の時間が長くなってくる。

それを医療職だけでは支えられず、吸引ができるヘルパーなどの導入が必要になっています。時々起きて夜も吸引しているような家族を支えて、レスパイトをしなければならぬ。その仕組みを地域でどうつくるかという話なので、もっと広いネットワークがほしいですね。

■ 名乗り合い、語り合える地域に

新田 職種を越えた連携という点ではいかがですか。

秋山 地域包括ケアシステムのなかでの薬剤師さんとの連携というか、薬の問題は、日本の医療の大きな問題だと思うんです。私たち看護の側も、けっこう薬のことにかわっているんですけど、もう少し薬剤師さんも地域に出てきてほしいなと思います。意欲のある在宅薬剤師さんたちも出てきているので期待はしていますが、実際はなかなか出てきてもらえない現状があります。

太田 私は、薬剤師さんともフィジカルアセスメントの講習で一緒してきましたので、「今の症状が、何かの副作用の影響の可能性がありますか」といった会話をしています。薬剤師さんにはもっと前面に出てくださるように、われわれ医師の側からも役割をつくっていききたいなと思っています。

新田 訪問看護師にはどんなことを期待されるでしょう。

太田 何かに早く気づくのは看護師さんですし、在宅医療では医師より看護師さんの役割が大きいですから、そういう点でも貴重なパートナーです。

病院看護を経験してから訪問看護という流れが多いと聞きますが、チームの重要なメンバーですので、どんどん独自で進めるようになっていっていただくのもいいと思います。

ただ、医師の指示下という点からメディカルコントロールについても考えていただければ、との思いもあります。看護師さんが何か気づかれたら、われわれに直接言ってほしいと思っています。

秋山 在宅の看護では、少しゆっくりと患者さんをみられるところがあります。まったく病院経験がない新卒の看護師であっても、ケアを中心にしながら、それこそフィジカルアセスメントをしながらきちんとコミュニケーションがとれるのが在宅の看護です。急性期に新卒で



高齢者だけにフォーカスを当てない 地域包括ケアシステムが大事



お互いに礼は尽くしつつ、 専門職として積極的に リコメンデーションしてほしい

入って、「あれは駄目、これは駄目」と指導されながら消耗して諦めてしまうのであったら、訪問看護側は「新卒をきちんと育てようか」というぐらいの意気込みが、今は生まれています。

ですから、訪問看護論というか在宅看護論というか、医学モデルではない生活モデルのもとで、看護として何ができるかという点が、まだまだきちんと確立していない状態なので、そこをしっかりとしながら新しい人たちを教育していきたいと思っています。

そのときに、医師とディスカッションができる看護師、「こう思うのですが、先生、どうでしょうか」という提案がしっかりできる看護師を育てていく必要があります。

太田 医師としては、他・多職種からのリコメンデーションはありがたいです。「私はこう考えるのですが、これはどうですか」と言われると、「ああ、そういうことが共有できる人だ」と理解ができる。これは看護師さんに限らず、薬剤師さん、PT/OTさん、ケアマネジャーさん、ヘルパーさんも同じです。お互いに礼を尽くすことはもちろんですが、かかわるすべての専門職の方にはどんな些細なことでも積極的にリコメンデーションしてほしいと思います。リコメンデーションが難しければ、状況報告や意見を言い合える場を提供したいです。

新田 重要な話ですね。地域というのは、医師も上から目線ではないので。「これはどうですか」という疑問点も含めて、ちゃんと自分の意見を言って、ですね。太田先生の言われたように、自分の意見を医師には言わない方がまだ多いので。

太田 一部の人と連携しているだけだと、やっぱり関係性も小さくなりがちですね。わかり合えるし、仕事もしやすいから。それだけで、ネットワークが広がらないのもよくないので、とにかくどんどん言い合えて抜げていければと思います。多職種というと施設の職員の皆さんもそうですね。同じチーム。

秋山 特に高齢の方のケアは、介護職と一緒にやっていますが、共通言語がなかなか育たない。相手がどう

理解しているのか、どう表現するのかを引き出し、聞き出しながら、その情報をしっかり医療職が解釈して、「その情報はとても大事だからちょうだい」と伝えて。そうやって医療の側からも「あなた方の働きがとても大事だ」というメッセージを介護職の側に送らない限りは、共通言語になっていかないですね。

太田 そうですね。

秋山 介護職の人たちは、医療職の人たちから「いつも上から何か言われる」と思っている部分があって。でも地域包括ケアシステムでは介護予防につながる生活支援が大切です。そこを担う介護職の人たちと一緒にやることはすごく大事だと思うのです。

太田 病院で白衣を着ていて男性だと医師の場合が多いですから、あえて自分で職種を名乗らないことが多いと思います。私もそうでしたが、職種と名前を言い合うという挨拶に皆、慣れていないんですね。だから在宅だと、「あの人、事務所はわかったけど、何をしている人？」となる（笑）。そういう意味では、役職を大きな名札にするとか、地域でユニフォームの色を揃えるとか、見たらわかるということのも大事だと思います。

新田 介護保険が始まる前の措置時代というのは、ヘルパーさんにしろ、看護師さんにしろ、顔を見慣れた関係だったんですね。高齢者時代に入り要介護者が増大し、その体制では耐えられなくなり、現状では多くの人が地域で働く時代ですから、ますます顔が見えなくなる。例えばヘルパーさんが、いつの時点で何をやっているかが見えなくなる。

そのなかで、医療職の看護師さんの顔は医師からは多少見えている。ほとんど見えない職種もまだある。この現状で地域をつくっていかざるを得ないという難しさが始まっているわけですね。そういう意味で、おふたりが言われるような、もっと名乗り合えて、お互いにどんどん意見を言える、そんな社会が求められるんですね。

〔2015年7月15日 新宿にて〕