

# 在宅医療・在宅看護と 介護の連携の重要性

20260130 笥川保健財団

ノンフィクションライター 中澤まゆみ

# 私のこと

1949年長野県生まれ。雑誌編集者を経てライターに。女性・移民・マイノリティをテーマにルポルタージュなどを書くが、介護をきっかけに、医療と介護、福祉分野への関心を深めた。著書に『ユリ一日系ニセハーレムに生きる』(文芸春秋)、『おひとりさまの「法律」』、『男おひとりさま術』(いずれも法研)、『おひとりさまの終活』(三省堂)、『おひとりさまの終の住みか』、『おひとりさまでも最期まで在宅』(2000年に改訂3版)、『おひとりさまの介護はじめ55話』、『人生100年時代の医療・介護サバイバル』(いずれも築地書館)、『認知症に備える』(自由国民社)など多数。最新刊は、入退院支援をテーマにした『いえに戻って、最期まで。』(築地書館)。毎日新聞WEBでコラム「最期まで私らしく～知っておきたい在宅の医療・ケア」を連載中。

在住の世田谷区では、2010年から区民目線でシンポジウムや講座を開催し、多職種連携の「ケアコミュニティ せた力カフェ」を共同主宰。介護家族講座、「認知症カフェ」、「せたがや居場所サミット」などを開催する。

世田谷区認知症施策評価委員。介護・医療従事者、利用者、家族、研究者等による「ケア社会をつくる会」世話人。

認知症になったひとり暮らしの友人を20年間介護、認知症になった母を4年間遠距離介護。2017年、92歳の母を自宅で看取り、コロナ禍下の2020年4月に96歳の父を医療施設で、2024年5月に89歳の認知症の友人を施設で看取った。

■ウェブサイト <https://www.facebook.com/mayumi.nakazawa.98>

■ケア社会をつくる会 <https://caresociety.net/>

# 人生100年時代の老後

## 日本人の平均寿命(2024年)

男性=81.09歳

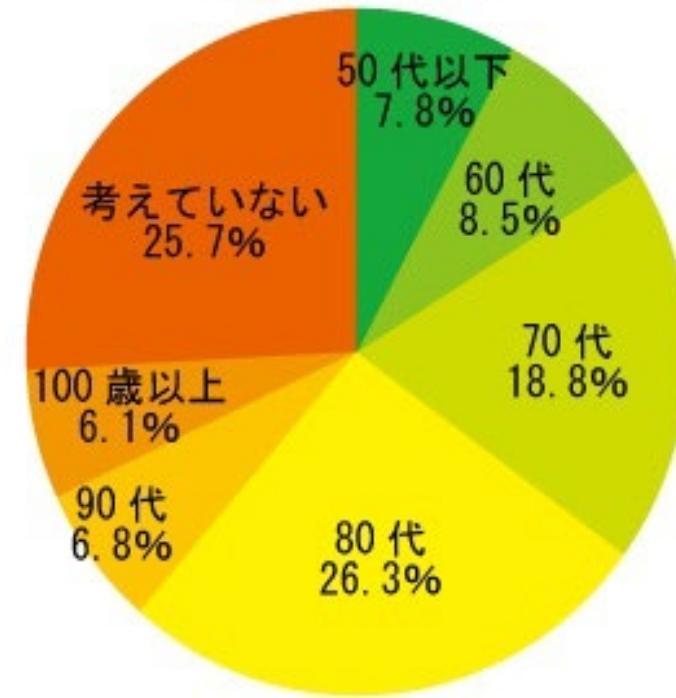
女性=87.13歳

戦国時代=人生50年

1970年代～=人生80年

人生100年時代を目標に据え、  
“老後”を考える必要が

あなたは、何歳まで生きていたいと  
思いますか？



# 介護の基本データ

要介護認定を受けた人 : 707万人

実際に介護保険サービスを利用している人: 561万人

在宅医療の利用者: 25万人? 100万人?

在宅でサービス利用: 463万人 (60~65%)

公的施設(介護3施設)でサービス利用: 97万人 (15%)

サービスを利用していない: 20%前後

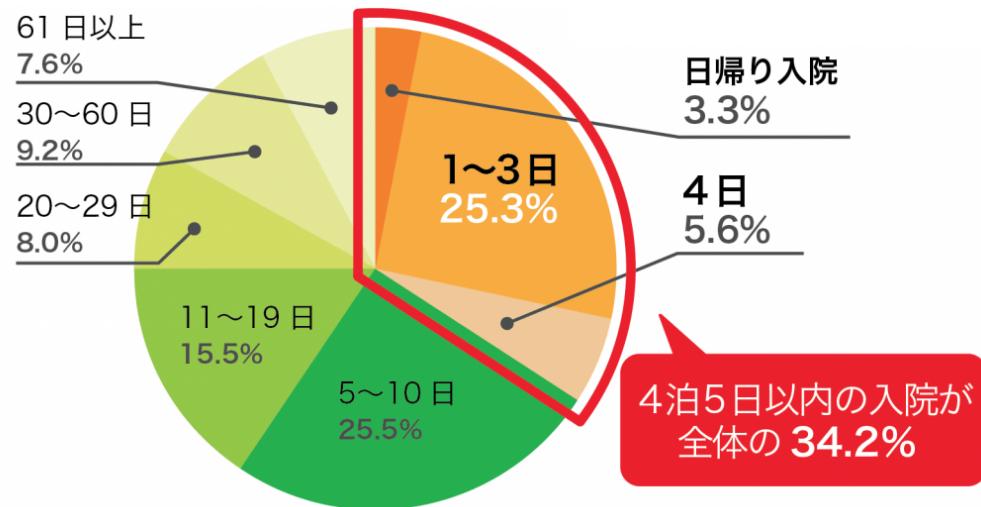
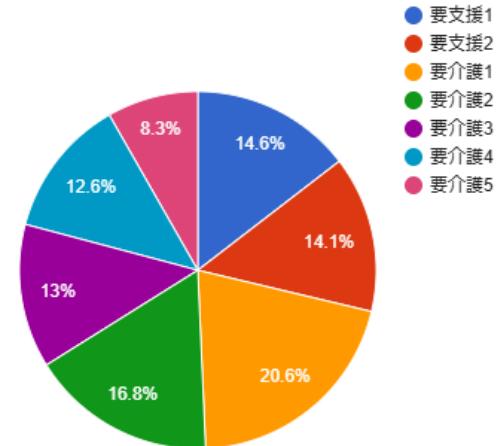
在宅高齢者の緊急入院の原因の5割は、肺炎と骨折

平均入院日数(一般病床)

1990年代: 30日~35日

2024年: 15日~16日

要介護度の分布(2024年7月現在)



# 人生の最期、どこで迎えたい？

## 希望する最期の場所

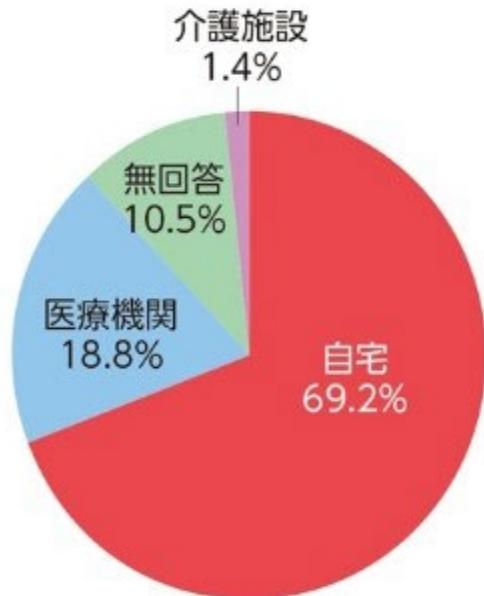
自宅:69.2% / 医療機関:18.8%

### 自宅で最期を過ごしたい理由

・住み慣れた場所で最期を迎える 71.6%

・最期まで自分らしく好きなように過ごしたい 62.1%

(厚労省「人生の最終段階における医療に関する意識調査）



## 実際の死亡の場所

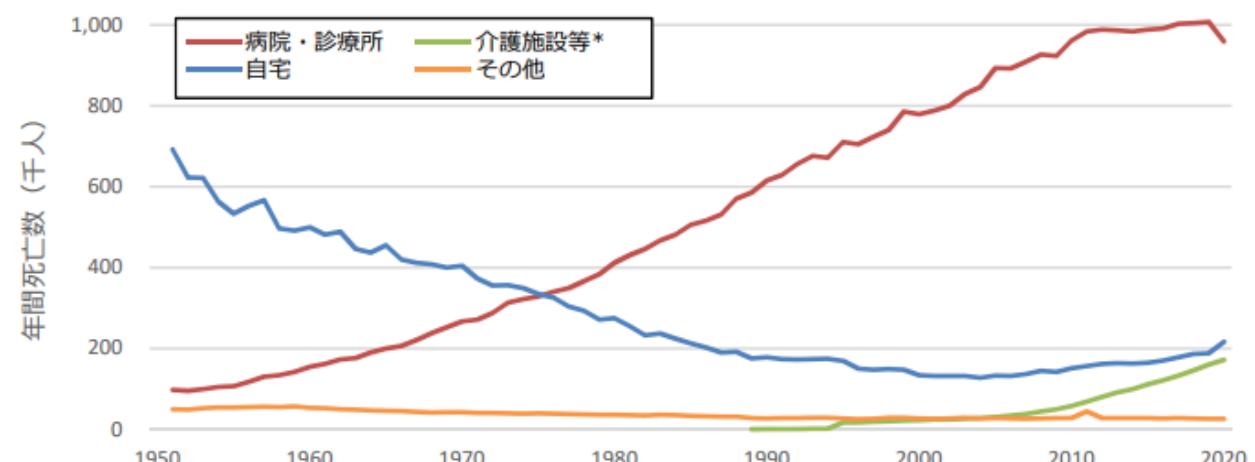
医療機関 67%

自宅:17%

介護施設・老人ホーム:14%

(2023年医療施設(動態)調査・病院報告)

死亡の場所の推移



# しかし、現実は「最期まで在宅」の危機

## 在宅介護を支える人財が圧倒的に不足している

有効求人倍率（福祉人材センター調べ、2025年3月分）

介護職員：6倍

訪問ヘルパー：30倍

ケアマネジャー：9倍

訪問看護師：5倍

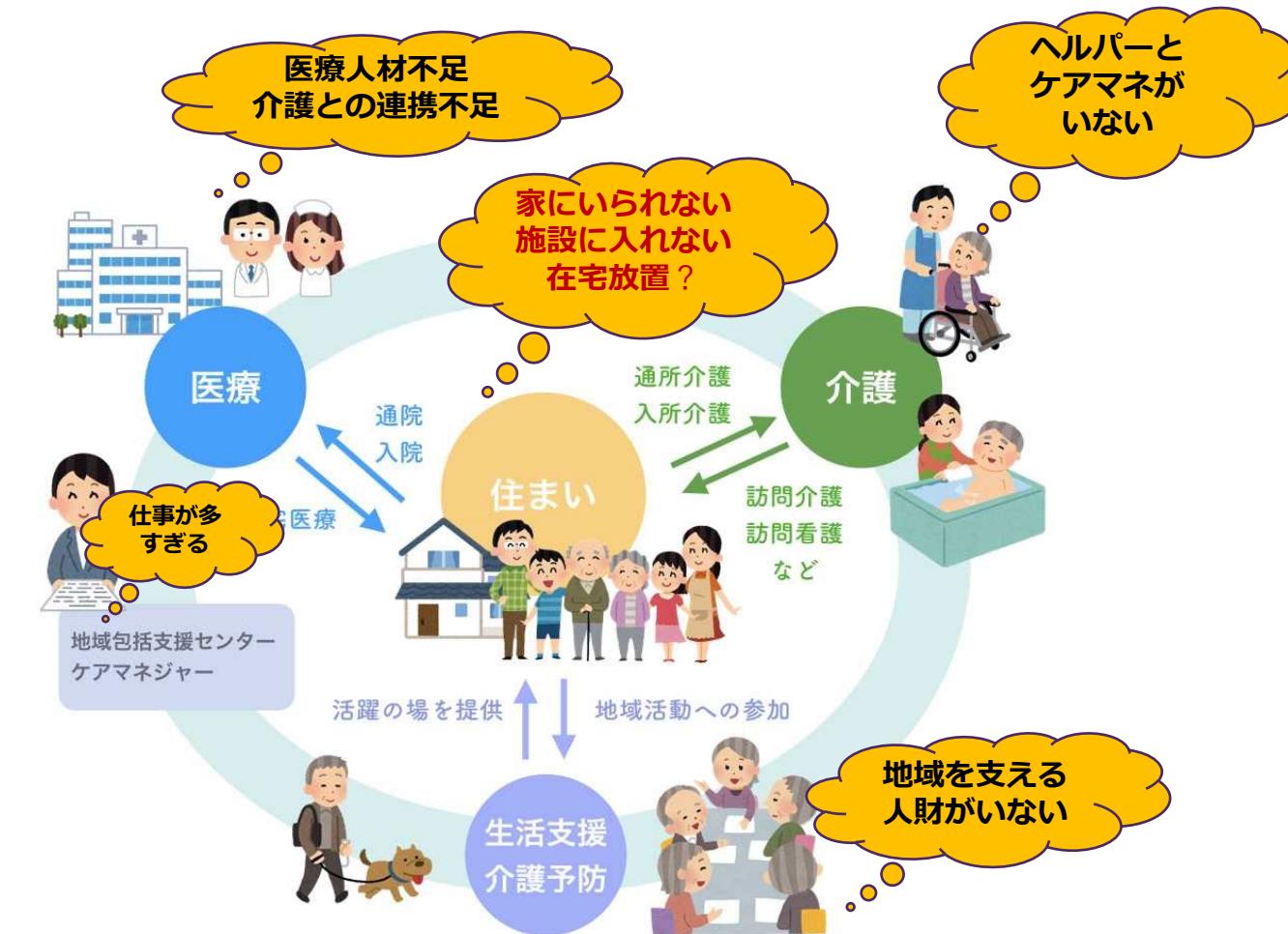
- ・訪問介護の現場は、ヘルパーの高齢化（紙おむつ付けて介護に出かける80代ヘルパー！）
- ・ケアマネジャーも不足！認定を受けてもケアプランが立てられない
- ・人手不足による介護事業所（デイ、訪問、ケアマネ事業所）の倒産・閉鎖増加
- ・総合事業：要支援対応をする訪問介護事業所がない、ヘルパーがいない
- ・介護施設：職員不足で全フロア開けられず

# 最期まで在宅(地域包括ケア)は、本当にできるのか?

住み慣れた地域で最期まで自分らしい暮らしを継続するための、医療・介護・予防・住まい・生活支援を一体的に提供する体制ー2025年が目標とされていた。

## 「現状の延長」では困難とされる理由

- **人材不足**: 介護・医療人材の絶対的不足、特に地方や小規模自治体で深刻。
- **地域格差**: 都市部と地方、自治体ごとにサービスの質・量に大きな差がある。
- **医療と介護の多職種連携・情報共有の遅れ**: 現場間の情報連携や協働体制が十分でない。
- **住民の理解・参加不足**: 制度の意義や利用方法が十分に伝わっていない。
- **財源・制度運用の限界**: 自治体の財政力や運用ノウハウに差があり、柔軟な対応が難しい。
- **認知症・単身者・重症要介護者対応の遅れ**: 増加する認知症・単身者・重症要介護者への支援が追いつかない。



# 介護は突然、やってくる

病気の際にも介護にしても、多くの人は

**見たくない、聞きたくない、考えたくない**

そして、ある日、やってくる異変

- どこに検査に行ったらいいのかわからない
- 地域の医療・介護資源の情報がない
- どんな制度や支援があるのかわからない

**20年前までは、私もそのひとりでした。**



# 誰にでも訪れる「中途障害」

「中途障害」とは人生の途中で、病気や事故により障害をもつこと

\*お母さんのお腹の中で起こる障害

\*事故や病気で起こる障害

\*心が病んで起こる障害

\*認知症になることも

\*歳を取ることも

「中途障害」です。



# 「できるだけ家に居たい」 認知症の丸子さんのケア

30年来の友人の丸子さん。おひとりさまで頼れる身寄りなし。自宅生活8年間。

「ケアマネの仕事は利用者と家族と伴走すること」というケアマネと出会い、  
介護の「いろは」から教えてもらった。

■2005年：初期のアルツハイマー病の診断 **要介護1**。ヘルパーのみ利用。

■2009年：入退院を契機に「拒食」が始まるが、入院をさせてくれる病院はなく、ケアマネの紹介で精神科の病院に入院。

入院先の担当医には「在宅はもう無理」といわれ、施設紹介業者に依頼し、ケアマネと一緒に施設を回る。

■2010年：本人の意思が強いため、自宅に戻し、穏やかな日々が続く。**要介護2**の認定（自宅生活8年間）

病院（認知症主治医）、訪問診療（内科・整形外科）、訪問リハビリテーション。

■2013年：骨折が多くなり、グループホーム入居。**要介護3**の認定。訪問診療を利用。

重症化の過程で軽度利用者とのトラブルもあったが、9年間はおおむね穏やかに過ごす。

■2021年：特養に入居。87歳。**要介護4→5**

■2023年：10月に胆管がんの診断。入院せず、施設での看取りを選ぶ。2024年5月31日、89歳で死去。



# 認知症おひとりさまでも「最期まで在宅」は可能か

区との協働事業で、在宅ケアのシンポジウムをスタート(2009年~)

- 2010年2月：「私たちが知りたい在宅医療のいま」
- 2010年5月：「私たちが知りたい医療と介護の連携のいま」
- 2010年9月 「私たちが知りたい在宅での看取りのいま」
- 2011年2月：「自分らしい終末期を考える」
- 2012年1月：「地域で支える認知症」
- 2013年3月：「退院難民」「介護難民」にならない地域ケア
- 2014年1月：「高齢社会の未来は住民力で」

私たちが知りたい  
在宅ケアを徹底追及

公開学習会、出前講座なども、積極的に行う



# 介護と医療の連携の重要さを知る

病気や要介護状態=誰でもその可能性が

「自分ごと」として考える事が大事 ⇒ 私たちが学ばねば

在宅ケアをテーマに「おひとりさまでも最期まで在宅」を出版(2013年)

## 在宅ケアを支えるネットワーク

- 訪問診療医
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 訪問歯科医
- 訪問薬剤師
- (■訪問栄養士)



- 訪問介護
- ケアマネジャー
- ホームヘルパー  
など



# 「最期まで自宅に居たい」認知症・肝硬変の母のケア

8年間の自宅介護の成果をいかし、ケア・チームをつくるで看取る

■2014年：かかりつけ医が母のもの忘れに気づき、検査でアルツハイマー病の診断。89歳。

要介護1。遠距離介護開始(当初は月1回)かかりつけ医にケアマネと訪問看護師を紹介してもらう。

かかりつけ医、ケアマネ、訪問看護師、ヘルパー、デイサービス（ケア・チーム）

■2015年：結核疑いで10日間検査入院。入院中、名前が書けなくなるなど認知症が一時進む。

要介護2に。ケアマネ、訪問看護師とのメールで頻繁にやり取り。

■2017年：C型肝炎による肝硬変の進行が進み、自宅で倒れる。実家に戻り介護。要介護5に区分変更

かかりつけ医が訪問診療、訪問看護師が毎日に入る。不在時にはヘルパーも毎日訪問。

倒れて3週間後、自宅で看取る。92歳で死去。



# 「家でも施設でも」フレイル/超高齢の父のケア

母も死後、残されたフレイルの超高齢の父。見守りもかねて要介護認定を取る。  
母のケア・チームを受け継ぎ、自宅の看取りもできるか、と思ったが…

■2017年:要支援1。ヘルパー週2回、訪問看護(週1回)、かかりつけ医

■2018年:要介護1。ヘルパー週3回、訪問看護(週1回)、デイケア(週1回)、かかりつけ医

■2019年:ヘルパー週5回(有償含む)、訪問看護(週1回)、デイケア(週1回)かかりつけ医

■2020年7月:自宅で転倒。検査入院。翌日病院に行くと、オムツ、尿道カテーテル、やわらか食に

ケアマネと訪問看護師が、病院を訪ねて自宅復帰を勧めるが、「寝かされきり」から「寝たきり」に。

自宅復帰を目指して要介護5に区分変更し、訪問看護師にも有償で面会を依頼するが、

そのまま退院できず。老健～自宅の可能性を探るが、夜の吸痰をする施設が見つからず、

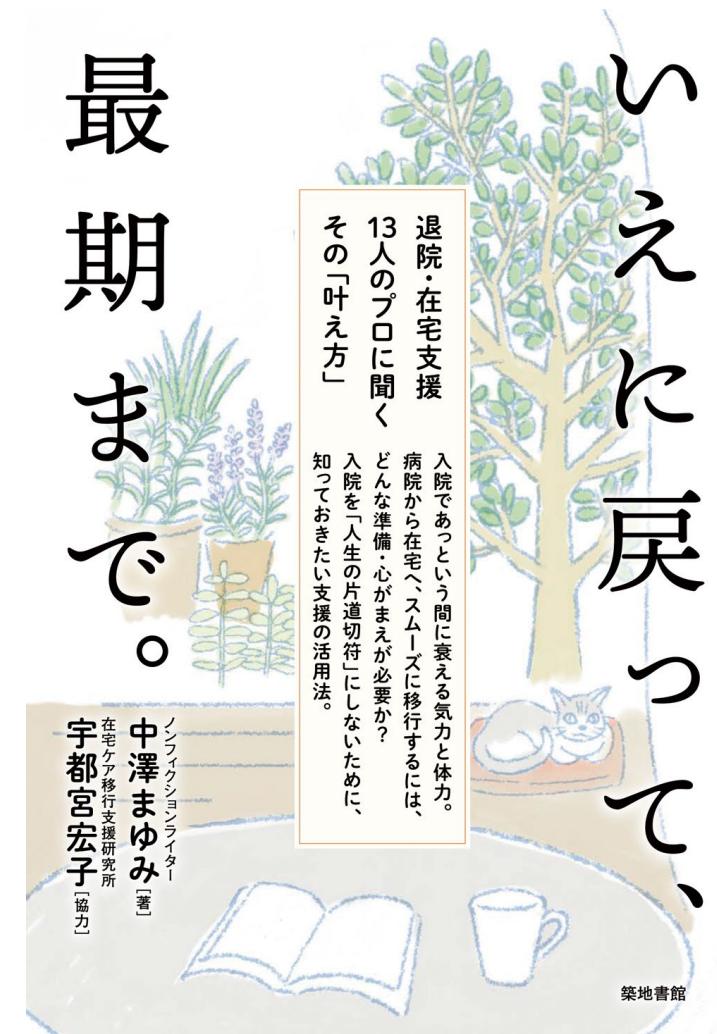
地域ケア病棟～介護療養病床へ。入院中に認知症の症状が少しづつ。

■2021年4月:コロナ下の介護療養病床で、96歳で死去。



# 父はなぜいえに戻れなかつたのか？

- 介護は「想定外」の繰り返し
- 高齢者の最大のリスクは「入院」 → 本当に入院が必要なのか?  
「ひとまず入院」が「人生の片道切符」に
- 入院関連障害:急激な機能低下
  - ①リロケーション・ダメージ:環境の変化によるストレス
  - ②医原性サルコペニア:廃用症候群と低栄養  
「寝かされきり」が「寝つきり」をつくる
- 病院はリスク管理の世界  
病院あるある 「オムツ、カテーテル、やわらか食、車いす」
- 病院は「生活の場」ではない → 生活の再構築が目指せるか



# 在宅での看護師のチカラ

## ■母と父の「在宅チーム」の中心となってくれた訪問看護師（ナカジマさん）

- ・ヘルパーを嫌がったため、母にとって身近な看護師から介護をスタート（週1回30分）
- ・かかりつけ医との連絡/バイタル・症状管理/服薬管理/軽いリハビリと会話
- ・「ウチは24時間対応なので、何かあったら夜中でも連絡を」
- ・母が亡くなったあとも、父の相談役+健康管理係に（週1回30分）

## ■「暮らしの保健室」と共に、地域の在宅生活を支える訪問看護師（マブチさん）

## ■「退院支援」の大切さを教えてくれた看護師（ウツノミヤさん）

•

# 介護保険制度25年間の社会変化

## ■高齢者人口の増加

2000年:2201万人(17.3%) ⇒ 2025年9月:3619万人(29.4%)

## ■ますます進む少子化(新生児数)

2000年:119万人(9%) ⇒ 2024年:初の70万人割れ(6%)

## ■社会保障費(年金・医療保険・介護保険)給付費の増大

2000年:78兆1000億円 ⇒ 2025年:140兆円

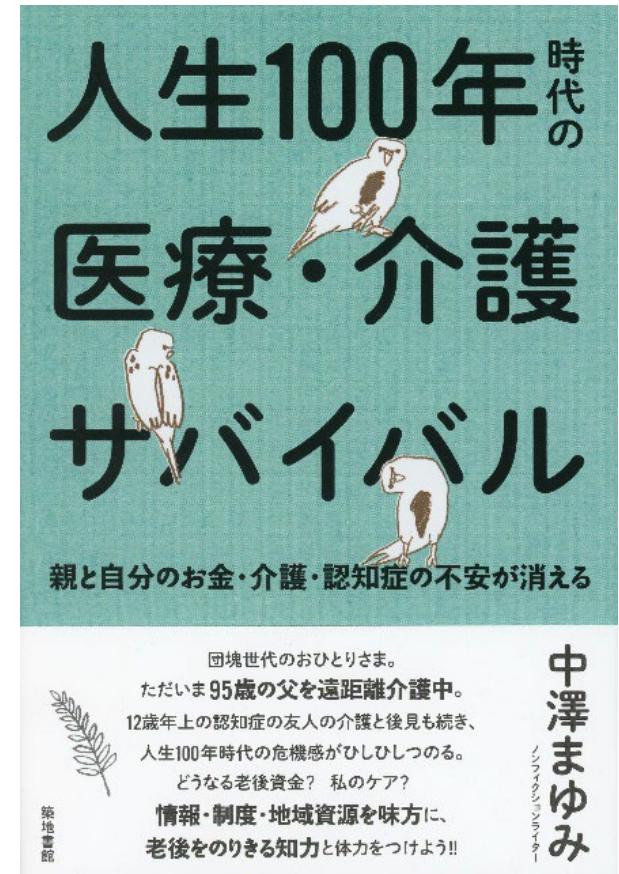
## ■国民負担の増加(介護保険料)40~64歳

2000年:月額2075円 ⇒ 2025年:月額6202円

## ■おひとりさま世帯、老々夫婦世帯の増加

2000年:高齢者独居世帯(17.9%) ⇒ 2025年:高齢者独居世帯 930万世帯(32.7%)

老々介護世帯 高齢の子どもの介護も含めると6割以上(75歳以上の組み合わせ 3割超)



# 介護・医療保険は崖っぷち

介護保険【2027年度改定】議論中

- 利用者負担引上げ (2割負担の対象拡大)
- ケアプランの有料化 (要介護Ⅰ・Ⅱの「総合事業」移行は次期先送り)

医療保険【2026年度改定】議論中

- 後期高齢者2割負担拡大
- 高額療養費限度額引き上げ

介護の人材不足をどうするのか

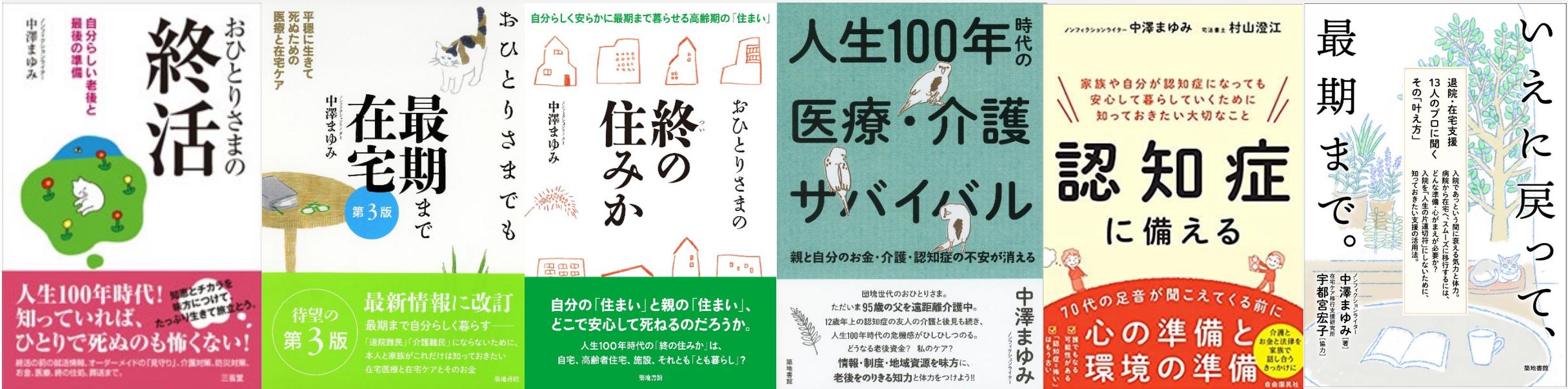
- 訪問介護報酬切り下げ =介護事業所の倒産 ⇒ 在宅介護の危機
- 施設では、ICTやロボットを入れ、少ない人員で「効率化」
- 外国人介護人材の導入 ⇒ 施設だけではなく在宅にも導入を検討

# 自分らしい老後のために必要な医療と介護のための 老後の備え10か条

- ①健康は日々の備えから
  - ②かかりつけ医をつくる
  - ③介護保険制度のしくみを知っておく
  - ④公的サービスを知って、使いこなす
  - ⑤「終の住みか」を考える
  - ⑥在宅医療について知っておく
  - ⑦緊急事態に備えておく
  - ⑧成年後見制度を知っておく
  - ⑨「もしものとき」の話し合いをしておく
  - ⑩「自己力」「人もち力」「地域力」で、ケアのまちづくりを考える
- 番外：介護離職をしない方法を知っておく



# 超高齢社会のキーワードは 「人生100年」「ファミレス」そして「認知症」



どうしたら「安心して生まれ」「安心して暮らす」「安心して死ねる」まちをつくっていけるのか  
問われているのは私たち自身です