

### 3. 外来を中心とした在宅支援診療所の取り組み —地域に在宅医療をどう提供するか—

矢津 剛\*

(\*矢津内科消化器科クリニック)

#### これまでの経緯

当院は1966年に矢津外科医院として開設後、1996年に矢津内科消化器科クリニックとして筆者が継承した。継承直後より外来診療の傍ら在宅ホスピス緩和ケアに取り組み、現在まで約700人の在宅ホスピスケアに当たった。当院が属する京築2次医療圏は人口約20万人のエリアであるが、総合病院・がん連携拠点病院・緩和ケア病棟は存在せず、北九州市エリアの専門病院への受診入院が多くなる地域であり、入院日数の短縮化により末期がんであっても長時間かけて外来がん化学療法のためや外来緩和ケアのために専門病院へ通院するケースも少なくない(図1)。

#### 外来機能を有する診療所のこだわり

従来の診療所の多くは午前外来患者を診療し、午後在宅診療<sup>1)</sup>を行うことが普通であったが、夜間休日の呼び出しなどにより徐々に訪問診療を行う診療所が減り続けたのが現状であろう。ホスピス緩和ケアにおける在宅専門でない診療所の強みは、①包括的かつ継続的な地域の「かかりつけ医」機能と②外来緩和ケア機能およびデイホスピスに結びつく通所緩和ケア可能性の大きく2項目が挙げられる。

1つ目は、患者さんが通院可能なADLの頃から「人となり」を知り、万が一の時の関係性を築くことが容易であること。特に、アドバンスドケアプランニング(以下、ACP)を立てやすいことにある。また、「家族ぐるみ」でケアが可能である点も挙げられる。多くの介護者は慢性疾患を抱えており、ご家族とも健康診断や学校健診、予防

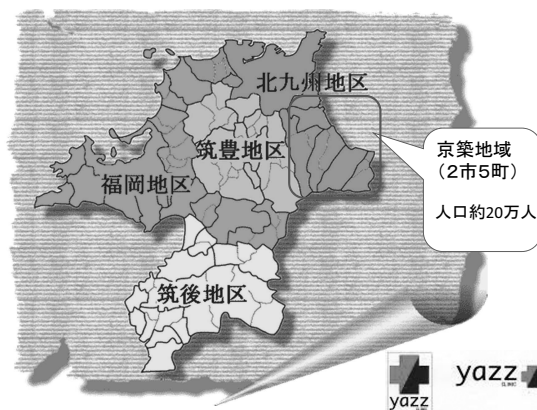


図1 矢津クリニックが位置する福岡県京築地域

注射など外来でお会いする機会がある。特に、家族のグリーフケアも同時に行えることは外来機能をもつ診療所の強みであろう。

また、エンド・オブ・ライフケア(以下、EOLケア)をサポートしていくためには高齢者の住まいの問題がしばしば課題となり、独居患者や老老世帯の生活支援と介護問題は切り離せない状態にある。知らない間に特定施設に移り住んで、かかりつけ医が変わっている場合もあり、地域社会の構造変化を敏感に感じるためには外来機能は必要である。

2つ目は、連携拠点病院から紹介された患者さんが必ずしも速やかに在宅ケアに移行することを希望されとは限らないこと。要介護状態であっても外来に通院することが、希望を捨てない患者にとって、一途の望みであることもある。緩和ケア外来は地域にあっても重要な意義を要し、今後デイホスピス(通所緩和)や情報提供・相談機能窓口としての機能に発展が期待される。また、早期からの緩和ケア導入の窓口として、専門病院と

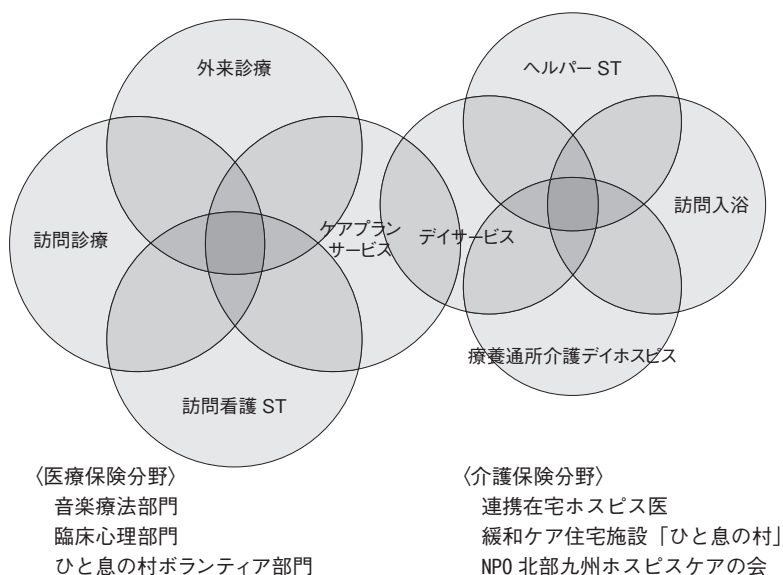


図2 強化型在宅療養支援診療所 医療法人矢津内科  
消化器科クリニック

連携してがん化学療法中からの関わりをもつことが期待される。

## 地域からみた緩和ケアのニーズ

1996年に診療所を継承し、在宅ホスピス緩和ケアを開始した際、最も必要と思われたのは地域住民の意識改革であった。1997年に、地域啓発を目的に福岡県と大分県の医療福祉関係者、教育、芸術、宗教関係者、がん患者や家族、遺族、一般市民に声をかけ、「北部九州ホスピスケアの会」を設立した。会はホスピス精神に基づき、終末期患者が自然な死を迎えるためにホスピスケアの普及に努め、緩和技術の習得やボランティアの育成、エンディングノート作成啓発、清原浩先生（鹿児島大学名誉教授）を招いてカール・ロジャースの理論に基づくコミュニケーションスキル研修を継続した。同会は2003年にNPOを取得し、現在に至っている<sup>2)</sup>。

また、在宅緩和ケアを開始した際、その継続困難に至る因子は症状コントロールが約50%、家族の介護負担が50%であることが明らかになり、2000年介護保険制度開始に当たりホスピス緩和ケアを視野に置いた24時間対応の訪問看護ス

テーション、ヘルパーステーション、ケアプランサービス、末期がん患者・神経難病患者まで引き受けるデイサービス、移動訪問入浴車サービスを立ち上げた（図2）。

同年、山崎章郎先生（聖ヨハネ病院）のニュージーランドホスピス視察に参加、2001年タイエイズホスピスおよび遺児ケア視察、2003年セントクリストファーホスピスを含む英国デイホスピス視察を通してコミュニティーホスピスケアが果たす役割とレスパイトケアの重要性を実感した。

視察を通して2000年当時、明確となったのは、わが国に1980年代緩和ケア病棟が生まれたことは画期的であったが、①絶対数において緩和ケアを受けて亡くなっていく人々が少なすぎる、②わが国の多くの緩和ケア病棟が医療色の強い閉鎖的空間であり、在宅の視点を重視したものではないこと、つまり生活の視点が少ないホスピス緩和ケアであること、③主たる緩和ケア提供の場は患者が生活している在宅、あるいはデイホスピスに広がるべきということ（通所緩和ケアの概念、あるいはがんサロンの存在）、④死因の3分の2を占める非がん患者にもホスピス緩和ケアが適応されるべきであること、であった。

一方で急激な超高齢化、核家族化社会は老老介

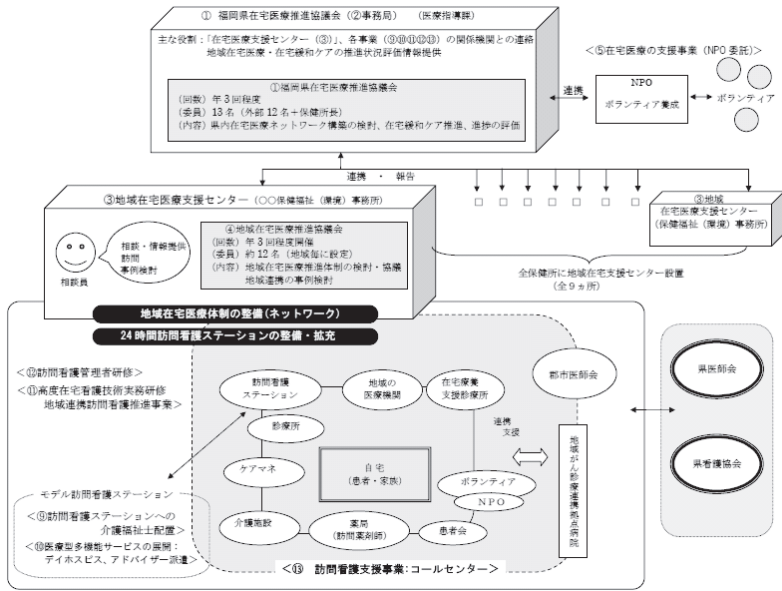


図3 在宅医療推進事業 福岡県在宅医療推進事業の概要図



在宅医療や在宅緩和ケアについて相談できる窓口

図4 地域在宅医療支援センターの啓発ポスター

護や独居家族を生み出し、病院死に拍車をかけた。多くの患者が在宅を望みながらも、家族に迷惑をかけてはいけないという介護ニーズにもかかわらず、医療入院を希望されるケースが急増した。早急に訪問看護・介護を主軸とする24時間体制を構築すべく、厚生労働省モデル事業に参加し、複数の訪問看護ステーションとの連携や看護介護一体型モデルを施行した<sup>3)</sup>。

2005年、福岡県行政では岡本浩二医監(後の初代内閣府在宅医療推進室長)が中心となり、福岡県終末期医療対策協議会を立ち上げた。筆者も委員となり、保健所機能の強化・地域在宅ホスピ

スアドバイザー・福祉施設在宅ホスピスアドバイザー・看護師対象ホスピスケア講習などに協力した。2008年からこの会は福岡県在宅医療推進協議会となり、各保健福祉事務所に相談支援と情報提供の役目をもつ地域在宅医療支援センターが立ち上がった<sup>4)</sup>(図3,4: 当院看取り家族写真を使用した啓発ポスター)。

さらに、福岡県内の有志の方々と共に福岡県在宅ホスピスをすすめる会を設立し、共著にて2005年『在宅ホスピスのススメ』<sup>5)</sup>および2007年『在宅ホスピスガイドブック』<sup>6)</sup>を刊行した。特に後者は、在宅ホスピス利用者の視点に立った社会資源マッピングとして笹川医学医療研究財団助成をいただき、県内すべての在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションに看取りアンケート調査を行い公表する形式での発行となった。

## ショートステイコミュニティホスピス構想

介護保険制度でのレスパイトケアは高齢認知症患者を対象としており、医療ニーズの高い患者を引き受けることはできない。一方、介護負担軽減のための医療施設入院は、患者本人のニーズとミスマッチしている。緩和ケアにおける医療ニーズ

表1 在宅療養支援施設「ひと息の村」の機能

①在宅緩和ケアセンター：訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、ケアプランサービス、訪問入浴サービス、音楽療法、臨床心理
②住居型緩和ケア施設 11 室（有限会社が運営）：看取りケア、グリーンケア
③ショーステイ機能：レスパイトステイ、在宅へのワンステップ入居
④通所緩和ケア機能：デイサービス、療養通所介護、デイホスピス
⑤地域啓発施設：NPO 北部九州ホスピスケアの会、在宅ホスピスボランティア講座

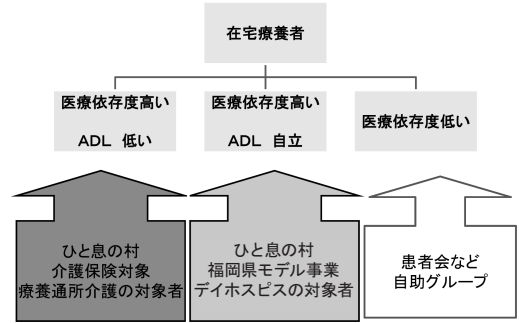


図5 通所緩和における在宅療養者像  
(東京大学 成瀬 昂 資料参照、一部改変)

のほとんどは在宅医療で対応可能であることを踏まえ、2006年「ひと息の村」として有限会社が運営する緩和ケア住宅と在宅ケアセンターを設立し、ボランティア組織本拠地を併設して地域の緩和ケア支援センター的役割を担っている<sup>7)</sup>(表1)。

また、2007年には同施設内に介護保険制度内で末期がんや神経難病患者を対象とした療養通所介護サービスを福岡県で初めて開設した。重度の神経難病や寝たきりの末期がん患者さんのレスパイトケアに有用であり、日中独居の改善や夜間介護で疲労した家族の日中の休養を可能なものとした。

しかしながら、地域には、介護保険に該当しない、ADLは良いものの余命が限られた末期がん患者も存在する(図5)。2008年からは基本的に介護保険要介護適応でないがん患者や神経難病患者を対象に、福岡県モデル事業および福岡県京都医師会に委託された地域医療再生基金に基づく事業を利用しデイホスピス事業を開始した。おもな目的はスピリチュアルな問題に対する傾聴、情報提供・相談支援・家族ケア・患者間のセルフヘルプであり、デイホスピス立ち上げマニュアルなどを作成し、現在に至っている<sup>8)</sup>。

## 現在の取り組み

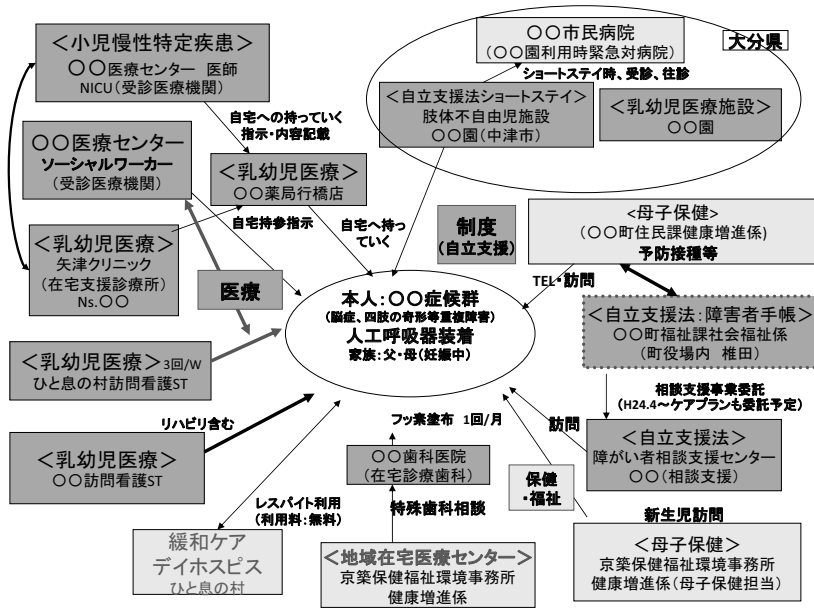
現在、常勤医3名にて2012年より機能強化型在宅支援診療所を運営し、がん拠点病院や地域支援病院から研修医の受け入れも行っている。2011年度の厚生局への報告書を参考とすると年間在宅

ホスピス緩和ケア症例97件のうち72件が在宅看取り、25件は最終的に入院死であった(自宅死亡率74.2%)。在宅看取りは月3~10名(平均月6件)でかなりのばらつきがあった。2012年11月、在宅患者数102名であり、その内訳は末期がん患者32名、神経難病6名、重度アルツハイマー病を含む非がん緩和21名、小児若年者緩和5名、人工呼吸器装着5名であり、医師3人で24時間サポートする患者内容としてはほぼ飽和状態にある。

一方、2012年10月サポート外来患者数は2,014人うち65歳以上1,027人(うち独居患者148人、独居率14.4%)、外来緩和ケア患者数15人であった。1日外来でみると平均100名、うち外来緩和ケア患者1日3~5名であった。緩和ケア症例も増加しつつあるが、認知症発症の可能性のある独居の患者のEOLケアも地域住民の独居増加とともに重要な役割になっている。

さらに、緩和ケア相談の重要性はますます増加しており、当院では外来在宅医療部へ訪問看護出身の緩和ケア経験看護師を専属で配置した。そして、2009年1月から2011年12月までの3年間に376件の相談を受け、262件(69.8%)が在宅緩和ケア、あるいは外来緩和ケアに繋がることができた。特徴は、本人からの相談はまれで、41%が家族からの相談であり、病院連携室27%、ケアマネージャーから11%、主治医9%、行政6%と続く。在宅希望にもかかわらず在宅移行の前に入院死する例もしばしばある。診療所の緩和ケア相談業務は病院の緩和ケア相談と同様に非採算業





福岡県立大学 尾形教授作成

図6 重度心身障害乳幼児緩和ケア

務ではあるが、長時間の傾聴により相談業務自身がグリーンケアやセラピーとなっており、かなりのパワーが注がれている重要な部門である<sup>9)</sup>。

また、2009年より訪問看護ステーションおよびデイホスピス事業では、重度心身障害児の在宅緩和ケアおよび通所緩和ケアも開始した。地域保健福祉事務所と連携し、北九州市のNICU病棟から5名の乳児たちが病棟主治医との関係を保ちながら地域へ戻り、家族の一員として生活し、うち3名が再入院され永眠した。乳幼児ケアには広域の医療・障がい者福祉・母子保健の連携が必要であり、地域保健福祉事務所が果たす役割は大きい<sup>10)</sup>(図6)。

## 明らかになった課題

今後、地域における緩和ケアは、認知症を含む非がん疾患も視野に入れた包括的で個別的な緩和ケアが求められる。

### 1. 非がん患者のエンド・オブ・ライフケア、小児の緩和ケア

福祉と医療の領域はすでに融合しており、福祉

職へのホスピスケア研修事業の重要性を感じる。林立する有料老人ホームにおいてあるいは特別養護老人ホームでも、誤嚥やPEG適応の判断などの現場で死と向き合うケアが求められている。

### 2. がん対策基本法はできたものの…

早期の緩和ケアの導入とはいうものの、病院医療者の在宅ホスピス緩和ケアの理解は進んでいない。医療教育の初期において包括的な地域緩和ケアの研修の必須化が必要である。また、地域開業医における24時間体制のハードルは高い。医師3人体制は理想ではあるが、医師不足の最中であり、魅力的な強化型在支診の運営やマッチングシステムの構築が急がれる。

### 3. 生活支援の重要性(経済的問題の根深さ)

一般市民への啓発や地域で生きることのスピリチュアリティの保持はもちろん重要であるが、本人や介護者の職場休暇制度や女性に対する育児支援など介護ができる社会環境の整備や、介護保険が利用できない若年者が末期がんになった際の在宅補助金制度なども必要である。今後、生活困窮者の在宅ホスピス緩和ケアも課題となる。

## ほかの地域でも生かせる運営や活動の秘訣

### 1. 遺族ケアから始まる地域市民ネットワーク

年に2回の全体遺族会には、毎回30~40人程度の遺族が参加し、近況を語り合う。また、必要に応じて訪問看護師や音楽療法士の訪問グループケアを行っている。年1回行われる「ひと息の村祭り」の主役は地域市民や遺族の人々であり、コミュニティーホスピス啓発に役立っている。

### 2. ホスピスチームに参加する音楽療法士による回想療法

スピリチュアルケアとしての人生回想には聞き書き（自伝作成）やコラージュアート療法などがあるが、当院では2名の日本音楽療法学会認定音楽療法士が勤務し、音楽を用いた人生回想を行っている。ポイントは、ホスピスチームの一員としてプログラムを立てることにある<sup>11)</sup>。

## 将来の課題

### 1. 小規模多機能複合型サービスの緩和ケアへの応用

従来からある「通い」「泊まり」「ヘルプ」に「看護」を加え、医療ニーズに応える介護保険サービスが2012年開始された。新たなレスパイト制度としてホスピス緩和ケアにも利用される可能性がある。当院では、2013年開始の予定である。

### 2. 小児在宅緩和ケアにおける療養通所介護サービスの適応拡大および複合型サービスの導入

すでに療養通所介護サービスの小児モデル事業は開始されており、複合型サービスも小児に適応されることが期待される。当院では、2014年開始の予定で準備を行っている。

### 3. 緩和ケア外来制度の確立、緩和ケア相談業務の事業化

緩和ケア外来制度は、がん連携拠点病院以外で

は明確な医療保険制度として規定されていない。今後、非がんおよび小児緩和ケアも含め、外来制度基準作成が望まれる。さらに、同時に行われている転院相談や在宅移行相談などの業務内容の規定・研修事業の開発が進み、地域在宅医療拠点を含め、さまざまな場所での相談支援が期待される。

## 文献

- 1) 日本医師会 編：在宅医療—午後から地域へ。日本医師会雑誌 第139巻特別号(1), 2010
- 2) NPO 北部九州ホスピスケアの会会誌 15, 2012
- 3) 村嶋幸代：地域特性に応じた効果的・効率的な24時間訪問看護介護体制の継続的实施および構築方法に関する研究。平成22年度厚生労働科学研究 長寿科学総合事業報告書, 2011
- 4) 村嶋幸代 監修, 田口敦子, 永田智子, 成瀬 昂 著：24時間365日安心して暮らし続けられる地域に向けて—看護がすすめる地域包括ケア。図書出版木星舎, 2012
- 5) ニノ坂保喜 監修, 矢津 剛 著：在宅ホスピスのススメ。図書出版木星舎, 2005
- 6) 福岡県在宅ホスピスをすすめる会：在宅ホスピスガイドブック。図書出版木星舎, 2007
- 7) 片山泰代, 矢津 剛：緩和ケアアパートの有用性。第17回日本緩和医療学会学術大会抄録集, 321, 2012
- 8) 白川美弥子, 成瀬 昂, 片山泰代 著, 福岡県京都医師会デイホスピスパネル作成委員会：ともに泣き、笑って支えあう緩和ケアの実現—はじめようデイホスピス。勇美記念財団在宅医療助成記録物, 2011
- 9) 田中真希, 矢津 剛：末期がん患者の病院から在宅療養実現への必要な条件—在宅療養の希望が叶えられなかった事例を通して。第17回日本緩和医療学会学術大会抄録集, p.305, 2012
- 10) 品田英子, 矢津 剛：小児在宅緩和ケアを目指したNICUからの在宅移行の取り組み。第17回日本緩和医療学会学術大会抄録集, p.312, 2012
- 11) 矢津 剛：終末期在宅ケアにおける訪問音楽療法の意義についての研究。勇美記念財団助成実績報告集, 2002