

Ⅱ. 地域緩和ケアネットワークの現状と課題

2. [東京都] 新宿区での緩和ケアネットワークの経緯と地域づくり

秋山 正子

(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション)

地域特性と歴史的経緯

新宿区は東京 23 区の都心部、山手線の西側に位置し、二次医療圏としては区西部圏域の新宿・中野・杉並に属する。東京都における地域がん診療連携拠点病院としては緩和ケア病棟を有する東京厚生年金病院が指定を受けているほか、慶應義塾大学医学部附属病院、東京女子医科大学病院、東京医科大学附属病院の 3 つの大学病院、国立国際医療センター、東京都保健医療公社大久保病院、社会保険中央病院など急性期医療を担う大きな病院が林立する地域でもある(表 1)。

この中で、2007 年 10 月現在の新宿区の人口は約 31 万人(うち外国人登録 3 万人)で、このうち 65 歳以上の人口が約 56,000 人、高齢化率 18.2% (外国人を除く高齢化率 20.0%) である。また、世帯数約 15 万世帯であり、世帯構成要員の平均が少なく、つまり独居・夫婦のみ・高齢者と単身の子供の組み合わせなどの多い地域であり、今後もこの傾向が加速していくと予想されている。死因のトップは悪性新生物であり、2 位が心疾患、3 位が脳血管疾患を占めるのは、他区とあまり変わりはない。

この状況の中で、新宿区独自の取り組みとして、1974 年から保健所・保健センターや、区医師会の協力のもと区民健康センターを設置し、健康相談・福祉医療の一環としての訪問看護業務を開始したという歴史を持つ。これは、大病院が並び、以前から入院日数は少なくせざるをえなく、次に移る中間施設の少ない地域特性もふまえ、かつ経済的な理由から入院のできない区民に対し、在宅での医療・看護を公立として行おうとするものであった。在宅医療を行うに当たっては、診療

表 1 新宿区の地域特性

- ①高度医療機関が林立
- ②大学病院 3、国立病院 1、公立病院 1、準公立病院 2、民間病院 2 (総ベッド数約 6,000)
- ③在院日数の短縮化の加速
- ④中間施設としての老健が少ない
- ⑤新宿医師会が在宅推進を早くから取り組んできた(区立を含め、訪問看護ステーション 22 カ所)

所での外来診療の合間や、診療後に訪問診療を行うというものであったが、このことにより在宅での看取りも視野に入れた活動が開始されていた。

また、この地域医療を支えるものとして、新宿医師会と区衛生部の話し合いにより、1993 年 7 月から、「緊急一時入院病床確保事業」が実施された。この事業では、区内 3 病院に 1 床ずつの計 3 ベッドが用意されることになった。地域で開業しながら、在宅診療もする医師たちが、入院の必要があると判断した場合に、この事業を利用して 2 週間以内の入院を要請できる仕組みづくりが行われ、今日までこの制度は活用されている。緩和ケアが必要な場合での在宅困難ケースにも、時として活用されることもあり、こういった地域での以前からの連携の仕組みづくりは地域緩和ケア・ネットワークづくりにも活かされているといっ

てよい。

また、1980 年には、佐藤智医師を中心に新宿区市ヶ谷にて、在宅医療を 24 時間体制で行おうとする会員制の組織がつくられ、訪問診療・看護も始められた。こういった流れの中、1990 年頃から、末期がんの在宅診療も積極的に行おうとする流れも生まれてきた。そして、1992 年の訪問看護ステーション制度開始に相まって、在宅診療を専門的に始めようとするクリニックも誕生し出

表2 在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション数

	東京都		二次医療圏		新宿区	
	施設数	10万人対	施設数	10万人対	施設数	10万人対
在宅療養支援診療所	1,122	8.8	141	12.2	33	10.6
訪問看護ステーション	536	4.2	60	5.2	18	5.8

- ・東京都、二次医療圏の人口10万人対施設数の算定基準となる人口は総務局「東京都の人口（推計）」（2007年6月1日現在）を使用
- ・東京都、二次医療圏の在宅療養支援診療所数は2007年7月1日現在
- ・新宿区の在宅療養支援診療所数・訪問看護ステーション数は2007年10月現在

した。

一方、これに先立ち、新宿区高田馬場にて在宅看護研究センターからの有料の訪問看護も村松静子看護師により開始されている。こうした地域特性の中、在宅医療・看護が新宿という大都市の中で定着し、発展してきた。緩和ケアにおいても、在宅、病院、緩和ケア病棟・ホスピスとも連携しながらネットワークづくりに努力している状況である。

在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションの現状

前述した地域特性の中で、2006年の医療制度改革の一環としての在宅支援診療所は新宿区において人口10万対でみると、2007年7月1日現在10.6（33カ所）で東京都の8.8（1,122カ所）より多く、二次医療圏の12.2（141カ所）よりは少ない。診療所の数自体は少ないが、実際は、在宅専門に近い診療所が数カ所あり、それらの担当している在宅医療受療者の数が1カ所で200人規模と多いところもある。診療所の数では少なくみえるが、実際のところは在宅医療がかなり進んでいる地域とみてよい（表2）。

また、訪問看護ステーションの数をみると、2007年10月現在で18カ所であり、人口10万対で5.8カ所と、東京都平均の4.2を上回っている。しかし、4カ所は24時間体制が整っておらず、がん末期の患者の受け入れは難しい状況もある。

地域特性の中で急性期病院の数と在院日数短縮の現状からみれば、在宅へ帰る受け皿としての訪問看護ステーションとしては十分とはいえない。そのような中で、それぞれの母体組織を超えて訪

表3 後期高齢者の在宅医療の現状—訪問看護ステーションの現場から

1. 訪問看護を継続して利用することで、住み慣れた自宅での最期を迎えることも実現可能になっている：過剰な医療処置に走らず、症状緩和に努力しながらケア中心の看取りに家族・介護者をサポートしていける。
2. 看取りには在宅訪問診療医師との連携協力が不可欠：後期高齢者の場合は介護者も高齢の場合もあり、介護支援専門員（ケアマネジャー）や介護職などとの連携や、レスパイトケアのできる施設との連携も必要である。

問看護ステーション同士がつながり、協力体制ができるように、「新宿区内訪問看護ステーション連絡会」を1994年頃より開始した。現在、2カ月に一度、事務局がある区民健康センター訪問看護ステーションにて定例会を開催し、事例検討を含め、勉強会やネットワーク構築のための情報交換などを行っている。

新宿区民への訪問看護の提供は全体で約900人で、おおよそ1年間に60～100人の在宅看取りを経験している。このうちの約半数ががん患者であり、緩和ケアを在宅で行いながら最期まで家で過ごしたい人への訪問看護を提供している。後期高齢者の終末期ケアにおいても同様である（表3）。ニーズはまだたくさん潜在していると考えられるが、訪問看護の人材は常に不足しており、訪問看護自体への理解はまだ不足している（介護保険では、費用単価が高い、訪問介護で間に合うなどの理解でケアプランに乗らない。急性期医療機関の中の理解不足で、がん末期患者は在宅では看れないという理解）という状況にある。そのため、介護サービス事業者ガイドブック（ハートページ新宿区版）にステーション連絡会

としての広告ページを出し、多くの方に訪問看護の内容とその所在地を知らせる機会を持っている。このページは、急性期病院の医療相談室・医療連携室・看護相談でも退院調整時に活用され、連携の一環として役立っている。

また、40年前に「新宿地域看護業務連絡会」という看護職同士の連携の会が生まれ、時代の変遷にもまれながらも現在まで連綿と続いている。この会は、当初、保健師からの働きかけにより旧淀橋保健所館内の母子保健の連携のために病院の母子保健部門、産院などと保健師の情報交換と連携のスムーズな流れのための事業として始まった。難病対策、精神保健、高齢者の地域看護など時の話題に取り組みながら、保健センター、病院の地域連携部門、教育機関、訪問看護、在宅支援センター、特別養護老人ホームの看護職など、その連携の範囲を広げ、地域で働く看護職同士の連携の場になっている。

2007年11月には、40周年記念講演会として「病院と在宅ケアとの連携—看護職の役割」と題して京都大学医学部附属病院地域ネットワーク医療部看護師長を呼んで勉強会を開催し、急性期病院と在宅をつなぐ地域医療連携の中での看護職の役割について、ディスカッションする機会を得た。今後もこのような活動を発展させながら、地域医療連携を進めることで緩和ケアネットワークも充実していく一助となればと期待している。

緩和ケアネットワークミーティング

このような地域特性の中、新宿区内の医師・看護師・医療ソーシャルワーカー（MSW）・薬剤師を中心とした緩和ケアネットワークを目指した研究会が立ち上がった。本研究会は、がん患者が療養の場を移動していく時に、どこの場においても“症状が緩和されることが重要”¹⁾であり、そのためには日頃から多機能・多職種で連携を取っておくことが重要であるとの共通認識で集ったコアメンバーで、2004年1月から活動が開始された。現在は、東京都区西部二次医療圏に当たる新宿・中野・杉並の3区に及んでいる。

その目的は、①相互に顔が見える連携の構築、

②将来構想として施設を超えた緩和ケアコンサルテーションシステムの構築である。年2回の研究会では、この地域で経験した事例検討を中心にした検討会・カンファレンス形式とし、できるだけディスカッションを多くし、顔が見える関係づくりもあわせて行えることが重要と考えられている。

なお、今後の発展として、ITを使ったホームページや、医療関係者間の意見交換の場を立ち上げ、緩和ケアコンサルテーションがよりスムーズに行えるように準備中である。すでに、この活動も始まっており、一般診療を主とする在宅医に対して、緩和の専門医がITを用いてアドバイスする機会が得られるようになった。このつながりについては、関わっている訪問看護が行うことも多い。このPCネットのコアメンバーには、急性期病院、がん拠点病院、地域病院、診療所、在宅支援診療所などから、医師、看護師、MSWの参加に加えて、訪問看護ステーション看護師も当初から参加している。

このように、訪問看護が地域緩和ケアネットワークの構築のため積極的に参加して発言し、地域の中での急性期病院やがん拠点病院と在宅をつなぐ橋渡しとしての役割を担い、地域の中での発信源となっている。

生活圏域の中での緩和ケアネットワーク構築

白十字訪問看護ステーションの位置する牛込地区は、新宿区内の中でも人口も多く医療機関も多い地域であり、地区医師会にも在宅に関心のある医師が増え、緩和医療へも関心を示してくれるようになった。前述の「PCネット」での事例検討時に、この牛込医師会の医師や緩和ケア病棟の医師の協力も得られたことから、牛込医師会の勉強会で緩和ケアの話題が取り上げられるようになった。地域で開業する調剤薬局の方々にも参加してもらい、24時間体制を組み合わせながら麻薬の処方にも対応するにはどうしていったらよいかなどを、具体的な事例も挙げて検討することができた。

これまで、がん患者は入院しているのが当然と思っていた地域の診療所の医師や急性期病院の医師も、こういった機会から少しずつ在宅への移行患者を訪問看護と連携しつつみてくれるようになってきている。在宅につながったケースが増えることで、急性期病院の医師たちも早めに在宅への繋ぎをしようと、病院内の地域連携室や看護相談に繋いでくださるようになった。

地域密着でのこのような動きに訪問看護が「つなぐ」役割を果たし、その調整機能を活かせば、在宅で過ごす末期がん患者のみならず、高齢

者の終末期も看取りまで支えられる地域づくりになっていくのではないかと考えている。日々の訪問看護活動の中で「双方向の発信」をできるだけ顔の見える関係づくりの中で行っていく努力を重ねていきたい。

文 献

- 1) 有賀悦子 編著：緩和ケアネットワークミーティング—PC ネット。 p.16-17, 真興交易医書出版部, 2007