

## Ⅱ. 地域緩和ケアネットワークの現状と課題

### 3. 〔神戸市〕訪問看護と療養通所介護を結ぶ地域緩和ケア

市橋 正子

(在宅緩和ケアセンターほすびす)

#### はじめに

「在宅緩和ケアセンターほすびす」は2006年7月に医療法人思葉会が設立し、「訪問看護ほすびす」と「療養通所介護事業デイほすびす」からなっている。石川リハビリ脳神経外科クリニックと同一法人下で在宅緩和ケアの新たな展開を模索している。

「在宅緩和ケアセンターほすびす」は、看護師6名、理学療法士2名、介護職1名で、医師との情報交換や相談報告が頻繁に行える環境にある。オブザーバーとして近隣の神戸市立看護大学や兵庫県立大学看護学部の研究者がカンファレンスに参加して共同研究を行っている。また、神戸市立看護大学院生と緩和ケア認定看護師教育過程の訪問看護実習機関となっている。

「訪問看護ほすびす」は、2006年7月から2007年6月末までの1年間に94人の訪問看護申し込みがあった。終了者は61人でそのうち死亡者は51人であった。内訳は、在宅死は32人(63%)、病院死は17人(33%)である。退院前合同カンファレンスを行ったのに、退院できず亡くなった方が2名である。「療養通所介護事業デイほすびす」の利用者は8名であり、内訳は脳腫瘍3名、神経難病2名、脳血管障害1名、がん終末期2名であった。このうち脳腫瘍1名とがん終末期2名が亡くなった。

#### 在宅療養者と在宅ホスピスケアチームの特徴

ホスピス緩和ケアの目標のひとつは、QOLを高く保つことである。そのためには病院より自宅

で最期まで在宅で過ごす方が適している。在宅で展開されるケアではプライバシーや尊厳が重視され厚い信頼関係が構築され、全人的視点でケアを展開する。

在宅緩和ケアのチームメンバーは、コアとなる医師、看護師の他に訪問入浴、ヘルパー、福祉用具業者、ケアマネなどがある。多職種のチームメンバーがそれぞれに力を発揮するというだけでなく、後方支援体制を敷いて必要な時に病状の変化や状況に応じてタイムリーに介入を行っている。

たとえば、がん終末期で全身状態(PS)が落ちてくると訪問看護師による入浴介助から訪問入浴に変更したり、介護ベッドや褥瘡予防マットをすぐに導入することなどがある。さらに、臨死期が近づくと、よりケアに力を注ぐため、医師も看護師も、痛みをコントロールしたり、輸液管理を行ったりして訪問入浴を実現させる。病院でお風呂にはいけない人も家では最期までお風呂にはいることができる。そのためにはチーム内部にケアのタイムリーな情報共有が必要である。

このように、ケアマネージャーは非常に高度な調整力が求められる。ケアマネージャーは、利用者と家族の希望を吸い上げアセスメントし、ケアプランを作成し実際のサービスに繋いでいく。それに対して、看護師は利用者と家族の状態をアセスメントし、看護の問題を抽出し計画を立てる。そして、自ら利用者に寄り添いケアを実践していく。

ケアマネージャーと看護師のアセスメントの手法の違いがチームケアを混乱させることがある。逆にケアマネージャーの力量次第で、チームを構築することも可能である。それは単にサービスを

導入することではない。患者を介護する家族も含めたチームメンバーの思いや方向性を理解し、まとめていくことに力を注ぐことである。

在宅ケアの対象者の多くは、介護予防の方や脳血管障害などによる慢性疾患の方である。この場合には利用者やケアマネージャーが中心となり、周辺に専門職が位置する。その組織を模式化すると放射型の形になる（図1）。在宅緩和ケア対象者の場合には、新たなネットワークの構築が必要と考えている。病状や状況の変化に応じて情報を共有しカンファレンスを行うことができるようにチームメンバーが集まり、利用者が、ケアを受ける場を行き来する「揺らぐことができる」形態である（図2）。

## 地域緩和ケアの拠点としての療養通所介護

従前の訪問看護の範囲内で緩和ケアを行う場合、在宅ケアを継続することに困難を感じることもある。訪問看護という限られた時間の中での看護の提供には限界がある。また、看護師が1人で訪問看護を実施することのストレスやバーンアウトの可能性も隠れている。

在宅緩和ケアは、訪問看護と訪問診療という両輪にネットワークという奥行きが力強い味方となる。そして訪問系サービスに、施設ケアの長所であるベースキャンプの機能を持つことに必要性を感じている。

当法人では、在宅療養支援診療所と訪問看護ス

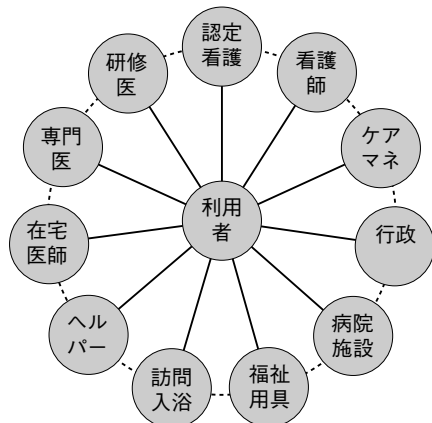


図1 在宅緩和ケアの支援体制

テーションが、療養通所介護を地域緩和ケアネットワークの場として活用している。療養通所介護とは、2006年4月から開始となった介護保険制度の新サービスである。対象者は、難病やがん末期など、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ在宅の中重度者であって、ケア提供は常時看護師による観察が必要な状態の者である。

複数の看護師によって長時間看護を提供することで、訪問看護でなしえない看護の展開ができる。利用者が看護を受けることで病状が安定し、介護者のレスパイトもできる。また、療養通所介護の場でケアを共有し、医師・看護師がカンファレンスを行うことができ、メンバーをチームで支えあうこともできる。在宅で展開されるケアに施設ケアの長所を導入することが可能となる。

## 今後の課題

1) 在宅と病院での看取り例を比較した白山<sup>1)</sup>の研究によると、ケアマネなど病院外部からの紹介が病院からの紹介を上回っている。退院時の患者のQOLが不良なほど、在宅療養機関が短いことがわかったため、QOLの良い時期に希望される療養場所への移行を支援する体制が必要と述べている。

2) 受け入れる在宅体制として地域差は歴然としてある。病院の看護師からは、どこに繋いでいいのか分からないと困惑する声をよく聞く。神戸市医師会では逆紹介システムが機能しており、在宅医療可能な医師会員の詳しい情報を、大学病院

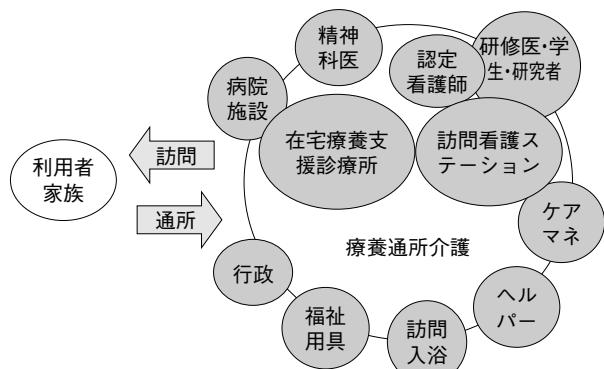


図2 在宅緩和ケアネットワーク

を含む市内の22病院の地域医療連携室にオンラインで提供している。関本<sup>2)</sup>は、逆紹介を目的別にみると、「総合的なプライマリケア」「がん終末期」「在宅での看取り」が上位を占めており、在宅ホスピスケア可能な診療所が求められていることが改めて明白になったと述べている。また、石川<sup>3)</sup>の分析によると、在宅療養支援診療所のうち38.5%が24時間対応・休日対応は不可と登録しており、在宅療養支援診療所の使命を改めて問い直す必要があると述べている。

病院と地域の連携だけでなく、緩和ケア地域ネットワークはさまざまな形で張りめぐらされて発展中である。以下は、神戸の最近の例である。

①神戸緩和ケアネットワーク（メーリングリスト）：社会保険神戸中央病院緩和ケア病棟 新城が中心となってメーリングリストが展開している。メーリングリストは、日常の困った事例の相談や研究会のお知らせ、あたらしいエビデンスなどの情報交換に大変役立ち、多くの学びや連携が育まれている。

②あったかい未来の研究会（神戸西在宅ケアネットワーク）：在宅緩和ケアを行っている診療所の医師はほとんどが1人で診療しており、学会・研究会などで出張する時にオンコールが必要となる。メーリングリストでオンコールを依頼するシステムである。また、神戸大学病院の連携室とも定期的に在宅緩和ケアの研究会を開催し、病院に出向いて緩和ケアの病診連携を改善していく働きかけも行っている。

③1995年1月17日、阪神淡路大震災を経験した私たちは、災害時を想定したネットワークの活用を考えておくべきである。兵庫県看護大学研究者によって、災害時のネットワークを研究中大体である。在宅療養者の安否確認や救援、医薬品、医療器具の調達など、多重にはりめぐらせたネットワークほど災害時に力強い。緩和ケア認定看護師のネットワークは全国に相談や支援を求めることができる。

3) 緩和ケア診療加算に関する施設基準（2006年4月1日）では、「身体症状の緩和を担当する常勤医師」「精神症状の緩和を担当する常勤医師」「緩和ケアの経験を有する常勤看護師」の3名から構成される緩和ケアに係る専従のチームが設置されていることと記されている。

在宅緩和ケアでは、医師と看護師が少ない人数で多機能的に活動している。地域で不足するのは、がん療養者の診療ができる精神科医である。がん患者の精神症状の有病率は、適応障害10～30%、うつ病3～10%、せん妄30～80%（死亡前1週間）といわれている<sup>4)</sup>。さらに、精神疾患があるがん療養者は、病院や施設での受け入れが難しいという理由で在宅療養を余儀なくされていることがある。

がん患者の精神症状がもたらす影響として、事故や自殺の原因やQOLの低下、治療コンプライアンスの低下、コミュニケーション障害、自律的な意思決定の障害があり、これらは在宅療養の大きな阻害因子となる。また、がん療養者にはさまざまな苦痛や苦悩があるのは当然であり、精神疾患の診断をする際、いかに適切に評価するかは今後の課題であるといわれている<sup>5)</sup>。精神症状や精神疾患を有するがん療養者の精神医学的評価と治療やマネジメントを行う精神科医の、地域緩和ケアネットワークの参画を心待ちにしている。

## 文 献

- 1) 白山宏人：在宅での看取りを可能とする要因について—STASを用いた検討。死の臨床 29(2), 2006
- 2) 関本雅子：神戸における地域緩和ケアネットワーク。緩和ケア 16：509-510, 2006
- 3) 石川朗宏：逆紹介システムについて。第27回医療情報学連合大会, S13-2-F-1, 2007
- 4) がん患者の精神症状のマネジメント。ホスピスケア認定看護師教育過程講義。〔資料〕明智龍男：がんところのケア。NHKブックス。p.33-40, 日本放送出版協会, 2003]
- 5) 恒藤 暁：最新緩和医療学。p.172, 最新医学社, 1999