

Ⅳ．地域緩和ケアネットワークと在宅緩和ケア

6. 〔福岡市〕ガイドブック作りと地域緩和ケアネットワーク

二ノ坂保喜
(にのさかクリニック)

はじめに

福岡地区における緩和ケアの地域ネットワークは、この10年間で大きな発展を遂げた。その要因としては、開業医レベルでの在宅ケアへの取り組みの広がり、地域中核病院との連携システムの発展、訪問看護ステーションの量と質の拡充、介護保険制度下での生活支援システムの広がり、患者・家族の側の在宅への意欲の高まりと情報収集への意欲、などが挙げられる。

行政の動きとして福岡県では、2005年度から「終末期医療対策協議会」を発足させ、主として在宅緩和ケア、ネットワークづくりのための研修を、福岡県看護協会に委託して進めている。筆者も委員として参加し、県内各地に「地域在宅ホスピスアドバイザー」あるいは「施設在宅ホスピスアドバイザー」として出向く機会を持っているが、各地域、職場で試行錯誤しながら在宅緩和ケアに熱心に取り組んでいる医師や看護師、ケアマネージャなどに出会って、感動を覚えることが多い。地域の偏りをなくし、在宅緩和ケアへの情熱を持つ人材を発掘、育成するためにも、このような公的支援は欠かせない。

一方、在宅ホスピス活動を続けていると、医療だけでは見えなかった患者・家族の生活面が見えてくる。優れたケアマネージャによる生活支援は、在宅緩和ケアの大きな柱となることも分かった。現在は介護保険で縛られているが、ケアマネージャの役割は大きい。

本稿では、福岡市の地域ネットワークと在宅緩和ケアの現状を概観し、福岡県全体の地域緩和ケアネットワークシステムづくりの努力も紹介したい。さらに、地域・在宅での緩和ケアを推進する

多方面の働きを紹介し、若干の考察を加えたい。

地域緩和ケアネットワークの核としての在宅療養支援診療所

地域緩和ケアネットワークの要素としては、在宅療養支援診療所、中核病院、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟、介護支援事業所、調剤薬局、市民活動、ボランティアなどが挙げられる。

在宅療養支援診療所（一部届出はしていないが、在宅ケアに熱心な診療所を含む）は、地域ネットワークの重要な要素であり、個々の診療所の在宅ケアの質の向上と横の連携が求められる。支援診療所には、従来どおり外来と在宅を並行して行っているところと、在宅だけに特化している診療所がある。また、在宅緩和ケア（在宅ホスピス）に重きを置くところと、一般的な高齢障害者を主とするところ、神経難病に重点を置くところなど、特徴を持った診療所がみられるようになってきた。最近は特に、在宅専門の診療所がみられるようになっており、それなりの役割を果たしていると思われる。筆者は、従来型の「外来＋在宅」にこだわっている。外来－在宅という連続性のあるケアが、地域ケアにおいては、重要だと考えるからである。

福岡県内では600カ所以上の診療所が「在宅療養支援診療所」の届出を出しているが、実際に積極的に在宅ケアに取り組み、在宅緩和ケアの質を保証し、地域ネットワークとして緩和ケアに取り組んでいるのは、せいぜいその1割程度と思われる。これが急速に広がっていくことは考えにくいし、また急速な拡大は質を伴わない可能性がある。しっかりとした教育、支援体制を整備しながら

ら進めていくことが必要だ。

筆者は、在宅への取り組みは、診療所医療の新しい形を生み出すと考えている。従来の「待ちの医療」から「出かける医療」への転換は、まず医師の意識を変革する。開業して11年、外来とともに在宅医療を進めてきたが、午後から在宅に出かけることは、自分の活動の場が、地域の中であるということを実感する。診療所の中に、1日中閉じこもって患者を待っている生活は、私にはもはや想像できない。

外に出かけ、患者宅にお邪魔すると、そこには患者と家族の「生活が見える」。医療は生活を支える重要な柱であるが、生活のすべてではない。看護師やケアマネージャやヘルパーや、それにももちろん家族を含めて、さまざまな方面から患者の生活、人生を支える人たちと、情報や意見を交換し、力を合わせて支えていくことが求められる。在宅医療が生活を支える医療といわれるゆえである。

さらに在宅緩和ケアへの取り組みは、患者・家族の生活や人生の深みに関わることになる。人生最大の通過儀礼である「死＝看取り」に関わるということは、地域における医師の役割の変化を生み出し、現在の医療不信、医師不信を改善していく契機となる可能性を持っている。それだけでなく、時代に取り残されつつある開業医を本来の役割に目覚めさせるものであるかもしれない。

より具体的には、在宅ケア、特に在宅緩和ケアは、1人の医師では到底不可能である。限られた人生を自宅で過ごす患者、死を見つめて生きる患者を見つめて生きる家族を支えて24時間医療、看護の対応をし、最終的には看取りに立ち会う重要な仕事は、医師1人で担うには重すぎる。かといって、それを理由に在宅緩和ケアから手を引くことは、自らの医師としての役割放棄になりかねないと思う。あえて取り組む意欲が必要だろう。

1人の医師で無理であれば、医師同士の連携または、単一診療所で複数の医師で対応することになる。当院では、2006年は2人の医師で診療を担当した。医師同士のコミュニケーションの大変

さ以上に、相互の知識と知恵の交換による有意義さが勝っていると実感した。今年は、非常勤の複数医師と在宅ケアに取り組んでおり、在宅緩和ケアの質の向上に欠かせないと実感している。

在宅を専門とする医師（医師グループ）との連携も欠かせない。自身の専門以外の科の診療所や病院医師との連携も必須である。在宅では、必ずしも自分の専門科の患者のみを診るとは限らない。むしろ専門外の疾患、それも多種の疾患を抱えた患者を診ることの方が多い。在宅緩和ケアとなると、時間が限られており、有無を言わず引き受けざるをえない。そのような時に、専門家の助言は助けになるし、筆者自身の学びにもなっている。在宅専門の診療所も、1つの専門科と考えると、これも大変助けと学びになるだろう。

24時間対応のための、医師同士の連携は今後の大きな課題である。前述のように、これからの診療所医療のあり方について、考え方を共有し、あるいは少なくとも議論できる医師同士でありたいと考えている。相互に支えあい、一方が学会出張などで不在の時、安心して任せられるような連携をつくりたいと思う。これには、患者の側の不安（普段診ていない医師に任せることの不安）なども考えられるが、お互いに在宅ケアでの経験を積むことによって、患者・家族の不安を理解し、たとえ初対面であっても患者の信頼を得られるよう、コミュニケーション技術の研鑽を積むことが必要となるだろう。当面の目標としては、長崎ドクターネットのように、主治医、副主治医制度をつくり、在宅開始の初期から複数の医師が関わるシステムが望ましいと考える。

在宅療養支援診療所の役割を実践するうえで、訪問看護ステーションとの連携は欠かせない。優れたステーションと連携すると、提供する医療サービスの質が向上し、診療所の負担は軽くなり、医師としての本来の仕事に専念でき、その結果患者・家族の満足度は高まり、最後まで在宅で過ごす率も高くなると感じている。

訪問看護ステーション

在宅緩和ケアの実践において要となるのは、訪

間看護ステーションであろう。

幸い、この10年、当院のある福岡市の西部地域では、訪問看護ステーションの広がりや質の向上がめざましい。在宅緩和ケアにおける訪問看護ステーションの要件は、①24時間対応（最低限電話対応ができる）、②看護技術と判断がしっかりしている、③思いやりのある看護ができる、ということである。

これらの要件を基準に、当院では在宅緩和ケアの患者の依頼があると、患者の住居に近いことを基準に訪問看護ステーションを選択し、協力を依頼する。このような訪問看護ステーションが地域には10カ所以上あり、1カ所に集中することなく、負担を分担することができる。もし看護ケアに問題がある場合は、必要なら、ケアの途中であってもステーションを変更することもある。

ステーションの24時間対応は必須である。患者、家族は不安を抱えて在宅緩和ケアを開始する。たとえ患者の希望をかなえ、在宅で看取りたいと願っても、ほとんどが経験がなく、在宅のシステムも知らないことが多い。急に病状が悪化したらどうしよう、本人と毎日向かい合って過ごす心理的負担に耐えられるだろうか、などといった不安を毎日抱えて暮らしている。「いつでも連絡していいですよ」という看護師の思いやりある言葉かけは、それだけでどれほど患者・家族の不安を軽くすることだろう。

在宅では、ステーションの訪問看護師と診療所の医師が一緒に訪問することは少ない。技術的にも人間的にも、信頼できることが大切だ。そのため、日ごろから連携を密にし、顔の見える関係をつくり、いざというときに役立てる必要がある。当院が連携する訪問看護ステーションは10カ所以上あるが、お互いの考えや技量がある程度わかっているのだから、あまり細かいことは指示しなくても、やってくれる。同時に、必要な場合には何度も連絡を取り合い、徹底した話し合いを行う。その場合、共通するのは、「患者、家族の生活の質を向上させる現時点でもっともよい方法は？」という認識である。

2007年1月から開始した「在宅ホスピス事例検討会」は、そのような関係を基に発足したもの

であり、同時に、顔の見える関係、患者のためという共通認識を広げるためのものである。月に1回、第3または第4土曜日の午後、訪問看護ステーションの仲間が集まり、当院で検討会を行っている。痛みのコントロール、死後の処置、尿路管理など、毎回テーマを決めての学習と、持ち寄った事例の検討を行っている。

地域中核病院と緩和ケア病棟の役割

中核病院ではすべての病院に「地域医療連携室」が置かれ、地域の開業医との連携の窓口となっている。連携室はまた、入院中の患者・家族への、在宅に関する情報提供の役割も担っている。病院によっては、入院当初から患者・家族背景を把握し、在宅への移行にあたっての障害要因を取り除く努力をしつつ、情報提供を適確に行い、早期から在宅医へつなぐ努力をしているところもある。しかし一方で、退院が決まってから、あるいは患者・家族の強い要望があってからはじめて動き出すようなところもあり、そのような場合は在宅移行に当たって混乱を生じることもある。連携室の役割を明確にし、その質の向上を図る必要がある。

そのためには、地域連携の意味を共有できるような連携室同士あるいは地域での学び合いが必要となるだろう。また、個々の事例を通して学ぶ、つまり在宅医の側から、在宅へ移行した患者の経過や結果を報告し、在宅でのケアの様子を知ってもらうこと、あるいは病院での研修などで在宅ケアの実際の姿を知ってもらうことなどが必要と思われる。また、実際患者が在宅へ移行する場合には、可能なかぎり退院前カンファレンスに参加し、入院中から在宅に視点をおいたケアを継続するよう働きかけることも重要である。

福岡地区では、栄光病院をはじめとする緩和ケア病棟の数は、全国的にも有数である。在宅緩和ケアの立場から、緩和ケア病棟に望むことは、在宅ホスピスのバックアップ機能である。在宅からの緊急時の受け入れ、症状緩和のための短期入院、家族の看病疲れを癒すレスパイトケアの入院

などである。また、可能な時は自宅で、必要なときは緩和ケア病棟といった利用の仕方も考えられる。

専門的に緩和ケアに携わり、経験も豊富な医師や看護師には、地域の診療所医師や訪問看護師に緩和ケアの技術を指導したり、研修の場を提供することも希望したい。在宅医の側からすると、技術的な支援を受けられ、緊急時の入院など対応してもらうことで、安心して在宅緩和ケアに取り組むことができるだろう。

地域住民への緩和ケアの情報提供、普及活動も緩和ケア病棟の役割の1つと考えている。

それぞれの地域で、がん診療をおこなう中核病院や一般病院と緩和ケア病棟、それに在宅ケアが、有機的なネットワークでつながることを強く願っている。緩和ケア病棟は、その要としての役割を果たしてほしい。

れるべきであるが、まだまだ不十分であるのが現状だ。

また、それぞれの場の間の、行き来がスムーズに行われず、垣根が高いこともわが国の問題だと言える。加えて、在宅ホスピスケアの受け皿がまだまだ不十分でもある。

福岡県では、緩和ケア病棟、在宅、一般病院、一般市民・ボランティアも参加して7年前から「福岡緩和ケア研究会」を毎月1回開催している。緩和ケアの技術、在宅緩和ケアの実際や事例検討、音楽療法などの代替療法、ボランティアの活動報告など緩和ケアに関わる多くの人たちが参加できるよう、テーマを工夫している。年に1回は、一般市民にも広く呼びかけ、年次大会を開いている。今年は、「もう一つの場所」というテーマで、群馬の小笠原一夫医師などを招いて開催し、200名以上の参加があった。

ホスピスケアのトライアングル

図1に、ホスピスケアのトライアングルを示す。終末期を過ごす場所として、家庭・地域、緩和ケア病棟、病院があるが、わが国では85%の人が、病院で最期を迎えているという現実がある。これは先進国の中では、異常な高さである。アンケートなどによると、不治の病で余命が限られている場合、6～8割の国民が自宅で過ごすことを望んでいるという。患者本人の希望と、家族の思いにより、家庭、ホスピス、病院のいずれもが、最期を過ごすのにふさわしい緩和ケアが行わ

終わりに—在宅ホスピスの普及と発展へ向けて

①『在宅ホスピスガイドブック』

福岡県各地で独自に活動が続けてきた医師や看護師、ボランティアたちが緩和ケア研究会や、相談活動を通して知り合い、お互いの悩みを語り合い、学びあう中で、患者・家族への情報提供が、患者のエンパワーメントのために重要課題であることを痛感した。筆者をはじめ、これらのメンバーで「福岡県在宅ホスピスをすすめる会」をつくり、活動を開始した。

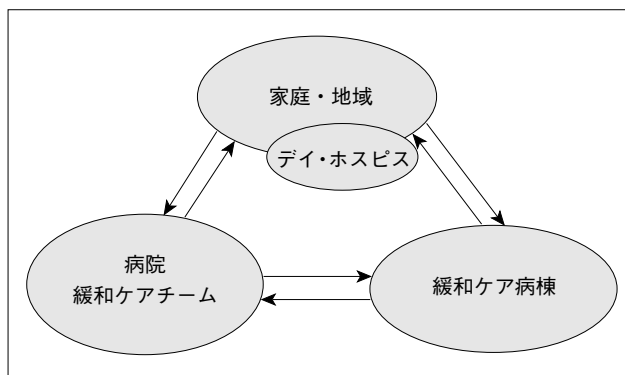
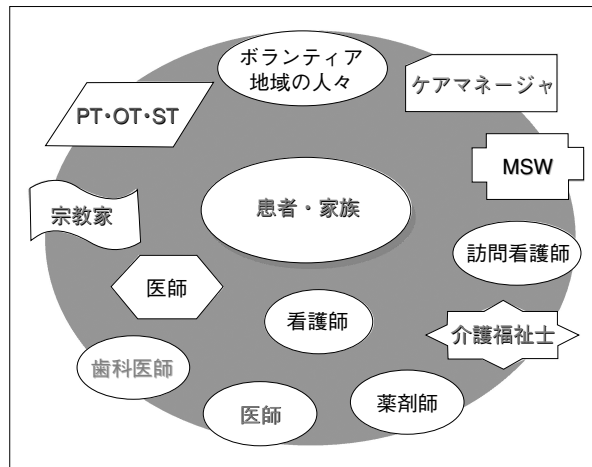


図1 ホスピスケアのトライアングル



PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、ST（言語聴覚士）、
MSW（医療ソーシャルワーカー）

図2 在宅ホスピスにおける多職種のネットワーク

まず、県内のすべての在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟、および一部の病院にアンケートを行い、『在宅ホスピスガイドブック最後の時間を家で過ごす人のために』（木星舎）を作成・出版した。県内どこに住んでも、自分の地域での診療所やステーションを見出すことができるように情報を網羅し、またその活用方法も具体的に記した。たとえば、「在宅療養支援診療所の役割」「社会資源の案内」「病院から家に帰る時」といった項目が並んでいる。患者、家族にとって、在宅ホスピスという選択を支える、また選ぶことのできる社会に、という願いを込めて編んだものである。また、ケアを提供する側にとっては、現時点で、地域緩和ケアネットワークづくり（図2）に役立つ情報を提供しているつもりである。

②「在宅ホスピスを語る会」と「在宅ホスピスボランティア養成講座」

ガイドブックに続いて、地域の中で在宅緩和ケアに関する情報を提供し、在宅ホスピスの普及を

進めるために、「在宅ホスピスを語る会」を開始した。在宅ホスピスを経験した家族や医療者の思いを語り、地域で共有することを目指している。大きな会ではないが、地域の中で在宅ホスピスを経験した家族の話聞くことで、確実に地域の力が増していくと信じている。

「在宅ホスピスボランティア講座」も福岡県の委託を受け、2007年11月から県内3カ所で開始した。本講座には、これまで福岡地区で長年ホスピス病棟でのボランティア活動を続けてきた実績を持つ「ふくおかホスピスの会」も参加している。当地区における在宅ホスピスのボランティアの介入、活用はまだみだである。在宅ホスピスの患者・家族を地域で支えていくためには、地域のボランティアの活用が必須になるという認識で一致した。今回、ガイドブック、在宅ホスピスを語る会に続いて、ボランティアの養成講座を開始し、本講座を修了したメンバーが、地域の在宅ホスピスの担い手として、実際の場面ではボランティアコーディネータとして活躍できるよう、息の長い活動を目指している。