

## Step 5 : 地域在宅医療推進協議会を立ち上げて運営しよう

協議会は主に関係機関のネットワークづくりを目的としています。関係機関同士が顔の見える関係をつくり、地域ニーズを把握・共有し、明らかにした地域の課題に共に取り組んでいけるよう保健所は、協議会という場を活用し事業を進めます。協議会の開催時には、会議の目的を明確にして、時間内に合意形成が図れるように、事前の根回しや、資料の準備や段取りを整えて臨みます。

### ○ポイント

- ☑ 担当者が協議会の運営とどんな機能を持たせるのかのイメージを持ち、見通しを立てる。
  - ・ 協議会の持つ機能：ネットワークづくり（お互いを知る場）、地域のニーズ把握、各関係機関の課題の共有、地域の課題の明確化、関係機関同士の役割の明確化、協議会が協働して取り組む内容（課題に対する対応策）を具体化
  - ・ 保健所のスタンス：保健所が主導権を握るのではなく、各々の協議会委員それぞれが主体となり協働して取り組めるように運営する。また、協議会を通して関係機関が自らの役割を考え決定していけるよう促す
  - ・ 協議会で何をどこまで解決するかをある程度明確にしておく（委員の意向や組織間の関係性もあるので、協議会を進めながら変更していく必要がある）
  
- ☑ 委員の選定
  - ・ 協議会は関係機関同士の調整やネットワークづくりが主な目的になるため、委員には組織に影響を与えることができる立場の人が望ましい。関係機関の代表者レベルに依頼する
  - ・ 実務者レベルで会議を持ちたい場合は、事例検討会など別立てで実施する
  - ・ 構成する委員の人数は地域規模に応じた人数で行う
  - ・ 市町村は住民の身近な窓口であるため、介護保険担当や住民から直接相談を受けける部署の職員に入ってもらおう
  - ・ 住民の視点を持つことが大切なので、住民代表（民生委員会など）に入ってもらおう
  
- ☑ 会議の事前準備
  - ・ 今回の会議の目的・到達目標を明確にし、所内で話し合う
    - －事前に得た委員の意見を参考に担当者は会議のシナリオを描いておく
  - ・ 会議の目的・目標が達成できるような資料を作成する
    - －合意形成したい内容を協議するのに十分な資料作成を行う
  - ・ 会議の目的・目標が達成できるように根回しする

- －関係機関が主体的に発言できるように事前に協議会の目的・方向性を知らせておく
- －事前に委員にアンケート等を行うことにより課題をまとめておく

#### ☑ 会議当日の運営

- ・各委員が自由に発言できるような場の雰囲気をつくる（どの委員もなるべく対等な立場で発言できるように配慮する等）
- ・司会は委員に依頼する
- ・委員から発言を引き出し、全員で決定したと感じられるように配慮する

#### ☑ 会議事後

- ・議事録を作成し、送付（持参）する。その際に協議会に関する意見をヒヤリングする機会にもする。
- ・事業全体への反映等、方針の変更があれば担当者と話し合う

#### ○活用できるツール

- ・モデル保健福祉環境事務所の協議会委員メンバー（表3）
- ・会議前の各関係機関へのアンケートとまとめ（資料）
- ・当日の資料（資料）

#### ○実例

実例1）事前に委員に困っていること等についてアンケートをし、担当者はアンケートを基に共通の課題にするかの絞込みを事前にした。その課題が取り上げられるよう資料を作成し、会議で共有した。（京築）

実例2）1回の会議で決定や協議できることは少ないため、出席者に予め会議の目的を説明して回り、当日に委員が発言し易いように準備した。各機関の取り組みを発言してもらうよう事前アンケートを実施した。

（嘉穂・鞍手）

実例3）事前に関係機関をまわり、協議会の目的説明、発言してほしい意見・情報等のうちあわせをし、その情報をもとに委員全員が発言できるようシナリオを作成し、当日活発な意見交換ができる（引き出せる）ようにした。

（宗像・遠賀）

実例4）在宅看取りをした事例を用いて、委員が在宅看取り、在宅療養へのプラスイメージを共有できるようにした。（宗像・遠賀）

実例5）協議会のためだけに情報収集するのではなく、日頃から折に触れ関係機関から情報収集、キャッチできるようコミュニケーションをとっておく。

（宗像・遠賀）

実例6) 事業への取り組みの十分な動機付けと課題共有のため、まずは、管内の現状が一目でわかるように資料を揃え会議に臨んだ。関係機関で関わった相談事例を報告し、関係機関が役割を考えていけるようにした。(南筑後地区)

## ○参考資料

### NOTE 協議会の行方は？

- ・ 協議会の目的や方針は委員が主体となって決定をしていくものですが、運営する側が意図を持っていなければ協議会は路頭に迷ってしまいます。保健所は事業を推進する事務局として、事業全体を見渡しながら協議会の位置づけを明確にし、進捗状況に応じて協議会を導く役割があります。
- ・ しかし協議会は水物であり、始めから協議会のゴールをどうしたいか明確なイメージを持つのは難しいことです。モデル事業担当者同士で話し合いをしても、なかなか結論が出ませんでした。メンバー構成、組織間の利害関係等に左右され、こちらが思ったようには進まない場合が多々あります。
- ・ 協議会のゴールとして想定されるイメージは、①どこかの関係機関が事務局を引き受けて下さり協議会を継続する、②地域で発生した課題を共有・解決する場が他に存在するため、協議会自体は目的達成ということで終了する等が考えられます。
- ・ この事業の目的は地域の在宅医療体制が整い、在宅で亡くなりたいと希望する人の望みを、少しでも叶えることです。どの時代にも在宅医療に関する課題はなくならないため、課題解決する協議体が地域に存在するか、協議体はなくても課題が挙がって来たときにすぐにその課題を共有して対応できるしくみができていればよいのです。
- ・ つまり、現在運営している協議会が必ずしも発展や継続しなくてはいけない訳ではありません。また、協議会の事務局を保健所が担い続けることは難しいことです。その時の状況に応じて、徐々に主体を移行させていくことを考えながら運営することが大切です。

### 協議会のステップ：今はどの段階？

モデル事業担当者同士がイメージする協議会のステップを示してみました。協議会が進んでいるか、どこに向かっているのか見えにくく、自信がなくなってしまうときもあるでしょう。現在のステップやこれから向かう先を確認してみましょう。しかし、組織がうまく動くかは色々な要因が影響しているため、動くところから動かすなど、柔軟な運営が必要です。

### ステップ①関係づくりができる

- －お互いの顔が見える
- －お互いが所属する組織の役割を知っている
- －お互いの立場でできること・できないことを知っている

### ステップ②事業推進（システム構築）への認識が高まり・行動できる

- －事業（システム）を必要とする人がいることを共有・確信している
- －地域の課題を自分たちの課題であると認識している
- －これから構築する事業（システム）のイメージや具体を共有することができる
- －事業推進（システム構築）に向けて自分たちの役割や実施すべきことを理解している・それに向けて行動する

### ステップ③事業で解決したしくみ（システム）を継続できる

- －担当者が変わってもシステムがスムーズに動くような工夫がなされている
- －システムをメンテナンスしていくしくみがある

## Step 6 : 地域在宅医療支援センターを立ち上げて相談にのろう

地域在宅医療支援センターはこの事業を推進する主体として保健所に設置されます。地域で緩和ケアを希望する患者およびその家族や関係機関の相談にのること、協議会の運営、ネットワークの構築等も地域在宅医療支援センターの業務内容です。ここでは主に、患者・家族、関係機関への相談業務について記します。

モデル事業の担当者は相談を受けるまでは、これまで相談にのった経験が少ない対象者であるため、どのような相談が来るか、相談内容に応えられるか等不安に思っていました。実際に相談を受けてみるとこれまでの難病等のスキルで対応できることが分かりました。それは、例え疾患が変わっても保健所の主要な機能である「住民の生活を支える」支援「公衆衛生の課題に立ち向かう姿勢」には変わりがないためです。

### ○ポイント

#### 準備

- ・相談対応マニュアルの作成
- ・担当者不在時の対応体制についての検討
- ・緩和ケアや相談業務に関する所内研修の実施
- ・相談記録票（カルテ）の作成
- ・担当者が困った時にタイムリーに相談にのってくれる人を見つけておく（緩和ケアの経験の多い医師・看護師等）

#### 広報

- ・地域在宅医療支援センターについて、ポスター、リーフレットを作成し、住民や関係機関に配布・周知
- ・町内回覧で管轄地域全町内会に周知

#### 相談にのる

- ・主訴と本当の困り事は異なることがあるため、丹念に話を聞き、必要時面接や訪問を行う（最初の数例はなるべく面接・訪問につなげ、相談にのってみる）

#### 相談内容から住民ニーズを分析してまとめる

- ・協議会、事例検討会等、次の事業の展開に役立てる
- ・相談件数の集計

### ○活用できるツール

- ・想定される相談内容のQ & A作成（資料）
- ・相談記録票（カルテ）（資料）
- ・地域資源の一覧（ニーズ把握で作成したものや既存資料）
- ・介護保険や医療保険制度（訪問看護・介護の料金等）

- ・ OPTIM の相談マニュアル (<http://gankanwa.jp/index.html>)

## ○事例

- ・ 地域在宅医療支援センターの PR は各保健所が工夫し、広報への掲載、病院・薬局等の協議会委員にポスターを貼付してもらい、リーフレットの配布、町内回覧した。また、特にターゲットとなりそうな住民が利用しそうな場所（調剤薬局で麻薬を使っているところ等）には、ちらしを多めに配布した（4 保健所）
- ・ 支援センターへの相談事例（資料）

NOTE 先行して立ち上げた地域在宅医療支援センターの実績から

地域在宅医療支援センターの広報を行うに際して担当者が心配するのは、周知すれば相談が殺到するのではないかとことです。モデル事業の経験から、その心配はあまりないと考えてよいでしょう。

○どのくらい相談が来たの？

- ・ リーフレット、ポスター（24ヶ所の関係機関への配布）  
→12件の相談（南筑後）
- ・ 市報に掲載（12月号）→翌月に3-4件の相談（南筑後）
- ・ 3000枚のちらし配布→直後に2件の相談（嘉穂・鞍手）
- ・ 全町内回覧（約58,500戸、6000枚）→10件程度の相談（宗像・遠賀地区）

○どういう相談が予想されるか・病院、資源リスト

- ・ 利用できる介護保険、医療保険制度
- ・ 先の不安
- ・ 地域連携室やケアマネジャー等の関係機関からの相談も入る
- ・ 在宅療養導入の相談

## Step 7 : 緩和ケアに関わる専門職をスキルアップしよう

在宅緩和ケアを必要とするような患者を受け入れる体制を整備するためには、関係機関のスキルアップが必要です。この事業では各関係機関が同じ目的・目標に向かってスキルアップすることが重要です。そのため研修会を単に開催するのではなく、事業の中での位置づけを明確にした上で実施しましょう。

### ○専門職のスキルアップを目的にした研修開催のポイント

#### ☑ 対象

医師、看護師、訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ケアマネジャー、ヘルパー等

#### ☑ ポイント

- ・ 入り込みやすいところと共催・連携する
  - － 関係機関・関係団体も研修を定例行事として実施することになっている場合もあるため、その研修とリンクして実施する。
- ・ 相手にメリットがある関係機関と共催・連携する
  - － 認定看護師への講師の依頼：認定看護師講師は5年ごとに更新する必要がある、自己研鑽の実績が規定の内容で一定の得点以上に達していることが条件となっている。研修会等の講師をすることはそのポイントになり得る
  - － 医師会との共催：医師には「医師会生涯教育制度」というのがあるため、医師会に単位をつけてもらうと医師の参加が促される可能性がある
- ・ 関わった事例の活用、次への事業展開につなげる
  - － 事例を関係機関で共有するような研修会を行うことで、より具体的な課題や取り組みへのイメージが共有でき、参加者のモチベーションが上がる
  - － 保健所が窓口で相談を受けた事例を研修で紹介したり、検討事例として取り上げる
  - － 研修会に参加した関係機関や専門職が困っていることをキャッチし、次への展開につなげる
- ☑ 必要になりそうな研修例
  - ・ ケアマネージャーや居宅支援事業所を対象とした終末期がん患者のケアプラン作成
  - ・ 地域での受け入れが初めての事例への技術研修
  - ・ 医師、訪問看護師を対象とした麻薬の取り扱い
  - ・ ヘルパーを対象とした吸引研修

### ○活用できるツール

- ・ これまで実施された研修内容と講師の一覧
- ・ 研修案内のちらし（資料）

## ○事例

- ・ケアマネジャーから「医療依存度の高い療養者のプラン作成が難しい」という声が挙がり、ケアプランの研修を企画段階からケアマネジャーと共催で開催した（京築地区）
- ・緩和ケア研修会：
  - 実例1）医療・保健・介護等の関係者を対象に広く実施。初回研修は、在宅緩和ケアについて、地域での在宅緩和ケアへの意識を高めることを目的に、総論的な話から入った。参加人数 78 名。また、医師会との共催研修では、生涯学習ポイント、介護保険主治医研修を兼ねてもらった。いずれも実践している医師を講師に選定。参加人数 89 名。（南筑後地区）
  - 実例2）協議会で取り上げられた「病院側が在宅サービスについての理解がない」「退院カンファレンスもないままに退院させる」課題から病院、地域の従事者対象で「病院から始める退院支援・退院調整」の研修会を開催した。（宗像・遠賀地区）

## ○参考資料

- ・ 社団法人日本看護協会ホームページ：認定看護師，更新審査  
<http://www.nurse.or.jp/nursing/qualification/nintei/index.html>
- ・ 日本医師会ホームページ：日本医師会生涯教 on-line，生涯教育制度のご案内  
[http://www.med.or.jp/cme/cme\\_info.html](http://www.med.or.jp/cme/cme_info.html)
- ・ がんの痛みよ、さようなら！こうすればとれる「がんの痛み」 武田文和・高橋美賀子・石田有紀編集 金原出版株式会社 2008
- ・ 病棟から始める退院支援・退院調整の実践実例 宇都宮宏子編集 日本看護協会出版会 2009
- ・ あなたの家にかえろう 「おかえりなさい」プロジェクト事務局



## Step 8 : 住民を啓発しよう

モデル事業の中で聞かれた住民の声から、多くの人は家で在宅療養生活を送り、在宅で亡くなるという選択肢を持たないことが分かりました。病院から出されることは「見捨てられた」と受け止め、家でも医療が提供されることを知らない人が大半です。まずは、入院中であっても既に積極的治療が難しい人は、在宅へ帰る選択肢があることを伝えることが必要です。さらに重要なことは、元気なうちに自分はどのように亡くなっていきたいかを考える機会を持ってもらい、住民に在宅でも医療が受けられ、よい表情で看取られる方がいることを知ってもらうことです。

### ○ポイント

#### ☑ 対象

- ・一般住民：市民講座として開催
- ・民生委員：年1回の総会、研修会等で話をさせてもらう。年度始めに声をかけると年間計画に入りやすい。定例会が毎月行われており、社会福祉課が研修会等企画をしている。その機会を活用させてもらうとよい。

#### ☑ プログラム立案・実施のポイント

- ・実際に在宅療養や看取りを経験した家族等の話を盛り込み、身近なこととして考えてもらうようにプログラムを組み立てる。
  - －社会背景および保健所が取り組んでいる事業について具体的な説明
    - 《ポイント》現在でも在宅医療が受けられ看取りも可能であることについて、実例等を挙げながら説明することが必要。住民はイメージがつかない。グループワークでは、「在宅療養は難しい」という話に終わってしまう危険性もある
  - －グループワークの実施－
    - －在宅療養の関係者によるシンポジウム（サービスの役割と利用方法）
- ・住民にも自身がどう最期を過ごしたいかを考え、準備する必要があることを伝える。地域で継続して医療が受けられるようにかかりつけ医を持つこともその一つ。

#### ☑ 啓発に利用できる媒体

- ・講義でのパワーポイントの使用（実例など写真を使って説明）
- ・地域の新聞への掲載
- ・地域のラジオ
- ・地域のケーブルテレビ
- ・県の広報番組
- ・小冊子

## ○活用できるツール

- ・研修プログラムの具体例
- ・研修案内のちらし
- ・使用した資料やPPT
- ・小冊子
- ・地域医療支援センターのリーフレット（資料）

## ○実例

### ・住民を対象に実施

実例1) シンポジウム形式（宗像・遠賀地区）

テーマ：「あなたにとって幸せな最期とは？」～在宅療養で豊かな時間を過ごす～

シンポジスト：保健所、在宅医、薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、  
看取りを経験した家族

周知方法：広報、ポスター（40部）、ちらし（400部）を関係機関、民生委員、公  
共施設に掲示または、配置

参加人数：82名

実施した感想：当日は悪天候であったが、申し込み以上の参加があった。時間が延長したにもかかわらず、ほとんどの方が最後まで参加し（むしろ、「時間が短い」との意見もあった）、住民の関心の高さを感じた。アンケート結果では、80%の住民が「自宅への療養」を希望しており、また参加した住民の1/3は「在宅医療の体制を知らない」と答えていた。関心が高い住民でさえ在宅医療体制を知らない現状が分かり、この事業及び啓発の必要性が実感出来た。

シンポジウム形式の研修会は、事前準備、打ち合わせが大切で大変であったが、それらをとおして関係機関とさらに協力関係が深まり、住民が在宅医療を望んでいる事が伝わって来て、担当者としてもモチベーションが上がる事業であった。

実例2) 研修形式（南筑後）

- ・市女性クラブ（婦人会）主催の「がん征圧講演会」を共催で開催してもらい、在宅緩和ケアのテーマで研修を実施。訪問看護ステーションからも話をしてもらう。参加者65名。

### 実例3) グループワーク形式 (南筑後)

テーマ：在宅緩和ケア

グループワーク内容：あなたが末期がんで、死期が迫っていると告げられたら(6ヶ月程度)、どこで療養したいですか。

周知方法：在宅医療推進協議会委員を依頼している民生委員をとおして民生委員地区長会に研修会開催を依頼。2地区から研修会開催の希望を受けた。

参加人数：1回目10人 2回目7人

実施してみた感想：住民には、在宅療養を支えるサービスについてはほとんど知られておらず、在宅医療をイメージするためには、医療費や各種サービスなど具体的な情報の提供が重要であると思われた。今後は、「在宅療養が可能かもしれない?」というイメージづくりのため、在宅療養の実際や事例紹介などの具体的な情報提供を組み込みたい。

### ○参考資料

- ・あなたの家にかえろう(「おかえりなさい」プロジェクト事務局)
- ・在宅サービスの料金等が分かる資料
- ・宮崎のホスピスガイドブック(「宮崎をホスピスに」プロジェクト 木星舎)
- ・終末期ガイドブック「家に帰りたい」と言われたら・・・(著者：幸田稲子)

### NOTE 住民の声

○研修会等では下記のような声が住民からあがりました

#### <意見・感想>

- ・在宅療養は家族に負担や迷惑がかかるため難しい
- ・在宅療養は近くに訪問してくれる医師がいないので難しい
- ・地域在宅医療支援センターが設置されたことを知らなかった

#### <質問>

- ・訪問診療をしてもらえるところを教えて欲しい
- ・ホスピス病棟を紹介して欲しい
- ・胃ろうを造設しているが在宅で看取することは可能か
- ・家族が今入院中だが、在宅医療を受けたいときは、地域在宅医療支援センターにどの段階で相談したらよいか?主治医にも相談した方がよいか?
- ・家族がいても薬剤師が薬を届けてくれるよう依頼するのは可能か?

### 3. ネットワークづくり、在宅緩和ケアシステムづくりー実施方法全体を通して必要な視点

関係機関への事業説明、地域資源の現状把握、研修会等、全ての場面においてネットワークづくりや、在宅緩和ケアシステムの構築を意図して行動します。この事業の最終目標は、在宅緩和ケアに関する課題を解決できる仕組みが整い、在宅緩和ケアを必要とする住民が、安心して在宅療養を選択できることです。在宅緩和ケアシステムは多くの関係機関が関って成り立つため、多機関が問題を持ち込み解決できるネットワークが地域に存在することが重要です。また、社会背景が変化するにつれて課題も変化していくため、ネットワークは継続的に存在する必要があります。その最終目標をイメージしながら本事業を展開していきましょう。

#### ○ポイント

以下、ネットワークやシステム構築の段階別にポイントをまとめてみました。

#### キーパーソンを見極め、協働の糸口を探る

- ・日頃から会う人について、この人は本事業のネットワークやシステム構築のキーパーソンになり得るかを考える
- ・キーパーソンと協働関係を構築するには、お互いにとってメリットがあることが重要。キーパーソンに困りごとがあった場合はそれを糸口に関わるとうまくいくことがある。事業の推進によってキーパーソンに、困りごとが解決されると感じてもらえることが望ましい
- ・地域の中にはあらゆるネットワークがあるが、核となるような強いネットワークをエンパワメントし、他の職種やネットワークを引っ張っていくことで、システム構築を進める戦略も効率的になる。

#### 関係機関同士で課題や解決方法を共有する

- ・各々が担っている役割や考え方についてお互いに理解を深めつつ、課題を明らかにすることが大切。基盤は、顔の見える関係になり信頼関係を構築することである
- ・事例を関係機関同士で共有することで、それぞれの関わる範囲が分かり、どこにシステムの穴（課題）があるかが浮き彫りになる。事例検討を繰り返すことによって、その地域の強みや関係者の調整の必要性や力量不足などが明確になってくる。
- ・課題を共有したら、どのように対処できるかを話し合いえるように発展させる

#### 関係機関が共に行動する

- ・関係機関同士の志気が高まるタイミングをつかみ、共に行動してみることが重要

- ・何か一つやり遂げることでさらに連帯感が強まり、次の行動につながる

☑ 在宅緩和ケアシステムを保持・評価していく方法を見つける

- ・担当者が変わっても組織の課題としてつなげていけるようなネットワークをつくることを目指す
- ・保健所はネットワークや構築したシステムを維持するために、評価する役割は担い続ける。最初から、そこまで視野に入れたシステム構築を行う

#### ○参考資料

- ・滋賀県草津保健所の在宅医療推進の取り組み資料  
(H21年度第1回在宅医療推進研修会資料)

#### IV モデル事業担当者のコラム

全国的にも保健所が中心となって在宅緩和ケアや在宅医療の推進に取り組んだ例が少ない中、試行錯誤の2年間に事業を担当された方々に想いを綴っていただきました。

##### 宗像・遠賀保健福祉環境事務所

「在宅医療推進事業を2年間担当して」

###### <宗像・遠賀①>

「あなたは『在宅医療推進事業』担当ね」「は？何ですかそれ？」育休復帰初日の私の頭に？？？マークが飛び交ったあの日から早2年。何から始めていかさえ分からず途方にくれ、不安に押しつぶされそうで、時には現実逃避をし、暗いトンネルの中に迷い込んだ気分でした。

それから2年、医師、訪問看護師、薬剤師、看取りをした家族等など・・・地域を周りながらいろんな方と出会い、話をききひとつひとつ教えていただきました。事例に胸が熱くなることもしばしば。そしてそんな事例を知る中で確信した「家で最期を迎えたいと望む患者さんや家族が確かにいる。その思いに応えたい。そのために頑張っている人達を支えたい。それが実現できる宗像になるといい。」という思い。ただその思いに突き動かされてきたように思います。そして常に刺激（叱咤激励も含め）してくださる方々が気持ちを後押ししてくれました。

この事業は保健所だけで進めるものではありません。むしろ保健所は調整役。関係者の声をきき、現状を把握し、情報をまとめて提起、事業に展開させる。この事業ならではの進め方だと思います。その分、とても苦しいものはありますが。

そして今、少しずつ地域に動き・変化がみられ、2年前声も交わしたことがなかった職種同士が協働し、関わろうとし始めています。「顔の見える関係」ができ、「つながった」と思える瞬間です。

この事業に出会わなければきっと私も「病院で死ぬことが当たり前」と思っていましたし、「自分で療養の場所を選択する」なんて考えなかったでしょう。私自身の生き方や家族との関わり、死生観等いろんなことを考えさせられる機会ともなりました。

これから事業を始められる担当者は不安いっぱいだと思いますが、大丈夫です。まずはいろんな方々の声をきいてみませんか？必ずあなたを支えてくれる方がいますよ。

(担当H)



<宗像・遠賀②>

平成21年4月に、この在宅医療事業の担当になりました。担当してすぐに、新型インフルエンザの発生があり、この地域は、次々に感染が起り、中学校での集団感染もあり、発熱外来の設置など、この対応が最優先となりました。秋には、統合のため、環境が変わり、実際に在宅医療事業を展開出来たのは、10月がスタートと遅くなりました。それでも、何とか、よくここまで進めていけたなど、支えてくださった方々に感謝しています。

当初は、この事業は、「難しい！」と不安でいっぱいでしたが、『出来ることを、協力してくれる人達でやって行こう』という精神で進めて行きました。と言っても、自分自身がなかなか在宅医療の必要性がわからず、「病気なら病院が一番いい」、「病気の人を自宅へ帰すなんて出来るわけがない。本人も家族もかわいそう」と思っていました。

でも、この事業に携わっていくうちに、自分の中で「何か」がつかめた瞬間がありました。

その「何か」とは？ それは、『ニーズ』だと思います。住民のニーズ、医療者側のニーズ、社会全体としてのニーズ、それが一致していると確信出来たことです。

そして、この事業には、「愛」があると感じています。今、世の中に活気がなく、人と人の関係も希薄になっている状況で、人の気持ちを大切に考えている人達がいることです。

それは、患者さんと家族の愛、医師や看護師等の患者さんへの「愛情」、自分が大変な経験をしたから「ボランティアとして援助したい」という優しい気持ちです。

この事業は、これらの『愛』があることで成立していく事業だとも思いました。家に帰りたいと願う患者さん、本人の願いを叶えてあげたいと思う家族。その家族を支えようと支援する医療者側。「人生の最期を少しでも豊かな気持ちで過ごさせたい」その思いが、ひとつになり、成立しているのだと思いました。これまで、家族を大切に、良好な家族関係を築いてきた人達ほど、『最期は家で看取りたい』と願っているような気がします。

その人が自分の人生を生きてきて、最期の旅立ちの時に、住み慣れた場所で、愛する人たちに囲まれて過ごせる幸せは、何ものにもかえがたいものです。人としての尊さを感じています。

家族を大切に生きて来られた方々に、是非、『この選択肢がある』ことを知ってもらいたいと思いました。まずは、行政として、この事を広く伝えていく事がスタートではないでしょうか。

平成22年度は、新しい担当者がたくさん増えていくとのことで、一緒に悩み、考えて、福岡県の住民の方々に新しい療養の場所が提供出来るようにしていけたらいいなと思います（^^）  
(担当〇)

<嘉穂・鞍手①>

担当者としてあちこちに出かけ、色々な関係者の方々と出会うことができた6ヶ月間であった。

仕事が進むためにはこちらの思いが、まずうまく伝わらないといけない。うまく伝えるためにはまず自分がその気にならなければ、思いは伝わらない。熱意が伝わらなければ人は動かない。公的立場である保健所の強みは他の民間の人より気軽に連絡を取りやすいし動きやすい。「ネットワークを構築する」なんて途方もない時間がかかるような感じがするかもしれないが、意外とそれぞれの関係者は自分の仕事に自信と誇りをもって、しっかり役割を担っておられるのだから、つなぐ場さえセットできれば、後はそれぞれが必要とすることをやっていただければいいのではないかと思う。

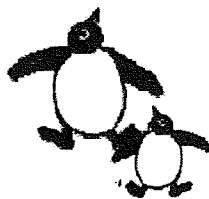
また、関係機関は個別に様々なネットを持っておられることもわかった。保健所が把握してないことは意外に多いことも・・・。

「すきまのない包括的なケア」を可能にするために関係機関同士をつなぐことが公的機関である保健所の大きな役割であり、担当した期間、もっとも保健師らしい業務ができた時間だった。

がん拠点病院の院内ラウンドでは、治療してもらう立場の患者さんたちが、治療に自分の意志をどこまで反映させておられるのか・・・治療することが優先されすぎて医療者側が気付けない課題と患者である住民側の主体性が出しにくい問題等、それぞれに改善しないといけない課題があることを感じた。おまかせではなく納得した治療と、もとの生活にどんなふうに戻っていくのか、どんな最期を迎えたいのかがきちんと意思表示できるよう日頃から住民への啓発が大切であることを感じた。これも保健所の役割だと思う。

残念ながら個別の終末期の相談事例にはあまり出会える機会がなかったが、難病も含め在宅を希望される方に丁寧に対応していくことを、保健師として心がけたいと思う。

(担当J)





## <嘉穂・鞍手②>

### 「つながっていくこと」の醍醐味

平成20年度から県内4か所の保健福祉環境事務所で「在宅医療推進モデル事業」が始まり、自分も担当になってしまった。初めて赴任した事務所で、地域の実情もわからず、事業をどこから手を付けていいのか、途方に暮れた。とりあえず、訪問看護ステーションや医療機関などを一件ずつまわり、事業説明と関係者から現状と課題を聞いて歩いた。そのたび、最初に聞かれるのは、「在宅医療？保健所？何しに来たの？」だった。

担当者自身、今でも「なぜ保健所が？なぜ私が？」と思うこともあるが、事業を2年間行ってきて感じたことがある。

人は誰しも、「人生最期の時間を大切な人と住み慣れた地域で過ごしたい」と感じているが、現状では必ずしもその希望は叶えられていない。

それでも地域の関係者はそれぞれ一生懸命頑張っているし、職種毎の協議会などで部分的にはつながっている。そして、もっといろいろな職種や組織のつながりを広げ、地域住民にもそれぞれの取組をもっと知ってほしいと願っている。

保健所を含めた行政ができること。

それは、地域全体の課題を整理し関係者をつないでいくこと。そして地域住民へ広く知らせていくこと。さらに、課題を整理し次の施策へとつないでいくことではないかと思う。

モデル事業として2年間地域関係機関にご協力いただきながら、少しずつ「つながってきている」実感があり、担当者のモチベーションにつながっている。

平成22年度からは政令市・中核市を除く福岡県下全域の保健所で同事業が実施される予定である。初めて担当となる職員は、私たちがそうだったように「何で保健所が？何で私が？何から始めたらいいの？」と悩むかもしれない。しかし、「つながっていくこと」の醍醐味が実感できれば、この事業の必要性和やりがいを確認できるのではないかと思う。

(担当 H)

<嘉穂・鞍手③>

「在宅医療推進事業を担当して」

10月から、嘉穂・鞍手に異動になり、「在宅医療推進事業」の担当になりました。10月の統合動乱期に、どのような事業か理解しないまま、始まりましたので、はじめは不安いっぱいでした。まずは、現場を知ることからはじめようと、拠点病院の緩和ケア委員会や院内ラウンドへ参加したり、往診や訪問看護へ同伴させていただいたりしました。また、訪問看護ステーションの連絡会やケアマネ連絡会へ参加すると、それぞれの現状を把握でき、地域の様子がよくわかりました。

この事業では「連携」がキーワードで、それぞれの関係機関での取り組みと、他機関とどうつないでいくかを話し合うことが多かったです。顔の見える関係をまず、保健所が作り、各機関へ広げていくことが重要と思いました。嘉穂・鞍手では3名が他事業担当と兼任で、当事業を担当しました。現状や今後の方針を話し合う機会も多く、話し合いを重ねるうちに、どう地域をつなげていくかの流れが見えていったと思います。私はついていくので精一杯でしたが、保健所の役割や「みる・つなぐ・うごかす」醍醐味を感じることもできる事業と思います。

(担当 T)





## 「事業を担当して一言」

モデル事業全般を通し多くの学びがありましたが、特に事例を通して関わった2人の訪問看護ステーションの所長からの学びは大きく、少し感想を述べたいと思います。

一つめの事例は、50歳代の単身、末期がん患者のM氏で関わったA所長。M氏は、「在宅での生活が3日になっても、もう一度自立した生活がしたい」という強い希望がありました。入院先の主治医から退院の許可は得たものの、病棟看護師さんは、病的に夜間の負担を考えると無理ではないかと心配され、相談者である知人のK氏も、最後なのだから本人の希望をかなえてあげたい気持ちと一人の生活が本当にできるのという不安が混じっておられました。私自身もこの状態でどうしたら退院できるのだろうかと考えながら、訪問看護ステーションA所長に相談したところ、医療面、生活面で必要と思われることを、丁寧に、具体的に何度もアドバイスいただきました。医療面は私達がバックアップしますからと言っていた言葉がとても力強く、ステーションからの帰り道、K氏も安心されましたが、私も力強い応援を得た気持ちで、必要な調整に入ることが出来ました。

そして、転居後3週間でなくなりましたが、支援中も本人の気持ちを第一に尊重し、必要な支援をされたようでした。

もう一つの事例は、80歳代のT氏で関わったB所長。末期がんであることを告知しないまま、家族と本人の希望での在宅療養を希望。T氏は敷地内の別棟で一人生活をされていたため、診断後は家族が「何かあったら」と24時間付き添っておられました。当所からステーションへ相談した後、すぐに訪問に入り、今後の予測と訪問看護で対応できることをご家族に説明しながら、ご家族の負担にも思いを寄せた対応をされていました。

相談から30日後に死去されましたが、「これでよかったのだろうか」「私がそばをはなれていたから・・・」と振り返る家族に、お正月に大勢の親族に見守られてなくなったことは、とても幸せな最後であったことを話していただいたと聞いています。

B所長さんは、支援の後こういう支援でよかったのだろうかと自身を振り返るとお話しをされていました。どちらの所長さんからも訪問看護師としてのプロ意識と真摯な姿勢を感じ、利用者の方に信頼されている理由がわかる気がしました。同時に、在宅療養においては訪問看護がいかに支えとなるかを実感いたしました。

そして、事業当初、在宅を希望する人はいないという意見もありましたが、事業の展開過程で、予想以上に「親を、配偶者を在宅で看取りました。」という声を聞くことが何度かありました。おそらく、支援する側が、在宅は無理と思って関われば無理なのだろうし、可能な方法を探っていく姿勢があれば、よりよい連携体制へつなげる一歩となるのではないかと思います。

(担当 T、K、N)

在宅医療推進事業を担当して、2年目が終わろうとしています。

担当が決まった時は、がん（疾患）のことも分からないし、何をするのか、と不安がいっぱいストレスに感じていました。

その不安は、事業の経過と共に少しずつ薄れていきました。

地域のネットワーク作りは、関係者へのヒアリングを通して（出かけていく前に、少しの勇気が必要でしたが皆優しく、熱心でした。）、一番不安だった相談業務については、実際に患者さんやご家族の支援を行っていく中で、解消され多くのことを学びました。

特に、相談業務は、難病患者さんからがん患者さん、乳児への在宅支援と、あっという間に広がって行き、その中で支援センター、地域が互いに成長していったように思います。（関係機関のパワーアップには驚いています！！）

医療処置も多く、重度の障害を抱えた患者さんが在宅で生活するってどういうことだろう、と不安に感じていたのは住民だけでなく、私自身もそうでした。

支援の中で、一番印象に残ったことは、病気はあっても、生活者としての患者家族であるということです。

多くのことを学ばせていただいた患者さんやご家族の声を紹介します。

「家にいれて良かった。最後まで家にいれるよね」とがん患者さん。「家で最後まで見るなんて、最初は不安だったけど、今は皆がいるから安心していきます。毎日、自分のことも出来ず、病院に通うだけで疲れ果てていたと思うと、家にいれてよかった。」亡くなった後は「家で看取ることができてよかった。緩和ケア病棟に入院させていたら、きっとずっと後悔していた。多くの方が、支援センターに相談できるようになったらいいのに」と家族。「他の子供（兄弟）と一緒に、この子も早くつれて帰って、家で育てたい」、「家に帰ってホッとしている。介護じゃなく、育児をしますと。」とNICUから退院した家族。

様々な医療処置を抱えての在宅は不安がいっぱいだと思いますが、皆さんの笑顔で思いました。「これが在宅なんだ、こんな当たり前のことが出来る地域にするための支援なんだと。」

保健監はじめ所内、外の多くの人に支えられての2年間でした。ありがとうございました。

（担当M）

