

介護保険の導入に続き、在宅療養支援診療所の指定などにより、在宅ケアへの期待が高まってきた。しかし、がん患者の終末期の在宅医療を本気で引き受ける医師はまだ少なく、症状コントロール（特に疼痛コントロール）の普及・習得が大切であることが分かり、3年前から、院外への出前セミナーを開始した。症状コントロールの知識は少しずつ増加しているが、夜間休日の対応力の不足が目立ってきた。グループで診療しているところは休日でも対応力があるものの、ひとりで診療されている医師からは夜間休日の対応が困難との返事が多い。それを一般病棟から在宅に返すと、再入院が増え、そのままの院内死亡の増加につながったと考えられる。

一方、院内でのセミナーもH17年より1年に3回行うことを定着させて継続しているので、疼痛コントロールは病院内ではかなり行き渡ったと考えられる。オピオイドの使い方には慣れてきたので在宅が可能と考えて退院させる方向に進めた。しかし、夜間休日の体制は主治医に依存したもので、電話での相談などには看護師が対応できず、救急外来受診になり、そのまま再入院になることもしばしばである。

昨年度から、緩和ケアリンクナースの制度を正式に発足させ、疼痛以外の症状コントロールの方法を学べるようにした。発足時に何に取り組みたいかというアンケートをとったところ、症状コントロールについて学びたい希望が11/13であったが、在宅ケア（地域連携）について学びたい希望も8人と増えた。来年度に向けたアンケートでは、個々の症例検討の希望が多くなったので、並行して行うことにした。

現在はまだ在宅支援にはなかなか至らないが、相談件数は増えている。在宅ホスピスケアに向けて、当院の緩和ケア病棟が関与し始めて数年経過しているが、地域で訪問診療を引き受けてくれる医師も年々少しずつではあるが増えてきている。しかし、病院と地域の医師と訪問看護ステーションの間の連携が今一つ十分でないことが上げられた。往診医の不足から、今までのように在宅医療に熱心な地域の医師ばかりでなく、依頼先を上げた結果、連携がスムーズでないという問題も浮上してきた。まだ在宅緩和ケアに不慣れな診療所には緩和ケア病棟からの手厚い支援が必要であることも分

った。在宅ケアを想定した準備の不足という点では、院内の医師の意識がまだ、在宅緩和ケアに向いていないことを反映している。院外のみならず院内のがん治療医に対しても在宅ケア推進のための支援が必要と思われる。

今までの緩和ケア病棟は、病院の中で看取りを最大限良くしていこうという方向性であった。しかし、これは、医療者の視点に立ったところが多く、患者・家族の視点に立って構築されてきたとは言い難い点が少なからずあることがわかった。患者・家族の視点で見ると、病院は（緩和ケア病棟といえども）家族が居ることを前提にしてない点が少なくないと思われる。医療者（医師や看護師）は自分たちができることを中心にケアを組み立てようとする。しかし、できることだけでなく、そうしてほしいことに焦点を当てたケアが大切であることがわかったので、相談支援センターからもフィードバックをもらい、視点を変える必要を感じる。平成21年9月からがん患者サロンを毎月開催している。そこでの話し合いの中からもヒントが得られると期待している。

そして、がん患者家族に対する支援を拡げる方策として、今後、院内で定期的に家族（と患者）を対象とした症状緩和（特に疼痛緩和）の講座を開き、地域の病院にも定期的に患者・家族を対象とした出前セミナーを行うことの重要性が示唆されたと同時に、地域の診療所並びに院内のがん診療医に対しても夜間休日の支援体制の確立が重要であることが示唆された。

E. 結論

がん終末期患者の在宅ケアを推進するためには、症状がコントロールされていることが必須条件であるので、医療者への症状コントロールの実際の普及が大切であり、病院の医師をはじめとする医療者に終末期に至る前からの緩和ケア科・緩和ケアチームとの並行した診療の実施と患者家族に対する支援並びに地域の診療所と院内のがん治療医に対する支援、特に夜間休日の支援体制の整備が重要であることが明らかになった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

1. 学会発表

なし

2.論文発表

なし

H.知的財産権の出現・登録状況（予定含）

なし

支援診療所が2施設、訪問看護ステーションが10カ所存在する（図1）。

私たちはこれら近隣の基幹病院や施設で緩和ケアに関心のある医師や看護師に在宅ホスピス・ネットワークを作ることを呼びかけた。相当な不安もあったが、声をかけられた方々は、理念に共鳴し、快く応じてくださり、2003年準備委員会が発足した。その後数回の準備会がもたれ、西胆振在宅ホスピス・ネットワークが発足し、2004年4月21日第一回例会が開催された。

<ネットワークの活動>

例会は年3回開催され、近隣の医療機関が持ち回りで当番幹事となった。例会当日の直前に幹事会を開催していたが、これでは十分な議論が尽くせず、例会とは別に幹事会も開催されることとなった。例会は2時間程度で、事例検討会、ミニレクチャー、ネットワーク機能の検討会などであった。例会への参加者は40~80名程度であった。当初は医師、看護師、ソーシャルワーカーなど医療者が主体で、医師、特に診療所の医師が少なく、看護師が参加者の過半数を超えていた。1年目を過ぎた頃から介護支援専門員(ケアマネジャー)、行政(保健所医師、保健師)などの参加があり、医療、介護、行政の参加する名実共に多職種が参加するネットワークが形成されていった(表1)。

(表1) 西胆振在宅ホスピス・ネットワーク例会参加者数

職種	例会	第1回 2004.4.21	第4回 2005.5.19	第15回 2009.1.20	第16回 2009.6.12
医師		12	14	7	8
看護師・保健師		30	21	24	50
MSW		4	8	7	11
薬剤師		1	4	2	3
理学・作業療法士		-	-	-	2
栄養士		1	-	-	-
心理療法士		-	-	1	-
介護支援専門員(CM)		-	3	11	5
行政		-	3	5	3
その他		-	3	1	4
合計		48	56	58	86

例会は回を重ね、事例検討、ミニレクチャーなどは好評であったが、ネットワーク機能の働きが十分ではないとの問題点が見えてきた。その一つの指標として、急性期病院、ホスピスからなどの在宅への移行が増えてこないとの指摘であった(表2:2003年と2007年の比較)。表2は、西胆振地区の主な訪問看護ステーション10施設にアンケート調査を行ったものだが(回答は8施設から)、この地区における在宅ホスピス、在宅死

などの実態が十分つかめてなく、我々は訪問看護の活動をその一つの指標としてきた。

(表2) 西胆振地区主要在宅訪問看護ステーションの実績(8施設)

	平成15年 (2003年)	平成19年 (2007年)	平成20年 (2008年)
1 訪問看護依頼件数	169	269	380
2 1のうちがん患者数	27 (16.0%)	48 (17.8%)	81 (21.3%)
3 2のうち在宅看取り患者数	6 (22.2%)	7 (14.6%)	18 (22.2%)
4 2のうち病院またはホスピスへ入院した患者数	20 (74.1%)	31 (62.5%)	40 (49.4%)
5 2のうち主治医の所属形態	医院(クリニック)	4	11
	病院(ホスピス)	22	33
6 4のうち急変での入院患者	0 (0%)	7 (14.6%)	16 (40.0%)

<ワーキンググループ(WG)の立ち上げとバックアップ機能の保証>

我々は、このようなホスピスの進展しない理由(なぜ家に帰れない)を解決すべく、2007年秋の例会(伊達赤十字病院幹事)において、例会参加者にアンケートを施行した。その結果、①市民、さらには医療者ががんの在宅医療について十分理解していない、②介護が大変、③家で痛みなどの症状が出た場合の不安、④急変時の対応が不安、⑤訪問をしてくれる診療所や訪問看護ステーションが少なくその連携が出来ていない、など在宅への移行を阻害する要因が指摘された(文献1,2)。この結果をふまえ、幹事会を開催し、対応が検討され、これらの阻害要因を一つずつ解決してゆこうとの結論に達した。幹事達が数人ずつに分かれ、ワーキンググループ(以後WGと記載する)を結成し、1年間をめどに独自に活動することとなった。

市民、医療者に在宅ホスピスを知ってもらうことからはじめようとの意見が多く、最初に①に対してWG「広報班」が立ち上がった。WG「広報班」ではパンフレット作成、マスコミへの依頼など多くの意見が出たが、まず在宅ホスピスの理念を述べたリーフレットと具体的な内容を載せたパンフレットを作成した。これらが好評で、②に対しWG「介護班」、③に対しWG「教育班」⑤に対しWG「地域連携パス班」などが次々と立ち上がった。各グループには医師、看護師、介護支援専門員などが加わった。④に対しては各基幹病院がバックアップ機能を約束することを表明、パンフレットに明記して保証することとした。

<具体的な連携のシステム、連携の実際>

緩和ケア科外来で在宅療養の希望が出た場合、筆者は直ちに訪問診療を受けてくれる診療所医師

に電話をし、了解を受けた上で紹介状を書く。そうしている間に同席している病棟看護師か、外来看護師又は外来のリンクナースが訪問看護ステーションと連絡を取り、訪問看護の体制を計る。緩和ケアチームのMSWが連絡を取ることもある。したがって、そのツールは電話、ファックス、手紙などである。インターネット活用の話も出てはいるが、拠点病院である当院が電子カルテ更新中であること、室蘭保健所が音頭をとり「がん専門部会」で「地域連携パス」導入を検討しているところでもあり、今後地域全体での連携が待たれるところでもある。

いずれにしても、連絡先の担当者の顔が分かることは心強く、顔の分かるネットワークの面目躍如といったところである。

<ネットワークの効果>

在宅ホスピス・ネットワークを立ち上げてから、特にWGの活動後にこの地区に多くの変化がみられるようになってきている。以下にその一端を述べる。

① 在宅療養患者と在宅死の増加

西胆振在宅ホスピス・ネットワーク立ち上がり前と立ち上がり3年後との比較はすでに述べ、目立った変化を認めなかった。そこでその後1年間のWG活動後、2008年度の訪問看護ステーションにおけるがん患者訪問を再調査した。その結果、訪問看護ステーションへの訪問依頼件数は飛躍的に増えてきていて、それに伴いがん患者訪問数、在宅看取りの割合は増加傾向にあり、その絶対数も飛躍的に増加していた(表2:2008年)。

② 顔の見える連携

西胆振在宅ホスピス・ネットワークが立ち上がる以前は、緩和ケア、在宅ケアに関わる担当者がどのような人かほとんど分かっていなかったが、ネットワークの例会や幹事会などで、顔を合わすことによりお互いをより理解できるようになり、親近感・信頼感を持てるようになった。

③ 市民への浸透

ある日の外来で、患者さんのご家族と面談しているとき、「私たちはこのサービスを受けたいのです」と、手提げからおもむろにWG「広報班」が作成したパンフレットを取り出し、私に示した。またあるとき患者会(フォーエバー)の会合に出席していたとき、なぜ広がらないのだろうかと在宅ホスピスが話題となった。この時出席していた患者会のメンバーは誰一人パンフレットの存在を知らなかった。この事実をヒントに患者会メンバーから、回覧板なら全ての家庭に情報が伝わるはずと、回覧板への掲載が提案された。我々は早

速室蘭市の市役所に相談したところ、市は早速対応を検討し、回覧板にパンフレットのコピー4000枚を掲載してくれた。また隣の伊達市は市の広報に記事を書せてくれた。また市の回覧板を見た点字ボランティアがその記事を点字に訳し、目の不自由な方々に配ったとの情報も入ってきた。

④ 西胆振地区「がん専門部会」への参画・提言

室蘭保健所は西胆振地区独自のがん対策として、「がん専門部会」を結成し、「がんアクションプラン」を作成している。この「がん専門部会」に西胆振在宅ホスピス・ネットワークも招聘されている。このプランの地域連携パスには我々のWG「地域連携パス班」が作成したプランがたたき台として提出されている。

⑤WG「教育班」医師メンバーの多くは、日本緩和医療学会が医師教育のために推進している「緩和ケア指導者研修(PEACEプロジェクト)」に協力し、医療者のスキルアップのために貢献している。また市民や医療者啓発のための講演会なども開催している。

<今後の課題>

西胆振在宅ホスピス・ネットワークの特徴として、①この地区の総ての基幹病院、二つの施設ホスピス、主な全訪問看護ステーションが参加していて、ほぼ全てのがん患者がネットワークの恩恵を受けることができる、②先にも述べた顔の見えるネットワークであること、③医療・介護・行政が参加、協力していて、総合的な角度から対応できること、④地域に根ざしたネットワークであること、⑤低コストであること、などが挙げられる。

一方、課題としては①医師、特に診療所医師の関心が低く、参加が少ないこと、②在宅療養支援診療所が少ないこと、③有志だけの取り組みに限界があること、④今後センター化、電子ツールの導入なども検討されることになろうこと、などであろう。

(倫理面への配慮)

在宅緩和ケアネットワークというシステム構築に関する研究である。部分的に行われる可能性のある事例検討においては個人情報の管理が重要となり、十分な配慮を持って研究を遂行する予定である。

E. 結論

地域連携を考えると、どの地域でもその地域に特有な問題を抱えていると思われるが、チームア

アプローチとホスピス緩和ケアが基本となる対応の根本は変わらない。患者や家族が自分の居場所を自分で決めるという選択ができるような社会を実現したい。我々の取り組みが、地域連携を推進するにあたって参考となれば幸いである。

文献

- 1) 大岩孝司、鈴木喜代子：末期がんのケア／在宅緩和ケア、治療、91(5)：1487-1491、2009
- 2) 柴田 岳三：地域における緩和ケア病棟の役割-西胆振在宅ホスピス・ネットワークの構築と連携-、緩和ケア、19(2)：112-115、2009

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

①柴田岳三、西胆振在宅ホスピス・ネットワークの取り組み. COMMUNITYCARE,12(2),28-32, 2010

2. 学会発表

無し

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表【平成 21 年度】
(研究班に関する業績)

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
坂下美彦、 渡辺 敏	緩和医療科	木村秀樹	がん診療ハンドブック（第二版）	永井書店	東京	2010. 3月（予定）	
渡辺 敏、 大木信子、 藤田敦子、 ほか、分担執筆	在宅における症状コントロール、在宅緩和ケアにおける地域連携、家族へのケア、ほか	千葉県健康福祉部編	千葉県在宅緩和ケアプログラム	千葉県	千葉市	2010. 3月（予定）	
木下寛也	家族とのコミュニケーション・スキル	藤 森 麻 衣子・内富庸介	続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル	医学書院	東京	2009	140-148
木下寛也	家族ケア 実践のポイント	小川朝生・内富庸介	緩和ケアチームのための精神腫瘍学入門	医薬ジャーナル	大阪	2009	322-327
藤田敦子	「介護力があっても理解が得られないケース」, 「家族が死を通じて学ぶこと」	財団法人在宅医療助成財団「在宅療養」編集委員会編	在宅療養をさえるすべての人へーわが家がいちばんー	健康と良い友だち社	東京	2009	112-118
藤田敦子	「最期は家で」叶えるために	叶橋口佐紀子	医療を支える女たちの力	へるす出版新書	東京	2009	223 - 244
藤田敦子	在宅ケア市民ネットワークピュア学生との連携による看取り文化の再生	広井良典、小林正弥編著	コミュニティ	勁草書房	東京	2009	221-228

研究成果の刊行に関する一覧表【平成 21 年度】
(研究班に関する業績)

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
藤田敦子	在宅ホスピス実践シンポ「一人暮らしや介護力が低い人をどう支えるか」	ホスピスケアと在宅ケア	17(2)	119	2009
藤田敦子	オレンジバルーンプロジェクトがんの痛みやつらさを一人で抱えていませんか	緩和ケア;	20 (1)	61-62	2009
吉田大介、藤田敦子ほか	在宅ホスピス実践シンポ「一人暮らしや介護力が低い人をどう支えるか」	ホスピスケアと在宅ケア	17(3)	296 - 320	2009
千葉恵子、関根龍一	カンファレンスから学ぶ緩和ケア (6) 緩和ケアチームにおけるカンファレンスの実際—亀田総合病院の場合	緩和ケア	Vol.20 NO.1	49-52	2010
柴田岳三	西胆振在宅ホスピス・ネットワークの取り組み	COMMUNITY CARE	Vol.12 NO.2	28-32	2010
浮谷勝郎	「熟練医から”日常診療のさまざまなコツ”を伝授」 『在宅療養に対する訪問診療体制の確立』	治療 「熟練医から”日常診療のさまざまなコツ”を伝授」	Vol.91 臨時増刊	104	2009年

