

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
- ・ 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。

○目標

- ・保健所が行っている在宅医療推進事業の目的・内容が理解できる
- ・地域在宅医療支援センターという相談できる場所を知る
- ・在宅が療養場所の選択肢にあることを理解できる
- ・自分のこととして「死」について考えられる
- ・かかりつけ医を持つことの重要性が分かる
- ・利用できるサービスと内容（コストも含む）を知る
- ・（施設での看取りも進んでいることを示す）

○実施内容

【1年目】

民生委員の代表に啓発に行く（どれだけ広く伝えられたか、要所が押さえられたか）

【2年目】

市民公開講座を開催する（当事者を含めた話が入るとよい）

ボランティアの育成・支援を行う

【3年目】

医療・福祉部署以外（教育・商工等）への啓発を行い、そこを通しての住民啓発を推進する

【4年目】

様々な場で繰り返し住民啓発を実施する

○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

- ・前述した目標に基づきプログラムを作成する。
- ・住民はあまり在宅医療に関する知識や経験がないので、具体的なイメージを持ってもらいながら進めることがポイント。身近なこととして考えてもらえるようにプログラムを組み立てる。

例えば、「在宅での医療を希望した場合の在宅医の探し方、相談出来る所」

「在宅で、どの程度の医療が受けられるのか？」

「胃ろうをしていますが、在宅での療養は可能か？」等

- ・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むのが効果的である。「在宅療養を希望したいが家族に負担をかけたくない」という住民も多いため、「看取りの経験が遺族のその後の生きる力、グリーフワークにつながる。家族が“いのち”を学ぶ機会になる」という意味にもなることを伝える。

【プログラム例①】：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とグループワークの実施

- ・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であることを伝える。

《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、事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ので要注意。

【プログラム例②】：在宅医療に熱心な医師を講師とした市民講座：

メリット：在宅医療の知識が深まる

デメリット：自分の地域ではどうなのか？という疑問が残る。

【プログラム例③】：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）

- ・実際に在宅ホスピスを経験された方のお話しを入れると、内容が深まる。

☑ 啓発に利用できる媒体

- ・講義でのパワーポイントの使用（事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>

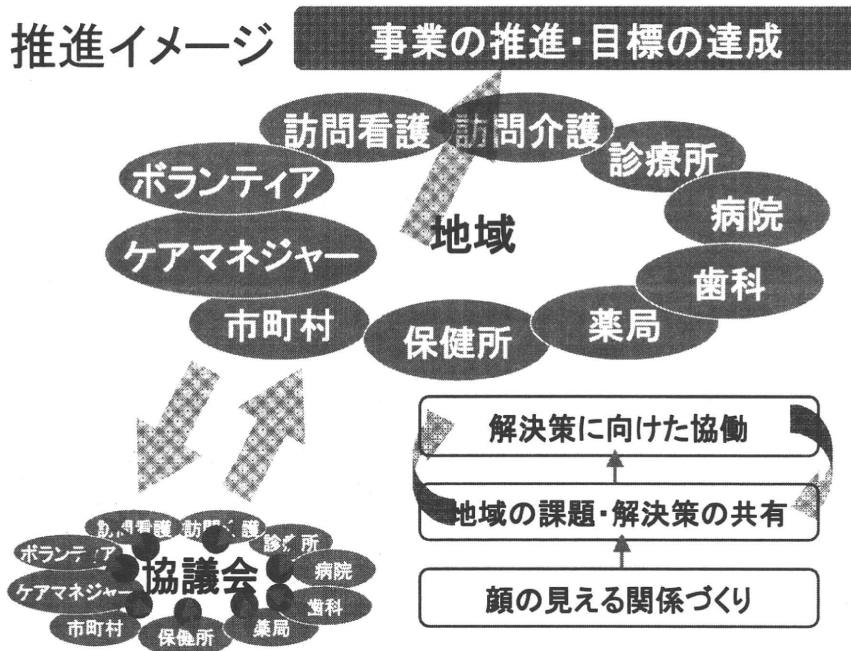
- ・在宅療養は家族に負担や迷惑がかかるため難しい
- ・在宅療養は近くに訪問してくれる医師がいないので難しい
- ・地域在宅医療支援センターが設置されたことを知らなかった

<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—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。



○目標

在宅医療に関する地域の課題があがってくる場・自主的な研修会をつくる

○ネットワークメンバーの望ましい姿（目標や評価項目になるように検討中）：

- ・顔の見える関係ができる
- ・在宅医療で分からないことがあった時に尋ねる相手がいる
- ・困った時に手を貸してくれる人がある
- ・お互いの役割（できること・できないこと）が分かる、等

○ネットワークの種類

- ・診療所・訪問看護・薬局の物品のネットワーク
- ・入退院（主治医・病棟看護師・訪問看護師）のネットワーク

- ・ケアマネと訪問看護の連携

○実施内容

- 【1年目】協議会の立ち上げ、事業の必要性の共有
 - ・小さな事例検討会から始める（一つの職種→多職種へ）
- 【2年目】協議会主体で企画できる、組織に持ち帰り、取り組んでみる
- 【3年目】課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動
- 【4年目】課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動

○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)

3. 事業の振り返り・評価

1) なぜ事業の振り返り、評価が必要なの？

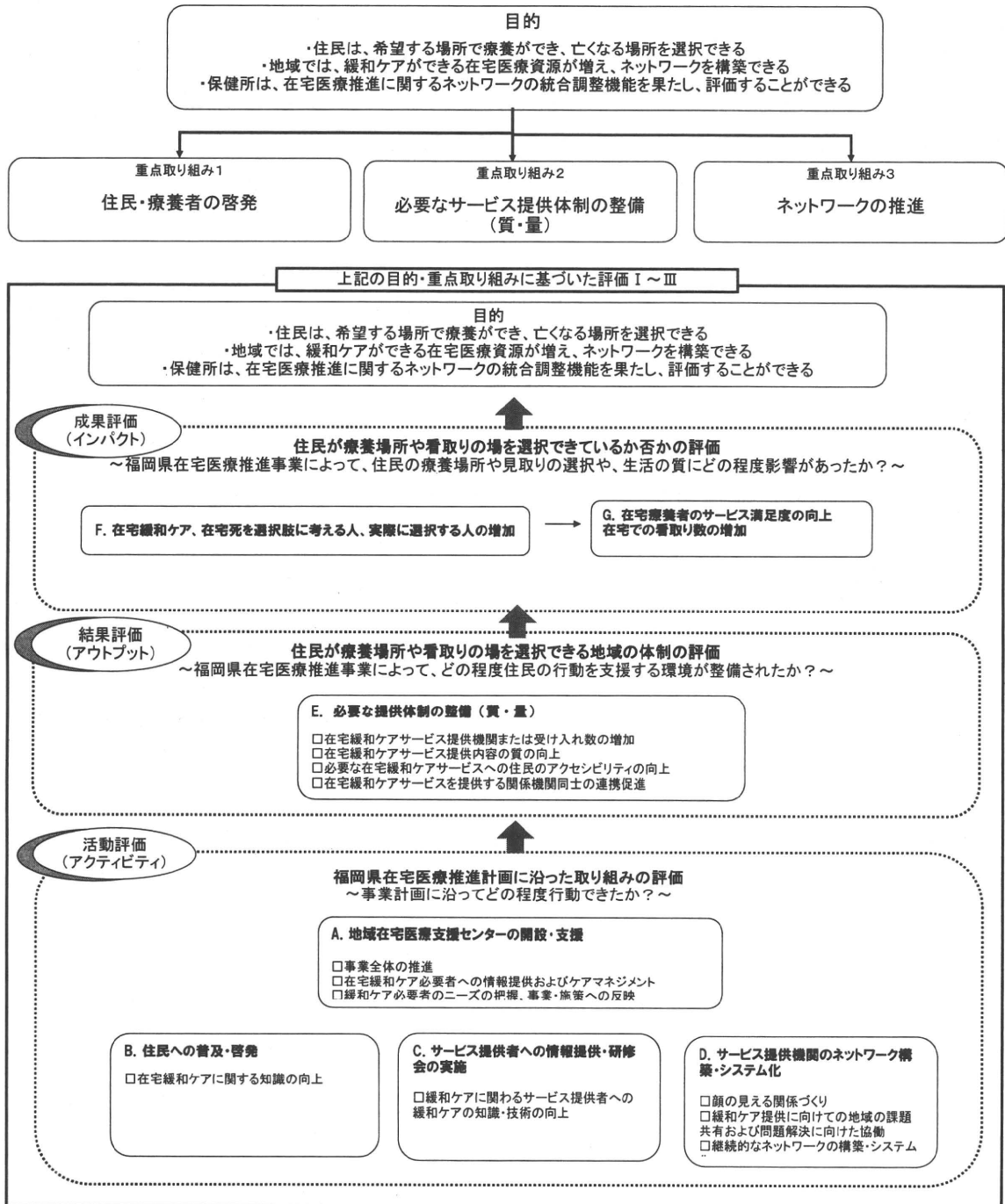
事業評価の目的には大きく2つあります。1つ目に「事業の人やお金の投入によって、どんな成果があったか？」「事業実施上の課題は何か？」を見直し、戦略的に実施していくためです。2つ目に、納税者への説明責任の向上です。税金に見合うだけの価値あるサービスを提供し、住民にとって最適な方法で事業を実施していることを納税者、すなわち住民に分かりやすく説明するためでもあります。

事業評価は事業の意義を可視化することであるため、日々業務に追われがちな担当者が、次の事業の展開方法を知ることや、住民に限らず担当者以外の職員の理解を得ることにも役立ちます。事業の継続やより効果的・効率的なサービスを提供するために事業評価は欠かせません。

2) 福岡県在宅医療推進事業の評価枠組み

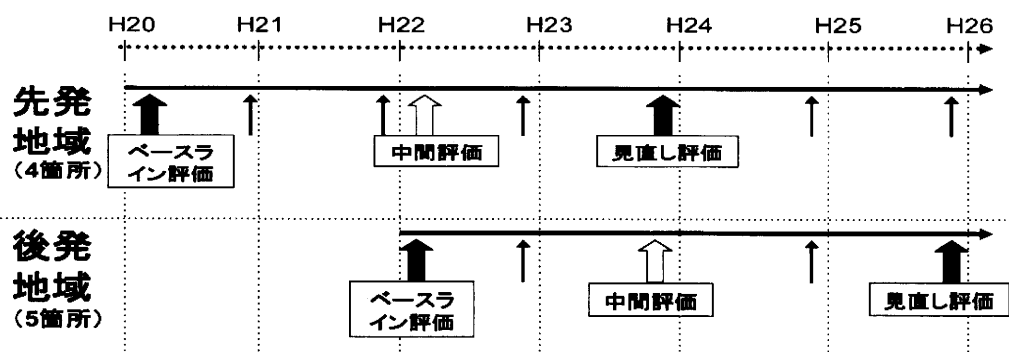
福岡県の在宅医療推進事業の目的と3つの重点取り組みに基づき、プログラム評価の枠組みである「活動評価」「結果評価」「成果評価」を使って整理しました。活動評価は、「事業がどの程度当初の計画通り実施されているか」を評価します。「結果評価」は、「どの程度、事業目的に向けた住民の行動を支援する環境が整備されたか？」を評価します。「成果評価」は、「住民の療養場所や看取りの選択にどの程度影響があったか？」を評価します。

福岡県在宅医療推進事業の評価枠組み



3) 評価の時期

評価の時期は、変化を追うのに適切な時期と、実施可能性を考慮して決めました。



○毎年実施する評価

- ・訪問看護ステーション調査による評価
- ・事業実施のまとめ（事業全体の経過、住民啓発・研修効果の評価）
- ・在宅看取り率、施設看取り率

○2年ごとに実施する評価

- ・診療所、薬局、歯科調査（資源把握）による評価（資源調査の更新と同時に実施）
- ・地域資源や従業員数の増加、事業所のスキルアップの向上

○4年ごとに実施する評価

- ・事業継続の見直し、全体評価

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、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）して下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、次々に感染が起こり、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と、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」があるなと感じています。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O)

〈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。

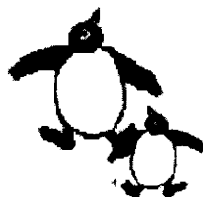
仕事が進むためにはこちらの思いが、まずうまく伝わらないといけない。うまく伝えるためにはまず自分がその気にならなければ、思いは伝わらない。熱意が伝わらなければ人は動かない。公的立場である保健所の強みは他の民間の人より気軽に連絡を取りやすいし動きやすい。「ネットワークを構築する」なんて途方もない時間がかかるような感じがするかもしれないが、意外とそれぞれの関係者は自分の仕事に自信と誇りをもって、しっかり役割を担っておられるのだから、つなぐ場さえセットできれば、後はそれぞれが必要とすることをやっていただけるのではないかと思う。

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拡げ、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」の醍醐味を実感できれば、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・つなく・うごかす」醍醐味を感じることで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だ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、と不安がいっぱいで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行く中で、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）



【研究代表者】

村嶋 幸代 東京大学大学院医学系研究科

【分担研究者】

山田 雅子 聖路加看護大学
福田 敬 東京大学大学院医学系研究科
田上 豊 三菱総合研究所
要石 恵利子 滋賀県健康福祉部
永田 智子 東京大学大学院医学系研究科
田口 敦子 東京大学大学院医学系研究科
有本 梓 東京大学大学院医学系研究科

【ワーキンググループ】

千代 妙子 滋賀県済生会訪問看護ステーション
高井 和子 滋賀県済生会訪問看護ステーション
南 千佳子 滋賀県済生会訪問看護ステーション サテライト守山
石原 仁 滋賀県済生会訪問看護ステーション サテライト草津
山本 真理子 栗東市訪問看護ステーション
新村 真喜子 草津市訪問看護ステーション
田中 陽子 訪問看護ステーションなかさと
(兼 訪問看護ステーションなかさとサテライト)
高田 貞子 守山市社会福祉協議会訪問看護事業所
横江 規子 訪問看護ステーションなないろ
東 展子 野洲病院 訪問看護ステーション
関口 朋美 草津総合病院 訪問看護ステーション
谷口 知恵己 ケアタウン南草津訪問看護ステーション
多久島 尚美 第二びわこ訪問看護ステーションちよこれーと
今江 佐代子 医療法人小西醫院 小西醫院訪問看護ステーション
渡利 容子 医療法人小西醫院 小西醫院訪問看護ステーション
金子 智美 訪問看護ステーションさくら
小川 薫子 草津市地域包括支援センター
杉田 ひとみ 草津市地域包括支援センター
中園 和貴 草津市健康福祉部
三浦 久美子 栗東市地域包括支援センター
青木 直美 栗東市地域包括支援センター
大橋 あかね 栗東市健康福祉部健康推進課
今堀 初美 野洲市市民健康福祉部健康推進課
藤田 加代子 野洲市地域包括支援センター
梶本 まどか 滋賀県南部健康福祉事務所保健福祉課
原田 小夜 滋賀県立精神保健福祉センター
安井 明子 済生会滋賀県病院退院調整継続看護室
木村 真奈美 守山市民病院 地域医療連携室
荒木 友子 滋賀県立成人病センター 地域医療サービス室
要石 恵利子 滋賀県健康福祉部医療薬務課 医療福祉推進室

九里 美和子 特別養護老人ホーム淡海荘
堀井 とよみ NPO 法人 みなくち
成瀬 昂 東京大学大学院医学系研究科
桑原 雄樹 東京大学大学院医学系研究科

大森 徹 福岡県保健医療介護部医療指導課
小池 義和 福岡県保健医療介護部医療指導課
鎌田 久美子 福岡県保健医療介護部医療指導課
森松 薫 福岡県保健医療介護部医療指導課
篠原 由紀子 福岡県保健医療介護部医療指導課
高田 佳代子 福岡県保健医療介護部医療指導課

福岡県筑紫保健福祉環境事務所 健康増進課
福岡県粕屋保健福祉事務所 健康増進課
福岡県糸島保健福祉事務所 健康増進課
福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所 健康増進課
福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所 健康増進課
福岡県田川保健福祉事務所 健康増進課
福岡県北筑後保健福祉環境事務所 健康増進課
福岡県南筑後保健福祉環境事務所 健康増進課
福岡県京築保健福祉環境事務所 健康増進課
尾形 由起子 福岡県立大学看護部ヘルスプロモーション看護学系

阿部 久美子 社団法人宗像医師会 在宅支援室 訪問看護ステーション
猿渡 京子 訪問看護ステーション すいせん
荒巻 初子 福岡県看護協会訪問看護ステーション「くるめ」

(以上、順不同)