

			<p>【4年目】 様々な場で繰り返し住民啓発を実施する</p> <p>→継続して意識啓発する</p>
C. サービス提供者のスキルアップ	<p>□緩和ケアに関わるサービス提供者への緩和ケアの知識・技術の向上</p>	<p>【1年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健所が在宅医療推進事業を行っている目的・内容が理解できる ・在宅医療に関する相談場所が分かる ・在宅医療に取り組むモチベーションが上がる ・在宅で可能な麻薬・IVH・在宅での看取り・胃ろう・人工肛門の管理・レスピレータ管理のイメージができる ・自主的な研修会に保健所が話す機会を依頼される ・各組織が行う研修会に在宅医療推進に関わる内容を取り入れてもらえる <p>【2年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に不足するスキルを高められる ・医療依存度の高い利用者への不安が解消でき、自信をもって関われる <p>【3年目・4年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅に関わる医師・看取り経験の多い訪問看護事業所が増える ・看取り経験がある職員が増える 	<p>【1年目】 在宅医療に関する普及啓発を行う。地域の専門職に不足するスキルに関する課題を明らかにする</p> <p>【2年目】 1年目で明らかになったスキルアップが必要な内容について研修を実施する</p> <p>【3・4年目】 研修を繰り返し行う。事例検討会が増える</p> <p>*実施方法：事例検討、研修会、</p>

<p>D. サービス提供機関のネットワーク構築・システム化 【ネットワークの評価シート（開発中）】</p>	<p><input type="checkbox"/>顔の見える関係づくり <input type="checkbox"/>緩和ケア提供に向けての地域の課題共有および問題解決に向けた協働 <input type="checkbox"/>継続的なネットワークの構築・システム化</p>	<p>【在宅医療に関する地域の課題があがる場をつくる】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p><ネットワークの種類></p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・ケアマネジャーと訪問看護の連携 	<p>【1年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） <p>【2年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【3年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動 <p>【4年目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の見直し・具体化と課題解決に向けた行動
---	---	--	---

<p>E. 必要な提供体制の整備（質・量）</p>	<p>□在宅緩和ケアサービス提供機関または受け入れ数の増加 □在宅緩和ケアサービス提供内容の質の向上 □必要な在宅緩和ケアサービスへの住民のアクセシビリティの向上 □在宅緩和ケアサービスを提供する関係機関同士の連携促進</p>	<p>【診療所】 →社会資源調査と合わせて診療所の下記の状況を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援診療所が機能する（24時間往診が受けられる、） ・麻薬等による痛みの管理・IVH・在宅での看取り・胃ろうの管理・人工肛門の管理・レスピレータの管理・在宅酸素、が可能な診療所数の増加 ・薬剤師への「要訪問」の指示 ・在宅の患者を●人増やせる（全県下） ・診療所医師数 <p>【訪問看護事業所】 →共通の調査票を使用して以下を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看取り、レスピレータが可能なステーション数の増加 ・24時間連絡体制加算増加、24時間対応体制加算有の増加 ・がん末期、神経難病、小児、精神に対応できるステーション数の増加 ・訪問看護利用率の増加 ・訪問看護師数 ・病院（がん拠点病院）から紹介を受けた件数 <p>【薬局】 →社会資源調査と合わせて以下を把握する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問できる薬局の増加 ・麻薬が扱える薬局の増加（割合） 	
---------------------------	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">・ 衛生材料が扱える薬局の増加・ 一包化調剤の可否・ 居宅管理指導、残薬の整理・処分を実施する薬局・ 退院調整会議への参加の可否 <p>【歯科】</p> <p>→社会資源調査と合わせて以下を把握する</p> <ul style="list-style-type: none">・ 訪問できる歯科（訪問診療歯科）の増加・ 訪問治療が可能な歯科・ 歯科衛生士の派遣が可能な歯科 <p>【病院・がん拠点病院】（要再考）</p> <ul style="list-style-type: none">・ がん拠点病院の相談室の相談件数の増加・ 退院指導加算の数、退院調整加算の件数の増加・ 訪問看護の指示書件数の増加・ 医療連携室が直接家族・本人からの相談した人数の増加 <p>【地域包括支援センター】</p> <ul style="list-style-type: none">・ がんの相談件数の増加 <p>【居宅介護支援事業所】</p> <ul style="list-style-type: none">・ 訪問看護の利用率の増加	
--	--	--	--

<p>F. 在宅緩和ケア、在宅死を選択肢に考える人、実際に選択する人の増加</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養・在宅看取りを選択する人の増加 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民啓発後のアンケート結果 ・健康づくり推進協議会の人をモニターにする ・市の定点調査に入れてもらう？ 特定健診・がん検診の場所にアンケートを置く
<p>G. 在宅療養者のサービス満足度の向上 在宅での看取り数の増加</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・満足度の向上（保健所がかかわった事例をまとめる） ・在宅看取り率の増加（具体的な数値は今後決定） ・施設看取り率の増加（具体的な数値は今後決定） 	

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かと、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。家に帰りたく願う患者さん、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。

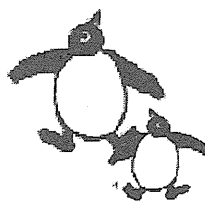
また、関係機関は個別に様々なネットを持っておられることもわかった。保健所が把握していないことは意外に多いことも・・・。

「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、治療してもらお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、きちん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>

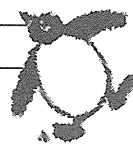
「在宅医療推進事業を担当して」

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。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、病状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ょこれーと
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
荒巻 初子 福岡県看護協会訪問看護ステーション「くるめ」
片山 泰代 医療法人矢津内科消化器科クリニック ひと息の村

(以上、順不同)

厚生労働科学研究費補助金 長寿科学総合研究事業
複数の訪問看護ステーションによる地域単位の24時間訪問介護・看護の
効果的・効率的な実施方法の開発研究
平成23年度総括研究報告書
平成24年3月

企画・編集

東京大学大学院 医学系研究科
健康科学・看護学専攻 地域看護学分野
教授 村嶋 幸代
〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
TEL 03 (5841) 3597
FAX 03 (5802) 2043
