

地域で終末期医療に従事する専門職を育成するために

～存在と生きる意味を支える援助に向けた人材育成と地域連携の試み～

財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

2007年度 在宅医療助成 一般公募（後期） 完了報告書

代表研究者 めぐみ在宅クリニック 小澤竹俊

共同従事者 看護師 佐藤和子
コーディネーター 大河内 泉

平成21年2月

【1】研究の背景

厚生労働省の医療政策の流れをうけ、病院から在宅や介護施設で療養する患者さんが増えていくことが予想されます。特に、終末期医療においても、患者さんは、入院によるケアから在宅・介護施設でのケアが求められています。しかし、終末期の患者さん・家族のケアを専門的に援助できるスタッフはきわめて少なく、終末期の患者さん、家族に対して苦手意識を持つスタッフも多く、大きな課題となっています。

めぐみ在宅クリニックは、横浜甕生病院ホスピス病棟で12年緩和ケアに従事した院長小澤竹俊が、がんに限らず全ての終末期疾患に対して適切な緩和ケアが地域で展開することを目的に平成18年10月に開設した在宅緩和専門のクリニックです。開設以来約1年で100名以上の在宅での看取りを地域で提供し、地域のケアマネジャー、訪問看護師、介護スタッフ、訪問服薬指導の薬剤師と連携をとってきました。さらに終末期医療においてスピリチュアルケアを専門に学び、神奈川県看護協会ホスピス認定看護師の養成講座、神奈川県看護協会がん性疼痛認定看護師養成講座においてスピリチュアルケアを担当し、主任ケアマネ向け医療との連携の講座を受け持ってきました。

また質の高い緩和ケアを提供するために求められる地域連携においても課題が指摘されています。平成19年9月に横浜市瀬谷区で行われた「ケアマネジャーの医療連携の実態調査と課題の検討」のアンケートでは、「主治医との連携」は8～9割程度とれていると回答したケアマネジャーは12.6%にとどまるという現状にありました。今後、さらに多くの患者さん・家族が在宅緩和ケアを必要としており、緩和ケアの質を確保しながら、複数の医師が地域で多職種と連携を取りながら緩和ケアを提供していくことが求められてきています。

【2】目的

安易な励ましが通じない終末期医療の現場で、最期まで人の存在と生きる意味を支えることのできる援助者が地域で増えていくことを通して、どんな病気であったとしても、どこに住んでいても安心して最期を迎える社会を目的とします。そのために、地域で終末期医療に従事する専門職を育成するための人材育成にむけた研究を提案します。特に、ホスピス・緩和ケア病棟で提供されている援助的コミュニケーションを通して、励ましではない方法で、人の存在と生きる意味を支える援助が提供される可能性を他職種と共有していきます。そして、今まで終末期患者さんと向き合うことを苦手と感じていた援助者が、病気そのものを治すことができなくても、向き合うことができることを学ぶことを通して、質の高い緩和ケアチームを地域で展開できることを目的とします。また、地域連携の試みとして、カンファレンスや研究会の合同開催、また複数の医師が、地域の他職種の事業者とどのように「連携」することで、質の高いケアにつながるのか、を研究課題とします。

【3】研究の計画と実施方法

1. デスケースカンファレンスの実施

亡くなった患者（利用者）・家族の検討をチームで行い、“存在と生きる意味”がどのように支えることができたのか（できなかったのか）について第2第4火曜日午後1時30分から午後2時30分まで開催します。それぞれの事業所からみた反省点を共有し、今後の課題とします。単に表面的な連携を行うのではなく、“存在と生きる意味”を支える援助として、一人一人異なる支えられ方を、職種を越えて共有することで、一部の医療専門職しか行えないケアではなく、関わるヘルパーをはじめ多くのスタッフが質の高いケアを提供できる可能性を探っていきます。このことで、それぞれの専門性を活かした関わり方が展開できるように質の向上を目指します。20年2月から21年2月までの間に計25回を予定しています。

2. 人材育成に向けた勉強会の開催

毎月第3火曜日の夜6時30分より、地域でケアにあたる他職種向けに、“存在と生きる意味を支える援助”が、実際の会話を通してどのように展開できるのかについて、その実際を学ぶ研究会を開催します。会場はめぐみ在宅クリニック内で行い、参加サービス提供者以外にも学ぶ機会を提供します。平成20年2月から平成21年2月までに13回を予定しています。

3. サービス向上に向けた亡くなった患者さん・家族への遺族調査

めぐみ在宅クリニックは平成18年10月に開業し、平成19年1月から10月末までに106名の患者さんが亡くなっている（在宅77名、入院21名）。在宅で亡くなる事だけが目標ではなく、本人の希望する場所で最期を迎えるケアが提供できたのかについて、遺族調査を行い、現在の連携を行っている地域緩和ケアチームの課題を遺族の声を通して確認したい。この声を通して、これから質の高い緩和ケアが地域で提供できる課題を提示してみたい。平成20年11月中旬をめどに調査票を郵送し、12月に分析する予定とします。

4. 地域連携 複数医師で在宅緩和ケアを行う診療所へ訪問調査

一人の常勤医のクリニックとしてすでに年間100名前後の在宅看取りを地域で行って来ました。しかし、さらに多くの患者さん・家族が在宅緩和ケアを必要としており、複数の医師で、地域の他事業所と連携を深めながら在宅緩和ケアを提供していくことが求められます。そこで求められる課題の一つとして、IT化があります。めぐみ在宅クリニックでは、すでに電子カルテを導入していますが、複数医師で情報を共有するシステムについて、複数医師で活動している診療所への訪問調査を行い学ぶことを通して、質の高い緩和ケアを拡充する可能性を目的とします。

【4】報 告

1. デスケースカンファレンスの実施

毎月2回程度、個別事例に基づきデスケースカンファレンスを開催しております。毎回かかわりのあった事業者をはじめ、他職種でケースを振り返り、亡くなった患者（利用者）・家族の“存在と生きる意味”がどのように支えることができたのか（できなかったのか）を検討してきました。7月からは、ご遺族にお声掛けをし、援助者のご家族とともに振り返る貴重な時間を持つことができました。実施日、及び内容について次ページまとめます。

カンファレンスでは、〈存在と生きる意味を支える援助〉として、本人の希望・支え、家族の希望、良かった点、反省点、課題について振り返ります。ご遺族、関わりのあった援助者それぞれからのコメントをもとに、質の高いケアを提供するための振り返りの時間としています。

これまでに挙げられた主な課題を列挙します。

- ・否認の人へのアプローチ、現実を認めたくない人への配慮、生きていたいと希望するケース
- ・民間療法を信じている人への配慮
- ・本人の希望と家族の希望のギャップ
- ・老老介護、認知症の虐待
- ・希死念慮
- ・服薬拒否に対して、その背景、人権との関連
- ・褥瘡処置（ハイドロサイト）以外→ラップ療法
- ・点滴のボリュームダウン
- ・夜間の対応
- ・独居、夜間対応・鍵について
- ・特別養護老人ホームで最期を看取るための課題、→ヘルパーさんが坐薬を入れられない
- ・家族のケア
- ・経済的な負担
- ・短い時間の関わりでも、患者さん、ご家族から信頼されたと思っていただくための“やりとり”

上記のような課題を解決していくためには、一つの事業所だけでなく、様々な事業所、職種との関わりが求められ、かつ、〈存在と生きる意味を支える援助〉とは何なのかという、共通理解が必要であることを再確認しました。

注) 研究における報告として開催日の記録を添付しております。本事例については、ご本人又はご家族より「医療の質の向上を目的とした院内症例検討及び地域緩和ケアチームによる研究」に対し、書面にて同意をいただいております。しかしながら個人情報には細心の注意を払い、プライバシーが守られる為の配慮として再配布及びデータ公開の際にはタイトルのみご使用いただきたく、ここにお願い申し上げます。

実施日	内容
平成20年2月12日	人の世話にはなりたくないAさんの事例を通して
平成20年2月26日	高齢夫婦2人、愛情と表裏一体の虐待、認知症の理解…Sさんの事例を通して
平成20年3月10日	「もう死んでもよかけん、薬ものみとうなか」…Kさんの事例を通して
平成20年3月25日	愛別離苦…Iさんの事例を通して
平成20年4月7日	サーファーのYさんの事例を通して
平成20年4月22日	地域で看取る…一人暮らしKさんの事例を通して
平成20年5月13日	フルコースではない単品OKなサービスを…Iさんの事例を通して
平成20年5月27日	特別養護老人ホームでの看取り…Jさんの事例を通して
平成20年6月10日	受け止められない気持ちを聴くことを意識したかわり…Yさんの事例を通して
平成20年6月24日	病診連携により自律の支えを支えられた…Hさんの事例を通して
平成20年7月8日	楽にしてあげるのも愛情…Kさんの事例を通して
平成20年7月22日	自分のことを一番わかってくれている妻…（ご主人より）…Iさんの事例を通して
平成20年7月29日	痛み止めは使いたくない、自然療法で治したい…Sさんの事例を通して、ご遺族ご主人と共に
平成20年8月26日	安心というものは、元気づけるばかりではなくて、…ほっとしてそして同時に倦怠感を感じるものだと……Oさんの事例を通してご遺族ご主人と共に
平成20年9月9日	サポートがあれば、乗り越えていかれる。…Mさんの事例を通して、ご遺族 奥さまと共に
平成20年10月14日	穏やかでいられるのは「おかあちゃんの優しさ。そばにいてくれるから」…Sさんの事例を通してご遺族 奥さまと共に
平成20年10月28日	独居でターミナル。夜間の関わりをどうればよいのか…。Sさんの事例を通して
平成20年11月11日	どんなになっても負けるな。…自分に言い聞かせたKさんの事例を通して…ご遺族 奥さまと共に
平成20年11月25日	家にいたい。生きていたい。…Tさんの事例を通してご遺族奥さまと共に。
平成20年12月9日	これでよかったのだろうか…関わりの難しかったBさんの事例を通して
平成21年1月27日	最期まで自分のことは自分で…Uさんの事例を通して
平成21年2月10日	腹水穿刺、吐血…家族に囲まれ穏やかな日々…Hさんの事例を通して

2. 人材育成にむけた勉強会の開催

【開催日時】 毎月第三火曜日 18:30～20:00

平成20年2月19日（火）／平成20年3月18日（火）／平成20年4月15日（火）／平成20年5月20日（火）／平成20年6月17日（火）／平成20年7月15日（火）／平成20年8月19日（火）／平成20年9月16日（火）／平成20年10月21日（火）／平成20年11月18日（火）／平成20年12月16日（火）／平成21年1月20日（火）

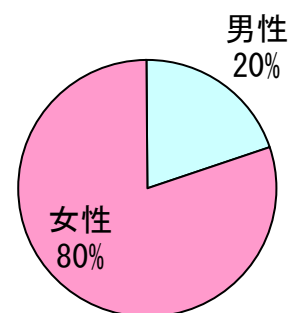
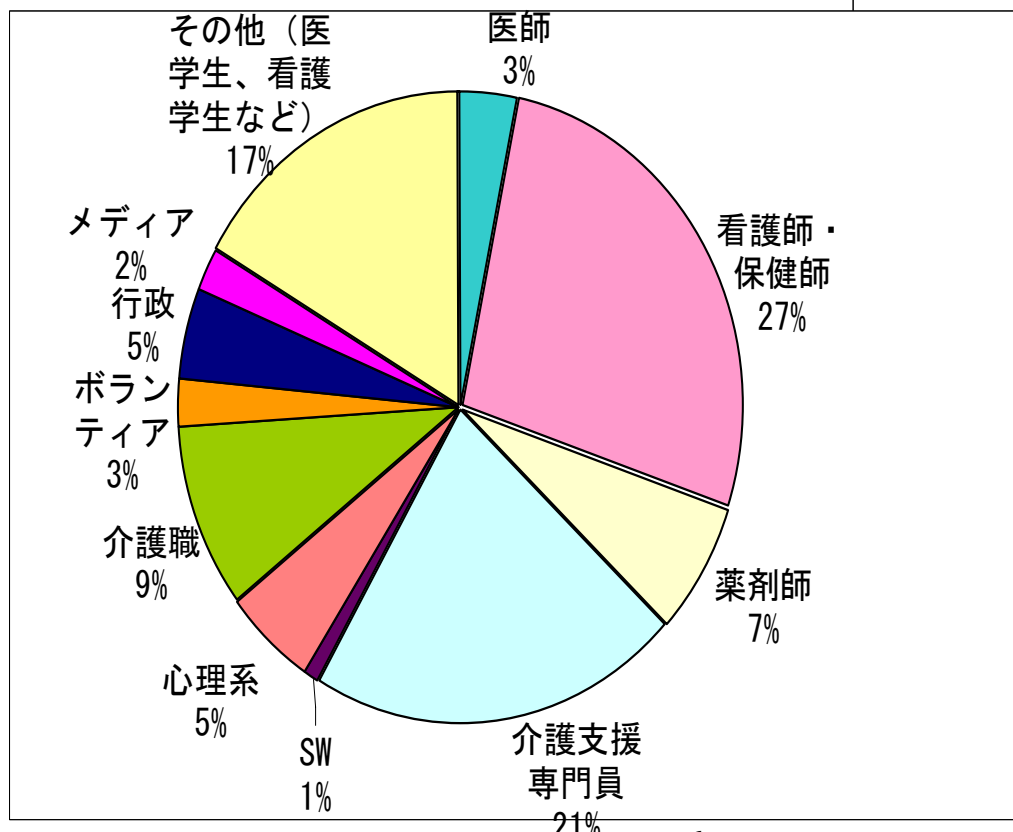
【開催内容】 事例検討として、患者さんとの訪問時、実際の会話を通してどのように展開できるのかについて、その実際を学ぶ研究会を開催します。会話の記録については、ご本人又はご家族より「医療の質の向上を目的とした院内症例検討及び地域緩和ケアチームによる研究」に対し、書面にて同意をいただいております。しかしながら実際の会話の中ではプライバシーに配慮しなければならないと考え、資料については勉強会開催後に回収とさせていただきます。

報告内容として、公表の許可をいただいている患者さんの会話記録を1事例として添付させていただきますが、プライバシーが守られる為の配慮として再配布及びデータ公開は、控えさせていただきますようお願いいたします。

【参加者背景】

2008年2～2009年1月までの出席者数は、のべ 369名、それぞれの所属事業所は80ヶ所でした。平均的な参加者の内訳は下記のようになりました。

グラフ2
勉強会参加者職種内訳



グラフ1
勉強会参加者男女比

【教育効果アンケート】

平成20年12月16日、平成21年1月20日の2回にわたって、本勉強会に複数回出席している参加者の方々にアンケート調査を行いました。

アンケート有効回答数 20名（男性 5名、女性 15名）

職種 医師1名、看護師：10名、薬剤師：2名、ケアマネ：1名、介護職員：1名、その他：5名

勤務先 病院2名、診療所：2名、介護施設：4名 在宅事業所：5名、薬局：2名、その他：5名

臨床経験年数 0～5年：6名 6年～10年：2名 11年～15年：7名 16年～20年：3名、21年以上：2名

終末期ケアに携わっている年数 0～5年：13名 6年～10年：5名 11年以上：2名

昨年1年間に亡くなった患者さんの数 0～10名：12名、11～20名：3名、21名以上：3名、未回答：2名

これまで参加された当勉強会の回数 0～5回：9名、6～10回：3名、11回～15回：4名、15回以上：4名

§ アンケート結果

アンケート1) 終末期の患者さんとのコミュニケーションについて、あなたが普段しているコミュニケーションについてご回答ください。

質問項目	勉強会参加前より、 評価が向上した。
重要な話をする時、静かでプライバシーのある場所で話すことを心がけていた	1名（5%）
患者が辛い気持ちを伝えたとき、「つらいですね」「心配ですね」のようにつらさに共感を表す言葉を返していた	9名（45%）
「痛いですか」のようにはい・いいえで答える質問ではなく、「何かご心配はありますか」のように患者が自由に答えられる質問をしていた	8名（40%）
患者が何を希望しているかを知ろうとしていた	6名（30%）
患者にとって大切なことは何かを知ろうとしていた	6名（30%）
患者が生きる意味を感じることは何かを知ろうとしている	8名（40%）
患者の生きる意味を強めたり弱めたりするものは何かを知ろうとしている	7名（35%）
患者の言葉から生きる支えになっていることを知ろうとしている	6名（30%）
病気が患者にとってどのような意味があるかを知ろうとしている	5名（25%）

テーブル1 終末期の患者とのコミュニケーション

◆アンケート1では、テーブル1に示した9項目の質問に対し、当勉強会参加前、参加後において「全くしていない」「ほとんどしていない」「時々している」「たいていしている」「つねにしている」の5段階で評価を記入。「全くしていない」「ほとんどしていない」「時々している」を0、「たいていしている」「つねにしている」を1とし、参加後に0から1へ評価が向上した回答数とその%を記しました。

その結果、「重要な話をする時、静かでプライバシーのある場所で話すことを心がけていた」は、ほとんどの方が当勉強会参加前から、「たいていしている」または「つねにしている」と回答していました。

またその他の項目については、当研究会に参加したことによって、少なくとも25%以上の参加者が評価が向上していました。

アンケート2) 「生きていても意味がない」と精神的つらさを訴えられる終末期の患者さんと、あなたはどの程度自信をもってコミュニケーションをすることができましたか？

◆アンケート2では、当勉強会参加前、参加後において「全く自信がない」「自信がない」「やや自信がない」「どちらともいえない」「やや自信がある」「自信がある」「とても自信がある」の7段階で評価を記入。「全く自信がない」「自信がない」「やや自信がない」「どちらともいえない」を0、「やや自信がある」「自信がある」「とても自信がある」を1とし、参加後に0から1へ評価が向上した回答数とその%を記しました。

当勉強会参加前	当勉強会参加後
1名(5%)	8名(40%)

テーブル2 アンケート2の評価結果

その結果、当勉強会に参加した40%の参加者が参加前に比べ、「生きていても意味がない」と精神的つらさを訴えられる終末期の患者さんと自信をもってコミュニケーションをとることができるようになったといえます。これは、参加回数に比例することなく、たとえ数回の参加であったとしても、自信をもてるようになることが示唆されました。

アンケート3) 終末期の患者さんから「生きていても意味がない」といわれたとき、どのような気持ちになりますか

質問項目	勉強会参加前より、評価が向上した。
逃げ出したいような気持ちになる	7名(35%)
無力感を感じる	5名(25%)
わたしに話してくれたことをありがたく思う	6名(30%)
わたしを信頼してくれていると思う	8名(40%)
すすんでかかわりたいと思う	4名(20%)
患者さんのつらさをやわらげるために何かを行動したいと思う	2名(10%)
どうしたら適切な支援ができるだろうと考える	0名(0%)
つらさを少しでも分かってほしいと思う	0名(0%)

テーブル3 アンケート3の質問項目とその評価結果

◆アンケート3では、当勉強会参加前、参加後において「全くそう思わない」「そう思わない」「ややそう思わない」「どちらともいえない」「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」の7段階で評価を記入。「全くそう思わない」「そう思わない」「ややそう思わない」「どちらともいえない」を0、「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」を1とし、参加後に0から1へ評価が向上した回答数とその%を記しました。但し、逆転項目については、逆転後の評価としました。

その結果、当勉強会参加前は、「逃げ出したいような気持ちになった」が、当研究会に参加後は35%の参加者が逃げ出したいような気持ちにならなくなったことがわかります。また40%の参加者が「わたしを信頼してくれていると思った」と感じられるようになりました。今回のアンケートに回答した全ての参加者が「どうしたら適切な支援ができるだろう」と考え「つらさを少しでもわかりたい」と願いながら、「逃げ出したいような気持ち」を抱えていましたが、当勉強会に参加することによって、「逃げ出したいような気持ち」にならなくなり、支援し続けられる可能性を見いだしていると考えられます。

アンケート4) ケア提供者が死にゆく患者へのかかわりの場面において、どの様なことを感じているかを知ることにあります。全ての文は、死にゆく患者またはその家族に対するケアに関係するものです。「死にゆく患者」とは終末期状態であり、余命が6ヶ月以内と考えられる患者を想定してください。

質問項目
私は死にゆく患者と親しくなることが怖い
死にゆく患者をケアすることは、私にとって価値のあることである
死にゆく患者と差し迫った死について話をするのを気まずく感じる
死にゆく患者の身体的ケアには、家族にも関わってもらわなければならない
死にゆく患者とその家族は意思決定者としての役割を担うべきである
家族は死にゆく患者が残された人生を最良に過ごせるように関わるべきである

(fatcod短縮版 中井裕子、宮下光令、笹原朋代、小山友里江、清水陽一、河正子、F rommeltのターミナルケア態度尺度日本語版 (F A C O D - B - J) の因子構造と信頼性の検討一尺度翻訳から一般病院での看護師調査、短縮版作成まで. がん看護 11:723-729、2006)

テーブル4 FATCOD短縮版

◆アンケート4は、当勉強会参加前、参加後において「全くそう思わない」「そう思わない」「ややそう思わない」「どちらともいえない」「ややそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」の7段階で評価を記入。F A T C O Dのスコアリングマニュアルに従って評価しました。

その結果、スコアがアップした回答者が20名中8名、スコアがダウンした回答者が20名中9名、スコアがかわらなかった回答者が3名でした。

回答者の背景とスコアのがアップもしくはダウンした回答者との間に特に相関はなく、ケア提供者が死にゆく患者へのかかわりの場面において感じることは様々な反応があるものと考えられます。

【まとめ】

本勉強会は、“存在と生きる意味を支える援助”が、どのように展開されるのか、会話記録をもとにした事例検討を行っています。アンケートによれば、この勉強会に参加することによって、終末期の患者さんとのコミュニケーションに自信をもてるようになったことがわかりました。今後、困難な場面においても患者さんと向きあっていく自信と質の高いケアを提供できるように学びを続けていく必要があります。

3. サービス向上に向けた亡くなった患者さん・家族への遺族調査

3-1 追想の集い

開催日 2008年10月12日（日）

出席者 2007年7月から2008年6月までに亡くなられた患者さんのご遺族 63名

関わりのあった事業者の方 14名

クリニックスタッフ

プログラム

受付

ご家族ごとに写真撮影

開会のことば

献杯

歓談

ご遺族からのお話

歌

閉会のことば

多くのご遺族の方々にお集まりいただき、関わりのあった事業所の方と故人を偲んで、思い出を語り合ったり、その後の暮らしぶりなどを伺ったりすることができました。また、訪問診療中には語り尽くせなかった思いや、振り返ってみて気づいたことなど、率直なお気持ちを直接伺うことができました。

大切なご家族を失った悲しみは深く、寂しい日々を送っているご遺族にとって、大変な時を共に過ごした人々と再会することは、懐かしく、気持ちを分かち合えるひとときになったようです。

ご遺族へのグリーフ・ケアを、クリニック内にとどまらず、連携している他事業所の方々とともに関わることによって、地域での連携をより深めていく貴重な機会でもありました。

3-2 遺族調査

調査期間 2007年(平成19年)10月～2008年(平成20年)9月末

調査方法 選択方式と自由記述方式のアンケート用紙をご家族に郵送

専門職・サービスへの満足度、ケアプロセスの評価では、「非常に不満足」「少し不満足」「どちらともいえない」「少し満足」「非常に満足」のように段階的な評価を選択し、その結果を「不満足」「満足」の二群にわけて評価しました。

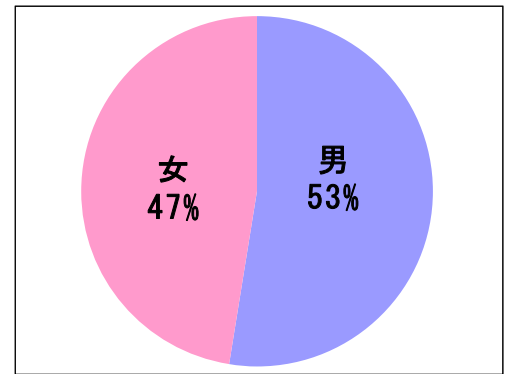
1. 応諾状況

	人数	%
対象者	131	
宛先不明による返送	7	
有効発送数	124	100%
返送なし	41	
返送あり	83	67%

回収率:67%

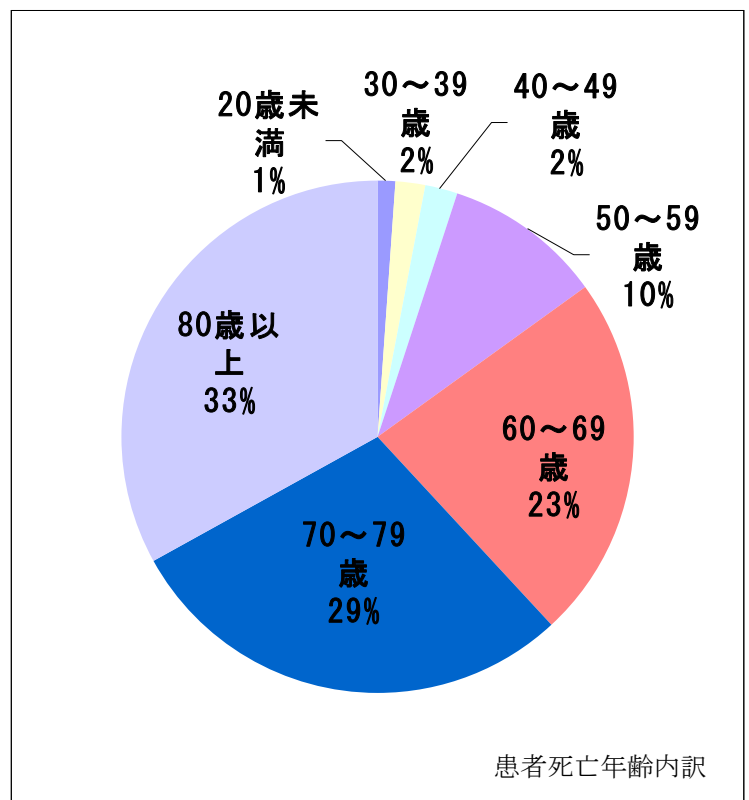
2. 患者背景

	人数	%
◆性別		
男	43	53%
女	39	47%
◆死亡年齢		
20歳未満	1	1%
21～29歳	0	0%
30～39歳	2	2%
40～49歳	2	2%
50～59歳	8	10%
60～69歳	19	23%
70～79歳	24	29%
80歳以上	27	33%



患者男女比

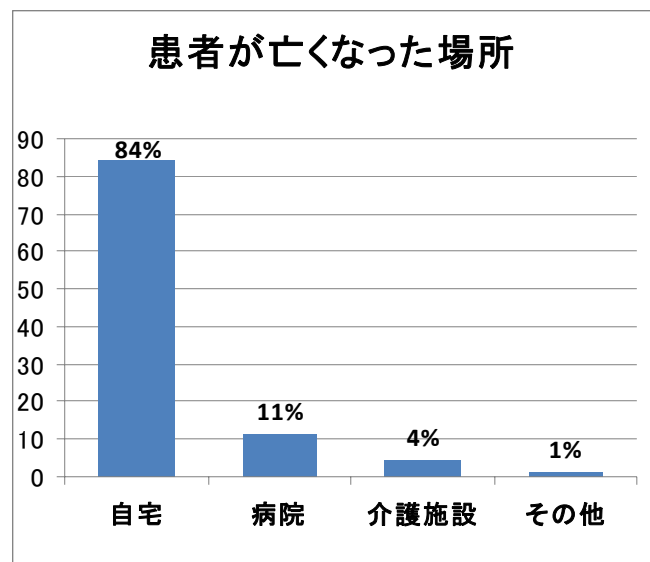
患者さんの男女比は、ほぼ同数であり、年代としては60歳以上の方が全体の85%を占めている。また、亡くなった場所は自宅が84%で、病院が11%、介護施設4%となっています。



患者死亡年齢内訳

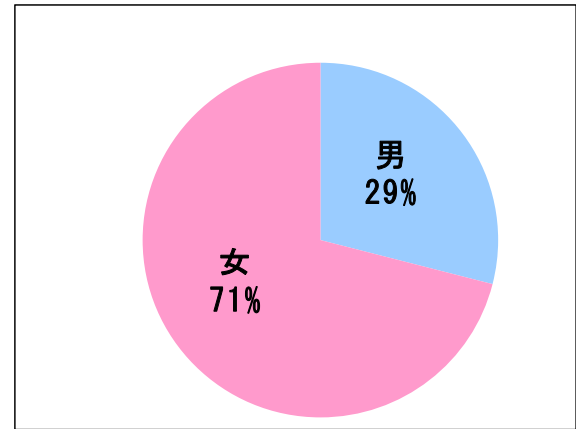
◆死亡場所

自宅	69	84%
病院	9	11%
介護施設	3	4%
その他	1	1%

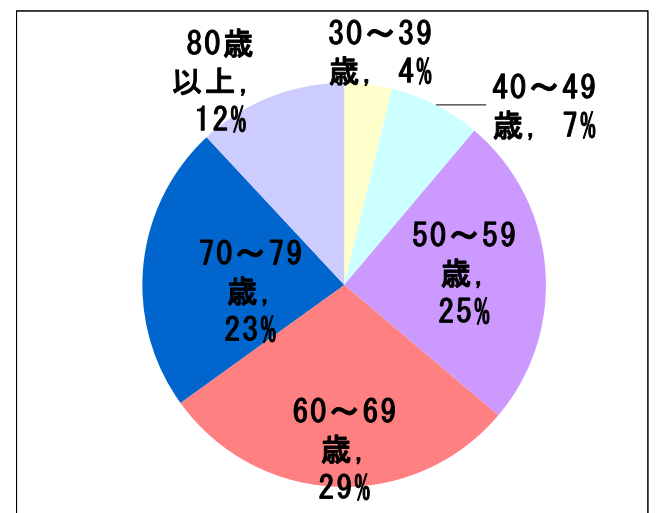


3. 遺族背景

	人数	%
性別		
男	24	29%
女	59	71%
年齢		
20歳未満	0	0%
21～29歳	0	0%
30～39歳	3	4%
40～49歳	6	7%
50～59歳	21	25%
60～69歳	24	29%
70～79歳	19	23%
80歳以上	10	12%



遺族男女比

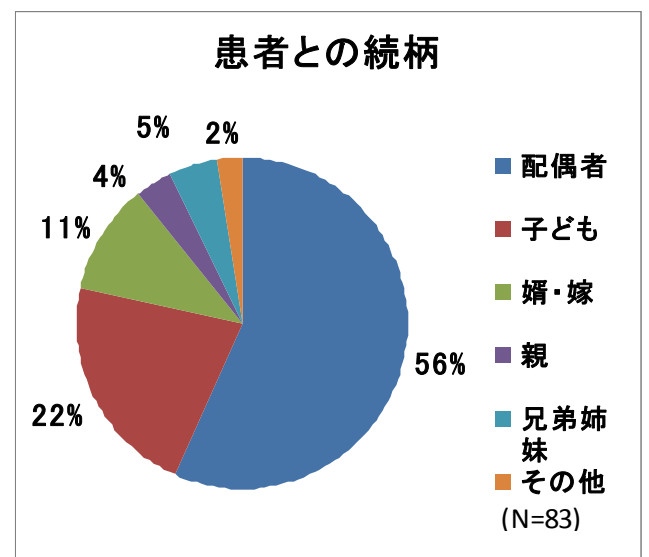


遺族年齢別内訳

ご遺族のうち70%が女性であり、50歳以上の方が全体の77%を占めています。患者との続柄では、配偶者が56%ともっとも多く、ついで22%が子どもとなっています。婿、嫁の11%を含めて考えると、33%が親の介護を行っていたことがわかりました。

この結果から、主たる介護者は、妻、娘、嫁といった女性が多いことが示唆されます。また年代的にも、老老介護となるケースも多いといえるでしょう。

	人数	%
患者との続柄		
配偶者	47	56%
子ども	18	22%
婿・嫁	9	11%
親	3	4%
兄弟姉妹	4	5%
その他	2	2%



4.在宅療養状況

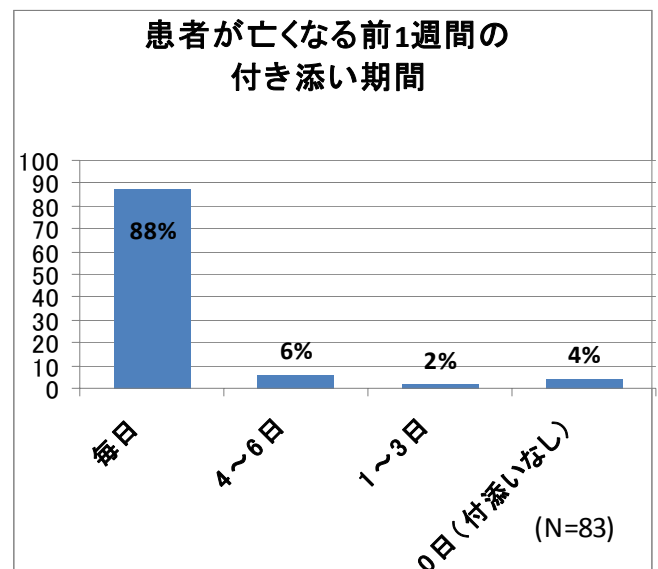
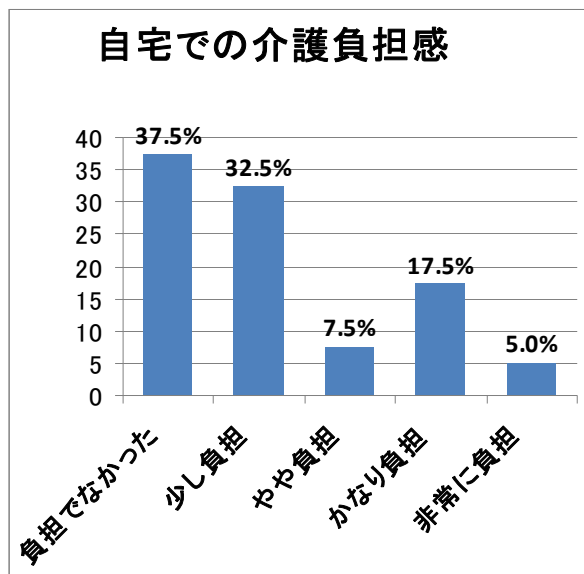
	人数	%	
患者が亡くなる前1週間の付き添い頻度			
毎日	73	88	
4～6日	5	6	
1～3日	2	2	
付き添っていないかった	3	4	
介護負担の程度			
負担でなかった	少	30	37.5%
少し負担だった		26	32.5%
やや負担だった	↑	6	7.5%
かなり負担だった	↓	14	17.5%
非常に負担だった	多	4	5.0%

次に、在宅での療養状況によれば、88%の方が亡くなる前の1週間は毎日付き添いをしているものの、37.5%の方は負担でなかったと感じていました。

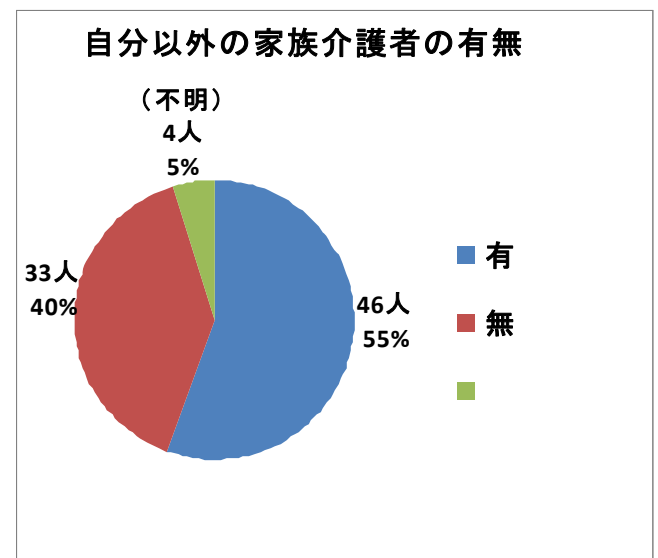
55%の方が自分以外の家族の介護者があつたとしても、介護負担をあまり感じていない理由の一つには、患者の希望を叶えたいという家族の思いが考えられます。

また、次ページにあるように、74%の方が訪問看護のサービスを受けていることも介護負担の軽減になっていたであろうと推測されます。

※欠損があるため合計人数が返送者数(83名)に一致しない項目がある



	人数	%
◆自分以外に付き添いを代わってくれる人		
いた	46	55%
いなかった	33	40%



4. 在宅療養状況(つづき)

	人数	%
◆利用したサービス		
訪問看護	59	74%
訪問入浴	25	31%
訪問介護	24	30%
デイケア	9	11%
ショートステイ	7	9%
訪問服薬	7	9%
利用なし	12	15%

※各項目は回答者に対する割合を示しているまた、複数回答のため、合計が100%にはならない

◆患者が亡くなる前1ヶ月にかかった医療費

1万円未満	2	2%
1万円以上5万円未満	21	27%
5万円以上10万円未満	18	23%
10万円以上20万円未満	15	19%
20万円以上	23	29%

◆患者が最後を過ごした場所の適切さ

適切	適切	73	90%
やや適切		5	6%
わからない		2	3%
やや不適切		0	0%
不適切	不適切	1	1%

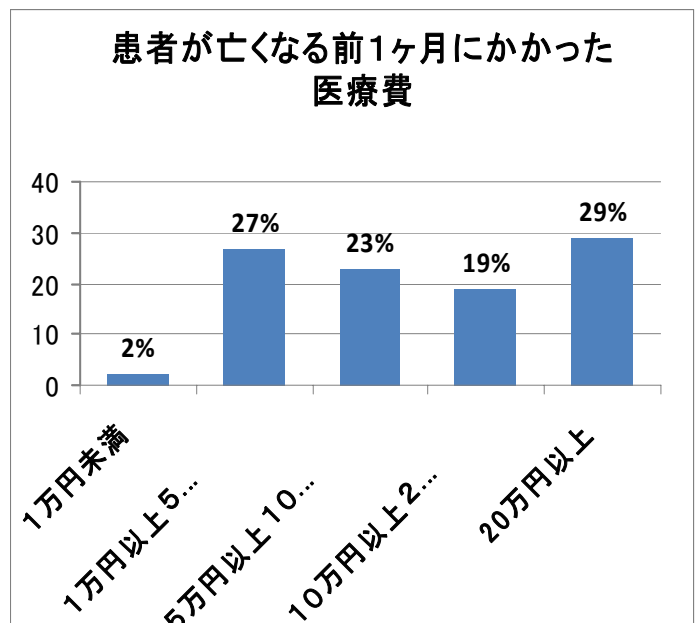
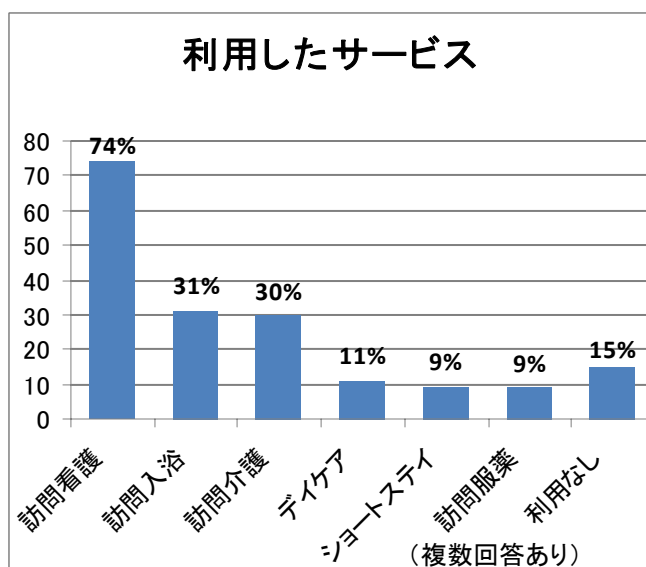
在宅療養中に利用したサービスでは訪問看護が最も多く74%であり、次に、訪問入浴、訪問介護がそれぞれ31%、30%でした。

一方、訪問服薬は9%とまだまだ少ないので、今後のサービスの利用を広めていける分野と考えられます。

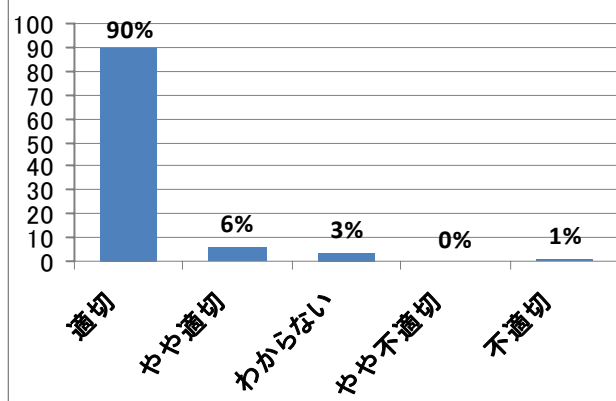
特に点滴のような医療面での援助は訪問看護師さん、入浴や清拭はヘルパーさん、薬については薬剤師さんと他職種が連携して関わることによって、介護者の負担も軽減されると思われます。

こういったサービスが利用しやすい環境、情報を整えていくことも大切でしょう。

在宅での医療費は、入院と比べ、安価と考えられているが、亡くなる前1ヶ月の医療費が10万円前後の方が多くなりました。診療内容、負担割合によって医療費は変わりますが、だいたいの目安になると考えられます。



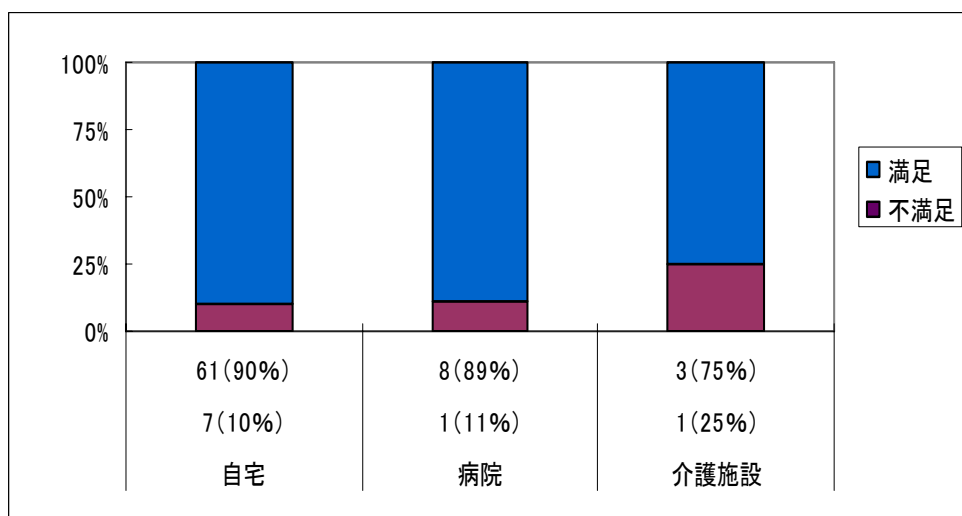
患者が最期を過ごした場所の適切さ



患者さんが最期を過ごした場所の適切さでは、自宅、病院、介護施設と場所を問わず、適切であったと感じている方が90%でした。

最期を過ごした場所と総合的な満足度のグラフを下記に示します。

「どこに住んでいても、どんな病気であったとしても安心して過ごせる社会」を旨として、最期を過ごした場所が適切だったと思える支援を提供していくために、どんなサービスがあったらよいのか、どんな関わりが求められているのかが課題になります。



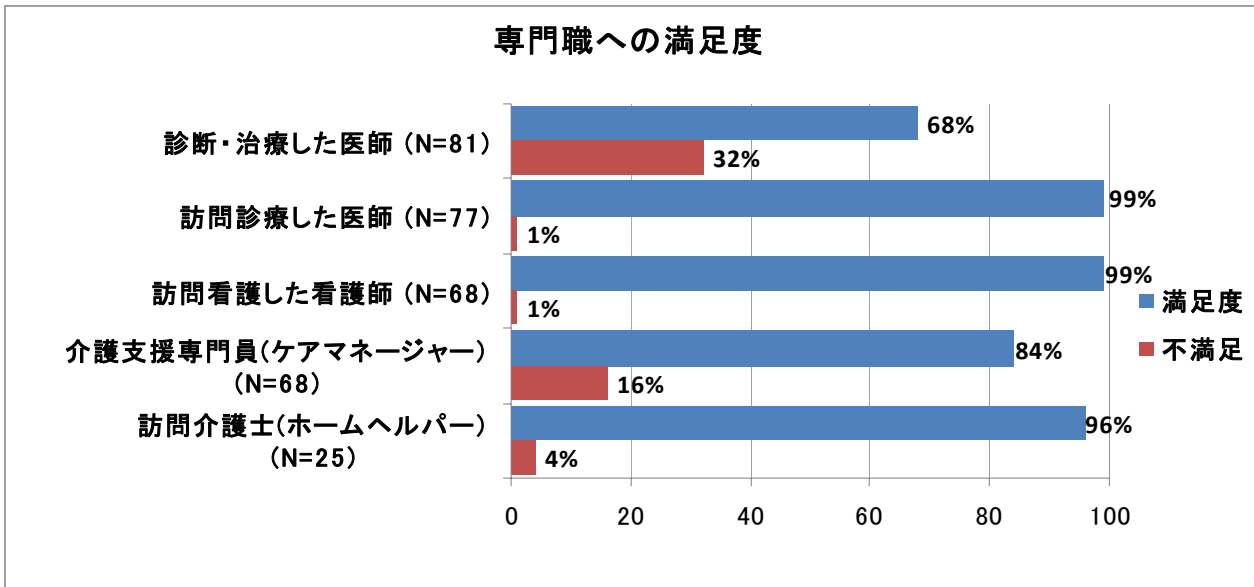
最期を過ごした場所と総合的な満足度

5. 専門職・サービスへの満足度

	満足		不満足	
	人数	%	人数	%
◆自宅で最期を迎えた場合				
診断・治療した医師	55	68%	26	32%
訪問診療した医師	76	99%	1	1%
訪問看護した看護師	67	99%	1	1%
介護支援専門員(ケアマネージャー)	57	84%	11	16%
訪問介護士(ホームヘルパー)	24	96%	1	4%
訪問入浴	21	87.5%	3	12.5%
通所サービス	9	—	0	—
◆病院で最期を迎えた場合				
入院中の医師	8	—	2	—
入院中の看護師	0	—	0	—
◆患者の最後の過ごし方についての総合満足度				
総合満足度	73	89%	9	11%

※欠損があるため合計人数が返送者数(83名)に一致しない項目がある

専門職への満足度

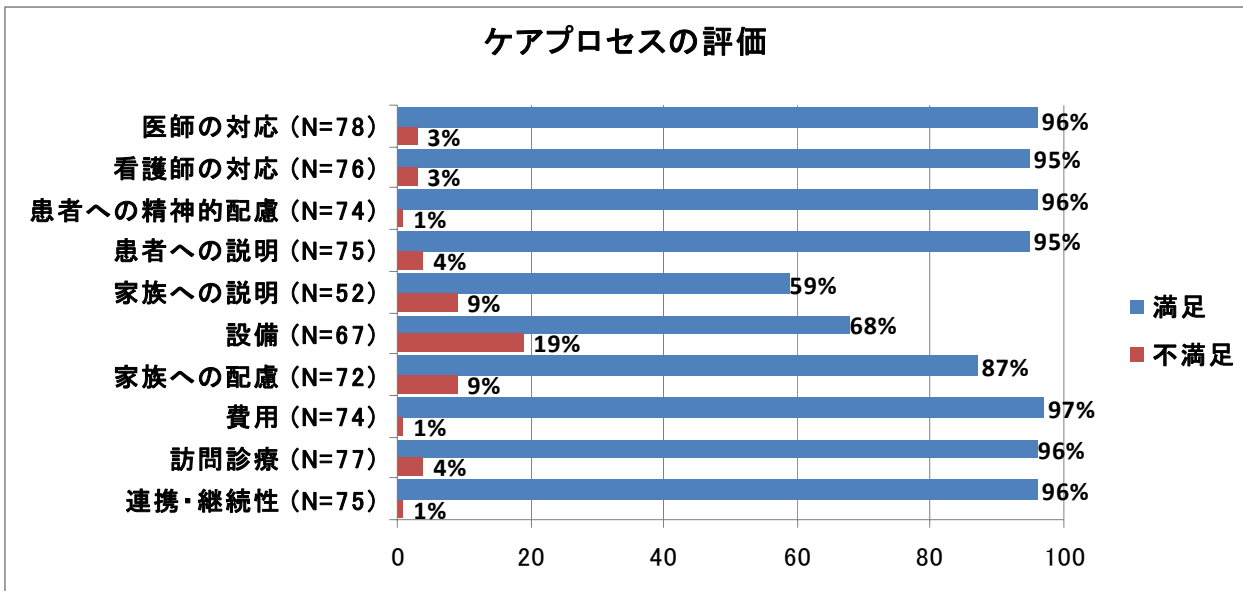


6. ケアプロセスの評価

	満足		不満足	
	人数	%	人数	%
医師の対応	76	96%	2	3%
看護師の対応	74	95%	2	3%
患者への精神的配慮	73	96%	1	1%
患者への説明	72	95%	3	4%
家族への説明	45	59%	7	9%
設備	52	68%	15	19%
家族への配慮	65	87%	7	9%
費用	73	97%	1	1%
訪問診療	74	96%	3	4%
連携・継続性	74	96%	1	1%

※欠損があるため合計人数が返送者数(83名)に一致しない項目がある

ケアプロセスの評価



7. 遺族によるめぐみ在宅クリニックのケアプロセスの評価

改善すべきところが…		大いに ある	かなり ある	ある	少しある	ほとんど ない	全くない
医師は、患者様に将来の見通しについて 十分説明した	度数 %	0 0%	2 3%	3 4%	7 9%	20 27%	43 57%
医師は、ご家族に将来の見通しについて 十分説明した	度数 %	0 0%	1 1%	2 3%	3 4%	22 29%	48 63%
医師は患者様のつらい症状に速やかに 対処していた	度数 %	0 0%	0 0%	1 1%	0 0%	20 26%	57 73%
看護師は必要な知識や技術に熟練して いた	度数 %	0 0%	0 0%	2 3%	7 9%	23 29%	46 59%
患者様の希望がかなえられるように スタッフは努力していた	度数 %	0 0%	0 0%	1 1%	4 5%	22 29%	49 65%
自宅は使い勝手がよく、快適だった	度数 %	2 3%	3 4%	14 18%	13 17%	15 20%	29 38%
支払った費用は妥当だった	度数 %	0 0%	0 0%	1 1%	7 10%	20 27%	46 62%
必要な時に待たずに診療してもらえた	度数 %	0 0%	3 4%	3 4%	4 5%	19 26%	46 61%
医師や看護師などスタッフ同士の連携は よかった	度数 %	1 1%	0 0%	1 1%	4 5%	18 24%	53 69%
ご家族が健康を維持できるような配慮が あった	度数 %	0 0%	2 3%	2 3%	12 16%	13 18%	45 60%

遺族によるケアプロセスの評価の総合得点(平均±標準偏差、範囲 0-100) 79±11

上記評価尺度は、ホスピス緩和ケア病棟ケアに対する評価尺度 (CES) の短縮版を用いました。(Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al: Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. J Pain Symptom Manage 27:492-501,2004)

専門職・サービスへの満足度、ケアプロセスの評価においても、90%以上の高い満足度を得られたことが分かりました。しかし専門職への満足度では、診断・治療した医師の満足度が68%、ケアマネジャーの満足度が84%であったことから、今後はとくにケアマネジャーの満足度を高めるべく教育活動の展開も考えられます。また診断・治療した医師への満足度が68%にとどまっているのは、一つには、病気を知ったとき、治療が難しいと判断されたときの患者の心の痛みの深さを示していると考えられます。

さらに、ケアプロセスの評価では、設備の評価が68%、家族への説明が59%、家族への配慮が87%でした。設備の面では、トイレ、浴室、階段など在宅という生活の場での難しさと考えられます。また家族への説明、配慮の評価は、真摯に受け止め、患者さんの希望、支えを援助しつつ、家族への配慮を怠ってはならないことを再確認しました。

4. 地域連携 複数医師で在宅緩和ケアを行う診療所へ訪問調査

複数の医師体制、地域との連携を行っている診療所「ナカノ在宅医療クリニック」（鹿児島県）への訪問調査にうかがいました。

上記クリニックでは、在宅医療は訪問診療が中心になるため、診療所を不在にすることも多く、スタッフ間の情報共有が滞りがちであることから、ノートパソコンと携帯電話のフル活用による院内の情報共有体制を徹底されていました。医療機関におけるIT活用はまだまだ発展途上であり、その効果を実感するまでに至らない所が多いなか、同クリニックではITツールを前提とした高効率なチーム体制がすでに形成されているようでした。

複数医師体制でのITを用いた連携をすすめる上で、当クリニックにおいても課題が多く、多数の診療所の見学には至らなかった現状です。見えてきた課題を以下にまとめます。

- ❖ 在宅で訪問診療を行い、終末期の患者さんを多く抱える診療所にスタンダードなシステムとして販売されている電子カルテはなく、現状ではいろいろな工夫や独自のプログラムを組んでいます。
- ❖ スタンダードなシステムが無いことから、使用する側のリテラシーが必要とされることが挙げられます。
- ❖ 有る程度のシステム構築を担当する人材が必要でありながら、規模としてはシステム専門の人材を雇用する事が難しい現状があります。
- ❖ セキュリティへの配慮と情報共有の課題があります。
- ❖ 医師をはじめコメディカル他スタッフのIT知識をある一定のスキルまでどこまで標準化できるか。
- ❖ ITシステムの導入について、完全ペーパーレス化をめざして行わない限り、紙とデータの2本立てとなり、業務はより煩雑に、逆に業務量は増加してしまいます。診療所という小規模な単位の中で、ITを利用した情報共有のシステムのあり方について診療所の職員全員がどこまで取り組めるのかが大きな課題となりました。

『ナカノ在宅医療クリニック 見学報告』

平成20年3月14日(金)午後より平成20年3月15日(土)夕方

目的：“複数の医師が、また多くのスタッフがどのように情報を共有するか”

—情報の共有と合意の形成—が実際の現場でどのように運用されているのか
地域連携の実際

内容：1日目)

竹内事務長より、現状のシステムの紹介、メールでの連絡システム紹介、現在のスタッフ体制と事務の分担や日々の業務、訪問診療の前準備・後の仕事、訪問中の連絡、他部署との連絡やスタッフ育成はどのようにおこなわれているか、などお話をうかがいました。

新規訪問へ中野医師、前村看護師、上村看護師と同行。

中野医師より「医療（治療）から生活支援へのパラダイムシフト」をPPの資料を交えてお話をうかがいました

内容：2日目)

朝ミーティングに参加、

午前、定期訪問診療 9件 中野医師、菊永看護師、運転手さんに同行

昼食後、往診2件 中野医師に同行

鹿児島大学 「離島へき地医療教育支援シンポジウム」 へ同行

見学を終えて)

めぐみ在宅クリニックでは、以前より同じ電子カルテ(ダイナミクス)を利用していたこともあり、ナカノ在宅医療クリニックの連携システムを学びたいという希望を持っていました。中野先生の執筆された出版物などを通して学んでまいりましたが、今回念願であった見学を快くお引き受けいただき、2日にわたり、実際の現場を見学させていただきました。

生活を支える医療を理念とし、医師も在宅ケアの一員であるとお話をうかがいました。実際の訪問診療では、白衣を着用しない医師・看護師の訪問に対し、患者さん、ご家族と援助者のフラットな関係性を実感しました。新規の初回訪問では、お茶をご用意してくださったご家族に対し、お礼を伝えてお茶をいただいた後、定期的な訪問診療について丁寧にお話しながら、「これからの訪問の時は、お茶は結構ですから。今日だけね。それと、盆暮れのつけとどけもね、結構ですからね、気を遣わないように。何かあったら、困ったときは、私がすぐ走ってくるからさ、気楽にね。」と声をかけられている中野医師のお姿と、ご家族の安心した笑顔、「フラットな関係」を理念としているクリニックの診療を実感した瞬間でした。

ITを駆使した連携システムとして感じたことは、訪問中に実際に医師がPCに向かう時間は極めて少ない最低限の入力作業などであること、移動時間に医師・看護師がそれぞれ必要な情報を入力して後は事務方が行います。詳細な連携システムを具体的に見せていただき何より感激したことは、とても見事なスマートな仕事振りであることでした。

連携システムがただ単にITを駆使しているのではなく、コミュニケーションとしての情報共有が当たり前のように行われ、その仕事ぶりがスマートであるために、患者さんにとっても、ITを駆使していることを想像もさせないような訪問の現場でした。何よりも訪問時にどの訪問先でも屈託のない患者さん・ご家族の笑顔。良質な連携システムの構築がチーム医療を実現させていることを肌で感じることができました。また、クリニックの経営や人材育成に対し、医療産業は人に投資しないとイケない。ここにいて楽しいと思える職場、学ぶことのできる職場の提供がモチベーションをあげていくというお話をうかがいました。

実際にフォトセラピーを実施しているとお聞きしていましたが、訪問時に誕生日を迎えた方にお花を贈り 写真を撮っている様子や、めずらしくスーツで訪問した先生とご家族が嬉しそうに写真をとっている姿。看護師さんも、診察やいろいろな準備の忙しい訪問時間の中で、心温まる配慮が随所に感じられました。

中野医師がおっしゃっていた、素晴らしい訪問看護ステーション、訪問看護の実際に同行させていただく機会は今回残念ながら時間がありませんでしたが、患者さんへの援助や技術だけでなく、ITを活用して情報を共有するスーパー看護師さん、そしてあたたかい、あたたかい思い、感動的でした。

離島医療に関するシンポジウムにも思いもかけず参加させていただき、より大きな意味でIT連携の必要性や、人材育成の課題を考えさせられました。

人材育成を理念として研修の受け入れを快くお引き受けいただき、実現した今回の研修でしたが、本当に忙しい日常の仕事の中で、先生はじめスタッフの方々が丁寧に時間を割いていろいろなことを教えて下さいました。夜は親睦会の席を設けていただき、翌日は昼食も皆様とご一緒させていただきました。

個人的にも初めての鹿児島でしたが、鹿児島が好きになりました。

本当に身に余る丁寧な対応と貴重な時間を与えていただきましたことにあらためてお礼申し上げます。

【5】総 括

2008年の1年間の診療報告と1年間に亡くなった患者さんの原病歴を下記に示します。

ひと月に、20名近くの患者さんをお見送りすることができるのは、地域の訪問看護ステーション、ケアマネージャー、薬局、病院との連携があつてのことだと日々感じています。

とくに終末期では、日単位で変化する患者さんの様態を把握し、その情報を共有していくことは質の高い診療を目指すうえで不可欠なものです。電子カルテ、メール、携帯電話、ファックスといったITを駆使しつつ、最期まで患者さんと向き合う力を養うことは、終わりのない学びであり、真の援助者としての課題であり続けます。

地域緩和ケア研究会、デスケースカンファレンス、遺族調査を通して、私たち援助者が学ぶべきことを教えてくださったのは、患者さん一人ひとりでした。

地域緩和ケア研究会では、会話記録を振り返ることで、その人の支えを見出し、アセスメントすることによって、援助者自身が自信をもって、コミュニケーションできるようになる可能性があることが示されました。デスケースカンファレンスでは、診療中には見えなかった課題がご遺族の思いを伺うことで関わった他事業所の方たちとの共通した問題意識としてとられることができました。

また、遺族調査においては、満足度の高い診療を提供できていたことがわかりました。しかし、一方では、苦しみを抱え、苦悩する患者さん、ご家族があることも事実であり、とくに、生きていたいと願う患者さんに対して、どうしたら支えを見出し、穏やかにすごせるのか、模索を続けていきます。

2008年に亡くなった患者さんの原病歴

癌	118(名)	74%
老衰	16(名)	10%
脳梗塞	5(名)	3%
肺炎・閉塞性肺疾患	2(名)	1%
心不全	2(名)	1%
不明	16(名)	10%

2008年 診療報告

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	月平均
外来患者数	133	155	160	201	217	190	201	128	186	168	124	140	2003	166.9
訪問診療回数	199	182	211	239	251	236	267	211	225	273	283	323	2900	241.7
永眠者(在宅)	13	5	9	9	12	18	10	8	8	10	9	17	128	
永眠者グループホーム	0	0	0	0	0	0	0	し0	0	0	0	0	0	
永眠者特養等施設	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	2	0	6	
永眠者その他	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
永眠者(在宅等)計	13	5	9	10	13	18	11	8	8	11	11	17	135	11.2
永眠者(病院)	1	0	2	2	1	4	4	2	2	1	2	3	24	2.0

謝 辞

本研究を遂行するにあたり、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、居宅介護支援事業所、服薬指導の薬局、病院など多くの皆様から、ご協力、ご指導をいただきました。ありがとうございました。これからも、地域で終末期医療に携わる専門家を育成するために、連携を深めていきたいと思えます。

またお忙しい中、見学を快く受け入れてくださったナカノ在宅医療クリニックの中野一司院長、およびクリニックのスタッフの皆様に感謝申し上げます。

そして、最期まで、生きていくこととはどんなことなのかを、その身をもって教え続けてくださった患者さんご遺族の皆様、お一人お一人に感謝をささげます。