地域の明かりに　えひめ在宅緩和ケア

愛媛新聞・早瀬昌美編集委員

地域の明かりに　えひめ在宅緩和ケア

＜１＞つなぐ人　患者の思い「僕が届ける」

2019 年 1 月 7 日（月）（愛媛新聞）

自宅で療養中の男性に声を掛ける清水建哉さん（左）と森岡明医師。家族とともに温かく見守る＝八幡浜市内

「こんにちは、久しぶりですね」「しんどい？　馬力出してくださいや」。昨年１０月の午後。八幡浜医師会居宅介護支援事業所長の清水建哉さん（４９）が市内の民家を訪れ、ベッド脇で声を掛けた。がんを患う８０代男性は、急に寝付いて起き上がれなくなっていた。「治らんね。もう年やな」

この日、清水さんの手配で、在宅医療に熱心に取り組む旭町内科クリニックの森岡明院長が初めて往診に訪れた。「痛むところはある？」「ちょっと薬を増やしますか」。丁寧に進む診療の間、清水さんは看護師らに普段の様子や気がかりを説明し、妻に書類を書いてもらい、遠方の家族に電話して情報を共有し…と、細やかに動き続ける。

最後に、遠慮がちに森岡医師が男性に聞いた。「それで、いよいよとなったら…」「うん？」。横から妻が「お父さん、死ぬるときは家がいいの、って聞きよるよ」。皆が思わず笑い、男性は「ああ」と答えた。「ごめんね、つらい話で」と医師。妻は「回りくどい言い方じゃ伝わらんから。本人に聞けて良かった」とほっとした表情だった。

「じゃあ調子が悪うなったら救急車は呼ばず、うちに電話してね」「お母さんもしんどくなったら言うてよ。皆で支えるから」。２週間ほどして、男性は半世紀以上暮らした思い入れのある家で亡くなった。

「在宅緩和ケアコーディネーター」―それが清水さんの、もう一つの肩書。職種や資格ではない。２０１２年にスタートした県在宅緩和ケア推進モデル事業で新設された、いわば地域医療介護の「よろず困りごと相談・調整の専門家」だ。

誰もが希望すれば住み慣れた地域や自宅で、心身の苦痛を取り除く緩和ケアを十分受けながら、安心して最後まで暮らせる―。そんな体制の実現には、２４時間の訪問診療・看護や介護サービスなど多くの関係者の連携、協力が欠かせない。だが、どこにどう頼めばいいのか、患者や家族には情報もなく分かりにくい。

コーディネーターとは、患者家族の思いをくんで代わりに調整し、迅速に医療チームを組み、質の高い在宅療養を提供して、みとりまで支える「つなぐ人」。モデル事業の要であり、その役割は極めて大きい。

１４年に任命された清水さんは「最初は何をしたらいいか、さっぱりでした」。それが今、八幡浜圏域の在宅療養の相談をほぼ一手に引き受け、常時二十数人を担当する。家々を定期的に訪ね、困りごとに耳を傾けて解決したり、松山の病院まで付き添って一緒に説明を聞いたり。「患者さんの思いやつらさを、僕がつないで届けたい。この地域だから大丈夫、安心してと言えるように」

超高齢化時代の今、いや応なく「多死社会」が迫り「病院から在宅へ」の流れが急速に進む。

国は、団塊世代が７５歳以上となる２５年をめどに、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を目指す。昨年３月には、終末期医療の治療方針に関する決定手順を定めた国の指針を初めて改定。病院だけでなく、自宅や介護施設のみとりを想定し、患者と家族、医師らが繰り返し対話して治療方針を決める「アドバンス・ケア・プランニング」（ＡＣＰ）の重要性を明記した。

誰にも等しく訪れる「人生の最後の時間」をその人らしく過ごせるように―。愛媛でも、地道に体制づくりに取り組む医療者が増えつつある。現在５地域に７人いるコーディネーターを中心に、県内の在宅緩和ケアの現状やモデル事業の取り組みを追った。

＜２＞丸ごとみる　不安和らぎ「光が見えた」

2019 年 1 月 8 日（火）（愛媛新聞）

毎月１回の症例検討会の後、出席者と談笑する清水建哉さん（中央）。何気ない会話から信頼関係がつながっていく

「病院から『これ以上治療はできない。退院を』と言われた」「通院が難しくなった患者をそちらで診てほしい」「本人が帰りたがっているが、家族は不安」…。八幡浜圏域の在宅緩和ケアコーディネーター清水建哉さん（４９）の仕事は、そんな家族や病院からの「ＳＯＳ」で始まる。

まずは自宅に駆けつけ、じっくり面談。「一番は、本人さんがどうしたいかやね」。患者と家族の気持ちをほぐし、整理する。在宅療養と決まれば、必要な医療・介護サービスをすぐ手配。緊急時の入院先も確保した上で、すべての情報を「チーム」で共有する。

訪問先の手すりがよく使われて黒ずんでいると「歩行が大変かも」と推察して介助を考えたり、「あのコンビニに一声かけとくと見守ってくれますよ」と助言したり。「１日で体制を組んでくれた」「実の息子より頼りになる」。市民も医療者も「八幡浜のことは、清水さんに頼めば何とかなる」と信頼を寄せる。

県の在宅緩和ケア推進モデル事業が八幡浜で始まったのは２０１４年。清水さんは当時、ケアマネジャー（介護支援専門員）の資格を取り、八幡浜医師会の居宅介護支援事業所に勤めて１年半ほど。医師会からコーディネーターに推されても戸惑うばかりだった。

最初は、在宅医に初対面の患者の往診を突然頼むなど「怒られてばかり」。それが２年目から、連携がうまくいった事例や家族の感謝の声を紹介すると「じゃあ、うちもやろう」「こっちにも情報をくれ」と声が上がり始め、地域全体の意欲の高まりを実感した。清水さんもコーディネーターとして、診療所や病院にどんどん出向き相談や頼み事ができるようになった。

かつて福祉用具販売に携わっていたころ、用具担当者は同じなのに医療・福祉関係者は次々交代し、患者・家族が「毎回一から」で疲れているのを見ていた。「誰かが人生丸ごとみてあげたら楽なのに―そう思ってたんです」。それがつまり今の仕事なのだと思う。

医療のプロではないことも「上下関係なく、中立の立場で飛び込めたから良かったのかも」と、強みと捉える。「患者のプロっていないでしょ。僕が分かるなら患者さんも分かるから」

だから最初の面談であえて率直に最期の話をする。「家に警察は来んからね」「救急車は呼ばんでも大丈夫よ」。誰しも怖いのは、今後どうなっていくのか分からないこと。その不安を和らげようと向き合う清水さんに、何人もの患者が同じ言葉を口にしたという。「ああ、光が見えた」―。

患者も家族も、命の限りを受け止められて初めて、最期まで「どう生きるか」を考えられるようになる。「希望の光」に照らしだされたその道筋を、清水さんは寄り添い、一緒に歩む。

＜３＞仕組みを作る　「住民のため」種まき続け

2019 年 1 月 9 日（水）（愛媛新聞）

西条の事例検討会で症例を発表し、質問に答える吉田美由紀さん（左）と中橋恒・松山ベテル病院長。地域を回り、アドバイスや激励を続ける

ほぼ毎週１回、夕方５時すぎ。朝からフルに働いた後、片付けもそこそこに車に飛び乗り、県内各地へ。勉強会や研修、講演などを通じて地域の「同志」を育て、教え、励まし、深夜に自宅に戻る―。そんな日々が、もう６年以上続く。

吉田美由紀さん（４２）は松山市のベテル在宅療養支援センター所長で、地域看護専門看護師。松山ベテル病院の中橋恒院長（６７）らとともに、県の在宅緩和ケア推進モデル事業の企画、運営を一手に担う。「最初はどこも『そんなの無理、無理』と拒否反応が強かった。でも今は地域がどんどん成長してる。継続ってすごいな、と実感してます」

県モデル事業が目指すのは、主にがんで余命を限られた患者が、どこでも質の高い在宅療養を選べ、安心して暮らせる体制。だが松山圏域以外は、もともと医療や介護の手が足りない。加えてがんの場合、終末期の容体急変への対応や、痛みを抑える医療用麻薬など緩和ケアの専門知識も求められ、ハードルは高い。

それでも「現場のニーズに合い、少ない医療資源でも回していける仕組み」を作れば「一人でも多くの患者が最期まで家でいい時間を過ごせて、医療・介護者も皆、少しずつ楽になるはず」。吉田さんらは県在宅緩和ケア推進協議会として「今困っている」東南予にモデルを立ち上げた。

２０１２年に大洲と今治で始まり、１４年に八幡浜、１６年に宇和島、１８年から西条でも。国の地域医療再生基金を活用した当初事業は２年で終了、打ち切りの危機もあったが「県民すべてに届くよう、続けることに意義がある」と名称などを変えつつ今に続いている。

モデル事業の肝は「実践と人材育成」。＜１＞２４時間体制の在宅医・訪問看護師・薬剤師や介護サービスなどの「在宅緩和ケアチーム」＜２＞緊急入院可能な地元病院（バックベッド）確保＜３＞コーディネーター育成＜４＞住民への啓発―を柱に据えた。

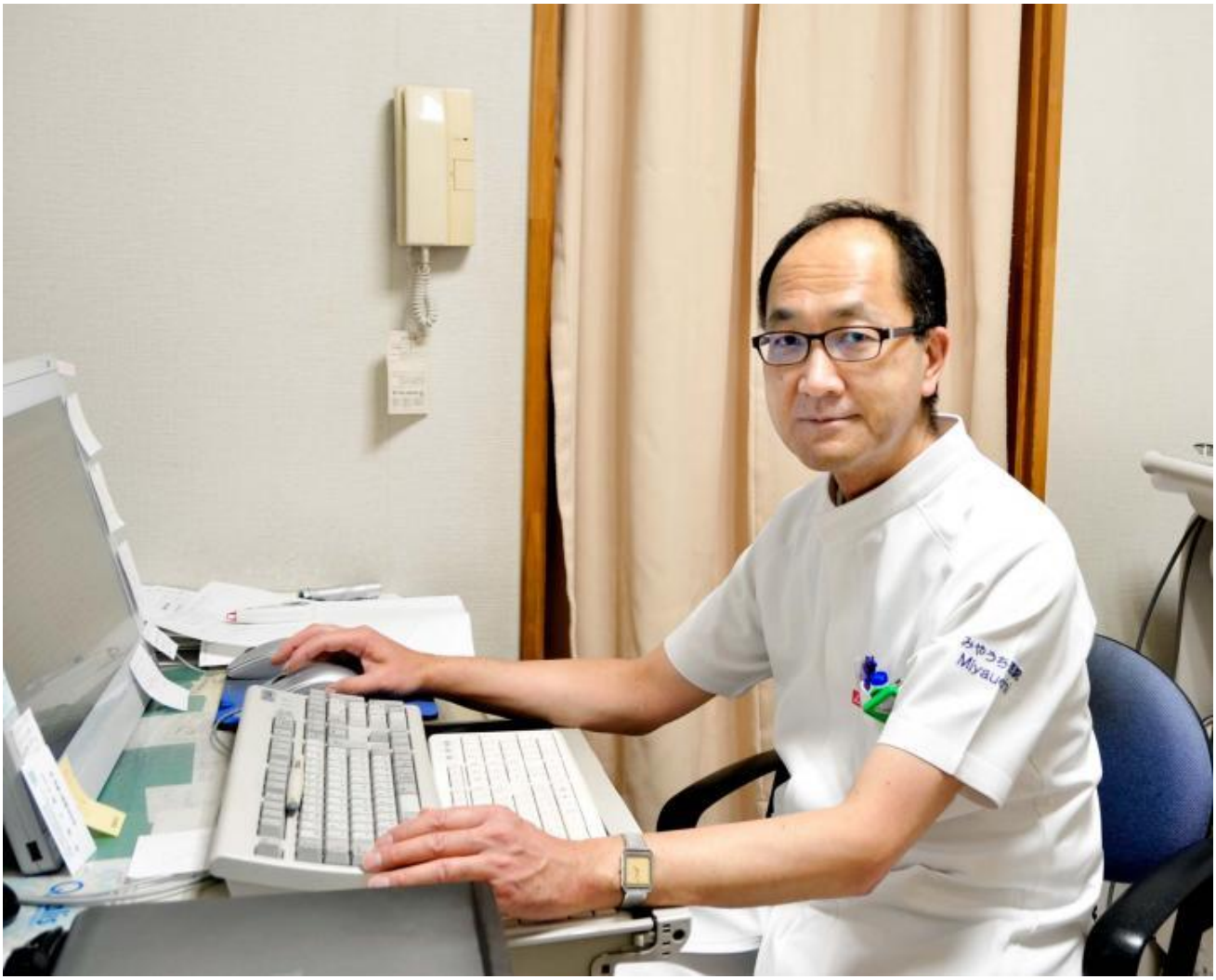
まずは地元医師会などに協力を依頼。「毎晩呼び出されるのか」「知らない患者は困る」と不安がる関係者に何度も説明を重ねた。「黒船効果というか、外からお願いすると案外すんなり、しがらみを超え『地域の決まり』ができた。住民のため、と分かってもらえれば後は早かったですね」

全国でも珍しいコーディネーターは「絶対に必要」とこだわった。司令塔は現在、大洲１、今治２、八幡浜１、宇和島２、西条１の計７人。ゆくゆくは「住民全員に顔と名前を覚えてもらい、誰もが相談に行ける存在になる」ことが、吉田さんの夢。「困っている住民を照らす灯台、地域の明かりのように」―と。

「地域医療を変えるには１０年かかる」。でも人のつながりが一度できれば必ず根づくと信じ、種をまき続ける。こつこつ、地道に。

＜４＞最初の一歩　帰れない患者の受け皿に

2019 年 1 月 10 日（木）（愛媛新聞）



大洲モデル事業の「生みの親」宮内章充さん。「いまだに外来に電話が掛かるんですよ。帰れないか、って。この仕組みを住民にもっと使ってもらいたいですね」

「豪雨で橋が流され、往診に片道３０分かかります」「薬の量がどんどん増えて怖い。大丈夫だろうか」

月１回の大洲喜多地域の症例検討会。在宅医療・介護関係者数十人が集まり、終了後も時間を惜しんで話し込む。「モデル事業の一番のメリットは『顔を合わせる』こと。以前は一人きりで、もんもんとしてましたから」。大洲市の医師、みやうち医院の宮内章充院長（５８）は振り返る。

１９９９年に開業した宮内さんは、地域医療の限界と孤独を感じていた。週２回の往診と外来を一人でこなし、休みなしに診ても追いつかない。家に「帰りたい」と訴える人がたくさんいるのに、受け皿がなく帰れない。せめて他の開業医と協力し合って診られないかと、２０１０年に６人の診療グループを「寂しく立ち上げた」という。

転機は翌年。緩和ケアに先進的に取り組む中橋恒・松山ベテル病院長の講演を聞き、思わず声を掛けた。「そんな医療を大洲でやりたいんです。力を貸してもらえませんか」「じゃあモデル事業でやってみますか」。１２年に始まった、県在宅緩和ケア推進モデル事業の第１号になった。

当初は医師会なども乗り気ではなく、説得に東奔西走。コーディネーターは喜多医師会訪問看護ステ

ーションの宮岡範子所長（５３）に「あなたしかいない」と頼み込み、松山の病院まで一緒にあいさつに行った。

一歩踏み出すと、次第に煩雑な調整から解放され、時間外に薬が必要になっても「悪いけど配達してくれる？」と薬局に電話ができるように。心配な事例の相談も、不在時のお願いもできる「チーム」のありがたさを実感した。経験不足で不安があった緩和ケアも、ベテルの医療用麻薬の使い方を教わり、少しずつ使える幅が広がった。

事例は年３０件前後に増え定着してきたが、宮内さんらは補助金頼みのモデル事業は「不安定。自治体を巻き込まないと続かない」と考え、大洲市と内子町に協力を依頼。がん以外の介護困難事例も対象に加え、予算の支援と連携を取り付けた。「これで一つ形になった。ほっとしてます」

みとりまでを支える在宅医療は「やっぱり重たいですよ」。命を診る緊張と責任。病院で「やることがなくなった。在宅医を探して帰って」と言われた患者のつらさをどう受け止めればいいのか―と日々、悩む。「丁寧に説明し、いい時間が過ごせるよう、お手伝いするしかないんだけど…」

それぞれに事情があり、必ずしも「在宅が一番」とは言えない。が、往診先で「家族が集まり、一日一日を大切に過ごす様子を見ると、ああいいな、自分もいつか家でと思いますね」。しんどいときもあるけれど「人生最後のドラマ」を支える仕事を続けたい、と思う。愛着のある地域で。

＜５＞チームで診る　調剤薬局も２４時間支える

2019 年 1 月 11 日（金）（愛媛新聞）

事務所が「お隣」のみどり薬局で津曲芳久さん（左）と談笑するコーディネーターの宮岡範子さん。「いろんな情報や知識をやりとりできて、助かってます」

「地域に合ったこぢんまりとしたチームで、ゆっくりスタートを切れた。それが良かったのかも」。大洲喜多地域の県在宅緩和ケア推進モデル事業でコーディネーターを務める宮岡範子さん（５３）は目を細めた。

退院しても在宅医が見つからず、たらい回しのようになって最後は救急搬送される―そんな例を、地域の訪問看護師としてつらい思いで見ていた。「患者・家族の大事な時間が失われ、医療者も疲弊する。電話一本で、患者の希望を実現できる仕組みがあれば…」。不安はあったが、モデル事業は「理想」でもあった。

２０１２年４月に始まったモデルの、最初の受け入れは６月。当初は在宅医６人（現在は７人）、訪問看護ステーション４施設など少人数で、勉強と準備を重ねた。「医師も浦島太郎というか、最新の緩和ケアには疎い面もある。看護師も介護職も正直に『一から教えて』とお願いしました」

バックベッド（緊急時入院先）は２床、喜多医師会病院に確保。土日など担当医の不在時には、在宅医の指示だけで入院できるなど独自の工夫も生まれた。

重要な役割を担ったのは２４時間対応の調剤薬局。みどり薬局（大洲）とあさひ堂薬局（内子）が、緊急時や夜間、休日の配達を引き受けた。加えて管理が難しく、大量に「箱買い」しなければならない医療用麻薬は、開業医には扱いにくかったが、医師らの要望に応え、まとめて買って融通する「小分け処方」を実現。格段に使いやすくなった。

みどり薬局の管理薬剤師津曲芳久さん（６０）は「地域のために、使命だと思って参加しています」。患者宅を訪ね、副作用の心配などへの説明や服薬指導、減薬を提案。訴えを聞いて医師に伝えることもある。

患者・家族の「生活」をよく見ているのは、頻繁に訪問する看護師や介護職。主治医に言いにくい不安や疑問も、薬剤師やリハビリ担当者らには言えることもある。「チームで診る」意義は、そこにある。

ある夫は、妻の調子が悪くなると出かけてしまう。「ご主人が一番怖くてつらいんだと思う。責めずに支えてあげないと」。別のある家族は「本人に病状を言わないで」、本人は「家族に心配をかけたくない」。どうしたらいいのか…。

在宅医療では、家族や本人との密な関わりが必要。宮岡さんは「患者本人が、本当はどうしたいのか」を常に考える。「これでいいのか、と日々反省ですが」

半面、患者が家で過ごす時間は「濃い」と感じる。「家族が戻って、みんなで寝転がって話せて…」。入院も安心だが、容体が悪化しても訪問回数を増やし、十分な緩和ケアで痛みをしっかり取ればきっと家で過ごせる―と思う。「これからも、文字通り『アットホームな』チームとして、みんなで支えたいですね」

＜６＞経験値を補う　症例検討　生きた「教科書」

2019 年 1 月 12 日（土）（愛媛新聞）

八幡浜の事例検討会で、ポイントを熱心に説明する中橋恒・松山ベテル病院長（手前）。良かった点は必ずほめて成長を見守る

「肝心の本人の気持ちが聞けてない」「患者さんが『しんどい』と言ってるってことは、薬が足りてないんですよ」。厳しい指摘に参加者も考え込む。「聞くのは難しいね。ついこっちがしゃべるばっかりで」

県在宅緩和ケア推進モデル事業では毎月（今治のみ隔月）、全５地域で地元の在宅医療・介護者向けに症例検討会を開いている。

「８２歳Ｋさん。腹水がたまって食べられないのがつらい」「７６歳Ｍさん。家族が抗がん剤治療を勧めるが嫌がっている」…。実例を基に、家族関係や経過など気がかりな点を話し合う。

講師の中橋恒・松山ベテル病院長は「ここは正解を出す場じゃなく学びの場。どんどん意見を」と促し、助言する。「痛みにはモルヒネなど医療用麻薬、食欲不振にはステロイド。いい薬だからぜひ使って」「点滴は控えた方が患者は楽だけど、生きる希望になっている場合がある。減らす意味を一緒に考えて」…。

在宅がん緩和ケアは、まず体の苦痛を十分取り除くことが一番重要。その上で食べたい、孫に会いたいといった希望をかなえるため何ができるかを考える、いわば「究極の個別医療」でもある。だから「エビデンス（科学的根拠）が割となくて、試行錯誤し経験を積むしかないんです」。だが地方で実際にがん

終末期の患者を診る機会は少ない。その「経験値を補う」のが検討会の狙いでもある。

県内の２０１５年のがん患者の在宅死亡率は１３・３％。対して、本年度始動した西条を除く大洲、今治、八幡浜、宇和島のモデル地域の在宅みとり率は、件数こそ少ないが５０％前後と高い。ベテルのノウハウが広まり相談もしやすくなったことで、最期まで支えられる例は増えつつある。

会は盛況で、参加者が１００人を超す日も。「他の医師や看護師がどうしてるのか、知る機会はなかなかないから」「助言が具体的ですぐ参考にできる」。命を巡る議論は白熱し、間違いを指摘されて来なくなった医師も、実はいる。それでも「大丈夫。続けていれば地域ごと成長します」。

基礎の「教科書」は中橋さんの手作りマニュアル。「わかる・できる　がん症状マネージメント　ワンポイントレッスン集」と題した冊子は１００ページを超す。個々の医療用麻薬の特徴や分量の目安、予後予測…。中橋さんが外科医から緩和ケア医に転身したころは、どこにもテキストがなく、学会や研究会で片っ端から質問攻めにして、対処法やコツを独自にまとめた。

その「手の内」を今、無償で提供する。「出し惜しみしたってしょうがない。使ってもらってこそ、ですよ」。一人でも多くの県内の医療・介護者に「緩和ケアをやりたい」「自分もできる」と思ってほしい。その一念で県内を飛び回る。

＜７＞ギアチェンジ　治療終了　「納得」難しく

2019 年 1 月 13 日（日）（愛媛新聞）

松山市の「がんと向き合う人のための町なかサロン」で話を聞くおれんじの会の松本陽子さん（中央）ら。ギアチェンジに関わる相談は「とても多いし、とても重い」という

「病院に捨てられた」―そんな痛切な思いを吐露するがん終末期の患者は、今も少なくない。

積極治療が難しくなると「病院でできることはもうない」と退院を迫られる。多くの急性期病院には、地域連携部門や相談窓口があるにはある。だが、事務的な話はどんどん進んでも、肝心の「もう治らない」自分の病状への理解や「治療のやめどき」、「今後どう生きていくか」といった心を支えるための説明は、決して十分とは言えない。

「治す医療」から「支える医療」へ―在宅緩和ケアへの移行は、患者自身も納得してスムーズに「ギアチェンジ」できるのが理想。だがその納得がなければ、患者・家族は見放された痛みにいつまでも苦しむ。

がん患者会のＮＰＯ法人愛媛がんサポートおれんじの会の松本陽子理事長も、「現実にはギアチェンジ時に医療者との関わりがぷっつり途切れることが多い。退院後の情報も圧倒的に足りてない」と心配する。

「じゃあまた４週間後に外来に来て」。あるがん患者は主治医にそう言われ、義理堅く「約束」を守り、つらくても他の病院にも行かず我慢していた。「病状を言われてない、あるいは説明されても伝わっていないため、選択肢を知らず、在宅医療にもかかれなかった。人生のとても大切な時間だったはずなのに…」

送り出す側の一つ、愛媛大医学部附属病院で、がん相談や地域連携を担当する看護師は「説明不足は、病院側の課題です」と悩む。

患者は、治療を頑張りたい希望が強いほど、終了を受け入れ難い。気がかりな場合は「そろそろ連携が必要では」と主治医に働きかけ、説明に同席もするが、「気持ちを尊重しつつ限界を理解してもらう難しさを感じています」。

一方、県在宅緩和ケア推進モデル事業で、連携は楽になった。以前は地域の医療情報は電話して探すしかなかったが、今はモデル地域に一任できる。病院医も「知らない人に患者を託せない」と及び腰だったが、家での患者の様子を知らせてもらえて「帰せて良かった」と安心。つなぐタイミングも早まった。

線を引くようにつないで終わりではなく、せめて情報を共有し続け、早くから病院とかかりつけ医の両方に診てもらう「併診」を勧めたいと思う。「相談できる人は多い方がいいから」

「ギアチェンジ後」を託されたコーディネーターはやり場のない悲しみや無念に耳を傾ける。思いの丈を吐き切るまで、じっくり。「初回面談で何時間も、病院でのつらさや憤りをぶつけてくる人もいます」

「今まで大変でしたね」―。その一言で、ようやく前を向いて今後の生活を考えられるようになる。本当の在宅緩和ケアは、そこからやっと始まる。

＜８＞バトンを渡す　みんなで悩む過程が大事
2019 年 1 月 14 日（月）（愛媛新聞）

市立宇和島病院の病室での会議に参加する佐々木英子さん（左）と井上幸子さん（左から２人目）

市立宇和島病院の、７０代男性の病室。医師、訪問看護師、介護職ら１５人ほどが訪れ、ベッドを囲んだ。退院を間近に控えた男性の、退院前カンファレンス（会議）。自己紹介しながら、家での暮らしをどう支えていくかを皆で話し合う。

「帰ったら訪問看護が入ります。この佐々木さんに何でも聞いてください」。同院の緩和ケア認定看護師（緩和ケアチーム専従）の井上幸子さん（４５）が、隣の宇和島医師会訪問看護ステーション管理者佐々木英子さん（４６）を紹介した。２人は、宇和島地区の県在宅緩和ケア推進モデル事業のコーディネーター。患者を送る側と迎える側の二人三脚で、連携を支える。

男性は、がんで長く闘病中。松山への通院が難しくなり、転院してきていた。病室での会議は「自分の話だから聞きたい」と本人が希望。食べ物が気管に入る誤嚥（ごえん）を心配する家族には、栄養士が「硬い物は気をつけて。好物はうまくのみ込めてますよ」と助言した。男性が「安心しました。お忙しい中、すみません」と締めくくると、皆に笑みがこぼれた。

妻は「松山からいきなり家だったら、たぶん無理。ここで井上さんにいろいろな手助けがあると教えてもらい、本当に救われた」と涙を拭った。男性は退院後１週間ほどで再入院し、同院で亡くなった。「短かったけれど、家でいい時間を過ごせたと思います」

大洲、今治、八幡浜に次いで宇和島のモデル事業がスタートしたのは２０１６年。井上さんは「やっと流れが来たと心強かったですね。必要性はずっと感じていたので…」と振り返る。

従来は、開業医の高齢化や在宅診療に取り組む医師の少なさから「退院しても何かあったらすぐ病院

に戻してくる土地柄」。がんは特に、がん診療連携拠点病院である同院に集中、患者も「病院を離れたくない」との意識が強かった。だが南予では基幹病院も「機能分化していかないと、もたない」。危機感から、自分も安心して患者さんを帰せるモデル事業を目指した。

まずは院内の連携から。難色を示す医師らに説明を重ね、他の看護師からも患者の様子を見てこまめに連絡をもらえるようになり、協力の広がりを実感した。

同院が１５年５月に導入した、患者の同意を得て電子カルテをかかりつけ医らに公開するシステム「きさいやネット」も「武器」に。在宅医療のカルテは、複数の事業所が関わるため一つではなく、情報共有しにくいが、この仕組みが迅速な意思決定に役立った。

井上さんは、バトンタッチが「スムーズにいかず、後悔を残すこともある。でも、みんなが患者のために悩む時間、過程こそ大事」と思う。「困ったときに相談できる人がいる。そんな地域にしていきたい」

＜９＞思いを守る　患者の安心　支えるために

2019 年 1 月 15 日（火）（愛媛新聞）

事例検討会後に談笑するコーディネーターの佐々木英子さん（左）と井上幸子さん。「参加事業所も年々増えている。少しずつ充実していきたいですね」

つい３年前まで、在宅医療が進まない地域だった。でも「医師会が『やろう』と決め、変わってきま

したね。医師も、地域も」。

宇和島医師会訪問看護ステーション管理者の佐々木英子さん（４６）は、そう感じている。宇和島で２０１６年に始まった県在宅緩和ケア推進モデル事業のコーディネーターを医師会の指名で引き受け、「やっと少しスムーズに動き始めたかな、というところです」。

当初、モデル事業で在宅につなぐ患者は、ほぼ市立宇和島病院から。同院の緩和ケア認定看護師井上幸子さん（４５）と「２人コーディネーター体制」でもあり連携はしやすかった。

しかし地域に緩和ケア病床を持つ病院はなく、在宅緩和ケアに取り組むかかりつけ医も実質２、３人に偏る。離島など訪問が難しい地域や、独り暮らしの人、施設の人への支援も今後の課題。「南予地域全体の安心を、どう目指せばいいか…」。ゴールは見えない。

それでも医療・介護者の意欲の高まりは心強い。月１回の事例検討会は、司会の口羽正知・口羽外科胃腸科医院長が事前に議論のテーマを「仕込む」効果もあって、活発に意見が出る。「明日役立つアドバイスが得られれば楽しく学べるから」（口羽さん）と人材育成に力を入れる。モデル事例は３年で約５０件とまだ少ないが、いいケアを学んだ人の輪は広がりつつある。

「緩和ケアって？」「何もしてくれないのか」…。患者・家族と医療者の「思いのずれは、まだ大きい。そこを修正し、残された時間が短い中で信頼関係を築くのは難しい」と悩む。

みとりへの不安から「悪くなったら入院したい」と考える人も多い。佐々木さんは、そんな思いも大切にできるよう、保険証ぐらいの小さなカードを作った。

初めて関わった患者は、事前に決めていたバックベッド（緊急時入院先）の病院に救急搬送されたのに、担当医がおらず優先入院させてもらえなかった。「これでは意味がない」。以後は連絡先やバックベッド病院を書き込むカードを携帯してもらい、病状の変化を見て「そちらに行くかも」と病院に前もって連絡。院内で準備してもらった。安心感が増したことで、実際の搬送は減ってきている。

また市立宇和島病院に通院する患者には、在宅医も紹介し「併診」を勧める。以前なら在宅医は「市立に行くならウチは要らないでしょ」だったが、今は「分かった」。「はってでも大きな病院に行きたい」という患者の気持ちも尊重しつつ、切れ目なく支える。

コーディネーターとしては報酬もなく、通常業務に加えて急な連絡が入ってくる、多忙な日々。でも「帰りたくなくて家に帰った人が、最終的に『良かった』と言ってくれる」ことが大きな励み。それを原動力にまた、次へと向かう。

＜１０＞第二の患者　家族のつらさ　受け止める

2019 年 1 月 16 日（水）（愛媛新聞）

「家族って、意外と大事なことは話せていない」と、ある夫婦。互いが元気なうちに「命の話」をしておくことも大切

例えば、患者本人は家に帰りたいが「家族に心配、迷惑をかけたくない」から言い出せない。家族は介護が不安で入院を望む。あるいは「良くなってほしい」一心で、無理なリハビリや食事を強いる。さらに遠い親族が「家は駄目。入院させて」などと土壇場で方針に口を挟んでくる…。

互いに思いが深いからこそ、すれ違う。「在宅あるある、ですね」と、県在宅緩和ケア推進モデル事業

を担う吉田美由紀・ベテル在宅療養支援センター所長はつぶやいた。がんなどで余命を限られた患者の「家で最期まで過ごしたい」との希望をかなえる重要な鍵は「家族へのケア」という。

肺がんの父親を昨年、自宅で見送った松山市の６０代女性は振り返る。「家で過ごせて喜んでもらえたし、プロに完璧なケアをしてもらったと思うけど、それでも家族は悲しくてつらいんです。もっと何かできたのではと、どうしても後悔は残りますね」。「支える側を支える」重要性は大きい。

在宅緩和ケアでは、家族は医療・介護チームの一員であり、その悲嘆の大きさから「第二の患者」とも称される。国立がん研究センターが昨年末に発表した初の終末期医療に関する全国調査でも、介護した家族にうつ症状が出る例が１７％にも上っている。吉田さんらは「まず患者の苦痛を極力なくす。その上で、置き去りにされがちな家族も緩和ケアの対象であることを忘れないで」と、各地の医療者に繰り返し伝えている。

家族をどう支えるか。事例検討会でも議論は尽きない。弱っている患者に「歩かんと駄目になる」と叱る夫。「食べてくれない」といら立つ妻。暴力や虐待が疑われる例もあり、皆で対処を話し合う。「夫の『何かしてあげたいが、どうしたらいいか分からない』つらさを受け止めて」「もっと食べて、頑張れ、は本人にはつらいよね」…。

在宅医療の場合、家族には「家に医療（他人）が入る」ストレスがまずある。病状理解の食い違いや支払いなどで、トラブルも生じやすい。加えて患者・家族の思いは日々揺らぎ、変わる。「不安や迷いがあれば我慢せず、一声掛けて」と吉田さん。「そこからケアが深まっていくので」

中橋恒・松山ベテル病院長も「在宅緩和ケアは、みとるためじゃなくて、その人らしく生きていく、生活支援のためにある。ぜひ上手に使って」と促す。「行き着く先はつらいけど、大事なのは過程だから」

食事が難しいのに、孫が買ってきたすしは食べられた。「ビデオ通話」で海外の子どもと話せた。起き上がれなくても電気をつけ、夫の帰宅を迎えられた…。ささやかな、だがかけがえのない日常の喜びが、家にはある。それが、別れの後の家族の痛みを和らげる、大切な贈り物になる。

-＜１１＞医療者から家族へ　立場変わり「全然違った」
2019 年 1 月 17 日（木）（愛媛新聞）

ずっと明るい笑顔が絶えなかった太田洋子さん（左）と、見守る敏郎さん、多佳子さん＝昨年８月

「本人の思いをなぜ聞かないの？」「痛くなったらじゃなく、痛くなる前に対処を。患者の痛みが取れないと、家族も痛いんです」

時に厳しく、時に親身に。松山ベテル病院の認定医療社会福祉士（医療ソーシャルワーカー、ＭＳＷ）太田多佳子さん（４６）は、県在宅緩和ケア推進モデル事業で各地に出向き、医師や看護師とは異なる視点から助言を続けている。

経済的・社会的問題の解決や生活支援を行うＭＳＷは「人の社会性を信じ、生きる力を引き出す仕事」だと思う。「だから在宅緩和ケアでは特に重要。家族の思いにもっと目を向け、力を補う役割を果たしたい」

いつも患者・家族の話を「薄皮をむくように」じっくり聞く。思いは理解しているつもりだった。だがある日―「私は何も分かっていなかった」と痛感する。「プロの医療者」から「がん患者の家族」へ、立場が百八十度変わった瞬間に。

大腸がんのステージⅣ。多佳子さんの母洋子さんは一昨年１０月、７３歳のときに告知を受けた。

厳しい病状を悟った多佳子さんは、動揺した。「母もショックだったはずなのに、いきなり『もう緩和ケアにする？』と聞いてしまって。主治医に止められました」。バイパス手術後、通院で抗がん剤治療。よく効いていたが、本人が「副作用が怖くなって」昨春、中止を決断。以降は松山の自宅で療養生活を送った。

プロとして多佳子さんは「最善のケア」にこだわった。「苦痛のない、変わらない日常」を目標に、夫と子ども２人も総動員して看護。医師にも進言し、身動きしにくい点滴を、輸液を自動で送り出すポンプ入りリュックに変更してもらった。「母はリュックを背負って天ぷら揚げたり、立って孫にお手玉をして見せたり。結構活動的でしたね」

小学校の教師をしていた洋子さんは「家でも先生。肝の据わった人ですよ」と夫の敏郎さん（７６）。孫の「ただいま」「ごはんはまだ？」の声が響く自宅で、洋子さんは涙も見せず「あの世の話」も明るく語り、笑い合いながら「何でもない毎日」を重ねた。

それでも、一人娘としての多佳子さんは「激烈につらかった。家族の側に立ったら全然違いましたね」。誰もいない場所で泣いて泣いて、涙を拭いてまた部屋へ、の繰り返し。自分だけがつらい、と感情を押し殺し「甘えたい、失いたくない」と必死だった。

昨年の８月中旬。洋子さんは病床で「娘がおったから、これだけのことをしてもらえた。ありがたいですよ」と笑顔を見せた。そして、つぶやいた。「これで終わりなんじゃろうね。これ以上の幸せはないけど」

最期の１週間はよく眠って、８月２９日。家族全員が見守る中、小さく一つ、せき払いをして旅立った。

＜１２＞命の学び　ともに生きる 母の存在と
2019 年 1 月 19 日（土）（愛媛新聞）

太田洋子さんの画集「ありがとう」。ザクロの絵に添えられた言葉は「ひと粒ひと粒　宝石のように輝いて命をつないでる！！」

食卓の果物や花、夫の似顔絵。温かい色合いが優しい。昨夏、７４歳で世を去った松山市の太田洋子さんが描いた「色えんぴつ画」を集めた画集「ありがとう」が、葬儀の日に配られた。夫敏郎さん（７６）が「作っちゃるけんの」と約束、亡くなる５日前に完成した。

「後悔なく最善を尽くした、とは思う。でも時間がたって、今の方が寂しいですね」。一人娘で、松山ベテル病院の認定医療社会福祉士（医療ソーシャルワーカー、ＭＳＷ）の多佳子さん（４６）は目を伏せた。

がんの場合、緩やかに進行する他の病気と異なり、最期の１カ月から２週間で急に容体が悪くなる。その時期を支え切るために、在宅こそがん性の痛みのコントロールが欠かせない。

どの家族も一番の願いは患者本人が苦しまず、安らかに過ごすこと。多佳子さんも同じだったが、幸い洋子さんが痛みを訴えたのは１度だけ。医療用麻薬をうまく使い「母の苦痛をほぼ完璧に取り除けた。だから『キラキラした日々』が残ったんだと思います」。

自らも病を抱えつつ「自称介護主任」として世話を焼いた敏郎さんが「わが家の司令塔よね。あれせい、これせいって」と笑えば、「やらせてあげてるんよ」と洋子さんが混ぜっ返す。七夕の短冊には「今のうちに言っとかなきゃ」と「お父さん愛してます」。そんな「言葉一つ、一日一日に意味や価値を感じられた。在宅で良かったと思えた毎日でした」と多佳子さん。

家族という当事者になって知ったのは、それぞれの孤独。多佳子さんは母を失う「私の悲しみ」に暮れていたが、敏郎さんも「親が先に逝くのは当たり前かもしれんが、生まれて初めて配偶者を見送るわしの方がつらい。おまえには分からん」と苦しんでいた。

「家族ケア、なんて簡単にひとくくりにしてはいけなかった。それも知らずに（ＭＳＷを）やってたなんて」と省みる。今後は医療者として、家族だからこそ互いに言えない苦しみを敏感にキャッチし、痛みを吐き出せるよう手助けしたいと、意を新たにしている。

大切な人との別れの痛みを癒やすグリーフケアも、「もっと必要ですね」。松山ベテル病院や患者会などで行われてはいるが、まだ十分ではない。来ていた医療・介護者が去り、慌ただしい儀式が一息ついた後の本人の「不在」は、家だからこそ余計に寂しい。

「人は、死者とともに生きている」―多佳子さんは今、そんな言葉をかみしめている。はさみや傘に書かれた名前を見ては、何にでも書き込んでいた洋子さんの癖を思い出し、よく似た自分の爪の形やしぐさ、声にも母の存在を感じる。命は、断ち切られたようでつながっている―。元教員の母から最後に教わったのは「命の学び」だった。

＜１３＞３度目の出発　地域柄に合うモデル模索
2019 年 1 月 20 日（日）（愛媛新聞）

「水面下で地域の医療・介護者をサポートしていきたい」「ゆっくり、じわじわとね」と笑う、矢原真由美さん（左）と中村一人さん

「どう動けばいいのか、正直、まだ手探りです」

今治圏域の県在宅緩和ケア推進モデル事業はいま、「３度目の仕切り直し」を迎えている。大洲と並び、いち早く２０１２年に立ち上げたが、担当者の退職などで要のコーディネーターが２度交代。一昨年から２人体制で再々出発した。

新たなコーディネーターは、吉野病院の居宅介護支援センターひうち管理者（主任介護支援相談員）の矢原真由美さん（４６）と、済生会今治病院の指定居宅介護支援事業所さいせい管理者（介護支援相談員）の中村一人さん（５０）。連携しながら「地域柄」に合ったモデルを模索している。

今治圏域は民間中規模病院が多く、それぞれ老人保健施設や訪問看護ステーションを併設、グループ内でみとりまで完結する傾向が強い。中予の病院からの患者・家族の希望も「祖父の代から〇〇病院だから」と今治の病院への「転院」がほとんど。モデル事例も年６～２１件と他地域より少なく「在宅みとりの『文化』はないかも」と中村さん。

吉田美由紀・ベテル在宅療養支援センター所長は、「患者の希望であれば『病院から病院へ』でも構わない。ただ、在宅療養を望む人は困るし、松山からは今治のコーディネーターの動きが見えづらい。どの病院でどこまで緩和ケアができるのか、しっかり情報を集めてほしい」と要望する。

グループを超えた連携や関わりに「壁」を感じている矢原さんも、悩みながら思う。「地域のレベルを高め、ちゃんと選択肢を示せたなら、在宅希望はもっと増えるかもしれませんね」

「今治方式」は、少しずつ形になりつつある。

「帰りたい」と打診があれば、まず元々かかっていた地元病院へ。遠方での面談は自由が利く中村さんが担当する。在宅療養を希望する場合は、バックベッド（緊急時入院先）を確保した上で、かいはらクリニック（買原彰彦院長）や波止浜内科・外科（国延浩史院長）など熱心なかかりつけ医に集中的に紹介する…。

とはいえ「連携がスムーズでない例もまだ多い」と中村さんは気に掛ける。例えば、病院の医師は「何かあったら来て」と言うが、その「何か」が患者には分からない。例えば、家に行って主治医の話を繰り返すと「初めて聞いた」と言われ、病院では緊張で耳に入っていなかったと気づかされたことも。そんな患者の不安をくみ取り、つらさを減らせるよう橋渡しをするのが仕事、と思う。

吉田さんも援護射撃に努める。助けが必要な人に存在を知ってもらえるようコーディネーター用名刺を作り、松山の病院にも一緒にあいさつ回りに行く予定。「地道に積み重ねたものは崩れにくい。時間はかかっても今治らしいシステムはできるはず」と信じて、地域を託す。

＜１４＞キックオフ　根強いニーズ　高まる「熱」

2019 年 1 月 21 日（月）（愛媛新聞）

運営委終了後に居残って、吉田美由紀さん（中央）の話に真剣に耳を傾ける４人。（左から）真鍋万里子さん、真木久美子さん、田頭三枝子さん、幾島織香さん

「西条にどんな仕組みを作れば、患者さんのためになるか。１年かけて、考えていきましょう」

県在宅緩和ケア推進モデル事業を西条に―。昨年６月の夜、西条市役所で第１回運営委員会（委員長＝長櫓巧・済生会西条病院医療福祉センター長）が開かれた。初顔合わせの約２０人が委員に就任。県内５番目の「キックオフ」になった。

「家に帰りたい、誰か往診してもらえないか、と何度も相談されたが、どうしてあげることもできなかった」。東予では、がん終末期など厳しい病状の在宅療養に取り組む医療者はまだ少ないが、ニーズは以前から根強くあったという。

西条地域ではこれまで、主に福田医院と伊藤医院が中予の病院から直接連携の依頼を受け、自身で手配、往診していた。年２０人ほどの在宅みとりを支える福田正彦院長は「バックベッド（緊急時入院先）の手配は正直大変。コーディネーターに担ってもらえると助かります」。伊藤誠副院長も「住民のためにモデル事業がもっと広がってほしい」と期待を寄せる。

最も重要なコーディネーターは、メイン１人、サブ３人の計４人に決まった。

「頑張るしかないですよね」。メインの西条中央病院居宅介護支援事業所管理者（主任介護支援専門員）真鍋万里子さん（５３）は、口元を引き締める。在宅みとりの経験は少なく、分からないことばかり。旧西条市以外の合併地域の情報収集、緩和ケアの勉強、ヘルパーら多職種の声を医師に伝えられる関係性を作ること…。課題は尽きない。

それでも「家はやっぱりいいと思う。病院だと、どうしても自分らしくいられないから」。西条は、地域に長く住む人が多い印象。「だからこそ、最期まで在宅で暮らせるなら、それが一番。自信を持って勧められるよう取り組みたい」

サブの済生会西条訪問看護ステーション看護師、田頭三枝子さん（５２）は「地域の人が、人生の一部分を穏やかに過ごせるようサポートしたい」。西条中央病院入退院支援室看護師長、真木久美子さん（５８）は、職種の垣根を超えて協力し「その人らしい在宅支援」を目指す。同院看護主任で緩和ケア認定看護師の幾島織香さん（５１）も「難しい病状の人も不安なく帰れるよう支援したい」と、それぞれにイメージを描く。

役割が決まってからは４人で集まり、準備に余念がない。吉田美由紀・ベテル在宅療養支援センター所長らにも相談、アドバイスを求める。「１人で面談に行くのが不安なら、２人ずつで行ったら？」「院外に出られる日を、先に伝えておいた方がうまく回るよ」

「人のつながりは、一度枠組みができたら続いていく」と吉田さん。背中を一押しし、見守る。事例検討会は当初隔月だったが、今年から月１回に増やした。「熱」は、少しずつ高まっている。

＜１５＞最後の守り人　「思いを言葉に」お手伝い
2019 年 1 月 22 日（火）（愛媛新聞）

西条の事例検討会への道すがら、空に懸かった虹。患者と家族、医療・介護者をつなぐ懸け橋のよう。

「人生会議」を開きましょう。「そのとき」のことを語り合うために―。

国は昨年１１月末、終末期の治療方針を患者と家族、医療者らが繰り返し話し合って決める取り組み「アドバンス・ケア・プランニング（ＡＣＰ）」を広く知ってもらおうと、愛称を「人生会議」と決めた。

「終活」といえば、身辺の片付けや葬儀の準備が思い浮かぶ。だが折に触れ、生き方を振り返る「人生の棚卸し」を、身近な人とする時間も大切。「私」が大事にする価値観は何か。どこで最期を迎えたいか。自分の代わりに意思を示してくれる人は誰か…。

ただ、家族や近しい人に元気なうちから希望を伝えている人は少ない。だから「残された人生の時間に気づいたとき、どう生きたいのか、思いを言葉にする手伝いをするのが私たちの仕事です」。がんなどで余命を限られた人が、住み慣れた家で安心して暮らせる仕組みを作る「県在宅緩和ケア推進モデル事業」のコーディネーターはそう語る。

納得のいく人生の締めくくりや「いい在宅療養」は人それぞれに異なる。患者・家族にできるのは、思いを共有し、情報を知り、ちゃんと助けを求めること。

夫を家でみとった南予の遺族は、思い返す。「助けたいと思ってくれる在宅医療・介護者がたくさんいることを知って、本当に心強かった。孤独や恐怖が薄らぎ、前を向いて生きようとする力になりました」

国立がん研究センターが昨年末に発表した全国遺族調査では、医療全般の満足度は病院（６７％）より自宅（７９％）が高かった。病院のような緊張や治療負担が少ない在宅医療は、苦痛を和らげる緩和ケアそのものともいえる。「質」の向上と情報が伴えば、家を望む人は増えていくだろう。

だが県内のがん患者・家族の多くは、家で過ごせる選択肢があることも知らない。松山圏域は在宅医療の担い手も多く、２０１５年には松山市医師会が市在宅医療支援センターを開設。市民相談窓口もある。それでも県全体としてみれば、治療した病院で相談に乗ってくれる人や、モデル事業のコーディネーターら「橋渡し役」がもっと必要。病院と在宅の間の「溝」で患者・家族が途方に暮れ、迷わずに済むように。

モデル事業は、大洲、今治、八幡浜、宇和島、西条の５地域で動き始めた。一人一人が制度を知って、他の地域でも「自分の町にも欲しい」「痛みを何とかして」と声を上げることが、在宅緩和ケアの質を高め、広げていく原動力になる。

事業を担う吉田美由紀・ベテル在宅療養支援センター所長は「いつかは県民全員に恩恵が届いてほしい。それが夢ですね」と目を細めた。誰もがその人なりに精いっぱい生きて、命を全うできるように。「その日まで、支えたい。私たちは『最後の守り人』だから」＝おわり