

2014 年 1 月 28 日

公益財団法人 笹川記念保健協力財団
理事長 喜多 悦子 殿

所属機関・職名 東広島地区医師会
地域連携室 あざれあ室長

研修者氏名 杉本 由起子



2013年度日本財団ホスピスナースネットワーク会員に対する海外研修助成
研修報告書の提出について

標記について、下記のとおり報告いたします。

記

1. 研修課題

- ①緩和ケア構築のための地域課題発見への視点がない
- ②訪問看護師の緩和ケアスキルが統一されていない
- ③在宅医療チームや地域の住民にホスピスマインドの普及が出来ていない

2. 研修期間 2013年 11 月 27 日 ～ 2013年 12 月 5 日（ 9 日間）

3. 研修先

英国（ブリストル・バース・ロンドン）

「研修名：第14回英国緩和視察研修～包括的緩和ケアシステムを学ぶ～」

4. 研修報告書

別紙（正1部、副3部）

（注 研修報告書はA4判横書き）

別紙

- I 本研修の成果：学んだこと、今後役立つと思う点について
- II 今後の課題等
- III 本研修助成についての改善点及び当財団へ対するご意見ご要望など

研修報告書

はじめに

私が所属する、東広島地区医師会は昨年度、厚生労働省が行った「在宅医療連携拠点事業」に採択され、「地域連携室 あざれあ」を立ち上げました。その後「地域包括ケア」の構築に向け、在宅医療」面から取り組みを行ってきました。

この取り組みの中で、在宅での緩和ケアの促進のために①多職種協働のための取り組み②訪問看護師のスキルアップなどに対し具体的ななかかわりを行ってきました。今回、緩和ケア先進国である英国緩和ケア視察研修を通し、包括的緩和ケアシステムを学び、当地区の当会の活動に役立てる事を課題とし参加しました。

I. 本研修の成果：学んだことについてまとめていく。

自己の課題として、①緩和ケア構築のための地域課題発見への視点がない②訪問看護師の緩和ケアスキルが統一されていない③在宅医療チームや地域の住民にホスピスマインドの普及が出来ていない、事を挙げ、研修に参加した。以下は、研修場所ごとの学びについて報告をしていく。

1) ペニーブローン・キャンサーケア（ブリストル）視察での講義内容（概要）

1979年乳がんの診断を受けた、ペニーブローンはブリストルキャンサーセンターを翌年に開設をした。（現在のペニーブローン・キャンサーケアセンター）ペニーは乳がんになり、体のケアだけではなく内的なケアが必要だと感じた。心と体、スピリットなど全体を見て、「がんと共によりよく生きる事」に必要な事を考えることが大切だと考え、協力者を得てセンターを開設することが出来た。現在ここを利用した多くの人が、「がんであってもより良い人生を送っているという実感を持つ」ことが出来ている。現在のすべてのプログラムは、研究とケアの実践、ケアの教育という形で組織化されている。

○組織と運営—マイケル・コナース（CEO 代理）

イギリスでは現在180万人ががん患者であるが今後2030年には300万人と予測されており、HNS(英国保健省)が出した計画（NCS1 がん生存計画）では、がん患者が増えることにに対し患者へのサポートサービスと経済的サポートのバランスを取る事の必要性を考えた。そこで、センターが提言したことは「がんにかかっても、生きていこうとする時、なるべく健康で活発に出来る限り長く生きていくこと」を提言した。なるべく健康にとは、肉体的・精神的・社会的、財政面においても健康に過ごせ又情緒面においても健康に過ごせることを伝えた。

センターでは、補完療法を含めた統合医学を行うのではなく、セルフケアが出来るようになケアを行っている。イギリスでは疾患に対するもののみかた考え方がヘルス

ケアへと変化してきている。以前の医療体系では疾患のみを対象とし、そうすると、どんどん高度へとなり高額な費用が掛かってしまう。しかしより一般的な考えとしては、どのよにすれば予防できるのか？どのようにすれば癌になってもよりよく長く生きられるのか？という考え方ではないだろうか。センターではこれらのことから、自己管理、セルフケアできるためにコーチをしていくことがセンターの役割であると考えている。現在がんの原因と言われている①遺伝因子②ライフスタイル③不明の中で、②については、自分で管理できるはずである・

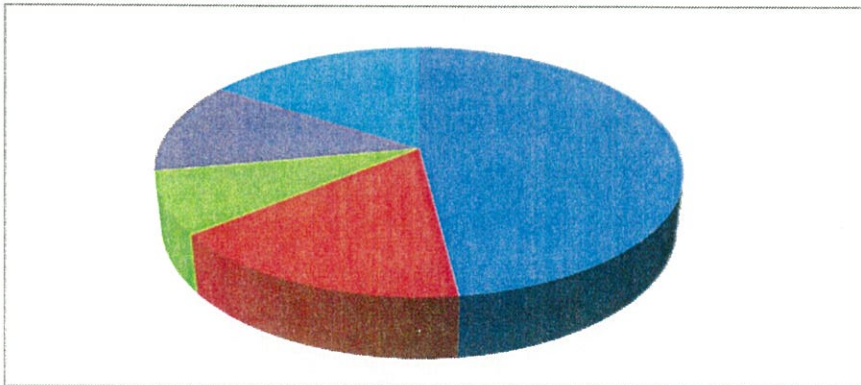
○統合医療ーキャサリン・ゾルマン Drー

全人的医学のことを指す。病気のみを見るのではなく①健康になるために②感情情緒が体にどのように影響を与えているかを共に考える相乗効果について考える。体の治療とストレス、食事の管理、運動や補完セラピーなどをバラバラに提供するのではなく、これらを受けやすいようにっ全体を合わせつという考え方のことである。健康にするために回復力を強めていくという考え方が必要で大切。心理神経免疫学については、イギリスでは研究者は知っているが臨床家ではまだまだ少ないのが現状である。例えば研究結果として、めいそうの効果として、がん遺伝子不活性化が高まることやワクチン投与後の抗体化が上がることがわかっている。また、ハーブの効果として、カルキンとブラックペッパーを合わせて使うとベーターアミロイドが増えていくことが判明している。

統合医学で適切なケアをしていくと、向上性・自己規制・自己修復していく力が出てくる。一方的に治療をするのではなく、「共に治療活動をしていく」ことが考えの基本である。

○栄養学（ブリストルアプローチ）ービィクトリア・キュービアックー

体は再生する上で大切な3つの原則がある。①ほどほどに②バラエティに富んだ③彩りよく（バランスよく）。この原則を基に、ここではアイディアを注入している。



※ワンプレートでのイメージ（1つのお皿にこのように盛り付ける）

青：野菜・フルーツ類

赤：肉、豆、卵、（鶏肉・ラム肉がよい）

緑：脂肪類

水色：炭水化物（たんぱく質を多く含む、米・麦・小麦・キビ・ライムギ）

食事では、味・見栄え・色合いも大切。

食事には、全ての感覚を使い楽しむことが出来る。ハーブには、抗バクテリア、抗菌作用があり又、消化を助ける働きもある。

○エクササイズの効果（フィジカルアクティビティ）ーケイト・マッケンジーNs

運動とは決めつけしないで体を動かすことなら何でもよい。

なぜ運動が必要なのか？：①運動が身体面、心理面へ影響することが多い②生活習慣病を予防する③がん治療時期の疲労感の軽減につながる④がん治療の筋行く低下予防につながる⑤社会的孤独を防ぐ（絶望感からも救われる）⑥関節可動域の維持⑦骨密度を高める⑧NK細胞が増える⑨運動により自己の力に気づき体への信頼を取り戻す→結果：自己コントロールが出来、自信につながる意識が持てる。⇒医療費の削減につながる。がん患者にとっては、治療からくるQOLの低下を防ぐことが、自己コントロール感が生まれる。再発や他の病気を防ぐことになる。

運動量としては、成人では2,5時間/週すると、健康面への利益が得られる。がん患者では、5回/週以上心拍数を高めるくらいの運動を、大きな筋肉を使いすることが有効。例として、30分くらい中程度（散歩・サイクリングなど）がよい、動くときに漠然と動くのではなく、「今自分は動いている。」などと自分の中に意識を保つことが大切。

○セルフヘルプテクニック（ブリストルアプローチ）ーダウン・レッドウッダー

基本は一瞬一瞬に注意を払うこと。ながらではダメ。自身の中にある深いもの（思い）に注意を払うこと。自身の中にあるニーズを感じ想像しめいそうすること。めいそうすることでより深い自分に気が付き、そこから大きな自分の力、回復力が発生する。自分自身の声を聴き、本当の自分に触れるイメージ形成をつかむこと。これが出来るとストレスからの害を軽減できる。また、絶望感を減らすことや自分自身のやすらぎを取り戻すことが出来、これが治療の副作用対応につながっていく。問題の解決にはならないが、自身の強さを取り戻せ、よりよく生きるためのツールになる。

例：自分自身の中にあるポーズボタンを押すことが出来ることが大切。無意識ではなく意識をして、自身でコントロールしている経験を持って、注意を払いながら行うことが重要。

○ドロシー・ハウス・ホスピス

終末期医療は病院だけでなく生活するコミュニティでのケアが必要と考え、ブルー・デュフォーにより1976年に設立した。ここが受け持つ範囲は、700平方マイル（1マイル1.6Km） 人口50万人を26人のCNS（専門看護師）が担当している。対象は、命にかかわる状況のすべての人で終末期の人は家族も対象となっており、とりまく人々も対象範囲としている。ここでの平均在院日数は平均7日間。

終末期の宣告は、患者・家族が直面する現実を克服するための支援が必要で、日常生活の終わりを示す意味するものではないという信念の基、患者・家族へのケアを行っている。1970年代のイギリスでは、終末期のケアは一定ではなく不十分な時代だった。現在のイギリスでは、エンドオブライフケアの概念を「自分が亡くなりたいところでなくなる」と広がっている。

ドロシーハウス（又は、アウトリーチセンター）の現在の活動、GP（家庭医）や訪問看護で対応が困難なケースに対し対応している。また、地域全体のトリアージ機能も持っている。優先度高い場合：24時間以内または48時間以内に訪問する
次に高い場合：2週間以内に訪問 ルーチンでは：4週間以内に訪問 仲にはサービスの中止についての判断をすることもある。ケースの多くの場合80%の方は看護師の訪問を希望している。

職種他立場が違っていても「同じ目的」で結ばれている＝ホスピスマインド

地域の訪問看護師への教育方法として有効なのは、実際の動向訪問やケースへの助言である。これらの方法は、終末期ケアの重要な役割を担っている。

HOSPICE@HOMEとは、家族負担軽減を目的としている。予後2週間になると24時間サービス提供がなされる。（無料で）日中のケアはソーシャルサポート(行政)サービスとして、福祉サービスが担い、夜間はドロシーハウス、ホスピスの看護師が担当する。GPと訪問看護師との連絡は、患者の電子化されたデータベースで行う。リストには650人登録されている。

ドロシーハウスには8人の医師がいる。コンサルタント医が3人、アシスタント医スペシャリスト医2人、研修医3人いる。入院は10床。レスパイト目的1週間程度で終末期利用では、平均12日間となっている。

質疑応答で印象的であったものとして、Ⅰ：死について話をするのに抵抗感はないか？（医師から医師へ）、ホスピスではないが、一般病院の中ではまだある。Ⅱ：本人家族に看取りの場所(最期を迎える場所)についてを聞くのはいつか？本人家族にその準備が出来た時、何度でも聞く。（アドバンスケアプランニング）Ⅲ：イギリスでの死亡診断は誰がするのか？死亡診断症は医師が記入する。しかし死亡の確認は看護師が行う。この看護師は一般の看護師でも可能、しかしトレーニングを受けることが必要。

（トレーニング内容：実際に医師の確認の元Ⅰ度、実践し医師が死亡診断が可能か看護師であると認めれがよい）

IV：死について話す事への抵抗感は医師の中にはないのか？ホスピスの中ではないが、一般に医師の中にはまだある。

○キングスカレッジホスピタル：アイリーン・ヒギンソン医師

STASの開発者。これを使うことにより、多職種のコミュニケーションが良くなった。

1945～1965年	死の概念の変化。死を否定する概念の変化があった。
1967年	セントクリストファーの設立。
1985年	医学とホスピスの考え方の融合
1987年	緩和医学の確立の始まり
1989年	英国医学会で緩和ケアが認められた
1990年	WHOで全ての人に緩和ケアが必要と認められた
現在	イギリスでは、220のホスピスがあり、327の地域ホスピスサポートチームがある。255のデイホスピスがあり、347人の緩和ケアマクミランナースがいる。

○ルイシャム大学病院

ルイシャム市の人口は27万人 19歳以下の人口は25% 65歳以上は6,6% ルイシャム市では63%が病院での看取りとなっている。これは、イギリスでの平均値より高い。よりよい、チームケアでアドバンスドケアプランニングが行われていると、一人暮らしでも希望する終末期を希望する場所で送ることが出来る。それには良いチームでの協働がないとできない。エンドオブライフケア(終末期ケア)ではゴールドスタンダードフレームワークを使用する。これは1カ月に1回、評価見直しをしている。GPを含めて見直しを行う。良好にこれが使われるようになると、90%の人がその人の望む場所で終末期を迎える事が出来るだろう。(リバプールパスウェイは批判を受けて現在使われていない。)

チームケアを行う上で大切なことは、同じビジョンを持って働くこと。

治療中の患者には生活のバランスをとれるようケアを行うことが大切である。また、医療者も含めて、その個人のがんに対する認識を持つ事が大切。今からの治療や処置がどのような意味を持つのか？そのこと自体が害になっつていないか？を考える。

死が近い事を伝えてもそれで痛みを増やす事は無い。あいまいな言葉は使わない、十分に話を聞くこと・感受性を持つこと・高いコミュニケーションスキルを使うことが必要。良いチーム連携のためには、意識を高く上げること、そのためには①良いロールモデルの存在が大切。緩和ケアは死ぬまでQOLを上げること、死の瞬間まで生きること。

病院のチームとコミュニティチームの連携でうまくいく為には

- ①リーダーシップをとる人物の存在
- ②同じゴールを持つこと
- ③お互いを支えあうこと
- ④熱意・信念があること
- ⑤お互いにやりたい事でより良い結果をもたらすこと
- ⑥お互いにエンパワーメントしあうこと
- ⑦良い教育があること
- ⑧良いリン証券件を持つ臨床家の話を聞くこと
- ⑨チームで話し合えること
- ⑩チームで何が問題か検討し適切な解決策を導き出せること

○聖クリストファー・ホスピス

シシリーソンドースのあゆみ

1944年 看護師

1947年 MSW

1948年 デイビット青年との出逢いと別れ

「死にゆく人へのケアを専門的に行う理想の場所(家)を作りたい。ぼくはその家の窓になる。」

1957年 医師

1967年 聖クリストファーホスピス開設

2005年 聖クリストファーホスピスにて生涯を終える

理念：教育・研究とが土台にある。

プロとして大事な事は①亡くなるまで潜在能力を最大限に活かすこと

②精神的能力を活かすこと③自立性・自律性を最大限に活かすこと④あなたは、あなたであることに意味があり、重要である事を伝えること

シシリーソンドースの言葉：「そのままにしているはダメ。常に成長を続けなさい。ホスピスとは、建物ではない。哲学である」

病院について

ベット数48床（多床部屋あり） 年間受け入れ900人 うち25%は在宅へ常に850人の患者を見ている。そのうち80%ががん、20%が心、腎不全・難病・COPD スタッフは280人 うち臨床は230人 ボランティア1000人 年間費用の1/3はNHSから、1/3は遺族からの寄付、1/3は一般の寄付やチャリティによるもの。

スピリチュアルケアについてーアンドルー・グッドヘッド牧師

宗教的ケアとスピリチュアルケアを区別すること。宗教的ケアは誰にでもできるものではない。しかし、スピリチュアルケアは誰にでもできる。

スピリチュアルケアとは：相手と共に旅をすること、そばにいて、人生での大切な事を今の時点で見極めること。過去を変える事は出来ないが、限られているかもしれないがこれからの将来は変えることが出来る。そしてこれから解決もできる。大事な事は、我々がそこにいて、ケアをしたいという意味があること。いつでもどこでもできる。患者自身がこの人ならと選ぶ。スピリチュアルケアは我々がそれを受け入れるか・否定するかにより現れる。自分の持つ職業や仕事ではなく人として・人間として自分自身に語りかけ、その自分に従うこと。相手が求めることに従うこと。

※参考資料「英国マックミランがんサポート財団在宅緩和ケアチーム2010年講演会」より抜粋：GP 1人 1800～2000人/年受け持つ。がんの新規患者は8—9人/年であり、自宅での看取りは5-6人/年である

ゴールドスタンダードフレームワーク（GSF）イギリスの人口の90%以上に使われている。調整機能（コミュニケーション）・症状コントロール、ケアの継続性、継続的教育、ケアをする人々へのサポート、看取りケアに有効

事前計画書について：終末期ケア・看取りケアをすすめていくための計画。患者主導で意思決定するためのツールとして活用している。書面に結果を記入し共有している。これは、患者の希望に同意をする。関係者全てとのコミュニケーションが取れる

1995年のカルマン・ハイン・レポートにより、イギリスの緩和ケアが大きく進展した。生存権も含めてがんの治療成績を改善する必要からのレポートが発表された。内容①ニーズに基づき医療・保健・福祉すべてに共通すること②専門家をトレーニングすること③がんの多職種チームを構成することなどがある。）

課題に対する学びと今後役立つこと・今後取り組むこと

① 和ケア構築のための地域課題発見への視点がない

現在、日本で今後の在宅医療の構築に向け動いている、「地域包括ケアシステム」とは「緩和ケア（ホスピスマインド）」ではないかと感じた。「その人らしくを支える。自分自身らしく。あなたはあなたのまま大切なのです」というシシリーソンドース氏が伝えている事は地域包括ケアの土台であると思った。この視点を持つ事で地域の課外発見や解決につながっていくと感じている。一人ひとりの事例を地域の多職種と話し合う事で関わる皆が緩和ケア＝ホスピスマインド・地域包括ケアマインドが浸透し

ていくのではないだろうか？その為に地域連携室のスタッフとして「本人が望むこと・その人らしい生活」のための退院支援・調整を行っていく。

② 訪問看護師の緩和ケアスキルが統一されていない

ルイシャム大学病院のチームが述べているように、まずは良きロールモデルを見ることが⇒研修の機会を多く持つことを提案していく。訪問看護師の現場での課題やスキルの問題を共通の課題としてとらえ、地域で多くの訪問看護師を対象とした研修会の企画を立てる。一人ひとりの課題に終わらせない事が大切。そのためには常に他の法人訪問看護ステーションとの交流や情報共有を行うことをする。

③ 在宅医療チームや地域の住民にホスピスマインドの普及が出来ていない

国民性の違いや宗教観の違いはあるのかもしれないが、だから出来ない浸透しないとかきらめるのではなく、「自分らしく生きるために」をキーワードにこれからも、市民への在宅医療や緩和ケアの啓発活動を続けていきたいと強く感じた。

イギリスでの緩和ケアの歴史を見ると長い長い歴史の元、現在があることがよくわかった。また、現在であっても急性期病院では十分に緩和ケアが浸透していないという事実もあるように思えた。イギリスでも、ペニーブローンの患者からの進展やドロシーハウスのような市民からの活動また、シシリーソングダース氏のような当事者サイドからの活動などが大きく関与しているように、今日本でも、ホスピスホームなどが展開しているように国や制度などに頼らない形で発展や進化していけるかもしれないと思った。

目の前の一人に、一つの事例に「向き合い」「課題を事例課題ではなく地域課題」として捉え、点から線へ面展開へ繋ぐ懸け橋として、地域連携室の活動をしていくことが役割だと実感した。今後「地域包括ケアシステムの構築」というアクションプランに乗せて活動をしていく。

おわりに

今回笹川記念財団の助成によりこのように学び多い研修に参加させていただく事が出来ました。心より感謝いたします。