



エンドオブライフ・ケア協会設立にあたって

エンドオブライフ・ケア協会を2015年4月に有志で設立することができました。そして、生まれて初めて、厚生労働省の記者クラブにてプレゼンする機会がありました。今までは、めぐみ在宅クリニックとして、活動を行ってきましたが、これからの10年を考えたとき、もっと大きな組織で、人材育成の器が必要になると考えたからです。既存する似た団体があるのではと指摘されたことがあります。例えば、緩和医療学会、日本ホスピス緩和ケア協会、死の臨床研究会などは、歴史と活動の実績があります。そして、すでにいろいろな形で人材育成事業を行ってきました。私も会員として、あるいは理事や世話人として、既存の団体の中で意見をしたり、実際に活動することもしてきました。しかし、既存のインフラを利用した人材育成活動には、いろいろな制限もありました。このテーマを必要としているのは、病院の中で働く医療従事者だけではありません。あるいは地域で活動する医療従事者だけでもありません。自宅や介護施設で直接関わる介護従事者も含めて、人生の最終段階を迎えた人とその家族に関わる全ての職種が必要とするテーマです。がん対策基本法に準じて展開されるPEACEプロジェクトでは、がん以外の教育を含むことは、法律そのものを見直さないといけないことでしょう。ELNEC-Jも素晴らしいプログラムかと思いますが、対象は看護職が中心となります。そして、PEACEもELNEC-Jもスピリチュアルケアについての学びは、あまり含まれていません。

総論ではなく具体的な各論を学べる研修が提供できないかが課題でした。チーム医療とはいえ、実際に関わる場面では、1対1の対応が必要です。“何でこんな身体になってしまったのだろう？”、“迷惑をかけるならば、早く逝きたい”という言葉の前に、向き合い、誠実な援助を提供できる可能性を学ぶ研修を紹介したいとの思いがありました。そして、2014年から人生の最終段階に対応できる人材育成プロジェクト（JSP）を開始し、合計3回、約100人の研修修了生を輩出してきました。主なコンテンツは、人生の最終段階に共通する自然経過、在宅・介護施設で求められる症状緩和、意思決定支援、そしてスピリチュアルケアです。

3回行ってきた内容を理事の先生方にみて頂きました。そして、暗黙知と言われていた内容を、言葉にする作業を行いました。ですから、エンドオブライフ・ケア協会として提供するプログラムはさらにブラッシュアップされたものになります。対象は医療・介護従事者で2日間を予定しています。そして、思い切って症状緩和と意思決定支援は最小限にして、スピリチュアルケアについての内容をふくらませることにいたしました。症状緩和も、意思決定支援も大切です。しかし、一番の課題となるのは、意思決定支援をしたあとです（意思決定支援は、1回だけではなく、何度も行うことではありますが…）。もう積極的な治療は行わない、救急搬送は行わないと決めたあと、では、日に日に弱っていく中で、どのような関わりを行うと良い援助者になれるのか？こそ、学びたいテーマです。

7月末に東京開催を皮切りに、全国の主要都市で開催を予定します。詳細は、エンドオブライフ・ケア協会のホームページを参照ください。来年3月末までにのべ9回、2日間の養成講座を開催予定としています。

“日本のどこかで、私を待っている人がいる…”は、山口百恵の代表曲である“いい日旅立ち”の一節です。日本のどこかで、このテーマを学びたい人が待っている…との思いで、これから活動を進めていきたいと思えます。

小澤竹俊

日本緩和医療学会で発表します

2015年6月19日20日に横浜で開催される日本緩和医療学会に、めぐみ在宅クリニックよりポスター3題と招待講演1題の発表があります。そのうち“在宅療養支援診療所が救急搬送を依頼する頻度”と“人生の最終段階に対応できる人材養成講座の実施と今後の課題”は、優秀演題にノミネートされました。ほかに、太田先生より、“在宅医療における地域栄養サポートチームの関わり”と題してポスター発表があります。

“在宅療養支援診療所が救急搬送を依頼する頻度”の発表では、2013年から2014年の間に訪問診療を行っていた766件を電子カルテで後ろ向き研究を行い、そのうち57件が救急車による搬送がありました。癌患者は17件、非癌患者は40件でした。癌患者の内、検査・処置を必要とする人は9件、全身の衰弱は7件、不明1件でした。検査・処置を必要とした9件のうち6件は、再び訪問診療が再会となりましたが、全身の衰弱で救急搬送した7件は、そのまま入院となり、病院で永眠されました。非癌の患者さん40件は、その多くは、検査・処置を必要とするものでした。どれほど、緩和ケアに習熟した医師が、きめ細かな予測指示をたて、24時間365日対応の診療体制を整え、訪問看護、介護事業所と連携を行い、また看取りに対応できる介護施設と連携して家族の介護負担が困難な時、レスパイトを行うことができたとしても、救急搬送を必要とすることがわかりました。在宅で行える検査や処置をさらに向上することで、救急搬送の頻度をさらに少なくする可能性が示唆されました。

“人生の最終段階に対応できる人材養成講座の実施と今後の課題”では、第3期JSP養成講座の前後で施行した意識調査の結果、看取り経験の多い集団にもかかわらず、症状緩和、意思決定支援、さらにはスピリチュアルケアの項目においても、有意に改善する結果となりました。救急搬送とあわせて優秀演題にノミネートされた発表です。優秀演題の発表は6月20日の朝にあります。

診療実績

	2006-2014年	2015年 1月-2月	2015年 3月	2015年 4月	2015年 5月	2015年 計	総計
訪問回数	32,656	1,225	611	720	712	3,268	35,924
自宅永眠	1,286	42	10	21	22	95	1,381
施設永眠	129	5	0	4	4	13	142
在宅(自宅+施設)	1,415	47	10	25	26	108	1,523
病院永眠	330	10	5	6	4	25	355