

2012年をふりかえって

めぐみ在宅クリニックは2006年10月開業以来無事に7年目を迎えることができました。この間、自宅と施設での看取りを合計した人数は、まもなく1000人を迎えます。ひとえに関わって頂く各事業所のおかげと感謝申し上げます。また在宅緩和ケアのニーズが高まる中、全国での講演も継続することができました。今まで講演として伺っていなかった京都・長崎・沖縄にも、縁あってお伺いすることができ、2000年から始めていた講演活動も47都道府県すべて回るすることができました。さらには、実践スピリチュアルケアを著して以来、懸案であった次の書籍も、無事に7月日本医事新報社より「小澤竹俊の緩和ケア読本」として出版することができました。こちらもおかげさまで、2ヶ月で重版することができました。

クリニック内でもいくつかの変化がありました。一番の変化と言えば、昨年10月から常勤医としてお手伝い頂いた児玉先生ご夫妻が、開業のため筑波に戻られたことです。誠実な人柄と緩和ケアを専門にされる医師が一人欠けることは大変なことです。それでも、今井先生はじめ、非常勤の先生方の努力により170人近い在宅患者さんの診療を継続することができております。また、新しいテナントに移動して2年が経ち、当直体制が徐々に整いつつあります。今までは、ほとんど小澤院長が夜間・休日対応を一人で行っておいりました。2年前より今井先生に月曜日を担当していただき、この9月から10月にかけて、当直を専門に担当する非常勤の医師にクリニックで当番をして頂くようになりました。複数の医師が訪問診療にあたる上で情報を共有する課題がありますが、24時間・365日をクリニックだけではなく、他の開業医の医師をサポートするためにも、しっかりと整備していきたいと考えております。

今年から始めた活動があります。まずは、非常勤でサポートして頂いている加治さんの指導のもと、遺族向けのわかちあいの会を4月より開始することができました。細々ではありますが、継続していく予定です。宮城県大崎市穂波の郷の三浦先生、大石さんの影響をうけて、メイク・ア・ウィッシュ・プロジェクトを12月より開始しました。国立長寿医療センターで活躍されていた中島先生に1ヶ月研修にお越し頂き、アドバンスド・ケア・プランニングについて学ぶ機会がありました。今後のエンド・オブ・ライフ・ケアにとって大切な一面です。今は墨田区のパリアンで研修をうけ、やがて愛知に戻り、在宅緩和ケアを実践されることでしょうか。陰ながら応援しております。地域緩和ケア研究会も、細々ではありますが、継続することができております。数ある緩和ケアの勉強会の中で、スピリチュアルケアを系統的に学べる数少ない場として、これからも継続をしていきたいと思っております。

とはいえ、まだまだ発展途上です。来年には長崎ドクターズネットの白髭先生との協同で、いのちの授業について、長崎の主要なメンバーにいのちの授業の伝達講習を予定します。来年もさらに上を目指し、在宅緩和ケアを学べる場として活動を続けたいと願っております。 小澤竹俊

メイク・ア・ウィッシュ・プロジェクト

めぐみ在宅クリニックでこの12月より始めたプロジェクトがあります。“メイクアウィッシュプロジェクト”と呼んでおり、患者さん・家族の夢を叶えようというものです。ももとは闘病中の小児の夢を叶えようというNPOの活動を、まずはクリニック内で行うという趣旨です。

担がん患者さんは、近くのスポーツジムに行く以外には、遠出することができませんでした。外来受診時に伺うと、収穫の季節なので果物でも採りに行きたいとの希望でした。そこで、近くの果実園にスタッフと一緒に出かけることができました。次は永年通っていた魚市場に行きたいとの夢があります。

神経難病で、いつも家の中の生活を強いられている患者さんの希望は、買い物に行きたいという夢でした。しかし2階から駐車場までの移動が困難なこともあり、ご主人さま一人では夢は叶いませんでした。そこでMSWとNsの2名立ち会いのもと、クリスマスのデコレーションできれいなショッピングモールにでかけることができました。ふだん自宅で見せる表情とは異なるご夫婦の写真に、ほっとした瞬間でもありました。

これからも、地域でかかわる他事業所と連携しながら、メイク・ア・ウィッシュ・プロジェクトを進めていきたいと考えております。

朝日新聞に掲載されました



12月7日の朝日新聞朝刊の第2社会面にめぐみ在宅クリニックの活動が掲載されました。在宅緩和ケアの特集というよりも、選挙がらみの記事ではありましたが、第2社会面に写真入りで7段ほどのスペースを割って頂きました。嬉しかったことは、取材のご協力頂いた患者さんが、人生の最期に、自分の思うことを取材された記者に思う存分話することができたことです。苦勞して生きてきた人生が報われた思いを感じ、記事を楽しみにされておりました。

診療実績

	1~6月	7月	8月	9月	10月	11月	2012年計
訪問回数(回)	2702	470	452	429	407	412	4872
自宅永眠(名)	87	16	19	12	9	12	155
施設永眠(名)	6	2	1	2	4	3	18
在宅(自宅+施設)	93	18	20	14	13	15	173
病院永眠(名)	30	4	5	6	4	8	57



第36回日本死の臨床研究会年次大会 in 京都

11月3日4日に京都で日本死の臨床研究会年次大会が開催されました。文字数が多いですが簡単に報告します。

1. 日本死の臨床研究会世話人会

山口日赤病院の末長代表世話人の挨拶にはじまり、この1年間の報告がありました。報告の中で、もっとも気になったことは、関連団体（8から9ほどの団体 緩和医療学会、死の臨床研究会、緩和医療薬学会、サイコオンコロジー学会、死生学会、がん看護学会、日本ホスピス在宅ケア研究会、患者会）の集まりで、がん対策基本法をうけて、早期からの緩和に向けたオレンジバールンプロジェクトの報告がありました。気になったことは、今まで国民に早期からの緩和ケアの啓発活動をしてきたが、早期の緩和といっても痛みのないがん患者には必要性が少ないとの意見などから、対象を医療者に絞って活動を行うような発表がありました。これに対して、フロアから、緩和＝痛み止めとして良いのか、緩和の本質は、解決が困難な苦しみを抱えた人が、苦しみを背負いながらも生きていくことを支援する援助であり、この死の臨床研究会は、真の援助の道を探るという視点で、しっかり活動できるように意見を伝えました。これに対して、藤田衛生大学の東口先生より、痛み止めだけでは解決できない問題があり、緩和＝痛み止めだけではないことへの支持を頂きました。また、柏木先生からも、懇親会の場で、もっとあちこちで声を大にして発言して良いとエールを送って頂きました。来年は、島根県松江市、再来年は大分県別府市で開催予定であることが報告されました。

11月3日（大会1日目）

1. 母のつくったファンタジーの中で、ともに生きていこうとしている弟の課題（事例検討3）

聖路加病院小児科病棟からの事例提示でした。小学生のお姉さんが小脳髄芽腫で3年にわたる闘病の末、病院で最期を迎えたあと、お母さんの躁的防衛反応として、日常生活においてあたかも亡くなったお姉さんが、あたかも生きているように声をかけたり、患児の弟にお姉さんのまねをさせたりする内容が報告されました。母親のソーシャルサポートが脆弱であることや、グリーフケアの必要性を各員する一方で、気丈にお母さんを支えている弟さんのケアが危惧される所でした。特に、弟さんが小学校で描かれた絵が紹介され、空には色鮮やかな虹や太陽が描かれている一方で、地面には黒色単色で、人が描かれており、そのうちの一人は、黒く顔が塗りつぶされているものでした。気丈に見えながら、弟さんの苦しみの大きさを物語るもので、みているだけで、胸が苦しくなるような思いでした。弟さんへの個別のケアの必要性が指摘され、特に学校との連携が大切との指摘を行いました。

2. 30歳代のがん患者のトータルペインと在宅看取りにおける課題（事例検討6）

30歳代の終末期がん患者さんの事例検討でした。母親としての役割の喪失、生きていたいのに病状が進む、経済的に厳しい、介護保険が使えない、という苦しみの中で、支えとなった一つ一つを、クリニックの看護師がいていないにしろい、地域緩和ケアチームに指示を与えて展開していくという内容でした。困難な事例でしたが、新国内科医院の宇野さんの活動は、とても素晴らしい内容で、穂波の郷の活動に似ているように思いました。めぐみ在宅クリニックでも、その可能性を探ってみたいと思いました。

めぐみ在宅援助モデルについて、概説したところ、宇野さんは、とても頭がすっきりしたとコメントして頂きました。めぐみ在宅援助モデルの資料をお渡ししました。

3. 企画委員会

企画委員会の委員長として会議を運営しました。学生の集いを来年は8月に名古屋で開催することを決め、講演に長寿医療センター看護師横江さんに依頼、会場は佐藤健先生に名古屋市内で探すことを依頼しました。

4. 総会

総会で、企画委員の活動報告を行いました。また、小澤院長が、この11月より向こう2年間にわたり常任世話人に推薦され、総会で承諾されました。

5. 真の援助者について語り合う会（企画委員会主催）

死の臨床研究会の目的に、死の臨床において患者や家族に対する真の援助の道を全人的な立場で研究することが謳われています。そこで、真の援助とはどんなこと？という問いに対してKJ法を用いて、ワークショップを行いました。ここで大切にしたいことは、どれほど経験を積んでいっても、死の臨床において100点ということではなく、常に上を目指して研鑽していく必要があること。その意識の中に、真の援助について考えていくことが大切であり、繰り返し、繰り返し考えて行きたいことを、このセッションのまとめとしました。

11月4日（大会2日目）

1. 悪液質

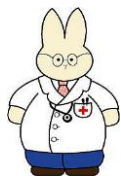
悪液質に対してのシンポジウムでした。特に悪液質状態では、炎症性サイトカインが、食欲中枢に働いて抑えることがわかっており、それに対して、六君子湯の効果が報告がありました。悪液質の病態は、いまだによくわかっていないことが多く、ただ栄養を補えば良いというものではないことが、明らかになってきていることや、今までNSTとして栄養チームを普及してきた東口先生が、最近では、ある時点からは、投与エネルギーを控えるべきであると明言されていたことが印象的でした。

2. ポスターセッションの感想

スピリチュアルケアのセッションでは、“寄り添う”という言葉をよく使う…という印象がありました。しかし、具体的にどのように関わると寄り添うことになるのかについての言及がなく、援助的コミュニケーションについて、もう少し具体的に表現できる力が欲しいと思いました。（発表を聴いても、なぜ、この人が死にたいと言っていたのに、その後立ち直っていったのが、よくわからないように見える、他部署（一般病棟）や、他職種（介護系）の人が、これならば私もできると思えるような形で、援助を言語化していく必要性を感じました。大会長の堀先生、若村先生、お疲れ様でした。

診療実績

	1~5月	6月	7月	8月	9月	10月	2012年計
訪問回数(回)	2281	421	470	452	429	407	4051
自宅永眠(名)	77	10	16	19	12	9	134
施設永眠(名)	5	1	2	1	2	4	11
在宅(自宅+施設)	82	11	18	20	14	13	158
病院永眠(名)	29	1	4	5	6	4	49



在宅ホスピスで求められる症状緩和

自宅や介護施設で最期を迎えるために、どんな私たちであれば良いのか？と問われたならば、逃げないで誠実に関わることでできることと答えるでしょう。しかし、どれほど誠実に向き合おうとしても、痛みや苦痛で、のたうち回っていれば、とても、関わり続けることは困難です。誰も答えることのできない理不尽な苦しみを前に、言葉を失うことはありますが、せめて身体の痛みや苦痛をやわらげることは、提供したいと願っています。

緩和ケアを学んで 19 年目を迎えます。永年の経験から、たとえ癌という病気で最期を迎えたとしても、いくつかの配慮があれば、七転八倒の中で最期を迎えることは少ないと考えています。しかし、そのためには、それなりの配慮が必要です。

毎月第3火曜日の夜に開催している地域緩和ケア研究会は 2012 年 10 月で 63 回目を迎えます。今回は、在宅ホスピスで求められる症状緩和をテーマに、講義をすることとなりました。自宅や介護施設で症状緩和を担当するのは本人・家族・介護従事者です。そばに 24 時間、医師や看護師がいなくても痛みや苦痛が和らぐためには、こだわって予測指示をたてております。

もちろん、痛みや苦痛がないように定時の処方に配慮をしていきます。しかし、どれほど定期的に良い薬を用いたとしても、突発的な痛みや、病状の変化などから痛みや苦痛が生じることは避けられません。それでも、手持ちに必要な痛み止めや苦痛を緩和する薬があれば、救急車で病院に搬送する必要性はほとんどありません。当日の配布資料は PDF にてホームページでアップロードいたします。また、年に 1-2 回、症状緩和に関する講義を提供する予定です。ここでは、細かい薬理作用を学ぶということよりも、現場で実践的な薬の使い方を中心に紹介いたします。人は最期には、薬が飲めなくなります。内服だけでは、対応できなくなる在宅で、どのように配慮すれば良いのかを、家族や介護従事者が実践できる内容を紹介したいと思います。

院長 小澤竹俊

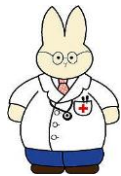
第7回追想の集いが開催されました

10月13日土曜日午後、めぐみ在宅クリニックにて、第7回追想の集いが開催されました。この企画は、小澤院長が前任の横浜甞生病院ホスピス病棟時代から続けてきたものです。今回は 2011 年 7 月から 12 月までにお別れしたご家族に声をかけさせて頂きました。そして、一緒に関わって頂いた訪問看護ステーション、訪問服薬の薬局、ケアマネジャー、そして看取りに携わって頂いた特養の皆さんにもお越し頂きました。振り返りながら、大切な人とのつながりを再認識していくことは、グリーフケアにおいて、とても大切なことです。追想の集いは、家族にとっては 1 回だけですが、その後を受けて、安心して分かち合える機会として、めぐみ在宅クリニックでは 2012 年 4 月より“わかちあいの会”を開催するようになりました。悲しみは簡単に癒えるものではありませんが、少しでもその力になればと願います。



診療実績

	1~5月	6月	7月	8月	9月	2012年計
訪問回数(回)	2281	421	470	452	429	4051
自宅永眠(名)	77	10	16	19	12	134
施設永眠(名)	5	1	2	1	2	11
在宅(自宅+施設)	82	11	18	20	14	145
病院永眠(名)	28	1	3	4	6	42



めぐみ在宅クリニック開設7年目の夢

2006年10月にめぐみ在宅クリニックを開設して7年目を迎えようとしています。3人で始めたスタッフも総勢30名弱となりました。コンビニエンスストアの跡地を借りて始めた店舗も、車の展示場の跡地へ移動しました。がん対策基本法が施行され、各地でPACEプロジェクトが展開されています。緩和ケア＝がんという概念も、すべての疾患の終末期を含む概念として、ホスピス病棟から自宅・介護施設と地域での看取りに展開しつつあります。開業以来、在宅での看取りはまもなく1000人を越えます。ここまで歩んできた道は、決して平坦ではありませんでしたが、ひとえに支えて下さるスタッフ、地域の事業所や病院をはじめ多くの皆様、たぐいまれなる体力を与えて頂いた両親、何よりこんな私に医師の道を与えて頂いた主に感謝です。

とはいえ、まだまだ私に与えて頂いたミッションは、2・3割しか達成しておりません。これからも夢を追いかけていきたいと思えます。今まで月水の夜しか当直をおかずにやってきましたが、この9月に木・金・土の夜勤を担当する非常勤医師をそれぞれ採用しました。しばらくは一緒に訪問をしながらめぐみ在宅のやり方を伝えていく予定です。8月には瀬谷区医師会として、在宅医療を担う開業医が集まり、今後の医師会として、どのように裾野を広げていくかについて話し合いを行いました。徐々ではありますが、医師会としての動きにも関わることができるようになりました。横浜甞生病院との連携強化を進めていく話も出ています。今まで学んできた緩和ケアのエッセンスを新刊“小澤竹俊の緩和ケア読本”（日本医事新報社）としてこの7月に出版することができました。地域包括として、看取りに携わるそれぞれの事業所が、ただ看取りを行うだけではなく、看取りを通して学んだことを、地域の学校に伝えていく“いのちの授業”の企画も、長崎で実現できそうです。来年2013年には長崎に伝達講習を行う予定です。将来的には、地元横浜で、展開したい思いを強く持っています。多死時代に向けて、めぐみ在宅クリニックとしてできることを進めていきたいと思えます。 院長 小澤竹俊

総務課に田中さんが着任

9月1日より総務課に田中さんが新しく配属されました。永年、介護畑で事務職の要職に就かれておりました。この度、めぐみ在宅クリニックの総務としてご尽力頂くことになりました。在宅療養支援診療所として様々な役割を担うクリニックとして、活躍して頂く予定です。よろしくお願ひいたします。



第2回神奈川県在宅療養支援診療所交流会

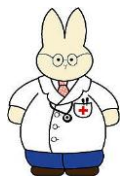
来る9月22日土曜日に、神奈川県内で看取りを積極的に行っている在宅療養支援診療所の交流会が、めぐみ在宅クリニックで開催されます。昨年に続き2回目となります。在宅緩和を実践している神奈川県内のクリニックの相互交流を目的としています。特に会則もなく、きわめてゆるい集まりですが、これからの地域包括の核となるクリニックとして、課題を共有していく予定です。

中島一光先生研修

9月1日より1ヶ月のあいだ、元国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部長 中島一光先生が研修として、めぐみ在宅クリニックにお越し頂いております。中島先生は、在宅での活動を視野に入れ、前職を退かれ、これから1年間にわたって在宅緩和ケアを学ばれております。9月18日には、第62回地域緩和ケア研究会で、長寿社会と延命治療というテーマで講演をして頂きます。

診療実績

	1~5月	6月	7月	8月	2012年計
訪問回数(回)	2281	421	470	450	3622
自宅永眠(名)	77	10	16	19	122
施設永眠(名)	5	1	2	1	9
在宅(自宅+施設)	82	11	18	20	131
病院永眠(名)	28	1	3	4	36



医療計画の見直しとホスピス緩和協会の今後

平成24年7月14日15日に霞ヶ関にあるイイノホールで開催されたホスピス・緩和ケア協会の総会に参加してきました。気になったことを報告いたします。

医療計画の見直しと協会の今後の活動方針

2012年3月に厚労省より出された医療計画の基本方針に基づいて各都道府県は医療計画を整備しています。特に超高齢化社会を迎えるにあたり、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に加えて新たに精神疾患を加えて5疾病について対応した医療提供体制の構築が求められています。さらに、地域医療の確保において救急医療、災害医療、へきち医療、周産期医療、小児医療の5事業に加えて、新たに在宅医療についても、これらに対応した医療提供体制の構築をつくり、住民や患者が安心して医療を受けられることが求められています。これを受けて、ホスピス緩和ケア協会として何ができるのかの発表がありました。地域のネットワークを構築するために、緩和ケア病棟が緩和ケアの専門外来を持つことの必要性や、緩和ケア研修の企画などが挙げられていました。

この発表を聞きながら、ホスピス緩和ケア協会の強みである“エンド・オブ・ライフ・ケア”（看取りのケア）をもっとアピールする必要性を感じました。というのも、今の緩和ケア教育は、がん診療連携拠点病院が主催するPEACEプロジェクトが主体です。しかし、このプロジェクトは、早期からの緩和ケアとしておもに痛みの緩和と悪い知らせを伝えること、そしてがん対策基本法を母体とするため、がん以外のケアには必ずしも十分ではありません。なにより、がん診療連携拠点病院では、看取りを専門に携わる医療従事者は多くはありません。10年後にはやってくる多死時代にむけて、地域で看取りを担当する人材を育成していくことは、ホスピス緩和ケア協会としても大切な課題になるはずです。

在宅での看取りを担当する事業所と言えば、在宅療養支援診療所と連携する訪問看護・薬局・介護の人たちです。神奈川では、この4月に強化型の在宅療養支援診療所が単体で12、連携する形で150以上登録されました。実際の在宅看取りがどの程度実践できているかは大きな課題ですが、この在宅療養支援診療所に向けて看取りを専門に活動を続けてきたホスピス緩和ケア協会が連携を強めていくことは、これからの時代に求められることになると思います。めぐみ在宅クリニックとして近隣の在宅療養支援診療所との連携を強化していきたいと思います。 院長 小澤竹俊

ホスピス緩和ケア協会総会に参加しました

コラムでも紹介しましたが、日本ホスピス緩和ケア協会総会にめぐみ在宅クリニックとして参加してきました。分科会では、医師・看護師・MSWのそれぞれの会に参加し、意見交換してきました。懇親会では、日本のホスピスの歴史を創ってきた柏木先生にもご挨拶することができました。全国のホスピス緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、在宅で緩和を行っている多職種との連携を深めていく予定です。

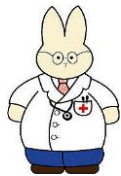


お盆の週は外来の休みはありません

8月のお盆の週は、普段通り外来診療・訪問診療を行います。なお8月2日木曜日は、札幌市教育委員会の講演のため外来を休診とさせていただきます。ご了承下さい。

診療実績

	1月	2月	3月	4月	2012年計
訪問回数(回)	440	449	485	443	1817
自宅永眠(名)	15	15	19	16	65
施設永眠(名)	2	0	2	0	4
在宅(自宅+施設)	17	15	21	16	69
病院永眠(名)	7	5	8	5	25



新刊 小澤竹俊の緩和ケア読本の紹介

おおよそ3年がかりで新刊を出すことになりました。タイトルは“小澤竹俊の緩和ケア読本”です。日本医事新報社から7月予定です。ここで、新刊の序に書いた内容を紹介します。

小澤竹俊の緩和ケア談話 序

もしあなたが、まもなくお迎えが近いと思われる人の担当になったら、どのように関わらるでしょうか？どれほど心を込めて関わっていても、日に日に弱くなっていきます。安易な励ましは通じません。元気になっていく人と関わるのではなく、食事が減り、歩けなくなり、やがてお迎えが来る人の前で、私たちは、何ができるのでしょうか？この難問の解決策をなるべくシンプルに言葉にしてみたいと思います。永年、緩和ケアを実践し、学んできた経験をもとに、めぐみ在宅援助モデルを考案しました。

めぐみ在宅援助モデル：1. 相手の苦しみをキャッチする、2. 相手の支えをキャッチする、3. どんな私たちがあれば、相手の支えを強めることができるのかを知り、実践する、4. 支えようとする私たちの支えを知る。

あなたが関わっている人の中で、苦しんでいる人を思い出してみてください。その人の苦しみをやわらげる援助を当てはめてみましょう。

相手の苦しみをキャッチする：まずはいねいに、相手の苦しみをキャッチしたいと思います。どんな痛みがあるかを知ることが大切です。痛みであれば、痛み止めなどの工夫で和らぐことでしょう。しかし、どれほど医学が発達しても全ての痛みを取り除くことなどできません。病気の進行と共にやがてお迎えが来てしまいます。ではどうしたらよいのでしょうか。苦しみが残りながらも人は穏やかに生きていくことができるのでしょうか？答えはイエスです。人は“支え”が与えられたとき、“痛み”の中でも穏やかさを保ちながら生きることができます。ですから、相手の支えをキャッチすることを次の課題とします。

相手の支えをキャッチする：相手の支えにはどのようなものがあるでしょう。健康なとき、苦しまないときには気づかなかった自らの“支え”に、病気やけがや困難や痛みを通して、人は気づいていきます。その“支え”をキャッチしていきたいと思います。

どんな私たちがあれば、相手の支えを強めることができるのかを知り、実践する：これが難しいです。相手の支えを強めることは、励ますことでも、苦しみの原因をわかりやすく説明することでもありません。“苦しんでいる人は、自分の苦しみをわかってくれる人がいると嬉しい”ということを学ぶ必要があります。

支えようとする私たちの支えを知る：決して臨床の現場は良い話だけではありません。力になれずに苦しむことがあります。看取りの現場において大切にしたいテーマは、“逃げない”ことです。力になれなくても逃げずに関わり続けるためには、支えようとする私たちの支えが必要になります。

“誰かの支えになろうとする人こそ、一番、支えを必要としています”は、座右の銘としております。

さて、あなたが頭の中に浮かべた苦しむ人の関わり方は見えてきたでしょうか？苦しみをキャッチしつつ、相手の支えをキャッチしていきます。そして、その人の支えを強めることができる時、これ以上つらいことはないという絶望の中にあっても、希望の光を見出すことができます。支えを強めることができるのは、一部のエキス

パートだけではありません。私たち全員が持つ可能性です。

これから日本は多死時代を迎えようとしています。様々な理由で、人生を終えようとする人達が、急性期の病院ではなく、在宅や介護施設で過ごす時代になります。元気な人と関わるだけでなく、日に日に弱っていく人と関わり、誠実に援助を行える人が、それぞれの地域で求められます。医師・看護師・薬剤師といった医療専門職だけでなく、介護・福祉に関わる人も、あるいは患者の家族にも、理解でき、実践できる緩和ケアでなければ、本当の意味で緩和ケアは広がっていかないでしょう。

この本では、私が学んできた緩和ケアについて、専門用語を最小限にして、そのエッセンスを表現してみました。この本を通して、苦しむ人と向き合う仲間が一人でも増えていくことを、心から願っております。

めぐみ在宅クリニック 院長 小澤竹俊



なぜ、逃げないで関わり続けることができるのか、その答えがここにある。多死時代における医療・介護従事者必携の書！
日本医事新報社

診療実績

	1月	2月	3月	4月	2012年計
訪問回数(回)	440	449	485	443	1817
自宅永眠(名)	15	15	19	16	65
施設永眠(名)	2	0	2	0	4
在宅(自宅+施設)	17	15	21	16	69
病院永眠(名)	7	5	8	5	25



マクロとミクロのめぐみ在宅援助モデル

医療や福祉の体制を整備していくためには、地域で助けを必要としている患者さんやご家族に関わる「良い援助者」が育たなければなりません。人が死ぬという苦しみに対して、誠実に援助を行うことができることを、なるべくシンプルな言葉で紹介できる必要があります。

めぐみ在宅援助モデルは、この難題を解決できる可能性のあるものとして、これまで紹介してきました。**1. 相手の苦しみをキャッチすること、2. 相手の支えのキャッチすること、3. どんな私たちであれば相手の支えを強めることができるのかを知り実践する、4. 支えようとする私たちの支えを知る、**です。この援助モデルは、マクロ的に見る方法と、ミクロ的に見る方法があります。マクロ的とは、大きいという意味で、その人の支えを多角的にみていく方法です。一人ひとり異なる支えを強めることができれば、職種を越えて援助を行うことができると言語化することができます。

介護施設での看取りを例に挙げれば、本人やご家族が希望されている介護施設で最期まで過ごせること、そのものが“療養場所を選ぶことのできる自由”という支えを強める援助と捉えます。たとえ日に日に弱っていったとしても、ちょうどよい環境を整えることも援助です。傾眠状態にあわせて過ごす場所をデイルームから居室に変えることも、食事量にあわせて食事を介助することも援助です。亡くなったご主人や娘さん一家の写真があったとしたら、どんなご主人であったのか、どんな娘さん一家なのかを伺うことも、支えとなる関係を強める援助になるでしょう。些細なことでも、支えをキャッチして、強めることができるとき、私たちは良い援助者として関わり続けることができます。

しかし、介護施設での看取りが簡単ではないことは明らかです。はじめて看取りを経験するスタッフは、相当なストレスがあることでしょう。たとえ食事がほぼゼロになっても関わり続けることは、容易なことではありません。**終末期の患者さん・ご家族の援助を行う上で、もっとも大切なことは、逃げないことです。**だからこそ、誰かの支えになろうとする人こそ、1番支えを必要としているのです。

めぐみ在宅援助モデルは、会話記録を細かく分析していくミクロ的な見方だけではありません。マクロ的な視点を持ちながら個々の支えを強めることができるならば、医療を専門としない人でも、困難を抱えた人の援助の可能性が拓けてきます。

院長 小澤竹俊

援助モデル概説をホームページに掲載しました

地域緩和ケア研究会などでめぐみ在宅援助モデルを用いた事例検討を重ねてきました。初めて研究会に参加された方にも、この援助モデルを理解していただけるよう、概説する資料を作成し、クリニックのホームページに掲載しました。関心のある人は、是非ご参照ください。

訪問診療の範囲について

訪問診療の範囲は、在宅緩和ケアを提供する上で悩む問題です。クリニック開設当初は、半径5km以内を訪問範囲の目安としていましたが、5kmを越えたケースもしばしばあります。今回、「訪問診療ガイドライン」を作成し、原則として、次のとおり取り扱うこととしました。

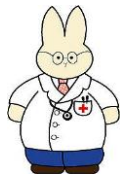
訪問診療を行う範囲は、おおむね、クリニックから半径5Km圏内とする。

ただし、次のすべての条件を満たす場合は、5Kmを越えて訪問診療を行う場合がある。

- (1) 担当する医師が常勤医（小澤医師または今井医師）であり、夜間・休日を含めてファーストコールに対応できる。
- (2) 定期的な訪問診療の時間帯が、平日の昼間の時間とは限らず、午後7時から9時頃となる場合もあることを患者さん・ご家族が了承している
- (3) 緊急時の往診に到着までに時間を要する可能性があり、24時間対応の訪問看護ステーションと連携することについて、患者さん・ご家族が了承している。
- (4) 在宅での療養について患者さん・ご家族の強い意向があり、他に担当する医師が見つからない場合（例：疼痛緩和、人工呼吸器の使用、等）

診療実績

	1月	2月	3月	4月	2012年計
訪問回数(回)	440	449	485	443	1817
自宅永眠(名)	15	15	19	16	65
施設永眠(名)	2	0	2	0	4
在宅(自宅+施設)	17	15	21	16	69
病院永眠(名)	7	5	8	5	25



何が足りないのでしょうか？

2012年4月に新しい診療報酬の改訂がありました。今回の改訂にあたり、厚生労働省は、在宅医療体制の充実を意識した資料を公開しました。それによると、次の4つのステージ（1. 入院から在宅療養移行、2. 生活の場における療養支援、3. 急変時の対応、4. 看取り）にわけて課題を提示しています。

1. 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が実施可能な体制：入院機関と、在宅医療の受け皿になる関係機関の協働による退院支援の実施。**2. 生活の場における療養支援が可能な体制：**多職種協働による患者・家族の生活の視点に立った医療の提供、地域における在宅医療に対する姿勢や原則の共有、緩和ケアの提供、介護する家族の支援。**3. 急変時の対応が可能な体制：**在宅療養中の患者の後方ベッド機能の確保。**4. 患者が望む場所での看取りが実施可能な体制：**住み慣れた自宅や地域での看取りの実施。

これらの課題を克服するために、24時間対応の在宅医療提供体制の構築、チーム医療を提供するための情報共有体制の整備、効率的な医療提供のための多職種連携、在宅医療に関する地域住民への普及啓発、在宅医療に関する教育・研修の必要性が謳われています。

上記のような報告は、きれいに整って見えますが、本当に実現できるのでしょうか？第1線の現場にいるものとしては、相当にハードルが高いように思えてなりません。絵に描いた餅にならないようにするためには、何が足りないのでしょうか？

これはあくまで個人の意見ですが、上記の課題の中には、**“人が死ぬというきわめて大きなテーマについて、どのように援助していくのか？”**という基本的な姿勢が見えないからと感じています。どれほど心を込めて接していても、日に日に弱くなり、やがてお迎えが来る人と関わり、援助を提供していくことを、医療を専門としない介護を含めた多職種でどのように展開していくのかについて、真剣に考えていかなければなりません。改めて、終末期における援助とは何かを問うてみたいと思います。一部の専門職しか関われない援助ではなく、志のある全ての人が提供できる援助でありたいと思います。この夏には、3年がかりで書いてきた5冊目の本を世に送る予定です。なるべくシンプルに援助を言語化できる可能性を示すことができるようにめぐみ在宅クリニックとして取り組んでいきたいと願います。 院長 小澤竹俊

看護師の佐藤さんが退職しました

開業以来、めぐみ在宅クリニックを支えて頂いた看護師の佐藤さんが2012年3月を持って退職しました。コンビニの跡地で、わずか3人で始めためぐみ在宅クリニックを、どんな時も温かく見守り、支援して頂きました。心から感謝申し上げます。

新人職員紹介 総務の神田です！



2012年4月に着任した神田です。クリニックのスタッフの間を、さらにクリニックと地域の間を「つなぐ」仕事をしていきたいと思っています。長年、行政で仕事をしてきましたが、医療に関しては全くの素人です。皆様、どうぞよろしくお願いいたします。

BS-TBSの取材がありました

BS-TBSの取材を受けました。医療の最前線を扱う番組で3人の医師を取り上げ、その一人としてめぐみ在宅クリニックの活動が紹介される予定です。放送は4月28日(土)13時～の予定です。取材にご協力頂きました患者さんにお礼申し上げます。

「追想の集い」を開催しました

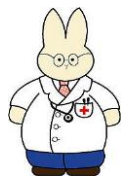
4月14日(土)に「追想の集い」をクリニックで開催しました。24家族34名のご遺族の方、15事業所28名の方にご参加いただきました。今後は傾聴ボランティアさんにも関わっていただき、「わかちあいの会(仮称)」も定期的に開催していく予定です。



診療報告

診療実績(2012年)

	1月	2月	3月	2012年計
訪問回数(回)	440	449	485	1374
自宅永眠(名)①	15	15	19	49
施設永眠(名)②	2	0	2	4
在宅永眠(①+②)	17	15	21	53
病院永眠(名)	7	5	8	20



診療報酬改訂の動き

医療機関がもっとも神経をつかうのが、診療報酬改訂と言われます。というのも多くの医療機関は、社会保険制度のもと、診療報酬を請求する形で営まれております。たとえば、診察を行うことや、検査を行うなどの行為も、一つ一つ診療報酬という値段が決められております。この値段を医療機関によって勝手に決めることはできません。その単価となる法律が、診療報酬という制度です。この経営を左右する診療報酬が、2012年4月に改訂となります。そこでは、国が力を入れたい箇所に、重点的に単価を高く設定することで、社会の変化に対応しようとしています。今回の改訂での重点課題の1つに、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実が挙げられています。特に、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、在宅歯科、在宅薬剤管理の充実に、訪問看護の充実、医療・介護の円滑な連携が、課題としてあげられています。

これら課題が重点とされる背景には、多死時代に向けた国の政策があると考えると良いと思います。つまり、これから10年から20年後の日本の将来を描いたとき、年間に150万人を越える人が亡くなる時代において、その全てを急性期病院でカバーすることは不可能であることを踏まえて、今から備えておく必要があります。今回の診療報酬改訂で、さらに在宅医療が注目されていくことは間違いありません。その一方で、表面的には在宅と謳っていても、実際には看取りは行わずに全て急性期の病院に任せてしまう医療機関もあるかもしれません。現実には24時間看取りを行うことを目的に設立された在宅療養支援診療所も実際に国の目標であった20人以上の年間看取りを実践している施設は、神奈川県の場合3.5% (25/706 箇所) という実態でした。良い社会になるためには、上からのトップダウンと、下からのボトムアップが必要です。今回の診療報酬改訂で、経済誘導する形の方法も大切でしょう。その一方で、真の援助者としての志を持った仲間を増やすためのボトムアップを、これからのめぐみ在宅クリニックの課題として、活動が続けていきたいと思っております。年間200人以上を看取るクリニックとしての経験を、これから在宅緩和ケアを学びたい多くの医療者・介護者と共有できる機会を確立していきたいと思っております。

院長 小澤竹俊

第5回がんプロフェッショナル養成コースセミナー

2012年2月10日に横浜市立大学主催による第5回がんプロフェッショナル養成コースセミナーにシンポジストとして参加してきました。セミナーは一般公開され、大勢の参加者がありました。めぐみ在宅クリニックとしては、在宅緩和ケアの課題として、人材育成の必要性を紹介してきました。他にも神奈川県立がんセンター太田先生とカナダエドモントンで活躍されている樽見先生の発表がありました。時間が足りないことが残念でしたが、貴重な機会を頂きました。有り難うございました。

日本がん看護学会で講演しました

2012年2月11日12日に島根県松江市で開催されました日本がん看護学会に講演する機会を頂きました。2日目の午後にも関わらず、フロアいっぱい参加者であふれ、とても盛会でした。テーマは、“どんな私たちであれば、良い援助者になれるのか？”といういつもの内容でした。このテーマに対する関心の高さを感じました。



3月の研究会は休みます

3月の第3火曜日は祝日と重なります。前後して開催を検討しましたが、他の研究会などとの影響もあり、2012年3月の研究会は、休会として4月第3火曜日を開催予定とします。

診療報告

診療実績

	2011年合計	2012年1月	2012年計
訪問回数(回)	4907	440	440
自宅永眠(名)	203	15	15
施設永眠(名)	9	2	2
在宅(自宅+施設)	212	17	17
病院永眠(名)	51	5	5



新年を迎えて

明けましておめでとうございます。開設以来6年目の正月を無事に迎えることができました。昨年は、在宅（含む介護施設）での看取りが212人、病院での看取り51名、合計263名の患者さんと関わることができました。ひとえにご紹介を頂きました皆様のおかげと感謝いたします。

今年の課題は、人材育成に向けた研修会を本格的に活動することです。多死時代に向けて、終末期の人と関わる人材を育成していくことが、これからの社会に求められる大きな課題であると確信をしています。そのために、めぐみ在宅クリニックとしてできることは何か？と問い続けていきたいと思えます。

すでに、全国各地域で緩和ケア均てんにむけた様々なプログラムが用意されております。また、すでに在宅緩和ケアを実践している施設も多くなってきました。数ある活動の中で、他にはなく、めぐみ在宅クリニックとして、ユニークな視点を持ち続けたい思いがあります。そのこだわりの視点が、“どんな私たちであれば、良い援助者になれるのか？”です。ここで求められるのは、私たちが良いと思うことを行うだけでは良い援助者にはなれないということです。単に知識だけを持つだけでも良い援助者になれるかとは限りません。永年、緩和ケアを学んできたものとしてのこだわりは、“どれほど医学や科学が発達しても、すべての苦しみを取り去ることはできない、しかし、人は、その人にとって真の支えが与えられたとき、苦しみの中でも、生きようとする力が与えられていく可能性がある”ということです。支えられ方は、一人ひとり異なるかもしれません。その支えを強めることができれば、職種にかかわらず、良い援助者になれる可能性が拓けます。

この春から、いくつかの研修会を企画いたします。参加希望の方がおりましたら、どうぞお声かけ下さい。今年が、皆様にとって良い年になりますことをお祈りいたします。

院長 小澤竹俊

医療ソーシャルワーカー佐藤さん赴任しました

2012年1月より医療ソーシャルワーカーの佐藤さんが赴任しました。在宅と病院を合わせれば年間260人以上の看取りを受け持つクリニックでありながら、今までは相談の入り口を担当する人が交代で行っておりました。これからは、地域緩和ケアの相談窓口として重責を担って頂く予定です。

“ありがとう”の歌が作られました

家に帰りたくと希望され、2011年12月に家に帰ることができた患者さんが、念願であった歌を作ることができました。弥勒(みるく)というグループ名で、全国でコンサート活動をされてきたご夫婦です。とても暖かく、そして不思議な雰囲気を持つご本人が、闘病を通して伝えたかったメッセージは、“ありがとう”です。奥様の誕生日である12月26日にYoutubeにアップロードされました。クリニックからも、バックコーラスとして院長はじめ総勢7名が参加することができました。とても素敵な歌です。是非、“弥勒(みるく)”、“ありがとう”、で検索するとすぐに見つかります。Youtubeで視聴されてください。



暮らしと健康での連載が始まります

保健同人社が刊行している健康雑誌「暮らしと健康」4月号より、生と死に関するコラムを担当する事になりました。12回の予定で、緩和ケアを専門に学んできたことをお伝えする予定です。ご期待下さい。

診療報告

過去5年の診療実績

	2007	2008	2009	2010	2011	計
訪問回数(回)	1647	2900	2872	3515	4907	15841
在宅永眠(名)	73	128	151	190	203	745
施設永眠(名)	7	7	8	14	9	45
病院永眠(名)	22	24	40	34	51	171