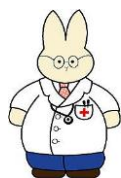


めぐみ在宅地域緩和ケア研究会



NEWS LETTER

2013.12 NO. 77

めぐみ在宅クリニック（在宅療養支援診療所）

〒246-0037 神奈川県横浜市瀬谷区橋戸2-4-3

TEL:045-300-6630 FAX:045-300-6631

2013年を振り返って

今年も無事に12月を迎えました。開業して8年目を迎え、このように診療を継続できてきたことが、何よりの感謝です。今年の1月から12月の中旬まで、在宅での看取りは180人を越えました。終末期の患者さんを担当する事は、決して容易なことではありません。関わり続けるためには、それなりの覚悟が必要です。もちろん体力も、精神力も必要です。そして、一人では決して行えないことです。開業以来、多くの志のある仲間にも恵まれました。クリニック内のスタッフも充実してきました。また、地域でも、看取り対応をしていきたいと願う新しい訪問看護ステーションや介護施設ともさらに連携を行うことができました。志のある仲間は、大きな支えです。また、多くの出逢いと別れがありました。たった数回の訪問、たった数時間の出逢いでしかありませんが、その限られた時間であったとしても、その人の人生でもっとも大切な何かをわけて頂ける機会があります。初めて会ったときには眉間にしわを寄せ苦しそうな表情をする人、あるいは誰にも自分の気持ちをわかってもらえないという雰囲気や心を閉ざされる人が、訪問を終える頃には、まったく違った表情に変わることがあります。それまでの苦しみから解放され、見せたことのないような笑顔と安堵の表情に変わります。この仕事に従事して、もっとも心が動く瞬間でもあります。人の弱さと強さを感じながら、援助者として、こだわり関わり続ける意識が、ここに 있습니다。この体験を訪問に同行するスタッフと共有できることは幸いです。そして、この援助の可能性を、何かしら形にして、伝えていくことが、今後の課題であると感じています。

すてに地域緩和ケア研究会を通して、援助の可能性を伝えてきました。来年は、この援助の可能性を伝える工夫をさらに行っていきたいと思えます。在宅緩和ケアを学ぶための医師向けのレジデントコースを創設し、スピリチュアルケアを含めた在宅での関わる可能性を学ぶ企画を予定します。ただ症状緩和を行うのではなく、ただ看取りを行うのではなく、困難を抱えた本人・家族への支援の可能性を、会話記録を振り返りながら学ぶプログラムです。さらには、夜に行っている地域緩和ケア研究会とは別に、昼間に緩和ケアに関する研修会を企画します。これにより、緩和を学びたいと願う事業者が参加しやすくなれると思えます。そして、時間は限られていますが、“援助をわかりやすい言葉にする”ことを意識して、次の本を企画したいと思えます。日に日に弱る人であったとしても、誠実に関わることができることを、医療を専門にしない介護職や家族でもわかる言葉で表現したいと思えます。

来年はどんな年になるのでしょうか？皆様にとって、来年も良い年でありますように。今年一年、有り難うございました。院長 小澤竹俊

看取り対応のできる地域スタッフ養成について

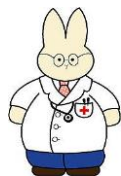
2013年10月に開催した看取り対応のできる地域スタッフ養成講座で、積極的に関わりたいと希望された施設に対して、今後の活動についてのミーティングを企画します。在宅系事業所は2014年1月29日、施設系事業所は2014年2月26日、それぞれ午後2時から5時に、めぐみ在宅クリニック研修室で開催いたします。10月の講座に参加されていない施設でも応募は可能です。詳細はホームページをご覧ください。

気仙沼での講演

平成25年12月7日に宮城県気仙沼市に第2回がん患者のケア等に関する研修会の講師として伺いました。最初は、緊張しました。ずっと言葉を選び続けていました。でも、いつもと基本は変わりませんでした。苦しんでいる人の本当の苦しみは、他人にはわからないこと、だからこそ、安易な言葉で理解・共感と言葉にすることはできません。しかし、苦しむ人の理解者になれる可能性はあることは、終末期でも被災者でも同じと感じました。講演を聴かれた一人ひとり、感じることは違うかと思えます。被災されて1000日を越え、表面的には落ち着きを取り戻している様子もありました。その一方で、独特な疲れ感も感じました。ずっと気をはってき、目には見えない疲労もあるのかという感じです。また、県外からいろいろな支援が今でも継続されていました。その一方で、何気ない言葉で傷つくこともあったように感じました。大きな運命の前で、時間を過去に戻すことはできません。失ったものを取り戻すこともできません。それでも関わり続けるとすれば、少しでも力になりたいという片思いでしかないのかもしれませんが、今までも被災地の近くで話をする機会もありましたが、まさに現地での話となると、目に見えない何かを感じたように思いました。それは、なんでこんな目にあうの？という哀しいパワーのように感じました。話をしながら、被災の当事者でありながら、支援にあたる皆さんの苦しみ・悲しみが伝わってくる思いがありました。企画をして頂きました気仙沼保健福祉事務所の高橋さま、有り難うございました。

診療実績

	06年~12 年合計	2013年 1-7月	8月	9月	10月	11月	2013年 計 1-11月	総計
	自宅永眠	923	95	15	14	14	13	151
施設永眠	68	14	2	5	1	2	24	92
在宅(自宅 +施設)	991	109	17	19	15	15	175	1166
病院永眠	249	21	6	1	2	4	34	283



第37回日本死の臨床研究会年次大会

2013年11月2日と3日、島根県松江市で開催された第37回日本死の臨床研究会年次大会に参加してきました。死の臨床研究会の特徴は、事例検討にあります。50分かけて、困難な事例に対する意見交換を行うものです。他の学会では味わえない現場で悩み苦しんでいるスタッフの思いを共有しながら、関わり方の可能性を探る時間です。困難事例とは、苦しみ（希望と現実の開き）が大きい事例のことです。そのため、しばしば関わる方法が困難となります。困難事例は、大きく二つに大別されると考えます。一つは、病状を認めようとしなない否認の事例、もう一つは、早く死にたいと希望される事例です。どちらも対応に苦慮することがありますが、苦しみをゼロにしようとはせずに、苦しみを認めた上で、なお残り続ける支えを探り、強める関わりは、どのような状況でも援助を言葉として紡いでいく可能性です。

死の臨床の様々な発表を聞きながら、それぞれの現場で関わろうとしている様子が伝わってきました。その一方で感じたことは、本当に死の臨床における援助の魅力伝えることができているのだろうか？ということです。緩和医療学会が厚労省から委託を受けて展開している緩和ケアの研修会 PEACE プロジェクトは一定の評価はあると思います。しかし、“症状緩和”と“悪い知らせ”を伝える“だけでは、看取り対応のできる人材育成は困難です。困難な事例を前にしても、誠実に関わり続けられる真の援助者をどのように育てていくのか？は、看取りにこだわって活動してきた医療者としてのミッションであると、年次大会に参加して改めて感じました。そして、来年には、もう1冊、本を書いてみたいという思いになりました。テーマは、”援助をわかりやすい言葉にする“です。どうぞ期待ください。院長 小澤竹俊



第9回追想の集いを開催いたしました

第9回追想の集いをめぐみ在宅クリニック研修室で開催いたしました。平成24年7月から12月にお別れしたご遺族に声をかけました。クリニックのスタッフと、一緒に関わって頂いた訪問看護ステーション、ケアマネ、介護事業所の皆さんと総勢60名近いメンバーで、わかちあいの時間を持ちました。悲しみを認めること、その上で、なお残された家族がこれから生きていくことは、これからの高齢化社会において、大切なテーマです。クリニックでは、今回のような追想の集いを半年ごとに開催し、毎月第2水曜日午前10時から、わかちあいの会を開催しております。

グリーフケアは、緩和ケアを行っていく上で欠かせない大切なテーマです。これからも誠実に活動を続けていきたいと思っております。関わって頂きました皆様、有り難うございました。



診療実績

	06年~12 年合計	2013年 1-6月	7月	8月	9月	10月	2013年 計 1-10月	総計
訪問回数	21140	2570	459	477	434	440	4380	25520
自宅永眠	923	86	9	15	14	14	138	1061
施設永眠	68	12	2	2	5	1	22	90
在宅(自宅 +施設)	991	98	11	17	19	15	160	1151
病院永眠	249	20	1	6	1	2	30	279

めぐみ在宅地域緩和ケア研究会



NEWS LETTER

2013.10 NO. 75

めぐみ在宅クリニック（在宅療養支援診療所）

〒246-0037 神奈川県横浜市瀬谷区橋戸2-4-3

TEL:045-300-6630 FAX:045-300-6631

援助をわかりやすい言葉にする

最近、こだわっていることの一つに、“援助をわかりやすい言葉にする”ことがあります。その理由は、日に日に弱っていく人と、どのように関わって良いかわからない、という言葉現場で耳にするからです。今までは、食事の介助をすれば、ある程度召し上がることができ、昼間はデイルームに来てリクレーションに参加して笑顔を見せていた人が、徐々に食事が減り、ある時には、まったく食べることも水を飲むことも難しくなります。もうデイルームにきて、リクレーションに参加することもできず、居室でほとんどうとうと寝ているだけとなります。何とか力になりたいと願いながら、何をして良いかわからないと感じる介護の人は多いことでしょう。緩和ケアの講演でよく聞く“暖かい人間性”とか、“寄り添う気持ち”という抽象的な言葉ではなく、具体的に何をすると良いのかを、わかりやすい言葉にすることを伝えたいと思うようになりました。

では、何をしたら援助になるのでしょうか？お腹がすいている人に食事を出すことや、雨具がなくて困っている人に傘を貸すような援助ならば、イメージはつかみやすいでしょう。しかし、まもなくお迎えが来る人に対する援助となると、誰でも言葉には表現することは難しいかもしれません。

そこで、どこを触ると良いのか？という意識を持つようにします。皆さんは、熱い鍋を移動するときどこを触りますか？当然、熱い鍋の底は触りません。熱くない取っ手を持ちますね。同じように、終末期の患者さんでも、触って良いところがあります。どこを触って良いかを知る方法は単純です。顔の表情を見ることです。お腹がすいている人に食事が与えられたときも、雨具がなくて困っていて傘が与えられたときも、共通することは、顔の表情が笑顔になり、穏やかになっていきます。苦しみを抱えた人が、援助を受けるということは、顔の表情が笑顔になり、穏やかになることである、と意識できたならば、どんな状況であったとしても、関わる可能性が見えてきます。

穏やかになる条件は、一人一人異なります。ある人は巨人が勝つと穏やかになりますが、ある人は巨人が負けると穏やかになります。横浜に住んでいる人がみんな巨人ファンとは限りません。終末期であったとしても同じです。ある人は終末期でも、定期的な採血や画像検査を受けることが安心と穏やかになります。ある人は、最期まで徹底抗戦することが穏やかになります。ある人は、痛みがなく、家族がそばにいて、住み慣れた自宅を過ごすことが穏やかになります。この穏やかになる条件こそ、その人にとっての“支え”です。この穏やかになる支えを言葉としてキャッチできること、その支えを応援することができるのであれば、私たちは、日に日に弱っていく人であったとしても、職種を越えて援助を言葉にする力を持つでしょう。支えをキャッチすることも、強めることも、ともに訓練が必要です。しかし、一部のエキスパートのみが行える援助ではなく、苦しむ人の力になりたいと願う全ての人を持つ可能性であることを伝えていきたいと思います。（院長 小澤竹俊）

看取り対応のできる地域スタッフ養成講座開催

10月10日木曜日午後、瀬谷公会堂で、看取り対応のできる地域スタッフ養成講座を開催しました。これから各事業所毎に、中心となって活動する人材を育てていきたいとの思いがあります。永年緩和ケアを学んできた経験を、これから地域で看取りに関わろうとする人に伝えていきたいと願っております。今後の活動の詳細は、ホームページで紹介する予定です。ご期待ください。

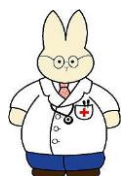


開設して8年目を迎えました

2006年10月1日にめぐみ在宅クリニックを開設して、8年目を迎えました。おかげさまで、在宅緩和ケアを続けることができています。良い援助とは、長続きすることです。たとえ良いと思う活動であったとしても、1-2年で続かなくなるのでは良い援助とは言えないでしょう。ここまで続けられた理由は、ひとえに多くの支えがあつてのことと感謝申し上げます。8年経っても、まだまだ黎明期と感じています。これからも瀬谷区医師会の一員として、地域での医療活動を行うとともに、各事業所と連携しながら、誠実な活動を続けていきたいと思います。よろしく願いいたします。

診療実績

	06年~12年 年合計	2013年 1-5月	6月	7月	8月	9月	2013年 計 1-9月	総計
	訪問回数	21140	2118	452	459	477	434	
自宅永眠	923	75	11	9	15	14	124	1047
施設永眠	68	9	3	2	2	5	21	89
在宅(自宅+施設)	991	84	14	11	17	19	145	1136
病院永眠	249	20	0	1	6	1	28	277



在宅医療連携拠点事業報告で足りないものは？

平成 24 年度在宅医療連携拠点事業の報告書が厚労省のHPに掲載されました。多死時代にむけて、安心して人生の最期を過ごすようにと厚労省が特に力を入れてきた活動です。主な内容として、1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出、2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援、3) 効率的な医療提供のための多職種連携、4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発、5) 在宅医療に従事する人材育成について報告がまとめられています。各地域での取り組みは、それぞれに努力されたものと感じました。その一方で、まだ何かが足りないという思いがあります。それは在宅医療に従事する人材育成の課題です。

看取りを専門にこだわってきた医師として、**終末期の現場で一番の難問は、どのように関わって良いかわからないという声です。**今まで元気に食事を摂り、トイレに歩くことができていた人が、徐々に食事が摂れなくなり、歩くことができなくなっていく。もうこれ以上頑張ることができない人に、“頑張ってください”という声かけは、かえって苦しみを大きくすることがあります。

医療の資格のある医師や看護師でも、終末期の患者さんと関わることを苦手としている中で、医療を専門にしない介護職や、家族が、そばに医師・看護師のいない自宅や介護施設で、あと数日でお迎えが来るかもしれない人と関わるが大変なことは、容易に想像できることです。ですから、“どのように関わってよいかわからない”という人に、“どのように関わったらよいか”をわかりやすい言葉で伝える必要がある、というのが、**看取りを専門に行ってきた私のこだわりです。**とくに、“暖かい人間性”、“寄り添う気持ち”という抽象的な言葉ではなく、もっと具体的な言葉で、どうしたらよいかを表現できる必要があります。

苦しみを和らげることができれば、関わる可能性は見えるでしょう。しかし、終末期において全ての苦しみを無くすことはできません。できていたことが徐々にできなくなり、誰かのお世話にならないといけなくなります。ここでは、苦しみが残り続けながらも、人が穏やかに生きていく可能性を意識した関わりが求められます。そして、人は“支え”が与えられたとき、苦しみの中でも穏やかさを保つことを学び、終末期の現場で実践してきました。

どのように関わったらよいか？と問われたならば、“**相手の支えを強めることが援助である**”と答えます。病院ではなく家で過ご

したいと希望された人が家で過ごせることは、療養場所を選ぶことができるという支えを強める援助を提供しています。一見何もできないとしか思えない状況でも、支えを意識した関わりを持つとき、援助の可能性を具体的な言葉で表現できるでしょう。

在宅医療に従事する人材育成は大切です。めぐみ在宅クリニックでは、10月10日木曜日にホスピス緩和ケア週間の一環として、看取りに対応できる地域スタッフ養成講座を開催します。看取りに対応できる人材が地域に広がることを夢見ています。小澤竹俊

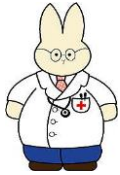


第7回学生のためのホスピス・緩和ケアの集い in 名古屋

8月31日土曜日午後、南生協病院（名古屋）会議室をお借りして、第7回学生のためのホスピス・緩和ケアの集い in 名古屋を開催しました。小澤院長は、死の臨床研究会企画委員として、永年取り組んできた企画でもあります。参加者とファシリテーターあわせて合計43名の会でした。国立長寿医療センターの西川先生、横江さんにアドバンスド・ケア・プランニングについての講義をしていただき、8つのグループに分かれて事例検討を行いました。どのグループも一様に熱心に討議が交わされ、全体会では、充実した表情での発表を伺うことができました。将来を担う人材が育ってくれることを期待したいと思います。

診療実績

	06年~12 年合計	2013年 1-4月	5月	6月	7月	8月	2013年 計 1-8月	総計
訪問回数	21140	1690	428	452	459	477	3506	24646
自宅永眠	923	61	14	11	9	15	110	1033
施設永眠	68	7	2	3	2	2	16	84
在宅(自宅 +施設)	991	68	16	14	11	17	126	1117
病院永眠	249	14	6	0	1	6	27	276



緩和ケアとは？

がん診療において、緩和ケアの重要性は高まってきました。日本緩和医療学会の中に緩和ケア普及啓発事業という活動があります。通称オレンジバルーンという愛称で呼ばれていて、皆さんの中にもご存知の方が多いことと思います。緩和医療学会のホームページにも、その活動が紹介されています。そして、緩和ケアについての紹介文として、次の言葉が紹介されています。

緩和ケアとは；がんによる心と身体の痛みを和らげ、患者さんやそのご家族が自分らしい生活を送れるようにする、それが「緩和ケア」です。（緩和ケア普及啓発事業より引用）

残念なことは、この普及啓発事業の背景には、がん対策基本法という法律の縛りがあるため、がん以外を対象にした緩和ケアには言及できない現状があります。

緩和ケアの最も大切なテーマは、“**苦しみとの向き合い方**”にあると私は考えています。もちろん、痛みを代表とする苦しみを和らげることは、緩和ケアの最も基本となるテーマです。近代ホスピスの創設者であるシシリー・ソングダース先生が、行った仕事は、がんに対して、適切なオピオイドを投与することでした。それまで苦しんでいた癌性疼痛から解放されたことが、それまでのホスピスと異なる大きなポイントです。

しかし、実際の緩和ケアは、痛み止めだけの医療ではありません。日本死の臨床研究会年次大会で紹介される事例検討では、第1線の臨床現場でスタッフが悩み苦しみながら、困難な事例のケアにあたっている様子を学ぶことができます。そこでは、痛み止めの工夫や、悪い知らせを伝えるだけでは対応できない現場があることを思い知らされます。これは、看取りの現場にいるものの感覚ですが、“**どれだけ医学や科学が発達しても全ての苦しみを取り去ることはできません**”。痛みを和らげたとしても、歩いていた人はやがて歩けなくなり、今まで人に頼らないで生活できていた人が、誰かの助けがないと生活を送ることができなくなります。

ですから、苦しみがなければよいという発想では臨床の現場では、実際に援助者として関わり続けることは困難です。むしろ、苦しみを抱えながらも人は穏やかに生きていくことができるのか？と問う必要があります。そして、人はたとえ困難な苦しみを抱えたとしても、自らの支えを持つとき、穏やかさを保つことができることを学んできました。この視点を意識したとき、緩和ケアは、単に“**がんによる心と痛みを和らげる**”だけではなく、

“**解決が困難な苦しみを抱えた人と、その人を支えようとする人が、苦しみを抱えながらも、穏やかに生きていくための援助**”と捉えた方が、本質を捉えているように思えます。

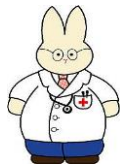
これからの日本は多死時代を迎えます。急性期の病院だけで対応が困難になります。特に人生の大切な最期に関わる援助者が増えていく必要性を考えると、緩和ケアが、がんの特化したものではなく、すべての病気を対象とした医療として広がるのが求められる時代が必ず来ます。そのために緩和ケアの魅力が広がる必要があります。そして、苦しみから逃げずに向き合い誠実に関わることが文化として広まるために、活動をしていきたいと思えます。個人的には、緩和ケアの普及啓発が、がん対策基本法の枠を越えて広がることを期待しています。小澤竹俊

ディグニティーセラピーを実践しています

当院に非常勤医師としてお越し頂いている市村先生を中心に、ディグニティーセラピーを実践するようになりました。ディグニティーセラピーとは終末期の患者さんの尊厳を維持することを目的とする精神療法的アプローチのひとつです。これまでの人生を振り返り、自分にとって最も大切になったことをあきらかにして、周りの人たちに一番憶えておいてほしいものについて手紙に残すものです。ふだん、なかなか言葉にできないことを形にする機会でもあり、クリニックとしては大切にしています。この春からすでに8人の患者さんに施行し、大切な人に手紙として渡してきました。このセラピーの魅力は、本人が穏やかになるだけでなく、残された家族にとっても大きな財産になることです。これからも、めぐみ在宅クリニックとして積極的に導入していきたいと思っております。

診療実績

	06年~12年 年合計	2013年 1-3月	2013年				2013年 計 1-7月	総計
			4月	5月	6月	7月		
訪問回数	21140	1235	455	428	452	459	3029	24169
自宅永眠	923	48	13	14	11	9	95	1018
施設永眠	68	5	2	2	3	2	14	82
在宅(自宅 +施設)	991	53	15	16	14	11	109	1100
病院永眠	249	11	3	6	0	1	21	270
看取合計	1240	64	18	22	14	12	130	1370



ショートステイでの看取り

多死時代を迎えるにあたり、急性期の病院だけで終末期の患者さんの支援を行うことは困難であることは明かです。自宅や介護施設で、看取りを担っていく必要があります。この数年で、介護施設での看取りに関わることが増えて来ました。めぐみ在宅クリニックとしても、介護施設での看取りを支援する機会が増え、この6年半で80名の施設看取りに関わってきました。しかし、いくつかの課題が見えてきました。

生活の軸足として、基本を自宅とする人がいます。原則は自宅で療養して、家族の都合で、月に数日ショートステイを利用するケースです。落ち着いている場合には、何ら問題なくショートステイを利用することができます。ところが、がんに限らず、心不全末期や認知症のエンドステージ状態でも、共通して食事量が徐々に減ってきます。今まで昼間を起きている時間が多かった人が、食事量の低下にあわせて眠る時間が増えてきます。このような状況になると、そろそろお迎えが近いことを意識しないとけません。特に痛みや苦痛などはなく、ただウトウトと休まれている様子だけなのですが、看取りが近いというだけで、状況は一変します。

今までショートステイとして預かって頂いた介護施設が、急に態度を変えることがあります。夜間は看護師が常駐していないから、あるいは、緊急時の対応ができないなどの理由から、ショートステイでの看取りをしていないので、もし、ショートステイで状態が明らかにおかしい場合には、救急搬送で対応します…という具合です。これでは、安心して最期を地域で過ごすことはできません。

本入所されている利用者さんに対して看取りまで関わろうとする介護施設は徐々に増えてきました。その一方で、ショートステイを利用されている利用者さんの看取りまでカバーしようとする介護施設は、きわめて少数です。

自宅で療養しながら、短期間を介護施設で過ごすデイサービスやショートステイは、“家族の生活を止めない”という視点で大切にしたいと考えています。どんな病気でも、どこに住んでいても、安心して最期まで過ごすことのできる社会のために、ショートステイでの看取り対応ができる介護施設が増えて行くように、めぐみ在宅クリニックとして取り組んでいきたいと思えます。

院長 小澤竹俊

緩和医療学会と在宅ホスピス研究会

6月末に横浜で緩和医療学会、7月に長崎で日本ホスピス在宅ケア研究会が開催されました。クリニックからは、MSW 佐藤さんと小澤院長が参加しました。緩和医療学会では、在宅に関する口演セッションの座長を小澤院長が担当しました。100人ほどの会場は、立ち見が出るほどの盛況でした。富山県済生会高岡病院の村上先生の発表で、在宅に戻った方が、入院継続よりもPCTが関わってからの生存日数が長かったという発表が印象的でした。長崎では、一日目の午前に“いのちの授業”を120分版で行いました。300人の会場が満員で立ち見がありました。聴いて頂いて感謝でした。大会長の白髭先生、担当の詫摩先生、お疲れ様でした。詫摩先生が、私の代わりに地元の中学校で行った、いのちの授業の感想文を拝見しました。一人一人の心に届いている様子が伝わり、感動しました。これからの長崎での展開を楽しみにしています。

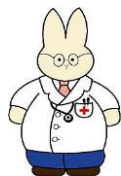


昭和薬科大学での講義

地域緩和ケア研究会に毎月参加されている昭和薬科大学の串田教授のゼミ生との縁がもとで、昭和薬科大学3年生にホスピス・緩和ケアの講義を行う機会がありました。試験前ではありましたが、熱心に聴講していただきました。個人的に知っている顔もあり、(小澤院長の息子が昭和薬科4年に在籍しているので…)楽しく行うことができました。貴重な機会を頂きました串田教授に感謝です。

診 療 実 績

	06年~12 年合計	2013年 1、2月	3月	4月	5月	6月	2013年 計 1-6月	総計
訪問回数	21140	787	448	455	428	452	2570	23710
自宅永眠	923	29	19	13	14	11	86	1009
施設永眠	68	3	2	2	2	3	12	80
在宅(自宅 +施設)	991	32	21	15	16	14	98	1089
病院永眠	249	7	4	3	6	0	20	269
看取合計	1240	39	25	18	22	14	118	1358



真の援助者について

日本死の臨床研究会の企画委員長として、この数年、年次大会で“真の援助者”について参加者と話し合ってきました。様々な立場の人の意見を集約しながら、次の4つにまとめることができました。この場を借りて紹介したいと思います。

1. 援助者としての専門性

死の臨床の現場では、医師・看護師・薬剤師という医療職にとどまらず、介護支援を行うものであったとしても、それぞれの専門性について習熟している必要があります。特に、死を前に現れる身体的な苦痛の緩和は、医療職としては欠かせない条件となります。また、身体的な苦痛にとどまらず、すべての苦しみに対しても関わることのできる専門性を学ぶことが求められます。人が人生の最期を迎えるにあたり、どのような変化が起きてくるのかを知り、それぞれの職種にあった専門性について学ぶ必要があります。

2. コミュニケーション

コミュニケーションは、すべてのグループで最も多く記載のあったテーマです。特に理解・共感という言葉や傾聴の必要性を挙げていました。その一方で、本当に相手の気持ちを理解・共感できるのか？という問いや、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、というテーマも大切となります。聴くことの大切さについても、なぜ聴くのか、どのように聴くのか、ということも真の援助者への課題です。

3. コーディネートする力

死の臨床において苦しむ人への援助を行う上で、相反する意見をまとめるため、コーディネートする力が求められます。治療の継続か中止、療養場所として病院か在宅、栄養として胃瘻や点滴か経口からかなど、意志決定で問われる場面が多岐にわたります。本人と家族の意見が異なることもあるでしょう。このように自己決定においてコーディネートする力が求められます。また、死の臨床では、一人だけですべての援助を提供することはできません。院内や地域で他職種、他事業所と連携し、質の高い援助を提供するためにコーディネートする力が求められます。そのための人脈や顔の見える関係は、苦しむ人への大きな力になるでしょう。

4. 援助者としての資質・人間性・健康・姿勢

ただ知識があり、優れた技術を持つだけでは、真の援助者とは

言えません。暖かい人間性や、誠実な対応、心身共に健康であること、医療のみならず様々な雑学を身につけ、その人がいるだけで場が暖かくなるような雰囲気が必要になります。さらには、何気ない相手のメッセージに気づく感性が求められます。そして何よりも逃げないで関わり続けるための援助者にとっての支えが欠かせません。決して良い話だけではない死の臨床にあって、たとえ力になれなくても関わり続けるためには、支えようとする人の支えが大切になります。

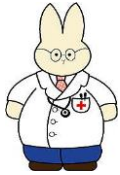
まとめ

死の臨床において真の援助者について参加者が記録した資料をまとめてみました。死の臨床に永年携わるものとして、心にとめていることは、何年経験を積んだとしても、満点になることはないということです。常に上を目指して、良い援助を提供するための研鑽を日々積み重ねていく必要があります。医療職として日進月歩の専門的な知識を学んでいくことはもちろんとして、対人援助の基礎であるコミュニケーションを意識しながら、ふだんの私たちの会話が患者さん・家族からみてどのように映るのかを意識し続ける必要があるでしょう。そして、一人の人間としての資質を磨いていくことが求められます。特に医療の現場は、相手から感謝されることが多いために、大切な感性を失う危険性があります。本当に私たちは、良い援助者になれているのかを問い続けていくとき、真の援助者への道が拓かれることを期待します。

小澤竹俊

診療実績

	06年~12 年合計	2013年 1月	2月	3月	4月	5月	2013年 計 1-5月	総計
訪問回数	21140	396	391	448	455	428	2118	23258
自宅永眠	923	17	12	19	13	14	75	998
施設永眠	68	2	1	2	2	2	9	77
在宅(自宅 +施設)	991	19	13	21	15	16	84	1075
病院永眠	249	4	3	4	3	6	20	269
看取合計	1240	23	16	25	18	22	104	1344



在宅緩和ケアの課題

先日、緩和ケアを専門にする医療従事者が集まる会に参加する機会がありました。在宅を専門に活動されている発表があり、気になったことが2点ありました。1点目は地域連携の課題です。大学病院に通院されていた患者さんが治療抵抗性となり、緩和ケアを提供されている他の病院に紹介され、在宅療養されていました。ところが、自宅療養中に嘔吐を中心とする苦しい症状が出て、在宅緩和を専門にするクリニックに往診依頼をすることになりました。

皆さんは、このような依頼を受けた場合、どのように考えますか？在宅クリニックへの紹介状はありません。しかし、治療抵抗性の癌を抱えた人が、地域で療養していて症状緩和を必要としている。そして、病院ではなく自宅で療養を継続したいと希望されています。めぐみ在宅クリニックであれば、問題なく何うだろうと思うのですが、発表者は、送る側の病院に問題があるという内容でした。紹介された時点では、在宅側は、一度も診療していないので、関わる責任はなく、もともと治療していた大学病院が責任を持って対処するのが筋であるというのです。

発表を聞きながら、とても悲しくなりました。というのも駆け出しの在宅緩和ケアのクリニックが、経験の少ない中で力不足で対応できませんでしたというのであれば、仕方がないと思えるのです。しかし、先駆的に活動され歴史のあるクリニックとして、地域連携の悪い事例として紹介されたという点が、残念な思いになりました。

対人援助の原点は、苦しむ人を“心配する”ことで、対極にあるのは、“無視する”ことです。目の前に苦しむ人がいながら、紹介状がないから診ないというのは、3次救急でありながら、前医の紹介状がないから診療を拒否するようなものではないかと感じました。これから多死時代を迎えます。急性期の病院だけでは対応が困難な時代が来ることが予想される中で、できるだけ急性期の病院の負担を軽減するために、地域が守っていく必要があります。すべての在宅クリニックとは言いませんが、地域で困っている人がいたら、力になりたいと手をさしのべる仲間が増えて行くことを祈りたいと思いました。

もう1点は、緩和ケアの紹介時期に関する課題です。在宅緩和ケアとして紹介されても短い関わりで亡くなる在宅患者さんが多いので、もっと前に紹介して欲しいという発表です。このように緩和ケアでは、しばしばもっと早く紹介をしてほしいと考える医療機関があります。ホスピス病棟が開設して間もないころは、入院して1-2週間で亡くなる患者さんがいると、もっと早く紹介をしてほしいと感じるスタッフがいます。信頼関係を築くまでには1-2ヶ月かかるから、入院されてもほとんど眠っていてコ

ミュニケーションが取れないから、などの理由です。ところが、数年経験していくとき、必ずしも1-2ヶ月ホスピス病棟で療養して看取るだけが役割ではないことに気づいて行きます。ぎりぎりまで闘いたい思いがあり、治療病院での外来通院の希望のなか、緩和ケアは選びたくない思いの人もいます。その人が、いまわの際になり最期の数日をすごす緩和ケアも大切な関わりであることに気づく時、紹介時期に関わらず、関わるのが大切であることに気づいて行きます。

緩和ケアの集まりに参加しながら、まだまだ道は険しいと思いました。
小澤竹俊

ディグニティセラピー

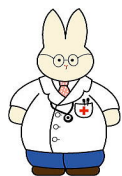


めぐみ在宅クリニックでは、ディグニティセラピーを学ばれている市村先生（東邦大学大学院在籍）に非常勤医師としてお越し頂いており、希望される患者さんに導入してきました。患者さんに、これまでの人生、を振り返り、自分にとって最も大切なことを振り返っていただき、家族や周りの人々に一番憶えて

おいてほしいものについて9つの質問を通して明らかにしてきます。話された記録は、愛する人への手紙として、文章に印刷され、一度本人へ読んで聴いて頂き、追加して欲しい内容、削除してほしい内容を確認します。そして完成した手紙を、実際に渡すというプログラムです。本人へのケアにとどまらず、家族にとっても、本人から大切なメッセージになります。70回地域緩和ケア研究会で取り上げますが、これ以外にもディグニティセラピーについて、研修会を企画する予定です。ご期待ください。

診療実績

	06年~12 年合計	2013年 1月	2月	3月	4月	2013年計 1-4月	総計
訪問回数	21140	396	391	448	455	1690	22830
自宅永眠	923	17	12	19	13	61	984
施設永眠	68	2	1	2	2	7	75
在宅(自宅 +施設)	991	19	13	21	15	68	1059
病院永眠	249	4	3	4	3	14	263
看取合計	1240	23	16	25	18	82	1322



どうしたら緩和の魅力を伝えられるでしょうか？

今年は例年になく桜が早く開花しました。そして、最近ではハナミズキの白い花が色鮮やかに咲いています。

緩和ケアを専門とするクリニックを開設して6年半が経ち、在宅看取りは1000人を越えました。そして、ここ数年の医療の流れは、在宅医療の充実が求められています。この4月に第7回在宅医療推進会議の議事録が国立長寿医療研究センターのホームページに公開されました。

(<http://www.ncgg.go.jp/cgss/zaitaku.html>) 国の新しい施策が紹介されています。2025年から2030年に来ると言われる多死時代に向けて、国はそれぞれの地域で在宅医療を推進するために、研修を行うための準備を進めています。資料を拝見しながら、どのような研修が展開されていくのであろうかと案じておりました。

地域にあった特性を活かしてそれぞれの地域で連携が深まることが大切となるでしょう。ただ案じるのは、盲人が象をさわるように、緩和ケアの経験の浅い医療者が、各々の思いで研修を企画しても、実際に看取りを担う人材がそれぞれの地域で育っていくのだろうかということです。日に日に弱くなっていく人と関わり続けるために求められることは、単に痛み止めの知識や、悪い知らせを伝えることや、死亡診断書を書く事だけではありません。

緩和ケアの紹介の切り口としてキュアとケアという視点があります。確かに今までの治療的に関わりと視点を変えて関わる上ではわかりやすい概念です。しかし、在宅でもキュアを必要とすることがあります。また、たとえお迎えが近い状況でも、ケアではなくキュアを求める患者さん・家族がいます。キュアとケアを対比して紹介する緩和ケアでは、対立構造が深まっていく可能性を危惧します。医療に携わるものとして、苦しむ人の力になりたいという共通な思いを大切に、治すことができても、あるいは治すことが困難でも、どのように関わると援助になるのかを、言葉で表現できることが必要になります。

どれほど医学や科学が発達しても全ての苦しみを取り去ることはできません。“なぜ私だけこのような苦しみを抱えなくてはいけないの！”と叫びながらも、人は生きていく可能性があることを、大人だけではなく子どもにわかる言葉で伝えることができる時、緩和の魅力が伝わるができるでしょう。

緩和ケアの第1線で働いてきたフロントランナーとして、この視点にこだわって、これから活動を続けていきたいと思えます。

小澤竹俊

第8回追想の集いが開催されました

4月13日土曜日午後めぐみ在宅クリニック研修室で第8回追想の集いが開催されました。2012年1月から6月の間にめぐみ在宅クリニックと関わり最期を迎えた患者さんのご遺族を対象とした集まりです。XX家族XX人の参加と関わって頂きました訪問看護ステーションを中心に50名近い人数が集まることができました。大切な家族を失うことは、残された人にとっても大きなストレスとなります。しかし、今の社会では安心して自分の思いを語れる場がありません。限られた時間ではありますが、ご遺族同士が語れる場を提供していくことは、大切なことと考え、めぐみ在宅クリニックとして遺族ケアも充実していきたいと考えております。

看護

4月16日付けで山本XXさんが看護課の課長に赴任しました。看護部の体制強化と緩和ケアに関する人材育成に力を注いで頂く予定です。よろしくお願いいたします。



数字ではなく顔の表情

終末期の医療に永年携わる中で、どのような表現をすると、緩和ケアのエッセンスを伝えることができるのかと苦心しておりました。現場で耳にするフレーズは、“どのよう接してよいかわからない”、“どのように声をかけて良いかわからない”というものです。日に日に弱っていく人に、どのよう関わると良い援助者になるのか？は、いつも心にとめている課題です。

私は、たとえを用いるのが好きなのですが、最近使っているネタとして、次の例えがあります。“猫が障子に登りかけ、外していた障子が倒れてきました。あいにく片手はふさがっているため、残った手の指1本だけで、倒れてきた障子を支える必要があります。どうしたら良いでしょうか？”

もし障子ではなく、軽くて固いベニア板のような場合には、どこを支えても問題はありません。障子紙のように穴があく心配はありません。しかし、倒れかけてきた障子を指1本で支えようとしても、障子紙は薄いので、穴があいてしまいます。では、障子の格子ならばどうでしょうか？格子ならば、固いですから、指一本でも倒れずに支えることができます。



まもなくお迎えが近い人と関わるときにも、同じ事が言えます。死を受容し、最期を穏やかに過ごしたい人と関わる場合には、そのまま静かに関われば、それほど大きな問題はありません。しかし、まだ死にたくない、どんな方法でも良いから治療を続けたいのに、もう治療がないと言われて、誰に文句を言って良いかわからない…。このようなときに、悪い知らせを伝えるだけでは援助にはなりません。“生きていたい”と思う人に、もう治療がないと説明しても、援助にはなりません。かえって、あなたに私の気持ち、わかってもらえないと言われて、関わるすべを失うことでしょう。

どんなに困難な状況にあっても、相手の支えをキャッチでき、強めることができれば、関わる可能性が見えていきます。それは、倒れてきた障子の格子を探すようなものです。支えをキャッチする方法として、数字ではなく、顔の表情を大切にしましょうと紹介します。数字は大切です。血圧、脈拍、体温、酸素飽和度などの数字や食事量などは大切な情報です。

しかし、徐々に病状が進めば、数字に変化が起こることは避けられませんが、例えるならば、誕生日がきて、白髪の数やしわの数を数えることとおなじことです。大切なことは、数字ではなく、顔の表情である…と意識できるとき、関わる可能性が見えてきます。

この人は、どんな時に穏やかになるのであろうか？と意識します。すると、病院にいるよりも家の方が穏やかであるとか、痛みがあるよりは痛みがない方がよいとか、好きな音楽を静かに流している方が穏やかとか、大好きな庭を眺めている方が穏やか、孫の顔を見るとおだやか、最期まで闘うことを支持してくれること、などなどの条件が見えてきます。この穏やかな条件こそが、支えです。End of life careにおいては、細かい数字で管理することよりも、その人の顔を大切にするように意識を持ちます。すると、今まで何をしても良いかわからなかった人が、何をしても良いかわかるようになります。それは倒れてきた障子を格子で支えるようなものです。

穏やかになる条件を言葉にすると、医療を専門にしない介護者でも、援助の可能性が拓けます。現場でのこだわりは、援助を言葉にしていこうことです。抽象的な表現ではなく、具体的な関わり方を言葉にすること。つまり、穏やかとなる条件を支えとして意識し、関わることを大切にしていこうとき、今までどうして良いかわからなかった人が、どうしたら良いかわかることでしょうか。逃げないで関わる援助者が一人でも増えて行くことをミッションとしていきたいと思えます 小澤竹俊

医師の異動があります

3月末に非常勤医師でお世話になっていた山本先生、水野先生が異動となります。代わりに、今井先生が水曜日午前の診療が増え、蘇原先生が半日から1日に診療枠が増えます。4月以降も継続して訪問診療に力を入れて参ります。よろしくお願いたします。

診療実績

	2007~12年合計	2013年1月	2月	2013年計
訪問回数	21140	396	391	787
自宅永眠	908	17	12	29
施設永眠	68	2	1	3
在宅（自宅+施設）	976	19	13	32
病院永眠	244	4	3	7
看取り合計	1220	23	16	39



映画レ・ミゼラブルを鑑賞して

映画レ・ミゼラブルを鑑賞する機会がありました。ご覧になった方も多いことでしょう。“自立は失っても、自律は失わない”という視点で、映画を解説してみたいと思います。



文豪ビクトル・ユゴーの小説を元に映画化されました。舞台は1815年のフランスです。妹の子どもためにパンを盗んだ罪で19年間服役したジャン・バルジャンは、仮釈放となります。しかし、仕事もなく困っているときに

宿と食事を提供してくれた司教に背き、銀の食器を盗んでしまいます。再び捕まりますが、バルジャンを司教は許しただけではなく、銀の燭台まで持って行くように言います。神の愛にふれて、バルジャンは新しい人間に生まれ変わります。

8年後、バルジャンは事業家として成功しますが、ある時、仮釈放のまま逃げていたことを監督官のジャベールに疑われます。その中、バルジャンは、バルジャンの経営する工場を解雇され娼婦ファンテーヌを救います。ファンテーヌの希望で、娘コゼットを守るために、バルジャンの人生は大きく動いていきます。この物語の中で、バルジャンは、二つの支えを得ていきます。一つは神の愛、もう一つは、ファンテーヌの一人娘を守ること。コゼットを愛し、守ろうとする思いは、様々な困難の中にあっても、大きな支えとなり、バルジャンを強くしていきます。

1812年パリ、7月革命によってブルボン朝が倒れた後、フランスは立憲君主制となりますが、貧富の格差はあいかわらず残り、革命を希望する若い青年達が登場します。その中の一人にマリウスがいます。彼は、バルジャンが守り育てて来たコゼットを一目見て、強く引かれていきます。コゼットもマリウスをみて、心引かれていき、いつか二人は恋に落ちるようになります。コゼットに恋人が現れたことを知り、認めようとならないバルジャンですが、青年達の義勇兵としてマリウスを間近に見つめていく中で、この青年に、コゼットを託していこうと変わっていきます。そして、戦いの中、バルジャンは、娘のためにマリウスを助けようとしていきます。

自分でできることが自立に対して、自分で選ぶことができることが自律であることが、終末期のケアでは大切になります。映画の中でも、バルジャンは、自分でコゼットを守りたいと願います。しかし、いつか年

しかし、心から信頼できる青年マリウスにゆだねること、手放すことができれば、コゼットを守り続けることができます。父親のまなざしでこの映画を観て、心強く動かされる思いとなりました。是非、一度ご覧下さい。とても素晴らしい映画です。

小澤竹俊

クリニックの体制が変わります

2月1日付けでクリニックの人事異動がありました。常勤医の今井先生が、診療部長となりました。総務部主任の田中さんが、事務部長となりました。そして、看護師の中村さんが、パトリージャーとなりました。さらに2月1日より相沢看護師さんが入職されました。4月には、さらに体制強化していく予定です。よろしくお願いたします。

BS-TBSで放送がありました

2月3日日曜日夜7時からBS-TBSにてめぐみ在宅クリニックの活動が取り上げられました。在宅で最期を迎えるために、多職種のチームで活動している様子などが紹介されました。2012年11月頃より2ヶ月に渡り、取材されました。クリニックだけで在宅での看取りは行う事はできません。訪問看護、訪問服薬、訪問介護、ケアマネジャーなど、多職種の関わりがあって、本人・家族が安心して過ごすことができます。また、将来の多死時代に向けて施設での看取りも大切となります。取材にご協力頂きました事業所の皆さん、患者さん・家族に感謝申し上げます。なお視聴希望の方はDVDがクリニックにあります。お声かけ下さい。

診療実績

	2007 年計	2008 年計	2009 年計	2010 年計	2011 年計	2012 年計	1月	2013年 計
訪問回数	1647	2900	2872	3515	4907	5299	396	21536
自宅永眠	73	128	151	190	203	163	17	925
施設永眠	7	7	8	14	9	23	2	70
在宅(自宅+施設)	80	135	159	204	212	186	19	995
病院永眠	22	24	40	34	61	63	4	248
看取り 合計	102	159	199	238	273	249	23	1243



めぐみ在宅地域緩和ケア研究会



NEWS LETTER

2013.1 NO. 66

めぐみ在宅クリニック（在宅療養支援診療所）

〒246-0037 神奈川県横浜市瀬谷区橋戸2-4-3

TEL:045-300-6630 FAX:045-300-6631

2013年・年頭にあたり

あけましておめでとうございます。無事に2013年の新年を迎えることができました。ひとえに多くの支えがあったのことに感謝申し上げます。

さて、2013年の年は、クリニックにとって大きな節目になる年と考えます。医師、看護師、医療事務3人で始めためぐみ在宅クリニックも、今は30人を越すスタッフとなりました。常勤医2名に当直を含めた非常勤医師10名を合わせると合計12名の医師が関わるようになりました。看護師も6名となりました。常に170人前後の患者さん・家族の支援にあたり、在宅での看取りは、年間200人前後を推移するようになりました。それでも、システムとしては、クラブ活動の域を脱していません。組織として、基礎固めの必要性を数年前から感じておりました。2012年10月に総務に赴任した田中さんに、事務の要として動いて頂く予定です。また、常勤医として受け持ち患者さんのケアを24時間対応して頂いている今井先生にも要になって頂く予定です。対外的な部署として医療ソーシャルワーカー佐藤さんには、地域との連携を深める活動をさらに展開できるようにと願います。また看護部は、診療のみならず地域緩和ケアチームの中核として、在宅緩和ケアの学びを実践・教育できるクリニックとして研修の受け入れや地域の訪問看護ステーションとの連携を深めていきたいと考えております。

2012年12月より企画を開始しているメイク・ア・ウィッシュ・プロジェクトをさらに広げるための活動も本格化していきたいと考え、院内に在宅ホスピスボランティア部門を創設する予定です。

私個人のことになりますが1月で50歳を迎え、いよいよ天命を知る年となります。私にとっての天命は、“理不尽な苦しみを抱えた人が、苦しみを抱えながらも、生きることを援助する可能性を社会に示していくこと”です。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ません。しかし、一人一人異なる自らの支えを知り、育むことができるとき、希望の光を見出す可能性があります。

いよいよ今まで学んできたことを、これから苦しむ人と関わろうとする人に、伝えていくことに重点をおいて活動の輪を広げていきたいと思えます。この人材の育成こそ、これからの多死時代に向けて私ができる最大のミッションであると信じて、伝えることのできる人材育成に本腰をいれようと思えます。今年も、夢をもちつつ、しっかりと毎日を生きていきたいと思えます。よろしくお願いたします。

小澤竹俊

長崎で伝達講習を行いました

念願であったいのちの授業の全国展開の一つとして、1月12日に長崎で、いのちの授業の伝達講習を行うことができました。きっかけは、2012年7月に長崎県大村市で緩和ケア講演会を行ったとき、ドクターズネットとして著明な白髭先生から、2013年7月に長崎で開催される日本ホスピス在宅研究会年次大会として、実行委員と共有したいとの申し出から実現する機会となりました。数年後にやがて来る多死時代に備えて、地域包括として活動する他職種の人が、単に看取るだけではなく、看取りを通して学んだ大切なメッセージを、いのちの授業として、それぞれの地域の学校に伝えていくことを夢みておりました。その一歩として文化伝承の地である長崎で開始できたことを心から感謝しております。

朝日CSで放送がありました

テレビ朝日のCS放送でニューススターというチャンネルがあります。その番組の一つ”ニュースの深層”で在宅緩和ケアを取り上げていただきました。キャスターは、朝日新聞記者の高橋美佐子さんと、10年近く交流があります。これから多死時代を迎えるにあたり、現場ではどのような課題があるのかについて、取材をうけました。決してきれい事だけではないこと、誠実に向き合



い続けるために、人材育成が欠かせないことなどについて紹介しました。有料の衛星放送のため、視聴できた方は少ないかもしれませんが、希望の方にはDVDをお貸します。

診療実績

	1~6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	2012年計
訪問回数	2702	470	452	429	407	412	429	5301
自宅永眠	87	16	19	12	9	12	8	163
施設永眠	6	2	1	2	4	3	5	23
在宅（自宅+施設）	93	18	20	14	13	15	13	186
病院永眠	30	4	5	6	4	8	6	63