

ホスピスケアと在宅ケア

68
Vol.24.No.3

いのちを 受けとめる 町づくり



2017

日本のホスピスが忘れてきたもの



開催日 2017年

2月4日・5日

於：久留米シティプラザ

日本 THE NIPPON
財団 FOUNDATION

助成事業

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 助成事業

日本ホスピス・在宅ケア研究会雑誌 ISSN 1341-8688 2016年12月25日発行

第 24 回 日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 久留米

いのちを受けとめる町づくり

～日本のホスピスが忘れてきたもの～

もくじ

| | | |
|-------------|---|-------|
| ●プログラム | 理事長挨拶 | iii |
| | 大会長挨拶 | iv |
| | 実行委員長挨拶 | v |
| | 日程表 | vi |
| | 開催概要・会場案内 | x |
| | 参加者へのご案内 | xiv |
| | 懇親会のご案内、託児所のご案内、口演座長の皆様へ | xvi |
| | ポスター発表座長の皆様へ | xviii |
| | ポスター発表をされる方へ | xviii |
| | プログラム一覧 | xx |
| ●抄録 | | |
| 日本医師会会長講演 | 地域における医師会の貢献 | 170 |
| 特別講演① | 老いることはいやですか？ ～自分を生ききる思想と姿勢～ | 171 |
| 大会長講演 | いのちを受けとめる町づくり | 172 |
| 講演 | 紛争地、被災地、看取りの現場から ～命のバトンを受け継ぐために～ | 173 |
| 赤ひげフォーラム | 日本のホスピス・在宅ケアの向かうべき方向は？ | 175 |
| 特別講演② | 地域をつくるホスピス運動 ～世界に学ぶ～ | 180 |
| 講演・シンポジウム① | 日本のこどもホスピスのみらい、講演「ひとりじゃないよ」 | 183 |
| 講演・シンポジウム② | 白衣を脱いで町に出よう ～マギーズ東京のこころみ～ | 189 |
| 講演・シンポジウム③ | 日本の貧困とホスピス ～ソーシャルワークからホスピスへ～ | 190 |
| 講演・シンポジウム④ | 穏やかに逝く ～在宅ホスピスに寄り添う宗教者の力～ | 193 |
| 講演・シンポジウム⑤ | 介護施設での看取り | 197 |
| 講演・シンポジウム⑥ | 看取りに携わるスタッフへのケア・教育 | 202 |
| 鼎談 3人の会 | 日本のホスピスが忘れてきたもの | 206 |
| 講演・シンポジウム⑦ | 在宅ホスピスを語る会 in 久留米 | 208 |
| 講演・シンポジウム⑧ | 非がん患者の在宅ケア（終末期のケア） | 210 |
| 講演・シンポジウム⑨ | 熊本地震被災地の声 | 214 |
| 講演・シンポジウム⑩ | わが町・我が家で暮らす いのちに寄り添って ～在宅ホスピスに寄り添うボランティアの仲間たち～ その人らしい旅立ちを支える臨床倫理サポート ～宮崎市版エンディング・ノートの取り組み～ | 218 |
| ポットラックセミナー① | 患者意思決定支援に必要な基礎知識 | 223 |
| ポットラックセミナー② | 患者意思決定支援に必要な基礎知識 | 224 |
| ポットラックセミナー③ | 認知症ケアメソッド ～メモリアルボックスの活用～ | 225 |
| ポットラックセミナー④ | リンパ浮腫ケア | 226 |
| ポットラックセミナー⑤ | 「最期まで口から食べる」地域づくりを目指して ～地域における在宅食支援の取り組み～ | 227 |
| ポットラックセミナー⑥ | 心不全ケアの今、そして未来 | 228 |
| ワークショップ | 臨床倫理セミナー 「終末期の意思決定支援ワークショップ」 | 229 |
| コンサート① | Shana コンサート、朗読「ぼくが生きるということ」 | 231 |
| コンサート② | アイルランドの風 コンサート | 232 |
| 施術体験① | セラピューティック・ケア体験 | 233 |
| 施術体験② | ICAA 体験 | 234 |
| 一般演題抄録 | 一般口頭発表 | 235 |
| 一般演題抄録 | 一般ポスター発表演題 | 296 |
| | ホスピスと在宅ケア（Hospice and Home Care）投稿規定 | xxxix |
| | 日本ホスピス・在宅ケア研究会のご案内 | xxxix |
| | 後援一覧 | l |
| | 大会開催にご協力いただいた方々 | li |
| | 委員一覧 | lii |

理事長挨拶

平成 28 年度の日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 久留米市の準備が整いました。この大会を企画し開催する二ノ坂保喜大会長、齋藤如由実行委員長および実行委員の皆様深く感謝します。

また、久留米市を含めた地元九州の、そして全国の多くの地域の方々および専門職の方々がこの大会に集い、一緒に学びを得ることを期待しています。

日本在宅ケア・ホスピス研究会は 2002 年に発足し、第 1 回（2003 年）、第 2 回（2003 年）大会を神戸で開催した後、全国各地で年 1 回の全国大会を開催しています。九州で大会が開催されるのは、福岡大会、長崎大会に次ぎ 3 回目となります。

現在、在宅医療（在宅ケア）、緩和ケア・ホスピスケアを主なテーマとする研究会・学会は多くなりましたが、当研究会は、創設当初より活動の視点を地域に暮らす人々（「市民」）に置き、そして全国大会においては主催する現地の人々との交流を大事にしていることが大きな特徴です。後者は、全国大会を企画する現地の大会実行委員会が、現状にあわせた独自のテーマとコンセプトで大会を企画し、その準備活動を通して開催地での在宅ケアやホスピスケアの普及をめざすことを目標としていると言い換えることもできます。

今回の大会でも、現在の日本の地域社会に重要なテーマが提示されていますが、わたしが注目しているキーワードは「いのち」「町づくり」「日本のホスピス」です。これらについて少しコメントし挨拶といたします。

「いのち」という言葉を受け止めるためには、私たちは他者に生かされているという意識と、「誰もがいざれ死を迎える」という事実をしっかり意識することが必要です。特に、後者については、現在は、死は多くの場合突然やってくるのではなく、死を予感できる時期があり、それ以後の「人生の最終段階」をどこでどのように過ごすのか考え、生き方を選択できる状況があるにも関わらず、多くの人が、この段階を「終末期」として、「患者」として、病院で過剰な治療を受け死んでいる現状があり、この現状をどのように変えるのか、医療のあり方を含めて、「人生の最終段階」の生き方を考える必要があります。

「町づくり」という言葉は、現在、国家戦略としてその構築が目指されている「地域包括ケアシステム」の最終目標として使われている言葉です。障害を持った人、生命予後が限定された人およびその家族、看取り看取られる人を地域の中で、最期まで支えるためには、それに関わる専門職だけでなく地域住民の、自助・互助・共助・公助の支援が必要となりますが、この支援の地域体制を創る過程が町づくりそのものである、と在宅看取りを伴う在宅医療を実践していると強く感じます。

なお、地域包括ケアシステムにおいては、看取りを伴う在宅医療体制の構築が中核となりますが、実は、日本の医療のあり方を根本的に変える、現在の専門医療中心の「治すこと」を目標とした医療から、地域医療（プライマリケア）中心の「生活を支えること」を目標とした医療への転換をはかる動きです。これは、これまで当会が設立以来目標としていた活動と重なりますので、当研究会はこの地域包括ケアシステムを積極的に推進する立場をとっています。しかし、その視点は、あくまでも「市民」の視点を保ちます。

「日本のホスピス」は医療システムとして病院（施設）完結型で普及してきましたが、これは本来あるべき姿とかけ離れ、また、世界の緩和ケアの潮流とかけ離れています。今、必要な体制は、地域や暮らしに視点を置き、地域全体で展開されるホスピス・緩和ケアです。これを、私は地域緩和ケアと呼んでいます。今回、大会では関連するメッセージが多く出されると思いますので楽しみにしています。

蘆野 吉和

大会長挨拶

第 24 回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 久留米へようこそ。

季節外れの全国大会、この寒い時期に、全国から、世界から、熱い思いでお集まりくださった皆さまに、心からお礼を申し上げます。

福岡県での全国大会は、2002 年第 10 回大会以来、15 年ぶり 2 回目です。15 年前はまだホスピス病棟も少なく、在宅ホスピスに取り組む人たちもわずかでした。大会を契機に、本当のホスピス、在宅ケアを広めようと意気込んでいたのを思い出します。

2002 年 9 月 7 日・8 日、福岡県 福岡工業大学で開かれた『第 10 回 日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 九州』のテーマは、

『ホスピスは何処へ……～歴史を見直し、未来を探そう～』

講演として中村哲氏「自ら行動するということ～アフガンでの活動を通して」や、「喜びのあるところこそホスピスあり」(宮嶋真一郎)、「日本こそ本当のホスピスができる社会だよ」(フィリップ・グロード神父)などがありました。

緩和ケア病棟は当時 122 箇所 (2303 床)。1990 年に診療報酬に緩和ケア病棟が位置づけられて 12 年でした。それから 15 年。現在は 369 箇所 (7504 床)、3 倍に増えました。在宅ホスピスも、在宅療養支援診療所 (2006 年制度化) を軸に全国に広がって来ました。20 年以上前から在宅ホスピスに取り組んできた私にとっては、隔世の感があります。

しかし同時に、この間の日本のホスピス運動の方向性は正しかったのか、在宅の広がりや国民にとって意味あるものとなっているのだろうか、という疑問がいまでもぬぐえません。医者になって 10 年目、岡村昭彦の『ホスピスへの遠い道』を通してホスピス運動に出会った私にとって、日本のホスピス運動はどこかで道を間違えたように思えてなりません。

2004 年インド・ケララを訪問し、コミュニティ緩和ケアの実際に触れる機会を得ることができました。自分がめざしてきたホスピス運動がここにあると感じました。同時にバングラデシュとの交流活動もここにつながっていたのだ、と思いました。制度や経済的豊かさ、医療技術ではなく、人々のつながり、支えあうコミュニティがホスピス運動の基盤であると学びました。今回コミュニティ緩和ケアの第一人者で、世界で活躍するスレッシュ・クマール医師をお招きしました。Public Health と Palliative Care が本来軌を一にするものである、というのが現在の世界の潮流であり、在宅ホスピスの現場で痛切に感じることです。

イギリスで「Compassionate Communities (思いやりに満ちたコミュニティ)」の活動に触れた堀田聡子さんのお話から、我が国のコミュニティのあり方を学びたいものです。この大会が、わが国のホスピス運動の転換点になることを願っています。

二ノ坂 保喜

実行委員長挨拶

二ノ坂保喜氏より、本研究会の全国大会が開催できる場所が久留米にないか探して欲しいと相談を受けたのが2015年夏のことでした。

当時久留米には多くの部屋を有する会議施設ありませんでしたが、久留米シティプラザが建設中でした。まだ完成もしていない施設でしたが、二ノ坂氏に紹介すると「ああ、ちょうど良いですね。」という返事。その一言で私が実行委員長になることになりました。

久留米は人口30万の都市で、豊かな水量をほこる筑後川がつくった筑後平野にあります。ブリジストンをはじめとしたゴム産業の町。久留米がすりも有名ですし、豚骨ラーメン発祥の地でもあります。人口比あたりの焼き鳥屋の数も日本一と言われていています。是非B級グルメも楽しんでいただければと思います。今回の会場は2016年4月にオープンしたばかりです。新しいホールで皆さんと一緒に熱く考え語り合う時間が提供できればと思っております。

今回の全国大会のテーマは「いのちを受けとめる町づくり」です。生まれてから終えるまでの（いのち）を受け止めるわけですので、壮大なテーマです。

そんな中でポイントを絞り込んだのが（日本のホスピスが忘れてきたもの）という問題です。がんとAIDSの末期患者さんのみという形で始まった日本の緩和ケア病棟ですが、その結果ホスピスケアに対する偏った認識が一般市民に広がってしまった感があります。また医療者の中にもホスピスマインドを正しく広める事ができなかったのではないかと思います。2012年9月、日本臨床倫理学会が設立されました。日常の医療・ケアの実践から生じる倫理的問題に対して広い視点から検討していく学会ですが、なぜ癌とAIDS患者さんだけの緩和ケア病棟なのか？ という事にも倫理的な問題が存在します。今回は、患者・家族の意思決定支援や非がん患者さんのケアに関しても、そうした倫理的な側面から討論できる場を設けました。

老衰死・平穏死・尊厳死・安楽死・突然死・自然死・孤独死……いろんな名前の死がありますが、結局はその方の最後の生き方を示したわけでしょうから、今回も「……にもかかわらず生きていく」事の支援を考えれば良いのかと思っております。

今回の全国大会が久留米地域のみならず、日本全体のホスピス・在宅医療の底上げに寄与すればと期待している次第です。

齋藤 如由

2月4日(土)

| | ザ・グランドホール | 久留米座 | Cボックス | 大会議室1 |
|-------|--|---|--|---|
| 9:00 | 9:15 ~ 9:45 | | | |
| 9:30 | 開会式 | | | |
| 10:00 | 10:00 ~ 12:00 | 10:00 ~ 12:00 | | |
| 10:30 | 赤ひげフォーラム 「日本のホスピス・在宅ケアの向かうべき方向は？」 | 講演・対談シンポジウム 日本の貧困とホスピス 「下流老人と貧困世代」 | | |
| 11:00 | 【座長】 二ノ坂 保喜 【シンポジスト】 西嶋 公子 11:30 鬼頭 秀樹 古川 誠二 土川 権三郎 | 【演者】 藤田 孝典 【司会・対談】 内田 浩稔 | | |
| 12:00 | | | 12:15 ~ 13:00 | 12:15 ~ 13:00 |
| 12:30 | | | ポットラックセミナー 「その人らしい旅立ちを支える 臨床倫理サポート」 【講師】板井 孝亮朗 | ポットラックセミナー 「患者意思決定支援に必要な 基礎知識」 【講師】伊藤 大樹 |
| 13:00 | 13:15 ~ 14:15 | 13:15 ~ 15:15 | 13:30 ~ 14:45 | 13:15 ~ 14:45 |
| 13:30 | 日本医師会長講演 「地域における医師会の貢献」 | シンポジウム 「穏やかに逝く」～在宅ホ スピスに寄り添う宗教者 のカ～ | Shana コンサート | 口演発表 O1-01 ~ O1-05 |
| 14:00 | 【演者】横倉 義武 【司会】二ノ坂 保喜 | 【座長】谷山 洋三 【シンポジスト】 原口 勝 國友 朋子 吉田 敬一 和田 節子 | 朗 読 ～ぼくが生きているということ～ 【朗読者】齋藤 優佳 | |
| 14:30 | 14:30 ~ 16:00 | | 15:00 ~ 16:30 | 15:00 ~ 16:30 |
| 15:00 | 特別講演① 「老いることはいやですか？ …自分を生ききる思想と姿勢」 | | 在宅ホスピスを語る会 in 久留米 | 口演発表 O2-01 ~ O2-06 |
| 15:30 | 【演者】 落合 恵子 【司会】 野尻 あかね | 15:30 ~ 17:00 シンポジウム 「介護施設での看取り」 | 【司会】 齋藤 如由、西岡 進 【コメンテーター】 内藤 美智子、田村 良彦 【遺族】 平田 尚子、大坪 洋子 | |
| 16:00 | 16:15 ~ 17:00 | | | |
| 16:30 | 大会長講演 「いのちを受けとめる町づくり」 | 【座長】矢津 剛 【コメンテータ】市原 美穂 【シンポジスト】 佐藤 弘樹、梁 勝則、余 村 徹、樋口 千恵子 | 16:45 ~ 18:15 | 16:45 ~ 18:15 |
| 17:00 | 17:00 ~ 18:30 | | 講演 「紛争地、被災地、看取り の現場から」 ～命のバトンを受け継ぐ ために～ | 口演発表 O3-01 ~ O3-06 |
| 17:30 | 特別講演② 「地域をつくるホスピス運動」～世界に学ぶ～ ②-1 「Community Participation in Palliative Care (地域をつくるホスピス運動)」 | | 【演者】國森 康弘 【司会】平野 頼子 | |
| 18:00 | ②-2 「『Compassionate Communities (思いやり)に満 ちたコミュニティ』ムーブメント』に学ぶ」 | | | |
| 18:30 | 【講師】堀田 聡子 | | | |

| | | | | | |
|--------|--------|------|------|-----|-------------|
| 大会議室 2 | 大会議室 3 | 中会議室 | ホワイエ | 展示室 | スタジオ 1～4 |
|--------|--------|------|------|-----|-------------|

9:00

9:30

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--------------------------|---|-------|
| | | 10:00～13:00 ポスター掲示・閲覧 | 10:00～13:00 ポスター掲示・閲覧 | 10:00～15:30 「國森康弘写真展」 | 10:00～18:15 スタジオ1 セラビューティッ ク・ケア体験 スタジオ2,3 企業展示ブース スタジオ4 ICAA体験 | 10:00 |
| | | | | | | 10:30 |
| | | | | | | 11:00 |
| | | | | | | 11:30 |
| | | | | | | 12:00 |
| 12:15～13:00 ポットラックセミナー 「認知症ケアメソッド～メ モリアルボックスの活用」 【講師】大谷 るみ子 | 12:15～13:00 ポットラックセミナー 「リンパ浮腫ケア」 【講師】大塚 俊介 【司会】齋藤 如由 | | | | | 12:30 |
| | | | | | | 13:00 |
| 13:15～14:45 口演発表 O4-01～O4-06 | 13:15～14:45 口演発表 O7-01～O7-06 | 13:15～14:00 ポスターセッション P1-1、P1-2、P1-3 | 13:15～14:00 ポスターセッション P6-1、P6-2 | | | 13:30 |
| | | 14:00～14:45 ポスターセッション P2-1、P2-2、P2-3 | 14:00～14:45 ポスターセッション P7-1、P7-2 | | | 14:00 |
| | | | | | | 14:30 |
| 15:00～16:30 口演発表 O5-01～O5-06 | 15:00～16:30 口演発表 O8-01～O8-06 | 15:00～15:45 ポスターセッション P3-1、P3-2、P3-3 | 15:00～15:45 ポスターセッション P8-1、P8-2 | | | 15:00 |
| | | 15:45～16:30 ポスターセッション P4-1、P4-2、P4-3 | 15:45～16:30 ポスターセッション P9-1、P9-2 | | | 15:30 |
| | | | | | | 16:00 |
| | | | | | | 16:30 |
| 16:45～18:15 口演発表 O6-01～O6-05 | 16:45～18:15 口演発表 O9-01～O9-06 | 16:45～17:30 ポスターセッション P5-1、P5-2、P5-3 | 16:45～17:30 ポスターセッション P10-1、P10-2 | | | 17:00 |
| | | | | | | 17:30 |
| | | | | | | 18:00 |
| | | | | | | 18:30 |

懇親会 19:00～21:00 展示室

2月5日(日)

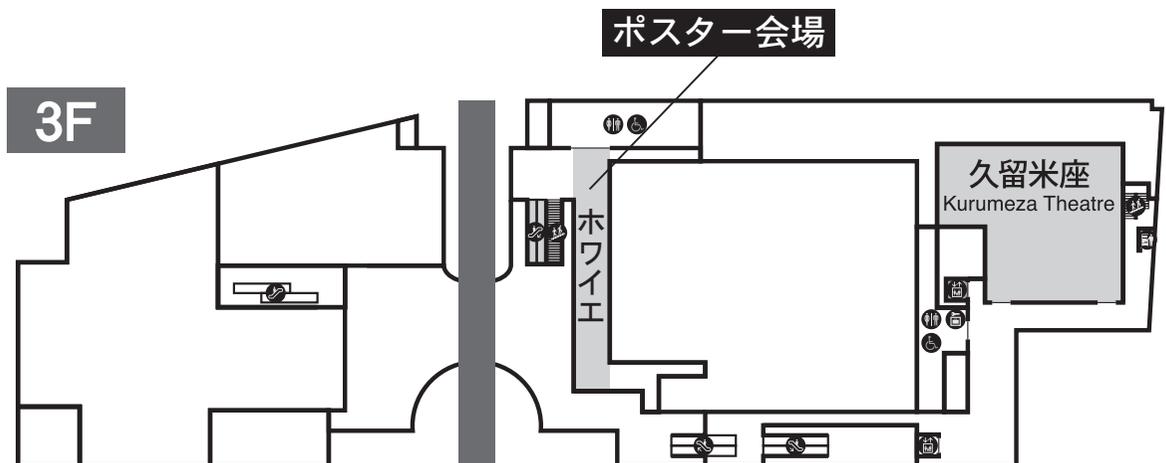
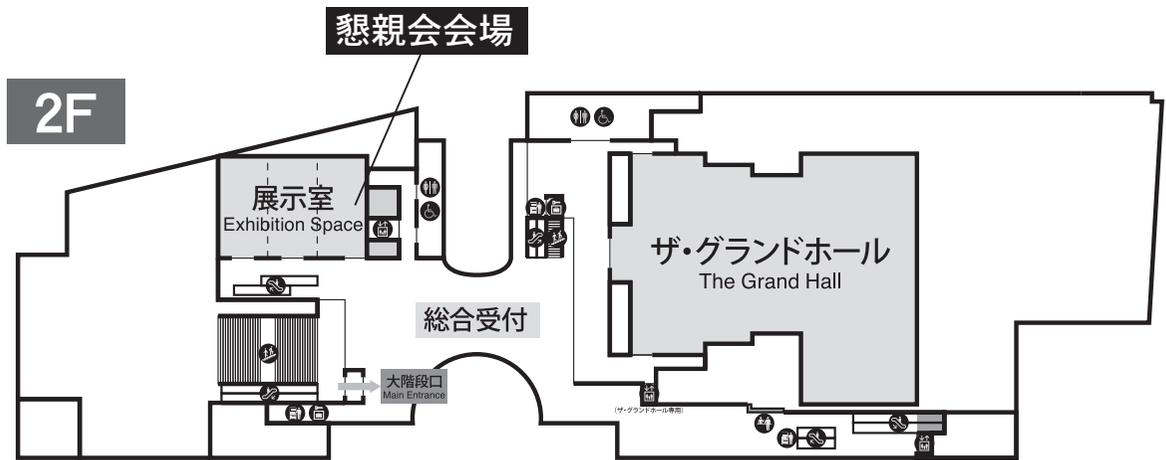
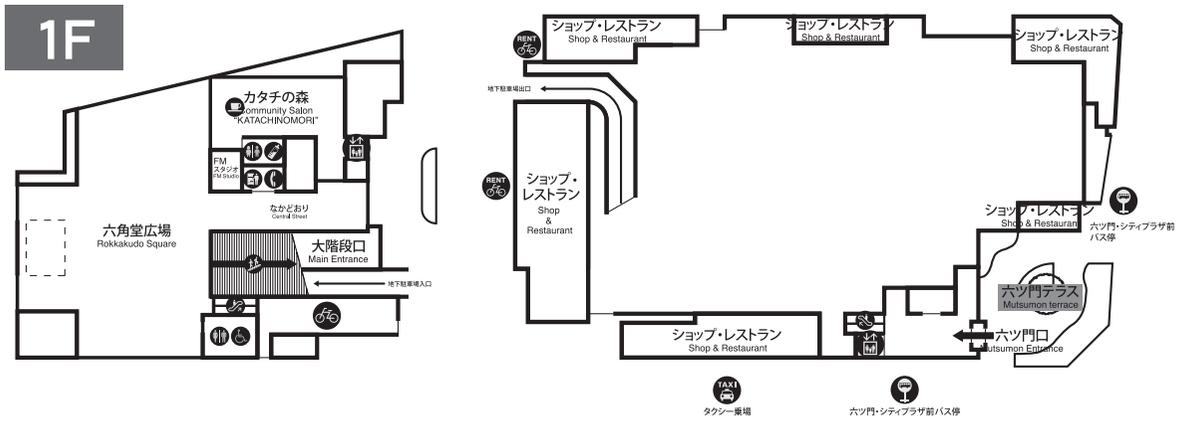
| | ザ・グランドホール | 久留米座 | Cボックス | 大会議室 1 | 大会議室 2 |
|-------|--|--------------------------------------|---|---|--------|
| 9:00 | | | | | |
| 9:30 | | | | | |
| 10:00 | 10:00 ~ 12:00 | 10:00 ~ 12:00 | 10:00 ~ 12:00 | 10:00 ~ 12:00 | |
| 10:30 | シンポジウム 「日本のこどもホスピスのみらい」 | シンポジウム 「看取りに携わるスタッフへのケア・教育」 | シンポジウム 「非がん患者の在宅ケア」 (終末期のケア) | シンポジウム 「熊本地震被災地の声」 | |
| 11:00 | 講演 「ひとりじゃないよ」 | 【座長】 柴口 里則 小野 幸代 | 【司会】 齋藤 如由 | 【シンポジスト】 高橋 恵子 中川 愛子 倉本 剛史 | |
| 11:30 | 【演者】 副島 賢和 【司会・座長】 内田 浩稔 【シンポジスト】 副島 賢和、土島 智幸、濱田 裕子、水野 英尚 | 【シンポジスト】 桑田 美代子 菊地 雅洋 川津 敦子 | 【ファシリテーター】 箕岡 真子 【シンポジスト】 大澤 誠、渡邊 有三 山本 真 | | |
| 12:00 | | | | | |
| 12:30 | | | 12:15 ~ 13:00 ポットラックセミナー 「最期まで口から食べる」地域 づくりを目指して 【講師】 平野 充広 | | |
| 13:00 | | | | | |
| 13:30 | 13:15 ~ 15:15 | 13:15 ~ 15:15 | 13:30 ~ 14:45 | 13:15 ~ 15:15 | |
| 14:00 | 講演 「白衣を脱いで町に出よう」 ～マギーズ東京のころみ～ | 鼎談 3人の会 「日本のホスピスが忘れて きたもの」 | アイルランドの風 コンサート | シンポジウム 「わが町、わが家で暮らす いのちに寄り添って」 ～在宅ホスピスに寄り添うボランティアの仲間たち～ | |
| 14:30 | 【演者】 秋山 正子 【司会】 市原 美穂 | 【演者】 山崎 章郎 米沢 慧 二ノ坂 保喜 | 【演奏】 守安 功、守安 雅子 【司会】 寺町 聡子 | 【司会】 大石 春美 【シンポジスト】 平野 頼子 遠藤 竣 大石 睦子 本田 澄子 | |
| 15:00 | 対談 秋山 正子、市原 美穂 | | | | |
| 15:30 | 15:30 ~ 16:00 閉会式 | | | | |
| 16:00 | | | | | |
| 16:30 | | | | | |
| 17:00 | | | | | |
| 17:30 | | | | | |
| 18:00 | | | | | |
| 18:30 | | | | | |

| 大会議室 3 | 中会議室 | 展示室 | スタジオ 1～4 | |
|---|---|--------------------------|--|-------|
| | | | | 9:00 |
| | 9:30～10:30 ポスター掲示・閲覧 | | | 9:30 |
| 10:00～11:00 □演発表 O10-01～O10-04 | | 10:00～13:00 「國森康弘写真展」 | 10:00～15:15 スタジオ1 セラピューティック・ケア体験 | 10:00 |
| | 10:30～11:15 ポスターセッション P11-1、P11-2、P11-3 | | スタジオ2,3 企業展示ブース | 10:30 |
| 11:00～12:00 □演発表 O11-01～O11-04 | | | スタジオ4 ICAA 体験 | 11:00 |
| | 11:15～12:00 ポスターセッション P12-1、P12-2 | | | 11:30 |
| | 12:30～14:15 ポスター掲示・閲覧 | | | 12:00 |
| 12:15～13:00 ポットラックセミナー 「心不全緩和ケアの今、そして未来」 【講師】大石 醒悟 【司会】立野 淳子 | | | | 12:30 |
| | | | | 13:00 |
| 13:30～15:15 臨床倫理セミナー 「終末期の意思決定支援 ワークショップ」 【講師】会田 薫子 【司会】内田 浩稔 【協力】小野 幸代 | | | | 13:30 |
| | | | | 14:00 |
| | | | | 14:30 |
| | | | | 15:00 |
| | | | | 15:30 |
| | | | | 16:00 |
| | | | | 16:30 |
| | | | | 17:00 |
| | | | | 17:30 |
| | | | | 18:00 |
| | | | | 18:30 |

開催概要・会場案内

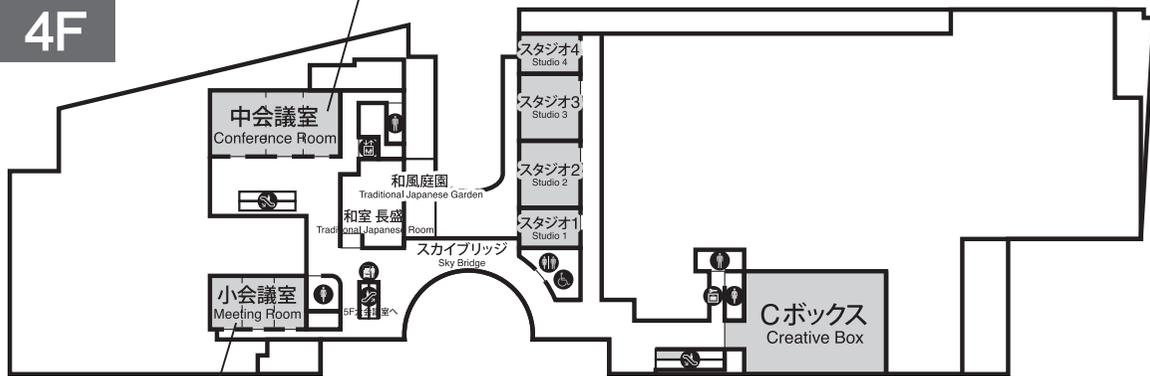
- 大会名 第24回 日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会 in 久留米
- テーマ いのちを受けとめる町づくり
～日本のホスピスが忘れてきたもの～
- 会期 2017年2月4日(土)・5日(日)
- 大会長 ニノ坂 保喜 (にのさかクリニック 院長)
- 大会実行委員長 齋藤 如由 (齋藤醫院 院長)
- 主催 NPO 法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 会場 久留米シティプラザ
〒830-0031 福岡県久留米市六ツ門町8番地1
e-mail: <http://kurumecityplaza.jp>
TEL 0942-36-3000 / FAX 0942-36-3087
- 大会事務局 〒830-0041 久留米市白山町390 齋藤醫院内
TEL: 080-3220-8856 FAX: 0942-30-5240
e-mail: 2017kurume@mbr.nifty.com
- 運営事務局 株式会社西日本企画サービス
〒839-0809 福岡県久留米市東合川3丁目10-36
TEL: 0942-44-5800 FAX: 0942-44-6655

会場案内図



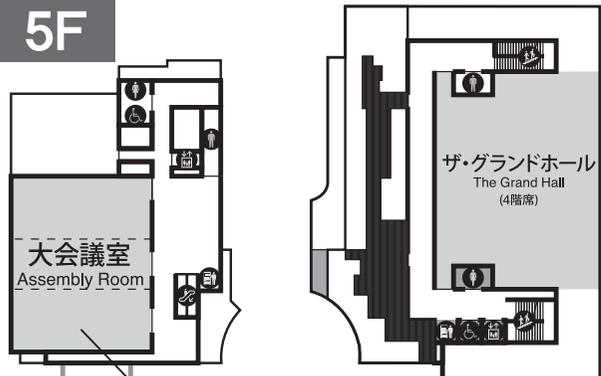
ポスター会場

4F



クローク

5F



口演会場

参加者へのご案内

総合受付は「2階 ザ・グランドホール前」です。

受付場所：久留米シティプラザ2階 ザ・グランドホール前

受付時間：2月4日（土） 8：30～17：00

2月5日（日） 9：00～13：30

1. 事前登録がお済みの方へ

事前登録がお済みの方は、受付は必要ございません。直接講演会場へお越しください。各会場に入る際は、参加証の提示が必要です。お送りしました参加証を必ずご提示ください。

2. 当日お申込みされる方へ

当日お申込みされる方は、当日受付にお越しください。

参加費

- 1) 会員・非会員 ¥5,000
- 2) 学 生 ¥1,000 *受付で学生証を提示してください。

抄録集

当日、抄録集をご希望の方には一冊1,000円で販売いたします。

久留米シティプラザ2階 総合受付にてお求めください。

お弁当

事前申込み者の分だけ準備しております。お弁当券との引き替えを「5階 大会議室1、2、3」の前で11：30より開始します。

飲み物はペットボトルなどフタの付いた物をご利用ください。ゴミは各ポットラックセミナー会場前にゴミ箱を用意いたしますので、分別廃棄をお願いいたします。

「日本ホスピス・在宅ケア研究会」への入会をお勧めします。

入会ご希望の方は、「入会受付」で手続きしてください。入会金は不要です。正会員に入会された方には抄録集を無料でお渡します。

| 会員種別 | 年会費 | ニューズレター | 研究会雑誌 | 抄録集 |
|--------|--------|---------|-------|-----|
| A（正）会員 | ¥5,000 | 無料 | 無料 | 無料 |
| B（準）会員 | ¥2,000 | 無料 | 有料 | 有料 |

クローク

場 所 ：4階 小会議室

利用時間：2月4日（土） 9：00～21：00、2月5日（日） 9：00～16：00

駐車場

久留米シティプラザ地下駐車場の他、会場周辺のコインパーキングをご利用ください。

サポートの必要な方へ

介助の必要な方は、総合受付またはお近くのスタッフにお申し出ください。

盲導犬、介助犬は会場内にご同行いただけます。

お願い

1. 「～先生」と呼ばないで

本研究会は「市民参加」を推進しています。市民と専門職が対等の立場で交流するため、参加されているすべての方はお互いに「～さん」と呼んでください。うっかり「～先生」と口がすべった場合は、1回につき100円を「ホスピス基金」へ寄付していただきます。付近の募金箱までお願いします。

2. 軽快な服装で

カジュアルな服装でご参加ください。互いに胸襟を開いて意見を交換しましょう。

3. 会場内ではお静かに

会場内では携帯電話をマナーモードに設定いただくか、電源をお切りください。うっかり、講演・演題発表中に呼び出し音を鳴らされた方には、1回につき100円を「ホスピス基金」へ寄付していただきます。付近の募金箱までお願いします。

4. 飲食について

飲食可能な会場は各ポットラックセミナー会場の他、ザ・グランドホール、久留米座となっております。久留米シティプラザ周囲にも飲食店があり、1階にはローソンもあります。

5. ゴミについて

大会側よりお配りしたお弁当の空き箱については、会場内の所定の場所にお餅ください。その他のゴミについては、各自お持ち帰りください。

懇親会のご案内

会場：2階 展示室

日時：2月4日（土） 19：00～21：00

参加費：5,000円

定員：200名

1. 事前にお申込みをされた方

お時間になりましたら会場にお越してください。入り口で参加証の確認をさせていただきます。

2. 当日参加の方

事前申込みが200名未満の場合、参加可能です。当日参加可能であるかは、2月4日総合受付に揭示いたします。

当日参加者は懇親会会場入り口（展示室入り口）で受付いたします。

託児所のご案内

今回学会会期中の託児所として、会場（久留米シティプラザ）近くの、「久留米児童センター」（くろめりあ六ツ門5階）をご紹介します。よろしくお願いいたします。

★事前予約が必要です（1カ月前より受付しますので、お早めにご連絡下さい）。

対象年齢：生後3カ月～小学3年生まで

託児時間：10：00～18：00

託児料金：生後3カ月から3歳未満まで 1人1時間につき 610円

3歳から小学3年生 1人1時間につき 510円

ホームページ：<http://www1.city.kurume.fukuoka.jp/kanriko/jidou.html>

なお、託児に関するお問い合わせやご質問は、直接「久留米児童センター」（0942-35-3809）へお願いいたします。

口演座長の皆様へ

1. ご担当いただくセッション開始30分前までに、2F ザ・グランドホール前 ホワイエ「座長受付」にお越しいただき、セッションの開始15分前までに次座長席にご着席ください。
2. 限られた時間内で発表が円滑に進行するようにご配慮ください。
3. セッション開始のアナウンスは行いません。定刻もしくは前のセッションが終了したら、座長席にご着席の上、セッションを開始してください。
4. 一般演題（口演）の発表時間は、1演題あたり15分（発表10分、質疑5分）です。各発表会場

ではタイムキーパーが発表終了1分前と発表終了時にお知らせします。

5. 進行は座長に一任いたしますが、詳細について事前に演者にご連絡ください。

講演・シンポジウム・セミナー・一般口演で発表される方へ

1. 発表時間

発表時間は、シンポジウム、ミニシンポジウム、一般口演でそれぞれ異なります。

一般口演の発表時間は1演題あたり15分（発表10分、質疑5分）です。座長の指示に従い発表時間を厳守してください。発表終了時間の1分前、終了時をお知らせします。

発表予定時間の開始15分前までに会場にお越しいただき、前の演者の発表が始まり次第、もしくは発表開始定刻10分前までに次演者席にご着席ください。

2. PC受付日時・場所

PC受付で受付をお願いいたします。発表セッションの開始60分前までに受付・動作確認を行ってください。

日 時：

2月4日（土） 8：30～16：00

2月5日（日） 9：00～10：30

場 所：2階 ザ・グランドホール前ホワイエ

注 意：各会場での発表データの受付はいたしません。

3. 発表方法

発表方法はすべてパソコンによるプレゼンテーションです。DVDやスライドは一切受付られません。プロジェクターは1台（スクリーン1面）のみご用意いたします。

会場でご用意するパソコンのOS及びアプリケーションは以下の通りです。

【Windows】OS：Windows7、PowerPoint2007/2010/2013 対応

Macintosh で作成されたデータをご使用される場合は、事前にWindowsのパソコンで動作確認をした上でデータをお持ちください。

パソコンの持ち込みはできません。

発表は、演台上にセットされておりますモニター、キーボード、マウスを使用し、発表者ご自身で操作してください。

4. 発表データについて

メディアはUSBメモリーにてお持ち込みください。

事前にデータ作成に使用したパソコン以外で動作確認を行い、正常に動作することをご確認ください。

発表に使用するPCは全てXGA（1024 × 768）に統一してありますので、ご使用のPCの解像度をXGAに合わせてから発表データの作成をしてください。

*このサイズより大きい場合、または画面をぎりぎりまで使用し作成すると再現環境の違いにより文

字や画像のはみ出し等の原因になることがあります。

メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス対策ソフトで事前にチェックをお願いいたします。

発表データを一括管理する都合上、PowerPoint のファイル名は以下のように「演題番号（半角）－演者氏名」としてください。

例) 「O1-03 一久留米 太郎」等

不測の事態に備えて、必ずバックアップデータをお持ちください。

コピーした発表データは、会期終了後、事務局側で責任を持って消去いたします。

5. 進行は座長に一任します。

6. 利益相反

第 24 回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会に際して、発表者（演者）と共同発表者の利益相反の開示をお願いします。

当日発表の際に、口頭発表者はスライドの 2 枚目に掲示して下さい（必須）。

抄録提出日を基準として過去 3 年間について開示をして下さい。

開示内容に関しては、プログラム集・抄録集には記載されません。

ポスター発表座長の皆様へ

1. ご担当いただくセッション開始 30 分前までに、2F ザ・グランドホール前 ホワイエ「座長受付」にお越しいただき、セッションの開始 10 分前までにご担当いただく最初のポスターの前で待機してください。
2. 限られた時間内で発表が円滑に進行するようにご配慮ください。
3. セッション開始のアナウンスは行いません。定刻もしくは前のセッションが終了したら、セッションを開始してください。
4. 一般演題（ポスター発表）の発表時間は、1 演題あたり 9 分（発表 6 分、質疑 3 分）です。
5. 発表言語が英語の場合、通訳はおりませんので、適切な対応をお願いいたします。
6. 一般演題（ポスター発表）の座長の方には、ベストポスター賞選考のための書類を事前にお渡しします。ご担当のセッションが終了しましたら、その書類に記入して、大会事務局へご提出ください。

ポスター発表をされる方へ

ポスター会場：4F 中会議室、ザ・グランドホール 2F 席 ホワイエ

1. 発表される方は、演題番号をご確認の上、指定されたパネルにポスターを掲示してください。演題番号は、事務局で準備します。演題番号の一覧がホームページに掲載されておりますので、各自の演題番号をご確認ください。

2. ポスターは1日目と2日目で張り替えとなります。
 ポスターの貼付時間と撤去時間は、次のとおりです。

■ 2月4日（土）

貼 付：10：00～13：00

撤 去：17：30～18：30

（5日のセッションのため、4日に発表を終えた演題はその日のうちに全て撤去してください）

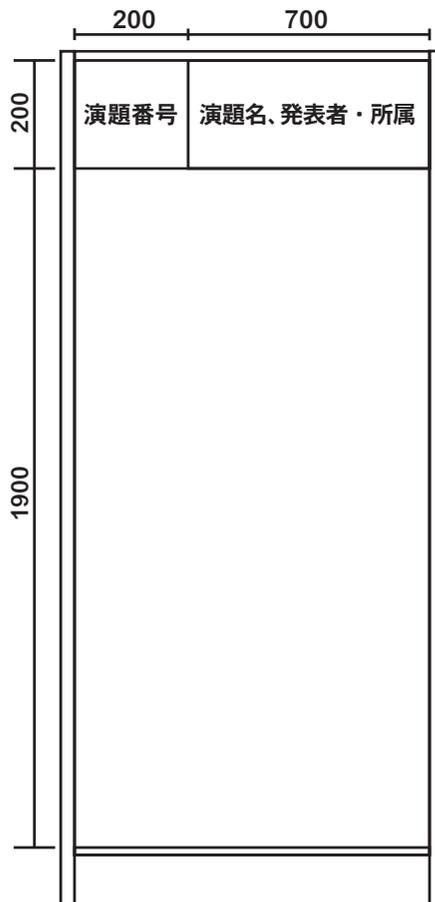
■ 2月5日（日）

貼 付：9：00～10：00

撤 去：14：15～15：00

3. ポスターの掲示スペースは、縦210cm、幅90cmです。演題番号、貼付のための画鋲は大会事務局で準備いたします。最上段に演題名・発表者・所属をご提示ください。用紙のサイズや枚数に規定はありませんが、右図のポスター掲示スペースに収まるようにまとめてください。

4. 各発表者は、座長の指示にしたがい発表をお願いします。発表時間は1演題あたり9分（発表6分、質疑3分）です。発表時間を厳守してください。



ポスターセッション発表

2月4日（土） 13：15～17：30

2月5日（日） 10：30～12：00

5. 利益相反

第24回日本ホスピス・在宅ケア研究会全国大会演題発表に際して、発表者（演者）と共同発表者の利益相反の開示をお願いします。詳細は右記の図の通りとなりますので、必ずご確認ください。

当日発表の際に、ポスター発表者はポスターの下に掲示して下さい（必須）。抄録提出日を基準として過去3年間について開示して下さい。

開示内容に関しては、プログラム集・抄録集には記載されません。

演題名: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

所属: 1. ○○株式会社 開発部
 2. ○○株式会社 中央研究所
 3. ○○大学 △△△△

名前: ○○ ○○^{1,2}, ○□ ○○², □□ □□¹, △△ △△^{1,3},
 ○△ □○^{1,3}

例) 本演題の筆頭著者は企業に所属しており、研究費および該当するものの給与等は○○株式会社より支給されています。
※この例を参考に作成すること。

一般社団法人日本臨床化学会

図－利益相反の例

プログラム

1日目 2月4日(土)

ザ・グランドホール

- 9:15～9:45 開会式
- 10:00～12:00 赤ひげフォーラム
「日本のホスピス・在宅ケアの向かうべき方向は？」
座長：二ノ坂 保喜 (にのさかクリニック 院長)
シンポジスト：西嶋 公子 (西嶋医院 院長)
鬼頭 秀樹 (上那賀病院 院長)
古川 誠二 (パナウル診療所 所長)
土川 権三郎 (丹生川診療所 所長)
- 13:15～14:15 日本医師会長講演
「地域における医師会の貢献」
演者：横倉 義武 (日本医師会 会長)
司会：二ノ坂保喜 (にのさかクリニック 院長)
- 14:30～16:00 特別講演①
「老いることはいやですか？…自分を生ききる思想と姿勢」
演者：落合 恵子 (作家)
司会：野尻あかね (元NHK福岡放送局キャスター)
- 16:15～17:00 大会長講演
「いのちを受けとめる町づくり」
演者：二ノ坂 保喜 (にのさかクリニック 院長)
- 17:00～18:30 特別講演②
「地域をつくるホスピス運動」 ～世界に学ぶ～
司会：二ノ坂 保喜
講師：Dr.Suresh Kumar (ケララ緩和ケア研究所 代表)
「Community Participation in Palliative Care (地域をつくるホスピス運動)」
堀田 聡子 (国際医療福祉大学大学院 教授)
「『Compassionate Communities (思いやりに満ちたコミュニティ)ムーブメント』に学ぶ」

久留米座

- 10:00～12:00 講演・対談シンポジウム
日本の貧困とホスピス
「下流老人と貧困世代」
演者：藤田 孝典 (NPO法人ほっとプラス 代表理事)
司会・対談：内田 浩稔 (今立内科クリニック ソーシャルワーカー)

- 13 : 15 ~ 15 : 15 シンポジウム
「穏やかに逝く」
～在宅ホスピスに寄り添う宗教者の力～
座 長：谷山 洋三（東北大学大学院文学研究科 准教授）
シンポジスト：原口 勝（みどりの杜病院 院長）
国友 朋子（円行寺 僧侶、介護士）
吉田 敬一（西栄寺 副住職、介護士）
和田 節子（遺族）
- 15 : 30 ~ 17 : 00 シンポジウム
「介護施設での看取り」
座 長：矢津 剛（矢津内科消化器科クリニック 院長）
コメンテータ：市原 美穂（ホームホスピス宮崎 代表）
シンポジスト：佐藤 弘樹（総合福祉施設はーとプラザとはや 副施設長）
梁 勝則（林山朝日診療所 院長）
余村 徹（複合型サービス ひと息の村 介護福祉士）
樋口 千恵子（NPO 法人たんがく 理事長）

C ボックス

- 12 : 15 ~ 13 : 00 ポットラックセミナー
「その人らしい旅立ちを支える臨床倫理サポート」
講 師：板井 孝孝朗（宮崎大学医学部 教授）
- 13 : 30 ~ 14 : 45 Shana コンサート
朗 読「～ぼくが生きるということ～」（絵本：末永 和之監修）
朗読者：齋藤 優佳
- 15 : 00 ~ 16 : 30 在宅ホスピスを語る会 in 久留米
司 会：齋藤 如由（齋藤醫院 院長）
西岡 進（ファミリークリニック陽なた 院長）
コメンテーター：内藤 美智子（久留米市保健所 所長）
：田村 良彦（読売新聞西部本社 編集委員）
遺 族：平田 尚子（福岡県）、大坪 洋子（大分県）
- 16 : 45 ~ 18 : 15 講 演
「紛争地、被災地、看取りの現場から」
～命のバトンを受け継ぐために～
演 者：國森 康弘（写真家・ジャーナリスト）
司 会：平野 頼子（緩和ケア支援センターコミュニティ 代表）

大会議室 1

- 12 : 15 ~ 13 : 00 ポットラックセミナー
「患者意思決定支援に必要な基礎知識」
講 師：伊藤 大樹（あおばクリニック 院長）

大会議室 1

13：15～14：45 一般口演「市民活動」O1-01～O1-02

座長 田實 武弥（小笠原内科医院）

副座長 井上 有子（訪問看護認定看護師 看護小規模多機能七星）

O1-01 広げよう、地域の輪 こころの輪 ～認知症サポーター養成講座がもたらすこと～

田中 順子（グループホーム さわやかテラス二日市）

O1-02 「もんで・さすって・歩かせて」からの脱却!? ー訪問看護ステーションからの卒業ー

大石 和也（ひらかた聖徳園 訪問看護）

O1-03 「家に帰ろう」～寸劇を通じた在宅医療推進市民啓発の取り組み～

伊藤 智美（久留米市 健康福祉部 保健所健康推進課）

O1-04 認知症の方への望ましい対応について

中村 和代（聖マリア学院大学 看護学部）

O1-05 小規模多機能型居宅介護における看取り介護の実施状況とその役割

和田 快（小規模多機能サービス山科小山、介護事業部）

15：00～16：30 一般口演「多職種連携」O2-01～O2-06

座長 阿部 智介（七山診療所）

副座長 大石 知恵子（緩和ケア認定看護師 聖マリア病院）

O2-01 事務職の同行による複数名訪問看護

～住み慣れた我が家で最期まで 生き続けるための支援の強化～

笹元 慶仁（医療法人ネリヤ ファミリークリニックネリヤ、医療法人ネリヤ ネリヤ訪問ステーション）

O2-02 地域包括ケア時代の在宅緩和ケア、さらなる地域連携強化を目指しての当院での試み

荘司 輝昭（立川在宅ケアクリニック）

O2-03 在宅歯科診療所における食支援を目的とした地域連携室設立の為の取り組み

代田 健一（アンブル歯科）

O2-04 当院における地域連携カンファレンス「切れ目のない緩和ケアを旨として」の取り組み

佐々原 友子（市立豊中病院 緩和ケアセンター）

O2-05 地方の在宅看取りにおける訪問看護の役割と地域コミュニティの可能性について

赤江 穰（日本財団在宅看護センター豊岡）

O2-06 「埼玉県在宅を支える認定看護師会」の活動報告

大沢 岸子（さいたま北部医療センター附属訪問看護ステーション）

16：45～18：15 一般口演「在宅ホスピス・緩和ケア」O3-01～O3-06

座長 山岡 憲夫（やまおか在宅クリニック）

副座長 池田 真介（在宅医療専門クリニック）

O3-01 ケタミン・モルヒネ（カクテル）持続皮下注併用により管理し得た肛門管癌の一例

趙 達来（医療法人創生会 真岡西部クリニック）

O3-02 公立の独立型ホスピス緩和ケア病院に設置した在宅医療推進室の果たす役割

原口 勝（みどりの杜病院）

O3-03 家で看取ることの意味 ～親子二世帯・夫婦事例を通じて～

野村 良彦（野村内科クリニック）

O3-04 神経難病進行中に発症した皮膚がん闘いながら、最期まで精神疾患の妻のことを気にかけ続けた1例

米本 千春（ホームケアクリニック堺）

O3-05 理解力の乏しい療養者の尊厳ある看取りの考察

～職種による「家にいたい」という言葉の受け止めの違いからの考察～

高屋 かおり（在宅療養支援ステーション楓の風 武蔵小杉）

O3-06 在宅療養を送るにあたっての正しい「緩和ケア」の利用と理解の必要性

山内 千晶（福岡県がん患者団体ネットワーク・がん・バツテン・元気隊）

大会議室 2

12：15～13：00 ポットラックセミナー

「認知症ケアメソッド ～メモリアルボックスの活用」

講師：大谷 るみ子（全国グループホーム団体連合会 副理事長、
NPO 法人福岡県高齢者グループホーム 理事長）

13：15～14：45 一般口演「アドバンスケアプランニング・意思決定支援」O4-01～O4-06

座長 河村 康司（田川市立病院）

副座長 餘永 真奈美（緩和ケア認定看護師 小倉記念病院）

O4-01 揺れる Advance Care Planning の 1 例 - 「私の意思書」とコミュニケーション-

桶口 史篤（富山市立富山市民病院 緩和ケア内科）

O4-02 地域在住高齢者の終末期のあり方に関する意思形成プロセス - 予備調査の結果より-

川喜田 恵美（神戸女子大学）

O4-03 地域の有床診療所におけるがん終末期ケアについての考察

～最期まで関わる事が出来た／出来なかった事例を通じて～

高野 修一（ろっこう医療生活協同組合 難診療所）

O4-04 在宅看取りを支える訪問看護師の役割 ～幼いわが子を残して逝く母親との関わり～

友清 ひろみ（ハートフルシマダ訪問看護ステーション）

O4-05 小児がん患者の在宅での看取りとご家族への関わり

奥尾 恵美（訪問看護ステーションにしがも）

O4-06 大切な時間を過ごした 8 歳児の終末期を通して、訪問看護のあり方を考える

今邨 優子（良創夢 訪問看護ステーション）

15：00～16：30 一般口演「意思決定支援」O5-01～O5-06

座長 伊藤 大樹（あおばクリニック）

副座長 植木 昭代（緩和ケア認定看護師 那珂川病院）

O5-01 患者の視点から ACP を考える

～モノログからダイアログへ、そしてオープンダイアログへ～

藤本 啓子（東神戸病院 緩和ケア病棟）

O5-02 在宅ホスピスで患者を介護した家族の介護困難感に対するエキスパートノレッジによる支援

安藤 満代（聖マリア学院大学看護学部）

O5-03 終末期の在宅支援 ～患者と家族の意見に相違があった症例～

水谷 祐哉（小山田記念温泉病院）

O5-04 障がい児（者）の終末期医療における意思決定支援

～A 氏のサインに寄り添った関わり～

宮崎 弥生（久留米大学医療センター）

O5-05 優しい我が家で…… ～妹たちの声を聞きながら最期を迎えたい～

高橋 直子（江口病院居宅介護支援事業部）

O5-06 終末期を迎えた利用者への医療情報の提供のあり方について

～介護支援専門員としての役割を考える～

湯野 光代（居宅サービスわかたけ）

16：45～18：15 一般口演「施設ホスピス」O6-01～O6-05

座長 笠原 健太郎（あおぞら胃腸科）

副座長 池末 いづみ（緩和ケア認定看護師 公立八女総合病院）

O6-01 穏やかな最期を迎えるために ～平穏死の条件～

佐藤 栄一（特別養護老人ホーム 白熊園）

大会議室 2

- 06-02 がん患者における終末期リハビリテーション介入
境 哲生（杏林大学医学部付属病院）
- 06-03 宝塚市立病院緩和ケア病棟の役割について
松田 良信（宝塚市立病院 緩和ケア病棟）
- 06-04 地域における緩和ケアの意義を考える
三村 卓司（金田病院）
- 06-05 特別養護老人ホームでの看取りを考える ～日常生活支援の延長にある看取りケア～
坂本 純子（特別養護老人ホーム八女の里）

大会議室 3

- 12：15～13：00 ポットラックセミナー
「リンパ浮腫ケア」
講 師：大塚 俊介（日本浮腫緩和療法協会 代表）
司 会：齋藤 如由（齋藤醫院 院長）
- 13：15～14：30 一般口演「非がんの看取り・グリーフ」07-01～07-06
座 長 中野 一司（ナカノクリニック）
副座長 緒方 幸恵（緩和ケア認定看護師 聖マリア病院）
- 07-01 心不全症例の終末期の関わりについて
池田 真介（きずなクリニック）
- 07-02 「看取りのあとに私達ができること」
～最期を迎えた後の変化に伴う専門職のかかわり方について～
大堀 嘉子（横浜高齢者グループホーム連絡会）
- 07-03 家族と死別した子どものグリーフサポートプログラム実践報告
田口 寛子（こどもグリーフサポートふくおか）
- 07-04 読経により悲嘆は緩和されるのか？ ～心理尺度と生化学指標による実証～
谷山 洋三（東北大学大学院文学研究科）
- 07-05 葬儀の日に聞いたお迎え現象と知らせの体験
青木 芳恵（福岡大学 医学部 看護学科）
- 07-06 臨床宗教師との連携によるグリーフケア
～カフェデモンクでの『いのちのケア』を通して～
遠山 マリナ（沼口医院）
- 15：00～16：30 一般口演「家族ケア」08-01～08-06
座 長 後藤 慶次（ひまわり在宅クリニック）
副座長 岩田 明寿香（緩和ケア認定看護師 みどりの杜病院 在宅医療推進室）
- 08-01 家族の未来を変えて旅立った S さんの生き様
船戸 崇史（船戸クリニック）
- 08-02 「やっぱり最期まで家でみたい」 ～自宅でみとりを決意した家族への支援～
佐谷 梨絵（さわやか憩いの家 春日）
- 08-03 鍼灸院でおこなった患者・家族への寄り添い
大澤 季世依（レディース鍼灸さいとう）
- 08-04 最終末期における音楽の意味 ー当事者と家族が共にあるためにー
梅崎 聡子（齋藤醫院）
- 08-05 看護師ががん患者の家族となった時に得たもの
高尾 香菜（福岡大学病院）

O8-06 「家に連れて帰って、もう一度、口から食べさせたい！」
～主治医が家族の思いを尊重し、自宅退院を支援した事例を通して～
大石 喜美子（江口病院 地域医療連携室）

16：45～18：15 一般口演「人材育成・地域包括ケア」O9-01～O9-06

座長 矢ヶ部 伸也（矢ヶ部医院）

副座長 古賀 さとみ（緩和ケア認定看護師 聖マリア病院）

O9-01 多職種連携草の根ネットワークの活動と国の施策の矛盾について

猪口 寛（医療法人 鵬之風 いのくち医院）

O9-02 台湾僻地における地域包括ケア、「積極的に打って出る」在宅医療

余 尚儒（台東聖母病院）

O9-03 船橋市の在宅医療・介護連携の取組み

－船橋在宅医療ひまわりネットワークの実践を中心として－

藤田 敦子（船橋在宅医療ひまわりネットワーク）

O9-04 歌って、踊って、たくさん食べる地域包括ケア ～泰源アラバワン部落の物語～

Nanaju nanafan Wakang（台東聖母病院）

O9-05 小規模多機能の泊まりで乳がん術後の管理を受けた認知症の一事例

田端 三千代（銀の庵・上旗〈小規模多機能型居宅介護〉）

O9-06 地域で「いのちのケア」に取り組む臨床宗教師 ～カフェデモンクでの活動を通して～

田中 至道（沼口医院）

展示室

10：00～18：15 「國森 康弘 写真展」

スタジオ 1

10：00～18：15 セラピューティック・ケア体験

スタジオ 2

10：00～18：15 企業展示

スタジオ 3

10：00～18：15 企業展示

スタジオ 4

10：00～18：15 ICAA 体験

2日目 2月5日(日)

ザ・グランドホール

- 10:00～12:00 シンポジウム
「日本のこどもホスピスのみらい」
講演
「ひとりじゃないよ」
演 者：副島 賢和（昭和大学大学院保健医療学研究科 准教授）
司 会・座 長：内田 浩稔（今立内科クリニック ソーシャルワーカー）
シンポジスト：副島 賢和（昭和大学大学院保健医療学研究科 准教授）
土島 智幸（生涯医療クリニックさつぼろ 院長）
濱田 裕子（福岡子どもホスピスプロジェクト 代表）
水野 英尚（地域生活センター小さなたね 所長）
- 13:15～15:15 講演
「白衣を脱いで町に出よう」～マギーズ東京のころみ～
演 者：秋山 正子（白十字訪問看護ステーション・マギーズ東京 代表）
司 会：市原美穂（ホームホスピス宮崎 代表）
対 談：秋山 正子、市原 美穂
- 15:30～16:00 閉会式
次回大会長挨拶

久留米座

- 10:00～12:00 シンポジウム
「看取りに携わるスタッフへのケア・教育」
座 長：柴口 里則（福岡県介護支援専門員協会 会長）
小野 幸代（訪問看護ステーションつばさ 管理者）
シンポジスト：桑田 美代子（老人専門看護師）
菊地 雅洋（社会福祉士、介護支援専門員）
川津 敦子（主任介護支援専門員、認定ケアマネジャー）
- 13:15～15:15 鼎談 3人の会
「日本のホスピスが忘れてきたもの」
演 者：二ノ坂 保喜（にのさかクリニック 院長）
山崎 章郎（ケアタウン小平クリニック 院長）
米沢 慧（評論家）

Cボックス

- 10:00～12:00 シンポジウム
「非がん患者の在宅ケア」（終末期のケア）
司 会：齋藤 如由（齋藤醫院 院長）
ファシリテーター：箕岡 真子（箕岡醫院 院長、日本臨床倫理学会 理事）
シンポジスト：大澤 誠（大井戸診療所 院長）
渡邊 有三（春日井市民病院 院長）
山本 真（大分協和病院 院長）

大会議室 3

O11-02 終末期がん患者の退院支援中に死亡又は中止となった事例の背景と今後の課題
～平成 27 年度の MSC 退院支援実績より～

行田 菜穂美（聖マリアンナ医科大学病院）

O11-03 めぐみ在宅クリニック 10 年の歩みと課題

小澤 竹俊（めぐみ在宅クリニック）

O11-04 終末期若年がん患者の在宅療養支援 ～「こんな体じゃ、家に帰れない」～

井上 実穂（四国がんセンター）

12：15～13：00

ポットラックセミナー

「心不全緩和ケアの今、そして未来」

講 師：大石 醒悟（姫路循環器病センター 医師）

司 会：立野 淳子（小倉記念病院 急性・重症患者看護専門看護師）

13：30～15：15

臨床倫理セミナー

「終末期の意思決定支援ワークショップ」

講 師：会田 薫子（東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上廣講座 特任准教授）

司 会：内田 浩稔（今立内科クリニック ソーシャルワーカー）

協 力：小野 幸代（在宅療養サポートセンター久留米 センター長）

展示室

10：00～13：00

「國森 康弘 写真展」

スタジオ 1

10：00～15：15

セラピューティック・ケア体験

スタジオ 2

10：00～15：15

企業展示

スタジオ 3

10：00～15：15

企業展示

スタジオ 4

10：00～15：15

ICAA 体験

ポスターセッション日程表

| 日程 | 時間 | セッション名 | 会場 | 座長 | ポスター番号 | | |
|-------------|-------------|-------------|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| 2月4日(土) | 13:15～14:00 | P1-1 | 中会議室 | 中江 正子 (小倉医師会介護サービス総合センター ケアマネジャー) | P1-1-1 ～ P1-1-5 | | |
| | | P1-2 | | 村岡 泰典 (むらおかホームクリニック 医師) | P1-2-1 ～ P1-2-5 | | |
| | | P1-3 | | 岩橋 千代 (訪問看護ステーションつばさ 看護師) | P1-3-1 ～ P1-3-4 | | |
| | 14:00～14:45 | P2-1 | | 井手 誠一郎 (井手消化器呼吸器外科医院 医師) | P2-1-1 ～ P2-1-5 | | |
| | | P2-2 | | 木野村 悦子 (やまおか在宅クリニック 看護師) | P2-2-1 ～ P2-2-5 | | |
| | | P2-3 | | 豊島 元 (とよしまファミリークリニック 医師) | P2-3-1 ～ P2-3-5 | | |
| | 15:00～15:45 | P3-1 | | 高橋 貴子 (訪問看護ステーションはんずあい 看護師) | P3-1-1 ～ P3-1-5 | | |
| | | P3-2 | | 樋口 由起子 (長崎ウエスレヤン大学 現代社会学部社会福祉学科) | P3-2-1 ～ P3-2-5 | | |
| | | P3-3 | | 岩佐 康行 (原土井病院 歯科医師) | P3-3-1 ～ P3-3-5 | | |
| | 15:45～16:30 | P4-1 | | 西村 一宜 (嶋田病院 医師) | P4-1-1 ～ P4-1-5 | | |
| | | P4-2 | | 京極 新治 (小さな診療所 医師) | P4-2-1 ～ P4-2-5 | | |
| | | P4-3 | | 武富 賢治 (たけとみクリニック 医師) | P4-3-1 ～ P4-3-5 | | |
| | 16:45～17:30 | P5-1 | | 出口 雅浩 (出口外科医院 医師) | P5-1-1 ～ P5-1-5 | | |
| | | P5-2 | | 徳田 英弘 (ねりやファミリークリニック 医師) | P5-2-1 ～ P5-2-5 | | |
| | | P5-3 | | 青木 富美江 (久留米大学認定看護師教育センター 看護師) | P5-3-1 ～ P5-3-5 | | |
| | 13:15～14:00 | P6-1 | | ホワイエ | 成清 優子 (長田病院 看護師) | P6-1-1 ～ P6-1-5 | |
| | | P6-2 | | | 佐野 智美 (久留米大学緩和ケアセンター 医師) | P6-2-1 ～ P6-2-5 | |
| | | 14:00～14:45 | | | P7-1 | 石橋 あかね (長田病院 看護師) | P7-1-1 ～ P7-1-5 |
| | | | | | P7-2 | 松尾 勝一 (まつお在宅クリニック 医師) | P7-2-1 ～ P7-2-5 |
| | | 15:00～15:45 | | | P8-1 | 北嶋 晴彦 (大牟田市立病院地域医療連携室 ソーシャルワーカー) | P8-1-1 ～ P8-1-5 |
| | | | | | P8-2 | 梶原 真由美 (看護小規模多機能型居宅介護 すびか☆くるめ 看護師) | P8-2-1 ～ P8-2-5 |
| 15:45～16:30 | | P9-1 | 石井 妙子 (久留米信愛女子短期大学 管理栄養士) | | P9-1-1 ～ P9-1-5 | | |
| | | P9-2 | 國武 雅弘 (糸島薬剤師会 薬剤師) | | P9-2-1 ～ P9-2-5 | | |
| 16:45～17:30 | | P10-1 | 満岡 聡 (満岡内科消化器科医院 医師) | | P10-1-1 ～ P10-1-5 | | |
| | | P10-2 | 中村 和子 (むーみんネット 看護師) | | P10-2-1 ～ P10-2-5 | | |
| 2月5日(日) | 10:30～11:15 | P11-1 | 中会議室 | 末次 富子 (済生会二日市病院 医師) | P11-1-1 ～ P11-1-5 | | |
| | | P11-2 | | 松口 武行 (松口循環器科・内科医院 医師) | P11-2-1 ～ P11-2-5 | | |
| | | P11-3 | | 五反田 満幸 (五反田内科クリニック 医師) | P11-3-1 ～ P11-3-5 | | |
| | 11:15～12:00 | P12-1 | | 青木 芳恵 (福岡大学医学部看護学科 看護師) | P12-1-1 ～ P12-1-5 | | |
| | | P12-2 | | 鐘ヶ江 寿美子 (ひらまつ在宅療養支援診療所 医師) | P12-2-1 ～ P12-2-5 | | |

指定プログラム

| | |
|-------------|---|
| 日本医師会会長講演 | 地域における医師会の貢献 |
| 特別講演① | 老いることはいやですか？ ～自分を生ききる思想と姿勢～ |
| 大会長講演 | いのちを受けとめる町づくり |
| 講演 | 紛争地、被災地、看取りの現場から ～命のバトンを受け継ぐために～ |
| 赤ひげフォーラム | 日本のホスピス・在宅ケアの向かうべき方向は？ |
| 特別講演② | 地域をつくるホスピス運動 ～世界に学ぶ～ |
| 講演・シンポジウム① | 日本のこどもホスピスのみらい、講演「ひとりじゃないよ」 |
| 講演・シンポジウム② | 白衣を脱いで町に出よう ～マギーズ東京のこころみ～ |
| 講演・シンポジウム③ | 日本の貧困とホスピス ～ソーシャルワークからホスピスへ～ |
| 講演・シンポジウム④ | 穏やかに逝く ～在宅ホスピスに寄り添う宗教者の力～ |
| 講演・シンポジウム⑤ | 介護施設での看取り |
| 講演・シンポジウム⑥ | 看取りに携わるスタッフへのケア・教育 |
| 鼎談 3人の会 | 日本のホスピスが忘れてきたもの |
| 講演・シンポジウム⑦ | 在宅ホスピスを語る会 in 久留米 |
| 講演・シンポジウム⑧ | 非がん患者の在宅ケア（終末期のケア） |
| 講演・シンポジウム⑨ | 熊本地震被災地の声 |
| 講演・シンポジウム⑩ | わが町・我が家で暮らす いのちに寄り添って ～在宅ホスピスに寄り添うボランティアの仲間たち～ その人らしい旅立ちを支える臨床倫理サポート ～宮崎市版エンディング・ノートの取り組み～ |
| ポットラックセミナー① | 患者意思決定支援に必要な基礎知識 |
| ポットラックセミナー② | 認知症ケアメソッド ～メモリアルボックスの活用～ |
| ポットラックセミナー③ | リンパ浮腫ケア |
| ポットラックセミナー④ | 「最期まで口から食べる」地域づくりを目指して ～地域における在宅食支援の取り組み～ |
| ポットラックセミナー⑤ | 心不全ケアの今、そして未来 |
| ポットラックセミナー⑥ | 臨床倫理セミナー 「終末期の意思決定支援ワークショップ」 |
| ワークショップ | Shana コンサート、朗読「ぼくが生きるということ」 |
| コンサート① | アイルランドの風 コンサート |
| コンサート② | セラピューティック・ケア体験 |
| 施術体験① | ICAA 体験 |
| 施術体験② | |

地域における医師会の貢献

演者

横倉 義武 (日本医師会 会長)

人口の高齢化に伴い、社会保障費は、医療、介護等を中心に今後も増加することが見込まれるが、子育てや老後に不安を抱える国民に安心を示すことは、経済成長を取り戻す出発点でもある。

また、医療機関には全国で300万人以上が従事しており、雇用誘発効果は他の産業より大きい。このため、医療は特に地方の産業を支えている。

我が国では、フリーアクセスによる外来へのアクセスの良さが病気の早期発見、早期治療に寄与している。その中心を担う「かかりつけ医」をまず受診することで、適切な受療行動、重複受診の是正、薬の重複投与の防止等により医療費の適正化も期待できる。日本医師会では、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」を維持・向上する「かかりつけ医機能研修制度」を実施している。

今後、人口減少により、2040年には消滅の可能性が危惧される自治体も指摘されている。しかし、医療のないところに人は住めない。医療は不可欠な

司会

二ノ坂 保喜 (にのかさクリニック 院長)

ライフラインであり、いわば医療は「まちづくり」である。

日本医師会は、地域包括ケアシステムの中で「かかりつけ医」を中心とした「まちづくり」を推進している。「かかりつけ医」となる地域に根ざした医療機関があることは、その地域の魅力に直結し、子育て世代の都市部への流出や過疎化を防ぐことにもつながり、ひいては我が国の国土を守ることになる。また、「高齢者の生きがいづくり」によって健康寿命を延ばすことも重要である。高齢者が社会参加をして、「社会から支えられる側」から「社会を支える側」となることにより、一億総活躍社会が実現される。

国民の健康・医療を守るのが医師であり、その医師の集団が医師会である。持続可能な社会保障のために、我々医療者側からも、国民皆保険を堅持していくため、過不足ない医療提供ができるよう、理念を高く掲げ、国民の健康を守る主張をしていきたい。

略歴

横倉 義武 (よこくら・よしただけ)

生年月日 昭和19年8月9日

勤務先 医療法人弘恵会 ヨコクラ病院
〒839-0295 福岡県みやま市高田町濃施480-2
Tel. 0944-22-5811

学歴等 昭和44年3月 久留米大学医学部卒業

主な経歴

昭和44年4月 久留米大学医学部第2外科助手
昭和52年10月 西ドイツ ミュンスター大学教育病院
デトモルト病院外科
昭和55年1月 久留米大学医学部講師
平成2年4月 医療法人弘恵会ヨコクラ病院院長
平成2年4月 (社)福岡県医師会理事
平成18年5月 (社)福岡県医師会会長
平成22年4月1日 (社)日本医師会副会長
平成24年4月1日 (社)日本医師会会長



特別講演①

2月4日(土) 14:30～16:00 ザ・グランドホール

老いることはいやですか？

～自分を生ききる思想と姿勢～

演者

落合 恵子 (作家)

司会

野尻 あかね (元NHK福岡放送局キャスター)

プログラム概要

子どもたちが小さいころ、横浜に住んでいて、東京に出かけた時は子どもたちと、青山にある落合さん主宰の「クレヨンハウス」で絵本をよく買っていました。子供の絵本の専門店ではどんな絵本でもありました。その落合さんが認知症のお母さんを介護された話はあまりにも有名です。お仕事の量を減らしつつ、自宅で介護するという生活を7年間続けられ、介護の問題にも取り組まれています。さらには、現在70歳になられ、『おとなの始末』

という本をかかれ、終わりのくる自分の人生にどんな姿勢でむきあうか、リアリティをもった人生の締めくくり方、始末の付け方とは何か、自分の人生観、倫理観に対峙しながら、真摯に考えられています。残された日を十分に存分に生ききる、「生あるうちは生ききるしかない」という覚悟で社会に対する活動にも奔走されています。私たちの人生と重ね合わせながら、少しでも今後の人生の過ごし方に役立てていただけたらと思います。

略歴

落合 恵子 (おちあい・けいこ)

作家・子どもの本の専門店クレヨンハウス代表

1945年栃木県宇都宮生まれ。

執筆と並行して、東京青山、大阪江坂に子どもの本の専門店クレヨンハウス、女性の本の専門店ミズ・クレヨンハウス、安全な玩具の専門店クーヨンマーケット、有機食材の店、野菜市場、オーガニックレストラン等を展開。

総合保育雑誌『月刊クーヨン』オーガニックマガジン『いいね』発行人。

社会構造的に「声の小さい側」におかれたひと、そこに在りながら光が当たりにくかった事象、少数派の声等、すべて、それぞれの人が、人種やセクシュアリティ、身体的・精神的状況などによって分断されない社会を目指す著作と活動が多い。

「さようなら原発1000万人アクション」、「戦争をさせない1000人委員会」呼びかけ人。

すべてのそれぞれのひとが十分に「自分を生ききる」ことをテーマに活動。

母親の介護をしたおおよそ7年の日々から、福祉、医療、税金の使われかた、終末期の「介護する側」と「される側」の思想と姿勢からの提言も多い。

最近の著作

『母に歌う子守唄……わたしの介護日誌』、『母に歌う子守唄……その後』(朝日新聞出版)、『てんつく怒髪』(岩波書店)、『おとなの始末』(集英社新書)、『「わたし」は「わたし」になっていく』(東京新聞出版)、『質問・老いることはいやですか?』(朝日新聞出版)他、多数

いのちを受けとめる町づくり

演者 ニノ坂 保喜 (にのさかクリニック 院長)

本大会のテーマ「いのちを受けとめる町づくり」サブテーマ「日本のホスピスが忘れてきたもの」を具体的に解きほぐしてみたい。

朝日新聞の「折々のことば」から引用する。

命に近い仕事ほどお金が動かない。(周防大島の農業者)

調理、排泄物処理、子育て、介護、看病、看取り、防災。これら命に関わる事柄を、民衆は自分たちで担ってきた。少なくともその能力を次世代にしかと伝えてきた。現代、人びとはそれらを、税金と料金を支払って、行政と企業に委託する。そのことで命に関わる仕事を自らの手で行う力を失ってゆく。

わが国のホスピス運動には大きく二つの流れがあると言える。

一つは、欧米のホスピス(の考えとしくみ)を輸入し、緩和ケア病棟という建物として現在主流となっている動き。診療報酬の対象として制度化され、全国に300余りのホスピスが生まれ、緩和医療学会を初めとする、各種学会や研究会などもでき、活発に活動するようになった。わが国のホスピス運動の基礎を作ったといえる。一方で、輸入物、施設に限られてしまい、ホスピスから在宅へ、地域へという発想は生まれてこない。死を敗北と考える現代医療の変革の力となり得ていない。

二つ目は、わが国独自の流れであり、地域に根ざした活動の中から生まれつつあるものである。これらは西欧流のホスピス運動とは異なっている

ように見え、わが国では主流とは見なされない。ようやく全国で展開されるようになった、在宅ホスピスやホームホスピス(かあさんの家)運動などがこれにあたると思う。これらは意識的にしろ、無意識的にしろ、人びとの歴史や文化に根ざしたものであるが、歴史や民俗を否定する戦後の風潮の中で、十分な市民権を得ることができず、いまだに残念ながら小規模な活動にとどまっていると言わざるを得ない。

もちろん両者は全く無縁ではなく、普遍的な部分を有しており、必ずしも対立するものではない。なぜ19世紀のイギリスの植民地アイルランドに〈近代ホスピス〉は誕生したのか?——という『ホスピスへの遠い道』での岡村昭彦の疑問提示を手がかりにして、日本のホスピス運動が忘れてきたもの、置き去りにしてきたものを再発見していきたい。

世界の緩和ケアの動きはめざましい。中でも緩和ケアを必要とする人の80%が住む途上国での、考え方、実践活動の深まりと広がり、刮目すべきものがある。その一つとして、がんとエイズに限られた「選択的緩和ケア」の考えから、対象疾患やチームのあり方などを根本的に変革していく「包括的緩和ケア」の考え方を提示したい。

わが国の歴史と文化に根ざし、現場で患者・家族と向き合い、あくまでも現場の発想を積み上げ、しかも世界に学びかつ世界に発信できる普遍性を持つホスピス運動へと発展させていきたい。本大会をその端緒とできれば、と願う。

講演

2月4日(土) 16:45～18:15 Cボックス

紛争地、被災地、看取りの現場から

～命のバトンを受け継ぐために～

演者

國森 康弘 (写真家、ジャーナリスト)

司会

平野 頼子 (緩和ケア支援センターコミュニティ代表)

プログラム概要

〈國森康弘氏からのメッセージ〉

命の有限性と継承性をテーマにしています。

新聞社記者を経てイラク戦争を機に独立。イラク、ソマリア、スーダン、ウガンダ、ブルキナファソ、ケニア、カンボジアなどの紛争地や経済困窮地域を回り、国内では、戦争体験者や野宿労働者、東日本大震災被災者たちの取材を重ねてきました。近年では滋賀県東近江市永源寺地域をはじめ滋賀

や東北被災地、東京などで看取り、在宅医療、地域包括ケアの撮影に力を入れています。

* 國森氏の取り組まれているテーマの数々の素晴らしい写真の展示もあります。

【展示室】

2/4 (土) 10:00～15:30

2/5 (日) 10:00～13:00



写真絵本シリーズ『いのちつぐ「みとりびと」』（農文協、現8巻）より

紛争地、被災地、看取りの現場から

～命のバトンを受け継ぐために～

写真家・ジャーナリスト

國森 康弘

滋賀県東近江市の農村地帯や東日本大震災で被害を受けた地域などでご縁を頂いた、数々のご家族たちのかけがえのない「看取り」と、それを支える「地域まるごとケア」について、写真を通じて見ていきたいと思えます。

一週間前に自ら入れ歯を外して以降一切ものを食べず、そのまま眠るように息を引き取ったおばあさん、その姿を見守り見送った小学五年の女の子、認知症を抱えながら一人暮らしを最期まで続けたおばあさん、住み慣れた地域で人々がずっと過ごせるよう寄り添う多様な専門職やご近所さん、病気を抱え幼くして旅立った少女と、その家族や友だち……。

感謝や別れを大切な人たちと交わしながら、命をまっとうしようとする。そんな「看取り」には悲しみだけでなく、ときには充足感やエネルギー、生命のほとばしりのようなものまで感じるがありました。死は単なる終わりではなく、命をつなぐ壮大なバトンリレーの一舞台であると教えて頂いた気がしています。命は有限であり、且つ、受け継ぎ継承していくもの、と。

「生老病死」を、われわれは暮らしから遠ざけ過ぎてしまったのかも知れません。小学生への様々な調査で2、3割の子どもが「命はリセットできる」「人は死んでも生き返る」と考えているという結果が出ているそうです。それは大人たちの姿勢を映す「鏡」ではないでしょうか。

地域の真ん中で、尊厳を失うことなく、自分らしく、歳を重ねて、生き切る——。そんな「天寿まっとう」がどこの地域でも実現され、個として、総体として、のちの世代にもいのちをつないでい

けたら。

震災によって多くの方々が犠牲になった地で、身内を亡くした悲しみを刻みながら、命を生き抜かんとする方々にも出会いました。

写真を見ることを通して、「専門職として、あるいは家族として、自分に何ができるのか」、「生きとし生けるものとして自分自身はどのように命をつないでいくのか」を、改めて考える機会にもなればと願います。



写真絵本シリーズ『いのちつづ「みとりびと」』（農文協、現8巻）より

赤ひげフォーラム

日本のホスピス・在宅ケアの向かうべき方向は？

座長

二ノ坂 保喜 (いのさかクリニック 院長)

シンポジスト

西嶋 公子 (西嶋医院 院長)

鬼頭 秀樹 (上那賀病院 院長)

古川 誠二 (パナウル診療所 所長)

土川 権三郎 (丹生川診療所 所長)

プログラム概要

赤ひげは、山本周五郎の小説『赤ひげ診療譚』、それをもとにした黒澤明監督の映画『赤ひげ』で有名である。主人公の医師、通称赤ひげを軸とした人間ドラマであり、弱いものの味方で権力と戦う姿や、赤ひげに反発を感じながらも赤ひげに惹かれていく若い医師の成長など、現代にも通用する医師のあり方を問う内容でもある。

「日本医師会赤ひげ大賞」は、地域に密着して人々の健康を支えている医師の功績を顕賞し、広く国民に伝えるとともに、次代の日本を支える地域医療の大切さをアピールする事業として平成24年に創設されたもの。全国の都道府県医師会から推薦された「地域住民の健康を支えている医師」「離島や過疎地域での活動など地域の現場医療に貢献した医師」から、毎年5人を選考し表彰する。

大会長の二ノ坂が、2014年本賞を受賞したことを契機に、同年に受賞した医師、翌年に受賞した医師らに集ってもらい、それぞれの活動を振り返りながら、これからのホスピス、在宅ケアの

向かうべき方向をさぐるフォーラムとしたい。

参加する医師は、北から南まで、都会から僻地まで様々で、その活動もまたさまざま。しかし不思議なくらい共有するところを持っている。共有するものの第一は、その志。目先の利益などに左右されない、深く強い志を有している。

第二は、地域に根付いた活動。地域住民のため、というより地域住民が進んで活動に参加する、相互の信頼関係。

第三は、地域の文化や人びとへの温かなまなざし。人間への信頼。

「現場にこそ真実がある。」という故・黒田裕子日本ホスピス・在宅ケア研究会副理事長の言葉を文字通り実践している全国の赤ひげたちに、地元での活動の中で学んだこと、伝えたいことを、自由に語っていただきたい。

全国各地で、後を継ぐ赤ひげたちが生まれることを願って。

コミュニティケアをめざして

東京都町田市 医療法人社団公朋会 理事長、社会福祉法人創和会 理事長
西嶋 公子

1970年（昭和45年）大学を卒業し研修医時代に小児がん患者と出会い、ターミナルケアを一生の課題とする決心をしました。国立小児病院で5年間100例の小児がん患者、家族と関わる中で病院におけるケアの限界を感じ、1979年（昭和54年）東京都町田市で西嶋医院（小児科、内科）を開き、地域のファミリードクターとして進み始めました。

外来診療と共に訪問診療も始めましたが、そこで見たのは家族介護の重さに苦しむ女性達の姿でした。

一方、同時期に認知症の父とその介護にあたる心不全の母をみ、家族として当時の高齢者ケアの状況を知った時に介護のマンパワーが必要であり、それは血縁に頼らない地域での住民同士の支えあい、地縁に基づくシステムを構築する方向性しかないと考えようになりました。高齢社会の到来は当然予測されていたし、その時、専門職だけで介護がまかなえるとはとても思えなかったからです。このシステムは現在目標にかかげられている

地域包括ケアの原点ともいうべきものです。

1989年（平成元年）ボランティアグループ『^{だん}暖^{かい}家の会』の結成から始まり、1992年（平成4年）地域に高齢化社会を共に生きるためのコミュニティセンター建設を求める陳情活動をおこし、1996年（平成8年）住民の理事会から成る社会福祉法人創和会が運営する高齢者在宅サービスセンター『ケアセンター成瀬』を開設、以来20年、住民の協働のもとに在宅サービス・施設サービス（20床の特別養護老人ホーム）を行ってきました。

一方で医療法人として外来診療、訪問診療、訪問看護ステーション、ケアマネジメントセンター、デイケアの事業を行っており、地域ケアを医療面で支えています。

開業して以来37年、何のサービスもなかった住宅地にフォーマルなサービス（医療保険、介護保険）、インフォーマルなサービス、ボランティア活動により様々な選択ができる地域をつくってきた経験を多くの方に伝えたいと考えています。

略歴

西嶋 公子（にしじま・きみこ）

| | |
|-----------|--|
| 1970年 | 東京医科歯科大学卒業後、国立小児病院、国立療養所神奈川病院勤務。 |
| 1979年 | 東京都町田市に西嶋医院開業。 |
| 1989年 | ボランティアグループ「暖家の会」結成。 |
| 1996年 | 住民運動で建設運営する「ケアセンター成瀬」施設長。 |
| 1999年 | 社会福祉法人「創和会」理事長。 |
| 1994年より以降 | NPO在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークに関わり現在も理事として活動している。 |
| 2014年 | 第3回日本医師会 赤ひげ大賞 受賞。 |

上那賀病院における在宅および施設での看取りの現状について

徳島県那珂町町立上那賀病院 院長
鬼頭 秀樹

1. はじめに

人生の終末期を住み慣れた自宅で過ごしたいという願いは人として当然のことであるが、介護力とそれを支援する体制が十分でなければ、その実現は困難である。今回当院における在宅および施設での看取りの現状について検討したので報告する。

2. 対象と方法

対象は2006年1月1日～2016年7月14日に当院の医師が死亡確認した600例で、その中から在宅および施設で看取りを行った症例を選び出し、その頻度の移り変わり、それぞれの内容を検討して問題点を見出し、理想の看取りについて考察した。

3. 結果

在宅での看取りは増加していなかったが、施設での看取りは急速に増加していた。在宅での看取りに比較して施設での看取りは超高齢者が多く、

女性が多く、老衰による死亡が多い傾向であった。一方在宅での看取りの死因は悪性疾患が多数を占めた。

4. 考察

実際には独居、老老介護、その他介護力不足で、本人は本心では在宅での看取りを望んでいるが、施設での看取りを希望される場合が多くなっていると考えられた。当院では本人、御家族が在宅での看取りを強く希望される場合は、非常時の体制を組み、多職種との連携をとり可能な限り24時間対応できる在宅医療体制を作ってサポートする努力をしているが、まだまだ不十分と思われた。

5. 結語

理想の看取りとは、住み慣れた居宅にて、本人の心から望む形の終末期医療を受け、安らかな永眠を迎えることである。この実現に向けて、これまで以上に積極的に取り組む必要があると考えられた。

略歴

鬼頭 秀樹 (きとう・ひでき)

| | | | |
|---------|------------------|---------|----------------|
| 昭和55年3月 | 山口大学医学部卒業。 | 昭和63年4月 | 和泉市立病院外科勤務。 |
| 昭和55年4月 | 大阪市立大学医学部腫瘍外科入局。 | 平成15年4月 | 和泉市立病院外科部長就任。 |
| 昭和57年4月 | 大阪市立大学医学部大学院入学。 | 平成18年4月 | 那賀町立上那賀病院医長就任。 |
| 昭和61年3月 | 大阪市立大学医学部大学院卒業。 | 平成20年4月 | 那賀町立上那賀病院院長就任。 |

活動内容

- ・学校医、保育園嘱託医、学校保健連合会会長として那賀町学校保健活動に貢献している。
- ・特定健診、癌検診、予防接種、毎月の健康教室などを通じて、また障害審査会会長として那賀町の地域保健活動に貢献している。
- ・那賀町的那賀川上流地域で山間部の極めて不便な僻地にある上那賀病院（常勤医3名の最小規模病院）において、24時間365日断らない救急医療、日曜診療、積極的な在宅医療などを行い、那賀町の地域医療活動に貢献している。
- ・日本消化器外科学会専門医として上那賀病院を日本外科学会外科専門医修練施設の徳島大学の関連施設にして頂き、手術などの専門的治療を積極的に行っている。
- ・日本プライマリ・ケア連合学会の認定医、指導医を取得し、徳島大学、自治医大、徳島県立中央病院などからの研修医、学生研修、総合診療専門医をめざす後期研修医などの指導に積極的に取り組んでいる。
- ・徳島県の地域医療対策協議会委員として県の医療政策にも協力するとともに、徳島県の医師会活動にも積極的に参加して、医師会や、徳島大学、徳島県立中央病院、徳島赤十字病院からの僻地診療への支援の輪を広げて頂くための努力を行っている。

受賞

- ・2012年3月東日本大震災日本医師会災害医療チーム参加感謝状。
- ・2014年10月第3回日本赤ひげ大賞受賞。

与論島の死生観と在宅医療

パナウル診療所 所長

古川 誠二

プライマリケアの実践を目指して赴任した与論島の医療の中で重要な務めの一つが島の死生観を守ることでした。離島で一番求められるのは命を守る救急医療であることは言うまでもありません。しかし与論島ではもう一つの死生観を守るという想像もしていなかった役割に出会いました。医療にとって往診の役割は大きいと考え、どのような医療機関に勤務しているときでも、医師になってからずっと大切にしてきました。しかし、与論では在宅で終末期を看取るためにも往診が必要だったのです。

与論では在宅で看取るパターンは二つあります。一つは最初から入院せずに死ぬまで在宅で暮らすというもの。

もう一つは病院に入院して、終末期に自宅に帰り死を迎えるというもの。これには離島独特の島の病院からの搬送帰島という形もあります。こ

れにはかなりの困難が伴います。現在も在宅死が5割というその数値の背景には、神道における“肉体とたましいの分離”（霊肉分離）という伝統的な死生観が残っているからです。自宅以外で亡くなると魂がその場にとどまり、異常死と見なされます。そして、葬儀をするためには“まぶいよせ”という魂を自宅に導くという作業が必要になります。在宅死は医療者が提供するのではなく、地域の文化や人々の暮らしを支える手段として必要なものなのです。

このような特殊な地域で学んだ事は、在宅ケアは地域文化、人々の暮らしと共にあるもので、医療関係者だけが決めることではなく、地域の人々と共に考え歩いていくことが大切であるということです。これからの地域医療における在宅ケアを考える上での一助となれば幸いです。

略歴

古川 誠二（こかわ・せいじ）
日本プライマリケア連合学会、日本内科学会認定医

昭和24年 徳島県生まれ
昭和51年 久留米大学医学部卒業
同 徳島大学医学部第一内科入局（血液・神経内科）
昭和56年から63年まで特定医療法人徳洲会病院勤務
昭和63年 与論町立国保直営診療所勤務
平成3年 パナウル診療所開業
平成8年 現在の診療所に移転し現在に至る

現在の役職：校医 園医 与論町役場・与論高校産業医、役場事業の各種委員、社会福祉協議会理事、ハレルヤ保育園理事、ヨロン園評議員および医務室管理、鹿児島大学臨床教授



私たちがめざす在宅医療

丹生川診療所 所長

土川 権三郎

丹生川診療所がある高山市は、東京都とほぼ同じ面積を持ちますが人口は約9万人、世帯数は35000世帯、高齢化率は30.8%の比較的小さな市です。その中の丹生川町は、人口約4400人、世帯数1400世帯、高齢化率30.5%の小さな村です。

丹生川町内の医療機関は、医科の丹生川診療所と歯科の町方歯科診療所だけです。そこで午前中は外来、午後は訪問診療・訪問看護、出張診療所での診療、予防接種や各種会議を行っています。

名古屋の生協病院から故郷に帰って来てまる20年になろうとしています。この間、私が行ってきたことは、赤ひげ大賞受賞式の時にも言いましたが、①地域包括ケアの充実のための活動、②在宅医療、在宅緩和ケアの実践、③アルコール依存症などアルコール健康障害への関わり、④創傷の開放性湿潤療法の普及活動です。

患者・家族の希望は、最期まで家で生活したい、病院に入りたい、積極的な治療を受けたい、緩和ケア病棟に入りたい、施設に入りたいなど様々ですが、在宅緩和ケアを希望される方には満足してもらえるケアを提供したいというのが私の出発点です。

ケアを充実していくためには、関わるすべての職種の人が情報の集中と共有を行い、コミュニケーションをしっかりと取るという連携がどうしても必要だと考えます。

対象は全ての患者・家族であり、真に患者中心のケアを行いたいと考えています。言い換えれば患者の人権を守ることと患者・家族に寄り添うことが一番大切であると考えています。そのためには患者の心の底にある希望を聴き取ることが大切です。

丹生川地域の地域包括ケアシステム作りは、平成9年頃から始まり、高山市との合併を経て現在に至っていますが、在宅緩和ケアの体制づくりと相まって少しずつ完成してきました。

「がんでも自宅で看取ることができるんだ」「希望すれば在宅療養ができるんだなあ」「家で最期まで母を看ることができて本当に良かった。悔いはありません」などの気持ちが広がっています。

H28年度からは、従来の地域ケア会議のメンバー（行政、民生児童委、社会福祉協議会、介護保険事業者、地域包括支援センター、診療所医師）に、新たに消防署と警察署を加えて、ますます活発に地域ケアのための活動が行われています。

略歴

土川 権三郎（つちかわ・けんざぶろう）

| | | | |
|-------|--|-------|-----------------------------|
| 1952年 | 岐阜県大野郡丹生川村生まれ | 2005年 | 高山市との合併に伴い高山市国保丹生川進路湯所勤務 |
| 1980年 | 名古屋大学医学部卒業 | 2012年 | 丹生川診療所に勤務して15年で、高山市退職し、個人開業 |
| 1981年 | 名古屋の南生協病院勤務（16年間） （内科消化器、肝臓病、アルコール関連） | 2015年 | 日本医師会「赤ひげ大賞」受賞 |
| 1997年 | 丹生川村国保診療所勤務 | 2017年 | 帰郷してから20年経過 |

主な活動

- ・地域包括ケアの充実のための活動
- ・在宅医療、在宅緩和ケアの実践
- ・アルコール依存症などアルコール健康障害への関わり
- ・創傷の湿潤療法の普及活動

特別講演②

2月4日(土) 17:00～18:30 ザ・グランドホール

地域をつくるホスピス運動

～世界に学ぶ～

講師

Dr.Suresh Kumar (インド・ケララ)

[Community Participation in Palliative Care]

堀田 聡子 (国際医療福祉大学大学院 教授)

英国の「The Dying Well Community Charter

(地域におけるよき死憲章)」に学ぶ

司会

二ノ坂 保喜 (いのさかクリニック 院長)

プログラム概要

インド・ケララ州からスレッシュ・クマールさんをお呼びしました。

20年ほど前からケララ州で専門家とボランティアの協働による地域緩和ケアの仕組みを作り上げてきた方です。緩和ケアセンターにおいて、痛みをはじめとする症状緩和を行い、同時に生活や家族を支える地域ボランティアの活動を育ててきました。またセンターからの訪問診療、訪問看

護も行ってきました。日本やアメリカの100分の1の国民所得の地域で、人々の力でどのような「コミュニティケア」が行われているのか、そこから学ぶものは何か？この地球上で緩和ケアを必要とする人たちの大多数は、途上国で暮らしています。わが国でのホスピスのあり方に目を向けると同時に、世界のホスピス運動から学びたいと思います。

Community Participation in Palliative Care

(地域をつくるホスピス運動)

ケララ緩和ケア研究所 代表

スレッシュ・クマール

慢性疾患を持つ人々の多くは、悲惨に生き、そして死んでいく

- ・毎年 3000 万以上の人が、ひどい痛みやその他の症状で不必要に苦しむ。緩和医療の知識は進歩したが、その知識はそれを必要とする多くの人の役に立っていない。この 20 年間の多大な努力にもかかわらず、緩和ケアを必要とする人々の大多数はその恩恵を受けることができない。

本当の挑戦

- ・世界のほとんどの地域の緩和ケアのワーカーたちが直面する真のチャレンジは、貧困と資源の欠如という背景の中で、有意義で持続可能な対処方法を確立する道を見出すことだ。

緩和ケア地域ネットワーク

- ・必要な人の 1 % 以下しか緩和ケアサービスにアクセスできない。
- ・常に 6000 人の患者を世話している一すべてのサービスは無料
- ・5000 人以上のコミュニティボランティアが、無報酬でサービスを提供している。? 専門の医師や看護師による医療・看護ケアもチームに含まれる。
- ・ケアを提供するためのすべての資金（給与、薬代、家族の食糧、子どもの教育費）は、地域でまかなう。

NNPC(Neighbourhood Networkin Palliative Care) の構造

- ・コミュニティにおける、訓練を受けたボランティアのネットワーク
- ・訓練された専門家、機関、組織のサポートシステム
- ・拠点としての緩和ケア施設

NNPC 緩和ケアにおける〈パブリックヘルスアプローチ〉

- ・専門家は、明確なしかし小さな役割しか果たさない。
- ・周辺のプライマリ・ケアチームも参加
- ・地域共同体からの多数の参加が必須

緩和ケアを必要とする人々の多くは、どのように生き、死んでいくか？

- ・緩和ケアを要する世界の人々の問題や不安・心配は、西洋の緩和ケア施設でケアを受ける人たちとは異なっている。
- ・西洋のモデルだけで、すべてにフィットしない。
- ・その地域にあったサービスを確立する必要がある。

コミュニティの役割

- ・進行した病気の問題の多くは、非医療的なものである
 - ：コミュニティはこれらの問題解決に大きな役割を果たす
 - ：発展途上国では特にそうである。

NNPC では、コミュニティボランティアが鍵である

資金獲得

- ・資金の 90% 以上は、地域で集められる。
- ・30% は地方自治体から
- ・残りはコミュニティから? その 75% 以上は、15 ペンス以下の寄付

NNPC—結果

- ・ケアの質が改善した
- ・支援の基礎が改善された

緩和ケアにおけるコミュニティの活動：NNPC からの学び

- ・現実的感覚をもつコミュニティ参加
- ・非公式のコミュニティネットワークを通して、アクセスできない人々にサービスを提供できる。
- ・コミュニティのニーズと資源を調整することのできる能力
- ・社会的圧力を強化し、政策やサービスの改善などの構造変化をカブける。
- ・地域にある、資源、知識、経験を活用する。
- ・住民がエンパワーできるような状況を作り出す。
- ・コミュニティ強化のための効率的な戦略になりうる。

「Compassionate Communities（思いやりに満ちたコミュニティ）ムーブメント」に学ぶ

国際医療福祉大学大学院 教授

堀田 聡子

死にゆくこと、死、そして死別は、あらゆる人にとって避けがたいもので、本来、暮らしの場から切り離された医学的なイベントではありません。専門職による支援は、人生の終わりが近づいている人々が残された時間をよりよく生きること、そして死別の経験に対する助けを目的とするものです。人生の最終章におけるケアを、専門職の手にもみゆだねておいてよいのでしょうか。

ここでは、1990年代から広がり始め、WHOによっても重要性が指摘されている緩和ケアにおける公衆衛生アプローチ、すなわち「生老病死に

かかわる問題を地域住民の手に取り戻そう」という考え方と、それに基づいて「生えてきた」実践を皆さんと共有します。

とくに、インド・ケララでの取組みにも刺激を受けたイングランドにおける Compassionate Communities（思いやりに満ちたコミュニティ）と呼ばれるムーブメントをとりあげ、いくつかの事例と、これを進める手法としての Compassionate City Charter（思いやりに満ちた市憲章）をご紹介します。

略歴

堀田 聡子（ほった・さとこ）

東京大学社会科学研究所特任准教授、ユトレヒト大学客員教授等を経て2015年4月より現職。

専門はケア人材政策・人的資源管理。博士（国際公共政策）。

現在、厚生労働省の社会保障審議会介護給付費分科会及び福祉部会、同福祉人材確保専門委員会、地域力強化検討会、地域包括ケア研究会等において委員を務める。

「ウーマン・オブ・ザ・イヤー 2015」リーダー部門入賞



2月5日(日) 10:00～12:00 ザ・グランドホール

日本のこどもホスピスのみらい

講演「ひとりじゃないよ」 ～そしてこどもホスピスへ～

演者

副島 賢和 (昭和大学大学院保健医療学研究科准教授/昭和大学病院さいかち学級担当)

司会

内田 浩稔 (今立内科クリニック ソーシャルワーカー)

シンポジウム「日本のこどもホスピスのみらい」

座長

内田 浩稔 (今立内科クリニック ソーシャルワーカー)

シンポジスト

副島 賢和 (昭和大学大学院保健医療学研究科准教授)

土畠 智幸 (生涯医療クリニックさっぽろ院長)

濱田 裕子 (福岡子どもホスピスプロジェクト代表)

水野 英尚 (地域生活センター小さなたね所長)

プログラム概要

生命を脅かすがんや難病、重い障がいを持ったこどもとその家族をケアし生活を支えるこどもホスピスは、この30数年で世界中に広まってきた。

1982年イギリスで開設されたHelen House(その後ヤングアダルト向けのDouglas Houseも開設)が世界で最初のこどものホスピスだと言われている。1985年オーストラリアにVery Special Kidsが、1995年にはカナダにCanuck Place Children's Hospiceが開設された。

2005年には、国際小児緩和ケアネットワーク(ICPCN:南アフリカ)が設立され、小児緩和ケアの啓発普及活動の役割を担うようになった。

ドイツでは在宅を基本にホスピスは主にレスパイト機能を担当し、オーストリアでは小児ホスピスプログラムへの取り組みや、モバイルホーム緩和ケアチームが活躍している。インドネシアでは2006年レイチェル・ハウス(小児在宅緩和ケア)が、マレーシアでは小児緩和ケアワークショップ(マレーシア、シンガポール)が、バングラデシュでもICPCNワークショップが開催された。

ルーマニアではこどもホスピス(アルバートの家)が開設され、キルギス共和国でもこどもホスピスへの取り組みが行われている。

翻って日本のこどもホスピスへの取り組みはどうだろう。

1991年ファミリーハウス(東京)は難病のこどもと家族のために滞在場所を提供するための活動を開始した。2004年そらぶちキッズキャンプ

(北海道)は小児がんや心臓病などの難病と闘う子ども達に、医療棟などを備えた施設で自然体験プログラムの提供を始めた。2009年に福岡こどもホスピスプロジェクトが活動を開始し、2010年には奈良親子レスパイトハウス(奈良)が東大寺の境内に親子が一緒に過ごすことができる施設を開設、2011年地域生活ケアセンター小さなたね(福岡)が、人工呼吸器が必要なこどもを預かる施設を開設した。

2012年には淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院が国内では最初のこどもホスピス病棟を開設。2016年には小児・周産期医療を担う国立成育医療研究センター(東京)が日本財団・企業・団体の支援を受けて、「もみじの家」を開設した。そして同年、こどものホスピスプロジェクトが、日本財団・株式会社ユニクロの支援を受けて「TSURUMI こどもホスピス」(大阪)を開設した。また、北海道にこどもホスピスを作る会や、北海道小児等在宅医療連携拠点事業YeLLも活動を開始した。

こどもホスピスでは、教育や遊び、家族のレスパイト機能、看取りや遺族のビリーブメントケアなどの要素があり、今までの病棟(施設)にはない家庭や社会との生活を意識した活動が大切になってくる。今回のシンポジウムでは、その点にも注目しながら、日本のこどもホスピスの現状を知り、その未来を皆様と一緒に考えてみたい。

内田 浩稔

そして子どもホスピスへ

昭和大学大学院保健医療学研究科

副島 賢和

○さいかち学級（品川区立清水台小学校病弱虚弱児教育特別支援学級）について

昭和大学病院（東京都品川区旗の台一丁目）の入院棟17階にある特別支援学級です。昭和大学病院に入院している児童の中で、本人・保護者が希望し、医師が許可した病弱・虚弱の子どもたちが通っています。長期入院で入級している子どもで、教室に来ることができない場合は、毎日（教室の子どもの状況により、時間を検討する）ベッドサイド授業を行っています。さいかち学級の役割は『子どもたちの発達を保障すること』です。病棟スタッフの方達とチームとして活動しています。

○感情表出の理解（小林 2009）

- ・怒り：他者や周囲に変わってほしいという「願い」
- ・悲しみ：苦境を分かち合ってほしい、助けてほしいという「訴え」
- ・喜び：誰かと分かち合うことで加速される
- ・恐怖や不安：問題があり、それを解消しなければならぬという強い願い

○不快な感情の扱い

子どもたちは、治療や自分の身体のこと、将来や学校のこと、友だちや家族のことなど、さまざまな不安を抱えて学級に通級してきます。かわりが深まってくると、自分の中にある不安をいろいろな形で表現するようになります。

大きな不安を抱えている子どもほど、自分の不安や恐れ、怒りなどの感情を表出することに抵抗を感じ、むしろそのような感情を「ないもの」として過ごそうとして

いる様子が見受けられます。また、心的なものが身体症状となって現れる、いわゆる心身症系の子どもたちが増えているという現実もあります。

これらの子どもたちに共通して見られることの一つに、「感情の不適切な扱い」があると考えています。感情の不適切な扱いは、様々な不適応行動につながっていきます。

病気療養児でなくとも、「感情（特に不快な感情）」の扱いは大切です。「子どもたちは自分の中にこの『不快な感情』が湧き上がると、自分自身にとって大きな危機となってしまうため、『防衛』をおこないます。そして、自分の中で起こっている痛みやつらさや不安や恐れなどを感ぜないようにして、生活をしている。（大河原 2004）」のです。

子どもたちが感情を表出し、表現することを通して、自分の中にどのような感情があり、その感情をどのように扱っていけばよいかということを考えたいと思います。

【参考文献】

『怒りをコントロールできない子の理解と援助』（大河原美以、金子書房、2004）

『病気の子どもの理解のために』（丹羽登監修、全国特別支援学校病弱教育校長会、2008）（「病気の子どもの理解のために」で検索）

副島賢和 2015 『あかはなそえじ先生のひとりじゃないよ～ぼくが院内学級の教師として学んだこと～』 Gakken
『心が元気になる学校～院内学級の子どもたちが綴った命のメッセージ～』（副島賢和、プレジデント社、2016）

略歴

副島 賢和（そえじま・まさかず）
昭和大学大学院保健医療学研究科 准教授

東京都公立小学校教諭として25年間勤務。内8年間品川区立清水台小学校「昭和大学病院内さいかち学級」担任。2014年4月より現職「昭和大学病院内さいかち学級」を担当。学校心理士スーパーバイザー。
小林正幸氏（東京学芸大学大学院教授）らと共に、「チーム仕事師」のメンバーとして「みどりの東北元気キャンプ」をおこなう。
大阪 Tsurumi こどもホスピス教育部門担当。教育ボランティアの方々への研修をおこなう。
ホスピタル・クラウンの活動もしており、「パッチ・アダムス」として有名なハンター・キャンベル・アダムス氏（米国）の活動に参加している。

著作等：

『あかはなそえじ先生のひとりじゃないよ』（教育ジャーナル選書／2015年）、『心が元気になる学校』（プレジデント社／2016年）、『学校でしかできない不登校支援と未然防止』（東洋館出版／2009年）、ドラマ『赤鼻のセンセイ』（日本テレビ／2009年）のモチーフとなる。2011年には、『プロフェッショナル仕事の流儀』（NHK総合）に出演。

日本の「こどもホスピス」のみらいと 「こどもの在宅医療」のみらい

医療法人稲生会 生涯医療クリニックさっぽろ 院長

土島 智幸

医療法人稲生会では2013年11月に開設以来、人工呼吸器など高度の医療を必要とするこどもに対して、訪問診療、訪問看護、居宅介護、日中のみの短期入所サービスを提供している。2016年10月時点で訪問診療を行う在宅患者は140名、うち6割がこどもで、全患者の4人に1人が6歳未満の乳幼児である。在宅患者のおよそ9割が人工呼吸器使用患者である。在宅患者の病態の内訳は、筋ジストロフィーなどの神経筋疾患、脳性麻痺などの中枢性疾患、染色体異常などの先天異常がそれぞれ約3割で、脳腫瘍も含めたがん患者は5%程度であるが、英国のこどもホスピス利用者の内訳と類似している。訪問看護は約70名の小児患者に提供されており、NICUから在宅に移行した直後など、特に状態が不安定な患者が多い。訪問看護は最長90分しか提供できないため、母親など介護者のレスパイトを目的として、看護師が居宅介護として長時間の在宅サービスを提供してきた。2012年度の介護福祉士法改正により、一定の研修を終了して県知事より認定を受けることで介護職員でも痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアを提供できるようになり、当法人でもこれまでの3年間で9名が認定を受け、現在は居宅介護の約7割を介護職員が提供している。このほか、通所サービスとして「医療型特定短期入所事業（医療的ケア児を日中のみお預かりするサービス）」を提供しており、送迎も含め、1日3～10人を日中およそ7時間程度お預かりしている。「障害児の保育園」をコンセプトとし、就学時に「卒園」する仕組みとしているが、その前に在宅看取りとなって「卒園」する

こともある。

今回のシンポジウムにおいては、「日本のこどもの在宅医療のみらい」と「日本のこどもホスピスのみらい」に関して、論点を提起したい。

第一に、「こどもの在宅医療」における「こどもホスピス」の必要性についてである。「欧米諸国にあるこどもホスピスは日本にも必要だ」ということが自明の前提となっているが、日本においては既に福祉制度のひとつとして「短期入所」という仕組みがある。もちろんそれで十分ではないが、欧米型の「こどもホスピス」が必須なのだろうか。第二に、在宅医療を必要とする「医療的ケア児」をどのように捉えていくべきなのかという点についてである。制度が寄付かによらず、特別な仕組みをつくるべきなのか、あるいは保育園や発達障害の児と同様の放課後デイサービスのような仕組みで他の児と一緒に診るべきなのか。第三に、「こどもホスピス」の多義性についてである。成人領域における「ホスピス」もまた多義的であるが、小児領域においてはさらにその度合いが増す。寄付などを募る上では「こどもホスピス」というフレーズの訴求力は高いが、内部を統合する上での複雑性は増す。

以上の点から、「日本のこどもの在宅医療のみらい」を、「日本のこどもホスピスのみらい」という視座から議論したい。

略歴

土島 智幸（どばた・ともゆき）

2003年北海道大学医学部卒業後、医療法人漢仁会手稲漢仁会病院小児科に入職。2008年、同院内に小児NIVセンター（のちに小児在宅医療・人工呼吸器センターと名称変更）を開設。2013年11月に医療法人稲生会を設立、現在は同法人理事長と生涯医療クリニックさっぽろ院長を務める。医療法人稲生会として、2015年12月より地域医療介護総合確保基金における北海道小児等在宅医療連携拠点事業を受託している。医師としての業務のほか、2013年3月に公共政策学修士号（北海道大学公共政策大学院）を取得、2014年4月より北海道大学教育学部博士課程（生涯学習・社会教育専攻）に在籍。2013年度より一般社団法人 Medical Studio から委託を受け、コミュニティ・ヘルスケア・リーダーシップ学科のプログラム開発および運営を行う。また、2013年度より日本医療機能評価機構の病院機能評価サーベイヤー、2014年11月より日本小児科学会 将来の小児科医を考える委員、2016年2月より日本医療機能評価機構の教育研修部会委員を委嘱されている。

療機能評価機構 教育研修部会 委員

著書

『小児リハビリテーションポケットマニュアル』（診断と治療社、2011、共著）、『開業医の外來小児科学 改訂第6版』（南山堂、2013、共著）『総合小児医療カンパニア 小児科医の役割と実践—ジェネラリストのプロになる』（中山書店、2013、共著）、『小児科研修ノート 改訂第2版』（診断と治療社、2014、共著）など

その他

2012年度～ 一般社団法人 Medical Studio コミュニティ・ヘルスケア・リーダーシップ学科 プログラム開発および運営

地域で支える重い病気や障がいのある子どものいのちと育ち

福岡子どもホスピスプロジェクト 代表

濱田 裕子

医療技術の進歩とともに小児の難治性疾患の治療率・生存率は向上し、重い病気や障がいを持ちながら、地域で生活する子どもが増えていきます。NICUにおける低出生体重児の増加や難病をもつ子どもとその家族をとりまく状況など、助けた“いのち”をどう育むかが社会全体に問われています。

一方で、保健・医療政策の向上により我が国の小児の死亡率は減少し、成人の死亡数127万に対し5,049人(2014年)ですが、このうち57%が0～4歳までの幼少期に亡くなっています。死をタブー視する現状の中では、短い命を生きる子どものQOLや子どもを亡くした家族の悲しみは置き去りにされています。重い病気や障がいがあっても子どもと家族をまるごと受けとめ共に育てていける社会こそが豊かな社会であり、このことは我が国が抱える少子化問題の根っこにつながっていると考えます。

筆者らは、2010年より有志が協働し、重い病気や障がいのある子どもと家族のQOLの向上を

めざして、子どもとその家族に様々な経験をしてもらう活動を行ってきました。また、そのような子どもの居場所の一つとして子どもホスピスが社会に受け入れられる土壌を作るために教育啓発活動を行い、2014年からNPOとして地域に根ざした子どもホスピスを創るべく活動をしています。

子どもホスピスは、大人のホスピスのように終末期の看取りの場の機能だけではなく、重い病気や障がいのある子どもの成長発達や自己実現を支え、その家族をも対象として、生活を支えていくことを大切にします。さらにその関係は一方ではなく、ケアする側の専門職が重い病気や障がいのある子どもやその家族の人生をとおして学び、ケアされるという、その関係を超越したところに子どもホスピスの本質はあると考えます。本シンポジウムでは、筆者らのこれまでの活動を紹介し、現状と課題についてお話しします。そしてその先の希望につながるディスカッションを皆さんとともにできれば幸いです。

略歴

濱田 裕子 (はまだ・ゆうこ)

九州大学大学院医学研究院 准教授、NPO法人福岡子どもホスピスプロジェクト代表理事

山口県下関市出身

聖路加看護大学卒業後、淀川キリスト教病院、北海道大学付属病院、札幌市保健所で看護師・保健師活動を経て、看護学教育・研究に携わる。2006年高知女子大学大学院修了(看護学博士)。2006年4月より現職。専門は小児看護学、家族看護学。病気や障がいがあっても豊かに生活できる社会をめざし、「生」を支える日本型子どもホスピスについて探求している。研究テーマは子どもを亡くした家族のグリーフとグリーフケア。

著書に「輝く子どものいのち」(いのちのことば社:共著)、「小児の発達と看護」(メディカ出版、共著)、「場面で学ぶ小児看護学」(メディカ出版、編著)など。

小児看護学会評議員、家族看護学会評議員、小児看護学会倫理委員、2014年7月よりNPO法人福岡子どもホスピスプロジェクト代表理事。

モットーは「おもしろきこともなき世をおもしろく (高杉晋作辞世の句)」

はだかの“いのち”に学ぶ

～重い障がいのある子どもたちの日常の中で～

地域生活ケアセンター小さなたね 所長

水野 英尚

相模原市で障害者施設殺傷事件を起こした容疑者は、重い障害のある人たちがこの世に生きている意味が無いと語り、施設で暮らしていた26名の方が重軽傷を負い、19名の尊い生命を奪いました。あるいはまた、近年における「新型出生前診断」によって母親の体内の子どもの障害が分かったとき、高い割合で出産をあきらめると報告されています。

ある病院の羊水検査では、ダウン症だと分かった6人の妊婦の内5人が中絶を選択したと言われています。そのような決断を迫られる親たちや、検査を提供する医療者たちも、苦悩と戸惑いの中でもがいていることでしょう。しかし、障害の有無で“いのち”の選別がされてしまうことなど、やはりあってはならないことではないでしょうか。

▽大切なことは、重い病や障害を持ちながら懸命に生きる子どもたちの“いのち”の価値は、不幸な“いのち”でも、価値の無い“いのち”でもなく、“いのち”の輝きを精一杯輝かして生きる証しだということを共有し合うことだと思います。そのような“いのち”の豊かさを示す彼・彼女たちの姿を、医療者や介護者だけが関わる空間で終わらせてしまうのではなく、私たちの暮らす日常

の中で出会い・交わることによって、多くの人たちが本来の“いのち”の姿に気づかさせられるのではないかと思います。そのように考えてみますと、重い障害を持つ彼・彼女たちの存在は、この社会の中で“いのち”を肯定し、全ての“いのち”が等しく尊いのだということを指し示して歩みをし続けているのではないのでしょうか。

▽地域生活ケアセンター小さなたねは、重い障がいのある幼児から成人まで、幅広い年齢の方々が日中を過ごしています。昨年開設したスープカフェでは、口から食べるのが困難で胃瘻などの経管栄養の方たちでも、食事の豊かさを共有できる場所にとの願いが込められています。さらにその場所は、地域コミュニティ空間として地域住民のボランティアさんや、利用されるお母さんたちなど、自然な交流スペースとしての機能が生まれています。そして、どんなに重い障害があっても「人として働く」ことを大切にと、成人した利用者が会計係をする姿が見られます。

実に小さな取組みではありますが、ここから重い障害をもつ彼・彼女たちの“いのち”の豊かな輝きを、発信し続けることが私たちの役割りだと考えています。

略歴

水野 英尚（みずの・ひでたか）

1967年生 西南学院大学神学部卒

日本バプテスマ連盟福岡ベタニヤ村教会協力牧師

NPO法人サポートランド21にて、障がい福祉サービスとして在宅支援や福祉作業所の仕事を経験。

地域生活ケアセンター小さなたね所長（現職）介護福祉士

2月5日(日) 13:15～15:15 ザ・グランドホール

白衣を脱いで町に出よう

～マギーズ東京のころみ～

演者

秋山 正子(白十字訪問看護ステーション・マギーズ東京 代表)

司会

市原 美穂(ホームホスピス宮崎 代表)

プログラム概要

講師の秋山正子さんは、訪問看護師で在宅ケアのプロフェッショナルです。今回、イギリスで開設された、がん患者と支える人たちの相談支援センター「マギーズセンター」を日本にも是非実現させたいと、若いがん患者さんたちとプロジェクトを立ち上げ活動されています。

2人に1人が「がん」になると言われている時代、病院ではなく、がん患者が生きるための拠り所としての「場」を自らつくっていく新しい試みの話を秋山さんに熱く語って頂きます。

略歴

秋山 正子(あきやま・まさこ)

秋田県生まれ。1973年聖路加看護大学卒業。

産婦人科病棟にて臨床経験後、大阪・京都にて看護教育に従事。1992年より東京・新宿区で訪問看護に携わる。白十字訪問看護ステーション・白十字ヘルパーステーション統括所長として現場を訪問する傍ら、シンポジウムや講演会を通して在宅ケアや地域医療連携を推進している。2010年、NHK「プロフェッショナル 仕事の流儀」に出演。

2011年、新宿に「暮らしの保健室」を開設。

東京にがん患者と支える人の相談センターをつくるための「マギーズ東京プロジェクト」共同代表。

2月4日(土) 10:00～12:00 久留米座

日本の貧困とホスピス ～ソーシャルワークからホスピスへ～

講演「下流老人と貧困世代」

演者

藤田 孝典 (NPO 法人ほっとプラス代表理事/
聖学院大学客員准教授)

司会

内田 浩稔 (今立内科クリニック ソーシャル
ワーカー)

対談「日本の貧困とホスピス」(藤田 孝典×内田 浩稔)

プログラム概要

流行語大賞にもノミネートされた著書「下流老人」が20万部を超えるベストセラーとなり、著書『貧困世代』、『続・下流老人』も好調な藤田孝典さんをお迎えします。報道ステーション、NHK、たけしのTVタックル、NEWS ZEROなどの番組への出演や各種雑誌への寄稿、昨年11月には衆議院厚生労働委員会にも参考人として政府への提言をされています。藤田さんは生活困窮者支援を行うソーシャルワーカーで、反貧困ネッ

トワーク埼玉代表やブラック企業対策プロジェクトの共同代表も務め、さまざまな問題に対して社会に働きかけるソーシャルアクションを行う社会運動家でもあります。前半の講演では、著書の中身を存分に語っていただきます。後半の対談では、がんの末期を看取るというイメージが強いホスピスと社会の貧困がどう結びついていくのか、この時代におけるソーシャルワークには何が大切なのかについて、対談で深めていきたいと思ひます。

下流老人と貧困世代

NPO 法人ほっとプラス代表理事・聖学院大学客員准教授

藤田 孝典

「下流老人」という言葉とともに高齢者の貧困問題を「見える化」しています。国が定める「健康で文化的な最低限度の生活」を送ることが困難な高齢者、具体的には「生活保護基準相当で暮らす高齢者およびその恐れがある高齢者」と定義しています。「収入が著しく少ない」「十分な貯蓄がない」「頼れる人間がない」、この三つの「ない」を「下流老人」の指標としています。「下流老人」は、個人の資質や環境によるのではなく、社会が生み出すものです。

NPO 法人ほっとプラスには、毎日のように貧困にあえぐ高齢者からの悲痛な叫びが寄せられています。夏場の猛暑の中、電気代を節約してエアコンもつけずに室内で熱中症を起こしてしまう人。粗末な食事や、三食まともにとれない人。持病があっても医療費が払えず、痛みを耐えながら自宅療養している人……。これらは、例外ではなく、身近で起こっていることです。

持ち家、あるいは家族の仕送りなどがなければ、国民年金だけではとても暮らせない状況下、全国3300万人の高齢者のうち、約三割は国民年金だけで暮らしています。とくに地方の自営業や農家などは、国民年金に頼る人が多数です。

しかし、それよりも高齢者の貧困が増加しているのは、年金以外のセーフティネットが弱くなっ

てきていることが要因です。例えば、家族の縮小化が挙げられます。一人暮らしや夫婦だけの高齢者世帯が多く、三世同居はわずかになってきています。子どもが派遣社員、パート、アルバイトなど非正規雇用者であれば、金銭的に親の面倒をみるのは難しいのが現状です。また、子どもの収入が安定していても、孫世代の教育費が高騰している現在、親に仕送りするよりも子どもにお金をかけざるをえない実情もあります。資産、財産は上の世代ではなく、下の世代へと回っています。

また、以前は地域内でお米や醤油など日常のものやお金の貸し借りなど、生活の支え合いがありました。でも、いまはそのような関係が失われ、地方でも地域の中で孤立してしまう高齢者が多いのです。困っていることを誰にも伝えられず、周りもまったく気づかないケースが増えています。

年金制度は最低生活を保障するものではなく、もともと年金だけで暮らせるものではありません。けれども、高齢者の約6割が共済年金、厚生年金、国民年金だけで暮らしているのが現状です。年金受給に対して不信感があるにもかかわらず、年金への依存度が高いのです。

これら様々な高齢者を取り巻く環境の激変と実態について話していきたいと思います。

略歴

藤田 孝典 (ふじた・たかのり)

1982年生まれ。社会福祉士。NPO法人ほっとプラス代表理事、聖学院大学人間福祉学部客員准教授

東京国際大学卒業後、ルーテル学院大学大学院総合人間学研究科社会福祉学専攻博士前期課程修了(社会福祉政策)。ソーシャルワーカーとして現場で生活困窮者支援をしながら、生活保護や貧困問題への対策を社会へ提言している社会運動家。反貧困ネットワーク埼玉代表、ブラック企業対策プロジェクト共同代表、生活保護問題対策全国会議幹事、厚生労働省社会保障審議会特別部会委員(2013年)

著書(単著)：『ひとりも殺させないーそれでも生活保護を否定しますかー』(堀之内出版、2013年)、『下流老人ー一億総老後崩壊の衝撃』(朝日新書、2015年)、『貧困世代 社会の監獄に閉じ込められた若者たち』(講談社現代新書、2016年)

共著：『ブラック企業のない社会へー教育・福祉・医療・企業にできること』(今野晴貴・粟一郎・上西充子・大内裕和・嶋崎量・常見陽平・ハリス鈴木絵美との共著、岩波ブックレット、2014年)、『反貧困のソーシャルワーク実践ーNPO「ほっとポット」の挑戦』(金子充との共編著、明石書店、2010年)、『知りたい! ソーシャルワーカーの仕事』(木下大生との共著、岩波ブックレット、2015年)

貧困、人権（尊厳）、生き方（逝き方）は繋がっている

今立内科クリニック ソーシャルワーカー

内田 浩稔

医療とは関係のない「貧困」の話が、なぜホスピスの大会で？ と思っている方がいるかもしれない。あるいは、痛みのコントロールをするのがホスピスなのに、何の関係が？ と思っている方がいるかもしれない。

そもそもホスピスとはなんだろうか？ 末期のがん患者を看取るところ、緩和医療や緩和ケアを行うこと、グリーフやスピリチュアルペインに寄り添うこと、いずれもそれなりに YES である。

では、緩和ケアや看取りとは関係のなさそうな「貧困」は、ホスピスとは何の関係もないのか…答えは NO である。

『定本 ホスピスへの遠い道』（春秋社）で、著者の報道写真家でジャーナリストの岡村昭彦はこう書いている。「ホスピスという家（ホーム）のもてなしを受けるのに必要な、唯一の資格は病気と貧困のみである。」と。

血塗られた歴史のアイルランドで、1879 年世界で最初のホスピス（ホーム）が修道女マザー・メアリー・エイケンヘッドによって誕生した。その背景には、イギリスの植民地となり想像を絶する苦しみを与えられ、虐げられた人たちの貧困と人権の問題が大きく影響していたのである。

貧困は、社会生活にさまざまな悪影響を与える。基本となる、衣・食・住だけでなく、教育・健康・社会との

交流など、人生のありとあらゆるものを停滞させ最後には人権までも奪っていく。そしてこの貧困は世代間で連鎖していくのである。ホスピスの歴史は、貧困や人権を奪われた人々の歴史とともにある。

でも、貧困問題は開発途上国だけの話じゃないの？ ……それは絶対的貧困率だけを考えた場合の話で、相対的貧困率では日本は先進国の中でも下位レベルだ。少数派である富裕層と消滅の道を辿りつつある中間層、そして拡大し続ける貧困層という具合に。

ホスピスは、医療と密接に関わってはいるが、それはホスピスの一部である。ホスピスの歴史を知れば知るほど、貧困やそれを作り出す政治・経済・社会との関わりは、実はとてつもなく大きいのである。

日本が一億総中流社会と言われたのは過去の話。過労によるうつ病で退職、親の介護による離職、非正規雇用やブラック企業の増加、今日明日貧困に陥る要素は誰にでもある。貧困が病気を生み、病気が貧困を生む。貧困が教育格差を生み、教育格差が貧困を生む。この負のスパイラルに、我々はどうか対処したらいいのか、そして何が必要なのか。貧困の話とホスピスは決して無縁ではなく、むしろ深く繋がっているのである。

略歴

内田 浩稔（うちだ・ひろとし）

西南学院大学商学部卒業後、株式会社オリエンタルランド（東京ディズニーリゾート：TDR）入社。その後アパレル会社、輸入雑貨販売業を経て医療業界へ。救急・急性期・慢性期医療、リハビリテーション、緩和ケアなどいくつかの医療機関や在宅介護支援センター（現在の地域包括支援センター）で医療ソーシャルワーカー（MSW）、コミュニティ・ソーシャルワーカーとして勤務してきた。

以前勤務した病院では、企画室長・医療情報部長兼 MSW として緩和ケア病棟開設企画、緩和ケアチームの立ち上げ・運営に尽力、前職のさかクリニックでは、統括部長兼 MSW として在宅ホスピスに携わった。現職の今立内科クリニックでは、ソーシャルワーカーとして入院・透析医療、在宅医療・在宅ホスピスなど、地域医療に取り組んでいる。

資格・経歴等：

社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、相談支援専門員、臨床倫理認定士（臨床倫理アドバイザー）

西九州大学非常勤講師（2004 年～2010 年）、福岡県医療ソーシャルワーカー協会理事（2012 年～2014 年）、日本ホスピス緩和ケア協会九州支部幹事（2014 年～）、日本臨床倫理学会所属

2月4日(土) 13:15～15:15 久留米座

穏やかに逝く

～在宅ホスピスに寄り添う宗教者の力～

座長

谷山 洋三(東北大学大学院文学研究科 准教授)

シンポジスト

【医師の立場から】

原口 勝(みどりの杜病院 院長)

【臨床宗教師の立場から】

吉田 敬一(西栄寺副住職 介護士)

國友 朋子(円行寺僧侶)

【家族の立場から】

和田 節子

プログラム概要

重い病などにより人が死に向かいあう現場において、心のケアに宗教者の関わりが求められています。日頃より信仰のある方は、穏やかに最期を迎えられることが多く、ターミナル期の患者の精神的な苦悩に「宗教」の持つ力をどう生かしているのか、緩和ケアに携わっている医師、臨床宗教師、在宅での看取りを体験されたご家族からお話していただきます。

穏やかに逝く

～在宅ホスピスに寄り添う宗教者の力～ 医師の立場から

みどりの杜病院

原口 勝

【背景】

当院は 30 床の完全独立型ホスピスであり、在宅医療推進室を設置して訪問診療も行っている。院内に宗教的援助を行う職員はいない。

【現状】

全人的ケアとして、身体症状の緩和、精神症状の緩和、社会的問題への配慮を行っている。スピリチュアルケアに関しては生きていく意味を見出す援助を行っているものの、死生観に触れる宗教的援助は行っていない。患者の死生観を尊重するようにケアを行っている。特定の宗教を持っておられる患者には、教会の神父や牧師や信者の訪問やお寺の僧侶や信者の訪問を認めている。特定の宗教を持たない患者でも、その方のこれまでの生き方や大切にしていることへ配慮して、その方の死生観を支えている。在宅ケアにおいては患者の家の中に本人のそれまでの生活を支えてきた背景が見て取れることが多い。例えば、仏壇や掲示されている賞状や飾られている写真や書字や絵画や手芸などを介して本人・家族との雑談の中から、本人の生きてきた過程や大切にしてきたことをうかがい知ることができる。

【事例】

ある 20 代の男性で脳腫瘍で最期を自宅で迎えたいと病院を退院してきたので、訪問診療を行った。喀痰が増え呼吸苦があったが、本人は気管切開などの延命処置を望まず、あとどれくらいの命かを問いかけてきたので 1 カ月以内の命であることを伝えた。母親から、「この子は死んでも自分は家族の周りにいるということに信じています。だから『何もしなくていい、このまま死ぬ』と言ったのでしょ。最期は自宅で家族と一緒に過ごすことができ良かったと思います」との言葉が聞かれた。

【課題】

「死んだらどうなるのか？」という問いかけが、医師や看護師に投げかけられることはほとんど無い。しかし患者のそういう問いかけに応えることができれば、死に向かっていても心の平穏に寄り添うことができるのではと思われる。今後魂の道しるべとなるべき宗教的援助は課題であり、在宅医療の現場においても臨床宗教師の介入が望まれる。

穏やかに逝く

～在宅ホスピスに寄り添う宗教者の力～ 臨床宗教師の立場から①

西榮寺副 住職／介護士

吉田 敬一

私は、大阪の寺院で平僧として法務に勤しみながら、ホームヘルパーまた臨床宗教師として活動している。

終末期医療や、終の棲家と言われる高齢者施設の只中に僧侶が居ることは、葬式仏教の観点から、とてもデリケートな事と十分承知の上で活動するその訳と、なぜそこに至ったかを、私の体験に基づいて記述致したい。

私の経験で最も苦しかったのは、重い障害を持っていた長女が亡くなった事だ。この事は私達家族にとって、筆舌しがたい出来事だった。

長女亡き後は、自らの悲嘆を埋めるが如く、他人の悲嘆に寄り添おうとしていた。

その後、ボランティア講習を受け、ホームヘルパー2級を取得し、作業所と高齢者施設に傾聴支援活動と称して通い始めた。

高齢者施設での傾聴支援ボランティアは、市の紹介のため、宗教的な行為は禁じられていたし勿論私も同意はしていたが、この点においては、私の経験や宗教者としての特性を活かす事が出来たら、もっと被支援者さんに寄り添うことができるはずだと思いを強め焦っていた。

そもそも、私がこのような活動をする理由として、亡き長女の存在がある。長女は生前、医療、福祉、行政などから多くの支援を頂いた。長女は重い障害を持って生まれ、困難な手術を乗り越え、地域の小学校へも入学できた。その小学校にはボランティアの看護師さんが付き添って下さった事は、今でも本当に感謝している。

このような多くの支援に報恩謝徳の行動で報い

る、それが活動の主な動機である。

和敬静寂の心境で病院や介護施設に伺い、多くの人と接しながら、又、法務で檀信徒と接するうちに、とても大切な事に気づき始めた。

それは、日常の中には、さまざまな苦悩があふれていて、誰しもがそれらを内包して生きている。

どのような人でも、また遺族も、被災した方も、また終末期の患者も、認知症の高齢者も、自らの辛い思いを話すことができれば、前を向くことができる。

声無き苦しみ悲しみにも、焦ることなく、捜し歩くことなく、自然な形で伴走する。

大切なことは、臨床宗教師、僧侶、近所のおっちゃん、どの私が支援者なのかを評価するのは被支援者で、私が行う支援が、宗教的特性を活かした支援かどうかを評価するのも、被支援者なのである。

立場や知識などが削ぎ落とされた生身の人間が、苦悩や悲嘆の渦中で、共にもがきながら一筋の光を見出していく、これこそが宗教の原点ではないだろうか。

ここで改めて、長女の命の教えを思い返してみると、長女に支援を下された方々皆が同じ言葉を口にしていた。それは、長女が見せるお礼の笑顔にとっても助けられると。

人と人が支え合う、人の心が命を支える。苦悩の現場に人はどうあるべきか、つまり宗教の根源的な問いである。

穏やかに逝く

～在宅ホスピスに寄り添う宗教者の力～ 臨床宗教師の立場から②

円行寺 僧侶

國友 朋子

私は、久留米市野中町にある寺院の坊守をしております。臨床宗教師の研修を受けるきっかけとなりましたのは、8年前に友人の奥様が亡くなる時にチャプレンの方に看取って頂いたところ安らかに息を引き取られたと聞いたからでした。その方は私に「どうして仏教には臨終の前に駆けつけてお話をしてくれるようなことはないのか」と問いました。そして、次の言葉が「あなたならできると思う」でした。

その言葉がずっと心に残っていたある日、終末期医療の現場で働くビハラー僧を知りました。そして東日本大震災の後、東北大学に寄付講座の形で臨床宗教師研修が始まったことを知り、受講する御縁を頂きました。

現在、私は九州臨床宗教師会に在籍し、東日本大震災を契機に臨床宗教師育成が始まった経緯もあり、熊本震災での九州臨床宗教師会災害対策本部事務局を務め、傾聴移動喫茶 café de monk を中心に活動させて頂いています。また、九州臨床

宗教師会として、熊本にある菊南病院をはじめいくつかの医療施設に活躍の場を頂いております。その中で被災された方や、患者さんやご家族さんの様々な悲しみを聞かせて頂き、どう歩むべきかを共に模索しつつも臨床宗教師が持つ力を感じています。今回の発表ではその一端をお話しできればと考えております。

今後の高齢多死社会において、私が願っていることがあります。

寺院と地域医療のより良い関係が築けますように……。

地域の臨床宗教師と地域の医療関係者との交流の場を積極的に作り出せますように……。

医療関係者の方々が心のケアを臨床宗教師に求めることができますように……。

生きること、逝くことに寄り添い、穏やかに往生することの期待が持てる社会でありますように……。

2月4日(土) 15:30～17:00 久留米座

介護施設での看取り

司会

矢津 剛 (矢津内科消化器科クリニック 院長)

シンポジスト

佐藤 弘樹 (総合福祉施設はーとプラザとはや副施設長)

梁 勝則 (林山朝日診療所 院長)

余村 徹 (複合型サービス ひと息の村 介護福祉士)

樋口 千恵子 (NPO 法人たんがく 理事長)

コメンテーター

市原 美穂 (NPO ホームホスピス宮崎 代表)

プログラム概要

多死社会を迎え、核家族や老々介護、単身世帯の増加により今後介護施設が終の棲家として選択されるケースが増えてきます。そのような介護施設での看取りの特徴や問題点としては、介護施設そのものが制度上多様化している点や、経営者やスタッフのスタンスが様々でホスピスマインドにも温度差が生じる点にあります。さらに、高齢入居者には認知症の合併による意思決定支援の困難さも生じており、本人の意思よりも家族の意思が重視される傾向にあります。さらに、看取りのプ

ロセスにおける評価はいまだに定まったものではありません。今回のシンポジウムでは、積極的に看取りを行われている様々な制度下での施設の方々にお集まりいただき、それぞれの現場での課題を共有しながら、在宅ホスピス緩和ケアの一部となる看護施設での看取りをどう充実したものにするのか？あるいは一般住民にどう啓発していくのか？地域包括ケアのなかでどう位置付けできるのか？ということなどを議論していきたいと思

介護付有料老人ホームでの看取り

学校法人戸早学園法人事業部 総合福祉施設はーとプラザとはや 副施設長
佐藤 弘樹

【契約時の説明】

当ホームでは、新規入居契約時に利用者様の状態が変化し、介護度が高くなっていく場合など、総合的な身体・精神機能低下が認められる場合に、最終的に施設での看取りを行うご希望があるのか、病院での看取りをご希望されるのか、あらかじめお尋ねします。この時点で即決できる方は少ないので、当ホームでは、入居契約を死生観を構築していくきっかけと捉えています。

【看取り契約】

利用者様の状態が変化し、急変の危険性などリスクが高くなってきた場合に、ホームでの看取りを希望されるかどうか意思の確認を行います。ホームでの看取りのご希望があった場合は訪問診療を行って頂けるクリニックの先生に主治医の変更をご依頼します。

訪問診療をお願いする主治医が決定したら主治医との面談→訪問診療の契約を経て、ホームの看取り契約の締結を行います。

【経過説明】

看取り契約を締結した利用者様（ご家族）には、定期的に経過説明を行います（看取り介護加算を算定する根拠ともなっている）。また、必要に応じて主治医に病状説明を依頼します。

【看取り】

利用者様の状況により主治医の指示等を受け、看取り介護の開始時期を決定していきます。看取り介護開始後は毎日全職種でミーティングを行い、状況によっては夜勤者を増やします。

いざ看取りの段階になれば、できる限りご家族の立会いを求め、ご家族と共に看取りを行います。エンゼルケアもご希望があればご家族と共にいきます。身寄りのない利用者様の場合はホーム職員で葬儀を行ったり、その方に必要な支援を行います。

略歴

佐藤 弘樹（さとう・ひろき）
平成 10 年 3 月 社会福祉法人白寿会 特別養護老人ホーム 白川園 入職
（平成 14 年 4 月より主任に任命）
平成 17 年 3 月 社会福祉法人白寿会 特別養護老人ホーム 白川園 退職
4 月 学校法人 戸早学園 法人事業部 設置準備室 入職
7 月 学校法人 戸早学園 法人事業部 総合福祉施設はーとプラザとはや
介護付有料老人ホーム グランドホームゆくはし介護長に任命される。
平成 25 年 4 月 学校法人 戸早学園 法人事業部 総合福祉施設はーとプラザとはや
副施設長に任命され、現在に至る。



サービス付き高齢者専用賃貸住宅における看取りについて

医療法人社団 林山朝日診療所 院長
梁 勝則

医療中心でない認知症・緩和ケア特化型サ高住として2015年12月に神戸市須磨区でスタートしたルミエールしかまつ（以下ルミエール）は2016年11月までの1年間で、41名の入居を経験した。

入居者の内訳は、悪性腫瘍10名、認知症19名、認知症+悪性腫瘍7名、脳卒中（片麻痺）、腎不全（透析）、脊柱管狭窄症、老衰、悪性腫瘍の方の配偶者（自立）がそれぞれ1名の計41名であった。割合としては認知症のある方が63%、さらに悪性腫瘍（進行期～ターミナル期）を合併している認知症の方が17%、悪性腫瘍だけの方が24%である。

認知症の方のうち、易怒・暴力・徘徊などのピック症状のある方は26名中14名（53%）であった。そのうち2名の方は他のグループホームから、1名はサ高住から退去を迫られ、2名の方は激しい

徘徊のため全ての介護施設から入居を断られた方である。

41名のうち12名（29%）が永眠した。看取り場所はルミエールが7名、ルミエールから北300メートルに位置する法人併設の有床診療所ホスピス林山クリニック希望の家（以下希望の家）が5名であった。疾患別にみると、認知症単独の方3名は全員ルミエールで看取った。がん単独の方4名のうち最後までルミエールで過ごしたの1名で、残りの3名は希望の家で看取った。その理由は症状緩和というよりも、最後はホスピスでという本人や家族の思いであった。

がんと認知症合併例4名はそれぞれ2名ずつルミエールとしかまつに分かれた。もう一人は高齢者心疾患の突然死でありルミエールでお亡くなりになった。

略歴

梁 勝則（りゃん・すんち）

1955年（昭和30年） 島根県に生まれる。

1980年（昭和55年） 群馬大学医学部卒業後、内科医として病院勤務

1992年（平成4年） 神戸市長田区に林山（はやしやま）クリニックを開設し、外来診療と在宅ホスピスケアに取り組む

2004年6月 希望の家（神戸市須磨区）開設

希望の家は19床の有床診療所ホスピス（はやしやまクリニック）、グループホーム（定員18名）、訪問看護ステーション、居宅支援事業を営む多機能合築。年間看取り件数は入院約200名、在宅約50名。

2015年12月 認知症・緩和ケア特化型サービス付き高齢者専用賃貸住宅「ルミエールしかまつ（39室）」を希望の家近隣にオープン。

専門はがんと認知症の緩和医療、糖尿病（糖質制限）



看護小規模多機能サービスでの看取り

医療法人矢津内科消化器科クリニック
複合型サービス ひと息の村 介護福祉士

余村 徹

当法人は、ターミナル患者や神経難病の方など医療依存度の高い方が地域で暮らせるように、訪問診療、介護保険事業所（訪問看護、訪問介護、訪問入浴、居宅介護支援、デイサービス、療養通所介護）を立ち上げて支援をしてきました。このサービスを利用しても、家族などの介護者の疲労により在宅生活が継続できなくなり、本人が施設入所や入院となり自宅で最期を過ごすことができない事例をみてきました。在宅生活をすううえで、介護者の休息は必要です。余命2週間程度と告知されて自宅に帰ってきたが、療養生活が長くなると介護者にも疲労が出てきます。その際に日中、通所サービスやショートステイを利用できれば、ゆっくりと休息ができ心にゆとりが持て在宅生活を継続することができる訴えを耳にしてきました。しかし、終末期の自宅でゆっくり過ごす時間にたくさんの事業者が契約を行い対応してくれる人も入れ替わりなどあわただしくなり、本人、家族にとってそのことがストレスとなります。重度の方が実際利用できる事業所がないなどで、再入院や施設入所となるケースが見られます。そこで、当法人は、そのニーズにこたえられるのではないかと看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）を開設することになりました。平成25年4月に行橋市地域密着型サービスとして開設。看護小規模多機能型居宅介護とは、「通い」「泊り」「訪問介護」「訪問看護」のサービスを一体的に行うことです。
*医療保険優先の方は、「医療保険での訪問看護利用」。

なじみのスタッフが、「通い」「泊り」「訪問」と対応することで、安心感があります。看護小規模多機能型居宅介護を利用しての在宅緩和ケアでのメリットは、がん末期の方などは、日々状態が変化し、本人、家族のニーズも刻一刻と変化していきます。費用が定額であり、即時対応、柔軟なサービスの提供、時間に制限がないなど本人、家族の状況に合わせた支援が提供でき、訪問看護と併設のため十分な連携が取れることです。デメリットは、今まで在宅で利用していたケアマネ、ヘルパーさんなど変更しなければならないこと、利用の頻度にかかわらず費用負担が変わらない、地域密着なので利用できる利用者が限定される（行橋市のみ）ことです。

平成25年4月開始から平成28年10月までに、39名の方を看取らせていただいています。39名のうち2名は「ひと息の村」へ入居され、複合型サービスに登録され亡くなられた方。残りの37名は自宅で生活され、自宅で亡くなられた方12名、「通い」サービス中に亡くなられた方5名、「泊り」サービス中に亡くなられた方16名です。最後の4名は、最終的には病院に入院されて亡くなられています。

今後、看護小規模多機能型居宅介護が在宅緩和ケアを支援する上でどのような看取りができるのかを事例を用いて考えていきたいと思っています。

略歴

余村 徹（よむら・とおる）

平成12年3月～平成16年2月・・・社会福祉法人愛香会 介護老人福祉施設 愛香苑（介護業務）

平成16年3月～平成17年6月・・・有限会社マインド グループホーム愛の郷（計画作成担当者兼介護業務）

平成17年7月～・・・医療法人 矢津内科消化器科クリニック
ヘルパーステーション

平成25年4月～・・・医療法人 矢津内科消化器科クリニック
看護小規模多機能型居宅介護



「地域とともに生きる」を支援

NPO 法人たんがく 理事長
樋口 千恵子

NPO 法人たんがくでは、がん末期や難病等の医療依存度の高い方々が、その方らしく心穏やかに暮らし、生き抜く生活の場として、ご家族や地域の方々の応援をいただきながら病院でもない、施設でもない第2の我が家として、“ホームホスピスたんがくの家”を平成23年1月に築70年の古民家を改修し開設。たんがくの家では、“とも（伴・友・共）暮らし”をしているお仲間・ご家族、地域のみなさんと『あーっ！ あんたがおってよかった！』とお互いの存在を認め合い、お互いできることを交換し生きがいに変えるような仕組みづくりに取り組んでいる。

今回、この地域の方々がなじみの地域でなじみのみなさんと安寧に今までの生活の延長ができ、

『ここで年がとれる』『あんたがおってよかった』との思いを地域資源と位置づけ、地域の方々の様々な『ここで、生きる』を支援していくサービスとして『ホームホスピスたんがく村』整備計画ができた。この整備にあたって、地域の方々が自主的にどう、たんがく村を地域のために活かそうかと『たんがく村を育てる会』が平成27年2月にでき、2か月に1度の定例会で、ワイワイガヤガヤとどんな取組や催しをやっていか話し合いがなされている。ホームホスピスたんがくの家本家の地域交流室で、『たんがく村を育てる会』のみなさんを中心に『学びの館たんがく楽館』のいろんな活動が地域のみなさんと展開されている。

略歴

樋口 千恵子（ひぐち・ちえこ）

| | |
|-------|---------------------------------|
| 昭和51年 | 昭和大学医学部付属看護学校 卒業 看護師免許 取得 |
| 昭和52年 | 神奈川県立看護教育大学校保健学科卒業 保健師免許 取得 |
| 昭和55年 | 京都西陣健康会 堀川病院 居宅療養部 北野町役場 健康課 |
| 平成17年 | 久留米市役所 長寿介護課 |
| 平成20年 | 久留米市保健所 健康推進課 |
| 平成22年 | NPO 法人たんがく 理事長 |



看取りに携わるスタッフへのケア・教育

座長

柴口 里則 (福岡県介護支援専門員協会 会長)
小野 幸代 (訪問看護ステーションつばさ 管理者／緩和ケア認定看護師)

シンポジスト

桑田 美代子 (老人専門看護師)
菊池 雅洋 (社会福祉士／介護支援専門員)
川津 敦子 (主任介護支援専門員／認定ケアマネジャー／介護福祉士)

プログラム概要

医療・介護・福祉の業界では慢性的な人手不足に加え、看取りに関わるスタッフの不安やストレスも大きくなっています。スタッフのケアや教育により、モチベーションの向上が図れ、やり甲斐のある仕事を続けられるようにしたいと思いシンポジウムを企画しました。

老人専門看護師として、慶友会看護介護開発室長として高齢者のケア・エンドオブライフケアなど青梅慶友病院でスタッフの教育をされている桑田美代子さん、介護施設で「看取り介護」につい

で教育・指導を実践されている菊池雅洋さん、久留米市で介護事業を展開し、自らも多くのターミナルケアのマネジメントをされている川津敦子さんをシンポジストに招き、看取りに携わるスタッフのケアや教育を語っていただき、現場での実践に役立てたいと考えています。

モチベーションを維持しながら尊厳あるケアを長く続けるには、何が必要でしょうか？ 雇用する側・雇用される側双方にヒントになるシンポジウムにしたいと思っています。

スタッフの価値を高める

エンドオブライフ・ケアのプロを育てる

医療法人社団慶成会青梅慶友病院

桑田 美代子

1. 豊かな最晩年をつくる

青梅慶友病院（以下当院）は許可病床数 736 床、入院患者の平均年齢約 88 歳、平均在院期間 3 年 5 ヶ月、9 割が認知症を有し、9 割の方が死亡退院する終の住処の役割を担った療養病床である。「豊かな最晩年をつくる」を理念に掲げ、多職種チームで人生の最晩年を支えている。そして、看取った後、関わった全ての人達に良い余韻が提供できるようにしたいと考えている。その関わった人達とは、スタッフも対象であり、その良い余韻こそが“やりがい”につながるからである。

2. 死を見据えた日常生活のケア：日常生活援助技術マニュアルの作成

加齢に伴う機能の低下や疾患の後遺症などにより、自らの力で日常生活を営めなくなった時、その素晴らしさを実感すると思う。だからこそ、日々丁寧に繰り返して提供されるケアこそ、超高齢者にとっては価値あるケアである。そして、それこそが緩和ケアであり、EOL ケアであり、スピリチュアルケアに値すると考えている。しかし、超高齢者の特徴を踏まえた「日常生活援助技術」が確立されていない現状があった。そのため、介護・看護職スタッフと共に「日常生活援助技術マニュアル（以下、マニュアル）」を作成した。そして、それを視覚化する研修会「日常生活援助技術講座」をほぼ毎月開催している。日々実践しているケアは、ただのお世話ではない。根拠に基づき、プロの技でなければならない。現在は、マニュアルの

内容を抜粋しケアの基本集：BCD カードを作成した。超高齢患者の「美しさ（Beauty）・心地よさ Comfort）・尊厳（Dignity）を支える」ことを目指す、私達の実践知のカードである。

3. 美しい寝姿（Sleeping Beauty）を目指して：ご遺体はケアの通信簿

当院では多職種で様々なチャレンジをしている。その中の一つに、2007 年～『美しい寝姿』を目標に取り組んでいる「拘縮予防対策」がある。これは介護職・看護職・リハビリテーションスタッフとの連携・協働で実施している。人間は身体を動かさないと関節が硬くなり拘縮となる。拘縮が発生しても生命に危険を及ぼすことはない。しかし、ADL 含む生活のあらゆる場面に影響を及ぼし、元には戻らない。動くたびに発生する身体の痛み、そして、重篤な拘縮は精神的にも苦痛を与えると想像する。ご遺体はケアの通信簿である。ケアする側の私達には 80 歳、90 歳の体験はない。未知の世界を生きている方たちの「〇〇さんらしさ」を語ること難しい。しかし、多くの人達は最期まで人間らしい姿でいたいと望むのではないだろうか。

他国が体験したことがない長寿世界一のわが国だからこそ、人生の最晩年を支えるケア、エンドオブライフ・ケアのプロとしてスタッフを教育し、スタッフの価値を高めたいと考えている。

逝く人から学ぶつなげるもの

医療法人資生会・介護老人保健施設クリアコート千歳 事務次長

菊地 雅洋

看取り介護の実践が、職員に特別なストレスを与えることになるだろうか。仮にストレスがあるとしたら、それは看取り介護というものに限らず、介護サービスそのものに存在する精神的負担なのではないだろうか。もし看取り介護に特別なストレスがあるとすれば、看取り介護対象者の死後、遺族が悲嘆にくれ、その感情に巻き込まれてしまうということが考えられるが、看取り介護の場で、しっかり家族支援を行って、看取り介護対象者の安楽な旅立ちをお手伝いしさえすれば、家族は愛する人の死に哀しみの感情を抱くとしても、悲嘆にくれるということにはならず、そこで職員が精神的負担を持つことにもならないだろう。そもそも遺族の感情に巻き込まれてしまう最大の要因は、統制された情緒関与の原則を遂行していないと言う意味であり、別な意味での教育訓練が必要だろう。そういう意味で、看取り介護だけに特別な精神的負担があって、支援を必要とするものではないと思っている。

むしろ看取り介護の実践は、そこで生まれる様々なエピソードの中で、職員は家族の愛を垣間

見ることによって、職員が感動し、成長していくもので、決してストレスが増えるようなことにはならない。そして適切な看取りを行い、家族に喜んでいただけることで職員のモチベーションアップにつながり、離職する職員が減るという意味で、看取り介護の実践こそ、職員の定着率を高める切り札となるものである。

僕は看取り介護の指針や、フローチャート、パンフレット「愛する人のたびだちにあたって」も自ら作成しているので、これらの具体的な内容や実践方法について、職員に対し教育することもしているが、それはあくまでガイドラインをしっかりと把握してもらうことであって、個別の具体的な方法は、一人一人の対象者に向かい合っただけしか見えないものが多い。そういう個別性を見出すための教育には力を入れている。しかしそれは看取り介護の教育ではなく、介護教育そのものだと思っている。そして看取り介護の教育として、一番効果が高い方法とは、デスカンファレンスを通じて、一つ一つの看取りケースを検証することである。本講演では、その具体的事例を紹介したい。

看取りの現場を担う全てのケアスタッフと共に

御井町ケアプランサービス

川津 敦子

多くの本や調査票をひも解いてみると、現在看取りの場として4人中3人が医療機関を選択されており、自宅を選択される方は、わずか13パーセント程度にとどまっている。一方、終末期の療養場所にスポットを当てた場合、最終的に入院を希望されるとしても60%以上の方が一時的であれ自宅での療養を希望されており、また、近年わずかではあるが医療機関以外の場所における死亡が増加する傾向もあるようだ。さらに「多死時代」に突入していくとも言われるなか、これまで医療機関が主に担ってきた看取りの現場は、今後多くが自宅へとその場所を変えていくことが予測される。

そのような社会情勢の中、当法人は11か所の事業所で、積極的に在宅での看取りに取り組んできた。現在私が所属する居宅介護支援事業所では直近の5年間で344件のケアプランをお引き受けし、そのうち101名(29.4%)の方の看取りプランを立てさせていただいた。内訳としては、在宅での看取り86名(85.1%)、最終的に入院して医療機関で看取りになった方13名(12.9%)、存命中2名(1.9%)であった。この結果から、一旦在宅緩和ケアを希望されて自宅に戻られたら、そのまま最後まで自宅で過ごされるケースが圧倒的に多いという結果となった。また、他にも直近の5年間で訪問介護事業所52名、訪問看護ステーション315名の在宅看取り、訪問看護ステーション併設の療養通所介護44名・通所介護26名の

方が在宅看取り直前(計70名の内、在宅看取りをした日から5日前までに通所サービスを利用した方は約50%)まで利用し、グループホーム11名、小規模多機能10名の方の看取りをおこなった。平成27年9月開所の有料老人ホームでは4名の看取り支援をおこなった。在宅医や在宅ホスピタリティ等とも密接に連携しあい、入所中の方でも「自宅で最期を迎えたい」と希望された場合は、看取りまでの数日間を住み慣れた我が家でのサービスに切り替え、できるだけご本人の最後の意向に沿うようにしている。

しかし、そういう状況の中、実際看取りの現場に携わる職員がストレスを抱えてしまう事も少なくはない。人が人を看取る現場を「温かい」と感じる職員もいるが、反面、その責任の重さに悩んでしまうこともある。しかし、その方の人生の最後に質の高いケアを提供し、ご本人・ご家族に満足して頂く為には、職員自身がレベルアップしていくことが必要不可欠だ。

今回、実際に看取りの現場で悩んだり立ち止まったりしている職員に対し、どのように悩みを共有し、どのようにケアしていけばモチベーションを上げ、さらには、やりがいを見出してもらうことができるのか? 今回のシンポジウムを、その問題について語り合うと共に共有できる場とし、看取りについて共に学び、さらには問題解決の糸口とすることができるならば幸いである。

略歴

川津 敦子 (かわつ・あつこ)

有限会社モク・コーポレーション代表取締役

御井町ケアプランサービス 管理者

主任介護支援専門員 認定ケアマネジャー 介護福祉士、平成13年より久留米市内で介護事業を展開

鼎談 3人の会

「日本のホスピスが忘れてきたもの」

シンポジスト

二ノ坂 保喜 (いのさかクリニック 院長)

米沢 慧 (評論家)

山崎 章郎 (ケアタウン小平クリニック 院長)

プログラム概要

ホスピスが根づくために

まず、日本のホスピス史を概略してみよう。

セント・クリストファー・ホスピス(1967 設立)が、日本に紹介されたときの新聞見出しは「天国への安息所・英国の『死を看とる』専門病院」(朝日新聞 1977 年 7 月 13 日夕刊)。この年、日本死の臨床研究会が発足。1980 年、第 1 回世界ホスピス会議(会期 5 日間・16 カ国 68 人)に日本からは精神科医・柏木哲夫氏、チャプレン・斎藤武氏がオブザーバーとして参加。翌年の 1981 年に聖隷三方原ホスピス、1984 年に淀川キリスト教病院ホスピスが誕生して、わが国のホスピスは揺籃期に入った。

1990 年 WHO(国際保健機関)の指針にしたがって、ホスピスは緩和医療、緩和ケア病棟施設(がんとエイズ)として、さらに医療保険制度に繰り込まれ、一般には終末期医療(ターミナルケア)として認知されることになった。この時期、外科医からホスピス医に転進した山崎章郎氏の『病院で死ぬということ』(1990)は話題になり映画化され、ホスピスは施設化にとどまらず、がん告知や疼痛ケア等と通して市民に理解されるようになった。ちなみに日本ホスピス・在宅ケア研究会の発足は 1992 年。

そして 21 世紀。長寿社会の到来。介護保険法の施行(2000 年)、がん医療の均てん化を打ち出したがん対策基本法(2007 年)。認知症高齢者の増加にも直面し、地域包括ケアシステムが叫ばれ、地域に根ざす在宅ホスピ

スの役割は年々大きくなってきている。

しかし、これまでの経緯から「日本にホスピスは根付いた」といえるだろうか。

名著『ホスピスへの遠い道』(春秋社)の著者岡村昭彦(1929—1986)は、ホスピスが日本に根づくには「常に近代ホスピス運動の原点に立って考えること」、そして「いま、どんな時代を生きているか」を常に問い続ける運動のなかにあるとした。

原点に立つとは、世界ホスピス会議(1980 年)の指針——①ホスピスの思想 ②ひとつの生き方としてのホスピス ③死期を迎えるための哲学…。そして、⑦世界に広がるホスピス運動との提携。⑧未来に向けて「成果、失敗の分析を忘れないこと」であろう。

鼎談では、日本のホスピス運動を牽引してきた山崎章郎氏と、在宅ホスピスに取り組みながらアジアのホスピスにも関心を示す二ノ坂保喜氏と、「(日本のホスピスが)忘れてきた」ものだけではなく、「新たに手に入れたもの」も引き出せたらとおもう。

そしてもうひとつ。わたしたちは「メメント・モリ(死を想え)」という環境のただなかにいる。阪神淡路大震災(1995)から東日本大震災、福島原発のメルトダウン(2011)。そして熊本大地震。これら未曾有の死の体験から、いのちに寄り添う NPO 法人の立ち上げをはじめ新たな市民ホスピス運動の萌芽にも触れられたらとおもう。

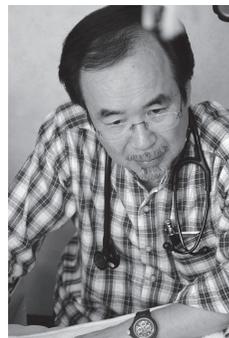
米沢 慧

略歴

二ノ坂 保喜 (にのさか・やすよし)

福岡市在宅医療協会 会長、福岡大学臨床教授

1950年、長崎県生まれ。長崎大学医学部卒業後、長崎大学第一外科で研修。その後、救急医療、地域医療の現場で経験を重ね、福岡市・福西会川浪病院（現・福西会病院）などを経て、1996年よりにのさかクリニック（福岡市早良区）を開業。在宅医としてホスピスに取り組む。2005年に、さまざまな職種とのネットワークによる「ふくおか在宅ホスピスをすすめる会」を設立。2011年には、地域生活ケアセンター「小さなたね」を地域の人々とともに開設した。「バングラデシュと手をつなぐ会」「NGO福岡ネットワーク」など国際保健医療の分野での持続的な活動を行っている。2014年、日本医師会第3回赤ひげ大賞受賞。著書に『在宅ホスピス物語』（青海社）、『在宅ホスピスのススメ』（監修、木星舎）、『病院で死ぬのはもったいない』（山崎章郎、米沢慧との共著、春秋社）などがある。



略歴

山崎 章郎 (やまざき・ふみお)

1947年、福島県生まれ。千葉大学医学部卒業。千葉大学病院第一外科を経て

1983年、船医として北洋鮭鱒母船および南極海海底調査船に乗船。1984年、千葉県八日市場市民病院（現・匝瑳市民病院）消化器科医長、1991年、聖ヨハネ会桜町病院聖ヨハネホスピス科部長を経て、2005年、東京都小平市に在宅緩和ケア専門診療所 ケアタウン小平クリニックを開設、院長を務める。

他に、NPO法人コミュニティケアリンク東京理事長、日本ホスピス・緩和ケア協会理事、日本死の臨床研究会世話人代表。

主な著書に『病院で死ぬということ 正・続』（主婦の友社、文春文庫 日本エッセイストクラブ賞受賞）、『僕のホスピス 1200日』（海竜社、文春文庫）、『河辺家のホスピス絵日記』（共著、東京書籍）『病院で死ぬのはもったいない』（春秋社）『家で死ぬということ』（海竜社）『市民ホスピスへの道』（春秋社）など。



略歴

米沢 慧 (よねざわ・けい)

1942年、島根県出雲町出身。早稲田大学教育学部卒。評論家。

岡村昭彦の会世話人。現在は「AKIHIKO ゼミ」をはじめ、看護・医療、いのちを考えるセミナーを東京、神奈川、埼玉、長野、静岡等で主宰。主な著書に『還りのいのちを支える』（主婦の友社）『「幸せに死ぬ」ということ』（洋泉社）『ホスピスという力』（日本医療企画）『病院化社会をいきる』（雲母書房）『自然死への道』（朝日新書）『いのちを受けとめるかたち一身寄りになること』（木星舎）。共著に『ホスピス宣言』（山崎章郎、春秋社）『往復書簡・いのちのレッスン』（内藤いづみ・雲母書房）『病院で死ぬのはもったいないーいのちを受けとめる新しい町へ』（山崎章郎・二ノ坂保喜・米沢慧、春秋社）など。

「米沢慧のブログ いのちことばのレッスン」<http://yoneyom.blogspot.jp/>



在宅ホスピスを語る会 in 久留米

司会

齋藤 如由(齋藤医院 院長)
西岡 進(ファミリークリニック陽なた 院長)

コメンテーター

内藤 美智子(久留米市保健所 所長)
田村 良彦(読売新聞関西西部本社 編集委員)

遺族

平田 尚子(福岡県)、大坪 洋子(大分県)

プログラム概要

最期まで家で家族と共に過ごしたい! と希望されても、実際にどんな事が問題になるのか? 家で最期を迎えるとはどんな感じなのか? そんな思いを持っておられる方々が多いものです。いろんな専門家の話よりも、実際に体験された方の

お話ほど具体的にその疑問に答えてくれるものはないでしょう。ご遺族の生の声を聞く機会を設けます。

在宅ホスピスケアを支える専門職の方々も、もう一度家族の声に耳を傾けてみてください。

愛しい母へ・・・永遠(とわ)の追憶

遺族(福岡県)

平田 尚子

親を自宅で介護したいけど、仕事をしながら介護できるだろうか・・・と、親の介護について大勢の方が悩んでおられることでしょう。

平田さんはお母様とお二人暮らしで、同じように悩んでおられました。はじめは介護の不安が大きく、認知症もあり、一人では動けないお母様を、恐る恐る介護しておりましたが、訪問する専門職より少しずつ知識を得て技術を習得されました。仕事をしながらの介護ですので、日中は介護保険サービスを利用して専門家へケアを依頼し、夜間は一人でお母様を愛情深く介護されていました。食事を口からほとんど食べられなくなったお母様の栄養をどうしよう・・・と悩み、お母様に代わって治療の方向性を考えることなど、葛藤も多く心が折れ

そうな時もあったと思います。しかし、最期の時はお母様に寄り添い、ご自宅で温かな看取りをされました。フルタイムの仕事をしながらご自宅で介護を続けることは、大変だったとは思いますが、「母と過ごせた日々思い出に包まれ、私の心には一点の悔いも曇りもありません」と、看取りの後に頂いたお手紙に記されていました。

仕事を続けながらどのようにして自宅で介護されたのか、気持ちの変化や悩んだこと、また、看取り後の心境を聞くことにより、ご家族の介護をされる方々へ「勇気」を頂けるようなメッセージの高い「語り」になることでしょう。

(文責:小野幸代)

在宅でのみとりを導くもの

遺族（大分県）

大坪 洋子

在宅への取り組みが積極的に行われるようになり、10年が経過した頃、夫が脳出血で倒れ、後遺症（右麻痺、失語、嚥下障害）を残した。当然のごとく、在宅介護が始まった。

3年半は、仕事と両立できたが、状態に伴い、傍にいる意味（不安や恐怖を軽減）を知っているだけに、罪悪感が強くなり、早期退職。その後、4年半、在宅介護に専念。

在宅7年目、状態悪化時、夫は私の手を力強く握り「いっぱい いっぱい、ありがとう。」と言う。夫の真剣な眼差しに驚いたが、言葉がスラスラ出たことの方が不思議だった。私も丁度、夫の傍らで感謝の手紙を書いていた矢先だった。「感謝は私の方だよ。こんなにゆるやかな時間を頂いて。今、私は幸せだよ」と答えると、夫は「そんな事は無い」と首を振る。「私達の出逢いは運命だったのよ」と言うと、夫は泣き出し、咳き込む。話が中断した。失語の夫と普通に話が出来たことが奇跡だった。

それから、1年間の点滴が始まる。経管栄養や中心静脈栄養は拒否した。経口は生理的欲求であり、食べる喜びが情緒を安定させる。点滴が長く続くと、夫は「もういい」と拒否する。点滴は安堵と葛藤の繰り返しだった。そのうち、食事も、「もういい」と顔をそむけるが、私が諦めきれない。生命を繋ぐケアを続ける。家族の納得

も必要だった。

医師から経口中止を告げられた日、泣きじゃくる私の顔を夫は只じっと見ていた。事態を悟られまいとキッチンの方へ向ったが、今逃げたらいけないと思い直し、すぐに夫の部屋へ戻った。しかし、夫は、もう目を閉じたままだった。それを機に、バイタルに変化が起きる。

経口中止の2日後、往診直後から、下顎呼吸が始まり、子供や孫達が集まった。在宅8年目、8月29日18時30分、夫は家族全員に見守られ、自然の形で、安らかに息を引き取った。美しい最期だった。皆、声をかけ、思いを伝えた。タッチングしながら、私も、「よく頑張ったね。ありがとう。孫を残せて良かったね」と話しかけた。最期の場面をあれこれ心配していたが、偶然か必然か、舞台装置が整っていたことが、私の幸せになった。

在宅は、互いが限界の中で納得のいく別れができたと思う。生命と生命の向き合いでもあり、2人の生き方、在り方でもあった。また、家族全員で看取る自然の安らかな死は、子供達の死に対する不安や恐怖を軽減させ、生と死のプロセス、生命の教育へとつながった。

ここでは、家族の出来事として、時の流れにそって、生活を楽しみながらも、懸命に生きた、みとりを振り返り、在宅での看取りを可能に導いた要因と課題を明確にしたい。

非がん患者の在宅ケア（終末期のケア）

司会

齋藤 如由（齋藤医院 院長）

ファシリテーター

箕岡 真子（箕岡医院 院長／日本臨床倫理学会
理事）

プログラム概要

日本においてもやっと、がん以外の方への緩和ケアが一般にも広がる気配が出てきています。日本における死因の第一位は「がん」ですが、それでもおよそ1/3。他の多くの方はがん以外の疾患で亡くなっています。

今回は認知症・慢性腎不全・神経難病の3つに絞って、その終末期にどう寄り添うのかを考えます。そこにはどうしても生命倫理の問題が絡ん

シンポジスト

大澤 誠（大井戸診療所 院長）

渡邊 有三（春日井市民病院 院長）

山本 真（大分協和病院 院長）

できますので、日本臨床倫理学会の箕岡真子さんにコメントをいただきながら、生活の場でどうホスピスケアを展開していくかを検討したいと思います。

多くの介護職の方々の参加をお待ちしております。非がん患者さんの終末期に向き合っていく力を身につけていきましょう。

略歴

箕岡 真子（みのおか・まさこ）

箕岡医院院長、東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野客員研究員、日本臨床倫理学会総務担当理事

【主な研究領域】終末期医療ケアの倫理・高齢者の介護倫理・認知症ケアの倫理

【主な著書】

『認知症ケアの倫理』（ワールドプランニング）、『私の四つのお願い』（ワールドプランニング）、『ケースから学ぶ高齢者ケアにおける介護倫理』（医歯薬出版）、『わかりやすい倫理』（ワールドプランニング）、『蘇生不要指示のゆくえ—医療者のためのDNARの倫理』（ワールドプランニング）、『医療経営士テキスト、生命倫理/医療倫理—医療人としての基礎知識』（日本医療企画）、『摂食嚥下障害の倫理』（箕岡真子・藤島一郎共著、ワールドプランニング）、『正しい「看取りの意思確認」の仕方』（ワールドプランニング）ほか

認知症の終末期ケア

大井戸診療所 院長

大澤 誠

認知症の終末期ケアを考える際に、以下の論点が必要になる。

1. 認知症の終末期の定義は難しいが、それでもやはり、誰にでも分かるやさしい言葉で、終末期の定義をすることが必要ではないか？

2. それはアルツハイマー病に限定すれば可能か？

3. それはどのように定義できるか？

4. 終末期のアルツハイマー病患者には何が必要か？ 医療には何が出来るか？介護には何が出来るか？ 家族には何が出来るか？社会には何が出来るか？

5. 終末期のアルツハイマー病患者に対する延命治療をどう考えるか？

6. 終末期のアルツハイマー病患者に胃ロウを造ることをどう考えるか？

7. 終末期のアルツハイマー病患者の緩和医療はどのようなものか？

8. 延命治療に対する患者本人の事前の意思の尊重をどう考えたらよいのか？

9. 法的な環境整備をするべきか？

一方、ファシリテーターの箕岡氏らが紹介した、欧州緩和ケア学会 EAPC が作成した白書(2013)では、「アルツハイマー病をはじめとするほとんどの認知症となる原因疾患は、その経過は長いにしても、進行性で、寿命を短縮し、結果として死に至る疾患である。認知症をターミナル疾患と捉えることが、死に逝く認知症の人々に、快適な終末期を保障することになる。」と云っている。さらに、「認知症ケア」を「緩和ケア」であるとみなすことによって、認知症ケアの質を改善する可能性があるとしている。認知症の中心となる要素は、避けられない衰えと死が予期されることであり、それ故に、それに即したニーズがあるという事である。そして、認知症の「緩和ケア」の内容は、その病期によって目標の比重は異なるが、「QOLの改善」「機能の維持」「快適さを最大限にすること」にあり、これらは、認知症の全経過を通じて、適切な治療目標としている。当日は、これらのことを、事例を通じて紹介し、他のシンポジストや会場の方々と議論を交わせれば良いと思っている。

慢性腎不全患者さんの在宅終末期ケア

春日井市民病院 院長

渡邊 有三

わが国の新規透析患者の平均年齢は69歳であり、高齢化が顕著である。さまざまな合併症を有する高齢者においては、透析導入した後も合併症管理のために長期入院が必要な場合が多いが、特定疾患除外制度の廃止により急性期病院での入院は困難となり、在宅に戻るとすると、月に13回の通院方法の確保が重要な問題となる。通院を継続するには、介護保険を利用した送迎サービスでは限界があり、家族の協力が必須である。また、治療法によっては特養や老健での実施が困難なこともあり、在宅治療が必要となる。

このような透析実施に伴う隘路については、透析導入という治療選択の際に、患者のみならず家族も十分な理解をしておく必要がある。医療者は患者が末期腎不全への治療法を選択する際には、患者ならびに家族へさまざまな情報提供を行い、積極的に意思決定支援を行わねばならない。近年、欧米の一部諸国では、たとえ透析導入しても患者のQOL改善、生命予後の改善は期待できないと

いう見地から、高齢者は透析導入せずに、保存的治療にて対処することが多くなっているようである。わが国では日本透析医学会が透析を開始しない条件などについての提言をまとめているが、高齢者という条件ではない。わが国の提言では、透析治療を行うことが患者の生命予後に不良な影響を与える場合に限って、透析の非開始も仕方がないとのスタンスで提言がまとめられている。しかし、できる限りの治療を行ってくださいという希望を医療者に述べる患者・家族が多く存在する中で、このような提言が国民のコンセンサスを得たわけでもないし、法的に免責されているわけでもない。医療者ならびに患者が医療に望むものは、家族への過度な負担がない中で、患者が痛みや苦痛のない安寧な日常生活を送ることでなかろうか。慢性腎臓病の在宅終末期ケアについて私見を述べさせていただくことで、大会長の依頼に応えさせていただきます。

略歴

渡邊 有三（わたなべ・ゆうぞう）

昭和26年3月9日生

昭和44年 愛知県立旭丘高等学校卒業
昭和50年 名古屋大学医学部卒業
昭和50年—52年 名古屋第一赤十字病院にて臨床研修
昭和52年—53年 名古屋第一赤十字病院内科医員
昭和53年 名古屋大学医学部付属病院第三内科医員
昭和55年 名古屋大学医学部内科学第三講座助手
昭和59年—63年 名古屋大学医学部付属病院第三内科医局長兼務

平成元年—3年 アメリカ合衆国イリノイ州シカゴ市ノースウェスタン大学（病理学教室へ文部省長期在外研究員として派遣）

（Y. Kanwar 教授の下で proteoglycan に関する研究）

平成8年 名古屋大学医学部付属病院第三内科講師
平成9年 名古屋大学医学部内科学第三講座助教授
平成9年 春日井市民病院内科部長
平成10年 春日井市民病院医務局長（名古屋大学医学部臨床教授）
平成12年 春日井市民病院副院長
平成21年 春日井市民病院院長
現在に至る

所属学会：日本内科学会（東海支部功労会員、元評議員）、日本腎臓学会（功労会員、元評議員、指導医、専門医）、日本透析医学会（名誉会員、元理事、指導医、専門医）、日本糖尿病学会（専門医）、日本高血圧学会（指導医）

公職：愛知県腎臓財団常務理事、日本透析医学会監事、日本病院会代議員、愛知県病院協会常務理事、日本病院会愛知県支部理事、愛知県更生医療審議会委員長、愛知県国保連合会審査委員、愛知県医師会難病相談専門委員、愛知県社保指導委員会委員、春日井市医師会理事

研究分野：臨床内科学（腎臓、糖尿病、透析医療）

ALS の緩和医療

大分協和病院 院長

山本 真

この 20 数年 ALS の医療を大分市で行ってきた。これまでに 50 名以上の患者の在宅を支え、見守ってきた観点から ALS の緩和医療を論じた。ALS は、致命的疾患であり、かつ致命的疾患ではない。生と死は、患者の選択の問題となる。疾患の早期において、ほとんどの患者は人工呼吸器での生存を望まない。それが不動の身体での延命という恐怖のメタファーだからである。

しかし疾患の進行とともに患者は悩み、逡巡し、成長もする。動けないことへの耐性も生じる。私たちの関りは、患者の自由な選択を尊重しながら、より苦しめない医療的ケアの提案と実施を行うことである。すなわち、呼吸機能低下に伴い NIV (NPPV) やカフマシンの導入であり、必要な時期での気切造設である。そして NIV と気切管理の併用を行い、最終的には慢性期呼吸管理に移行する。その場合も、呼吸困難の生じない意識下人工呼吸管理を目指す。

ALS の緩和医療というと、麻薬を用いた安楽死のイメージがあるが、私が考える ALS における緩和とは、基本的には生きるための緩和である。患者のなかには確信的な人工呼吸拒否の考えの者も存在する。その場合は、気切のみ説得して造設し、有効な排痰と酸素投与を行い苦しませずに CO₂ ナルコーシスに導く。大分ではこれまで

3 名がそれを選択し、1 名は現在も生存中であるが考えが揺らがない。人工呼吸器を一度つけると外せないことが問題という論点がある。これまでそれを懇願されたことはないが、医療倫理の観点からは、呼吸器を外す自由は患者にあると考える。しかし安易に実行すれば社会的混乱を招く可能性がある。呼吸器外しではなく、(たとえ自発呼吸が不可能であっても) 自発呼吸に戻る (選択する) という視点での解決がありうるのではないかと考えている。わが国では人工呼吸に移行する ALS 患者は多いと言われるが、全 ALS 患者の 17% にすぎない。移行しない患者が早期に死亡するため、人工呼吸器移行患者が多く見える。ただし大分市では 50% 以上が移行している。大分市では、ALS の在宅人工呼吸は、特殊な療養形態ではなく、既に普通の医療となっている。

これまでの多くの患者の在宅療養で、サポートする訪問看護師、介護士が数多く育ってきた。それぞれ 100 名を越えるスタッフが大分市に存在している。サポート不足による在宅断念のおそれとはなくなった。我々の作成した自動吸引装置により、介護負担も以前より軽減している。多くの ALS 患者がより自然に生を選択し、かつ終了も選択しうる社会の実現が望まれる。

熊本地震被災地の声

シンポジスト

高橋 恵子〈看護師〉(有限会社せせらぎ 代表取締役)

中川 愛子〈看護師〉(災害ボランティア/日本ホスピス・緩和ケア研究会 理事)

倉本 剛史〈医師〉(特定非営利活動法人つなぐ 代表理事)

プログラム概要

災害は、今や日本のどこにでも起こり得ることだと、改めて思い知らされたのが、今回の熊本地震だった。阪神淡路大地震や先の東北大地震など、多くの災害を経験し、そこから被災直後の支援、また継続的な災害支援の在り方を十分に学んだはずなのに、熊本地震の現場では、同じような課題が浮き彫りとなったように感じる。

このシンポジウムにおいて、実際に被災者である、甲佐町でグループホームなどの高齢者施設を運営している高橋さんや看護師のボランティアとして今でも継続して関わっている中川さん、被災した子供たちの支援に駆けつけられた、小児科医の倉本さんから、現地の声をお聞きし、参加者とともに語り合う場をつくります。

熊本地震を乗り越えて

グループホームで認知症の人とどう生きたか

グループホームせせらぎ 代表取締役

高橋 恵子

はじめに

熊本地震の被災地のことは、連日のマスコミ報道で周知のことであろう。しかし今後、熊本地震を風化させないためにも、改めて熊本地震や私たちが受けた衝撃、その後の支援活動について、一緒に振り返ってみたいと思う。この機会に、行政関係者や医療・介護サービスの方々、そして認知症の人を支える方々と、震災後の認知症の人の支援活動について、深く考えてみたい。

グループホームケア 発生から3日間

夜間の想像を絶する揺れに、夜勤者と宿直者は慌てた。すぐに近所の方々や利用者家族などのサポートがあり、避難所にて一夜を迎えた。翌日一旦、グループホームに帰り、片づけていたが、夕方まで余震が続き、消防団の勧めで本震があった深夜は、地域の避難所で利用者とスタッフは過ごすことになった。この時、利用者全員移動することが難しく、スタッフと利用者は室内で布団をかぶって過ごした。のちに、夜勤者は、この時の心情を「このまま、自分の家族にも会えず、死ぬかもしれない」と強い不安を感じたと話した。そして翌日より、地域住民との避難生活が始まった。

一週間後、ホームに戻るまで

避難所では、行政と連携し、地域の認知症高齢

者も受け入れて介助し、けが人の処置、日中の大掃除など行った。炊き出しが行われており、認知症介護のネットワークを駆使して、物資を補給し地域の仲間にも届けた。その後、自宅が大規模半壊以上の人しか、避難所にとどまれないことになり、グループホームに戻るべく、危険箇所、浄化槽などのライフラインの点検を行った。この時、多くの住民が瓦礫を踏むような自宅に帰って行ったが、自宅では、行政からの支援物資はなかった。被災したホームに帰って

被災して雨漏りのする母屋を除き、台所を含むホーム半分で、生活を始めた。屋根瓦が落ち、外壁が倒れており、同時に瓦礫の撤去も行った、この頃、グループホームのDCAT(緊急介護支援チーム)が到着、支援活動を開始、瓦礫の撤去、利用者やスタッフの話相手、身体介護、他の事情者との電話連絡(被災地の拠点活動)を担ってくれた。同時に、日本ホスピス・在宅ケア研究会と名乗る支援の申し出があり、初めて出会うことから、不安に感じながらも支援を受け入れた。5日から10日ほどの支援を交代で続けてくれた。利用者の全身状態や身体介護、夜間のスタッフの心理的ケアに重要な役割を果たしてくれた。

震災復興支援のデザイン

～地域包括ケアシステム構築につながる震災復興～

特定非営利活動法人つなぐ 代表理事

倉本 剛史

2016年4月14日、16日と相次いで震度7の強震が襲った熊本地震。大きな震災が起こるとは夢にも思っていなかった地域で、突然生じた大混乱であった。

私たちは「きばれ！」という震災復興支援チームを被災当初に速やかに立ち上げ、天草という地域特性を活かしながら熊本への支援物資・人的支援を行った。

天草地区は熊本の中でも一番直接被害の少ない地区であったが、熊本の再西端であるため流通や観光の被害は少なからずあり、流通が滞り自らの生活物資も少なくなる中でどのように物資支援を

行ったのか。

震災ボランティアは今までやったことがない方ばかりで復興支援ボランティアへ参加するハードルがとても高く感じる中、どのように参加人数を募り増やしていったのか。

地域のボランティア精神を育て、培ったボランティア精神をどのように地域づくりに繋げていこうとしているのか。

実際にどう考え、どのようにデザインし、どのように動いたのかを「クロスロード」の手法を取り入れながら参加者の皆さんと共有していきたいと思えます。

略歴

倉本 剛史（くらもと・つよし）

H13年 長崎大学熱帯医学研究所感染症予防治療（熱研内科入局）

H19年 地域医療を志し天草・苓北病院就職。

H20年 苓北クリニック院長就任

H26年 特定非営利活動法人つなぐ設立 地域づくりNPOとして活動開始

H28年 4月震災ボランティア団体「きばれ！」を立ち上げ震災支援活動開始

12月 在宅とつながるクリニック天草 開業

座右の名は「それはできる、それをやる、と決断せよ。それからその方法を見つけるのだ（リンカーン）」



熊本地震

ボランティア活動現場に学ぶ

災害ボランティア／日本ホスピス・緩和ケア研究会 理事

中川 愛子

はじめに

熊本地震は、東日本大震災復興途上の日本を再びゆるがした。2016年4月14日最大震度7の地震が起こり、2日後さらに震度7の地震が襲った。長期間、頻発する地震に怯えながら救助の手を待ち望む被災者を思うと、私は、何か行動をしなければと強く感じた。

東北でのボランティア活動の経験を少しでも活かした支援ができないかと、当研究会の一員として、発災から2週間過ぎた4月28日に熊本に向かった。上益城郡佐用町にあるグループホーム「せせらぎ」に決まり、翌日からボランティアを開始した。

「せせらぎ」の職員は、個々の悲しみや苦しみを心に秘めながら、地域の高齢者をグループホームの定員以上に受け入れ、屋根瓦が落ち雨漏りの対応に追われる厳しい状況に直面しながら、明るく笑顔で、利用者の介護にあたっていた。地域住民が持参した梅の実で梅酒を利用者と職員が一緒になって作るなどして利用者との日常を取り戻す努力をする姿が印象的だった。

私は、グループホームの知識や高齢者介護の経験は皆無で、利用者や職員にご迷惑や負担をかけるのではという心配があった。利用者は、震災前までは一人で使用していた居室に、3、4人が寝ていた。そこにボランティアの私たちが1室を占領していることが心苦しく、廊下の隅に寝袋で寝る旨を申し出たりもしたが、結局そのままお世話になった。ボランティア参加者は、何を感じながら支援に臨んだかそして、そのなかから何を学んだかを報告したい。

ボランティア派遣の状況

- 1、活動時期：2016年4月29日～10月31日（現在も継続中）
- 2、ボランティア参加者数：26名・延べ数 37名
- 3、ボランティア参加者延べ日数：211日
- 4、活動日数：2日～16日

5、職種：看護師 介護士

6、ボランティア参加者の出身地：・熊本・福岡・広島・島根・神戸・大阪

職員の想い

1、介護だけでなく職員の話し相手や精神的なことまで考えてもらった。また悩みや不安を聞いてもらえて気持ち楽になった。

2、利用者の介護も医療的な面も任せられて、休みも安心してとれた。

3、少々手が出すぎる時があり、過分な介護にならないように声をかけた。支援を受けている身で申し訳なく思った。

ボランティア参加者の想い

1、震災があっても住み慣れた地域で最期を過ごせる、そのためのケアがしっかり提供されていることに感銘した。

2、利用者の持っている力を最大限活かした介護している姿から、自分たちは日頃多すぎる介護をしていることに気づかされた。

3、日常業務で、責任分担が分かりにくかった。報告など誰にしたらいいか迷ったことがあった。本当は決まっているのかもしれないが。

まとめ

1、いつも、何をするにも、利用者の持っている能力を引き出し、維持する介護のあり方を教えていただいた。

2、職員がターミナルケアの心を持ち、グリーフケアを通して研鑽されている。

3、職員と活動参加者が、お互いに思いを語り合うことで学びあう場になった。

4、ボランティア間の情報交換ができる態勢づくりとボランティア登録制度の確立を目指すことが必要。

2月5日(日) 13:15～15:15 大会議室1・2

わが町・わが家で暮らすいのちに寄り添って ～在宅ホスピスに寄り添うボランティアの仲間たち～

司会

大石 春美 (穂波の郷 緩和ケア支援センター
センター長)

シンポジスト

平野 頼子 (ふくおか在宅ホスピスをすすめる
会 世話人)
遠藤 竣 (穂波の郷 緩和ケア支援センター)
大石 睦子 (広島ホスピスをすすめる会 竹
原支部代表)
本田 澄子 (ホームホスピス宮崎)

プログラム概要

「今の暮らしを大事にしたい、大切な人たちと
ずっと一緒にいたい、」そんな声を以前よりはっ
きりと耳にするようになってきました。それはご
本人の願いを汲んで共に歩んでくださるご家族や
仲間たちが少しずつ増え、期待にこたえるかのよ
うに在宅ホスピスケアと在宅ケアが日本中に押し
進められてきたからだと思います。これまでの暮
らしの中で育み培ってきたご本人の歴史は何にも
代えがたいものです。またお互いの存在は記憶に
残っており、近所で交わした挨拶やお祭りなどで

共に笑いあった経験は実は大きな愛を思い起こさ
せ心を動かしてくれるものです。

今回は、人生を受けとめ命に寄り添った仲間た
ちからの実践報告です。「ケア」「ボランティアの
心」は関わった人たちの家族力、介護力、看護力、
地域力、そしてチーム力を知らないうちに育て
てくれています！ 4人のチャレンジャーの取り組
みをどうぞお楽しみに！ 皆さんおいでください。

大石 春美

福岡県と取り組んだ「在宅ホスピスボランティア養成講座」

10年の歩み

ふくおか在宅ホスピスをすすめる会 世話人

平野 頼子

最期まで住み慣れた家で過ごしたいと望まれる人々に寄り添い支援するために、平成19年度から福岡県と協同しておこなってきた「在宅ホスピスボランティア養成講座」は、今年度で10年になります。

最初は、福岡、久留米、行橋の3会場で始まりましたが、年々開催場所も広がり、28年度は、県内6会場で開催しています。それぞれの会場で受講された修了生の方が、在宅ホスピスボランティアの会を立ち上げて、在宅や緩和ケア病棟などで療養者の見守り、話し相手、外出時のお手伝いなど幅広く活動しています。特に、在宅の現場では、ご本人だけでなく、ご家族に寄り添い支えていただき、最期まで家で過ごすことができた方がたくさんいますし、在宅での看取りに大きな力となっています。2回、3回の短い関わりであってもボランティアの方の温かい心がご家族のつら

い気持ちを癒し、たくさんの感謝の言葉を頂いています。

講座の受講生の方の中には、在宅での看取りを経験されたご遺族の方も多く、家族の気持ちにより細やかに寄り添えているのではないかと思います。在宅ホスピスボランティアは主治医や訪問看護師とともに在宅ケアチームの一員として活動しますが、医師や看護師に伝えきれない本人、家族の思いをしっかりと受け止め、医療者に繋いでくれます。今では大切な心強い在宅ホスピスケアの仲間になっています。少しずつですが、県内の新しい地区でボランティア養成講座を開催したいと手を挙げてくれるところも増えています。今回、福岡県と協同しておこなってきたこの事業の10年間の実践を報告します。

コミュニティケア 緩和ボランティアの現場から

穂波の郷クリニック 緩和ケア支援センター

遠藤 竣

Kさん 60代男性

中咽頭癌ステージⅣ 余命半年 若年性アルツハイマー型認知症(暴力・徘徊あり)
要介護1 母親との2人暮らし。

平成27年7月3日T大学HPより退院。介護保険の訪問介護を利用していた。ADLは自立しているが、癌の進行で口を大きく開けることができず、また飲み込む際痛みがあり、食べ物も徐々に限られてきていた。Kさんの自宅へ訪問しても自転車で様々な場所へ外出しており、自宅にいる事が少なく生活スタイルの把握ができず、所在確認も含め、私達フレッシュヘルパーの訪問がスタートした(介護保険外)。

Kさん宅へ訪問するようになってから約2か月後、信頼関係が築けるようになり、Kさんから「ハス祭りへ行きたい。」というつぶやきが聞かれ、それをきっかけに本人との距離も少しずつ縮まっていった。関わって行く中でKさんは仕事で来るヘルパーを強く拒む様子が見られた。そこで緩和ケアチームで相談し、フレッシュヘルパーは『トモダチ』としてKさんに接する様にした。トモダチとして接するとKさんは笑顔で受け入れてくれた。何気ない会話の中からつぶやきを拾い、一緒に叶えていく。その様子を緩和ケアチームにタイムリーにつなげ、心の変化・体の変化をチームで共有した。

Kさんは、出逢って半年が経つ頃から徐々に外出する回数が減っていき、動くのも辛くなってきた。フレッシュヘルパーの訪問は、毎日となった。Kさんは、病気の進行に伴うADLの低下もあり、茶碗洗いや洗濯なども

略歴

遠藤 竣(えんどう・しゅん)

平成3年生まれ。宮城県栗原市一迫出身。

平成26年12月：祖父が胃癌の末期で、穂波の郷クリニック・緩和ケア支援センターはるかチームによる在宅緩和ケアを受け、自宅で看取りを経験する。祖父の在宅看取りを体験し、資格などはないが仕事を一緒にしてみたいと強く感じた

平成27年1月：穂波の郷クリニック 緩和ケア支援センターはるかへ就職。在宅の患者さん宅を訪問し、自分のできることで在宅を応援する。一人暮らしの方の在宅生活のサポート・環境整備(ゴミ屋敷の片づけ等)、介護保険でカバーできない部分をサポート。また出会った患者さんたちから農業の大切さ、人との繋がり大切さを学び、若い世代に伝える農尊キャンパスの担当している。

平成27年5月1日：がんサロン〜桜咲く〜の代表となる。

平成27年11月：介護職員初任者研修終了。

また現在はフレッシュヘルパーとしてケアの現場へ。また社会福祉主事の資格取得のため勉強中。

平成28年10月：日本在宅ホスピス協会全国大会IN大崎にて、オプションツアー「がんサロン桜咲く体験ツアー」をコーディネート。またポスターセッションの部にて、「THE 現場より フレッシュヘルパー1年目 トモダチ大作戦報告書」を発表し、奨励賞を受賞。

自分ではできなくなってきた。そこで穂波の郷クリニックの外来患者さんでボランティアもしているおっぴさん倶楽部のおばあちゃんたち2人と一緒に訪問することにした。おっぴさん倶楽部とは80歳以上の方のチームである。(宮城県では曾祖父母のことを“おっぴさん”と呼ぶ)スタッフが困っている時に必ず力になってくれるボランティアチームである。正直不安もあったが実際に会うとKさんはおっぴさん倶楽部の2人を「お母さん。」と呼び、笑顔を見せていた。毎日訪問する中で、おっぴさん倶楽部が1人しかいないとKさんは「今日はおかあさん1人なの？」と残念そうにしている様子もみられた。おっぴさん倶楽部のモットーは『生涯現役・できることでお手伝い』。洗濯の干し方、洗い物、お風呂掃除や草取りなど、生活経験のあるおばあちゃん達の出番は沢山あるのだ。

新年を迎えた1月末、Kさんの母親が急逝した。Kさんは泣き崩れた。その姿を見て、『今こそ支えなくては』と私達は思った。そこで地域の方々にもボランティアに入っていただき、また県内外の学生のボランティアがKさん宅へ訪れ、ベッドから見える庭に花を植えてくれたり、穂波の郷のがんサロンメンバーで花いっぱい庭に看板を立てたり、Kさんを支えるあったかい輪が広がっていった。Kさんがある時、「最期までよろしくね」とフレッシュヘルパーにこれから先のことを託した。フレッシュヘルパーはKさんの言葉をしっかりと受けとめ、これから先何が起ころうとも、一緒にトモダチとして過ごすことを心あらたに決意したのであった。

「いつも一緒におるけんね」

広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部の実践

広島・ホスピスケアをすすめる会竹原支部 代表

大石 睦子

『広島・ホスピスケアをすすめる会 竹原支部』は、住み慣れた家で最期を迎えられる街を目指す在宅ホスピスボランティア団体として、2003年に発足した。ボランティアの中心は主婦であり、医師や看護師等と連携してがん患者と家族（遺族）に対する支援を行っている。我々は電話相談や市民を対象とするホスピス啓発などを行っているが、中核的な活動は2007年から開始したサロン『つむぎの路』（以下サロンとする）である。

サロンの利用対象は主にがん患者とその家族であり、特別な利用要件はない。また医療情報提供や患者教育が中心のサロンとは異なり、特別なプログラムも設定していない。サロンでは参加者（患者・家族・ボランティア）による手作りの食事を楽しみ、皆で語り笑いながら一日が終了する。また、ここでは、「遺影撮影会」や「三途の川の渡り方の話」が、涙と笑いの中で賑やかに繰り広げられる。このようなプロセスを経て形成された信頼関係は、訪問ボランティアに引き継がれることとなり、在宅での看取りは31件になった。

訪問ボランティアにおいて思い出深い看取りは、肺がん治療後に血液透析が必要な状態となったA氏の事例である。A氏は「腎不全では死にたくない」と、透析を継続し最期まで自宅で過ごすことを希望した。しかし、長女と暮らすA氏の自宅は、エレベーターのないアパートの2階である。一人で歩くことも厳しいA氏が、1週間に3回行われる透析を受けながら自宅での生活を続けるには、まず、アパートの2階から1階へ降りることが必要であった。

我々はサロン以外の地域住民にボランティアとしての協力を求め、4名のボランティアはA氏が乗る車椅子を抱えてアパートの1階から2階までの階段を歩き来した。また、我々は常にA氏と家族に寄り添い、A氏の手や足、背中をさすりながら話を聴いた。その結果、A氏は死亡直前まで透析を継続し、穏やかに永眠された。A氏に関わったボランティアは述べ360名、支援期間は3.5カ月であった。

主婦を中心とする“おばちゃんボランティア”が、なぜ、このような支援ができるのか。専門職をはじめ、多くの方々は不思議に感じられるであろう。この要因について我々は、サロンにおける患者・家族とボランティアの十分な信頼関係が構築されているからこそ、可能な支援であると考えている。

サロンでは、「死ぬときは痛くないように、お願いね」との患者の言葉に、ボランティアは「大丈夫、いつも一緒に居るけんね」と声をかける。先に逝った人々が遺した「天国でもつむぎをしようね」との言葉や、遺族の「家族のように関わってもらった」との言葉は、サロンに集う人々の信頼関係を示していると思われる。

シンポジウムでは、このような我々の取り組みについてお伝えしたいと考えている。

※上記事例については、ご遺族より了承をいただいている。

略歴

大石 睦子（おおいし・むつこ）

1944年、広島県竹原市忠海に生まれ、身体障害者授産施設にケースワーカーとして勤務。

1991年乳がんを当時まだ珍しい乳房温存法にて手術。

人生観が変わり、1996年退職後、ホスピスケアについて学び、「広島・ホスピスケアをすすめる会」で、電話相談などのボランティアをはじめ。

1998年、アメリカ・フロリダでボランティア活動に参加し学ぶ。

触発され、広島県・広島市へホスピスを求める署名活動に参加。ホスピスマインドを津々浦々にまで広げなければならないと痛感。

2003年1月、思いを同じくする仲間と「竹原支部」を立ち上げ、ホスピスマインド伝道のため、講座、講演会などを開きながら、在宅で終末期を過ごす事を希望される患者さんと家族のお手伝いを始める。

2007年5月、竹原町にがん患者さん・家族・遺族が集う癒しのサロン「つむぎの路」を立ち上げ毎週木曜日に活動している。

2008年5月、第17回ひろしまナイチンゲール賞受賞

2016年7月、NPO法人訪問看護ステーションうさぎ理事長

会の理念 「いつもあなたのそばにいます」

看取り寄り添いナースの実践

ホームホスピス宮崎

本田 澄子

長い間看護職に携わってきました。特に平成4年から訪問看護師の5年余の経験が今の私のボランティア活動の基礎になっていると思います。

訪問看護がまだ耳慣れない頃でした。

あるドクターが理解を示されて終末期の患者さんに「家に帰りたいか？帰りたいればこの看護師たちが家に訪問して、見守ってくれるよ……」と私たちを紹介くださるとその患者さんはニコリうなずいて「帰りたい……」といわれ私たちの訪問が始まり、やがては看取りをさせていただく事になりました。その光景は想像していただけたと思います。

何人も何人も関わらせていただきました。ご家族の皆さんは「自宅で看取れてよかった」と言ってくださいました。

このような体験からOBナースとして役立つ方法はないものだろうか……よし「考えているより動こう!!」ということになったのです。

丁度その頃、所属するホームホスピスでも、かあさんの家だけでの看取りでなくご自分の家で死にたいという方を支援したいという事業計画があり、チラシを作り保健所や訪問看護ステーションまわりを始めました。

最近、クリニックや訪問看護ステーションさんからの依頼がいただけるようになりました。そういえば「かあさんの家曾師」での最初の看取り、12年前になりますが今でもおぼえていますね。あの時のお孫さん、中学生でした。ご家族で看取りをされ、翌日修学旅行に一日遅れで追っかけて行きましたね……。

略歴

本田 澄子 (ほんだ・すみこ)

1959年 鳥取県立高等看護学院卒業

近畿中央病院

関東中央病院

1975年 宮崎県小林市へ

池田病院

国保高原病院

1996年 宮崎県看護協会訪問看護ステーション なでしこ1号館

2001年 退職

以後ボランティアを学び活動 現在に至る

その人らしい旅立ちを支える臨床倫理サポート ～宮崎市版エンディング・ノートの取り組み～

講師

板井 孝壺朗 (宮崎大学医学部 教授)

協賛

総合メディカル株式会社

プログラム概要

近年、「医の倫理」をめぐる状況は大きく変貌し、今や「倫理」といってもただひたすらに「患者のために」というモラル意識や善意から、医療従事者が“粉骨砕身、懸命に身を捧ぐ”という姿勢だけでは対応しきれないような「倫理的問題」が頻発している状況です。「いったいどうすれば良いのか…」と“苦悶に満ちた”とさえ言うような倫理的ジレンマに遭遇した医療スタッフを支援する「臨床倫理コンサルテーション」を担う人材育成は、欧米諸国では2000年以降急速に普及しつつある一方で、日本国内では不十分なままであると言わざるを得ません。

宮崎大学医学部付属病院も、2012年4月よりドクター・ヘリを導入しました。それに伴い救命センターに搬送され、ICU管理となった高齢患者さんの呼吸器をはじめ、いわゆる「延命治療」を中止して欲しいと切望されるご家族さんが増加しています。こうした事態に対応するため、宮崎大学では国立大学法人としては東大病院に次いで全国で2番目となりますが、2012年9月に中央診療部門「臨床倫理部」を創設しました。

しかし、たとえ患者さん本人とご家族が話し合っていた場合でも、緊急を要する事態に直面したご家族が慌てて救急要請を行い、その結果、救急隊員等がメディカルコントロール(MC)下で呼吸挿管を実施してしまう等、大学病院だけでは解決できない課題に溢れています。消防局との合同会議であるMC検証会議の場でも、救急隊

員がMC下においてCPRを実施したところ、入院中だった別の病院の主治医等との話し合いではDNARだったことが事後に判明。病診連携はじめ、訪問看護ステーション、居宅支援事業所、そして消防との間で事前の話し合いにつき、連絡・連携があれば挿管せずに対応できた可能性を感じています。

ご家族もたとえ事前に主治医等と話し合った結果、DNARという方針を確認し、退院もしくは外泊許可を得て在宅療養となった場合でも、いざ急変し、眼前の患者の状況を目の当たりにして動揺してしまうと、救急隊員へ患者さんの意向を伝えることができない混乱状況に陥ります。エンディング・ノートやリビングウィル等「事前指示書」の日本における法的な取扱いに関しては不明確な状況の中、救急医療の現場においてもそれらを提示された際の対応については、現状としては非常に曖昧であり、現場救急隊員も困惑しています。

そこで宮崎市では、大学病院のみならず、市中公立民間病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅支援事業所、さらには行政機関や消防局など地域全体として「広域連携体制」の構築に2013年4月より着手し、2014年4月から宮崎市版エンディング・ノート「わたしの想いをつなぐノート」を行政として配布をはじめ、「救急車を呼ばなくても在宅で最後まで生き切ることができる街づくり」を目指しています。講演では、その取り組みの現状についてお話ししたいと思います。

略歴

板井 孝壺朗 (いたい・こういちろう)

現職：宮崎大学 医学部 医学科 社会医学講座 生命・医療倫理学分野 教授、宮崎大学大学院 医学・獣医学総合研究科 生命倫理コーディネーターコース 教授、附属病院 中央診療部門 臨床倫理部 部長、附属病院 臨床研究支援センター 教育研修部門 部門長

1997年3月 京都大学大学院博士後期課程(倫理学専修) 研究指導認定

1997年4月 京都大学研修員、京都府立医科大学非常勤講師、京大リサーチアソシエイト等を経て、

2002年4月 宮崎医科大学(現：宮崎大学医学部) 専任講師

2005年1月 宮崎大学医学部 准教授

2010年4月 宮崎大学医学部 教授 昇任〔現在に至る〕、8月 宮崎大学大学院 医学・獣医学総合研究科 教授〔現在に至る〕

2012年9月 宮崎大学医学部附属病院 中央診療部門 臨床倫理部 部長(併任)〔現在に至る〕

2014年4月 宮崎大学医学部附属病院 臨床研究支援センター 教育研修部門 部門長(併任)〔現在に至る〕

主な共著書：『臨床倫理学入門』医学書院 2003、『重症疾患の診療倫理指針』医療文化社 2006、『日本の生命倫理』九州大学出版会 2007、『医学生のための生命倫理』丸善出版 2012、『周産期医療と生命倫理入門』メディカ出版、2014。他

主な社会的活動：日本生命倫理学会 理事、日本医学哲学・倫理学会 理事、日本臨床倫理学会 臨床倫理認定士 評価タスクフォース 他

患者意思決定支援に必要な基礎知識

講師

伊藤 大樹 (あおばクリニック 院長)

協賛

ソニーネットワークコミュニケーションズ株式会社

プログラム概要

心肺蘇生をしないことや事前指定書を作成することが患者意思決定支援だと思っている方いませんか？

私は日々外来や在宅で診療を行っている内科医の1人に過ぎませんが、アドバンス・ケア・プランニングについて私なりの理解を皆さんに紹介したいと思います。

略歴

伊藤 大樹 (いとう・ひろき)

2003年～ 米国ハワイ大学臨床内科レジデント

米国内科研修時代に初めて臨床倫理学と緩和医療に出会い短期研修

2006年～ 米国シカゴ・ロヨラ大学病院循環器科フェロー

2010年～ 米国カリフォルニア州 San Joaquin Hospital 循環器科スタッフ

2012年～ 医療法人あおばクリニック

現在役職：福岡東在宅ケアネットワーク・世話人

ホスピス緩和ケアネットワーク福岡・世話人

全国在宅療養支援診療所連絡会・福岡県世話人

九州大学医学部臨床准教授

認知症ケアメソッド ～メモリアルボックスの活用～

講師

大谷 るみ子（全国グループホーム団体連合会副
理事長／NPO 法人福岡県高齢者グループホーム
理事長）

プログラム概要

1996年に認知症介護の先進国デンマークに短期留学し、最先端の認知症介護を学び福岡県大牟田市でグループホームのホーム長として認知症介護現場で20年間携わってこられ、認知症になっても最期まで住み慣れた家で普通に暮らせる介護を実践されています。

今回は～認知症本人のメモリアルボックスの活

用～について話して頂きます。これから益々認知症の方が増加する中、最後まで住み慣れた場所での暮らしを支える事が重要になります、現在、日本の中で現場から認知症介護の実践を発信できる、大谷さんの講演を受けて、これからの認知症介護現場を支える人の助けになれば幸いです。

リンパ浮腫ケア

講師

大塚 俊介 (日本浮腫緩和療法協会 代表)

司会

齋藤 如由 (齋藤医院 院長)

協賛

ナック商会株式会社

プログラム概要

平成28年の診療報酬改定において「リンパ浮腫複合的治療料」が新設され、

リンパ浮腫を取り巻く環境は大きく変わりつつある。

リンパ浮腫の治療は外科的減量術やリンパ管静脈吻合・脂肪吸引法や薬物療法など多くの治療法を模索してきましたが、国際リンパ学会が標準治療として「リンパ浮腫複合的治療」を指定し、我が国においてもこの治療法が保険収載されるに至りました。

本セミナーではリンパ浮腫複合的治療の中から用手的リンパドレナージ・圧迫療法の治療理論を中心に紹介します。

リンパは組織において細胞を浸している間質液が盲端である毛細リンパ管に吸収されたところから始まり、最終的には静脈へと流れ込み血液となる。

つまりリンパ管は単独で存在する経路ではなく、

閉鎖系循環である動脈・静脈に多く影響を受ける存在といえます。

このことからリンパ浮腫の治療を奏功させるには、リンパの流れのみに注視するのではなく「静脈の還流に必要な筋ポンプ作用をこの患者さんはどの位使っているのだろうか?」「患肢が重力にどれ程暴露する生活を送っているのだろうか?」というような生活様式を動脈・静脈という血管系をも含めて、全人的に診ていく必要があります。

在宅ホスピス現場で遭遇するリンパ浮腫の多くは、更に多くの因子を抱えた複合的浮腫です。そのような複雑な浮腫をどのように評価し、どのようなケアができるのか?

ぜひマクロ的な視野からリンパ浮腫の治療理論を見てもらい、リンパ浮腫と廃用性の浮腫と2つを対比しながらベッドサイドでのケアプランと一緒に考えてみましょう。

略歴

大塚 俊介 (おおつか・しゅんすけ)

2005年 ドイツ Földi college にてリンパ浮腫治療技術を学ぶ

MLD (Manual Lymph Drainage) CDT(Complete Decongestive Therapy) 認定

2008年 一般社団法人 リンパ浮腫指導技能者養成協会 副理事長 兼 チーフインストラクター

2014年 一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会 理事長

一般社団法人 日本浮腫緩和療法協会 理事長、九州医療専門学校 柔道整復師科 専任教員、久留米大学認定看護師教育センター 非常勤講師 (緩和領域)、全国柔道整復学校協会教科書委員、日本リンパ浮腫治療学会評議員・日本リンパ学会・日本柔道整復接骨医学会・日本乳癌学会

リンパ浮腫治療技術を教授した受講生は42都道府県450名を超える。代表を務める日本浮腫緩和療法協会は2016年診療報酬改定において新設されたリンパ浮腫複合的治療料保険算定の施設基準である「専門的なリンパ浮腫教育に関する教育要綱」にかかる要件を満たす研修として厚生労働省より数少ない養成講座の中の一つとして認められている。

2月5日(日) 12:15～13:00 Cボックス

「最期まで口から食べる」地域づくりを目指して ～地域における在宅食支援の取り組み～

講師

平野 充広 (アンプル歯科 副院長)

司会

村岡 泰典 (むらおかホームクリニック 院長)

協賛

アポットジャパン株式会社

プログラム概要

今後のさらなる高齢化に伴い、摂食嚥下(以下、嚥下)障害患者は急増することが予測される。在宅・施設(以下、在宅)療養中の嚥下障害患者に対しても、嚥下機能にあった栄養摂取方法が選択されることが望ましく、ポータブル嚥下内視鏡(以下、VE)はひとつの有用なツールである。

また、在宅において、嚥下機能は栄養摂取方法を決定する一つの指標でしかなく、本人を支える環境因子が大きな影響を与えることも少なくない。介護現場での嚥下機能評価は、環境要因や日常的な機能の把握、家族・介護職種を含めた多職種との検査所見の共有を可能とする。その結果をもとに具体的かつ現実的な指導・対応に繋げることが重要であり、在宅では「みんなで食を支える(食支援)」観点が不可欠である。

さらに、在宅・維持期～終末期は生活の場という要素が大きく、食事は日常的営みであることから、特に胃瘻患者を中心として、「食べる」ということは、本人だけでなく家族の介護生活における楽しみや喜びに

繋がるのが期待できる。そのような側面からも、「在宅での食支援」においては、科学的根拠に基づく医療(EBM: Evidence-based Medicine)と共に、ご本人・家族様が主観的に経験する体験を尊重した医療(NBM: Narrative-based Medicine)が非常に重要と考えられる。

当院歯科診療所では、2011年7月より訪問歯科診療において摂食嚥下の取り組みを開始し、翌年2012年VE導入することとなった。上述の通り、在宅では医療のみならず介護職種との連携が不可欠であり、ケアマネージャーや在宅・施設介護職種に対して、摂食嚥下の啓蒙・理解やその知識向上を目的として、地域研修会や施設勉強会などの取り組みも積極的に行ってきた。

本セミナーでは、患者家族や介護職種の方に役立つ嚥下障害の早期発見や食事介助のポイントとともに、これまでの地域での多職種連携による取り組み、訪問歯科診療を通じての在宅食支援の実際についても紹介する。

略歴

平野 充広 (ひらの・みつひろ)

【経歴】

平成22年3月 奈良県立医科大学附属病院 口腔外科 研修医修了

平成22年4月 九州大学大学院歯学研究院 歯学府 大学院

口腔顎顔面病態学講座 顎顔面腫瘍制御学分野 在籍

現在、アンプル医療法人 アンプル歯科 副院長、ふくおか在宅食支援の会 発起人兼研究代表者

当院アンプル歯科では、平成23年から在宅における摂食嚥下への積極的な取り組み開始し、翌年4月より嚥下内視鏡を導入し、昨年在宅での「食を支える(食支援)」医療介護ネットワークの構築を目的として「ふくおか在宅食支援の会」を発足した。

研究事業：平成28年度 在宅医療助成 勇美記念財団助成事業 (地域包括ケアを目的とした在宅医療推進のための多職種研修会への助成)「在宅食支援における医療介護のネットワークの構築をめざして～介護職種に対する摂食嚥下の知識の底上げに着手して～」

所属学会：日本口腔外科学会、日本摂食嚥下リハビリテーション学会、日本老年歯科医学会、日本口腔腫瘍学会



心不全ケアの今、そして未来

講師

大石 醒悟 (姫路循環器病センター 医師)

司会

立野 淳子 (小倉記念病院 急性・重症患者看護
専門看護師)

プログラム概要

大石さんは北海道大学をご卒業後、循環器病センター等で経験を積まれて、現在姫路循環器病センターでご活躍されています。

循環器疾患についての緩和ケアについて考えるきっかけとなりましたのは、以前いた病院で循環器の医師から「慢性心不全における緩和ケア」というテーマで、悪性腫瘍との類似点と相違点、心不全の緩和ケアは必要だが問題点も多いという話をきいていました。

今回、大石さんが全国に先駆けて、循環器病の緩和ケアチームを作られ、多職種で望むチーム医療を実践され、身体的苦痛だけでなく、心の不安や悩みにも対応されていると伺い、どのような形で取り組まれているのかをぜひお聞きしたいと思います。また在宅医療にも力を入れられているということで、そのあたりのお話も伺えたらと思います。

臨床倫理セミナー

「終末期の意思決定支援ワークショップ」

講師

会田 薫子 (東京大学大学院人文社会系研究科
死生学・応用倫理センター上廣講座 特任准教授)

司会

内田 浩稔 (今立内科クリニック ソーシャル
ワーカー)

プログラム協賛

麻生介護サービス株式会社

サポート

小野 幸代 (在宅療養サポートセンター久留米
センター長)

プログラム概要

なぜいま、臨床倫理が必要なのか

公衆衛生の広がりや日進月歩の医療の発展のおかげで、昔は助からなかった病気でも完治や延命が可能になった。しかし高度経済成長に伴って、家族の形態や役割、いのちの営みにも変化が訪れる。それは生命の誕生や終わりが、医療(病院)の中に取り込まれていくことに繋がっていった。昔は、死を自然のこととして受け入れることができた人々が、死は怖いもの、避けるべきものとして捉えるようになった。避けることのできない死を受け入れることも難しいような価値観(死生観)も生まれた。

移植医療や再生医療など、さらに高度に発達した医療はめぐみの医療にもなるが、何をどう選択すればいいのか、どう判断したらいいのか、どう意思決定したらいいのかわからないような場面に出くわす悩みも逆に増えてくるのである。

手術、放射線療法、化学療法、免疫療法、点滴、胃瘻(経管栄養)、輸血、人工透析、人工呼吸器、心肺蘇生…などなど。

しかしどんなに医療が発達しても、いつの日か必ず死は訪れる。いのちの終末期における意思決定は、人々の死生観の歪みも加わり今後ますます複雑化していく可能性があるだろう。

終末期医療における意思決定は、臨床における倫理(臨床倫理)と密接に関わっている。もはや現代社会において、臨床倫理を考えずに医療についての意思決定を行うことは困難と危険を伴うのだと、理解すべきなのではないだろうか。

医療者もそうでない方も、自分や家族、そして患者の終末期における意思決定をどのように行い支援していくことができるのかを、このワークショップを通して一緒に考えたい。

内田 浩稔

意思決定プロセスと合意形成のあり方

東京大学大学院人文社会系研究科 死生学・応用倫理センター上廣講座

会田 薫子

臨床倫理では臨床現場における個別事例に関する選択と行為の倫理的問題を扱う。検討の対象は一人ひとりの患者が直面している、あるいは直面しようとしている具体的な問題である。臨床倫理の問いの中心となるのは治療やケアや療養場所に関する選択とどのようにその選択に至るか、つまり意思決定プロセスと合意形成のあり方である。

チーム医療が推進されている現代、臨床倫理は一人ひとりの患者に関わるすべての職種がチームで対応すべきものである。介護サービスを受けている高齢者の場合は、医療職だけでなく介護支援専門員や介護ヘルパーも医療ケアチームのメンバーとなる。

臨床倫理は生命倫理や医療倫理とは問いの捉え方と問題へのアプローチが異なる。臨床倫理は医療専門職および介護専門職が、多くの場合チームとして、一人ひとりの患者の医療とケアの選択と意思決定に関わる諸問題を扱い、今、この場で患者に何ができるのかを探求し、現実的な解決策を見出すことを目的とする。

本ワークショップでは事例検討に関する講義のあと、清水哲郎の「臨床倫理検討シート」を用いて、実際のがん末期の事例について、今後どうすべきかをグループワークしながら考え、その後、全体会で検討する。

「臨床倫理検討シート」は事例の問題をその経過を踏まえて捉え、分岐点（分かれ道）とその背景を認識することから始まる。そして問題が発生している状況における医学的情報を確認し、今後について可能な選択肢をすべて挙げ、各選択肢のメリットとデメリットを患者本人の視点から考えて、総合的にいずれの選択肢が患者にとっての最善につながるかを考えることを特徴とする。その際、患者と家族らに対して医療側からどのような説明がなされ、患者と家族はどのように意向を表明しているのかを確認する。

患者にとっての最善は、evidence を踏まえつつ、患者の人生の物語りの視点から判断される。これは清水の「生命の二重の見方」理論を背景とした考え方である。

略歴

会田 薫子（あいた・かおるこ）

東京大学 大学院医学系研究科 健康科学専攻博士課程修了 博士（保健学）

ハーバード大学メディカル・スクール医療倫理プログラム フェロー（フルブライト留学）、東京大学グローバル COE 死生学の研究員等を経て、現職

〈現職〉東京大学 大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座 特任准教授

専 門：臨床倫理学、臨床死生学、医療社会学

研究分野：エンドオブライフ・ケア、延命医療、高齢者医療、脳死、臓器移植

〈主要著書〉『延命医療と臨床現場：人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』東京大学出版会（2011）（2012年度日本医学哲学・倫理学会賞受賞、2012年度三井住友海上福祉財団賞受賞）、『医と人間』岩波書店（共著、2015）、『老い方上手』WAVE出版（共著、2014）、『高齢者ケアと人工栄養を考える：本人・家族のための意思決定プロセスノート』医学と看護社（共著、2013）、『高齢者ケアと人工透析を考える：本人・家族のための意思決定プロセスノート』医学と看護社（編、2015）『シリーズ生命倫理学3 脳死・臓器移植』丸善出版（共著、2012）、『シリーズ生命倫理学4 終末期医療』丸善出版（共著、2012）など

〈学会活動、社会活動〉日本生命倫理学会理事、日本医学哲学・倫理学会理事、日本老年医学会代議員、日本救急医学会倫理委員会委員、日本透析医学会倫理委員会委員、静岡県立静岡がんセンター治験倫理審査委員会委員、NPO法人PEGドクターズネットワーク（PDN）理事、PEG・在宅医療研究会幹事など

コンサート①

2月4日(土) 13:30～14:45 Cボックス

Shana コンサート

Ocarina & Guitar
Shana

原 麻由子 (オカリナ)
原 健太郎 (ギター)

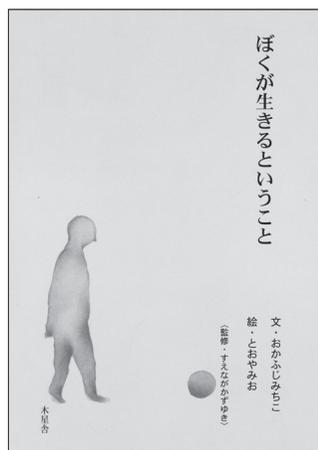


佐賀県の山あいの小さな村、脊振在住。
木々を揺らす風の音、流れる水の音、季節の草花、
満ちては欠ける月、満天の星……、
自然に囲まれた暮らしの中から生まれる音を奏でています。
教会、お寺、神社、病院、学校、イベントなど、
結ばれたご縁を大切にしながら、音色を届ける旅を続けています。

朗読「ぼくが生きるということ」(絵本：末永和之監修)

朗読者

齋藤 優佳



コンサート②

2月5日(日) 13:30~14:45 Cボックス

アイルランドの風 コンサート

演奏

守安 功

守安 雅子

〈守安 功氏からのメッセージ〉

今日の私たちの演奏を聴きにいらしてください、すべてみなさんに、心からのお礼の気持ちをお伝えしたいと思います。

私たちのコンサートには、いつも、プログラムがありません。その日、その場所にいらしてくださいくださった方たちの、雰囲気や反応や、みなさんとのやり取りの中から、その都度、1回限りのかけが

司会

寺町 聡子 (にのさかクリニック ソーシャル
ワーカー)

えのない物語を、一緒に作ってゆきます。その意味では、開演前から、すでに物語は始まっています。今日は、どんな曲が、そして、どんなお話が飛び出すのか、私たちにとっても、本当に楽しみです。「一期一会」という言葉の、本当の意味を、今日はみなさんと、じっくり味わってみたいと思っています。

守安功と雅子の2人は、1990年代より、毎年、アイルランドに1年の3分の1の期間滞在し、変わりゆくこの国を見つめつつ、今は亡き名人たちを含む、アイルランドのさまざまな地方の演奏家たちから教えを受けてきた。

その活動は、ドキュメンタリー番組にもまとめられ、2002年、アイルランド国営放送でも放映された。2007年に始まった、世界初の試みとなる、アイルランドで最も重要な作曲家、ターロック・オキャロランの全作品録音プロジェクトは、各方面より注目を集めている。毎年、アイルランドから音楽やダンスの名手を日本に招き、日本各地で共演している。

略歴

守安 功 (もりやす・いさお)

アイリッシュ・フルート、リコーダー、ホイッスル(アイルランドのたて笛)

桐朋学園大学音楽学部古楽器科卒、同研究科修了。在学中、第10回全日本リコーダーコンクール独奏部門において、最優秀賞及び朝日放送賞を受賞。

1987年渡欧し、スウェーデン国立ヨーテボリ音楽大学、旧東独ライブツィヒ・ゲヴァントハウス等、各地で日本の伝統音楽及び現代音楽についてのレクチャーや、リコーダー・リサイタルを行う。

国立音楽大学、桐朋芸術短期大学講師を経て、今では、アイルランドと英国の伝統音楽の演奏と、独自の視点からの、日本各地でのバロック音楽についてのレクチャー、レッスン、演奏活動に専念している。

守安 雅子 (もりやす・まさこ)

アイリッシュ・ハープ、コンサーティーナ(六角形の小型アコーディオン)、パウロン(アイルランドの太鼓)

アイルランドで出会った音楽家たちの演奏に魅了され、アイルランドの伝統音楽の演奏を始める。ノエル・ヒル、メアリー・マクナマラ、ミホール・オラハリー始め、現地の第一線の演奏家と、クレア地方の農夫の演奏家たちの双方から、コンサーティーナの伝統的な奏法を学ぶ。また、マイケル・ルーニー、モーラ・ニ・カハスイ、バーバラ・ドイルにアイリッシュ・ハープを師事する。夫の功とともに、アイルランドにて2枚のアルバムを制作し、現地の新聞、テレビ、ラジオ、雑誌などで取り上げられる。



施術体験①

2月4日(土) 10:00～18:15、5日(日) 10:00～15:15 スタジオ1

セラピューティック・ケア体験

施術

認定NPO法人 日本セラピューティック・ケア協会

プログラム概要

子どもの頃、「痛い痛いのとんでいけ～」とお母さんに手を当ててもらったら不思議と痛みが和らいだという記憶がありませんか。

たとえ科学的な裏づけは知らなくても、「手当て」＝「ふれること」が、人の心とからだに安らぎを与え、スピリチュアルペイン（精神的な痛み）をも和らげる効果をもつことは、私たちのからだが知っています。

「セラピューティック・ケア（Therapeutic Care）」は、「治療力のある介護」と直訳されます。もともとは、病院・ホスピスへ届けるボランティアのためのケア法として、英国赤十字社により確

立されたものです。

その手技には「エフルラージュ（effleurage＝なでること）」と「ニーディング（kneading＝こねること）」の2つがあり、現在は「ハンド & アーム ケア」（施術は両手で15分程度）、「ネック & ショルダー ケア」（13分程度）、「レッグ ケア」（両足で10分程度）の3つの種類で構成されています。いずれも「オキシトシン」の分泌を促すことにより、施術をされる人のみならず、する人にも安らぎをもたらし、両者の間に強い信頼感を生じさせます。



施術体験②

2月4日(土) 10:00～18:15、5日(日) 10:00～15:15 スタジオ4

ICAA 体験

インターメディアリークリニカルアロマセラピー

施術

一般社団法人 ICAA インターメディアリークリニカルアロマセラピー協会

プログラム概要

身体・精神的にも不健康な方々が増加傾向にある現代社会。アロマセラピーが架け橋となり自然治癒力を高め、少しでも健康な状態を取り戻すお手伝いをしたいと考え医療従事者が中心となりメディカルアロマセラピー・タッチングの力で患者様は勿論、お世話をされてある家族の方へアプローチをし QOL ～クオリティ・オブ・ライフ～

の向上につながるのを望んで活動をしている協会です。

ICAA のメディカルアロマセラピストは全国各地の医療施設で医師と連携しアロマ外来での患者様のケア、緩和医療施設、在宅医療での患者様やご家族へのケアなど多くの医療現場においてのアロマセラピーを行っております。



一般演題

口頭発表

O1-01 ~ O11-04

ポスター発表

P1-1-1 ~ P12-2-5

広げよう、地域の輪 ころの輪

～認知症サポーター養成講座がもたらすこと～

田中 順子¹⁾、紺田 光二¹⁾、井上 正喬²⁾

1) グループホーム さわやかテラス二日市、

2) 小規模多機能居宅介護 さわやか憩いの家二日市

平成 21 年筑紫野市では 80 名の認知症を理解した、キャラバンメイトが誕生した。メイトが講師となり、これまでに、認知症サポーターは 3400 名以上が市内で誕生している。

16 年前、グループホームに入居をやむを得ず決めた家族が、地域を歩くと「親不孝が」と石を投げられた。また別の方は、立派な教員だった姑が認知症になり、世間体を気にした嫁はぎりぎりの状態で、グループホームに辿りつき、その嫁は自殺した。息子は責任を感じ親をないがしろにしたと後追い自殺をした。つい最近のこと。認知症を理解した住み慣れた町を歩き、老いながら住み慣れた場所で最期まで生き抜くこと。このことは、フォーマル的なもので個人が願うだけで叶うものではない。インフォーマルな風土、風習、習慣、繋がりなどこれまでに、本人の意思と決定により培われた場所です。老いていく。また認知症になっても、それが生かされてこそ、「生きぬく」ことが可能になる。

今回、七年間キャラバンメイトの活動を通して、認知症を理解し変わっていった筑紫野市での取り組みを、劇を交えながら報告する。

筑紫野市には企業も多く、コミュニティでの取り組みが盛んな地域である。認知症サポーター養成講座が始まって今日まで、各地域での受講。サ

ロン・サークルなど様々な団体が受講されている。また、「青色パトロール」のネットワーク活動や認知症声かけ模擬訓練では、認知症サポーター養成講座を受講が必須となり、毎年認知症の方に優しく、同じ目線で、さりげなく声をかける訓練が開催されている。企業については、さわやかテラスの目の前がイオン九州筑紫野店があり、従業員 460 名がサポーターになっている。メイトとしての活動の中で、依頼のあった団体に合わせ、講義と劇を行っている。こうした活動を通して、認知症への理解と啓発を行っている。

このような活動ができるのも、これまでに、さわやかテラス・さわやか憩いの家で出会った入居者、利用者の方や、地域の理解。若年認知症になって、病気の理解と「今」を生きる大切さを教えて下さった方との出会いのおかげとを感じる。認知症だからと、ロックをし続けた時代は繰り返されない。認知症になっても、社会と繋がり、ほんの少しの手助けで互いにより関係で暮らすことができる。施設に入居したからと全て地域との関係性を途切れさせてはならない。本人・家族と地域そして専門職が手をつなぎ、いずれくる一人一人の旅立ちを暖かく見届ける。そうした日がくるまで、キャラバンメイトを通してメッセージとして残していきたい。

「もんで・さすって・歩かせて」からの脱却!?

－訪問看護ステーションからの卒業－

大石 和也^{1,2)}、中西 浩昭¹⁾、小黒 裕介¹⁾、尾芝 礼子¹⁾、神山 欣子²⁾

1) ひらかた聖徳園 訪問看護、2) ひらかた聖徳園 人材開発室

【はじめに】平成27年度の介護保険改定において、「活動・参加」を強調した生活期のリハビリテーション（以下、リハ）が厚生労働省より促され、訪問リハや通所リハ、あるいは介護保険からの卒業も視野に入れた取り組みへの転換が求められ、セラピストへの期待も高まっている。しかし、厚生労働省より提出された「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書（2015.4.13）」において、セラピストは身体機能に偏った画一的なリハを実施しており、「もんで・さすって・歩かせて」との不名誉なキャッチフレーズを付けられている。この状況を受け、今年度より当訪問看護では自立支援を念頭に置いた目標設定と、目標を達成し訪問リハ（訪問看護Ⅰ5）を卒業する取り組みを行っている。今回、訪問リハ卒業者から、卒業に至った要因を読み取っていききたい。

【方法】平成28年1月1日から平成28年6月30日までの半年間で、訪問リハ終了者のうち、訪問リハを卒業した利用者を調べ、卒業までの経過や要因を調査する。なお、本研究では「卒業」を、「本人または家族とセラピストが協同して立案した目標を達成し、訪問リハを終了する事」と定義する。

【結果】調査期間での訪問リハ終了者は9名であり、目標を達成した卒業者は5名であった。卒業者の訪問リハ利用期間は、1年未満が4名、約3年が1名であり、長期化する前に終了する傾向

にあった。介護度は、要支援1が1名、要介護2が3名であり、比較的軽度者が卒業できる傾向にあった（※1名は小児の訪問リハ）。卒業に向けて実施した事として、「通所リハ等とのリハ内容の共有と連携」や、「本人・家族と生活不活発病やその対応方法など自立支援につながる話し合い」、「ケアマネジャー（以下、ケアマネ）や家族と目標や予後予測、目標の達成度合いの定期的なやり取り」が挙げられた。

【考察】訪問リハの卒業には、「明確な目標設定」と「目標に至るためのプロセス（評価・対応方法・期間）」が大切であり、卒業への道筋を作ることこそがセラピストの専門性であると考えている。しかし、実際にはケアマネや本人・家族の同意が得られない事や事業所の方針もあり、上手くいかないケースも少なくない。今回卒業できた要因は、本人への身体機能的アプローチだけではなく、個別性を持たせた目標設定と目標を達成する方法を本人・家族と話し合い、それらをケアマネ等の他事業所と相談・連携できた事であると考えている。つまり、本人への直接的アプローチではなく、間接的アプローチ（＝触れないリハ）が卒業への道筋づくりに必要不可欠であると考えている。ただし、全身状態が不安定な方や進行性の疾患、認知症の方などには継続的な関わりが必要である。卒業できる方あるいは卒業すべき方の見極めもセラピストの必要な能力である。

「家に帰ろう」

～寸劇を通じた在宅医療推進市民啓発の取組み～

伊藤 智美、西谷 美鈴、吉田 成年
久留米市 健康福祉部 保健所健康推進課

【はじめに】超高齢多死社会が到来し、高齢者やがん・難病患者等が在宅で診療や看護、介護を受けることが当たり前となる時代が訪れることは必至である。本市では、これまで取り組んできた難病在宅支援を通して「市民が在宅ケアに関する知識がほとんどない又は誤解をしていることが多い」という課題を挙げている。そこで市民が在宅医療をより身近な問題として捉えることができるよう、啓発方法として寸劇を活用した市民公開講座を実施したので報告する。

【目的】①市民が選択肢の一つに在宅医療があることを理解する

②患者家族が在宅医療について正しく理解し主体的に選択できる

③誰にもいざれ訪れる人生の最終段階を考える機会となる

【方法】在宅ケアをテーマに寸劇を行った。

①脚本について

執筆にあたり柳田邦男著「がん回廊の朝」シリーズを読み、看取り者の気持ちの理解に努めた。具体的には、がん患者の在宅医療をテーマに進行がんと診断された患者家族の療養生活、他界後の家族の振り返りまで、患者の心の動きや家族の苦悩、それを支える医師や看護師を描いた。

脚本は練習を重ねる中で練り直し、在宅療養の可能性を提示する一方で在宅療養が必ずしも最良の方法であるとは限らず、本人や家族が望む場所である事が重要であると伝わるよう配慮した。

②演出について

演者は、所管課の部長以下の市職員及び在宅医療をより現実的に表現するため市内訪問看護師に

協力してもらった。

③ナレーションや解説の工夫

劇中、専門的用語など市民の理解が困難と思われる部分やより理解を深めてもらいたいポイントは場面毎に文字や図に表し、劇の背景にパワーポイントで映写した。またナレーションによる解説を加え、音声と映像で視覚と聴覚に訴えかけ、一層の啓発効果をねらった。

【結果及び考察】本市では、地域包括ケア推進事業の一環として在宅医療介護連携推進事業に取り組んでおり、今回は市民啓発について報告した。公開講座の参加者は初年度233名、2年目379名。アンケートでは「最期まで自宅療養を希望」と回答した者は講演前後で15%から37%に増えるなど在宅医療の理解や主体的選択について一定の効果があつた。また「講演内容を誰かに伝えようと思う」の回答者は9割で、講演が人生の最終段階を考えるひとつの機会となったといえる。

この様に、日本の文化土壌において一般的に受け入れ難い人生の最終段階を寸劇を通してイメージ化を図った事は、市民に理解してもらおう上で有効的な方法であったと考える。また観衆のみならず、演じる側の職員自身が、疑似体験を通して在宅医療の理解を深めることができた。一方、医療介護関係者からも反響があり、在宅療養を支える側の関係者も在宅医療を主体的と考えられるようになったという声も聞かれ、在宅医療推進の一助となった。

今後も市民が望む場所での療養の実現に向けて、関係団体の協力を得ながら地域包括ケアの一環として取り組んでいきたい。

認知症の方への望ましい対応について

中村 和代、鈴木 智香子、土生 彩乃、
真辺 優希、伊藤 千世、今村 文
聖マリア学院大学 看護学部

超高齢社会のわが国においては、今後、認知症の方の増加が予測され、厚労省によると2025年には700万人と推計され、65歳以上の高齢者のうち5人に1人が認知症に罹患する計算になります。認知症対策は国家戦略として取り組まれている課題です。

認知症の方への間違った関わり方をすると、症状が悪化したり、介護する側も疲弊したりし悪循環の関係になるリスクもあります。認知症高齢者の方への適切な関わり方、支援方法については、家族や地域住民それぞれが理解し、地域社会で支えあうことが求められます。

認知症の予防も大切ですが、認知症になった方々と共に生きていく地域社会作りも重要です。久留米市では、キャラバン・メイト連絡会が中心となり「認知症サポーター養成講座」を各地域で開催されています。認知症サポーターは、認知症

について正しい知識を持ち、認知症の人や家族を応援し、だれもが暮らしやすい地域をつくっていくことを目指すボランティア団体です。

認知症の人への関わり方などで悩んでいる人は、認知症サポーターのシンボルグッズである「オレンジリング」を身に着けている人に声をかけてみましょう。きっと、力になってもらえる事と思います。

今回は、キャラバン・メイトのご指導により看護学生5人が15分間の寸劇を致します。寸劇では、認知症の事例を通して具体的に望ましい関わり方と望ましくない関わり方の例をご紹介します。ご自分の周りに支援が必要な方がいらっしゃるかもしれません。寸劇を参考に望ましい支援方法について考えて頂く機会になればと思います。

小規模多機能型居宅介護における看取り介護の実施状況とその役割

和田 快¹⁾、松清 洋子¹⁾、影山 秀隆¹⁾、榊原 学²⁾

1) 小規模多機能サービス山科小山、2) 介護事業部

【背景と目的】2015年度の介護報酬改定により、小規模多機能型居宅介護（以下小多機）において、「看取り連携体制加算」が設けられた。このことは、小多機での看取りが期待されていることを示唆している。しかし、小多機での看取りに関する先行研究ではグループホーム（GH）や看護小規模多機能型居宅介護に含まれる形でのものが多い。そこで本研究では小多機における看取り介護の実施状況を把握し、求められる役割や課題を明らかにすることを目的とする。

【研究協力者と方法】2016年9月に京都市地域密着協議会加盟の小規模多機能事業所を対象に自記式質問紙調査を行った。質問紙はE-mail・FAXのいずれかの方法で配布・回収した。質問紙は事業所での看取り経験、看取り連携体制加算、看護職員配置、看取りの際に重視する事柄、ターミナルケア（TC）、グリーフケア（GC）に関する研修、不安や課題についての計7項目で構成され、回収率は59%（27 / 46事業所）であった。不安や課題についての記述式回答は要約後カテゴリー化し分析に用いた。

【倫理的配慮】質問紙配布前に研究の目的を口頭または書面で説明し、質問紙返送を以って同意とみなした。地域密着協理事会において承認を得た。

【結果】看取り経験があると答えた事業所は11事業所（40.7%）であった。看取りの際に重視する事柄は多いものから、家族の思い（96.3%）、

往診医との連携（92.6%）、本人の思い（88.9%）、職員の思い・理解（85.2%）、職員の力量（74.1%）、看護職員の有無（51.9%）、訪問看護との連携（44.4%）と続いた。不安や課題については、職員の理解や力量など職員に関する回答が最も多く（73.7%）、往診医・医療面（36.8%）の倍以上であった。看取り経験の有無による連携体制加算算定、看護職員配置、重視する事柄、TC、GCの研修に対する有意差は見られなかったが、経験のある事業所は有意に医療面での課題を挙げなかった（ $p=0.027$ ）。

【考察】富山ら（2008）はGHの職員において「往診」「職員に看護師がいること」だけでは看取りの促進因子にならず「訪問看護との連携」や「職員の施設での看取り経験」が促進因子になると議論している。看護職員の配置が義務付けられている小多機では訪問看護との密度による差異は生じにくい可能性がある。また「往診医との連携」を重視する事業所は多いものの、看取りを経験すると医療面での課題は減り、職員の思いや力量が最大の課題として考えられるという結果が得られた。これは小多機での看取りにおいては高度な医療的ケアよりも、むしろそこにいる職員との関係が大切であることを示唆している。第二の自宅として“馴染みの関係”が得られやすい小多機に求められる役割を探る一助としたい。更なる調査が待たれる。

事務職の同行による複数名訪問看護

～住み慣れた我が家で最期まで 生き続けるための支援の強化～

笹元 慶仁¹⁾、徳田 英弘¹⁾、當田 安志²⁾、大山 真奈美²⁾

1) 医療法人ネリヤ ファミリークリニックネリヤ、

2) 医療法人ネリヤ ネリヤ訪問ステーション

【目的】「重度な要介護状態になっても住み慣れた我が家（地域）で自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける」ために、看護師単独の訪問で行えることには限りがある。当法人では、訪問看護に事務職が同行することで、新たな役割を果たすことができたため報告する。

【制度の概要】医療保険の複数名訪問看護は、末期の悪性腫瘍や神経難病等の利用者の方、人工肛門や留置カテーテルを使用している特別管理加算の対象、急性増悪による特別訪問看護指示書の対象、暴力行為・著しい迷惑行為・器物破損行為などが認められる方などを対象に、その他利用者の状況等から判断して、いずれかに準ずると認められる方となります。看護補助者の訪問看護同行は、原則週3回までとされていますが、末期癌や留置カテーテル等の使用者と特別訪問看護指示期間の方は、訪問回数に制限はない。訪問看護加算の診療報酬は、看護師が4,300円、准看護師が3,800円、看護補助者が3,000円となる。

【方法】末期がんや重介護度、身体介護の負担の大きい患者さんを中心に、複数名訪問看護について事前に説明し、同意を得られた患者さんへ事務職が同行して支援を行った。

【結果】2016年9月の対象患者は8名で、疾患の内訳は、末期癌1名、ALSなどの神経難病6名、

小児慢性特定疾患1名であった。うち胃瘻や人工呼吸器などを使用した状態の方は2名であった。9月の複数名訪問加算は47回（うち末期癌13回）。看護補助者の訪問回数は44回（うち末期癌12回）残り3回は看護師であった。看護師の身体的ケアへの支援や、残葉チェック、排尿バッグなどの処理、環境確認などを行った。また、患者さんご家族との会話の中で、人生で「大切にしていること」「今、したいこと」などを引き出し、チームで情報を共有し、本人の希望をかなえるだけでなくご家族も主体的に参加できる支援を実現した。

【結論】複数名訪問看護の診療報酬加算としては、看護補助者の加算1回3,000円が増収となる。看護師もケアによる身体的負荷が軽減され、間接的ケアの時間を減少する事により、加えて、患者さんご家族との信頼関係を高める関わりを通して、「穏やかに、朗らかに、和やかに」生ききるための支援にも大きな役割を果たすことができた。これにより、事務職も在宅ホスピスケアを現場で直接提供する実践者となる事ができ、職員のモチベーションの向上にも大きな意義があった。

地域包括ケア時代の在宅緩和ケア、さらなる地域連携強化を目指しての当院での試み

荘司 輝昭、片桐 淳、井尾 和雄

立川在宅ケアクリニック

当院は東京多摩地域に拠点を置く在宅緩和ケア充実診療所で、年間約300例のがん患者の看取りを連携する訪問看護ステーションとともにしている。東京都は多数の大病院があり医療圏が多岐にわたっている。都市部においては市町村や地区医師会だけの地域包括ケアシステムでは緩和ケアの対応は困難であるため、がん患者の緩和ケアや看取りには特化した訪問診療システムが必要だと考える。そこで地域医療連携をより強化するために以下のようなことを行った。

【目的】 地域の看取り力の向上、多職種間の顔の見えるネットワークづくり

【方法】 ①「緩和ケア実践塾の開催」：各分野エキスパートを講師として迎え入れて学習機会を設けた。

②「多摩在宅ケアネットワーク」の立ち上げ：「在宅看取り力」の向上を目指して連携先の多職種のスタッフとの研修会、勉強会、連絡会議の開催。また病院から在宅医療への切り替えに時間を費やしてしまい、患者の残された貴重な時間を奪ってしまっていた現状があった。医療機関の情報共有は、質の高い安心できる継続した在宅医療への基盤となる。また紹介先の病院スタッフ達へ、これらをフィードバックすることで連携強化を図るため、

③訪問開始時（当院では訪問診療開始前に必ず家族と面談を行っている）と終了時の詳細な報告書の送付：面談時、訪問開始時の内容、病状、診療経過、その他今までの診療に関して患者や家族が吐露されたことなどを記載。終了時に訪問診療時の病態経過、転機、死亡時にはその状況等、家族の気持ちも記載。

④病院の退院前・デスカンファレンスへの参加：病院医療者、在宅多職種との顔の見える関係作り。

【結果】 看取りのサポート力のアップ、病診連携の信頼強化により看取りまでを1つのチームという意識が生まれ、訪問地域のがんの在宅看取り率が格段に上昇、開業当初当院の癌終末期の在宅医療実施期間1ヶ月以内の死亡が56%であったが46%と減少し在宅で過ごす時間が延長された。

【考察】 在宅医療において多職種連携は必須であるが、研修会、勉強会は個々に行っている現状があり、「在宅看取り」という考えは地域によって差があったが現状を周知することで格差が是正された。また病院からの医療の継続性が保持され、病院スタッフが在宅医療の現況を知ることは患者・家族が在宅緩和医療への移行がスムーズになり、病院から在宅へという考え方や実際の移行も可能となり連携強化につながると考えられる。

在宅歯科診療所における食支援を目的とした地域連携室設立の為の取り組み

代田 健一、原 雄二、原 豪志、平野 充広、原文夫
アンブル歯科

【緒言】 在宅での「食べる」ということの支援は患者、家族が持つ不安な気持ちや疑問を汲み取り解消させるということが非常に重要となり、多職種との連携が必要不可欠である。当院では多職種連携への取組の推進と地域への啓発活動を目的とした地域連携室を設立したので、その活動内容と今後の展望について報告する。

【活動内容】 在宅の現場では歯科治療や口腔ケアを含めた摂食嚥下に対しても関心が高まっている。「義歯が合わないから食形態をあげられない」「口腔機能向上のための口腔ケアをしてほしい」「肺炎を繰り返して経口摂取は難しいと言われた」「胃瘻だが少しでも経口摂取をしたい」という声を聞くことが多い。こういったリスクを抱えている方の経口摂取は医療職種だけが携われれば良いというわけではなく、介護サービスに関わる複数の職種に対し、食における意識や知識を向上させ、多職種全体でサポートする必要がある。また、患者や家族は医療職種側に、治療方針に対する意見や質問することに躊躇することが少なくない。そのため、患者、家族の意志を十分に汲み取り、医療的側面に留まらない情報を歯科医師、

歯科衛生士に伝えることで患者、家族が本当に望んでいることを施すことができると考える。さらに地域連携室のスタッフが担当会議や退院時カンファレンスに出席することで、当院のスタッフと他職種とのパイプ役としても機能している。

平成28年4月から、啓発活動の一環として、食支援を地域ぐるみで取り組むコミュニティ「ふくおか食支援の会」の設立をサポートした。このようなコミュニティを介しての啓発活動は、食支援の重要性を介護者や多職種に周知し多職種の有機的な連携構築に寄与している。また、食べることに困っている地域の方が気軽に相談できる窓口となるだけでなく、摂食嚥下障害を有する患者さんと専門職種をつなぐ役割も果たしている。

【今後の展望】 摂食嚥下障害は誤嚥性肺炎や、窒息、低栄養といった様々な問題を引き起こす。そのため、重症化し問題が顕在化する前に、早期に発見することが必要となる。当院の地域連携室がこの問題解決に寄与できるように、他職種への周知だけでなく、地域のコミュニティを介して地域への食べることにに対する啓発活動を継続していくことが重要であると考えている。

当院における地域連携カンファレンス 「切れ目のない緩和ケアをめぐって」の取り組み

佐々原 友子¹⁾、西浦 志保²⁾、斎藤 智子²⁾、広田 将司³⁾、中川 雅文⁴⁾

1) 市立豊中病院 緩和ケアセンター、2) 市立豊中病院 看護部、
3) 市立豊中病院 外科、4) 市立豊中病院 がん相談支援センター

【目的】がんと診断されたときからの緩和ケアの提供体制として、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームと地域の医療従事者が提供する緩和ケアとの連携をはかることが求められている。我々は地域の他施設との連携を強化しシームレスな意見交換が出来る場を提供する事を目的として、院内内外の多職種が参加する地域連携カンファレンスの取り組みを実施した。

【方法】当院は定期的に院内院外の医療従事者を対象に地域連携カンファレンスを開催している。他施設の医療現場を相互理解する取り組みとして平成28年度は「切れ目のない緩和ケアをめぐって ～隣は何をするひとぞ～」と題してシリーズでカンファレンスを行い、参加者の満足度を調査した。第1回（急性期病院編）は急性期病院での抗がん治療の終了を説明するインフォームドコンセントの様子及びがん相談支援センターでの緩和ケア病棟・在宅医の情報提供につき模擬患者を用いてビデオ撮影し、紹介した。第2回（ホスピス編）は緩和ケア病棟へ入院するための面談風景をロールプレイ形式で実演し、急性期病院との仕組みの違いや患者支援について意見交換を行った。第3

回（在宅医療編）は在宅医による初回訪問診療の場を模擬患者にてビデオ撮影し、患者・家族との診療契約や訪問看護のしくみについて意見交換をおこなった。各回のカンファレンス終了後、参加者にアンケートを行い今後の診療活動に役立つかについて質問した。

【結果】参加者は第1回43名（院内22名、院外16名）、第2回42名（院内15名、院外19名）、第3回34名（院内18名、院外10名）であった。職種別参加のべ数は医師10名、看護師36名、薬剤師5名、作業療法士6名、医療ソーシャルワーカー7名、その他38名、回答無し17名であった。カンファレンス開催後のアンケート結果は「今後の診療について」①とても役立つ60%②やや役立つ39%③あまり役立たない1%④まったく役立たない0%であり、カンファレンス開催により今後の日常診療に役立つという意見が大半であった。

【考察】地域がん診療連携拠点病院を含む地域の医療従事者が他施設の現場を理解し、運営の仕組みや緩和ケア提供体制を相互に理解することにつながった。

地方の在宅看取りにおける訪問看護の役割と 地域コミュニティの可能性について

赤江 穰、大槻 恭子

日本財団在宅看護センター豊岡

【はじめに】我が国の在宅死亡率は13%で、諸先進国と比較するとかなり低いことが示されている。特に在宅医療・在宅介護は、家族がいなくては難しいと思われがちである。当ステーションの位置する兵庫県豊岡市日高町は、約6400世帯のうち老々世帯が約2500世帯、高齢独居世帯が850世帯すでに存在する。さらに高齢化が進む2025年問題を目前に、介護力の乏しい世帯での在宅看取りは重要な課題となる。実際に在宅看取りができたケースを通して訪問看護の役割や地域コミュニティの可能性について考察したので報告する。

【事例1】A氏 男性 独居

〈病名〉胃癌末期

〈経過〉訪問看護を導入して自宅退院することを選択された。腹水貯留、嘔気、呼吸苦を認め、主治医と連携を密にし、どうしたら楽になるかを本人とも一緒に考えた。いくつかの選択肢の中、点滴中止を本人が望まれた。本人だけでなく支援者である親戚や地域の人々に病状の変化や対応について繰り返し丁寧に説明した。その結果、安心が生まれ、在宅看取りへの思いをひとつにされた。好きなマンガを手にとり、手作りのコーヒーをご近所さんにいれてもらい、毎日を楽しみながら彼らしい最期の日々を過ごされた。彼を最期まで看取った地域の方が『私も家で最期を迎えたいと思いました。』と笑顔で言われた。

【事例2】B氏 女性 介護認定を受けている夫と2人暮らし

〈病名〉悪性リンパ腫末期、認知症

〈経過〉悪性リンパ腫の疑いにより訪問看護導入。臥床が出来ないほどの呼吸苦が出現し、主治医から入院の選択肢を与えられた。夫は訪問看護師の存在に安心を覚え、躊躇することなく二人で営んできた民宿が妻にとって穏やかな最期の場所となることを希望された。食事の準備や差し入れ、お見舞いなど地域の人々が絶え間なく駆けつけた。皆が安心して見届けられるように自宅でも楽に最期を迎えることができることを説明した。それを知った地域の人々が最期まで温かく見守り続けたことは、家族の大きな支えとなり、そして本人が安心して過ごすことを可能にした。

【まとめ】在宅看取りの際に信頼できるのは医療機関よりも家族、または近所の知人であるとされる。また、医療者が本人と家族や地域の人々を交えて話し合い、どのような体の変化が起こり、どう対応したらよいかを説明し、不安を取り除くことが必要とされる。

今回の事例においても、訪問看護師が在宅看取りの経過や方法を丁寧に繰り返し伝えることで地域コミュニティが醸成した。地方ならではのコミュニティに最期まで本人・家族が支えられ、介護力の乏しい世帯であっても在宅看取りができた。地域の人々はその体験を伝えていくことで地方の介護力の乏しい世帯での在宅看取りが促進されていくと考える。それは地域コミュニティの再構築ともなりえると感じている。

「埼玉県在宅を支える認定看護師会」の活動報告

大沢 岸子¹⁾、星野 純子²⁾、田中 香代子³⁾、鈴木 理桜子⁴⁾

1) さいたま北部医療センター附属訪問看護ステーション、

2) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科、

3) 浦和東訪問看護ステーション、4) 与野訪問看護ステーション

【はじめに】2025年に向けて地域包括ケアシステムの構築を目指し、自治体ベースでの取り組みを整備が急がれる中、今後、訪問看護は医療と生活をつなぐ要として大きな役割を担っていくと考えられる。当会は在宅を足場にした認定看護師で構成され、その役割である実践・指導・相談に努めるべく、2010年から市民や専門職を対象にした教育を中心に活動してきたので報告する。

【ビジョン】認定看護師としての専門性を生かして、在宅で過ごしたい人々が、その人らしく暮らせる社会を目指す。

【会の構成員】埼玉県で勤務または居住をしている認定看護師で、分野は訪問看護認定看護師14人緩和ケア認定看護師4人皮膚排泄ケア認定看護師2人の計20人。

【活動内容】①市民・専門職を対象にした効果講座開催②地域と協力した相談や講演活動③広報活動での情報発信

①市民・専門職を対象にした効果講座開催

2011年埼玉県立大学との共催で市民公開講座「がんとともに生きる～自宅で自分らしく過ごす為に～」2012年「一緒に訪問看護をしませんか～楽しい・うれしい・やめられない訪問看護～」2013年「訪問看護を使ってみよう～安心して我が家で過ごすために～」2014年「在宅における

リンパ浮腫ケア」2015年「小児訪問看護をはじめよう！」2016年「在宅緩和ケア」

②地域と協力した相談や講演活動

2012年～2013年がんケアサロン4回協力2014年～2016年一般財団法人医療・福祉・環境経営支援機構全国協議会依頼のセミナー講師9回

③広報活動での情報発信

毎年広報誌を発行し活動内容を周知。2012年全会員がそれぞれの、忘れられない訪問看護体験を綴った小冊子「看護のちから」発行。2016年看護相談など活用の拡大を目指し当会のリーフレットを作成。

【今後の活動と課題】

今後の活動として、1つには、現場を担う人材、特に訪問看護師の人員増加と質の向上に貢献し、在宅で過ごしたい人々が十分な支援を受けられることを目標とする。

2つ目には、誰にでも起こりうる認知症やがんのような老化に伴う疾患を、市民が正しく認識し相談や連携の準備ができるような活動を考えている。

課題としては、単に提供をするのではなく数値的質的な指標をあきらかにし、アウトカムを可視化することが必要だと考えている。

ケタミン・モルヒネ（カクテル）持続皮下注併用により 管理し得た肛門管癌の一例

趙 達来

医療法人創生会 真岡西部クリニック

症例は60歳、男性。肛門管癌の骨盤転移による癌性痛があり、外来通院が困難との事で在宅緩和ケアを目的に紹介された。初回訪問時、自宅二階の居室で歩行器に寄りかかり仁王立ちの状態であった。骨盤・会陰部・下肢の激痛・高度の下腿浮腫で仰臥位にはなれず、立位で疲れると腹臥位となり、体勢が辛くなると立位になることを繰り返していた。前医からはオキシコドン錠400mg/日、ロキソプロフェン・プレガバリン、レスキューにオキシコドン散50mg/回が既に処方されていたが、タイトレーションする時間的余裕が無いと判断し、直ちにケタミン・モルヒネ（カクテル）持続皮下注を開始した。投与量は通常の初期投与量の倍量とし、塩酸ケタミン167mg/日、塩酸モルヒネ20mg/日で開始し、有害事象の発現に注意しながら増量し、それぞれ430～510mg/日、40mg/日が維持量となった。持続皮下注開始から55日頃より傾眠傾向となり服薬が困難となったが、持続皮下注のみで維持、65日後に永眠した。末期癌患者では、神経浸潤や骨転移等で激痛を訴えることが少なくないが、当クリニックではオピオイド単独で緩和が困難な場合は、強力な鎮痛薬であるNMDA受容体拮抗薬のケタミンと少量

の塩酸モルヒネ、強力な制吐作用を有する神経節遮断薬であるドロペリドールを少量用いることで、良好な疼痛緩和を維持し、過鎮静に陥ることなく在宅での疼痛管理を積極的に行っており、通常の癌性疼痛は勿論のこと、本症例の様に安静臥床が難しいなど、本来なら在宅で管理することが困難と思われる事例でも対応することが出来ている。持続皮下注射に使用した薬液を医療経済的に検討すると、65日間のケタミンの総使用量は25,600mg（394mg/日）、塩酸モルヒネは2340mg（36mg/日）、ドロペリドールは147.5mg（2.3mg/日）で、総薬価は106,720円、一日当たりに換算すると僅か1,640円であった。日本緩和医療学会2010年ガイドラインによれば、オピオイドを増量しても適切な鎮痛効果が得られない場合、オピオイドにケタミンを併用することは『2B』（弱い推奨、低いエビデンスレベル）とされているが、ケタミンカクテルは費用対効果にも優れており、オピオイドで管理が難しい末期のがん性痛には試みられるべき方法であると思われる。以上ケタミンカクテル持続皮下注で看取る事が出来た肛門管癌の一例を報告する。

公立の独立型ホスピス緩和ケア病院に設置した在宅医療推進室の果たす役割

原口 勝¹⁾、津留 俊臣²⁾、高畠 蔦代¹⁾、岩田 明寿香¹⁾、橋爪 優佳¹⁾

1) みどりの杜病院、2) 公立八女総合病院

【背景】 当院は福岡県南部の八女筑後地域に在り、人口は約13万人で、3分の2は山間部で、農業が主産業であり過疎と高齢化が目立っている。当院は2011年に地域のがん拠点病院である公立八女総合病院330床の中の30床を約2km離れた現在地に完全独立型ホスピス緩和ケア病院として移転して開設した。

【問題点】 当院は独立型ホスピスのためか地域には「入ったら出られない。死を待つだけの所」という風評があった。また「地域の医師会からは、以下の要望を告げられた。

1) 医師会員の中で訪問診療をしようという開業医は少ない。

2) 特に山間部の訪問診療は、一人の患者さんの訪問に時間がかかるので、採算が取れない。公立病院で山間部の訪問診療は担当してほしい。

【対策】 2015年4月からは当院から公立八女総合病院に向いて緩和ケア外来を行っている。2015年5月に当院に在宅医療推進室を設置して訪問診療を開始した。

【結果】 当院の入院患者数は2014年度は70人で2015年度は161人と増加した。2015年度の新規の訪問診療は74件で在宅看取りは37件であった。

【考察】 公立八女総合病院の中で緩和ケア外来を行うことで、抗がん治療を受けてきた患者とホスピスの医師が早くから顔見知りになり、当院のホスピスや訪問診療への移行が円滑になったと考えられた。また在宅療養とホスピスとの行き来が見られるようになり、地域での「入ったら出られない病院」という認識が変わってきたと考えられた。

【まとめ】 在宅部門を設置したことで、地域において切れ目ない緩和ケアの提供が可能となり、結果的にホスピスへの入院患者数も増加した。

家で看取ることの意味

～親子2世代・夫婦事例を通じて～

野村 良彦

野村内科クリニック

当院は、神奈川県横須賀市にある外来・在宅訪問診療を行う従来型の在宅支援診療所である。平成7年の開院以来、22年が経過した。在宅でお看取りをした患者さんの累計は600名を超える。

今回、これまでの看取り症例を振り返る中で、親子2世代あるいは夫婦を共に在宅で看取った事例が数多くあることに気付き、患者背景や当院の関わり方、最期のお看取りの様子をまとめることとした。

親子2世代は3症例、夫婦は13症例を数えた(後者には認知症グループホームでの看取り例も含まれる)。

当院のように、外来診療を続けていると、長らくの外来患者がADLの低下で通院が困難になり、「次はもう外来に来られません」という場面もでてくる。その時にスムーズな在宅医療が始まるのである。また、外来受診した若い家族から、「父

が(在宅で)お世話になりました」「祖母を家で看取って頂いてありがとうございました」と言われ、2世代の在宅医療へつながるのである。

2世代のお2人の看取りと夫婦の看取りは共に、最初の看取りに対する満足・納得がなければ、第2の看取りにはつながらない。さらに2世代のお2人を家で看取するにはそれだけの時間と医療者との関係性が必要である。

配偶者を穏やかに最後まで自宅で看取る事ができた時、自分も同じように穏やかに最期を迎えたいという希望が芽生えるのである。父を、母を住み慣れた自宅で看取ることができた時、「自分もそのように逝きたい」という希望をもつ患者さんに、どういった在宅ホスピスケアを提供できるのか、これまでの事例を振り返ることで検討してみたい。

神経難病進行中に発症した皮膚がんと闘いながら、最期まで精神疾患の妻のことを気にかけ続けた1例

米本 千春¹⁾、吉田 達之¹⁾、赤星 真琴¹⁾、
上野 敦子¹⁾、高宮 昭仁²⁾、西尾 まり子²⁾

1) ホームケアクリニック堺、

2) 地域ケアステーション八千代 訪問看護ステーション

【はじめに】当院では神経難病を中心に、がん、その他良性疾病の訪問診療を行っている。今回、神経難病の加療中に皮膚がんを発症し、精神疾患の妻のことを気にかけながら苦悩し続けた事例に関わる機会を得た。その思いを振り返るとともに、他職種が関与した経過を交えて報告する。

【事例紹介】60歳代男性A氏。精神疾患の妻と二人暮らしで生活保護。X-11年に両下肢のしびれ出現、X-9年両下肢筋力低下で歩行困難となった。X-6年に急速に増悪し、A大学病院にて慢性炎症性脱髄性多発神経炎（CIDP）と診断。免疫グロブリン大量療法等で一旦症状は安定した。X-1年7月右肩の疼痛出現しメルケル細胞癌と診断。11月にB大学病院で腫瘍切除術後、X年1月放射線治療を行うも左大腿多発転移を認め、9月に化学療法を開始。一方、神経難病はX-1年10月に脊髄性筋萎縮症（SMA）と再診断。四肢筋力低下にてX年8月当院の訪問診療開始。

【経過】在宅では訪問診療・看護・リハビリ（PT、OT）・栄養士の介入開始となったが、A氏は「しんどい時にいろんな人が来るのは疲れる。断つても申し訳ない気持ちが残る」と言い、結果A氏と最も接したのはPTだった。生活保護、身体障害者認定状態、当初65歳未満であり訪問看護師が各担当者の調整役を担った。A氏は難病のことをしきりに口にすると、がんの話題は多くなかった。「がんのせいでなかなか難病の治療ができない。早く治療したいのに」 X+1年2月B大学病

院でオキシコドンを導入された際には、「痛みをある程度残しとかなと思う。病気が進んだのがわからなくなるから」「自分の調子が悪い時は妻の調子も悪い」と妻への発言もあった。徐々に全身症状が進行したため、病院の緩和ケアチームの情報提供をし相談を勧めた。緩和ケアチーム介入となり、5月初めの退院前カンファレンスで緩和ケアチーム医師から、A氏自身が病状説明を聞いたがっていない部分がある、一番の気がかりは妻のことであるとの説明があった。退院後は一時的に活気が戻り、妻にも笑顔が見られた。6月中旬の訪問時に著明な呼吸困難を認め、入院を勧めるも拒否。4日後、A氏の意思でB大学病院へ入院。在院13日で永眠された。

【考察】当院では難病患者としての対応が中心だったが、がんの進行に伴って、A氏の心身の揺れに関わる必要性が増大した。A氏の言葉は一見楽観的に思えたが、主治医の説明を理解していないわけではなく、自分が支えてきた妻のことを思っただけの発言だったと推察される。経過中、A氏の気持ちの理解者が増えたことと、妻と時間を過ごしたことから、在宅が継続でき、入院時期も自身で決断できたと考える。

【まとめ】キーワード：病診連携、緩和ケアチームの意義、各制度・職種の調整役、残していく妻への思い、夫としての役割、言葉の裏にあるものを察する我々の力、希望を支える職種

理解力の乏しい療養者の尊厳ある看取りの考察

～職種による「家にいたい」という言葉の受け止めの違いからの考察～

高屋 かおり

在宅療養支援ステーション 楓の風 武蔵小杉

【目的】 高齢人口の増加、とりわけ独居高齢者の増加により、独居者に対する在宅療養の継続と看取り先の確保が地域における課題の一つであり、地域ケアに携わる者への期待も高い。在宅診療・訪問看護・介護サービスの充実などにより、本人の意思決定が可能であれば、独居者の在宅看取りも可能となってきているが、今回本人の意思決定能力に疑問のある、末期がん利用者（以降 A 氏）の看取りの場所の決定において職種による意識の違いを感じたので、各職の発言を看護記録より抽出しその違いについて考察した。

【経過】 退院カンファレンス時主治医より「何度病状について説明しても理解が曖昧。退院を希望しているが 2 週間が限度だろう。急変時は病院で対応する」との説明があった。訪問看護師の筆者は、A 氏は医師の末期の説明に対し退院を希望していることから、本人が最期まで家で暮らすことを望んでいると考え、ケアマネージャー、地域包括支援センター看護師に本人の生活歴や入院までの経過、理解力などの情報を得、両者から『在宅看取りは可能』との見解を得た。退院 5・6 日目より病状悪化し、7 日目の午前の往診で血ガス採取し、午後には血ガスの結果が悪かったので入院させるよう電話を受けた。本人は「行きたくない」と拒んだが、医師の指示にて病院へ救急搬送し、その 2 日後病院で死亡された。

【結果】 病院死に対する各職の認識は、

主治医：一週間も自宅にいられたので十分である。

包括：家に帰りたいと言ったのは A 氏の初めての主張だったかもしれない。

ケアマネ：入院前の往診で『末期癌』という言葉での病状説明があり「癌」と本人が認知した、「それでも入院したくない」という本人の意思を尊重し、訪問看護から主治医を説得して欲しかった。しかし、ヘルパーも怖がり、大家からは夜間のサービスの出入りに対する苦情があり、在宅療養は限界とも思った。

訪問看護師：「入院したくない」と言っているので、このまま最期まで自宅にいられたら幸せだろうと思ったが、本人の意思が明確に確認できないままでは倫理的問題があると判断し、主治医の指示に従った。

【考察】 本結果からは、それぞれの職能による本人の意思の受け止めに大きな差異があることが確認された。これは、それぞれの職種として達成すべき目的の差異を反映してものにとらえることができる。今後、認知症患者や自己決定が困難な方の『尊厳ある死』を叶えるためには、職能としての目的を踏まえた上で、「本人の幸せ」という上位の目的に向かうための本人の意思確認と尊重方法の構築が必要であると言える。単身であり、認知症を含む自己決定能力の限界を抱える療養者の「幸せ」を叶える在宅療養支援、看取りの場の決定の在り方は、多職種協議により、早急に討議すべき課題であると言える。

在宅療養を送るにあたっての正しい「緩和ケア」の利用と理解の必要性

山内 千晶

福岡県がん患者団体ネットワーク・がん・バッテン・元気隊

患者会、がんサロン、ピアサポートと患者支援活動に携わる中で、ここ1、2年「診断時からの緩和ケア」ということを説明することが増えている。が、実際には緩和ケアは「終末期」「標準治療ができなくなって受けるもの」という考え方が根強くなかなか受け入れてもらにくい現状が続いている。そんな時に、実際に自分が二度目のがんの告知を受け、再度がん治療を受ける立場となったため、実体験として「緩和ケア」について考え直す機会が訪れた。

一度目のがん（急性骨髄性白血病）は、入院治療による長期（約半年）療養であったが、二度目のがん（乳がん）は原則、手術以外は外来治療であり、在宅での療養生活を送りながら、治療を受ける、という全く違う療養環境での治療となった。入院治療の場合、常に医療者がそばにいて、完全に管理された状態での療養生活だったため、自分が主体的に緩和ケアを希望しなくても症状を判断した医療者により、適切に疼痛管理、メンタルの把握などバイタルチェックとともにコントロールされていた。しかし在宅療養になると、すぐに医療者に痛みや不調を訴えて解決してもらうことにタイムラグが生じ、日常生活において、自己管理をしなければならない点が多く生じた。自身の体調の変化や痛みの度合いや感覚、経緯などを把握して医療者に訴えることができないと、適切な緩和ケアを受けるのは難しい。また在宅療養の中では生活そのものを送るにあたり、障害となること

も多く、その解消のためにどのような形で緩和ケアを活用すればよいのか、入院とは違う在宅ケアのあり方を身をもって考える経験となった。加えて仕事を持つ患者として、体の痛みや不定愁訴をどのように軽減し仕事を続けて行けばよいのか？という不安も出てきた。その中で、今まで患者支援活動を通じて得た知識や経験を活かし、いかに在宅での療養生活をより良い形で送ることができるか、そこにどのような緩和ケアを取り入れたらよいかを考え、より「自分らしい生活」を長く送ることができるように、緩和ケアを「自分らしい療養生活のための相棒」と考え、様々な専門にいる医療者（医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、栄養士など）と相談しながら、治療の流れの中で、その都度よりよい方法を選び、今でも在宅療養を続けることができている。在宅療養を送る上で、緩和ケアは不可欠なものであり、さらに診断時もしくはより早い段階から緩和ケアに触れることで、よりQOLも保ちながら、自分らしい療養生活を送ることができると実感している。

患者や家族だけでなく、医療者も正しい「緩和ケア」というものに対して、理解が進むことが今後の地域医療や在宅療養には必要不可欠である。そのためにも患者会やがんサロン等での正しい知識の啓発が必要である。お互いの情報の共有が進めば、緩和ケアがより広く浸透するものと思われる。

揺れる Advance Care Planning の 1 例

－「私の意思書」とコミュニケーション－

桶口 史篤¹⁾、金丸 修子²⁾、島 佳子³⁾、
木下 奈美子³⁾、船木 康二郎¹⁾

1) 富山市立富山市民病院 緩和ケア内科、2) 富山市立富山市民病院 緩和ケア外来、
3) 富山市立富山市民病院 緩和ケア病棟

【はじめに】近年、Advance Care Planning (ACP) の重要性が注視されている。療養方針選択の背景には本人の価値観・死生観や社会性が大きく関与するが、とくに終末期においてはその病状認識や身体症状の変化に伴う影響を受けて選択が変わることもある。今回、事前指示書に自身の希望を表明されていたが、最終的にその記載内容と異なる経過をたどるに至った事例を経験したので報告する。

なお、事例発表においては個人が特定されないよう十分に配慮するとともに、遺族の承諾を得た。

【事例】87歳女性、夫と死別し独居。

X年6月、上腹部痛などあり近医より当院内科へ紹介受診。入院精査のうえ胃噴門部癌、多発肝転移、肺転移、リンパ節転移、腹膜播種と診断された。

【経過】診断時点で家族から、未告知のまま化学療法などせず在宅療養を継続させたいとの希望あり、自宅退院。

7月になり倦怠感、食思不振、心窩部痛が出現し再入院。狭窄部へのステント挿入、オピオイド導入と制吐剤投与により症状は軽減したが、在宅復帰困難と判断され8月初旬に当科紹介。翌週に緩和ケア病棟へ転科転棟、投薬調整によりさらに症状軽減した。

8月下旬、長女から「私の意思書」の提示あり。そこには「延命治療は望まない」、「病名告知を希望する」ことなどがX-4年5月の日付で記されていた。

9月には2度の自宅外泊、1度の外出をされた

が、徐々に倦怠感、嘔気、疼痛の増強と、思った通りに動けないもどかしさが精神的な負担となった。投薬により症状は軽減してもADLは改善しなかったが、「皆さんよくしてくださる。先生方にお任せします。」として、医師からの病状説明では詳細な情報提供を希望されなかった。その後も全身状態は徐々に悪化、10月中旬から傾眠傾向が出現し、下旬に永眠された。

【考察】転棟時点にも、9月下旬に病状説明の機会を設けた際にも、本人は病名を含めた詳細な説明を希望されなかった（事前指示書は本人へ提示していない）。病棟スタッフでもカンファレンスを繰り返して実施したうえで、意向に沿って「治ることが難しい病気・状態」と伝えるに留めた。しかし、本人は家族へ「がんじゃないならよかった、治る、元気になる」と話されていたことが死亡後に明らかになった。本人が自身の予後について正確に認識できるような機会を得ていれば、意図して在宅療養復帰ができたかもしれないが、一方で病状を詳細に知らせることは精神的負担を強いる可能性もある。

ACPの重要性を尊重しつつ柔軟性を許容すれば、同様のケースは今後も経験することが見込まれる。書面が記されるに至った背景や本人の心情に配慮しながら、家族からの情報収集も十分に行う必要がある。そして患者とのコミュニケーションのなかで、患者の思いを正確に捉えているか、医療者の意図した趣旨が伝えられているかを繰り返し検証していくことが肝要と考えられた。

地域在住高齢者の終末期のあり方に関する意思形成プロセス — 予備調査の結果より —

川喜田 恵美
神戸女子大学

【はじめに】 現在、我が国の65歳以上の高齢者は人生の最終段階における医療について家族とあまり話し合っていない状況であり、さらに事前に意思を書面に残している人は60歳以上の人でも6%であった。高齢者は、終末期までの介護のあり方について「家族に迷惑をかけたくない」、「介護される時にならないと分からない」など、死を身近なものと感じながらも、医療や介護を受けることを死に至るまでの生活過程としてとらえきれていない高齢者が多いと考えられる。

【研究目的】 地域に暮らす高齢者が高齢者同士で「老い」や「介護を受けること」などについて語り合う中で、老いを受けとめ、要介護期と終末期にどのような医療を受け、どのような生活をしたのかという意思を形成していくプロセスについて明らかにする。

【研究方法】 M県地域在住の65歳以上85歳以下の高齢者に、高齢者6名による語り合いを3回実施し、高齢者の要介護期及び終末期の過ごし方に関する意思が語り合いによってどのように変化するか、そのプロセスを個別に追跡した。語り

合いの前には、基本情報アンケート調査を実施し、現在の要介護期及び終末期の過ごし方に関する意思、そして語り合い終了後もアンケート調査を実施し、終了時の要介護期・終末期の過ごし方に関する意思について確認し、語り合いの内容を逐語録に興し、コード化、カテゴリー化し、質的に分析を行った。

【結果及び考察】 これまで自身の老いを受容することや介護、終末期の意思についてはなかなか語る機会や場がなかったことから、初めは戸惑いがみられたが、語り合いにより新たな情報を得て、他の高齢者の考えや思いを知り、共有することができていた。また高齢者が他者の前で語ることで、高齢者自身の考えを整理し、語り合い開始前よりも意思を具体的にすることができていた。

【倫理的配慮】 研究対象者に対して、研究の趣旨と目的を口頭及び文書にて以下の点に留意して説明し、研究協力の同意を得て実施した。また研究者が所属する組織の倫理委員会の承認を経てから実施した。

地域の有床診療所におけるがん終末期ケアについての考察 ～最期まで関わる事が出来た／出来なかった事例を通じて～

高野 修一

ろっこう医療生活協同組合 灘診療所

【はじめに】がん終末期患者においては疼痛や倦怠感など様々な症状を生じるために、それら身体的苦痛を緩和すると同時に、患者および家族の精神的・社会的、そしてスピリチュアルな苦痛をもケアする、いわゆる「ホスピスケア」(終末期ケア)が必要とされる。今回、地域の有床診療所である当院が経験した2名のがん終末期患者の事例を通じて、一般診療所ではがん終末期ケアを行っていく上での課題について考察する。

【事例紹介】

〈症例1〉64歳男性。妻と二人暮らし。診断名；胃癌、多発性肝転移。経過；X年1月、タール便を主訴に近医で精査の結果、多発肝転移を伴う進行胃癌と診断。その後化学療法、放射線療法、肝動脈塞栓術で加療を行うも効果に乏しく、疼痛や全身倦怠感も増強したため、積極的治療を断念しX+1年4月22日に当院に緩和ケア目的で紹介となった。当初は訪問診療にて在宅療養を行う予定としていたが、全身倦怠感と呼吸困難感が強く、同月25日より当診療所病棟に入院。オピオイド及びステロイド投与等で症状緩和を目的とした加療を行ったところ苦痛の軽減が図れ、一時は1泊の自宅外泊も可能となった。現病の肝不全が進行し、5月17日病棟にて永眠された。

〈症例2〉49歳男性。妻と二人暮らし。診断名；尿管癌。経過；Y年1月、肉眼的血尿を主訴に精査の結果、尿管癌との診断で基幹病院にて膀胱部分切除、周囲リンパ節郭清を行うも再発を認めた。そのため化学療法にて腫瘍縮小を図るも

次第に病状進行。両側水腎症に対し尿管ステント留置を行ったが腎機能障害も進行し、現病に対しての治療を中止するとともに、症状コントロール目的でY+2年6月当院紹介受診となった。初診時、下肢全域に著明なリンパ浮腫を認めたが、在宅療養に大きな支障はなく、外来での週1回の診察と尿路カテーテル交換を開始。7月に入り疼痛と胸水貯留による呼吸困難が出現したため、オピオイド、ステロイドの投与を開始したところ、自覚症状は軽快した。8月10日に尿管ステントの脱落があり、再挿入目的で12日基幹病院に入院。しかしこの時期より疼痛や呼吸困難は著明に増強し、基幹病院入院中にモルヒネ持続皮下注が開始された。ホスピスケアの可能な病院への転院を打診され、当診療所病棟への転院も検討したが、結果的には22日に近医ホスピスへ転院、翌23日永眠された。

【考察】外来診療と訪問診療、入院加療をシームレスに提供できる有床診療所は、患者への継続的関わりという点においては、終末期ケアにおいても強みになると思われる。一方、がん患者の終末期ケアを診療所で行うためには、症状緩和に対しての一定のスキルやインフラ整備の必要があり、今回症例2においてはモルヒネ持続皮下注の存在が当診療所転院の障壁となった。今回の経験を踏まえ、地域の有床診療所ではがん終末期ケアを行っていくための要点を整理し、今後の診療に活かしていきたい。

在宅看取りを支える訪問看護師の役割

～幼いわが子を残して逝く母親との関わり～

友清 ひろみ、竹山 千香子、黒木 加奈子

ハートフルシマダ訪問看護ステーション

【はじめに】幼いわが子を高齢の両親に託して最期を在宅で迎えられた母親への訪問看護を経験しました。母親の“子供に何か残したい”との強い思いを聞きながらも、思いに添った結果を得ることができませんでした。

【目的】母親の希望に添えなかった理由を追及し、支援の在り方を深める

【事例】44歳女性 S状結腸癌術後、転移性肝、肺癌。13年の不妊治療を経て妊娠。妊娠3カ月の時便潜血陽性を指摘されたが出産を優先し精査されず。出産後9ヶ月時上記診断をうけ、手術及び化学療法を行ったが効果なく、余命1か月を宣告。その後離婚。両親と3歳の息子と4人暮らしで、在宅療養を希望され訪問看護開始。

【経過】（場面①）子供は常に母親の傍を離れず、保育園に行きたがらなかったが、子供には通常の生活を送って欲しいという母親の思いより、腹水が貯留し、体動が困難な状態でも父親の車に同乗し保育園への送迎を継続されていた。訪問時に「息子に何か残したい。」との思いを話された。

（場面②）疼痛コントロール目的で入院。息苦しさやるい瘦が著明で、2人介助でやっと端坐位をとれる状態であったが、最期まで子供と一緒に自宅で過ごすことを希望し退院。「家に帰って来て良かったけど、このごろ子供が傍に来ないんですよ。」と淋しそうに話された。

（場面③）意識が朦朧とする中、隣の部屋で楽しく遊ぶ息子の声にハッと、子供の名前を呟き穏やかな表情がみられた。呼吸状態が悪化したため、訪問看護師が母親の横に子供を座らせると「ママ、ママ！」と額を触り叫んだ。その時に左眼から大粒の涙が一滴頬をつたい、子供、両親が見守る中息を引き取られた。

【考察】母親は子供のために、子供の日常生活の崩壊を最小限にすることを最優先に母親役割を懸命に遂行していた。また、子供を残して逝く事に強い罪悪感を感じる一方で、子供に存在と深い愛情を残したいと願っていた。訪問看護師は患者の病状の進行と生活を把握して調整し、患者の思いに添った看護を実践する役割を担っている。今回の事例において、子供の通常の日常生活を守りたいという母親の強い思いを最優先ということが出来なかったこと、また看護師が予測した以上に病状の進行が早く、介入するタイミングを逃してしまった事が母親の“子供に何か残したい”という思いに応えることができなかった要因であると考えられる。在宅ターミナルにおいては時間が限られており、短時間の関わりが多い。だからこそ的確な病状の予測と介入早期からのコミュニケーションと信頼関係の構築、実現に向けた実施可能な看護の実践が重要であるということを学んだ。

小児がん患者の在宅での看取りとご家族への関わり

奥尾 恵美

訪問看護ステーションにしがも

終末期を在宅で過ごし、在宅での看取りに至った小児の症例を経験した。当訪問看護ステーションで、初めての小児の看取りであったので報告する。症例は、2015年7月に脳幹部グリオーマと診断された7歳の女兒。放射線治療を受けたが、予後1年程度と告知され、在宅療養を希望され、病院より訪問診療・訪問看護の依頼があった。9月10日に退院したが、10月からの訪問診療・訪問看護中止の希望があった。理由は訪問してもらいイメージがわからないというものであった。2016年1月、腫瘍の増大により再入院していたが、患児が家に帰りたいと希望したため、自宅療養することとなった。退院前カンファレンスの際に、ご両親は自宅で医療行為をすることに不安を感じておられ、点滴必要時や状態悪化時は病院での対応を希望された。1月22日に退院、2月10日には脳圧亢進症状が進行し、病院を緊急受診され点滴加療が開始された。その翌日より、訪問診療・訪問看護が再開となった。患児の状態に合わせて、保清、吸引、導尿、体位変換、酸素、点滴ポンプ類の管理方法、急変時の対応など、ご両親への指導と説明を実施し、一緒にケアを行っていった。病院の医師とも連携をとり、ご両親の不

安が軽減するように努めた。9歳になる兄は当初は遠巻きにケアや病状説明をみていたが、徐々にケアや病状説明に参加するようになった。4月になると痙攣が起き、徐々に呼吸・循環動態も不安定になってきていたが、ミダゾラム開始や処置の工夫で乗り越え、ご両親とはその場の状況を共有してきた。5月になり、父から「何かあったら救急車をよんでしまうかもしれない」と言われ、再度病状説明を行った。看取る場所についての確認と呼吸停止時の対応、看取りの場面での希望について話し合い、ご自宅で看取る意思を確認した。5月22日に呼吸停止となり、ご家族、ご親戚、診療所や訪問看護、病院の医師が見守る中での看取りとなった。

今回、小児がんの看取りに関して知識・経験不足の中での介入であった。しかし、手探りながらも病院の医師のサポートもあり、ご家族とのケアの共有、状態悪化時の対応や今後起こりうる状況の説明、ご家族やご親戚との関係性の構築、看取る場所やその際のご家族のご希望についての話し合いが出来たことで、ご家族に寄り添い、ご家族の納得のいく看取りに近づけたと思える症例であった。

大切な時間を過ごした8歳児の終末期を通して、訪問看護のあり方を考える

今邨 優子

良創夢 訪問看護ステーション

彼と彼のご家族との関わりはわずか3カ月ほどでした。小児の看取りは初めてで不安の多かったですが、その関わりの中で感じたこと、学んだことをここで発表させていただきます。

まずは彼の経過と彼のご家族のご紹介です。

彼は享年8歳。ご両親、兄、妹、祖父母の7人家族。4歳の時に脳幹グリオーマを発症。

予後不良の診断を受け、家族とつらく、苦しい治療にも耐え、懸命に治療をしてきました。

彼は8歳になり身体に麻痺が出現し、登校も困難となり、病状も深刻な状況となってきました。自宅で残り少ない時間を家族と過ごす為、病院からの依頼で訪問看護が開始になりました。

訪問看護としてまず重点をおいたことは、彼が家族との時間を安定して過ごせるように病状の観察、異常の早期発見・早急な対応、家族が不安なく過ごせること、医療間の連携。言葉にだすと看護ケアとしては当然の内容と思われると思います。しかし訪問看護ケアはとて奥が深いと私は考えています。

今回は特に彼のケアだけではなく、兄妹への病

状説明の難しさ、家族それぞれの役割の大切さも学びました。

彼の病状を考えると急変が考えられた為、医療者としては少しでも早いタイミングで説明行わないといけないと考えていました。しかしお父様がそれぞれの子供たちの性格、タイミングを見計らって説明されました。それも親の役割りであったと感じました。

病状説明後の兄妹の接し方は、私たちから見ても今までとは違うものでした。

家のも役割りでも最も気を配ったのはお母様へのケアでした。お母様は母親、妻、嫁の役割りがあり、母親としては一瞬も側を離れたくない気持ちを押し殺し、仕事に行かれていました。私たちはお母様が仕事の間彼の様子を記録に残したり、メールで連絡をして不安の軽減に努めました。

不安が大きかった小児ターミナル、看取りでしたが心のこもったケアの大切さを改めて感じました。

彼と彼の家族に感謝したいと思います。

患者の視点から ACP を考える

～モノログからダイアログへ、そしてオープンダイアログへ～

藤本 啓子

東神戸病院 緩和ケア病棟

近年、治療方針など医療決定に際して患者・家族の意向をできるだけ尊重すべく、ACP を推進し、ガイドラインづくりが検討されている。その背景には、意思確認ができない患者に対してどのような医療を提供すべきかという迷いや悩みが医療者の側にあり、事前に患者の意思を知ることによって、患者や家族に最善のケアを提供するため、事前に患者の意思決定を支援しようとの思いからである。

しかし、〈支援〉という言葉にも表れているように、医療者が仁恵に基づくとはいえ、患者の意思決定を〈支援する〉というパターンリズムの概念がぬぐえない。

インフォームド・コンセントとは、患者が自立に基づき病気に向き合うために、病気についての正確な情報を得て、納得のいく治療方法を選択することができるよう、医療者が患者の病状や治療方針を説明して患者に「同意」求めるものである。その場合、医療者側からの情報提供だけでなく、患者も自らの価値観や死生観を医療者に情報提供し、〈対話〉を通して同意に至るプロセスを両者でわかちあうべきものである。ACP も同様で、患者が事前に自分の希望や意思を確認する作業を行い、しかるべき後に ACP に臨むということが必要ではないだろうか。

以上の観点から、患者のウェル・リビングを考える会は、2009 年からリビングウィル書式の作成を手がけ、2011 年には試作版を、2014 年には修正版を完成し、それらを使用してリビングウィ

ル作成会を開き、参加者が自らの希望を確認することができる場を提供してきた。

この書式は、自分の意思を伝えることができなくなったときの為に、自分の希望を事前を書いておくためのものであるが、従来のリビングウィルの書式の多くと以下の点で異なっている。①患者が自分の希望を一方的に書きつける「宣言」ではなく、患者が家族や医療・介護者と〈対話〉をする中で自分の望みを形にしていくものである、②作成された書面（結果）より、作成する中で患者自らが自分の生を振り返りながら考え、自分の意思や希望を確認していくプロセスを大切にしている、③自分の意思や希望がわからない中、家族に厳しい選択を強いることがないよう、事前に自分の希望を伝えておくという点である。

以上のことを鑑み、当会試作のリビングウィルの書式（『大切なあなたに伝えておきたいこと～ファミリー・リビングウィル』）は、〈対話〉を通して、作成することを旨としている。つまり、医療者の仁恵に基づく医者から患者へのモノログでも、患者の権利に基づく宣言という形を取るモノログでもなく、両者による対話（ダイアログ）によって、さらには ACP に参加する多様なメンバー（患者と家族、医療・介護チーム）によるオープンダイアログによって、意思決定を行っていくことができるように作成されている。以上から当会試作のリビングウィル（冊子）は、患者が ACP に臨む準備のためのガイドブックの役割を担うものとも言える。

在宅ホスピスで患者を介護した家族の介護困難感に対する エキスパートノレッジによる支援

安藤 満代¹⁾、二ノ坂 保喜²⁾

1) 聖マリア学院大学看護学部、2) にのさかクリニック

【はじめに】在宅ホスピスで患者を介護する家族はさまざまな困難に遭遇することがある。我々は先行研究において、在宅ホスピスを利用した家族がどのような困難感を感じていたかを遺族を対象として調査を行い、困難感の内容を明らかにした(安藤他、2015)。次の段階として、それらの困難感に対してどのような解決策が考えられるのかを示すことは重要なことと考えられ、専門家の意見を明らかにした。

【目的】今後さらに在宅ホスピスを推進していくために、患者を介護した家族が困難に感じていることに対して、在宅ホスピスの専門家の医師の語りから、専門家の知識(エキスパートノレッジ)を明らかにすることを本研究の目的とした。

【方法】対象は、在宅ホスピスを20年以上行っているA医師(60代男性1名)を対象とした。調査の方法は、先行研究から得られた家族の困難感のカテゴリは【療養場所の決定】、【家族による患者への病状説明】、【治療方法の選択と継続】、【介護と見取り】についてA医師が自由に語るという方法をとった。時間は約1時間であり、面談は個室で行われた。結果は、内容を要約することで示した。倫理的配慮として、自由意志によるものであり、結果は学術研究のみに用いることを了解してもらった。カテゴリは【 】、サブカテゴリは「 」、エキスパートの語りのまとめは〈 〉で示した。

【結果】【療養場所の決定】に関して、「病院療養か、在宅療養かをどうやって決定するかの困難」に対する解決は、〈一時帰宅などで様子を見て家族が在宅療養ができそうだという自己効力感が出てきたときに移行する〉であった。また医師が家族に〈家族の危機であることを話すと家族の凝集性が高まる〉などもあった。【家族による患者への病状説明】の困難感では、患者は本当に回答を求める場合は医師に尋ねるので、〈患者の苦しい気持ちを受け止めることが大切〉であった。【治療方法の選択と継続】は、〈緩和ケアの場合と延命になる場合がありケースバイケース〉であること、また「患者が意思決定できなくなった場合の決定」では〈家族が患者の立場になって決定する〉であった。【介護と見取り】では、「介護への不安」という困難感に対して〈周囲からのサポートがあることを認識して自信ができる〉〈自己の役割や責任を認識する〉〈介護をしていく経過のなかで死を受容してことができる〉であった。

【結論】困難感への解決を時系列で考えると、在宅療養を考えた家族は、医療スタッフや介護スタッフからサポートを受けられるということが認識されれば、在宅療養に移行し、継続できること、また家族も介護をしていくなかで自己の役割や責任を果たせるようになり、その経過のなかで死を受容していくことができるようになるという家族の成長がみられてくるということであった。

終末期の在宅支援

～患者と家族の意見に相違があった症例～

水谷 祐哉

小山田記念温泉病院

【はじめに】終末期がん患者の退院支援を行う際に、家族の意見にばらつきがあり、退院支援に難渋することを経験する。今回、肺癌末期患者を担当し、退院支援を行った。患者と家族の退院先に対する意見にばらつきが見られたが、徐々に患者の自宅退院への想いに家族が理解を示すようになった。なぜ家族の心境に変化が見られたのかを考察していきたい。

【症例提示】A氏、60歳代男性 現病歴：X年に肺癌（扁平上皮癌肺）と診断され、放射線療法開始。治療中に足部壊死、蜂窩織炎を併発し、足趾を切断。X+1に肝臓への転移を確認し、BSCの方針となり自宅退院。自宅にて転倒し上腕骨骨折を受傷。保存療法で経過観察となる。受傷1か月後、歩行時に疼痛訴え、白蓋の骨転移を確認。放射線療養受けるも効果無く、在宅生活継続が困難となり、緩和医療目的で当院の一般病棟に入院となる。

【経過】A氏は前院で余命の告知はされていなかったが、ホスピスや緩和ケア病棟の紹介をされ、余命が短い事は認識していた。今後の方針について、A氏は妻と一緒に実父を自宅で看取った経験があった。そのため、A氏も自宅退院を希望された。主介護者である妻は、夫の想いを理解しつつも、病院での最期を希望された。自宅退院が困難理由として、「仕事に追われ夫の介護をする余裕がない」「これまで自由奔放だった夫を自宅で看る自信がない」「家には段差があって車いすで生活できるか不安」と妻は述べた。外出支援に関して、家族の理解と協力は得られた。何度か外食などして頂き、自宅の環境調整後には自宅にも外出

した。A氏と家族は過ごす時間は増えたが、家族間で素直に話し合うことが苦手であった。そこで、夫の妻に対する想い、妻の夫に対する想い、夫の自宅退院への想いなどをスタッフが代弁者として伝えるようにした。また、リハビリ見学や、入院生活の様子を伝え、A氏の状態の変化を知ってもらうようにした。結果、徐々に妻はA氏の想いに理解を示し、妻は日中をA氏のそばで寄り添う時間が増えた。亡くなる2日前にA氏が自宅への外出を希望された際には、リクライニング式の車いすで酸素吸引をしなければならない状況であったが、妻は在宅で看取る覚悟を持って外出をされた。帰院後に状態が悪化し病院で亡くなったが、家族は外出できたことに満足し、悔いはないと話された。

【考察】入院当初は、家族間で今後の方針にばらつきがみられたが、徐々にA氏の「自宅で退院して、看取られたい」想いに家族は理解を示した。第三者が家族間の仲介役に入ることによって、お互いの想いを理解できるようになったのではないかと考える。そして、A氏と過ごす時間が増えた事で、家族は死を迎える準備ができ、A氏の「家に帰りたい」という想いに応えた。患者と家族の退院先の想いは揺れ動く。その想いの変化に気づき応える事が出来るように心がけると共に、他職種連携と地域連携の充実を図っていきたい。

障がい児(者)の終末期医療における意思決定支援

～A氏のサインに寄り添った関わり～

宮崎 弥生、丸山 紀子、荒木 美和子、濱屋 明美

久留米大学医療センター

A病院は、小児腎疾患の専門治療を行っており、他県の患者も受け入れている。A氏は20代で、精神運動発達遅滞があり、会話は発語が少なく単語レベルであった。6歳の時に慢性腎不全を指摘され、自宅近隣に小児腎疾患の専門病院がないため2時間近くかけてA病院へ通院していた。20歳でCAPDを導入後、チューブトラブルを繰り返した為、再挿入せず自宅療養を行っていた。慢性腎不全の進行と共に症状が悪化し終末期の状態での入院となった。

入院の際、医師から看護師へ、「今回は看取りを含めた関わりになるかもしれない」と伝えられており、入院時より終末期看護を意識した関わりを行っていた。柳沼らは「苦痛や不安の表出を思うようにできない重症心身障害児者に対して、看護師は普段から観察、アセスメントを十分に行い“その人なりのサイン”をとらえることが必要になってくる」と述べている。

看護師は、A氏が朝になると外出着に着替えようとする行為や弟からの電話の声に嬉しそうな表情から、家に帰りたというサインと捉え、A氏の思いに向き合いたいと考えた。しかし、母親はA氏の入院中に夫が急死したことやA氏の弟も障がい児であり介護が必要な状況であること、地域で相談できる人がいないことからこのままA病院での見取りを希望した。このことから、看護師は、母親の気持ちも理解できたが、本当にこのまま病院での最期を迎えることが良いことなのか、

家族と共に自宅で過ごすことが良いことなのか環境的に可能であるのか葛藤した。そこで、多職種を交えたカンファランスを行い、A氏や母親の思いを共有し、A氏だけではなく母親の揺れる気持ちに寄り添いながら、最善の方法についての検討を行った。その結果、看護師自身がA氏の「家に帰りたい」「弟と会いたい」という思いを尊重したいと考え、積極的な意思決定支援に繋がった。三浦は「子どもの病状や希望、家族の支援体制に合わせて、適切な療養の場を選択していくことは、治療を継続しながら子どもが残された日々の生活を“その子らしく”楽しく過ごすために大きな意味を持つ」と述べている。他職種と連携し、A氏の在宅療養環境を整備し自宅近くの医療スタッフと協働できたことは、母親の安心と意思決定の促進に繋がったと考える。結果、A氏は、家族と過ごすことができ、A氏が希望していた自宅退院も数日ではあったが叶えられた。母親も1人で看取る覚悟であったが、家族と共にA氏を看取ることができた。

白浜は「日常臨床において、なんとか対処している倫理的問題を含む事例を、論理的に見直すことで、将来出会う新たな問題への気づき、対応がしやすくなるように。次につながる検討を」と述べている。今回、自分の意思を伝えることが困難な事例での意思決定支援を経験した。そこで、臨床倫理の4分割法を用いて、この事例を振り返ることができたので報告する。

優しい我が家で……

～妹たちの声を聞きながら最期を迎えたい～

高橋 直子¹⁾、島内 義弘²⁾、小野 尚文³⁾、藤木 佳那⁴⁾、無津呂 久美⁵⁾

1) 江口病院居宅介護支援事業部、2) しまうちクリニック、3) 江口病院 医局、

4) 江口病院 地域医療連携室、5) 訪問看護ステーション三日月

【はじめに】 我が国は世界トップレベルの長寿国であり 2060 年、日本人女性の平均寿命は 90 歳を超える予想される。「どこで最期を迎えたいか」という問いに対して半数以上の高齢者が『住み慣れた我が家』と回答している。今回、対象者や介護者の不安や苦悩、揺れ動く気持ちに寄り添い介護支援専門員として多職種と連携を図りながら在宅生活を支えている事例を紹介したい。

【事例】 生涯独身 3 姉妹同居。A さん 90 歳代 要介護 4 (寝たきり度 C II)

すぐ下の妹 B さん主介護者 80 歳代後半、末の妹 80 歳代 要介護 3

3 姉妹は近隣との関わりも薄くひっそりと地域で生きてきた。A さんは 4 姉妹の次女として生まれる。10 歳の頃、姉、母を同じ年に続けて亡くし、幼い妹達の世話や自営の和菓子店の配達など父の片腕になって働いた。

超高齢化の波は 3 姉妹にも押し寄せた。昨年夏、食事が入らず衰弱していく A さんを心配した妹 B さんが近隣クリニックに相談。往診開始なり、同時に当事業所介入。訪問看護や特殊寝台等住環境を整え在宅療養は順調な滑り出しであった。しかし、日に日に高齢な介護者の負担は増し、妹達や主治医、スタッフも在宅生活は難しいのではないかと考え始めていた。そんなある日、妹 B さんが「姉がね、夢をみたのか、『帽子はあるね。

帽子をかぶって外に出たい』というのよ。こんな会話ができるのも家にいるからだろうね。姉にとって家は思い出が詰まった心地よい場所。優しい場所なんです。

私の身体が動く限りは家で介護したいと思っています。」と言われる。

この B さんの言葉から、在宅支援スタッフも A さんや妹達の思いに添いたいという強い気持ちが芽生える。在宅療養管理指導により薬剤師、訪問入浴も在宅支援スタッフに介入。また、台風時、家族の不安が強く主治医と相談しレスパイト入院を提案。

在宅主治医と病院主治医との連携によりバックベッドの確保が実現した。

【考察】 私自身が 3 姉妹の支援をする中で、B さんがしみじみと語った「私の身体が動く限り姉を優しい我が家で介護したい」という言葉がターニングポイントになった。

この言葉は、在宅支援スタッフひとりひとりの心に響き、在宅主治医も家で看取る気持ちを固め、妹達の良き支援者である。バッグベッドの確保により、介護者妹が倒れた時など緊急時の対応もでき妹達の安心にも繋がっている。今後も介護支援専門員として最期を迎える方々と同じ方向を向き支援できる人生の伴走者になりたいと思う。

終末期を迎えた利用者への医療情報の提供のあり方について ～介護支援専門員としての役割を考える～

湯野 光代
居宅サービスわかたけ

【研究目的】利用者は、独居、キーパーソン不在、サービス利用拒否、往診拒否、生活基盤ニーズも満たせない状況であったが、在宅終末ケアが可能となった事例を振り返り、本人が自ら選択するための指導的役割を担えたかを検証し、介護支援専門員としての役割を考える。

【研究方法】事例を振り返り考察した。なお、倫理的配慮として、ご家族に同意を得、匿名性の確保に配慮した。

担当して9年のA氏は、6X歳男性、要介護4、C2、認知症度自立、未婚、独居、隣市に妹が在住している。4X歳の時、脳梗塞を発症し、上下肢麻痺、車椅子生活となる。転倒、骨折、入退院を繰り返し1年前より寝たきり状態となる。「扱いが雑」「乱暴だ」と訪問入浴や訪問看護師を断り、ヘルパー二人とPTのみ受け入れていた。

一年以上入浴せず、オムツ交換や食事も不十分となり、次第に低栄養となり衰弱した。入院治療を勧めるが、本人は「絶対に入院しない」「ここで野垂れ死ぬ」「往診も嫌」と怒り出す。そのため妹達にA氏の「事前指示書」による意思確認を依頼した。A氏の「延命治療はせず、自然に最後を迎えたい」との意向を受け、妹達と主治医との面談を設定した。主治医から丁寧な病状の説明を受けた妹達は、A氏の意志を踏まえた事前指示書を作成し、在宅死を受け入れた。

それから2週間後、医師と伴にA氏を看取った。

【研究結果】独居、キーパーソン不在、死の直前まで一貫して入院も往診も拒否し続けたA氏を、

6点の条件下において在宅で看取りが実現できたと考える。

①本人の自己決定に資するため、病状、死の危険、延命処置、在宅での看取り、救急搬送後の処置等の情報を可能な限り提供した。

②主治医との長年の関係構築により、細やかな相談、速やかな連携等が行えた。

③事前指示書を用いて、家族から直接本人の意思を確認して頂いた。

④主治医と家族の面談を設定し、家族自身が病状説明を受け、本人の意向を踏まえた事前指示書を作成した。

⑤ヘルパーやPTとは、常に連絡を取り合い、互いに支え合えたことで最後までA氏に寄り添えた。

⑥死期の2週間前より主治医と密接な連絡をとり、死期直前に主治医の往診が可能となった。

【考察及び結論】医療の直接的介入が無くとも、利用者の望む在宅での看取りが実現できた。

しかし、利用者が医療の介入を拒否したことから、進行する病状の悪化に応じた適切な情報を提供できなかった。今後は、終末期を迎える早い段階で医師や看護師を配置することが望ましいと考える。

最後に、介護支援専門員としては、在宅での看取りができる社会に貢献できるように、利用者や家族に対しては意思決定支援が行えるようケアマネジメントを実践し、より安寧な死への教育的関わりを担って行きたい。以上

穏やかな最期を迎えるために ～平穏死の条件～

佐藤 栄一¹⁾、江島 裕子²⁾

1) 特別養護老人ホーム 白熊園、2) 介護付有料老人ホーム はびね福岡野芥

多死社会到来において、諸所で社会的な問題の警鐘が鳴らされています。その中で深刻な面は医療費や介護費の増大で、このままだと財政破綻になることは自明の理です。しかし、その原因の一部は、自分の健康や生活、そして自分の人生の最終章を自分で決められないことにあり、我々は、自分の命をいとも安易に、医療従事者や家族任せとして来た「ツケ」が、医療費や介護費の増大につながっていることは否定できません。

我々は過剰とも思える医療、薬の多剤投与、延命治療等から、何を学んでいるのでしょうか。医療、介護、延命治療自体が問題ではなく、誰がどう選択をしているのが問題ではないでしょうか。特に、老衰や認知症の深い方の場合、お元気な時の当人は、将来過剰な医療や延命行為を求め

なかったにも関わらず、医療従事者や家族が、過剰な医療や延命行為を求め行うのは何故でしょうか。このことはある意味、様々な人間の行き過ぎた見栄や情、利害等のエゴが見え隠れしています。自分の健康や生活・最期は自分で何とかしていくという自分自身の覚悟がないと、自分の思いと違う人生の閉じ方となり、自分だけでなく、周りも余計な苦痛や不安を引き起こしてしまうのではないかと思います。我々は、自分らしく穏やかな最期を迎えるために、何をどうしたらいいのか、今回「穏やかな最期を迎えるために(平穏死の条件)」という演劇を通して、皆様とご一緒に、自分らしい人生の閉じ方を考えていく機会となれば幸いに思います。

がん患者における終末期リハビリテーション介入

境 哲生¹⁾、岡島 康友²⁾

1) 杏林大学医学部付属病院、2) 杏林大学医学部リハビリテーション医学教室

【はじめに】がん患者のリハビリテーションは、がんによる障害に対応してQOLを保つことが求められる。QOLの改善を目的とした緩和ケアでは、身体的苦痛のみならず、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛を総合的に緩和するとし「全人的ケア」を目指している。がん患者のリハビリテーションは病期別に予防的、回復的、維持的、緩和的とあり、急性期の施設では、全ての病期を経験する。今回、入院治療にて、これら4つの苦痛を呈し、各病期から終末期までリハビリテーションとして関わったがん患者を経験したことで、終末期リハビリテーションについて考察する。

【事例紹介】60代男性。妻、子供2人の4人暮らし。診断名：食道がん。入院中に大腿骨その他、転移を認める。

【経過】食道がんを認め、精査加療目的に入院。主治医より生命予後は1年半と本人、家族に伝えられる。また左大腿骨転移に骨折の危険あり、手術にてADL維持し、術後に化学療法の再開の説明を受ける。本人は手術後、すぐに歩行可能となり退院できると思っていたが、術後の安静状況に精神的苦痛を感じ始めていた。PTは平行棒内歩行から開始したが、1週間後に左大腿部の疼痛増加し、歩行不可能、立位困難までになった。日常の姿勢は、疼痛緩和の姿勢として左膝伸展位保持での車椅子乗車となり、身体的苦痛を呈していた。疼痛増強やその他の転移、血液データ不良などか

ら治療の方向性が見えない時期に「今は治療がなく入院なんだよね。早く治療して欲しい。子供や家族のことを考えると、まだ死ねない。3ヶ月間、毎日夜こんなことばかり考えていた。」と治療のこと、自分が亡くなった後、家族に財産を残すための仕事復帰が不可能になることに対して、社会的苦痛を訴えることがみられた。また、放射線治療、化学療法、手術療法など積極的に治療に参加してきたが、左大腿骨の手術後から、疼痛の増加や転移、血液データ不良など認め、「積極的に治療に取り組むのになぜ自分は悪化していくのか」とスピリチュアルな疼痛も認めた。その後、治療開始するも鎮痛剤増量のため傾眠傾向になり、家族との会話も円滑に出来ない状態となり、せん妄も認め、状態も悪化し、入院約5か月で永眠となった。

【考察】高齢化が進むにつれてがんの罹患者数も増加し、リハビリテーションにおいても4つの疼痛に対する緩和的対応を含む心理的対応も必要となってくると考えられる。また今回のように亡くなるまでのリハビリテーション介入も多くなると思われる。がん治療において、リハビリテーションを継続的に介入することは、治療期間にがん患者のその人らしさと接することで終末期におけるリハビリテーションの対応にも大きな影響があると思われる。また、がん患者のリハビリテーションは常に緩和的意味合いがあると考えられる。

宝塚市立病院緩和ケア病棟の役割について

松田 良信、吉川 善人、岡山 幸子

宝塚市立病院 緩和ケア病棟

【はじめに】人口 23 万人の宝塚市での悪性新生物死亡患者のうち、在宅看取率は H23 年度統計で 9.1% と少ない。また、厚労省発表の H26 年度統計では、宝塚市での自宅死の割合は 15.2%、老人ホーム死は 5.0% と周辺市と比べると少ない。以下、宝塚市での在宅医療の状況および宝塚市立病院緩和ケア病棟の役割について報告する。

【緩和ケア病棟】宝塚市立病院で H22 年 6 月より開設された緩和ケア病棟は、15 床であるが毎年 100% 近い病床利用率である。H27 年度統計では、入院実患者数は、186 人（死亡 170 人）のうち、院外からの紹介の 92 人（49%）のうち、在宅療養支援診療所からは 43 人であった。そのうち緊急対応は 30 人であり、在宅療養支援診療所の要請にできるだけお応えするように努力している。

【地域連携の会】H18 年 5 月に宝塚市緩和医療連絡協議会が発足。宝塚市医師会の協賛を得て、在宅療養支援診療所、市内病院、訪問看護ステーションなどが連携し、臨床的研究発表、学術講演会などを年 2 回開催し、緩和ケアの症例報告・検討、病診連携に関することなども論議している。一方、国の地域包括ケアシステム構想を受け、「三つの若葉を育てる会」が H26 年発足。宝塚市、市内病院、在宅医療に携わる組織が集合し、在宅診療

連携を図っている。

【宝塚市での問題点】在宅療養支援診療所は 33 あるが、看取りを実施する診療所は 8 と少ない。当院や他院から地域へ逆紹介する場合、在宅での看取りを行う診療所が少ないので、看取りも熱心に行っている在宅支援診療所に紹介することになるが、既に多くの患者を抱えており、診療過剰となっている。したがって、市外の在宅診療専門診療所に訪問診療をお願いする方が、円滑に退院支援がすすむ状況である。地域包括ケアシステムのもと、かかりつけ医が在宅看取りを行うという「地域で看取る」が、宝塚市内では困難となっている。

【結論】地域包括ケアシステムにおける緩和ケア病棟の役割は、がん患者での、1. 在宅療養支援診療所の後方支援、2. 症状コントロールが困難な患者のケア、3. 在宅療養希望の患者を紹介、4. 地域全体の緩和ケアのスキルアップに貢献することと考えられる。非がん患者では、救急科をはじめとして在宅からの緊急受け入れを積極的に行っている。しかし、全国的に見ると、宝塚市は高齢者にとって危険地域である（将来的に、医師数が少なく、75 歳以上の人口増加率が高い）。在宅療養支援の長期的な方策が必要である。

地域における緩和ケアの意義を考える

三村 卓司、西井 清徳

金田病院

がん治療が専門化され、診断されたときからの緩和ケアの介入が叫ばれていながら、なかなかその実現は困難である。治療医と緩和ケア担当医の関わりや、患者さん本人の思い、家族の願いなども治療開始されるとなかなか複雑である。当地区は拠点病院の無い地方山間部の二次医療圏で、拠点病院からの治療終了・治療不能なかの受け入れも多く、自分のこれからは戸惑う患者さんをよく見る。医療連携も叫ばれる中、治療についての情報は詳しく提示される一方で、患者さんの思いや家族の思いに関して、今後の見通しや病気の説明の状況についての情報はほとんど無く、情報収集に一から始めることもよくあり、信頼関係の形成に時間がかかることも多い。

当院緩和ケア外来の現状は、拠点病院から治療終了として紹介される患者さんが多く、いわば「切り離されて」受診する場合も多い。患者さんの途方に暮れる気持ちを十分に聞き取り、希望の持てるこれからについて話をしていく必要性を強く感じている。

また治療終了して、ぎりぎりまで治療病院でフォローをするものの、看取りの段階になってからの紹介のかたも多く、在宅への復帰が困難な状況になってしまうケースも多く、対応の状況によっては思いが叶わない例も出てくる。

こうした状況を考えてとき、医療者と治療を受ける側がフラットに話ができ、お互いの思いが探れる事ができる場として、これまでほそぼそとがんカフェを実施してきた。最近になり浸透してきた感も有り、患者さん当事者、ご家族、ご遺族、サバイバーなどの参加も増えてきている。当事者、ご家族と共にユニフォームを脱いだ医療者と気楽に心を通わせる事のでき、重いがわかり合える時間を作り出すことの必要性を実感している。

がんに対して、緩和ケアに対して、ややもすればタブー視される感もある地域において、草の根的でもいい、静かに浸透していく地域における緩和ケアの意義として、治療だけではない地域ケアの基本としての重要性が感じられ、継続することで、地域の緩和ケアが充実していくことを願う。

特別養護老人ホームでの看取りを考える

～日常生活支援の延長にある看取りケア～

坂本 純子、松熊 享子、肥後橋 智美

特別養護老人ホーム八女の里

【背景】特別養護老人ホームという施設は生活の場として又、終の棲家としての施設と考えることができる。そこで働く私達は本人や家族の思いを聞き取り、その思いを支援していかなければならない。施設での看取りを希望される方も増えており、施設職員として何ができるのか、その人らしさを支援するとはどういうことなのかを考え他職種連携し支援している現状である。

【目的】施設入所から看取りまでを通して各職種の役割を明確にすることで役割がぶつかり合うことなく利用者の生活を支える援助となるようにする。施設職員だけでなく、家族も看取りについて考え参加して頂けるようになる。

【方法】①通常の業務を職種別に整理する。施設(多床室)職員。介護職 22名看護師 4名作業療法士 1名管理栄養士 1名生活相談員 1名②看取りについて利用者を観察する為のポイントをまとめる(見える化する)③家族にも看取りについて考えていただく(入所の時に意向を確認し、看取りについて意識してもらう)④家族に対して、分かりやすく書面にまとめる⑤看取り事例について職員会議等で振り返りを行う。

【結果】家族に関しては、入所の時に意向を伺うことで、主介護者以外の家族とも話し合う機会を設けたと声を掛けていただくことが増えた。家族間での話し合いが行われていることもあってか、現在までは主介護者とその他の家族で面会に来られた時に要求が異なるようなことはない。職員も

自分の役割を確実に行うこと、利用者の変化に気付いた時は報告を行うことで一職種で決定しないこと(情報を共有すること)ができた。施設での看取りに関しても又、医師が常駐しない環境にも不安や恐怖心を持つ職員が少ないのは連携が取れていることに繋がるのではないかと考える。看取りという最期の時だけに関わりを持つのではなく、特別養護老人ホームでの生活を通して、生活を支え集団生活の中でも個別を支援するという関わりの延長に看取りがあることを意識できるようになっている。

【考察】施設入所者は認知症のある方が殆どである為、本人の意思の確認が取りにくい状態である。施設の職員間でのチームワークはもちろん、家族も取りこんでの支援が必要になる。一人ひとりの事例を振り返ることで、反省する場面は多々あるが、家族からの感謝の言葉、生前の本人様の笑顔で職員の中にも満足感が得られるようである。今後今以上に多様な方達の入所が考えられる。施設での生活を支えること、穏やかに安らかに家族や職員と共に人生の最期を迎えていただくことが出来るようにしたい。何が正解で、何が間違いか試行錯誤する毎日ではあるが、その時々で利用者の方の状態に合った今一番のBestな方法を職員間で話し合い、意見を出し合って支援したいと考える。経験を積み、学びを深めチームケアを強化しながら、今後も取り組みを続けたい。

心不全症例の終末期の関わりについて

池田 真介
きずなクリニック

「厚生労働省・平成26年人口動態統計（確定数）の概況」より、日本の死因の70%以上は非がんであり、死因の第2位は全体の15.5%で心疾患であった。また心疾患のなかで最も多いのが心不全症例（36.4%）であるが、在宅での看取りについての報告は少ない。

当院では平成26年10月から平成28年9月までに、在宅で85名の方を看取り、うち8名が心不全症例であった。1症例は60代の男性で、心アミロイドーシスを患っていた。心不全の終末期の病態であったが、循環器薬の持続点滴にて循環動態が維持されていることから、退院が非常に困難であり、長期の入院を余儀なくされていた。妻が最期は在宅で療養させたいと強く希望されたことから、血行動態の変化が少ない利尿剤の持続点滴に変更し退院の運びとした。すぐに心不全増悪し再入院となることを予測していたが、退院後2ヵ月近く在宅で療養することができ、1日だけではあるが家族との外出も行えることができた。最期は家族に見守られながらの穏やかな看取りであったが、心不全症例がこのような在宅で最期まで過ごせることは少なく、多くの症例は循環器薬の持続点滴等から離脱できずに、病院で亡くなっ

ているものと思われる。

在宅療養を行う上での課題として、循環器薬の持続点滴を行う安全面や、県によっては保険診療として認められないなどが挙げられる。また、がん症例と違い心不全の症例が寛解・増悪を繰り返す経過をたどり予後予測が非常に困難であることから、患者・家族が余生について思案する機会を逸している場合もあるだろう。このような背景が、心不全症例の在宅療養につながらない要因と思われる。終末期心不全の条件に米国のNational Hospice Organizationのガイドラインでは、NYHA IV、LVEF ≤ 20%、血管拡張剤を含む適切な治療に抵抗性があることが挙げられているが、そのような状態であれば入院管理となっており、その時点で本人・家族の意向を確認する時期としては遅く、在宅療養の選択肢は必然的になくなるであろう。心不全症例の終末期医療は、最新医療、移植医療や再生医療の進歩により、時代の変遷とともに変化するため、常に議論が必要とされる。今回、当院の心不全症例の看取り事例を踏まえ、心不全症例の終末期の関わりについて議論したい。

「看取りのあとに私達ができること」

～最期を迎えた後の変化に伴う専門職のかかわり方について～

大堀 嘉子¹⁾、馬場 紀彦²⁾、平中 康介³⁾、木村 光希⁴⁾、増子 和子⁵⁾

1) 横浜高齢者グループホーム連絡会、2) おくりびとアカデミー、

3) ディパーチャーズ・ジャパン、4) 日本納棺士技能協会、

5) グループホームあかり

看取りについて、医療や介護の職に就く者はどこまで関わるができるのであろう。

人が最期を迎えるまで、家族を中心に“安らかな死”を目指し、たくさんの人が関わっていく。保険制度の中にも看取りについての様々な支援方法があるが、関わりを持てるのはその方が生きている間で、亡くなってからは清拭やエンゼルメイクなどの簡易な死後処置を行うまでとなる。

ではその先、看取りの後の引継ぎは誰かにされているのだろうか？ その先のことは葬祭業者に任せ、死を迎えるところまでが看取りのゴールと捉えられているが、十分な引継ぎをされないままご遺体は刻々と変化をし、時にその変化は遺族の悲しみをさらに深めることになる。

通常、亡くなった人は、細菌の多い鼻腔や口腔から腐敗が始まる。納棺の際、意識の高い納棺師が立ち会えば鼻腔や口腔清拭を行うが、場合によっては汚れの残った口のまま棺に納められることもある。口の中が汚いご遺体は腐敗が早まり、柩を開けた時に口臭とは違った腐敗臭が漂う。例

えば、愛する人に最後のお別れを告げたく故人に顔を近づけたとき、異臭を感じたらどうであろう？ 傍に寄りたいのに近づくことを躊躇われ、悲しみは更に深くなることが想像される。鼻腔や口腔清拭がご遺体の保存状態に大きくかかわっていることは、看取りの場面で死後処置をする者が理解しておくべきことだが、現状では死後どのように変化するかを想定しながら行われていることは殆どない。

生前、医療や介護が連携をするように、死を迎えた時もその先を引き継ぐ納棺師や葬祭業者と連携を図り、最期のお別れを手助けするところまでが看取りであると演者は考えている。安らかな死をゴールとするのではなく、更にその先、死後の変化を想定した対応がグリーフケアの一助となることを理解しながら看取りに関わることが専門職の役割であると思われる。

今回、その連携を視野に入れた認知症高齢者グループホームでの取り組みの実際と、死後の変化を想定した具体的な対処の仕方について発表する。

家族と死別した子どものグリーフサポートプログラム実践報告

田口 寛子、内田 裕子、長崎 明子

こどもグリーフサポートふくおか

【はじめに】病気や自死、災害、事件、事故など、様々な形で家族を亡くす子どもたちがいる。わが国においては、40万人以上の子子どもたちが親を亡くしたと推計され、親以外の家族も含めると更に多くの子どもたちが家族と死別していると考えられる。

死別を経験した子どもは、悲しみだけでなく様々な心理的反応（落ち込み、不安、怒り、愛惜など）を生じ、特に子ども時代の家族との死別は生活や家庭環境の変化をもたらすことが多いことから、心理面のみならず身体や行動など様々な形で変化や反応が現れる。死別に伴う心身の反応や行動面での変化であるグリーフは個別性が高く、特に子どもの場合は、死の理解やグリーフの反応や表現が大人とは異なっており、その後の人生にも影響する（不登校、人間関係の不和、うつ等）可能性も指摘されている。

【グリーフサポートプログラムの目的】

当団体は、平成25年より大切な人と死別をした子どものサポートとしてグリーフサポートプログラム（以下プログラムと表記）を開催している。プログラムでは、参加者が遊びや会話を通してグ

リーフを安心して表現できる安全な場を作り、参加者同士がグリーフを共有できるピア・サポートの場を作ることを目的としている。日常生活でなかなか触れる機会のない自分自身のグリーフに目を向け触れることを通して、大切な人を失った事実を受け止め自分らしく歩んでいけるようサポートを行う。

【実践報告】対象は大切な人と死別した子ども（主に小学生）。現在、A県B市で月1回、A県C市で年4回程度、2時間30分のプログラムを実施。子どものプログラム開催中、並行して別室にて同伴の保護者を対象としたプログラムも実施。プログラムスタッフは、当団体主催の講座でトレーニングを受けたボランティアで構成。

平成25年にプログラムを不定期で開始、平成26年からは定期開催となり、これまでに計44回プログラムを実施し、述べ191名の子ども、124名の保護者が参加（平成28年9月末現在）。

本発表では、プログラムの実践報告を通して家族と死別した子どものグリーフサポートについて考察する。

読経により悲嘆は緩和されるのか？

心理尺度と生化学指標による実証

谷山 洋三¹⁾、奥井 一幾²⁾、得丸 定子³⁾

1) 東北大学大学院文学研究科、2) 神戸松蔭女子学院大学人間科学部、

3) 上越教育大学大学院学校教育研究科

【目的】 臨床宗教師はホスピス・在宅ケアで活躍しており、要望があれば読経をすることがある。しかしその効果を客観的に示す研究は希少である。本研究者はすでにパイロット研究を行い、今回はその延長線上に位置づけた仮設検証実験として、喪失悲嘆への読経効果について、心理的・生化学的分析・考察を行った。

【方法】 本実験は2016年7月30日（土）A大学で実施した。実験協力者は、ペットロス経験がある一般市民からボランティアを募り、男性11名、女性26名、計37名の参加を得た。このうちすべての評価指標で欠損がなかった36名を分析対象とした。年齢は、30代以下10名（28%）、40～50代14名（39%）、60代以上12名（33%）。性別と年齢が偏らないことのみを考慮し、全体を実験群（読経群）と対照群（座位安静群）に無作為に分けた。実験手順は、まず、オリエンテーションと各種評価指標の採取を行い、ストレスサーとしてペット霊園が作成した動画（3分44秒）を視聴してもらった。

その後、2群に分かれ読経（経文聴取）の介入効果を検証した。略式の僧衣姿の僧侶が『阿弥陀経』を読経した。評価指標は、心理尺度として日本語版自覚ストレス調査票（JPSS）、多次元共感性尺度（MES）、STAI日本版-状態不安、プリガーソンの悲嘆尺度、深いロス要因に関する質問を用い、生化学指標として α -AMY活性、s-IgA

を採用した。データ解析には、R ver. 3.3.1, js-STAR2.9.9j β 版2016, Excel 2016を使用した。なお、検定方法はデータ分布などを考慮し、以下の方法で行った。フィッシャーの正確二項検定（属性）、2要因分散分析（心理尺度）、ウィルコクソンの符号順位検定（生化学指標）。本実験は、東北大学大学院文学研究科調査/実験倫理委員会の承諾を受けて実施された。

【結果】 読経による介入の事前・事後で採取した指標からは、STAIで交互作用における有意差が示され（ $F(1,34) = 18.19$, effect $f = 0.73$, power=1.00, adjusted $p < 0.01$ ）、単純主効果の検定から、実験群における状態不安の低下が示された（ $F(1,34) = 77.78$, $p < 0.01$ ）。また、s-IgAでも実験群のみで有意な上昇が示された（ $V=30$, $p < 0.05$ ）。さらに、プリガーソンの悲嘆尺度でも交互作用で有意傾向が示され（ $F(1,34) = 3.98$, effect $f = 0.34$, power=0.81, adjusted $p < 0.10$ ）、実験群で悲嘆の緩和傾向が示された（ $F(1,34) = 3.98$, $p < 0.10$ ）。

【考察】 これらの結果から、経文聴取により状態不安が著しく低下し、体内の免疫力が高まり、悲嘆の緩和効果が示されたことが明らかになった。検定結果としては、申し分ない水準で経文聴取による不安状態の改善や悲嘆軽減効果が示唆されたと結論付けられる。

葬儀の日に聞いたお迎え現象と知らせの体験

青木 芳恵

福岡大学 医学部 看護学科

【はじめに】数年前に、筆者の遠縁の100歳代のばばさまが大往生した。葬儀後に親戚たちから、お迎え現象があったことを聞いた。また、ばばさまの孫の一人が、ばばさまが亡くなった同時刻に感じた不思議な体験を語った。「お迎え現象」とは、終末期の人が、すでに亡くなっている人物や、通常みることのできない事物を見る類の体験のことである(諸岡 et al., 2008)。一方、死亡時刻に家族が何らかの知らせを受け取っていたという体験は、ほとんど報告がなされていない。ここではその体験を「知らせの体験」として明らかにする。

【目的】お迎え現象および知らせの体験を記述する。

【方法】データは、ばばさまの息子夫婦および息子夫婦の甥にあたるばばさまの孫 Y 氏から、葬儀のときに聞いた話や後日電話で聞いた話のメモから得た。Y 氏の話は、同意を得て IC 録音したものを逐語録化した。これらをもとに質的記述的に分析を行った。

【結果】ばばさまのお迎え現象として、亡くなる数日前から何度か、夫の兄弟姉妹たちが複数迎えに来て、天国を見てきた話をしていたことが語られた。ばばさまは天国が「意外とよかった」と感想を言い、迎えに来てくれた人たちの名前を挙げたり、夫がその中にいなかったことを怒ったりしていた。孫の Y 氏は、ばばさまが亡くなった時間に、遠隔地の自宅ですっと人に見られている感

覚があり、玄関の方を無自覚に数十秒間眺めていた。その後、ばばさまが亡くなった連絡があり、不思議な体験の時刻と亡くなった時刻が一致したことがわかった。ばばさまの気配を感じたことは、ばばさまらしい身辺整理の一つとして語られていた。また、複数の符合によってばばさまが来ていたという確信につながっていた。

【考察】筆者が葬儀直後にこれらの話を聞いた時は、特異な体験自体に関心が向いていた。しかし分析をすすめていくうちに、語られたお迎え現象も知らせの体験も、体験している本人たちの関心は、体験内容の方にあることが浮かび上がってきた。つまり、Y 氏も息子夫婦も、これらの体験を興味深い出来事ではあるが、むしろ、最期の時までばばさまらしさを確認し印象付ける一連のこととして語っていた。お迎え現象は、終末期の幻覚や妄想と捉える見方もある。また、お知らせ体験は、心霊現象として捉えられやすい。しかし、本人にとっての意味を見出すことで、理解やスピリチュアルケア、あるいはグリーフケアにつながる可能性があり、今後も事例を集めて分析する必要がある。

諸岡, 了., et al. (2008). 「現代の看取りにおける〈お迎え〉体験の語り -- 在宅ホスピス遺族アンケートから」(死生学研究 (9)), 223-205.)

臨床宗教師との連携によるグリーフケア

～カフェデモンクでの『いのちのケア』を通して～

遠山 マリナ¹⁾、谷山 洋三²⁾、隠 一哉¹⁾、
野々目 月泉¹⁾、田中 至道¹⁾、沼口 諭¹⁾

1) 沼口医院、2) 東北大学大学院文学研究科

【はじめに】メディカルシェアハウス・アマターバは、2015年11月に誕生し1年が経過した。自宅での生活が困難な方や、介護施設では受け入れが難しい疾病を抱えた医療依存度の高い方が、最後まで穏やかに生活できるよう、併設の訪問看護・訪問介護ステーションより、日々の生活、医療処置や体調の急変時に対応が可能な共同住宅として開設した。「その人がその人らしく」心身ともに安らげる『いのちのケア』を確立することを目指している。アマターバ内に併設しているカフェデモンクでは、臨床宗教師が常駐し、入居者やその家族とお茶を飲みながらゆったりとした空間と時間を共有し、不安や悩みに耳を傾けている。そこで、本研究では家族にとってのカフェデモンクの役割とグリーフケアの取り組みについて報告する。

【入居者の特徴】2015年11月11日～2016年9月30日までの期間に入居した延べ人数：36名
平均年齢：79.7歳 要介護度：3.83 平均在日数：53.3日（24.9日：癌）

主な疾患：癌末期15名 死去：21名（癌・老衰）

【目的】家族にとって大切な方とお別れは、人生におけるはかりしれない試練であり、非常にストレスの高い出来事である。余命を告げられ日々衰弱している本人を目の当たりにし、別れを予期しての悲しみにさいなまれる家族は少なくない。入居者を支える家族の不安や悩みを傾聴する場としてカフェデモンクの役割を検証し、グリーフケアの質の向上を目的とする。

【方法】入居経験のあるカフェデモンクを利用した家族を対象とし、質問紙とインタビューを実践した。なお、本研究は倫理的配慮を行っており発表の際の個人情報への配慮をしている。

【結果】カフェデモンクを利用した家族は、2015年11月11日～2016年9月30日までの期間に、利用された延べ人数：(351)名、入居者死去後、カフェデモンクに来訪された家族(36)名の利用があった。インタビュー・質問紙より「カフェデモンクを利用することで居室から離れ、入居者の前では話せない思いを表出することができ涙を流すことができた」「ここに来ると故人を知っているスタッフに会えてうれしい」など回答があった。

【考察】アマターバに入居いただく多くの入居者は余命残りわずかと告げられ、在宅生活が困難な方、本人・家族の疲労が積み重なり緊急に至るなど様々である。家族にとって居室から離れ、不安や悩みなど思いを表出できる場の存在としてカフェデモンクは役割を担っている。また、入居者の死によって縁が断ち切れるのではなく、残された家族のグリーフケアの場として継続的にケア介入できると考える。

今後の課題として、臨床宗教師の家族ケアに関して多職種との連携があげられる。『いのちのケア』におけるグリーフケアの質の向上を目指し、情報共有・介入方法を検討が必要であると思われる。

家族の未来を変えて旅立ったSさんの生き様

船戸 崇史¹⁾、大橋 明香²⁾、光田 千万²⁾、近藤 弥生²⁾、増田 芳照³⁾

1) 船戸クリニック、2) 訪問看護ステーション 天の星、3) デイケア 天音の里

【はじめに】最期の逝き方は遺された遺族にとって大きな影響力を持つ。今回私たちは、6年間の嫁との確執により一切口もきかなかった乳がん末期のSさんが、人生最期の生き方の中で嫁と仲直りし旅立たれてゆかれる姿を経験した。この仲直りは延いてはS家の未来をも変えたとい々は感じた。何が仲直りを可能にしたのか、考察を加えて報告する。

【事例紹介】Sさん、69歳女性。

進行した乳がんで、X-8年に左乳がん根治術を受け、以後お元気に過ごされていた。X-1年1月に血液検査で異常を指摘され精密検査の結果、多発性骨転移あり。抗癌剤が開始されたが副作用が強く中止。その後、痛みが出現したためオピオイドが開始され主治医から「今後は緩和医療で、根治を目指す治療法はない」と言われた。

病院での治療に限界を感じ補完代替医療（以下CAM）を希望しX-1年2月9日に当院初診。以後疼痛管理と同時に種々CAM実施。生きがいの鼓舞に努めたが、X年2月のある日、突然下半身麻痺となる。乳がんの腰椎への転移が原因と判明した。

主介護者はご主人一人。ご主人は介護の経験なく性格は職人気質の頑固者。娘がサポートに入るも、患者、ご主人のストレスは増大し、感情的な爆発も始まり在宅での限界を感じた。

当院の訪問看護師は、気文転換を図るためSさんを連れての「桜見」を計画した。Sさんの体調が不安定ながらもX年4月2日桜見決行。楽しい家族の時間を共有された。

私たちはその3日後の訪問診察で突然驚きの事実をSさんから知らされた。「理由は分からないが、嫁とはここ6年間一切口をきいたことがない」という。しかし、Sさんは「このまま禍根を残して終わるのは嫌だ」と考え、勇気を持って嫁をベッドサイドへ呼び「全ては私が悪かった」と泣いて深謝したと言う。以後嫁の態度も一変。6年間の無言は嘘のように、甲斐甲斐しくSさんをケアされた。

X年5月13日Sさん死去。その後も仏壇のお世話は全て嫁が行った。

【考察】一体何がSさんの行動をおこしたのか？6年間の無言はただ時間を待つだけでは事は解決しないと言う実績でもあった。そこでSさんは勇気を持って嫁を呼んで泣いて深謝したのは「もう自分には時間がない」という認識からではないか。

何がこの認識を起こしたのか。それはSさんの「末期のがん」ではないか。

Sさんには孫（嫁の子）が3人いた。9歳～11歳までの年子。孫は6年前の3～5歳から母親と祖母（Sさん）の交流を感じたことはない。それぞれは大好きなのに。どんな人間観や人間関係を学んだのだろう。しかし、Sさん最期の時、きっと祖母と母の暖かな絆を初めて感じたに違いない。人は信頼できると。これは、S家の未来を変えたとも言えるのではないか？

奇しくも、Sさんの末期乳がんがSさんを変え、嫁姑関係を変え、S家の未来も変えたように私には思えた。

「やっぱり最期まで家でみたい」

～自宅でみとりを決意した家族への支援～

佐谷 梨絵、阿部 智美

さわやか憩いの家 春日

【はじめに】近年、自宅で生活したいと思っている人は多いものの、みとりに至るまで生活を続けるには様々なハードルがある。介護する家族も多くの不安や葛藤をかかえている。今回、ご本人が自宅で過ごしたいという希望があり、家族もそれを支援したいという気持ちで約6年間生活を支え、最期まで自宅で過ごされた事例を報告する。

【事例紹介】A氏 享年96歳 女性 要介護4
長男と2人暮らしをしていたが、転倒による骨折のため、入退院を繰り返した後、遠方にある長女宅で生活。しかし、長年暮らしてきた自宅で生活したいという希望があり、さわやか憩いの家の利用を開始され、自宅で長男と一緒に生活することとなった。長男は精神疾患を患っており、介護が十分に行き届かず、長女と次女が様子を見にこられていた。

当初、1～2年で終わると思っていた介護生活だったが、A氏は状態に変化はありつつも自宅で生活を続けられ、介護生活が長期間となった。その間、長男の入院やキーパーソンである長女の体調不良もみられ、自宅での介護に疲労や限界を何度も感じられていた。

憩いの家では、本人の思いや長女の思い、これからのことなどさまざまお話ししながら支援の形を相談、最期の時をどこで迎えられるのか何度も確認していくなかで、「やっぱり最期まで」と自宅で介護を続ける決意をされた。

利用開始から6年目、A氏は体調悪化され、最期の時が近づいてきた。長女としては、決意はされたものの、実際にみとりの時期になると不安になられる様子もあったが、A氏を自宅で迎えられる。「出来る限りのことはしたい」と長女はA氏のために食事を作られる。A氏もよく召し上がり、大好きだった童謡も歌われるなど、一時体調が回復される様子もあった。そうして、自宅と憩いの家を行き来される生活を送られ、3か月後長女にみとられながらA氏は息を引き取られた。長女は、「なじみの関係である憩いさんなくして、自宅でみとることはできなかった」と振り返っておられた

【まとめ】A氏の住み慣れた自宅にいたいという思い、ご家族もそれを支えたいという強い気持ちがあり、最期の時を自宅で迎えることが出来た。長い介護生活の中で、ご家族は様々な不安や葛藤がみられた。介護期間が長くなると、家族の人生や生活にも様々な変化がみられ、介護疲労や負担の増強にもつながってくる。そのため、介護する家族の生活や心情に寄りそい、本人や家族の「今」にあった柔軟な支援を受けられることが、本人、家族が安心して最期まで自宅で生活を続けるために必要なことと考える。

今回の事例を生かして、自宅でその方らしい暮らしを最期まで続けることができるように、本人・家族に寄りそう支援を目指していきたい。

鍼灸院でおこなった患者・家族への寄り添い

大澤 季世依

1) レディース鍼灸さいとう、2) 剛鍼灸治療院

鍼灸治療を希望する患者さんの症状・悩みは多岐にわたります。年代も様々で、生まれてすぐの赤ちゃんもいれば、90歳を超える高齢の方もおられます。その中には、寝たきりや終末期を迎えられた方もおり、私たち鍼灸師は、そのような患者さんへ治療院で、時には在宅で、鍼灸治療を行っています。

長年、当院にて親子で鍼灸治療を受けていた患者さんがいらっしゃいます。

X年12月、母親にステージⅣの胃がんが発覚したと娘さんから連絡を受けました。余命は半年から1年。告知しておらず、「母には黙っていてほしい」と希望されたため、娘さんの意思を尊重し、本人とはがんについて触れずに体調不良に対する不安を取り除けるよう話しをしながら、最後の入院となるまで約1年間治療をおこないました。告知をしなかったことで娘さんの抱えた苦悩がありました。例えばそれは、当たり前だった日常が当たり前ではなくなったということ、当事者の母親と共有できないということです。母親に共有できない思いは私と共有し、日常の幸せや限りある命について語ることで、娘さんの心に寄り添うよう努め支援しました。

最期は、ご家族に囲まれて穏やかに逝かれたと聞いています。

「母が感謝しています」「ずっと鍼を受けたいと

言っていました」「血流を良くしてもらって、免疫力を高めてもらえたので、母は痛み無く最期を過ごせました」と娘さんから何度も言っていました。

母親が亡くなられた後も、娘さんは鍼灸治療を続けています。逝去後しばらくは、月命日がくると仏壇に供えた花や生前の病床での写真を見て思い出を語りました。そこには、娘さんからの『母を忘れないで』というメッセージが込められているように思います。娘さんにとって当院の存在は、ただ鍼灸治療をする場所ではなく、母親とともに通った思い出のひとつであり、抛りどころなのだと感じています。

鍼灸治療をするとき、私たちは患者さんの体に手を添え、たくさんのお話をしながら治療をしています。治療時は、体の不調だけではなく、心に寄り添うことも意識しています。その中で信頼関係が築かれ、あるときには心の抛りどころとなっているのではないかと考えています。

私は医師や看護師ではありません。手術することも点滴することもできませんが、最後の最後まで患者さんに寄り添っていくことができます。患者さんやご家族により近い距離で語り合うことができます。それが、私が鍼灸師としてできる患者・家族の支援のひとつだと考えています。

最終末期における音楽の意味

— 当事者と家族が共にあるために —

梅崎 聡子

齋藤 醫院

【はじめに】当院は、19床を有する有床診療所である。現院長は、在宅医療に重点を置いた診療体制をとっており、平成27年の在宅看取り数は約80人にのぼっている。在宅での看取りは、一旦はその覚悟を固めた家族であっても、目の前で死に向かいつつある身内を目の当たりにすると、様々に心が揺れるのも無理はない。今回、通所介護施設において音楽療法士として付き合いのあった一人の利用者の在宅看取りに関わり、特にその家族への影響に印象的な経験が得られたので報告する。

【対象者】A氏：90代の女性。通所介護施設を利用しながら、在宅で娘の介護を受けていたが、認知症の進行に伴いやむなく入所施設に身を置くことになった。しかし数ヶ月のうちに容態はより悪化し、在宅での看取りを家族が選択して自宅での生活に戻っていた。

【経過】「娘さんの（母親の死の）受容を促すためにも、在宅音楽療法が導入できないか」という訪問看護師の発案に主治医がすぐに呼応し、以前通所施設で付き合いのあった演者への依頼となった。A氏はベッドに臥床し、ときどき目を開けて周囲の人の顔へ視線を向け、何か伝えたいことがあるのかのように相手の顔をじっと見るのだが、言葉にすることはなく目を閉じる。演者が声をかけると、こちらに視線を向けアイコンタクトは取れる状態だった。しばらくの間静かにA氏と手をつなぎ、やがて彼女の深くゆっくりとした呼吸に合

わせて歌い始めると、A氏の手がこもり腫の表情に変化がみられ、音楽に合わせて口元が動き始めた。このときは、通所施設での音楽療法でA氏が好んで歌っていた楽曲の中から『五木の子守唄』を選んだ。同席した娘は、その様子を見て落涙し席を離れたが、まもなく戻ってきて「お母さんが、こんなに歌が好きって知らなかった」としみじみ述べた。それからは、A氏と娘と演者の三人で音楽とともに時間を過ごした。結果、1時間ほどのセッションとなった。翌週、もう一度セッションの機会をもったが、この時点では衰弱が進んでおり、すでにはっきりした反応は得られなかった。このセッションの間、娘は落ち着いて同席していた。その4日後にA氏は逝去した。

【考察】この二回のセッションが、娘が母の死を受容できるようにという訪問看護師の導入意図に応えるものだったかどうか明らかではないが、少なくとも、もはや言語的には交流不能になった母と娘の間に音楽が存在することで、二人が非言語的に「一緒に居る」空間を作ることができたと言える。音楽を介在させることによってそのような場を設えるのに関与した音楽療法士にとっても、他の臨床場面では得難い体験となった。最終末期の残り少ない時間を家族が臨死者と「つながっている」と感じるための媒体としての音楽の意味を、これからもさらに問い続けていく必要があると思われる。

看護師ががん患者の家族となった時に得たもの

高尾 香菜
福岡大学病院

【はじめに】看護師として多くのがん患者と関わってきた。今回祖母ががんを患いがん患者の家族となる経験をした。川上陽子¹⁾らの研究を基にがん患者の家族について考えた。

【事例紹介】祖母は70代女性 高血圧でかかりつけ医に1か月に1回受診。平成27年12月肝臓がんと診断。平成28年1月TACE治療を受けた。

告知を受けた時

ある夜祖母から電話「エコーをしたらA病院で詳しい検査をした方がいいと言われた」A病院へ紹介というのはがんである可能性が高い。A病院へ受診しがんと告知された。待ち時間や検査で疲れ告知された祖母の声は聞いたこともない弱く小さな声だった。がん告知されると死をイメージする。私も一緒だった。祖母と一緒にいたい。昼間は看護師の仕事に集中していても、同じようながん患者さんの支援になると涙ぐんでしまう。夜になると勝手に涙が出る、止まらなかった。元気で働き者であった祖母のがん告知は家族にとつとてとても落胆が大きかった。

治療を決定する時

手術か内科的な治療かすぐには決断できない。知り合いの医師に相談したりネットで調べたり身体は動いた。治療方針は祖母と家族でお正月に集まり決めた。祖母が築きあげた家族や歩んできた人生を大切にしたい。内科的なカテーテル治療を選択。治療を頑張ろうと目標を持てた。

治療を受けた時

治療後は発熱・倦怠感の副作用がきつく毎日祖母と電話した。弱々しい声だった。「きついね。もうすぐしたら熱が下がるから」と気の利いた

言葉もかけてあげることができなかった。10日ほどで退院。2週間ぐらい体調は戻らなかったが徐々に元気になった。3月に誕生日会を行い今は元気にテレビを見て笑っている。

【がん患者の家族を経験した学び、気づき】

がん・手術に苦悩し受容の努力をする段階

祖母、家族もがんという現実にも苦悩し泣いたりしながら受容する努力をした。受け入れる事の難しさ、対してがんを受け入れ早期に治療方針を決めないといけないというせめぎあいを感じた。意思決定支援は患者・家族の受容する努力を認めながら進めていくことが重要だと感じた。

役割を確認する段階

育ててもらい家族をまとめてきた祖母の役割の大きさを感じた。危機的状況は患者・家族間で日頃忘れがちなそれぞれの役割と向き合うきっかけになり得ることを学んだ。

家族として再結束する

弱った祖母と支えた家族は家族内で役割のバランスを保とうとしていた。そこには危機的状況に家族の役割を変容させ乗り越える人間の強さがあった。老いや病気の現実を家族は見守っていかなければいけない。患者・家族間の相互関係の中で役割を変化させていくプロセスを体感できたことは人間の力を信じる学びになった。

川上陽子、大町弥生：「がん告知を受けた高齢患者の家族内の相互関係プロセス」（『滋賀医科大学看護学ジャーナル2（1）23-24』）

「家に連れて帰って、もう一度、口から食べさせたい！」

～主治医が家族の思いを尊重し、自宅退院を支援した事例を通して～

大石 喜美子¹⁾、小野 尚文²⁾、江口 尚久²⁾、山元 透江³⁾、倉田 順子¹⁾

1) 江口病院 地域医療連携室、2) 江口病院 医局、3) 江口病院 看護部

【はじめに】当院はベット数 98 床（一般病棟 42 床、医療療養病棟 56 床）のケアミックス型の病院である。地域医療連携室の MSW は、入退院の調整を行いながら、退院後の在宅サービスとの連携調整も行っている。

退院支援を行う中で、主治医からの病状説明やそれを踏まえて今後の治療方針を決定することはとても重要である。そこには、可能な限り本人・家族の意向に沿った支援が必要であるが、本人・家族の思いや病状受容の度合い等により医療者側の葛藤が生じることがある。

今回、在宅退院の希望は強いが寝たきりで多くの医療的ケアが必要な患者を、退院支援した事例を振り返り、医療者側の姿勢の重要性について感じたことを報告したい。

【事例】70 歳代 女性 嚥下障害・脳梗塞 要介護 4、夫と患者の 2 人暮らし。主介護者は夫。

【経過】50 歳代で脳梗塞（左不全麻痺）を発症。その後、夫婦 2 人での生活を送り、夫は献身的に妻の介護を行っていた。その後、70 歳代で誤嚥性肺炎・心不全で A 病院に入院。入院後、病状の変動もあり ADL が低下、嚥下障害もあり経口摂取が難しい状況になった。そのため、自宅近くの当院へ在宅復帰のためのリハビリ目的に入院。当院入院後は早期より在宅復帰に向け、主治医、病棟スタッフ・リハスタッフ・MSW で支援を行い、在宅サービス（訪問看護・リハ等）を利用し自宅退院。

その後、状態は安定し在宅で 1 年間程過ごし

ていたが、再度、脳梗塞を発症し加療目的に当院へ入院。経口摂取は誤嚥のリスクが高く、主治医より胃瘻造設を勧めたが「口から食べさせたい。」と胃瘻は拒否。そのため、主治医は夫の意向を尊重し、点滴と少量の経口摂取での自宅退院とした。その半月後、経口摂取、点滴での栄養補充が困難となり、主治医の訪問診療時に再度面談を行い、夫は胃瘻造設を決断した。

【考察】本事例では、主治医が、患者に対する夫の思いを受け止めた上で、夫の意向を尊重した姿勢で対応したことがとても重要だったと思われる。夫は病状受容が不十分であり、「また口から食べられるようになるかも」と改善を期待する発言もあれば、「やはり胃瘻を造るべきか」と気持ちが揺れ動くこともあった。

その都度、主治医は外来・検査・入院患者を抱える多忙な中で、かなりの時間をかけて夫と面談し、繰り返し説明を行った。主治医が真摯に患者・家族に向き合う姿を目の当たりにし、関わるスタッフ皆が気持ちを一つにして退院支援に取り組むことができたように思う。

また、本事例では、医学的観点から誤嚥リスク予防のための胃瘻造設、患者・家族の意向を尊重した経口摂取、そのどちらを優先するかという葛藤から、院内の倫理委員会にて多職種で検討を行った。

今後、倫理的課題を抱える事例に対して、医療者としてどのような姿勢で取り組むべきか、改めて組織ぐるみで考える良い機会となった。

多職種連携草の根ネットワークの活動と国の施策の矛盾について

猪口 寛

医療法人鵬之風のくち医院

Tm ネットワーク（鳥栖・三養基地区在宅ネットワーク）は、平成 23 年 11 月鳥栖三養基地区の在宅に携わる、医師・訪問看護ステーション・薬剤師・訪問リハビリ・ケアマネジャー協議会を中心に発足し、介護保険課の支援を受けました。2-3 カ月に一回のペースで、多職種間の連携構築、自己研修のための事例検討会または講演会とその後のグループワークを中心に活動をしています。現在、佐賀県認知症家族会・卸し・在宅ネットさが・久留米大学地域連携室・がんサバイバーの会なども加わり参加者が増えてきています。会の理念は、患者のために・For the patient を合言葉に自己研鑽に努めています。事例検討会・ミニレクチャーを通じてより良い患者ケアができることを目指しています。また同時にその活動は自然に地域包括ケアシステムの一部として機能していると思いま

す。在宅医療の推進は医師の意識変革がなくては成立しません。最も勉強が必要な職種は医師です。多くの在宅に熱意のある医師を巻き込み、市民の啓発活動に結びつけていきたいと思っています。

ところが、H26 年より国が県に予算を下ろし地域在宅医療推進事業が開始されましたが、全国の在宅でも実績のある先生方は実行メンバーより外され、私たちも医師会に協調・協力を呼びかけましたが、無視もしくは拒否され、在宅の解っていないものに事業を任せられ、結局彼らは何をしたら良いか解らずに大きな無駄作りしました。大きな予算の無駄遣いです。今からでも遅くないので、実績のある草の根ネットワークと力を合わせ地域包括ケアシステムを作っていくことを厚労省及び医師会にお願いしたい。

台湾僻地における地域包括ケア、「積極的に打って出る」 在宅医療

余 尚儒

台東聖母病院

現在、台湾全民保険制度下の「在宅医療ケア統合事業」では、定期訪問と往診の区別がなく、すべての医療スタッフはいずれも「受け身」で患者の紹介を待ち、ロングタームケア部門と積極的に協力することはありません。医療と介護の連携はほぼ存在しないのです。台湾のロングタームケア体系の下で、既に「お弁当配食」又は「訪問介護」等の正式なサービスは存在しています。これらのスタッフは、日々地域で活動していますが、彼らのケアの対象は、その100%がADL低下、認知症又は交通が不便な場所に住んでいます。彼らの医療ニーズを満たすための支援がないのです。2015年7月、私たちは嘉義で「地域包括ケアプラットフォーム」を創設し、Kintoneを媒介として、医療と介護の連携を試みを開始しました。これは一種の「無形の」医療介護連携拠点であり、主なコミュニケーションはクラウド上で行い、異なる部門から各自がサービスを提供します。これまで、台湾には日本のような「在宅医療介護連携拠点」が存在していませんが、台湾にも既に成熟した介護連携が存在する場所があるのです。

行政の統計資料によると、台東県東河郷は、人口9,967人、そのうち山中間地域（小馬トンネル内）の人口は4,086人、高齢化率は17.3%です。ここはアミ族の部落であり、無医村で、週2回巡回医療（1回3時間）があるのみです。僻地における在宅ケアのニーズは高いものの、医療資

源が欠乏しており、在宅医療がよりいっそう求められています。私たちはみな、人と人がフェイス-toフェイスで直接コミュニケーションすることが最も有効な連携方法だと知っています。僻地のインターネットは常に不安定ですが、「人と人のネットワーク」は都市よりも安定しています。

2016年9月から、台東聖母病院の協力のもと、ここで「有形の」在宅医療連携拠点の構築を始めました。台東聖母病院は、泰源カトリック教会が既に行っているお弁当配食及び在宅介護を活用し、「部落保健室」の在宅医療活動を始め、100%の地域包括ケアを構築し、在宅医療を「受け身」から「積極的に打って出る」ものにしました。泰源カトリック教会には健康活力ステーションがあり、毎週3回高齢者が訪れ活動しています。また、ここには部落厨房があり、配食用のお弁当を作っています。泰源カトリック教会もまた介護職及び訪問看護師の休憩場所でもあります。私たちはカトリック教会内の宿舎に住んでおり、毎日スタッフと一緒に同じ釜の飯を食べ、地域内の高齢者に問題があると分かると、すぐに往診に出かけます（受け身の往診）。また往診のついでに近所の患者宅も「主体的」に訪問し、患者のニーズの理解に努めています。台湾の現在の在宅医療の「受け身」モデルを変革し、医介連携を推進し、農村で超高齢社会における医療と介護の新パラダイムを構築したいと考えています。

船橋市の在宅医療・介護連携の取組み

－船橋在宅医療ひまわりネットワークの実践を中心として－

藤田 敦子

船橋在宅医療ひまわりネットワーク、
NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア

千葉県船橋市では、地域包括ケアシステムの核となる、在宅医療の充実と医療・介護の連携を推進するため、平成24年度に設置した船橋市地域在宅医療推進連絡協議会における在宅医療・介護連携の推進に関する基本的な方針に基づき、平成25年5月、医療・介護関係団体及び行政で組織する任意団体である「船橋在宅医療ひまわりネットワーク」（以下「ひまわりネットワーク」）を設立した。現在、船橋市医師会、船橋歯科医師会及び船橋薬剤師会をはじめとした、23の医療・介護関係団体及び行政により構成されている。ひまわりネットワークでは、顔の見える連携づくり、人材育成、安心の確保、資源情報管理、地域リハ推進の5つの委員会を設置し、多職種連携を軸として取り組んでいる。これまでの3年間の活動の成果として、次の4つの取り組みが挙げられる。

①入退院時の連携に関する困りごとを解決するために必要な約束事として、在宅側（医療、介護、本人・家族）、病院側の基本的な行動を明示した「船橋市における在宅医療・介護連携の心得」の作成

②多職種や病院・在宅と連携をするための基礎知識を体系的に学べる研修の仕組みづくりとして、研修会や講演会に参加することで取得できる「ひ

まわりポイント」の導入

③本人の情報、緊急時の連絡先や対応方法について、事前に医療・介護関係者や家族と相談のうえ記入し、冷蔵庫の中に保管しておき、緊急入院する場合等の情報共有に活用できる「ひまわりシート」の作成

④市内の在宅医療を提供している病院、診療所、歯科診療所、保険薬局、訪問看護ステーションを調査し、その結果をまとめた「船橋市在宅医療・緩和ケア提供機関マップ」の作成

（全てひまわりネットワークのホームページ（<http://himawarinet.jp>）にて見本をダウンロード可能）

船橋市の取組みの特徴は、ひまわりネットワークが医療・介護関連団体だけでなく、行政の積極的関与により強い連携基盤が築かれていることにある。行政が在宅医療等に関する相談対応や支援を行う「船橋市在宅医療支援拠点」を設置するとともに、在宅療養患者の変化する情報について、医療・介護関係者がICTを活用して一元的に共有することができる「船橋市在宅医療・介護連携支援用患者情報共有システム」の導入を行っており、ひまわりネットワークと連携・協力し、『生きるため』の生を支える取組みを行っている。

歌って、踊って、たくさん食べる地域包括ケア

～泰源アラバワン部落の物語～

Nanaju nanafan Wakang、陳 良娟

台東聖母病院

かつて部落のある長老が、「部落で私たちが食べる食物、使う物、着る衣服の3分の1は自己の生命を維持するためにあり、3分の2は共同体のみなの命を維持するためにある」と私に言いました。これは私が子ども時代慣れ親しんでいた「家」の観念であり、お互いに対する信頼と愛を感じさせるのです。

健康活力ステーションの所在地は、南北に細長い泰源盆地を流れるマロンアロン南北溪合流点の東北側の山の中腹です。泰源盆地を俯瞰するアラバワン部落は、21集落が点在する尚徳、泰源、北源3村にまたがっています。

本ステーションの活動には、アラバワン部落3村の高齢者が参加していますが、泰源盆地は南北に細長いため、地域内の交通はとても不便であり、情報、文化及び物資の流通もまたその影響を受け、地域は過疎化し、若い世代は村外へ出て仕事をしているため、アラバワン部落の居住者の実情は、高齢化率17.3%、未成年がいる家庭の10%が母子又は父子家庭、25%が父母がおらず祖父母と同居の家庭であり、これらの人々は十分なケアが受けられず、高齢者の独居問題も深刻です。

従って、地域内の弱者をケアすると同時に、共同体が本来有する暖かさを取り戻すため、伝統的な「家」の観念を基本とした部落共同ケアを実現するため、2013年に部落と台東聖母病院が共同で「泰源部落厨房」を設立し、毎日120食のお弁当を部落内の独居高齢者、心身障害者及び健康活力ステーションの活動に参加している高齢者

に提供しています。月曜日から土曜日までのお弁当配食サービスは、弱者が基本的な生理的欲求を満たすことができず抑うつ状態になることを防ぎ、マイナス感情を抱きやすい弱者が、愛と帰属感、自尊感情をもてるようにするのです。

部落厨房は、地域のお弁当の調理室であるばかりでなく、地域の高齢者が健康的に活動する場所であり、健康活力ステーションの毎週3回行う活動により、高齢者たちの健康や、お互いを思いやるコミュニケーションを維持しています。

「民は食をもって天とする」と言いますが、部落の高齢者たちは、私たちが部落の人たちのために働いていることを知り、自分の田畑を無償で病院に貸与し、有機農法で野菜と米を植える機会を与えてくれました。私たちはこの田畑を「喜楽農場」と名付け、この喜楽農場で農薬を使用せず作物を栽培しています。そしてここで栽培された産物を使ってお弁当を作ります。部落の高齢者たちは、彼らの土地が大切にされていること、その土地で育った作物が健康な食物となって彼らの食卓に並べられるという「愛の循環」を実感することができるのです。

つまり、お弁当配食サービス、健康活力ステーション、訪問看護、そして部落の人々が最も必要としている訪問診療等の活動により、部落に以前存在した互助、共有、共同生産の精神—「家」の観念—が復活し、部落の共同ケアが実現するのです。

小規模多機能の泊まりで乳がん術後の管理を受けた認知症の一事例

田端 三千代¹⁾、高尾 静穂¹⁾、小野 幸代²⁾、吉武 由紀美^{2,3)}、齋藤 如由³⁾

1) 銀の庵・上旗 (小規模多機能型居宅介護)、2) 訪問看護ステーションつばさ、

3) 五雲堂 齋藤醫院、4) やまうちクリニック

【はじめに】小規模多機能型居宅介護のサービスを利用される認知症の方の中には、健康管理が十分できずに自宅で過ごされていることも多い。銀の庵・上旗の利用者で、乳房腫瘍からの出血を放置し、自宅で過ごされていた中等度の認知症の方がいた。そこで、施設スタッフは医療機関と連携して本人にとっての最善の治療を検討した。検討の結果、生活の質を維持して早期に日常生活に戻ることができるように、外来での腫瘍摘出を受けることとなった。手術直後は小規模多機能の泊まりで日常生活を支援し、往診・訪問看護との連携で術後8日目に大きな混乱もなく通常の生活に戻ることができた。その事例を報告したい。

【方法】小規模多機能施設の介護記録、訪問看護ステーションのカルテより振り返る。

【事例】A氏 89歳 女性 要介護2 右乳がん 認知症

【経過】介護職員が乳房からの持続性出血に気づき、病巣の発見となった。A氏は患部をみられたくないとの気持ちが強かったが、介護職員は本人へ診察を受ける必要性を説明した。本人はそれを理解し翌日診療所を受診した。検査の結果、右乳がんステージⅢ、右脇下リンパ節転移との診断であった。主治医は本人・家族へ病状説明をされたが、その内容を忘れることが度々あり、介護スタッフは何度も病状説明を行った。そして、本人だけでは治療の選択ができないため、家族は本人の意向を踏まえて「高齢である為、身体の負担が

少ないような対応でお願いしたい」と希望された。そこで主治医は、連携する診療所グループで検討し、持続性出血の管理目的で局所の腫瘍切除術を提案され、本人と家族はそれを選択された。受診後19日目の手術当日まで、本人は小規模多機能の通いを利用して、いつもと変わらない生活を送り、外来で手術を受けた。手術当日夕方、施設へ戻ることができ、8日間の泊まりのサービス期間中に、往診と訪問看護(医療保険適応)による医学的管理・ケアを受けて順調に体調回復し、術後8日目、自宅に帰ることができた。

【考察】高齢者の入院は急な環境の変化による精神面への影響や体力低下を来しやすい。さらに認知症の方は病状や入院加療の理解が十分ではないため、不安や苛立ちから、混乱や不穏状態に陥りやすく、その後の生活にも大きく影響を及ぼすと言われている。A氏の場合も、それらのことを考え、治療の場所を検討した。手術後のドレーンや点滴などの医療処置等で不安も大きくなる中で、体調が回復するまでは小規模多機能の泊りのサービスを活用し、その場で訪問診療や訪問看護による諸症状の管理をしたことで、せん妄等の混乱もなく精神的安定に繋がったと考える。認知症により病状の理解は十分なため、不安な気持ちに寄り添い、なじみの場所や介護職員で日常生活を支援し、通いの仲間と生活を楽しめたことにより、身体機能を維持することができ、自宅での生活に早期に戻れたのではないかと考える。

地域で「いのちのケア」に取り組む臨床宗教師

～カフェデモンクでの活動を通して～

田中 至道¹⁾、谷山 洋三²⁾、隠 一哉¹⁾、野々目 月泉¹⁾、沼口 諭¹⁾

1) 沼口医院、2) 東北大学大学院文学研究科

【はじめに】2014年4月より当院では、多職種連携による在宅医療チームの一スタッフとして「臨床宗教師」を導入した。医療や介護だけでは解決の難しいスピリチュアルペインに対応する為、臨床宗教師との多職種連携による「いのちのケア」に取り組んでいる。2015年11月には全国初となる臨床宗教師の常駐するホスピス型共同住宅「メディカルシェアハウス・アミターバ」を開設し、地域における「いのちのケア」の確立を目指している。東日本大震災を契機に誕生したカフェデモンクは、現在、全国各地でそれぞれの地域が持つ特有の地域性に合わせた形で展開されているが、同施設には、臨床宗教師が運営協力をしている喫茶「カフェデモンク」が併設されており、スピリチュアルケアやグリーフケアとしての場だけに留まらず、地域包括ケアシステムにおいても重要な機能を備えている。

【目的】アミターバを開設して1年を迎えるタイミングを見計らい、臨床宗教師が運営するカフェデモンクでの活動を振り返る。今後の日本のホスピスに求められる“キーワード”があると考え、カフェデモンクでの活動の意義と地域社会での役割を明らかにすることを目的とする。【方法】開設直後からカフェデモンクを利用した利用者の累計を調査し、利用者の傾向を分析した。その方法

として、利用者へのアンケート調査を実施した。なお、本研究は倫理的配慮を行っており、発表の際の個人情報への配慮をしている。

【結果】2015年11月11日～2016年9月30日までの期間に、合計1,874名の利用者があった。利用者の内訳を見てみると、同施設の入居者だけでなく地域住民や地元の宗教者、医療関係者、遺族、がんピアサポーター、マスメディア等と幅広く関心の高いことが伺えた。また、アンケート調査からは通常の喫茶店とは違い臨床宗教師が常駐していることにより、死生観についても相談できるといった回答もあった。

【考察】医療機関内で臨床宗教師が運営協力するカフェデモンクは、生と死に対する悩みや死生観を表出しやすく、医療従事者と連携をはかることによりケアの質が高まると思われた。また、地域においては「よろづ相談」としての機能を持ち合わせており、地域の資源を活かす為の「橋渡し」としての役割も担っている。カフェデモンクを通じた臨床宗教師の活動は、「いのち」を受け止める町づくりの新たなコミュニティになると思われた。よりケアの質を高めていくには、臨床宗教師と多職種との連携方法に手掛かりがあると思われるが、これに関しては今後の課題としたい。

地域連携に基づいた行政との合同企画、ホスピスボランティア『ガーベラの会』加古川支部の活動報告

柿本 久美子¹⁾、高田 大輔²⁾、十倉 久美子³⁾、
廣田 雅子⁴⁾、橋本 みさ子⁵⁾、水田 美穂⁶⁾

- 1) 兵庫県立加古川医療センター、2) 加古川市社会福祉協議会、3) 西村医院、
4) まごころケア研究センター高砂訪問看護ステーション、5) 高砂市民病院、
6) ホスピスボランティア『ガーベラの会』加古川支部

【はじめに】地域包括ケアシステムにおいて在宅ケアの場でもボランティアの活動が期待されている。加古川高砂緩和ケア連携研究会では加古川市社会福祉協議会と合同で加古川市ホスピスボランティア研修会（以下研修会）を開催し、平成28年3月から約20名がホスピスボランティア活動を開始している。会はホスピスボランティア『ガーベラの会』加古川支部（以下『ガーベラの会』）と命名し、毎月のフォローアップ研修で、活動状況や困っている点などの意見交換を行いながら、充実した活動へ繋げている。今回は『ガーベラの会』の活動を報告する。

【研修会の実際】

・ボランティア推進委員会：H26年12月～計6回

・研修会：H27年8～10月 計8回

・研修内容：1996年に西宮市の（財）国際交流協会が翻訳・発行した『スポークン・ホスピス・ボランティア・マニュアル』を基にして作成されたホスピス・ボランティア研修マニュアルを参考テキストとして配布し、8回の研修はそのテキストを参考に各講師がアレンジした内容で講義した。研修テーマは、①オリエンテーション②ホスピスへようこそ!! ③ホスピス緩和ケアの基礎知識 (1) ④ホスピス緩和ケアの基礎知識 (2) ⑤ホスピス緩和ケアで配慮すること⑥ホスピスボランティアを始める前に⑦悲しみにくれる人に寄り添う⑧ホスピスボランティアの役割。希望者は2時間の見学実習を実施。

・講師：加古川緩和ケア連携研究会（医師、緩和ケア認定看護師、訪問看護師、地域連携室の看

護師など）加古川市社会福祉協議会職員

・受講者：50名

・フォローアップ研修：H28年3月～1回/月
内容は意見交換、フィードバック、講演など。

【ボランティアの活動場所と活動の実際】

1. 有床診療所：イベントの準備、傾聴など。
2. 緩和ケア病棟：おしぼりやお茶配り、傾聴、イベントの準備、庭園の手入れなど。
3. 在宅：訪問看護師と同伴し、患者・家族の思いの傾聴など。
4. 有料診療所、緩和ケア病棟、在宅と横断的に活動しているボランティアもいる。

【フォローアップ研修での意見交換】

①活動を通しての関わりの中で、巻き込まれて辛くなった体験を語られ、巻き込まれない関わり方を説明した。

②音楽会で懐かしい楽曲を口ずさんでいる患者の思い出話を傾聴しており、その関わりを保証した。

③在宅では患者の前では話しにくいことを、看護師がケア中に別の場所で傾聴しており、家族ケアに繋がっていた。

④地域に戻って活動できるよう、いろいろと経験を積み学んでいきたいと前向きな意見があった。

【まとめ】第1回目の研修会で、ホスピスボランティアとしての活動と活動者へのフォローアップの体制が整った。第2回目の研修会では、1回目の研修生が先輩となり運営できるよう、また、ボランティアが地域の場に置いて活動できるよう企画側も協同してサポートしたい。

在宅看護学実習に向けての学習視聴覚教材の効果

坂本 綾香¹⁾、柴崎 優花²⁾、渕上 里咲¹⁾、大町 いづみ³⁾

1) 浜の町病院、2) 長崎大学病院、

3) 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻

【研究目的】我が国では、病院における在院日数の短縮化に伴い、早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活への復帰に向けた地域包括ケアシステムの構築が推進されており、在宅における看護の充実、環境整備が急がれている。医療ニーズを持った療養者が地域で暮らし続けるためには、訪問看護師の量と質の確保、在宅療養を理解した看護職が必要である。学生時の在宅看護学実習の経験が重要になってくるため、在宅看護への理解と充実のために前年度、本学独自の実習内容に沿ったDVD「在宅看護学実習に向けて」を、実習を終えた4年生が中心となり作成した。本研究の目的は、作成したDVDの効果を明らかにすることである。

【研究方法・倫理的配慮】

A 大学看護学専攻4年生69名を対象として、在宅看護学実習初日オリエンテーション時に前年度作成したDVDを視聴してもらった。次に、前年度の4年生の学生が「在宅看護学実習の事前学習に大変必要」と回答していた12項目と本年度研究者で独自に追加した項目を加えた匿名性が保持された調査票を用いて、実習終了日に調査を実施した。調査に際しては、研究者から直接口頭及び文書により調査の趣旨説明を行い、自由意思での参加、ボックスへの投函をもって調査への同

意とすることを説明した。研究者は一時退室し全員の教室退室後にボックスを回収した。69名中60名から回答を得、不完全回答を除いた58名(84.1%)を解析対象とした。視聴覚教材の効果の違いによる各変数の頻度の比較を χ^2 検定にて統計的に解析した。

【結果】「DVDの視聴は役立った」と回答した人は54名(93.1%)だった。在宅看護に実習前から興味を持っていた人と、DVDを視聴したことで「在宅看護への興味がわいた」が有意に関連した(< 0.001)。「過去の学生の訪問時の戸惑い、不安、要望などの情報」「一日の実習の流れ」「訪問看護の対象者の情報」「病院と在宅看護の連携」「慢性呼吸器疾患のある療養者の看護」「社会資源の活用」が「DVDはとても役立った」に有意に関連した。

【考察・まとめ】DVD視聴が在宅看護学実習の事前学習として役立ったとした結果は、実際に学生が経験した場面や事例に基づいて先輩が作成した内容であったため、具体的にこれから遭遇する場面を想起させることに繋がったからではないかと考える。効果的な在宅看護学実習導入において、独自に作成したDVDは効果的である可能性を示唆した。

大学生への看護基礎教育における在宅緩和ケア授業の学習効果に関する研究

早川 りか¹⁾、堀 智子¹⁾、森谷 和代²⁾

1) 藍野大学 医療保健学部 看護学科、2) テイク・ケア訪問看護ステーション

【はじめに】在宅で療養する人々を支援するシステムを構築する上で、将来の在宅ケアの担い手となる学生の教育は重要な課題である。B大学では在宅緩和ケアについての理解を深めることを目的とし、3年次の授業の中で訪問看護ステーションに勤務している看護師を招へいし、体験談や実践的な内容を中心とした特別講義を実施している。授業直後の学生の反応は良好であり、学生からは在宅緩和ケアの理解が深まったとの感想があったが、その学びが学生に深く定着しているかについては不明であった。このため、今回、本授業を受講した学生に対して、授業の約1年後にアンケート調査を実施し、特別講義での学びがその後の授業や実習の中で活用できたかについて調査した。

【調査の結果】アンケートは特別講義を履修した学生172名に対して実施し、143名の回答を得た。学生が特別講義の内容で心に残っていることとして、「患者の側にいることの大切さ」(32.2%)、「家族への支援」(25.9%)、「トータルペイン」(21.7%)、「訪問看護師の役割」(19.6%)、「疼痛緩和の方法」(18.9%)の項目をあげた学生が多くいた。しかし、実習でがん患者を受け持った49名の学生のうち、13名(26.5%)が、トータルペインの視点でアセスメントをすることが難し

かったと感じていた。この理由として、心理的支援が難しかった、実際にどうして良いかわからなかったという意見がみられた。また、講師が授業内で語った3つの体験事例について、どの事例が一番印象に残ったかという質問については、72名(50.3%)が講師の学生時代の体験事例をあげていた。この理由としては、「手を握る」など、学生の自分でもできることがあるという気付きを得たという回答が多くみられた。特別講義後に履修した実習で、がんターミナル期の患者にかかわった学生は7名(4.9%)であった。このうち6名は、アセスメントに難しさを感じながらもターミナル期の患者とかかわることができてよかったとの回答がみられた。

【結論および今後の課題】

本研究の結果、大学における緩和ケアの授業は、学生にとってがんターミナル期の患者の看護を学ぶ良い機会となっており、学生に強く印象に残っていることが明らかになった。しかし、実習でターミナル期の患者にかかわる機会が少ないことや、また実際の場面ではどうしたら良いかわからず、学びを十分には活用できていないという点については、今後も検討が必要である。

大学で「死生学（タナトロジー）」を担当して

～20歳の死生観を養うこと～

波多江 伸子

福岡がん患者団体ネットワーク がん・バツテン・元気隊、
西南学院大学人間科学部

福岡市の或る私大で、12年間「死生学（タナトロジー）」を担当してきた。受講生は例年100～200名。学生の専攻は社会福祉学科を中心に、神学部や経済学部など多岐にわたる。半年間で15回の講義である。死生学は学際的な研究分野で、いろんなアプローチの方法があるが、私は、
「生命倫理を基盤にした臨床死生学」として授業を展開している。内容は、看取りの歴史などの医療社会学・現在の日本人の死と看取りの現状・グリーフケア・死をテーマにした文学作品や映画の紹介・さらには病死のみならず、自殺（自死）、戦死、死刑、愛護動物（ペット）の死などを取り上げ、できるだけ広い視野で多種多様な死のあり方を学んで貰うようにしている。講座の目的は、「20歳の自分なりの死生観を持つ」ということである。本学では昨年まで、生物学の専門家による死生学も開講されており、学生はアポトーシスやネクローシスなど細胞レベルの死、ヒト以外の生物の老いと死についても学んでいた。が、担当講師の退職により、残念ながら生物学的アプローチの死生学講座は閉講となった。

さて、上記のような死生学講座だが、受講することで20歳の学生心の中にどのような変化が起こるのだろうか。

多くの学生の親はまだ壮年、祖父母は70代だが健在。死について考えるが機会がほとんどない

中で、週に一度、必ず死を考える時間を持つことは意味がある。「怖いもの見たさのような好奇心から」「死んだらどうなるかが知りたくて」「人生観が変わるよという先輩の勧めで」という理由で死生学を選択した学生が、最終回には「命は壊れもの。大事に取り扱わなくては」「生きているのは当たり前ではないと分かった」「確かにあるのは『今、ここ』だけですわ」「すい臓がんで余命3か月と告知されたじいちゃんの見舞いに行けそう」と書くほどに成長する。

講義で延命医療や事前意思表示文書を取り上げた日は、家で親と話し合ったという学生も多い。マスメディアやネットで話題になる子供の自殺や死刑存廃論に注目するようになるのは「死生学」目線が確立されるためかもしれない。

間もなく全国の小中高校で「がん教育」が開始されるが、がんのみならず、広い意味での死の教育の導入も必要である。「命を大切に」「自殺はいけない」と標語のような言葉を百回繰り返すより、子供の心に届くような日常的な死の学習やボランティア活動の方が自殺予防にはよほど効果があると思う。

教師として嬉しかった学生の言葉。「良い死というものがあるということを知りたかった。良い死とは最後の瞬間まで全力で生き抜く人生のこと」。

精神科医による在宅医療について

－医療法人すずらん会たろうクリニックでの取り組み－

内田 直樹¹⁾、園田 薫^{1,2)}、浦島 創¹⁾

1) たろうクリニック、2) 藍野病院

2016年7月の時点で、在宅療養支援診療所（以下、在支診）は全国に15640件存在する。このうち精神科を標榜しているのは全体の4%で630件と少ない。一定数の看取りや臨時往診などの基準を満たし積極的に在宅医療を行っている機能強化型と言われる在支診で精神科を標榜しているのは221件にすぎない。このように、在宅医療を提供する精神科医療機関は非常に限られているのが現状である。一方で、平成26年の厚生労働省による患者調査によると、訪問診療を受けている患者のうち65歳以上のものが93.5%(75歳以上が79%)となっており、在宅医療の対象の大半は高齢者である。このため、認知症患者の対応は在宅医療において重要なものとなっている。在宅医療においては介護者の役割が重要とな

るが、Behavior and Psychological Symptoms of Dementia（以下、BPSD）のため介護者が疲弊し在宅医療を継続することが困難となり入院や施設入所が必要となることも多い。

医療法人すずらん会は、平成21年5月に開業したはじめクリニックを前身として、平成22年12月に法人化した。現在福岡市を中心に約450名の患者に訪問診療を行っている。日本精神神経学会専門医および日本老年精神医学会専門医である演者は、日々の臨床の中で在宅医療に携わる精神科医の少なさと、在宅医療における精神科医の役割の大きさを痛感している。そこで今回、演者が実際に経験した症例を通して精神科医が行う在宅医療の実際について紹介し、在宅医療における精神科医の役割について考察したい。

終末期がん患者の退院支援中に死亡又は中止となった事例の背景と今後の課題 ～平成 27 年度の MSC 退院支援実績より～

行田 菜穂美、保科 かおり
聖マリアンナ医科大学病院

【目的】 メディカルサポートセンター（以下、MSC と略）に依頼される退院支援件数は平成 27 年度 2073 件である。その内、終末期がん患者の「支援中死亡」又は「支援中止」となる事例は 131 件であった。先行研究において、退院を困難にする要因は明らかにされているが、A 大学病院では明らかにされていない。本研究は、終末期がん患者の退院支援において、「支援中死亡」又は「支援中止」になった事例を検証し、退院を困難にする要因と今後の課題について明らかにする。

【方法】 平成 27 年度の実績より終末期がん患者の退院支援の転帰が「支援中死亡」又は「支援中止」となった 131 事例を対象とした。分析は診療録等より性別、年齢、主病名、病棟、診療科、入院から退院支援依頼までの期間、退院支援の期間、支援内容等について、共同研究者と分析を行った。

【倫理的配慮】 対象データは匿名化を図り、個人が特定をされないよう配慮を行った。

【結果】 退院支援総数は 2073 件であり、支援中死亡は 110 件、支援中止は 21 件であった。性別は男性 72 件、女性 59 件、年齢は 70 歳代 49 件、60 歳代 28 件、80 歳代 22 件等であった。主病名は肺がん 37 件、胃癌 12 件、乳がん 11 件等であっ

た。診療科の内訳は、腫瘍内科 41 件、呼吸器内科 32 件、乳腺外科 12 件等であった。入院から退院支援依頼までの期間は入院当日～423 日までであり、退院支援期間は 1 日～270 日であった。「本人又は家族が希望する退院後の療養場所」は、自宅 26 件、未定（決めきれない）16 件、医療療養病床 13 件、A 大学病院 5 名、ホスピス・緩和ケア 4 名、施設 2 件、不明（意向の確認をしていない）28 名等であった。「支援中止の転帰」は永眠 20 件、入院継続 1 件であった。

【考察及び課題】 終末期がん患者の予後の見通しは予測がついても、病態の安定や本人、家族が現状を理解しその先の療養場所を決めるにも時間を要するが多い。そのため病状の進行により希望する療養場所へ退院できない事例が多いことが明らかとなった。今後は、本人の最期の時間をどのように過ごせるのか、過ごしたいのかについて、本人、家族が対話できるように周囲の関わり方の工夫が必要であると思われた。また退院支援のあり方も退院支援の現状を診療科医師や病棟看護師と共有し、本人や家族の意向に添った療養場所へ退院を可能にする支援について検討が必要であると考えられる。

めぐみ在宅クリニック 10年の歩みと課題

小澤 竹俊、今井 洋史、福崎 幸治、鈴木 直志、町田 雄樹

めぐみ在宅クリニック

【はじめに】めぐみ在宅クリニックは、2006年10月1日に、どこに住んでいても、どんな病気であったとしても安心して人生の最後まで過ごせる社会を目指すことを理念に開設されました。当初は医師1名、看護師1名、医療事務1名の合計3名でしたが、この10年でスタッフは常勤医師6名、非常勤医師9名、合計15名の医師体制となり、看護師6名、訪問診療サポーター4名、地域連携室3名など、総計49名で、24時間365日の診療体制を整えることができました。10年間の診療実績として、のべ在宅看取りは1911名（自宅1708、介護施設203名）、病院での看取り471名を併せると、合計2382名の患者さんと関わることができました。

【特徴】めぐみ在宅クリニックの特徴の1番目は、訪問看護ステーションを併設していないことです。原則、地域で活動されている24時間対応の訪問看護ステーション83箇所と連携してきました。また、それぞれの地域で活動されている居宅介護事業所79箇所、地域ケアプラザ14箇所と連携しながら困難事例と関わってきました。地域で誠実に活動している事業所と連携していることが特徴の1番目です。特徴の2番目は、スピリチュアルケアを意識した関わりを行っています。具体的には、援助的コミュニケーションを学び、相手の信頼関係を構築した上で、苦しみのキャッチと

支えのキャッチを行います。言語化された支えにより、苦しみが残り続けながら穏やかさを取り戻す援助を、多職種で行う可能性が見えてきます。特徴の3番目は、困難事例が多いことと感じています。独居の看取りだけではなく、病状を否認しながら闘病を続けたい終末期がん患者さん、希死念慮を訴える患者さんに対して、平均1時間程の診療時間をかけながら診療を提供してきました。この背景には、3次救急医療に従事した後、ホスピス病棟で12年働いた経験を元にめぐみ在宅クリニックが開設された歴史があります。落ち着いている人ではなく、一番苦しんでいる人のために活動したいという思いから、有料老人ホームや特養の配置医の依頼を断り、通院が困難な患者さん・家族の支援に努めてきた経営理念があります。

【課題】創立して10年が経ち、時代が地域で看取りまでの関わりが求められていることを痛切に感じています。そのため、めぐみ在宅クリニックで行っている対人援助を、学びたい医師・看護師に学べる環境（短期・長期研修）を提供すること、看取りに対応を苦手と考えている介護施設に看取り支援を行うこと、さらには、一人で活動している開業医を支援していくことを課題とします。具体的にはエンドオブライフ・ケア協会の人材養成講座などを通じて、研修の機会を提供していくことも、これからの課題としています。

終末期若年がん患者の在宅療養支援

～「こんな体じゃ、家に帰れない」～

井上 実穂
四国がんセンター

【はじめに】がん患者にとって、治療が奏功せず、かつ腹水などの身体症状が生じると、体力が低下し、徐々に活動範囲が制限される。症状改善を期待した入院が長期化すると、患者は焦りや苛立ちを抱き、精神的に追い詰められてしまう。若年患者であれば、一層その思いが強くなる。本発表では、「家に帰りたい。でもこんな体じゃ帰れない」と涙を流して訴えた終末期若年がん患者の症例を通じて、在宅療養を拒む精神的要因、およびその支援について検討したい。

症例：A氏 30代女性。胃がん（Stage4）。両親と3人暮らし。

経過：X年10月 胃がん、腹膜転移、水腎症の診断。初回化学療法施行前に腹痛にて緊急入院。オピオイド導入し、疼痛コントロールを図りながら化学療法実施していたが、X+1年2月、腹水貯留し、食事摂取が困難となったため入院となる。両親は交代で毎日付き添い、A氏は「このお腹さえ何とかできれば」と、腹水穿刺を希望。一時的に軽快するが、不眠、疼痛、腹部膨満感が出現し、A氏の思うような回復はできなかった。A氏は「こんな体じゃ家に帰れない。どんなに頑張っても良くならない。先が見えない」と涙を流す。医療者はその思いを受け止めつつ、A氏のやりたい具体的な行動を尋ねると、これまで続けてきたWalkingをやりたいことが明らかとなった。そこ

で、病棟内歩行を提案したところ、次第にその距離は長くなり、彼女の日常が取り戻されることとなった。やがて、外出外泊に挑戦し、退院となった。当初、両親は本人の在宅療養への思いを理解しながらも、入院の安心感との間で揺れていたが、信頼する在宅医療機関との連携が整ったことで、在宅療養を決断した。その後、症状悪化し、抗がん剤治療の中止、緩和移行となっても、A氏は在宅療養を希望し、最期まで家族と自宅で過ごすこととなった。

【考察】A氏の目標であった「抗がん剤でがんをやっつける」から、真の目標であった「普通の生活をする」へと認識を新たにし、それを医療者と確認しあうことで、在宅療養への方向性が定まった。同時に、両親の安心のためには在宅医療機関との連携が不可欠であった。

がん診療連携拠点病院から在宅医療機関に移行することは、患者家族にとっては見放され感や最期の準備として捉えてしまうこともある。しかしながら、患者の生、生活を大切にする視点を引き出し、それを医療者と共有することが、特に若年患者の場合には、希望を支えていくことにつながる。患者が普段の生活で大切にしていることが、終末期には大きな意味を持ち、支えになると思われる。