

週刊 日本医事新報

No. 4758

2015/7/4

7月1週号

p19 特集

耐性菌を出さないための結核診療

- 結核菌検査のポイント(御手洗 聡)
- 結核治療の基本的知識(重藤えり子)
- 結核の治療薬変更が必要な場合とその注意点(吉山 崇)

p1 巻頭

- 外来診断学:肺病変と多関節痛を主訴に受診した64歳男性(生坂政臣ほか)
- プラタナス:めぐりめぐって(松村真司)

p8 NEWS

- 次期改定や総合診療専門医、消費税問題巡り質疑一日医代議員会
- OPINION:長尾和宏の町医者で行こう!!
- 人:増田昌人さん

p37 学術

- Dr.徳田の診断推論講座⑩ 発熱(徳田安春)
- J-CLEAR通信:交絡因子の調整という魔物(谷 明博)
- ヒト・パピローマウイルス・ワクチン関連神経免疫異常症候群の臨床的総括と病態の考察(横田俊平ほか)
- 一週一話:術前体液管理に、もはや点滴は不要である
- 差分解説: *Helicobacter pylori*感染と胃の悪性リンパ腫 他8件

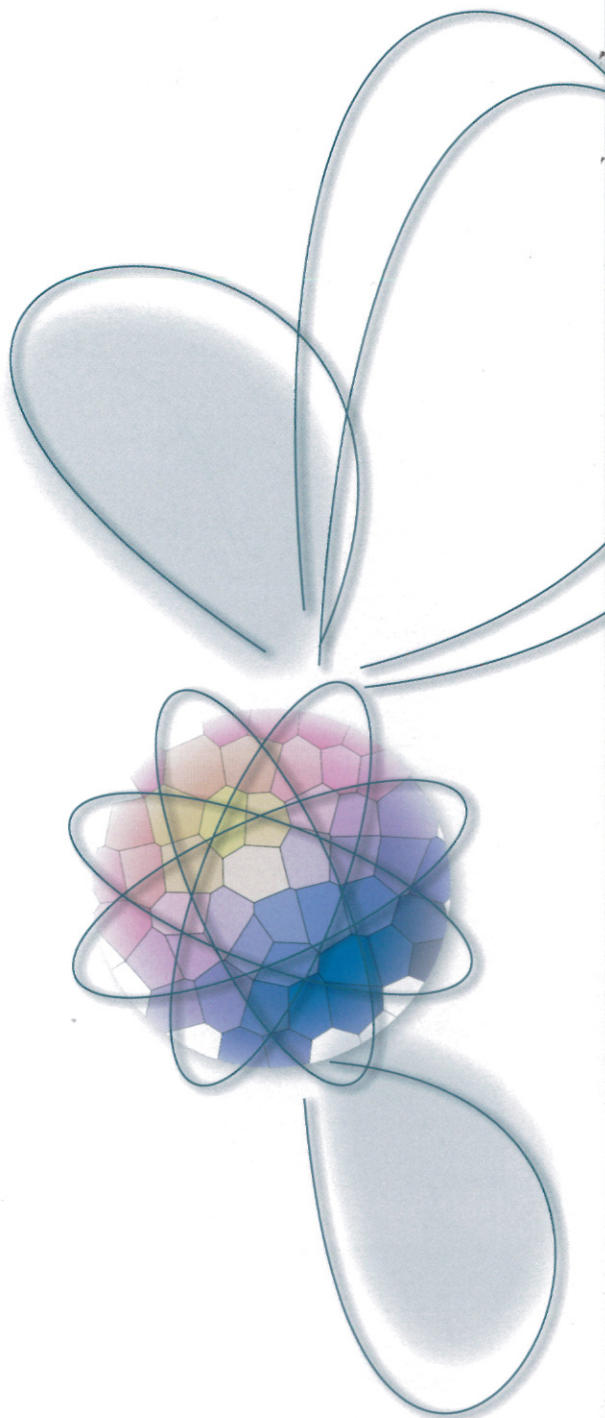
p62 質疑応答

- Pro⇔Pro:腎交感神経除神経術の課題と将来性 他4件
- 臨床一般:早朝高血圧患者への対応 他3件

p74 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ● ええ加減でいきまっせ!
- 私の一曲(祖父尼 淳) ● 新薬FRONTLINE ● Information
- クロスワードパズル ● 漫画「がんばれ!猫山先生」

p83 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



尾崎発



長尾和宏の

まちいしゃ
町医者で
行こう!!

第51回

「**エンドオブライフ・ケア協会を
 設立しました**」

2025年問題と地域での看取り

在宅医療には2つの側面がある。個々の患者さんの利益と国の財政事情だ。在宅医療の推進が謳われてはや10数年が経過している。しかしいつまでたっても「在宅医療元年」と言われていて遅々とした歩みに感じる。「がんと診断された時からの緩和ケア」と言われて20数年が経過しても、あまり変わっていない状況とどこか似ている。

ここ数年は最期まで住み慣れた地域で暮らす「地域包括ケア」が推進されている。多死社会のピークである2025年問題を乗り切るにはこの方策しかないという。近畿地区で「地域包括ケアとは何か?」というシンポジウムを開催したら、「地域包括ケアとは看取りである」という意見が多かった。しかし在宅や施設での看取りは思うように増えていない。こんな調子で本当に2025年問題は大丈夫なのだろうか。

在宅医療や地域包括ケアシステムの推進への阻害因子はいくつか指摘されている。ひとつは、夜間の対応だろう。医師であれ看護師であれ介護士であれ、夜間対応の現実は大変である。そこに患者さんが苦しんで悶えたら、在宅医でさえどうしていいか分からず救急車を要請してしまうということも少なくない。それは、受け入れる側の病院勤務医の疲弊を加速している側面もある。

もうひとつは、緩和ケアのスキルの底上げの遅れではないだろうか。がん対策基本法に基づいて緩和ケアの研修会が全国各地で開催されている。モルヒネの使い方の講習やロールプレイは好評である。しかし実際に在宅現場に出たとき、「もう殺してくれ!」と叫ぶ患者さんにどう対応すればいいのか? おそろおそろ在宅医療に取り組みははじめたものの、

患者さんの様々な訴えを受け止める自信がない、という声を全国各地で聞く。

2025年まで残された時間はあと10年。このわずか10年間に、地域で看取りができる人材をしっかりと養成しなければならない。このような想いで、めぐみ在宅クリニックの小澤竹俊先生と北里大学の小野沢滋先生と私たち有志が理事となり、今年5月に一般社団法人「エンドオブライフ・ケア協会」を設立し、看取りができる人材育成に取り組み始めた。厚労省で行ったプレスリリースには多くのメディアが集まり、関心の高さを感じた。

リビングウィルとエンドオブライフ・ケア援助者

痛みには4つあると教科書には書いてある。身体的、精神的、社会的、そして魂の痛み(スピリチュアルペイン)の4つである。身体的痛みは、オピオイドデバイスの発達で在宅でも十分対応可能となった。しかしそれだけでは痛みの問題は解決しない。臨床現場で診る痛みはこの4つの要素が混在しているので、4つの痛みを“トータルペイン”として捉えることが大切だという。しかし、「こうした総論はあっても各論がよく分からない」という声も多い。

そもそもトータルペインへの対応は、医療・看護の原点であろう。しかし医学教育や生涯研修の中で、これを具体的に学ぶ機会は少ない。しかも座学で学んだだけでは在宅現場では通用しない。ケースワーク、グループワーク、ロールプレイなど様々なやり方で研修を行わないと身につかない。それに魅力的な内容や効率的な教育プログラムなど工夫がないと、長い目でみると広がらない。

在宅で毎年何十人も看取っているという医師は、おそらくトータルペインへの対応が上手なのであろう。逆に何百人もの在宅患者さんを抱えながらも、看取りがゼロという医師はトータルペインへの対応が苦手、ないし逃げているのかもしれない。もしかしたら運動のように、もともと得意な人と不得意な人がいるのかもしれない。しかし、たとえばゴルフのようにしっかり基礎を学べば、ある程度のレベルまで達することができるのがエンドオブライフ・ケアではないか。協会ではいずれ、それぞれの地域で看取りの実績のある医師や看護師、介護職がリーダーになり、後述する「エンドオブライフ・ケア援助者」を育てることを目的としている。

一方、私は一般財団法人日本尊厳死協会の副理事長も拝命している。尊厳死協会は、リビングウィル(LW)を書いて穏やかな最期を望む、約12万人もの市民の会である。一方、そのLWを受け止める側の医師は決して多いとは言えない。全国に数百人の受容医師が登録されているが、2025年問題を考えたとき決して十分ではない。今回のエンドオブライフ・ケア協会は、こうした患者さんの願いをしっかりと受け止める“プロ”を養成するための協会である。世の中には、同様な趣旨の市民の会もプロの会も沢山あるが、互いに切磋琢磨していくことが大切であると考えます。

個人的には、患者の願いを保管する市民団体と、その願いを受け止めるプロを養成する団体の両方に関わることになり、ますます町医者としての時間が少なくなることを危惧しているが、2つの団体の活動が車の両輪となって世の中が変わり、少しでも地域包括ケアシステム構築に貢献できれば幸いである。

協会の今後の活動予定

エンドオブライフ・ケア協会は今後、一人でも多くの援助者を養成するため、全国各地で養成講座を開催する予定である。人生の最終段階に共通する自然経過、自宅・介護施設で求められる症状緩和についての基礎知識、さらに意思決定支援の基本を学ぶ。さらには、援助的コミュニケーションについてロールプレイを含めて学んだ上で、エンドオブライフ・ケアの中でも難しいとされる「スピリチュアルペイン」に対するケアについて、1対1の対応から

多職種連携で行う支援まで学ぶ。そして“援助を言葉にすること”を学ぶことで、解決が困難な苦しみを抱えた人に接しても自信を持って関わられることを目指している。

すなわち、①受講者が看取りの場面で起きる様々な症状を理解し、自らの専門性の中で関わるポイントが分かるようになること、②患者・利用者およびその家族のスピリチュアルな苦しみを聴き、支えを言葉にできるようになること、そしてこれらの結果、③現場で患者・利用者およびその家族と対峙したときに、相手から自分のことを「理解者」としてもらえるようになること一を目指す。講座は「スピリチュアルケア」を主軸とし、症状緩和や意思決定支援など、「エンドオブライフ・ケア」の理念や技術を独自の教育ツールを用いて学んでいただく。

受講対象者は、治療・療養の場を問わず、また職種や専門性に関わらず、「多様な専門職と連携しながら、患者・利用者およびその家族が直面する『人生の最終段階＝エンドオブライフ』でのケアに貢献したいと考えている現場経験1年以上の医療・介護従事者」としている。「身体的痛み」に限らず、「何で私がこのような目にあうの?」という理不尽な痛みで苦しんでいる人が目の前にいるときにどうしてよいか分からないと感じている方に受講してほしい。

「エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座」の第1回は2015年7月25日(土)～26日(日)に東京で、第2回は2015年9月12日(土)～13日(日)に同じく東京で、第3回は2015年10月17日(土)～18日(日)に大阪で開催する。そして来年からは逐次全国各地で開催する予定である。

エンドオブライフ・ケア協会は、2025年問題への想いを共有する現場の有志の集まりである。一人でも多くの賛同者、参加者があることを期待している。そして施設であれ在宅であれ、住み慣れた“地域”で最期まで暮らしたい、という多くの国民の願いに応えることに少しでも寄与できれば幸せである。詳しくはエンドオブライフ・ケア協会のHP(endoflifecare.or.jp)を参照してほしい。

なお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に「長尾和宏の死の授業」(ブックマン社)など