

共生（ともいき）のところで考える エンドオブライフケア

——臨床宗教師・医療福祉専門職者の連携によるより良いケアを目指して——

シンポジウム開催報告

| | | | |
|-----|---|---|---|
| 濱 | 吉 | 美 | 穂 |
| 釋 | | 純 | 寬 |
| 大河内 | 大 | 博 | |
| 杉 | 本 | 浩 | 章 |
| 河 | 本 | 敦 | 史 |
| 小 | 森 | 昌 | 彦 |

【抄録】

超高齢社会を背景に、2025年には年間死亡者数が160万人を超える多死時代を迎えようとしている。「最期の迎え方」や「良い死（Good death）」について国民一人一人が考えることが求められるとともに、専門職のIPW・IPE（多職種連携・教育）によるエンドオブライフケア（End of Life Care: EOL ケア）が必要と言われている。EOL ケアでは、スピリチュアルケアの専門家である宗教者のかかわりが重要という指摘も多く、宗教者を含めた多職種からなる EOL ケアチームによるケアの効果は世界的に報告されている。

よって佛教大学総合研究所共同研究の一環として、共生のところで考えるエンドオブライフケアというテーマでシンポジウムを開催した。台湾の緩和ケア病棟において臨床宗教師として活動している慈済大学の釋純寬氏と、日本で臨床宗教家として仏教の教えを基に EOL ケアに携わっている大河内大博氏の基調講演に加え、現在先駆的に EOL ケアに取り組んでいる社会福祉・医療（理学療法・作業療法・看護）領域のシンポジストによる実践報告とパネルディスカッションを行った。本シンポジウム開催によって質の高い EOL ケアの提供にあたって、宗教者を含めた IPW と大学教育における IPE について参加者と共に考える機会を得ることができた。

キーワード：End of Life Care, 多職種連携協働（IPW）, 多職種連携教育（IPE）

1. 基調講演の概要

1) 台湾における臨床宗教師の活動とエンドオブライフケア

釋純寛 慈済大学社会工作学系 助理教授

台湾の宗教的背景はから説明すると、2015年の調査において仏教を信仰する者が21%、その他キリスト教や道教等何らかの宗教を信仰する者も少なくない状況にある。

このような背景において、台湾では、1991年に淡水のキリスト教系病院がホスピス病棟を創立したことによって緩和医療が始まったという歴史がある。同時に在宅ホスピスケアも連携して開始されている。2009年にはホスピスへの入院と在宅ホスピスケアに国民保健が適用されるようになり、2012年には患者家族のカウンセリングにかかる費用もカバーされ、国を挙げて緩和医療ケアが推進されてきている。このように、台湾では緩和医療への関心が高まる中、臨床宗教師の養成や活動も積極的に行われている。まず、佛教蓮花基金が行っている佛教宗教師の資格取得養成訓練では、総計で142.5時間のトレーニングを受ける必要がある。教室での実習を終えた後に病院実習を2週間、その後病院での研修に3ヶ月を費やし、全て審査を受けた後に臨床佛教宗教師資格が取得できることになっている。実際の養成課程の内容としては、ホスピス緩和医療看護に関する講義19時間、心理・社会学に5時間、宗教的方法論（スピリチュアルケア）に28時間といった授業に62.5時間、その他にケーススタディ等含め病院実習に80時間を要する。必ず臨床訓練を受ける必要があり、宗教師は病院の緩和ケアチームと一緒に仕事をする、また宗教師はスピリチュアルケアの専門家として機能しなければならない、といったことが取り決められている。

台湾における臨床佛教宗教師の役割としては、「傾聴、寄り添う、患者と家族の信仰の仲介者」として、患者と家族の精神的ケアの実践、葬儀や儀礼に関する情報提供、家族のグリーフケア、緩和チーム自体へのサポートといった役割を担っている。1998年から2017年までの間に145人が臨床佛教宗教師の養成講義講習に参加し、そのうち実習参加者が99名、うち資格取得者が63名となっている。現在は34名の臨床宗教師が45の病院でホスピスケアに従事している。

この佛教蓮花基金会による佛教宗教師の養成課程は、集中訓練であり寺院や宗派に関係なくトレーニングを受けられることがメリットとして挙げられるが、訓練期間が長く、一般的な寺院の体制では参加が困難であること、資格を習得した後のフォローアップ体制が無いといったことがデメリットとして挙げられている。そこで、慈済基金会による慈済大学と慈済病院にて臨床佛教宗教師を養成するプロジェクトも実施されている。このプロジェクトによる養成課程では、寺院等での勤務を終えた後の時間での授業参加に加え、総計18日間の慈済病院における臨床実習を経てOSCEを受けて資格取得となる。これらの課程は連続して受講する必要はなく、各寺院での勤めに支障を来さない日時を選択して実習を行うことができる。これによって、寺院の修行や勤めと社会实践が両立できるメリットがある。

臨床宗教師による具体的な終末期ケアとしては、肉体的・精神的・社会的・霊的苦痛すべてにおいてのトータルペインを意識した関わりを行うことになる。特にスピリチュアルな問題としては、外見の変化等による尊厳の喪失や自我の放棄(無念・未練・心配・後悔)、死後の世界への不安といった死に対する恐怖や、子供がまだ幼いといったことへの心残り、死に対する認知の差異といったスピリチュアルな問題を抱えた人々に対する精神的支援を行っている。臨床の場面でよく使うケアの方法としては、ライフレビューやリラクゼーションの方法を一緒に考えることや、宗的儀式の実施、タッチングセラピーや共感といったことが多い。

現在は、様々な緩和ケア病棟・ホスピスにおいて臨床佛教宗教師が活躍の場を広げており、患者・家族へのケアだけではなくケアスタッフのメンタルヘルスへのサポートも重要な役割として認識されてきている。

2) 日本における臨床宗教運動とエンドオブライフケア

大河内大博 医療法人社団日翔会 チャプレン 浄土宗願生寺副住職

登壇者自身は、浄土宗の副住職でありつつ、17年ほど緩和医療ケア病棟の臨床の現場で活動している。現在は在宅チャプレンとしての新たなチャレンジも模索している。

現在日本には臨床宗教師、臨床仏教師、スピリチュアルケア師の3つの流れがある。近年では「臨床宗教師」という言葉がマスコミでとりあげられるようになってきているが、その原点が3.11によって日本全体が悲嘆の中にあるなかでの宗教者として、死者の弔いと残された人達の心に寄り添っていく「悲嘆ケア・グリーフケア」を担ってきたことにはじまる。「寄り添う」ケア提供者としての役割に求められる事が多くなり、臨床宗教師の活動が広まりつつある状況ではないかと考える。実際に、3.11後には僧侶、修験道、キリスト教の牧師、ムスリムがそれぞれ共に祈りをささげているシンボリックな実践も見られていた。また、実践的活動としては、金田忠義氏が僧侶として様々な人達の思いを聞く場として「カフェドモンク」という場を設けており、これらが現在の臨床宗教師の具体的な活動としても注目されている。

現在のところ「臨床宗教師」だけでなく、他にも様々な潮流があり登壇者自身もそれぞれに関わりを持って活動しているため、バランスよくそれぞれの活動を紹介する。

日本における臨床宗教活動・実践の始まりは2012年頃からであるが、遡ること1980年代に、その活動の礎としての取組みがなされていた。この時代に、草の根的に実践していた先人達が現在の流れを作り、今も教育者として関わっている状況である。1980年代に、ホスピス運動が日本に入ってきた中で、ビハーラという考え方が田宮仁氏によって提唱されるようになった。1990年代に新潟県の長岡京市に日本で初めての仏教の流れを根拠とした緩和ケア病棟が出来た。1993年には佛教大学で専攻科の佛教看護・ビハーラコースが開設され、13期で終了しているが60名程度の修了生が出ていと伺っている。このように臨床宗教師の養成は、元々は先駆的に佛教大学が取り組んでいた。田宮仁氏の考えるビハーラは、1つの宗派にはこだわらないという考え方

であったが、それぞれの宗派が重要な考え方との認識のもと、各宗派の中に取り込んでいくようになった。現在では浄土真宗本願寺派がビハラー運動を教団の中で教育・実践しているといった実績がある。また、同時期に京都青年仏教会が、寺院の存在は観光寺だけの役割では無いとの理念から、高雄病院を基盤として法話活動や書道教室などを開催する実践が進められていたものの、草の根的な活動に終わっており、思うように発展しなかったのが現実であった。

日本で最初にできたビハラー病棟は、浄土真宗の僧侶が中心となって活動しており、登壇者自身も17年前に1年間研修していた経験がある。この病棟ではベッドでも法話を聞くことができる環境になっていた。この病院では、御臨終された患者さんを囲んでのお別れ会を宗教師と共に行い、その後は病院の正面玄関からお見送りするというようなことがなされていた。

WHO がホスピス緩和ケアの定義のなかでは、スピリチュアルをしっかりとアセスメントする必要があるとしており、実際に現在の役割を担っているのが、看護師やその他の専門職者である。しかし今後医療現場におけるスピリチュアルケア実践に関しては、特に宗教者に大きく求められると考えている。少し古いデータではあるが、緩和ケア病棟における宗教者へのニーズに関する全国調査の結果、「必要」が19%、「必要に応じて」が79%ということで、宗教者が医療現場に求められていることが確認できた。

次に、臨床宗教師、臨床仏教師、スピリチュアルケア師それぞれの養成過程の違いについて示す。まず、臨床宗教師の養成は、東北大学の実践宗教学の寄付講座が開設された事によって2013年にプログラムが開始された。公共空間で実践可能な宗教的ケアを学ぶことを目的としている。求められればお祈りもするが、色々な死生観や宗教観のある人達と宗教観対話ができることが求められるものである。このプログラムの礎になっているのは、アメリカを中心に行われている臨床牧会教育（Clinical Pastoral Education : CPE）という約1年間を要するトレーニングの内容がベースとなっている。特徴としては、宗派や教派を超えたプロジェクトで、宗教的ケアを意識している。この臨床宗教師教育が急速に広がってきており、現在222名のプログラム修了生を出している。現在は資格化されていないが、今後日本臨床宗教師会が立ち上がって資格準備委員会が資格化を検討しており2018年2月位に資格化を目指している。

次に、臨床仏教師の養成は、震災前の2013年からプログラム内容が検討されていたが、結果的には震災後に教育課程が立ち上げられた。臨床仏教師と臨床宗教師の活動を同じくできない理由としては、養成プログラムの時間数や内容の相違が大きい。臨床仏教師の教育は座学が15時間、ワークショップ30時間、病院や児童施設等での実践研修が100時間を要し、かなり厳しいプログラム内容となっている。第一期は座学100名参加者中、修了生は6名という少なさであった。実施母体は、全国青少年教化協議会（全青協）が、CPEと独自のプログラムを取り入れたプログラムを開発して実践している。病院での活動だけでなく引きこもりや不登校、ホームレス支援といった社会のさまざまな苦悩に向き合い解決に取り組んでいくことを目指している。

最後に、スピリチュアルケア師認定制度について説明する。この制度は日本スピリチュアルケ

ア学会という学会が2012年に開始した認定制度である。認定プログラムの内容は、さらに厳しく、基礎領域としての思想・宗教・倫理・援助等の座学に72時間、専門領域のスピリチュアリティ論・ケア論に48時間、グループワークやスーパーヴィジョンに120時間、臨床実習に240時間、といったこと、加えて継続教育も続き、かなりの時間数の教育を受ける必要がある。スピリチュアルケア師の認定者数は、268名であるが、そのうち約2割だけが宗教師で、それ以外は他の専門職者となっている。現在8団体が学会に認定されて教育養成を担っている。

以上のように、様々な教育課程が立ち上がり実践されているが、実際的な宗教者の専門性は何かということ、死生観や人生の苦悩にどのような意味を見出すかといったことを共に考える事ではないかと考える。その答えは宗教者が持っているものではなく、宗教者と相手との対話の中で見出していくプロセスが重要であり、医療現場における宗教者の役割としては重要な点ではないかと考える。

このように、日本ではまだ臨床宗教師の養成がはじまったところであり、実際的に活動している宗教者は多くはない。台湾では既にかなりの臨床宗教師が実際の臨床現場に入っているため、今後日本における活動を進めていくうえで様々な示唆を得られると考えている。

2. エンドオブライフケア実践報告

1) 共生(ともいき)のところで考えるエンドオブライフケア 社会福祉士の立場から

杉本浩章 福山平成大学福祉健康学部 准教授 社会福祉士 佛教大学研究員

報告の前提として、社会福祉士とソーシャルワーカーの立場は必ずしも同じとは言えない状況があるため、まずはそれぞれの定義について整理する。社会福祉士は、法律上の定義としては相談援助を業とする者であり、福祉に関する助言・指導を行う。また福祉サービスを提供する者又は医師その他の保健医療サービスを提供する者その他関係者との連絡調整をすることが主軸の職種であり、法律上も多職種連携を「業務」として位置づけられた IPW のキーパーソン的専門職とも言える。ソーシャルワークの活動範囲はミクロからマクロレベルまで範囲が広いものであるが、社会福祉士としては、主にミクロレベル、対個人レベルでの支援が主となる。

一方で通常ケアと看取りケアとに分けて考えると、臨死期に近づけば医療レベルでのケアが主となり、そこに関わるのは医師や看護師、ケアマネジャーといった職種の関わりが主体となり、社会福祉士が必ずしもキーパーソンとは言えなくなる。ソーシャルワーカーとしての立ち位置で考えてみると、ソーシャルワーカーは社会全体や法律にも影響を与えるため EOL ケア実践に必要な職種であるとアメリカソーシャルワーカー協会は示唆している。わが国での例として、マクロレベルで看取りの課題を考えた時、経済力が自宅死亡割合と関連する看取りの格差が存在する可能性がある。所得の多い人は少ない人と比べ自宅で亡くなっている割合が高く、所得間格差が自宅死亡割合に関係していると考えられる。また、現在は東京都が17%と自宅死亡割合が一番

多い都市であるが、その背景には孤独死が多いという問題をはらんでおり、ソーシャルワーカーの立場からこのような地域社会で良いのかという問いかけをしていくことが求められる。

死亡場所の将来推計を見てみると、介護施設で看取られる人の実数は増加し、介護施設での EOL ケアを考えていく事は重要と考える。よってここで特別養護老人ホームの EOL ケアと IPW に関する調査結果を報告する。多職種に対するグループインタビューの結果から、それぞれの専門的役割を追求している状況や、連携と協働を意識したチームケアを意識していること、入所の時点から EOL ケアを意識して関わっていること、多職種情報共有方法の検討、生活相談員を中心とした情報共有方法の検討等に取り組んでいることも分かった。また、日々の業務の忙しさにより利用者とはじっくり向き合えない事に対してのジレンマや、介護職者は看取りケアへの不安を感じていること、本人、家族の意向へ柔軟に対応できるようにしたいといった思いもみられた。特養における IPW の困難点については、多数の介護職と少数の看護職といった職員配置により連携がとりにくいといった組織上の課題や、看取りの経験値が少ない介護職医療機関との関係性の影響に関しては、チームメンバーが固定的な場合は組織的なチームビルディングを行うことが可能である。その場での社会福祉士には、意思決定過程やチームづくりを通して、チーム全体の底上げを行うといったことが求められ、これらの活動を実践する上で社会福祉士の役割は大きいと考える。

特養における EOL ケアの IPE と IPW について、社会福祉専門職に対する意識調査からみると、対応マニュアルの必要性を認識しつつ、EOL ケアに対応できる環境が整いつつある現状や、80% の者が施設内の看取りに肯定的で、サービスの一環として EOL ケアが浸透しつつある現状が示唆されている。また、看取りに関しての意思統一状況の認識は2極化している現状や、80% の人が EOL ケア教育を強く望んでいることが分かった。特養における教育については、開発が進む「反照的習熟プログラム」による協働的内省により看取りの概念の変化を目指すような教育が必要であり、ここでも社会福祉士の役割は少なくないのではないかと考えている。また、自身が開発している終末期ケア IPW 研修プログラムでは、実際に EOL ケアに取り組むチームを対象に、ふりかえりを行いながら IPW プランを立案するものである。参加者からは、チーム力が高まったという意識や、これまで気が付かなかったチームの課題に気付いたといった評価が得られている。

最後に、高齢者施設における EOL ケアをソーシャルワークの視点でその役割を考えると、ミクロレベルでは、チームビルディングと看取りの質の評価を行うことが求められていると考える。チームとして、看取りの質やケアの質が評価できるチーム実践力の向上に際して、社会福祉士の定義に基づく必須の役割であると考え。また、メゾレベルでは、特養における看取りを実現させるための4条件の整備を行い、施設内での看取りにとどまらず地域包括ケアシステムのなかでの役割を担えるように環境整備すること、さらにマクロレベルでは看取りの場としての質担保のための制度づくりという点で、高齢者施設における質の高い EOL ケアの実現にむけた制度

政策に対する取組み、ソーシャルアクションを行うといった役割が求められるのではないかと考えている。

2) 作業療法におけるエンドオブライフケア

河本敦史 県立広島病院リハビリテーション科 作業療法士

作業療法士とは、日本作業療法士会の定義では、身体または精神に障害のあるもの、またはそれが予測されるものに対して、その主体的な活動の獲得をはかるため、諸機能の回復・維持及び開発を促す作業活動を用いて治療・指導・援助を行うこととなっている。作業療法とは、作業を通して、障害の軽減や作業の実現をはかるしごとである。作業とは、その人にとって意味のある生活行為である。作業はそれぞれ、食事やといれなどの日常生活活動、仕事や家事などの仕事、生産活動、手芸や旅行などの趣味活動の3つのカテゴリーに分けられている。

ここで作業療法として EOL ケアに関わった事例を紹介したい。

急性期病院に入院中の70代の1人暮らしの女性、肺がんで脳に転移している状況であった。本人にとって価値のある作業の聞き取りを行った結果、父が興した会社に45年勤務しており仕事が支えであったとのこと。敬虔なクリスチャンであり、友人のシスターを連れてドライブに行ったりもしていた。信仰が生きる支えになっていたため、インターネットで調べて神父さんを病室に呼んで讃美歌を歌う作業を行った。ご本人からは、「作業療法って、人を根本から支える仕事ですね」と言われ、讃美歌を歌う作業を続けた。その後、当初の余命宣告より長く生活を続けられていたが、脳転移により意識レベルが低下していき、余命5日程度と判断された。家族・看護師と共に相談し、神父さんと呼んだ結果、本人が一番会いたかった神父が来院され、大好きな讃美歌を合唱する機会を持てた。結果的に、その翌日に亡くなられたが、この事例を振り返ると、緩和ケア病棟だけでなく、急性期病棟の現場にも宗教者の存在が絶対的に必要であると感じた。

作業療法士が EOL ケアに関わる大きな役割としては、食事へのアプローチや趣味・興味関心に対するアプローチなど、本人にとって意味のある作業を行うことであると考えている。本人にとって意味のある作業の実践は本人の生きる意味を見出し、生きる力になると日々感じている。

3) 地域包括ケアシステムにおけるエンドオブライフケア 理学療法士の立場から

小森昌彦 兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷地域ケア課 理学療法士

理学療法士として、癌ではなく寝たきりになった方の在宅生活を支援するという視点から、「どういう暮らしをしたい(生きたい)のかを支える、ために聞く、察する、代弁する」ということを念頭におきながら人のエンドオブライフを支える実践を報告する。

地域包括ケアとは、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々なし得且つ支援サービスが日常生活の場で適切に提供できるような地域での体制と定義されている。在宅生活

の限界点をできる限り高めるしくみであるとも言われている。

地域包括ケア研究会による平成25年度の報告書では、本人と家族の選択と心構えとして、従来のように常に誰かが家にいて急変時には救急車で病院に搬送され病院で亡くなるといった最期ばかりではなく、むしろ毎日だれかが訪問して様子を見ているが、翌日には一人で亡くなっていたといった最期も珍しくはなくなる事や、家族に見守られながら亡くなるとは限らないことを住民が理解した上で在宅ケアを選択する必要があると示されている。結局のところ、自分が最期の時にどのように過ごしたいのか、ということを考えておくことが重要なのである。

しかし、制度政策を考えている人々と、地域住民の思惑は同じ進度で進んでいるかというところとも言えない。本来主役である地域住民に、自分がどんな最期を迎えたいか？と問いかけてすぐに答えられる人はそう多くなく、元気な高齢者に聞いてもほとんど明確な返答は無く、普段はそういうことは考えずに暮らしているのが現状である。また、実際に何等かの障害を持った高齢者においては、自分の今の不便な暮らしに対する不安や怒りの感情が大きく占められており、今の生活を必死に生きることが優先で将来どのように生きたいかということまで考える余裕がない。ということは、我々専門職者は、その人達がどのような暮らしをしたいのか、どう生きたいのかを考えられるように関わる必要がある。実際には、どんな暮らしをしたいのか、どのように暮らしていきたいか、それらを聞き取り、察し、代弁し、実現できる努力をすることが我々の役割であるとする。

ここからは、自身が関わった事例について紹介する。まずは、脊椎腫瘍で2年間寝たきりのまま在宅へ退院してきた女性である。やっと家に帰れたが、外出は週2回のデイサービスの時のみで生きる意欲がなくなっていき、夫には死にたいとばかり言っていた。理学療法士として考えたことは、この部屋から出ていただくための環境調整と介護指導を行うことであった。結果的にいつでも好きな時に夫1人の介助で外出できるようになり、花見も旅行も出来るようになった。その後、死にたいという言葉は聞かれなくなった。

また、長期間車いすで過ごしながらも、うつむいて入眠していると、思われていた女性に関わった時のことである。本人のうつむく姿勢を整える関わりをしたところ、寝ているわけではなく、倒れ込んだ姿勢を自分の力で立て直すことができず、苦痛で目を閉じて耐えていたことが判断できた。姿勢を整えると、常に開眼している状態になり、最後まで自分で食事をとることができるようになった。ほとんど寝たきりで自発言語もない方の事例、車いすでの座位姿勢も不安定な状態であったが、座位を取ると目が開いて追視も出来ることが分かった。もしかすると何等かの意思を伝えようとしているのではないかと察して関わり、姿勢を正した座位を取り続け、「これでいいですか？」と数か月問い続けると、はっきりと自分自身で意思を発言するようになった。全くの寝たきりで、意志表出も発言もない方の場合には、どのような暮らしをしたいのか、その答えを知るのは難しい。しかし、察することが必要であり、できるだけ安楽に、ということを考えながら関わっていくことが必要であるとする。

高齢になればなるほど、障害が重度であればあるほど、自分で決める機会を奪われる。誰かの都合で誰かが本人の意思を決めていることはないか？そしてその誰かが、専門職である場合はないか？ということのを常に考えておく必要がある。

観察、察する、試す、繰り返す、これらのことを得意とする専門職はどの専門職なのであろう。実は「誰か」ということは、決まっておらず、どの専門職者でもできることである。専門職者は、ともすると自分でできることでも自分の専門でないことは積極的にしない、関係ないと思ってしまうがちになるのではないか。地域包括ケアを推進するためには、多職種者が同じ知識や技術を共有することも連携の1つではないかと考える。

これまでの多職種連携は、お互いの専門性を持って、全員で束になって関わっていくといったチームアプローチの方法であったが、これからは、共通する知識や技術をお互いにシェアして本人にかかわる者として共通の土台の上に、自分しかできない専門性が少しだけ見えてくる、といった連携の在り方も重要な視点と言えるのではないかと、ということを提案したい。

4) 共生(ともいき)のところで考えるエンドオブライフケア 看護師の立場から

濱吉美穂 佛教大学保健医療技術学部看護学科 准教授 看護師

EOL ケアとは、「診断名や健康状態、年齢に関わらず、差し迫った死、あるいはいつかは来る死について考える人が、生が終わる時まで最善の生を生きる事ができるよう支援すること」という長江弘子氏による定義が近年では使われるようになっている。老いや病を抱えつつも地域で生活が続ける人の暮らしに焦点を当て、その人らしさや生き方を探求することが求められる。自身がこれまで関わった中でも特に印象に残っている EOL ケアの実践ケースを紹介し、より良い EOL ケアに必要な要素について提案する。

35 年間半身麻痺の夫を 1 人で介護していた 80 歳の妻 A 氏であるが、要介護 5 の夫が誤嚥性肺炎を繰り返すようになり、胃ろう造設を勧められることとなった。結果的に、肺炎は落ち着いたが、夫の体重は増加して妻の腰痛が悪化、夫も不機嫌な日が続くようになり、胃ろう造設後呼吸不全で死去された。在宅ケアチームの不安は、介護に全力で取り組んでいた妻の今後の生活であることを共通認識していたため、夫の死後も妻へのインフォーマルな関わりをチーム間で続け、少しずつ妻の日常が戻ってくるのを見届けた。在宅での EOL ケア実践には、多職種による様々な視点が必要不可欠であると共に、要介護者・介護者共に切れ目のないシームレスな支援が必要となること、そのためには地域・在宅での看取りのために地域とのつながりを持つことが必要であると感じるケースであった。

人にとって望ましい死、Good Death とはどういうものであるのか、ということ調査した研究がある。死が避けられないとしたら、どのように生きたいかという問いに対し、医師と患者の 80% が重要と答えた回答としては、①疼痛がない②病状について理解している③心構えをしておく、といった項目が挙げられていたが、医師の関心は無く、患者の 80% 以上が重要と回答し

たこととして、①人生が完成したと思えること②意識が明確であること③負担にならないこと④他人の役に立つこと、という回答が見られている。この患者と医療者の「望ましい死」に対する認識の相違は、医療専門職者として理解しておくべきことであると考ええる。

地域、在宅で暮らす人々の EOL ケアを支えるためには、長い人生の軌跡を線で描きつつ関与することが求められる。そのために、タイミングを逃すことなく、その人がエンドオブライフの時期に差し掛かっているという認識を持ち、本人・家族・専門職者が一体となってよりよいエンドオブライフに向けての準備をしていく必要がある。そのためにも、アドバンス・ケア・プランニングの実践が重要である。アドバンス・ケア・プランニングが何故必要であるかという点、患者の自己コントロール感や自律が高まることや、患者の意向が尊重されたケア実践の効果だけでなく、遺族の不安や抑うつが減少するといった報告もあることから、様々な良い効果が指摘されてきている。アドバンス・ケア・プランニングは、事前に医療やケアについて話し合っておくプロセスのことであるが、何もさほど特別な事でもない。本人・家族と今後の生き方、希望する治療やケアについて、本人に関わる医療職者やケア関係者と話し合いを続けることがその本質である。医療チーム間で本人・家族の希望を共に考える姿勢そのものがアドバンス・ケア・プランニングであり、EOL ケア実践に関しては今後ますます重要なアプローチとなると考える。

良いチームケアによる EOL ケアを実践するためには、顔と顔を合わせて話し合いを怠らない事が何よりも大切であると考えている。

3. おわりに

2025 年には 75 歳以上の後期高齢者が増大する「多死時代」の到来が迫っている。このような社会背景において、我が国の Quality of Death「死の質」は、2015 年の調査で先進諸外国の中で 14 位と決してまだ高いレベルとは言えず、より良い EOL ケア実践に向けての課題は少なくない。今回企画したシンポジウムでは「臨床宗教師・医療福祉専門職者の連携」、特にその人にとって望ましい死を迎えるために、スピリチュアルケアを宗教者も含めた多職種で考え・支えるための方策を進めていくための様々なヒントを得ることができたと考えている。

本シンポジウムで得られた示唆をもとに、多職種で考える EOL ケアを考えられる IPE の在り方について検討を進めていきたいと考える。

(はまよし みほ 共同研究研究員／佛教大学保健医療技術学部准教授)

(しゃく じゅんかん 慈済大学社会工学系助教授)

(おおこうち だいはく 浄土宗願生寺副住職)

(すぎもと ひろあき 福山平成大学福祉健康学部准教授／佛教大学研究員)

(こうもと あつし 県立広島病院リハビリテーション科)

(こもり まさひこ 兵庫県但馬県民局但馬長寿の郷地域ケア課)