

「苦手意識」から「関わる自信」へ 人生の最終段階（エンドオブライフ）をケアできる人材育成プログラム

人生の最終段階にある人やその家族と関わる事を苦手と感じる人は少なくありません。日に日に食事が少なくなり、やがて寝ついていく人と、どのように関わってよいかわからない援助者が、自信を持って支援にあたるようになることを目的として、この講座は企画されました。

解決が困難な苦しみを抱えた人に接しても、“援助を言葉にする”ことで、医療・介護の仕事を問わず、一人ひとりが自信を持って人生の最終段階にある人と関われるようになることを目指します。

- **日程**：2016年01月30日（土）31日（日）
- **時間**：9:00-17:00（両日）
- **会場**：東北大学医学部臨床中講堂
（仙台市青葉区星稜町2-1）
- **対象**：医療介護に関わる全職種
（医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護職、相談員、リハビリ職、ほか）
- **定員**：100名
- **費用**：32,400円（税込）
- **主催**：一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会
- **共催**：東北がんプロフェッショナル養成推進プラン

お申込

Web、郵送、FAXで承ります。
<https://endoflifecare.or.jp/program/20160116/>

※裏面がお申込書になっています。



講座概要

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や、意思決定支援の基礎知識を学びます。さらに、援助的コミュニケーションについて、ロールプレイを交えて学んだ上で、**エンドオブライフ・ケアの中でも特に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での対応方法から多職種連携で行う支援方法まで学びます。**

受講前提

- ・医療・介護の現場経験1年以上
 - ・（医療・介護職として患者・利用者の）人生の最終段階に現在関わっている
 - ・学んだことを活かし、各事業所で伝えていく意思がある
- ※事例検討やロールプレイを行うため、上記を満たしていることを前提といたします。
※2日間の集合研修終了から1年以内に、現場での実践を踏まえて課題を提出していただきます。
合格した方は、「**エンドオブライフ・ケア援助士**」として認定いたします。

講師

小澤 竹俊 当協会理事、めぐみ在宅クリニック院長

1963年東京生まれ。世の中で一番、苦しんでいる人のために働きたいと願い、医師を志し、1987年東京慈恵会医科大学医学部医学科卒業。1991年山形大学大学院医学研究科医学専攻博士課程修了。救命救急センター、農村医療に従事した後、1994年より横浜甞生病院 内科・ホスピス勤務、1996年にはホスピス病棟長となる。2006年めぐみ在宅クリニックを開院、院長として現在に至る。「自分がホスピスで学んだことを伝えたい」との思いから、2000年より学校を中心に「いのちの授業」を展開。2013年より、人生の最終段階に対応できる人材育成プロジェクトを開始し、多死時代にむけた人材育成に取り組んでいる。2015年4月、当協会設立。



学習要素

1. 課題背景（2025年問題に備えて）
2. 人生の最終段階に共通する自然経過
3. 苦しむ人への援助と5つの課題
4. 意思決定支援
5. 自宅・介護施設で求められる症状緩和
6. 多職種連携で「援助」を言葉にする（マクロ）
7. 1対1で対応する（ミクロ）



- ・30年余の看護業務の中で、苦手意識を持っていた人生の最終段階におけるかかわりについて、具体的に教えていただきました。
- ・介護職として寄り添えることがたくさんあり、言語化、反復、沈黙は介護職でもできるということを学ばせていただきました。
- ・人生の最終段階を迎えた人に、声をかける内容は、これまで数少なかった。相手を知ることで、声掛けの幅を広げることができることを今回学んだ。
- ・多職種の方々とたくさんの学びを共にさせていただき、援助を仕事にすることへの怖さが解消された。

一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会

Phone: (03) 6435 6404（土日祝日を除き10:00~17:00）

Email: info@endoflifecare.or.jp Home Page: <http://endoflifecare.or.jp/>

Facebook: <https://www.facebook.com/endoflifecare.or.jp>

入会・講座受講申込書

下記の各項目にご記入をお願いいたします。お申込みの受領は、利用規約(※)をお読みいただいたことを前提といたします。お申込書を受領後、当協会から代金お振込のご案内をお送りいたします。(※利用規約: <https://endoflifecare.or.jp/tos/>)

■会員/受講者情報

申込日: 年 月 日

氏名(漢字)	
氏名(カナ)	
メールアドレス	※各種ご案内は e-mail となりますため、必ずご記載をお願いいたします。 ※携帯メールをご記載の場合、当協会のメールアドレス(ドメイン指定の場合: endoflifecare.or.jp)を受信いただけるよう、あらかじめご設定をお願いいたします。
電話番号	
住所	〒
職種 ※1 つご選択ください	<input type="checkbox"/> 医師 [専門科] <input type="checkbox"/> ソーシャルワーカー <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 心理職 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護職 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> リハビリテーション職 <input type="checkbox"/> その他 []
所属(組織・事業所)	
実務経験数	年
備考	

以下は講座受講希望の方のみご記入ください

■講座日程

受講を希望される日程と会場をご記載ください。現在受付中の日程についてはホームページでご確認ください。

日程	2016 年 01 月 30 日(土)31 日(日)
会場	東北大学医学部臨床中講堂

■受講前提の確認

下記 3 点をご確認のうえ、チェックをつけてください。事例検討やロールプレイを行うため、3 点すべて満たしていることを前提といたします。また、2 日間の集合研修終了から 1 年以内に、現場での実践を踏まえて課題を提出していただきます。

<input type="checkbox"/> 医療・介護の現場経験 1 年以上
<input type="checkbox"/> (医療・介護職として患者・利用者の)人生の最終段階に現在関わっている
<input type="checkbox"/> 学んだことを活かし、各事業所で伝えていく意思がある

■アンケート

下記 3 点についてご記載ください。(この結果が受講可否を決めるものではありません)

ご自身が過去 1 年間で「人生の最終段階」に関与した件数: ____ 件
1 日目夜に懇親会(参加費は現地にて実費精算)を予定しています(1 人 5,000 円 前後)。参加を希望されますか。 (該当する方に○): はい・いいえ
この養成講座のことは、どのようにしてお知りになりましたか。もっとも近いものを 1 つお選びください(該当する番号に○): 1. 新聞・雑誌・テレビ 2. FACEBOOK などの SNS 3. キーワード検索 4. 協会関係者からの紹介 5. 口コミ 6. その他 名称等具体的に教えてください: _____

■ご連絡先

一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会 事務局 〒105-0001 東京都港区虎ノ門三丁目 17 番 1 号 TOKYU REIT 虎ノ門ビル 6 階
e-mail: info@endoflifecare.or.jp Phone: (03) 6435 6404 / FAX: (03) 6735 4579