

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団
2015年度（後期） 一般公募「在宅医療研究への助成」完了報告書

テーマ：

にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座

研究者：

斎藤内科クリニック 院長 斎藤 忠雄
平成29（2017）年3月31日報告
新潟県新潟市中央区高志2丁目20番3号

共同研究者

松田内科呼吸器科クリニック 院長	松田 正史
今泉医院 院長	今泉 信作
萌気園診療所 理事長	黒岩 卓夫

【目次】

はじめに.....	1
1. 在宅ホスピスボランティア講座準備会から.....	7
一般ボランティアとの違い.....	7
有償ボランティアはありうるか.....	7
施設ホスピスボランティアの紹介.....	7
クリニック川越院長・川越厚先生からの質問.....	9
在宅ホスピス普及・啓発講演会開催について.....	10
在宅ホスピスケアボランティア講座・育成セミナーカリキュラムの検討.....	10
2. 「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」開講にむけて.....	11
住み慣れた地域でいつまでも（ふじ内科クリニック・内藤いづみ先生）.....	11
いのちを支えるとは.....	11
ボランティアの可能性について.....	13
ボランティアの一例.....	14
ホスピスの母 シシリー・ソンドース女史.....	15
3. 第1回「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」普及・啓発セミナー...16	
在宅ホスピスとは～一人暮らし、明日はわが身（クリニック川越・川越厚先生）.....	16
ホスピスとは.....	16
ホスピスケアとは.....	17
施設ホスピスと在宅ホスピス.....	17
緩和ケアの考え方.....	18
いのちが脅かされるとは.....	18
延命ができなくなったとき、どうするか.....	18

エンド・オブ・ライフ・ケアとは.....	18
一人暮らし明日のわが身.....	18
在宅で“生きる”を支える訪問看護（訪問看護バリアン看護部長・川越博美先生）	19
レット・イト・ビーとレット・イト・ゴー.....	20
尊厳を守る.....	21
4. 第2回「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」普及・啓発セミナー...22	
納棺師から見た“ヒトの生きる”（新潟公益社社長・本間義康氏）	22
グローバル経済が生み出す暴力.....	23
「最期の迎え方」から見たホスピスケアへの期待（新潟日報社・石原亜矢子氏）	24
連載～「がんと向き合う」シリーズに込められて想いから～がんと向き合うシリーズとは.....	24
5. 第3回「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」普及・啓発セミナー...28	
看取りを通して“生きる”を考える（飛騨千光寺住職・大下大圓師）	28
なぜ、緩和ケア、ホスピスケアにスピリチュアルケアが必要なのか.....	29
終末期ケアという言葉の変遷.....	30
施設ホスピス医から見た“在宅ホスピス”とは（新潟医療センター・桜井金三先生）	31
ホスピスケアや緩和ケアという言葉から.....	31
緩和ケアの位置.....	32
6. 第1回育成セミナー.....35	
在宅ホスピスケア（概論）死に近づく過程、患者の心理と死の教育（川越厚先生）	35
7. 第2回育成セミナー.....36	
ご本人と家族とのコミュニケーション.....	36
精神的支援（傾聴の仕方）（新潟大学大学院保健学研究科・坂井さゆり先生）	36
8. 第3回育成セミナー.....37	
がん治療から緩和ケアの基礎知識.....	37

症状と薬の理解（在宅ケアクリニック・塚田裕子先生）	37
9. 第4回育成セミナー.....	38
グリーンケア ご遺族から（松田内科呼吸器科クリニック・松田正史先生）	38
19才の時、母を乳がんで亡くしたご遺族から、当時の病院内報：ある少女の手記.....	39
〇〇子と家族の別れの思い出.....	42
10. 第5回育成セミナー.....	44
在宅ホスピスケアボランティアとは.....	44
パリアンボランティアコーディネーター・川越博美先生.....	44
私はなぜ在宅ホスピスボランティアをこころざしたのか？	45
11. 「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」を終えて.....	48
住み慣れた家で最期を生きる～種まく人（ふじ内科クリニック・内藤いづみ先生）	48
おわりに.....	51

はじめに

【背景】 ホスピスとは、本来“死を看取る場合のケアの哲学あるいは概念”を指すが、狭義には、“ホスピスケアが行われる場所”を意味し、施設ホスピス、緩和ケア病棟、そして在宅ホスピスがある。日本のこれまでのホスピスは、概ね施設中心に発展したことから、在宅に対する認識が薄く、在宅ケアの方法や地域での具体的ネットワークによるサポートシステムが確立されていない。また、多くのがん末期患者を抱える専門病院や中核病院の医師、看護師ですら在宅ホスピスへの認識は薄く信頼性も低い。それゆえ、患者自身およびその家族にとっても、がん末期患者が住み慣れた地域で過ごせることを期待することは難しいと考えられ、また、病院主治医から在宅ケアの可能性を示されることも少ない。それゆえ、終末期がん患者の多くは人生の最終章を住み慣れた場所で生きることができない。

【目的】 患者本人は住み慣れた自宅での療養を希望するが、家族への介護負担、さらには想像もできない「がん」によるさまざまな痛みへの恐怖から、「在宅」を断念せざるを得ないのが実情であるが、人生の最終章を穏やかに生きること、それを生活の場で実現することを目的とし、その具体的サポートシステムの一つとして「在宅ホスピスケアボランティア」を育成する。

【方法】 在宅ホスピスケアは、在宅ケアと同時にホスピスケアが必要であり、医師や看護師、そして福祉職など専門知識を有する職種と生活支援のためのケアの専門家やボランティアもチームとなって取り組む、いわゆる「チームアプローチ」が必要となる。特に、在宅ホスピスケアボランティアは、一般的なボランティアや傾聴ボランティアとは異なり、行事の手伝い、散歩の付き添い、お茶配り、話し相手、買い物、調理、食事の提供など、資格がなくてもできることに加え、専門職が患者ケアに集中できるようにホスピス全体を支えることも要求されることから、医療知識や接遇などの専門的なトレーニングを受ける必要がある。

- ① にいがた在宅ケアねっと(名誉会長・今泉信作先生)を中心とする準備会の開催
- ② 在宅ホスピスケアボランティア講座テキストの検討・作成(川越厚先生・在宅ホスピス協会参照)
- ③ 在宅ホスピスケアボランティア育成講座の開催(5回コース)
- ④ 内藤いづみ先生による在宅での看取りについての理解
- ⑤ 全3回の普及・啓発講演会の開催(川越厚先生、川越博美先生、大下大圓先生ら)

【期待される効果・波及効果】 在宅ホスピスケアボランティア講座の開講および普及・啓発講演により、患者自身やその家族が、がん専門病院や中核病院等の緩和ケア病棟、施設ホスピスそして在宅ホスピスをその容態の変化に応じて自由に療養の場を選択できるシステム、終の棲家はこれら三者から選択できる可能性を広げる。この結果、エンド・オブ・ライフ・ケアとしてがんのみならず認知症の終末期にも対応できると考える。同時に、地域全体の緩和ケア・在宅ホスピスの普及・発展に貢献できることを期待して事業を展開した。

にいがた在宅ケアねっと準備会

○「にいがた在宅ケアねっと」とは

平成22年9月、在宅医療・介護および福祉における多職種の顔の見える関係構築および研修を目的に、今泉信作先生を会長に新潟市中央区・斎藤内科クリニックを中心に有志によるネットワークが設立され、2ヶ月に一回の頻度で、毎回、概ね60名が集まり開催されてきた。現在、平成24年度の在宅医療連携拠点事業展開において紹介された柏モデルでの研修会を参考に、多事業所に関わる課題についての研修が継続されている。

○ 準備会メンバー

今泉 信作	今泉医院 院長 にいがた在宅ケアねっと名誉会長
島崎 敬子	新潟県立大学人間生活学部こども学科 教授
坂井さゆり	新潟大学大学院保健学研究科医学部保健学科 准教授
松田 正史	松田内科呼吸器科クリニック 院長
塚田 裕子	在宅ケアクリニック川岸町 院長
阿部 葉子	在宅ケアクリニック川岸町 MSW
斎藤 忠雄	斎藤内科クリニック 院長 ネットワーク会長
物江 正子	斎藤内科クリニック在宅支援室 室長
黒岩 卓夫	浦佐萌気園診療所 理事長 準備会顧問

(以上、敬称略)

○ 事務局の運営

事務局は、斎藤内科クリニック在宅支援室が行った。

事務局：物江正子室長、斎藤千恵子MSW、薄田ゆき子看護師

準備会の開催

第1回 平成28（2016）年3月1日

- ① 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2015後期「在宅医療研究への助成」応募の背景
- ② 一般ボランティアとの違い
- ③ ボランティア養成講座カリキュラムの検討、対象者、人数
- ④ 普及・啓発講演会講師選定

第2回 平成28（2016）年4月26日

- ① ホスピスケアボランティアについての考え方
- ② 施設ホスピスボランティア育成講座の紹介
- ③ クリニック川越院長・川越厚先生からの質問事項の検討
- ④ 事業終了後のボランティア講座について

内藤いづみ先生による講座開講および閉講講演会

① 平成28（2016）年3月13日

にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座開講にむけて

「住み慣れた地域でいつまでも～一人暮らしでも、高齢世帯でも、認知症でも、がんの末期でもそのひとらしく、生きるために」

在宅ホスピス医 ふじ内科クリニック 院長 内藤いづみ先生

② 平成29（2017）年2月26日

にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座を終えて

「住み慣れた家で最期を生きる～種まく人」

在宅ホスピス医 ふじ内科クリニック 院長 内藤いづみ先生

にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座普及・啓発セミナー

第1回 平成28（2016）年7月30日

- ① 在宅ホスピスとは～ひとり暮らし、明日は わが身・死の前後におきる不思議な出来事
（在宅医として） クリニック川越院長 川越 厚先生
- ② 在宅で“生きる”を支える訪問看護 訪問看護パリアン看護部長 川越博美先生

第2回 平成28（2016）年9月3日

- ① 納棺師から見た“ヒトの生きる” 新潟公益社社長 本間義康氏
- ② 「最期の迎え方」から見たホスピスケア への期待
新潟日報社報道デスク 石原亜矢子氏

第3回 平成28（2016）年12月10日

- ① 看取りを通して“生きる”を考える 飛騨千光寺住職 大下大圓師
- ② 施設ホスピス医から見た “在宅ホスピス” とは
新潟医療センター緩和ケア科部長 桜井金三先生

にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座育成セミナー

第1回 平成28（2016）年11月5日

- ・在宅ホスピスケア（概論）
 - ・死にゆく過程、患者の心理
- クリニック川越院長 川越厚先生

第2回 平成28（2016）年11月19日

- ・ご本人と家族とのコミュニケーション
 - ・精神的支援（傾聴の仕方）（実習）
- 新潟大学大学院保健学研究科 坂井さゆり先生

第3回 平成28（2016）年12月17日

- ・がん治療から緩和ケアの基礎知識
 - ・症状と薬の理解
- 在宅ケアクリニック川岸町 塚田裕子先生

第4回 平成29（2017）年1月7日

- ・グリーフケア
 - ・ご遺族から
- 松田内科呼吸器科クリニック 松田正史先生

第5回 平成29（2017）年1月14日

- ・ホスピスケアボランティアとは
 - ・チームケア
 - ・ボランティア活動と法律、注意すべきこと
 - ・ボランティアの具体的活動
- 訪問看護パリアン 川越博美先生

1. 在宅ホスピスケアボランティア講座準備会から

一般ボランティアとの違い

○ホスピスボランティアは、一般的なボランティアや傾聴ボランティアとは異なり、行事の手伝い、散歩の付き添い、お茶配り、話し相手、買い物、調理、食事の提供など資格がなくてもできることに加え、専門職が患者ケアに集中できるようにホスピス全体を支えることも要求されることから、医療知識や接遇などの専門的トレーニングが必要。

○介護施設での看取りが薦められているが、現段階では看取り教育自体が不十分であり、スタッフが負担に感じていることもあり、ホスピスボランティア講座が効果的ではないか。

○緩和ケア研修を以前に受講したが、その後のフォローがなく、技術や心のサポートに不安を感じる。また、がん患者も病院から在宅へ帰ってきててもすぐに病院へ戻ってしまう。在宅で終末期がん患者を看取ることができることを専門職や一般の方へ理解していただけることが大切である。

有償ボランティアはありうるか

○介護保険などのフォーマルなサービス提供には限界があり、それ以外の部分にはたとえば1回1000円のような報酬を提供することもありうるか。

○日本には「ボランティア精神」についての正しい理解がない。本来、無償であることがボランティアなのだが、日本が独自に“有償ボランティア”という言葉を作ってしまい、日本看護協会ですら、有償ボランティアという表現をしている。

○クリニック川越では、申告制で交通費のみを法人から支給している。法人への寄付を利用しているとのこと。在宅ホスピスケアを学びながら、また同時にボランティア精神についても考察していくこととした。

施設ホスピスボランティアの紹介（阿部葉子委員より、施設ホスピス・郷和での経験）

○ボランティア育成の目的

入院している患者様やそのご家族にとって、入院中であっても、外からの風を運んでくれる人の存在が、「その人らしく」生活できるうえで必要。外からの風をはこんでくれる存在としてボランティアの育成を行う。

○ボランティア講座立ち上げまでの準備など

① 既存のボランティア団体への挨拶、総会の見学。

② 病棟内（施設長、看護部長、MSW）での話し合い。

（私より前に入職していたMSWが、既存のボランティア団体を活用したら良いのではないかと考えており、当初、既存のボランティア団体から何人か郷和に来ていただくよう依頼するつもりでした。が、良くも悪くも、小さな村松町の中のご近所の繋がりが大変強く、守秘義務がどれだけ守られるのか不安になり、再度、ボランティア導入について院内で話し合いをしました。）

③ 長岡西病院ビハラー病棟への見学。そこで活躍されているボランティアさんと一緒にボランティア活動に参加。

（ビハラー病棟のボランティアさんは、おやつを作ってきたり、喫茶を開催し、お部屋に声かけをし、お部屋やロビーで患者さんやご家族のお話を聴いていらっしゃいました。その間、家族が少し離れることができたり、ご家族にとっても休息の時間となっているとお聞きしました。）

④ プログラム作成。

《 緩和ケアとは？（医師） 話しを聴くということ（看護師） 介護技術…車いすの操作の仕方、歩行時の支え方等 先輩ボランティアからの話し 》

（確か、初回のボランティア講座は全6回で行ったと記憶しています。前回1か月に1回のペースと言ったのですが、よく思い出したら、1～2週間に1回のペースだったと思います。時間は平日の午後14時頃から2時間程度を1回として行っていました。）

⑤ 企画書、予算書作成。

⑥ 院内企画会議でのプレゼンテーション。

⑦ 市役所、村役場などの広報誌に講座開催の掲載依頼。

○ボランティア講座終了後

① 郷和でのボランティア希望者一人ずつと、施設長、看護部長の面接。

② ボランティア保険の加入。（病院負担）

③ MSWがボランティアコーディネーターを兼務。

（ボランティア来られる日を調整し、病棟看護師と、病室にボランティアが声をかけて良

い人を確認後、ボランティアに部屋番号を伝える。行事の日程などもボランティアに伝え、行事に合わせボランティアに来てもらうよう要請。)

○現在の様子

・私がMSWとして勤務していたころは、1～2年に1回のペースでボランティア講座を開催していました。最初の年は2年連続で行い、その頃からボランティアに来られている方が今でも2～3名いらっしやると伝え聞いています。

・いずれ、ボランティア活動をされるとなると、ボランティアコーディネーターの存在も必要になってくると思います。郷和ではMSWが兼務していましたが、ゆくゆくはボランティア活動されている方の中から、コーディネーターになってくれる方が出てくれば良いなあと思っていました。

・ボランティア講座を開催したのは平日の日中だったので、参加された方も、50歳台～70歳台の主婦が一番多く、60歳以上の定年退職された男性が少数いらっしやいました。講座の日程設定によって、参加される方が限られてしまうと思いました。

クリニック川越院長・川越厚先生からの質問

○医療と福祉の協働に関する質問：在宅での主治医に相談することなく、ご家族と相談して入院の手続きをするようなことはありませんか？

がん患者さんについては、病院相談員から直接依頼があることから、ケアマネージャーが独自に判断することはほとんどないのですが、脳血管障害など生活支援が重点的な患者さんの場合には、まれですが、新潟でも主治医の意見を飛び越して入院の手続きをされたケースもありました。

○全国的に見て、PCUを有する病院数、ベッド数が飛躍的に増加していますが、新潟県ではどうですか。在宅医療機関としてはいつでもバックアップがあることで楽にはなりますが、そのことで在宅ホスピス自体がおろそかにはなりませんか？

新潟市では既存の病院の建替えに合わせて、緩和ケア病棟を設置したケースはありますが、スタッフを揃えることの難しさもあり、飛躍的に増えているという状況ではありません。また、ご本人やご家族などから療養の場として在宅では困難と判断されたときには、拠点病院においてサポートしていただけますが、おおむね在宅看取りとなっています。ただし、最近、落下傘部隊のように新潟で在宅専門として進出された診療所では、先生のご指摘のようなケースはあるようです。

○末期がん患者の在宅ケアに携わる診療所は増えていますか？

病院勤務の過酷さを回避する目的で開業される若い先生方が多いようで、往診や訪問診療を断るケースも見られます。医師も人間だからという理由付けをされます。在宅療養支援診療所数はどうか、といいますと現在頭打ちです。ただ、その報酬の高さから届け出ていながら、年間看取りゼロの診療所もあります。在宅看取りについて、一般市民のみならず専門職への啓発も必要です。

在宅ホスピス普及・啓発講演会開催について

○平成28年7月30日より12月10日まで、全3回開催し、一般市民、専門職など各回150人規模で募集をかけることとした。講師は前出のとおり決定。

在宅ホスピスケアボランティア講座・育成セミナーカリキュラムの検討

○研修内容については、在宅ホスピスについての理解から始まり、コミュニケーションの大切さ、がん治療及び緩和ケアの実際、グリーフケア、ホスピスケアボランティアおよびその精神について学ぶこととし、それぞれの講師の選定を行った。

2. 「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」開講にむけて

(平成28年3月13日)

「住み慣れた地域でいつまでも～一人暮らしでも、高齢世帯でも、認知症でも、がんの末期でもそのひとらしく、生きるために」

ふじ内科クリニック 在宅ホスピス医 内藤いづみ先生



在宅ホスピス医・内藤いづみ先生

いのちをささえるとは

命は医療だけでは支えられないのです。その人の人生があって、文化があっていろいろな物語があります。そのような中で最期を迎えることになります。これまでの、とても偉い人たち、先人たちの言葉を紹介しながら本日は進めたいと思います。

まず、夏目漱石の言葉です。「時代の風潮、それぞれの価値観を正しく理解し行動できるのは、どこにも属さない迷子だけである」。ここに参加された方もそして私も迷子です。迷子にしか、本当に正しいことはわからないのです。迷子のようなピュアな気持ちになって、今本当に大事なことは何かと考えていただきたい。

次に、ベルギー・ブルージュの美術館に掛かっていた700年前の教会の絵を紹介しま

す。それには、神父さん、シスターそして行き倒れの人たちが運ばれてくる様子が描かれています。これが、24時間絶え間なくケアが提供されています。私たちの誰かの命を支えるという仕事は、24時間365日です。ですから、どこかに家族で出かけても呼ばれるということはしばしばあります。家族も、私が突然呼ばれていなくなるということには慣れています。それも、家族に私自身が支えられているということですが、ブリュッセルそしてブルージュまできたら、家族は私が呼ばれることもないと安心していたのですが、ホテルを出たところに小さな美術館があり、なんとなく惹かれる想いがあり、そこに入ってみたらこの絵がありました。家族は、おそらく有名な史跡やお店に行きたかったのですが、もくろみは外れたようです。よく見てみるとその建物は病院であって、ホスピス博物館にもなっていました。

実は、ホスピス自体は100年、200年前ではなく、なんと700年前からこの地で行われていたのです。見捨てられた人たちをその尊厳を持って最後まで支えてくれたことがホスピスにはあったのです。それくらい、ベルギーは豊かな国だったともいえます。天国へ導く神父さん、それをケアするシスター達、すべてが揃っていました。ですから、今、私たちがしようとしているホスピスケアに興味を持って、このようにスタートできることは本当に幸せなことだなと思います。

私の歩んできた人生から見ますと、疑問を持つことが真実に到達することができるような気がします。たとえば、臨床の場で、「末期の人たちはこのままでいいのかな」というように疑問を消さないことが大切だと思います。ただ、疑問を消さない人たちは迷子です。

現代のホスピスケアはイギリスで生まれました。日本との違いは、自分で考えて自分で選ぶ、という国民性であるということです。そして、自分で参加し、自分で支えるのです。その支える一番手がボランティアで、一つのホスピスに500人くらいのボランティアが居ます。それらの方々にはそれぞれ役割があるのですが、日本でホスピスボランティアというと、すぐに、ベッドサイドでご本人のそばに居ることが一番偉くて、と考えがちですが、よく考えて見ますと、それぞれの役割分担を総合的に見てくれる人こそが大事です。そして、運営するのに資金を集めてくれることが共に大事なのです。もちろん助成金がありますが、とても足りません。ホスピスケアとはお金を生むようなものではなく、非生産的なものですが、居心地を良くしてあげたいと思うとお金が掛かります。何百人という人が関わって行く、いわば町おこしに通じるところがあります。

在宅ホスピスケアボランティアは、いわゆる奥様たちがすることとは違います。一時、それがステータスのように捉えられた時期がありますが、全体を支えることが大切です。

命の最期を過ごすところは、決して山奥とか人里はなた場所ではなく、いつでも家族が

交流できる場所であるべきです。

スコットランドの北のグラスゴーのホスピスは一番綺麗で交通の便の良いところにあります。イギリスが支配した国には、必ず、学校と図書館と医療（ホスピス）があります。その一例として、香港があります。100万ドルの夜景が見えるお城が、エイズの方々のホスピスとなっています。住宅事情の悪い香港で、なんと最高にすばらしい場所がホスピスになっています。

グラスゴーのホスピスで、建物のドアを開けると、そこにはボランティアの案内の方がいます。この方がボランティアのリーダーで、その日に来られる方の全部を把握して、一日がスムーズに過ごせるように暖かい気持ちで受け入れてくれる。これがホスピタリティの目指すところです。ホスピスとはホスピタリティの場所、受け入れることなのです。緩和ケアにおいては、確かにモルヒネの使い方などをイギリスの文化から学びましたが、ホスピタリティの要は、ここで事務的にもそして愛情を持って受け入れてくれることだと思います。

がんの特化したホスピスでしたが、その分、ボランティアにもがんなどの医療的知識が必要となります。デイケアに通ってきている人たちがビリヤードをしている姿がありますが、ボランティアは、なるべく見えない形でサポートすることが大切です。病院というところは何か、医療を見える形で提供するところです。臨終のときは、おそらく主治医が患者さんの一番いい場所に立ち、死を宣告するのです。そして仕切るような行動をとります。でも、亡くなる人が一番最後に言葉を聴きたい人とか触ってほしい人は別なはずです。ですから、病院では何が一番大切かということが解らなくなってしまうのです。

このホスピスでは、午後5時になるとハッピータイムといって、スコッチがでます。その土地の文化とマッチしたものを提供しています。

日本ではどうでしょう。ホスピスや緩和ケア病棟でお酒を飲んで笑顔の人など居ません。シーンとして暗いのが当たり前となっています。共有スペースは、ほとんど患者さんは出てこないで、ご家族がシクシク泣いているだけです。命の最終章を支える場所は、できるだけ明るく、湿っぽい場所であってはいけません。

イギリスではすべての方が告知を受けていました。そうでなければ自分で選べないことになってしまいます。また、告知を受けているからといって、すべてを諦めているということではありません。少しでも楽になるような治療とかがあれば積極的に行うこともあります。ただ、日本と違って点滴を最後までするとかということはありません。最後まで口から摂る。

ボランティアの可能性について

ネイルボランティアの話をします。余命3ヶ月や1ヶ月の方でもみんな綺麗にしたいと

願っています。女性であればお化粧をして明るい顔にしたいと望みます。これが尊厳につながるのです。自分できちんと自分の尊厳を表すことです。

ここで大切なのは、特に医師やナースなどのプロは、患者さんと共に細い道を歩いているようなもの、と自覚することです。必死につかまって歩くのですが、近すぎると一緒に道を外れてしまいます。燃え尽き症候群となりますから、少しの距離をとりながら歩くことが必要です。ボランティアの方にも言えることです。一人の方のケアが終わったら、振り返りきちんと終わり、としなければ尾を引くことになります。プロとして引きずられないこと。でもそのためには、一生懸命ケアに当たることはいくらでもありません。これで収束したという思いをきちんと持つこと、これが大事です。引きずったまま次の方に関わると、疲労は増大してしまうからです。

ボランティアの一例

病院での受け付け、片付け、患者さんの外来への送り迎え、年取った人への世話、ホスピス内の図書の整理、簡単な事務の手伝い、お花の世話、理容・美容（化粧、エステの人）、職業訓練（その人がやりたい仕事があればそれを教えてあげる）、募金集め、スタッフは介護者へのお茶のサービス、またホスピスショップ（募金集めのバスケットを売っていたりする）、など。ホスピスケアボランティアだからといって、カウンセリングの勉強をして患者さんのベッドサイドに居る、という高級なボランティアだと勘違いしているところが日本にはあります。皆さんは、そのことを十分理解してほしい。大きな枠を見て自分でできることをすること。もう一つ凄いことは、入院している間に飼い犬の世話をして散歩をしてくれるなどです。遺族への対応もありますが、ご遺族は生きていたときに知っていた人と会いたいということです。たとえば、5年前になくなった子供の同級生がようやく会いに来てくれた、どうしても越えられない壁があったが、時間の経過と共にやっと逢いに来ることができた、というような。亡くなった子供の思い出と一緒に語ることができるから。家族と一緒に語り合うというボランティアも居ます。人間性が問われることになります。どこまで立ち入れるかということです。

ボランティアで一番困るなあと思ったのは、相手を死にゆくとても可愛そうな人だと思うこと、この人はそちら側に居て、私たちはこちら側に居るというように、哀れ、惨めな人だと勘違いするひとです。自分たちが幸せで偉いと思ってしまう人です。このような人もこれらのボランティアに入ってくることもあります。

ですから、ボランティアを束ねるひと、がとっても大切、大事だということです。それは、トップに立つ方がその役をするのではなく、束ねる役という役割を持った方がすること。ボランティアコーディネーターです。

ホスピスボランティアとして行動を起こそうとするときには、命って何なんだろう、生

きるってなんだろうと自分に問いかけてほしい。そうでないと、死に逝く人はかわいそうな人だ、というような上から目線になってしまう、そうならないでほしいと願います。限られた命を持っている、平等に生きていることともいえます。

ホスピスの母 シシリー・ソンドース女史

元はソーシャルワーカー、次に看護師さんになり、看護師から見た医療は、がんの患者さんが痛みを放置され苦しんでいる、それを変えられる手段があるとわかったときに出会った医師から、世界中で泣き叫ぶ患者さんを笑顔にしろと言われた。そして、モルヒネなどを処方できるのは医師であるから、看護師の技術と心とソーシャルワーカーの能力を持った君は医師になるべき。そして世界中の看護師を味方に付けてがんばれと励まされ、40歳で医師になった。その女史から、建物を建てるのではなく、あなたは在宅ホスピス医となることを薦められ、現在があります。

「息あるうちは、いきいき生きる」ひとを造ること、それが在宅ホスピスケアボランティア講座の目標となってほしいと願っています。

命は平等であること、それらを広めてほしいと思います。



「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」開講記念講演

3. 第1回 「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」普及・啓発セミナー
(平成28年7月30日)

在宅ホスピスとは～ひとり暮らし、明日はわが身・死の前後に起こる不思議な出来事
(在宅医として) クリニック川越 院長 川越 厚先生



在宅ホスピス医・クリニック川越 川越厚先生

ホスピスとは

医の歴史を振り返ることが大切です。ホスピスというと理想の花園みたいな建物を思うかもしれませんが、建物ではなく哲学を意味します。

医療とはもともと非科学的なもの、非合理的なもの、しかし人間的な業でありました。19世紀の後半には、病気を治すものであるから、お呪いのようなものではだめだということになりました。原因を確かめて医療を行うという合理的なもの、科学的なものへ変化したのです。そして、非合理的なものは全部だめだという時代になったのですが、ここで考えなければならないのが、人が死ぬときなのです。そのときは、医療の無力さを感じるわけです。

しかし、1967年シシリー・ソンドース女史が、非合理的、非科学的だけど人間的であるという医療を再発見したのがホスピスケアの誕生でした。

ホスピスという言葉はもともと古い言葉で2000年前からあります。初めは人を看取る場所、死ぬ場所でありました。ですから、西洋の人はホスピスという言葉を使いたくは

なかった、縁起でもない言葉として思われたのですが、シシリー・ソンドース女史はあえて使いました。そこで、ホスピスケアという新しい言葉を作りました。そしてどういことが大事かというホスピスケアを実践したのが、セント・クリストファー・ホスピスです。1975年カナダのモントリオールの病院にホスピスができました。もともと病院とは病気を治すことが目的でしたから、その一角に死を看取る縁起でもない病棟ができることには大反対が起こったわけです。ホスピスケア病棟という名を使いたかったのですが、緩和ケア病棟（パリアティブケア病棟）となりました。



ホスピスケアとは

死に直面した患者と家族の人間としての命を最重視しすること、それを一定のプログラムで行うことです。1979年にホスピスケアプログラムができました。考え方や実際のやり方が述べられています。患者家族へも含めたケア（遺族ケア）がホスピスケアである。これが考え方です。残された方々はピンチであることからそれらをも含めたケアが必要であるということです。その方々への直接のケアはできませんから、地域の専門職へお伝えすること、地域づくりにも関係しているものと思います。

施設ホスピスと在宅ホスピス

施設ホスピスはPCU、在宅ホスピスは家で行なわれます。

緩和ケアの考え方

緩和ケアとは死に直面した末期の人達にだけ提供されるものか、がんと現在向き合っている人にも提供されるべきではないか、と考えられるようになりました。また、もともとはナーシングケアというように看護師が関わるものであったのですが、最近では医師も大いにかかわるようになりました。そのことで、やらなくても良い医療を緩和ケアと称してどんどんやられるようになったというのが現状です。

2002年にWHOでその定義がなされました。病のために命が脅かされている方が対象となり、患者と家族、病期を問わない、いわゆる最初から最期まで、そして全人的な痛みをとることとであり、そうしてその方のQOLを高めることと要約されます。

命が脅かされるとは

病気になったときにはそれを治してもらおうとする医療、完治する医療を望みますが、どのようなことをしてもだめだというときの医療が必要で、そこに介入してくる医療があったとしたらそれでいいのかという問題もあります。

延命ができなくなったとき、どうするか

全人的苦痛に対するケアをシシリー・ソンドース女史が初めて提唱しています。身体的、社会的、精神・心理的、そして霊的な痛みに対しケアするのが緩和ケアです。さらにQOLの改善をすることです。在宅ではたとえば、お母さんがガン末期だとしても、子供が帰ってくればお帰り、と言え、学校であった話をし、ご飯の支度のときには指示ができ、夫がただいま、と帰ってくる。このような当たり前のことが緩和ケア病棟ではできないのです。普段どおりの生活が最後までできるのが在宅ホスピスです。

エンド・オブ・ライフ・ケアとは

緩和ケアの高齢者版と考えてください。これは、2005年にニューヨークタイムズで初めて出てきた言葉ですが、病だけではなく高齢者でも適応されることでいずれは命が脅かされるということでできました。

一人暮らしは明日のわが身

家で最期まで過ごせること。まず、本人が家に居たいということ、そして家族がその気持ちを理解してくれること。そして家族が看ること、この三つが絶対的必要条件です。介護保険の前に私が述べたことです。2000年に介護保険が出てきてから、この三番目の条件ははずしました。地域によって条件は違いますが、一人暮らしでも家で過ごすことはできますが、遠くに家族が居るかどうかでも違ってきますが、家族の力が本当に当てにできない人をどうするか、が問題になります。2005年に単独世帯がトップになった。問

題になることは、たとえばモルヒネを飲んでいるが、自力で飲めなくなった場合はどうか、たくさん人が出入りすることはいやだと思っている場合はどうか。

あくまでもご本人の同意、決断があり、そしてケアを提供する関係者が一体となる必要があります。一人暮らしの方にはそれなりの意志を表示していただいています。それらを尊重してくれる医療チームを探すことが必要なのです。

医療介護制度では隙間があります。そこに、ボランティアや地域の力が関わる必要があります。たとえば、新聞がたまっているとかヤクルトを毎日届けている方が気づくとか、信頼関係で地域が見守っている。在宅医療はそれと同様で、信頼関係が基本となっていて、病院医療とは違っています。患者家族との信頼関係も在宅だからこそ築かれるのです。

何のために生きるのかとかではなく、きちんと患者さんの今の苦しみをとることが本当の信頼関係が築かれるといえます。

在宅ではがんのような痛みは取れないと思い込んでいる一般的常識があることを払拭していくために、このような普及・啓発セミナーが開かれることが大切です。

在宅で“生きる”を支える訪問看護

訪問看護パリアン看護部長 川越 博美先生



在宅医療は、医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャーそしてボランティアなどから成り立つチームアプローチで行われています。私自身は、訪問看護師ではありますが、もう一つ大事な役目のボランティアコーディネーターをしています。

訪問看護師は、どのような最期を迎えたいかを相談できる役目にあります。60%の方々が自宅を望みますが、なかなかそのようにはなっていないのが現実です。これは、訪問看護をやっている立場として、責任を感じています。また、急変時の対応が取れないことも原因と思えるのですが。

アルフォンス・デーケン先生は、自分で考え、自分で選んで（選択して）そして愛することが人の尊厳であると話されています。

在宅ホスピスでの看護師はいったい何をするのか。ここに「木の図」を示しますが、看護師は枝になって病院と在宅、ご本人や家族と医療者を繋ぐ役目、スピリチュアルなケアをしましょうというようなことを表していますが、一つだけ難しい表現があります。それは解放に導くこと、です。それは、次の世に逝くお手伝いをするのです。この木全体を覆っている葉っぱは真実を表していますが、このように本当のことを分かち合わないといこれらの機能は果たせないということを意味します。

レット・イット・ビーとレット・イット・ゴー

ビートルズの歌のタイトルですが、レット・イット・ビーは、あるがままの今の状態（自分）を受け入れようということ。もう一度見直そうよと。解散の危機にあったときにポール・マッカートニーが作った曲です。そして、レット・イット・ゴーとは「アナと雪の女王」という映画の主題歌ですが、そこから抜け出て、今の状態から次のステージに行こうよ、ということで死生観を表しているとも言えます。今の自分を見て受け入れ、そして次の状態に行くことの準備をしましょう。それを助けようというのが、訪問看護の役目と思っています。

ある69歳の肺がんの末期の方をお示しします。ご本人へ病名は告知してあるのですが、余命についてはまだで、だんだん弱っていく体を見て、どうしてかなと心配になっていた。その奥さんは、余命が短いことをご主人へ話すことは怖くてできない。ご主人はだんだんうつ状態になってきた。そこで、看護師である私か、または主治医の先生からご本人へ何が心配であるかを聞いてみることにした方がよいか。おそらく真実を話さないといけないのではないか、と。主治医の先生と看護師の私が立ち会いながらご本人と奥様へ。ご本人から、だんだん体が弱って、ちっとも良くなっていないが、今年の桜は見えますかね、と。梅はみれますよね。そんなうめー（梅）話はあるかな、と先生（川越厚先生）。そこで、真実を感じ取ったのです。梅の咲く時期まで自分の命が持つかどうかわからない、と悟りました。ここで、本当の危機に陥ってもそこにちょっぴりのユーモアがあれば、それは危機にはならないのです。それぞれの方にいつもユーモアをもって接することができれば、危機を乗り越えられると思っています。2か月と言われたご主人は1年持ったそうです。真実

を話したことで、楽しみのお酒を飲んだりすることもできたとのこと。

老いも死も自然である。人間はどんなに苦しい境地に陥っても、成長し進化するもの。そしてナースは家族のパートナーとなる。

これまで築いてきた訪問看護パリアンでこのような話し合いがいつもできています。

死と直面し苦しみもがいていた患者さんが、ナースや医師とゆるぎない関係を築き、その中でお話をしながら、自分の想いに縛られていたものから解放されて、今を生きることが大切であることに気付き、そうして最後の日々を過ごされることが大切です。

尊厳を守る

今まで紡いできた人との関係を断ち切らない、今まで住み続けた地域に住む、最期を迎えること。

最後に、在宅医療はチームアプローチ。ファーストコールをナースが受け、医師を休ませてあげることも大事。在宅患者のニーズは医療ニーズ、介護ニーズだけではなく、家事ニーズも出てきて、専門職のみでは賄いきれない。そのために在宅ホスピスボランティアが必要となるのですが、ボランティアは単にお手伝いではなく、チームの一員として参加するのです。そしてより良い生活を維持することが可能となります。

また、地域を創ることも大切です。そのためには、研修とともに一般の方をも含めた啓発・講演会などが必要となります。



(一般 53 人、医療 51 人、福祉 48 人、学生 4 人、その他 8 人 合計 164 人参加)

4. 第2回 「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」普及・啓発セミナー
(平成28年9月3日)

納棺師から見た“ヒトの生きる”

新潟公益社 社長 本間義康氏



昭和39年、「愛と死をみつめて」という資料をお示しします。21歳で亡くなられた軟骨肉腫の女性の日記をもとにした闘病のお話です。当時私は小学校6年生でしたから、その映画を一人で見に行くことはできず、その年末に原作を手に入れ読んだのです。

その中のいくつかの闘病の記述をお示ししていますが、その恋人の記述もされています。顔の半分を手術して失った話、その現実を受け入れられるようになった自分、最期の願い、医師への想い。

それと、私が尊敬する、マハトマ・ガンジーの言葉を示します。

ガンジーは大英帝国からインドを独立に導いたのですが、イギリスからもたらされたい機械文明に対して、インドの持つ精神文明の素晴らしさを説いています。

それには、7つの社会的罪があります。現代社会に巣くう7つの大罪です。理念なき政治、労働なき富、良識なき快楽、貢献なき知識、道徳なき商業、人間性なき科学、そして献身なき信仰です。

日本の政治家に理念はあるのか、汗を流しての労働か、ブラック企業はどうか、安全で

あるとした原子力発電はどうか、遺伝子治療はどうか。

グローバル経済が生み出す暴力

昭和17年にハリジャンという雑誌に載せられた文章ですが、先進国で暮らす人々の、極めて豊かで便利な都市生活は、アジア、アフリカ、その他の世界中から持ち去られた財貨によってのみ可能になっていると。後進国から得られた財貨によって自分たちばかりが栄えているということです。

三番目の資料です。メンタルヘルスの問題を取り上げています。

栗原雅直という先生のお話です。電磁波からの影響。電気毛布、携帯電話、電磁調理器、CT、MRI。電子レンジで調理した食べ物の変化。

つぎに、アルコールの問題をお話しします。私はもともと大酒のみであったが、ある時から突然吐くようになりました。その時から、アルコールは体に合わないと思い、止めたのです。酒で、命を落としたり、異常な行動で自己破壊につながった人も多いのはご存じの通りです。

今回の講演のお話をいただいたのが6月で、たまたま友人が余命三か月のすい臓がんとの情報が入り、もし本当に3か月であれば、もし今自分もそのようならであれば、本日9月の講演には生きているか、というような心配が頭をよぎったこともありましたが、今こうしてこの場に立っています。

女性が強い家庭でのお葬式はとてもあたたかです。男性が威張っている家のそれは、とても冷たい感じになります。

私は葬儀社の社長ですが、現場に出ており、ほとんど休みがありません。でもそれは、亡くなられたご遺族が一体どのようなお気持ちなのかを知るためには、社長自ら現場にでることが大切なのです。ほんの一つの仕草でも本当の気持ちがわかります。ですから、率先して現場に出させていただいています。

この仕事を続けていると、学ぶことが大変多くあります。

今回の私のタイトルに、納棺師と書いてありますが、師とは教える人のこと、で正しくはありません。本来ですと、納棺夫、夫婦の夫、おとです。納棺には地域性があり様々なようです。私は、家族参加型で行っています。できるだけ多くの方に集まっていただいて、アルコールの脱脂綿で体の隅々まで拭いていただきます。それは、その方の人生を磨き上げることと思います。人間の命は自分で生まれることはできず、授かりものです。その体を、お孫さんなどが、ありがとうございましたという気持ちで拭いてあげるのです。そし

て、残された人たちがしっかりと生きていくという誓いをするものの意味もあります。

これらのことが、在宅ホスピスとつながっていると思います。違いは、患者さんが生きているか、亡くなっているかということだけです。死亡診断書の時間が書いてありますが、本当に人間の死でしょうか。脳死の時間を書いたとすると、臓器はまだ生きていると解釈されます。ですから、その時間に移植などが行われます。そのことと同様に、納棺の際も、臓器は生きていると考えることができます。

私の父は肝臓がん、そして前立腺がんで骨転移し痛い痛いと言って亡くなりましたが、本講座のように在宅ホスピス医がいてボランティアが沢山養成されると、住み慣れた家で最期を過ごせるのだと期待したいです。そして、より良い人生という題ですが、より良い社会ができることを願っています。

「最期の迎え方」から見たホスピスケアへの期待

新潟日報社報道デスク 石原亜矢子氏

連載～「がんと向き合う」シリーズに込められた想いから～がんと向き合うシリーズとは

2015年1月に始まったが、なぜ癌をテーマとしたのか。二人に一人ががんになるというような身近な病気となってきた。ただ、がんと言われてどのように感じるか。おそらく怖いと感じるのではないか。

その中に、長年がんと向き合って、しかも仕事を続けている人もお出でです。新潟の地でそのような方が生きていくうえで医療的課題、社会的課題を提示していこうと考えたところ です。

心がけてきたことですが、できるだけ多くの医療者、そして患者の皆さんにお会いすること、お話を伺うこととしましたが、患者さんから自分のことを話すことの気持ちの整理がついてない、という方も多くいらっしゃいました。

もう一つ気を付けてきたのが、私たちは専門家ではないことから、話が難しくならないこと、わかりやすくお伝えすることに心がけたのです。医療者と当事者とを少しでもわかりやすくなるようにと考えました。

どのような事をこれまで取り上げてきたかと言いますと、がんとともに生きている方の現在の問題点、がん治療の分野、そして力を入れたのが働き盛りの方のがん、就労を考え

るということでした。



がんと診断されると、すぐ退職してしまう、という方が多いようで、どうしたらよいのかを取り上げました。そして、その後はどのような悩み、悩んでいるのかを取材しています。特に、うつ病になることもある要です。メンタルの問題、それを支える家族の問題にも焦点を当てています。

昨年12月に取り上げた、「住み慣れた地で」という記事です。

新潟県自体は都市部とともに中山間地を抱えています。がんになっても住み慣れた地でいつまでも暮らしていくにはどうしたらよいか。

訪問診療を受けながら在宅で過ごされている患者さんの話。認知症を患うがんの患者さん、それを見守る奥さんの話、自宅ならではのささやかな喜びを紹介しています。

次に、病院などを中心として、地域医療についてですが、新潟市は都市部に拠点病院が集中していますので、がんセンター新潟病院に話を伺っています。そこにある、医療資源の問題も取り上げています。

訪問看護師の役割を載せましたが、なかなか人材が確保できない。

一人暮らしで医療、介護のサービスと近くの家族のサポートを受けながら自宅で過ごされている患者さんの想いなどを紹介しています。

つぎに、2013年の年末に亡くなられた市嶋彰さんを取りあげています。がんで治療を受けられ、その後は積極的治療を中止され、その夏に生前葬をされています。自分で選んで自分で決められていました。自宅で最期を迎えることにどういう意味があったのか、家族にはどういったメンタル的なサポートが必要だったのかなどを伺いました。

魚沼市の看取り隊の話です。限られた医療資源でどう看取りへ対応するか。チームを組んで、主治医がいないときに対応している。そこには、医師だけではなく医療・介護職がチームアプローチで取り組むことが大切であることを示しました。特に、在宅でのがん患者においては、という記事です。

今は、がん治療の現場でも認知症を患う方が増えていることへの対応も取り上げていますし、緩和ケアの現況も載せています。

がんと向き合うとは、がんとともに生きる時代となっていることを意味します。そのため、あえて、終末期やエンディング、死を取り上げてこなかったのです。自分たちで遠ざけていた部分もあります。今後、看取りについても取り上げていきたいと思っています。

2025年問題にありますように、団塊の世代が75歳以上になる、病院や施設での看取りには限界があるということから、在宅死も一つの選択肢だというマスコミにもそのような風潮がありますが、それ以上に普段通りの生活の場でいつまでも過ごせることが自然で意味があるように思えます。

高齢者でもがん治療を続け、戦っている姿も見てきましたが、もう一方で自分らしい生き方をするために治療を中断する、という選択もありそれも大事なんだと感じました。

昨年までは「認知症とともに」というテーマでシリーズを組んだのですが、認知症があってもがんでも、いつまでも住み慣れた地域で暮らすことができたらいいな、と思います。在宅を希望される方が多いと思いますが、それを支える方々が連携していくのだと感じます。

そのためには、在宅ホスピケアというような動きを今後紹介できればと考えています。



(新潟日報社・石原亜矢子氏、公益社社長・本間義康氏、斎藤内科クリニック・斎藤忠雄)
(一般 21 人、医療 25 人、福祉 21 人、学生 2 人、その他 1 人、行政 3 人 合計 73 人参加)

5. 第3回 「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」普及・啓発セミナー
(平成28年12月10日)

看取りを通して“生きる”を考える

飛騨千光寺住職 大下大圓師



がんという言葉が沢山出てくるとそれなりに滅入ってくるのですが、もしこれが「がん」ではなくて「ポチ」という名前であれば笑いにもなるわけで、たいへんな状況でも笑いがあることで和むことにもなります。

生老病死、何のために死んでいくのかがまさに命題です。

死ぬということは、さっきまで息をしていた家族の息をしていない身体、いわゆる死体、遺体なのです。でも、家族にとっては簡単に割り切れないものです。

ここに家族のジレンマが出てくる。見えない命があるわけです。ここに本日のテーマがあります。死ぬまでどう生きるか、ということです。

1997年にWHOが定義していますが、身体面、精神面、そして社会面にもう一つ加わって、たましい・霊的な面となり、全人的なケアとなりました。本日のテーマは、まさにこのスピリチュアルペインに対してのケア、ということになります。

なぜ、緩和ケア、ホスピスケアにスピリチュアルケアが必要なのか

ホスピスとはキリスト教の言葉であり、これが厚生労働省から日本では抵抗を感じると判断され、そこで緩和ケアが使われてきたのです。行政レベルで使われたことが最初です。しかし、ホスピスケアという言葉が使われた時には、宗教的なものが入ってこのスピリチュアルなケアが重点的になされることが必要です。ですから、緩和ケアと言いますと、身体的、社会的、そして精神的な面に重きが置かれています。事実、緩和医療学会というとあまりスピリチュアルに重きが置かれず、その通りなのです。しかし本来はトータルなもので分けることができません。

病気だけで命を落とすわけではありません。2011年3月11日の東日本大震災で多くの方が亡くなりました。非日常の死でした。私自身もおかしな状態となり、いつものお葬式を執り行ってからいつもの状態に戻りました。

目に見えないもの、臨床宗教、スピリチュアルケアが亡くなる前から必要なのではないかな。

日本人のいのち観を述べますと、まず神道が生まれ、仏教が入り、これらが喧嘩することなく融合。同時に儒教や道教が入ってきました。中世にはキリスト教も入っていますし、さらに新興宗教もあります。このように、日本は一つの宗教だけではありません。これがまさに日本の文化ということになります。

チームアプローチとして飛騨高山で、患者さんのお宅へ伺っています。確かに、身体的なものに対しては医師や看護師は良いのですが、スピリチュアルなものには、私たちへの需要が多いのです。うかがってみると気になっているお墓とかの質問があります。

ベッドサイドへ伺って、人は多くの苦しみの中から成長する存在であることに気付きました。苦しみは大事な種であり、それをお手伝いするのがスピリチュアルケアと言えます。生老病死という避けられないものに対する苦悩をどのように克服するのかというのがまさにそれに当たります。様々な宗派はありますが、そのためにあります。

ケアで大切なことは、①自利、②利他です。実は、この両方が大切なのです。これが、ボランティアの精神にも通じます。人の為だと言っているのは間違いです。それは必ず長続きしません。まず、自分のため、自分を高めるためにボランティアしそして人の為に行うことです。

「人」の「為」と言うと「偽り（いつわり）」になります。偽善になるのです。ケアは相補関係にあるということです。

看取りの場所はどこか。自宅を希望するが、80%は病院。8.5%が自宅。他国と比べると日本は理想と現実のギャップが大きい。

終末期ケアという言葉の変遷

ターミナルケア、エンド・オブ・ライフ・ケア、アドバンス・ケア・プランニング、フオール・パーソン・ケア（人を全体として＝統合的ケア）、ホリスティック・ケアといいます。要するに人を全体的に見ていこうとする言葉へ変わってきています。東洋では、心身一如と言います。

その終末期において何が一番心配か、というアンケートを取った大変貴重なデータがあります。病気の進展に伴い痛みが出るのではないかと心配もありますが、家族や知人など親しい人と別れなければならないという辛さ、死んでしまったらどこへ行ってしまうのか、ということがありますが、これらは医療関係者へ問い合わせることはできません。身体症状とは違うからです。その人の不安や、まさにスピリチュアルなものです。

予測された死であれば無理に延命治療をしないという選択もある。麻薬を用いた疼痛コントロールによる緩和ケアで死の苦しみは抑えられる。尊厳のないまま生かしておく延命治療を行えば苦しみは長引くこと。延命治療をせず、栄養や水分を補給しないときにおこる衰弱死では脳内麻薬が分泌されるため、苦しくなく、むしろ安らかな表情で死を迎えられる、と石飛幸三先生や中村仁一先生の意見です。

そこで、我々は元気なうちに自己決定を行う必要があるのです。そのために、事前指示書とかエンディング・ノートを作るべきです。

在宅ケアでのお迎え現象について、故岡部健先生が報告しています。42.3%の方に、亡くなったおばちゃんが出てきたりしているようです。これは、医学的にはせん妄とか意識障害と診断されてしまいます。さらに、このようなお迎え現象のあった患者さんは安らかな最期を迎えている。死後の世界をいったり来たりしている方が出てきてくれることで不安がないことからかもしれません。さらに、このことがあるともうすぐであるということがわかり、医療者も家族も集中して看取りにあたることができる、のです。

ここで死生観という課題があります。いのちはこの世限り、肉体とは別に死後生があり輪廻する、子どもや孫のDNAや遺伝子に受け継がれる、自己を超えて大きな生命体あるいは大自然、宇宙性に融合統合される、というものがあります。これらを語り合うことが大事なのです。自分の死をきちんと受け入れていることになるからです。死を避けるのではなく、死は必ずやってくる、避けられないものであるということを自覚することです。それを死生学と言いますが、宗教学のみでなく、医学、哲学、心理学、社会学なども含まれますが、「死」に対する心構え「生」の価値を問い直す試みを学ぶことになります。

これまでの医学はこの死生観教育を受けてこなかったのです。この、在宅ホスピスや施設ホスピスに係る先生方は、人はどのように生き、どのように亡くなるのかを見つめている方々です。

台湾では日本よりも進んだ緩和ケアがチームで行われています。看護師さんにはボランティアがついていますが、看護師さんはもちろん身体的ケアを行います、生活支援などはボランティアが行います。

スピリチュアルケアとは、身体的、心理的、社会的因子を包含した、人間の「生」全体像を構成する因子とみることができ、生きている意味は目的についての関心や懸念と関わっていることが多い。スピリチュアルという言葉は特別な言葉ではなく、医療の現場で普通に語られるものとなってきた。内的自己（自己の完成）、生きる意味、大いなる存在を意味すると考えます。スピリチュアル・ウェル・ビーイング（幸福学）との考え方もあります。亡くなる寸前の人の魂は健全であるということです。

生死を歩む人の今に寄り添い、「縁」の力を最大限に活かし、その人が、自己のいのち・人生を統合しようとすることを扶けること。

緩和ケアにはスピリチュアルケアが必要であり、チームアプローチが欠かせない。そのケアに当たるのが臨床宗教師で公共空間で心のケアをする宗教家がスピリチュアルケア師。

今後のスピリチュアルケアとは、地域にある伝統文化性、家庭に伝わる料理、宗教的行事、言い伝え、伝承の力をケアに活かす工夫が必要で、ケアする人と地域が多様な人間力を発揮できる協働型社会を作ることではないかと考えます。

施設ホスピス医から見た“在宅ホスピス”とは

新潟医療センター緩和ケア科部長 桜井金三先生

ホスピス専従で13年くらい経ちました。その立場でお話しさせていただきます。

ホスピスケアや緩和ケアという言葉から

日本のホスピスはイギリスから始まりアメリカに行ったわけですが、カナダではホスピスとは低所得者への手当ををするところと言われていました。そこで、パリアティブケア（緩和ケア）という名前になり、それが現在、日本に入ってきたということです。

日本に350施設程度があります。日本では初めて静岡聖隷三方原病院、東京には桜町病院があります。いずれもホスピスという名前を使っています。



ホスピスケアとは、身体的苦痛、社会的苦痛、精神的・心理的苦痛、そして訳するのが大変難しいのですが、スピリチュアル・ペイン（霊性苦痛）を含めた全人的苦痛に対するケアといえます。人間たる故の苦しみに対するものです。

日本の男性でがんになる確率は63%、女性は47%と少し、男性より少ない。ただ、男性ではその半分が亡くなり、女性は3分の2くらいが亡くなると言われています。従って不治の病ではないのですが、日本人では死因の1位となっています。

いったいそれらの人はどこで亡くなるか。医療機関ではない家が1割、ホスピスが1割となっています。あと8割の25%ががん拠点病院です。残りはそれ以外の、拠点病院以外の病院で亡くなっています。

緩和ケアの位置

がん対策基本法の改正法が平成28年12月末に成立。がん患者の療養の質の維持、疼痛に対し早期から介入、居宅においてがん医療を提供し、また教育を行うことを述べています。がん患者がきちんと仕事が続けられるようにということも含まれています。

本当に、新潟でもこれらの緩和ケアが定着しているでしょうか。

拠点病院以外には緩和ケア科を設けなさいとは言っていないので、果たしてどうかという状況です。温度差があることはたしかです。

ここで在宅ホスピスについてですが、昔は自宅で亡くなることが当たり前だったのですが、1976年ころを境に、国民皆保険となり、病院医療が全盛となり病院で亡くなるものが多くなってしまいました。

病院は病気を治すところで、亡くなるときには果たして尊厳を守られるのでしょうか。そこで、ホスピスを創ろうとして今日に至ったわけです。

イギリスではホスピスという施設で、でしたが、その後、在宅でもという考えになり、アメリカではほとんどが在宅という考え方になりました。日本では、病院で亡くなるよりはホスピスを創ることで、人間の尊厳が守られるという意味でホスピスが考えられています。このような流れから、やはり最期は病院でよいのか、という反省が出始め、在宅でホスピスをしようと今動いています。

実は、在宅ホスピスという言葉が前面に出されていないで、往診で対応されている先生方も多くいらっしゃいます。

施設ホスピスは日常生活から離れて生活する、病院と同じようなイメージがあります。ただし、ホスピスの中には医療者とは異なるボランティアがいます。いずれにせよ、日常性はない状況です。

在宅ホスピスケアボランティアがきちんと育成できれば、家で日常生活が連続してすごせることになりすばらしいことと思います。

どこで最期を過ごすか、それは自分で選択できることが大切です。がんであっても手術で治ることもあります、どのような治療でも駄目だというステージもあります。ですから、日ごろからどのような最期を迎えるか、過ごすかを日ごろから考えていることが必要なのではないのでしょうか。

私たちは施設ホスピスで働いていますが、患者さんがもし、在宅で過ごしたいという場合にはそれができるようにお手伝いし、また、在宅を希望されて、過ごされているときに、ご家族の疲れなどから、その時は施設で、ということであれば一時的でも、いつでも受け入れられるようにすることが、私たち、施設ホスピス医の務めと思っています。

在宅ホスピスとは、おそらく理想のホスピスなのではないかと思います。ケアの質としては、近づきたいものです。この言葉が、新潟でもっともっと広がることを願っています。

文化として根付くこと、亡くなられた仙台の岡部先生の言葉ですが、在宅ホスピスが地域で育てられると良いと思います。



(緩和ケア医・桜井金三氏、千光寺住職・大下大圓師、斎藤内科クリニック・斎藤忠雄)
(一般 57 人、医療 31 人、福祉 29 人、その他 6 人、行政 3 人 合計 126 人参加)

6. 第1回 育成セミナー （平成28年11月5日）

（一般20人、医療12人、福祉24人、学生1人、その他3人、行政1人 合計61人受講）

在宅ホスピスケア（概論）

死に逝く過程、患者の心理と死の教育

クリニック川越院長 川越厚先生



- ・死の教育（DE）とは？
- ・在宅ホスピス（HHC）におけるDEは、流れに沿ったカリキュラムがある
- ・対象患者：相談外来受診患者数（クリニック川越）
- ・相談外来における死の教育
- ・相談外来の流れ
- ・相談外来で私が心がけていること：“変えられないこと”と“変えるべきこと”
- ・“変えられないこと”とは、“残された時間が大変短い”こと
- ・“残された時間が大変短い”ことを説明する
- ・患者・家族の決断と私のAdvice
- ・導入・開始期の死の教育
- ・安定期の死の教育

- ・あるがままのいのちを患者・家族が受け入れる
- ・死を受容した生の定義
- ・終末・臨死期の死の教育、死別期の死の教育

7. 第2回 育成セミナー （平成28年11月19日）

ご本人と家族とのコミュニケーション

精神的支援（傾聴の仕方） （実習）

新潟大学大学院保健学研究科 准教授 坂井さゆり先生



- ・QOL とは？ 生活・人生の質 皆さんは？皆さんにとって大切な方は？
- ・ホスピスケアと緩和ケア コミュニケーションの必要性
- ・シンリー・ソンドースのホスピス理念
- ・スピリチュアルな苦しみ、全人的痛みの理解
- ・時間変化に伴う“希望”の変化
- ・痛みの定義、痛みの閾値を上げるケアとしてのコミュニケーション
- ・コミュニケーションとは、コミュニケーションの種類

- ・コミュニケーションに対する思い込み
- ・エンド・オブ・ライフ・ケアに求められるコミュニケーション
- ・コミュニケーションに影響する患者・家族の要因
- ・コミュニケーションに影響を及ぼす医療スタッフの要因
- ・がん患者さんやご家族の精神的状況の基礎的理解
- ・副作用・後遺症に対する悩み、Loss：喪失
- ・危機（Crisis）とは、発達の危機
- ・悲嘆（Grief）とは、予期的悲嘆、通常の悲嘆、不安、抑うつの定義
- ・抑うつ準備期間：うつの頻度、原因、抑うつに対するケア

8. 第3回 育成セミナー （平成28年12月17日）



がん治療から緩和ケアの基礎知識
症状と薬の理解

在宅ケアクリニック川岸町院長 塚田裕子先生

- ・がんについて：誰でもなる可能性、予防は可能、うつる病気ではない
- ・がんと良性腫瘍の違い
- ・がんの発生と進行のしくみ、がんの症状、検査と診断、がんの病期
- ・がんの三大治療：手術療法、薬物療法・ホルモン療法、放射線療法
- ・がんの緩和ケアとは、緩和ケアを受ける時期
- ・身体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアル・ペイン
- ・緩和ケアの場、在宅緩和ケア
- ・がんの痛みの治療の基礎知識、がんの痛みの種類
- ・痛みの上手な伝え方、痛みの上手な表し方、痛みの治療の目標
- ・痛み止めの使い方、WHO三段階除痛ラダー
- ・がんの痛みの治療薬、オピオイド鎮痛薬、レスキュー、オピオイドの副作用
- ・痛みの閾値に関する因子、痛みを和らげるケア、痛みの評価
- ・医療者ではない支援者の役割、情報共有と連携の重要性

9. 第4回 育成セミナー （平成29年1月7日）



グリーフケア ご遺族から

松田内科呼吸器科クリニック院長 松田正史先生

- ・グリーフとグリーフケアについて
- ・グリーフ（悲嘆）の定義：人が大切なひとやものを喪失した時に体験する心理、身体的、社会行動的反応
- ・グリーフの心理（情緒）的反応、身体的反応、社会行動的反応
- ・悲しみと悲嘆の違い
- ・グリーフの誘因となる喪失体験
- ・悲嘆から日常生活を取り戻すまでの段階（グリーフプロセス）
- ・アルフォンス・デーケン氏の12段階、キューブラー・ロス女史の5段階
- ・グリーフプロセスの考え方の注意点

【19才の時、母を乳がんで亡くしたご遺族から、当時の病院内報：ある少女の手記】

どうして こんなになってしまったんだろう。

やっぱり 死んでもいいみたい。

ごめんなさい。

59. 7. 3

久しぶりに病院に とまります。 今まで、とまったり
とまらなかつたりで、反省したような しない様な。

暑くて、書く気がしません。お母さん あいかわらず・・・ 私 あいかわらず・・・

まわりの人は 一生懸命だけど 私は なまけてばかり
夏バテです。 食欲なし。やる気なし。 だったけど がんばります。
私しか いないから・・・ 私が やらなきゃ、みんな困るから

おとうさん 何考えてますか おかあさんは おばあちゃんは ねえちゃんは
夏です もうすぐ

今、やってる事 後で 自分の為になるって 幸せになるって
今は なにもわからないけど いつか わかるのかな 幸せに なれるのかな？

神様 みててくれてるんですか ちゃんと みてて

ほんとうに みなさん ありがとうございます
川口先生 ありがとう みんな ありがとう。 これも幸せですね。

59. 7. 4

ふとんも 自分で かけられません。 おしっこも 自分で できません。
ひとりじゃ なにひとつできません。 それでも 生きてることになるんですか。

つきそいが疲れるんじゃないありません。 病院にとまるのが いやじゃありません。
おかあさんが病気なのがいやです。
どこにいても 何をしても その事が つきまとして つかれます。

どうして 病気なんですか。 どうして私、こんな事になるんですか
だれにも私の気持ち わかるもんか。

59. 7. 7

晴れて 良かった。 去年は 雨だったから、今年は晴れて良かった。
こんな夜は 思いきり遊びたい。

59. 7. 10

だいぶ前から 思ってる事 自分自身が いやでしょうがない
優しく出来ません。 おとうさんに、 おあかあさんに、 おばあちゃんに
疲れます。 ごめんなさい。
みんなが優しい心を持っていて 人をうらんだり、ねたんだりしないで
助けあっていけたらいいのにね 私 そうなりたい けど
人をねたんだりします。
あたったり、短気おこしたり、いやです。 今の生活 私 みんな。
でも この世のあらゆるものに幸福と感激を与えてください。
そして 私に感謝の心を与えてください。

59. 7. 18

おかあさん 痛がってます。

59. 7. 22

3日くらい前から、 排尿が 出来なくなりました。
今日は それでも 少し食べました。
おかあさんが入院して、お父さんも入院して、そのたびに
いろいろな事を考えさせられました。 今もそうだけど・・・

いろんな人達の気持ち おねえちゃんの事

私は おねえちゃんの気持ちが とても良くわかります。 けど よくないことですね。
でも 親せきの大人達がとやかく云うものすごく頭に来ます。
それは 云うだけしかないから。
こんな風になったのは、全て ねえちゃんが悪いと 云ってしまう。
どこかに問題がある事 それは自分たちなのに
それすらわかるくせに それにふれようとしない。
都合の悪いことには かかわろうとしない。
私は、私達は ちゃんと 全部みてきたんですよ。

私だって 生意気で ものすごく自分勝手です。
こういう自分がものすごくいやになります。 とても いやです。 でも まだ私ね、
みんなに感謝しています。

ほんとうにありがとう 私 最後まで、自分の力でやります。
私しかないから くじけても がんばる

(中略)

59. 8. 3

おかあさんが うなります。 なんぎだと云います。 私は もう しらん顔
けど ふとんから起きて、水を飲ませます。 毎晩、うすい布団1枚敷いて
朝まで寝てられるってことなんかありません。

こんなん おかあさんじゃないって、思う。 この頃 私、わがままです。
だんだんいやになって来た。 高校卒業して、もう2ねんになるのに 私まだ19だよ
みんなは云うけど きっと幸せになれるって・・・

おかあさん 優しく出来なくてごめんね
看護婦さん 助けてよ 川口先生 なんとかしてよ 医者でしょ 痛みを止めてよ
ごめんなさい

日記はここで終わっています。彼女の母親は8月9日に亡くなりました。

・グループワーク1：

その時のグリーフに思いをはせながら、どのように接し、支え、癒したか

- ・グリーフケアはなぜ必要か
- ・背景として多くの災害と日本の生活様式の変化：死の医療化、死の非日常化
- ・核家族化や地域社会の崩壊、葬送儀礼の形骸化
- ・がんだけではなく、様々な死：様々なグリーフケアがある
- ・それぞれのグリーフプロセスに望ましいとされるケア
- ・グリーフケアにあたって気をつけたいこと

・14歳で脳腫瘍を発症、15歳で亡くなった娘のことを、82歳の母が初めて人前で話せた
 ・亡くなってから35年経ったある日、娘の同級生達の50歳の集まりに招待、そして昨年、生きていれば還暦。

【〇〇子と家族の別れの思い出】

私の長女〇〇子は1956年10月に生を受けました。未熟児で2200グラムでしたが小さいながら、母乳ですくすく育ってくれました。14歳の1月、脳腫瘍を発症しました。

当時はかかりつけの医師の紹介がなければ、いきなり受診はできませんでした。私が脳性の障害の方とかかわっている保育士で異常を認めたからどうしてもと診察をお願いしました。その日のうちに入院、二日目に手術でした。一時は回復しましたが10月に再発して2回目、3回目の手術は翌年15歳の4月でした。

その間、小康を得ている間は中学校に通いみんなと楽しく学習をする事が出来ました。し、クラスのみんなも障害のある〇〇子をみんなでいたわって励ましてくれていました。

病院の先生、看護婦さん、関わる方たちにもとてもよくしていただきましたが、徐々に悪化の経過をたどり6月29日に最期を迎えることになりました。その日の朝、婦長さんが静かに点滴を外されました。「これ以上は〇〇子ちゃんが苦しむだけだからね」と。呼吸は弱くなっていましたが、口元に軽い痙攣が起きて、かすかに笑っているように見えました。

先生が来られ、血圧計も外され、しばらくして先生は首にかけていた聴診器をまくら元に置かれ、「呼吸が1分間に7つか5つになったらナースコールして下さい。ご家族で見守ってね」と病室をあとにされました。

〇〇子のおばあちゃんが耳元に口を寄せて、「怖くないのよ いい子だったね 生まれてきてくれてありがとう」と何度も繰り返していました。家族はそれぞれに手を握ったり体に触れて悲しい別れをゆっくりと過ごすことができました。

死後の処置の後、今後の学術のためにと解剖が行われ、癌に押し出されてはほとんど体外に飛び出していた左眼球も取り出されて軽い体になって〇〇子は私の腕に戻ってきました。

それからの家族は、最期まで温かかった病院や医療、多くの方々たちに感謝しながら生きてきたつもりです。転勤が多かった夫に連れ添いながら、私は保母の仕事をつづけ、ガールスカウトのリーダー、地域の子供会、施設のボランティアを通してたくさん子どもたちに触れて、母親の気分も経験して歩いてきました。不思議なことがありました。〇〇子が亡くなって35年もたったある日、50歳になったから集まるんだけどお父さんお母さんも来ないかと、同級生たちが誘ってくれました。35年もの間、〇〇子がみんなの心の中に生きていたことは涙ながらの感激でした。みんなの中でいろいろな話を聞いているうちに〇〇子が生きていたらこんなになっていたのよと話しかけてくれたように感じました。

あけて昨年〇〇子は60歳。還暦を迎えています。こんなお話を私、82歳で初めてさせていただいたのも不思議な縁を感じます。〇〇子が私を忘れないでお母ちゃん元気でいてねと言ってくれているようです。ありがとうございました。

・グループワーク2：今、人前で話すことができた母へのグリーフケアについて

10. 第5回 育成セミナー (平成29年1月14日)」



在宅ホスピスケアボランティアとは

パリアンボランティアコーディネーター 川越博美先生

- ・ ボランティアとは「意志」「善意」の意味を持つ「VOLUNTAS」が語源
- ・ ボランティアはホスピスケアになくてはならないサービス
- ・ 患者がボランティアに最も望むこと
- ・ ボランティア活動そのものが、地域社会との連携および社会との距離感をなくす役割
- ・ St. Joseph's ホスピスの中心的価値観
- ・ 新たに参加するボランティアへのプログラム (英国)
- ・ チームの一員として守るべきこと (英国)
- ・ ホスピス緩和ケアに関する研究結果：ボランティアと専門職とでは、異なる意見
- ・ 病院ボランティアと比べて在宅ホスピスボランティアに求められるもの
- ・ 患者さんの満足度
- ・ ボランティア訓練で重要視していること

【私はなぜ在宅ホスピスボランティアをこころざしたのか？リッチピクチャーを書いて自分の心の中をのぞいてみよう】（

（ボランティア講座受講者からのアンケートより）

① 私はなぜ在宅ホスピスボランティアを志したのか、あるいはボランティア講座を受講しようと思ったのか、その気持ちを書いてみよう

・ホスピスは、死の恐怖を感じていて人が穏やかに笑顔で亡くなってゆくことを知った。私もそのような場に関わりたい。

・病院勤務時代にがん看護に携わり、その時に出会った患者さん、ご家族と過ごした辛かったけど豊かな時間をもう一度過ごしたい。

・私は看護師でも介護士でもない、主婦です。でも、がんになった経験があり、これが私の特権です。これを活用できればうれしいです。

・訪問看護をしていた時、看護師一人でケアをすることに限界を感じていた。ボランティアの人がいればと思った。

・資格のない自分に何ができるのか、何かお手伝いができないかと感じた。

・終末期で病院よりも自宅に居たいと思う人は多いと思う。自分もできる限り家に居たいので、その希望が叶うためにはどうしたら良いか、学びたい、考えたい。

・残された限られた命を生きている方の、何か役に立ちたい。

・両親、夫、叔母、姉、従妹と自宅で介護看護をして看取ったことで死を目前とした人の心（気持ち）の様子がそれぞれ違うことを感じさせてもらいました。苦しんでいる方へ少しでも穏やかにしてあげたい、させていただきたいと思ったからです（自分もがんになり、ただいま、手術後の経過観察中です）。

・一人暮らしの自分が最期の時を迎えるとしたら、とよく考える。住み慣れた自宅に居たい、専門職に関わってほしい。でも、淋しさや不安に寄り添ってくれる人が居たら。元気な時は、自分も寄り添える存在のボランティアでありたい、と思いました。

・妹を7年前に自宅で看取った経験とケアマネージャーの仕事を、今しており、看取り支援をする機会が多くあるため、勉強したい。

- ・夫を難病で亡くしたから。

- ・身近な人がステージ4の胃がんになりました。手術を受け、全摘しましたが、言葉には出ませんが、きっと「生きたい！！」気持ちだと思うと大切な人だけに、涙が止まりません。今まで、身近で起きたことがないだけに私自身の心構えとして知識を得たいと思い受講しました。

② この講座をシリーズで受講して、在宅ホスピスケアに関して学んだこと、一番強く心に残っていることはなんですか

- ・グリーフを体験した人のリアルな感情が直接伝わってきたこと

- ・私は、がんになったとき一人で悩みました。なぜなら、誰にも言いたくない、知られたくなかった。話そうと思った時、すでに20年が経っていました。これからは、違った時間を過ごせると確信しました。

- ・最期を迎える時、病院ではなく自宅で、本人の希望があれば実現できるということを知りました。

- ・ボランティアは、人の為ではない、自分の為。

- ・グリーフは長くながく続く。死を見つめつつ、希望をもって今を生きる。

- ・モルヒネは、命を短くするだけのものと人から聞いていていましたが、痛みの軽減に使用するものだと知りました。

- ・在宅ホスピスケアボランティアは、医療者、看護師、家族、ご本人とのかかわりの中で、繋ぐ役目があると知りました。

- ・満足して死を迎えるイメージができました。

- ・寄り添うことの大切さを再認識させてもらいました。

- ・自宅でも痛みのケアが可能であること。

③ 今後、在宅ホスピスケアの中で、あなたはどのようなボランティア活動ができると思っていますか。あるいは、難しいと思っていますか。

- ・うまくできるかは別として、傾聴したい、そばに居たい。
- ・そばに寄り添い、患者さん、家族、チームの方々からたくさんのことを学びたい。
- ・他人に寄り添うことは難しいことだと思う。生きてきた価値観の違いを自分が理解して、共感できるかどうか。
- ・死期を迎える人が笑顔で最期まで過ごせるように、ともに一緒に居たいと思っています。
- ・手を握りながら、背中をさすりながら、傍に居ること。
- ・一人暮らしでペットを飼い、大切な家族として暮らしておられる方には、ペットのお世話をし、ご本人の亡くなった後には、ペットの行く先を探し、安心していただけるようにしたい。
- ・ご家族と一緒に、チーム〇〇の一人でいたい。
- ・死に逝く人に対して、どう接していけばよいか。傾聴することは難しい。無言でどう過ごしたらよいかなど、問題は多いと思いますが、寄り添うという気持ちを一番に考えていきたい。医療・介護とは違うボランティアとして活動していきたい。
- ・実際、自分に何ができるかわからないが、ボランティア活動が求められるなら、ぜひ参加したい。
- ・家族の想いを聴き、スタッフの想いを聴き、患者さんご本人の想いを聴き、でもその先はまだ未知数。

11. 「にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座」を終えて

(平成29年2月26日)

「住み慣れた家で最期を生きる～種まく人」 ふじ内科クリニック 内藤いづみ先生



林ハナさんという91歳のすい臓がんのおばあちゃんを自宅で看取ったという記事が共同通信社で全国の地方紙に載せられたのをきっかけに斎藤先生が在宅ホスピス医になろうとした、ということでそこからお話しさせていただきます。

ご家族に囲まれ、林ハナさんは、病院が嫌いで、最期は家で、とみんな笑顔の中で看取られました。一人ひとり家族が安心して、そして最後には笑顔あり、また笑い声まで聞こえ、小さなお孫さんにも囲まれ、「おばあちゃん」と呼ばれながら亡くなりました。なぜなら、おばあちゃんも一生懸命生きて天寿を全うしたということがみんなにわかったからだと思います。

だんだん体が消耗していきますが、その過程をご家族にお話ししていきます。家族がびっくりにしないように。ご本人は絶対病院には入院したくないという意志を通されたのです。

この林ハナさんが斎藤先生と私を結び付け、そして会場の皆さんとこうしてさらに結び

ついたわけです。



遠藤周作先生の大変昔の新聞連載記事を紹介します。当時の病院事情から、もっと病院を改革し温かい病院をつくろう、と話されていました。これは病院の話ですが、同じことが今、地域そのものにも当てはまると思います。在宅で最期を過ごせる温かい地域をつくろう、と日本は大きく舵を切っています。



最後に、谷川俊太郎の「みみをすます」という詩と一緒に朗読して、ホスピスボランティア講座を修了された皆さんの心に、在宅ホスピスそして在宅ホスピスケアボランティアという種を残したいと思います。

おわりに

○“にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座”開講に向けて、平成28年3月13日、在宅ホスピスの草分け、内藤いづみ先生からホスピスボランティアについての考え方をお聞きすることから始まった。

○がん終末期の様々な苦痛は、在宅では到底取り除くことが出来るはずがない、と一般の人々のみならず病院医師を含めた多くの専門職が思い込んでいたが、具体的な緩和ケアの手技手法を学ぶことで、人間の尊厳を尊重する住み慣れた場所が終の棲家となることを理解していった。

○在宅ホスピスケアの実践者である川越厚先生と川越博美先生から、現在の有り様を受け止め、そしてやがて訪れるエンド・オブ・ライフを穏やかに受け入れること、との死生観を学んだ。

○人生の最終章には、身体的、社会的、精神的苦痛が訪れるが、それらと絡まりあって霊性（スピリチュアル）ケアが必要となることも学んだ。四つの苦痛が別々に存在するのではなく、それぞれが絡まり合って出現すること、それらを全人的苦痛（トータルペイン）としてケアすることの重要性を大下大圓師より学んだ。

○在宅ホスピスには、患者さんと専門家とをつなぐホスピスケアボランティアがチームの一員として必要であることを学んだ。そのためには、普及・啓発と絶え間ない研修が必要である。

○新潟に初めて、在宅ホスピスの明かりが灯った1年であった。今後、ボランティアチーム育成のため、更なる研修プログラムを開発し提供していく。

○本講座は、新潟県、新潟市、新潟日報社、新潟県緩和ケア推進協議会、新潟県小規模多機能型居宅介護事業者協議会のご後援をいただきました。ここに深く感謝申し上げます。

○本事業は公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受けて行われました。多くの学びを研修セミナーを通じて得ることができましたこと、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団に深く感謝するとともに、ご協力いただいた関係者の皆様へ心より厚く御礼申し上げます。

引用「眠られぬ夜のために」より

あなたは絶えず、そしてできるだけ多くの種を蒔かねばならない。
それがあなたの生涯の仕事である。
すべての種が芽を出すとは限らない。
といって、全ての種が石ばかりの地面に落ちて無駄になるわけではない。
試してみなさい、試してみること、
着手することのみによって偉大な事柄も成就するものだ。

カール・ヒルティ（1833～1909）スイス生まれ 法学者 哲学者 政治家
「幸福論」「眠られぬ夜のために」など



飛騨千光寺から眺める御嶽山

にいがた発！在宅ホスピスケアボランティア講座報告書 2017

在宅療養支援診療所・緩和ケア診療所 斎藤内科クリニック・にいがた在宅ケアねっと 事務局

〒950-0926 新潟県新潟市中央区高志2丁目20番3号 Tel 025 (287) 5800 Fax 025 (287) 6688

URL: <http://smc-kanwa.jp> E-mail: t-saitoh@smc-kanwa.jp
