

ホスピス・緩和ケアボランティア研修会

報 告 書

2014年7月3日（木） 三宮研修センター

2014年9月4日（木） 愛媛大学医学部 40周年記念講堂

プログラム

開会挨拶 13:30

日本病院ボランティア協会 理事長 吉村 規男

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 事務局長 大谷 正身

講演 「緩和ケアの本質 ～全人的ケア 死から生といのちを考える～」
昭和大学医学部 医学教育推進室 講師 高宮 有介

講演 「寄り添う心 ～スピリチュアルケアの視点から～」
上智大学グリーンケア研究所 研究員 大河内 大博
いのち臨床仏教者の会副代表（浄土宗願生寺 副住職）

・・・・・・ 休憩・・・・・・

鼎談 (質疑応答)
それぞれの立場から 高宮 有介 大河内 大博 吉村 規男

閉会 16:15

目次

主催者挨拶		1 頁
資料図	高宮 有介	3 頁
講演	「緩和ケアの本質 ～全人的ケア 死から生といのちを考える～」 昭和大学医学部 医学教育推進室 講師 高宮 有介 日本緩和医療学会理事・日本ホスピス緩和ケア協会 理事	5 頁
資料図	大河内 大博	20 頁
講演	「寄り添う心 ～スピリチュアルケアの視点から～」 上智大学グリーンケア研究所 研究員 大河内 大博 いのち臨床仏教者の会副代表（浄土宗願生寺 副住職）	22 頁
鼎談	高宮 有介 大河内 大博 吉村 規男	31 頁
質疑応答		37 頁
アンケートまとめ		40 頁

主催者挨拶

日本病院ボランティア協会理事長 吉村 規男

こんにちは。

今司会のほうが言いましたように、本来もう二つ上のフロアで開催をする予定をしておったのですが、申し込みの方が非常に多くおられると言うことで、急きよ、こちらの方に変更させて頂きました。

何かと不行き届きがあるかと思いますが、どうぞ何かお気づきのことがありましたら、今後のことでもありますのでアンケート用紙に書いて頂けたらと思います。

今日、これも司会のほうがご紹介いたしました。が、ホスピス・緩和ケア研究振興財団様から助成を頂いて、このホスピスの研修会を開かさせて頂いております。

今年は、財団さんのほうのお話から、例年ですと、この近畿といいますか京阪神地区を中心にさせて頂いていたのですが、『もう一か所、どこか別のところでもやりませんか』というお話を頂きまして、愛媛を候補として考えさせて頂いて、相談の結果、9月に松山のほうで開かさせて頂くということになりました。

それだけホスピス・緩和ケアのことを研修したいと言う声や要望が強い、広がっていると我々としても考えております。

今年度につきましては、ご存じのように理事長が交代をましたので、それを機に研修会をもう一度見直しをして、少し例年に比べると少ないことにもなっているんですが、来年度につき

ましては、またかなり研修会の方も増やしていきたいと思っておりますので、そういったことにつきましても、ご忌憚のないご意見を頂ければと思います。

実は昼前に、先生方に来て頂いて、これまでいろいろお話をさせて頂いていたんですが、高宮先生それから大河内先生と一緒にお話しをさせて頂く中で、一時間少しの中で大変深くて広いお話しを聴かせて頂くことができました。

いろんな意味で、ホスピス・緩和ケアについて、癌の患者さんのこと、ご家族のこと、そういったことについての造詣の広い方に、今年は講師に（まあ例年そうですが）、

特に今年の講師のお二人の先生には、良いお話しをしていただけるのではないかと期待をさせて頂いて良いかと思っております。

NHVAの会員さんにとっては、ボランティアをするうえでの心構えのようなことについては、先生方のお話しを咀嚼して頂いて、皆さん方が考えて頂いて、今日のお土産として持って帰って頂ければ、研修会を企画したものとして、それに勝る喜びはないということでございます。

どうぞ今日半日ですが有意義な研修会になりますように、皆さん方のご協力を併せてお願いいたしまして、開会の挨拶とさせて頂きます。

今日はどうぞよろしく願いいたします。

主催者挨拶

ホスピス・緩和ケア研究振興財団事務局長 大谷 正身

皆さまこんにちは。
ホントに今日は 沢山の方がご参加くださいますので感謝をいたします。

多分 今日のテーマと講師の先生方の内容に、皆さんの期待があって これだけ沢山の皆さま方のご参加を頂いたものと思って 準備して下さいました吉村理事長、また病院ボランティアのスタッフの皆さま方に 心より感謝申し上げます。

何よりも日頃 病院でボランティアのご奉仕をされている皆さま方おひとりひとりに心より敬意を表するものでございます。

私たちの財団、ホスピス財団と申しますが、いろんな活動をしております。

私が話すよりも 実は、昨年ホスピス財団の紹

昨年の京都の会場でも 一部まだテスト版だっ
介DVDを作りました。

たのですがお披露したのですが、今日やっと完全版が出来上がりましたので 約10分ほどでございます。

それをご覧頂いて 私どもの活動をご理解いただき 可能ならば賛助会員、あるいは ご寄付をして頂ければ 大変嬉しいものでございます。

お手許に財団のパンフレット あるいはニュース関係を入れさせていただきましたので またご覧ください。

では、約10分間DVDをみて頂いて あと先生方にバトンタッチしたいと思います。
今日は、本当にありがとうございました。

◇ ホスピス財団紹介DVD上映 (約10分間) ◇

「緩和ケアの本質」

～死を通して、生といのちを考える～

高宮有介

(昭和大学医学部 医学教育推進室)

- 1985年 昭和大学医学部卒業後、外科医
- 1989年 英国のホスピスで研修
- 1992年 緩和ケアチームを開設
- 2001年 緩和ケア病棟に勤務
- 2007年 教育担当となる

1

全人的痛みとは

- (1) 身体的
- (2) 精神的
- (3) 社会的
- (4) スピリチュアル

2

正解のない問い

- 何故私のがんに・・・
- 何故私が死ななければならない
- 早く終わりにしたい
- 私の生まれてきた意味や役割は

→傾聴(反復)、沈黙、タッチ

3

not doing but being

何かをすることではなく、側にいること

→両方のバランスが重要

4

苦痛と苦悩へのアプローチ



苦痛(Pain) : Doing

- ・治療したり緩和したりすることができる
- ・問題志向型アプローチ

苦悩(Suffering) : Being

- ・治療したり緩和したりすることができない
- ・関係志向型アプローチ (寄り添い性)

5

Whole Person Care

→医療者自身の心のケア

- 援助者として出来ること、出来ない事を知り、出来ない事を認め、その自分を承認する。
- 全人的ケアをするためには、まず、援助者自身が自分自身を知ることが大切。
- 援助者がケアしようとしながら出来なくても、自分の無力さを認めることで患者さんがケアラーになる場合もある。

→マインドフルネス 今、この時に集中する

6

母にとってのいのち

「陽輝がいてくれたおかげで、
自分の母親に

生んでくれてありがとうと思えた。

夫に支えてくれてありがとうと感謝できた。

生まれてきた3歳の長男に

生まれてきてくれてありがとうと思えた。」

7

明日もまた生きていこう

横山友美佳

歩くこと、

話すこと、

見ること、

聞こえること、

喜ぶこと、

悲しむこと、

そして生きること。

当然のように出来ている人間は

何とも思わないけれど、

これらは当たり前のことなんかじゃない。



8

21年間、大変お世話になりました。
ことにこの1年は心配ばかりかけてしまって、
申し訳なく思っています。
親よりも先に逝くなんて最後まで親不孝な娘でした。
でも、あまり泣かないで下さい。
やっと私は病気の苦しみから解放されて、
楽になれるのですから。
悲しんでばかりいないでください。
逆に私は安心して旅立つことができません。
これからもしっかりと生きていてください。
もう、うるさい娘は口出しできないんだから、
自分の足で歩いていてください。

最後にお母さんの娘に生まれてよかったです。
ありがとうございました。

(亡くなった21歳の女性の母への手紙)

9

西田英史君の日記から

死をみつめる

今日も、非常に強い無気力感にとらわれた。
もう少し、自分の死について考えてみる必要があるようだ。
明日死ぬのだったら、今日何をやるか？
3日残っているとしたら、何をやる？ 1週間あるなら？ 半年あるなら？
1年以上あるなら？

生きる意味とは

普通の生活をしていて死ぬならそれでも結構だ。
大事なのは、今、何ができるかということではないか。
今やりたいこと、何だろう。
俺が今できるもの。
癌と闘いつつ、明日を信じて勉強すること。
俺にとって満足いく生活だった、と言えるようになること。
一日一日を精一杯生きるという生き方に巡り会えたこと。

10

余命、予後をどう伝えるか

- 希望を支えながら
- 患者は末期と知っても年単位で考える
- 時間を言うとカウントダウン
- 時間ではなく、
人生設計を誤らないように
- 月単位
- やりたいことは先延ばしにせずに
- 会いたい方があったら、会っておく
→それはまさに私たち自身のこと

11

紹介した図書、映画

- わたしがあなたを選びました (鮫島浩二：婦人生活社)
- ひかりの世界 (葉祥明：校成出版社)
- 明日もまた生きていこう (横山友美佳：マガジンハウス)
- ではまた明日 (西田英史：草思社)
- 最後だとわかっていたなら (佐川睦訳：サンクチュアリ出版)

* DVD「象の背中」 (秋元 康：ポニーキャニオン)

* 音楽 アメージング・グレース (ハイリー)

12

緩和ケアの本質 ～ 全人的ケア、死から生といのちを考える ～

昭和大学医学部 医学教育推進室 講師 高宮 有介

ご紹介ありがとうございました。昭和大の高宮です。よろしくおねがいます。

私の自己紹介をもうちょっとしておきたいのですが緩和ケア、がんの患者さんの心と体の痛みをやわらげる、そういう仕事をしておりますけれども、もともとは外科医でありました。**＊（１）**学生時代からいろいろ何科にいくか迷っていたのですが、心と体、両方を診れる医者になりたいと思ったんです。そのきっかけは剣道だったのです。小学生時代からずっと剣道をやっていてどうも肉体的な瞬発力とか力だけではなく、自分の心のありようが自分の体に影響すると随分体験してきました。ソチオリンピックの女子のジャンプとか、ワールドカップのサッカーもそうです。心が体に影響するんだと思いますが、患者さんもそうだと思うのです。

患者さんと向き合った時に医師として心のケア、信頼関係ができることによって、治療の結果が変わるかもしれない。治療の結果が同じであったとしても患者さんの満足度がちがうのではないか。たとえ死に至ったとしても患者さんの満足感がちがうんじゃないかと思ったんです。ただ私が医者になった頃は緩和ケアという分野がなく、まず外科医としてスタートしました。多くはがんの患者さんだったのですが、そのころの外科医は自分が手術した、メスをいれた患者さんはがんが再発しても、また最期まで看取りを外科医が診るんだということでありました。慣れない外科医が最期の看取りをしていたんですけども、なかなかがんの患者さんの痛みを取りきれなかった。

そのころにイギリスのホスピスで、心のケア

をしてモルヒネなどのお薬をうまく使って痛みがとれると聞いて、さっそく勉強に行ったわけですが、そこで見たホスピス緩和ケアが今までやりたかった心と体のケアと思いまして一生の仕事としてやってまいりました。教育の担当もしておりますが、長岡西病院のビハーラ病棟とか、浄土真宗西本願寺が創立したあそかビハーラ病院の緩和ケア病院とかにもかかわっております。

それでは、話を進めていきたいと思いますが今日どうでしょ、来られている方で医療者の方ってどのくらいいらっしゃいます？医師とか看護師とか。少ないですね、でも35%くらいでしょうかね。ありがとうございます。

緩和ケアとはということをお話ししていきたいと思います。ちょっとクイズみたいですが、何がみえるでしょうか。(絵を見せる) わかった人は言わないでください。ヒント、文字が書いてあります。アルファベットです。グレーの部分は背景です。よく見ると人生がみえましたでしょうか。線を2本引いていきます。**LIFE**、ライフであります。この2本の線の線を引くことが緩和ケアではないか。患者さんの人生が見えるお手伝い。ライフって人生だけじゃない生きがい、命って意味があります。これを支えるお手伝いじゃないかなって思ってま。これはパグって種類の犬なんです、名前はバブって名前だったんですが緩和ケア病棟で、30歳の女性がすい臓がんの末期で入院してこられました。結婚されてたのですが、お子さんはいらっしゃらなくてこのワンちゃんが自分の子どものようにいとしい存在でありました。緩和ケア病棟で

はペットの申請をだすと一緒に過ごすことができます。とくに個室なら大丈夫です。辛いことありましたが、このワンちゃんが癒してくれた。ただ末期の患者さんだったらなんでも OK かというそうではなくて、大切にしたいのは患者さんが歩んでこられた人生、患者さんが大切にしてくださった日常生活を私たちも大切にしたいってことであります。

今だんだん医療が科学になってきて脳の専門家、心臓の専門家、これは医学の進歩の為には必要なことではあります、患者さんが望んでいるのは一人の人間として見て欲しいということだと思います。

ちょっと英語で訳しにくいのですが **evidence based medicine** と言われている、理論とか論文とか根拠を基にして、医療を提供することが主流になっています。これも大切なことではあります最近言われているのはですね、**narrative based medicine**、患者さん一人ひとりの物語を大切にしていこうということでもあります。これはちょっとどちらが大切ということではなく、両方が車の両輪のように大切なものであります。

ちょっと皆さんの熱気でなんか汗かきなもので上着をぬいで。(ビデオを見せる。高宮講師がカツラと衣装をつけ、化粧をして山本リンダに扮して歌って踊っている、おもしろいビデオでした。) 気持ちが悪いのがでてきたと思うのでしょうか。あのこれ私なんですけどみなさん知ってるかどうかわかりませんが、一応山本リンダとかですね、おニャン子クラブとかなったりして踊ったりしてるのですが、まあもともと外科の忘年会でやってた芸だったのですが、患者さんの前で結構受けて、今日は特別にライブ映像がありますのでお見せしたいと思います。長岡西病院の緩和ケア病棟のロビーで昨年踊ったものであります。ええ、ロビーの真ん中にこういう舞台があって幕も。サプライズゲストで、これ私なんですけど、末期の患者さんが、もう明日がわからない患者さんが、最期死ぬ

までに先生の山本リンダが見たいと言われて。そのおばあちゃんに薔薇を渡しています。こればかり見てもしょうがない。(みんな大笑いでした。) その患者さんの次の機会があるかといえば、次がない、来年があるかといえば来年がないということで、行ったわけでありましたが、ただ新幹線の中かでカツラと衣装を持ちながら、おれ何やってんだろうかな、と思ったんだけど、考えてみると原点として、患者さんの笑顔が見たい、という事だったと思います。ただし、緩和ケアをやる医療者は、何か芸がないといけないという事ではなくてですね、患者さんと向き合った時私たちは、同じ目線で向き合えるか。医療者ってどうしても白衣で上から目線かもしれない。普段着で向き合いたいなと思います。別に本当に裸になる必要はないんですが、人間対人間として向き合うっていうことでもあります。(医師と患者が裸で向き合っている絵が出てきた)。

えー医学生たちの教育でいっしょに泣いちゃいけないとか言われるんですが、私は一緒に泣いて良いて学生たちに。ただ一緒に泣いてしまって専門家としてやるべきいろんなアセスメントとかですね、それまで流されたいいけない。共感しながら専門家としてのバランスを保つということでもあります。

さきほど柏木先生もおっしゃられていた全人的な痛み、これがキーワードであります。(2) 身体的、精神的、社会的ですが、私は、50代の男性、医者ですがもし会社員だとして大きな企業のプロジェクトの責任者をしている、でも進行がんと診断された、上司からどんな扱いをうけるかというプロジェクトから外されるかもしれない、入院を繰り返していると解雇にあうかもしれない。何が困るかって、経済的に困りますし、私は夫であり父親でその役割を果たせない、これが社会的な痛みであります。

四つ目がスピリチュアルな痛みと言われており

ますが、この四つの痛みががん患者さんの痛みとしてモデルとして言われておりましたが、ただ考えてみますと脳梗塞の患者さん、心不全の患者さん実はすべての患者さんにある痛みであります。スピリチュアルペイン、これはちょっとわかりづらいたと思います、日本語では霊的とか宗教的とか言われていますが、なかなか一言では言いきれなくて緩和ケアの領域ではスピリチュアルペインと言う風にカタカナで言われています。これはどういうことか、皆さんも考えたことがあるかもしれない。

なぜ、自分はこの世に生まれて生きて死んでいくのだろうか。

自分が生まれてきた人生の意味は何なのだろうか。自分が生まれてきた人生の役割は何なのだろうか。

もちろん、みなさんも自分自身を見直し、またこれからどう生きていくか。またこの人生どう行くのか、誰かの為に役に立ちたい、ボランティアやっている人はまさにスピリチュアルなニーズだと思います。ただ、それをいつもいつも考えているわけではない。でもがんと診断され死を意識した人にはとても大きな問いかけであります。自分の人生振り返ってみて、生きてきた意味はあったのだろうか。今寝たきりになって人の迷惑になってるんじゃないか。早く終わりにした方がいいんじゃないか。という問いかけであります。

4つの痛みといいましたが、私のイメージの絵なんです、身体的だと表面的で見えやすいかもしれない。精神的・社会的は、内側にあったり外側にあったりしてスピリチュアルペインは、中心・核、にあると言われてます。これは特別な人にあるわけじゃなくて、すべての人の中にもともとあるんだ。でも日頃は出てこない。どういう時に出てくるか。人生の大きな喪失、愛する人が亡くなる、自分自身が死を前にした時に表面化するとされています。

4つの痛みといいましたが、4つ4分割されて

いるわけではなくてオーバーラップしています。身体的、精神的、社会的、そして真ん中にスピリチュアル。ちょっと色んな説があるんですが、真ん中にスピリチュアルがあるという方もいらっしゃいます。

先ほどの50代の男性、仕事がなくなる、収入がなくなる、夫として父親として一人の人間として生きている意味を感じられない、と社会的な痛みであり、精神的な痛みでありスピリチュアルな痛みでもあると思います。これ全体を包括してスピリチュアルという方もおられます。

これはアメリカのスピリチュアルケアワーカーの方が言っておられた4つの痛みであります、アメリカのスピリチュアルケアワーカーってどんな仕事の方を想像しますか？全米百ベッドに一人はいらっしゃるそうではありますが、元の職業は牧師さんです。ただ急に教会から牧師さんが、その患者さんのところに行くわけではなくて、2年くらい心から血を流すようなトレーニング、自分の生育歴やトラウマに向き合うトレーニングをして初めてベッドサイドに行くそうではありますが、彼らの言っている4つの痛み、身体的精神的社会的とは、今、私達がいるような現実的な座標軸で、スピリチュアルとはちょっと違う次元で、天からなのか地からなのか、そういうふうなものだと言っています。

皆さんがボランティアになろうと思った時になんか背中を押されたような気がしたりですね、またよく言われるのが結婚を決めた時、この人と結婚しようと思った時、この人と結婚するはずだって声が聞こえたような気がした。体で感じたり、声が聞こえる、そういう体験だって言っていますが、ちょっとわかりづらいかもしれません。

これから患者さんを紹介しながら進めて行きたいと思えます。患者さん自身、またはご遺族からこのような講義に使ってくださいということで提供いただいた写真であります。

この方は50代後半の男性でありました。前立腺がんというのがあってですね、それが全身の骨に飛んで転移をしておりました。特に腰椎、背骨に転移してなかの大きな神経、脊髄を圧迫していたんですね。何が起るかっていうと、下半身がマヒになってしまいました。下半身まひ、何が辛いかっていうと足が動かないことも辛いんですが、排尿排便、お小水や便の感覚がわからなくなっていました。お小水の管が入り、おむつをしていたんですけども、肛門の感覚がなかった。便が出た時さえ、わからない。どうなるかっていうと、看護師さんが回って来て「また便でてるみたいよ」で、横向かされてそしておしりを綺麗にして、おむつを替える。その繰り返しの中で彼はこういうスピリチュアルな痛みを言われました。「先生、こんな状態で、生きてる意味を感じられない。もう、終わりにしてくれないか。先生もこんな状態だったら、生きてる意味を感じられますか？」とても大きな問いかけでありました。毎日ベッドサイトに座り、傾聴したのですが、なかなかこの痛みは取りきれなかった。でも先ほどの写真、よく見て戴くと、乾杯をしています。緩和ケア病棟、お酒がOKなところが多いんですけども、大学の付属病院の、緩和ケア病棟だったので、お酒が禁止でスタートしました。でもこの方が一生懸命申請してくれて、1か月後にお酒が解禁になって乾杯できたんですけど。ただ、彼はお酒が好きだっていうだけでなく、高知県の土佐の出身だったんですけども、中学高校時代の仲間たちと大人になってもずっと付き合っている。「お茶でも飲もうや」って、会ったら大体、一升瓶、日本酒の一升瓶を酌み交わすのがならわしだった、というので是非彼らが来た時に飲みたいということでありました。で、友人たちが来たんですけども、メッセージがすごかった。

「お前がそこにいるだけでいい」

「お前の笑顔が見れるだけでいい」

普通に考えれば、50代の男性、仕事がなくなって収入がなくなって、寝たきりになって、おむつしているという誰にも価値がないかもしれない、社会的に。でもそうじゃない、お前の笑顔、酒の肴にして飲むんだから、お前は、そこにいるだけでいい。お前がそこにいるだけでいい、っていうメッセージの中で彼は存在している事自体に意味を見出していられました。だんだん先程のような言葉は言わなくなっていった。スピリチュアルペインがあれば、スピリチュアルケアがあります。ここで言いたいのはさきほどのような専門家のケアもありますが、皆さんもボランティアとして患者さんと向き合う中で、すでにスピリチュアルケアをしてこられたかもしれない。これからもするかもしれないということでもあります。

これはある方から教えていただいた話なんですか、患者さん同士でスピリチュアルケアをしたって例であります。中年女性が二人、緩和ケア病棟に入院していました。末期のがんです。二人部屋で二人とも寝たきりです。ひとりの患者さんが夕方暗くなって「私なんて生きて来た意味がなかった。早く終わりにしたい」と言った。隣の患者さんがカーテン越しに、「そう辛いわね。でもあなた、この前娘さん面会に来ていたね」と言ったら、もう終わりにしたいといった患者さんが「そうそう、あの娘はね」と生い立ちからどんなに一生懸命育てたか話し始めた。隣の患者さんはカーテン越しに「あそう、そうだったの」と相槌を打っていたけども、三十分話し終えた時に「あたしもう終わりにしたい」と言っていた患者さんが、「あたし、あの娘いたから、生きていたかったのかもしれない」。これでケアが完結したわけではありませんが、ケアのきっかけにはなった。

その患者さん何をしたのか。評価をせずに聞いたのであります。何を聞いたのか。ライフレビューという、人生の宝物を聞いたのであります。患者さんって病棟の師長さんとか外科部長さんを選んで話すわけではなく、医学生であっても、ボラン

ティアの方であっても、この人だったら聞いてくれる。直感的に苦しむ人は、人を選ぶんですね。そして話し始めるのであります。

そしてもうひとつ言っておきたいのはお年寄りの昔ばなしの中にもライフレビューがあるということでもあります。

私は週に一回、長岡西病院に行っておりますが、数年前に入院してきた患者さんの話であります。80代の男性だったんですが、入院してきてすぐに医師である私にですね、「先生、私はもう、一度死んでるんです」「死ぬってことは死んだ仲間に行きに行くことだから、怖くない」と言われたんですね。「どういうことですか」と聞いたら、彼は神風特攻隊にいたんですね。『永遠の0』、今回映画を見られた方、どのくらいいらっしゃいますか。結構多いですね。ありがとうございます。まさにそのような話でありました。戦争は皆さんもお知りのように、若い兵士たちがゼロ戦に乗って片道の燃料だけ入れて、飛行機ごとアメリカの艦隊にぶつかっていくという、作戦でありました。まあ多くの飛行機が撃ち落されてしまったという話、なんです、飛び立ったら帰ってくるのではない作戦でありました。

先ほどの80代の患者さんも多くの仲間を見送って自分も死ぬつもりだった。でも終戦になって飛べなかった、悔しかった、とお話されたんです。ところが彼は生きて帰ってきたので、結婚して娘さんとかお孫さんとか、病室にワイワイいたんですけども、まあその家族が「またおじいちゃんの昔話が始まった」「おじいちゃん死んでたら私達いないじゃないの」と笑い話になってるんですが、でも彼が緩和ケア病棟の意味を知り、入院してすぐに私に話したそれは、彼のライフレビューだったと思います。昔話のようでもライフレビューがある、とても大事なことであります。

そして正解のない問いがあります。* (3)「な

ぜ、私のがんになったんでしょ」と言われてなんて答えるでしょうか。統計的に言うと二人に一人が人生でがんになり、三人に一人ががんで亡くなると言われています。そんなことを患者さんに言ってですね、そのうちの一人になったかもしれません。あまり嬉しくないでしょう。「早く終わりにしたい」って言われてなんて答えるでしょうか。「そんなことは言わないで頑張りましょう」って言うところまで切れてしまう。もちろんみなさん、ボランティアとしても、そういうトレーニングされていると思いますけども。

この傾聴・反復、沈黙、待つということでもあります。オウム返しというところちょっと軽いですが、「早く終わりにしたい」ってことを宝石のよう繰り返す。「早く終わりにしたい」と言われたら、「早く終わりにしたいと思ってらっしゃるんですね?」と返す。

何が起こるかと言いますと患者さん自身が自分の言葉をもう一回聞くのであります。「なぜ私はそんなことを言ったのだろう」と考え始めるのです。そこを待つ、ということでもあります。これですべてが解決するわけではありませんけれども、これを言われるってことは選ばれたのです。苦しむ人が、この人になら言ってもいいって選ばれたわけでありますが、何か良い答えを、って思っても、答えは相手の中にしかないので、この言葉をそのまま返すことも覚えておかれるといいと思います。

希望を支えるということも大切なことでもあります。

32歳の女性でした。胃がんの末期でベッド上、寝たきりでありました。予後は数日と思われたのですが、息を切らしながらこんなこと言われたんですね。「先生、約束覚えている?美味しいフランス料理のレストランに行く約束。私ハイヒールを履いておしゃれしていくの。」なんて答えるでしょうか。「いや、そんな病状ではありませんから」って言いますかね?結構、患者さんたちって病状わかかっていても夢とか希望を語りたいたい時があると思

います。私は「約束覚えているよ。シャンパン準備しておくからね」と答えました。

一方で確認することも大切なことでもあります。40歳の女性でありました、大腸がんの末期で小学生のお子さんがふたりいた。まだまだ生きていたんだろうな、死にたくないだろうな、と私は思っていました。その方から「どのくらい生きられますか」って余命を聞かれました。4月でした。あと2、3か月かなあと思ったんですが、そう答えるのもなんか辛い気がしてちょっと長目に4月でしたから、「来年の桜は見れないかなあ」って1年くらいで言ったんですね。でも彼女はがっかりされたんですね。なぜか？「本当のことを知りたい。自分の体はもっと短いとわかっている。限られた時間を精一杯生きたいので本当のことを教えてください」と言われました。私は「夏を超えるのがやっとなあ」とお伝えしました。本当に限られた時間を精一杯生きられた方でありました。

人の幸せとは。21歳男性の方のお話であります、脳腫瘍の末期で、ある日「人の幸せとは」と話題になった時に、ちょっとこの状況でまずいかなあ。寝たきりで目も見えなくなってきた。でも、はっきりと「人の幸せとは心の自由だ」と言われたんですね。「どういうことですか」と聞いたら、「退院していく人を見てまた悪くなって帰ってくればいい、と心に念じていた。体は悪いけど心まで歪んでしまったと悲しくなった。だから心だけは自由でいたい。誰かをねたまず、誰かの不幸を願わず誰かと比べず、誰かの幸せを心から喜び、誰かの幸せを心から願う。そんな心の自由でいたい。」と言われました。

この方は宗教をもっていたわけではなく、哲学を学んだわけでもありませんが、ある先生はこういうふうに言われました。「魂が仕事をし始めるのではないか。普段は魂は眠っている。でも危機的な状況、たとえば死を前にした時に魂が仕事をし

始める。」

いろいろな患者さんの心に残る言葉、今こういうコミュニケーション、学生向けにやっていますが援助的コミュニケーションという言葉がありますが、援助的コミュニケーションってどういうことか。

苦しむ人があなたを選ぶ、あなたが選ばれる態度ってどんな態度だろう。実際話していると段々元気になる、さらには生きる希望が湧いてくる、これが援助的コミュニケーションであります。まあこういったものを学生のうちに確立できたらいいなと思っております。

次に、がんの痛みを癒すということで話していきたいと思います。

この方は私が緩和ケアをやることになるきっかけになった非常に思い出深い患者さんであります。

23歳の女性でありました。18歳で乳がんになられて、それから再発を繰り返して23歳の段階では肺の転移と全身の骨の転移があってあと数か月しか生きられないという、状況でありました。外来で通院していて、入院をすすめたが「入院したくない」と言われて、一番の理由は婚約者の方、男性の方と一緒に生活していてその生活を続けたいということでありました。急場で医師が行ったり看護師が行ったりして在宅をサポートしました。ただ骨の転移の痛みはなかなか取りきれなかった。モルヒネ系のお薬を飲んでいただいでじっとしていれば良かったんですが、階段を上る時には痛みがあった。また昇り終えた時に時々非常に厳しい状況でありました。婚約者の方にもその病状とかいうような話は全部してあったんですが、ある時、この男性から、実は延ばし延ばしになっている結婚式があって、その式だけでも挙げたいということでありました。医療者である私たちは非常に悩みました。新婦が数か月後には亡くなる結婚でなんだろうか？籍をどうしたらいい

い？また親族にどう説明したらいいんだろうって色々あったんですが、二人が一生懸命だったので、式を準備することにしました。ご本人がその式が決まった後、引き出物を選んだり、招待状を書いたりして行く中で、なんとこれまで取り切れなかった痛みが和らいでいったんですね。特に薬は変えていません。ま、急な時期でしたので式場手配は難しいということで、病院の中で式を挙げるということで準備しました。昭和大学の病院、17階建ての病棟なんですけど、一番上に会議室があって、会議室で式場の準備をしました。バージンロードを敷いて牧師さんにも来て頂いて、この式から一か月ほど非常にお元気で新婚旅行にも行かれたのですが、残念ながら半年後に肺の転移が悪くなって亡くなっていかれました。ただ、この方から教えていただいたのは痛みがあると私たちは薬をどうしようって考えるのですが、案外患者さんの希望、目標を支えることによっても痛みが和らぐということを教えて頂いた気がしています。

末期の患者さんっていうと弱々しいイメージがありますが、みんなすごい潜在的なエネルギーを持って、それを引き出していると言うとおこがましいですが、限られた時間だから一生懸命燃焼される、そのお手伝いできるのは緩和ケアに携わる者のやりがいだと思っております。

これはイギリスのホスピスに行ったとき、最初に言われた言葉、**not doing but being** 何かをすることじゃなくてそばにすることが大切です、ということでありました。(4) ただこの **being** の意味がなかなかわからなくて、聞いたのですがこんな例を言われました。非常に衝撃的な例でありました。

赤い毛布という例でありました。若い男性が胃がんの末期で入院していたのです。

ある日彼が真っ赤な血を吐いた。真っ白なシーツが真っ赤に染まった。それは腫瘍からの出血で止めることは出来ない。看護師が真っ白なシー

ツを持って行って、そのシーツを替えた。戻ってきたらまた真っ赤な血を吐いた。今度は血圧も下がってきて数時間後に亡くなるかもしれない。その時、あなたは行ったり来たりしないで真っ赤な毛布を持って行って彼の上から抱きしめて「傍にいるから大丈夫ですよ」と向き合う。これが **being** であります。非常に勇気のいる、逃げないで向き合うということです。

ただし、**doing** は **not** で始まっていますが、今は日進月歩で患者さんの楽になる薬もたくさんあるので **doing** と **being** のバランスが大切ではないかと思えます。

苦痛とか苦悩はこのような大きな氷山にたとえられることがあります。* (5) ただしこの海の中にさらに大きな部分があります。これはもしかしたらさきほどの精神的、社会的、スピリチュアルな部分かもしれません。そしてこれは苦痛の **pain** と苦悩の **suffering** に分けられると言われています。苦痛の **pain** はさきほどの **doing**、治療したり緩和したりすることが出来る問題解決型で、苦悩の **suffering** は **being** 治療したり緩和したりすることができない寄り添い型で、あとの大河内先生の話にも出てきますが、「寄り添い型」で行こうということがあります。

全人的な痛みをみんなで考える。どうも体の痛みはだいぶ楽になってるみたいけども、患者さんの今の葛藤は夫婦の関係だったり、親子の葛藤だったりした時に、もちろん最期の時間だからって和解することもあります、それまでの長い経過が必ずそこにはあり、出来ること出来ないことがあるということでもあります。

先ほど、ホスピス財団のほうの紹介でも **whole person care** というのがありましたがその中で大事にされているのが医療者自身の心のケアも大事、ボランティアとして関わる皆さんの心のケアも大事だということでもあります。* (6) 出来ること出来ないこと、があります。出来ないことを知り、出来ないことを認め承認することも大切でありま

す。自分自身の心の強さ弱さ、今日の状態によっても変わって来る。ケアは双方向性、お互いによってできるので、自分自身のことを知るのも大切であります。ケアしようとして出来なくても自分の無力さを認めることで患者さんからケアされることってないでしょうか。

またマインドフルネスという言葉もキーワードであります。昨年モントリオールで第1回の世界大会があって、真ん中の方はマギル大学医学部のハッチンソン先生なんですけど、医学生にもこういうケア、セルフケアの講義をしているということでもあります。瞑想とかヨガとか色々ありますけども、こういうものを取り入れて、また昭和大学でもやりたいなって思っていますし、みなさん自身が関わる患者さんも家族も大切ですが、自分自身のケアも必要だということを感じていただければと思います。

今日のメインのテーマに入りたいと思います。最後は、死から生のいのちを考えるというテーマであります。伸びでもしましょかね。一度ぎゅっと上に伸びて。医学生だとですね、だいたい後ろのほう、寝てしまったりするのですが、今日は皆さん、本当に真剣に聞いて戴いてありがとうございます。

昭和大学医学部の二年生に「命の講座」ってのをやっています。死を通して生と命を考える。十年ほどやってるんですけども、さきほどホスピス財団の最初のページに出てきました統計で人間の死亡率は100%。学生に聞くんですね。「人間の死亡率は?」「んー」とか「20%」とか色々言うんですけども、「100%だよ」っていうんです。あと小学生にもこういう講義をする場合があるんですね。100人の小学生がいて「このお友達のうち将来死ぬお友達何人いると思う?」って聞くと「3人」とかですね。後ろの方の子は手をあげて「50人だと思います」とか言って「百人全員だよ」っていうと「えーっ」ってびっくりするんで

すけども、小学生だったらその気持ちもわからないでもないですが、大人である私たちは100%って知ってるけどなかなかそこ見つめようとする事は少ないかもしれない。これを考えること、自分が生まれてきた意味や役割を考えていこうということでもあります。講師にはですね。哲学者、ホスピスチャプレンの沼野さんとか、絵本作家の葉祥明さん、デーケン先生、僧侶、小沢先生、がん体験者とかいろいろ来て頂いています。なるべく一コマはがん患者さん、またはご遺族からもお話をして貰っています。

この方は講師の一人ですが、昭和大学の看護師さんでありました。ご自身ががんの体験があって、仕事をしてたんですが、くも膜下出血で倒れられて、これは生命的に非常に危険な状況でありました。でも手術によって一命を取りとめて仕事に復帰されたんですね。ぜひこれを医学生に話して欲しい、ってことでOK貰ったんですが、その直後に今度は胃がんになられて手術をして退院して二週間もしないうちに医学生に講義をしてくださいました。その翌年に胃がんが亡くなられたんですが、彼女のメッセージを聞いていただきたいと思いません。(ここから、録音を聞く。)

「また言葉。その言葉。何度も何度も言うようですが、言葉が人に及ぼす影響。先ほど先生のお話の中でもありましたように言葉が及ぼす影響、これはわれわれが本当に考えておかなきゃいけない。刃物ですよ、言葉は。特にわれわれ医療従事者の吐く言葉は本当に鋭い刃になります。何度も繰り返し伝えておきたいと思えます。」自分が教育者として若い医師や看護師を育ててきたのに自分が患者になった時、刃物のような言葉を投げかけられた。そんな医師になって欲しくない。

もうひとつメッセージがあります。

「はいぜひあの、ほんとにいい医師に成長していただきたい、と思えます。いい医師、それは技術もちろんそうです。技術を持って、本当の人間としての心、人間、人間って何。確としたもの

を持つ、そして愛。やさしさ、心。 心配りが出来る。 心配りができるということは相手が見えるということ。そんな人間に成長して良い医師になって欲しいと思います。誰にでも喜ばれる医師になってほしい。」心に残る言葉でありました。

次にご紹介するのは26歳の女性であります。ここまでがんの医療ということでお話しをしてきましたが、この方は妊婦さんでありました。産科・小児科の領域かと思いますが、お腹にいる赤ちゃんが先天性の奇形があって産まれてすぐに亡くなってしまう可能性が高い。命の意味、生まれてすぐに亡くなってしまう命の意味、死産というネガティブですが、誕生死という言葉をお母さんから知りました。緩和ケアの医者もグループの一人としてチームに入り、そのお母さんとずっと関わったのですが、お母さんと命の意味について考えて行こうということでお話しを聞いていきましたが、一つの絵本を題材にして、きっかけにしていきました。「私があなたを選びました」という絵本があります。これは産婦人科の先生が書いた絵本です。本当かどうかはわかりませんが、ストーリーは赤ちゃんが実は両親を選んで産まれてきている、という内容であります。ちょっとこれをご紹介したいと思います。

お父さん、お母さん、あなたたちのことをこう呼ばせてください。あなた達が仲睦まじく結び合っている姿を見て私は地上に降りる決心をしました。きっと私の人生を豊かなものにしてけると感じたからです。汚れのない世界から地上に降りるには勇気があります。地上での生活に不安を覚え途中で引き返した友もいます。夫婦の契りに不安を覚え引き返した友もいます。拒絶され泣く泣く帰ってきた友もいます。お母さん、私を知った日のことを覚えていますか？あなたは戸惑いました。あなたは不安に襲われました。そしてあなたは私を受け入れて下さいました。あなたの一瞬の心の移ろいを私はよく覚えています。つわりの

つらさの中で私の思いを受け止め自らを励ましたことを。私を疎ましく思いもういらないとつぶやいたことを。私の重さに耐えかねて自分を情けないと責めたことを。私はよく覚えています。お母さん、あなたの期待の大きさにちょっぴり不安を感じます。初めての日に私はどのように迎えられるでしょうか？私の顔はあなたをがっかりさせるでしょうか？私の体はあなたに軽蔑されるでしょうか？（実はこの時点で、超音波でお子さんの様子は分かっていました。水頭症という頭が大きい、手足が短い、という状況でありました。）私のすべては神様とあなた達からのプレゼント。私は快く受け入れました。きっとこんな私が一番愛されると信じたから。お父さん、お母さん、あなた達のことをこう呼ばせてください。お父さん、お母さん、今私は思っています。私の選びは正しかった、と。私があなた達を選びました。という絵本であります。

この絵本を先ほどのお母さんと読みながら、お母さんなりにもしかしたら、この子どもが私を選んでくれたのかもしれないと言われました。このお母さんの話からちょっとずれるんですが、映画の「生まれる」というのを観た方、知っていらっしゃる方、どのぐらいいらっしゃいますか？これは自主上映で公開されていないんですが、すでに日本で30万人ぐらいの方が観られています。4人のご夫婦のドキュメンタリー映画であります。こちらに映っているのは虎ちゃん、18トリソミーのお子さんとお両親ですが、18トリソミーのお子さんというのは生まれること自体が難しい。産まれても1年か2年で亡くなると言われていますけれども。このご両親は出生前診断で18トリソミーの子が産まれるとわかっていたけれども生むという決断をした方です。虎ちゃんは今5歳まで生きています。

この4組の夫婦のドキュメンタリーとともに、この映画の冒頭に5歳以下のお子さん達のインタビューが出てくるんですけれども、そのお子さん

たちの中に先ほどのような親を選んだ記憶があるという子達がいるんですね。たとえば「お母さん、ずーっと見てたよ。お母さんいつもさみしそうで不安そうにしてたよね。だから、ぼく選んできたんだよ」という子がいたりとか、または「家族が皆、いつも、楽しそうだったよね、ニコニコして笑ってたよね。だからぼくは選んだよ」という子がいたり。また胎内記憶、「お腹の中あったかかったよ」とか「声聞こえたよ」とか言う子がいたり、「生まれて来るときすごい大変だった」という子がいたり。そういうインタビューですが。ただ監督も科学的根拠がないし、もしかしたらこの子ども達は親が喜ぶからそんな話をしてるのかもしれないけれども、もし自分が親を選んだということを信じられたとしたら、育児も変わるし、親子の関係も変わるんじゃないか。この監督自身が実は弟さんが障がいでもう生まれたそうです。両親の愛は常に弟に注がれた、と。自分は愛されてこなかった、とずっと監督は思っていたらしい。大人になって自分が結婚し子どもが生まれてみると、また親の気持ちもわかってきた。親との和解のための映画だと監督は言っていますが、機会があったら是非観られたらいいかなと思います。

いつもここです、講義の時に学生に怪しい質問をするんですけども、今日はちょっと勝手にやりますけれども。学生に「あなたは奇跡を信じますか？6億円当たるとか？海が割れるとか？なんでもイエスかノーかで答えて下さい」と言うと学生は「ウーン、」とか言ってイエスとか言ったりするんですね。さらに奇跡が起こったことがあるかって聞くと、「や、ないですね」とかいうんですね。さらに怪しい質問なんだって言って「高宮が奇跡を起こすと言ったら信じるか？」っていうとだいたいノーって言うんですけども。

奇跡は今大きなイベントのようなお話しをしましたけれど、確率で考えていきたいと思いま

す。皆さん、ご両親が出会った確率、ま異性が出会って結婚する確率ってすごいですよね。皆さん自身が生まれた確率、あの精子と卵子という何億とか何兆とかいうもっと天文学的な中で皆さんが生まれているんですね。そしてその皆さんが成長し、そして大人になって何かやろうということによって病院でのボランティアをされた、それになった。そしてそのみなさんがこの近くの方もいるかもしれないし、遠くからここに駆け付けた方もいらっしゃると思いますが、その皆さんがここに座っているという確率。祖父母からいうともっとさらにすごい。ご両親の出会い、ボランティアの出会い、そして今日ここに来ているという確率。私自身も私の両親が結婚して私が生まれ医師になり、緩和ケアを目指してそしていろんなご縁で今日ここに呼ばれてきて交通事故にも遭わずに皆さんと出会っている。なんか全部足し合わせると、それを奇跡と言っていいかわかりませんが、ほんとに一つずつがご縁なんじゃないかなと思っています。

お母さんも「このお腹に宿った命は奇跡です。」と言われたんですが、という話にちょっと繋げたくて、この怪しい質問を学生にやっているんですけども。このお母さんの話に戻しますと、お腹の中の赤ちゃんに意味があると思えた。しかし、生まれてすぐにお別れの準備も必要でありました。そして、この絵本と一緒に読みました。「ひかりの世界」、葉祥明さんが書いた本で、亡くなったある少年がお母さんにメッセージを送るという内容になります。「ママ、聞こえる？僕だよ。みんな元気？ぼくは元気だよ。こっちへ来たら僕の病気すっかり治ってしまったんだ。」これ臨死体験のような話ではありますが、少なくとも亡くなってもまた会えるというメッセージですね。これはお母さんにとってもとても嬉しいメッセージでありましたけれども、ただお母さんが言うには亡くなった後のことも大

事だけれども、今一緒にお腹の中にいるんだから、生まれた日がお別れの日だけど、その日までをどう生きるかを考えたいということをおっしゃいました。その日までの時間、陽輝（ハルキ）という名前も決めていて、「太陽の光を浴びさせたい。車の音を聞かせてあげたい。」羊水過多でお腹がパンパンで辛い状況でしたけど、車椅子で散歩に行かれました。小児科の医師が、「頭が大きくて手足が短い。見るのがつらいかもしれません。帽子をかぶせたり、手袋をすることもできますよ。」と言ったんです。ご両親は「いいえ、そんなことをすると陽輝に失礼です。そのままの姿を受け入れたい」と。

これは帝王切開の前のお母さんが私に言った言葉。**＊(7)**「陽輝がいてくれたおかげで、自分の母親に生んでくれてありがたうと思えた。夫に支えてくれてありがたうと感謝できた。生まれてきた3歳の長男（お兄ちゃん）に生まれてきてくれてありがたうと思えた。」と言ってその手術の部屋に入って行かれたんです。手術で生まれた陽輝くんは水頭症ですが可愛い顔をしていました。でも自分で呼吸ができなくて、人工呼吸器という機械をつけても生きることが出来ないという判断だったのですが、実際には47日間集中治療室で生きました。最期、お父さんの胸で亡くなって行かれたんですけども。このお話しはがんの医療ではなくて産科・小児科ですが、いろんな診療科のなかで命をどう考えるか、また正解のない中でいかに最善を尽くしていくか、緩和ケア的なアプローチは同じではないかなと思います。後日談になりますが、このお母さん、陽輝君が亡くなってやっぱりショックだったんですが、それから立ち直られて元気な男の赤ちゃんを産んでいらっしゃいます。

ここからまた患者さんの闘病記や、患者さんが書いた手紙や日記をご紹介します。一緒に生

と死について考えていきたいと思えます。

北京オリンピック、出場するはずだったバレーボール選手ってご存知でしょうか？横山友美佳さんであります。**＊(8)**1987年生まれ、18歳で日本代表になるんですが、木村さおりさんは同じ高校の親友でした。この年に横紋筋肉腫という厳しい病気になって抗がん剤の治療を続けています。彼女は春高バレーのヒロインでありました。こんな言葉を残しています。「病気になって一番考えたことはやはり命の尊さです。今の世の中、自ら命を捨てる事件がたくさん起きています。命を捨てるくらいなら私に下さい。歩くこと、話すこと、見ること、聞こえること、喜ぶこと、悲しむこと、そして生きること。当然のように出来ている人間は何とも思わないけれど、これらは当たり前のことなんかじゃない。皆さんのたった一つの尊い命を大切にして下さい。今という瞬間を大事にして下さい。」これが最後の言葉だったと言われています。21歳で永眠されています。

21歳女性という、もう一人私は忘れることのできない患者さんがいます。**(9)**その方、昭和大学病院に入院してこられたんですが、原発、もとの癌がどこかわからなかったんですが、肺と全身の骨にがんが飛んでいて、痛みと息苦しさがありました。緩和ケアの医者として毎日患者さんの所に行ったわけですが、がんが転移ということはその21歳の女性、知っていたんですが、それ以上の話はお母さんがいつもガードしてて、それ以上の悪い話はしないでほしいということで、あまり予後とか死について語らないまま亡くなって行かれました。あまり死について悩まずに亡くなられたのかなあと思っていたんですが、実は亡くなったあと、お母さん宛ての手紙を書いて残していたのを見つけました。しっかりと死を見つめていた方があります。ご紹介したいと思えます。

「21年間、大変お世話になりました。こと

にこの1年は心配ばかりさせてしまって申し訳なく思っています。親よりも先に逝くなんて最後まで親不孝な娘でした。でも、あまり泣かないでください。やっと病気の苦しみから解放されて、私は楽になれるのですから。悲しんでばかりいないでください。逆に私は安心して旅立つことができません。それから私が居なくなっただからといって、いつまでも家にふさぎこんでいてはダメだよ。まだ44歳。これからなのですから。いつも勝気な人でいてください。自分の幸せを自分でつかむこと。無駄なお金も時間もつかわないように。これからもしっかりと生きていってください。もう、うるさい娘は口出しできないんだから、自分の足で歩いていってください。

最後にお母さんの娘に生まれてよかったです。ありがとうございました。」

この手紙を読んで、随分ベッドサイドに行きながら本音の話ができなかったというふうに後悔しました。ただ、この手紙を読んで、いろんな患者さんのことを思い出した時に、その予後とか死とか伝えられなくても、実はみんな死をわかってたんじゃないか、とも思いました。よく動物の猫や象が死期を悟って死に場所を選ぶと言いますが、人間も動物ですから、自分でトイレに歩けなくなる、ベッドで寝返りを打てなくなる、排泄を誰かにお願いする中で、実は自分の死をわかっているんじゃないか。そういう時に安易に励ましてしまうんじゃないかと、向き合うことの大切さを教えられた患者さんの手紙であります。

次にご紹介するのは西田英史君。* (10) 彼は高校3年生で脳の悪性腫瘍、脳のがんになってしまう。彼は日記を残しています。

「死をみつめる。病気に立ち向かう。これは勝負だ。そして勝つ。今日も非常に強い無力感にとらわれた。もう少し、自分の死について考えてみる必要がありそうだ。明日死ぬのだと

したら、今日なにをやるか？3日残っているとしたら、何をやる？1週間あるなら？半年あるなら？1年以上あるなら？生きる意味とは。普通の生活をしていて死ぬならそれでも結構だ。大事なのは、今、何ができるかということではないか。今やりたいこと、なんだろう。俺が今できるもの。がんと闘いつつ、明日を信じて勉強すること。俺にとって満足いく生活だった、と言えるようになること。一日一日を精一杯生きるという生き方に巡り合えたこと。」と言って受験勉強を続けたんですが、実際には大学受験できなかった。病気が悪くなって。でも彼の生きる目的は受験もそうだけれど、今日一日をどう生き抜いたか。それが彼の生きた証だったのではないかなと思います。

私達緩和ケアの医師は患者さんに、どの位生きられますか？と余命や予後をよく聞かれます。

* (11) どう答えたらいいか、いつも迷うんですが、希望を支えながら伝えたいと思います。患者さんは末期と知っても年単位で考える。でも3か月とか半年とか時間を言うと、そこからカウントダウンしてあまりうまくないだろう。伝えたいのは時間ではなく、人生設計を誤らないようにしてほしいということでもあります。よく言うのは年単位でなくて月単位で考えた方がいいですよ。やりたいことがあったら先延ばしにしないで。会いたい方があったら会っておく。ただ医者も全部わかるわけではないので、ひと月と言いながら実際には半年、1年・2年、生きるかもしれない。でもこの目の前のこの時間を誰とどのように過ごすか、是非考えて欲しいとお伝えする。そして伝えながらいつもハッと思うのは私達も予後が決まっているということでもあります。今20代の学生たちに講義をしていますけれども、50代の男性って自分の学生時代からはだいぶ先のおじさんだなぁと思っていたんですけれども、なんかあつという間

ですね。なんか20歳過ぎると早い。30すぎると加速してくる気がするんですが。健康な時って案外漫然と生きてしまうんですが、死を前にしてその時間を誰とどのように過ごすかということに心をかけている患者さん達から、人生の生き方を教えられる仕事だなあというふうに思っています。

ここまで限られた時間の中でどのように過ごされているか、患者さん達のいろんなお話しをしてまいりましたが、もう一つ避けては通れないもの、それは急な死であります。3.11がまだ生々しい記憶としてありますし、阪神大震災も風化していないことも皆さんの中であると思えますけれども、今日は9.11のエピソードからお話ししていきたいと思えます。

2001年9月11日に起こったアメリカの同時多発テロであります。ハイジャックされた2機の飛行機が世界貿易センタービルに激突し、倒壊するわけではありますが、この飛行機とは別に、違う別の目的地に向かっていたハイジャックされた飛行機があります。ユナイテッド航空93便というのがあったそうです。ここに二十歳の男子学生が乗っていたそうであります。乗客達はハイジャックされたことを知り、世界貿易センタービルの情報やテロリストたち、こういう人達は自爆するという情報が入ってきました。これが映画になって、乗客とテロリストは戦うという映画であります。戦ったおかげで違う目的地や、目的地に行けないことになったのかもしれませんが、実際には墜落してしまって詳細はわかりません。でも事実としてこの男子学生の携帯電話が母親につながったそうあります。「今テロリストにハイジャックされた」というのを伝えながら。でもつながったということはもう陸地が近い。数秒後にはもうお別れかもしれない。この学生は母親にこの言葉を繰り返したそうであります。「お母さん、愛してるよ。お母さん、愛してるよ。お母さん愛し

てるよ。・・・」この数秒の中で母親もすべてを察知して「私もお前のことを愛しているよ」という言葉で電話は切れてしまったそうです。

悲しいドラマはたくさん展開したと思えますが、この時に世界中に配信された一つの詩があったのをご存じでしょうか？救出作業の途中で亡くなった消防士の詩として紹介されてチェーンメールで世界中に広まったんですが、9.11とは別のアメリカのノーマ・コネット・マレックという女性のひとり息子さんが池で水死するという事故がありまして、この息子さんに残した詩でありました。日本語のタイトルは「最後だとわかっていたなら」という詩です。これを紹介したいと思えます。

「あなたが眠りにつくのを見るのが最後だとわかっていたら、私はもっとちゃんとカバーをかけて神様に、その魂を守って下さるように祈っただろう。

あなたがドアを出ていくのを見るのが最後だとわかっていたら、私はあなたを抱きしめてキスをして、そしてまたもう一度呼び寄せて抱きしめただろう。

あなたが喜びに満ちた声を上げるのを聞くのが最後だとわかっていたら、私はその一部始終をビデオに撮って毎日繰り返し見ただろう。

あなたは言わなくてもわかってくれていたかも知れないけれど、最後だとわかっていたら、一言だけでもいい。あなたを愛していると私は伝えただろう。

確かにいつも明日はやってくる。でももしそれが私の勘違いで、今日ですべてが終わるのだとしたら、私は今日、どんなにあなたを愛しているか伝えたい。

そして私達は忘れないようにしたい。若い人にも年老いた人にも、明日は誰にも約束されていないのだ、ということ。

愛する人を抱きしめられるのは今日が最後になるかもしれないということ。

明日が来るのを待っているなら、今日でもいいはず。

もし明日が来ないとわかったら、あなたは今日を後悔するだろうから。

微笑みや抱擁やキスをするためのほんのちょっとした時間をどうして惜しんだのかと。

だから今日あなたの大切な人達をしっかりと抱きしめよう。

そしてその人を愛していることを、いつでもいつまでも大切な存在だということをそっと伝えよう。

「ごめんね」や「許してね」や「ありがとう」や「気にしないで」を伝える時を持とう。

そうすれば、もし明日が来ないとしてもあなたは今日を後悔することはないだろうから。」

最後にご紹介するのは60代の肺がんの男性とのエピソードであります。

彼は心のケアをしてほしい。家族のケアをしてほしい、ということで深く関わった患者さんでありました。でも病状が悪くなって個室で寝たきりになって、奥さんと娘さんが手を握り、お孫さんが足をさする中で、こんなことを言われました。「妻や娘・孫を残していくのは忍びない。先生、死んだらどうなりますか?」「私は一つの宗教を持っておりませんが、この多くの患者さんたちを看取って行く中で、肉体がなくなって無になる、とも思っています。そこに残るのは命とか魂とか説明しにくいのですが、亡くなった患者さん達もどこかで見守ってくれている、というふうに信じています。」と答えました。この患者さんも「そう信じたい。自分が亡くなったあとも、妻や娘、孫をずっと見守る存在でいたい」と言われました。その頃いつも彼はヘッドホンで一人で音楽を聴いていらっやあって、「よかったら家族と一緒にみんなで聞きますか?」と言って聞いた曲が、今流れているヘイリーが歌うアメージング・グレースであります。

ます。それから3日後に彼は亡くなっていったんですが、今でも私はこの曲を聞くと彼を思い出します。彼の表情とか物腰を思い出します。いろんな思い出の中に人は生き続けるのかもしれない。

もう一つこれは昭和大学で起こった交通事故のお話であります。2009年、看護師が3人、交通事故に巻き込まれて即死でありました。一緒に働いたこともある良く知っている看護師達でした。その病院に行ったとき、もちろん看護師達は悲しかったんですが、みんな同じ白衣を着ていたんです。ピンクのVネックの。なぜそれを着ていたか。亡くなった看護師が最後に着ていた仕事着であり、その白衣を着る事によって一緒に仕事をしている、絶対に忘れないという気持ちでありました。

もう一つ、これも個人的なエピソードですが、私の父は私が医学部の3年の時に急死しました。心筋梗塞でした。今でも私の机の前には父の写真があります。挨拶をします。人生で大きな決め事があつたときは報告をします。声は聞こえないのですが、確かに見ていると信じています。もしかしたら、父の写真のその先に仏様や神様がいるのかも知れませんが、私にとっては亡くなった父がその窓口です。これからみなさんも病院で患者さんと接する中でたくさんの出会いがあれば、別れもあろうかと思えます。そして皆さん自身の家族との別れもあろうかと思えます。そして皆さん自身の死もいつか来るのだと思えます。ボランティアとして生と死をどう考えるか、また一人の人間として生と死をどう考えるか、正解はないと思うんですが、死が無になる、または死が永遠の別れにだとしたら、この仕事を続けていくことはつらいかも知れません。

ここでちょっと漫画なんですけど、3分間なんですけれども象のお父さんの生と死というのがあるんでこれをご紹介したいとおもいます。「象の

背中」というものであります。(インターネットで“ユーチューブ 象の背中”と入力したら見れます。以下は歌です。)

ある朝 目覚めたら 神様が立っていた。
命に終わりがくるのだ、とそっと知らされた。
どうしてぼくだけが旅立つのか。運命のさざ
なみに声は届かない。
いちばん近くの大事な人と。
しあわせだったが、それが気がかり。
もしもぼくがいなくなったら 最初の夜だけ
泣いてくれ。
君と僕が過ごした時を思い出しながら見送っ
て。

君と会えて幸せだった。
朝の空見上げほほえんで。
ぼくはきっと陽射しになって。
君のこと見守っているよ。
君のこと見守っているよ。
これはあそかの僧侶が私に言ったことば、こ
んな言葉があります。「私が無駄に過ごした今
日は、昨日亡くなった人が痛切に生きたいと
願った今日である。」

若いろいろな患者さん達の詩や手紙をご紹
介いたしましたけれども、もう一度読みます。

「私が無駄に過ごした今日は、昨日亡くな
った人が痛切に生きたいと願った今日である。」
最後にみなさんを勇気づける言葉を送りなが
ら、講義を終えたいと思いますが、これはカ
ナダの緩和ケアの教授が私に送ってくれた言
葉です。Do not curse the darkness, but light
a candle. 暗闇をののしるのではなく、1本の
ローソクに火をともしなさい。いろんな人生
の中で壁にぶつかるだろう。あれが出来ない、
これが出来ない、あいつが悪い、というので
はなく、自らが1本のローソクに火をともし、
そして新しい扉を開いていこうという言葉で
す。

これはイギリスのホスピスの母、創始者で

ありますシシリー・ソンドース先生でありま
す。2005年に亡くなられているのですが、
こんな言葉を残したとされています。

I did not found hospice. 私がホスピスを
創ったのではない。

Hospice found me. ホスピスが世界の中
で、人生の中で私を見つけてくれたという言
葉だ、とされています。私は“ホスピス”
のところに“緩和ケア”が入ろうかとおも
いますが、皆さんは“病院ボランティア”、これ
が私を見つけてくれた、というふうに言え
たらいいなあと思います。

本当に最後になりますが、アメリカのキン
グ牧師、皆さんご存知でしょうか。公民権運
動を進めていく中で、39歳で暗殺されてい
ますが、生前の有名な演説、I have a dream.
を私の夢として皆さんにご紹介しながら講演
を終えていきたいと思ひます。

I have a dream. がんの痛みで苦しむ患者さ
んがこの世からなくなりますように。その苦
しみは心やスピリチュアル面にも救いがあり
ますように。患者さんを取り巻くご家族にも
ケアが行き届きますように。

I have a dream. みなさんが私の講義で死か
ら生、命を考える機会となりますように。み
なさんがボランティアとして患者さんとの深
い信頼関係を築き、皆さん自身や生まれてき
た意味や役割を気付き、感じる事ができま
すように。ご清聴ありがとうございました。

文中* (1~11) はパワーポイントの図
表番号です

スピリチュアルケアの視点とベース

- ◆ 視点: Non-judgment
 - 価値判断を加えず、あるがままを受け止める
 - 常識にとらわれず、自らの価値基準からも自由になって聴く
 - 多義的、象徴的、非論理的、いわゆるスピリチュアルな世界にも付き合い続ける
- ◆ ベース: 自分を信じる
 - 自分を通してしか理解できないという限界のなかで、自分を信じる
 - 自分も持っている価値観・信念・世界観を超えられない
 - 究極的には他者は理解できない
 - 自分のスピリチュアリティでケアをする
 - ケアする人が常に患者から問われ続ける作業

4

寄り添いの出発点

- ◆ 自分と向き合う
 - > 「私に何ができるのか」の自問
 - > 救うことも手助けすることもできない私
- ◆ 目の前の人の苦しみと私
 - > 私はあなたに「無関心」ではない
 - > 私とあなたは「無関係」ではない
- ◆ この「存在」を通して
 - > 何もできない(無力)けど
 - > 何もできない(無力)からこそ

5

Memo

Memo

ホスピス・緩和ケアボランティア研修会
2014/07/03 @三宮研修センター

寄り添う心 ～スピリチュアルケアの視点から～

大河内大博
okouchi.d@sophia.ac.jp

縁り添い 國森康弘

鬼哭嗷々たる被災地。
九死に一生を得た人が
着の身着のまま身を寄せ合った。
そこに、縁り添う者がいた。
現場に立ち尽くし、非力を想い、無常に伏せ、
ひたすらに手を合わせた僧侶たち。
寺を避難所として開けた者、
食べ物やカイロを運んだ者、
避難者の語りにも心と耳を捧げた者、
手を握って肩を抱いた者、
また、ある者は被災者そのものだった。
鬼哭の地で、縁り合う人々は祈った。
宙に舞うシャボン玉。虹の薄皮を膨らませたような
はかない玉を、割れるその瞬間まで、見つめていた。
逝ったあの人に、威を振るった大自然に、
そして今、生きて縁り合う自分たちの未来に、
この祈りは届いたのだろうか。

1

ボランティアの役割

- ◆ 開放性 (柏木哲夫)
「ボランティアはホスピスと一般社会との橋渡し役であり、開放性の“証人”なのです。」
- ◆ “業務”と“友人としてあること” (谷田憲俊)
「ホスピス・ボランティアには“業務”だけでなく、“友人”としての役割も大切である。できるだけ安らかな楽しい時間を過ごせるように、仲間付き合いしたり、興味や楽しみを大切にしたり、患者に合ったリラックス法をすすめたりする。その患者を一人の人間として対応することが重要である。」

2

ボランティアの役割

- ◆ ケア提供者としての役割 (窪寺俊之)
「家族や病院スタッフとは異なる立場にある。彼らは、直接的に患者と生活を共にしていないし、直接の利害関係にはない。生活を共にしていないことでかえって、一定の距離を保って客観的立場から心の問題に関わることが可能である。(中略)自分の恥や誇り、挫折や成功、期待や失望などを話すには、かえって話しやすい相手になる。」

3

寄り添い型ケア

- 具体的解決のできない苦しみに向き合う
- 具体的解決ができないからといって押し込んでしまわないように、その想いや本音を吐露してもらうために関わる
- 語ることで、素直な想いを共に知ることになることを大切に
- 語りを紡ぐことは、“同じ方向を見る”営みであり、その「場」を共に揺れることで寄り添う
- 語ることさえできない人へも「場」を共にする

6

メッセージをうけとる

- 自分が優先された時には、寄り添えない
- “いのち”の現場で借り物の言葉は通用しない
- インフォメーションではなく、メッセージを受け取る

メッセージは、、、

- 言語化されていない思い
- 誰かを必要としている思い
- “あなた”の思いに“わたし”が揺さぶられるもの

7

寄り添い型ケアの実践

- ◆ 何にどう寄り添うのか
 - 表層的表現の奥にあるメッセージへのアプローチ
 - 患者さま・ご家族の「存在」へのアプローチ
 - 実践者(ボランティア)の「存在」で関わる 「“Doing”ではなく、“Being”」
共感 → 言葉かけではなく、自分がその場に在ることによって生まれる
ケアのプロセスと場の創造＝「共に在ること」を感じてもらう
- ◆ 寄り添うために問われること
 - 覚悟： 場を共にする
PT1「死にたい」
Vo1「死にたい」(沈黙)
 - 勇気： 言葉の出所(スピリチュアリティ)に触れる
PT1「死にたい」
Vo1「死にたいと思うのはどうしてですか？」
「受け身の踏み込み」 柏木(2012)

8

限界ある私

- 中原実道さん(カウンセラー・僧侶)の実践

➢ ありのままの受容

「悩む、苦しむ者に寄り添って、そして耳を傾け、とことん聞いていく、そういう立場をとることがカウンセリングの一番大事な『受容』ということなのでございます。この受容というのは、『その人の心をありのままに、無条件に、大事に』ということでございます。」

➢ 共感などできない私

「よく『共感する』という言葉が使われますが、本当に共感できる人がいるんだろうかといつも考えさせられます。」

⇒ “精一杯の姿”として受け止める”

⇒ 実存的関係の構築＝「いま、ここ」の私とあなたの関係

9

“縁り”添う

- “こころ”は「あなた」と「わたし」の間に
- 寄り添うことさえできないことも
- ただ挨拶をし、身のまわりをお世話する

「よりそう心」は、“わたし”と“あなた”によって紡がれる

「よりそう心」は、“あなた”の不安をどうにもできないかもしれない

「よりそう心」は、“あなた”に届いていないかもしれない

それでも“わたしはよりそう”

“あなた”と出会った“縁”を生きるために

10

参考文献

- 中原実道(1993)「仏心と受容の心」、『佛教とカウンセリング』(第28号)、四天王寺
- 窪寺俊之(2004)『スピリチュアルケア学序説』、三輪書店
- 柏木哲夫(2006)『定本 ホスピス緩和ケア』、青海社
- 谷田憲俊(2008)『患者・家族の緩和ケアを支援する スピリチュアルケア—初診から悲嘆まで』、診断と治療社
- 中原実道(2010)「法然上人のまなざし」『総研叢書第6集 よりそう心 現代社会と法然上人』、浄土宗総合研究所
- 柏木哲夫(2012)「スピリチュアルケア 概念の成熟を目指して」(日本スピリチュアルケア学会2011年度第5回学術大会講演録)、『日本スピリチュアルケア学会ニューズレター』No.6

11

Memo

Memo

寄り添うところ ～ スピリチュアルケアの視点から ～

上智大学グリーンケア研究所 研究員 大河内 大博

ご紹介ありがとうございます。

皆さまこんにちは。ご紹介にあずかりました大河内でございます。

どうぞよろしくお願いいたします。

まだまだ高宮先生の深いメッセージであったり、ユーモアであったり、そうしたメッセージの余韻に浸っていたいそんな思いでおりますが、「3時半まで場をつなげ」と言う司会者からの私への指令でございますので、今日生きる私の役割だと思って引き受けたいと思います。

今、高宮先生がお話し下さった“全人的ケア”とは、人というのは、一側面だけではなく、言葉とすれば4つの側面があるということです。それらを内包するであったり、統合するものであったり、あるいは、今、支えるものであったり、色々な表現が出来るかも知れませんが、医療を中心に4つの側面のうち、スピリチュアルな側面が注目されています。

もっと言うと高宮先生が、分かり易く示して下さいのように 私たちの生きる意味であったり、役割といったものが、それは健康な時であろうと病と共にあろうと私たちに常に問われているものである。そうした面をスピリチュアルあるいはスピリチュアルケアというような領域で語られることがあります。

今日は皆さま方もう一度すみません、医療者の方どの位？37%位ですかね。(笑い)多くの方がボランティアかと思えます。

ちなみに笑うのはこの一回きりでございますので、私のこれからの30分強は笑いもありませんし、涙もありませんし、私の女装シーンも特にございませんので、時間が余ったらAKB位は前

で踊ろうかなと思っています。

ボランティアの方々をメインにお話しをさせて頂こうと思えます。

私は残念ながら高宮リンダを見ることはなかったのですが、高宮先生のVTRに出てきました長岡西病院で22歳の時に病院のボランティアをスタートさせました。今日までいろんな所でご縁を頂戴してきて、お金を頂いていた時期もありますが、基本的にはボランティアで活動させて頂いております。現在は、市立川西病院緩和ケア病棟でお世話になっているのと、最近、在宅医療にも係わらせて頂き、僧侶ですけれども医療現場の方たちとお仕事、時間を過ごす機会をいただいております。

皆さまがボランティアとして係わっていらっしゃる、その一つ一つの作業であったり、内容であったりは様々かも知れませんが、きっと根底にあるのはこの～寄り添う～と言うところだと思います。

今、高宮先生のご講義を聞かれて きっと皆さんにも色々な方の患者さまやご家族のお顔であったり、言葉であったり、表情が思い起こされたかと思えます。その中には、もっともっと係われたんじゃないだろうか、あるいは自分が係わったことで患者さんやご家族を苦しめたんじゃないだろうか、そう言った後悔であったり、自責ももしかしたらあるかもしれません。そうしたところに寄り添うと言うところが、自分の中に本当にあるのかどうか、それが実践できるのかどうか、ということが問われているのだと思えます。

ボランティアは、1995年の阪神淡路大震災がその元年と言われているかもしれませんが、ホ

スピス緩和ケアのマインドが日本の中で広がっていくところと同時に恐らく寄り添いと言うことも大切にされてきたのだと思います。

それが社会全体に広がったのが 3、11 以降の私たちの社会かも知れません。

最初にご紹介している詩は、國森さんと言う方が被災地で支援にあたった宗教者を見て 詩にしたためて下さったものです。* (1)

～縁り添い～ というタイトルが付けられています。

鬼哭啾啾（きこくしゅうしゅう）たる被災地。
九死に一生を得た人が
着の身着のまま身を寄せ合った。
そこに 縁り添う者がいた。

現場に立ち尽くし、非力を想い、無情に伏せ、
ひたすらに手を合わせた僧侶たち。
寺を避難所として開けた者、
食べ物やカイロを運んだ者、
避難者の語りに心と耳を捧げた者、
手を握って肩を抱いた者、
また、ある者は被災者そのものだった。

鬼哭の地で 縁り合う人々は祈った。
宙に舞うシャボン玉。 虹の薄皮を膨らませた
ような
はかない玉を 割れるその瞬間まで 見つめていた。
逝ったあの人に、威を振るった大自然に、

そして今、生きて縁り合う自分たちの未来に、
この祈りは届いたのだろうか。

私はこの～縁り添い～と言うこの詩の中に 寄り添う心が凝縮されていると思います。

そもそもボランティアの役割というのは、病院やホスピスに社会の風を吹き込むという役割が当初言われていました。* (2)

柏木先生も「ホスピスの魅力と言うのはね」

という話の中でホスピスには“開放性”という魅力があるんだよ。その中でボランティアさんのことに触れておられます。

『ボランティアはホスピスと一般社会との橋渡し役であり、開放性の“証人”なのです。』そのようにして、一般人で何か医療的な技術がある訳ではない。けれども病院で過ごしておられる患者さまや、あるいはその介護、看護をなさっておられるご家族の何か力になりたい。寄り添いたいと言ったボランティアさんの能動性があるんだろうと思います。

ボランティアが今日定着してきて ホスピス・緩和ケアが展開して来る中で、もう少しボランティアの役割と言うものも広がってきている、あるいは深まって来ていると思います。

医師の谷田先生は、業務と言うのはボランティアさんのする環境整備であったり、あるいはティータイムのお世話であったり、いろんな仕事と同時に友人であることというふうに表示されてこんなふうに言ってもらっています。

『ホスピス・ボランティアには“業務”だけでなく、“友人”としての役割も大切である。できるだけ安らかな楽しい時間を過ごせるように、仲間付き合いをしたり、興味や楽しみを大切にしたり、患者に合ったリラックス法をすすめたりする。その患者を一人の人間として対応することが重要である。』

先ほどの高宮先生のご講義の中でも“一人の人間として”というキーワードが出てきました。

その人のその人らしいその人に合った、本当は家で家族と、あるいは地域の中で、あるいは職場との関係の中で担って居たであろう役割であったり、キャラクターというのがあるわけですね、その中で人を笑わせるキャラクターであったり、なにか知らないけど あいつがいたらホッとすんなあという役割であったり。

そういったものが入院すると、その個性が失われていってしまいます。医療者のやり易い患者にどうしてもなってしまう。それは医療システムがそ

うだし、私たち自身もお医者さんに言われたらとか、病院での振る舞いとはこういうものだ、というものがあつたりもします。

出来るだけ家で過ごしてもらえようというのが、ホスピスマインドの一つの重要なポイントだっと思います。そうした一人の人間としてそこで過ごして貰えるためにボランティアさんの役割がある。そこでボランティアだからこそ窪寺先生は話し易い相手なんだと表現してくださっています。* (3)

『家族や病院スタッフとは異なる立場にある。彼等は、(ボランティアさんのことです。)直接的に患者と生活を共にしていないし、直接の利害関係にはない。生活を共にしていないことでかえって、一定の距離を保って 客観的立場から心の問題に関わることが可能である。』

自分の恥、患者さん自身が自分の恥あるいは挫折や成功、期待や失望そういったものを話すには、かえって心理職と僧侶とか そうした者ではなくてボランティアさんが話し易い相手として居れば、こんなふうにしてスピリチュアルケアが広がりを見せる中で、その担い手は誰なんだろうという議論は、今も続いています。

確かに専門性を持っていることで、初めて出来ることがあるかもしれませんが、専門性がなくても出来るケアもある。それが寄り添うこころを持った時に、紡がれていく時間なのではないかと思えます。

そのようにして社会との橋渡しをし、社会の風を入れる。その人が、その人らしく生きる為の重要な役割を担った存在としてのボランティア。そのようにスピリチュアルケアの領域の中では展開してきていると私は理解しています。

それでは、今日、お話しをさせて頂く ～寄り添うこころのスピリチュアルケアの視点～ とはどういうところかを確認しておきたいと思えます。* (4)

スピリチュアルケアとは、という話をするだけでたくさん時間を費やすので、ここでこういう

ものですという定義をしたり、この先生はこう言っていて、この先生はこう言っていて、私はこう思いますと言うのは、横に置いときたいと思いません。

但し全体に共通しているもの。共有しているものは何かと言うと **non-judgment** であるということ。つまり“あるがままその人らしく” というキーワードがあります。それはつまり私たちが、その人が今どうあるべきで今の状態が良いか悪いかっていう価値判断を加えずに、あるがまま受け止める、ということです。

お医者さんとかナースは、もちろん **non-judgment** で寄り添うと言うことを実践されていますけれども、「医療の常識としてはね」とか「患者さんとしてはね、薬飲んで貰わないと困るんです」であつたり、「飲み難いなら じゃちょっと潰しましょうかね」、くらいのことは提案しても、飲まないという選択まではちょっと考え難かったりします。でも皆さんは、すごく乱暴な言い方をしますが、その患者さんが薬を飲もうと飲むまいと心配なくていいんです。飲まない飲みたくないって言ってんだから「飲みたくないよねえ」で皆さんはいいんですね。飲まなくて困ると言うカンファレンスをして難しい顔をしているのは医療者に任せておいて、皆さんは飲みたくないって言っている患者さんに素のまま向き合える。

もちろん飲まないことで、この患者さんに起こることを心配する気持ちはあるかもしれませんが、ただ、医学的にどうか常識的にどうかではなくて、「あなたのこと心配なんだけどホントに飲まなくても大丈夫なの?」「飲みたくないんだよ。だってね」と言う話が皆さんと患者さんが深い繋がりになる糸口になっていくかもしれません。

そうした常識にとらわれないで自分の価値判断から自由になって聴く。患者さんは、今日言ったことと明日言うことは全然違いますね。お医者さんに言うこともナースに言うことも違います。ナースの方はこう怒るんですね。「先生、患者さ

んが 痛い！痛い！と言って、どうやっても痛みが治らないんです。それでドクターが行くと「何にも痛いなんて言ってないよ」とか言う訳ですね。患者さんは相手を見て判断しますから、お医者さんが来ただけで安心するのもかもしれませんし本当はそのナースにだけ言う「痛い！痛い！」の中に伝えたいものがあるかもしれません。

そうした患者さんが「痛い！」「どこが痛いの」じゃなくて、その痛いと言う表現の中に、もしかしたらあるかもしれない“寂しい”という気持ち。そんなふうには患者さんが表現するものは、いろんな意味を持っていて象徴的に語るし「こうなんです。こうしてほしいんです」ってはっきりと言葉を持っているって本当に強いこと、みんなができることではありません。

私たちではなかなかそういう言葉を持ち得ないし、自分の弱さをあまり人にみせたくない中で、ああだ、こうだと言いながら、ある人は、本当は孤独な気持ちが怒りになって皆に当たり散らしてしまう。でも当たり散らして何の得にもならないってことは患者さんもちゃんと分かっているんだけど、それをせざるを得ない状況。そうした象徴的で非論理的な、いわゆる、スピリチュアルな世界までも含めて、死後の世界とか自分がこの病気になったのは、と言うような語りであるとかそうしたものも含めて、ちゃんと **non-judgment** で付き合える。それがスピリチュアルケアのベースにあるものだろうと思います。

続いて、その視点をもったものが係わる時のベースになっているものは、自分を信じるということです。

自分って誰かと言うと皆さん自身のことです。皆さん自身が、その患者さんに係わる時の自分のありようを信じ切ることが、とっても重要です。

どう言うことかと言いますと、私たちは、自分を通してしかその患者さんを理解することが出来ません。本に書いていたからとか、ドラマで見たからって言うことは、私たちの感性を磨く素材にはなるかも知れませんが、最後の最後は、それを

どのようにして生かしてその患者さんを見るかにかかっています。

ですから自分を通してしか理解できないという限界の中で自分が見ている世界、見ている患者さん、感じているこの感覚を大切にすると言うことが求められてきます。

ちょっと矛盾しているようにも見えますが「常識にとらわれてはいけませんよ、自由になって聴きますよ」。だってこの頑固な自分のこの価値観、信念っていうのはそうそう超えられるものではありません。

“言うは易く行うは難し”で自分自身の価値観はやっぱり超えられないし、好きな患者さん嫌いな患者さん、付き合い易い患者さん付き合い難い患者さん、本当は行きたくないなあっていう部屋があったりします。それをちゃんと自分で分かっているか分かってないかがとても大切で、本当は嫌いなのに好きなふりをしたって、それは寄り添うことは出来ない。じゃあ好きになろうとしたって、好きになれないことだってあるかもしれません。それが自分の限界なんだろうというふうに思います。この限界を超えていくことも、トレーニングもとても大事だけれども、超えられない自分が、今この人に何が出来て、今この人には何が出来ないってことをちゃんと自分で理解しておくということが、人の痛みとか苦しみに係わっていくものが、ちゃんと背負わなければいけない責任なのだろうと思います。自分勝手でも自己満足でも無い、ボランティアを实践する為に必要なことだろうと思います。ですから究極的には他者を私たちは残念ながら理解できません。同じ経験をしていても、全然違うものかもしれません。でも僕たちは、寄り添おうとしているのです。共感が大事だ。確かにこの人の気持ちがわかったという経験も持っています。でも、分かり切らなかったことの方がやっぱり多いのかもしれない。そうした自分の限界でも、この自分で勝負するより方法はない。

「自分ってなーに？」っていうのが皆さん自身の

スピリチュアリティ。つまり皆さんの感性であったり感覚であったり、皆さんの個性がその人にどう影響するか。

私は意図的にですけれども、傾聴（と言う言葉が駄目では無くて）よりも対話と言う言葉を出来るだけ使うようにしています。つまり私たちは傾聴スキルを学んで、傾きであったり、質問の仕方であったり、患者さんの言ったことをちゃんと理解して返す能力があっても、でもAさんとBさんとCさんであったら全然違うものなのです。つまり私たちは、とても非科学的かもしれませんが、常に私らしい聴き方で私にしか出来ないケアを常にやっています。それは画一的なトレーニングを受けても、最後の最後はその人の、正に人間性、人間力がかかっている、この人には話せるしこの人には話せない。この人は何となく自分のことを分かってくれるなど、患者さんは色々な取捨選択をしていきます。私たちはその中で、出来る限り多くの人、あるいは出会ったからにはその人のこのころの内まで入っていきたくて願う訳ですけれども、残念ですがこの私では係わり切れないという出会いも決して少なくないかもしれません。その私がどのように人と係わっているのか、どのように目の前の人に映っているのか、目の前の人々の苦しみが究極的には理解できないのだけれども、自分の中でどんな揺さぶられ方を行っているか、と言うことをちゃんとケアの中に生かして行く。つまりケアする人が常に患者から問われ続けていることを忘れてはいけません。

高宮先生は最後、自分は結局のところ患者さまから常に教わって来たところ、私たちが常に問われているところだと思います。そうやっていくと自信が無くなって来るかもしれませんが、自信無くなっていいのです。自信満々の人に来てもらっては困るのです。そんな自分に何が出来るのかという自問があって、自分には救うことも手助けすることも出来ないかもしれない。何か出来るかも知れませんが、やっぱり最後の最後、もうちょっと出来たのではないのか。

でも目の前の人々の苦しみが、私にとって無関心ではないから、皆さんは病院に足を運ばれているのだらうと思います。

更にはその人の悲しみや苦しみが、出会ったからには皆さんと無関係でもなくなる。*** (5)** だから「薬飲まない」って言ったなら心配するのです。無関係だったら「ああ、そう」って言う訳です。

テレビの中で遠い世界で起きている事件に痛ましいと感じたり、何か行動しようとするかどうかの境界は、無関心か関心があるかと同時に自分と関係しているかどうかということだと思います。

僧侶である私はそういったことにしっかりと敏感でなければならぬかもしれませんが、無関心で無関係なものをたくさん持ちちゃっています。そうした中で、でも皆さんは、病棟に病院に足を運んで、患者さんやご家族の目の前の痛みや苦しみが自分にとって無関心や無関係でない。だからこそひと時でも笑える時間があるって欲しいなあ。

何か家族の中で不和がある。出来れば最後は和解して貰いたいなあ。

いろんな願いを持ってその方のために何かをしようという能動性が、皆さんの中におありだと思います。

その自分が何も出来ないけど、いやむしろ何も出来ないからこそ、最後に来ることは、ただひとつこの存在を通して寄り添うということだけかもしれない。

寄り添うという言葉だけが、耳触りが良くて独り歩きしていくと、大きな問題がいろんなトラブルがあるかもしれませんが、ここまで掘り下がって自分の存在を通してその人に無関心ではなく無関係ではない中で、最後に来ることはたったひとつ。私の存在を通して貴方に関わっていかうとすること。それが寄り添うということの出発点だらうと思います。

それをもう少し実際的にどんなケアになるの

か。寄り添い型ケアと言うこと。これが、イコール スピリチュアルケアと言うことになるかもしれない。* (6)

画面に行きます。解決できる問題はどんどん解決していかなくてははいけません。

さっきの高宮先生の分かり易いスライドの中で言えばペインですね。

ペインはしっかり取り除いていく。問題をしっかりとアセスメントしてそれを解決していくためにどういった技術が必要でどういった能力を持った専門家が必要で、とチームでケアをしていく。でも苦悩のほうはもしかしたら、私たちは取り除くことは出来ないかも知れません。死んでいかざるを得ない苦しみ悲しみの中で、それを取り除くことは出来ないかも知れません。

ですから、取り除くことが出来ないその苦しみ悲しみにどう向き合うか。しかもそれを緩和しちゃったら意味がないってものもあるかも知れません。どういうことかと言うと、私たちはその苦しみや悲しみからしか気付けない自分の命の尊さであったり、自分が生きてきた意味であったり、存在の理由をようやく自分で見つけることが出来る。

でもその作業をしているのに それを横から入ってきて「そんな暗い顔をしていたら、病気も悪くなっちゃうから、外に出て気晴らしに行こうよ」ってことは、それを邪魔するかも知れません。

そうしちやいけないうわけでは無くて、緩和することさえも私たちはちょっと躊躇して、あるいは中止して、その方が必死になって向き合おうとしているものと共にあろうとする。そうした具体的な解決が出来ないからと言ってそれを押し込めてしまわないようにその思いや本音をとおしてもらうように関わる。

「なんで自分がこんな病気にならなければいけないのだと言っても こいつが答えられるはずはない」って、患者さんは分かっておられます。それでも、私に言ったことの大きさ

をどれだけ重大なこととして受け止めることが出来るか。

ある方が、これはケアに係わっている方ではなくて本山に勤めているお坊さんなんですけれども、本山にお参りに来た団体さんの案内をしていて、その中のお一人が、『実は私は末期のがんなんです。だからきつとこのお寺に来るのは最後なんです』と言われたのです。こんな時、どう言ったらいいんですかねえ」とご質問がありました。「どう言って答えたんですか？」

「いやあ、そんなん私に言われても困りますわ」(笑い)。

正直ですね。困ったと思います。でもその時私がお答えしたのは、「あなたに言ったんですよ。そのことだけで十分じゃないですか」と言うふうにお答えしました。

答えなんてその方も持ってない。私持っているかと言うと持っていません。私が仮にがんのサバイバーだったとしても、きつと言葉は持ち得ない。でも私に出会って私に言ってくれたならば、それがそのまま非常に大きなことなんだ。

そうしたことで本人もこの人に言ったって仕方がないと分かってても、ちゃんとと言える場であったり人であったり、係わりを今どれくらい出来ているのかな、ってことが重要なのではないかなと思います。* (7)

そもそもさっきナラティブケア (narrative-care)、ナラティブベースド・メディスン (narrative-based-medicine) という言葉が出てきましたけれども、語ると言うことそのものは非常に大きなケアになっていきます。

語るって言うのは、自分で一から十まで全部ストーリー分かっていて語るんじゃないくて、語って初めて、自分で自分ってこうふうな生き方してきたんだ、こういう気持ちを今持っているんだ、ってことが起こります。

これを私は“出会い直す”“出会い直し”という

言い方をします。

その人が自分に会い直すんです。それは大切な人を失った時の語りもそうです。大切な人を失った。大切な人がどういう人だったかってことを話すことで、その人の中にある大切な人とその場で出会い直して行く。

その場を私たちは良い聴き手となって、一緒に過ごしているにすぎない。

そして寄り添うっていうのは、語りを紡いで下さるってことは、同じ方向を見ると言うふうに思えます。分かりっこないんです。私たち。でもその人が見ている方向を、自分も見ることが出来ます。同じ風景にはならないんです。だから究極的には理解できない。でもこの人は私の見ている方向と一緒に見ている。という感覚が伝わるのがとても大切ではないかと思えます。

当然語れない人も出てきます。昏睡であったり、認知症であったり。同じことです。

出会ったとしても その場を共にすることは、とっても重要です。すいません。時間の都合でちょっと飛ばします。

何にどう寄り添うのか、ということですが、私達が大切にしなければいけないのは、さっきの「痛い！痛い！」って言いながら患者さんが求めているのは、看護師さんが自分の所に来て欲しいと言うものが、例えばあるとするならば「痛い！痛い！」と言うのはインフォメーションです。

でもそれで私たちに本当に伝えようとしているものは、メッセージなのです。* (8)

本当にこの人は、何でこのことを私に言ったんだろうか。っていうところが、ちゃんと分かって伝わっているか、自分がキャッチ出来ているかどうか、ってことがとっても重要です。それそのものは事象ではなくて起こっていること、目に見えていることではなくて、その患者さんを全体的に見ないと分からない。「ああ、脚が痛いんですね」と言って脚を擦りながらでも、その方の表情を見たりしますよね。その人の存在そのものにしっかりとアプローチして行き、やはり重要なのは

doingではなくてbeing。その場を共にあると言うことなんだろうと思います。

言葉遊びですけども、共感というのはそういう意味で、私は自分の共感した感覚は信じていないので、共にあると言うことを患者さんが感じてもらった時は、その時間はいわゆる共感が出来ていた時間かもしれないけれども、自分が「ああ、今日の患者さんのこと、良く分かったな」なんて言う感覚ほど次の週行ったら、もう来なくていいよと言われることが多いですね。自分の感覚を信じていないが為の言葉遊びですけども。

そうした存在に患者さまの存在そのものに対して、先ほど申し上げた自分の存在を捧げていく。どうして自分にこういうことを言ったんだろうか、ということそのものを、重く受け止めるって時に問われていることは、場を共にすることと、時に私たちはその言葉の痛みのメッセージの出所にまで触れていくということかもしれません。

こうしたことを看護師さんの研修なんかで話をすると「死にたいと言われたら何と答えたらいいですか？」と質問がきます。

私は禅僧ではありませんが、「そうですね。死にたいと言われたら、どう答えたらいいかという問いが無くなったら、答えが見つかるかもしれませんねえ」ってなことを言うのですね。

つまり know-how ではないって事です。だって死にたいって言っているAさんと死にたいって言っているCさんは全然違う方です。おんなじがんであったとしても。どうして死にたいのかって、その人に聴かないと誰にも分かりません。本人も書いてないしカルテにも書いていません。その人の言葉で語って頂かないと分からない。

それを柏木先生は、“受け身の踏み込み”と表現されています。基本的に私たちは寄り添うことは受け身です。

でも誰でも良いわけではないんです。貴方だからです。私だから語って下さっているという一大事を感じたならば、この場で私が聴かなきゃいけないことがあるんじゃないか。「私は、あとどれく

らい生きられますかね」ってことを聞かれたことがありますか？ ボランティアなのに、ボランティアって知っているのに、知っているくせに、かもしれません。問われている。

「私はボランティアなんでちょっと分からないです。」 ついつい言っちゃいますよね。私も過去そういうことで言ったことがあります。

でもあれって逃げだったんだろうなという気がします。そこで部屋を掃除していた手を止めて横に座ればいだけかもしれません。

「どうしてそんなこと私に聴くんですか？」

「いや実はね」

話が深まっていくことは目に見えているからとても勇気のいることです。その場に座ることは、でも座れるかどうかとても大切なことなんだろうと思います。

中原先生という方がいらっしゃいますが、これは今までの繰り返しです。* (9)

私たちがやるべきことは、ありのままに大切に。で共感など出来ないんだということです。

中原先生という方は精いっぱい姿として常に受け止めるんだという表現をしてくださっています。もう精いっぱいなんです。医療者の文句言うことも、家族の文句言うことも、自分の将来を嘆くことも。

嘆かなきゃいいですよ。笑えればいかもしれません、それが精いっぱいなんだ。と思えた時に私たちは、ようやくそこでその人のことを理解をしようとするのが深まるかもしれません。その人が見てみようとしている方向が見えるかも知れません。

“ころ”は何処にあるか。スピリチュアルケアとか こういう対人援助の中心は、“ころ”ってというのは、胸でも腹でも頭の脳でもなくて、私と貴方の間にあるんだって言うふうに考えます。* (10)

さっきから何度も言っている「なんで私にこれ言うの？」ってというのは、貴方と私が出合ったから、そこで紡ぎだされている、揺さぶられている

ものがあるんです。それが“ころ”です。

これならば私たちは、私たちの角度から少し触れられるかもしれません。患者さんから見ている方向と自分から見ている方向は、違うかもしれませんが、でも私たちはそのおすそわけを貰えるかもしれません。

そうした私と貴方だから出来ているこの時間、この問いかけ、あるいは言葉を大切にする。でも深い話を聴かないと寄り添ったことにならないと思うかもしれません。私自身も病棟ですっとおしぼりを作って「これが本当に患者さんのためになるのかなあ」と悩んだ時もありました。やっぱり患者さんのベッドサイドに行って 深い話を聴き得た時に「結局自己満足でやっているんじゃないか」と突き付けられたこともあります。

ですから最初にご紹介しました詩の“縁り添う”という言葉の漢字も“縁”という字になっていました。まさに仏教的な言葉ですけども、私たちは、その人の話を聴けたか聴けなかったか、深い話が出来たか出来なかったか、お医者さんにもナースにも言ってない私にしか言ってくれない話が聴けたかどうか、という結果で決まるものではありません。私がおしぼりをやらして頂いたから、他の人が患者さんの所に行って患者さんの所のお茶を替えている時に「ちょうど自分の親ぐらいの人だなあ」そんなことから「おいつつですか」みたいな話のなかで、患者さんがご自身の親を思ったり、子を思ったり、ということが起こっているかも知れない。

私たちは、そうやって直接的に何かが出来ているか、出来ていないかではなくて、そもそも皆さん自身が現場に行こうとしている、その無力かもしれない、何も出来ないかもしれない、何も出来ないと思うかもしれませんが、そこにある皆さん自身のスピリチュアリティがとっても大切で、その中で患者さんと直接的であろうと間接的であろうと出会っちゃっているんです。

出会っちゃった以上私たちは、多かれ少なかれその患者さんの影響下にあります。影響も与えてい

ます。

ナラティブ (narrative) で言うと、最後の最後の数ページの一部にボランティア A かも知れません。山下さん、川田さん、大河内さんではなく B, C かも知れませんが確かに登場しているのだから言うことを皆さん自身がしっかり受け止められるかどうか。

そうした縁の中で生きている。寄り添うっていうのは、私たちがちゃんとその人と出会っていること、そのものに意味をもって受け止めて、私たちが活動する、私たちが生きることに繋げていくことではないかと思います。

飛ばし飛ばしで分かり難い所もあったかもしれませんが、鼎談、質疑応答の時間が設けられていますので、そこで優しいご質問を頂ければと思います。

どうもありがとうございました。

文中* (1~10) の番号はパワーポイントの図表番号です

鼎 談

吉 村：お疲れのところと思いますが もうしばらくお話を聞いて頂ければと思います。今も司会が鼎談という風に言っていました、鼎談というのは3人でお話をしながら進めていくことなのですが、先ほどの打ち合わせの中で高宮先生と大河内先生が、もうふたりで話すよ、という風におっしゃって頂きまして、で、しばらく私はそこに加わらないでふたりのお話の聞き役にまわろうとそういうことにさせて頂きました。まあ全然関係ない話ですがNHKの水曜日の10時頃テッドというプレゼンテーション、スーパープレゼンテーションという番組があるんですが、昨日もアフリカ生まれの女性経済学者の最終的な結論は柔軟であること。頭も心も柔軟にしましょう・・・という結論だったのですが・・・。それになりまして鼎談を対談の方に柔軟に変換させて頂きたいと思います。では、先生よろしくお願い致します。

高 宮：私は限られた時間の中で持ち時間一杯話したのですが、大河内先生はちょっと飛ばしたところがあったのでまずはそこを振り返って頂こうかと思っています。

大河内：ありがとうございます。今皆さんのレジュメの7のところなんですけども、メッセージということを行いました。これってとっても聞こえのいい言葉なんですけども まあやっぱり雲を掴むようなものですね。で、ひとつ事例を紹介させて頂こうかと思っています。私が本当にボランティアを始めた頃だったのですが あるMさんという乳がんの80代の女性と深くといいましょうか、いつも2時間でも3時間でも一緒に話すような間柄といいましょうか、関わりをさせて頂いていた時のことです。Mさんというのは本当に信仰心が厚くて私と色々なお話をして 仏教の話もそうですし 息子さんの事とかもお話して下さり、でも外に行かないとか、ちょっとテラスに出ようよ、とか言っても外に出なかった方でした。僕としてはずっと病室の中にいるよりかはちょっとでも外の空気を吸うことがいいんじゃないかなみたいなことを思っていて、「どうですか？」とお誘いしても一向にそれを断られる。そんなMさんが、私が夕方に活動を終えて帰る時にひとりで談話室のダイニングルームにすわっていらっしゃったんですね。私とっても嬉しくて、あんなに誘っても部屋から一步も出ない人がひとりですわってるので、よっぽど機嫌・気分がいいんだろうと思って「珍しいですね。」なんてこうハイテンションで語りかけて、でもご本人はちょっと違ったテンションで「いや・・・別に・・・」っていう言われ方をしながらボソッと「この時間の病棟は慌ただしいね・・・。」ってこうおっしゃったんですね。まあ、夕方で日勤と夜勤の人と入れ替わる時間帯で、確かに看護師さんがバタバタバタバタとしていて。そこで私が1日の活動を終えて帰る時にMさんを見て横に立ってまさに立ち話というか、あのほんとは何気ない気持ちで話かけて「いいでしょ？こんな風にして部屋の中じゃなくて外に出るのは」ってなんてことを言っていると「いや・・・別にしんどいよ・・・」なんてことを言いながら「じゃあ、まあ無理しないでね。じゃあ私今日は帰るのでまた明日ね。」って言ってご挨拶したらMさんがボソッと「明日まで生きていられるかな・・・」ってこうおっしゃ

ったんですね。ドキッとしましたけども私はそう言われたらこう返そうと想定問答を持っていて。きっとそういうことを言われるだろう、いつかどなたかの患者さんに言われることがあるだろう。そう言われたら「明日まで生きていられるかは誰もわからないんだよ。」って。お坊さんみたいなことを言って。諸行無常だからね、みたいなことをわかりやすく言えばきっと患者さんは理解してくれるだろうと思って、まあドキッとしながら、じゃああれを言おうと思って「Mさん 明日まで生きられるかどうかはね。誰にだってわからないんだよ。僕だってね、この後・・・」って言ったら「そんなこと言ってるんじゃないのよ・・・」ってMさんに怒られました。で、お辞儀をだけをしてその場を去ったんですけども。私の中ではこの後、交通事故に合うかもしれないからねっていうお話をしようと思ってました。法話だったらきっと最後までゆっくり聞いてくれるかもしれませんけども。命の現場ではそんなことはありません。でこの時私はMさんが本当はどういった思いを持ってそこに座っていたのか全然わかっていなかった。それがこのメッセージを受け取るということの7に書いたところです。まず自分が優先されているとその人の本当の気持ちとか、何を伝えようとしているのかはわからないですね。今申し上げた通り、私は帰る気満々でしたから。だから・・・足の半分は家に行ってるような感じで話かけました。で、借り物の言葉も通用しませんでした。誰かの教科書的な言葉であったり、ほかの時にうまくいった言葉であったり、そうした言葉をこの人にも当てはめて一人の人間としてではなくて、数あるがん患者の末期の状態にある人にはこう言ったらいい、という中に押し込められてそれは伝わらない。で、本当にこの人が私に伝えたかったことは「この時間の病棟は慌ただしいね。」の中にあっただろうと思います。私がここにいるのに・・・誰も気づかない・・・気づいていた看護師さんはきっといたと思います。でも話かける余裕がなかったのかもしれない。で、たまたま声かけた大河内が坊さんづらして、坊さんみたいな事を言って収めようとして「そんなことを言ってるんじゃないのよ・・・」って怒られてしまったという。で、それは長岡西病院でのエピソードなんですけれども、長岡西病院にはビハーラ僧っていうお坊さんがいます。私がそこに行った時に教えられたのは、「病院にいるお坊さんっていうのは暇でいいんです。暇な人間であれ、」っていう風に教わりました。暇だから「ちょっと　ちょっと」って声かけてくれて。ボランティアさんもそうですよね。ボランティアさんが慌ただしかったら患者さんも落ち着いてコーヒーも飲んでられない。コーヒーも頼めないですよ。皆さんは思いはあるかもしれませんが、余裕があるからボランティアが出来ている。その余裕こそがとっても重要でそれは別な言い方をすれば暇であること。いつでも私に声をかけて下さったらあなたのニーズにお答え出来ますよ、っていうスタンスであること、なんだろうと思います。病院にお坊さんがいたってあんまり役に立ちません。役に立たないからこそ必要な時に「ちょっと、ちょっと」って言って、話相手であったり、いろんなお相手役として招いて下さるんだろうとそういう風に思います。その今の提示例で言うと誰も横に座ってくれないんだっていう患者さんが本当に伝えようとしたことをわかっていれば、私は「明日ね!」って言ったその明日まで私がほっておかれるっていう気持ちにどう答えられるかが、次の私の課題になってくるんだろうというふうに思います。出来ることはひとつしかないと思います。横に座ればいいだけだったのかも

しません。そうしたことを患者さんから学ばせて頂いたところをインフォメーションとメッセージのところに、メッセージというのはこういうことではないでしょうかというところの事例でご紹介出来ればと思ったのですが、ちょっと時間が足りなかったので割愛いたしました。

高 宮：ありがとうございました。あの、対談というのはあれですけども今日ふたりの共通はふたりが選んだ訳ではないんですけれども、仏教ということですね。で、私も自分でそこは選んでいったわけじゃなくご縁があって、ほんとにふたつの仏教ホスピス、ビハーラ病棟に関わっています。患者さんに「宗教は？」って聞くと「なし」って答えるのだけでも、でも実は皆さん法事があったり、仏壇があったり、手を合わせたり何かおいしいものをもらったら、まずはお供えしてから食べられたり、まさにその宗教的な何かは持っていらっしゃって、亡くなった誰かにはいろんな思いがあると思うんですよね。そのあたりで今日たまたまふたりで仏教とケアとか仏教と緩和ケアとか、そのあたりについてお話をした後にはフロアからも質問をお受けしようかなと思っていますが、どうでしょう？ 日頃思ってた部分で何か。

大河内：私は22歳の時にビハーラに行って高宮先生のこともちろん存じ上げてて、その頃から先生はご高名でいらして月に何回かいらっしゃってて、それを遠くから見ていたので、なかなか高宮リーダーには会えなかったんですけども、そうやって仏教をベースにしたところからスタートして、今公立病院にいます。何が一番違うかということ公立病院にはちゃんとネクタイをしめて。ネクタイというか背広を着ていかないと入れてもらえないですね。いくらスピリチュアルケアを学んでいますって言ったって、僧侶のままで行ったら「まだ早い・・・」って言われたり。あるいは正面玄関に入って皆さんボランティアさんに「霊安室は地下です」ってこう言われたり。まあ、あのやはりまだまだイメージがある中で、でも今お坊さん達が関わろうとしている運動というのはとっても広がりつつあります。ビハーラは1985年からスタートしていて、決してもう短くはないわけですけども、残念ながら私達が願ったように広がっていないのが現状です。そこに今回の3・11が起こって、東北という特徴的な地で宗教者達が宗教者として必要とされた事例がたくさんありました。それがこの最初に紹介させてもらった「寄り添い」というところで、宗教者達が宗教者だから出来たこの不条理な、あるいは、何で私が残ったのか、何で私だけが残ったのか？ という答えのない問いに対して、答えはないけれども、でも一緒に祈ることが宗教者としてのつとめだっということが認識されてきた。そこでそもそも死ってというイメージがあったりお葬儀ってというイメージがある宗教が持っている、それが持っている儀礼そのものが人を癒す、人の一つの救いになったり希望になったりするということがクローズアップされてきて、祈るだけではなくちゃんと話を聞いて、その人が必要とすれば祈るっていう宗教者のスタンスがこれから重要ではないかというのが広がりつつあるんだろうと思います。ですから私としては公立病院であろうとどこの病院であろうとも、祈ることが必要であったり、あるいは宗教は無宗教だけれども、でもご先祖様はちゃんと戒名がついていて。ご先祖様っていうのはちゃんと自分の中、皆さんの中にあってはおじいちゃん、おばあちゃん、お父さん、お母さん、あるいは何々ちゃんと、ちゃんと固有の名前がついている、その人

と共に今生きている。その弔いとしてあるいはそのことを語る相手として、宗教者が「ちょっと、ちょっとおいでよ」っていうふうに言ってもらえたらいいなど。その為に僧侶の僧服が邪魔ならそれは脱いでもそれで構わないだろうと思いますが、カウンセリングでもなく、やはり宗教者としてそのあたりのアイデンティティーっていうのがもう少し明確になっていけばいいかな、というところで願いを持っていますが、やはり限定的であることはまだまだ否めないかなと。

高 宮：私の医師で僧侶の友人が、最近江戸時代の僧侶の記録を現代文に訳したんですけど。その中に、僧侶はどうもその頃人生相談もし、もちろんちょっと熱があったりする時は簡単な漢方も持っていた。本当に重病になったときは医師に頼むんだけど、医師もそんなにいろんな手を持っていなかったの、また僧侶に戻され、で、看取りをして葬儀をしていたという歴史がずっとあるわけですね。で、そこにまあ本当に人生から小さな時から病気になっても、そして看取りの後の葬儀もそうなんです、流れだと思うんですが、そこに元々のその仏教に戻していこうというのがビハーラ運動だと思いますし、本当に日本の仏教という法事に行かれてるようにほんとの多くの方がそこに関わられてるし、震災の後、ほんとにその町々、村々にそのお寺があってそこは網の目のようにいろんなところにいらっしゃる。もしその僧侶達が、わからないお経だけ読んでお茶を飲んで帰るのじゃなくて、偉そうに法話して帰るんじゃなくて。お経の意味も分かりやすくは無し、ちゃんと遺族のケアの意味もあってあげていらっしゃるので、その意味をお話されたり。または法話もいいけどもあの法話というのは遺族のケアの場ですから、何かそこで5分でも3分でもそのお気持ちを聞くっていうことをされると随分かわっていくんじゃないかな、と。その可能性を大河内先生もふくめて、若手の僧侶達が仏教界なんとかせなあかん！と。葬儀だけだったら葬儀会社だけでいいかもしれませんね。やはり仏教本来のところからやっていき、各法事の時の僧侶達の態度が変わっていったら、仏教者は元々葬儀だけじゃないっていうのがわかっていかれるんじゃないかな、というふうに期待しております。

大河内：例えば高宮先生は大学病院っていう風土であったり、あるいはシステムかもしれませんが、そこに宗教者であったり宗教をベースとしたスピリチュアルケアみたいなものが広がっていく。先生のようにご理解のある先生がいらっしゃるといのが増えていくのが重要かと思えますけれども、今の先生の視点から見てこれから先のその可能性はどんなふうにお考えになられているんでしょうか？

高 宮：そうですね。20年前に昭和大で緩和ケアチームを始めた時は、僧侶と一緒に入って法話もしてたんですけども、ただ心のケアのメンバーとしては音楽療法士もいれば心理療法士もいればその中に僧侶もいるということで、チームとしてやっていける可能性はあろうかと思っています。ただ宗教が何か布教されるとか、そのイメージとの兼ね合いはあると思うんですけども。ただ大学病院によってはキリスト教系があったりとかですね。あの講演の中でも言いましたけれども私自身が死生観を持つという意味でいろんな宗教のお話であったり、その方たちがいらっしゃったり、またはスタッフのケアだったりするのでその方達が入っていくのは大事だと思います。東北大学が大学の中にそういう科が出来ましたよね。だからそういうところからまたは発信していかれたり。東北は震災の後で医学部

と宗教が合体してるところですね。交流していくとか、そういうことが今後も必要なことではないかなと思っています。

大河内：私の妻のおじいちゃんが亡くなったのは宗教系の病院でして、天理病院で亡くなったんで天理教の司祭様が病院にいらっしゃって夜中だったんですけども。亡くなってその後司祭室のような、霊安室だったのかな？霊安室に行かれてこちらの選択肢も何もなく司祭様がやってきて私の妻のおじいちゃんの頭を撫でながら。全然知らないんですよ。たぶん何年生まれで、何歳で名前ぐらいの情報の中で「その時代は戦争で大変だったでしょ・・・」みたいなことをおっしゃってですね。会ったことも無い人にこの状況で話しかけるなんてとんでもない。鈍感なのか、トレーニングされているのかどっちかと、私は冷ややかに見ていたんですけども、でも決して嫌な気持ちはしなかった。おじいちゃんのこと知らんやんけ、何を知ってるねんとか。でもそう何か語りかけている姿が何とも、私は冷ややかなんだけどもけっして批判する気持ちになれなくて。で、むしろやはりひとりの人間として亡くなったけれども尊厳ある存在として、最後まで接してくれているのはその病院全体のマインドが支えているものではないかなと思います。でこういったものが科学と言いましょか、医療で看護にせよ医学にせよ、学んできた人達と共有しうるのかなっていうのは私には疑問と言いましょか、不安なところがあって。それはやはり病院の経営上それは天理病院だから残っているのかもしれませんが、宗教系だから残れるのかもしれませんが、そういったものは特に必要がないから切られていってしまう存在になっていくんではないかなというところがあるんですが。それって教育の中ではないかがでしよか？

高 宮：先ほどホスピス財団のビデオで紹介したホールパーソンケアが、まさにそのカナダの有名な大学、医学部がキュア・治すだけじゃなくヒール・癒しを、癒し人となる医学生を育てようとやり始めまして、癒しには、ケアは何かをして差し上げるって感じでヒールはその人が持っている力を引き出すというか、それを邪魔しないということを大学のミッションにしているんですよ。だからだんだんキュア(治す)の出来ることって、みんな限界がわかってて見えないふりをしてどんどん「これが出来る！これが出来る！」って言っているんだけども100%死があって、癒しを皆求めてるとしたらやっぱりそれは必要かと。マッギール大学も言っているし、実は昭和大学もそういう大学でですね。東京大学の悪口を言うわけではないんですけど、東京大学に行った創始者が関東大震災があって、東大の医者が皆行ったそうなんだけど、みんな研究ばかりしてて臨床の治療が出来なかった人が多かったらしくて、これじゃいけないと思い作ったのが昭和大学なんですね。85年前に。だから、臨床のできる医者、患者さんと向き合う医者を育てるのが建学の精神です。一方、医学教育の中で言われているのは、専門バカというか、医学の専門知識だけじゃダメで人間性とか社会性をやらなきゃいうことです。20～30年前からアメリカのハーバード大学で言われ始めていて、これプロフェッショナルイズムっていう言葉なんですね。でそういう教育は大事だと言うことで、医学教育の中でも主流になってきているので、それはまた緩和ケアに向き合うとか、治すだけじゃないところに医学教育も時代が変わりつつあるので、その中で仏教的な関わりなんかが見えてくるといいかなと思います。でもなんかあれですよ。仏教者って病棟にいると自然の中で関わりがでてきますよね。言いたいのはカ

ウンセラーじゃなくて、面談じゃなくて、これからスピリチュアルに行って下さいじゃなくて、お寺さんってもともとお寺の中でお掃除をしながら水を替え、水やりをし、その中で自然に患者さんと出会って話が始まり深いことになったりということあたりが。アメリカ的なカウンセリングで何時何分っていうよりは自然の中で入っていくっていうところが。長岡と京都のビハラー僧と話し合いはしてないんだけど、同じことをしてるんですよ。そういうことが日本的なことかなとかと思いますが、どうでしょうか？

大河内：そうですね。最近は何の閉まったお寺も多くなってしまっているんですが、そこに必ずいるから住職なんですね。でその住職に服従するから副住職っていうらしいんですけど（笑い）。私はそれで服従してない側なんで・・・お寺ほったらかしなんですけど・・・そこに行けば必ず誰かがいるっていう安心感は地域社会のとっても重要なリソースで、お寺に行けばいろんな悩みを聞いてもらえる。で、お寺が持っているネットワークで法律で困っていたら、どこそこの息子さんが弁護士をやってくれ、みたいなネットワークがあったり。っていう生活そのものを支えていたよろず的なところがあったんだと思います。それがなかなか機能しなくなって。でも僕達も心のケアだけっていうのを抜き取られるんじゃないかと、やっぱりいろんな関わりをして、信頼関係があってこの人ならばということもあれば、例えば私は公立病院に行ってますけども、こうして普通の格好で行ってますけどもお話を聞いて「ところであなた何者だ？」って聞かれて本職は僧侶ですって。「そうですね。」って、私の頭でわかるのです。そうすると「いや、実はな・・・」って言って仕事の話とか、お墓のことであの姑とは一緒のお墓に入りたくないとか、そんなに憎たらしかったのですかねとか、同じこと嫁さんにしてませんか？みたいなことを話し合いながらそんなことを言って。みんなスイッチはあるはずなんです。カウンセリングだってそうです。悩みのない人なんていませんので悩みはあるんだけど、悩みがあるってことを話すスイッチを、私たち日本人的といえれば日本人的なんですけども・・・カチカチと自分で入れる。だから入れて今日はカウンセリングではなくて自然と入る人間関係、ゆるい人間関係の中でペチャクチャ喋ってケアとなったりとか。あと愚痴を言ってケアになったり、というものがあるんだと思いますので、そのあたりがまさに暇である人がいることで、いろんなお世話をす中で自然と入って行って、ワールドカップの話もするし死後の世界の話もするし、っていうような幅の広さみたいなものが特徴的なのかなと思います。

吉 村：いつまでもお二人のお話をもっと聞いていたいのですが、予定の時間が過ぎましたのでこれで終了とさせていただきます。本日は大変有意義なお話を聞かせて頂き有り難う御座いました。

（敬称略）

質 疑 応 答

質問A：私は緩和ケア病棟で一年半ほど働かせて頂いてるのですが、今日は二点ほどお聞きします。

暇である存在、私もそうありたいなと思ってるんですけど、他の病院とかでは看護師さんはやっぱりバタバタ。うちの病棟でもバタバタしていて、結局暇である人間が少なくて、患者さんとゆっくり寄り添って話をしたいって思ってるんですけど、なかなかその時間がとれないジレンマがあって、他の緩和ケア病棟ではどうなのかなってところと、僧侶のかた、何人か患者さんから「ここは緩和ケアだからお坊さんとかカウンセラーがいてゆっくり心のケアをしてくれるところですよ。」と言われるんですけど実際はなくて、お坊さんとかそういう方を病院に招くっていうか、そうするにはどういう方法があるのかなと思ってお聞きしたいのです。お願いします。

高 官：看護師さんですか？それともボランティア？看護師さんですね

そうですね、緩和ケア病棟にいけば急性期の病院から、なんかゆったりと患者さんのベッドサイドで話を聞けるかと思っていくんですが、結構忙しくって、それと、最近入院してこられてから一週間から二週間の早くに亡くなられる方も多くて、亡くなられて忙しかったし、気持ちも、なんかぼっかり穴が開いてるところに新しい方がどんどん入って来るというなかで、なかなか余裕がない方、看護師さんたちに多いかなと思います。ただほんとにその中で忙しいんですが、目の前のその瞬間と向き合うということ。または患者さんの話を聞きながら、次にやるべき手順を思い出してたりする。その時を1分でも30秒でもいいかもしれない。そこの目の前に集中することによって。または、非常にあの患者さんのところはつらいなというところに入る前に、呼吸を少し整えてから、何回か深呼吸をしてから入るとか。そして同じ限られた時間の中で時間をどう使うか。忙しいんだけど、気持ちの上で、勝手に自分がさらに忙しくしてるかもしれない。だから実際忙しいのと自分がさらに忙しくしてしまうというのは分けることは出来るかもしれないのです。ホールパーソンケアといろいろ自分自身の医療者自身の持つセルフケアとかそういうものを学ぶことによって、忙しい中でも出せるかもしれないし、ふと一瞬、そちらを見てにっこり笑うとか一瞬歩くのをゆっくりして見るとか、いくつかどこかの工夫によってできるかもしれない。あと、暇じゃないけど暇そうに見せるって色んな中でスキルがあるらしいので。がん哲学外来の先生がよく言われてます。暇そうに見せると声をかけやすい。声かけられたけど、そこで対応しながら、「でも、今は忙しいの。」とお断りしてからまた行くとかですね。でもその分をボランティアさんや僧侶がやる。だから看護師が全部やろうというのは、大事な仕事、ケアの仕事してるわけですから見られない分を、チームで、色んな方と一緒にやっていく、ということを考えられたらいいかなと思います。

大河内：ありがとうございます。一番は患者様がもしどこかのお寺の信者さんでいらしたり、教会の信者さんでいらしたらその宗教者の方に来てもらいたいかどうかを確認していただいて、「いや、あいつはダメだ、金の話しかしない。」というようなことだったら、他を当たらなければいけない。他のところを当たっていただくときに宣伝で申し訳ありませんが、

私が作ってる団体はまさにそのチャプレンのネットワークを作ってるところですので、宗派とかもしおありでしたら、そういったこととか、地域とか言っていたらどなたかを紹介できるかもしれません。もうひとつ、日本スピリチュアルケア学会という団体がスピリチュアルケア師の資格認定をスタートさせています、スピリチュアルケア師という専門職が総勢140人近くいます。全国にもいます。ですので、日本スピリチュアルケア学会にお問い合わせ頂くと、大河内という人間が事務局におりまして、そのものが対応することになるかと思いますが、その地域のところの資格を持っている人を紹介することも可能性としてはあります。言うとお河内さんが嫌がるかなと思ってあんまり宣伝していませんが、今日初めてそういうことを言っちゃったのでこれからやろうかなとお河内さんは思ってると思います。

吉 村：後ろの方、さっき手が挙がってましたが。

質問B：すいません。京都でボランティアを始めたところの者なんですけど、もともと作業療法士で今は作業療法の現場にいないんですけども、色々ボランティア活動する中でちょっとホスピスのこと聞かせて頂いて、思ったことなんですけど。東北の話が出てたんですけど、たとえば大阪とか京都とか東京とか都市部においては地域社会、コミュニティ自体が殆ど自治体とか町内会があまり機能しないことになってるし、その中で既成の宗教じゃない家族だけで、別の宗教で、という立場の方がおられたりする中で既成の仏教とかキリスト教にとられないスピリチュアルケア士って話、そういうあり方をどういう風に見ていったらいいのかなってこと、コミュニティの問題と既成の宗教によらないスピリチュアルなあり方ってそういうことをちょっと思いました」

高 宮：コミュニティ、そうですね、私も東京にいと段々その、私の住んでるのは下町なんで小学生とか歩いてると周りの魚屋さんとか八百屋さんが声かけたり、いってらっしゃいって言ったりするところでちょっと違うかもしれませんが、首都圏は隣に誰が住んでるかわからないとかいうのもあったりします。最近、知り合いが帯広に在宅医として、在宅ケアやりたいって行ったときに、コミュニティがもともとあって、自分たちのケアも入っていくんだけど、ある人が寝たきりになって食べられなくなったら、周りが食べ物を持っていくわけですね。その上に在宅ケアが入っていくんで全然違うんだって言ってたので、そのコミュニティによってだいぶ違うのかなって思いました。一方では首都圏で孤独死っていうか、一人で亡くなっていく独居死って看取りが今始まっていて、家族はあった方がいいし、コミュニティもあったほうがいいけれども、家族の縁がなくなったり、高齢化してしまってお子さんのほうが先に亡くなったりとかですね。その中ではホームヘルパーとか訪問看護師が何度も行くことになって。でも息が止まった時は誰もいない、それは孤独死ではないんだと。その人らしくおうちにいて在宅で看取るという大田区、品川区あたりの深夜訪問看護がやり始めた。

もうひとつのことは大河内さんが専門だと思いますけども、宗教の専門ではないスピリチュアルケア自体が、海外の専門家もそうですが、キリスト教がベースにあってもキリスト教の話はしない。基本的にはその方自身がお辛さを、ずっと死にたいとか、その人が答えまで行くかどうかわからないスピリチュアルケアの旅のお手伝いをしてるというか、そういう言葉をお手伝いをして行って、ずっとその旅にお付き合いをする。患者さんが祈って欲しいと

か、キリスト教を、と言った時に初めて牧師としての対応をする、というふうについておられますので、宗教に関わらないスピリチュアルケアというのはあります。ただやってる私達自身がやはり、死生観なりしっかり持つておくという意味では宗教的なバックをもつておくのは強みだと思います。それがなければ、できないということではないのかなと思っております。

大河内：ご質問ありがとうございます。主に後者の意味の応答になるかもしれませんが、今私が申しあげた仏教の宗教者が関わることであるとか、高宮先生と対談させて頂いた内容ってのは宗教者側の理屈であったり、実情をなんとかしようっていうニーズなんですね。それは社会にとって必要かどうかとか、どうでもいいよってあるかもしれませんが、そののしっかりとした温度差は感じなければいけないと思います。そのうえでもやはり、残ってきたものを残していく、義務責務をどう発信するか、それは宗教者側の営みかなってふうに思います。むしろそうではないスピリチュアルケア士っていったようなもうちょっと広いものがこれから進んでいくかってことは、おそらくそうなっていくんだろうって風に思います。

たとえば、グリーンケア研究所というところでは、スピリチュアルケアをベースにしたグリーンケアの専門職の者を養成させていただいてるんですけども、宗教者は1%くらいで、一番多いのは看護師で、医療ソーシャルワーカー、学校の教員、ってところで六割くらい占めています。

そういった方々がスピリチュアルケアをベースにした所を発展させていってくださって、それ以外のプログラムのものでもそうした動きがあります。

非宗教者によるスピリチュアルケアっていうのは、日本の特徴としてこれまでもそうでしたけども、これからも加速していくんであろうと思います。ただそこでとっても大切なのは、高宮先生がご講義の最後に、私達にシェアして下さった「私は信仰があるわけではないけども、でも無にならないと思います。」ってそれぞれが持つてる死生観、そこには既成宗教既成教団ではないかもしれないけども、仏教的であったり、あるいは神道的であったり、キリスト教的なものが、私達の良さとして、いろんなものが混ざって輪になって、培われているもの、そのものはスピリチュアルケアを提供するもののベースにはありますから、まったく宗教とかけ離れたものということはある得ないだろうあなってふうに個人的には思っています。

吉 村：大変いいお話しを聞かせて頂いた今日の研修時間だったと思います。

これからもホスピスでボランティアを続けていけるなど、それをおみやげに持つて帰れるなど思いました。

ありがとうございました。気を付けてお帰りください。

アンケートまとめ (三宮)

1・高宮先生講演の感想 (抜粋)

- ・「スピリチュアル」というむずかしい題材を具体的な事例を用いてわかりやすく説明していただき、とても参考になりました
「自分自身」を消すのではなく「自分」と「あなた」の関係性を大事に、そして「命」を患者様から教えてもらうということを頭にこれからも患者様と関わっていきたいと思いました
- ・具体的なお話の数々で大変理解しやすかったです。 I have a dream はどんな時にも勇気を与えてくれます
- ・ボランティアで患者様に関わらせて頂くが“自分の死”を意識していなかったことに気づかされた。今は想像して考えるだけだが、残りの時間を少しでも有意義に過ごせるよう患者様の希望に添える手助けは出来る していけると気づきました
- ・いろいろな“痛み”それに対するケアは何も出来ないかも知れないが出来る限り寄り添える自分でありたい
- ・標題通りの「全人的ケア」をプロフェッショナルの立場から説明して頂きました。 様々な事例も介して頂きました有難うございました
- ・医学生や他の医療職の学生の宗教への関心が重要であると感じた 私は学生で“doing”がありません。まずはそこから
- ・患者さんに向き合う先生の姿、そして高宮リングダになる先生がとてもよい先生に思えました
- ・緩和ケア病棟に勤めて沢山の死、看取りをしてきました。今日の講演で私が癒されました
- ・患者さんおひとり、お一人にそれぞれたくさんの物語があることを先生、看護師さんも心にとめつついてくださるとうれしくおもいます
- ・「魂が仕事を始める」が印象的
- ・ホスピスでの患者さんの気持ちも知ることができ、改めて接し方とか勉強になります
- ・日々の生活の中での言葉の大切さを学び、少しでも出来ることをしていきたい
- ・「励ますのではなく、向きあうこと」簡単なようで難しい。「人間の死亡率 100%」今日心に残った言葉でした
- ・医療者自身の心のケアの大切さを実感しました。寄り添う心の受け手として自分の心のありようも必要であると痛感しました
- ・スピリチュアルペインを患者さんの言葉の中から読み取ることができた。医療従事者として寄り添い方を改めて考えさせられた
- ・医療者自身の心のケアでは自分を承認し出来るコト、出来ないコトを見直そうと思った
- ・「言葉」は医療者の世界だけでなく危険なもの 使い方を誤らず「心ある」Vになることが重要
- ・在宅医療に関わるNSです。チーム医療の重要性は日ごろから感じております。癌の人に「次はない」「早く終わりにしたい」という患者に、その言葉をオウム返ししてその人にもう一度聞かせてみる」という言葉に改めて、癌の患者さんと関わる姿勢を考えてみました。明日からの看護に生かしていきます

2・大河内先生講演の感想（抜粋）

- ・これからの宗教と日本社会の関わり方 スピリチュアルケア師の話は参考になった
「心はわたしとあなたの間にある」新鮮なひびきがある
- ・出会いと寄り添いに自らの心のあり方を重ねることが大切と感じた。
- ・「寄り添い」＝「縁りそい」を教えて頂き、ボランティアとしての存在に自信がもてました
- ・終末医療には、これから宗教とのかかわりが多くの役割をになうのかなと思った
- ・doing に走りやすいボランティアが多く困っているが being の大切さを教わりました
- ・寄り添い型ケアの必要性和その難しさを感じた
- ・患者様と「縁りそう」時には必ずしも何かを対話するのではなく「そこにいること」「聞く」「話せる」相手としてその時間を大事にしたい
- ・視点 Non-judgment は気づかされた
- ・寄り添い型ケアの実践と傾聴では無い対話 「私らし聞き方で 私にしかできない聞き方をする」に心うたれた
- ・自分が日頃気になる事項や、心がまえなど、実際の現場での活動にすごく近いお話しでした
- ・宗教的であり、また違った感じもあり、新しい気づきができました。“究極的には他者は理解できない” 私もそう思っています。でも縁り添わないといけない・・・？とってしまう。しんどいです
- ・患者さんをケアするためには、自分自身が心身ともに健康でなければならない（特に心）。自己満足で終わらせてはいけない、自分のことを理解し、その上で自分に出来ることは何かをしっかりと考えていきたい
- ・信仰の関与についてもう少しお聞きしたかった
- ・とても共感できた 人の心をどこまでわかることができるのか 難しいと思う 寄り添っていいのか悪いのか 共感出来るのかどうなのか・・・色々考えました

3・鼎談の感想（抜粋）

- ・お二人は「いのちの現場」という厳しいところで背をむけられない重い仕事をしておられるのだなあと感じました
- ・楽しくお二人のお話をうかがいました、暇であることの意味が少し解ったような気がします
- ・高宮氏のお話の中で「ことば」に刃物のことばがあることが語られていました・ボランティアで口にはいけない具体的な「ことば」また行動などもあれば知りたい
- ・スピリチュアルという生きる意味や役割を緩和ケアを学ぶ中で深く考える機会が多くなったと思う
- ・人間のあゆんできた人生、生活が充実し満足できるよう緩和ケアではチームで考えていこうと改めて思った。
- ・医療と宗教は深い関わりがあると感じました。公共施設等で宗教を受け入れない傾向があるのは変わって行って欲しい。

プログラム

開会挨拶	13:30		
		日本病院ボランティア協会 理事長	吉村 規男
		日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 事務局長	大谷 正身
挨拶		愛媛大学医学部附属病院 副院長 看護部長	田渕 典子
講演		「生活を途切れさせないために ～緩和ケアとエンパワメント～」	
		愛媛大学医学部附属病院	
		総合診療サポートセンター センター長	櫃本 真聿
		・・・・・・・・休憩・・・・・・・・	
講演		「病院ボランティアの役割とは? ～ボランティアがいる病院の風景～」	
		松山ベテル病院 院長 ホスピス病棟医長	中橋 恒
閉会挨拶		愛媛大学医学部附属病院 ボランティアグループ いきいき会代表	
			寺岡 陸雄
閉会	16:15		

目次

主催者挨拶			1 頁
挨拶	愛媛大学医学部附属病院 副院長 看護部長	田渕 典子	1 頁
資料図		中橋 恒	3 頁
講演	「病院ボランティアの役割とは? ～ボランティアがいる病院の風景～」		
	松山ベテル病院 院長 ホスピス病棟 医長	中橋 恒	5 頁
資料図		櫃本 真聿	1 6 頁
講演	「生活を途切れさせないために ～緩和ケアとエンパワメント～」		
	愛媛大学医学部附属病院		1 8 頁
	総合診療サポートセンター センター長	櫃本 真聿	
アンケートまとめ			2 7 頁

主催者挨拶

ホスピス・緩和ケア研究振興財団事務局長 大谷 正身

皆さまこんにちは。

今日は 沢山の方がご参加くださりまして感謝をいたします。

以下の文章は7月に開催致しました関西地区研修会（於：三宮研修センター）の挨拶と同じにつき本人申し出により記載を省略させていただきました。
尚 DVDは10分間上映いたしました。



副院長挨拶

田渕 典子氏 愛媛大学医学部附属病院 副院長

みなさん こんにちは。

本日は、ホスピス・緩和ケアボランティア研修会が、このように盛大に開催されますことを、心よりお喜び申し上げます。また、愛媛大学医学部附属病院の会場を活用していただくことを、感謝申し上げます。

私達の病院は、約200名を超えるボランティアに支えられています。その活動の内容、院内活動に於いては、正面玄関で、患者、家族の皆様方の誘導や対応。そして、患者図書室では、様々な治療や検査を受ける方への寄り添った対応。また病床では、対話の時間を持って、いただいています。そして院外活動では、環境を整えるために、木々の剪定や四季折々の花々を

植えて頂き、患者さんが“辛いなあ”と思って外を見たとき、“ほっと、一息つけるような”そういった温かい環境作りに努めていただいています。それだけではなく、私たち新人看護師の研修に参加してもらい、癌の治療を行う際の脱毛のある患者さんに対して、タオル地の帽子を作り、或は、患者図書室の本を持帰るための袋作りなどを新人看護師に、丁寧に、丁寧に、教えて下さいます。それは、物づくりの楽しさだけではなく、その作る過程において、ボランティアさんが人生の先輩として、「ちょっとしたことで、苦しむなよ。まだ、これから先は、長いから、ひとつ、ひとつ、丁寧に歩いたら良い看

「護職師になれるんだよ。」そういった温かいメッセージを送って下さっているように思います。そのように本当に多くの事を支えていただきながら、患者さんに寄り添うということを大切にいただいています。けれども、もう一つ、患者さんに寄り添うだけではなく、もしかしたら、私を含めた多くの医療者が、支えられているのかも知れません。特に私は、看護部長になってから、ボランティアさんの「大丈夫!」「元気!」「やっている!」

その短い言葉の中に、“頑張ってくださいよ。”“皆が、あなたを応援していますよ。”といったメッセージの 本当に、温かいものを感じることが出来ます。そのように、医療者と、そして、患者と、その大きなパイプ役になり、いつも、“架け橋”になって下さっているのが、当院のボランティアです。

私達は、この白衣を着ることを、“日常”と思います。けれども、患者さんにとって、それは、“日常”ではなく、“非日常”的な姿なのです。それを、この黄色いエプロンをかけた皆さま方が、その“非日常”を“日常”に取り戻して下さって、そして「元気になって、早く地域で、生活するのですよ。」というような温かさをもって、いつも活動して下さっていると思います。本来でしたら、愛媛は、こんなに、どんよりと

した天候ではありません。もっと秋晴れの空で、坂の上の雲を、イメージするように、雲の向こうに広がる青空。そういった光景が、思い浮かべられるような光景なのです。けれども、今年は非常に雨が多く、近隣の広島では、多くの自然災害のもと、尊い人命を多く失いました。本当に心を痛むことです。けれどもまた、自然現象は、いつか、変化を与えてくれます。秋から冬、冬から春、春から夏へと、バトンタッチをして私たちを温かく、包んでくれます。どうか、愛媛にお越し下さった皆さま方、愛媛は、温厚な土地柄です。先程、ご紹介にあったように、住む人も穏やかな人が多いと思います。この研修会の中で、中橋先生、櫃本先生の、ご両氏の講演もありますが、講演を聞いて学び、知識を入れるのも一つ。けれども、人と人との交流を通して、どうか温かい気持ちで、この愛媛の地を去っていただければと思っています。また、愛媛の方には、両手を繋いで、私達と共に、この、ボランティア活動がこの愛媛大学から、他の病院に広がることを強く願っています。簡単では、ございますが開催にあたりまして副病院長として、ご挨拶させていただきました。



今日のお話

1. 病院というところ
2. 緩和ケアとは
3. ボランティアとは

2014年9月4日 愛媛大学ボランティア研修会

病院というところ

2. 現在の病院に求められているもの
質の高い医療サービス
 1. 安全な医療の提供
 2. 格差のない医療の提供
 - ①標準治療
 - ②医療の均てん化
- ↓
- ①クリニカルパス
 - ②マニュアル

2014年9月4日 愛媛大学ボランティア研修会

①

②

病院というところ

3. 質の高い医療サービスを提供するが故の問題点

患者の“個別性”の喪失

2014年9月4日 愛媛大学ボランティア研修会

サービスとホスピタリティの違い

サービス:

- ①顧客のニーズに対価をもって応える行為
- ②顧客と提供者は主従の関係で、顧客の意思が最優先され、一方通行の人間関係しか存在しない。
- ③全ての人に同じ行為を均一に提供することが目的で、規則やマニュアルで行動することがベースとなる。

ホスピタリティ:

- ①顧客と提供者は対等な関係。
- ②顧客の心の声に、対価なく応える行為。
- ③提供者が「顧客の立場に立って」、個々の場面で最適なアクションを行い、顧客にとって唯一の付加価値(喜びや感動)を提供する。
(100人の顧客が居れば100通りの対応を行う)

2014年9月4日 愛媛大学ボランティア研修会

③

④

病院が持つべき付加価値

ホスピタリティを提供してくれる人の存在

ボランティアの存在

日本ホスピス緩和ケア協会の『ホスピス緩和ケアの理念』

ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL(人生と生活の質)の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。

2014年9月4日 愛媛大学ボランティア研修会

日本の現状と将来像

現在

20年後

1. 高齢化社会 (65歳以上4人に1人)	→	65歳以上3人に1人
2. 多死社会 (120万人)	→	165万人
3. がんの時代 (35万人)	→	50万人

- ↓
1. 生活支援
 2. 看取りの支援

⑤

⑥

これからの医療に求められる視点

その人がその人らしく
最期まで生き抜き生き終える人生が
送れる様支援するための視点



緩和ケアの視点

1. 生活支援の視点
2. 看取りの支援の視点

2014年9月4日 愛媛大学ボランティア研修会

⑦



⑧



2014年9月4日 愛媛大学ボランティア研修会

⑨

病院ボランティアの活動内容

間接的ボランティア

- ・縫製 小布切り
- ・ガーテニング
- ・環境整備 (お花)
- ・季節のお花準備
- ・ベッド周りの掃除
- ・車椅子メンテナンス
- ・イベント手伝い
- ・ミニバザー

直接的ボランティア

- ・送迎・戸外活動・散歩付添い
- ・マッサージ・話し相手 (傾聴)・朗読・ティーサービス
- ・デイケアでのレクリエーション (陶芸・絵手紙・書道・生け花・トルペイントなど)
- ・一芸ボランティア (コンサート・パフォーマンスなど)

⑩

陶芸教室



作品



⑪

病院ボランティア

意義

- ・専門職が与える緊張感のなかに、日常性という潤いを与えることで、患者さんのQOLを高める
- ・誰でも出来る仕事を手伝ってもらうことで病院理解が深まる→地域に開かれた病院
- ・ケアの質が向上する (療養環境のゆとり)
- ・無報酬で喜びを持って活動する姿は 職員の、仕事に対する姿勢への刺激になる

⑫

講演 I

病院ボランティアの役割とは？ ～ ボランティアがいる病院の風景 ～

松山ベテル病院 院長 中橋 恒 氏

皆様こんにちは、今紹介いただきました松山ベテル病院の中橋と申します。私自身は一介の医師として臨床の現場をずーっと歩んできた外科医でした。後で自己紹介を少しだけさせていただきますが、実は今の病院に至るまでボランティアという方との出会いは、ほぼゼロだったのです。病院ボランティアという言葉は私も耳にしたことがあるにはあったのですが、ベテル病院で日常的にボランティアの方とのふれあいをする中で“ボランティアの方が患者さんの支えになると同時に、医療者の支えにもなって下さっている”ことを日々実感しながら仕事させていただいており、病院のなかでも必要欠くべからざる存在だということを実感している医療者の一人なのです。そういうこともあって櫃本先生から声をかけていただいたと思います。今日ここにお集まりの方々も日々、病院のボランティアとして一生懸命活動しておられる方々ばかりだと思います。だから私の話から「私の目から見たボランティアというのはどういう風に見えるんだろうな」という事をお聞きいただく中で、“ボランティアの役割”の学びの場に繋がればいいなと思ってお話させていただきます。大きなお話しは私も出来ないで、現場で感じたことを中心にしながらお話しさせていただければと思っていますのでよろしくお願い致します。

今日の話で 1・病院というところ 2・緩和ケアとは 3・ボランティアとはという 3つに分けてお話しをさせていただきます。*①

少し自己紹介させていただきますが、私自身が医者になる一つの動機として、病める人の役に立ちたいという思いがあり、直接的に役に立つ仕事

として外科医を選びました。手術という非常に短い時間で病気を取り除くという直接病気を治すという事に貢献できる仕事と考え、外科の世界に飛び込みました。

対象として“がんの患者さんのお役に立ちたい”との思いがありましたので、選んだのは肺癌でした。肺癌は男性の死亡率トップに位置するがんで、その当時も関心の高い病気でしたので、がんに関わる医者でありたいということで呼吸器外科医を志しました。外科医として油の乗った頃は手術をさせていただくことで、患者さんの命を助けることに繋がるという喜びをもちながら手術に臨み、がんから解放され元気に社会復帰をして今でも元気に生活されている多くの方との出会いをたくさんいただくことができました。しかし、残念ながら肺癌の治療成績は非常に悪く、治療者としての限界を日々感じながらの診療で心を痛める出会いもありました。外来にご主人と一緒に来られた奥様が、診察室の床に土下座をして「内の主人を救って下さい」と懇願されたり、がんということをお伝えして、再発が分かった時、「私をなんとか助けてほしい」と懇願されたこともありました。しかし、患者・家族の希望に応えることは何一つできませんでした。

私の肺癌専門医としての（手術成績と抗がん剤治療成績すべてを含めた）成績をまとめたことがあります。5年生存率（治療を受けてから5年間無再発で過ごせたら、そのがんは治ったものと判断する指標）が23%という結果でした。残りの77%は5年以内に皆さんお亡くなりになられていたんです。23%を目標に全精力を傾けてやっていた事が、77%の方は頑張った結果として亡くな

られていたということにしかならなかったんですね。亡くなられた方がどんな思いをして生きて来られ、最後をどのような生き終え方をされたか、その方の人生そのものにふれるという機会が全く私のなかに有りませんでした。死亡診断という形で、心臓の音を聞き、呼吸を目で見て、瞳孔を懐中電灯で照らして光反射をみることで死を医学的に診断し、「残念ながらお亡くなりになりました」という死の宣告を家族にしていました。外科医時代数え切れない程の死亡診断をさせて頂きましたが、それは私にとっても治療を頑張ったあげくの宣告であって、その方がどのような人生を歩み生き終えられたかに触れることはほとんどありませんでした。そんな中、23%への努力は手術を志す若い先生方に道を譲り、77%の方にもっと目を向ける必要性を痛感するようになり、出会ったのが緩和ケアだったのです。

50歳の時に、外科医は卒業してメスを置き緩和ケアの世界に身を置くことを決心して、現在仕事の間としている松山ベテル病院へお世話になることに致しました。50歳という年齢は、困っている患者さんのお役に立てる力がまだ十分に発揮できる年齢との思いがあって、緩和ケア1本で再チャレンジしようと決めたわけです。ベテル病院に飛び込んで今年で13年目になりますが、その中で先程申し上げたボランティアの方との出会いがありました。十数年という短い経験のなかだけの話ですので、どれだけのことをお伝えできるか自信がないところではありますが、そういう僕のベースをご理解いただいて話を進めてゆきたいと思います。

1・病院というところ

まず、病院というところについて考えてみたいと思います。英語では“ホスピタル”といいます。話が少しそれますが、皆さんディズニールランドってご存じですよ。最近読んだ本に、ディズニールランドはなぜリピーターが多いのかという話が載っていましたが、アルバイトに至るまでホ

スピタリティを大切にしているという内容でした。ホスピタリティを日本語に訳すと“思いやり”とか“心からのもてなし”という意味ですが、ホスピタルもホスピタリティと同じ語源からの派生語です。松山ベテル病院のホスピスや殿方が少し喜びそうなホステスも語源が同じ派生語です。“もてなし”という日本語を世界中で有名にした出来事が昨年ありましたが、オリンピック招致で滝川クリステルさんの「お・も・て・な・し」のプレゼンテーションは、東京が会場となることを決定づけるものでした。とてもインパクトのある表現でしたね。話を元に戻して、病院というところを語源的に考えると“おもてなしの心”を基本としているところであると言えます。一方、病院というところを役割の中で見てみると、病気をなんとかしようという専門の施設と言えます。従って、入院という社会生活から隔離された中で、病気のみが焦点が当てられてものごとが進んでいるのが基本となり、その様な環境の中で、今病院に何が一番求められているのかというと、それは“質の高い医療サービス”の提供にあると言われていています。*②患者さんは、的確な診断とその診断に基づいた適切な治療が安心を持って受けられることを求め、そのために病院は安全確保を第一に考えた上で質の高い医療サービスの提供を考えることを基本としています。

病院の安全確保のための一つの例ですが、入院患者さんが手首に着けているバーコード付きのリストバンドご存知ですよ。スーパーマーケットのレジで機械に照らすとピッピッと音がして勘定がすぐ出てくるあれです。私は正直に申しあげると、これ嫌いなんです。愛媛大学へ入院される患者さんもこれを使っていると思いますが、何でこれをするようになったかとかというと、昔テレビのニュースで報道されたので皆さんも覚えておられる方がいらっしゃると思いますが、関東のある大学病院で手術の患者さんの取り違え、肺がんの患者さんと心臓病の患者さんだったと記憶していますが、あったんです。心臓病の患者さ

んに肺の手術をしてしまったんですね。質の高い医療サービスを提供するはずの大学病院が初歩的なミスで、あってはならない患者さんの取り違えをしてしまった訳です。人間とはミスを犯す生き物ですから、ミスが無いと言うことは絶対に有り得ないことであるとの認識の上に、同じ間違いを犯さない方法としてバーコード付きのリストバンドが導入されました。これは安全の確保のために絶対に必要な処置だと考えます。しかし、バーコードを付けられた時点でその方がどういう生育で生活されていて、家族構成はどうかといったことは一切この情報の中に入っていないんです。要するに患者さんの取り違えにならないための個人識別だけが重要な点で、そこには人生の内容は一切盛り込まれていません。安全の確保には、疾患と個人を識別する情報だけが重要で、没個性、没個人の中で安全というものが提供されているのが病院というところではないかと思っています。

質の高い医療サービスの提供の在り方として、病院格差の無い医療の提供、これは何処の病院に行っても、例えば愛媛大学の附属病院や県病院・日赤病院など高度な医療を提供している病院と言われているところは、どの病院でも同じ質の医療が提供できるように医療の整備に努力しています。いわゆる“均てん化”です。何処に行っても同じ医療が受けられる時代になったことはとても喜ばしいことです。一昔前まで「愛媛では不安だ」と言って東京の一流の病院に行かれる患者さんもいらっしゃると聞いたことがありますが、今はわざわざ東京へ行かなくてもいいんです。国は全国どこへ行っても同じレベルの医療が受けられるように求め、各病院は努力してきました。具体的には、クリニカルパスの導入や医療行為のマニュアル化による医療ミスの発生軽減を図ってきました。ところが質の高い医療サービスを提供するがゆえの問題として、患者の個別性の喪失、要するにどんな人かということが医療行為の中で関心の対象になりにくい環境が病院の中に作

られてしまっているということが挙げられると感じています。*③

たとえばAさんという方がいらっしゃって胃がんの疑いで検査中だとして、何かの手違いで組織標本が別の方のものでがんじゃないと診断してしまったとすると、当然こういう事は決してあってはならないことです。つまり病院にとって質の高い医療サービスの提供の中で一番重要な部分は、“胃癌であるAさんであること”を間違えないようにすることにあると思います。そこにはAさんの人となりや人間性などは一切必要のない情報になってしまっています。では、病院の本来持っていたホスピタリティをどのような形で取り戻してゆけばよいのでしょうか。そこで“サービス”とおもてなしという“ホスピタリティ”の違いについて少し調べてみました。*④

調べた中身は病院におけるサービスとホスピタリティの違いについてではなく、会社と言う所における違いについて論じたものです。いわゆる顧客と提供者との関係の中での話です。提供者は顧客のニーズに対価を持って応える行為をサービスというそうです。顧客と提供者は主従の関係で、顧客の意志が最優先され一方通行の人間関係しか存在しないものです。全ての顧客に同じ行為を均一に提供することが目的となります。病院で言うと、どんな患者さんにも均等な質の高い医療行為をきちっと提供することによって、対価として医療費を頂くことがサービスの本質です。ホスピタリティでは、顧客と提供者の関係は対等で、顧客の心の声に対価なく応えようとする行為です。ホスピタリティは対価を求めることが目的ではなく、提供者が顧客の立場に立って気持ちとして顧客のニーズに応え、個々の場面で最適なアクションを行い、顧客にとって唯一の付加価値、喜びや感動を提供するところに意味を持つものです。要は100人顧客がいたとすると、100通りの対応の仕方があると言うのがホスピタリティの本質というふうに述べています。これは面白いなと思いました。病院に置き換えると、サービスの

観点からは患者さんが主で医療提供者が従の関係にあり、医療費を頂くという対価に対して患者のニーズに合わせて医療行為を提供することが医療サービスであると言えます。残念ながら病院は非常に特殊な専門性の高い世界ですから、医療行為を提供する側が主で、なんとか助けてほしいと願う患者さんが従になって、提供する側が強者で患者さんが弱者という関係性を生み出してしまう環境にあります。パターンリズム（父権主義）と言って、お父さんが子供を叱りながら育てていくという、昔ハムのCMでありましたね、“わんぱくでもいい、たくましく育ててほしい”って、強いお父さんの庇護のもとに子供さんが元気に育つという一つのスタイルですよ。要するに“私の言うことを聞けば 貴方の病気はしっかり治してあげられる”という強い医療者と“何とか治して欲しい”という弱い立場の患者さんの関係です。医療の世界は対等な関係に変えて行こうという努力がなされています。その一番の表れは、皆さんもお聞になったことがあるインフォームドコンセントです。日本語に訳すと説明と同意という意味になります。皆さんは体の不調を訴えて病院へ行くとありますが、病院で検査を受けて診断がついた時に、「今度、説明しますのでご本人とご家族に来て下さい」ということで病院へ行って担当の先生から説明を受けますよね。その状況をインフォームドコンセント（説明と同意）と言いますが、私は研修医と話をするとき、インフォームドコンセントの主語についてよく訊ねます。「対等の関係として、説明と同意の主語は誰でしょう」って。答えは二つ分かれて、半数は“説明をするのは医療者で同意する側は患者です”と答え、残りの半数が“両方とも患者です”と答えるんです。答えは、両方とも患者なのです。要するに、医療を提供する側から十分な説明を受けて、それを理解し納得をしてという文言が間に入っているのですが、同意をするというのがインフォームドコンセントの正しい理解です。ところがまだまだ病院は、医療者が説明をして患者さんが納得する

という医療者が主で患者さんが従の上下の関係性の中でなされていて、本質的に決して対等ではないんですね。そこで病院の中で医療者と患者さんが対等の関係になれる空気、おもてなしの心を持って患者さんと接することができる環境づくり、ホスピタリティを病院の空気にするための努力が必要なんだと考えるわけです。病院と言う所は、医療サービスの提供の対価として医療費を受け取る関係性の中で、専門性が高い医療サービスの提供から対等になりえない関係性ができてしまう閉鎖的な環境の中で、患者さんの“個”というものが押し殺されてしまう状況になってしまっているのが病院の現状なんだろうと思うのです。

レジュメにも書かせていただきましたが、入院中はどんな不自由があってもとにかく頑張っって辛抱しよう、先生や看護師さんから何を言われようと、自分の病気をしっかり治して貰って、また元気になって家へ帰ろう、皆さんそんな思いで一生懸命頑張っておられるのだと思います。ところが、現代の病気というのは、がんもそうですが、生活習慣病と言って、完全に治りきれない病気ではないのが特徴です。病気とうまく付き合っってゆく事がとても大切なポイントなのです。がんとお付き合いをしながら日常生活を送らなければならないという状況の中で、100%治るとははっきり判っているのならだれでも我慢が出来ます。ところが、そうじゃない状況、完治が難しい状態にあることを受け止めなければならない状況になった時に、“どうしてこんな病気になってしまったのだろう”とか“これから先どうなってしまうのだろう”とか自分の人生や自分の存在の意味や意義みたいなものを保つことができなくなる苦しみがワア〜と出てくる事があります。そういう時に、よく言われるドクハラってありますね、つまりちょっとした先生の一言ですごく傷ついてしまったとか、看護師さんのちょっとした一言ですごく落ち込んでしまい、もうあそこの病院に行きたくないという辛い体験をした患者さんの話を耳にします。ベテル病院でホスピスケアを希望して受診される患者さんの

中に、これから先の生きてゆく希望すら持たずにボロボロになった心で訪ねてこられる方がいらっしやいます。そういう時は、患者さんが自分の思いを全部出しきるくらい時間を気にせず話して頂くようにしています。最初は病気が分かった時の辛い思い、治療で頑張るだけ頑張っても報われない状況になってしまったやるせない思い、そんな心の重荷を誰にも打ち明けられずに悶々とした日々を送ってきた苦しみを切々と話されます。話の流れで医療者への誠意のない態度に怒りを込め話されることもあります。吐き出すだけ話をされると表情が落ち着いてこられ、これから先のことを少し冷静に考えてみようとするゆとりが見えてくることもあります。私たちはただただお話を聴かせて頂くだけなのです。ただそれだけですっきりとした気持ちの落ち付いた表情に変わる体験をよくさせていただいています。要は病院のもつ付加価値をこれからしっかりと考えて行かなければならない時代にあるのではないかと思うのです。これからの病院は医療サービスが高度化してきます。しかし、サービスである以上医療費という対価が伴う行為であり、対価に見合う医療行為はより安全性が強く求められてきます。その結果として埋没しがちな患者さん一人一人の“個”を大切にしたい対応には、対価を求めない行為、つまりホスピタリティを病院の空気として感じてもらえるような機能が必要になってきていると思います。

それでは何をすれば良いのでしょうか。医療サービスの中にホスピタリティの精神を植え付けてゆく事も一つの方法と考えますが、対価を求めない人が居るだけで良いのではないかと思うのです。*⑤

それは正にボランティアの存在そのものじゃないかというふうに思います。実は病院の中で働くスタッフの在り方が定義されている訳ではないのですが、日本ホスピス緩和ケア協会とあって、ホスピス・緩和ケアを提供している施設が加入する協会があり、日本における緩和ケアの在り方を定義づける文言があります。非常に重要なので、ちょっと読んでみますと、「ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のQOL（人生と生活の質）

の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである」と書かれています。明確にボランティアが緩和ケアのスタッフの一員として明記してあります。このことは非常に画期的なことだと思いました。一般の病院にも普及すると病院自体の質が高いものになると思うのですが、今のところ緩和ケア病棟を持っている病院はボランティアを備えていないと認可が下りないのです。これはとにかく画期的なことだと思っています。

2、緩和ケアとは

それでは具体的に緩和ケアについて少し話をさせて頂きます。緩和ケアについては、先ほど櫃本先生も話しておられたものですから、サラッと流しながら、緩和ケアの実体験と患者さんのご紹介をしながら、皆さんにも実感して貰えたら良いなと思い、話を進めて行きます。櫃本先生もおっしゃったように、今後の日本の社会は高齢者がどんどん増えると言う事と高齢者が増える分だけ死亡者も増加しています。約 120 数万人の方が毎年お亡くなりになり、20 年後には 165 万人に達すると言われています。

*⑥ がんは死亡率のトップで 35 万人を超えています。20 年後には 50 万人に達すると試算されています。そうすると、これからは病気を見つけて治すという疾患のみにとらわれた医療だけではなく、病気を持った人がどういう生活を送るかという生活の支援のあり方と、高齢多死の社会になってどういう人生の生き終え方をするかという看取りの支援に目を向けていかないと、豊かな社会になり得ないと思います。現在において必要な観点ですが、これからも日本が直面する重要な問題として取り組むべき課題だと思います。そのためには緩和ケアの導入が重要な鍵を握っていると考えています。櫃本先生もおっしゃった緩和ケアマインドという考え方を医療者はもちろんですが、皆さん方にもご理解頂き根付かせてゆくことで、本当に豊かな生活が送れる社会づくりに貢献できるのではないかと考えているのです。

2002 年 WHO が示した緩和ケアの定義には、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に直面する患者とそ

の家族のQOL（生活の質）を改善するための方策である」と記されているのですが、病気を診断する事とか、治療をどうするかと言う事は一切書かれていないんですね。つまり生命に関わるほどの大変な病気になると、患者・家族はびっくりします。治療をどうするのだろうか？痛みはどうだろうか？仕事を休まなきゃならないかとか、色々な事を考え悩みます。悩むことによって生活の質がガクンと落ちてしまいます。その質を改善するのが緩和ケアの役割なのです。QOL が落ちてしまう要因として、身体的な苦痛（痛みや全身倦怠感など）、精神的な苦痛（不安、抑うつなど）、社会的苦痛（仕事のこと、家庭のこと、治療費など経済的なことなど）、スピリチュアルな苦痛（自分の存在やその意味が揺らぐ苦しみ、死への恐怖、人生の意味の喪失など）をそれぞれ評価し、治療出来る所はちゃんと治療して、その結果としてQOLの改善に繋げてゆくことです。

病院というところは、病気を診断して治療するという事が役割の中心です。緩和ケアは、治療しながら生活をどの様に支えてゆかが中心の役割です。ケアの在り方として身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな面を評価して対処することによって質の高い生活支援につなげることを目指しています。残念ながら治療の手立てが無くなった時どのような対処が必要なのでしょう。病院は治療の手立てがなくなると、命の終わり／人生の終わりの様にすべてを切り捨ててしまうような対応を取っているように感じます。例えば、ここでする事は何もありませんので、緩和ケアに切り替えてください／治療をしないのであれば通院していただく必要はありません、など。治療の手立てがなくなるとその人の人生が終わりになってしまうのでしょうか。決してそうではないはずです。人としてどう生きて行くか、生きて行かなければならない訳ですから、その人が生きて行くための生活の支援、そして、その方の人生の限りが見えてくるわけですから、その方の生き終え方の支援、看取りの支援が必要になってきます。*⑦まさに、“個”としての患者さんを支えるために緩和ケアがとても重要な役割を持っていると考えていま

す。

これからの医療には、疾患に対する診断・治療のみに目を向けるのではなく、疾患を持ったその人がその人らしい人生を最期まで生き抜くための支援にも目を向けて対応してゆく必要があると思います。言葉だけでは分かりにくいので、実際に関わりを持たせていただいた患者さんとの体験のお話をさせていただきます。

この方は80歳の女の方で、消化器系のがんで肝臓と肺に転移があって、症状としてはみぞおちに痛みがあり、腹部の張りや倦怠感を訴えておられました。経過ですが、手術を受けられて3か月が経過したところで肝臓と肺に転移が見つかりました。すぐ抗がん剤治療が開始されましたが、それから3か月後病状の進行が確認されました。ご本人はとてもしっかりした方で、本人・家族一緒に病状説明を受けられました。担当医から、今使っている抗がん剤が効きにくくなっているのもっと強い抗がん剤に変えましょう、新しい抗がん剤は治すための治療ではなく延命のための治療です、と説明を受けられました。ご本人は、何もしない治療が自分にとって意味があるかどうかを確認したいと言う事で、松山ベテル病院へセカンドオピニオンを求めて受診されました。緩和ケアが自分にとってどういう意味があるのかと言う事を確認するための受診でした。来られた時のお話では、治療病院のスタッフの皆さんが非常に忙しそうにされているため十分に話を聞いてもらえない、先生に抗がん剤を使わない治療をどう思われますか？とは絶対に聴けないとおっしゃるんですね。まあ当然な話だと思います。抗がん剤の専門ですから、抗がん剤を使わないと言うと、うちに来るなどと言われるのが関の山だと思うのですよ。だから薬の話だけでなく、自分がどんな状況にあって、今後どういう風に推移していくのかと言う事を聴きたいとおっしゃいました。緩和ケアを専門にやっておられる先生に是非お話を伺いたいとおっしゃいました。病名や症状をしっかり受け止められて、抗がん剤が延命目的であることもしっかりと理解されました。この方はご主人との二人暮らしで、一人娘

さんが結婚して近くで住んでおられました。自分一人の人生であれば先がどうなっても良いが、夫一人を残して先に逝くのは悔いが残るので、延命といえども夫の世話のために1日でも長く生きたいと話されました。治療の病院では、病気の事は親身になってくれるけれど、生活の事やこれからの生き方についての話など意思の疎通が図りにくく、これから先の事をどの様にしたら良いのが分からないと話してくださいました。

色々お話をお聴きして、抗がん剤は先生もお勧めになられているように延命効果が期待できるので、受けられることをお勧めしました。ただし、強い抗がん剤は80歳の体には副作用の面から選ばないほうが良いのではないかとお伝えしました。また、副作用が出るようであれば頑張らずに速やかに抗がん剤治療を中止するようとお話いたしました。治療病院と緩和ケアをどの様に利用してゆくかについて、抗がん剤か緩和ケアかの二者択一ではなくて、抗がん剤治療を受けながら、ベテル病院へも通って頂き、体や心のケアをベテル病院で受けながら治療を行う二本立ての提案をさせて頂きました。その後は、抗がん剤治療を受けながらベテル病院へも定期的に通って頂き、2か月間治療を頑張られました。

2か月ほど経過したところで、担当医から効果の面でこれ以上の治療継続は難しい状況にある事の説明を受け、抗がん剤治療が中止となりました。その後の生活の有り方を家族で相談され、夫の世話のできる生活を希望されて訪問診療・訪問看護を導入してご自宅での生活を選択されました。在宅緩和ケアを受けることを選ばれたのです。自宅での生活支援のためケアマネージャーにも関わっていただき、ヘルパーの導入も行いました。社会資源を最大限利用されて、普通の生活を、夫のそばで、夫の世話を可能な限りしながら、娘さんの協力のもとに自宅での生活を始められました。

訪問診療を開始した頃のご本人の体調は、腹水がたまった状況で一日の半分以上はベッドで休まなければならないような状態でした。こちらが思った以上に病状の進行が速い印象があったため、娘さんに

週の単位の予後についてお話をさせていただきました。身体的な苦痛に対しては、最善を尽くして症状緩和を図ってゆきましたが、先々の事を娘さんに伺ったところ、家の墓を作る仕事が残っている話をされ、残された時間の長さを考えて可及的に対応していただく様にお話いたしました。皆さんで動かれてお墓の問題も解決し、安堵された事を娘さんから伺い、一安心いたしました。この時点で予後が1週間程度の時期でしたが、ご本人から着物を着たい、自分が一番気に入った着物を着たい、着物姿の写真を撮りたいとの申し出が訪問看護師にありました。その写真をご自分の遺影に使いたいとおっしゃったそうです。娘さんと訪問看護師で相談し、知り合いの方に着付けをお願いして着物を着ることにしました。

*⑧それは、旅立たれる前日だったのです。着付けから写真を撮るまで1時間くらいだったそうです。訪問看護師が両手で支えなければ立てないほどに衰弱されていたそうです。しかし、写真に写っている姿は近々旅立たれる方とは思えない、今まで生きてきた人生に誇りと自信に満ちあふれたような凛とした立派なお姿でした。そして、翌日の夕方ご主人、娘さんに見守られ穏やかな眠りの中で旅立たれました。旅立たれる当日の朝訪問診療いたしました。

*⑨ベッドで横になったままでしたが、お顔の表情は実に穏やかで苦痛な表情は全く見られませんでした。この方がおっしゃるのは「ありがとう」だけでした。「先生と出会えてほんとうに嬉しかった。最期まで家で生活出来てこんな幸せな事はない。」と言って、「それを提供して下さった先生や皆さんに感謝、感謝！」と「ありがとう！」と何度も感謝の言葉をくださるだけでした。こちらはただただ涙・涙でお応えするしかありませんでした。ご本人は笑みを浮かべた柔和な顔でこちらを見つめてくださるんですね。お顔には涙はなく笑みだけなんですね。とても感動的場面として今も心に焼き付いている出来事でした。

この方が求めていたのは、一人の人間としてのQOLの改善を何とか援助して欲しいと言う事だったと思います。ここに緩和ケアの本質があるような気

がしたんですね。櫃本先生がおっしゃる緩和ケアマインドと言われる、「没個」ではないその人となりの生き様を大切にしていこうという、その人の生き方そのものを援助していこうと言う中にボランティアマインドと言うのをみるように思うのです。ご本人が「着物を着たい」と言ったことに対して、看護師さんは着付けを目的に自宅へ行ったのです。この行為の本質は対価を求める医療サービスではなく、対価を求めないホスピタリティの心にあるように思います。これは正にボランティアマインドそのものだと感じるんですね。私は、この方の肉体は減びてしまっていますが、この方の持つておられる心は娘さん・ご主人の心の中に今もずっと生き続けているように感じるんです。そう言った感覚のなかに緩和ケアの持っている究極の目的みたいなものが有る様に感じています。

3、ボランティアとは

次に具体的にボランティアについてのお話をさせていただきます。皆さんにボランティアの由来についてお話するのは釈迦に説法のようなものと思いますが、ラテン語の *Volo* という言葉が由来で、自分の意志で・自発的に・志願者という意味だそうです。個人の自由意思によって行動するとか、自己の利益を目的としない活動と定義されています。歴史的に見るとキリスト教文化の流れの中で生まれたものです。私は長崎生まれの九州人ですが、松山へ来て四国はホスピスアイランドだって思ったんです。四国八十八ヶ寺のお遍路にそれを感じました。“お遍路さんは仏様”であり“お大師様”であるという考えから、地元の皆さんはお遍路さんに対して心からの“おもてなし”、“お接待”をする習慣が根付いているのです。わざわざ「おもてなし」をするとかじゃなくて、八十八ヶ寺のお遍路さんというものを受け入れる文化の中で、自然に人をもてなす心が生まれているんですね。わざわざ意識しない中にあるのが“お接待”の本質だと思います。訪問診療中に、通りすがりの喫茶店の前に、「どうぞご自由にお入りください。お汁粉を準備しております。どうぞご自由にお召し上

がり下さい」という看板が立ってたんです。その看板を見ただけで気持ちが癒されるし、疲れが取れるんじゃないかと思いました。そういう文化があって四国ってすごく良い所だなと思うのです。ボランティアは身近なところでは、町内会活動もそうですが、阪神大震災がボランティア活動普及の原点になったと言われています。最近では広島の大震災の時もボランティアがたくさん駆けつけて下さって、ボランティアの土壌がどんどん日本に広がっているのを実感しています。

病院ボランティアは淀川キリスト教病院で始まったそうです。病院ボランティア協会のホームページに載っていた情報ですので、これはパクリです、すみません。

松山ベテル病院のボランティアの活動についてお話し致しますが、その前に病院について少し紹介させていただきます。当院は1982年に設立され30余年が過ぎました。設立当初からホスピス精神を大切にした病院作りを目指し、病院の特徴の一つとして愛媛県下で初となるホスピス病棟を2000年に開設しました。もう一つは、診断がついても治療がむづかしい神経難病の方の受け入れです。3つ目は日本のこれからの医療の特徴である高齢者医療です。これら3つを柱として入院療養におけるお世話をさせていただいています。単に入院だけではなく、ベテル三番町クリニックとの連携で在宅療養の支援にも活動を広げ、入院・在宅を問わず生活支援のためのケアの提供に力を入れています。

当院における具体的なボランティア活動についてお話しします。*⑩患者さんと直接触れ合うボランティア活動として、送迎・戸外活動・散歩の付き添い・マッサージ・ティーサービス・デイケアでのレクリエーション・・・などがあります。間接的な活動として縫製・ガーデニング・環境整備（お花）・ベッド周りの掃除・車椅子のメンテナンス・イベントの手伝い・ミニバザーなど色々させて頂いています。玄関の入口に花が活けてあるのですが、これは週1回お花の先生がボランティアで活けに来てくださっています。活けた花に必ずテーマがつけてあって、気づ

かないとそのまま通り過ぎてしまうのですが、ふと立ち止まって花とテーマを見て季節感を感じ、そこに時の移ろいを感じ心癒されるひと時があるんですね。縫製は病院が開設された当初からあって、ベテル病院のボランティアは縫製から始まったのです。シーツや枕カバーなどボランティアの方に縫って頂いたそうです。車椅子の足載せの所のカバーや安楽枕などもボランティア活動で作られています。ポータブル便器はむき出しになるとちょっと嫌がられるので、目立たないようにするためにカバーをつけておきます。このカバーもボランティア製です。病室の個室は引き戸になっているのですが、ドアストッパーを牛乳パックを利用してボランティアで作ってもらっています。引き戸が閉まるとき、パタッと音がして閉まるのを防いでくれます。個室は扉が閉まってしまうと部屋の中の様子が全くわからなくなってしまうので、ストッパーを置いておくと10センチくらい開くんですね。わざわざ開けてなくても、通りすがりにちょっと見ると、中の様子がわかるのです。もちろん、患者さんの許可を頂いてのことですが、完全にピシッと閉鎖されているのではなく、空気が繋がっている様に入ります。ボランティア縫製でバッグを作ってミニバザーで販売もしています。売上金はボランティアの活動資金に充てています。

病棟はボランティアの皆さんのおかげで、花瓶に活けてある花や鉢植えの花などたくさんのお花があります。ご自分の家から持って来てくださった花を実にうまくアレンジして飾ってくださって、廊下やテラスを華やかな雰囲気に変えてくださいます。廊下に四季折々の季節感が漂っていて、歩くだけで十分癒しになります。

陶芸家に月に1回陶芸教室を開いて頂いています。
*⑩入院中の患者さんにコップやお皿を作っていたいています。作った作品が手元に届くまで1ヶ月がかかるわけですが、患者さんによっては既に旅立たれたあとで、直接手元に届かない作品もあります。ご家族に連絡すると飛んでこられる家族もいらっしゃいます。人生の本当に最期の時期の生きていた証としてとても喜んでくださいます。これは月に

1回だけのボランティアですが、人生最期のちょっとした思い出作りになって、宝物のようにご家族の方が持って帰られる姿にボランティアの力の凄さを感じています。

当院はキリスト教をベースにしていますので、院内にチャペルがあり、礼拝が行われます。患者さんの中には歩けない方もいらっしゃいますので、ボランティアが車椅子での礼拝の送迎ボランティアをしています。その他、ティーサービスやお茶会のボランティアがあります。お茶会にはアイリッシュハーブの演奏家がボランティアで参加して下さり、ハーブをバックグラウンドミュージックにして皆さんで楽しめます。癒しのハートという、手で握れる大きさの小さなハート型をしたものです。これはアメリカで親を亡くした子どもさんを癒すために作られたものだそうですが、子どもさんの心を癒したというエピソードをうちのボランティアさんが聞いてきて、それを作ろうと言う事になったのです。作ったものを、廊下で其々の場所に置いていたところ、使う方が結構いらっしゃって、家族の方が非常に良かったとお話を頂いているそうです。その他、朗読ボランティアなどがあります。

イベントとしては、コーラスグループの方や楽器演奏による音楽イベントがあります。「東コーラス」というママさんコーラスが年2回定期的に歌のプレゼントをしてくださっています。童謡の「ふるさと」と松山で生まれた「この町」という歌をいつも歌っていただきます。この2曲だけでないのですが、人気があって歌っていただいています。歌を聴きに來てくださる患者さんや家族の方で、この歌を聴きながら涙されている風景をよく見かけます。歌の持つ癒しの効果というのは素晴らしいなと感心しています。コーラスの方は自分の持つおられる一番得意とするものを提供することによって、それを受ける側の人達は、自分の人生を振り返りながら、そこでふと感じた色んな思い出が涙として出てきた時に、すごく心が穏やかになれるのではないかと、いつも思っています。その他、プロの方によるバイオリンの演奏、1月は餅つきパフォーマンス、8月はビ

ヤガーデンパーティ、9月は芋炊き、12月はクリスマスのキャンドルサービスとキャロリングが行われます。キャロリングにはサンタとトナカイに職員が扮して全病棟を回ります。私もサンタ役をしたことがあります。最初はちょっと恥ずかしくて、ほんと「サンタ苦勞する」でしたが、皆さんがとても喜んでくださるので楽しみの一つになっています。今は研修医の先生が来て下さっていますので、研修医の先生に頑張ってもらって貰っています。医療の世界は病める人を社会から隔離してしまうため、「没個」にしていると思うのです。こういうボランティアの活動が患者さん一人ひとりの「個」を生かしてくれるパワーになっているように思います。これはボランティアの持っているすごい力だと感じています。

あるボランティアの方を紹介します。この方は、ご自分がすごく大きな病気をされて、入院治療を受けておられました。無菌室に入って受けるとても大変な治療だったそうです。当然その間は誰にも会えない状態で、治療が開始になる前に同室の仲間の方に励まされて、治療を無事終えて元気になって社会復帰されました。退院後励ましてくれた仲間の方にお礼も兼ねて連絡をとったそうなのですが、その中に既に旅立たれた方がいらっしゃったそうです。その事実を知った時、自分より重症の方が「あんた頑張っておいで！」と言って下さって、エールを送られるその気持ちを、自分は全く知らずに戻ってきた。そういう自分が恥ずかしいと、自分は何て人間なんだろうかと、とても落ち込んだそうです。自分よりも悪い状況でありながら自分を励ましてくれた人がいたからこそ、今の自分があるのだと気づいたそうです。とにかく何かお返しがしたい気持ちの昂ぶりを感じて、自分が出来るボランティア活動をしようと心に決めたそうです。自分が出来ることは何かと考へて、趣味の三線、沖縄三味線を活かそうと思ひ勉強なさって、施設廻りを始められたそうです。うちへボランティアへ来ていただいた時に、「なんでボランティア活動を始められたんですか？」とお聞きしてこの話をしてくださりました。聞いた自分が恥

ずかしくなりました。この方のお話を聴いたときは「ああ、もうすいません」としか言いようがないくらいに、この方の心根のすごさに感動しました。この方の誰かのお役に立とうという思いは、誰かに支えられて今の自分があるという感謝の気持ちのお返しのように思え、それをボランティア活動という実行に移されたことの素晴らしさに感動を覚えました。

病院ボランティアと言うのはレジメにも書かせて頂いたのですが、病院という非日常の空間の中に、日常性を提供することが大きな役割だと思っています。*⑫医療の専門性が高くなればなるほど、患者さんの「個」がどんどん失われていく訳ですね。だから、失われている「個」を、自分という「個」の存在の証を失わずに保つために、ボランティアの力が非常に大きいと思っています。それは「個」の存在の証という言う表現で申し上げたのですが、それはどういう所で発揮できるかということ、(先ほど櫃本先生もちょっとおっしゃられたのですが)私は日常的な些細な簡単な事に実は大きな力があるのではないかと考えています。かかりつけ医の先生からの紹介状を携えて愛媛大学附属病院の外来を初診で訪れた患者さんをイメージしていただくと、初めて訪れた巨大な玄関で不安いっぱい顔をした患者さんに、「おはようございます！」「今日はどちらの科を受診ですか？」と優しい顔で迎えてくれるボランティアの方がいらっしゃるとすると、不安でいっぱいの患者さん・家族にとって地獄に仏の声に聞こえないに違いないと思います。患者さんが初めて訪れた所で右も左もわからない状況で、患者さんと同じ目線で気持ちのこもった笑顔で尋ねられると、正に「おもてなし」ですね。病院に喜んで来られる事は絶対無いと思うのです。不安感いっぱい、自分がこれからどういう結末になって行くか、この苦しみを何とかして欲しいという思いで訪ねるのが病院だと思うのです。そこに、日常的な態度で人として接してくれるボランティアの存在はとても大きいと思うのです。専門的で特別な事は何一つ要らないのではないかと考えるのです。日常的なちょっとした事、それで十分ではないかと思うのです。「こんな事ぐらい

で・・・」とボランティアの方がよく言われますが、こんな事ぐらいがどれだけすごい事か！受ける側からするととても（心に）沁みってくるんですね。挨拶一つでもそう思うし、お迎え一つでも、困っている方にとって、暗闇の中にさっと射す一条の光のような力があると思います。

ホスピスの現場では、限りある命を一生懸命生きておられる方や、命の意味を鬱々とした状態で考え込まれている方など、一人の人間として命の終わり向き合いながら一生懸命生きておられるのですね。そうであればこそ、生きていくという事の証というのは、「ふれあい」だけで充分満たされる力があると感じます。すれ違いざまの会釈一つでも良い、挨拶のひとつ「おはようございます」と言う言葉だけでも良いのです。声を掛けて頂いているという事は、自分の存在を認識してもらっているサインだと思うのです。何も言わずにす～とすれ違ってしまうと、自分が居るものやら、居ないものやら全く判らない。自分の存在が無視されたのでは・・・と。逆にお声かけを受けた時に、「ああ、気づいて頂いてありがとう」というか、存在の意味が自覚できるのです。仰々しい言い方かもしれませんが、一人の人間としての存在を実感できる瞬間だと思うのです。それほど些細な事に喜びを皆さんは持っておられるのです。

私たちは、普段満たされている所に居ますので、ちょっとした事があまり大きくないのです。ですが、ギリギリの状態に置かれた方には、日常のほんの些細な事がどれだけ大きな支えになっているかということなのです。ボランティアの皆さんが関わってくださっている花・音楽・お茶・お話何でも良いんですね。こういう事が実はその方の生きていく証を、しっかりと支えて下さる力になるのです。これが、無償で行っているホスピタリティから生まれる一番の力なのだと思います。マザー・テレサが、「大切なことは、どれだけの多くのことをしたかではなく、どれだけ心を込めたかということです」と語っていますが、正にこれだと思います。人と人との関わりとして接することだけで、心も体も弱って居られる方にとって、大きな救いになるんじゃないかと。

今日の会で病院の玄関についた時に、黄色のエプロンをつけたボランティアの方が来院された患者さんの案内をされていました。「私達はボランティアとして、皆さん方に少しでもお役に立つ存在として、ここにいるんですよ」という優しい呼びかけに感じて、とても安心感がありました。ユニフォームを着たボランティアの存在は、ボランティアの存在そのものを明確にしていることと、病院全体がボランティアの存在を認知している証となり、病院の付加価値を更に高めているように感じ、ユニフォームをきちんと着てボランティアをする事に意味があるのだと思いました。

最後にもう一つ言わせて頂くと、私が病院の廊下を考え事をしながら歩いている時、ボランティアの方に「いつもご苦労様です」とか「大変ですね」とか声を掛けて頂くと、「は～」となって、思わず顔が上がって、「ああ、〇〇さんありがとうございます」なんて返事した時、その瞬間先ほどのモヤモヤした気持ちがす～と取れたりするんですね。これで冷静な自分に戻れ、その瞬間から「よしっ！もういっちょ頑張ろう！」となり、励ましの心にエネルギーがまた湧いてくるんです。これは患者さんもそうですし、スタッフもボランティアの方のホスピタリティに支えられて、仕事にまたやる気を持ってやっていける作用があるという事を、心に留めておいて下さい。

また明日から笑顔でボランティア活動をやって頂けたらと願っています。

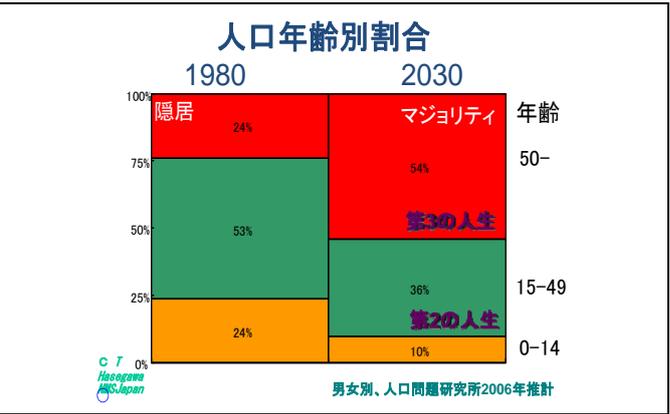
ご清聴ありがとうございました。

*①～⑫番号はパワーポイントの図表・写真の番号です

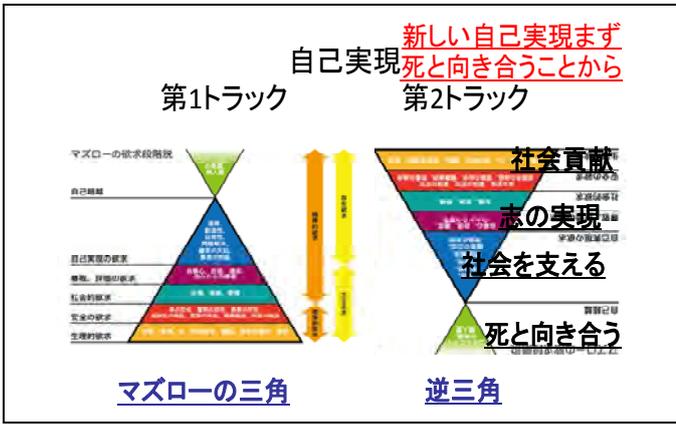
地域包括ケアシステムとは

- 超高齢化社会 2025年を目途に **医療と生活・介護の一体化**
- 5つの要素 「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援」の一元化
- 住民の“心構え（覚悟）”「**自分らしい生き方・死に方**」が基盤に
- 地域特性の重視
- “**医療を生活資源**”とした 「**地域づくり**」が根底に
- 診断・治療重視から **生活支援重視**へ
- QOL QOD**を重視した医療・介護他 地域支援体制の再構築
- 地域資源が**総動員** **共通のベクトル**に乗って 地域づくりに参画
- 連携ではなく 統合を目指して**
- この考え方を基盤に これからの医療施策が行われる

①



②



③

公助・自助・共助（互助）バランスの再構築

医療も介護も 本来は共助

公的責任 と 自己責任 の区分が進む

「公（官）助」の縮小を 自助で対応していくか？

自己責任の強調
自己負担「自助」を増やす方向

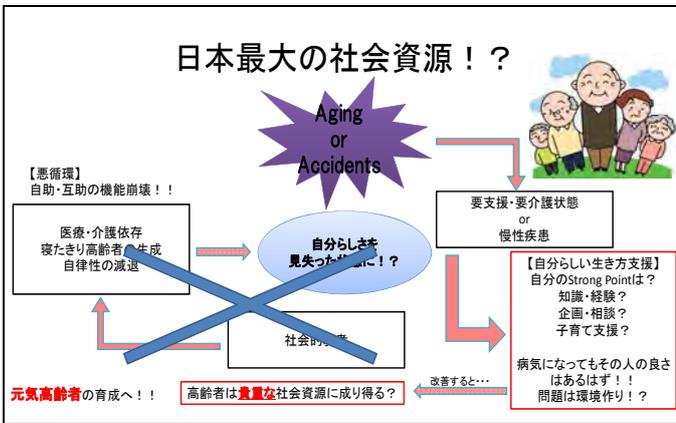
- 成人病 → 生活習慣病
- 保健 → 保険への対応に進む
- 一人一人指導することの効果？

各制度の見直し

応益（能）者負担という考え方
選択できる？ 条件次第で選択できない
個人の心がけの限界 地域づくりへ

共助が見えてこない

④



⑤

何故地域包括ケアシステムが必要なのか？

前述の課題を背景に 自分らしい生き方死に方のための **地域コミュニティ主体の地域づくり**

- 元氣高齢者を地域で**育成し支援 働く場づくり**
- 地域資源を**総動員**するための協議や実践の場づくり
- 新しい**健康観**に基づいた支援体制の構築
- 医療・介護が**一体化**して 生活資源として 元氣高齢者の生活 QOLの向上を支援
- 医療・介護システムは**公助ではなく共助**であることを認識して、各依存への軽減を図る
- かかりつけ**ネットワーク**の重視 **マネジメント機能強化**
- 総合診療医に期待** 地域包括ケアシステムのリーダー

⑥

包括的がん医療モデル



⑦

麻薬消費量

100万人/日あたりの麻薬消費量
(2008-2010年)

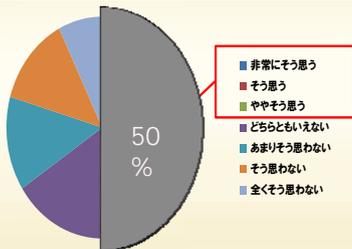


単位はDefined Daily Doses for Statistical Purposes(S-DDD)
http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2011/Part_FOUR_Tables_NAR-Report-2011_English.pdf

⑧

からだの苦痛が少なく過ごせたか？

がん診療拠点病院における多施設遺族調査
(がん患者のQOLを向上させることを目的とした支持治療のあり方に関する研究班資料)



苦痛の緩和に満足しているのは半数に過ぎない

⑨

地域包括ケア時代の到来

- 医療費の適正化 効率化 無駄の排除
- 機能分化と連携
- 医療の縮小化と在宅(地域)ケアの推進
- 自己責任の強調 “セルフメディケーション”
(自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てする)
- 健康の義務化 生活習慣病と自業自得
- 住民(患者)とのパートナーシップ
コミュニケーション(傾聴)の重視
- 患者さんの満足度の向上を指標に
地域生活重視の中で 自分らしく生きる
患者・家族そして地域の力を引き出すために

⑩

何故 医療ボランティアが必要なのか？

- 医療が普段の生活から切り離されないため
- 医療が地域生活に根付くため
 - ①患者ニーズに応える
 - ②地域特性を踏まえる
- 本来の患者満足度の向上
住民(患者)のニーズを実現する
- 病院を育ていく
制度や医療報酬に振り回されない
地域の生活を良くする資源としての病院
それを共に実現していくパートナーとして

⑪

ボランティアへの期待

- サービス提供そのものだけではない
- むしろ サービス提供を通じて
患者さん側からの要望の把握 病院の問題点の抽出
病院スタッフの声を聞いて 病院と共に改善する
- 病院を生活の資源に
患者でなくても 家族やお見舞いでなくても
住民が 生活の資源として 病院を見る
- 地域に根付いた病院 期待・信用されるために協働する
病院が変わる ボランティアが変わる

⑫

講演 II

生活を途切れさせないために

～ 緩和ケアとエンパワメント ～

愛媛大学医学部附属病院 総合診療サポートセンター
センター長 櫃本 真幸 氏

皆さんどうも、盛大な拍手をありがとうございます。
（笑いが起こる）

全国各地からボランティアの方々、ようこそ愛媛においでいただきました。愛媛県下のボランティアの方々、そしていきいき会の皆様、本当にご苦労様でした。愛媛で開催されるということで今日は皆さん方のネットワークを通じて、なかば強制的に集められた方も一部いらっしゃるかもしれませんが、いずれにしても大勢の方に来ていただいて心から感謝する次第です。いきいき会の世話人の方々もきっと胸をなで下ろしていらっしゃるでしょうね。最後列に座っていらっしゃる大西さん（ボランティア担当官）の笑顔も見えますけれど・・・さてこの会では私が前座をつとめ、中橋先生の話しをメインに企画しておりますが、実はこの会のこれまでが大切なんですね。会開催そのものよりも、この会に至るまでの経過が実は素晴らしいことなんだと私は思っています。会が始まれば、おそらく私が少々こけても大丈夫だと思うんです。こういったイベントをみんなが協働して作り上げていくプロセスこそが大事だと思います。そういう意味でここまで企画運営されてきたいいきいき会は、愛媛大学の誇りであります。私にとって地域にとって自慢の一つが、「いきいき会」の活動であることをよく話しをするんですが、ある講演会でいきいき会の活動の紹介をしたら、「もうそれだけであなたの病院の素晴らしさがわかります」と言われるぐらい、ボランティアの方々が病院に参画するということはこれからの病院の象徴なんだと痛感しています。皆さん全国の病院で活躍されていると思いますが、どうか誇

りを持って、「おらが街の病院づくり・地域づくり」に貢献していただけたらと思います。いきいき会の会長さんから今回の緩和ケアをテーマとした研修会企画のご相談を受けましたので、この分野の県内の第一人者で、私自身尊敬申し上げている中橋先生にお願いし、すぐにご快諾をいただきましたので、だったら私が前座を務めましょうということで、今ここに立たせていただいています。私のお話のテーマは「生活をとぎれさせない医療」としておりますが、その前に地域包括ケア時代まさに今この時代のなかで、医療の目的は、もちろん診断・治療のための先進的取り組みは大きな柱ですが、もう一つ大事なことは、その人らしい生活をいかに継続し、そしてその人らしい死に方をいかに実現できるかという生活に戻すための医療が、急性期病院にとってすごく大事な役割なのです。※①それを実現するために、はたして医療者だけでできるか、ボランティアの方々は勿論ですが、地域資源の総合力で進めていくことが、地域包括ケア時代なんですね。要するに医療・生活・介護を一体化して、医療のゴールも介護のゴールも生活のゴールも、結局はその人らしい生き方・死に方を支援することにつながるものが重要だということです。医療は病気を治す特別な資源ではなく「生活の資源」の一つであり、地域づくりの一環として医療が参画していかなければなりません。まさに生活支援重視を推進するなかで、地域の皆さんが同じベクトルの上に乗ってスタートラインに立ち、これから協働していきましょうというのが地域包括ケア時代の心構えそのものです。

そのなかで医療崩壊や、あるいは介護においても同様ですが、大変な勢いで医療者や介護者に負

担が増えてきて いるんですが、24 時間 365 日対応の安全・安心の医療・介護を目指すなんてとてもできない状況です。むしろ私達は医療やシステムに依存せず、自分らしい生き方を実現するために上手に活用できる住民力を養っていかねければなりません。医療者不足を解決策と決めつけず、“してもらう”医療・介護から、「自ら求める」方向へ活用する方向へ切り替えることが急務です。

地域包括ケアが必要とされる背景として、まず人口問題、年齢分布の動きです。日本の高齢化は世界一だということをご存じですね。ただ単に高齢化が進んでいるのとは違い、1980 年代までは 50 代以上が 2 割程度でずっと続いてきたこれまでから、この 40~50 年で 50 代以上が一気に 6 割に膨れあがる時代が到来するんです。「人口遷移」とも言える急激な変化が起こるんです。※②欧米諸国では徐々に増えてきているから、その変化にある程度対応できるし、既に高齢化済みの日本の僻地では、これまで徐々に進んできているから、高齢化は既に驚異ではないんですね。これからの日本、大都會を中心に、地方では愛媛は松山、其々の県庁所在地あたりが、この遷移といわれる勢いで超高齢化が進み、これに対応できるかが問われています。アジアの国々は多かれ少なかれ、日本に追いつけ追い越せの勢いで迫ってきます。1980 年時は働き盛りの人達が隠居世代や子供達を支えるという関係が成り立っていたんですが、2030 年にはその割合は急激に変化し、むしろ隠居世代が、生産年齢や子供達を支えるといった関係へと変貌します。高齢者の方々は「若い人達に迷惑をかけない」とは言われますが、それでは不十分です。患者さんから「子供達に迷惑をかけたくない」とよく耳にします。患者さんは気付いていないんですね。子供達にかけない迷惑の分以上に他人に迷惑をかけることになるんですが・・・誰にも迷惑をかけないことが正しい選択だとは言えません。これからの高齢者の皆さんは、いつまでもたっても支え続ける人生なんです。どうかお

覚悟を！！それが今の日本の少子高齢化の現実なんです。「一方的に支えられる立場にできるだけならない」というのがこれからの日本を支えていく上で大変重要なことなんです。2030 年の推計では、65 才以上の人達の働ける時間はすでに 65 才以下の働いている時間を大幅に上回ります。

次に医療費や介護費など経済的問題ですが、まず医療費ですが、2025 年まで、まだまだ上がります、ただ上がり方はこの 10 年余りで 1.37 倍程度です。若い人口が減り患者も減りますから、このなかに望まない高齢者の医療費も含まれていますので、それらを改善できればまだ下げ幅はかなりあると考えています。皆さんの中で、認知症で食べることもできない状況や寝たきりで意識が無い状態でも生きていたい方はいらっしゃいますか？やはり居ないですね！！ところが医療の進んだ日本では生きさせられます。施設から救急車で、死に際に急性期病院に運ばれると命が救われます。このような背景で医療費は増えているんですね。これはやっぱり望まれない医療なんです。こういうのを見直すとまだ下がり得ると思います。確かに医療費は上がるけれども、そんなに大きな問題ではない、むしろ介護が問題ですね。ご存じの方も多いと思いますけど日本人は寿命が伸びているのに健康寿命は下がっている・・・健康寿命とは介護保険に頼らない期間とされていますが、つまり生理的に若返っているにもかかわらず早くから介護認定を受けるといった矛盾が生じています。だからたとえば相談したり家を改造したりするには要介護支援になったほうが良いシステムなんですね。ケアマネジャーの薦めもあって？！介護度が上がると、さらにサービスが受けられるようになるシステムなんですね。どうしても要介護度は下がることはなく上がる一方となるんです。社会保障の切り捨てだといわれますが、今回介護保険の見直しで、要支援 1・2 を無くしたことは意義があると思います。あたかも介護保険の“お迎え”のような、かえって自立

心を削いでしまいかねない要支援 1・2 をなくす代わりに、これからは市町村の高齢者への健康づくり事業の中で、介護保険や支援の必要性の状況に関係なく、デイケアなどケアサービスが利用できる体制整備が期待されます。うまくいくかどうかは市町村・地域の考え・取り組み次第です。これまで市町村も医療者も病人ばかり、つまり社会的弱者ばかりを見てきたことが否めません。今後は元気高齢者を育成支援することが、介護費を下げるだけでなく、地域を活性化する大きな力になっていくんですね。

そして WHO の健康の定義「健康とは肉体的にも精神的にも社会的にも完璧な状態をさし、単に疾病のないことではない」と言われて・・・「はい健康な人は手を挙げて？」（誰も手を挙げない）・・・健康がいかにもゴールのように定義されています。これでは、慢性疾患や障害者また高齢者は全般的に不健康となってしまいます。健康はこのようなゴールではなく、ましてや医療者がレッテルを貼る物でもなく、健康とは自ら感じる事が大切であり、自分らしく生きるための大切な手段として解釈すべきだと思います。健康観をこれまでの第1トラックに、新たに第2トラックを確認する必要があります。つまり第1トラックは、心身が丈夫なこと、病気にならないこと、未来に向かって頑張るぞと言った意気込みが重視される健康観です。ところが 50~60 歳以上が急増する今日、第2トラックの健康観を重視する必要が生じてきました。※③

今年還暦の私としては、これからの残された人生をいかに自分らしく生きるかという考えが非常に強くなってきました。高齢者の健康観は明らかに第1トラックの健康観では説明できなくなっています。今から心身を鍛えて 2020 年の東京オリンピックに間に合わそうなんて決して思わないですね。でもこのオリンピックにボランティアとして参加したいなというのはあるかも知れないですね。人間の欲求として“マズローの三角”という定義があって、まず欲しい物を手に入れ、

美味しい物を食べたいとか誰かを好きだとか言った生理的欲求が満たされてこそ、また安全・安心な環境があつてこそ、社会的役割を果たし最終的に自己実現、みんなから認められたい評価されたいと発展していくのが第1トラックの健康観と一致するんですが、第2トラックでは、この三角は逆転し、限られた時間を意識することにより、死と向き合う限られた時間をいかに自分らしく生きていくことが重要になります。モチベーションを高く社会のために役立ちたい、これがまさに一番の欲求に変わっていくんですね。まだ皆さん若いですので、第1トラックの方ばかりかもしれませんが（笑）、第2トラックの健康観を十分に理解して受け止めることが大切です。ところがまだまだ今の医学、多くはマズローの三角への対応が中心で、50代以上が6割占め患者さんの7割8割は高齢者になってくる時代の第2トラックの健康観にはとても適応できない状況です。多くの患者さんが、残された時間のなかでこの逆三角形の健康観を重視して生きていくことを十分に踏まえなければなりません。

最後に、「公助」の縮小の問題です。※④実は医療も介護も本来は「共助」なんです。消費税をつぎ込んで医療費他社会保障費をカバーする政府の対応をみて、「公助」だと思いこんでいる方は少なくないんです。誰かが使えば誰かが使えない・・・これが共助のシステムで、共助を意識しないままであれば、きっと国民皆保険は 2025 年を目途に潰れる可能性が十分考えられます。消費税を一体いつまでつぎ込み続けるのか見直す時がきています。医療も介護も限られた資源で、それをいかに有効に使うかという共助の考え方を、みんなが共有しなければなりません。共助からあえて「互助」が区分されましたが、互助というのは近所どうしあるいはボランティアの活動もそうですが、身近な人間関係で互いに支え合うことで、共助がより大きな地域・集団で支え合う

ものとして強調されてきています。共助の代表格が医療制度であり介護制度なんですね。「してもら」公的な援助である「公助」はこれまで率先して提供されていましたが、今後は自助・共助の後に公助があることが明言されました。自助・共助のあるところに始めて公助が行われる仕組みです。自ら気を付けたり自ら助け合わないところには公助は届かないですということなんです。東日本大震災の回復状況の地域格差をみればよく理解できます。

これは厚労省作成のスライドを示しました。一枚のスライドに本当にたくさんのお話を盛り込むと結局よくわからないという図ですが、よく分かっている人を見ると凄く意義深く、これ一枚で、一般のスライド 20 枚分くらいの内容が含まれています。ここで強調しているのは本人・家族の選択と心構え、住民・家族の覚悟が基盤になれば成り立たないことと、医療・介護制度は公助ではなく共助ということですが、それがこのスライドで地域住民や関係者に本当に伝わるかどうか……

この地域包括時代に、これからの日本最大の社会資源は何なんだろうと思いますか？ 少子高齢社会のなかでももちろん子供達は最大の資源ですが、これから寝たきりや認知症、その他慢性疾患患者が増え、要支援・要介護状態など社会的弱者が増えて、その弱者達を医療や介護に依存させて、どんどん自律性を低下させてしまっ、自分らしさを見失った状態にしてしまってきたこれまでの流れを改めましょうと言う提案です。じゃどうするかということですね、その人らしい生き方自分らしい生き方の支援、例えば足腰が立たなくても、口が使えるじゃないですか。それぞれ人間には素晴らしい能力がある。医療ボランティアとひとくくりに言いますが、実はいろんな能力を持った方々の集まりですよ。それぞれの能力をいかに引き出すか活用できるかということで、病気になって医療を受けていても、あるいは時々介護を受けているとしても、例の徳島の葉っぱビジネスは代表的な事例だと思いますが、いろんな社

会的貢献ができるんですね。その力を引き出すこと、つまり高齢者は貴重な社会資源、まさにこれからは元気高齢者が地域の活力資源です。*⑤ 元気高齢者は決してピンピンの元気人を指しているわけではありません。医療や介護を受けていたって、生きる意欲や、人のために役立つという気持ちがあれば、十分元気高齢者と言えます。その方々の数が実はこれから地域の活性化指標になるんだと思います。どちらかと言うとですね人口 65 才以上の方が増えると町が死んでいくような感覚があります。しかし元気高齢者の割合は高ければ高いほど、元気な地域と言っても過言ではありません。ところが日本は残念ながら元気高齢者の働き場所がございません。愛媛大学ではありがたいことに医療ボランティアとして、多くの方々に貢献していただいていますけど、全ての病院にそんな場があるかという、まだまだですね。あるいは気持ち良く活動できる環境があるかといったらどうでしょう？ 以前ハワイに行った時、バスガイドさんがどうみても 80 才ぐらいなんですけど、失礼ながらとお年はと訪ねたら、「ハワイでは歳は聞かれません。やれるかやれないかで採用(仕事)が決まるんです。」と返ってきました。やれるかやれないかが重要で、歳はあくまで参考レベルであること……日本の文化を早急に変えなければいけないと思います。この中には看護師さんはあまりいらっしゃらないかも知れませんが、医療系は年とっても結構仕事を続けられています。普通病院では、看護師さんが患者さんを車椅子に乗せて押しますよね。ところが看護師さんが年にとっていったために、患者さんが看護師を車椅子に乗せて押すんです。でも押し方が悪いって看護師さんが指導するんですよ。十分リハビリに役立っているように思います(笑)。昨今の高齢者は、役に立つ活動がしたいと思う方がたくさんいらっしゃいます。60 才以上の方の 3 分の 2 が何かやりたいと言っているんです。70 才以上でも半分以上が同様に、自分自身の生きがいのためとか、いろんな人達と交流したいとか、お世話に

なったことをお返ししたい等、多くの人達が思っているのに、日本ではあまり活用できていないようです。皆さんのように、この日本の現状を乗り越えて、病院の門をたたいてきていただいた勇氣や行動力に敬意を表したいと思います。皆さんにお願いしたいのは、例え高齢になっても、これだけ貢献できるんだ、やる気があるんだということを示す大きな原動力が医療ボランティアさんなんです。

今、地域包括ケアシステムが何故必要かということ、医療・介護にとっても元気高齢者の育成支援が最も重要であること、新しい健康観に基づいた医療体制の必要性、医療は決して公助ではなく共助という考え方の普及、そしてかかりつけ医を持つことの重要性等々。これらを十分踏まえなければなりません。*⑥もう急性期病院は医療の主役ではありません。総合病院かかりつけ医であることを自慢すべきではありません。生活に身近なところで何でも話せる「かかりつけ医」を持ちながら、必要に応じて適切に急性期病院等専門機関を利用する、生活の場で医療を受けるということが肝要です。最近、総合診療医がよく紹介されますが、NHKのドクターG・・・面白いですがね、なんでも診れる医者、それは総合診療医の本質ではありません。これは誰に診せたらいいのかを適切に判断しマネジメントできることが総合診療医の真髄なんです。それが期待される「かかりつけ医」であることを踏まえて、かかりつけ医および歯科医や薬剤師等々、住民の日常生活の場での支援体制を、共に進めていく必要があります。

今からは緩和ケアの話に移ります。

この背景を踏まえていただいたら、緩和ケアそのものより緩和ケアマインドがとても重要であることがわかります。緩和ケアは、まさに地域包括時代の方向性をとらえた生活を重視した医療なんです。その普及を図る教育材料にPEACEプログラムというものがあります。中橋先生もこの

プログラムを活用して県内の医療者の教育にリーダーとして関わっておられますが、皆さんにもご説明したいと思います。

緩和ケアは辛さに焦点があり、何を大切にするかは患者・家族によって異なります。いつでもどこでも切れ目なく質の高い緩和ケアが提供される必要があります、辛さというのは身体の痛みだけではなく極めて多様であり、心の痛み、肉体的な痛みではなくて色々な辛さがある。子供がまだ小さいからとか、経済的に不安だとか、固有の辛さというものがあるだろうと思いますね。ドクターが、「まだがんの治療中だし、緩和ケアを入れちゃうと折角治療しているのにやる気を逃したらいかんから緩和ケアはまだだな」とか、患者さんも「痛いのは仕方がない、治療続けてもらうためにも我慢しないと」・・・これがつい最近までよくある光景でした。緩和ケアはターミナルケアつまり死ぬ前、看取りのための医療で、「やることはやりましたから最後は緩和ケアぐらいです」というものじゃないんですね。

がんの治療が済んでピタッと緩和ケアに移行する、「やることはやりましたので、もうやることは大学病院ではありませんので後はホスピスに移って緩和ケアやってください」と言ったやりとりがまだまだみられるのが現状なんです。最近では、さすがそのようなケースは随分減ってきましたが、まだまだ臨床の場面では少なくありません。2002年のWHOの定義ですから、多少概念が古くなってきていますが、緩和ケアの重点は苦痛を完璧に予防・排除することなんです。併せてQOL(クオリティ・オブ・ライフ、生活の質)を改善するというので、決して医療者だけが行うことではありません。緩和ケアが目指すのは今後の延長ではなく、QOL・その人らしい生活・生き方なんです。あるいは死に方QOD(クオリティ・オブ・デス)の支援なんです。

保健・医療・福祉の連携の重要性はよく言われてきたんですが、いつまでたっても連携ができないんですね。それは何故かということ、保健は病氣

にならないことで、なったら医療に移ります。医療は治療で、治療の効果がなくなれば福祉に行くんですね。そして死ぬ間際になって医療に放り出す。つまりそれぞれゴールがバラバラなんですね。ところがよく考えると、保健はその人らしい生き方をするために、例えばタバコを止めようとかメタボ解消とか。メタボ健診・・・頼んでもいないのに、不幸の電話やメールが肥満オヤジのところ、まるで非国民扱いのように入ってくるんですが、「太っていてなにが悪いんだ」と居直って、うちの奥さんに言ったら、「暑苦しい」と言われて・・・私も痩せようと本気で思っているんですが・・・。

その人らしい生き方を支援するために、体調を整えて自分らしく生きていくってことを支援するための保健であり、医療も決して診断・治療が狙いではなく、それを手段としてその人らしい生き方を支援すること、福祉も同様ですね。保健・医療・福祉がゴールを共有すれば、連携は必然的に図れるはずです。つまり緩和ケアのゴールとがん医療のゴールがずれているために、中々うまくいかない。ゴールをいかに一致させるかが、医療者にも患者・家族にも大切です。*⑦がんであると診断がついた時から、緩和ケアが始まることを踏まえて、両者のバランスを図りながら、最終的に抗がん剤治療を止めることがあっても継続し、さらに患者が亡くなった後も遺族のグリーフケアが緩和ケアの一環として行われることなどを理解する必要があります。がん対策基本法があり、各県で条例の制定が進んでいます。特にがん予防や研究促進、また医療の均てん化（全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられる）などが主に扱われていますが、がん患者の意向を十分尊重することが強調されています。愛媛県は全国で8番目くらいにがん条例を制定しました。中橋先生や私もそのメンバーでしたが、既に制定している多くの県とは異なり、愛媛県は「たとえがんになっても安心して暮らせる街づくり」としました。従来の予防や治療中心のミッションでは、関わる

のは行政や医療に限られがちですが、「がんになっても安心して暮らせる」であれば、学校や社会も地域全体で関わらないと成り立たず、しかもがん患者さんが積極的に関わることが明確となります。愛媛県でこのような条例ができたのは、オレンジ会を中心としたがん当事者が中心的に企画に関わってきた成果だと思います。しかし、スローガンは良いんですが、残念ながら具体的に生活とうまくつながっているとは言いがたい現状ですが・・・。

さて、日本では医療用麻薬がまだ誤解されています。芸能界に麻薬がはびこっている現状をマスコミが興味をそそるようにしばしば報道していますが、患者さんへの、医療麻薬使用への不安をもあおっている感があります。いよいよ私も麻薬に手をつけてしまうのか・・・というように。一般的に病気でない人が麻薬を使うと確かに幻覚症状や依存性等が強く現れるんですが、がん患者の痛みなど辛さの軽減に使うと副作用はあっても、そのような症状が現れないことがわかっています。緩和ケアは自分には関係ないと思っている人も多いし、痛いということ自体がそもそもせっかく治療してもらっているのに、「この患者はうるさいな」「治療しているのだから我慢しなさい」と言われることを懸念して我慢している。痛いと言って更に麻薬が増えたらどうしようなどと。こういった誤解がまだまだ氾濫しています。

日本の麻薬の使用量、今はもうちょっとましになりましたけど、こんなに海外との差があるんです。*⑧ まだまだこれでは急性期病院では痛みを全く除くのは難しい状況ですね。中橋先生が院長をされている愛媛県のベテル病院は、完璧に痛みを取り除く、それは身体的痛みは勿論ですけど、いろんな痛みを取り除くことを最優先にされています。患者・家族とのコミュニケーションをとっても重視されています。急性期病院は完治が一番の狙いですから、愛媛大学でも緩和ケアに取り組んではおりますが、まだまだ徹底的に辛さを軽減するには至っていません。末期と言われて急性期

病院からベテル病院に転院したケースで、結構長い時間安らかに過ごされる方が多いんですね。辛さをなくすことで、生きる意欲が出て、不思議な力が出てくるんですよ。外部から病巣を叩く医療と比較して、緩和ケアは、まさにエンパワメント医療、もっている力を引き出す何かがあるんだなと思います。*⑨だから痛みが治まり心が安らぐことにより治癒力が上がる、そこにもっと科学的な根拠が見いだされれば、もっと進展するのかなと思います。日本人ががん治療において重要と考えている代表格は、苦痛が無いことです。「体の苦痛が少なく過ごせましたか」の間に、半分の人が非常にそう思う一方で、半分の人がそう思っていないんです。半分の人が痛みを抱えて病氣と闘っている状況はなんとかせんといかんです。

総合診療サポートセンターでは入院前からお話を聞くようにしています。入院前に入院の目的を伺うと、「がんを小さくするため、がん治療のため」とは必ずしも言われません。むしろ生活的な問題、例えば「子供達に退職後バイオリンを教えていたんですけど、それが教えられなくなる、だから体を治してもう一度バイオリンを教えたい」といった本当の理由があるわけです。つまりその人の入院の目的は、子供たちにバイオリンを教える元の生活に戻ることなんです。それが病院に入ってしまうとがんを小さくすることになってしまい、既に医療者と患者の目的のずれが生じることになります。生活の中での期待、なんのために入院したかと言うことをしっかり話して聞きとることが大切だと思うんです。更に子供達に迷惑をかけたくないと主張するような家族（親子）関係ですので、希望がずれていることが多いんです。家族から患者を助けてくださいと懇願され、高齢者の再発患者であっても、「抗がん剤と放射線使って3~4か月入院になりますけど」と説明しながら、その後元の生活に戻れないことを十分予測していても、先生お願いしますと家族から言われると・・・すると高齢患者自身から、「もうわしは嫌や家に帰る」と言っても、家族は「お

じいちゃんわがままは止めてって」と説得するといった光景がよく見られます。3~4か月経ってがんで例え小さくなくても、足腰が立たず家に帰れず施設に入る。本当にどっちがわがままなんだってわからなくなります。いろんな痛みを拾い上げるには医療者だけでは難しい。やっぱり皆さん方々が寄り添って解決していかないとね。野村さん（愛大V代表）がうなずいて聞かれていますけど、がん患者サロンも重要な役割を果たしていると思います。患者の本音が言えるようにしていく支援も大切なことなんです。医療者の都合や安心感のための“してあげる”対応に陥っていないか留意して、医療者と一緒になって“真に求められるもの”を拾い上げていって、総合的に関わっていくということですね。*⑩

地域包括ケア時代、患者とのパートナーシップ、患者さんが何を求めているか、してあげる医療から求められる医療へ、そこに関わる中で患者さんの満足とは、してもらうことでなくて、まさに自分らしく生きる、自分が何を求めているかをはっきり言うことであることを大きな柱にしていかなければなりません。医療の目的は、延命からQOL（生活の質）、そして最近では死に場所を決めるための支援、21世紀はパートナーとして共に取り組んで行くことへ移行しています。病気の8割は放っておいても治るか、いくら治療しても治らない。残りの2割のうち1割強は医療によって画期的に治るが、残りは医療によってかえって悪くなる、つまり医療による治癒は数パーセントに過ぎない・・・と医療の限界を欧米では明言されてきました。確かに命を救う・治しきるという場合ではそうかもしれません。しかし安らぐとか癒したとか生活支援だということになると医療の役割りはたくさんあると思うんです。私も時々ベッドサイドに行って患者さんに「頑張ってるね」と申し上げ、このアンパンマン顔を見せるだけで、「先生元気が出た」と言ってくれます。医療者はありがたいなと思います。看護師さんもそうですが、しっかりパートナーシップを組んで、医療ニ

ーズと生活ニーズを一致させていくことがこれからの時代です。これをなんとか一致させない限りは、いつまでたっても医療は生活資源になれません。

何故医療ボランティアが必要なのか？ *⑩
医療が普段の生活から切り離されないよう、医療が地域の生活や患者さんのニーズに求められるのに答えられるからこそ、共に実践していくパートナーとなるために、医療ボランティアさん達がいろんな関わりを通じて患者さんの、医療者ではなかなか掘り起こせない声にならない声をしっかり拾い上げていただきたいと期待しています。また「おらが街の病院づくり」を共に進めていただいています。病院や敷地内の環境整備もボランティアが企画も含めてやっていただいています。先日は七夕のイベントがあったんですが、七夕を始めた数年前は一本の笹にチラチラと短冊がぶら下がる程度でしたが、今は5本の笹が短冊でいっぱいですね。やっぱりボランティアさん達が主体的に関わるとみんなの心に伝わっていくんですね。

いきいき会の皆さんは、「うちの病院」と言ってくれるんです。「おらが街の病院づくり」、図書室もそうなんですけど、できるだけみんなが出入りする病院にすることが共通の目標なんです。周りを公園にして散歩コースにしているのもその一環です。こういった「おらが街の病院づくり」を一緒にやっていけたらなって強く思っています。期待ばかりで申し訳ないんですけど、本当に病院というのは隔離された特殊な場所になりがちですので、余計に生活の場所にしたい。そのために住民の立場も医療者の立場も分かっていたら愛大病院「いきいき会」が中心となって進めることは大変意義深いことです。病院が変わるボランティアが変わるという言葉がありますけれど、ボランティアの数が増えてボランティアの活動が拡大し具体化していくなかで、確かに愛媛大学病院は変わってきたと思います。病院長がいつ

もスタッフに言っていますが、ボランティアさんに会ったら挨拶をすること・・・していますでしょうか・・・うちのスタッフは？ それは共に病院を創る仲間だということ意識するためでもあります。まさにボランティアさんと一緒に病院を変えてゆきたいと思ってます。「いきいき会」は自立していただいています。病院側からのお願いよりも、ボランティアさんからの提案が重要なんです。そういう関係のなかで、どう環境を整えたら良いか、ボランティア担当の大西さんは、その笑顔でいつもコミュニケーションをしながら、ボランティアさん達とやりがいをもって活動していますね。狙いはエンパワメントです。互いの持っている潜在能力を引き出すこと、患者さんだって元気高齢者に十分なれるんです。 *⑪

愛媛大学病院における私の最初の役割は、患者さんを早く追い出す、必殺追い出し人でした。在院日数を短くするのが一番の仕事です。病院にまだ居たい患者さん、居させたい医療者から無理矢理剥がして退院させるように思えて、やりがいを感じ難い時期もありましたが、今は全く逆の考えに至っています。病院に一番よく似ている施設とは何でしょう？・・・誤解を招くことを恐れずに・・・「刑務所」です。刑務所は悪いから閉じ込めているのではなく、更生するための施設ですので、病院も同様です。病院は刑務所と違ってトレーニングしてくれません。特に急性期病院は、安静が当たり前という体制が余計良くないんですね。だから長居をささず、早く返すのが一番良いんですね。だからうちのスタッフには、早く返すことの大切さを強調しています。ただ早く返すためにはゴールは何かということなんです。治すことばかりを考えていたら、ゴールが見えなくなることがあります。生活に戻すことを重視すれば、入院している間で意欲低下や廃用症候群、また認知症の進行などとてもないことで、できるだけ維持したり機能をあげることが実は大切なことなんです。私が今「いきいき会」に期待して

いるのは、病院の方々の話し相手だとか、一緒に歩いてくれる活動、入院前よりも機能を落とさずに生活に戻す取り組みができないか、どうか一緒に考えていただけたらと思います。患者さんが持つてる力を引き出して自分らしく生きる意欲や環境を・・・例えがんが治癒しなくても、まさに緩和ケアマインドであります。緩和ケアとは消極的な医療と言われたことがありますけれど、辛さを取り除くことによって、その人の力を引き出すエンパワメント医療は、決して消極的なものではありません。

普通の生活に戻れること、最終的には元気高齢者を目指すことで目標が一致するのではないのでしょうか。

どうか全国のボランティアの皆さん、誇りと熱意を持って、そして自ら元気高齢者を目指して自分らしい生き方を実践して下さい。

どうもありがとうございました。

文中の*①～⑫はパワーポイントの図表番号です

アンケートまとめ (愛媛)

1・中橋恒先生講演の感想 (抜粋)

- ・不安がありながらボランティアをさせていただいている者ですが 自分のしているボランティアをととても評価していただけるお言葉をたくさんいただけた気がします
- ・医療の中の先生方が病気を治すということだけでなく、生活の質の向上を考えて下さっていることに感動しました
どのような人生を送って来られたのか、どんな風に最後を迎えたいのか、自分自身のことでもあり誰かに寄り添ってその人としての最後を大事なこととして考えることができました。本当にありがたい機会でした
- ・おもてなしの心 ホスピタリティ大切なことですね、わすれずに活動したい
- ・一人の人間の生き方、生き終え方の支援の大切さを感じた
- ・暖かいお人柄が滲み出て心に訴えるお話しでよかったです。控えめで奥ゆかしい素晴らしい先生とお見受けしました
- ・「命にかかわる病気」になった時に家族 自分がどう受けとめて生きていくか、考えるきっかけになりました
“ボランティア”って、私はほんの少しの時間だけのつもりだったんですが、もしかしたら私の一言で元気になってもらったりして下さる人がいるかもしれないと思うと嬉しいです、何か少しでもお役に立てたらと思うとこれからも続けていけたらと思えました
- ・緩和ケアの大切さ、本当によく分かりました。自分らしくどう死と向き合って生きるか考えさせられました
- ・一人の患者さんの生き方のお話しが印象に残りました。ボランティアの役割を改めて考えました
- ・「日常という潤いを与える」「声かけ」が病院ボランティアの原点であると確信致しました また元気にボランティアに励みたいと思います
- ・病院が持つべき付加価値—「ボランティアの存在」のお話しの中から、ボランティアの活動や、位置付けが理解できました
四国はホスピスアイランドといってもらって嬉しかった
- ・ラストの言葉がいいですね～！私もマザーテレサ尊敬しています。agape
ずっとベテル病院の緩和ケアに尊敬をもっていたので、講演を聴かせて頂き感激です
- ・どんな人間もちよとしたことで考え込むんですね～。先生がボランティアさんにいやされるといふ話に笑わせて頂きました
- ・ボランティア＝お・も・て・な・し であるという事を改めて感じました
- ・病院というところ、緩和ケア、ボランティアの違いと関係が学べました 感動的な事例紹介をありがとうございました
- ・一人の人間の生き方、生き終え方への援助に共感します
- ・先生のお人柄も滲み出るようなお話しでした
- ・病院におけるホスピタリティ、ボランティアの必要性・重要性を認識することができました

2・櫃本先生講演の感想（抜粋）

- ・とても楽しく知識を深めることができました
- ・素晴らしいお話しでした 年をとってからも支えられるだけでなく支えることが出来ると思うと未来が明るくなりました
- ・楽しいお話しのなかにも自分自身を変化させる事の大切さを知り 大変良かったです
- ・病院のイメージが変わりました 老後のイメージが変わりました。働くことのイメージが変わりました
死ぬこと、生きることを前向きにイメージできるようになりました。視野を広げ、連携して行くことの大切さについて納得できました 私の立場でできることをこれから考えていきたい
- ・近将来の高齢社会での国民皆がボランティア精神を持つことが大切だと思いました
- ・全人的ケアに少しでも力が及ぶよう活動したいです
- ・病気、生活にしても地域包括の大事さと自助する方向へと家族、本人の心がまえの大切さを感じました
- ・高齢者の社会貢献に対する意識の話は目からうろこだった
がん医療の目標：その人らしい生き方死に方 支援の仕方を考えさせられた
- ・人として生き方を考えさせられ、力になりました。ボランティアにも自分の生活にもはげめます
- ・ボランティアの心をもう一度考え、日常的な心づかい、やさしさが必要であると感じました
- ・最近よく耳にする元気高齢者になれるよう自分自身がどうするかとか 家族が病気になった時の考え方とか 先生のお話しを伺いながら将来について考えました
- ・自分自身が治療の経験もありとても考えさせられました
- ・緩和ケアに対する認識を新たにしました
病院は体の痛みを軽減するだけでなく、心穏やかに前向きな気持ちで過ごせるような場所でなければ。ボランティアとして対応には気をつけたいと思います
- ・チームの必要性を再認識しました
- ・ユーモアを混ぜたご講義して頂きまして、大変勉強になりました
- ・講演を聞かせていただき元気がでました
元気高齢者であり続け 誰かの役に立つ存在であり続けたい
- ・櫃本先生が『あんぱんまん』だったんですね
- ・医療ニーズと生活ニーズが一致していくために、チーム医療、ボランティア活動が大切であることを学びました “痛み”を全人的にとらえる、そのために患者として向き合い聴くチーム医療が必要であることを現場で受けとめていきたいです。患者さんに生きる意欲を引き出せるよう努力したいです
- ・大切な 高齢期の迎え方、人に与える意義ある生き方を思いました
- ・生きる目的と緩和医療の関係について非常に分かりやすく、楽しく理解することができました

参加病院・団体名

2014年7月3日（木） 三宮研修センター

愛知県がんセンター愛知病院	市立堺病院
あそかビハーラ病院	聖フランシスコ病院
有田市立病院	千里中央病院
泉大津市立病院	総合病院南生協病院
伊勢赤十字病院	高砂市民病院
医療法人光仁会 西田病院	高槻赤十字病院
岩手県立中央病院	宝塚市立病院
ヴォーリズ記念病院	徳島県立三好病院
宇治徳州会病院	鳥取赤十字病院
愛媛大学医学部附属病院	西奈良中央病院
大阪市立大学医学部附属病院	西淀病院
大阪医療センター	PL病院
大阪警察病院	東大阪市立総合病院
大阪赤十字病院	東加古川病院
大阪府済生会中津病院	姫路聖マリア病院
大阪府立呼吸器・アレルギー-医療センター	藤田保健衛生大学七栗サナトリウム
加古川医療センター	ベルランド総合病院
ガラシア病院	松阪市民病院
関西医科大学附属枚方病院	耳原総合病院
岸和田盈進会病院	薬師山病院
北播磨総合医療センター	淀川キリスト教病院
岐阜中央病院	六甲病院
紀和病院	和歌山県立医科大学附属病院
県立西宮病院	和歌山労災病院YMCA病院ボランティア
神戸アドベンチスト病院	個人賛助会員
神戸市立医療センター中央市民病院	キョウワマリナホスピタル 傾聴ボランティア
神戸大学医学部附属病院	神戸海星会 特別養護老人ホーム
三田市民病院	産経新聞
上智大学グリーンフケア研究所	生と死を考える会 七栗サナトリウム
市立芦屋病院	NPO法人 SG博友会病院
市立伊丹病院	NPO法人 スピリチュアルケア-スワカ協会
市立川西病院	一般
市立岸和田市民病院	

224名

2014年9月4日（木） 愛媛大学医学部 記念講堂

あそかビハーラ病院	障害者支援施設 スマイル
石川記念 HITO病院	聖マルチン病院
愛媛教育大学附属特別支援学校	聖路加国際病院
愛媛大学医学部附属病院	高槻赤十字病院
大阪赤十字病院	東京都健康長寿医療センター
倉敷中央病院	三豊総合病院
公立みつぎ病院	みなら特別支援学校
西条中央病院	薬師山病院
済生会今治病院	淀川キリスト教病院
四国がんセンター	一般
しげのぶ特別支援学校	

78名

共 催

公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

〒530-0013 大阪市北区茶屋町 2-30

TEL 06-6375-7255

FAX 06-6375-7245

<http://www.hospat.org/>

特定非営利活動法人 日本病院ボランティア協会

〒540-0012 大阪市北区谷町 2-2-20

大手前類第一ビル 7F

TEL・FAX 06-6809-6506

E-mail nhva@cronos.ocn.ne.jp

<http://www.nhva.com>