ホスピス・緩和ケアボランティア研修会

報告	書
2018年6月8日	(全)
2010年0月8日	
札幌市教育文化会館	研修室 305

プログラム

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 エンドオブライフ・ケアにおける本人・家族の意思決定支援

~臨床倫理とボランティアの視点から~

岩手保健医療大学 学長 清水 哲郎

講演 音で紡ぐこころのメッセージ

~ホスピスの音楽療法士として~

特定非営利活動法人 和・ハーモニー音楽療法研究会 理事長

中山 ヒサ子

閉 会 15:15

目 次

主催者挨拶 吉村 規 1頁

大谷 正身 2頁

講演 「エンドオブライフ・ケアにおける本人・家族の意思決定支 3頁

~臨床倫理とボランティアの視点から~

岩手保健医療大学 学長 清水 哲郎

資料図 9頁

講演 「音で紡ぐこころのメッセージ」 ~ホスピスの音楽療法士として~

和・ハーモニー音楽療法研究会 理事長 中山 ヒサ子 12頁

資料図 21頁

アンケート 23頁

プロフィール 27頁

参加病院 28頁

この研修会はホスピス緩和ケアボランティア研修会というタイトルのもとに開催させていただいておりまして、例年、今日もお出でいただいておりますが、ホスピス緩和ケア研究推進財団様の大変厚い助成をいただきまして開催をさせていただいております。

年々違う所で開催します関係でなかなか北海道まで来させていただくことは少ないですがこうして北海道へ来ますと、北海道は大変病院ボランティアが盛んで、日本の中でも盛んな地域でして、こうして大勢の参加をいただいて我々も大変喜んでおります。

私も京都のホスピスの専門病院である薬師山病院で普段は活動いたしておりまして、いのちの現場で日々活動させていただいておる者であります。

これまで「QOL」Quality of Lifeという言葉は早くから存じ上げていたのですが、この1年間の間にQuality of Death 死の質、死ぬことの質という言葉があるのだと。今の世の中は死ということについては、他人の死についてはあまり意識されない、自分の死だからこそ死から遠ざかっているというふうな風潮のことも言われるわけですが、やはりホスピス緩和ケアに関わるボランティアとしてはそういう所を考えざるを得ない。でもホスピスという所は生きる場所でもあると、教えられております。ですから、いかに良く生きるか、そしていかに良く死ぬかということでの研修が出来ればというふうに思っておりました。そうしましたら、昨年、東京大学の出版の方で出ております、『死生学』~死を生きる、死と生きる~という書物に出会いまして、そこに清水哲郎先生が執筆者の一人として加わっておられて、大変感銘を覚えて、この先生の話を是非聞きたいと思いました。NHVAに関係する者が先生を存じ上げており、先生にお願いしましたところ快くお引き受けいただきまして、お忙しい先生で日程調整が難しいなか講演をしていただくことになりました。

そしてもうおひとかた北海道で開催するのでお話しをお聞かせいただく方はいないかという事で相談しましたところ、音楽療法におくわしい中山先生という方がおられ、日本でも音楽療法で日野原先生との関係も有ってかなりご経験の有られる方だと。ならば是非お願いしてみようという事でお頼みしましたら、中山先生もその日ならということで快くお引き受け下さいました。

中山先生には音楽を十分に活用した講演をしていただければ良かったのですが、あいにくこの会場がそういうことが原則許されない部分があるという事で、先生には大変窮屈なおもいをさせすることがあるかと思いますが、その中で、工夫していただいて皆様方に大変有意義なお話しを聞かせていただけるというふうに期待をいたしております。

今日一日、久しぶりに午前午後の研修を開催させていただくのですが少し長くなりますが、一日、有意義なお話しが聞けると思いますので、是非最後まで皆様の熱心なご参加をお願いして今日のご挨拶をさせていただきます。どうぞ一日よろしくお願いいたします。

- ■本日はこのように多数の皆様、ご参加下さり、有難うございます。 ボランティアの皆様の尊いご奉仕に対して心より敬意を表するものでございます。 そして、ご多忙の中、講師を引き受けて下さった清水哲郎先生、中山ヒサ子先生に感 謝申し上げます。さらに研修会を実現に導いて下さった日本病院ボランティア協会の 吉村理事長はじめスタッフの方々に、主催者として厚くお礼申し上げます。
- ■日本病院ボランティア協会とホスピス財団が共催して行っています、この研修会も、今年で16年目を迎えることになりました。 実は、過去の開催記録を見ていましたら、2005年に一度札幌で開催しております。そしてその折偶然ですが、音楽療法士の近藤里美先生を講師にお迎えしていたことを知り、札幌と音楽は縁が深いなと感じております。
- ■本日、清水先生から、「エンドオブライフ・ケアにおける本人・家族の意思決定支援」と題して時期にかなった大切はお話を伺えられるのではと期待しております。 実は、ホスピス財団で1000名を対照にしたホスピス・緩和ケアに対する意識調査を12 月に実施しましたが、 現実は終末期医療の関して、実際はあまり話し合われていないことが分かりました。そのような中で、本日の清水先生の講演を通してボランティアの皆様にも、援助できる機会が与えられたらいいなと願っております。また、中山先生から音楽療法の大切さも知る機会になればと願います。
- ■さて、私どものホスピス財団は、お手元のパンフレットにもありますように、ホスピス・緩和ケアの発展と向上を目指して、このような研修会をはじめ、様々な活動を続けております。しかしながら、昨今の経済情勢等から、財団の台所事情はたいへん苦しいものとなっております。是非とも、この機会に財団の賛助会員となって戴き、私たちの活動をご支援いただければ感謝でございます。

それでは本日の研修が皆さまにとって有意義なものとなります事を願いつつ、簡単ではございますが、ご挨拶とさせて頂きます。ありがとうございました。

「エンドオブライフ・ケアにおける本人、家族の意思決定支援」 〜 臨床倫理とボランティアの視点から 〜 岩手保健医療大学 学長 清水 哲郎

私が倫理の話をするときには医師の方、看護師の方、ソーシャルワーカーの方とかいう職業として医療に携わっている方に対しては、「臨床倫理」というタイトルで考えます。考え方を申し上げた後で実際に事例検討をしたりしています。対象にしている方々は医師であったり、看護師であったりですが、この研修会はボランティアの立場として、倫理とかそういう場面になったらどうなんだろうかということについて話す場所だと考えました。

意思決定支援、私は医療ケア・プランニングという言葉を出していますが、いわゆるアドバンス・ケアプランニング(以下ACPと表示)ということで日本で注目されて、医療現場に限らず介護の現場でもACPのことばが一人歩きしていますが、言葉を整理しなければいけない。言葉の問題を中心に考えていきたい。

医療とかケアについて、どうやったら良いのかを一緒に考えていくことが医療ケア・プランニングだとして、それは人生の最終段階のことばかりではないのです。それこそ、がんが見つかった方にとってはさし合ってどういう手術をしていこうか。できれば治りたい、出来ればなるべく長持ちしたい、そういう段階でもどの様に治療していこうか、どの様なケアを患者さんはして欲しいのか、今どうしたいのか、まず、直近の医療ケア選択のことがある。次に、がんが再発した場合、先生が提示している抗がん剤をまずやってみよう、それが出来なくなっても先生が体の調子とかも考え併せてどうしたら良いか考えてくれる。今のところこういうのが有る、ということも含めてまずやりましょうということになる。将来のことについては暫定的に決めて。少し先のことを私たちは考えているわけです。

いよいよ自分が最後となった時にはどうして欲しいのか、延命か、辛いのは嫌だからそんなことしなくて良いとか、漠然と思っているかもしれません。そういう意味でケアについて一緒に考え決めていくことは最後の事ばかりでなくて今から最後まで色々な局面があります。

「意思決定支援」それは医療の専門家である医師がやったり看護師がやったりする 意思決定があり、ボランティアが関わるような意思決定支援場面もあるでしょう。

死生学と絡んで生死ということを言われると、今、私は「生きている」という状態だが、どこかで「死んでいる」という状態になる。この変わり目が死です。先生が患者さんのことを診察してまだ心臓が動いています、脈があります、呼吸もしています、生きています。そこから、瞳孔が開いています、心臓脈打っていません、呼吸もしていません、そうすると死んでいます。生きている状態から死んでいるという状態に変わる変わり目を"死"と考えると、それは生きていることの後に死んでいるという状態が来るわけです。生の後に死。死亡の判断という時にはこういう生死の考え方が使われるわけです。

エンドオブライフ・ケア(以前はターミナルケア)の場面では生と死がどういうふうに扱われてきたかというと、aliveとdead、(生きている、死んでいる)ではないのです。livingとdying、同じ死でも進行形が使われるのです。英語でlivingは、ず~っと生きるという状態、生きるという状況がずっと続いており、この最後の部分にdyingだと言われる。あえて訳せば"死に向かっている"。

がんを対象にしている医者とか看護師たちはdyingということは、もう戻れないと考

えた。あとは死に向かっていくだけで、医学の限りを尽くしたからと言って低空飛行からもう一度飛び上がるという良い方向にはいかない。後は死に向かっていくだけ。こういう状態になるとdvingという言葉を使っていたと思います。

ターミナルという終末期と訳される言葉とdyingという言葉が一致していた。dyingだとターミナルだという状態に言い換えられるような使い方をしていた。そうするとこの場合dyingというのはlivingの最後の部分ですからdyingと言えるためにはその人がlivingでもなければならないわけです。livingでなくなってdyingになるのではなく、最後の部分はlivingでありかつdyingである。生きていて且つ死んでいく。死に向かっているのですからエンドオブライフというのはそれなりの意味がある。この生lifeの最後の部分がthe end of lifeでこの最後の瞬間、死の瞬間のことだけではなくて、このあたりがdyingという状態、それは人生全体を考えたらその最後のthe endの部分ですね。終章です。抽象的に名詞にして言うとdeath死と言います。

そうすると死の質というのは、死後の話でもなく瞬間の話でもなくこのdyingという 状況において、その方がどういうふうな状態で最後を過ごしておられるかということ が死の質となってきそうです。「死の質」と言ったとしてもそれはある意味living の質 に変わりはない。

「緩和ケア」というのは、必ずしも最後の部分だけではなくずっと以前から必要に応じて、やるべきものをやるはずのものであり、死の後はご遺族の方に対するケア、ご遺族の方の悲嘆に対するケアとか、死別についてその方が受け入れて先に向けて進むことが出来るといったようなサポートの仕方ですね。ですから死の時点より先まで"緩和ケア"やりますというようになります。

英国のNHS(ナショナル・ヘルス・スタディ)が出しているエンドオブライフ・ケアの定義は、以前は「死へと向かいつつある人々へのサポート」となっていたのですが、最近、改定されて「人生の最後の数か月ないし数年の段階にある人へのサポート」。人生の最後の時期のサポートであって、人々が死に至るまで出来る限りよりよく生きるように、尊厳を持って死に至るように支援するとなった。

この尊厳というのは日本語の尊厳死の意味とは違います。尊厳を持って最後まで生きるということは、最後まで自分で自分の人生には意味がある、生きていて良かったとか、積極的に一日一日大事に生きようとか、前向きに自分の人生に意味を見出していける。尊厳というのをそのように使っている。

最後まで自分らしく生きることが出来るように支援するのがエンドオブライフ・ケアです。医学的にこうなったらエンドオブライフ・ケアですではなく、本人が必要とする時に始まるわけです。数日間で終わることもあれば、数か月間、数年間に渡ることもある。数年間という言い方が出てきたのは癌だけではなくて、高齢になって認知症に至りだんだん進んでいくという高齢による衰え、或いは癌以外の少しずつ進んでいく疾患を言うのかもしれません。

「エンドオブライフ・ケアにおける本人・家族の意思決定支援」とは。

これは、たとえば私が人生最後の時が近づいてきたらどんな医療・ケアをしてほしいかをあらかじめ考えていること。もう一つは、人生の最後の時になった時に本人と周りの人とでどういう医療・ケアを選択していくか、ということです。

ボランティアの方も、医療・ケアの場面で活動なさる以上はその場で働いている医療者と、基本的にはその医療を行うというところにコミット、サポートされているので、職業的に携わっている方と臨床倫理にはさほど違いはないと思います。少し緩いところがあるかな、というぐらい。

インフォームドコンセントは、患者さんが手術する説明を受けて、よく話し合った

うえでそれが「自分にとって一番良い」と、患者さんのOKが出ないと今は手術はできない。それはまさにその人の体、縄張りに、たとえ良いことだとしても入りこんでメスを入れるには、その人の許可が、その人間関係を認めるからなされる。

人の間の倫理、その構造には、相手に対する二つの見方、「人それぞれ」と「みんな一緒」が同居している。親密な中では「みな一緒」が強く、疎遠な仲では「人それぞれ」が強い。病院では、"患者さんの状況が非常に厳しい"という結果を主治医はまず、家族に「本人には言わない方が良いですか」と聞きにいく。「みな一緒」が強いからそういうことが出来る。そして、本人の意思を考えないで、「この人にとってはこうするのが良いんだ」と家族として決めてしまう。

医師や看護師とだったら、「人それぞれ」が強い関係かもしれない。本人がお決めになる権限があるのに、何も聞かずに決めて良いのかと考える。人間関係の遠さ近さが、本人と家族、本人と医師とでは違うから困ったことが起きるわけです。

パターナリズムというのは、お父さんが権威を持って君臨する的な在り方で、医療者がお父さん的な立場です。医師は「あなたにはこれ以外の治療法は無いからこの治療をしましょう」と、これが一番最善だと思ってなさっているのですが、今の社会には合わない。パターナリズムはだめですよと言われるのです。

アメリカから入ってきた倫理では、「人それぞれ」が非常に強く、医療はサービスで患者は消費者である。これが良いですよと医療者は進めてはいけない。説明はするけど圧力をかけてはいけないというところまでになる。2000年代までは、このアメリカ的な考えで日本はやろうとしてきた。

国の医療という事業を担う専門職の医療者は、自分との関係が個人的に遠くても近くても、どの患者さんにも公平に平等に医療を行うことが求められている。患者さんが医療機関に助けを求めてきたら、相手に良かれと思ってどうするのが一番良いかと思い、且つ、それぞれの考えがあるのだから、それぞれの生き方や考えを無視してはいけないと思い、この二つのバランスからどの様に個々の場合いをやれば良いかというのが決まってきます。

医療・ケアを進める時にそれぞれの意思を尊重するということが出てくるのですが。ただ意思を尊重するだけではなくて、プラス、患者さんの言うことを我々も理解して、患者さんのことを心から応援したい、そういう二つからなっている。

相手にとって何を目指すかと言うと、相手の最善、患者さんにとっての最善を目指すのです。私たちの価値観だけで勝手にやるのではなくて、ご本人がどういう価値観を持って、どういう人生を生きたいと思っているか、と言うことに基づいて、その方にとっての最善を考えましょうと言うことになります。

もう一つは社会を鏡にして眺めるということが有ります。"皆一緒"と"人それぞれ"の両方を組み合わせて相手に接していく、或は何が最善かを考える、こういうことまで倫理と言うことを解きほぐしていく。

色々ありますけど、"相手と一緒、仲間だ"という関係で考えることと"人それぞれ個別の考えがある"の両方を上手くバランスをとって相手と話し合って行くのが一番肝心なところだと言いたい。

もう一つは、いのちに関してです。

私達はいのち、いのちと言いますし、英語では、life、lifeと言います。医療の場面では一つにはlifeというのは生命(生物学的には生命です)。医学が見ているのは生命なのです。しかし、個々人にとってのいのちというのは、私の心臓は少し早めだけど動いている、というようなことが私にとってのいのちの肝腎なことでなくて、人生を送っているというということが肝腎なことではないでしょうか。ただ生きていれば良いの

ではなくて、生きてひと花もふた花も咲かせたい訳です。ひと花咲かせる、ふた花咲かせる、どう人生を生きるか、こういうこともしたい、ああいうこともしたい。そういう風にいのちというものを人生というレベルで、あるいは、生活というレベルで見ることが出来ます。医療というのは、この一人ひとりの人生がより豊かになる展開が出来るように土台である生命を整えるのが医療の役割であると考えると、いろいろのことが考えやすくなると思われます。

人生の展開のために、土台である生命に働きかけるのが医療だと言うことをひとつご留意下さい。長ければ良いというものではなくて、人生に価値を見出せることがある。そして、死が近づいている時の選び方と、まだ元気な時の選び方は少し違う。死が近づいて来る時には、快適で尊厳のあることが大事になるが、まだ元気な時には、長生きはUPするけど、快適さでは少し我慢をしなければならないという風にバランスをどう取ることが治療の選択時に関わってきます。

・意思決定のプロセス

「説明-同意モデル」、「情報共有-合意」モデル

日本では直近の治療について「説明一同意」が今でも強いく、医療側は説明するけれど決めるのは患者さんとなっています。昔はパターナリズムといって、医療者が決めていた。インホームドコンセントの言葉が日本では、「説明と合意」の全体をインフォームドコンセントと説明してしまった。説明は説明、面談は面談であって、あくまでもインホームドコンセントというのは患者さんがすることであります。

それに対して「情報共有一合意モデル」は、いっしょに決めていくタイプです。従来医療系チームが説明し、説明するだけでなく本人、家族から聞きましょうということです。医学的にはこれが適切だ、一番成績が良いですよと、言うようなことを含めた説明をするわけですが、ご本人や家族から、人生の生き方、個々の価値観、こういうことを聞かないと、このご本人に取って何が一番良いかということは分からないではないという考えかたです。

ACPの骨子。医療側はご本人の価値観とか、人生の生き方を聞き取りますので、それを考えに入れて、何が本人にとって一番良いのかということを考えることが出来るようになる。ご本人、家族からこういうことを聞いていっしょに考えていくというこのプロセスが、ご本人、家族が意思決定をする適切な理解を伴う意向が形成されてゆくその過程を支援する、正に「意思決定支援」になる訳です。つまり、今、どういう治療を受けますかということについての絵ですけれど、今だけでなく、将来に通じるような絵ということになります。

戻って、医師は話すけれど、患者さんが決めるんだという自立偏向から、いっしょに決めて行く、患者さんの人生観や価値観を理解して、その患者さんにはどれが最もその方らしいかをいっしょに考えて行くあり方、ACPとはまさにこういうあり方をしていた。これをただ、最期のことだけでなく、もっといろんな事をこれでやろうよと日本では思い始めた。

直近の治療ケアは、current、将来の治療ケアの考え方をfutureと言って意思表明が出来なくなった時のための考え方をACP。全部を包括する概念としてCare planningという言葉を使っています。ケア・プランニングとそのままカタカナにしますと、日本では、ケアというから医療の話では無いと思われるので、ケアといっても医療を含んでいるんですよという意味で、私は医療ケア・プランニングと言っています。医療ケア・プラニングという直近のことを考える、将来のことを考える、将来でも特に、自分が意思表明できなくなった時の為に考える、これは全て、医療ケア・プラニングです。

その中で、将来の自分が意思表示出来なくなる時の為に考える。そのことについて、イギリスの(NHS)が一番大事にするのはAdvance Statement、私は事前言明と言っている。これは何かというと、延命治療をして欲しいとか、欲しくないとか、蘇生はして欲しいとか、欲しくないとかの話、もっと一般的にこのようなことをして欲しい、患者さんは何でも言って良い。医療側がそのことを聞くわけですね。そうすると患者さんはもしかしたら、「私はビバルディの四季が好きで小さい音でもいいから、毎日1回は私の枕元でかけてくれると気持ちが安らぐ」と言うかもしれません。今、意思表明できるから言っておきますけど、やがて認知症が進んでそういうことが言えなくなるかもしれない。音楽を聞いたら気持ちが安らぐとか、良い気持ちになるとかと言うことは残っているかもしれない。

今の内から毎日ビバルディの四季を1回は聞かしてよとか、3時のお茶の時には、スコーンとイングリッシュティーを出して欲しいとか、食べられなくなったら、お茶の味がわかる位でいいからなめさせて欲しいとか。そういう様に自由に患者さんが今のうちにして欲しいことを言っておくAdvance Statement、これが今一番推奨されていて、もし、書きたければ、"この治療はしないで良いです"と書いて良いですというような言い方になる。

日本では、ACPの最後のところ、エンドオブライフ・ケアのことを考える時になると、延命治療をどうしますかとか、呼吸器はどうしますかの話にすぐになりますが、それだけを聞かれた患者さんは、いやな気持になると思います。どんなことをして欲しい、音楽をかけようか、どんな音楽かけようか、もしかしたら「俺はビートルズが良い」とか言うかもしれない。そんなことから始めたら良いのではないかなと思いますし、工夫のしどころだろうと思います。

"こんなことをして欲しい"ということなら、医学的なことでもありませんし、ボランティアの方が話の中で、私は最期の時はこんな風にしてくれたら良いなとか、自分の庭の花の咲いている所に車椅子で行くのは好きだとか、そんな話であれば普通でしょ。そのようなことだったらお医者さんより自分たちの方が、患者さんはいろいろアイディアを出してくれるかもしれないと思うかもしれないではないですか。

私はケアプランニングという大きな中に、直近のこと、将来のこと、そして最期に意思表明が出来なくなった時の為に、予め言っておくという話を含めて、この辺をACPといっても良いと思います。もしかしたら全体を含めて、ACPと言うことに日本ではなるかも知れません。世界的にそうなる可能性が無いわけではない。世界、グローバルな用語法というものに合わせて、こういう全体の中で患者さんに対する、あるいはご家族に対する意思決定支援というのが、ただ、最期のところだけの話でなく、今から最期までの全体を含むようなものだと考えて、ボランティアとしてやれることを、会話しているなかで聞いたことがあったら、「患者さんがこんなことをして欲しいと言っていましたよ」と、看護師さんに情報提供をしていただいたら良いと思います。それは、それぞれの病院のなかで病院がボランティアさんに期待すること、注意することに合わせてやって行かれたらと思います。 (講演まとめNHVA)

「音で紡ぐ こころのメッセージ」 ~ホスピスの音楽療法士として~

特定非営利活動法人 和・ハーモニー音楽療法研究会 理事長 中山 ヒサ子

中山ヒサ子と申します。どうぞよろしくお願い致します。

最初に今日の流れをご説明致します。どうぞリラックスして聞いて頂きたいと思います、音楽セラピーのお話ですから・・。何故私がここにいるのか。私はバリバリのこわ~いピアノの先生でしたが、その私がなぜニコニコと緩和ケアに、関わる事になったのか、次に音楽療法って何なの?のお話。・・今ちょっとお聞きしたKKR病院には以前、苫小牧東病院にはいま通わせて頂いています。音楽療法は、北海道は割と広まっている方なのですが ホスピス緩和領域は少ないです。音楽療法の対象は、後で見て頂きますけれど、胎児からグリーフケアまで、つまり生まれる前から亡くなった後、遺族まで、とても幅広い領域になっています。その中で何故私がホスピスなのか、ホスピスしか考えられなかったのか、ホスピスの音楽療法についてお話しさせて頂きます。

全体としては 前もって事務局へ「皆様がどんなことをお聞きになりたいか聞いてください」とお願いしましたところ、沢山ご希望を頂きました。そこで出来るだけそれに沿ったスライドを用意しました。一番最後に、皆様へのプレゼントとして、レオ・バスカーリア作の「葉っぱのフレディ」の朗読をさせて頂きます。何故音楽療法の中に、「葉っぱのフレディ」の朗読が入って来るのかと言いますと、今日のテーマである「音で紡ぐこころのメッセージ」のためです。この音と言うのは、音楽だけではなく、言葉も入ります。また音楽でない音も入ります。先程、どなたかが、ナイチンゲールの話をしておられましたが、ナイチンゲールも「看護覚書」の中に、例えば看護師のたてる靴の音などいろいろな音、それが全て患者に響くのだ、と書いてあります。私のツールとして、勿論歌いますが・・ご希望には「歌え」と言うのもあったのですが、この会場では生音はダメで楽器が使えないので・・音に関しては御免して頂いて、「葉っぱのフレディ」の時に、BGMでCDを使います。音楽と言葉、言葉のメッセージ性、音楽の持つ精神性、それを感じて頂ければいいなと思います。

では1番目、私の事ですが、何故私がここにいるのか。私は札幌大谷大学で、ピアノを教えていました。非常に厳しい先生だと・・私はそのつもりはないのですが、有名な話になっておりました。それ以前には私は医者になりたく、医療の事に関心がありました。また、子供のころから、「死」、死ぬと言う事はどういう事なのだろう。それから、怪しい人間と思わないで下さいね。何か声が聞こえるとか…。第六感というか、ちょっと感覚が変わった子だったと思います。例えば、祖母が出かける時に、

「おばあちゃま、こっちの道を行かずに、こっちの道を行った方が良いと思う」とか、そんな事を言う嫌な子でした。その祖母を自宅で看取りました。私の父は突然死で、一晩で心臓で亡くなりました。祖父も見送りましたが病院で死んでいます。ですから私にとっては、死に逝く人と時間を共有したというのはこの祖母が初めての経験でした。その時に私が感じたことは二つあります。一つは、死と言うのは、人生最後の最大の事業だと言う事。"その死に方"を残された者に見せて逝く、と言うのは大事

な事だと思いました。現代の子どもたちは死を見ません。たまたま 京都大学の哲学のベッカー先生とお会いして、・・アメリカ人なのですが、別の華やかと書いて、

「別華」と名前を付ける位、日本の事を良くご存じで日本人の特質も良くご存知で す・・このベッカー先生とお話したと言うのもホスピスに関わる背景にもなりまし た。 2つ目は、死に逝く人の気持ちが全然分からなかったということです。死んだ らどこへ行くのだろうかとか、実際に目の前で見送ったら、本当にいろいろなことを 考えさせられました。そうすると 物をみる目も変わってきました。今までは本屋で は演奏技術とか専門書ばっかりだったのですが、そういう気持ちで本棚に向った時、 アルフォンス・デーケン先生と曽野綾子さんの往復書簡の本に出会ったのです。それ を読んで、"これは"と思いデーケン先生に会いに行きました。デーケン先生にお会いし て・・先生は日本で初めて、「死生学」を始めた哲学者ですけれど・・、その先生の 下で勉強して、「札幌、生と死を考える会」を立ち上げ、10年間会長を務めさせて 頂きました。その「生と死を考える会」の時に、日野原重明先生を講演者としてお招 きしました。千歳空港までお迎えに行き、空港から札幌に来る車の中で、先生が勘違 いされている事に気が付いたのです。どういうことかと言いますと、先生は私たちが ホスピスを作りたいと思っていると、思われていたのです。そうではないと、私が思 っているのは、建物ではなくホスピスマインドを世の中に広めたいのです、と、とつ とつとお話しました。そしたら先生は即座に、「ホスピスマインドを世の中に」と言 うテーマでお話されました。すごい方だと思いました。

私はその頃バリバリのピアニストでしたので先生が不思議に思われたようで、私に「どうして生と死を考える会の会長をしているの?」とお聞きになりました。天下の日野原先生の前で 私は上がってしまって、ちゃんと説明できなかったのです。その時、先生は、「音楽療法をやるんだね」と仰いました。全くそうは思っていませんでした。でも反抗もできず・・・・だから本当に出会いとは不思議なものだと思います。私は音楽がベースで、死生学を学び、医療に関心のあった私に、ホスピスでの音楽療法の道が用意されていたのです。

次に、音楽療法のお話の前に音楽と人間の歩みと言う事で、お話してみたいと思います。文明黎明期、つまり昔々、大昔、魔術と医療と宗教は同じでした。病気は悪霊の仕業でしたから。だから、嫌な音を出して悪霊を追い払うとか、そういう人をメディスンマン、つまり医療の人と言う言い方をしていた時代もありました。それから、古代ギリシア、これは古代ギリシア哲学です。ピタゴラス、プラトン、アリストテレス。ピタゴラスは「調和」と言う概念を唱えました。これは、心身もさることながら、宇宙まで広がって調和の中にいるのだと言う考え方です。その調和をもたらすのは、音楽だと言っています。ピタゴラスは、5音階と言う独特の音階を作った人でした。それからプラトンは、音楽は「魂の薬」と言っています。魂につける薬はありません、当たり前ですが・・。彼は、音楽はその人の品性、品格を養うものだと書き残しています。アリストテレスは、「カタルシス」の概念を唱えました。カタルシスと言うのは浄化、発散です。何か患者さんに嫌な事があったとき、どうすると思いますか?慰めの音楽ではなく、打楽器、太鼓みたいなものを渡して、バンバン叩いて貰う。結局そこで発散して、こころを浄化して行く場合もあります。つまり何が言いたいのかと言うと、結局、音楽療法と言うのは

注目されていますけれど、昔からあった、そしてその概念はずっと続いているのだよ、とのお話しです。

中世、ルネッサンスになって世俗と宗教に音楽が分かれました。それから18世紀、 自然科学の台頭、医療の発達です。ここに来て、音楽療法は廃れました。何故なら数 字で証拠が出せない。医療の世界は理論、証拠の世界です。私の弟は医者なのですけ れど、音楽療法は気のせいだと言います。証拠がない事は信じない、それはそれで正 しい事なのですけれど...。でも20世紀になって、今度は本当に療法として再登場しま す。理由が2つあります。一番発達したのはアメリカですけれど、アメリカは第一次世 界大戦、及び悲惨なベトナム戦争で、精神病院が精神を病んだ人たちで満杯になって しまい対処が間に合わない、それこそ何か無いかとなった時に、音楽が使われて、そ れでアメリカが音楽療法の先進国になっています。それともう一つあるのですね。医 療の限界です。さっき言いました、魂に付ける薬はない、本当に皆様がお世話をさせ て頂いているターミナルの方たち、そういう方たちに薬、勿論抗うつ剤とかあります が、それも無理になってしまう段階がありますよね。そういう時代背景もあり、今現 在音楽療法はとても脚光を浴びています。私がここに呼んで頂いたのもそのおかげで す。作年の7月から今年の3月まで、NHKの取材が入りました。再放送もまじえると7 回放映されました。私は同じことを15年前からしています。同じことをしているの に、全く反響が違いました。物凄い反響でした。それは何なのだろうかと考えた時、 医療の限界と言うものを考える様になったのじゃないか、それと二人に一人がガン で、ガンサバイバーの世代になっています。多死社会になって沢山の方が亡くなる社会 にもなっている、と言う時に、精神薬、抗うつ剤で済むのか、みんな何を求めるので しょうか・・・。多分、時代のニーズなのだろうかなと思っています。

次は音楽の力と言うものについて、これは史実、書物で書き残されたものをお話しますが、「ダビデとサウル」、これは紀元前です、旧約聖書のサムエル記に、サウル国王が戦に明け暮れて今でいう鬱病になった時に、何をやってもうまくいかなかった。でも羊飼いのダビデが、竪琴、要するに音楽で国王の病気を癒した、と書いてあります。つまり、紀元前から音楽の力と言うのは事実としてあるのですね。これを見ると私はとても力を貰います。気のせいじゃないぞと思います。

それから日本では何か?日本では「源博雅と盗賊」という話が、鎌倉時代の古今著聞集に残っています。古今著聞集というのは、橘成季が巷の伝聞を書きとってまとめているのですが、その中にこういうのがありました。源博雅は、宮廷の雅楽の篳篥の名手でした。ある日、源博雅の所に盗賊が入りました。源博雅は床下で、盗賊が全部家財道具を持って行くまで息を潜めて隠れていました。盗賊は篳篥を見て、これは金にならんと思いそれを残して行った。ここから何となく嘘っぽいのですけれど、源博雅はこの篳篥を持って満月を見ながらそれを吹いた、と書いてあります。皆様考えて頂きたいのですが、盗賊が来て、もしかしたら命を狙われたかもしれないのです、だけど篳篥を吹いた。普通恨みとか悔しさとか、出ませんか?だけど彼は非常に清明な音で吹いた。そうしたら、それを聞いた盗賊たちが、心が浄化されて家財道具を返しに来た。これ、信じて下さい。本当にそのように書いてあるのです。私がちょっと?と思うのは、満月に向って吹いた、という所だけです。

あと「ファリネリとスペイン王」、18世紀の話です。スペインの王様が、今で言う不眠症になった時、ファリネリと言う"カストラート"、ご存知ですか?昔はこんな人権侵害がありました。ボーイソプラノ、男性のきれいなソプラノですね、それを残したい、それで去勢してしまうのですね。"カストラート"と言います。これは近代では禁じられたのですが、この時代、ボーイソプラノのまま、大人になってきれいな声で歌います。ファリネリはスペイン王の寝室の隣で、必ず同じ時刻に同じ曲を歌ったのです。これは私たち音楽療法士の教育とは違います。その人の状態に合わせて変えていくと教育されているのですが、この場合は同じ曲を歌った。想像してみて下さい、何が考えられるか?安心感です。18世紀ですから、現代ではないですから、何か危

険が迫っているかもしれない。でもその時に、同じ時間に、同じ様に、同じ声で、同 じ曲が聞こえると言う事はとても安堵感になるのではないでしょうか。

ラベルのボレロという曲はご存知ですか?これ実はホスピスで結構リクエストが多いのです。私も最初は驚きました。最初の二人目位までは、クラッシクがお好きな方がおられるのだなと思ったのです。ところがその後も結構、リクエストがあるのです。何故?と思った時に、この史実を考えました。ボレロは全曲を通して同じリズムが繰り返されています。死を間近にした方は、今の時が永遠に続くとはなかなか思いにくいです。そこに、常に、常に、常に、同じリズムであなたを支えますよ、と安心感なのかなと思います。本当に私も勉強になりました。でも弾く方としては非常に辛いです。腕が筋肉痛になります。

「日本では宮沢賢治」と書いてあるのですけれど、実は、日野原先生が勝手におっしゃっているのですが、チェロ弾きのゴーシュをご存知ですか?チェロ弾きのゴーシュは毎晩チェロを弾くことによって、いろんな動物の病をも治したと言う童話ですよね。私も朗読でよく使うのですが、日野原先生は、ダビデは世界で最初の音楽療法士、日本では宮沢賢治が最初の音楽療法士と仰っています。でもこれはちょっとあてになりません。

皆様、小学校高学年に戻って下さい。音楽の授業で、音楽の三要素を学ばれたと思います。「第1はメロディーで、第2はハーモニーで、第3はリズムである」ですね。私、看護学校でも音楽療法の授業を持っているのですけれど、看護学校の学生にはもう一つ踏み込んで聞きます。人体でメロディーって何?血液。リズムって何?心拍です、心臓の音です。それからハーモニーは声、声と言うのは吐く息の上にのっているのです、呼吸なのです。何でハーモニーって?、私の声、高いです。音楽療法士としては向かない、低い声の方が良いのです。ちょっとそれはコンプレックスなのですけれど…。私の声は高いですね。この声で「こんにちは」と言います。「こんにちは」「こんにちは」。もうこれで音程、音幅がありますよね。皆様がここで話し出すと、自ずとハーモニー、和音が生まれます。つまり人間とは元来音楽的な存在なのですルドルフ・シュタイナーは、オーストリアの人智学の哲学者なのですけれど、彼が言った事は、「メロディーは頭脳に一番作用し、ハーモニーは呼吸に、リズムは手足の運動や血液の循環、物質代謝を左右する」です。シュタイナーの意見は、教育は知ばっかり追い求めているがそれだけでは駄目だ、芸術が大事だ、と言う事です。シュタイナーの学校では、芸術系がすごく重視されています。

あと、もう一つ申し上げたいのは健康とは、と言う概念です。心身二元論と言って、身体と心は別と言う理論が出て来で医学が発達しました。しかし、先ほど言いました、近代の医学の限界と言うものを感じて、心身一元論が台頭して来ています。これは、パラリンピックのシンボルマークです。健康とは何だろう?と言う事なのですけれど、勿論病気ではないこと、でも病気でなかったら健康なの?と言う疑問があります。で、やっぱり精神、気持ちですね、気持ちが健康でないと、本当の健康ではないのではないか。このスピリット、先ほど清水先生が言いかけられたように思われますが、スピリチュアル・ケアと言うのが今非常に注目されています。スピリット、何と訳したら良いのか?これを「霊」と訳すと、ちょっと横道にそれてしまいがちですけれど、人間としての核と考えます、全部揃って初めて健康と言える概念。健康とはHEALTH、そのTHを取りますと、HEAL、HEALとは癒しです。Healing music とか、言いますよね。結局HEALTHとは、HEALによって保たれると言う事。それとHEAL、HEALTHによって、これ普通はWがないのです。Wがなくて、HOLEになっています。ただWがないと、穴になってしまうので、Wを付けるようになったのです。これが

WHOLE、つまり全体です。HEALTH、本当の健康とは癒しによって得られ、その癒しによった健康をもって初めて全人的存在になる。だから 皆様、私たちのやるべき事はこのヒールなのです。だから、ただ慰めるとかではなく、WHOLEになることを手伝うために、ちょっと側にいさせて頂くと思うと、また違うのではないかと思います。

一体みのライラックとクラークの写真です ライラックと言うのは、空気の澄んだ冷たい所でないと育たないのです。だから北海道は適しているのです。ここ大通り公園にはライラックが沢山あります。ライラックは札幌の市花です。花言葉は誠実、思い出、とか、一番気に入っているのが謙虚、なるほどと思いました。全体だったら大きな花ですが、小さな花弁が集まっています。控えめな主張 だから謙虚なんだと思います。クラーク先生は札幌から離れる時に「ボーイズ ビー アンビシャスBoys, be ambitious」という有名な言葉を残されました。彼はアメリカの農学校の大学の学長だったのですが1年間の契約で北大に来ました。たった1年です。たった1年なのに 内村鑑三や新渡戸稲造などすごい方達が出ている。何を私はそこで学んだかというと、

「時」というものです。時間は長さじゃない。クロノスとカイロスという言葉がありますが クロノスというのは時間の経過、カイロスというのはその一瞬の時です。クラーク先生の存在というのはその生徒達にとって本当にカイロスだったんだと。皆様も近頃 患者さんの在院期間が短くなったと感じませんか? 文字通り一期一会の方がとても多くなってきている。私たちが提供できるのはカイロスであり、そのカイロスをちゃんと提供していくようにしたいと思っています。

ここから音楽療法です。私は日野原重明先生のおかげで音楽療法士になりました。 先生は去年の7月18日にお亡くなりになりました。10日前にお家に伺っているんですけ ど、本当に死の受容をしてらっしゃるとわかりました。私におっしゃったことが、 「札幌は良かったね」すごく考えたんですけど「良かったね」どういうことなのかし ら、「札幌は良かったね」・・未だ考え中です。ご自分がいろんな教えを播いてきた から良かった・・? 皆様からのご質問の中に音楽療法とは何かがありました。これ が音楽療法学会の定義がですが「百聞は一見にしかず」と思っています。

日本では、音楽療法の実践は精神科領域が始まりでした。そして現在、大部分が高 齢者、介護予防だとか、認知症予防で盛んに行われています。それから慢性疾患。そ してターミナルケアーこれが今注目を浴びています。次は音楽療法の証拠(エビデン ス) 沢山あります。生理的、脳科学的にも免疫学的にも、心理学的にも沢山あって、 これは
血中コルチゾールの低下です。私も「患者の音楽療法前後における唾液中の コルチゾール値の平均値の変化」というので発表しました。アメリカの音楽療法学会 誌に掲載されました。欧米人じゃないのが載るのはすごく難しく こんな所に人種差 別が有るのだなと思いましたけれど、かなり画期的なことだったと思います。これは 唾液中のです。通常は 血中から採ります。でも血中というのは針を刺さないといけ ない。末期の患者さんに針を刺すなんて私には出来ませんでした。それでサリペット を舌下に含んでもらって、それを分析するという事で検証しました。室蘭のホスピス の患者さんです。本当に有りがたい事です。これが患者さん、これが患者家族のグラ フです、わたしもやってみて初めて分かりました。そんなに単純に言い切れるもので はないですけど、患者さんと患者家族では、家族の方がストレス度が高かったので す。コルチゾールというのは副腎皮質ホルモンでストレスホルモンと言われ、ストレス が多いと沢山分泌されます。ストレス度が量でわかるんです。緩和ケアは患者と家族が 一緒といわれますが、家族の方がストレスが高いのだ・・これは、私にとっても大変 勉強になりました。

皆様からの質問の中に、音楽療法って他と何が違うのというが有りました。演奏

と教育と音楽療法の違いです。音楽教育と音楽演奏と音楽療法と3つあります。コンサート、つまり演奏の場合はプレイヤーであります。作曲者の方が大きいと言うか、演奏者は作曲者を代弁しています。音楽教育というのは先生が生徒を教えています。ちょっと交わっていますが教育者は上ですね。音楽療法の場合はどちらが上も下も有りません一緒です。対象との重ね方も見ていただきたいのですが、コンサートは客観的な空間があります。音楽教育はこれくらい。それから音楽療法は一緒です、ほとんど、もしかしたらもっと重なっているかもしれない。存在の在り方、これを出来るだけ分かっていただけるようにスライドに作って参りました。音楽って一口に言っても、目的によってやり方も、対象の存在の仕方も違うのだと言う事を申し上げました

これから実際の写真です、その時の患者さんに合わせて選曲します。この方は北海道には北海盆歌というのが有るのですが、サロンの周りを北海盆歌を歌いながら踊りました。忘れられない患者さんのひとりです。手合わせをしています。私、よくふれるのです。なぜさわるか、医療者がさわるのは何かのためですよね。よく握手をしますが、その時に感じるのはその方の身体エネルギーです。「きちっと握り返してくる、これだけまだ力があるな、力がない・もしかしたら・・」 そういった判断にもなります。ふれることタッチングケアと言いますけど、私は音楽でさわっていますが、こういうタッチでもケアしています。

私の中では音楽療法士として自分の臨床現場はホスピスしかありませんでしたが、 学校で教えるにはある程度全般を知らないとと思い、児童、精神科、高齢者、産婦人 科、短い時間ですけれど、関わらせて頂きました。でも 結局やっぱり私は緩和だわ と思いました。

なぜ曲を選んで頂くか、ミュージックチョイスですね。 患者さんは選べるものが 少なくなっている。せめて曲位、自分の好きなものを選んでもらいたい、言葉にでき ない気持ちを伝えるということもあります。それから、当たり前ですけれど病院は非 日常です。日常を取り戻す力にもなる、家族と一緒にその音楽の中にいる、家族全体 にも良いリラクゼーションになるということ。それから音楽を使って患者さんのレガ シー生きた証拠を記録出来る。 ここに写っている方たちは全員さよならしていま す。ご遺族の方は放送をみて辛いんじゃないかと思ったのですが、「映像の中で生き ている」と喜んで下さったとのことでした。ご自宅へ伺った方、この患者さんは学校 の先生になりたかったのですが漁業関係の仕事をしていた方だったのですが、いろい ろなお話しをしている時に「こども盆踊り」を自分のお店の広場を利用して町内の子 どもたちに提供していたとお聞きしました。私は「それは立派な先生だったんじゃな いですか」と言いますと、喜んで心を開いて下さいました。この短歌を作られたのは 亡くなられるたった2週間前。生まれて初めて作られたのです。師長が全部書きとめ ていたので「こころのうた」として纏めました。その方の思い出というか生きた証拠 になりました。病室にお届けに行った時はご本人は頷かれたのでわかったと思うので すが確実ではない。でも奥様がとても喜ばれて「これお葬式で配るから沢山頂戴」と 言われました。

次に緩和における音楽療法の意味を纏めました。音楽療法士は、身体的にも、心理的にも、社会的にもスピリチュアルケアも全て出来ると思います。 これは私の別の研究なのですが、日本緩和医療学会で発表したもの実際の看護記録から整理しました。看護記録というのに私はこだわりたいんです。私がそう思ったんじゃなくて、看護師が見ていてそう思ったと。だから私はこれは公平なものだと思っています。症状緩和、鎮痛、モルヒネの量が少なくなります。それから、これは病室に伺って音楽療法をしているところなのですが、この患者さんがこう言うふうにおっしゃったん

です、どうしてこんなに生の音楽が 心に響くのかなって。スピリチュアルケアですね。今週これをリクエストした、来週聞ける、ここで一週間の楽しみが生まれるこんな些細な事が生きる目標になるんです。家族の悲嘆の軽減、グリーフケアと言います。この方は60歳でお亡くなりになった時、お母様が92歳でご存命でした。想像に難くないと思いますが、娘が先に逝ったということを全く受容されませんでした。ちょっと徘徊も始まりご主人様がとても苦労なさいました。この時はアメイジンググレースを歌っているのですが、ご自身は死を受容されていることがわかりました。残されたお母様が後日 DVDをみて「娘はこの中で生きているんだね」と言ってくださって、それからは老人会などに行くようになったとのことでした。とても嬉しいことでした。まだまだ沢山お話しはあります。

緩和ケアチームです。 私は声を大にして言いたい音楽療法士とボランティアがいないとチームケアは成立しない。未だ音楽療法を採用していない病院の方は是非宜しくお願い致します。 また、ボランティアの協力なくして緩和ケアの音楽療法はありえない。

質問にあったのですが「どういうことに気を付けたら良いか聞かせてください」。 NHVAから送っていただいた資料に『病院ボランティアとは』というのが有りました。 その中にボランティアとして心掛ける事というのがあります。これを見ましたら 充 分網羅しています。あと、私が現場で思っていることでボランティアさんに実際にお 渡しする留意事項を申し上げます。基本的にノーメイク、洗濯柔軟剤(すごく香りが強 いものが有る)に気を付けて下さい。末期の方は非常に感覚が鋭くなっています。こ れ嗅覚ですね。それから、音の出る靴やブーツは避けて下さい。違うリズムが入って しまうから。これは聴覚です。これは自分が交通事故で寝たきりになった時に感じた ことですが、真っ赤とか真っ黄とか強い色のお洋服は避けていただきます。刺激なの です。視覚です。嗅覚、聴覚、視覚全部気を付けて下さいと申し上げます。それから、 積極的に何かしてあげなくっちゃ、わたしがせっかくいるのだから何かしなくっちゃ という方が多いですが、積極的な、能動的な前のめりの寄り添いは迷惑だということ を理解していただきたいです。あと仲間同士で内輪の話しをしたり、特に笑い合わな いで下さい。自分の事を笑っているとどうしても思います。音楽療法の場で、セラピ ストの視界を遮らないでください。私は患者さんの表情を良く観察しています、そこ に立たれると、どけて下さいと言うのもなかなか言いにくく困ることがあります。こ んどは逆にボランティアさんの側ですが、自分の視野の中で常にセラピストを意識し て欲しい。そうすると言葉で、例えば「歌詞カード配ってください」と命令調になら ずに、アイコンタクトが出来ると黙っていても配って下さるとか。逆に言うとそこまで ならないと本当のボランティアは出来ないと思います。私も日々精進しています。

ケアするってなんでしょうか?メイヤロフという人が言っていることで、とっても本質的なことなのでご紹介だけします。何かしてあげる、何か世話をしてあげる、何か寄りそってあげる、何かしなくっちゃいけないではなくって、ケアは相互的なものです。私も沢山の方と関わらせていただいて沢山ギフトをいただいています。その方たちに成長させていただいたと思っています。それが、「ケアする人もまた自身に欠けているものに気付く事によって成長する」という言葉になると思います。だからボランティアは人のためではなく自分のためにやっていることです。

ブルシアの言葉、これ私が一番気に入っている音楽療法の定義です。「相互人間関係的プロセスである」。つまり、やってあげる人、やってもらう人ではなくってお互いなのよということ。このブルシアはアメリカの音楽療法学博士です。次はおこがましくも、中山が考える定義、"音楽はどこにでもあること、古くからあることの両面

で人間生活に大変なじみが深いものである。人が集まるところに必ず音楽は存在するともいえる。このように身近な存在である音楽と人との関係に注視し、心と体のさらには魂の健康に役立てることが音楽療法なのではないか" このように私は思っています。

音楽療法の意義、まとめです。音楽は人間を変容させます。音楽は人間の内側を変容させます。また 人の間、人と人との関係性においての変容もあります。最後に1例、象徴的な例のご紹介。息子さんと仲違いしているお父様が患者さんでした。その方のたった1曲なんですがオカリナの音楽会を開き、そこに息子さん達が来て仲直りができました。あれは言葉での説得では出来なかったことでした。

中山ヒサ子氏 資料

- 1) 清水 哲郎氏の講演について
 - ・医の倫理・倫理 人生の最終段階の本人・Forの意思決定について学ぶこと ができた。倫理をもっと知りたい、学びたいと思った。(会員外 病院職員)
 - ・臨床倫理 エンドオブライフ の事など わかりやすく話して頂いた。 アドバンス・ケアプランニングの考えもとても良くわかった。(会員外VO)
 - ・自身の職業であるソーシャルワーカーの視点と通じており共感できた。
 - ・エンドオブライフ、ケアを知るのと知らないのとでは差があると思った。 この講演を機にもっと勉強していきたい。そして私も役に立ちたい。 (外・VO)
 - ・自分が生まれ 行き 死ぬことの意味を魂の視点で考えることが重要・必要であると思った。質問者が難しいと言っていたが、肉体と魂を一つに捉えているから、想像して考えることができないのだと思う。だからこそ、ボランティア自身が自分の生きる意味などを魂の視点で考え、哲学する事が重要であり、寄り添いにも役立つと思う。(外VO)
 - ・倫理ということについて、やっと理解できたようなきがします。二つの姿勢 バランスで考えるということで、倫理が身近に感じた。意識して考えて行こうと思う。(外職VO)
 - ・生と死、考える良い機会をもらった。医療—ボランティアー家族の関係を 考えさせられた。
 - ・講演資料のプリントは大変見やすかった。(外 VO)
 - ・叔父が食道がんで、私が病状などを聞き 本人と今後の治療を医師と本人 と決めなければならず何かアドバイスが欲しくて参加した。心のケアで叔 父とよく話し合って決めていく。 (外VO)
 - ・地方の病院等では理想的な治療とケアは無理だがもっとこの制度を進ませてほしい。(会 VO)
 - ・とても丁寧なお話で時間が足りずレジュメの最後まで聞けなかったのが残

念。専門的な用語も多く難しいと感じた。これからも機会を見つけて勉強 したい。 (会VO)

- ・生と死についての考え方が少し変わった様に思えた。ボランティア活動も 今までとは違うかもしれない。 (会 VO)
- ・もっと緩和ケアボランティアの話が(接し方)ほしかった。
- ・終末の患者の意思と感情について聞かせてほしかった。(ボランティアの 知識として)の人の人生についてもっと意識して活動したいと思った (外VO)
- ・言葉のもつ意味や定義は本質を表すものとしてとても大事であると思う。 医療従事者として長く臨床にはいたが、なかなか死へ向かいつつある人と の接点は皆無に近く、具体的なケアを考えることがなかったため 本日の 講義はあらためて新鮮であった。今後ボランティアとしての立場から視る こと、又関わることはどのような関係性を築いていったらよいのか、とて も興味深く楽しみである。(外 VO)
- ・当院でもボランティアの介入があるため 情報交換しながら エンドオブ ライフ・ケアを行っていけたら良いと思った。(外 職)
- ・尊厳死について 医師の受容を促進して頂きたい。(会員)
- ・「情報共有一合意モデル、ACPが ドンドン日本の中で広がっていくことを期待したい!」と思った。 (会 VO)
- ・このような講演を初めて受けた。60歳まで看護師をしており、現在79歳。 札幌円山病院で生け花のボランティアとして行っている。ほとんど会話が 難しい状態だがこちらから話しかけるようにしながら花を完成させ患者さ んと供に心いやしになったことを確認しつつ続けている。先輩から受け継 ぎ十数年になる。今日の倫理を聴き詳しくプロセスをよくわかるように私 は大変よかったと思った。自分も含めて生きて→死をむかえることは、す ぐ目の先になって、自分の終末を日々考えるようになっているが、その場 になってみないとなかなか実感できず、しかし、必ず通らなければならな い道。お話のように自分はどのようにして迎え希望してゆくことが・・・ ヒントを与えられました。と同時に月一度数時間の患者さんと対話ですが 人として少しでもおだやかな時をボランティアを通してまっとうできたら しあわせなことだと思います。 (外 VO)

アンケート

- 2) 中山ヒサ子氏の講演について
 - ・音楽療法を理解(学ぶ)ことができた。音楽療法の意義を考えることができた。最後まで「普通」を持てる機会を作ることの大切さを考えさせられた。 (外 職)
 - ・とても勉強になった。ヒールによってホールになるよう協力したいと思う。又参加したい。 (外 VO)
 - ・60才を過ぎてから人生を振り返るのに音楽が重要だと気づいた。本日の講演で音楽療法の必要性を実感した。葉っぱのフレディーの朗読を聞きながら回想することが心地よかった。 (外 VO)
 - ・音楽療法に初めてふれて私もこのような最期を迎えられたら嬉しいと思った。そして日々音楽にふれながら生活をしていきたいと思う。 (外 VO)
 - ・本物の音霊は人を元気付ける。演奏後患者さんの顔が生き生きし、声に力が戻ったのを確認した。 (外VO)
 - ・音楽で癒しの効果があるということは理解していたがコルチゾールの研究で実証されていたことに感動した。「葉っぱのフレディー」もありがたかった。(外職VO)
 - ・音楽の持つ力は大きいものだな、と思った。いつも心に音楽があることは 幸せなことであると思った。 (外 VO)
 - ・とても分かりやすくユーモアをまじえて、アンコールをお願いしたい位です。(外VO)
 - ・音楽は人生そのもの、童謡を聴くとまたたく間に子供の頃に戻ることが出来、当時の事柄が昨日のように想い起させてくれる。「葉っぱのフレディー」とってもステキでした。 (外 VO)
 - ・おもしろかった。音楽療法やボランティアさんのことが少しわかった。講 義の中でいやされた。ボランティアの精神についてこれまでよりわかった。 (外 職)

- ・音楽療法をしている人は幸せな顔をしていた。人間として最後に楽しみを 得る事は必要。家族も本人が少しでも楽に病気から(頭から)離れられる 事を望む。一人で寂しくこの世を去る人が多い。 (外 VO)
- ・音楽療法の効果と患者さんとの交流がいかに大切なものかとしっかりとらえる事ができた。特に終末期の患者さんの時でもいやしの場になることを学んだ。(会 VO)
- ・緩和ケア病棟の音楽療法にボランティアの立場で関わらせていただいてます。笑顔になったり涙を流したりする患者さん家族もいらして音楽の力をしみじみ感じることも多く音楽療法士の先生の大変さ、素晴らしさも感じている。ボランティアの心掛けるべきことを心に刻んで活動を続けていきたい。(会 VO)
- ・「ケアする人もまた自身に欠けていることに気づく」というメイヤロフ氏 の言葉に共感した。患者さんに「えらいわね!」と言葉をかけていただい た時「自分のためなのです」と答えるようにしている。音楽療法…もっと もっと広がっていきますように!!「葉っぱのフレディー」もしみました。 (外 VO)
- ・心と身体のそしてたましいの健康に音楽療法が身近に存在するとうれしい。 (会VO)
- ・楽しくさわやかに聞かせていただいた。死にゆく楽しみができた。 (会 VO)
- ・ホスピスではないが長期療養の患者さんにも歌を口ずさむ事は声が出るようになった。声をあまり出さない人も歌の時は口ずさんだり、調子を取ったり楽しんでいる姿をよく見る。音楽療法ではないが患者さんと一緒に歌うと明るくなり次の週に行くと待っていてくれるようになり、話もよくしてくれます。 (会 VO)
- 「スピリット」と「精神」の違いがよくわからない。
- ・最後まで興味深く拝聴しました。音楽のもつ深い意義を考えさせられた。 音楽が直接感情に働くところに人を変えさせるエネルギーがあるのだと思 う。もっともっとホス ピスだけでなく他の医療介護などの現場に生かさ れるべきものと思う。 (外 VO)

- ・スライドに加え映像もありとてもわかりやすい説明でした。現在緩和ケア 病棟で看護師として勤務し、お誕生会などでフルートを演奏させていただ き音楽を通して患者さんの反応が明らかに変わる瞬間を見て音楽の力をす ごく感じています。音楽療法も取り入れているため一緒に何かできたら良 いなと思いました。 (財団 職)
- ・病院の音楽療法、NHKテレビで観てもっともっと早く中山先生にお会いしたかった。そして両親に生きている時にプレゼントしてあげたかったと…
- ・ボランティア活動で注意する事。 嗅、視、聴覚上の項目は非常に参考になった。 (会 札幌病院やさしさジェントル)
- ・処々スライドが有り 良くわかった。 (外 VO)
- ・メリハリのある たいへん充実したお話でした。 (外 VO)
- ・療法の意義についてはよくわかります。 (外職)
- ・DVDを活用した音楽療法の実際の現場の状況が見られ リアルに訴えてくるものを感じさせられました。 (会 VO)

【講師プロフィール】

清水 哲郎 氏

岩手保健医療大学 学長。

京大学理学部天文学科卒業後、東京都立大学学部・大学院で哲学を専攻する。文学博士。

北海道大学助教授、東北大学教授、東京大学特任教授等を経て、2017年から 現職日本哲学会、日本生命倫理学会、日本医学哲学・倫理学会、緩和医療学会 臨床死生学会、日本老年医学会、スピリチュアルケア学会等で理事等を歴任 著書に『医療現場に臨む哲学』、『高齢社会を生きる一老いる人/看取るシステム』(編著)

『世界を語るということ―「言葉と物」の系譜学』、

『医療・介護のための死生入門』(共編著・新刊)等

中山ヒサ子氏

日本音楽療法学会認定音楽療法士

現在 特定非営利活動法人 和・ハーモニー音楽療法研究会理事長 北海道看護専門学校非常勤講師

日本音楽療法学会評議員 日本スピリチュアルケア学会評議員神経難病における音楽療法を考える会 世話人 その他、

緩和病棟での音楽療法、在宅患者訪問音楽療法専門 ホスピスケア。 神経難病特にALS。

論文

米国音楽療法ジャーナル誌、日本音楽療法学会誌、臨床死生学会誌など 所属学会

日本音楽療法学会、日本スピリチュアルケア学会 死の臨床研究会、 日本難病看護学会

著書

「ホスピスケアと音楽」春秋社 「音楽療法ハンドブック」星雲社 他

KKR札幌医療センター

日鋼記念病院 東札幌病院 ボランティア いずみ 札幌西丸山病院 市立札幌病院 吉田病院 江別市立病院 北海道大学 札幌医科大学附属病院 筑波メディカルセンター 苫小牧東病院 JCHO札幌北振 苫小牧傾聴ボランティア アガペーの会 がんカフェ のあろん 市民と共に創るホスピスケアの会 リンパセラピーインストラクター協会 留萌市立病院 ボランティアスマイル 札幌南徳洲会病院 たすけ愛ふくろう清田 みつわ整形外科クリニック 苫小牧東病院 リンパセラピーインストラクター協会 薬師山病院 国立循環器病研修センター 大阪南医療センター 慶応義塾病院 淀川キリスト教病院

KKR札幌医療センター 日鋼記念病院 東札幌病院 ボランティア いずみ 札幌西丸山病院 市立札幌病院 吉田病院 江別市立病院 北海道大学 札幌医科大学附属病院 筑波メディカルセンター 苫小牧東病院 JCHO札幌北振 苫小牧傾聴ボランティア アガペーの会 がんカフェ のあろん 市民と共に創るホスピスケアの会 リンパセラピーインストラクター協会 留萌市立病院 ボランティアスマイル 札幌南徳洲会病院 たすけ愛ふくろう清田 みつわ整形外科クリニック 苫小牧東病院 リンパセラピーインストラクター協会 薬師山病院 国立循環器病研修センター 大阪南医療センター 慶応義塾病院 淀川キリスト教病院

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.nhva.com

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 大阪市中央区谷町2丁目2-20 大手前類第一ビル7・F TEL・FAX 06-6809-6506 E-mail nhva@cronos.ocn.ne.jp