

ビハラーリポート

No.11
AUGUST
1994

CONTENTS

セミナー	ターミナルケアとビハラー	2
	中島美枝子 ビハラーアンケートを通じ	2
て	成田康子 家族の関わりと看護婦の心	7
寄稿	ビハラーへの手紙 田辺肇	11
Book Review	山崎章郎 ここが僕たちのホスピス	14
INFORMATION		16

ビハラー Vihara

休養の場所、気晴らしをすること、僧院または寺院

『漢訳対照梵和大事典』

- 一、病人に供給す 二、病のために医薬の具を求む
- 三、病者のために看病人を求む 四、病者のために法を説く
- 五、余の比丘のために法を説く 六、法を聞いて教化す
- 七、大徳のものに供養し、恭敬するために 八、聖衆に供給するために
- 九、深経を読誦するがために 十、他に教えて深経を読ましむ

『十住毘婆沙論』卷第十六

講演

ビハーラセミナー

ターミナルケアとビハーラ

1994年7月15日 鷹巣町鷹巣阿仁広域交流センター

中島美枝子・成田康子

鷹巣町・北秋中央病院

ビハーラアンケートを通じて

中島美枝子

はじめに

体の治療から、心の看護へと日本の医療もその原点に立ち戻ることが求められていますが、容易なことではなく、日々模索しているのが現状です。そこで私達は、改めてターミナルケアを考える為、1992年7月10日に発足したビハーラに参加し、生と死の根源的問題を学び、活動してきました。これまでの活動内容をまとめ、さらに当院の医師、看護婦へビハーラに関するアンケートを行いましたので報告します。

ビハーラに関するアンケートは当院医師15名、看護婦123名に行いました。回収数は128で回収率は96%でした。

[グラフ - 1]

「ビハーラに参加したことがありますか」では、128名中42名(33%)があると答え82名(64%)がないと答えています。「今後参加したい

(4名)

(42名)

アンケートの結果および考察

(82名)

と思うか」については、思うが36名
(28%)、内容による76名(59%)、
思わないが12名(9%)でした。

(4名)

(36名)

(12名)

(59名)

[グラフ - 2]

「ビハラーをターミナルケアに生
かすことができると思うか」につい
ては、思う49名(38%)、どちら
でもない64名(50%)、思わない11
名(1%)でした。

無回答

11% (14名)

(1名)

(49名)

(64名)

[グラフ - 3]

「宗教についてどう思うか」は、複数回答で、人間の命と心と人生につい
て根本的安心感を与えてくれるが40名、先祖や死者の霊をまつるもの40
名、不安の時精神が落ち着く27名、精神的修養になり人間形成に役立つ21
名等でした。

a

b

c

d

e

f

複数回答

[グラフ - 4]

ビハラーに対する具体的意見として、「ビハラーはターミナルケアと

いった狭義のものだけでなく、人間としての生き方、日々の患者との関わりにも大いに生かすことができると思う。」「患者の立場から考えるとビハラーに参加し学ぶことで、ターミナルケアを深く見つめることができるのではないか。」「自分の死に対して正面から冷静に対応でき、安らかな残りの生活を送れるような気がする。」などがあり批判的な意見はありませんでした。以上の結果から現段階での医師、看護婦の考えを知ることができ、今後のビハラー活動の参考資料になると考えます。

まとめとしてアンケートからもビハラーに参加した人は、ビハラーをターミナルケアに生かすことができると考えており、ビハラーの情報を提供し、その活動が広く理解されることが必要です。さらにビハラーをターミナルケアの実戦に結び付けていく必要があると考えます。

次に紹介するのは上記アンケートに続いてビハラーとターミナルケアに関する意見、要望を自由回答で寄せていただいたものです

ビハラーではターミナルケアと言った狭義のものだけでなく、人間としての生き方に関することを学びとる事が出来ると思う。

生と死を考えるうえで、日本人として、当然知っていなければならないことを学び得る場所である。つまり、ターミナルケアの一部と共通すると考える。

患者の立場から考えると、宗教的（ビハラー）な事を学び、参加することで、ターミナルケアを深く見つめることが出来るのではないか。

ビハラーの講演 = ターミナルケアとは思わない。ターミナルケア以外の日々の患者との関わり合いにも、おおいに生かすことが出来ると思う。

死や末期の生活、それに自分の生き方などを考えさせられ、いい刺激になった。

自分の死に対して正面から冷静に対応でき、安らかな残りの生活を送れるような気がする。

一度も参加したことがないので何とも言えないが、情報からは、ターミナルケアに生かされるものではないかと考える。

宗教そのものを生命哲学としてもっと深い面から捉えていく必要があると思うし、医療の現場において人間を相手にする以上、特に生死に関わる問題においては宗教は切り離せないと思う。

病院、患者にこだわらず広く世間一般の人々に生と死に対する様々な考えを教えて欲しい。

ターミナルケアの実践に関する講演をお願いしたい。

宗教に関係なく生きてきました。機会があれば参加してみたいと思う。

幅広く講演をしたほうがよいのではないのでしょうか。

試写会（病院で死ぬということ）に参加させていただきましたが、理解するには難しかったです。終了後のお話しがあって初めて納得できました。

講座を聞いたり見学をするだけでは何も進歩がないように思う。もっと前向きに取り組む私達の姿勢が重要ではないのでしょうか。

ビハーラについて何も知らないので、参加して学びたいと思います。

宗教、とくに仏教は先祖や死者の魂を奉るものという考えが強く、キリスト教は精神が主です。そのためビハーラの積極的な活動を望みます。

今後もっと活動している情報を流して欲しい。

もっと活発に活動してほしい。

臨床の場ではとても難しい問題だと思うが、今後ますます注目していかなければいけない避けて通れない大切なことだと思う。これから勉強して行きたいと思う。

入院患者の場合、身体的苦痛を軽減するのがベストと思う。

自然のまま、あるがまま。

病因の中で点滴だ薬だと縛り付けるよりも、自宅で身内の人に囲まれて（または本人の希望であれば病院でもかまわない）残りの人生を過ごさせたい。

本人に病名を隠すことは嘘に嘘を重ね、ストレスや不安がつものことになる。告知して患者をサポートする体制にあれば、もっとゆっくりした気持ちで患者が過ごせると思う。

自分の家族には末期を充実して過ごすため出来るかぎりの事をしてあげたいと思うが、看護婦として患者に接していると、もし告知してもどこまでフォローできるのかと不安に思っている。

本人が望むターミナルを病院、家族側が取り入れたらいいと思う。

病院で管につながれた最後だけはしたくなく、自分も含めて家族もそうなったとき、ただたんに延命だけを目的としてそうなのであれば打ち切ってもらいたい。出来るかぎり家で最期を迎えさせてあげたい。

苦痛さえなければたとえ食欲がなくても強制的な手段などのため入院の形はとらず、自由に行動の出来る環境の中で、束縛されない一生を終えたほうがよいと思うし、自分の場合もそうありたいと思う（環境を整えばの話ですが）。

もし自分がそうなった場合非常に不安にかられると思う。痛みさえなければという考えもあるが、それ以上に生きたいという欲求が強い。逆にそんな人を看護する側に立ったとき、果たして基本的な知識を実践で活用するまでの訓練が出来ているだろうか？まだまだ不安だ。

物、心両面から安らぎを与え、静かに送るという原則論に賛成している。

最期まで心をこめてあきらめずにケアする。

その人に合った人生を送らせることが出来ればよいと思う。

現在の病院の医療体制はターミナルケアにあった体制ではないので満足のいくターミナルケアが出来ずにジレンマに悩んでいる。

柳田邦雄『死の医学への序章』参考になる著書だと思います。

ターミナルケアは必用だと多くの方が思っているのだろうが、実際まだそういったケアを病院内で十分出来ていないところもある。当院の様な総合病院にはホスピス病棟のようなものが今後必用だと思うのだが。

患者家族の精神的満足、痛みなどの身体的苦痛の除去

ターミナルケアは看護の究極の姿だと思う。看護を改めて考える上でターミナルケアを見つめなおすことは看護婦として当然のことと思う。ただ実践が一番でどうやって実践に結び付けていけるかは、やはり人間の生き方について個々がまなぶべきだと思う。

患者がターミナルになったとき、家族に安心、満足、心の安らぎなどを与えることができるような精神的ケアが大切ではあるが、忙しい場では困難窮まりないことが多い。しかし、避けることのできない道なので患者と家族のQOLを全うできるようなケアを提供したい。

「ターミナルケア」は目標は同じであっても個々に対する援助が違って来るし、反応も違

うので難しいと思う。看護婦自身も信念を持って接するものの、挫折を感じたり、踏みとどまったりと奥が深く、それだけに興味もあり勉強していきたい。

私自身今まで過ごしてきた人生の中で、生きるということを深く考え、時には悩んだりしてきました。そして自分の中で芽生えて、より具体的になってきた中でビハラーと言う言葉が耳もとに聞こえてくるようになりました。世の中の荒廃、人の情けの薄さも今はじめてではなく、人それぞれの気持ちの向け方、ありようで決まることと思います。そのために特にビハラーを意識して特別なものとは思いません。これからも、この職場の中でスタッフと一緒に患者の世話をしていきたいと思っています。自分自身の心の向け方をより深く、広く、**ターミナルケア**が自分の修行ですので、これからも自分個人で修行して行くことが課題です。

家族の関わりと看護婦の心

事例を通して考える

成田康子

はじめに

当内科病棟で昨年一年間で死亡した患者総数は97名であった。その中で癌で死亡した患者数は30名で全体の約30%を占めていた。

癌患者の看護あるいはターミナルケアといわれる領域は、看護の中でもことに多くの興味と関心をひくテーマであり、実際に看護の知識と技術を最大限に活用できる分野でもある。

しかし、同時に看護婦にとっては逃げ場のない道であるともいえ、苦しむ患者やその家族を目の前にして、看護婦のケアへの情熱が消沈してしまうこともある。

今回、私達は3例の癌患者の看護を通して、家族との関わりや、末期ケアの看護婦の心理的視点を、若干

ではあるが考察したので、以下に報告する。

研究期間及び研究方法

期間；

平成5年8月10日～同年10月20日

対象及び方法；

癌で死亡した患者3名とその看護記録

事例紹介

<事例1> 告知されず
家族に支えられた症例

患者 ; 60歳代 女性

病名 ; 肝臓癌

家族 ; 7人家族

性格 ; 温厚、おっとりしてい

るが芯が強い

嗜好品；酒（-）、たばこ（-）
家族歴；親兄弟に癌の既往なし

右肩痛あり近医受診後、当院紹介入院となる。家族との面談の結果、本人には告知せず、肝腫大の為治療必要と説明される。治療方針は「対症療法と除痛」、看護方針は「家族と本人の肉体的、精神的苦痛の軽減」とした。痛みに対して塩酸モルヒネを徐々に増量。最終的には10A使用し、ボルタレン座薬も併用した。

家族は死に至るまで、患者から一日も離れることなく、本人のQOLを尊重し、温かく見守った。家族も本人との関わりの中で、葛藤しながらも徐々に心の整理をし、患者の死を受容することができた。ターミナルケアにおいて、家族の存在は重要な役割を持っていると感じさせられた症例であった。

<事例2>告知したが最後まで受容できなかった症例

患者；40歳代 男性
病名；胃癌手術後、肺転移、肝転移
家族；2人暮らし
性格；短気、神経質
嗜好品；酒（-）、たばこ10本/日
家族歴；親兄弟に癌の既往なし

平成3年、当院で胃癌と診断され、告知した症例で、家族と本人の希望により、秋大で胃全摘手術施行し、当院に転院してきた。治療方針、看護方針は事例1と同様であった。手術後の科学療法にも、病状は好転せず、副作用と体力減退、全身苦痛で、時には暴力的な言動もあり、「おれの病気は何なのや」「おれどこ、だましたな」等と、病気を受容できず、不安やあせりが最後まで残ったように思えた症例だった。

<事例3>最後まで除痛できなかった症例

患者；60歳代 男性
病名；胃癌手術後、肝転移、腎転移、癌性腹膜炎
家族；2人暮らし
性格；頑固、短気
嗜好品；たばこ15本/日、コーヒー
家族歴；父は結核にて死亡、母は健在、肉親に癌既往なし

自宅で療養していたが、疼痛自制不可となり、救急車にて当院来院となる。入院時、患者は痛みに対して、強い恐怖心と不安感を持っていた。るいそう著名、全身の激しい疼痛、精神状態不安定と、医療従事者なら誰しものが「癌末期」と連想してしまうだろう状態だった。

治療方針、看護方針は事例1、2と同様であった。痛みに対しては塩

酸モルヒネを徐々に増量し、最終的には20A使用。死の数日前よりオピオイドも併用した。しかし、患者は最後まで苦痛を訴えていた。

麻薬を大量に使っても取り除くことのできない疼痛に苦しむ癌患者を目の前にし、私達スタッフはどうする事もできない苛立ちともどかしさを感じさせられた症例であった。

考察

1) 患者と家族への援助的な接点の考察

患者と家族のつながりを尊重する患者と家族の間には様々な事情があり、時には最後まで心の亀裂が修復されなかったり、苦痛の強い患者と疲れがたまった家族の間にトラブルが絶えないことがある。さらに、死にゆく患者の枕元で家族同志が争うという事態もある。このような家族関係の特殊な事情を、私達看護婦は事前に情報收拾、アセスメントし、患者が孤独のうちに死を迎えないように働きかけたいものである。

そのためにも日頃から家族の「愚痴」を聞くように心がけたい。患者中心に家族が協力するような体制作りが、私達の援助目標にもなるのである。

温かい励まし

末期の患者、ことにその家族は最大の苦しみに絶えているのだから、常に私達はその努力を認め、ねぎらいの言葉を忘れてはならない。

死に関する話題はさけない

患者や家族が死についての問題を持ち出したときは、その思いによく耳を傾け、その真意を理解するよう努めることが必要である。恐らく、深刻に話すこともあれば、冗談らしく語ることもあるだろうが、いずれにしても、死のような言いにくい問題を言葉で表現していることを傾聴する態度こそが大きな救いになるかもしれない。

正しい情報を提供する

これはインフォームド・コンセントの基で行われるのが望ましいと考える。家族にとっては、死にゆく患者の心身の変化をみて、これからどうなるのか想像もつかず、絶えず死の不安にとりつかれる。したがって今の状況とこれから起こりうる状態を分かりやすく説明する必要がある。また、臨死状態の時は救急処置の為、家族が排除されることのないよう、家族の対処の仕方などを優しく教えることも必要であろう。また、死後の処置に関する説明も、誠意をもって行うことは勿論、看護婦個々によって説明方法が違わぬようルーチン化することも望ましいと考える。

2) 癌患者を看護する看護婦の心理的視点の考察

癌患者に限らず生命に関わるような重篤な患者が入院すると、私達看護婦は患者に対して共感的であろう

とし、より良い看護を目指して努力しようとする。一方、ペインコントロールは進歩したとはいえ、苦痛が取りきれない事態も決して少なくなく、それに日夜付き合う私達看護婦の心理的苦痛は大きい。頻繁なナースコールや爆発的な怒り、抑うつ的な行動を取る患者さんに対しては、人での少ない夜勤の時など、まさにお手上げとでも言いたい状況になる。やはり、ターミナルケアは看護婦だけではできない側面があることを痛切に感じるのである。やはり、ソーシャルワーカー的存在があれば患者や家族のニードを明確にできるかも知れないと考える。

まとめ

今回、私達は事例を通して家族への関わりと看護婦の心理的視点を考えた。

1) 家族への援助的視点

患者と家族のつながりを尊重する。患者中心に家族が協力するような態勢づくりが私達の援助目標にもなる。

最大の苦しみに耐えている患者と家族に対し、私達の努力を認め、常に温かい励ましの言葉や態度を忘れてはならない。

死に関する話題はさげず、その思いに耳を傾け、真意を理解するよう努める。

インフォームドコンセントの基で正しい情報を提供する。

2) 癌患者を看護する看護婦の心理的視点

臨床現場で悩みとなる頻回のナースコールや怒り・抑うつ的な行動を取る患者などについてはまさに「お手上げ」とでも言いたい状況になる。そのような時こそ、患者の状態に合わせて実践可能なケア計画を、医師を含めスタッフ一同で考えていくことが理想的である。

患者や家族との対人関係を通して、看護婦自身が不安に陥るときがある。その不安を他のスタッフが解決できるような温かい職場環境も大切である。

ターミナルケアは看護婦だけではできない側面があることを痛切に感じる。やはり、ソーシャルワーカー的存在があれば患者や家族のニードを明確にできるかもしれないと考える。

おわりに

厚生省では「末期患者のケアマニュアル」を打ち出しており、ターミナルケアの方法論は確立しつつある。しかし、人口の高齢化、核家族化、在宅ケアの推進に伴い今後ますますターミナルケアは困難を極める問題となるだろう。私達は、より一層効果的なターミナルケアを持続的に患者や家族に提供できるよう努力していきたい。

寄稿

advice to Vihara

ビハラへの手紙（１）

カウンセリングの立場から

田辺肇

筑波大学心理学研究科所属

ビハラレポート No.9 にご寄稿いただきました筑波大学心理学研究科の田辺肇氏の論文『カウンセリングの立場から見たビハラ活動』は、まだ皆様の記憶に新しいと思います。カウンセリングとは何か、宗教との関わり、ナイチンゲールコンプレックス、「傾聴」の重要性等、心理学の専門家の立場から、私達に重要な指針を与えていただきました。カウンセリングの重要性は認識していても、残念ながら身近にカウンセラーも居らず、お話を聞くこともできないでいましたが、縁あって田辺氏にご寄稿頂くことができました。しかし、本来カウンセリングは直接面接して具体的な人間関係の中で行われることであるため、文章からの理解には自ら限界があります。そこを十分踏まえたうえで、いくらかでもカウンセリングを理解したいものと思い、敢えて質問の手紙を差し上げましたところ、早速ご返事を頂きました。大変答えづらいことであつたろうと思います。

以下QandAの形で3回に分けてご紹介したいと思います。それに先立ちまして、この度のお手紙の中でカウンセリングを行うときに田辺氏ご自身が意識的に試みておられることをお書き添えいただきました。非常に示唆に富む内容ですのでまずご紹介致します。

『相手の語る話、問題、投げかける疑問そのものの内容に意識を集中してしまうのではなく、その言葉の背景にあるもの、つまり、今その人が置かれている状況、今まで生きてきた道筋、私自身との関係の深さや質、その人の性格や気質などにも常に気持を向けて、何故今ここでその人がそのようなことを問題としなければいけないのかというところに、こちら側の問題意識の焦点を置くこと。

そして、その焦点を軸にして、今ここで私がお互いの人にすべきことを考え、あるいは、そこに焦点を当てながら、自分の中から自然と浮かび上がってくる言葉を待つということです。』

Q 1 ; 全体の感想から自分自身を振り返って、自分というものを認識し直さなくてはならないのではないかと考えました。ところが一番わからないのが自分自身のことだと思います。どのようにしたら自分の行動や認識を客観的に把握できるのでしょうか。

A 1 ; 自分を知るためにすることこれは、「心理療法を受けなさい」と言うのがもっとも容易な答えです。療法家の立場や経験によって、得られるものは違います。つまり違った自分に出会うことができます。

しかし、このアドバイスは現実的ではありませんね。時間的・金銭的・機会的にハードルが高すぎます。ではどうしましょう。

心理療法家を目指して勉強している若い大学院生達を送っている日常生活は、参考になるでしょうか。

彼らは非常に長い時間を共に過ご

し、お互いの行動や心の動き、お互いへの嫌悪感や怒り、尊敬の感情などについての感想などを表明しあいます。自分の行動や心の動きは時に不合理であったり、子供の頃に父に感じた感情に似ていたり、母に対してとっていた行動を連想させるものであったりします。自分が知らず知らずに示している、特定のタイプの人に対する不合理な尊敬の念や、他人の示すある特定の振る舞いに対する過剰な嫌悪感、いつも決まってムキになる話題やこだわるテーマ、等々、そういったものに、友人達は自分の注意を向けさせてくれます。そうした中から、自分がそのような振る舞いをするのは一体どうしてなのか、自分自身で気づいていなかった自分の心の動きに気づいてゆきます。これは、本来ならば治療者になる前に受けるべき心理療法（一般に教育分析と呼ばれています）を、お互いに非公式な形で実現しているようなものです。

簡単にまとめると、自分を知るためには、自分の行動や心の動きを反映してくれる鏡、すなわち、良き友を持ち、正直に相手のこと、自分のことを話し合うことを通じて相手や自分を知る、ということではないでしょうか。もちろんその鏡は、全く正しい形であなたを映し出すわけではありません。お互いの像は少しずつ歪んでいる。しかし、その歪みに気づくほど、深く、長く、注意深く付き合っていくことはできるのです。

これでもまだ現実的ではないかも知れませんが、若いうちならまだしも、ある程度仕事を持ち、社会人として生活していかなければならない人にとって、そんなことをしている余裕はないかも知れません。それではどうしましょう。

反省する、これしかないでしょう。自分の物事の捉え方が、自分自身の色眼鏡で曇っていないか、反省するのです。その参考になるのが、自分について反省をした人々の著作物です。心理学者（精神分析家や心理療法家）、哲学者、宗教家などのものはある程度参考になるでしょう。彼らは、反省のための手がかりとなる特別な概念をたくさん発明してくれました。ナイチンゲール・コンプレックスは、その一つです。彼らの言っていることを勉強するのに一苦労ですが、一つ一つの概念を自分の生活に結び付けて身につけてゆくと、結構な武器になるものです。

でも、彼らの作った反省の記録や、反省のための手がかりとなる概念も、自分自身の反省の努力に勝るものはありません。このような反省のための努力を、形式的に教義に取り入れたものを、修行と呼んでいるのではないのでしょうか。特に、坐禅や瞑想といった行は、ある意味で治療的な効果があることが知られており、一部心理療法家も注目しています。修行とまでいかなくとも、静かに自分を反省する時間を持つことは重要です。時間のない人はここでおしまい、ということそんなことはないはずですが。電車の中や、布団に入ってからほんの10分間でも反省はできるでしょう。

自分の生き方などという大きなことでなくても構いません。今日の自分の行いや、その中で感じたこと、特に何だか引っ掛かりの感じられるもの。そういうものを取り上げればいいでしょう。そのためには、自分の振る舞いや心の動きに対して、どうも気になる、何故あんな風にしたのか、感じたのかといった、《どこか引っかかるという感覚》に敏感になることがもっとも重要です。「ああ、いいよいいよ、気にしない気にしない」「つぎの仕事があるんだ、さっさと先に進もう」という風にその日一日感じた心の内側からのメッセージをやり過ぎさないことから始めてはどうでしょうか。そういった《引っかかり》という感覚は、自分の振る舞いや心の動きが、どこか真

実ではない、あるいは気づいていない何かがある、ということを知らせてくれるメッセージなのかも知れないのです。

こう言った《引っかかる》ものを取り上げて、自分自身に問いかけるのです。頭で考えるところな答えは得られないということも覚えておいて下さい。ちょうど瞑想する修行者がするように、常識という雑念を払い、自分の感覚、感情の語る言葉に静かに耳を傾けます。多くの場合、結局何も得られないで終わるかも知れません。でも、例えば、いつしか不自然な笑いを浮かべていることに自分自身が気づくとき、そこにはいつも共通した何らかの要素があることを発見する、ということがあるかも知れません。また、その「要素」は、自分でも忘れかけていた、自分

自身の気に入らない側面を連想させるものであることに気づいたりすることがあるかも知れません。あるいは、実は未だ乗り越えられていない少年期からの劣等意識に、自分が目を背けていたことが分かるかも知れません。そして、それを正面から受けとめるために、自分がすべきことが何であったか、忘れていた課題を思い出すかも知れません。このように、人それぞれ反省から得られるものは異なると思われませんが、反省とは何か、このような例からその一端でも感じ取って頂けたでしょうか。反省のほかにも、自分を知るための多くの方法があるでしょう。ここで挙げたものは、ほんの一例ですから、それを手がかりに、自分の方法を探してみてください。

BOOK REVIEW

こ　こ　が 僕　た　ち　の ホ　ス　ピ　ス

山崎章郎

東京書籍 1300円

昨年秋の映画上映会『病院で死ぬということ』の原作者である山崎章郎は、その同名の著書の最後で「そして僕はホスピスをめざす」として、これからのホスピスケアの問いかけをしているが、本書はまさに彼自身が東京の小金井市にある聖ヨハネ会桜町病院ホスピス科部長として、ホスピス病棟の現場での様々な患者らとの関わりあいのエピソードを綴った一冊である。

本書の中で彼は様々なことへの見

解を述べているが、そのいくつかを紹介してみよう。

ホスピス

主として末期ガン患者をケアの対象とした近代的ホスピスは、1967年イギリスの聖クリストファー・ホスピスから始まった。その意味では、世界の中でもまだ歴史の新しい概念と言ってもよいのかも知れない。アメリカでは1970年代から急速に広がり、1990年現在約1700ヶ所のホスピスがあり、全末期ガン患者のおよそ1/3がホスピスケアを受けている。日本では1981年に静岡に第一号のホスピス施設がつくられたが、現在でもわずかに十数ヶ所のホスピスがあるにすぎない。ところでホスピスをささえる理念は、人種、国家を問わず全世界共通で、それは「あなたがこの世を去るときまで、少しでも快適な状態の中で、あなた自身の意志と選択であなたの人生を生きることが出来るように、医療者だけでなく、様々な人々と力を合わせて応援します」というものなのだ。

ボランティア

ホスピスボランティアの働きは、患者さんの話し相手になってあげたり、車椅子と一緒に散歩したり、食事の介助をしたり、入浴の介助をしたりすることである。また季節毎の行事の際のパーティーなどを、ホスピスのスタッフと共に催してくれたりする。さらにホスピス運営のための寄金集めバザーや音楽会、講演会などの手伝いもある。このように

ボランティアとしての働きは多様であるが、それぞれのボランティアが自分にあった部門を応援していくことになる。しかし、病室に入って直接患者さんと接するボランティアは、誰もが出来るわけではない。一定期間の講習や訓練を受けた後、初めて病室へ入るのであるが、その人がどんなに深い思想や高い理想を持っていたとしても、そのことを患者さんに伝えたいと思っている人は、ホスピスボランティアとしてふさわしい人とはいえなくなる。ホスピスは、患者さん自身の価値観で生きるところだからだ。それに、死に直面しながら生きている人達には、誰か偉い人に道を説かれることよりは、自分達の話をしてもらったり、不安に震える心を黙って共感してもらったりすることや、誰か人の気配を感じてほしいためだけにそばにいてもらったりすることの方が、大切なことでもあるからだ。そして、ボランティアのもう一つの大きな存在価値は、ホスピスが閉鎖的な空間ではなく、絶えず社会を感じ、社会や地域と交流しながら成立することを具体的に示してくれることだろう。ボランティア抜きにはホスピスは語れないし、好いホスピスケアは提供できないと言っても過言ではないのだ。

宗教

ホスピスにいる患者さん達のすべてが宗教的な援助を必要とするかと言うと、必ずしもそうではないので

すけれども、宗教的援助を必要とする方もいます。それがカトリックであればそれでいいし、プロテスタントであればそれでいいし、仏教であれば仏教的な援助になるでしょう。聖ヨハネ会というのはカトリックですけれども、だからと言ってカトリックを唯一の宗教的援助とは決して思っていません。むしろホスピスというのはどこでも宗教に関してはおおらかであるはずだと思いますし、それもホスピスの考え方です。ある特定の宗教的な援助をするようですとそれはホスピスというのかどうかむずかしいという気がします。著者は前作『病院で死ぬというこ

と』の中で、一般病棟での終末医療の限界のようなものを訴えていたが、本著はその彼がホスピス病棟の医師として、これまではしたくても出来なかったこと、してあげられなかったことを、ホスピス病棟ゆえにしてあげられるという、医師としての幸せを感じているように文面から伺えるのである。

あとがきから

「ターミナルケアに目覚めてから、今年で十年になります。そしてそのころからのとおいあこがれであったホスピスでいま、仕事をしているのです。夢の様な気も致します。」

K.T

INFORMATION

次回ビハラセミナー

寺院と病院のあいだ

報告者 ビハラ 袴田俊英 佐藤俊晃

7月27日 午後7時 鷹阿仁広域交流センター

なかなか治らない病をもてあました人がお寺を訪れる。治しと癒し。タタリと信仰。「葬式仏教」とあだ名されてひさしい現代の寺院が、表立っては見えなけれど、地域の中で果たしているもう一つの宗教機能について考えてみました。

お二人の看護婦さんの報告は、ビハラに対する病院現場の皆さんの反応がよくわかる貴重なものでした。とくにターミナルケアとビハラに関する自由回答では医療と看護に対するとても真剣な意見を読ませていただきました。

次回セミナーとうとうお鉢が回ってきてしまいました。セミナーと言うのも気恥ずかしい。皆さんはどうですか、とお話しを聞かせていただくような次第になるかもしれませ

[46] Vihara Report No.11 1994 AUG

ビハラレポート

第11号 1994年8月30日発行

ビハラレポート発行所

ビハラ代表 兼能代山本地区事務局

藤里町月宗寺内 袴田俊英 0185-79-2468

大館地区事務局 越姓玄悦 0186-49-

6957

比内地区事務局 小林匡俊 0186-55-

1144

森吉地区事務局 奥山亮修 0186-72-

4143

阿仁地区事務局 今井典夫 0186-82-

2418

鷹巣地区事務局 佐藤俊晃 0186-66-

2032