

あなたらしく最期まで過ごしていただくために

秋田市 外旭川病院ホスピス医長 嘉藤 茂 先生

平成13年5月27日 鷹巣阿仁広域交流センター

「信仰と癒し」というシリーズでのセミナーの第2回目は、以前能代でのセミナーでもお話をいただいた、秋田県で初めて開設されたホスピス病棟でご尽力されている嘉藤先生をお招きしました。

クリスチャンでもある先生は末期の患者さんとのふれあいの中で、“信仰”の持つ意味を様々な場面でお感じおられるというお話を、スライドを交えながら頂戴しました。

ご紹介いただきました嘉藤でございます。私は元外科医でして、北秋中央病院の外科の外来に一度お手伝いに来たことがあるぐらいで、鷹巣町はほとんど初めてです。以前能代で開かれたビハーラの会でもお話をさせていただきましたが、それから時間が少し経ちまして私の経験していることも変わり、考え方もある部分整理されたと思っています。これから二時間ぐらいお付き合いいただければと思っています。どうぞよろしく願いいたします。

簡単な自己紹介をします。普通医者になれば、病気を治すことが第一の仕事のはずなのに、なぜ亡くなっていく人々のお世話をすることになったのかという質問を受けたこともあります。手術してがんが治る患者さんもたくさんいらっしゃいますが、運悪く再発される方も決して少なくないわけです。再発すると治る可能性のある時と違って、取り組む側、医療者側の対応が必ずしも充分でない、いや非常に不十分だということを私は現場にいて感じていました。もちろん私も含めてのことです。そして病棟の構造上も非常に不十分だと感じていて、このままではまずいなと思っていたんですね。

(私が)クリスチャンだというご紹介がありましたが、私は毎日聖書を読みます。聖書に「わたしの目にはあなたは高価で尊い」という言葉があります。“わたし”というのは神様で、“あなた”というのは私達人間を指しますが、私達は神様の目からすると非常に高価で貴重な存在である一人一人なのだというんです。そして、“あなた”に

は当然患者さんも入るわけです。ところが尊いはずの患者さん達に医療者としてふさわしい対応をしているかというと甚だ心もとない状態でした。私が医者になって間もなくの頃、このように感じておりました。

このままではいけないのでどうしたら良いのかと考えて、まず本を読みました。ターミナルケアについての先駆的な本を片っ端から読んだ。それからさまざまな研究会があるので全国レベルの会に出て、我々はどのように振舞ったら良いのかということ勉強し始めた、ということです。それがホスピスとの出会いだったのです。

ホスピスの起源と歴史

では本題に入りますが、ホスピスとはどんなところか、ということからお話を進めていきたいと思えます。既にご存知の方々が大勢いらっしゃると思いますが、中世のヨーロッパがその起源だといわれています。キリスト教の聖地であるエルサレムに巡礼される方が大勢いらっしゃいました。中東のエルサレムへは非常に長い旅で、今なら飛行機でスツと行けますが、当時は裕福な方は馬を使ったかも知れませんが、いずれ大変な旅だったわけです。途中で怪我や病気をしたり、あるいはお金がなくなったりという方々が大勢いたと思いますが、それら巡礼者達をお世話したのがホスピスの始まりですね。身も心も疲れ果てるような巡礼の旅の途中にある人々に、パンと温かいスープを差し上げる。そういった温かい

おもてなしをしたことがホスピスの始まりとされております。

非常に象徴的だと思いますね。人生という旅の最後のところで、ホスピスでちょっと休んでいただいて、そして次の世界に旅立っていかれる。ヨーロッパの巡礼者のお世話をしたことに通じることを、現代のホスピスでもしようとしている。本当に温かい飲み物、おいしいパンを食べていただいているのか気になることでして、中世のホスピスを始めた人達のスピリットに負けない、質の良いケアをしなければならぬと考えている昨今の私達です。

そんな具合にホスピスが始まりましたが、その時代によってホスピスの対象とする、あるいはお世話をさせていただく患者さんが変わってきたんです。ある時代は結核の患者さんでしたし、ある時代は最近話題になっているハンセン氏病ですね。昔は「らい」といって世の中から嫌われる、非常に辛い病を背負っていた方々のお世話をした時代もあります。がん末期の患者さんのケアを医学的基礎の上に始めたのが、1967年にロンドン郊外に設立されたセントクリストファーホスピスです。私も一度行ってみたいと思っていますところですが、そこのチーフであるドクター・シシリー・ソンドースという女医さん、年も80過ぎて背の高い方でして数年前日本にもお見えになりました。その素晴らしい働きのゆえにノーベル賞の候補にもなった方です。そこでノーベル賞をもらってれば、ホスピスの働きはもともと人に知られるのに、という若干悔しい思いをしているのは私だけではないかも知れません。

そういったイギリスの先進的な働きが日本にも伝わってきたんですね、それが1970年代です。日本では現在大阪大学の柏木哲夫先生とか、あるいは東京で開業している鈴木先生がいらっしゃるのですが、そういった方々がセントクリストファーのことを報告された。それが新聞記事になったのが70年代でした。その頃日本では、延命中心の医療に対する様々な批判が出てきた時期だと思います。皆様がご存知のスパゲティ

症候群、尿の管、酸素の管、点滴の管、そういった管だらけでぎりぎりまで延命する、またはさせられるという状態が果たして本当にいいのだろうか、誰のための延命なのかと人々が疑問に思い自ら考え始めた時期ではないかと思います。日本尊厳死協会ができたのは76年ですが、市民が医療に対する新しい見方、あるいは批判的見方が徐々に強くなってきたといえる時代だったと思います。そういう流れの中で、医療者の中でもいろいろな勉強が始まりまして、結果的に施設としてのホスピスができる、それが1981年ということでしょう20年前です。言ってみればホスピスも今やっとな成人式を迎えた、まだ新しい浅い分野なのです。1981年に日本に初めてできたホスピスが浜松の三方原病院ホスピスです。それがどんどん増えて今年4月現在は86施設、ベッドの数586床になりました。ホスピスのない県もこの4月1日現在8県あり、東北では岩手と山形にまだない。山形は今年4月には開設すると聞いているので、もうできていると思います。その他には山梨・奈良・鳥取・島根・徳島・大分にはありません。都市部に集中する傾向がありますね。東京にはもう10カ所位あって、非常に地域のばらつきが出てきています。

対象疾患、すなわちどんな方がホスピスに入るか、これは厚生労働省で規定されており、がんの末期の方、エイズの末期の方です。ただ、がんとエイズはまた別でして、いろんな医療的対応が違います。正確なデータはないのですが、ホスピスにエイズの患者さんが入院しているにしても、その数は決して多くはないと思います。外旭川病院でも、このような患者さんはおられません。

ところで、がんの末期といっても、定義が難しいんです。一般には末期とは予後が、予後とは今からお亡くなりになるまでの期間という意味ですが、6ヶ月を切れているような時期を指すことが多いようです。ところが予後診断というのは誤診も多いのです。きちんと医学的に診断する方法が確立されていません。ある先生に1年と言

われたとすれば、その一年というのはその先生の経験に基づく診断です。経験が違えば診断も変化する可能性があります。一方われた側はとて大変です。時間の経過は、すなわち命の短縮なのですから。本当のことは誰にも分からないのが予後というものであることを、お分かりいただきたいと思います。

なぜホスピスが必要なのか

ホスピスが現在なぜ必要とされているのかという理由を、三つ申し上げたいと思います。

まず「臓器をみる医療」よりは「生を支える医療」のニーズが大きいので、ホスピスが必要とされているのではないかと。これが第一番目の理由です。臓器をみる医療では、胃がんであれば胃を見ていればよい。あるいは胃がんで肝臓とかに転移してしまったら転移した臓器を見ていればよい。そうではなく、臓器もきちんと見て欲しいけれど、私という、あるいはあなたという、患者になってしまった一人一人の個性やものの考え方、その人の人生そのものを応援して欲しいという願いの実現のために、ホスピスが必要だと考えられているように思います。

二つ目が主人公の交代ということですね。医療者が中心というより、患者が主人公の医療への期待です。この「医療者が中心の医療」とは、例えば医師が決めた治療方針に一生懸命に従い、すべて医師にお任せするというのも一つの態度ですが、最近ではそれに満足しない人が増えてきました。患者さんが情報をもらい、自分で考え、方針決定のプロセスに自分も参加したいと願う人が多くなったのです。患者の意思を尊重する医療、すなわち患者さんが主人公の医療が求められているわけです。「患者が主人公」であることは、患者のニーズの実現に努力することでもありますから、たとえば家族に会いたいという患者さんの願いを受け入れて、面会時間の制限をなくすことなども含まれるわけです。

三つ目は、命の“長さ”よりも命の“質”を重視

するという価値観の変化があげられます。スパゲティ状態にしてまでも徹底的に延命したり、非常に副作用が強いにもかかわらず治療を行うことなど、命の質を犠牲にして、長さを重視することが疑問視されてきました。そういった命の質の問題、生活がどれだけ快適かを重視するようになり、ホスピスが必要とされていると考えられています。

「生活の場」

一般病棟は「治療の場」です。治療は忍耐も必要ですからとても苦しい場といえるかもしれません。ホスピスは「生活の場」であり、基本的にはがんを治すという治療はしません。体の痛み苦しみを和らげる治療が行われ、その痛みがなくなってホッと一息ついた時、生活という大きなテーマが浮かび上がってきます。生活の場として限界はありますができるだけ快適な環境を作りたいし、もっとそのための工夫を重ねていきたい、というのが我々の願いなのです。

具体的に言いますと、病棟が非常に広くできています。ホスピスの認可基準として、一般病棟より広くしなさいとされていますが、私共の病院は基準よりもさらに広い、とにかくゆったりした空間です。それからプライバシーへの配慮です。私共の病棟は13室全部が個室です。ただ個室はいやだという方も中にはいらっしゃいます。お元気な場合は大部屋にいてお隣さんとお話をしたいというニーズの方もいます。今考えると13室全部個室にしたのが本当に良かったのかなと若干迷うこともないわけではありません。もう一度大部屋みたいな三床とか二床とかの部屋があつて、患者さん同士が支え合ってお話し合うような場があつても良かったかなと思っていますが、これから病室を作り変えることもできないので、今のままでいく他ありません。

それから生活の場として、程よい静けさも大切です。一般に病院というところは、いろいろ賑やかなことが多いですね。だからといってあまり静



か過ぎるのも困るので、時々お見舞いの声が聞こえたり患者さんの笑い声が聞こえたりとか、程良い静かさ、程良い賑やかさというところを狙っています。それから生活の場としてはいろんな窮屈な制限を廃止しましょう、ということです。面会時間は先に言いましたが、嗜好品の問題があります。病院で酒を飲むとは何事か、というような考え方がありますが、私達はお酒を飲んでも構わないと思っています。昔大分酒を飲んで体を壊したという方でも、もしお酒が飲みたいのであれば飲んでいただいてもよい。もちろんルールのあることでして、程良くご自分で楽しく飲んでいただく程度であって、周りに悪影響がある場合には、そういった飲み方はやめてくださいと頼みます。

それからペット。しつけられたペットであれば連れて来ていただいても構わないです。あまり大きすぎたり、吠えてうるさい犬とかは困りますが、今までの経験を振り返ると犬や猫や小鳥と生活した患者さん達を思い出します。できるだけ制限をなくして、できれば家庭の延長としての場所にしたいと考えています。

ホスピスの理念と実際

ホスピスをスライドで紹介させていただきたい

と思います。私達のホスピスの理念をスライドにまとめました。

一つ目は、がんの苦痛で失われてしまった患者さんのその人らしさを回復するためのケアを提供させていただくことです。

二つ目として、その人らしさの回復のためには全人的な苦痛の緩和、十分なコミュニケーションによる人間の理解、家族のケアに全力を尽くしていくことです。

三つ目は秋田県の医療界と一般市民の皆様にはホスピスマインド、ホスピスの心を紹介させていただいて、医療の質の向上に貢献したいということです。

それから四つ目として、ホスピスの活動を通して如何に私達が生きていくかということについて、共に考える場や機会を提供させていただくことです。

これが病院の全景で手前側が新館、こちら側が本館です。渡り廊下でつながっています。新館二階のワンフロア全部がホスピスです。新館の屋上には花壇などがあります。これが病棟の平面図で下が南側になっています。ここに廊下があって本館につながっています。ベッドが13、南側に11床があって北の端に2床あります。いろんな方から費用のことで質問をいただくのですが、この個室の東南角の一番良い、広い部屋がありますがそこだけ1日当たり1万円いただいております。1万円と聞いてびっくりされるかもしれませんが、東京都内の病院ですと一日5、6万とかの部屋があるようです。病棟は廊下で一回りできるようになっています。その真中にナースセンターがあり、北側に広いラウンジがっているような行事に使います。お風呂は2箇所、横になって入るお風呂と、通常のユニットバスとがあります。あと家族のための部屋があります。

次は南側の廊下から見渡した風景です。この廊下の幅は広くて手すりもついています。各部屋の入り口に、下駄箱が設置されています。これはお部屋が患者のご自宅と考えているためで、入口は玄関に相当するわけです。下駄箱の上

の壁には花の絵が掛けられています、プロの絵描きさんに頼んで描いてもらったものです。うちの院長がとても芸術に興味を持っていて、芸術と医療の接点を通して患者の心を癒すことに役立つことができないかと願っているわけです。

次はお部屋の中ですね。ベッドや冷蔵庫やテレビがこのように配置されています。トイレは全く段差がなく車椅子でも入れるようになっています。これはまた別な部屋ですが、ベッドを取り払っています。この患者さんは70代後半の痴呆の方で、ベッドから転落する心配がありました。スタッフ間で相談し、転落防止のためベッドを外し、ござを敷き、その上に布団を敷きました。できるだけ家に近い状態にしたのです。そうしたら、以前はお話しても言葉がハッキリ伝わらなくて時々不機嫌になる方だったのですが、次第に自分らしさを取り戻し、最近は布団の上にあぐらをかいて新聞を読めるようになったのです。そんな変化を見て奥さんが「お父さんが新聞を見たのは三年ぶりだ」ととても喜んでくれたんです。患者さんの状態に合わせて病室を使いこなしていきたいと考えています。

これがナースステーションです。看護婦さん達がカルテの整理をしているところです。ご覧いただければ分かるように、オープンカウンター方式なので、廊下にいる方とほとんど隔たりなくお話できます。とても評判がよいのですが、この中で話し合う声が外に漏れるので、多少困ることもあります。

次にラウンジです。広いスペースで奥にピアノもあって小さなコンサートも行われます。院長が芸術に興味があると申しましたが、このラウンジをデザインしてくれたのが、スペイン在住の山岡さんというアーティストです。ここの柱の表面には浮き彫りがなされていますが、これは天地創造をテーマにしたものです。奥の壁面にはりんごをデフォルメした金属板の構造物設置されています。これらはすべて、癒しと安らぎというテーマのもとに製作されました。僕は芸術はあまり良く分からないのですが、そういったセンスのある方が



らはなるほどと思っただけなのかも知れません。

これはお風呂ですね。横になってドームの中に入ります。ドームの天上と床からシャワー状にお湯を浴びる仕掛けになっています。この風呂が一番だ、とても気持ち良いといってくれています。こういった横になって入れる風呂はとても重宝です。入浴は元気なうちは当たり前のことですが、体力がなくなってくるとしゃがんで入るお風呂は使えなくなるのです。横になったまま入れる当ホスピスの風呂が半年振りの入浴ですという方が中にはいらっしゃるのです。お気の毒なことです。これが治らなくなったがん患者さんのつらい現実でもあるんです。

こちらがもっと元気な方に入っただけの普通の風呂です。この段差を乗り越えることがなかなかできない、それから乗り越えて中に入ったとしても一度座ってしまうとなかなか立ち上がれないという欠点があります。お風呂というのはコミュニケーションの場でもあるので、お孫さんと一緒に入ってもらうとか、奥様から背中を流してもらうとか、そういったことにもこのお風呂を使ってもらっています。

次は病棟の隅にあるミニキッチン。簡単な調理ならここでできます。こういったミニキッチンを作るということも、この病棟を作る認可の基準の一つになっています。私が秋田に帰る前に平成6年から9年までの間、埼玉県の病院のホスピスで病棟の責任者をしていました。その時入院していた患者さんに、とても鍋焼きうどんの好き

な方がいました。50代の女性だったのですが、そのお父さんが以前に食堂をやっていて、料理がととても上手な方で、お父さんがお見舞いに来られるとこのようなキッチンを使ってその大切な娘さんのためにうどんを作ってくれた。すると室内においしそうな醤油の香りが漂っていて、またお父さんがいらっしゃったのだなと分かりました。このようにキッチンもとても役に立つのです。

次にこれは家族の部屋です。六畳二間の和室で、中を仕切ることができるので2家族入ることができます。予後一週間ぐらいになった時、患者さんは一人で過ごすのがとても辛く寂しく感じるのです。医者や看護婦ができるだけ傍にいてあげるのですが、やっぱり医者や看護婦よりも家族にいて欲しい。ご主人であったり奥様であったり、あるいは孫であったり息子・娘であったり、そういう人達にいて欲しい。この願いに例外はないように思います。ですからあと一週間ぐらいになった場合、できるだけこういった部屋も使っていただき患者を支えて欲しいと思っています。誤解のないように申し上げたいのですが、そういった付き添いをしていただくというのは病院側の都合ではないんです。看護婦のマンパワーの補助が必要なのではなく、あくまでも患者さんのためであることを誤解のないようにお願いします。

次は病棟のスタッフの紹介です。医師が2名いまして、専任が私であと兼任の精神科の医師がいてくれます。このドクターはミーティングにも顔を出してくれますし必要に応じて患者さんのところへ出入りしてもらっています。看護婦が14名。患者さんが13名なのに甚だ贅沢な配置です。14名のうち男性の看護士が1名おります。患者1.5人に対して看護婦1名が緩和ケア病棟の基準として決められています。ですから13床だと看護婦さんは計算上9人いれば良いわけです。9人だとやっぱり足りないですね。ケアをきちんとしていくには13ないし14、できれば15人くらい必要だと思っています。

ここでは看護助手1名が、それからMSW(メ

ディカルソーシャルワーカー)が兼任で1名、それからボランティアコーディネーターが1名おります。ボランティアさんの調整役をしてくれます。ご覧のように一般の病棟であればドクター・ナース・看護助手までしかいませんが、それ以外のスタッフも配置されているのがホスピスの特徴です。

次にこれは朝の申し送りという会議です。申し送りといいますのは、看護婦さんの勤務が代わる時に勤務の継ぎ目のところで患者さんや様々の情報を伝達する、申し送るという会議です。うちの病院は2交代勤務、日勤と夜勤だけです。朝の9時から朝の申し送りをするわけです。参加メンバーは一般病棟であればナースですが、ホスピスの場合はドクター・看護助手・ソーシャルワーカーなどスタッフ全員が参加します。患者さんを全体的にとらえていく、あるいは皆で同じ方針でケアに取り組んでいくためには、合間の申し送りが必要なのです。

次は少し行事を紹介したいと思います。

このサンタクロースの格好をしているのは私なのですが、クリスマス会の余興です。次はこれも同じ時のもので「ロシアンルーレット」という、唐辛子がいっぱい入っているシュークリームを食べた人を当てるという楽しいゲームです。やっている本人たちも楽しいし、見て下さっている皆さんもすごく喜んでくれるんです。しょっちゅうこんなゲームばかりやっているわけではないんですが、こういったことを生活の潤いの一つとして取り入れています。

これはボランティアの皆さんに来ていただき、ミニコンサートを開いているところです。この時は大勢見えられて、主に文部省唱歌を大変美しく歌って下さいました。文部省唱歌というのは心に響くものがありますね。歌っていると故郷のことを思い出したり、両親のことを思い出したりしてます。歌には不思議な力があります。

次はボランティアによる喫茶コーナーです。ラウンジの一角にこのコーナーを設けて、無料でコーヒーをサービスするのです。そのコーヒーも

インスタントではありません。おいしいコーヒーができるように、ボランティアの方たちも入れ方を工夫してくれています。ボランティアは主婦とか会社を退職した方とか医学部の学生さんとか、様々です。ボランティアは白衣を着ません。白衣には権威の象徴としての意味があるように思うのですが、白衣を着ないボランティアの前で、患者さんもお家族の方もあれこれ心配しないでコーヒーを飲み、ホッと一息つけるのだと思います。このように一息つけることが多くなればなるほど、ホスピスが生活の場に近くなると考えています。そうなるための工夫をさらに付けて加えていきたいですし、そのためのアイデアを皆さんから募集しているわけです。

これは去年の七夕の時の飾りです。この竹を提供して下さったのもボランティアです。竹の根元に重箱と、その横に徳利と杯が置いてあります。遠くから見るとこの重箱のごちそうがおいしそうに見えないでしょうか。実は色とりどりの花をごちそうのように盛りつけたものです。これもボランティアさんの作品です。

ここにいるのは看護助手と患者さんです。点滴の台も見えます。この方は痛みが取れた後に、「何か役に立つことができませんか」と言ってくれました。看護助手がそれを聞いて何とかしてあげたいと思ったのです。そして彼女が思っていたのは、ごみ袋を使いやすいように一つ一つ折りたたんで、取り出しやすいようにすることでした。患者さんは一生懸命にやってくれました。「本当にどうもありがとうございます」とお礼を言うと、患者さんはとても喜んで下さいました。人の役に立っていると思えることは、患者さんの生きがいにもつながることのようです。そのような役割を見つける手伝いをするのも、ホスピススタッフの大切な仕事といえます。

これは最後のスライドです。先ほどの七夕の笹竹にぶら下げられた短冊の一つを写してみました。娘さんがお父さんのために書いたもので、「星に祈りを 父が日々穏やかでありますように」と書いてあります。いずれはお亡くなりになる

事は百も承知なのですが、それが本当に悔しくて仕方がないけれど、残された日々がお父さんらしく穏やかにありますようにということ、気持ちを込めて書いてくれたのでしょう。こういった患者さんや家族の思いに接しながら日々の仕事を続けております。スライドは以上です。

ホスピスケアの柱

ホスピスケアの中身について、さらに説明を加えたいと思います。

ホスピスのケアの四つの柱、すなわち「全人的ケア」「チームによる医療」「コミュニケーション」「家族のケア」についてお話します。

全人的ケアとは、具体的には四つの必要あるいは四つの痛みを緩和することだと考えています。その一つ目は「身体的痛み」、二つ目が「心理的痛み」ないしは「精神的痛み」、三つ目は「社会的痛み」これは家族に関する痛みや経済的痛みが含まれます。ここでは「実存的痛み」と書きましたが英語では「スピリチュアル・ペイン」といわれます。スピリチュアルはなかなか和訳が難しく、魂の痛みとか霊的な痛みとか、場合によっては宗教的痛みと言う場合もありますが、日本語では実存的と言った方がここでは判りやすいかと思ってまとめてみました。

四つの痛みの中で医者の立場からすると、体の痛みをとることが第一の仕事だと理解しています。体の痛みをきちんと取っていなければ、他の三つの痛みを和らげようとしてどんなにお話を聞いたとしてもそれは不十分であるという考え方です。ところがこれまでのがんの医療とは痛みをとることはなかなか重要視されなかった。治癒、治すことだとか治療して長期間生存していただく、長期生存という言葉が私達の業界ではいつも出てくるのですが、治癒とか長期生存が価値の高いことであって、命と直結しないことはあまり大切ではないというように思われてきた節があります。痛みは我慢すればそれで良いとかそういった考え方がこれまで強かったと私



共医療者は反省しています。東京である学会に参加した時、こんな話が出ました。有名ながん専門病院のドクターが来て学会で嘆いていた。彼が言うには「うちの病院でターミナルケアの勉強会をしようと言ったら、反対する医者が多い。ターミナルケアは一流どころのすることではないと言われた」というわけです。これはひどい話だなと私は思ったのです。そこにいる患者さんのニーズが治ることであれば、やはり当然それは一流どころとしての役割をきちんと果たしていかなければならないけれども、運悪く治らなかった場合、それは一流どころの枠から外れてしまうということではいけないと思うわけです。最近は痛みを取ってくれるということはとても大切なんだというように、医療者も市民も認識が改められてきたと考えています。痛みを取ることの主役がモルヒネといえますが、少しだけモルヒネについて説明したいと思います。まず、モルヒネは安全だということ。麻薬中毒になるとか命を縮めるとか、いろんな心配をされますが、すべて誤解です。確かに私達痛みのない健康な者がモルヒネを使ったら、身体的および精神的にモルヒネに依存するようになります。神様が良く創って下さったと思いますが、痛みがある場合にモルヒネを使うとそういう依存はおこりません。精神依存とはモルヒネを要するために手段を選ばない、非常にそれを渴望するという状態をいいますが、痛みのある患者さんにモルヒネを使った場合にはそれが起こらないことが判ってきています。経験的にも、また動物実験でも最近立証されました。本当に安心して使える薬なのです。そういったモルヒネを十分使いこなしながら身体的痛みを緩和するわけですが、それだけではない。先

ほど申し上げた心理的痛み、社会的痛み、できれば実存的痛みまでも私達のできる範囲で緩和させていただきたい。全体的にその方を支えていきたいということを目指しているところです。

“宗教的癒し”の必要性

そこで実存的痛み、あるいはスピリチュアル・ペインの解決を宗教に求める方もおられます。

次のような文章を書いた方がおりますのでちょっとご紹介したいと思います。この方は39歳で、最後はキリスト教の洗礼を受けられました。洗礼を受けるにあたってご自分の思いを次のように述べておられます。

「神様、この受洗(洗礼を受けること)に預らせていただき、ありがとうございます。喜びでいっぱいです。神様が何度も何度も救いの御手を差し伸べて下さっても、私はそれを振り切り背を向け、そっぽを向いておりました。この罪深い者をどうぞお許し下さい。試練の初めは5月、がんの手術を受けてこれで苦しみは全部終わったのだと思っていましたのに、その後末期がんであと半年の命と分かった時のことでした。そして目の前を死の恐怖は日に日に大きくなるのでした。そのような時に心の平安を得るには神様を信じることにあると兄と姉を通して気づかせていただきました。私は祈りました。神様は私のそばにおられて、しっかりと私の手を握っていて下さっていたのでした。遠くに置いてきた子供達のこと、そして感情の行き違い、いろいろありましたが、でもそこには神様が愛と憐れみを示して下さいました。牧師先生が説いて下さいました神様のお言葉が、乾ききっていた私の心に染みてきました。私は本当に神様に愛されていたのです。どうぞ神様、この世を去る時、共にいて下さり御国に帰る時も共にいて導いてください。愛の力で共にお守り下さいと祈らされます。私のために祈りを捧げて下さった多くの兄弟姉妹の上に祝福をお祈り致します。これからも私のためにお祈りください。ありがとうございます。」

こんな証を、私達は信仰の証と呼ぶのですが、まとめて下さったのです。この方は死の恐怖から、信じることを通して解放されたわけです。もちろん人間ですから心が揺らぐ時はありますよね。信じた後でも揺らぐ時出てくるのですが、でも信仰がこの方を支え、そして守ってくれるということなんです。死の恐怖に限らず、私達の心の奥底には「呻き」のような苦しみがあるのではないかということ、患者さんとの関わりの中で感じる時々あるんですね。例えば罪の問題、奥様以外の女性との間にいろんなことがありました、ということをお話された方が何人かいました。あるいは人を憎んできたとか、家庭の中でうまくいかなかったことをお話して下さった方もいらっしゃるわけです。そういった痛み、苦しみを抱えている自分自身、心の責めを感じているのです。苦しいわけです。そうした罪悪感や法律に触れたわけではなくても、自分の中で罪の重荷として負い続けなければいけません。何とかこの苦しみを軽くしたいと思って解決しようがないわけですね。人間関係が築き上げられていて、そういった話が医師あるいはナースとの間で交わされる事があります。その時私達は「本当に大変でしたね」と傾聴することはできるんですが、こうすればいいですよと提示することはなかなかできない、あるいは提示すべきでないと考えるかも知れません。そうした時に力があるのは宗教だと思います。

医療に関わる者は、一般的には宗教的な部分に言及しません。守備範囲が違うんです。宗教的癒しというのは、宗教の持つ力によって、私達の弱さ、罪深さ、不確かさなどを受け入れ、できれば宗教の力によってそれらを解決することで私達が楽になる、苦しみから解放される、それが宗教的癒しではないかと私は思うわけです。この宗教的癒しが成立



するためにはやはりプロセスがある。お坊さんが、あるいは牧師さんが来てくれて話をすれば済むということではなく、やはり最初の段階として患者さんであれご家族であれ、そういった心の中のものすごい「呻き」を解決していきたいと求めることが最初に必要です。求めに応じて、その解決を持っていらっしゃるはずである宗教家の方々の言葉または教え、聖書でもあるいは仏教関係の書物でも良いと思いますが、そういったものを求めて聞くということがあります。聞いて自分の頭で考えて、なるほどとそこで受け入れるということが、あるいは信じるということが生じます。そして心の深いところの傷が癒される、あるいは自分を認めることができる、あるいは解放されるということが信じた後に起きてくる。そういった心の解放といった癒しも生じるのであれば、これだけ嬉しいことはないと思います。そういうことが起こるために私達はもっと私達の心の底にあるものに注目してよいのではと思います。ただし、これは私の個人的意見で私達のホスピスがそういう方向に進んでいるということではありません。

そして宗教というものが提示してくれるものに、もっともっと関心を向けても良いのではないかというのが私の思いです。また宗教家の方々にも申し上げたいこともあります。信じている教えが素晴らしいのであれば、素晴らしいところをその方々だけで独占しないで、もっともっと世の私達に判るように教えていただきたい、提示していただきたいと思います。そして、ターミナルというぎりぎりのところで宗教と出会うことも大事ですが、もっと元気なうちに触れる機会があってもよいのではと思っています。

チー ム 医 療

宗教的な痛みを含めて患者さんを全体的に支えていきたいのですが、これを看護婦一人ではできないし、医師一人でするものでもない。それでチーム医療が必要なわけです。様々な職種の人間がそこに集まって患者のケアのた

めに協力している。場合によってはチームの中に家族に入っていた場合もあります。患者さんをどうやって支えればよいのだろうかとか家族の意見を聞くのも珍しいことではありません。チームで診ていきましようという理由の一つは、私達はスーパーマンではないということです。個人の力には限界があって、自分一人ではどうしてもできないからみんなで集まって患者を支えていくわけです。

つい数ヶ月前こんなことがありました。70代の女性で胆嚢がんの方でした。その方には主治医の私に最初のうちはあれこれお話しして下さったのですが、次第に心を閉ざすようになりました。なんでそうなのか僕自身対応の仕方が悪いのか、それとも病気の辛さがひしひしと感じてしまわれたのか、分からなくて悩んでいたわけです。朝の申し送りの時に、実はこうこうでこの方はただ一人閉じこもって辛い思いをしているのではと、とても気になっているとスタッフに話をしました。すると、ある看護婦さんがちょっと遠慮しながら次のような話をしてくれました。その患者さんの体を拭いてお世話をしている時に、その看護婦さんに患者さんが「私、あなたのことをよく夢に見る」といったら看護婦さんは「あ、そうですか。私はいつも、〇〇さん、痛みないですかと何回も何回も聞いているから、いやな看護婦だという夢を見たんでしょうね」と聞いたんですって。「いや違う」と返事をしたそうですが、本当はどう違うのか教えてもらえば良いのですが、そこで話を打ち切ってしまったのだそうです。そんな話をしながら患者さんはとても穏やかな表情だったというのです。その報告を聞いて僕はとても安心しました。僕はつながりを持つとうとして持てなかったが、チームの一員として、しっかりその患者を支えてくれる看護婦がいたということが僕は分かってとても安心したのです。もちろん自分自身のやり方において改善すべきことはなかったかという反省をしなければいけないのですが。複数の人が関わりながら患者を支えていくことが必要だし、チームが良く機能すれば非常に大きな

力を発揮することになるわけです。

コミュニケーション

ケアの柱の三つ目はコミュニケーションです。これは難しいけれども大切な部分です。

こんな詩があります。翻訳された外国の本から取ったのですが、『わかって欲しい』という詩で、患者さんが看護婦に対して言っている言葉なんです。

「話を聞いてとあなたに頼むと、深刻な言葉を並べ始める。私はそんなこと頼んでないのに。話を聞いてとあなたに頼むと、どうして皆と同じようにできないのかと話し始める。私はあなたにがっかりしました。話を聞いて欲しい。お願いしたいのはただ一つ、私の言うことを聞いてください。話をしたり何かをしたりするのではなく、話を聞いて欲しいのです。(中略)だから私の話を聞いて欲しい。そしてわかって欲しい。」

とにかく聞いて欲しい、受け止めて欲しいということなんです。これがホスピスの患者さんの生の声だと思うし、ひょっとしたら学校の子供たちもそうなのかも知れません。私達の日常生活の中で、十分に人の話を聞いてあげているだろうかとか反省させられます。コミュニケーションをきちんと取れた時には、ああ理解されたと感じます。

告知も大切なコミュニケーションの一つなので、告知についても一言だけ触れておきたいと思います。病名を知る・知らない、どちらも辛いことです。知るとこれからどうなるかと辛いし、疑っているけど知らないとなると疑心暗鬼になって、これもまた辛いことではないかとも思います。ただ患者さんによっては、知るのは辛いのだが、知ることによって自分の命に限りがあることをちゃんと理解する、自分なりに人生を送りたい、締めくくりたい、あるいは残される家族に配慮したい、知った上で自分の生き方を決めておきたいと考える人がいらっしゃるならば、そのような人には告知しなければいけないと思うわけです。

一人の例をお話したいのですが、37歳の男

性です。埼玉のホスピスにいた時お世話させていただいたYさんで、胃がんで腸閉塞の方でした。数年前に胃を全部取った手術をした時は早期の胃がんだとはっきり告知された。ところが5年経って再発してしまって手術を何度か行いました。その手術の説明は、癒着したのでそれを改善するための手術との内容だった。ところが再発の手術でしたから、術後の経過が必ずしも思わしくなくて私達のところに移って来られました。入院された時、私は「癒着だけかどうか考え直さなければならぬので、データを見なおして判断させて下さい」とお話ししました。次の日に患者さんから質問があったのです。ストレートに「私はがんですか」と。私はその時この方はどんな反応するかわからないので保留しました。「ただ今検討中でデータを見直しているの、もう少し時間を下さい」と答えました。ただし、「もし悪い知らせだったらどうしたら良いのですか」と念のため尋ねてみると、その時Yさんは「自分ではなく奥さんに知らせて下さい」とおっしゃいました。その答を聞いて大分感づいているなど思っていたんです。入院から6日後にご本人からまた質問がありました。本当に知りたいと何回も聞いてきました。僕は前の段階で態度を保留していたので、今回は少し踏み込まなければいけないと判断しました。それで「少したちの悪い病気で、今後は腸閉塞などの通過障害がおこって吐いたりということがもっと出てくるかもしれません」と話しました。その時本人は大分判ってられたたと思いますが、じっと聞いていました。8日目の時にもう一回質問が来たのです。「診断はどうか。」あ、これはちゃんと病名を答えなければならぬかなと知り、「残念ながらがんです」とお話ししました。次に来た言葉は「もうどれくらい生きられますか」でした。この質問は覚悟してないと聞けません。聞く心の準備はありますよということで聞くわけです。本当に強い方だと思います。私は1ヶ月から2ヶ月くらいかなと思っていたのですが、そのまま言うのはよくないと考えて、長めに「半年くらいかも知れませんが」と答えました。すると「痛みで

苦しみますか」とあり、「いや大丈夫です。七転八倒して苦しんで、それを放っておくことは決してしませんからお任せ下さい」と話しました。この一連の話の後でお母さんが病院に来られて「告知していただいて本人も安心しています」と言われ、私もホッとしました。

以上のように、患者の求めに応じて患者が知りたいところの範囲内で、やわらかく病状や病名を告げていくことが大切なのです。もし患者さんが知りたくないとはっきりおっしゃるのであれば、それはそれとして尊重しなければならないのではないかと。告知するにしてもしないにしても、ご本人次第だということです。

家族のケア

家族のケアですが、家族も患者さんと一緒に苦しんでいるのだという事実をまずおさえないと思います。四つの痛みを患者さんが抱えているが、家族も同じです。例えば看病疲れで腰が痛くなったり、病院の支払いなどの経済的なことまで様々な問題が出てきます。家族も患者なのだという認識する必要があります。場合によってはケースワーカーに入ってもらって社会的資源の活用法を教えてくださいとか、様々な面からアプローチして家族を支えようとしているわけです。

もう一つ詩をご披露したいのですが、どれだけ患者さんが家族を頼りにしているかがよくわかります。仏教系の大学の教授だった方が亡くなられて、その遺稿集をご遺族が私に下さったものです。70代の男性でした。

「妻が来る。9時になる。妻は必ず9時に来る。僕は9時が大好きだ。時計は9時を指す。9時を打つ。ほら妻が来た、微笑んで。」

奥さんの存在がどれだけ力になっていたのか、奥さんがこの方を見事に支えてくれたことが非常に良く分かります。私達が家族を支えることができれば、支えられて安定を取り戻した家族が、今度は患者を支えてくれる。つまり家族ケアは患者ケアにつながるのです。

ホスピススタッフの医療観

ホスピススタッフの医療観を三つにまとめてみました。

一つ目は患者と家族の信頼と納得が最優先であることです。信頼関係は、日常の些細なことからの積み重ねで築かれていくことは医療でも同じです。私達が常識的対応ができなかった時に、患者・家族は傷ついてしまいます。信頼と納得は、命を助けるという最優先課題の陰に隠されて、これまでの医療ではおろそかにされてきた感があります。ホスピスではこの点を反省し、信頼と納得を重視しています。

二つ目は患者さんが意思決定し、スタッフはその決定を支援するということです。複数の選択肢があった時には、それぞれの長所・短所を十分に説明し、理解してもらったうえで患者さんに決めてもらうようにしています。ただし、自分で決めるのは非常に辛いことです。例えば手術をしないと決めることは、手術をした場合のメリットを手放してしまう、諦めるということです。何かを選ぶということはすなわち、何かを選ばないということです。選ぶ辛さがものすごくあるわけです。

三つ目が死を認知することですね。死はあって欲しくないのですが、100%皆死んでしまう。これは事実です。医療者にありがちなのは、死が「医療の敗北」だと思ってしまうことなんです。私達が失敗したのだ、病気に負けたのだから患者さんが亡くなるんだと考える。最近はいろんな医療過誤の問題があって、医療者が失敗した結果、尊い命を失うことはとても残念です。そういう場合は別ですが、手を尽くして治療を進めたにもかかわらず再発して死んでいかれる方がいらっしゃる。それは「医療の敗北」としなくてもよいと私は思います。もちろん医療がもっと進歩していけばそれらの人々に治っていただけるかもしれない。でも今の医療レベルでそれを敗北と決めてしまうのは、私達に幻想的な万能感があるのではないかと言えると思っています。亡くなることは辛いけど、やはりそれを事実として受け止



めなければならぬ。死が自然で必然なのだと思えば、死を避けようとする無理な延命も減るのではないのでしょうか。

ホスピスケアの喜び

最後にホスピスケアのやりがいについて、私を感じていることをお話しします。亡くなっていく患者さんとの付き合いの中で、私自身がどう生きるかということが問われている感じがしています。心から家族に感謝し、素晴らしい人生の閉じ方をする人に出会います。自分にはこういった生き方ができるのかと考えさせられる一方で、患者さん達からしっかり生きなさいと励まされている気がします。

それからもう一つ、ケアの結果としてその人らしさを取り戻していくプロセスを見させてもらえることも、この仕事の喜びの一つです。最初は痛みが取れば十分とおっしゃっていた方が、「いや、今度はあれしたい、これしたい」とおっしゃるわけです。調子が良いから外泊してみたい、痛みが取れたから家に帰りたい、家に帰ったら今度はお孫さんのお遊戯会に行ってみに行きたいとか、どんどん患者さんはその人らしさを取り戻して「あれしたい、これしたい」が出てくるわけです。そういった「あれしたい、これしたい」が出てくるのが私達のケアがうまくいっている一つの証拠になると考えています。そういった患者さんの要求が広がっていくのを見るのが私達のやりがいの大きな部分です。

以上で今日のお話を終わります。

事業報告

第14回 ビハーラ総会

平成14年2月8日 鷹巣町 鷹阿仁広域交流センター

平成14年度のビハーラ総会が上記の日程にて行われました。昨年度の決算、今年度の予算などを協議し、今年はビハーラ結成10周年でもあり、それに向けて更なる充実を誓い合いました。

総会に先立ち、「こころをよむ」では袴田代表によるこれまでのビハーラを振り返るお話をいただき、総会後は懇親会にて参加者の親睦を深めました。

平成13年度 ビハーラ一般会計決算書

平成13年1月1日～12月31日

収入総額 1,524,316円－支出総額 706,624円 =817,692円(次年度へ繰り越し)

収入の部

| 項目 | 予算額 | 決算額 | 増減 | 備考 |
|--------|-----------|-----------|---------|--------------|
| 1. 繰越金 | 865,932 | 865,932 | 0 | 昨会計年度残金 |
| 2. 年会費 | 334,000 | 327,000 | -7,000 | |
| 3. 利子 | 100 | 284 | 184 | |
| 4. 雑収入 | 100 | 331,100 | 331,000 | 寄付金・ブックレット売上 |
| 合計 | 1,200,132 | 1,524,316 | 324,184 | |

支出の部

| | 予算額 | 決算額 | 増減 | 備考 |
|------------|-----------|---------|----------|------------|
| I 事業費 | 580,000 | 486,780 | -93,220 | |
| 1 セミナー運営費 | 240,000 | 327,080 | 87,080 | |
| a 講師謝礼 | 180,000 | 260,000 | 80,000 | |
| b 講師宿泊費 | 20,000 | 7,200 | -12,800 | |
| c 講師交通費 | 20,000 | 35,000 | 15,000 | |
| d 会場費 | 20,000 | 24,880 | 4,880 | |
| 2 レポート作成費 | 140,000 | 59,700 | -80,300 | |
| a 編集手当て | 30,000 | 15,000 | -15,000 | 5,000円×3回 |
| b 講演録ライター | 90,000 | 30,000 | -60,000 | 15,000円×2回 |
| c 用紙等 | 20,000 | 14,700 | -5,300 | |
| 3 臨時事業費 | 200,000 | 100,000 | -100,000 | |
| a 佐々木講演録 | 100,000 | 100,000 | 0 | |
| b ダイジェスト作成 | 100,000 | 0 | -100,000 | |
| II 事務費 | 220,000 | 219,844 | -156 | |
| 1 通信費 | 180,000 | 134,200 | -45,800 | |
| 2 会議費 | 20,000 | 19,140 | -860 | |
| 3 事務用品・消耗品 | 20,000 | 66,504 | 46,504 | |
| III 雑費 | 10,000 | 0 | -10,000 | |
| IV 予備費 | 390,132 | 0 | -390,132 | |
| 合計 | 1,200,132 | 706,624 | -493,508 | |

平成14年度 ビハーラー一般会計予算書

平成14年1月1日～12月31日

収入総額 1,187,792円－支出総額 1,187,792円 =0円

収入の部

| 項目 | 前年度予算 | 本年度予算 | 増減 | 備考 |
|--------|-----------|-----------|---------|---------|
| 1. 繰越金 | 865,932 | 817,692 | -48,240 | 前会計年度残金 |
| 2. 年会費 | 334,000 | 360,000 | 26,000 | 会員180名 |
| 3. 利子 | 100 | 100 | 0 | |
| 4. 雑収入 | 100 | 10,000 | 331,000 | |
| 合計 | 1,200,132 | 1,187,792 | -12,340 | |

支出の部

| | 前年度予算 | 本年度予算 | 増減 | 備考 |
|------------|-----------|-----------|----------|------------|
| I 事業費 | 580,000 | 765,000 | 185,000 | |
| 1 セミナー運営費 | 240,000 | 425,000 | 185,000 | |
| a 講師謝礼 | 180,000 | 350,000 | 170,000 | |
| b 講師宿泊費 | 20,000 | 20,000 | 0 | |
| c 講師交通費 | 20,000 | 30,000 | 10,000 | |
| d 会場費 | 20,000 | 25,000 | 5,000 | |
| 2 レポート作成費 | 140,000 | 140,000 | 0 | |
| a 編集手当て | 30,000 | 30,000 | 0 | 5,000円×6回 |
| b 講演録リライト | 90,000 | 90,000 | 0 | 15,000円×6回 |
| c 用紙等 | 20,000 | 20,000 | 0 | |
| 3 臨時事業費 | 200,000 | 200,000 | 0 | |
| a 佐々木講演録 | 100,000 | 100,000 | 0 | |
| b ダイジェスト作成 | 100,000 | 100,000 | 0 | |
| II 事務費 | 220,000 | 200,000 | -20,000 | |
| 1 通信費 | 180,000 | 150,000 | -30,000 | |
| 2 会議費 | 20,000 | 20,000 | 0 | |
| 3 事務用品・消耗品 | 20,000 | 30,000 | 10,000 | |
| III 雑費 | 10,000 | 10,000 | 0 | |
| IV 予備費 | 390,132 | 212,792 | -177,340 | |
| 合計 | 1,200,132 | 1,187,792 | -12,340 | |

【ビハーラ会則】

- 第1条（名称） 本会はビハーラと称する。
- 第2条（代表） 本会は代表一名を置く。但し任期は二年とし再任を妨げない。
- 第3条（役員） 本会は代表の任命により、事務局、会計、会計監査を若干名置く。
但し任期は二年とし再任を妨げない。
- 第4条（目的） 本会は、仏教と医療と福祉のかかわりを考え、真に安らぎのある社会を目指し、さまざまな活動をする。
- 第5条（会員） 本会の趣旨に賛同し、所定の会費を納めたものを会員とする。
- 第6条（退会） 退会を希望するものは事務局に申し出なければならない。
但しすでに納めた会費は返還しない。
なお、三年以上年会費を滞納した場合は退会とみなす。
- 第7条（総会） 本会は年一回総会を開く。また必要に応じて臨時総会を開くことができる。
本会の議決は、出席者の過半数をもって決する。
- 第8条（経費） 本会の経費は、会費、寄付金をもってこれに充てる。
- 第9条（会費） 会費は年（1月1日～12月31日）2000円とする。

平成12年1月29日改正

☆平成13年度事業報告

1) 総会

1/27 平成13年度総会

鷹阿広域交流センター

2) セミナー 年間テーマ「信仰と癒し」

| 日時 | 講師 | 演題 | 会場 | 備考 |
|------|-----------------------|---------------------------|------------|--------------------|
| 1/27 | 梅林寺住職 木村高寛 | 一笑は一步を動かす | 鷹阿広域交流センター | 兼「こころをよむ」 |
| 3/15 | 民俗研究家 斎藤壽胤 | 秋田の民俗信仰と癒し | 〃 | |
| 5/27 | 外旭川病院医師 嘉藤茂 | あなたらしく最期まで 過ごしていただくために | 〃 | |
| 7/20 | ビハーラ会員 佐藤俊晃 | 仏教という生き方 | 〃 | |
| 9/30 | 駒沢大学名誉教授 佐々木宏幹 | ほとけさまの力 | 〃 | 公開講座 |
| 11/9 | 曹洞宗総合研究センター講師 中野東禅 | 煩惱の整理学 | 田代町 洞雲寺様 | 洞雲寺様主催の 仏教講座に便乗 |

3) こころをよむ -やさしい仏教入門講座- ※今年度より各地区持ち回りで開催

| 日時 | 講師 | 演題 | 会場 |
|-------|----------------|---------------|----------------|
| 1/27 | 二ツ井町梅林寺住職 木村高寛 | 一笑は一步を動かす | 鷹巣町 鷹阿広域交流センター |
| 3/13 | 大館市遍照院住職 工藤智教 | 無題 | 大館市 ハチゴプラザ |
| 4/16 | 能代市本澄寺住職 柴田寛彦 | こころのやすらぎとビハーラ | 能代市中央公民館 |
| 6/16 | 藤里町宝昌寺副住職 新川泰道 | お葬式を考える | 鷹巣町 みちのく子供風土記館 |
| 8/5 | 二ツ井町梅林寺住職 木村高寛 | 道元様の教えに学ぶ | 大館市 ダウランド |
| 12/15 | 阿仁町耕田寺住職 佐々木賢龍 | 決著ということ | 鷹巣町 みちのく子供風土記館 |

4) リポート発行

4/13 41号発行 三浦正樹先生 「福祉の転換期を迎えてこれからを考える」講演録ほか

6/30 42号発行 A・デーケン先生 「死とどう向き合うか」講演録ほか

1/25 43号発行 斎藤壽胤先生 「秋田の民俗信仰と癒し」講演録ほか

5) 施設法話会 -1 老人保健施設ニコニコ苑

| 日時 | 担当者 | 宗派・寺院名・住所 | 日時 | 担当者 | 宗派・寺院名・住所 |
|------|------|----------------|-------|---------------|-------------|
| 1/9 | 渡部公夫 | 真宗大谷派 如来寺 五城目町 | 7/10 | 渡邊紫山 | 曹洞宗 松庵寺 琴丘町 |
| 2/13 | 小澤孝道 | 曹洞宗 天昌寺 五城目町 | 9/11 | 吉方清彦 | 曹洞宗 善光寺 能代市 |
| 3/13 | 三浦賢翁 | 曹洞宗 大龍寺 男鹿市 | 10/9 | 柴田福忠 | 真言宗 地藏院 男鹿市 |
| 4/10 | 長嶋孝文 | 曹洞宗 峰玄院 若美町 | 11/13 | ※お茶会開催 (5名参加) | |
| 5/8 | 袴田俊英 | 曹洞宗 月宗寺 藤里町 | 12/11 | 袴田俊英 | 曹洞宗 月宗寺 藤里町 |
| 6/12 | 柴田福忠 | 真言宗 地藏院 男鹿市 | 1/8 | 佐藤徳裕 | 曹洞宗 清松寺 男鹿市 |

施設法話会-2 外旭川病院ホスピス病棟

| 日時 | 担当者 | 宗派・寺院名・住所 |
|-------|------|-------------|
| 9/20 | 袴田俊英 | 曹洞宗 月宗寺 藤里町 |
| 10/25 | 〃 | 〃 |
| 11/22 | 〃 | 〃 |
| 12/28 | 〃 | 〃 |
| 1/21 | 〃 | 〃 |

【会員】 会員数184名（敬称略）

《秋田県》

- 〈鷹巣町〉 岩谷利男 小坂和子 岸辺陞 佐藤嘉美 千葉文吉 成田礼子 今林恵美子
 松岡リサ 山野内キミ子 河田啓子 簾内順一 成田康子 武田留美子
 豊沢玲子 斎藤タダ子 佐藤俊晃 長岐正志 畠山洋子 佐藤義暢 佐藤ミチ
 堀内武・キミ 佐藤睦子 高橋明子 奈良康一 奈良正人 神成武義
 照内鉄男 成田外史世 近藤次夫 鈴木百合 小塚保子 秩父孝昌
 三沢美香子 畠山ヒナ子 相馬源一郎 佐藤繁子 武内朋子 畠山絹子
 三沢民子 堀内陽子 高橋美和子 大川キサ 大坂勉 布田守 長岐悦子
 黒滝隆謙 佐藤君子 佐藤敏子 戸島和子 能登谷キヌ 明石友子 佐藤七郎
 高橋聖子 戸嶋タミ 松尾繁 大川トモ 中島美枝子 村上清 秋元厚子
- 〈田代町〉 田村ツル 田村良子 古家房子 田村道子 塚田ミツ 嵩仁芳・悦子 田村倫子
 岩沢サチ子 浅利信子 幸坂トミ 嵩フサエ 岩沢トミ 田村セイ 安部玲子
 下山玲子 古家欣三 小林泰成 佐藤ミツ子 武田絢子 佐藤サダエ
- 〈大館市〉 丸山芳也 田中實 蔦谷達徳 三ヶ田典明 佐藤禎子 桑名秀明 石山俊智
 山田矩子 古井栄子 蛇川祐子 工藤智教 越姓玄悦 小林紀子 千葉孝子
 木村俊江 菅原佳子 下山幸
- 〈比内町〉 小林匡俊 尾山ワカ 乳井勤子 小西靖麿
- 〈二ツ井町〉 木村高寛 佐藤清勝
- 〈藤里町〉 淡路勝行 袴田俊英 新川孝道 新川泰道
- 〈能代市〉 村越正道 山田久美 越後静 平川晴夫 三国喜美子 三国喜三 柳川浩二
 斎藤一雄 飯野恵美子 高橋鈴子 小林ヒサ 相川リツ子 大淵ハツヨ
 伊藤良弘 柴田寛彦 深川典雄 藤井慶昭 成田幸一 佐藤亥喜蔵
- 〈合川町〉 亀谷健樹 亀谷隆道 工藤サエ子 田中由美子 保坂春聴 桜田慎子 畠山ナツ
- 〈森吉町〉 赤石玲子 奥山一英 柏木幸子様 小林恭子 奥山亮修・敦子 石田あけみ
- 〈阿仁町〉 今井典夫 佐々木賢龍 湊智子 〈上小阿仁村〉 保坂康雄
- 〈琴丘町〉 渡辺紫山 〈山本町〉 渡辺智子 田川陽子
- 〈峰浜村〉 村松良英 〈鹿角市〉 桜田勝心 〈五城目町〉 小沢孝道
- 〈天王町〉 一関サチ子 〈男鹿市〉 菅原恵与子 三浦賢翁 古仲宗雲 長谷川恵光
- 〈秋田市〉 沼沢益子 斎藤慶治 綿貫勤 橋本誠 桑岡弘子 明石浩延 澤田誠子
 川辺静子 浅山明彦
- 〈田沢湖町〉 松田幸子 〈十文字町〉 寿松木宏毅 〈増田町〉 武内 寛
- 〈羽後町〉 尾久一雄 村上郁子
- 《青森県》 花田雄幸 三浦義弘 木村然二郎 堀内了観
- 《岩手県》 加藤賀津子
- 《山形県》 長沢容子 久保道典 奥山雅光
- 《長野県》 根本治子
- 《茨城県》 米沢智秀 《埼玉県》 福島伸悦 《東京都》 荒井美保 森津純子
- 《愛知県》 吉田道興 《大阪府》 堀田晃子 川口英俊 水野梅秀

「生老病死—私はこう思う」

生老病死にまつわる一つのテーマのもとに皆様のご意見をお寄せいただき、ご紹介するコーナーです。

今回のテーマは「**私のがん、家族のがん、告知はどうする？**」です。

◆私は現在78歳、がんが見つかったら必ず告知を望みます。妻(72歳)と2人暮らしますので、妻のがんについても医師からの告知を私から伝えることにしております。私共は常々生老病死について話し合いを重ねており、少しずつ死の準備をしておるつもりです。それでもいざ“がん”の告知をされたら大きなショックを受けるでしょうが、日頃の心構えがないよりは軽く済むことでしょう。

がんでも早期で治る見込みの高い場合は医師から直接はっきりと告知を受けたいと思いますが、末期で不治のがんの場合でも、それなりの間接的な告知の方法を心がけておくべきだと思います。

私は昨年2度の入院・手術をし、「生きているのが煩わしくなった」と言って妻と笑い合いましたが、循環器と心臓外科に関わる病症だったため、刻々と死が近づいていることを感じました。

そこで私は、尊厳死の宣言書(リビング・ウィル)なるものを医師に提示して、それぞれ快く受容されました。これは尊厳死協会の会員が、その死に当たって尊厳ある死を迎えるために医師に対して予め要望を聞き入れてもらうようお願いする書面で、かいつまんで言えば無用な延命治療をやめ、肉体的な疼痛だけは和らげてもらいたいという主旨のものです。私はこの要望を受容されたことで、死の準備の一端としてほっとしたところです。

しかし、死の準備のもっと大きな部分、

“こころ”の痛みの除去については非常に難しい問題ですので、ビハーラに入会し少しでも“こころ”の安らぎと癒しを得たいものと念願しております。

一般的ながんの告知の問題として、年齢的なもので左右されるのではないのでしょうか。私は60歳代であったら、今のようがんの告知を受ける心境になったか疑問です。70歳を過ぎてある程度の人生に対する達成感や満足感があり、人は皆誰もが死を避けることはできないと達観できる年齢だからこそと思います。まして日本の現状では、40・50歳代の人への告知は、かなりの配慮が必要だろうと思います。

その一番の理由は終末期医療の体制の問題でしょう。欧米のようにホスピスが充実し、患者の望む宗教家がそばに来て、“こころ”のケアもしてくれるようなホスピス、またはホスピス的病棟が早く全国に行き渡ることが望まれます。

死亡原因の第一位を占め、年間30万人もの方が死亡しているがん、世界一の長寿国となった日本、そのがんの予防もさることながら終末期医療の面でもホスピス等の充実までの間、宗教家の皆様が病院等へ足を運んで、檀家の人々の終末期に“こころ”の安らぎを与えて下さることをみんなが望んでいることと思います。

病院等では、これを拒むようなことは決してないでしょう。高齢者としてビハーラに期待する緊急の提言です。

(能代市 男性)

◆私はもし自分ががんになったら、告知を受けたいと少なくとも健康な今は考えていますが、実際にその時になったら、告知を受けられる精神状況になれるかどうかは分かりません。

ただ一つ言えることは、自分の死に際してあれこれ願望はありますが、それが100%叶えられるものだとはいっていません。“人の死”というものは、そうそう簡単に思い通りになるものではないと思っていますからです。

いろんな願望や思惑はあるにせよ、そういったものを超越したものが“死”なので

はないでしょうか。その大前提を忘れて、「理想的な死」を勝手に思い描くことが、かえってその人を不幸にさせることにもなりかねないのでは…。 (女性)

◆確か最近のアンケートでは、「自分が末期のがんになった時、告知を望む」という人は8割だそうだが、「家族が末期のがんになった時、その当人に告知する」という人は4割以下だそうだ。

良くも悪くもそれが日本、あるいは日本人における「がんの告知」の現実なのだろうか。 (某ビハラー会員)

このコーナーは、普段セミナー等の行事に参加できない会員さんでも、意見交換の場として活用していただければありがたく存じます。

お手数ですが下記まで郵送、FAX、E-mailでお送り下さい。

★ 諸 注 意 ★

●特にファックスで送られる場合、濃目の万年筆、ボールペン等でお書きいただき、極端なくずし字や略字はご遠慮下さい。

●お名前を掲載してもよい方はその旨ご記入下さい。それ以外は原則として無記名（市町村名と男女の別程度）で掲載いたします。

●特定の個人や団体、施設等を誹謗中傷するような記述はご遠慮下さい。

●その他、編集の都合上一部修正させていただく場合もありますのでご了承下さい。

次回のテーマは

「お葬式のここがヘン？ そこがフシギ？ に思うこと」です。

どしどしご意見お寄せ下さい。

◎送り先・お問い合わせ◎

〒018-3201 秋田県山本郡藤里町藤琴3 宝昌寺内 ビハラーリポート担当 新川

TEL 0185-79-1522(FAX 79-1539)

ホームページ <http://www.ink.or.jp/~shoushin/vihara/>