



ニューズレター 第2号

2017年3月14日発行

事務局：信州大学医学部保健学科

メール：hbshinshu@gmail.com

ホームページ：hbshinshu.jp

～もくじ～

巻頭言（ニューズレター創刊記念）	1
2016年度の活動	2
報告：連続講座2「看取りと死別と支えあい」	3
報告：岡谷市民病院緩和ケア病棟訪問	10
特別報告：第40回日本死の臨床研究会年次大会	12
2017年度の活動予定	14
編集後記	14

ニューズレター第2号・巻頭言

ケア集団ハートビート代表 飯島恵道



2011年3月11日、東日本大震災発生。あれから丸六年が経過。震災では多くの命がうしなわれた。今年は七回忌法要の節目を迎える。七回忌は別名「休広忌」とも呼ばれている。仏教では、七回忌に到ると、故人の魂が落ち着き、広く仏様の慈悲がいきわたるということからこのような呼称が付されている。丸六年の間に、変わったこと、変わらないこと、その尺度はひとそれぞれのことと思うが、大切な人をうしなったことでもたらされた悲しみにより凍りついた心は、いくら時間をかけようとも、癒されず、あたたまらず。そのような思いを抱き続けている方も多いのではなかろうか。

わたくしごとになるが、今年の5月

には、現在私が住職を勤めている寺の先代住職が他界してから丸六年になる。こちら七回忌の節目を迎えた。この6年間、前進したことも多かったが、まったく変化が見られなかったことも多い。どんなに楽しい時、充実した時間を過ごしても、先に旅立った人の事を思うと、途端に悲しみが戻ってきてしまう。いわば、「悲しみは こんにちはおかえりなさいの 繰り返し」のように思う。でも「それでも良い。それでふつう。そう感じるのは自分だけじゃない。」そう思うことができるようになったのは、このケア集団ハートビートの存在であり、活動であった。我田引水のように恐縮だが、代表をつとめさせていただいている私が、一番、この活動に感謝して

いる、そう言っても過言ではないように思う。

読者の皆様は、どのように感じておられるだろうか？ケア集団ハートビートの活動が、少しでも、悲しみに暮れる方々のお心に寄り添うことができているならば、なによりと思う、

さて、3月25日に、松本市・松本市地域包括ケア協議会主催の「住み慣れた地域で最期まで自分らしく生きるために～みんなで支える在宅医療～」と題された講演会が開催される。講師は岐阜県小笠原内科院長の小笠原文雄医師。在宅医療の分野では先駆的な診療活動を展開されている医師である。著書も多い。講演の後のシンポジウムでは、看護の立場から飯田市の二木はま子氏（看取りの文化研究所所長）、施設職員の立場から横山昌由氏（特別養護老人ホーム岡田の里）、そして飯島が登壇させていただき、飯島は家族支援の立場からという内容でお話をさせていただく予定である。そこでも、ケア集団ハートビートの活動に加え、在宅ケア、在宅での看取りを支えうる社会とはと

いう視点から離させていただこうと考えている。

松本界限、まだまだ「悲しみにあたたかい社会」からは程遠い。また、在宅ケアを受ける当事者・家族、それぞれが様々なものをうしないつつ、その悲しみと向き合いながら在宅療養の日々を過ごしている、このような視点が、現在の在宅ケアには欠如しているのではないだろうか、これが飯島の率直な感触である。逆に、だからこそそこを掘り下げ、具体的にどう動くのが良いかにつき智慧を絞ることで、当地域の在宅ケアが発展し、地域ケアを取り巻く文化が発展する、そのようにも考えられるのではなかろうか。

グリーンケアという新しい分野のケアの構築に加え、これから行政が力を入れて行こうとしている在宅ケアの分野において、ケア集団ハートビートができること、それらも今後の学びと実践の課題として射程にいれていきたいと考えている。

折に触れ、皆様のお考えをお聞かせ願いたいと考えている。

2016年度の活動報告

1. 月例会：9回（毎月第3火曜日。8月、1月休み）
2. 読書会：3回（偶数月第1火曜日。8月、12月、2月休み）
 - ①佐藤静・宮腰孝・大山正博『こころサポート』仙台いのちの電話、2006年
 - ②尾角光美『なくしたものがつながる生き方』サンマーク出版、2014年
 - ③キャロル・ガイトナー『さよなら、ママ』藤崎順子訳、早川書房、2016年
3. 分かち合いの会：2回（大切な人を亡くした当事者のための会。5月17日@東昌寺、11月27日@信州大学）
4. 学都松本フォーラム参加・出展（9月3日・4日、松本市あがたの森文化会館）
5. 県内緩和ケア病棟訪問見学（岡谷市民病院、9月15日）
6. 松本市民活動フェスタ2016「第4回ぼくらの学校」参加・出展（9月24日・25日、松本市あがたの森文化会館）
7. 連続講座2「看取りと死別と支えあい～地域で健やかに暮らし続けるために～」：全3回（10月30日・11月27日・2017年1月19日、信州大学）

連続講座 2 (全 3 回)

「看取りと死別と支えあい——地域で健やかに暮らし続けるために」

第 1 回 人生最終章の看取り

——「自分の最期を自分でデザインする文化」をつくるために

講師：^{ふたつき}二木はま子さん（看取りの文化研究所・所長）

日時：2016 年 10 月 30 日（水）午後 13 時 30 分～15 時 30 分

会場：信州大学医学部保健学科中校舎 1 階 212 教室（松本市旭）

昨年度より開催している連続講座を、本年度も開催いたしました。

本年度第 1 回は飯田市で 2012 年に「看取りの文化研究所」を立ち上げ、所長としてご活躍されている二木はま子（ふたつき はまこ）先生をお招きしました。先生は 40 年間看護師として、医療と経済の進歩とそれに伴う人々の考え方の変化を感じながら働かれてきました。この 40 年間で、医療が進歩しそれまでは治らなかった病気が治り、寿命が延び、経済活動の変化により、看取りの場所は地域や家族に見守られた自宅から病院の中へと変化してきました。このような変化は、人々が日常の中で死に触れる機会を奪い、地域や家族で助け合い自然な最期を迎える中で培ってきた「看取りの文化」をも奪う結果となり、人々が看取りや死別の哀しみに向き合えなくしていると、気が付かれたそうです。

そこで、二木先生は自ら「看取りの文化研究所」を立ち上げ、再び「看取りの文化」を学び、取り戻すために活動を始めました。今回の講座では、「いのち・看取り」に対する先生のお考えとこれまでに開催した講座を元にエンディングノートを作成したこと、グリーンカフェ「癒しの空間」立ち上げとその経過につ

いて、お話し頂きました。

二木先生はその人らしい最期を実現する二つの要素として【1】尊厳を守る、質の高い医療・ケアサービスがある】こと、【2】自分の最期を自分でデザインする文化がある】ことを挙げました。一つ目は医療従事者や人の最期に関わるケア提供者が変化していくこと、二つ目は一人ひとりが日常生活を送りながら考えていくこととなります。そのため、先生は医療従事者に対しての講座と市民を対象にした「いのちと看取りの講座」の両方を開催しています。

今回は市民対象の「いのちと看取りの講座」に関してお話いただきました。市民対象の講座では、【自分の最期を自分でデザインする文化】を作るために、「望む最期の在り方を選択できる情報を理解・納得」すること、「元気な時から自分のいのちを次世代にバトン」することを目的として開催されています。

平成 24～26 年の間は、延命治療や緩和ケア、老衰による変化に関する講座や実体験を基にした事例報告、エンゼルメイクの実践、エンディングノートを書いてみるということといった内容で行われました。この講座を通して、エンディングノート「人生最後の私の願い」という冊子

を作成し、これまでに3000冊を発行しています。エンディングノートを書くことは、自分自身の最期を形づくることだけでなく、自分が生きてきた「いのち」を次世代に伝えるという役割も果たしています。

ここで、「いのち」に関して二木先生の講座を基に考えてみます。私たち生物は、命があるから、生きています。このときの命とは、個体としての限りあるものを指します。医療の中で取り扱われる死は、この命の終わりを意味しています。命には、ほかに2つの姿があります。私たちは一人きりで生きているのではなく、親から生まれることで命をもらい、次の世代に命を渡しながらか生きています。このように親からもらったり子に伝えたりすることで縦につながり連続してく「いのち」があります。また、生きていく上では様々な人々と関わります。その関わりの中で、思い出として他者に残りながら横に広がっていく永遠の「いのち」があります。人とのつながりの中で伝わっていくその人が生きていた物語をもつ「いのち」は、生物学的な死を意味する「命」と違い、周りにバトンリレーができます。

このように自分の生きてきた物語を伝える事が「いのちのバトン」であり、いのちのバトンリレーは最期まで輝く人生を支え、死別の哀しみを癒す事につながります。いのちのバトンは、いつでも渡せますし、渡さずにお別れを迎えることもあると思います。折に触れていのちのバトンを渡せる文化の形成が大切なのだと改めて考えさせられました。

この「いのちと看取りの講座」で二木先生は家族との死別体験を思い出し涙する人や、死別の哀しみから抜け出せず後悔している人、相談相手がおらず困惑している人達と出会いました。そこで死

別の哀しみを語り合う、グリーンカフェ「癒しの空間」を1年半の準備期間を経て立ち上げました。運営者は参加者の哀しみや悩みが解消するために支援したいと考えて運営してきましたが、運営に無力感を感じたと言います。それは、参加者が励ましの言葉を「説教された」と受け取っていたことで、解決策の提示や励ましが不必要であるとわかったことが関係しているそうです。語り合いの中から、その人が自分の中に持っている「解決策」を引き出せるようにすること、そのための場所づくりが運営に求められていることだと学んだと言います。

このグリーンカフェ「癒しの空間」の活動は、私たちハートビートの分かち合いの会に通じるところがあります。お互いに、癒しの場所を作るということに関して知見を集め協力し合い、より良い語り合いの場を作れるようにしていきたいと考えました。



質疑応答では、これから超高齢社会を迎えたとき、施設や病院で死ねない人が多くなった時に、地域で何が出来るのかという問いがありました。二木先生は、隣近所の横の繋がり、若い世代へ伝える縦の繋がりの方が重要となることをお話しされ、地域包括ケアのシステムに看取りの文化の継承や death education (死の教育)をも組み込むことが必要であると答え下さいました。地域の中で

看取ることは、我々ハートビート活動とも通じるところです。ハートビートの活動でも、若い世代の参加が少ない現状から若い人に思いを引き継ぐためにどうすれば良いのか、考えていかななくては、と今後の活動への示唆を得ました。

今回は若い世代の参加もあり、積極的に質問が投げ掛けられました。認知力の衰えてきている祖父母から何を学んだら良いのかという質問に対し、このように考える若い世代がいたことに嬉しいという思いを伝えていただいてから、お答えを頂きました。

祖父母はどんなに小さな事でも、孫に自分の若い頃、子供の頃の事、感じていたことを聞いてほしいと思ってお話しされました。その中には、苦勞したこともあります。本人が嫌そうであればその苦勞も聞いて良いということです。そして、聞いたお話しは記録に残すことも大切だとお話しされました。記録に残すことで、「いのちのバトン」が渡され、その人のいのちが続いていくことに繋がります。

去年は映画『この世界の片隅に』がヒットしました。この作品の作者は、呉の町で戦火を生き抜いた祖母の話を生前にしっかりと聞けなかった後悔と、そこに生き抜いた人々の日常を描くことで残したいという思いからこの作品を作ったそうです。映画の作画でも、失われた広島を再現するために、そこに生きてきた人々の記憶を辿ったそうです。戦争中のひとりの女性の日常を追った作品にこころを奪われる私たちは、今度は自分の身近な人の生きてきた日常の物語に耳を傾け、その物語を残すことでいのちのバトンを繋ぐ役目があると感じました。

今後、症状が出現したら治療ができない、と言われた疾患を抱える母が、延命

治療をしないでと希望していることに悩む若い世代からも質問がありました。質問者含め、家族は何としてでも生きてほしいと願っているが、延命してはいけないのでしょうか、とのことでした。

二木先生は優しく「お母さんは、どうして延命してほしいのか聞いてみましたか？」と尋ねられました。質問者は、はっとした顔をして、延命しないでという母の言葉を聞いたのみで、なぜとは聞いていないと答えました。実際に命に関わる疾患を抱えた家族と先の事を話し合うことは、お互いにとって苦痛を伴うと思います。しかし、結論だけをぶつけ合うのではなく、その裏に隠れた不安や相手への思いも話し合わないと、看取りの瞬間もそのあとも辛い思いを抱えて生きることになります。

先生は、いのちはその人だけでなく、家族のものでもあるのだとお話しされました。疾患を抱えた本人が死を望んでも、家族から、「生きてほしい。支えさせてほしい」と伝えることは、悪いことではない。お互いに最期の時にどうしたいのかを伝え会える、そんな文化になっていけば良いと二木先生はお話されました。

私も実際に臨床で、互いに話し合えない家族が多いように感じていました。話し合ったといっても、今回の質問者のようなケースもありました。また、蘇生に関しても、「やっぱり…」と揺れ動く患者様や家族がいました。私は、看護師として、そんな方々のいのちの物語を知っていただろうかと考えさせられました。

講座終了後の茶話会では、和やかな雰囲気の中、二木先生を交えお話ししました。各々が自分の考えを語り合える場となり、有意義な時間が過ごせました。

(文責：細萱絵里香)

第2回 悲しいときに悲しいといえる地域をめざして

講師：^{はらみみほ}原見美帆さん（元和歌山市保健所・精神保健福祉士／

関西学院大学大学院人間福祉研究科・大学院生）

日時：2016年11月27日（水）午後1時00分～3時00分

会場：信州大学医学部保健学科中校舎1階212教室（松本市旭）

連続講座第2回目は、和歌山市で13年間にわたって精神保健福祉士として地域住民の方のこころの相談や地域づくりに取り組まれた原見さんの講演だった。原見さんは、行政で事業に取り組む中でグリーフケアの学びの必要を感じて退職ののち、現在は大学院で学ばれている。

まず、「グリーフ」という言葉について、日本語訳は「悲嘆」だが、この言葉はラテン語の graves（重い）という言葉が語源で「心は悲しみで重くなった」という意味である。悲嘆とは、喪失に対する様々な心理的・身体的症状を含む情動的反応のことで、悲嘆を感じた時に現れる反応として特徴的な反応はあるものの絶対的な反応はない。私たちが体験する喪失には、死別、別離等の「人物の喪失」、大事な物の紛失、ペットの死等の「所有物の死」、住み慣れた家、故郷等の「環境の喪失」、失明、身体機能の低下等の「身体の一部の喪失」、アイデンティティ、誇りや理想等の「目標・自己イメージの喪失」がある。

そのような様々な喪失体験で引き起こされるグリーフにより、様々な病気のリスクは高まり、生活の質（QOL）が低下し、仕事や家事、育児を行うことも苦しくなる。だが、このような時に一時的に家事をヘルパーさんに頼みたいと思っても行政の支援の優先順位が疾患・障害であるため、それだと認められないと様々な保健福祉サービスも十分に受け

ることができない仕組みになっている。要は疾患だと診断されないと、保健福祉サービスが受けられない。その人の状態に応じた支援を行い、生活の質（QOL）を高めることが必要で、ICD-10の診断基準に複雑性悲嘆を入れるように現在ICD-11が作成中とのことだ。

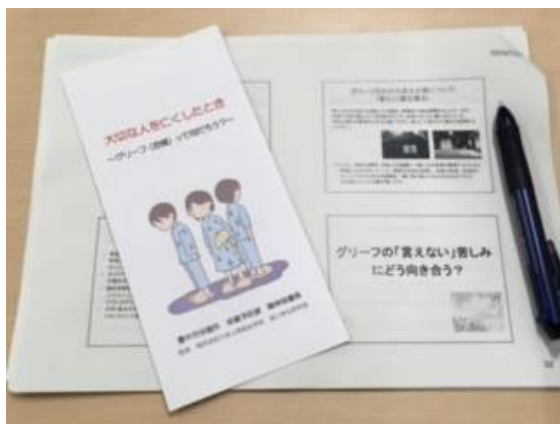
グリーフケアについて、原見さんは文献を引用して「重要な他者を喪失した人、あるいはこれから喪失する人に対し、喪失から回復するための喪（悲哀）の過程を促進し、喪失により生じるさまざまな問題を軽減するために行われる援助」と説明された。そして、グリーフを感じている人に私たちができることの一つである言葉がけについて、その方との関係性や言い方によっては、遺族などグリーフを感じている方を傷つける言葉になることもあるということを教えていただいた。例えば、「大往生でしたね」、「早く立ち直らないと」、「時間が解決してくれるよ」などである。「例え故人が98歳で亡くなって傍からみたら長生きで大往生であっても、その人がいなくなるとは悲しいことだ」という視点に気付くことができた。

最後に、原見さんは「グリーフの『言えない』苦しみにどう向き合うか」という投げかけで地域づくりについて、当事者である遺族の話せない苦しみとその背景に存在する「死」をタブー視する社会があり、そのような偏見・無理解に対

しての取り組み方を変えていく必要があると話された。

具体的には、これまでの行政の取り組みは、広く一般住民を対象に無知や誤解に対する正しい知識を伝えたり、住民の知識と態度の改善を求めたりするもので、必要なことではあるが地域づくりにおいて住民の知識や態度の改善だけを求めても短期間で変化が小さく、遺族の無理解・偏見・スティグマ軽減にはたどりつかない。

これからの取り組み方としては、自身の体験を伝えたいという当事者である遺族やグリーフを感じている人の思いを尊重し、彼らの語りを聴きたいという住民との語り合う機会を作ることや、地域づくりに関連する事業等に当事者の声を届け、地域づくりを行う関係機関とのパートナーシップが求められるとのことだった。



原見さんが挙げるグリーフケアの当面の課題の一つに「実態確認」という項目があり「グリーフについて言えない苦しみ等があり、実態を把握しづらい」。ここにグリーフケア事業の展開のし難さがあるとのことだった。実際に、行政

自死分かち合いの会の多くが抱える悩みとして、「1回に2、3人しか来ない」、

「遺族のニーズがわからない」、「遺族への周知が難しい」、「これからどのようにこの事業を発展させていくか」というものがあり、行政としては事業実績がほしいのだが、前述のような悩みを抱えているようだ。

そこで、やはり行政にグリーフケア事業として展開してもらうには、当事者である遺族と行政との間に民間団体が間に入って連携していくことが望ましい。原見さんは、行政が民間団体とつながることで解決を見出せることもあると仰っていた。個人的に感じたこととして、「言えない」苦しみを持ち、なかなか当事者の声が表に出てきにくい状況のなかで、遺族の方との信頼関係は、行政よりも民間団体の方が作りやすいのではないかと感じた。

講演会の最後に原見さんを囲んで茶話会が開かれ、具体的に行政と連携するために民間団体としてどうあるべきか、多くの民間団体が抱える課題・悩みについて話題が挙がった。活動するための財政面や人員確保、組織づくりなどがある。原見さんの講演を聞いて、グリーフを感じている人、特に遺族には故人を亡くしたことに伴う孤独感だけでなく、周囲に辛い思いを口にできないことで感情を共感してもらえないことによる孤独感があることを感じた。

ハートビートによる地道な活動が、いつか行政との事業連携に結びつく日がくることを願い、細く長く活動していきたい。
(文責：赤羽裕子)

<受講者の声>

私は死別の哀しみを経験してこの集団を知りました。その時、集団から出された冊子を読むことで随分と救われました。しかし、今もこの悲しみから立ち直れず、

苦しんでいます。なので私は人をケアするというより、今の自分をどうにかしたい気持ちが強い中でこの集団の活動に興味をもっています。しかし、今日の講座を聞き、私も悲しみを経験したひとりとしても同じような思いを抱いている人をみかけたら、少しでも理解、力になればと思いました。今後もこの集団を応援していきたいと思っています。

第3回 認知症グループホームの看取りとケア

講師：^{きよさわきょうこ}清沢京子さん（松本短期大学看護学科）

日時：2017年1月19日（水）午後7時00分～9時00分

会場：信州大学医学部保健学科中校舎1階212教室（松本市旭）

＜編集者注：第3回連続講座の報告は、ご発表くださった清沢さんご本人にさせていただきました。＞

2015年4月7日、母が亡くなった。私は母が亡くなるまでの3カ月の間に起きた出来事により、自らの看護観や死生観を何度も確認することになった。同時に認知症の人を在宅で介護して看取ることの難しさも体験した。

今回の私の経験が、認知症の方を介護している方や今後家族を看取ることになる方々への参考になれば、という思いもありケア集団ハートビートの連続講座でお話をさせていただいた。

母が認知症になった

全国で認知症を患う人の数は2025年には700万人を超え、65歳以上の高齢者のうち、5人に1人が認知症に罹患するといわれている。

私は看護師でありながら、自分の家族が認知症になるとは全く考えていなかった。母は記憶力が良く、「うちの家系には認知症がないから、大丈夫。」が口癖であった。5～6年前からパーキン

ソン症状により、腕の震えと足が出にくいなどの症状の進行はあったが、記憶力もコミュニケーションも以前と変わることなく生活していた。

しかし、2015年2月に母の認知症は「妄想」という形で出現し、急激に進行した。そして母の被害妄想の「敵」は娘である私と夫である父に向けられていた。自宅で「敵」である私たちに介護されることに、母は不安と恐怖を感じていたに違いない。父はリウマチで身体が思うように動かず、私は昼間仕事をしているため、私はすぐに母を預かってくれる認知症グループホームを探した。

しかし、母の認知症は予想していたより急激に進行し、2月下旬の夜、母は寝ている私を襲ってきた。私の首を絞めてきた母の力は、小さな母からは考えられないほど力強く、パーキンソン病で最近はおぼつかなくなった足元は、その夜は不思議なくらいしっかり歩いていた。母が骨折をしないように気遣いながら、力強い母の手を振りほどく力加減は難しく、制止する私に説教をしてくる母が悲しくもあった。母が別人格になってしま

ったことの喪失感は言葉では表現できないくらい重く苦しかったが、嘆いている余裕はなかった。そして暴れている母は落ち着くことなく、その晩救急車で精神病院に入院してしまった。

病院からグループホームへ

病院に運ばれると母はおとなしくなった。妄想の原因の「自宅」や「娘」、「夫」から離れて母は落ち着きを取り戻していたのだが、看護師は静かになった母の四肢と体幹を抑制した。何日もその状態が続き、食事が食べられなくなると医師は経管栄養を提案してきた。急激に認知症を発症した原因は腫瘍かもしれないから検査をしたい、と医師は言った。

病院に入院するという事は、検査や治療をするということだ。内服を拒否すれば点滴やチューブを挿入して薬を注入する。生活支援より治療が優先されるのが病院である。82歳、体重は30キロ代に落ち体力も消耗した母は、検査や治療により死んでしまうだろうと私は思った。人生の最期縛られたまま過ごしてほしい、少しでも母に笑ってほしい、自由や楽しみを感じてほしい……。一度は病院に助けを求めておきながら、病院から母を助け出さなければ、という思いに変わっていた。

認知症グループホームのケアと看取り

グループホームは、1980年代にスウェーデンで発祥し、1990年代初めに日本で取り組みが始まった介護サービスのひとつである。9人程度の少人数の認知症高齢者が、スタッフとなじみの関係の中で共同生活を営みながら認知症の症状を和らげることを目的としている。

もともと友人が多く家事が好きだった母にとって、グループホームは最適の居場所になると考えた。病院スタッフは

母を「グループホームの適応ではない」と笑ったが、グループホームのスタッフは話し合いの末母を受け入れてくれた。

グループホームに入居した当日、みなさんと昼食のカレーを完食し、歌をうたった。お風呂に入れてもらい、久しぶりに笑顔が戻った。母はグループホームに入居することに何の疑問も抱いていないようで、一瞬でその環境に馴染んだ。母はすっかり別人格になってしまっていたが、母が楽しそうに過ごす様子を見ることで私も父も安堵した。

スタッフは、母の妄想につきあい、母の訴えの意味をわかろうと話し合ってくれた。母に話を合わせ、演技をしてくれた。母の好きな食べ物を食べたい時間に提供しようと努めてくれた。母が安心して自由に過ごせるこの場所で、認知症が進行せず一日も長く生きられますように……と願っていたが、体力が消耗していた母は次第に寝込むようになっていった。

グループホームには、職員の資格要件はない。そのためスタッフとして看護師を採用しているところは少ない。母を受け入れたグループホームは診療所に併設されており、医師や看護師との連携が常にとれるところであった。入居当初から終末期の意思確認を行い、同意書を交わしていた。私は延命のための挿管や経管栄養は行わず、その代わり苦痛を軽減するための輸液、酸素療法はお願いした。

母の意識が遠のいてからも、スタッフは母が寂しくないように日中はみんなの声が聞こえるフロアのベッドに寝かせ、夜は居室に運んでくれた。酸素や輸液のタイミングや説明も信頼できるものだった。そして母は、医師や看護師に励ましていただきながら4月7日に静かに息を引き取った。グループホームの

庭には、母が楽しみにしていた桜の花が一輪花をつけていた。

以上が、私の経験したグループホームでの看取りとケアである。母は亡くなったが、亡くなる直前まで母が一人の人として大切にされていた、ということは悲

しんでいる私たち家族の支えになった。

グループホームあずさ小町の先生、看護師さん、スタッフの皆さまの心のこもったケアに、感謝を込めて……

(文責：清沢京子)

<受講者の声>

自宅で看取ることが奨励され始めた中で、今回グループホームでの看取りの話をして聞いたことは、施設に入所することで家族+αの力が加わるということだった。家族のみで認知症のケアを行おうとしても必ず無理になることがあり、そのような中で+αの存在（介護、看護の専門職、グループホームの職員、地域の人々）が近くにいて支えてくれることで、なんとか看取りに向かっていたのだと感じた。地域にそのような支え合いが作られていくと良いと感じた。

~~~~~    ~~~~~    ~~~~~    ~~~~~    ~~~~~    ~~~~~

## 第3回長野県内緩和ケア病棟訪問見学会

日にち：2016年9月15日（木）

訪問病棟：岡谷市民病院緩和ケア病棟

ケア集団ハートビートの年次活動の一環で、愛和病院(長野市)緩和ケア病棟・諏訪中央病院(茅野市)緩和ケア病棟の見学に引き続き、3回目となる訪問見学会が行われた。今回訪問したのは岡谷市民病院の緩和ケア病棟である。坂田師長、遠藤副師長の案内で病棟見学をした後、病棟の方針や看護師のお考えや患者さん・ご家族の思いなどについてうかがうことができ、とても貴重



な訪問見学会となった。

岡谷市民病院は昨年の平成 27 年の 10 月に新病院として建て替えられ、緩和病棟はその際に岡谷塩嶺病院から移転してきた経緯があり、病棟は新しくとてもきれいであった。全室が個室であり立地を生かし諏訪湖が眺望できる見晴らしの良い部屋も多かった。部屋の設備として車いすでもシャワーができるようにと整えられていた。

病棟には少しでも好きなものを食べられるようにと患者用に共同の台所が設置されており、家族が待機するための部屋も 3 部屋ほど用意されていた。ご家族や大切な方々がいつでも面会できるように、面会時間に制限もないとのことであった。また病棟の談話室もきれいに整備されているが、飾りもの

があり暖かな雰囲気であった。

入院するためには、医師と師長との面接があり、そこで病状を確認し本人の希望を丁寧に確認しているという。入院後部は病棟のスタッフが協力して、音楽や季節の行事を楽しむ会を催しており、日常生活の中での変化や楽しみを感じられるように工夫がされていた。

私自身は看護師の経験があるが、以前勤務していた病院には緩和ケアチームはあったが、今回初めて緩和ケア病棟に足を運んだ。首都圏の病院であったが、曖昧ではあるが緩和病棟はあまり無く、順番待ちをしながら亡くなっていく人もいるなかで緩和病棟に入れた患者さんは幸運な患者さんという印象があった。しかし岡谷市民病院は緩和病棟でベッド数17床を持ち、緊急での入院が可能なように1~2床は空けているなかでもあまり順番待ちは無いとのことで意外に思った。しかしこれは同じ諏訪地方に緩和病床をもつ病院が他にもあり緩和医療を受けるには恵まれた立地であるためであり、日本のどこでもこのような状態ではないのではないかと考えた。

説明のなかで、患者さんのなかには緩和病棟に行くと「すぐに死んでしまう」「できれば行きたくない」と考えているひとも多いということに驚いた。しかし、現在病棟からは諏訪湖が一望でき、とても景色がきれいであった。しかし新病院の設計の段階では今の病棟の反対側も現病棟に比べると景色があまりきれいとはいえない場所に設置される案があったという。しかしある看護師長が、景色がきれいなところで最後の時間を過ごす方がよいのでという意見を出し、現在の場所になったというエピソードを聞き、病院関係者でも

少なからずそのようにとらえている人も多く、緩和医療について知らない・詳しく知らないという人が多いのではと感じた。



患者さんとのやり取りに関しては、終末期を迎えている患者さんの中には、その大きな不安や恐怖から非常にわがままになったり、攻撃的になる場合があります。患者さんのやり場のない感情をくみ取ることが大切である。時に看護師自身も疲弊しないようにチームで協力し工夫していることを聞くことができた。スタッフとしては「今」を大切に心がけて看護を行っていると感じ、限りある時間のなかでの緩和ケアの看護がこの言葉に集約されていると感じ印象的であった。

また、患者を亡くした家族の反応は様々であるという。遺族として病院に気軽に足を運ぶ家族もいれば、病院に来ると患者を亡くし辛い気持ちを思い出してしまうために行くのが辛い等反応は様々であるという。緩和ケア病棟でもそのように感じる家族がいるため、一般病棟や事故などで家族を亡くしてしまった場合などはさらに強く感じると思うためハートビートの活動を継続していく必要があると感じた。また自分自身も今後も医療職として勤務する中で終末期の患者さんと関わる機会も増えると思うが、見学会での話を参考にさせていただきたいと思う。

最後に末筆ながらお忙しいところ長時間に渡って素晴らしいお話しとご案内をしてくださった坂田師長・遠藤副師長と今回の見学訪問を快く許可してくださった天野直二病院長に、あらためて深く御礼申し上げます。ありがとうございました。（文責：和田優子）

## 特別報告：第 40 回日本死の臨床研究会年次大会

日にち：2016 年 10 月 8 日（土）・9 日（日）

会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

＜編集者注：日本死の臨床研究会は、看取りや死別にまつわる臨床にかかわる医療福祉関係者、行政、宗教者、研究者などが参加する学会で、1977 年に発足しました。年 1 回の年次大会では、国際会議場などで開催しなければならないほど、多くの人に参加します。今回は、信州大学医学部保健学科の大学院生である赤羽さんに、特別に参加報告をしていただくことになりました。＞

### 「認知症、せん妄かつ孤立者のがんの終末期における代行決定」の事例

この事例は「孤立者の医療上の意思決定支援に医療者がどのように関わるか」というテーマを投げかけた事例検討だった。患者は 70 代の舌癌がある男性。独身で結婚歴がなく生存している肉親が 1 人もいなかった。生活は、年金のみで貯金はない。何十年も歯を磨いておらず 40 年近く一日に 2ℓ 程の飲酒をしていた。せん妄や認知症、多発性脳梗塞もあった。この男性患者は、生活保護のため、ホスピスの無料ベッドの空き待ちには 2 か月以上を要すため、入院中の精神科病棟から、一旦一般病院への転院が決まった。しかし、転院先で転院 2 日後に舌癌からの出血による止血困難をきたして他界したとのことだった。

精神科病棟に入院中に、この患者の今後の方向性を決める患者の意思決定支援のカンファレンスが行われた。患者本人は、身体抑制、施錠隔離が必要な状態で自己判断が困難であると判断されて

いる。参加者は口腔外科、精神科、緩和ケアセンターの医師、精神科ソーシャルワーカー、看護師、役場の福祉課、地域連携の 7 名だった。その際、臨床倫理の 4 分割法（医学的適応、患者の意向、QOL、周囲の状況の 4 つに分かれている）というものが用いられて検討された。そして結果として患者には、急変時には心肺蘇生はせず、苦痛をとる鎮静のみをすることになった。

この事例検討には、2 つの論点が挙げられていた。1 つは「患者本人の意思表示が不明確な中、代理意思決定者も決まっていない場合での意思決定支援」、2 つ目は「代理意思決定者も決まっていない状況での、短い予後が予想される場合の意思決定を誰が行うのか」だった。

会場で行われた討論では、このケースが一医療機関内でのカンファレンスで行われていることから、このような対処が難しいケースには「精神科医療審査会」に諮ることの有用性が述べられた。精神科医療審査会とは、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」<sup>1)</sup>の第十二条に定められており、「精神科病院に入院している人の人権に配慮し、適正な医療が保障されることを目的」<sup>2)</sup>として、都道府県と政令指定都市に設置されている機関である。委員には精神障害者の医療に関し学識経験のある者（精神保健指定医）、精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験のある者、法律に関し学識のある者の中から都道府県知事が任命し

任期は2年となっている。

「入院している患者やその保護者などは、都道府県知事または政令指定都市の長に請求書を提出し処遇改善や退院請求を求めることができる。審査の請求をすると精神医療審査会の委員が本人、主治医、その他関係者から話を聞き、聞き取った内容などをもとに審査会で審査し、その結果が『適切でない』と判断すれば、都道府県知事（政令指定都市の長）は本人と病院に対して結果を知らせ病院には現況の改善を求める」<sup>2)</sup>。

よって、もしこの事例がこの審査会に審査請求されていたら、法律に精通する学識経験者もいる精神科医療審査会から、また違った意見があったかもしれないと予想する。

事例発表者からは、この患者が転院2日後に亡くなったことに触れて「いつ亡くなるかは、誰にもわからないが、それでもこのようにあまりに早い死を聞くと、まるで押しつけたように感じる」という発言があった。

これに対して会場内からは、予後不良の患者を多く受け入れている施設に勤める看護師から、亡くなった患者が大事にしていたことを死後もなお大事に考え、患者が温泉好きだったなら亡くなったあとにお風呂に入れさせてあげること、また転院前にいた施設の職員あてに手紙を書いている例などが紹介され、とても印象深かった。

特に職員にあてた手紙というのが、転院前の医療機関の職員が「ここでも患者の最善のケアを提供してはいたものの、最終的に患者を押し付けてしまったようだ」と自身を責めがちにある境遇を察して送られるものであり、医療者のためのグリーンケアがなされていることに感銘を受けた。

この他、「真の援助者を目指して——援助者の自己肯定感」というテーマのシンポジウムにおいて、愛和病院の平方眞医師が、「修羅場になりそうな『死の臨床の現場』を収めるために」と題してシンポジストとして講演をされた。

平方先生は、2つの事例を挙げて修羅場に発展せずに収められた要因を分析され、「怒っている相手に対して自分の怒りの感情にまかせない」、「距離をとる」、「家族よりも早く現場に駆け付け、医療的なケアとしてやるべきことは全てやっておく」という3点を挙げておられた。予期しない経過で死を迎えた人の遺族が、怒りや悲しみを医療者にぶつけてくる場合がある。そのような時に、遺族と医療者との間で修羅場になって訴訟問題が発生すると、遺族の悲しみとは別に、医療者側も傷つき、ひいては燃え尽きてしまうことにつながる。そうならないために、先生が挙げておられた点に気をつけながらそのような場を穏やかに収められればよいと思った。

最後に、フォトジャーナリストの國森康弘さんの「いのちをつなぐということ——ファインダー越しの看取り」という講演を通して、「生老病死は私たちの身近にあるもので、私たちは命のバトンを受け継ぎながら生きている」ということを実感した。

國森さんの写真には、住み慣れた自宅で子供、孫、ひ孫に囲まれて亡くなる高齢者の姿や、若くして病気を患い亡くなった少女、先天性疾患のため出生わずか数時間で亡くなった赤ちゃんなど様々なケースの写真があった。特に印象強く残った写真は、亡くなったばかりのひいおばあさんの頬に顔を寄せるひ孫の少女の写真だった。

昔は何世代もの家族が一緒に暮らす

