

# ホスピス・ボランティア育成プロジェクト

あなたが  
費やせるもののうち  
最も価値あるものは  
時である。

制作：日本ホスピス・在宅ケア研究会

このプロジェクトは、在宅医療助成勇美記念財団の支援を受けている。



## 前書き

ホスピス緩和ケアでは患者と家族の多様なニーズへの対応が求められる。特に、在宅ホスピス緩和ケアでは地域全体で患者や家族を支援することが望ましい。そこでは、公的に認定された医療・介護・福祉専門職の他に、ボランティアの関わりが重視される。患者にとって、ボランティアは各専門職と家族・友人とともに第三の力強い味方となる。

ボランティアには、単に患者や家族の手足となって活動するだけでなく、医療・介護という閉鎖社会で療養を強いられる人々に日常性を取り戻すための窓口として大切な役割がある。つまり、ボランティア活動は医療や介護福祉を補助する目的というより、患者と家族に寄り添うホスピス・ボランティア専門職という立場になる。

ただし、それだけにホスピス緩和ケア領域でボランティアとして活動するにはある種の専門性が求められ、ホスピス・ボランティアとしての素養を修得する必要がある。これまで、ホスピス・ボランティアは個々の施設や一部の地域が独自に養成していたが、在宅ホスピス緩和ケアの普及を考慮すると、全国各地においてホスピス・ボランティアを育成できる体制を整える必要がある。

このホスピス・ボランティア育成プロジェクトは、下記に示した先行する地域が公開しているホスピス・ボランティア研修マニュアルとホスピス・ボランティア活動憲章を参考にしながら、日本ホスピス・在宅ケア研究会が策定したものである。

本書は、ホスピス・ボランティアを育成している先達を参考に、ホスピス・ボランティア育成プロジェクトを遂行する取り組みを時系列的に「ホスピス・ボランティアについて」と「ホスピス・ボランティア育成プログラム」、「ホスピス・ボランティア研修マニュアル」を示し、ボランティア育成プログラム策定者、ボランティア・コーディネーターも含めた関係者全てに向けた実践的なホスピス・ボランティア育成のためのモデル・プログラムである。それらプログラムとテキストを全国誰もが利用できるように公開して、ホスピス・ボランティアの育成に役立てたい。

## 参考書

- (1) 日本ホスピス・在宅ケア研究会. ホスピス・ボランティア研修マニュアル. <http://www2.toshiseikatsu.net/hospice/>
- (2) ふくおか在宅ホスピスをすすめる会. 在宅ホスピスボランティアのススメ. <http://www2.toshiseikatsu.net/hospice/>
- (3) Manitoba Palliative Care Volunteer Education Manual. Norms of Practice Hospice Palliative Care Document, Provincial Palliative Care Network, Manitoba, December 2010.
- (4) “Voice of Volunteering”. - The EAPC Madrid Charter on Volunteering in Hospice and Palliative Care. <http://www.eapcnet.eu/>

# ホスピス・ボランティア育成プロジェクト

## 前書き

### 第1部：ホスピス・ボランティア入門

- 第1章：ホスピス緩和ケアとは
- 第2章：ホスピス・ボランティアとは
- 第3章：ホスピス・ボランティア活動憲章
- 第4章：ホスピス・ボランティアの自律的活動

### 第2部：ホスピス・ボランティア育成プログラム

- 第1章：ホスピス・ボランティア育成プログラムの方略
- 第2章：ホスピス・ボランティア研修プログラムの策定
- 第3章：ホスピス・ボランティアとしての初動
- 追 補：研修の成果を向上させる教授法のヒント

### 第3部：ホスピス・ボランティア研修マニュアル

- 第1章 ホスピスへようこそ!!
- 第2章 良いコミュニケーションに求められること
- 第3章 ホスピス緩和ケアの身体的側面
- 第4章 死に逝く過程の心理面への対応
- 第5章 スピリチュアルケア（たましいのケア）
- 第6章 お別れのケア
- 第7章 悲嘆ケア
- 第8章 ホスピス・ボランティアの自分自身へのケア
- 第9章 ホスピス緩和ケアに配慮すること
- 第10章 ボランティアとして活動する
- 第11章 ホスピス・ボランティアに求められる責務

## 後書き

## ホスピス・ボランティア育成プロジェクトの目的

1. ホスピス緩和ケアの重要性について理解を促進すること。
2. 医療福祉界におけるボランティアの意義に関する理解を促進すること。
3. 関係者のコミュニケーション技能の発展を図ること。
4. 重篤な患者の全人的苦痛に対するケアの実践と改善を図ること。
5. 患者中心のケアと家族中心のケアの周知を図ること。
6. ホスピス・ボランティアとして活動する体制を構築し実践すること。



# 第1部：ホスピス・ボランティア入門

## 第1章：ホスピス緩和ケアとは

### I. ホスピス緩和ケアの定義

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである。(世界保健機関、2002年)

### II. ホスピス緩和ケアは、

1. 痛みやその他のつらい症状を和らげる。
2. 生命を肯定し、死にゆくことを自然な過程と捉える。
3. 死を早めようとしたり遅らせようとしたりするものではない。
4. 心理的及びスピリチュアルなケアを含む。
5. 患者が最期までできる限り能動的に生きられるように支援する体制を提供する。
6. 患者の病の間も死別後も、家族が対処していけるように支援する体制を提供する。
7. 患者と家族のニーズに応えるためにチームアプローチを活用し、必要に応じて死別後のカウンセリングも行う。
8. 生の質（QOL）を高める。さらに、病の経過にも良い影響を及ぼす可能性がある。
9. 病の早い時期から化学療法や放射線療法などの生存期間の延長を意図して行われる治療と組み合わせて適応でき、つらい合併症をよりよく理解し対処するための精査も含む。

### III. 死に逝く人の基本的人権宣言

- ・私には 死に至るまで、生ある人間として扱われる権利があります。
- ・私には どのような状態になろうとも 希望を持ち続ける権利があります。
- ・私には いかなる状況でも希望を持ち続けられる人々に世話をしてもらえ権利があります。
- ・私には 私自身の死に対する感情や喜怒哀楽を自分らしく表現する権利があります。
- ・私には 私のケアに関するあらゆる決定に参加する権利があります。
- ・私には たとえ治療の目的が「治癒」から「苦痛緩和」にかわっても、引き続き誠心誠意の治療と看護ケアを受ける権利があります。
- ・私には 孤独の中で死ななくてもよい権利があります。
- ・私には 痛みから解放される権利があります。
- ・私には 私の質問に正直に答えてもらえる権利があります。
- ・私には だまされない権利があります。
- ・私には 私の死を受け容れるにあたって、私の家族から助けられ、また私の家族に手を差し伸べてもらえる権利があります。

- ・私には 安らかに尊厳をもって死ぬ権利があります。
- ・私には 私の決断が他の人の意見と違うと判断されることなく 私の個性を保ち続ける権利があります。
- ・私には 誠意と優しさが必要な知識を持ち、私の望むところを理解し、私の死を援助することで満足を得ることができる人にケアされる権利があります。

\*かつて、死に逝く人は人体実験の材料にされていました。死に逝く人にも基本的人権があること、それらを尊重することがホスピス緩和ケアの理念に通じます。

#### IV. ホスピスケアと緩和ケアの由来と歩み

ホスピスとは、ローマ帝国から中世ヨーロッパのキリスト教修道院に備わっていた巡礼者をもてなす慰安所であり、そこでは病者をケアする理念と実践が続いてきた。それがキリスト教を背景とする宗教的ホスピスケアである。

そして、19世紀になり3人の女性（メリー・エイケンヘッド、ジャンヌ・ガルニエ、ローズ・ホーソーン）のもとで、「人間としての尊厳」そして「人権運動」としてホスピスケアが新しく展開されることとなった（近代ホスピス）。

1960年代には、モルヒネ等を積極的に使用する医科学を導入したデйм・シシリー・ソーンダース（1918～2005年）により現代ホスピスが誕生した。

一方、「ホスピス」はフランス語では慈善救貧院を示す言葉であり、終末期医療領域では使えない。加えて、「ホスピス」という言葉には宗教性が加味されているとして、カナダのマギル大学のバルフォア・マウントが「緩和ケア」という言葉を導入した。以来、「緩和ケア」という言葉が広く用いられることとなった。ただ、「ホスピスケア」は幅広い概念をもっているため、ここでは両者を同義語として用いる。

なお、現在、緩和ケアの理念は、保健医療の基本的な理念として位置づけられつつあり、コミュニティに根差した緩和ケアの展開が広がっている。

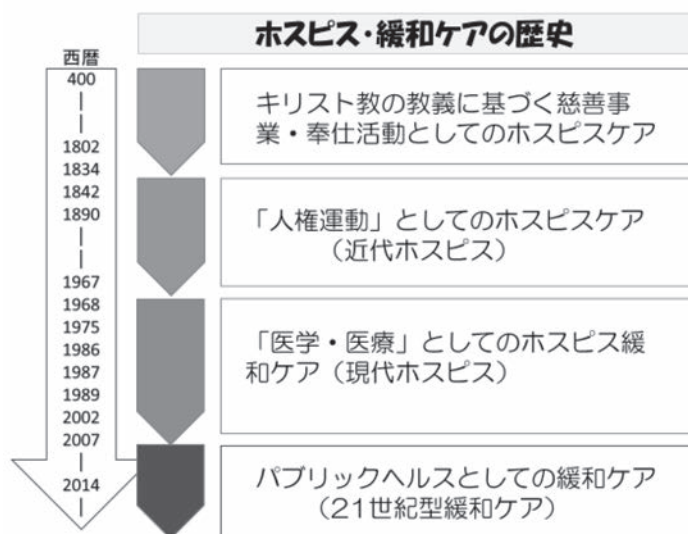


図 ホスピス・緩和ケアの歴史



## V. ホスピスケアの内容

### 1. 全人的ケアとは

ホスピス緩和ケアは、患者の身体、心理情緒、社会、スピリチュアル（たましい）にまつわる様々な課題を扱う。これら4側面のケアを合わせて「全人的ケア」と表す。

### 2. 全人的ケアは

#### 1) 家庭で（在宅療養）

- ・療養：定期的な看護師と医師の訪問、24時間応需態勢。
- ・多職種による患者と家族の療養支援。
- ・研修と訓練を受けたボランティアの支援。
- ・療養に必要な医療介護機器の提供、各種治療の提供。
- ・レスパイト・ケア：短期間の介護交代（入院ケアとの組み合わせなど）。

#### 2) 入院して

全ての患者が終末期を在宅で過ごせるわけではなく、入院を要する患者もいる。大切なのは、痛みの制御や他の苦痛に対して全人的ケアが場所を問わず受けられることである。

#### 3) 施設入所中でも

上記の家庭で受けられる医療・介護サービスは、医療保険や介護保険、他の公的サービス、また個人負担を問わず、各種入所施設の入居者も受けられる。患者がホスピスケアを受けていても、それぞれ施設の職員はそれまでと同じサービスを行う。

#### 4) お別れのケア・悲嘆ケア

- ・患者の生前のみならず、患者との死別後の家族ケア
- ・患者の死後1年間、遺族の悲しみに関する情報の提供。
- ・1周忌サービス。
- ・支援のためのグループで支える集会。

### 3. ボランティアの関与

- ・患者ケアの支援。
- ・家族ケアの支援：レスパイト・ケア、家族内の仲介（必要なら）、傾聴、お手伝い等。
- ・事務的な支援。
- ・ボランティアによる自律的な組織活動。

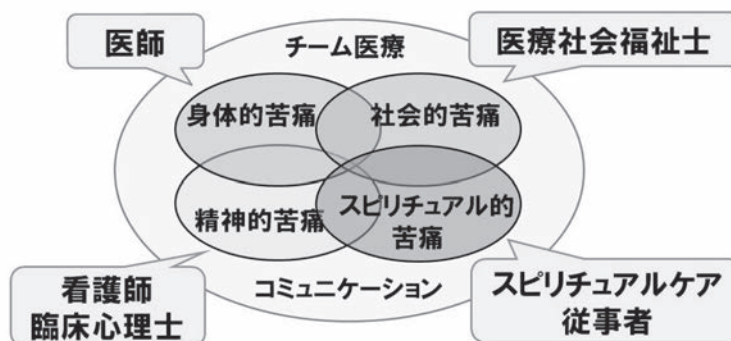


図. 全人的苦痛とそれらに対応する全人的ケアに従事する専門職。患者個人の訴えと治療の道程は、医療専門職の歴史的出現順番と一致する。ケアに大切なのはチーム医療とコミュニケーション術である。

## 第2章：ホスピス・ボランティアとは

### I. ホスピス・ボランティアの定義

ホスピス緩和ケア・ボランティアの活動とは、既存の社会的あるいは家族関係の枠外に組織化された仕組みで、一定の形式に従い、予後が限られた状態にある成人や子どもと彼らの家族及び親しい人々に、俸給なしに「生の質」を改善する意図をもって自由に提供される個人の時間をいう。(ホスピス・ボランティア活動憲章、2017年)

### II. ホスピス・ボランティアの3型

1. 地域ボランティア活動（直接患者と接し、間接的に関わる支援者的な役割）。
2. ボランティアの運営に携わる。
3. 報酬を受け取らないで自己の専門的能力を提供する専門家。

### III. ホスピス・ボランティアに求められる資質と素養

1. 広い心、自分の判断を加えないで傾聴できること、受容の姿勢、視野を広げ学ぶ意欲。
2. 患者と家族の多様なニーズに応えられる感受性。
3. 自分の動機と自身の悲嘆の経験に関する熟慮。
4. ホスピスと緩和ケアに対する哲学と原則を持つこと。
5. 境界領域とボランティアの権利と義務を含めたホスピス・ボランティアとしての役割とアイデンティティ、確信。
6. 家族介護者と専門職との注意深い協調。
7. コミュニケーション技能。
8. 情緒的衝撃に対する理解も含めた自分自身のケア。
9. 直接患者のケアに関わる場合は、安全な動作や移乗技術などを含めた個人的ケアを提供する技術。

表. 友人とボランティアの対比：それぞれの役割がわかる。

友 人	ホスピス・ボランティア
社会的ふれ合いの過程での普通の人生経験を通してできた関係	特定の目的のために慎重に計画され進められた関係
関係は非常に主観的でお互いの満足に基づいている	関係は定義され、客観的で目的があり、制御されている
お互いの満足以上の目標や目的はない	感情的な支えとなる目標がある。これはボランティアが患者の手助けをしようという明白な意図に基づく
それぞれの人々がそれぞれの悩みや気持ちについて話せる	患者は話すよう促され、ボランティアは聴く。ふさわしい時だけ思いを共にする
関係には必要な進歩や終りはない	関係の継続は、患者とボランティアの必要性の感じ方によって決まる

## 第3章：ホスピス・ボランティア活動憲章

ヨーロッパ緩和ケア学会、世界ホスピス緩和ケア連合、国際ホスピス緩和ケア学会は、このボランティア活動憲章を実質化することを通して、ホスピス緩和ケア領域におけるボランティア活動の支援と認識、促進と発展を共同して図る。(ホスピス・ボランティア活動憲章、2017年)

### I. 目的

1. 患者と家族、そして広くホスピス緩和ケア領域の利益のために、ボランティア活動の継続的な発展を促進する。
2. 専門職のケアと家族ケアとともに、ボランティア自身の主体性と位置づけ及び重要性を鑑みてボランティア活動を第3の資源と認識する。
3. ボランティアの募集と管理、支援、調整、訓練、募金などにおける研究と最善の実践モデルを促進する。

### II. ホスピス・ボランティアの活動

1. 患者と家族への全人的ケア、ホスピス緩和ケア業務を維持するにあたってボランティアの重要な役割を認識する。

#### 医療機関と個人に求められること；

- 1) ボランティアが活動するホスピス緩和ケアの医療機関と関連ネットワークにおいて、彼らの活動が認められて表示されていることを確認する。ボランティアは専門職や家族によるケアを代替するのではなく、独自の役割を有する。
- 2) ボランティアが患者と家族のケアからホスピス緩和ケアを維持するための寄付や事務に伴う作業、その他どんな活動も含む支援の役割まで多様な貢献ができるようし、権限を与える。
- 3) ボランティアがホスピス緩和ケアの個人・医療機関・社会面に関する決定に貢献できるようにすること、そして彼らの見方と意見が求められて考慮され尊重されることを確認する。

2. ボランティア活動が患者と家族を直接的に支援することを促進する。

#### 行動；

- 1) 医療側は、ボランティアが直接的に患者をケアする貢献の中心は“そこにいること”であることを認識する。
- 2) 医療機関と個人は、それぞれの国の最善のモデルに従い、訓練されたボランティアが直接的な患者と家族の支援に関わられる方法を積極的に求め、患者と家族にボランティアから得られる支援を活用するように奨励する。

3. 役割に関する明確に定義された方策、注意深い募集、選択、訓練と展開を含めたボランティア活動の効果的な管理運営を確かにする。

#### 行動：

- 1) 医療機関と個人は、ボランティアと家族及び専門職の間の繊細な共同作業による効果的なボランティアの管理運営を確かにする。このことは、質の高い継続できるボランティア業務に必須である。
  - 2) ボランティア活動を支える国（あるいは地域）の最善の実践用手引き、訓練と質を担保する取り組みは全てのヨーロッパ諸国で作られて導入されている。
4. 医療機関と地域、全国において、ホスピス緩和ケアのボランティア活動を効果的に支援することを確認する。

#### 医療機関・機構に求められる行動：

- 1) 効果的な管理運営のため、及び旅費や電話代、保険金などボランティア活動に生じる費用を返済することも含めた訓練と質担保のために適当な資金を提供する。
- 2) ボランティア活動を研究の重要な領域と認識し、財政支援をして、ボランティア活動の影響を評価する。
- 3) 各ヨーロッパ諸国においてボランティアの人数と役割を含む医療機関・機構レベルの正確なデータを収集する。
- 4) ホスピス緩和ケアにおけるボランティア活動を擁護するため、ヨーロッパの国と地域の法制化と政策に影響力を行使する。

\*この項は、参考書4によるので、欧州事情によるところがあるが、ほとんどはアジアや日本にもそのまま通用する。

### Ⅲ. 医療資源が限られた地域のホスピス・ボランティア ～地域共同体ホスピス・ボランティアの取り組み～

ホスピスや緩和ケアの施設はなく要員もない地域が存在する。そこでは、都市部のホスピス緩和ケアとホスピス・ボランティアとは自ら異なる。そういった地方は日本にも多いが、既に発展途上国における経験がある。よく知られた取り組みがインドのケララ州の「近隣ネットワーク緩和ケア（NNPC）」である。そこでは地域共同体が長期的ケアと緩和ケアに携わる維持可能な組織を設立して対処している。

NNPCのホスピス・ボランティアは、先進諸国のホスピス・ボランティアと同様の教育と訓練を受ける。例えば6日間コースで、医療と介護の基礎、コミュニケーション技術、臨終期ケアや情緒的支援の方法、悲嘆ケア、自分自身へのケアなどを学ぶ。そして、ボランティアへの後期研修なども同様である。先進諸国と異なる点は、

1. 都市部のホスピス・ボランティア育成において、都市部ではホスピス・ボランティア候補者は養成プログラムに応募するところから参加するが、NNPCではボランティア候補者自身がプログラム設立の始めから参画しなければならないことである。
2. NNPCはボランティア自身がそのオーナーであり、無論、既存のホスピス緩和ケアが存在するなら在宅ホスピスケアも含めて協調して活動する。
3. ボランティアは地域住民であること、プライマリケアに関する基礎的教育と研修も必要とされること、地域の共同体リーダーや宗教リーダーがその役割の一端を担う。
4. ケアが必要な地域の慢性疾患患者を把握し、専門職につなぐ役割を果たす。専門職を補完する役割では、心理社会面・スピリチュアル面のケアにおいて、ときに医療者より適しており、患者の医療へのかかり方も改善する。
5. 「人々のため」ではなく「人々と共に」を活動の基本とする。ボランティアといえどもサービスにコストがかかり、手袋や石鹸などの基本的消費材、交通費などが必要であり、資金面は厳しい。必要なら、地域共同体の草の根寄付を募ったりして集める。初年度は資金が必要かもしれないが、通常、2, 3年後には独立できるという。NNPCは費用対効果が高く、地域の人々に有用で、地域力を上げる効果もある。

発展途上国も高齢化が著しく、がん患者は爆発的に増加している。それに対応できるように、目指すのは世界保健機関（WHO）が提唱する「Aging in Place」、つまり地域完結型医療福祉の姿である。日本における地域包括ケア体制が該当するであろう。

**参考：**Kumar S, Numpeli M. Neighborhood network in palliative care. Indian Journal of Palliative Care 2005 ; 11 : 6-9



## 第4章：ホスピス・ボランティアの自律的活動

「ホスピス・ボランティア活動憲章」に示されたボランティアの活動を推進するには、ボランティアによる自律的な団体を創設することが必要である。

### 1. ボランティアによる自律的な団体創設の目的

#### 1) ホスピス・ボランティアの自律的な活動を推進する

欧米でも、医療者から依頼を受けて行うボランティア活動について、単なる医療者の補助ではないかという疑問の声が上がっている。ボランティア活動憲章に示された「ホスピス・ボランティアは専門職や家族によるケアを代替するのではなく、独自の役割を有する」ことを念頭に活動するには、ボランティア自身による自律的な団体の活動が大切である。

ボランティアの自律的な団体は、独立した会を形成して活動する場合と、既存のボランティア団体や「生と死を考える会」といったその地域や病院・施設などの集団活動の部会として活動する場合など、その地域の実情に合わせて創設できる。複数の会に所属することは短所より長所が多いので妨げる必要はない。いずれにしても大切なことは、ボランティア自身が自律的に活動できる体制を整えることである。この活動団体は、次のようなホスピス・ボランティア独自の取り組みを行っていく。

#### 2) ホスピス・ボランティアの配置

ボランティア団体は、医療機関・介護福祉施設側のボランティア担当者（コーディネーター）から連絡を受けて、ボランティアを配置する業務を担う。ボランティア団体の責任者（リーダー）は、ボランティアのリストを持っていて、誰が何曜日の何時に、何の活動ができるのかを把握しておく。そこで依頼側の求めと派遣可能なボランティアをつき合わせてボランティア候補を選択する。そして、関係者が集まって条件などが一致すれば、ボランティア活動開始となる（第3部：ホスピス・ボランティア研修マニュアル、第10章参照）。

#### 3) ホスピス・ボランティアの技術向上の取り組み

ボランティア団体は、セミナーや勉強会を開いて、日常的な技術向上を図る。他の団体や会との協力や共同開催なども考えられる。この活動は、ボランティア自身のケアにもなる。

#### 4) ボランティア自身のケア

ボランティアによる自律的な団体を創設する大きな目的に、ボランティアによるボランティア自身のケアがある。定期的集まって、ボランティア活動における悩みや悔いを仲間と共有することは、ボランティア活動を継続するに当たってとても大きな意義がある。その際には、医療や介護の専門職も参加することが望ましい。ボランティアが集団で悩みなどを共有する場を設定したり、個別にカウンセリングを行う体制を用意しておく。

## 2. 日本独自の課題

日本の医療界において大病院や施設には、必ずボランティア組織がある。しかし、硬直した組織になっているところでは、ホスピス・ボランティアのような活動は抑制されがちである。そのようなボランティア組織の中であって、ホスピス・ボランティア活動を推進することは難しい。採りうる方策としては、幾つかの取り組みを地道に継続しつつ、院長や施設長にホスピス・ボランティア活動への理解が得られるよう努めることであろう。



## 第2部：ホスピス・ボランティア育成プログラム

第1章：ホスピス・ボランティア育成プログラムの方略

第2章：ホスピス・ボランティア研修プログラムの策定

第3章：ホスピス・ボランティアとしての初動

追 補：研修の成果を向上させる教授法のヒント

### 私たちの行動目標

1. ホスピス緩和ケアにおけるボランティア育成の大切さを理解する。
2. 地域包括ケア体制におけるボランティアの意義を説明できる。
3. ボランティア育成の手順を理解し、育成プログラム実施に協力できる。
4. ボランティア活動の質向上の大切さを理解する。
5. 教授法について、講義法やグループでの話し合いなどで工夫できる。

ときには 治すことができる  
しばしば 癒すことができる  
いつもできることは 安らぎを与えること  
(トルドー)

# 第1章：ホスピス・ボランティア育成プログラムの方略

## I. ホスピス・ボランティア養成の重要性

ホスピス・ボランティアは重篤な患者とその家族のケアに当たり、単に専門職の補助に止まらない重要な役割を果たす。患者と家族にとって医療専門職と同席する場と医療専門職が同席していない場とでは、患者と家族を取り巻く雰囲気が全く異なることをホスピス・ボランティアは目撃している。つまり、ホスピス・ボランティアは、より患者と家族に近い立ち位置にいることがわかる。この現象のみでも、ボランティアの存在は患者と家族に大きな意味があることがわかる。

また、ホスピス・ボランティアの活動は地域力向上につながり、地域包括ケア体制の中でボランティアは重要な人的資源と位置づけられる。ただし、死に逝く患者とその家族のケアに当たるには、ホスピス・ボランティアとしてのケアの基本と実践の修得が求められる。そこで、地域包括ケア体制の充実に向けた継続的なボランティア養成のために、このホスピス・ボランティア育成プログラムを策定した。

ホスピス・ボランティア育成プログラムの実施には、育成する側の人的資源、研修生の募集、研修プログラム実施に必要な教材と実習先の病院や施設が必要となる。ただし、全てが出揃うのを待つ必要はなく、プログラムを進行させながら必要な準備を整えることは可能である。是非、試行錯誤を恐れずに、それぞれの地域で挑戦してほしい。

## II. ホスピス・ボランティア育成プログラム策定

### 1. ホスピス緩和ケアに携わる多職種の参画

ホスピス緩和ケアに関心ある人たちが既に地域で活動していることが多い。あるいは、生と死を考える会といった同種の会も存在するだろう。それらの会に協力を依頼して講師陣の一翼を担ってもらおう。そういった会がなければ、有志で地域に実質的な多職種連携の会を立ち上げる必要がある。

それらの人々や団体にはボランティア研修の受講者候補となる人材がいる。ホスピス・ボランティア育成プログラムの立ち上げがホスピス・ボランティアへの参加の呼びかけともなる。また、地域の会はホスピス・ボランティアを支援する一般のボランティアの会にも相当する。さらに、後に記すホスピス・ボランティアがボランティアによる自律的な団体へと発展した際には連携することができる。

### 2. 行政、社会福祉協議会、その他各種公共団体等の協力

それらのボランティア活動を担当しうる部署に参画を求める。医師会、看護協会、介護士協会等の支援を得る。後援や協賛といった程度の協力でも、育成プログラム参加者の募集に当たり、またホスピス・ボランティア育成のための講義室や研修室の確保にも強い味方となる。そして、ホスピス・ボランティアが自律的な団体を作って活動するに当たり、事務局の機能を果たしてくれる部署にもなりうる。

### 3. ホスピス・ボランティア研修マニュアル作成（本プロジェクト集第3部を参照）

このホスピス・ボランティア研修マニュアルは、かなり難しい。ホスピス緩和ケアに習熟していないと、医師や看護師であっても理解できない高度の内容が含まれる。そこで、講座の開始に当たって、そのことについて「全てを自分のものとする必要はなく、こういったことがホスピスでは行われていることを知ってもらえばいいのです」などと何度も念押しして、受講者が「引いてしまう」ことのないようにしたい。

また、日本には馴染みの薄い自分自身へのケア、虐待や遺棄、ハラスメント対策などの項目は省略しない配慮が必要である。

### 4. 広報と募集、定員など

広報と研修生の募集は、社会福祉協議会、他の団体の広報を利用する。日頃から事務局業務を行う部署、例えば社会福祉協議会等なら他のボランティア受付や広報などに経験があり慣れている。プログラム開始の遅くとも1, 2ヵ月前には広報されていることが必要である。それぞれの編集作業があるので、余裕をもって広報内容を準備する。

研修生数は、臨床実習で受け入れられる人数を想定する。臨床実習の期間も定める必要がある。応募資格は誰にでも開かれているが、将来はボランティアとして活動したいという応募者を優先する。余裕があれば、教養科目としての受講者も受け入れる。

## Ⅲ. ホスピス・ボランティア育成プロジェクト会議

会議の構成は、ホスピス緩和ケアに携わる多職種と行政や各公共団体などの代表からなる。ホスピス・ボランティア育成の必要性について意志統一し、具体的な計画を策定する。また、ボランティア育成プログラムの進行や評価、プログラム改善などの役割も担う。さらに、各種補助金へ応募して予算の獲得を図ることも大切な仕事である。

## 第2章：ホスピス・ボランティア研修プログラムの策定

### I. 講義

#### 1. 講義時間割

講義は、集中的に講義する方法と週1回程度で2ヵ月ほどかけて行う方法がある。将来的にボランティアとして活動するとき、研修生の連帯感が大切となる。そのためには後者の時間をかけて行う日程が望ましく、連帯の意識が研修生に涵養されることが期待できる。講義の時間割のモデルを表に示す。

講義の時間は、実際にボランティアをする時間帯が適当である。具体的にはウィークデイの午後の3時間程度を想定する。夜間のボランティアもあるし、また就業者や就学者が応募する場合もあり、土・日曜日や夜間に開催するプログラムも折にふれて組み入れる工夫が求められる。ただ、全体を土・日曜日に入れると教養講座になってしまう懸念がある。なお、夕食時は避ける。

場所は、社会福祉協議会、各病院、診療所、施設などどこでも十分に可能である。小グループでの話し合いができる部屋が望ましい。

表. 講義のモデル時間割

日程	課 程	内 容
1日目	オリエンテーション 第1章	あいさつ、マニュアル配布、講師・受講者紹介、オリエンテーション
2日目	第2章	良いコミュニケーション、演習
3日目	第3章	ホスピス緩和ケアの身体的側面
4日目	第4章、第5章	死に直面する患者の心理的支援 スピリチュアルケア
5日目	第6章、第7章	お別れのケアと悲嘆ケア
6日目	第8章、第9章	ボランティア自身へのケア ホスピス緩和ケアに配慮すること
7日目	第10章、第11章	ホスピス緩和ケアの倫理と法 ホスピス・ボランティアの業務
8日目	第10章 実習の準備	ボランティアの職務と契約 実習先の決定と準備

課程の章立ては、第3部：ホスピス・ボランティア研修マニュアルによる。日程と内容は、講師陣の専門性などとも併せて、適宜修正するなど柔軟に設定する。

#### 2. 講師

講師は、日本ホスピス・在宅ケア研究会会員などのホスピス・ボランティア育成経験者、及び地域のホスピス緩和ケア指導者、従事者を多職種連携の会から選考する。講師の母体が講義後の臨床実習の場となるので、多くの施設に講師派遣を求める。つまり、講師の所属する医療機関や訪問看護ステーションがボランティア研修生の実地研修先の役割を果たす。なお、講義には先輩ボランティアの参画が望ましい。そして、折にふれて、茶話会や懇親会を開いて、講師陣と受講生と交流を図る。

### 3. 講義内容

初回にホスピス・ボランティア養成講座を受ける動機などを研修生に自己紹介と共に話してもらうと、参加者の意欲が伝わり、とてもいい発会になる。

1回あたりの時間が限られるので、ホスピス・ボランティア研修マニュアルを全て扱ってはいは時間が足りなくなる。したがって、講師は、マニュアルをかみ砕いて、わかりやすく講義する。実際には、時間に合わせて、扱う材料を選択して、マニュアルは副読本としての扱いでも可である。その場合は、講義ごとの配付資料が必要になる。また、時間を調整して、参加者が参加するワークショップ形式も有用である（採り得る手法は、後述の「追補：研修の成果を向上させる教授法のヒント」参照）。

## II. 実地研修

### 1. 実地研修準備

実習期間は、1, 2ヵ月程度を想定し、複数の施設において実施することが妥当と思われる。講義が始まったら実地研修ができる施設を調査して、研修がどこまで可能かを把握する。その際に、

「園芸やりネン関連、清掃等、患者に関わらない業務」

「(上記に加えて) 患者の案内等、患者との接触は最小限の業務まで」

「(上記に加えて) 傾聴やタッチング程度の専門職業務以外のことまで」

などといった患者・家族との接触できる度合いも調査しておく。

そして、育成講座中に研修生の希望を尋ねて、各施設での可能な実地研修の予定を組んでいく。先輩のホスピス・ボランティアにも講師の一翼を担ってもらうと、その施設の様子とボランティアの働きなどが予めわかって実習の実もあがる。

### 2. 実習の設定

実際には、実習生と実習先で打ち合わせを行い、集合場所、時間などの具体的日程と実習内容を決める。なお、患者や家族と接する場合は、個人情報保護など職員並みの体制をとる必要があり、各病院や施設の所定の書式とやり方に従う。もし、その用意がないならボランティア・マニュアルに示してあるのでそれらを利用する。また、施設でボランティアが活動することを周知する院内掲示（包括同意書を兼ねる）も必要となろう（表参照）。

表：院内掲示の例

患者様とご家族の皆様へ

当院では、ボランティアが間接的または直接的に皆様の療養のお手伝いに活動しております。そこで、ボランティアが皆様のもとに行くことがあることをご理解くださるようお願いいたします。

ボランティア活動に関しては、ご要望やお気づきになったことなど、どのようなことでも結構ですので、ボランティアあるいは医院職員にお伝えください。

なお、ボランティアはホスピス・ボランティアとしての研修を終了しており、ボランティア倫理律に基づいて活動していることを申し添えます。また、当院はボランティア研修も引き受けておりますので、ご了承ください。

施設長



### 3. 実地研修内容

実地研修にあたっては施設の方針に則る。多くの場合、それぞれの施設にはボランティア担当者があるので、配置や教育係りになってもらって、具体的な内容を決める。既に、ボランティアが活動している施設では、それに従うと順調に研修ができる。なお、患者や家族との接触ができるかについても各施設の方針に任せる。未だボランティアと患者・家族の接触を許さない施設は多い。院長や施設長の考え次第であり、彼らの多くはホスピス・ボランティアの実態を知ると患者や家族との接触をむしろ奨励するようになる。地道なボランティア活動が大切である。

- 1) 既に行われているボランティア活動に参加して医療ボランティアの概要を体験する。

研修講座中の各施設アンケートから、「音楽療法のお手伝い」「デイサービスのお手伝い」「日々の日常生活支援（お手伝い）」「庭園の手入れ」「クリスマス会のお手伝い」「車椅子散歩、シーツ交換、園芸など」などの実習生が参加できる多彩な行事が上ってくる。これらを体験することによって、療養する患者と介護する家族の日常を垣間見ることができる。

- 2) 実際に患者と家族に接して、ホスピス・ボランティアとしての活動実習を行う。

当初は、実習なので医療者や病棟ボランティアと共に活動することになり、単独で患者と家族に接する活動はないだろう。施設によって、日時及び人数に制限があるので、十分な打ち合わせが必要である。

「そこにいるだけ」の実体験を積めることは、ホスピス・ボランティアに大きな収穫となるだろう。特に、患者と家族はとても疲れていて、「そこにいるだけ」でさえ、他人の存在がストレスになることがある。ホスピス緩和ケアの医師や看護師との十分な打ち合わせが必要になるが、その辺りの機微も実習において学べるだろう。

病院や施設と在宅診療とは異なるので、可能であれば双方の実習が望ましい。特に、訪問看護ステーションでの実習では、看護師が業務を行っている間の話し相手など、傾聴技能のよい実習先となる。

- 3) コミュニケーションの基礎と実践を実習する。

日程は、実習に入ってからなるべく早い時期がいいだろう。グループ研修日を設定して、1回の人数は7, 8人ずつ、内容はコミュニケーション術の実技研修として、グループ・ワークやロール・プレイなどで、コミュニケーション術の向上を図る。これによって、患者と家族に直に接する場合に必須の傾聴と共感の技能修得を促進する。

コミュニケーション技術の実習に関する情報は、この部の追補「研修の成果を向上させる教授法のヒント」にあるので参照してほしい。

## 第3章：ホスピス・ボランティアとしての初動

ボランティアの実技研修から、そのままの流れで実習先のボランティア団体に入り、その病院や施設でのボランティア活動が自然に始まることが多い。

### I. ホスピス・ボランティアとして活動開始

当初は、各医療・看護施設の職員が対象となる患者と家族へのボランティアの関与に付き添うだろう。その時点で、患者・家族とのマッチングが成立するかが各医療・看護施設側にわかる。順調であれば、ボランティアの業務は単純なことから複雑なことへと経験を積み途中で、徐々にボランティア単独による活動が広がっていく。

活動開始に当たっては、地域でボランティア活動を統括している組織（社会福祉協議会など）においてボランティア登録をすることが望ましい。ボランティア全体の情報も得られるし、ボランティア保険にも入りやすい。

### II. ボランティアとしての活動態勢

どこまでのケアができるのか、それぞれの施設によるので、ボランティア担当者の指示を守らなければならない。また、ボランティア活動するにあたって必要な誓約書等は各機関それぞれの様式で準備し、各種の求められる取り決めに従う必要がある。そして、医療・看護施設のカンファレンスに参加することが求められることがあるので、その際にはボランティア活動の様子などを報告する。

なお、それぞれの病院や施設には、既にボランティア組織があることが多い。したがって、ボランティアとしての活動にはそれらのボランティア組織に入ることになる。しかし、ホスピスであっても、「患者と家族に接してはならない」などとボランティア活動が制約されることが結構多い。そういったときは、院長や施設長、他の職員の協力が得られるなら、既存のボランティア組織から決別して活動することが勧められる。ただし、そういったことは力関係によるところが大きいので、軋轢が強いならその病院・施設でのボランティア活動を断念することも考えなければならない。

### III. 患者とのお別れに当たって

死に逝く患者が対象なので、対象となった患者とのお別れを経験する。覚悟があったとしても、ボランティアは大きなショックに見舞われる。ボランティアにあっては、第3部：ホスピス・ボランティア研修マニュアルの「第6章：お別れのケア」と「第8章：ホスピス・ボランティアの自分自身へのケア」を熟読し、備えておいてほしい。

患者の家族は、さらに大きなショックに見舞われている。その家族へのケアもホスピス・ボランティアの業務である。「第7章：悲嘆ケア」を参照のうえ、対応することが求められる。入所ケアなどで患者ケアから携わっていた場合は、既に家族とのつながりがあるのでお別れのケア・悲嘆ケアに円滑に入っていくことができる。

#### IV. ボランティアによる自律的な団体

このボランティア団体は、施設などから依頼を受けて、ボランティアを派遣する業務を行うとともに、ボランティアとして活動していく中で必要な後期研修（勉強会、講演会等を含めて）やボランティア自身のケア（反省会等を含めて）を担当する。そのため、実地研修が始まる頃には、ボランティアの自律的な団体形成を視野に入れて、必要な事項を話し合っていく（第1部：「第4章：ホスピス・ボランティアの自律的活動」参照）。

#### 追 補：研修の成果を向上させる教授法のヒント

限られた時間内で研修の成果を向上させるためには教授法に工夫が要る。例えば、講義は学習法としては評価が低い。しかし、予め情報があったほうが理解は深まるなど、講義の重要性は否定できない。ここでは、時間割りは2時限前後、クラス定員を20～30人と想定している。講師は、適宜、工夫して研修生の成果が向上するよう図る。

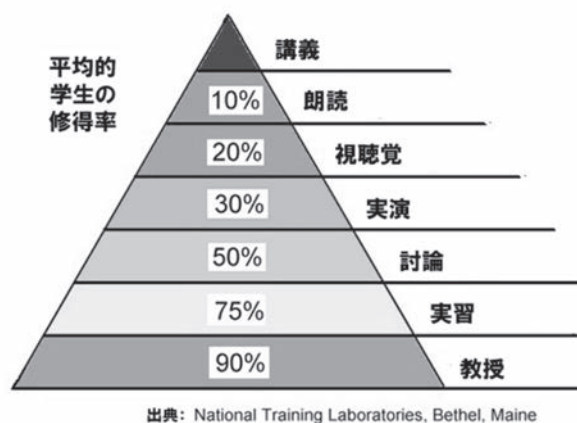


図. 学習ピラミッド

それぞれの学習法による学生の修得率を示している。なお、最も有効な「教授」とは、教えることが自分の学習につながる修得率を示す。

#### I. 講義

##### 1. 講義形式

講義による学習では、学生に残るのは教えられた内の10%以下とされる。しかし、講義によって伝えられる内容は学習者にとって理解を深めるうえで必須である。ただし、一方的な話にならないように工夫が必要である。

例えば、資料を配布するなら、解説を全て説明したものではなく、課題を残しておいたほうが受講者の理解が深まる。受講者参加型の時間にするためにも、次項に紹介する手法を随時交えて、講義が単調にならないよう工夫する。

##### 2. 内容を伝えるための工夫

ビデオなどを利用した視聴覚教材も学生の理解を深める有用な道具である。伝えたいメッセージを目に見える形にする手法で、話し手には伝えたいことがあると相手に目で



見てわかってもらえる。また、注意深く選んだ物（この場合はビデオ）に感情や願い、欲求、期待、感じなどを表すとして、重要なメッセージがあるのだと聞き手に伝えることができる。このような五感を刺激する手法は単調な講義を理解しやすくしてくれる。

## II. グループでの話し合い

### 1. 小グループに分けて行う

研修生を7人前後のグループに分け、課題について話し合う。例えば、グループの構成員に喪失の経験などを話してもらう。この際に、「言葉のバトン」を用いる（図）。「言葉のバトン」は、自分には言いたいことがあり、聞いてもらいたいことがあることを示す。他の人は黙っていることを要求されて、話し手は中断されないことが保証され、誰からも話したことを批評されないので安心して話ができる。

通常、小グループでの討論は、成果を求めるために行うもので技術的な手法も数種類確立されている。しかし、ホスピス・ボランティア養成研修においては、各自の思いを話し合う場なので自由にしている。グループでの話し合いの後の全体討論も成果を求める必要はなく、グループで話し合われた概略が他のグループに伝われば十分である。むしろ、グループ討論後のリラックスのために全体討論があると思ったほうがいい。

### 2. 大人数で行う

クラスで大きな輪を作って、課題を決めて、あるいは参加者が課題を発議して、それぞれが自分について語る、いわゆるトーキング・サークル（talking circle）という方法である。進行は小グループでの話し合いと同じく言葉のバトンで、特定の成果は求めないで、話すことに第一義的な目的がある。解決できない参加者がいれば、個別に対応する必要も出てくる。

ファシリテーターとしては、何を感じたか、何か注意したことはあったかなども交えて、行ったことを振り返りつつ、話し合いを進行させる。それぞれが言葉を発したとき、話し手の言葉を確認しながら、いいところを取り上げる。参加者の話を分析したり、評価したりしない。質問には応えるが、そうでなければ助言は必要ない。参加者の言葉を確認しつつ話を進めていけば、参加者は自分自身と向かい合い、問題があっても解決に向かうことができるようになる。最後にリラックス時間をとるのは、小グループの話し合いと同じである。

- ・言葉のバトンを手にとる人は、言いたいことがあり、聞いてもらいたいこと、注目されること、尊敬を求めていることを意味する。
- ・次に言葉のバトンを持つ人は、直前に意見を言った人について、話すことができません。自分の感じ、自分の考えしか言うことができない。
- ・言葉のバトンは、一方で発言の準備をするよう、他方では自分の内にある言いたいこと、分かち合いたいことを明確にする努力を呼びかける。
- ・言葉のバトンは、相手について話すことを許可しません。
- ・言葉のバトンは、自分に関する事実、考え、感じ、内に響くもの、感情や信念を言葉に出して話すことしか許可しません。
- ・言葉のバトンには、バトン以外に身近なものを使うことができます。

図. 言葉のバトンの基本原則

ジャック・サロメ『幸せをよぶコミュニケーション』より。欧米にはバトンに相当する貴石を用いた高価な杖から安価な小物まで様々なグッズが販売されている。日本には、万葉集（第4493首）の題詞に玉筥（儀式用の飾りのついた小筥）を言葉のバトンとして利用したことが描かれている。

### Ⅲ. 対話演習

#### 1. 1対1で対話演習

参加者に立ってもらって、二人ずつのペアを作り、座らせる。そのペアで、1人あたり2分間ほど時間をとって、一方が話し、他方は聴くだけにする。きっかり2分後に、役割を変えて、それを繰り返す。題材はホスピス緩和ケア領域から講師が提供する。

対話が済んだ後に、話し合われたことをメモさせて、全体で取りあげられたリストを作る。それを参考に、研修生に話し合わせる。あるいは、全体でのまとめは省略して、幾組かのペアを選んで発表してもらおう。全体での討論は、小グループの話し合いに示したとおりである。

#### 2. 3人1組で対話演習

参加者を3人1組とする。提示した題材について、1人が話し、1人が聴き、1人が観察者という役割を果たす。観察者がメモを取る。題材の内容にもよるが、1人あたり5～10分間ほど必要になる。したがって、1対1の方法ほど厳密に時間を設定できないが、全体で30分ほどの時間をとって、10分ほどしたら話の切りのいいところで役割を交替するように促す。

全体討論では、3人1組の話し合いの内容を発表してもらおう。内容のリストを作ることもできるが、観察者がいたので観察者を中心に3人で発表する。時間の配分にもよるが、発表時間を短くして発表グループを多くするか、逆に発表グループを少なくして中身の濃い討論をすることもできる。

#### 3. ロール・プレイ

##### 1) 1対1の演習、3人1組の演習から選択する方法

上記の演習を参加者全員の前で再現することを行う。既に、発表を終えているので、演習に関する批評は理解している。したがって、その場より、進化した対話が進むと期待できる。講師は、ロール・プレイ者と他の参加者を交えて、随時、コメントしながら進めることができる。

また、複数の講師が研修生の前で、話し役と聞き役に分かれて「望ましくない聴き方」と「望ましい聴き方」などについてロール・プレイを行うことなどは、時間が限られるときなどに向いている。観衆・聴衆は笑ったりせずに、静かに見守ることを確認する。ロール・プレイは架空のこととわかっていても、演じることでかなりの心の動きが出るし、聴衆も共感できるので有益である。

##### 2) シナリオを用意したロール・プレイ

課題からシナリオを作成して、話す役と聴き役を選び、それぞれの役割を演じてもらう。3種類のやり方が考えられる。一つは、クラスの前で話す役と聴き役それぞれ

の代表に演じてもらって、ほかの生徒は聴衆（観察者）になる設定である。二つ目は、クラスを二人ずつの半分に分け、一方を話す役に他方を聴き役にして全員が参加するやり方、三つ目は、3人ずつに分けて、話す役、聴き役、観察者と振り分ける方法である。時間設定は後者になるほど長めが必要になる。

時間の設定によるが、1時限に1回から2回行うことができる。2回で設定すれば、「望ましい聴き方」と「望ましくない聴き方」の二通りのロール・プレイをすることができる。ロール・プレイ自体は10分程度に設定し、話し役、聴き役の感想と振り返りの時間を2、3分とる。区切りの時は、「終わり」と宣言して、次に進むようにする。1回のロール・プレイ終了後ごとに、観察者やほかの生徒の感想も交えてクラス全員で討論する。

シナリオなので、演じる準備が必要である。前者のやり方では、話す役、聴き役、それぞれにそれぞれのシナリオを渡して内容を憶えてもらう。もちろん、全部憶えるのは難しいから、シナリオから外れても構わないし、そんなときはアドリブでするように説明する。後者のやり方では、クラスの半分ずつに異なるシナリオを別々に説明する必要があるので教室が二つ（あるいは教室一つとやや広いスペース）が要る。いずれも、5分程度で話す役と聴き役にシナリオを説明する。また、観察者には、状況を説明したシートがあったほうがいい。

全体討論では、例えば「望ましくない聴き方」と「望ましい聴き方」が設定してあれば、それぞれ演じた人、観察した人の感じたことや思いを振り返る。ロール・プレイは、照れくさい、架空とわかっている、恥ずかしいなど、やりにくい面がある。それらは当前なので、あらかじめ「気楽にやるように」と注意しておく。うまくやろうとせずにとすることと、話す役も聴き役もシナリオを参照してもいいことを説明しておく。

#### 4. おわりに

ホスピス・ボランティア研修プログラムの時間は限られているので、シナリオを用意してのロール・プレイは難しいかもしれない。実習の間に、時間にとって行うなど、工夫が要る。いずれにしても、始めと終わりにリラックス時間をとる。手段は身体全体を使っても、あるいは一部のみを使う簡単な手技でも五感を刺激する手法であれば、十分にその役割を達成できる。いろいろ工夫して、ホスピス・ボランティア養成講座の参加者に有益な時間としたい。

**あなたの痛みに寄り添えるには、  
私は私の傷を知らなければならない。**  
**あなたの悲嘆に寄り添えるには、  
私は私の喪失と仲良くしなければならない。**  
**あなたの死に、私が寄り添えるには、  
私は私自身の死を考えなければならない。**  
(デーム・シシリー・ソーンダース)

## 第3部：ホスピス・ボランティア研修マニュアル

### 第1章 ホスピスへようこそ!!

- I. ホスピス緩和ケアの目指すところ
- II. ホスピス緩和ケアの枠組み
- III. ホスピス・ボランティアの役割
- IV. 私たちの技能の基礎
- V. ホスピス・ボランティアの経験

### 第2章 良いコミュニケーションに求められること

- I. 教えられてこなかったコミュニケーション
- II. “わかってほしい”
- III. 日常のコミュニケーションを改善する
- IV. 傾聴と共感
- V. 質問を効果的にする指針
- VI. コミュニケーション技能を発揮する
- VII. 対話が円滑に進まないとき
- VIII. “沈黙は金なり”

### 第3章 ホスピス緩和ケアの身体的側面

- I. 個人に合わせる痛みの制御
- II. 鎮痛以外の対症療法
- III. がんの治療法
- IV. がん療養中の諸問題への対応
- V. 死期に関する患者と家族への案内
- VI. どうやって死を確認するのか?

### 第4章 死に逝く過程の心理面への対応

- I. 致命的疾患の進行による患者の態様の変化
- II. 患者に気遣った真実の伝え方
- III. 死のストレスに遭遇したとき
- IV. 重病患者を支援する実践的ヒント
- V. 臨終期に寄り添う
- VI. 希望について

### 第5章 スピリチュアルケア（たましいのケア）

- I. “スピリチュアリティ（たましい）”とは
- II. スピリチュアル的苦痛
- III. スピリチュアル的苦痛を尋ねる
- IV. スピリチュアルケアの実践

### 第6章 お別れのケア

- I. お別れのケアと悲嘆ケア
- II. お別れのケア（遺族ケア）の概要
- III. お別れのケア（遺族ケア）の手順
- IV. 悲嘆者の支援でボランティアにできること
- V. 葬儀に関する支援
- VI. 安心の電話の概要
- VII. お別れのケアと悲嘆ケアの紹介用紙
- VIII. お別れのケア（悲嘆ケア）記録用紙

### 第7章 悲嘆ケア

- I. 喪失とは?
- II. 悲嘆の基本的考え方
- III. 抑うつと悲嘆の区別
- IV. お悔やみの手紙
- V. 悲嘆ケアの基本
- VI. 遺された両親と子どもたちの悲嘆
- VII. 適切でない悲しみ方と、もたらされる影響
- VIII. 悲嘆の遷延化、重度化の要因
- IX. 深刻な悲しみを克服する要約
- X. 乗り越えるためにすること

### 第8章 ホスピス・ボランティアの自分自身へのケア

- I. 医療や介護福祉領域にみられるストレス
- II. ケアするときの危険性と課題

- Ⅲ. “燃え尽き”の認識とその対処
- Ⅳ. ストレス習慣をなくす

## 第9章 ホスピス緩和ケアに配慮すること

- Ⅰ. 子どもと成人に対する虐待と遺棄
- Ⅱ. セクシュアル・ハラスメントの訴え
- Ⅲ. ホスピスケアの感染予防統一方針
- Ⅳ. 自殺について

## 第10章 ボランティアとして活動する

- Ⅰ. ボランティアの志願方法と資格取得方法
- Ⅱ. ボランティアの職務内容と責務
- Ⅲ. ボランティアの訓練と継続的教育
- Ⅳ. ボランティア契約書
- Ⅴ. ボランティア業務と提供計画
- Ⅵ. ボランティアの配置
- Ⅶ. ボランティア紹介用紙
- Ⅷ. ボランティア記録用紙

- Ⅸ. ボランティア個人の特徴
- Ⅹ. 患者の死におけるボランティアの業務

- Ⅺ. ボランティアの終了
- Ⅻ. ボランティアの中断

## 第11章 ホスピス・ボランティアに求められる責務

- Ⅰ. 患者の権利と秘密の保持
- Ⅱ. 患者の尊厳を守るABCD
- Ⅲ. ボランティアの倫理：患者の尊厳を守る
- Ⅳ. 患者が自分で決められないときの支援
- Ⅴ. 事前指示書の例
- Ⅵ. ホスピス・ボランティアと法
- Ⅶ. ボランティアと依頼者の業務外関係



# 第1章 ホスピスへようこそ！

- I. ホスピス緩和ケアの目指すところ
- II. ホスピス緩和ケアの枠組み
- III. ホスピス・ボランティアの役割
- IV. 私たちの技能の基礎
- V. ホスピス・ボランティアの経験

## 私たちの行動目標

- 1) 同じチームのメンバーになる可能性ある者として、お互いに親しくなります。
- 2) 個人的な経験や「タブー」とされる話題について率直に話せるようになります。
- 3) ホスピスの理念と全人的苦痛を覚える人への支援、基本的なケアの手順を学びます。
- 4) 医療福祉専門職とボランティアの役割を理解し、説明できます。
- 5) 予後が限られた患者と家族のニーズと支援のあり方を学びます。
- 6) 相手をケアするには、自分自身の思い、反応、判断が大切なことを学びます。

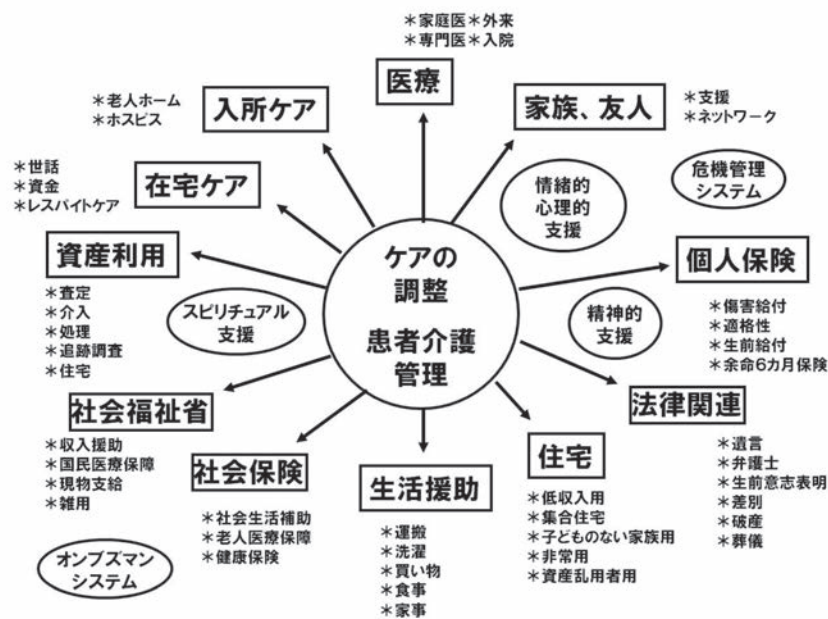


図. ホスピス緩和ケアの全体像

## I. ホスピス緩和ケアの目指すところ

ようこそ！

これからホスピス緩和ケア・ボランティアとしての素養と技術の修得が始まります。ボランティア活動の研修・訓練はチームで行われます。チームのメンバーは、私たちの特別の依頼者（患者）に応えるために、あなた方と一緒にホスピス職員と先輩ボランティアです。

1. ホスピスケアの第一の目的は、患者にできる限りの快適な生活を保証し、その間ケアする人の支えにもなることです。ホスピスケアは、病気を越えて、個人を人間としてみるものです。そうすれば、たとえその患者がいくら個性的な人間でも、尊ばれて、残された時間の長短にかかわらず、快適な生活が送れるようになるでしょう。
2. 患者とその家族はホスピスケアの対象となります。致命的な病気は、それに罹っている人のみならず、その人と親しい人々にも影響を及ぼします。死に至るまでの悲しみは、否認から受容、あるいは無視などという多彩な心理的情緒的反応を人々に呼び起こします。家族や友人は、大切なものを失うことに直面しなければなりません。死んで逝く人は、全てを失うことに直面しなければなりません。
3. ホスピス緩和ケアは、医師、看護師、介護福祉士、ソーシャル・ワーカー、ケアマネジャー、ボランティア、宗教者、その他の専門職から成るホスピス・チームにより運営されます。
4. 快適な生活を送るため、痛みと症状の制御を重視します。痛みで苦しんでいると、不安や抑うつが増悪に加えて、全てに悪影響を与えます。患者が少しでも動けるようになるためにも鎮痛が必要です。患者と家族、ホスピス・チームらが集まり、率直に意見を交わすことが重要です。
5. ホスピス緩和ケアは変化する患者の症状に合わせて考えられたケア計画に基づいて進められます。末期患者とその家族にとって医療や看護が必要となる事態は24時間いつ起こるかもしれません。ホスピス緩和ケアの支援・サービスは年中無休で利用可能です。
6. 家族へのケアは、患者の死後も続きます。ホスピスの理念は、患者と家族のお別れ前の悲しみのみならず、愛する人を失い遺された家族の悲しみにも配慮しています。遺された家族にとってホスピス関係者は家族の特別の出来事、つまり愛する人の死をともに分かち合った関係にあり、家族の悲しみをわかってもらえるという特別な思いがあるのです。

## II. ホスピス緩和ケアの枠組み

ホスピス緩和ケアチームには、医学、看護、介護、社会福祉などに関係する人々が入っています。そして、特別に訓練されたボランティアが重要な役割を果たします。患者と家族の選択と希望は、ケアの方針を立てるのに反映されます。患者の家族は主要な介護者であるとともに、介護と支援が必要な対象とみなされます。

### 1. ホスピス医とホスピス・チーム

- ・主治医として、引き続きホスピス・チームを率います。
- ・ホスピス医は、あなたとともにホスピス緩和ケアの方針を決定して指示を出します。
- ・ホスピス・チームは、ホスピス緩和ケアを支援する臨床の専門職によって組織されます。
- ・個々の患者に最良のホスピス緩和ケア計画を立てます。
- ・ホスピスケアの効果を評価し、定期的に報告書をまとめます。
- ・患者に最高の安らぎを保証するために痛みなどの身体的症状の管理をします。
- ・患者と家族の不安や感情的な恐れを和らげるために支えとなります。
- ・患者と家族の社会的・経済的な不安などへの支援をします。
- ・患者と家族のスピリチュアル的痛み（たましいの痛み）を和らげる支えとなります。

### 2. ホスピス看護師の役割

- ・傾聴と共感
- ・身体的評価と教育、及び身の回りの世話
- ・痛みや他の症状の制御について医師と相談し、遅滞なく対応すること
- ・健康に関して患者や家族が気にかけている医薬、治療、栄養、死の兆候の説明
- ・死に直面した時の対応に関する疑問に答えること
- ・家族が様々なサービスの利用について選択できるように必要な情報の提供
- ・他の適切な利用可能なサービスに関する情報を家族に提供すること
- ・患者の臨終と臨終期のケア

### 3. 介護福祉士の役割

- ・食事・入浴・移動など生活動作の介助（身体介護）
- ・家事や身の回りのお世話（生活支援）
- ・利用者とその家族からの相談と助言（相談・助言）

### 4. ソーシャル・ワーカーの役割

- ・カウンセリング（個人及び家族）
- ・社会心理上の苦痛の評価
- ・財政面や休職の必要性を理解し、地域の様々なサービスに結びつけること
- ・他の利用可能なサービスの紹介



## 5. 介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割

- ・ 介護利用者の相談
- ・ 介護利用者に必要な支援策を定めること
- ・ 医療・福祉関係者との連携を図ること
- ・ 利用可能な医療・介護サービスの紹介

## 6. 費用について

- ・ ホスピス緩和ケアは医療保険で賄われる
- ・ 併用される介護サービスには介護保険が対応する
- ・ それぞれ、担当医事課、または介護支援専門員（ケアマネジャー）に相談
- ・ 高額医療費制度などの支援もあるのでソーシャル・ワーカーに相談
- ・ ボランティアの活動は無償

## Ⅲ. ホスピス・ボランティアの役割

### 1. ホスピス・ボランティアが関わりをもつ範疇

- ・ 入所ケア、並びに在宅ケア
- ・ お別れのケア・悲嘆ケア
- ・ 地域社会教育
- ・ 患者関連以外の業務（事務、催し事、募金活動、他）
- ・ 専門的技能者によるボランティア活動

### 2. ホスピス・ボランティアの業務

- ・ 研修と訓練を受けたボランティアによる患者と家族の支援
- ・ 家庭訪問や電話連絡
- ・ 家族を休めるケア（レスパイト・ケア）
- ・ 緊急搬送
- ・ 同伴サービスなど

### 3. ホスピス・ボランティアの責任

- ・ 少なくとも、1年を通した週2～5時間の貢献の義務
- ・ 依頼者の悲嘆をホスピスの看護師やソーシャル・ワーカーなどと共有
- ・ 在宅ケアやお別れのケア・悲嘆ケアをする毎に記録し、月末に事務所に提出
- ・ ホスピス行事への出席
- ・ 秘密保持（誓約書を提出）

### 4. 地域社会教育への協力

- ・ ホスピス・ボランティア研修への参画
- ・ ボランティア体験の紹介
- ・ 講演や広報活動

- ・地域包括ケア・地域多職種との連携・連動

#### 5. ボランティア担当者（コーディネーター）の役割

- ・ボランティアの業務や配置などの調整
- ・ボランティア研修の実務を担当
- ・ボランティアが疑問や質問を持ったときの相談相手

### IV. 私たちの技能の基礎

私たちは誰もが何らかの形で死を見聞きしています。その経験が苦しみに満ちていたか否かで、私たちの死に対する姿勢に大きな違いが生じます。

命を脅かされている終末期患者との関係や支援について実際に話す前に、私たちは自分たち自身がそれをどのように考えているかを知る必要があります。

私たちは、医療専門家も含めて、死の過程と死そのものへの共通の思いを持っています。その思いとは、“恐れ”です。私たちの多くは、また、年をとることも恐れています。

私たちが学ばなければならないのは、私たちの恐れがケアや死に逝く人との関係にどのように影響するかということです。

例えば、病院の看護師たちは、自分たちと死に逝く人々との間に、回復が順調な患者との間よりも文字どおり大きな距離をおくということは、よく知られている事実です。看護師の振る舞いが例外であるはずありません。

私たちは、自分たち自身が「距離」をおきたがる傾向を認識し、なぜそうなるのか、その源を調べることができます。そして、私たちが死に逝く患者を適切にケアするようになれば、私たちは自分たちの彼らに対する振る舞いを変えることもできます。

私たちは、自分たち自身から自分たち自身のために、より効果的に学べます。そこで、自己認識は私たちの技能の基礎となるのです。

### V. ホスピス・ボランティアの経験

6年前、私はホスピスのボランティアになった。それは、長く、また風のように過ぎ去ったが、私に最も価値のある経験を与えてくれた。

5年の間に、35歳から42歳までの7人の友人を癌でなくした。彼らは、片親のもとに17人の子どもを残し、みんな、人生を全うできなかった。こうした死を、何か肯定的なものに変えることが私の希望で、他の死に逝く人々を助けるという考えをもって、ホスピス・ボランティアに参加した。

愛する人が不治の病と診断され、患者が臨終までの日々を自宅で過ごすとき患者も家族も望んでいる場合、ホスピス・ボランティアは、ただ側にいる友人として、家族の生活に入り、この非常にストレスの高い時に、どうすれば一番の助けになるかをみつける努力をする。私たちは、多くの時間を介護者の心をなごませることに費やし、それによって彼らは日常生活を維持させるための何らかの術を持つことができる。

ところが、友人であろうとするうえで、私はボランティアの仕事の内容とは全くかみ合わない非常に珍しい経験をした。私は、ホスピスの部屋のドアで出くわしたコウモリを殺

した。そして、日曜学校で教わってきたのとは異なるお祈りに加わった。そして笑いを呼び戻すために、子どもたちと一緒にクッキーを作り、そして奇異な眼差しを受けながら家族の食券を配付する列に並んだ。側にいるだけの者であるという思いから、私は、ジムとタミー・ベッカーに私のケアする家族のために祈ってくれるように頼んだ。

私は、しばしば「死に逝く人々と一緒にいて、落ち込みませんか」と尋ねられた。長い間、その答えは疑いなく「落ち込みます」だと思っていた。しかし、ホスピスの仕事をやるようになって何年も経ったある日、私はその仕事に、なぜ心が満たされ、やり甲斐があるのかを理解した。様々な方法で他人の助けとなるという喜びに加えて、ホスピス・ボランティアは、家族が未解決の問題を改善するのを助けたり、特別な別れを告げることができたり、残された時間を精一杯生きるのを支援するという特別な機会を持っているのである。それは、命がいかにもろいものであるかを再認識させる経験であり、私には健康も含めてたくさんの幸せがあることをいつも思いながら家路につくのである。

ホスピスの患者や家族が表す心からの感謝を受けることは確かに嬉しい。私は数年にわたる経験の間に、2つの非常に特別な感謝を受けた。1つ目は、生涯聖歌隊の歌手であった肺がん患者からであった。彼女は、私に説明したように、神の仕事をするでお金を一切受け取らなかったため、とても貧乏だった。私は、2月の寒い日、彼女のための走り使いをしていた。そして、彼女の食料雑貨を整理していた時、彼女は、私に時間があれば、私のために歌いたいと言った。雪が降っていた。私は台所のテーブルに座り、キャサリンは旋律を歌うごとに苦しそうに息をしたが、それ程美しい歌声を聞いたことはなかった。「私は一人では歩いていけない」－これが、彼女の感謝の表現であり、それは私が彼女のためにしてきたどんなことよりも勝っていた。

2つ目の感謝は、私が古いカタログと雑誌を分け合ってきた40歳のがん患者からであった。彼女には死が近づいており、私は彼女の部屋の中に入ると、すぐにそれが最後の訪問になると分かり、非常につらかった。しっかりとした微笑みを浮かべて、彼女は、カタログの中から私のために何かを注文したと言った。私たちはどちらも、感傷的になって考え込みたくなく、その言葉は暫くのあいだ誰も触れなかった。数週間後、私は、スミスソニアンから美しく包装された箱を受け取った。その贈り物は豪華な青銅の時計で「私は天気の良い日に刻むのみです」と彫刻されていた。そのカードには

「本当にありがとう。愛を込めて、ピッツィー」  
と書いてあった。

ホスピス・ボランティアとしての役割のことを考えると、電話会社の有名なスローガンを思い出す。

“手を伸ばして人にふれよう”

それは、まさしく私たちがしようとしていることである。しかし、私が6年前にホスピスに関わった時には分からなかったのは、私が多くの人々に特別な方法で触れ返されていたということである。

(マーティン・ローソン)

## 第2章 良いコミュニケーションに求められること

- I. 教えられてこなかったコミュニケーション
- II. “わかってほしい”
- III. 日常のコミュニケーションを改善する
- IV. 傾聴と共感
- V. 質問を効果的にする指針
- VI. コミュニケーション技能を発揮する
- VII. 対話が円滑に進まないとき
- VIII. “沈黙は金なり”

### 私たちの行動目標

1. コミュニケーションの基礎を学び直します。
2. 悪いコミュニケーションを理解し、乗り越える方法を学び、実践できます。
3. 傾聴と共感について、具体的に説明し、実践できます。
4. 危機にある人々に役立つコミュニケーションの方法を理解します。
5. 沈黙の有用性と必要性を理解し、実践できます。

### **Etiquette-Based Medicine**

- 1. 部屋に入る前に許可を得る: 答があるのを待つ**
- 2. 自己紹介する: 身分証を見せる**
- 3. 握手をする: 必要あれば手袋着用**
- 4. 座る。適切なら微笑む。**
- 5. 簡潔に、自分の役割を説明する。**
- 6. 病院での住み心地を尋ねる**

#### 図. 「もう一つのEBM」

コミュニケーションは、ここから始まる。Kahn MW. N Engl J Med 2008 ; 358 : 19より。

## I. 教えられてこなかったコミュニケーション

### 1. 悪いコミュニケーション

普段、意識することなしに、私たちは人間関係を悪化させ、だめにしてしまう擬似コミュニケーションと交流の中で暮らしています。それらは、上下関係、支配・服従関係、依存関係を維持するため、相手に対してできるだけ大きな持続的影響力を保持し、自分に優位な支配関係を持つとする欲望が中心となっています。この人間関係を悪化させる現象が5つあります。

- ・ 命令：決めつけやレッテル貼りも該当する。
- ・ 脅し：直接的、間接的な脅しや言葉上の脅しが相手を抑圧する。
- ・ 卑下や誹謗：自己過信や被害者意識と結びついた卑下、否定的価値判断。
- ・ 罪悪感の植えつけ：自分の不快感や苦痛を相手のせいにする。
- ・ 脅迫：相手の行動や態度を変えようと道徳面や愛情面で圧力をかけること。

### 2. 良いコミュニケーション

良いコミュニケーションは、当事者それぞれが変化し、成長するのを促します。そのためには、話し手は事実を述べることができ、自分の考えを表明でき、自分が感じたことや感情を言うことができます。そして、自分の内面に共鳴したことを含めて表せます。

その自分を相手に聞いてもらうためには、

- ・ 欲求と期待をより明確に定義します。
- ・ 怨恨、非難、恨みを捨て去ることを学びます。
- ・ 自己卑下を放棄します。
- ・ 自分を大切にするために、自分自身に耳を傾ける時間を持ちます。
- ・ 自分自身のより良い面と、時には相手のより良い面を支えにして、自分を安心させます。
- ・ 自分の価値を認め、自分を励まします。
- ・ 自分の力と限界を評価します。
- ・ 現在を生きる大切さを知ります。
- ・ 生き生きとするため、自分の存在に命を吹き込むため、自分を愛します。

## II. “わかってほしい”

話を聞いてと あなたに頼むと  
忠告の言葉を並べ始める  
私は そんなこと 望んでいないのに

話を聞いてと あなたに頼むと  
どうして皆と同じにできないのかと 話し始める  
私は なんだか ガッカリ 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なく  
話を聞いて欲しいのです

あなたが 私にしてくれることは  
私ができること しなければいけないことばかり  
あなたがすることは 私を怯えさせ無力にする

たとえ どんなに 分別がないと思われようと  
私には 私の感じ方がある  
あなたが この一つの単純な事実に 気がつけば  
私は あなたに解ってもらえるだろう  
そして この分別のない感情の裏に  
なにが隠されているのかを わかるだろう

あなたが このことを理解すれば  
答は明らかです  
私には もうたくさんの言葉は必要ない  
分別のない感情は  
その裏に隠された意味を理解させる

あなたは 私にできることがわかる  
だから 私の話を聞いてほしい  
そして わかってほしい

そして もし あなたが話をしたくなったら  
ちょっと待ってほしい  
次は 私が聞き手になりましょう

(作者不明)

### Ⅲ. 日常のコミュニケーションを改善する

表に、日常的に起こりがちなコミュニケーションの悪い例と望ましい例を対比させます。良いコミュニケーションは日常の人間関係をも促進・発展させることがわかります。



表. 悪いコミュニケーションと良いコミュニケーションの対比

悪いコミュニケーション	良いコミュニケーション
質問を浴びせかける、尋問する。	聞いたり、招請したり、確認したり、見たり、証言したりする。
“私たち”を主語にしたり、主語を省く。	“私”とあえて言うことができる。
一般的なことを言い立てる。	自分に関して具体的に話し活きた例を与える。
理屈や概念にとどまる。理想化し、「こうすべきだ」を使う。	個性を表し、体験を共有し、自分の感じたことや、立場を表明する。
相手を決めつけ、自分の見方に当てはめようとする。	相手が自己を主張し肯定するのを認める。
相手に私自身を決めつけさせる。	自分の観点、欲求、計画、立場を定義する。
相手は自分と同じ価値観・基準、目安を持つと暗黙に了解してしまう。	相手を批判することなく、言葉にすることによって、相手の思いをはっきりさせる。
否定の否定を使う傾向がある。「私は賛成ではない。」	相手と向かい合い、「お前の意見は聞いた。自分のは、こうだ」と言える。
相手について話しすぎる。	相手に話しかけ、自分について話す。
問題にこだわりつづける。	人に焦点を当てることができる。
しばしば、相手に代わって考える。	相手が自分の言葉で表現するのを受け入れる。

#### IV 傾聴と共感

##### 1. “傾聴”とは

“傾聴”とは「深く聞き取ること」「心に悟ること」です。その具体的手法とは“確認”です。つまり、「あなたの言ったことを私はこう受け取りました」と、相手から受け取った（聞き取った）ことを言葉で返します。実際には、相手の言葉を反復したり、まとめや言い換えを伝えたりして、「しっかり受け止めた」と知らせます。適宜、うなずきや沈黙を交え、アイ・コンタクトを有効に使います。

なお、まとめや言い換えを多用すると、相手は聞いてもらえていないと誤解したり、先取りされて不満を覚えたりすることがあります。したがって、それらは相手の様子を見ながら用いるようにしましょう。

##### 2. “共感”とは

ここでも“確認”で、「あなたの感じたことを私はこう受け取りました」と言葉で返します。実際には、相手が辛い症状に悩んでいることを反復したり、まとめや言い換えを伝えたりして、「あなたの苦痛をしっかり受け止めた」と知らせます。

脳科学的には、他人の行動や情動を見たときに、自分が行動や感動したときと同一の活動電位が発生するミラー・ニューロンという機構が脳にあって、共感の基盤となっています。つまり、悲しみ暮れる人を見て、自分も涙を流すなどの情動を引き起こす機構で、男性より女性に発達しています。

このように、共感する言葉とは、“患者が発する明示的・黙示的な感情反応”を自分も感じたと言葉に表すことです。それに対して、「お気の毒ですね」などを共感の言葉とする誤った考えがあります。しかし、それは患者を評価し、決めつけ、見下し、患者と距離をとる言葉でコミュニケーションの害毒となりますので、「お気の毒」をコミュニケーションに使ってはなりません。

## V. 質問を効果的にする指針

### 1. 開かれた質問をする

「イエス」か「ノー」の返事を期待するのではなく、「〇〇についてはどうでしょうか?」といった相手に自分の言葉で内容を語ってもらう質問をします。対話がより展開されるでしょう。

### 2. こと細かく問い返すべきでない

相手を救いたいと思うあまりに、多くの質問をしがちです。特に、重篤な患者や抑うつ状態にある人は、受け応えが困難な状態にあります。そして、体力が低下しているので、質問ばかりすると疲労させるだけなのです。

### 3. 質問は、相手の探究心に応えるもの

相手の立場を忘れて、私たちの好奇心から質問することは適当ではありません。相手は常に心の癒し、成長を求めています。ですから、その探求心を尊び、助けとなる問いかけでなければなりません。

### 4. 効果的な質問は、相手の思考を発展させる

心に傷を負っている人たちは、その感情の最も困難なときに判断を下しがちです。彼らは、無意識に選択の幅を狭めたいと望んでしまいます。選択の幅を広げることによって、その人の思考を発展させ賢くすることができます。

どんな質問が、どのように質問すれば、相手の思考の助けとなるかという、「ほかに考えられる方法は何ですか?」、「今のやり方を変えてみるのはどうでしょう?」などです。相手の心からの正直な返答を得るような質問は、情報を探り出そうという質問とは異なるものです。

### 5. 命令的なものより、リラックスさせるような質問が良い

恐れは、時として人の思考力を妨げることがあります。私たちは、この恐れに打ち勝つ解放感を誘導するような質問、「どうしていけないのですか?」、「本来の自分を取り戻すためには、何が必要ですか?」などをする必要があります。



## VI. コミュニケーション技能を発揮する

### 1. 傾聴の技能

傾聴すれば、話し手の内部に迫り、何を伝えようとしているのか、相手の真の意図が伝わってきます。技術的には、“確認”が傾聴法の核心です。相手が話したことを繰り返して、あるいは言い換えて相手に返し、自分は相手が言ったことを「このように受け取りました」と言葉で相手に伝えます。こうすれば、お互いに対話が成り立っていると理解できて、その過程を続ければ、話し手が真に伝えたいことを知ることができるようになります。

ただし、表面的な繰り返しや言い換えでは心が伝わりません。効果的な傾聴のためには、しなければならないことが幾つかあります。

### 2. 話の全体の意味を聞きとる

コミュニケーションには、いつも伝えたいことが4つあります。

- ・ 事実レベル：出来事、状況、場所と時間の展開。いつ、どこで、どのように、誰と？
- ・ 感覚レベル：その出来事を自分の感受性はどう体験し、とらえたか、受け止めたか？
- ・ 反響レベル：自分の歴史、過去の体験、大切な人間関係の何が呼び起こされるのか？
- ・ 思考レベル：内なる力と知的刺激を共有し、外観を超えて把握する批判精神を持てるか？

### 3. 感情部分を聞きとる

時として、伝えたいことを理解するには、内容よりも感情がはるかに重要です。そのため、とくに感情部分に答えるようにします。例えば、患者が「もう誰も信用できない。みんなは私をだましている」と、話の口火を切ったとします。その時は、私たちが具体的にその問題にふれ始める前に、この発言に含まれる挫折や意気消沈、失意の状態に焦点を合わせて適切に対応することが必須です。

### 4. 相互理解の試練

他人の真の思いを理解するのは、非常に難しいものです。そのため、私たちは、相手と同じ視点で世の中を見ているかどうかを常に“確認”する必要があります。相手が「あなたは理解してくれた」と得心するまでは、あなたは相手の問題を理解していると考えべきではありません。つまり、相手に向かって「私は、あなたのことを理解しました」という言葉は、原則、使ってはいけません。もし、「理解しました」を使いたいなら、「私は、〇〇に関するあなたの思いを理解しました」と“理解”の中身を具体的に伝えましょう（“確認”です）。

### 5. 傾聴の難しさ

私たちは、通常、私たちの観点から考えて相手の話を聞きます。これは傾聴法とは異なったものです。傾聴法を会得するには、やり方を変えて、相手の観点に立って考えるようにします。その実践にはエネルギーが必要になります。ぜひ家庭で試してみてください。

さい。家族や友人との関係がより親密になること間違いありません。

傾聴には、話し手に深く関心を持たなければなりません。私たちは皆、お互いに影響し合う状況のため、ガラスでできた家に住んでいるようなものです。ガラスは透けて見えます。私たちが単に関心があるような振りをするなら、それを意識するしないにかかわらず、話や素振りに出てしまいます。一度そうなると、相手はもう思うことを率直に話そうとしないでしょう。

## 6. 自分に耳を傾ける

聞き手として、とても聞くに耐えない言葉を耳にすることがあるでしょう。また、拒否的で憎しみに満ちた表現があなたに向けられるかもしれません。あなたは、それを恐いと思ったりします。しかし、防御的になったり、攻撃のお返しをするなどと思ったりせずに、それらの反応を許す強い心を持つことがあなたに求められます。あなたの感情は、しばらく胸にしまっておいて、相手の立場に立ってみるようにします。

時として、聞き手の感情が傾聴の障害になります。私たちの感情が高ぶっている状況では、自らの関心事を表面に出さずに相手を理解するのは困難です。自分の感情は、しばしば聞き手にとって一番の敵となります。特殊な状況下にある、または問題を抱えているときは、そうしなければなるほど相手の感情や態度を理解できなくなってしまいます。

聞き手としての立場を危うくするので注意する必要がある危険な兆候とは、

自己防衛的になること、  
相手に対する敵意、そして  
性格の衝突、です。

もし、私たちが必要以上に自分の立場を守ろうとし、相手の言葉に不快感を示したり、相手と話すのを嫌がる素振りを示したりすると、相手はその拒絶的感情を敏感に感じ取ります。自分の拒絶感情の対処法を修得しておきましょう。

感情が高ぶっている時には、自分自身の声に耳を傾けることが大切です。相手の話を聞くに先立って、私たち自身の声に耳を傾けることが必須条件なのです。

非常に高揚していたり、興奮していたり、自尊心が勝っていたりするような時は、自分自身はもちろん相手の問題も理解することはできません。自らの状況、価値、求めるものを確認することが最も大切です。そして、あなたにとって重要な出来事の意味を認識して理解することと、あなたが傾聴法を会得するに至った経路を思い起こすことが大切です。そうすれば、気分を一新し、はじめのように偏見なく相手の話に耳を傾けることができるようになります。

つまり、ある人または状況があなたの聞こうとする努力を妨げていると思ったら、まずあなた自身に聞こうと努めることです。自分自身の思いを無理に抑え込もうとしないことが、より良い関係を築くために有効です。

## Ⅶ. 対話が円滑に進まないとき

患者が傾眠気味、虚脱状態、あるいは認知症などで対話が円滑に進まないときがあります。完璧でなくても、コミュニケーションを少しでも進められます。

### 1. 患者が虚脱状態

- ・時間をかけます。辛抱強く、急がないように。
- ・言葉の端はしから、思い当たる言葉が該当するか否か確認してみます。
- ・理解できないときは、わかった振りをせずに、わからないと伝えます。
- ・ジェスチャーなど非言語的コミュニケーション技術を併用します。
- ・話すこと以外のコミュニケーション法を考慮します。
- ・使えるなら、コミュニケーション機器を試みてみます。

### 2. 認知症患者

- ・患者の視野に入って、同じ高さの目線で、または下から話しかけます。
- ・顔を見て、笑顔で通常どおりに話します。
- ・刺激の少ない騒がしくないような部屋を用意します。
- ・歩行中なら、患者の歩行に合わせて言葉をかけます。
- ・患者によって対面するときの好みの距離感があります。
- ・ゆっくりと低い声で話しかけます。
- ・患者の尊厳に配慮していることが通じるように話しかけます。
- ・患者が避けようとしたり、殴ろうとしたときは、患者には気晴らしが必要でしょう。

## Ⅷ. “沈黙は金なり”

「沈黙は金」であることは確かですが、発声があってはじめて沈黙があることを思い起こさなければなりません。このご時勢、発言がとても重視されています。しかし、一過性の言説も多く、発言に過度に頼ることは禁物です。

1. 言葉には力があります。そのため、不用意な言葉が人を傷つけることがあります。怒りや否定的な感情に襲われているときは発言に注意が必要です。
2. 怒りにあるときは、10秒間は沈黙してから発言します。かなり長いように感じるでしょうけど、冷静になる時間が必要です。
3. 沈黙の間、相手の話を聞く時間に充てられます。そして、相手の見方があなたは冷静という好印象に変わるかもしれません。人間関係に好ましい影響を及ぼすでしょう。
4. 同じ沈黙の時間でも、専門職には一般の人が感じるよりずっと長く感じられることがわかっています。
5. 沈黙を活用することによって、その間に考えることができ、性急な結論を避けられます。その到達した領域が「瞑想」と見なすこともできるでしょう。私たちの創造の源となります。

言葉には力があります。そして、その分、沈黙にも力があります。両者を上手に使うことがコミュニケーション技術です。

#### 更なる参考書

ジャック・サロメ著、市川聖子訳、谷田憲俊監訳、幸せをよぶコミュニケーション、大津：行路社、2004.

### 第3章 ホスピス緩和ケアの身体的側面

- I. 個人に合わせる痛みの制御
- II. 鎮痛以外の対症療法
- III. がんの治療法
- IV. がん療養中に起こる諸問題への対応
- V. 死期に関する患者と家族への案内
- VI. どうやって死を確認するのか？

#### 私たちの行動目標

1. がんの治療を図る医療と緩和ケアとの異同を理解し、説明できます。
2. 患者の全人的苦痛について学び、支援の必要性を理解します。
3. ホスピス緩和ケアでは鎮痛が大切であることを理解します。
4. がんの治療法とそれらの副作用について学びます。
5. 食事の工夫で様々な状況に対応できることを理解します。
6. 臨終期の進行と臨終の迎え方を理解し、説明できます。

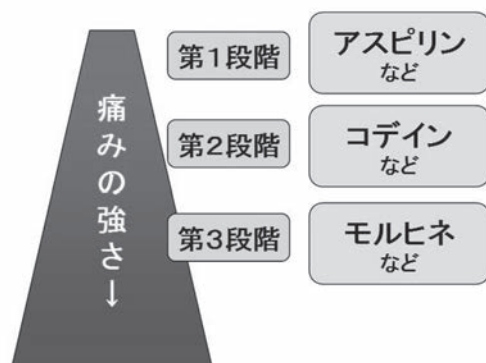


図. WHO式段階的鎮痛療法

5原則は「経口的に」「定時に」「段階的に」「患者ごと個別的に」「細かい配慮を」である。痛みの強さと治療効果をみながら、第1段階として通常の鎮痛剤を使い、痛みが抑えられないなら第2段階のコデインなど、さらに痛む場合は第3段階の強オピオイド薬を用いる。強い痛みには、直接第3段階から開始する。

## I. 個人に合わせる痛みの制御

がん患者の全人的苦痛には、身体的痛みのほかに精神的、社会的、スピリチュアル的痛み（たましいの痛み）を伴います。全人的痛みは相互に増強し合うので、それぞれに適切に対応することが大切です。また、身体的痛み以外の痛みも身体症状として表出することが多いことに留意が必要です。

1. 患者はそれぞれ痛みに対する反応が異なるので他の人と比較しません。各人にあった痛みの対処法が必要です。
2. 患者が痛みを訴える場合、その言葉を信じることです。ただ、全ての患者が痛み止めを必要とするとは限りません。
3. 執拗な痛みでも制御が可能です。頑固な痛みといっても、対処不能を意味するものではありません。
4. 感情的な影響を見過ごしてはいけません。不安やストレスは、痛みを増強させます。
5. 患者をなでたり、さすったりすることは、痛みの緩和に効果があります。
6. 患者が少しでも楽なように、ベッドの角度や部屋の温度にも気を配ります。
7. 患者を孤独に陥らせないようにします。自宅療養中であれば、家族の姿の見える所にベッドを移動させます。
8. 患者にも治療に参画させます。医師の同意が得られれば、薬の投与量や時間なども患者が決めるようにします。
9. 痛みがあるときは、薬の常用癖への心配は無用です。この点について、質問があれば患者の担当の医師や看護師、薬剤師に尋ねます。

## II. 鎮痛以外の対症療法

### 1. 口腔ケア

終末期は飲食を控えたほうが患者の生の質（QOL）は高いので、末期になると補液も控えられます。そこでは口腔ケアが必須です。栄養療法とセットでケアされるようになり、介護者にはその基本的手技を学んでもらいます。

### 2. 便秘・嘔吐

便秘はモルヒネに必発の副作用で、その発生機序から塩類下剤と大腸刺激剤を併用します。また、モルヒネを使い始めた患者の1/3に生じる吐き気や嘔吐の予防が大切です。その吐き気は2週間ほどでなくなります。器質的原因がある場合は、それぞれに応じて治療します。治療できない腸閉塞にはサンドスタチンが「生の質」改善に使われます。

### 3. 皮膚のケア

皮膚の異常や床ずれは不快だけでなく、自己イメージを損ないます。したがって、予防が第一です。がん性皮膚潰瘍は痛みと嫌気性菌感染によって臭気が発生します。発生したら、嫌気性菌用抗菌薬を用いて積極的に治療します。手足の浮腫も多い症状で、原



因を探索しつつ、リンパ浮腫のケア、包帯や下肢の挙上、ステロイドや利尿剤を用いて制御します。

#### 4. 精神・神経症状

頻繁に合併する症状で、死の先ぶれのこともあります。錯乱には、まず使用薬物が原因ではないかと考えます。不安や抑うつには傾聴と共感の姿勢で対応し、原則、薬物はいりません。痙攣が生じたら抗痙攣剤などの対症療法を行います。

#### 5. 泌尿器障害

無症候性細菌尿に抗菌薬は使いません。見守りで対応します。ただ、尿失禁は褥創防止のために早急な処置が必要で、また尿閉には膀胱ドレナージを要します。

#### 6. その他

足のケア（フットケア）が大切ですが、おろそかにされています。特に、高齢者は合わない靴を履いていたり、リハビリテーション用にきつい靴を履くことを強要されたりして、悲惨な足の状態になっているのをよくみかけます。フットケアの理解を広めなければなりません。

### Ⅲ. がんの治療法

#### 1. 手術

#### 2. 化学療法（薬物療法）

1) 投与方法、投与回数は薬の種類、患者の状態により異なります。

2) 副作用：有効性は見えませんが、副作用は目に見えて患者を苦しめます。

食欲の減退、吐き気と嘔吐（特に、投与後、数時間の間に起こる）、  
下痢や便秘、口内のただれや潰瘍（歯ブラシ代わりに消毒綿棒を使う）、  
筋力低下、感覚異常（しびれ、ヒリヒリ感、熱感）、  
白血球数の減少から感染の危険性増加、貧血、紫斑、出血傾向、脱毛、  
皮膚・爪の荒れ、生殖機能異常（生殖細胞の冷凍保存も考慮）

#### 3. 放射線：がん細胞に照射することで、その成長増殖を抑制します。

1) 局在がんには治癒を目指し、進行がんには小さくして周囲への悪影響を減らすことを図ります。また、骨転移へ照射し、痛みの軽減と病的骨折を予防します。

2) 副作用には、皮膚火傷や口内炎、吐き気、嘔吐と下痢などがあります。

#### IV. がん療養中に起こる諸問題への対応

##### 1. 食欲減退（食欲不振は悪循環して、体重減少を引き起こす）

- 1) 少量を何回にも分けて食べます。
- 2) 少量で高蛋白質・高カロリーがとれるような食事を心がけます。
- 3) 食事中的ストレスを避けます。
- 4) 家族や友人と一緒に食事します。一人ならラジオやテレビをつけて食事します。
- 5) 患者の好みの食べ物を出します。

##### 2. 膨満感（少量を口にしても、すぐに満腹感を感じてしまう）

- 1) 少量ずつ回数を多くとり、ゆっくりと噛みます。
- 2) 脂っこいもの、体内でガスを発生させる野菜、炭酸飲料、ガムは避けます。
- 3) 食後は、座るか少し歩くようにします。
- 4) 飲み物は、食事中から1時間ほどあけて、食前や食後にとります。

##### 3. 味覚の変化（味覚がなくなったり、食べ物の味が違って感じたりする）

- 1) 少量を回数多くとります。
- 2) 肉類は、ハーブや香辛料でマリネにするなど、味つけします。
- 3) 卵や肉、魚が食べられなければ、牛乳やチーズ、ナッツなどで蛋白質をとります。
- 4) 蛋白質系の食品は冷たくするか、室温のほうが食べやすくなります。
- 5) プロテイン飲料などで蛋白質をとります。
- 6) 甘味の強い食品は、塩を少々振るか苦味料を使います。
- 7) 酸味、塩味の強い食品は、砂糖を少し加えると味が緩和されます。

##### 4. 吐き気と嘔吐

- 1) ゆっくりとよく噛んで食べます。
- 2) 一度に少量で、しかも脂気の少ないものを食べます。
- 3) 甘味のものより塩味のをとります。
- 4) 水分の少ない飲食にして、食後に泡の出ない清涼飲料水を飲みます。
- 5) 食後はくつろぎますが、少なくとも2時間位は身体を起こしておきます。

##### 5. 口の乾き（唾液の出が悪くなり濃くなる）

- 1) 固形の食べ物には、ソースや煮汁ドレッシングなどをかけます。
- 2) 柔らかく口あたりのよい水分の多いものを室温か冷たくして食べます。
- 3) 酸の物は唾液を出させるが、甘味の食べ物は減少させます。
- 4) 砂糖の入っていないアメやガムにします。
- 5) 人工唾液も使えます。

##### 6. 便秘（食欲減退と膨満感を引き起こす）

- 1) 新鮮な野菜、果物を多くとり、パンや穀類は全粒製品を利用します。

2) 1日にコップ6～8杯の水分を飲みます。

## 7. 下痢

- 1) 室温の飲み物から食べ始め、徐々に食物繊維の少ない食品をとります。
- 2) その後、少量でカスの少ない食べ物を何回にも分けて食べます。
- 3) 十分な水分をとり、カリウムを多く含んだ食物（果物など）を増やします。
- 4) 脂っこいもの、刺激物、カフェイン、食物繊維の多い食べ物は避けます。

## 8. 牛乳不耐症（乳糖分解酵素の不足で下痢を起こす）

- 1) 牛乳や乳製品を避けます。
- 2) ヨーグルト、バターミルクは製造過程で乳糖が変化しており症状を起こしにくい。
- 3) 牛乳の代用品を使った食品をとります。
- 4) 乳糖を含まない高プロテイン飲料を飲みます。

## V. 死期に関する患者と家族への案内

この時期があなたやあなたの家族にとって、ことのほかつらい時期であることを理解しています。この時期をあなた方と一緒に乗り切るには、できるだけ正直で、前向きにならなければならないと思っています。そうすることで、差し迫った身内の死に不安を抱いているあなた方と率直に話し合えるようになるでしょう。

私たちには「知らないことへの恐れ」をなくすことが大切です。その意味から、死期の近づいたことを予測させる症状をここに示します。これらの症状は、必ずしも起こるとは限りません。中には、全く出ないものもあります。これらの症状が現われても、あなたがあまり驚かないように、前もってお知らせしておくものです。ここに示されている全ての兆候は、身体が最後の段階に向けて自らを備えようとしている表れなのです。わからないことは、看護師やボランティア、医師にお尋ねください。

1. 患者は食物・水分をとらなくなります。そのほうが患者は安らかなのです。このようなときは、氷を口に含ませたり、水で口を湿らせたりすると良いでしょう。
2. 患者は昼間も眠った状態になります。目を覚まさせるのが難しくなります。これは身体の代謝機能低下のためです。
3. 患者は落ち着きがなくなり、夢と現実の区別ができなくなったりします。これは脳内の酸素減少と代謝機能変化のためですが、この時期には酸素吸入は効果ありません。この時は、患者に穏やかに、明確に話しかけ、患者を怖がらせないようにします。
4. 患者は代謝機能の低下のために、時間、場所、相手がわかりにくくなります。
5. 視覚、聴覚が鈍くなります。視力が落ちたときは明りをつけます。聴覚は最後まで残るとされます。やさしく話しかけ、手や肩をさわることは意味のある心づかいです。
6. 体温が下がり、さわると冷たく感じます。顔色は青白くなり、うっすら汗ばみ、身体の下側の皮膚が黒ずんできます。血液循環が落ちたため、このようなときは患者が寒がらないように毛布などでくるむと良いでしょう。

7. 通常は、死の直前まで尿・便失禁は起こりません。起こったときに備えて、腰の下に耐水性ビニールなどを敷いておきます。失禁への対応は、それまでの清拭と同じです。
8. 喉にガラガラという音がすることがあります。これは唾液や痰がたまるためです。気になりますが、ご本人は苦しんでいませんのでご安心ください。吸引は要りませんが、とれるなら綿棒などで液をぬぐってあげます。
9. 患者の呼吸が乱れ、呼吸しない時間が交じるようになります。臨終が近くなるにつれ、呼吸のない時間が長くなります。
10. 臨終の前は、顎を上げて空気を欲しがるとな呼吸になります。その後、顎を動かすだけになり、呼吸が止まります。この様子は本人の生きる努力と感じられて、見守るご家族はつらいでしょうけど、患者は意識がないので苦痛を感じていません。

## VI. どうやって死を確認するのか？

死亡したと思ったり、死にそうと思ったりしたときは、担当の看護師または医師、ホスピス・チームの誰かに連絡してください。警察や救急車を呼んではいけません。

ここに書かれたことは、とても恐いように思えるでしょう。しかし、私たちの最初の役目は、起こりうることに對して、あなたが準備できるように助けることです。私たちにとって、患者のケアとともに、その家族の身体的ケアと心のケアをすることも大きな役割だと考えています。

このお知らせの目的は、もしもそれが起こったときのために心づもりとして用意しました。そして、ホスピス職員が常にいることを覚えておいてください。

### 1. ご臨終あるいはご臨終が近づいたときの対処法

- 1) 臨終が近づいたと思われるときは、担当の看護師または訪問看護担当者に連絡します。状況に応じて、訪問看護や訪問診察があります。
- 2) 臨終に医師や看護師の立ち会いは必須ではありませんので、いなくても心配ありません。深夜であれば、朝方に連絡すれば十分です。
- 3) いつ亡くなったか、わからなくても大丈夫です。気づかれた時間を記録します。
- 4) 救急車や警察は呼びません。
- 5) 亡くなられたら、家族で十分なお別れをします。訪問看護担当者への連絡は急がなくて結構です。
- 6) 連絡を受けた訪問看護師が対応を説明します。ときに、訪問は次の朝になることもあります。
- 7) 看護師と医師が訪問して、必要な処置をして、診断書交付の準備をします。なお、条件によって医師が訪問する必要のないときもあります。
- 8) 遺体は患者と家族の意思どおりに扱いますので、看護師と葬儀関係者に伝えてください。

### 2. 死は以下の項目を調べることで確認することができます。

- 1) 呼吸が止まります。胸が動かない、呼吸音が聞こえない、鼻先に紙切れをかざして

も揺れない、金属や鏡をかざしても曇らないなどから確認できます。

- 2) 心臓が止まります。左胸や首の横をふれて、心臓や動脈が動いていないことで確認できます。
- 3) 尿・大便の失禁が生じたりします。
- 4) ゆすったり、呼びかけたりしても、反応がありません。
- 5) まつ毛や眼に触れても、まぶたが動きません。眼球が動かず、瞳孔が開いたままになります。
- 6) 顎の筋肉がゆるんで、口を少し開けたままになります。

このようなときは時間を確認し、訪問看護の担当者に連絡します。救急車や警察を呼んではいけません。

## 第4章 死に逝く過程の心理面への対応

- I. 致命的疾患の進行による患者の態様の変化
- II. 患者に気遣った真実の伝え方
- III. 死のストレスに遭遇したとき
- IV. 重病患者を支援する実践的ヒント
- V. 臨終期に寄り添う
- VI. 希望について

### 私たちの行動目標

1. 死に直面する患者の心理・情緒的側面を理解します。
2. 死と喪失について自分たち自身の考えを探ります。
3. ストレス（危機）に対する心理的反応について学びます。
4. 患者と家族に対する臨終期ケアの重要性を理解し、説明できます。
5. 自分に対するストレスの衝撃と他者を支援できる能力を理解します。
6. 希望の扱いには機微が求められることを理解し、説明できます。

**人の死に様は、ほとんどがその人の生き様と同じ。  
形而上学的・宗教的なことを考えている者もいれば、  
いつも日常的なことに気をとられている者もいる**  
(ウィリアム・オスラー、1906年)



## I. 致命的疾患の進行による患者の態様の変化

### 1. 死に至る段階

死に至る過程は、キューブラー・ロスの5段階説が広く知られています。しかし、彼女のいう拒絶・怒り・交渉・抑うつ・受容は、ストレスに遭遇した時の心理的反応であり、死に至る段階ではありません。ここでは、病期をアブラムスの「初期」「進行期」「終末期」という臨床で使いやすい3段階に捉える考え方を紹介します。

表. がんの進展と患者の態様

時 期	初 期	進 行 期	終 末 期
がんの進展	治癒可能	再発・転移	進行性・致死性が明白
医療の目的	治癒	治療・対症療法	緩和ケア（対症療法）
患者の態様	意欲的、高揚感、楽観的、病気より治療法を懸念	防御的、受動的、回避的、不満がち、特定の件に固執	死の恐怖、抑うつ、孤独を怖がる、会話が少なくなる
医療者との関係・会話	開放的、前向き、事実に基づく会話	介護者に質問、二面性（信頼感、告知希望等で）、頼りがち	依存的、頼る対象が介護者まで広がる

(Abrams RD. N Engl J Med 1966 ; 274 : 317より)

### 2. がんの進行による患者のニーズの変化

このように段階的にみるのは、がんの進行度によって、患者のニーズや希望が変化するからです。初期は手術や放射線療法、化学療法などによるストレスが大きいので、病気より治療、特に副作用を心配します。患者は治癒に向かって意欲的で、将来を楽観的に捉え、開放的で前向きになり、患者と医療者との間で事実に基づく会話ができます。

進行期は、患者が再発や進行を認識した時期です。次から次に問題が生じて、経過中、身体的問題のみならず心理的・精神的にも問題が生じる時期です。この時期になると、患者は一方で「よく知りたい」、他方では「知るのが怖い」と思うようになります。ときに、医師を避けるようになったりして、周り（看護・介護人）に質問を向けたりします。

終末期は、致死性が明白になり、がんが進行して死を迎えるのを待つ状態です。ホスピス緩和ケアの役割が大きくなり対症療法が選択肢となります。患者は死の恐怖を覚えたりして、抑うつ状態になったりします。この時期になると、患者は自分の病気についてあまり知りたいとは思わなくなり、会話が少なくなります。また、その一方で孤独を怖がったりして、身近な人と別れるのを恐れたりします。そして、自分の生涯や生きる意味を考えたりするなど、スピリチュアルケア（たましいのケア）の対象となります。

## II. 患者に気遣った真実の伝え方

### 1. 真実を知る・伝える大切さ

真実とはいえ悪い情報を告げるのは、誰にとっても厭なものです。なぜなのでしょう。それは悪いニュースを伝えるにあたって、伝える人には責任がないにもかかわらず

ず、伝えた人が非難されたりするからでしょう。この悪いニュースを伝える方法に三つあります。一つ目は、伝えてから、さっと逃げてしまう手です。事実を伝えないという方針も同じようなものでしょう。二つ目は、伝えてから深い同情を示して、相手と抱き合って共に涙を流すことです。しかし、これら社会的に有用な二つの方法は、医療の現場では使えません。

そこで、第三の方法です。それは、一言で「臨機応変」に対応することです。つまり、患者の受け止め方や反応を判断しながら、言葉を選んで話を進めていきます。がんと告げると、患者は言葉で言い表せないほどの大きなショックを受けます。頭の中が真っ白になり、その後の会話を全く覚えていない患者もたくさんいます。そんなときは、時間をかけたり出直したりするなどの工夫が要ります。患者個人によって苦悩の表現の仕方や程度は大きく異なるでしょう。心構えがあった患者は、初めは比較的冷静に受け止め、後にショックが訪れることもあります。ここで、引き続く診療を円滑にするため、患者に気遣った伝え方をする必要があります。

## 2. 告げられるということ、告げられないということ

末期がん患者に真実を告げることに対する反対の意見には、「苦しめるだけ」とか、「自殺の危険がある」、あるいは「希望がなくなる」などがあります。医療者も多くの場合、患者の死にうまく向き合うことができません。一般の人々も末期患者を無意識に避けようとしします。

しかし、末期がん患者は心のどこかで真実を感じとっています。それは、医療の内容と医師や看護師の接し方が変わったり、家族や友人たちの笑顔の下に不安と悲しみが映っているのが見えたりするからです。偽りや避けるような態度は、いくら気づかせまいと努力しても、わかってしまいます。

患者はこれらの状況とさりげない会話の中に矛盾を聞き取り、全てを考え合わせて、真実を感じとってしまうのです。たいていの患者はそれに気づいても胸の内にしまい込んでしまいます。そして、今まで通り知らない振りを続けます。患者は死ぬことがわかっています。医師も看護師、家族、友人、みんなも知っています。この悲劇は、多くの患者は本当は心の内を率直に話し合いたいと思っていることです。そして、本来なら大切な時間を共有できたはずの家族や友人の輪から、事実を告げられないために“完全”に疎外されてしまいます。

事実を告げられると、自分の先行きを考え、自分で方針を決めることができるようになります。しかし、中には致死性という現実には押しつぶされてしまう患者もいるでしょう。どうやったら、素直に話し合えるようになるのでしょうか？

真実告知に関して、一方は患者に包み隠さず話したところ精神的衝撃から立ち直れなくなった例、また他方では善かれと思って患者に知らせなかったために患者は孤独に苛まれながら一人で痛みと疑心暗鬼に苦しんだ例がありました。この両極端の顛末に陥らないようにするためには、患者の思いと希望などに気遣いしつつ、伝えたことへの患者の心理・情緒的反応をみながら対話を進めていくことでしょう。続いて、患者の反応とその対応法についてまとめます。

### Ⅲ. 死のストレスに遭遇したとき

#### 1. 死に直面する患者の心理的・精神的症状

人は死に直面したとき、大きなストレスに見舞われます。そのときの主だった反応にはストレスに対して起こる現象があり、「拒絶」「怒り」「交渉」「抑うつ」「受容」という一定の反応を引き起こします。がん患者は大小のストレスを前にして「受容」に至るまで心理的・情緒的、スピリチュアル的に困難な時を過ごします。

また、ほとんどのがん患者に不安や抑うつなどの精神症状が出ます。患者は、それらを身体的症状として訴えるので、身体的症状の裏の患者の思いを聞き出すことが大切です。そして、それらストレスや他の症状には、少しでもそれを和らげることが大切です。

#### 2. 支援の基本

ストレスには、その反応過程を経ることが順応につながります。大きいストレスの場合、一般に拒絶は数日、怒りと交渉、抑うつにそれぞれ数週間、受容に至るまで数ヶ月の期間を要するとされます。

##### 1) 拒絶とその対応

致死的疾患にかかったと告げられたとき、「そんなはずない、何かの間違いだ」と、まずその情報を否定・否認します。拒絶は嫌な情報に出会ったときの当然の反応で、緩衝の役割を果たします。

したがって、拒絶には「間違いない」などと言うのではなく、まず患者の態度が当然の反応だと、患者の思いを受け止め確認し、患者の言葉を反復したり、沈黙を入れたりしながら傾聴し、患者に発言を促し、共感を示します。拒絶は通常一時的な防衛反応で、その時期が長いにせよ短いにせよ、部分的に認めたりします。

##### 2) 怒りとその対応

情報は拒絶しがたいとわかると、次は怒りの段階に入ります。「なぜ自分が？」と自分に対する怒りとなり、それが高じると「あの人がなってもおかしくないのに」と、他人（特定あるいは非特定）への敵意や恨みや羨望になったりします。

怒りは自分を認めさせるためのデモンストレーションの要素が強く、家族や医療従事者の注意が自分に向けられると怒りは静まったりします。したがって、たしなめるのは逆効果で、怒りに害がなければ止める必要はありません。また、怒るからと家族が見舞いに来なかったりすると、患者の孤立感を煽るだけで状況は悪化する一方となります。

ほかに怒りの原因がある場合には、怒りの対象を見いだすことが先決です。傾聴と共感を示して怒りの対象を見極めて、適切な説明を心がけます。ただし、言い訳につながるような説明はコミュニケーションに害毒となるので、注意が必要です。患者の怒りに理解を示せば、多くは収まっていきます。

また、理不尽な要求でも実害がなければ受け入れる度量も必要です。ただし、理不尽な要求で身体的な危害や反社会的なものであれば、毅然と対応します。

### 3) 交渉（取り引き）とその対応

拒絶し、怒っても、事実から逃れられないと悟ると、情報・運命と交渉（取り引き）を始めます。「これをするまでは」などと、状況を引き延ばそうと試みます。また、「そんなに悪い状況でもない」とストレスを弱めようと試みたりします。交渉の本質である状況の先送りを試みたり無視したり、事実の周りをぐるぐる廻るような対応と言えます。

対応は傾聴と共感です。医療面では「痛みがとれればいいですね」などと、現実的な目標に取り引きの対象を求め、それを実現できるように図ります。また、神に悔いているのであれば宗教家に、家族に悔いているのであればその家族にと、交渉の対象に対応してもらうことも有効です。

### 4) 抑うつとその対応

拒絶や怒り、交渉しても状況から逃れられないと悟ったり、状況を受け入れざるを得ない状況に追い込まれたりすると、それまでの反応は消失し、患者は落ち込んだ状態になります。抑うつを落ち込みや苛つき、頭痛、突然の食欲変化、不眠、倦怠感、罪の意識、優柔不断、自死のほのめかしなどで訴えます。

対応は、十分に患者の思いを聴いて、話をそらさずに患者の話題に合わせ、患者に傾聴と共感を示します。もし、「一人にしておいて」と患者が言ったならば、「また来ますね」と言ってそのようにします。このようなとき、単純に励ますのは禁物です。「悲しまないで」ということも禁句です。本人も悲しいし、周りも悲しいと悲しみを受け入れるようにします。

なお、がん患者の抑うつの半数は特に対応を要せず回復します。35～40%の患者は話を聞いたりカウンセリングしたりするなどの一般的対応で回復します。残りの10～15%において精神科医の助けを要するとされます。

### 5) 受容とその対応

抑うつの時期から受容へと達し、来るべき死を悟り、予期しています。患者は、寡黙となり嗜眠傾向を示します。外界から煩わされたくなくなり、訪問者も歓迎できなくなります。そして、非言語的コミュニケーションが言語的コミュニケーションより好まれるようになり、手を握るだけでも良いし、静かに側にいるだけが好まれたりします。

なお、受容には、寡黙とならない場合もあります。それらの患者は、死を受け入れつつ、対人関係や社会生活を落ち込みなく続けていきます。これは自分がいなくとも大丈夫と理解して受容に至った患者にみられることが多くあります。これらは、悟りや覚悟という東洋的な言葉でよく表現されますが、欧米でもこのように泰然として死を迎える患者は多いとされます。

ただ、言葉に出さなくても患者はスピリチュアル的苦痛を覚えています。スピリチュアル的苦痛は拒否の反応から現れて、多くかつ強く表出されるのは抑うつから受容にかけてです。ケアする側からふれてみるのが大切でしょう。



#### IV. 重病患者を支援する実践的ヒント

##### 1. 患者からみて、どうして欲しいかをまとめたものです

- 1) 私のことを避けないでください。友だちでいてください。以前と同じように。
- 2) 私の手を少し握ってくれるだけで、あなたが私を気にかけてくれているとわかります。
- 3) 好物を持ってきてくれる時は、前もって、いつ来るか電話してください。返すことを気にかけなくてよいように、食べ物は使い捨て容器に入れてきてください。
- 4) 私の子どもたちの面倒をみてください。子どもたちと過ごす時間は今は少しでいいのです。子どもたちも、病気の私から離れる時間が必要です。
- 5) 私が泣く時は、一緒に泣いてください。私が笑う時も、一緒に笑ってください。
- 6) 私を連れ出してください。できる範囲でそうしたいのです。
- 7) 私の買い物リストを尋ねて、私の家へ“特別”な届け物をしてください。
- 8) 訪問してくれる前に電話をください。来てください。私は孤独なので、あなたが必要です。
- 9) 祭日や記念日のお祝いの手助けをしてください。病室や家の部屋を飾り付けたり、花束など自然の恵みを持ってきたりしてください。
- 10) 私の家族を支えてください。私は病気で、彼らも苦しんでいるのです。家事を休み、私の所に泊まりに来てください。彼らを外出に誘って、色々な所へ連れて行ってください。
- 11) 創造的になってください。思索書、音楽テープ、壁かけポスター、家族や友人と一緒に食べられるクッキーなどを持ってきてください。
- 12) 「病気のこと話したくないですか？」と聞いてください。私自身、話した方がいいかもしれません。
- 13) 「話し続けなければ」と思わないでください。静かに黙っていても良いのです。
- 14) 私や子どもたちを運んでもらえますか？病院やお店などの交通手段が要るのです。
- 15) 私の身なりを褒めてください。病気のことを差し引いても素敵だと言ってください。
- 16) 方針を決める時は、私も仲間に入れてください。私は、色々なことを失いました。私の家族や私の人生について決断を下すとき、私もそこにいたいのです。
- 17) 明日、来週、来年と、将来について一緒に話しましょう。希望は私に大切です。
- 18) 楽観的な考えを示してください。それは魅力的なことです。

##### 2. 友人や家族へのヒント

- 1) 関わってください。訪問や電話をします。具体的な手助けを申し出てください。
- 2) 患者に動作で応じてください。簡単に抱きしめたり、触ったり、握手は、あなたがどんなに気にかけているかを伝えます。
- 3) 自分が行っても大した違いはないなどと、思い込まないでください。
- 4) 聞いてあげてください。あなたが与えることのできる大切な贈物の一つです。

### 3. ボランティアへのヒント

- 1) その患者が一人の人間だということを認めて、仲間付き合いをします。
- 2) できるだけ普通の生活スタイルでいられるように支えましょう。
- 3) いつも興味や楽しみを見つけるようにしましょう。
- 4) 適切な時の笑いの大切さを思い出しましょう。
- 5) 患者に合ったリラクセス法を助けましょう。
- 6) 無理しないことが大切です。患者に許される負担の程度は、「後に残らない」を旨とします。すぐに回復する程度のストレスや疲れは、患者の体調を良くするでしょう。

## V. 臨終期に寄り添う

### 1. 臨終期

死と死ぬことについて、私たちは知識の上でも情緒面でも理解しています。そして、死の恐れとして、「自分なしに時が進むこと」「無の世界」「自律性の喪失」「愛する人との別れ」「つながりの消滅」「疎外」「人生の意味の消失」「未知の領域に対する恐れ」があるとされます。しかし、その場面に遭遇するとしばしば忘れがちになり、「死」そのものを恐れるより「死に至る経緯」に恐れを覚えるとされます。そこで、患者・家族・周囲に求められることは、

- ・患者や家族が自分たちの望むように方針を決定する
  - ・つながりを大切にして、感謝の念を表します。
  - ・素直になりましょう。物質的より情緒面を大切に。
  - ・思い残しがないように、物事を後回ししません。
  - ・大切な人と率直に話し合う
  - ・多くを求めないで、精神的贈り物を大事にします。
  - ・「初めて」を恐れなくて、恥ずかしいと思うようなことでも言葉に出します。
  - ・助けが必要なときは遠慮無く助けを呼びましょう。
- などです。次いで、少し詳しくみていきます。

### 2. 寄り添うということ

感情面からその人を支え、その人に既に備わっている順応の術を高めていくことです。臨終期の患者との関係について言えば、死ぬ手助けをするものではありません。亡くなるまでの間、彼らの選んだ生き方を生きられるように支援することです。

致死的がん患者や末期患者らは、しばしば自分自身を孤立させ、物事を隠し、悲しみの感情を内面化しがちです。死そのものは、別れの時、引き際であり内面化する時でもあります。また、支えになってくれるとはいえ、新しい人と信頼関係を結ぶのは、死を間近にした人にとって不可能なほどの努力を要します。

高齢者の死は、ある家族からは歓迎されることなので、ケアする人たちは高齢者、死、老人病、施設に対する画一的な考えから判断してはいけません。あまりに一般化した見方をすると、老人の死の個別性を見逃し、彼らの家族の反応をも見誤ることになり



ます。長生きして死を迎えるのは理想とされますが、ケアする人は高齢者も他の年代と同じように死に対して精神的緊張、恐れ、絶望を持つことを忘れてはなりません。

## VI. 希望について

キューブラー・ロス（1926～2004年）の希望の強調以来、ホスピス緩和ケアに希望が金科玉条として扱われてきました。しかし、希望のない患者に希望を強調するのは、抑うつ患者を励ますと同じで害毒になります。加えて、彼女が示した「希望」は「朝、目覚めたら、新薬でがんが治っていた」といった「希望」とはかけ離れた「期待」または「ファンタジー」です。

では、「希望」にはどう対応するのでしょうか？ それは、患者が言い出す「痛みをとって」あるいは「家に帰りたい」などの実現可能な「希望」に応じるようにします。「期待」には期待として、また実現不可能な「希望」にはストレス解消に有用な「ファンタジー」ととらえて対応します。ただし、希望のとらえ方は人それぞれです。あなたのとらえ方と患者や家族のとらえ方が同じとは限りません。希望は「期待」でもあり、また「絶望の裏の顔」でもあります。それぞれ背景に心理情緒的、さらにはスピリチュアル的側面があることを念頭に傾聴と共感が大切です。

## 第5章 スピリチュアルケア（たましいのケア）

- I. “スピリチュアリティ（たましい）”とは
- II. スピリチュアル的苦痛
- III. スピリチュアル的苦痛を尋ねる
- IV. スピリチュアルケアの実践

### 私たちの行動目標

1. 死に直面する患者のスピリチュアル的苦痛の特徴を理解し、説明できます。
2. 全人的苦痛におけるスピリチュアルケア（たましいのケア）の位置づけを学びます。
3. スピリチュアルケアにコミュニケーション技能が有用なことを理解します。
4. スピリチュアルケアに補完療法が役立つことを理解します。

#### 観阿弥（1333～1384年）の「奥義の中の秘儀」

秘儀に言ふ、抑々、芸能とは、諸人の心を和らげて、上下の感を成さん事、寿福増長の基、遐齡延年の法なるべし。究め究めては、諸道悉く寿福延長ならんとなり（花伝書より）

〔奥義中の秘儀に、「芸能はあらゆる人々の心を和らげて、快感を呼び起こし、長寿を促進する。それは全ての芸術に通じ、いずれも究めれば長生きと幸せを促進する」とある。〕

#### 図. 観阿弥の今という芸術療法

現代の脳科学を知っていたかのごとき観阿弥の言説である。彼はまた、「人、人にあらず、知るを以て人とす」と、デカルトの200年前に「我思う、故に我あり」を示唆していた。

## I. “スピリチュアリティ（たましい）”とは

### 1. “スピリチュアリティ”と“たましい”

致死性を知ったがん患者や彼らの家族には、かなわぬ望みや期待、死に逝く過程に関する恐怖、予期される死による別離の悲しみなどがみられます。それらは、ある意味、答えようのない問いかけであり、ケアする側にはそれらの困難な苦痛に応えることを求められます。目指すのは、患者と家族の死と死に逝く過程から生じる恐怖の軽減です。そして、患者と家族の愛着を確認し、絆の強さを養います。患者及びその家族にとって慰めとなる伝統と慣例なども、それらの苦痛を和らげるのに役立つでしょう。

この課題は、今や“スピリチュアルケア”としてよく聞かれます。その元となる“スピリチュアリティ”とは「スピリット（spirit）性」を表します。スピリットはラテン語の*spiritus*という「息」を意味する言葉が元で、日本語の「いのち」が「息の道（いきのみち）」あるいは「息の中（いきのうち）」から転じたことと通じます。命が危機に陥ったときに、スピリット（スピリチュアリティ）が問題になるわけです。

日本語でスピリチュアリティ（スピリチュアル）は霊性と訳されたりしました。しかし、伝統文化に基づいた言葉としては“たましい”がよりの確でしょう。

### 2. 世界保健機関（WHO）による健康の定義とスピリチュアリティ

WHOが健康の定義に、それまでの身体的、精神的、社会的に加えて「スピリチュアル的に」を入れることを議論して、スピリチュアリティが大きな話題になったことがあります。そのときに、基礎的データをとるため世界中の人々を調査したところ、次のような因子が挙げられました。

- a 絶対的な存在とのつながりと力
- b 人生の意味
- c 畏敬の念
- d 統合性・一体感
- e スピリチュアルな強さ
- f 心の平安・安寧・和
- g 希望・楽観主義
- h 信仰

宗教を信じる人々は「絶対的な存在」や「信仰」といった宗教的側面をスピリチュアリティとし、宗教を信じない人々は宗教性のない（少ない）世俗的側面を主とした見方をしているようです。ただ、厳密な意味でスピリチュアリティを宗教的と世俗的と明確に分けられないのも事実です。

### 3. アメリカがん研究所によるスピリチュアリティ概念

- 1) スピリチュアリティと宗教に対する考えは個人によって異なる。
- 2) 両者は、互換的にも個別的にも用いられる（個人的・集団的にも）。
- 3) 宗教とは、集団による特定の信仰と実践である。
- 4) スピリチュアリティとは、心の安寧、人生の目的、他者とのつながりに関する個人

の意識、及び生の意味に関する信念である。

5) スピリチュアリティは宗教界や他領域にもみられる。

6) 臨床では患者の価値観によって「スピリチュアリティと宗教は、ともに重要」あるいは「スピリチュアリティのみが重要」「宗教のみが重要」となるので、患者中心で対応すべきである。

(アメリカがん研究所. がん患者ケアにおけるスピリチュアリティ)

## II. スピリチュアル的苦痛

### 1. 「つながり」と「人生の意味」という視点

スピリチュアル的苦痛(たましいの苦痛)は、「つながり」の破綻(の可能性)と「自分の人生の意味」への疑問といった答のない問いかけから生じてきます。言い換えれば、そういった「つながり」と「人生の意味」に関する取り組みがスピリチュアルケアにつながるでしょう。

つまり、罪悪感や後悔、和解、孤独、死・死後に関する恐れ、超越的なものについての取り組みもコミュニケーション技能による物語医療によって構築可能と思われます。ホスピス緩和ケアでは、「いること (being)」が重視されてきましたが、それから「つながり」が実感されるでしょう。

2. 「人生の意味」あるいは「存在」に関するスピリチュアル的苦痛には次のような問いかけがあります。いずれも、容易には応えられない、あるいは正解のない問いかけです。

- 1) 私は誰か?
- 2) なぜ、私は、今、死ななければならないのか?
- 3) 私は、ここで何をしているのか?
- 4) 人生の意味とは何か?
- 5) 人生とは、なぜ、そんなに不公平なのか?
- 6) 私は、なぜ生き続けなければならないのか?
- 7) 私の居場所はこの世界のどこにあるのか?
- 8) なぜ、神はこれを許すのか?
- 9) 苦痛には何か意味があるのか?
- 10) なぜ私は苦悩しなければならないのか?
- 11) 今、私の命にどんな意味があるのか?
- 12) 私の人生で重要だったのは何か?
- 13) 死後の世界はあるのか?
- 14) 愛する人に再び逢えるのだろうか?
- 15) 私は違っていったのか?

(死と死ぬこと及び悲嘆に関する国際作業部会による)

### 3. スピリチュアル的苦痛に伝えられるコミュニケーションの原則

コミュニケーションには、「相手のメッセージをどう受け取るかの責任は自分にあり、自分のメッセージをどう受け取るかの責任は相手にある」という原則があります。この原則は、祈りや願いに関しても同じです。共感や霊力、祈りの責任は、相手や神仏にあるのではなく、自分に全責任があるのです。つまり、自分が祈りや願いをかける時点では、相手や神仏が願いを聞き届けてくれるかは重要ではありません。ただ、相手が人の場合は、その人との間に関係性（つながり）が存在するので、相手も同じ気持ちであれば双方向性の共感や霊力、響き合い、祈りや願いが結びつきます（神仏の場合は一方的ですが）。

このコミュニケーションの原則から、お互いが信じ合えば、五感では感知できない世界への途を通じてお互いの関係性が開かれたと実感できます。個人にとっては、五感で感知できる世界から五感では感知できない世界、つまり「たましいの世界」にたどり着けることを意味します。これがスピリチュアルケア（たましいのケア）にコミュニケーション技能が有用となる理由です。

## Ⅲ. スピリチュアル的苦痛を尋ねる

### 1. スピリチュアル的苦痛を尋ねる傾聴技能

スピリチュアル的苦痛に関して患者は語りたいと思っていますが、自分から言い出すことはあまりありません。話題にすることは適当でないと思っていたり、患者自身がうまく表現できなかつたりすることが理由でしょう。したがって、ケアする側から切り出さなければならないことが多いのです。

ただし、大上段に振りかざすことは適切ではありません。患者との対話の中で傾聴と共感、確認を繰り返すうちに、患者が命の危機を実感してスピリチュアリティ（たましい）に関する事、あるいはスピリチュアル的苦痛の事、それに関わる事をあいまいにでも表現したときなどに、患者の言った言葉を反復し確認する中で、スピリチュアリティに関する質問を加えるようにします。

### 2. スピリチュアリティ（たましい）に関する尋ね方の例

- 1) あなたが病気について最も気になることは何ですか？
- 2) あなたとあなたの家族にとって、治療はどうですか？
- 3) 病気を考えるとき、起こりそうなことで最も良いこと、悪いことは何ですか？
- 4) あなたにとって病気の何が最も難しかったですか？
- 5) あなたの将来への希望（期待、恐れ）を話してください。
- 6) あなたが将来を考えると、あなたにとって最も重要なものは何ですか？
- 7) あなたの信心（宗教、スピリチュアリティ）は今の病気に何か意味を持っていますか？
- 8) あなたの人生のほかの時点で信心はどんな重要性を持っていましたか？
- 9) 宗教について話せる人がいますか？
- 10) 誰かと宗教の話をしたいですか？

- 11) あなたは人生でこれから達成したいことは何ですか？
- 12) 今回、病気になったのは何か理由があると思いますか？
- 13) あなたが今日死ななければならないとしたら、やり残すことは何ですか？
- 14) 死後に何が起ると、あなたは考えていますか？
- 15) 時間が限られているなら、あなたの家族に何を遺したいと思いますか？
- 16) あなたの子や孫にあなたの何について覚えておいてほしいと思いますか？

(アメリカ内科医会合同委員会)

これらのうち、「あなたの将来への希望(期待、恐れ)を話してください」あるいは「あなたが将来を考えると、あなたにとって最も重要なものは何ですか」の質問が入り安いです。希望、期待、恐れの内いずれも心理的・情緒的側面、つながりや人生の意味などのスピリチュアル的苦痛に関連することで、これの質問を出発点として深めることができます。

そして、宗教的な話題になったら「あなたの信仰は今の病気に何か意味を持っていますか」「人生で信仰はどんな重要性を持っていましたか」「宗教について話せる人がいますか」「誰かと宗教の話をしたいですか」とつなげます。その場合は、必要あれば、宗教者に来てもらうことも念頭に置いておく必要があるでしょう。

#### IV. スピリチュアルケアの実践

##### 1. 語りから未来の物語へ

自分を理解すれば自然に力が湧いてきて、心理・情緒的ケア(こころのケア)とスピリチュアルケアに大いに役立ちます。自分を回想した文章を作ると、自分史が最終作品として完成します。自分史の中には「認めてほしい」自分がいて、それを発展させると未来の物語につなぐことができるようになります。これが語りを有効に使った世俗的なスピリチュアルケアです。その点に注目したのが尊厳療法(ディグニティ・セラピー)で、世俗的なスピリチュアルケアの有力な手法の一つです。

次のような問いかけをして、患者が自分の物語を完成させるお手伝いをします。

- ・あなたの人生の歴史を少しだけでも話してください。特に、その中でもあなたが最も重要と思うことは何ですか？ 最も生き生きしていたと感じたのはいつでしたか？
- ・あなたはご家族に伝えたいと思う何か特定のことはありますか？ そして、ご家族に覚えておいてほしいと望む特定のことはありますか？
- ・家族の中とか休暇の計画、地域ボランティアでの役割などの人生において果たしたことのうちで、最も重要な役割は何ですか？ それはなぜあなたにとって重要なのですか？ そして、その中であなたは何を達成したと思いますか？
- ・あなたの成されたことのうちで最も重要なことは何ですか？ そして、最も誇りに感じることは何ですか？ あなたの愛する人たちに話さなければならないと、あなたが望んでいる特定の事、あるいはあなたが改めて時間をとって再び話しておきたいことはありますか？



- ・あなたの愛する人たちへのあなたの希望と夢は何ですか？
- ・あなたは人生について学んだところから、ほかの人々に遺したいと望むことは何ですか？ あなたはどんな助言あるいは導きの言葉をあなたの息子（娘、夫、妻、両親、ほかの人）に遺したいですか？
- ・あなたの家族が将来に備えるために家族に伝授したいと望む言葉や教授事項がありますか？
- ・この永久（とわ）の記録を作成するにあたり、ほかに含めたいことはありますか？

質問はあらかじめ渡しておいて、同時にこれは心理療法とか精神療法とかではなく、回答は全く自由であることを念押ししておきます。そして、患者に答えてもらって、文章化し、さらに患者に校正してもらって完成させます（Chochinov HM et al. J Clin Oncol 2005；23：5520）。

## 2. 補完療法からスピリチュアルケアへ

### 1) 補完療法の脳科学

芸術療法などの補完療法は五感を刺激して脳の報酬系を活性化し、患者に癒しをもたらします。その機構は、スピリチュアルケアにおける未来の世界観の創造にも報酬系の働きを介して一役買います。なぜなら、報酬系は知的作業を司る脳の前頭葉とつながるので、知的作業による成功や報酬は心地よい刺激となってさらに報酬系を作動させ、再びそれらの心地よい刺激を得ようと脳は努力します。

また、報酬系は脳内ホルモンを分泌させて、こころのケアとスピリチュアルケアに大切な自己肯定感や愛情といった面で人間関係を深めるように働きます。こうして補完療法は脳の報酬系と脳内ホルモンを介して、ストレスを鎮め、さらにスピリチュアルケアにつながる作用を発揮します。

### 2) スピリチュアルケアに有用な補完療法

ボランティアは、自分の趣味や才能を役立てることができます。音楽が好きな方は、自分で音楽を演奏したり、患者と一緒に音楽を楽しんだりします。動物好きの方は、患者が長年親しんだペットを見せることで、人と動物の間の強い絆が大きな癒しの力となります。主な補完療法には、

- ・絵画療法：アメリカのことわざ「絵は一千もの言葉と同じ価値がある」とあります。描いた絵について、患者と語り合うことに大きな意義があるでしょう。
- ・音楽療法：音楽には言葉に果たしえない慰めをもたらします。その音楽の種類、音量、雰囲気、音質などは注意深く選びます。音楽は筋肉をリラックスさせ、不安や抑うつを取り除くことで痛みを緩やかにします。ひいては、何かしてみようかという意欲を起こさせることができます。
- ・物語療法：自分で創作したり、朗読したりします。自分の物語を作りあげる作業は未来へとつながって、スピリチュアルケアの成就に大きな力となります。
- ・アロマ療法：日本には伝統的な香道があります。他の補完療法と併用されます。
- ・タッチング：触覚の利用で、なでたり、さすったりすることが有効です。痛みのあ

る部位に手を当てることも、癒しに大きく役立つことが注目されます。身体に手を当てることで、患者とケアする人の垣根が取り除かれて、お互いの信頼関係から痛みが和らぎ身体全体の症状が良くなるのです。ホスピスにおけるペット療法も該当するでしょう。なお、一部の患者にとっては、身体に接触されることをプライバシーの侵害と感じる人もいますので、十分な配慮が必要です。特に、子どもには予め断ってから触れるようにします。

- ・ 笑いとユーモア：笑いは癒しに導き、ユーモアは困難に耐える力を与えてくれます。ある種の未来志向をもたらし、不安に満ちた人に和らぎを与え、心に余裕をもたせ、患者の癒す力を高め、つらい現実を受け入れるのを助けます。

- ・ 緩和リハビリテーション

軽い運動をすることは、ホスピス患者に独立心と自尊心を持たせることができます。末期がん患者でも最後まで自分で身体を動かすことを望んでおり、そうすることで人間としての尊厳を保ったまま死を迎えることができます。患者の最善・最高の動かし方について、現実的な観点から検討します。寝たきりの患者でも、目を動かすことはできるし、刺激としての効果もあります。ベッドの上や車椅子に乗ったままできる運動も工夫して行うことが勧められます。

### 3) 補完療法の共同性

これらは、実際は協調して働きます。例えば、音楽療法では、演奏者を見ながら聴いたほうが音だけを聴いた場合より効果は増し、適切なアイ・コンタクトが芸術療法の効果を高めることもデータに示されています。

こうして補完療法は五感を刺激して脳の報酬系を活性化し、苦痛にある患者に癒しをもたらす、いわゆる「こころのケア」になります。それをさらに展開させてスピリチュアルケアにつなげます。

## 3. スピリチュアルケアの成就：宗教的ケアの成就との異同

スピリチュアルケアの成就とは、本人が納得できる未来につながる物語を作りあげることでしょう。宗教は未来の世界、死んだ後どうなるかなどを教えてください。つまり、宗教的ケアではすでに未来への物語が存在するので、それを教えればよいし、患者はそれに納得すればスピリチュアルケアの成就となります。

かつては霊力があるたましいは目に見えないので、見える玉を象徴として、現実に見えるような形にあてはめて「玉の緒を結ぶ」などを祈りの表現とした。今風にいえば「パワー・ストーン」で、日本人々の深層は数千年前と変わっていないことがわかる。

前に示したコミュニケーションの原則から、お互いが信じ合えば、つまり共感や霊力、祈り、願いといった形而上のことに相手も応えてくれれば、五感では感知できない世界への途を通じてお互いの関係性が開かれたと実感できます。個人にとっては、五感で感知できる世界から五感では感知できない世界、つまり「たましいの世界」にたどり着けることを意味します

ただ、世俗的なスピリチュアルケアでは、自分の未来にまでつながる物語を作り上げ

るのは患者自身であり、それによって納得するのは本人です。患者が独りで一方的に考えたり反省したりしても物語はできるでしょう。しかし、相手がいたほうが癒し癒されるといふ双方向性が成立し、独りよりはるかに成果が高まります。こうして、スピリチュアルケアを患者や彼らの家族に提供する意味があるのです。

そこに必要なのは、繰り返し述べてきたケア従事者が患者に寄り添い付き合うことです。そこに傾聴と共感、コミュニケーション術があり、五感を駆使することによって、そして言葉の力を借りて、脳の報酬系や脳内ホルモンを働かせて、患者が未来へつながる物語を作り上げるのを支援できるでしょう。それによつてたましいの安らぎを得るのがスピリチュアルケア（たましいのケア）でしょう。

## 第6章 お別れのケア

- I. お別れのケアと悲嘆ケア
- II. お別れのケア（遺族ケア）の概要
- III. お別れのケア（遺族ケア）の手順
- IV. 悲嘆者の支援でボランティアにできること
- V. 葬儀に関する支援
- VI. 安心の電話の概要
- VII. お別れのケアと悲嘆ケアの紹介用紙
- VIII. お別れのケア（悲嘆ケア）記録用紙

### 私たちの行動目標

- 1. お別れと悲嘆にいる人のニーズを知り、支援のやり方を学びます。
- 2. 死に伴う手続きなどを理解し、家族の求めに応じられるようになります。
- 3. 求められれば、患者と家族に葬儀にまつわる有用な情報を提供できます。
- 4. 悲嘆者に役立つコミュニケーションの方法を理解します。

「時が癒してくれるよ。」たいてい、人はそう言う。  
そうかもしれない。多分、あなたの痛みを和らげてはくれるだろう。  
しかし、時という薬は、単独で服用しても、はっきりした効果はない。  
時は何もしないものだ。  
問題は、あなたが時とどう付き合うかである。  
あなたは、愛する人が死んだという事実と向き合って時を過ごしていますか？  
自分の恐れや不安を表して時を過ごしていますか？  
罪悪感を覚えることなく、楽しめるようにと、時を過ごしていますか？  
新しい友人と人生を築こうと、時を過ごしていますか？  
改善という上向きの坂がありますか？  
あなた自身で、時があなたを癒すのを助けなさい。

図. 「時が癒してくれる…」

Grollman EA. Living when a loved one has died. Boston : Beacon Press, 1977より。

## I. お別れのケアと悲嘆ケア

人を失った時をbereavement（お別れ）、人も含めて何か失った時の悲しみをgrief（悲嘆）と言います。お別れの悲しみは、身近な人の死後に普通に起こります。悲しみは喪失への個人的な反応で、悲嘆は適応のための経過です。悲しみは、しばしば予期される喪失の前に始まったり（これを見越悲嘆と言う）、かなりの期間続いたりします。悲しみは、支援を必要とする身体的、心理・情緒的・スピリチュアル的な苦痛として現れます。

お別れのケアと悲嘆ケアを厳密に分けることはできませんが、人を失ったときは特有の課題が求められますので、ここは、便宜上、お別れ間もないときのケアを「お別れのケア」、喪失後全体を扱うケアを「悲嘆ケア」として進めます。また、共通するボランティアの職務や概要については先に示しています。

## II. お別れのケア（遺族ケア）の概要

### 1. 責任者

お別れのケアのボランティアは、お別れのケア（遺族ケア）担当者、カウンセラー、及びボランティア担当者に責任を託し、彼らが監督者となります。

### 2. 職務

ケア計画に沿って、お別れのケア（悲嘆ケア）紹介用紙と記録用紙を使って、依頼人との訪問や電話連絡の接触を整理し、記録し、報告します。また、開催される会議にお別れのケア（悲嘆ケア）担当者とともに参加します。

依頼人には支援態勢について知らせて、利用するように助言します。その他、適切に情報を提供して、家族支援サービスにあたりボランティアとしての役割を続けます。自家用車は役に立ちます。

### 3. 業務内容

- 1) 遺族への支援：家族の要望の把握と対応、職員へのフィードバック。
- 2) 安心の電話：死亡から4週間にわたり、ホスピスが気にかけていることを知らせます。
- 3) 事務的支援：ダイレクト・メールの発送、誕生日カード・記念日カード発送。
- 4) 集会、催し物、記念の儀式へのお誘い：追悼の儀式、植樹式など。
- 5) お別れのケア（悲嘆ケア）の評価：身体的・精神的状況、必要とされる支援体制など。

## III. お別れのケア（遺族ケア）の手順

ボランティアは、お別れの悲嘆に暮れている人の精神的支えになります。（詳細な具体的内容の提案は次項にあります。）

## 1. 会合の設定

お別れのケア（悲嘆ケア）担当者あるいはボランティア担当者が、お別れのケアの依頼人とボランティアとの会合を、依頼人の家もしくはお互いが30～60分位で行ける範囲の場所を手配します。

## 2. 会合の目的

この会合の主な目的は、ボランティアと依頼人の紹介です。お別れのケア（悲嘆ケア）評価に基づき、お別れのケア（悲嘆ケア）支援の明確な方向が決められます。

## 3. 期待を共有

ボランティアと依頼人は、お互いに何を期待するかなどを話し合い、双方に都合のよい訪問や電話訪問の予定を立てます。依頼人には、ボランティアの電話番号が知らされます。ボランティアには、依頼人の紹介用紙のコピーが渡されます。

## 4. 目標設定

依頼人とボランティアは、交流による目標を話し合います。お別れのケア（悲嘆ケア）担当者は、お別れのケア（悲嘆ケア）評価に基づいて、設定された目標に追加があれば、その提案を示します。目標についての再評価の日程は、この時設定します。通常は6回の訪問後、または6週間後とします。

## 5. お別れのケア記録

ケア続行中、ボランティアはお別れのケア（悲嘆ケア）記録用紙をホスピスのボランティア担当者に提出します。ボランティア担当者はそれを読み、署名して、お別れのケア（悲嘆ケア）担当者に渡します。お別れのケア（悲嘆ケア）担当者はそれを読み、署名して在宅ケア依頼人ファイルに綴じておきます。

## 6. 終結

終結の前に、お別れのケア（悲嘆ケア）担当者と連絡をとって終結目標を評価してもらいます。そして、依頼人とボランティアは、お互いに納得して終結に同意します。終結の概略が依頼人ファイルの中に綴じられます。

## IV. 悲嘆者の支援でボランティアにできること

1. 話を聞きます。
2. 必要に応じて抱擁します。
3. 葬式のプランを手伝い、もし依頼人が望めば、葬儀場に行きます。
4. 死亡診断書を受け取る時、依頼人の側に付き添います。
5. 葬式や追悼式に出席し、後からそのことについて語り合います。
6. 依頼人からの電話を待たないで、こちらから電話し、会う約束をきっちり決めます。
7. できる範囲でよいから、できる限り要望に添えるようにします。



8. 重要な決定は、延ばせるなら延期するように勧めます。
9. 泣かせることを恐れる必要はありません。
10. お悔やみの手紙を一緒に読み、返信用一覧を作り、お香典を数えるのを手伝います。
11. 友人や家族に報告の電話をかけてあげると申し出ます。
12. 依頼人は、決定したり集中したりすることができない状態かもしれません。しかし、依頼人に代わって、事を決定するのは避けます。
13. 写真アルバムを見ようと誘います。
14. 傾聴します。そして、沈黙を受け入れます。
15. 「こうすべき」とか「しなくてはならない」といった類の助言をしたり、「あなたがどう感じているかわかります」と言ったりすることは避けます。
16. 墓地へ一緒に行きます。とくに墓石がおかれた後など。
17. 病気の末期のこと、治療のこと、亡くなった時の様子などを話すことを勧めます。
18. 悲しい気持ちを洗いざらい表現するよう勧めます。
19. 何が「一番」恐ろしいのか把握して、それを一緒に経験するよう努めます。
20. 楽しかったことや滑稽なことも含めて、思い出を分かち合います。
21. 愛する人の「何を失った」のか「何を失っていない」のか話し合います。
22. 他にも支えになってくれる人々がいることを気づかせます。
23. 悲嘆者が心の痛みを苦しんでいる間、ただ側にいてあげます。陳腐な決まり文句を言ったり、話題を変えたりすることは避けます。
24. 大切な日、記念日や休日などには、依頼人に連絡をとります。
25. 自己研鑽を勧めます。
26. 他の人たちが“通常的生活”に戻っていった数週間後に、あなたの依頼人に手料理を作ってあげましょう。
27. 愛した人の名前に、しょっちゅうふれます。
28. 依頼人の罪悪感や自責の念の話題に深入りしません。ただ静かに、「あなたがもっと何かできたと思う気持ちはわかるけど、あなたは最善を尽くしました」と言います。
29. 傾聴・共感します。
30. あなたの依頼人に話したいことがある限り、あなたはそれを本当に聞きたいと思っていると納得させます。
31. 依頼人に準備ができたなら、所持品を処分するのを手伝います。
32. あなた自身の不十分感や無力感の気持ちを乗り越えて働くよう努めます。ホスピスの職員も含めて、あなたを助けてくれる人々の力を借ります。
33. 少しずつ、少しずつ良くなって行って、今みたいな苦しみはずっと続かないことを依頼人に再保証します。
34. 独創的になりましょう。あなた自身のアイデアがあれば、それを出してください。

## V. 葬儀に関する支援

これは多くの家族にとって、デリケートな問題です。可能ならば、患者あるいは家族が情報提供を望むまで、またはその件に関して率先して言い出すまで待ちます。

そうならなければ、ボランティアと家族との間に十分な信頼関係ができあがってから、ボランティアの方から情報を提供してみます。その時には、次のように切り出すと良いでしょう。

「患者さんが亡くなられた場合に備えて、葬儀の手配を検討し計画することで、悲しみが紛れるというご家族もあります。その気になられたら、相談に乗らせていただきます」と。そうして、家族がこの問題を切り出すのを待ちます。

## 1. 葬儀の手配と死亡給付金の概要

### 1) 電話すべき所

治療中の患者が自宅で亡くなった場合、警察に連絡してはなりません。死亡診断書を作成してもらうため、医師に知らせます。訪問看護を受けていれば、看護師に連絡するほうが賢明です。しかし、これは、特に夜中に死亡した場合など、直ちに行く必要はありません。そして、葬儀会館に直接電話しても、相談に応じてもらえます。

### 2) 葬儀の手配

死亡に先立って葬儀会館に手配することは、家族にも葬儀会館にも双方に有用です。特に、患者本人が葬儀の形式の希望を表明しているときは事前準備が必須となります。情報や指示が整理されていれば、葬儀会館の職員は家族の希望に沿って、準備を進めることができます。また、家族も、死亡直後の死と向き合っている大切な時に、煩わしい様々な決定を行うことから解放されるので、事前に手配することは有用です。

次のような選択をします。仏式か神式かなど、また火葬か埋葬か、遺体を見せるかどうか、どんな棺にするか。これらは全て、執り行なわれる式の形態に関連します。式の形態には、式を行わないものから、遺体を置かない追悼式、墓地における式のもの、あるいはより伝統的な遺体に別れを告げた後、墓地に埋葬するというものなど、様々な選択肢があります。最近では、火葬がほとんどでしょうから、お骨をどう扱うかなども大きな課題です。

費用は、選択した内容によって決まります。選択した棺や場合によっては埋葬費用もかかります。埋葬地や墓用地下室、埋葬用容器などがそれに充てられます。火葬の場合は火葬費用がかかります。遺灰を撒くことは違法ではありません（「墓地、埋葬等に関する法律」が制定された当時は想定されていなかったため）。

良い葬儀会館は、患者や家族に助言を与え、あらゆる手助けをし、費用も含めて様々な情報を、詳しく教えてくれます。実際に死が訪れたとき、多くの問題を実に早く処理してくれます。家族には、死に先立って葬儀の手配をするよう、様々な問題が最小限で済むよう、一緒に葬儀の内容を話し合うように勧めると良いでしょう。

### 3) 給付金

健康保険や労災保険、船員保険、生活保護から埋葬料や埋葬費用が支給されます。また、医療費には高額医療費の申請によって還付金が生じることがあります。詳細はそれぞれの担当事務所に尋ねます。



## 2. 聞くとき

自由回答形式の質問をします。(イエスかノーを尋ねるのではなく、依頼人が自分の言葉で思いを答えられるような質問)

## 3. 死に直面したときの経験を聞き出します。それに対して質問をします。

- 1) どんなふうになられたのですか？
- 2) どんなだったのか、何か質問がありますか？

## 4. 悲しみを表現する手助けをします。

- 1) 感情が募るのは、正常のことと認めてあげます。また、それが気持ちを表現する助けになります。
- 2) 遺族が彼らのことを話せるように手助けします(死の痛み、出来事など)。

## 5. 評価

- 1) 問題のある悲嘆過程の兆候を知ります。(第7章Ⅷ、Ⅸ、Ⅹ項参照)
- 2) もし必要なら、お別れのケア(悲嘆ケア)記録用紙に追記します。
- 3) 自分で面倒みられるか、緊急な必要性があるか、支援態勢は機能しているかについて質問します。
- 4) 危機管理の必要性はあるか、評価します。
- 5) 自殺念慮について尋ねます。それについて話し、支えになります。(第9章参照)
- 6) あなたの直感を信用します。
- 7) ホスピス職員に助けを求めます。

## 6. 正常の悲嘆について教えます。

- 1) あなた自身が学び、教えます。

## 7. 前向きな評価を作り上げます

- 1) どんなことでも、彼らがとった措置に対して「よくやった」と褒めます。

## 8. お別れを言います。

- 1) ホスピスからは引き続き連絡がありますと伝えます。
- 2) 悲嘆ケア・カウンセラーの紹介も含めて、支援グループの存在を伝えます。

## 9. この情報をお別れのケア(悲嘆ケア)記録用紙に整理して、悲嘆ケア・カウンセラーに提出します。

## VII. お別れのケアと悲嘆ケアの紹介用紙

- お別れのケア（悲嘆ケア）ボランティアの紹介  
 悲嘆カウンセリングの紹介

遺族の名称： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所： \_\_\_\_\_

電話 勤務先： \_\_\_\_\_ 自宅： \_\_\_\_\_

故人の名称： \_\_\_\_\_ 診断： \_\_\_\_\_

死亡した日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

故人との関係： \_\_\_\_\_

把握された問題、程度、心理社会性など：

コメント：

紹介元：ソーシャル・ワーカー： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

連絡人： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

任命されたボランティア： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

承認：悲嘆ケア・カウンセラー署名 \_\_\_\_\_

ボランティア担当部長署名 \_\_\_\_\_





## 第7章 悲嘆ケア

- I. 喪失とは？
- II. 悲嘆の基本的考え方
- III. 抑うつと悲嘆の区別
- IV. お悔やみの手紙
- V. 悲嘆ケアの基本
- VI. 遺された両親と子どもたちの悲嘆
- VII. 適切でない悲しみ方と、もたらされる影響
- VIII. 悲嘆の遷延化、重度化の要因
- IX. 深刻な悲しみを克服する要約
- X. 乗り越えるためにすること

### 私たちの行動目標

1. 死と喪失について自分たち自身の考えを探ります。
2. 悲嘆について、基本原理を学び、説明できます。
3. 悲嘆者のニーズを知り、支援のやり方を学びます。
4. 悲嘆と抑うつの違いを理解し、説明できます。
5. 遷延性悲嘆に陥りやすい状況を理解し、説明できます。

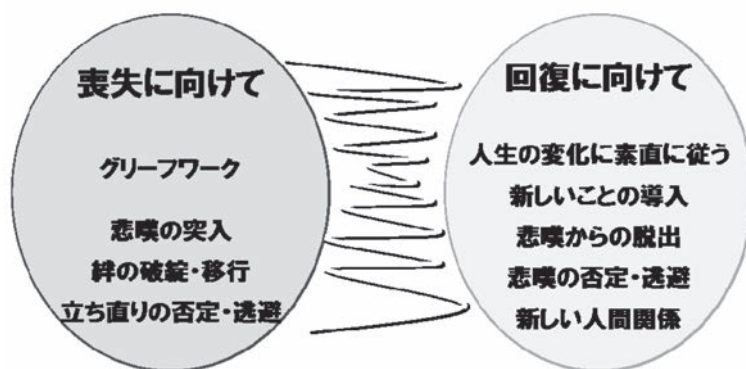


図. ストローブとシュットの「悲嘆の両極面」

悲嘆者は「回復に向けて」と「喪失に向けて」を行きつ戻りつしながら回復に向かう。

## I. 喪失とは？

### 1. 喪失

大切に思っている人がいなくなってしまうたら、あなたは孤独でわびしくなるでしょう。そのつらさを乗り越えることができるでしょうか。できます！

大きな視野で失ったものを見つめてみましょう。自然界では、元来、喪失とは創作に必要な不可欠な要素です。花が咲けば、つぼみはなくなります。植物が芽を出せば、種はなくなります。日が昇れば、夜は去ります。どんな場合でも、喪失とはさらなる創作への舞台なのです。

人生についても同様です。赤ちゃんの歯が抜けると、永久歯が生えます。永久歯が抜けると、納得して入れ歯をさします。人生の中にはさらに数え切れないほどの“小さな喪失”があります。こうした喪失の一つ一つは、急なものだったり蓄積するものだったり、突然だったり段階的だったり、明らかであったりそうでなかったりですが、感情的な傷を作り生体を傷つけます。しかし、人生を振り返ってみても、喪失せずに得たものなんてありません。このことをしっかりと心に留めれば、人生における様々な喪失を検討できます。

- 1) 明らかな喪失：愛する人の死、失恋、別離、離婚など
- 2) それ程でない喪失：お金をなくす、引っ越し、健康の喪失、成功（努力の喪失）など
- 3) 年齢に関する喪失：子どもの夢、青春時代の恋愛、卒業、独立、転職、加齢など
- 4) 宙ぶらりんの喪失：検査結果を待つ、頼りない友人・配偶者・親戚、未定の取引など

宙ぶらりんの状態とを感じるなら、それ自体を喪失状態と自覚することが大切です。その状態で、あなたの本能的に「もう望みはない」と教えてくれたときは、その状態を終わりにしたほうがいいでしょう。終わりにして、生き延び、癒し、成長を続けましょう。

### 2 喪失感とはどんなものか

喪失感がどういうものか、誰でも知っています。痛みや絶望感、悲しみといったありふれた感じから、そんなに明確ではない他の反応も出てきます。例えば、

- 1) 無力感、怖い、空虚、絶望的、悲観的、いらいら、怒り、罪の意識。
- 2) 集中力、希望、学習意欲、意欲などの喪失。
- 3) 食欲、睡眠のパターン、性欲の変化
- 4) 疲労、ミスを冒しがち、話や動作が鈍くなる傾向

喪失によるこのような反応は、喪失を経験している最中またはその後に起こります。それは人間の体が自然に癒されていく過程なのです。このような変化とともに過ごさない。変化と闘ってはいけません。

## II. 悲嘆の基本的考え方

### 1. 悲嘆とは

無関係の人の死に大きな感慨は生じませんが、身近な愛する人の死には強く反応します。この愛する人を失ったときの反応が悲嘆です。失った人の存在が大きければ大きいほど、悲嘆も強く出てその期間も長引きます。悲嘆は悲しむ人の中で進行し、おそらく今までに味わったことのない心の痛みでしょう。

なぜ、そうなるのでしょうか。それまでは愛する人が存在していたのに、喪失により愛する人のいない別世界に放り出されたわけです。普段はあって当然としている多くの前提が喪失によって崩れ去り、悲嘆者は自分が以前に持っていた世界観を新たに作り直さなければなりません。愛する人がいない新しい環境に慣れて、生活を構築・発展させる作業が必要になります。そこでは、自分が存在するようになった新しい世界で新しい人間関係などの再構築が必要となります（この考え方を「意味の再構築説」という）。そして、悲嘆の経過に従い癒しが始まりますが、個人によってそれに要する経過も期間も大きく異なります。

### 2. 悲嘆の基本原則

- 1) 私たちは変化した環境に適応し、あの世に逝った愛する人にも適応する。しかし、私たちの関わりは“解き放せ”ない。
- 2) 悲嘆を「解消する」、「過去を忘れて前進する」、「故人への執着を解き放つ」という考えは、的確ではなく、誤った方向性である。
- 3) 悲嘆は、私たち自身と世界を学び直すものとして時間のかかる過程である。
- 4) 悲嘆は、私たちが以前に持っていた世界観を作り直す過程である。
- 5) 自分も他人もない。誰も大切な人に死なれ、誰も死ぬ運命にある。

(トーマス・アッチグ)

### 3. 悲嘆の現れ方

配偶者の死などの重大な喪失は消えることはありません。喪失の反応の程度は強くまた多様に生じてきます。経過中に生じる症状を知ることは重要です。

#### 1) 身体的症状

お別れ直後から不眠症や息ができない感じ、摂食障害、嚥下困難、過呼吸、口渇、神経症、緊張感などが出ます。悲嘆者は器質的疾患への罹患率も死亡率も高くなります。

#### 2) 心理的・精神的症状

ストレス反応からくる症状に加えて、ショック、パニック、悲しみ、罪悪感、恐れ、不安、いらだちなどがあります。ショックと否定は早くからみられます。小視症や大視症、幻影・幻聴を経験する配偶者も多いものです。亡くなられた方が、現れたり話しかけたりします。それら幻影・幻聴はよく経験されることで、異常ではありません。

### 3) 認知症状

集中ができない、散漫なるなど、また短期的・長期的記憶に影響します。無力感から仕事に戻ることが妨げられます。しばらく仕事を軽減したりすることも必要です。

### 4) スピリチュアル的苦痛（たましいの苦痛）

悲しみや怒りが死亡した人に向けられたりします。あるいは「私が・・・していたら」と、責任のない罪悪感を覚えたりします。こういった答のない問いかけは、スピリチュアル的苦痛（たましいの苦痛）と称されます。

## 4. 悲嘆の両極面

悲嘆反応を臨床面から理解するには、ストロープとシュットの「悲嘆の両極面」の考え方が役に立ちます。つまり、「喪失に向けて」と「回復に向けて」という両極面の状態になり、その間を行ったり来たりします。

### 1) 喪失に向けて

悲嘆者は失った人、失った生活、知っていた世界に焦点を合わせ、様々な反応を起こします。悲嘆の作業では、失われた対象に対する感情と思考が含まれ、失った人について終わりのない問いかけが起こったりします。その過程では、思考と感情が警告なしに侵入してくる悲嘆の突入が起こったり、景観や歌、匂いなどが記憶と感情を呼び起こしたりします。突然、涙があふれたり、失った人とのつながりを改めて再認識したりします。

### 2) 回復に向けて

悲嘆者は「喪失に焦点を合わせつつ新しい世界へと努力すること」になります。まず、新しい人生の変化に素直に従うこと、あるいは日常性を維持することが大切です。それとともに亡くなった人が行っていたことを代わってするなど新しい役割・アイデンティティ・人間関係の導入を要するようになります。そして、新たな関係を結び、以前には発展させてこなかった面を発展させたりして、悲嘆からの卒業があります。

## Ⅲ. 抑うつと悲嘆の区別

悲嘆者は落ち込んだ状態が抑うつと似ているので、医療者から抑うつと誤診されがちです。そして、悲嘆に無効の向精神薬が処方され、害反応のみを背負わされます。したがって、両者を区別することがとても大切です。

### 1. 悲嘆

- ・自己に対するゆがめられた感覚はない
- ・罪の意識は喪失に向けられる（こうすべきであった。こうしていたら・・・等）
- ・痛みは、無意味感あるいは一般的絶望というより、むしろ喪失に関連して経験する
- ・自分より死亡した人に取り憑かれる。
- ・気分の浮き沈みがあり、社会的支援に反応できる。
- ・自殺の考えは、死亡した人に加わりたい希望、またはその人なしの生活はよいと感じ

られないことに関連し、実際の企図や計画、試みは非常にまれである。

## 2. 抑うつ

- ・自己は無価値という感覚
- ・自分は無能あるいは悪いという感じに関連する罪の意識
- ・情緒的痛みは一般的で、無意味感として経験される
- ・絶望と無力感にさいなまれる感覚
- ・自分と自分の痛みに取り憑かれる
- ・気分の変動はほとんどなく、社会的支援に反応しない。
- ・自死念慮が普通で、将来への絶望と痛み、怒りに関連し、企図と試みがよくある。

悲嘆者が心療内科や精神科を受診すると、外見上類似するために「抑うつ」の診断を受けて、薬物が処方されます。しかし、悲しみに効く薬などあるはずがありません。害反応だけは確実にでるので、薬を処方されても「要らない」と断りましょう。

## IV. お悔やみの手紙

辞書によれば、「お悔やみ」とは「悲しみの中にある他人への同情の表現」という意味です。お悔やみを表するなら直接話すほうがいいけれども、手紙なら面と向かって言いにくいことも書けます。自分自身に正直にあることを旨とし、「書くか否か迷ったなら書く」姿勢が適切とされます。また、出すのが遅れても、喪失を知ったときに書いて差し支えありません。ただ、そのときは遅くなった言い訳はしません。

基本的構成は、まず喪失を知ったことを伝えます。そして、同悲、つまり一方的同情ではなく、自分も悲しいとつらい心を分かち合っていると伝えます。続いて、亡くなった人の良かった点、良い思い出などを記し、残された人の良い点にふれます。助力を申し出るなら、具体的なことを申し出ます。単に「私にできることがあれば」は“拒否”を表す言葉なので厳禁です。

使ってはならない言葉に、「何と申し上げたらよいかわかりません」、「私にできることがあればいいのですが」などの言い訳と逃げの姿勢を示す文言があります。こういった手紙は、悲嘆者に自分が悪者になって発信者を傷つけたように思わせてしまいます。

手紙は長いものである必要はありませんし、深刻である必要もありません。個人にも悲嘆者にもほめ言葉は歓迎です。愛情と理解が何より大事です。

## V. 悲嘆ケアの基本

### 1. 聴きましょう

悲嘆者が自分の物語や語りたいことを言葉に出せるようにします。悲嘆の程度が深いと、人は何度も何度も物語を話すことが必要となります。とぎれた話、混乱や断片的な表現を評価や助言することなく、悲嘆者の言うことを反復したり言い換えをしたりして“確認”しつつ傾聴と共感を示します。

こうして世界観の破綻を表出してもらい、新たな世界観の再構築に向けた悲嘆者の潜



在的な力を引き出すようにします。喪失の痛みを、一朝一夕に減らす方法はありません。悲嘆からの回復は悲嘆者にしかできないことです。その間、あなたにできることは、その人を独りにしないこと、自身を寄り添わせること、辛抱強く悲嘆者が自ら歩み出すのを待ちます。

悲嘆者を救いたいという思いが急ぎすぎの結果になることがあります。多くの悲嘆者は受け応えが困難な状態にあるので、沈黙を交えながら急がないようにします。また、「評価」や「決めつけ」は悲嘆ケアの害毒です。ケアする側は悲嘆者に傾聴し共感を示すことです。

## 2. 悲嘆者に伝えましょう

悲嘆の経験は異常ではなく、正常であることを悲嘆者に伝えましょう。失った人が現れたり、あなたに話しかけたりすることがありますが、それらも正常な現象です。怖がる必要はないことを伝えましょう。

悲嘆者は独りで嘆くので、自分を他の人と比べたり、自分はきちんと対応していないと結論づけたりする傾向にあります。ですから、彼らの感じ方や考えは普通のことだと伝えましょう。悲しみ方は、人それぞれであることを、そしてあなたが「私は、あなたが愛する人を“忘れ去る”ことを期待していません」と伝えると、一様にほっとするでしょう。そして、悲嘆過程の目的は、痛みを受容しつつ、喜びを含む人生の再構築であると伝えましょう。

## 3. 覚えておきましょう

悲嘆に暮れる人に、あなたも無力感を感じつつ、その人と共にいることはしばしば難しく思うでしょう。確かに、あなたにその人の喪失の痛みは減らせません。しかし、痛みは取り除けませんが、彼らを独りにしないようにできることを覚えておきましょう。重要なことは、「すること (doing)」ではなく、そこに「いること (being)」なのです。

悲嘆者は、あなたに「また調子いいと感じるようになるのでしょうか?」と尋ねます。あなたは、自信をもって「はい、そうなります」と応えてください。悲嘆は断絶ではなく、関係の再構築なのです。死は受容できるものではありませんし、絶えず痛みを伴うものですが、お別れの無力感は永遠に継続しません。

## 4. 先取りしましょう

悲嘆者には、「痛みと絶望感から離れたたいという気持ちと持ち続けたいという気持ち」、「過去の生き方を続けたい強い願望と新しい試みへの期待感」、「未来への希望と再び希望は見いだせないという考え」などの葛藤があります。それらの感情は正常なものがきで悲嘆からの緊張のためであることを理解し、辛抱し急ぎすぎないように提案します。悲嘆者には難しいことでも、ケアし支援する人には、悲嘆の過程を先取りしつつ、悲嘆者がその端緒を見せたときに、それらに寄り添って先に進むことを支援できます。



## 5. グループで支える悲しみ

家族会や遺族会のグループ（親しめるような名称を選択）は、悲嘆者が他の人と悲しみを分かち合える場を提供します。適当な会合が身近にないなら、ホスピス・ボランティアが形成する自律的な団体が主導して悲嘆者が集まることができる場を設定しましょう。

グループでは、悲しみの経験は一人として同じではないことや、同じような境遇だからといって他の人と比べられないことに留意し、説明しておきます。参加者には、安心して話せる場を提供し、率直に話しても評価されたり、教訓めいたことを強要されないといったグループ作業の基本を守ります（「第2部追補：研修の成果を向上させる教授法のヒント」参照）。

## 6. 悲嘆者は支援を求めましょう

これらの支援を受けても、あなたは孤独を感じるかもしれません。頼りにしていた友人の反応や言葉に、がっかりするかもしれません。彼らはあなたが一人であることを望んでいるかと思ったりします。あるいは、彼ら自身も痛みの中にいて、誰かを必要としているのかもしれません。愛する人の喪失を切り抜けるのは、複雑で大変なことです。善意だけでは通用しません。友だちは、この分野の訓練をされているわけではなく、また彼ら自身もその喪失に感情的に打ちのめされているのかもしれないのです。

助言を専門のカウンセラーに求めることは弱さを認めることではないのです。それは、この適応の大切な時期に自分自身を救おうというあなたの決心の現れなのです。悲嘆ケアは悲嘆者の状態によって専門職の支援を受ける必要があります。おおよそ、どんな状態なのか、それぞれ周囲はどんなことができるのか、表を参考にしてください。

表. 悲嘆者の状況と対応する悲嘆ケア

位置づけ	対象者	実践	素養
一次的	通常過程	家族会（遺族会）、グループ作業など	悲嘆への理解、傾聴技能とコミュニケーション術
二次的	症状の強い悲嘆者	個人カウンセリングなど	傾聴、共感
三次的	重層悲嘆・遷延性悲嘆	悲嘆ケア専門職による介入	認知行動療法、対人関係心理療法、眼球運動脱感作・再処理法

ボランティアが行うのは一次的悲嘆ケアになる。カウンセリングの研修を受けているなら、二次的悲嘆ケアまで可能だろう。

## VI. 遺された両親と子どもたちの悲嘆

### 1. 遺された両親

悲嘆に暮れている両親は、無力感、怒り、何かしなければという気持ちにかられています。そこには、片方または両方の親に罪の意識があるでしょう。あるいは、一方が他方を責めたりすることもあります。夫婦の危機が、その悲しみによって引き起こされた

り、または増長されたりするかもしれません。悲嘆の度合いや反応が両者で全く異なったりするからです。セックスも耐え難いものになるかもしれません。それは、今の悲しみは「ここから全てが始まった」とか、「私たちは何も楽しんじゃいけないんだ」という思いがあるからです。

家庭と家族が、一時的にはあるが、安らぎと安寧の源でなくなります。他にも、悲しんで、注意を必要としている子がいたりするかもしれません。こうした夫婦は、別居や離婚する割合が高くなります。二人の間に悲しみを分かち合って生きていこうという理解があれば、いいのですが、お互いを失ったり子どもたちを失ったりしてしまうことになりかねません。

感情の痛みを表すことに慣れていない、怒りの対象となるものがない男性にとって、悲しみを分かち合うということは、特に難しいものです。表の「すべきこと」「すべきでないこと」を参照してください。

残された両親を支援する人々は、二人とも深い悲しみに暮れていて、お互いを支え合うことは不可能であることを認識しましょう。だからこそ、親しい友人や、親戚の強い助けが最も重要なのです。

- 1) 要望に応えられるように連絡を取り、他の人にも訪ねて行くように言ったり、助けてあげるように声をかけましょう。
- 2) 悲しみを分かち合い、その悲しみをありのままに出させてあげましょう。
- 3) 聞き上手になり、同時に沈黙を受け入れ、会話を強要しないようにしましょう。
- 4) 「どう感じるべき」「どうすべき」と言うてはなりません。辛抱するよう伝えましょう。
- 5) 彼らが亡くした子が、みんなに慕われるいい子だったことを進んで話しましょう。
- 6) 悲しみに暮れている兄弟姉妹を気にかけて、助けになりましょう。
- 7) 亡くなった子の死について、いい意義づけをしてはなりません。
- 8) 「他にも子どもがいるじゃない」「また別の子を持てるわよ」などと言うてはいけません。
- 9) 子どもを救うためにあらゆる医学的な手が尽くされたら両親に念押ししましょう。

## 2. 残された子どもたちには、

- 1) 始めに、そして常に安心感という根本的な必要性を満たしてやります。
- 2) 子どもたちには、彼らの質問に正直に、適切に答えてやる必要があります。
- 3) 子どもたちに思いを表現するように励まし、受け入れてやる必要があります。
- 4) 死については、あっさりと、率直に話します。
- 5) 子どもたちが自ら感じている恐れや痛みを表現するまで待ってはいけません。
- 6) 子どもたちは儀式について説明された後、どの儀式に参加したいか決められます。
- 7) 死に逝く子どもには、誠意をもって、全て正直に話します。子どもには、根本的なニーズが満たされることが必要です。終わってない仕事をやり遂げなければという思いを子どもも持っています。

- 8) 適切に組まれた日課が保たれて、いつもの秩序が維持される必要があります。これは、絆を必要としている子どもにとって、また公正さやバランス感覚を必要とする兄弟姉妹にとってプラスになります。

表. すべきこと、すべきでないこと

	すべきこと	すべきでないこと
1	心からの気遣いを示しましょう。	残された両親に連絡をとるとき、あなた自身の無力感は表に出さないようにしましょう。
2	要望に応えましょう。話を聞いたり、細々とした用を足したり、他の子の面倒を見たり、その時に必要と思われることは何でもしてあげましょう。	気まずいからといって、彼らを避けないように。既に耐えられないほどの苦痛を経験しているうえに、友だちに避けられたら、さらに辛さを増します。
3	彼らの子に起こった出来事、彼らの心痛に対して共感を表しましょう。(同情の言葉ではありません。)	「お気持ちはわかります」などと言わないこと(あなた自身が子を失ってみない限り、彼らの気持ちは理解できません)。
4	彼らがその時に感じている悲しみをできるだけ表出させてあげましょう。そして、それを分かち合ひましょう。	「もう落ちついたでしょう」とか、彼らの気持ちを判断するようなことは言わないことです。
5	辛抱するよう伝えましょう。彼らから多くを期待してはいけません。	どう感じるべきとか、何をすべきとか言うてはいけません。
6	彼らが亡くした子について話したいだけ話させてあげましょう。	彼らが亡くなった子のことを話している時に、話題を変えてはいけません。
7	彼らの亡くした子は、誰からも特別愛されていたことを話しましょう。	彼らの心痛を恐れて、その子の名前を避けるのは止めましょう(彼らは忘れるはずがない!)。子の死について、道徳的教訓や家族の絆が深まったといった類いの意義づけは禁句です。
8	お葬式や、これからやってくる数カ月間は、亡くなった子の兄弟姉妹に特に気を遣ってあげましょう。彼らもまた傷つき、困惑しています。この時、両親は彼らに気遣いできないのです。それでも、彼らには気遣われることが必要なのです。	他に子どもがいるとか、それに感謝すべきだなどと言ってはいけません。子は取り替えられないし、失った子をめぐる悲しみが、生きている子に対する愛情や認識を軽んじることにはなりません。「いつでも次の子どもを持てるわ」と言ってはいけません。たとえ、彼らがそうしたいと思ひ、そうできたとしても、他の子では、失った子の代わりはできないのです。
9	できることは全てしたし、子が受けた治療は最高だった、あるいは子が受けた治療について、あなたが知っている中で真実でいいことなら何でも話して、両親を元気づけてあげましょう。	家庭や急患室、病院、あるいは不適當と思われる場所で子が受けた治療について、どんな形にせよ、コメントしてはいけません。両親は彼ら自身が疑いや罪の意識に苦しんでいるのです。

## Ⅶ. 適切でない悲しみ方と、もたらされる影響

適切でない悲しみ方は、好ましくない影響を悲嘆者に及ぼし、悲嘆者の選択の幅を狭くして、ひいては悪循環に陥らせます。

	適切でない悲しみ方	もたらされる影響
1	お別れと悲しみの反応の遅延	悲しんでばかりの状態がいつまでも続きます。
2	ひねくれた反応（無感動、無関心、反応過多）	疎外感、自分を卑下したり、価値のない者だと考えたり、怒り、絶望感を感じます。
3	病気につながるような反応	患っている病気の悪化、精神身体的影響が出てきます。
4	友だちや親戚との付き合いの変化	人生に対する満足度を低下させます。
5	敵意の継続	他の喪失に、過剰に反応します。
6	社会生活への適応が長く失われる	仕事をする能力を狭めてしまいます。
7	社会的、経済的理由から生じる他人への依存	自律と自立度が低下し、全てに消極的になります。
8	どんどんふさぎこんでいく	再び感情を出すのが難しくなります。
9	喪失やそれに対する反応を否定し続ける	亡き人を理想化したり、秘蔵しようとしたりします。

## Ⅷ. 悲嘆の遷延化、重度化の要因

1. 社会的に非難されがちな死（自殺、中絶、エイズなど）。
2. どこで死んだのかわからない状態（災害や被害、戦争など）。
3. 前からある悲しみが解消されていなかったときに重複した喪失。
4. 複数の死と喪失には圧倒されます。
5. 些細なことによっても、大きな影響が出たりします（葬式参列、墓参りの諍いなど）。
6. 遺された子どもたちや高齢者などの家族に対する気遣い
7. 深く悲しんでいるべき間、鎮静させられていた人は、適切な悲しみの過程をたどることができません。悲しみに有効な薬はありませんので、勧められても用いてはいけません。

## Ⅸ. 深刻な悲しみを克服する要約

強調すべき心理情緒的原則は、親しい人が亡くなって動揺したときは、自分の気持ちを素直に出すことが大切ということです。「弱さ」を見せたくない、また「些細な感情に動揺しているだけ」と感情を抑えようとしても利益はありません。そうしたときは、気持ちを友人や親戚またはカウンセラーと分かち合おうことはいいことです。

### 1. してはならないこと

- ・自分を責めてはいけません。

- ・薬に頼ったり、あなたにそれを勧めたりする人を許してはいけません。
- ・自分自身を気の毒に思っはなりません。
- ・逃げてはいけません。
- ・隠遁してはいけません。
- ・他人の言うことをあまり気にしません。
- ・自分が納得するまで冒険はしないように。
- ・自分を卑下しません。

## 2. 一般的に勧められること

- ・どんなに思っても、愛する人は戻ってこないという事実を受け入れる。
- ・悲しみから目をそむけず、感じているありったけの悲しみを表現する。
- ・時が全てを解決するのではなくて、自分で何とかしようとする。
- ・悲しみや苦しみを経験している人は他にいることを覚えておく。
- ・新しい付き合いをつくり、新たな興味を発展させる。
- ・他人に自分の失った人のことを話す。
- ・完璧を求めずに、痛みは時とともに薄らぐことを認識する。
- ・「2歩進んで1歩下がる」で回復することを期待する。
- ・新しい生活を創るようにする。
- ・他人からの感情的な支援を受け入れる。

## X. 乗り越えるためにすること

かつては、「悲嘆は段階を経て回復する」とされてきました。しかし、今では「悲嘆ケアに“段階（を経て回復する）”という言葉も概念も使用しないように」と、アメリカ医学研究所が勧告しています。なぜなら、そういった言葉を使うと、硬直した姿勢につながり、かえって悲嘆者を苦しめるからです。そのうえで、喪失による痛みとともに過ごす方法、そして痛みを通じて積極的に成長していく方法についての21の貴重な助言があります。

### 1. 喪失を受け入れましょう。

- 1) しばらくショック状態に陥ります。この感情的な無感覚は恐ろしいかもしれません。
- 2) こうした事がどうして自分に起きたのか、信じるか信じないか葛藤するでしょう。
- 3) 起きてしまったのだ。それは事実です。事実を受け入れましょう。
- 4) あなたは十分に強い。きっと乗り越えていける。

### 2. 痛みとともに過ごしましょう。

- 1) 傷ついています。このことを認めましょう。
- 2) 喪失後に感じる痛みは「正常」で「生きている証」で、人生経験に反応できる証明です。



- 3) 痛みは怖いかもしれませんが、痛みとともに過ごしましょう。痛みを感じ、気持ちを寄せてみましょう。あなたは、痛みが底なしでないことがわかるでしょう。
- 4) 癒されていく中で大切なのは、痛みとともに絶望感を経験し苦痛を感じることです。
- 5) 痛みを否定したり、蓋をしたり、逃げたりしてはいけません。痛みを感じ、一時、傷つきなさい。

### 3. 癒されていくまでには前進と後退があります。

- 1) 癒されて成長していく過程は、円滑ではありません。
- 2) それは稲妻に近く、上下して、前進と後退、めざましい跳躍と気が滅入るほど悪い状態に逆戻りすることなどがいっぱいあります。
- 3) このことを理解し、癒しの過程は密かに進行中だということを知りましょう。

### 4. たっぷり休息を取りましょう：すぐに。

- 1) 休息と十分な睡眠。休養は健康の守り神です。
- 2) 現在進行中の仕事を手伝ってもらいましょう。
- 3) たっぷり休息を取れるように生活設計をしましょう。1日の中に休息を入れて、早めに就寝し、たっぷり睡眠を取るようにしましょう。
- 4) 穏やかに過ごしましょう。あまり慌てないように。あなたの身体は、回復するのにエネルギーがいるのです。
- 5) 感情も休ませましょう。しばらくの間、“激しいことに巻き込まれ”ないように。
- 6) 生産的な仕事は、時に感情の休息に役立ちます。心地よく感じる限り、できるだけしましょう。

### 5. 予定をこなしましょう。

- 1) 十分な休息を！そして、活動の準備に入りましょう！
- 2) 十分な休養と活き活きとした活動を交互にするのが、いちばん効果的なやり方です。
- 3) 休みたいだけ休みましょう。でも無気力になってはいけません。暇を作らないことです。
- 4) 気持ちの整理がつかない間は、外見上の日程をこなしましょう。そうすることで、整理がついてきます。何かをやっているという感覚がつくでしょう。

### 6. 他の人々に助けを求めましょう。

- 1) 恐れずに助けを求めましょう。それは人間的な、そして勇気ある行為なのです。
- 2) 友だちや家族を動員して、支えになってもらいましょう。他の人たちは、あなたを心配しています。あなたが苦しんでいると知れば、力になってくれるでしょう。
- 3) 電話は、会話のためのすばらしい道具です。友だちや専門のカウンセラーに電話しましょう。イエロー・ページの「社会福祉」や「福祉協会」のところを調べなさい。



電話相談が見つかるかもしれません。この助言はおかしく響くかもしれませんが、この際、あなたには多少の社会福祉からの助けが必要なのです。

- 4) 友だちに、泊まりにきてもらいましょう。
- 5) 親戚を訪ねましょう（夕飯時が望ましい。）
- 6) 近所の人たちがすばらしいことを再発見するかもしれません。
- 7) 日曜日は最悪です。それは間違いありません。休日はそれについて悪い。
- 8) 土曜日の夜もあまり面白くありません。
- 9) 土日、休日には、予定を入れると慰めになります。

## 7. 古い関係をやり直そうとしません。

- 1) 「和解」における無駄な試みは、痛みを伴い、反治癒的で、反発展的で、貴重なエネルギーの無駄使いです。
- 2) エネルギーは心を癒し、成長するために、そして新しい友人づくりや新しい生活のために使いましょう。

## 8. 怒りを感じても構いません。

- 1) 誰でも皆、愛する人を失った時は腹が立ちます。だから、怒りを感じて構いません。
- 2) 次の者たちには、怒っても良いのです。
  - a あなたを置き去りにした人（たとえ置き去りにして死んで逝った人でも）。
  - b 何か、あるいは誰かを奪い取った人。
  - c その喪失の一因となった社会的慣習やしきたり。
  - d 運命

## 9. 次のことをしてはいけません。

- 1) 自分を憎むこと。
- 2) 怒りを破壊的な行為で発散すること。
- 3) 怒りを発散させても構いません。ただしくれぐれも安全に。
  - a 枕をたたく。
  - b ベッドを蹴飛ばす。
  - c 叫んだり吠えたり（一人のときに窓を開けて）。
  - d 人の住んでいない所に車を駐車すると、すばらしい“叫び小屋”ができます。
  - e バレーボール、テニス、ハンドボール、サッカーをする。
  - f パンチング・バッグを打つ。
  - g 目一杯のクレッシェントでピアノを弾く。
  - h 小児ホスピスや悲嘆ケアセンターの噴火部屋で、サンドバッグやぬいぐるみを叩く。
- 4) こういう害のない役にたつ方法で怒りの方向を変え、一掃することができれば、馬鹿げた言い争いや事故や弊害を避けることができます。

5) 傷が癒えるにつれ、怒りは収まります。

## 10. 栄養。

- 1) 今は食習慣を著しく変えたり、厳しいダイエットを続けたりする時期ではありません。正しい栄養摂取は、傷を癒すのを早めてくれます。
- 2) 蛋白質の摂取量を増やしましょう。蛋白質は、肉、魚、牛乳、卵、木の実、種子、大豆、そして全粒粉などに含まれています。
- 3) 脂っこい食事は減らしましょう。
- 4) ビタミンBやビタミンC、ミネラルなどのサプリをとりましょう。
- 5) カルシウムをたっぷりとりましょう。いい方法は牛乳をたくさん飲むことです。それからカリウムもとりましょう。食品ならジャガイモやパセリ、バナナを食べます。
- 6) そして、保健の授業で教わったとおり、毎日4つの食品群からそれぞれの食べ物を食べます。4つの食品群とは、肉、乳製品、野菜・果物、パン・穀類です。
- 7) 笑い転げたいのでない限り、奇蹟の治療たぐいの本や製品に近づかないことです。

## 11. 反動にご用心。

- 1) 空虚を嫌うのは自然の摂理です。したがって、あなたは空しさを穴埋めしようとして、早まった恋愛に飛び込むかもしれません。
- 2) 心に受けた傷が本当に癒えていなければ、最初の反動は、次なる喪失となって起こるでしょう。その次は、2番目の反動、そして次の喪失、そして反動と、あなたの心は、まるでハンドボール・コートでの跳ね回るボールのように行ったり来たりを繰り返します。
- 3) 精神的ショックの後、すぐに“激しい恋”に落ちることはすばらしいように見えます。あなたの奔放な希望と空想が実現するのですから。しかし、突然に底が割れます。あなたは、新しい愛があなたの欲する、美しい、祝福に満ちた、知性的な、思慮深い、神と女神の間柄のように洗練されたものではないことに気づくでしょう。ただの人間だ！ そして、皆と同じように、ため息をつきます。あなたの嘆き悲しむ種が二つになります。ああ！

## 12. 自分自身を甘やかします。

- 1) あなたが身体に傷を負ったら、あなたは入院するでしょう。友人が花を持ってきてくれたり、親戚の人が果物を持ってきてくれたりして、あなたは1日中ベッドに寝ています。看護師さんが背中をさすってくれたりして、あなたはすっかり甘やかされます。
- 2) あなたが心に傷を負っても、次の日は仕事に行くのが当然で、何もかも普通どおりにしていなければなりません。要するに、あなたは、心の傷も痛むものだという事を受け入れられない世間と、渡り合っていかななくてはならないのです。
- 3) 解決法は、自分を甘えさせることです。
  - a 熱い風呂。どんなに気分が悪くても、熱いお風呂に30分つかった後は、ずっと気

- 分が良くなっています。
- b マッサージ。してあげるのも、してもらうのも、さっと、元気良く、またはゆっくりと、官能的に。
  - c 自分のための時間をとります。良い本を読みます。旅行に行きます。
  - d 自分が本当に楽しめるものを自分のために買いなさい。
  - e お気に入りのダブルのアイスクリーム（トッピング付）を自分にご馳走します。
  - f マニキュア、ペディキュア（あるいはどこの部分のキュアでも）をします。
  - g 豪華なレストラン、映画、芝居、劇場、美術館を訪れます。
  - h 自分自身の気まぐれに付き合います。楽しんで！

### 13. 他人を赦します。

- 1) いつでも、できるだけ早く、他の人を赦しましょう。
- 2) あなたは虐待されています。何の計略も強制も受けずに、虐待者に親切でお返しできれば、あなたはついに自由になれたということを意味するのです。

### 14. 良いことを蓄えましょう。

- 1) さて、痛みが和らいできて、理解力が増してきました。
- 2) 多分、あなたは変化や別離が不可避のものであり、人生につきものなのだということに気がかり始めたかもしれません。今こそ良いことを蓄える時です。
- 3) ある人は、食べる楽しみを教えてくださいました。
- 4) ある人は、スキーに興味を持たせてくれました。
- 5) 仕事は、コンピューターについて、いろいろなことを教えてくださいました。

### 15. 再出発。

- 1) 新しい仲間や場所、考え、経験に心を開きましょう。
- 2) 「もう二度と人を愛さないわ、つらいだけだもの」といった態度から、スッパリ抜け出す時期です。
- 3) こんなことをしてみる時です。
  - a あなたのアパートの模様替え（あるいは少なくとも整理してみる）。
  - b 新しい服を買う（または作る）。
  - c 何か勉強する（いつも知りたかったこと、他の何でも）。

### 16. あなたの人生に新しい人々を招待しましょう

- 1) さあ今度は、新しい友人や同志や仲間を作りましょう。
- 2) 会合やコンサート、芝居、社交的な集まり、一人で行くことを怖がらないで。
- 3) 誰かに、たとえ全く見知らぬ人にでも、自己紹介することを恐れませんか。
- 4) 新しいお友だちを作る時は、「はい」や「いいえ」だけでは答えられないような質問をしましょう。
- 5) ただ「何？」とか「誰？」だけの質問よりも、「どういうふうに？」「なぜ？」とい

う聞き方をしましょう。

- 6) 人を家まで送ってあげたり、コーヒーにでも誘ったりしてみましょう。
- 7) 紙とペンを持っていて、電話番号を書き留めたり、交換したりしましょう。

#### 17. 新しい趣味を発展させる。

- 1) 今こそ新しい趣味を発展させる時です。
- 2) スポーツとかどうですか？
- 3) 外国語を学んでみるのは？ 園芸？ 裁縫？ 料理？
- 4) 本を読むなり、講習を受けましょう。勉強してみましょう。そして、何よりも、何か新しいことをしてみましょう。

#### 18. ただし、古くからの趣味も忘れないで。

- 1) あなたがほったらかしにしていた古い趣味や活動のことを忘れないで。
- 2) あなたに特別の達成感や興奮や喜びをもたらしてくれたものを見直しましょう。

#### 19. 過去。

- 1) 覚えておくこと：成長しながらも治癒のプロセスは続いています。
- 2) ある日曜の朝とか「私たちの思い出曲」がラジオから流れてきた時など、突然に思い出が蘇ってくるかもしれません。
- 3) これは、そうなるものなのです。それは、あなたがまた落ち込み状態に戻るという意味ではなく、ただ引き際であって、治癒と成長の流れの中にあることを示しているのです。
- 4) 感じるままに任せておきましょう。やがて、すぐに過ぎ去ることだとわかります。

#### 20. 成長。

- 1) 危機を乗り越えた今、あなたは「もっと強い自分」「異なった自分」「もっと進化した自分」を見つけるでしょう。
- 2) あなたは変わって、「もっと幸せな」「もっと喜びに満ちた」「自立した人間」に成長していきます。

#### 21. とてもうまくやり遂げたと、背中をポンと一たたき。

- 1) あなたは、失い、乗り越えて、癒されて、成長しました。
- 2) さあ今度はお祝いをする番です。
- 3) おめでとう！！！！

## 第8章 ホスピス・ボランティアの自分自身へのケア

- I. 医療や介護福祉領域にみられるストレス
- II. ケアするときの危険性と課題
- III. “燃え尽き”の認識とその対処
- VI. ストレス習慣をなくす

### 私たちの行動目標

1. 医療や福祉領域の従事者は、気分変調を特に来しやすいことを理解します。
2. 医療・福祉領域のストレスについて理解し、説明できます。
3. 燃え尽き症候群を理解し、注意する方法と対処法を学び、実践できます。
4. ストレスへの対処法を修得し、実践できます。

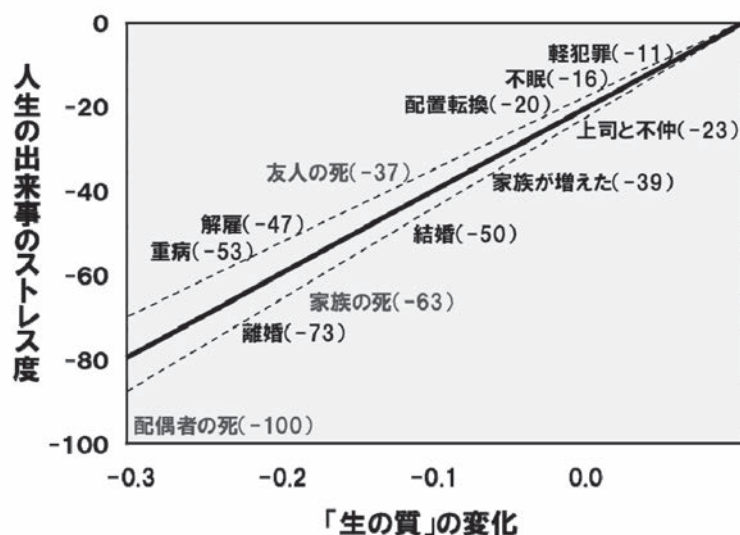


図. 喪失の重み

縦軸の元データはHolmes-Rahe尺度として知られている。マイナス記号はストレス度が強いこと、「生の質」は低下することを示す。最大のストレスとなる配偶者の死では、「生の質」が1/3ほどに低下する。(N Engl J Med 1996 ; 334 : 835より)

## I. 医療や介護福祉領域にみられるストレス

各種調査によると、抑うつ傾向にある看護師の割合は10%弱で、アメリカの看護・介護従事者（女性のみ）の11%に近い数値を示します。これらの値は一般人より遙かに高く、医療介護従事者が過酷な労働環境に置かれていることを示します。つまり、医療介護従事者へのケアの重要性を如実に表します。無論、患者と家族も厳しいストレス下に置かれています。ここにそれぞれのストレスについて、自他ともに気づく点、及びそれぞれの特徴をまとめてみます。

### 1. ストレスの自覚

#### 1) 患者

- a 疲れやすい。
- b 引っ込み思案になったり、落ち込んだりする。
- c 会話を避けるようになる。
- d ひきつった笑いや不釣り合いなユーモアと反応。

#### 2) 家族

- a 介護するのを嫌がったり、反対に患者にかかりきりになったりする。
- b 疲れを見せる。
- c よく泣く。
- d 「ストレスや問題はない」と、現状を否定する。

#### 3) ボランティア

- a 患者と一緒にいると気が重い。
- b 時間が足りないことに不満を持つ。
- c 要望があった時に訪問できないと、罪の意識を感じる。
- d うまくコミュニケーションができない時、気持ちが落ち込む。
- e 患者や家族に会いたがらない。または無理に会いに行く。もしくは会わなくても良い理由を探したりする。

### 2. 患者や家族のストレスと関連することの特徴

#### 1) 患者や家族

- 1) 傷つけられやすい。
- 2) 抑制がきかない。
- 3) ケアする人に頼らざるをえない。
- 4) プライバシー喪失。
- 5) 退屈。
- 6) 恨み－健常者に対する怒り。
- 7) 自己の喪失－自己嫌悪、抑うつ。
- 8) やる気の低下。



## 2) ケアする側の特徴

- 1) 疲労－ケアから逃れられない。
- 2) 矛盾－ケアを終わりたい、でもケアしている人には亡くなってほしくない。
- 3) 怒り－他の人が、あまり手伝ってくれない。
- 4) 罪悪感－怒りを感じたことへの罪の意識。
- 5) 孤立感－誰もケアすることが、どういうことかわかってくれない。
- 6) 主体性の喪失－ケアを引き受け、自分自身を見失う。

## 2. ストレス認知の重要性

ストレスの徴候を知るのが重要なのは、患者や家族に何が起きているのかを知る過程の一部となるからです。ストレスに対して、いつも特別に何かをしなければとあせる必要はありません。ストレスの存在を知ることだけでも、順応のひとつの対処法となるのです。繊細で傾聴できるボランティアは、状況に応じて適切に反応します。また、ボランティアの場合は、どのような手助けを受けても良いのです。表を見て、普段のストレスを振り返ってみましょう。

表. 普段に起こりがちで、対応可能なストレスの型とその対処法

	症 状	原 因	対 処 法
身体面	かぜ、頭痛、潰瘍、疲労、腰痛、事故、高血圧症、機能障害	飲酒、睡眠過不足、運動不足、悪い食習慣、薬物、過労、喫煙	運動、マッサージ、くつろぎ、環境を整える・変える、ペースを落とす、禁煙、飲食・睡眠の工夫
精神面	悲嘆、喪失感、空虚、虚無的、絶望感、罪悪感、わびしさ	疑念、お別れ、失望、軽々しさ、改宗、怠惰、意欲の低下	音楽、礼拝、疑念の受容、やる気を出す、悲しみの共有、瞑想
感情面	憂うつ、不安、恐怖、幸福、自信喪失、怒り、困惑、多幸感、ショック	内面的葛藤、外面的衝突、尊敬の喪失、失敗、成功、指示不足、曖昧さ	自己受容・主張、手腕発揮、くつろぐ会話、理性的感情、抑制的態度、恐れ・不安の理由を知る
社会面	友情の喪失、自閉、孤独、親密、拒絶、無意識的行動、攻撃、ごまかし	引っ越し、死、辞職、地位の変化、転職、誕生、多すぎる対象、結婚、強制	新しい友人、正直さ、補完療法参加、自己主張、行動変容
知性面	創造性欠如、退屈、ユーモア喪失、記憶喪失、集中不能、しらけ、決断困難	退屈な仕事、挑戦がない、復学、原理主義的価値観、無目標、計画過多	新しい挑戦、転職、読書、創作活動、超大作に挑戦、目標の評価、学習深化

## 3. あなた自身をケアする実用的な方法

- 1) あなた自身を取り戻すためには、何が必要か考えましょう
- 2) あなたの残りの人生に、何が起ころのでしょうか
- 3) 答えを出すために、あなたの人生全体を見直しましょう
- 4) 他人は変えられませんが、他人の振る舞いに対するあなたの対応は変えられます
- 5) 自分の希望を変えることはできます

- 6) 答えを出す前に、深く息を吸って、4つ数えながらゆっくり息を吐きます
- 7) ケア以外で惑わされないように、他の職員に対するあなたの態度を変えてみます
- 8) 散歩などをして日常的運動を始めるのもいいでしょう
- 9) 薬を飲むのは避けましょう

ホスピスにおける各種ミーティングには、業務上必要とされる目的以外に、職員やボランティアのストレスを軽減する副次的な効果があります。スタッフケア（ボランティアへのケア）と特定されたミーティング以外のものにも積極的に参加しましょう。

## II. ケアするときの危険性と課題

ケアするにあたって、注意すべき重要なことが3つあります。

1. 潜在的希望
2. 相互の関わり合い
3. 議論の余地のある領域

### 1. 潜在的希望

潜在的希望というものは、いつでもどこでも、私たちにつきまとうものです。ケアするとき、その患者、家族、そして特にあなた自身への潜在的希望がどんなものかを、できるだけ理解する必要があります。なぜなら、潜在的希望は私たちをつまづかせる元になるからです。いくつかその例を挙げることができます。

人を助けることは、人の潜在的希望を満たすだけでなく、自分自身をも満足させるものです。このことを自己達成的予言と呼びます。一方であなたの潜在的希望は、あなたと患者や家族の間のコミュニケーションを妨げ、ケアの障害になることもあります。例えば、あなた自身が死についてよく向き合わなければ、あなたの潜在的希望が苦痛の源となり、これから起きるたくさんのことにはあなたは対応できないことになるでしょう。

ここで、あなたが「家族とともに迎える安らかな死」を期待しているとします。もし、このようにならずに、患者が痛み、苦しみに怒り、わがままに振る舞ったら、どうでしょうか。あなたは、起こっていること全てを受け入れ、ケアに没頭できるでしょうか。

ケアをするあなた自身の潜在的希望が必要ないという意味ではありません。より良い仕事をするために、あなたはあなた自身の潜在的希望をよく知る必要があるということなのです。

潜在的希望を決める幾つかの要素を挙げましょう。

- 1) 誰しものが持っている自分自身の見解や価値観
- 2) 信念：生きること、死ぬことについてどう思うのか。なぜ、人は死ぬのか。
- 3) 死及び死ぬことに関する考え方
- 4) 自分のイメージ：人間観
- 5) 回復対快適（治癒対緩和）

潜在的希望に関係したいくつかの問題点

- 1) あなたは、死に逝く患者たちと係わることができないかもしれません。彼らは、家族やごく親しい友人にしか心を開かないかもしれません。
- 2) 患者はこうあるべきだというあなたの潜在的希望に反して、患者は問題を起こすこともあります。患者が手におえなかつたりすると、“悪い患者”と決めつけてしまいがちです。
- 3) よくなろうとしない患者、あきらめてしまう患者、態度の悪い患者、これらの患者の非協力さに対して腹を立てることもあります。

このようなときは、コミュニケーション技術と、本項にある自分自身へのケアを思い起こします。それらから、ヒントとなる情報が得られるでしょう。

## 2. 相互の関わり合い

死に逝く患者と家族との関わり合いの基本となるのは、死について意識的あるいは無意識的にどのように考えるかです。特に、その患者が同じ年頃であったり、同性であったり場合は、なおさらです。家族や友人が死亡したり、死ぬ場面に遭遇した経験を持ったりする人は、死の恐怖心がより強くなります。死が近い患者は、その状態によって懸念の度合いも異なり、差し迫る死について話をしたい人もいれば、したくない人もいます。これらの知識は患者とのコミュニケーションにとって大切です。

### 認識の段階

- 1) 自覚がない …………… 患者は、差し迫る死を認識していません。
- 2) 疑っている …………… 患者は自分の死をうすうす感じ、その疑いを確認しようとしています。
- 3) 知らないふりをする …… 患者も周りの人々も、死が近いことがわかっているが、お互い知らないふりをします。
- 4) オープンにする …………… 周りの人々は、その患者の死が近いことを知り、その患者との会話の中で、それについて比較的オープンに話します。

これらの認識に応じることは、慎重さを要する仕事です。患者は、自分の死が近いことを隠すかもしれないし、涙も見せないようにしているかもしれません。あるいは、知らないふりを続けることに耐えられなくなって、突然オープンに死を話題にするかもしれません。

患者は、病気について罪の意識を覚えることもあります。患者は、病気であることに、申し訳ないと感じたりもします。また、年齢や生産性に対する見方によって異なりますが、今は自分の社会的価値観と矛盾するという深刻な喪失感を感じるかもしれません。また、家族の対応によって、患者との関係を難しくすることもあります。患者が既に死を受け入れている段階で、その家族がそれを否定したり、回復を望んだりするこ

とがよくあります。このようなときは、やはりコミュニケーション技術を思い起こします。

### 3. 議論の余地のある領域

未解決の哲学的あるいは宗教的問題や、死に対する社会の考え方の変化によって、議論や対立が生じる領域があります。例えば、延命措置の是非、自分で死を選ぶ権利などの課題があります。これらは重要な問題ですが、より大切なのはケアするあなた方がこれらの課題に正面から取り組み、患者や家族から逃げないことです。

### 4. 心構えと対処の仕方

- 1) あなた自身の信念や姿勢を自覚しなさい。それには、自己省察が必要です。あなたの価値観は何ですか？ あなたの人生に意味を与えるものは何ですか？
- 2) 技術対人間性について：現代の進んだ医療技術でさえ、身体の障害、苦痛、死をなくすことはできません。辛抱も時に大切です。
- 3) あなたには何ができますか？ 死に逝く患者と家族のケアをするうえで、あなたは自分の限界と現実的な希望を理解していますか？ あなたの能力以上のことに対して、他に援助を求めるのですか、それともあなただけで行うのですか？
- 4) あなたは、自分の責任を全うするために、助けを求めることをいといませんか？
- 5) あなたは、勉強や経験によって成長することができると思いますか？ その時間を作ることができますか？ ありのままにしておきますか？
- 6) あなたは、あなた自身や担当の患者と家族のために、力を貸してくれる人や物のリストを持っていますか？
- 7) 全てを自分一人でやろうとしてはいけません。家族や友人、そしてホスピスに協力を求めなさい。他人の力や協力を得ようと努め、それらを引き出し、また人にそれらを受け入れるように奨励しなさい。
- 8) 次のような共感的アプローチを活用しなさい。
  - a 現実を見る
  - b 静観する
  - c 共感
- 9) 最後に、どのような時にあなたの平常心がひどく乱れるのかを知る必要があります。死に逝く人をケアしていると、いろいろな問題に圧倒されてしまうことが必ずあります。あなたの限界を知りなさい。その時には、助けを求めることも、その場から離れることも許されます。

### Ⅲ. “燃え尽き”の認識とその対処

#### 1. ホスピス緩和ケアに必然的なストレス

ホスピス緩和ケアの従事者は、「回復の望みがない死に逝く患者とその家族をケアしている」という特別な重荷を負っています。そうでなくても、最も抑うつに陥りやすいのは看護・介護関係者です。患者を亡くしたときなどに喪失感に襲われるのは専門職もボランティアも同じで、看護や介護の期間が長いほど喪失感も大きくなります。特に、患者の臨終に寄り添う人々は、燃え尽きて離職することが多いのが実情です。そのため彼らを対象とするケア（通称、スタッフ・ケア）が必要となります。

#### 2. “燃え尽き”の徴候

ストレスが継続して蓄積すると“燃え尽き”現象が生じます。感情面で、時々、私たちはケアしている患者と家族に対する気持ちや懸念を全て見失うことがあります。

“燃え尽き”の徴候はいくつかの行動でわかります。

- 1) 患者や家族に対して、イライラしたり、嫌ったりします。
- 2) 患者や家族と接することを避けます。
- 3) 慢性的疲労、不眠症、身体の痛みがあります。
- 4) 患者や家族、施設や組織の悪い面を見つけますが、それは建設的ではありません。

#### 3. “燃え尽き”を起こす要因

では、どのような状況が、ホスピスでの“燃え尽き”を起こすのでしょうか。

- 1) ボランティア業務に没頭しすぎる。
- 2) すべきこと、言うべきことがわからない。
- 3) ホスピスの業務や個人的なことが原因して、業務が憂うつになる。
- 4) 患者の死やケアする側の関係者の死。
- 5) わがままな患者。
- 6) 無力感や絶望感がつのる。
- 7) 時間が十分でない。休息の時間がない。
- 8) 何をしても疲れる。
- 9) 協力的な見返りが十分でなく、評価されていないと感じる。

#### 4. ストレス軽減法

ケアする時のストレスを軽減させるヒントが挙げられます。

- 1) ストレスが貯まった時、いつでも相談できる上司や仲間、友人などを見つけておく。
- 2) 同じような状況にいる人たちと悩みを出し合います。
- 3) 運動することで、はけ口を作る。運動は、生活を積極的にする。
- 4) 息抜きとして、できることを見つける。いつも行えることがいい。
- 5) 最も大切なことは、自己を省みて、何をやり遂げたいのかを自分に問うことです。



これと同じ原則は、患者と家族をケアするボランティアだけでなく、ケアする家族や介護人にも当てはまります。また、ボランティアは、それらのストレスを和らげる方法で介護人のストレス軽減を図るという重要な役割も担っています。

## VI. ストレス習慣をなくす

職員や専門職、ボランティアは、既にストレスが多く組み入れられた患者や家族との関係はもちろん、ストレスの要因になる私たちの個人的関係にも対処しなければなりません。私たちは、ボランティアとして、私たちの信念や態度、そして個人的ストレスを確実に仕事に持ち込みます。そのため、巷にはストレスを解消あるいは回避する手法の提案があふれています。そんな中、ホスピス・ボランティアとして仕事するうえで、『ストレス習慣を蹴飛ばす』からストレスへの対処法をまとめてみます。

### 1. ストレスはあふれている

「人は、他人にとっては、最善にして最悪のものであろう。人はお互いのために大いに支えの源となりうるし、人はまた驚くべきストレスを招きうる」とされます。そのため、他人とうまくやっていくためには、たとえそれが誰であろうと、他人と互いに影響し合う中で、ある一定の技能が必要です。この交友技能は、それを身に付けると、私たち一人一人が各自の状況において直面しているストレスの種類を減らせるようになります。

### 2. 交友技能が必要になるとき：交友技能は以下の場合に有益です。

- 1) あなたが他人に望む支援や友情を得ていない時。
- 2) あなたが困惑し、話を聞いてくれたり、気にかけてりしてくれる人が必要な時。
- 3) あなたが多すぎる要求に対して「ノー」と言えずに、「イエス」と言ってしまう時。
- 4) あなたが身体的環境によって緊張状態に陥る時。

### 3. 交友技能の種類：特に、これらの技能は以下のように概説されます。

#### 1) 交際の技術：友情を育てる術

その術の実践は、交際を発展させるために、会話の技術を使うこと。

- a 自由回答形式の質問をすること。
- b 答から話題を引き出し、それをさらに広げること。ほとんどの人は彼ら自身について、何かをあなたに語るでしょう。
- c あなた自身についての情報を提供しなさい。
- d あなたの興味やあなたが感じていること、考えていることを語りなさい。
- e 自分の無知を認め、説明を請いなさい。人は誰でも相談されるのが好きです。
- f 人間のやりとりは独特です。ある人はあなたに興味を示さないし、あなたが他人に興味を示さないこともあると指摘しています。それを気にしないことです。



## 2) 聴く技能：他人の感情に理解を示すこと。

共感は単に言葉だけでなく、感情にも耳を傾けることをいいます。あなたが相手の感情を感じ取ったことを言葉で相手に返します。そうすると、あなたは違った観点から世界を見るという刺激を受けるかもしれないし、長年の深い友情からくる信頼、暖かみ、支援、愛などを得ることができます。聴く技能は、あなたのストレスを和らげます。

この術の実践は、

- a あなた自身に問いかける。あなたの感情と他人の感情をはっきり区別すること。
- b 受け入れること。批判しないこと。
- c ボディ・ランゲージを読み取ること。
- d わかりやすく言い換えてみる。つまり、確認してみなさい。
- e 綿密な会話を促進するような状況を設定すること。とぎれのない会話を進める雰囲気の中で、深い真剣な会話をしてみなさい。

## 3) 自己主張：「ノー」という術

人に嫌われるのではないかと、相手が傷つくかもしれないとか、口論になるかもしれない、「ノー」と言うことに罪の意識を感じるなどという理由で、ほとんどの人は「ノー」と言うことを恐れます。これらの理由で、人はむしろ「ノー」と言いたい時に、よく「イエス」と言ってしまいます。

このことが腹立たしさやストレスを引き起こします。あなたが「ノー」という意味でたびたび「イエス」と言うなら、あなたは自分自身のニーズを無視しているのです。あなたは、自己主張技能によって言い訳をせず、断固と「ノー」と言えるようになるでしょう。

この術の実践は、

- a あなた自身を尊敬しなさい。自分自身を尊敬しなければ、自己主張はできません。  
自分自身に繰り返しなさい。「私は、自分のために自分に責任がある」、または「私は自分の決定に責任を持たなければならない」、「他人は私の答えを待って、それを受け入れなければならない」と。
- b 断定的な答を覚えること。効果的な答として次のようなものがあります。  
「いいえ、私はそうしない方がいいです。」  
「それだと、あまりよくないです」または単純に、「いいえ、結構です。」
- c 言い訳をしないこと。あなたは、あなたの答に対して、誰にも説明する必要はありません。言い訳をすれば論争になります。

## 4) 論争：自分の主張を固守する術

公明正大な論争は、多くのストレスを軽くすることができます。その問題が論争に値するかどうかが自問してごらんください。答が「イエス」なら、そうしなさい。愛する人と論争することを恐れないう。愛と怒りは相伴います。もし、お互いを気にならなければ、論争さえ気にならないうでしょう。

論争しない人は、論争する人と同じほど、多くのストレスを感じています。抑えられた怒りは、内面で発酵し、体を壊してしまいます。

この術の実践は、

- a あなたが論争を選ぶ。あなたが出くわす全難題にエネルギーを費やさないと。
- b 堂々と戦うこと。主題をはっきり述べ、それに忠実であること。
- c 「いつも」と「決して～ない」という言葉を避ける。卑怯な振る舞いをしない。
- d あなたは、相手から聞いたことを意識した後にのみ、言い返すこと。
- e 終わったら、争いを終わりにさせること

#### 5) 逃走：退却の術

逃走によってストレスからの一時的な安心を得られます。それは、息つく暇を与えてくれます。退却は悪くありません。容赦のない闘争は、心や体、精神を傷つけます。

逃走は多くの形態をとります。あなたは、ストレスの場面から自分自身を、物理的に除くことができます。仕事を止めたり、家を出たり、学校を中退したりできます。空想にふけったり夢想したりして、心の中で逃避することができます。

逃避を誤用してはいけません。それは一種の責任回避となり得るような対抗法なのです。適切に使いなさい。そうすれば、力を回復する良い方法となります。

この術の実践は、

- a 物理的に逃避すること。ストレスが蓄積したら24時間姿を消し、一人に居場所を知らせておきます。
- b 空想することを覚えること。あなたが必要と感じた時にいつでも、心の旅をなささい。計画、夢、欲望、あなた以外の人には、その違いはわからないでしょう。
- c 気を紛らすこと。昼休み、夕方や週末をあなたの逃避を助けなさい。誰でも何か楽しみになるようなものがあります。そのための時間をつくりなさい。
- d 24時間、間をおいてみる。どんな重大な決定も一晩おいて考えてみなさい。それが今でも正しいと感じるなら、自信を持って飛び込みなさい。

#### 6) 巣を作ること

職場、交通機関、いろいろな人たち、環境がストレスの一因となり得ます。そこで、あなたをなだめたり、育んだりしてくれるあなたの個人的なスペースを作ることが勧められます。あなたは、そのような快適で静かで感じのよいスペースを創ることができます。あなたにとって意義のあるもので、いっぱいにすることができます。こういうスペースを創るには、巣作りの技能が必要です。

この術の実践は、

- a 散乱したものを捨てること。あなたが着なかった衣類や雑誌の山を捨ててしまう。
- b 快適さのために模様替えすること
- c 実験してみる。あなたの生活のパターンを変えてみる。例えば、1週間ろ

うそくの明りで暮らすとか、一晩裸で歩き廻るとか、寝室で食事するなど。

“燃え尽き”の主な要因は、他の人のニーズは満たされるが、あなたのニーズは満たされず、感情的、身体的な空しさに終わってしまうという事実に関係します。ホスピス業務においてボランティアは、患者と家族に効果的であるために、ニーズ・要求システムを“中間点”の上あたりに保つ必要がとくにあります。それが長続きする介護の鍵です。

参考：Tubesing DA. Kicking Your Stress Habits : A Do-It-Yourself Guide to Coping with Stress. Duluth : Whole Person Associates, 1981.

## 第9章 ホスピス緩和ケアに配慮すること

- I. 子どもと成人に対する虐待と遺棄
- II. セクシュアル・ハラスメントの訴え
- III. ホスピスケアの感染予防統一方針
- IV. 自殺について

### 私たちの行動目標

1. 虐待と遺棄に関する法律、制度を学び、説明できます。
2. 虐待と遺棄の被害者と加害者への対応について学びます。
3. セクシュアル・ハラスメントの訴えの扱いを理解し、説明できます。
4. 感染予防統一方針を理解し、実践できます。
5. 自殺の気配と、それに遭遇したときの対応を学びます。

**誰も、肌の色とか生まれとか宗教とかで、他の人を嫌悪するようには生まれていない。人々は嫌悪するよう学ぶに違いない。彼らが嫌悪するよう学べるなら、人を愛するよう学べるはずだ。なぜなら、愛する方がその反対より人の心にとって自然なのだから。**  
(ネルソン・マンデラ、「自由への長い歩み」より)

## I. 子どもと成人に対する虐待と遺棄

「虐待」とは、人がある行為を行うこと、あるいは行わないことによって他人を害したり脅したりすることに至る身体的・精神的ないじめや傷害行為を意味します。「子どもの虐待や遺棄」とは、子どもの健康や福祉、安全が、それによって損なわれるような傷害、性的虐待、性的利用、または無視や子どもの酷使を意味します。

「遺棄」とは、最低限の身体的または精神的な健康を得るために必要な介護を行わないことで生じる行為を意味します。

「怠慢な取扱いや酷使」とは、個人の健康や福祉、安全に対する、明白かつ当面の危険性を生じるような重大な規模の軽視であることを明示する行為や手抜かりを意味します。

### 1. 目的

- 1) 全てのホスピス職員とボランティアに対して、「児童虐待の防止等に関する法律」と「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」の（児童虐待の早期発見等）及び（児童虐待に係る通告）に則って、直接あるいは児童委員等を介して市町村、都道府県の福祉事務所または児童相談所に通告しなければならない報告要項とホスピスの手続きを周知させること。
- 2) 被害者を見つけたり、擁護したり、当局に報告することによって、さらなる虐待や遺棄から依頼者を保護すること。

### 2. 手続き

- 1) ○○ホスピスは、住んでいる所で患者にケアを提供します。そのため、ホスピスは、患者、家族、介護者や他の人々との関係を観ることになります。もし、虐待や遺棄が疑われたら、手続きに従って、職員・ボランティアは直属の上司に報告します。
- 2) 医師、看護師、介護福祉士、看護助手、他の理学療法士や作業療法士、言語療法士などの専門職・介護関係者は、疑わしい虐待や遺棄について看護師長に報告します。社会福祉、カウンセリングやボランティア及び関連の職員は担当部長に報告します。
- 3) 虐待や遺棄を行っている日時、人物の特定、及び患者の状態や振る舞い、その他の所見は、診療録に記録されます。それらの観察記録は、看護師長や担当部長と討議されます。
- 4) 観察記録と報告は、事務部門とホスピス・チームで事件報告として討議されます。
- 5) 法令に基づき、看護師長または担当部長により、該当する当局に報告されます。虐待や遺棄は確定される必要はありません。疑いの時点で通知され、記録は保管されます。
- 6) 報告書は極秘とされます。
- 7) ホスピスの職員は、要請があれば当局の調査官と協力します。

### 3. ○○ホスピスの規則

18歳未満の小児への虐待と遺棄、または18歳以上の他力依存性成人に対する虐待と遺

棄は、もし疑われたならば、全てのホスピスの職員、ボランティアは適当な上司に報告します。

## II. セクシュアル・ハラスメントの訴え

この目的は、ホスピス緩和ケアを提供する職員、ボランティアや他の全ての人は、嫌がらせや強制、戸惑いなどのあらゆる形の性的差別や性的行動がない環境でホスピス緩和ケアを行える権利を持っていることを保障することです。

### 1. セクシュアル・ハラスメントとは

セクシュアル・ハラスメント、つまり歓迎されない性的行動とは、それが犠牲者の業務実行を不合理に邪魔したり、その行動が脅しや敵意を持ったり、あるいは侮辱的な業務環境をきたすようなときで、その人が始めたものでなく、その人が不快かつ嫌がらせだと考えるようなときの行動を指します。

セクシュアル・ハラスメントが、犠牲者の雇用状態を変えざるを得なくなったり、いやな環境で働かざるを得ない状態になることは、仕事の環境が過酷で誤っていることを示します。これは、性的行動が、不合理に個人の仕事の実行を邪魔し、仕事の環境に脅威や侮辱をもたらすときに発生します。

全ての訴えは、真剣に受け取られなければならない、厳密な“知る必要”の基本に則って処理されなければなりません。なお、性的行動は、必ずしもセクシュアル・ハラスメントの訴えをする人に向けられている必要はありません。影響を受けた第三者でも訴えることができます。さらに、どのような立場の人でも、セクシュアル・ハラスメントの訴えをすることができます。

### 2. 手続き

セクシュアル・ハラスメントの訴えがあれば、ボランティア担当者、チーム・メンバーや所長は次のようにしなければなりません。

- 1) 訴えの詳細を知るため、できるだけ速やかに秘密裏に訴えた人と会います。関係者の日程表を変更してでもそれを行います。それほど、優先順位の高い件です。
  - a 最初の訴えから手続きが遅れることは、原告にとって不愉快で、〇〇ホスピスのためになりません。
  - b 全ての訴えは、真剣に受けとめられるべきです。
- 2) 手続きを始める前に、職員用手引きにあるセクシュアル・ハラスメント手続きをみて、この全体的な手続きを再検討し、それぞれの段階の必要な計画を立てます。
- 3) 訴えだけを聞きます。耳を傾け、ノートをとるだけにします。判定したり、訴えた人に“説明”をしたりしません。原告には、訴えを話すより書き記す方を好むかどうか質問して、その意向に沿います。
- 4) できるだけ確認します
  - a 日付、時間と事件（複数）の場所。
  - b つらさの程度、またはどの程度やられたか。



- c 仕返しの脅しはあったか。
  - d その結果、どれくらい影響を受けたか？
  - e もし異性だったら、同じことを訴えた人にしたか？ それとも、異なった行動をするか？
  - f 訴えたのは、訴えた方に何らかの動機があるのか？
- 5) 記録
- a 行動の詳細：用いられた言葉、さわったか、など
  - b 下記の行動をした証拠は？
    - (i) 誘われた
    - (ii) 誘われないが、歓迎される
    - (iii) 歓迎されない
    - (iv) 攻撃的だが、辛抱した
    - (v) きっぱりと拒絶した
  - c 業務遂行への妨害の徴候はあったか？
  - d 今まで、何度繰り返されたか？ 何かパターンはあるか？
  - e 証人はいるか？ 巻き添えにされた人はいるか？
- 6) 職員の安全または福利が、当面の危機にあるかどうか判断します。もしそうならば、それ以上の事件を防ぐために、即座に行動します。
- 7) 原告が望むことを確認します。
- a 原告が、どのように事態が解決することを望むか？
  - b 原告は、今の事情のもとで成果を上げ続けられるか？
- 8) 原告は、相互に納得したうえで、カウンセリング（施設が費用負担）を受けるか、あるいは休養を望むか？
- 9) 目的は、告発された行為が次のようにみなされると決定することです。
- a セクシュアル・ハラスメントと考えられる。
  - b セクシュアル・ハラスメントでないと考えられるが、ホスピスの職業行動指針と職員手引きに反している。
  - c 上記のどちらでもない。
- 10) 報告された（複数の）事件に関して、被告人が実質的に同意するかどうか決定するために被告人とも会見します。その際、話題は訴えだけに限定します。
- もし被告人が、その（複数の）事件が報告されたことを、実質的に起こったと同意するならば、他に被害者がいる可能性がなければ、調査を中止します。
- 11) 上述の手続きに従い、元の被害者によって指摘された他の職員、または被告人の行動の目撃者に会います。初めと同様の調査を行います。
- 12) 9) 項に則って行動の形態の決定と被告の反応に基づいて、もし応諾されるならば、仕事上の速やかな分離の可能性を含めて漸進的な教育訓練を適応します。
- a 病気からの身体的問題あるいはストレスによって、引き起こされた可能性も考慮しなければなりません。
  - b 行動の継続や再発は調査され、解雇という結果も生じうることを、いかなる形の報

- 復も禁止されることを被告人に告げます。
- 13) 原告ともう一度会います。9) 項においてなされた決定を説明します。
- 9) a か、9) b のどちらかにあてはまるのであれば、
- a 原告に、行為は黙認されないこと、適当な手段がとられることを保障します。
- b 犠牲者が罰せられるべきでなく、事件のために職業を失ったり、いかなる損害も受けたりすべきではありません。
- 14) その行為が再発したり、止まなかったり、被告人や他の人による何らかの報復があったりするかどうか確認するために、原告を見守ります。
- 15) 全職員へ訓練と研修の再度の適切さと必要性を考慮します。適切あるいは不適切な性的行動についての教育を行います。この主題に関する訓練は、書面か、面談かによって“定期的”に提供されなければなりません。

### 3. さらなる定義と指針

#### 1) “性的当てこすり”

ちょっとした、あるいは単なる嫌がらせは、敵対する労働環境を規定する法的な定義には多分あてはまらないでしょう。しかし、「意見（言葉）だけ」でも、セクシュアル・ハラスメントの基礎を構成します。それは、弱者は仲間ではないのだ、あるいは強者が作り出した性的固定観念に対して弱者が降伏したときだけ、その組織や職場において弱者は歓迎されるというメッセージを伝達することを意味します。

#### 2) “1 回だけの事件、または孤立した事件” について

不快な性的な見せつけとか言葉とかは、その行為がひどいものでなければ、一般的に敵対する労働環境を作り出さないでしょう。けれども、その言葉が管理者の知ることになったときは止めさせます。敵対する職場環境は、通常不快な行為の形から始まります。

#### 3) “見返りのハラスメント” は、

「雇用」「業績評価判定」「報酬の決定に関する条件や期間、状態」へ影響するとの脅しや攻撃的な目的と効果をもたらす性的関係の進展、性的偏愛の要求、他の性的行為からなる性的行動のことです。これは、“明白な役得ハラスメント”として知られます。

#### 4) 他のハラスメントは

日本では、職場内の優位性を背景に、命令や指導の名目で、部下などに業務の適正な範囲を超えて精神的・身体的苦痛を与え、職場環境を悪化させる行為をパワー・ハラスメントと言ったりします。他のハラスメントも含めて、いわゆる“いじめ”に相当するものです。自己主張に消極的・否定的な日本社会にあって、弱者に対する深刻ないじめが横行する現状は憂慮される事態です。対応は、基本的にセクシュアル・ハラスメントと同じです。

### Ⅲ. ホスピスケアの感染予防統一方針

#### 1. 標準的感染防御策（抜粋）

アメリカ疾病対策予防センターの指針は、全ての患者の血液と体液に対して、統一した注意を払うように求めています。

- ・患者に接する前後及びゴム手袋を外した後は必ず手を洗います。
- ・汚れが見えるなら流水で石鹼を使って洗います。汚れが見えなければ速乾式携帯消毒剤を使います。できるだけ自分専用を用意します。
- ・もし手に血液や体液が付いた場合、すぐに洗浄します。
- ・患者に接している間は、自分の目や口をさわりません。
- ・手荒れを防ぎ、爪を切るなど、手をよく手入れしておきます。
- ・食事の世話、身体の清拭、手を携える、背中をさするなどの世話に手袋は要りません。

以下のような体液と接する介護の際には、手袋着用が必要です。

口内の手当、傷やただれのある皮膚の清拭、排泄及び排泄後の世話、血液や体液に接触するとき、血液や体液で汚れた物や身体をさわるとき、傷の手当

少しでも血液や体液の飛末がかかる可能性があるとき、または多量の汚れ物を扱う時は、ゴム手袋、マスク、ゴーグル、エプロンなどを着用します（そのような場面は少ない）。

- ・ホスピスは手袋、マスク、ゴーグル、ガウン、鋭利器具を収納する容器などの感染予防に必要な用品を提供します。それらが必要になったら、直ちにホスピスに連絡します。
- ・傷やただれ等があるときは、患者や患者の器具に直接手を触れないようにします。
- ・尖った器具や鋭利な物は安全容器に入れます。ガラスの破片は手で触らず、掃除機やピンセットといった用具を使って始末します。
- ・汚れたシーツはすぐにポリ袋に入れるか洗濯機に入れ、患者の横で振ったり畳んだりしないようにします。
- ・シーツは石鹼を使い熱湯で洗います。水やぬるま湯で洗う場合は、漂白剤や消毒剤を消毒のため洗濯機に1カップ程度入れます。汚れのひどい物は二度洗いします。
- ・食器やテーブル、流し、床の掃除には熱湯で溶いた石鹼水を使います。
- ・掃除のときは手袋を着け、トイレ、風呂の掃除には市販の洗剤を使います。
- ・漂白剤と洗剤を混ぜると化学反応を起こして危険な場合があるので注意します。
- ・こぼれたものは直ちに始末します。
- ・便器やし瓶は市販の洗剤と熱湯で定期的に洗います。
- ・食器やテーブル用のスポンジと、床やトイレ用とは分けて使います。
- ・冷蔵庫は清潔にし、古い食品が残らないようにします。
- ・生理用品、紙おむつ、血液・体液で汚れた着物、その他の汚物は、丈夫なポリ袋に入れ、廃棄は市の規則に従います。
- ・トイレットペーパーは便、尿、吐物、たんなどと一緒にトイレに流します。きれいに

拭き取った後は、漂白剤で洗っておきます。

- ・生活環境を清潔に保ちます。病室内の空気をいつも清潔に保つため換気に心がけます。
- ・飼っているペットの健康に注意します。水槽や鳥かごの掃除、ペットの糞の始末をするときは、手袋を着け手洗いをよくします。

あなたの署名は、この一般的注意を読んで、理解したことを意味します。わからないことや不確かなことがあれば、看護師またはホスピスに申し出ることを了解します。

ボランティア署名\_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

教育看護師署名\_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 2. ホスピス職員とボランティアの感染症対策

### 1) 在宅療養における一般の感染症対策

急性呼吸器感染症はインフルエンザも含めて、症状が治まれば咳エチケットと手洗いを守りつつ業務を再開して差し支えありません。感染職員によるB型肝炎の伝播は血液が散る処置時に可能性ありですが、通常は特に対策は要りません。風疹は妊婦に感染させてはならないので、発症したら規定の休みを取ります。下記の表に概略をまとめました。

表. 感染職員とボランティアを業務からはずす期間

感 染 症	対象業務	期 間
インフルエンザ	全て	発症後5日間（小児は解熱後2日間）
上気道感染症	高危険群のケア	有熱期間
ジフテリア	全て	抗菌薬投与終了後、2回菌陰性
A型肝炎	患者ケア、食品関係	黄疸発症後7日間
B型肝炎	観血的処置	HBe抗原陰性化（感染させた経験者のみ）
麻疹	全て	発疹出現後7日間
流行性耳下腺炎	全て	耳下腺腫脹出現後5日間
百日咳	全て	カタル期から発症3週目、治療開始5日後
風疹	全て	発疹出現後5日間
水痘／带状疱疹	全て／高危険群	発疹が乾くまで
流行性角結膜炎	全て	発症後2週間
疥癬	全て	治療後1日間

表. 感染症患者に接触した発症する可能性のある無症状職員とボランティアの扱い

感 染 症	曝露後対応	自宅待機等対応期間
インフルエンザ	発症の観察	高病原性の場合で曝露後7日間
麻疹	ワクチン、免疫グロブリン	初回曝露後5日目から最終曝露後21日間
流行性耳下腺炎		初回曝露後12日目から最終曝露後26日間
風疹	ワクチン	初回曝露後5日目から最終曝露後21日間
水痘／带状疱疹	ワクチン、免疫グロブリン	初回曝露後8日目から最終曝露後21日間

結論は、あまり神経質になる必要はなく、流行時に必要な対策を講じればよいことです。平時に消毒や抗菌グッズを用いるのは、かえって感染症が増えて逆効果となりますので、使わないようにします。

## 2) 結核対策

結核は、患者と家族への感染率が高く、また耐性菌が蔓延しつつあるので、特に注意が必要で早期診断が大切です。発生したら、直ちに標準的感染防御策に加えて、空気感染防御策を講じます。詳しくは、ホスピスの感染制御チームに尋ねます。また、接触者には規定に従い、クオンティフェロンTB-2G検査またはツベルクリン・テストによって感染の有無を調べます。その結果で、結核に対する精密検査をして、治療や予防投薬が行われます。

## IV. 自殺について

調査によれば自殺の要因の50%は抑うつによるものです。病気が進行している人には抑うつ症状がよくみられ、そして抑うつで苦しんでいる人は一般の人よりも自殺の危険性があります。絶望感は病気の進行と予後の悪さに関連します。また、自由が利かなくなったり、身体的能力を喪失したりすると、どうすることもできない無力感へとつながります。

### 1. がん患者と自殺

がん患者は、特に再発や転移を知ったとき、自殺念慮が生じます。どれくらい危険性が高まるかについては大きな幅があります。日本で入院中に自殺した患者のほぼ3割ががん患者であり、全死亡のほぼ3割ががん死であることを考えれば、がん患者の自殺は他の疾患と同じです。つまり、がん患者では健康な人より自殺者が多いが、がんに特異的な現象ではないと言えます。

### 2. 自殺で注意すべきこと

自殺しそうな人のうち、95%は死にたいとは思っていません。自殺する人の多くは、全ての望みを失った人たちです。彼らは暗示にかかりやすく、自分の感情の流れを指図してくれるような強い上位者を求めています。



自殺確信者は自殺しそうな人の5%を占めています。彼らを見分けるのは難しく、止めさせるのも事実上不可能です。初期に警告信号を表すことも通常ありません。もし依頼者が自殺を考えていると思ったら、常にホスピス専門職に連絡しましょう。

### 3. 自殺の可能性を示唆するヒント

- ・試みたことがある、あるいは自傷行為がみられる。
- ・青年の自殺者は置かれる状態や考えを話し、その深刻さは“ユーモア”に隠される。
- ・食欲、体重、人生への興味の喪失は、感情鈍麻と人生からの情緒的引退。
- ・長期の抑うつ後の突然の落ち着き、あるいは周期的な日常行為の急な変化。
- ・財産の分与は、助けを求める叫びなのかもしれません。
- ・手段を手にいれ、場所を考える。
- ・抑うつ、死、プレッシャーなどを示唆する創作。

### 4. 次のようなことを実行しましょう

- 1) 深い悲しみの中にいる人にとって、死にたくなるというのは、よくあると直接的、間接的に話します。関係の確立－共感が大切で、断定的になってはいけません。
- 2) 自殺について話し合うことは、自殺を試行する可能性を増やしません。
- 3) 孤独にさせません。その人の考えや話し合いを秘密にしておくという約束はしません。
- 4) 自殺しそうな人の考えや態度を批判してはいけません。また、絶対に口論しません。
- 5) 周りに彼らの役に立つ人物はいませんか？ 影響を及ぼせる人はいませんか？ 彼らに連絡はとれますか？
- 6) 支援の輪でその人を覆い、注意を払い続けましょう。その人にとって、まだ意味のあることは何なのか見つけ出しましょう。
- 7) 自殺の危険があると思われたら、他のボランティアやホスピス職員、“いのちの電話”、医師、地域の相談所などに連絡します。
- 8) これらの介入を記録しておきます。
- 9) その人が自殺を試みたり、自殺してしまったとしても、決してあなたが責任を感じる必要はありません。その人が決めたことを尊重してあげるようにしましょう。



## 第10章 ボランティアとして活動する

- I. ボランティアの志願方法と資格取得方法
- II. ボランティアの職務内容と責務
- III. ボランティアの訓練と継続的教育
- IV. ボランティア契約書
- V. ボランティア業務と提供計画
- VI. ボランティアの配置
- VII. ボランティア紹介用紙
- VIII. ボランティア記録用紙
- IX. ボランティア個人の特性
- X. 患者の死におけるボランティアの業務
- XI. ボランティアの終了
- XII. ボランティアの中断

### 私たちの行動目標

1. ホスピス・ボランティアとして活動する資格を理解します。
2. ボランティアの職務内容と責務を理解し、説明できます。
3. ボランティアの訓練と継続的教育の重要性を理解し、実践できます。
4. ボランティア業務は提供計画に基づくことを理解します。
5. ボランティアの業務に必要な書類について把握します。
6. 患者の死におけるボランティアの業務を理解し、実践できます。
7. ボランティア活動の終了や中断に関する手続きを理解します。

## I. ボランティアの志願方法と資格取得方法

### 1. 目的

ホスピス・ボランティアになるための申込方法と必要な資格を説明します。

### 2. 手続き

- 1) ホスピスのボランティアになるための問い合わせは、全てボランティア担当部長(ボランティア・コーディネーター)に委ねられています。
- 2) ボランティア担当部長は、申し込みがその時点のホスピス・ボランティアの充足状況からみて適しているかどうか決定する責任を持ちます。
- 3) ボランティア担当部長は、ホスピスとボランティアの充足状況について話し合い、適切なときにはボランティア申込者に案内文の付いた願書を送ります。
- 4) ボランティアは、願書を完成させ、ボランティア担当部長に送り返します。ボランティア担当部長は、その際以下の項目をチェックします。
  - a 願書が適切に書き込まれている。
  - b 各種保険加入のコピーが添えられている(ボランティア保険については要相談)。
  - c 紹介者に照合し、送り返されたらチェックする。
- 5) ボランティア申込者は、ボランティア担当部長に来所して審査を受けるように求められることがあります。
- 6) ボランティア担当部長が、その申込者がその時のホスピスのボランティアの充足状況に適していると決定した場合、ボランティア担当部長は予定された訓練期間にホスピスの訓練を施すように設定します。

注記：本章には、実際にアメリカのホスピスとホスピス・ボランティアの間で用いられている要項や規則の雛形などを示している。日本においても必要とされるが、実用に当たってはボランティア組織がそれぞれ必要とする取り決めや書類などを適宜改編して使用するようしてほしい。

## Ⅱ. ボランティアの職務内容と責務

### 1. 監督者

ホスピス・ボランティアは、ボランティア担当部長（ボランティア・コーディネーター）の監督下にあります。

### 2. 職務概要

- 1) ホスピス・ボランティアは、患者と家族のために訪問したり、移動の手助けや同伴サービスを行ったりして、精神的支えとなります。
- 2) ボランティアは、患者や家族の必要度、地理的状况に応じて選任されます。
- 3) ボランティアは、お別れのケア・悲嘆ケア、他にも必要に応じて行います。
- 4) ボランティアは、医療や看護、介護などの専門的ケアはできません。それらの補助的的行為のみが許されます。この行為については、それぞれの専門職の指示に従います。
- 5) ○○ホスピスは、人々と人々のニーズに奉仕することを目的としています。全ての職務は、患者の多寡により増減される可能性があります。

### 3. 資格基準

- 1) 就業前にホスピス主催のオリエンテーションや研修に参加すること。
- 2) 患者やその家族に共感の態度でケアを行えること。
- 3) 少なくとも、週に1回はボランティア担当者と直接連絡を取ること。
- 4) ホスピス・チームの一員として、他の構成員と率先して協力でき、ホスピスの監督下に業務を行えること。
- 5) ボランティアの任務を効果的に行える資質及び能力があること。保険に加入している車を運転するか、通勤手段をもっていること。
- 6) 犯罪行為に荷担したことがないこと。
- 7) ボランティア保険に加入すること。

### 4. ボランティアの責務

- 1) 担当の患者や関係者と常時連絡をとれるようにしておきます。
- 2) ホスピス・チームの一員として参画し、ケアする患者について看護師、ソーシャル・ワーカー、他の担当職員に報告し、臨床業務の指示を受けます。
- 3) 患者、家族とのやり取りを、適宜、正確に記録します。
- 4) ボランティア業務の進行状況をボランティア担当部長に常時報告します。
- 5) 会議には、できる限り出席し、ケアの方針設定に役立つ状況と情報を提供します。
- 6) 家族がうまく適応し、ケアを十分に行えるように、患者、家族及び関係者に様々なサービスを行います。
- 7) 患者、家族及び関係者の秘密を守ります。
- 8) 患者、家族の精神的支えになれるように率先して努力します。

### Ⅲ. ボランティアの訓練と継続的教育

#### 1. 目的

全てのホスピスのボランティアに対して行うボランティア研修と訓練、継続的教育の概要を示します。

#### 2. 手続き

- 1) 全てのホスピスのボランティアは以下の項目について訓練を受けます。
  - a ホスピスの目標
  - b サービスと哲学・理念
  - c 秘密保持の方針
  - d 家族の動態
  - e 終末期を取り巻く心理情緒的問題
  - f 死と臨終
  - g 自殺の脅威
  - h お別れのケアと悲嘆ケア
- 2) 訓練には、緊急時あるいは患者の臨終時にまつわる独特の問題や、子どもあるいは老人虐待の疑いがある場合に従うべき概要も含まれます。
- 3) ボランティア担当部長は、ボランティア養成と訓練の課程で取り扱われる項目を概説する訓練手引きを持ちます。
- 4) ボランティア担当部長は、全てのホスピス・ボランティアに研究集会を組織し、院内教育を施し、毎月会合を開くことによって、継続的な教育の機会を与えます。

## IV. ボランティア契約書

### ボランティア契約書

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_ 連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

#### 1. ○○ホスピス・ボランティアに望まれること

- 1) 必要なボランティア養成研修：
  - a ホスピス・ボランティア養成研修とホスピスが主催する訓練の終了。
  - b 実務研修と教育セミナーへの定期的出席。
- 2) 勤務要件：
  - a 週に2時間から5時間、○○ホスピスでボランティア活動を行います。
  - b 週に2時間から5時間、担当家庭で在宅ケア・ボランティアを行います。
  - c 最低1年間は、ボランティアを続けます。

#### 2. ホスピスの職員と協力する在宅ケア・ボランティアの役割

- 1) ボランティアは、ボランティア担当部長から担当する患者、家族を割り当てられ、初回は可能な限り、ホスピス・チームとともに訪問します。
- 2) ボランティアは、その家族担当のケアマネジャーと週に1度は面談します。また、訪問後、その家族の状況の変化をホスピス職員に報告します。
- 3) ボランティアは、訪問の内容、要した時間を記録し、週ごとにまとめます。依頼者やホスピス職員との電話でのやりとりも記録し、週ごとにまとめます。この報告は、週に1度、ボランティア担当部長やホスピス職員によってチェックされ、その患者の医療記録として保管されます。ボランティア時間記録用紙は、月末にホスピス長に渡され、記録かつ利用されます。
- 4) ボランティアは、ホスピスの定めに則って、必要な書類を提出します。

私は、上記に示された研修と業務を率先して遂行し、○○ホスピスの方針に従って、職員とともに職務を積極的に行うという○○ホスピスとの契約を全て理解しました。

私の行動が○○ホスピスの理念や方針にそぐわないときは、ボランティア担当部長がその解職を行うことを認めます。

私は、このホスピスのボランティアとして、○○ホスピスのために道徳的・倫理的に最善を尽くすよう努力することを約束いたします。

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ボランティア署名 \_\_\_\_\_

## V. ボランティア業務と提供計画

### 1. 目的

本項の目的は、ホスピスにおいて依頼者やホスピス業務を提供するボランティアの一般的役割を述べることです。

ボランティアとは、依頼者を直接ケアし、依頼者に対する継続的なボランティア業務の提供を保証し、臨床記録や依頼者の機密情報を扱い、ホスピスの一般業務の援助を行う、無償の労働者のことを言います。

### 2. 手続き

- 1) ボランティア担当部長は、ボランティア計画の業務全体の責任を負います。
- 2) ボランティア担当部長は、ボランティアのホスピス緩和ケアに責任を持ちます。
- 3) ボランティア担当部長は、ボランティアを募集し、審査、訓練、評価、監督します。
- 4) ボランティアは臨床職員の構成員です。それゆえ、ホスピスの職員やボランティア担当部長から、指示やその義務と責任の明確性を求められます。(ボランティアの職務解説参照)
- 5) ボランティアは、メディアや出版物の広告、事業所への提示を通して募集されます。
- 6) ボランティアは、願書に必要事項を書き込み、ボランティア担当部長に審査されます。
- 7) ボランティアは、ホスピスの提供する研修と訓練に参加しなければなりません。その研修と訓練は、ホスピス緩和ケアと業務の内容を含んでいます。
- 8) ボランティアは、職務解説に明示されている義務と責任に同意しなければなりません。
- 9) ボランティアは、患者・家族と関わることはもちろん、事務、基金調達、特別事業、お別れのケア・悲嘆ケア、その他の分野を支援することもあります。
- 10) 専門的業務を提供するボランティアは、その専門と関係する全ての分野に求められる基準に合わせなければなりません。
- 11) ボランティアは、ホスピス・チームの一員であり、会議に参加し、ケア計画案に適切な情報を提供するように求められます。
- 12) 個人ファイルは、ボランティア個人が保管し、適切な訓練を受けたことを証明します。
- 13) 依頼者を移送するボランティアは、自動車保険証のコピーをホスピスのファイルに入れておきます。
- 14) ホスピス患者に関与するボランティアのケアに関連する健康情報などの個人的情報も、ファイルに入れて置かれます。
- 15) ボランティアの個人ファイルは、鍵のかかったキャビネットに保管され、本人の許可なく、ボランティアの名前が公に使われることはありません。
- 16) ボランティアはボランティア保険、ほかの必要な保険に加入します。



## VI. ボランティアの配置

### 1. 目的

ホスピス院内規則に則り、ホスピス・ボランティアの配置の手ほどきをするために用いられる過程を示します。

### 2. 手続き

- 1) ボランティア担当部長は、ソーシャル・ワーカーから“ボランティア紹介用紙”を受け取ります。
- 2) ボランティア担当部長は、依頼者と同じ地域に住んでいるボランティアを配置するよう考えます。
- 3) ボランティア担当部長は、ボランティアに、今回依頼者を引き受けることができるかどうか尋ねるために電話します。
  - a もしイエスならば、依頼者の名前、住所、電話番号以外の紹介用紙の内容がボランティアに告げられます。
  - b もしボランティアが依頼者を引き受ければ、その名前・住所・電話番号がボランティアに知らされます。看護師とソーシャル・ワーカーは、その引き合わせを知らされ、その依頼者と家族に関する最新の情報をボランティアに知らせるように求められます。ボランティアは、初回の訪問は看護師あるいはソーシャル・ワーカーと一緒にいきます。2回目からは、予定に沿って訪問します。
  - c ボランティアには、感謝の手紙と紹介用紙のコピーに加えて、2枚の切手貼付返信用封筒とともに、3枚のボランティア記録用紙が送られます。
  - d 依頼者の名前・電話番号はボランティアの登録票に記録されます。
  - e 待機から就業に変わり、ボランティアの名前・電話番号が事務に送られます。
  - f ボランティアの名前・電話番号がボランティア記録用紙の表紙に記録されます。
  - g ボランティアの名前・電話番号は、依頼者の臨床記録の中に加えられます。
  - h ボランティア担当部長は、ボランティアが患者・介護者に引き合わされたことを“ボランティア契約書”に記録します。それには以下の情報が含まれます。
    - (i) ボランティアの名前と依頼者に会った日
    - (ii) ボランティアの情報が看護師、ソーシャル・ワーカーに知らされたこと
    - (iii) ボランティア記録用紙がボランティアに送られたこと
- 4) 通常ボランティアを依頼者に引き合わせるのに7日間ほど要します。ボランティアが依頼者に業務を提供し始めるのは、さらに数日かかります。
- 5) ボランティア担当部長は、ソーシャル・ワーカーや看護師に、ボランティアに電話をかけ、身体的、心理社会的な最新情報を与え、質問に答えるように依頼します。患者の死の際には、まずホスピスに電話をかけなければならないことをボランティアに再確認します。また、ケア・カンファレンス会議への出席を念押しします。
- 6) ボランティア担当部長は、看護師とソーシャル・ワーカーと地域の訪問看護師に、関与するボランティアの名前と電話番号を知らせます。
- 7) ボランティア担当部長あるいはボランティア指導者は、ボランティアの業務提供が順調か、何か問題はないかをチェックするために、毎月ボランティアに会います。

## VII. ボランティア紹介用紙

・ボランティア名：\_\_\_\_\_ 日付：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

・患者氏名：\_\_\_\_\_

住所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

居住形態：自宅、集合住宅、施設、他（\_\_\_\_\_）

年齢：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日生まれ 宗教：\_\_\_\_\_

診断：\_\_\_\_\_ 予後：\_\_\_\_\_

医師：\_\_\_\_\_

・患者の状態（症状と可動性などの身体面、情緒・思いなどの心理社会面の情報）

・介護の状態

主たる介護者：名前\_\_\_\_\_ 年齢\_\_\_\_\_歳 患者との間柄\_\_\_\_\_

電話（上と異なる場合）

介護に関わる介護者の健康、可動性、心理情緒面、社会面（介護者の強さと入用）

ボランティアが知っておくべき他の家族の情報

・介護サービスについて（要介護度、介護事業者などからの支援、介護の時間など）

・ボランティアへの要望：

指導看護師：\_\_\_\_\_ ソーシャル・ワーカー：\_\_\_\_\_

あなたは、患者の身体的・心理社会的変化はできるだけ早く担当看護師に報告します。また、患者の家族に新しい問題が生じたと感じたら、ソーシャル・ワーカーに連絡します。

毎週○曜日に、ケア進行中の全ての患者を検討するカンファレンスが開かれます。あなたは、それに招かれています。ご協力感謝します。

〇〇ホスピス



## 2. 在宅ケア報告書用紙

### 在宅ケア報告書

日付： 年 月 日

依頼者名： \_\_\_\_\_

ボランティア名： \_\_\_\_\_

業務チェックリスト	日付	内 容
電話		
買い物		
家事・料理		
訪問場所		
レスパイト・ケア		
交通手段、行き先		
外出		
葬式・記念行事		
情緒的支え		
見舞い客		
その他 ( )		

訪問時のあなたの観察と気になったこと（ボランティア、患者、その他の介護者）：

前回訪問時との変化：

ソーシャル・ワーカー、看護師への連絡事項：

次回訪問時の計画：

監督者署名： \_\_\_\_\_ 日付 年 月 日  
(週毎にホスピスに送ります。)

## IX. ボランティア個人の特性

## ボランティアの実績と評価表

名前 \_\_\_\_\_ 評価日付 \_\_\_\_\_

職務目標	優	可	不可
1. 在宅ケア			
2. お別れのケア・悲嘆ケア			
3. 事務、受付業務、電話応対			
4. 送迎			
5. 職務で成功しているか?			
職場の人間関係	優	可	改善
1. 他のボランティアとの関係			
2. 職員との関係			
3. 依頼者との関係			
4. 責任感 (時間、職務)			
5. 指導力			
6. 順応性			
サービス部門	経験	コメント	
研修・教育、調査			
広報、ニューズレター、郵送			
催し物、資金集め			
指導プログラム、プログラム開発			
委員会業務			
芸術特技			
その他			
続けることを望んでいるか?	はい	いいえ	
ボランティアによるコメント			

監督者の署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## X. 患者の死におけるボランティアの業務

### 1. 目的

ホスピス院内規則に則り、ホスピスの患者の死に際してどうするか、ボランティアへ知らせます。

### 2. 手続き

- 1) 患者の死後、ボランティアは通常、看護師あるいはソーシャル・ワーカーに呼ばれます。ボランティア担当部長もまたその死に関して電話で確認します。もし、ボランティアがお別れのケアを引き続き行いたいと願うならば、その情報は適切な職員に伝えられます。
- 2) 感謝状がボランティア担当部長から送られます。
- 3) ボランティアは、次の依頼者をあてられる前に、休息期間を取ることができます。

## XI. ボランティアの終了

### 1. 目的

ホスピス院内規則に則り、ホスピス・ボランティアとしての経験に関して、ボランティア担当部長（ボランティア・コーディネーター）に情報を提供します。この情報はボランティア担当部長がホスピス・ボランティア計画の質を評価したり改良したりする助けとなります。

### 2. 手続き

- 1) ホスピス緩和ケアの終了にあたって、ボランティア担当部長は終了会談を行います。
- 2) ボランティア担当部長は、ボランティアとそのホスピスでの経験について話し合います。そして、必要な評価用紙を切手貼付返信用封筒に入れてボランティアに送ります。ボランティアは、ケア従事者の経験、自分が受けた支援、自分の期待がどれほど満たされたかを評価し、ホスピスケア計画の改良などについて提案するよう奨励されます。
- 3) ボランティア担当部長は、ボランティアのファイルに会談の概要を書きます。
- 4) ホスピスケア計画の改良のための提案は文書化され、計画の再吟味ファイルに保管され、後の会議に提出されます。
- 5) ボランティア担当部長は、適切な改善を提唱することもあります。

## XII. ボランティアの中断

### 1. 目的

ホスピス院内規則に則り、ボランティアが期待された義務を果たせない、あるいは気が進まないという状況下で、ボランティアを中断する手続きを示します。



## 2. 手続き

- 1) ボランティアは、ボランティアの義務を果たすことができない場合、中断させられることがあります。中断の理由には以下のようなものがありますが、これに限定されているわけではありません。
  - a 仕事上
    - (i) 2回以上、依頼者、看護師、ボランティアが同意して決められた予定日に訪問あるいは電話をしなかった場合。
    - (ii) 依頼者との目標を設定できなかつたり、目標を遂行できなかつたりした場合。
    - (iii) 監督する看護師やソーシャル・ワーカー、悲嘆ケア担当者、ボランティア担当部長と意志疎通が図れなかった場合。
    - (iv) 任せられた時間を果たせなかった場合。
    - (v) 毎月の在宅ケア・悲嘆ケアに関する記録とまとめを提出できなかつた場合。
    - (vi) お別れのケア・悲嘆ケアを続けていくことができなかつた場合。
  - b 必要な院内サービスに繰り返し欠席した場合。
  - c 盗みやホスピス施設または依頼者宅に不法侵入するなどの不法行為を働いた場合。
  - d 依頼者とホスピスへの秘密保持の方針に反した場合。
  - e ホスピス基金の不正使用や詐欺、あるいは金品を個人で受け取ったり、生活用品や機器を購入するときに謝礼金や贈答品を受領したりした場合。
  - f ボランティアとしての仕事遂行能力に十分な疑いを生じる犯罪歴があり、それがボランティア業務に関係することで7年以内のできごとの場合。
  - g 嘘の情報によって地位を確保している場合。
  - h 反抗（割り当てられた仕事の拒否を含むが、これに限られてはいない）。
  - i ホスピスを政治的に利用した場合。
  - j ホスピス運動の政策や目標に違反したり、故意に妨害したりする場合。
- 2) その仕事が不十分だと思われてきたボランティアは、ボランティア担当部長から、中断させられる少なくとも1ヵ月前に書式で最初の警告を受け取ります。この種の警告は明確にすべきであり、ボランティアと監督者、両者によって署名されます。ボランティアが署名を拒んだ場合、そのことが警告通知書に記述されます。

ボランティアは、全ての必要な状況を明らかにして、書式で最初の警告に答えることになっています。ボランティアは、不満があれば不服審査申立を行えます。
- 3) 在宅ケアや悲嘆ケアの責任を続けて果たすことができないボランティアは、カウンセリングを受けます。ボランティアの中断は、どうしても必要という場合に行われます。
- 4) 中断にあたっての最終会談は、ボランティア担当部長によって手配されます。
- 5) 前項、ボランティアの終了も参照のこと。

## 第11章 ホスピス・ボランティアに求められる責務

- I. 患者の権利と秘密の保持
- II. 患者の尊厳を守るABCD
- III. ボランティアの倫理：患者の尊厳を守る
- IV. 患者が自分で決められないときの支援
- V. 事前指示書の例
- VI. ホスピス・ボランティアと法
- VII. ボランティアと依頼者の業務外関係

### 私たちの行動目標

1. 患者の権利を理解し、死に近く患者の権利宣言を守ります。
2. ボランティアには秘密保持の義務があることを理解し、説明できます。
3. ボランティア活動の倫理を理解し、実践できます。
4. 事前指示には異なる方法があることを理解し、患者と家族の求めに答えられます。
5. ボランティアは、余得を得てはならないことを理解し実践します。
6. ボランティア保険について説明できます。

## 希望する療養と死亡の場所

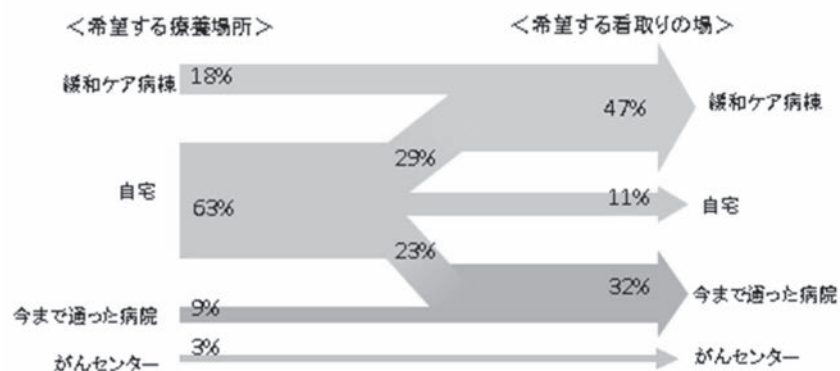


図. 希望する療養場所と死亡の場所

死亡場所が希望どおりにならない要因には「急変が怖い」「家族に負担をかけたくない」がある。前者は理解不足によるが、後者には様々な要因があって対応が難しいことがある。厚生労働省：「人生の最終段階における医療に関する意識調査集計結果の概要」より。

## I. 患者の権利と秘密の保持

### 1. ホスピス及び在宅患者の基本的人権

ホスピス及び在宅ケア患者、家族、患者の代理人は、次の権利を有します

- 1) 在宅において、個人の健康と快適な生活を維持し、向上するために十分な安全で有効なケアを受ける権利
- 2) 在宅へのサービスを含め、利用可能なサービスについて情報と案内を受ける権利を持ち、全てのサービスは人種、宗教、性別、年齢、国籍、障害の程度にかかわらず能率的かつ便利な方法で提供される権利
- 3) いかなる場合でも、虐待や差別を受けることなく、礼儀正しく、敬意をもって、プライバシーを侵されることなく治療とケアされる権利
- 4) 治療やケア計画に関わる各スタッフの名前を知る権利、そのスタッフとの連絡方法を知る権利
- 5) あらゆるサービスは、選抜され、指導を受け、教育と経験を通して資格を得た職員により提供されるという保証を受ける権利
- 6) 治療とケア計画は、適切な在宅療養専門職、患者とその家族が最大限協力して、医師により特定の個人に適した方法で展開されていることを知る権利
- 7) ケアを実施する人の名前と部門を含め、ホスピス及び在宅ケア職員により行われる処置と治療の性質や目的を知る権利
- 8) 治療とケア計画における闘病過程で、必要な医療行為も含めて医学的管理の必要性から、患者と家族が負う責務について知る権利
- 9) ケアや治療、サービスを拒否すること、それらを拒否する結果、起こりうることを知る権利
- 10) サービスの変更を要求する権利
- 11) 各サービスに対する支払い額と請求方法の説明を受け、各サービスの領収書を受け取る権利
- 12) プライバシーと診療録の秘密が保持される権利、要求すれば、患者自身の医療記録を閲覧できる権利
- 13) 認可されたサービス提供先の部門名簿を閲覧する権利
- 14) 差し迫った退院、サービス提供先とケアの内容変更、進行中のケア要項、そして必要であれば他に利用できるサービスを選択できることを妥当な時間内に知らされる権利
- 15) サービスに対する苦情を窓口で訴える権利と訴えた苦情がたどる経過を知る権利
- 16) 要請により、サービス提供先の所有者と管理者を知る権利
- 17) インフォームド・コンセントの後も、研究に関わるケアについて、サービス提供先から情報を知る権利
- 18) 治療措置を受けるか否かの権利、事前意思を表明する権利

私は、よく知らされたうえで、患者の権利と事前意思表示に関する文書化された資料を受け取りました。

患者氏名（署名） \_\_\_\_\_ 日付                      年                      月                      日

ホスピス代表氏名（署名） \_\_\_\_\_ 日付                      年                      月                      日

## 2. 秘密保持の指針と誓約

秘密保持に関する原則は、職業人の倫理と地域の人々の尊重に根差しています。○  
○・ホスピスに参画する者は、依頼者とサービス提供者自身、それらの間に倫理に基づき任務を遂行する義務があります。ホスピスの患者は生活環境や私事の秘密が守られていることを信じながら行動し、私たちは法律及び倫理に基づき、その信頼に応える義務を持ちます。

次のことは、秘密保持に関する指針を示したものです。

- 1) 患者に関する詳細は、臨床目的のためのみに検討できます。つまり、より適切な治療とケアを施すために話し合われるものです。
- 2) 患者を特定できる情報（名前、住所など）は、ホスピス・サービスに必要とされる場合以外は公表できません。
- 3) 患者の記録は、臨床の目的のみに利用され、一般の調査には使用できません。他者が患者の記録を必要とする時は、あらかじめ直接患者の許可を得ることが必要です。患者または法定代理人の許可なく患者の記録を他人や他所に送ることはできません。
- 4) ホスピスケアの目的以外では、たとえ名前や住所を隠しても、患者記録の詳細を明らかにすることは、秘密を漏らしたとみなされます。つまり、どの患者と特定できない記録でも、その内容を詳細に話し合っている間に、聞き手に患者を推定させるに十分な情報をほめかしたり、データから特定できるヒントを与えたりするかもしれないからです。
- 5) ある患者が、いかなるメディアを通して公表されたとしても、この患者が引き続きホスピスの秘密保持の権利を持つという事実は変わりません。

各スタッフ、ボランティア、学生はこの誓約に署名し、この記録はホスピスに保存されます。

私は、上記の指針を理解し同意し、これを破ることがあった場合は、直ちに解雇につながることを了承します。

氏名（サイン） \_\_\_\_\_ 日付                      年            月            日

## II. 患者の尊厳を守るABCD

患者と家族への全人的ケアの基本は、患者と家族の尊厳を守ることです。「患者の尊厳を守るABCD」、つまり「態度」と「行動」、「思いやり」、「対話」に配慮することがボランティアを含めてケアする者にとって大切です (Chochinov HM. BMJ 2007 ; 335 : 184)。

### 1. 態度：患者の尊厳を守るA (Attitudes)

#### 1) 自問しなさい

「この患者の立場だったら」、「この結論に至った理由は」「自分の方向性は正しいか」、「自分の態度の患者への影響を配慮しているか」、「自分の経験や不安、恐れが影響していないか」、「患者と共感的な専門家としての関係を築くのに役立っているか」

#### 2) とるべき行動は：

「常に、全ての患者にこれらの自問をせよ」、「医療従事者の態度と前提が患者の診療にどう影響するのか討論」、「あなたの態度と前提への挑戦と自問を専門教育に組み込む」、「これらの課題を認識し検討することをあなた方の臨床に標準とする文化を創る」

### 2. 行動：患者の尊厳を守るB (Behaviours)

- ・常に患者への尊敬と親切心を忘れない。患者への責務は治療手段がなくなっても解消しない。
- ・エチケットとして、常に身体診察に患者の許可を得る。
- ・あなたにとっては日常的でも、患者にとっては初体験。準備と説明を怠らない。
- ・コミュニケーションを促進する
- ・いつも注意を払っていることを示す
- ・誰か相談する人を側に置くよう奨める
- ・個人の事情に配慮する
- ・同じ目線で話せる場所等を適切に設定する。
- ・患者と家族の表出を奨める。
- ・わかりやすい言葉で患者に尋ねるよう促す

### 3. 思いやり：患者の尊厳を守るC (Compassion)

- ・患者に寄り添うには、死生観の熟慮と経験が大切
- ・文化的素養が大切
- ・物語医療の重要性
- ・タッチングや非言語的コミュニケーションを大切に

### 4. 対話：患者の尊厳を守るD (Dialogue)

- ・患者の心理・情緒面を傾聴すること
- ・患者を知ること
- ・心理療法的アプローチ

- ・ 尊厳療法（ディグニティ・セラピー）
- ・ スピリチュアルケア（たましいのケア）

### Ⅲ. ボランティアの倫理：患者の尊厳を守る

生命倫理（医療倫理）の理念には幾つかありますが、現場で有用なのはH. T. エンゲルハルトJrの考え方、つまり「生命倫理とは、異なる道徳を有する個人同士が違いを乗り越えて一致できる医療方針の道筋を得る術である」がわかりやすい。医療方針決定は患者の専権事項なので、周囲はその支援を図ることが適切となります。ホスピス・ボランティアにとっては、第1部に示した「死に逝く患者の権利」に応えることが医療倫理を尊重したことになるでしょう。

#### 1. ボランティアの生命倫理基本的理念

ボランティアは、人的及びその他の資源の有効利用を促進するリーダーシップ、組織、機能を提供するために活動します。

- 1) 社会的ニーズにかなうようにします。
- 2) 人的ニーズがかなうようになる社会風潮を創り出します。
- 3) 社会的、経済的、政治的、健康その他の領域で影響を及ぼされる人々が、自分たち自身に関する意思決定の過程に参画するよう勧めます。
- 4) 創造的、かつ責任ある社会的発達と変化に貢献します。
- 5) 奉仕の分野における専門家及びその他の人々の仕事を促進し、発展させます。

#### 2. ボランティアの実践は、以下に基づいています。

- 1) 社会的責任への貢献
- 2) 全ての人々が他の人に思いやりを示す必要性
- 3) 人間の尊厳と自己決定の権利

#### 3. ボランティアの権利、受益者の権利、社会的責任

自己実現の一手段としてのボランティア個人の権利に加えて、支援状況を受け入れたり、限定したり、あるいは助けを全く拒否したりする業務提供を受ける者の権利があります。こうした権利は、社会的責任の観点から見られるべきです。したがって、倫理的見地からどんなによく考え抜かれた状況においても、これら三つの要件が均衡を保っています。どれも絶対的なものではありません。

#### 4. 議論の余地のある領域

最後に、未解決の哲学的あるいは宗教的問題や、死に対する社会の考え方の変化によって、議論や対立が生じる領域があります。どうすることが正しいのでしょうか。

例えば、鎮痛剤の使用と依存症、延命措置の是非、医療費、自分で死を選ぶ権利、死の認定などの問題が起こります。これらは、重要な問題です。しかし、より大切なのは、ケアするあなた方が、これらの問題に正面から取り組み、患者や家族から逃げない



ことです。

## 5. ボランティアを实践する者の倫理的指針

このような理由から、ボランティアの实践には、その活動における倫理的原則の指針が描かれます。ボランティアとして活動する者は、次の原則に従うことを固く誓います。

## 6. ボランティアを实践する者の8原則

### 1) ボランティア精神哲学

ボランティアを实践する者は、ボランティア計画を他の人々とともに発展させるという基盤に基づき、個人の首尾一貫したボランティア哲学を展開する倫理的責任を受け入れます。

### 2) 人間の尊厳

ボランティアを实践する者は、それに関わる全ての人々の個人の尊厳を高めるボランティア計画を発展させる倫理的責任を受け入れます。

### 3) 相互利益

ボランティアを实践する者は、いかなるボランティア奉仕活動でも、関わっている全ての団体・人々の固有の相互利益の理解と実現を促進するための倫理的責任を受け入れます。

### 4) 自己決定

ボランティアを实践する者は、直接に影響を受ける人々が意思決定の過程に参画するように勧める倫理的責任を受け入れます。

### 5) プライバシー

ボランティアを实践する者は、個人のプライバシーを尊重し、知ることになった情報の機密保護のための倫理的責任を受け入れます。

### 6) 職員との関係

ボランティアを实践する者は、全ての専門職員とその他の雇用者の仕事を高め促進するボランティア計画を発展させるための倫理的責任を受け入れます。

### 7) 社会的責任

ボランティアを实践する者は、人々の求めるものがかなえられ、個人の価値が高められるような社会的風潮を創り出す助けとなるための倫理的責任を受け入れます。

### 8) 専門職的責務

ボランティアを实践する者は、それを实践する人の視点から専門職従事者としての信頼性を確立するための倫理的責任を受け入れます。

## IV. 患者が自分で決められないときの支援

患者が昏睡や重度の認知症に陥ったりして、自分で方針を決められないときのために、本人の意思を尊重する仕組みを作ることが求められます。それがリビング・ウィルや事前指示（先行意思表示）という手法です。書面にすることが理想ですが、口頭での意思表示

も法的・倫理的に有効です。

## 1. 事前指示の方法

### 1) 口頭での意思表示（書面なし）

口頭で意思表示をしておいて、現場では自分を知っている近親者や医師に、自分に代わって判断してもらいます。一種の代理人指名です。

### 2) 簡単な指示書：リビング・ウィル

「致死性疾患の終末期には延命医療を拒否します」などを文書で宣言します。内容が簡単である分、その宣言のみでは意味が不明確、あるいは可及的重要な点が含まれていないなどの難点があります。

### 3) 具体的行為の指示書

予め指定する内容は詳しいほどいいので、具体的行為に踏み込んだ指示書は有用です。しかし、実際はかなり難しいこと、どこまで指定したらいいのかに関する問題はいつまでも残ります。

### 4) 基本的姿勢宣言と具体的行為の指示書

まず、痛みや痴呆などについて、終末期に臨む自分の価値観や基本的姿勢を述べます。そして、状況別に自分はそのようなとき何を望むかの基本姿勢を記します。自己の価値観・道徳観から具体的行為の指示に加えて行為の背景も示してあるので、意思代行者も判断しやすくなります。この方法の難点は、実際に記すのが難しい点でしょう。

### 5) 価値観記載型

具体的事項について自己の価値観を表明し、判断の材料にしてもらいます。医師や家族は、それを判断の材料にして方法を選んでいきます。

なお、医療行為は医師の専権事項です。医療方針決定までは患者（と家族などの保護者）の権利ですが、医療行為となると医師の指示がなければなりません。したがって、蘇生処置禁止書（DNR、DNAR）などの事前指示には、医師が指示していることを明確に示すことが必須となります。

## 2. アドバンス・ケア・プランニング（ACP、advance care planning）

この定義は、「本人とケアを提供する多職種間の将来のケアに関する自発的な話し合い」を指します。「患者が望めば、家族や友人も同席して参加し」、「患者の同意のもとに話し合いの結果は記述され」、「定期的に見直され」、「ケアに直接的に関わる人々の間で共有されること」とされています。

話し合う内容には、「将来受たい医療やケア」、「受けたくない医療やケア」、「意志決定代行者の指名」、「希望する看取りの場所」、他、方針決定に当たって考慮してもらいたい「自分の価値観や信条、宗教に基づく希望」などです。話し合いの成果は書面に残します。それが事前指示として機能します。

本人に理解力・判断能力がある間は、インフォームド・コンセントの理念に従い、医

療介護方針は決められます。ACPは患者本人が意思決定不能になったとき効力を発するもので、上記の事前指示（先行意思表示）を詳しくしたものです。内容を示すと、

1) 病態について：価値観等も

- ・回復不可能な障害をわずらい、臨終期に陥ったとき
- ・心身ともに障害をわずらい、臨終期に陥ったとき
- ・認知症に陥り、自分で判断できなくなり、臨終期に陥ったとき
- ・昏睡に陥り、臨終期に陥ったとき
- ・ほか（ ）

2) 対象とする臨終期医療の選択

心肺蘇生、人工呼吸、人工的飲食、透析、輸血、抗菌薬等、及び緩和ケアなど

3) ペースメーカー、自動除細動器の停止について

4) 方針決定の支援手段

- ・リビング・ウィル
- ・意思決定代行者の選任（ ）
- ・事前指示書
- ・臓器提供カード

それぞれ内容を記して、免許証等とともに常時携帯します。事前指示書として扱われることを臨むなら、医療・介護行為を指示することを意味するので医師による署名が必要となります。臨終期あるいは特定の臨床状態にあることを証明する医師の診断も必要ですので、書式などは次項の医師の指示部分を参照してください。

## V. 事前指示書の例

### 1. 救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書（ワシントン州）

#### 目的

この救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書は、保健省の救急医療及び外傷部門の作業部会によって、救急医療の現場で心肺停止した終末期または遷延性意識障害者を対象として働く医療職のために作成された。範疇に入れられる心肺蘇生とは、用手気道確保以外の全ての呼吸補助、心臓マッサージ、呼吸管理、除細動、経静脈的蘇生用薬物使用を含む。この指示書は、他の救急医療現場で医療職が行う医学的に必要とされる症状緩和や鎮痛のために他に必要な静脈注射、酸素投与などには、効果を及ぼさない。

#### 適応

この様式は、入院前の救急医療現場、すなわち患者の住居、長期入所施設、搬送中など、病院以外の場所や施設における救急医療職が心肺蘇生を行う際にのみ適応される。この様式は、長期入所施設に存在するその施設職員に有効な先行意志表明書にとって変わるものではない。患者は、この救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書は他の州や法廷では有効でないかもしれないことを伝えられる。

## 手続き

- 1) 患者（と2人の証人）は、患者の医療方針指示書（第3部）、法定代理人医療方針決定声明（第4部）、あるいは他の先行意志表明書を作成する。
- 2) 最終的な主治医が終末期に関する主治医の声明（第1部A）、主治医と相談医が患者が永久的意識障害にあるとき（第1部B）に署名する。（主治医は患者が終末期であることをカルテに記載しなければならない。）
- 3) 主治医は、救急医療現場関係者への主治医の指示書（第2部）に署名する。
- 4) 主治医は、救急医療現場用心肺蘇生指示ブレスレット（第5部）に署名する。
- 5) ブレスレットと署名されたこの救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書を患者の側に置く。

救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書は患者のベッド側、患者の部屋のドアの裏、冷蔵庫の壁などに置く。患者は、旅行中は持っていく。もし患者が救急車で運ばれるなら、指示書も一緒に運ぶ。なお、緊急搬送などの場合は、ブレスレットだけでも効力を発する。

白のコピーは、患者のいる所に保管される。救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書は、緊急時職員の誰でも見られる所に置かれなければならない。この指示書あるいはブレスレットが見つかり、患者のものであることが確認されるまで、蘇生が行われることがある。

黄色のコピーは、医師に保管され、カルテの一部とされる。

ピンクのコピーは、ワシントン州保健省救急医療及び外傷部門に送る。

## 取消

もし、先行意志表明に関する決定を取り消すなら、患者の主治医は直ちに告知され全ての書類は破棄される。救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書及びブレスレットはいつでも次のような手順で取り消される。

- 1) 患者本人または正当な代理人によって、意図的に、キャンセルされたり、損なわれたり、消し去られたり、燃やされたり、破られたり、その他の方法で破棄されるとき。
- 2) 患者本人または正当な代理人によって、言葉で救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書を取り消すと通告されたとき。このような言葉による取り消しは、主治医または救急医療スタッフに直接伝えられたとき効力を発する。

患者の意志が尊重されるには、救急医療現場用心肺蘇生拒否指示書またはブレスレットがその場に存在しなければならない。

## 2. 医療現場用心肺蘇生拒否指示書（ワシントン州）

患者氏名 \_\_\_\_\_ 記載 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 第1部A：終末期に関する主治医の声明

下記に署名した私、上記患者の主治医は患者を直接診断した。私は、患者を診断し、終末期であることをカルテに記載し、かつ証明する。終末期とは、外傷または病気により医学的に不治・不可逆性で通常の医学的判断で死期が近いと判断され、かつ生命維持治療は死に逝く過程を引き延ばすだけの状態を意味する。私は、この指示書に則って業務を遂行することは、患者の文書による意志の表明、患者の法定代理人、または患者の健康生命に関する正当な代理者による患者の意志の表明に一致することを、さらに証明する。

主治医署名 \_\_\_\_\_

### 第1部B：（患者が永久的意識障害にあるとき）

下記に署名した私は、上記患者の主治医であることを宣言する。私たちは患者を直接診断し、患者は永久的意識障害であることをカルテに記載し、かつ証明する。永久的意識障害とは、医学的に不治・不可逆性で、可能な医学的判断で不可逆性または遷延性意識障害から回復の可能性が医学的にないと判断された状態を意味する。

主治医署名 \_\_\_\_\_

相談医署名 \_\_\_\_\_

### 第2部：救急医療現場関係者への主治医の指示書

私はここに、患者の心肺停止のときに関与する全ての救急医療関係者へ、上記の記載日から発効する患者の心肺蘇生指示書について指示する。心肺蘇生とは、用手気道確保以外の全ての呼吸補助、心臓マッサージ、気管内挿管、呼吸管理、除細動、経静脈的蘇生用薬物使用を含む。私は、通常の医学的判断で必要とされる症状緩和や鎮痛のために他に必要な静脈注射、酸素投与などを行うことを指示する。

主治医署名 \_\_\_\_\_



### 第3部：患者の医療方針指示書

この指示書は、 年 月 日に作成された。私、\_\_\_\_\_（氏名）は、健康に関する決定をする能力を持ち、下記の如き状況下において人工的に死ぬことを引き延ばすことを拒否することを望み、進んでかつ任意に決定し、ここに下記の如く宣言する。

- a) 主治医から終末期と診断されたり、永久的意識障害と2人の医師から診断されたり、生命維持治療が単に死ぬことを引き延ばすだけになったときは、そのような治療は行われぬか中止されること、そして自然に死なせるように指示する。私はこの書面を通じて、終末期とは、外傷または病気により医学的に不治で不可逆性で、通常の医学的判断で死期が近いと判断され、かつ生命維持治療は死に逝く過程を引き延ばすだけになっている状態を意味すると理解する。私はまたこの書面にて、永久的意識障害とは、医学的に不治で不可逆性で、可能な医学的判断で不可逆性または遷延性意識障害から回復の可能性が医学的にないと判断された状態を意味することを理解している。
- b) このような生命維持治療に関して意志決定ができない状況に至ったら、この指示書が私の家族、主治医によって内科的・外科的治療を拒否し、その結果起こり得ることを受け入れるという私の最終的表明であるとして尊重されるのが私の意志である。
- c) 私が終末期または永久的意識障害と診断されたとき、及び心肺蘇生に関しては：  
 私は、人工的な栄養や水分摂取を望まない。  私は心肺蘇生を望まない。  
 私は、人工的な栄養や水分摂取を望む。  私は心肺蘇生を望む
- d) もし私が妊娠中と診断され、かつ医師がそれを知ったならば、この指示書はその妊娠中は効力を失う。
- e) 私はこの指示書の意味するところを全て理解しており、情緒的にも精神的にも健康に関するこのような指示書を示せる能力を有している。
- f) 私は、私がこの指示書に署名する前に、私はこの指示書に書き加えたり削除したり変更できること、私はこの指示書に書き加えたり削除したりしてもいいこと、そのような変更がワシントン州及び連邦政府の法律に則っていることを理解している。
- g) この指示書の全ての部分が尊重されるのが私の意志である。もし、部分的に有効でない状態が生じて、残りは効力を保持するのが私の意志である。

署名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

この宣言者は、個人的に知っている人であり、健康に関する決定が可能な人である。

署名 \_\_\_\_\_

署名 \_\_\_\_\_



#### 第4部：法定代理人医療方針決定声明

私、\_\_\_\_\_（氏名）は、上記の患者の治療に関する決定を、法定代理人、保護者、代理意志表明者（適当な項をチェック）の名のもとに、正式に代理していることを証明する。私は、この患者はこのような状態では心肺蘇生を望まないと考えている。したがって、心肺蘇生は行わないよう指示する。

署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

#### 第5部：救急医療現場用心肺蘇生指示ブレスレット（切って腕に巻いておくこと）

私は、この患者は緊急医療時心肺蘇生指示を表明していることを証明する。そのコピーはカルテに挟んである。この患者は心肺蘇生を望んでいない。

患者署名 \_\_\_\_\_

主治医署名 \_\_\_\_\_

相談医署名 \_\_\_\_\_

#### 解説

アメリカのワシントン州の事前指示についての書式を示した。アメリカでは、連邦法に「自己決定法」あり、州法でも子細が規定されている。臨終期にあつて心肺停止したときは「死亡」であり、その際の蘇生術は「良質の医療を提供せよ」という医師の義務に反する非倫理的な行為である。しかし、「自己決定法」では「蘇生するな」という明示がなければ、患者は蘇生を希望している」と一律に定められている。そのため、ホスピス緩和ケア領域でも、事前指示がなければ、蘇生を試みざるを得ない事情がある。

日本には、そのような法はないので、倫理的に妥当な「臨終期にあつては蘇生しない」方針が適切である。したがって、ホスピス緩和ケア領域では、「心肺蘇生を希望するか」の意向調査も無用である。なお、この特定の状況では、患者に心肺蘇生を要求できる権利はない。

## VI. ホスピス・ボランティアと法

ボランティア活動は、他人から強制されたり、義務としてなされたりするものではなく、希望者が自分の意思で行う活動であり、特定の法的規制はありません。一般社会に適応される法律がホスピス・ボランティアにも適応されます。

### 1. ボランティアの法的責任

ボランティア活動に伴う事故については、「無償の奉仕活動であるからといって直ちに責任が軽減されることはない」として、注意義務が果たされていないとして責任が問われたことがあります。ただし、所属団体（紹介団体）の相手方に対する責任は、ボランティア個人が任意に活動するという性質上、所属団体は相手方に責任を負わないのが普通です。

もし、事故に遭遇した場合は、状況によって救急、警察、報告の必要な家族や医師、所属団体などに通報して、その間に必要な救護処置などをとります。

また、ボランティア活動には、ボランティア保険に入っておきます。そして、在宅など隔離された場所で活動する場合などは、2人ずつ組んで活動するなどの配慮をします。

### 2. 守秘義務

ボランティアも個人情報保護法の適応を受けますので、ホスピスや在宅の場において知り得た患者に関する情報を本人の同意なく漏らすこと、及び不正の手段により個人情報を取得することは禁じられています。その一方で、ある程度の個人情報が提供されなければボランティア活動ができません。本章I項「患者の権利及び秘密の保持」を守ることが求められます。

### 3. ボランティアができること、できないこと

医療行為、看護行為、薬剤師業務、介護行為は、それぞれ専門職の専権事項です。したがって、資格を得ていないボランティアがそれらの専門職業務を行うことは違法です。しかし、それらと一般の人も行える業務との線引きは非常に微妙なところがあるのも事実です。具体的例を説明しましょう。

患者が薬箱を指して、「〇〇（薬剤名）をとって頂戴」と言われて、特定の薬剤を患者に渡すことは薬剤師の業務となり、法に触れる可能性があります。同じような状況でも、患者が「その赤い袋をとって」と言われて、薬箱から赤い袋をとって患者に渡すことは何ら問題ありません。

患者が浮腫に悩んでいるとき、マッサージはリンパ浮腫などを悪化させることがありますし、専門的資格を得ている人以外に行ってはなりません。しかし、マッサージではなく、単に軽く触れることで癒やしにつながる場合は避ける必要はないでしょう。ただし、著しい浮腫の場合は、それさえも避けたほうがいいこともあります。

結局、「ボランティアができること、できないこと」を厳密に分けることは難しいことが結構あります。おおよそでは、家族が普通に行っている行為はボランティアが代替

しても差し支えないと考えられます。

#### 4. その他

リビング・ウィルや事前指示、アドバンス・ケア・プランニングに関して、法制化されて医療・介護行為の選択に法的拘束力が存在する国があります。しかし、日本には特定の法律がありませんので、現在は道德倫理規準になっているのが実情です。ただ、反社会的であったり、深刻な議論になるような行為でない限り、患者の意思は医療現場では尊重されるという調査結果が出ています。

### VII. ボランティアと依頼者の業務外関係

#### 1. 倫理

ホスピスの職員とボランティアは、最高度の専門意識と誠実さをもって、患者と家族との関係において振る舞うことが期待されます。全ての職員とボランティアの依頼者との関わりは、法律と各専門職団体の倫理原則に則っています。

#### 2. ホスピス緩和ケアの終了

職員とボランティアと依頼者の安寧のため、臨床上の関係は、個人的な関係に発展させるべきではありません。依頼者との関係の終了とは、ホスピスと依頼者との関係によって発生した悲嘆ケア契約の完結、記録の完結、その他の関係と契約の終了を意味します。

職員とボランティアは、ホスピスの手続きに従って、家族との関係を終了します。

- a ソーシャル・ワーカー、ボランティアは、患者の死亡後、3週間以内に終了します。
- b 看護師、看護助手、他の職員は、患者の死亡後、2週間以内に終了します。
- c その後、依頼者に関することは、ホスピスの悲嘆ケア計画を通じてケアされます。

#### 3. 財産関与への禁止

あなたは、依頼者を利害関係のない法的助言者へ紹介すること以外に、依頼者の資産の譲渡に係わってはなりません。

#### 4. 私的電話の禁止

あなたは、依頼者に個人的電話番号と住所を知らせてはいけません。例外は、任命されたボランティアの場合のみです。

#### 5. 贈り物の禁止

依頼者や家族へのいかなる贈り物も禁止されています。

## 6. 贈り物の受領禁止

あなたは、依頼者から、金銭、ローン、支払い、無料旅行、個人の所有物、その他の感謝の贈り物や心づけを受け取ってはなりません。

例外は、家庭で育てた草花や農産物、高価でない手作りの形見の贈り物などは、どうしても断りきれないときは認められます。規定に則って行動し、もし心配ならば、監督者に相談します。あなたは、できるだけ速やかに、このような贈り物について監督者に報告しなければなりません。

このような贈り物をねだることは、決して認められません。

## 7. 感謝の贈り物はホスピスへ

あなたの仕事に対する感謝の贈り物は、〇〇ホスピスへ贈られるのが妥当と思われます。

〇〇ホスピスは、記念品や寄贈品を喜んで受け取り、感謝します。

## 後書き

ホスピス緩和ケアにおいて大切なホスピス・ボランティアの育成プロジェクトについて、入門編からホスピス・ボランティア育成の方略まで示してきた。ホスピス・ボランティア養成については、日本ホスピス・在宅ケア研究会が全面的に支援するので、どのようなことでも必要あれば当研究会に連絡してほしい。また、各地の取り組みや本書に対する忌憚のない意見があれば、ボランティア養成の改善に活かしたいので歓迎したい。

地域包括ケアにおいて重要な位置づけにあるホスピス・ボランティアの養成が進めば、悲嘆ケアなどの未だ手つかずの領域にも活動できるホスピス・ボランティアが増えてくると期待している。そうすることで、地域包括ケアの充実を待つ利用者に有益な活動につながると関係者一同考えている。

最後に、このプロジェクトに全面的に支援してくれた在宅医療助成勇美記念財団に感謝したい。