

コミュニティケアと「看取りの文化」

Ninosaka Yasuyoshi

二ノ坂保喜氏をお迎えして

第21回 AKIHIKOの会開催



講演中のDr. 二ノ坂氏

今年のAKIHIKOの会は、二〇〇六年三月二日（祝）一四時より、東京・神楽坂日本出版クラブ会館で開催されました。南は長崎、北は北海道、さらに大阪、岐阜、愛知、静岡、長野と遠方からの参加者も定着、懐かしい出会いと交流の会ができました。はじめに世話人の米沢慧氏から、講師紹介をかねて岡村昭彦に関して直近の二つの動きについての紹介がありました。

一つは岡村昭彦の蔵書・資料を所有する静岡県立大学で教員・学生が中心になって三月一三日に「岡村昭彦の全体像に迫る 岡村文書（静岡県立大学図書館所蔵）の可能性」というシンポジウムが開催され、パネリストに長倉洋海、廣田尚久、細野容子、吉田敏浩、

米沢慧の各氏が招待されたこと。

もう一つは一九八四年に昭彦が監訳したシリ・ソングダーズ他編の『ホスピスケアハンドブック』（一九八〇年六月第一回ホスピス国際大会の論文集『Hospice—the living idea』）を六月に雲母（きらら）書房から復刻刊行予定であること（序文は柏木哲夫氏、HPを参照）。

さて今年のAKIHIKOの会は、岡村昭彦の『定本ホスピスへの遠い道』（二〇〇〇年）以来六年ぶりに「ホスピスの現在」を採りあげ、九州・福岡を拠点に在宅ホスピス運動の中心的リーダーの二ノ坂保喜医師に「在宅ホスピスの創造性」についての講演をお願いしました。

二ノ坂保喜医師は、ホスピスケアを医療施設のホスピスケアではなく、「在宅」という場にいるのちの拠りどころをみて、ケア事例の映像を通して具体的に説明され、さらにコミュニティケアに関しては鋭い指摘とラジカルな提案がありました。会場の参加者からの質疑応答も活発で、大いに盛り上がり、みなさん、「納得した」「切実なテーマだったので緊張した」等との感想が聞かれました。

第二部懇親会では、二ノ坂さんを囲んでいつもの通り楽しい会となりました。参加者六〇名。

講師 二ノ坂保喜氏について
にのさかクリニック院長 1950年長崎県生まれ。長崎大学医学部77年卒。長崎大学病院第1外科研修後、下関、大阪、長崎県で救急医療、地域医療などを修行、96年福岡市に開業、現在に至る。
共著書に『緩和ケアをはじめよう ゆるやかなギアチェンジ』『在宅ホスピスのススメ』（以上、木星社）、『余命六ヶ月から読む本』（海鳥社）など。
バン格拉デッシュと手をつなぐ会、N GO福岡ネットワークなどに参加し、国際保健医療協力の分野でも活動。
にのさかクリニックのホームページは <http://www.drnino.jp/>

在宅ホスピスの創造性

二ノ坂保喜

福岡からやってきました二ノ坂と申します。

今日は、「私と岡村昭彦との出会い」と、私
が実際にやっている「在宅ホスピスがどうい
ものなのか」ということ、そこから私なりに考
えてきたことをお話させていただけたらと思っ
ております。

私は昨年の暮で五五歳になりまして、今年で
五六歳になります。岡村昭彦が亡くなったのが
五六歳。そういう歳にめぐりあわせたかなあ、
と思っております。私は岡村昭彦と直接お会い
したことはありません。おそらくお会いしてい
たら、私みたいな人間は一喝されて、もう二度
と近寄れなかったのではないかと思っております。

岡村昭彦との出会い

岡村昭彦集6『ホスピスへの遠い道』（筑摩
書房刊）との出会いが岡村昭彦との最初の出会
いでした。この本が出されたのが一九八七年、

私がこれを見たのが八八年の一月でした。本屋
で何気なく手にとって開いてみた時、岡村昭彦
のことばとか思想が、投げつけられるというよ
うな感じで飛び込んで来たことを覚えておりま
す。文章としては慣れないせいもあったのか、
すぐ読みづらい感じがしましたが、引き寄
せられるように読みました。そしてこの本を通
して、私がそれまで知らなかった世界を知るこ
とができたと思いました。

一つはホスピスの源流がどこにあるのかとい
うことです。アイルランドでマザー・メアリー・
エイクンヘッドが近代ホスピスの礎を作ったと
いうこと、その背景にはアイルランドがイギリ
スから虐げられた長い歴史があること、そして
安らかに死んでいく場所すら与えられないよう
な人々に対してせめて安らかな最期をというこ
とで、ホームとしてホスピスが始まったという
ことも知りました。

それからアイルランドという国がどういう国
なのか、歴史の流れを知ることができました。
アイルランドの歴史を知るとは、必然的にイ
ギリスの歴史の裏面を知ることでした。
そして岡村昭彦がいつもテーマにしていた
「われわれはどこからきてどこにいくのか」と
いう、いつてみれば歴史と現代とのつながり、
私たちがこれからどういう世の中を作っていく

のかという問題だと思えますが、大きなダイナ
ミズムの中で私たちが生きていくということ
を感じる、そこから考えなくてはいけないとい
うことをこの本を通して学ぶことができました。

なんといつても最初に出てくる「人権運動と
してのホスピス」という言葉と考え方がすごく
私にとっては新鮮でしたし、衝撃的でした。

そしてこの本を読んだことがきっかけになっ
て、いくつかの活動を福岡で始めました。九二
年から「バイオエシックスと看護を考える会」
を始めました。一〇冊ずつぐらいまとめて買っ
ては人に配ったりしながら、一緒に、とにかく
そのまま読んでみようということに勉強会を始
めました。

そのことを通して、実際の私たちの現場での
看護、臨床の問題を考えていこう、と毎月一回
の勉強会を続けました。少ない時は二、三人多
いときは二、三〇人というかたちで、二〇〇〇
年位までやったように覚えていきます。

「岡村昭彦がこう言ったからこうなんだ」で
はなく、いろんなテーマを取り上げながら、自
分たちのバイオエシックス的な考え方を鍛えて
いこうというスタンスでやってきました。毎月
必ずレポートを出して、次の会につなげるとい
うことをやってきたのです。

一年かかって『ホスピスへの遠い道』を輪読

し、次に木村利人氏の『いのちを考える バイオエシックスのすすめ』を輪読。時にはテーマを決めてディスカッションもしました。

そうしたことを続ける中で人のつながりもできてきました。ちょうどAKIHIKOの会の世話人である大住敏子さんが、福岡に五年間お住いになるといふ機会があつて、「いのちを考える写真展と講演会」を行なうことができました。

写真展と講演会の準備を二年ほどやりました。その間に米沢慧さんや吉田敏浩さん、またNHKのアナウンサーで、訪問インタビュアーの取材で岡村から怒鳴られたという川野一宇さんがちょうど福岡におられたので、そういう方のお話とか、それから岡村昭彦が寄宿していたという筑豊の上野英信さんの息子さんの上野朱さんにきていただくなど、岡村昭彦のいろんな面を知り、学んでいこうと準備に力をいれました。

現代日本のホスピスへの疑問

私自身の活動分野に入ります。いまでこそホスピスが随分市民権を得てきていますが、一〇年前あるいは二〇年前はまだでした。

しかし私が最初の頃に感じた現代日本のホスピスに関する疑問は、ほとんど解決されていないという気がいたします。

その一つはホスピスケアというのが医療の中

に取り込まれているということです。もちろんホスピスケアは症状や痛みを緩和することはとても大事なことです。ホスピスケアに医療は欠かせませんが、医療の中にホスピスがすっぽり入ってしまうというのと、ちよつと違うのではないかと思ひます。そのことに関して、当初から疑問をもつておりました。

それからもう一つは箱物としてホスピスが考えられていることです。施設としてのホスピスという捉え方、例えばいまホスピスというと、ホスピスが日本にいくつあるとか、ホスピスに何ベッドあるとかという話になります。一般的にホスピスといったときには、ピースハウスとか聖ヨハネとか、そういう建物を思い浮かべます。これは大きな間違いで、在宅ケアのプログラムを持たないホスピスは、僕はホスピスではないといつも言っているんです。

本来、最後の時を過ごす、そのためのケアを提供するのがホスピスケアの思想ですので、そうすると在宅が可能であれば在宅が一番、それができなければ次善の策としてホスピスを選ぶというのが基本だと思います。現在の日本では在宅は無視、もしくはかなり軽く考えられているという点があると思ひます。

もう一つ大切なことは、私たちが病気になるって最期を迎えようとするとき、心穏やかに最後

を迎えられるように症状や痛みをとってもらい、そして思いやりのある暖かなケアをつけることは権利だと思ひます。その権利としてのホスピスという考え方が欠如しているのです。

ホスピスケアを受けられてありがたい、とてもいい先生に出会ったとか、ホスピスでいいケアを受けた、たまたまそういう恩恵を受けたので終わっていいのだろうか。誰でもが死んでいくわけですから、みんなが思いやりのある暖かなケアを受けられることが必要ではないかと思ひます。

そういうことから考えると、「人権運動としてのホスピス」と岡村が言った、この言葉の意味、その原点に立ち返って、いまの日本のホスピスを振り返る必要があるのではないのでしょうか。

開業して一〇年、在宅ホスピス医として

最近では在宅ホスピスということが、言葉としてもずいぶん出てくるようになりましたし、国の動きとしても在宅にもつていくというような動きが出てきております。

この会でも話をされた山崎章郎さんが、昨年（〇五年）の一月に「ケアタウン小平」というのをつくって、在宅コミュニティケアを始められました。朝日新聞に「山崎章郎の在宅医を

生きる」という連載を書いています。山崎章郎さんは私と同じ年代で、同じ消化器外科医です。『病院で死ぬということ』という本を書かれて、一〇年間、桜町病院聖ヨハネホスピスに勤務。その後退職して、在宅ホスピスを模索して現在始められたということです。

このような先駆者といわれる人が在宅医として在宅ホスピスに具体的に踏み出したということとは世の中の大きな流れになると思いますし、ひとつの方向性になるのではないかと興味深く思っております。

私自身も開業して一〇年（その前に数年間ありますが）、在宅ホスピス医としてやってきました。二〇年ちかく一つのことをやっているといろんなことが見えてきまして、それらをまとめて、『在宅ホスピスのススメ』という本を出版しました。

二月から地元の西日本新聞に、週に一回「死を見つめて生きる」というテーマで連載を書いています。あとでこれに書いた事例に関してお話ししますけれども、こういったことを新聞が取り上げるようになったことが、私としては非常にありがたいと思っています。

その中で、在宅で最後を過ごす、在宅でのちを終えるということ自体がホスピス、あるいは在宅ホスピスの目標や目的ではないということ

とを是非知ってもらいたいと思いつながら書いています。

確かにいまの日本では、自宅の畳の上で死ぬことが選択できますし、ある程度努力したり情報を集めたり、そういうネットワークをつくれれば可能です。でも後で紹介するバンングラデシユだとかインドのケララ州などでは、選択の余地が限られています。そういうことも私たちは頭においておかななくてはいけないと思います。

今の日本においては可能ですが、それが今後権利が制限される時代になったり、経済的に力が落ちた時に何ができるのかを考えながら、この連載を書いています。

『医者のないところで』という本があります。これはデイビット・ワナーという生物学者の本で、メキシコで活動している人です。医者のないところで地域住民がどんなふうに保健衛生を守るのか、そして具体的にどのような人々と一緒に作り上げていくのかということを書いたマニユアル本であり、同時に思想的に非常に深い本です。インターネット上で誰もが見られるようにオープンになっています

世界各国で訳されましたが、日本ではようやく昨年だったと思いますが、長野県に住む色平哲郎さんという医者を中心に、自治医大グループが日本語訳を出しました。

それと関連して、スアナ・バルアさんというバンングラデシユ出身のドクターでフィリピンで勉強し、日本でも勉強し、現在WHOで働いている素晴らしい人がいます。

彼は「いのちはレントゲンに写らない」とか、医学生に対して「金持ちより心持になれ」とか、そういう言葉で人の心を打つ話をする人です。「いのちはレントゲンに写らない」確かにそうだなと思いますし、とても大事なことだと思います。

それから「ベトナムからホスピスへ」という回では、私が最も影響を受けた岡村昭彦の『ホスピスへの遠い道』の本についても書きたいなと思っております。

あとはホスピスをつくった三人の女性、メアリー・エイケン・ヘッドやシシリー・ソンダース、そしてマザーテレサですね、そういう人たちのこと、アジアのいろんなホスピスのこと、それからグリーンケアのこと、死の準備教育のこととか、それからこれから特に大切なことになると思いますが、医師の戦争責任という問題をどんなふうに私たちが歴史的に考えるのか、そしてこれからの厳しい時代を、医師として踏みとどまれるか、そういったことも書いていきたいと思っております。

在宅ホスピスへの流れが次第に加速しつつあ

るということ、いろんな方面から見て、そのことの違い、悪い面、問題点なども指摘したいと思っています。

在宅ホスピスへの流れの問題点

新聞などを見てみると、これから在宅を進めていく動きが大きく出ております。実際に在宅ホスピス、在宅医療にかかわっている人間からすると、明らかに在宅ケア、在宅ホスピス



への流れが大きく加速されてきていることを感じます。ただこれれもどんどん進めばいいということだけではなく、問題点も多く含んでいると思います。

一つは国民の願いと厚労省の意図の違いです。国民に最期の時期をどこで過ごしたいかと尋ねると、大部分の人が自宅で過ごしたいと答えます。一方厚労省は医療費を減らすために、当然在宅死を歓迎しています。まさに同床異夢です。

医療技術がかなり進歩し、例えば人工呼吸器にしても、食事が入らないときの補給の方法にしても、在宅で利用可能な技術が進歩して、在宅ホスピスを可能にする状況があります。

岡村昭彦が生きていたら、今の訪問看護の動きをどんなふうに考えるだろうかと思うんですが、訪問看護師の役割がすごく大きくなってきています。生活をサポートするという意味での訪問看護師の仕事は本当に目を見張るようなものがあると私は思っています。

一〇年前、私が開業した時、訪問看護ステーションは始まったばかりでした。在宅ホスピスにきちんと対応できる訪問看護ステーションはほとんどありませんでした。

いま私のところで在宅の終末期のケアを必要とする方が四、五人常時いらつしやいます。

そのほとんどを訪問看護ステーションがサポートしてくれています。しかも一つひとつ違う一〇軒以上の訪問看護ステーションが、サポートできるだけの力と人材と経験を積み重ねているということなんです。これはとても大きなことです。もうひとつ大きなことは市民の側の意識の変化です。最初の頃、在宅ホスピスの依頼に来る方は、本人の意志がはっきりしていて、家族もはっきりしている方たちが多かったです。

例えば福岡の方である民間療法を求めて関東地方のある病院に入院して、そこでとてもひどい目にあつて、このままでは死んでしまうというので、ご主人と息子さんと、文字通り戸板に載せて、車で一晩かかって福岡まで逃げて帰ってきたという方がいました。

あるいはホスピスに入院し、いろんな民間療法をやっていた。するとホスピス医から「ここでは希望を持ってはいけません」といわれたというのです。「じゃあ、私は帰る」というと、「帰る途中で死んでも知りませんよ」といわれて帰ってきたという方もいました。

いまではそういうことが昔話として語られるように、病院からはかなり早い時期に依頼がくるようになりました。本人も寝たきりで戸板で動かさなくてはならないという状態ではなく、少なくとも自分で何とか歩ける、あるいは

人によつては旅行もできるぐらいの時期に依頼に来る方がずいぶん増えてきました。受け皿となる在宅医も増えてきましたので、市民の意識の変化がひとつ大きな流れだと思えます。

条件さえ整えば自宅で過ごしたい

具体的には国民のニーズや希望について、終末期医療に関する調査というのが、厚労省のもとで行なわれました。平成一四年、これが多分全国調査では一番新しいと思えますが、その中のごく一部をご紹介します。

「あなた自身が痛みを伴いしかも治る見込みがなく、かつ死期が迫っているターミナルの状態で、余命半年といわれる場合どこで療養を薦める、もしくはどこで療養するか」という問いに「最後まで自宅」が一〇・五%。「病院に入院して過ごしたい」というのが一〇%弱。それから「緩和ケアを希望する」というのが三%。そして「自宅で療養して必要になれば病院に入院したい。自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」という方が四九%と一番多いのです。

これをどついつうふうに読むかということです。マスコミは「自宅を希望する人は一%、緩和ケアを望む人が五割ちかくいる」と書きました。「ホスピス病棟を希望する人が五割ちか

くいる」とも読めますが、同調査の別のデータがあります。対象者を一般国民、医師、介護に関わる人、看護師というふうに分けて調査をしたものです。

「自宅で最後まで療養できると考えますか」という質問に対して看護師は「Yes」が三四%。一般の国民は八%。ほとんどの人が困難だと考えています。医者も三割近くが自宅で可能と言っています。ということは医療の現場を実際に知っている人は、三割ぐらいの人は自宅で療養することは可能だと考えているのです。

医療現場のことを知らない一般国民は、自宅で最後を過ごすことはできないと思つていますから、もう一回最初に戻つて、「自宅で療養して入院」「自宅で療養してホスピス」「自宅で最後まで」というこの三つを「条件さえ整えば自宅で過ごす」というふうに読みかえると、結局こういうことになります。

病院を希望する人は三%、緩和ケア病棟を希望する人は四九%、自宅を希望する人は五八%と、もちろん加算していますので一〇〇%を越えますけれども、条件が整えば六割の人が自宅を希望ということになると思えます。このようにデータというのは注意して読まないといふことがありません。

ただし確かに自宅で療養する困難な状況とい

うのはあります。居住環境とか経費負担とか、医者がいない、訪問看護師がいない、訪問看護ヘルパーがいないとか、二四時間体制のところがないとか。中でも何が一番問題かということ、介護してくれる家族に負担がかかるというのが一番、それから病状急変したときの不安、さらに経済的負担が大きいことです。

経済的負担は、働いていた人が、介護のために会社を辞めないといけない、休職しないといけない。もう一つは入院していたら生命保険が一日一万円下りるけど、在宅の場合は出ない。そういうことも含めて経済的負担が大きい。他に往診してくれる医師が少ない、訪問看護介護の体制が整っていない、そういうことが自宅療養の困難な理由として挙げられます。

こういうところをどう克服するかということですが、私たちにとつての課題になつてくると思えます。中でもこの二つ、介護する家族の負担と病状が急変した時の不安をどう解消するかということなのです。

先ほど言いました厚労省の考えです。去年の一〇月の毎日新聞のトップに「自宅死倍増で五〇〇〇億円削減」という見出しが出ました。厚労省が終末期医療費の抑制策として、早期に退院して在宅で診れば医療報酬を加算しますというのです。



このようないろんな問題を含みながらも在宅ホスピスへの流れは確実に進みつつあるというのが現状です。

在宅ホスピスケアの位置づけ

基本的な考え方を最初にお話しておきますが、病院死と在宅死が入れ替わったのが七二―七五年です。それまでは在宅死が多かった。少

なかつた病院死が同じぐらいになって、今は病院死が八五%で在宅死が一五%になっています。

それをどう考えるか。大雑把にいうと「病院での死」「医療の中での死」であり、「家庭での死」「生活の中での死」と考えられます。ホスピスでの死というのは、その中間的な位置づけになるかと思えます。

私たちはこれからどういうことを目指すのかという、生活の中での死、家庭での死ということからもう一步進んで、もう少し広がりをもつた、あるいは歴史的な流れをもつたコミュニケーションということにつながっていく必要があるのではないだろうかと思えます。

それから在宅ホスピスケアはこんなふうに位置づけられるのではないのでしょうか。

治療するために殆どの人が病院に入ります。そして治療が困難だとか、改善の見込みが少なくなつた時点で、家庭に帰ったりホスピスに行ったりします。これまではホスピスを紹介したり、家に帰したりすると「自分は終りだ」と考えることが多かった。でも実際は家に帰って食欲が増した方もたくさんいます。そうするともう一度治療することもあるし、緩和ケア病棟で痛みのコントロールをもう一度やってもらおうということもあり得るわけです。このように病

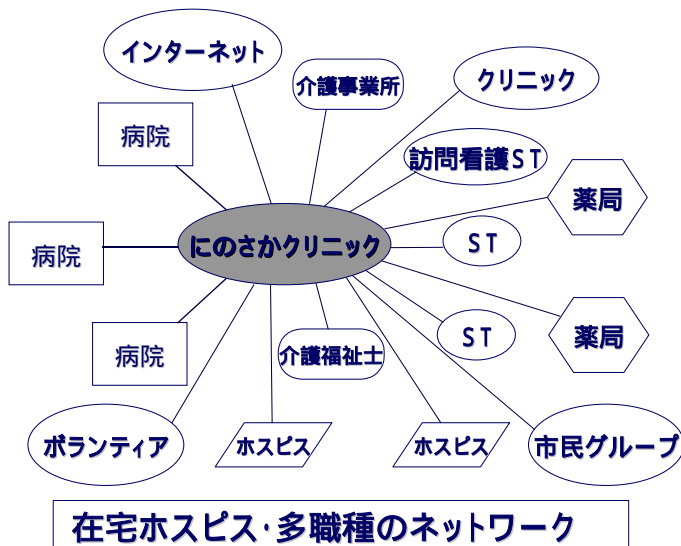
院やホスピス病棟と家庭が垣根を低くして行き来ができるようになったらいいな、というのが願いです。

これからは多分デイホスピスが課題になってくるかと思えます。ちょうどお年寄りのデイケアのように、ずっと在宅だとお年寄りも家族も疲れてしまう。デイケアとかショートステイを上手に使うことによって、本人も生き生きしてくるといことがたくさんあるように、そうした位置づけに、デイホスピスもなっていくということ、これを是非やりたいと思っています。

もう一つ、考え方として在宅ホスピスケアというのは、「いのちと生活を支える」ことの一つであるということです。

医療というのは病気になつた人を治療し健康を取り戻すのが目標ですが、ホスピスケアというのは、体の健康を取り戻すことが不可能になつたとき、どう支えるかということです。そのときただ単に肉体的な生命ということだけでなく死を含めた生、いのちというものを考える。米沢氏の言う「死」を「いのち」と読むこと。それは人生とか生活というものを含めて支えるものだと思います。

もう一つ大切なのが自己決定を支えるということです。これもことばでいうと簡単ですが、簡単に本人が「はい、そうですよ」と言つたか



それが自己決定ではない。たとえば家族をも含めての自己決定、本当に自由な自己決定ができるようにサポートするといった方がいいと思います。それからとても大きな問題は家族の問題です。家族をどう支えるのか、ということ。本人が日に日に体が弱っていく、そして死に近づいていく。家族は自分が死ぬのではなく、死にゆく人を見ながら自分は生き延びていくと

いう辛さがある。そういうことを含めて家族を支えるということがとても大事だと思います。また「スピリチュアルケア」ということがこの頃よく言われます。これはホスピスケアの真髓だと思えます。その人のスピリチュアリティをサポートする、それからその人がその人らしくその人の魂を支えることができるように痛みや苦痛をとる、あるいは家族をサポートして家族との関係を良好な状態に保つとか、いわゆるサポートするケアを意味すると思えます。そして在宅という場合はスピリチュアリティを支えるという意味では一番さわしい場ではなからうかと思っております。さらに地域、コミュニティの中で支えていくということが非常に大きな課題にこれからなっていくと思っております。

ネットワークをつくって情報を共有

具体的には患者さんや家族の方を中心にしているんな人たちがネットワークをつくって情報を共有してケアの計画を立てるといったことが大切です。

医師ももちろんそれなりの役割を果たしますし、看護師もいます。それからきちんと対応してくれる薬剤師も必要ですし、介護福祉士やヘルパーも必要です。社会的経済的課題を解決し

てくれるソーシャルワーカーとか、ケアプランをきちんとマネージしてくれるケアマネージャー、ボランティア、理学療法士、作業療法士も必要になりますし、宗教家が関わることもあります。こういういろんな職種の人たちが関わってることが大切です。

私自身の立場からいうと、このようなネットワークを自分なりに作りながらやっています。こういう図を最初に描いてやってきたわけではなくて、やってる中で自然にできたという感じです。

一番大切なのが訪問看護ステーションの訪問看護師たちです。それから薬局も結構大事です。薬局がきちんとサポートしてくれるかどうか、麻薬をよく使いますので麻薬の管理ができるかどうか、あるいはなかなか患者さん家族が動けませんので、きちんと届けてくれるか、くすりをサポートしてくれるかどうか。

それからさっき言いました患者さん家族の不安の第一は、急に悪化したときの不安が一番にありますので、その時にはこういう病院に入院することができずよ、という連携があります。何が何でも在宅ということではなくてその人にとってよりよい生活のためにホスピスに入っていたりすることもありますので、前もってホスピスに見学に行くこと、相談に行くこともお勧めし

ています。その他個人的に言うとも、自分がわからないことはインターネットでいるんな人たちに相談できる時代になりました。またボランティアとか市民グループの方たちの協力もとても大事なことだと思えます。

にのさかクリニックのこと

次にクリニックのことを簡単に紹介いたします。今年の一月から医師が二人になりました。

二、三年前から一人ではやれない状況だということを感じていました。ようやく二人になって確かに精神的にとても楽になりました。例えば今日も（休日ですが）、何人が訪問に行かないといけない患者さんがいるんですけど、もう一人の医師が看護師と廻ってくれています。

看護師の常勤が三人と、六人のパートでやっています。事務職三人、車二台。ときどき、隣の薬局の車を借りるときもあります。

スケジュールは、午前中は外来の患者さんを診ますので、必要な時は一人だけで訪問に廻ることもあります。午後からは医師と看護師が一緒に訪問に廻ります。看護師だけ行く場合もあります。だいたい一日、五、六件から一〇件前後回りますけど、昨日は特別で一五件ありました。

それから日曜日や休日は、医師、看護師が交

代で誰か出てきて、数軒を廻るといって形でこなすようになりました。

現在のところ在宅患者数が七、八〇名、今年になってから急速に増えているんですが、延べの訪問件数が一五〇件から二〇〇件近くになっていると思います。在宅ホスピスの対象者、いわゆるターミナルケアとしてホスピスの対象者になる方が常時五名から一〇名いらっしゃいます。

昨年一年間に亡くなられた患者さんが五〇名で、在宅死が三三名、六四%でした。ひと月の死亡が少ないときで二名ぐらい、多いときで六名というときがありました。

はるかさんがくれた宿題

ここで在宅ホスピスの事例をご紹介させていただきます。西日本新聞の「死をみつめて生きる」の連載の第一回目に書いた方です。

二二歳の女性、はるかさんという方です。ご両親と妹さんの四人暮らしです。大阪の大学に在学中、大学四年の春に発症しました。胃が悪くなったということで、大阪の近くの病院で胃カメラも含めた検査をしましたけれど、「異常なし」でした。四年生だからそろそろ就職のこととか、精神的なものだろうということでした。

夏休みに福岡に帰ってきたときにも近くの病院



に行きましたけど、結局、胃カメラをしないまま他の検査、大腸の検査とかをして、「異常なし」ということで帰ったんです。

やっぱりおかしい、どんどん悪くなって二ヶ月にお母さんが大阪へ行つて無理やり福岡につれてきて、入院して検査を受けさせると、そのときには胃癌がおなか中に広がって、水がたまっていたというような状態でした。

九州医療センターで化学療法をやりましたけ

れども、効果なしということでも家に帰ってきた。はるかさんが大学に行ったのは、自分がかつていじめにあったこともあり、子供の自殺などにとても心を痛めていて、そういう子供たちの力になりたいと臨床心理士になるためでした。

はるかさんは「きつい、辛い」ということをぜんぜん訴えないんです。かなりおなかも張って手も上がらない状態になっていましたけれども、最後まで訴えませんでした。

そしてこの前、この記事を書くためにご両親に取材に行きお話を聞いて、心打たれました。信仰もあつたのですけれども、はるかさんは最後まで死を恐れることなく、「自分は必ず治る」、いつか治って一生懸命いるいろしてくれたみんなに恩返しをしたいということを経験まで言うて亡くなったそうです。

「どうしてあんな立派な死に方ができたんだろう」というのがお父さんのことばです。それを「はるかさんがくれた宿題」ということで第一回目に書いて、死を見つめて生きるということとはどういふことなのか、ということでも連載を始めました。

寄り添う家族のまなざし

二回目に書いた方がワタルさんという方です。この方は肝臓癌ですが、この一〇年ぐらい



癌ができてはやつつけ、できてはやつつけという形で過ごしてきて、だから仲間も家族も、「お父さんならまた復活できる」と思って何回も入院を繰り返してきました。

今回は腰と骨盤に転移して歩けなくなつたんです。それで家に帰ってきました。三月月ほど自宅で過ごしましたけれども、お酒が好きな方

だったので「たまには一緒に飲みましょう」ということで休みの日にお酒を持って行って、九州ですから焼酎ですけれども、一緒に飲んだときの写真です。これは一緒に飲んで楽しかったという話ではなくて、家族の方々が本人と同じように揺れ動きながら、お父さんがだめだということがわかつているけれども、「なんとかならんだろうか」「なんとかしたいな」という気持ちを持ちながらも、でも少しずつ受け入れていく過程を私たちも見ていきました。

三人目の方は九七歳のおばあちゃんです。向こう側にいるのが息子さん、一人だけの息子さんです。奥さんも多分亡くなっているみたいなんです。その娘さん。この方も一人っ子です。おばあちゃんからいって孫娘で、その二人の男の子です。二月月ほど、七月、八月、ちょうど夏休みですね。このおばあちゃんと過ごしました。非常に衰弱してきたので、癌ではないんですが、文字通り老衰です。きちんとするなら入院して治療しましょうという話をしたんですが、おばあちゃんはきつぱりと断って、自分は絶対入院しない、ここで最期を迎えるということを行いましたので、「では最後までサポートしましょう」ということで最後まで過ごすことができました。

その間、息子さんはもちろん孫娘とひ孫たちは毎日通っておばあちゃんの世話の手伝いをしました。その二人の孫が、亡くなったあとに書いたおばあちゃんの思い出、こちらが小学校一年生のこうき君のものです。

「おばあちゃんの思い出 おばあちゃんが元気な時はご飯を食べさせてやった。おばあちゃんのオムツを替えるときは手を握ってやった。おばあちゃんにすいかといちごぶどうとチョコレートとひまわりの絵を描いてあげた。おばあちゃんを燃やしたのが悲しかった。おばあちゃんがだいすきでした」。

ゆうき君の方は三年生です。

「おばあちゃんの思い出 夏休みはほとんどおばあちゃんちに行った。僕たちがきたらにこつと笑った。おばあちゃんは年寄りでも元気だからすごいなと思った。ベッドから起きられなくてたくさん手伝った。ぐう・ちよき・ぱーの練習、ご飯を食べさせた。髪の毛をいってあげた。体を拭いてあげた。ご飯を食べられなくなったから大好きなさくらの木とおばあちゃんがご飯を食べている絵を描いた。死ぬ時僕の手を握っていた。死んだ時は悲しかった。まだ生きていると思った。自分から『ありがとう』というこ

とばを言うてあげればよかった。いまは一生懸命昇っています。階段はぐるぐる階段です。も

う少し頑張つてほしいです。」

この最後のところは天国に昇る階段らしいです。天国に昇つていくことを書いています。身近な人の死を看取るということは、どういふことなのか、言葉では言えないと思つんですが、いのちが消えていくときにそれを傍で見えていくというのは、人間としてはすごく重いものがあると思つんです。これが子供たちにとつてどう具体的な影響を及ぼすものかというのはわかりませんが、少なくとも人間はそうやっていのちをつないできた、ということはいえるのではないかと思つています。

在宅ホスピスの仲間たち

先ほどお話しました訪問看護師のことを少しお話します。一番向こうにいるエプロンを着ているのがマリさんという娘さん、一人娘です。亡くなったのがこのお父さんとお母さん。二週間の間をおいて亡くなりました。

両親二人ともターミナルになつて二人とも在宅で看取つた例です。これは本当に驚きました。お父さんの方は八六歳で悪性リンパ腫という病気で、胸に水が溜まつたり大腸に腫瘍ができて狭窄したりして、在宅酸素をやりながら家で診ていました。

おばあちゃんの方はパーキンソン病でだんだ

ん動けなくなつて、二年ほど前から歩けなくなつて、肺炎を起こして胃瘻をつくつた状態で在宅で過ごしていました。ターミナルになる前からお二人ともかなり悪い状態で在宅で診ていました。それをサポートしていたのが訪問看護ステーションのメンバーです。

そしておばあちゃんの貧血や夜中に吐いて救急車で病院に行つたりして、結局大腸がんでお腹中に広がつていくことがわかりました。「どうしようか」ということになつたときマリさんは「それなら家につれて帰る」といい、家で診ることにしました。まったく同じ時期にお父さんの方も悪くなつて、悪性リンパ腫ですからいつどうなるかわからないような状態ではあつたのですが、ほとんど同時に二人とも重症のターミナルになつたのです。

僕は、「このまま家で診るのは無理だから入院させましょ」とステーションの人たちに話したんです。そうしたらステーションの人たちが、「ここまでお付き合いしたんだから最後までお付き合いしましょう」と言うてくれて、そして本当に最後の頃は文字通り二四時間、三時間入つて三時間空けて、三時間入つて三時間空けて、それを二四時間続けて、子供がいる人は夕方とか昼間に入れないので午前三時から入る、午前三時から六時というのをおそらく二週間ぐらい



続けたのではないだろうか。

五人のメンバーと元うちに参加していた看護師にボランティアとして参加してもらって六人でスケジュールを組んで二四時間サポートするということをやりました。

これは、この前、亡くなったあとに二人を偲びながら、お父さんが好きだった天ぷらそばをみんなでいただいたところです。

グループホームでの看取りの例

グループホームというのがいま注目を浴びて

いますけれども、そのグループホームでの看取りの例です。これは福岡にあります「八モニカ」というグループホームで、花田さんという方が運営しています。これはもう五、六年前に、このグループホームで最初に亡くなった例です。

このホームは介護保険べつたりのいわゆる認知症対応ではなくして認知症の方もいらっしやいます。普通の方も何人もいらっしやいます。このおばあちゃんは八十台の認知症の方でした。それで胃癌が見つかりました。身寄りはなく、元隣りに住んでいたという方が親身になって見てくれました。ときどき正気に戻るんですが、そのときに花田さんが、「この病気に關してどうしますか」ということを繰り返して、繰り返したずねました。痛みがあつたり吐き気があつたり、辛い時には手術したい、入院したりいということもありました。でも殆どときは、それが落ち着くと、「自分は入院したくない。最後までここにいたい」ということを繰り返して意思表示しましたので、最後までここで診ることにしました。

これは亡くなる直前で、この方は別に夫婦ではなくて同じ住人です。この方も胃癌の手術をしたという方で、「そばに誰もついたらんと寂びしかる」といってずーっと数時間手を握ってあげていた。この方もそのあと癌が広がって、

このホームで亡くなられました。

六人が七人、全員ここで亡くなられて、それも自分の選択で亡くなられた方たちです。それぞれに思い出深い看取りができています。

これは最近の八モニカの食事の様子です。みんなそれぞれ勝手に食べたりお酒飲んだしながら、亡くなったあとに、どうだったかどうだったか、看取りがどうだったと、お父さんたちの思い出を語るところをやっているところなんです。

(以下略)

看取りの文化と「コミュニティー」

今日のテーマにもなっています看取りの文化と「コミュニティー」ということについて少し話をさせていたいただきたいと思えます。

一〇年あまり在宅ホスピスをやってきて感じていたのは、私たちが家族のもとで過ごす患者さんのところへ通うことを繰り返していても、そこが終わるとつながりが切れてしまう、その場はもうなくなってしまう。点として在宅ホスピスをやってきているという思いでした。

それをもう少し地域の中とか、面に広げることとはできないだろうか。うちだけでなくいくつかのクリニックや診療所がやる。それからそういうところをステーションやヘルパーがカバーしていく。そういう地域の中のネットワーク

ができないだろうか、というのがいつも思ってきたことです。

結果としていまそういう形が自然に少しずつ地域のなかでできつつあるのですが、こんどは「その広がりということの意味は何だろう」というふうに思うようになりました。

ただ横に広がればいいのか。もうちょっと歴史的なつながりとか文化的な共有するものとかがあるんじゃないだろうか。いろんな人が住んでいるいろんな異質なものの多様なものがあるんだけれど、その地域の中で共通のものがあるんではなからうかというように感じるようになりました。

先日九州のある田舎に行ってお話したので、矛盾したようなことを言うようですが、都会の方がそういうネットワークはつくりやすいですね。いろいろ機能がありますから。ですけども共同体の人の背景というのはちょっと見えにくいものがあります。

これが田舎に行くと機能はまだ発達していませんけれども、たとえば宗教とか地縁的なつながりとか、そういうものは都会よりもはつきりそこにあります。

仏教が葬式宗教だといわれますが、それはそれで意味のあることで宗教とか神社での祭りというのは、いつもそこに死とかあるいは祖先・

先祖があるわけで、常に死と裏腹、背景で非常に密接につながっているような気がします。そしてこのことは共同体とかコミュニティを考えるとときにとても大切なことだと、いうふうに思います。

私たちは個々人の最後を医者として看取るわけですが、そういう看取りの作業というのは、いつてみれば、それまで生きてきた個人・地域の生の文化と死の文化が接する接点というふうな言い方ができるのではないかなということを思いました。

死んだら魂はどこへ

もう一つ、亡くなったら魂はどこに行くんだろうということも考えます。亡くなったあとでできるだけ、お通夜には行くようにしています。そのときに思うんですが、きちんとした儀式をそこで行ないますね、供えものをして、みんなきちんと正装して故人に対して失礼のないようにやります。すべての宗教にそういうことがありますし、すべての国にそういうことがありますので、それは多分とても大事なことでるうと思います。

そしてそれは個人を超えた高い価値、高い価値というか深い価値が多分あるんだろう、宇宙とか神とか超自然とかいろんなことばがあるか

もしれませんが、そういうことがあるのではないかと思います。

それは例えば、いま話題になっているような国のためにとか、国家というものに自分の命を奉げるといふことにつながるかどうかわかりませんが、これは考えなければいけない問題があると思います。

そのときに私たちは国家に対して真剣に対応する必要があるんじゃないだろうかと思つたのです。つまり私たちは国がいろんなことを護ってくれる、いろんなことを制度としてやってくれる、だから権力を預けてることですね。そうするとさっきの医療費の問題にしても、医療費を社会保障ということであると、社会保障という弱者をサポートするシステムは、これは国でなければできないことです。一人一人ではできないので、そのために私たちは税金を納め権力を国家に預けていると思います。

それをもし国がやらないのであれば、国と対峙しなければならぬ。そのときに自分の足元がしっかりしてないと、きちんと国家に対峙できないのではないかと、という気がこの頃しております。そのときにコミュニティ、自分たちの目の届く範囲、感覚としてつかまえることのできる範囲のコミュニティというものにして、しっかりと足を置くことが必要なんじゃないかと

いようなことをぼんやりと考えています。

三番目の問題は、三年前イラク戦争が始まったときにNGOの三人が捕まって解放されました。そのときの日本人の反応が「てめえらが勝手に行ったんだろ」とものすごいパッシングの嵐でした。僕自身もわずかですがバンングラに毎年行きながらNGOの活動の端くれをやっているつもりですので、同じNGOの仲間がそういう形で言われるのはとてもつらい思いをしました。

今でもずっとひっかかっているんですが、それはただ単に私個人がそう感じたという問題ではなくて、どうもこの国のこれからの行末に關して問題をもっているのではなからうかというふうに思うようになりました。

いつてみれば自己責任ということで民を切り捨てるといふことですが、いま格差社会といわれていますが、文字通り切り捨てるものは切り捨てるというふうなことが行なわれてきているのではなからうかというふうに思います。

社会保障の問題になりますけれども、結局その背景には高齢者医療が高い、老人医療費が高いということですね。あれは本当は三〇兆円の医療費のうち国が負担しているのは一〇兆円です。わずか一〇兆円。あとは保険です。皆さんが払っている保険ですよ。あたかも三〇兆円全

体を国が負担しているように言っています。例えば軍艦を一隻作れば、それは企業は儲かるけどそれつきりですよ。それは捨てられる。いわば他に使い道がないお金です。

でも医療費というのは、医療費に使われている三〇兆円はどうなっているかといえば、医師の懐にもちよつとは入っています。医療で働いている人たちに行っているわけです。そしてそれは人の生活を支えているわけなんです。その医療をすることによって健康を回復した人たちはまた社会の中で何らかの役割を果たしている。そういう意味でいうと医療や福祉にかかるお金というのは決して無駄ではない。でも今の政府がいう、新聞が書いている論調は「無駄なお金を削るつ」でしょ。「老人医療費は無駄だ」といつているんですよ。

老人はもつと怒らないといけない。実際は日本の医療費はとも安いといふことですね。そのへんの文字通り棄民だと思えます。役に立たない人たちは切り捨てていくというような政策が社会保障の世界でも介護の世界でも、いろいろところで行なわれているんです。

それに対して私はもつと日本の知識人は闘いを挑まなくていけないんじゃないかなと、僭越ですが思っています。特に自己責任という棄民政策に対してはきちんと闘って、本当に何とか

一歩でも切り崩すことをしないとずるずるとこのまま行ってしまうと怖れます。

ケララの緩和ケアのボランティア

「コミュニティということに関して僕はとても大きなヒントを得ましたので、そのことをお話させていただきたいと思います。」

小野道夫さんと小野めぐみさん、どちらも医師です。脳神経外科と内科の医師です。お二人とも歳はだいたい僕と一緒に。この二人が二〇〇四年四月に福岡にみえまして、偶然いろんな経緯があつて私のところにみえました。

インドのケララで研修をしている。そこでコミュニティの緩和ケアが行なわれているのではありません。非それを見に来い、というわけです。いろいろ話を聞いて「これは凄いな」と僕は思いましたので、その年の一月に初めてのワークショップが開かれるというケララに行つてきました。ケララ州というのはカリカット、いまはゴジコデと現地ふう呼びますが、インドの南西端の州です。人口は約三〇〇〇万。一人当たりのGNPは三八〇ドル、アメリカとの比較でいうと約一〇〇分の一です。乳児の死亡率、乳児というのは一歳未満ですが、一〇〇〇人の出生に対して一、インド全体が一で、途上国は非常に高いことを考えると大変いい数字だと思いま

す。ちなみにアメリカでは白人は五・七、黒人は一四、アメリカの黒人よりもいい数字です。日本は四ぐらいです。

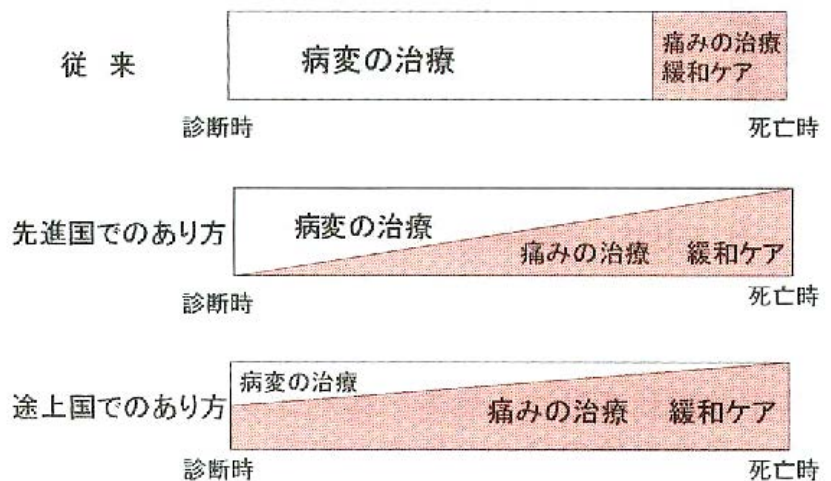
平均寿命は、男性六九、女性七四、インドの平均六〇歳前後に比べるとかなりいい数字です。そして突出しているのは識字率ですね。これがかんりいい。なぜかというケララ州はインドでもある意味特殊な地域で、独立後まもなく農地解放が行なわれたこと、最低賃金制が確立している、制度的に非常に整っていること、それから教育を重視してマラヤラム語という現地のことを重視しています。

重視するというのはどうということかという、英語などヨーロッパの言語で書かれた科学雑誌が出ますと、それを現地語に訳して普及するということ、あるNGOがやっています。これがとても大きいという話でした。

それからプライマリーヘルスケアや栄養の重視と共に市民のボランティア意識、NGO意識というのが非常に強いということ、NGOと政府が協力して仕事をやるということがケララ州の特徴です。

ただ先進国では病気の治療にかける資源がかなり大きいんですが、途上国で病気の治療に当てる資源は残念ながら少ない。ということは逆にみてみれば緩和ケアが、先進国以上に重要

がん医療における資源の使い方 (WHO指針 1989)



だということなんです。私たちはついつい先進国は先に進んでいるから緩和ケアも進んでいる、途上国はその後を追いかけてくればいいと、無意識に思い込んでいるところがあります。現実には途上国では、病気が進んだ状態で発見されることが多いが故に、緩和ケアが必要な人が多いということなんです。(右図)

カリカット大学というところに緩和ケアセン

ターがあります。大病院の中の緩和ケアセンターですが、運営は人材の給料も含めて全部NGOが負担しております。Pain and palliative Care Society「痛みと緩和ケア協会」というNGOが運営しています。これはケララ州全体のセンターでもありますが、他にも北部を中心に五十数カ所がクリニックができています。そこを中心に、外来に来られる人は外来で痛みをコントロールする。できない人は在宅をというふうになっています。

話が飛び飛びなのでケララのことが十分に伝わらないだろうなと思いつつ話しているので心苦しいのですが、このケララのシステムはセンターがあるということ、専門家がバックアップで関わっているということ、何より大きいのはボランティアの活躍です。こういう貧しい国ですから、みんながボランティアするのは大変難しかろうと思っていたのですが、とんでもない、本当にみんなが自分のできるボランティアをやっています。退職した公務員とか教員とか学生とか、そういう人たちが非常に多いというふうに聞きました。

ワークシoppでの話には僕は本当に感銘をうけました。このコミュニティ緩和ケアのシステムを作り上げた二人の医者が一時間ぐらい交代で話したんですが、そのときに「世界の人々は

どのように死んでいくのか」ということを話されました。

貧困や非識字、病気や政治不安、人災や自然災害に囲まれている。そして一番大事なのはこの世界で貧しい人弱い人たちは自分たちの人生の生死に関わる意思決定プロセスから除外されている。

まさにその通りですね。だから世の中が豊かになる、進歩するというのは、自分たちがそういう意思決定に関わることができるといことなのかな、と思いました。

そして世界の人口の八〇%以上が途上国に住んでいますけれども資源の所有は二〇%以下。

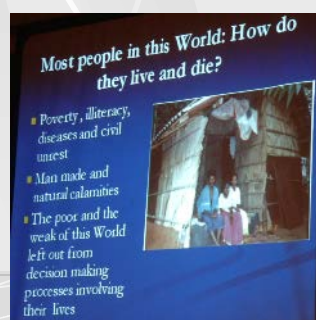
地球上で毎年五六〇〇万人が亡くなっているのですが、四四〇〇万人は途上国である。

緩和ケアを必要とする人は年間推定三三〇〇万人、その八〇%が途上国だということを書いていました。

日本の感覚だとなかなか理解しがたいことがあるんですけど、頭を切り替えて、医療が本当に自分たちの身の回りにない、医療保険もないという状態を考えたときにプライマリーヘルスケア、基本的な保健医療として考えたときに第三世界の慢性疾患や不治の病の人々の基本的な欲求は入手可能な保健医療にアクセスできること。とにかく医療にアクセスできるかできない

この世界の人々の多くは、どのように生き、死んでいくのか？

- 貧困、非識字、病気及び政治不安
- 人災、および自然災害
- この世界で、貧しい人、弱い人たちは、自分たちの人生の生死にかかわる意思決定プロセスから除外されている。



かということがとても大切なことなんです。かという最低限の保健医療、基本的な保健医療にアクセスできるようにしたいということです。

それからもうひとつ大切なこと、これは先進国でもどこでも通用する考え方だと思いますが、日本は緩和ケアだけが取り上げられていますが、先ほど言いましたお年寄りの長期ケア、Long Term Careといいますが、それは同

じもの、というか、基本的に通じるものでコミュニティの生活の一部として組み込まれていくものだという考え方は、そこだけが特殊なものでなくて、コミュニティの生活の中で緩和ケアやロングタームケアを位置づけていくべきだという考え方は、

これはとても大切な考え方ではないかと思われました。緩和ケアにコミュニティが関わっていくということは、コミュニティ自体が自分たちで意思決定していく力をつけていくということで、そのエンパワーメントの二つの過程として大きな意味をもつということです。実際にこのボランティアを中心にしたネットワークの人たちがこのような活動をしています。

日本でボランティアというと、お手伝いといった感じで、自分たちで企画したり、責任もって実行したり、評価して、次のステップにもっていく、マネージメントすることまではやらないように思います。ここではボランティアがそこまでやっています。仕事としてやっているということ。責任ある仕事としてやっていると感じました。

二〇〇一年に緩和ケアのネットワークがある地域で始まったんですけど、短期間であつという間に広がっています。それはもともと市民活動が盛んだし、NGOが沢山あつて、いろんな

人たちが加わって仕事をやるようになってきていたということです。

ちよつと古いデータになりますが、ケララ州全体でなく北部の五県のデータです。一二七〇万人の人がいます。この中に三二カ所の緩和ケアのクリニック、センターがあります。そこでは外来と在宅をやっています。現在は確か五七カ所になっていると思います。ポランティアの総数が三〇〇〇名、月に二〇〇名ずつ教育している。みなが全部即加わるわけではないので、実際に動かす人はもっとと少なくなりますが総数としてはこういうふうになります。

そしてそのネットワークがどれだけの人をカバーしているかということになりますと、例えばマラプラムという人口三六〇万人の県で、新しいがんの患者さんが毎年五〇〇〇人ぐらい発見されます。そのうちの四〇〇〇人(八〇%)はターミナル、かなり進んだ状態で発見されません。

そのうちの三〇〇〇人がこの緩和ケアネットワークでカバーされているということです。ちなみに福岡県では五〇〇万人の県民がいますが、日本の人口比からいうと年間一二〇〇〇人ががんで亡くなっている。そのうちどれだけの人が緩和ケアをきちんと受けられているか、緩和ケア病棟が一〇と在宅が若干ありますけれど

も、おそらく七〇%というところ、八〇〇〇人ということになります。そんなにはカバーはされてない、どっちが先進国かわからないなと思えました。

そしてその大切な要因は市民運動としてそれが行なわれていること。医療の側の恩恵とかいうことではなく市民運動として行なわれている。例えば学生グループとか文化団体とか女性団体とか教員の組織だとか合計三〇の組織が参加してこういうふうなシステムが行なわれている。そして他の地域にもいま広がっているということ。

『在宅ホスピスのすすめ』について

もうひとつ医療のことです。診療報酬がこんど四月で変わります。一・三%ダウンするとか、いろいろ言われています。しかし在宅に関しては大幅にアップします。今年と同じことを私のクリニックでやると、おそらく年間で一〇%以上のアップになるんじゃないかと思っています。そううまくいくかどうかわかりませんが、これも。

それはどうしてかということと在宅療養支援診療所という制度ができます。

在宅に力を入れるところは、「在宅療養支援診療所」という届を出します。その要件はいろいろ

ありますけれども、二四時間往診ができること、訪問看護と連携しているとか、ケアマネージャーと連携して、看取りの数を報告することなど、そういう要件を満たして申請をすると「在宅療養支援診療所」という指定になります。支援診療所になった診療所が在宅のターミナルの人を診て、最終的に看取りをやると、看取ったというだけで一回一〇万円というお金がつくのです。

これがどういうことなのかということは皆さんあまりピンとこないと思いますが、たとえばいま僕らが往診に行ったときは一回八〇〇〇円ぐらいです。うちの入口の自動ドアが壊れたときに技術者に来てもらったら一回一三〇〇〇円です。意外と医者への報酬は低いです。

一回一〇万円というのはそういつた中でとても大きな額です。だから金をつけさえすれば医者は動くと思っている。僕はそれがとてもいやなんです。

本当に必要なこととして僕らはやってきたつもりです。おなじことやって報酬が増える。個人的にはありがたいことだけど、全体としてそれでいいのかという疑問が残ります。お金で在宅の看取りをふやすというやり方で本当にいいのかと思うのです。これが本当に切り札になるかどうか……。

例えば二四時間対応というのを本当にやれるのかどうかということもそうです。うちはようやくそういう体制をつくってきて、いま医師が二人になりましたのでやれないことはない。でも一人でやってきた人にとって大変な仕事です。

これからは先ほどお話ししたデイホスピスが、とても大事な役割をはたすだろうと思います。またミニホスピス、私設ホスピスと呼ぶような、民家を借りてあるいは利用してそこで看取りをやる。あるいはレスパイトケアとか家族のケアをやるということを含むと思いますが、そのような試みが全国各地で実際に行なわれつつあります。先ほど言いましたグループホームも在宅ホスピスの場として活用できるようにするのはないでしょうか。

最後になりますが、これからは皆さんを含めて市民グループのいろんな動きが活発になって来ると思います。在宅ホスピスのガイドブックも、千葉など先進的な働きがありますが、福岡県でも今年中にガイドブックを作りたいなと思っています。

それからホスピスボランティアの育成が各地で行なわれていますが、在宅ホスピスのボランティアも育てていきたいなと思っています。これは難しい仕事だとは思っていますが、試みて

いきたいと思っています。

また「子ども共育HAKATA」、これは名前だけでも皆さんに知っていただきたいと思えます。死への準備教育、中高生を対象としたいのちの教育に関するかわりを、福岡でグループを作ってやっています。五年目になりますけれども、例えば（いろんなことをやっていますのでこれが全てではないのですが）、ワークショップをやつて、大人と子どもが入り混じっているのがわかると思いますが、異年齢の集団でいるんなことをテーマにやっています。ワークショップでウォーミングアップを最初やってお互いの交流を深めて、それから「いのちを感じるものはなにか」というテーマで、たくさんの項目を挙げ、それを分類してまたみんなで考えたり、いろんなことを工夫しながらやっています。まとめとして、絵本からとってきた「いのちのまつり」という人形劇をみんなでやって、親御さんたちや一般の方たちを招いて一緒にワークショップをやつたりもしております。

最後に、『ホスピスへの遠い道』がわたしにとつては出発点でした。遠い道でしたけれども、今日ここに來ることができたのも、いろいろ道草を食いながら、ようやくここにたどり着いた、という感慨を感じています。

定本・ホスピスへの遠い道



岡村昭彦著 春秋社 3200円

在宅ホスピスのススメ



二ノ坂保喜監修 木犀舎 2500円

昨年は、『在宅ホスピスのススメ』という本を出すことができました。足りないところはいっぱいありますけれどもぜひ読んでいただいているご批判をいただけたらと思います。ご清聴ありがとうございました。

事務局便り

AKIHIKO関係出版物



『ホスピス その理念と運動』 『ホスピスケアハンドブック この運動の反省と未来』 岡村昭彦監訳の復刻版(シリー・ソングダース他編 岡村アキヒ「監訳」が雲母書房から発売されました(申込みはチラシで)。

『ホスピス—その理念と運動』 序文 柏木哲夫
「いつだったか、はっきり記憶が戻らないが、当時早稲田大学の教授をしてもらった本村利人先生(現在、恵泉女学園大学学長)から、岡村昭彦氏がホスピスの事で私に会いたいと希望しておられるので、時間を取ってほしいとお電話をいただいた。一九八〇年前後であったと思う。本村先生は生命倫理研究の重要性を日本で初めて提唱された方でよく存じ上げていた。岡村氏はベトナム戦争の現場を撮影した写真家という事しか知らなかった。私の中では岡村氏とホスピスが結びつかなかった。お会いする約束をしたところ、ご両人が揃って、淀川キリスト教病院に来て下さった。当時私は病院で末期患者のためのチームアプローチを実践していた。お会いして話しているうちに、岡村氏がジャーナリストとしてホスピスの歴史に深い関心を持っておられる事がわかった。
その後、岡村氏は、一九八〇年六月にイギリスで開催された第一回ホスピス国際会議の内容をまとめた『ホスピスケア・ハンドブック』(家の光協会)の監訳者となり、その後、医師やナーズの研修会で多くの講演をされた。
二度目に岡村氏に会ったのは「死の臨床研究会」の会場であった。ほんの短い時間の会話であったが、その時の岡村氏の言葉が強烈な印象で今も私の心に残っている。彼は言った。「ホスピスや死の臨床の真髄は平等意識だと思えます」と。
病院での医療を取付しているうちに、医療の現場がいかに不平等な世界であるかを岡村氏は肌で感じられたようであった。入院と同時に徹底的な弱者意識を持ってしまふ患者、自然にでき上がった上下関係に気が付かない医療従事者、「素人に何がわかるか、私に任せておきなさい」とのパターナリズム—辺側の医者。そんな中でホスピスケアは、看取られる者と看取る者が両方とも、服従を持った平等な者として、支え合うという基本的な考え方に立っているのである。
「あなた死ぬ人、私生きる人」ではなく、「あなた死ぬ人、私もやがて死ぬ人、少しずれますが、そのずれはお許し下さい」というような気持ちで働くのがホスピスのスタッフなのである。」(以下略)

その他、「アキヒ」を取り上げた本も相次いで出版されましたので紹介します。

『新ホスピス宣言』

山崎章郎/米沢慧 雲母書房

『疑惑のアンゲル 写真の嘘と真実、そして戦争』

新藤健一 平凡社 15

『ボタ山のあるぼく』 山口勲写真集』

山口勲 海鳥社 (山口さんは「シャッター以前」3号の表紙の写真を撮られた方です)

*その他ホームページの資料欄には新しい資料が何点か追加されています。

静岡県立大学で公開シンポジウムが開かる

三月十三日静岡県立大学において、附属図書館が所蔵する岡村文庫の文書等を研究する岡村昭彦文書研究会主催で五人のパネリストによる公開シンポジウムが開催され、地元の新聞にも大きく取り上げられました。

六月四日には神奈川県民ホールで開催された日本死の臨床研究会関東支部第十三回支部大会で「大和・生と死を考える会」によりAKIHIKO関係資料展示

七月六日、二十日にはクリエイト浜松において、『はままつ』「伝統と前衛」を愛する百人委員会』

による「岡村昭彦」フィルム上映とお話の会も開催されました。

恒例「夏期合宿」のご案内

「しなのぐらし夏合宿」としてお盆明けの八月十八日(金)から二十日(日)。小布施のオープンハウスNPO法人「しなのぐらし」(代表小淵登美子)で行なわれます。特別講師は横山瑞生氏。演題は「中国伝承医の歴史と思想、および実際」。どなたでも参加できます。(費用 1泊:1万3千円、2泊:2万円、交通費別)希望者は八月五日まで米沢慧氏へ(東京都中野区若宮一ノ四八ノ六。TEL&FAX 03(33337)7475) e-mail kai-yone@k2.so-net.ne.jp

通信費の送金先

この一、二年通信費を振り込んでない方は、左記に通信費一〇〇〇円を振り込んでください。
口座番号 「001706615123」
加入者名 「岡村昭彦の会」

『岡村昭彦の会』会報第十六号

発行 東京都江戸川区西小岩五 十一 二十七 戸田徹男方「岡村昭彦の会」事務局
TEL&FAX 03 3657 8380
http://akihi.ko.kazekusa.jp/
*パソコン検索 akihi-ko-no-kai@kazekusa.jp