

明治大学経営学部経営学科

2007年度卒業論文

「ホスピスの重要性と展望」

指導教員 小関 隆志

学籍番号 1710040203

論文執筆者 鈴木 ちひろ

目次

はじめに

第1章 ホスピスとは

- i ホスピスの歴史
- ii ホスピスの施設形態

第2章 ホスピス・ボランティア

- i ホスピス・ボランティアの役割
- ii ホスピス・ボランティア養成

第3章 独立型ホスピス「ピースハウス」

- i 「ピースハウス」概要
- ii 考察

第4章 ホスピスに関するアンケート

- i アンケート調査
- ii アンケート結果分析
- iii 考察

第5章 NPO 法人「ホスピス・ケアを広める会」を訪問して

- i 「ホスピス・ケアを広める会」概要
- ii 考察

第6章 今後の日本におけるホスピスの展望

おわりに

参考文献・URL

はじめに

今回このテーマを選んだのは、筆者自身の体験から、「最後まで自分らしく生きたいと願う患者の尊厳、権利を守り、その家族も精神的に支援する」という信念の下に働く、ホスピスの看護師さんに感化され、緩和ケア、ホスピスに関心を抱いたことがきっかけである。

しかし、日本においてまだホスピスはがん患者の割合に対して少ない。都心部では増えてきているものの、まだ県内に1院しかホスピス施設を持つ病院がないといった地域も多く存在するのが現状である。かといって、ホスピスをつくるには一般の病院をつくるのに比べて何倍ものコストがかかるだけでなく、多種の人材も必要となってくることから黒字経営は至難の業であるといった現状。それに加え、現在、声高に叫ばれている医療現場での人材不足。一般病院さえも機能しなくなる恐れがあるのに、況してやホスピス…といった状況なのである。

それではなぜ、欧米では多くのホスピスが生まれ、黒字経営が可能となっているのか。それは経営面、人材面の両面において「ホスピス・ボランティア」の存在が大きいと言われている。

日本でも近年ホスピス・緩和ケアへの関心が高まり、その必要性も謳われてきている。

しかし、なかなか増えないのはその「ホスピス・ボランティア」の絶対的な少なさではないだろうかという考えに至った。

ホスピス・ケアを広めるNPOやホスピス・ボランティアの存在も徐々に増えてきている。そうしたNPOやボランティアが中心となって、より多くの地域の人々から賛同、協力を得るためにはいかに働きかけていくべきか。また、多くの人はホスピスというものに対してどういうイメージを持っているのか。それをこの論文において、筆者なりに考察し、結論を出したいと思う。そしてそれは、ホスピスの増加につながり、多くの人が最期まで自分らしく生きられる場所となることを願う。

第1章 ホスピスとは

～i ホスピスの歴史～

ホスピスの語源はラテン語の「温かいもてなし」である。

中世初期に発したホスピスは、巡礼者、旅行者、他国者、貧困者、病人たちを休ませ歓待する家として、教会によってヨーロッパの主要都市に分布していた。そこでは食物を提供し、宿泊させ、保護と守りを与え、健康上の手当てをし、前途の旅路への精神的な励ましを提供して彼らが勇気を奮い起こして出発して行けるのを助けたと言われている（注1）。

ホスピス末期ケアに対して適用されるようになったのは、19世紀のことである。

アイルランドの修道女メリー・エイケンヘッドによって死にゆく人々のための病院、施設をホスピスと呼ぶようになった。

1960年代後半からイギリスでは社会を巻き込んだホスピス・ムーブメントが市民活動として発展した。それは完全に市民運動であって、自分たちの問題ということでチャリティーとして基金を集める人たちやホスピスを啓蒙する人たちが最前線にいた（注2）。そして、1967年に女医、シシリー・ソンドースによってロンドンの下町に設立されたセント・クリストファーズ・ホスピスが現在の形のホスピスの初めである。ソンドースは患者が抱える痛みには、身体的な痛みのほかに、病気が原因で不安になったり孤独感を感じたり、憂鬱になったりする心の痛み、家族への心配や経済的な不安などの痛み、そして **spiritual pain**（霊的な痛み）があるとし、これらの様々なレベルの痛みは複雑に影響しあっているもので、それらを全人的にケアすることが、ホスピスの中心的目標となった（注3）。そして、ソンドースはホスピスとは、以下のような場所であると語っている。

- ① 患者を一人の人格者として扱う
- ② 苦しみを和らげる（痛みのコントロール）
- ③ 不適當な治療はしない
- ④ 家族のケア、死別の悲しみを支える
- ⑤ チームワークによる働き（医師や看護師を中心に、ボランティアチーム、栄養士、マッサージ師、美容師など、患者が必要と思う人すべて）（注4）

こうしたホスピスはやがて、ヨーロッパ全土、アメリカ、オーストラリアなどキリスト教圏を中心に世界各国に広がっていった。日本では1981年、浜松市の聖隷三方原病院の一般病棟での末期がん患者に対するホスピス・ケアが開始されたのが最初である。その後、80年代になると独立型のホスピスがイギリス中に広がっていった。

そして、当時から今となってもあまり変わってないのだが、イギリス（または、カナダ、アメリカ）では病院ボランティア、ホスピス・ボランティアがとても多い。とくにイギリスは一つのホスピスに900人ものボランティアが登録しているという（注5）。このホスピス・ボランティアの存在は、医療者の補助や、患者・家族の精神的支え、経営など多くの面で大きな役割を果たしている。

～ ii ホスピスの施設形態～

現在、日本では厚生労働省に認可されたホスピスは 2007 年 8 月現在、174 施設、3351 床ある（注 6）。ホスピスには代表的な例として次の 5 つの形態が挙げられる。

① 院内独立型

一般病院の同一の敷地内に存在しながら、一般病棟とは独立したホスピスとしての建物をもつもの。

② 院内病棟型

一般病院の一部の病棟をホスピスに利用するもの。

③ 院内分散型

独立した建物や病棟を持たず、病院内でチームがホスピス・ケアを行うもの。

④ 在宅ケア型

入院施設を持たず（あっても短期入院のみ）、在宅ケアを主としたホスピス・ケアを行うもの。

⑤ 院外独立型

一般病棟とは無関係に空間的にも独立して存在するもの。

イギリスに多い。

（注 7）

イギリスや日本ではホスピス・ケアは施設を中心に行われているが、アメリカでは、ホスピス運動の初期段階から、在宅ケアが重要と見なされてきた。それは医療費の削減のためである。医療費がずば抜けて高いアメリカでは、在宅介護は当たり前であった。1979 年に連邦政府の保険財務管理局が末期患者に要した医療費を、従来の病院での費用とホスピスとで比較調査したところ、ホスピスでの医療費、中でも在宅患者の医療費が安いということが判った。この調査から連邦政府は 1983 年以後、ホスピス・ケアにメディケア（連邦政府管掌の 65 歳以上のための医療保険）からの給付をすることを決定した。これにならって、私的保険もホスピス給付をするようになり、企業も財政的に援助するようになった。有志や篤志家などからの寄付を基本に善意で行っていたホスピスは、このとき以来財政的には救われた。全米でのホスピス激増はこれがきっかけとなった。ホスピスが全体の医療体系の中に組み込まれるようになったのもこの頃の動きが発端となっている（注 8）。

これに対し、カナダと日本では、ホスピスは病院の一機能という見方が強く、病院内の施設として捉えられている。とくに、日本では、最近は増えつつあるものはまだ在宅ケアのシステムが遅れており、病院とホスピス、そして家庭との連携が乏しいのが現状である。

しかし、このシステムの違いは、各国の医療制度、医療保険制度などの社会経済的要因によって規定されるもので、どのモデルが優れているかは簡単には比較できないだろう。ただ、日本の医療制度が他国に比べて劣っているとは私は思わない。医療制度不安が叫ばれている現在でも、真つ当なルールある資本主義国であればわざわざアメリカなどの真似

をしなくても不安はいくらでも解決できるのである。

しかし、日本のホスピスが欧米のホスピスと違う点、遅れている点として、患者さんに自分の病名や病状、ホスピスとは何かについて必ずしも十分な知識がないということや延命治療が一般的に行われることはないにしても、そうした治療行為を全面的に放棄しないこと等が挙げられると考える。他にも、ボランティア活動の未発達、明確な死生観や信仰心に乏しいこと、経済的支援の弱さなども指摘されている。特に、日本ではホスピスはもちろん、病院におけるボランティア参加者が欧米各国に比べて圧倒的に少なく、なかなか浸透しない点に注目し、ホスピスにおけるボランティアの存在、役割、養成等について次の章で論じたい。

第2章 ホスピス・ボランティア

～i ホスピス・ボランティアの役割～

キリスト教精神に基盤をおく欧米では、共同体の一員として積極的に他者への愛を示し、無償で援助に関わってきた伝統がある。ボランティア活動はそこから生まれた自然な流れのものであろう（注9）。欧米で行われたホスピス運動はこのボランティアの存在無しでは成立しなかったのである。

チーム・アプローチによるホスピス・ケアの中でボランティアの存在は大きな比重を占めている。ホスピスに必要なのは延命の為の医療器具や技術的専門家ではなくて、患者のニーズに適切なケアを提供できる、「人間の存在」だからである。

ホスピス・ボランティアを希望する人には大体以下の3つのタイプがあるという。

- ① 家族がホスピスで十分なケアを受けて亡くなった人
- ② 総合病院などで苦しんで亡くなった肉親を持つ人（この場合は、もう自分のような辛い経験を他者に味わわせないようにと進んで参加する人）
- ③ 直接的な経験はないが、ホスピスの趣旨に賛同して参加する人。

しかし、家族などの死後1年未満の人は情緒的に無理があるという理由から不相当とされるケースが多い（注10）。

ボランティアの仕事は、看護師の補助的なものだけではなく、一般事務、受付、電話の応対、掃除、買い物、運転手、手紙の代筆など多岐に渡っている。さらには寄付金を集めることも重要な仕事であるという。

そして、ホスピス・ボランティアの最も大切な役割は、患者または残された家族のそばに座って、その話に耳を傾け、孤独の苦しみを慰めることである。患者や家族の話し相手となるボランティアは、そこで見聞きした個人の秘密を、決して関係の無い他人に漏らしてはいけない。これはボランティアとして当然の義務といえる。また、どんなに自分の価値観と相違する事実に遭遇しても、相手を裁くような行動は慎まなければならない。誰でも簡単にというわけにはいかないが、こうした活動に参加することで、ボランティア自身もより豊かな人間へ成長する道が拓かれるのではないかと考える。

～ii ホスピス・ボランティア養成～

欧米のホスピスではボランティアが常時多方面で活躍している。また、ホスピス自体も、そのボランティアの教育に熱心に取り組んでいる。

イギリスでは多くのホスピスが多角的なトレーニング・プログラムを提供し、ボランティア教育に力を入れている。特に欧米のホスピスでは患者の死後最低1年以上、遺族の悲嘆プロセスへの援助が義務付けられているが、この悲嘆へのケアに当たるボランティアの教育は特に厳しく行われている。以下はイギリス、オックスフォードにあるホスピス・ボランティア養成スケジュールの一例である（注11）。

- ① 概要紹介： ホスピスの哲学
 (2 時間)
 施設内の説明（病棟、デイ、ユニットなど）
- ② 週末研修： 話の聴き方
 人間関係づくり
 手の差し伸べ方
 基本的カウンセリングの方法
 グリーフ・ワークの概説
 悲嘆経験者のグループづくり
 (19 時間)
- ③ 一日研修： 上級技術実習
 ロール・プレイ
 ビデオ/録音テープによる実習
 (2 日間)
- ④ 夜間研修： 喪失体験への適応の仕方
 悲嘆への理解
 感情転移
 正常な経過と病的な悲嘆
 悲嘆と家族
 悲嘆と子ども
 悲嘆と高齢者
 地域社会からの援助
 (20 時間)

以上のように計 51 時間にも及ぶ研修を受けて初めて、ホスピス・ボランティアとして活動ができるようになるのである。

ホスピスのほかにも、1959 年に組織されたクルーズという巨大なボランティアグループがある。ここではほとんど国内にわたって遺族のもつ情緒的、实际的、社会的なニーズに

沿った総合的なサービスを提供しているほか、死別の心理に関する研究や死別カウンセラーの育成も行っている。

～iii 日本におけるホスピス・ボランティア～

日本では昭和 30 年代後半から病院ボランティアの活動が徐々に行われるようになった(注 12)。一方、ホスピス・ボランティアとなると一般社会はもちろん、医療関係者の間でもまだ認識は低いようである。しかし、ここ数年で日本でもホスピス・ケアに対する関心が高まってきおり、何らかの援助の手を差し伸べたいと願うホスピス・ボランティアの数も増加し始めている。愛知県にある愛知国際病院など、ボランティア希望者が引きも切らず、最近では断っているというケースもあるが(注 13)、それはごく一部の例外であって多くのホスピス病棟ではまだまだ足りない。

上智大学のコミュニティ・カレッジでは教養実務講座の一環として 1989 年度から「ホスピス・ボランティアとは」という講座(全 10 回)をいち早く開設しており、毎年定員を上回る応募があるという。開設当初はこの講座を通じて学んだものをすぐ活かせるような実践の場が非常に少ないことが悩みの種であったが、現在では都内でも多くの病院でホスピス・ボランティアの受け入れを行っている。加えて、今では上智大学の他にも様々な大学の公開講座や、市民講座として多くのところでホスピス・ボランティア講座が開講されているし、欧米のようにホスピス・ボランティアの教育に取り組む病院が増えつつある。病院によっては、高校生などの学生でもそうした講習会や研修に参加すれば、受け入れ可能などところも増えてきている。

以下は、都内におけるホスピス・ボランティアの受け入れ状況である。(平成 18 年 10 月現在)

	施設名	住所	緩和ケア病 床数	活動時間/1 日
1	社会福祉法人 ヨハネ会桜町病院 聖ヨハネホスピス (院内独立型)	小金井市桜町 1-2-20	20 床 個室×14 2 床×3	4 時間
受け入れ条件 ・ホスピス、ボランティア理念に共鳴していること ・ボランティア講座（計 8 回/2 ヶ月）を受講していること ・週 1 回の活動と月 1 回のミーティングに参加できること ・親しい人を亡くした経験がある場合は、その死別から 1 年以上経過していること				
2	宗教法人 救世軍救世軍清瀬病院 救世軍ホスピス (院内独立型)	清瀬市竹丘 1-17-9	25 床 個室×19 3 床×2	4 時間
受け入れ条件 ・週 1 回 4 時間、なるべく長期できる方 ・心身共に健康で、病める人への優しい心と協調性のある方 ・奉仕の喜びを経験したい方				
3	独立行政法人 国立病院機構 東京病院 (院内独立型)	清瀬市竹丘 3-1-1	20 床 個室×20	設定なし
受け入れ条件 ・ボランティア保険に加入（自己負担） ・土曜日、日曜日、祭日は不可				
4	医療法人珠光会 聖ヶ丘病院 (院内病棟型)	多摩市連光寺 2-69-6	11 床 個室×11	設定なし
受け入れ条件 ・なるべく近隣の方が望ましい。				
5	セブンスデー・ アドベンチスト教団 東京衛生病院 (院内病棟型)	杉並区天沼 3-17-3	24 床 個室×16 2 床×4	日中 5 時間 夜間 3 時間
受け入れ条件 ・ホスピス、ボランティア理念に賛同してくださる方 ・当院が計画する養成講座（週 1 回、4 週間）に出席し、その後現場実習を行い、適性を認められた方 ・活動は週 1 回（曜日限定）で、一年間継続して活動できること ・守秘義務を守れる方				
6	社会福祉法人信愛報恩会 信愛病院	清瀬市梅園 2-5-9	20 床 個室×10	最低 2 時間

	(院内病棟型)		2床×5	
受け入れ条件	・健康で明るく、やさしい、温かみのある方 ・週1～2回を6か月以上継続して活動できる方			
7	財団法人 聖路加国際病院 (院内病棟型)	中央区明石町 9-1	25床 個室×17 2床×4	6時間
受け入れ条件	・心身共に健康であること ・当院の趣旨に賛成し、協力的に活動できる方 ・週1回定められた曜日に少なくとも、1年以上活動できる方 ・患者さんのプライバシーが守れる方 ・当院の一般病棟でボランティア活動を6か月以上経験していること ・生と死の学習を済ませていること(どこでも可) ・ボランティアミーティング(1回/2か月)、病棟ミーティング(1回/1か月)に参加できること			
8	社会福祉法人 賛育会 賛育会病院 (院内病棟型)	墨田区太平 3-20-2	22床 個室×10 3床×12	設定なし
受け入れ条件	・18歳以上で、心身共に健康な方 ・月1回以上、病棟における活動ができること ・年2回実施の緩和ケア病棟ボランティア講座への参加			
9	東京都立豊島病院 (院内病棟型)	板橋区栄町 33-1	20床 個室×20	1時間
受け入れ条件	・月～金曜日の平時に活動が可能な方 ・当院のボランティア登録を行うこと ・ボランティア保険への加入			
10	日本赤十字社医療センター (院内病棟型)	渋谷区広尾 4-1-22	17床 個室×9 4床×2	3～4時間
受け入れ条件	・一日2時間以上で、週1回以上活動できる方 ・6か月以上継続して活動できる方 ・心身共に健康な20歳以上の方 ・一年以内に親族が亡くなっている方はご遠慮いただいています			
11	財団法人 ライフ・エクステンション研	台東区東上野 2-23-16	16床 個室×8	設定なし

	究所付属 永寿総合病院 (院内病棟型)		2床×4	
受け入れ条件	<ul style="list-style-type: none"> ・多少の研修をしていただけること ・定期的に参加していただける方 			
12	医療法人社団崎陽会 日の出ヶ丘病院 (院内病棟型)	西多摩郡日の出町大久野 310	20床 個室×12 4床×2	3時間以上
受け入れ条件	<ul style="list-style-type: none"> ・心身共に健康であること ・患者様の心を大切にしようとする方 ・守秘義務を守れる方 ・決められた時間を守ることができる方 ・週1回以上、定期的に活動できる方(月曜日～金曜日) ・ボランティア登録後に研修会あり 			
13	N T T 東日本関東病院 (院内病棟型)	品川区東五反田 5-9-22	28床 個室×16 4床×2 2床×2	設定なし
受け入れ条件	<ul style="list-style-type: none"> ・「緩和ケアとボランティア」についての講習を受けていただくこと ・ボランティア保険に加入していただくこと ・プライバシーの尊重を厳守 			
14	立正佼成会付属佼成病院 (院内病棟型)	中野区弥生町 5-25-15	12床 個室×12	設定なし
受け入れ条件	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア説明会でよく説明を聞き約束を守れること ・健康であること(面接あり) 			
15	財団法人厚生年金事業振興団 東京厚生年金病院 (院内病棟型)	新宿区津久戸町 5-1	18床 個室×10 2床×4	設定なし
受け入れ条件	<ul style="list-style-type: none"> ・一年以内に、身内の大切な方をなくされた方は、御遠慮いただいています 			
16	木村病院 (院内病棟型)	大田区千鳥 2-39-10	13床 個室×10 3床×1	設定なし
受け入れ条件	<ul style="list-style-type: none"> ・一年以内に身内の大切な方を亡くされた方は、ご遠慮いただいています。 ・年齢、職業などは問いません。 			

(東京都福祉保健局医療政策課による HP (注 14) を基に筆者作成)

大抵の病院において、講習や研修を受けて初めてボランティアに参加できるということから、多くの方は、例えばゴミ拾いなどのように気軽な気持ちではできないのではないかと考え、誰でも簡単に、気軽に接することはできないだろう。その難しさゆえに、導入に慎重にならざるを得ない施設も多く、すでにボランティア活動が破綻してしまったところもあると聞く。筆者も正直言ってしまうと、「死」を目の前にしている患者、その家族に対してどんな気持ち、覚悟を持ってどんな表情でどんな会話をすれば良いのか全くわからない、というのがホスピス・ボランティアに対してのイメージであった。だが、調べていくうちにホスピスに入った人は何も特別扱いされたくて入所したのではなく、むしろ、最後までできるだけ自分らしく今までと変わらない生活を望むからこそ、ホスピスを選んでいるのだと考えるようになった。それなのに周りが変に構えて、善意のかたまりになって押し付けがましくなると、患者にとってもボランティアにとってもお互いが負担になってしまうだけではないかと。出番じゃないときにはずっと引けること、たまに何かお手伝いできたら幸い、というくらいの気持ちで望むことが大切であるのだ。そして、何よりも大切なのは、一人一人が持っているさりげない微笑みや優しい思いやりに満ちた日常的な行動、自然と発揮させるユーモアであって、つまりはいつもと変わらない普段の自分である。ホスピス・ボランティアの明るい笑顔は、無言のコミュニケーションとして、死に直面している人とその家族の心をどんなに温かく支えるか計り知れないのである。講習や研修でのトレーニングもあくまでそうしたホスピスでボランティア活動をするということの基本的な行動や心構えなど必要最低限を学ぶものであって、ホスピス哲学を云々することを大事としているのではない。

また、ボランティアを続けるコツは我慢しないことであり、あんなことが嫌だった、あの人は嫌いなどと思ったら、持ち帰らないで更衣室などで他のボランティアたちに話してみる。すると、まわりから「でもね」という言葉が出て、また違った見方ができるようになるのだという（注15）。人は一人一人の生き方が違うように、人生の終わり方も実に様々である。ホスピス・ボランティアは死にゆく人を鏡として、絶えず自分自身の生き方を見つめ直す場にあると言える。ボランティアをすることを通しては、何も良いことばかりではなく、辛いこと、嫌なことにもしばしば出くわすだろう。しかし、いわば、人生の原点に立ち返って、他者のために手を差し伸べられる得がたい機会であることは間違いない。

今後、日本においてホスピス・ケア、ボランティアを広めていくにはこうした理念をいかに浸透させ、賛同する参加者を増やせるか。そして、その参加者たちが活動を持続させ、また次の世代に引き継がせられる環境をどのように社会、地域が作っていくかが鍵となってくるのではないだろうか。

現代社会では「生老病死」は病院等で施設管理される時代となり、特に「死」に関しては子どもたちにはまるで見せてはいけぬもののように日常生活から隔離されている。それに加えて、過熱するゲーム人気は、子どもたちに永遠に生きられる、死んでもすぐ生き返られるといった錯覚を与えてしまっている。

2007年2月に岡山県玉野市教育委員会が市内の小中学生約1700人を対象に実施した「命に関するアンケート」では、「死んだ人が生き返ると思う」と回答した子どもが全体の約12%を占めたことが分かった。また家族や親類など身近な人が亡くなった時に「悲しいと感じなかった」は6.1%いたという（注16）。こうした報告から、子どもたちの「命の尊さ」や人の生死についての理解・認識の欠如を考えさせられた。

近年、そうした現状に対して家庭や学校だけでなく、地域も一緒になって子どもたちに命の大切さを教えることの重要性が各方面で訴えられている。東京都にある聖路加国際病院の日野原重明名誉院長は「いのちの授業」と題して、「命の尊さ」を子どもたちに感じてもらうと各小学校を訪問している。こうした活動の理念はホスピス・ケア、ボランティアの理念と通ずるものがある。これらを通じて若い世代へホスピス・ケア、ボランティアを広めていくことができるのではないだろうか。

第3章 独立型ホスピス「ピースハウス」

i ～「ピースハウス」概要～

これまで、ホスピスの起源、理念、ホスピス・ボランティア等について述べてきたが、それでは実際にホスピスとはどういうところであるのか。神奈川県足柄上郡中井町にある「ピースハウス病院」のホスピス公開セミナーに参加してきた。

「ピースハウス病院」は、聖路加国際病院の日野原重明名誉院長が理事を務める財団法人ライフ・プランニング・センターによって、日本における初の独立型ホスピスとして1993年9月に設立。2006年までの延べ患者数は6377人で、一日当たりの平均在院患者数は17.5人、平均ベッド稼働率は79.4%である（注17）。また、2006年にはデイケアセンターを増築した。

ピースハウス病院はJR東海道線二宮駅から車で20分ほど、歩いたら2時間近くかかるような豊かな自然に囲まれ、晴れた日には病室から富士山が臨める静かなところにあった。参加者は、老夫婦、グループ参加のご婦人方や看護学生など筆者を含め20人ほど。この病院の看護師である瀬戸ひとみさんから、ピースハウス病院の説明、ビデオ鑑賞、ホスピス・ボランティアによる施設案内、質疑応答と約2時間で、資料代を含め参加費、1人1,000円の公開セミナーであった。

～基本方針～ （注18）

- 1、痛みなどの心身を悩ます不快な症状が緩和され、患者と家族がその人らしく時を過ごすことができるように、患者と家族の希望する場において、全人的ホスピス・ケアを提供する
- 2、愛する人を失う悲しみや、その他の心身の反応は自然なことと考え、ケアを始めたときから死別後まで、患者への家族への支援を行う
- 3、患者と家族のニーズに応えるために、多職種の職員とボランティアでチームを構成し、

互いに協力してケアを提供する

- 4、日本の実情に即したホスピスのモデルとなるように、より良いケアの実践、研究、教育を進める

(1998年10月改定)

(2003年6月改訂)

～施設内容とスタッフ～ (注19)

- ・総面積 5790 m² 建築面積 1989 m² 個室面積 20～23 m²
- ・個室 14床、男女それぞれ4床室2室 (計22床)
- ・常勤医師3名、非常勤医師2名、看護師28名、看護助手4名、薬剤師2名、メディカルソーシャルワーカー (MSW) 1名、管理栄養士2名、音楽療法士1名、チャプレン1名、病棟事務1名、事務員3名、キッチンスタッフ6名、運転スタッフ6名、教育研究所4名、ハウスキーパー6名、ボランティアコーディネーター1名、ボランティア95名。

～入所手続きの流れ～ (注20)

- ① 電話による相談・外来予約

↓

- ② ホスピス相談・ホスピス外来

MSWが電話や面談にて患者又はその家族からの相談を担当。面談での相談料は1回(60分)につき3,000円、予約必要

↓

- ③ ホスピス・ケア判定会議 (医師2人、看護師2人、MSW1人で決定)

↓

- ④ ホスピス・ケアの開始 (外来、在宅ケア、入院ケアの予約)

体験入院も1日～1週間程度で行っている

～費用～

一日当たり 37,800円 (三割負担 12,120円) (老人保健 2,260円)

これに全ての医療費、食事代が含まれる。

個室になるとこの料金にベッド代が一日当たり18,900円～24,150円がプラスされる。

～ホスピスでの生活～

2006年度の延べ患者数は189名 (男91名 女98名) で、平均年齢は70.0歳、平均入院日数は27.2日であった (注21)。

家族は24時間出入りが自由で、家族の宿泊用の部屋も用意されている。個室であればペットを持ち込むことも可能で、気分がよければ外への散歩、外泊も可能であり、自宅のように自由に過ごしてもらうことを理想としている。

一般の病院のように、決められた起床時間、食事時間、就寝時間など一日のスケジュールはあるが、それはあくまで目安であって基本的に個人の自由である。入浴の回数や時間のみ介助などの都合もあり制限されてしまう。美容室では週に 3 日、美容師が来院し、カット、カラー、パーマを楽しむことが出来るので、気分転換にもなり、好評を得ている。また、アートプログラムといって毎日、日替わりで俳句や押し花、折り紙、塗り絵などをラウンジで行ったり、月に 1 度季節の行事（七夕、クリスマスなど）があるが、これも参加は自由で病院側は強制したりしない。他にも音楽療法に力を入れており、専用の部屋も用意され、専任の音楽療法士も常勤している。ピースハウスを支援する外部の様々なボランティアグループもよくコンサートを催しに月に 1 度ほど来院し、生の音楽を楽しむことが出来る。

また、家族ケアについても力を入れている。別れはとても辛く、悲しいことである。しかし、家族が患者を最期まで看取り切ったと思うことによって後悔や悲しみを少しでも薄めることができる。そのため家族が患者を看取りきれないように、スタッフ全員で支えている。患者の QOL (Quality Of Life) だけでなく家族の QOL を守ることも大切な役割なのである。また、患者が亡くなった後、7~8 ヶ月後の家族が心の整理がつき、落ち着きを取り戻した頃に担当看護師が手紙を出し、様子を伺い、「遺族の集い」などへの参加の呼びかけをする。同時期に亡くなった患者家族の約 6~7 割の人が参加するという。同じ痛みを抱える者同士で胸の内を語り合うことが、深い悲しみや寂しさを埋めてくれることもあるのだ。

現在は、入院を希望すれば個室は大体 2 週間、大部屋は 1 ヶ月以上の待機が必要とのこと。

～ ii 考察～

実際のホスピスを見学し、最初は、周りには何も無くあまりにも静かな場所であったので、少し寂しい感じがしたが、中に入ると不思議と何かを守られているような安心した気持ちになり、スタッフの柔らかな対応に、ここでなら穏やかに死を受け入れられるのではないかという気持ちになった。

最も印象に残っているのはやはりホスピス・ボランティアの存在であった。現在、ピースハウスには 95 名のボランティアが週に 1 度それぞれの担当曜日の 10 時~16 時、または夜間帯のナイト・ボランティアとして活動している。食堂の入り口には、患者さんに覚えてもらうためか医師、看護師などの職員と同じようにボランティアの顔写真と名前が掲載されていた。また、夏季休暇などを利用して地元の高校生もボランティアに参加し、行事などを手伝ったりしている。その模様が VTR で流されたのだが、ある高校生が「患者さんや家族、他のボランティアの方や、職員さんは良い人ばかりで学ぶことが多い。そして、何よりもとても楽しい。こんなに楽しくやらせてもらえて、本当にこれで良いのかと思ってしまう。」と感想を述べていたことが、心に残る。

看護師の瀬戸さんもお話されていたのだが、ピースハウスではボランティアの存在は不可欠であり、ボランティアの存在が無ければ黒字経営は難しいという。独立型に限らず、緩和ケア病棟の経営はどこも厳しい状況である。医療政策は保険の診療報酬点数で小手先の左右されるということになりがちで、定額制の金額が高くなって普及した緩和ケア病棟も、保険の点数によって経営が左右されるためである。院内病棟型であれば、緩和ケア科に限って赤字になっても他の科で補填できるが、独立型ではそうはいかない。どんなに薬などを使っても大体の年収は決まっており、こうしたセミナーや講演会を通じて、ホスピス・ケアを広め、空床を出さないように努力しなければならない。また、自分たちでも患者には負担を掛けることなく最善のケアを提供しながら、様々な節約の工夫をしていかなければならないそうだ。それでも、全国の独立型ホスピスを見ても毎年黒字経営をできているのはピースハウスを含めてほんの一部だけであるという。ちなみに 2006 年度の収支報告は、

経常収入	342,124 千円
経常支出	328,510 千円
当期経常収支差額	13,624 千円
寄付金・会費収入	15,702 千円
当期収支差額	29,326 千円

というものである（注 22）。

ボランティアは地域住民がほとんどである。病院側は交通費、食費も一切出せていないがそれでも毎年、ボランティア希望者は後を立たないばかりか増加傾向にある。かといって家族をここで亡くしたというような人はほとんどいないそうで、病院側もありがたいことであるが、どこで聞きつけて来るのか不思議に思っているという。

帰り際に一人のボランティアの方に、なぜ始めたのかということ聞いてみた。その人は、「ピースハウスができるまで、『ホスピス』というものも知らなかった。けれど、テレビでこの施設が特集されているのを見て、折角素晴らしい施設が出来たのだから守っていかなくてはならないと感じた」と話してくれた。ボランティアを始めてもう 2 年が経ったという。

中井町の人々は自分たちの町に「ピースハウス」があることをとても誇りに思っているように感じた。それは、経緯を話してくれたボランティアの方の話からも伺えたし、ここに行く途中で筆者は道に迷い、何度か道を尋ねたのだが、「ピースハウス」と口にすると、どの人もすぐに道順を教えてくれた。この辺りでピースハウスを知らない人はほとんどいないという。これは私の勝手な推測であるが、ピースハウス病院のある中井町は人口 3303 人で、その 23%が農業に携わっているという町である（注 23）。昔からの農村地帯であったのだろう。農村では、人々はいつも忙しいときは助け合い、豊作のときは互いに喜び合うといった共同体の中で暮らしていた。そういった昔からの人と人との助け合い、支え合

いの精神が今でも根強く残っており、困った人がいれば手を差し伸べずにはいられないのではないだろうか。それが、ボランティアという形で現れているのではないだろうか。

助け合いの精神は日本の伝統的な文化、美德である。宗教的な理由で日本はボランティアがなかなか発達しないと言う人もいるが、日本人は本来そうした精神を持っているのである。ただ、現在、そういう精神を発揮したくてもできない、発揮しにくい世の中に変わってきているのではないかと、ピースハウス、中井町を訪問してみて考えさせられた。

第4章 ホスピスに関するアンケート

i ～アンケート調査～

ここまではホスピスの必要性についての見解を述べてきたが、実際に「ホスピス」という名称、概念は、特に地方都市においてどのくらい浸透しており、どのようなイメージを持っているのか、また、どれほどの需要があるのかなどをアンケート調査することにした。

2007年10月31日～11月10日にかけて、新潟市東区にある新潟医療生協・木戸病院の協力を得て、ホスピス、終末期医療に関するアンケートを匿名で実施。また、私的な友人・知人にも同様のアンケートをメールにて実施した。(アンケートの内容は以下の通り) アンケートには、20代から80代の男女の患者、病院職員、関係者など、118名の方々から回答を頂くことができた。

ホスピスに関するアンケート

男 ・ 女 10・20・30・40・50・60・70・80・90・100 歳代

1、あなたが終末を迎えるときは、病院などの施設と自宅のどちらが良いですか？

施設 ・ 自宅

2、ホスピスを知っていますか？

はい ・ いいえ

3、はい と答えた方 ホスピスについてどんなイメージを持っていますか？

ホスピスとは、主に末期がん患者や様々な疾患で苦しんでいる人に対し、これ以上治療の効果が無いとわかった段階から、体と心の痛みを取り除き、その人らしく最期まで生きられるようにケアすること。また、その家族も精神的にケアする施設です。

4、もし、お住まいの近くにホスピス施設があったら利用したいと思いますか？

はい・いいえ

理由

5、もし、このようなケアを自宅で受けられるとしたら利用したいと思いますか？

はい・いいえ

理由

6、もし、お住まいの地域で「ホスピスをつくろう」という運動が始まったら、協力したい
と思いますか？

～木戸病院とは～

- ・ 1976年5月、88床で開院
- ・ 現在、内科や消化器科など19の診療科と312床のベッド数を持つ他、診療所、特養ホーム、介護保険施設などの関連施設有り
- ・ 2010年4月に現在の場所から500メートル程離れた場所に移転・新築。同敷地内に健診センター、屋内プールなどが入居する複合施設も建設する他、現在の病棟の一部を改築し、高齢者向けの有料賃貸住宅にするなど、コミュニティケアのより一層の普及に力を入れている（注24）

～アンケート調査の実施概要～

- 1、調査対象 新潟市にある木戸病院の患者、職員、関係者又は私的な友人、知人の男女
125名
- 2、実施時期 2007年10月31日～11月10日
- 3、調査方法 質問紙配布、メール
- 4、有効回収率 118名 男33名 女85名（94.4%）
- 5、以下、回答者の属性
（小数点以下切り上げ）

	カテゴリー	人数 (%)
性別（118人）	男性	25%
	女性	75%
年代（118人）	20代	25%
	30代	25%
	40代	18%
	50代	12%

	60代	7%
	70代	8%
	80代	2%
	未記入	3%

1、あなたが最期を迎えるとしたら、病院などの施設と自宅のどちらが良いですか？

全体の結果

	病院などの施設	自宅	わからない
全体（118人）	29%	55%	16%

年代別の結果

	病院などの施設	自宅	わからない
20代	27%	70%	3%
30代	27%	61%	12%
40代	52%	29%	19%
50代	36%	58%	6%
60代	50%	25%	25%
70代	20%	20%	60%
80代	50%	50%	0%
未記入	0%	67%	33%

2、ホスピスを知っていますか？

全体の結果

	はい	いいえ
全体（118人）	90%	10%

年代別の結果

	はい	いいえ
20代	83%	17%
30代	94%	6%
40代	100%	0%
50代	92%	8%
60代	86%	14%
70代	80%	20%
80代	50%	50%

未記入	100%	0%
-----	------	----

*注 ここでは、ホスピスの具体的なことは知らなくても、名称だけでも知っている人は「はい」に含んでいます。

3、「はい」と答えた方、ホスピスについてどんなイメージを持っていますか？

全体の結果

- ・疼痛緩和
- ・心安らかに最期を迎えられる場所
- ・残された時間を最後まで自分らしく過ごせる場所
- ・自宅と近い環境で家族と過ごせる場所
- ・暗いイメージ

*注 ここでは特に多かった意見上位5つを挙げました。

4、もし、お住まいの近くの病院にホスピス施設があったら利用したいと思いますか？

全体の結果

	はい	いいえ	わからない
全体（118人）	71%	21%	8%

年代別の結果

	はい	いいえ	わからない
20代	44%	53%	3%
30代	64%	21%	15%
40代	71%	19%	10%
50代	72%	14%	14%
60代	88%	0%	12%
70代	80%	10%	10%
80代	50%	50%	0%
未記入	100%	0%	0%

「はい」の理由

- ・自宅では家族に迷惑・負担がかかるから
- ・疼痛緩和ケアを受けることで最後まで自分らしく生きたいから
- ・一人で最期を迎えるのは寂しいから

「いいえ」の理由

- ・自宅で最期を迎えたい
- ・最期まで諦めずに治療してもらいたい

・イメージとは実際と違うと思うから

5、もしこのようなケアを自宅で受けられるとしたら利用したいと思いますか？

全体の結果

	はい	いいえ	わからない
全体（118人）	72%	19%	9%

年代別の結果

	はい	いいえ	わからない
20代	70%	24%	6%
30代	79%	18%	3%
40代	67%	14%	19%
50代	72%	21%	7%
60代	75%	0%	25%
70代	90%	10%	0%
80代	0%	100%	0%
未記入	70%	0%	30%

6、もし、お住まいの地域で「ホスピスをつくろう」という運動が始まったら協力したいと思いますか？

全体の結果

	はい	いいえ	わからない
全体（118人）	71%	21%	8%

	はい	いいえ	わからない
20代	64%	23%	13%
30代	67%	27%	6%
40代	72%	14%	14%
50代	96%	4%	0%
60代	75%	25%	0%
70代	90%	10%	0%
80代	50%	50%	0%
未記入	67%	0%	33%

「はい」の理由

・必要な施設だと思うから

- ・自分も利用したい
- ・新潟市に限って言えば、少なすぎる
- ・喜ぶ人がいるなら、何でもしたい

「いいえ」の理由

- ・近い場所では嫌である
- ・高齢のため
- ・まだホスピスの良さがわからない

*その他の結果

- ・最期は自宅で迎えたいが、ホスピスを利用したいと答えた人…27%
- ・ホスピスを知っているが、利用したくないと答えた人…22%
- ・ホスピスを知らないが、この説明を読み、利用したいと答えた人…6%
- ・ホスピスを利用したくないが、在宅であれば利用したいと答えた人…20%
- ・ホスピスを利用したいが、運動には協力できないと答えた人…12%
- ・ホスピスを利用したくないが、運動には協力できると答えた人…16%

～ ii アンケート分析～

・質問 1 について

20代は圧倒的に自宅や、自分が好きな場所で最期を迎えたいと考えている人が多かった。30代以降では、現実が見えてくるのか、「自宅で最期を迎えるのが理想であるが家族への負担などを考えると施設」や、「高齢で一人暮らしのため寂しさや不安がある」といった理由で施設を希望する人が多くなっていく。しかし、やはり本音としては最期はできる限り自宅で迎えたいというのがどの年代からも共通して伺える。

・質問 2 について

この結果を見る限り、その存在を知っている人は全体で9割とほとんどで、一般に浸透してきているのが伺えるが、それでもホスピスがどのような理念でどのようなケアを行っているかを知っている人はやはり少ない。質問を設けなかったので具体的な数字はわからないが、アンケートやそれに答える様子から、ホスピスでの具体的なケアを大まかにでも知っている人は全体の5割程度ではないかと推測する。

・質問 3 について

イメージは各年代によって様々であるが、共通して最も多かったのは「静かなところ」であった。「意味の無い場所」と回答した人が僅かにいたものの悪い、嫌なイメージを持つと回答した人はいなかった。

キリスト教などの宗教的イメージや、その昔、老人ホーム＝姥捨て山と言われたようにホスピスにもそうしたイメージが特に高齢者において多いのではないかと予想したのだが、そうした回答は全く無かったことが意外であった。

・ 質問 4・5 について

やはり 20 代では、最後まで望みを捨てずに一般病棟で治療してもらいたいという回答が他の世代に比べて多かった。

また、「わからない」と答えた人は、今の段階ではまだイメージができず、そのときの家族形態などの状況によって変わってくると回答した人がほとんどであった。

ホスピス施設に入るのは抵抗があるが、自宅でホスピス・ケアを受けられるなら利用したいと回答した人は多かった。

質問 6 について

その内容、程度は様々であったが、こうした運動に参加しても良いと考える人が全体の 7 割もいることに、筆者自身一番驚いた。

ただやはり、自分から計画を立て運動を起こすということは難しいが、先導する組織があり、その組織の掲げる理念に賛同できたなら協力できるという人がほとんどであった。それは署名や募金程度であれば協力できるという回答が他の回答に比べ若干多かったのだが、自らもそうした組織の一員として活動したいという回答や、ホスピスができたらボランティアとして参加したいという回答もいくつかあった。また、協力できないといった回答は 20 代～30 代の若い世代に多く見られた。ホスピスは必要であるし、自分も利用したいと思うものの、日々の生活の忙しさからそうした運動には協力できそうにもないという理由がほとんどであった。

～iv 考察～

この結果を見ると、地域におけるホスピスの需要、必要性を感じざるを得ない。

今回のアンケートには実際にご自身や家族、友人がガンになった方々、何人ものガン患者を一般病棟で看取ってきた看護師の方々からのご協力頂けたのだが、そうした方々からは「ホスピスは必要である」といった回答がほとんどであった。しかし、20 代～30 代ではやはり、ガンなどの病気や自分の終末というものに対してまだ現実味が無く、不必要であるという意見やアンケートにも答えられないといった方々もいた。また、ホスピスは知らなかったが、このアンケートでのホスピスの説明を読み、必要である、もっと詳しく知りたいと答えた方々もいた。アンケートにはスペースの都合上ホスピスに関しての良い部分しか載せていない。その人たちが、まだ日本にはホスピスの数が少

なく、ホスピスに入りたいと考えても審査等があり、特に国立のがんセンターのような病院の緩和ケア病棟では誰でも入れるわけではなく、入れたとしても入るまでにとっても時間がかかることがある場合や、保険は利くが個室になると少々高めの医療費がかかるといったことなども知ったら、結果はまた違ってくると思う。

そして、このアンケートを通じて強く感じたことは 20～30 代の若い世代における死生観の欠如である。もっと危機感を持って欲しいと言いたいのではない。日々の忙しさから、何か余程のきっかけがないと自分の最期など考えることはほとんどないだろう。それに加えて、日本は今や長寿大国であり、男女共に平均寿命は最高水準となっている。ある意味で、最も死ににくい国なのである。しかし、自分も家族もいつかは死んでしまう。それはずっと先かもしれないし、もしかしたら明日かもしれない。それだけは避けられないものなのである。そのときに、どうすべきか、また家族であれば家族は何を望んでいるか。そうしたことを人々が少しだけ想像することで、違う見方が生まれる。それは今後の医療の在り方をも変える力を持っているのではないかと考える。

現在、新潟県内には厚労省に認可された緩和ケア病棟を持つ病院は 4 院で 95 床しかなく、そのうち新潟市は 2 院で 48 床である（注 25）。ホスピスの設立を切実に願うものの、自分たちで「ホスピスをつくろう」という運動を起こすことは難しく、特に高齢の方々にとってはただ待つことしかできないというのが現状のように思う。

しかし、調べていくうちに全国には、看護師やヘルパー・ボランティアを中心にホスピス・ケアを地域に広める NPO 団体やボランティアグループがいくつかあることがわかった。そうした中には市民運動を行い、実際に緩和ケア病棟の設置を実現させた団体もある。しかし、それはわずかな成功例で、多くの団体ではなかなかうまくいかず、くすぶっている団体が多いように思われる。「ホスピスをつくる」ということをどのように地域の人々からの賛同、協力を得て、実現させていくかある一つの団体を例に挙げて次の章で考察したいと思う。

第 5 章 NPO 法人「ホスピス・ケアを広める会」を訪問して

i ～「ホスピス・ケアを広める会」概要～

2007 年 11 月 19 日、千葉県柏市にある NPO 法人「ホスピス・ケアを広める会」に訪問し、コーディネーターであり、元・看護師の長尾克子さんから会の趣旨、活動経緯、内容、今後の展望や、またホスピスはどうしたら今後増えるかなど 1 時間半に渡って大変貴重なお話を伺うことができた。

ちなみに現在、千葉県には厚労省の認可を受けた緩和ケア病棟を持つ病院は 5 院 113 床、その内、柏市には 1 院 25 床（国立がんセンター東病院）がある。その数はとても足りず、柏市の国立がんセンター東病院だけでも緩和ケア病棟に入るには約 1 年待ちで、待っている間に亡くなっていくといったケースも多いそうである。

在宅ホスピスとは、主にガンなどの疾患を持ちながらにして、入院という方法をとら

ず、自宅にて病院と同様のケアが受けられることである。痛みのコントロール、その他の症状のコントロールやこれから起こる可能性のある症状の出現をできる限り予測、説明し、対処していく。例えば、自宅での点滴、在宅酸素、PCA ポンプ（痛みをコントロールする器具）の使用も可能であり、家族の介護力のサポートをするというものである。

も配慮する。

NPO 法人「ホスピス・ケアを広める会」はがん患者には限定しないが、あくまで主治医と看護ステーションがついていて、尚僅かの緊急のお手伝いが」必要な折の支援を行っている看護師とヘルパー・ボランティアの共同グループであるが、「余計な治療や検査を受けず、痛み・苦しみから解放されたい」、「一人の人間として、自分らしく生き、最期を迎えたい」という病气を持つ多くの人々の望みを実現するために活動している。どのように地域にホスピス・ケアを普及させ、患者をサポートする医師・看護師、ボランティアなど様々な分野の人々とのネットワークを構築させているのかに興味・関心を抱き、今回訪問するに至った。

NPO 法人「ホスピス・ケアを広める会」(注 26)

～理念～

千葉県東葛地域において患者本位、患者中心の医療が実現することを望み、医療従事者と一般市民が協力して啓蒙活動及び在宅支援を行い、地域でホスピス・緩和ケアが拡大することに寄与することを会の目的とする。

～活動経緯～

1998年 聖徳大学の公開講座をきっかけとして有志らで「とうかつホスピス研究会」を発足。毎月 1 回の定例会を持ち、年数回のミニ講演会、年一回の公開講演会を行う。

2002年 特定非営利活動法人の認可を受け「NPO とうかつホスピス研究会」となる。

2004年 「NPO ホスピス・ケアを広める会」として千葉県より認証される。

「在宅サポート・さくら」を立ち上げ、有償で患者の在宅支援を始める。

～活動内容～

① 「ホスピス・ケアとは何か」に対する市民の意識の啓発と公開講演会と月 1 回の定例研究会を行う

② 緩和ケア・医療の情報提供

ホスピスや訪問介護、訪問診療可能な医師はどこにあるかなど、市民の電話相談に無料で対応

③ 患者の在宅サポート（2004年より）

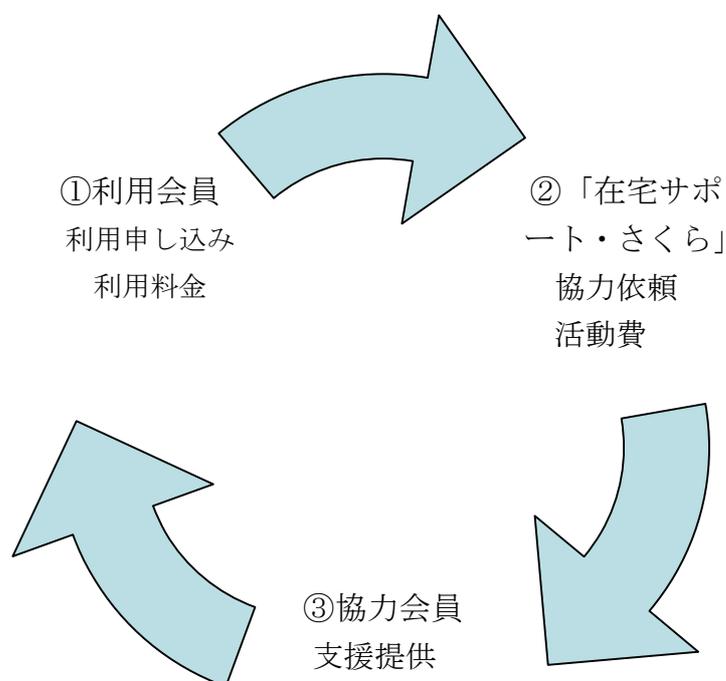
「在宅サポート・さくら」と名付け、低料金で患者の在宅支援を行う。

看護師と資格のあるヘルパーが中心となり、看護・介護の手伝いや、資格のない会員も事務所の運営や在宅の家事援助などを行う。原則として柏市内での活動であるが、要望があり、活動可能なボランティアがいれば市外でも活動する。

ボランティアには看護師やヘルパーの他に、鍼灸師や管理栄養士など専門資格を持つ人が登録している。それはこうした活動をするグループでは全国的にも稀であるという。

現在、登録会員は約60名、そのうち常時活動をしているボランティアは43名で50代・60代の女性が圧倒的に多い。

～「在宅サポート・さくら」の支援の流れとボランティア～



	料金
登録料	3000円（初回のみ）
利用料	1000円～1500円（1時間）
交通費	区域内（柏市）一律400円

「在宅サポート・さくら」のニーズは年々増加傾向にあり、2004年4月の開始から利用登録者は70名ほどに上る。依頼内容は、上記のように在宅ホスピスのサポートから介護、病院への付き添い、家事手伝いなど様々である。ボランティアの活動時間の合計は1ヶ月

平均、約 80 時間で、多いときでは 120 時間以上あったという。ボランティアの都合さえつければ、多少の料金の割り増しはあるが夜間や年末年始でも活動する。利用料のうち 300 円を会に寄付し、残り交通費はそのボランティア自身の活動費となるので、大体時給 700 円の有料ボランティアということになる。

しかし、ボランティアの数は減少傾向にあり、ボランティアのほとんどや、一人しかいないコーディネーターの長尾さんも本業の仕事を持っているので全ての依頼を引き受けられていない状況にある。全ての依頼に迅速に対応できるように人手が欲しいが、やはり「来るもの拒まず」で誰でもボランティアとして迎え入れられない仕事である。ボランティアに応募してきた人は、コーディネーターである長尾さんがまず面接をし、その人の本質を見極める。その見極め力はとても高く、活動開始から今まで一度も利用者からのクレームを受けたことがないという。そこから「在宅サポート・さくら」が提供するサービスの質の高さが伺えるのだが、

また柏市では、この「ホスピス・ケアを広める会」のように営利目的ではなく低料金で「助け合い事業」を行っている 10 団体が情報交換し、ゆるやかに連携する「柏市非営利団体連絡会」を組織している。そして、例えば A 団体に依頼がきてもその日時の都合が悪ければ、B 団体や C 団体に声をかけ人手を集め、その依頼に対応するなどの相互協力をしている。しかし、それぞれの団体で登録料、利用料などが様々であるので、どうしても手続上で不都合が生じ、利用者を困惑させてしまうのが難点である。改善が求められるが、どの団体も財政的にゆとりがあるわけではなく、登録料の撤廃や統一などはなかなか出来ず、双方にとって良い具体的な解決策を現在模索しているといった状況である。

～ ii 考察～

今回、お話を聞かせて頂いて、絶対にボランティアの数が足りないものの、それでもこうして低価格で介護・看護サービスを受けられることを知らずに困っている多くの人々のために、「なんとかしたい」というのがボランティアの皆さんの本音であるように感じた。そんな中で低価格なことをいいことに家政婦代わりに利用する人もいると聞き、本当に困っている人にはどうしてなかなか伝わらないのか、と恥ずかしながら憤慨にも似た思いを抱いてしまった。

「ホスピス・ケアを広める会」をはじめ、柏市内でこうした活動をしているボランティアグループは、どのようにボランティアを掘り起こし、次の世代につなげていくかということ、また個人からの依頼よりも介護事業者からの依頼が多いという現状から、少ない経費の中でいかに効率の良い宣伝が一般の人々にもできるかということ課題として日々模索している状態である。ここでは、HP や市が発行する広報紙での広告掲載、イオングループが毎月 1 度行っている「イエローシートキャンペーン」(注 27) などを利用して地道に宣伝活動を行っているが、なかなか大きな効果は得られない。

ボランティアをしたいと思っている人は多いはずである。それは第 4 章で行ったアンケ

ートの質問 6 の結果からも伺える。こうしたボランティアができる十分な体制があるのだから、地道な宣伝活動がこうした人々と結びついたときには大きな効果が得られるのではないかと考える。では、どうしたら、宣伝効果が得られるか。人出も足りず、予算繰りが厳しい中で、派手な宣伝は無理である。地道な活動にいつかマスコミが食いついてくるか、それも保証はない。例えば、署名活動はどうか。街頭に立ち署名を呼びかけることで、多くの人に興味、関心を覚え、県議会、市議会やホスピス・ケアに関心のある病院に提出すれば、マスコミも協力してくれる。それだけで宣伝になるし、1 度ではうまくいかなくても必ずや次につながるステップになり得る。そうすれば、さらに多くの人々の関心を集めることができるのではないだろうか。第 2 章で触れた愛知県の愛知国際病院のホスピス病棟はこのようにして、市民の声から生まれた経緯がある。市民たちの手で実現させたホスピスだからこそ、ボランティア希望者は後を絶たないのではないだろうか。

「ホスピス・ケアを広める会」は、低料金で、在宅ホスピスがもっと気軽に利用できるように支援するといったことに重点を置いている、大変貴重な存在である。第 4 章のアンケートからは、多くの人々が自宅での最期を望んでいる。このような団体は、病院と地域を結ぶ架け橋に生り得る。が、この団体に限らず、まだ病院でもこうした団体への認識が低いのか掛け合ったところで門前払いされたという話も聞く。しかし、このような団体が増え、家族への負担を気にしている人もこうした支援があると知れば、在宅でのケアを望める環境に近づけるはずである。病院側もこうした団体の活動によって得られるメリットは大きなものではないか。

地域の病院は、こうした団体との協力を深め、むしろ病院側が協力を求め連携し、より地域に密着したネットワーク作りに取り組んでいくべきではなかろうか。超高齢化時代突入に向けてそれは急務であると感じる。未だに、NPO に対して怪しいと感じる人は少なくない。しかし病院を仲介することで、その団体の知名度、信用度はぐっと増すのではないか。結果、ボランティア志望者も増えると予想できる。行政や病院といったものが地域に歩み寄ることで、より絆の強い街づくりができるものと考えられる。NPO が単体で活動するのではなく、行政、病院と三位一体となって地域に働きかけることによって、地域からホスピス設立やホスピス・ボランティアといったものへの協力、賛同を得られるのではないだろうか。

第 6 章 今後の日本におけるホスピスの展望

「ホスピス・緩和ケア病棟」の条件は、

- ① 専門的緩和医療
- ② 従来 of 病院よりもよい住環境
- ③ 看護師によるケアの充実
- ④ コ・メディカルスタッフとのチーム医療

- ⑤ ボランティアなどの市民参加
- ⑥ コミュニティとのつながり
- ⑦ 宗教など、スピリチュアルなケア (注 28)

以上である。厚生労働省の「緩和ケア病棟」の基準では、この中の最低①～③が条件となっている。それ以下を十分に備えているホスピス・緩和ケア病棟は多くない。それぞれの場所で様々な工夫や努力を重ねながら、こうした条件を備えた施設を増やすことが目標であろう。さらに、医療的にできるだけ多くの患者が利用可能なホスピス・緩和ケアの普及させるためには、全国の病院や診療所が在宅ホスピスとの連帯基地という役割を含めて緩和医療とケアを提供してくれる場となることが理想的であると考えるが、実際問題、なかなか厳しいものであるだろう。現在、日本において医師・看護師の人材不足は深刻であるのだ。

調べたところ、2002年にWHOが発表した「加盟国(192カ国)における保健労働者の国際比較」によると日本では人口10万人当たりの医師数は198人で63位であった(注29)。先進国では概ね人口10万人当たり300人台であり、この日本の順位は中進国から後進国の境目の辺りである。また、OECD(OECD Health Data1998)による、ベッド数あたりの医師数では100床当たり12.0人である。ちなみに、アメリカは63.9人、ドイツでは35.6人である。同じく看護師も日本は100床当たり41.8人、アメリカは197人、ドイツは92.9人である(注30)。この理屈からすれば医師数が同じでも、ベッドを減らせばベッド当たりの医師数は増えるので、日本の医師数は少ないということにはならないが、これは詭弁であって、前に挙げた数字から見ても明らかのように、日本の医師数・看護師数は絶対的に少ないのである。

医者を増やせばいいといったところで、1人の医者が一人前になるまでにはおよそ10年かかる。看護師も正看護師になるには3年間学校にいかなければならない。求められるのは必然と地域のボランティアということになってくる。そうした現場の実情をお互いに理解し合って運動を進めていかなければならない。

しかし、「格差社会」と言われる中で、税金、消費税、医療費や物価が上がれば生活は苦しくなり、自分のことで精一杯になり、他人のことなど考えている暇などなくなる。そんなときに、困っている人がいるからボランティアをしろと言われても、こっちだってボランティアされたいよと思ってしまうのは当然である。国、地域といった社会に人々がゆとりを持って安心して生活できる環境なければ、なかなか「助け合い」精神は発揮されないのではないか。例えば具体的に、医療に限って言えば、国際的な医療や社会保障のスタンダードを目標とすることなどである。特に欧米では、企業が応分の負担をしている。日本でも同様の要求をするべきではないか。日本の多国籍企業もフランスやイタリアに出れば、その国のルールに従って保険料を負担している。それで会社が倒産したわけでもない(注31)。

整った環境が整備されることで、ようやくNPOや率先してボランティアの中心にいた人

たちはより多くの賛同者・協力者を得、引っ張っていくということができるようを感じる。そしてその輪は徐々に、けれど確実に広がって、地域の人々が必要とするホスピスの設立に近づき、実現に至るのではないだろうか。

日本ではホスピス、緩和ケア病棟というと、終末期がん患者のための施設ということになっているが、「ホスピス」という理念そのものは限定された人のためのものではない。例えば、1999年、アメリカのホスピスにおけるがん患者の割合は60%に過ぎなかったという報告もある（注32）。いつか、ホスピスは難病を抱えた人はもちろんであるが、慢性疾患と付き合う人、老人や、様々に心身を病む人たち、なんとか病を得ずに踏みとどまっている人、とても疲れている人など、つまりは誰にでも必要とされるものとなり、誰にでも対応できる場所になってほしいと願って止まない。また、自宅こそが患者が本来の姿でいることができる場であるという視点から、在宅を基本に広げていくべきであろうし、支援の場の発展や、制度も考えられる。さらには施設としても、こうした多種多様な条件を備えた様々な在り方が発展的に可能となっていくのではないかと考える。このような施設にするにはそれこそ莫大な資金が必要となってくる。しかし、利用する人々にとって間口の広げられた、開かれたものになるならば、利用者もその必要性、重要性を理解し、施設設立への賛同・協力をしてくれるのではないかと考える。

おわりに

日本のホスピスはまだまだ発展途上である。2007年8月現在人口30～50万人に一つはホスピスが欲しいとも言われているのだ（注34）。しかし、数を闇雲に増やすだけではないけないこともわかっている。「ホスピス」という名ばかりの施設では意味が無い。たとえ、ホスピスや緩和ケア病棟と名前がついていなくとも、そこでホスピスに準ずる理念に基づくケアが行われていれば、それはホスピス施設と見ても良いだろう。ホスピス施設であっても、どこのものであるだろうと、ホスピスの気持ちが十分に発揮できる場所、ホスピスを自宅であると思えるような場所を増やして行くことが理想であり、超高齢化社会を迎えるに当たっての急務ではないかと考える。そうするには今の医療制度、社会保障制度を見直すことがまず政府に求められる。

この論文を執筆するために、様々な文献やHPを調べ、沢山の方々からお話を聞き、助言を頂いた。其の度にいつも考えたのは、こうした人材不足である医療現場においてどのようなことが求められ、その中で筆者どのようなことができるのかということであった。

一人でも多くの人々が最期の最期まで自分らしく生きられるように、そしてその人と家族が少しでも後悔することなくお別れができるように、自分の人生を締めくくる最後の瞬間に「生きてきて良かった」と思えるような支援が広がることを強く願うと同時に筆者自らもその支援に出来る限り尽力したいと考える。そしてそうしたことが、実現できる世の中に変わっていくことを願って止まない。

最後に、この論文を書くまでに様々なご指導を下さった小関先生、ゼミの皆様、そして忙しい中アンケートにご協力下さった木戸病院をはじめとする皆様、快く訪問に応じて下さった「ホスピス・ケアを広める会」の皆様に心から感謝させて頂きたい。

引用、参考文献、参考 HP

- 日野原重明 編著『家族を看取るとき』春秋社 2005 年
日野原重明 『私の幸福論』大和書房 2005 年
鎌田實 『超ホスピタリティ』PHP 研究所 2007 年
- 注1 Wikipedia 参照
注2 <http://www.naito-izumi.net/i/mt4i.cgi?id=1&mode=individual&no=2&eid=149>参照
注3 p.233 参照
注4 www.hospice-care.net/hinohara.htm より抜粋
注5 A・デーケン、飯塚眞之編『日本のホスピスと終末期医療』春秋社 1991 年 pp.240-241
注6 日本ホスピス緩和ケア協会編集・監修『ホスピスってなあに?』NHK 厚生文化事業団 2007 年
注7 谷荘吉、錦織葆最『新ホスピス Q&A100』東京書籍 1999 年 pp.168-169 より抜粋
注8 A・デーケン、飯塚眞之編 前掲著 p.244 参照
注9 A・デーケン、飯塚眞之編 前掲著 p.135 参照
注10 A・デーケン、飯塚眞之編 前掲著 p.140 参照
注11 A・デーケン、飯塚眞之編 前掲著 pp.140-142 より抜粋
注12 Wikipedia 参照
注13 高橋ユリカ『医療はよみがえるか』岩波書店 2001 年 p.42 参照
注14 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/isei/tarminal/borantia.html> 参照
注15 高橋ユリカ 前掲著 p41
注16 <http://buzzurl.jp/entry/http://www.sanyo.oni.co.jp/sanyonews/2007/03/09/2007030909220686011.html> 参照
注17 ~注 22 財団法人ライフ・プランニング・センター ピースハウスホスピス『ピースハウスふれんず issue number13 』2007 年より抜粋
注 23 中井町役場 HP 参照 <http://town.nakai.kanagawa.jp/>
注 24 新潟医療生協組合 木戸病院 HP 参照 <http://www.kido-hp.com/>
注 25 日本ホスピス緩和ケア協会編集・監修 前掲著 p.35 参照

- 注 26 「ホスピス・ケアを広める会」HP 参照、抜粋 <http://www1.odn.ne.jp/hoscare/>
- 注 27 高橋ユリカ 前掲著 p.184 参照
- 注 28 日野秀逸『医療構造改革と地域医療』自治体研究社 2006 年 pp.15-16 参照
- 注 29 日野秀逸 前掲著 pp.18-19 より抜粋
- 注 30 日野秀逸 前掲著 p.89 参照
- 注 31 高橋ユリカ 前掲著 p.180 参照
- 注 32 生井久美子『人間らしい死を求めて』岩波書店 1999 年 p. 2 参照