



2014年度（平成26年度） 社会人キャリアアップ講座 高齢者ケアキャリアアップコース （履修証明プログラム）



科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金（基盤研究（C））

高齢者介護に関わる人材の資質向上プログラムの作成と効果測定にかかる研究

補助事業期間 平成24年度～平成26年度

2014 年度（平成 26 年度）

社会人キャリアアップ講座

「高齢者ケアキャリアアップコース」
（履修証明プログラム）

募 集 要 項

神戸学院大学

目 次

高齢者ケアキャリアアップコース（履修証明プログラム）

1. 募集案内	1
【高齢者ケアキャリアアップコースとは】	
【講座内容】	
【実施場所】	
【社会人プログラムとしての対応】	
【大学等における履修証明制度の概要】	
2. 募集要項	3
【定 員】	
【受講料】	
【出願資格】	
【出願からの流れ】	
【出願手続】	
【出願結果発表】	
【手続書類】	
3. 受講要領	5
【授 業】	
【成績評価】	
【履修証明書】	
【授業時間】	
【図書館の利用】	
【保険の加入】	
【交通機関の運休と暴風警報の発令に伴う講座の取り扱い】	
【個人情報取り扱い】	
4. 交通案内	7
5. 開講予定日	8
6. 願書記入例	9

願書・推薦書（表裏一枚）

1. 募集案内

【高齢者ケアキャリアアップコースとは】

高齢者・障害者ケアに携わる人材が社会的ニーズに比して不足していることが大きな問題となっています。しかしながら知識や対応力を養うための系統的な教育が十分に提供されているとはいえないところがあります。

このような状況に鑑み、神戸学院大学では、主として在宅（高齢者施設を含む）をフィールドとしてケアサービスを提供するリハビリテーション専門職等を対象として、次のような人材育成を図ることを目的に「高齢者ケアキャリアアップコース」を開講します。

- ① 高齢者・障害者ケアの歴史を理解し、将来を考えることのできる人材
- ② 高齢者・障害者ケアの現実を分析することのできる人材
- ③ 高齢者・障害者ケア実務について広範な知識・技術を有する人材
(リハ専門知識・技術の他、福祉住環境コーディネーターの取得などを含む)
- ④ 高齢者・障害者ケアのケースレポートを蓄積し、その類型化・汎化を図ることのできる人材
- ⑤ ①～④のことを他者に伝達できる人材

高齢者ケアキャリアアップコースは学校教育法に基づく「履修証明プログラム」として実施します。単位や学位が授与されるものではありませんが、120時間以上受講すると「高齢者ケアキャリアアップコース履修証明書」を神戸学院大学から交付いたします（次ページ参照）。

【講座内容】

高齢者ケア論・演習	40コマ
高齢者ケア実技	15コマ
認知症ケア論・演習	10コマ
高齢者ケアを考える (哲学者・社会学者・宗教学者・宗教者の視点から)	10コマ
看取りを考える (看取りに関する講義・実践例の話し合いなど)	15コマ
ケア一般 (ゲスト講師によるケアに関する話題など)	10コマ

総履修時間 90分 × 100コマ 150時間

【実施場所】

神戸学院大学 有瀬キャンパスで開講します。

【社会人プログラムとしての対応】

勤務の都合等で受講できない講座はDVD等で受講できます。

* ただし、講座の内容からDVD教材等を用意できない場合もあります。

大学等における履修証明（Certificate）制度の概要

【趣 旨】

教育基本法第7条及び学校教育法第83条の規定により、教育研究成果の社会への提供が大学の基本的役割として位置づけられたことや、中教審答申の提言等を踏まえ、平成19年の学校教育法改正により、履修証明の制度上の位置付けを明確化。

これにより、各大学等（大学、大学院、短期大学、高等専門学校、専門学校）における社会人等に対する多様なニーズに応じた体系的な教育、学習機会の提供を促進。

【制度の概要】

以下の要件を満たす履修証明プログラムを大学等が提供できることとした。

- 対象者：社会人（当該大学の学生等の履修を排除するものではない）
- 内 容：大学等の教育・研究資源を活かし一定の教育計画の下に編成された、体系的な知識・技術等の習得を目指した教育プログラム
- 期 間：目的・内容に応じ、総時間数120時間以上で各大学において設定
- 証明書：プログラムの修了者には、各大学等により、学校教育法の規定に基づくプログラムであること及びその名称等を示した履修証明書を交付
- 質保証：プログラムの内容等を公表するとともに、各大学等においてその質を保証するための仕組みを確保

* 学生を対象とした学位プログラムとは異なり、単位や学位が授与されるものではない。

（出典 文部科学省ホームページ 一部改変）

2. 募集要項

【定員】

定員30人として開講します。

*ただし、応募者が10人に満たない場合は、高齢者ケアキャリアアップコースを開講しません。その際は、応募者全員にその旨お知らせします。

*応募者が定員を上回った場合、抽選により受講者を決定します。抽選結果は応募者全員に文書で通知します。

【受講料】

受講料は無料です。

ただし、受講に必要な書籍購入などに費用を要する場合があります。

【出願資格】

次の(1)～(4)全ての条件を満たす方。

- (1) 高等学校を卒業された方、または、これと同等以上の学力があると認められた方。
- (2) 受講年度の4月1日現在で、満18歳以上の方。
- (3) 外国籍の場合は、受講期間中の在留資格を有している方。
- (4) 出願時に、高齢者ケア施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設・デイサービス・グループホーム等）に勤務している方で、出願に際して当該施設長または本講座既受講者から講座受講の推薦を得られる方。

※外国籍を有する方で受講を希望する場合、出願時点で受講期限である2015年3月31日までの在留資格が必要となります。

【出願からの流れ】

出願書類を提出

出願期間 2014年5月1日（木）～ 6月9日（月）

受講者の決定

2014年6月11日（水）

応募者全員に文書で結果を通知します。

受講許可者には手続書類を送付します。

初回授業日に登校

2014年6月15日（日） 開講式・講座開始

受講

2014年6月15日（日）～2015年2月15日（日）

修了認定

2015年2月15日（日）

【出願手続】

以下の書類を出願期間内に郵送してください。

出願期間： 2014年5月1日（木）～6月9日（月）必着

送付先： 〒651-2180 神戸市西区伊川谷町有瀬 518 番
神戸学院大学 社会人キャリアアップ講座事務室

- 出願書類： ① 願 書 1 通
② 推薦書 1 通 * 願書・推薦書は表裏一枚になっています。
③ 最終学校の卒業証明書《原本》 1 通
(婚姻などにより姓の変更がある場合は旧姓の証明で可)
-----外国籍の場合、以下の書類も提出してください-----
④ 在留カード (写し) 1 通
* 証明書関係の書類は発行日より3カ月以内のものに限ります

一旦提出された書類は返却いたしません。

【出願結果発表】

応募者が多数の場合は抽選を行います。抽選の有無にかかわらず、結果は本人宛に文書で通知します。電話・メールによる問い合わせには一切応じられません。受講許可者には手続書類を送付します。

なお、受講を許可された方には誓約書を提出していただきます。(ご記入いただきました個人情報については、事務連絡等の目的以外には使用いたしません。)

【手続書類】

受講許可者に手続書類を送付しますので、初回講座日(6月15日)に持参してください。

また講座開始後、職場等で実施された健康診断書のコピーを提出していただきます。

(6月15日に持参する手続き書類)

①受講生カード

②顔写真

横3cm×縦4cm、上半身正面で無帽、背景無地、鮮明で(カラー・白黒は不問)

提出日より3カ月以内に撮影したもの。

③誓約書

3. 受講要領

【授 業】

原則として、有瀬キャンパスで開講される授業に出席して受講しますが、勤務の都合などで出席できない場合は、DVDに記録した授業映像等で自宅学習も可能です。その際は、当該授業のレポートを提出することにより出席扱いとします。

【履修証明書】

120時間以上受講された方には「高齢者ケアキャリアアップコース履修証明書」を神戸学院大学から交付いたします。

【授業時間】

1 限	2 限	3 限	4 限	5 限
9:00～10:30	10:45～12:15	13:15～14:45	15:00～16:30	16:45～18:15

【図書館の利用】

資料の閲覧及び貸出等、図書館の利用(有料)ができます。利用については図書館のカウンターでご確認ください。

【保険の加入】

受講に係る保険については、各受講者が必要に応じて加入してください。

【交通機関の運休と暴風警報の発令に伴う講座の取り扱い】

交通機関が運休の場合および暴風警報が発令された場合、社会人キャリアアップ講座の実施については以下の措置をとります。

I 【交通機関の運休の場合】

午前 10 時現在、下記交通機関が運休している ⇒ 休講となります

(※人身事故等による臨時運休の場合は対象外)

対象は次のとおりとします。

① JR 西日本 (姫路～大阪間の全部または一部の区間)

② 神姫バス (明石駅～神戸学院大学間)

II 【暴風警報発令の場合】

午前 10 時現在、暴風警報が発令されている（大雨、洪水警報は対象外）

⇒ 休講となります

対象は次のとおりとします。

●予報一次細分区域における

兵庫県南部に暴風警報が発令された場合

●予報二次細分区分における

阪神、播磨南東部、淡路島のいずれかに暴風警報が発令された場合（北播丹波、播磨北西部、播磨南西部は対象外）

●市町における

つぎのいずれかの市町に暴風警報が発令された場合

神戸市、尼崎市、西宮市、芦屋市、伊丹市、宝塚市、川西市、三田市、猪名川町（以上阪神）

明石市、加古川市、三木市、高砂市、小野市、加西市、加東市、稲美町、播磨町（以上播磨南東部）

洲本市、南あわじ市、淡路市（以上淡路島）

III 上記以外で、休講等の措置を必要とする緊急事態が発生した場合

その内容は速やかに掲示および大学ホームページ（<http://www.kobegakuin.ac.jp/>）により、周知するものとします。

※休講となった場合、代替講座の日時については後日ご連絡いたします

【個人情報の取り扱い】

出願された方の個人情報については、「神戸学院大学個人情報保護規程」に基づき適正に取り扱うとともに機密の保持に努めます。

個人情報は、①本選考に関わる業務、②受入に関わる業務、③受講、成績評価及び証明書発行に関わる業務、④その他受講生生活全般に関わる業務、⑤個人を特定できない統計資料作成とこれらに付随する事項を扱うために利用します。

個人情報は原則として本人の同意なく第三者に開示することは一切ありません。

4. 交通案内

神戸学院大学
(有瀬キャンパス)

〒651-2180

神戸市西区伊川谷町

有瀬 518



■ JR神戸線「明石駅」下車

JR神戸線「明石駅」北側バス停「北①番」のりばから、神姫バス「神戸学院大学行」に乗車し、神戸学院大学下車（所要時間約20分）

■ 神戸市営地下鉄「伊川谷駅」下車

「伊川谷駅」駅前バス停「④番」のりばから神姫バス「神戸学院大学経由明石駅行」に乗車し、神戸学院大学下車（所要時間約10分）

* 学内の駐車場はご利用いただけません。公共交通機関をご利用ください。やむを得ず自家用車でお越しの場合は、近隣の有料駐車場をご利用ください。

5. 開講予定日

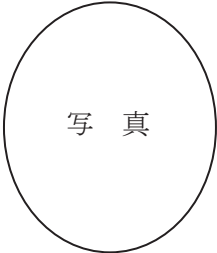
6月15日(日) 開講式・3～5限	11月 2日(日) 3～5限
6月29日(日) 3～5限	11月 3日(月) 3～5限
7月 6日(日) 3～5限	11月 9日(日) 3～5限
7月20日(日) 3～5限	11月16日(日) 3～5限
7月27日(日) 3～5限	11月23日(日) 3～5限
8月 3日(日) 3～5限	11月30日(日) 3～5限
8月10日(日) 3～5限	12月 7日(日) 3～5限
8月17日(日) 1～6限	12月13日(土) 3～5限
9月 7日(日) 3～5限	12月21日(日) 3～5限
9月14日(日) 3～5限	2015年
9月15日(月) 3～5限	1月11日(日) 3～5限
9月23日(火) 3～5限	1月12日(月) 3～5限
10月 5日(日) 3～5限	1月18日(日) 3～5限
10月12日(日) 3～5限	1月25日(日) 3～6限
10月19日(日) 3～5限	2月 1日(日) 3～5限
10月26日(日) 3～5限	2月11日(水) 3～5限
	2月15日(日) 3～5限・修了式

【授業時間】

1限	2限	3限	4限	5限
9:00～10:30	10:45～12:15	13:15～14:45	15:00～16:30	16:45～18:15

- * 開講予定日は変更することがあります。
- * 科目時間割等は開講式の際に配布します。

6. 願書記入例

高齢者ケアキャリアアップコース願書		神戸学院大学		
フリガナ	シンイン ハナコ	性別		
氏名	神院 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
	生年月日(西暦) ○○○○年○○月○○日 才			
現住所	〒 000-△△△ 神戸市 ○○区 △△町 ×丁目 ○-○○ メールアドレス <u>shininhanako@bb.ne.jp</u> TEL 078 (○○○)×××× 緊急時連絡先 090 (△△△△)××××			
履歴 (西暦で記入)	学歴	○○○○年 ○○ 月 神戸学院大学 法学部法律学科 入学		
		○○○○年 ○○ 月 神戸学院大学 法学部法律学科 卒業		
	(高校卒業から)		年 月	
			年 月	
			年 月	
	職歴		○○○○年 ○○ 月 株式会社 ○○商事 入社	
			○○○○年 ○○ 月 株式会社 ○○商事 退社	
			○○○○年 ○○ 月 社会福祉法人○○会 特別養護老人ホーム△△ 入社	
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		
		年 月		

【施設長又は本講座既受講者による推薦書】

出願者 _____ は、高齢者ケアキャリアアップコースを

(波線に出願者名を記入)

受講するに適した人物であると認め、推薦致します。

氏 名 _____ 印

施設名 _____

お問 合 せ

神戸学院大学 社会連携部

社会人キャリアアップ講座事務室

〒651-2180 神戸市西区伊川谷町有瀬 518

TEL. 078-974-6210

FAX. 078-974-6296

URL <http://www.kobegakuin.ac.jp/~remanabi/index.html>

E-mail kgucare@j.kobegakuin.ac.jp

2014年度 社会人キャリアアップ講座 開講日

日付	曜日	教室	時間	担当	科目
2014年6月15日	日	151K	3・4・5	備酒	開講式 高齢者ケア論・演習
2014年6月29日	日	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年7月6日	日	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年7月20日	日	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年7月27日	日	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年8月3日	日	151K	3・4・5	竹内	認知ケア論・演習
2014年8月17日	日	151K	3・4・5	原田・備酒	高齢者ケア論・演習
2014年8月23日	土	408	1・2・3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年9月7日	日	151K	3・4・5	竹内・原田・備酒	認知ケア論・演習
2014年9月14日	日	151K	3・4・5	大浦・備酒	ケア一般
2014年9月15日	月	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年9月20日	土	151K	3・4・5	村尾	高齢者ケア論・演習
2014年9月23日	火	601	1・2・3	川越・備酒	高齢者ケア論・演習
2014年10月5日	日	408	3・4・5	備酒	ケア一般
2014年10月12日	日	151K	3・4・5	竹内・備酒	認知ケア論・演習
2014年10月19日	日	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年10月26日	日	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年11月2日	土	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年11月3日	日	151K	3・4・5	備酒	高齢者ケア論・演習
2014年11月9日	日	151K	3・4・5	浜渦・備酒	高齢者ケア論・演習
2014年11月16日	日	408	3・4・5	山本	高齢者ケア論・演習
2014年11月23日	日	151K	3・4・5	山本	高齢者ケア論・演習
2014年11月30日	日	151K	3・4・5	竹之内・大河内・備酒	看取りを考える
2014年12月7日	日	151K	3・4・5	田代・諸岡・備酒	看取りを考える
2014年12月13日	土	408	3・4・5	浅見・備酒	看取りを考える
2014年12月21日	日	151K	3・4・5	松本・打本・備酒	看取りを考える
2015年1月11日	日	151K	1・2・3・4・5・6	梁・竹之内・備酒	看取りを考える
2015年1月12日	月	151K	3・4・5	備酒	看取りを考える
2015年1月25日	日	151M	3・4・5	備酒・山本大・ 竹之内・大河内・ 浅見・梁・諸岡・松 本・打本・竹内	シンポジウム
2014年2月1日	日	601	1・2・3・4・5	下元・田中・備酒	高齢者ケア論・演習
2014年2月15日	日	408	3・4・5	竹之内・備酒	看取り・高齢者ケア論 修了式

神戸学院大学

キャリアアップ講座看取りコース公開シンポジウム

「看取りにおける宗教者の役割を考える ビハーラ実践を手がかりに」

日時 2015年1月25日(日) 13:00~17:00

場所 神戸学院大学有瀬キャンパス 15号館1階 151M教室

プログラム

- 1 神戸学院大学キャリアアップ講座看取りコースと本シンポジウムの趣旨
13:00~13:20 備酒 伸彦(キャリアアップ講座主催者・ケア領域)
竹之内裕文(看取りコース企画者・哲学領域)
- 2 看取りにおける宗教者の役割——実践をふり返って(報告)
13:25~14:30 松本 曜一(僧侶・ビハーラ僧)
打本 弘祐(僧侶・ビハーラ僧)
大河内 大博(僧侶・ビハーラ僧)
- 3 看取りにおける宗教者の役割——異分野の視点から(コメント)
14:35~15:25 梁 勝則(医師・在宅、施設ケア)
浅見 洋(哲学・思想史)
諸岡 了介(宗教学)
- 4 全体討論「看取りにおける宗教者の役割」
15:35~16:45
- 5 まとめ 16:45~17:00

申込み・お問い合わせ先
社会人キャリアアップ講座事務室
Mail: kgucare@j.kobegakuin.ac.jp
FAX: 078-974-6296





1983年	老人病院 高齢者リハビリテーション	家族介護(お世話) 医療が介護ニーズの受皿
1991年	県立総合病院 急性期リハビリテーション	
1994年	兵庫県但馬長寿の郷 行政 高齢者介護	ゴールドプラン 新ゴールドプラン
2005年	神戸学院大学総合リハビリテーション学部 教育・研究	介護保険



時代と共に変わるケア(他者について考える)
 北欧ケアとの比較
 環境を考える
 慣れ・風景となることの怖さ
 話を聞く(伝える)ことの大切さ
 論理的な考えと基礎になる知識
 結果責任！

手段と目的の区別
 普通であることの大切さ
 行為の自立と決定の自立
 広い概念の必要性
 生活機能 ≠ 身体機能
 具体的な技術の発揮
 私たちのなすべきことは？

時代と共に変わるケア(他者について考える)
 北欧ケアとの比較
 環境を考える
 慣れ・風景となることの怖さ
 話を聞く(伝える)ことの大切さ
 論理的な考えと基礎になる知識
 結果責任！

手段と目的の区別
 普通であることの大切さ
 行為の自立と決定の自立
 広い概念の必要性
 生活機能 ≠ 身体機能
 具体的な技術の発揮
 私たちのなすべきことは？



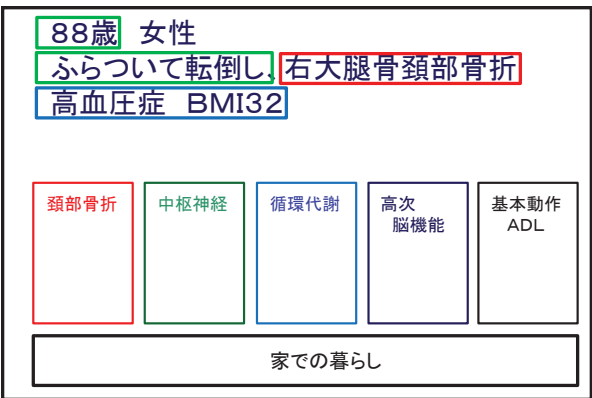
病気へのケア

病気へのケア 人へのケア

介護保険により給付されるケア

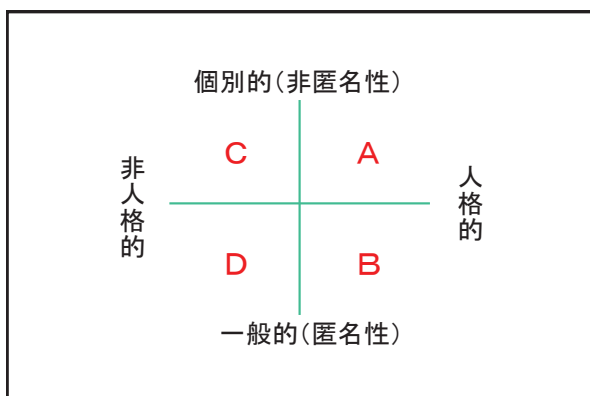
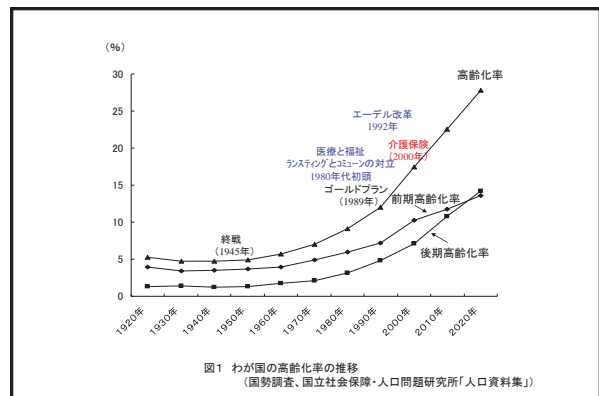
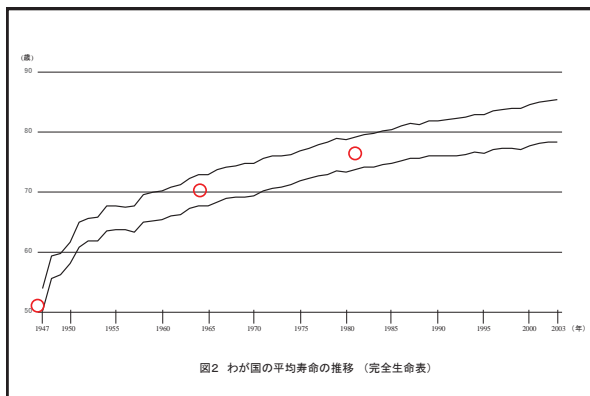
介護保険により入手するケア

88歳 女性
ふらついて転倒し、右大腿骨頸部骨折
高血圧症 BMI32



病気へのケア 人へのケア

保護的・愛護的・教育的



enabler

何らかの依存症にある人に対して、
その依存症を支えてしまう人

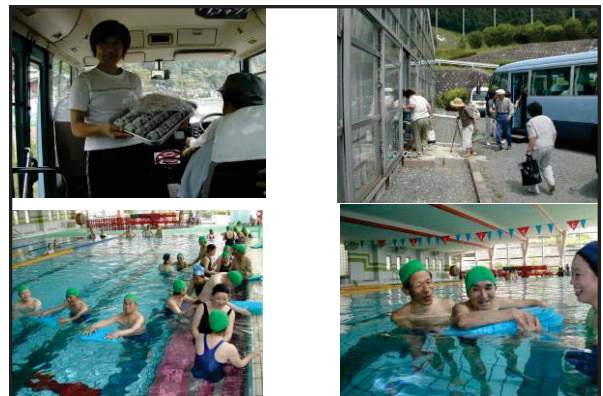
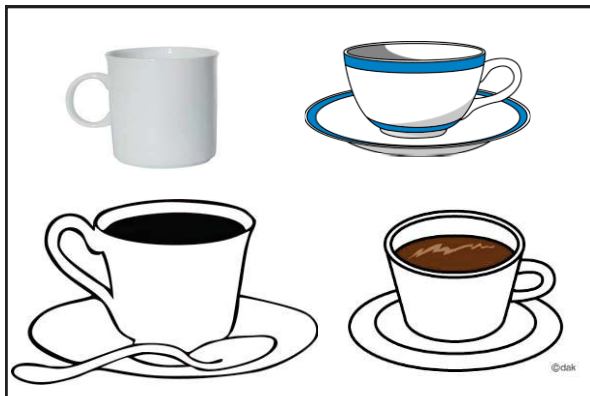
依存・共依存の関係

良いケアの条件

専門性があること

専門性にこだわらないこと

コーヒーカップを描きなさい



北欧の実地調査に基づく
理論的基礎と哲学的背景の研究

科研費(基盤B)2011年~2013年

北欧の在宅・地域ケアに繋がる
生活世界アプローチの思想的基盤の解明

科研費(基盤B)2014年~

構成メンバー

哲学者(現象学) 2	文化人類学者
哲学者(死生学) 1	北欧ケア研究者 2
哲学者(福祉哲学)	リハ・ケア研究者 3
	看護研究者 2

「最新の病棟や施設では、不特定多数の患者の一般的ニーズを広く見越しつつ、これを支える細やかな工夫の手が加えられていよう。しかし、そのように機能的な意味が予め付与されていればいるほど、患者は、自らの心身の状態に応じて「居住空間」を意味づけ、これに見合ったかたちで「空間」に手をくわえる自由を奪われることになる。」

「自宅という「生活空間」には、当の家族に固有の歴史性、「空間の履歴」と呼ぶべきものが刻印されている。」

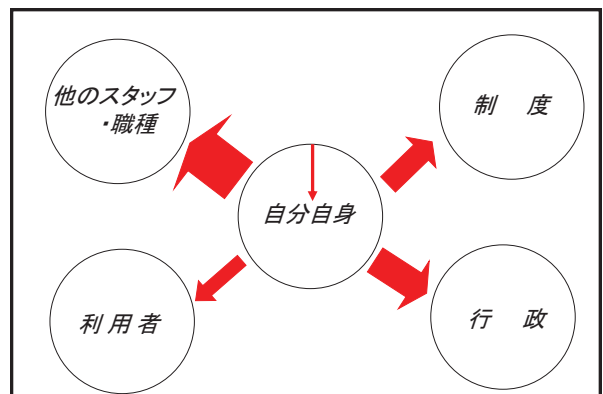
そこでは(自宅)、基本的に外部者である医療関係者さえも、その「履歴」に触発されるかたちで、固有の履歴をもった者(患者Aではなく)として、患者に接することになる。」

ケアサービスを提供する私たちにとって、サービスを必要とする人の主体性を保つことは永遠のテーマであると思う。ケアサービスをもって他者に介入ということは、それ自体がサービスを使う人の主体性を脅かすことに他ならないからである。正直に告白すると、私自身この怖さに気づかずにケアサービスを提供していた時期もあった。それが、在宅でのケアに関わるうちに、竹之内さんの言う「空間の履歴」であつたり「固有の履歴をもった者」の存在にようやく気づき、そこに介入することの怖さを知り、その履歴に注意をはらわないケアは、ケアサービスを使う人の主体性を脅かすどころか壊してしまうことさえあることを知るに至った。



生・老・病・死

プライド
と
メンツ





時代と共に変わるケア(他者について考える)

北欧ケアとの比較

環境を考える
慣れ・風景となることの怖さ
話を聞く(伝える)ことの大切さ
論理的な考えと基礎になる知識
結果責任!

手段と目的の区別
普通であることの大切さ
行為の自立と決定の自立
広い概念の必要性
生活機能 ≠ 身体機能
具体的な技術の発揮
私たちのなすべきことは?

日本のケア技術は、
明らかに、北欧の技術を上回っている

日本のケアサービスは、
明らかに、北欧のケアサービスに劣っている



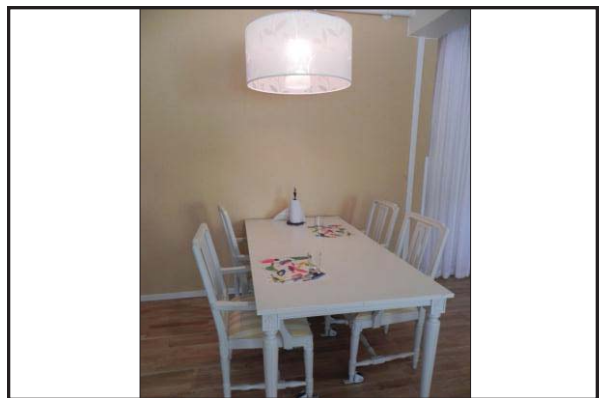
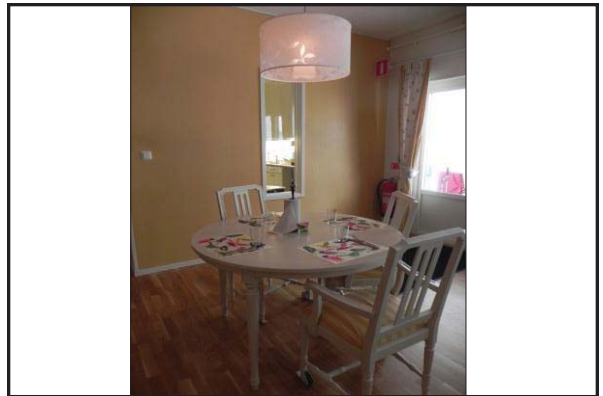
時代と共に変わるケア(他者について考える)

北欧ケアとの比較

環境を考える

慣れ・風景となることの怖さ
話を聞く(伝える)ことの大切さ
論理的な考えと基礎になる知識
結果責任!

手段と目的の区別
普通であることの大切さ
行為の自立と決定の自立
広い概念の必要性
生活機能 ≠ 身体機能
具体的な技術の発揮
私たちのなすべきことは?

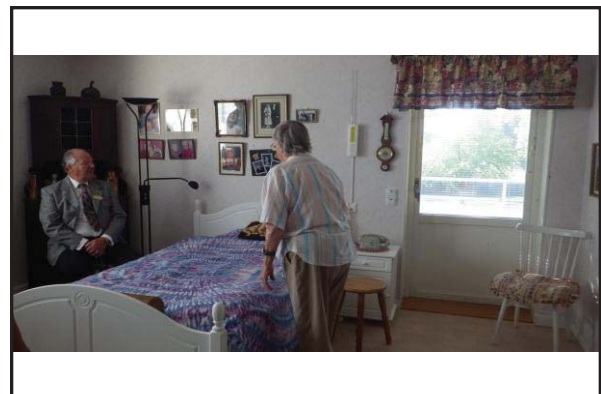


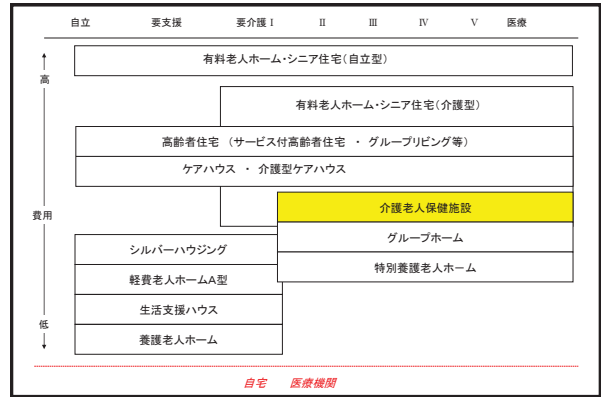






- 地域密着のグループホーム
- 周辺症状は抑えられる
- 周りの人間に対して非常に強い情緒的な反応を引き出すための振る舞い
- 恥をかかされることは壊れない
- 我が家で暮らすような生活(象徴秩序)
- 理想の死に方・死に場所





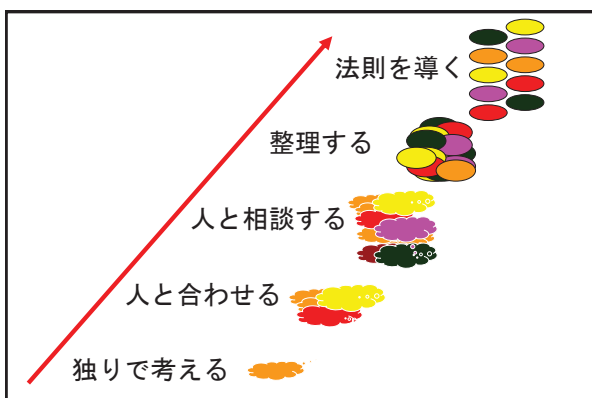


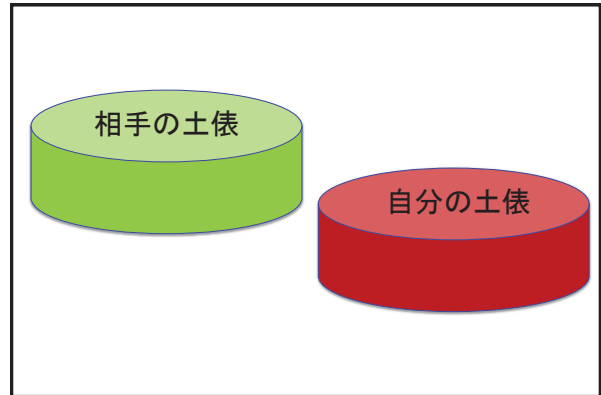
特別養護老人ホームなど
ある意味で閉鎖された環境では
素晴らしいサービスが生まれる一方で、
とんでもないサービスが
見過ごされている。



時代と共に変わるケア(他者について考える)
 北欧ケアとの比較
 環境を考える
 慣れ・風景となることの怖さ
話を聞く(伝える)ことの大切さ
 論理的な考えと基礎になる知識
 結果責任！

手段と目的の区別
 普通であることの大切さ
 行為の自立と決定の自立
 広い概念の必要性
 生活機能 ≠ 身体機能
 具体的な技術の発揮
 私たちのなすべきことは？





+ Knowledge 知識

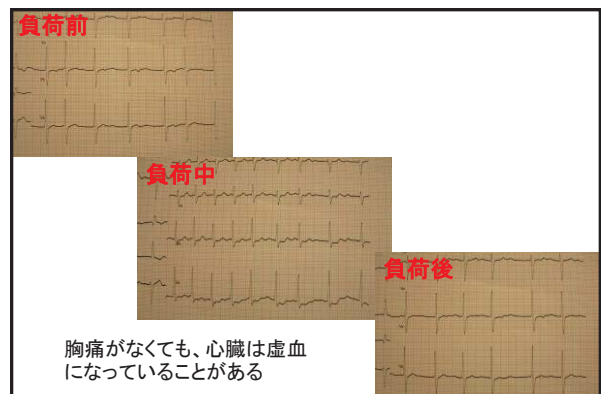
KPDCA

plan do check action
計画 実施 検証 改善

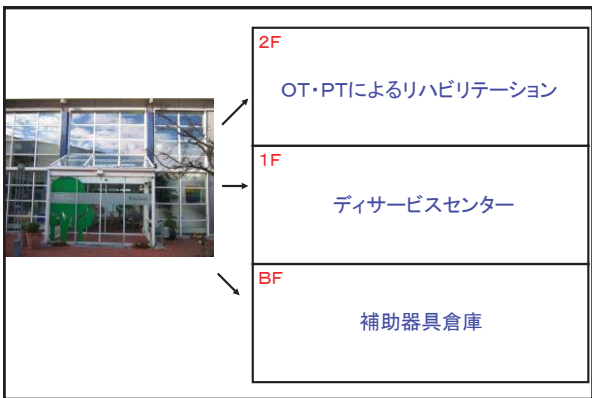
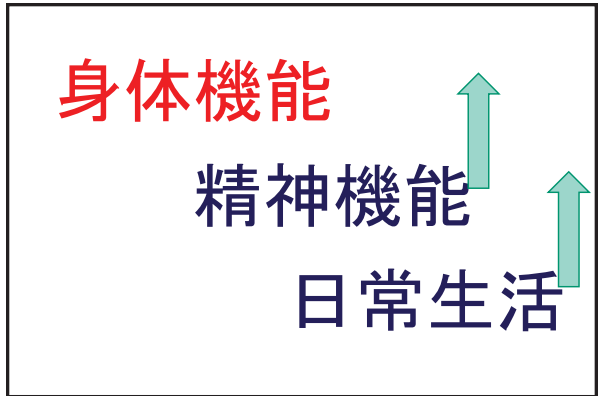
時代と共に変わるケア(他者について考える)
 北欧ケアとの比較
 環境を考える
 慣れ・風景となることの怖さ
 話を聞く(伝える)ことの大切さ
 論理的な考えと基礎になる知識
 結果責任!

手段と目的の区別
 普通であることの大切さ
 行為の自立と決定の自立
 広い概念の必要性
 生活機能 ≠ 身体機能
 具体的な技術の発揮
 私たちのなすべきことは?

- パワーリハを開始したところ、心電図に変化がみられたが、症状の訴えなし
 - 93歳 女性
 - 高血圧症・心臓弁膜症・慢性関節リウマチ
 - 廃用症候群・慢性心不全
 - 在宅にて生活を送っていたが、心不全の憎悪にて入院加療となった。心不全のコントロール良好にてパワーリハビリを開始した。

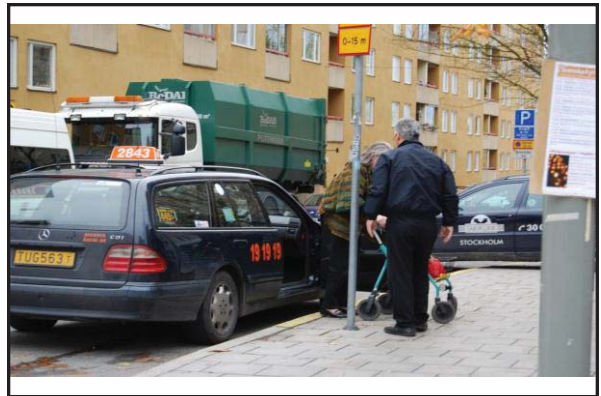
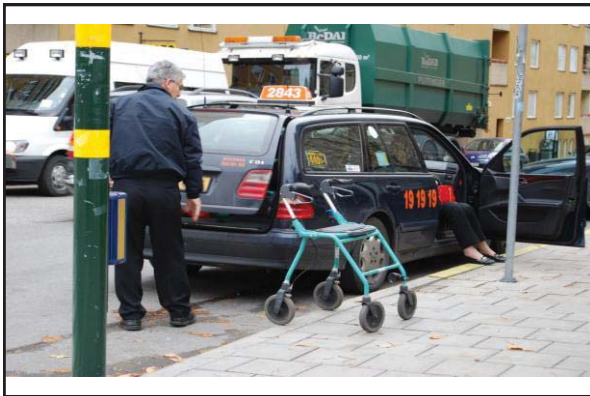


リハビリハ





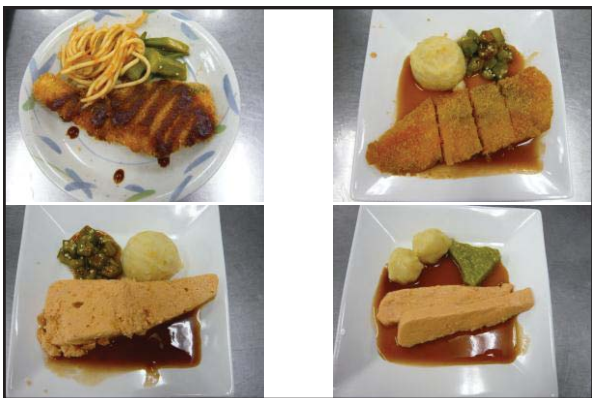








意図に対する信頼
と
技術に対する信頼



時代と共に変わるケア(他者について考える)

北欧ケアとの比較

環境を考える

慣れ・風景となることの怖さ

話を聞く(伝える)ことの大切さ

論理的な考えと基礎になる知識

結果責任！

手段と目的の区別

普通であることの大切さ

行為の自立と決定の自立

広い概念の必要性

生活機能 ≠ 身体機能

具体的な技術の発揮

私たちのなすべきことは？

行為の自立

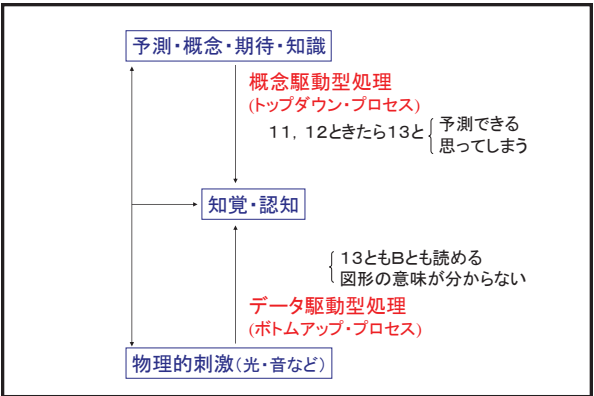
決定の自立





時代と共に変わるケア(他者について考える)
 北欧ケアとの比較
 環境を考える
 慣れ・風景となることの怖さ
 話を聞く(伝える)ことの大切さ
 論理的な考えと基礎になる知識
 結果責任！

手段と目的の区別
 普通であることの大切さ
 行為の自立と決定の自立
広い概念の必要性
 生活機能 ≠ 身体機能
 具体的な技術の発揮
 私たちのなすべきことは？



時代と共に変わるケア(他者について考える)
 北欧ケアとの比較
 環境を考える
 慣れ・風景となることの怖さ
 話を聞く(伝える)ことの大切さ
 論理的な考えと基礎になる知識
 結果責任！

手段と目的の区別
 普通であることの大切さ
 行為の自立と決定の自立
 広い概念の必要性
生活機能 ≠ 身体機能
 具体的な技術の発揮
 私たちのなすべきことは？

女性 82歳

多発性脳梗塞
 パーキンソンズム 全身に中程度の麻痺

心疾患 動悸、易疲労性

Ⅱ型糖尿病 食事の制限

変形性膝関節症 痛み、起居動作に障害

* 床から立ち上がることも容易ではない
 * 壁にすがりながら歩く



人の生活機能は
身体機能のみによって決まるものではない

$$\text{生活機能} = \frac{\text{身体機能} \times \text{適切なケア} \times \text{意欲}}{\text{社会的・身体的環境阻害因子}}$$

(Essential of geriatric medicine 一部改変)

家族は
障害のある高齢者にとって
絶対的な善であるとはいえない

こんな家族は障害のある高齢者を元気にする

- 1 上手に誉める
- 2 構い過ぎない
- 3 ほったらかしではない
- 4 見守り、手を出しすぎない
- 5 責任をもって何かをしてもらおう
- 6 自尊心を大切に
- 7 家の中の危険を排除 環境
- 8 その人の持ち物、置き場所などを尊重する
- 9 自分でできることは自分でしてもらおう
- 10 家族自身の生き方や、心のゆとりも大切に 犠牲にならない
- 11 「ありがとう」を言える家族
- 12 本人も「ありがとう」が言える
- 13 家族の輪・和の中にある
- 14 家族の行動を互いに知っている
- 15 話をしっかり聴く家族
- 16 うまく逃げるのできる家族

こんな家族は障害のある高齢者をダメにする

- 1 嫌なことを言う
- 2 手出し口出しをする
- 3 聞く耳をもたない
- 4 無視をする
- 5 家族の仲が悪い
- 6 命令をする
- 7 急がせる
- 8 他の人と比べる
- 9 他人のことを誉める
- 10 敵討ちをする
- 11 孤独にする
- 12 抱え込む
- 13 価値観を押しつける
- 14 家族であるが故に
- 15 歳をとることや病気を、それとして認められない

人の生活機能は
身体機能のみによって決まるものではない

$$\text{生活機能} = \frac{\text{身体機能} \times \text{適切なケア} \times \text{意欲}}{\text{社会的・身体的環境阻害因子}}$$

(Essential of geriatric medicine 一部改変)



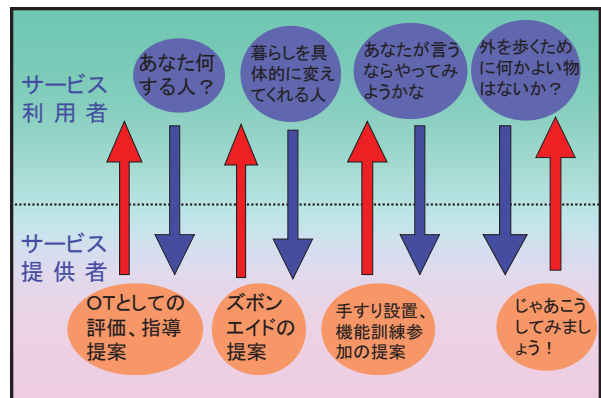
- ・罰刺激ではなく、誉め刺激
- ・スモールステップの原則
- ・過剰学習の効果

過剰学習 over learning

自転車OK!



スキーは怖い？

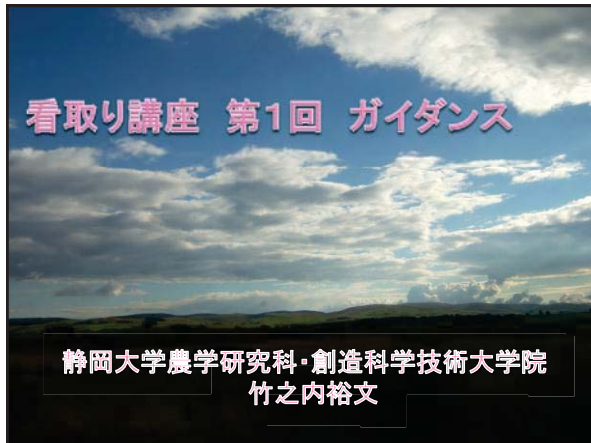


時代と共に変わるケア(他者について考える)
 北欧ケアとの比較
 環境を考える
 慣れ・風景となることの怖さ
 話を聞く(伝える)ことの大切さ
 論理的な考えと基礎になる知識
 結果責任！

手段と目的の区別
 普通であることの大切さ
 行為の自立と決定の自立
 広い概念の必要性
 生活機能 ≠ 身体機能
 具体的な技術の発揮
 私たちのなすべきことは？







ごく簡単な自己紹介

- 静岡大学着任9年目
- 毎日新聞(2014年10月26日静岡中部版)
- 主な研究領域(哲学、倫理学、死生学)
始めた順に紹介すれば……
 - A) 哲学基礎研究(現象学・解釈学)
 - B) 緩和ケアの現場との連携による死生学(2003年～)
 - C) 生命環境倫理学の構築(2006年～)
 - D) 農と食の哲学・倫理学(2010年～鬼頭秀一・秋津元輝)
 - E) 北欧ケア研究(2010年～浜渦辰二)



2

主な社会的活動

- 梅ヶ島農援隊(毎月第3水曜日 2011年1月～)
新しいコミュニティをつくる試み
- 哲学カフェ@しぞ～か(2013年6月から隔月開催)
 2014年度は偶数月第1土曜日
 - ・12月6日(土)13:30～17:00 丸井B館4Fザ・リブレット
「老いるとはどのようなことか？」
 - ・2月7日(土)14:30～18:00 スノードールカフェ七間町店
「哲学するとはどういうことか？」
- 死生学カフェ(2015年1月10日～)
奇数月第1土曜日 創造舎(静岡市葵区人宿町)

3

本講義について

第1章 講座の設立趣旨と概要

第2章 どこで看取るのか
 ～在宅ケアについて考える

第3章 看取る者になにができるのか
 ～ケアのダイナミズム

4

第1章 本講座の設立趣旨と概要

A 設立の趣旨

◆経緯

平成24年度に開講された「高齢者ケアキャリアアップ講座」では、竹之内裕文の担当講義において、生きる・死・看取りといったテーマをめぐってディスカッションを重ねた。この機会を受講生にとって極めて有意義なものとなり、その後、キャリアアップ講座でのディスカッションが深まる契機となった。それと同時に、**ケア現場で働く人にとって、看取りの問題が不可避の課題であることが明らかになった。**

これを受けて、従来のキャリアアップ講座に看取りにかかわるコースを新設するかたちで、平成25年度キャリアアップ講座を実施することにした。(備酒伸彦)

◆設立の趣旨

高齢者は、「病」と「老」のなかに身をおき、「死」の接近を感じとりながら、それぞれの生を営んでいる。したがって**高齢者の「生」を理解し、支えるためには、「病」「老」「死」についての基本理解が欠かせない。**

にもかかわらず、日本社会におけるこれまでの高齢者介護の理論と実践は、介護の技術論に重きをおくあまり、「病」「老」「死」の意味にかかわる問題と正面から向き合ってこなかったと思われる。

⇒第3章 死の苦しみはどこに～ケアのダイナミズム

日本社会の高齢化は、世界的に見ても顕著なスピードで進行しており、高齢者の医療費・介護費の社会負担が大きな課題となっている。こうした背景のもと、**病院死から在宅死への移行を推進すべく、各種の政策的・社会的な取り組みが進められている。**それとともに在宅での看取りを支える社会的・経済的な基盤も、整備されつつある。

しかし、多くの高齢者が「終の住み処」で生を全うし、最期を迎えるためには、こうした環境整備とともに、**実際に看取りを担う一人ひとりが看取りに不可欠な知・技を身につけておく必要がある。**そして「死」の意味や「看取り」の意義についての基本理解は、看取りの多様な知識・技術を有機的に結合し、看取るという行為そのものを支える重要な役割を担うと考えられる。

➡第2章 どこで看取るのか～在宅ケアについて考える

◆講座スケジュール (題目はいずれも仮題)

月日	テーマ	講師
1 11/30	ガイダンス	竹之内裕文
2 11/30	ビハーラケアから学ぶ	大河内大博
3 12/7	「死」と「看取り」について～社会学の観点から	田代 志門
4 12/7	「死」と「看取り」について～宗教学の観点から	諸岡 了介
5 12/13	介護施設における「死」と「看取り」	浅見 洋
6 12/13	介護施設における「死」と「看取り」(討論)	備酒伸彦
7 12/21	仏教者としての「看取り」の実践と思想1	松本 曜一
8 12/21	仏教者としての「看取り」の実践と思想2	打本 弘祐
9 1/11	緩和ケア医から見た「看取り」の現状と課題	梁 勝則
10 1/11	「看取り」をめぐる討論	竹之内裕文
11 1/25	看取りをめぐるシンポジウム	講師一同

第2章 どこで看取るのか ～在宅ケアについて考える



2-1 在宅ケアをめぐる動向

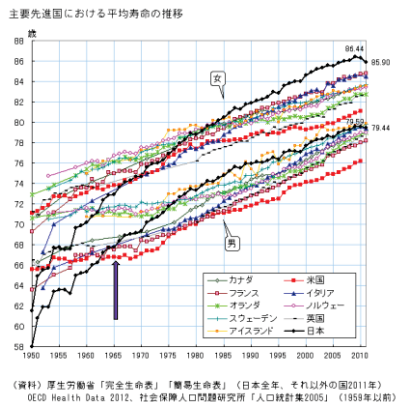
A 在宅ケア推進の政策

「在宅医療・介護の推進について—在宅医療・介護あんしん2012」(厚生労働省)

- ① 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同4位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- ② a) しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。b) また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- ③ 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- ④ 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

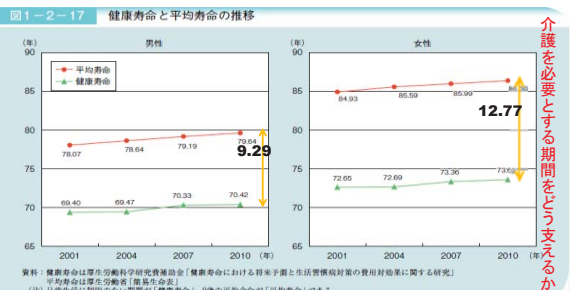
基本的事実の確認

①-1 世界の平均寿命

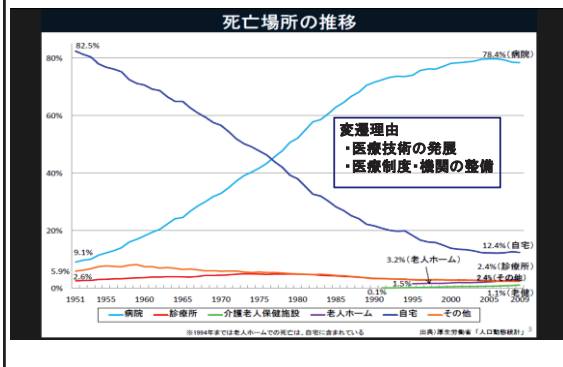


①-2 健康寿命Healthy life expectancy

Definition: "Average number of years that a person can expect to live in "full health" by taking into account years lived in less than full health due to disease and/or injury"(WHO).



②-b 看取りの場の変化(在宅死の急減と病院死の急増)



②-b 他の先進諸国との比較

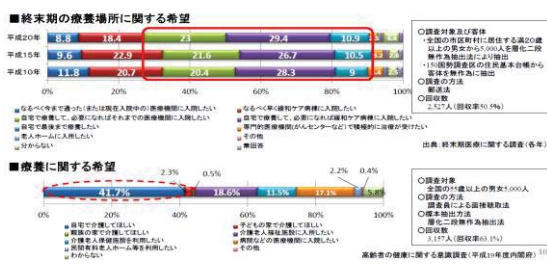
%	自宅	特別住宅 施設	病院
Sweden (1996)	20	31	42
England, Wales (2003)	18.1	10.1	58.4 (NHS)
Scotland (2003)		18.1	58.1
Japan (2005)	18	1	81
Netherlands (2003)	32.6	33.5	33.9
US (2004)	40	30	30

- Barbara Gomes and Irene J. Higginson, "Where People Die (1974-2030)," Palliative Medicine 22.1, 2008, 33-41.
- J Cohen, J Bilsen, J Addington-Hall, R Löfmark, G Miccinesi, S Kaasa, B Onwuteaka-Philipsen and L Deliens, "Population-based study of dying in hospital in six European countries," Palliative Medicine 22.2, 2008, 702-710.

③国民の在宅ケア志向

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した(上図)。
- また、介護施設に比べて、自宅や家族・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。



④死亡者数の変位(予測)

図表 2-1-14 年齢階級別に見た死亡者数の推移



B 在宅ケア推進の理由

厚生労働省が掲げる理由をまとめてみると:

死亡者数が今後も増加の一途を辿ると推計されるなか、「世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度」を維持していくためには、高齢者一人あたりの医療・介護費用を削減していく必要がある。しかも日本の場合、高度成長期における病院死の急増により、他の先進諸国と比較して、在宅死の占める割合が極端に低い。国民も自宅での最期を志向しているのだから、(病院や施設と比べて割安な)在宅死の比率を他の先進諸国並に引き上げていくべきであり、それが実現可能となる具体的施策を整備していく必要がある。

- ◆ 「住み慣れた家庭や地域で療養する」意義それ自体は素通り～在宅ケア基礎論の欠落
- ◆ どのようにして「あるべき医療・介護」を把握するのか。
- ◆ 国の方針・ケア提供側の視点・論理 ⇔ 当事者の視点・幸福

C 考えておくべきこと

①在宅ケアは本当に「安上がり」なのか

スウェーデンでは、ノーマライゼーション(人間として「普通の」生活を営むこと)の一端として、施設を解体し、地域社会での障害者の生活を推進してきた。

図表 18 スウェーデンの人所施設入居者数年次推移

年	人所施設入居者数(人)	
	成人施設	児童施設
1974	13,150	2,685
1983	9,504	712
1986		(受人停止)
1990	5,098	71
1992	3,640	
1993	2,500	
1994	2,083	
1995	1,785	
1996	1,269	
1997	959	
1998	717	
1999	631	
2000	86	

出典: 1998年社会庁 Meddelandeblad Nr/3/98

施設解体の諸費用の計算を細かく行ってみると、地域グループホームへの移行は、**けっして安上がりでないことがわかる**。入居者の生活の質を高めようと思えば思うほど、そのコストは高くなる。費用の面からいえば、入所施設運営費用とそれほど変わらなくなる。したがってスウェーデンにおける施設解体は、一部の国で行われている経費削減のための政策などではなく、むしろ**人間らしさを追求し、生活の質を高め、一社会人として共に地域のなかで生きていくことを認識し合った結果であったことがわかる**。(河東田博「スウェーデンにおける入所施設解体と地域生活」、『スウェーデンにおける施設解体 地域で自分らしく生きる』所収、2000年)

⇒人間らしい生・よき生(well-being)という視座から、「福祉welfare」について再考する必要。

福祉の原義としての幸福・よき生(well-being)という視点から、「自宅を拠点に地域社会で生活し、最期を迎える」ことの意義を照らし出すという課題

⇒ 第7章 「福祉」を問いなおす

②在宅ケアへの政策的誘導について

「UKは在宅ケアへのシフトのため、あらゆる政策を試みてきたが、在宅死の比率はそれほど上昇しなかった。そこで私たちは現在、病院死をいかにhumanizeするかという課題に直面している。」(David Clark)

⇒在宅ケアを推進する根拠が明確でないと、当の目標が叶わなかったとき、ケアの指針を見失う。

⇒在宅ケアの特徴について確認し、それを踏まえて施設での看取りのあり方について考える必要がある。



◆ **病棟・施設ホスピスでの死を「人間化humanize」する試み**
街の生活感のなかで
多様な宗教に開かれた遺体安置室
逝去した者のための蠟燭の点火(Ersta hospice)→アイルランド

◆看取りとそれを支える死生観

病院死の急増とともに、「死」が日常生活の外部に追いやられ、看取りを支える「社会資本social capital」が地域社会から失われてしまった。そのなかで在宅での看取りを実現していくためには、「死」と正面から向き合い、看取りを支える死生観という基盤を固めておく必要がある。

2-2 なぜ在宅ケアなのか

A 病院という場所

◆多機能空間としての病院

慢性疾患(三大生活習慣病)への対応
各種検査・療法のための高度な機器・設備の導入
施設規模の大型化、コメディカルスタッフの充実・資格化
→病院信仰「病院に行けば、すべて解決する」
→慢性期・終末期の「生活空間」×最新技術による「医療空間」

病院には生活がない。生活がない空間というのはなんとも空疎なものである。あそこは治って帰るために、患者がひたすら耐える場所なのだ。(奥野修司「緩和ケア医師「余命九ヶ月の決断」、『文芸春秋』2012年6月号)

◆「瀬戸際戦略」の副産物

治療困難な「病」「死」への無関心・嫌悪←無力の証
「死」を前にした当事者の課題の度外視←治療可能性の追究



病院は治すことを前提にしているのだから、死を前提にしたプログラムを入れることができない。ずっと排除してきた。(「てげてげの家」講演会)

◆無力なゲストとしての患者・家族

日常生活との断絶、勝手を知らない「異空間」での生活
→居住空間に手を加える自由、主体性を発揮する機会を欠いた
「無力なゲスト」~ケアを享受する受動的・他律的な立場

B 自宅という場所

◆日常生活との連続性

日常生活の拠点としての「住み慣れたわが家」
居住空間に手を加える創意工夫の余地
日常生活における相互的ケア(関心・気づかい・世話)の継続
生活空間に刻印された歴史性・「空間の履歴」(桑子敏彦)
それを通しての「生の履歴」の共有
現在の「生」が奥行き(固有な背景と履歴)をもって現出

◆主体としての患者・家族

ホストとしての患者・家族←→ゲストとしての医療・介護職
固有な背景と履歴を備えた人物←→疾患Aの患者B
「生」の統合~「生命」にかかわる疾患が「生活」から切り離されることなく、むしろ「生活」「人生」を営むうえで問題群の一部が「疾患」と位置づけられる。

C 在宅ケアの特徴

◆患者・家族の主導権

病院とは対照的に、ケアの開始・終了の権限を患者・家族がもつ
→患者・家族の価値観に寄り添ったケア

◆生活との直面

靴を脱ぎ、自宅に足を踏み入ると、患者・家族の「生活」、「生の履歴」を告げる多くの事物に(いやでも)遭遇する。
→固有な背景と履歴を備えた「生」(生命・生活・人生)との出会い

◆ 地域生活を支える自然・文化との出会い

地域生活の拠点としての生活のひろがり
～庭、散歩、近所づきあい、旧友、墓参、参詣、土地の空気・景観
→「コミュニティに支えられたセルフケア」(C.Saunders)の可能性

◆ 在宅ケアの豊かさ

「自」の枠組みに回収できない者、つまり「他なるもの」との間になんとか橋を架け、その固有な「生」に向き合う試みを「ケア」と呼ぶならば、自宅を拠点とした地域社会は、ケアの絶好の舞台といつてよい。そこで私たちは、今、ここで、他なるものとともに在るということの奇蹟、かけがえのなさに、改めて目を見張らざるをえない。
(竹之内裕文「看取りの文化」の再構築へむけて——「間」へのまなざし」、『高齢社会を生きる 老いる人／看取るシステム』所収、清水哲郎編、東信堂)

→約60%の国民が在宅を拠点としたケアを希望する所以

2-3 展望

ヨーロッパ諸国の先行的な取り組みとそこから得られた教訓を踏まえるならば、**病院死から在宅死への社会的な移行は、それほどやすい課題ではない**ことがわかる。ヨーロッパ社会では、政策的な誘導にもかかわらず、在宅死の比率を飛躍的に高めることができなかったのである。それを踏まえて、たとえば英国の緩和ケア関係者たちは、**病院での死を「人間的なものにする humanize」という課題に**、改めて取り組んでいる。またスウェーデンでは、**自宅に準じる場として、高齢者の福祉施設を「住居化」するという政策**がとられている。これに学ぶならば、私たちに**は、住み慣れた自宅で最後の時間を過ごし、死を迎えることの意義を十分に踏まえつつ、病院や福祉施設における生と死を豊かなものにするという課題**が突きつけられているといつてよいだろう。なかでも福祉施設における看取りの実現は、**高齢者・障害者福祉に携わる介護職にとって、大きな課題となる**だろう。

第3章 看取る者になにができるのか ～ケアのダイナミズム

祈ること。ひとにしか／できないこと。祈ることは、／問うこと。みずから深く問うこと。／問うことは、ことばを、／握りしめること。そして、／空の、空なるものにむかって、／災いから、遠く離れて、／無限の、真ん中に、立ちつくすこと。／大きな森の、一本の木のように。

(略)

一日が、はじまる。——／ここに立ちつくす私たちを、／世界が、愛してくれますように。

(長田弘『人はかつて樹だった』みすず書房)

3-1. 死にゆく者の孤独

◆ 裸の自己とむきあう

疾患・障害の進行

→「生きる幅」の縮小→日常生活の基本的な挙動も困難に
“capability” ~ “what you can do, what you can be.” (A. Sen)

「死」という可能性の顕在化

- ・「死」を前にして、それまでの人生で獲得してきた所有(財産、名声、地位)は色褪せてしまう。
- ・行為・所有という虚飾を剥ぎとられ、愛する者たちと別れ、ひとり死んでいかねばならない孤独

行為(～することができる)と所有(～もっている)を剥ぎとられていったとき、自分(自己の存在)といえる何が残されるだろうか？



3-2. 看取る者の苦しみ

死が照らしたす裸のままの自己の存在を受けとめるという課題
～その途方のなさが予見されるがゆえ、以前は敬遠されてきた

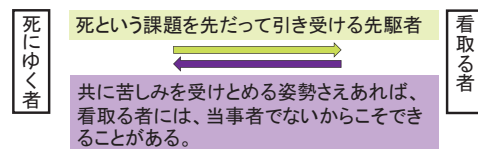
同じ理由から、さしあたり自らの死に直面していない周囲の者にとって、死にゆく者に寄り添い、その課題を共有することは困難である。いくら共感しようが、想像力を働かせようが、切迫する死という可能性を替わりに引き受けることはできないからである。看取る者の苦しみはここにある。

看取る者にとって、死にゆく者の苦しみを共に受けとめることは不可能なのか？



今は看取る立場に立つ者も、いずれ看取られる側にまわる。
～「死」をいかに受けとめるかという課題を負う者として、死にゆく者と看取る者は互いに学び合い、支え合うことができるはず。

3-3. 死にゆく者の苦しみを受けとめる



◆ 終末期の不安と恐れ

「(予想される)苦痛がひどく恐ろしい」⇒疼痛緩和の最善策・対処法
「なんとなく不安」⇒具体的になにが不安なのか、本人にも不明

恐れが具体的な対象をもつものに対して、不安の特徴はその「言うに言われぬ」性質にあり、それが苦悩を倍加する。

⇒「言うに言われぬ」思いを言葉にもたらずことができれば、苦悩の輪郭が定まり、これと距離をとることができる。

「言うに言われぬ」思いを形にする言葉の出来事

① 書く

- ◆ 漠とした思いを表現 (expression) にもたらし、明確な (explicit) ものにする作業
- ◆ 多くの終末期患者によるインターネット上 (ホームページ、ブログ、掲示板) の書き込み
- ◆ 米国では、文章表現の媒体として、インターネットが従来の媒体 (書籍、雑誌、新聞への投稿など) をはるかに凌駕 (Bingley A.F. et.al. 2006)

② 対話する

- ◆ 「言うに言われぬ」思いに耳を傾ける者 (聴き手) の存在意義
- ◆ 苦悩がどのような言葉にもたらされるかは、だれが、どのように聴くかに応じて異なってくる。
- ⇒ 語る者と聴く者の間の出来事としての新しい言葉の創造

3-4. 苦しみの「意味」の探究

◆ 「意味」

当のものをどこへむけて (なにとの関係において) 理解するか人によって、状況に応じて異なる

◆ 苦しみの意味

歴史的な次元へむけて ⇒ 次世代に対する歴史的役割を果たす、生きた証を残す

自然の働きへむけて ⇒ 自身の生と死を自然の営みとして捉える

宗教的な次元へむけて ⇒ 超越者との関係・救済

死がさし迫り、将来の展望が開かれないところでは、一般に、過去をいかに受けとめるかという問題が大きな位置を占める



苦しみのなかで、過去の諸出来事が忘却の淵から浮かび上がってくる。それらの出来事を結びあわせ、物語ることで、死にゆく者は、自己の存在の全体像を描きだそうとする。～全体としての別れ (岸本)

3-5. ケアのダイナミズム

言葉の響く「心」

言語的
聴き従うという態度
応答的・受動的
相手と自分の違い



非言語的
読みとる (こむ) 力
関与的・能動的
相手への一体化

思いを察する「心」

各人の生の固有性と相互の根本的孤独への注意深さ (carefulness) ~「他」者の尊重~

共に苦しみに与る姿勢
⇒ 思いへの「共感」「受容」
~「自」への「他」の回収~

- ◆ 死にゆくのは「あなた」であって、「わたし」ではない。
- ◆ 「あなたは、あなたであるから意味がある」
- ◆ 「わたしは、わたしである」という覚悟
- ⇒ 二つの孤独に橋を架ける試みとしての言葉の出来事

3-6 ケアするとはどういうことか

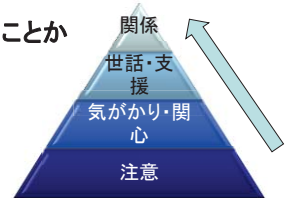
◆ 「注意」としてのケア

“careful” (注意深く)

観察する・声なき声に耳を澄ます

⇒ ケアの応答的・受動的 성격

⇔ ケアする側の都合・予断



素直な気持ちで観察をしていると、非合理であっても、論理で説明できないことであっても、あることがくり返し起こることに気づけば、そこから新しい展開が生まれる。実際に起こっている自然現象を素直に認められないと緩和ケアはやれない。(2012年8月) ~「お迎え」現象

◆ 「気がかり」「関心」としてのケア

“I don't care what you say” (あんたがどう言おうが構わない)

当事者の個別的な生から学ぶ ⇔ 既成の枠組みの持ち込み

⇒ ケアの個別的・具体的性格 ⇔ 奇様な行動、〈問題行動〉の意味

介護現場での「テーマなき聞き書き」は、民俗研究者としても、介護者としても、そして何より一人の人間として、さまざまな経験を踏んで生きてきた利用者の人生そのものに触れることができる至福の時間なのである。(『驚きの介護民俗学』)

◆ 「世話」「支援」としてのケア

“the care of elderly people” (高齢者介護)

「ある人が成長するのを援助するとは、その人がなにかあるもの、だれかをケアできるよう援助すること」(M. Mayeroff, *On Caring*)

Oさんは、別の部屋で子どもたちが騒いでいると、大きな声でしゃべっていた。「今、子どもたちがなにをやっているのかわかるの？」と尋ねると、「音を聞けば、どこでなにをやっているか、手にとるようにわかる」と教えてくれた。(『どう生き、どう死ぬか』)

◆ 「関係」としてのケア ⇒ 「出会い」

一つひとつの関係 (出会い) が「自己」をかたちづくっていく (相互性)

3-8 生きること、出会うこと

「あなたはどのような人ですか？」

他なるものとのかわり (関係・出会い) を離れて、

「自分」「自己」について語るができるだろうか？

「私は汝において生成する。そのようにして我となりつつ、汝と語る。すべての現実的な生 [生きること] とは、出会いである。」(M. プーバー 『我と汝』)

「相手をケアすることにおいて、その成長に対して援助することにおいて、私は自己を実現する結果になる。作家は自分の構想をケアすることにおいて成長し、教師は学生をケアすることによって成長し、親は子をケアすることによって成長する。言い換えれば、信頼、理解力、勇気、責任、専心、正直に潜む力を引き出して、私自身も成長するのである。(略) 他者が成長していくために私を必要とするというだけでなく、私も自分自身であるためには、ケアの対象である他者を必要としているのである。(ミルトン・メイヤーロフ『ケアの本質』)

◆ どうして生きてきたのですか？

普通の使い方、どうしてという言葉には、「どのような方法で」と「なぜ」と、二つの意味がありますよね。(略)ところが、わたしには二つを一緒に聞きたいという気持ちがあり、その人はうまく二つを一緒にして、答えてくれるのじゃないか、とも思っていたのです。(大江健三郎『「自分の木」の下で』朝日文庫、2005年)

世話・介護に際して直面する、戸惑うような奇怪な行動、〈問題行動〉 → その生活背景・生活史
(例) 排泄スタイル、食べ方、黄昏の徘徊・・・
→ 人生の主役・先生から、「生きる」ことを学ぶ



問い

1) 死の苦しみはどこにあるのだろうか？

自分の死にむき合うこと、また大切な人の死に立ち会うことは、独特の「苦しみ」を伴う。ではそれらの「苦しみ」は、いったいなにに由来するのだろうか。

2) 死にも希望を見出すことができるだろうか？

大切な人の「死death」、自分が「死にゆくことdying」は、「苦しみ」や「悲しみ」をもたらすだけなのだろうか。そこに私たちは、なんらかの「希望」を見出すことはできないのだろうか。



神戸学院大学 社会人キャリアアップ講座

看取りにおいて なぜ死生観が問題になるのか

昭和大学 研究推進室

田代 志門

2014年12月7日 13:15-14:45

1 終末期ケアの「難しさ」

終末期ケアの特徴

- 緩和ケア病棟や在宅緩和ケアの現場では、次々と人が亡くなっていく(1ヶ月前後)
- 回復して社会復帰というシナリオはない(QOLの向上・維持はあるにしても)
- 死が近づけば近づくほど、専門家として「できること」は少なくなる(家族の役割の拡大)
- 最終的に、本当に本人が満足したかどうかを知ることはできない(間接/代理での評価)

3

終末期ケアは「無駄」なのか？

- 緩和ケアの理念: 亡くなっていく本人の思いを大事に、多方面から「生」を支えることが大事



- 結局は亡くなってしまいう人に、それほど手厚いケアを行うことに意味があるのか
- 生き残る人間の方がよっぽど大事ではないか

4

支える側が問われること

- 一人の人間がなくなっていくことを支えることに、どのような意味があるか
- そこに立ち会う人間として、いったい何ができるのか(技術的な面以外)
 - これに対する自分なりの「答え」を掴むことなく、情熱を持ってこの領域に関わり続けるのは困難
- 基盤となるのは、「リアリティを持って死を受けとめられる/納得できるようなイメージ」
 - 「死生観」と呼ばれるものは、ほぼこれのこと

5

死、Yes

いずれの死であっても、一週間におよそ一人の死に立ち会う仕事をしながら感じていたのは、死はあってはいけけないものではなく、いや、確かにそういうあってはいけけない死もあるのだが、死はあってはいけけないものではなく、あるもの、あるいは死によっては、死って自然な現象なんだな、ということだった。このあたりのニュアンスはなかなか表現しにくい、「いいよ、死」という感じである。

徳永進「死の文化を豊かに」筑摩書房、2002年

6

2 死生観のいくつかのパターン

「死んだらゴミになるだけ」?

- 時として私たちは「死んだらゴミになるだけ」「死んだら終わり」といった言い方をする
 - 唯物論の立場
- しかし、この考え方は、臨床の場ではあまり役に立たないことが多い
 - ある物理学者の体験: 臨死の娘に対して、「死んだらゴミになる」とは到底言えない
- 現場では、死の恐怖や不安を和らげてくれるような考え方を求めざるをえない

8

「緩衝材」としての死生観

少なくとも私たちは、.....そうした理解が「死」の破壊性を和らげてくれ、私たちの死への不安や恐怖を少しでも取り除いてくれるものでさえあれば、喜んでそれらを自らの死生観のなかに取り入れてきたのですし、今後もそうでしょう。.....

(この意味で)一見すると、私たちが「死生観」と呼んでいるものはすべて「死」という何か破壊的なもの、巨大なクエスチョンマークに対する、私たち生きている人間の側からの、いくぶん勝手な意味づけにすぎないよう思えます。もちろん、それを単なる幻想として捨て去ることができるほど私たちは論理的でもありませんし、強くもありません。

安藤泰至「死をめぐる思想と課題」
清水智郎・島田進編『ケア従事者のための死生学』ヌーベルヒロカワ、2010 9

死生観の4つのパターン

1. 肉体的生命の存続を希求するもの
 - 不老長寿や肉体での復活への信仰(現代医学も?)
2. 死後における生命の永存を信ずるもの
 - 靈魂の永続(天国・地獄、極楽浄土、輪廻の思想など)
3. 自己の生命を、それに代る限りなき生命に託す
 - 自分の作品や子や孫、国家や民族を通じて自分の生命が生き続ける
4. 現実の生活の中に永遠の生命を感得するもの
 - 日々の生活の中で「永遠なる今」を体験する(禅など)

岸本英夫『死を見つめる心』講談社、1973 10

【参考】「第四類型」の質的な違い

- 永遠＝時間を超えること(≠時間が続くこと)
 - 「上来観察してきた生死の解決は、肉体の不死にせよ、靈魂の不滅にせよ、さらにまた、己に代る生命の永遠にせよ、いずれも生命を時間的に延長しようとする処に、解決の鍵を求めたものであった。第四の類型の指し示すものは、かような時間的解決ではない。生命の永存の問題を、時間の場面から、体験の場面に置きかえたものである。.....生命を時間的に引き伸ばそう努力する代りに、現在の刻一刻の生活の中に、永遠の生命を感得せんとするものである」
- 過去や未来ではなく「現在」が問題になる

岸本英夫『死を見つめる心』講談社、1973 11

1 あるがん患者との出会い

山崎さんの事例

- 病院医療への批判的な語り
 - 「告知」のさいの医師とのやりとり
 - PCU入院時の「違和感」
- 死生観についての率直な語り
 - 考え抜かれた独自の死後イメージ
 - それまで生きてきた人生の経験が背景に
- 「意思」を継がない息子についての語り
 - 「受け継ぐこと」、「残すこと」へのこだわり

田代志門「死の臨床における世代継承性の問題」
桜井厚・山田富秋・藤井泰編『過去を忘れない』せりか書房, 2008年, 139-156頁 13

家族構成と生活史

- 70代女性、自宅では夫と2人暮らし
 - 息子と娘はすでに結婚して別居
 - 「一時は道にそれた息子」と「成功例としての娘」
- 転機としての結婚
 - 結婚直後からの夫との関係悪化
 - 夫からの援助が得られない状況で、どうやって子どもを育て、家計を支えていくか
 - 両親の信仰していた宗教団体への帰依
 - 自宅で起業して「夜も寝ないで稼ぐ」

14

2つのがんを経験する

- 胃がんの手術とその後
 - 「胃も取ったし、がんにはならないだろう」
 - 手芸店をたたみ、ボランティアや趣味の活動に
 - 玄米食や栄養剤など「がんにならないような食べ物」を自分なりに工夫
- 1年半後の骨のがんの「告知」
 - 「抗がん剤をやっても2年の命」という医師の言葉
 - 抗がん剤治療をするか否かの決定を迫られる

15

抗がん剤を使わないという決定

- 死の意味を考える

A: どうしよう、2年間抗がん剤打って、治らないということは、ほんとに治らないことなんだ。じゃあ、ほんとに、そういうね、私の考え方を決めなきゃ駄目だなと思ってね。生命の生命哲学の、私、宗教をしていますので、若いときから。(略)生命っていうのは、おぎゃーと生まれて、必ず人間が死ぬ、ということなんですよ。そして、私の場合にはたまたまもう、体が疲れきってしまっている。だから、あまりしたばたしないで、疲れたんだから疲れた体を癒して、また戻ってくれればいいじゃないというのが、三世の過去、未来。現在、過去、未来の永劫の課題なんです。だから、私はそうだなと、本当に一生懸命いろんなことをいって疲れてしまったんだな、休んでくれればいいじゃん。宇宙遊泳をして、という考え方に変わってね。

16

抗がん剤を使わないという決定

- 「生命哲学」の本
 - 同じ信仰を持った医師の書いた小さな本
 - 仏教的世界観に基づく生と死についての考え方
 - 繰り返し読み、大きな支えに
- 「宇宙遊泳」という言葉
 - 「教え」や「本」には出てこない表現
 - 自分の人生と重ね合わせて理解された死生観
 - 長年の疲れを癒す「休息の場」としての死後世界

17

抗がん剤を使わないという決定

- 友人の医療者からの助言

A: ご本人もそれを経験したんです、旦那さんで。それで胃がんのがんで。私が面倒みるから、抗がん剤だけはしないです。旦那さんと、ほんとに面倒みたそうです。10カ月生きたって言っていました。医者からね、痛み止めの薬をもらって、ゆっくりおいしいものを食べて、旅行にも行って、いっぱい、こう写真があるんですね。痛み止めを使いながら旅行に行くと、楽しい晩年を過ごしました、と言ってね。だから山崎さんも、抗がん剤なんか頼らないで、本当に自分で生きる方法を見つけていった方がいいって。

18

抗がん剤を使わないという決定

- 看護助手の友人の経験
 - 病棟で見てきた「苦しんで、苦しんで、もがいて、壮絶な死を遂げる」患者たち
 - 抗がん剤を使わなかった夫の場合
- 死までの時間をどう過ごすか
 - 単なる積極的な医療の否定ではなく、残された生をいかに充実して過ごすか
 - 緩和ケアへの関心の高まり

19

継承性への問い

- 新しいストーリーの展開
 - 2回目のインタビューの中盤

*1: たぶん、どこなのかなっていう気、ちょっと聞きながら、結構その病気になる前から、ヤマっていうか、幾つかその、胃がんがわかった時とか、その、骨ってわかったりとか、胃に落ちていかないとか、いろいろあったと思うんですけど、多くの。自分の中で、気持ちが一番大きく沈んだところは、割と一番ここは精神的にはきついとこだったかなという、どの辺が？

A: 自分が、がんだって言われたときですね。

*1: 一番最初。

A: うん、がーんって来た一つて(笑)。

*1: それこそ(笑)。

20

継承性への問い

- 「病気になってから一番つらかったこと」は？

A: そうですね。そうだねえ、私は一応は宗教人。A教団に。

*1: ええ。

A: うちの息子が、「意思」を、息子が継がないって言ったんですね。

*1: ああ。

A: そんな時は、毎日落ち込んでね。

*1: うん。

A: したら、じゃあ、息子に、「私はね、もうあんたに財産はやんない」。ね、私はほんとに、夜も寝ないで働いたんだ。全部、ね。

*1: ええ。

21

A: だんだん、血もこう悪くなって、見て、ああ、もう今からあたし、駄目だろうなと思って。

*1: あ、3月っていうのは、緩和ケア病棟に1週間いた時ですね。

A: ああ。で、退院してきたのね。

*1: はい、はい。

A: それで、その時も考えてね。して、話切り出したの。一番そこ悩んでたの。

*2: ああ。

*1: その悩んでたっていうのは？

A: そういうことか。ほんとは帰ってきてほしかったんです。

*1: ああ、息子さんにですね。

A: お父さん一人になるからね。

*1: あ、そうですね。心配ですもんね。

A: うん。だから、どうせお父さん、ここで一人でいたって、自分で何もできないんだから。

22

受け継がれない「意思」

- 「意思を継がない」息子
 - 息子に自宅に戻ってきてほしいという願い
 - 一時期は弁護士を呼ぶほどの騒ぎにまで発展
 - 息子も「譲らず」、家には帰らないと宣言
- 「受け継がれるもの」の多義性
 - 長年心のよりどころとしてきた宗教への信仰や、これまで「夜も寝ないで」働いて作った財産、さらには、残される病弱な夫の世話など

23

「残すこと」へのこだわり

- インタビュアーの「驚き」
 - 病気の進行や死の不安といったことが「一番つらかったこと」に達しない、という思い込み
 - 山崎さんが一番必要としたのは、近くに住んでいる息子に「意思」を継いでもらうこと
- 終末期患者の苦悩とは？
 - 医療的な問題とも、自分の問題とも限らない
 - 最後の問題としての「受け継ぐこと」や「残すこと」

24

2 継承性への臨床的アプローチ

ディグニティ・セラピー

- 患者にとって最も重要な事柄、ないし一番憶えておいてほしい事柄について話すように働きかける
- 面接は逐語記録され、編集された上で、患者が友人や家族に残せるように最終版を送付
 - 世代継承性文書 (generativity document)

H.M.チョチノフ『ディグニティセラピー』北大路書房, 2013年 25

生成継承性 (Generativity)

- E.H.エリクソンの造語
 - Generate (生み出す) + Generation (世代)
 - 「次世代を確立させ、導くことへの関心」(Erikson 1963)
 - かつては「生殖性」の訳語
 - 現在は「生成継承性」「世代継承性」「次世代育成力」など
 - 「自分を生かし続けたい」「人のために生きたい」という、相反する要素を含む

27

ディグニティ・セラピーの質問項目

- あなたの人生について教えてください。とくに、あなたがもっともよく憶えていることや、もっとも大切に思っていることは何ですか。あなたがもっとも生き生きとしていたのはいつ頃ですか
- あなた自身について、とくに家族に知っておいてほしいことがありますか。あるいは、とくに家族に憶えておいてほしいことがありますか
- あなたが人生ではたした役割のなかで、もっとも大切なものは何ですか (家族としての役割、職業上の役割、地域での役割など)。あなたにとって、なぜそれらが大切なのですか。あなたはその役割を果たすなかで何を成し遂げたと思いますか
- あなたが成し遂げたことのなかで、もっとも大切なことはなんですか。何にもっとも誇りをもっていますか

J Clin Oncol 23:5520-5525, 2005 28

ディグニティ・セラピーの質問項目

- あなたが愛する人たちにとくに言う必要があると思っ
- ていることや、もう一度時間をかけて言っておきたいことがありますか
- あなたの愛する人たちに対して、どんな希望や夢を持っていますか
- あなたが人生について学んだことのなかで、他の人たちに伝えておきたいと思うことは何ですか。あなたは、あなたの〇〇 (息子、娘、夫、妻、その他の人たち)に、どんなアドバイスや導きの言葉を伝えておきたいですか
- 将来、家族の役に立つように、伝えておきたい言葉や指示はありますか
- この永久記録をつくるにあたって、ここに含めておきたいことが他にありますか

J Clin Oncol 23:5520-5525, 2005 29

回想法 (ライフレビュー) との違い

- 通常、回想法は、患者個人の自尊心を高め、アイデンティティを維持するという観点から評価 (本人にとって納得できる人生だったか)
 - 焦点は患者個人の内面であって、患者と周囲の人々との関係の継続にはない
- これに対して、ディグニティ・セラピーは、死にゆく人と看取る人との「関係」を強化することにある (「個人」ではない)
 - その一つの手段としての現代版「倫理遺言」

30

- Q: 宛先は重要なのですか？
- A: 大変、重要です。これが、回想法との大きな違いです。症例3では、ベツ全員が宛先に指定されてましたが、それはユ一モアというよりも、人生の根幹に関わるテーマだからでした。症例7では、離婚時相手方についた長男とのあいだに確執があったため、文書は長男宛にされなかった一方、長女はまだ幼かったため現時点で彼女に理解できる程度の記事を作成するのではなく、15歳になった頃に理解できるようなのが想定されました。また症例9は、フィアンセに文書を遺すかどうかかなり迷ったあとで、家族宛の文書にされました。さらに、症例10は離婚について伏せていたものの、面接中に別れた妻がいることをはじめて語り、自分の母親だけではなく元妻と長男も宛先として含めることを決意し、録音面接を再試行しました。……

臨床的アプローチの限界

- 「残す」相手として、もっぱら家族や友人などの身近な他者が想定
- 死にゆく人々が何かを「残す」相手は、こうした身近な他者のみとは限らない
- では、より広い範囲の相手に向かって「残すこと」を支える試みとは？

3 継承性への社会的アプローチ

山崎さんの事例 再訪

- 彼女が「意思」の継承を求めた相手は、直接的には息子
- ただし、同時に自分の経験や考えをインタビューに話すことによって、「社会」に対しても何らかのメッセージを残すことを希求
 - 後日、医療者に、自分の経験がインタビューを通じて「誰かのためになる」ことは、「生きる意味につながる」と語ったというエピソード

見知らぬ他者に残すこと

- 何かを伝えるべき相手が身近にいない場合
 - 事例 30代、男性患者、大腸がん
 - 全身転移で治療を断念、PCUに入院
 - 病気が発覚してからすでに妻とは離婚
 - 「何のために生きていけばいいかわからない」
 - 彼の辿り着いた結論
 - 「人間は何かを遺すことが重要なんだ」
 - 「僕が居たんだということを知って欲しかった」

見知らぬ他者に残すこと

- 男性患者の「残す」試み
 - メールリストを通じて、同じ病気で苦しむ患者たちにメッセージを届ける
 - 自分の病気の経緯やそのあいだに考えてきたことを赤裸々に語るメールは多くのがん患者の共感を呼ぶ
- 近年、社会の側からも、それを「公共財」として受け継いでいく試みが開始

DIPEX

(Database of Individual Patient Experiences)

- Oxford大学とNPO法人(DIPEXチャリティ)による運営
 - 1200人以上の患者や介護者の語りを、映像データ、音声データ、テキストデータの3形式で収録
 - がん、心臓病、骨や神経の病気、慢性の病気、がん検診、出生前診断など50近くの項目
 - Living with dyingの項目を含む
 - 2008年10月、Healthtalkonlineとしてリニューアル
- 「健康と病いの語り ディペックス・ジャパン」の発足(2006年)

37

闘病記ライブラリー

<http://toubyoki.info/>

- 闘病記専門700冊のブックガイドサイト(2006年6月～)
- 「がん」「脳の病気」「心の病気」といった12の分類
- NPO法人・連想出版による運営
 - 高野明彦教授(NII)が主催
- 「健康情報棚プロジェクト」の協力
 - 図書館などに闘病記棚を設置
 - 都立中央図書館の「闘病記文庫」

38

キューブラー＝ロスの洞察

- ロスのセミナー
 - 「死にゆく経験については、その当事者から学ぶしかない」というロスの信念
 - 終末期患者が、医学生や神学生を前に、自分の経験を語る「場づくり」の必要性
- 医師たちは「患者を食物にしている」と非難
 - しかし、多くの患者が彼女のセミナーに参加し、生き生きと自分の経験を語った
 - それは何故だったのか？

39

末期患者たちの反応が好意的だった理由が、もうひとつだけある。患者たちは後に何か残して死にたがっている。ささやかな贈り物をおくって、不死を幻想できるような物を生み出したのだ。.....患者たちが果たしてくれた役割は、私たちに教えることであり、彼らの後に続く人々を助けることである。こうした役割の中から彼らの死後も何か生き続けるという考えが出てきた。彼らの示唆、彼らの空想、彼らの考え方は、このセミナーの中で生き続け、議論され続け、地味ではあっても永遠に果てることはないであろう。

E・キューブラー＝ロス『死ぬ瞬間』中公文庫、2001年、427頁 40

継承性を支える「場」

- そもそも、死にゆく者が何かを「残すこと」は、専門家の助力を得て行われるものなのか？
- 在宅ホスピス関係者の指摘
 - 周囲の状況を適切に整えれば、日常生活のなかでの「いのちの継承」は自然と起こってくる
 - 自宅で祖母を看取った孫娘の例
 - 最期の時を自宅でもとに過ごすなかで、孫娘は祖母がいかに日々の食事や家事に気を配り、周囲の人々の手助けとなるように生きてきたかを学ぶことができた

41

コミュニティケアの視点

「死への準備教育」や「思い出を残す」ということは、ケアの提供者が主体的に行うと言った種類のものではないと考えます。わたしたちはそのような場を支えるという立場にあると思います。実際に「死への準備教育」や「思い出を残す」という作業は、患者本人と家族との関係から発生するものだと考えています。

二ノ坂保喜監修『在宅ホスピスのススメ・看取りの場を通したコミュニティの再生へ』木星社 42

まとめ

- 看取りのケアの特徴をどう捉えるか
 - この世を去る人びとが、残される家族や友人などに、伝えたいこと、残すことをサポートすること
 - ただし、それは目に見えるものである必要はなく、環境が整っていれば、自然と伝わるもの(「背中で教える」ということがある)
- 看取りのケアが支えている対象は、患者だけではなく、こうした「世代をつなぐ」働き
 - つなぐ過程をサポートするとともに、宛先がない贈り物であれば、自分が受け取ることも可能

43

まとめ

- 看取りのケアを支える死生観(の一つ)
 - 人間は死にゆく最後の瞬間まで、社会的な存在であり、自分の声を聞きとめ、それをつないでくれる存在を求めている
 - また同時に、生き残る側にとっても、その後の人生を歩む上で、その声を聴いておくことには意味がある
 - 看取りに関わる人間は、こうした死にゆく人の声をつなぐ／伝える役割を担っているのではないか

44

「息を引き取る」

もう一つ、「息を引き取られました」と言うこともある。「引き取る」には「引き継ぐ」の意味があるということを知って、いい言葉だなと思った。患者さんは最後の息を虚空に吐く。もう吸わない。死を見守っていた人たちが代わりに吐かれた空気を自分たちの胸に吸う。「息」は引き継がれていく。息を引き取るのは、死者であり同時に死を見守った人たちであるということに、この言葉の裾野の広がりを感じる。

徳永進「死の文化を豊かに」筑摩書房、2002年 45



高齢者施設における 〈ビハーラ僧〉の役割

慶徳会「常清の里」
〈ビハーラ僧〉
打本弘祐

本日お話すること

- ビハーラについて
- 慶徳会「常清の里」における実際の様子

ビハーラとは？

●田宮仁が提唱(1985年) サンスクリット語(vihara)
「安住」「精舎・僧院」「心身の安らぎ」「休息の場所」

●仏教を基盤とした終末期医療とその施設

- ①キリスト教由来のホスピスの歴史を尊重
 - ②仏教の主体性と独自性を持たせる
- 長岡西病院ビハーラ病棟設立(1993年)
常勤1名+超宗派のボランティア僧侶(約70名)

◆ロナルド・Y・仲宗根「[日本の仏教者の社会運動](#)」

インド仏教の中で

●龍樹菩薩(150~250頃)『十住毘婆沙論』第16巻
塔寺(ストウーパ)の解説

- ①病人に供給する
- ②病のために医薬の具を求める
- ③病者のために看病人を求める
- ④病者のために法を説く

⇒(10項目あるなか、最初から④まで病者の為の施設として寺院がある、と考えていた。)

日本仏教の中で

●聖徳太子の四天王寺
病院

⇒日本の寺院も、病院
機能を持っていた。

●平安時代後期

源信和尚による **二十五
三昧会**という互いに死
を看取るためのグルー
プがあった

●鎌倉時代

**良忠上人(浄土宗)『看
病用心鈔』**

「敬って、知識看病の人
に申し上げ候…」

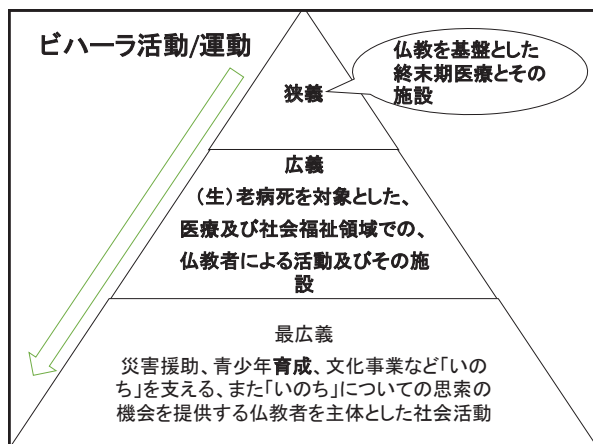
⇒看病者の交代制、病
者の周りで香をたき、
花を飾ること、臨終を見
届けることの大切さなど、
看病する者の心得を説
く。

●現代…**仏教看護**

田宮仁「仏教者屑籠論」

ビハーラ僧は自身の存在を主張する必要はなく、
部屋の片隅におかれた「屑籠」のような存在である
ことを期待して「仏教者屑籠論」をも展開したが、一
部の仏教者からは仏に仕える僧侶を屑籠呼ばわり
することは失礼であるとして不評も頂戴した。**筆者
の真意は、部屋の片隅に屑籠があれば使用した
ティッシュペーパーでも目に付いたゴミでも無意識に
屑籠に放り込むことで、自然に部屋が片付いてい
くように、僧に対して辛いことでも何でも放り込まれ
(話をするというで)、そのことにより自然に人
の心の痛みや苦悩が整理され方向付けられたら
よいと考えていたからである。**

(田宮仁「ビハーラの提唱と展開」[2007]p7)



ビハーラ活動/運動の流れ

<p>●「教団主導型」 教団が中心に取り組む</p> <ul style="list-style-type: none"> ○浄土真宗本願寺派 ○日蓮宗ビハーラ・ネットワーク ○佼成病院ビハーラ病棟 	<p>●「超宗派型」 宗派を超えて取り組む</p> <ul style="list-style-type: none"> ○長岡西病院ビハーラ病棟 ○NPO法人ビハーラ21 ○ビハーラ秋田 他
---	--

ビハーラの諸団体が垣根を超えて、「つながる場所」としての「仏教看護・ビハーラ学会」

〈ビハーラ僧〉とは？

- 教会に通えない信者の為の聖職者である「チャプレン」のお坊さん版⇒臨床宗教師(東北大 龍谷大)
- 施設内で過ごす方々の信仰生活を支える
- 患者の権利に関するWMAリスボン宣言(全11条)
11.「宗教的支援に対する権利」
 「患者は、信仰する宗教の聖職者による支援を含む、精神的、道徳的慰問を受けるか受けないかを決める権利を有する。」

〈ビハーラ僧〉の基本的な姿勢

- 〈ビハーラ僧〉は、自身が信仰する宗教・宗派・宗旨の信者獲得を目的としない。
- 施設内の利用者やその家族、スタッフが持つ宗教・信仰・信条への偏見を持たず、最大限に尊重し、十分な配慮をする。
- 他宗教、他宗派、特定の信仰がない方へのケア

〈ビハーラ僧〉の役割

- 仏様の存在、仏堂という「場」「空間」自体がケアしている(お香の香り、蠟燭の灯り、お数珠の感触)
- 法話会、法要(お盆、お彼岸、除夜の鐘、個人の法事等)
- スピリチュアルケア
- グリーフケア(悲嘆ケア)
- スタッフのサポート
- 実習生の受け入れ
- 研究
- 見学案内

常清の里での実際の様子

午前・・・お参り
 午後・・・傾聴活動など

社会福祉法人 慶徳会

• 成り立ち

昭和6年(1931年)、大阪府茨木市にある浄土真宗本願寺派「慶徳寺」のご住職夫妻(藤井教恵先生、静野先生)による農繁期の託児所を開設したことに始まる

• 理念

仏の誓いを信じ、お互いに生かされていることを喜び感謝すると共に時代に即応した福祉を希求する

13

高齢者総合福祉施設「常清の里」

1997年(平成9年)設立



14

仏堂



15

仏堂は23時間開いています



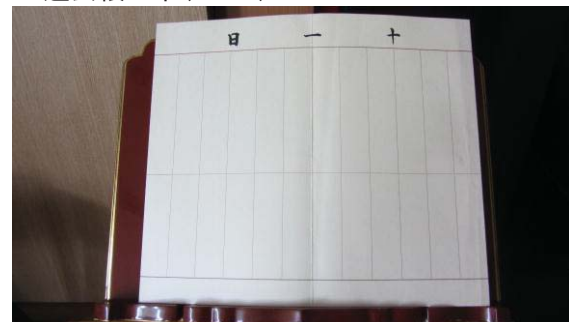
16

過去帳



17

過去帳の中(11日)



18

お参り



19

ご法話



20

食堂でのお参り



21

彼岸会法要



22

利用者さんの法事

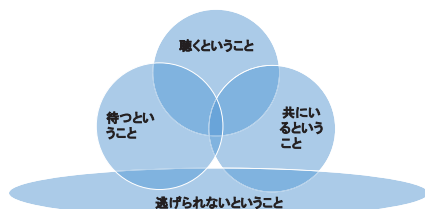


龍谷大学大学院実践真宗学研究科 臨床実習



24

いつも、いつも大切にしていること



事例 菊さんとお参り

- 徘徊する菊さん
- ある日、突然「私もお参り行く！！」
- スタッフ「難しいのでは・・・」私「他の方が・・・」
- 参加した結果

25

クリスティーン・ボーデンの大きな心配事

•認知症当事者として声を上げ、認知症の人への関わりを大きく変えたオーストラリアのクリスティーン・ボーデンは、牧師であり看護師であるエリザベス・マッキンレーと出遇った時に、「私の大きな心配事の一つ」を彼女に打ち明けている。

•「それは、死ぬ前に、私の意識から神が消えてしまうのだろうかということだった。彼女は、自分が看護してきたアルツハイマー病でクリスチャンの人たちにとって、まさに死ぬ日まで意識の中に残るものこそ彼らの精神性(スピリチュアリティ)なのだ、と言って私を安心させてくれた。」(ボーデン2003)

宗教的なことからの喪失(打本2014)

■宗教家とのつながりの喪失

宗教家と会う機会や、宗教に関する悩みを相談する相手を失う。

■宗教的役割の喪失

菩提寺や宗教家との間で調整役を担う役割が失われる。それに伴い寺と檀家の関係性も希薄となることある。仏壇への給仕をすることがなくなる。

■宗教的機会の喪失

仏様、神様などに手を合わせる機会がなくなる。

月参りや年回忌などの法事への参加や、盆や彼岸、命日などへの墓参りが難しくなる。

寺院や本山での法要など、寺院で行われる仏教行事、地域の宗教的行事への参加ができなくなる(祭り、地藏盆、講など)

宗教的なことからの喪失(打本2014)

■宗教的共同体の喪失

寺院や教会で出遇った仲間とのつながりが失われる。信仰を語りあう仲間を失う。

■宗教的所有物の喪失

家の仏壇から離れる。仏壇を処分しなければならない。位牌や過去帳、念珠や経本などの仏具を失う。壊れても修繕ができない。

■宗教的環境の喪失

読経する場所がない。(隣人を気遣う、施設に宗教的な場所がない) 焼香や線香をたむけたいが、自分で火気を使うことができない。

参考文献

- 打本弘祐「慶徳会「常清の里」における宗教実践及び社会実践の実習について」人間・科学・宗教ORC2013年度報告書 2014
- 打本弘祐「特別養護老人ホームにおける喪失—くびら僧」の視点から」高木慶子・山本佳世子編『悲嘆の中にある人に心を寄せて—人は悲しみとどう向き合っているのか—』上智大学出版 2014
- 打本弘祐「終末期医療におけるくびら専門僧についての一考察」『真宗学』第123・124合併号
- 田宮仁『くびら僧の提唱と展開』学文社 2007
- ボーデン、クリスティーン 檜垣陽子(訳)『私は誰になっていくの？—アルツハイマー病者から見た世界』クリエイツかもがわ 2003
- ロナルド・Y・仲宗根(「仏教の生死—パラダイム論的省察」『生死を超える絆—親鸞思想とくびら活動』方丈堂出版 2012

看取りの現場から考える 寄り添う心と姿勢

大河内大博
okouchi.d@sophia.ac.jp

1

縁り添い

國森康弘

鬼哭啾々たる被災地。
九死に一生を得た人が
着の身着のまま身を寄せ合った。
そこに、縁り添う者がいた。

現場に立ち尽くし、非力を想い、無常に伏せ、
ひたすらに手を合わせた僧侶たち。
寺を避難所として開けた者、
食べ物やカイロを運んだ者、
避難者の語りに心と耳を捧げた者、
手を握って肩を抱いた者、
また、ある者は被災者そのものだった。

鬼哭の地で、縁り合う人々は祈った。
宙に舞うシャボン玉。虹の薄皮を膨らませたような
はかない玉を、割れるその瞬間まで、見つめていた。
逝ったあの人に、感を振るった大自然に、
そして今、生きて縁り合う自分たちの未来に、
この祈りは届いたのだろうか。

2

寄り添いの出発点

- ◆自分と向き合う
 - 「私に何ができるのか」の自問
 - 救うことも手助けすることもできない私
- ◆目の前の人の苦しみと私
 - 私はあなたに「無関心」ではない
 - 私とあなたは「無関係」ではない
- ◆この「存在」を通して
 - 何もできない（無力）けど
 - 何もできない（無力）からこそ

3

事例 1

Mさん 女性 70代
肺ガンの末期と診断され、緩和ケア病棟へ入院

被害妄想の症状があり、対人不安が強い
外出、散歩はほとんど拒み、部屋のなかでの会話を希望

会話場面

- ・ ほぼ毎日のようにお話を部屋ですしていた
- ・ ある日の夕方、発表者が帰宅しようとしている時に、珍しく談話室で一人座っているMさんを見て、声をかけた時の会話

4

メッセージを受け取る

- 自分が優先された時には、寄り添えない
課題：限られた時間のなかでどう関わるか
- “いのち”の現場で借り物の言葉は通用しない
課題：「なんとかしてあげたい」という想いと問題解決とは別！
- インフォメーションではなくメッセージを受け取る
課題：「言い当てる」のではなく、「伝わってくるもの」に託す

メッセージは、、、
“あなた”の想いに“わたし”が揺さぶられるもの

5

事例 2

Tさん 男性 50代
3年前からの闘病を経て、緩和ケア病棟へ入院

症状は比較的落ち着いており、痛みなどの症状もほぼなし。
病状認知、緩和ケアの理解もあり、自身のおかれている状況を冷静に見つめ、判断していく能力があった。

発表者には、担当看護師から「話を聴いてくれるお坊さんでカウンセラーの人がいますよ」との紹介があった際、本人より「遺りの時間がどれくらいか、医師に聴きたいと思うが迷いもある。僧侶でもある方にアドバイスをいただきたい」との申し出があり、発表者が訪室。以下はその初回の会話。

6

診断型ケアと対話型ケア

診断型ケア

- 当事者より援助者の方が、ケアすべき事態について、客観的情報・関連知識を持っている
- 一義的・合理的に導きだされる診断・課題の特定
- 効果が統計的に証明された介入
- 介入による事態の改善が目的
- **インフォメーション**を扱う

対話型ケア

- 当事者の主観の開示によって初めて、ケアすべき内容が明らかになる
- 当事者の**主観への共感的関わり**によるケア
- 「語り」の**創造性と解釈性**に基づくケア
- 状況理解および情緒的反応の明確化と、意志決断のサポートが目的
- **メッセージ**を扱う
- 非言語的表出の「解き明かし」

伊藤高章 (2008, 2011)

7

事例 3

Kさん 40代 女性

がん末期でホスピスに入院

大学病院での治療を継続するか最終判断をしなければならない時に発表者が訪室

「選択の証人」となり、対話が続く

週に1回、ご主人との思い出作りの報告会の意味合いで、お話をくださる

一緒に笑って、一緒に泣いて、でも対話の最後は、いつも「悔しいです」の言葉

8

寄り添い型ケアの実践

◆ 何にどう寄り添うのか

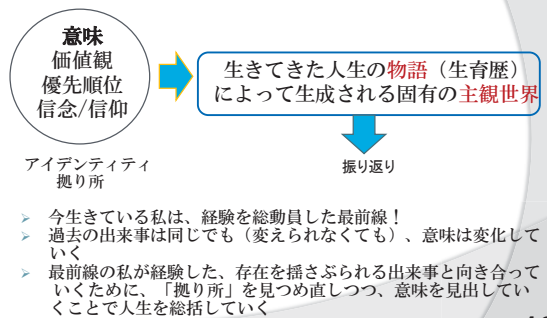
- 表層的表現の奥にあるメッセージへのアプローチ
- 患者さま・ご家族の「存在」へのアプローチ
- 実践者（ボランティア）の「存在」で関わる 「“Doing”ではなく、“Being”」
共感 → 言葉かけではなく、自分がその場に在ることによって生まれる
ケアのプロセスと場の創造 = 「共に在ることを感じてもらう」

◆ 寄り添うために問われること

- 覚悟： 場を共にする
PT1 「死にたい」
Vo1 「死にたい」（沈黙）
- 勇気： 言葉の出所に触れる
PT1 「死にたい」
Vo1 「死にたいと思うのはどうしてですか？」
「受け身の踏み込み」 粕木（2012）

9

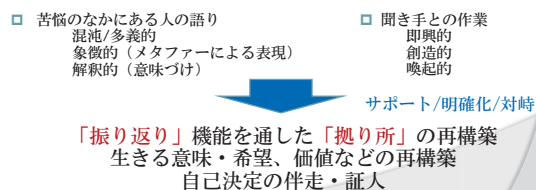
「対話」語りを聴くケア



10

「対話」語りを聴くケア

- 一人ひとりの個別の個性ある人生
- 「事柄」だけでなく、「事柄」の意味を紡ぐ
- 意味は、色合いを持ち、味わいを有する
- その色合いや味わいの人生を共に“揺らぐ”ことがケアとなる



11

事例 4

Yさん 60代 男性

がん末期でホスピスに入院 下半身不随

孤独感が強く、ナースコールの頻コールがNsの負担に

家族はおらず、職場の同僚が入院生活を支援

30年ほど前に離婚し、二人の子どもともその後会ってなかった

「一人で抱えているものがある」とのNsのアセスメントから、発表者が訪室することとなった

12

取り除けない“苦”

- 問題解決できない問いや苦しみがある
- その「どうすることもできない」苦しみに向き合う
- 看取りを「人生の完成期」とすることの限界
- “苦”を抱えながらの存在こそ、人としての有り様
- 無力、限界を背負うことが、共に在る寄り添い
- その現場に立ち続けるために必要なのは、実存存在を捉える人間観とその存在の“いのち”を見つめる死生観

13

限界ある私

◆ 中原実道さんの実践

➤ ありのままの受容

「悩む、苦しむ者に寄り添って、そして耳を傾け、とことん聞いていく、そういう立場をとることがカウンセリングの一番大事な『受容』ということなのでございます。この受容というのは、『その人の心をありのままに、無条件に、大事に』ということでございます。」

➤ 共感などできない私

「よく『共感する』という言葉が使われますが、本当に共感できる人がいるんだろうかといつも考えさせられます。」

“精一杯の姿”として受け止める

実存的関係の構築＝「いま、ここ」の私とあなたの関係

14

“縁り”添う

「よりそう心」は“あなた”の不安をどうにもできないかもしれない

「よりそう心」は“あなた”に届いていないかもしれない

それでも“わたしはよりそう”

“あなた”と出会った“縁”を生きるために

「よりそう心」は“わたし”と“あなた”によってしか紡がれない

15

参考文献

- 中原実道（1993）「仏心と受容の心」、『佛教とカウンセリング』（第28号）、四天王寺
- 中原実道（2010）「法然上人のまなざし」『総研叢書第6集 よりそう心 現代社会と法然上人』、浄土宗総合研究所
- 柏木哲夫（2012）「スピリチュアルケア 概念の成熟を目指して」（日本スピリチュアルケア学会2011年度第5回学術大会講演録）、『日本スピリチュアルケア学会ニューズレター』No.6
- 伊藤高章（2008）「チーム医療におけるスピリチュアルケア」、『再びスピリチュアルケアを語る』、関西学院大学出版会
- 伊藤高章（2011）「臨床スピリチュアルケアの省察的実践と宗教」、『実践スピリチュアルケア』

16

〈お迎え〉体験と看取り

2014年12月7日
神戸学院大学キャリアアップ講座

〈お迎え〉体験とは

- 終末期患者が自ら死に臨んで、すでに亡くなっている人物や、通常見ることのできない事物を見る類の経験。

2

調査の概要

- [2001年調査] (清藤大輔・板橋政子・岡部健)
患者遺族244名に回答依頼、138票回収。
- [2007年調査] (相澤・田代・諸岡・岡部)
2003～2007年1月に在宅で看取りを行った家族に対する全数調査。366票回収。
- [2011年調査] (相澤・田代・諸岡・藤本稔彦・照井・岡部)
6ヶ所の在宅療養支援診療所(宮城県5、福島県1)を利用し、2007～2009年に看取りを行った家族に対する全数調査。575票回収。

3

〈お迎え〉体験の有無

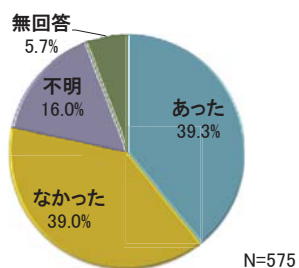
2007年調査 「あった」 42.3% (45.6%)

2011年調査 「あった」 39.3% (41.8%)

*()内は、無回答を除いた有効%

4

2011年宮城・福島調査 〈お迎え〉体験の有無



有効回答では「あった」が41.7%

調査からの事例

死期が近づいた時、両親(すでに他界)が「迎えに来てる(別々に)」と言っていた。

父の両親が「来てる」と父の姉に話していた。父の母の命日が近く「俺命日に死ぬかも」と話していた。結局、その通りに祖母の命日に父は亡くなった。父は仏間で寝起きしており、祖父母は父がかわいそうになり、迎えに来たのだと思う。

(故人60代男性／回答者40代娘)

6

調査からの事例

誰かそこに居ると言って、ハイと返事するので、誰か来たのと聞くと亡くなった夫がそこに居ると言ってました。

昭和39年に離婚し、昭和45年に死亡した夫ですが、一度も話をする事も無く、墓参りにも行きませんでした。最期にだんなさんがそこに来たと言ってうれしそうな顔をしていたので、許したのかなと思ひほっとしました。

(故人90代女性／回答者60代娘)

7

調査からの事例

今でも信じられないような事もありました。亡くなる2-3日位前から同じ方向ばかり見つめてるようになりました。娘(長女)もこれに気づいてまして、お父さん、どうしたのと言ったら同じところを見てると。娘には本人の母親(他界)の姿が見えたと言うのです。信じられない話ですけども……

(故人60代男性／回答者60代妻)

8

昨年の受講生さんから

■ 前田和子さんからのお話:

毎年正月3日、家族を連れて実家に集まりいっしょに正月を祝うことになっていました。母が「今年で命がないかもしれんなあ」「ミツ子(母の名)ミツ子とお父さん(私の父)が呼んだ。私を呼んでほった。確かにあの声はお父さんや」と言うのです。その時は軽く聞き流してしまいました。

その年の6月に入院、手術を経て10月今なら管をつけずに家に帰れますよと医者に言われ退院しました。(告知していなかったので帰るタイミングが難しかったです。)一時は元気になったかのように思いましたが床を離れることはなく、皆に見守られながら自室で、平成13年1月15日に亡くなりました。数ヶ月後、母と父がにこにこして(声なし)食卓に座ってこちらを見ている夢を見ました。

〈お迎え〉体験の内容(2011年調査)

	度数	%
既に死去していた人物	115	51%
風景・情景	54	24%
存命中で不在の人物	47	21%
ペット以外の動物	24	11%
仏	14	6%
ペット	12	5%
光	11	5%
神	6	3%
その他	46	20%
合計	329	146%

%の分母は226・・・〈お迎え〉が見られたケースの数 10

P. フェンウィックらの調査研究

「臨終期視像 deathbed visions」

「これらはおそらくもっとも広く報告される終末期体験である。通常見られる視像は死んだ家族親戚のもので、多くは死にゆく人が親しく感情的な接触を持っていた人物であり、現れた目的はその人が死にゆく過程を手助けにくるものようである。この視像体験はたいへんいつも安らぎをもたらすもので、死に対するスピリチュアルな準備を提供するものようにおもわれる」(Fenwick and Fenwick 2008:9)

P. フェンウィックらの調査研究

「臨終期視像 deathbed visions」

80歳の女性患者に関する訪問看護師の話:「[彼女の死後に]娘さんが言うには、静かに横になっていた彼女が突然、晴れやかな笑みを浮かべて上体を起こし、「ジョー、会いに来てくれるなんてうれしいわ」と言ったそうです(ジョーは先に亡くなった夫です)。それから彼女はまた横になると、すぐに亡くなってしまったとのこと。娘さんはとても分別があり現実的なひとですが、彼のお父さんがやってきたのだと心から信じています」(Fenwick and Fenwick 2008:32)

現在知られている共通の特徴

- 1) 既に亡くなっている家族や知人の現れを体験するケースが多い。
- 2) その体験は必ずしも恐怖を喚び起こすものではなく、むしろ親しみや安心感を与える場合が多い。
- 3) 覚醒状態から睡眠状態、昏睡状態まで、さまざまな意識状態において体験される。
- 4) キリスト教のような特定の宗教の教義との結びつきは希薄である。

〈お迎え〉体験研究史

臨終期視像の研究史

- (1) 19世紀末～ 近代スピチュアリズム
- (2) 1970年代～ 超心理学
- (3) 2000年前後～ ホスピス・ケアの現場から

(1) 近代スピリチュアリズム

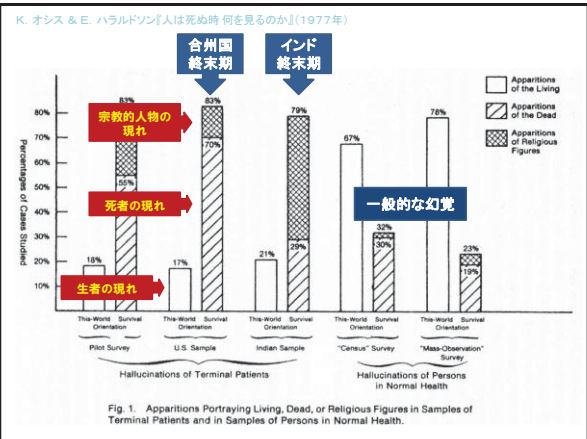
- 心霊現象 (psychical phenomena) に対する「科学的」研究

1886 E. ガーニー他『生者の幻像』
 1889～1894 H. シジウィックら「幻覚調査報告」
 1903 F. マイヤーズ『人間個性の死後生存』
 1926 W. F. バレット『臨終時の幻像』

→ 魂の存続を「科学的」に証明したい・証明できるはずだ、という強い希望

(2) 超心理学

- しいに、スピリチュアリズムの心霊研究にとってかわった超心理学 (parapsychology)
 - 臨死体験研究の流行
 R. ムーディー『かいまみた死後の世界』(1975年)
 日本でも、C. ベッカー『死の体験』(1992年)
 立花隆『臨死体験』(1994年) など
- この流れのなかで、オシスとハラルドソンによる Deathbed Visions の研究、『人は死ぬ時 何を見るのか』(1977年) が登場



ケアを前提とした新しい研究

- 重要な淵源、キューブラー＝ロス
*彼女の影響は、ムーディーやオシスなど
超心理学の流れにも多大。
- その後のホスピスの一般的普及、
および宗教的価値観の多元化
→ いかにケアするか、という実践的課題
- 嚆矢となった、M. キャラナン & P. ケリー
『死ぬ瞬間の言葉』(1992年)

E. キューブラー・ロス 『人生は廻る輪のように』(1997年)

- 「死の前日の夜、わたしは痛みにさいなまれながら眠っている父をながめていた。みていられなくなり、一度だけモルヒネの注射を打った。しかし、翌日の午後に、意外なことが起こった。苦しい眠りからさめた父がわたしに「窓をあけてくれ。教会の鐘の音をよく聞きたい」といったのだ。父とわたしはしばしのあいだ、あのなじみ深いクワイツ教会の鐘の音を聞いていた。しばらくすると、父はみえない祖父に向かって話かけ、みじめな老人ホームで死なせてしまったことをしきりに詫言はじめた。「きつと、この苦しみで罪を償っているのでしょうか」父はそういって、「もうすぐ会いにいきますからね」と約束していた。祖父との会話のちゆうで、父はわたしのほうをふり向き、「水をくれ」といった。父にははっきりとした見当識があり、ひとつのリアリーと別のリアリーとを意図的に往来できることを知って、わたしは胸を打たれた。もちろん、わたしには祖父の姿をみることも声を聞くこともできなかった」(邦訳208頁)

M. キャラナン & P. ケリー 『死ぬ瞬間の言葉』(1992年)

- 著者はアメリカの看護師。ホスピスケアにおける臨死意識(nearing death awareness ≒ 終末期体験)の解説。
- 「臨死意識でもっとも一般的なのは亡くなった人が目の前に現れることである。これは死の数時間前、数日前、数週間前など、さまざまな時期に起こる。死にゆく人は他人には見えない誰かとやりとりし、話をしたりほほ笑んだりうなずいてみせたりする。相手もひとりとはかぎらない。死にゆく人はたいてい相手が誰かわかっている。普通は親、配偶者、兄弟、友人など近い間柄にあり、しかもすでに亡くなった人が多い。そしてその人との再会を喜ぶ。なかには天使や神など宗教の存在を見る人もいる。... こうした特別なメッセージを理解するのに、専門的な勉強や訓練はいらない。メッセージの隠れた意味を探るには、患者の性格や人生を知り尽くしている家族や友人が誰より適している」(邦訳102頁)

ケアを前提とした新しい研究

- 本格的な調査として、フェンウィックらや日本における岡部ら
- 終末期体験の「正常化(normalization)」
(Fenwick and Fenwick 2008:20) :
超常現象でも、脳神経の異常でもなく。

〈お迎え〉体験はせん妄か？

〈お迎え〉体験をどう理解するか

- 「魂の存続の証明」「あの世の存在の証明」としての解釈の問題
 - ・ 社会科学の立場からは、否定も肯定もできない。
 - ・ また、ケアを念頭に置いた場合、「一般的な真理」を求めるこれらの解釈はそれぞれの体験の内容やその受けとり方の個別性を無視してしまうところに問題が生じる。

せん妄診断の問題

■ 「せん妄」(譫妄, delirium) :

もっとも一般的には「軽度ないし中等度の意識混濁に錯視、幻視、幻聴などの妄覚や異常行動が加わり、特徴ある臨床像を呈する意識変容の代表的な形である」と説明される(DSM-IV-TR)。

周囲の人間に理解のむずかしい体験や、興奮をとまなう体験はすべて同じ「せん妄」とされる。実際、「認知障害」的側面について「せん妄」と「痴呆」は診断基準が同じ(MMSE等)。

→ 実際には、一般的な認知症やせん妄と、〈お迎え〉体験との区別は必ずしも困難ではない(Brayne and Fenwick 2008)。見当識を失わないケースも多い。

事例

[*〈お迎え〉体験について]

認知症の傾向が進行していたし、精神的にも以前からストレスが溜っていたようだったし、幻視・幻聴がおこっていたので、ストレートに会話を成立させる事が殆んどできない状態だった。母に対して何をどのように対処する事が最善なのか判断がとて難しかった。そんな状態でも、母の表情が看護や食事などでハッキリ変化するの、何かすばらしい情景を視ている事は十分判断できた。とてもすばらしい人間の輝きのある表情だった。

(故人 70代女性 / 回答者 50代息子)

〈お迎え〉体験と感じ方

ともに複数回答可 / 分母は155

体験後の故人の様子	
	%
普段どおりだった	40.0%
不安そうだった	29.0%
悲しそうだった	15.5%
落ち着いたようだった	14.8%
安心したようだった	10.3%
苦しそうだった	9.0%
よくわからない	8.4%
怒っているようだった	5.2%
その他	14.8%
合計	147.1%

体験に対する回答者の感じ方	
	%
故人の死が近いと感じた	47.7%
幻覚だと思った	40.0%
悲しかった	30.3%
おどろいた	28.4%
不安になった	28.4%
死後の世界に思いをほせた	14.2%
気にしなかった	8.4%
治療が必要だと思った	5.2%
安心した	3.9%
その他	6.5%
合計	212.9%

また、身体上の疼痛と、精神上・生活上の悩みが別ものであることも重要。後者は医療的介入では解決しえない。

終末期覚醒・寛解

■ 興味深い現象、「終末期覚醒」「終末期寛解」……〈中なおり〉現象

死がいよいよ近づいた時期に、急に身体的症状が軽減・寛解したり、清澄な意識を取り戻したりする現象。

■ 〈お迎え〉とセットで現れる場合も多い。

終末期覚醒

- 2004年ロナルド・レーガンのエピソード:「レーガン大統領は10年間アルツハイマー病を患い、妻のことが分からなくなっていたし、話したり、歩いたり、自分で食事をとることもできなくなっていた。... ところが[娘のデーヴィスさんいわく]「呼吸からしても最期の時であるというとき、父は目を開き、母をまっすぐ見つめました。もう何日も開いていなかったのに、その目は濁ってもぼんやりともしていませんでした。それは澄んでいて青く、愛に満ちていました。それから、最後の息をすると、目を閉じました。死がすばらしいものありうるとすれば、父の死がそうでした」(Fenwick & Brayne 2011:11)

終末期覚醒

- 「最後の数週間、彼女[話者の母親]は私の父に、まだ誰も「迎えにきていない(come for her)」のだから、「まだ行けない」と話していました。最後の日の午後、医者が彼女を呼んでモルヒネを処方すると、彼女は深い無意識状態に陥りました。私の父が彼女の側に座っていたところ、彼女は突然目覚め、ベッドに起き上がって誰かに向かって手を差し伸べ、幸福で恍惚の表情を浮かべたのです。お父さんは彼女に、いったい誰がそこにいるのかを訊いてみたかったのだけれど、「おまゝが欲しいのかい？」とひどく陳腐な質問しかできませんでした。お母さんはそれを聞いて、そうじゃないと答えました。彼女はまったく精神的に正常な状態でした。それから彼女は枕に身を沈めると、無意識状態に入り、死ぬまでそのままとなりました」(Fenwick and Fenwick 2008:36)

昨年の受講生さんから

■ 匿名希望の方;利用者さんに関するエピソード

80代の女性(高血圧、認知症)が食事も水分も摂らなくなり、家族様はドクターよりムンテラを受けて約1週間後くらいだった朝、私は夜勤明けに朝9時のパット交換を行った後、排泄後の処理をしようとしたら、「世話になったな…」と聞こえたので、その方のベッドを見ると、その女性が起き上がり、私に目を合わせてもう一度、「世話になったな。心残らないわ。」と言われました。その方は、その日の午後3時頃、亡くなりました。認知症があり、うつ症状も強くて、ムンテラ後はほとんど声を聞いた事がなかったし、まさか目を合わせてくれるとは思わなかったので、びっくりしたと共に、なぜか感動した体験でした。

終末期覚醒・寛解の意義

- 「臨床医たる私たちは、難治性の症状をもつ患者に深いセデーションを施す能力と責任とを有している。このことは、終末期寛解の可能性を奪うことにもなりかねない。この現象の生起を予測し、セデーションを制限しながら、終末期寛解が生じたときに家族・親戚を同席させることが臨床上に望ましいことであろう。終末期寛解は「家族に関わる身の整理」を行い、死の床での語らいやお別れを告げる機会をもたらするものである」(Macleod 2009:516)
- 「中なおりは、その家族との別離直前の精神的交通のできる、一生に残された最後のチャンスといえよう。この意味できわめて貴重な時期である」(深津1975:144-145) → 目標を持ちにくいホスピスケアの看護目標になりうるという指摘。(深津要『危篤時の看護』メヂカルフレンド、1975年)

せん妄診断の問題

■ 現在の研究の限界

・ 入院環境中心の研究状況

入院環境それ自体がせん妄を生じる重要な要因である。他方で、在宅における調査研究はほとんどない。

・ 終末期という特殊条件の認識

一般的な精神医学は「社会復帰」をひとつの大きな目標としている。しかし、こうした目標が終末期患者に当てはまるだろうか？

→ 結局、まだ十分には研究されていない、死にゆくことの生理学的・精神医学的過程。

→→ しかし同時に、スピリチュアルな問題は、「原因」が分からなければケアできない、というわけではないのでは。

〈お迎え〉体験と良い死

〈お迎え〉と穏やかさ

- 2012年8月29日放送・NHKクローズアップ現代「天国からの“お迎え”ー穏やかな看取りとは」

- 「お迎えを見た9割の人が穏やかな最期を迎えたことがうかがえるとしています」という説明 → 悪質な印象操作

お迎えと最期の穏やかさ

		穏やかだった	どちらとも 言えない	穏やかでな かった	合計
〈お迎え〉体験	あり	92%	4%	5%	100%
	なし	86%	6%	8%	100%
	不明	88%	8%	4%	100%

n=533 p> .05

〈お迎え〉と穏やかさ

- 近年における社会的、あるいは政策的な「穏やかな死」の推奨
- 調査結果は、〈お迎え〉が穏やかで良い死の条件になっているのではなく、よい看取りをする中でしばしば〈お迎え〉体験が生じると解するのが自然

37

死とその受容

「決して、患者さんを安らぎや受容へ導こうとしてはいけません。それは有害です。皆さんは、どんな人であろうと、ありのままに受け入れるべきなのです」

(NHK『最後のレッスン; キュブラー・ロス かく死せり』2006年放送、cf. 堀江宗正2012)

M. A. サンダース『臨死意識』(2007年)

- 「死にゆく人が、臨終時視像 (deathbed vision) を経験しなかったらどうなのだろうか？それは、そうした人たちのスピリチュアリティが曖昧だとか、存在していないといったことを意味しているのだろうか？ 私の意見では、そんなことはまったくくない。臨終時視像や、宗教的人物ないし愛する人物の訪れがあるかないかは、個人のスピリチュアルな健康のバロメーターではないし、何かを誤っていることを伝える他界からの劇的なメッセージのようなものでもない。ただ、ある人びとはそれを経験し、ある人びとはそうではない。そこに何らかの理由があるのだろうか？と信じる以外に、その根拠を見定める方法はない」(Sanders 2007:50)

〈お迎え〉体験と死の理解

それ以来、岡部はこの初期の経験をもとに、「もうだめだ」とか「もう死ぬ」と言っている患者との日常会話のなかで、いわばコミュニケーション・ツールとして、「お迎えはもう来たの？」「まだです」「じゃあまだ行けないでしょ」という表現を取るのを習慣にしていた。

→ 人間のはからいを超えた出来事としての「死」の表現

清藤大輔・板橋敦子・岡部健, 2002, 「仙台近郊圏における『お迎え』現象の示唆するもの」『緩和医療学』4(1): 43-50.

40

昨年の受講生さんから

(匿名希望) 父が亡くなったのは7月末でした。娘は中3で高校受験を来年3月に控えていました。父が亡くなって、12月、いつかは覚えています、ある日突然、あ、父がいると感じました。それは3月の娘の公立の受験の日までつづきました。ただ、存在を感じるのです。なんか、あったかいような…。試験の結果はわかっていたのか、またいなくなってしまうました。それ以降はまったく…。

ただ、そのあとは1人暮らしの母のところに行ったようで、母は私が父がいるのよといった時には、私のところにはこないわといってましたがその後たまに父が一瞬見えるといっていました。祖母といっしょにいて笑っていたそうです。1人暮らしから妹宅への同居、現在高齢者賃貸住宅へと移り、今は見えないようです。安心したのでしょうか。