

第二十七回法華經・日蓮聖人・日蓮教団論研究セミナー

宗教者の公共空間における実践

大 島 英 子

皆様、初めまして、よろしくお願いたします。私は、今発表がありました酒井菜法さんをはじめ、様々な臨床宗教師を受け入れている、上尾中央総合病院の緩和ケア病棟科長、緩和ケア認定看護師の大島と申します。今日は、酒井菜法さんの発表と重なるところが多々ございますが、受け入れる側の立場としてのお話をしていきたいと思っております。当院は埼玉県上尾市にありまして、上尾市内の中核病院としてがん診療指定病院、最先端のがん治療を提供している医療機関でございます。医師の研修や、地域の支援病院、がんの市の研修指定病院等で、様々な貢献をしております。

私は緩和ケア病棟におりまして、緩和ケア認定看護師という立場から、緩和ケアとは何かということを少しご紹介していきます。緩和ケア、こちらは(資料③)二〇〇二年に改定されたWHOの定義でございますが、「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面した患者と家族」、ここで大事なのが患者だけではなく、ご家族なのです。「痛みや身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から」、よく緩和ケアと言うと最期の医療だ、最期のケアだ、もう何もできなくなってしまったから緩和なのだというふうに誤解を持つ方が多いのですが、このWHOにあるように、「早期から正確にアセスメントし解決することによって、苦痛予防と軽減を図り、生活の質、QOLを向

上させるアプローチ」です。

なので、例えばがんと診断されたときに頭が真っ白になってきて、気持ちが悪くなり込んで、治療の選択ができないとか、とても痛みが強くて、治療の対象にはならないというときには早期に介入して、心のケアとか、痛みの緩和を図っていくことで、よい治療成績をあげられるように働きかける治療でもございます。

こちら（資料④）は、死を取り巻く社会状況の変化ということになりますが、一九五〇年代は、結核や腸炎など感染症で亡くなる方が主でした。また、死亡の場所は七割が自宅ということで、平均寿命も六十歳ということでしたが、一九八〇年代からは脳血管疾患が死因の第一位になり、それと共に、自宅から病院へと死亡場所が変わっていく時代でございました。また、二〇〇八年から現代に至るまでは悪性新生物、がんが死亡原因の第一位になりまして、今や二人に一人ががんになり、二人に一人ががんで死ぬ時代になっています。そして、心疾患、脳血管疾患が第四位に下がりました、代わりに肺炎の死因が主たるものです。また、死亡場所としては八割が病院です。自宅はほんとに五パーセント未満ということで、在宅医療、在宅看取りが増えても、まだまだニーズには伴わないような現状です。

そのような中で、死を取り巻く社会状況の変化がございまして、慢性疾患の増加で、来る二〇二五年問題でもあるように、高齢化社会を迎えます。そして人口の高齢化、単独世帯と核家族世帯の増加があり、エンド・オブ・ライフケアというのは、緩和ケア、ターミナルケアと同じような意味合いの言葉ですが、エンド・オブ・ライフケアが必要なのは増加するけれども、必要な人を支える社会基盤の弱体化ということが、現代の課題になっております。

これ（資料⑥）は、人々が希望する死の状況と実際の状況の不一致の研究結果ですが、多くの方が希望する療養場所が自宅、死亡場所も自宅がいいと、半数の方たちが希望を出しておりますが、実際の死亡場所は約八割が病院、しかも一般病棟という現状がありますので、患者さん自身が望む場所で療養したり、最期を迎えたりすることができないということが、課題に挙がります。

そして、患者家族が望む緩和ケアを提供できているかどうか、というところの研究結果（資料⑦）ですが、特に日本人の多くが共通して大切にしていることの中では、苦痛がないとか、望んだ場所で過ごす、人として大切にされる、人生を全うしたと感ぜられる、などがございます。また、人によって重要さは異なるが、大切にしていることとしては、できるだけ治療を受ける、自然な形で過ごす、また、生きている価値を感じられる、信仰に支えられるなどが挙げられておりますので、これらを十分に提供していくことが課題と言えます。

そのような中で、WHOのQOLを向上するという文にもございましたが、QOLとは何かということですが、「Quality of Life」とは、「生活・人生の質」というふうに言われています（資料⑧）。例えばAさんは、「痛みがあるのはイヤだ」という苦痛がないこと、また、「住み慣れた家で過ごしたい」という望んだ場所で過ごすこと、「子ども扱いをされたくない」という自尊心を保つことがAさんのQOLです。一方Bさんは、「子どもたちの迷惑にならない」という他者の負担にならないこと、「身の回りの整理をしておきたい」という残された時間を知り準備をすること、また、「妻として、母として最期まで生きたい」という役割を果たすこと、人それぞれこのように違う、多次元で主観的な概念であるということ踏まえながら、私たちは個々に応じたニーズに、しっかりと向き合っていくことが必要になります。

これは先ほどの酒井菜法さんからもありました、トータルペインの図式になります（資料⑨）。これらの四つの側面は、それぞれを専門にする立場のものが担っていくべきものではございますが、どれも影響し合っているものとして捉えていきます。例えば、痛みがあればいららし、夜が眠れない、入院が継続していくことで治療ができない、医療費がかかる、こんな自分は生きている意味がないのだろうかとか苦しむということで、それぞれの苦痛が重なり合いつながり、影響し合いながら、患者さんは全人的苦痛を持っているという視点がとても大事になります。

そして先ほどの図式になります（資料⑩）、なぜ多職種が必要かということですが、多職種というのは、「他」と書

く意味合いもあるのですが、多くはいろんな職種が関わるということ、「多い職種」と書いて、「多職種」というふうに言っております。日本人の多くが共通して大切にしていることとしては、苦痛がないことや、望んだ場所で過ごしたいなど、これらを達成するためには、医療チームメンバーの主たるものは医師と看護師ですが、医師と看護師だけで、できるのだろうかということです。

皆さんは、特に知っていることではございますが、痛みがある場合、薬剤の調整は薬剤師、食事の工夫は栄養士、気持ち辛いときは心理士、根源的な苦悩があるときは臨床宗教師、在宅の介護サービスの導入などはソーシャルワーカー、退院支援看護師、また自宅構造の改装では理学療法士、作業療法士が専門性を発揮しますので、これら多職種チームアプローチをすることによって、患者家族に質の高いケアを提供できる可能性があります。というように、それぞれの職種が徐々に補い合いながら多職種チームとして専門性を発揮し、かつ協同していくことが必要になります。ここで、当院の緩和ケア病棟の臨床宗教師の活動について触れたいと思います。ボランティア登録者の宗教家の方は十二名です。皆さんのところに配布した資料の中では、病院として受け入れるところが増えてきている資料がございますが、これだけの複数、十二名も受け入れているところはまれなところで、当院くらいです。あとは多くても一人、二人のボランティアおよび採用者になります。

宗派の内訳はこのような形で(資料⑬)、仏教徒以外にも天理教、神社神道神職の方、かつこの神職の方は精神科医でもございますので、医療と宗教画面に強い方でございます。このようなボランティアを取りまとめながら、ボランティア活動を支えていくのが、私、コーディネーターの役割を發揮しております。まず参画していただくものには、多職種チームカンファレンス、こちらは先ほどの酒井菜法さんが言っていたカンファレンスも日々ありますが、月に一回、医師とか薬剤師、ソーシャルワーカーを交えた、多職種チームカンファレンスにも参画していただき、その中で、臨床心理士からの発言をいただいたり、臨床宗教師に担っていただきたい役割を依頼したり、そんな活発な場に

なっております。

そして傾聴喫茶「カフェ・デ・モンク」は、東日本大震災を発端に宗派、宗教を越えて、苦しむ人々に手をさしおける傾聴喫茶として始まりましたが、わが病棟でも「カフェ・デ・モンク」のれん分けをいただきまして、昨年からは「ソラ・カフェ」という名前で傾聴喫茶を運営していたものを、そろそろ傾聴喫茶の土台作りができたということで、主催している金田老師の許可をいただいて、「カフェ・デ・モンク」を開催しております。また、東北大学実践宗教学寄附講座の臨床宗教師研修の実習受け入れもしながら、社会貢献をしております。このような形で、「カフェ・デ・モンク」はこの看板が特徴的になりますが、この看板を立てながら、ジャズのBGMを奏でながら、臨床宗教師さん、ティーサービスのボランティアさんが共同しながらカフェを運営しております。

このように、チームカンファレンスをするということは、とても大事なことになります。チームカンファレンスが充実しているところもなかなかなく、課題だということ聞いておりますが、やはり一人ひとりが患者さんの情報を、とりあえずベッドボードにあるお名前の一覧を配布しながら、患者さまの状況を細やかにお伝えして、臨床宗教師さんたちはカンファレンスが終わった後に、自分たちの役割分担についてさらなるミーティングをしながら、再度訪れてくださっています。

酒井菜法さんは白衣を着て実習受け入れをしました、北海道の臨床宗教師の受け入れもしましたが、白衣を着ていただいています。なぜ白衣を着ていただくかというと、宗教者としての立場から見えるものと、医療者側の視点で見るといえるのはやはりイコールではないので、ぜひ医療現場の目で、どのように患者さんが映るのか、どのように臨床宗教師が映るのか、それぞれの立場を変わることで見えてくることを、さらに深めていただきなながら、臨床宗教師としてお役に立てていただきたいという意味です。白衣を着ることによって、お風呂の手伝いとか、入浴のお手伝いとか、看護師の手伝いとか、いろいろなことをやってくださいます、学ぶべきこともたくさん持ちながら、お帰

りになっていただきました。この臨床宗教師さんのときには一般病棟の中で、自死を迎えた方がいて、病棟の看護師がとても傷つきながら、大変な状況の一般病棟がございましたので、臨床宗教師の、この方はもう資格をお持ちでしたので、実際他病棟のカンファレンスに参加をいただいて、一緒にお経を唱えたり、気持ち落ち着けたり、シエアをしていただいたりしながら、ケアを担っていただきました。このように臨床宗教師、緩和ケアの場以外の中でも、活躍する可能性がとてたくさんあると思います。こんな形で、和やかなお茶の作り方実践などもして下さっていました。

ここで事例を紹介します（資料⑮）。この方は六十歳女性で乳がんです。脳転移の影響で認知症などを患いながらなかなか充分な意思疎通が図れない方でしたが、「カフエ・デ・モンク」に来ることはすごく楽しみにしていただきながら、お数珠づくり、好きなピンク色を選んでくださいました。なぜピンク色を選んだかという点、やはりご主人との温かい夫婦関係を思い出す、そんな色合いだということで、臨床宗教師さんと一緒に作ってくださっています。また、私たち看護師とか一般の者が作るとただのブレスレットですが、臨床宗教師さんが作ることで、念入れというふうには、最後にご本人の好きなことをみんなで念じながら、これがブレスレットからお数珠に代わり、大事な宝物になっていくという点を行っています。何回か「カフエ・デ・モンク」には参加して下さった方ですが、衰弱が進行し、亡くなりました。腕には最後までピンク色のお数珠がありました。

自分のために作るものだけじゃなくて、家族のために作りたいと思ってる方も多いです。自分は病気になって、してあげられないことが出てきて、それが苦しいと悔やむ方が多いですが、家族のために何かを残してあげられるというのは、患者さんにとってはすごく、ひと滴の望みになりますので、ご主人を思って、息子さんを持って作ったお数珠を、葬儀のときにはご家族の腕にそのお数珠が巻かれ、お見送りというふうに進んでいったことを聞いております。

事例二になりますが、大腸がんの女性です（資料⑩）。四十歳なのですが、タヒチアンダンスショーの主催をしているお兄さんのもとで、元ダンサーで、今はマネージャーということで、ダンサーの方のお洋服を作ったりしながら、タヒチアンダンスに親しんだ方です。緩和ケア病棟の中では、死を迎える場ではありますが、常に急変というものがあります。この方も前の日まではお話できていたのですが、この日には急変をして、意識が急激になくなってしまいました。お兄さんの希望としては、本人の人生の生きがいでもあったタヒチアンダンス、「生徒さんのダンスショーを最期に見せてあげたいんだ」と言われまして、ちょうど臨床宗教師さんのボランティア活動中でしたので、みんな「よし、やろう」ということで、一致団結して、夜になりましたが、ダンサーの方を集めて、あとはラウンジのコーディネートで臨床宗教師さんと共に行いながら、最後のダンスをみんなで、笑顔で披露しながら行いました。ご本人は意識が落ちていて、どのくらいしっかり分かっていないか分からないようなご様子でしたが、とても穏やかな表情で、この二日後に皆さんでお看取りになりながら、亡くなっていました。

このように、本当に最期の場でありましたけれども、喜びや楽しみというものも感じながら、場の雰囲気盛り上げていくということが、緩和ケア病棟の中では大事になります。また、高野山真言宗のお坊さんで、臨床宗教師の方、去年から声明コンサートをしていたら、お経を音楽とコラボレーションすることで、お経に親しみを感じていただいて、みんな歌を歌っていただくような会です。私ははじめ、「ぜひお願いします」と言ったのですが、一般病棟の中で、僧侶が声明を唱えていいのだろうか、臨床宗教師さんから、「ちょっと、大丈夫なんでしょうか」というふうな、心配や不安を抱える中でのスタートでしたが、意外に意外、ほとんどの方が参加をしてくださって、宗教に親しんでくださり、興味深く参加する方が多かったので、ちょうど先週、二回目の声明コンサートを開始しております。

このような季節の催し物の中には、いろいろ臨床宗教師さんとアイデアを出し合いながら、イベントを開催してお

ります。先ほどの発表の中にありました、ティク・ナット・ハン、お弟子さんの尼僧さんなのですが、元ヴァイオリニストということで、来日ときにヴァイオリンとハープのコンサートをしていただき、やはり魂に触れるというのはお経であったり、美しい音楽であったり、人の楽しい雰囲気を感じる感性だったりしますので、このような企画を順次行っております。

最後になりましたが、エンド・オブ・ライフケアを提供するために求められるケアと、基本的態度として、ケアリングというものを出したいと思います(資料⑱)。ほんとに一人ひとりの人格をケアするというのはすごく深いことで、そこにたくさんの自分と向き合い、自分を裸にしながら純粋な自分をしっかり見つめつつ、中にある純粋性をしつかりと見届けながらケアの場にいるということは、とても大事にしておきたいことです。すごく感性の高いことが求められる仕事かと思えます。ケアリングの五要素ということで、このようなものがあります(資料⑲)、常に自分と向き合いながら、知識を向上させながら、態度を深めながら、現場に居続けていたきたいと思えます。

こちらはシシリー・ソルダースさんという、緩和ケアを初めて生み出したドクターの言葉を、一部改変しております。「エンド・オブ・ライフケアにおいて臨床宗教師とは、『何かをする』ということだけではなく、お題目を唱える、数珠を作る、そういうことだけではなく、「患者、家族と『共にいる』こと」、ということがとても大事になります。『Not doing, but being』と言われるように、どのような状況であっても寄り添い続ける臨床宗教師の皆さんを、現場は常に求めております。

ここで病棟の紹介の動画を四分程度ご覧になっていたいただきながら、私の発表は終わりにいたします。ありがとうございました。

第27回法華経・日蓮聖人・日蓮教団研究セミナー
宗教者の公共空間による実践

2018年1月31日（水）

上尾中央総合病院

緩和ケア認定看護師 大島 英子



①

当院概要

理念「高度な医療で愛し愛される病院」

H26年6月B館第I期工事竣工 病床数733床

- 厚生労働省臨床研修指定
- 埼玉県がん診療指定病院
- 日本がん治療認定医機構認定研修施設
- 日本医療機能評価機構認定
- ISO9001:2008認証取得
- プライバシーマーク付与認定施設
- 人間ドック・健診施設機能評価認定施設
- 労働衛生サービス機能評価認定施設
- 埼玉県全面禁煙空間分煙実施施設
- 腹部ステントグラフト実施施設
- 胸部ステントグラフト実施施設
- 医療被ばく低減施設
- 救急指定・労災指定
- 地域支援病院



②

緩和ケア(WHO, 2002)

緩和ケアは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、痛みや身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期から正確にアセスメントし解決することにより、苦痛の予防と軽減を図り、生活の質(QOL)を向上させるためのアプローチである。

(Sepulveda C et al, 2002)



③

死を取り巻く社会状況の変化

	1950年	1980年	2008年
主な死因	1. 結核 2. 脳血管疾患 3. 下痢・腸炎	1. 脳血管疾患 2. 悪性新生物 3. 心疾患	1. 悪性新生物 2. 心疾患 3. 脳血管疾患
主な死亡場所	自宅(約7割)	自宅→病院	病院(約8割)
死亡者数	約90万人	約72万人	約114万人
平均余命	60.0歳	76.0歳	82.7歳
高齢人口割合	4.9%	9.1%	22.1%
平均世帯人員	5.07人	3.28人	2.63人

(厚生統計協会, 2009; 厚生労働省HP; 内閣府HP; 日本衛生統計協会編, 1951)



④

取り巻く社会状況の変化による影響

- 慢性疾患の増加
- 高齢多死
- 人口の高齢化
(若年層人口の減少)
- 単独世帯と核家族世帯の増加

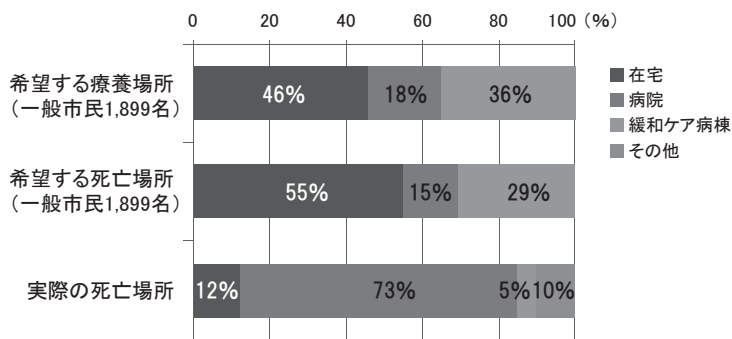


エンド・オブ・ライフにケアが必要な人の増加
 エンド・オブ・ライフにケアが必要な人を支える
 社会的基盤の弱体化



⑤

人々が希望する死の状況と実際の状況との不一致



(Sanjo M et al, 2007; 厚生労働省HP; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2010)

患者自身が望む場所で、
 療養したり最期を迎えたりできることが課題



⑥

患者・家族が望む緩和ケアを提供できているか？

対象：一般市民2,584名、緩和ケア病棟遺族513名

日本人の多くが共通して大切にしていること

- 苦痛がない
- 望んだ場所で過ごす
- 希望や楽しみがある
- 医師や看護師を信頼できる
- 負担にならない
- 家族や友人と良い関係にいる
- 自立している
- 落ち着いた環境で過ごす
- 人として大切にされる
- 人生を全うしたとを感じる

人によって重要さは異なるが、大切にしていること

- できるだけ治療を受ける
- 自然な形で過ごす
- 伝えたいことを伝えておける
- 先々のことを自分で決められる
- 病気や死を意識しない
- 他人に弱った姿を見せない
- 生きている価値を感じられる
- 信仰に支えられている

(Miyashita M et al, 2007)

これらのケアを十分に提供していくことが課題



⑦

QOLとその考え方

QOL (Quality of Life) とは、「生活・人生の質」

他者の負担にならないこと

苦痛がないこと

痛みがあるのはイヤだ

望んだ場所で過ごすこと

住み慣れた家で過ごしたいな

子どもたちに迷惑をかけたくないわ

残された時間を知り、準備すること

身の回りの整理をしておきたいの

役割を果たせること

妻・母として最期まで生きたいわ

自尊心を保つこと

子ども扱いされるなんて...

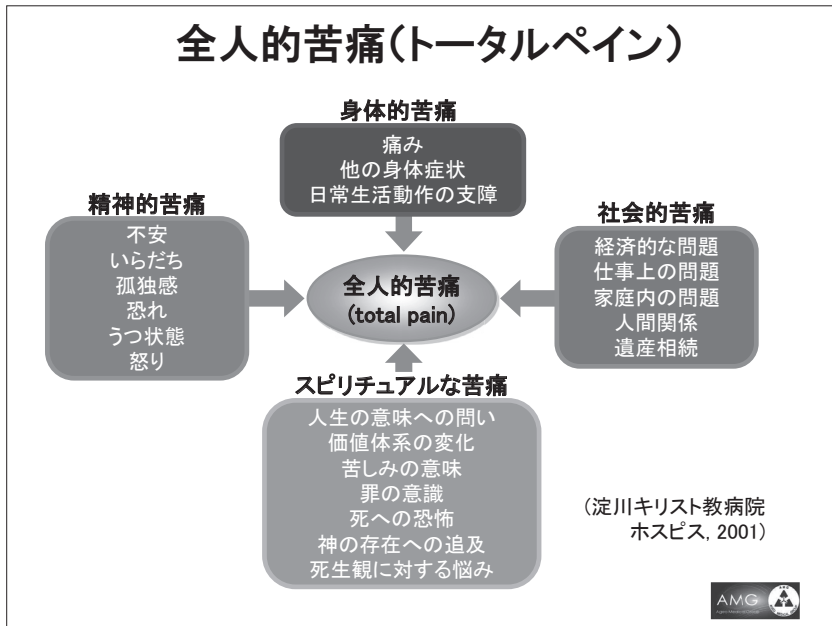
Aさん

Bさん

人それぞれで違う＝多次元で主観的な概念



⑧





なぜ多職種チームアプローチが必要か

日本人の多くが共通して大切にしていること

- 苦痛がない
- 望んだ場所で過ごす
 - 希望や楽しみがある
 - 医師や看護師を信頼できる
 - 負担にならない
 - 家族や友人と良い関係でいる
 - 自立している
 - 落ち着いた環境で過ごす
 - 人として大切にされる
 - 人生を全うしたと感じる

これらを達成するためのケアを、
看護師だけ、あるいは
医師・看護師だけで
できるだろうか？



AMG 

⑩

多職種チームアプローチの必要性



例えば・・・

- 身体的な痛みがある場合
薬剤の調整 → **薬剤師**
食事の工夫 → **栄養士**
- 気持ちがつらい場合
→ **心理士**、**臨床宗教師**
など



例えば・・・

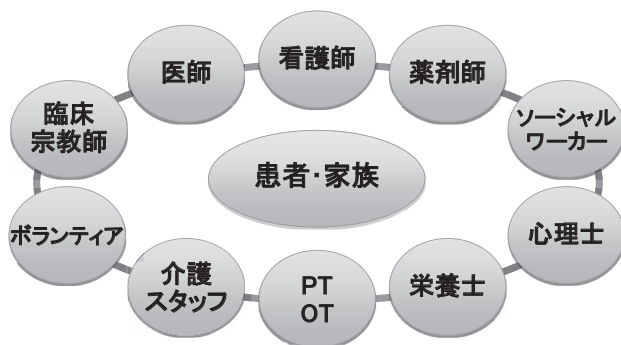
- 自宅での療養を希望した場合
介護サービス導入や情報提供
→ **ソーシャルワーカー**、**退院調整看護師**
自宅の家屋構造や患者の日常生活動作のアセスメント
→ **理学・作業療法士**

多職種でアプローチすることによって
患者・家族に質の高いケアを提供できる可能性が広がる



⑪

多職種チームアプローチの考え方



各職種が、個々の患者のケアの目標に合意したうえで、
そのケアを提供するために**専門性を発揮し、協働する**

(濱口, 2007)



⑫

緩和ケア病棟の臨床宗教師

- ボランティア登録者：12名
- 宗教宗派内訳：
曹洞宗3名、高野山真言宗3名、みんなの寺1名
日蓮宗1名、浄土真宗1名、臨済宗1名、
天理教1名、神社神道神職1名



⑬

臨床宗教師の主な活動

- 多職種チームカンファレンス参加（毎月1回）
- 傾聴喫茶「カフェ・デ・モンク」主催
- 茶話会協力

- 東北大学実践宗教学寄附講座臨床宗教師研修
実習受け入れ（年間1～2名）



⑭

事例1

- 60歳代・女性・乳がん(自壊創)・多発肺転移
- 脳転移・認知症
- 脳転移の影響で片言しか話せない。
- カフェ・デ・モンクに参加することを楽しみにしていた。臨床宗教師とともにお数珠作りに参加。好きなピンク色を選ぶ。
- 徐々に衰弱が進行し永眠、腕にはピンク色のお数珠があった。



⑮

事例2

- 40歳代・女性・大腸癌・腹膜播種・肝転移
- タヒチアンダンス教室の教室でダンサー、衣裳を作っていた。
- 余命日単位となり昏睡状態になる中、兄夫婦からタヒチアンダンスを見せてあげたいと希望。
- 臨床宗教師と共に急遽場をセッティング、教室の生徒さんたちがダンスを披露
- その2日後永眠



⑯

事例3

- 70歳代、男性、肺がん、
- 人と話をすることが好き、臨床宗教師と共に全種類のハロウィンの衣装を着ておどける。1週間後逝去

- 70歳代、女性、膵がん、骨転移
- 趣味が山登り、社交的、毎回カフェデモンクに参加、ご主人と仮装して楽しむ。
- 2週間後逝去



17

緩和ケア(エンド・オブ・ライフケア)を提供する者に求められる基本的態度



ケアリング:

- 「一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけること」

(メイヤロフ M, 1971)

- 「気づかい」

(ベナー P, 1984)

「感じとり応答する能力であり、関与すべき誰かまたは何かに反応すること」

(ローチ MS, 1992)

18

18

ケアリングの要素(5つのC)

要素	内容
思いやり Compassion	他者の経験に関与し応えること。他者の痛みや障害を感じ取ること
能力 Competence	職業者としての責任を適切に果たすために必要とされる知識、判断能力、技能、エネルギー、経験および動機づけを有している状態のこと
信頼 Confidence	依存することなく互いに信じ合うことを促し、相互に尊重し合う関係を築くこと
良心 Conscience	道徳的意識を持つ状態のこと。道徳的にふさわしい行動へと人を導くような羅針盤となる
コミットメント Commitment	課題や人や選択、職業に向けて自分自身を投じさせること。専心

(ローチ MS, 1992)

19

⑲

エンド・オブ・ライフ・ケアにおいて臨床宗教師は、
「何かをする」ことだけでなく
 患者や家族と
「共にいる」ことが重要である

Not doing, but being

どのような状況にあっても寄り添い続ける

20

⑳