

在宅ホス피스 ボランティア講座 資料



目 次

スケジュール	1
I. 在宅ホスピスケア概論	2
II. 在宅ホスピスケアに関する映像の視聴.....	7
III. ご遺族の話	8
IV. 死にゆく過程、患者の心理	9
V. 家族ケア	13
VI. 喪失・予期的悲嘆、喪の過程・グリーフケア.....	17
VII. チームケア	21
VIII. ボランティアについての理解.....	24
IX. ボランティアの具体的な活動の紹介.....	25
X. 引用・参考文献	26

スケジュール

	時間	内容
1 日目	13:00～13:15	オリエンテーション
	13:15～13:45	自己紹介
	13:45～14:45	講義：Ⅰ 在宅ホスピスケア概論
	14:45～15:00	休憩
	15:00～16:00	Ⅱ ビデオ視聴（在宅ホスピスケアに関する番組・映像など）
2 日目	13:00～13:10	オリエンテーション
	13:10～13:30	Ⅲ ご遺族の話
	13:30～13:40	質疑応答
	13:40～14:10	講義・WS：Ⅳ 死にゆく過程、患者の心理
	14:10～14:20	休憩
	14:20～15:10	講義・WS：Ⅴ 家族ケアについて
	15:10～15:50	講義・WS：Ⅵ 喪失・予期的悲嘆、喪の過程・グリーフケア
15:50～16:00	総括	
3 日目	10:30～10:40	オリエンテーション
	10:40～12:00	Ⅶ チームケアについて ミニケースカンファレンス コメント記入、発表、議論、まとめ
	12:00～13:00	食事・休憩
	13:00～13:45	講義：Ⅷ ボランティアについて
	13:45～15:25	講義・体験談：Ⅸ ボランティアの具体的な活動の紹介
	15:25～15:45	在宅ホスピスボランティアの活動について総括質疑
	15:45～16:00	ボランティア登録・活動の保障・質疑応答 修了証授与

WS：ワークショップ

I. 在宅ホスピスケア概論

目標

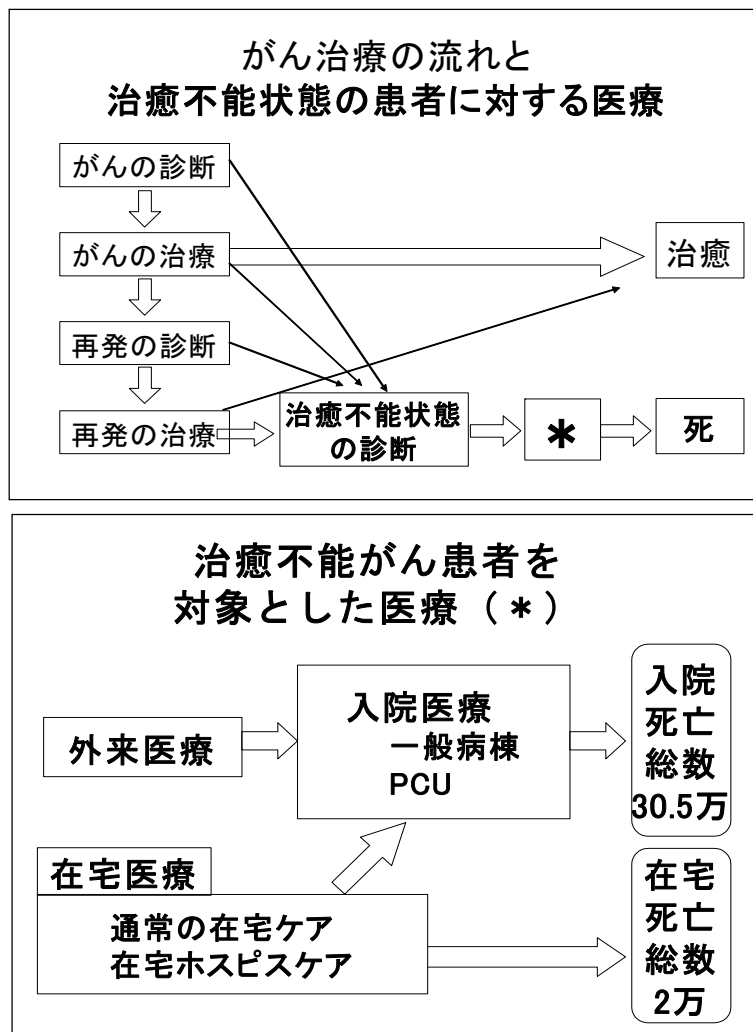
1. 在宅ホスピスケアと取り巻く現状知る。
2. 在宅ホスピスケアとはどのようなケアか理解する。
3. 所属団体における在宅ホスピスケアを知る。

日本においては、「家で死にたい」という希望をもっているが、がん患者さんに限って言えば、実際に自宅で亡くなる人は、全体の約6%です。

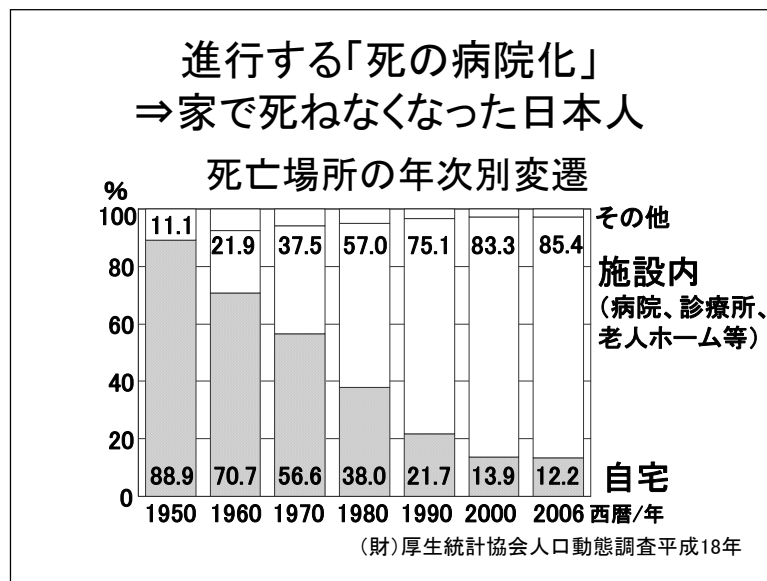
「在宅ホスピスケア」という言葉が、日本の公の文章に初めて登場したのは、1991年で、施設ホスピスの誕生に遅れること10年後でした。日本のホスピスケアが施設中心に発展してきたこともあり、在宅におけるホスピスケアの存在は影が薄く、そのケア方法や地域ケアシステムも試行錯誤を繰り返してきました。

ホスピスケアの原点は家庭にあり、在宅ホスピスケアは施設ケアの単なる延長ではありません。ここでは、在宅ホスピスケアについて学びます。

1. がん治療における在宅ホスピスケアの位置づけ



2. 家で死ねなくなった日本人（死の病院化）



3. 在宅ホスピスケアとは

1) ホスピスとは

ホスピスとは、本来的に「死を看取る場合のケアの哲学あるいは概念」を意味する。

狭義には、「ホスピスケアが行われる場所や施設」のことを意味する。

施設でホスピスケアが行われるときは施設ホスピス(institutional hospice, 日本では緩和ケア病棟)、在宅ならば在宅ホスピス(home hospice)と言う。在宅ホスピスケアには在宅ケアとホスピスケアの2面がある。従って、在宅ケアの要件とホスピスケアの要件を満たす必要がある。

2) ホスピスケアプログラム (NHO: National Hospice Organization、1979年)

- ・対象者は末期患者（がん患者に限らない）
- ・患者・家族をひとつの単位としたケア
- ・施設・在宅の連続、協働したケア
- ・24時間、週7日間開かれたケア
- ・学際的なチームワークによるケア
- ・肉体的・精神的な不快への緩和、支持的ケア
- ・遺族に対する死別期のケア
- ・スタッフ、患者、家族を対象として教育プログラム
- ・ボランティアの参加

3) 在宅ホスピスケアの基準 (在宅ホスピス協会、1997年)

基本理念

- (1) 患者や家族の生命、生活の質（いわゆるクオリティ・オブ・ライフ）を最優先し、患者と家族が安心して家で過ごせるケアを実施する。
- (2) 人が生きることを尊重し、人それぞれの死への過程に敬意を払う、死を早めることも死

を遅らせることもしない。

- (3) 患者の痛みやその他の不快な身体症状を緩和するとともに、心理的、社会的苦痛の解決を支援し、霊的痛みに関心し、生きることに意味を見いだせるようにケアする。
- (4) 患者の自己決定、家族の意思を最大限尊重する。

実施基準

1. 対象者

- (1) 余命が限られた不治の患者（主として不治のがん患者）とその家族。
- (2) 家でのホスピスケアを希望する患者と家族。
- (3) 患者自身が病名、病状を正しく理解していることが望ましい。しかし、そのことは在宅ホスピスケアを受けるための必須条件ではない。

2. 提供されるケア

- (1) 医師の訪問診察、看護師の訪問看護。必要に応じたその他の職種の訪問サービス。
- (2) 患者の家を中心とした 24 時間、週 7 日間対応のケア。
- (3) 主に患者の苦痛を対象とした緩和医療。
- (4) 遺族を対象とした死別後の計画的なケア。
- (5) 患者と家族をひとつの単位とみなしたケア。
- (6) インフォームド・コンセントに基づいたケア。
- (7) 病院や施設ホスピスと連携したケア。

3. 患者、家族を対象とした死の教育

- (1) 医療者に依存した受動的な“いのち”ではなく、死までの時を能動的に生き抜くことができるよう、患者と家族を支援する。
- (2) 家族に対して日常的なケアに関する教育をする。
- (3) 患者と家族が安心できるように病状の説明を充分行い、起こりうる病状変化に対処する方法を指導する。
- (4) 家族を対象として死のプロセスの理解、看取りの心得などの教育を行う。

4. チームアプローチ

- (1) ホスピスケアの提供はチームを組んで行い、チームの中心となる者を決めておく。在宅ホスピスケアにおけるチームの基本単位は医師、看護師、介護者である。家族はケアの対象であるとともにケアの重要な担い手ともなる。
- (2) 必要に応じてヘルパー、薬剤師、ボランティア、医療器具や介護用品の提供者、また心理的・霊的ケアのための専門職などの参加を得る。
- (3) チーム内の連絡を密にとり情報を共有する。またチーム内が 24 時間連絡可能な体制とする。
- (4) 定期的なチームミーティングを行う。

4. 在宅ホスピスケアにおける痛みの緩和

1) 在宅における痛みの緩和の原則

- (1) 患者さんの日常生活を第一に考える（日常生活を阻害しない方法で）
- (2) できるだけ簡単に
- (3) 確実に
- (4) 安全な方法で
- (5) 患者さんを苦しめる自覚症状のみを緩和する。

2) WHO方式がん疼痛治療法

(1) できる限り経口投与すること（by mouth）

簡単な服用方法である、経口からの投与を最優先する。

その他の投与方法として、座薬・貼布剤・持続皮下注射がある。

(2) 効力の順に鎮痛薬を選ぶこと（by the ladder）

鎮痛薬の強さを3段階に分け、まず非オピオイド鎮痛薬を使用します。

それでも痛みが残る場合は、弱オピオイド鎮痛薬（コデインなど）を加えます。

それでも痛みが取れないときは、強オピオイド（モルヒネなど）に切り替えます。

このような鎮痛薬の選び方を、**WHO 3段階徐痛ラダー**と言います。

(3) 患者さんごとに痛みを消失するのに必要な量を決めること（for the individual）

痛みが消えるまで、鎮痛薬を変えたり、投与量を増やしたりします。

個々の患者さんが痛みから解放される量が適量です。

(4) 適量を時刻を決めて規則正しく服用すること（by the clock）

鎮痛薬の血中濃度がいつも一定であることが大切です。

そのためには、痛くなって次の鎮痛薬を飲むのではなく、血中濃度を一定に保つために時間を決めて服用します。

(5) 以上の原則を守ったうえで、細かい点にも注意すること（attention to detail）

身体的な痛みだけではなく、全人的痛みに注意して痛みの緩和を図ります。

3) 痛みの強さを測る方法

痛みの強さを測る方法はいろいろありますが、その一つに数値評価スケール（numerical rating scale:NSR）があります。痛みを0（痛みなし）から10（これ以上の痛みは考えられない）に分け、該当する数値を患者さんに選んでいただきます。

また、フェイススケール（face scale）という、笑顔や泣き顔などの表情を描いた絵を患者さんに提示して「今の痛みの程度を表す顔はどれですか？」と選んでいただく方法もあります。

4) 痛みの緩和には麻薬を使うことが多いので注意が必要です。

麻薬について記しました。正しい項目に○を、誤った項目に×をつけて下さい。

- () ① 麻薬は、末期がん患者に使っていても中毒症状を起こす。
- () ② 麻薬は、耐性があり効かなくなる。
- () ③ 麻薬を使うのは、死が近くて重症になったときである。
- () ④ 麻薬は、ボランティアが患者宅に届けることはできない。
- () ⑤ 麻薬は麻薬管理の申請をして許可されている医師しか処方できない。
- () ⑥ 麻薬が余ったら保管しておいて、亡くなったあとに家族の者が頭痛があった時に服用する。
- () ⑦ 亡くなったあと、麻薬が余ったので、訪問看護師が訪問看護ステーションに持ち帰って保管した。

II. 在宅ホスピスケアに関する映像の視聴

感想・心に残ったことなど

Ⅲ. ご遺族の話

感想・心に残ったことなど



IV. 死にゆく過程、患者の心理

目標

1. 死にゆく患者の心理を理解する。
2. 看取りについて理解する。

1. 死にゆくまでの患者の心理

エリザベス・キューブラー・ロス氏が、『死ぬ瞬間 死とその過程について』の中で、患者が告知を受けてから死に行くまでの心理過程を5段階に分類したものが広く知られています。

- 第一段階 否認と孤立（死を認めず、他者とのコミュニケーションを断つ）
- 第二段階 怒り（あらゆる方向に怒りを向ける）
- 第三段階 取り引き（死を先延ばししようとしてあがく）
- 第四段階 抑鬱（絶望と喪失感から抑鬱状態になる）
- 第五段階 受容（感情が薄れ、沈黙を望む）

必ずしもこの段階を順に経ていくというわけではなく、重なったり飛躍したりすることもあります。死にゆく人が複雑な心理状態を経ていくことを示しています。その時その時で揺れ動く患者さんと、患者さんを支えるご家族の気持ちを理解し、受け止め、寄り添いながら支えていくことが大切です。患者さんの気持ちについては、事例（p.15 Q1）で考えてみましょう。

2. お別れが近づいてきたときの身体の変化

1) 飲食をしなくなる

患者さんの体は、食べたり飲んだりする行為にエネルギーを費やさないように、飲食する量がだんだん減ってきます。氷や冷水、シャーベットのようなさっぱりしたものをほんの少し口に含む程度になります。飲み込むことがしにくくなると、むせたり、気管に入って咳き込んだりすることがあります。このような場合は食べ物や飲み物、飲み薬を無理してあげないようにしてください。

2) 傾眠がちになる

患者さんはだんだん寝て過ごされることが多くなり、時々、起こしても起きていられなくなることが出てきます。このことは、体の代謝が悪くなるために生じてきます。

無理に起こしたりせず、寝ている状態のままみてあげましょう。

3) 落ち着きがなくなる、おかしいことを言う

患者さんは体がだるくて身の置き場がなくなり、じっとしていられず、終始手足を動かしたり、シーツを引っ張ったりと落ち着きがなくなります。また、時に見えない人や物が見えるということもあります。これらのことは、脳へ酸素が十分に行き渡らなくなり、身体の代謝が衰えてくることで生じます。

落ち着かなくなった時は、背中や手足をさすってあげてください。足がだるそうな時には、座布団を折って足元に入れたり、クッションで高くしたりすると少し楽になります。また、患者さんがベッドから落ちたり、打撲したりしないよう気をつけてください。

おかしなことを言う時には、患者さんに落ち着いて話しかけるようにしましょう。

4) 尿量が減る、尿失禁や便失禁をする

死が近づくとつれ、尿量が減り、色が濃くなります。尿の回数が減ってきます。また、排泄のコントロールができなくなり、尿や便をもらしてしまうことがあります。

5) 呼吸が不規則になる

患者さんの睡眠中、呼吸のパターンが不規則になったり、10～30秒間ほど呼吸をしなくなったりすることがあります。これは、死が近づいた時に起こる一時的な呼吸停止です。このことは、呼吸中枢の働きの低下によって起こります。あまり長い間止まって心配な時は、胸をさすったり、たたいたりすると、息が戻ることもあります。この呼吸はしばらく続きますが、肩やあごを使って息をするようになると、亡くなる時が、もう間もなく近づいてきていることを示します。

6) ゼロゼロという呼吸になる

唾液の量がだんだん増えてのどの奥にたまり、ゼロゼロという音が聞かれるようになります。これは、水分摂取量が減ることと、咳払いをして唾液を排出することができなくなってくるために生じます。

患者さんのベッドの頭の部分を上げたり、枕で頭を高めたりするとよいでしょう。痰が取れないようなら、綿棒で拭いたり、ガーゼでふき取ってあげたりするとよいでしょう。

息をするたびに、苦しそうに声が出ることがあります。これは、死前喘鳴といい、のどがむくんできたり、のどに痙攣が起きたりして出てくるものです。看ている方は苦しそうに見えますが、その時患者さんは深い眠りに入っているような状態で、苦痛を感じにくくなっているため、苦しい状態ではないことを知っておいてください。

7) 手足が冷たくなり、紫色になる

患者さんの腕や足は徐々に冷たくなります。そして、床に接している皮膚の色は紫色になってきます。これらのことは、体の血流が悪くなることによって生じます。患者さんが望まれる場合には、湯たんぽや毛布などで温かくしたり、さすってあげたりしてください。

8) 聞こえにくく、見えにくくなる。聴力は最期まで残る

徐々に患者さんは周りのことが聞こえにくくなり、見えにくくなります。電気をずっとつけっぱなしにするようにしましょう。

患者さんは最期までかけられた言葉を聞き取ることができます。患者さんの耳元に座り、話しかけましょう。眠っているからといって、患者さんの前で不用意な会話は慎むようにしましょう。

3. 家で看取るということ

患者さんが亡くなるということは、自然な成り行きで、穏やかに行われることです。亡くなることは、緊急事態ではなく、患者さんにすべき処置は何もないのです。亡くなるまでの自然な体の変化を見守り、患者さんは苦しまず、ご家族に見守られて静かに息を引き取ることを望まれているでしょう。

実際に家で亡くなる場合、家族の方が死亡の確認をすることになります。臨終に医療者が立ち会うということは稀なことです。「死」はもともと患者さんとご家族のものであり、大切な人たちに見守られながら旅立つということは、貴重な時間でもあります。最期のときに必ずしも他人である医療者が立ち会うことが望ましいとは限りません。

息を引き取った時間をみてもらい、緊急電話にかけてもらいます。その後に医師や看護師がお伺いすることになります。医師が死亡診断書を作成します。

夜間に亡くなられた場合には翌朝医師が死亡診断にお伺いすることもあります。死亡時に慌てないよう、あらかじめ葬儀社や遺影について考えておくように伝えておきます。死亡診断書は基本的には家族が区役所に届け出るものですが、葬儀社によっては代行して提出してくれるところもあります。

ボランティアの訪問中に患者さんが亡くなった場合

亡くなった時間を確認します。すぐに医療者への緊急電話に連絡をします。

患者さんの名前と亡くなった時間を伝え、医療者の指示を受けてください。

亡くなる前の身体の変化が起こらずに、突然亡くなったと思われる場合、また亡くなったかどうか分からない場合も、すぐに医療者への緊急電話に連絡をします。

4. 亡くなったことを示すサイン

呼吸停止・心停止・瞳孔散大が、死の三徴といわれています。具体的には、以下の方法で確認することができます。枠内に学んだことを記入してください。

- 1) 身体をゆすっても、大声でよびかけても反応がない。
- 2) 脈が触れない。心拍が聞こえない(医療者が聴診器で確認をします)。

脈のとり方：

- 3) 息が聞こえない（呼吸が止まった後も時々音がもれることがあります）。

呼吸の確認の仕方：

- 4) 目を開けてみると、瞳孔が大きく広がっている。瞼が半分開く。
- 5) 顎が緩み、口が半分開く。

5. 死後のケア

亡くなった後、看護師がご家族と一緒に患者さんのお体をきれいにします。生前ご本人が好んでいた服、ご家族が着せてあげたい服に着替えさせます。死後のケアは、生きていらした時の続きのケアです。ケアを通じてお別れの時を過ごし、これまでの経過を振り返り、介護してきた家族を労い、家で看取ることができてよかったと思えるよう支援していきます。このことがグリーフケアにもつながっていきます。

V. 家族ケア

目標

1. 死に逝く人の家族の気持ちを知り、家族に必要な支援について理解する。

1. 家族ケアの必要性

がん末期の状態にある患者さんを自宅で介護する家族は、悲しみやストレスを抱えながら、介護の担い手としての役割も果たし、まさに「介護に追われる毎日」を過ごしています。このため、死にゆく人と同じように、家族もケアを必要としています。

在宅ホスピスケアでは、家族へのケアがとても重要なケアで、本人と家族をひとつの単位としてケアをしていきます。

2. 終末期にある人の家族が抱える問題

1) 患者さんの病気・死に対する悲しみ

家族の愛する大切な一人を失うことは、大きな悲しみを伴うつらい出来事です。いつか近いうちに死が訪れることはわかっているにもかかわらず、実際に患者さんが弱っていく姿を目の前に見ると、大切な人の死が免れないものであり、目の前に迫ってきているということを実感し、深い悲しみに包まれます。これを「**予期的悲嘆**」といいます。とてもつらい体験ですが、現実の死別に対する心の準備ができ、実際に死が訪れたときの衝撃が軽くなり、回復も早くなるという面もあります。

2) 変化する病状や看取りに対する不安

末期がん患者さんの病状は、1日ごとに変化していきます。家族は、その変化にとっても敏感です。痛みなどのつらい症状が起こらないか、起こったときにどう対処したらよいか、亡くなるまでに病状がどう変化していくのか、本当に自分たちで看取ることができるだろうか、数えればきりがないうどんほどの不安を抱えています。これらは、死が免れないということへの悲しみが入り交じったつらさと言えます。

3) 意思決定の困難さ

家族は多くの選択に迫られます。

病名・病状・予後について伝えるかどうか、どのように伝えるか、療養の場所や看取りに関する事などです。病院では医療側が方針を決めてしまっていますが、在宅療養では本人の意向をくんだ家族が決定をしていくことが多いので、一つひとつの決断に大きな苦悩がともないます。

4) 介護する負担

家族には、肉体的にも、精神的にもストレスがかかり、疲労が蓄積しています。

愛する大切な人の死に直面し、深い悲しみの中にもありながらも、目の前にお世話の必要な人がいて、介護をしなければならない現実があります。自分のしている介護がこれでよいの

かという不安、家族のさまざまな事情から、してあげたくても十分に介護できないことへの申し訳ない気持ちを持っていることもあります。また、側にいても何もしてあげられないというつらさもあります。

5) 自分たちの生活への影響

家族は、介護のために今までの生活の変化を余儀なくされます。介護のための同居や引越など、家族の人生設計を変えなければならないようなことが生じてくるかもしれません。介護を通して家族のあり方が大きく変化をすることもあるでしょう。患者さんのためにしてあげられるという喜びと同時に、家族は自分の生活が変わるストレスも感じています。

6) 家族関係の変化

一人の人の死は、人間関係を大きく変化させるほどの力を持っています。たとえば、今まで無関心であった親戚が急に口を出し、無責任な言葉をかけられたり、態度をとられたりして、つらい思いをすることがあります。介護への協力が思うように得られない家族にいらだつこともあるでしょう。人間関係の悪化は家族を大変苦しめ、繊細になっている心を大きく傷つきます。逆に、今まで付き合いが希薄だったり、疎ましかった人との関係が、患者の死を通して改善したりすることもあります。

3. 家族支援の実際

家族と関わる時に大切なこと

- ・ケアを提供する側の価値観で判断せず、相手の考えを尊重すること
- ・家族の持っている力を信じ、引き出し、家族の力で看取れるように育てていくこと
⇒デスエデュケーション

在宅ホスピスケアは、患者さん・ご家族の状況と提供するケアの内容により、以下の5つの時期に分けられます。家族が落ち着いて安心して看取ることができるよう、時期に応じたデスエデュケーション（死の準備教育）を行っていきます。

1) 導入期：在宅ホスピスを開始したばかりで、不安を感じる時期

ケアの方向性を見出す。

不安を軽減し、患者さん・家族との信頼関係をつくる。

家族の関係性や今後のことについての考え方を知る

看取りのために解決しておかなければならない問題を探る。

今までどおりの生活を維持できるように支援する。

2) 安定期：在宅生活に慣れ、病状も安定している時期

看取りのための準備をする。

家族メンバーそれぞれの思いを聴き、関係性を理解する。

現在の病状、今後起こりうる症状への対応を説明する。
看取りのための具体的な方法を伝える。
患者さん・家族の今できること、したいことを支援する。

3) 終末期：亡くなる前の10日から1週間で、死が差し迫り、病態が不安定になる時期。
安らかで満足した看取りのための支援をする。

今後起こりうる症状、亡くなるまでの身体の変化と対応方法について説明する。
家族ができる具体的なケアの方法を教える。

4) 臨死期：死が数時間以内と判断できる時期
家族が心安らかに看取れるよう支援する。

5) 死別期：患者が亡くなり、家族を対象としたケアを行う時期
家族に、本人・家族とも最善を尽くしたことを伝え、介護してきた家族を労う。

4. 事例

■ Aさん 70代女性 乳がん

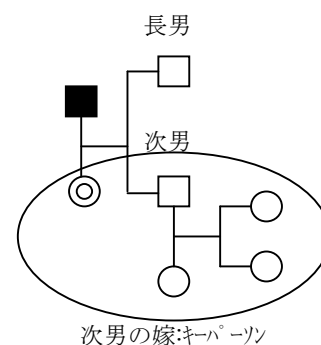
10年前に乳がんと診断され、治療を続けていた。

夫が3年前に他界、一人暮らし。

病気を機に半年前から次男家族と同居

家族の背景

- ・同居している家族：次男・嫁・孫（中学2年、小学3年）
- ・キーパーソンは次男の嫁
- ・次男、嫁ともに仕事が忙しく、日中は一人で過ごしている



Aさんは、医師からこれ以上の治療は、かえって体を痛めてしまうので、化学療法や放射線療法などの治療をやめた方がよいと宣告されました。

Aさんは治療ができないことにショックを受けましたが、残された時間を住み慣れた自宅で過ごしたいと思うようになりました。家族もAさんの気持ちを理解し、在宅ホスピスケアが開始されました。

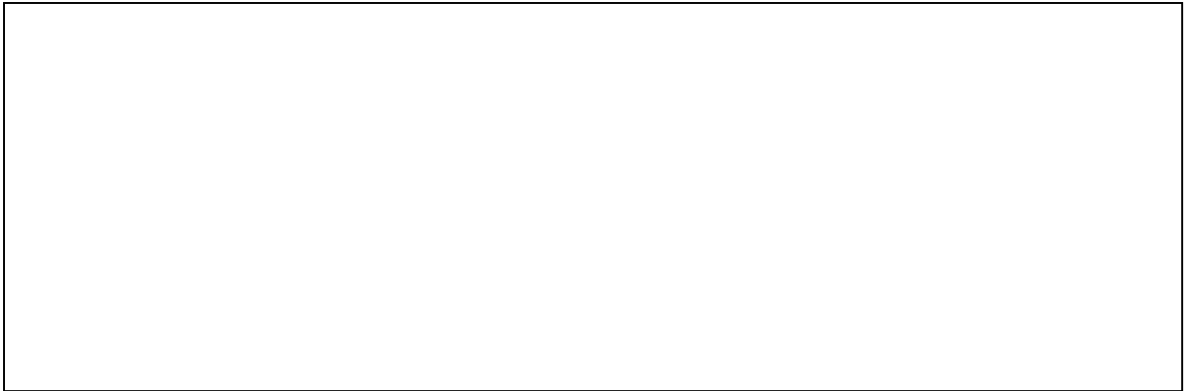
次男のお嫁さんが、介護を一手に引き受けていました。介護があっても、自分の仕事を減らすことができません。自分や他の家族との時間を削って、Aさんを看っていました。

お嫁さんは疲労困憊、介護が負担となっていました。自分の仕事のために十分に世話をしやれないというつらさ、日中Aさんを一人にしてしまうことへの不安を抱えていました。また、仕事で忙しいという理由で、介護に協力しない夫（次男）に対するいらだちもありました。

中学2年生のお孫さんは、自分の母親が介護中心になってしまったため、Aさんへの関わりを避けるようになりました。

Aさんは、少しずつ自分のことができなくなってきた、「家族に迷惑をかけて申し訳ない」と言っています。

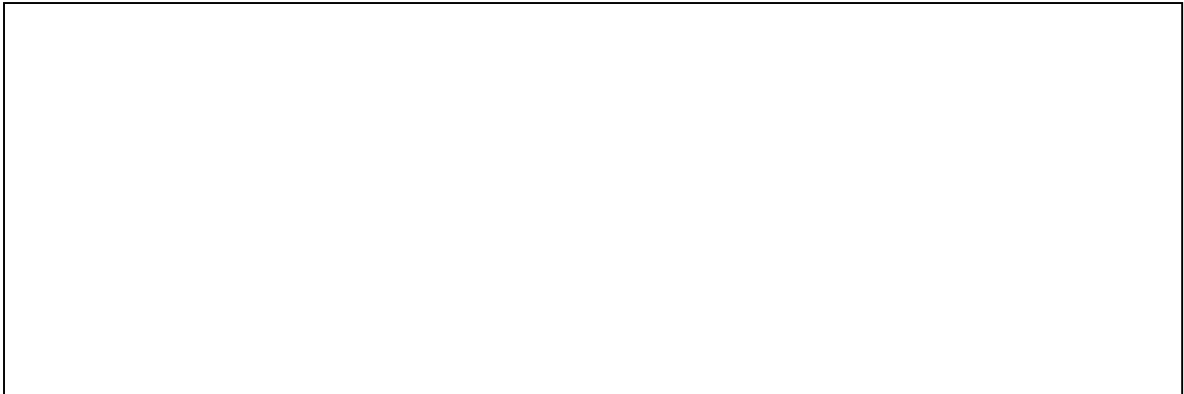
Q1. Aさんの気持ちを考えてみましょう。



Q2. 家族が抱えている困難はどのようなものでしょう。



Q3. 家族が抱えている困難を解決するためにはどのようなケアが必要でしょうか。



VI. 喪失・予期的悲嘆、喪の過程・グリーフケア

目標

1. 死に逝く人の家族が経験する喪失体験を理解し、感じることができる。
2. 喪の作業をしている家族（友人）をどのように支えていくか、その支援方法（グリーフケア）の基本を理解する。

1. 喪失体験って何？

自分自身の喪失体験について思い出して下さい。

あなたの死別の体験を思い出して下さい（喪失体験をしたことがない方は、自分に近い人が亡くなったと仮定して、その気持ちを想像してみてください）。

- 1) どのような気持ちになりましたか（辛かったこと・悲しかったことなど）。

具体的に思い出して下さい。

- 2) どのようにその辛さや悲しさを克服しましたか。

2. 喪失体験を実際に経験してみましょう

- 1) 全員前に出て、3人で1組になって下さい。
- 2) この夏一番楽しかった経験について（旅をしたこと・家族と食事をしたこと・感動する本を読んだこと・友達と出会えたことなど）お互いに語りあって下さい。
- 3) 司会者が「〇月生まれの人」と言いますので、その月が誕生日の人は無言でそっと自分の席に戻って下さい。
- 4) この体験をしたときの気持ちをみんなで語りあいましょう。

大切な人を失った体験を自分のことのように追体験できる

「共感性」「思いやり」が必要なのである。

こうした素人とも言える心理的側面が重要なのだが、
エビデンスや理論ばかり強調される今日、素人性やパターンリズムは
医療・看護の場の脇に追いやられてしまっている

渡辺俊之, 2006.

3. 悲嘆とは

大切な人の死に伴って起こる一連の反応。身体的・情緒的・行動的反応を含んでいます。

反応の現れ方や持続期間には、多くの場合、反応の強さや持続期間には個人差があるが、多くの場合、時間と経過とともに減少していきます。

身体的反応	食欲不振・身体症状（頭痛、口渇、嘔気、息切れ、頻脈など） エネルギー不足・睡眠障害など
情緒的反応	無感覚・不信・悲しみ・不安・怒り・罪責感・抑うつ 無気力・孤独・自尊感情の低下など
行動的反応	混乱と動揺・泣く・切望と探索・活動減退など

未亡人22名を調査した時の心理的反応（ロンドン調査）

- ・夫のことで頭がいっぱい
- ・夫が目に浮かぶ
- ・夫がいるように感じる
- ・夫のことを思い出すと涙があふれる
- ・夫が幻影として現れる
- ・焦燥感と怒り
- ・落ち着かない
- ・緊張
- ・社会から引きこもる
- ・心が麻痺している
- ・死別という事実を受け入れるのが困難
- ・夫を思い出させるものを避ける

C・M.パークス, 1993.

4. 喪の作業（死別によって起こる感情を克服していく過程）

第1段階 対象喪失による抗議の段階

喪失した対象は何か（家族を失った悲しさ・介護することを失った喪失感）
怒りを引き受ける

第2段階 絶望の段階

「悲しみ」「空しさ」など否定的感情に向き合えるような時・場が必要
安易な励ましより、遺族の気持ちに同一化する

第3段階 離脱の段階

新しい対象も興味に移り、活力や希望が回復する
死別の発展的側面を支持する

■コミュニケーションの妨げになる言葉

- ① がんばろう（言葉だけの安易な励ましは、かえって反発を招きます）
- ② 早く元気になって（言われてもどうにもならないのです）
- ③ 私にはあなたの苦しみが良く分かる（私の気持ちが分かるはずがないのに）
- ④ あなただけではない。〇〇さんよりあなたの方がまだまし（他人との比較は特に禁物）
- ⑤ もう立ち直れた（答えようがなくて、なお悲しくなります）

A.デーケン, 1996.

■悲嘆の悲しみを和らげるために遺族本人ができること

- ・悲嘆の体験について知りましょう。遺族の人が書いた本を読んだりして、死別のあとにおこす自然な変化について知りましょう
- ・気持ちを誰かに話してみましよう
- ・遺族会などの集まりに参加してみましよう
- ・気持ちを書いてみましよう
- ・身体に良いことをするよう心がけましよう
- ・必要な時には専門家に相談してみましよう
- ・周りの人の助けを受け入れてみましよう

遺族支援システム研究会, 2006.

5. グリーフケア

死別後、遺族がグリーフワーク(悲嘆作業・喪の作業)を十分に行い、新しい出発をすることを支援する。
また病的な悲嘆を見つけ、正常な悲嘆へと導く。

■病的悲嘆に該当する状況

- ① 悲嘆が長期化しているか、非常に強い
- ② 悲嘆がプロセスの一つの段階に長くとどまる
- ③ 悲嘆が鬱病やその他の精神疾患に進行する
- ④ 死別体験者が喪失に適応するのが困難だと感じている
- ⑤ 感情が麻痺している

6. グリーフケアのプログラム（例）

- ・ グリーフカードを送る
- ・ 49 日が過ぎたころ訪問する
- ・ 1 年目の命日にグリーフカードを送る
- ・ 遺族会を開く(年に1回など)

VII. チームケア

目標

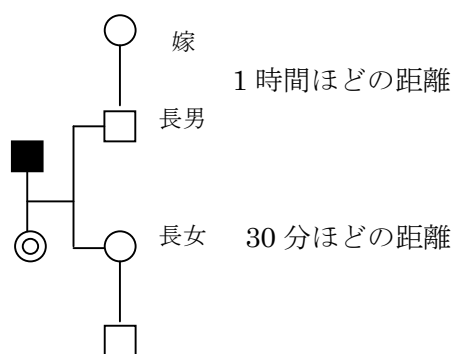
1. 在宅ホスピスケアにおいて、何故チームケアが必要か理解する。
2. チームケアに必要な原則を理解する。
3. 在宅ホスピスケアのチームの一員としてボランティアはどのように活動すればよいか考える。

1. 在宅ホスピスケアのチームによる模擬チームカンファレンス

この模擬カンファレンスを聞き、チームについて感じたことを書いてみましょう。

事例：肺がん 74歳 一人暮らし

家族：



在宅ケアサービスと提供者：

医師・訪問看護師・ヘルパー
ボランティア・ケアマネジャー
配食サービス

長男の嫁：本人との関係が悪い。嫁は介護にかかわりたくない。

長男：長男としての意識が強く、自分で介護の責任をとりたいと思っているが、仕事があり、嫁の手前母への訪問は週1回。世間体を気にする、几帳面な性格でそのことを他の人にも強制するところがある。経済的には余裕があるが、母の介護に保険の個人負担分以外は使いたくないと考えている。

長女：母の介護をしたいと思っているが、仕事をもっており、長男を差し置いては介護できないと思っている。週1回訪問。

経過：

一人暮らしのため、病院をいくつか探したが、高齢による認知障害のような症状が出て、病院では拘束することを家族が了解するならあずかると言われた。そこで一人暮らしだが、在宅療養をさせることを家族が決意。

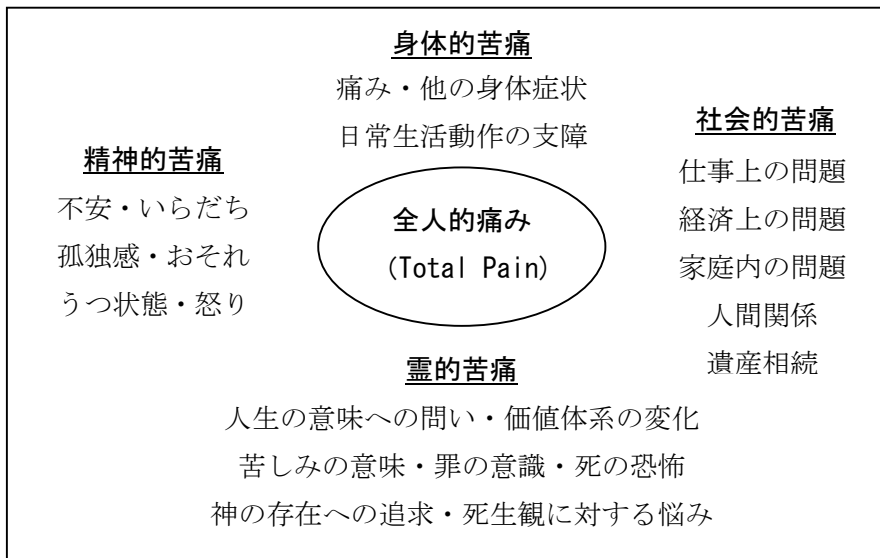
初期のころは、訪問看護師、ボランティア、ヘルパーの世話を受けて、どうにか生活していたが、認知症のような症状が出て、転倒したりすることが増えた。しかし、間もなくがんが進行して、寝たきりとなり、オムツをあてて食事も介助が必要になった。がん性の痛みは軽く、ロキソニン（麻薬ではない鎮痛薬）でコントロールされていた。

寝たきりになった状態で、どのように最期、家で死を看取るかについて、チームカンファレンスを行う。

チームカンファレンスを聞いて、感じたことを書いてみましょう

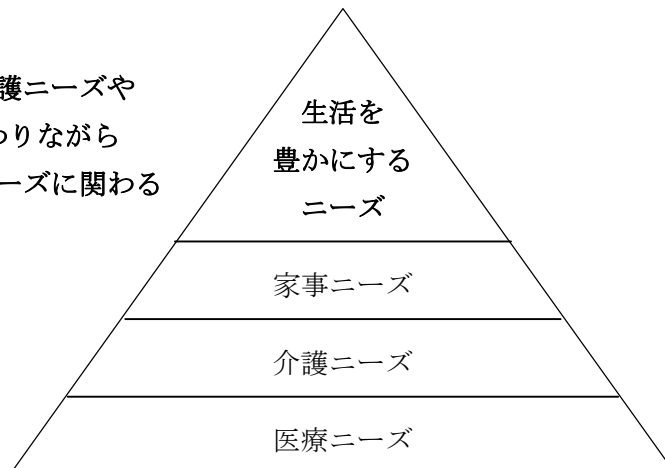
2. 在宅ホスピスケアでは、何故チームケアが重視されるか

死に逝く人がもつ全人的苦痛をケアするため、チームケアが必要である。
生活から生じるニーズは多様であり、チームケアを必要としている。



<生活から生じるニーズ>

ボランティアは介護ニーズや
家事ニーズに関わりながら
生活を豊かにするニーズに関わる



3. チームケアの要素

1) どのような職種がチームを組むか

・在宅ホスピスケアチーム：医師・訪問看護師・ボランティア

・その他の職種

介護保険に関わる職種：ケアマネジャー・ホームヘルパー・理学療法士・作業療法士

介護保険以外の職種：薬剤師・歯科医師：歯科衛生士・在宅酸素業者・アロマセラピスト・針灸あんま師・有償ボランティア・地域のボランティア・宗教家など

2) 職種間関係の取り方

Multi-disciplinary Team → Inter-disciplinary Team

- ・軍隊型チーム
- ・赤穂浪士型チーム
- ・マルチプルリーダー型チーム

チームの組み方は、時と場合によって異なります。在宅ホスピスケアでは、どのようなチーム組みますか？

3) チームの一員になるには

連絡 顔が分かる関係

連携 声分かる関係

協働 心分かる関係（お互いが意見を述べて、理解しあう関係）

4. チームとして最低限必要なこと

情報の共有（カンファレンス・記録の共有など）
方針の決定と共有

・ボランティアもカンファレンスに出席して意見を述べ、情報交換をする。

（出席できないときはボランティアコーディネータに意見を伝言しておく）

・チームとして決まった方針に則って活動する。

（ボランティアが個人的思いだけでケアをしてはいけない）

・ボランティア活動を記録する。

（活動記録の書式が定まっている）

・ボランティア活動記録はチームのだれでもが閲覧できる。

・活動終了後、速やかにボランティアコーディネータに報告する。

（指揮系統をスキップしない。コーディネータに連絡が取れない場合は担当看護師に）

・ボランティアコーディネータは、ボランティア活動報告を担当看護師に速やかに伝える。

VIII. ボランティアについての理解

1. ボランティア (Volunteer) とは

- 自分の意志で始める
- 自分の関心のある活動を選ぶ
- 活動に対して責任を持ちその役割を果たす
- 共感を活動のエネルギーにする
- 金銭によらないやりがいと成果を求める
- 活動を通して自らの新たな可能性を見いだす
- 活動に新しい視点や提案を示し行動する

引用：安藤他,2006, p.19.

ボランティアは、在宅ホスピスボランティアについて基礎的な知識をもった専門職の視点と生活者の視点から、ケアチームの一員として活動を行います。ボランティア活動の中で知りえた個人についての情報は、一切漏らしてはいけません（守秘義務）。

2. 所属するボランティア組織の概要

- 1) 発足： 年 月
- 2) ボランティア事務局所在地：
- 3) 位置付け： (連携医療機関との関係など)
- 4) ボランティア数： 名
- 5) 活動目的：
- 6) 具体的な活動内容：
- 7) 活動資金：

Ⅷ. ボランティアの具体的な活動の紹介

(例)

1. 定例会

毎月第一土曜日 10時30分～12時

ボランティア活動の報告、意見交換などで交流を図る

2. 患者さん宅への訪問

話し相手、調理、食事の介助、入浴の介助、服薬援助等

3. グリーフケア

グリーフカードの作成

遺族との交流の場

5. ボランティア通信の作成

6. 手作りグッズ作製

患者や遺族へのプレゼント、バザー用品、介護用品などの作製

7. ボランティア登録に際して

- ・ボランティア保険について
- ・年会費について
- ・活動に伴う費用について

X. 引用・参考文献

在宅ホスピスケア

- ・川越厚(1992) 在宅ホスピスを始める人のために、医学書院.
- ・川越博美(2002) 在宅ターミナルケアのすすめ、日本看護協会出版会.
- ・川越厚(2003) 在宅ホスピス・緩和ケア、メジカルフレンド社.
- ・川越厚(1992) 家で死にたい、保健同人社.
- ・川越厚・川越博美(2005) 家で看取るということ、講談社.

死にゆく過程、患者の心理

- ・E.キューブラ・ロス(1998) 死ぬ瞬間 死とその過程について、読売新聞社.

喪失・予期的悲嘆、喪の過程・グリーフケア

- ・渡辺俊之(2006) 精神科看護における遺族ケア、家族看護、Vol.4、No.2.
- ・C.M.パークス(1993) 死別 遺された人たちを支えるために、メディカ出版.
- ・A.デーケン(1996) 死とどう向き合うか、日本放送出版協会.
- ・遺族支援システム研究会(2006) これからのとき 大切な方を亡くしたあなたへ、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.

家族ケア

- ・遠藤美由紀(2003) 在宅ターミナルケアにおける家族への看護、家族看護、Vol.1、No.2.
- ・柏木哲夫・藤腹明子(2004) ターミナルケア、医学書院.
- ・大西和子(1997) 死とその周辺 死への総合的アプローチ、廣川書店.

チームケア

- ・細田 満和子(2003) 「チーム医療」の理念と現実、日本看護協会出版会.
- ・鷹野 和美(2002) チーム医療論、医歯薬出版.

ボランティアについての理解

- ・安藤雄太他(2006) JVCA ブックレット②ボランティアコーディネータ基本指針 追求する価値と求められる役割、日本ボランティアコーディネーター協会.



在宅ホスピスボランティア講座 資料

2008年2月作成

在宅ホスピス協会

編集協力 バリアン 在宅ホスピス・緩和ケア研修センター

〒130-0021 東京都墨田区緑1-14-4 両国TYビル3F

TEL 03-5669-8304 FAX 03-5669-8405 <http://www005.upp.so-net.ne.jp/zaitaku-hospice/>



この資料は、財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2006年度 在宅医療助成を受けて作成しました。