

患者に合わせた対応が必要である。たいていの患者は挨拶に手を握ったり、疲れて会話ができないときには、意思疎通、気遣いや親密さを身振りで表現することもある。
家族は患者の手を取り、肩を抱くなどして、傍で見守っていることを知らせる。
関係は徐々に深まっていくものである。率直に、感じるままを表現することである。
いつも言うことであるが、あなたの感じる事が相手にそのまま伝わるからである。
大切なのは自然体であることである。

8. 患者の価値観を優先

患者の価値観と生活様式を大切にすることは、常に研修中に教えられる。家族の対応があなたのそれと相当な隔たりがあっても、求められないアドバイスをすることは適切ではない。家族関係は長い時間と家族の歴史によって培われたもので、あなたがそれに割って入ることはできません。ボランティアの役割は一定の状況下で協調性を持って手助けすることで、状況を変えることではない。

9. 小さな心遣いが大きな意味をもつ

- A 身だしなみや洋服は患者の気分に影響することがある。
色彩や素敵な身だしなみは患者の心を明るくする。
- B 香水やアフターシェービングの香りは投薬中の患者には不愉快になることがある。
- C 積極的な態度や柔らかい物腰は大きな違いを生みます。作った明るさや過度のおしゃべりではなく、患者を大切に思う気持ちである。
- D カードや花は部屋を明るくし、贈った人の心が伝わり、励みになる。
- E 時には静かにそばに座っているだけで、大きな慰めとなる。

B. 『ホスピスハワイ ボランティアトレーニング スケジュール』

1日目(4.5h)17:30-22:00

- 17:30-18:00 受付 & 軽食
- 18:00-18:10 オリエンテーション [ボランティアコーディネーター]
- 18:10-18:25 ホスピスハワイの歴史 [CFO]
本チームの目標と目的
- 18:25-19:00 守秘義務 [ボランティアコーディネーター]
緊急連絡先(ボランティア中に何かあった場合)
撮影承諾書(写真をとっていいかニュースレターに掲載されてもよいか)
ツ反(無料で結核のテストを受ける)
- 19:00-19:45 コミュニティビルディング演習[ボランティアコーディネーター]
1)円になり椅子に座り、順に自己紹介
2)2分間:2人1組で自己紹介⇒【目的】知らない人と話す練習
- 19:45-20:00 休憩
- 20:00-21:30 死にゆく過程でのスピリチュアルケア [チャプレン]
1) 2人1組になり、今までで1番悲しかったことについて話す
2) 何も言わずにただじっと聞く⇒【目的】傾聴
- 21:30-22:00 質問・宿題
- 終了

2日目(9.5h) 7:30-17:00

7:30- 8:00 受付&朝食

8:00- 8:10 瞑想 [ボランティアコーディネーター]

8:10- 9:40 死と死ぬことの心理社会的プロセス [ソーシャルワーカー]
演習:4つのカテゴリーに関する喪失体験を疑似体験し、患者と
との家族の気持ちを共感する目的で行う

9:40-11:10 死ぬときの疼痛と症状コントロールについて [元?看護師]

11:10-11:25 休憩

11:25-12:25 遺族のお話(パネルディスカッション) [3人の遺族]

12:25-13:25 ランチ

13:25-15:00 ライフライン [ボランティアコーディネーター]

15:00-15:15 休憩

15:15-16:15 死に直面するとき [ボランティアコーディネーター]

16:15-17:00 宿題 [ボランティアコーディネーター]

本日のふりかえり(相互理解・情報交換)、まとめ

終了

3日目(9.5h) 7:30-17:00

- | | | |
|-------------|--|------------------|
| 7:30-8:00 | 受付 & 朝食 | |
| 8:00-9:30 | 傾聴 | [ボランティア] |
| 9:30-9:45 | 休憩 | |
| 9:45-10:40 | ボランティアの役割
仕事の説明
書類の作成 | [ボランティアコーディネーター] |
| 10:40-11:40 | ボランティアのお話(パネルディスカッション) | [ボランティアコーディネーター] |
| 11:40-12:40 | ランチ | |
| 12:40-15:00 | 患者ケアと安全性
感染注意 | [看護助手] |
| 15:00-15:15 | 休憩 | |
| 15:15-16:15 | ボランティアしてその後にくるもの
同意書
トレーニング後の参加(継続?現任?教育)
修了式 | [ボランティアコーディネーター] |
| 16:15-17:00 | ふりかえり、評価、みんなでわかちあう | [ボランティアコーディネーター] |
| | 終了 | |

プログラム 受講時間:計 23 時間、参加費用:無料

ボランティア申請用紙

名前 () 日付 ()
電話 (自宅:) (勤務先:)
(携帯:)
住所 ()
E-Mail ()
職業 ()

資格/訓練 マッサージ 霊気 芸術療法 プレイセラピー
 音楽療法 その他 ()

ボランティア可能な時間 ()

地理的な場所 ホノルル オアフ ノースショア
 ワイアナエ コースト

話せる言語 ()
流暢か? はい いいえ

ホスピスハワイでのボランティアになることにどうして関心を持ったか説明してください。

近親者が亡くなりたか? もしあれば、いつ、そして誰であるか?

このことがどういう影響を及ぼしたか？

ボランティアの機会：関心のあるボランティアにすべてチェックしてください。

- 患者ケア
- 喪失ケア
- 事務ボランティア（PC入力作業、電話の応答、事務一般、郵送作業）
- 一般向けの説明／人前での話し方（話術）？
- 患者・家族の移送（免許証を提出してください。無違反の場合適用）

特技／趣味など何か関心のあることをお書きください

身元保証人

あなたのことをよく知っている人を2人（家族や非常に重要な人以外の方で）お書き下さい。

名前（ ） 電話番号（ ）
住所（ ）

名前（ ） 電話番号（ ）
住所（ ）

サイン（ ） 日付（ ）

ご回答ありがとうございました。

ボランティアスタッフのアセスメント（評価コメント？）

ボランティアプログラム受講後のインタビューサマリーフォーム

		全体的な様子				
		かなり適している	→	あまり適していない		
終了後のインタビュー		1	2	3	4	5
その人自身のこと						
		外向的	→	内向的		
性格		1	2	3	4	5
		高い	→	低い		
成熟度		1	2	3	4	5
		強すぎ	→	弱すぎ		
声のトーン		1	2	3	4	5
		騒がしい	→	とてもやさしい		
声の音量		1	2	3	4	5
		かなり影響的	→	平均	→	難しい
コミュニケーション能力		1	2	3	4	5
		敵対的	→	親しみやすい	→	乏しい
ふるまい・表情		1	2	3	4	5
		とてもある	→	ちょっと心配	→	非常に自信ない
ボランティアへの自信		1	2	3	4	5
		とても高い	→	平均	→	とても低い
適応能力/危険覚悟△		1	2	3	4	5
構築能力/△		1	2	3	4	5

個々人の記述(身体・社会・環境)

(サービス提供するボランティアを除外するためでなく適切な所に配置する為に使う)

何か身体的な制限があるか？以下に説明せよ。

患者や家族とやっていくことのうち、できるか否か〔 〕内に○、×を付けてください。

- 〔 〕 ちがった信仰に対して 〔 〕 ちがった生活スタイル
- 〔 〕 ちがった性別（同性愛？） 〔 〕 タバコを吸う人の家
- 〔 〕 ペット（猫、犬、鳥など）
- 〔 〕 ボランティアが患者を自分の車か患者の車で移送できる

ボランティア／インタビュアーのお互いの関係・相互作用

〔 〕 しっかり集中して適切に答えていたか？

ホスピスハウイでボランティアをすることで何を得たいと期待しているか

ホスピスサービスでボランティアを手助けすることに焦点をあてた際のインタビュアーの印象
(他のチームの人とうまくやっけていけるかの印象)

インタビュアーの名前

()

ボランティアの名前

()

(添付資料8)

プログラム後 活動用紙

ボランティア活動のタイムシート

ボランティア名 () () 月 () 年

日付	患者名/コメント	対応方法 (A)	サービス種類 (B)	距離	時間 (C)

(A) 対応方法

1. 訪問
2. 電話
3. 病院
4. ホスピスハウス
5. 記念日のサービス
6. その他

(B) サービスの種類 (複数にまたがってサービスが実施された場合はすべて書く)

1. つきそい
2. レスパイト (家族の一時的休息)
3. 家事
4. 移送
5. 買い物 (使い走り)
6. 喪失・遺族ケア
7. 音楽、絵など

(C) 時間 (移動時間も含む)

25=1/4hour

50=1/2hour

.75=3/4hour

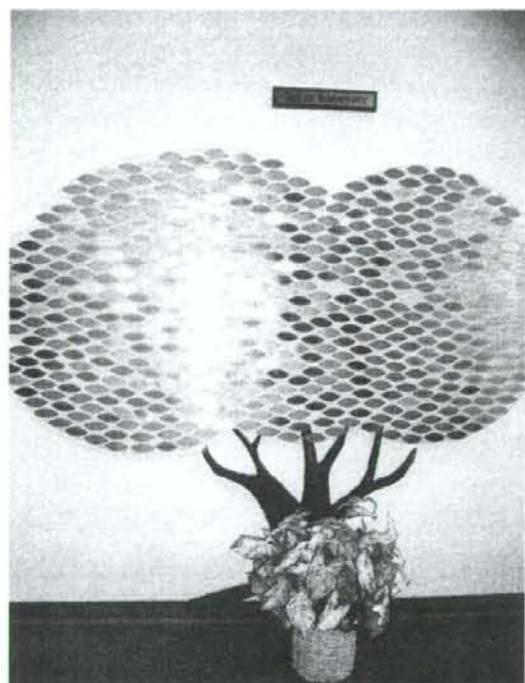
1.00=1hour



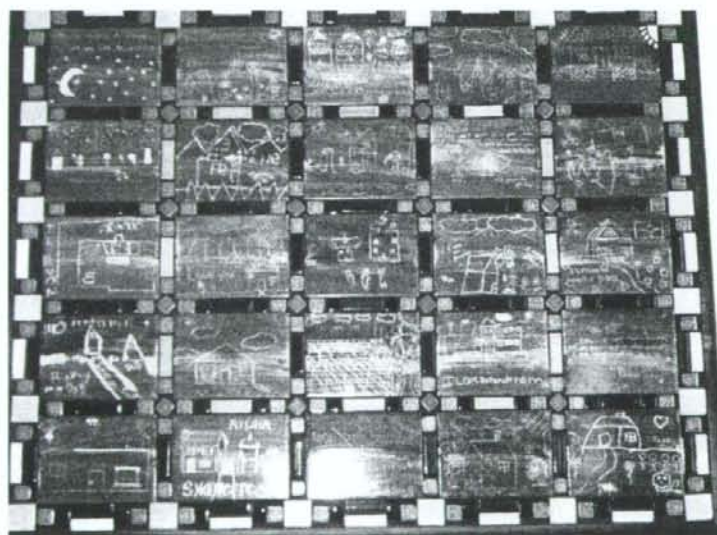
[Hospice Hawaii 概観]



[Hospice Hawaii 受付]



[思い出の樹：葉のプレートには寄付をした方々の名前が記されている]



[遺族キャンプでの作品 その1]



[遺族キャンプでの作品 その2]

米国地方都市における在宅ホスピスボランティアの選考と研修について

概要

小規模ホスピスにとってボランティアの役割は極めて重要である。

ボランティアとして活動するには、選考されて研修を受けることになる。

この研修プログラムでは、ボランティア内容の習得、体験的学習、相互の選考、チーム作りならびに広報活動を学ぶ。

ボランティアの選考に当たっては、独自の信念・価値観に固執する者、悲嘆にくれる者、一方的にしゃべるなど好ましくない性格の人々はボランティアには不向きである。研修講座ではホスピス概念、チーム編成、コミュニケーションスキル、死の認識、共感、基礎看護技術、死が家族にもたらす影響、癌の医学知識、ペインコントロールならびに医師の役割を学ぶ。本稿はこれらの学習目的を遂行するため事例にて解説し、ミシガン州

北部地域の在宅ホスピスボランティアを養成するプログラムとしてよく機能しており、効果的なアプローチを提示するものである。

導入

地方の在宅ホスピスは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、心理療法士、聖職者ならびに一般人のボランティアに頼っている。ボランティアとして活動するためには研修が必要であるが、選考から研修にいたる実践的な書物が少ないため、本稿では交流のないボランティア同士の関係を深め、チームとして活動できるように一つの方法を紹介している。

地域紹介

ミシガン州北部に位置するエスカナバは人口15,000人を擁し、127の急性期病床を有するカソリック系病院がある。この医療機関には、4つの介護施設とメンタルヘルスセンターが併設されており、周辺地域住人4万人が利用している。同地域には35人の医師がおり、プライマリケアと専門医がほぼ半数である。また、北70マイルに所在するミシガン州立大学では家族問題講座が開設されている。

住人の多くは北欧系で60%がローマカソリック教徒であり、林業、製造業、観光業ならびにサービス業に従事している。この地域の毎年の死亡数は370人でそのうちの60人が癌などの終末期の患者である。

ベイディノックホスピスは非営利団体で入院施設はなく、看護師を患者の自宅に派遣して無料でサービスを提供している。ボランティアには実費のみが支払われる。

ほぼすべての患者は自宅で死を迎え、家庭医と牧師はケアチームの一員となり終末ケアに携わっている。

ホスピスボランティアに向かない性格

- 1) 独自の信念、価値観に固執する者。
- 2) 深い悲しみにいる者。
- 3) 常に人のあらいを探る者。
- 4) 相手に話をさせず一方的にしゃべり、患者に不愉快感を与える者。

教授法

研修の目的を遂行するには下記の教授法があるが、それぞれに長所と欠点がある。

講義

内容を理解させるにはよいが、講義に積極的ではない研修生にとっては受身になり易い。20分を超える講義は避けること。配布資料を準備すること。

パネルディスカッション

ホスピスの経験者をスピーカーに招き、司会者の上手な進行で研修生全員が参加できるが、内容を習得させるには不向き。

グループセッション

小さなグループに分けて課題を与えるため、すべての研修生が参加でき、メンバー同士で実務的な経験が得られるが、情報を伝えるには欠点。

映画、スライド、テープ

映像、オーディオを媒体としてホスピスの実態を学ぶことができる。

体験的な訓練

自らの死亡記事を書き、小説の内容から死を考えるなどさまざまな方法による体験を通して学ぶことができる。

トレーナー（講師）

トレーナーの人選は重要であり、グループをまとめる能力を有し、死を認識しているソーシャルワーカー、学校、地域メンタルヘルスの心理療法士、地域を熟知する医師など柔軟性、率直さ、柔和さ、さらには参加者の経験を活用できる資質を有する人物が望ましい。

研修日程

週一回、夜間3時間の研修を6回実施する。クラス規模は15-20名、ラウンジにて

ゆったりとした雰囲気の中で行われる。参加者には毎回の出席が義務付けられる。

セッション 1

ホスピスについて

ホスピスの歴史ならびに地域のホスピスプログラム内容を学ぶ。

研修者の紹介

研修者同士とコーディネーターをよく知ること。

コミュニケーション入門

言語と非言語のコミュニケーションの重要性を学ぶ。

最初に経験した死の回想

死に対する個人的な感情を整理する。

セッション 2

死—霊的、社会的側面

死に対する霊的、神秘性について考える。

一般的なホスピスケアで生じる死に対する問題点を考える。

死についての個人の認識

死を自分のものとしていかに捉えるか。

共感について

ホスピスケアで重要である共感を明らかにし、その共感を相手に伝える表現方法。

セッション 3

看護師以外の研修者への看護技術

ホスピスケアに必要な看護技術の習得。

傾聴

言葉以外でも傾聴することで共感を表現する。

セッション 4

死とその家族

死にいく患者の家族が抱える問題を知る。

感情の受容

患者を助ける前に、自分自身の感情を受容する重要性を理解する。

セッション5

傾聴

傾聴の大切さと、とりわけ静寂の意義を考える。

静寂をイメージする

心を落ち着かせ、「今」の瞬間を大切にすゝる気持ちを心で感じる。

信頼感

普段見過ごしがちな他人を信頼する気持ちを実践で体験する。

セッション6

死の定義

死を法律ならびに実務の観点から解説する。

癌を社会と医療の観点からみる

癌の病態と癌に対する社会の誤解を知る。

終末期患者の身体的痛み

痛みの病理学と痛みをコントロールする薬剤とその投与法の説明。

医師の2面的な役割と患者の期待

死に行く患者とその家族が抱く医師への失望感の原因を理解する。

ボランティアの最終選考

6回の研修終了時にボランティアは願書と質問・要望書を提出できる。トレーナーは提出書類と研修中の成績を鑑みて合格の判断を行ひる。合格すると修了書が発行され、合格者に適したホスピコーディネーターに紹介され、当面はホスピスワークのアシスタントとして一緒に仕事をしながら経験を積んで独立していくことになる。

結論

専門家も含めすべての参加者はホスピス研修を受けた後に患者に接することができる。本研修には60名が参加し、目標に向かって研鑽を積んでいる。この研修は参加者にとっては成長するための教育と実践の観点を持つものでもある。コーディネーターと患者からの意見はボランティアの資質を向上する上で役立つ。研修終了後も活動中のボランティアは毎月一回会合を持ち、そこで出る示唆に富む情報はボランティアを育成する上でコーディネーターにとっても貴重な情報となる。ボランティアのなかには患者に接する機会がないことに不満をもつ者もいるが、家族の看護を補佐するのもボランティアの大きな仕事である。

研修を終了した参加者のほぼ全員がボランティアとして働くことができる。オリエンテーションセッションはボランティアが働くことができるようグループ作りを行う一方で、新たなボランティアの支援システムとしての役割も担っている。また、研修中にボランティアの参加動機を明らかにし、個人の限界を知らせることで、適切なホスピスボランティア活動を可能にする。また、ボランティアが目的意識を持つことで、トレーナーにとってもボランティアの再編成が不要になる。

(詳細については、Paul L. Werner, Phillip S. Chard, Carl Hawkins, Thomas Marshall (1982), The selection and training of volunteers for a rural, home-based hospice program, *Patient counseling and health education*, Vo.3, No.4,124-131.を参照)

II-2. 4) 厚生労働科学研究費補助金 (医療安全・医療技術評価総合研究事業)

分担研究報告書

市民参加型地域緩和ケアシステム「家で死ぬるまちづくり」の開発と評価

Overview of Hospice/Palliative Care System in Japan

Senior researcher	Hiroko Komatsu (St. Luke's College of Nursing, Professor)
Researcher	Naoko Yoshikawa (St. Luke's College of Nursing, Associate Professor)
Research collaborator	Megumi Umeda (St. Luke's College of Nursing, Visiting Researcher)
Research collaborator	Chikako Uchida (St. Luke's College of Nursing, Visiting Researcher)

Summary: The purpose of the study is to suggest Community-based participatory Care System for Home-based Hospice in Japan. To analyze the characteristics of hospice law, cost system, and management system through the comparison among foreign countries' hospice law, cost system, and management system, we surveyed 3 hospitals, 3 hospice agencies, 3 hospice day care centers, 3 home hospices to collect the data of organizational structure, facilities, equipment, manpower, payment for hospice care, contents of service etc.

Mainly accepted patients should be adults with terminal stage malignant tumors. But criteria for accepting patients for care are more flexibly applied in Home-based hospice care than in the case of Hospital-based hospice care. A typical hospital-based hospice care team includes physicians, nurses, social workers, a pharmacist, a chaplain, and volunteers, but home-based care it difficult to involve a psychiatrist, dietician or physical therapist because of the smaller size of care operation.

The medical cost of patients receiving hospice/palliative care is paid by the health insurance program to which they subscribe, according to the medical service fee prescribed for the treatment, tests, and care provided. Palliative care ward hospital charges are calculated at the fixed rate of 37,800 yen per day. The home-based palliative care fees per day are reported to be about 9,000 yen including examination and test fees. For a result of expanding the home care clinic system in Japan, day care at a clinic or home-visit nursing care station has become possible. Regarding the control of quality of hospice/palliative care, few facilities have, and implement, a clearly specified quality evaluation system.

It is important for care team members sharing and working towards the goal of care by playing their role as specialist professionals while exchanging views, and collaborating, thereby promoting better patient QOL. As an important element of cancer care, the law encompasses the stipulations for reinforced promotion of continuing education and training for doctors and nurses who have excellent knowledge of and skills in palliative care.

A. Purpose

To suggest Community-based participatory Care System for Home-based Hospice in Japan, analyze of characteristics of hospice law, cost system, and management system through the comparison among foreign countries' hospice law, cost system, and management system.

B. Methods

1. Contents of Analysis: Survey 12 hospice institutions for hospice management system (3 hospitals, 3 hospice agencies, 3 hospice day care centers, 3 home hospices): organizational structure, facilities, equipment, manpower, etc.

- Hospice law : General provisions, recipient eligibility, duration of coverage, election and revocation of hospice care, conditions of participation, covered services, payment for hospice care, utilization control, right of appeal, etc.

- Hospice cost system: Hospice budget on governmental level, detailed hospice payment system, amount of clients' payment, etc.

- Hospice management system: Type of hospice services, contents of service, manpower, equipment, etc.

2. Workshop with international co-researchers (Yonsei University, National Yang-Ming University, St. Luke's College of Nursing)

C. Results and Discussions

<Management system>

Hospice care in Japan was modeled after St. Christopher Hospice in England which was

funded by Sisily Sonders and has become increasingly popular. In 1982, cancer was recognized as the number one cause of death among Japanese. Since 1983, an annual Terminal Care Conference has been held in Japan. Since 1990, Palliative Care has been covered by national health care insurance. The concept of hospice/palliative care has been gradually expanded and awareness among the public has grown. Due to the aging and the increased longevity of the Japanese population the number of cancer patients has increased dramatically. Therefore, hospice/palliative care units are having difficulty of caring for the increased number of cancer patients. To cope with this, government certified palliative care units were started at many large hospitals. Into 2006, the Cancer Control Act was enacted, and cancer treatment and palliative care took a dramatic turn. Under this law, palliative care in the community is a priority. In the future, hospice/palliative care could be extended to suffering patients from other disease.

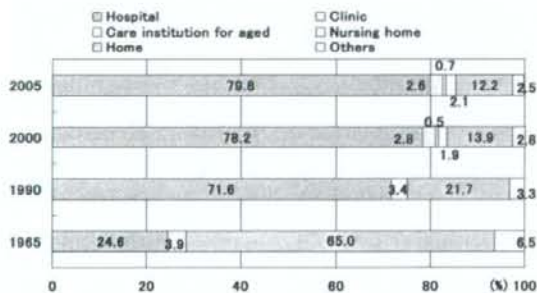
Although hospice care in Japan modeled after St. Christopher hospice, it now includes palliative care. In Japan, the term "Palliative Care" has become more popular than hospice care. A reason of this situation is using a word of palliative care on the occasion of institutionalizing a hospice care. The definition of palliative care in Japanese nursing is based on that presented by WHO in 1987. Unlike in the past, nowadays, palliative care is used to treat all stages of cancer not only the end stage.

In Japan, the estimated number of cancer deaths in 2005 was 325,000 persons, which accounted for one-third of the total number of deaths. Given

the rapid aging of the population in Japan, the prevalence of cancer as well as cancer mortality will continue to rise in coming years. As the mortality from cancer increasing through to 2020, cancer will come to represent half of all mortality in Japan.

In surveys of Japanese people, 50% of respondents indicated that they would prefer to die at home. Until 40 years ago, in Japan, over 60% of the people died in their own homes, but currently, 10% die at home (Fig.1).

Fig.1 Place of death in Japan (Ministry of Health, Labour and Welfare, Statistics and Information Dept.)



I'd like to review the health situation in Japan to better understand hospice/palliative care (Table.1).

Table.1 The feature of Japan's Palliative Care Unit

- In Japan, people have universal health care system
- Cancer has been the leading cause of the death since 1982
- Japan has the world's highest longevity rate
- Palliative care has been evolved focusing on cancer treatment
- Promoting Palliative is a government priority; these are new programs
- Respect the family's opinion for the choice of the treatment
- Improvement in palliative care unit in many facilities and introduction of a new finance system .

In Japan there is a universal health care system. Cancer has been the leading cause of death since 1982. Japan has the world's highest longevity rate. Palliative Care focused on cancer patients. Palliative Care has spread due to the government's effort to prioritize it. Families have been increasingly involved in the choice of cancer treatment.

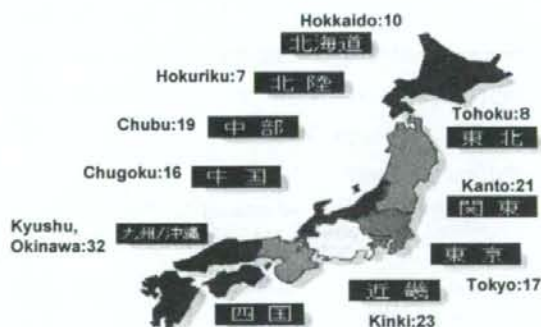
Japan's hospices/palliative care can generally be divided into two types; Hospital- and Home-based hospice care. From 1990, "Palliative Care Unit" has been recognized as a health care treatment under national health insurance. The concept of hospice/palliative care has been gradually expanded and public awareness has increased.

As of February 2007 there are 163 Palliative Care Units with a total of 3,118 beds nationwide (Fig.2).

Fig.2 Palliative Care Unit Approved (PCU) -

Hospital-Based (Feb. 2007)

<http://www.bayline.or.jp/jard/>



Most units are in urban areas. There is one prefecture which does not have any units. In addition, there are five thousand seven hundred Home-based hospices. Both Hospital- and