



人生という旅の終着駅(ターミナル) は

病院ですか…それとも、我が家ですか

りが病院である日本社会 にを迎える場所の代名詞

主となる。

減を重視した「緩和ケア」 体的または精神的な苦痛の軽

が

者が、病院で死を迎えている。 なっている (グラフ1)。 は「病院死」が死の代名詞と は顕著で、欧米の3~4割に 特に、がんの病院死亡割合 高齢化する日本社会。これ 日本では9割以上の患 昭和51年以来、 日常の営みだ。だが現 死は生の延長線上に 日本で

命の「人生の質」(Quality of 的とした治療ではない。 患者とその家族が抱える、 よう援助することである。 者が死を主体的に迎えられる Life)を向上させるため、 治癒困難な末期がんなどの 終末期医療とは、 延命を目 身 患 余

20 年 に 割合を4割に引き上げる目標 2)。これを受け、 アの普及を図っている。 計画」を策定し、在宅緩和ケ を掲げた。静岡県でも、平成 省は平成16年、 「静岡県がん対策推進 自宅での死亡 厚生労働

Care)° 田市の終末期医療を追った。 ことができるのだろうか。 我々はどう自分らしく過ごす 終わる前に、残された時間を る。列車が駅に滑り込み旅が と同時に「終着駅」を意味す ーミナルケア」(Terminal 在宅看取りの視点から、 終末期医療の英訳は ターミナルは「末期 「タ 島

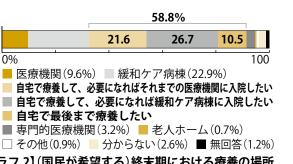
自宅で最後まで療養したい

とを意味する。 を圧迫する構図だ。 し、限られた病床と地域医療 は、今後 死 病院死が増加 が急増するこ

日かのあり方を選ぶために 日か者が自分の意思で最期

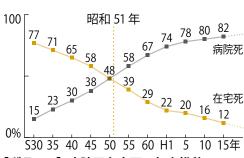
仕宅死に必要な「診る」 ではなく「看る」体制

在宅死を望んでいる(グラフ 方で、国民の約6割



□ その他(0.9%) 【グラフ 2】(国民が希望する)終末期における療養の場所 (平成16年終末期医療に関する調査等検討会報告書より)

21.6



【グラフ1】病院死在宅死の年次推移 (平成 18 年度 人口動態調査より)

H15

0%

2

迎える家族

がさん (P10 ~ 13) を、自宅の玄関で 出迎えるが澤さん一家。左下から時計 回りに、勝さん・美和さん・ふきさん・ 雅弘さん・くに恵さん・夢乃ちゃん。

> お 帰 り なさい 待ってたっ け ょ お



「ただいま」で始まる、 最期



市立島田市民病院 緩和ケア内科 部長

U 3 t U b a

廣瀬 光 ikaru Hirose

内のがん患者さんの大半は、当院を受診しています。治療や療養の苦痛を和らげる緩和ケアを院内で確立することは、私の急務でした。その中で「最期はやはり、自宅で迎えるのがいいのでは」との思いから、平成15年に緩和ケア科(現在の緩和ケア内科)を開設。その年は、38人も在宅で看取ることができました。

平成19年には、態勢を充実させた「緩和ケアチーム」を発足。 みんな専従ではないため、患者さんは治療科の主治医との関係を保 てます。その上、メンバーが院内に散らばることで、在宅緩和ケア を希望する患者さんに気付く機会も増えました。私も、外来だけで なく、病室に伺って患者さんの声に耳を傾けることができます。

入んのイメージといえば「痛い・怖い・苦しい」でしょう。しかし、 適切な薬剤の使用により、体に不利な障害を与えることなく、 疼痛を取り除くことができます。また、痛みの緩和により、患者さ

自宅のベッドは、病院の特別療養室と同じだと思って欲しい

んが精神的な不安や苦痛から開放されることも期待できます。

「病院と同等の医療や看護を受けられないのでは」という不安から、在宅療養をためらう患者さんがいます。そのため、緩和ケア内科では、昼夜を問わず携帯電話で患者さんからの相談を受け付けています。患者さんやその家族には「家のベッドは、病院の特別療養室だと思ってね」と声を掛けています。

上したでは、当院で亡くなるがん患者さんの4分の1を、在宅で 看取っています。島田市の自宅死亡率も、他市と比較して突 出しています(表1)。しかし、がん患者さんの自立度は高い訳で なく「帰りたいから帰す」のでは、医師の役割を果たせません。

そこで、従前から在宅介護を支えている診療所の皆さんの協力を 得て、病診連携によるリスクの軽減を図っています。事前に患者情 報を病院に登録してもらえば、救急時にも療養の経過や服用中の薬 などがカルテ上で確認できる仕組みです。互いの信頼関係は、患者 さんの安心や満足につながっていると思うのです。

父女末期医療にとって、この地域の医療環境は潤沢とはいえませ べくん。がん患者さんの在宅介護期間は平均約45日。この大切 な時間を本人や家族が充実して過ごすためには、医療制度と介護制 度の連携と、個人と地域の理解が必要です。島田市には「帰りたい 風土」があります。私たちの取り組みが地域を牽引し、このまちに 「看取り力」が広がることを期待しています。



【表1】静岡県中部各市の自宅死亡率 (2008 年静岡県主要統計資料より抜粋)





市立島田市民病院 訪問看護係 副主任看護師 藤原 和子 uko Eujiwara

ヽ[/院の訪問看護は、平成10年に2人の看護師が病棟業務と兼 ── 務する形で始まりました。平成15年に緩和ケア科が開設され、 在宅看取りの件数が増加したため、専任の体制に改めました。昨年 10月からは、3人の看護師が患者さんの自宅を訪問しています。

▼ 均16回。これは、がん患者さんを看取るまでに、私たちが 療養であれば週に1回、ベッドに寝たままの療養だと週に3回です。 限られた機会の中で、患者さんの信頼を得るには、退院前から本人 や家族の心配を、ひとつずつ取り除く必要があります。

緩和ケア内科外来の受診者が、訪問看護を希望する場合は、退院 前に私たちが診察室に同席し、訪問看護の説明をします。また、帰 宅してからも、訪問看護師の携帯は昼間、廣瀬医師の携帯は24時 間体制で相談に応じています。医師や看護師と患者さんの「つなが

り」は、安心の担保。容態が急変しても「つながり」があれば、落 ち着けるはずです。

→宅看取りの場合、患者さんは病気を抱えたまま帰宅すること 全看取りの場合、窓自てルマルスへこことになります。当然、体調の悪化も想定されるので、本人はも パチェー・パー・ パラード 経和ケ ちろん、家族の不安に対するサポートが重要です。例えば、緩和ケ ア内科が対応した疾患で一番多い肺がん(グラフ3)の場合、患者 さんの呼吸が荒くなると、家族の心配が募ります。その際は、病院 に戻る選択も可能です。最終的な決定は医師が行いますが、私たち も本人や家族とよく相談し、最良の決定が出来るようお手伝いしま す。そして、患者さんと家族がその後の療養に対して抱く不安を和 らげるためにも、医師と看護師の信頼関係を大切にしています。

▶の終わりは、誰にも訪れること。しかし、どこで最期を迎え 「 口」 るかは、それぞれ違います。愛する家族に囲まれて、徐々に 息を引き取る在宅看取りには、穏やかで温かいものを感じます。

一方、現在の体制で在宅看取りを選択する家族には、ある程度の 負担が強いられます。でも、退院の決意を後押しするのは、迎え てくれる地域の「看取り力」の向上です。もし、市街地と過疎地で 格差のない終末期医療の提供が可能になれば、家族の負担はもっと 軽減されます。それには、関係機関の連携と、住民の関心・理解・ 協力が不可欠です。まち全体が大きな病院となり、終末期医療を見 守ることができれば、在宅看取りがより身近になると思います。



足浴は、がんを患うMさんの心と体を癒やす



市立島田市民病院 地域医療連携室 医療ソーシャルワーカー くれまつ つねひこ 榑松 常彦 係長

ります。相談内容は多岐にわたりますが、最近は の業務のひとつに、入院患者さんの退院支援があ う患者さんや家族が増えています。 **人生の最期を病院ではなく、自宅で迎えたいとい** 在宅看取りを選択する患者さんにとって、 私たち医療ソーシャルワーカー(医療相談員)

ジャーとの円滑な連携が求められます。

自宅に帰ることができるよう、診療所やケアマネ

のタイミングは重要です。機を逸せずに安心して

搬送時などの診察に活用しています。

ます。また、診療所から提供される在宅介護中の

患者情報を、病院のカルテに入力・更新し、

患者さんの病状と家族の希望を、診療所の受け入

めに、島田市医師会から職員が派遣されています。

そこで当室には、より迅速な病診連携を図るた

れ状況に照らし合わせて、かかりつけ医を見つけ

迎えるための準備をお手伝いしています。

そして家族の支えがあれば、不可能ではありませ

在宅看取りは、居宅介護サービスと在宅医療、

ん。私たちは、住み慣れた自宅で安心して最期を

住み慣れた家で、最期を看取れる地域へ 理解と支援で乗り切る 介護の限界を、



健康づくり課 島田市居宅介護支援センタ 「はなみずき」ケアマネジャ まずき きみえ 鈴木 仁枝 主任保健師

関係機関の調整を行います。 業者を交えて、具体的な居宅ケアプランを作成し、 そして訪問看護師や福祉用具貸与などのサービス の意向や状況を把握し、プランの案を検討します。 依頼を受けると、まずは病室に伺って本人と家族 アプラン(居宅サービス計画)を作成します。 入院中の患者さんの場合、地域医療連携室から 退院前に主治医やソーシャルワーカー、 在宅介護を希望する人に合ったケ

支援事業者です。私たちケアマネジャー(介護支

「はなみずき」は、

県の指定を受けた居宅介護

切に、利用者の声に耳を傾けています。 更にも対応できるよう、地域のネットワークを大 の申請をした日から利用できる場合があります。 座の対応が必要で認定が見込まれる人へは、認定 介護力は日々変化します。病状に応じたプラン変 ントに心掛けていますが、利用者の容態や家族の す。しかし、在宅看取りを希望する場合など、即 利用者の心身が少しでも和らぐケアマネージメ 介護サービスの利用には、要介護認定が必要で

を表現医療を考える~ ターミナル Termina



20 歳代

松村寿美さん





母方の祖母は、自宅で家族や親族に見守られながら、看取られました。それは、とても感動的な体験でした。私も、家族は自宅で看取りたいと強く思います。しかし、仕事を持つ自分が実際に介護をするとなると、介護休暇の取得促進や、訪問看護と診療所の連携など、在宅看取りへの社会的支援と地域医療の充実を、今後期待したいと思います。



50 歳代

長谷川恵子さん



家族が最期の場所に自宅を選ぶならば、一緒に帰りたいと思います。しかし、理想は在宅でも、現実は病院かもしれません。延命のためではありませんが、自分が看てもらう側ならば、家族への負担が気になります。看る側であれば、やはり心細いです。病院と同等の医療サービスを、自宅で受けられるならば、不安を取り除けるかもしれません。



30 歳代

^{たねもと たかし} 種本 高士さん

川根町笹間上



もしも自分の余命を宣告されたら「生かされるよりも、生き抜きたい」と決断すると思います。だから、緩和ケアや在宅看取りという言葉になじみはありませんが、最期は自宅で迎えたいですね。四世代家族なので、きっと独りでは寂しいです。病院との距離も悩ましいですが、治療の効果が見込めないならば、自分が看取る側になっても同じです。



理想の看取りは、在宅だけではない

それぞれの選択、それぞれのターミナル

家族の精神的・体力的負担を考えると、「帰ろう」と言われても、病院に残るつもりです。逆に、家族が「帰りたい」と望めば、今は冷静にその願いをかなえてあげたいと思います。でも、苦しむ家族の姿を実際に目の当たりにすれば、困惑して入院を勧めるかもしれません。いずれにせよ、高額医療費制度や居宅介護サービスなどの更なる拡充を望みます。



40 歳代 登美さん

井口

在宅看取りという言葉は、何となく知っています。私は、家族の理解が得られるならば、自宅で最期を迎えたいと思います。一方で、在宅看取りというと、介護に対する家族への負担が心配です。在宅介護は、体力的にも3カ月から半年が限度ではないかと思います。医師の往診や家族の不安の解消など、サポート体制が充実してないと難しいですね。



The state of the

自分が幼いころ、祖父は自宅で横になり、祖母が寄り添っていたのを覚えています。がんを再発し、本人の希望で延命治療を施さなかったそうです。手を取り合い、気軽に声を掛け合うなど、家族にしかできないケアもあります。医師が身近な存在でいてくれるならば、家族の最期は自宅で看取りたいです。一緒にいる姿が、家族の姿だと思います。



すぎゃま に き おん 一本さん 中溝町



人生の終着駅を選ぶとしたら、どこですか

長崎県長崎在宅 Dr. ネット

をメールで73人の連携医へ送 から依頼されると、患者情報 する点です。事務局は、 事務局が在宅療養を望む患者 すると共に、患者の大きな安 に合った主治医と副主治医 心にもつながりました。 ドクターネットの特徴は、 きっかけは、藤井医師が この取り組みは、緊急時 コーディネート

や不在時の医師の負担を軽減 二人の開業医師が支え合う体 宅に帰りたい一人の患者を、 ある末期がん患者の在宅診療 ネット」を設立しました。 る「長崎在宅Dr.(ドクター) て24時間体制の往診に対応す したことでした。病院から自 への協力を、白髭医師に相談 人が集まり、互いに連携し 長崎市の開業医

> 科の「協力医」44人と、大学 医に加え、専門性の高い診療

理事長 藤井外科医院 藤井 卓 院長



副理事長兼事務局長 白髭内科医院 いらひげ ゆたか **白髭 豊** 院長

認定 NPO 法人 長崎在宅 Dr. ネット http://doctor-net.or.jp/

が終われば家へ帰る。

人生という仕事

話し合います。 などと、退院後の診療方針を 訪問看護師、 病院へ出向き、 ドクターネットには、 ケアマネジャー 病院主治医や

わることで、 種と連携しながら、 よう、介護・看護職など多職 帰れない」患者がいなくなる 由で「自宅に帰りたいけれど 師が対応できない」という理 形で軽減しました。そして「医 ターネットは副主治医という 体制の構築が期待できます。 い患者さんでも在宅診療する 診療所同士の連携に病院が加 師」43人が加入しています。 病院などに勤務する「病院医 24時間対応が必要な在宅診 その心理的負担を、ドク 医療依存度が高

地域の特性を活かした「看取り力」 向上への取り組み

兵庫県おかえりなさいプロジェクト

おかえりなさい プロジェクト代表 さくらいクリニック 桜井隆 医師

http://www.reference. co.jp/sakurai/

は、兵庫県尼崎市で訪問診療 紙に記載された問い合わせ先 なたの家にかえろう」。 と始まる小冊子があります。 クト」を立ち上げ、この小冊 が「おかえりなさいプロジェ 桜井医師をはじめ、在宅医療 に取り組む、 たA5版28ページ立ての が終わる時は、 子を出版しました。 て患者支援団体のスタッフら に関わる医師や看護師、 ニック内になっています。 レットが無かったことから、 日本に在宅看取りのパンフ 平成18年に発行され 桜井医師のクリ 家に帰ろう

報と、在宅介護の心構えのほ 養を始めるための基礎的な情 ページをめくると、在宅療

の人々に援助を求める重要性

しかし小冊子には、

きると思われがちな在宅死。

想や正解を求めないで欲 りは美談ばかりではない。 のは「在宅死は特別なことで 潔にまとめられています。 優しい言葉とイラストで、 や日常生活での工夫などが、 か、 はない」という姿勢です。 い」とした上で、 強い家族愛だけで、実現で 桜井医師は「在宅死や看 介護サービスの利用方法 全編を貫く 理 L

そし



裏表

「あ





逝く人と生きる人の心に 在宅看取りが残したもの

マリ子さん

夫は65歳で、動脈閉塞症のため左足を さらに、71歳で発症した慢性腎 不全のため、人工透析を4年半続けた。

平成 13年、75歳の夫を自宅で看取った。

当時、

透析室と緩和ケア部

車で15分ほど。でも、その道 の人工透析は身体的な負担と える私にとっても、1日おき がんが見つかったのです。 術後の経過は良好だったもの 後、夫は胃がんを患いました。 のりは、とても長く感じられ なりました。市民病院までは、 同時に、車いすでの通院を支 力は日々衰えていきました。 の、さらに2年後、今度は肺 がんの進行と共に、 八工透析を始めてから2年

夫の体

先生に相談すると とおっしゃってくれました。 を兼任していた主治医の廣瀬 いことです。二人にとって、 てくれるなんて、とても心強 先生や看護師さんが、往診し 勇気づけられ、肩の力が抜け できるだけの支援をします」 在宅緩和ケアは、 る気がしました。市民病院の こされたいならば、 この言葉に、私たち夫婦は 沈んだ心に 「在宅で過 最後まで

を引き取りました。「透析を 8日目の夜、 夫は静かに息

がら、お茶などを飲ませ、 りましたが、 す度に、私は、体をさすりな を取り戻しました。その後、 たおかげで、次第に落ち着き ネを適切に処方していただい 夫が昼夜なく頻繁に目を覚ま により右足の痛みが激しくな 鎮痛剤やモルヒ 不

眠不休で看病しました。

ちは、点滴や人工呼吸器につ 期でしたが、透析を中止すれ が「今日は家で休んでいるよ」 てくれました。動脈硬化など 師さんが、夫の病状を見守っ のは、ええわ」と答えました。 析室は開けてありますよ」と でいませんでした。 ながれた病院での最後を望ん ば、死期が早まる。でも私た とつぶやきました。がんは末 差し込む一筋の光でした。 いう言葉に、夫は「もう行く 翌日、往診した先生の「透 それから連日、先生や看護 通院予定だったある朝、

の真ん中には、管を一本も付 がる輪ができていました。そ 先生と看護師さんと私でつな れた夫。「これで良かっ けずに闘い、みんなに看取ら ふと周りを見回すと、 のでは」と自分を責めながら、 た。私の愛情が足りなかった 続ければ、まだ一緒にいら 家族と

思います。達成感はあっても、 まで何度も「母さんは?」と さん、悪いっけな」とつぶや いた夫。そして、看取る直前 と思えた瞬間でした。 夫を看取れたからだと、私は 前にそう思えたのは、自宅で てくれたのです。夫を亡くす ら、病気が夫婦の心を通わせ 私を探した夫。遅ればせなが 旅立ちを意識したころ「母

少し遅れたけれど、間に合った…

·· 看取

Ď

で通った、

夫婦

の心。

できた、二人の思い出です。 後悔はありません。 ありません。このまちだから 在宅看取りという選択肢 全ての地域にある訳では





が澤 **勝**さん・**くに恵**さん

平成20年、父の坊さんに大腸がんが発 3カ月の入院後、スト を付けての帰宅となるが、 勝さん夫婦は、在宅看取りを決断した。

鳴らしていいって言ってくれ

れたっけよ。いつでも携帯を 師さんが、足しげく通ってく

るし。本人も私らも、

ありが

力月前、

知人から在宅看取り 入院中だった2年9

の体験談を聞きました。

「緩和ケア科の先生や看護

の見える自宅がいいのでは_ り逝くときは、見慣れた景色 たいっけよ」 た親父のことだから、やっぱ れるか、心配でした。しかし、 「ずっと農業一筋でやってき いざ自分の親のこととなる 本当に自宅で看てあげら

もって教えてくれたのかもし 族の「絆と優しさ」を、 労ではなく、当たり前の日常 くれる。在宅緩和ケアは、苦 週末は泊まり込んで父を看て 親戚が喜んで協力してくれ、 りました。何よりも、 もらったみたいでしたよ。 なった感じがします。家族や れません。 になりました。父は、この家 それからの我が家は、 温かく 身を

その大きな背中を追えなくな もを育ててくれた父。もう、 大変な時代に、5人の子ど

決めました。 と考え、在宅で看取ることを

看取りで伝えたい感謝の言葉…

…親父が教えてくれた家族の絆。

と「…やかましい」と一層し ていました。まるでパワーを は「今日はみんないるだか… かめっ面に。でも、 ベッドの上ではしゃぎ回る 孫がベッドの周り、ときには わらず辛そうでした。孫やひ と、子どもたちの顔を見回し 帰宅した父の表情は、 その後に 相変

> る時が近づいていますが、 落ち着いて言えそうです。 宅看取りのおかげで「長い間 お疲れさま。ありがとう」 ح 在

残した格言が「温故知新」でが、15年前に重い口を開いて 看取りも、その教えに従って 新たな知識を見い出す。 いるのかもしれません。 した。昔の事実を再度考え、 今も昔も、 口数が少ない父 在宅

診るから看るへ、 病院から我が家へ

乗り換えた列車の終着駅で迎える家族





福祉用具として貸与可能だ。

も軽減。要介護2~5の人には、

電動ベッドは、

家族の介護負担

介護用ベッ



痛みの緩和

ことは、患者の欲求を満たす。 飲み物を少し提供する。味わう 本人の希望があれば、 味のある



味わう欲求



相談



次の機関にご相談ください。治医やかかりつけ医、またはと思ったら、その気持ちを主と思ったら、その気持ちを主

市民病院 地域医療連携室

足の悪いおばあさんの顔も見られるし。

やっぱし、

うちはいいな。

(問35-2111 (代表)

「はなみげる」(建長づく)居宅介護支援センター

地域包括支援センター

6 34-3240
1 34-3240
34-3240

長寿介護課

圃34-3287 る相談に応じます。

社会福祉協議会介護事業課

●34-3232
介護事業を行っています。 方護事業を行っています。 居宅介護支援事業(ケアプ



今まで伝えたかったこと、今だから伝わること

なぜか癒やされる。死を見つめることで生は輝きを増し、そこは命ある者が新たな一歩を踏み出すための「始発駅」になる。 看取られることで家族への愛があふれ、看取ることで家族の絆に気付く。言葉にしなくても、そばにいるだけで思いは伝わり、

継がれ …やかましくて、 …なんだか、にぎやかいな だけぇがな、 … 今日は、 みんないるだ ありがとう…。 えらい

小澤 功さん

平成 23 年 9 月 30 日(取材の 4 日 永眠。享年 92 歳。ご生前の で厚情に深く感謝すると共に、心 よりご冥福をお祈りいたします。

か

明るい表情で手伝ってくれま えやお化粧などを、まるで愛 孫さんたちは、ご遺体の着替 乾くころ、安堵感が湧いてく 整理ができるから、 す。死を受け止めながら心の 看護師の顔がほころんだ。 いんですね」取材中、 た死は、もう怖い存在ではな る。徐々に近づき去っていっ おしい宝物に触れるように、 流す涙が

一在宅看取りを経験した

る。看取る家族の役割が増え をつなぐため、家族が集ま れた家族の絆もつながる。 看取りで命だけでなく、残さ はなく、命のリレー。バトン る分、死は身近になる。在宅 在宅看取りは、喪失体験で

人を「おかえり」と迎える。 「ただいま」と帰ってくる





日々変化する。時には、家族人間の営み。在宅看取りがあるから、家に帰るのではない。 イが帰るのは家だから、在宅 イが帰るのは家だから、在宅 はやかに生き、安らかに逝 く。これは、誰しもが願うこ く。これは、誰しもが願うこ とだろう。しかし、最期が近 とだろう。とかし、最期が近

死があり、命に限りがあるか をいこともある。 それでも、死から目を逸ら さない意義とは何か。それは、 で死」が「生」を教えてくれ るからだと思う。生き方が生き にざまになり、逝き方が生き た証しになる。生の終わりに

ら、生きることが尊いのだ。

術や制度の充実。しかし、患終末期医療に望まれる、技

今の日本人の多くが、生まれることも、このまちでは。かの迎え方は自分で選べる。少の迎え方は自分で選べる。少なくとも、このまちでは。

期医療の充実は難しい。

択する意思がなければ、終末て逝くか」という死生観と選者と家族に「どこでどう生き

支え合うことが生きる証

かち合うことで、こんな私

同病者と苦しみを分

自答する日々が続きました。 生きていていいのかと、

孤独感に襲われ、

自分は 自問

No.155



Shimadian File #18

静岡県中部難病ケア市民ネットワーク代表

原田君江 さん(道悦四丁目)

を仲間と続ける、 署名や知名度向上活動 指定を国に働き掛ける ミオパチー」の、 君江さんを紹介します。 行性筋疾患「遠位型 今回は、自らも抱える 原田 難病

28歳の時、

医師から百万

難病患者が在宅療養できるよ

患者と家族と地域が共に

新薬の治験が始まりました。

そして今年9月、原田さんは、

性があります。 わずかに動くだけです。 ~15年で寝たきりになる可能 末端から筋力が徐々に低下す オパチー」は、 発病当時の気持ちです。 原田さんが患う「遠位型ミ すでに首から下は指先が 極めてまれな病気で、 原田さんの体 指先など体の 10

にインターネット上で同病者 名活動が始まりました。 のブログを見つけた時でし 心に光が差したのは、数年前 れた時は、 た。平成20年には、 人に3~4人の病気と告げら 真っ暗になった原田さんの 難病指定に向けた署 絶望しました」 患者会も と支援を得ることも、 の認知度を高め、市民の理解 団体を立ち上げました。 支え合うためのボランティア

団体設

難病

を送ってくれました。 悩める全ての人にメッセージ まで生き抜きましょう」と、 ない人生を、自分らしく最後 のもたくさんあります。 なったことで気付き、 立の大きな目的です。 は受け止め方次第。 最後に原田さんは 「病気に 得たも 全て

うになったんで てると思えるよ でも人の役に立 出す勇気が湧い 打ち破り、動き 自己の壁を

田さんがFM島田で語った、

くなりました」今年4月、

原

自分の存在をかき消した

てきました」 た署名は180万筆に近づ 患者会に全国から寄せられ 昨年の11月には、 ついに

患者会の署名活動の様子(静岡市清水区)▶

【遠位型ミオパチー患者会のホームページ】http://enigata.com/index.html

- ①カブは、縦半分に切り、さらに薄 切りにする。塩を振ってしんなりさ せてから、水気をしぼる。
- ②カブの葉は、先の方は使わず、塩 少々を入れた熱湯にくぐらせ、水を 軽くかける。2~3㎝の長さに切り、 水気をしっかりしぼる。
- ③梅干しと玉ネギをみじん切りにし、 マヨネーズと混ぜ合わせる。
- ④①と②を器に盛り、③を上からか ける。

料(4人分)

カブ 350g 適宜 カブの葉 塩 少々 マヨネーズ 大さじ3 梅干し(みじん切り) 3個分 タマネギ(みじん切り)大さじ1

提供:食推グループ「さわやか」

かぶのサラダ (1人前52kal)







