

合同シンポジウム

地域における がん医療と死生学

2011年2月5日(土)

開演 13:00~(開場12:30~)
会場 東京大学本郷キャンパス 法文2号館2階1番大教室
対象 医療従事者、医学・人文社会科学研究者、行政担当者、一般の方

プログラム

開会の挨拶・趣旨説明
渡邊清高
(国立がん研究センターがん対策情報センター/がん医療情報・内科学)

第1部 (13:15~14:15)

特別講演
講師 波平恵美子
(お茶の水女子大学名誉教授/文化人類学・医療人類学)
「地域社会における〈病むことの文化〉の現在」

休憩

第2部 (14:35~17:00)

シンポジウム
「地域におけるがん医療と死生学」
司会 清水哲郎
(東京大学大学院人文社会系研究科教授/臨床死生学・倫理学)
渡邊清高

シンポジスト報告

- ①岡部健
(医療法人社団爽秋会理事長/緩和医療・在宅緩和ケア)
「在宅緩和ケアと看取りの文化」
- ②浅見洋
(石川県立看護大学看護学部教授/宗教哲学・生命倫理学)
「ルールにおける住民の終末期療養ニーズと死生観の変容」
- ③山崎浩司
(東京大学大学院人文社会系研究科講師/死生学・医療社会学)
「青森県でがん患者として生きる
—がん体験談データベース構築の試みを中心に」

指定討論

竹之内裕文
(静岡大学創造科学技術大学院農学部教授/哲学・倫理学)
島達進
(東京大学大学院人文社会系研究科教授/宗教学)

総合討論

開会の挨拶 清水哲郎

参加要項

参加ご希望の方は、ウェブサイト、あるいは参加申込書にご記入のうえ、FAXでお申し込みください。

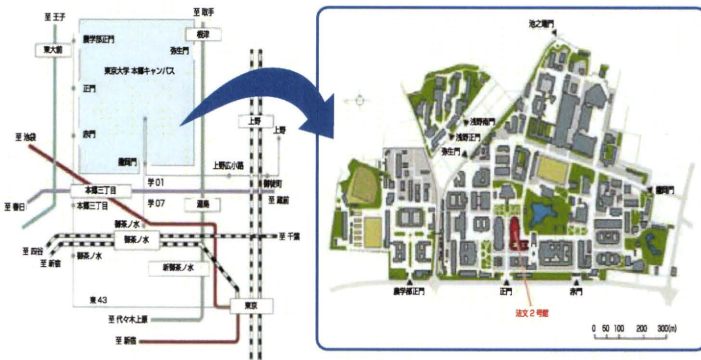
○申し込みウェブサイト

<https://ssl.formman.com/form/pc/tbAYgnaVJ5px08J3/>
※パソコン、携帯電話どちらからでもご利用いただけます。
右のバーコードを読み取ってアクセスしてください。

○FAX: 03-3547-8577



- 参加費 無料
- 定員 200名
- 申込期限 平成23年1月15日(土)
(定員になり次第、申込み受付を締め切らせていただきます。)
- お問い合わせ 合同シンポジウム事務局
FAX:03-3547-8577 E-mail:goudousympo@gmail.com



厚生労働科学研究(がん臨床研究)推進事業
主催 厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)
地域におけるがん対策の推進と患者支援に資する介入モデルの作成に関する研究班
東京大学グローバルCOEプログラム
「死生学の展開と組織化」
共催 財団法人 日本対がん協会

東京大学本郷キャンパス 法文2号館 〒113-8654東京都文京区本郷7-3-1

交通機関 (東京メトロ丸ノ内線「本郷三丁目」徒歩8分)、
(都営地下鉄大江戸線「本郷三丁目」徒歩8分)、
(東京メトロ南北線「東大前」徒歩5分)、(東京メトロ千代田線「根津」徒歩10分)

演者・登壇者略歴（登壇順）

渡邊 清高(わたなべ きよたか)／がん医療情報・内科学

国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報・統計部 がん医療情報サービス室長

1996年東京大学医学部医学科卒業。内科・救急医療研修などを経て、1999年東大病院消化器内科。医学博士。総合内科専門医、肝臓専門医、がん治療認定医など。2008年4月より現職。がん医療情報の提供と、がん対策の政策研究に関わる。2009年度から厚労科研「患者・家族・国民の視点に立った自立支援型がん情報の普及のあり方に関する研究」、2010年度から「地域におけるがん対策の推進と患者支援に資する介入モデルの作成に関する研究」研究代表者として、患者・家族・国民、そして地域の視点からの医療情報・患者支援情報の収集と提供、普及に向けた取り組みを行っている。関心のあるテーマは、メディアドクター、医療安全対策、がんの抗体創薬など。

波平 恵美子(なみひら えみこ)／文化人類学・医療人類学

お茶の水女子大学名誉教授

1965年九州大学教育学部卒業、1967年同大学院教育学研究科修士課程修了。1968年米国テキサス大学大学院人類学研究科に留学。1973年九州大学大学院教育学研究科博士課程単位取得満期退学、九州大学教育学部助手、佐賀大学教養部助教授、九州芸術工科大学(現九州大学芸術工学部)助教授、教授を経て、1998年お茶の水女子大学文教育学部教授、2000年同ジェンダー研究センター長併任、2006年同大学名誉教授となる。

清水 哲郎(しみず てつろう)／臨床死生学・倫理学

東京大学大学院人文社会系研究科教授

1947年生まれ。東京大学理学部天文学科卒、東京都立大学博士課程修了(文学博士)。北海道大学助教授、東北大学教授等を経て、2007年度より現職。医療の専門家と対話しつつ進める医療現場の哲学を試み、臨床倫理学・臨床死生学のプロジェクトに力を入れている。著書に『医療現場に臨む哲学』、『医療現場に臨む哲学Ⅱことばに与る私たち』(勁草書房)、『ケア従事者のための死生学』(共編著 ニューヴェルヒロカワ)等。

岡部健(おかべ たけし)／緩和医療・在宅緩和ケア

医療法人社団爽秋会理事長

1978年、東北大学医学部卒。静岡県立総合病院呼吸器外科医長、宮城県立がんセンター呼吸器科医長を経て、1997年に医療法人社団爽秋会岡部医院を開業。日本における在宅緩和ケアのモデル構築を行うとともに、現場に根差した死生学研究に取り組む。著書に『どう生きどう死ぬか——現場から考える死生学』(共編著、弓箭書院、2009年)、『在宅緩和医療・ケア入門』(編著、薬ゼミ情報教育センター、2009年)など。

浅見 洋(あさみ ひろし)／宗教哲学・生命倫理学

石川県立看護大学看護学部教授

1975 年金沢大学大学院文学研究科哲学専攻修了。石川高専教授を経て、2000 年より石川県立看護大学教授(兼図書館長)。筑波大学博士(文学)。北陸宗教文化学会長、西田哲学会理事、日本宗教学会理事など。(主要著書)『西田幾多郎とキリスト教の対話』(朝文社)、『二人称の死』(春風社)、『西田幾多郎 生命と宗教に深まりゆく思索』(春風社)など

科研費「高齢者の死生観とケアニーズに関する研究」(2004-06 年度)研究代表者として「終末期高齢者が訪問看護師に語った言葉の聞き取り調査」、「人口減少地帯における死生観とケアニーズの実態と変容に関する研究」(2007-10 年度)研究代表者として、地域住民に「死生観と在宅終末期療養に関する意識調査」を実施した。死生観、ケアニーズをキーワードに地域の終末期医療、宗教文化について考察している。

山崎 浩司(やまざき ひろし)／死生学・医療社会学

東京大学大学院人文社会系研究科特任講師

1970 年生まれ。上智大学比較文化学部卒、京都大学大学院人間・環境学研究科博士課程修了(博士(人間・環境学))。京都大学非常勤講師、関西看護医療大学専任講師等を経て、2007 年度より現職。がん、エイズ、死別等のケアの研究と、マンガを題材にした死生問題の考察に取り組んでいる。共著書に『ケア従事者のための死生学』(ヌーヴェルヒロカワ)、『よくわかる医療社会学』(ミネルヴァ書房)、『生と死のケアを考える』(法蔵館)等。

竹之内 裕文(たけのうち ひろぶみ)／哲学・倫理学

静岡大学創造科学技術大学院・農学部 教授

1991 年東北大学理学部数学科卒業。1995 年東北大学大学院文学研究科・博士課程前期修了。東北大学大学院文学研究科・博士課程後期を単位取得退学後、2002 年に課程博士(文学)を取得。2006 年静岡大学農学部准教授。2010 年 4 月より現職。

2003 年 4 月、爽秋会岡部医院(宮城県)の在宅緩和ケア従事者たちとともに、臨床死生学の研究会(タナトロジー研究会)を立ち上げ、定例研究会を開催してきた。『どう生き どう死ぬか——現場から考える死生学』(弓箭書院、2009 年)は、その共同研究の成果である。

静岡大学では、「生」(生命、生活、人生、生涯)とそれをとり巻く「環境」の相互形成作用に注目しながら、「哲学的フィールドワーク」を通して、生命倫理学と環境倫理学を架橋する「生命環境倫理学」の構築を試みている。

島藺 進(しまぞの すずむ)／宗教学

東京大学大学院人文社会系研究科教授

1948 年生まれ。東京大学文学部卒。東京外国語大学助教授、東京大学文学部助教授を経て、1994 年度より現職。東京大学グローバル COE プログラム「死生学の展開と組織化」前拠点リーダー。宗教文化と現代の政治・社会・倫理的争点との関わりを研究している。著書に『いのちの始まりと生命倫理』(春秋社)、『スピリチュアリティの興隆』(岩波書店)、『ケア従事者のための死生学』(共編著 ヌーヴェルヒロカワ)等。

開会の挨拶・趣旨説明

渡邊清高（国立がん研究センターがん対策情報センター）
「地域におけるがん情報提供と死生学を考える」

地域におけるがん医療と死生学

趣旨説明

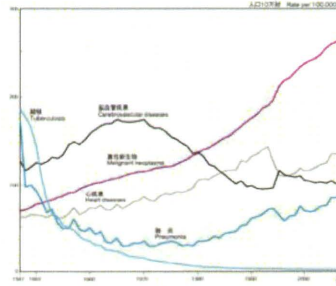
「地域におけるがん情報提供と死生学を考える」

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
「地域におけるがん対策の推進と患者支援に資する介入モデルの作成に関する研究」

国立がん研究センターがん対策情報センター
渡邊 清高

2011年2月5日

がんの状況



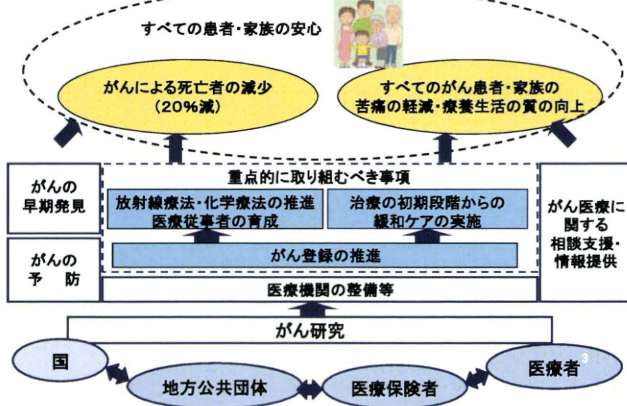
- 年間34万人の死亡
- 年間67万人が発病
- 2人に1人はがんにかかる
- 家族・親族にがん患者がいない家族は無いという状況



がんはすべての国民の問題

高齢化とともに増え続けるがん死亡
→ 国民の最大の脅威

がん対策推進基本計画（平成19年6月策定）



がん情報サービス

<http://ganjoho.jp>



患者必携とは

がん対策推進基本計画より

- インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにする必要があるので、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた**患者必携**を作成し、拠点病院等がん診療を行っている医療機関に提供していく。
- 当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた**患者必携等**に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすることを目標とする。



がん情報サービス

ganjoho.jp

がんの冊子

各種がんシリーズ 30種



46種類発行

全国のがん診療連携拠点病院などで配布
公共図書館で閲覧
ホームページからダウンロード、印刷も可能

がんの放射線治療

開会の挨拶・趣旨説明

渡邊清高（国立がん研究センターがん対策情報センター）
「地域におけるがん情報提供と死生学を考える」



A5判
464ページ

- 第1部**
「がん」と言われたとき
- 第2部**
がんに向き合う
—自分らしい向き合い方と
あなたを支える仕組み
・自分らしい向き合い方考える
・経済的負担と支援について
- 第3部**
がんを知る
・がんのことで知っておくこと
・療養生活のためのヒント
・用語の解説
- 第4部**
それぞれのがんを知る
・16がん種の療養情報
索引



A5判 2穴
64ページ

- 第1部**
がんと診断されてから治療が始まるまで
- 第2部**
入院治療の記録
- 第3部**
療養生活の記録
- 第4部**
治療ダイアリー

試験配布でわかったこと(患者さんから)

- ・役に立った 80%
- ・内容はちょうどよい 60%
- ・ご自身で使った 90%
- (家族も使った 40%)
- ・医療者から受けとってよかった 90%

「もっと早く読みたかった」
「安心して治療を受けられた」
「人に勧めたい」
「他の病院でも配布されることを願う」

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

対がん必修班平成21年度報告書より

試験配布でわかったこと(医療者から)

- ・ちょうどよい時期に配布できた 60%
- ・患者さんにとって役に立つ 80%
- ・医療者にも役立つ 70%

「これからも役に立ちそう」
「患者さんが使っていた」
「理解が深まっていた」
「対話がふえそう」
「地域連携クリティカルパスと組み合わせでは」

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

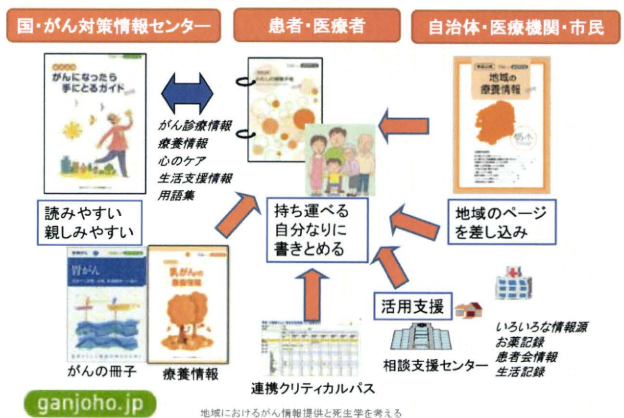
対がん必修班平成21年度報告書より

患者必携の位置づけ

- (1) 患者さんと医療者の対話を促す取り組みが広がる
治療や療養について信頼でき、役に立つ情報が広く伝わる
- (2) がん医療の体制整備
普及啓発、地域発の情報提供モデル
医療・緩和ケア・在宅・介護との連携 など
自分らしい生き方ができるような支援の輪
- (3) 患者さん目線のがん対策の取り組み
がん対策の取り組みを「見える化」する
先進的な良い事例を知ることができる

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

情報の「場」をつくる



地域におけるがん情報提供と死生学を考える

地域で情報をつくる(沖縄県)



平成21年8月

相談支援部会によって、地域の療養情報(沖縄県版)の作成に向けて始動
沖縄県福祉保健部医務課が地域情報を収集

9月

静岡県の療養情報(試作版)を基に内容について審議し、右記の内容について沖縄県版に追加した

11月

試作版(の試作版)が完成
部会で、内容の訂正・見直し

12月

部会で、内容について最終チェック

平成22年1月

試作版完成

* 沖縄県版に追加した内容 *

- 放射線治療実施施設
- セカンドオピニオン実施施設リスト
- 役所・役場
- 沖縄県内福祉保健所
- 全国健康保険(協会けんぽ)の連絡先
- 社会保健事務所
- 医療ソーシャルワーカー設置病院
- 在宅療養診療所
- 沖縄県内の地域包括支援センター
- ファミリー・サポート・センター
- ファミリーハウス

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

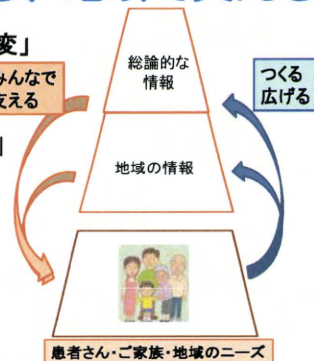
13

みんなで作る、地域で支える

「ニーズは明らか、でも大変」

だから...

「情報をつくる、支える」



歴史・風土・文化・教育・言語
気候・風俗・家族観・死生観

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業) 分野1 主に政策分野に関する研究

ウ. 地域におけるがん対策の推進と患者支援を目的とした研究

⑩ 地域におけるがん患者等社会的支援の効果的な実施に関する研究

地域のがん患者がどのような経緯でがん診療ネットワーク内を移行しているか等が**がん患者の動態**等を踏まえ、**地域**において行われるべきがん患者や家族等に対する**社会的支援**について、先駆的な介入法の事例を収集し、その**有用性に関して検証**するとともに、その成果について多くの自治体・医療機関等が参照できるような**実施モデルを作成**する研究課題であること。

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

15

平成22年度～

地域におけるがん対策の推進と患者支援に資する
介入モデルの作成に関する研究

渡邊清高	国立がん研究センターがん対策情報センター 室長(研究代表者)
清水秀昭	栃木県立がんセンター 病院長
篠田雅幸	愛知県がんセンター中央病院 病院長
岡本直幸	神奈川県立がんセンター臨床研究所 がん予防情報研究部門
今井博久	国立保健医療科学院 疫学部 部長
岡部 健	岡部医院 理事長
田城孝雄	順天堂大学 公衆衛生学 准教授
元雄良治	金沢医科大学 腫瘍内科学 教授
山口佳之	川崎医科大学 臨床腫瘍学 教授
川上公宏	香川県立中央病院 血液内科 部長
篠崎勝則	広島県立広島病院 臨床腫瘍科 主任部長
北村周子	三重県がん相談支援センター センター長

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

研究の目的

特に国民の不足感が強く、必要性の高いがん医療に関して、治療のみならず**療養生活を含めた患者家族の自立的な意思決定支援を含めた、社会的支援の活用を促す取り組みを収集・検証**し、自治体や医療機関を含めた関係団体向けに**企画立案、実行計画策定、実施準備、評価と検証の各フェーズに応じて参照活用**できるモデルを作成することにより、全国のがん患者・家族の療養生活の質を向上させること。



地域におけるがん情報提供と死生学を考える

本研究にて明らかにすること

地域独自の取り組みとして行われている特色ある社会支援を含めた**「地域の療養情報」**を収集整備しながら、**評価・検証**を行い、

がん医療や社会支援の情報提供と、地域の特性に応じた社会的支援のあり方に**必要な行動計画**として関係諸機関に対して推奨される施策を、**モデル地域での先行取り組み**の成果とともに**提言**を行う。

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

18

事前ヒアリング⑫ 仙台@岡部医院 (22年5月)

- 在宅、緩和を希望する人に情報が届いていない
- 死生観、スピリチュアルをどう組み込むか
- 地域の文化、家族・住環境の変化、高度科学化
- 宗教的価値観の変化
- 在宅緩和ケア 現場での相談対応・調整機能
- 在宅医療を、介護・生活の場へ
- 評価の仕組み、患者登録と看取り実績の共有、公開、拠点化
- 死生学研究とのコラボ、法文系との共同研究 ←

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

各局シンポジウム 地域における がん医療と死生学 の提案

- 患者が家族とともに、住み慣れた地域社会で、自律的な意思決定に基づいた療養生活を送るためには、地域の実情に応じた医療・福祉に関する情報提供とともに、**地域の社会的・文化的背景を考慮した支援**が欠かせない。
- 人生の最期を、どこで、誰と迎えるかという、患者・家族にとって重要な選択を支えるためには、**地域住民の病気観や死生観が鍵となる**。

研究班資料より(照井 岡部医院 22年11月)

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

シンポジウムのねらい

- 現場の医療者と日本人の死生観、地域の看取り文化に関する人文社会科学系研究者の、同じ場での議論(全国レベルのものとしては初?)。
- 地域の社会的・文化的背景を踏まえた適切な情報提供(情報処方)のあり方について討議する。

研究班資料より(照井 岡部医院 22年11月)

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

サブカルチャーとしての医療

- 医療が日本文化全体の中の、亜文化であるという視点。
- 死亡診断における医学的な「死」は、社会的「死」と、同義ではない。
- それを受ける側の**世界観や身体観、価値体系に深くかかわらなければ、すべての患者・家族の療養生活の質向上につなげることはできない**。

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

議論の方向性

- ① **現代医療の不足部分、地域間の格差**を共通認識する、あるいはそれを明らかにする方法を討議
- ② 地域住民の病気観や死生観を**地域における情報提供**に、どのように組み込んでいくか
- ③ がんの領域における取り組みをどのように**社会に発信**していくか

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

新たな展開(案)

- 各領域の先進的な取り組みを、人文社会科学系の研究者および**地域のがん医療に従事する関係者のあいだで広く共有**する。
- 地域・自治体におけるモデルを提言、**基本法の理念に基づくがん対策**を全国的に普及・促進し、がん患者の療養生活の質の向上に資するものとする。
- コラボ研究、フィールドワークの可能性を検討し、**実現へのロードマップ**をつくる。

地域におけるがん情報提供と死生学を考える

特別講演

波平恵美子（お茶の水女子大学名誉教授）

「地域社会における〈病むこと〉の文化」の現在」

地域社会における「病むこと」の現在

波平恵美子

お茶の水女子大学名誉教授

1. 多様化し変化する患者の認識

現在の日本において、他の領域で生じていることは医療においても同様であり、多様化と急速な変化がその特徴である。

多様化は、社会制度の変化が早いこと、変化についての知識、理解、認識の度合いが患者やその家族によって異なること、また、地域差が大きくなっていること、しかも、その「地域」が細かく区分され、必ずしも行政区画と一致しないことなどによって起きている。

今回のシンポジウムのテーマであるがん医療についても、数年前の家族のがん治療の状況は、現在自身が受けている治療とは全く、あるいは大きく異なり、予後についての知識も認識も常に最新情報に合わせておかなければならない。患者の自己決定というものが、患者個人が持っている情報や理解力に大きく左右されるようになっている。

医療の側に視点を移すと、治療当事者の情報の量と質およびそれを患者にどの程度提供できる状況にあるかが、患者が現実を受けられる医療の内容を決めることになる。

患者そして多くの国民の不安や不足感の要因は、制度的不備、情報が十分に提供されていないこと、提供されていたとしても理解しやすいような形で提供されていないこと、理解や情報が十分であっても必要な医療にアクセスできないこと、そして、周囲からのサポートが十分でないことにある。

2. 「がん」という病いにおける過去と現在

1970年代後半に報告者が医療人類学の調査を始めた当時、日本各地の調査地で見出された病気への偏見の「記憶」は結核であった。当時でも家族の中から複数の結核患者が出た場合、既に回復しているにも関わらず、結婚差別の対象になっていた。「いつまた結核患者が出るかわからない。あの家は結核筋だから」というのが調査地である農山漁村の人々の一般

特別講演

波平恵美子（お茶の水女子大学名誉教授）

「地域社会における〈病むことの文化〉の現在」

的な認識であった。

1980年代後半になると、そのような偏見の対象が、がんによっていった。がんは、こっそりとささやかれる病名であり、地域の人々は息をひそめるようにして、がん患者の病気の進行と予後を注視していた。

それ以降、がんは誰でもかかる、家筋にいくらか影響されても、結核やハンセン病ほどには、家筋に左右されない病気であると言うようになり、やがて、治療の内容とがんの部位によって、予後が大きく異なるという認識を持つようになった。がんに関わる情報のやり取りは地域を越え、親族や同窓生同士で、盛んに情報交換がされるようになり現在に至っている。しかし、こうした状況は長い間にわたって相互扶助の関係にあり、完全には個人情報がおおせないような地域において生じている変化である。

3. 変化する患者意識と変化しない社会状況

地域ごとのがん登録の状況が決して順調でないと言われる背景と要因について考える。

報告者が調査地で見ると、上記のように地域の人々において、がんについての情報交換は盛んである。がんであることを隠すよりも周囲の人々に情報を発信することによって、治療に関してより多くの情報が得られ、選択肢が増えるメリットがあると考えているように見える。

がんであることを隠す場合は、初診のときに末期がんであると告げられた場合、また、予後がきわめて悪いと家族が告げられ、患者本人に病名を隠した場合である。しかし、治療の余地がない場合であっても、患者が病状を正確に認識していた場合、地域の人々や親族にがんであることを告げることもある。近いうちに死ぬとしても、自身やいずれ残される家族がサポートしてもらえると判断した場合には積極的に回りに自分の予後を告げることも見られる。

がんであることを隠す、あるいは隠すことを強く望むのは、職場などで何らかの損失を患者が受ける場合である。配置転換や失職することもあり、協力やサポートを受けるどころか生活にも困難が生じるような状況に追い込まれることもある。がん登録が進展しないのは、患者が損失を被るような処遇をすることが認められる現在の雇用慣行にある。

また、本人が望まない形での、個人情報への漏洩を完全に防ぐ制度や慣行が整備されていない社会状況に原因がある。患者本人のがんについての認識の変化は大きいにもかかわらず、社会の状況が変わっていないことが原因である。つまり、メリットよりデメリットが大きいと判断した場合には、人はがんであることを周囲に漏らさないし、医療機関に漏らさないように依頼するようになる。

4. 多様化する個人、家族、死生観

個人のおかれている現実の状況は、居住している地域、個人の職業、収入、学歴、家族構成などなどによって、外からは容易に推測できないほど多様化している。様々な要素の組み合わせによって、個人の生活状況は個人差が大きく、それに身体状況、受けている治療の内容が多様であると、同じがんを病んでいても死生観は個人ごとに大きく変わる。それでも、一様に、がんを病む人の死生観を決定するうえで必ず働く要因がある。それは自分がおかれている状況の正確な把握である。

既に多くの人々が記しているように、そこに「意味」を見出している困難や苦勞また苦痛は「苦悩」ではない。病名や病因のわからない症状、説明が十分でない治療と治療による苦痛、示されない予後、予測できない治療計画などは、患者本人にとって自分の人生の意味を見失わせるに十分である。医療に期待される項目と内容の充実は急がれるものの、人的資源や財源に限界がある中で、何をどのように優先させるかは工夫の要るところであろう。

家族や血縁者は、病氣療養において、個人に大きなサポートを与える存在としてとらえられてきた。しかし、未婚者の増大は、いずれ家族を持たない単身者世帯、そして子供を持たない夫婦や一組の夫婦の子供の数の減少は血縁者を持たない人々の増加となる。家族に代わるサポート機能を持つ制度や慣行の成立、それにふさわしい死生観が成立する必要性は高まっている。報告者の調査地でも今世紀に入り急速に高齢化と過疎化とが進行し、伝統的なサポートシステムは崩れるか弱体化している。そうした中で不安を比較的よく解消しているのは、他の人の終末期の状況をよく知っていること、それを、自身の終末期のシミュレーションととらえていることによる。

シンポジウム
地域におけるがん医療と死生学
在宅緩和ケアと看取りの文化
医療法人社団爽秋会
岡部 健

爽秋会の理念

- ・「安心して自分の家で療養したい」「人生の最後を自分の家で自分らしく過ごしたい」という、患者さんとご家族の思いを大切に、ご病気を抱えながらご自宅で過ごすことへの不安が少しでも解消され、ご自宅での生活がより有意義なものになるようケアを行っていく。

WHOによる緩和ケアの定義:

2002:
生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題に関してきちんとした評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフを改善するためのアプローチである。

QOLの概念構造

Health-related QOL

身体面：
身体症状、副作用
精神／心理面：
不安、うつ、認知能力
社会面：
家族・社会との調和、社会的役割、経済環境
役割／機能面：
日常の活動能力

Spirituality

医療と介護の役割分担

医療
非日常性

介護
日常性

衰えていく

爽秋会 チーム構成

岡部医院

医療法人社団爽秋会 事務員：16名
東北死生学研究所：1名
配送担当運転手3名
診療情報管理士1名

岡部医院

ソーシャルワーク部門
MSW：7名
ケアマネ：6名

調整

岡部医院

事務・統括部門
医師部門 医師：8名
看護・リハビリテーション部門 (ステーション兼務)
看護師 看護師：27名
リハビリ部 OT：5名
ボランティア部門
コーディネーター：1名
事務・統括部門
介護支援事業所
みのり
ヘルパー：12名
鍼灸部門
鍼灸師：1名

有限会社爽秋会
クリニカルサイエンス研究所
コンピューターシステム管理開発者4名
タナトロジー研究会
チャプレン・臨床心理士1名

シンポジスト報告

岡部健（医療法人社団爽秋会理事長）
「在宅緩和ケアと看取りの文化」

2009年爽秋会在宅 全死亡患者460名内訳

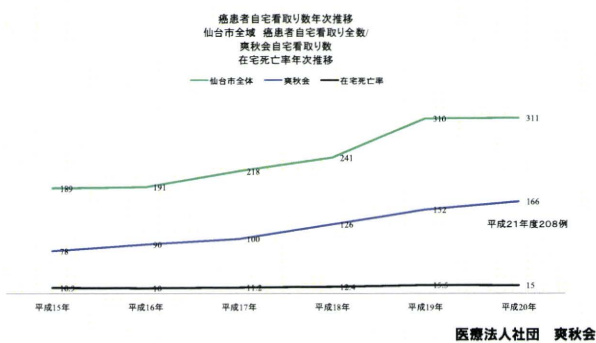
	自宅	介護施設	病院・ホスピス
岡部医院	105	4	23
緩和ケアクリニック仙台	177	1	28
福島在宅緩和ケアクリニック	33	3	2
合計(悪性疾患)	315	8	53

	自宅	介護施設	病院・ホスピス
非癌疾患	37	36	11

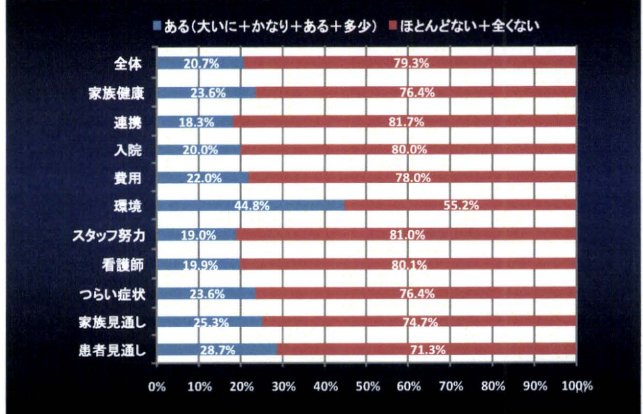
保健所別在宅看取り率の状況

保健所	病院	診療所	平成19年				在宅看取り率	その他	計	
			小計1	老人保健施設	老人ホーム	自宅				
仙南	499	14	513	3	0	39	42	7.50%	5	560
塩釜	962	36	998	7	6	109	122	10.83%	7	1,127
大崎	578	14	592	0	1	49	50	7.78%	1	643
栗原	227	13	240	0	1	28	29	10.78%	0	269
登米	306	0	306	0	1	14	15	4.66%	1	322
石巻	618	4	622	3	4	66	73	10.47%	2	697
気仙沼	299	1	300	0	1	3	4	1.32%	0	304
青葉	477	39	516	5	11	100	116	18.21%	5	637
宮城	352	6	358	1	3	44	48	11.82%	0	406
野	244	2	246	4	2	44	50	16.78%	2	298
若林	406	9	415	1	3	82	86	17.10%	2	503
太白	283	41	324	1	3	40	44	11.86%	3	371
泉	5,251	179	5,430	25	36	618	679	11.06%	28	6,137

仙台市癌在宅死亡率への 爽秋会の寄与度(仙台市全体)



改善すべき点(二分分類)



日本の在宅死の現状

- 約9割が病院死。
- 人口動態推計では、2038年には170万人の死亡者が出る。

在宅緩和ケアの今後の課題

死が医療の囲い込みから解放され、非医療者の手元に戻る。
病院死から地域社会の看取りへ

- 経験がない(90%近く病院死)
- でも受け止めねばならない(医療者にお任せしていた歴史と決別)
- 受け皿になる文化の再構築の必要性

何故このような社会になったか 誤解の形成

- 医療の高度科学化
 - 再現性の無い死は学問の対象外に
- 医療の死の困り込み
 - 医療死以外が無い世界
- 看取りを支える社会
 - 地域社会、家族制度の崩壊
- 住環境の変化
 - 都市化、新興住宅地の死の排除
- 社会の中から宗教的価値観が崩壊

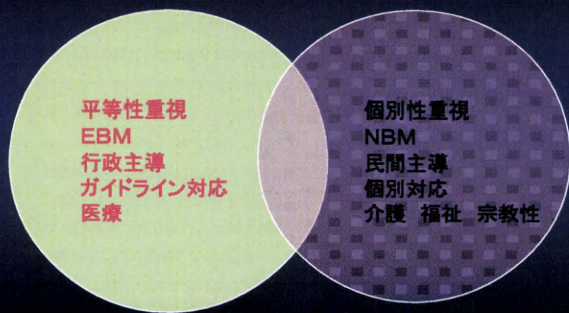
13

在宅緩和ケアという選択

- それぞれの生活の場としての在宅という環境
 → 個別性重視
- 個々の宗教性やその家や地域社会の宗教的なものなどに否が応でも接することが可能
- 家族経由での個人の「語り」がされやすい

14

緩和ケアのあり方



15

日本人の宗教性の複雑さ

主要な世論調査によれば・・・

- 初詣、お墓参りに行く日本人はおおよそ7割
- 神や仏を信じているのはおおよそ5割

しかし、「あなたは、何か宗教を信じていますか？」となると・・・

3割未満となってしまふ。

16

日本人の宗教観の曖昧さ

- 日本人の宗教性や死生観は、「宗教」やその「信者」といった枠組みにうまく収まりきらない。
- 「単なるしきたり」や「ただの信心」などという曖昧な形をとる事が多い。

17

現代医療の限界

- 現代の医療的アプローチで支えられるものは？

- 身体面 ○
- 精神・心理面 △
- 役割・機能面 ×
- 社会面 ×

スピリチュアリティ ×

18

文化系の仲間との出会い タナトロジー研究会

19

「死」をどう捉えるのか？

- 人の「死」を病的異常状態として捉えるのではなく、**正常な生理現象**として捉える事を徹底した。
- 地域で語られ、正反対の位置にいた医療者にも観察されたある現象、「**お迎え**」現象の認識。

20

お迎えの一事例（看護記録より）

- 訪問時ベットサイドを指している。何か見えるのか確認。
- 誰か居るのか確認すると頷く。「奥さんが居るの？」と問うと、頷く。（奥様は亡くなられている。）
- お嫁さんが「まだ来ちゃだめって言ってるでしょ？」と問うと、首を横に振る。
- 「おいでって言ってるの？」と聞くと、頷く。
- お嫁様より、「土曜日あたりから何かを拝んだり、見つめたりしているのよ。」「時々手を布団から出して、何かを掴もうとしていたり、誰かにありがとうの仕草をしているのよ。」
- お部屋の神棚に並んでいるだるまを指して、「あそこに誰か居るみたいで・・・武さんあそこをよく見てるのよね。」「やっぱり亡くなる前って幻覚見えるのかしらね。」

21

『死生学研究』2008年春号

- 諸岡了介、相澤出、田代志門、岡部健
- 「現代の看取りにおける〈お迎え〉体験の語り——在宅ホスピス遺族アンケートから」

22

お迎えとは？～死生学研究より

- 死前に見られる現象で、**他人には見えない人の存在や風景**について語る事。（医学的には幻覚と診断される。）
- **既に亡くなった家族や知り合いが見える事**が多く、必ずしも**苦痛を伴わない事**が多い。
- 遺族アンケート結果からは、全体の5割弱の家族で観察された。
- 医学的には「せん妄」とされるだろう体験もある。

諸岡ら 死生学研究 第9号:124-42, 2008

23

表3 「他人にはみえない人の存在や風景」に関する体験について

表3-a 体験の有無

	度数	%
そういうことがあった	155	42.3%
そういうことはなかった	128	35.0%
よくわからない	57	15.6%
無回答	26	7.1%
合計	366	100.0%

表3 「他人にはみえない人の存在や風景」に関する体験について

表3-b 故人が見えた、聞こえた、感じたいもの

	度数	%
すでに亡くなった家族や知り合い	82	52.9%
そのほかの人物	53	34.2%
お花畑	12	7.7%
仏	8	5.2%
光	8	5.2%
川	6	3.9%
神	1	0.6%
トンネル	1	0.6%
その他	48	31.0%

*複数回答可、%の分母は155

表3-c 故人に見えたらしい人物の内訳(疑々)

	死者	生者
父	21	0
母	28	1
夫・妻	13	0
兄弟姉妹	19	3
息子・娘	5	3
その他親戚	14	4
友人・知人	16	15
それ以外	2	22
無回答	10	4
合計	128	52

医療法人社団 爽秋会

終末期移行時の意識変遷

- 所属宗派と関係なく、あの世、この世感に回帰？
- 終末期になると、(あの世、この世、お迎え、旅立つ、逝く、つながっている、ご先祖、自然に帰る、)等の来世と繋がっている言葉で語ると、患者、家族と、**死の問題を語り合う場**が形成しやすくなる。

26

日本人のあの世感

世論調査をみてみると・・・

- あの世や来世を信じている人は、日本人全体の**11%**とわずか。(2003年 NHK放送文化研究所)

ところが、「死んだ人の魂」の所在について問うと、

- 全体の**6割以上**が「別の世界に行く」「墓の中にいる」「生まれ変わる」と答える。(2008年 読売新聞)

27

「お迎え」の重要性

- **日本型スピリチュアリティの存在**を認める。
- 医療スタッフが積極的にこういう現象を認める事で、穏やかな在宅死を導き出している。

28

看取り過程での日本人の意識構造、 価値判断規範の変化 構造解析の必要性

- 表層価値観の形成(科学信仰、病院信仰等の形成過程およびその価値観の定着過程の解析)
- 中層構造にあるはずの既存の宗教観の崩壊(定着していたのか？看取りの中でほとんど仏教の話題が出ない)
- 深層構造にある、あの世、この世感は、崩壊したはずなのに、根強く残っている。(この価値観の、形成と継承性は如何になされてきたか？)

2009 岡部 健による

29

シンポジスト報告

浅見洋 (石川県立看護大学看護学部教授)

「ルーラルにおける住民の終末期療養ニーズと死生観の変容」

2010年度グローバルCOE冬季セミナー《医療・介護従事者のための死生学》
シンポジウム:地域におけるがん医療と死生学(臨床死生学トピック)

シンポジスト報告2

ルーラルにおける住民の 終末期療養ニーズと死生観の変容



石川県立看護大学
浅見 洋

1

I. 報告内容

2007年と2010年に奥能登地域で実施した「死生観と在宅医療に関する意識調査」に基づいて、「ルーラル(田舎)で暮らす住民の終末期療養ニーズと死生観の変容」について報告する。

II. 意識調査について

1. 調査対象
住民台帳から層化抽出した奥能登(珠洲市と能登町)の40歳代~70歳代の住民、2007年8月は各年代300名、計1200名、2010年8月は各年代600名、計2400名に実施。
2. データ収集方法
自記式質問用紙「死生観・在宅終末期療養についての意識調査」を用いた郵送法。
3. 調査項目
対象者の属性、死生観、在宅終末期療養について

2

III. 調査の動機

III-1. 現在の日本の終末期医療の在り方の方向付け

- ・終末期医療に関する調査等検討会「報告書」(2004年7月答申)
- ・「第17回社会保障審議会医療保険部会」(2005年7月)
終末期医療における「医療費適正化の方向性(イメージ)」の提示
「患者の意志を尊重した適切な終末期医療の提供」により「自宅等での死亡割合を4割」に引き上げることによって、2015年度には約2,000億円、2025年度には約5,000億円の医療給付費が削減できる。

III-2. 自宅等での死亡割合を4割目標実現のために

- ①在宅医療提供体制の充実(住診・訪問診療に対応できる医師の確保、訪問看護サービスの普及等)→在宅療養支援診療所の創設
 - ②地域における高齢者の多様な居住の場の整備
- ・診療報酬と介護報酬の改定(2006年4月)
ターミナルケア加算、看取り加算の導入

3

III - 3. 2006年度改正の基礎資料

- ・「終末期医療に関する調査」2003(平成15)年2-3月
対象(人):一般国民5,000、医師3,147、看護師3,647、介護士2,000

- ・地域の社会文化的な差異を踏まえた終末期医療の実施には、地域住民の終末期療養ニーズの調査が必要である。
- ・国民ニーズに基づき、専門家、官僚主導で立案された医療政策は地域の住民ニーズを十分に反映していない可能性がある。
- ・地域のケア文化(Ex.看取りの文化)を駆逐する可能性がある。

地域の終末期療養ニーズやケアの文化を規定するものの一つは地域住民の死生観である。

文献から「〇〇の死生観」ではなく、現在、地域で生活する人々の「死生観と在宅療養に関する意識」を調査する必要性

4

IV 調査の意義

1. 住民の死生観や終末期医療に関する関心の高さ

回収率:2007年調査(58.8%)、2010年調査(44.7%)

2. 調査に対する感謝—考える機会、地域への関心

今回の意識調査で在宅療養について改めて考えさせられました。自分並びに家族の希望だとしても実現するための条件が多すぎることに気付くと共に理想と現実を見直す機会を持ってました。ありがとうございました。(104)

過疎化が進む本市のため、在宅医療の改善を提供していただける貴機関は大変有り難く、心より応援しお願ひするところです。(105)

今日は死生観の事で大変勉強になりました。素直な気持ちで書きました。人間は必ず死を迎えます。そのためにも一日一日を大切に、充実して生きなければならぬと思います。この年齢になって、今までの見直しの気持ち、人につくす行動を毎日行っていくことが死の出発だと信じています。生も出発、死も出発です。ありがとうございました。(107)→死生観教育

5

V. 奥能登の在宅死亡率の変化と人口動態

IV-1 自宅死割合の変化

	1985	1990	1995	2001	2003	2005	2006	2007	2008	2009
全国	28.3	21.7	18.3	13.5	13.0	12.2	12.2	12.3	12.3	12.3
石川県	32.9	24.5	18.6	13.8	12.9	10.8	9.5	9.9	9.9	9.9
奥能登	48.2	41.0	25.0	20.2	17.2	13.3	11.1	11.6	-	-

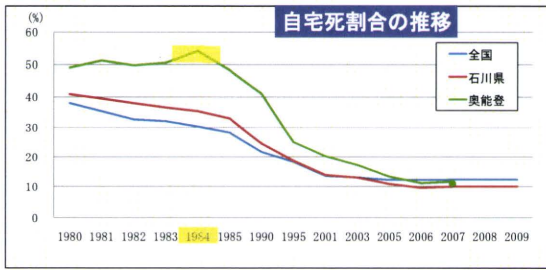
- ・2006年度の改革以降、全国的に在宅死亡率の低下に歯止めがかかり、病院から種人ホーム等へと死亡場所が移行する傾向が見られる。がん患者の在宅死亡率も若干上昇している。

- ・1980年代半ばまで5割を超えていたルーラルの在宅死亡率は急激に低下し、現在はほぼ全国的な水準で下げ止まっている。

- ・石川県の『人口動態統計』には、2006年度以降市町村の「死亡場所」に関するデータは公表されていない。これは地域の終末期医療を研究し、推進していく上で大きなマイナスである。

6

シンポジスト報告
浅見洋（石川県立看護大学看護学部教授）
「ルールにおける住民の終末期療養ニーズと死生観の変容」



私たちの時代では「在宅療養」が当たり前のよう教育されて、両親を看とりましたが、今は子供との同居がなく日常的にとでも無理だと思います。(107)

- ・70代は半数が「親を自宅で看とり、葬儀を行い、先祖の眠る墓地に埋葬した」最後の世代→消えゆくイエでの「いのちの受け継ぎ」
- ・「在宅療養は理想だと思うけど、実際問題、現実は無理だと思う。」(104)
→死に場所における理想と現実の乖離

7

V-2 人口減少と高齢化率

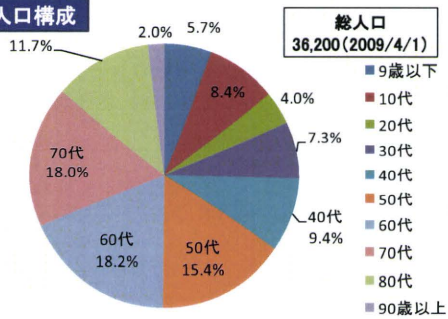
n = (%)

年度	奥能登	
	総人口	65歳以上
1999	43,923	13,635 (31.0%)
2000	43,173	13,827 (32.0%)
2001	42,739	14,207 (33.2%)
2002	41,970	14,324 (34.1%)
2003	40,967	14,297 (34.9%)
2004	40,205	14,282 (35.5%)
2005	39,842	14,468 (36.3%)
2006	38,877	14,531 (36.3%)
2007	37,984	14,608 (38.5%)
2008	37,091	14,630 (39.4%)
2009	36,200	14,593 (40.3%)

- ・1999～2009年(10年間)の人口減少率17.6%
- ・高齢化率は1999年31.0%→2009年40.3%(全国の高齢化率は2049年32.3%でピークに達すると予測されている。)

8

V-3 年齢別人口構成

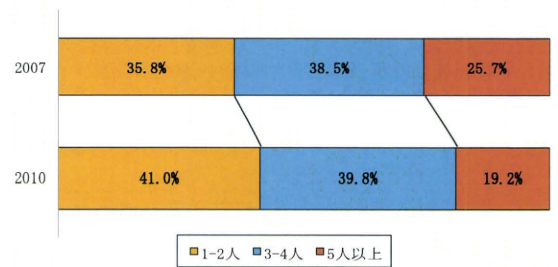


- ・20代の人口は70代、60代の人口の1/4以下

* 少子高齢化の最大の問題は生産年齢人口の減少であり、終末期療養においては家族内介護者がいなくなるということである。

9

V-4 同居人数の比較

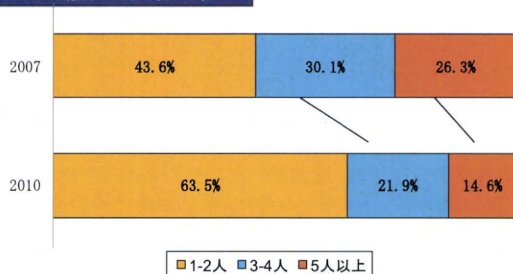


- ・1人暮らし、高齢者の2人暮らし世帯の増加、家族の縮小化が著しい。

5年前に乳がんして、今年の3月に主人が亡くなり、子供が遠いところに生活しているし、このあとどうなることかと思ひ、本当に心配な毎日です。(107)

10

V-5 70歳代の同居人数



- ・70歳代では1-2人世帯の数はこの3年で20%増加した。2010年度では60代、70代の約2割が1人暮らしである。

一人暮らしが多い世帯の地域なので、自宅での死は困難が多いと思います。(105) 1人で生活していても、年齢が老いても、身体が健康であったら、いつまでも自宅にいたいものです。どんなことがあっても無理に施設に入れてほしくないです。(107)→一人暮らしでも自宅希望者は少なくない。

在宅死の減少と家族の縮小化が意味するもの

地域で暮らし、共に生活した親を自宅で看とり、古い、死に、先祖の眠る墓地に葬送される。近代日本のルールルルルルに見られた「いのちの受け継ぎ」の文化が消失しようとしている。死に逝く者は生活を共にした家、屋敷、田畑、墓地を息(生き)継ぐ者(息子、息女)たちに遺し、祭ってきた先祖の列に加えられる。遺された子孫は死者のいのちの営みと場を受け継ぐ者であり、死者の人生の意義を証する者である。

死と葬送が異空間で、専門職の手によってなされるのが一般化する時、ルールルの住民たちは「人生の意味はどこにあるのか」、「われわれはどこに行くのか」という2つのスピリチュアルな哲学的課題の前に立たされる。

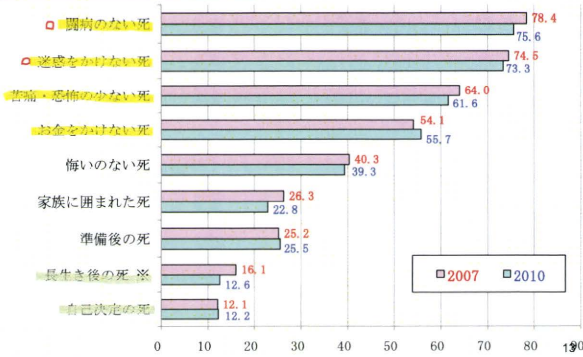
どんなことがあっても家族を守り(子供たちへの愛情)現在まで生きてこられたのだと思う。今は孫たちをかわいがり、出来る範囲での気遣いをしながら命の絆を大切にしています。(107)

子供たちは帰らないから、屋敷や墓をどうするか考えねばなりません。遺してもらったものを私の代で終わりにするのは申し訳ないです。息子のマンションに位牌をもっていくことになると思います。(80代男性)

12

VI 死生観の変容 —住民の望む死—

VI-1 理想的な死



VI-2 理想的な死—負担の少ない死、安らかな死、関係の死

闘病、介護、苦痛、費用などの面で「負担の少ない死」、特に「長い闘病生活のない死」、「周囲に迷惑をかけない死」が望まれている。

・終末期が闘病生活であることを多くの人は覚悟しているが、病と闘うための生を望んではいない。

人はどうあれ自分は死ぬまで元気にぼくりに死にたい。子供達には迷惑をかけたくないし、病院に入り、機械を付けるまで長生きしたいとは思っていません。(107)

・人間は「間柄」存在である。死のみではなく、死に逝くことにおいても人間が大切にするのは二人称の関係である。「迷惑をかけない死」とは負担をかけたくない存在との関係を大切にしながら生死するということである。

在宅療養は理想だと思うけど、実際問題、現実は無理だと思う。私は病気になったら家族と一緒にいたいと思うけど私の為に苦勞する家族を見たくないし、苦勞させたくない。(076)

・「長い闘病のない」、「迷惑をかけない」が「苦痛・恐怖の少ない」よりも強く望まれているということは苦痛の除去以上の望みが人にはあるということである¹⁴

VI-3 理想的でない死—長生き後の死、自己決定の死

「出来る限り長生きをした後の死」(長命)や「自己決定による死」のニーズは高くない。

・古来、長命は人々の願ひである。しかし、長命や延命は、長く苦しい闘病生活や「周囲の迷惑」となることの表裏である。

長期間患いたくなく、長命治療をしないほうが本人も家族も良いと思う。自分の場合、年も重ねているので今何時でも苦しまないで迎えが来れば悔いがない心境です。(107)

・自己決定は生命倫理の基本概念であり、J.S.Mill「自由論」の「個人は、他者に迷惑をかけない限り、何をしても自由である」に由来するといわれる。「周囲に迷惑をかけない死」を理想とする日本人にとって、生死の在りようや存在は周囲の人々や事物との関係において規定される。(間柄の倫理、場所的倫理)

私の父も4年前肺がんで死ぬ際、ホスピスに入所させました。亡くなる10日前に自宅で最期を迎えたいと涙ながらに言いましたが、当時私一人しか家になく、それは出来ないかと父に対していいました。父の最期の望みをかなえることをしてやれなかった自分の小ささに情けない思いとふがいなさを感じました。(104)

VI-4 長命・延命の希望の減少*、自然死希望の増加

・寿命を全うして自然に逝きたいという思いの増加

全国調査では一般国民が「延命治療を望む」とする回答は11.0% (70歳以上では6.1%)にすぎない。また、余命6ヶ月以内の医療では「延命調査を中止し、自然に死期を迎えるケア」と回答が増加傾向(H10年13.8%→H15年24.5%→H20年28.3%)にある。また、「自然に死期を迎えるケア」に比して「緩和ケアに重点」(H10年69.2%→H15年58.9%→H20年52.0%)の希望の減少傾向にある。終末期における緩和ケアの希望は多いが、死の過程に関する医療的介入を否定的に考える傾向が増加しつつあるように思われる。

延命装置はつけてほしくない。自宅でも病院でも必要最低限の治療で十分だと思います。出来得るならば、自然死。苦しむのも自分の業、安らかな死を迎えられるのも自分の業と思います。苦しみを長引かせたり植物人間、自分の意志がなくなっても生かされるのだけはしてほしくないと思います。(107)

・現代的な自然死は延命治療の発達とともに生まれてきた概念である。現代人が口にする自然は人工的なケアや人為的なケアを全面的に否定するものではないが、「緩和ケアに重点」より「自然に死期を迎えるケア」が増加する傾向は注目してよい。¹⁶

VI-5 家族に囲まれての死の減少原因

① 家族の縮小化

囲む家族がいない、介護者がいない、家族介護者の負担の増加
今の時代は全てではありませんが、殆ど別居生活だろうと思います。泣いたり笑ったり喧嘩したりして生活してきたものは、お互いに情がありますが、別れていてはそれも薄いと思います。(105)

② 死の病院化・専門化

病院で、医療専門職に囲まれて終末期を過ごさざるを得ない。
親についても在宅療養で送ってあげたいと思いますが昔のように往診して下さるお医者さんがおいてません。結局近くの大きな総合病院に入れることになると思います。入院したら知識のない方はいいなりだと思います。(104)

③ 伝統的な家族主義的死生観

家族主義には「家族を支えたい」という側面と「家族に迷惑をかけたくない」というアンビバレントな側面があり、後者が強くなりつつあるという印象を受ける。
あまり周囲に迷惑をかけたくないが、実際には迷惑をかせずに生きる事はできないと思うし、全然迷惑をかけない関係というのも寂しい気がする。でも周囲のうちに過度の負担にならないようにするため、看護・介護体制や自治体の支援の整備はすすめてほしい。(104)

VII. 終末期療養場所についての希望

VII-1 療養したい場所

	自宅	病院	施設	わからない
2007年(n=674)	48.1%	26.4%	7.3%	18.3%
2010年(n=1028)	42.0%	30.1%	8.2%	19.8%

VII-2 家族を療養させたい場所

	自宅	病院	施設	わからない
2007年(n=667)	39.1%	37.8%	6.4%	16.6%
2010年(n=1011)	36.1%	40.2%	6.8%	16.9%

・療養場所を自宅として希望する割合は4割を超える。
・自宅希望が減少し、病院希望が増加、「家族を療養させたい場所」は自宅、病院の希望がこの3年間で逆転した。

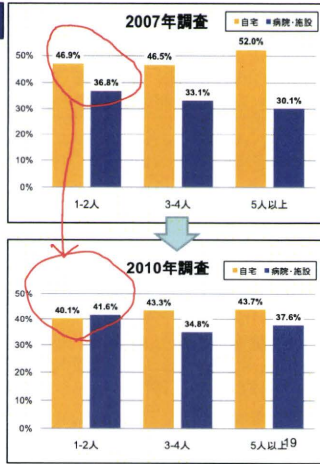
在宅療養を希望しても老々になった場合は不可能になるので医院での療養が出来れば幸せに思う。(104)

Ⅶ-3 在宅希望減少の背景①

同居家族数と療養したい場所

・1~2人暮らしは、病院希望が在宅希望を上回る。

一人暮らし、高齢者の夫婦だけという人が多い。都会にいる子供達は無責任と思うことがある。また、迎えてくれる子供がいるのに行きたくないという一人暮らしを続けるお年寄りもわがままである。若い人(子供)が同居しているからこそ在宅療養が可能となると考える。(074) →一人暮らしを続けるか、都会に出て子供と暮らすか。

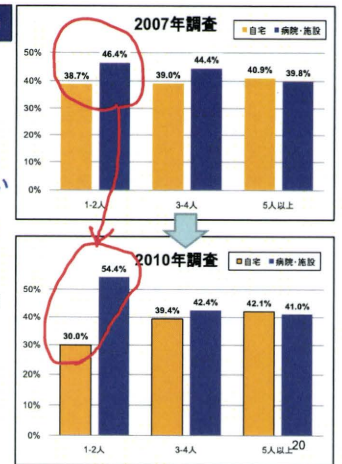


Ⅶ-3 在宅希望減少の背景①

同居家族数と家族を療養させたい場所

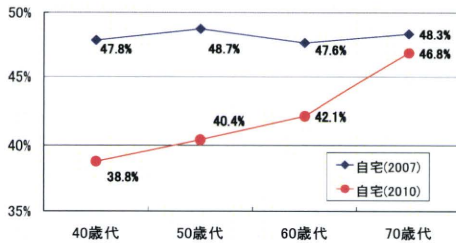
療養させたい場所が自宅が減り、病院が増えたのは同居家族数が少ない人が増えたからである。
 →在宅療養が増えない原因は家族の縮小化である。

今は核家族で、死は病院以外に無いと思います。(106)



Ⅶ-4 在宅療養希望減少の背景②

2. 若年層ほど病院希望が増えている。



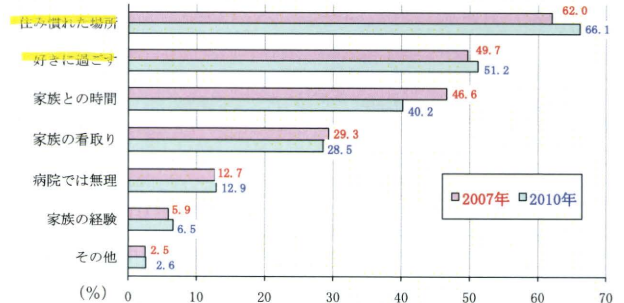
田舎の高齢者はまじめによくお世話をする方が多いと思う。逆に60歳以下の年代ではつしかな病院をコンビニ代わりに相談や受診など介護が必要になりそうな方をすぐに入院させたがる傾向が強いと感じています。(104)

→看とり経験の減少、病院化の進行

21

Ⅶ 終末期在宅療養の意識

Ⅶ-1 在宅療養を希望する理由



22

Ⅶ-2 在宅療養希望の理由:住み慣れた場所で・・・

・「住み慣れた場所で最後を迎えたいから」は、慣れ親しんだ家族や地域や日常生活の連続として死に行く過程と死を迎えたいとする思いであり、高齢者になるほど強い傾向がある。

82歳の耳の遠い母がいますけど病院へ行かないで家で亡くなりたいといつも言っています。現在は畑で野菜を作っています。(106) →田畑(役割の維持)

父が亡くなったとき、だめとわかってから一度家へ連れてきたかったが(外泊ではなく外出)相談すらできなかった。本人は家を出て、そのまま一度も家に戻らずに死ぬとは思っていなかった。一度家の畳に座らせて、庭などを見せてくれた。非常に心残りであった。家には二人の大人がいたので医療サポートがあれば在宅療養が可能だったと思います。それで死期が早まって本人も家族も文句はなかったと思います。選択肢として在宅療養があるような状況になればと思います。(105)

住み慣れた場所で誰にも気を使わず、それで信頼できる介護サービスを受けたいと思います。(105) →気を使わぬ空間

23

Ⅶ-3 在宅療養希望の理由:最後まで好きなように

・「最後まで好きなように過ごしたいから」とは、最後の生のあり方を治療と延命のために管理され、闘病のためだけに生きたくないという思いである。

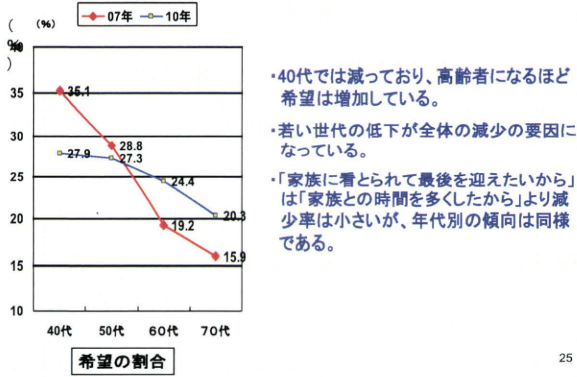
元に戻るはずのない状態であることがわかるのに、次から次へとあらゆる薬を出し、点滴し、ただ苦しみが長引くだけの治療(076)、病院で行われる終末期患者に対する無駄な延命治療は第三者の目から見るとムゴイもの(077)

私は夫、実母、実父、姞と三人の死を見送ってきましたが、全般医療(医師)、看護いずれも人がすること昔から見ると人の優しさがなくなり、業務的で簡単、冷たさが感じられる。(106)

17年前に父が大腸がんで亡くなりましたが、「家へ帰りたい家に帰りたい」の一心でした。でも痛み止めの注射が必要で、とてもできる状態ではありませんでした。今思うと、家に帰って孫子達に見守られて最後を迎えさせてあげたかったと思います。(105) →医療不安から好きなようにはさせられないという現実

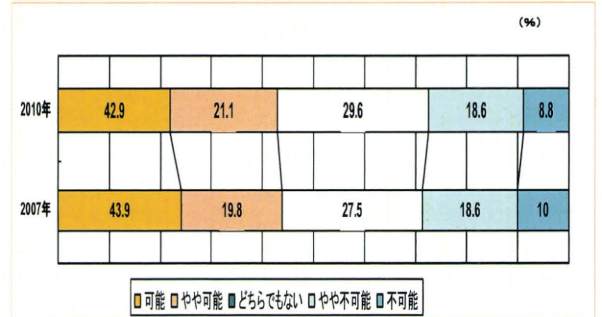
24

Ⅷ-3 「家族との時間を多くしたから」の減少



25

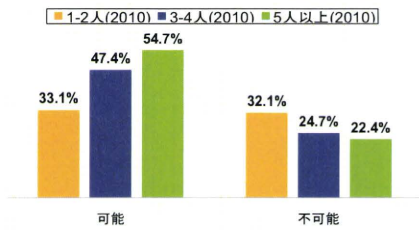
Ⅸ 在宅療養の実現可能性



在宅療養の可能性はこの3年間ほとんど変化がない。

26

Ⅸ-1 在宅療養可能性と同居家族数

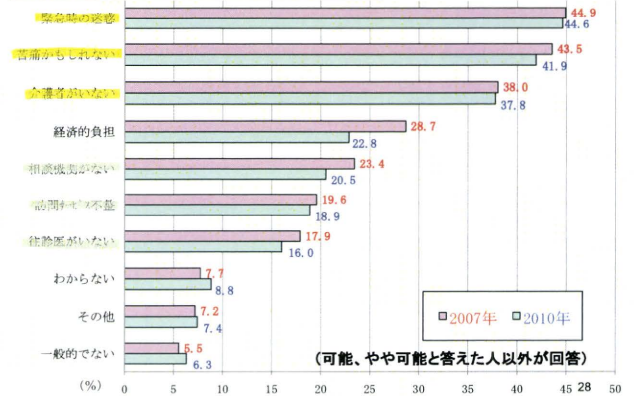


家族数が多いほど可能と回答する割合は高くなる。1-2人暮らしでも可能、やや可能と答える割合はやや不可能、不可能と答える割合より高い。

私は子供がなくて、親類も遠くに住んでいるので1人で死を迎えなくてはならない時があるかもしれませんが、1人だから病院や施設ではなく、1人であっても在宅療養で、死を迎えられる介護体制であってほしいと願っています。(104)

27

Ⅸ-2 在宅療養の実現不可理由



Ⅸ-3 在宅療養の実現不可理由

「介護してくれる家族がいないから」より「緊急時に家族に迷惑をかけるかもしれないから」と在宅では「最後に痛み等に苦しむかもしれないから」と回答する人が多い。 → 緊急時と痛みの対応在宅療養の課題

子供に負担をかけたくないという思いで病院を選んだが、自宅でも苦痛をやらせられ介護を受けられれば自宅のほうがいいかな!! (106)

ホスピスと在宅とは、患者さんの痛みの感じ方がかなり違う気がしています。ホスピスでは、がんの痛みで苦しむ患者さんの半数以上に注射用のモルヒネを使っていますが、ここでは、5年以上たっても使った人が一人もいません。医療用麻薬にはほかに飲み薬と貼り薬、座薬などがあり、それらをうまく組み合わせをこで、注射用のモルヒネを使わなくても痛みを抑えられています。家という場の持つ力なのでしょうか。住み慣れた場所ですべて自由に動き回れたり、家族がいつもそばにいられたりする環境には痛みの感覚を和らげる効果があるという印象を持っています。(山崎章郎、週刊朝日記事談話記事、週刊朝日記事) → 自宅自体に緩和の効果ある

・経済的負担については2007年と2010年有意に在宅療養を経済的負担と感じる人は減少している。 → 介護保険導入の効果

29

Ⅸ-4 在宅死を可能にする条件

