

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」

IX-5 在宅死を可能にする条件

・在宅死の可能条件は「家族の理解と協力」、「住診してくれる医師の支援」、「訪問看護や訪問介護体制の整備」である。→**家族支援と医療の整備**

実家の父が在宅療養(ガン末期)のあと最後の一日のみ入院し病院で亡くなりました。家族の負担は本当に大変で、在宅介護の厳しさを目の当たりにし、自宅で最後を迎えるには、それなりの教育、介護体制の整備、企業の理解など様々な問題があると感じています。本人の強い希望で在宅療養となりましたが、在宅での終末期ケアは家族だけでは無理で自治体などの介護体制支援が確立していないと共倒れになることを身をもって知りました(105)

昨年、在宅で末期がんの父をおくりました。介護用品や住診の医師や看護師(訪問)さんの体制が整っているのに驚きました。経費もとても安くすみ、ずっと一緒に過ごせて父も私たちも本当に幸せでした。(104)

誰しも住み慣れた家で親しい方に囲まれ家族に見守られ最期を迎えたいと思います。できるだけ、家族の負担が少なくなり、訪問看護が住診して下さるお医者さんがいてくれるのが理想で国か県のレベルでそういう制度を作ってほしいと感じます。(104)

31

X. まとめ

- ・社会文化的な差異を踏まえた終末期医療の実施には、地域住民の意識調査が必要である。
- ・家族の縮小によって死に場所における理想と現実の乖離が生じている。
- ・在宅療養の減少など「いのちの受け継ぎ」という死生観によって支えられてきた看取りの文化、葬送・埋葬の文化が消失しつつある。
- ・ルーラルの住民の望む理想的な死は、闘病、介護、苦痛、費用などの面で「負担の少ない死」である。
- ・延命や過剰な医療的介入には批判的で、長命の希望が減少し、自然死の希望が増加している。
- ・「家族に囲まれて」、「家族に看取られて」という死のニーズの減少は家族主義的な死生観の一側面である。
- ・医療化、専門化の進展によって在宅療養は減少しつつあるが、住み慣れた場所で日常生活の延長として死を迎えたいというのが住民の本音である。
- ・家族への迷惑と緊急時、痛みの対応が在宅療養の課題であり、家族支援と在宅医療を支える医療システムの整備が求められている。

32

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@東京大学



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

東京大学大学院人文社会系研究科
 山崎 浩司

1

報告内容

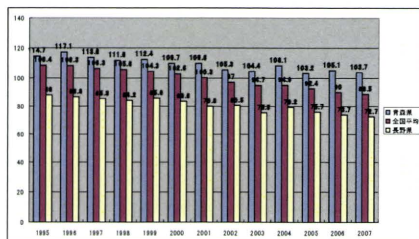
- ・ 青森県の要請で実施した以下の調査について報告する：
 - 1 青森県民の胃がん・大腸がん・肺がんの検診にまつわるがん予防意識調査(2008年度)
 - 2-1 青森県がん経験者の語りデータベース構築のための調査研究(2009年度)
 - 2-2 青森県がん体験談データベース構築プロジェクト(2010年度)

2

青森県のがん死亡の状況

- ・ 死亡原因の第1位(1982年～)
- ・ 年間4千人以上が死亡
- ・ 死亡率:103.7人(対10万人)→全国1位

75歳未満
 年齢調整



3

青森県民のがん検診にまつわるがん予防意識調査

4

がん検診にまつわる予防意識調査1

調査チーム(所属・身分は2009年4月現在)

受託研究者

東京大学大学院人文社会系研究科特任講師

山崎 浩司

研究協力者

京都大学大学院医学研究科研究員
 東京大学大学院教育学研究科研究生
 東京大学大学院情報学環・学際情報学府修士課程生
 ペットラバーズミーティング代表
 慶応大学大学院健康マネジメント研究科修士課程生
 東京大学大学院教育学研究科博士課程生
 東京大学大学院教育学研究科修士課程生
 東京大学大学院人文社会系研究科死生学演習

横山 葉子
 石倉 綾子
 開沼 博
 梶原 葉月
 佐藤まなび
 橋本 望
 原田満里子
 受講生一同

委託者・事務担当者及び協力者

青森県健康福祉部保健衛生課課長
 青森県健康福祉部保健衛生課副参事
 青森県健康福祉部保健衛生課主査
 青森県健康福祉部保健衛生課主査
 青森県健康福祉部保健医療政策推進監

藤岡 正昭
 楠見 祥行
 宮崎 亮
 山田 淑子
 大西 基喜

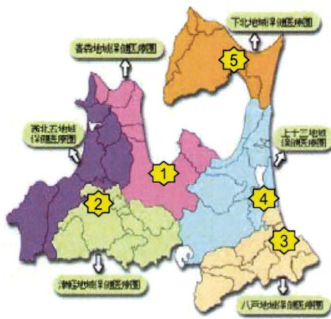
5

がん検診にまつわる予防意識調査2

- ・ 目的：
 - がん検診を受けない県民はなぜ受けないのか、受ける県民はなぜ受けるのか、を明らかにする
- ・ 方法と対象：
 - 青森県全6保健圏域から各6名計36名の県民にインタビューを実施し、得られた情報をもとに質問紙を作成
 - ・ がん検診に対する認識、がん検診受診を勧められた経験、がん医療に対する認識(がんによる入院、緩和ケアなどについて)
 - がん検診対象年齢者(40歳以上)2,000名を、市町村別人口比を考慮して層化し、市町村および保健所が有する人的ネットワークを活用してサンプリング
 - 留置き返送法で質問紙を配布

6

6つの地域保健医療圏と 5つのがん診療連携拠点病院



- ① 青森県立中央病院
- ② 弘前大学医学部附属病院
- ③ 八戸市立市民病院
- ④ 三沢市立市民病院
- ⑤ 下北医療センターむつ病院

7

がん検診にまつわる予防意識調査3

主な結果と考察 (回収率77.5%、最終解析対象者数1,447名)

1. 受診していないの方が、「がんで入院するよりは痛みを我慢したい」と考える者が多かった（「がんで一度入院すると退院できない」と考える傾向も見られた）
 - がん治療を受けられる大きな病院が近くにないという現実
 - がんによる入院に対するイメージ（半数が緩和ケアに期待していない）
 - 死の間際まで「ふつう」の生活を続けるのが理想という死生観
2. 受診しているの方が、「保健協力員」に対する親近感が強かった（保健師と看護師もbut医師は有意差なし）

・地域住民としての義務的要素あり？
・新規住民による協力員敬遠の傾向・・・

検診を勧めてきた相手でも多かったのも保健協力員だった
保健協力員（保健推進員とも）
一般市民（多くが主婦）が町内会や自治会に推薦され、市長が委嘱する非常勤特別職（多くは2年任期）。市の保健衛生事業に協力。

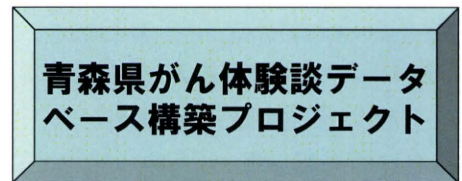
8

がん検診にまつわる予防意識調査4

・ 結論

- 青森県民にとって、がん医療に対して期待感のもてるイメージを含んだがん情報のパッケージングと発信が必要
- それは、もちろん実際に期待感のもてるがん医療の実践と整備をベースにしたものでなくてはならない
- がん対策としては、検診・治療・緩和ケアそれぞれに個別に照準するのではなく、これらを有機的に連動した総体としてとらえ、県民のがんに関する認識と行動に注意を払いながら、がん医療の充実化とがん情報の発信を図るべきではないか

9



10

がん体験談データベースの構築1

2009年度研究チーム (所属・身分は2010年3月現在)
受託研究者 東京大学大学院人文社会系研究科
研究協力者 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 東京大学大学院人文社会系研究科
 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 東京大学大学院人文社会系研究科
 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 埼玉県立大学保健医療福祉学部
 東京大学大学院情報学環・学際情報学府
 ベトナム・ベトナム・ベトナム
 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 東京大学大学院教育学研究科
 東京大学大学院人文社会系研究科
 慶応大学大学院健康マネジメント研究科
 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 小平市教育相談室
 東京大学大学院教育学研究科
 東京大学大学院人文社会系研究科
 埼玉県立大学保健医療福祉学部
 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 京都大学大学院医学研究科
委託者・事務担当者及び協力者 (ほぼ2008年度と同じ)

特任講師 山崎 浩司
 修士課程生 飯塚 久子
 和泉 聡子
 修士課程生 岩田 光行
 岩田 光行
 修士課程生 上間 優
 大迫 充江
 大場 良子
 助 教 関沼 博
 関沼 博
 代 表 梶原 葉月
 神田 雅貴
 科目履修生 今野 啓介
 研究 生 向後裕美子
 修士課程生 今野 啓介
 修士課程生 佐藤まなび
 修士課程生 高野みどり
 臨床心理士 中川 真美
 博士課程生 橋本 望
 博士課程生 原田 峻
 助 教 平野 裕子
 三品 竜浩
 安原 千賀
 研究 員 横山 葉子

11

がん体験談データベースの構築2

2010年度研究チーム (所属・身分は2011年2月1日現在)
受託研究者 東京大学大学院人文社会系研究科
研究協力者 東京大学大学院人文社会系研究科
 武蔵野大学看護学部
 東京大学大学院人文社会系研究科
 国立精神・神経医療研究センター病院
 東京大学経済学部
 東京大学大学院情報学環・学際情報学府
 ベトナム・ベトナム・ベトナム
 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 東京大学大学院教育学研究科
 東京大学大学院教育学研究科
 東京大学大学院人文社会系研究科
 慶応大学大学院健康マネジメント研究科
 上智大学大学院総合人間科学研究所
 聖学院大学大学院人間福祉学研究所
 小平市教育相談室
 埼玉県立大学保健医療福祉学部
 東京大学大学院教育学研究科
 北原脳神経外科病院
 東京大学大学院人文社会系研究科
 東京大学大学院教育学研究科
 埼玉県立大学保健医療福祉学部
委託者・事務担当者及び協力者 (2009年度と同じ)

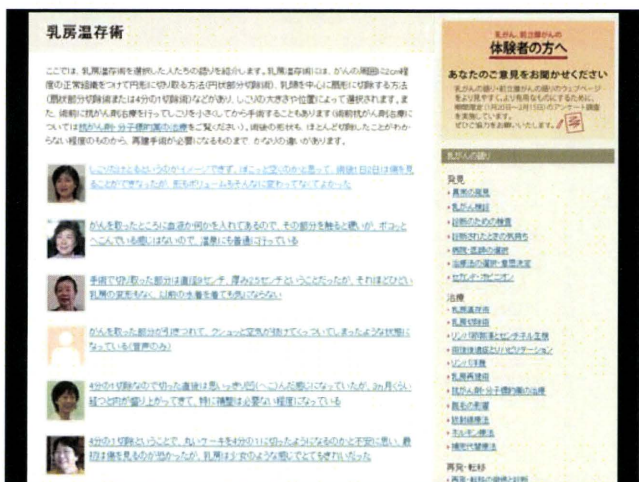
特任講師 山崎 浩司
 修士課程 和泉 聡子
 准 教 授 今泉 郷子
 修士課程 上間 優
 看護 師 大迫 充江
 学 士 課程 岡田 麻央
 修士課程 関沼 博
 代 表 梶原 葉月
 科目履修 片岡 真木子
 修士課程 金 智慧
 博士課程 今野 啓介
 修士課程 向後裕美子
 修士課程 今野 啓介
 修士課程 佐藤まなび
 修士課程 高野みどり
 臨床心理 岡谷 理子
 助 教 高野みどり
 中川 真美
 博士課程 橋本 望
 博士課程 原田 峻
 医療ソーシャルワーカー 浜崎 千賀
 博士課程 原田 峻
 博士課程 原田満里子
 助 教 平野 裕子

12

がん体験談データベースの構築3

- 目的：
 - 青森県のがん体験者から、がんに関する個人的体験に関する語りを収集・分析し、最終的に県民のがん予防や県のがん医療の向上などにつながる情報を提供するための、オンライン・データベースを構築する
- モデルになっている取り組み
 - 英国のhealthtalkonline(ヘルストーク・オンライン)
<http://www.healthtalkonline.org/>
 - 日本のDIPEX Japan(ディベックス・ジャパン)
<http://www.dipex-j.org/>

13



がん体験談データベースの構築4

・方法と対象

- がん患者会およびがん診療に携わる医師の紹介により、インタビュー参加者を60名（6種類のがん各10名）募集し、調査概要の説明および参加の署名による同意の上、1人あたり約1時間～3時間のインタビューを実施し、録音した

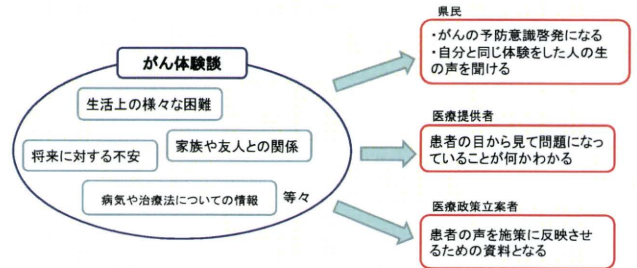
・質問項目：

- 何かおかしい・調子が悪いと思ってからがんの診断を受けて今日に至るまでの経験全般を、なるべく時間を追って自由に話してもらった
- そのうえで、自分なりのがんの原因に対する考え、セカンドオピニオンの活用、医療者や家族とのコミュニケーション、特に乳がん・子宮がんでは性に関することやボディイメージなどについて質問を加えた

19

がん体験談募集事業の内容

がん体験者から「がん予防につながる体験」や「がん患者の治療等に関する個人的体験」を収集・公表し、予防意識の啓発や、他のがん患者の方に病氣と向き合うために必要な情報の提供、家族や友人、医療に携わる方のがんを患うという体験について理解してもらうことなどを目的としています。



20

体験談インタビュー形式で募集します



がんについての知識のあるなしは一切関係ありません。自分がどう思ったか、感じたかをお話してもらうことが大事です。

- ・ご自身のがんに関する体験や思いを自由に話ってください。
- ・インタビューの時間は特に決まっていますが、概ね1時間から2時間程度です。
- ・インタビューは東京大学の先生が主体になって行いますが、ご自分の言葉（方言）で話していただくことができます。

皆様の体験談は非常に貴重なものです。そのため聞き取りに誤りがないよう、原則として録音させていただきます。



- ・もちろん録音してほしくない方は、その旨おっしゃってください。録音いたしません。
- ・文字に加え、音声での公表も現在検討しております。音声公表の可否について、インタビュー時にお伺いいたします。これも録音同様、公表してほしくない方はその旨おっしゃってください。

21

体験談はインターネットを通じて公表します



収集した体験談は医師、薬剤師、臨床心理士等からなる検討委員会で分析を行います。

- ・体験談は全文の公表とともに、内容を分析、分類して項目別（「痛み」「がんとのつきあひ方」等々）に参照することができるように予定します。

現在検討が進められている青森県がん情報センター内のデータとして公表させていただきます。



- ・お話しいただいた内容のすべてが公表となりますが、内容中の特定個人、団体等は原則非公開となります（お話ししたくないときは、個人名、団体名等をそのままおっしゃってくださってかまいません）。
- ・お話ししていただいた方のお名前を公開はご本人の任意になりますので、匿名、仮名を希望する方はその旨おっしゃってください。

22

がん体験談データベースの構築5

・インタビュー協力者（計59名）の属性

- 性別 女性32名：男性27名
 延べ：肺11名、胃9名、大腸13名、乳11名、子宮10名、前立腺11名
- 年齢 平均67.4歳（中央値68歳、範囲52～79歳）
- 告知からの年数 平均8年（中央値4.2年、範囲0.2～40年）
 - ・患者会経由：33名 中央値12.1年（範囲1.7～40年）
 - ・医師紹介：26名 中央値2.8年（範囲0.2～9.5年）
- 居住地（保健圏域）



23

がん体験談データベースの構築6

・分析

- 21名の研究協力者をごん種別に6グループに分割
 各グループにリーダーとサブリーダーを任命
 - 毎月1回全体ミーティングを実施し、分析手続きの確認、進捗状況の報告、分析結果の発表とそれに対するフィードバックなどを実施
- ① 既存トピック／カテゴリーの検討
 - a. DIPEX Japan と healthtalkonline のトピック／カテゴリーの検討
 - b. 国立がん研究センターがん情報サービスの情報精読
 - c. がん闘病記の参照
 - ② 逐語録データのコード化
 - ・コード化の目的は、逐語録という文脈のあるデータをいったん小さなパーツに分解してバラバラにすることで、最終的にデータをトピック／カテゴリー毎に再編成する際に、異なるものが混入していないかを容易に確認できるようにすること
 - ③ トピック毎に該当データ／コードを集めたレポートの作成
 - ・既存トピック／カテゴリーの修正と新規トピック／カテゴリーの追加
 - ④ トピックサマリーの執筆と公開クリップの選択
 - ・グループメンバー間で、各自が執筆を担当したトピックサマリーを互いに読みあわせてクロスチェック

24

シンポジスト報告
 山崎浩司（東京大学大学院人文社会系研究科特任講師）
 「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」



例1 肺がん: 5つのカテゴリと29のトピック (サマリー)

<p><発見></p> <p>発見までの経緯 診断のための検査 思い当たるがんの原因・喫煙習慣 情報の集め方・プロセス がんの判明 治療法の選択・意思決定 セカンドオピニオン</p> <p><再発・転移></p> <p>再発・転移の兆候と診断 再発・転移の治療</p> <p><関係></p> <p>医療者 家族 友人・同僚 同病者 他のがん患者の方へのメッセージ</p>	<p><治療></p> <p>病院・医師・治療法を選択 術後の定期検査 抗がん剤治療 抗がん剤の副作用 外科手術 補完代替医療 医療者との関わり</p> <p><生活></p> <p>再発予防と体調管理 病気と仕事の関わり お金の問題 ころへの影響 日常生活での身体での不具合 がんと生きる姿勢(意気込み・不安) 通院に関すること がんをふりかえって(学び・後悔)</p>
---	---

具体例をいくつかお示しします。

例2 大腸がん: 5つのカテゴリと26のトピック (サマリー)

<p><発見></p> <p>兆候 発見までの道のり がんと診断された時</p> <p><再発・転移></p> <p>再発・転移の発見 再発・転移を告げられた時の思い</p> <p><生活></p> <p>病気になってからの生活習慣や気晴らし 再発・転移の不安 ストーマ・排泄 病気や治療による外見の変化 病気と仕事の関わり お金に関する問題 家族・親族との関わり 友人・知人とのまじわり 同じ病気の人とのまじわり</p>	<p><治療></p> <p>病院・医師・治療法を選択 術後の定期検査 抗がん剤治療 抗がん剤の副作用 外科手術 補完代替医療 医療者との関わり</p> <p><病気との向き合い方></p> <p>情報の集め方 なぜがんに? がんと向き合う姿勢 自分の命を意識する——ホスピス・緩和ケア がん経験者としてのメッセージ</p>
--	--

具体例をいくつかお示しします。

がん体験談データベースの構築7

- 青森県がん体験談データベースの課題
 - 青森県の研究者・NPOなどによるデータベースの維持と修正・発展(調査研究面)
 - 患者会中心となってしまった乳がんや子宮がんのサンプリングと、西北五・津軽・下北地方がほとんどカバーされなかった地域的なサンプリングの偏りを修正する
 - 数年後とに新たなインタビューを実施し、日進月歩の医療・ケアの変化に対応する
 - 継続的な予算の確保(事業面)
 - 行政(国・県・市町村)の予算を投入、地元医師会など専門職団体・地元企業・県民からの寄付
- ★以上2点の条件が満たされないと、地域に根ざしたデータベースの維持・発展は望めない

がん体験談データベースの構築8

- 青森県がん体験談データベースの展望
 - 末期医療(緩和ケア、ホスピスケア)と死別体験にまつわるモジュールの作成
 - 本データベースをCompassionate Cities(思いやり都市)構想[アラン・ケリヒア]のうちに位置づける
 - 根幹→公衆衛生的(健康増進的)な緩和ケア
 - 保健医療教育に死生教育を取り入れる
 - 緩和ケアの個別臨床実践を超えて公衆衛生の諸組織・人員と連携する
 - 非専門職者(インフォーマルケアラー)によるサポート環境を創出する

Compassion=他者の苦しみを我が事とする能力、の醸成をめざす

コミュニティ構築≒ケア・看取り・死別ケアの文化の再構築

参考文献

- 山崎浩司(2009)『青森県民の胃がん・大腸がん・肺がんの検診にまつわるがん予防意識調査報告書』東京大学大学院人文社会系研究科・青森県健康福祉部保健衛生課(全47頁)。[http://www.i.u-tokyo.ac.jp/~yamazaki/FILES/AomoriCancerScreening.pdf]
- 山崎浩司・横山葉子・石倉綾子・開沼博・梶原葉月・佐藤まなび・橋本望・原田満里子・宮崎亮・山田淑子・大西基喜(2010)『青森県民のがん検診に関する認識と経験——胃がん・大腸がん・肺がんの検診を中心に』『保健師ジャーナル』第66巻第4号: 358-365頁。
- 山崎浩司(2010)『青森県がん体験者の語りデータベース構築のための調査研究報告書(簡易版)』東京大学大学院人文社会系研究科・青森県健康福祉部医療業務課(全30頁)。[http://www.i.u-tokyo.ac.jp/~yamazaki/FILES/brief_report_2009AomoriCancerPorjec.t.pdf]
- Kellehear, Allan (2005) *Compassionate Cities: public health and end-of-life care*, Oxford: Routledge.
- ケリヒア, アラン(2008)「死を迎える者と遺される者のケア——公衆衛生学からのアプローチ」高橋都一・瀧正樹編『死生学[5]——医と法をめぐる死生の境界』東京: 東京大学出版会。

合同シンポジウム 地域におけるがん医療と死生学

日時: 2011年2月5日(土曜日) 13:00~17:30

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

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」

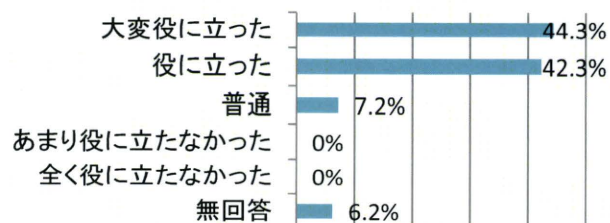
共催: 財団法人 日本対がん協会

事前申込者: 193名 スタッフ・事務局: 31名

アンケート回答者数: 97名

1-1. シンポジウムの内容について

項目	人数	%
大変役に立った	43	44.3%
役に立った	41	42.3%
普通	0	7.2%
あまり役に立たなかった	0	0%
全く役に立たなかった	0	0%
無回答	6	6.2%



1-2. シンポジウムの「内容」についてご意見・感想

・感想

新たな視点を与えてもらえる講義であり、大変役に立ちました。

いい話がたくさん聞けて良かったです。
今後の励みになりました。

医療を広い視野でとらえることの大切さを感じました。
多くの知恵を集めることの重要性を強く感じました。

患者として悩んだり、苦しんだりしているということが学者からするとこのように語られるのであるということ。とても新鮮な面があった。

がん相談を行っている中で、病気の夫に対し、「予後告知をされる不安感」を相談に来られる事例が多い為、自分なりの解決策を考えることができました。

がんになるということに限らず、病気になること、死を迎えることについて様々なお話を聞くことができ良かったです。

緩和ケアやそれを含めた医療や福祉のことについてのとりくみについて、様々な方からの貴重なお話が聞けたよかったです。私は看護師ですが、医療者以外の方の人文系の研究を知る機会は少なく、ちがう切り口からの視点は大変参考になりました。死について、もっとナチュラルに死を迎えるためにはまず知ることからはじめていかなければと思います。うやむやにしている死生観や宗教観についてぼんやりとでも自分なりの考えを持っていないと、と感じました。

様々な知や現場の声、客観的な考え方、意見を拝聴できまして大変勉強になりました。誠にありがとうございました。

様々な地域の方の緩和ケアやがんなどに対するイメージについてふれることができ、大変勉強になった。

素晴らしいお話、本当にありがとうございました。医療と福祉の連携については、日々難しさを痛感しております。もっと福祉関係からも死生学について積極的に協働していく必要があると感じました。

多方面からの現状を伺うことができ、少し視野が広がったような気がする。

地域差ということについては、概念としては知っていても、具体的な例を示されると、まだまだ知らないことが多いのだと思った。企業人として全国を対象にしているのだが、地域への意識をもっと持たなくてはいけないと改めて思いました。

調査というものがあまり意味のないことであることがわかりました。

毎日、臨床の場の立っているが、他の所もがんになっていた人だなどと思い、よい気分転換になった。

まず死生観や宗教が前提となり、そのためにどのような医療が必要かという考え方が重要だと感じた。

現場の医療に反映できる内容だった。

このシンポジウムのテーマ、内容が、医療者も市民も普段考えたり、自分の中でもややもやしているけれど、なかなかそれを分かち合う相手やその機会がないことを取り上げて下さっていたのでありがたかったです。

最後の看取りと死生学に興味をもちました。

冗長に話しをする人の話が退屈すぎて時間ももったいない。

全員著書を読むor研究文献を読んでいたので、その内容etcを生で聞けて幸せでした。

看取りを死生観に焦点があたっていて最高でした。
ここに北里大学の新村拓先生が入っていたら最高です。

臨床と研究が互いを活かしあうのは難しいのだと改めて思う一方、今日是对話がかみ合っていて、こういうシンポなどの取り組みがとても大切だと思いました。

「がん医療と死生学」というテーマはこれから大切なテーマになると思います。更なる発展を期待します。

・臨床、研究者としての視点、双方のお話が聞けたことが有意義でした。
・表面的な「地域」ではなく、実際の地域が見えるようなお話が聞けたこと。
・「死生観」の大切さはなんとなく分かっていたが、「医療の中でどういう意味合いを持つか」という意味合いで理解が深まった。

医療と死生学はつながっていると感じておりましたが、このような場をはやく知りたかった。

医療の現場と文系のマッチングが良かった。

国の施策として現場の病院のあり方がかみ合わない感じがしました。

死生学という題だったので期待していましたが、期待通りだったのは岡部先生だけで…。浅見先生はレジュメがあれば発表はいらぬ、山崎先生の話は主題とずれていてちょっとがっかり。

・内容
「青森県～データベース～中心に」山崎先生のはあまりわかりませんでした。あまり有用性は感じませんでした。(スミマセン) 今回のテーマとして理解ずれがあるように感じました。
「がん患者」ということで、差別・偏見のない社会づくり(コンセンサスづくり)、法整備などが必要と感じた。
「地域における」ではなく「地方における」ではなかったでしょうか。死生学の新しい知見を期待していましたが。
アンケートの取り方や結果の導き出し方によって、それを見て捉える者の意識も変わると思いました。
医療従事者シンポジストの調査研究が新鮮でした。これを医療従事者にフィードバックして頂きたい。
がんのタブー観、死生観の矛盾などに、取り組んでいきたいと思った。
教育職の立場での参加でした。看護師、介護福祉士、保育士を養成しています。死生観の教育について考えていきたいと思いました。
今日は終末期医療としての看取り(死生学)に焦点が当たっていた。 政策としては、医療費削減のため、在宅療法を推進しているが、その利用は介護保険の不充実、介護・ケアシステムの不備、財政援助等のないこと等により、増加しているとは言い難い。制度面での改善点等をディスカッションに取り入れてはどうか。
午前の事例検討から参加した。特にインフォームド・コンセント(予後について)の話は、医療現場においては興味深いものであった。ICの場に精神科医師、ソーシャルワーカーの同席をという提案があったが、関わりのない者が急に介入するのトラブルのもととなるので、やはり慎重に対応していく必要があると感じた。
様々な視点からの話が聞け、大変刺激を受けました。シンポジウムの前の午前中の演習形式ではもう少しふみこんだ討論ができればよかったと思います。死生観は人々各々が持っているものだと思うので、ケースを通して深めていくものだろうと考えました。持っていないのであれば、何故失ってしまったのか考える必要があると思います。
死生学の扱う死ががんという病名だけに特化しないようにしてほしい。 さまざまな死について取り扱ってほしい。 死について“宗教”の視点や日本的な死の文化なども取り入れたらよいと思う。
社会学的なサイドからいろいろ考えさせられた1日でした。医療従事者は患者さんの死生観を考えない、考える力がないというところから始まる意見は少し残念に感じました。努力はしていると思うので…。
一般的に参考になりました。生と死の間をさまよって、何とか今生きているものとしては、「死生学」には不可避まだ充分理解できません。死をどう看取るかは、現実的な課題であるのだと思いますが、死を意識し、どう生きるのかと考えています。死は不可避であります、どんな死の過程になるかは残念ながら予想できないのです。過去持っていたイメージはわかりました。
沢山の分野(医療、社会、宗教)の視点からの講義や研究データを聞き、とても参考になりました。死生教育の重要性も切に感じ、学校教育だけでなく、現場でも事例を振り返り反省etcして継続的に行って行く必要性を感じた。参加させていただき、ありがとうございました。
調査についての発表ではなく、現場の生の声が聞きたいです。(増加、減少などデータではなく、実践的なこと)。 岡部先生のお話をもっと時間をかけて聞きたかったです。 今回本当にすばらしいシンポジウムでした。ありがとうございます。
日本国内のある地域のデータだったので、日本人の死生観がどう移っていったのか、社会学、宗教学、人類分類学の視点がお聞きしたかった。
人間でない類人猿と比較すると、人の死が〇〇であることが分かると思う。 3ヶ月で病院を出されるので、転院後から末期を向け生きるのはどうするべきか。
みとり、死にゆく過程をオープンにすることは、自分の死のシュミレーションになり生き方を考えさせ、今の人間関係を見直させる気づきとなる。これは家族関係の強化、コミュニティの強化につながるのではないのでしょうか。 迷惑をかけることが社会貢献であることにつながりますが、この部分でめいわくをかけることが、社会を育てることにつながるのではないかと思います。

・各テーマについて

・竹ノ内氏の質問への応答の時間をもう少しとってほしかったです。議論が深まると感じましたので。
・波平先生の議論には納得に至れない点が多々ありました。

浅見先生、PP細かく本当に言いたいことがぼやけてしまっていて残念です。

浅見先生の「終末期療養場所についての希望」のデータ(若年層で病院が増加)について色々と考えさせられます。この点についてもう少しお話をうかがいたかったです。このデータが示しているのは、若年層の看取りの経験不足からのみ生じていることでしょうか。「死生学」を教育に組み込んでいくことで解決できる問題でしょうか。竹之内先生の質問で随分と私自身の考えも広がりました。ありがとうございました。

若干、統計的データに偏った報告が多かったかなという感じがします。
特に浅見先生には、西田幾多郎の娘の子に関する話が聞きたかったなあ。

岡部Drの話は大変参考になりました。
それ以外は「残念」のレベルです。実践的でないので、本当に残念です。

岡部先生のお話が心にしみました。
今、各地で患者への情報支援が盛んですが、正しい理解がされるような提供のあり方はもちろん大事ですが、その人の生活の場の文化、生きている意味を考えられるようなあり方が今一番足りてなくて、相談支援への期待感が低いのだと感じています。

岡部先生のお話で、医療、福祉、宗教性などの支え合いの転換というお話が大変興味深かったです。最期の時間をすくすく掘り所としての宗教性、地域文化、哲学があり、それを支えるための介護福祉、それを支える医療というお考えをおききしてとても考えさせられました。

岡部先生の内容すごく良かったです。お迎え、興味ありました。

実際に在宅医療に取り組みされている岡部先生のお話にとっても感銘を受けました。

経験から積み重ねる理論はすばらしい(岡部先生)

死に向かって進む山道に生を続ける為の道標のみあり、闇に向かって降りて行く道しるべがないという言葉は印象的でした。

島藺先生のお話しをもっと聞きたかったです。
各報告がとても深い内容のため、それぞれの報告についてもっと時間をかけて質疑応答ができるともっとよかったですと思います。
2日分に相当するくらい深いようでした。半日ではもったいない。
竹ノ内先生のシャープなまとめは、本日の振り返りに役立ちました。

大変興味深く拝聴させていただきました。
青森県民の「死についての」意識調査を行ってみたいと思います。
「お迎え現象」はたくさん体験した方だと思いますが、岡部先生のお話しは現場体験を思い出せて懐かしく感じました。

どの内容も大変興味深くおもしろかったです。特に岡部先生のリアリティのある社会的文化的考察は大変参考になりました。
もっとお話をうかがいたかったです。

波平先生のお話はとても整理された。情報の整理という意味で。

波平先生のご講演で最後に看護関係の方々いづれもが「ガンで死にたい」などと言われましたが、みなさん健常者である由のお話ではありませんか？私はガン患者ですが、難渋している現在とても抵抗がありました。岡部先生のお話にあったその山を越えて下りに差しかかった場合とか屋根の左側の道標がない！これと関係づけて考えると良く感じられるでしょう。

・進行

演題の数調整が必要？

時間が足りない感じ。もう少しスケジュールに沿ってやっていただけたらと思います。

シンポジウムにかける時間がもっと欲しかった。

非常に意味深い内容でもう少し時間をかけて十分に内容を理解する時間があるとよいと思いました。

終わる時間はまもってほしいと思います。

2. シンポジウムで、新しく知った点や興味深く感じた点があればお聞かせください。

・死・死生観について
死の自己決定が望ましいと言われている現在、青森県において最も理想的でない死が自己決定による死であるということをとっても興味深く感じました。
・病院はサービス業と言われその言葉に慣れていたため、患者家族のニーズに全て応じなければならないと思っていたが、医療が全てを解決しなくていいと言われて、目からウロコでした。そのような認識が一般に浸透してほしいと思いました。
・自分に死生観があるのかと常々考えていましたが、今日の話聞いていろいろと考えて情報を得ようとしているだけでもちょっとは死生観があるのだということに気づきました。
死生学の奥深さがよくわかりました。
スウェーデンの自然死→文化や教育について→次世代への準備 死は自然であること →タブーとなっている日本→治してください、生きてさえいてくれたら… →医療や福祉が支えて家族が支えている訳ではない
死は、正常な現象である事に気づいた。
死ぬということは難しいことですね。
それぞれ興味深いものでした。①限られた財・資源をどこにどう振り分けていくのか、②地域社会、人口構成の変化、経済の変化の中で、どう死を看取ってどう支えるか、は、個人の死生観の教育だけではむずかしいと思います。
医療現場で働くものとして、死に向かう医療についてとても考えさせられました。
今後の在宅死の考え方。 がん体験談データベースの重要性。
なぜ「がんで死にたい」と自ら思うのか、あらためて考えさせられた。(他の疾患では死にたくない)
・各テーマについて
波平先生、他の3人の先生の話、どれも非常に興味深かったです。
波平先生の宗教や家制度に関する言及は今後を考えるうえで新しい視野を与えてくれた。
波平先生の講演の中で、ガンに対する地域(村落)での偏見が5年位でなくなった、というお話は皮肉にもがんが国民病であり、誰でもなる病であるということを表していると思いました。また介護保険以前の訪問看護やホームヘルパーさんの方が現行よりゆとりがあり、1人1人と向き合っていた、ということを知り、(清水先生もおっしゃっていましたが)切なくなってきました。
清水先生の和やかな、そして的確な司会進行とコメントが大変心に残りました。
波平先生の長年の地道な調査に裏打ちされたお話、感銘を受けました。分析された状況から、一般市民に情報をいかに伝えられるか、医療関係者と一般市民との交流を交えた講演会の開催が急務かと思えます。
波平先生が、「できるだけターミナルをオープンにする」ということをおっしゃっていたが、印象に残りました。オープンにした上でないと、患者も家族も支えることは、ない、と思えます。
「となり組」という取り組みがあること、現代において「減ってきたもの」「失われてきたもの」は多いということ。ただ、その反対、または補うものがないのか、ということ。
医療従事者など知識がある人の間で、Q何で死にたいかAがんで死にたい…とのお話を、確かに…という思いで伺いました。自分の終末期に整理をする時間というものを持つ事で、死生観を死生学を実感としてとらえることができるのでは…と考えます。
○「多様性と格差はいろいろな面で起きているが、それだけに埋められる点はまだまだある」という波平先生のご意見が参考になりました。細やかに地域(まずは自分の周辺でしょうか)を見ることを、自分も行ってみたいと思いました。
○看取りは自分のシュミレーションでもあるという視点が、全体を通して参考になりました。
岡部先生の「発想の転換」にとっても学ばせていただきました
岡部先生のタナトロジー研究について、大変興味があります。医療と患者の両方のお立場から得られた、生の声を感じました。先生が説かれるこれからのあり方に私自身接点を求めてゆこうと思えます。

<ul style="list-style-type: none"> 岡部先生が話された、「死に向かう道標はあっても、間に降りていく道標がない」ということ、科学が発展していくことで、失っていったということ。 臨床、学問、どちらの立場であっても、大切なことは共通している。 政策に頼るのではなく、個々が社会運動していくことが大切
<p>岡部先生の地元での活動からの報告でとても興味深く聞かせてもらいました。地域での格差や個別性などきちんととらえていく必要性を感じました。</p> <p>地区の中でも個性がともあると思います。私の住んでいるところでは、隣組がしっかりと機能していて、わずらわしい面もありますが、この小さな単位が良いのではとあらためて思いました。つい最近も隣組で新年会をやるという風習が30年来続いています。</p>
<p>岡部先生の味わい深い話は業務のことを忘れて聞き入ることができました。</p> <p>「死への道標がない」という言葉が興味深かったです。</p>
<p>岡部先生のお話は、これまでこのGCOEで学んだことを身近な例としてまとめていただきました。</p> <p>「がん体験データベース」とDIPEX-Japanの存在は新しく知りました。</p> <p>体験を音声で聞けるデータベースはとても素晴らしいと思います。この試みが継続できるような社会・コミュニティ創出が必要だと感じました。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 在宅医の岡部先生が、ご自身の医院を通して在宅での看とりについて分析されているのが大変関心を持ちました。Dr側からこのような発想を、今の医学教育(コメディカル含め)にも取り入れていただければ…と思わずにはいられません。 <p>お迎えの役割。</p>
<p>死への道標の考え方は、岡部先生の言葉に、死への考え方への新たなアプローチを学びました。</p>
<p>浅見先生の新しい調査結果が、おもしろかったです。</p>
<p>浅見先生、山崎先生の調査、同じ県ですが、青森の津軽と南部は言葉も気質も違うので、いっしょにはまとまらない(まとまりたくない！)と思っているのを前提で考える必要があると思います(青森生れです)</p>
<p>がんのデータベースが充実してきた。</p>
<p>compassionate citiesという構想</p>
<p>山崎先生の報告にあった“Compassion Cities”の考え方。これから緩和ケア、遺族ケアはCompassionがキーワードか！！</p>
<p>青森でのがん体験データベース構築は興味深かった。</p>
<p>青森版Dipexがあることはユニークと思った。しかし継続性がなければ役に立たない。</p>
<p>医療人類学という学問について始めて知りました。波平先生のお話を興味深く拝聴しました。</p> <p>岡部先生ご自身の患者体験と臨床経験からのお話も医療従事者として勉強になりました。心に残りました。</p>
<p>ホスピスが自分のなかでしっかりこないことが今日の岡部先生のお話からわかりました。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ガンになったら手に取るガイドが3月に書店にならぶと聞いて大変良いことだと思いました。医療従事者から渡されることも大事ですが、出来るだけ多くの人々に伝えることを願っております。 岡部先生のお話は大変良く理解出来た。(ガン患者になると同じ様に感ずるものなのか、大変不思議に感じました。)
<p>「患者必携、がんになったら手に取るガイド」が書籍もあるとのこと、大変興味深く、期待しています。</p>
<p>・緩和ケアについて</p>
<p>緩和ケアを住民は望まない傾向にあるというデータを提示されたこと。</p>
<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアが医療の立場からの視点であることは大変興味深かった。 これからくる団塊の世代の死では、死の難民？が増加する。そのために寿命の考え方も、医療費の視点、国家対策で統制される心配があり、住民の1人として十分に議論が必要であると強く認識しました。

<p>・地域・地域コミュニティ</p>
<p>ルーラルにおける住民の～、死生観の変容、の中でのデータは今の病院で私が感じていることをあらわしていた。</p>
<p>ルーラルにおける在宅死の現状</p>
<p>ルーラルの話:石川、青森の話 マスコミでは、地方の詳しい話、それぞれの特色までは取り上げないので、とても興味深かった。</p>
<p>ルーラルの死生観。在宅を希望するか、家族に迷惑をかけたくないという思い、なかなか難しい問題と思う。自分の死が短い場合は家族に協力をお願いしたい。</p>
<p>地域でのネットワークを模索しておられる点。</p>
<p>コミュニティに対する考え方</p>
<p>「コミュニティをつくる」ことを常に考えておりますことから、本日のシンポジウムは本当によい刺激を受けました。家が閉じられていることから、家族の力を強化するより、より広く、第三者が参入すること、そして、その方法を考えていくことが今後大切かと思えます。</p>
<p>在宅医療にコミュニティを活用していく。</p>
<p>・終末期を考える上で宗教やコミュニティへの考え方が影響すること ・体験談データベースがあること</p>
<p>・地域での文化や慣習による看取りの考え方が急激に特色をなしていること。 ・東京がいかにも情報しやすく医療を受けやすいかということの再確認ができた。</p>
<p>・看取りについて</p>
<p>看取り医療という言葉が使われる現代、看取りは文化だということを再認識した</p>
<p>看取りの経験、体験をいかにもってもらうかが大切。そのためには何ができるのか・・・。</p>
<p>・「在宅死」の状況 ・「看取り」の重要性</p>
<p>・その他</p>
<p>臨床と学問の協働を続けていきたい。</p>
<p>現場から発生する支援体制と、政府、大学、医療機関から発生する支援体制とが、すれ違わず、どうドッキングするのか。</p>
<p>協働について</p>
<p>「医師は正常現象においては、アマチュアである(異常現象のプロ)。生と死は正常現象である。」という事を痛感しました。</p>
<p>医療者側の自分は、社会資源についての知識がいかにも少ないかを自覚した。</p>
<p>介護を質が悪いと悲観しているだけでなく、もっとがんばらなければと認識に！</p>
<p>社会福祉士としても2年目であり、今日はたくさんの事を教えていただきました。それでも話の内容はソーシャルワーカーの視点が多く、とてもわかりやすかったです。</p>
<p>がんに対する偏見、差別の問題。実際に「近所の人には知られたくない」や「友人には言っていない」などの声を聞くことがあります。患者さんとこうしたプライベートでの関わりの人々には利害関係(経済的な)がないように思われますが、なぜこれらの人々は「知られたくない」と言われるのか・・・。今後考えていきたい課題です。</p>
<p>がん対策における個人の多様性と情報の格差という視点が新しく興味深く考えました。</p>
<p>様々なテーマで、調査研究が行われていることを初めて知った。</p>
<p>調査結果を念頭に置くことで、患者・家族の接し方が変化することが予測される。その変化や患者・家族の反応の変化が見られれば→それを調査発表者にフィードバックできる。</p>
<p>在宅療養が難しくなっているばかりか、希望者が意外にも少なかったこと。</p>
<p>日本人が利便性、個人主義になっていることが、すべての問題だと思いました。 家族って何だろう、家族間で迷惑をかけなければ、どうやって助け合えばいいのでしょうか？他人なら迷惑をかけていいのか・・・。びっくり。</p>
<p>患者会からのデータの問題点がわかった。</p>
<p>宗教が基盤になること。</p>

3. シンポジウムで、もっと詳しく知りたかった点や深く議論したかった点がありましたらお聞かせください。

・死生学・死生観

波平先生の日本の地方の宗教観やコミュニティが劇的に変化した80-90年代のご研究について興味を抱きました。岡部先生の岡部医院の様子も(写真など)詳しく見てみたいです。死生学と民族性(地域性)の関係性にも興味が湧きました。

ヨーロッパの終末期を研究して、死生観や生命倫理は話し合いの上に作られてきていることを知りました。日本は、アメリカの個人主義と、昔からの「結」の精神とが今戦っているところであり、ヨーロッパの生命倫理から学ぶべきと思います。

死生(観)教育について。
現在、核家族化や病院死が増え、身近な人の死の体験がない人が増える中、死生教育をどのように育てていくか。

がん難民の死生観。

死生観の矛盾(岡部先生の宗教観のあいまいさ、あの世観など)をどうしたら、国民に意識させ、考えていくようにできるのか。

シンポジウムでご発表された死生観をぜひお聞きしたかったです。

岡部先生のお迎えの事。

「お迎え」に関する議論

お迎え、あの世感がとても興味深かったです。
また、これからの看取りのあり方について。
自分には看取りの体験がなく、家族や自分自身がどのように死を迎えるか、考えていけたらと思っています。

死生学の視点では、岡部先生がふれられた「闇に降りていく道標」について、当事者としてのご提示いただき、宗教学者である島藺先生を中心として会場で議論したかったです。

日本人の死のむかえ方で変化したものは何か、議論したかったと思います。

死の連続性というお話がありましたが、死を受け入れる為に、どの様な方法を構築すべきか、より詳しくお教えいただけますと幸いです。

死とは何か？

死生を支えるコミュニティの再構築には何が必要か。

・シンポジウム各テーマ

・竹之内先生の「変化が早いもの」と「変化の遅いもの」のこと

・波平先生の家制度のお話

波平先生のコメントの内容

(日本人の宗教が死についての教えの力を急速に失った理由etc)

上記(2)について、波平先生のお考えをもう少しうかがいたかったです。

岡部先生と波平先生の話をもっと深く、より長く聞きたかったです。

岡部先生のお話をもう少しお聞きしたかったです。

シンポジウムは岡部先生1人で思う存分話してほしかった。

岡部先生のお話をもっと聞きたいと思いました。
人は自らが病になって本当に深く患う者の心を理解するのでしょうか。

岡部健先生の講義の中で「最期が近づいた時、何が見えたのか問う」についてもう少し具体例など詳しくお伺いしたい、最期の瞬間、人は何を思うのか、誰もが未経験であり最大の不安の源がいったい何なのか、その答えに少しでも近づけるような気がします。“宗教性の原点の再構築”最も興味を持ちました。

医療者である岡部先生から、文系仲間とのコラボが大切であるという視点は重要であるし、より深く議論してもらいたかった。

山崎先生が青森で行った調査の調査項目

シンポジストを各職種から選出してほしい。 見方が立場的にも違い有意義です。または全員同じ職種の人でかためてほしいです。
患者と家族の実際の気持ちを知りたいので、シンポジストとして参加してほしい。
・終末期・終末期医療
臨床で経験した例の多くは意識障害、廃用状態に陥ることが多く、本人にどう接するかよりも残されるであろう家族が長期に及ぶ終末状態をどう耐えるか、それをどう支えるかというのが大きな関心であった。今後もこの点について勉強させていただきたい。
終末期についての方法、ホスピス、緩和ケア、在宅、などの違いや長短所について(料金も含めて)一般者にわかりやすくお願いしたい
どこまで末期医療をするか。(延命が費用で決まるところもある)
・核家族化等により、在宅で自分以外にケアを提供できる身内がない状況でのベストな看取りとは？
・緩和ケア
緩和ケアプロセスについて、コンセンサスしてほしい。
病院勤務のホスピス医の話。
緩和ケアに興味があります。患者は、その場で大切な人々との別れを用意し、その中で、自分の役割(残される人々に伝えるべきこと)をもつなかで、よい時間をもてるのかと思いました。そのような経験が、スピリチュアルなケアにつながるのでしょうか。
・迷惑をかけること
「迷惑をかけたくない」ではなく、「お金を払わなくても手助けしてもらおう、お金じゃなくてもお礼をできる」患者さんが増えていくことを期待します。
「迷惑」を多面的に。
・在宅医療
岡部先生の在宅医療のこれからについて、もっと深く、お話を聞きたかった。
岡部先生の在宅緩和ケア、在宅にもどすあたり、同居家族のいない患者の数(比率)がどれくらいいたのか。一人居住宅の緩和ケアを今後どうしていくかが重要と思う。
・宗教
宗教と日本人
今でもお寺は町中にたくさんありますが、地域の宗教的、死生観育成をかに、どんな役割を担っていたのか、もっと知りたいと思いました。
・地域・地域コミュニティ
地域コミュニティをどのように構築していくか。個人～文化までの支援の対象をどのようにアセスメントするか。
コミュニティを持っていない人へのかかわり方
地域間の特徴をどう捉えていくか？その上での情報処方のあり方をどう作っていくか？
都市部の例：都市部も地域である。比較の検討でも、都市部の例を1つ聞きたかった。
・進行
もっと一般参加者の発言を多くしてほしい
ひとつの講演をもっと時間をとってもらったと思います。ひとつひとつ深く聞きたいと思いました。
シンポジウムの質疑応答の時間をもっと長くっていただいて、フロアーからも意見を出せればもっとよかったと思います。
発表者間同士のディスカッションがないのなら、シンポジウムとは言わないでほしい。むしろ発表者は5分トークで1テーマを語らせてディスカッションしてほしい…
午前中の事例検討のような場面で、清水先生が示された倫理検討シートへの記入の様子をプロジェクター等で同時に見られると良かったと思います。
・その他
スピリチュアルな面で具体的取り組みや体験。そこから学んだことの共有。チーム医療にどのように取り入れていくべきか、あるいはその制度について。
どの点も興味が強く、1つ1つについて機会があれば議論していきたいと考えます。
日本人特有の差別や偏見について

4.「地域におけるがん医療と死生学」においてどのようなコラボレーション(協業、連携など)が、可能と思われますか?テーマや提案などありましたら、こちらのお書きください。

・コラボレーション(協業、連携など)

大	小項目	内容
患者・患者会	患者・患者会	がん患者の会との連携
		患者会の患者当事者、遺族会の遺族当事者など一般人からのメッセージを聞くことができる場にしてほしい。
一般市民	一般市民	医療職の方が多く印象があります。考え方にかたよりのある感じがしています。
		一般市民、(中高生含む)へ、いかに自らの問題、事柄と思に至らせるか。そうした機会をもつくふうをしてみたいが…。
専門職等	医療職・医療系学生	医療者はもっと幅広い視野をもって、もっと積極的にこのような会に参加しているいろいろな立場の人たちの話を聞きながら、ケアを振り返っていくことは大切だと思います。このようなコラボレーションは可能だと思いますし、どんどん行っていくべきだと思います。
		医療現場は、リハビリテーションが出来なくなっているので、「連携する場所」「連携するスタッフ」にさまざまな学習の機会を与え、様々なスタッフが協業し、強化してほしい。実際の事例、当事者と出会う場所の強化を望みたい。
		ずばり病院との連携ができれば、すばらしいと思います。(もう行っていたらすみません…)
		医療系学生とのコラボ、そしてまたこのような医療者や、一般市民に知る機会を作っていただきたいです。
		がん拠点病院での市民公開講座を定着させることは、その気になれば行える。実行している医療機関もあるでしょう。研修医に死生学を研修してもらうのも課題に入れてもよいのではないのでしょうか。現在も各科ローテートで行っているものの断片的のように思います。患者の死を敗戦処理と考えるような医師はなくしたい。
		緩和ケアの現場で終末期の患者とたくさん向き合っている方の話が聞いてみたい。
		単身世帯に対する緩和ケアをどうするかという視点が欲しい。「在宅」はささえる手および金、時間があることを当然とした考えである。
		どの講演でも、「生活」というテーマが語られ、その多様性の扱い個別性の評価が課題となっていました。リハビリテーションの枠組みでは、個別性の評価・整理の手法が確立しているので、うまくコラボレーションできれば、と思いました(人間作業モデル等)
		一世代ごとに死に対する意識、価値観はちがうと思います。世代に分けた死生学もおもしろいと思います。実際に岡部先生のような、死と向き合う現場にいる人の話をもっと聞いてみたいです。(看護師、在宅看護をしている家族など)
		ボランティア等
セラピスト	アロマセラピスト、音楽療法家などの非医療従事者の方達	
サイコoncologist	サイコoncologyの研究会(会場に埼玉の大西秀樹先生がいました)	
実践家 他専門職	地域で本当に実践されているDr、Ns、SW、宗教家(チームの中の)有効的な例があればよいです。 ・がん(医療や人生終末期支援)に関わる各種士業との連携(司法書士、税理士)、とか。	
行政	行政	厚生労働省、医療制度担当者や、介護保険制度担当者を含めた制度面の改善要望を盛り込んだ会。
		地方自治体のトップを招いての実践的コラボレーションにしないと、単なる「お勉強会」になってしまう。今の日本にそんな時間はありません。
宗教者	宗教者	地域保健サービス、地方公共団体の政策(施策)などとのコラボレーションが可能ではないか?
		「がん」はコワくない。「シ」はコワくないということをはっしんする場があると良いですね。(お寺さん?教会?…と地域の医療施設や高齢者施設?)良い「メイワク」をかけても良い文化をつくる必要があるかもしれません。
		・「宅老所」は、認知省高齢者のための施設です。介護保険事業所ですが、現在は小規模多機能型施設に転換しているものも多いので、竹ノ内先生のイメージする形にするのはかなり困難かと思えます。
		例)各地域の僧侶たちによる仏教会。グリーンケアや終末期における精神的ケアの今後(宗教者がそこに介入することの可能性)について、医療現場の方々とは意見を交わしたらおもしろいと感じました。
		宗教学者ではなく、宗教者の参加。

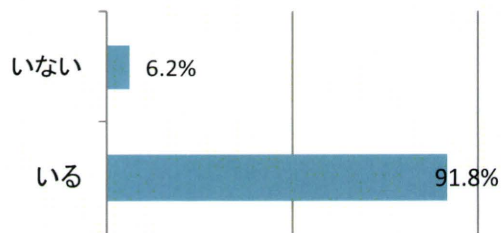
その他	研究者と行政担当者
	研究者と宗教家(1つの宗教だけでなく)とスポンサーと医療者
	社会福祉や宗教の研究者、実践者もこのようなシンポジウムに加わると、さらに多角的にこのテーマについて考えることができると思います。 また、このような機会があれば、ぜひ参加したいです。 特に「誰かに迷惑をかける」というテーマは社会福祉の中ではずっと議題としてあがってきたことで、今でもその価値観、倫理についての研究が行われています。
	今回のシンポジストのように、非医療従事者と医療従事者とのコラボ。
	シャッター通りとなっている地域の商店街再利用とのコラボレーション
	専門性を尊重しつつも、そのワクを超えて自分ができることをしようとする力を持った人々の集まり

・テーマ

死生学・死について	・教育の重要性を強く感じた ・「死の教育」を進めるべき
	死生学自体がよくわかりませんので、何ともいえないのですが、ただ、患者・市民が医療の利用者・消費者というだけではだめだと思います。どう参与していくのか、ということが格差をなくすことかと思えます。
地域・在宅医療	②の意見が重なります。 又、事例検討を話題提供としてワークショップはいかがでしょう。 「死へのシュミレーション」を具体化してみたい。
	少子化を生んだ世代の死生観の短所を次世代が追っていくことの現実。 正常な家族(未婚率の上昇?)へのアプローチ。 「少子対策」と「死生学」は同じ目標かと
その他	地域緩和ケア 地方でのがん治療体制が不明。手術待ちに1ヶ月要した。(長野県) 長野県では多数が東京の病院にて治療。 終末期を看ってくれる在宅医が非常に少ないと思います。MSWとしてやっていて、なかなか見つかりません。だから地域で看ってくれるDrがいらないため帰ってこれないという現状も有るように思います。地域連携をしていくためには、その辺の充実も必要と思われます。 来年もこのような会を開催して頂けることを切に願います。
	非専門職への情報提供や情報共有のあり方、助け合いの事など フェイスブックとがんの語りについて ボランティア、介護休暇など がん医療と死生学をどう結びつけるのかですが、千葉県で広井良典先生のお話を聞きたいです。 容易な病気は人工知能とか知識データベース(昔だとmachine)で自己責任で医療ができるような方の緩和を行い、重い病気に医療は特化する。 このテーマを、患者の立場から一緒に考え、発言できるとよいと思います。 今日の議論を進めてほしいと思いました。

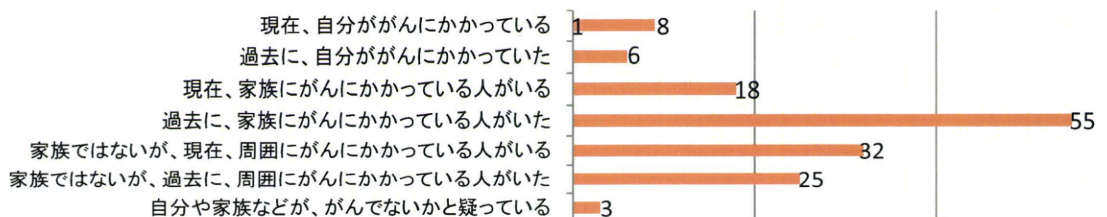
5. 現在または過去に、ご自身、ご家族や周囲にがんにかかっている方はいらっしゃいますか。

	人数	%
いる	89名	91.8%
いない	6名	6.2%



いる→	人数
現在、自分ががんにかかっている	8
過去に、自分ががんにかかっていた	6
現在、家族にがんにかかっている人がいる	18
過去に、家族にがんにかかっている人がいた	55
家族ではないが、現在、周囲にがんにかかっている人がいる	32
家族ではないが、過去に、周囲にがんにかかっている人がいた	25
自分や家族などが、がんでないかと疑っている	3

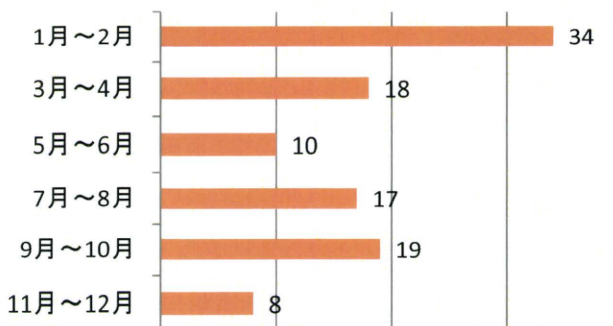
(重複回答あり)



6. 開催時期はいつ頃が出席しやすいですか。

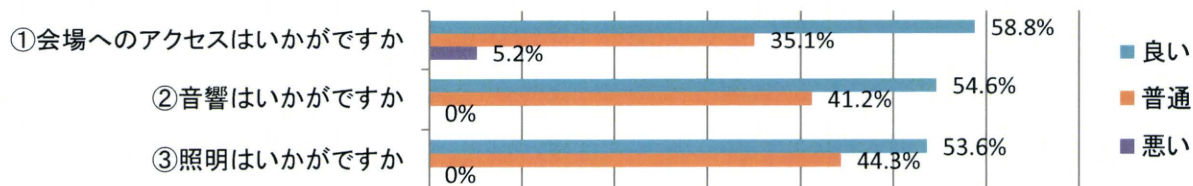
	人数
1月～2月	34
3月～4月	18
5月～6月	10
7月～8月	17
9月～10月	19
11月～12月	8

(重複回答あり)



7. 会場の印象をお聞かせ下さい。

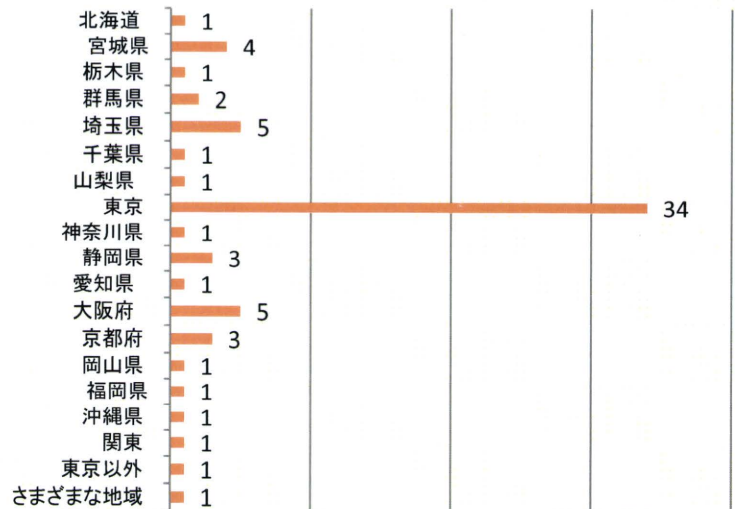
	良い 人数(%)	普通 人数(%)	悪い 人数(%)
①会場へのアクセスはいかがですか	57名(58.8%)	34名(35.1%)	5名(5.2%)
②音響はいかがですか	53名(54.6%)	40名(41.2%)	0名(0%)
③照明はいかがですか	52名(53.6%)	43名(44.3%)	0名(0%)



8. 希望開催地域があれば都道府県名でご記入ください。

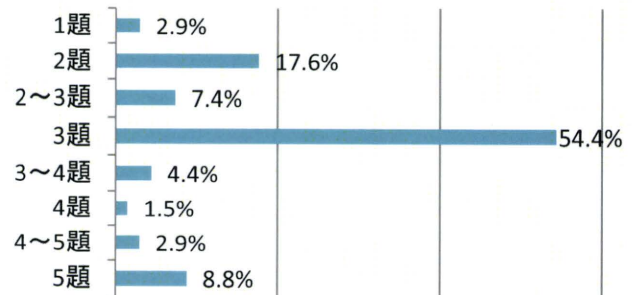
	人数
北海道	1
宮城県	4
栃木県	1
群馬県	2
埼玉県	5
千葉県	1
山梨県	1
東京都	34
神奈川県	1
静岡県	3
愛知県	1
大阪府	5
京都府	3
岡山県	1
福岡県	1
沖縄県	1
関東	1
東京以外	1
さまざまな地域	1

(重複回答あり)



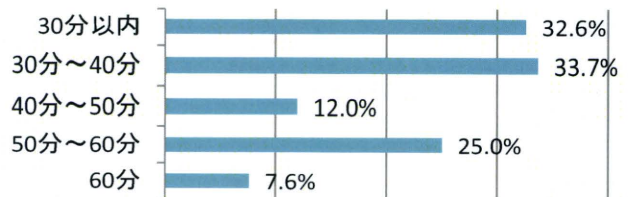
9. 演題数は何課題ぐらいが適当と思われますか。

	人数	%
1題	2	2.9%
2題	12	17.6%
2～3題	5	7.4%
3題	37	54.4%
3～4題	3	4.4%
4題	1	1.5%
4～5題	2	2.9%
5題	6	8.8%



10. 1課題あたりの時間はどの位が適当だと思われますか。

	人数	%
30分以内	20	32.6%
30分～40分	31	33.7%
40分～50分	11	12.0%
50分～60分	23	25.0%
60分	7	7.6%



11. シンポジウムの内容は分かり易かったですか。

	%	人数
分かり易い	55.4%	51
普通	40.2%	37
難しかった	4.3%	4



12. シンポジウムをどこで知りましたか。

	人数
ポスター	12
チラシ	11
新聞	0
広報	2
インターネット	16
メール	38
人から聞いた	16
その他	7

(重複回答あり)

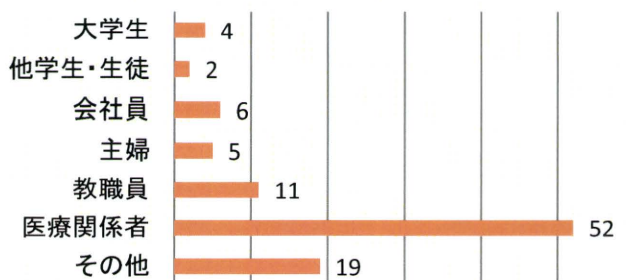


その他: COE関連、シンポジスト直接、
メーリングリスト、家族

13. 職種をお聞かせください。

	人数
大学生	4
他学生・生徒	2
会社員	6
主婦	5
教職員	11
医療関係者	52
その他	19

(重複回答あり)



14. 13で医療関係者にチェックされた方、専門分野をお聞かせください。

	人数
神経内科	23
精神科	2
脳外科	1
基礎医学	1
内科一般	6
外科一般	2
歯科	0
薬剤	3
看護	21
その他	20

その他: ボランティア、患者会、介護・福祉関係、緩和ケア、PT/OT等

