

17	患者必携は、がん宣告されたその日その時から手元に置いて利用したい内容であるので、患者にがん宣告をした時に主治医又は診察室の看護師から患者必携の案内チラシ等を患者に手渡して説明するのが良いと思います。そして、患者は受診後すぐ病院内の売店や配布場所で、患者必携を手にする事ができるようにして欲しいと思います。 また、案内チラシには、インターネット検索名も記載して欲しいです。 普及させるためには無償が望ましいが、有償なら紙質を落としても良いので、できるだけ低価格にした方が、より普及しやすいと思います。
18	「患者必携」を見る方法について、どこに問い合わせをすればいいか、A4 1枚位の簡単なPRチラシを作成し、告知時等に主治医から情報を流してもらうのが一番かと思います。
19	・講演会などがあつた時にくばる。 ・医療機関などに置かせてもらい、自由に持って行ってもらう。
20	相談支援センターの活動内容をPRする。
21	①「地域の療養情報」を1所帯に1冊配布するのが一番良いと思いますが。 それが無理なら全病院、医院、公的場所に置いて、関係者が患者の反応を見ながら利用したらと話しかけてみる。
22	・妊娠すると母子手帳が交付されるように、「がんになったら患者必携がもらえます」という流れを作る。当然の感覚にする為には病院だけでなく、公的機関での配布も行い、県や市の公報誌に保険、予防接種、健診の案内が載るような時に「区役所、保健所でももらえます」というようにする。
23	・受付用紙を入れるファイルの裏などにチラシをいれておき、診察の待ち時間などに見られるようにする。 ・中待ち合いの場所に冊子を置いて実際に見られるにする ・院内の売店にも置く ・車の免許更新の時に冊子をもらうように人間ドッグを行う時に教育時間を作り冊子も渡す(人間ドッグ代には冊子代を入れる。)
24	講演会等のイベントで伝え、配布する。 医療機関、がん健診会場でのポスター貼付
25	「地域の療養情報」の場合、病院のPR棚へ常時棚置。 ただ、普及させるためなら棚置きでもよいが、無制限では経費がかかる。 必要とする人に渡すためには見本としておいてあるPR棚の本を見て病院の受け付けへ依頼してもらう。
26	1.拠点病院をはじめ、医療関係施設に設置する。 2.告知時に、医療機関より説明、情報を伝える。 3.がん関係のWebサイト、国、県、市町村のホームページ、がん患者会などのWebサイトへのアップ。 4.ピアサポート活動による地道な普及活動。
27	・がん診断時(告知の流れとして組み込む)に配布 ・外来、ロビー、相談支援室などにポスター掲示 ・拠点病院を中心にすすめるものの、開業医(クリニック)こそ周知していく。
28	がんと告知を受けた場合に、主治医若しくは看護師から、患者必携を渡して頂くと普及は出来ると思う。
29	各地域の医療機関の窓口
30	・告知時に医師から手渡しあるいはリーフレット等による紹介 ・外来待合でのポスター&チラシ ・まずは拠点病院から積極的展開を行う。 ・(社)ACジャパンの22年度支援キャンペーンとして(財)日本がん協会の「大切なあなた」がマスメディアで掲出・オンエアされている。こうした試みも一考では？ ・全国のどんな小さな病院や医院であっても待合室に1セット置いてもらう。 ・健康保険組合で買ってもらう。—各企業の健保で一括購入してもらい、福利厚生の一環として社員に配布してもらう。
31	1.システムとして 連携拠点、推進HPは相談支援センター経由で配布する。 ↓ メリットとしてその後の療養生活のスタートにあたり活用方法についてしっかりと伝えられる。 2.がん検診会場でのPR(ポスター、実物見本を展示する) 1)地域におけるがん検診会場 2)人間ドッグ実施機関

32	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の連携パス、クリティカルパスに「患者必携」の配布を明記させる。 <p>但し、Ptの心理的ケアを考慮して、Dr等から直接知らせる。</p>
33	<p>がんと宣告された瞬間から必要となるのに、その存在を知るのがずっと後になる場合が多い。例えばがんと宣告した医者がさりげなくチラシを渡すような形はとれないだろうか？がんへの理解が深まることは、最終的に医療者への負担を軽くする方向に向かう。入院したら食堂やナースステーションに見本誌が置いてある環境、がんを扱ったテレビの特集で紹介されるなどもっと積極的なPRをしないと、せつかくの内容が患者に伝わらない。</p>
34	<ul style="list-style-type: none"> ・医師あるいはナースから直接紹介 まずは拠点病院から始める。 ・がん情報サービスの表示をフラッシュにする。 ・ポスター ・がん患者、支援団体ブログ、HPへバナーを貼る。
35	<p>国が動くこと。 他人事ではいけない。</p>
36	<ul style="list-style-type: none"> ・TVでCM ・医療機関、公共施設等にポスター ・商業施設等に協力を求め、店内にポスター ・街頭でビラ配り
37	<p>まずは、源は医療機関から。 システム、情報内容だけではなく、人の教育が最も大切。つまり、病院ぐるみでの施策が重要。</p>
38	<p>医療関係、行政、一般市民(NPO、患者団体)、マスメディア単独ではなく、成果が上がることを目標にして具体的に連携して活動する。 (例) 場所の確保(定期的な)病院内の空いた空間 公共の施設の利用を積極的に働きかける 訴えること ・早期発見、検診の重要性 ・体験者の話 ・個々の悩みの対応→ピアネットのサポーターなど最適</p>
39	<p>検診での場所、病院、自治会での回覧板</p>
40	<p>地域の広報や、新聞等での普及</p>

患者必携「地域の療養情報」の構成に関するアンケート

分野	項目	内容	備考	結果		
				◎=2	○=1	空欄=0
総括	がん医療	県がん対策推進計画、アクションプラン概要		18	10	10
① 医療	がん診療連携拠点病院・相談支援センター	相談支援センター		35	3	0
		セカンドオピニオン		31	5	2
	がん医療ネットワーク	乳がん医療ネットワーク	医療機関数が多く変更もあるため、個別の機関名は掲載しない。 (問合せ先: 県、相談支援センター)	11	17	10
		肺がん医療ネットワーク		11	17	10
緩和ケア	緩和ケア病棟を有する病院		30	8	0	
	在宅緩和ケアについての相談窓口		27	11	0	
② 医療費・療養生活	医療費	高額療養費制度		25	9	4
		小児慢性特定疾患治療費助成制度		13	14	11
		重度心身障害者(児)医療費助成		12	14	12
		ひとり親家庭等医療費助成制度		12	16	9
		生活保護		12	14	12
		限度額適用・標準負担額減額認定		16	14	8
	生活費	所得税の医療費控除		19	12	7
		傷病手当金 生活福祉資金の貸付		14	12	11
	在宅療養	在宅療養の総合的な相談窓口		29	6	3
		在宅療養支援診療所		19	9	10
		居宅・地域密着型サービス (訪問介護事業所等)	在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等は施設数が多いため、個別の施設名は掲載しない。 (問合せ先: 県、相談支援センター)	14	10	14
		施設・居住系サービス (短期入所生活介護事業所等)		11	12	15
		24時間体制で在宅緩和ケアが対応可能な訪問看護ステーション		20	6	12
	介護	24時間体制で緩和ケアを支援する保険薬		11	12	15
介護サービスの相談窓口			21	13	4	
介護保険に関する相談・申請			14	14	10	
障害	高額医療・高額介護合算療養費		12	13	13	
	高額介護・高額介護予防サービス費		10	13	15	
③ 支え合いの場	がん患者団体	がんネット掲載患者団体		34	3	1
		患者団体による相談窓口		31	4	3
	サロン	サロン(拠点病院、患者団体)				
④ その他	問合せ先	問合せ一覧		15	5	18
		・各市町		15	8	15
		・県保健所		11	7	20
		・税務署		9	9	20
		・社会福祉協議会		9	11	18

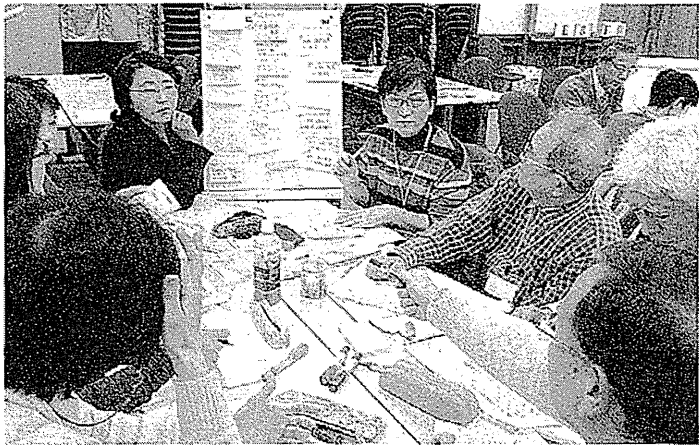
※その他上記項目以外に必要と思われる事項があればご記入ください。	
1	あなた(自分)は大丈夫と思いませんか～？とページの最初に下記、検診のできる場所、病院を載せてほしいです。 これは一番最後のページでかまいません。家族一人がなれば意識がかなり変化があると思います。
3	病期によって、またライフステージによって、必要な情報が変わってくると思います。 療養生活を維持するための、物や人など様々なサポート内容やそれを受けるための具体的な窓口や手続き方法など(申請するにはどんな書類が必要で、完了するにはどの位の時間がかかるかなど)「愛知」ではどうなっているのかが、見えて来ると良いですね。
4	小児がんに関する情報、患者会の情報、 ペインクリニック、副作用に関する情報、 ターミナルケアが受けられる医療機関等の情報(在宅ではなく)
5	介護サービスは必要と思いますが、在宅の流れの中で載せてはどうかと思います。 サロンは他病院のものを知りたい事もあると思うので、拠点以外も載せてはどうでしょうか。
6	きれいな事にならない、息のある、命のある情報がほしい。
7	②項目すべて応えてくれる施設があれば、その記載
8	※補完代替療法を正しく理解するための情報源 「がんになったら手にとるガイド」P162～P163のウェブサイトの再掲 上部表欄外記載内容： 医療費：その他に医療費を支えるこんな制度もあります(問い合わせ：相談支援センター) 在宅療養：など具体的な内容についての相談ができます 介護：など具体的な内容についての相談ができます 問い合わせ先：相談の内容によってお住まいの関係機関にご相談下さい(多くのページを使う必要はないのではないかと思います。)
9	「わたしの療養手帳」の内容と連動して構成してほしい。できれば療養手帳の方に 「地域の療養情報P.～参照」というインデックスをつけてほしい。
10	・患者会の連絡先
13	第1次医療機関からの紹介状等の必要性について記載があると良い。
15	総括・がん対策基本法のガイダンス・愛知県のとりくみ 現状認識と方向性
16	別紙当日のアンケート
17	①医療 がん医療ネットワーク 病理(診断)医の有無と無い場合の連携病院(CT画像で、判断し難い場合の画像診断)、内科医がCT画像を見てわからない場合の相談者。せつかくの画像も見る目がなくては意味がない。 (「地域の療養情報」には記入不要だが、相談支援センターで調べれば分かるように)
19	かつらの購入先、リースできるところ 乳がん用パットの購入先
20	・入院中小さな子どもの面倒をみってくれる所 ・がん治療による口の中のトラブル ・食事のとり方のメニュー(抗がん剤、放射線治療中のむかつき、下痢等) 相談窓口
24	地域包括支援センターの役割 抗がん剤専門医が常駐病院リスト
25	・ファミリーサポート…子供の保育、送迎 ・患者さんの手記 上部表欄外記載内容： がん診療連携拠点病院・相談支援センター 相談支援センター…平日のみが多い。(土)も追加。 セカンドオピニオン…費用について
28	地域の療養情報(静岡、沖縄編)は基本的に必要と思いますが、それに加えて (1)がんの検診の内容、結果(どう判断するか)、どういう検査がされるかなど (2)患者が悩んでいる事へのツールをQ&A方式を書いてある。
29	主な部位の検診項目が欲しい
30	がんになった時、考えておくと良いこと。 患者体験談…働き盛り、高齢者、独居など この体験談に出て来る言葉に対する引用ページが書いてあると読みやすい。
33	・早期発見の必要性 ・一目でわかる質問事項の図式化 ・“患者必携”を必ず見てもらう為にはどうするのか。
37	なるべく誰でもわかることばで記述して欲しい。

患者らの視点を医療に

医療が専門分化して複雑になる中、「患者や家族の視点を医療に盛り込む」という動きも盛んになってきた。患者の役に立つ医療情報の発信、患者の思いをくみ取れる医療者の育成を目指す二つの取り組みを紹介する。(編集委員・安藤明夫)

◆がん患者らの体験集め、発信

名古屋市中種区の愛知県がんセンターで一月、四十五人のがん患者や家族らが班に分かれて討議した。
テーマは「患者必携・愛知版」にどんな情報を盛り込むか。「患者必携」とは、東京の国立がん研究センター内にあるがん対策情報センターが、がんの最新知識や患者へのアドバイス、療養生活のヒントなどをまとめた労作で、同センターのホームページで公開されている。この全国共通情報を併せて、身近な地域情報を提供していくのが「愛知版」の目的。盛り込



がんの地域情報について話し合う患者や家族たち＝名古屋市中種区の愛知県がんセンターで

「患者必携」愛知など地域版

む情報としては、県のがん対策推進計画の解説や、がん診療連携拠点病院など医療機関のガイド、相談窓口などが考えられるが、それだけでは患者が手に取ってこれるか分からない。会場からは「専門病院の紹介の中に、疾患別の治療成績や心のケアの対応を書いてほしい」「患者が利用しやすいイラストやガイドを」「若い乳がん患者

相談先、飲食店情報も

は子どもの問題で困るので、相談先のリストを」など、経験に基づいた提案が相次いだ。この会を企画した愛知県がんセンター中央病院の篠田雅幸院長は「適切な医療にたどりつけない「がん難民」を減らすには、使いやすい情報を提供するものが不可欠。そのために患者さんの視点を取り入れていきたい」と話す。今後、情報発信の

全国版はネットで公開

手段、PR方法を検討していく。全国版の「患者必携」にも患者・市民六十人の視点が入っている。当初の文章にあった「残された時間」という表現は限られた時間に改められた。入院時の持ち物リストには「乳液は無香料のものを「バシヤマ」は開きがいい」と体験に基づいたアドバイスが生かされた。リーダーを務めた渡辺清高医師(がん対策情報センター)がんで



がんで娘を亡くした遺族の思いを語る鈴木中入さん＝名古屋市中種区の市中央看護専門学校で

◆子を亡くした親が講師に

年度から始まった「臨床いのちの講座」。講師を務める鈴木さんは、一九九五年に長女環ちゃん(当時六歳)を小児がんで亡くした。その後、大手企業を早期退職し、NPO法人「いのちをバトンタッチする会」を設立して、いのちの大切さを心に植え付ける活動を行っている。同校での講座は、七

看護学校で心の授業

な家族の思いを私

「看護士さんが「環ちゃん、命は短かったけど、幸せだったと思いませんか?」と聞いてくれて、その言葉に本当に救われました。よき医療は、グリーフケア(死別の悲嘆へのケア)につながるんです」鈴木中入さん(五七)愛知県豊田市の体験談を、看護師の卵たちが目標をたためて聞き入る。名古屋市東区、名古屋中央看護専門学校で本年度から始まった「臨床いのちの講座」。講師を務める鈴木さんは、一九九五年に長女環ちゃん(当時六歳)を小児がんで亡くした。その後、大手企業を早期退職し、NPO法人「いのちをバトンタッチする会」を設立して、いのちの大切さを心に植え付ける活動を行っている。同校での講座は、七

ま。子どもへの病名告知、抗がん剤治療の苦しみ、闘病する子どもたちの生命の輝き、延命治療をめぐる迷い、遺族が抱く悲しみ、怒り、後悔、体験に基づいた問い掛けは重い。入学直後に患者の生命をめぐる問題を総論的に伝え、二年生で終末期ケア、グリーフケアの学びを深め、卒業直前の最終講で「心ある医療職に育つには」とメッセージを贈る。

医療取材班 ~ iryouhan@chunichi.co.jp



外来

て担当してほしいです。(愛知県・女性36歳)

医師の前で緊張 隔たり痛感

十年ほど前から、かかりつけ病院で、患者の話をよく聞く医師に担当してもらっているが、今回薬をお願したら、高額な新しい薬を処方されました。先生にお尋ねしましたが納得いきませんでした。元の薬に戻すことになりました。私は病院に出かける際は、聞きたい内容をメモしていますが、先生の前に出ると緊張してしまいます。またまた医師と患者の間には隔たりがあると痛感しました。(愛知県・女性67歳)

「ホンス外来」は患者や家族、医療関係者が前向きに、医療への思いを語る欄です。〒460-8511(住所不詳) 中目新聞医療取材班。ファクス052(22)116699、上記の電子メールで。紙面では匿名にしますが、〒住所、名前、年齢、職業、連絡先を必ず記入してください。また、中目新聞医療サイトでも掲載します。

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

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

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)

「ルーラ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

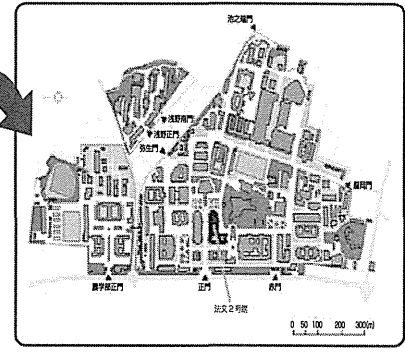
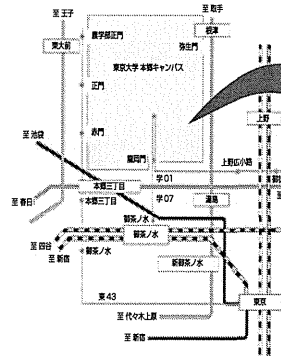
(静岡大学創造科学技術大学院農学部教授/哲学・倫理学)

島藤進

(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



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



〈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兼任、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 スーヴェルヒロカワ)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 すすむ)／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 ニューヴェルヒロカワ)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

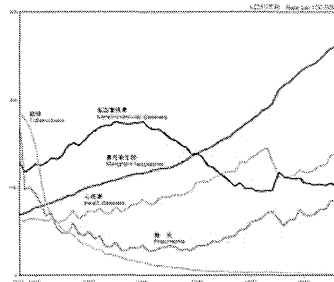
趣旨説明
 「地域におけるがん情報提供と死生学を考える」

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



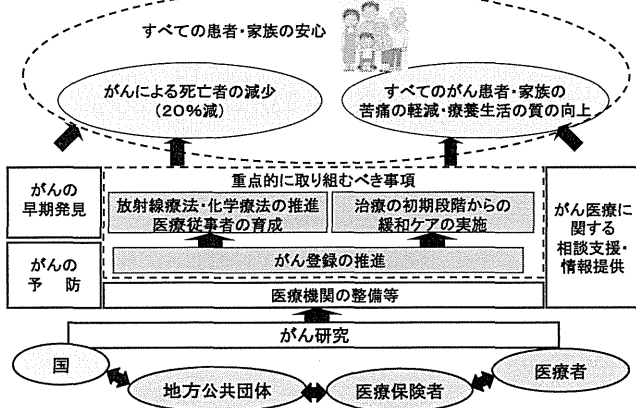
- 年間34万人の死亡
- 年間67万人が発病
- 2人に1人はがんにかかる
- 家族・親族にがん患者がいない家族は無いという状況



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>

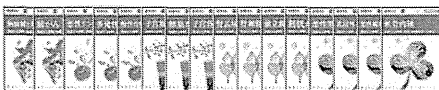
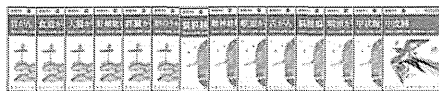


がん情報サービス

がんの冊子

ganjoho.jp

各種がんシリーズ 30種

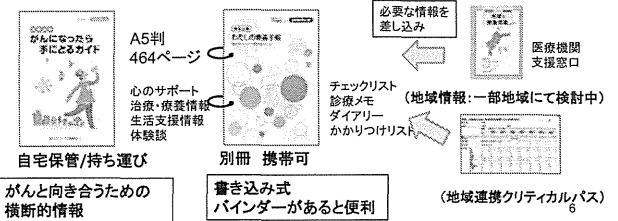


46種類発行
 全国のがん診療連携拠点病院などで配布
 公共図書館で閲覧
 ホームページからダウンロード、印刷も可能

患者必携とは

がん対策推進基本計画より

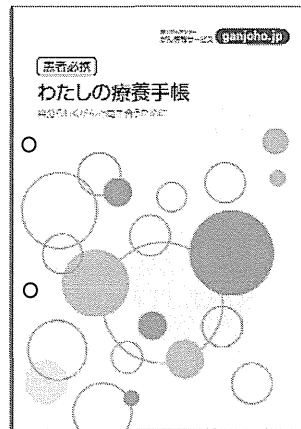
- インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにする必要があるので、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携を作成し、拠点病院等ががん診療を行っている医療機関に提供していく。
- 当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすることを目標とする。





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を考える
 ・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」

対がん必携班平成21年度報告書より
地域におけるがん情報提供と死生学を考える

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ては」

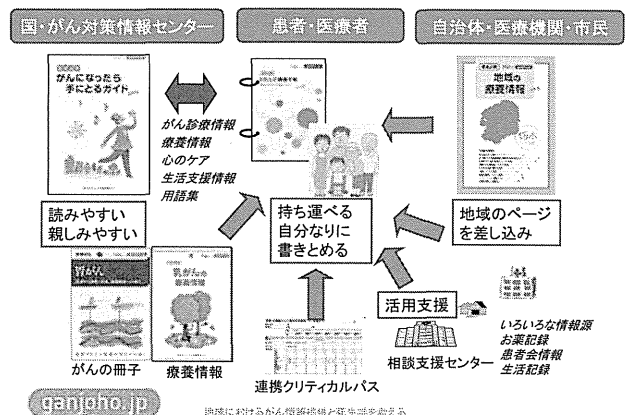
対がん必携班平成21年度報告書より
地域におけるがん情報提供と死生学を考える

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「みえる化」する
 先進的な良い事例を知ることができる

対がん必携班平成21年度報告書より
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



対がん必携班平成21年度報告書より
地域におけるがん情報提供と死生学を考える

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」

地域で情報をつくる(沖縄県)

平成21年8月

相談支援部によって、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

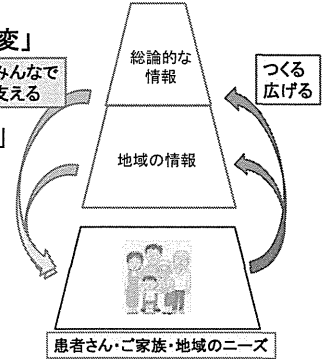
「ニーズは明らか、でも大変」

だから...

「情報をつくる、支える」

緩和ケア
在宅医療
公的助成・支援
地域の医療機関
地域のリソース
独自の社会支援制度
患者会・ボランティア団体

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のか等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、先駆的な介入法的事例を収集し、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

16

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

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、がんに変っていった。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みえる。

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と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。

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」

また、本人が望まない形での、個人情報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、メリットよりディ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し、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：役割/機能面
 社会面：社会面
 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

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

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)
 看護部 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

ソーシャルワーク部門
 MSW：7名
 ケアマネ：6名

調整

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

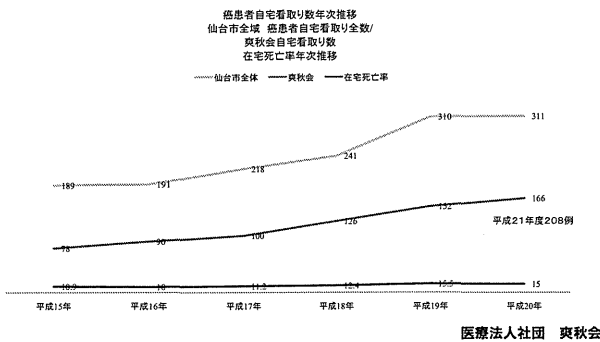
2009年爽秋会在宅
 全死亡患者460名内訳

	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
非悪疾患	37	36	11

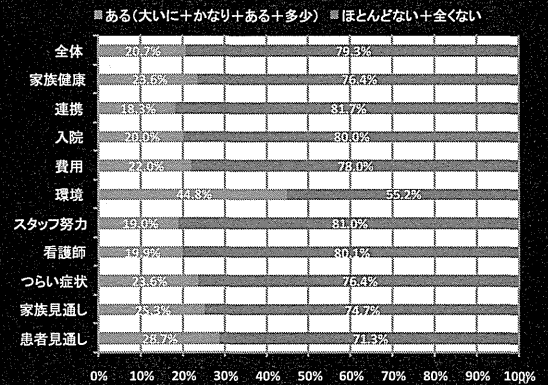
保健所別在宅看取り率の状況

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										
計	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(二分類) 対象: 看取り期間 2003年1月から2007年1月31日
 ご遺族682人 回収率57.5%



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

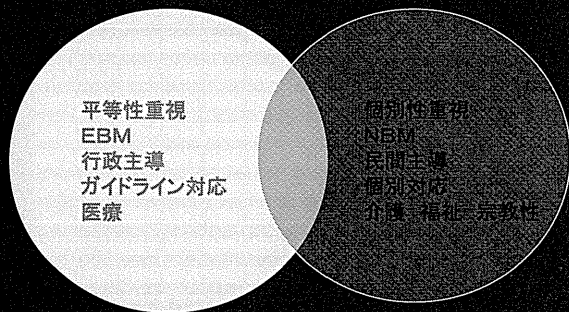
13

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うてるでしょ？」と問うと、首を横に振る。
- 「おいでって言うてるの？」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%
その他の人物	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 故人に見えたい人物の内訳(延べ)

	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