

シンポジウム 「長寿時代の死生学」

2012年10月21日（日）東京大学安田講堂



安田講堂



会場入口



シンポジウム会場

【開会の辞・事業の趣旨説明】

司会（会田） 皆様、大変長らくお待たせいたしました。ただ今より「長寿時代の死生学」シンポジウムを開会いたします。本日はご多忙の中、たくさんの皆様にご来場いただきまして誠にありがとうございます。

本日のシンポジウムは、本人らしい人生の最後を支えるための望ましい医療とケアのあり方について、死生観を踏まえまして、そして先進的な臨床実践に学ぶため、国立長寿医療研究センターと東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センターが共同主催にて開催いたします。人生の集大成を支援するケアのあり方について、皆様と議論を深めていくことができればと思っております。どうぞ最後までお付き合いくださいますようお願いいたします。

私は本日の進行役を務めさせていただきます東京大学死生学・応用倫理センター上廣講座の会田薫子と申します。どうぞよろしく願いいたします。（拍手）

なおご入場の際、本日の資料と併せまして、皆様方にはアンケートをお配りしております。資料は各プログラムに合わせてご覧になってください。またアンケートはお帰りの際に受付にて回収させていただきますので、ご協力をお願いいたします。

では主催者を代表いたしまして、国立長寿医療研究センター総長、大島伸一より皆様にご挨拶申し上げます。（拍手）



大島 会田先生、ありがとうございます。ご紹介にあずかりました国立長寿医療研究センターの大島でございます。シンポジウム「長寿時代の死生学」の開始にあたり、一言ご挨拶を申し上げたいと思います。

まずこのようなシンポジウムの開催にあたり、ご尽力をいただきました清水先生、会田先生をはじめ、東京大学死生学・応用倫理センターの皆様、関係の皆様方に心から御礼を申し上げます。

主催者代表の
大島伸一氏

私はもともと泌尿器科の医者でありまして、腎臓移植を専門にしていた外科医です。移植と言えば臓器の提供、臓器の提供と言えば脳死の問題と死生の問題へと直結していきます。このようなわけで20代の頃から私は移植医療と脳死問題の渦中におりまして、この問題をいわば内側というか、医療を行う側から眺め、関わってきました。若い頃には脳死と死生、そして今、国立長寿医療研究センターに勤め、医師人生の集大成にあたるこの時期に、長寿と死生という新たな課題に直面することになりました。このようなわけで、いくつか思うことがあります。開会の挨拶ということで、ちょっと場違いかという気もいたしますが、2、3の問題提起をさせていただきます。挨拶に代えさせていただきます。

まず最初に、なぜ今、死生学なのかということです。第一には、平均寿命が延び、急速

に高齢化が進んでいますが、喜んでよいはずの長寿の終末期に目を向けてみますと、実に暗いというか、良くないというか、そういった話題や事件が増え続けていることに気がかざるを得ません。しかも情報社会という背景の中で、その実態が顕在化し、否応なく国民の、そして私たちの不安を大きくしてきていることは間違いがないと思います。

「長寿時代」とはどぎつい表現ですが、多死時代であり、大量死の時代でもあります。このような時代に死に背を向けて知らん顔をしていても、死のほうから、正面から考えないと大変なことになるぞと迫ってくるような感じがいたします。人にとって例外のない死というものを考える時、どこでどのように死を迎えるのか。以前には考える必要のなかったようなことが、実はこれからは簡単なことではなさそうだということに、多くの人が気付き始めているのではないのでしょうか。

第二には、医療における科学技術の進歩と死生の問題とが切り離せない問題になってきているということがあります。20世紀における科学技術の急速な進歩は、革新的な医療技術が開発されるたびに新たな倫理問題を生んできています。臓器移植における脳死の問題、生殖医療の問題、最近話題になっている生前診断の問題、遺伝子医療の問題など、全てそうであり、胃ろうの問題についても新しい技術が生んだ倫理問題という性格を備えています。

それぞれの持つ課題は生命をどう考えるのか、死をどう考えるのかという点で共通してはいますが、よく見てみると実は相当に、あるいは微妙に異なることがわかります。私が関与してきた脳死問題と今回の人工栄養の問題を見ても、微妙にその違いがあることがわかります。脳死問題では人工呼吸器という新しい技術が脳死という状態を生み出したことにより、これを死と認めるのか、脳死という判定は可能なのかという点に焦点が絞られました。判定が可能であり、脳死を死として認めれば臓器の提供は可能となりますし、これを認めることができなければ、それはできないということになります。反対の方たちは新しい死として提案された脳死を死とは認めない立場であり、議論は価値観の対立と脳死という診断が100%可能かどうかという、もともと合意の成立しない条件のもとに堂々巡りを繰り返してきたように思います。

一方、人工栄養については、終末期に過剰な人工栄養を行うことによって人間の尊厳を損なっているのではないかという声が医療・介護の現場から発せられるようになり、寝たきり高齢者専用住宅といった究極の貧困ビジネスが出現するような事態に、社会全体はただ見ているだけでどうすることもできず、自縄自縛のような息苦しい状態に追い込まれ、なんとかしなければという空気が広がってきているのではないかと思います。

この問題は、より良い死とは何か、むしろ死を肯定せよという方向での議論に向かっていくように思われるのです。死生についての倫理問題が取り上げられる時に必ず問題になるのは、本人意思の問題であり、意思決定のあり方の問題です。この点について私の考えるところを述べ、問題提起とさせていただきたいと思います。

第一に、本人意思は尊重されなければならないという考えに多くの人は異論を唱えませ

んが、現実には臓器提供においても人工栄養についても、必ずしもそれが満たされている状況とは言えないようです。これは日本では本人意思の尊重という考え方が実は一般的に受け入れられてはいないことを示しているのかもしれませんが。

第二に、エンド・オブ・ライフケアに携わっている方々のほとんどは、本人の意思は尊重されるべきだという考え方に立って行動されていると思いますが、エンド・オブ・ライフケアのチームとしての考え方や思想は本当にそのような考え方で統一されているのでしょうか。あるいは、本人意思の尊重という考え方については、どのような重さにおいて対応されているのでしょうか。終末期をどうするかという事前意思を聞く最大の目的には、余分なことはしてほしくないという意思の実現を目指しているのだらうと思いますが、徹底的に延命措置をしてほしいという意思については限定はないのでしょうか。

たとえば例としては、適切ではないことを承知で申し上げますが、100歳で脳死であっても限りなく延命措置を続けてほしいという本人の事前意思については、尊重すべきか、そうではないのか。あるいは30歳の人徹底的な延命措置を望んでいたとします。その人が意識がない寝たきり状態となり、しかもそのような状態になった場合でも年1回は検診をして、もしがんがわかったら、意識がなくても寝たきりであっても、がんの治療してほしいというような意思を示していたとしたら、その意思は尊重されるべきでしょうか。そうではないのでしょうか。

何を馬鹿な、極端なことを、と思われるかもしれませんが、認知症が既に400万人を超えるような時代に入っており、1,000万人の時代が目前に迫っています。本人意思とはいったい何なのか。それにはどれほどの意味、価値があるのかという問いには、生命とは何か、人の尊厳とは何かという議論を抜きに応えることはできないと思います。このような議論を先延ばしにしたまま、本人意思の話ばかりが先行することに、大きな危惧を感じないわけにはいかないのです。

第三に、これも言いにくいことではありますが、医療が社会化されている以上、医療技術も社会的な技術です。医療が公共資源の面を持つ限り、医療技術も公共資源としての側面を持っています。しかも財や資源に限りがある以上、公共財、公共資源としての医療資源をどのように使用していくのか。それは倫理問題とといったどのように関わるのか。これも早急に答えを出さねばならない、避けられない問題ではないかと思うのです。

これまで我が国では、医療と倫理の問題は移植医療と脳死問題にしる、生殖医療技術にしる、それぞれの問題が社会問題化すると大騒ぎになり、専門職能集団を中心にして、時にはそこに行政や政治が関与し、社会的・国民的問題のように取り扱われます。ところが騒ぎが収まってみれば、それぞれの問題が個別の問題として処理されただけであって、医療と死生と倫理といった共通に考えられるべき基盤がまったく作られていないことに気付かざるを得ないのです。このように我が国ではもぐらたたきを個別に行い、生命や生命の尊厳をどう考えるのか。生命技術の進歩と倫理のあり方をどう考えるのかといった基本的・根本的問題を曖昧にしたまま先送りにしてきている状況にあると言わざるを得ませ

ん。

以上、長くなりましたが、思うところを述べさせていただき、今日の議論の中に多少なりとも参考にしていただければと願っています。

最後に、まったくの私事についてお話しさせていただくことをお許しいただきたいと思えます。私は昨夜東京に泊まっていましたが、今朝、3歳下の弟が亡くなったという知らせを受けました。すぐに帰る準備を始めましたが、弟の死と本日のこのシンポジウムの日が重なったことを考え始めたら、因縁という言葉が思い出され頭を占めて、それにとらわれてしまい、このご挨拶だけはしてこいという弟の意思のように勝手に思い込み、この場に立たせていただいている次第です。弟は喉頭がんで口からの食事がかなわず胃ろうを付けていました。本人の意思は、自分が寝たきりになり周りと思いの疎通ができなくなったから、胃ろうからの注入を含め、あらゆる人工栄養を拒否するというものであり、私どももそのようにいたしました。

このような事情で、本日は最後までのお席がかなわず、これで失礼させていただきますが、本シンポジウムが実りある議論になることを心から願っています。どうもありがとうございました。(拍手)



司会 ありがとうございました。それでは第1部の基調講演に入ります。基調講演の講師の紹介を東京大学大学院医学系研究科、大内尉義教授にお願いいたします。では大内先生、島蘭先生、ご登壇ください。

司会の
会田薫子氏

第1部：基調講演
「日本人の死生観を読む」

第1部：基調講演 「日本人の死生観を読む」



座長の
大内尉義氏

大内 それでは第1部基調講演の演者でおられます東京大学人文社会系研究科教授、島藺進先生のご紹介をいたします。

島藺先生は現在、東京大学大学院人文社会系研究科の教授で、専門が宗教学、近代日本宗教史、そして死生学です。おそらくこの死生学という言葉を作られたのも島藺先生のグループではなかろうかと思います。

本日は「日本人の死生観を読む」ということで講演をいただきます。実は、私と島藺先生は昭和42年に東京大学に入学した時の同じクラスでした。当時から東大では専門の学部を決めないで、ある程度の方向性はあるのですが、入学して2年後に最終的な学部を決めるというシステムをずっと取っております。そこで理科系の理科二類・理科三類の学生が50人ずつくらいのクラスに分かれて2年間一緒に勉強するわけですが、それでまさに同じクラスでした。

島藺先生は理科三類、医学部への進学コースに入られたのですが、文学部に進まれました。人間に対するアプローチの方向に、臓器、細胞、分子と限りなく細かいところまで研究して、それを人間個体の医療に応用しようという行き方があります。もう一つは人間であるが故の精神世界であります。島藺先生はおそらく、普通の医療、医学では飽き足らず、精神世界から人間にアプローチしようという道を選ばれたのではなかろうかと思います。ここに書かれている著書のタイトルを見ても、そういう軌跡が非常によくわかるわけです。

死生学という学問が東京大学で起こった背景には、「COE」という大型の研究プロジェクトを国が企画した時に、島藺先生が死生学のプロジェクトを作られて、これが非常に高い評価を受けたことがバックにあると思います。それ以降この死生学という言葉が全国的に広まったという経緯です。

私と島藺先生との個人的な関係を申し上げましたが、「日本人の死生観を読む」ということで、島藺先生の今までの研究を通じてのいろいろな思いをぜひご披露していただきたいと楽しみにしております。それでは島藺先生、よろしく願いいたします。



島藺進氏

島藺 大内先生、ありがとうございます。皆さん、こんにちは。大内先生とは同級生ということで、大内先生は20歳くらいの時からああいふ感じでいらっしゃるのです。つまり実に落ち着いていて、安定感に満ちているというか、体格だけではなくて。私は同級生だからそうはいかないのですが、大内先生が10歳くらい若かったらいいな、と思ってお

ります。と言うのは、私がこれからもうちょっと長寿をした場合、大内先生のような方に見ていただければ非常に安心だという、そんなことまで考えたりします。

私はまだ64歳ですので、とても長寿時代という話にふさわしくないと思っております。実は私は日本スピリチュアルケア学会の副理事長をしております、理事長が日野原重明先生で、10月4日に101歳になられたということです。9月29・30日にスピリチュアルケア学会の大会が京都でございまして、ちょうど台風だったものですから予定変更になって、急いで東京へ帰るということで、慌てて新幹線に飛び乗りました。席が空いていなかったのが勝手にグリーン席に座ってしまったら、そこがちょうど空いていて、向こうから日野原先生が来られて、一緒に座って、非常に幸いなことに京都から東京までずっとお話ができたのです。

考えてみると、日野原先生が私の今の年齢である64歳の時、私は27歳です。ですから、親子以上の差があります。私が高齢だなどとまったく思えません。ですが、本当に驚くのは、日野原先生はとにかく心配りが見事で、決して私を退屈させないと言うか、すごいです。これが大事なんだな、と。ですから、とても私より年上の方と接している気がしないと言うか、若々しい。そのくらい本当にこの世を愛していらっしゃるといふ、そういう気持ちが伝わってきます。

日野原先生はそのために大変いろいろな努力をされておられて、音楽を好まれたり、体のほうも大事にされておられて、階段は2段上がりをされるという話はよく知られています。足腰を大事にしておられる。しかし、さすがに最近は2段上がりはしなくなった。でも1段ずつ歩いていって、最後のところだけは2段上がるのだと仰ってました。そのくらい健康を気遣っておられるというのは本当に素晴らしいことだと思います。

私の話は、とても長寿を体験している人間ではないということで、これから長寿に向かっていく人間としてのお話です。『日本人の死生観を読む』（朝日新聞出版）という、こういう本を書いたので、そういう題にしてみました。これは実は明治以後の話で、今日は明治以前の話をしたと思います。

結局「無常」ということが死生観ということでは大事と言いますか、日本人にとっては深く深く染み込んでいるものではないかと思えます。それは悲しみ、ものごとが次々失われていく。最後には自分自身の全てを失うという、喪失の体験と結び付いています。それを通して、全てのものは決して確固たる実在性を持たないのだと。このように仏教では教えている。ですから、「無常」と言うと、仏教の教えです。

では、日本人はそのことを悟って、この世のはかないものを超えた。「うゐのおくやまけふこえて」と、いろは歌にございますが、「無常」なるものを超えた世界、悟りの世界へ向かっていく。それは仏道を歩むということですが、そうなっているかという、どうもそうではない。「無常」をある程度自覚しながら、この世に執着して生きていく。こういう感覚を「うき世」という言葉で表している。「無常」を知った上でこの世を愛するという感覚です。これはだらしがないと言いますか、本気で仏道を歩む気がないとも受け取

れますが、しかし、世を捨てるといっても、そう簡単に実践できないし、その向こうはものすごく奥深く難しい世界なので、どこまでもこの世の愛欲にと言いますか、いろいろなものにまみれて生きる。そういう生き方を振り返る。それに「うき世」という言葉が役立つのではないだろうかと思います。

「無常」という言葉は、このたび東日本大震災でたくさんの方が亡くなり、土地を失い、家族と別れるというふうな。ご覧いただいている下の写真は津波に洗い流されたお墓の場面、宮城県の南の海岸地帯の写真です。上は気仙沼の町並みです。このような光景を見ると、つくづくそういう「無常」ということが思われます。この向こうにまた東北のまことに美しい自然があり、そういうものと見比べても、私どもの命のはかなさがつくづく感じられることでした。

そういう印象を「無常」という言葉で語る。そして「無常」についてはたくさん日本の文学、思想の叙述がありますが、『方丈記』は災害の記述から始まっております。たくさん火事とかつむじ風とか飢饉とか、そのような話が出てきます。そしてその「無常」を悟って、つまりは一丈四方の小さな小屋に住んで、この世から身を解き放つという、そういう人生の送り方をしたのが鴨長明です。玄侑宗久さんが、福島の方で、僧侶で作家、そして学生としては中国文学を研究された方ですが、『無常という力』いうわかりやすい本を書いておられます。そこに、たとえば地震のことが出てきまして、これは、地震というのは「ない」というのですが、それが起こって「山はくづれて河をうづみ、海はかたぶきて陸地をひたせり」。これは津波でしょう。「土さけて水わきいで、巖われて谷にまるびいる」。大地が大きく変貌してしまう。「なぎさこぐ船は波にただよひ」と、これは東日本大震災と比べるとやや牧歌的ですが、船がビルの上に乗ったり、遠い田地まで船がいつまでもあるということが今回ありました。このような光景です。

そして『方丈記』にはこんなことも書いてあります。壁が倒れたのだけれども、その壁の横で子どもが小さな家を作って遊んでいた。そこで壁に潰されてしまって死んでしまった。みんな悲しく、しかしどうしようもない、取り返しようがない。こんな光景が出ておまして、まさに今私どもが経験したことをそのままそこに見るように『方丈記』には書いています。こういうことを思うにつけても、日本人は死というものを常に身近に感じながら生きてきたということが思われるわけです。

ところが、このような論評があります。日本人は「無常」というのを仏教と結びつけて深刻に、どんなものも堅固な実体性を持たないのだ、と。何事も移り変わっていくのだ、と。だからこそ、永遠のものを求めて仏道に入る。涅槃の境地を求めるというのだけれども、実は「無常」、「無常」といって、それを楽しんでいる。桜は「無常」を表す代表的なものですが、その桜を歌って、花といえば桜であり、お花見に行き、和歌といえば花ですね。そのように美の対象として見ている。「もののあはれ」というと、「無常」を楽しんでいるということでもあるかと思います。それは本当に「無常」ということを深刻に受け取っていないのではないかという批評もされます。

日本の僧侶は出家をするのだけれども、出家をした後、またこの世に戻ってきて俗っぽくなると言いますか、出家した世界がまた一大俗世界で、その中での権力が求められる。それにはとてもいたたまれないので、こっちへ出てくる。これが「聖」です。西行というのは実は「聖」です。では、「聖と」というのは、2回出家したことになるわけだから、それだけ俗から離れているかということ、実は「勸進」といって寄付を集める。そして寄付を集める時にはエンターテインメントが入っている。歌を作ることもそうですし、いろいろな芸能をやるということで、そして寄付を募る。このような「聖」の文化というのが日本に非常に多くあります。「唱導」というのは、仏教の教えを含んでいる物語などを唱える。平家物語を語る「琵琶法師」なんていうのもそうです。こういうのが日本の文化のあり方です。「無常」を重要な死生の事実として受け止めながらも、それを享受する。共に詠嘆にふける。そういうところがある。

これでは駄目だ、ということを戦後に唐木順三という批評家は言いました。もっと深刻に死を受け止める。虚無に真向かうことをすべきだと言いました。はかない、はかないといって楽しんでいようでは物足りないぞ、と。こういうのがこの『無常』という本で、これは戦争の打撃をさっと忘れて享楽の文化へ戻ってしまう。そのようなことについて唐木さんは問題にしていたわけです。「無常美感」というような。これはお花見をして、みんなでお酒を飲んで楽しんで、「無常だ、無常だ」といって騒いでいる。それに近い世界ではないだろうか。そういう話です。

そう言われてしまうと、われわれは立場がないな、と。そういう気もします。先ほども大島先生の大変心痛むお話を伺って、今日はどういうお気持ちであるのかと想像いたしました。その後にもまたこういう話をする。しかし、人間というのは、どうもそういうものだ。いつまでも悲しんでいる。悲しんでいるところから立ち直っていく。その時には楽しみ、笑う。そういう世界ですよ。そういうことを「うき世」という言葉でいうのではないか。

これは橋本峰雄『「うき世」の思想』（講談社現代新書）という本で述べられていることです。この本は実は、絶版になっております。講談社さん、もしここにおられましたら、ぜひ再刊してくださいというのがこの本です。これは素晴らしい本です。橋本峰雄先生は神戸大学の西洋哲学の先生でしたが、浄土宗の僧侶でもあられた方で、日本の文化についてこういう見方をした。「うき世」というのはもともと、「憂き世」を離れる。つまり「無常」だから、執着していると悲しみばかりなので、そこから離れて純粋なものを求めて歩む。ですから、憂鬱の「憂」の字を書いていた。しかし、そこからだんだんこの世を楽しむ、浮かれる。あるいは「この世を渡る」と言いますが、危ない、いつ無に直面するかわからない世の中を浮いて渡っていくという、そのような「うき世」という意味に変わってくる。これは中世から近世に変わるにしたがってそうなる。

いやいや、だけど、「うき世」というのにはもともとそういう言葉のニュアンスがあったのではないだろうか。たとえば、西行の歌にそういうものが出てくるわけですが、そう

いうことを言っております。これは、『閑吟集』というのが室町時代の小唄とか、さまざまに要するに庶民の遊びの世界の歌を集めたもので、芸術的なものとして作られたものではないものを編者が芸術的に寄せ集めたと言いますか、編集した、なかなか面白い本です。ここでは愛とか性、愛欲的なことが盛んに出てくる。そして、そういうものは全部夢のようだと。はかない、全ていつ滅びるかわからないものなので、執着するに足りないものだ、と。しかし「うつつ顔して何せうぞ」。死という現実をおれは知っているぞ、と。ですから、こんなつまらないことにうつつを抜かしているな、と。そう言うけれども「一期は夢よ」。全て一生というのは夢じゃないか、と。「ただ狂へ」。それをそのまま楽しむと言いますか。そういう一種の投げやりなのですが、享楽主義のようでもあるのですが、こんな感じの歌が流行っていた。これは江戸時代の遊びの文化になりますと、遊郭などに通じてくる感覚ですが、そういうことを「うき世」ということ言っております。

井原西鶴は「浮世草子」というものを作った。井原西鶴は極楽浄土に行くのではなくて、女護が島という美しい女性に囲まれる世界に死後に行くということを書いて、この世の歓楽の限りを尽くす。そういうのが「浮き世」です。しかし、そこには実は、「無常」ということを独特に受け止める、それなりの深い自覚もあるのではないか。そういうことが橋本さんの議論です。それを受けまして、私は小林一茶という人をちょっとみてみたい。

小林一茶は、ある意味では悲しみの詩人でありまして、小さな生き物への愛情を表現している。そういう意味ではヒューマンな詩人でもあります。ちょっと丁寧にみていくと、非常にシビアなものを見方をしている。そういう人でもあります。2歳でお母さんが亡くなりまして、柏原という信濃から越後へ行く境目あたりの雪の深い地域。しかし比較的土は豊かで、一茶の家もまあまあだったのですが、お母さんが亡くなり、おばあさんが彼をかわいがってくれたのだけれども、継母に男の子ができてしまった。ですから、一茶と継母はうまくいかない。そしてお父さんは覚悟をして子どもを15歳で奉公へ出す。それからしばらく、彼は田舎へ帰らないわけです。

仏教を熱心に実践した人の中には親を亡くした、特に母親を亡くした人がしばしば見られます。仏陀自身がそうなのです。一茶もそういう人生でした。もちろん彼は仏教者になったわけではない。俳人になるわけです。しかしその中に、ある意味では日本人の宗教心、うき世的な宗教心、あるいは死生観というものがよく現れているのではないだろうか。そのように思います。

ずいぶんひがんだような歌が多いのです。「しょんぼりと雀にさへもまま子哉」。雀が継子かどうか、誰も知らないと思いますが、そのように思ってしまうということです。「我と来て遊べや親のない雀」。「亡母や海見るたびに見るたびに」。

「なでしこや」。なでしこというのは、今は元気の良い日本の希望でもある。これはサッカーの話です。しかし、なでしこというのは何かさびしい花でもあります。しかし、そのなでしこを、ここでは「はゝ木々」。はは木々というのは箒のような木ということで、つ

まり灌木なのですが、そこに「まま」を付けて「まゝはゝ木々の日陰花」と。こんな言い方をしている。そういうところにも、言い方は悪いかも知れませんが、ひがみみたいなものを非常に深刻に彼は感じている人でありました。

そして、薬屋とかいろいろなところに勤めたようですが、ある時期から俳人になる。俳人というのはお金持ちがやる俳句と、俳句で身を立てる俳人は全然違う。要するにパトロンに気に入られて養われていく。そういう境地でありまして、これもまた悲哀の世界です。ですから、人間の弱さ、一種のいじめられっ子みたいな感覚がいつも出てくる。そして自分自身の罪深さというものもよく自覚している。

「春立つや四十三年人の飯」。これは当時は士農工商の時代ですから、食料を生産する人間は非常に地位が高いわけですが、農工商のその下に芸人がいるので、今は芸術家という大変立派なのですが、低い位置だという自覚があるわけです。

ふるさとへ帰っても「故郷は蠅すら人をさしにけり」。次のはこれから私どもがいつも経験することです。「老いが身の値ぶみをさゝるけさの春」。ちょっとこれもひがみっぽい句です。「花のかげ寝まじ未来が恐ろしき」。この未来というのは、死んだ後に地獄へ行くか極楽へ行くか、という話です。この一茶の花の歌というのは無常を詠嘆しているというよりも、そこに人間の弱さ、小ささ、そういうものが表現されているのです。

日暮里の駅のすぐ近くに本行寺というものがありまして、桜がきれいなのですが、そこに友だちの一瓢という仏教者がいて、「用のない人と言はれて夜寒かな」。これはお坊さんが作ったものですが、芸人もそういう世界ですが、こんな句を作っております。

一方で、彼はしたたかに生き抜いていったわけで、全国を旅行して、俳人の世界の中のし上がって行って有名になっていく。当時、俳人の番付があるのです。その中でどんどん上がっていく。しかし40歳、50歳まで結婚ができないわけです。当時江戸には男性が多くて、結婚できない人が多かった。そういう境遇です。「うつくしやせうじの穴の天川」。これは夏だからいいですが、冬のことを考えるとどうということになるだろうという感じですが。これは後で出てきます。「春雨や喰はれ残りの鴨が鳴く」。鴨がいるのだけれども、それを食われ残りと見ている。「連れて来て飯を食する女猫哉」。これはかわいいですが、たくましくもあります。こんなリアルな世界の厳しさ、その中でなりふり構わず生きていく生きものたち。そういうものに自分をなぞらえているのです。

桜はもともと日本では死を意識する歌の重要な素材ですが、一茶は「いざさらば死ゲイコせん花の陰」と。このように「死ゲイコ」ということをあからさまに言っております。また、「世の中は地獄の上の花見哉」。これはどういう意味でしょうか。花見に来ている人は楽しそうだけれども、家に帰ったらお互いに喧嘩しているのではないとか、私はそんなふうに思ったりするのです。これは現在だと、飲み屋で楽しんでいる友だち同士、実に快適で良さそうだけれども、その背後にはどんな厳しいリアリティがあるのか、とこんなことを考えてしまう。これが一茶的な世界です。

こういう一茶のあり方を実にうまく描いたのが、宗左近さんという詩人であり文学者で

す。一茶のこういう世界の中には近代人の先駆的なものが見られるということを言っています。さっきの「春雨や喰はれ残りの鴨が鳴く」。そして、「初雪や今に煮らるゝ豚遊ぶ」。こういうのを宗さんはこのように言っています。「それにしても、『喰はれ残りの鴨』にしる『今に煮らるゝ豚』にしる、むろん、それらがそのままわが身だという自覚があつてのことです。その自覚のあつた文学者は、江戸の文化文政までに、むろん数多くいたに違いありません。しかし、それを表現したのは、おそらく一茶が初めてです」

「なぜか、たぶん、その酷たらしさに耐えがたかったからです。そのため、禁忌（タブー）を破らないわけにはいかなかったのです。その時代の俳人や有識者の多くは眉をしかめたことでしょう。だが、あえて一茶は書きました。そのために作品が非芸術だと批難されようと、告発しないわけにはいかなかったのです。鴨や豚の殺人者（殺人者というのはおかしいですが一島蘭）、殺人者であると同じに、鴨や豚にほかならぬ被害者であるおのれを、そして、そのおのれの二重性を。こういう一茶に、わたしはまぎれもない近代人の誕生を見ます。芭蕉や蕪村に見ることができなかつた特性です」。

「こういうのが私にはすごくわかると言いますか。そして今の年寄りの、私もかなりそうですが、来年定年ですので、心境をなんとなく映しているような気が少しするという話です。」

彼は実は、64歳で死んでおります。今の私の年齢です。長寿時代を考えるのに、64歳は今では若すぎるのですが、当時ですから、64歳というのはかなり長寿だったでしょうね。これは若い時の話で、と言っても30歳代後半です。この江戸へ出てからたまにしか帰らないのですが、1801年、柏原に帰省しております。この時に父親が発病しております。これはたまたま帰ったら発病したと書いてあるのですが、実際はどうだったのでしょうか。これは一茶の日記があるわけですが、ただその日記が本当に事実を書いたものかフィクションか、よくわからない。そしてここで、壮絶な遺産争いが起こる。そういうことです。ですからこれは老人の看取りの日記として参考になると同時に、その背後にどういうことが起こり得るかという、そういう修羅場も見えるわけです。

異母弟の仙六、それから継母のさつは、お父さんが「土地を半分一茶にやる」と言う。一茶は15歳でいなくなって、めったに帰ってこなくて、40歳に父の死に目にほいとこえてきた。その間に、弟は財産をしっかりと守りながら所有地を広げていた。その継母と弟が、半分取られてしまうということで、とんでもないことだと言って、死にそうなお父さんの世話をしない。帰ってきた一茶は優しく父の面倒を見ている。これは『父の終焉日記』に出てくるのですが、結局、これは一茶の側が勝ちまして、50歳になって一茶は柏原に帰り、ようやく地主になるわけです。小作農に耕させて、そして近所にたくさん弟子がいて、最後の10年ほどは豊かな俳人としてのんびり暮らしたと言えないこともない。しかし、それが必ずしもものんびりではないのです。

1814年、50歳くらいで28歳の女性と結婚した。羨ましいなという感じです。今言ったのは『父の終焉日記』というものです。これは勝手に後世の人が付けた題で、『おらが春』

というのは一茶が作った名著ですが、『父の終焉日記』も高齢者の看取りの日記としてはおおいに今読まれている、価値があるものです。

死にゆく父の前で腹違いの兄弟が醜く争っている。そういう状況を描いております。「皆、貪欲・邪知・諂曲に眼くらみて、かゝる息巻はおこりけり」。息巻いて怒っている。怒鳴っている。怒鳴り合っているという状況です。一茶は良い人なのだけれども、継母と異母弟が息巻いている。こういう感じに書いてあります。しかし、これはそういうわけではないです。「五濁悪世の人界」、あさましき事だと。そのように書いてあります。「かく浅いましくいどみあふとは、いはゆる過去敵どし」。つまり、前世でお互いは敵だったのではないか。たまたま今は兄弟になっているけれども、あるいは親子になっているけれども、と。そんなことも書いてあります。ここは、あたかも一茶は立派なのだけれども、弟たちが悪いみたいな話になっています。

しかし、実はこの『父の終焉日記』には後に読書ノートみたいなものが付いていて、これは『宝物集』という仏教説話集から引用文がたくさん書いてあるのです。一茶は浄土真宗の熱心な門徒だったと言われていますが、いろいろな当時の読みやすい仏教説話みたいなものを読んで、そこからノートを取っている。そこにこういう話が出てくる。この『宝物集』というのは、鹿ヶ谷事件で鬼界ヶ島に流された平康頼という人が作ったものです。

たとえば、こういう話があります。兄弟二人、親の病気を伝えてきたので、帰ろうと思って別々に出発した。日が暮れたので、先に出た一人が道端の穴に入って休んでいた。そうしたら、後から来たもう一人の兄弟はそこへ落っこちた。それでお互いに鬼同士だと思って争い合った。このようなことが書いてあるのです。そして朝、気が付いてみると、実は「互ひに掴みあひけるに、夜明て見れば兄弟也。生死の闇に迷ひぬれば、皆無明の鬼なるべし。万法空也と観ずれば、罪もなし、功德もなし。地獄もなく、極楽もなし」。そのように我々はお互いに醜く争い合っているけれども、本来はそういうものではない。空とう真理にのっとって見れば、お互いに支え合う生き物同士ではないか、ということが書いてあるわけです。

これは親の看取りの話ですが、そういう経過を経まして、彼は故郷へ帰って、いよいよ50歳以後、平穏な豊かな老後を送ることになりました。が、実はそこで次々に子どもが生まれ、死んでいきます。何人も何人も子どもが死んでいく。彼は本当に悲しみにとりつかれたような人だと思います。とりわけ長女さどです。この子の死を描いたのが『おらが春』です。そして、その間に、彼は中風になるのです。中風になっても子どもが次々生まれるという、そういうことです。でもその赤子たちはみんな死んで、奥さんも2人くらい代わって、最後に彼は誰も子どもがいないうちに死んでいます。しかし、彼が死んでから子どもが生まれた。ですから今、柏原に行くと、一茶は最後、自分の家にいなかったのですが、土蔵の中で死んだのですが、その横に土産物屋があって、そこに一茶の子孫の方がおられます。7代目の子孫だと言っておられました。しかし、一茶は自分の子どもの顔を見ないで死んだということです。

これは『おらが春』の誠に切々たる、数え2歳、1歳そこそこの娘が死んだ時の話です。「名をさとと呼ぶ。名月のきらきらしく清く見ゆれば、迹（あと）なき俳優（わざをぎ）を見るやうに、なかなか心の皺を伸しぬ。又人の来たりてわんわんはどこにといへば、犬に指し、かあかあはと問へば、鳥にゆびさすさま、口もとより爪先まで愛嬌こぼれてあひらしく、いわば春の初草に胡蝶の戯るるよりもやさしくなん」。誠に私も2歳、3歳、4歳の孫がいるものですから、こういう境地がわかります。これは孫じゃない、自分の子どもがそんなにかわいくてかわいくてしょうがないということを描いております。「這へ笑へ二つになるぞ今朝からは」。これはお正月です。満で言えば、まだ1歳になる前の話です。しかし「楽しみ極まりて愁い起るは、うき世のならひなれど、いまだたのしびも半ばならざる千代の小松の、二葉ばかりの笑ひ盛りなる緑り子を、寝耳に水のおし来るごとき、あらあらしき痘の神に見込まれて」。疱瘡になります。天然痘です。これで彼は死んでしまう。子どもはまことにあっけなく亡くなってしまいます。神様を送るといふ、疱瘡神といって病気の元となった神を送り出して、それで治癒することを願うわけです。しかし「益々弱りて、きのふよりはけふは頼みすくなく、終に6月21日の朝顔の花と共に、この世をしぼみぬ。母は死顔にすがりて、よゝよゝと泣くもむべなるかな。この期に及んでは、行く水のふたたび帰らず、散る花のこずえにもどらぬ悔いごとなどと、あきらめ顔しても、思ひ切りがたきは恩愛のきづななりけり」。ここに「恩愛」という言葉が出ておりますが、最後まで恩愛が大切ですね。

そして、「露の世は露の世ながらさりながら」。これは一茶のもっとも有名な句であり、これは無常観の句であると同時にうき世観の句でもありましょう。露の世というのはまさに「無常」である、はかないものであるから、そのことを悟りなさい、と言われていたわけです。「そう、それはよくわかった。だけどね」というのが「さりながら」ということです。最近フランス人の作家が『さりながら』という小説を書いていて、この方は実は自分の娘さんが3歳で亡くなったのです。日本語がよくできて一茶のファンなのです。ですから、そういうことを書いております。この経験を小説にしているものもあります。

「三十五日にお墓」というのは四十九日より早いのでよくわからないのですが、お墓に埋めたのかどうか。「秋風やむしりたがりし赤い花」「露の玉つまんでみたる童哉」。「愛子をうしなひて」これは雷山という他の俳人の句をここに引用しております。「春の夢気の違はぬがうらめしい」。自分はこれが夢であってくれたらと、あるいは気が違ってくれたらと、そのくらい失った子どものことが思われてならない。「似た顔もあらば出て見ん一踊」というのは、声が聞こえると自分の子どもかと思ってしまう。こういうことが人生なのだという。愛に溢れているのですが、その愛が行き場がなくなってしまう。それでも愛は忘れられないという、そういう境地かと思えます。

『おらが春』の結びはこのようになっております。「問ていはく」これは浄土真宗の蓮如という人が書いた『御文』という信徒向けの手紙があります。これを一茶はパロディにしているわけです。「問ていはく、いか様に心得たらんには、御流儀に叶ひ侍りなん」。これ

は普通、本願寺の御流儀を聞くという話なのですが、「答ていはく、別に小むづかしき子細は不存候、たゞ自力他力何のかのいふ芥もくたを、さらりとちくらが沖へ流して、さて後生の一大事」。「後生の一大事」というのは、ひたすら阿弥陀仏にすがって、西方極楽浄土に往生しましょうと。『方丈記』にはそのように書いてあります。こんなにこの世のはかなさを知ったら、もうひたすら極楽に行くことを思って世を離れる。こういう老境を鴨長明は目指したわけです。一茶の場合は「さて後生の一大事は、其身を如来の御前に投出して、地獄なりとも、極楽なりとも、あなたさまの御はからひ次第あそばされくださりませと、御頼み申すばかりなり」「是即、当流の安心とは申なり、穴かしこ」「ともかくもあなた任せのとしの暮」。年の暮れというのは、会計をしっかりとしなくてはいけないので、借りたものは全部返し、貸してあるものはちゃんと請求して、つまりこの世の始末をしっかりとするということでありましょう。しかし、それを「あなた任せ」、これは取引の相手任せということではなくて、阿弥陀仏でしょうか。仏様に任せる。ですから。彼の胸中はまさにうき世的で、あの世に行きたいというのではなくて、この世に執着しながら、しかしそこに何か「あなた任せ」と言えるような気持ちがある。それは、この句にもよく表現されています。「何もないが心安さよ涼しさよ」。年を取っていくと、こういう境地になるのかなという感じです。これは最後に彼が亡くなった土蔵でありまして、今も残っております。

これは最後のスライドです。「蝶とぶや此世に望みないやうに」。ちょうちょというのは、向こうの世界とこちらの世界をつなぐものだという話もあります。と同時に、ちょうちょというのはひらひらと美しく飛んでいるのだけれども、何かナヨナヨとか、ヘラヘラというか、はかない命を表すというふうにも受け取れるかもしれません。

「日が長い長いとむだな此世哉」。こういうことは、私が若い学生時代に時間をもてあまして、一日中パチンコをしたりしながらこういうことを感じた覚えがあります。年を取ると、こういうことなのかというふうには、年を取っているのですけれども。年を取っているのですが、今のところ忙しくしている。だんだんこういうふうになってくるのかな、と思う。

「永き日に身もだへするぞもつたいな」。だけど、こういうふうになりたいし、こういうものではないだろうか、と。そういう誰の役にも立たない、どうでもよい時間を一人静かに過ごしているわけですが、その時にこそもつたいないというふうには言える。「永き日や嬉涙にほろほろと」。こういうのは彼の悲しみということを思うと、まことに納得できるものではないかしら、とそのように思ったりします。

そこには、こんなに執着の強かった、一茶は大変セックスが強くて、あんなに子どもを作った。そういう記録もある人で、執着に執着を重ねた人。財産争いに勝ち、なんとかこの世で成功した。そういう人です。しかし、その向こう側にこういう悟りの境地もある。「何もないが心安さよ涼しさよ」「涼風はあなた任せぞ墓の松」「是がまあつひの栖か雪五尺」。これはよく知られた句です。

このような境地になって、大内先生に看取られて死んだらいいな、と思うのですが、残念ながら大内先生はあまり若くないので、もっと良い先生を見つけたいと思っています。そういうことで、私の話はこれで終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

司会 大内先生、それでは基調講演についての締めのお言葉をお願いいたします。

大内 「日本人の死生観を読む」ということで、特に日本の文学、特に小林一茶の生涯を紹介する中で、日本人の死生観を独自の解釈を加えながら述べられたと思います。いかがだったでしょうか。このように日本人、日本文化の中には死と生という問題が昔から脈々と受け継がれてきたということだろうと思います。したがって、たとえば、高齢者の終末期医療をどうするかとか、いろいろなことがあります。単に今の現代の医療技術がどうということではなく、日本のこういった文化の流れを入れて考えなければいけないということではなかろうかと思えます。

それでは、これで島菌先生の基調講演を終わりにいたします。島菌先生、どうもありがとうございました。(拍手)

対談：「死生観と人工栄養をめぐる」

司会 続いてのプログラムです。ただ今の基調講演に続きまして対談をさせていただきます。対談者は、ただ今基調講演をいただきました島藺教授、そして東京大学人文社会系研究科上廣講座特任教授の清水哲郎先生です。では、よろしくお願いします。



清水哲郎氏

清水 お疲れ様でした。今の、いかにも島藺先生らしい、特に一茶の生涯と、この世をうき世と見ながらも、その中で生きて、そして死を見つめて、あるいは子どもにも死なれ、そういうところでの心境と言いますか、そういうことについて、死生観も含め丁寧に先生のお考え、解釈を見せていただきました。一茶のことは小学校の時にも俳句でよく出てきましたし、ある程度知っています。一茶のよく知られている俳句は知っていましたが、その背景にある生涯について伺ったわけです。私の役目は、それを今日のシンポジウムにつなげるという、あまり島藺先生にはお好みではないようなことを……。

島藺 いやいや、清水さんがつなげてくれると思って、安心してこういう話をしました。

清水 たとえば、きっかけとして、今日は「長寿時代の死生学」がシンポジウムの全体のタイトルになっております。今日のお話の中でも一茶に即してでしたら、老いの時期をどう生きるかとか、あるいは長く生きるということ、あるいは命というものをそもそもどう考えるかとか、そういったことについて、私たちは一茶とつながっているなということはわかったのです。ただ、一茶は昔の人ですよね。ですから、現在生きている私たちに向けて、たとえば、一茶だけでなくいいのです。最初のほうでおっしゃったように「日本人の死生観を読む」ということで、他の近代の人たちのことも扱っていらっしゃると思いますので、そういうことを通して、島藺さんから「長寿時代の死生学」というテーマについて何か発言するとしたら？

島藺 最初に日野原先生のお話をしまして、それから小林一茶の話をしたので、日野原先生と小林一茶を並べて扱うと、小林一茶は愛欲にまみれているみたいな話をしたので、日野原先生が怒る。申し訳ない感じがしますが。しかし日野原先生はその気配りというか、この世に対する愛情です。つまり、今ここで起こっていることにいつまでも関心を失わないで。だんだん自分が現実から遠くなっていってしまうのではないか。自分の親しい人たちはみんな後ろへ、向こう側へ行ってしまったと思うと、それは自然な心境だと思います。自分もだんだん、清水さんの言葉で言うと、死者の列に入るみたいな、そういうことは当然ある。そのようにして穏やかに死んでいく。と同時に、この世に常に執着するくらい頑張っていくというのかな。そういう側面も長寿の中にあっている。たぶん医療関係者の方が出会う方は弱っている長寿の方なので、そういう心境はないかもしれないけれど

も、そういうことを少し許容するというか、一つのむしろポジティブなこととして、いつまでも死を受け入れないで、この世に執着していけるという、そういうこともあっていいのかな、と思うわけです。

清水 日野原先生は特別ですねえ。日野原先生は死にそうにないという感じがしてしまいます。それから、私たちに見せている側面だけかもしれませんが、無常観というよりは、やはりこの世に対して相当肯定的な面が感じられます。一茶の今日のお話と比べた場合には、もう少しこの世に対する肯定的な、あるいはよりポジティブな感じがするのです。一茶は今日のお話の限りですと、ちょっと暗いというか。もちろんそういう生き方もあるのでしょうけれども。たとえば、島藺さん自身は一茶的なのですか。そうは見えない。たとえば、ケアをする方たちが、ご自分の利用者さん、あるいは患者さん、あるいはそのご家族と接しながら、その利用者とかご家族が一茶的な雰囲気だったら、もうちょっと明るく何とかできないものだろうかと思うのではないかと、思うのです。どうですか。

島藺 でも、自殺者3万人、引きこもりやフリーターみたいな人がたくさんいて、若者はいつ定職を得られるかわからないという世の中であり、患者さんたちと付き合っても、その裏にどんな大変なことがあるのかということは、皆さんいつも考えておられると思うのです。私個人はどっちかといったら幸せな人生を送ってきたかもしれません。しかし、やはり悲しいことはたくさんあって、だからこそこの世の平凡なこともありがたく思えるという、そういうことが宗教に関心を持っている一つの理由です。そのような観点から介護とか医療のあり方を考える。そういうこともあっていいんじゃないか、ということです。

日本の医療の場面の中には宗教がない、あるいは薄いわけですが、その代わりに、こういう伝統文化的なものの中に宗教的なものがいろいろと入っている。そういうことが看取り、あるいはケアの場面にもいろいろと使える材料になっているのではないかと、とも思います。

清水 少し前のご発言の中で、生に執着するようなあり方も一つの道というか、よいのではないかとおっしゃったと思います。一茶自身の発言の中から、死ぬ時は死ぬんだというような淡々とした生とは別に、もっと生に執着するような発言も見出されるのですか。

島藺 人生そのものがそうなのですが、つまり、人を恨んだり、そういうことも表現しているし、人間くさいですね。川柳みたいだという人もいるのですけれども。

清水 むしろ、それは生に執着するというよりは、生きている以上、もっとこうありたいとか、どうせ生きているのだから、その限りはもう少しよくありたいとか。それと、現実にはそうではないということとの狭間での何か執着というふうに、伺っていて聞き取れるのですが、どうでしょうか。

島藺 病床で、たとえば、宗教的なチャプレンというような人がいるとすると、お祈りをする。お祈りをする中で、この世を超えた向こう側との接触感を持てるということがあると思います。

それから、たとえば、俳句ということ言えば、芭蕉の世界というのは、芭蕉は『おく

のほそ道』を書きました。『おくのほそ道』というだけで死の世界へ近付いていくという感覚があります。そしてその中で、大自然の中に一種崇高なものが見えると言う。わずかな17文字の中にそういう、この世を超える境地みたいなものが出てくるということです。そこで言うと、一茶が描いている世界は誠に卑近な、毎日の日常の。病気になるとたぶん、自分の痛いところとか、小さな世話をどういうふうにしてもらうとか、そういうことだけで頭がいっぱいになると思うのです。それに近いところで右往左往しながら、しかし、それをちょっとずらして、ふっと笑えるユーモアの感覚とかを持てるとよい。ですから川柳に近いということはそういうことでもありますが、卑近なことを通して、しかし何か心のゆとりを見出す。そういうのがうき世ということと連想されることではないかと思うのです。

清水 なぜ芭蕉ではなくて一茶を今日題材になさったかということがよくわかった感じがいたします。

時間の問題がありますので、第2のポイントです。この対談自身のテーマは「死生観と人工栄養をめぐる」で、先ほどは「長寿時代の死生学」という大きなテーマで、それを話題にしましたのでまだよかったです。今度は人工栄養というより具体的な、しかしこのシンポジウムとしては欠かせない話題についてのディスカッションと言いますか、やり取りをしたいのです。お配りしましたパンフレットにも後ろの方に、老年医学会がこの冬に出しました「立場表明2012」と、その後ガイドライン、食べられなくなった時に人工的な水分栄養補給をどうするかというガイドラインが35ページから出ております。そして、この場所、安田講堂でシンポジウムを、昨年も皆さんのようなメンバーの方たちに来ていただいてやりました。その時に島蘭さんにも出ていただきました。このガイドラインをちょうど去年12月は案を作っているところで、今年になってその案は3月に出来上がりましたが、6月に老年医学会のほうではほぼ原案どおり、少し付け加えをなさったところはありますが、原案どおり認めていただきました。

この人工的な水分栄養補給についてのガイドラインの案作りの時には島蘭さんにも、それからこの後のシンポジウムで登場なさる方たちのある方たちも入っていただきました。単に医師とか看護師とか、その他の医療関係者ではなくて、私どものような、それこそ宗教学の先生あるいは私のような哲学から死生学という範囲をやっている者がガイドライン作りに入りました。

その意味は、食べられなくなった時に人工的な栄養補給をするかどうかということについて、医学的に見通しが立ったとしても、やれば延命になると言いますか、生命維持がしばらくはできるのか、QOLはこのくらいのところになるのではないとか、専門家の方でもどうなるか分からない場合もあるかもしれませんが、わかったとして、ではこういう状態で生きることはよいことなのかどうかとか、どういうふうにそこで判断しようということになりますと、単に長生きできる、あるいは生き延びられるのだから、生命維持ができるのだからやろうというふうにはならない。本当のところ、我々はどのような価値基準に

基づいてやるとか、やらないとかを考えたらいいのだろう。そこで日本人の死生観はどういうものだろうということも考えなければならない。あるいは倫理的なことも考えなければならないというので、私どもが入ったわけです。

そこで人工的な栄養補給が今日のこの対談のテーマになっておりますが、今のようなお話の延長線上で何かおっしゃることがあるとしたら、何かコメントを、まず率直に。

島蘭 私の母が3年少し前に亡くなったのですが、だんだん食べられなくなってきて、最初から胃ろうとか、そういうことはまったく考えないのですが、「IVH（中心静脈栄養）をどうしますか」と聞かれた時に、私は実は心の準備がなくて、結局しないことにしたのですが、後でそれは少し悔やまれたようなところも。悔やまれた、と言うのかな。つまり、それからだんだん母が反応がなくなってくるのがとても残念で。やはり、反応してほしい。それで口の中でお祈りのようなことを唱えていたので、もうそれで安らかに、と。それでよかったのだ、ともちろん思うのですが、しかし、要するに執着かもしれないのですが、やはり人がこっちに関心を持ってきている、お互いにやり取りするということをお願いできないというか。それは多くの方がお持ちだと思います。

延命治療はやらないほうがよいというのは、わかっているけど気持ちで納得できない。そういうことがあるのではないかと、思います。ですから、これは亡くなっていく方と周りの方のお互いのあらゆる思いを込めた中で自ずから決まってくるような、それを周りの方はなんとか支援する。こういう形が望ましいのではないかと、思います。死に向かっていくほうはだんだん死にいくのが当然で、この世へ帰って来たいといいますが、そういう気持ちを、そう簡単には思い切れないのではないかと。今日の話には、ちょっとそういうニュアンスもあります。

清水 ありがとうございます。今おっしゃった、周りの方たちとご本人と、そのやり取りと言いますか、その関係もどうするかということに関わってくるので、その諸々の中で考えていくというのは、まさにこのガイドラインが提示することです。何か我田引水ですみません。ガイドラインの第1章と言いますか、「意思決定プロセス」というところで、こうしたらよいのではないかと打ち出していることです。単にご本人が決めるのか、ご本人がどう希望していたかということだけで右だ左だと決めるのではなくて、ご家族とご本人の関係、あるいはご本人のこれまでの生き方からすると、今の段階でどうすることが一番この方の人生を全うするという目的にかなったことかということを考えて、医療者、介護者の方も含めて、みんなで考えていきましょうということなのです。それだったらいいでしょう？

島蘭 私の母の場合、父の13回忌が終わってすぐなのです。ですから、それまで頑張っていたということがあると思います。それから両親は、父は12年前に死んでいる。その時に二人で書いた、リビング・ウィルと、ああいうものはどういう名前なのか、尊厳死協会が出しているようなものとはまったく関係なく、二人で突然私たちに見せました。自分たちは将来、余計な治療はしないようにという、そういうものを便箋に書いていました。

それはすごくわれわれの助けになったので。ですから、リビング・ウィルはやはりあると。つまり若い人はそこまで考えていないので、若い人を助けるためにそういうものを書く。それはすごく助けになるけれども、しかし、それで全て方針が決まったというものでもないだろうなという、そういうことですね。

清水 わかります。やはりそういうものがある、とおっしゃったように、助かるけれども、やはりそれを「うちの父、母はそういうふうと考えていたんだ」と思いながら、子どもたちも一緒に、今の母にとってどうしたらよいだろうというふうと考えてきたということですよ。

その決定するプロセスと言いますか、選択するプロセスは、このガイドラインの第1部なのですが、第2部のほうは、命についてどう考えるかということがあって、これはまさに死生観ということにもろに関係すると思うのです。それでちょっとご意見を伺いたいと思います。

この第2章では、「生命」と「人生」を区別しております。両方とも英語で言ってしまえば「ライフ」でしょうけれども、「生命」と「人生」を分けていて、医学的に、栄養補給を続ければ生命が維持できるという理由で生命を維持するのではなくて、では生命を維持することによって、この人の人生はどのようにこれから展開するだろう、どういう日々をこの後送れるだろう、と考えます。そこを考えながら、その方がどういう人生を生きてきて、その中でどのように生きたいとおっしゃっていたか、という、もちろん具体的にそういう時にはやらないでくれとかとおっしゃっているということもあるかも知れませんが、おっしゃってなくても、この方はこういうふう生きてきた人なのだという、その人らしい生き方を考えます。つまりその「人生」のほうですね。「人生」がどうあるのがよいか。それで、その「人生」のために「生命」、医療的に介入できる「生命」についてどうしたらよいかと考えましょと、そのような趣旨になっているわけです。

私どもは必ずしも今、これが全ての日本人の共通の考えとは思っておりませんが、たとえば、がんの世界では、ただ命が延びるから延命するというのではなくて、その人の最後の日々を大事にするという、これはこの後のシンポジウムの話題になるかと思いますが、そういう考え方が相当市民権を得たと言うか、徹底してきていると思います。高齢者ということになりますとどうしても、ここで胃ろうにして栄養補給すれば、まだしばらくの間は生きられるのに、でもその方の人生を考えて、そうはしないこともあるという、何か変なのではないかと思われる方もいるかも知れませんが、昔、たとえば、一茶の時代には栄養補給なんてなかったわけで、しようと思ってもできなかったわけですから、一茶をモデルにするわけにはいかないかも知れませんが、これまでの日本人の命についての考え方ということからして、以上のような考え方について何かおっしゃることとか、注文とか、おありになりますか。

島蘭 さっきの『父の終焉日記』の中には、父親が食べたいと思う果物を遠くまで探しに行って買って来るみたいな話がありますよね。それは延命治療ではないのですが、それに

よって少しでも元気が出るようにという。そういう気持ちはみんな持つと思います。要するに、こちらはいつまでも生きてほしいという思いがどこかには残っていることが一つです。それから高齢者の場合には、命を譲り渡していくというか、私がリビング・ウィルをもらったということも、後で考えると、自分たちの知恵を子どもたちに伝えるということの一部かもしれないですね。ですから、この命を譲っていく。そして次の命に希望を託しながら死んでいくというか、そういうことがかつてあった。つまり全て大事なことは伝えて、安心して満足して死んでいくという、そういうことが一番良さそうな感じがしますよね。そういうことが今でも可能だし、ある程度、そういうプロセスに当たるようなやり取りができるような送り方が、もしできればいいな、と。理想論ですが。

清水 私は今おっしゃったことに大変共感します。今おっしゃったことは、その方の人生の物語り、そして次世代の人生の物語りがつながって、一緒の、そこでの物語りのレベルでのやり取りと言いますか、伝承と言いますか、そういうことだろうと思います。そして、最後に自分の命、これまで生きてきたということ、次の世代がさらに受け継いで生きていってくれるだろう、と。それがまさに看取りの時と言うか、あるいはお世話を家族がしているという、そのようなことを通して、そういう受け継ぎがなされていったらいいな、というお話に受け取りました。

そうすると、まさにそういう観点で、ある方の場合には、たとえば栄養補給をしていくと、私たちと一緒に楽しいこともあるし、一緒に喜んだり泣いたり、あるいは場合によっては喧嘩をしたりしながら、しばらくの時間が過ごせるな、となると思います。それだったら、栄養補給でも水分補給でもやればいいじゃないか、というようなメッセージにも取れます。そういう観点で、この方は受け継ぎ終わって、その先のプロセスに入っておられるのではないかということもあるのではないかと思います。

いつまでも生きていてほしいという願いについて、今、一茶が果物を遠くまで買い求めてきて親にお世話をするという場面を引用していただきましたが、たとえば、よく最近は言われることですが、水分補給を点滴でやる代わりに、場合によっては味を付けたような氷を作って、それをご家族が口に、小さいかけらでいいから含ませる。そういうことを通してご家族は、それこそ昔でいったら死に水を取ったということになりますかね。水分補給のお手伝いをして、そしてそれを親が口の中で嬉しそうに、あるいは美味しそうに食べている。それこそ本当の肌と肌の触れ合うケアなのではないかという考え方もあります。そんなことで、よろしいですか。それはちょっと違う？

島藺 さっきの果物だったか、テキストがどうなっていたか、だんだんと認知症的モードが出てきておりますが、うちの祖父が死ぬ時に母は盛んにメロンを持って行ったりして、水分補給の代わりにメロンの汁、これは高価で、だから特別の時にしか食べられないものを奮発してあげていました。そういうことは本当に今でもやれることです。それから今、親子の話がどうしても私の経験からして出てきてしまうのですが、介護施設などで働いている方たちを後続の世代として高齢者の方たちが思いを託すような、そこに希望をつなげ

ていけるような関わりのあり方が少しでも、難しいでしょうけれども、あるといいな、と思います。

清水 私も、自分の妻の母ですが、最期の頃の看取りは手伝ったのですが、やはり食べられなくなって。食べなくなって、というべきかな。だんだん細くなっていくのを見るのは辛いところがありました。そういうところで、前にも申しましたが、看護師さんが、「こうやって自分の体の中のものを使って、最後の火を灯していく。これがご本人にとって一番楽なのですよ」、と言ってくれました。

それから、小さい施設と家とを行ったり来たりしておりましたが、施設の方もそうやって母がだんだん弱っていくのを見ながら、そしてお世話をしてくれました。そこを通して、人というのはこういうものなのだというのを母から学んでくれたような感じがするのです。そしてそれは、介護者としては看取るといえることはこういうものなのだというものを、一つひとつそういうことを通して身に着けてだんだんベテランになっていくのだらうと思いました。それと同時に、母に対して、自分は肉親ではありませんが、親近感、親しさを持ってきて、子どものように付き合ってくれ、そして受け渡してくれたものがあるのではないかと思った次第です。ですから、今おっしゃったことはよくわかります。いかがでしょうか。

島蘭 これで終わるのかな、と思って。

清水 あと、第2部につなぐ話もあるかな、と思ったのですが、だいたい今の話で出てきたかな。あと少しだけ時間があります。会場のほうから、島蘭さんのご講演も含めて、ここで何か質問とかコメントとか、ありましたら、本当に少ない時間ですが、1人1分です。いかがでしょうか。では、あそこで手が挙がっていますね。もう1人こちらのほうで、後で……。

質疑応答

フロアからの質問 すみません、貴重な時間を。私は施設をやっていますが、亡くなる人の家族を玄関で迎えることが多いです。家族の方は、玄関から入ってきた時の顔と、お父さんが亡くなった時の顔とまったく違うお顔をします。時間がないので説明しませんが、まったく違う顔をします。その時私が感じるのは、親父さんは息子に何かを伝えたな、と思いました。何かを伝えたのだから、あの顔が変わったのだと思います。

それからもう一つ。先生がおっしゃるように、我々は介護をしまして、介護している人からいろいろと学ばせていただいています。それは間違いないのです。それを学んでいると感じるか、やらされていると感じるかは本人次第なのですが、たいいていの方は学んでいると、ありがとうございますと言って送らせていただいています。先生のおっしゃるとおりなので、ありがとうございました。

清水 どうもありがとうございます。こちらこそ、コメントとして適切におっしゃっていただいて、ありがとうございました。もう1人、手が挙がっていましたね。では1分以内でお願いします。

フロアからの質問 島蘭先生、貴重なお話をありがとうございました。私は一茶の話で無常を絡めて、一種、一茶の達観の境地ですか、若干なりゆきに任せる、運に任せる、任せるといえるのですか、そういう習性があるというのを拝聴したのですが、やはり一茶の場合は「無常」というものははかない。自分の意思ではどうしようもないものの運命を正面から受け止めて、そしてそれをある程度の余裕をもって、距離をもって眺めながら生きていくと言いますか、何かそういう一茶の強さというのですか、強靱な、と言いますか、しなやかなのだけれども、どこかで確かに強靱だと言うのですか、そういう一茶の強さ。それから無常を正面から見据えている性根。正面から見据えている強さを感じますが、いかがですか。

島蘭 先ほどの方のお話で、子どもですかね、息子さんですか、来られて、男の方が表情が変わった、と。それは何か伝えたいとおっしゃいましたよね。順天堂にいらっしゃる奥野先生という方が、私の母が亡くなる時にいろいろとご相談したのです。奥野先生は最後に子どもなり、近しい者が最後の時に後ろ手で抱きかかえる、抱きとめるという、そういう送り方を勧められて、私にも勧めてくださいました。それは私にはできませんでした。そのことは、死ぬ時にも大いなる信頼感と言いますか、そういうものがあることで安らかに亡くなっていくということがあり得るのだというふうに、私は今も思っています。そういうふうに自分になるかどうかわからないけれども。

「あなた任せのとしの暮」という、任せるといことの中には、自分の中にある信頼感の、その信頼感というのはいろいろなものからもらったのでしょうか。どこから来るかわか

らないものかも知れませんが、そういうものを呼び覚ましている。そういう句としても読めると思うのです。それは仏様と言ってもいいかも知れませんが。これは私が宗教学者なので、宗教というのは、そういう私たちの中にある信頼感というものを呼び覚ます。一茶の場合は、仏教がそういうものだったのではないかと思います。そういうものを育てていけるとありがたいな、と。それは絆ということからも生じてくるし、文芸のようなものから、あるいは音楽のようなものからも得られるようなものではないかと思っています。

清水 ちょっとだけ今おっしゃったことに対して付記させていただけると、確かに先生がおっしゃったように、ご臨終の場で後ろから抱きかかえてという、その最期の別れと言うか、つながりと言うか、それはできたらいいな、とは思っています。しかし、これがいいぞというのが一人歩きすると、死に目に会わないと気が済まないという日本人の感じを刺激すると言うか、助長しそうです。私は長い目で見て看取っていれば、その瞬間に居合わせなくてもいいのではないかという、その線を、日本人のわれわれの感じの中に植えつけなくてはいけないのではないか、と思っているわけです。そうでないと、それこそ先生に向かって「死に目に会えるように、それまでなんとか持たせてください」などと、無理な延命をお願いしたり、あるいは後になって、今日は大丈夫そうだといいので帰ったら、その後亡くなってしまったというので、病院に対して「どうしてくれるんだ」ということがあったりすると思うのです。

ですから、おっしゃることは、そういうようなシチュエーションだったら、それは素晴らしいけれども、そうでなければならぬわけではなくて、それまでに至る間ずっと看取ってきていれば、その瞬間に居合わせなくたっていいじゃないかという気持ちも持たないと、植えつけないといけないのではないかという感じがあったので、ちょっとだけ。

島蘭 それはまったく賛成です。奥野先生はその最期の時のことに限ってそういうことをおっしゃいましたが、そういう、何か「あなた任せのとしの暮」「心安さよ涼しさよ」というような、そういう気持ちはいろいろなところでお互い同士交換できる。そういうものではないか。別に死に目の時、最期の時ということではないのではないかと。

清水 ありがとうございます。もう時間も過ぎてしまいましたので、この辺にしたいと思います。どうもありがとうございます。それから皆さん、ありがとうございます。(拍手)

司会 島蘭先生、清水先生、ありがとうございます。ここで17～18分間の休憩に入らせていただきます。第2部の再開は午後3時とさせていただければ、と思います。このお時間で、先ほどお渡ししましたアンケートを、もしご記入いただけたところがありましたら、書き進めていただければ、と思います。では、休憩に入ります。

第2部：シンポジウム

「最期まで自分らしく生きるために：

終末期および看取りの医療と

ケアの実際」

第2部：シンポジウム

「最期まで自分らしく生きるために： 終末期および看取りの医療とケアの実際」

① 「緩和ケアからエンド・オブ・ライフケアへ ～ END-of-Life Care Team の誕生の意味」

国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医師 西川満則

司会（会田） では第2部を始めます。第2部では、「最期まで自分らしく生きるために：終末期および看取りの医療とケアの実際」と題しましてシンポジウムを行ってまいります。

ここからの進行は、第2部の座長を務めていただきます東京大学名誉教授甲斐一郎先生と、国立長寿医療研究所センター在宅連携医療部長三浦久幸先生にお願いいたします。



座長の
甲斐一郎氏

座長（甲斐） 東京大学の甲斐でございます。本日はたくさんお集まりいただきまして誠にありがとうございました。このシンポジウムでは4人の先生方からお話いただき、その後、指定発言ということで2人の先生方からお話いただきます。全体で2時間ぐらいを予定しております。

指定発言のときに、たぶん飯島先生からお話があるかと思いますが、このシンポジウムは毎年少しずつテーマを変えてやっております。昨年末までは厚労省の研究費を頂いて、どちらかというとも末期の認知症患者さんの、しかも AHN（人工的水分・栄養補給法）の問題を中心に問題を考えてまいりました。しかし、今回はもう少し広げて、エンド・オブ・ライフケアとか、アドバンス・ケア・プランニングとか、問題を限定しないで、優れた臨床実践をやっておられる先生方からお話を伺う。そういう趣旨で行うというふうに理解しております。そういうことで、よろしくお願いいたします。



座長の
三浦久幸氏

座長（三浦） 国立長寿医療研究センターの三浦と申します。今日は1,000人近い方にご出席いただいているということで、本当にありがとうございます。私どものセンターの総長が最初に挨拶をされました。実は11時半に、あらかじめ講師が集まった席で私も総長の隣の席にいたのですが、お恥ずかしいことに、総長のお身内が亡くなられたとの連絡

を受けた直後とは全く気付かずにおりまして、そういう総長の心の動きというか、機微というか、全く気付かなかった自分というのは、医者としても部下としても失格かなと思っているところなんです。

今日は、一人称の死、「最期まで自分らしく生きるために」をいかに医療者として支えていくかというところをございます。総長は、今日はあまり直截な言い回しはしませんでしたが、いつも私と会うたびに、「事前指示とか、事前指定とか、リビングウィルとか言っているけれども、言い訳になっていないか。大丈夫か」と言われます。今日、総長が3番目に言われました、「どのような重さで本人の残した意思を考えているか」というところはいつも言われています。どういうことかと言うと、非常に切羽詰まったと言うか、思いを込めた形でいろいろ書類に残したものを提示するとして、医療者としてその人が書いた重し付けと同じような感度をもって本当に受け止めているのだろうか。「こういうふうには延命は要らないと書いてあるから延命をしなくてもいい。何かあったときもご家族の批判を免れる。決してそういう言い訳であってはいけないので、そこをもう少し推し進めて欲しい」というようなことをいつも言われます。今日のシンポジウムでは、そういうふうな非常に本人に近いと言いますか、臨床現場で働いている4人の先生方にお話を伺って、ちょうどいいきっかけになるかと思っています。よろしくお願ひします。

座長（甲斐） それでは、1番目のシンポジストの方は、国立長寿医療研究センターの緩和ケア診療部の西川満則先生をお願いします。演題は「緩和ケアからエンド・オブ・ケアへ～End-of-Life Care Teamの誕生の意味～」ということでお話しいただきます。

では先生、よろしくお願ひいたします。



西川 皆さん、こんにちは。国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部の西川と申します。今日はこのような機会を与えていただき、どうもありがとうございました。

私の演題は、End-of-Life Care Team についてと、あとはアドバンス・ケア・プランニングについてです。今日は、スライドに沿ってお話を進めてまいりたいと思います。スライドにありますように、本日は3つの話題を準備いたしました。

西川満則氏

第一に、緩和ケアが推進されてきましたけれども、そこからエンド・オブ・ライフケアへどう展開していくかというお話をしたいと思います。

(スライド) 緩和ケアチームと End-of-Life Care Team を比較したものです。緩和ケアも、がんだけではなく非がんを含めて考えるようになってまいりました。しかし、まだまだがんが中心です。そこに加えてエンド・オブ・ライフケアというのは、がんだけではなくて、がん以外の非がんも含めて対応しようというのが私たちのチームです。一方、緩和ケアチームのほうは疾患がまだまだ中心です。だけれども、End-of-Life Care Team は、単に疾患だけではなく、老いとか、年齢とか、認知機能の低下とか、虚弱な状態も対象にし

たい。そういう思いでチーム活動をしております。

(スライド) 私たちの End-of-Life Care Team が稼働から早 1 年が過ぎようとしているのですが、約半年間の時でまとめたデータです。赤いところががんの患者さん、青いところが非がんの患者さんで、大体赤が 60%、青が 40% ぐらいです。これは欧米の緩和ケアチームと一緒に、時代の変遷と共にがんから非がんも含めるような緩和ケアをする時代になってきたのではないかと考えています。

一方、非がん疾患の内訳です。青が慢性呼吸器疾患、赤が認知症、緑色が慢性心不全、慢性腎不全、脳梗塞後遺症、神経難病等が含まれます。あとはこのスライドには書いておりませんが、依頼の 4 割ぐらいに、今日の大きなテーマである意思決定支援というのが含まれていることもお伝えしたいと思います。

(スライド) 私たちの End-of-Life Care Team の母体は緩和ケアです。WHO の緩和ケアの定義に忠実に活動しています。WHO の定義は何かというと、患者さんの苦痛を同定し、それに何らかの介入をして最終的に QOL が上がるようにすることであり、我々もそういう活動をしています。分かりやすいところと言えば、たとえば、非がん性の呼吸器困難。肺気腫の重症の方などがそうだと思いますが、たとえば、モルヒネを使うとか、そのときの病状に合わせて輸液を減量するとか、胃ろうを使っている方であれば胃ろうを減量するとか、現場にちょっとストレスがかかるデリケートな内容を含みます。そこで、こういう活動をする時に医師としては、みんなの意見をまとめながら、もちろん本人、家族の意見をまとめながら、責任をとるという立場が重要であると日々、考えています。同時に、看護についても追加して申し上げるならば、患者さんの代弁者たるというか、患者さんの声を届ける役目が看護にはあると考えています。

あとは青字で示しましたところの苦痛ですけれども、意思決定というのも実は苦痛を伴うものだと考えています。意思決定ができないこと。自分で決めることができないこと。自分の意向や利益が尊重されないこと。それを苦痛と考えて、私たちは支援という介入をし、最終的に QOL の向上としては、本当に笑顔になるとか、研究的に言えば QOL の指標が改善するとか、行政的に言えば在宅での望んだ看取りが増えるとか、そういうことなのだろうなと思って日々、活動をしています。

(スライド) この図は End-of-Life Care Team のロゴマークです。End-of-Life という言葉がなかなかわかりにくいということがあって、別名「Smile Team」という名前を付けました。このロゴは病院の職員がデザインし、病院の職員がみんな投票して、これが一番いいとあって私たちにプレゼントしてくれました。とても大事にしています。Smile の頭文字を取ってみると、S は Symptom Management (苦痛症状緩和)、M は Marking a decision (意思決定支援)、I は Intervention by End-of-Life Care Team (専門チームの介入)、L は Legal problem (法的問題)、E は Ethical (Medicoethical) issues (倫理的問題) になります。非がんを含めると、がんの患者さんの時以上に倫理的な問題や法的問題に配慮が要ることを実感しながら、Smile というのは本当にいいロゴをもらったなと考えてい

ます。これらの活動は、最終的には高齢者の権利の擁護につながるものだと自負して活動しております。

(スライド) 3本の柱の戦略について、お話ししたいと思います。どこでもやっているようなことを私たちは分かりやすく伝えるために、あえて自分の活動や海外の活動を集約してこういう形にまとめました。本人の意思をどう反映するか、一つの道標になればと思って書いています。図では真ん中に現在・過去・未来という3種類の円柱があります。現在から順番に見てまいりますと、認知機能で意思決定能力が低下していても、本人から発せられる微細なサインをキャッチすることを大切にして、看護を中心に活動しております。そして過去に目を移していただきますと、たとえば、今日の話題であるアドバンス・ケア・プランニングや、もしアドバンス・ケア・プランニングがない時にはライフ・レビュー、言い換えれば事前の意思を確認してみたり、人生を振り返ってみたりする。そんな仰々しいことではなくても、「仕事は何してたの?」「いつ結婚したの?」といったささいな会話から広げて、本人の人生、または気持ちに触れるような努力を、看護を中心にしております。

そして、未来に目を移します。未来に得られる本人の最善の利益。たとえば、胃ろうをして、その後の生活がどうかということに思いを馳せながら意思決定をする。だけど、意思決定をするときに、真ん中にご注目してください。「本人にとっての最善の医療判断」、ここだけはぶらさないようにして、チームはあくまでもサポート役としてそれを行うということをしています。3本の柱は本人の意向でしたけれども、あとは家族の意向や医学的判断も無視するわけではありません。それらを加味して一緒に判断をしています。

私たちがよく臨床的にぶつかる疑問や問題について述べます。たとえば、家族の意向と本人の意向ではどちらが優先か。その時々で最善と思う判断をしています。そういう問題にいつもぶち当たります。そして、医学的判断と本人の意向とはどちらが優先だろうか。そういうことにも問題意識を持っています。そして、本人の意向の中でも現在と過去が違う場合です。たとえば、胃ろうとか延命処置とかはしたくないと言いながら、何らかの事情で胃ろうが作られて、作られたあとはけっこうにこにこ楽しく過ごしておられる場合がある。そういうことにも思いを馳せながらやっています。

そして最後、これは絶対に踏み外さないようにしているのですが、よくかわいそうだからとか、本人にとってではなく、チームにとって、家族にとってということになりがちです。私たちの考えが一般的かどうかは皆さんの意見を伺いたいところですが、本人にとっての最善を目指したい。そのような考え、個性を持っているチームです。

(スライド) さて、それをどこで実践しているかです。病院の実践についてはあとに続きます横江看護師から発表がありますが、私がサポートしている特別養護老人ホームの話をしたいと思います。

週に1回、月曜日の午前中、数時間だけそこでサポートしているのですが、たまたまご縁があってそこに勤めるようになり、どういうふうに関わるか看護やケアの人た

ちと話し合い、こういう形になりました。年に2回だけ、終末期の迎え方の全体の説明会をやるわけです。対象は患者さん家族。多くは認知症の方なのでご家族だけになることも多いです。それは定期的で開催します。あとは週に1回、終末期の迎え方について個別面談をします。それも患者さんご家族が対象だけれども、家族だけになることも多いです。看護のベテランが「この方は少し体調が悪いから話し合ったほうがいいね」とピックアップしてくれた人について随時、開催してやっています。私がしている役割はそれだけなのです。

話の内容も単純で、目指すことは、「とにかくつらいことはなくします」というお話をします。あとはよくありがちな食事と窒息とか、ケアと医療事故の境界点みたいなところとか、入浴中の病状悪化とか、そういうこともあらかじめ話し合ったりするのも含めます。あらかじめエンド・オブ・ライフを考える重要性については、先ほどの3本の柱をボーンと出すわけではなくて、話の流れの中で3本の柱を意識してお話をしています。施設で最期を迎えることだけがQOLが高いということではないと思いますが、そういう試みの前はみんな病院で亡くなっていたのに、今は半分以上の方が主に看護の力で最期を施設で迎えられているという現状があるから、それなりに意味があるのではないかと考えています。

3番目にアドバンス・ケア・プランニングについてお話をしたいと思います。これは言葉の整理も含めてアドバンス・ディレクティブと比べてお話しします。

Advance Directiveの直訳は「事前指示」です。その中にはリビング・ウィルだとか代理人指定があって、リビング・ウィルの中にはたとえば、今日話題に上りやすい、胃ろうや人工呼吸器などがあります。それをする、しないということを文書で残します。Advance Care Planの直訳は「事前ケア計画」。そうすると、介護保険の時代だから介護プランと勘違いされやすいので、意識ではありますけれども、「患者の意思決定支援計画」と訳するのが一番近いのではないかと感じています。アドバンス・ディレクティブの若干の違いは、狭い意味では判断力のある方が何か残してということがありますが、我々の経験では本当に判断力がゼロということはあまりなくて、かすかな判断力を残してみえるから、そういうのも含めながら、ご家族の協力を得ながらアドバンス・ケア・プランを練るというのも大事なことかと思っています。

(スライド) さて、長寿医療センターでは臨床指針とたたき台を作成して、いま倫理委員会にかける前です。座長の三浦医師を中心としてそれを進めてまいります。その文書を抜粋しました。主なところを述べると、患者の希望を記録した文書であるとか、患者が判断能力を喪失した場合に効力が発するとか、蘇生・延命処置、患者の希望、代理人の氏名、大切にしていること、価値観などをそこに記載することになっています。そしてそれは、日本では法的根拠がないということも追加で書いてあります。また、許容性、多様性を含めるという意味で、三浦医師が中心に平成19年からやってきた長寿版アドバンス・ディレクティブというものがありますので、それも含めてやります。あとはたとえば、「レッ

ト・ミー・ディサイド (私の選択)」とか「尊厳死協会宣言書」、最近有名な「エンディングノート」、ああいうものも含めて許容性をもってやっていきたいと考えています。

今度はアドバンス・ケア・プランニングについてです。プランニングというところがプランと若干違うのですが、その意味するところは、話し合いや対話のプロセスを重視すること。それがアドバンス・ケア・プランニングの本筋のところだと思います。ただ、プロセスを大事にするといっても、誰がするのか。やはり人ですね。人でも全員ができるわけではなくて、適性がありトレーニングをされた人がやっているというのが海外の実情であり、私たちもそれにならいたいと思います。人を支えるにはやはりシステムが要ります。たとえば、うちの病院以外の場所で亡くなる人がいたら、それは反映されないので、時間をも空間をも超えてつなぐシステムが必要だと思うし、それは今、発展途上だというふうに考えています。

アドバンス・ケア・プランニングの研究について振り返りたいと思います。ご存じの方も多いと思いますが、これはオーストラリアのメルボルン近郊にあるオースチン病院で、カレン・デタリング医師とビル・シルベスター医師を中心にされたプロジェクトで、研究としては非常に価値の高い研究だと考えています。最後はどうだったかという、アドバンス・ケア・プランニングでしっかり介入をすると、ご本人の意思が尊重され、患者家族の満足度が高まり、遺族のストレスや不安や抑うつが減ったという結果があります。これはぜひ学びたいと思って、私たちは視察し、直接聞いていろいろ学んでまいりました。

もう1回戻りますが、私たちの試みです。これは今月(10月)の最初と先週金曜日(10月19日)、朝日新聞に取り上げていただきました。赤で括ったところが大事で、本当に正確に記載していただいて感謝しています。たとえば、「選ぶ」「自分流に」というのは、自分で決めるとか、自己決定のことを指しています。「話し合い」とか「じっくり対話」とかはプロセス。人がプロセスを支えるということを話しているし、赤いところはオースチン病院の話や長寿の話などが書かれています。こういうふうに世間にもマスコミの方にも注目していただいているんだな、と思いながらやっています。

さて、たたき台にもう一度移ります。アドバンス・ケア・プランニングを進めるにはやはりプロセスが大事だし、プロセスを支えるには人が大事です。だから、研修を受けた臨床医を選任する。訓練を受けたスタッフを選任する。電子カルテに保存する。できれば私や三浦医師はまずその先陣を切ってやりたいと思うし、共に働く横江由理子さんもそれをやれたらいいな、と思って努力をしています。アドバンス・ケア・プランニングの本質とそれを支える体制です。先ほどの復習になりますが、プロセスが重要です。メディアの言葉をそのまま借りるならば、「選ぶ」とか「自己流に」とかいう自己決定を、「話し合い」「じっくり対話」といったプロセスで支える。そのプロセスを支えるには人の力も要るし、システムも要る。それが大事だと考えています。

課題について述べたいと思います。End-of-Life Care Team (Smile Team) がアドバンス・ケア・プランニングの推進母体として十分機能し得るかなというのは、臨床的な実

感で思っています。ただ問題は、私たちはエンド・オブ・ライフにある患者さんに関わることが多いのです。本来的にアドバンス・ケア・プランニングというのは元気な頃から誰でも参加できるシステムであるべきなので、そこは課題であります。私がよく引用する『ニューイングランド・ジャーナル』の論文ですが、地域がもし1,000人の人だったら、大体病院にかかる人は20人ぐらいです。ここにも1,000人の方がいらっしゃるとしたら、その中の一部、20人ぐらいの方が意思決定支援に関われる。でも実際には、もっともっと早い段階から関われるような取り組みが広がっていけばいいなあ、と願っています。

最後にまとめです。Smile Teamは、3本の柱の戦略とアドバンス・ケア・プランニングを推進し、最期まで自分らしく生きる患者、家族を支援することを誓いたいと思います。

ご静聴ありがとうございました。(拍手)

座長 西川先生、どうもありがとうございました。

ご意見ではなくて、簡単な事実に関する質問があれば、1つ、2つお受けしたいと思います。西川先生にはあとで全体討論の時にまたご発言をいただきますので、質問やご意見があればその時に伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

よろしいですか。それでは西川先生、どうもありがとうございました。

先ほど申し忘れてましたが、パンフレットというか、ファンドアウトの47ページに先生のご略歴が書いてございますので、あとでご参照ください。

② 「その人にとっての最善の医療とは？」

～エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際」

国立長寿医療研究センター End of Life ケアチームリーダー 横江由理子

座長 お2人目の演者は、同じく国立長寿医療研究センター、End-of-Life ケアチームリーダー、横江由理子先生です。「その人にとっての最善の医療とは？ ～エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際」ということでお話しいただきます。

先生、よろしくお願ひいたします。



横江 ご紹介ありがとうございます。こんにちは。国立長寿医療研究センター、End-of-Life Care Team のチームリーダーを務めます横江由理子です。「最期までその人らしく生きるために、その人にとっての最善の医療とは？」。End-of-Life Care Team の活動からお話をさせていただきます。

横江由理子氏 私たちの働く病院では、23年10月1日に、がん以外の患者さんも対象にした End-of-Life Care Team を立ち上げました。西川先生のお話にもありましたが、このロゴマークを掲げ、「Smile Team」というニックネームで活動を開始しています。患者さんに End-of-Life Care Team とは言い難いため、実際には、患者さんの気掛かりや心配事に対応するチームです。患者さんやご家族の笑顔を目的に活動しています」とご紹介しています。

チームメンバーとしては、コアメンバーが5名、サポートメンバーは栄養士さん、理学療法士さん、退院支援の看護師さんなどを合わせて8名、あとは各病棟に1名ずつのリンクナースを配置して活動しています。

End-of-Life Care Team の実際の活動としては、主治医やスタッフからのコンサルテーション形式をとり、苦痛症状の緩和と共に意思決定やインフォームド・コンセントの支援が中心になります。倫理的な問題についての討議、勉強会の開催、院内外の教育活動や啓蒙活動も行っています。チーム回診、チームカンファレンスは週1回行っています。

エンド・オブ・ライフケアの目標は、患者さんとご家族にとっての最良の QOL を目指すことです。人生の終末期の過程では、生命の長さや今後の生活の質を左右するような難しい意思決定をしなければならず、様々な倫理的問題が起こります。その中の事例を紹介したいと思います。

A さん（90歳代女性）。肺がん術後脳転移。脳転移への放射線治療目的で入院されました。家族の意向で、高齢の本人には治らないことが伝えられていませんでした。「早く家に帰って御詠歌を歌いに行きたい」と家に帰ることを楽しみにしていましたが、退院の話が出た時には、「もう少し良くなってから帰りたい」と入院の継続を希望されました。私

たちは退院の支援を進めようとしたのですが、本人と同居のお嫁さんとの折り合いが悪かったことも影響し、「本人が入院を希望しているから」と、ご長男は退院に消極的でした。本人は「家に帰りたい」という希望を持ち最後まで治ることを信じながらも、家に帰ることができずに病院で最期を迎えました。私たちはご本人の「治りたい」という希望を支えてケアを続けましたが、本当にこれが本人のための医療だったのかとジレンマを感じました。この患者さんから学んだことは、病状や治療を正しく理解して意思決定することの大切さです。

Bさん(60歳代女性)。非結核性抗酸菌症。肺炎。肺炎治療のために入院しました。病状は悪化する一方で、CO2ナルコーシスによる意識障害が頻繁に表れるようになり、NIPPVを開始。NIPPVとは、非侵襲的人工呼吸療法としてマスク式的人工呼吸器です。当初は順調に装着できていましたが、「治る見込みもないのにこれ以上頑張ってもいいことはない。もう終わりにして欲しい」と泣きながらNIPPVの装着を拒否するようになりました。ご家族は「もう少し生きていて欲しい」とNIPPVの継続を希望されました。本人の希望、家族の希望でNIPPVの着脱を繰り返し、次第に意識レベルの改善が見られなくなり、NIPPVを装着したまま最期を迎えました。私たちはご本人の希望、ご家族の希望に寄り添う形でケアを継続していきましたが、この方の場合も、本当にこの人がこれを望んでいたのかと思うと疑問を感じます。

Bさんからは、患者さんご本人の意思を尊重することの大切さ、ご家族のつらい気持ちに寄り添うことの大切さを学びました。

このような経験から私たちは、自己決定における四つの支援を基本に活動しています。

「1. 患者自身が自分の病状や治療について正しく理解した上で自己決定できるようサポートすること」「2. その上で表明された患者の意思は最大限尊重すること」「3. 家族も患者の表明した意思を尊重しながら患者を支えていく姿勢を持てるよう働きかけること」「4. 闘病中・闘病後の家族の気持ちに配慮し、寄り添え支えること」。この四つを基本に活動しています。

意思決定での看護師の役割です。私はチームで専従看護師をしていますが、「患者さん、ご家族の代弁者としての役割」「つらい気持ちに寄り添う情緒的サポートを提供する役割」「難しい医学用語に困惑し、なかなか自分の病状を理解できないような場合、情報提供者としての役割」「延命治療などの難しい意思決定をする場合に揺れ動く思いに寄り添い続ける役割」「最終的に患者さんが決定したことを支持する役割」を心がけています。看護師は、患者さんが納得して意思決定ができるよう、共に考え寄り添っていくことが必要だと思っています。

患者さん、ご家族への具体的な働きかけとして、このように図に示してみました。病状説明から意思決定に至る働きかけです。

病状説明にはなるべく同席させていただき、患者さん、ご家族の病状認識を確認して、病状や治療について理解できるように支援させてもらっています。その治療だけではなく

て、その後に起こり得る可能性についても患者さん、ご家族に説明をしています。情緒的なサポートでは、まずは「つらい気持ちに寄り添うこと」「私たち医療者が必ず支援をしますよという約束をすること」「ご本人の立場で考えられるよう、ご家族に働きかけること」「最善の医療を共に考えること」、そして「患者さん、ご家族が決定した意思決定を支えること」を心がけ、働きかけています。

これは西川先生のご発表にもありましたが、意思決定を考えるときは3つのポイントで考えています。まず、患者さんの意思です。過去の部分では事前のリビング・ウィル、ACPなどの意思表示。患者さん、ご家族と語り合う中で、その人の生き方や価値観などを共有し、その人の推定意思を考えます。現在、意思表示ができる人は「今のお気持ち」を聞きます。伝えられない人もやはり、小さなうなずきとか、首を振るとか、そういった微弱なサインを見逃さず、ご本人の気持ちを聞いていきます。未来に関しては最善の利益。ご本人にとって何をすることが一番いいのか。「今後の生活」「療養の場所」「ご家族の生活」はどうかを一緒に考えます。医学的判断、家族の意向も含め、「ご本人にとって最善の医療とは何か」を私たちは考えています。

NHKの「クローズアップ現代」で私たちの活動を取り上げてくれました。それがDVDにありますのでご覧ください。

(DVD 上映)

ナレーター：高齢者医療が専門の国立長寿医療研究センターです。去年10月、全国でも珍しい終末期ケアの専門チームを作りました。主治医のほか、緩和ケアが専門の医師と看護師も加わり、患者本人にとっての最善の医療を家族と共に探るのです。

チーム専属の看護師、横江由理子さんです。この日、相談を受けたのは90代の女性の家族です。女性には認知症の症状があり、周りの呼び掛けに答えることはほとんどありません。女性にとっての最善の医療とは何か。横江看護師は家族の気持ちを確認しました。
家族：あえて苦しんでいるというのをわざわざ延ばす必要はないと思います。長寿というんじゃないで、自然でいい。

ナレーター：家族の希望は、延命よりも生活の質を大事にすることでした。医師たちは患者と家族の気持ちに寄り添い、方針を話し合います。

医師：やはり胃ろうを作ったとしても唾液を誤嚥したりとか、そういうのもけっこう多いのかなあという感じもあるし、難しいけれども、このままなしで帰るという選択肢はありだなど。そういうふうに思いますね。

ナレーター：女性は胃ろうを付けずに退院。家族に見守られ、息を引き取りました。

「本人にとっての最善の医療」をめぐる迷い続けた家族がいます。ハタナカチヨコさんです。去年11月、夫のイチオさんを亡くしました。

ナレーター：イチオさんは元気な頃、延命医療は希望しないとチヨコさんと話し合っ

ました。

ナレーター：7年前、イチオさんが記した文章です。

ナレーター：延命措置を辞退するという内容に同意し、サインしていました。

ナレーター：去年10月、イチオさんは肺炎にかかって入院。

ナレーター：事前の意思を尊重するか、延命のため胃ろうを付けるか、元気な頃の夫の意思と命の重さの間で、チヨコさんは悩み始めました。

チヨコ：私が決めて、結局ね、主人の命が決まるわけですから、いいのかなあっていうのは本当に悩みましたけど。

ナレーター：専門チームの横江さんは、今のイチオさんの気持ちを確認したいと考えました。

ナレーター：脳梗塞が進むイチオさんにペンを握ってもらい、筆談を試みました。

ナレーター：その中に、「連れて帰って」という言葉がありました。

(DVD 停止)

横江 そこでハッと気付かれたような、私は感じを受けました。やっぱり患者さんにとってどうすることがいいのか。命の長さだけではなくて、どう生きるのか、どう生活するのか。

(DVD 続き)

チヨコ：もう連れて帰ろうと思いましたのよね。少し長くなってもつらいだけですもんねえ。胃ろうして長くなってもねえ。うーん。

ナレーター：人生の最期に夫が望んでいることは何か。チヨコさんはイチオさんが公園で花の写真を撮るのが好きだったことを思い出していました。

チヨコ：一番楽しい時間ですよ。きれいなお花見て、撮影できるっていうこと自体がまだねえ。

ナレーター：イチオさんは胃ろうを付けずに自宅に戻り、壁一面の花の写真に迎えられました。そして、ほどなく亡くなりました。

チヨコ：写真を1枚1枚、こうやって目で追ってましたの。だから、帰ってきたのがわかったんですよ。穏やかな表情でしたしね。だからもう、私はこれで良かったと思ってます。

(DVD 上映終了)

横江 今DVDでご紹介させていただいた患者さんの、意思決定支援の実際について説明させていただきます。

この患者さんの場合は、過去はリビング・ウィルがありました。実際、3回ぐらい入退院を繰り返していたのですが、私たちが見てもご夫婦仲が良くて、この患者さんに関して常に「家に帰りたい」というご希望を持ってみえました。

現在の意思としては、肺炎を起こして入退院を繰り返しておりまして、元気がないときには点滴を受けることができるのですが、少し元気になってくると自ら点滴を自己抜針する動作を繰り返されていました。そして、最後に筆談で書いた紙には、「死ぬ」という言葉と「家に帰りたい」という言葉を書かれました。実際、私たちが関わらせていただいていると、「食べたい」とか「家に帰りたい」とかいう表現はあるのですが、「死ぬ」って書かれたということは、私は「この方は死ぬことを覚悟して家に帰りたいと思ってみえるんだな」と受け止めました。

ご夫婦すごく仲が良くて、お子さんがお2人おみえになったのですけれど、独立されてお二人暮らしでした。体格はけっこう大きい方だったので、その方のトレイの介助行為、食事の介助、痰がからんだ時には吸引の介助など奥さんお一人で抱えていました。もちろん、訪問看護や訪問ヘルパーなどの支援も十分入っただいているのですが、夜間の介助は奥さんに全て任されている状況で、これ以上医療処置が増えると、奥さんも腰を痛めていましたのでご自宅で過ごすことができなくなり、療養先が変更されるということが目に見えていました。

その中でご本人の意思としては、過去、リビング・ウィルでは「延命治療をしない」。現在の気持ちとしてもたぶん延命治療をしないで、死ぬことを覚悟して家に帰りたいと思ってみえるんだろう。そして未来に関しては、奥さんと一緒に住みたい。ご自分の好きな家に帰りたい。延命治療をしないとご希望されている。そのことが本人にとっての「最大の利益」になるのではないか。実際そういうことで支援をさせていただいたのですが、明確なリビング・ウィルがあったとしても、奥様はかなり悩まれてみえました。本人のお気持ちを奥様に伝えて一緒に支援をしていった結果、胃ろうを作らずに、ご自宅に帰って過ごすことができました。

私たちのチームも実際いろいろなことを考えて支援させていただいたのですけれど、奥様は最後に「これで良かったんだと思います」とお話しされながらも、目を潤ませておりました。どれだけ悩み、どれだけ本人のために考えたとしても、これで良かったのだろうかという疑問は常に残ってしまうのがご家族の気持ちです。そここのところは、「それで良かったんだよ。その人のことを考えて結論を出したことは間違っていないよ」と支援してあげることも、とても大事な私たちの役割だと思っています。

終わりに。高齢化の進む日本においては、がんの患者さんだけでなく、認知症や虚弱高齢者など人生の終末期を迎える患者さんの終末期ケアを充実させていかなければなりま

せん。患者ご自身の意識確認が困難なことも多い中で、その人の権利を擁護すること、支援活動や代弁活動を行うことが求められています。その人にとっての最善の医療とはどんな医療なのかを患者さん、ご家族と共に考え、揺れ動く心に寄り添いながら、その意思を支えていくアドボケート・ナースの働きがますます重要になってきたと実感しています。その人にとっての最善の医療とは何かを共に考えて、寄り添い支えていく活動をしていきたいと思っています。

以上です。(拍手)

座長 大変ありがとうございました。簡単な質問があればお受けいたしますが、いかがでしょうか。

質疑応答

フロアからの質問 横江さん、ご報告どうもありがとうございました。先の西川先生のと
きもちらりと頭をかすめて、聞こうかなと思ったけど先送りして、やはり聞きたいの
ですが、過去、現在、未来という3本柱があるわけですね。

横江 はい。

フロアからの質問 過去と現在で対象の患者さんの意思確認を行い、なるべく細かく聞い
て正確に把握して、未来の段階でまた決める。ただこの時、未来に2つの種類があるの
ではないかと思って聞いていました。一つは認知症か何かで全く本人の意思確認が
できない場合。その場合に医療チームとか家族を交えて、どうしたらいいか未来を
決める。もう一つは、自分の意思が決まっていて、それをはっきりと伝えることが
できた場合。そのほうが一番理想的かも知れません。たとえば、リビング・ウィル
あたりで。問題はその時、意思決定と医療機関に何らかのコンフリクトがあっ
た場合です。「いや、やはりそうしないほうがいいんじゃないですか」と医療機
関が思っても、やはり患者さんの意思を尊重するのか。患者さんの意思を尊重
するとしても、何らかの事情があって患者さんが家庭に帰った場合に、ちょっ
とまずいトラブルが生じる場合がある。そういう場合はどうするのか。あくま
でも患者さんの意思を尊重するのか。そこら辺を現場の体系も含めて教えてく
れませんか。

横江 ありがとうございます。過去と現在が違う場合ですか。

フロアからの質問 いや、そうじゃなくて、過去と現在で、まず患者さんの現状、つまり
本人の意思確認を正確に行うわけでしょう。

横江 はい。

フロアからの質問 問題は未来の段階なのです。そこをどうしようか。その時に一つは認
知症で全く本人の意思確認ができない場合、医療機関、家族を交えてやるわけ
ですね。それはそれでいいとして、問題は意思確認がはっきりできる人の場合
です。そういうときに医療機関の医師と何らかのコンフリクトが生じた場合は
どうするのか。コンフリクトが生じなくて、その患者さんの意思を尊重する
としても、患者さんが勝手に帰って逆に今度は患者さんの家庭のほうで
トラブルが発生したような場合、医療機関はそれでもやはり患者さんの
意思を尊重するのか。そこら辺のことを聞いてみたいです。

横江 ありがとうございます。患者さんのご意思と未来の、私たちが考えた
ときの最善の利益が違った場合の関わりということによろしいですか。

フロアからの質問 そうそう。

横江 そこに関しては、私たちとしてはやはり合意形成を目指しています。
患者さんがどのように考えてそれを希望されているのか、まずお話をよく伺
います。実際に病状を理解

しての意思決定なので、私たちが医療者としてわかる今後のことについては、ご本人さんにきちんと説明をさせていただき、それでご本人が納得されれば意思が変わる場合もありますし、やはりそれでもご本人さんが……。

フロアからの質問 納得しない場合がある。

横江 はいはい。

フロアからの質問 そういう場合は、やはり本人の意思を尊重して決断するということですか。

横江 はい。その辺のところは、ご家族とご本人とチームとみんなで合意形成をして決めていっています。

フロアからの質問 その合意形成はいいのだけれども、合意形成をして、患者さんの意思と反対のことをすることもあるわけですか。それとも、最後はやはり患者さんのほうに委ねることなのですか。

横江 基本は、最後は患者さんのご意思です。初めのうちの発表でもあったように、患者さんご自身の意思を尊重するというスタンスがありますので、実際に今までそこで大きな迷いを生じたことはないのですが、基本的な考え方としてはご本人の意思を尊重する方向で支援させてもらうことになると思います。

フロアからの質問 つまり、押し付けにならない支援。そう解釈していいわけですね。

横江 はい。

フロアからの質問 わかりました。

座長 今のはコメントなので、またあとで議論してください。どうもありがとうございました。

横江 ありがとうございました。(拍手)

③ 「豊かないのちの看取り～生活の中のケア～」

医療法人社団慶成会青梅慶友病院看護介護開発室長・

老人看護専門看護師 桑田美代子

座長 それでは三つ目の演題に移らせていただきます。演者は、医療法人社団慶成会青梅慶友病院看護介護開発室長の桑田美代子先生です。ご略歴については47ページをご参照ください。テーマは「豊かないのちの看取り～生活の中のケア～」です。

ではよろしくお祈りします。



桑田 青梅慶友病院の桑田です。よろしくお祈りいたします。

今回、資料として皆さんにお渡ししている内容と今日お話しする内容とが少し前後したり、資料にはあっても今日はお話をしなかったりというような内容もあります。会田先生のほうから、現場の人たちが実際にどういった具体的な内容のことを行っているのか、それも資料に載せてもらいたいということでしたので書かせてもらいました。今日は限りある時間ですので、スライドを見ながらお話を聞いていただけたらと思います。

桑田美代子氏

数カ月前に亡くなったケースです。Yさん(99歳男性)。認知症でした。入院時は大変大きな声を出して、すぐに怒ったりしていました。どのような時に怒るのか。反対にどういふときに穏やかになるのか。Yさんの様子を見ながらスタッフは一生懸命ケアを提供し、徐々に穏やかになっていきました。胆石がありましたので時々、胆のう炎の症状を起こし、回復する。3カ月ほど前に99歳のお誕生日を迎え、家族が大変喜んで、「100歳を迎えられるかしら」と思っていたわけですが、ところがある日、嘔吐し、その翌日に眠るように亡くなりました。

こういう亡くなり方をされるとスタッフはすごく自分たちを責めているのではないかと思いますので、私は病棟に話を聞きに行きました。スタッフは私にこう話しました。「Yさんは今日逝くとわかっていたと思う。Yさんはとっても怖がりの方だったので、最期にいろいろされるのがたぶん嫌だったと思う。亡くなる日は『ありがとう』と何回も言い、自分たちに投げキスをしてくれた。あんなのは初めて。だからYさんは今日、逝くとわかっていたんだと思う」。

横江さんのように意思を確認するのがなかなか難しい中でも、確認していく。それはとても大切なことと思います。Yさんの意思を私達は言葉として確認したか・・・と言え、本当に意思を支えられていたのかという疑問に残る部分もあるかもしれません。しかし、スタッフが日々丁寧にケアを提供する中、そのケアを通してYさんの意思を汲み取っていたのではないかと私は思うわけです。今日の私のお話はある意味、現場の中で

日々行っているケアがとても大切であり、その中で意思を汲み取り、意思を支えることが重要。日々実践しているケアを意識してみてもどうか。そして、何気ないこと、さりげないことも、意思を支えることに通じるのではないかということをお伝えしたいと思います。

清水先生が、亡くなる時に家族にいたことが本当に大事なのかという問題提起をしてくださいました。当院でも確かに、亡くなる時は自分たちが付いていたいというご家族が多いのです。けれども、中には「いたくない」という家族もいらっしゃいます。なぜかと言うと、「自分の母が死ぬのを待っているようでいやだ。元気な頃の姿でずっと自分は残っていたいから最期は付き添わなかった」。そう話をしてくださったご家族もいらっしゃいます。最期のその瞬間をどのように意味付けるか、価値付けるかも重要であると思います。「もう家族に十分ケアをしてもらった。もういいよ」とご本人が思ったから、家族はその場にはいなかったのかもしれない。間に合ったということは、やはり家族に最期はいて欲しいと思ったのかもしれない。残されたご家族が今後どのような思いを持ちながら生活をしていくのかということを考え、その瞬間を意味付けるかということも大事ではないかと思っています。

青梅慶友病院は許可ベッド数が736床。入院している患者さんの平均年齢は88歳。100歳以上の方が25名いらっしゃいます。最高齢が108歳です。男性2割、女性8割、平均在院が3年5カ月です。特殊と言えば特殊な施設なのかもしれませんが、人生最後の3年間を当院で“生活をしている”と考えケアをしています。もしかしたら、これは病院と違うのではないかと…と思う方もいるかもしれませんが、ですが、在宅では介護は難しい。また、いくつもの医療施設を転々としてきた方、そういったような方達も入院して来られます。そして、認知症の方が約9割。死亡退院も9割。終の住処の役割を担った医療機関です。

当院の理念は「豊かな最晩年をつくる」。そして自分の親、もしくは自分を安心して預けることができる施設を作ろう。このような考えの下に多職種でケアを実践しています。当院の機能としては「高齢者に相応しい医療の展開」。これがなかなか難しいと思っています。個々によっても違いますし、過剰な医療ではなく苦痛を軽減するような医療。そのような形で考えています。そして「残存能力の活用」に「生活の再構築」。急性期の医療機関からいらっしゃる方が多いので、やはり安静を強いられている。ですから入院してきて、持っている能力をもう1回発揮してもらおうと考えています。そして「質の高い豊かな生活」を提供し、「大往生の実現」ができるようにケアする。それを社会に伝えていきたいと考えている病院です。

では、当院が考える大往生ですが、能力を使い切り、周囲の人にも覚悟ができること。惜しまれていく。最期が穏やかで静かであること。少なくとも惨めな姿ではないこと。そして見送ったあと、関わった全ての人たちに良い余韻があること、と考えています。「関わった人生全てに…」、これはケアしたスタッフにも良い余韻を残すという意味がある

と思っています。

開院してから今年9月末までに5,497名の方たちを看取ってきました。死亡者の平均年齢、平均在院期間は2000年を機に少し下がりました。上がり下がりはしていますけれども、亡くなる患者さんの平均在院期間は2年8カ月。そして2011年度の死亡患者の平均年齢は88.3歳です。最近は、がんで認知症とか、慢性疾患があつて認知症とか、合併症を持っている方たちの入院が多くなってきています。数カ月で亡くなるケースもあれば、数年の平均在院期間になる方たちがいらっしゃいます。入院してきている高齢者の状態像が少し変わってきたのではないかと考えています。

豊かな最晩年とは一体何なのか。超高齢者の死というのは老いの延長線上であり、なおかつ生活の延長線上でもある。つまりは高齢者の生活を見る、生活者としての視点が大事ではないかと考えています。様々な役割機能を持つ職種でケアを実践しています。療養病床ですので、マンパワーとしては介護職はナースよりも多く、ナースは医師よりも多い。このような人員配置の違いがあります。そして、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）、言語聴覚士、余暇支援を行うレクリエーションワーカー、生活活性化員。事務職員も含めてチームでケアをしていると考えています。

当院の考える尊厳の保持ですけれども、「惨めではない」「苦痛がない」「大切にしている」、この3つが揃って尊厳の保持ではないのか。整容をきれいにし、拘縮がない関節。パッと見て「わー、きれいだな」と思うような姿。そして生活としての環境。なおかつ私たちの態度も含めての環境ということが、それがとても大事になってくると思っているわけです。

そういった中、当院ではケアの最高責任者は病棟師長という考えで運営をされています。それは別に医師より看護師が偉いということではなくて、生活者として高齢者を看ています。その生活の視点は欠かせません。ですから、生活を見るプロは看護師であり、病棟師長がケアの最高責任者である、という考えなだけです。そして、時には高齢者にとって医療行為が苦痛となる場合もあります。介護・看護職は高齢者、家族の代弁者であるから、もし苦痛を与えているような治療の場合は医師に伝えてもいいですよ、と。こういったような仕組みになっているわけです。ケアの最高責任者としての師長は、ご家族に丁寧に説明をしていく。それこそ意思をサポートする。家族にわかるような言葉でお話をしていく。そういったことを日々、面会に来るたびに行うことで、家族の心の準備にもなっていると考えています。

当院では、「スタッフ側の安易な理由ではチューブケアは行わない」、このような方針で実践してきました。超高齢者にとっては時には、残された機能以上のことはとても苦痛である。そういったようなこともあると考えるとケアをしてきました。たとえば、食事に対する考え方です。食事は、見て、噛んで、香りで味わうもの、五感で楽しむものと考えています。そのような考えの下、なるべく起きて召し上がっていただく。刻み食やミキサー食ではなくて、目で見てきれいなもの、好きなものを食べてもらうように考えています。

また、季節のイベントを通じて、少しでも召し上がってもらおう。来週は5日間、秋の味覚祭りを公園で行うことになっていますが、そういったようなものもテイクアウトして、口から違うものを召し上がっていただく。あとは私たちの技術、スキルアップも図る必要があります。本当に私たちが行っているケアは高齢者の益になっているのか。やはり能力を高めるようなスキルアップ、そして日常的な倫理についても職員教育を行っています。

経管管理ですが、91年頃は経鼻栄養が多かったのですが、お口から召し上がってもらおうと努力をしてきました。2000年を機に胃ろうの方が徐々に多くなってきました。これは当院で造っているわけではなく、胃ろうを持って入院している方が大変多くなったという現状があります。当院に入院後、胃ろうを造ったケースですが、2011年8月からカウントすれば5人います。では、実際に胃ろうを持っている患者数ですが、2012年10月は62名いますが、実際に使っている方は45人しかいません。つまり、胃ろうを造ってもまた食べられる方もいるということです。中には外した方もいらっしゃる。もちろん口から食べていますが、胃ろうを持っているままの方もいます。胃ろうを造っても、また持っている能力を生かし、味わう・楽しむ食事ということを考えています。

では、低栄養状態で褥瘡の数が多いかということ、2011年は214名が亡くなりましたけれども、褥瘡があった方は11名です。そのうち4名が持ち込みの褥瘡です。考え方としては、褥瘡は作らない。必ず治すという思いでケアをしています。それは亡くなられた時、「身体に傷を作らない」、そういったような考えで実践しています。

つまり、私たちが日々、高齢者にケアを提供している生活援助も私は緩和ケアになると考え、エンド・オブ・ライフケアの中ではとても重要になってくるわけです。そのケアの中で意思を汲み取る、察するということが大事ではないかと思っているわけです。

ケースをご紹介します。80歳後半の女性の方です。血管性認知症で？CDR3の方でした。在宅ケアが困難で入院。入院後に脳梗塞を発症し、その後、食べなくなりました。でも唾液は飲み込む。好きな時に少しは食べる。でも嫌いなものは口から出す。このような状態でした。当院は入院時、「人生、一番輝いていた時期はいつですか」とご家族に聞いています。この方は50歳から60歳ごろで、夫と共に野菜作りをしている頃がとても輝いていた。趣味は自然に触れること。お花が好き。近所の方たちからもとても慕われていた。近所の話をするととても明るくなる。病棟でも穏やかで、とってもすてきな笑顔を見せていました。

この方に病棟スタッフは、お口から食べることを一生懸命試みたのですが、なかなか食べていただけない。家族にもそのつど説明をしていました。そして家族を交え、チームで今後のことを話し合うようにしたわけです。医師からは「経過から見てこれは老衰と考えてもいいだろう。人には人の寿命がある」と。そして病棟スタッフからは、これまでしていたケアの内容をもう1回説明しました。ご家族は、「母のあの笑顔を失いたくない。だから何もしたくない。自然に委ねる」という決断をしたわけです。私たちは、だからといって食べることを別にあきらめるわけではないですけれども、やはりご家族の決断を支

える形で対応することにしました。

病棟師長は、「桑田さん、あの笑顔を見ていると、何かしたらって思ってしまう。喉が渴いているかと思ってそっと水呑みを置くと、まずは一口、自分で飲む。二口目はゆっくり。三口目は嫌々。そしてもっと勧めると、“無理はしない”と言う。それもこの人の意思だと思うし、あの笑顔もやはり意思だと思う」。そのように師長は語っていました。地域の夏祭りに参加するために外出し、とてもお風呂が好きということで、イベント入浴を企画して入ってもらったりしました。ご家族も来て一緒に介助しました。もちろん、好きなものを一口、二口召し上がっていただくというような対応は継続しました。そして、ご家族に見守られながら亡くなりました、スタッフ達は、とってもきれいな顔だった、私に見て欲しかったと言っていました。

このような形で自然に委ねるというケースもありますが、そうでないこともあります。末梢から 300ml から 500ml の点滴を望まれる家族の方が多いです。当院でもやはり 7 割ぐらいの方は行っています。また、高カロリー輸液は、2011 年は 214 名中 11 名の方が行っていた現状もあります。私はご家族の思いの中には、点滴を食事と思う日本の文化があるように思います。ですから、今すぐに何もしない、自然に委ねることが受け入れられるかという、それにはやはり時間がかかるのではないかと考えています。なぜならば、ご家族に心残りを持たせてはいけないと思うからです。また、私たち医療職もこれまでの実践経験から、点滴を行うといった価値観を持っているスタッフも大変多い。ですから、自然に委ねるイコール何もしないというわけではない。食事、点滴以外でもケアはあるということ。そして家族にわかる言葉で、家族に何回も説明をする。そうすることでご家族の心の準備にもなり、考え方が変わることにつながるように考えています。

当院では、病棟ではデスカンファレンスを行っていますけれども、その他に医師と病棟師長が共通認識を得るために月に 1 回、退院ケースカンファレンスを開催しています。この中で実際に点滴の量はどうだったのか、医師と病棟側の対応はどうだったのか、家族についての対応も検討する機会を持っています。私はとてもいい機会だと思っています。この中で医師の葛藤も理解できたりしますし、それを言葉に出して語る事が大事ではないかと思っています。

豊かな死というのは豊かな生と表裏一体であって、1 日 1 日の生活の積み重ねがとても大切になってくると思っています。そして意思決定について、私が一つ伝えたいと思うのは、全介助状態の高齢者、もしくは認知症の方を意思ある存在として認めているかということを確認したいと思います。人格を持った意思ある人、だからこそケアの中で「察する」「汲み取る」ことがとても大事であり、その人の歴史からそれを知る。日ごろからの快・不快に気をとめる。そのことも大事ではないのかということをお伝えしたいと思います。

最後に CNS、老人看護専門看護師の取り組みについて、少しだけ触れたいと思います。老人看護専門看護師については資料に載せてありますけれども、私たちはいま、エンド・

オブ・ライフケアを提供する看護職、施設に勤務する看護職向けに教育プログラムを作成しています。スライドに示すような内容のことを考えています。

そしてもう一つは、高齢者ケアと人工栄養、輸液に関する研究会ということで、今年、清水先生、会田先生と共に話し合いの機会も設けました。なぜかという、ガイドラインやプロセスノートをもっと国民の人たちにわかってもらいたい。そして、高齢者ケアで一番対象に近い存在は介護職です。ガイドラインやプロセスノートですが、パッと見て、すごく字が多いなと思ったりもします。この内容を第一線でケアしている人たちがわかり、理解してくれるのか。もっともっとわかりやすいものにしていくことが大事なのではないかと思っているわけです。そのための取り組みを、私たち老人看護専門看護師たちは行いたいと考えています。

このようにお話をしましたけれど、実際、私は70歳、80歳、90歳の経験はありません。老人看護専門看護師といってもわからないわけです。未知の世界に生きている方たちをケアしている。ですから、真摯な姿勢でケアすることを忘れたくない。共に考え、共に揺れるということが大事だと思っていますし、チームで考えることが大事ではないかと思っています。

早口で大変失礼しましたけれども、これで終わりたいと思います。ご静聴どうもありがとうございました。(拍手)

座長 ありがとうございました。

少し時間が押しておりますので、できるだけ総合討論の時間を確保したいという思いがございますので、ご質問はまたあとでまとめてお受けしたいと思います。

④ 「いのちと生活を支える在宅医療 ～人生の終盤をどう過ごすか～」

あおぞら診療所 川越正平

座長 4人目の演者は、あおぞら診療所所長川越正平先生です。テーマは「いのちと生活を支える在宅医療～人生の終盤をどう過ごすか～」。

それでは、準備が整いましたからよろしくお願いします。



川越 ご紹介ありがとうございます。時間が限られておりますので、早速本題に入らせていただきます。若輩者ですがけれども、在宅医療を実践する立場からお話をさせていただきます。

まず初めに、在宅医療の基本的なスタンスをご紹介します。キーワードとして「老年医学」「緩和医療」「多職種協働」の3つを挙げたいと思います。エンド・オブ・ライフケアにおける軌道、即ち人が人生の終盤をどのように過ごすのか、医療やケアがそれをどのように支援する

川越正平氏

のかということに焦点を当てて、軌道に沿ってお話をさせていただきます。

(スライド) 日本人の死亡原因、上位10位までを列挙しました。ざっくりとまとめますと、青字のがんが原因で死亡する方が3割に上ります。赤字で示す4種類の内臓疾患が合計で2割程度を占めると言えます。また、緑色の脳血管疾患や肺炎、老衰による死亡がおおよそ25%を占めることが分かります。

ここでLynnという方が提唱した「死に至る3つの軌道」という概念をご紹介します。まず、がんの場合、例えば亡くなる1カ月前まで身体の機能はある程度高い状態に保たれ、最後の1カ月程度の間急速に機能が低下して死に至ることが多いと言えます。先のスライドで赤字で示した心不全や呼吸不全の場合には、数年の経過の中で身体機能の低下が進行し、最終的に死に至るといった経過をたどります。また、認知症や老衰の場合、誤嚥性肺炎で死亡することが多く、たとえば、10年という長い経過の中で徐々に身体機能が低下し、最終的に合併症で死亡をします。

前述のような人生の終盤における軌道を踏まえて、今日のお話を進めます。それでは、この軌道がどのように低下していくのか、そこに焦点を当てて考えてみたいと思います。

大きく分けると、この軌道の低下は「くぼみ」と「傾き」で生じると言えます。「くぼみ」を構成する原因としては、まずは肺炎に代表される合併症や骨折を含む転倒などの事故が挙げられます。そのほか脳梗塞のような病気の再発、心不全などの合併症が急に悪くなった時にも急激に身体機能は低下をします。一方、「傾き」を決定付ける重要な要素として、「移動をする」「食べる」「判断をする」の3つが挙げられます。移動が難しくなるとだんだん動かなくなる。食事が減り、だんだん痩せていく。意欲や判断力が落ちてい

く。そういう変化が生じることによって身体機能は低下をしていきます。

ここで重要なポイントとして、これら3つの要素はひとたび低下を始めますと、絡み合ってお互いに悪循環に陥りやすいという点を強調しておきたいと思います。

このように「くぼみ」と「傾き」を生じがちな人生の終盤に対して、在宅医療が行う様々なアプローチをご紹介します。

たとえば、高齢者の場合、たくさんの種類の薬剤を同時に処方される傾向がありますが、思いもよらぬ薬の副作用が大きな弊害をきたしている場面を少なからず経験するため、注意が必要です。また、口腔ケアを継続することによって、誤嚥性肺炎の頻度が激減し得ること、中には認知機能が改善するという、驚くべき経過を経験することすらあります。栄養が重要だということはすでに述べましたが、栄養価だけではなく、食べ物の形態や味をも含めた食全般に適切に介入することで、見違えるように改善することがあります。

このように、医師や看護師のみならず薬剤師や歯科医師、歯科衛生士、リハビリや管理栄養士による多職種の協働によって、「くぼみ」や「傾き」を少しでも遠ざける関わりを心がけます。

大切なキーワードとしてあと2つ、「役割」と「感動」を挙げたいと思います。たとえば介護保険制度の下、認知症の方向けにグループホームが全国に造られています。9名の認知症の方が共同生活をするというスタイルの施設ですが、そこではたとえば、長い主婦キャリアを有する女性が調理のお手伝いをするという役割を担い、嬉々として腕を振っている。職業が学校の先生であったという方に、入居者が集う会合の際に司会役をお願いすると、誇らしくその場を取り仕切ってくださる。そのようなことを経験します。これらは役割が尊厳をもたらす好例と言えます。

さらに、生活不活発が「傾き」を招くわけですので、それを防ぐためには感動が極めて重要だと言われます。大きな感動はもちろんですけれども、それだけではありません。たとえば、「まあ、この花、きれいね」というようなささやかな感動も含めて、生活不活発を防止する効果が期待されます。

ここで、生活不活発を防ぐ感動のための取り組みとしてあおぞら診療所が行っている、3つの活動を簡単にご紹介します。

この写真は毎年7月に行っているかき氷大会です。介護保険サービスを使いたがらない引きこもりがちの要介護者を選び出して、「夏、暑いから一緒にかき氷を食べて涼みましょう」というような形で公園に連れ出す企画です。

この写真は当院が毎年10月に行っているバーベキュー大会の様子です。特にご遺族のグリーフケアに焦点を当てて、元患者、家族のボランティアの力をお借りして開催している大きな企画です。今年もちょうど昨日、開催したところです。

あおぞら診療所は毎年12月、医師がサンタクロースの姿で往診をしています。街なかのクリスマス気分を味わうことが難しい在宅療養者のためにささやかながらクリスマス気

分をお届けしようという趣旨で、開設以来14年間、毎年継続しております。

次の話題に移ります。在宅医療では、看取りが何よりも大切だと言われる場合があります。もちろん看取りは大切ですが、在宅医療の役割はそれだけではありません。患者さんの病態や個別に応じて適切な医療、ケアを提供しています。

実際に在宅ケアの様子をご覧いただくために、ここで映像をお見せしたいと思います。少しご覧いただければと思います。認知症とがんの患者さんの在宅医療の様子です。

(DVD 上映)

川越：こんにちは。〇〇さん、最近、お食事、どうですか。

患者：まあまあ。

川越：おいしく召し上がれてる？

患者：まあまあ。

川越：認知症のかなり終末期に近づいた状態の方でして、もともとは寝たきりの状態で病院から退院してくるに当たって、松戸にお住まいの娘さんのお宅に引き取られたというところから診させていただいています。

川越：娘さん、本当に介護、上手になりましたね。

家族：そうですね。

川越：本当に寝たきりから頑張って。

家族：はい、私もだから何とかね、寝たきりにしないようにってというのが……。

川越：すごい成果ですね。

川越：新しく出た認知症の治療薬が貼り薬なんですが、使ってみたのがちょうど1年ぐらい前なんです。それがいわゆる著効例でして、ものすごく効いたという経過もあってですね。

川越：じゃあ、足踏みはできますか。

家族：足踏みできるでしょ。

川越：素晴らしいですね。こっだけ元気だったら……。

家族：脚の力はすごいですよ。

川越：じゃあ、口腔ケアはすごく大事ですので、また歯科衛生士さんに診てもらおうようにしましょうね。

川越：ああ、上手、上手。はい、いいですよ。

家族：口開けて見るんだよ。見ないと分かんないもの。血が出ているんだよ、おじいちゃ

ん。

川越：ごめんなさいね。

家族：口開けて。

川越：今まで認知症に対しては、お薬で進行を遅くすることはあっても、改善するという経験はあまり多くないのですけども、ありがたい。これは医学の一つの進歩だと思います。

(DVD 終了)

川越 引き続きがんとの方の場面をご覧ください。

(DVD 上映)

川越：膵臓がんで肝臓にも転移があり、お食事もほとんど食べられなくなって非常に栄養状態が悪くなって痩せが進み、すごく脚がむくんでいるというのが8月上旬の初診の時点の症状だったんですね。それで非常に倦怠感が強いということだったのです。抗がん剤は断念したという段階でした。ホルモン剤で食欲が出るお薬を提案させていただくと、それから、痛みのコントロールがまだ十分でなかったので、モルヒネの製剤の量の調節をさせていただいた。その2点の変更をしたのが中心なのですが、見違えるように元気が出て非常に活気が出て、食欲が出たということで、「表を歩いてみよう」なんていうお気持ちになれたんですね。実際に食が進んだり、そんなことが実際に図られました。黄疸があって家で療養していらっしゃるといのは、普通で言うとおどろおどろしい症状です。いまもそれはあるのですけれども、概ね横ばいの状態です。胆汁がちゃんとドレナージできている状態なものですから、それなりに平穏な生活が保てている。そこで生活の質がこの1カ月間、非常に向上したというところですね。小さなトラブルは確かにありましたけども、それもあまり怖い思いをすることなく対応できたということで、非常にいいお話をさせていただきました。

ナレーター：ここからは、在宅医療に携わるほかの先生にも VTR を見ていただきましょう。

患者：思ったより体制がしっかりしておられまして。それは看護診療も含めてなんですけど、はっきり言ってその体制にびっくりして、この体制に切り替えたことによって非常に良かったと思っています。さっきもちょっと話したんですが、大きな病院に通うだけの時間だとか、その体力の消耗がはっきり言ってなくなりましてね、非常に体調が良くなったと思います。このつらさとか、痛さとか、この体制にある前ですね。それをこらえるよりは、やっぱり自分の落ち着く家で痛みをなくしていただけるということが一番ありがたいことだと思っています。はい。

医師A：在宅で訪問診療をする場合はやはり、患者さんの表情が明るいことが多いなと感じることが多いですね。

家族：それから、訪問診療の良さというのは、もちろん家にいて来てくださるというのではなくて、何か家の中に風が起こるんです。違う風が起こるんですね。先生が来ていただいたり、看護師さんが来ていただいたり。咄嗟のときには違う方が、当直の。特に土曜日ばかりでしたから、当直の先生が来てくださったりして、もうふわーっと風が来るようで、2人にとってはとても新鮮なんですね。安心で、新鮮で、訪問診療というのがもっと広がればいいなあと思いますね。ええ。

抗がん剤もちょっとやめるという状況になったときに、本当に放り出されるような気持ちがあったんですよ。でもこういう訪問診療という制度があってということで、ああ、良かったなあ、本当に良かったなあと思いますね。もしいまそうでなかったら、2人ともまだこんなに呑気な顔をしていないと思いますね。

(DVD 終了)

川越 以上です。またスライドのほうに戻ります。

この映像は国立長寿医療研究センターが在宅医療推進のために企画・制作して下さった、「在宅医療の風」というタイトルのものです。出来立てほやほやなのですが、全国各地で行われる在宅医療の研修会で今後、使用されることになっております。

本題に戻ります。

(スライド) 認知症のステージアプローチと呼ばれるもので、認知症の患者さんが長い経過の中でどのような変化をたどっていくか、ということを図示したものです。時間が限られておりますので詳しくご説明する余裕はありませんが、胃ろうを作ったからといって生活の質や生命予後が改善するとは限りません。逆に適切な口腔ケアやお薬を使用することによって大幅に改善することも実際に経験します。がんであれ、認知症であれ、適切に医療ケアを提供することが重要であり、生活の質や症状緩和に寄与しない医療は、その適応を慎重に考慮する必要があります。

次の話題に移ります。

(スライド) 人を取り巻く要素と医療ケアの対象範囲を図解したスライドをお示しします。高度先進医療の進歩はめざましく、人類はその恩恵を受けていますが、そこではどうしても細胞や臓器という単位に視点がフォーカスされることとなります。もちろんその必要性はありますが、一方で対象である患者さんには本来、長い人生があり、職業や趣味、そして取り巻く家族、住んでいる地域が存在します。そのような社会的存在としての患者さんを丸ごと対象として捉えるのが、家庭医療、在宅医療だと言うことができます。

これまでご紹介させていただいたような、いわゆる全人的なアプローチが必要とされているのは、在宅医療の対象者だけというわけではありません。医療を受けるすべての対象者が本来、必要としているはずですが、しかしながら、病院で診ることのできる患者さんの姿や得られる情報はご本人のごく一部であり、氷山の一角にすぎないと言えます。自分自身も勤務医であった立場として、病院での医療にはそのような限界があるという謙虚さを

忘れてはならないと感じています。

このように考えますと、非効率で低コストではない在宅医療を推進するのは、医療費削減が目的ではないということがわかりいただけるかと思います。患者の住むご自宅を療養の場とする在宅医療では、住環境や家族関係、経済事情などの社会背景が否応なく目に飛び込んできます。医療者にとって制約も多いアウェーではありますが、患者さんにとっては居心地のいいホームです。当然のことながら患者は病気を治療するために生きているのではなく、より良く生きるために医療がお手伝いをするようになります。このように考えますと、在宅医療だから差し控えや中止ができるということでは断じてなく、患者にとって益・無益、害の有無を検討するための材料を豊富に入手可能な点が、在宅医療の優位性だと言うことができます。望む場所で最期まで過ごすというのが最も生活の質が高いことは自明であり、そこでは意味のある治療やケアは当然提供され、生活の質や苦痛緩和に寄与しない治療の適応は極めて慎重に対応することになります。生を支え続ければ最終的に看取りに行き着くことになります。

最後に、それでは適切な医療やケアを選び取るにはどのように行動したらいいのかについてお話をします。

医療の高度化に伴い、病気の難しい説明をされても、その内容を正確に理解して選び取るという作業は、医療が専門ではない一般の方にとってかなり難しいことと言えます。同様に、代理意思決定者がすべてを決めることも困難でしょう。そのようなときにレストランのメニュー選びに例えるなら、和食か洋食か、肉か魚か、量か質かというような患者の考え方や好みを日ごろから伝え相談にのってもらっている主治医や訪問看護師なら、ご本人の人生観を踏まえたうえで相談にのってくれると思います。

では、そのような主治医をどうやって見つければいいのかのでしょうか。そのために幾つかアドバイスをさせていただきます。

例えば、日ごろから風邪をひいたときなどに近所のクリニックや病院の外来を受診してみてください。実際に複数の医師を受診してみることで相性の良し悪しを感じてみてください。その際、忙しさを前面に出さず、時に世間話もしてくれる先生は相性のいい先生かもしれません。複数回診てもらっている先生には、患者としての自分だけではなく家族の健康について相談してみてください。「うちのおばあちゃんのがんと診断されちゃって心配なんです」というような話題に「それは大変だねえ」と、短い時間でも親身になって聞いてくれる先生はきっといい先生です。また、かかりつけ患者が通院できなくなったら往診してくれる先生は、継続性を大切にしているということが分かります。

ここまで人生の終盤をどのように過ごすのかということテーマをお話をさせていただきました。すべての人にとって必ず一度はやってくる重要なテーマですし、死に方の問題は生き方の問題です。アドバンス・ケア・プランニングという横文字を使うまでもなく、残された人生をどこに住まい、誰と一緒に暮らし、どのように生活するのかについて、ぜひ今夜、ご家族で話し合っただけければと思います。

最後のスライドです。エンド・オブ・ライフケアの視点を有する在宅医療のキーワードとして、「老年医学」「緩和医療」「多職種協働」を挙げながら、疾患ごとの軌道、その低下を招く「くぼみ」や「傾き」とその対処方法についてご紹介しました。病態や個別性を十分に踏まえて、適切な医療、ケアを提供するというスタンスが何よりも重要であり、生活の質や苦痛緩和に寄与しない医療の適応は慎重に対応すべきだと考えます。そして最後に、適切な医療、ケアを選び取るために主治医や家族会議が必要不可欠だとお話しさせていただきました。

ご静聴ありがとうございました。(拍手)

座長 ありがとうございました。ご質問はあとでお願いいたします。

指定発言①

東京大学大学院方角政治学研究科教授 樋口範雄

座長 引き続きまして、指定発言に移りたいと思います。最初は東京大学大学院法学政治学研究科教授 樋口範雄先生です。よろしくお願いたします。



樋口範雄氏

樋口 ただ今ご紹介にあずかりました樋口と申します。時間も押しているようなので、私も桑田さんに負けないぐらいとにかく早口でしゃべろうと思います。今、何人かの先生、あるいは看護師さんがお話しになってくれたような医療の現場とにかくお任せをして、法があまり介入すべきではないというのが私の話の要点です。これだけですから、本当は何も言わずにこれでやめて帰ってもいいぐらいなのですが、もうちょっとだけしゃべらせてください。

この映画（「終の信託」）の宣伝に来たのではありません。実は私は観ていません。封切りもこれからですから。観ていないで持ってくるのはどうかと思ったのだけれども、昨日、今日といろいろ宣伝しているんですね。真ん中にいるのは草刈民代さんという人かな。周防監督で、役所広司さんが出てくる。中身は分からないのだけれども、とにかく大筋のことを宣伝によれば、キーワードは、「殺人か医療か」なのです。きっといい映画だと思いますけれど、しかしやはり「殺人か」という話で始まっていて、終末期医療と日本法というテーマで、何が問われているかというところに戻ってくる。こういう映画ができる背景に、日本の社会の今の状況というのがあるでしょうが、今日のお話を聞いても、もしかしたら映画のほうは少し古い時代のことを考えて作られているのかもしれない。

終末期医療について厚生労働省、その他でいろいろな世論調査をやっています。これは私も参加していた懇談会ですが、簡単に言うと、「延命治療を望みますか」という世論調査をやると7～8割は「望まない」です。これはあまりに簡単な質問に簡単に答えているので、どれだけの意味があるのかという問題はあります。しかし、何もないよりはとにかくデータはデータです。リビング・ウィルという話についても、治る見込みがなくて死期が近いときには延命治療を拒否することをあらかじめ書面に書いておいて、その書面に従って治療方針を決定するということですが、それに賛成しますかという、やはり賛成の割合が多く、しかも増加もしているという話なのです。

その次が問題です。ではそれを法律の形で制定することはどうですかという、はっきりパーセンテージが落ちるわけです。一体これはどうしてなのでしょう。少しお医者さんについては、最近は、やはり法律を作ってくれよという人が増えているというのも出ていますけれども、ともかく国民全体としては法律に対して消極的だということは変わって

いないです。

なぜ法律の制定に消極的なのか。結局、法律というのは信じられないからです。そんなものがあるのいいのだろうか。それでうまくいくのだろうか。ありがたいものだろうかという、やはりみんなが信じていない。みんなではないかもしれないんですけどね。法というのは画一的な処理をするもので、非常識で、本人が望まないような事態がかえって法によって生ずるのではないか。で、安らかな死を妨げるのが、むしろ法なのではないかということですよ。

これは私の知り合いの95歳になるお父さんの死亡例です。元気な人で、在宅で生活していてあまり病院にもかかっていなかったというのですから大したもの。それがある朝突然、起きてこないの、娘さんが2階に見に行ったら、ベッドの脇で倒れてもう死んでいた。しかし、それからが大変なんですね。とにかく慌てて救急車です。救急車はすぐ駆けつけてくるのだけれども、「これはだめですよ」となって死んだ人は運んでくれません。結局、警察なんです。その辺は昔からの住宅地です。警察は念のために周囲の家に聞き込みを回って、「おじいちゃんをあの娘がずっといじめていたのではないか」とか聞くのです。家族が隣近所にご挨拶に行って「実は父親が急に」と言う前に、警察のほうで知らせて回ってくれている。もちろん親切でやってくれているわけではありません。「一体何時に気が付いたんですか」「昨日最後に見掛けたのは何時ですか」。同じ質問を何度も繰り返される。テレビドラマに出ているような感じ。でも他人事（ひとごと）ではないんですよ。とにかく悲しんでいる暇もない。

在宅で亡くなった場合に、こういう状況が常態化しつつあるのです。この家だけではないわけです。お医者さんの中には、3日ぐらい前に往診して、日も経っていると死亡診断書を書けないというふうに誤解しているお医者さんまでいる。その場合はお医者さんのほうが、「やはり警察を呼びましょう」という話になるのです。これは大きな誤解だし、在宅で普通に死んでいる場合、こんな異常なことをやっているのはどこの国にもありません。だから、普通かどうかは結局、お医者さんに来てもらって判断をしてもらう。お医者さんが見ても「これはちょっと」と思ったら、それから警察です。いきなり警察という話はないのに、日本ではこういうことが本当に起こりつつある。いやいや、もういっぱい起きているんです。それは誤解ですよという通知を厚労省は改めて出したところです。

こういう時にだけ警察と法が介入してくるとというのが、日本の姿。それはおかしいでしょうということで「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を2007年に作りました。内容は3点です。「一人だけで判断してはいけない」。当たり前ですよ。今日のチーム・Smileであれ何であれ、今日の先生方のお話もみんなそうでした。2つめは「徹底した合意主義」。これがなかなか難しい。本人の意思を尊重するが、家族を無視するわけでもない。それから、最後に緩和ケアの重視ということははっきり打ち出しています。ガイドラインはこの3つが書いてあるだけで、終末期も様々なので、これ以上に画一的な、こうだということとは言えないんですよということを言っているわけです。ところが、

このようなプロセスに従ってちゃんとやっても、胃ろうを外したり、あるいは呼吸器を外したりということがあった場合、殺人罪になる恐れがありますという声がある。それが冒頭に申し上げた映画の背景にもある日本的な事情です。

法を改める方法としては、もちろん別の法律を作るという方法もあります。今日のお話ではアドバンス・ディレクティブ、アドバンス・ケア・プランニングというのがありますが、アメリカなどでは、そういうことをしていた場合にはそれにちゃんと法的な効果がありますよということなのです。これは結局、別の映画のスタイルで言うと、「事件（事案）は現場で起きている」。「警視庁の偉いところで何かルールを決めてやるんじゃないよ」。そういう話なんですよ、本当に。だから、とにかく現場に権限を認める。これはエンパワーメントといって法によって力を与えるということなのです。それを認めてあげる。そういう形の法だってあっていいのに、法で怖がらせる、殺人になるぞというような形でやってきたのは間違っている。こういう新たな、「何々をしていい」という形の法を考えるのが、これからの高齢社会では我々にとって一番大きなことなのではないか。その際に医療現場の判断の基準として、例えば老年医学会のガイドラインに委ねるというのも一つの方法だと考えております。

どうもありがとうございました。（拍手）

座長 ありがとうございました。法律家の先生方がみな樋口先生のようなよかったらいいなと私はしみじみと思いました。

指定発言②

筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻教授・

日本老年医学会倫理委員会委員長 飯島節

座長 次は、また指定発言をお願いしております。日本老年医学会倫理委員会委員長、筑波大学教授飯島節先生、よろしくお願いします。



飯島 飯島です。時間がないので、私は「立場表明」と、先ほど来、何人かの先生からご紹介いただきました「AHN ガイドライン」について、ごく簡単に説明をさせていただきたいと思います。皆様のお手元のパンフレットの最後のところに資料として両方とも載っております。先ほどパッと見、字ばかりというようなご批判もいただきましたが、できれば時間があるときに目を通していただければ幸いです。

飯島節氏 人工的水分・栄養補給は英語の Artificial Hydration and Nutrition を AHN と略して、AHN ガイドラインと呼んでいます。「立場表明」と「AHN ガイドライン」はどちらも今年、発表したわけですが、「立場表明」はどちらかという総論的な原理原則を述べているのに対して、「AHN ガイドライン」のほうはより具体的なことを述べているという違いがあります。

「AHN ガイドライン」についてはすでにいろいろお話があったとおり、AHN の導入をめぐる適切な対応ができるように支援することを目的として、樋口先生のお力によって多くの法律家の賛同も得ることができたというものです。このガイドラインは、こうなさいというふうなことを示すものではなく、適切な意思決定プロセスをたどることができるように道案内するものである。そういう性質のものであって、これに沿っていっても簡単に答えが導き出されないのでもっと申し訳ないのですけれども、あくまでも適切なプロセスをたどることが大事だということです。

このガイドラインの構成ですが、大きく分けて3部に分かれております。1部と2部はAHNに限らず一般的な終末期医療の意思決定に関わるもので、3部がAHNに特化したものになっています。これについてはすでにご紹介もありましたが、概要だけ簡単に説明させていただきます。

1番目は「医療・介護における意思決定プロセス」です。「医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す」。今日もたびたび話が出てまいりましたが、合意形成を目指すことが第一だということです。

2番目は「いのちについてどう考えるか」です。「生きていることは良いことであり、多くの場合に本人の益になる—このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る

限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する」。本人の人生の物語を考える。単に1分1秒でも長くすれば良いというものではないというふうな考え方を述べています。

3番目が「AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点」。①、②、③とありまして、まず、本当に経口摂取ができないのかどうか、そういう可能性を十分に評価するということです。②は、AHNを導入するかどうかという場合に、単にするかしないかではなく、ほかにも選択肢はたくさんあるわけで、それをしないことも含めて選択肢を評価するということです。③は、あくまでも本人の人生にとっての最善を達成するという観点で評価する。ただし、家族の事情や生活環境についても十分配慮する。ご家族が幸せでないご本人も決して幸せではいられない。そういう観点です。

そういうことで「AHNガイドライン」というのは、まず経口摂取の可能性を十分評価して、複数の選択肢から検討する。本人の意思と人生についての理解に照らして、最善の医療および最善の道を皆で考える。さらにその再評価を繰り返し行うことが大切であるということです。

次は「立場表明」ですが、全体で11項目あります。前回は2001年に発表し、今回は改訂ということになります。終末期の定義。それから、今回の改訂では「最善の医療およびケア」という言葉がたびたび出てまいります。「単に診断・治療のための医学的な知識・技術のみではなく、他の自然科学や人文科学、社会科学を含めた、すべての知的・文化的成果を還元した、適切な医療およびケアとする」「高齢者の特性に配慮した、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の生活の質を大切にする医療およびケアが『最善の医療およびケア』であると考えられる」というふうに述べております。

立場-1は「年齢による差別（エイジズム）に反対する」。ちょっとデモのローガンのようなのですが、要するに「いかなる要介護状態、認知症であっても、高齢者には、本人にとって『最善の医療およびケア』を受ける権利がある」。高齢者の権利を擁護ということがあくまでもポイントです。ただし、何でもかんでもやれば良いということではなくて、最善の医療およびケアを考えるうえでは、「胃ろう造設を含む経管栄養や気管切開、人工呼吸器装着などの適用は、慎重に検討されるべきである」。場合によっては「治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある」と述べております。

立場-2は「個と文化を尊重する医療およびケア」。今日は日本人の死生観について島園先生からお話がありましたが、そういったものを十分尊重することが大事だと考えています。話し合いと合意、それから「患者自身の意思を可能な限り推定し」というのも、今日たびたび出てきた従来の考え方と同じです。また、欧米文化とは異なる死生観、日本人の死生観を大切にしましょうということも述べております。

立場－3が「本人の満足を物差しに」。苦痛の緩和とQOLの維持・向上があくまでも目標であるということです。

細かいことは省略してちょっと飛びますが、立場－9「緩和医療およびケアの普及」です。「高齢者のあらゆる終末期において、緩和医療およびケアの技術が広く用いられるべきである」。今日もお話がありましたとおり、がんばりではなく認知症、心不全、呼吸不全などの非がん疾患において、最期に十分な緩和ケアが受けられるようにすることが大事ではないかと考えております。

「長寿時代の死生学」ということですので、客観的なデータをちょっとだけお示しいと思います。

これはまず生の方で、これはいわゆる生存曲線です。生存率曲線とも申しますが、ある年に10万人の赤ん坊が生まれた後、年を取るに従ってだんだん病気などで亡くなり、減っていく。最後は110歳ぐらいでほぼゼロになるというものです。こういう「完全生命表」というものが5年ごとに発表されているわけですが、ここにカーブが2本あります。下の方のカーブは昭和22(1947)年のものです。これを見ますと、若い時期にかなりドーンと減って、その後もずうっとなだらかにどんどん亡くなっていく。それでも最後は、100歳近くまで生きる方が少しはいらっしやったということです。

それに対して、今はどういうふうになっているかというと、若くして亡くなる方はほとんどいなくて、中年過ぎて、さらに後期高齢者になってから急にみんなお亡くなりになっていく。こういうふうな矩形に近いカーブになっています。このカーブの下は10万人の赤ん坊が生まれて、その人たちの人生を表しているわけですので、ちょうどピンクの部分の面積だけ、この間に日本人の人生の量が増えた。そういう解釈もできるかと思えます。ですから、これはこれで大変結構な喜ばしいことだと思います。

これは今の裏返しで、10万人の赤ん坊が生まれた後、何歳で何人が亡くなっていくかということを示したものです。水色の方が昭和22年、ピンクが平成22年ということになりますが、今度は2つのカーブの形が全く違っている。驚くほど違っていることが分かるかと思えます。まずこれを見ますと、昭和22年には5歳までの乳幼児期に非常に多くの方が亡くなっている。先ほど一茶の子どもたちがみんな亡くなってしまったというお話がありました。実は昭和22年でもまだ大して違わない。そういう状況であったわけです。それに対して、大体学童期の10歳ぐらいの死亡率が一番低いわけです。いま七五三のお祝いというのがあります。今では祖父母が散財するだけのようになっていますが、これを見ると、本当に7歳まで生き延びることは十分にお祝いをする価値があったのだということが分かるかと思えます。

学童期にはいったん落ち着くわけですが、その後も20歳、30歳、40歳という青壮年期に毎年500人ぐらいの方が亡くなっていく。ご承知のように、みんな結核でお亡くなりになっていたわけです。さらにこの後は、昔は脳溢血と言っていましたけれども、脳血管疾患などで早く亡くなる方がいた。そういうのを乗り越えて、大体75歳ぐらいが高齢者の

死亡のピークだったことが分かります。

それに対して今はどうかというと、若くして亡くなる方はほとんどいなく、中年過ぎてから少しずつ亡くなる方が増えて、実は死亡のピークはすでに91歳になっています。このカーブの下を全部積分しますと、それぞれ10万人分の死亡ということになりますので、水色の面積とピンクの面積とは同じはずなのです。ということは、日本人の死亡が水色のところからピンクの方に移ったと解釈できるかと思います。当然のことながら我々は、子どもうちに亡くなるとか、若いうちに亡くなるとか、そういう理不尽な死に対しては闘ってきたわけです。それに対して91歳を中心として亡くなるようなピンクの部分にあるのは、多くの人々の人生の総仕上げの段階の死であり、それをいかに良いものにするか、あるいはみんなが納得できるものにするかということが、今求められているものではないかと考えます。

以上です。ご静聴ありがとうございました。(拍手)

座長 ありがとうございました。

総合討論

座長 それでは、総合討論に移ります。非常に不手際で時間が限られてしまったのですが、ご質問、ご意見をお受けしたいと思います。すみません、お一人、1分以内にしてください。ご所属とお名前を言っていただきたいと思います。よろしく願いいたします。いかがでしょうか。挙手してください。

フロアからの発言 横浜市大精神科の医師のチバと申します。Smile Team のことで確認をさせていただきたいのですが、チーム医療で入られているということだと、どういう患者さんでスタートするかという決まりがあるのかどうか。主治医の先生からの依頼があるとか、どういう患者さんが適応になるとか、その辺はどのようなふうになっているのか。あとは亡くなった方、または退院された方のその後がどうなっているかという評価をされているのかどうか。もう一つ、シェーマのほうで「3つの柱」とありました。本人のこととか、家族のこととか、あとは医療的なこととか大事だと思うのですが、やはり現実的な問題として、施設でどこまでできるのか、退院先をどのようなふうにケースワークしていくか、その辺も大事かと思えます。その辺はどのようなふうに使われているのか、教えていただければと思います。

座長 どうもありがとうございました。

西川 ご質問ありがとうございました。3つのご質問をいただいたかと思えますが、最初の一つは私がお答えして、後半は横江がお答えすることになります。

私たちはがんの緩和ケアチームがこれだけ広まってきた歴史を大事にして、それが次につながらないかなという思いで活動していますので、がんの緩和ケアの依頼についてはまったく一緒です。がんと診断がついたときから病棟に入院している患者で何かお困りのことがあれば、主治医、または担当の看護師から依頼ができるようにしています。がん以外の患者さんではどんな患者さんを依頼したらいいか、なかなかわからないというのがあったと思います。だから、自分たちでやってみて、それを示して、私たちからこういう患者さんの依頼をくださいというようなことをしてやってきました。

横江 私たちは実際のところ1週間に1回、緩和ケアの評価ツールである STAS - J は付けているのですが、亡くなった患者さんの評価は今現在はできていないというのが現状です。

あとは3つの柱の施設だとかの関連では、きっと未来の部分になってくると思いますけれども、そこは退院支援の部署と連絡を取りながらやります。実際に医療を選択した場合は元いた施設に帰れるのか。ではどんな療養先があるのか。もし在宅に帰るのであればどんなサポートが受けられるのか。サポートチームのメンバーに支援室のナースやソーシャルワーカーが入っていますので、その辺のところは相談しながら意思決定の支援には取り

入っていています。お答えになっていましたでしょうか。

座長 どうもありがとうございました。

ほかにいかがでしょうか。はい。

フロアからの発言 介護老人保健施設の施設長で、医師です。今日は非常に期待して来たのですが、ほとんど医療関係医者の終末医療的な話になってしまった。ここで介護、福祉が何で出てこないのか不思議です。私も医者なのでよくわかっているのですが、医療施設でケアはできません、医者は。また病院はあくまでも治療するところですので、やはりその効率を考えると、さっさと治療して、在宅か、またはその次の引き継ぐ施設、私は老健ですが、そういうところに預けていただくことが必要だと思います。医師、看護師には私はケアはできないと思います。まあ、生活介護ですね。あくまでも医療するところですし、またそれを期待してはいけないと思うのです。ですから、それは次のそういう専門職に任せる。私のところは老健ですが、医療スタッフ、リハビリスタッフ、介護スタッフの3本柱で一生懸命やっています。実は今日、本当は1年に一回の施設の中での運動会なのです。寝たきりの方も鉢巻きを締めて参加させます。もちろん車椅子で寝かせているだけですが。その大事な日、私は今日、非常に申し訳ない気持ちで参加させていただきました。本来は私がいけないといけないところでした。基調講演の先生のお話を聞いても、介護ではやはり鴨長明、芭蕉、一茶はないな、と。私などは、頑張れ、頑張れ、それしかないです。医療の有名な先生で「頑張るな」ということで講演している方がおられますが、発想は全く逆です。みんなで頑張るって支える。

座長 すみません、ちょっと時間がなかったので。ありがとうございました。

フロアからの発言 はい。以上です。

座長 西川先生、どうですか。特養のお話をされていましたが。

西川 ご質問、どうもありがとうございました。生活を支える職種が中心になるべきだというのは本当に大賛成で、まさに先生に同意であります。私も施設に行くときに医療が邪魔をしないようにという感じで、どんなことだったら役に立てるか聞いて活動をしていますので、そういう観点で今日はお話したつもりです。どうもありがとうございました。

座長 ありがとうございました。川越先生、在宅を進める立場からいかがでしょうか。

川越 介護職の重要性については、その言葉では申し上げませんでした。例えばその役割ですとか、感動というお話をさせていただきました。当然のことながら基盤となる生活が整っていなければ、そもそも医療もへちまもないわけです。追加の発言がちゃんとできなかったのがあれでしたけれども、今日の皆さんの話に通底しているのではないかと感じます。

座長 ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか。

フロアからの発言 宗教倫理学会の竹内と申します。私は桑田さんと樋口さんに質問があります。桑田さんに対しましては、質問というよりは確認に近いのですが、「質の高い豊

かな生活」が目標の3番目にありました。質の高い豊かな生活というのがわかりやすいようにわかりにくかったのですが、要するにそれは自己実現ということも含めて、患者さんのクオリティ・オブ・ライフのことなのではないでしょうか。つまりクオリティ・オブ・ライフというものが保障されないと、4番目の「大往生への実現」も若干怪しくなってくるという感じですよ。

樋口先生に関しましては、ソフト・ローは私もまったく賛成です。ただし、ソフト・ローの場合に気を付けなければならないのは、変えやすいところもあると思うんですよ。儲けやすいものは変えやすい。つまり、しょっちゅうガイドラインが変わったりすると、今度は現場のほうが混乱することになりますね。ですから、ソフト・ローはソフト・ローで私も賛成なのだけれども、それを決めるときに十分あとのフォローも含めて何らかの形で修正・チェックし、なるべく修正の回数が少なくなるようなソフト・ローが必要ではないかと思います。以上、2点です。

桑田 そのとおりの解釈でよろしいと思います。

フロアからの発言 たぶんそういう返事が出ると思ったのですが、クオリティ・オブ・ライフを実現するために桑田さんの青梅の病院で一番注意しているところといたしますか、システム的に力を入れているところを……。

桑田 いま時間がないので「そのとおりです」と簡単に答えてしまったのですが、それこそ個々の方によって暮らしてきた過程が違いますので。

フロアからの発言 そうそう。

桑田 やはりその方たちの、清水先生のこのガイドラインの中での「物語」に沿っていく。ですから、すごく個別性が高いというふうに思っています。

フロアからの発言 わかりました。そうすると、詳しく、細かに、十分いろいろな方向から患者さんの意向を探る。それがクオリティ・オブ・ライフということですね。

桑田 はい、そのように考えています。

フロアからの発言 それでオーケーです。では次に樋口先生、お願いします。

座長 残念ですけど、時間がないのでここで一応質疑は打ち切らせていただきます。

最後に、ご登壇いただいたのにまだご発言をいただいていない樋口先生と飯島先生からお一言ずつ、まとめのコメントをお願いします。

樋口 しかし、せっかく質問していただいたのにまったく何もというのはちょっとという感じもします。それから、この全体のまとめはたぶん飯島さんがやってくれるでしょう。日本のサッカーの特技ですからパスということにします。

こういう分野はやはりソフト・ローという形で考えていくのがいいのではないかなと思うのは2つあります。いまソフト・ロー、ソフト・ローと言ってもものすごく柔らかでどんどん改訂があり、法律よりはずっと容易だからといって毎年変わっているようだ現場が混乱する。そういうことはどうお考えですかという質問だと受け取りました。

ソフト・ローだから簡単に変わるかという話の一つ。いい例かどうかわかりませんけれ

ども、医療の分野では、たとえば人工生殖と言うか、生殖補助医療のルールなどはなかなか法律ができないのです。ずうっと作れと言っている人もいますが、やはり何だかんだ言ってできない。何がルールになっているかという、産婦人科学会の会告です。産婦人科学会で作って、しかし毎年改訂はしていません。そういうルールで、とりあえず日本の産婦人科はこういう形でやろうよ、ということです。そういう例は幾らでもあるので、この分野でもそういうことは可能です。生殖補助医療の分野も、それでものすごく変なことにはなっていないですよ。もちろん異論もあって、あれは厳しすぎるとかいうのは当然あってしかるべきです。だからまた変わっていくかもしれないけれども、全体としてはみんながおかしいと言うのだったらもう変わっているはず。だから、老年医学会のガイドラインであれ何であれ、同じような形で進行させていくという道がある。その作り方が問題ですよ。作り方にいろいろな人の、まさに現場の声を入れていく。それに専門家がちゃんと関与する。素人と専門家の両方が一緒になって作っていくという話。

それから、先ほど飯島先生の話にもあったのですが、ソフト・ローはまさに柔軟な性格のものであって改訂も容易だという、この「柔軟な性格」というものの中身が、現場に委ねている部分が相当あるということです。だから、そんなに現場を混乱させるようなソフト・ローを専門家団体が作るかどうかという話だと私は思っています。

飯島 とても最後のまとめなどできる立場ではないのですが、老年医学会では97年に倫理委員会を発足させ、以来15年間ぐらい経管栄養、あるいは終末期医療といったものについて議論してまいりました。15年前の出発点というのは、当時は、「とにかく食べられなくなったら100%経管栄養をしなければいけない。しないのは消極的安楽死でけしからん」というような議論がある時代でした。それに対して、2001年に最初の「立場表明」を出したわけです。今回、10年ぶりに改訂したわけですが、実は、重要なところは2001年の「立場表明」とほとんど変わっていません。にもかかわらず、2001年の時にはあまり注目されなかったのですが、今回はまだ改訂版が確定する以前からマスコミ等にも取り上げていただき、非常に注目されました。わずか10年ぐらいの間にもものすごく世の中が変化しているなあというのが、私の何よりの実感です。

最近、胃ろうのことが盛んに問題になってきたことの一つは、多くの方が胃ろうをしているお年寄りを身近に見て、それに対していろいろな考えをお持ちになってきた。要するに、多くの方が高齢者の終末期に接するようになってきたということが一番大きいと思います。戦後、とにかく日本人の死亡率が低下し、高度成長期は年間大体70万人ぐらいで経過していました。しかも、従来は在宅で亡くなっていたものが、ほとんどが病院の中で亡くなるようになった。死というものが一般の国民の身近なところからずっと遠ざけられるようになったわけです。それに対して、これからは亡くなる人の数がどんどん増えていき、最終的に160万人以上が1年間に亡くなるようになるだろうと言われているわけです。そういう身近なところで、自分の親だとか、おじさんだとかが年を取って亡くなっていく。それを体験することによってまた、終末期の在り方というのも自然にわかってくる

のではないかと思います。

もちろん、我々は「ガイドライン」や「立場表明」を出して終末期のあり方を明らかにしようとしているわけですが、一番大切なのは、国民一人ひとりが高齢者の終末期、身近な人が亡くなっていくということを実際に体験し、それに基づいてこんな終末期がいいのではないだろうかというコンセンサスが自然にできてくることだと思います。最近、たとえば胃ろうにしても、おじいさんの時に胃ろうを作ったから、おばあさんの時にはこうしたいというふうに、経験に基づいて判断をされる方も出てきています。そういう経験を国民で共有して、それによってコンセンサスが自然と出来上がってくる。そういうのが本当が一番望ましいのではないかと考えています。

私自身は実はわりと楽観しておりまして、10年後には「あの頃、何で胃ろうなんかで大騒ぎしていたのだらう」というふうに変ってくるのではないかと予想しています。胃ろう自体がもちろん悪いのではなくて、胃ろうによって多くの方が恩恵を受けているわけですが、例えばアルツハイマー病の末期に胃ろうを造設してもほとんど意味がないということは、欧米ではすでにコンセンサスになっています。そういったことも10年後には当たり前になっているのではないかと。そういう意味では、こういう機会を通じてみんなで考える、あるいは実際に身近な方の看取りを一生懸命やることによって国民的なコンセンサスを作っていくことが、何よりも大事ではないかと思っています。今日お集まりいただいた皆様方には、ぜひこれからも一緒に考えていっていただきたいというふうにお願ひしまして、私の言葉を終えさせていただきます。

どうもありがとうございました。(拍手)

座長 飯島先生、ありがとうございました。

講師の先生方も、急性期病院、療養病床、在宅というところから、画一的なイエス・ノーの世界ではなく、多様な生きざまを直に受け入れていくのにどういう形があるか、非常にポジティブに示していただけたと思います。それから、それを支える法律もガイドラインもあるぞというようなお話も伺えましたので、また皆様、今日の話をご参考にされて日ごろの活動に生かしていただければと思います。

どうも本当にありがとうございました。これで終わらせていただきます。(拍手)

司会 まだまだお話が尽きないところではございますが、残念ながらお時間になりました。日本老年学会並びに日本老年医学会理事長の大内尉義先生から閉会の言葉を申し上げます。

大内 日本老年医学会・日本老年学会の理事長をしております大内でございます。最初に、島菌先生の基調講演の司会もさせていただきましたけれども、最後に学会を代表して、御礼の言葉を申し上げます。

本日のシンポジウムは「長寿時代の死生学」と題して、基調講演、対談、そしてただ今のシンポジウムと大変盛り沢山の内容であったと思います。最後までお残りいただきまして大変ありがとうございました。また、多くのディスカッション、ありがとうございました。

た。

このシンポジウムは、先ほど飯島先生からご紹介がありました、老年医学会の「人工的水分・栄養補給法的意思決定のためのプロセスガイドライン」策定の過程から生まれてきたもので、本年は3回目になります。3回目は国立長寿医療研究センターのご協力を得まして、こういう格好で開催することができました。島藺先生の最初の基調講演にありましたように、日本では昔から死と生ということを考える、あるいは考えさせる文化がありました。それから、いわゆるスパゲティ症候群というような言葉に象徴されるように、終末期医療に関する意見表明があったわけですが、実は国民全体がこういった問題をみんなで考えるという機会は必ずしも多くなかったのが実情です。

これには、いろいろな背景があります。たとえば医療界には、先ほど樋口先生が「殺人か医療か」というセンセーショナルな題を出されましたが、終末期医療に下手に絡むと何が起こるかかわからないというような不安感があったことも事実です。それから国民の皆様方が、自分の死ということを考える機会が非常に少なかったのではないかと。ただ、このような爆発的な高齢社会を迎え、もうすぐ超高齢社会となりますけれども、親族、身内の方の死に立ち合う機会が非常に増え、やはり国民全体で問題を考えなければいけないという動向が顕著になってきたのだと思います。

高齢社会は人類の英知が築き上げた非常に貴重な財産であると、WHO がはっきり述べています。例えば、アフリカの最貧国では平均年齢が35歳とか、そういう国がいっぱいあります。WHOは、長寿社会こそ人類が目指すべきものであり、その代表は日本である、とはっきり述べているのです。日本はもっともこのことを誇りに思わなくてはいけないと思っています。ただ、それに関して、いろいろな問題が起こってきたことも事実です。死生観の問題もありますし、それから法の問題もある。また、今日ほどなたも言及されませんでした、やはり経済的な問題も考えなければいけないと思います。

2001年に老年医学会が「立場表明」を出したときに、実はほとんど注目されませんでした。それが10年間経ってこのように注目を浴びました。国民の皆さん方の意識もずいぶん変わってきていることは、わりと地味なテーマのシンポジウムにこのようにたくさんの方が集まって、熱心に議論していただいたことから、もひしひしと感じられます。

今後さらに残された問題がいっぱいあります。やはり一番は、自分あるいは家族がよい亡くなり方をしたいということだろうと思います。例えばQOLという、今はどこでもある言葉が臨床医学の世界に導入されたのは、実は1985年以降のことです。ましてや今日のシンポジウムの主題であったエンド・オブ・ライフという概念などはまったくなかったわけです。私たちが医学部の学生だったころには、死は医療の敗北であるから、患者さんにどんな負担を掛けてもとは言われませんでした、とにかく1分1秒でも生き長らえさせることが医学の使命であるという考え方が一般的でした。そうではなくて、その方のいろいろな生き方、考え方を医療の現場に導入していこうとなったのはたった25年間の歴史しかないのです。まだまだいろいろな問題がありますが、これは日本の国民の英知で解

決していかなければいけないと思っております。

来年、このシンポジウムを開くかどうかは現時点で決まっておりますませんが、第4回目を開く方向で大島総長にご相談申し上げたいと思っております。

最後に、島藺先生は、「大内に看取られたいけど、我々はもうロートルだから」というふうなことをおっしゃいました。そのお返しの言葉として、ちょうど大学の学生時代に帰って「島藺君」と呼ばせていただき、私が島藺君よりも先に死ぬことになった場合には、島藺君に「大内、よくぞ生きた」という、はなむけの言葉を一言言っていただければということ希望して、このシンポジウムを終わりたいと思います。

どうもありがとうございました。(拍手)

司会 以上をもちまして、本日の「長寿時代の死生学」シンポジウムは終了でございます。どうぞアンケートにご記入して受付のところでお渡しくださいますよう、お願いいたします。出入り口が狭く大変混雑いたします。せつかくですので改修前の安田講堂をじっくりとご覧になって、お忘れ物などなさないよう、お気を付けてお帰りください。ありがとうございました。

シンポジウム

長寿時代の死生学

〈プログラム〉

- 日 時：2012年**10**月**21**日(日) 13:00～17:00
- 会 場：東京大学安田講堂
- 共同主催：国立長寿医療研究センター
東京大学死生学・応用倫理センター

シンポジウム・プログラム

開会の辞 13:00

国立長寿医療研究センター総長 大島 伸一

第1部 基調講演

「日本人の死生観を読む」 東京大学大学院 人文社会系研究科教授 島蘭 進

座長： 東京大学大学院 医学系研究科 大内 尉義

対談：「死生観と人工栄養をめぐって」

東京大学大学院 人文社会系研究科教授 島蘭 進
東京大学大学院 人文社会系研究科特任教授 清水 哲郎

<休憩 (15分)>

第2部 シンポジウム 14:50

「最期まで自分らしく生きるために：終末期および看取りの医療とケアの実際」
アドバンス・ケア・プランニングやEnd of Life ケアから看取りケアに関する臨床実践について

座長： 東京大学 名誉教授 甲斐 一郎
国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長 三浦 久幸

「緩和ケアからエンド・オブ・ライフケアへ ～End-of-Life Care Team の誕生の意味～」

国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部医師 西川 満則

「その人にとっての最善の医療とは？ ～エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際～」

国立長寿医療研究センター End of Life ケアチームリーダー 横江由理子

「豊かないのちの看取り ～生活の中のケア～」

青梅慶友病院 看護介護開発室長 桑田美代子

「いのちと生活を支える在宅医療 ～人生の終盤をどう過ごすか～」

あおぞら診療所院長 川越 正平

指定発言： 東京大学大学院 法政治学研究科教授 樋口 範雄
日本老年医学会倫理委員会委員長、筑波大学教授 飯島 節

閉会の辞 16:50

日本老年学会・日本老年医学会理事長 大内 尉義

総合司会： 東京大学大学院 人文社会系研究科特任准教授 会田 薫子

第1部 基調講演

「日本人の死生観を読む」

講演：島菌 進

座長：大内 尉義

対談：「死生観と人工栄養をめぐる」

島菌 進

清水 哲郎

日本人の死生観を読む
——「浮き世」の思想——

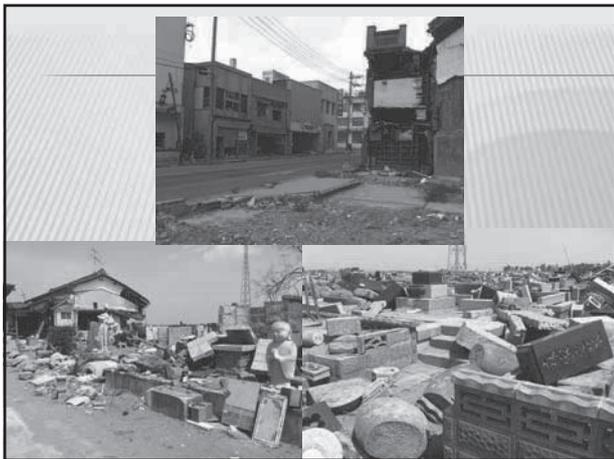
長寿時代の死生学

2012年10月21日

東京大学大学院人文社会系研究科・教授
島 蘭 進

I. 無常とうき世

- ◇宗教の力の源泉の一つ。仏教においてとくに。
——喪失と悲しみを受け入れること。
- ◇無常を知り、自らの心を見つめて悟りに向かう。
だが、そこからともに生きることの意義を見直す。
- ◇悲しみに暮れつつ、この世の愛欲と楽しみに戻る。
 - ◎大乘仏教・とくに日本の在家志向的な仏教。
 - ◎もともと悲しみは愛の挫折と深い関連。
- ◇中世→近世
 - ◎現世により肯定的になる=うき世（憂き世・浮き世）



- ◇無常を楽しむ文化
 - ◎お花見←和歌・文芸・芸能の中の無常
 - ◎日本仏教の特質を反映しているのではないか？

- ◇「聖（ひじり）」の仏教
 - ◎遁世僧。「俗聖」。
 - 五来重『増補 高野聖』
角川書店、1965、1975年
 - ◎勸進、唱導。



◇美学的な無常感（←→無常観）

「苦」とか「無常」とかをいふ場合に、格別に美文調になるといふことは、変なことである、奇妙といつてもよい。その変で奇妙なことが、ふりかへってみれば、日本ではむしろ當り前のこととなつてゐる。「はかなし」「はかなき」「はかなびたる」といふ王朝女流文芸に頻々と出てくる言葉も、横か裏から見れば、「はかなきものは美しきかな」といふやふな、美的理念とさへ思はれる場合が多い。」

唐木順三『無常』筑摩書房、1965.

- ◎「それは「あはれ」の場合と同様に、日本人の心情の深いところに関連してゐることである。無常の場合も、古くから「無常美感」などといわれてゐるやうに、無常をいふとき、日本人の心の琴線は、かなしくもあやしき音を立てる。」（唐木順三『無常』続）

- ◎「はかなし共同体」——情緒的、詠嘆的な「無常」



◎橋本峰雄『「うき世」の思想』講談社現代新書、1975年

◎「うき世」観の転換

☆憂世から浮世へ——室町時代から江戸時代へ

☆浮世主義の庶民化

◎「たゞ何事もかごと、ゆめまぼろしや水のあわ、さゝの葉にをく露のまに、あぢきなやの世や／夢幻(ゆめまぼろし)や、南無三宝／くすむ人は見られぬ、ゆめの／＼世を、うつゝがほして／なにせうぞ、くすんで、一期は夢よ、たゞ狂へ」(閑吟集、1518)



Ⅱ. 一茶と悲しみをたたえたしたたかさ

◇小林一茶(1763-1827)

◎悲しみにたえて生きる
うき世の生を歌った俳人。

◎北信、柏原の農家に生れる。

◎2歳で母が死亡。継母に男の子。

14歳で祖母が死ぬ。

15歳で江戸へ。



小林一茶の肖像 西村村松画

◎母を失って生きていかに
てはならない悲しみ

☆しょんぼりと雀にさへも
まま子哉

☆なでしこや
まゝはゝ木々の日陰花

☆我と来て遊べや

親のない雀

☆亡母(なきはは)や

海見る度に見る度に



白洲園/雀の雛やぼろちこつてしるから 一茶詩

◇俳諧師としての厳しい生活

◎人間の冷たさ、罪深さ。悪を避けられない人間という意識。

☆春立つや四十三年人の飯

耕さぬ罪もいくばく年の暮れ

☆ころから信濃の雪に降られけり

故郷や寄るもさはるも茨(ばら)の花

古郷は蠅すら人をさしにけり

老が身の直(ね)ぶみをさるゝけさの春

花のかげ寝まじ未来が恐ろしき

☆(参)友人、谷中の本行寺、一瓢。

用のない人と言はれて夜寒かな

☆貧しさ、たくましさ、素朴な生の美しさ

うつくしやせうじの穴の天川

連れて来て飯を食する女猫哉

春雨や喰れ残りの鴨が鳴く

鳩の恋鳥の恋や春の雨

☆桜=死のリアリティと快楽にふける人間の対照

活て居る人をかぞへて花見哉

咲ちるやけふも昔にならんずる

死支度致せ致せと桜哉

いざさらば死ゲイコせん花の陰

世の中は地獄の上の花見哉

◇近代人としての小林一茶

春雨や喰はれ残りの鴨が鳴

初雪や今に煮らるゝ豚遊ぶ

◇宗左近『小林一茶』集英社新書、2000年

「それにしても、「喰はれ残りの鴨」

にしる「今に煮らるゝ豚」にしる、

むろん、それらがそのままが身だという自覚

があつてのことです。その自覚のあつた文学者

は、江戸の文化文政までに、むろん数多くいた

に違いありません。しかし、それを表現したのは、おそらく一茶が初めてです。」



◇「なぜか、たぶん、その酷たらしさに耐えがたかったからです。そのため、禁忌（タブー）を破らないわけにいかなかったのです。その時代の俳人や有識者の多くは眉をしかめたことでしょう。だが、あえて一茶は書きました。そのために作品が非芸術だと非難されようと、告発しないわけにはいかなかったのです。鴨や豚の殺人者（？）であると同じに、鴨や豚にほかならぬ被害者であるおのれを、そして、そのおのれの二重性を。

こういう一茶に、わたしはまぎれもない近代人の誕生を見ます。芭蕉や蕪村に見ることができなかった特性です。」

Ⅲ. 弱さ・罪深さの自覚と共鳴する力

◇「父の終焉日記」（小林一茶『父の終焉日記・おらが春他一篇』岩波文庫、1992年）

◎4月29日に、父が財産相続を指示する。

「廿九日、父は病の重り給ふにつけて、孤の我身の行来を案じ給ひてんや、いさゝかの所領、はらからと二分にして与んとて、くるしき息の下より指図なし給ふに、「先中島てふ田と河原てふ所の田を弟に附属せん。」とありけるに、仙六心に染ざりけん、父の仰せにそぶく。其日、父と仙六といさかひして、事止め。皆、貪欲・邪智・詭曲に眼くらみて、かゝる息巻はおこりけり。」

「いかなれば親の養を顧みず、任他五濁悪世の人間界(にんかい)、浅ましき事たりき。二日、変起りて、いとくるしび給ふに、母、例のあらがひに見もしむきもせず。弟は、分地此かた、父の中よろしからず。いかに腹がはりなりとも、かく浅ましくいどみあふとは、いはゆる過去敵(がたき)どしとも思(おも)はれ侍る。

註：「任他」はどうにでもあれという気分。

「父は一茶の夜の目も寝ざるをいとほしみ給ひて、「昼寝しつかれを補へ。」「出(いで)て気はらせ。」などゝ、和(やわら)かきこと葉をかけ給ふにつけても、母は父へあたりつれなく、父の一寸のゆがみをとがめて、三従の戒(いましめ)をわすれたり。是てふも、母にうとまるゝおのれが、枕元につき添ゆゑに、母は父に迄うきめを見する事の本意なさやと思へども、かゝる有様を見捨て、いづちへかそぶきはつべき。」

◇『宝物集』（平康頼、鹿ヶ谷事件で鬼界ヶ島に流された人物の仏教説話物語、遠島中に出家）からの書き込み。

◇「兄弟二人、親の病氣申来りければ、道近かればはやく立けれども、日ぐれたれば前後も見えず、道に塚穴ありければ、かゞみ居て明るを待けるに、一人は道遠くして、迹から来りけるに、其穴に落けるに、

「先に入たる子は、鬼来りて我くはんとすらんとふせぎ、迹から来る児は、穴に鬼ありて我をあやむると、互ひに掴みあひけるに、夜明て見れば兄弟也。生死の闇に迷ひぬれば、皆無明の鬼なるべし。(中略)万法空也と観ずれば、罪もなし、功德もなし。地獄もなく、極楽もなし。此観いたりぬれば、無始生死の罪ことごとく消えて、つひに菩提の岸にいたる也。」

◇何もないが心安さよ涼しさよ

『おらが春』の結び

問ていはく、いか様に心得たらん
には、御流儀に叶ひ侍りなん。

答ていはく、別に小むつかしき子細は不存候。たゞ自
力他力、何のかのいふ芥もくたを、さらりとちくらが沖
へ流して、さて後生の一大事は、其身を如来の御前に
投出して、地獄なりとも極楽なりとも、あなた様の御は
からひ次第あそばされくださりませと、御頼み申ばかり
也。(中略)是即、当流の安心とは申也。穴かしこ。

ともかくもあなた任せのとしの暮 五十七歳 一茶



☆悲しみの人生。ニヒリズムに接する境地。

しかし……

蝶とぶや此世に望みないやうに
日が長い長いとむだな此世哉
永き日に身もだへするぞもつたいな
永き日や嬉涙にほろほると

☆悟りの境地？

何もないが心安さよ涼しさよ
涼風はあなた任せぞ墓の松
是がまあつひの栖か雪五尺

第2部 シンポジウム

「最期まで自分らしく生きるために：
終末期および看取りの医療とケアの実際」

座長：甲斐 一郎
三浦 久幸

講演1：西川 満則

講演2：横江由理子

講演3：桑田美代子

講演4：川越 正平

指定発言：樋口 範雄
飯島 節

緩和ケアからエンド・オブ・ライフケアへ ～End-of-Life Care Team の誕生の意味～

国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医師 西川満則

はじめに

高齢長寿時代の死生観を語る時、緩和ケアは重要である。なぜなら、高齢者医療では、認知機能の低下、日常生活動作の低下などの高齢者個々の問題のみならず、人工栄養・人工呼吸器を行うか否かといった法律的倫理的視点が必要な多くの諸問題が存在する。これらの問題に関連して難しい医療判断を強いられる時、意思決定における「苦痛」が生じやすい。そのため、「苦痛」を明らかにし「緩和」し「生命の質」を向上させるアプローチである緩和ケアが必然的に重要になる。

身体的苦痛も早急に緩和すべき重要な苦痛であるが、自分の意思が尊重されないことに起因する苦痛の緩和も重要である。医療者がどのように関われば患者の意思を尊重し、患者と家族の満足につながり、その人生の集大成を支援するような医療判断ができるのか明らかにされていないのが現状だ。

この問題に対峙するため、緩和ケアとエンド・オブ・ライフケアをキーワードに論じてみたい。

緩和ケアとは

緩和ケアとは、世界保健機構（World Health Organization : WHO）の定義にもあるように、「苦痛」を明らかにし、様々な介入により苦痛を「緩和」し「生命の質」を向上させるアプローチである。対象疾患としては、がんを中心に諸外国で広まり、次第に非がん疾患や高齢者の認知機能低下や虚弱状態も含まれるようになった。しかし、日本ではまだまだがん患者が中心になっている現状がある。最期まで自分らしく生きるために、終末期の看取りの医療とケアには緩和ケアが欠かせない。

エンド・オブ・ライフケアとは

エンド・オブ・ライフケアには、世界的にみても明確な定義はない。いまだ、その概念の揺れは存在している。エンド・オブ・ライフケアとは、文字どおり人生の終焉を迎える時期のケアである。また、日本におけるエンド・オブ・ライフケアの意味を考えてみたい。加速する高齢化を背景に慢性疾患や認知症や要介護状態の高齢者が増えている。それに伴って、非がん疾患や認知機能低下や虚弱状態を含めた支援体制構築の必要性が高まっている。対象をがんだけに限らないエンド・オブ・ライフケアへとシフトさせる時期に来ていると考える。

エンド・オブ・ライフケアは、本質的に緩和ケアと同じアプローチを行うのだが、「緩

和ケア」という名前が、苦痛を「緩和」するというアプローチ方法を表しているのに対して、「エンド・オブ・ライフケア」という名前は、「エンド・オブ・ライフ」という時期を表している。この時期についても、①脳死のように心臓死が間近にせまった時期、②余命が約6ヶ月と予想される時期、③がんの診断時のような診断早期の時期、④慢性呼吸不全や慢性心不全や認知症など人生の終焉を迎えている印象はあるが予後が明らかではない時期など、エンド・オブ・ライフケアが必要とされる時期が、どの時期をさすかについても概念の揺れが存在するように思う。私は、早期介入が有用だという立場なので、①から④の全ての時期を含めて「エンド・オブ・ライフ」または「エンド・オブ・ライフケア」という言葉を用いている。

さらに、非がん疾患を考える時、難しい問題がある。非がん疾患では「エンド・オブ・ライフ」の時期が特定しにくいのである。予後予測が難しいのである。例えば米国では、複数の医療者が統一した予後予測指標を用いて余命6カ月を予測している。さらに、これら予後予測の不完全性を補完するために余命6ヶ月の認定を再認定するシステムを用いている。日本における高齢者の「エンド・オブ・ライフケア」を考える時、時期を定義するこういった考え方は重要であると考え。

End-Of-Life Care Team の誕生の意味～

2011年10月1日、国立長寿医療研究センターにEnd-Of-Life Care Teamが稼働を始めた。日本において徐々に広がりを見せている緩和ケアチームの機能に、非がん疾患や高齢者ケアの要素を加えたモデルになることを願って、国の公的研究資金の援助を受けて始まったチームである。冒頭にも述べたが、チームの基本機能は緩和ケアである。「苦痛」を明らかにし、様々な介入により苦痛を「緩和」し「生命の質」を向上させるアプローチをとる緩和ケアである。より、慢性呼吸不全、慢性心不全、認知症などの非がん疾患を含むことを明確にするため、緩和ケアチームに加えて、End-Of-Life Care Team という名称を用いている。

End-Of-Life Care Team を稼働させてはや1年が過ぎようとしているが、よかったと思うことが2つある。まず、1つ目だが、がんの患者さんにも非がん要因が多く併存しているのである。従来のがんの緩和ケアが依頼件数の約60%を占めている。がんが約60%、非がんが約40%というのは諸外国の緩和ケアチームと同じ傾向である。約60%のうち、高齢者の依頼が主体で当然ながら非がん疾患や認知機能低下や虚弱な状態も併存していることが多い。がんだけでなく、非がん疾患や高齢者ケアも含んだEnd-Of-Life Care Team の有用性を日々実感している。次に2つ目だが、非がん疾患、特に高齢者で認知機能の低下した患者さんで経口摂取ができなくなった時の意思決定にもEnd-Of-Life Care Team は機能できると感じている。(図1:3本の柱戦略参照) ご家族は、もちろん本人もだが、胃瘻等の人工栄養を差し控えること、実施すること、撤退することいずれの場合においても、これら難しい医療判断の意思決定において大きな「苦痛」を感じている。この「苦痛」を

和らげるため End-Of-Life Care Team の意思決定支援は有用だろうと考えている。近年、人工栄養等のガイドラインが発表されているが、それらを医療介護の現場で運用実践していく役割も果たせると考えている。また、非がん疾患のうち慢性呼吸不全や慢性心不全の緩和ケアについては近い将来重要性が増してくるだろうと考えている。

End-Of-Life Care Team の普及に向けて

この専門チームの普及を考える時、緩和ケアチームにも増して End-Of-Life Care Team という名前が分かりにくいという問題がある。そこで、我々は、End-Of-Life Care Team の愛称を Smile Team と名づけた。終末期のいろいろな問題に関わるチームであることに変わりがないが、最終的には名前の示す通り、本人・ご家族を笑顔にしたいと名づけられた。

「Smile」の個々の頭文字に注目してみる。「S」は Symptom management で苦痛症状緩和、「M」は Making a decision で意思決定支援、「I」は Intervention by End-Of-Life Care Team で専門チームの介入、「L」は Legal problem で法的問題、「E」は Ethical (Medico-ethical) issues で倫理的問題と、End-Of-Life Care Team にとって重要な言葉で構成されていることに気がつく。

個々の対応としては、意思決定支援を含めた苦痛緩和を行う介入をし、法的問題や倫理的問題にも配慮をするが、全体の対応としては、文字通り患者さん家族の笑顔のために役立ちたいと活動している。

おわりに（シンポジウムに内容について）

エンド・オブ・ライフケアの推進は高齢者の権利の擁護にもつながると感じている。また、エンド・オブ・ライフには、高齢者の終末期に生じやすい医療介後問題、倫理的問題、法律的問題の混在した問題がある。意思決定能力が低下してもどこまで患者の自律を尊重できるか、欧米で広く認められている自然死の概念がどこまで日本で浸透するか、倫理的法的問題に関して医師の免責がどこまで保証されるかなど懸念材料は多い。End-Of-Life Care Team には、倫理や法律の専門家とも連携して、こういった絡んだ糸を解きほぐす役割が期待されていると日々感じている。

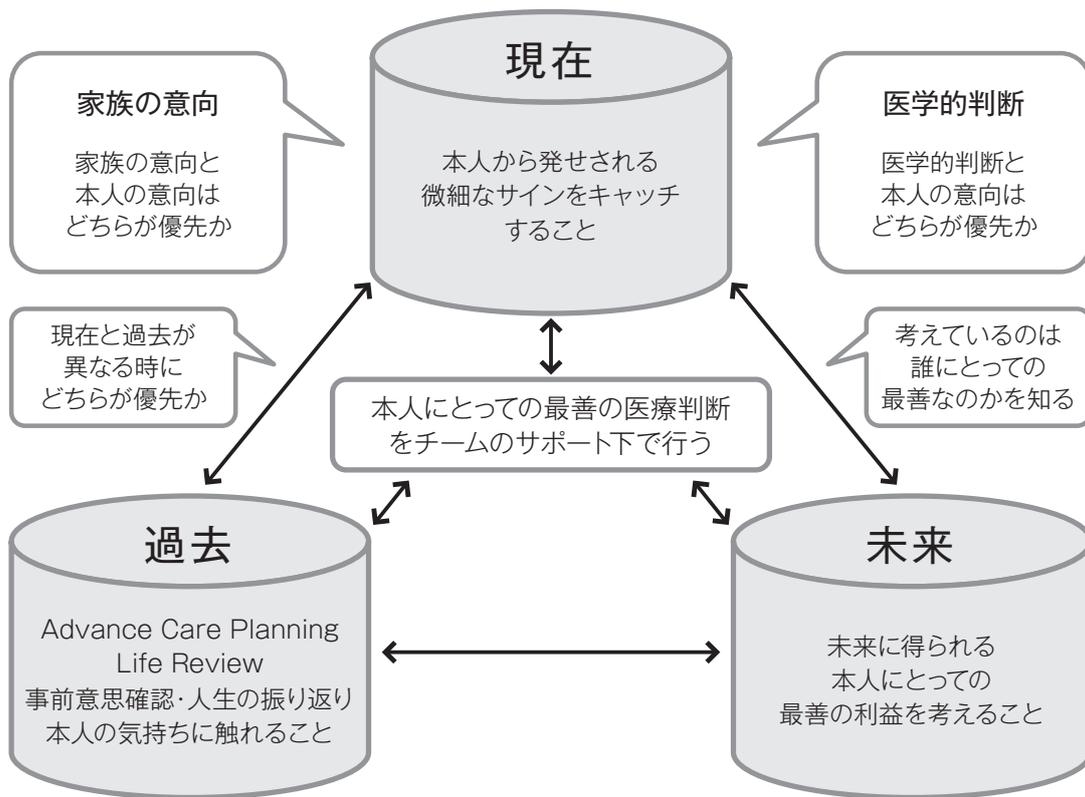


図1 意思決定能力が低下した患者に対する「現在」「過去」「未来」の3本の柱戦略の概念図

最期まで自分らしく生きるために
終末期および看取りの医療とケアの実際
**エンド・オブ・ライフケアチーム
スマイルチーム
アドバンス・ケア・プランニング**
国立長寿医療研究センター
医師 西川満則
平成24年10月21日(日) 東京大学 安田講堂

本日の話題

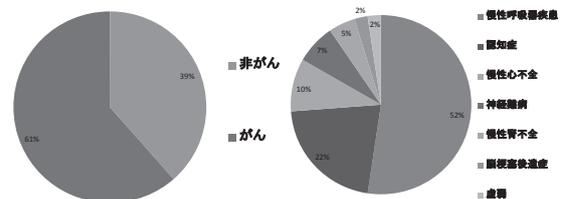
1. 緩和ケアからEnd-Of-Life Care
2. 「3本の柱」戦略
3. アドバンス・ケア・プランニング

緩和ケアチーム End-Of-Life Care Team

- ・ 緩和ケアチーム
 - がんが中心
 - 疾患が中心
- ・ End-Of-Life Care Team
 - がんに加えて
 - (がん以外)非がんも
 - ・ 慢性心不全慢性呼吸器疾患
 - ・ 神経難病(ALS)
 - ・ 認知症、虚弱
 - 疾患以外
 - ・ 高齢
 - ・ 意思決定能力低下
 - ・ 虚弱も

End-Of-Life Care Team の活動 (欧米のチームと同じ傾向)

対象患者(N=109) 非がん疾患の内訳



(平成23年10月1日～平成24年3月31日)

緩和ケアの定義に忠実な介入

苦痛 → 介入 → QOL向上

非がん性呼吸困難	モルヒネ等 輸液の減量 胃瘻注入減量	呼吸困難が和らぐ。
自分で決めることができない。 意向・最善の利益が尊重されない。	体系化された 意思決定支援 (三本の柱)	笑顔になる。 QOLの指標が改善する。 在宅看取り率が高くなる。

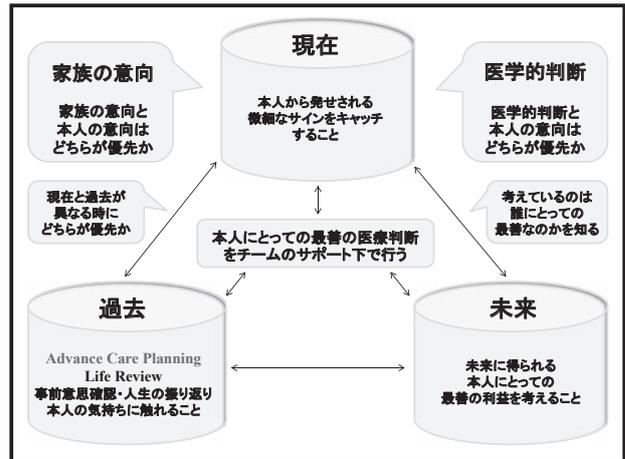
End-Of-Life Care Team (Smile Team) のロゴと活動内容



- Symptom management (苦痛症状緩和)
- Making a decision (意思決定支援)
- Intervention by EOLCT (専門チームの介入)
- Legal problem (法的問題)
- Ethical (Medico-ethical) issues (倫理的問題)

本日の話題

1. 緩和ケアからEnd-Of-Life
2. 「3本の柱」戦略
3. アドバンス・ケア・プランニング



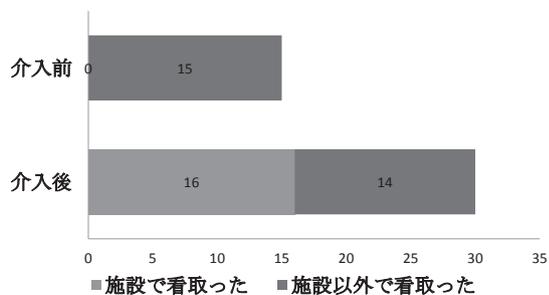
特養での意思決定の例

- 2回/年
 - 終末期の迎え方の全体説明会
 - 対象: 患者・家族
 - 開催: 定期開催
- 1回/週
 - 終末期の迎え方の個別面談
 - 対象: 患者・家族
 - 開催: 看護師が患者選択、随時開催

話の内容

- **施設が目指すケア**
 - 苦痛は緩和する
 - 食事と窒息
 - 入浴と病状悪化
- **予め End Of Life を考える重要性**
 - 「3本の柱」戦略による意思決定支援

望んだ場所で最期を迎えQOLが向上



本日の話題

1. 緩和ケアからEnd-Of-Life Care
2. 「3本の柱」戦略
3. アドバンス・ケア・プランニング

アドバンス・ディレクティブと比べて

- アドバンス・ディレクティブ
- 事前指示(直訳)
 - リビング・ウィル
 - ・「心肺蘇生術」「胃瘻」、「人工呼吸器」、「輸液」など
 - 代理人指定
- アドバンス・ケア・プラン
- 事前ケア計画(直訳)
- 患者の意思決定支援計画(意識)
 - 判断力あり(狭義のアドバンス・ケア・プラン)
 - 判断力なし

アドバンス・ケア・プランとは 国立長寿臨床指針ガイドライン(たたき台)

- 患者の希望を記録した文書である。患者が判断能力を喪失した場合に効力を発する。
- アドバンス・ケア・プランには、蘇生及び延命治療に関する患者の希望、医療代理人の指名が記録されている場合がある。大切にしていること、価値観が記録される場合がある。
 - 国内では医療代理人制度は法制化されていない。
- 長寿版アドバンス・ディレクティブ、レット・ミー・ディサイド、尊厳死協会の宣言書、エンディングノートなどなど多様性ある書面を許容する。

アドバンス・ケア・プランニングとは

- 話し合いや対話のプロセスを重視
- プロセスを支えるのは
 - 「適性があり訓練された人」
- 人を支えるのは
 - 「時間と空間をつなぐシステム」
 - 標準化ストレージ

アドバンス・ケア・プランニングの研究 オーストラリア オースチン病院視察

- The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: **randomised controlled trial.**
 - Karen Detering, William Silvester, BMJ 2010
- 本人の意思が尊重された
- 患者・家族の満足度が高かった
- 遺族のストレス、不安、抑うつが低かった

アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning



アドバンス・ケア・プランニング 国立長寿医療研究センターの試み



アドバンス・ケア・プランニングを支える 国立長寿臨床指針ガイドライン(たたき台)

- 国立長寿医療研究センターでは、アドバンス・ケア・プランニングの研修を受けた臨床医を選任する。患者がアドバンス・ケア・プランに記入する手助けをする。
- アドバンス・ケア・プランの訓練を受けたスタッフは、患者がアドバンス・ケア・プランに記入する手助けをする。
- アドバンス・ケア・プランは国立長寿医療研究センターの電子カルテに保存される。

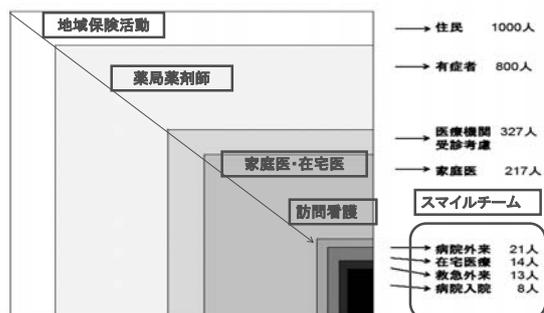
アドバンス・ケア・プランニング その本質と支える体制

- プロセスが重要
 - 「選ぶ」「自分流に」(メディアの表現)
 - 「話し合い」「じっくり対話」(メディアの表現)
- プロセスを支える人
 - 「州政府も後押し」(メディアの表現)(オーストラリアの例)アドバンス・ケア・プランニングをする看護師の給与にあてる。
- 人を支えるシステム
 - 国立長寿医療研究センター(アドバンスディレクティブ)の実践から明らかになった二つの課題
 - 患者意思が次の時間には反映されない。
 - 患者意思が他の場所では反映されない。

アドバンス・ケア・プランニング 課題

- End-Of-Life Care Team(スマイルチーム)は、アドバンス・ケア・プランニングの推進母体として機能しうるが、End-Of-Lifeの患者さんを中心にかかわることが多い。
- 元気なころから誰でも参加できるシステムが必要である。

地域医療の中での位置(1000人の住民)



Green LA : The ecology of medical care revisited . N Engl J Med, 344 : 2021-15, 2001 を改変

まとめ

- スマイルチームは、
- 3本の柱戦略と、
- アドバンス・ケア・プランニングを推進し、
- 最期まで自分らしく生きる患者・家族を支援します。

• ご静聴ありがとうございました。

その人にとっての最善の医療とは？ ～エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際～

End of Life ケアチームリーダー 横江由理子
国立長寿医療研究センター

はじめに

わが国では、高齢化率が24.1%と過去最高となり、平均寿命は女性85.90歳、男性79.44歳となった。世界に例をみない速度で急速に高齢化が進行するのに伴って、社会では高齢化によるさまざまな影響が出てきている。その中には、高齢社会を心から喜べるものばかりでなく、むしろ今後の不安を大きくするような事件や現象が確実に増加している。医療界も同様であり、高齢者の終末期に関するさまざまな倫理的問題が起きている。

自己決定における4つの支援

エンド・オブ・ライフケアの目標は、患者と家族にとっての最良のQOLを目指すことである。しかし、人生の終末期の過程では、生命の長さやその後の生活に大きく影響する意思決定をしなければならず、そこではさまざまな倫理的問題が起りうる。

たとえば、これまで経験した事例には、家族の意向で患者本人に正確なインフォームドコンセントがなされなかったために、「最期は家に帰りたい」という希望を持ちながらも、予後が期待できないなかでひたすら治ることを信じ続け、結局自宅に帰ることができないまま病院で最期を迎えた事例や、患者本人が人工呼吸器の使用を固く拒絶する一方で、家族としては「もう少し生きていて欲しい」と延命治療を望んだため、本人の希望が叶えられないまま人工呼吸器を着けられて、身体的・精神的に苦しみながら最期を迎えた事例など、本当にその人にとっての最善の医療だったのか？と悩む事例があった。そこには、「患者が病状や治療について正しく理解しないまま意思決定をしていたこと」「患者の意思が尊重されずに治療が進められていたこと」などの倫理的な問題があったと思われる。

このような経験から、エンド・オブ・ライフにおいて医療判断をするときには、患者の自己決定を第一とし、それを尊重しながら家族を支援していくことが大切であると考えている。具体的には次の4つの支援を基本としている。

1. 患者自身が自分の病状や治療について正しく理解した上で自己決定できるようサポートすること
 2. その上で表明された患者の意思は最大限尊重すること
 3. 家族も患者の表明した意思を尊重しながら患者を支えていく姿勢を持てるよう働きかけること
 4. 闘病中・闘病後の家族の気持ちに配慮し、寄り添い支えること
- 常に患者を中心として考えることを忘れず、患者だけではなく家族にも寄り添い支えてい

くことが、本当の意味で「その人にとっての最善の医療」につながるものと考えている。

エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師の役割

私は、多くの終末期患者と出会い看護するなかで、病気と闘いながらも最期まで患者がその人らしく生きることができるよう支援する重要性を感じてきた。エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師は、病気についての正しい知識と症状マネジメント技術を併せ持つだけでなく、患者や家族をきちんと理解するためのコミュニケーション能力を身に着けていることが求められる。患者や家族の立場に立って共に考える姿勢がなくては、エンド・オブ・ライフケアは成り立たないからである。

エンド・オブ・ライフケアに携わる看護師としては、まず患者が病状や治療について正しく認識していないまま意思決定をしようとしているようならば、病状や治療に関する情報を正しく理解するための支援をしていかなければならない。インフォームドコンセントを得るときには看護師も同席し、難しい医療専門用語に患者や家族が困惑し、理解するのが難しいようであれば、医師の説明をわかりやすい言葉で説明し、正しく理解できるようサポートすることも大切な役割である。同席できなかったときでも、医師の説明の内容をどのように理解したのか事後に聞き取りをして、患者の希望や家族の気持ちをきちんと把握して意思決定支援をしていくよう努めなければならない。

患者の意思が尊重されずに治療が進められている場合があれば、できるだけ早くそのギャップに気づき、その原因をアセスメントし対処する必要がある。患者や家族が医師に遠慮して言いたくても言えない思いを抱いているようであれば、私たち看護師がそれを医師に伝える代弁者としての役割を果たすことも求められる。また、患者と家族の希望が異なる場合には、患者の真の願いを家族に伝え、家族の気持ちに配慮しながら調整を図ることが大切である。このように、医師、患者、家族の橋渡しをしながら、合意形成を支援していくことも重要な役割と考えている。

エンド・オブ・ライフケアチームの意思決定支援の実際

当院では、平成23年10月1日にエンド・オブ・ライフケアチームを立ち上げて活動を開始した。終末期の苦痛症状の緩和に加えて、治療に関するインフォームドコンセントや意思決定の支援を中心に活動している。意思決定支援の内容としては、終末期における延命処置に関する「差し控え」や「実施」を決める際の支援が多く、しばしば倫理的にも簡単に結論を出すことが難しい事例もある。認知力の低下や意識レベルの低下により、患者自身の意思確認が困難なことも少なからずあり、従来ならば医療者や家族の考えが優先されがちであったが、患者の立場に立ち「その人にとっての最善の医療」を家族と共に考えて支援していくことが、エンド・オブ・ライフケアチームに求められている。

我々のチームは、意思決定支援の三本の柱（過去・現在・未来）を軸に「その人にとっての最善の医療」とはなにかを考えるようにしている。

『過去』：事前の意思表示（リビングウィル、ACP など）はあるのか？ 事前の意思表示がない場合には、患者・家族の人生の物語を傾聴する中で、ライフレビューから本人の意思を推定する。

『現在』：手を握り返す、うなずく、目を背ける、などの微弱なサインも見落とさず、あらゆる手段で患者の今の気持ちをキャッチする。

『未来』：その患者にとっての Best benefit（最善の利益）は何かについて家族を交えて話し合う。具体的に、延命した場合の生活は？ 療養の場所は？ 家族の生活は？ などについてじっくり話し合う。

命の長さだけに重点を置くのではなく、意思決定支援の三本の柱（過去・現在・未来）から導き出された患者の意思を最大限尊重しながら最善の医療判断をする支援活動を行っている。

おわりに

患者の思いを代弁し、その権利を擁護する看護師をアドボケートナースという。高齢化の進む日本においては、がんの患者だけではなく、認知症や虚弱高齢者など、人生の終末期を迎える患者の終末期ケアを充実させていかなければならない。患者自身の意思確認が困難なことも多いなかで、その人の権利を擁護すること、支援活動や代弁活動を行うことが求められている。人生の終末期にある患者の「その人にとっての最善の医療」とはどんな医療なのかを患者・家族とともに考え、揺れ動く心に寄り添いながら、その意思を支えていくエンド・オブ・ライフケアにおいてこそ、アドボケートナースの働きがますます重要になってきたと実感している。

豊かないのちの看取り ～生活の中のケア～

医療法人社団慶成会青梅慶友病院
看護介護開発室長／老人看護専門看護師 桑田美代子

青梅慶友病院の概要

青梅慶友病院（以下、当院）は、入院患者数 687 名（男性：22.3%、女性：77.7%）、平均在院期間 3 年 4 ヶ月、入院患者の平均年齢 88.1 歳（100 歳以上 22 名：最高齢 108 歳）、中等度～重度認知症 89%、約 90%が死亡退院する“終の住処”の役割を担った療養病床である。1979 年 2 月開院以来、2012 年 8 月末までに 5482 名の高齢者を看取ってきた。

「老後の安心と輝きを創造する」を理念に掲げ、「自分の親及び自分を安心して預けられる施設」を目標に、①高齢者にふさわしい医療の展開、②残存能力の活用による生活の再構築、③質の高い豊かな生活、④大往生の実現、⑤社会への提言、を当院の機能とし、多職種チームで模索しながら様々な取り組みを実践している。

当院では大往生を、①自分の持てる能力を使いきり、周囲の人にも覚悟ができること。②家族をはじめ周囲に惜しまれて、見送られること。③最期が穏やかで静かであること。少なくとも惨めな姿でないこと。④見送ったあと、関わったすべての人々に“良い余韻”があること、と考えている。“関わったすべての人々”とは、家族だけでなくケアスタッフも含めると私は捉えている。その理由は、日々の丁寧なケアを提供しているスタッフの役割は大きく、その積み重ねこそが良い死につながると考えているからである。だからこそ、スタッフにも“良い余韻”を感じてほしいと思っている。

尊厳の保持 — 惨めでない、苦痛がない、大切にしてもらえている —

当院では、“惨めでない”“苦痛がない”“大切にしてもらえている”、この 3 つが揃って「尊厳の保持」と考えている。“自分や自分の親がされて嫌なことはしない”、このように考えて対応するようスタッフには伝えている。

高齢者を人生の先輩として敬意を持って対応する。無視しない。全介助状態となり、言葉で意思を伝えることが難しい状態になっても、人格のある人として関わること。ケアの前には声かけをし、ケアの終了時には心地良さを確認することを忘れず行うよう指導している。これは当たり前のことではあるが、スタッフ全員が継続しケアを遂行することは容易いことではない。しかし、当たり前のことこそが、ケアされる側になった時、何よりも重要なことと実感するのではないかと考えている。

ケアする側は、一日 3 回ある食事介助、一日数回行なう排泄ケアなど、マンネリ化してしまうこともある。しかし、日々繰り返し行なわれるケアこそ価値があり、それを丁寧に行うことこそが尊厳の保持につながると考えている。

高齢者を“生活者”として見る ―しあわせの範囲を広げる視点―

医療機関であるため“病”を持った人が入院してくるのは当然である。しかし、高齢者の場合、“病”なのか“老い”による機能低下なのか見極めが難しい。これまでの経験から、高齢者の場合は“病を持った人”として見るのではなく、“生活している人”として対応することが、生活の質の向上につながるように思う。例えば、年を重ねると、日常生活の中でも老化に伴う影響が出てくるのは当然である。だが、病や加齢に伴う機能低下にだけ目を向けるのではなく、現在、残されている能力を活用することで生活範囲が広がることも多い。高齢になれば筋力やバランス機能の低下により転びやすくなる。そのリスクだけに目を向け、安静を強いるのではなく、転んでもよい環境を作る逆転の思考も重要である。

当院では、昼と夜のメリハリをつけるために昼間の洋服に更衣をする。一日中ベッドで過ごすのではなく、離床している。高齢者を生活者としてケアし、リスクはあっても尊厳は保つこと。そして、生活範囲を縮めるのではなく、高齢者の“しあわせの範囲を広げる視点”を持つようにしている。

より人間らしい姿に ―スタッフ側の安易なチューブケアは行わない―

当院では約50%の方が、他の医療機関から転入院してくる。チューブを複数本留置され転入院してくるケースもめずらしくない。“スタッフ側の安易な理由からチューブケアは行わない”という考えのもと、生活を不自由にする不要なチューブ類は早期に抜くという視点で見極めを行い、自然な姿で過ごせるよう対応している。

2000年頃より、胃ろうをつけて転入院してくるケースが増加した。年間約230名前後の入院を受け入れているが、約15%前後の方が経管栄養をしている。その中には「経口摂取は困難」と紹介されてくるケースも少なくない。

“食べる”ことは、生命を維持することだけが目的ではなく、人生の楽しみの一つである。当院では食事の援助を“五感を生かす”と考えており、“見て・嚙んで・香りで味わうもの”、一口でも美味しく、楽しみとなる食事を目指してきた。先にも述べたように、超高齢者の場合、加齢に伴う心身の機能低下や疾患の後遺症が複雑に絡んでいる。食べられない理由も“老い”か“病”の見極めは難しい。しかし、「経口摂取困難」と紹介されていたケースも、ケアを通し舌の動きや唾液の飲みこみの状態を見て、“食べられるかもしれない”とスタッフがキャッチし、徐々に経口摂取が可能になったのである。当院の場合、ご本人の意思を言語的に確認するのが難しい状況で入院してくるケースが殆どである。だからこそ、ケアを通し、高齢者の能力や意思を読み解く努力が必要である。言葉で意思を伝えることが困難で、介助を必要とする高齢者の場合、身体から発するサインも微弱である。しかし、その微弱なサインを汲み取る能力、察する能力を私達ケアする側にも求められる。

当院では、胃ろう造設を積極的には行ってはいない。老衰の終末期、超高齢者の能力以上の医療を提供することは本人にとっても苦痛であり、その予測ができるならば、経管栄養を勧めないということである。だが、それは胃ろうを含む経管栄養を否定しているわけ

ではない。経管栄養を行うことで、その後、その人らしい生活を再び送ることができる可能性がある、と判断したならば行うべきと考えている。

高齢者・家族の代弁者 ―ケアの最高責任者である病棟師長―

最近では、一般の方達が「看取り」の体験をすることは、めったにないことである。そして、高齢者に多量の点滴を行うとどのような状態になるのか等、家族には想像もつかない非日常のことである。一般の方達から考えると、多量の点滴を行なうことは良いことのように考えるのではないだろうか。

当院ではこれまでの経験を通し、“この治療は高齢者に苦痛を与える”“このままではご家族も心残りとなる”と考えられる場合、高齢者・家族の代弁者として発言するようにしている。それが医師であったとしても伝えるのである。また、ご家族が良かれと思って希望することが、高齢者に苦痛を与える場合も同様である。その伝える役割を担っているのは病棟師長である。それはその人を批判するのではない。チームの一員として共に考え、共に良い看取りをするためである。

<事例紹介>

●事例1：―“笑顔を失いたくない”家族の思い―

M氏 80歳後半 女性 アルツハイマー型認知症 脳梗塞

在宅ケアが困難な状態になり入院。徐々に入院環境に慣れ表情も穏やかになる。

入院数か月後、脳梗塞を起こし一時的に意識レベル低下。その後、意識は戻るが、それを機に意欲低下、食事を食べなくなる。当初、嚥下機能の低下と考え対応していたが、唾液は飲み込み、時には水分も数口、むせなく嚥下する。そのため、梗塞後のうつ病の可能性も考え、抗うつ剤を投与したが効果は見られなかった。

家族は当初、経管栄養を希望していた。しかし、病棟スタッフは経管栄養にすることが、Mさんにとって最善と、その時点では考えられなかった。そのため、病棟師長が家族に説明し、合意の上でしばらく間、経口摂取を試みることにした。その理由は、Mさんの笑顔である。“食べる”以外のケア時、Mさんはとても素敵な笑顔を見せるのである。

ある日、綿菓子ならばMさんは食べられるのではないかとスタッフが考え持参した。その綿菓子を全部、むせもなく食べたのである。その時、スタッフ達は大変喜び、家族にも伝えた。しかし、その後も摂取量は増えず、家族と今後の方針について面談を行った。主治医は「経過から考えて老衰である」と説明した。家族は「母の笑顔を失いたくないので経管栄養はしたくない。自然に委ねたい」と希望されたのである。話し合いの結果、家族の希望に添うことにした。

病棟師長は「あの笑顔を見ていると、もしかして、何かしたら…と考えてしまう。水を

飲みたそうにしているので、さりげなく吸い飲みを置くとご自身で一口美味しそうに飲む。二口目はゆっくり、三口目は嫌々。介助しようとする“無理はしない”という。それもMさんの意思ですね」と話していた。

その後も状態を見て、Mさんの嗜好にあったものを無理強いしない程度すすめた。食べる事以外の褥瘡や拘縮予防、口腔ケアなどの援助の充足にも心がけた。住み慣れた地域の祭りに参加するために外出をし、風呂好きのMさんのためにイベント入浴も企画し、家族と共に楽しむ機会も設けた。食事は増えなかったが、笑顔は絶えなかった。家族にはその都度、師長から状態を説明し、心の準備をしてもらったのである。

Mさんの最期は、酸素も点滴もせず、家族から手足をさすられながら旅立たれた。褥瘡もできず、きれいな寝姿であった。スタッフは「本当にきれいな顔でした。見てほしかった。私達もMさんの笑顔に癒されてました」と話していたのが印象的だった。

●事例2：一怒っても“ありがとう”

A氏 80歳代 女性 アルツハイマー型認知症
独身で、近隣に甥が住んでいる。

X年前に腰痛にて近医入院。ケア拒否や暴力行為あり、当院へ転入院となる。転入院後も引掻く、叩く、唾を吐く、便をつかむ、物を投げつけるなど、対応に苦慮する。何とか穏やかに、Aさんらしい良い表情で過ごして欲しいと考え対応策を検討した。どんな時に良い表情をするのか、拒否をするのかを観察しながら、Aさんの生活史（どんな職業、趣味など）に着目し、Aさんにとっての心地よいケアを見つけ出していった。

例えば、刺し子や包帯巻きをしている時、Aさんが穏やかに居られる時間であった。刺し子は出来上がった品を、甥やスタッフにプレゼントしていた。包帯巻きはAさんが「一番好き」と言い、その理由は「人の役に立っているから」と話されていた。しかし、一方では、他患者が近づくと大声を出し追い払ったりするため、病棟内の環境調整に苦労したりもした。ご自身で自由気ままに動くのが好きであり、スタンダード車椅子での自操が困難になった時も、本人の望みを叶えるためにティルト車椅子を活用し、自操できるようリハスタッフと検討した。このようなAさんではあるが、スタッフを怒鳴っても、必ず最後に「ありがとう」という一言を添える人でもあった。

亡くなる1ヶ月程前から食べなくなる。何とか食べられるものを考え介助するが、吐き出してしまふ。Aさんからは苦痛の訴えも表情も全くなかった。しかし、点滴（500ml）だけは、拒否なく実施させてくれた。この間も入浴はおこなっていた。亡くなる30分前まで単語ではあるが発語もあり、穏やかであった。

主治医は「Aさんが負担にならない検査は行ったが、結果としてはっきりとした食欲不振の原因及び死因は不明であったが、もともと快・不快の意思表示ははっきりしており、嫌なことは絶対に我慢したくなかったAさんらしい最後を支える関わりができたと言って

良いと思う。自分として一つ心残りをあげるとすれば、最後の安らかな顔を見ることができなかつたことである」と語っていた。病棟師長は「本人が嫌なら点滴はしないとご家族とも話していたが、Aさんが良いと言っていたので続けていた。しかし、最後まで必要だつたか見極める必要があつた。眠るように亡くなり、とてもきれいで穏やかな顔だつたことは家族にとつても何よりであつた」と話していた。スタッフ達も「最後のお顔がきれいだつた」「怒つても必ず最後に“ありがとう”と言つてくれた。それが忘れられない」と、デスカンファレンス時に語っていた。

退院（死亡）ケースカンファレンスの開催 — 医師と病棟師長の共通認識を得る場 —

超高齢者に相応しい医療の質・ケアの質の向上を図ることを目的に、月1回、医師と病棟師長のみで、死亡退院したケースカンファレンスを2010年8月より開催している。

死亡退院されたケースは、医師と病棟側から死亡状況アンケートを実施し、相違の有無を確認している。それらの結果を確認し、毎月2ケースを選定しカンファレンスを行っている。A氏のケースも主治医から「はっきりした原因が不明であつたが、もっと検討すべきであつたのではないかと問題提起があり、ディスカッションを行った。

高齢者を日々ケアし看取っているが、私達には80歳90歳の“古い”の経験がない。“古い”の延長線上の死を看取る私達だからこそ、自分達が提供したケアは本当に高齢者にとって心地良さを与えるものであつたのか。苦痛を増す医療ではなく、苦痛を緩和する医療であつたのか等、真摯に自分達の行動を振り返る機会を持つことが重要であると考えている。

家族と死を語る — 家族の死の準備教育 —

暦年齢から考えると当院に入院されている高齢者は、長生きの方達が大半である。しかし、高齢者であっても元気であると、“死”はどこか遠い存在のように思つているご家族は少なくない。そのために、ご家族に恐怖心を与える伝え方ではなく、少しずつ心の準備ができるように、死を語る必要がある。

先にも述べたが、当院ではご家族の特徴を把握している病棟師長が窓口になっている。ご高齢であっても、“死”を言葉にして伝えるのは、容易いことではない。わが国の中では、まだ死をタブー視する文化があることも事実である。だが、それを言葉にして語ることで、家族も心構えができる。“古い”の延長線上の死は、ゴールを迎えた瞬間に「自分達は本当によくやった。こんな亡くなり方をしたい」と思つてもらえることが重要ではないだろうか。いつゴールが来るかわからない状況の中で、家族も走り続けている。自分達の経験知から、その家族にあつた言葉で、今後起こり得ることを伝えることこそが家族教育であり、将来、自分自身にも訪れることでもある。

また、「点滴」を「食事」という思いで考えているご家族も少なくない。「点滴の一本く

らいは…」と思うご家族が多いのは事実である。残された家族の思い、心残りを考え実際行なっているケースもある。今後、その考えは変わる時期が来るのではないかと思う。そのためにも、ご家族と死を語る必要性を感じている。

より良い旅立ちに向けたコーディネーター

“老い”による死は、生活の延長線上の死である。しかし、いつ訪れるかわからない。そのため、一日一日の積み重ねが大切であり、毎日繰り返されるケアこそが最も価値がある。介護・看護職は日々のケアを丁寧に行い、リハビリスタッフは残された機能を維持し、レクワーカーや生活活性化員は余暇支援を行なう。管理栄養士・調理士は、一口でも美味しい、楽しみの食事を提供する。事務職員は、高齢者・家族を第一線でケアするスタッフをバックアップしてくれている。スタッフ一人ひとりが、看取りに向けたコーディネーターの役割を担っている。難しいことではなく、それこそが生活の中のケアであり、「豊かないのちの看取り」ではないかと考えている。

老人看護専門看護師の取り組み — ELNEC-J 高齢者カリキュラムの開発 —

専門看護師とは、日本看護協会が認定している「専門看護師制度」であり、専門看護分野は11あり、2012年4月現在、795名の専門看護師がいる。老人看護専門看護師（以下老人看護CNS）は41名活動している。

老人看護CNSの有志で昨年より、「ELNEC-Japan 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム」の開発を行っている。ELNECとは、End-of-Life Nursing Education Consortiumの略であり、米国で開発されたエンド・オブ・ライフ・ケアを提供する看護師に必要な知識を教育するための系統的・包括的なプログラムである。わが国では、ELNEC-Japan コアカリキュラムの指導者育成を日本緩和医療学会で行われている。

「ELNEC-Japan 高齢者カリキュラム看護師教育プログラム」は、まだ試行の段階ではあるが、スタッフの能力の向上と質の高い看取りに寄与できるよう努力していきたい。

いのちと生活を支える在宅医療 ～人生の終盤をどう過ごすか～

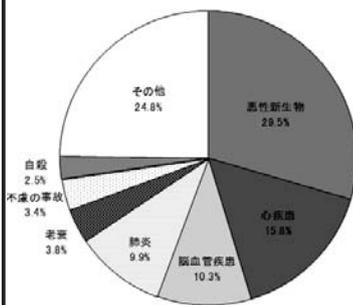
長寿時代の死生学シンポジウム
「最期まで自分らしく生きるために」
2012年10月21日
あおぞら診療所 川越 正平

1

在宅医療の基本スタンス

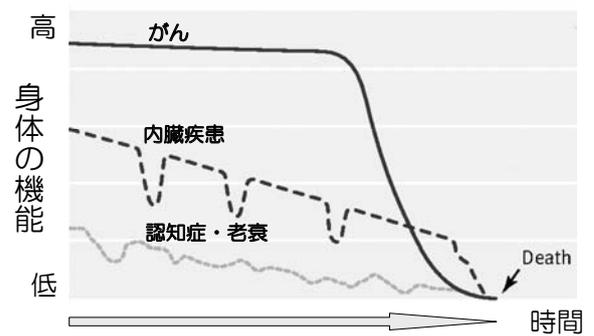
老年医学・緩和医療・多職種協働
に基づく“軌道学”

人は何が原因で死に至るのか

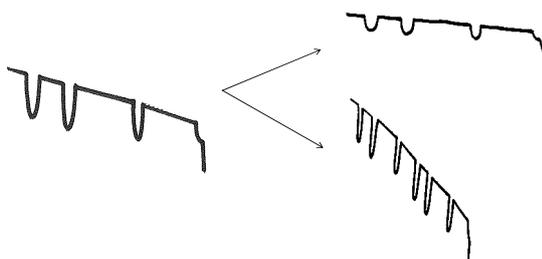


- ①がん
- ②心臓疾患
- ③脳血管疾患
- ④肺炎
- ⑤老衰
- ⑥不慮の事故
- ⑦自殺
- ⑧腎不全
- ⑨慢性閉塞性肺疾患
- ⑩肝疾患

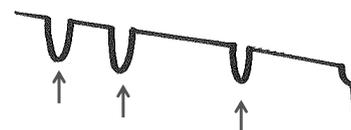
死に至る病いと その“軌道”



軌道の低下を招く“くぼみ”や“傾き”



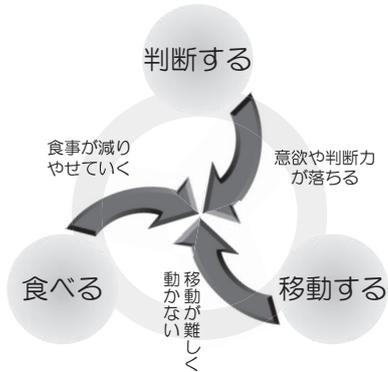
“くぼみ”を構成する病態



- 急性合併症（肺炎や脱水など）
- 転倒等の事故（骨折を含む）
- 原疾患の再発（脳梗塞など）
- 合併症の急性増悪（心不全や腎不全など）

未然に防ぐ関わりが在宅医の真骨頂

“傾き”を決定づける要素



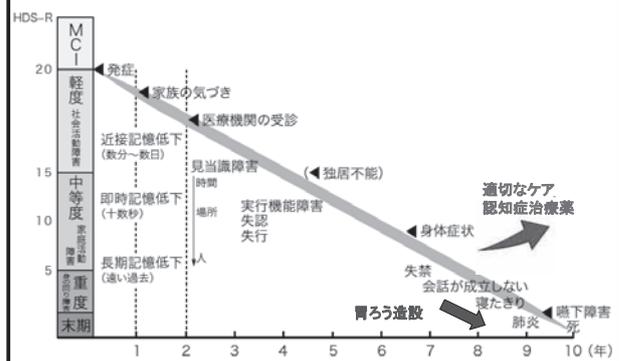
在宅医療の様々なアプローチ ～多職種協働～

- 多薬剤併用（ポリファーマシー）の弊害除去
- 継続的な口腔ケア
- 栄養、食形態、味など食全般への介入
- 時機に一致したりハビリの投入
- 尊厳を保つ“役割”
- 生活不活発を防ぐ“感動”
- 改善が困難であったとしても生活の質維持や症状緩和を目指す



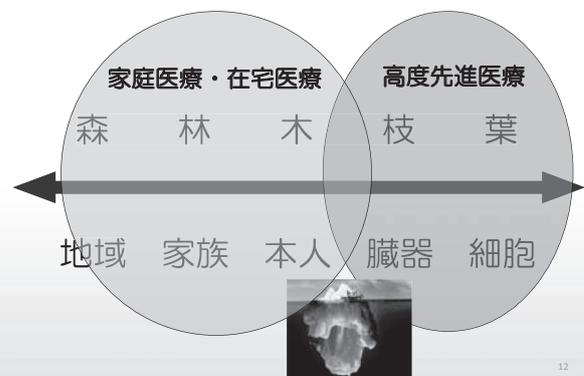
病態や個別性に応じて
適切な医療ケアを提供する

認知症のステージアプローチ



“生”を支え続けた結果
看取りに至るといふこと

人を取り巻く要素と医療ケアの対象範囲



なぜ今、在宅医療が必要とされるのか

- 医療提供にあたり、エビデンスに基づいて方針決定できる場面は限られている
- 全人的アプローチが必要とされているのは在宅医療の対象者だけではない
- 病院でみる患者の姿は本人のごく一部
- 病院での医療にはそのような限界があるという“謙虚さ”を肝に銘じるべき
- 非効率で決して低コストではない在宅医療を推進するのは医療費削減が目的ではない¹³

在宅医療が有する優位性

- 在宅では住環境や家族関係、経済面などの生活背景が目飛び込んでくる
- 医療者にとっての“アウェー”は患者にとって居心地の良い“ホーム”
- 病気を治療するために生きているのではなく、よりよく生きるために医療がある
- 在宅だから差し控えや中止ができるのではなく、患者にとって益・無益を検討するための材料を豊富に入手可能な点が優位¹⁴

在宅で看取るということ

- 望む場所で最期まで過ごすのが最も生活の質が高いのは自明
- 多くの人が人生の終盤に受けることになるEnd of Lifeケアは疾患や年齢、居場所を問わず国民に提供されるべき大切なケア
- 意味のある治療やケアは当然検討され、QOLや苦痛緩和に寄与しない医療の適応は慎重に対応する
- “生”を支え続ければ最後に看取りに至る¹⁵

適切な医療ケアを選び取る

～『主治医』や 家族会議 ～

適切な医療ケアを選び取るには

- 病気の難しい説明をされても正確に理解することは難しい（レストランのメニューのように選び取ることはできない）
- 代理意思決定者が全てを決めることも困難
 - ・ 和食か洋食か
 - ・ 肉か魚か
 - ・ 量重視か味重視か
- 『主治医』や訪問看護師なら本人の人生観を踏まえた上で相談に乗ってくれる¹⁷

『主治医』 の見つけ方

- 自分や家族と相性がよさそう
- 忙しさを出さず、時に世間話もしてくれる
- 患者としての自分だけでなく、家族の健康について相談に乗ってくれる
- 急病の折、時間外でも電話相談に乗ってくれる
- かかりつけ患者が通院できなくなったら往診してくれる
- 自分の専門外のことについてはきちんと他の医師を紹介してくれる
- 「最善」という以上に「納得」の医療を提供¹⁸

“人生の終盤”をどう過ごすか

残された人生を

- どこに住まい
- だれと一緒に暮らし
- どのように生活するのか

死に方の問題は生き方の問題

今夜、ご家族で話し合ってください！

19

ま と め

- End of Lifeケアの視点を有する在宅医療
老年医学・緩和医療・IPWに基づく“軌道学”
- 病態やステージ、個別性に応じて
医療やケアを提供する / 提供しない
- “生”を支え続けた結果、地域での看取り
に至る地域包括ケアが重要
- 適切な医療ケアを選び取るためには
『主治医』や家族会議が必要不可欠

20

法律家の視点から

東京大学大学院法学政治学研究科教授

樋口範雄

終末期医療についてわが国で問題となっている状況として、法の過剰な介入がある。厚労省はじめ各種の世論調査では、延命医療を望むかという問いに対し、延命医療に消極的な回答（「どちらか」といって望まない」、「望まない」）をした者の割合が多医ことが示されている。それも7割から8割以上という高率である。

それなら延命治療を中止しても、少なくとも法的に問題にならないはずである。なぜなら、通常の法は多数決民主主義の下で多数の意思によって決められるからである。ところが、一部の法律家や医師は、「法」が中止を許さない、それは殺人罪だと考えているようだ。「法」で定まっているので、患者の自己決定も無視される。

それはどのような状態になっても「生命を維持していること」だけに価値があるとみなす考え方であり、医学技術の発展によって生じた難問である。昔なら死亡した状態で心臓だけは動かして続けることができるようになったからである。それに対し、それはおかしいし、むしろ患者の尊厳をおかしているという議論が出てきた。

このような変な状況を改める1つの手段は法律の制定である。現に、超党派の国会議員による「尊厳死法制化を考える議員連盟」が議員立法として法案を提出すると報じられている。しかし、法律というものが画一的に適用されるものだとすると、かえって医療の現場や患者の状況にそぐわない結果になるおそれもある。その法律の要件に合わなければ尊厳死は認められず、逆に要件にあったからというので自動的に中止ということになるおそれもある。

そこで近年注目されているのがソフト・ローによる対処である。ソフト・ローとは、通常の法律を「ハード・ロー」（固い法）と呼んで、それに対比する概念です。通常の法は、まさにそれに違反すれば制裁があります（刑事罰や損害賠償責任などです）。

しかし、現実には、社会規範はすべてハードな法によっているわけではなく、さまざまなガイドラインや指針で実務が行われている。これらのソフト・ローには、ハード・ローにはない長所がある。最大の眼目は、法律はいったん制定されると実際には改訂が難しく、また適用が画一的で柔軟性を欠くのに対し、ソフト・ローはまさに柔軟な性格のものであって、しかも改訂も容易だとされているところである。その作成には、その領域の専門家が関与するのが普通であり、まさに現場を知る人たちがルールを作る。広くパブリック・コメントをとって、一般の人の意見も聞く工夫などもなされている。

老年医学会が2012年に策定した「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給の導入を中心として」はまさにその一例である。このガイドラインの趣旨は、終末期医療について、患者本人の意思を尊重し、家族とも十分に相談し、医療サイドは医療ケア・チームを作って、1人の（勝手な）判断によらずに、医療や介護のあり方を考慮したうえで、方針を決めようということである。そのうえでなら中止もありえる。このガイドラインには有力な法律家も賛成しており（元最高裁裁判官が4名も含まれている）、このように穏やかで柔軟な法と法律家の関わり方も今後考えていく必要がある。

同時に、自分の死に方について、何らかの意思表示が必要な時代になったことを多くの人が認識し、それを確認する方法を工夫することも必要であろう。

資 料

- 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する
日本老年医学会の「立場表明」2012
- 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン
人工的水分・栄養補給の導入を中心として

「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012

■はじめに

日本老年医学会が、「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」を発表してから10年が経過した。その間、わが国では、医療における患者の権利についての認識が深まり、医師主導の医療から患者中心の医療へと移行してきている。当時、死や終末期について議論することはタブー視する傾向が強かったが、最近ではそうしたことをテーマにする学会や研究会での議論や書物も増え、マスコミで取り上げられることも多くなった。人びとの間にも、いたずらに命を引き延ばすよりも、尊厳という言葉の定義に問題が残るにせよ、その人らしい尊厳のある終末期を迎えたいという考えが強まっている。また、2000年に介護保険制度が発足して以来、在宅介護サービスや介護保険施設が増加し、今日では、医療施設から在宅や介護施設へと看取りの場が拡げられつつある。

しかし、その一方で、増大する医療費を抑制するための早期退院への圧力はますます強まっており、高齢患者やその家族の意思を十分に確認することなく治療方針が決定される傾向もある。

2005年以降、年間の死亡数が出生数を上回るようになったが、団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢者層に属するようになる2025年頃には、死亡数が出生数の2倍に達すると予測されている。死亡者に占める高齢者の割合はさらに増大し、高齢者の終末期医療およびケアの重要性はますます高まるものと思われる。

この10年間の高齢者の終末期医療およびケアに関する実態と意識の変化を踏まえ、日本老年医学会倫理委員会では、より実情に即した「立場表明」に改訂することにした。この「立場表明」が、現場においてさまざまな困難に直面している医療者に対する指針となるだけでなく、終末期を迎えつつある高齢者に最善の医療およびケアを提供し、その家族の心の平安を保障するうえでの指針となることを願っている。

■基本的立場

人の「老化」と「死」は生殖、発生、誕生、成長といった生命現象の一過程であるが、特有の意味を持つ重要な局面である。生命科学はこのような「老化」あるいは「死」を含めた生命現象を扱いながら、自然科学だけでなく、人文科学や社会科学の発展とともに進歩してきた。人の「老化」と「死」に向かい合う高齢者医療は、人文・社会・自然科学で得られた幅広い成果に基づく生命科学を基盤にした、「生命倫理」を重視した全人的医療であるべきであると考え。国連の提唱する「高齢者のための五原則」（国連総会、1991年）である「自立」、「参加」、「ケア」、「自己実現」、「尊厳」は、日本老年医学会の基本的立場でもある。

■「立場表明」を出す目的

すべての人は、人生の最終局面である「死」を迎える際に、個々の価値観や思想・信条・信仰を十分に尊重した「最善の医療およびケア」を受ける権利を有する。日本老年医学会はすべての人がこの権利を有すると考え、この権利を擁護・推進する目的で「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」を行う。

■「立場表明」における用語の定義

「立場表明」における「終末期」とは、「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とする。

【論拠】高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その「終末期」の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、「終末期」の定義に具体的な期間の規定を設けなかった。

「立場表明」における「最善の医療およびケア」とは、「単に診断・治療のための医学的な知識・技術のみで

はなく、他の自然科学や人文科学、社会科学を含めた、すべての知的・文化的成果を還元した、適切な医療およびケア」とする。

【論拠】「最善の医療およびケア」とは、必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術のすべてを注ぎ込むことを意味するものではない。とくに高齢者においては、個人差が大きいこと、臓器の潜在的な機能不全が存在すること、薬物に対する反応が一般成人とは異なることなどの高齢者の特性に配慮した、過少でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の生活の質（QOL）を大切にす医療およびケアが「最善の医療およびケア」であると考えられる。科学的根拠に基づいて、高齢者に相応しい「最善の医療およびケア」のあり方を明らかにすることは、日本老年医学会のもっとも重要な責務のひとつである。

「立場表明」における「ケア」とは、「フォーマルかインフォーマルかを問わず、患者とその家族を対象として行われる介護・看護・医療・その他の支援」とする。

【論拠】高齢者の終末期には多職種の協働に基づく包括的なケアが必要である。なお、英語の“care”には「医療」も含まれるが、わが国では「ケア」という用語が「介護」の意味に限定して用いられる傾向があるので、意味が重複することを承知の上で「医療およびケア」という表現を使用することとした。

「立場表明」において「QOL」の高い状態とは、主観的な幸福感や満足感が高く、身体的に快適な（苦痛が少ない）状態とする。なお、加齢にともなう心身の変化はきわめて個別性が高いことから、年齢による規定は不適切だと思われるので、「高齢者」に関して暦年齢による規定は行わないこととした。

■ 立場－1 年齢による差別（エイジズム）に反対する

いかなる要介護状態や認知症であっても、高齢者には、本人にとって「最善の医療およびケア」を受ける権利がある。

【論拠】すべての人にとって、「最善の医療およびケア」を受ける権利は基本的人権のひとつである。どのような療養環境にあっても、たとえ高齢で重い障害があっても、「最善の医療およびケア」が保障されなくてはならない。したがって、胃瘻造設を含む経管栄養や、気管切開、人工呼吸器装着などの適応は、慎重に検討されるべきである。すなわち、何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。

■ 立場－2 個と文化を尊重する医療およびケア

高齢者の終末期の医療およびケアは、わが国特有の家族観や倫理観に十分配慮しつつ、患者個々の死生観、価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重しておこなわなければならない。

【論拠】病名や病態に関する情報開示が、高齢者であることや、患者個々の死生観や価値観、思想・信条・信仰などの故に、不十分であってはならない。考えられる予後や「終末期の医療やケア」に伴って起こりうる病状経過についての話し合いと合意が必要である。話し合いでは患者が希望することを尊重すべきである。ただし、高齢患者は意見が不安定かつ流動的で、自己表現を十分に示しえないこともあることに留意すべきである。認知機能低下や意識障害などのために患者の意思の確認が困難な場合であっても、以前の患者の言動などを家族などからよく聴取し、家族などとの十分な話し合いの下に、患者自身の意思を可能な限り推定し、それを尊重することが重要である。この際、医師は家族自身の希望と患者の意向の代弁とを明確に区別する必要がある。患者の意思をより明確にするために、事前指示書などの導入も検討すべきである。

一方、わが国には、専門家を信頼してすべてを委ねるという考え方や、何事も運命として受け入れるという考え方など、「自律性」を最重要視する欧米文化とは異なる「死生観」を生み出した文化的背景がある。高齢者では、本人に対して情報が開示されることを家族が拒絶する場合もあり、それが許容されてきた。このような背景を無視し、十分な援助の準備もない予後の告知は単に死の通告に他ならない。医療者には、自己表出が不得手な患者に対して、真の希望を話すことを促す援助や、真に希望することを洞察する能力が要求される。

■ 立場－3 本人の満足を物差しに

高齢者の終末期の医療およびケアにおいては、苦痛の緩和と QOL の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである

【論拠】 患者の苦痛を緩和し、死への恐れを軽減し、残された期間のQOLを維持・向上させるための医療とケアが、終末期の医療およびケアの主体となるべきである。終末期の医療およびケアとは、「痛みやその他の身体的症状を和らげるのみならず、患者の心理的・精神的な要求を真摯に受けとめ、援助し、患者のQOLを維持・向上させる医療およびケアである」と考える。

■立場-4 家族もケアの対象に

高齢者の終末期の医療およびケアには、患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。

【論拠】 終末期の医療およびケアにおいて、患者の家族は重要な役割を担う。家族の要望と患者の同意がある場合、患者の病状を家族に説明するとともに、そのことにより生じた家族の悲しみを和らげるなど、医療者は家族に対しても積極的に支援する必要がある。家族あるいは患者に心をよせる者への援助は、患者への援助につながるからである。また、患者が死にゆく過程にあることを家族が受け容れるための支援や、患者の死後における家族のグリーフケアも忘れてはならない。なお、ここで述べる「家族など」とは、家族のほか、患者の友人や介護者など患者の終末期に関わる人たちのことをいう。

■立場-5 チームによる医療とケアが必須

高齢者の終末期における医療およびケアは、医学のみならず看護、介護、リハビリテーションなど、幅広い領域を含む学際的な医療およびケアである。

【論拠】 死にゆく患者を対象とした医療およびケアは、チームアプローチによって実施されることが望ましい。そのチームのメンバーには、医師のみならず、看護職、ソーシャルワーカー、介護職、リハビリテーション担当者、薬剤師、心理士、ボランティア、家族などが含まれる。チームのメンバーは、持ち得る知識と技術のすべてを患者の必要に応じて提供すべきである。医師には医療チームの一員として中心的な役割を果たすために、多職種による総合的なケアに関する広範な知識と熟練と配慮が要求される。終末期医療およびケアのチームにおいては、カンファレンスや研修会などを通じて、普段から具体的な意見交換を行うことが望ましい。さらに家族や本人と多職種の関係者が話し合いを行うことで、質の高い終末期の支援が可能となり、よりよい成果が期待できる。

■立場-6 死の教育を必修に

終末期患者に最善の医療およびケアを提供するために、医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は、死の教育ならびに終末期医療およびケアについての実践的な教育を受けるべきである。さらに、全人的医療の立場から実施する、終末期における最善の医療およびケアについて、国民にひろく理解を得るための啓発活動が必要である。

【論拠】 わが国の多くの医療・介護・福祉従事者など終末期の医療およびケアに携わる者は、終末期医療およびケアについて特別な教育を受けていない。卒前教育や卒後研修中に、日本人の死生観や死の受容過程など、いわゆる「死の教育」を必修科目として位置づけるとともに、終末期患者の症候の管理、看護・介護技術、患者とのコミュニケーション技術等についても実践的な教育がなされるべきである。

医師の教育に関しては、各大学の老年医学講座や日本老年医学会は、モデルカリキュラムの作成などを通して日本の終末期医療およびケアの教育の標準化に努めるべきである。

さらに、国民に対する「終末期の医療およびケア」についての周知および「死の教育」により、「終末期の医療およびケア」が終末期患者の尊厳を保障し、QOLの維持・向上に資するものであることが理解されるであろう。日本老年医学会はそのことを社会に対して発信する責任を負っている。

■立場-7 医療機関や施設での継続的な議論が必要

医療機関や施設は、高齢者や家族の意思決定の支援と「最善の医療およびケア」の実現のために、終末期の医療やケアについて議論する倫理委員会またはそれに相当する委員会を設置すべきである。

【論拠】 倫理委員会は、倫理指針の作成とその公表を行うべきである。倫理委員会は多職種の委員で構成し、施設外の第三者を加えることが望ましい。また、倫理委員会の適正な運用について定期的に第三者評価を受け

るシステムが整備されるべきである。倫理指針の公表は、高齢者の終末期医療やケアにかかわる国民への説明責任を果たし、国民の批判的議論の継続は、国民的合意につながると考えられる。活発かつ適正な議論のために、国民の死生観の醸成をはかること、さらに終末期医療およびケアに対する関心や理解を深めるための教育の機会を提供する必要もある。これにより、国民が終末期に受けたい最善の医療やケアの選択および意思決定ができる力を高めることにつながると考えられる。

■ 立場－ 8 不断の進歩を反映させる

すべての終末期の医療およびケアに関する考え方、決定のプロセス、方法あるいは技術などについて、それらが患者のQOLの維持・向上に有益であるという「科学的根拠」の確立や「標準化」を目指す努力や研究活動が継続されるべきであり、そのために十分な資金の拠出が必要である。

【論拠】「鎮痛」などのように、終末期に施行される様々な医療処置やケアの中には、そのガイドラインが利用可能なものがある。すべての医療処置やケアに関して、患者のQOLの維持・向上に有益であることが証明されることが望ましい。さらに、高齢患者の「自律性」を重んじた終末期の医療およびケア実現の方策、終末期におけるQOLの評価法、医療機関以外の施設や在宅における終末期医療およびケアなどに関する研究が必要である。また、日本人の「死生観」に根差した、人文科学や社会科学などをも含めた学際的研究も必要である。しかし、現状では、これらの分野に興味を示す研究者が増加しているにもかかわらず、研究環境の整備や研究資金の投入は未だに不十分である。

これらの研究に基づく「科学的根拠」や「標準化」は医師の「恣意性」を排除し、患者の「自律性」を保障することにつながることが期待される。

■ 立場－ 9 緩和医療およびケアの普及

高齢者のあらゆる終末期において、緩和医療およびケアの技術がひろく用いられるべきである。

【論拠】 高齢者には、認知症、心不全、呼吸不全などの非がん疾患をみることも多い。死に至る原因疾患は異なっても、死の最終局面においてはかなり共通したプロセスをたどることが多く、非がん疾患の場合もがん疾患と同じような苦痛を伴うことが少なくない。近年、終末期における苦痛のメカニズムに関する医学的研究がすすみ、緩和医療およびケアの技術には大きな進歩が認められる。こうした最新の技術が、高齢者のあらゆる終末期においてひろく適用されることが望まれる。

■ 立場－ 10 医療・福祉制度のさらなる拡充を

あるべき「終末期の医療およびケア」の実現のためには、制度的・経済的支援が不可欠である。

【論拠】 過去30年余にわたり、高齢者の医療や介護にかかわる制度および診療あるいは介護報酬体系は目まぐるしく変転を続け、高齢者医療や介護の現場はそれらの変化への対応に追われ続けてきた。高齢者に相応しい、終末期の医療およびケアの実現のためには、それらを可能とする安定した持続性のある制度による裏付けが不可欠である。高齢者が落ち着いて終末期を過ごすことができる環境と人手の確保、終末期の医療およびケアの質の保証、緩和医療およびケア（ホスピスプログラム）の非がん患者への適応拡大などが可能となる制度が確立されることが望まれる。

■ 立場－ 11 日本老年医学会の役割

高齢者の終末期医療およびケアについて、今後も科学的検証を進めて、広く国民もまじえた議論を続ける必要がある。

【論拠】 前回の立場表明からほぼ10年が経過して、介護保険制度も定着し、高齢者の終末期医療およびケアを取り巻く環境は大きく変化した。国民やマスコミを含めた社会の中でも、高齢者の終末期医療およびケアについての認識は以前より高まってきた。しかしこれらの問題についての科学的データの蓄積は少なく、その議論もまだ充分とは言えない。単に外国の高齢者福祉政策を模倣するだけでなく、日本人の人生観や死生観、そして家庭環境にも配慮した議論が必要である。国の政策に対しても積極的に意見を述べ働きかけることによって、より良い高齢者の終末期医療とケアを実現していくことが我々日本老年医学会の責務である。

社団法人 日本老年医学会

高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン
人工的水分・栄養補給の導入を中心として

平成 24 年 6 月 27 日

目次

本ガイドラインについて（日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等 事業報告書より）	36
はじめに	37
本ガイドラインの概要	39
1. 医療・介護における意思決定プロセス	40
2. いのちについてどう考えるか	42
3. AHN 導入に関する意思決定プロセスにおける留意点	43
解説	略
Appendix	
1. 人工的水分・栄養補給の導入に関する意思決定プロセスのフローチャート	略
2. 本ガイドラインの主張に賛同する法律家	略

* 以上で「略」と記した、「解説」以下の項は、本冊子には掲載しておりません。ご覧になりたい方は、次の日本老年医学会ウェブサイトにて全文がアップされていますので、そちらをご参照ください。

<http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/>

本ガイドラインについて

- 日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」は、事業名が示すガイドライン作成に取り組み、ガイドライン作成ワーキンググループが立案し、ワーキンググループ全体会議の審議、および本事業の検討委員会の審議を経て、改訂を重ね、改訂第三版をもって本事業としての結論に至ったので、ここにそれを発表する。
- 検討の過程では、12月4日開催の本事業主催のシンポジウム席上、およびウェブサイト上で、ガイドライン案に対する意見を公募し、それに応じていただいた多くの方のご意見を参考にさせていただいた。ここにご意見を寄せられたみなさまに感謝の意を表したい。
- 2012年1月以来、老年医学会老人医療委員会および倫理委員会の合同委員会（二回開催）において、その時点での本ガイドライン最新案が審議され、その結果を改訂に反映することができた。ここに、貴重な時間を割いて案の検討と審議をしていただいた委員各位に感謝の意を表したい。
- 本事業としてここに発表するガイドラインは、本事業の実施主体である日本老年医学会をはじめ、本事業を行うことを決めた日本老年学会とそれに属する各学会に報告することになる。老年医学会は上記合同委員会により、本ガイドラインを学会としてどう扱うか、さらに検討することとなろう。その結果次第では、学会理事会の審議事項となるであろう。
- 本事業としては、本ガイドラインないしはこれに近いものが、日本老年医学会、さらには、日本老年学会等において公に認められることを期待するものである。

平成 24 年 3 月 12 日

日本老年医学会平成 23 年度老人保健健康増進等事業「高齢者の摂食嚥下障害に対する人工的な水分・栄養補給法の導入をめぐる意思決定プロセスの整備とガイドライン作成」

検討委員	ワーキンググループ	ガイドライン作成 ワーキンググループ
○大内 尉義	○甲斐 一郎	○清水 哲郎
鳥羽 研二	清水 哲郎	飯島 節
太田 喜久子	飯島 節	諏訪 さゆり
甲斐 一郎	諏訪 さゆり	西村 美智代
清水 哲郎	西村 美智代	会田 薫子
樋口 範雄	二宮 英温	
島藺 進	会田 薫子	

はじめに

【ガイドラインの必要性】 高齢者ケアの現場において、関係者たちを悩ませる典型的な問題の一つに、何らかの理由で飲食できなくなった時に、人工的水分・栄養補給法（以下 AHN と略記する*）を導入するかどうかというものがある。加齢に伴って漸進的に衰えてきたとみれば、人工的なことはしないほうがいいと思われるかもしれない。だが、人工的营养補給を行えばなおしばらくの生が見込まれるのであれば、それを導入すべきだと思われるかもしれない。こうした事情が、例えば、認知症終末期の患者への AHN について、多くの医療者が「導入しないことに倫理的な問題を感じ」ているが、また「導入することに倫理的な問題を感じ」てもいるというような困惑を、臨床現場にもたらしている**。困惑の原因としては、医学的妥当性が明確でないという点も確かにあるが、むしろ、高齢者の最期の生がどうあるのがよいかについて、例えば、長く生きられれば生きられるほうがよいと無条件に言えるかといったことについての共通理解が定まっていないという点が大きいように思われる。

そこで、このような状況において、現場の医療・介護従事者が AHN 導入をめぐる適切な対応ができるように支援することを目的として、ここにガイドラインを策定する。

* 人工的水分・栄養補給法とは、経口による自然な摂取以外の仕方で水分・栄養を補給する方法の総称で、次のようなものがある：経腸栄養法（胃ろう栄養法、経鼻経管栄養法、間欠的口腔食道経管栄養法）、非経腸栄養法（中心静脈栄養法、末梢静脈栄養法、持続皮下注射）。

AHN は、対応する英語表現“artificial hydration and nutrition”の略記。

** 平成 22 年度に日本老年医学会が学会所属の医師会員に対して実施した調査において、認知症末期患者への AHN 導入の可否の意思決定に関わった経験を有する医師に、AHN 導入の意思決定に関して困難を感じたかどうか質問したところ、1058 名の約 9 割が困難を感じたと回答した。それらの回答者に困難感の内容を質問したところ、「AHN の差し控えには倫理的に問題がある」と感じている医師が 51%、「AHN を行うことについて倫理的な問題がある」と感じている医師が 33%、「経口摂取から AHN へ移行する判断基準が難しい」と回答した医師が 45%であった（複数回答）。

【本ガイドラインの使い方】 本ガイドラインは、臨床現場において、医療・介護従事者たちが、高齢者ケアのプロセスにおいて、本人・家族とのコミュニケーションを通して、AHN 導入をめぐる選択をしなければならなくなった場合に、適切な意思決定プロセスをたどることができるように、ガイド（道案内）するものである。そこで、これを使う際には、あくまでも医療・介護従事者が個別の事例についてよく考えながら一步一步進むことが肝要であって、本ガイドラインはその歩みを束縛する規則としてではなく、歩みを支援する道案内として、使っていただきたい。

〔本ガイドラインの性格と構成〕 AHN 導入に関するガイドラインとしては、医学的妥当性を確保するためのものも考えられるが、ここで提示するのはそういう性格のものではなく、倫理的妥当性を確保するためのものである。そして、倫理的妥当性は、関係者が適切な意思決定プロセスをたどることによって確保される。加えて、適切な意思決定プロセスを経て決定・選択されたことについては、法的にも責を問われべきではない***。この点について、本ガイドライン作成の過程で、法律の専門家たちに意見を求め、本ガイドラインが示すような意思決定プロセスを適切に進めて到達した選択を実行した場合、それは法的な介入がされるようなものではないとの回答を得ている（Appendix2「本ガイドラインの主張に賛同する法律家」参照）。

高齢者ケアにおける AHN 導入をめぐる意思決定プロセスが適切であるためには、まず、それが医療・介護における一般的な意思決定プロセスとして適切である必要がある。加えて、高齢者に特有の疾患や障害などのために生じる特有の事情があり、また、AHN 導入に特有の事情もある。これによって高齢者ケアにおける AHN 導入をめぐる特に配慮すべき点が生じる。そこで、以下では、高齢者ケア・AHN 導入の場合を主たる場面として想定しつつ、①医療・介護における意思決定プロセスのあり方、②死生に関わる意思決定プロセスにおいて、いのちとその価値についてどう考えるかを示した上で、③高齢者に対する AHN 導入と減量・中止をめぐる選択における留意点を挙げる。

なお、高齢者ケアに関する社会通念の変化や医療技術の進歩ならびに医療福祉制度の改正などに合わせて、本ガイドラインは一定期間ごとに見直すものとする。

*** 生命維持につながる医学的介入の差し控えおよび中止については、確かに現場の医療者に倫理的および法的問題になるのではないかと懸念がある。他方で、患者の状態によっては生命維持をすることに倫理的問題を感じてもいるのが現状である。しかし、これまで日本において、生命維持（人工呼吸器など）中止を医療者が医療行為としてしたことに対して有罪判決が出た場合、その理由は「（中止等が妥当となる）要件を満たしていない」というものであって、「生命維持をやめることは生命を意図的に終わりにすることであるから違法である」といった理由ではないのである。

「中止の要件を満たしていない」という理由で有罪であるというのだから、中止が妥当となる要件が想定されていることになる。その要件は、法的に定めるといよりは、現在の社会的通念と専門家たちの知見によって決まるものであり、ガイドライン等のかたちで明確化するのが相応しい。

また、これまでの調査によっても、ここで示すガイドラインに結果として沿った意思決定プロセスを、患者本人・家族と十分コミュニケーションを重ねながら辿っている現場では、医療者たちは法的にも倫理的にも不安や懸念をもたずに、ことをスムーズに進めていることが明らかになっている。

本ガイドラインの概要

1. 医療・介護における意思決定プロセス

医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

2. いのちについてどう考えるか

生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

3. AHN 導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

AHN 導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。

- ① 経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN 導入の必要性を確認する
- ② AHN 導入に関する諸選択肢（導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ③ 本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

1. 医療・介護における意思決定プロセス

ここでは、医療・介護において、どのようなケアをするかについて意思決定をする際のプロセスについて一般的な指針を示す。したがって、ここに提示することは AHN 導入・減量と中止にも、高齢者ケアにも限定されず、汎用性があるが、これらを念頭においた記述を心がけてはいる。

☆医療・介護・福祉従事者¹は、患者本人およびその家族²や代理人³とのコミュニケーションを通して、皆⁴が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

- 1.1 医療・介護側の関係者は、医療・ケアチームとして対応し、チーム内の合意形成と、本人・家族との合意形成を併せ進める⁵。患者の〈インフォームド・コンセント〉は、両者の合意において患者側がしていること、および、この合意に基づいて患者側が行う同意書への署名等の行為に該当する⁶。
- 1.2 ある問題をめぐる意思決定プロセスは、その問題が起きることが予想された段階で、開始する。だが、直ちに本人・家族との話し合いを始めるとは限らない。本人・家族の気持ちや姿勢、また、将来どうするかについて予め意向を形成したほうがいいのかどうかといったことに配慮する⁷。
- 1.3 当該の意思決定プロセスにおける家族の関与がどの程度必要であるかは、当の家族の当事者性の度合い（＝その家族が本人の日常生活および療養生活にどの程度関わっているか、および問題となっている選択がその家族の人生・生活にどの程度影響を及ぼすか）に相対的である⁸。
- 1.4 患者本人は、合意を目指すコミュニケーションに、いつも自発的に理解し、選択する主体として参加できる（＝意思確認ができる）とは限らない⁹。そこで：
 - 本人の意思確認ができる時
 - ①本人を中心に話し合っ、合意を目指す。
 - ②家族の当事者性の程度に応じて、家族にも参加していただく¹⁰。また、近い将来本人の意思確認ができなくなる事態が予想される場合はとくに、意思確認ができるうちから家族も参加していただき、本人の意思確認ができなくなった時のバトンタッチがスムーズにできるようにする。
 - 本人の意思確認ができない時
 - ③家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え併せながら、合意を目指す。
 - ④本人の意思確認ができなくなっても、本人の対応する力に応じて、本人と話し合い、またその気持ちを大事にする¹¹。
- 1.5 本人の表明された意思ないし意思の推定のみを依拠する決定は危険である。そこで、これと本人にとっての最善¹²についての判断との双方で、決定を支えるようにする¹³。また、あくまでも本人にとっての最善を核としつつ、これに加えて、家族の負担や本人に対する思いなども考慮に入れる¹⁴。
- 1.6 医療・ケアチームは、本人・家族との双方向のコミュニケーションを通して、次の諸点を実行しつつ、合意を目指す。
 - ①それぞれの持っている情報を関係者が共有する。
 - ②本人の身体を診察して得られた情報と、医学的知見に基づく本人にとっての最善に関する一般的判断から出発して¹⁵、本人側から得た本人の個別の事情（本人が人生をどう把握しているか）¹⁶を

考慮にいった、本人の最善についての個別化した判断を形成する。

③本人・家族が、医療・介護側から得た情報を、自らの人生の事情と考え合わせ、必要な場合には自らの人生計画を書き直し、目下の問題に適切に対処するための、状況を分った上での意向を形成できるよう支援する¹⁷。

* どのような意思決定プロセスを辿って決定にいたったかについては、記録を残しておくことも、医療・介護側として必要である。

1.7 医療・ケアチームは、合意形成のプロセスにおいて、選択しようとしている方針が、社会的視点でも適切であるかどうかをもチェックする¹⁸。

1.8 医療・ケアチームは、本人・家族にとって最善と思うところが明確であれば、それを勧めることは適切である。が、同時に、本人・家族は独立した存在であるのだから、それを押し付けてはならない¹⁹。合意を目指して、ぎりぎりまでコミュニケーションを続ける努力をする。

また、本人・家族は理だけで動くのではなく、情も兼ね備えているのだから、その気持ちに寄り添う対応が望まれる²⁰。

1.9 低いレベルの医学的エビデンスしかない場合、医療・介護側は選択肢の医学的評価について、自分たちの判断がたとえ實際上標準的であっても、それをあたかも確実なものであるかのように本人・家族に提示しない。また高いレベルのエビデンスがある場合でも、それに基づく選択肢についての判断を本人・家族の人生の事情に優先するものとして押し付けない²¹。

また、結果の予測には、何らかの不確定さが伴うことにも留意する。

1.10 ぎりぎりまで解決できない場合は、次のような考え方で対応する：

①本人が嫌がる医療・介護行為を強行することはできない—ただし、そのことにより第三者に許容限度を超えた害がおよぶ恐れがある場合は別である²²。

②本人が希望する医療・介護行為であっても、医学的観点でも人生全体を評価する観点でも無益であると判断される場合²³、もしくは益をもたらす可能性もあるが、重大な害をもたらすことを余儀なくされるというリスクもある場合、相手の意向であるからといって応じなければならないわけではない。

③本人が希望する医療・介護行為であっても、それが本人に益とのバランスを欠いた害を加える行為である場合、ないし第三者に許容限度を超えた害を及ぼすおそれがある場合は、応じるべきではない²⁴。

* これらの場合において、どの程度までなら「許容限度」内かは、文化に相対的である（社会通念がどうであるかによって決まる）。

1.11 合意を目指すコミュニケーションにより一旦は関係者の合意に達しても、本人・家族は迷いが生じて再度考え始めるといったことがある。また、合意に基づいて選択した方針を実行し始めてから、やはりそれは適切ではなかったのではないかと思いなおすこともあろう。そうしたことを含め、本人・家族がよく考えて納得できる道を進むことが肝要であって、医療・介護従事者はそうした本人・家族の在り方を受け容れ、そうした揺れを当然のことと認めて対応し、フォローアップしていく²⁵。

2. いのちについてどう考えるか

前項で提示した意思決定プロセスのあり方と並んで、医療・介護上の選択について重要なこととして、「いのちをどう考え・どう評価するか」という点がある。このことについて、医療・介護を公的な職務として行う場合には、共通理解をし、医療・介護者従事者の間で価値観を共有しておく必要がある。本章では、この点について一般的に示している。したがって、前章と同様、高齢者ケア、AHNの導入・撤退という場面に限定されないが、そういう場面を念頭においた説明になってはいる。

☆生きていくことは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生²⁶をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである²⁷。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて²⁸、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOL²⁹の保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

2.1 ある医学的介入を行うならば、死を当面は避けることができ、一定のQOLを保った生の保持ないし快復が可能である場合は、一般にはその医学的介入を行うことが本人の益になる（＝人生をより豊かにする可能性がある）。しかし、当の本人の場合に最善かどうかを判断するためには、個別の人生の事情（についての本人の理解）を考慮に入れて、個別化した評価を行う必要がある。

A. 本人の人生の事情を考慮しても、当該の医学的介入により、延命とQOLの向上・保持を図ることが本人にとって最善だと考えられる場合：

本人がその医学的介入を拒否していても、医療ケアチームはその医学的介入をしたほうがよいと考え続け、コミュニケーションを通して本人との合意を目指す。それでも合意に達しない場合は、1.10の考え方にしかなかった選択をする³⁰。

B. 自らの人生についての本人の理解を考慮した場合には、その医学的介入を行うことは本人の人生にとって益になるとは言えない（あるいは、行わないほうが、本人の人生にとってより良いと見込まれる）場合³¹：

本人が自らの人生の理解に基づいて、その医学的介入を受けない意思を持続的・安定的に持ち続けており、周囲の人々への配慮や孤独感などの故に本意でないにもかかわらずそのような意思表示をしているわけではないことを慎重に確認した上で、その医学的介入をしないことを許容ないし同意する³²。

2.2 ある医学的介入によって死を当面は避けることができるが、見込まれるQOLは、本人の人生をより豊かにするという結果をもたらすほどの効果があるかどうか疑わしい場合、ここでその医学的介入をするかどうかは、本人の人生全体についての本人および周囲の近い人々による把握からして、どちらが本人にとってより益となるか（ないし害が少ないか）による³³。

このような時期には、多くの場合本人の苦痛を緩和し、快適に保つことを目的とした医学的介入をはじめとする全人的視点に立った《緩和ケア》の考え方が有効である。

2.3 生命維持を目指す医学的介入をしても、ほとんど死を先送りする効果がない場合、また、たとえわずかに先送りできたとしても、その間、本人の人生をより豊かにできず（よい日々だと言えず）、かえって辛い時期をもたらすだけだという場合には、《緩和ケア》のみを行う³⁴。このように、本人の予後を見通して、全体として延命がQOL保持と両立しない場合には、医学的介入は延命ではなくQOLを優先する。

3. AHN 導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

高齢者ケアにおいて、本人の食が細くなった、嚥下機能の障害により経口摂取ができなくなった等の理由により、生命維持に必要な栄養補給ができなくなった場合に、人工的な水分・栄養補給法（＝AHN）を導入するかどうか、するとしたら、どの方法にするかの選択に際しても、以上の意思決定プロセスについてのあり方およびいのちの評価についての一般的指針が妥当する。以下では、AHN 導入・減量と中止に関して特に留意する点を追記する。

☆ AHN 導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。

- ①経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN 導入の必要性を確認する
- ② AHN 導入に関する諸選択肢（いずれも導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ③本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

3.1 AHN 導入を検討する際には、まず、経口摂取による水分・栄養摂取の身体機能面での可能性とそれを可能にするケアの実施可能性を十分検討し、追求した上で、導入を検討する必要性があることを確認する。その上で、意思決定プロセスにおいては、本人・家族が AHN を導入しないことを含め候補となる選択肢を示され、各選択肢が本人の生活にもたらす益と害について知らされ、理解した上で、本人の意思（推定を含め）と人生についての理解に照らして最善の道を考えられるようにする³⁵。

3.2 AHN 導入をめぐる候補となっている選択肢が、当該事例に関して何を指すものであるか――

- ①生命維持により、本人のよい人生が当面続くことを目指す³⁶
- ②本人が残された時間をできるだけ快適に過ごせることを目指す³⁷

――を明確にし、選択にあたっては、本人が残りの人生をどのように生きることが望ましいかという観点で、何を指すかと AHN のどの選択肢かとを組にして考える。

なお、AHN 導入が、①と②のいずれをも達成する見込みがない場合には、AHN はかえって本人にとって害となり、人生の最期を歪めることになる³⁸。

(A) ある AHN を導入すればそれなりの QOL を伴う延命が見込まれる場合、①と②が両立するので、一般には導入が適当であると考えられるが、本人の人生にとって最善かどうかを個別に確認する³⁹。その結果、本人が人生をどう理解し、かつ AHN についてどういう意思をもっているかによっては、AHN 導入をしないほうがよいと看做されることもあり得る⁴⁰。

(B) ある AHN を導入すれば延命効果は見込まれるが、本人のよい人生を支え得るほどの QOL を回復ないし保持できるかどうか（すなわち①達成は）疑わしい場合、現在本人が辿っている人生の終わりの時期を本人や家族がどう理解するかに応じて、本人の人生にとって何が最善か（＝何を指し、どれを選ぶか）を判断する⁴¹。

(C) 医学的に言って、AHN に延命効果があるとは言えない場合、ないしは疑わしく、効果があったとしても本人の人生にとって益となるとは言えない (=①達成はできない) 場合、本人ができるだけ快適に過ごすこと (=②) を目指すことが通常妥当であろう。だが、こういう場合であっても、本人の人生に注目して、どうするのが最善かを、家族など周囲の近しい人々との話し合いを通して確認しつつ、ケアが目指すところを選ぶ⁴²。

3.3 AHN 導入後も、継続的にその効果と本人の人生にとっての益を評価し、

(1) 経口摂取が可能となったので、AHN 離脱可能である場合、

または、

(2) 全身状態の悪化により延命効果が見込まれない、ないしは必要な QOL が保てなくなるなどの理由で、本人にとって益とならなくなった場合、益となるかどうか疑わしくなった場合、

AHN の中止ないし減量を検討し、それが従来のやり方を継続するよりも本人の人生にとってより益となる (ましである) と見込まれる場合は、中止ないし減量を選択する⁴³。本人・家族から中止等の申し出があった時にも、本人の意思 (の推定) と人生にとっての益という観点で判断をする。いずれにしても、本ガイドラインが推奨する意思決定プロセスをたどって選択を行うことはもちろんである。

3.4 AHN 導入をめぐる意思決定プロセスにおいて、家族の気持ち・都合や、居宅介護の条件、入居先の介護施設の方針といった環境の故に、選択が左右されることがしばしばある。現在の環境の許容範囲内のできるかぎり本人の最善を目指し、また家族の負担を許容できる程度に抑える道を探す努力をする⁴⁴。

[以下、解説および Appendix は略]

登壇者略歴（登壇順）

◆大島 伸一（おおしま しんいち）

現職：独立行政法人国立長寿医療研究センター理事長・総長

略歴：昭和45年名古屋大学卒業。社会保険中京病院泌尿器科。平成4年同病院副院長。平成9年名古屋大学医学部泌尿器科学講座教授。平成14年名古屋大学医学部附属病院長。平成16年国立長寿医療研究センター総長。平成22年4月、独立行政法人化に伴い現職。

社会保障審議会介護給付費分科会 分科会長代理、医道審議会医道分科会委員、公益財団法人長寿科学振興財団理事等も務める。平成23年10月から日本学術会議会員。

◆大内 尉義（おおうち やすよし）

現職：東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座教授、東京大学医学部附属病院副院長、日本老年学会・日本老年医学会理事長

略歴：東京大学医学部卒業。米国テネシー大学留学。昭和61年、東京大学老年病学教室講師、平成7年同教授に就任。平成18年からは東大病院副院長を兼任。

専門：老年医学、特に動脈硬化、高血圧、骨粗鬆症、認知症

主要著書：『日常診療に活かす老年病ガイドブックシリーズ（Vol. 1～8）』（メジカルビュー社）、『実地医家のための高齢者診療ガイド』（同人社）、『老年医学の基礎と臨床1 認知症を理解するための基礎知識』（ワールドプランニング）、『高齢者ケアと在宅医療＜明日の在宅医療 第4巻＞』（中央法規出版）、『新老年学 第3版』（東京大学出版会）等。

◆島菌 進（しまどの すずむ）

現職：東京大学大学院人文社会系研究科教授

略歴：東京大学大学院人文科学研究科博士課程単位取得退学。筑波大学哲学思想学系研究員、東京外国語大学助教授を経て、東京大学文学部（大学院人文社会系研究科）宗教学宗教史学科教授。1996年、シカゴ大学客員教授、1997年、フランス社会科学高等研究院（Ecole des Hautes Etudes en Science Sociales）招聘教授、2000年、チュービンゲン大学の客員教授、2006年、カイロ大学客員教授、2010年カリフォルニア大学バークレー校フェルスター講義、2011年ベネチア・カフオスカリ大学客員教授。

専門：宗教学、近代日本宗教史、死生学

主要著書：『現代救済宗教論』（青弓社）、『精神世界のゆくえ』（東京堂出版、1996、秋山書店、2007）、『現代宗教の可能性』（岩波書店）、『時代のなかの新宗教』（弘文堂）、『ポストモダンの新宗教』（東京堂出版）、『〈癒す知〉の系譜』（吉川弘文館）、*From Salvation to Spirituality*（Trans Pacific Press）、『いのちの始まりの生命倫理』（春秋社）、『宗教学キーワード』（共編著）、『スピリチュアリティの興隆』（岩波書店）、『宗教学の名著30』（筑摩書房）、『国家神道と日本人』（岩波書店）、『日本人の死生観を読む』（朝日新聞出版）等。

◆清水 哲郎（しみず てつろう）

現職：東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任教授、日本医学哲学・倫理学会会長

略歴：東京大学理学部天文学科卒業。東京都立大学大学院人文科学研究科博士課程修了。北海道大学助教授、東北大学教授等を経て、平成19年から現職。

専門：哲学、臨床倫理学、臨床死生学。

主要著書：『パウロの言語哲学』（岩波書店）、『世界を語るということ―「言葉と物」の系譜学』（岩波書店）、『医療現場に臨む哲学』、『医療現場に臨む哲学Ⅱことばに与（あずか）る私たち』（勁草書房）、『高齢社会を生きる―老いる人／看取るシステム』（編著東信堂）、『ケア従事者のための死生学』（共編著、ヌーベルヒロカワ）、『臨床倫理ベーシックレッスン』（共編著、日本看護協会出版会）等。

◆甲斐 一郎（かい いちろう）

現職：東京大学名誉教授

略歴：東京大学医学部卒業。帝京大学医学部講師、東京大学大学院医学系研究科助教授を経て、1997年、東京大学大学院医学系研究科教授。2012年から現職。2006年、日本老年社会科学会理事長（～2010年）、日本老年学会理事。

専門：社会老年学

主要論文：Kai I, Ohi G, Yano E, et al. "Communication between patients and physicians about terminal care —A survey in Japan." *Soc. Sci. & Med.* 36(9): 1151-1159, 1993 Miyata H, Takahashi M, Saito T, et al. "Disclosure preferences regarding cancer diagnosis and prognosis —To tell or not to tell?" *J. Med. Ethics* 31(8): 447-451, 2005 Aita K, Kai I. "Withdrawal of care in Japan." *Lancet* 368:12-14, 2006. Aita K, Kai I. "Physicians' psychological barriers to different modes of withdrawal of life support in critical care —A qualitative study in Japan." *Soc. Sci. & Med.*

◆三浦 久幸（みうら ひさゆき）

現職：独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長

略歴：名古屋大学大学院医学研究科修了。ドイツゲッティンゲン大学留学。平成16年国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長、平成24年4月1日から現職。

専門：老年医学及び在宅医療

主要著書：『統計データでみる高齢は医療』（文光堂）、『これからの高齢者医療』（南江堂）、『これからの老年学〔第二版〕—サイエンスから介護まで—』（名古屋大学出版会）等。

◆西川 満則（にしかわ みつのり）

現職：国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医師、内科総合診療部（呼吸機能診療科）医師、在宅連携医療部医師、End-Of-Life Care Team のメンバー、特別養護老人ホームさわやかなの郷配置医

略歴：島根医科大学卒業、平成 11 年愛知県最初のホスピス病棟のオープンに参加、平成 12 年から現国立長寿医療研究センターに赴任、平成 23 年から現職。

専門：緩和ケア、呼吸器疾患領域、老年病領域

主要著書：『非がん疾患の緩和ケア』（南山堂、共著）等。

◆横江 由理子（よこえ ゆりこ）

現職：国立長寿医療研究センター End Of Life ケアチームリーダー

略歴：1988 年愛知県立総合看護専門学校卒業、1998 年に現国立長寿医療研究センターに就職、呼吸器内科病棟、在宅医療支援病棟で看護を実践、2007 年呼吸療法認定士取得、2011 年緩和ケア認定看護師となる。2011 年から現職。

専門：緩和ケア、高齢者看護、呼吸器疾患看護

主な学会発表：2008 年、死の臨床研究会「自己決定」と「家族の思い」～NIPPV の着脱を繰り返した事例を通して～、2012 年、日本緩和医療学会 非がん患者の緩和ケア～END・OF・LIFE・CARE・TEAM の活動から見えてくるもの～、

2012 年 3rd ACPEL conference 2012 in Chicago

Advance care planning needs, which is expected to end of life care teams in Japan.

マスコミ報道：朝日新聞（2012. 5. 10 掲載）『エンド・オブ・ライフケア導入の動き』、NHK クローズアップ現代（2012.5.17 放送）『人生の最期 どう迎える？ ～岐路に立つ延命医療～』、中日新聞（2012. 8. 28 掲載）『癌以外の患者も緩和ケア』

◆桑田 美代子（くわた みよこ）

現職：医療法人社団慶成会青梅慶友病院 看護介護開発室長

略歴：看護師資格取得後、急性期病院、看護教員、認知症疾患治療病棟勤務を経て、1994 年青梅慶友病院入職。2000 年千葉大学大学院看護学研究科博士前期課程修了。2003 年日本看護協会認定「老人看護専門看護師」取得。

専門：老年看護学、End of Life Care

主要著書：『老年症候群への緩和ケアの実際、チャレンジ！ 非がん疾患の緩和ケア』（南山堂、共著）『尊厳ある看取り、看護学テキスト NiCE 老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは』（南江堂、共著）『認知症高齢者の看護援助 3. 認知症高齢者のケアマネジメント 終末期における諸問題』（医歯薬出版、共著）等。

◆川越 正平 (かわごえ しょうへい)

現職：医療法人財団千葉健愛会理事長、あおぞら診療所院長、東京医科歯科大学臨床教授、東京大学高齢社会総合研究機構客員研究員、日本在宅医学会理事

略歴：東京医科歯科大学医学部卒業、同年虎の門病院内科レジデント。平成8年虎の門病院血液科医員。平成11年医師3名によるグループ診療の形態であおぞら診療所を開設。

専門：内科、血液内科、在宅医学

主要著書：『在宅医療 はじめの一步』（日本医事新報社、企画編集責任者として連載継続中）、『在宅緩和ケアガイドブック』（青海社）、『在宅医療テキスト』（勇美記念財団）、『君はどんな医師になりたいのか』（医学書院）等。

◆樋口 範雄 (ひぐち のりお)

現職：東京大学大学院法学政治学研究科教授

略歴：東大法学部卒業。1992年から現職。法学部と法科大学院で医事法関連科目を講義。

専門：アメリカ法、医事法、信託法

主要著書：『医療と法を考える — 救急車と正義』（有斐閣）、『続 医療と法を考える — 終末期医療ガイドライン』（有斐閣）、『ケーススタディ 生命倫理と法 第2版』（有斐閣）他、多数。

◆飯島 節 (いじま せつ)

現職：筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻教授、日本老年医学会倫理委員会委員長

略歴：京都大学医学部卒業、同附属病院老年科、彦根市立病院内科、東京都養育院附属病院（現・健康長寿医療センター）神経内科、滋賀県立成人病センター附属病院神経内科、東京大学医学部老年病学教室助手、米国国立老化研究所客員研究員、老人保健施設マロニエ苑施設長、国際医療福祉大学保健学部教授、国際医療福祉病院副院長などを経て、2000年より筑波大学教授。

専門：老年医学、神経内科学、リハビリテーション医学、とくに認知症、脳血管障害

主要著書：『老年学テキスト』（南江堂）、『神経内科学テキスト』（南江堂）、『リハビリテーション連携論：ユニバーサル社会実現への理論と実践』（三輪書店）等。

◆会田 薫子 (あいた かおるこ)

現職：東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター上廣講座特任准教授

略歴：東京大学大学院医学系研究科健康科学専攻博士課程修了（保健学博士）。ハーバード大学メディカル・スクール医療倫理プログラムフェロー、東京大学グローバルCOE死生学研究員を経て、現職。

専門：医療倫理学、臨床死生学（終末期医療、延命医療、高齢者医療、脳死、臓器移植）

主要著書：『延命医療と臨床現場：人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学』（東京大学出版会）、『シリーズ生命倫理学第3巻 脳死・臓器移植』（丸善出版、共著）、『シリーズ死生学第5巻 医と法をめぐる生死の境界』（東京大学出版会、共著）等。

シンポジウム参考資料
(アンケートのまとめ)

シンポジウム 「長寿時代の死生学」

参加者アンケート集計結果

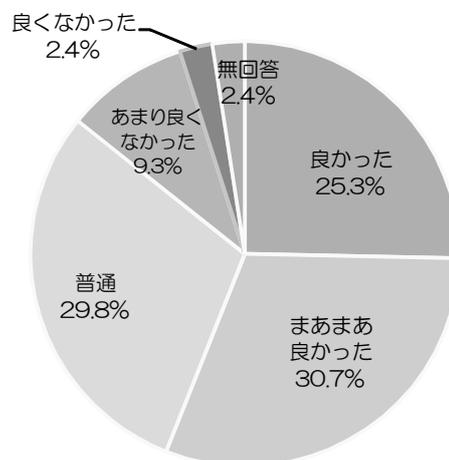


シンポジウム「長寿時代の死生学」

アンケート集計表

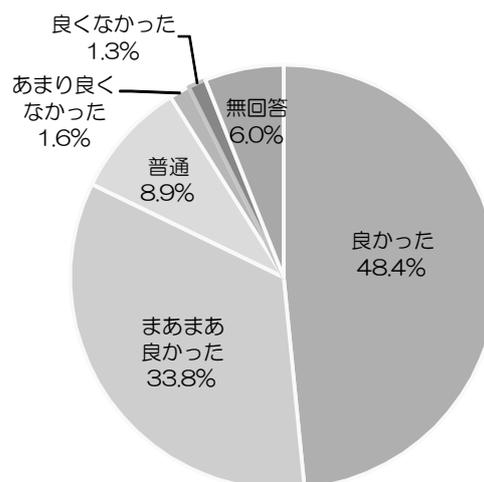
1 基調講演と対談について

	評価	回答数	構成比
(1)	良かった	114	25.3%
(2)	まあまあ良かった	138	30.7%
(3)	普通	134	29.8%
(4)	あまり良くなかった	42	9.3%
(5)	良くなかった	11	2.4%
	無回答	11	2.4%
	計	450	100.0%



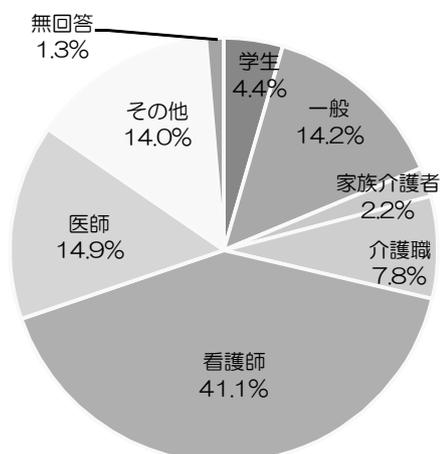
2 第二部のシンポジウムの内容について

	評価	回答数	構成比
(1)	良かった	218	48.4%
(2)	まあまあ良かった	152	33.8%
(3)	普通	40	8.9%
(4)	あまり良くなかった	7	1.6%
(5)	良くなかった	6	1.3%
	無回答	27	6.0%
	計	450	100.0%



6 職種をお聞かせ下さい

	職種	回答数	構成比
(1)	学生	20	4.4%
(2)	一般	64	14.2%
(3)	家族介護者	10	2.2%
(4)	介護職	35	7.8%
(5)	看護師	185	41.1%
(6)	医師	67	14.9%
(7)	その他	63	14.0%
	無回答	6	1.3%
	計	450	100.0%



1 基調講演と対談について【ご意見・ご感想】

- 医療系のシンポで、文系の先生のお話を聞けるのはとても貴重なことと思います。 (看護師)
- 宗教学の面からの生き方、死の捉え方をもっと知りたかった。 (介護職)
- 良く分かるが、全体的に早いので頭が追いつかない。時間的にそうなるとは思いますが。 (家族介護者)
- 小林一茶の俳句が芭蕉や蕪村とどう違うのかがとてもよく分かりました。 (一般)
- 医療の現場で慣れていることが、人生の観方によって詰められていないことを気づかせてもらいました。 (医師)
- 「死生学」との繋がりがよくわかりません。いま一つ不満足です。 (一般)
- 最期に看取りの場になくても、日々の経過で看取りを納得することが出来るという意見に賛同です。 (看護師)
- 対談で「高齢者は命を譲り渡していく」という言葉がありましたが、とても共感しました。 (看護師)
- 小林一茶のことを知らなかったので、ちょっと分かりずらかったですが、「無常」、今までは法事の時に僧侶から聞くだけでしたが、無常の言葉の重みを感じました。 (看護師)
- 小林一茶の考え方、参考になりました。 (一般)
- 宗教学者、哲学者ならではの素直な Opinion を聞きたかった。素直な考えを聞きたかったが、少しオブラートに包まれた言い方であったのはテーマのせい？ (その他)
- お二人の対談、少しかみ合わなかったが、会場からの発言を求めたのは良かった。締めくくりになった。 (その他)
- もう少し、食について、終末期についての対話が聞きたかった。 (看護師)
- ご臨終に立ち会うことに重きを置いていた自分にとって、瞬間に居合わせなくても良いというスタンスは新鮮だった。もっとプロセスに目を向けていきたいと思った。 (看護師)
- 最期の看取り、お別れはひとり一人、家族にとってみんな違って良いと思う。お互い、命の力を有り難く思えたら。 (一般)
- 一茶さんの生涯について、とても興味を持って聞くことが出来た。ありがとうございました。 (医師)
- 死生観ということはどういうことか、分かりにくかった。 (看護師)
- 対談については、何を伝えたかったのかがあまり分からなかった。 (一般)
- 文学を医療に不自然に結び付けている。臨床の人が語るべきである。 (医師)
- 日本人にとって死が遠くなってしまったのは、宗教性が薄れてしまったことが大きな原因ではないかと思っています。もっとダイレクトに宗教について、あの世についてお話された方が議論が深まったのではないのでしょうか。 (看護師)

- 小林一茶の人生を追って死生学を考える、看護師である私には少し難しかったですが、対談において、現場で個々の患者家族にとって看取りの場をどう意味付けしていくのか、その支援が大切なことと感じました。(看護師)
- 一茶の時代から医療問題は取り上げられており、その時代の考えが今も活かすことが出来ることは凄いと思った。(学生)
- まさかこのようなお話を伺えるとは思わなかった。とても有意義でした。島菌先生からの授業を受ける機会がないので、どこかで酒宴でもと思いました。(一般)
- 文学にみる死生観というのはいま一つ実感がわからない。(一般)
- 最後の清水先生の発言。長い看取りの期間を携わったことで、最期の死の瞬間に立ち会えなかったとしても、良しとする意識を日本人に根付かせる・・・というご意見に大賛成です。(一般)
- 明治以降～現代の死生観についても知りたかった。しかしながら小林一茶や方丈記から、昔の人の世の中の見方を知ることができ貴重であったと思う。(学生)
- 無常という死生観があることは理解できたが、現代の長寿時代の高齢者にどの様に活かせるのかをもっと聞きたかった。(その他)
- 基調講演は小林一茶の生涯に時間を割き過ぎて論点がぼやけてしまっていたのではないかと。日本人の死生観として宗教色が薄い代わりに、無常や浮世等の文化色が影響しているという視点はとても新鮮だった。対談はなるほどと思うような意見、考えもあったが、一つ一つが浅い印象を受けた。基調講演の「浮世」の思想との関連も薄かったため、講演と対談の構成に疑問を感じた。(学生)
- 死生観、逝き方、看取り方、経過とあるがまま、みんな活かします。(医師)
- 大島伸一先生のお話が心に残りました。(一般)
- 主旨から離れた印象。対談が消極的。(医師)
- 対談の時間を長くしてほしかった。(看護師)
- 小林一茶だけで日本人の死生観？ もっと武士道や戦争中など歴史を踏まえて話をしてほしかった。(その他)
- 私は医療者ですので、このような歴史から日本の死生観を考える、そして今の医療に結びつけるというのはとても新鮮でした。(看護師)
- 介護を(母の)していて、常に良い人生を送って旅立ってもらいたいと考えています。島菌先生のお話、清水先生の対談、とてもバランスの良いものと感じました。(家族介護者)
- 一茶を見直した。(一般)
- シンポジウムの内容とどう繋がるのか・・・と思いながらだんだん繋がっていった安心。一茶に興味湧いてきた。少し時間掛け過ぎ。(あとの時間が足りなくなった)(一般)
- 基調講演については、自分にとっては理解がいま一つ出来なかった。対談についても、基調講演に引っ張られず、もう少し現実問題として深めて頂きたかった。(その他)
- 島菌先生の体験も含めた対談が良かったです。(その他)
- 江戸時代の”無常、浮世”について振り返る良いきっかけになりそうです。日本人の死生観の学ぶ上では歴史的な視点も必要ですね。(医師)

- Positive に考えることの大事さを学んだ。他方、健常者の長寿観、死生観と、病弱者の死生観が異なるであろうことを感じた。(一般)
- 少し眠くなった。話が少し単調に感じられた。樋口さんのようなユーモアの大切さが光りました。清水さんの「こうあらなくては」という看取り方の、あるべき姿のようなイメージのひとり歩きの弊害についてのコメントがピリリと効いていた。(一般)
- 死生観、死生学に関する人類学（医療人類学）の立場の方からの発表があると良かった。(医師)
- 日本人の死生観は宗教に影響していると思います。昔の人はみんな苦しんでいたように思います。でも本当に苦しみだけだったのかなあ。幸福な時も人もいたのではないかと思います。(看護師)
- 小林一茶から、テーマは飛びすぎた。別に結び付けなくても良かった気がする。(医師)
- 対談は具体的にになり、理解しやすかった。(その他)
- 興味深いお話でした。後半のプログラムとのつながりがもう少し欲しかった気がします。死生観というこのテーマでももう少し考えたかった。(一般)
- 日本人の人生観について学ぶことができた。少し難しかった。(学生)
- 「スピリチュアルケア」という語を解ろうとしても、どこかでなじめない部分がある。日本人として先祖代々あった宗教（主に仏教）観からの読み解きはどこか馴染みがあるかと言って、他の宗教観を排他するものではない。(介護職)
- 死亡時より、亡くなるまでのプロセスが重要であると思う。(看護師)
- 清水先生の具体的な説明は分かりやすかった。(看護師)
- 少し難しかった。(看護師)
- 日本の文化的背景から死生観を学ぶ必要があると感じました。(その他)
- 一茶のことについてもっと知りたくなった。(その他)
- 切り口としては斬新、しかし実感が沸きにくかった。総論としては良いかも。もう少し今の臨床の具体例を・・・。(医師)
- 基調講演は良かったが、対談がややチグハグな印象であった。(医師)
- 自分の経験内で全体を捉えるパターンは如何だろうか。(医師)
- 基調講演と対談のつながりが感じられなかった。もう少し関連した内容の方が、良いのではないと思う。(看護師)
- 島菌先生の自由な発想の面白さと清水先生の丁寧な心配りを感じ、聴いていて心地よかったです。(その他)
- 一茶だけで日本人の死生観を語るには時間が足りない。以前の死生学講座の時のように近代の日本人の死なども触れてほしかったです。(その他)
- 医療従事者のための死生学セミナー（リカレント）を今年も受講したい。(医師)
- 良く分からなかった。(看護師)
- 医療の話ばかりになりがちなので、多面的な「いのち」の捉え方を考えるきっかけを頂きました。(看護師)

- 1時間45分・・・の時間は十分。第二部のシンポジウムへの配分検討して頂けたらと思います。(看護師)
- 対談時間が余分であった。(看護師)
- 無常観など一茶で取り上げたので、死生観が捉え難かった。(一般)
- 一茶について一段と理解し知ることができた。死についての体験が、お二人の演者の家族の紹介のみでは物足りない気がした。親近感を持つためには良いとしても仕事上多くの死に関わる方々(医師に限らない)の討論が聞きたかった。対談よりも鼎談の方が話が広がるのか?(医師)
- 内容が難しい。(看護師)
- 医学的なことだけではなく、心理的に冷静に対することが必要なと思えました。(介護職)
- 昨秋、在宅10年介護して胃ろうもして、互いに納得して看取った経験を改めて自分自身悔いなく客観的に考えることができました。ただ、いずれも個人的な家族経験を語られることが多く、死について、いかに私たちの経験が希薄であるかを感じました。日本文化の宗教性がないゆえか・・・考えること多々あります。(その他)
- 医療に携わる者として、宗教学における死生観はあまり身近に感じられず・・・。(その他)
- 見方、考え方によって気分も楽になり、安心した安らぎを引き継ぐ思いと、引き継いでもらう心構えを作る参考になった。家族へのケアも大切さを知った。(介護職)
- 人の死に対しては受け取る側、受け取られる側で変わる。(介護職)
- 宗教、哲学的側面から「生命」について初めて触れる知る機会だったので良かったと思った。(看護師)
- 具体論が聞きたかった。(医師)
- 死は常にいつ訪れるかは分からないものとして考えるような時代背景が一茶の生涯に感じられ、また、現代に至ってもそれは災害からも知る限りある生命の現実を控え生きていると思います。(看護師)
- テーマから期待外れでした。(無回答)
- 対談での意見について。医療者も対談に加わっていたら更に良かったと思う。先生自身の個別事例を言って下さったのはリアリティがあって良かった。(学生)
- 小林一茶にみる死生観と人工栄養、Living Willを残すことが必要と考える。(一般)
- 人工栄養法の選択基準、手法について、栄養学・生物学的な点からもう少し掘り下げてほしい。(医師)
- 文学的見地からの考察は面白いですが、もっと現在に即した話をしてほしかった。(一般)
- 小林一茶などの例えは、あまり自分に馴染みがなく共感できなかった。(看護師)
- 内容が高度すぎ、理解に至らない。(看護師)
- 宗教学からみた死生観は、私にはこの時間内では難しく理解できませんでした。お二人の先生はご職業柄仕方がないことかもしれませんが、介護の現場を実際にどれだけ理解されてのことなのかという発言が多々あったと感じました。最後の参加者の方の発言の際は、足を組んで聴くのは失礼だと思います。(家族介護者)
- 話題として、とても良かった。(一般)

- どこに焦点を置いているのか、お話の意図が分からなかった。話が深まらなかった。死生学とは人間科学なので、もう少し人の生死に迫ってくる深い議論を出来ればと思う。フロアーの方の発言が良かった。東大の先生方には現場から学んでほしい。改めて看護・介護の力強さ、対人援助職の持つ強みを実感しました。(看護師)
- 今回のテーマについてもう少し関連を明確にして頂きたかった。(看護師)
- 一茶の人間観、処世観がよくわかったが、“現代人の死生学”を一人ひとりが問い直すきっかけにはなかったが、それ以上の意義が掴めなかった。(医師)
- 義姉の死の時間に立ち会いました。意識がある時は一度も見舞わなかったのですが、いつも世話をしている人はいなく、それで良かったのかと思っていましたが、対談を聴き、それで良かったのかと思えた。(一般)
- 最後に、会場に来ていた人たちの意見などの時間がもう少しあったら良かったように思います。(介護職)
- 島菌先生には「死生学」という言葉の誕生秘話をお話していただきたかった。(医師)
- 医療と離れた視点からの死生観を聴く機会は少ないので興味を持った。(医師)
- 期待する内容とは異なりました。現場に応用するのが少し難しいかなと思いました。(医師)
- 一茶の生涯を通して、死生観から色々語って頂き、興味深く、生き方を考えられた。(その他)
- 「死にめにあわなくても、いいじゃないか」清水教授のこの言葉を広めたいです。(医師)
- 対談の中で、基調講演と本シンポジウムのテーマの共有している点、各々思っている点等の論点がもう少し明確になってもよ良かったのでは？(一般)
- 医療の現場に「死」という概念を受け入れるというお話に感銘を受けた。一茶の無常観にユーモラスさがあると思いましたが、その以前に強烈な悲しみがあることを学びました。長寿時代の死生観とどう結びつけるのかと思って対談は興味深く思いました。死をどう受け入れるのかということに日本人的アプローチがあるように思いました。(一般)
- 死にめにあうという場面も、看取りの時期に広げる考え方がよく勉強になりました。(看護師)
- 文学上の死生観と臨床現場の問題の乖離を強く感じた。(医師)
- 日本(人)の死生観の大前提を整理することができました。(一般)
- 一茶の話・・・その他(文学)長過ぎた印象。対談も・・・会場からの質問に答えて下さる方が面白く、ためになると思いました。(看護師)
- 難しかったです。(看護師)
- 全体からみたら対談の時間を多く取っているように感じたので、せっかくなのでもう少しそれぞれの話題を深めたお話が聴きたかったです。(学生)
- 何をアピールしたいのか、やや焦点がぼやけていた感がありましたが、一茶と現在の問題とのつながりがよく分からなかった。(一般)

- 一茶の考え方と日本人の死生観を読み解くには多少無理があったように思います。あくまでも話は、一茶であって、日本人全てではないし。人工栄養をめぐるというテーマもマッチした対談ではなかった。清水先生は、人工栄養についてどう考えられているのか、考え方がはっきりしていない中での進行だったように思います。それから時間は守って進行して頂かないと後にひびきます。(看護師)
- 医療の現場にいると「科学的」で「エビデンス」を求められることが多いのですが、「人間」を構成しているのはそれらでは応えの出せない要素が多いため、このような話をもっと現場で行えると良いと改めて感じた。(看護師)
- 宗教観、お迎え現象、因縁などの死後の世界にも踏み込んだ死生観を期待していたが・・・。(医師)
- 自然科学、宗教学、医学、法学 etc. 全ての分野で統一した見方はいかがか？(医師)
- 生への執着と無常観とのバランスが一茶の場合、深く強く取れていたという印象。対談、少し散漫だった。(医師)
- もっと短時間で。二部の方に時間を使ってほしい。(医師)
- 一茶の提言についての「悟り」の配慮について考えさせられた。(一般)
- 興味深く拝聴しました。日本人の死生観の特徴について、更に深めた。これが特性だという話も聴きたかった。(その他)
- 講演の後の対談は不要と感じた。二部のために時間を割いた方が良い。(その他)
- 内容が少し古かったので、現代に反映できたらよかったです。(看護師)
- 島菌先生の一茶を軸とした、日本人の死生観についてのお話を、興味深く伺いました。ただ私たちが小説、芝居等で良く接する武士の切腹、町人の心中などにみられる死生観と、どうつながるのだろうと新たな疑問がわいてきました。(一般)
- 浮世から死生を考える点が新しい視点を持てた。もっと色々ゆっくり聞きたいと思った。(看護師)
- 普段触れることのない話題で新しい見識を得られたと思う。(一般)
- 身近な人の死を通して感じ取る死生観を、小林一茶の俳句を通して説明して下さり良く分かりました。(医師)
- 大いなる信頼感を呼び覚ますとは、看取りの瞬間と、看取る人も看取られる人も良かったと後で思えるような気づきのプロセスと双方を体験できればと思う。例え出来なくても共に人生モノ語りを認め合う、共存する気持ちを持ちあうことが大切と対談から学びました。(その他)
- 一茶の話はそれなりに聴いたが、対談ではかみ合わない。一茶から展開するのは無理と感じた。ついでに言います。今日の設定で会場に振るのは無理です。その分清水さんが切り込んで欲しいのです。そのための対談の設定であるべきです。例えば二番目に発言された方の発言内容には違和感を持ちました。それに対する島菌さんの対応も違うのではないかと思います。(学生)
- 対談は第二部への誘導のようで、いま一つだった。逆に来場者の意見を色々聴いたほうが心に響いた。(看護師)
- これまで小林一茶について触れることがなかったので、話を聴くことができたのは良かった。もう少し短くしても良かったです。(医師)

- 文化を通しての視点が面白かった。 (看護師)
- 日本の文化を理解する背景があって、意思決定や緩和ケアのあり方も変化してくると思うので知っておくことは大切だと思う・・・が先生のお話の意図が少し分かりにくかった。 (看護師)
- あまりピンと来なかった。近現代以降の動向（日清、日露、二つの大戦）も関係していると思っているのでその辺も伺いたかった。 (看護師)
- 「日本人の死生観（江戸時代）」の現代的意義について触れてほしかった。 (医師)
- LivingWill について・・・7月に父を看取りました。父が健康な時無駄な延命はしない、その為の点滴もしないと言っていたので、その通りに口からのみ水分を与え、家族で手厚く介護しました。が、遠方の私が帰るたび、父は眼を大きく見開き私の姿を追っていました。父は何を言いたかったのか、気が変わって点滴してほしかったのか、早く死なせてくれなのか、今でも気になります。とにかく人が生きて死ぬことってとても大変なことだと実感です。 (看護師)
- 日本人の死生観、人生観、宗教観の各国との比較。 (医師)
- なぜ一茶なのか？ (看護師)
- 基調講演を聴き、今のことに考えるヒントになりました。 (その他)
- 日本における死生観、文化を知ることが大事であると思った。 (介護職)
- 小林一茶は難しかったが、そのような側面もあるのかと勉強になり良かった。対談は先生達の経験を踏まえてのコメントはとても良かったし、いま非癌の方のターミナルの栄養について迷っていたので、どのような支援が良いのか、とても参考になった。 (看護師)
- 現代社会も無常感に覆われた社会だと感じています。無常の先に執着しながら生きていく（肯定的に）ということは難しいけど大切なことだと思いました。 (その他)
- 日本人の無常観と現実、浮世を一茶を通して分かりやすい講演でした。 (その他)
- 島菌先生の自由さが面白くもあり、ただ同時に分かりづらくもありました。運動会を欠席してこちらに出席された医者の方が居ましたが、そういう方の期待に沿ったものではなかったように思います。もう少し分かりやすさを追求するのも必要だったかと思います。私個人的には、とても面白かったです。 (学生)
- 一茶も日野原先生も、そして人も自分も「この日（考えられる範囲での将来）を良しと感じられるよう生きていく、その先に自分のその時が来る」というように考えた。 (その他)
- なかなか一茶の話を聴くことがなく非常に興味深かった。 (医師)
- 終末期ケアを学際的な観点で検討できて良いと思います。 (看護師)
- 大島先生の弟様のご冥福をお祈り申し上げます。島菌先生のお話はとても分かりやすく、一茶の人柄というか人生を垣間見せて頂くことができました。 (看護師)
- 対談で清水先生が最期におっしゃっていた「看取りの場に居合わせるか」ということについては先生のお考えに全く同感であり、その為に日々のケアやご家族とのコミュニケーションに努めているところです。とても大切なことだと考えています。ありがとうございました。 (看護師)
- 基調講演を対談とつなげて下さったので、最終的には興味深く聴けました。 (看護師)

- 小林一茶が死生学につながらなかった（私の未熟さ）。宗教学から見た日本人の死生観全般のお話についてお聞きしたいです。来年。 (その他)
- 内容は良かったと思うのですが少し難しかったです。 (看護師)
- 宗教的な観点から看取りケアを考えても良いのではないか・・・まさに日本の伝統的な文化に盛り込まれていると思いました。 (その他)
- 日本人は無常が好きです。しかし要介護になった高齢者にとってどんな意味があるのでしょうか。言わずとも毎日が無常。傷を舐め合うだけ。彼等にとって救いとは何でしょうか。宗教は何のためにあるのでしょうか。 (医師)
- 対談でこれからの看取りの日々を考える参考になった。本人のこれまでの人生もよく考えていくことや、看取りのその瞬間の価値ではなくその瞬間に向けて、良い関わりが大切なことだと思いました。 (看護師)
- 死の問題は、尖閣諸島のごとく余りムキにならず、斜めに見て、適当にしておいてよいのではないかと？ (医師)
- これまでの日本における死生観と人工栄養という現代の医療の問題を結び付ける一つの視点を与えて頂き良かったです。 (医師)
- 過去の人物の生き方は個別性があると思いました。 (看護師)
- 一茶の話は興味深かった。 (看護師)
- 一茶から死生学を考えるのは新鮮だった。 (一般)
- 普段聴かない分野で視野が広がった。 (看護師)
- このようなシンポジウムの中で、一茶の一生が出てきたお話は興味深かったです。 (介護職)
- 少し難しかったですですが、死生観の考え方が理解できました。 (看護師)
- 小林一茶のことがよく理解できた。 (看護師)
- 清水先生の問いに、島菌先生はもっと反応してもらいたかった。 (医師)
- キリスト教的人生観のある人、仏教・儒教を継続している人、無宗教など宗教観はかなり多様になっている。一言で日本人の根底に一茶をもって語れるのか。 (一般)
- 誰でも知っている小林一茶の一生から、死生観という掴み難い世界を説明頂き分かりやすかった。 (その他)
- 医療現場における死生観と結びつけるのが難しかった。 (看護師)
- 語り口が気に入った。方丈記、一茶。 (その他)
- 久しぶりに文学に触れました。現代文学には触れますが、一茶の句から・・・深いです。 (看護師)
- 良く分からなかった。 (看護師)
- 一茶と現代の高齢化（少子化の中で）関連性に理解し難かった。 (医師)
- 色々な本を同じように既に読んでいるので再確認出来た程度です（一茶、方丈記等）。 (家族介護者)
- 内容がよく分からなかった（伝えたいこと）。 (看護師)
- 無理やり人工栄養のことに移ったような感じを受けました。 (学生)

- 一般の終末ということでは、お話にあったことが当てはまると思います。しかし、長寿時代、最近そうなる方たちは85歳～90歳代の方が大部分です。“長寿時代”とそこには少し失望しました。(医師)
- 文学的過ぎました。経管栄養と結び付ける意味がよく分かりません。(看護師)
- もっと今日のテーマに沿った話をしてほしかった。(医師)
- もう少し対談時間と会場とのやりとりがあっても良かったのではないかと感じた。(看護師)
- 具体的な話が出たので、一茶の話がつながりやすかったです。(看護師)
- 私もEnd of Life Care、エンディングノート等、必要性重要性は感じています。しかしながらこれは活かされる現実は本当に数少ないのではないかと思っています。(看護師)
- もっと具体的に突っ込んだ対談を望みます。なんとなく抽象的です。(看護師)
- 一茶の句についての説明。解説ではなくもう少し島菌先生ご自身の死生観をお聞きしたかった。(看護師)
- 死生学というものをもっと知りたい。学問からみた生と死について一般的に知りたい。(医師)
- 文学的過ぎる。実際の臨床での活かし方が見えてこない。(医師)
- 日本人の死生観というような捉え方とその人の物語られるいのち、という本来極めて個別性の高いものをどのように扱うつもりですか。(医師)
- 哲学的（思想的）なバックボーンが大切。(その他)
- 4世代同居13人家族の中で介護を受けていた96歳男性、最期の時は孫娘が付いておられたが、もう医療的処置は何もせず（酸素のみ）と決めて、20数日ご存命だったが、息子さんは一回来所されたのみで、「長生きし過ぎたんですよ」と言われ淡々とされておられたことが気になりました。絆とか受け継ぎ等、考えると複雑です。(看護師)

2 第二部のシンポジウムの内容について【ご意見・ご感想】

- どの演者さん方も適切な話題で、テキパキされていたし、良かったと思います。(看護師)
- 違う環境下で目指すべき物は近い。より良く終末期を迎えられるように、実践するには技術、知識と必要ですが、広まっていけばいいと思う。(介護職)
- 高齢者が増え続ける中で、Smile Teamの結成の維持と今後の活躍。また、あまりに少ない人数での取り組みなので国がバックアップして全国的に活動チームを増やしてほしい。(介護職)
- 老年看護について、大変参考になった。「PEG・在宅医療を考える研究会」とは胃ろうに対する考え方が違うのだなと思った。(看護師)
- 説明が凄く分かりやすいが、家に帰ると忘れてしまうので、資料による補足があると良い。(家族介護者)

- 現場に即した様々なノウハウが示されました。臨床家でなくても、役立つ具体的な話が聞くことが出来ました。(一般)
- 「本人の意思」を尊重する際は、「死」よりも「生」の質を大事にする立場が必要でしょう。介護が多い施設の立場は参考に出来ます。(医師)
- 会場からの質問が強引な方がいます。講演会を馬鹿にしている方がいます。参加者は自己主張しない方がいいです。(一般)
- 人の最期を支援するうえで、どのような動きがあるのかを、分かりやすく学ぶことが出来た。(看護師)
- 終末期の点滴、胃ろうについて考えさせられた。本人の意思の確認をするのは難しいが必要だと思った。(看護師)
- 内容は興味深く聞かせて頂きました。なるべく時間通りの進行をお願いしたいです。遠方から来ているもので。(看護師)
- 現場での活動を学ぶことが出来ました。(看護師)
- 具体的な話(考え方と実践)だったので良かったです。(看護師)
- 施設、在宅、法律家、色々な立場からの意見が聞けて良かった。死ぬこと(死を考えることは)は生きること(生き方の問題)、どう生きるかにつながる事ほども共通していると思った。(看護師)
- 総合討論の時間が短すぎます。(看護師)
- チームでの合意を取りながらの進め方。(一般)
- 病院の終末医療の事例発表のようだった。「無駄な医療なし、自然のままに・・・」は良く聞かれる。自然が急変であったり、そこに患者、家族の死生観が問われるところにどう対処されたのか、納得いくまで話をした、の一言ではなく、そこで医療者らが今の日本人の大半の死生観をどう見たのか話してほしかった。(その他)
- 現場からの発言は、やはりインパクトがあった。(その他)
- 桑田先生のお話は実践家である臨床ナースにはとても胸に響きます。お話の全てが共感出来ました。(看護師)
- 桑田さんの発表は、とても参考になりました。(介護職)
- 具体的な事例が、現場の先生方から報告され、非常に分かりやすかった。(一般)
- 看護介護支援は本人家族に寄り沿ってというが、医療者の責任、倫理はどう勘案されるのかを、正面から捉えた議論がやはり少なかったように感じた。(学生)
- 終末期=End of Lifeにおいて、各職種で関わるスタンスの可能性についてとても力強く感じられ、有り難く感じました。ナースの方の発言が素晴らしかったです。(医師)
- 意思決定に対して関わる事が難しいと思うが、本人の思い、家族の思い、Drの思いを含めて考えることが大切だが、それを含めてすぐ判断するのは難しい。(看護師)
- 事例もあり、説明も分かりやすかったので、とても参考になりました。(一般)
- 二人の看護師の発言がとても素晴らしかった。(医師)
- 様々な立場の方の意見や取り組みを知ることが出来て、とても分かりやすかったです。(看護師)

- 実際の現場（病院、施設）での問題と照らし合わせ、終末期医療（意思決定支援について）を考えることが出来ました。 (看護師)
- 質疑の時間をもう少し長く設定してほしい。 (看護師)
- 話すスピードが早かったのを頭を回転出来た。3本柱戦略で患者さんの希望されることが変わってくることを理解した上で相談していかなければならないと分かった。 (学生)
- 私の親、祖母は医療機関にほとんどお世話になることなく長年暮らしましたので、病気や癌になった時に、意味や内容を医療関係者から噛み砕いてお話しただけのことなく、治療か退院かと婦長に迫られたときには絶句しました。こうして医療の皆様がとても考えて下さっていることを知り、緩和ケアが全国に広まることを祈念してやみません。 (一般)
- 桑田さんのHPの努力をととても感じさせて頂きました。SmileTeamという言葉は初めて知りました。勉強になりました。 (看護師)
- 時間が短い。進行が下手。 (一般)
- 緩和ケアの考え方が広がった気がします。 (看護師)
- 一つ一つの内容自体は興味深かった。ただし如何せん早口過ぎて響きにくかった。 (学生)
- 各シンポジストからのプレゼンはとても勉強になったが、フロアとの議論の時間が10分程度しかなかったのは、大変残念である。 (学生)
- 医師、看護師の現場での活躍、活動を理解することが出来ました。得られた知見をさらにブラッシュアップして、学生教育に繋げていきたいと思えます。 (その他)
- 病院や訪問診療など現場で働く方々の意見を聴くことが出来たので勉強になった。横江さんのお話の中で、Aさんの事例があったが、自分の症状や治療を正しく理解することができない場合は多々あると思う。それに対する支援についてもっと知りたいと思った。 (学生)
- ①国立長寿の取り組みを広げたい。②訪問診療を広めるには。③急性期に問題となること、あるいは療養型に行く前のプロセス。 (医師)
- 終の信託、たまたま映画に興味があり今朝新聞で読んだばかり。 (一般)
- 時間が短く、早口になってしまうと本意が伝わらない。 (医師)
- 各々の時間をもう少し取ってほしかった。 (看護師)
- 最期の飯島先生のまとめが良かったです。高齢者に胃ろうは止めてほしい。食べられなくなったら、基本はおしまいです。それが死生学と伝えてほしかったです。 (その他)
- ケースの場合、困難ケースや難渋ケースからの学びの方が多くあると思えます。それをどうアプローチしていったのかというのを知りたかったです。 (看護師)
- 真摯な取り組みが始まっていることを実感できた。 (一般)
- 他人事ではなくりつつある年齢となって、今後のことを考える上でとても参考になった。 (一般)
- 分かりやすかった。特に桑田先生の話はいつもハッキリしていて分かりやすかった。どんどん出てきてほしいと感じました。 (看護師)

- 高齢者一人にいくらの医療、介護費が使われていると思いますか。自然死は殺人ではないです。見直しが必要な時期だと思います。(介護職)
- 様々な立場からの取り組み報告を聴くことができ、良かった。現実には急性期病院をすぐに出され在宅体制が整わないままの方も多。特に高齢者は手がかかるためこの病院からも敬遠されがち。(その他)
- 今後ガイドラインを活用していきたい。(看護師)
- 時間が足りなくなり、急いだ発言を聴くことになったことが残念です。(その他)
- 現場での事例が聞けて良かった。(一般)
- 桑田さん、川越さんのお話に関心を持ちました。もっとゆっくりと伺いたく思いました。全体的に早口の焦り感があり、ことに老年の方にとって受け取りにくかったのでは。(一般)
- End of Life Care にさらに国民的関心を高揚する必要があると思う。(医師)
- 高齢者のことを思っているようで、本当は困った問題と言うのがありありで早く亡くなってほしいような感じです。もっと安心して長生きできる社会がよい社会でそうあるべきだと思います。(一般)
- 人は死ぬものだということの教育が現代では必要。そのことを家族に本人に元気なころから教育した上での、死に時の意思決定でなければならない。(医師)
- 現場での実践が良く分かりました。ただ、やや時間不足もあり忙しく感じました。(一般)
- スライドが多く、話についていくのがやっとでした。(医師)
- 内容はとてもよかった。しかし、もっとゆっくりと詳しいことが知りたかった。(学生)
- 現在「市民後見人養成講座」を受講している。職種は介護支援専門家である。ご本人の最善の利益を視点に！どのようなチームにおいても共通であることを再認識した。(介護職)
- 川越先生のお話はとてもまとまっていて、凄く良かったです。(その他)
- End of Life Care について具体的な症例を示して頂き参考になった。(看護師)
- 今回お話をされた方々の施設（訪問も含めて）では、高齢者・患者（家族も）幸せであると感じた。(看護師)
- 桑田さんの話が具体的で良かった。(その他)
- ディスカッションは聴いていて、気持ちの良いものではなかった。(看護師)
- 意思決定（調整する）という基本を再認識できた。(医師)
- それぞれにテーマに沿った良い内容であった。(医師)
- ①End of Life、terminal、緩和の意味の混乱がある。②問題を問題として提示しただけで、専門家としても深みが無い。(医師)
- 発表内容のレベルに差があり過ぎる気がした。2つの内容は具体的なもの、チームとしてどう関わったか、リーダーとしてどう関わったかなどの内容があまり見えなかった。提言は必要だったのか、疑問です。(看護師)
- 各講師の先生のお話はとても分かりやすく、一般人にも分かりやすかった。(その他)
- 樋口先生の講演はまたお伺いしたいと思った。(医師)

- 考えがまとまった。 (看護師)
- 早すぎて話し方、映像共に高齢の私には理解が中途半端の話があった。院内の事例のみではなく、先進的な活動、地域ケアなどの外側の事例も知りたかった。 (一般)
- 患者家族の意思と、医療機関の考えが対立したらどうするか？国民皆保険の中で、家庭で看れないことを病院に要求するのは如何なものか？一つの家族ではなく、国民との合意形成が必要である。合意形成のためにはどうするのか？ (看護師)
- 神経内科に勤務している関係で、訪問診療は患者さんで、家族にとっては医師その他の専門職に直接聞ける時間が外来よりも多いことが良いと思いました。 (介護職)
- どれもそれぞれの立場から EOLC を考えることができた。 (看護師)
- 現場の事例を交えて理解しやすい内容でした。 (一般)
- 患者の意思決定方法について、本人にできる時とできない場合に、どの様に尊重の意味の決定と考えがケアチームにあることを知った。 (介護職)
- 本人にとっての医療、今後も続く課題です。病気になる前にコミュニケーションが図られていると良いと感じました。これからは必要なことだと思いました。 (介護職)
- シンポジストの話す時間がもう少し長くても良かった。 (看護師)
- シンポジストの持ち時間に差があったように思います。 (看護師)
- 長寿になり、日本人の死生観は又変わっているのだろうか？医療、AHN との関係において生命維持が可能になり望みを回復に向けて考えることは人間の本来の思いのように感じ、本人の意思決定をどこまで他者が決定可能かは考えを見つけれないと思っている中で、サポートをしている。 (看護師)
- 現在自分がケアマネを行っていて、仕事を行う上でのいつも感じている身近な話だったので内容が共感できて良かった。 (看護師)
- 実母が認知症、実父が ALS 患者で、私がほぼ一人で対応（できる限りの福祉制度にお世話になりながら）する過程で、私自身、専門性を持った介護職が必要と思い、資格取得を目指しています。介護の現場、療養病床の実際（非常にケアの行き届いた病院だった）で、毎日の経験から今日の発表はとても勉強になりました。その中で、介護の現場は現在、発展途上にあると感じますが、介護・看護・家族側の満足度重視にならないよう気をつけるべきだと思いました。 (家族介護者)
- 家族が決定する時、どう選ぶにしろ苦痛を与えたのは自分だと悔やまない（心の負担が残らない）ように、専門家の情報提供とサジェスションは大切だと思う。 (その他)
- 自己決定の問題、難しい？ (一般)
- 分かりにくい話がありました。 (一般)
- 現場の方々が、ひたすらに患者さん利用者さん、その施設と向き合う姿勢に、まず感銘を受けました。今の最善の関わり、ケアのプロセスを大切にすること、新たな取り組みを開発していくことの力強さ、重要性を実感した。 (看護師)
- それぞれの専門職がポイントをまとめ意味深く聴けました。 (看護師)

- 理想、理念を持って医療を実践することはとても大切であるが、欧米のやり方を範として日本の医療現場に持ち込むことにはとても危うさを感じます。医療従事者がもっともっと勉強し、哲学・倫理学も含む研鑽を積みなければ真の向上は望めないと思いました。発表は一定の評価ができるが、一般紙やマスコミに公表するのは早計だと感じた（内容についての議論が不十分です）。 (医師)
- 分野的に広くお話が聞けて良かったと思いますが、もう少し時間があつたらと思いました。 (介護職)
- 川越先生の発表がよくまとまっていて良かったです。 (医師)
- チームの中で医療職の意見が強いと思う。HP だからか。ソーシャルワーカーやケアマネージャーの方がライフレビューを掘んでいると思うが・・・。 (介護職)
- 新しい話が少なかったように思います。 (医師)
- 診療所、施設、病院、センター等の具体的な活動が教示され、大変分かりやすく理解しやすかった。 (その他)
- 樋口先生のお話が面白くて分かりやすく、興味深かった。 (看護師)
- やはりベースには限られた医療資源を有効に使いたいという考えがあると思います。医療では亡くなる時が一番お金がかかる。 (医師)
- 横江さん、桑田さんの現場の事例を踏まえた説明は説得力がありました。現状感じている課題や、問題点等についてももう少し伺えたらと思いました。 (一般)
- 終末期医療をきちんと行っておられる病院、施設の例と在宅医療の例が挙げられていましたが、最終的にどちらが良いのかと考えさせられました。 (一般)
- 色々な視点から考えることができた。 (看護師)
- 横江さんと桑田さんの発表が一番よかったですと思います。 (医師)
- 最前線での具体的な事例を知ることができました。 (一般)
- 各先生方の講演はとてもよかったです。為になりました。その後のシンポジウムは(議論)怖かった。座長さんも会場の人イライラした空気で・・・。 (看護師)
- 時間が押して、講演内容を短くされた先生方の講演が残念です。 (看護師)
- 看護系など現場の事例とその分析などが良かった。 (一般)
- それぞれの立場で最期まで自分らしく生きることをどう支えるかということについて述べられており、大変勉強になりました。 (看護師)
- 終末期に限らず、人生を通して必要な考え方、医療、介護職以外、すべての国民が必要な考え方である。 (看護師)
- 全ての発表者の質が高く、今後の緩和ケアの発展型のアドバンスド End of Life Care プランニングの方向性がよくわかった。 (医師)
- 在宅死の看取りは病院が関係するのか？ (医師)
- 現場の対応がいずれも優しく感じた。 (医師)
- ①現実には本人の意思確認は難しい、家族の考え方も色々ある。②実際は食べられなくなったら点滴が多い。③差し控え、中止は難しい。 (医師)
- 対人に向かったの姿を表示する考え方、方法の選択等。 (一般)

- 各演者の実践を踏まえた内容で参考になった。 (その他)
- 各職種からそれぞれの立場での意見が聴けたら良かったのではないか。 (看護師)
- ちょっと盛りだくさん過ぎたように感じます。焦点がぼけたように思いました。 (一般)
- 医療の実践の場で活動している人の話を参考に、自分のHPで活かしたい。 (看護師)
- 現場の声、取り組み例を知ることができて良かった。 (一般)
- End of Lifeの在り方はとても重要ですが、難しいということが分かりました。関係者の同意をどのような形で形成出来るかが課題。 (医師)
- 本人と家族の合意形成を支えるためには複数の医療職がその中に加わるチームケアが必要と思う。その望ましい姿のモデルを知ることができ良かった。いのちと人生を支えるには多様なサービスが不可欠で、医療、介護の終末期包括的ケアにもう少し踏み込んでほしかった。 (その他)
- パネリストの中に宗教者(宗教学者ではない)が居ないことが多いに不満。前坂俊之とか瀬戸内寂聴とか、玄侑宗久とか呼べなかったのでしょうか。西川さんの話は分かりやすかった。横江さんの話は事例を挙げてもらったのが良かった。あのDVDどこかで入手できませんか……。ついでながらこのときの質問者に対しては座長が介入して欲しかった。シンポジウムでは時間は共有のものですから。私も主治医を選ばなくちゃ……。 (学生)
- 時間が短かった。 (看護師)
- 特にビデオはなぜか涙が出た。 (その他)
- 先進的な事例を聞いて良かった。 (医師)
- 最高でした。 (その他)
- もっと討論に時間を掛けてほしかった。 (医師)
- 盛り沢山で消化不良の感があります。 (介護職)
- 在宅医療の風を見て、在宅医療の良さが分かった。口腔ケアの大切さも忘れがちだと気付いた。 (家族介護者)
- 時間が足りない。 (医師)
- 少々期待外れでした。 (その他)
- どの方の話も分かりやすかったです。 (看護師)
- 色々な取り組みを知ることができ良かった。 (その他)
- いろんな立場からの話が新鮮でした。 (看護師)
- 時間配分が気になりました。 (その他)
- 事例を挙げていただいたので、分かりやすかった。 (介護職)
- 療養場所ごとの事例を使った取り組みが分かりやすく発表されていたので理解しやすかった。 (その他)
- 時間の関係と思うが、盛りだくさんであり説明が早くメモを取ることが難しいものもある。 (その他)
- 法学からの観点がとても興味深かったです。 (学生)

- 医療が生命維持延長から、その人の人生にターンしようという具体的取り組みをされていることに心強さを感じました。(その他)
- End of Life Care、Advance Care Planning を臨床で実践している話を当事者から聴けたのはとても良かった。(看護師)
- 美談もいいが、現場で生じるもう少し深刻なトラブルも取り上げる必要もあるのでは？(医師)
- 医療現場の実情を知ることができました。(家族介護者)
- 現場の生の声や、法律家の先生のお話を伺えて良かったです。(学生)
- 死生学というテーマにはあまり沿っていないように感じました。(看護師)
- 桑田さんの「一日一日のケアの積み重ね」という言葉が心に染みしました。最期のことを考え過ぎて今日がおろそかにならないようでありたいです。(看護師)
- 緩和ケアから EOL ケアへ。(看護師)
- 現場の事例には参考になることが多かった。(一般)
- 残念だったのはもう少しディスカッションの時間があれば良かった。(看護師)
- 質問者のお名前、所属を明確にしてはどうかと思います。なぜそういう質問をされるのか知りたいです。(看護師)
- 色々考えさせられることが多かったです。(看護師)
- もう少し時間が長かったら質問が出来て良かったと思う。(看護師)
- Advance Care Planning についてももう少し知りたいと思っても、資料に何も入っていないのが残念。(看護師)
- End of Life Care がこれから大切なことを実感した。生命と人生の両方から、本人中心に周りのものが共に支え合い、合意を踏まえつつ進んでいくことが重要だと思いました。(看護師)
- 清水先生が言われた「死にめに立ち会う」や硫黄島まで多額の費用を投じて骨のかけらを遺骨と称して拾ってくるような無意味な「拘り」部分は無くした方がいいように思う。これは信仰、宗教ではない。でも狂信者もいるであろう、その恐ろしさに対することは空しく思います。(医師)
- シンポジウムの意見交換が短すぎた。(看護師)
- SmileTeam の活動が参考になった。(看護師)
- 先進的な取り組みをされている方々の話は面白かった。(一般)
- 日々のケアやコミュニケーションでその方の意見をくみ取ることの大切さを、介護職の私としては努めていき穏やかな生活をお手伝いしていきたい。(介護職)
- 西川 Dr お話が早すぎる。多すぎたのか、もっとしっかりお聞きしたかった。シンポジストが現場の方々に範ともとれる内容で良かった。(一般)
- 色々な例、死に対する考え方が再認識できた。(看護師)
- 全ての演題がとても参考になった。(看護師)

- ①余りに在院日数が長すぎることに疑問を感じる。病院は終の住みか？介護施設に回すべき。②臨床現場は背景が複雑である。川越先生の話は良く分かった。長寿センターに入院している患者Ptは日本の高齢者や医療パワーを代表しているとは言えず、恵まれた方々の話ではないか。家族の合意はなかなか難しい。③三つの柱は分かりにくい。過去・現在・未来三つの側面が重要。 (医師)
- 理想の話は必要だが、現場は人手不足。 (介護職)
- 自身も医療従事者なので、心のトレーニングになった。 (その他)
- スライドで実際のケアなどが見れたのは良かった。 (看護師)
- 意思決定、支えることの難しさがある。 (看護師)
- 終末ケアで本人の意思決定について認知症の場合など、とても参考になりました。 (介護職)
- 長寿医療センターも青梅慶友病院もその施設ができているのではなく、よりケアの中で各職種がどのように対応しているのか、具体的に話してほしい。対象は一般の方も多いためより分かりやすく、ただ独居、核家族化している中で意思決定をどうするのか。社会家族様も変わってきているのでそこも含めてケアの展開の課題となる。 (看護師)
- 終末期の患者すべてにSmileTeamはかかわるのでしょうか。困難ケースのみ関わっているのでしょうか。SmileTeamを育てる仕組みが知りたかった。特別な教育がどこで受講できるのでしょうか。 (医師)
- 4つの発表は興味深く聴きました。 (看護師)
- ローマ字の表現が多すぎると思う。Living Will等。 (一般)
- みなさん早口ですね。人数減らしてゆっくり語っても良いような。 (看護師)
- もう少し各講師の話じっくり聞きたかった。 (医師)
- 広い範囲の人の専門家の立場を聞いて良かった。 (その他)
- 色々の立場から話が聴け、自分の頭の中の整理ができた。 (看護師)
- 現場の具体的な話でたくさんの示唆を得ることができました。 (看護師)
- 現場の話が良かった。 (介護職)
- 西川先生・・・もっと少しゆっくし聴きたかったです。他の先生方も早口なんですね。 (看護師)
- とても分かりやすい。 (看護師)
- 現場での具体的な活動内容の報告は大変興味持った。 (看護師)
- もう少しじっくり聴きたかった。半日のシンポジウムでは難しいのかもしれないが討論の時間をもう少し作ってもらえると良いと思う。 (その他)
- 高齢化社会で誰にもやってくる問題を哲学、宗教に始まり具体的対処におよび家族自分も含めて考えさせられた。 (一般)
- チームでの支援活動が存在すること。 (医師)
- 立場表明とガイドラインが良かった。 (その他)

- End of Life に関する知識を得た上で、理解を深めることが出来た。現場の生の声を聴けたのは貴重。 (学生)

3 本日の内容に関して、興味深く感じた点がありましたら、お聞かせください。

- 3 柱は興味を持った。現在の視点だけではなく、過去、未来の「必要性」考えさせられた。 (介護職)
- 現場の症例がとても興味深かった。人間の尊厳を再認識しました。どう生きてどう死を迎えるか。 (介護職)
- ナラティブな世界であると思いました。 (一般)
- 長生きする人はやはり、無常感を持ちながら生きておられ、ある面、一茶のような強さも感じる。「何も出来なくなっただけ、死なれもせん」と利用者が口にするのは、これかもと思う。それに対して私たちに何かできるか。 (看護師)
- 配布されたパンフレットに沿った説明があると、もっと分かりやすいのでは？ スライドスクリーンをメモるのが間に合わない。 (家族介護者)
- 島菌先生がご紹介になった順天堂病院の奥野先生のエピソードも素晴らしいと思いましたが、清水先生の「これが良い」という話が一般化すると、そう出来ない場合に、問題になるというお話も「なるほど」と思いました。想像出来ないものだと思いました。 (一般)
- 自然死のトラブル。 (一般)
- 質問の時間が短く、進行の仕方に問題が？ せっかく参加した意識の高い方への意欲は下がるか？ (看護師)
- 医師が責任を持ち、看護師は患者の代弁者を改めて感じた。 (看護師)
- 胃ろう、AHN の選択、意思決定を支えることについて。 (看護師)
- もっとケアの話が出てきても良かったです。 (看護師)
- 法と延命治療に対する考え方の誤解について、と日本の現状。 (看護師)
- 「死生学」日々ケアの積み重ねが看取りにつながる。日々のケアを見直していきたく感じました。 (看護師)
- 桑田さんの人としての尊厳の進め方。 (一般)
- Advance Care Planning に興味を持ち、これからの人生に活かしていきたい。 (一般)
- 在宅か病院での死か。改めて考えさせられた。 (その他)
- 西川先生の特養での意思決定支援。介護の現場でも関心の高い話題だと思います。 (その他)
- その瞬間に居合わせなくとも、長い目で看取っていけば良いというスタンス。日々のケアを通じて意思を汲みとるということ。 (看護師)
- 桑田さんの取り組みは、以前父が慶友 HP お世話になった際のことを思い出しました。 (介護職)

- 意思決定の支援について。 (一般)
- 看護の方々が、認知症の方の意思を確認、代弁して下さるプロセスについて、興味深く聞けましたが、さらに詳しく聞きたかったです。 (医師)
- 意思決定の決定って？どこまで活かされるのか？ (無回答)
- SmileTeam。一つのチームでケアして、本人を支えることの現場（施設）での難しさを非常に感じています。 (介護職)
- 医療の現場にいない人の話は机上の空論になる。家族の意見はもちろん重要です。 (医師)
- 議論の時間がもっとあればよかった。 (看護師)
- 高齢者の意思決定の重要性が分かった。 (看護師)
- Quality of Life の考え方と一般の人々の理解をどう深めていくか。 (その他)
- 私自身、父が入院していたとき二週間拘束されていたので、拘束についての話も聞きたかった。 (家族介護者)
- SmileTeam という名前は医療に対してあまり知識がなくても覚えやすく、また響きもいいものと思った。 (学生)
- 具体的に分かりやすいと思いました。 (一般)
- 横江さん。経管栄養をせずに（胃ろうを造らずに）在宅となった Pt さんの比率。全ての人ではないと思うので。 (看護師)
- 桑田さんの発表が具体的で良かった。樋口先生のお話が面白かった。川越先生の主治医の見つけ方が参考になった。 (一般)
- ケアの技術向上、コミュニケーション技術、チームカンファなどがもっと充実されていく必要を感じました。 (看護師)
- 良い内容の会であったと思います。 (医師)
- 父が二年前、77 歳で胃ろうを造設しました。本人の意思も聞けず、家族で決めました。しかし家族は胃ろうにはしたくありませんでした。すでに 15 年にわたる要介護状態で、これ以上永らえて本人を苦しめたくなかった。退院して特養に戻るには口から食べられるか胃ろうにするか、在宅へ連れ変えることも考えましたが、74 歳の母ひとりの家では共倒れになる。「胃ろうにして施設へ戻る」あの時、その選択しかありませんでした。二年過ぎた今もあの決断が良かったとは思えず、仕方なかったとしか。胃ろうを選ばないという流れが出てきたのは良いですが、その後のケアをどう支えるか、その体制はまだまだ整ってません。とても残念です。 (一般)
- 癌以外の終末期医療について今日初めて知ったので、さらに具体例を交えて現在の臨床の問題点を知りたいと思った。 (学生)
- 癌、内臓疾患、認知症医療の三分区。それぞれのターミナルを考える。 (介護職)
- 老年医学会のガイドラインについて、もっと知りたいと思った。このようなガイドラインが出ていることを知らなかったのが非常に興味深かった。 (学生)
- 法など他分野が医療にどう関与するかを知ることが出来た。 (看護師)
- Advance Care Planning の現場での実践が聞けたことが良かった。 (その他)

- AHN の選択⇔療養型。ニアが増えて施設にして充実してほしい。(医師)
- 法律家の視点。在宅で普通に亡くなっているのに、警察と法が介入してくるのはおかしい。(一般)
- 「End of Life」という言葉自体、まだ当院ではなじみ無く・・・。在宅は医療費削減にはならないってことかも。(看護師)
- 現場の具体的な話をしたいのか、理想の話をしたいのか全体として統一できていない印象、現場の話をするならやはり介護職は外せない。(医師)
- 樋口教授コメント秀逸でした。(医師)
- 病院、施設、在宅において本人の意思が尊重されていること。(看護師)
- 樋口先生、飯島先生、現在の現場でどの程度浸透しているのか知りたい。(その他)
- それぞれの職種の立場を尊重、信頼した、西川先生の発言が印象的でした。チームアプローチ、CR がまだまだ現場で対等に行えない現状がありますので・・・。(看護師)
- QOL が人生哲学そのものであること。(一般)
- SmileTeam。(一般)
- 樋口先生の法に関する話、死には法が関わるので大切だと思いました。(看護師)
- 自分の今後についての思いは、家族にしっかり伝えます。(一般)
- シンポジウム、意思決定を支えていく現場の様子が分かったことが良かった。(看護師)
- やはり家族は何もしないことに対して不安があるのではないのでしょうか。殺人と言われたくないし、思いたくないのでしょうか。(看護師)
- 先進的に取り組まれている事例を聞かせて頂いたことは良かったです。現状多くがそうになっていない。ギャップをどうやって少しでも埋めていくのか、多方面から地道な取り組みが必要だと思いました。(その他)
- 施設Nsとしての役割が明確化した。胃ろうにもっていき話し合いの仕方など(Drも含めて)。(看護師)
- SmileTeamの活動が多く病院で行われることを望みます。(その他)
- 死生観について。日常から話し合っておくことが重要だと再認識しました。Advance Care Planなどに書面で残しておかなければ豊かな死を迎えられない社会はやはり問題だと思った。(看護師)
- いろいろな立場からの話が聞けて参考になった。(医師)
- 各医療機関ならびに各医療職の取り組みが分かり、自分の医療機関に取り入れられるものは取り入れたいと思いました。(医師)
- 自宅での予期しない死亡の場合、たとえ主治医であっても死因が不明なことはある。その場合警察に届けるのが良いと思っているが、死因を不審とは思えない時に、死亡診断書を書くべきか悩ましいところです。(医師)
- ①DVDをもっと使用してほしい。②私は「一般人」ですが専門用語、略語の解説を加えてほしい。(一般)
- 指定発言のお二人の論旨が興味深かった。(医師)

- ガイドラインはあくまで一般的なものとしてそれぞれ生きてきた道が違うため、本人家族の考えを大切にすべきだと思います。年齢で線を引くべきではなく、医療者は自由な考えを持って頂きたく思います。もっと自然なものとしておきたいと思います。(一般)
- 緩和ケアも癌だけではなく非癌についてもあることを初めて知りました。色々な視点からお話が聞け、大変興味深かったです。(看護師)
- 死にゆく人を、生きている人の都合で捉えようとする。自分達が到着するまで生かしておいてくれ、反応があるようにしてくれなど、生きている人の都合が、死にゆく人の死の都合より上にきて物を言う人が多い。(医師)
- 終末期ケアの重要性について、あらためて考えさせられました。(看護師)
- 在宅医療の整備が遅れている。専門スタッフ養成も同様。(その他)
- End of Life Care チームの活動。(医師)
- Advance Care Planning について。(学生)
- End of Life Care について。日々の仕事の中で行っていることだと思うが、それを具体化していくことが必要だと思った。(看護師)
- 事例が映像もあり分かりやすく、コメントでもあったように「良かった」という言葉と裏腹に涙ぐんだということを観察され、また考えられていたことがある意味よかった。(看護師)
- あまりにも早く経過してしまっ、議論をもっと聞きたかった。(学生)
- 樋口先生の尺がもっと多いと良いです。法の立場の話もっと聞きたいです。(その他)
- 現場の医師、今日のような内容を学んでほしい。(看護師)
- End of Life Care の実際と、その中で考えるべきこと。大切なことを教えていただき、大変勉強になりました。(看護師)
- Advance Care Planning。(看護師)
- 特に Ns のお二人の演題は現場に即した思わず頷いてしまう内容で良かったです。(その他)
- Advance Directive、Advance Care Planning。(その他)
- 樋口先生のお話をもっと聞きたかった。(看護師)
- End of Life Care。自分の意思を表明できる人でも、何らかのサインを出している。それを見逃さない。人生の終盤をどう過ごすか。(看護師)
- 意思決定について、プロセスも含めとても興味深く大切であると思いました。(看護師)
- 在宅医療の在宅死について。(医師)
- End of Life Planning という関わりについて、現在私の仕事でもあります。特養での仕事内容のほぼ7~8割を占めていると思います。(その他)
- ①Team SMILE ②AHN ガイドラインとそれに先立つ立場表明、ソフトロー。(医師)
- 意思決定への支援の仕方が明確になった。(看護師)
- 第二部シンポジウムとても具体的、分かりやすかった。時間の配分が短く参加者は意見交換できなかつたことが残念です。(看護師)

- なぜ死生なのか？長寿だから？若年ならば生死学か？ (一般)
- End of Life Care について具体的な症例を示して頂き参考になった。考えるいい機会になった。 (看護師)
- 豊かないのちの看取り。あおぞら診療所、川越先生のお話が聴けて良かったです。 (介護職)
- End of Life Care について興味深く聞かせて頂きました。 (看護師)
- 意思決定を支えるプロセスや丁寧なケアには、時間の確保やシステムの構築を一緒に考えないと今後の高齢化社会に対応しきれない。 (看護師)
- 今日このようなシンポジウムを拝聴するのは初めてです。内容的には良いと思います、次回も参加したいと考えています。 (看護師)
- 臨床現場のNs、Drの話は分かりやすく興味がありました。 (その他)
- 「生と死」の本人を取り巻く受け取り、考え方に関心が増した。 (介護職)
- 医療の現状はまだまだ考えていかなければいけないことを感じました。介護職に勤め、日々前に進む毎日を送っています。本日の講習はとても参考になりました。 (介護職)
- 実践の場の話が聞けて良かった。 (看護師)
- ①AHNによる弊害とは具体的な事例。②死生学。 (看護師)
- 「生命と人生を分けて・・・」なるほどと思った。 (一般)
- 小林一茶の俳句を詠みたく思った。「看取る」ということ（最期の繋がり的大事さ）。 (一般)
- シンポジウムの時間が長い方が良かった。 (看護師)
- 訪問診療の効果について、興味深く感じました。 (家族介護者)
- 考えさせられた良いシンポジウムでした。 (一般)
- もっと国民的にこうした命に向き合う対人援助職の取り組みを議論、公表したい。第二部をもっと中心に聴きたかった。シンポジウムにもっと時間を割いてほしかった。医療者の市民で素人という謙虚さを持つべきだと思います。 (看護師)
- 基調講演の内容は以前にも聴いたことがある内容でした。次回は別の角度で日本人の死生観を語って頂きたい。第二部の充実を！時間配分が悪い！ (看護師)
- 本当に質の高い医療が提供されていれば、患者家族から“スタッフや先生方のお考えにお任せします”と家族から患者から信頼されるはずだと考えます。(プロ中のプロに任せたいという意思)。ACPや緩和ケア、End of Life Careはいわばセーフティネットだろうと考えるに至りました。 (医師)
- 本人の意思をケアしながら考えるという話は良かった。普段の関わりの中から見えてくるものが必ずあると思う。 (一般)
- 人生の終盤をどう過ごしますか、は自分自身の身に置き換え考えさせられました。 (介護職)
- 訪問診療の進行について。 (医師)
- LivingWillを絶対視するものではないという論調が新鮮だった。 (医師)
- 現場の声が聞けて分かりやすかった。 (介護職)
- End of Life Care Teamについて。 (医師)

- 一茶の句についての説明。 (看護師)
- 良い先生方、発表者が揃えられた。 (その他)
- 桑田Nsの話が個人的には面白かったです。 (医師)
- あおぞら診療所の取り組みで、映像を含め大変分かりやすく興味深い。口腔ケアは食、認知、生活のクオリティーなど大変な役割と考えられる。もっと一般の方々はそのことを知って頂き、若いころからの予防が高齢者を豊かにする一つの対策と言える。 (その他)
- 点滴で栄養を取るという日本人の考え、これを変える。これも良い考え方ですがね。 (医師)
- 終末医療、在宅医療の現場の現状、課題と倫理の関わりが理解でき、日本の死生学のあり方、方向性についての理解が深まったように感じています。 (一般)
- 死生観と言う割には終末期医療に偏っていたのが残念です。 (一般)
- 法律の立場でお話下さった内容が非常に興味深く思いました。 (一般)
- 現在 319 床の高齢者医療施設の看護管理を行っています。清水先生の経管栄養してもしなくても良いと柔軟に考える考え方に学びました。 (看護師)
- 桑田先生のお話下さった、意思決定困難と考えられる高齢者では意思を持った一人の人格と考えて、普段のケアから汲み取ることも一つの支援という考え方に大きく同意をします。 (学生)
- 概念的ではあるが、次の世代に希望をつなぐ物語を伝承するという点はとても大切なことであると思いました。 (一般)
- 意思決定の選択肢の伝え方、与え方は「人」によると思いました。コミュニケーション能力など、人材育成が大事なんだと思いました。 (看護師)
- 横江先生、CNS 活動について。色々な立場の方の講演がある点がとても良かった。 (看護師)
- 現場の方からのお話がとても興味部かかったです。法律家の先生のお話も毛色が違って新鮮に感じました。 (学生)
- 介護の分野で進み方が印象深かった。 (医師)
- 看護師が医師に意見を言っても良いというくだりがあり、基本的に「言うてはいけないのか」と知ったこと。 (一般)
- 川越先生、桑田先生の話はとても興味深いものでした。 (看護師)
- 国は病院に対して、急性期の機能を特化させようと政策している中で、患者に寄り添える医療者がどれだけいるのだろうと思います。 (看護師)
- 先進的な取り組みにはいつも有能なスタッフが多数必要だが、医療保健、レセプト向上のインセンティブは付く見通しはあるのでしょうか。 (医師)
- 訪問診療専門医療機関と同様には必ずしも動くことはできない。 (医師)
- その場、その場で自分達が行っていること、自分達だけがしているという視点が強く、もっと場を繋いでいく連携の方向性についてまとめられたらよかったですのではないのでしょうか。焦点がぼやけていた感じです。 (看護師)
- 一茶と芭蕉についての対談の内容（文学として）。 (一般)

- 樋口先生のコメントが大変良かった。 (その他)
- 終末期医療もケアも層が少しずつ厚くなってきて良かったなあと思いました。多くの人が終末期を体験する中で、自然に多くの声が集まってコンセンサスが得られていくと言っていくことは必要かもしれないでしょうか。 (その他)
- End of Life Care Team について。 (看護師)
- 死ぬ瞬間について、どのような意味を付けるのかといった点。 (介護職)
- 会場からの質問で医療だけでなく、介護についての話が出ました。医療だけでは出来ないことがあるので、この方の指摘は重要と思いました。 (一般)
- End of Life Care の考え方。日々の生活のケアの重要性。 (看護師)
- 看取りの医療とは残された人々の残された感情をどう満足させるかが課題のように思えました。亡くなられた人には何も語れません。 (医師)
- ACP。 (看護師)
- 日々の中の看護ケアからの意思決定。今後の看護研究の参考にさせて頂きたいと思いました。 (学生)
- ①死生学を自分の人生に振り返りの機会として学ぶことの意味が分かってきたこと。②緩和ケアの取り組みが癌以外の疾患にも取り組まなければ生活を支える医療にはつながらないのではないかと。 (その他)
- 国立長寿医療センターの SmileTeam の実践は大変素晴らしいと思いました。それを公開展開しうる医療制度を強く望みます(現在の急性期医療における入院期間の短縮化の流れはまさに逆行していると言わざるを得ません)。 (その他)
- 終末期の考え方に対して深く感じるものがあつた。医療的関わりとのジレンマを感じやすいテーマであるが、生活の質を考える大切さを考えさせられた。 (看護師)
- ①Smile を持ち帰り大学での議論に反映させます。②指定討論において「法への不信」が語られたこと。 (学生)
- 青梅慶友 Hosp の実例、在宅診療の実例。 (看護師)
- 第一部島菌先生と清水先生の対談、第二部の西川先生の発表が非常に興味深く、明日からのケアに活かしたいと思いました。 (介護職)
- 私自身、今ライフレビューをし意思決定の聞き取り調査をしている。そのことで Pt さんとの関係も深まっているように思うことがあります。とても大切なことと思っています。 (看護師)
- 大島先生のお話、色々考えさせられました。 (医師)
- 患者の意思を尊重するというスタンス。AHN ガイドラインについて。 (医師)
- 清水先生の「死にめにあう」ということを、必須のこととしない風習を作りなおす必要がある、という発言には目を開かされました。それよりも死にゆくプロセスにどう関わったかが重要だとも。 (医師)
- 95 歳の死→家族が話す前に近所に知られた。身内も朝ベッド横で母の死を見つけた。 (家族介護者)
- 樋口先生の話が時間が不足し分かりにくい。 (一般)
- IPE/IPW の具体案。 (医師)

- 川越先生の在宅医療の話。 (看護師)
- SmileTeam の取り組み。 (その他)
- 意思尊重の現実に向けて。 (介護職)
- どの講義も良かった。とても適切に話されていたと思う。あおぞら診療所の先生の話も良く分かったし、桑田さんの話も面白かった。もっと聴きたかった。 (看護師)
- 日本人の死生観。とても面白かったです。生きる覚悟＝死ぬ覚悟だと思います。 (その他)
- 病院での死亡が大半の時代に、死を生活から切り離す傾向になったが、現在の医療費の増大や高齢化社会の中で一人一人が自分の End of Life を考える社会を作るにはどうすればよいか、という点を興味深く感じた。 (その他)
- 緩和ケアと End of Life Care と新たな語を作っているが、癌と非癌として分ける必要はなく、統一されることが良いのでは。また横文字にすると同時に高齢者にも分かる日本語にしたら良いのではないか。 (その他)
- 死に方、どう死ぬかがテーマとしてあったが、その前提として医療者・患者のみならず患者の家族が存在し、意思決定して関わるのが念頭におかれた議論になっていたと思う。 (その他)
- 高齢者がこんなにも多く、こういう病院でこんな医療、ケアを受けているのか・・・と超高齢社会を実感させられました。 (その他)
- 患者の意思と、家族の意思を調整し、その中で患者の思いが尊重されるようにすることは両者の中でも家族の納得を得ることの難しさ？工夫？がカギになっているように感じた。 (看護師)
- 治療法がなく自宅に戻る人も増えていますが、自宅に戻っても最期を看取りたい人ばかりではなく、やはり最期は看たくないという家族もまれにいます。そのような死を受け入れる方の多様性を受け入れられる社会になったら、もっと最期も決めやすくなるのでは？と思いました。 (看護師)
- 人生の物語に対応できる看護学の必要性。 (家族介護者)
- これまで在宅を勧める方向性が正しいと思い、また大切な人の死の場面にいることが良いことという固定概念ができつつあったが、清水先生の話聞きながら色々な側面から考えることができました。 (一般)
- 在宅における緩和医療の在り方と考え方。 (看護師)
- CNS の実践が良かった。 (介護職)
- 看取りに立ち会うことだけが大事ではないと強調されていたのは良かったです。 (医師)
- 様々な立場の方々のお話を伺って、問題を多面的に見ることができて良かったです。ありがとうございました。 (学生)
- End of Life Care Team。 (医師)
- 日本人なりの死生観を見つけるというところ、Advance Care Planning などと法律との関係。 (看護師)
- 終末期ケアへのアプローチの様々な視点を学べた。 (その他)
- EOL チームの活動を知ることが出来て良かった。EOL チームの、実際に癌でない症状マネジメントについて聴きたい。 (看護師)

- 延命と胃ろうは別ではないかと思っています。胃ろうで栄養をしてリハビリをすることで良くなる人もいることを、もっと共有できたらと思いました。(看護師)
- 実践事例を聞かせて頂いたこと。(看護師)
- 意識のない人への人工栄養スタートすることについて、どう考えたら良いのか。(看護師)
- Smile Team の意思決定に関して。(看護師)
- 考えさせられました。(看護師)
- 桑田さんの話はとてもよかった。高齢者の世界で働く人たちに力強い後押しをして頂きました。(その他)
- 色々な立場からの具体例が興味深かったし、分かりやすかったです。(看護師)
- ①患者さんが家族が終末期の選択をした後の緩和への補償をどのように行っていくのか。在宅で肺炎になって苦しい顔を見ているのが辛い、Fa への事前の説明や、かかりつけ医さんとの連携など。②講演の中で Advance Care Planning に参加する医療者の育成の必要性を話されていましたが、具体的にどのようにシステムとして進めているのか聴きたかったです。(看護師)
- 生命を維持することより、その人の人生がどうなるか、その人らしい生き方でその人の最期の日々をどう考えるか・・・ターミナルケアの方向性を決める一助になればと思います。(その他)
- Advance Care Planning について。(看護師)
- Advance Care Planning、End of Life Care、在宅医療。(医師)
- 死んでいくことを良く考えて、生きていくことが意味ある事かと深く感じました。(看護師)
- 医療を手控えるケアの PR が多かった。現状は過剰医療の感があるが、least 医療 VS over 医療の二分化になりそうだが、これで良いのか考えて見たい。(医師)
- 法律と医療について。(看護師)
- 質問をした方に疑問を感じます。死生学のシンポジウムですので。(看護師)
- 緩和ケア・・・非癌患者に対象が拡大されたことはとても良いことだと思います。(看護師)
- 非癌の緩和ケアチーム活動、意思決定支援の活動。(看護師)
- 冒頭の大島伸一先生の問題提起が面白かった。(一般)
- 青梅の慶友病院の話、興味深くもっと必要な病院だと思った。(介護職)
- 現場の先生方の話、問題提起が具体的で興味深かった。(看護師)
- 訪問医療がもっと広まってくればよいと思いました。時間を過ぎているのですから閉会の辞も短めに。(介護職)
- 甲斐先生と質問者の方、何かあるのでしょうか？もちろん興味あってではなく、止めて頂きたいという意見です。(一般)
- 日本の死に対する法律が分かり良かったです。(看護師)
- End of Life を日本語にしたらどうなりますか？(医師)
- End of Life Care Team を在宅ケアに応用していきたい。(その他)

- SmileTeam について、これまで癌だけしか対象としない緩和ケアに違和感があったのでもっと広げてほしい。自分も広げる役割を担いたい。(看護師)
- SMILE 緩和ケアの真髄。(看護師)
- 樋口先生のお話が大変面白く詳しく聴きたかった。直接法律家の話を聴く機会が欲しい。(医師)
- 在宅問題の重要性、高齢者が増え続ける中、介護者、Dr、ナースの人数が余りにも不足・・・在宅訪問を受けながら在宅で最期を迎えられれば望ましいと感じた。(介護職)
- 各施設での取り組み方 (DVD もあり分かりやすかった)。(看護師)
- 年齢による差別、意思決定プロセス (Living Will) 。決定的本人の認知度？(医師)
- Advance Care Planning は初めて聞いた言葉でしたが当然出来あがっているものだと思っていましたが、まだまだ周知が必要だと思った。(その他)
- 臨終の場になくても良い文化 (清水先生談)。(医師)
- ケアの現実として病院・施設間での大きな内容の差があり、地域推奨に関わらず質のいいケアがどこでも受けられる社会へと進化してほしいものです。(看護師)
- 表出が上手に出来なくなった場合でも残る感情。気持ちをくみ取るのは難しいですね。素晴らしいケアを提供されている様子を知り、感動しました。質の高い見取りが日本全国で受けられると良いと思います。(看護師)
- 老健で働いています。他の施設の医師、看護、介護の関わり、また利用者患者へのアプローチの仕方に大変興味あり勉強になりました。(介護職)
- 意思決定の仕方。(看護師)
- 今の病院、病棟ではターミナルケア等、本人家族、SmileTeam 活動が広く行われているが不十分と言うことなのではないでしょうか・・・。(医師)
- 「病気になってもその人の生き方で支える」良い介護です。(一般)
- 川越先生の講義内容は最高でした。義父の看取りでうなずけます。(一般)
- 知り合いの多くの方が慶友病院で亡くなっていますし、院内についても知っているところがありますので身近です。(家族介護者)
- 「病気を治療する為に生きるのではない」との言葉に共感しました。(看護師)
- 樋口先生の法の話をもう少し聞いてみたいです。(看護師)
- どう生きどう死んでいくか・・・まだ安心は遠いが取り組みに少し安心。(その他)
- 自然に看取る≠何もしない、であること。日々のケア、適切な治療、どう生きるを支えるかが大切であること。(看護師)
- 本人の意思尊重の重要性。(介護職)
- 経管栄養の導入や DIV による治療などは病院経営 (早期退院) の面で迫られることも多いので嚥下強化期間などの別点数の導入が必要ではないか。(看護師)
- 質問コーナーの時間を多く取るべき。(看護師)
- 桑田さんの仕事 (病む者) への関わりの情熱が伝わりました。死は生者へ多くプレゼントをします。(一般)
- 大変よい企画でタイムリーで一般市民にも参加してほしい。(医師)

- 家族との話し合いを何回も持つということ。 (看護師)
- いままで知らない単語が2、3あったが、短時間で理解できた。 (一般)
- 本人の意思決定が基本。 (医師)
- 日常を支え、細かな意思決定をくみ取ることが大切と感じた。 (看護師)
- 後見人として被後見人の胃ろう造設の判断をしたこと。 (その他)
- 信頼関係づくり。 (家族介護者)

4 もっと詳しく知りたかった点や深く議論したかった点、またご要望がありましたらお聞かせ下さい。

- 本日は延命治療を望まなかった人が多かったが、望んだ人の対応も聞きたかった。死生学＝緩和ケア??高齢者が如何考え、自分たちで出来る事のサポートはしている? (介護職)
- 訪問診療について、どの範囲での医療が可能か。容易く胃ろう処置をすることに疑問を抱いていたが、本日のシンポジウムで更に確認した。 (介護職)
- 具体的な問題として、認知症で家族の顔がよく分からない程度の方で、「もう何もしてもらわなくても良いです」と言う方に、施設ではなくご家族の中に帰らせてあげられないかと思う人が居る。(経口は細くはあるが出来ている)本人は90歳であり、介護者は勤め終わった人。介護方法や食事形態の指導に在宅の方がその人らしくいられるのではないかと考えるが、どうか。 (看護師)
- 施設の見つけ方や、おおよその金額。幾らくらいお金がかかるのか心配。 (家族介護者)
- 「終の信託」樋口先生「映画」は観ましたが、今回のテーマに関連します。良い映画です。このような映画は試写会でも見ておくべきです。 (一般)
- 法と日本の緩和ケアとの関連については、大変興味深く感じました。今後の動向(予測)、世界の動向(人口急増に伴う各国の動きなど)。 (看護師)
- 延命治療の現状について知りたかったです。 (看護師)
- 意思決定が出来ない患者(全く)に対して、家族がその人の死を決定しなければならない場合など、家族ケアについて。 (看護師)
- EOLチームの関わりだけでなく、在宅療養支援病棟のことも伝えた方が、病院と診療がチームとなって患者と家族を支えていることが伝えられてたのではないかと思います。 (看護師)
- 総合討論の時間がもう少し長ければ・・・と思いました。個々の具体的な意見が聞けて良いので。 (看護師)
- 人工栄養開始したのは、いつ頃だったか、何故胃ろうから栄養が必要だったのか。もっと知りたかったです。今後胃ろう造設に対してはどういう方向性があるのか。 (看護師)
- 国立長寿医療センターでは、ナラティブケアの中に地域、在宅が入らないのか?連携と言いながら院内の連携しかしないのは残念。 (その他)
- 在宅死についての法的支援。 (その他)

- 全体的にもっと深めた議論となれば良かったと思います。時間配分も。 (その他)
- 胃ろうを中止できることを初めて知りました。胃ろうを中止した場合の実際の状況、本人や家族の気持ちはどう変化するのか。 (一般)
- 法律家の先生のお話をもう少し詳しく伺いたかったです。 (医師)
- ディスカッションの時間をしっかり取って頂きたいです。お願いします。 (看護師)
- 質問に対する考えが、もっと議論かと思うのですが。 (無回答)
- 在宅医療の現状や胃ろうについて、もっと詳しく知りたかった。 (一般)
- 時間配分に問題があると思います。 (看護師)
- 最期の時の過ごし方、家族、本人の意思決定にどのように寄り添い支援していくのか、これまでの症例と共に考えさせられました。個々の事例について、対応と転帰など具体例をもっと聞きたかった。できればAHNガイドラインについて詳しく知りたかった。具体的活用方法や使用例など。 (看護師)
- 意向や意思と医療の益について葛藤した場面について。 (看護師)
- 例えば家族の人が生命の最期を迎えざるを得なくなった時、どんな地域の病院でどんな先生に見て頂けばいいのか。具体的なことはシステムとしてまだまだ先だと思った。 (その他)
- 私は父の入院の時、終末医療について「きちんと治療しないと警察が来ますよ」と言われました。ここのところを詳しく知りたい。なぜ警察が来るの？ (家族介護者)
- 一般の在宅診療の話がもう少し深く聞きたいと思いました。 (一般)
- Advance Care Planning と法。 (看護師)
- 認知症の人の意思表示に対する判断。 (一般)
- 胃ろうを造らない、中止すると決めた後、どこで最後までケアするか。受け入れ先をどう整えるか、そういう現状について話題にしてほしい。 (一般)
- 最後の議論が短すぎた。 (学生)
- ソフトローを作るシステムについて。End of Life Care Teamについて詳細を知りたかった。特に院内での取り組みについて。 (学生)
- 元気な癌末期患者が一番お安く死ぬる方法を知りたいな。家族が殺人の疑いを掛けられなくて・・・ (一般)
- 市民啓発の必要性があると思います。 (看護師)
- 高齢者（特に認知症患者）の意思、医療者が対象をどのように理解するかの詳細い方法論などがあれば知りたかった。 (その他)
- 終末期における意思決定について本人家族医療者間で意向や相違（葛藤）が生じる場合とその支援について。全体討論の時間をもっと多くとって欲しい。 (学生)
- 意思表示が出来ず、家族もいないため代理の決定もできない患者さんが、看護師から強く訴え、院内の倫理委員会にかかりましたが、結局最期まで医療が優先されストレッチャーに乗れないほど全身むくみ、死んでなお浸出水にまみれて亡くなりました。意思表示できない片に対してどうされているのか・・・知りたいです。 (看護師)

- 日本人の死生観を形づくる宗教の関わりについて議論を避けているのでしょうか。 (医師)
- 医療、介護のバランス。 (医師)
- 事例をもっと聞きたかった。 (看護師)
- 介護の現場では以前から行っていることです。医療の方々はやはり、自分たちがパイオニアだと言いたいのだなあとがっかりしました。これではチームは形成できません。出てきた事例はどこでも実践していると思います。私も特養で在宅で、経験しました。しかし聞きたいのは病院 Dr がどう変わったか、今後国民にどう伝えていくかという話です。タイトルに比して小さな話、身内話だったなあとがっかりしました。前回、前々回の方が勉強になりました。現場にどう伝えるのか疑問です。 (その他)
- 本人の意思が分からない、家族の意思が明確、家族の意思決定に従えば未来は明らかに本人にとって苦痛が生じる（実際に生じた）上で、水分量の減量を家族に伝えずに医療者だけで行ったケースがありました。倫理的にも議論を要するものだと思いましたが、現場では話せませんでした。このようなケースでの議論が伺えたらなあと思います。大変学びになりました。ありがとうございました。 (看護師)
- 今後どのように展開されていくのか。 (一般)
- 意思の尊重と法との関係が実際にはどうなっているのか。 (一般)
- 時間が無いのが残念でした。 (看護師)
- ACP を実施するためのスタッフの研修プログラムはありますか？ (その他)
- 大島先生が問題提起して下さった、医療は公共財でまかなわれているという点。増え続ける医療者と超高齢化の問題、どこまで治療し続けるのかということに踏み込んだ議論。 (その他)
- 在宅における意思決定のプロセスを支援するには専門家が居ないので Dr 中心となりやすいが、これで良いのか？ (その他)
- Advance Care Planning についてももっと知りたかった。座長の態度は問題だと思います。質問者に対する礼儀がないと思いました。人の尊厳を大切に・・・という内容を含んでいたシンポジウムで座長の一人は質問者を尊重していないようでした。時間が無いのは分かりますが・・・ (看護師)
- 病弱者からの死生観を聴きたい。可能であれば。 (一般)
- ①第二部の構成上、押せ押せのリポートが残念です。盛りだくさん過ぎる？②基調講演とシンポジウムの呼応があまり効果的でなかったように思います。しかしながら皆様の熱意には頭が下がります。総合討議も時間が足りなかったです。残念。 (一般)
- 死生観の世代間格差、死生観に関する学校教育の問題。 (医師)
- 最近いろいろ高齢者について言い過ぎると思います。財源的に大変かもしれませんが政治家の責任が大きく、高齢者の責任ではないので、もう少しそっとしてあげたいと思います。だいたい高齢者が病院へ行くと薬漬けにされて医療費がかさむ原因が大きいと思います。薬も毒なのでいりません。もっと食品や運動等生活支援をしてもらいたいと思います。 (一般)

- 死への教育をしているのかどうか。死ぬこと＝悪いことになってはいけないこと、という考え方が大きな悩みになっているのではないか。 (医師)
- シンポジウムの質疑応答時間を長くにとって欲しい。 (看護師)
- 医療とその他のチームとの連携の在り方や、意思決定にむけた一般への広がりについての取り組みについて知りたいです。 (一般)
- ①Advance Directive の具体例。②公共資源としての医療をどのように使用していくか。 (医師)
- 人工栄養 (EN や TPN) も適切に使用することにより QOL の向上に役立つものと思います。人工栄養を施行する、医療者等の知識、技術が向上することが必要であり人工栄養を行わなかったために代謝機能を有しているにも関わらず飢餓状態になっている患者さんがいるのも事実です。 (その他)
- 本人の意思をどう確認していくか、家族の意思確認も難しいと思う。キーパーソン中心にはなるが、本当にそれでいいのか。 (看護師)
- その人のことを考え出した結論は大丈夫と家族に伝えられるほど、深くかかわれるほどの病院の土壌があると良いと思った。うらやましいと思う。 (看護師)
- Advance Care Planning は日本人にどう適応するのかなど。 (学生)
- AHN に関するもう少し深いディスカッションがあれば良かったと思います。 (医師)
- 胃ろうのもっと具体的な事例について。 (学生)
- 質疑応答の時間がもっとあったら良かった。 (看護師)
- 高齢者をみる急性期病院と在宅のあり方、治療を望まないで退院 (追い出される) をせざる得ない現状があり、医療者、患者双方が辛い思いをしている。 (看護師)
- NHK スペシャルのビデオが流れましたが、一般の方があれを見たら胃ろうは必要悪だという気持ちになると思う。 (その他)
- 樋口先生のお話はもっと詳しく聞きたかったと思います。 (その他)
- 対象が一般から医療者と幅広いので、医療者用に学会 (プライマリケア学会) のシンポジウム等で講演してもらえればと思います。 (医師)
- 時間がないということは理解できますが、質問の回答を得ずに終わろうとしたことは残念でした。樋口先生のお人柄にまたお話を聞きたいと思いました。 (看護師)
- AHN 等に関連して HD 導入についてもガイドライン (立場表明) に関しても聞きたかった。 (看護師)
- 認知症の End of Life Care について。 (看護師)
- 在宅医療と在宅死について。 (医師)
- 質問は後でまとめるか、しない方がいいと思います。 (その他)
- 発表数を減らしてももう少しじっくり話を聞いてみたいです。 (その他)
- この 10 年余り、胃ろう、TPN が急増している問題について。 (医師)
- 議論時間が少なかったので、各シンポジストの方のお話がリンクするような方向に進むと良いと思いました。 (看護師)

- 人生をしなやかに全うすることに対して、明るく。事例、映像があれば良いと思います。 (看護師)
- シンポジウムでもう少し他の職種や家族（遺族）の方も入れてじっくりしても良かったのではと思います。 (看護師)
- 死と宗教について、基調として取り上げてほしかった。ターミナルケアより、ターミナルケアの話が中心になったことは不満が残った。 (一般)
- ”死生観”への掘り下げが足りなかった。 (医師)
- 皆保険の限界、どこまで医療を提供するか？倫理問題について。より良く生きるための医療とは。 (看護師)
- 医師、看護師だけではなく、他のチーム職種や、可能ならご家族の方などもシンポジストに迎えて頂けると良いかも。 (看護師)
- 「豊かないのちの看取り」「在宅医療」感銘いたしました。 (看護師)
- 法的な問題。 (医師)
- 職業柄（管理栄養士）対談の演題である「死生観と人工栄養をめぐる」の人工栄養についてももう少し掘り下げた話が聞きたかった。 (その他)
- 医療関係よりもそろそろ介護関係の現場からの講演、発表も欲しい。各地域家庭環境によって違うので、経済的にも違ってくるので金銭的な費用の問題も報告がほしい。 (介護職)
- 高齢者の医療介護の現場の実際、声について。死生観について。 (医師)
- 終末医療について、胃ろうはどうなんだろう・・・？80歳、90歳の方に対して付き添われる家族も高齢、今後もテーマは続くことと思います。 (介護職)
- NsとDrの立場だけではなく、介護職（家族ではなく）の立場での取り組みについても知り、考えたかった。 (看護師)
- 議論の時間まで会場に残ることができませんでした、すみません。 (看護師)
- 日本人の死生観に刺激を与えている要因について、もう少し知りたい。 (看護師)
- 本人の意思決定に対するサポートというより現状では、ご家族のサポート、決定という現状が多いため、どこまでご本人の意思を尊重できるのか介入するタイミングも課題として感じた。 (看護師)
- 会場の換気をもっと良くしてほしい。 (一般)
- 欧米では老人への胃ろうの選択肢はないと聞きます。法的にはどうなっているのでしょうか。健康寿命は日本も外国も変わらないとのこと、寝たきりの人を減らすように医療も考えないと思います。 (その他)
- 79歳の男性です。今日のシンポジウムは本当に身につまされました。幸い元気でここまで来ましたが、明日からどうなるか分からぬ不安があります。介護のこと。LivingWillのこと、SmileTeamのこと、更に詳しく知りたい。 (その他)
- 今回の第二部の4人の方々、特に長寿医療センターの取り組み。訂正をお願いしたい点、死生学は上智大学のアルフォンス・デーケン名誉教授が作られた学問分野です。前の死の臨床研究会でも「今の講師が作った」という発言があり、デーケン先生と直接議論がありましたが、今日またしても座長の方からそうではない発言を聴き、驚き、残念な思いでいっぱいです。 (看護師)

- 医療従事者天国（自己研鑽を怠っても食っていきける、いい暮らしをほぼ保障されている医療制度の国）である日本で、ACP や良質の End of Life Care が根付く日がやってくるのかという疑問。 (医師)
- 在宅医療など今後絶対に必要になってくると思いますので、もう少し知りたいと思いました。 (介護職)
- 死生学についての研究をもう少し聴きたかったです。 (医師)
- 質疑応答の方が言っていたように、介護施設の方がシンポジストになることも大切だと思う。 (看護師)
- 人工栄養、胃ろうの必要性について。 (その他)
- LivingWill や Advance Directive を尊重した場合に、医療者が面する法的な問題について。 (医師)
- テーマが大きく多く、今後絞ったものを期待したい。 (その他)
- 事例の病院はとても恵まれた病院の事例であった。現実には低所得の高齢者が多いと思う。そのような方の死生学を学びたかった。 (介護職)
- 議論の時間が少なかったのが残念です。フロアの意見がもっと聴きたかったです。まだまだ色々な意見が混在している時期だと思います。議論を最も楽しみにしていましたので。 (医師)
- 在宅医療、認知症 etc. 口腔ケアの効果をもっと取り上げて頂けると幸いです。 (その他)
- ①終末医療の倫理的側面にかかわる課題、問題点につき、もう少し深い議論を拝聴できたらと思いました。 (一般)
- 倫理、宗教の人生観的な死生観の話の方も入れてほしかったです。高齢者、家族の心のケアについての話題もほしかったです。 (一般)
- 経済的な問題がどう絡んでくるのかについてお聞きしたいと思いました。 (一般)
- 家族との向き合い方について、もう少し広がった話も欲しかった。 (看護師)
- 死生観のみではなく、日本人の意思決定の特徴なども踏まえての議論があれば。 (学生)
- 本日の内容を当事者、医療介護関係者、法律家のみならず、日本国民全体で共有するにはどうしていくべきか。 (一般)
- 急性期の現場にも伝えたい。 (看護師)
- 現場で有効な LivingWill を一般の人が作るにはどのような知識が必要か？ACP は、どの程度活用できているのか？ (学生)
- 研究者と現場とのギャップや、それをどのように埋めているのかを知りたかった。 (一般)
- Smile Team、Smile Plan の院外 Pt への介入。 (医師)
- 「死生学」についてもっと詳しく学びたいと改めて感じました。 (看護師)
- 意思決定プログラムについて。癌終末期、緩和プログラムのような WS 形式での研究会、認定制度を国と協力して作れないものか。 (医師)
- 討議の時間が不足していました。もっとフロアからの意見が取り上げられると良かった。 (看護師)

- もっと時間を割いて、現場の声、討論を聴衆の方に聴いてほしかった。 (医師)
- 学問の死について。①訪問看護②在宅看護の予備知識。 (一般)
- 日本人の死生観と End of Life Care の関係性。 (その他)
- 討論の時間を長くした方が良かったと感じた。 (介護職)
- 初めての参加で興味深く聞かせて頂きました。看護師として高齢の父母を抱える娘として考えさせられる良い機会でした。ありがとうございました。 (看護師)
- 老年学会について、もう一步踏み込んだ内容だと良いのではないかと。 (看護師)
- 家族にとっては医療と介護は同時進行もしくは交互 (入院・退院で) になります。両者をつなげるには、という話を聞きたいです。施設での見取り数も多いですから。 (一般)
- 意思決定支援のプロセスをもう少し具体的に詳しく知りたい。 (その他)
- End of Life Care の実践を詳しく知りたい。ELNEC についても知りたい。 (看護師)
- End of Life Care について、もっと深く知りたいと思う。 (一般)
- 日本人の死生観についてももっと深く突っ込んだ内容で専門家の話が聴きたい。 (医師)
- ACP の実際や非常にジレンマを感じた例や困った例等を聴きたい。 (看護師)
- 合意形成のプロセスです。合意形成と言っても患者の立場が弱いということが、どのように考慮されているかです。 (学生)
- 介護、ケアに関して知りたい。 (看護師)
- End of Life Care Team という考え方。病棟での治療は退院に向けての進め方と何が違うのか良く分からなかった。 (医師)
- 第二部の発表のスライドが早すぎると感じました。スライド内容、全体的により知りたかったです。 (介護職)
- 法についてももっと深く知りたかった。 (看護師)
- Advance Care Plan 作成時、十分なコミュニケーションが必要とあったが、それにはスキルが求められるとのこと。そのスキルとはどういうものか、どうしたら出来るのか知りたかった。 (看護師)
- 考え方の違う人 (私の家でもありました) へのアプローチ。 (看護師)
- ACP の普及。 (医師)
- 海外の死生観についても知りたかった。 (医師)
- 認知症の人が「もっと生きたい」と言い、家族は「もう十分です、これ以上延命しないで下さい」と言った時の判断。 (医師)
- 78 歳パーキンソンの方はこのままそっとしてほしい、検診を受けたくないと話す方もあり、高齢者の心の動きなど聴きたかった。 (介護職)
- 質問は人数制限した方が良い。シンポジウムの論点とズレ??ているような話を長く聞かされるのは辛い。 (家族介護者)
- 施設での看取りは課題も多いです。施設で出来ることと出来ないことがあるので、その中でどうしていくのがいいのか、個々のケースの中で考えていくしかないとは思いますが、色々悔いもある日々です。 (看護師)

- 意思決定支援の具体例。 (看護師)
- 発言者の討論。 (その他)
- 合意形成の事例があると良かったと思います。 (介護職)
- 最期の指定発言の飯島先生の発言はもっと早い方が良かったのではないのでしょうか。時間の配分が・・・樋口先生に今後の法のあり方など詳しく聴きたい。 (看護師)
- 討論時間が短い。 (看護師)
- 一般全体で共有できる死生観とは？日本固有の死生観というのがはっきり分からない。合意に達していない。欧米との比較、他のアジアとの比較などによってよりクリアに浮かび上がらせる必要があると思う。 (介護職)
- 病院だけでは看取りの話は向き合いきれない。(入院期間の縛りがあるため)次の施設へ、在宅へ、どの様な話をしたか、きちんと申し送りした方が良い。そのあたりを話したかった。 (その他)
- 日本人の死生観がどのように医療に役立てられるべきか、具体的な話を聞きたいです。 (その他)
- 次はぜひパネルディスカッションをお願いします。①金銭的な問題について。緩和ケア、SmileTeam運営に関する費用など、延命治療、患者家族の負担など。②介護について。 (学生)
- 独居、意思決定にかかわる家族がいない事例について、どのように各発表者が考えているのかもっと伺いたいと思った。 (その他)
- 終末対応でのケアは、合意点を見つけ出すこと、と言われました。私の経験からするとケアする自分の気持ちとして「これで良かった」と思いたい余りに、「その方の最善はこうだ、こう思っているに違いない」と家族や関係者を誘導するという心理がもたげてきたこともあります。真摯に誠実という気持ちを持つことがケアの基本姿勢でなければならないと痛感しています。人間自己本位ですからね。 (その他)
- 厚生労働省からの通達として過剰な医療は行わないと在宅医師が患者に通知を出すということがありました。尿道カテーテルも通常を超えた交換は自費とし、患者をたしなめています。末期がんの患者でさえも、湿布は市販のものを買いなさいと、処方しませんでした。死亡診断の問題も同じことが言えますが、End of Life と在宅の医者との何もしない・・・という間に大きな隔たりがあると実感しています。 (看護師)
- 死の医療化をいかに市民の下にとどめるのか？という点。 (一般)
- 質問の方が言われた、病院にはケアはできない、医療が中心になり終わったら次に渡すのが仕事という意見についてももう少し考えを聴かせて頂きたかった。 (看護師)
- 今後、介護福祉施設の経験も聴けると良いと思いました。 (医師)
- 当日、用事があつたり、遠くて来れない人への配慮をお願いします (Youtubeでの配信など)。 (学生)
- 患者。 (その他)

- 全体として自然科学が中心の内容でした。精神科学は内容として感じなかった。人生の評価は医療の中では無理です。人生に対する納得の有無は、精神科学です。緩和ケアの柱となるスピリチュアルケアは？ (その他)
- 現状の日本人の死生観について。まさに今の時代の。 (看護師)
- 「延命は希望しない」の延命とは具体的にどうすることかをきちんと共有しておきたいと思います。 (看護師)
- 樋口先生のお話の中での自宅での95歳の方の死・・・本当によくありがちな話だと思いました。法を信じられなくなりますよね。いつも樋口先生のお話を楽しく聞かせて頂いています。 (看護師)
- 机があるところで行って頂けるとメモが取れる。 (その他)
- どうやって意思をくみ取っていくかというところも、もっと詳しく知りたかったです。 (看護師)
- 樋口先生の話をもっと聴きたかったです！ (その他)
- AHNについての議論があったら。 (看護師)
- 討議時間が少なかったのが残念です。同じ方にマイクが回ってましたが・・・シンポジウムを踏まえた討議で、何か新しい発見というか、今後の課題が確認できた方がいいと思いました。 (看護師)
- 生活を支えるということ。 (看護師)
- 本人の自己決定尊重がどこまで実現できるか検討研究を要する。意思表示のような検討が必要である。 (医師)
- 本人家族の意思とは・・・その表明を助ける方法とは。 (看護師)
- 清水先生のお話をもっと聞きたいと感じた。 (一般)
- 意思決定の出来ない患者様は、どうしてもご家族様の意向となってしまいますが、それが本当にご本人の希望でなかったら・・・ (介護職)
- 家族の関わり方(つまり子や孫としての死生学教育)早くから練習した方がよいと考えての意見です。 (一般)
- ソフトローの考え方。 (医師)
- 法と看取りの関係。 (その他)
- 現場の現実を聞かない、知らないDr、ナースや施設長が多いのではないかと。認知症患者を診ることのすさまじい現実を知ってほしい。介護者は弱者だ。人手不足、体力勝負?! (介護職)
- 看取りに伴う医療側の医療への態度、乱れ。 (医師)
- 事例、症例が分かりやすかった。DVDで理解出来た。 (その他)
- 法に関する事項を伺う機会はあまりないので、もう少し長い時間枠で伺ってみたかった。 (看護師)
- 介護施設での看取りケアについて。 (介護職)
- 胃ろう造設された方が看取りとなる時、栄養、水分の調整の仕方。 (看護師)

- 緩和ケアチームは、身体面のみに介入するのではないとの西川先生の講演での発言には不快を感じました。名前が変わっただけで全体的に介入する点も意思決定支援についても同様であると思います。Advance Care Planning について何故医療者が関わるのか・・・元気なうちから色々考えるのではあれば関わりサポートする人をより高齢者に近い人を揃えるようにして、考えるべきではないか。End of Life Care より緩和ケアチームの方がより社会的に背景も含めたサポートができるように人材をチームに入っています。 (看護師)
- 東大病院や国立長寿医療センターでは、治療の中止や栄養の投与中止をしっかりと行っているのでしょうか。その中で問題点は生じなかったのでしょうか。民間病院ではトラブルが生じると病院運営継続が困難になる可能性があります。 (医師)
- 8割が病院等で死を迎えるこの時代、自宅での終わりを迎える現状整備等について。 (家族介護者)
- 育児における養育義務と違い、親の扶養義務、虐待防止（ネグレクト）には問題が多く、本人の意思で帰宅した後の療養の質をどう担保するのだろうか？ (看護師)
- どのような体制で訪問診療などを行っているのか知られると実践に役立つと思いました。 (学生)
- なぜ PEG を取り上げるのか、このシンポジウムには官性の臭いがします。少し危険に感じます。 (医師)
- 死生学についてももう少し深みのある話を期待していました。 (看護師)
- 人工栄養を考える上で死生観がどう関わるのかももう少し具体的に聞きたかった。 (医師)
- 意思をどう汲み取っていくのか考えていくのか。 (看護師)
- トラブルケースをもう少し詳しく知りたい。 (介護職)
- 海外と日本との死生学の相違について。 (看護師)
- 現役の集いにリタイヤ者が参加しました。現役はリタイヤ者よりもっともっと学ぶべきです。教授や、〇〇長だけを舞台に並べないで。 (一般)
- 死に自分がどうなるのか、どこに行くのかという不安、苦悩、恐怖に対する緩和ケアについて。 (医師)
- 被後見人の立場からの視点、発言が欲しかった。家族のない人はどうすれば良いのか？ (その他)
- 施設の話が少なく思う。 (家族介護者)

5 今後のシンポジウムのテーマとして、どのようなものを希望されますか。

- 医療現場も然りですが、介護現場での取り組みも聞いてみたいです。 (介護職)
- 高齢化と共に増加していく認知症の最新情報、認知症ケア、家族の在り方。 (介護職)
- 最期を迎える時、自分のときと家族のとき、どうしたらよいか。 (家族介護者)
- 在宅におけるスピリチュアルケア。 (一般)
- 時間を厳守下さい。 (一般)

- 国民の目線から見た死への価値観の変化（看取り、死生観）を見て頂きたいと感じた。 (看護師)
- 話し合い。説明のプロセスの事例を通し、一般の人の死の捉え方について深められるようなテーマ。 (看護師)
- 日本人として今後どう取り組むべきか？（家族制度含めて） (一般)
- 世界各国の死生観と、日本の死生観の相違について。 (無回答)
- 法律問題についての話。 (その他)
- 在宅での看取り。 (看護師)
- 緩和ケア、認知症ケア、End of Life Care。孤独死。生と死を同一線上で捉える心のありかた。 (一般)
- 質問の Dr に共感しました。介護の視点のテーマが良いと思われました。 (医師)
- 認知症。 (無回答)
- 介護と医療の連携。 (介護職)
- LivingWill について、病院で取り扱うことが出来るようになるには。 (看護師)
- 医療者と家族のスピリチュアリティとアメニティ倫理について。演者や座長が時間がないというのが残念でした。質問を受け付けて答えないという状況になるのも来ている者に失礼だと思いました。 (看護師)
- 拘束について。 (家族介護者)
- 高齢者（更年期）の性。 (学生)
- 若年者、壮年者の自殺や彼らの死生観、そこにかかわる人々の死生観、そしてケアについて。 (一般)
- 経管栄養（胃ろうを造らない）をしないと決めた方への実質的な関わり。AHN ガイドラインが以後どうなっているのかがまとまった時点で教えてほしい。 (看護師)
- 認知症の人の終末期。 (一般)
- Total care。 (医師)
- 臨床と研究の架け橋となるようなテーマ。 (学生)
- 癌有明病院で末期で治療法はない。近所の緩和ケアを探すように言われた。東京の緩和ケア病棟一泊のお値段。聖路加 3 万 9 千円、日赤 3 万 7 千円、NTT 東病院、東芝病院と続く。運悪くベッドがふさがっている場合は、8 万 6 千円以上の個室ならばすぐ入院できる。のんびり死んでいる場合ではない。元気になった。現在品川区の介護ヘルパーが週二回訪問中。自宅で過ごしています。 (一般)
- 同様に様々な分野からのシンポジウムが聞きたいです。教育なども。 (看護師)
- 老年高齢者の対象理解のあり方、方法、実践。 (その他)
- 終末期における延命治療の意思決定支援。 (学生)
- ①医療連携と AHN の選択。②日本人の宗教と臨床死生学、宗教倫理学。③非ガン患者の緩和ケア。 (医師)
- ぜひ来年も開催して下さい。 (医師)

- もっと死生学に突っ込んだ話を聞きたい。 (医師)
- 精神疾患、神経疾患等についての Terminal Care も具体的に取り上げて下さると助かります。 (医師)
- 看取りの医療ケアの続編をお願いします。 (看護師)
- このテーマで本人たちの声を拾った内容を知りたい。または現場の医師たちの声を拾ってほしい。 (その他)
- 学門と臨床の架け橋。 (看護師)
- 死ぬまでの過程、事例を挙げて実際に紹介する。 (看護師)
- 介護の立場での看取りとはどういうことか、どうしたら良いか、やってほしいです。 (看護師)
- 自然死について。 (介護職)
- LivingWill の考え方を広める取り組み。 (その他)
- 認知症と看取りについて。 (その他)
- 認知症の終末期について深く知りたいと思います。 (医師)
- このような内容は、午前中からの設定は難しいですか？10時ごろからとか。勿体なく思います。 (一般)
- 教育現場での死生観、死生学の伝え方。 (医師)
- 医療界の雑な医療が多く、医療ミス障害児が増えているので、もっと心のこもった医療を、またみんな自然治癒力があるのでほんの少し力を貸す医療であってほしいと思います。医療者はもっと人間的に謙虚になるべきだと思います。ほとんど会話説明がありません。 (一般)
- 患者、家族、医師への死ぬということの教育、意思の死生観は家族、本人の意思を左右できるほど影響が大きい。医師の中に延命最善としているものがまだ多い。 (医師)
- 在宅医療とケア。 (看護師)
- 家族、地域で終末期医療について話し合う場作り。 (医師)
- 人の死生観について。生きること、死ぬことの意義、医療者にとっての受け止め方。 (その他)
- これだけの人職種が集まっているので、何かしら参加者のフィールドで行える研究なんかをやってみるのはどうですか？まあ色々倫理委員会とか大変かも知れませんが・・・それから、職種欄について。高齢者にかかわる職種ってもっとあると思いませんか？「歯科医師」の欄がなくて少しさみしい感じがしました。桑田先生の発表にも苦言。 (その他)
- あまりにもたくさん過ぎて個々の時間が短すぎて、もったいなかった。重複している部分もあるのでもう少し講演を減らして、じっくり聞きたかった。 (学生)
- 在宅に関するもの。 (その他)
- 認知症高齢者の End of Life Care に焦点を絞ったシンポジウム。 (看護師)

- シンポジウムで話された内容がもっと世間に広がると良いと思いました。昨年も思いましたが、総合討論は時間も短く、消化不良状態なのでいいと思います。(看護師)
- 胃ろうの是非を問うているのではない、との見解をはっきりしないと国民的議論が論点の違った方向へ進むのではと危惧する。(その他)
- 総論としては良いですが、各論をもう少し。東大という感じでした。一般から医師まで幅が広すぎ。(医師)
- 在宅医療の今後。(看護師)
- 内容のしっかりしたもの、前半の話が後半に影響する気がします。基調講演は特に。時間はきちんと守ってください。不要な話が多すぎです。(看護師)
- 最後は走り気味でやや不快を感じた。(看護師)
- お任せします。(看護師)
- 老人施設での看取りと緩和医療(ケア)。(医師)
- 今回のシンポに国民皆保険の中の終末医療の視点が必要と考える。(看護師)
- 時間が長いのと、講師の先生が多いことにより質問が進まない。(介護職)
- 在宅ケアについて。(看護師)
- 意思決定以外の高齢者ケアや看取りにおける問題について。(看護師)
- 死生学を各分野から教えて頂き参考になりました。ありがとうございました。(看護師)
- 医療、介護職の立場からのケアであり、看取りであるので、在宅介護「専門職」でもある家族からの発言もあって良いのではないかと。(その他)
- 家族がどのように死と向き合えば良いか?など。(看護師)
- ①治療の差し控えについて。②感想として、マスコミを含めた社会の理念、合意形成が必要。(医師)
- 今回の内容を踏まえて、今後の日本の医療関係者に求められること、また介護をする家族に求められることなどについて知りたい。(一般)
- やはり「食」に関連したテーマを取り上げてほしい。(その他)
- 緩和ケアの実践。(介護職)
- 現在のままで良い。(医師)
- 今回のようなテーマはとても関心があります。シンポジストに一般の方にも入って頂きお話が聞けると良いと思います。(看護師)
- End of Life Stage におけるチームケアについて、各チームの中での取り組み、メンバーの死生観への教育について・・・スピリチュアルケアについて。(看護師)
- 医療費等、社会福祉問題と死生学について。(学生)
- 日本の皆保険制度を維持できるように、日本国が継続できるように、医療経営者にも考えてもらわなければならないと思います。今だけお金が入れば良いという考えで医療をしないようにするにはどうしたら良いのでしょうか。(その他)
- 病院と老健施設との連携の取り方。(看護師)

- 今日御発表のあった次の開発中のモデル。看護師はケアをする専門家ですが、Dr、Ns に偏らずに、他職種の議論が大切とは考えます。(看護師)
- 医療に“人間らしさ”を取り戻すために何が必要か？巨大な産業と欲望に支配された医療・医学界を浄化するための方策。日本人は黒船が来ないと変わらないとは思いますが・・・。加齢に伴う変化を“疾患”扱いしない社会の実現。心ない（誠意なき）医療者・介護者の排除。日本の医療従事者は勉強不足である。真の能力、信頼、人格や見識はなかなか評価されていない。マスコミ、行政も勉強不足である。(医師)
- 認知症について在宅で過ごすことに関して、いつか限界ということがあると思います。どの程度位までか。(介護職)
- 日本人はどこで死んでゆくのだろうか？(医師)
- それぞれを系統的に。例えば短期間に3計画など。(その他)
- 2025年に超高齢化社会を迎えるが、その後はその方たちの大量死があり、人口減での若返りが起こる時に、今の若い世代はどう動いていけばいいか？(その他)
- 死生学は健康なうちから学ぶことが大切に思われます。Part2を。(その他)
- 高齢者が増えて多死時代となる。これを見据えてのシンポジウムですね。(医師)
- 冒頭の大島先生の問題提起にもありました、医療科学の進歩に伴う倫理的側面に加え、さらに学際的な議論を進めて頂ければ幸甚です。(一般)
- 今回のこのテーマを続けて下さい。(看護師)
- 胃ろうを選択しないという選択を支える経験を持つ医師、その他の医療職の経験や議論を扱ってほしいです。(学生)
- 病院、介護、急性期と分けたらどうでしょう。(看護師)
- 世代間の倫理について取り上げてほしい。(医師)
- 地域医療（コミュニティー）について。(一般)
- 医療現場における倫理的問題について。(看護師)
- 一般民間病院でEOLプランニング（緩和ケア）を普及させるためのプログラムの講習を希望します。(医師)
- 人生の顔と死人の顔の違い。(一般)
- ターミナルケア、End of Life Care の課題、展望、諸相。(その他)
- 介護施設での看取りについて。(介護職)
- 看取りについてのスタッフへの研修について。(その他)
- 認知症高齢者の倫理的ジレンマの解決方法。(看護師)
- 現場での取り組み例、より多く知りたい。テーマではないが、時間が押していたので、情報交換会 etc. の機会をつくった方がよい。次回はタイムキーピングに、より重きを置いてほしい。(一般)
- 合法的に終末期医療を停とする方法について。倫理的に危惧される場合を呈示して解決手段を教えてください。(医師)

- 今後在宅での看取りが多くなっていくことから、現場の課題提出することもテーマに絞ったシンポジウムがあれば良い。(その他)
- 高齢者医療は、本来急性期医療が重要で主に急性期医療の課題と考えます。療養病床についてはその存在意義はどこにあるのか、生活の場としての住まいとケアの提供の問題との区別も必要ではないかと思えます。療養病床における AHN の選択には医療区分による診療報酬の違いという制約(誘導)の影響も否めないと思えます。(その他)
- 希望するテーマは「意思決定とは何ですか?」です。それをスピリチュアリティの視点から問うてください。テーマではありませんが希望です、今日のような参加者人数が見込まれる場合、どうぞ「トイレマップ」を用意なさってください。高齢者も女性も多いのですから。(学生)
- 最期の場面でのそれぞれの場面での取り組み、在宅・ホーム・病院等をもっと知りたい。AHN をやらなかった場合の最期をもっと知りたい。(看護師)
- 家族のない認知症の人に焦点をあてた医療の問題。(その他)
- 学校での死の教育について、子供がこの先多死時代を支えると思うので。(看護師)
- 癌の緩和ケアはすでに構築されてきていますが、EOLC はまだまだ始まったばかりと思います。話を聴いていても対象者がバラバラなようにも思います。老年看護 CNS が ELNEC -Ja の高齢者版を作成されていますが、とても広い概要になると思います。繰り返し検討されていくことを望みます。(看護師)
- 看取りの際の宗教の導入について、グリーフケアについて。(医師)
- こういうテーマを一般の人にどう啓蒙するか!(医師)
- 在宅の終末期看護力はまだまだ技量不足に思います。死を不吉なことと捉えていた時があったけど、ターミナルケアが広がれば死をもっと素直に受け止められるようになると思います。ありがとうございました。(介護職)
- iPS 細胞について。(一般)
- 延命治療の費用面からの問題提起。(介護職)
- 死の受け入れ、又は誕生から死まで死のタブーを取り払うなど。(家族介護者)
- 看取りの実際、グリーフケア。(医師)
- どこでどう生き療養するか?退院支援にからめた内容。(看護師)
- 死生学。(その他)
- 施設におけるターミナルケア。(介護職)
- 在宅医療と地域連携の在り方など。意思決定支援と法、終末期の栄養について議論したい。(看護師)
- 宗教上の背景も含め、ユダヤ、イスラム、キリスト、仏教の死生観からどのような延命治療を望むのか知りたい。(介護職)
- 終末期教育について。小中学生は可能かもしれないが、30代40代は生活が忙しく向き合う時間が少ない印象があります。(その他)
- 精神面のサポート、様々な立場から。(その他)

- 質疑応答、討論時間がもっと長くても良いかと思いました。もっともっと予定調和を崩してほしいです。パネルディスカッションが聴きたかったです。時間が無いという理由でもろもろ削られてしまうのは残念でした。このアンケートについて、ご意見ご感想の欄が狭い気がします・・こんな狭い欄で何を聴きたいんだ？と思ってしまいました。(学生)
- 「さて自分はどうするか」ですね。(その他)
- 意思を支えるという医療者の実践。(介護職)
- 治療中止、差し控え、患者の best interest。(医師)
- 尊厳死法案について、取り上げてほしいです。(看護師)
- 第二部の座長の方の進め方が不備であり、毎年不快感を覚えます。同じ質問者ばかりに発言させず、色々な方の意見を聴きたかったです。もっと会場を良く見て欲しいです。(看護師)
- ACP のことをもう少し詳しく聴いてみたい。元気な人にも・・というところをどうしていくのかなど。(看護師)
- よく言われますが、医療の視点だけでなく、介護更には福祉などの視点からのシンポのテーマとなると良いと思います。また災害に関わる死生学についても興味があります。(一般)
- 医療中心から拡大した議論となるようお願いします。(その他)
- 意思決定支援について（認知症の）。(看護師)
- 家族へのケアについて、End of Life Care の評価、満足度について。(看護師)
- 閉会の話の時間をシンポジウムに回してほしい。(看護師)
- 桑田さんの話は良かった。(看護師)
- 高齢者医療、終末期医療について地域でのネットワーク作りや市民への普及活動について。(医師)
- 長寿時代における看取りの場。(看護師)
- 医療の倫理的なジレンマをどのように議論し、その後の学びとしているのか。(一般)
- 本会でもう一度 Living Will をまたは Advance Care Planning について周知する機会を作って頂きたい。(一般)
- 高齢者と経済。本人の意思を尊重したくても経済的問題が影響することも様々な療養環境、施設在宅ケア付き住宅もありますが、サービスもありますが、金銭的なことも絡めて知りたい。(看護師)
- 人工呼吸器を装着する意味。(看護師)
- 看取り宣言の基準。介護、医療間の利害の排除。(医師)
- チーム医療。(医師)
- これから多くの問題が顕在化してくる。哲学的なものを含めて多い。テクニカルまたは物理的アプローチも進化するに達しない。個々人としてまた多様なコミュニティとして心得ることと学問的アプローチを絶えず勉強していきたい。(その他)
- 今回のように現場の話を知りたい、認知症ケア。(介護職)

- 延命治療と倫理と人工栄養。一人ひとりが死生観について考えておくにはそれぞれの哲学を（宗教？）。 (家族介護者)
- End of Life Care。 (看護師)
- 事例を通しての学びを期待する。開催時間 10 時～14 時など工夫をお願いしたい。 (看護師)
- DNAR・患者家族への援助、対応の実例を挙げて、どのようにすべきかなど考えたいと思います。 (看護師)
- 長く施設に関わったケアワーカーです。現在 79 歳。「ケース」という人間を扱う言葉でないと痛切に感じました。その人の生きてきたこれまでのことが死への充足に繋がると思う。生き方は死に方、本当です。 (一般)
- これらが政治とどのように結び付くのかの内容。 (一般)
- 人の死はどこで誰によってきまるのか、常に悩んでいます。 (医師)
- 本当の意味でのスピリチュアルケア（メンタルケアでなく、being by listening to ではない）について。特に末期ガン患者に対する。 (医師)
- 病院、一般&療養型、介護付き老人ホーム、特養の住み分けをどう考えれば良いか？ (その他)

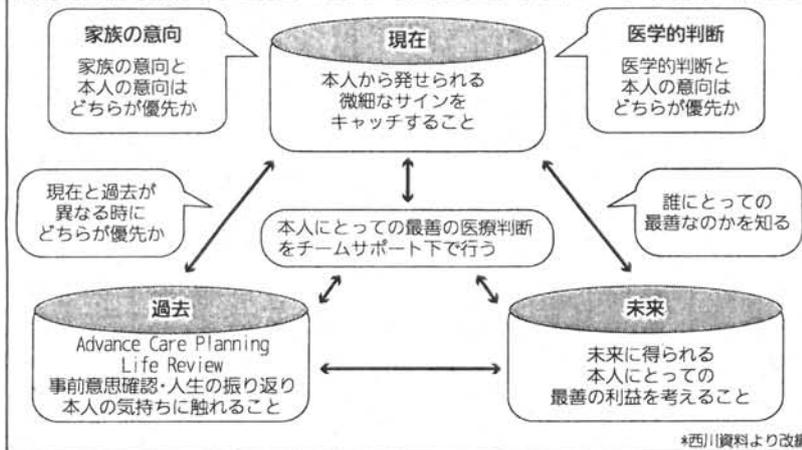
資 料

死生学研究の臨床応用 多職種連携でケア実践

死の尊厳について学際的に研究する死生学の分野で、日本は特異的な発展を

遂げている。医療現場にお

意思決定能力が低下した患者に対する「現在」「過去」「未来」の3本の柱戦略の概念図



ける死の尊厳については、戦後ヨーロッパで起こったホスピス運動がきっかけだが、遺伝子診断、臓器移植、幹細胞活用など新たな生命倫理上の課題が出現するとともに、死の尊厳についても問題が複雑化してきている。

国立長寿医療研究センターと東京大学死生学・応用倫理センターが10月21日に共同主催で開催したシンポジウム「長寿時代の死生学」では、国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部を始めてとして、日本の高齢者医療現場で2011年以降、独自に広がってきているEnd of Lifeケアの実践例と、改善課題が話し合われた。

シンポジウムでEnd of Lifeケア現場の課題について講演した西川満則氏(国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医師)は、認知症を合併して意思決定能力が低下した人の意思決定サポートは、その時点のみに注目すべきでなく、その人の過去における生き方や価値観、未来、本人、家族が得られる利益にも配慮が必要であるとした(図)。

在宅医療でEnd of Lifeケアを実践している医師の川越正平氏(千葉県開業)は、複数の合併症を持つ高齢者に対しては歯科との連携による継続的な口腔ケア、栄養摂取への介入、他医

療機関や調剤薬局との連携による多剤服用の弊害除去など、多職種連携によってQOLの向上を図ることの重要性を強調した。また、早期に緩和ケアを実践することで本人の意思がカルテに明記され、人生の最後の60日間に、本人にとって不必要、過剰な負担となる介入を避けられていると述べた。

長寿社会は、現在、先進国だけでなく中国沿岸部など新興国でも急速に進行しており、80歳以上の平均寿命の地域は国際的に広がっている。しかし、超高齢社会から「多死社会」へと移行してきているとされる日本では、高齢者医療、終末期医療が独自の形で進化してきた。歯科においても例外ではなく、海外に類例のない高度な臨床研究が数多く見られると評価されており、

それらの多くが歯科単独ではなく内科系の主治医、看護チームとの連携によってなされているところに特長がある。日本で独自の発展を遂げている死生学に基づ

いたEnd of Lifeケアは、世界中で共有されている高齢化、多死社会という問題への一つの答えを示すものとして期待されている。



10月21日に東京大学で開催されたシンポジウム「長寿社会の死生学」。医師、看護師、人文科学系研究者、法律家などさまざまな領域の専門家が、「死」をテーマに話し合った

安らかな終末期を提供できるか？ 「死生学」と歯科医療

終末期医療における死の尊厳については、1960年代ごろから主にヨーロッパで議論されてきました。そこには、生命倫理に関わる重大な問題を医師だけの判断に任せてはならないという危機感があったとされています。「いかに生きるか」「いかに死ぬか」という問いかけは、それぞれの文化に根差した価値観に基づいているため、日本に欧米の死生観を持ち込むことは困難だとされています。

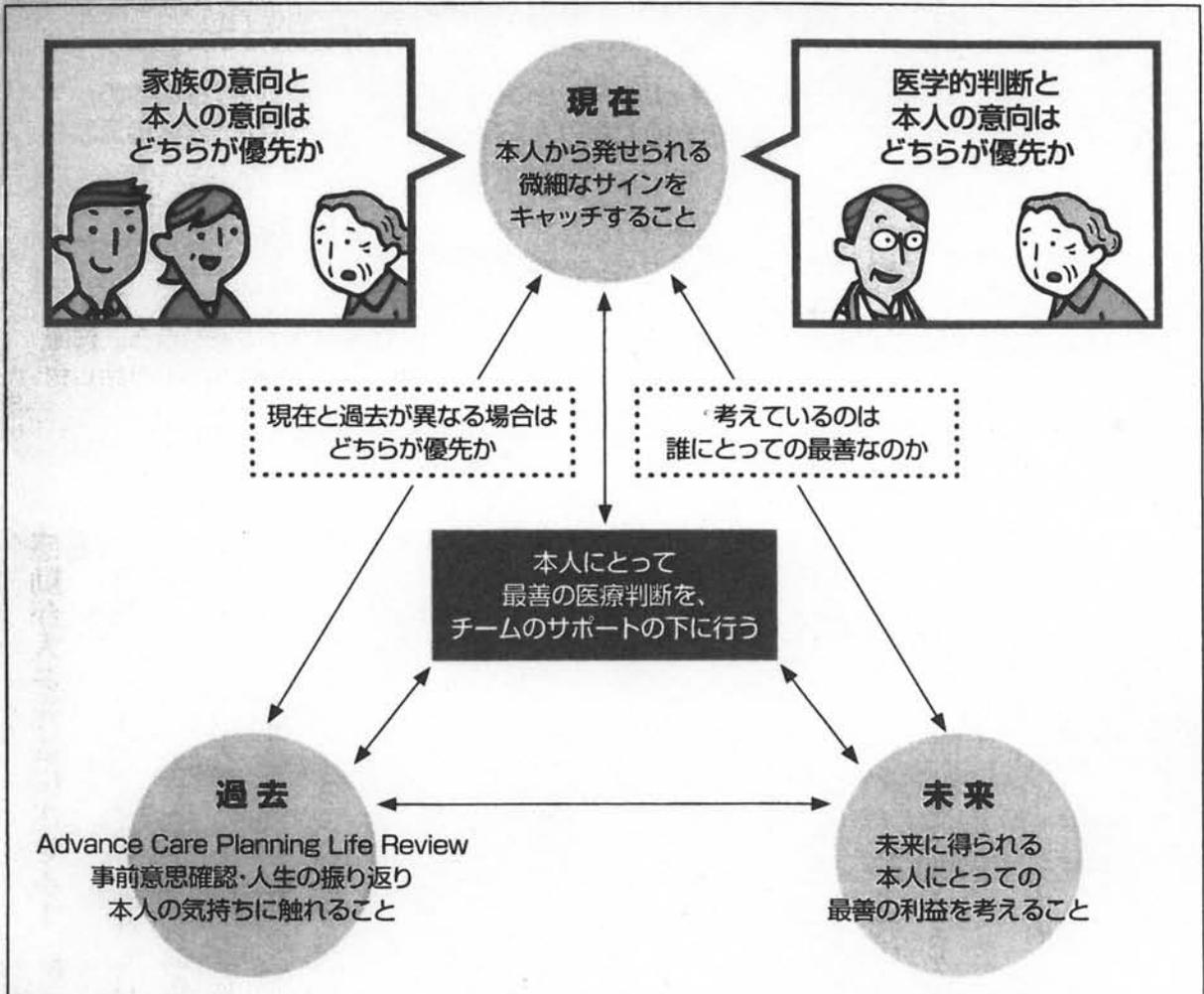
現在、島田進東京大学大学院教授(人文科学系)を中心として、医学・人文科学・法学などさまざまな領域の専門家が集い、日本独自の「死生学」を構築しようとしています。国立長寿医療研究センターと東京大学死生学・応用倫理センターが昨年10月21日に共同開催したシンポジウム「長寿時代の死生学」を基に、日本型死生観の確立と、今後の歯科医療の役割について考えてみましょう。(編集部)

「End of Life ケア チーム」とは

国立長寿医療研究センターに、終末期医療の緩和ケアから発展した「End of Life ケア チーム」が設置されたのは、2011年10月。同センター緩和ケア診療部の西川満則氏によれば、末期がんの患者さんの中にも、慢性呼吸不全や慢性心不全など、多くの非がん的疾患や認知能の低下が見られるため、同チームが生まれたとのこと。

その目的は、終末期の生と死の尊厳を支援することです。積極的な医療介入が、それを脅かす苦痛となる場合、本人の理解と同意の上であえて介入を選択せず、多職種連携によって苦痛や不安を取り除く役割を持っています。同センターが重視する患者さん本人の意思決定は、その時の短期的な事情のみによってなされるべきではなく、エンディングノートなどに記された意思、その人の過去、意思決定によってもたらされる結果を総合的に勘案した上で、判断を導き出すべきと考えています(図1)。

図1 意思決定能力が低下した患者さんに対する、「現在」「過去」「未来」の3本の柱戦略



※図は西川満則氏による。

例えば、胃ろうなどの人工栄養の実施あるいは差し控え、取り外しなどの意思決定は、患者と家族にとって心理的な苦痛を伴うものですが、このようなつらい選択をサポートし、見守る役割が End of Life ケア チームに期待されています。

歯科医療の立ち位置は？

訪問診療での口腔ケア、義歯調整などで関わりがある場合、主治医ではないサポート的(第三者的)な立場を生かし、生活上の悩みを聴取し、必要があれば主治医やケアチームに伝える。医療判断に関わることではないので、必ずしも定型の文書でなくてもよい。

ただし、せん妄(ありもしないことを話し始める)と思われるような言動が見られた場合は、がん患者の場合、生命の危険に関わる血中ミネラル異常の可能性もあるため、緊急連絡などの対応を取るべきとされる。

時間軸に沿った意思決定のサポート (横江由理子氏)

過去

事前の意思表示(リビングウィル、Advance Care Planningなど)はあるのか? それがない場合には、患者さんと家族の人生の物語を傾聴する中で、本人の意思を推定する。

現在

手を握り返す、うなずく、目を背けるなどの微弱なサインも見落とさず、あらゆる手段で患者さんの今の気持ちをキャッチする。

未来

その患者さんにとっての最善の利益は何かについて、家族を交えて話し合う。延命した場合の生活、療養の場所、家族の生活などについて、具体的にじっくり話し合う。

感動が人を元気にさせる!

尊厳ある終末期、尊厳ある死とはどのようなものなのでしょうか。入院患者687人の平均年齢88・1歳(100歳以上22人)、中等度〜重度認知症89%、約90%が死亡退院する「ついのすみか」としての機能を持つ青梅慶友病院では、尊厳の保持の条件を、

- ① 惨めでない
- ② 苦痛がない
- ③ 大切にしてもらえている

の3つが揃っている状態(＝自分や自分の親がされて嫌なことはしない)だと定義しています。超高齢者の終末期には、生命の尊厳が家族によって脅かされるリスクもあり得ます。同病院の看護介護開発室長である桑田美代子氏によれば、

- ・胃ろうを造設されて転院してくるケースが増加している
- ・点滴を「食事」と考えている家族も少なくない

このことで、栄養摂取の面で、本当に本人の意思が尊重されたのか判断が難しい

胃ろうにしても点滴打てば平気でしょ!

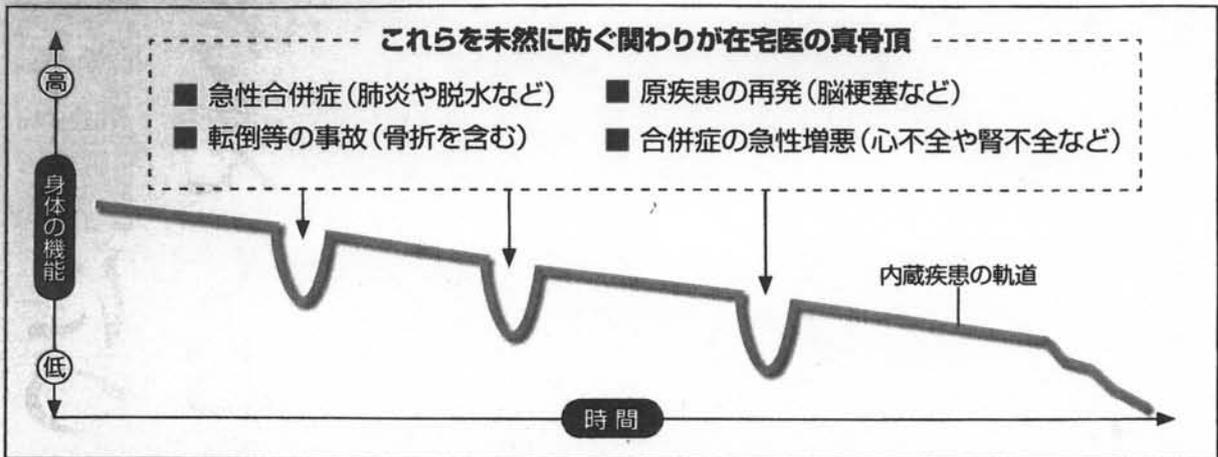
そーね!

局面が出てきているようです。

終末期も最終段階を迎えると、言葉による意思疎通が難しくなるものです。そのことが、本人の意思決定の幅を狭めてはいないでしょうか。同病院では、このような時でも人格ある人生の先輩として尊敬し、声かけを欠かさないことを重視しています。高齢者医療は同じことが毎日繰り返されるのが特徴で、ややもすればマンネリ化してしまいます。この生活不活発が、病態の思わぬ進行をもたらすリスク因子として知られています。

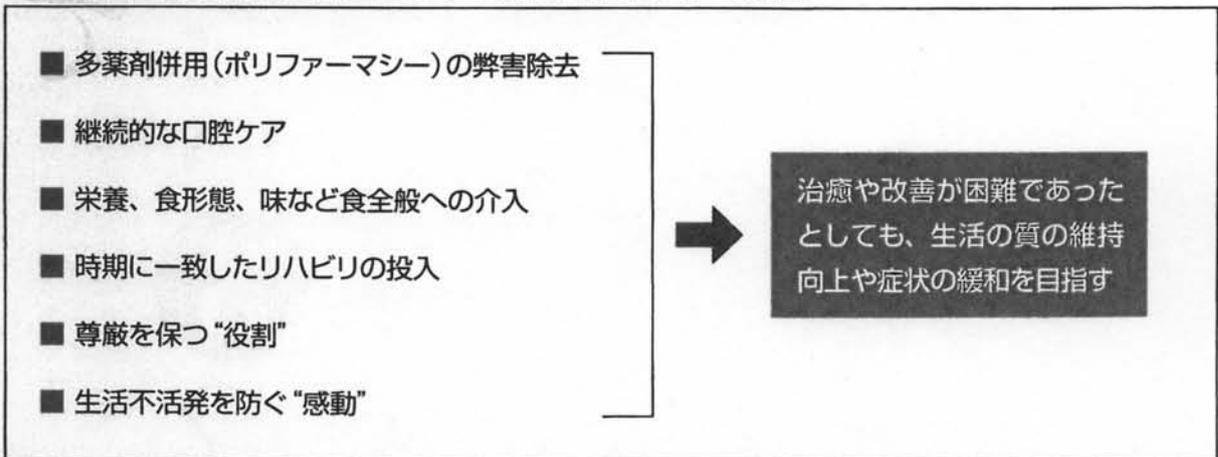
終末期の訪問診療を行っている川越正平氏(千葉県開業)は、死に至る病の軌道のうち、慢性の内臓疾患にはある種の「ぐぼみ」があると指摘します(図2)。主治医やケアチームは、この「ぐぼみ」を未

図2 “くぼみ”を構成する病態



※図は川越正平氏による。

図3 回復可能な病態を見逃さない、集学的在宅ケアの威力



※図は川越正平氏による。

療養型病院医療現場への歯科医療の進出が待たれるところ。

実態がある。

個々の歯科医院単位で行われている

従来からの歯科保健活動のような歯科医師会経路よりも、訪問診療を通じた

維持に関するサポート的な診療は、

2011年度社団法人生活福祉研究機構調査「歯科保健医療と福祉の

連携による摂食機能・QOL向上に関する調査研究」では、経口摂取の

維持に関するサポートを、終末期に対応している医療機関と連携して行うようにすること。

3) 歯科医療の立ち位置は？

然に防ぐとともに、回復可能な「くぼみ」からの脱却をサポートする役割を持っているのです。川越氏の指摘によれば、回復を助けるのは「感動」であり、マンネリが「くぼみ」の重症化をもたらします(図

シンポジウム「長寿時代の死生学」報告書

発行日 平成 25 年 2 月 25 日

発行者 国立長寿医療研究センター

〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 35

東京大学大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
