

# comments

ILCではセミナー参加者に「看取りと死に関するアンケート」を依頼した。寄せられた貴重なご意見をここに掲載し、看取りという大きな課題を考える参考とさせていただきたい。  
ご協力くださった方々に、改めて感謝いたします(掲載は匿名希望以外 50音順)。

## アンケート項目

1. 日本の看取りの現状について、最も大きな課題はどのようなものとお考えでしょうか?

### 【最も大きな課題】

2. 今後、日本における看取りはどのような方向を目指し、私たちはどのような行動を起こすべきであるとお考えでしょうか?

### 【目指すべき方向性と起こすべき行動】

## 青柳親房

社会福祉法人こうほうえん東京事業本部長

### 1. 最も大きな課題

- 看取りを含む在宅療養を前提とする医療が行われていないこと(末期ガンなど一部を除いて)。
- 辻彼南雄先生がかねてよりご指摘のように、「死を見据えた医療」、「要支援・要介護になることを前提とした医療」を医学教育のレベルから組み立てることが必要ではないかと思えます。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

日本版「レオネット法」の制定をめざすことも必要と思えますが、何よりも認知症は誰にでも訪れる病であり、その進行の過程でその人らしい人生を送ることができる環境を作る一助となりたいと思います。

「より良き生」が「より良き死」につながっていくことが、広く国民の共通認識となることを目指します。

## 天本 宏

医療法人財団天翁会理事長

### 1. 最も大きな課題

本人自身が考え、話し合う場・機会を増やし、想定し、自分で考え、自分で行動していくことが重要。その本人の意思を周囲が受け入れていく風土づくりも必要。

病院での孤独死が多い現状をもっとみんなに理解していただき、家で一人で最期の時を過ごせるような環境づくりが必要。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

Cure in HospitalからCare in Communityへ。

地域医療、一次医療の形態を変容しなければならない。

協学、協働といった一人ではなく、組織的対応としての一次医療体制を医療人自ら変容していくべきである。

## 岡本多喜子

明治学院大学社会学部教授

### 1. 最も大きな課題

多くの方が、住みなれた「我が家」で死を迎えたいと願っているにも関わらず、その思いが実現しないのは、「生あるものは、いつかは死を迎える」ことを肯定できない感情があるためだと思います。それは、これまでの日本社会の中にあった、「不可能を可能にしていくことこそが人類の進歩である」という感覚によるのではないのでしょうか。進歩は評価すべきことですが、その進歩は何を目的としているのか、どこに向かっているのか、弊害は生じないのかなどを検討することなく、進んでいったのではないのでしょうか。

そして、日本社会の仕組みが「我が家」での死を困難にしていることも事実です。往診してくれる医師が不足している、死が近づいていく人と生活を送ることへの不安、死を回避する方法をとらないことへの罪悪感、周囲の人々から批判されるのではないかと不安、警察による検視が行われる可能性があることへの対応などが、「我が家」での死を迎えにくくする要因としてあげられるでしょう。さらにこのような現状を考えると、死を迎える人にとっては「我が家」での死を望むことが家族に負担をかけるのではないかと心配もあるでしょう。

死は医療の敗北ではないこと、生の連続線上にあるものだということを再度認識することです。もちろん、このことは助かる命を見捨てることでも、医学の発展を否定するものでもありません。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

自らの死をどのように迎えたいかを、周囲に話すことだと思います。どのように死を迎えたいのかをもっと自由に話せる雰囲気、日本社会全体につくることです。高齢者や終末期にある方だけではなく、多くの方が死を語ることをタブー視しないことです。死を語ることは生を語ることに繋がるはずですが、多くの方が死を語ることで、自死を考えている方への支援も可能になるのではないのでしょうか。

死への不安は、死の過程への不安と置き換えることも、一部は

可能ではないかと考えました。そこには痛み、苦しみ、意識の混濁、外見の変化などの恐怖があるのかもしれませんが。これらの恐怖のある部分は、現代医学で解決できるはずです。その事実を知ることです。

支援を行う側は、死を迎える方の希望をできる限り叶える努力をすることでしょう。看取り期間をどの程度に考えるかにもよりますが、死が数日後に迫っている場合と、3か月程度のゆとりがある場合とでは支援者との関係は異なると思います。しかし基本は、死を迎える方の希望が叶うように、穏やかさを中心とした支援を提供することだと考えます。

なかにはどのような手段を使っても、少しでも生きたいと希望する方もいるでしょう。その場合の医療費の増大をどのように考えるかは、難しい問題です。一律に費用のかかる高度な医療の提供を禁止するような方法は望ましくないと考えます。医療を広い意味での生活支援と捉えようと、死を迎える方の生に対する考え方によるのでしょう。

急いで整備すべきことは、人が最後に行える自己決定といえる死の迎え方を、自らの意思で決定できることを認める社会システムを構築することだと考えます。

## 岡本峰子

ジャーナリスト

### 1. 最も大きな課題

- 看取りが生活のなかからすでに遠くなり(看取り文化の消失)、家族も医療者も亡くなる時には病院医療のような「医療」が必要だと信じていること。人間は死亡率100%であることを、見失いがちなこと。
- 人が亡くなるときには、少し容体が行き来しながら次第に悪くなっていく例が多いが、在宅では家族が様子の変化に不安になって救急車を呼んでしまうことが多いと聞いている。ただ、みにいく、家族の不安につきあう医療者(在宅医、訪問看護師)の存在が不可欠なのに、多くの地域で24時間365日態勢がとれていないこと。それだけの人数もないこと。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

- すべての人が住み慣れた地域で穏やかに老い、安心して逝けること。どんな重い病や障害を抱えていても、最期の瞬間まで自分らしく輝けること。
- 輝くということは身体的自立ではなく心の自立。どんな状態でも「自分の力」を持っており、心に寄り添う人々がいれば、それは発揮されること。
- これらを実現するには、地域づくりが要だと考える。

- 医療面では、訪問看護師を4倍にする(欧州並み)。医師の指示で動く看護師ではなく、患者の生活・人生の視点から「提案」ができる看護師を育てること。医師は、医療をどれだけうまく具合に我慢できるかという力を磨くこと(医療を施さずに患者家族を安心させるには、対話力が必要)。
- 地域で見守る人、ちょっと様子を見に来る人、食事をつくってくれる人がほしい。ただ、人は見守るだけの「ボランティア」ではなく、互いの人生の交差の上に存在する。
- そのためには、面的な地域づくり。医療介護職でがんばるのではなく、文化教育産業自治体と、地域にいる人たちが網の目のように顔を知り、結び付きがあること。
- 患者と人生をともにしてきたご近所友人との縁を切らないような、住み替えの工夫がある(都会近郊の息子夫婦の近くに呼び寄せない。遠くの施設に入れない)。
- 亡くなる前に人は、自分の人生や家族との和解を求めている。これらの思い残したことを調整して和解に結びつけるコーディネーターがほしい。

## 木村 敦子

上智大学名誉教授アルフونس・デーケン秘書

### 1. 最も大きな課題

超高齢社会に突入した現在の日本においては、患者さんの状況に合わせて選択できる体制づくり、つまり病院・ホスピス・緩和ケア病棟・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・介護療養型医療施設・介護老人福祉施設などが相互に補完し合っで連携する、包括的な高齢者医療・福祉サービスのネットワークおよび患者、そして家族への相談体制を構築することが急務だと考えています。

\* 2011年9月、デーケンが主宰しました、カナダでのホスピス視察において、カナダのCommunity Care Access Center (CCAC) - Torontoの活動が大変参考になると思います。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

死について一人ひとりがより深く見つけ、考えることが必要ですが、そのためには、生涯教育として「死への準備教育 (Death Education)」が望まれます。そのまず一歩として、病院内で「患者教育(Patient and Family Education)」を行い、病气、治療への理解を進め、不必要な不安を取り除き、家族へ悲嘆教育(grief education)も併せて行われれば、死への考察が深められ、より良い看取りへとつなげられるのではないかと思います。

\* Toronto General Hospitalで行われているPatient and Family Educationがとても参考になると存じます。

# comments

## 木村利人

恵泉女学園大学学長

### 1. 最も大きな課題

最も大きな課題は「バイオエシックス教育」の展開にあると思う。

看取りに関わる様々な課題のルーツと取り組むために、私たちは国際的ないのちの尊厳・健康権の動向をふまえて、日本の社会、文化、思想、倫理、政治、経済などそれぞれの学問の領域をこえた相互協力と理解の中で、一人の人間としての「自己決定」を尊重するバイオエシックスの考え方が、医療の変革にとって大きな意味を持つことを確認したい。

「バイオエシックス教育」が初等教育から始まって大学、そして医療専門家はもちろん、患者グループや家族のための教育・情報交換などへと展開されれば、その活動の蓄積（既に特定疾患では患者会などがあって積極的に活動している）には実践的にも大きな意義がある。

今年（2012年）の大学センター入試「倫理」の問題にも「臓器移植」や「胎児診断」など、バイオエシックスの問題が取り上げられたことは注目されるし、ここ数年来、医師国家試験の出題基準（公開されている）にも患者の人権、医の倫理等が明示され、日本の医療文化も「患者中心」の方向へと大きな変動期にある。今回のようなILCの企画による国際的なワークショップに加え、専門的な学会や医師会、大学・研究機関などと協働したILC・看取り研修会などを幅広く日本各地で展開していく必要がある。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

辻彼南雄先生の「ライフケアシステム」が行っている看取りへの取り組みは、非常に重要なものである。

適正な規模の人数の患者をサポートし、患者と医師との親しい信頼関係の中で、基本的には在宅の患者と家族によって支えられた日常的な健康管理と医療、そして看取りの実践がなされていることにより、正に日本の未来におけるあるべき看取りの姿が先取りされていると思われた。

このような「ライフケアシステム」が、それぞれ医療サービス機関として独立して機能しつつ日本の各地で展開され、それが大きな一つのネットワークでつながり、やがて全国組織が形成されることになれば、それぞれの地域における「病院ケア」が「在宅ケア」へと変革される可能性もある。去る、2月10日には中央社会保険医療協議会が診療報酬の改定内容を答申したが、患者宅での看取りや緊急時・夜間の対応などの報酬を手厚くし、在宅医療の充実を後押しすることになったことについてもバイオエシックスの観点からは積極的に評価したい。

日本の各地における「在宅ケア」の積極的なサポート体制作

りのための地元（患者・家族・医療機関等）との協力や医療・看護分野で献身的な使命感を持った看取り専門のスタッフの養成が必要となる。

## 京極 高宣

社会福祉法人浴風会理事長

### 1. 最も大きな課題

一方で在宅での看取りの条件整備が不十分であることと、他方で病院での過度な終末期医療が存在することの狭間で、本来のあるべき姿が見えにくくなっている。国主導でなく有力な関係者が協同で方向性を探るとよいと思われる。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

既に1. で回答したように、家庭ないしそれに準じた住まいで、ソーシャルワーク機能を生かした看取り体制が望まれる。

## 袖井孝子

お茶の水女子大学名誉教授

### 1. 最も大きな課題

現在の日本では、三世帯世帯の減少や地域の間人関係の希薄化によって、日常的に死に接する機会が少なくなる一方で、テレビやゲームには非日常的で異常な死が頻繁に登場します。人は老いて死んでいく存在であることを子どもの頃から知っておくことが、自分らしい死の準備へとつながっていくでしょう。死の準備教育の必要性をデーケン先生が何十年も前から提唱していらっしゃいますが、その必要性はますます高まっています。

患者、家族、医療者それぞれの間のコミュニケーション不足や信頼関係の不足も、安らかな終末期を迎えることを困難にしています。とりわけ医師には、相手の立場に立って十分な説明ができるようなコミュニケーション能力を身につけてほしいものです。医学教育の見直しが絶対に必要です。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

死に対する考え方は、個人の価値観によって違っています。その人らしい尊厳のある死を実現すること、そして本人や家族が満足できるような「満足死」や「平穏死」の実現が望まれます。私もメンバーの一人である日本老年医学会の倫理委員会は、2012年1月末に「高齢者の終末期医療およびケアに関する立場表明」を発表しました。そのなかでは、「医療からの撤退もありうる」ことを明記しました。過剰医療を避けることの可否について、専門家だけでなく一般市民の間でも議論を巻き起こす時期だと思います。

## 染谷 淑子

東京女子大学教授

### 1. 最も大きな課題

過度な終末期医療がみられる場合もあること。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

終末期医療に必要以上の延命がなされていることが問題であることがある。しかし、「もうどうせ長くない」という判断で病院に入院させると、1週間で寝たきりになる。または状況が悪化することが多く起こっている。

「手が足りない」「どちらにしてももう高齢だ」という背景があるにしろ、何のための入院なのかを病院側は真剣に受け止めて欲しい。

えた介護者は、「早く死んで欲しい」とさえ言い始めている。韓国の李先生とお話して気づかされたが、両国とも介護労働・責任が多く娘の肩にかかっていることも見逃せない。

日本の病院では、簡単に安易に胃ろうをつけ、口腔ケアなどのリハビリもせず、ついに本当に口からの摂取がダメになってしまう。看護師の労働を軽減するために、すぐおむつや導尿をするのと同じだと思う。ことほどさように、患者の基本的な生活の質を確保せずに、終末期の看取りだけが理想的にいくわけがない。プリウー先生の言われた「教育・訓練」は欠かせない。長谷川先生のお言葉通り、「モデルなき挑戦」という心構えで、各方面が金勘定を抜きに基本に立ち返って考えていく問題だと思う。

## 高見澤 たか子

ノンフィクション作家

### 1. 最も大きな課題

国民の多くが家で看取りを希望しているにもかかわらず、医療・介護の体制がこの多死社会の実情に追いついていないことが、まず大きな背景としてあると思う。

かつてはそれぞれの家庭が、かかりつけ医を持ち、子育て・老人介護、その両面でよきアドバイザー役を果たしていた。

現在、かかりつけ医は「町医者」としての地位に踏みとどまり、例えば訪問診療などを行ってきても、いざとなると病院へ送り込み、病院との連携も悪い。

介護保険で医療と介護の連携が叫ばれ続けながら、その連携が入院で途切れるように、病院に囲い込まれると、かかりつけ医も家族も病院の論理に従わざるを得なくなる。

難しい高齢者の看取りは家族側に介護の支援があまりないことから、いっそう複雑になり、また病院医の死への準備、いざない、穏やかな死についての認識のなさが、患者の最期の生活の質を大きく損ねている。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

胃ろうの問題を含め、「マニュアルがあれば便利」という考え方が広がりつつあるが、安易なマニュアル作りは、大変危険だと思う。むしろ今回のフランスのレオネッティ法が紹介されたが、病院医以外の医師の意見も求める合議制の方向へ進むべきだと思う。

今、介護家族の負担が重く大きいために、要介護の病人を抱

## 辻 彼南雄

ライフケアシステム代表理事 医師

### 1. 最も大きな課題

自分の死や家族の看取りの時期が100%やってくることを知ろうとしない人が圧倒的に多い。それを指摘する医師などの専門家も少ない。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

高齢者や病の人が死にゆくときも、最後までその人らしく扱われることは基本的人権であると訴えていくこと。すべてはそこから始まるのではないだろうか。

## 長谷川 和夫

認知症介護研究・研修東京センター名誉センター長 医師

### 1. 最も大きな課題

最も私たちに欠けていることはいのちの終わりを考えることです。よりよく生きることは、よりよく死ぬことにつながります。この世を去ることはどの年齢にあっても起こることですから死生学こそが大切だと思います。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

今後の超々高齢社会は多死社会とも言えます。病院中心、施設中心での看取りから在宅で暮らしをしている当事者に看取りの医療とケアを直接サービスすることが主流にならなければなりません。そのためには、人材の育成、連携への習熟、ガイドラインの整備などそして国民的な議論を活発にしていけることが期待されます。

# comments

## 箕岡真子

東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野客員研究員  
箕岡医院内科医師

### 1. 最も大きな課題

- 1 自宅での看取りの医療環境整備が不十分（訪問医療が十分ではない、在宅ホスピスが普及していないなど）であること
- 2 終末期医療のための事前指示書が普及していないこと
- 3 過剰な終末期医療が見られる場合もあること
- 4 本人および家族と医療・介護関係者のコミュニケーションが不十分な場合があること
- 5 「死は最も避けるべきもの」という死生観がみられる。そのため、自らの死を見つめて深く考えたり、心の準備などをする習慣がないこと
- 6 家族構成等の変化による介護力の低下がみられることなどが重要な課題だと考えます。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

本人意思の尊重→そのためにはまず「ご自分の願望は尊重されますよ(自分のことを自分で決める権利がありますよ)」ということの周知。

そして「自分の最期の生き方を一度考えてみましょう」という社会的啓発活動が大切であると考えます。

大変に難しいことですが、地域におけるサポート体制づくりも重要なことです。

実際のベッド数で考えると、在宅に移行しなければならないのは統計上明らかなことであります。

## 宮武 剛

目白大学生涯福祉研究科教授

### 1. 最も大きな課題

過度の「病院・施設頼み」の歩みと在宅医療・介護の遅れ。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

地域ごとにその特性に応じた在宅、在宅に近い環境(ケア付き住宅等)での看取りを進め、「病院信仰」をひとつひとつ取り除いていくほかないと思います。

## 匿名希望

大学教員

### 1. 最も大きな課題

とても難しい問いです。

“最も”ということであれば、急速な高齢化による多死時代に向けて、ゆっくり準備している暇がないことでしょうか。

自宅や医療機関以外においても看取りの場面がより多くみられるようになると思われます。余り時間がないなかで、個人が、社会が、どのように準備していくか。

また、“死”は、高齢者のみに訪れるものではなく、いつどのタイミングでその時を迎えることになるかを、各人が選ぶことはできません。ここでは、“看取り”を高齢者のことに限定していますが、そんなに先のことではない、と一定の年齢になったら一人ひとりが意識しておくこと、準備しておくことも必要かもしれません。

医療従事者は、専門職になるための基礎教育の中で、疾病の治癒に向けて対象に働きかけることを主に学びます。安らかに死を迎えるためにはどのようなケアが必要とされるのか、医療従事者にはどのような支援ができるのか、といった教育も必要かもしれない、と思います。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

難しい質問です。

“私たちが国民全体を指すとすれば、一人ひとりが、“老いる”ということがどういうことか、を学ぶ機会も必要かと思います(“死”を高齢者に限定した場合の発想ですが)。

また、看取りの場所やどのように看取ることができるか、看取られることができるか、は、事前にどんなに準備をしてもそのとおりにならないこともあると思います。看取りにおける選択肢を多く準備しておくこと、例えば、自宅だけではなく施設での看取り、急にその時が来た場合の看取り、看取った人への対応など、どのような場合にも対応できるような準備を、個々人とともに社会全体でしておくことが必要なのかもしれません。

## 匿名希望

ジャーナリスト

### 1. 最も大きな課題

最大の問題は、在宅での死を希望しながら、大半は医療機関で亡くなっているというギャップだと思います。

具体的な課題としては、

- 在宅での看取りの条件整備が不十分（訪問医療が十分ではない、在宅ホスピスが普及していないなど）であること
  - 家族構成等の変化による介護力の低下がみられること
  - 終末期医療のための事前指示書が普及していないこと
  - 自らの死を見つめてその準備をする習慣が定着していないこと
  - 過度な終末期医療がみられる場合もあること
- などかと思っています。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

1で回答したギャップを本気で埋めていこうとするのであれば、在宅医療の拡充はもちろん、地縁、血縁にたよるだけでなく、友人、仲間、仕事縁など、様々な新しい絆づくりを後押しする環境づくりが、何より重要だと思います。

課題にも「家族構成の変化による介護力の低下」を挙げましたが、この変化は戦後日本人が自ら選びとってきた「変化」であると言えるでしょう。

旧来は血縁や地縁は、その共同体が抱える乳幼児や高齢者など「弱者」の担当者の役割を担ってきました。しかし、近代社会は個人主義の追求と相まって、個人を束縛し共同体に留まらせようとする力を弱めること、つまり共同体の解体に向けて邁進してきました。子育ての困難さや在宅死が難しくなったのは、必然的な結果ともいえるでしょう。

このままの状態、医療、看護サービスだけを充実させれば、家族など「担当者」がいる人と、担当者もお金もない人との間で、最期を迎えるにあたって受けるサービスの格差が広がりがねない。ただ、現実に急速な少子高齢化が進行する中では、いったん解体した地縁や血縁による共同体の再生は、決して容易なことではありません。

だとしたら、これら旧来の縁に頼るだけでなく、各自が自分の死に方を思い定め、その思いを実現してくれる「新しい担当者」となりうるような、友達、仲間、仕事縁、弁護士、行政、近所、第三者などの存在を認識し、その関係を新たに作り上げること、そしてそのようなつながりを見つけられる環境づくりを、もっと積極的に後押ししていく必要もあるのではないかと思います。

## 匿名希望

医師

### 1. 最も大きな課題

日本の看取りに関する問題は多岐にわたり、例えば医の倫理や死生観に関する問題も見逃ごせません。しかし実際的な問題を一つだけ挙げるとなれば、費用の問題が大きいと思います。

日本の高額医療費制度は未だに入院時の費用負担軽減をその中心に据えており、実際の医療費がより低額の通院治療の方が、患者さんの自己負担が増えてしまうというパラドックスがあります。

例えば食事代や入浴などのサービスは入院していれば医療費の範疇ですが自宅にいれば全て自己負担です。通院にかかる交通費や人件費も大きいです。

ベッドや喀痰吸引器などのレンタル料も高く公的補助がほとんどないため、病院に入院していれば不要な費用が、自宅にいれば膨大にかかります。

そのためお年寄りや末期ガン患者が自宅で介護を受けながら通院や往診で医療を受けると、家族の労力や時間などの負担が増えることに加えて経済的負担が膨大なため、本人にとっても家族にとっても自宅で生活するメリットがなく、どうしても入院という選択をせざるを得なくなります。

自宅で療養する患者さんとその家族に対して何らかの金銭的インセンティブがあれば、自分の希望通りに自宅で最期を迎えられる人が増えると思います。

### 2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

医療制度を大幅に見直し、自宅で過ごしながら介護と通院あるいは往診での診療を受けることが、経済的に保証されるようにする必要があります。

またそうすることで、現在の膨大な、しかも年々増え続ける医療費を、より有意義な用途に割くことができるようになるのではないのでしょうか。

そのような法整備のために、行動を起こすべきではと考えます。