

テーマ DNARと尊厳ある終末期医療について

日時 平成21年4月22日(水) 19:00～

場所 沖縄県医師会館 会議室3

出席者

広報担当理事：當銘 正彦 (沖縄県医師会理事)  
 司 会：玉井 修 (沖縄県医師会理事、広報委員)  
 発 言 者：小渡 敬 (沖縄県医師会副会長)  
 石川 清司 (国立病院機構沖縄病院長)  
 本村 和久 (沖縄県立中部病院内科医長)  
 山里 将進 (かじまやークリニック院長)  
 近藤 功行 (沖縄キリスト教学院大学人文学部、  
 沖縄キリスト教学院大学大学院異文化  
 コミュニケーション学研究科 教授)  
 玉城江梨子 (琉球新報社社会部記者)  
 儀間多美子 (沖縄タイムス社特別報道部記者)

沖縄県医師会理事 玉井 修



人の死が本人と家族の側からいつの間にか医療の側にシフトしてまいりました。スパゲッティ症候群と呼ばれ、心電図モニターで人を看取る事に疑問を感じ

た現場の医師、スタッフ、そして家族から今尊厳ある死についての議論がわき起こっています。死を迎えることはどう生きるかにも関わる大きな問題であるにも関わらず、トートーメーを誰が引き継ぐかなど様々なナイーブな問題と複雑に絡みながら、家族で死について語り合うことはタブーとされている実態もあるようです。

しかし、人がやがて死んでしまうのは当たり前のこと。その当たり前のことを当たり前議論できない事の方が普通ではないのではないのでしょうか。今回は人はどの様に死んでいっているのか、終末期における医療や介護にどのような問題が生じつつあるのか、あるべき終末期とはどのようなものなのか、沖縄県における終末期医療の特徴とは何なのか等に関して座談会を開催しました。このテーマを選ぶにあたり、非常に悩みました。果たしてこのテーマで議論が可能なのか？どのようなメンバーで座談会を開催しようか？

様々な不安の中で始まった座談会でしたが、非常に有意義で、活発な座談会になったと自負しております。しかし、決められた時間内では

十分に議論できなかつた部分もあります。今後この様な意見交換の機会を持ちながら、あるべき終末期医療のあり方に関して我々医師がどの様に関わって行くべきかを考える一つの布石になればと思います。座談会では医療人として終末期医療に関わってきた多くの経験と、苦い思い出、熱い想いを多くの医師会員にお話いただ

きました。また、沖縄キリスト教学院大学近藤教授には沖縄に根付く死生観と終末期医療のあり方に関して詳しくお話いただきました。また、琉球新報の玉城さんやタイムスの儀間さんからは新聞記者としての立場を越えて、自分自身が関わった人の死について非常に貴重なお話をしていただきました。

## 座談会 「DNARと尊厳ある終末期医療について」

○司会（玉井） 本日は、沖縄県医師会の座談会、「DNARと尊厳ある終末期医療について」にご参加いただきまして、大変ありがとうございます。

まず当会、広報担当理事の當銘理事からご挨拶をいただきたいと思います。先生、よろしくお願ひします。

○當銘



皆さん、こんばんは。本日は県医師会が主催しました座談会「DNARと尊厳ある終末期医療について」というタイトルで座談会を企画しましたところ、

ご参加いただきましてありがとうございます。

非常に重いテーマで、いろんな意見が出ると思うのですが、我々自身がこの議論に関しては避けて通れない問題だと思いますので、ひとつよろしくお願ひします。

○司会（玉井） それでは、開会に先立ちまして当会副会長の小渡敬副会長よりご挨拶お願ひいたします。

○小渡



皆さん、こんばんは。県医師会副会長の小渡でございます。

人は生老病死と言うように、人間が生まれて、老いて、あるいは病気をする、そして最

後は死ぬというのは、人間の運命であります。この最期をどのように迎えるか。医療とは最期の部分でどうあるべきか、それをどう対応するかは、重要なテーマであると思います。難しいテーマですが、今日はひとつよろしくお願ひします。

○司会（玉井） どうもありがとうございます。

どうも「死」というものについての扱い方というものに関しては、沖縄県は特にそうかもしれませんが、しっかり議論をしてこなかったのかなというところがありました。

先ほど小渡先生からお話がありましたが、私たち医療人はどうしても人の死に目にあうわけでございますけれども、いろんな場面で医療人は非常に苦悩して、また、救急隊員も苦悩しております。このテーマを選ぶにあたって非常に悩みに悩んだんですけれども、まずは座談会をさせていただこうということにいたしました。

今どのように死が迎えられているかということに関して、石川先生、まずご発言いただけないでしょうか。

○石川



それでは、私どもは緩和ケア病棟をもっておりますので、実務の面からお話ししたいと思います。

私ども国立病院機構沖縄病院は、年間、肺がんの患者さん、新患で約200人、それから120床の神経難病病棟をっておりますので累計しまして年間約170人程度の死亡がありました。

緩和ケア病棟を開設しまして、緩和ケア病棟だけで年間約100人の患者さんが亡くなります。緩和ケア病棟ができてから、院内の死亡患者さんは年間250～270人ということで、やはり「死」の問題は重要なテーマになっております。

沖縄病院の緩和ケア病棟は17床ですが、院内からの入院と院外からで約50%、50%となっています。やはり緩和ケア病棟の特徴ですので、モニター類は全くないという静かな雰囲気になります。

緩和ケア病棟だけではなくて、沖縄病院では一般病棟もがん専門病棟が三ヶ病棟ありますので、DNARに対しては書面でもって本人又は家族から聞き取りをして書いてもらって、カルテの最初のページに貼ってあります。基礎疾患の状況、患者さん、家族の希望、家族へはどのような説明をしたかとか、カルテの第1ページに貼り付けられますので、主治医がいなくても当直医でも対応できるようにしてあります。

癌の内容は大学病院が近接してありますので、肺がんだけではなくて、多彩な癌の患者さんが入院しております。

平均在日数、大体緩和ケア病棟で15日間、最短で1時間というケースもあり、最長では年単位の入院もあります。

緩和ケア外来も開設しておりますが、平均して年間約450件の相談を受けます。電話相談が年間約650件、近隣の急性期病院から在院日数短縮のために押し出される形での入院もあります。また、家族がどうしても家庭では看れないということで、家族の都合で入院させてしまうというところも問題が残ります。家族が全く見舞いに来ないといったことも悩みの一つです。

後ほど問題になると思いますが、完全なまでに高齢化社会です。ですから80歳、90歳、最高齢で102歳という患者さんが入院されたんですが、高齢化社会における緩和ケア、ターミナルケアは、今後最大のテーマになるのではないかと思います。

それと問題点は、やはり沖縄独特のもので病名の告知がされていないことと、曖昧にされているというところだと思います。

そういったことで、私は呼吸器の外科医、肺がんを扱ってきましたので、ある時期にとてつもない行き詰まりを感じたことがありました。

そこで、「沖縄・生と死と老いを見つめる会」という市民運動の事務局を担当しております。毎月1回「死」の問題がテーマになります。そういうことで、医療の面とか、それから一般市民への啓蒙、その両面から進めていかないと、なかなか解決できないのではないかと思います次第です。緩和ケア病棟には限界があり、病床数も限られておりますので、在宅での看取りとうまく連携していかないといけない。高齢化社会ですので、老健施設で何とか最期を見てもらえないだろうか、そのあたりも大切な問題になるのではないかと考えております。連携が必要だと思います。

○司会(玉井) 今の緩和ケア病棟との連携というんでしょうか、どういうときに在宅ができて、どういうときに逆に在宅ができないのかというところを現場でのお話を伺いたいのですが。山里先生いかがでしょうか。

○山里



そうですね。在宅で死を看取るというのは、沖縄県は非常に少ないと思います。日本全体で在宅で療養を希望している方が6割から7割いると思うんですけども、

実際、在宅で死を迎える方は1割ぐらいじゃないでしょうか。ですから、ほとんどが一般病棟とか、緩和ケア病棟とかで、あとはほかの施設でお亡くなりになる方が多くて、在宅で私たちが実際に看取る数というのはまだまだ少ないです。

今、連携のお話がありましたけれども、病院と診療所の連携とか、それから緩和ケア病棟との連携、いろんな連携があると思うんですけども、まだまだ非常に不十分かなと感じます。例えば公立の病院から癌のターミナルでお家へ帰す場合、退院間近でカンファレンスしましょうという形で引き受けるのですが、本当にこの家族で見れるのかなというケースが結構あるんですね。そういうことでちゃんとしないままに退院をして、1週間も経たないうちにすぐ悪くなって、もう施設にも入れないし、かといって病院にもすぐ入れないとか、そういう中で実際には大変苦労することがあるんですね。

私は在宅で看取りができるというのは、医療技術的なことより家族の介護の問題が一番大きいんじゃないかなと思います。それから思いですね、おじいちゃん、おばあちゃん、お母さん、お父さんをどんなことがあってもお家で最期を迎えさせてあげたいという思いが強い家族は、いろんな困難なことがあっても最期まで在宅できちっとやるんですよ。家族の強い思いというのが一番ポイントじゃないかなと私は思っております。

もちろん、私たちは24時間対応だとか、特にガンの緩和ケアの場合には痛みのコントロールというのが非常に重要なポイントになってきます。このほうの対応はそんなに大変でもない

のかなという感じを受けます。

例えば、介護の問題では、介護保険の利用のしやすさというのはまだまだ問題があって、とてもターミナルを介護保険のサービスの、今のやり方で看取るのは非常に難しいのかなという気がします。

○司会 (玉井) 今の緩和病棟と在宅の矛盾を吸収しているのが救急医療なのかもしれませんが、本村先生、実際に救急医療の現場で終末期医療にかかわって何らかの問題とかがありますか。

○本村



どこで看取るかというような議論がない中で、急変、急に悪くなったということで、救急車を呼ばれて来られることが多いんですが、そこで何らか事前の話

し合いをされているというのは非常に稀で、自宅で看取ろうと決まっても目の前で急変するとご家族は慌てて救急車を呼ぶというようなケースもあって、最期を看取るというのは非常に難しいなというふうに、救急の現場にいても感じます。

1つ事例を紹介させていただきたいと思います。高齢の男性の方で、心臓にご病気があるということだったんですが、何とか普通に日常生活をされている方が急に家で倒れて救急搬送になりました。心肺蘇生を行い何とか一命をとりとめ、退院のはこびになりました。退院するときに所管の消防署に連絡をしまして、DNARのご意向があるので、明らかに亡くなっている場合には心肺蘇生処置はしないで、急変のときは救急で来るという方向になっていると話をしました。消防のほうとしては救命するための119番であって、心肺蘇生を行わないという方針が決まっているのは非常に困るという当然のお話をいただきました。それで対応に非常に悩んだという事例です。

結局は、石川先生のお話にもありましたけ

ど、診療に関する希望書、事前指定書という形をつくりました。これを病院と患者さんの家族、あとは消防とでやりとりをすることで、急変で息があるような状態であれば、心肺蘇生の処置はしないまでも何らかの形で病院に運ぶという取り決め、明らかに亡くなっている場合には、心肺蘇生をせずに病院に運ぶことという話で、退院することになりました。結局、その患者は退院してから数日で息をひきとられました。このときに何かあればすぐ病院の主治医に連絡することだったんですけども、ご家族が気を遣われたのか、そのときは警察に連絡をされて、警察対応になりました。

結局、病院の主治医が死亡診断書を書くことはなく、ご家族と警察で最期の方針を決めたというケースです。

私の非常に中途半端な介入で、いろんな部署に迷惑をかけてしまいました。患者さんがご自宅で亡くなるというところはよかったですけど、最後の結果としては、死亡診断書もかけず非常に申しわけないと反省しています。救急の現場で、どう死を迎えるのかという問題は非常に難しいなと思います。

○司会（玉井） 近藤先生、与論島では在宅で亡くなる方が8割ぐらいいらっしゃるという話を先生の本で知りましたが、どうしてでしょうか。

○近藤



まず、沖縄と与論という中でみていくと、結論から言えば、「決定的に与論は自宅」なんですけど、沖縄は当たり前前に自宅で亡くなられていない背景がある

んです。その中で地域の死生観はかなり残っていて、その中で『日本病理剖検損報』なんかは、1990年代に私が分析していると、全国の医学部、医師研修指定病院なんかで病理解剖率が一番低いのは、当時、琉球大学医学部と沖縄県立中部病院でした。実は先ほど玉井先生がお

っしゃいましたように、与論島は自宅死亡が8割の島なんですね。その背景には、その土地のもっている人々の考える死生観というのが根強く反映していて、かなり今変動がありますけれど、例えば南西諸島にずっと根付いていた洗骨の儀式、それはもう与論島においては非常に大事な儀式として捉えていて、年に2回与論島では行う日程が決まっていますけど、そのときは全家族、あるいは親戚、あるいはそれに関連する人たちが島内外から集まってきて、再会できる喜びというか、非常に高いんですね。そういう地域が与論島の地域ですので、そういった人々のもっている死生観では墓にも神様がいて、家の中にも神様がいるというようなかたちで非常にそれは大きい自宅死亡を形成する背景につながっていると思います。

その中で、山里先生がお話になった医療技術的なものよりも、家族の看取りの方が大事になってくるという話が、これは結構、与論でもあてはまりまして、実は与論島は8割が自宅で亡くなる島、それ以外は8割が病院死亡で、DOA症例とか一部の事故とかそういったものを除いたらもうすべてが在宅死ということがあります。一昨年、若干特異的な事例が出てきて、家族が問題となるケースでして、85歳、84歳の夫婦が島を出て行くことになったんですが、85年間、84年間暮らしたお年寄りがその島を出る理由は、その夫婦には5人子供がいるんですけど、みんな東京、大阪、徳之島、鹿児島市内にいて島に1人もいない事例でした。最終的に与論島で亡くなるのではなくて、鹿児島島の長男の家でということになりまして、まさしく家族というのが問題となった事例でした。玉井先生がおっしゃいましたが、特に介護も保険医療も全然問題なくて、そこで問題になったのは世話をする家族でした。だから、与論の8割の法則にはここでは家族がいないとあてはまらない。石川先生と山里先生のお話を聞きながら、自分的にもキーワードになることが結構ありますので、聞きながらメモしています。そんなことを感じた次第です。

○司会 (玉井) 皆様、何かご意見のある方いらっしゃいますか。

○小渡 さきほどの本村先生のお話はある意味でよくわかります。家庭医ないし主治医がない場合、自宅で亡くなると警察に届けざるを得ません。そして死亡検案書を書いてもらわないと火葬することが出来ない仕組みになっています。実際に私も警察医をした事がありますが、主治医がないために死亡検案書を発行せざるを得ないケースを幾つか経験しました。本来なら、主治医がいれば自宅で亡くなっても死亡診断書を書いてもらえたケースだと思います。

また山里先生が話されたように、現在、在宅で死を迎える人は約1割位で、殆どが病院で亡くなっています。現在年間約100万人の人が亡くなっています。約10年前は70万人位でしたが、これがどんどん増え、今後10年もすると高齢社会がさらにすすみ、亡くなる人は年間140万人位に増えると言われていています。そうになると、病院での対応は困難になると考えられます。そのため、国は在宅医療を推進し、在宅でも死が迎えられるようにしたいと考えていると思われまます。今回の介護報酬の改定でも、老健施設や特老での看取りに点数をつけ、施設でも終末期を迎えることができやすいようにしたと考えることもできます。

さらに病院での終末期の問題としては、言葉で看取りというのはきれいだけれども、言葉を変えると医療を中断する事です。それは、医の倫理に絡むことであり、たとえ家族あるいは本人の同意を得られたとしても、法的な根拠がなければ実施するのは困難であります。日本医師会では、この点については様々な議論がなされており、ガイドラインも出されているようですが、法制化については日弁連は反対しており、現状では法制化する目途はないようです。

○司会 (玉井) 何かご意見のある方がいらっしゃいますか。

○石川 最近、地域の特性を考慮した緩和ケア病棟の運営についての調査をしたことがあります。近藤先生のお話を伺いまして、沖縄の

県民性というのは与論島とそんなに変わっていないなという感じがします。それは実現可能かどうかは別にして、最期をどこで迎えたいかということに対しては、やはり自宅でというのが沖縄県では7割を占めます。高い傾向にあります。

それから全国の動向は、最期の期間をどういったことで過ごしたいかという質問に対しては、全国的には「趣味や好きなことをして過ごしたい」というのがトップなんです。沖縄県はそれは2番目です。まず1番目が「家族と過ごす時間を増やしたい」が1位で、全国と1位、2位が逆になります。やっぱり地域性はあるんですね。沖縄の県民性、与論もほぼ同じような県民性じゃないかというように思います。

○司会 (玉井) 県民性は似ていると思うんですけど、ただ、それを担う家族力があるかどうかというのは難しいんじゃないかと思います。

山里先生。

○山里 さっきも言いましたけれども、家族の介護力とか思いというものに大変問題があるんじゃないかなと思います。全国の所得の水準からみても、沖縄は圧倒的に低いですよ。例えば在宅で、その患者さんは、自分は家族に看取られて死を迎えたいと思っているんですね。現実には、家庭が共稼ぎが当たり前で、とても家ではみれませんよというのが現実です。ひところは在宅医療というと、自宅に赴いていた場合が多かったんですが、先ほど先生がおっしゃったように、本来の在宅ではないところにシフトしているんですね。今はだんだん、高齢者共同住宅とか、託老所とか、民間有料老人ホームとか、そういうところに入って、そこで訪問診療を受ける方のほうが比重が高くなっているわけです。今後、少子高齢化が進みますが、そういう傾向はますます強まっていくのではないかなと思います。

ですから女性も働いて経済を支えるのが当たり前という時代であれば、その時代にふさわしい看取りの場というのを国はもっと考えないといけないのではないかなと思います。

そうしないと高齢者共同住宅の場合も、ピン

からキリまでで、こういうところで死を迎えるのが、人間の尊厳ということ考えた場合に、みじめな思いをするのではないかなというような施設もあります。

また、医療や介護の知識もない人たちがケアしているところにターミナルの方が入っても、ちゃんとした死を迎えることはできないんじゃないかなと。

先程、主治医がいない場合のケースのお話が出ていましたけれども、私が主治医で高齢者共同住宅で見ていた患者さんが急に具合が悪くなったときに、その介護をしている人は何かあったら夜中でもいいから必ず私に電話をしてくれないと、亡くなった場合大変困ることになるよと。多分、警察の厄介になって、それは家族として一番望まないことだから必ず連絡してくださいねと言ってあるんです。しかし、介護者が替わるわけです。そうすると私が言った人が、たまたまそのときいなくて全くそういうことを考えていない方が、夜、当番になって、そのときに急変し、気が動転して、すぐ救急車を呼びます。おまけに私に連絡もなしでやったものですから、結局は病院で診断書を書いてもらえずに警察のほうで検案書を書いてもらったケースがあったんですが、そうすると家族からの信頼も非常に失うわけです。ちゃんとみてくれるつもりで主治医はお願いしたのに、一番大事なときにちゃんと対応してくれなかったということで、私も大変つらい思いをした事がありました。そういうときにやはり託老所等の施設が、本当に対応できるような状況にないんですよ。こういうところが看取りの場として、きちんと対応できるんだろうかと非常に疑問に思います。

○司会（玉井） 託老所の問題なんかも痛切ですよ。

○近藤 今、看取りの場というのが出て、沖縄における看取りの場を考える時に、離島でいかに終末期が自宅で迎えられるかというのを考えないといけないと思うんですけど、これは実は不可能に近い話だと、今現在も含めてかなり厳しい話だと思うんです。要するに、沖縄のほ

とんどの離島診療所はほぼ無床なので、1床でも2床でもいいから、ベッド数があれば島にいる人は、おそらく、家で亡くなる第一歩が踏めるんでしょけれど、その一歩が踏めないのが今の沖縄の現状であれば、離島の有床化ができるのかなというのがあって、1床でも2床でもいいから「有床診療所」ができれば家に連れ帰る終末行動が発生しても、それがゼロである限りはおそらく家で亡くなることはかなり厳しい。粟国島なんかですと、とりわけ、与論島に似た死生観を持っていて、本当は家に連れ帰りたいんだけど連れ帰れない。つまり、離島診療所が有床であれば連れ帰るんでしょけれど、離島が抱える問題を考えた時には、沖縄ではそんなのが出てくるんじゃないかなと思います。

与論島の人々の事例で、沖縄の病院に入院していて、末期状態の場合、もうちょっと昔の話になりますけど、ある時期、「今なら帰れますよ」と婦長さんなりがいうのは、近くに帰れるのではなくて与論島に帰れますよのサインで、それが出れば、これを逃したら帰るチャンスがない。要するに、沖縄で離島を考えた時に、与論島のように連れ帰りができるようなベッドが何かどこかあれば、もうちょっと変わってくるかなというか、そんな気がします。

○司会（玉井） 離島は結局病気をしたら本島に出てくる人が多いですよ。そのへん何かご意見のある方。

○小渡 近藤先生の今のお話は理解できますが、ちょっと逆なんです。離島の方は在宅で看取りができるんです。というのは、家族も本人もその覚悟ができています。要するに医療が診療所しかないから、在宅で亡くなっていくという覚悟がもうできているんですよ。本島の場合は、そのような覚悟はなくて、みんな救急車で病院に運ばれてCPRが始まるわけです。そして延命処置になってしまう。その後、終末期医療をどうしようかという問題が起こってくるのではないかと思います。むしろ離島のほうが自然なのかもしれません。

○司会（玉井） 本村先生、何か現場で。

○本村 離島診療所2つの島で勤務して、あと、離島診療所の応援業務であっちこっちまわった感想なんですけれども、医学の発展とかに従って老いるということが医療の世界に入ってくる。今までは老いていても家族の介護力があって見ていたものが、徐々にどんどん、どんどん医療にシフトして行って、結局、高齢化から亡くなる前までのプロセスが、だんだん医療サイドじゃないとわからない。家族のほうでは理解できないという状況ができていくんじゃないかなと。それは離島に限らずそうじゃないかなと思います。

私は、離島に赴任する前のイメージは、当然、島で看取るんだらうというふうに思っていたんですけど、実際に看取るケースは年に数人でした。それをご家族の介護力があるとか、ご家族で看護師さんがいるとか、限られた状況で看取るケースが多いと思います。

あと、粟国の例でいくと、粟国はもともとの文化と、特別養護老人ホームが受け入れる器があって、何とか島で看取る率は比較的高いと思うんですけど。そういった施設がない離島では、先ほど小渡先生がおっしゃったように、急に悪くなったらもう送るしかないし、突然悪くなればどこかの施設に、島から出て行くという現状があると思います。

結局、少ないマンパワーの中で離島診療所と行政とうまく知恵を出し合って、その家族が持っていた介護力の落ちたところを何とかサポートするという形になると思います。

結局、行政にしても国の方針にしても、私は死ぬということは産まれることと並んで最大の人生のイベントと考えていますので、そこには当然コストがかかると思います。死んでしまう人にそんなにお金かけてと、高齢者にお金かけてという発想ではなくて、これだけ社会は変わっているんだから、考え方を改めてそこに必要な資源の投入が必要なんじゃないかと考えています。

○司会(玉井) ありがとうございます。

何かご意見のある方、いらっしゃいますか。

どうぞ當銘先生。

○當銘 ちょっとこれまでの論点とは角度が違ってくるのかもしれませんが、病院で8割、9割の人が死ぬようになったのは、これは戦後なんです。統計表を見たことがあるんですが、終戦後しばらくはまだ在宅で死ぬ人が多くて、おそらく病院で死ぬようになったのは62年、皆保険制度ができてからだと思います。昔は病院に連れて行くと金がかかるので連れて行けなかったけど、皆保険制度で医療費の国民負担が減ってくると、家で見るよりは病院で亡くなったほうが良いというふうな考え方にシフトしてきた。現実に僕自身がもう40年、50年前の経験ですが、うちのお爺ちゃん、お婆ちゃんは自宅で家族が見守る中で亡くなっていったものですが、今ではそういう光景はもう殆ど見ることはありません。

ところが一方では、1つは日本人の死生観とも関連すると思うんですが、特に医者の中には死は敗北だという考え方があるんですね。ですから、患者を死なせないような形で一生懸命薬を入れ、管を入れ、人工呼吸器につなげ生かそうとする努力をして、パンパンに水ぶくれの状態にまでして死亡するという状況がずーっと続いて来ました。それに対する反省点は、1990年代に入ってからだと思いますが、昔は「DNR」といったんですけど、今は「DNAR」というんですね。DNARという考え方が出てきて、旧那覇病院でも95年ぐらいだったと思いますが、僕自身がDNARのシートを自分でつくった記憶があります。そういうふうなやり過ぎの医療に対する批判とともに、やはり患者の死を迎えるにあたっての尊厳、そういう考え方が次第に出てきて、もっと医療のあり方を考えるべきじゃないかということと、またそれを裏返しにして受けたかたちで厚生労働省は病院で死亡することは医療経済的にも非常に損失が大きいことにより、在宅での死という方針を打ち出して来ました。法的にも尊厳死の取扱いは揉めていますよね。小渡先生がおっしゃったように、どっちの言い分もあって、法的な問題も揉めている

し、医療環境もなかなかうまく整備されていないという状況の中で、今、この問題は議論されている訳で、非常に複雑な問題点をいっぱい抱えているというふうに感じています。

○司会（玉井） 當銘先生、ありがとうございます。

○小渡 今の當銘先生のお話にちょっと補足しますと、尊厳死とか終末期医療をどうすればよいか、という問題が起こったのは、医療技術が高度になったことも関連していると思います。従来なら亡くなっていたケースでも、助けることができるようになった。しかし、良くなるのではなく単に延命だけのケースが増えたからだと思います。最近では、高齢者等に対して単に延命だけの救急蘇生は少なくなったと思いますが、認知症などの場合、病状が悪化し食事を摂らなくなると施設から病院に搬送し、胃瘻を設置してさらに延命を図ることが行われているが、これもその技術がある以上、家族に頼まれるとやらざるを得ない。しかし、これが正しい行為かどうか悩ましいことです。

○司会（玉井） 山里先生どうぞ。

○山里 どういう最期を迎えるかというのは、本来はその人が自己決定権を持っていて、まだ認知症のない段階で、仮に死を迎えるときにどういうことを望みますか。例えば胃瘻の問題をとってみても、胃瘻をつくってでも生きたいという人もいれば、胃瘻つくってまで生きたくないよねと、いろんな人がいるんですね。ですからやっぱりその人の決定権というのが一番大事なことじゃないかなと思うんですね。我々はそれを多分判断できないですよ。胃瘻をつくったほうがいいのかどうかは決めるのは、やっぱり本人。それから、本人が認知症であれば家族に。DNARと同じように、どこまでの医療を望むんですかという事がある程度前もって聞いて、その人の意に沿った医療を我々はやれば、あまり問題はないんでしょうけれども、今、それが無いものですから、結局は挿管してみたり、胃瘻をつくってみたいりするわけですね。ですから大事なことは、そういうことの意味確認

をやっておくことじゃないかなと思います。

○司会（玉井） 一般の家庭では死の問題は議論しないんですね。それとやはり死が本人の問題じゃなくて、医療側の問題に今なりつつある。家族の中で死というものを議論するような素地というか、そういうものは沖縄にあるのかなのか、何かそのあたりで意見はないですか。

○當銘 石川先生からのお話にもあったんですが、「死について家族で話し合ったことがあるか」というのは、アンケート調査でも非常に少なかったですね。そういう習慣がまだ定着していませんが、今、山里先生がおっしゃったように、自分の死に様を自分で決定するということは非常に大切なことだと。こういうふうに冷静に話し合うと、みんなそうだと思うんですけど、後期高齢者の保険を開始したときに、真っ先に潰されたのがこの終末期をどう迎えるかという政府案でした。あっという間に潰された訳ですが、終末期医療をどうするのか国民の考え方は非常にギャップがあるという厳しい現実も知らないといけない気がします。

○石川 本村先生が指摘されたように、「治療事前指定書」自体が意味をもつのではなくて、それについて家族で話し合うという事、日頃から家族とよく話し合ってみるということが大事だという事です。本人だけがそう思って、それを書いたとしても、まわりがそれを受け入れてくれないと大変難しいところがあると思います。

○本村 市民向けに事前提示を含めた倫理の話をした事がありました。お話をしてみると、医師よりも患者さんの方がよく知っていると思う事がありました。「エンディングノート」という、事前にこういうこと、葬儀はこうやってほしいとかですね。

死に関して医療者が抱えすぎてしまっている。当然、抱えてしまうと、実際の現場はあまりにも忙しくて、実際に市民にどう語りかけるという時間もないという状況があると思います。

事前提示に関する法律の問題は非常に難しいと思うんですが、こういうカンファレンスに法

律家の方も招いてやることも必要かと思えます。

山里先生がおっしゃった自己決定に関してですが、法律で答えがない中でもご本人がこう言って、こんなことをやっていたという意向が文書で残っていれば医療を差し控えるとか、行わないという決定に関して法的に問題になる可能性は少ないのではないかなというご意見を法律家の方よりいただいたことがありました。

○儀問



いろいろなキーワードがあって、どこから私の感じていることを伝えればいいのかと思っているんですが、死生観についてちょっと取材したことがあって、

「終わりの形」という連載をしたことがあるんですね。まさに沖縄の人の死生観。その中で、今、本村先生がおっしゃったいわゆる遺言とか、自分の終わりをどう迎えたいかということについて取材をしたのですが、その言葉を出すこと自体、家族の中でタブーで、自分が死んだ後に例えば形見分けだったり、遺産をどうするか、それをだれに託していくかということ自体を自分は考えたくても、その家族が「なんでこんな話をするの」とか、兄弟姉妹がこんな話をするなといって、なかなか受け入れられないという声がありました。死という話をする、その後の例えばお墓であったり、トートメーだったり、そういう問題にもなっていくものです。それだと今度は長男は長男としての悩みとか、未婚女性は未婚女性の悩みですとか、沖縄の死生観、根強い文化の部分まで見えてきて、ある意味興味深いというのもありました。なかなか死を動物的な死としてだけでとらえられない文化的な背景というのはすごく大きいんじゃないかなと。もちろん日本にもあると思うんですが、沖縄はそれも大きいのかな。お墓を持ちたくなくて自然葬にしたいんだけど、長男だからそれは言えないんだとか、1人で遺言を書いているんだけど、それをだれかにまだ見せ

ることができないとか、そういったところも含めてもっと本村先生がおっしゃったように、人生最大のイベントでもあるんですね。人間必ず死ぬけれど、死ぬまでは生きていますね。どう生きるかという部分とすごくリンクしている問題だと思うんです。取材した男性がおっしゃっていたんですが、自分の最期を自分で決めていくということは決めてしまうとそれに向かって一生懸命生きればいだけだから、タブーでも何でもないんだということをおっしゃっていて、まさにそのとおりだなと思ったのを覚えています。

今、先生方のお話を聞いて看取りという部分でガンの看取り、ホスピスという部分と、高齢者の介護、いわゆる高齢者の看取りがあると思います。私ごとではあるんですが、先日、98歳のじいちゃんが亡くなって、家で日曜日に孫が集まっている中で気がついたら2時間前までは息をしていたのに、その後、見に行ったら息が止まっていたというぐらいの大往生でした。それまで頭もある程度はっきりしていて、顔を見たら笑えるぐらいの中での終わり方だったんですが、その後、みんなで集まって着替えをさせて、身体も拭いてあげて。近寄ってきて孫たちにも挨拶をさせて、じいちゃん亡くなったよということでお別れしたんですね。

今、先生方がおっしゃるように、病院で亡くなる高齢者が多い中で、それは幸せな終わり方だったんだなど。すごくいい終わり方だったんだなどと考えると、改めてそういう死でありたいなと感じました。一方で山里先生がおっしゃるように、家族の介護力というのがそこには不可欠で、大きいお家だったからそれはよかったです。人間1人で亡くなっていった場合であっても、そういう悲しい終わり方をさせないための社会的な資源をつくって行って、在宅か病院かということだけではなくて、老健だろうが、グループホームだろうが、どこにいても穏やかな死が迎えられるような社会があればすごく安心して生きられるなと思いました。以上です。

○司会（玉井） 貴重なご意見、ありがとう

ございます。何かご意見ある方、いらっしゃいますか。玉城さん。

○玉城



取材経験というよりも、私は急性期病院で2年前に母を亡くしたので、家族の立場、患者の側の視点になりますが、病院の先生に呼ばれて「人工呼吸器はど

うしますか」と聞かれた時に混乱してしまって、何がなんだかわからなくて、判断がまずできませんでした。救急車で運ばれて、それから小康状態になったりして時間はあったんですけども。やっぱり今考えてみると、うちの家族の中で終末期に対する議論は全くされていなかった。これがやっぱり母の死に関していまだに後悔していることなんです。

介護力という話で、うちの母も人工呼吸器をつける前には「家で死にたい」という話をしていて、具体的に「じゃあ、うちの家でそれができるか」といったときに、父も働いていて、私も働いていて、在宅をするにはだれかが仕事を休んだり、辞めなければいけなかった。介護休を使おうかなと思ったんですが、いろいろ迷いがあり使わなかった。母の家で死にたいというのは、家のような落ち着くような雰囲気だったのかなと、そうなるとやっぱり在宅は理想ですが、当然人工呼吸器もつけていますから、家でやるのは難しかった。ゆっくりいろんな話しながら、終末期を過ごすことが出来る病院がなかったので、そういう場所があったほうがいいなというのは、今、医療現場を取材していても感じています。

○司会（玉井） ありがとうございます。貴重なご意見だと思います。近藤先生、何か。

○近藤 さっきの小渡先生の「覚悟はできている」という話になると思うんですけど、あと、當舖先生も言われたように、1990年代はおそらくスパゲティ症候群をなくそうということで管を外したときに、その時代で与論の人は

おそらく言葉変えれば「いさぎよし」というので、覚悟はできているのに近い話になっていて、与論の人はいさぎよかったんでしょうけれども、今までは [在宅介護+自宅死亡] だったわけですが。それが急に、1990年代から2000年にかけて、まだ [在宅介護+自宅死亡] だったのが、[病院ケア+自宅死亡] に変わって、今現在の流れは [病院ケア+病院死亡] ですから、今現在、与論が最後、ひょっとしたら [病院ケア+病院死亡] に向かうのかどうかは、今後見続けなければいけないんですけど、おそらく今のところはそういうことはないんですけど、その中で与論でさえ、このまま介護保険前後からもうだんだん変わってきて、町立の有床診療所1ヶ所が80床の全国展開の民間病院になった頃からこの町立診療所が救急の機能もこの総合病院に明け渡しましたから、その頃からだいぶ違ってきたと思いますけれど、そういう現状が沖縄でもおそらく先にあてはまっています、[在宅ケア+在宅死亡] だった時代はおそらく、そんなに遠くはないはずなのに、それが私たちは知らない時代になってしまって、でも与論の人はまだそれが繰り返されている。その辺が、学問的に見れば大事なのかなという気はします。

○司会（玉井） 家族が看取るというんでしょうか。そういうことの意義をどうお考えですか。

○山里 そうですね。それは本音で自分の死に場所をどこがいいかと聞いたときに、やっぱりほとんどの方は家族に看取られて、長く暮らした自分の家でできたら死を迎えたいというのが、本音じゃないかな。ですから、そういう点では本当に自分の望みをかなえてあげるのが在宅での看取りじゃないかなと思うんです。それは理想なんですけど、現実、実際はそうっていないんです。家庭の介護力が年々低下していきますしね。そうすると自分が長く生きるとか、在宅で死を迎えるというのが、家族にとって非常に負担になる。労力の問題や経済的なことを含めて、自分が迷惑をかけているという意識がかなり強いんじゃないかと

思うんですよ。そうすると本音は在宅で看取られたいけれども、現実はやっぱりしょうがないけれども、病院で亡くなったほうがいいのかみたいなのが、現実的な対応じゃないかなと。

ですから、私も在宅が絶対いいとは思っていないんですけどね。在宅に近いような雰囲気とか場所とか、家族が会いに来て、そういう条件があれば別に必ずしもお家じゃなくていいと思うんですね。だからそういう点では選択の幅をもっと広げて選べるようにしてほしいなと思うんです。家庭に本当に介護力がなければ施設でもいいんだけど、その施設で死を迎えるときに家に近いような施設があればいいんじゃないかなと。そういう点ではホスピスなんか一番いいかもしれませんけれども、でもホスピスを増やそうという話は、国はそんなにないんですね。老健だって、もうこれ以上つくらせないというし、特養なんかも増やせないというでしょう。そうすると、あと、いわゆる民間活力で、自前で老人ホーム的なところを選びなさいという、そういうところというのは本当に経営的にも余裕がないんですよ。だからもう少し国民のニーズに沿った形で、もっとそういう問題を国のほうも考えてもらわないと、大変な状況になるんじゃないかなと思います。

○司会（玉井） ちょっと先ほどの話で思ったんですけど、人が亡くなるというのを看取る家族、人が死んでいくというのを生きている人たちが看取る、見送ってあげる。それが家族の絆であったり、命の尊さであったり、そういうものを気付かされる1つの場、また、教育の場にもなるのかもしれないなという気もします。それがなくなって病院で死がある。既成的な死がそこにあるとなると、どうも生きるということに対しての感覚も希薄になってくるのかなという気もしますけれど、何かご意見のある方。

○當銘 僕もよく知らないのですが、ホスピスを国が増やそうという政策はとられていないのでしょうか。国は「がん基本法」をつくって、ターミナルケアなんかもしっかりやりなさいというようなことを打ち出し

ていますよね。僕はホスピスに関しても充実させる方向で国は指導しているのかなというふうに思っているのですが、そうでもないんでしょうか。そのへんのところ、石川先生、如何でしょうか。

○石川 基本的な考え方で、緩和ケア病棟、ホスピスの運営自体が非常に難しいんですね。例えば抗がん剤でしたら高価な薬を飲んでいては緩和ケア病棟では過ごせない。一般の病棟へいかないといけない。例えば放射線治療で痛みをとってあげたい。しかし、緩和ケア病棟でやるわけにいかない、診療報酬はつかない。

それから、日本の緩和ケアの対象疾患は、エイズと癌ですよ。イギリスでは癌に限らない、一般の疾患でも構わない。高齢化社会を迎えるなら、必ずしも癌に限る必要はないと思います。そういった面で限界があります。

高齢者の方の入院が多くなります。ちょっと手を抜くと、脱水になり脳梗塞を起こしてしまう。QOLを維持しながら診ていかないといけないものですから、経営上厳しい現実となります。

○司会（玉井） 何かご意見のある方、よろしいでしょうか。

○山里 今、ホスピスを増やす考えがないというのは、やっぱり国は医療費の抑制を毎年2,200億円やるという方針を基本的に変えていませんよね。これは何年も続いていて、そういう中で日本の医療というのは、崩壊の危機に瀕していると言われているのが現実で、給付金から何からわれるんでも。そうするとターミナルケアのこの問題も、やっぱりきちっとしたことをやって、ちゃんと経営的にもやっていける条件をつくらないと、多分やりたくてもやれないと思うんですね。ですから、国が医療費を今後も押え込んでいくという路線を続ける限りは、私はこれは無理だと思います。ですから高齢化の社会にふさわしい、高齢者が尊厳をもって死を迎えられるようなことをやるためには、それだけコストがかかりますから、やっぱりそこはしっかりちゃんと医療にも福祉にも国のお金を出しますよというふうに舵取りを変えない

限り非常に難しいんじゃないかなと思っているんです。医療費の面から。

○司会（玉井） 難しい問題ですが、何かご意見のある方は。

○石川 近藤先生、「死」というものは必ずしも医学的な側面からだけではなくて、文化として「尊厳ある死」、「尊厳ある生」を議論するということは必要であり、一つの死の文化として取り組んでいかないといけないんじゃないかなという感じがするんですが…。

○近藤 そんな中で沖縄の人たちの死生観とか、奄美の人たちの死生観とか結構似ていますよね。1990年代の与論の人たちが終末を家で看取るということを裏付けていた、昭和50年から10年間ぐらいの沖縄とか奄美の中でまだまだ何か発見できるものがまだあるはずなので、その辺は先生がおっしゃったような沖縄の文化とか大事なものは、沖縄でしか見られない、あるいは与論で在宅死がかなうとすれば、沖縄でかなうことが何かが多分必要で、それが与論で失われないのを前提として、沖縄でも何か沖縄らしさというのか、そういうものをどこかで見つけれたらいいんじゃないかなと思います。

○本村 あとは教育する方法があるかということがすごく大きなテーマだと思うんですけど。

○近藤 そういう中で小学校から教育の場で生かせるような、小学校、中学校、高校とか、連動していかなければおそらく意味がないの

で、今回のような発信できるものが小学校あたりから受け入れられて、小学校、中学校、高等学校に続いて、あと大学とかは簡単ですから（社会人含めてできますから）、小・中・高等学校あたりからの看取り教育、介護のことも含めて、生と死の問題を扱えるような教育が沖縄で根付けば、先生が研究会をやられているものを義務教育の中でいかせる、そういうのがあれば、今後どんどんさせていけば有難いかなと。

○司会（玉井） 今の教育とか、市民や県民のレベルで生きるということと同じぐらいに死ということタブー視しないで議論ができるような、家族の中でそういうことが普通に話ができるようなものがあるといいのかもしれませんが。時間がもう迫ってまいりました。小渡先生、最後に。

○小渡 尊厳死や終末期医療については、医療はどうあるべきかということに関連しており、また、これまでも多くの議論が行われてきております。日医では、尊厳死や終末期医療について、1人の医師で判断するのではなく、医療ケアチームをつくって、その中で家族も含めて議論し、それを決定すればいいんじゃないかという案を出したこともあるようですが、それに伴って法的整備もすべきであると考えているようです。

今日は終末期医療という大変難しい問題について、議論して頂きまして誠にありがとうございました。

