

## 平成24年度第4回マスコミとの懇談会 「看とり」について

理事 玉井 修



平成25年3月14日（木）午後7:30より沖縄県医師会館において第4回マスコミとの懇談会が開催されました。テーマは「看とりについて」です。超高齢化を迎える日本は、西暦2030年には死ぬ場所が無い看とり難民が約47万人発生するという試算があります。私たちは人生の終末をどこでどの様に迎えるべきかを真剣に議論しなくてはならない時期にきています。現在8割を占める病院での終末期医療は、様々な管を付けられた状態で心電図モニターを見ながらのお別れというパターンが未だに多く行われていると思います。しかし、その様な濃密な終末期医療は今後迎える超高齢化大量死亡時代に対応する事は出来なんでしょう。看とりのあり方自体を今一度社会全体で考え、自分や肉親の死をどの様に迎えるべきかをもっと率直に語り合える雰囲気作りが必要と考えています。以前麻生太郎

さんが自分の死生観を「逝くときにはさっさと逝かせてくれなければ困る」と発言して物議を醸しておりました。確かに言い方は少々乱暴だったのかも知れませんが、私自身はその発言を不謹慎とする社会の風潮に何かしら違和感を覚えるのです。当然の事ですが、死は生きている人間であればいつか必ずやってきます。ips細胞による再生医療の時代がやってきても、人はいつか死ぬでしょう。自らの遺伝子を次代に託して、古い遺伝子は終末を迎えるという事を生物は延々とやってきたのですから。死に向き合って考える事は、生きることを真剣に考える事に繋がります。子供の虐待や、おぞましい無差別殺人などの報道を聞くたびに、私たちが遠くに追いやってしまった死の議論を普通に話し合える必要性を感じるのです。

## 懇談内容

### マスコミとの懇談会出席者

#### 1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城 勝太	エフエム沖縄放送局ディレクター	エフエム沖縄放送局
2	湧田ちひろ	沖縄タイムス記者	沖縄タイムス
3	大城 忍	琉球放送記者	琉球放送
4	照屋 信之	琉球放送キャスター	琉球放送
5	徳 正美	タイムス住宅新聞社ほーむぶらざ	タイムス住宅新聞社ほーむぶらざ
6	照屋 信吉	FMたまん代表取締役	FMたまん
7	石川 静枝	沖縄ラジオ代表取締役社長	沖縄ラジオ

#### 2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	八浪 祐一 エドウィン	アドベンチスト・ メディカル・センター	アドベンチスト・ メディカル・センター
2	儀間 昌代	オリブ山病院 緩和ケア病棟 看護師	オリブ山病院
3	玉城 信光	沖縄県医師会副会長	那覇西クリニックまかび
4	玉井 修	沖縄県医師会理事	曙クリニック
5	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
6	富名腰義裕	広報委員	海邦病院
7	出口 宝	広報委員	名桜大学人間健康学部
8	白井 和美	広報委員	白井クリニック
9	金城 正高	広報委員	県立中部病院
10	宮里 義久	沖縄県公務員医師会副会長	南部福祉保健所

### 懇談事項

#### 「看取りについて」

アドベンチスト・メディカル・センター

八浪 祐一 エドウィン



最近では、病院での看取りが多く自宅での看取りが少なくなっているように思えます。

1960年代には病院死の割合が18%自宅死の

割合が70%だったのが、2006年には79%病院死、12%自宅死とすっかり逆転しております。

病院では医療者の視点が中心になってしまいましたが、自宅での看取りは本来患者が中心となっていました。当院では看取りに際して、なるべく病院にいても患者中心になろうと心がけております。

当院での一人の患者様の看取りのケースを取り上げながら、それに沿って少しお話ししたいと思います。

#### 理想の看取り？事例

- 60代男性  
会社社長。妻と二人暮らし。子供は2人とも独立。長男は沖縄で父親の仕事を手伝っている。長女は東京。
- X-3年：検診にて胸部レントゲンに異常。精査にて進行性の肺がんの診断を受ける。
- 手術の適応はなく、化学療法も延命目的になると説明を受ける。

時々気になるのは、残念ながら、治療が治癒目的なのか、延命目的なのか、はっきり説明を受けていないことがあることです。治癒（一般に5年以上再発がなし）が期待できるのか？あるいは、延命（治ることは難しいが、治療により予後の改善が期待できる）のか？この方の場合はっきりと延命と言われたため、気持ちの整理もできたようでした。

#### 事例(2)

- 「何もしなければ数ヶ月、抗がん剤をすれば1, 2年頑張れるかもしれないよ」といわれ、抗がん剤を開始、いそいで会社を息子に引き継ぐべく手はずをはじめた。
- X-1年：脳転移により脳梗塞発症。半身麻痺があり、意識はしっかりしていたが、ほぼ寝たきりとなる。

### 事例(3)

X-6ヶ月:がんの進行に伴い全身状態の悪化が見られ、化学療法も中止となる。

X-1カ月:妻と二人暮らし。自宅での看取りを希望されていたが、不安も強くなり、緩和ケア病棟への入院を希望され、面談、申し込みに来られる。

現在沖縄にホスピスは4カ所、オリブ山病院、アドベンチストメディカルセンター、沖縄病院、および南部病院です。全部で病床は80床程度。すぐには入院できません。

ホスピスケアとは、治癒を目的とした治療はできなくなったとき、症状緩和を目的とした治療だけに切り替えることです。

一般的に「延命はしない」と言い方をしますが、呼吸器、AED、心臓マッサージなどをしないというのは当然ですが、実際経管栄養は、輸血は、抗生剤は、点滴は、酸素は、と突き詰めると結構難しいものです。正しくは「本人の負担のなるような、延命治療はしないで下さい」という意味となると思いますが、細かいことはやはりケースバイケースになります。

### 事例(4)

X-18日:状態が悪化。薬(モルヒネの内服薬)も飲めなくなったため緊急で某病院に入院。モルヒネを点滴に切り替え。

X-13日:当院ホスピスへ転院。少し食事とれる程度にはなっていた。痛みもあったが、突然の呼吸苦によるパニック症状もあったため安定剤を追加し症状も安定した。

この方はいったん某病院に入院となりましたが、現在はホスピス以外の病院でも医療用麻薬は使用出来るので、麻薬が必要だからホスピスに来るのではなく、麻薬だけでは症状が取り切れない時に本当にホスピスが必要となります。(難治性疼痛、不安、療養環境など)

### 事例(5)

- しばらくは穏やかに過ごされる。
- お部屋からはあまり出てこられず、奥様と静かに過ごしておられた。
- X-4日:状態が悪化、食事、内服も難しくなってくる。2週間後ご本人の誕生日に家族が集まるとのことだったので点滴開始するが、、、。

### 事例(6)

X-3日:むしろ痰も増え、呼吸苦が悪化。ご家族によいよ状態が悪くなり、誕生日までは持ちそうにないと告げる。

モルヒネだけではきつさが取りにくくなり、安定剤も増量しややうとうとすることによりきつさを取ることを図る。

亡くなる1、2日から数時間前になると、声をかけてもほとんど目を覚ますことがなくなります。また尿はほとんどでません。つまり点滴にて水分過剰になる可能性が高いという意味でもあります。傾眠のことが多いのですが、「返事は出来ないが聞こえていると思います。」と家族には声をかけます。

### 事例(7)

- X-1日:東京から、長女、孫が来沖。孫の顔を見て微笑まれるがおおむね傾眠。
- なくなる前24時間はほぼ傾眠でござれ、家族に囲まれるなか息を引き取られる。

亡くなる数時間前～数分前には無呼吸 家族には苦しくはないですよと説明。最後は数秒から数分、下顎呼吸と言い、横隔膜が停止、口だけが動いているような呼吸をされます。

心臓はまだ数分動いていることが多いです。



おそらく、モニターをつけると、まだ波形が見られることと思われます。しかし、当院ではモニターはつけないようにしています。

もしモニターがあると家族の意識はモニターに釘付けになってしまいます。

むしろ「まだしばらくは聞こえていると思います。ありがとうなどと声をかけてはどうでしょうか」と伝え、意識を向けるように心がけています。

家族が十分お別れが言えたのちに医師は入室。死亡確認をしています。

心臓が止まった時間を一分一秒まで正確に判断する必要はないと考えます。

### 事例(8)

- 湯かん: スタッフの他に、娘さん、奥様が一緒にご遺体をお風呂に入れられる。その後死後のお化粧がされる。
- 2時間ほどのち、退院となった。
- 夜間であったためお別れ会はしなかった。

湯かん: 洗浄とともに、家族の最後のふれあいの場ともなります。

当院では原則全員に行っております。また日中であれば家族の希望があれば牧師を呼んで賛美歌を歌いお別れ会をすることもあります。

以上、当院でのホスピスの看取りを例に挙げさせていただきました。

しかし、個人的には全員がホスピスに来る必要はないと思っています。やはり在宅が理想でしょう。しかし、まだまだ在宅の介護は不十分。介護力を家族に依存している部分は多いと思います。社会全体で有給の介護休暇などがとれ易くなる、あるいは逆に介護保険が充実しそれだけで十分な介護が得られる様になる必要があると思います。

また老人ホームでも看取りは可能だと思います。今は医療用麻薬の使用が難しいことが、一つの障害となっております。それでも症状が取り切れない時に本当にホスピスが必要となる

と思います。将来的には癌、AIDS 以外の末期疾患もホスピスでもみれるようになるべきだとも思っています。まだまだホスピスの絶対数も足りていないのが現状です。

ご清聴ありがとうございました。

### 「看取り」について

特定医療法人葦の会 オリブ山病院

緩和ケア認定看護師 儀間 昌代



「看取り」とはその人の臨終に付き添うことなどの意味があり、「看取り」という言葉には平穏な死のイメージがあると思います。ホスピスに勤務する看護師を対象に行った「看護師が考える良い看取り」調査

でも穏やかな死に際、有意義に過ごした死などが挙げられています。(図1) また一般市民を対象に調査した「日本人が考える良い死」でも苦痛がない、望んだ場所で過ごすなどが挙げられています。(図2)

### 看護師が考える良い看取り

ホスピスに勤務する看護師14名を対象に行ったインタビュー調査

- 身体的症状がコントロールされた死までの過程・穏やかな死に際
- 死までの過程を有意義に過ごした死
- 臨終時に家族に見守られた死
- 家族が納得する死



図1

### 日本人が考える良い死

対象:一般市民2,504名、緩和ケア病棟遺族513名

日本人の多くが共通して大切にしていること

- 苦痛がない
- 望んだ場所で過ごす
- 希望や楽しみがある
- 医師や看護師を信頼できる
- 負担にならない
- 家族や友人と良い関係にいる
- 自立している
- 落ち着いた環境で過ごす
- 人として大切にされる
- 人生を全うしたと感じる

人によって重要さは異なるが、大切にしていること

- できるだけの治療を受ける
- 自然な形で過ごす
- 伝えたいことを伝えておける
- 先々のことを自分で決められる
- 病气や死を意識しない
- 他人に弱った姿を見せない
- 生きている価値を感じられる
- 信仰を支えられている

(Miyashita M et al. 2007)

図2

しかし希望する療養場所や死亡場所については在宅が多いものの、実際の死亡場所は病院が70%を占め(図3)、死を取り巻く社会状況も変化しています。(図4) その変化によって人口の高齢化や単独世帯、核家族世帯が増加し、身近な人の看取りに立ち会うことが少なく、人がどのようにして死を迎えるのかということに関して、現代人は経験不足といえます。

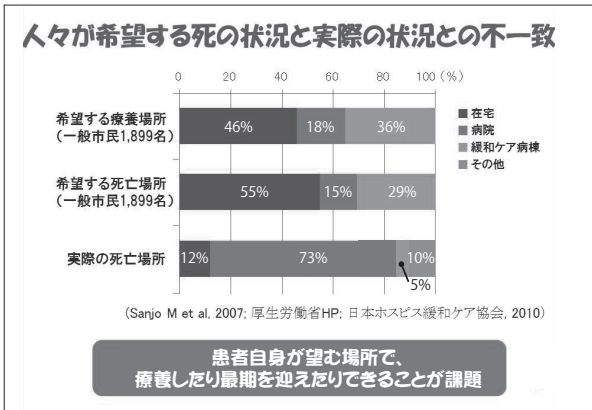


図3

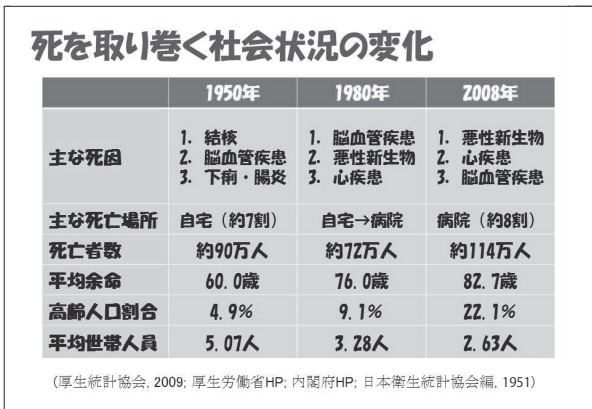


図4

多くの人は余命1カ月と伝えられると、それまで元気だと思ふことが多いようです。

実際には亡くなる2週間前まではトイレに行けますが、10日を切るとベッド上の生活、5日前まで会話が可能ですが、3日前よりこれらも急速にできなくなってしまいます。(図5)

がんの症状においても初期の段階では痛みが主要な症状となっていますが、亡くなる前になると倦怠感や食欲不振のほうが強くなります。(図6) 倦怠感や食欲不振という患者さん、ご家族は点滴をして栄養をつけたら元気に、少しでも長く生きられるのではないかと思います。

いようです。しかし終末期の患者さんにとっては点滴や栄養が全身の浮腫や胸水などを招いてかえって患者さんを苦しめてしまう場合も多く、その狭間で医療スタッフは苦しみます。

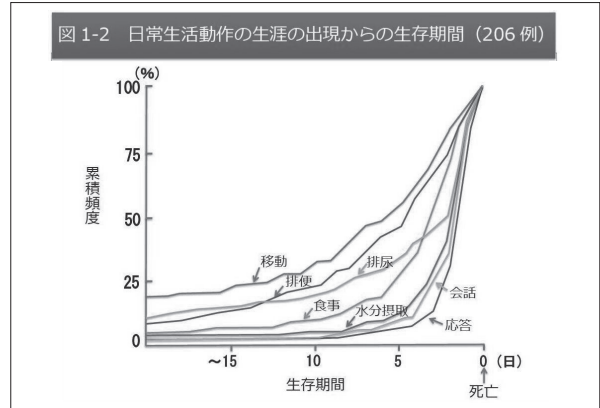


図5

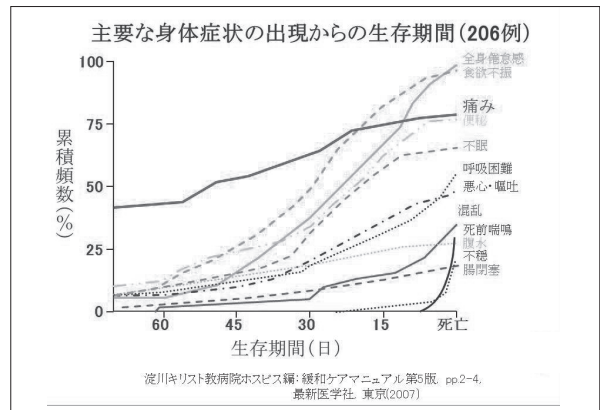


図6

またホスピスへの入院は自分自身で希望してくる患者さんは少なく、今の病院を退院しないといけない、だが家でも看ることができないと、行く場所がなく仕方なく入院するという方や、いつかは訪れる死を予見しながら不安や複雑な思いを抱えて入院する方が多く、関わる医療スタッフは緊張を伴います。

そのため入院時のインタビューには時間をかけ、その後も何度も細かい話し合いをもち、お茶の時間を設けるなどしてさりげなく患者さんやご家族に話しかけ、信頼関係を築いていきます。そして患者さんご家族の望む事、今できる事をどうすれば最大限にできるかをいっしょに検討していきます。

しかし一方で終末期の患者さん、ご家族とも今の病状や現状をすぐに受容できる方はほとんどい

ません。否認や怒り、抑うつといった過程を何度もいったりきたりしながら受容していきます。

怒りの矛先となった医療者はつらく、落ち込みますが、患者さんやご家族の苦しみや感情はその人にしかわからないという謙虚さと、怒りをそのまま受け止めるのではなく、その裏に隠れた病気に対する想いを理解し、かかわり続けたいという気持ちを持つことが求められます。

また看取りの準備として当病棟では、最期の時に一番近いご家族が、心を落ち着けて看取ることができるように旅立ちの時についての話し合いを前もって行っています。病状の説明だけではなく、その中での患者さん、ご家族の受け入れ状況や気持ちを伺い、今後の事や家族の付き添い方などを話し合います。しかしそういった話し合いを行うことは、私たちスタッフにも経験や覚悟、死生観が必要とされます。看取りは「ケアの通信簿」とも言われており、看取りの瞬間だけを大切にすることはなく、こういった看取り以前からのかかわり、積み重ねが重要となります。

今私たちには、人生最期の時に立ち会う人としての教育が求められており、その環境下でのセルフケアも課題となっています。その双方とも今後、早急に積極的に取り組んでいくべき課題であると考えています。

## 質疑応答

### ○玉井理事

講話をお聞きになって何かご質問、等がございますでしょうか。

### ○徳氏（タイムス住宅新聞社ほ一むぶらざ）



今日は看取りについてお話頂きありがとうございます。

八浪先生にお伺いしたいのですが、治療が目的なのか延命が目的なのか、はっきり説明を受けていないことが多いとおっしゃっていましたが、なぜそれができていないのか。またアドベンチスト・メディカル・センターではなぜでき

ているのか、お伺いしたいです。

また、患者としてどのようなところに注意して確認すればいいのか。意思疎通ができるのかアドバイス頂きたいです。

### ○八浪先生

私たちは癌の積極的な治療は行っていません、基本的にはホスピスで診ています。私たちが別にできているわけではないです。やはり医者として絶対治らないという言葉は使い辛いです。それを恐がって使わないことが患者さんを苦しめていることになっているなど、後から診る側としては感じます。

患者さんとしては、怖いと思いますが、「治るんですか？」と率直に聞くしかないと思います。率直に聞かれないから、患者さんが「死ぬ」という言葉を恐がっていると思ってドクターも話せないという悪循環になっています。お互いに正直に話したいんだけど、話せてないと思います。

### ○玉城副会長



今は告知をかなりやるようになりました。私は乳癌を扱っていますから、乳癌は治療効果が上がりやすいです。薬はたくさんあって新しい薬に反応していくことがありますから、もうダメだというところをどこに見極めるかが難しいです。

実は乳癌の場合は再発して5年生存率が50%あります。ということは永遠と5年間抗癌剤を打つというわけではなく、本人の苦しみとバランスを取りながらやります。なるべく、再発させないために、治療のための薬は100%注射します。再発すると本人の症状に合わせて7かけ、半分とかたちで症状が取れるように治療します。

薬を上手く使えば、10年間再発しないで生きる方もいます。最終的には10年間同じ薬を使うと、副作用が出ます。そういう意味で告知はあります。

ただ、膵臓癌は治らないですが、ある病院でもう治らないと最初から言われたという人がいます。それも告知ではありますが、患者さんと



してはものすごくショックであったという人もいます。

もう一つは、患者さんとの信頼関係ができていないと癌治療はできません。常に不信感をもたれると我々も何もできません。最初に何を言うかが大切です。そして最後はホスピスに行きたいという時の見極めです。自分で病勢もわかっていて、ご本人から言われたら一番ですが、短期で悪くなる病気のときは非常に難しいです。

○玉井理事

見通しというのは、なかなか難しいもので5年持つと思ったら1日しか持たないということもあります。軽々しくそういう言葉は使えないのですが、だからと言っていつまでも大丈夫だと言ってしまうと患者さんのライフプランがありますから、ケースバイケースで、インテリジェンスが高い人にこの人は大丈夫だろうと告知すると。翌々日に自殺することもあります。

インテリジェンスとかと関係なしの部分があり、我々はどこまで見極めて人の命を口にしていいのか、本当に現場で悩ましい問題を突きつけられています。

○石川氏（沖縄ラジオ）



看取りということでは、題材を頂いたときに、果たして自分はどうかと考えるながら伺いました。ご家族には「もうダメですよ」と仰るけども、患者ご本人にはお

伝えしていないという例を聞いたことがあります。これだけの情報がある中で、伝えなくて家族に希望をもたせるのは無理なんじゃないかと思えます。

その時に大事なのがターミナルケアと言われることだと思っています。100万を超える県民がいるなかで、なぜ80の病床しかないのかと思います。やはり自分がこの世を去っていくときに怒りがあったり、いろいろあると言いますが、やはり自分の最期は自分で選びたいと思います。そのために先生方は生きる希望ではないですが、患者に対して心の安らぎというか、これから自

分の生涯が終わっていくことに対して、どのように患者と接しているのでしょうか。

○玉井理事

僕は在宅で何人か見送ったことがあります。癌患者には、言葉を選びます。一つ一つの言葉が患者さんや家族にとって安らぎであったりするので、言葉を選んでしゃべっています。できるだけ心がけていたのは、今後こういうことが起こるであろうということを事前に話しておく。事前に話しておくことと不安が家族の中から安らいでいきます。事前に情報を提供していくことは重要だと思いました。

家族でも不仲な方がいらっしゃる場合があります。それも不思議なことに臨終前に和解していきます。そういうことも一つのプロセスで大事です。家族にとって大事な死なのです。本当はプライベートな問題なので、死というのを見つめながら、家族が相互に助け合う。そういうのを見ているとやっぱり在宅をやったよかったです。

○玉城副会長

亡くなるには大きく分けて2つあります。寝たきりで植物人間の状態になって何年も寝ている人がいる、そういう人達を看取っていくと、家族はほっとします。亡くなってくれたと。私の両親2人は脳梗塞で植物状態になって亡くなりました。2人は癌で亡くなりました。癌の方は最後まで意識が鮮明なんです。ほんの最後の1～2週間意識がなくなってスーッと逝きます。

寝たきりになったら胃瘻をしたりチューブ栄養をして、私の父も何年も生きました。僕のおじにそれを見てどうにかならんのかと言われたのですが、どうにもなりません。おじの方が先に癌で亡くなりました。

だから、自分達は人を看とることを考えていますが、自分の終末はどうありたいかを考えながら、人をみないといけません。

最後はどのように死んでいくんだろうということをしっかり考える必要があるんだろうと思います。私はいつもこの話しをしています。

うちの女房の友達は老衰で死にたいと言いますが、老衰はこの世の中の医療の現場で無くな

ってきています。1番苦しいけど綺麗に死ぬるのは実は癌で死ぬ方がいいかもしれないと女房の友達は思い始めています。両親は皆、認知症になったりするなかで、我々は医療をどこまでみていくかは、看取りという一つの言葉でもいろんな問題があります。

私もだんだん病気が始まってきます。いつの日かパタッと倒れた方がいいなと思いつつも父のように寝たきりは困るなと思っています。頭の中で倒れたら1週間で死ぬようにインプットしているつもりです。

ですから、自分の終末期を考えながら、周りの看取りを考えることが必要だと思います。

○照屋理事



個人的な話をさせて頂きますが…、実は、従姉が某病院で長期間入院し、検査・治療を行っておりました。しかし、残念ながら子宮がんが全身に転移し、主治

医の先生から緩和医療を勧められ、沖縄病院の緩和病棟に転院となりました。緩和病棟に移ってきて、かなり環境が変わったと話しておりました。前の病院では「食べられないなら片づけますよ！」と言われていたそうですが、緩和病棟に来たら「食べたい時に食べていいですよ！」とか、「必要のない検査はしませんから心配しないで！」とか…。本当に、心穏やかになったということを話していました。“病棟の医療スタッフみんなに感謝している！”とも言っていました。自分の家族に何度も“ありがとう！”と言っていました。“「ありがとう」の一言は残される者の心を救う何よりの「遺産」です！（by 日野原重明先生）”という名言もありますし、“生きかた上手・死にかた上手”の状況ですから、最後のお見舞いに行った時、彼女の心からの感謝の気持ちを私自身実感することができました。ところで、最近、私は機会がある度に、“エンディングノート”を勧めています。“エンディングノート”には、訃報連絡（葬式に呼んで欲しい人）を書く欄もあります。自分史の話、葬式の

話、遺産分与の話、医療・介護の話…。書き上げたノートを子供たちに見せると、いろいろなテーマについて話す機会を持つことができます。私は“尊厳死”が重要と考えているので、貰えるものは貰って欲しいという“臓器移植”賛成の気持ちと、“延命処置”は絶対しないようにということを、常々家族に話しております。ぜひ、“エンディングノート”を本日の懇談会のキーワードの一つとして頂きたいと思います。

○玉井理事

看取り難民47万人とかすごい数字が出ていますよね。そういうことで今後看取りは非常に大きなテーマになると思います。その他ごさいますでしょうか。

○石川（沖縄ラジオ）

終末期ケアの病院は増える予定はありますでしょうか。

○八浪先生

ホスピスをやりたい病院はありますので増えてくると思います。やはりスタッフの心構え等、誰でもできる仕事ではないということもありますし、ドンドン増えていくことはないと思います。看取りはホスピスでないといけないということではないので、複雑な症状でなければその他穏やかに最後を迎えることも可能だと思います。その中でも難しい方がホスピスを利用してその他の施設にいければいいと思います。病院や在宅、老人ホームで良い看取りが出来る事が目標であって、必ずしもホスピスが増えればいいということではないと思います。

○富名腰先生



八浪先生がおっしゃったことに尽きると思います。施設はそれなりに増えるかもしれませんが、流れとしては在宅でどうかしようと、その環境をどう整えていくか

だと思います。私は小児科専門で実際に関わっていませんが、同僚の内科の医者はグループを組んで24時間対応できるように体制を整えています。選択肢は広がっていくと思います。



○玉井理事

家族力という問題があります。在宅でも今は看取りに関わる家族は少なく、昔は大家族で一人の人を見送っていましたが、今は核家族で見送っています。その状況はひとり一人に対する負担が非常に大きいです。在宅で看とるのは家族が非常に疲弊しやすい、そこを十分納得して頂いて、誰と誰が組むかを話しておかないと、家で送ることは大変ということをお話しておかないとなかなか増えていかないと思います。

○八浪先生

在宅が理想ですが、マスコミとの懇談会ということでもありますので、どうやったら介護休暇を取りやすくなるのかとか、どうしたら訪問看護が来てくれて家族が安心して家で診てくれるのか等、考えて頂ければと思います。家族は恐いんですが、実は環境さえ整えば結構できるんです。でも環境が整っていなかったり、家族2人だったらできたかもしれないけど、1人だからできないとか、それが理由でもう一捻りあればできたけど、というのが問題の一つだと思います。

○玉井理事

麻薬という言葉が出てきましたが、今は飲み薬もあるし坐薬もあるし貼り薬もあります。例えば口から食べられない状況でも貼り薬で麻薬を使って痛みを緩和することが出来ます。緩和ケアというのはツールが豊富に使えます。我々も緩和ケアに関してのレクチャーを受けますが、苦しみをとるツールが増えてきました。ただ問題はその前に家族でよく死について議論をしていない場合が多いことです。それで急に起こるとビックリして救急車を呼んでしまう。本人は何もしないでほしいと言っても、家族が救急車を呼べば救急車で運ばれてそこで心肺蘇生をして挿管をします。場合によってはICUに入ります。酷いのはそれから検死になってしまうこともあります。家族で話し合っておかないと本人の意思が尊重できない。死ぬという事について話し合う事はタブーではないです。そのことについてフラクに話しあう事は健全なことです。

○徳氏 (タイムス住宅新聞社ほーむぷらざ)

儀間さんの先ほどの看取りの話で、病状の変化や説明を細かくしていると、患者もご家族も気持ちがついていきやすいのかなと思います。患者さんと看とる側の看護師の方々の意識のズレが大きいというのが印象的でした。専門家との意識のズレを解消していくのはどのようにコミュニケーションをとっていったらいいのでしょうか。

○儀間氏

やはり自分の死に対することをご家族と話し合っていくことは大切だと思います。自分が元気な時はいいと思いますが、だんだんトイレができなくなって人の手を借りる段階になると、家族も本人も最初の考えとは違ってきます。その都度の本人、ご家族、医療者との話し合いが大事になってきます。例えば輸血一つにしても、適切な時期であれば呼吸苦が軽減したり、色々な動作ができるようになることもあります。それを超えると逆に心臓に負担がかかって障害が出てしまうこともあります。先ほどおっしゃったように信頼関係が鍵になってくるので、日々の関わりが大切で、率直に先生方に聞いていいと思います。聞き辛いと思っても先生方もどんなことを心配しているのか理解したいと思っているので、自分たちで勇気をもって聞くことも大事だと思います。

○玉井理事

全てが穏やかな死を迎えていることはないと思います。病氣と闘って疲れ果てて敗れ去ったという落ち込みの中で亡くなった方もいらっしゃるということも事実です。なかなか現実には難しいところがあります。

○照屋氏 (琉球放送)



受け入れることができなくて、最後まで苦しい思いをして死を迎える人もいれば、すんなりと受け入れて前向きに穏やかに死を迎える人もいます。

その過程はいろいろあると思いますが、最終

的に何が分かれ目になっているのか、受け入れた方はなぜ前向きに受け入れられたのか。それは経験からどのように感じますか。

○八浪先生

一番難しい質問です。必ずしも最後まで受け入れられずに闘った方が間違っているという事ではないと思います。受け入れて治療して下さることをもちろん理想としておりますが、そうじゃない生き方もあると思いますし、それを受け入れないといけないというのは私たちの驕りと思っております。

見極めよりもその方の本心かどうかが大事じゃないかと思えます。本当は受け入れたいけど受け入れられないのか。その方が最後の最後まで闘っていききたいのか。その方に受け入れなさいというアプローチは間違っていて、頑張りたけれど辛いよねという声のかけ方が必要な時もあるので、どちらが正しいというよりもその方の性格を見極められればと考えております。

○玉井理事

日頃から死について話し合っているか、それが大きいと思います。死ぬということ生きるという事、日頃から子供たち、孫たちと話し合う、そういう死生観をしっかりと持っている方は元気なうちに言葉を残していく。家族に残していく使命感があります。最後の大事な仕事という風に言うこともあります。

○出口先生



オリブ山病院もアドベンチスト・メディカル・センターの両施設とも、キリスト教関係の病院ですね。元々国内でのホスピス病棟は淀川キリスト教病院が始めと

聞いていますので、少し宗教的な背景もあるようなイメージを持っています。今日の話の中で信仰という言葉が出ていましたが、一般に信仰心がしっかりしている方とか強い方と、それが全くない方との受容の仕方で違いがありますか。

○儀間氏

患者さんは信仰を持っていても、もってなくてもあまり変わらないという印象をもっています。ですが牧師が関わることによって罪の意識が消えたり、死の恐怖から解放されたり、心が和んだりする方は多いと思います。

○八浪先生

私も同意見です。ただ、無宗教も宗教心の一つだと思えますので、アプローチの仕方が違うということであって、宗教があるから強いとか弱いとかではないと思います。

○富名腰先生

徳さんの質問で、医療者との信頼関係ですが、非常に難しいことです。今患者さんは権利意識が強くなってきてはいますがそれをもっと持っていていいと思います。今の時間は私との時間だから、全て私に情報なり治療なりしてくださいと言って頂きたい。実際はそういう意識を持っている人でも、お医者さんや看護師さんに言えない現状があります。

また、日頃からかかりつけの医者をもつこと。大病院志向の反省や弊害も出てきています。何でも相談できる場所、特にお年寄りだったら、パッと行っておしゃべりして帰ってくるでもいいと思っています。日本は医師が過剰と言われていますが、僕自身は足りないと思います。語弊があるかもしれませんが、もっと暇なクリニックがあってもいいのかなと思います。経済的な問題もあってなかなかうまくいきませんが、話を聞いているだけでも医者が飯をくっつけられるような世の中になれば患者さんも気軽にできるのかなと思います。そこを少し啓発して頂ければと思います。

○玉井理事

それでは、時間となりましたので、これで会を閉じさせていただきます。皆様、どうもありがとうございました。