『看取る』ということ

―最期の思いを大切に―

この記事は、平成30年10月13日に開催された「第40回大阪の医療と福祉を考える公開討論会」の模様をまとめたものです。

上田崇順・毎日放送アナウンサー

茂松茂人・大阪府医師会長

○司会（上田崇順・毎日放送アナウンサー）

皆様、こんにちは。「第40回大阪の医療と福祉を考える公開討論会」にご来場いただき、誠にありがとうございます。この公開討論会は、大阪府医師会の主催、毎日新聞社・毎日放送・大阪府地域医療推進協議会の後援で開催いたします。

日本では、2025年に団塊の世代の皆さんがすべて75歳以上になり、高齢者数がピークに達するのが2042年と予測されています。より良い最期を迎えるため、どう向き合っていけばいいのか――本日の討論会は、人生の最期を意識するテーマになっています。思いを伝えることができるうちから、人生の最終段階をどのように過ごしていくのか考え、家族や身近な人、医療チームの方と話し合って意思を共有しておくことが大切です。今回は、選択肢のひとつとして「病院での看取り」の現状を交え、じっくりと人生の最終段階における過ごし方を考えてまいります。公開討論会に先立ち、主催者の大阪府医師会長の茂松茂人よりごあいさつを申し上げます。

○茂松　「大阪の医療と福祉を考える公開討論会」は昭和56年に始まり、今回で第40回を迎えることになりました。開催にあたり、ごあいさつを申し上げます。

我が国では、少子化による人口減少が進む一方、高齢者数は今後も増えていくと予測されています。住み慣れた地域で安心・安全に暮らしていける社会を目指し、国は「地域包括ケアシステム」を推進していますが、本当に地域で支えていけるのか、すべての人がこの恩恵にあずかることができるのか、なかなか難しい側面もあります。一人ひとりがどのような最期を迎えたいか、しっかりと考えていく必要があると考えています。我々としましては、患者さんを治し、社会復帰していただくことを目標に頑張っていますが、「いかに患者さんに寄り添い、尊厳ある最期を迎えていただくか」ということも、大きな役割になってきています。

９月15日に俳優の樹木希林さんが亡くなられました。様々な作品に出演された一方、がんの転移を公表され、「生き方だけではな

く、死に方をちゃんと見せていきたい」と語られました。人生の最終段階をどのように過ごしたいのか、ご家族や親しい方とも十分に話され、その意思を医療関係者らと共有しておくことはとても大切です。国の調査によると、「人生の最終段階における医療」について、「考えたことはある」との回答が多いものの、実際に詳しく話し合った方は少ないようです。かかりつけ医を受診する中でそういうお話も少しずつ交えながら、自分の人生を見つめてみてはいかがでしょうか。また、「最期を迎えたい場所」は自宅が多かったのですが、要介護度が高く、認知症になったと仮定した場合には、病院や施設などを希望される傾向があるようです。今回は、病院での看取り事例から、「人生の最終段階の過ごし方」を、ともに考えてまいります。すぐに結論が出るものではありませんが、この機会に考え、話し合っていただければ幸いです。今後も医師会では、府民の皆様が住み慣れた地域で健康に、安全・安心に暮らせるように努めてまいります。本日の討論が有意義なものとなることを期待し、私のあいさつとさせていただきます。

○司会　　はじめに、大阪府医師会理事の阪本栄さんに伺います。高齢者数の増加が指摘されていますが、社会的な問題として捉えていくべきでしょうか。

人生の最終段階を自分らしく過ごす

○阪本　　平成30年度版「高齢社会白書」によると、29年10月１日時点で日本の人口は１億2,671万人、そのうち65歳以上の方は3,515

阪本栄・府医理事

万人です。約４人に１人が高齢者ということになります。人口は少子化の影響で徐々に減少しますが、高齢化率は伸び、47年後の2065年には2.6人に１人が65歳以上になると予想されています。これまでは口に出して話すことは難しかったのですが、「どのように最期を迎えたいのか」といった話題も大切になってきます。多死社会を迎え、人生の最終段階を自分らしく過ごすため、一人ひとりが考えておくことが必要です。大事なことは亡くなるまでの過程であり、自分の信念や大切にしている思いをしっかりと伝え、家族や医師、医療関係者がともに理解することが重要です。

今回は、人生の晩年を病院で過ごすことについて、多くの看取りを経験されている新仁会病院・鹿島洋一先生にお話をいただき、意見交換したいと考えております。

○司会　　鹿島さんには看取りの経験を交えてお話をいただきます。命の大切さを学ぶ機会として、じっくりと皆様に聞いていただきたいと思います。古川圭子・毎日放送アナウ

ンサーもパネリストとして参加いたします。

古川圭子・毎日放送アナウンサー

○古川　　４年前、父を肺がんで亡くしました。76歳で、自宅で亡くなりました。母と私と妹の３人で父を見送った経験がありますので、今日は家族の立場でここに座っています。その経験を交えてお話ししていこうと思います。よろしくお願いいたします。

鹿島先生の病院には、ご高齢の方が多く入院されているのでしょうか。

地域包括ケアシステムの推進

○鹿島　　急性期病院に入院された患者さんの多くは、約２週間で退院されます。ほとんどの方は家に帰られますが、家に帰ることが難しい――特に高齢者で身体能力が落ち、更にまだ医療が必要な方々を当院で受け入れています。170床の小さな病院ですが、亡くなる方は去年１年間で約120名、５年前と比べると２倍になりました。また、在宅に戻られる方も２倍になりました。日本は病院で亡くなる方がまだ多く、年間死亡者数の約75％の方が該当しています。

鹿島洋一・新仁会病院長

○古川　　「最期は自宅がいい」という意見は多いと思いますが。

○鹿島　　「地域包括ケアシステム」によって、「できるだけ自宅等で最期を迎えたい」という方々の希望がかなう状況に少しずつなってきています。しかし、自宅で亡くなりたいと思っても、なかなか「亡くなりにくい」といいますか、ご家族に迷惑をかけられないなど、様々な事情をお持ちのようです。戦後直後までの方々は、家で生まれて、家で最期を迎えられる方が多かったですね。

○古川　　高齢者の数が増加しても、病院がそれほど増えると思えません。「できれば自宅で」との希望をかなえた方が全体としてうまくいくのでは、という考えからでしょうか。

○鹿島　　国の政策的なこともあり、病院のベッド数は少しずつ減っています。かつては「救急難民」と呼ばれる、救急患者の受け入れが難しいケースがありましたが、少しずつ

解決されてきました。その後、「介護難民」という言葉が出てきましたが、これも介護施設が整備され、改善傾向にあります。しかし、今後、「老老介護」や独居の高齢者の方がますます増加し、「看取り」が難しくなっていきます。国が一番恐れているのは、いわゆる「看取り難民」です。このことから、地域包括ケアシステムによって、住み慣れたまち、住み慣れた場所で自分らしく最期を迎えるための取り組みが進められています。

○古川　父が家に帰ってきた時、「素人だけではとてもできない」と思い、ケアマネジャーに相談しました。また、ほぼ1日おきに看護師、医師が来てくださったほか、介護スタッフに入浴サービスなどをお願いしました。

○鹿島　高齢者の方々を地域で見ていこうと思った場合、医療と介護が連携し合うことが大切です。患者さんの一番身近にいる多職種の方々との関係が重要になります。

○古川　そういうシステムがなければ、逆に在宅は難しいですね。

○鹿島　高齢者はますます増え、医療・介護を必要とされる方は増加しますが、そのサービスの担い手は十分とは言えません。「地域包括ケアシステム」をより丁寧に言うとすれば、「地域包括ケアネットワーク」です。近所や知り合いの方などとのネットワークも大切にしていただき、自分が望む場所で最期を迎えていただきたいと思います。

「最期は自宅で」本人と家族の思い

○司会　では、ご自宅で最期を迎えることが難しい状況というのはありますか。

○鹿島　認知症の後期では、ご自宅で診ることはなかなか難しいですね。また、独居の方はコストも手間もかかります。私が在宅で診ている患者さんの中にも、ご高齢で介護度の高い方がおられます。強いご意思をお持ちの方は何とかできるでしょうが、自分で判断ができない方の場合は難しいかもしれません。また、エレベーターがないマンションにお住まいで、ご自身で動けない方は難しいと思われますが、不可能ではありません。以前に比べて、ネットワークがかなり構築されてきました。在宅医療に多く携わる医師によると、「診ようと思えばできる」とのことです。しかし、課題がいくつか重なると、在宅では難しいようです。

○古川　我が家の場合は、事前に父と話し合っていたわけではありませんでした。入院中、「一度、家に帰りたい」と父が繰り返し言うので、いったん戻った時に「何となく家の方がいいかな」ということになったのです。しかし、面倒を見る家族としては、医療のことは全く分かりませんので、正直なところ、「できれば病院に戻ってほしい」とずっと思っていました。母や妹とも、「外泊で家に帰るのはいいけど、ずっと家にいるのは無理だよね」と話していました。しかし、父に告げることもできず、家族間の話し合いも、「いよいよ」という段階になってくるとかなり難しいと感じました。元気なうちに、もう少しその辺りをきちんと話せばよかったのですが、なかなかそのような話にはならず、家族の思いと本人の思いとの間で本当に色々大変でした。

「死に目に会う」ことは難しい

○司会　　では、**事例１**を取り上げます。急に亡くなったので、ご家族の方が死に目に会えず、随分と動揺があったというケースです。

○鹿島　　**事例１**の状態で当院に入院される方は多いです。入院後、何とか口から食べられるようになりました。脳梗塞の場合、最初は口から食べられないことがあります。ある程度訓練すれば可能になりますが、ご高齢のため徐々に身体能力が低下していきます。胃瘻は希望されませんでしたので、口から食べていただき、前日まで入浴もされましたが、翌日の明け方に亡くなりました。だんだん状態が悪くなりますので、ご家族もある程度覚悟はできていらっしゃいました。しかし、それがいつになるかは分かりません。この方の場合は、それが急に訪れたケースです。ご家族には十分説明はしていましたが、いつ亡くなるかは分からないものですから、死に目に会えなかったことでお叱りを受けました。

病院にいますと、いつもお見えになるご家族で、死に目に会えない方は結構多いと感じます。ご家族が、「先生、何で私が（死に目に）会えなかったの」と涙ぐまれると、私は「あなたがいると、お母さんはあの世に行けないんだよ」と言います。毎日ずっとお見舞いに来られるご家族の思いが、患者さんには伝わるのでしょうね。しかし、あまり来られない方は臨終に間に合うことが多く、不思議に感じています。この事例では、ご家族に対して、「こういうケースでは、ある時、急激に体調が変化します」と、もう少し丁寧に話しておくべきだったと思います。

○古川　　私も仕事が忙しいため、訪問してくださる医師に、「すみません、あとどれぐらいですか。今日は仕事に行っていいですか。来週の出張は大丈夫ですか」と、そればかり尋ねていました。「死に目に会う」という話がありましたが、ドラマなどで臨終の時に心電図モニターが「ピッ、ピー、ピー」となる瞬間を家族が見届けなければいけない――それが家族の務めというか、その場に居たい気持ちがあることでしょう。私もそうでした。「最期の瞬間は仕事も休み、そばにいなければ」と思っていました。しかし、それがいつ来るか分かりませんし、家には心電図モニターがありませんから、数値の確認もできません。しかし、家族としては、最期の瞬間に立ち会いたいという気持ちがすごく強いと思います。先生はどうお感じになります

事例１

94歳　女性
脳梗塞で救急病院入院後、当院へ転院。入院期間８カ月。経口摂取は難しく、経管栄養を実施。

本人の思い：認知症のため、意思決定はできない
家族の思い：自宅での介護は難しく、入院を希望
　　最期まで口から食べさせたい

入院経過および家族の対応

入院当時は十分な経口摂取はできず、朝と昼からの経管栄養で、昼のみミキサー食を食べていた。

- ●２カ月後、３食とも経口摂取が可能となる。
- ●４カ月後、徐々に経口摂取が困難に。胃瘻は希望されず、経口摂取を続ける。
- ●２カ月後、前日まで経口摂取ができていたが、明け方に死亡

だんだんと状態が悪くなり、家族も覚悟はできていたが、突然の他界に、少なからず動揺が見られた。

か。

○鹿島　最近では、「本人を苦しませることはさせたくない」というご家族の理解が増えてきました。ここ数年、私自身は延命のために挿管も心臓マッサージもほとんどしたことがありません。まず、入院時に、どのような経過が予想されるかご家族に説明いたします。医師やご家族だけではなく、看護師、栄養士、薬剤師など多職種で集まり、みんなで話し合って今後の方針を決めています。また、気持ちの変化に沿った対応が行われるようになりましたので、以前よりは「自然な死に方」が増えたように思います。

本人の意思を尊重

○司会　続いて、**事例２**を取り上げます。

○鹿島　結果的にご本人の意思を尊重できたケースです。在宅では難しいケースですが、ご本人は家で最期を迎えたいとの希望をお持ちでした。まず、ご長男を説得し、緊急時にすぐに対応できるよう、訪問看護と連携し、「外泊」という形にしました。家に帰られた翌々日の朝、気がついたらお母さんが息を引き取っていらっしゃったそうです。最期を家で過ごすことができて、ご家族の方も満足されておられました。

○古川　我が家の場合も、父には伝えず、病院との間で「容態が変わればすぐに戻す」と話していました。在宅で見ているうちに母の気持ちに変化が生じました。母は「何とか頑張れそうやから、最期まで家にいさせてあげたい」と言いましたが、娘２人は在宅医療に不安があり、家族の間でも意見が一致しないところもありました。「いよいよ」となった時——結果的には、亡くなる約１週間前に家族で腹をくくったという感じです。

亡くなった当日、私は東京への出張が決まっていました。朝の様子を聞くと、「受け答えもするし、リンゴのすり下ろしも食べたし、大丈夫と思うよ」とのことで、私は東京に向かいました。亡くなったのは夕刻で、母と妹は家事の最中でした。食事ができたので父を見に行くと、息をしていない様子だったそうです。慌ててかかりつけ医の先生に連絡し、すぐに来ていただき、死亡が確認されました。本当に静かに、いつの間にか息をしておらず、最期に苦しんだ様子もありませんでした。これもドラマの影響でしょうか、「虫の知らせ」があるのではないかと思っていましたが、そうしたこともなかったです。家族は私がラジオの仕事をしているのを知っていたため、すぐには連絡をしませんでした。仕事がようやく終わり、家に電話をすると、

事例２

85歳　女性
膀胱がん・子宮がんなどで要介護５。入院期間２カ月。腎盂バルーン、人工肛門処置を実施。

本人の思い：最期は自宅で迎えたい
家族の思い：自宅での介護は難しく、入院を希望
　　急変時は病院の意向に従いたい

入院経過および家族の対応

急性期病院から転院されてきたが、徐々に元気がなくなってきていた。

●２カ月後、本人が「一度家に帰りたい」と希望。家族と話し合い、「自宅に帰る最後のチャンス」と説明し、訪問看護と連携して外泊許可を出す。
●外泊中に自宅で亡くなる。

在宅医療は困難であったが、結果として患者の意思を尊重することができ、家族も満足されていた。

「いや、実はね…」という感じでした。

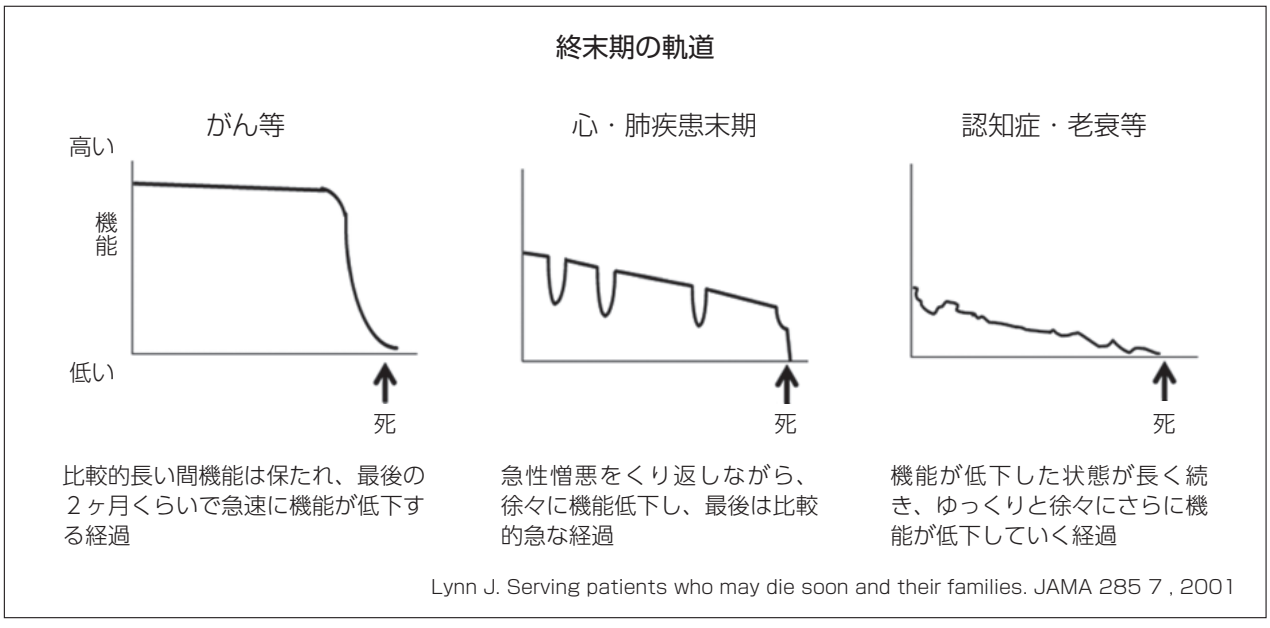
私が想像していた「父が亡くなる１日」と、実体験したのとは本当に違っていました。しかし、家族全員、それぞれが思っていたことを全うできたと言いますか、父の希望にも添えたし、母の気持ちも全うできた、非常に穏やかな１日でした。事前に話し合ったわけではないのですが、結果的にそうした最期を迎えました。

終末期の軌道

○鹿島　高齢者の終末期の軌道をご覧ください（**図１**）。まず、がんの場合は、ある程度まで比較的長い間、機能が保たれますが、亡くなる２カ月位で急速に状態が悪化する経過をたどり、最期は急に容態が変化します。ご家族は、「つい先日まで元気だったのに」と思われるでしょうが、それが普通とも言えます。心・肺疾患の末期では、いったん悪くなっても治療すれば戻ります。しかし、これを繰り返しながらだんだん機能が低下し、そして、最期は比較的急な経過をたどります。認知症・老衰のケースは、機能低下の状態が長く続きます。ゆっくりと徐々に低下しますので、いつが最終段階なのか分かりません。最期がいつか分からないため、在宅での介護が大変になります。がんの患者さんは、基本的には家で過ごされ、容態によって病院に戻るといった選択肢が考えられます。ただし、高齢者の方は、がんと認知症など、複数の疾患をお持ちの方が多く、先程お話ししました３つの終末期の軌道は、ケース・バイ・ケースでしょうね。

○古川　父が家で過ごした最期の期間は約１カ月でしたので、まだ、家族も無理がきく範囲でした。母は夜中に何回も起こされ、十分な睡眠がとれませんでしたが、これがもう少し続くとしんどかったと思います。やはり、事前にどれだけ家族と話し合いをする

図１



か、自分の気持ちを伝えておくかは大切ですね。

○鹿島　地域包括ケアシステムには５つの構成要素があります（**図２**）。植木鉢の絵をご覧ください。３枚の葉が「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」、その下の土が「生活支援・福祉サービス」、植木鉢が「すまいとすまい方」ですね。最も大切なことは、最期の場所をどこで迎えたいかです。植木鉢の下にお皿があり、ここに「本人・家族の選択と心構え」と書かれています。しかし、2016年からこの表記が「本人の選択と本人・家族の心構え」に変わりました。心構えとしては本人と家族ですが、本人の意思を一番に尊重する形で国が進めています。

「してほしいこと、してほしくないこと」を伝える

○古川　確かに家族がいると、なかなか本音が言えないものです。誰の意見にも左右されず、自分の思いをまず考えてみることが大事です。皆様にも、そのことを覚えておいていただきたいと思います。父が元気な頃、お墓の話はしましたが、病気に関する話はしないまま、先に病気が見つかりました。きちんと聞いておけばよかったと思っています。また、家族の中でも、「子どもには言いやすい」とか「奥さんには気をつかう」といったことがありますよね。病気が進行し、父に覚悟ができてくると、母に対する態度と私とでは違いました。私と二人きりの時には、父は

図２

地域包括ケアシステムの５つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「５つの構成要素」

「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

- 単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

私に本音を語ったり、また、通帳などの管理を指示したりしていました。それぞれの考えをしっかり事前に話し合っておくことが大切です。

○鹿島　今で言う「終活」ですね。微妙な話題なので、面と向かって「お父さん、どこで最期を迎えたい？」と言いにくいものです。意思がしっかりしている時はご自身で決めればいいのですが、実際の現場では患者さんの意思を確認できないことが多いです。どういう医療を受けたいか、「してほしいこと、してほしくないこと」を、自分の一番信頼される方に話しておくといいと思います。

○司会　ご家族もできるだけ「本人の意思を尊重したい」と考えるでしょうが、覚悟が要ることも少なくありません。ご本人が希望されても、ご家族としてはやりたいようにやらせてほしい部分も出てくるでしょう。また、タイミングによって考え方は変わってくるかもしれません。阪本さん、最期を家族とどのように話し合っていけばいいのか、これに関する新しい取り組み方、考え方があるそうですね。

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは

○阪本　人間には寿命があり、いつ人生の最期を迎えるかは誰にも分かりません。ただ、「尊厳のある亡くなり方」が非常に大事です。このため、私ども医療側や介護者、ご家族が患者さんのお気持ちを理解し、「どのような医療・介護を受けたいのか」を共有しておくことが重要です。ところで、ACPという言葉をご存じでしょうか。本日の議論で出てまいりましたが、かかりつけ医・主治医を中心に、看護師、ケアマネジャーなど多職種とご家族が、「人生の最期を迎えたいのか」「どのような医療・介護を受けたいのか」について、日頃から聞いたり、話し合ったりすることで、ご本人の希望に添って対応していく――そのプロセスのことです。あくまでも、患者さんに尊厳ある死を迎えていただくためのプロセス、あるいは考え方とご理解いただければと思います。このためには、日頃から関係者がご本人を中心に話し合いを行うことが大事です。ただし、考え方が大きく変わることもありますから、話し合いを繰り返し、意思決定を支援していくことが求められます。

○司会　「そうした話は、少し早いのではないか」と誰かが言い出すかもしれません。

○阪本　例えば、身近な方が病気をされたり、亡くなったりしたことが、ご家族と話し合うきっかけになると聞いています。

○古川　会場の皆様への配布資料に、日本医師会が作成したパンフレットを同封しています。また、厚生労働省のホームページには、「もしものときのために」というタイトルでリーフレットが掲載されています。「命の危険が迫った状態になると、約70％の方が、医療やケアを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています」と書かれています。ご家族もしくは自分で考えてみることが大事ですね。

○司会　私達が思うより、早めに考えなければならないことかもしれないですね。

○阪本　「このような医療・介護は絶対受

けたくない」「最期はどうしても自宅がいい」「家族に迷惑がかかるから施設を考えたい」といったことのほか、延命を希望されるか、できるだけ苦痛のない治療を受けたいのかなど、患者さんのお考えは個々あります。ご本人の尊厳を大切に、周りの方が理解し、医療者側も意思を共有できればと思っています。

質疑応答

○会場　ACPや本人の意思確認の重要性は理解しており、意思がはっきりしている間にやっておくことであると思います。一方、認知症が進行した場合など確認が難しい場合、その辺りを担保する手段として、具体的にどのようなものがありますか。

○鹿島　基本的に入院する場合に、ご本人やご家族の思いについて話し合い、それを記録します。ACPでは必ず記録します。記録した後でも気持ちは変化しますから、話し合いを行う度に記録します。本人の意思確認が難しい場合は、家族などがご本人の思いを推測し、チームで話し合います。この場合、「どのような人だったか」「ご本人がどのような人生観を持っていたか」――などによって、治療に対する希望を推測するプロセスがあります。今後、大事になってくるかと思います。

○阪本　ACPは法制化されたものではなく、本人の尊厳を大事にすることが目的です。ACPの啓発は必要だと思いますが、ご本人あるいはご家族の気持ちに負担がかかることがあるかもしれませんので、ケースにおいて対応は考えないといけません。できるだけご本人の意思を共有し、尊厳ある人生を過ごしていただくことが大切です。

○会場　府内の開業医です。在宅医療で、私は積極的にACPに取り組んでいますが、これまで拒否された方はいらっしゃいません。人間関係が構築されていればスムーズにいきますので、それができていれば、やるべ

きだと思っています。記録の残し方では、スマートフォンで動画と音声を撮影し、活用すればいいのではないでしょうか。いつ、どのような表情や雰囲気で、どのようなことを言ったかが残っていれば、後でメモして文字化すればいいと思います。

最後に

○司会　最後に、本日の感想をひと言ずついただきたいと思います。

○鹿島　今日私が皆様に一番伝えたかったことは、最後の準備をちゃんとしておくことです。「自分はどこで最期を迎えたいのか」「してほしい医療、してほしくない医療」「自分で意思決定ができなくなった時に、相談する相手を決めておく」――この３つです。これを決めておけば、ご家族の負担もなくなり、話し合いのプロセスによって、患者さんも満足度が高まり、ご家族の方も満足度が高まります。

○古川　厚労省「29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査」によると、人生の最終段階における医療・療養に関し、これまで考えたことがある割合は、一般国民で６割以上でした。しかし、詳しく話し合った人は数パーセントに過ぎません。また、話し合ったことがある人のきっかけを問うと、身近な人が亡くなった時という回答が最も多く、次いで、自分が命にかかわる病気をした時だったそうです。そして、３番目の理由がメディアだそうです。公開討論会を通じ、ご家族と話していただけたら、意味のあるものになると思います。今回、私は父の死に触れましたが、これまで家族以外には全く話していませんでした。体験としてあまりにも重く、率先してお話しすることでもないかなと考えていましたが、聞かれた方に何か響くものがあればと思っています。全員に必ず訪れることですので、自分や家族の最期について、ぜひゆっくりお話しされてはいかがでしょうか。

○阪本　どういう医療を受けたいのかは、当然、ご本人に関することですが、亡くなられた後、ご家族の方が「これで良かったのか」と結構悩まれます。しかし、これは亡くなった方の本意でもありません。ご本人のためにもご家族のため、「これで良かった」と納得できるよう、やはり話し合っていただきたいと思います。それから、先程、ACPに関し、非常に満足度が高いとのお話がございました。あくまでも自然な形で、ご本人、ご家族の心の負担にならないように上手にやっていくことが大事です。

最後にお願いしたいのは、「かかりつけ医をお持ちいただきたい」ということです。かかりつけ医は病気だけを診ているのではなく、患者さんの価値観や生活の背景、人生なども見ています。長く付き合っていれば、患者さんがどのような医療・介護を望んでいるかも分かってきます。かかりつけ医をお持ちいただくことが、ひいてはACPにつながっていくと考えます。本日のお話をきっかけに、ご自分あるいはご家族の医療・介護について、あくまでも前向きに話し合っていただきたいと思います。

（文責：広報委員会）

レポート

今年度の公開討論会では、毎日放送アナウンサーの上田崇順さんの司会の下、新仁会病院院長の鹿島洋一先生、毎日放送アナウンサーの古川圭子さん、大阪府医師会理事の阪本栄先生の三方が、看取りについて討論されました。

古川さんは、ご自身のご尊父様を自宅で看取った経験をお話されました。最初は一時退院のつもりだったのが、ご本人が在宅を希望され、ケアマネジャーに相談し、医師や看護師、ヘルパーの方々に訪問してもらい、最期は「あれ、息をしていないみたい」というような自然な形で亡くなられたそうです。

鹿島先生は、終末期の三つの軌道についてお話されました。一つ目はがんなどに多く、比較的長く機能が保たれ、亡くなる二カ月程前に急速に機能が低下するケース。二つ目は心臓や肺の疾患の方に多く、状態の悪化と回復を繰り返しながら徐々に弱っていき、最期は急速に衰えて亡くなられるケース。三つ目は認知症や老衰の方に多く、機能が最期までゆっくり低下してそのまま亡くなられるケース。いずれにせよ、どこで最期を迎えたいか、こんな医療をして欲しい、逆にして欲しくない医療は何か、また意志を決定できなくなった時誰に託したいかを、本人が身近な人達と話してもらい、最期の準備をすることの重要性を強調されました。

阪本先生は、終末期に本人の考えが尊重されやすくするには、普段からかかりつけ医を持つことが大切だとお話しされました。

超高齢化社会はすぐそこに来ています。日本で戦乱や天災以外の理由でこれだけ多くの人々が同じ時代に亡くなっていく例は過去になかったと思われます。その時一体どうなるのか、まだ誰にも分かりません。

国の主導で在宅医療への転換が進められています。古川さんのように看取ってくれる家族がいる方は幸せだと思います。しかし何らかの事情で看取る人がいない方も大勢おられます。国は地域で協力しあって何とかするように言います。責任の丸投げといった印象も払拭出来ませんが、臨床の場において、私達臨床医に既に突きつけられる課題でもあります。否応なしに取り組まなくてはいけない事例に、一人ひとりの医師が出来ることはある程度限られています。これからどうするか。少しでもこの国に住む人々が安らかに過ごせるように、私達医師会員が考え、皆さんが知恵を出し合って全体の大枠を形作るのが、医師会の責務ではないか。私は今回の討論会を聞いてこのように思いました。

広報委員会副委員長　　堀井　孝容