

質 疑 応 答

【座長】 それぞれの先生にお返事をいただきたいことを振り分けまして、杉山先生、扶蘇先生、濱戸先生の順で質問にお答えいただきたいと思います。

【杉山】 1つ目は質問ではないんですが、ちょっと私が知らなくて教えていただいたんですが、今まではホスピスは化学療法ができないらしいのですが、ホスピスに入院している方が、ほかの外来に行つて化学療法を受けることはできるそうです。その場合は、ホスピスの入院点数が減額査定になると、ホスピス自体は儲からないけど、患者さんがしたいと言つたらできますということを教えていただきました。

あと、少し誤解を生んだかもしれませんが、ファーストコールの点です。看護師が取ることには抵抗あるかということ、それが絶対「悪」だとは考えていません。患者さんや家族が看護師に聞いてほしいからかけてくるわけで、看護師が取れば、それは看護師への悩みとして聞いてあげればよいと思います。医師がファーストコールであるべきだというのは症状です。急に痛がつているとか、急に吐いたとか、そういうことはやはり医師が対応して、何で痛がつているのか、何で吐いているのか、どうやってそれを取るのかということをしてあげるべきだと思います。それを看護師に見に行かせて、「先生、こうです」、「ならば、適当にナウゼリンを入れておいて」というようなことはやってはいけないのではないかとということで、看護師の役割は看護の役割で大切なことがたくさんあると思います。それを否定しているわけではありません。

質問ですが、「質のいい看護師の確保はどうしたらよいでしょうか」と。私もこの点については、最初に立ち上げたとき、私1人ともう1人医師がいて、看護師はなしで始めました。訪問看護ステーションに看護師さんをお願いしてやっていたんですが、質はバラバラです。1つの訪問看護ステーションにいい看護師さんもおられるし、そうでない方もおられる。そんな中でうちの看護師が欲しいな、募集しようかと思つたんですが、それはグッとこらえました。というのは、生半可な覚悟で来てもらっても多分長続きしないだろうと。とにかく在宅ホスピスをやりたいという気持ちですごく熱い人でないといけな。では、どうしたらいいか。ホームページだけ作つておいて、それを見てそこに募集も何も書かずに置いておく。それで「募集がありますか」と言ってくるような人であればかなり熱意があるだろうと。「募集」も何も書いていないところに「雇ってください」と言うのはかなり勇気がいると思います。そのくらい質問して来られる方なら大丈夫だろう。いつかそういう人が来てくれるだろうとのんきに構えていたら、1人目、彼女が来ました。本当に宝物です。2人目、3人目も、そうやって、来ましたので、縁があればいい人が来るのではないかと考えています。「実際にどうやって確保したらいいか」と言われると、本当にいい人を求めようと思つたら、人の縁や運を大切に一生懸命仕事をして、必ず私のところにいい人が来ると信じてやることかなと思っています。あまり答えになっていませんが……。

「飲み会があつて行けないとき、もしも飲んでいたら」と。医師も看護師もみんなで一斉に飲んでるのはいけないと思います。そんなことはやっていません。うちはあまり飲み会はしませんが、1年に1回忘年会だけはやつていて、その際も一応飲まない人を決めています。私もお酒は大好きですが、現在1年間に飲んでもいいかなという3日から4日だけは飲んでます。そのときどうしても当たってしまったらほかの人に頼んでいますが、今までそういう運の悪いことはないです。ある程度患者さんを見ていたら、今日いよいよ亡くなるかも、症状が悪くなるかもというときには飲みませんので、あまり困つたことはないです。

「自宅で看取るシステムの中に、トレーニングされた訪問介護、ケアマネ」とありますが、訪問看護の場合、具体的にどうトレーニングされているかということですね。具体的には、まずがんという病気をよく知っていること。例えば、肺がんであればどういう症状が出てくるか。当然、呼吸困難、血痰・咯血とか。消化器がんであれば、イレウスや便秘になりやすい。そんなの当たり前だと思われるかもしれませんが、どういう進行をして、どういう症状が出て、どこに転移しやすいか、どこに転移したらどんな症状が出てくるか。それぞれをうちのナースに、「何か気になることがあつたら自己判断で採血はしてもいい」と言つてあるので、「ちょっと傾眠傾向が出てきていて、痛みが和らいだわけではないから、ひょっとしたらカルシウムの値が上がつているかもしれないので採血してみました」と、終末期によって骨転移がなくても悪性腫瘍によってカルシウム値が上がつてくることもあると教科書に書いてありま

すが、それをきちんと自分で判断して採血する。一例を挙げればそうですが、すべてががんにかかわる症状を自分で判断して、それをアセスメントできる。だから、がんという病気について知っておく。

それともう一つ、がんの治療についてです。今、私が推奨している、早期から抗がん剤、化学療法、放射線療法をやりながら緩和ケアをやっていく上で、この病院ではこの抗がん剤を使っているからどんな副作用が出てくるか、掻痒感が出てくるか。例えば、イレッサであれば皮膚症状、爪のところがはがれてきたり、口内炎がひどくなったり。それに対して口内炎のケアをする。それを患者さんが「なんでこんなに口内炎になるんですか」と言ったら「それはイレッサのせいだから心配ないです。それに対するケアをしていきましょう」と緩和ケア医も訪問看護師含めて、使っている薬に対する知識は持っていないといけない。あとは、そういう具体的な質問があったときに、家族に対してどういう声をかけていくかです。家族からの質問をいかに医師につないでいくか。ある程度経験を経た看護師さんはかなり知識を持っておられると思うので、言うてはいけないところまで説明してしまい、医師と齟齬を来してしまうこともあります。そうではなくて、大事なところは医師の口から言わせる。大事なことは医師に聞かせるように患者や家族を誘導するテクニック。そういうのもトレーニングのうちだと思います。

「患者さんが在宅ケアに踏み切れず迷い・不安が大きい場合、どういう対策がどこまで強調してあげられるか」。私のクリニックが年間200人以上の患者を持って、ある程度大きな規模でやってこられた一番の理由というのは、私が始めたときから終始一貫して病院の先生に会いに行き、こういうことをやっているのをお願いしますというプレゼンテーションをしてきました。それと同時に病院の先生方と一緒に勉強会をつくったり、とにかく一緒にご飯を食べたり、飲みに行ったりできる仲間になろうと。その上で顔を知っている先生から患者さんを紹介されたならば、やはりいいかげんな紹介はできない。逆にこちらから在宅で診ている患者さんを、「先生、もう入院させないといけないから、頼む」と言えば、向こうも仲間だったら嫌な顔せずきちんとしてくれる。そういう関係性を構築していくことを最初は一生懸命やっていました。今では、ほとんどの基幹病院、関連病院に準ずるような大きな病院の外科部長の先生などと携帯電話でやりとりできる間柄になっています。それが一番大事なので、それができれば、逆に病院側から、「在宅のあの先生はよく知っているから安心して行っておいで」という保証はできると思うんです。それがなければなかなか難しいかなと思います。あまり知らない先生のことを手放して保証もできないので、難しいかなと。だから、私が思うのは、京都でもっと在宅のネットワークということを考えていかれるのであれば、訪問看護、病院の先生、在宅、開業医の先生が、これからのこと、在宅のことを話し合う場をつくっていくと。

1つのモデルとして、「阪神ホームホスピス勉強会」というのが、神戸中心であってそのメンバーに入れてもらっているのですが、そこは、ご飯を食べながら特別講演の先生を呼んで、そこで話を聞く。特別講演だと話している間は質問できませんが、話している間でも「ちょっとわからないので、もう少し詳しく教えて」という感じでざっくばらんにする勉強会を年に3~4回やっておられます。かなりざっくばらんにいろいろなことを言えるし、そこに集まった先生たちは必然的に仲良くなります。そういう中で情報交換をしていく。そういうものをつくっていくべきだろうと思います。奈良でも、私がいくつかやっていて、奈良緩和ケアフォーラムというのを年に1回やっているのですが、そこでは大学病院とか基幹病院の先生から症例を挙げてもらって、それをみんなで検討する。一応私が奈良で在宅ホスピスをやっているの、緩和医療のワンポイントアドバイスみたいなミニレクチャーをやって、その後懇親会でいろいろと言ひ合うと。そうやってみんなが顔見知りになると、それぞれが責任を持った仕事をしていなければ仲間内に顔向けできないというふうになってくるので、それが一番かなと思います。保証云々を考える前に、地域のネットワークという意味では、人と人が顔見知りになって仲良くなる。とりあえずご飯を食べることから始めればいいのではないかと思います。

呼吸困難は、他の症状のように待てない非常に問題のある症状ですが、最近新しく言われているのは、オプソです。モルヒネ水薬なんかは呼吸困難を和らげるというエビデンスが出ているので、それを上手に使って、セデーションまではいかないけれども、二酸化炭素濃度、CO₂の閾値を少し上げて、呼吸回数を減らして、呼吸負荷を減らすということで結構多用しています。大体痛みでオピオイドを60ミリ使っている人であれば、1回のレスキューを10ミリであっても、大体その半分の量で効いています。それを息苦しいとき、あるいはトイレに行ったときに苦しいのであれば、トイレに行く前に飲んで、10分たってから行きなさいという指導をしていくと、ある程度はいけます。それでだめなときは、プラス、コンスタンとか即効性の抗不安薬も使います。それで、眠前、夜に呼吸苦が出て不安で眠れないという場合は、呼吸苦を軽減する、催眠剤ではないですがセルシンとかレンドルミンなども併用していきます。

ただ、眼前の催眠薬に関してはせん妄という危険性もあるので慎重に投与すべきだと思っています。まず在宅に帰ってきて早期にコントロールをつけることができます。呼吸苦が出てきそうと思ったら、医師も呼吸苦に一生懸命目を光らせて、ちょっと出てきたなと思ったら、「息は苦しくない？」と何度も聞いて、「苦しいかも」と少しでも言った時点で、「苦しいときはこんなのがあるよ」ということを提供していけば、呼吸苦で呼ばれてすぐに行けないときでも、ばたばたすることはないと思います。とりあえず、先手を打つということだと思います。

「ホスピスケア（ターミナルケア）には、①緩和ケア、②スピリチュアルケアスキルと2本の柱があると。ホスピス医の仕事として症状コントロール、心のケア、看取りのプロデュースと挙げられましたが、あとの2つは宗教家、僧侶が果たしていた役割でした。医療者はどの程度までその役割が果たせますか。あるいは医療の現場に宗教者が宗教活動をしないうという条件のもとに入ってくることは抵抗がありますか」。大変いい質問です。入ってきてほしいです。かくいう私の実家は、真言宗のお寺です。一応坊主の免許も持っています。僧侶の位の一番下を持っています。お経も読めますし、お葬式に行つて坊主の格好をしていたこともあります。最近はやっていませんが、患者さんの前では、「私はお寺の子で、お経も読めるよ」とは一切言いません。私はあくまで医療者として接するんですが、できれば今後、私が考えていることは、せつかく日本、特に京都・奈良はお寺がこれだけあって仏教の土地であるのに、ホスピスというのは海外のものです。チャプレンといたらキリスト教の神父さんなどそういうものばかりで、なぜ僧侶の中から、日本の古典仏教からはそういうのが出てこないのかなと。大手の旧仏教、浄土宗とか個別にいくつもお寺でそういうことをやっておられることはありますが、生前から毎月のお参りの中で少し生きるということ、死ぬということ、あの世とはという話をしていって、いざそういう病気になって在宅で診るは、医師ほど週に何回も来なくてもいいけど、2〜3週間に1回は来て、そういう話をして悩みを聞いてくれる役をしてくれたらいいなと思っています。

そういうことをやりたいなというお坊さんは多分いると思います。そこで問題になってくるのは、檀家制度です。だから、自分の檀家に対してそれを行うのは問題ないと思いますが、よその檀家に知らない坊主が勧誘に来ていられると、なかなか踏み出せないと言っておられるのが事実です。私の周りのお寺さんからそういう話があがっています。でも、ぜひやってほしいです。どんな形でやってもらったらいいかなということは、私も模索しているところです。以上です。

〔座長〕 ありがとうございます。それでは、扶蘇先生にご質問が出ておりますので、よろしく願いいたします。

〔扶蘇〕 まず1点目、「口内炎の改善がどのように伝授されたのか」という質問にお答えしたいと思います。私どもは、クリニックの看護師としてお薬を使うのは、訪問看護ステーションと比較してかなり容易なので、その辺でもクリニックが訪問看護師を抱えているメリットだと思います。まず口内炎のケアとしては、清潔と保湿と、機械的刺激、化学的な刺激を避けるということが、ひとまずケアの柱になると思います。私も以前から、口腔ケアはやってはいたんですが、今ほどやっていたので結構、舌苔などができておられる方が多かったので申しわけないなと思うんですが……。まず清潔については、イソジンで洗うことは今のところは禁忌と言われてますし、イソジン以外の方法で、例えば歯ブラシ、舌をこするような歯ブラシを使ってまず清潔にすること。普通のお水でうがいをしたり、緑茶にも抗菌作用がありますので緑茶などでマイルドに清潔を保っていくことをまず行っています。このような点でしたら、普通の訪問看護ステーションでお薬を使わなくてもできるケアだと思います。

2点目ですが、保湿です。保湿に関してはオーラルケアでしたら、患者さまが薬局で買っただけのお薬ですし、そのようなもので保湿をしていただいたり、加湿、吸入という方法で保湿していくことも可能です。何も使わずにできる方法としては、そういったものがあります。

アズノールとか、ハチアズレなどでのうがい。あとは、うちがオリジナルで使っていて結構いいのは、アルサルミンとグリセリンをミックスして使っていたら、舌苔もかなりの率で浮き上がってくるようですので、これは好んで使っています。痛みがあつてうがいがなかなかできないようでしたら、生理食塩水などを使ってうがいをしていくことが必要だと思います。ご家族の方に0.9%から1%ぐらいの生食を作っただけしたら、お金もかからずできます。私もかなり口内炎ができるので自分でも実証はしているんですが、濃い食塩水であってもかなり痛みはないですし、どのうがい薬を使うよりも食塩水でうがいをした後に食事を食べてもらったらそんなに痛くないので、それを薦めて

います。カンジダがあるかないかによっては、ステロイド入りのケナログが使えるか使えないかという判断をさせてもらいます。

「リンパドレナージとかアロマドレナージでのマッサージをしているけど、それはどうやっているのか」というご質問がありました。私たちは看護師が3人おりますが、誰もが講習会に行くような余裕もなく出ていませんが、ビデオを見たり、リンパドレナージに関する文献や本などをかなり購入して、それを読むという方法で実践しています。ですから、本当にリンパドレナージなのかと言われたら、根拠となる手技ができていのかどうかという疑問はありますが、今、私たちができることをリンパドレナージとして提供させていただいております。ですが、ご家族もビデオを見られて、リンパドレナージをやられている方はかなりの改善が見られますし、私たちのような十分ではないリンパドレナージであっても気持ちよさはかなり提供できるので、緩和ケアという上では50%のものしか提供できていないかもしれませんが、患者さんの肌に直接触れてマッサージをするという行為は、今まで病棟で働いたときには実感できなかった患者さんとの近さを感じることで、ケアの継続性を持って次のケアステップに進んでいけるのかなと思います。

先ほど杉山医師からも話があって、看護師のファーストコールはないのかという話につけ加えさせていただきたいんですが、私自身は大学院を卒業していますし、看護師の自立性というもの、どのようにしたら看護師の専門性を在宅緩和ケアの中で特化していけるのか、目指していけるのかということをも自分自身で模索しているつもりです。アメリカなどでは看護師にミニ医師的な役割を果たすことが求められていますが、私たちがどれだけ時間をかけてケアしていても、医師に対する信頼感はずいぶんあると思います。薬のことや病院の説明などに関しては医師から説明された方が理解されることも多いので、医師が役割を果たすべきところは医師に、だけど在宅緩和ケアにはいろいろなケアが必要になってくるかと思しますので、その中で看護師に何ができるのかということも私たち3人の看護師は模索していますし、医師にできない看護師の仕事をやっています。患者さんも、これは医師に言ったほうがいい、これは看護師に言った方がいいということも日々の訪問の中でだんだん理解されてきて、誰に電話をしたらいいかということも判断されているということです。

〔杉山〕 アロマですが、いろいろな本を読むと、アロマオイルはがんには禁忌と書いてあるのが多いです。禁忌と書いてあるのは毒性の高いもので、例えばバジルとかあいうものは基本的には使わないようにして、ラベンダーとかオレンジとか当たり障りのないものを使うようにしています。それでも禁忌と書いていて長期的なことでは禁忌ということもあるんでしょうが、それでアナフィラキシーが起こるとかすごく怖いことはなくて、むしろ患者さんがリラックスして、手と手の触れ合い、体温のぬくもりを感じてもらえるケアになればということです。私がおもとアロマが大好きで、1人でやっているときから自作のオイルを作って患者さんにしていたのが始まりです。今は、ナースに任せていますが、本格的なアロママッサージというものではなくて、アロマを使った触れ合いみたいなものだと思います。それでもケアとしては十分なものがあると思っています。

〔濱戸〕 つけ足しというか、今の口腔ケアのことですが、口腔乾燥症とか、うがいをしにくいときに、口が渇くとか、カラカラするという場合は、唾液腺に集中して舌下腺、顎下腺に近いところをマッサージすると、唾液がじわっと出てくるかと思えます。あとは少量のお水を口に含んでやると効果があると思えます。

呼吸困難ですが、先ほどおっしゃったオブソがファーストチョイスだと思いますが、看護ケアでできることで呼吸リハをすごく重視しています。呼吸困難感が起こってくるであろうと予測される方には、特に呼吸介助といって圧迫をして、呼吸換気量を増やす。呼吸困難が起こったときに吸いがちですが、しっかり吐いて、落ち着こうという話をさせてもらっています。それが自分でもケアできるようになる方もおられるので、苦しいときは慌ててしまっていますが、落ち着いた対応ができるように、と毎日のケアの中でお話しさせていただいています。

私への質問には、「『サービスを超越の瞬間』という言葉がとても印象に残りました。ホスピスケアに携わることが患者さんの苦痛を大きくしたり、いろいろ対処しても解決できないこともある。貴重な体験からの学びや感動できるということで、実際に体験されたことを話していただければありがたいです」ということですが、先ほどの話の中にも、緩和ケアというのは治療と並行して行っていくものだというのは本当にそのとおりでと思います。だから、訪問看護を提供するときには、主に医療保険で受けている人は末期がんと書いてありますが、末期というよりは本当に

診断されて、化学療法を受けオピオイドを服用しながらたくさんの副作用が出てきて、対処ができなくて困ってQOLを下げているという方もたくさんおられます。そんな方々に看護師が訪問し、家でのアドバイス、生活の仕方、しんどいことの話をお聞かせいただくというケアも大事ではないかなと日々思っています。末期がんじゃないと無理なのかな、そういう場合は介護保険でできると思うんですが、そういった対象者の方はたくさんいると思うので、そういう方にぜひ訪問看護の力を提供することができればQOLは非常に上がると実感しています。

「感動的なことは？」。日々たくさんあります。最近思ったのは、50代のスキルス胃がんお父さんで、消化管閉塞も起こしている状態で、奥さんにはお話をしました。20代の若い息子さんもおられて、まだその受け入れができていないというときにお話をさせてもらいました。私もつらかったんですが、その息子さんが「よくわかりました。不謹慎かもしれないけど、父親が弱って寝たままになっているときに、風呂に入りたいと言えばお風呂に入れてあげ、おやじがして欲しいということをしてあげられることが、私は嬉しいんです」と言われました。今まで、やはり若い年齢だと父親といろいろ葛藤があったり、うまくいかなかったり、口をきかなかったりということもあると思うんですが、家族の力を必要としているときに世話ができるというのは、病気になってしまったけれども私は嬉しい、という言葉聞いて、すごくいい成長をされているんだと実感しました。そのように、人間とはすごいと思うことは多々あります。その方は亡くなる前、「お風呂に入れてくれ」と一晩に何回も言うので、奥さん、娘さん、息子さんの4人がかりで一晩に十何回お風呂に入れたそうです。先生が往診に行ったときに、「先生、お風呂はだめでしょうか？」と言われましたが、もう、今日、明日という状態なので、ご本人が入れたいと言われて、ご家族も入れてあげたいと思うのであればしてあげたらいいという話をしました。家で、心残らないケアができたかなと思われたそうです。

〔座長〕 ありがとうございます。大変幅広いお話で、在宅ホスピスケアとは何かということ。あるいは、先ほどもありましたように、宗教家が入ってこないことをどう思われるのかとか。事例の紹介がありました、その事例の具体的なケアの内容についてより専門的なお問い合わせであったようですがいかがでしょうか。

それでは、最後になりますが、共通していただいている質問用紙が2枚あるので、これを最後の質問とさせていただきたいと思います。いただいた質問の内容は、それぞれの方々が「どうしてこの仕事を選んだのか、そのきっかけを知りたい」ということと、「この在宅ケアに携わって本当によかったなと感じるときはどんなことか」ということです。きっと在宅ケアに関しての醍醐味をどのように感じていらっしゃるかということをお聞きができると思いますので、杉山先生からお願いします。先生の実家がお寺だということは初めて明らかになったことで、そういうことが関係あるのかなのか。どのようなきっかけで在宅の道を選ばれたのでしょうか。よろしく願いいたします。

〔杉山〕 全然関係ないですね。仕事をやる気がなかったときに、関本先生の書かれたエッセイ、『緩和ケアについて』というのを読みました。それを読んだときに衝撃を受けました。どんな衝撃を受けたかということ、奈良医大の麻酔科というのは一般の内科救急バイトに行くんです。これに行くと病棟と外来と両方診ることが多いんですが、それを研修医の1年目からで、麻酔科半分、一次救急医というのをよくやっていました。その中で奈良県のどこの病院の当直医も、がん患者さんが痛みで苦しんでいて夜に呼ばれると、「先生、痛がっているんです」と言われても専門ではないし、「ボルタレンを何個入れても効かないんです」、「何個も入れたらだめでしょう」と。そんなことをやりながら、「モルヒネを使ったらいいんじゃないか」とやったらよく効いて、患者さんに「おかげで助けてもらいました」と言われて、助けるも何も今だけなんだけど……と思っていたら、次の週にはまた痛がっているんです。カルテには「モルヒネを10ミリ筋注したらよく効いたのでMSコンチンを始められたらどうですか」と書くんですが、常勤医が誰も読んでくれないんです。そんな状況をずっと見ていて、なぜこんなに痛がっているのに、何もしないのかと漠然と思っていたんです。それをずっと思っていたときに関本先生のエッセイを読んで、きちんと痛みをとる治療があるんだということに気がついて、ここに見学に行こうと思ってすぐに行って話を聞くと、これは素晴らしいと。奈良にこんなところをつくりたいと思いました。「ぜひここで働かせてください。辞めてきます。無給でもいいです」と、「まあ、そんなに熱くならず。そんなに気を張ってやったらだめですよ」と言われて、この人は大きな人だな。もうこの人についていこうと思ったんです。

それで、行って2カ月ぐらいのときに、在宅の患者を知り合いの先生からたまたま相談されたんです。「おまえ、そんなに勉強しているらしいけど、在宅に帰ってモルヒネ120ミリで痛みが全然取れなくてどうしていいかわからな

い患者がいるから、診てくれ」と。診てくれと言われても1カ月しか勉強していなくて、行ったばかりで何もわからないので、関本先生に相談したら、「経験だと思って在宅もやってみたらおもしろいよ」と。言われたとおりに処方したら、激痛で一睡もできないのが1週間続いたけど、その日からすっきり眠れて次の日からご飯がしっかり食べられる。最期の最期まで家で奥さんと暮らして、お孫さんが生まれて、もともと工芸デザイナーで芸術家だったので、お孫さんのために絵本を1冊出版されていて、亡くなる半年前のクリスマスパーティーに呼んでもらって、私の悩みとか聞いてもらったりして、こんないい医療があるんだなど。今までの麻酔科というのは、「注射を入れますよ。眠たくなりますよ。終わりましたよ」と起こして帰すだけという仕事をしていたので、患者さんとふれ合うというのはこんなにいいものかと思っていたら、また次に同じような開業医さんからの相談があって……と何度と続いていきました。当初の所信は奈良にホスピスをつくろうと。そのために勉強したいと思っていたのが、なぜか在宅でやってもいいかなと。大きなホスピスでなくても恥じることはない。在宅でこんなに素晴らしい看取りができれば、これを私は広めていけということなのかなと思って今に至っています。

本当によかったなと思うのは、日々たくさんありますが、「最期まで家に帰ってこられたのは先生のおかげです」と言ってもらったら、どんなに夜中に起こされて、朝方に行っても全然疲れないし、よしやったんだなど。これが醍醐味です。

〔扶蘇〕 まず1点、なぜ在宅ホスピスケアを選んだかということです。私も以前は大学附属病院で勤務していましたが、そのときに患者さんの経験から私も在宅にと思いました。まずは、当時、20代前半の患者さんが入院されていて、アトピーだったので背中に軟膏を塗らなければいけなかったんですが、彼氏に塗ってもらっていたんです。看護師はうわさ好きなので、「カーテン閉めて何をやっているんだろう」と。当時、私は1年目か2年目で、先輩からそういう話を聞いてすごくショックを受けました。軟膏を塗るだけの処置はアトピーの患者さんにとっては必要なことですし、彼氏に塗ってもらうというそのタッチングが彼女にとっては癒やしになっているはずなのに、病院での安全性、彼女にとっての安全な場所も、看護師のうわさ話にされてしまうという病院のあり方にすごく疑問を感じました。でも、その当時は在宅というのがよくわかっていなかったもので、私が病気になったらやはり病院にはいたくないなという印象を受けました。在宅でならばどう思うかと考えたときに、この前の話ですが、耳が聞こえない患者さんとはいつもメールで連絡をとりあっていたのですが、予定より早く着いてしまったので、その患者さんは私の訪問に気がつきませんでした。その患者さんは、ご自宅の仏壇の前でずっと一生懸命お経を唱えて、肩を震わせて泣いておられました。私は本当は見たいはけなかったんですが、在宅にいれば、自分が泣ける場、仏壇の前でもどこでもいいんですが、病気の方にとっての安全な場所が一番確保しやすいところではないかなと。私が病気になったときには、病院よりも在宅で安心できる医療を提供してほしいなと思ったので、そのお手伝いをしたいと思ったのが私の動機です。

2点目に、在宅ホスピスケアをやっていてよかったことは何かということですが、亡くなられて、夜中に先生から連絡をもらって、私たちも死亡確認に行くんですが、よく「お世話になりました。先生、看護師さん、握手してください」と、日本なのに抱擁のようなことをするケースが結構あるんです。患者さんと、家族と、私たち医療者が、患者さんの病気という一つのものに立ち向かっていくという共同作業を一緒に行ってきたという一体感を感じることができるといことが、今までの病院では味わえなかったことかなと。それが一番喜びというか、達成感につながっていくのかなと思います。以上です。

〔濱戸〕 日本にホスピスという概念が入ってきたのは1970年後半ぐらいだと思います。私が新卒で病院に勤務していたのが1985年、1986年ぐらいで、そのころはがんの病棟にいたので、肺がんで苦しんでおられる方が、酸素テントの中で息苦しくてのたうち回っている姿を目の当たりにしました。だけど当時はまだ、WHOの疼痛緩和の法則とか、呼吸困難に対してということがまだ確立していなかった、日本に浸透していなかったと思います。かなり先進的な病院ですらそういったことがされていなくて、モルヒネを使うなら時間が来てからということ、今のようにきちんとコントロールすることがありませんでした。そういう中で、のたうち回っている方を見たときに、このままでいいのかなと思ひ、若くていったんは結婚退職しましたが、独学でターミナルケアや終末医療やホスピスに関する本を読みあさって、在宅の訪問看護ステーションで勤務するわけです。その中にはやはりがんの方もおられたので、ケアがど

ういうものかということもわかり、まだまだ知識が足りないということもわかり、それできちんと勉強したいということで進学したり。ほかの先生方が言われたように、今は日々のお会いやケアをする場面、瞬間にすごく感動があったり、教えられたり、学ぶことが多いので、しんどさよりもそちらの喜びの方が多いためやっていると聞いています。しんどいときは、チームの先生方にお話しして心を活性化しながら、至らなかったなという反省もありませんが、またそれを次に生かせるようにやっていきたいという気持ちの区切りをつけて現在に至っています。

〔座長〕 ありがとうございます。いろいろな経過、いろいろなお考えの中で今があるということを改めて聞かせていただきました。この質問以外にもう1つ、「お亡くなりになられた方々の遺族の会というのが奈良県や京都府にあるのだろうか」というお問い合わせがございました。その必要性に関しては京都も奈良も実際に活動している先生方も必要性は大変大きく感じているようですが、まだまだそこまではできていないというのが現状だそうです。これからの動向を私たちも見守っていきたいと考えています。

これからも在宅ホスピスケアはもっと注目度が高くなっていく医療の現場になっていくと思います。先生方のこれからの活躍をこの場でお祈りしたいと思います。今日はたくさんの方にご出席いただきましてありがとうございました。保健・医療従事者の方、そして一般の府民の方々もいらっしゃると思います。そのたくさんの方のご意見を参考に、最後はよい中味でまとめができたのではないかなと思います。最後になりますが、今日お話しいただきました先生方に拍手をして、感謝をして終わらせていただきたいと思います。皆様、今日はありがとうございました。