「地域緩和ケアを支えるネットワーク」
～気持ちや暮らしをつなぐ地域力～

MSWスキルアップセミナー
２０１３．１０．１２　鹿児島

矢津クリニック
ひと息の村村長

矢津　剛

ホスピス緩和ケアの理念

ホスピス緩和ケアは、生命を脅かす疾患に直面する患者とその家族のＱＯＬ（人生と生活の質）の改善を目的とし、様々な専門職とボランティアがチームとして提供するケアである。

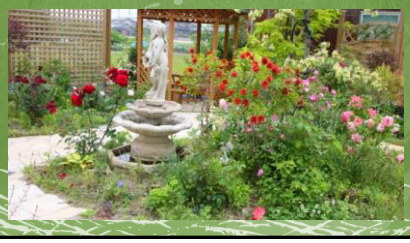


図　全人的癌疼痛

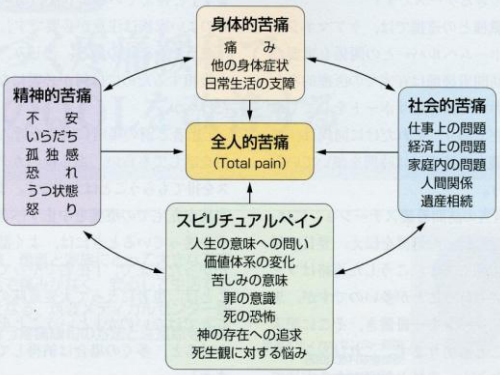
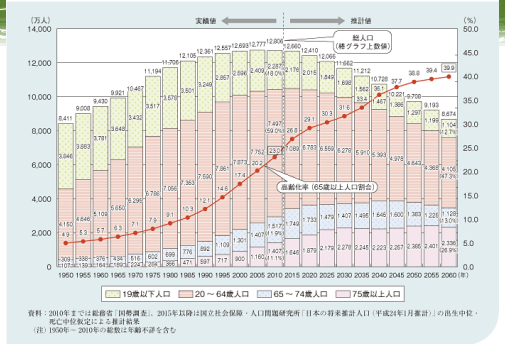
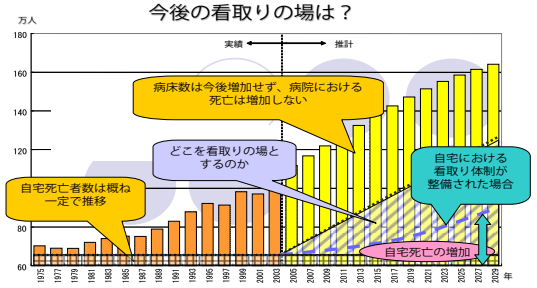


図１－１－４－(1)　高齢化の推移と将来推計



資料：2010年までは総務省「国勢調査」，2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果
（注）1950年～2010年の総数は年齢不詳を含む

年間死亡者数の推移
今後の看取りの場は？



資料：2003年（平成15年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」。ただし、65歳以上の者は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2005）」　2005年（平成17年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」（平成14年1月推計）

H20.6.20 在宅医療推進研修会 東京大学大学院医学系研究科　地域看護学分野　村嶋幸代教授　開催資料より抜粋

在宅医療に関する論点（平成25年6月26日中医協）

[在宅医療を担う医療機関]
1）　○在宅医療を一層推進していく観点から、一定程度の往診や看取り件数を有する在支診／病の評価についてどのように考えるか。

2）　○機能強化型在支診／病においても実績が乏しい場合に医療機関間の連携のあり方についてどう考えるか。

3）　○在宅患者の緊急時の受入を地域で完結するため、受入医療機関を拡充するための評価のあり方についてどう考えるか。

[高齢者の住宅における在宅医療]
4）　○高齢者の居住場所が多様化する中で、安定した生活をおくる観点から医療との円滑な連携についてどう考えるか。

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊
解説：
1）につきましては　PCCの設立等が関係するものと思われる。
2）につきましては　ストラクチャー評価（外形評価）である既存の要件にア　ウトカム評価をどう組　み合わせていくかということだと思われる。
3）あらかじめ家族が入院先の希望を登録するものなどで「一定の連携加算」が必要
4）医療サービス付きサ高住に一定の要件を課し、診療報酬上評価していく必要性を指摘

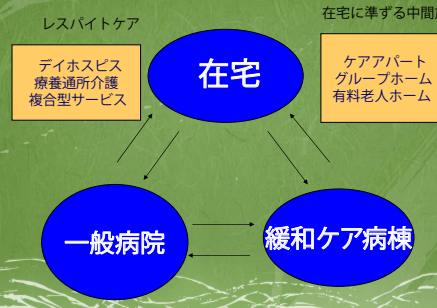
クローズアップされる緩和ケアの問題点

- 高齢者の緩和ケアにはACP（advanced care planning)が特に重要である。
- 認知症の緩和ケアスキルが必要である。
- 在宅ケアには住まいの問題が必須である。
- 在宅ケアにはレスパイトケアが必須である。
- 経済的な配慮が必要である。小児の緩和ケアが遅れている。
- 介護者の気持ちの揺らぎに対応する制度が少ない。
- グリーフケアが充分なされていない。

在宅ホスピスの基本的姿勢

- 納得して悔いを残さないように。
- 悔いの残る入院死はさせたくない。
- 在宅死のみが目的でない。
- 最期は入院でも満足であれば良い。
- 在宅死であっても家族にトラウマが残れば、成功とはいえない。家族の歴史を考慮する。
- ケアスタッフやコミュニティの幸せも探求するように
- 顔の見える連携・コミュニケーション

緩和ケア連携トライアングル



☆ 在宅ホスピスの輪 ☆

チームアプローチ

機能強化型在宅療養支援診療所

医療法人矢津内科消化器科クリニック

医療保険分野

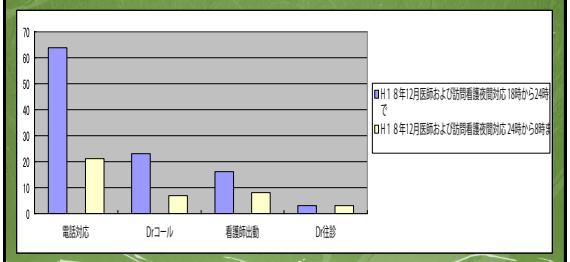
音楽療法部門
臨床心理部門
ひと息の村ボランティア部門

介護保険分野

連携在宅ホスピス医
在宅療養支援施設「ひと息の村」
NPO北部九州ホスピスケアの会

訪問看護２４時間体制 夜間コールについて

（ファーストコールは訪問看護師）



看取りまえの不安・負担

- 覚悟は出来ていたが、いざ看取りとなると介護負担から入院を検討するケース。
- 病院から帰って混乱のうちに短期間で終える在宅ホスピス
- 腫瘍破裂やせん妄など急変してパニックになるケース

介護負担と不安の軽減

- レスパイトケア（介護者の休息）
- 先行き不安の軽減
- 緊急時対応の用意
- コミュニティーの力
- ホスピス文化を築く

福岡県在宅ホスピスガイドブック

ガイドブックの内容

①在宅ホスピスを行う在宅療養支援診療所（在支診）と24時間対応訪問看護ステーションへの実績を含めたアンケート調査結果とそのマッピング

②在支診や訪問看護の役割などの在宅サービス・社会資源の内容および費用説明

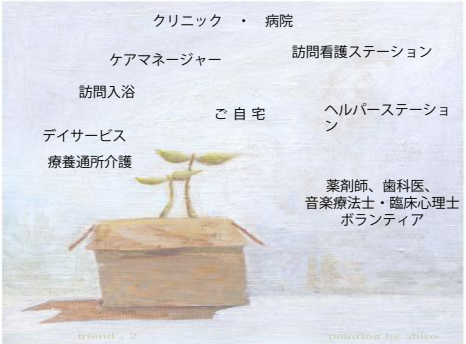
③日本や世界の在宅ホスピスの現状や今後広がるであろう自宅以外の場所における在宅ホスピスの紹介

表紙

1ページ

2ページ

私たち訪問看護師と関わる職種の紹介



3ページ

これから起こりやすい症状

食欲低下、水分摂取の減少

少しずつ食欲が無くなってきます。体がうけつけないこともありますむりに食べないで、また、無理にすすめず、食べれる量だけ食べたい時に差し上げてください。水分については冷たい物やシャーベットなどを好まれる方も多いようです。

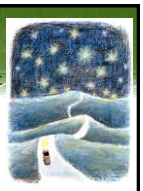
急な発熱

病気自体からの熱や、病状の悪化に伴い、体温コントロールが難しくなり、急に熱が出たりします。医師に前もって頂いた座薬を使用したり、また、脇の下や太ももの付け根などを冷やすことも場合によっては、楽になるかと思います。

身の置き所のなさ

よく体がだるい、身の置き所が定まらないという訴えを聞きます。なかなかとれない症状ではありますが、身体をさすったり、クッションなど利用し姿勢の工夫をすることで少し楽になることもあります。また、主治医と相談し、夜だけでも眠れる様にして頂く和らぐことがあります。

ページ



不眠（ねむれない）

何かの症状があって眠れない場合は、その症状を緩和することです。また、どうしても眠れない時は、睡眠薬を飲んで休まれると良いでしょう。逆に日中でもウトウトしたり、眠っている時間が増えたりします。

不安

抱える不安の内容は、みなさん様々です。不安に思うことを私たち看護師にも話して頂けませんか？
誰かに聞いてもらうだけで楽になることもあります。
また、気持ちを安定にする薬もあります。

痛み

痛みは我慢することはありません。また、痛んでからでの対応では体力を低下させてしまいます。痛む場所、時間、程度など、看護師に伝え、医師と連携を図り、痛みのない生活ができるようにコントロールします。また、それでも痛みが出たときに、すぐに使える薬を処方してもらっておくと良いでしょう。

ここに書いてあることはほんの一部です。
また、いろいろな症状はすべての方に出るわけではありません。
あれっ？と思う症状はいつでも看護師へ伝えて下さい。

5ページ（ご家族のみ）

病状の悪化に伴い・・・

急変時

救急車は呼ばずに、まずは看護師に連絡ください。お宅へかけつけるのと同時に、電話にて家族へその時の対応をお伝えいたします。

呼吸の変化

痰や唾液をうまく出せなくなり、のどもとでゴロゴロという音がきかれるようになります。痰を吸引してもとれない音もあります。また、肩で大きな呼吸をされることもあります。

さらに呼吸の間隔が不規則になるでしょう。
皆様はそばにいて手を握り、静かに声をかけてあげてください。

気持ちのゆらぎ

療養生活を送られているうちに、本人さんやご家族の意思で入院を希望されたときは、いつでも、医師や看護師に相談されてください。

6ページ（ご家族のみ）

◎そばにいて療養生活を支えている家族は疲れがたまってきます。
どうか、ご自身の体もいたわってください。

例）療養通所介護・・・私たちのステーションと同敷地に日中過ごす空間がございます。大切な方を私たちも協力、連携し過ごしていただきます。

例）音楽療法・・・訪問看護師がお伺いした時に、必要に応じ、音楽療法士が入ることができます。本人さんだけでなく、ご家族の方も癒され、楽しんだりしていただけると思います。

例）ゆっくりと話を聞いてほしい・・・
誰でもいいから私の話を聞いて欲しいと、看護師に伝えてください。そばでお話を聞いたり、臨床心理士や　ボランティアなど色々なことを一緒に考えます。

7ページ（ご家族のみ）

お別れが近づいた時

悲しみ、つらさ、いろいろな想いがあふれることでしょう。どうか、そばにいてください。あなたがそばにいることが、一番安心できることです。

また、返事ができない状態でもあなたの声は聞こえています。
周りを気にせず、　あなたの想いを伝えてあげてください。

おつらいことではありますが、亡くなられた後には、わたしたちがお体をきれいにするお手伝いをさせていただきます。
最期の装いは、ご本人さんが好まれていた洋服や着物など・・・どんな装いでも構いません。
また、その後にお困りなことは相談されてください。

８ページ（ご家族のみ）

悲しみを癒すために
～ひと息の村のサポート

少し落ち着かれた頃に、
スタッフがお伺い
させて頂くことがございます。

遺族会（星の会）が、春と秋に
行われており、お手紙でお誘い
することがあります。

あなたの大切な方の望み、あなたの望み
もしよければ　少しだけ私たちに教えてくださいませんか？
何か私たちに手伝えることがあるかもしれませんから。

あなたの家で

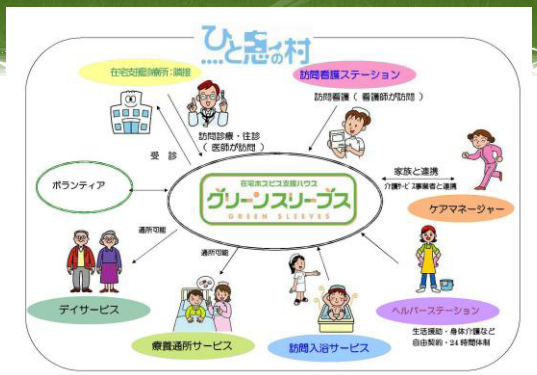
具体的な方策

- メリットとデメリットの説明
- パンフレットやガイドブックの作製
- 医療福祉連携の強化
- レスパイトサービスの確保
- 地域ボランティアの育成

在宅療養支援施設「ひと息の村」

矢津クリニックが位置する京築地域

30



在宅ホスピス支援ハウスのコンセプト

- 住み慣れたまちで、自宅に近い環境のなかで、穏やかなひとときをおくりたい
- 病院からいきなり自宅に帰るのはつらいから、その前にちょっとひと息したい。
- 在宅での介護に疲れたご家族が、ちょっとひと息つきたい。
- 在宅ホスピスでは無理になってしまったけれど、入院はしたくない。
- これまで慣れ親しんできた在宅スタッフに、引き続きケアして欲しい。
- ホテル感覚の在宅ホスピス支援ハウス。

デイホスピスの様子

アロママッサージ

デイホスピスの様子

日頃の不安な思いを存分に語って・・・

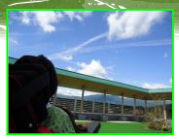
「音」に癒されて・・・

陶芸に挑戦・・・私にもできた！

小児・若年の方
家族以外の人とのかかわり・・・

38

火曜日デイホスピス（小児・若年層）



デイホスピスのテラスで
空を眺めて…

静かな雰囲気で朗読…

呼吸器装着しながらでも・
・・キーボード演奏

お母さんと一緒に楽器演奏

紙芝居

出張デイホスピス

ひと息の村で行っているデイホスピスをそのまま「出張」という形で
スタッフが出向き、公共の施設などをお借りしてサービスの提供をさ
せていただいております。

出張に持っていく物品
（低反発マット、パーテーション、車椅子
折りたたみベッド、バイタルセットなど）
を送迎車に載せて・・・

41

保健センター（吉富あいあいセンター）を お借りしての出張デイホスピス

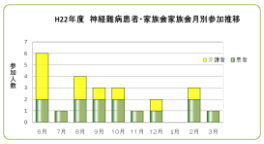
地域の訪問看護スタッフの方と
ミーティング

42

患者会・家族会

がん患者会の参加状況

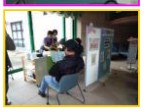
神経難病の会の参加状況



風と虹の会（家族会・遺族会）

今年発の医療と福祉の融合のまつり

～ゆくはし福祉まつり～ウイズゆくはしにて



行橋市健康対策課

京築保健福祉環境事務所

京都医師会

社会福祉協議会

県・市の行政や地域の方と一緒に…

ボランティアさんとのかかわり

クリスマス会準備の為に
スタッフと一緒に昼食準備。

ボランティアとして来て頂く美容師さんに
ヘアカットしてもらっています。

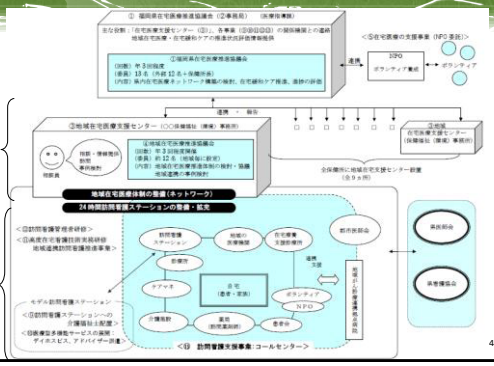
手芸の得意なボランティアさんに
来てもらい、利用者の方と
物つくりをしています。

講座風景

スタッフ・ミーティング

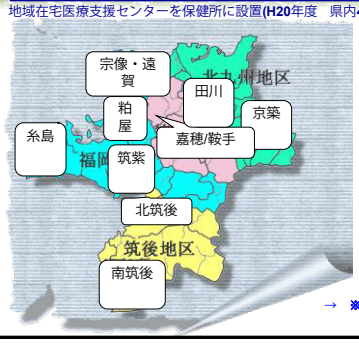
在宅医療推進事業

H22年度福岡県在宅医療推進事業の概要図



柱（1）地域在宅医療支援センター
～保健所を核とした地域在宅医療体制整備の取組み～

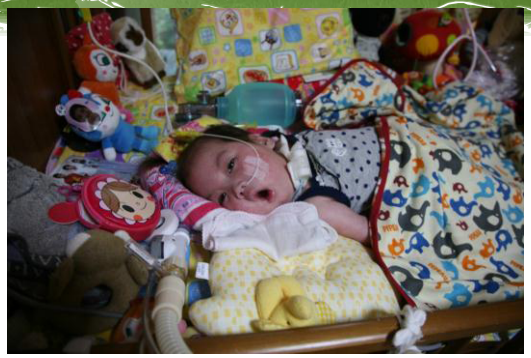
地域在宅医療支援センターを保健所に設置(H20年度　県内4地域に１ヶ所設置)



■ 地域体制コーディネート
- 地域在宅医療推進協議会
- 地域ケア体制の構築・評
- 事例検討の課題整理

■個別支援コーディネート
- 相談窓口
- 関係機関調整
- ケース支援
- 事例検討会の実施
- 在宅療養に向けた連絡調
- 地域資源情報整理
- 情報提供

→　※Ｈ２２年度から、９ヵ所に拡大



地域在宅医療支援センターポスター

写真提供：矢津内科消化器科クリニック　矢津剛 院長「あなたの笑顔がくれたもの 在宅看取りという選択肢」

在宅医療や在宅緩和ケアについて相談できる窓口

51

ひと息の村祭り

療養通所介護（デイホスピス）

- H18.4月より介護保険にて制度開始
- 福岡県で第１号認可
- 神経難病や癌末期の患者さんなど医療ニーズの高い利用者を対象
- 日中のケアを担うことで、介護者負担を軽減する。
- 医療機関と連携することで、緊急時の対応も可能

地域で支える在宅ホスピス

- 看取りの文化の再生
- ホスピス文化：地域での看取りの文化を創造する。NPO北部九州ホスピスケアの会の活動
- 在宅ホスピスボランティアの育成
- 福岡県では保健所での市民相談支援を開始する

具体的な方策

- メリットとデメリットの説明
- パンフレットやガイドブックの作製
- 医療福祉連携の強化
- レスパイトサービスの確保
- 地域ボランティアの育成

「地域で支えるいのち」

一人暮らしのBさん

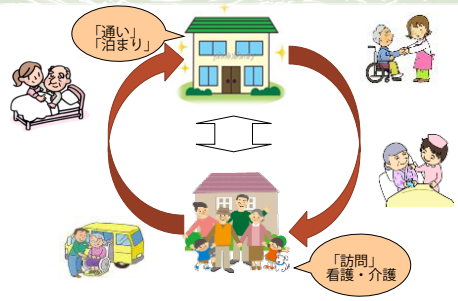
- 口腔癌に対しモルヒネ投与中
- 介護保険は非該当
- 週１回の通院だが、寝たきりになると緩和ケア病棟への入院を希望。しかし、本音は自宅にいつまでも居たい
- 在宅ホスピスボランティアが安否確認
- ２人のボランティアは在宅ホスピスを経験した遺族。悲嘆時期を終えた方。
- 本人のエンパワーメントを期待する。

複合型サービスとは？

平成24年度より小規模多機能型居宅介護と訪問看護を組み合わせた、看護と介護サービスの一体的な提供により、医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図るサービス。 通いサービスを中心に利用しながら、必要に応じて宿泊サービスや訪問サービス、訪問看護を受けることができる一体型の在宅支援サービス。4種類の介護サービスを顔なじみのスタッフから受けることができるため、人見知りしがちな方でも安心して利用できます。

65

小規模多機能型居宅介護＋訪問看護の 複合型サービス」



66

複合型サービス　ひと息の村　人員

管理者・計画作成者　兼務1名　介護福祉士・介護支援専門員・
○介護職員　　13名
常勤専従　　4名
非常勤専従　　9名
＊資格内訳
介護福祉士　　7名
初任者研修（ヘルパー2級）　　2名
介護職員基礎研修　　1名
無資格　　3名
○看護師
准看護師　3名

訪問看護師　20名
看護師　　常勤11名　　非常勤　6名
理学療法士　常勤　1名　非常勤　4名

≪登録定員≫
定員　25名
通いサービスの利用定員　15名（9:00 ～17:00　延長21:00 まで　送迎は8:30 ～19:00）
泊りサービスの利用定員　9名（16:00 ～9:00 ）
訪問介護、看護　随時訪問（19:00 ～8:30　緊急対応）

≪利用泊り料金≫
１泊2,000 円
食費（朝420円、昼620円、夕680円）

≪平成25年4月1日～平成25年9月30日までの実績≫
・総登録者数　　19名
・緩和ケア　　5名
・施設入所・入院　2名
・現在の利用者数　平成25年9月末　12名

≪利用者介護度≫
利用者の平均要介護度　3.3
要介護度1･･･3名
要介護度2･･･2名
要介護度3･･･1名
要介護度4･･･1名
要介護度5･･･5名

緩和ケア利用者一覧

性別	年齢	介護度	主疾患	医療機器・特別な処置など	登録期間	転帰	備考
女	80代	3	肝細胞がん末期	疼痛管理（点滴）	48日	自宅にて永眠	地域外から転入（ひと息の村入居）

弟さんから、「自分たちの近くで療養をさせたい」と相談ある。ひと息の村へ入居し
複合型サービスを利用する。同一建物であり、頻回な訪問や通いへの時間への対応が
可能。本人の体調、気分や、医療保険での訪問診療、訪問看護の日程に合わせた柔軟
な支援を提供する。

サービス内容
○通い　本人の体調に合わせて滞在時間を変更、訪問看護、訪問診療時は自室へ帰る
○訪問介護　洗濯や掃除は送迎時。買い物は家族
○訪問看護　医療保険　毎日通いの前や帰宅後に伺う

緩和ケア利用者一覧

性別	年齢	介護度	主疾患	医療機器・特別な処置など	登録期間	転帰	備考
男	80代	4	胃がん末期 多発性肝転移	在宅酸素 疼痛管理（点滴）	20日	泊り利用時に永眠	家族介護困難・連泊

自宅に連れて帰りたいと相談ある。しかし、高齢の妻が（要介護認定ある）介護はできない。娘も自営業のため難しい。今入院しているところは遠いので妻が見舞いに行けない。家の近くに来ることでお見舞いに行けるようになる。
自宅に帰る体制を整えながら、泊りを利用しての支援を行う。

サービス内容
○泊りと通いを利用する
○訪問診療
訪問看護　医療保険　泊り利用者のため泊りの時間帯での訪問

緩和ケア利用者一覧

性別	年齢	介護度	主疾患	医療機器・特別な処置など	登録期間	転帰	備考
女	80代	5	直腸がん末期、膵癌	疼痛管理（点滴）	56日	泊り利用時に永眠	独居

一人暮らし。息子さんが昼間は来て支援あるが、夜間は一人になる。登録時はADL自立しており要介護1の認定。徐々に病状悪化し区分変更申請し要介護5となる。
息子さんから、朝自分が来た時に息をしていなかったらと考えるといつも不安であると訴えある。
夜間を泊り利用し昼間息子さんがいる時間に自宅に帰ることを提案する。

サービス内容
○通い　週2回から始まり週3回利用。
○泊り　息子さんの都合が悪い時に利用
　　病状悪化し最後は泊りを利用して日中家に帰るなど行う。
○訪問診療
　訪問看護　医療保険　自宅
　　泊り利用者のため泊りの時間帯での訪問

緩和ケア利用者一覧

性別	年齢	介護度	主疾患	医療機器・特別な処置など	登録期間	転帰	備考
女	80代	5	胃がん末期	在宅酸素 疼痛管理（点滴）	7日	自宅にて永眠	介護者仕事あり。 平日日中介護困難

本人が家に帰りたいと、退院することになるが、介護者の娘さんは仕事がある。日中高齢の父に介護を任せられない。介護体制に不安があるが自宅に連れて帰りたい。

サービス内容
○通い　週2回
○泊り　娘さんの仕事に合わせて
○訪問診療
　訪問看護　医療保険　自宅

緩和ケア利用者一覧

性別	年齢	介護度	主疾患	医療機器・特別な処置など	登録期間	転帰	備考
男	80代	5	肝細胞がん末期 多発脊椎転移	疼痛管理（点滴）	6日	自宅にて永眠	主介護者疲れ

自宅で居宅介護支援（訪問介護、訪問入浴）生活をしていたが、ヘルパーさんに不満あり。妻の介護疲れも出てきており日中通いを希望、緊急時に泊まれる安心があるため複合型サービスへ移行される。

サービス内容
○通い　週1回（予定していたが利用できず）
○泊り　緊急時
○訪問介護　清拭、更衣　毎日訪問
○訪問診療
　訪問看護　医療保険　自宅

居宅介護サービス
・出来高制であり、決められた時間、内容の支援を行う。
・新しい支援を導入する際は、「担当者会議」の開催が必要。
・支援を行う事業所が、何か所もかかわる。（契約が手間になる）
・出来高制なので、支援が増えれば増えた分料金がかかる。
・いろいろな事業所を利用できる。

複合型サービス
・定額算定であり、時間の制約がない。
・新しい支援を導入する際は、即時にその場で話し合い支援を実行できる。
・スタッフが同じであるため1か所なじみの職員が対応できる。
・定額なので、利用回数の増加が懸念されるため、適切なアセスメント、プランニングが必要。
・他の事業所を利用できない（居宅療養管理指導、薬剤管理指導、福祉用具、医療保険の訪問看護は除く）
・地域密着型のため行橋市民の方だけ

メリット
○医療ニーズの高い要介護者を支えることができます。

○高齢者本人及びその家族のニーズに応じ、「通い」、「泊り」、「訪問介護」、「訪問看護」サービスの提供が可能。

○看護と介護の連携による一体的なサービス提供により、緊急時の対応を含め、柔軟なサービス提供が可能。

○看護職員の配置に伴い介護職員によるたんの吸引等のより安全な実施や、日常生活上必要な医療・看護ニーズへの対応が可能。

○複合型サービス事業所に配置された介護支援専門員がサービスを一元的に管理するため、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能。

デメリット
○サービスが定額になるため今までかかわった事業所が利用できなくなる。

○費用も丸めであるためサービスの回数が少ないと、割高感がある。

○区分変更申請が必要であっても、家族にとっては費用が増えるだけであり不必要と思われる。
　契約前にしっかり説明が必要。

○通い利用時には、訪問診療、訪問看護の利用ができない。泊り利用の際は可能。家族の都合で毎日通いを利用すると訪問診療が受けられなくなる。訪問診療を通い前後自宅に来てもらうなどの対応が必要。

○医療の訪問看護は、併設事業所でなくても利用ができる。

複合型サービスは、
①重症患者の通所や定期的なレスパイトショートステイが可能である。
②在宅を継続するための急な利用や利用者の急変、介護者の気持ちの揺らぎにも対応できる。
③不適切な入院を回避し自宅あるいは施設での看取りが柔軟に選択できる。
④どの場所においても慣れた緩和ケアスタッフが対応するため利用者への負担が少ない。
⑤通い利用時に、医療保険での訪問診療、訪問看護が提供できれば患者さん、家族にとってさらに有意義なものとなる。
⑥今後、採算性が向上すれば緩和ケアを提供するサービスの選択肢の一つとなる可能性がある。

まとめ

- 在宅緩和ケアは細やかな相談支援（ACPの調整）と柔軟なレスパイトケアにより可能なケアである。
- 地域のさらなる多職種ネットワークづくりが今後期待される。

「生活」を支える医療

「いのち」を支える福祉

「在宅での看取りができるかどうかは、宮沢賢治の「南ニ死ニサウナ人アレバ 行ツテコハガラナクテモイイトイヒ」という一言をわれわれが言えるかどうかにかかっています。われわれはあの1言を、本当に患者さんに言えているでしょうか。生の世界を引き延ばす話ではなく、「怖がらなくてもよい」という道しるべを立てることができているでしょうか」

同右、四七四頁より

「医療者の常識を押しつけながら、非医療者である一般の人たちのこが分かった気分でいるのはたいへん危うい事態だと、わなければなりません。しかも、在宅緩和ケアのように看取りをまえるケアの中では、患者さんやご家族の個別性が尊重されなければならないから、なおさらです」

以上「患者体験からみえるケア」『緩和ケア』(二〇〇一)Vol.21 No.5、四七四頁より

「問題なのは、不安だから、ご自宅で看られないから病院に預けるという流れがここ30年くらいでかなりできてしまっていることです。そうすると、その流れを1つ1つ壊して崩解を解き、「あなた方でも看取れるんですよ」というフィールドをつくっていかなければいけないということです。この作業は、最終的に最もむずかしい問題という気がいたします。特にホスピスも、欧米型モデルをそのまま日本に入れても、この問題だけは決してサポートできません。日本人の看取りの問題、特に宗教性の問題をもう1回全部つくり直していかなければいけないと思っております。

整理してお話しますと、生活環境、地域文化のうえに医療というものが成り立っているので、ここのチームケアのシステムをきちんとつくっていけば、ご自宅で看取っていくというのもそうむずかしい話ではなくなる時代がくるのではないか、またきてほしいということです」

「在宅の緩和ケア」『医療の危機に抗して』(二〇〇七)、二二三頁より

「医療の問題は一番簡単。介護の問題については、介護スタッフがきちんと看取りまでやれるようになるためには、大きな問題点がたくさんある。そして、おそらく一番大切なのは看取りの文化の問題です」

「在宅死に纏わる諸問題(二〇〇七・三・二五)」『千葉県在宅医製話会講演集 平成十八(二〇〇六)年～二十二(二〇一〇)年』六頁より

「本質的には死の看取りは人類はじまって以来のテーマであり、そこから、宗教も、哲学も倫理も、すべての人類のもつ非論理的価値観は、死との対峙のなかから生まれてきたものと思われる。現代日本の最大の問題点は、人、一人ひとりが死と対峙する現場を失ったところにある。もう一度、在宅のなかで、死と対峙する時間を取り戻し、宗教、哲学、倫理などの、死から逆算して問いかけられる価値観を再構成することが必要ではないだろうか」

「在宅における看取り」『月刊 総合ケア』二〇〇三 ミネルヴァ書房 在宅医