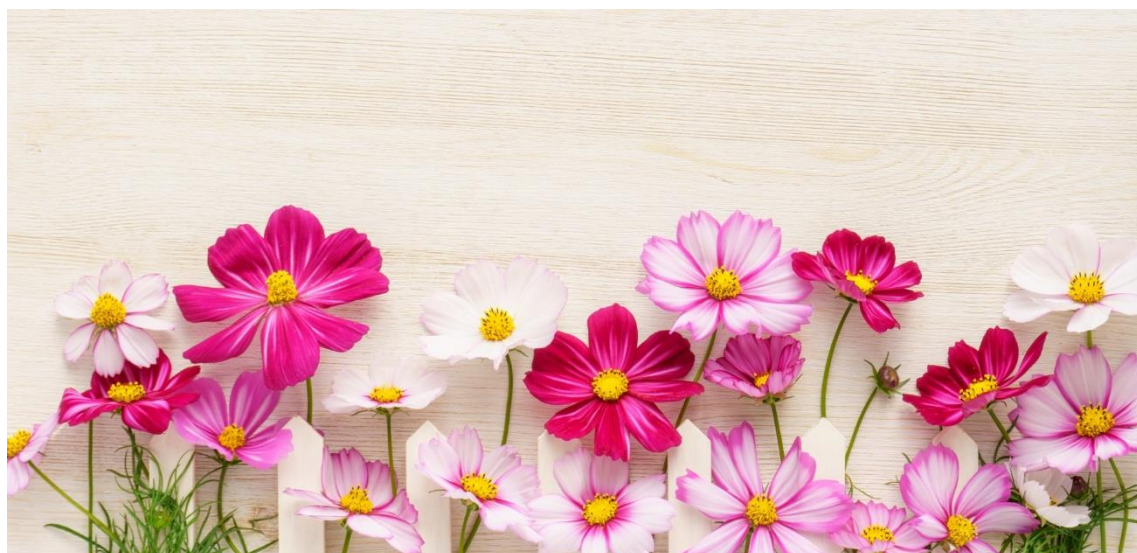


【第12回 日本リビングウイル研究会】

テーマ「緩和ケアの現在」

—痛み苦しみにどこまで対処できるか—



日 時：2023年12月9日（土）13：00～16：30

会 場：東京大学伊藤国際学術研究センター 伊藤謝恩ホール&オンライン

■コーディネーター

満岡 聡（満岡内科クリニック院長、日本尊厳死協会理事）

■講師（発言順）

北村義浩（日本尊厳死協会理事長、医学博士）

小杉寿文（佐賀県医療センター好生館緩和ケア科部長）

弓野 大（医師、ゆみのハートクリニック理事長）

三浦靖彦（医師、岩手保健医療大学教授）

秋山正子（訪問看護師、暮らしの保健室室長）

長尾和宏（医師、日本尊厳死協会副理事長）

■開会のあいさつ（北村義浩）

「痛みは大作家をも悩ませるほど辛い」



私はコロナの専門家でもありますが、今年から日本尊厳死協会の理事長として終末期医療のあり方等について取り組んでいます。

今回の研究会のテーマは「緩和ケアの現在―痛み苦しみにどこまで対処できるか―」です。昔、遠藤周作という高名な作家が東大病院に入院し胃潰瘍の手術をした際に、翌朝麻酔から覚めて「痛いよ、痛いよ」と叫んだところ看護婦長が来て「痛くない痛くない」と手を握ったそうです。そうしたらほんとに痛くなくなった、その手は温かかった、と後に講演で語っておられました。このように「痛み」というのは、大作家先生をも悩ませる非常に辛いものです。

今日は、この痛みをどう克服するか、痛みを訴える患者さんにどう寄り添うか、専門の先生方からそれぞれ「緩和ケアの現在」についてお話しいたします。

■コーディネーターによる趣旨説明（満岡 聡）

「倉本聡氏の緊急提言をきっかけに」



今回のテーマは「緩和ケアの現在」ですが、これには当協会の顧問でもある脚本家の倉本聡氏が2年前、苦痛のうちに亡くなった友人の最期について「そしてユージは死んだ！」という緊急提言を当協会の会報182号に寄せられたのがきっかけです。緊急提言は、緩和ケアの普及が不十分であることを訴え、多くの人々が人生の最終段階を苦痛のうちに過ごされている現状とその解決策について早急な対応を求めるものでした。「痛み」についての相談は当協会の「電話医療相談」にも多く寄せられています。

人生の最終段階での苦痛はさまざまです。がんによる刺すような痛み、心不全や腎不全によって生じる、だるさ、息苦しさ……。そういった苦痛は、私たちの当たり前前の日常の営みを奪い、尊厳を脅かします。今回の研究会では、現在の緩和ケアの内容、患者サイドから痛みや苦しみを訴える際のポイント、痛みや苦しみが取れない場合どうしたらいいのか、などについて議論を深めていきたいと思えます。

■難治性がん性疼痛にどう立ち向かうか（小杉寿文）

「何よりもまず体の痛みを取り除く」



私はもともと麻酔科の出身でして、ペインクリニックという「痛み」の専門医です。特にがん患者さんの痛みを診ながら緩和ケアにつなげていくということをしています。今日は「がんは痛いのか」「がんの痛み止め『世界標準』のWHO方式がん疼痛治療法」「難治性がん性疼痛に対する持続皮下注・神経ブロック」という、がんの痛みに絞ってお話しします。

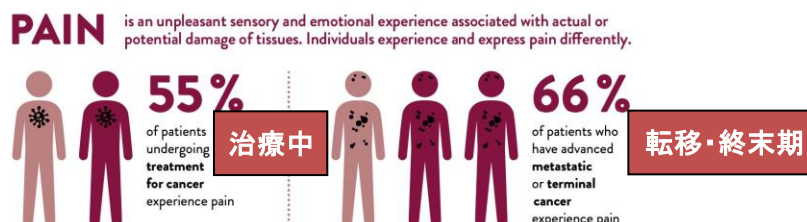
がん患者さんは、身体的・社会的・精神的・霊的苦痛を感じています。霊的苦痛はスピリチュアルペインともいいますが、どうしてこんな痛み能耐え苦しみを持ちながら生きていかなければならないのか、といったような苦痛ですね。痛みには痛み止めと神経ブロックがありますが、これが効くのは「身体の痛み」だけで、精神的・霊的・社会的苦痛には効きません。

では、がんになるとどのくらいの割合で身体的な痛みが現れるのでしょうか。

がんと痛みの頻度

- ◆ がん積極的治療期には 59% (CI44% to 73%)
- ◆ 進行・転移・終末期では 64% (CI58% to 69%)
- ◆ すべての病期では 53% (CI43% to 63%)

Ann Oncol. 18: 1437-1449, 2007



約50~60%ぐらいのがん患者さんが痛みを経験している

2018年のWHO(世界保健機関)の調査によると、全世界の治療中の方で55%、転移・終末期の方で66%の方が痛みを感じているとされています。またWHOは1986年に世界標準として「疼痛治療法の5原則」というのを出しました。①経口で(できるだけ簡単に世界中どこでも)②決められた時間に(痛くなる前に定期的に内服)③段階的に(麻薬でない痛み止めからだんだん強い麻薬へ)④個々の患者に見合った量で(年齢や体格、体調に合わせた量)⑤個々の患者に見合った細かい配慮(吐き気や便秘などの麻薬の副作用対策)の5原則ですが、2018年に4原則に改訂されました。③の「段階的に」が廃止されて、「強い麻薬でも最初から使用する」となりました。

日本も、こうした世界標準に沿って進めています。がん患者さんが痛みを訴えた場合、まずアセトアミノフェンかNSAIDSを処方します。商品名はカロナールとかロキソニン。カロナールはコロナの時に熱冷ましで出た薬で、薬局やコンビニでも売っています。これに加えてオピオイド(医療用麻薬)を使います。初めから麻薬を使ってもいいということになっています。最初から医療用麻薬を出されたらびっくりされる方もいますが、怖がらないでください。麻薬は最期の薬ではありません。正しく使えば安全で寿命も縮まりません。今は医療用麻薬を使いながら仕事に復帰したり、外来通院するのが当たり前の時代だということを知っておいてください。痛みを緩和してできるだけストレスなく生活することが非常に重要なんですね。そうすれば免疫機能も上がるといわれています。ただし注意する点が2つ。がん以外の痛みの使い方とは異なるということと、車の運転は基本的に禁止ということですね。眠気が起こりますから。

次に「WHO方式がん疼痛治療法は効果的か」ですが、71%のがん患者の痛みが1/3に軽減されたとか、2100人ほどのがん性疼痛患者に対して76%は良好にコントロールできたとかの研究があります。つまりWHO方式がん疼痛治療法で70~80%の疼痛緩和が可能というわけです。7割から8割というのは素晴ら

しい数字と言えますが、ところが 8%で神経ブロック、3%で神経破壊、同じく 3%で脊髄鎮痛法（硬膜外およびくも膜下鎮痛法）が必要であったとも報告されています。

WHO方式がん疼痛治療法は効果的なのか？

- WHO方式がん性疼痛治療で71%のがん患者の痛みが1/3に軽減
Cancer 1987;59:850-856
- 2118名のがん性疼痛患者に対してWHO方式がん性疼痛治療、76%は良好にコントロールできた
Pain 63:65-76, 1995

WHO方式がん疼痛治療法で70～80%の疼痛緩和が可能

ところが、8%で神経ブロック、3%で神経破壊、3%で脊髄鎮痛法（硬膜外およびくも膜下鎮痛法）が必要であった

◆本邦でがんによる死亡者数は38万人
50%に痛みが出るとして、19万人
約15,200人に神経ブロック
約5,700人に神経破壊や脊髄鎮痛法の適応

ということは、日本の場合年間約 38 万人ががんで亡くなられていますから、その 50%に痛みが出るとして 19 万人のうち約 1 万 5200 人に神経ブロック、約 5700 人に神経破壊や脊髄鎮痛法の治療がなされ、これがないと痛みが取れないということになりますね。ですから 70～80%の人に疼痛緩和が可能でも残りの 20～30%（3 万 8000～5 万 7000 人）の患者さんは、痛みでのたうち回って最期を迎えているか、鎮静されて眠らされているかということになります。日本では必要な人の 1/3 くらいにしか神経ブロックがされていないとも言われ、多くは終末期鎮静ではないかと思われまます。われわれ痛みの専門医から見ると、痛みを取ることが可能だったにもかかわらず「鎮静によって早く寝かされて最期を迎えることになる人が多いのではないか」と危惧します。

それでは「がん性疼痛治療の目的」は何なのでしょう。ただ単に痛みを取ったり下げたりすればいいというわけではなく、眠気や吐き気がなく抗がん治療をし、日常生活や仕事に復帰することを目標にすべきですね。それには飲み薬の薬物療法だけではQOL（生活の質）は低いですから、神経ブロック、放射線治療などが必要になります。がん患者さんが訴える痛みはさまざまですので、どこがどう痛いのかをよく聞いて、医師は対応しなければなりません。

WHOは「飲み薬を、飲み薬を」といいますが、飲み薬だけでは時間もかかるし取り切れない痛みの場合は注射もします。緩和ケアの学会などではガイドラインも出しています。その1つが「持続皮下注」といわれるもの。

持続皮下注

(CSI: Continus subcutaneous injection)

- 皮下組織をつまんで27G翼状針または24G静脈留置針を穿刺
- 体幹、大腿、上腕
- 簡便、安全、確実
- 静脈確保不要
- 穿刺時の疼痛軽度
- 四肢の点滴ラインに拘束されない
- 投与量は約1ml/h以下



皮膚をつまんでぷすっと刺しますから簡単です。痛みが始まった時などにボタンを押すと、痛み止め薬が追加されることとなります。どんな時に持続皮下注を使うかですが、激しい疼痛で一刻も早く痛みを止めたい時に急速導入し、落ち着いたらすぐに内服に変更したりするわけですね。もちろん薬を飲めないときにも使います。ほかに貼り薬もありますが、効果が出るまでに何日もかかります。

いくつか症例をみてみます。78歳男性で膀胱がん。がんが骨盤の骨に転移し、痛くて身動きできません。検査も放射線治療も痛くてできない状況。飲み薬をWHO方式で少しずつ増やしていきましたが、15日経っても痛みがあるので、われわれ緩和ケア専門医に紹介があり、すぐに注射しました。飲み薬の30倍の量まで注射することができ、3日ほどで痛みが取れました。70歳女性は肺がんで頸椎転移があり、痛くて動けず寝返りもできない状態。飲み薬を飲んでいましたが、寝たきりはむせるので危ないんです。その点、持続皮下注は簡単に微調整もできますので安全です。そうして皮下注で落ち着いたら飲み薬に変えていくわけですね。もちろん、喉頭がんとか食道がんなど消化管通過障害などで薬を飲めない場合や、認知症で薬を飲めないとか看取り期に入って薬を飲み込めなくなった場合なども持続皮下注は有効です。

さらに麻酔科医は神経ブロックも行います。神経の数だけ神経ブロックがあると思ってください。神経が病気からの痛みの刺激を伝えていますのでそれを切断してしまおうというわけですね。X線で見ながら、神経に針を刺してブロックし、神経の通り道に医療用の100%アルコールを注入したりするわけです。

そうした中で、現在最強の鎮痛法とされるのが「くも膜下鎮痛法」といわれるものです。脊髄くも膜下腔に細いカテーテルを入れて少量のモルヒネと局所麻酔薬を注入するという鎮痛法。モルヒネの飲み薬の100分の1程度で効くといわれます。眠気や便秘なども改善し、QOLが上がりますから職場復帰も可能になりますし、非常に経済的でもあります。内服は1日あたり1万8000円ほどか

かりますが、「くも膜下」はなんと1日500円程度で済みます。海外では小さな機械を体に埋め込む方法も用いられています。スマホなどのようリモコンで操作して、適量の薬を体内に入れていくという方法です。眠くならず痛みが取れますから社会復帰も可能になりますね。日本でも申請が通ったところです。

こうした鎮痛法の実施について全国のがん診療拠点病院に尋ねた調査があります。それによると、実施している病院は多く実施し、実施していないところはほとんどしていないという極端な地域格差がわかりました。そこで厚労省は「自施設で困難な場合は外部の医療機関と連携して実施するように」との通達を出しています。しかし医師の中でも、神経ブロックについて知らない医師がいたり学ぶ機会がなかったり、麻酔科医は手術が多くて緩和ケアの勉強ができないといった問題点も上がっています。これは、手術でなければ儲からないといった医療政策的な問題でもあります。

とにかく体の痛みを取り除くこと——これが何よりも大事なんです。そうなれば精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルな苦痛も取り除かれることになります。

■心不全患者のL I F Eに寄り添うために（弓野 大）

「最も大事な『医師と患者の価値の共有』」

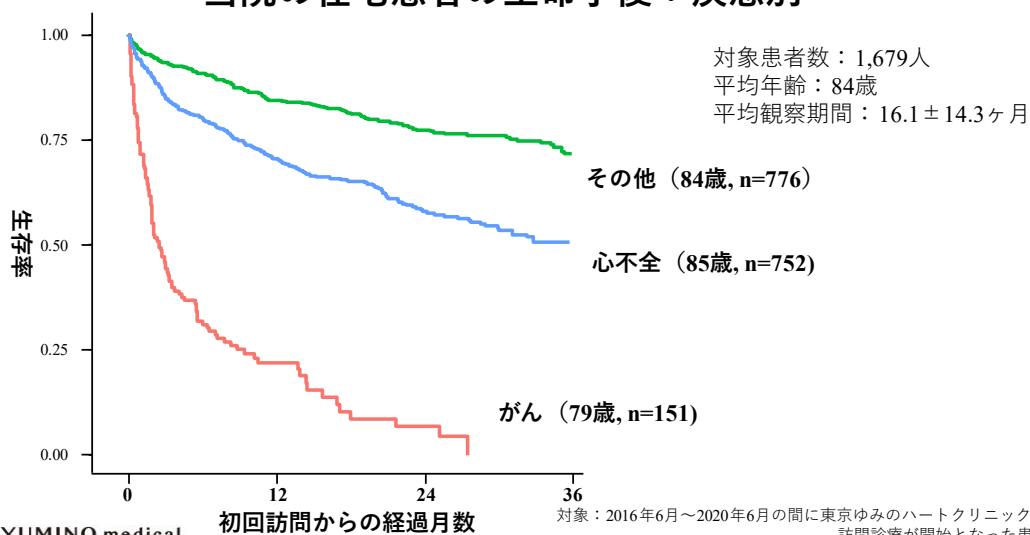


今、非常に増えている心臓病の患者さんが、いかに安心して住み慣れた家で過ごせるか—こうしたことを私たちは行っています。これから将来を見通して重要な問題になってくるのは、心疾患やがんの患者さんが、いかに再入院をしないで家で穏やかに過ごせるか、ということになってくると思われま。ここで、私たち「弓野クリニック」の紹介をさせていただきます。現在、東京に4拠点、大阪に2拠点、福岡に1拠点あり、医師103人、総スタッフ443人が、心疾患に傾

注した在宅診療を行っています。

症例を紹介します。①64歳男性のがん患者さん。ステージⅣの肺がん、多発転移。在宅で最期までが希望、2019年に在宅医療導入、2か月間の在宅療養にて家族に見守られながら最期を迎える。②64歳男性の心不全の患者さん。心不全の増悪により年5回入退院を繰り返す。生活の場での心不全治療ケアの強化のため2019年在宅医療導入、再入院なく在宅療養は継続。

当院の在宅患者の生命予後：疾患別



このグラフは、疾患別の「当院の在宅患者の生命予後」です。1年後を見ますと、がん患者さんはだいぶ亡くなっていますが、心疾患の患者さんは適切な医療を生活の場で施すことによって穏やかに長く過ごすことができている—そういうグラフです。私たちは生活の場で医療を行っていますが、それは「患者さんのLIFEは病院ではなく生活の場」であると考えるからです。そして病気が悪くなるのは病院でではなく生活の場であるからです。私たちは、こうした心不全の在宅管理について5つのポイントを上げており、この5つを常に振り返りながら診療に当たっています。①適切な心不全治療②チーム医療③家族ケア④症状緩和⑤意思決定支援、この5つです。

では慢性心不全とはどんな病気なのかといいますと、心臓が悪いために息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり生命を縮めていくという病気です。心不全というのはあくまでも症候群で、原因になる病気があります。高血圧も高い状態が続くとやがて心臓の機能が弱まり心不全になります。日本の心不全のデータをみてみますと、平均年齢78歳で75歳以上が7割近くおり、再入院は年間5人に1人となっています。

心不全の症状緩和のイメージ



Gibbs JS, McCoy AS, Gibbs LM, et al. Living with and dying from heart failure: the role of palliative care. Heart 2002

 YUMINO medical

このグラフは横は時間経過です。早くから病態改善のための適切な治療を行えば症状は緩和できるということを表しています。しかしどうしても、少しずつ治療の手段はなくなってくるわけですね。そうすればオピオイドとか鎮静剤などの緩和的な治療が必要になりますが、大事なポイントは最後の最後まで適切な医療の選択があるということです。緩和ケアというと、がんのように、痛み、苦しみから終末期につながっていくというイメージですが、心不全の場合、症候群ですから症候群を緩和する、つまり心不全の医療そのものが緩和ケアということになるわけです。

しかしこの循環器領域における緩和ケアというのは難しいんです。心不全は徐々に悪くなるというより突然死という可能性があります。そのために予後予測が難しい。また心不全を引き起こすベースになる疾患が多様であるため予後予測が変わってくる。治療の選択がたくさんある。症状を緩和するのが難しい。こういうことなどから、心不全などの緩和ケアは難しいといわれます。

心不全の終末期の症状をみてみましょう。末期には1人平均で6、7種類の症状があるといわれます。倦怠感、痛み、嘔吐、呼吸困難、不眠、抑うつなどです。一方で約7割の患者さんが症状緩和の不足を認識しており、がんと比べて症状緩和が不十分なまま終末期を迎えているという現状があります。不十分である理由ですが、先ほど平均78歳といましたが、そうした高齢者ですから肺疾患とか糖尿病、腎不全、うつ病などの併存症があります。これに加えて薬剤の副作用や使用制限なども多いんですね。これらが複雑に心不全症状に関与してくるために病態の把握や治療が困難になってくるわけです。

心不全の終末期の症状

症状	がん (%)	心不全 (%)
倦怠感	23~100	42~82
痛み	30~94	14~78
悪心・嘔吐	2~78	2~48
呼吸困難	16~77	18~88
不眠	3~67	36~48
せん妄・認知機能障害	2~68	15~48
抑うつ	4~80	6~59
不安	3~74	2~49

●末期には1人あたり平均で6.7種類と、多くの症状を有することが報告されている。一方で約7割の患者が症状緩和の不足を認識しており、がんと比べ症状緩和が不十分なまま終末期を迎えている現状がある

●心不全の症状緩和が不十分である理由

—半数以上の患者が併存症（血管疾患、慢性閉塞性肺疾患 [COPD]、糖尿病、関節炎、腎不全、うつ病など）をもち

—薬剤の副作用や使用制限が多く

—さらにそれらが複雑に心不全症状に関与するため、病態把握や治療が困難である。

一番多いのが呼吸困難で8割の方にあるとされます。その症状緩和には薬物療法と非薬物療法がありますが、実際、私たちはどのように対応しているかといいますと、苦しくなって呼吸が早くなりますと患者さんは一生懸命に吸おう吸おうとするんですが、それだと有効な呼吸ができません。吸うのではなくて「吐きましょう」といいます。吐くとそのぶん吸えますから。体が弱ってきますと筋力が落ちます。呼吸筋も落ちてきます。苦しいから動かないということではなく、できる範囲内で体を動かすことが重要です。苦しいと訴える患者さんには「やりたいことをしている最中は苦しくないんですよ」と伝えます。リハビリテーションもあります。医療者はどうしても患者さんの辛いというところ、つまりネガティブ因子に注目して何とか症状を取ってあげようと思うものですが、そうではなく、楽しいことに注目し、「テレビを見たい、焼き肉を食べに行きたい」などポジティブ因子をサポートする方向にもっていくことが重要なんです。楽しいことを考えながら接していくことが大事です。

次に心不全の病期と意思決定支援のタイミングについてお話します。今後どういうふうに生活したいか、どんな医療を選択したいか。そのタイミングは、初めて医師と接した時、再入院した時、退院の時などいくつかありますが、医師だけではなく医療者でもいいので意思を伝えておくことですね。このグラフは最近出た「日本の急性期病院で初めて心血管疾患の終末期に関する話題をしたタイミング」です。これを見ますと「亡くなる1か月未満」が過半数なんですね。がんの場合は「これからどうするか」を考えますが、心不全だとぎりぎりになって話し合うということになってしまう。リビングウイルを書いておけば予後がよくなるわけではありませんが、書いておくことで、そこからいろいろ膨らんでいきます。私たちは在宅医療に入る際に、このリビングウイルというか調査票を当院のソーシャルワーカーから渡すことにしています。

調査票の内容も大事ですが、何よりも話すきっかけになるということが大事

なんです。「今」を決めるときには、過去や未来、それに周辺の要因が影響してきますから、いろいろな対話が大事なんです。ここで本題の「L I F Eの視点の重要性」が出てきます。L I F Eには、人生、生活、生命の意味があります。人生（終焉を自宅で迎えたい）、生活（思い出に囲まれて過ごしたい。自分で出せるお金の中でサービスを利用したい）、生命（治す治療は望んでいないが苦痛の緩和はしてほしい）ですね。医師の側の視点ではなく、こうしたL I F Eの視点が必要です。患者さんは何をしてほしいのか、その視点に立つことが必要です。

では「よりよい意思決定」とはどういうことなのでしょう。それは十分な情報を得て、個人の価値観に一致した決定をすることであり、決定に参加した人が意思決定に満足していると表現すること、と言えます。この共同意思決定は、最新のエビデンスをもって「私だったらこうしますが」というふうに提案することになります。医療者は、病気に対してはプロですが患者さんに対しては素人です。一方患者家族は、病気に対しては素人ですが自分に対してはプロといえるのではないのでしょうか。一見すると交わりにくいように思われますが、そこは信頼関係を構築し、コミュニケーションをとって意思決定をしていくことが重要ですね。「先生に任せます」というような医師と患者の関係性は一番良いと思いますが、医師と患者の信頼関係を構築するのは難しいんです。信頼関係には価値の共有が何よりも重要です。同じ目線、気持ちの共有ですね。

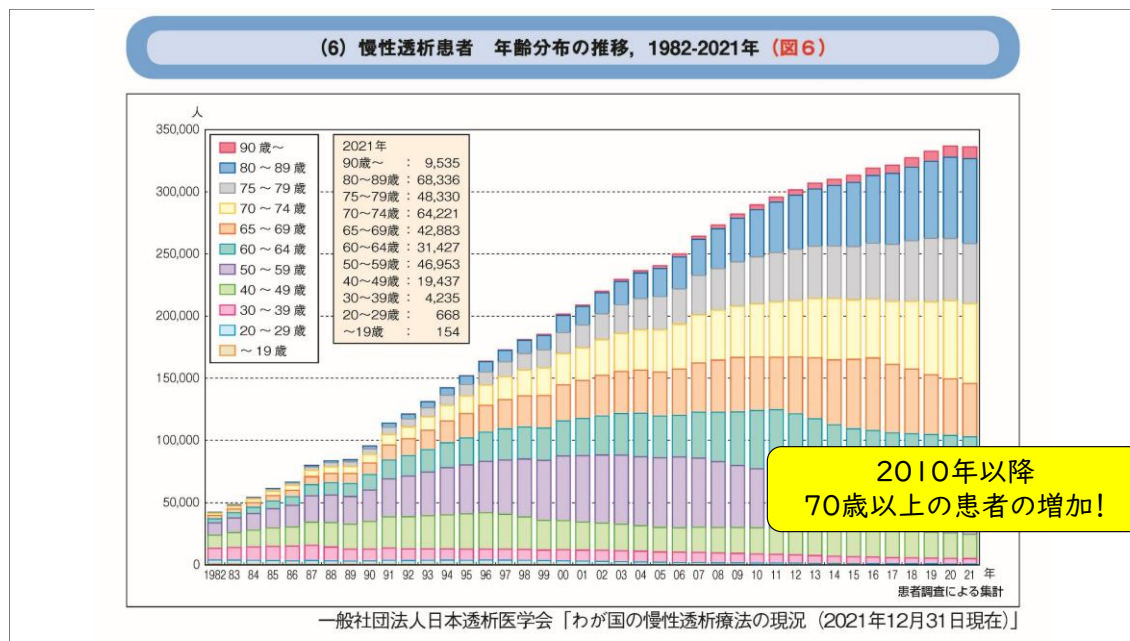
最後になりますが、以下、まとめますとこうなります。まずは心不全の適切な医療を行う。それが症状緩和につながる。医療選択は共同意思決定によって行う。共同意思決定には患者と医師の信頼関係が大切。その信頼関係には価値観の共有をいかに構築していくかが求められる。これらが「その人らしいL I F Eを過ごしてもらうため」に必要なことになります。

■慢性腎臓病の症状緩和（緩和ケア）とACPについて（三浦靖彦）

「死ぬことを考えるのがACPではありません」



まず透析の話からします。透析とは透析膜の半透膜の原理を応用して血液中の老廃物を除去するというもので、1回3～5時間を週3回実施します。そのためには透析施設に通院しなければなりません。透析を中止すると10日前後で死亡しますから、透析は生命維持治療でもあるわけです。透析患者さんは現在日本に35万人ほどいて増え続けています。中でも70歳代以上が増えています。



その透析患者さんのうち入院は3万人ほど。10人に1人は入院中なんですね。これは「12月31日に入院中」の数字です。つまり緊急に入院したかずっと入院している患者さんということになります。ここに倫理的問題があると私は考えています。

そんな中、2018年に日本医師会からACP（アドバンス・ケア・プランニング）という考え方が出てきました。「将来の変化に備え、将来の医療およびケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのこと。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療およびケアを具体化することを目標にしています」とあります。ここで大事なのは、ケアが必要になる前に、その人の人生観や価値観、死生観を話しておくことが重要なんだということです。人は「人生の物語」の中に生きているといえます。「ナラティブ」と言いますが、この人生観、価値観の延長の先に本来、ACPがあるべきだし、人生の最終段階の医療行為が決まってくると私は考えています。そう考えると、ケアが必要になる前から、自分自身で考えているALP（アドバンス・ライフ・プランニング）を基本として「自分はこのように生きてきたのだからこういうケアをしてほしい」というふうに考えると一本筋が通ってくるのではないかと思います。

このACPが登場する前には事前指示（アドバンス・ディレクティブ）が1990年ごろから登場してきました。「昏睡状態や植物状態、重度の認知症などで、自

分自身の受ける医療行為について、自分で決めることができなくなってしまったときに備えて、意識がはっきりしているうちに、自分の受けたい、または受けたくない医療行為について希望を表明しておくこと」。これを文書にしたのが「リビング・ウイル」です。

透析患者用事前指示書

II 透析患者における事前指示書（私案） 文庫 13号-一部改定

引紙様式に定めてあるように、あなたの健康状態が以下の状態になったと想定してください。その際に、あなたが透析治療の継続を希望するか、また、心臓停止状態になった時に臓器移植を希望するか否かを「希望・拒否・不明」のいずれかに○をつけてください。

	透析治療	臓器移植
治療状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
重症化状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
重症陥穽状態	希望・拒否・不明	希望・拒否・不明
末期病	(判断能力があるため省略)	希望・拒否・不明

備考：以下の欄は、あなたが希望または拒否をする具体的な治療行為が

代理人指名
私が、自分自身が今後受ける医療行為について決定ができない状況になった際には、以下の者を私に関する医療行為の選択決定の代理人として指名します。

代理人1
氏名
関係
住所
電話番号

(代理人を複数指定しておきたい場合、以下に記載してください)
代理人2

この事前指示書の作成に当たり、前もって医師から十分な説明を受け、十分に理解したうえで作成したものであることを証明します。また、この事前指示書は私の希望に即したものであることを証明します。

氏名
住所
日付

透析現場では普及したが、
一般人にまでは普及しなかった

私の事前指示と、右記代理人の意見が相違があった場合、以下のように対処してください。

- 私の事前指示を優先する
- 代理人の意見を優先する

私が指定した代理人の間で、意見の相違があった際には以下のようにしてください。

- 代理人1の決定を優先させる。
- 代理人の中で多数決で決定する。

代理人2
氏名
住所
日付

三浦靖彦、浅井篤ほか：より良いインフォームド Consent のために 2003

日本透析医学会のガイドラインは2014年

この事前指示を、私は 1990 年代の後半から透析患者さんに対して行っています。以前、日本、アメリカ、ドイツの透析専門医にアンケートしたことがありますが、「家族のこともわからない高度認知症になってしまった透析患者の透析中止を家族に推奨しますか」との質問には、日本では 98%が「推奨しない」でしたが、アメリカでは 98%が「中止を推奨」でした。ただし患者、家族の希望を尊重するという意識は、日本、アメリカ、ドイツとも共通しています。次に日本でのアンケート調査ですが、事前指示という概念もある旨を伝えますと、80%の患者さんがそれなら「事前指示をしたい」と答えています。さらに「透析患者の終末期医療に対する希望を、家族や主治医は理解してくれているか」との調査では、残念ながら、家族も主治医も患者の希望を理解していなかったという結果が出ています。この結果から、自分の望む形の終末期を過ごそうとするならば、事前に指示しておくしかない、ということになりますので透析患者さんの事前指示書を作ってその普及をはかってきました。と同時に、死生観を共有するための話し合いを大切にしましょうと推奨してきました。これが後に ACP につながってきたと考えています。

次に「事前指示をどの程度正確に守ってほしいか」という調査ですが、アメリカでは「完璧に守ってほしい」が 39%なのに対し、日本では 12%。日本で多かったのは「少し取り入れてほしい」でした。ここでわかるのは日米の文化の差です。日本では自分の気持ちも汲んでほしいけれど、家族や主治医で考えて決めてほしいというような意識が強いことがわかります。つまり日本人は、終末期にお

いて自分のためよりも家族のことを慮っているということがわかつています。日本の文化に合わせた自律尊重が必要かと思ひます。

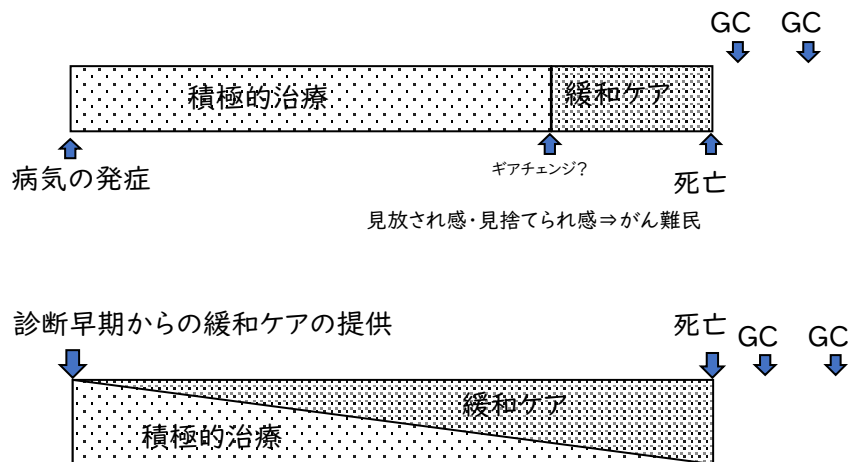
話を透析に戻します。それでは「透析の中止・見合わせは大丈夫か」ということですが、倫理的には患者の自己決定権が保証されるべきであると考えられており、透析により患者が得る利益と不利益を比較衡量することが大切といわれています。日本透析学会は福生病院の事件を機に「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を2020年に改訂しました。この提言で、透析を開始しない、または継続していた透析を中止し緩和ケアを提供する「保存的腎臓療法」の概念を提唱しました。これによって「透析を開始しないとか中止する」といったことで、はたしていいのか」といったジレンマが起ってくるでしょう。

日本の透析患者さんの死亡原因をみますと、透析を中止するという「自殺・拒否」は0.5%と非常に少ない。一方アメリカでは「透析中止」による死亡が18%で、透析患者さんの主要な死亡原因になっています。週3回、1回5時間もベッドに縛られているような生活は自分のライフスタイルに合わないから、このまま人生を終わりにしたい、という意味ですね。

こうした状況のなか、「透析中止・見合わせの申し出があつた際に留意すべき事項」というのを私なりにまとめました。①透析の中止・見合わせを希望する理由は何か？その理由は関係者から見て理解可能なものか？②患者は意思決定能力を有しているのか？③うつ状態、脳障害や他の障害による影響はないか？④透析中止の希望は確固たるものか？事前指示、ACP等はあるか⑤患者の透析中止の希望の主要な要因を改善できる手段はないか？もしくは、その手段は尽くされたか。⑥患者の家族や周囲の関係者は患者の希望を支持しているか？そして最後に、上記の条件について情報を入手し、多職種によるカンファレンス（臨床倫理コンサルテーション等）で討議することが望まれる、としています。

この少し前に「高齢者ケアと人工透析を考える」という小冊子が発行されましたが、その中で「慢性透析患者の症状緩和（透析継続中）」について書いています。①痛みやかゆみ、吐き気、精神的不調等各種症状は薬である程度抑えることができるようになってきている②透析低血圧は昇圧剤でコントロールしたり透析条件を考慮する③薬で治まらない手根管症候群は手根管開放術を実施する④腎性骨異常栄養症はビタミンDなどの投与でコントロールする⑤水分貯留による肺水腫（うっ血性心不全）は大変つらい症状。陸上でおぼれるような状態なので中2日の際の体重増加に注意しながら対処しています。透析を中止したならば厳格な水分制限が必要になります。そして問題なのは、透析患者さんに心理・社会的側面へのアプローチが確立されていないということなのです。

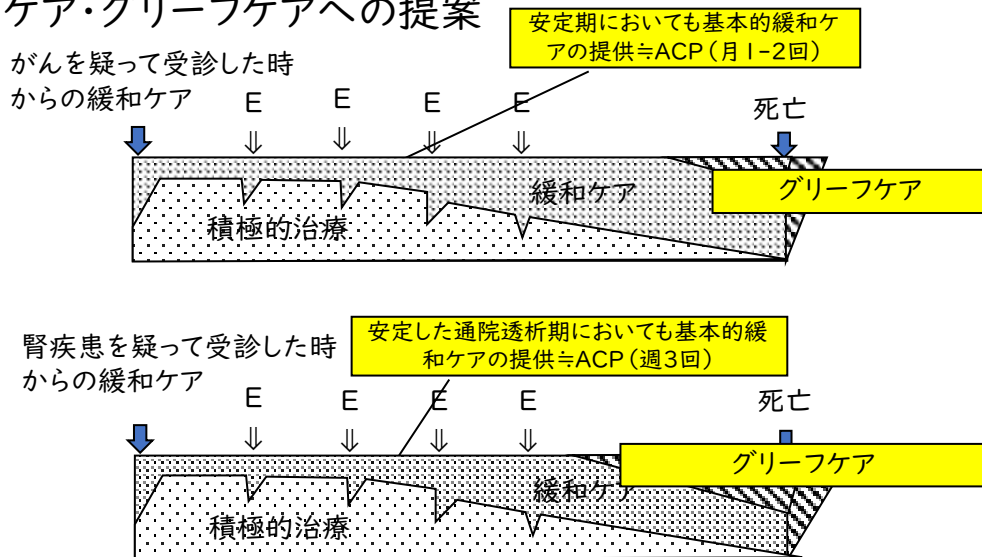
緩和ケア・グリーフケアの概念の変遷



この図の上は、がん患者さんへの緩和ケアの昔のやり方で、下は現在です。以前は化学療法など積極的治療で効き目がなくなったら緩和ケア病棟へ、という流れでした。そこで死を迎える。患者さんは見放され感や見捨てられ感を抱き、まさにがん難民になるというわけですね。そして亡くなった後にグリーフケアが行われる。今は違います。診断早期から緩和ケアの提供が始まります。

私は、このようなイメージで進めています。

緩和ケア・グリーフケアへの提案



三浦ほか 慢性腎臓病緩和ケアの実践 腎と透析 92, 2022より

がんを疑って受診した時から緩和ケアが始まるという考えです。そして安定期においても、基本的緩和ケアを提供します。そこでACPを書き、書き替えるということを行います。死ぬことを考えるのがACPではありません。この病気とともに今後どういう人生を送っていききたいのですか、ということを考え、決めて

いくことがACPで、それをしっかりしていくことがグリーンケアにもつながっていきます。腎臓病の患者さんの場合も同じです。安定した通院透析期においても基本的緩和ケアの提供を行います。これは基本的に透析のスタッフが行うべきケアですが、そのあとに専門的な緩和ケアが必要になった場合は緩和ケア専門チームがお手伝いする、という形がいいのではないかと考えています。まず、それぞれの病気に関する基本的緩和ケアに習熟すること、そしてそのスタッフがACPを行うということですね。

通院透析をしていた患者さんが通院が難しくなると、透析設備のある病院に入院をするか、一部の患者さんは透析を中止して在宅看取りを選ぶ場合もあります。また、ごく一部の患者さんは在宅でできる腹膜透析を選択します。これをPDラストといいます。ご家族にとっては「やり切った感」があるとされます。どちらにしても言えることは、「後方病院や在宅医に患者さんの情報を伝えないと良い看取りはできない」ということです。そこで私は「透析患者在宅看取り依頼書」というのを作ってみました。

ACPを繋げるために	
<p>慢性腎臓病(透析)患者在宅看取り依頼書(私案)</p> <p>当院で透析を行ってきた患者 殿ですが、本人・関係者との話し合いを繰り返してまいりましたが、この度透析治療を中止して、在宅での看取りを希望しておりますので、今後の在宅緩和ケアの提供につきまして、なにぞよろしくお願いいたします。</p> <p>患者名 性 生年月日 透析導入年月日 原疾患</p> <p>病歴、合併症および過去に行ってきた治療(別紙に詳細あり)</p> <p>(例)糖尿病を〇歳で発症、〇歳で血液透析導入、〇年に心筋梗塞CABGを実施。〇年に脳梗塞で右片麻痺となった3か月前に大腸がん、肺転移、腹膜播種が見つかり、余命6か月以内と診断された。その他:手根管症候群(手術歴)、がんの診断・治療など。</p> <p>現在のADL</p> <p>(例)自立歩行は困難であり、ポータブルトイレを使用、入浴は訪問サービスを利用する予定、ペースト状の食事を摂取できるが誤嚥もあり。</p> <p>現在の内服薬</p> <p>(例)現在はアセトアミノフェンの内服で痛みはコントロールされているが、今後は医療用麻薬も必要となる可能性があるその他、降圧薬等は別紙を参照</p> <p>患者関係者情報(家族関係、代諾者情報、受け入れ状況など)</p> <p>(例)夫は10年前に肝臓がんで死亡、長い入院生活の末に死亡した。家で看取ることができなかったことを本人および家族は後悔している。長男63歳(岩手県)、次男60歳(山梨県)、長女55歳。長女と同居しており(神奈川県)、長女が主たる介護者であるが、意思決定においては、子供たちで話し合い、長男の意見を優先している。長女は夫(58歳)、長女(28歳)、次女(24歳)、長男(22歳)と一戸建てに居住。家族全員が、在宅看取りを支持している。</p>	<p>患者の生活歴・希望(ケアの目的・希望・期待など)</p> <p>(例)大卒で大手銀行に就職27歳のとき、会社の同僚であった夫と結婚3人の子供を育ててきた。代々浄土宗の家系であるが、特に宗教心が強いわけではないが、クリニックのスタッフとのACPにおいても、「人はいつか死ぬもの。夫を家で看取ってあげることができなかったことは今でも後悔している。流れに任せて、物事に感謝しながら生き、自分のことを自分でできなくなったらその時は、穏やかな最後を迎えたい」と常に話していた。透析クリニックの事前指示書には、5年前から「延命治療は希望しない」と記されている。今回も、複数回にわたり、確認したが、「透析を終わりにして、家で過ごしたい」と表明している。</p> <p>在宅看取りを希望する理由</p> <p>(例)通院にも介助が必要になり通院バスでも、他の患者に迷惑をかけるのは自分の生き方に反すると前から言っていた。がんで余命も告知されたことからこれ以上、透析を続けるよりも、家で安らかな時間を過ごしたいと言ってきた。今の住居は、患者の亡夫と建てた家で、子供3人を育ててきた家である。園芸が趣味であったため花を眺めながら最後の時間を愛猫(13歳)とともに過ごしたいと希望している。</p> <p>患者が透析中止を希望してから行ってきた援助内容</p> <p>(例)数回の聞き取りにより、意思決定能力は有していると判断。うつ状態はないと当院医師及び非常勤の精神科医が診断している。送迎バスを利用してしたが乗降も困難な状況となってきた。長期療養型病院での入院透析も提案したががんの診断を境に、本人は自宅での看取りを希望。家族も、それを支える意思表示をしている。CAPDへの変更についても説明したが希望しないとの意見が一致している。</p> <p>在宅ケアに関する情報および緊急時(透析再開時)の対応</p> <p>(例)〇訪問看護ステーションに依頼済ケアマネージャは、△地域包括支援センターに依頼済。万が一、透析再開を希望した場合や在宅看取りが無理と判断された場合は当院関連の入院設備のあるB総合病院で受け入れ可能であることを確認済み。</p>

臨床透析 37, 4, 69-75, 2021より一部改変

左に医療的なことが書かれていて、右側が「患者さんの生活歴」や「希望」などを記す欄になっています。まだこうした書面を受け取ったことはありませんが、今後、こうした書面が普及してくれるといいなと思っています。さらに「患者自己紹介シート」というものも作ってみました。「私はこのような人間なのでよろしく」と名刺代わりに渡すようなイメージです。①私の歴史②人生で大切にしていること③今後の生活に対する思い、などです。これは医師を教育するためにも必要なことなのではないかと思っています。

■暮らしの保健室からの報告（秋山正子）

「早めに気楽に相談にいらしてください」



2010年にNHKの「プロフェッショナル 仕事の流儀」で私たちの活動を紹介していただきましたが、その頃は訪問看護、特にホスピスに力を入れ、在宅看取りも多くいたしました。亡くなりそうな方から依頼を受けるということが多かったのですが、それでは遅すぎる、というかもっと前から気軽に相談できる窓口が必要ではないかと考えていたころに出会ったのが、2008年の国際がん看護セミナーでした。そこでイギリスで始まった「マギーズセンター」を知りました。がんに特化した新しい相談支援施設ですね。20年の訪問看護の経験から、そのような相談に乗れるスタイルを日本でも作ろうと考えたのです。マギーズ東京の始まりです。

私たちは2007年から、「住民向けの在宅療養推進シンポジウム」を開催しています。新宿区民だけでなく区内で働くケアマネや病院関係者なども聴衆として参加していますが、そこに2010年11月に聴きにきた元本屋さんが、空き店舗の提供を申し出てくれたんです。中を改修してちょっとおしゃれな居心地の良い場所を作りました。その本屋さんの場所は新宿区全体では高齢化率が19%くらいなのに対して55%と非常に高い。

暮らしの保健室

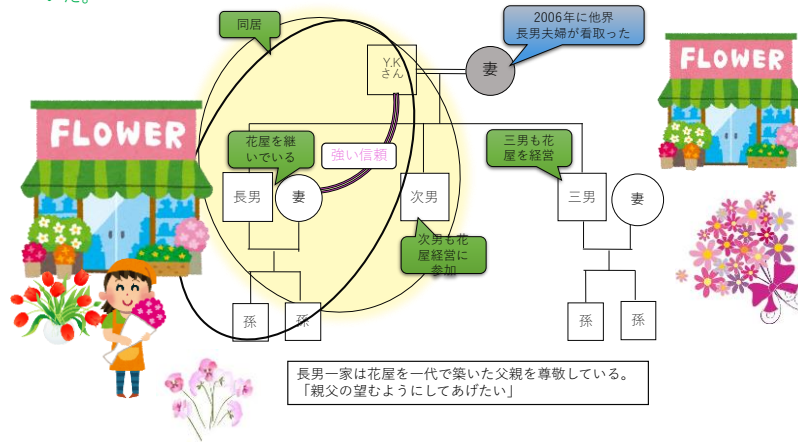
2011年7月1日オープン



そこは周りに医療機関も多いところでしたので、医療と暮らしのあいだの部分をサポートする仕組みが必要と考え、「暮らしの保健室」を開設いたしました。「気軽に相談できる場があれば」というアイデアと「自分も地域の役に立ちたい」という地域の方の貴重な声が合致し、さらに「切れ目ない支援のために専門職同士も顔を合わせられる場が必要」という専門職のニーズにも応えることができました。ここではいろいろな催しを行っています。在宅介護の研修をしたり、熱中症の予防教室をしたり、また軽度な認知症の方の立ち寄り場所だったり、ラジオ体操をしたり。そうした地域活動に身を置きながら訪問看護で培ってきたノウハウが役立っているのかなと思っています。がんのサバイバーの方も入っていますので、その相談にも乗っています。そんな中、毎月1回「暮らしの保健室勉強会」も行っています。つい先日の勉強会は142回目でした。参加者はケアマネから区の関係者、訪問看護師、管理栄養士、行政書士、ジャーナリストまでさまざまです。

ここで、早期からの相談窓口の活用事例を1つ紹介します。家族の気軽な相談に応じるところから、がんの方の外来通院中の対応、本人の居たい場所での最期までのケースです。よく通院ができなくなったら在宅、といわれますけれど、通院しているときから在宅に緩やかに入っていくということができれば、ターミナルステージに至った時によりスムーズに緩和医療が取り込まれるのではないかと思います。

- 昭和9年生まれ。78歳。（初回相談時点：2012年8月） 享年79歳。
- 以前は、区内に夫婦二人で住んでいたが、妻の死後、長男家族の家に同居。
- 戸山ハイツで花屋を経営。長男夫婦がお店を継いでいる。
長男家族と住む家は道路を挟んだ近所にあり、嫁（Mさん）が店と自宅を行き来していた。

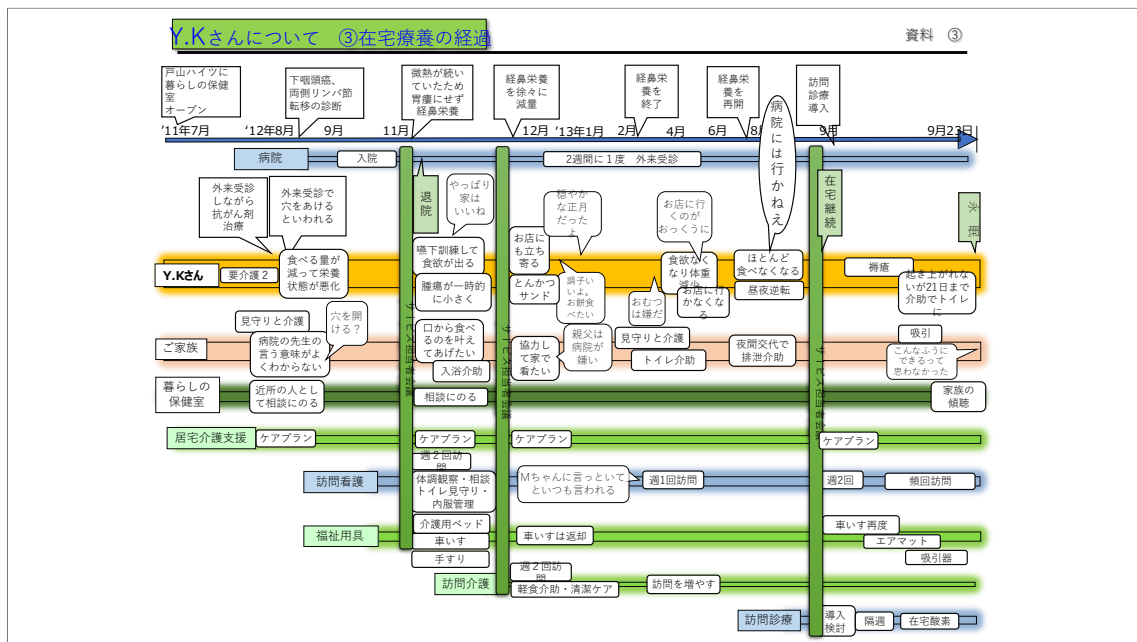


団地の商店街の一角に「暮らしの保健室」はありますが、その並びに花屋さんがあります。そのおじいさんの店主が下咽頭がんで、多臓器に転移が見つかりました。ステージⅣです。この絵でお花を持っている方が長男のお嫁さんで主介護者。この方が相談に来ました。毎回外来に連れていきますが、そのたびにドクターから「穴を開ける」という言葉しか聞かない。「穴を開けるってどういうこと？」という相談でした。胃ろうとか気管切開とかが考えられますが、私も病院に同行し、看護師であることも告げました。そこで医師は「穴を開ける」と言いましたので、そんなに狭窄もないようでしたので、もう少し詳しく説明してくださいとお願いしました。そうしたら「ああ、いいよ」とあっさりと応じて「今なら胃カメラを飲めるし、胃ろうをすることができ。栄養や薬がそこから入るので今のうちに穴を開けたほうが良いという意味」と言うのです。

医師からのこのような話は、たぶん最初の診断の時にされたと思うのですが、告知を受けたときは頭が真っ白になる方が多いんですね。「穴を開ける」という言葉以外、覚えていないか頭に入っていないことが多いと思われま。毎回「穴を開ける」という言葉しか頭に残っていなかった。それを私たちに話して聞いてもらった。そこから具体的な支援がスタートしました。介護保険の認定の仕組みを説明し、ケアマネや訪問介護が入り、福祉用具も整いました。日中独居なのでその対応も始まりました。「暮らしの保健室」は制度外ですが、地域の中にこういう場所があるということでその役割を果たすことができました。

この方は最初の診断の時に「余命半年」と言われていましたが、家で比較的快適に過ごされて約1年たちました。さらに半年と続き、いろいろな症状が出てきたときに長男が「おやじ、病院に行くか」と聞いたら「病院には行かぬー」とはっきり言ったそうです。その意思表示を訪問看護師に伝え、緩和ケアが行われ、それから3週間で、皆さんがそろった家で穏やかに亡くなりました。「こんなに穏やかな最期になるとは思わなかった」とご家族もおっしゃっていました。早め

にチームが組みまれて対応が始まったことで可能になったという1例です。



この例を使って地域の方にシンポジウムをしましたら、亡くなった方を知っている近所の方がお嫁さんのところに近づいてきて「あんた方は親孝行したなあ。よくやった」といったそうです。近所の方が慰めるという一つのグリーンケアが行われたというわけですね。ある方はこれを「一個人に対して家族や地域が動く地域包括ケアが実現した1つの例」と言われました。がんで高齢で様々な症状が出るけれども早めからの相談があれば、緩和ケアを行いながら穏やかな最期が可能になるのだという例ではないかと思えます。

もう1つたくさんの方が関わった例を紹介します。元気なうちから「暮らしの保健室」を利用された例です。最初は奥さんが「腰が痛いから何とかならないか」ということでした。時々通ううちに「喉につかえる」という訴えがあり食道がんが見つかります。高齢のために手術は難しく放射線治療になりました。チームで対応し、退院をして自宅に戻り最期を迎えました。この方は元気なうちから自分の意思を毎年書き替えていました。まさにリビングウイルですね。退院するときにIVH(在宅中心静脈栄養)にしようか胃ろうにしようかとなった時に、「外にも出たいので胃ろうを選ぶ」となりました。「胃ろうはやだ」という方が多いのですが、自分の生活スタイルに合わせての判断でした。様々な情報をお伝えしご本人が判断するということで、意思決定支援が行われた例といえます。最期に本人が「やりたいようにさせてもらった」と述べているように、まさに「尊厳ある死」につながったのではないかと思います。

最後に「暮らしの保健室」の機能を6つあげます。①相談窓口②市民との学びの場③安心な居場所④交流の場⑤連携の場⑥育成の場、です。こうした私たちの「保健室」を見に来られた方々が今、全国各地に地域の特性を活かして、同じような「保健室」を作ってくださいています。60~70の施設になろうとしています。

す。仲間が増え続けています。どうぞ気軽に早めに「保健室」にいらしてください。

■ここまでできる在宅緩和ケア（長尾和宏）

「在宅緩和ケアの普及はまだまだ」



私は28年間、町医者をしてきて、このほどいったん辞めましたが、これまで1500人ほどを在宅で看取り、緩和ケアも行ってきました。その経験からお話をいたします。

さて、在宅緩和ケアの対象者ですが、私の長尾クリニック（現三和クリニック）では幅広い対象者に行ってきましたが、やはり多かったのは末期がんの方でした。それから神経難病（ALSなど）、慢性心不全や慢性腎不全、呼吸器不全などの臓器不全。さらに認知症、老衰ですね。

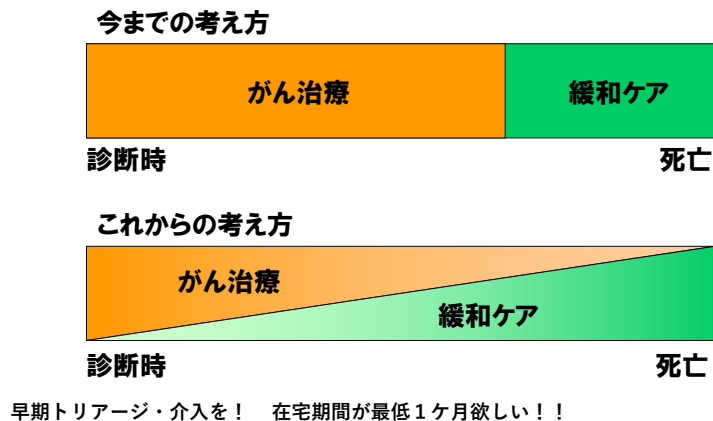
在宅緩和ケアの対象患者

- 末期がん
- 神経難病（ALSなど）
- 臓器不全（慢性心不全、慢性腎不全）
- 認知症
- 老衰・・・

私が医師になった 40 年前は、こうした緩和ケアに関する薬剤はあまりなく、モルヒネもほとんど使われなかったのですが、今は在宅でも使えるさまざまな薬剤が出てきています。鎮痛薬のロキソニンやカロナール、鎮痛補助薬のリリカ、そしてオピオイド（医療用麻薬）ですね。それから鎮静薬も一部制限はありますが在宅で使えるようになってきて、病院とそれほど変わらなくなってきています。剤形も年々充実し飲み薬や貼り薬、レスキュー（液体）といろいろです。自宅のベッドサイドに置いておくこともできます。冒頭に小杉さんから話のあった持続皮下注も在宅でできます。薬剤師や訪問看護師との連携が大事になりますけれど。もちろん点滴で痛み止めを注入することも行われています。

それからモルヒネですが依然として基本薬とあっていいでしょう。「モルヒネを投与するのはまだ早い」と誤解している医師もまだ少なくないのですが、痛みは我慢することなく、小杉さんも言われたように、がん性疼痛に対しては「最初からいきなりモルヒネ」でいいというふうにガイドラインも変わりました。ところが大学病院でも在宅でもまだ、抗がん剤が中心で緩和ケアに関心が向いていないというのがどうやら現状のようです。実際、日本に緩和医療学会はあるけれど緩和ケア学会はない、ということがそれを示しているのではないのでしょうか。

がん対策推進基本計画が提唱する緩和ケアのあり方



この図は「がん対策推進基本計画が提唱する緩和ケアのあり方」です。今までは亡くなる寸前になって初めて緩和ケアの開始ということが多かったのですが、これからは診断時から緩和ケアが徐々に始まるということになると思います。緩和ケアの在宅期間は「最低1か月欲しい」というのが私の経験上の思いであり、痛みを取ってあげて穏やかな最期を迎えてほしいと思っていますが、「ぎりぎり在宅」が多く、最後の1週間とか1日とかの在宅緩和ケアというのが現状なんですね。

ここで緩和ケアの方向性についてまとめてみます。①がん、非がんを問わない②非がんへのオピオイドの適応拡大③早期からの緩和ケア導入④シームレス（切れ目がない）な緩和ケアの提供⑤食と栄養という緩和ケア⑥地域包括ケアの中での緩和ケア、になるかと思っています。⑤の最後まで食べることができるようにする「食支援」も大事ですし、秋山さんたちの活動のような⑥「地域包括ケアの中での緩和ケア」も重要になってくるでしょう。

ここに示したのは朝日新聞出版から出ています「在宅医療ガイド」というムックです。看取りの実績のある2745の医療機関を紹介しています。このリストの中に「緩和ケア充実医療機関」というカテゴリーもあり、「持続皮下注を年間3例以上」行っている医療機関も出ていますが、在宅看取りをしっかりとっている医療機関でも「持続皮下注を年間3例以上」は多くないんですね。在宅で緩和ケアができると先ほど言いましたが、実際は医療機関によって差があるというのが現状であるということも知っておいてください。この本は日本尊厳死協会とタイアップしていますので、ぜひお求めいただければと思います。

私は「痛くない死に方」や「痛い在宅医」という本も書いています。これらを元にした「痛くない死に方」という映画も作られました。高橋伴明監督で奥田瑛二さんや柄本佑さんが出演しています。まさに在宅医療やリビングウイルの現実を扱った映画ですので、これもぜひご覧いただければと思います。

【解説と感想】「緩和ケアの現在」を共有できたか

郡司 武（日本尊厳死協会 会報編集）

人の苦しみの中で「痛み」は最大のものであるといえましょう。ましてや、その痛みの中で人生の最終段階を迎えるとなれば、これほど辛いことはありません。日本尊厳死協会の「医療相談」にも痛みの相談は多く寄せられ、今年の会報188号でも「痛くて痛くて、死んだほうがまし！」との悲痛な訴えに応えています。痛みは他人には理解されにくいものですし、長引くとQOL（生活の質）を低下させるだけではなく精神をも病み、生きる気力を失い、死を望むようにもなります。「健やかに生き、安らかな最期を」という日本尊厳死協会のキャッチコピーは、まさに、この痛みのない「安らかな最期」を切に願ってのものでもあります。

今回の「第12回 日本リビングウイル研究会」のテーマは、「緩和ケアの現在～痛み苦しみにどこまで対処できるか～」。サブタイトルに「痛み苦しみから死を望む人がいなくなることを願い」とあります。「痛み」の中でも「人生の最終段階における痛み」に焦点を絞り、末期がんからくる「刺すような痛み」ばかりではない様々な痛み（スピリチュアルを含め）の「緩和ケア」に、それぞれご専門の立場から多角的に照射し「その現在」を浮かび上がらせました。

まず、冒頭で佐賀において緩和ケアに取り組む小杉寿文医師が「難治性がん性疼痛」の緩和ケアをわかりやすく説明しました。「なぜがんになると痛みが起こるのか」から始まり、がん性疼痛の実態に移り、QOLを下げないようにするにはどうするか、と問い、持続皮下注の実際に話が及びました。次に登壇された弓野大医師は、年間1000例以上の心不全の在宅管理を行っているお立場から、最期を迎えるに際し「最も大事なものは医師と患者の価値の共有」と説き、心不全患者の緩和ケアは「まず心不全の適切な医療を行うこと」と結びます。そのことが症状緩和＝緩和ケアにつながる、のだと。

「慢性腎臓病の緩和ケアとACP」について話されたのは、三浦靖彦医師。現在日本に35万人ほどいて増え続けている人工透析患者にとって、透析中止は「死」を意味しますから、人生の最終段階の意思を事前に示しておくこと（ACP）が重要になります。ACPは「今後この病気とともにどういう人生を送っていかたいかを決めていくこと」であり、決して「死ぬことを考えるのがACPではありません」と力説されました。

訪問看護師のパイオニアとして知られ「NHKプロフェッショナル 仕事の流儀」にも登場された秋山正子さんは、東京・新宿で活動されている「暮らしの保健室」からの報告として「一個人に対して家族や地域が動く地域包括ケアが実現した1つの例」を紹介しました。この例を地域の方にシンポジウムで話したところ、看取ったお嫁さんに対して、亡くなった方を知っている高齢者から「あ

んた方は親孝行したなあ。よくやった」と言われたとのエピソードも語られました。「近所の方が慰めるというグリーフケアが行われたのだ」とも。

日本尊厳死協会の副理事長でもある長尾和宏さんは、町医者としてこれまで1500人ほどを在宅で看取った経験から、緩和ケアの在宅期間について「最低1か月欲しい、と思っていたけれど『ぎりぎり在宅』が多く、最後の1週間とか1日とかでした」と、在宅緩和ケアの日本の現状を報告されました。

「緩和ケアの現在」は、日本尊厳死協会の「リビングウイル研究会」にとって、おそらく最も親和性があり重要なテーマかもしれません。今回は、その現在や先端、草の根の活動について語り合うことができ、認識と重要さも共有できた「第12回研究会」になったのではないのでしょうか。