

# 医療タイムス

週刊医療界レポート

2017.5/29 No.2304

**特集** エンドオブライフ・ケア協会設立2周年シンポジウム

## ここからはじまるエンドオブライフ・ケア 超高齢少子化多死時代における“つながり”



**深掘** ケーススタディ経営改革力

### 経営を支え、経営を改善する 「会議」と「M-style活動」

社会医療法人美杉会 佐藤病院

**タイムスレポート**

### 漢方医学と西洋医学とが融合 漢方薬を使用する医師は86.3%に

株式会社ツムラ

**Top News**

患者の負担増案に懸念続出、先発医薬品めぐり見直し 社保審委会  
人受精卵のゲノム編集、年内めど結論 内閣府調査会

エンドオブライフ・ケア協会設立2周年シンポジウム

# ここからはじまる エンドオブライフ・ケア

## 超高齢少子化多死時代における“つながり”

4月22日、東京・虎の門でエンドオブライフ・ケア協会設立2周年シンポジウムが開催された。従来機能していたコミュニティは高齢化などにより、つながりが希薄化し、孤立する人が増えていく。超高齢少子化多死時代を迎えようとする現在、エンドオブライフにおける「人のつながり」がテーマとなった。

取材 ● 田川丈二郎



## 社会環境が変動する中で 急性期病院とどう付き合うか

みその生活支援クリニック院長 **小野沢 滋氏**

(エンドオブライフ・ケア協会理事)

みその生活支援クリニック院長の小野沢滋氏は、まず自らが勤務していた病院のある市町村の、年齢別人口当たりで受診回数を割った数を紹介した。例えばゼロ歳児は急性期病院を年に100回受診する。これは歳を経るごとに減っていくが、女性の場合では9～10歳が一番受診をしない年齢となる。男性は20歳前後が受診をしない年齢だが、「一般的に、女性は結構大病院にかかる」（小野沢氏）。

120年前も、死亡率の高い年齢はゼロ歳児だった。若年層の死亡率、さらには若い女性の死亡率も高かった。女性の場合は出産に伴うリスクで命を落としていたが、現在ではほとんど死ぬようなことはない。つまり急性期病院というのは、若い世代の安全を担保する社会的資源であり、大きな役割を果たしてきた。

その上で小野沢氏は、「若い女性は病院にかかるが、高齢の女性は病院にかかることはない」と指摘。

それは、「自動車免許がなく、病院に行かれないことが原因ではないのか」と推測する。例えば85歳の女性は、8割が配偶者を失っている。逆に85歳の男性は、7割が配偶者がいる。配偶者を失った妻は、外出がしづらいというわけだ。

ここで小野沢氏は、ある急性期病院に入院する診療科ベスト10を示した。それによると、1位は眼科で、その要因は白内障だ。この病院の平均在院日数は10日。だが実際に病棟で入院患者に、「あなたはこの病院で1カ月以上入院しているか」と聞くと、約4割が該当したという。つまり、眼科・白内障というのは経済効果が高い上、回転率が速いため平均在院日数を圧縮させているというのだ。ここからは急性期病院の真の姿は見えてこない。また小野沢氏によれば、在院日数30日以上患者が病床当たりにもつめる割合が最も高い診療科は、51.7%の救急科だった。つまり2人に1人が30日以上入



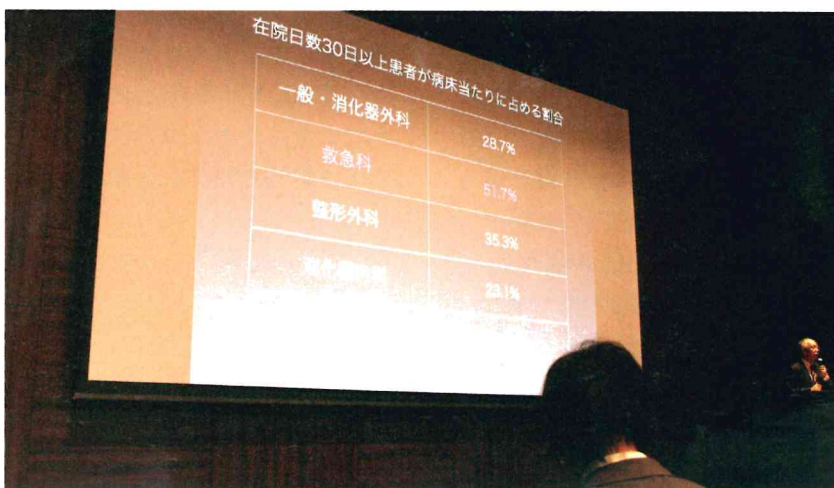
小野沢滋氏

院患者となる。この3次救急は原則全ての患者を受け入れる、「社会の最後の砦」だ。小野沢氏は、「救急医療で入院しても、できるだけ早く退院をする算段を立てることが必要だろう」と述べた。

今後急性期病院はどうか。例えば1000床の急性期病院に、年間何人が入院できるかという、36万5000床で、平均在院日数が10日なら3万6500人となるが、救急の重症患者の在院日数がもっと長いために、全体を見ていくと1万人がいいところだという。結局、「より重症な人が入院しにくくなっている状況が生まれている」

今後高齢者が増加する一方で、病床数を減らそうとしている。そうすると、われわれの行き先は必然的に在宅を思い浮かべるが、甘くはない。小野沢氏によれば在宅で家族に看取られるのは、東京では5%程度の割合しかない。しかも3%は孤独死で、4日間以上経ってから見つかることになる。

さらに先に言った通りに高齢者の外来受診数は減少するので、2020年代の半ばで外来のピークアウトが始まると見込まれている。それは1000床を超える大病院でも同じことであり、「今から経営の体質改善を図らなければならないだろう」と訴えた。



小野沢氏は「在院日数30日以上患者が病床当たりにもつめる割合」を示した

対談

## 死別後のつながり— 死の前後をつなぐものとは何か

モデレーター：長尾和宏氏（エンドオブライフ・ケア協会理事）

戸松義晴氏（増上寺塔頭 心光院住職）

金子稚子氏（ライフ・ターミナル・ネットワーク代表）

金子稚子氏の夫・金子哲雄氏は、がんの一種である肺カルチノイドを発症し、1年半の闘病後2012年10月2日に逝去した。その死の前後から、多くの人とのつながりが生まれた。

### 病気発覚時には死を覚悟 医療の非情さを知った

金子 私は医療、宗教とは全く関係のない仕事をしていましたが、夫の病気が分かったときには次の瞬間窒息死をするかもしれないという病状だったので、急性期病院からも受け入れてもらえなかった。

そういった中で私の夫は、流通ジャーナリストであったし、私も編集者だった。亡くなっていく人とその妻という関係であったが、同時に2人とも取材者であった。医療というものがいかに非情であるかを知ったし、一方で医療機関の経営状態からみて、仕方がないという複合的な見方をしていました。

今日のテーマは「つながり」だが、戸松住職とは夫の生前、それこそ死が明確に視野に入ったところで、知人から紹介された。長尾先生とは、夫の1周忌のときに知り合っ

た。まさに死別後のつながりだ。

長尾 ご主人の故金子哲雄さんは何のご病気で亡くなられたのか。

金子 肺カルチノイドというがんの一種だ。10万人に1人ぐらいの発症率だという。

長尾 抗がん治療は受けたのか。

金子 分かったときには9センチの腫瘍が、気道を圧迫する位置にあった。どの医師も治療はできない、緩和ケア科に行ってくださいといわれた。

長尾 ご本人は何といわれていたのか。

金子 「はい、分かりました」と答えていたが、何も治療ができないということに圧倒的な恐怖を覚えていた。それでも大阪にいる血管内治療の医師と出会って、1年半ほど命を長らえることができた。

胸部CTの画像を見て、やる治療はないという判断の中で、血管内治療の先生は「完治は目指せない。それでもやってみましょう」といつてくれた。そういつてもらえただけでもうれしかった。何もしないで死ぬのを待つだけだったら、大変な苦痛、苦しみであった。

長尾 最終的には在宅医療となった。

金子 大阪の病院で月に1回治療を受けていたが、気道に腫瘍があるため窒



長尾和宏氏

息の危険性は日常であった。どうしたらいいのか聞くと、駄目かもしれないが今まで掛かった医療機関に聞くようにいわれた。

しかし責任を負えないと医療機関に断られ、最終的には訪問看護師を紹介された。この方が最期まで看取って下さった。

### 夫から死後を託された思いが 遺族である私を支えている

金子 「死別後のつながり」というテーマは難しいので、戸松住職のほうから、さまざまな遺族の様子をご紹介いただけないか。

戸松 100の家族があれば、それだけの形がある。死というものは、本人にとってもご家族にとっても究極的なことで、そのときに本当の姿が出てしまう。普段からコミュニケーションをとり、互いの思いを知っておかないといざというときに対応ができなくなってしまいます。

亡くなった方を中心に、心からの弔いをしていくことが最も大事だろう。

ただ1ついえるのは、ご遺族がその場で取り乱さないことは悲しんでいないのではない。その後の生活の中で本当にいなくなったんだなと悲しみを感じることもある。私たちとしては、これまではこうやりなさいという形式を追っ



対談をする戸松氏（左）、金子氏（中）と長尾氏



仕事と人とのつながりを話したNTTドコモ・本昌子氏

ていたが、今後はオーダーメイドというか、ご本人、ご家族の考え方を知った上での対応が必要なのだと思う。

**金子** 私の夫は特殊であったと思うが、先ほどいった訪問看護師に、私にも話せないことを話していた。その中に戒名の話があった。本人が危篤になってから「戒名をつけるか」とかなり無理やり確認すると、つけるという。そこで戒名をつけたのだが、その後には実は戸松住職と出会い、死後は法要までしてもらっている。

**戸松** ご存じと思うが、各宗派によってそれぞれの教義のもとで戒名がつく。私が金子さんを訪れたのは、亡くなる1カ月前だったが、そのときには違う宗派での戒名があった。あと思った。ただ金子さんご本人もこの戒名を気に入っているという。私は、戒名を付け直さないとお経は挙げられないとはいえなかった。

**金子** 生前に戒名をもらうことは生前受戒というそうだが、夫自身は自分自身の通信簿という捉え方をしていた。そのことから夫は死後のことをさまざま考えはじめ、それが今の私の原動力になっている。夫から死後を託されているという思いが遺族である私を支えている。これも夫が残してくれたも



エンドオブライフ・ケア協会理事・小澤竹俊氏が発足後2年の活動報告をした

のだなと実感している。

### いい病院、医師だったとの信頼関係をどう築くか

**金子** 続いて遺族を支えるつながりを考えていきたい。本人がどうしたいのか、どう考えているのかを知るということは、私の経験上非常に大事だと思う。夫の場合は、告知時から死ということ意識したので、「死ぬ寸前まで仕事をしたい」という意志決定をした。それは最期まで明確だった。なので、血管内治療で完治は目指せないといわれても、目指さなくていい、ここで死ぬのを待つのではなくて、治療しながら仕事との両立をするということがすぐに決められた。病状の進行とともに、できないことも増えていったが、在宅に移ってからも、痛みなどはあっても、仕事を続けることを軸に、薬の処方などをしてくれた。おかげで亡くなる4時間前まで仕事をした。

また自らが病気であることは、対社会的には一切伏せた。所属事務所はそれを完璧に守ってくれた。またマネジャーも、最後まで一切の妥協なく仕事をしてくれた。そのことに対しては、深く感謝している。その意味では大切な人が亡くなっていく命の限りを、それぞれの立場で支えてくださっ

た人たちに対しては、全面的な信頼の絆がある。それは今もなお変わらず続いている。

医療や介護は、患者・利用者の死によってサービスは終了するが、遺族の気持ちとしては、本当にお世話になった病院とは心でつながっている。

**戸松** つながりといえば、遺族と亡くなった人とのつながりもある。私どもがしていることは亡くなられた人がどういう思いであったかということだ。ただ亡くなったからといって、すぐに私たちの中から消えるものではない。

亡くなっていく人も後に残していく家族などへの思いを持っているだろう。その思いのつながりは、ずっと続いていくと信じている。

その上で医療関係者、介護関係者にお伝えしたいのは、亡くなってお寺や火葬場に遺族が来ると、必ず病院や介護施設の話がでてくる。「病院でどうだった」「介護がどうだった」ということを、私たちに話していくのだ。実際には本人も家族も亡くなる前に医療行為だけではなく、さまざまなことに期待をしている。

その1つが信頼。本当にいい病院だった、いい医師だったといってもらえる信頼関係を築けるかどうかということではないだろうか。

講演2

## 地域でつなぐその人の選択と心構え アドバンス・ケア・プランニングとは何か

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター医師 **西川 満則氏**  
(エンドオブライフ・ケア協会相談役)

### 前もって意思表示する 機会が準備される地域

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター医師の西川満則氏は、医療選択だけでなく、気がかりなこと、譲れないことなどを前もって意思表示する機会が準備されている地域像について語った。

それは アドバンス・ケア・プランニング（ACP）と呼ばれている。アドバンスとは「前もって」、ケアとは「人生の最終段階に向け話し合っていく」、プランニングとは「計画することだが、本人が表明してつないでいく」ことを指す。

延命治療をするかしないか、施設がいいか、在宅がいいかなどをチェックをするということがACPだという考え方があるが、それだけではない。地域で展開していくために、ツイッターほどの文量の文章となっているのが望ましく、単に治療法や療養場所の選択ではなく、自らが譲れないことや大切なことを綴っていくことがACPとなる。

ここで西川氏は、5W1Hを用いてACPを整理した。

何故前もっての話が必要なのか。西川氏は、患者がトレーニングを受けたACPファシリテーターから支援を受けたときに、▽患者の意志が尊重される▽遺族の心の傷が小さくなる—ことを挙げた。

さらにACPで何を語るのか。現在、国が推進した人生の最終段階における医療体制整備事業があ

り、実際にACPで何を語ったのかという報告がされた。その結果、70%以上が話したことは、▽望んでいる療養場所はどこか▽受けてくれない医療行為は何か、30～70%が話していたことは▽困っていること▽気がかりにしていること▽病状の心配▽ゆずれないこと—など、30%未満が話していたことは、▽人工呼吸器の装着▽人工栄養の選択（胃ろう・輸液）▽最期を迎えたい場所の選択—だった。ACP自体が最初から、「あなたはどこで死にたいか」と聞くわけではなく、ある程度の時間をかけて自然と話題にのぼるようにするものだという。同事業のアンケート自体は1カ月程度のスパンであったために、「最期を迎えたい場所の選択などは割合として低かったのでは」と西川氏は分析する。

### 症状が改善したときこそ ACPをするべき

それではACPをいつやるべきか。例えば特養老人ホームに入所直後に、さまざま聞くことも多いが、時期としてはよくない。ベストは一時的に症状が改善したときとして、▽がん患者の疼痛が和らいだとき▽高齢の認知症患者の誤嚥性肺炎が改善したとき▽慢性心不全や慢性呼吸器疾患の急性増悪が改善したとき—など、本人も家族も周囲も、1つ乗り越えたというタイミングがいいという。

ただ地域に広げるときに、もっ



西川満則氏

と前のタイミングもある。比較的元気なときに、例えば病院の外來で「タバコは何本吸いますか」「お酒は何合ぐらい飲まれますか」と聞くが、それらと同様に「ACPはやりましたか」と聞ければ、地域に浸透していくのではないかと西川氏という。介護系の現場で、広い意味でのACPをつなげてもらうことも大事だと強調した。

それではACPはどのように実施されるといいのか。西川氏は、「もしも…」という表現を使うと、コミュニケーションのストレスが少ないと指摘する。先ほどタイミングという話が出たが、「痛みが取れてよかったね。もしもまた痛みがでたらどうしますか」という聞き方がよいのだ。その上で、経験を聞くと大事だという。「もしも口から食事が摂れなくなったら、どうするか考えた経験はありますか」という聞き方がストレスを少なくするのだ。

このようにACPについて、5W1Hを使って整理すると理解は深まる。特に本人の意思決定支援をする際には、本人の意思、家族の意向、医学的判断が3本柱となり、重要視したい。また地域で患者が表明したACPをつなぐことは難しいが、ICTをうまく活用することが必要だろうと述べた。