

疾患と就労の両立支援と 人生会議

医療法人社団弘恵会・杉浦医院 杉浦敏之*

○司会 「疾患と就労の両立支援と人生会議」ということで、講師として医療法人社団弘恵会・杉浦医院の理事長でいらっしゃいます杉浦敏之先生をお迎えいたしました。

簡単に杉浦先生のご略歴をご紹介申し上げたいと思いますが、杉浦先生は1988年に千葉大学医学部をご卒業になり、千葉県救急医療センターで研修を積まれ、1997年、千葉大学大学院で医学博士号を取得し、同年4月からさいたま赤十字病院の外科にご勤務されました。2003年埼玉県川口市で開業され、現在はプライマリーケアと共に在宅医療、カシオ計算機株式会社などの嘱託産業医をしておられます。

また、幻冬舎という出版社から『死ねない老人』という本をリリースされました。では、杉浦先生、どうぞよろしく願いいたします。

○杉浦 はい。ありがとうございます。皆さん、こんにちは。

今回は、疾患と就労の両立支援と、今般厚生労働省が啓発を進めている「人生会議」に

についてお話させていただきます。

日本における死因別の死亡数の年次推移は、悪性新生物が最も多く、ついで心疾患です。最近までは肺炎が3位で、これを契機に肺炎球菌ワクチンが公費助成されるようになりました。平成30年に肺炎を抜いて老衰が3位になっています（図1）。

私はカシオ計算機以外にも流通会社、製造業の産業医をしており、かかわらせていただく労働者は非常に多いので、就業中に心筋梗塞やがんなどの重大な疾患に罹ってしまう社員には日常的に遭遇します。このような疾患に罹患すると、身体的・精神的・経済的に非常に大きなダメージを受けます。おそらく、その瞬間にまず死ぬことや退職を考える方がほとんど100%だと思います。

2018年9月の朝日新聞の記事に、重大な疾患にかかっても、仕事を続ける道を支える中小企業の記事が載りました。現状はどうかというと、がん患者の3人に1人は、現役世代です。一方2013年の厚労省の調査では、がんと診断されたときに働いている方の34%が依願退職、あるいは解雇で離職されています。これは由々しき事態だと思います。

*杉浦敏之（すぎうら としゆき）
理事長

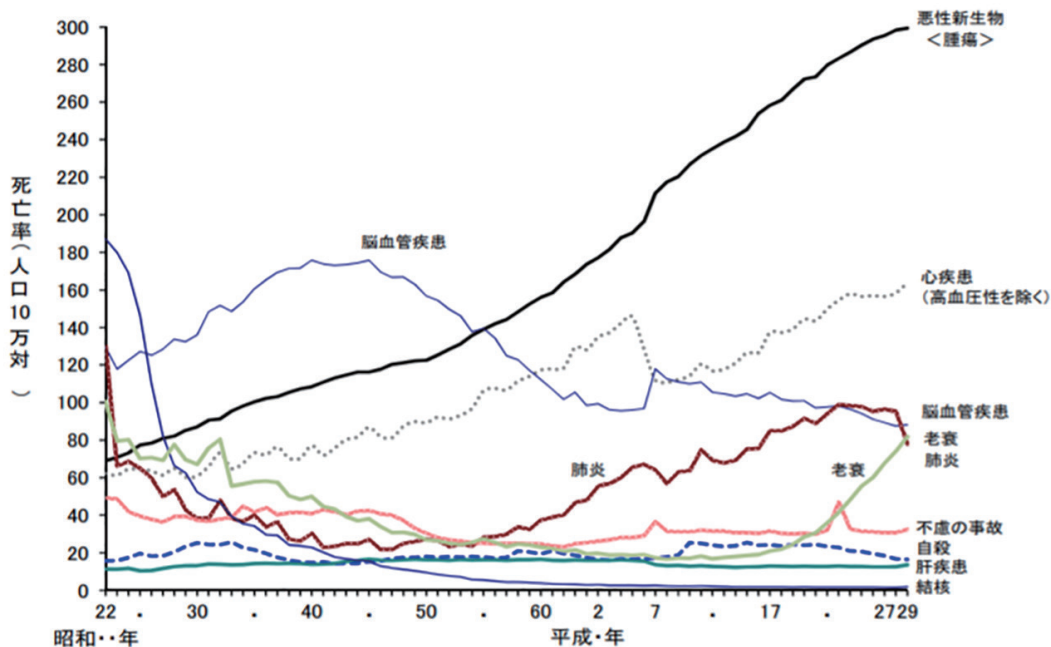


図1 主要死因別死亡率の推移（人工10万あたり）

そこで、厚労省は、平成28年『事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン』というものを作りました。わたしは、以前病院の主治医でした。今は産業医をやっているのですが、両方の立場に立った身として考えますと、病院にいた時は患者さんの仕事の内容はイメージできないわけです。例えば、胃がんで手術をした方を例にとると、デスクワークであれば比較的早期に復職できますが、肉体労働では困難です。やはり本人の業務内容を具体的に知ることは重要で、通勤時間や方向、例えば東京から埼玉県に行くのであれば楽ですが、埼玉県から東京に向かうのは大変です。また、入院前はどのぐらい残業をやっているかなど仕事の負担の程度を知りたいわけです。

一方産業医の立場からすると、最近は分子標的治療薬など新薬が多数出てきて、治療内容も多岐にわたるので、すべての治療法をとっても把握しきれません。復職後も外来で治療

を継続することもあるので、治療内容と予測される副作用など、今後の見通しに関する情報を病院主治医から得たいのです。

場合により手紙を主治医あてに書くこともありますが、文面だけでは伝えきれないところがあるので、患者（社員）に、なるべく詳しく業務の内容を主治医にお伝えするようお願いしています。また、「今使っている薬に関してどのような説明を受けました？」と聞いてその薬の作用機序や副作用を社員から教えてもらうこともあります。

厚労省のガイドラインに勤務情報提供書の雛型があります。比較的便利でコピーして使っていただいてもいいと思います。

次に病院の主治医に書いていただく意見書兼診断書のひな形がありますが、これに沿って書いていただくのはいささか手間がかかりますので、あまり使用したことはありません。ただ就業の可否に関する見解を書いた通常の診療情報提供書でよいと思います。

また、各県の産業保健総合支援センターでは、両立支援の相談に応じてくださいます。これは埼玉県のものですが、人事の悩みなど、いろいろ相談して下さるようです。ところが利用者が少ないと聞いておりますので積極的に利用していただきたいと思います（図2）。

実は平成29年に労働者健康安全機構が『がんに罹患した労働者に対する治療と就労に両立支援マニュアル』を作っております。これはがんに特化したマニュアルですが、治療から復職に関する流れが詳しく書いてあるので心筋梗塞とか他の疾患にも応用が可能だと思えます。

図3では、本人が真ん中であって、産業医・衛生担当者・上司は一つの枠に括られております。そして人事担当者と主治医と情報共有をしながら、本人を支援する体制となっております。この図で一番大変なところは、産業医と衛生担当者、上司との連携です。産業医と衛生担当者の連携は問題となることが少ないのですが、理解のない上司だと連携が困難となることがあります。

私が参っているカシオ計算機では、比較的气楽に話せる上司が多く、助かっていますが、産業医として会社の上層部に啓発するのも大切なことと感じています。

図4には復職コーディネーターの役割が書いてあるのですが、このようなものが病院に完備しているかという点、現状ではそうもいかないようです。病院のMSWは地域医療には詳しい方が多いのですが、産業衛生に関して詳しい方は少ないと思えます。やはり病院には高齢者が多く、就業している方が入院するケースが少ないので致し方ないとは思いますが。



杉浦氏

両立支援の流れ

ここからは両立支援の流れについて説明させていただきます。図5は、左上から治療、就労、両立支援の流れが書いてあり、その下に支援の様式、社会資源の活用、民間企業による女性、地域相談機関が記してあります。各々の時期にどのような対応をしたらよいか分かりやすく書いてあり、大変参考になります。まず、診断、告知を受けてから入院・手術、休職手続きになるのですが、会社側が行うことは、傷病手当申請、高額療養限度額認定証申請、場合により入院費用貸付制度の利用です。また、個人ではがん保険などに入っている方もいらっしゃいますので、それらの申請をアドバイスしていただきたいと思えます。この時の両立支援の流れには、悩みのスクリーニング、支援の様式のところに「問診表【患者が吐露できる環境づくり】」と書いてあるのですが、このマニュアルに載っている病院側から出していただく「従業員の復職

埼玉産業保健総合支援センターからのお知らせ

がん等を罹患する従業員を雇用されている事業主の方へ 「事業場における治療と職業生活の両立支援」 を受けてみませんか！

厚生労働省から【事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン】（以下「両立支援ガイドライン」という。）が公表されました。

当面、当センターでは、両立支援ガイドラインを導入してがん患者である従業員を治療しながら働き続けるために悩まれている事業場に対して、両立支援促進員等による事業者等への相談対応・事業場への個別訪問による支援をさせていただいています。具体的には①導入を進めるための相談、②周知啓発のための管理監督者・労働者に対する教育、③事業場における体制づくり・規程や制度づくりへの助言、※現在準備中の支援①患者（労働者）と事業場との個別調整、②医療従事者用の主治医作成の意見書の書き方等を行うことができます。

※【支援内容には守秘義務がありますので行政機関にも漏れません！】

埼玉産業保健総合支援センターは厚生労働省の所管の独立行政法人です、支援事業の利用者の費用負担はありません【無料です！】。

○課でがん患者、定期通院、残業だめ、どうしたらいいんだ「誰か」教えて…

人事労務担当

『がん』ですって…

仕事つづけられるかしら誰に相談したら？

がん罹患従業員

○さん『がん』両立支援かあ社内規程にあったかな、私病だし主治医？産業医？どうしよう

所属部署課長

★がん等になった従業員が安心して働ける！【治療と職業生活の両立支援ガイドライン】ってやってみたい！どんなものなの、何から始めれば？ どうやればいいのか？

事業者

独立行政法人労働者健康安全機構 埼玉産業保健総合支援センター
 （ご利用時間 平日8時30分～17時15分）
 〒330-0061 さいたま市浦和区高砂2-2-3 さいたま浦和ビルディング 6F
 TEL:048-829-2661 FAX:048-829-2660 <http://www.saitamas.johas.go.jp>

図2

支援のごあんない」と記された、治療が始まるときに書いていただく問診票には、その時に感じる不安や、症状の内容や辛さなど、かなり詳細な内容が盛り込まれており、とても有用なものと思われまます。ただ残念ながら入院された社員に聞いても見たことがある方はいませんでした。ぜひ活用していただきたいなと思っております。

次に、「様式1【病状と悩みの把握】」の段階では「背景調査票」があり、予定される治療方法や、それに対する不安を病院のコーデ

イナーターに伝えるための書類となっています。これを用いて、復職をなるべくしやすくする環境を整えるわけです。これには、大腸がん、胃がん、乳がん、肝がん、肺がん、その他のがんに対するものが用意されています。

それとともに重要なのが、高額医療費限度額認定書申請や、入院費用貸付制度の利用です。最近の医療は高度化するにつれて費用も高騰しており、経済的な負担が大きくなっています。もちろん会社の人事が手続きを済ませて認定書を取ってくれることが多いとは思

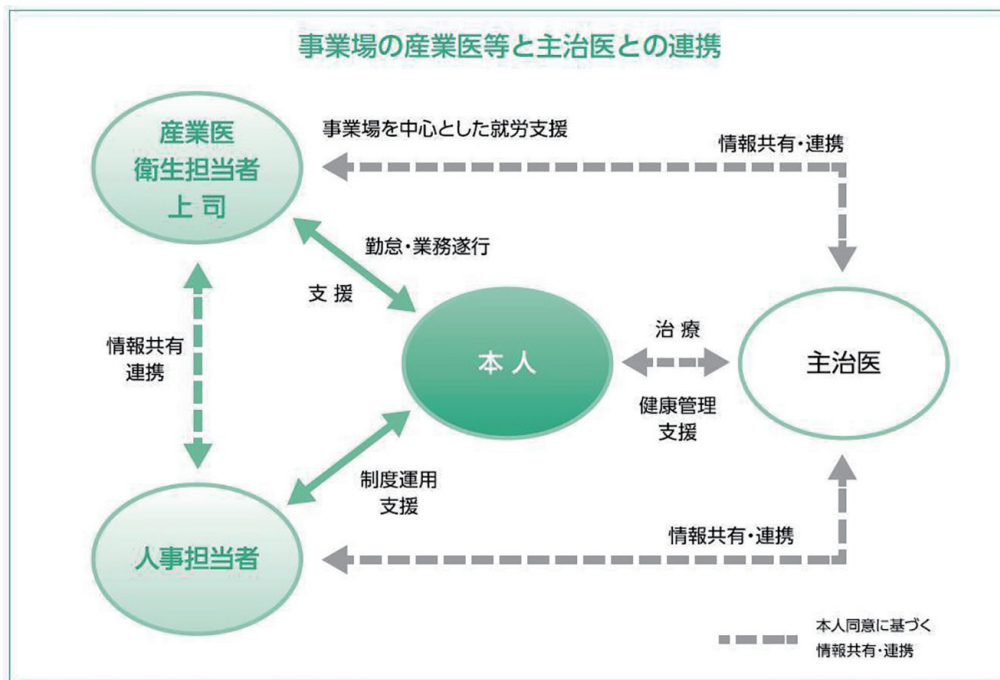


図 3

いますが、まずそのような制度があることを社員に啓発することが不可欠です。ただ、小規模な事業所では自分で役所に取りにいかなければいけない場合もあります。

治療が一段落したところで、復職の準備を本格的に始めるわけですが、その時に使用するのが「様式2【復職意欲の維持と職場の懸念の払拭】」です。これは事業場が勤務状況を病院の主治医に詳しく伝えるためのものです。病院の主治医としてはこの情報があれば、復職の判断もかなりしやすくなると思います。ただ、休職前のフルに働いていた状況をそのまま書いてしまうと、復職のハードルが上がってしまうこともありますので、本人と上司、そして人事担当者と相談しながら書くのが良いと思います。先に紹介した厚生労働省のガイドラインの内容を詳細にしたものですね。

次はよいよ復職になるわけですが、主治医からの意見を書いていただくものが「様式

3」の書類です。治療経過や今後の予定、退院後の就業継続の可否と職場に考慮すべき措置が盛り込んであります。本人との面談でこれを見ながら具体的にどの程度の労働強度で復職するかを相談します。同時に必要があれば障害年金の受給の申請をする場合もあります。

復職後、定期的に面談をしてフォローアップするのですが、その間に病状が変化して治療内容が変わるときもあります。その場合に必要に応じて主治医とやり取りするのが「様式4」の書類です。ただ、年齢や病状によっては離職を考えなければならない場合があります。

離職した場合、表のア)～カ)の社会資源の活用をするためにハローワーク、年金事務所などに相談する必要があります。離職してしまうと、会社の手助けがなくなってしまうので自発的に動かないといけなくなるとこ

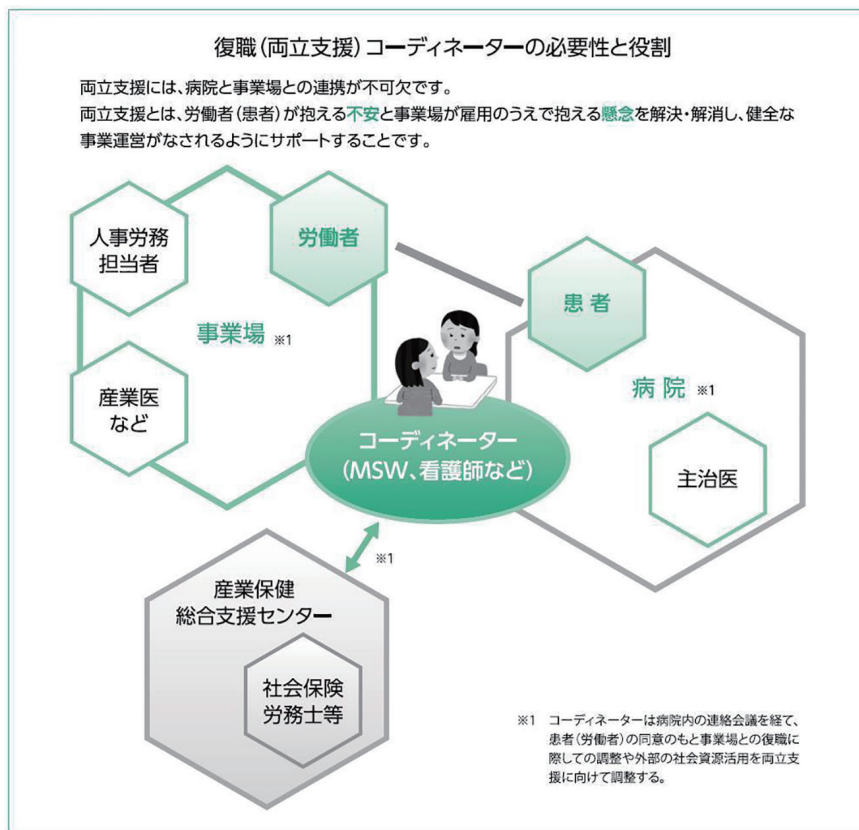


図 4

ろがやや大変です。

心筋梗塞のような非悪性疾患に罹患した場合と、悪性疾患に罹患した場合の具体例をお話します。まず心筋梗塞など非悪性疾患に罹患した症例です。カシオの社員なのですが、この方は受注センターという部署におられてデスクワークが中心です。58歳の男性で心筋梗塞を再発されました。実は54歳のときに一回目の心筋梗塞を発症しています。

1回目の入院では、発症してから1ヵ月間休職して、いわゆるPCI(カテーテルによる冠動脈再建術)をやって復職しております。退院後月に1回のペースでご通院される予定だったので、平日有給を取って休みを取らなければいけないんですね。ただ、まる1日使

うともったいないので、時間有給という形で対応をしておりました。また、通勤ラッシュが負担となるので、時差通勤を行いました。この方は場合は電車の空いている早朝に出勤され、退勤時間もラッシュの始まる前という感じにうまく勤務時間をスライドすることができました。

ただ、残念なことにその4年後に再発してしまいました。幸いにもこの時は比較的梗塞の範囲が狭かったので、2週間ぐらいの休職で大丈夫でした。なので、復職プログラムも、会社の規定より短めでやることができました。その後は休職前の時差通勤を続けながら勤務中で、この状態で定年までしっかり働いてもらえればありがたいなというふうに考えてお

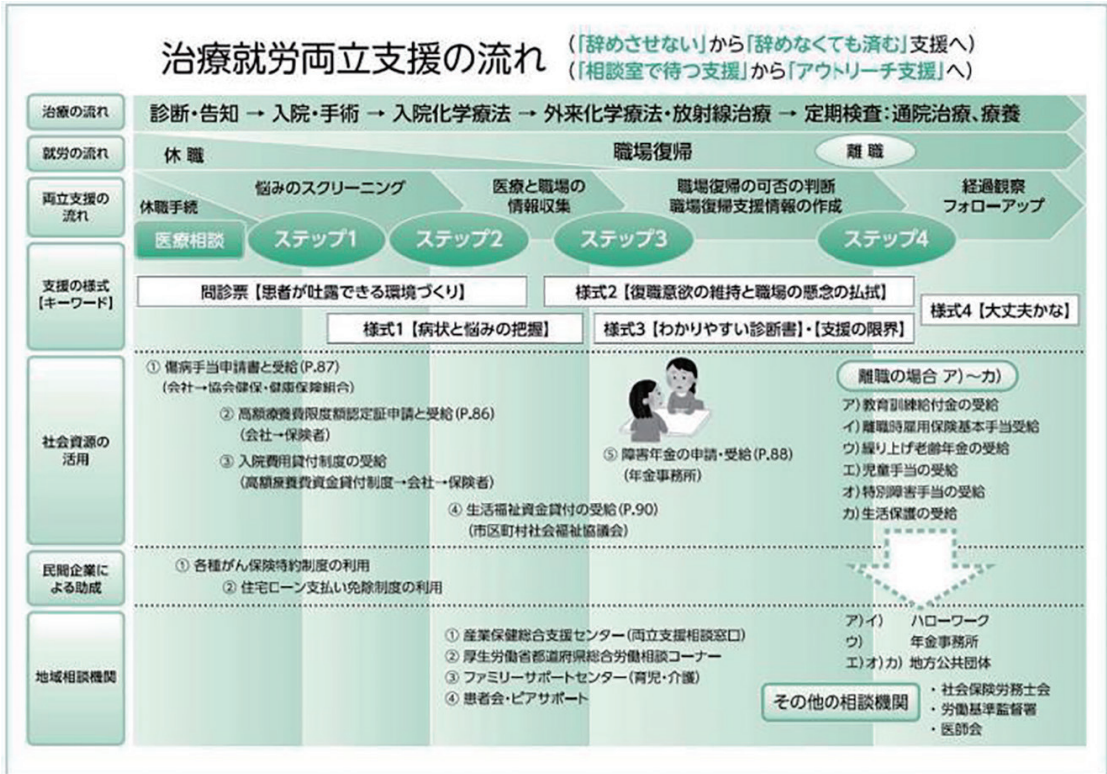


図 5

ります。

カシオ計算機の場合は、復職プログラムが作られております。復職後2週間は午前のみのお出勤です。もちろん状況によって時差通勤も可能とします。第2段階は、さらに2週間ですが、2時間の時短とします。一般的に言うと、3時に退勤ということになります。

第3段階、5週目からで残業なしのフルタイムということで、ここから通常勤務に戻すかはそのあと柔軟に考えます。原則2週間ごとにステップアップするようになっているのですが、それぞれの段階の期間は状況によって変更可能です。

先程の方は2回目の発作後の復職では、各ステップ1週間でできました。ただ、メンタルが原因で休職された方の復職は、なかなかスムーズにいかないことがあります。

次に悪性疾患に罹患した症例をお示しします。この方は46歳の係長でした。休職前は結構バリバリやっている方で、乳がんでした。手術と術後の化学療法のために合計2ヵ月間休職されました。その過程で有給も21日全部使ってしまいました。この方とは休職中、化学療法をやっている最中に面談を始めました。面談は会社の外の私の自宅の近所の喫茶店で、何度かやらせていただきました。その時に復職に伴う不安や不明な点について相談し、その内容をすぐに衛生管理者と上司にメールをして連絡を取り合いました。そのかいあって、予定通りスムーズに復職ができました。

ただ、やはり有給休暇のほかにさらに2週間休職し、通院のための欠勤もあって、なんと年収が200万円減ったそうです。さらに治

療費がかかってしまうので、やはり経済的なダメージは本当に大きいと勉強になりました。さらにまだ通院の必要があります。翌年有給休暇を得るためには、前年の出勤率が80%以上であることが条件なので、通院を続けると有給が取れなくなる可能性があります。ご本人はがんなどの重大な疾患には特別休暇のような制度を作って欲しいと希望されておりました。ただ、会社の経営状況も厳しく、現時点ではなかなか聞き入れてもらえそうもありません。

両立支援プランに盛り込むことが望ましい事項は、①治療や投薬の状況及び今度の治療・通院の予定。次に②就業上の措置及び治療への配慮の具体的内容及び実施時間・期間。例えば、負担の少ない作業への転換、労働時間の短縮、就業場所の変更、定期的な休暇の取得といった治療への配慮内容、そして③産業医などの産業保健スタッフによるフォローアップの方法及びスケジュールです。この3つすべてを行うことができれば理想的ですが、①についてはその時点でわかる範囲、②と③についてはできる限り可能な範囲で行うしかないと思います。その時に会社側の協力をいかに引き出すかが重要です。

産業医面談は日頃より皆様もご苦労されておられると思います。特にがんに関しては、治療法が日々進歩しており、特に生物学的製剤はどんどん新しいものが出てきているため知識のアップデートが大変です。もちろん自分で調べたり、主治医に直接聞くことが望ましいのですが、患者さんから教わるのも意外に有効な手段です。また、相談内容が医学的なものばかりではなく、生活とか業務上の様々な不安の相談に乗ることも必要です。時間はかかりますが、話を聞くだけでも相談される方の満足度は上がると思います。

社員の方が産業医に相談してくるタイミン

グは次の3つが考えられます。1、診断された時点で相談に来る。2、ある程度状況が固まってから来る。3、状況が悪化してから相談に来る。です。1、が最も望ましいのですが、残念なことにほとんどこのケースはありません。一番多いのは2、のケースです。つい最近も膵がんに罹患した社員がいらっしゃいましたが、このパターンでした。膵がんと診断され、最初の病院で手術の方針になりましたが、不安になり、セカンドオピニオンを行った時点で相談がありました。結局、この方はその後手術前に化学療法を行いました。すでに休職されていたので、速やかに復職の計画を立てる必要があります。

最期に3、のケース。これが一番困りますが、今までは一番多い状況でした。休職、入院して手術をして化学療法もやり、なんとか仕事にはごまかしごまかし有給休暇を使って出ていますが、状況が悪化してきて、もう仕事ができないというときになってから相談に来られるケースです。こうなるとさすがに対策を立てる間もなく退職になってしまう可能性が高いです。

したがってなるべく早い段階で来ていただく方が絶対にのぞましいので、普段から相談しやすい雰囲気を作ることが大切です。職場巡視の時に社員に声をかける、挨拶をするということが基本です。また、上司にも相談しやすい雰囲気づくりをしていただくようお願いしています。

現時点で実現可能な対応としては、通院のための時間休暇の導入です。通院は丸1日を費やすことは少ないので、休暇を時間単位でとれるようにすると有給休暇を有効に活用できます。次に人事担当者に柔軟な対応をお願いします。産業医という立場上、人事に正面から口出しをすることは望ましくありませんので、あくまでの助言のレベルにとどめて

おくことが肝心です。でも、理解のある職場だとかちらの意見は意外なほど通りやすいと感じます。そして、疾患のある社員を特別扱いしない雰囲気づくりです。「腫れ物に触る」ような対応ではなく、なるべくいつも通り接することが望ましいと考えます。

図6は神奈川県産業保健総合支援センターのポスターですが、疾患にかかったご本人に対するものです、このようなことを啓発することが重要です。

このような相談に乗ってくれる場所があれば労働者も安心して仕事に取り組むことができると思います。また、安倍内閣の打ち出した働き方改革の一環として、計画有給や、年に最低5日間有給を取らせないといけないという流れができると、病気による休暇もさらに取りやすくなるのではと期待しております。

人生会議

では、仕事と疾患の両立はそれぐらいにして、「人生会議」についてお話をさせていただきたいと思います。その前にまずこの「人生会議」という言葉をご存知の方、いらっしゃいますでしょうか？ ありがとうございます。なかなかこれも国の啓発がまだ十分ではないようです。私はこのような話を、市民や学生にする機会が多くあります。まず人間ってというのは必ず死にますよね。生まれた時から、これだけは避けようのないことなので、このことを意識するように申し上げます。

図7はご覧になった方がいっぱいいらっしゃると思います。右肩下がりの曲線は、ご自宅で亡くなった方の割合を示しています。統計を取り始めたのは、1951年です。右肩

神奈川県の産業保健総合支援センター 作成のポスターとカード



図6

1976年に病院死と在宅死が逆転した

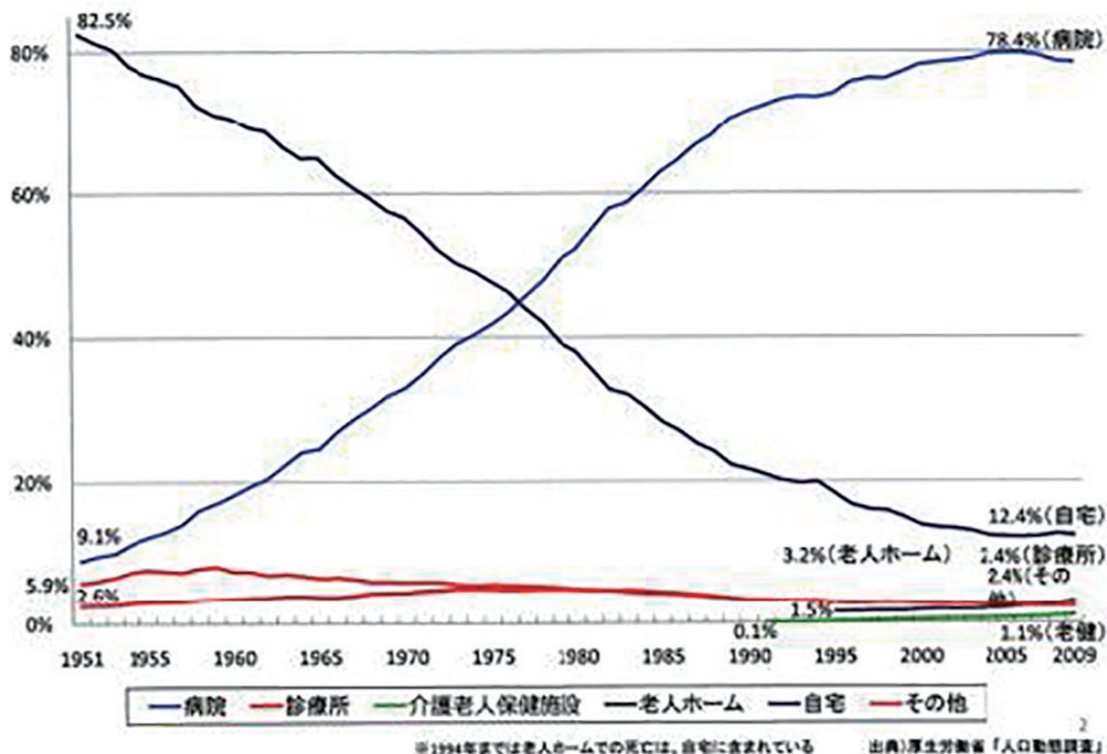


図7

上がりの線は病院で亡くなった方の割合です。

戦後間もなくは8割以上の方がご自宅で、つまり畳の上で亡くなっていたんです。その後日本は高度経済成長の時期になり、老人医療費が無料になりました。医療保険制度が拡充していくにつれて病院で亡くなる方が急激に増えていきました。

自宅でなくなる方と、病院で亡くなる方が同数になったのは1976年で、当時のヒット曲は、『およげ!たいやきくん』、レコード大賞をとった都はるみの『北の宿から』、太田裕美の『木綿のハンカチーフ』ということで、僕たちの世代では、そんな昔ではないなと感じると思います。

2016年の統計ですと、病院死が75.8%、在宅死13.0%という状況です。病院死の割合は

ピーク時からわずかに減少しましたが、その分は、施設で亡くなっている方で、こちらは急激に増えています。

ただ、平成19年に55歳以上の国民を対象に内閣府が行った、「最期を迎えたい場所」に関する調査(図8)では、一番多いのは自宅で、50%を超えています。年齢による差はありませんでした。一方病院で亡くなりたい方は約25%程度でした。実際に自宅で亡くなっている方が13%程度ですから、希望と実際に大きなギャップがあるわけです。

このギャップを生む原因は何でしょうか。図9は平成20年に厚労省が行った調査ですが、介護してくれる家族に負担がかかるという理由がトップで、次いで症状が急変した時の不安、経済的な負担の大きさが要因として

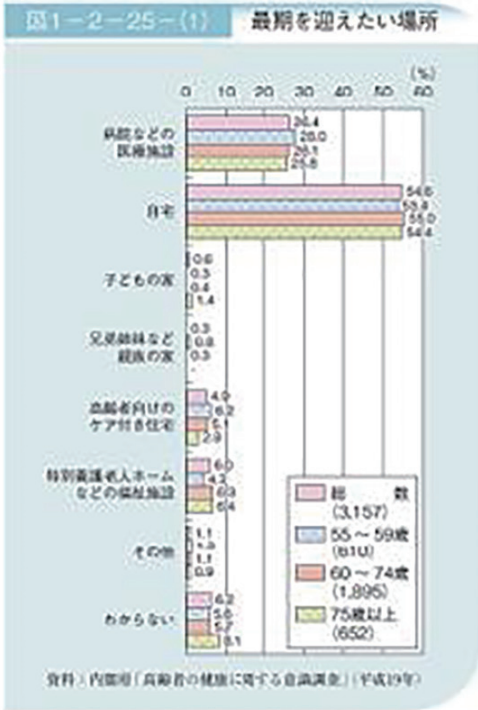


図8 最期を迎えたい場所 (平成19年内閣府調査)

挙げられています。

この中で介護してくれる家族に負担がかかるということと、経済的な負担の大きさに関しては、医療側の努力では解決不可能な問題

です。実際に在宅医療を受けるには、ご家族のマンパワーが必要なんです。またある程度の経済力も必要です。いずれにしても、誰でもできるというわけではありません。やはり現在の日本の医療では、いざというときは病院のお世話になることが多いのです。

病院の長所は、設備・人員が充実しておりますし、必要な医療を迅速に受けられるという安心感がある点です。そして家族の介護の負担はきわめて少ないです。短所は、非日常的な空間なので、リラックスしにくいですし、入院期間に制限があります。ただ、重い病気にかかって入院できたとき、とりあえず皆さんホッとされると思います。これが今まで病院医療が培ってきた実績の現れなのです。

では在宅の長所はなにかというと、自宅という慣れた場所なので、リラックスしやすいところです。また、治療期間の制限は全くありません。ただ、大きな短所があります。何と言ってもご家族の介護の負担が大きいことです。病院に比べて設備・人員が乏しい点も挙げられます。

ただ設備に関しては、現在は人工呼吸器、酸素投与、24時間の持続点滴はすべて医療

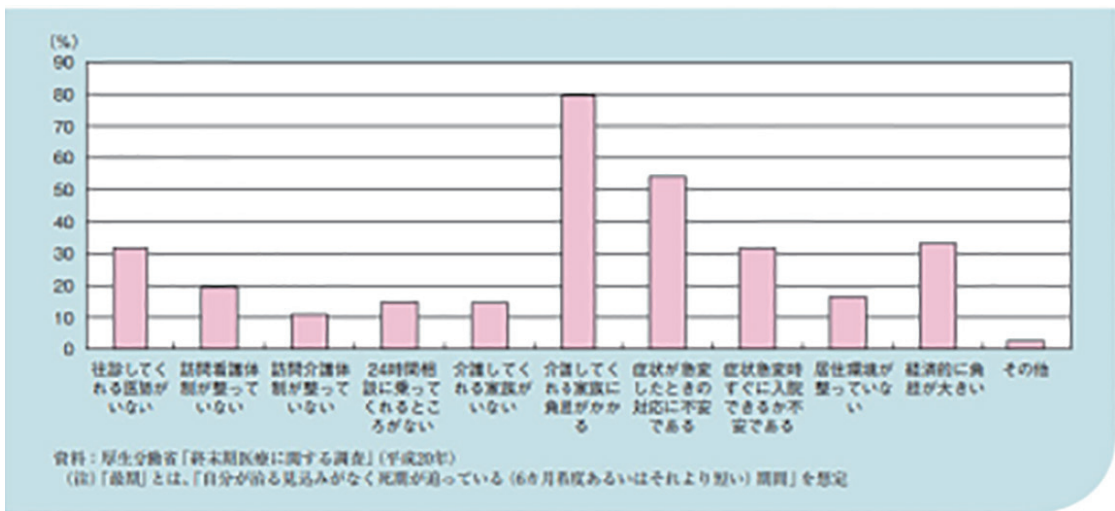


図9 自宅で最期まで療養することが実現困難な理由 (複数回答) (平成20年厚労省調査)

保険で使用できます。

問題はここからです。我々医師は、医学部で可能な限り治療を施して、目の前の人を助けるための教育をひたすら受けてきました。そこで、入院された患者さんには可能な限りの治療を行います。家族も、できるだけのことをしてもらっているんだと安心感がありますし、精神的にも楽です。つまり、できる限りの治療を施すということは、医療を提供する側とご家族の間の精神的な利害関係は一致しているのです。

ところが、「可能な限りの治療」の中には、人工呼吸器や透析など、本人の苦痛になるもの、あるいは、のちのちにご家族の負担になるものがあります。当時はもうできる限りのことをしてくださいってお願いしたものの、治療を受けた結果、寝たきりになって長期間たつと、ご家族が、こんなはずじゃなかった。この人いつ死ぬのかしらってつぶやくことがあるのです。そこで、そのような人生の終末期、特に回復の見込みがない時に望まない医療を受けないようにするにはどうしたらいいのかというのが今問題になってきているわけです。

例えばこのようなケースがあります。86歳の男性で、普段から元気で病気知らず。本人も自分の健康には自信を持っている。こういう人が実際一番危ないんですけれども、ある日突如として右手足のまひが出現しました。その後数分で意識がなくなって、いびきをかきだした。救急車で搬送され、入院した先でCTを撮影したら重症の脳内出血と診断されました。このまま経過を見ると呼吸が止まって絶命する危険性が大きく、救命できても、寝たきりになってしまう可能性も高いと医師に説明されたとします。ご家族の立場になって考えていただきたいのですが、選択肢は2つしかありません。積極的な治療をするよう

に要求するか、積極的な治療はしないように要求する、です。その選択を突如として迫られるんですよ。通常ですとやはり、積極的な治療をする選択をされることが多いと思います。ただ、どちらも正しい選択なのです。どちらも正しいのですが、どちらも後悔するんです。

なぜかという、積極的な治療をした結果、本人をかえって苦しめてしまう可能性があり、積極的な治療はしないようにした場合、治療をしない場合より本人の寿命を縮めてしまうことになるからです。

ではどうしたら後悔しないようにできるか。予め本人が元気な内に、このような事態が起きたときにどうしたらいいのか本人と話し合っておけば、選択はご本人の意思となりますから、かなり判断もしやすくなり、後悔もしない可能性が高くなると思います。この予めどうしたらいいのか本人と話し合っておくことが、いわゆるACP、先ほど言った「人生会議」というものです。ACPはAdvance Care Planningの略です。2018年1月の朝日新聞に、3月に改訂された「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に関する記事が載りました。これはACPを意識して改訂されたものです。

この今後の治療・療養について、患者・家族と医療従事者の三者が予め話し合う自発的なプロセスであると書かれていますが、実はここに書かれている医療従事者は、医師には限りません。実際に多いのは、ケアマネジャー、あるいは訪問看護師になると思います。ACPの目標は、重い病気に罹ったとき、あるいは治る見込みのないがんやCOPDなどの慢性疾患の治療を受ける際に、患者さん個々の多様な価値観や目標、好みを反映させることなのです。

例えばとにかく犬が一番大事なんだという

患者さんがいらっしゃいました。その方は一刻も早く家に帰って、犬の世話をしたいんです。その場合は医学的に予定した治療が終わる前に退院していただくこともあり得ます。また、ご自分が意思決定できなくなったときには、代弁する人を作っておく必要もあるわけです。これは家族には限らず、信用できる人を選定しておきます。もちろん代弁する方は、ACPの話し合いに参加することが不可欠です。

つまりご自分が、重症な脳出血になって、意識がなくなってしまった。これに対して手術を適切にしても植物人間になってしまう可能性が大きい。そういう時には、すでにご本人に聞けないわけです。そこで、本人の意思を代弁する方が重要なのです。そして厚労省は、ACPの話し合いを「人生会議」と名前を付けたんです。冗談ですが、最初ACPって見たときに、「安心して、ちゃんと、ぽっくりいける」の頭文字ですと言った方が分かりやすいかな。と思ったことがあります。

今年の5月に、朝日新聞の土曜版beに記事が載っていました。「延命治療どこまで望むか決めてる？」という質問に対して、「はい」がなんと61%。一般市民は結構考えていますね。「いいえ」は39%でした。決めてはいるのですが、その人の中でACPを知っているっていう方が2割しかいません。つまり、自分では決めているのですが、人に自分の意思を伝えていないのです。だからこの方がそのまま意識不明になって病院に運ばれてしまったら、望まない延命治療を受ける可能性が高くなるのです。

ACPを行う状況はこの四分表(表1)で表せると思います。まず若年と老年。これはご本人の主観です。次に感染症や外傷といった急性病とそれ以外の慢性病です。

まず①、若い、あとは若いと思っている方

表1 ACPを行う状況
(若年・老年本人の主観による)

	急性病 (感染症、外傷)	それ以外 (がん、慢性疾患)
若年	①	②
老年	③	④

が事故に遭ったり、肺炎に罹患した場合は、突発的な出来事ですのでACPは最も困難ですが、確率は低いです。このケースでは積極的な治療を行うことでほぼ問題はないのではないかとは思いますが。

問題は、②のように若年でがんなどに罹患した場合と、③のように老年で肺炎に罹患したといった場合です。このようなときは、やっぱりご本人の心がけ次第で、ご家族をいかに話し合いに引き込むかが肝心なのですが、今の日本は、正月など家族が集まったところで、自分が命に係わる病気にかかった時のことを話そうとすると、「めでたい席で縁起でもない話をしないで」とさえぎられてしまうことが多いと思います。私はこのようなことこそ、積極的に話し合える状況を作り出すことが大切だと思っています。

最期に④です。ここは老衰などがそうですが、最も多いケースです。この場合は時間的な猶予があるので、ACPを行える可能性が高くなります。私は父の代からの開業医ですので、数十年お付き合いしている患者さんが多数おられます。そのような方たちが通院困難になったとき、訪問診療に移行するのですが、もう長い付き合いですから、いつの間にかACPが出来てしまっている場合があります。もちろん医療者と本人の間だけのACPだけではいけませんので、ご家族で話し合っ

てくださいと、医療者の側から誘導できる時間的余裕にはありません。

③にあたるケースを以前経験しました。軽症の間質性肺炎に罹患していたあるご老人が風邪を引いたことをひっかきに急変し、呼吸不全になりました。救急車で病院に収容されましたが、本人の意識が低下しているために、家族が積極的な治療を希望して、挿管、人工呼吸器が装着されました。治療の甲斐あって、1週間で抜管できました。管が抜かれると言葉を話せるようになりますが、その瞬間に家族に向かって「なんてことをしたんだ。医療費の無駄だろう！」と怒りました。私はこうなった場合には死ぬ覚悟であったのだと。実際は助かって歩いて帰ったので、笑話で済んだのですが、このようなときにACPを行っていたら状況は変わっていたのかなと思いました。

実際に病院関係者の方から、今の集中治療室はほとんどが老人で、本当に治療が必要な若い方が十分な治療を受けられるのか疑問に思うことがあると聞くことがあります。その上、苦勞してようやく退院となり、もと居た施設に返そうとしたら、そこには他の老人が入居していて、戻れないという事態になってしまうこともあるそうです。

反対に、人生会議が功を奏した出来事が去年の年末にありました。2年前に当院を受診された60代後半の男性ですが、6年前に奥様をがんで亡くされて一人暮らしでした。腹部大動脈瘤があり、治療が必要と言われていたのですが、ご本人はこのまま治療せずに自然に任せていたいと考えていらっしゃいました。それまで通っていた病院では仕方なく降圧剤を飲んでいただとのことでした。大動脈の治療には血圧のコントロールが不可欠であるとお話したのですが、ご本人の意思が固く、私も意を決して薬剤をすべて中止しました。

その後腹部エコーで経過を見ていると、やはり徐々に大きくなってきます。御本人に検査のたびに大きくなっている事実をお知らせして、治療をしますか、と尋ねましたが、やはり治療はしないことをご希望されていました。

ついに12月29日、腹痛が起きたと携帯電話に連絡が来ました。ところが、この時私はスキーをするためにガーラ湯沢におりました。そこで、知り合いの訪問看護ステーションに連絡して、とりあえず状況を見てもらうようにお話ししました。訪問看護師の見解では間違いなく切迫破裂とのことで、病院に行くことをそこでもお勧めしたのですが、やはりご本人は病院には行かないと。そこで、大急ぎで帰ることとしました。

家に帰った後、お電話したら、お腹の痛みが治まったとのことで、翌日早朝に訪問しました。そこで、今後の方針を山形からいらっしゃったご長男とご本人の3人で話し合いました。そのときに、次男の方が、自宅で看取することに強硬に反対しているとのことで、しかたがないので、ご本人も入院するとおっしゃいました。ただ、入院した際にもしご本人の意識がない状況であれば積極的な治療を受けてしまう可能性がありますので、ご長男に本人の意思をしっかりと伝えるようお願いしました。また、私も搬送先の病院の医師に本人の考えを伝えておきました。入院先の病院でも当初は救命のための治療を勧められましたが、最終的に本人の意思を尊重され、緩和治療のみを行って、2時間後に亡くなりました。これは受け入れ側の医師の理解もあったと思います。この場合のACPは文書ではありません。ACPの本体は、文書ではなくて、関係者のコンセンサスなのです。文書にこだわってしまうと、いざというときにその文書がなければ、有効に機能しなくなります。ご家族の意思が非常に重要で、ことが起こる前

に繰り返し話し合っておくことが大切なのです。

ACPを推進するために、私が開業している川口市では、エンディングノートを作っています。すでにいくつかの自治体でも同様のものを作成しています。ただ、これを開くといきなり葬儀屋さんの広告が目に入ってきて、今一つなんです。実は広告料をノートの作成費用に充てているためで、今後は市の予算を使って作ってくださいとお願いしています。

いずれにしても、死ぬということを率直に話し合える状況は「健康的」。死を忌み嫌うものとして扱って、触れようとしない状態は「不健康」というふうに私は考えています。死を率直に考えるということは、死ぬまでにいかに生きるかを考えることです。自分が死

ぬことをイメージできないと、なんとなく惰性で毎日を過ごしてしまうような気がします。自分の人生にあらかじめ期限をつければそれまでにいかに、よりよく生きるかを考えられるようになると思っています。

昨年2月に『死ねない老人』という本を出版しました(図10)。この本を書いたそもそものきっかけは、当院に通われている90歳でとても元気なご老人に、薬の副作用が出ていないか採血してチェックして、見事な成績が出たあとの会話でした。

私は自分の治療がうまくいっていると思って、うれしい気持ちでその方に、「素晴らしいじゃないですか、いい成績ですよ。」と笑顔で言うと、大きなため息を目の前でつかれたんです。私は予想外の反応に驚いて、「ど

ご興味があれば・・・



目次

1. 増え続ける「死にたい老人」の実態
2. 生きていく理由を見いだせなくなった「死ねない老人」
3. 望まない延命治療が生み出す「死ねない老人」
4. 高齢者が生きがいを持ち続けるために必要なこと
5. 「望みどおりの死」を叶えるために社会で取り組むべきこと

¥864でアマゾン・書店にて発売中！
(電子書籍版もあります)

図10

うしたんですか？」とたずねたら、一言、「私いつ死ぬのかしら」っておっしゃったんです。なるほど、そういう考え方もあるんだなと思ったことが書くきっかけとなりました。幻冬舎と出版に向けて話し合っていくうちに、そう言えばもう一つ死ねないパターンがある。それは望まない延命治療が生み出してしまふ死ねない老人。実際私が在宅で診ていた方ですが、心原性脳塞栓で寝たきりで胃瘻が入っておりました。16年間、ほぼ一人でお嬢様がずっと介護していらっしゃった。その方は16年間旅行も遠出もできませんでした。徐々に本人とも意思疎通ができなくなった状態になったとき、お嬢様がボソッと、「この人、いつ死ぬのかしら」とつぶやかれました。これが倫理的に許せないなんていうことは言えません。おそらく寝たきりのご本人もそこまで娘に迷惑をかけたくなかったと思っていたに違いありません。そういうときはどうしたらいいかということを書かせていただきました。もしよろしければ読んでいただければと思います。

終活は50歳からやれと日経新聞の記事にもありました。なるべく早いうちにACPは考えた方がいいだろうと思います。

最期に、これは自分で撮ったプレアデス星団の写真です。私はスキーと天文をこよなく愛するおじさんなんです。人生を考えながら星を見ております。ご清聴ありがとうございます。

○司会 非常に貴重なご講演をありがとうございました。杉浦先生にご質問等ございます方は、ぜひお手をお挙げいただければと思いますが、いかがでしょうか？

○質問 岡山県労働基準協会労働衛生センターで健診と産業医をしています。先生の話には同意はするんですが、元々私はがんが嫌いで、循環器を40年ほどやっているんですけ

れども、ここ10年ぐらいは体壊してからがんの医療もやっております。今頑固な老人も多くて、死にたくない。で、子どもには財産を与えたくない。だから病状は子どもには伝えるな。言ってくれるな。といった場合は、プライバシーというか、個人情報としての病状はどう説明されているか、教えていただければ参考になるんですが、いかがでしょうか？

○杉浦 ありがとうございます。非常に貴重なご質問で、私も実はそういう経験はあります。やはりその世の中別に死にたい老人ばかりではなくて、絶対死にたくない方もいて、先ほどもおっしゃったその財産分与の問題ですよね。自分がどういう財産を持っているかと、絶対もう人に渡さなくて、棺桶にまで持って行くんだぐらいの勢いの方っていらっしゃるんですね。で、その時は、いきなり反論しても、まったく相手は聞いてくれませんので、話を聞くだけにしますが、何回か外来に通ってくださるうちに、私の父をよくネタにして話をすることがあります。

私の父は、90で亡くなったのですが、亡くなる8ヵ月ぐらい前まで、医院の手伝いをしてきていました。もともと慢性腎不全があって、そのあと心臓の方も悪くなり、済生会病院という基幹病院に入院しました。僕が面会に行ったとき、ボソッと、「いや長く生き過ぎたな」と言ったんですよ。そこで私はすかさず「遺言状とか書いた？」って言ったら、「書いてない」と。ああそんなもんなのかなって思いました。

父が亡くなったあと、案の定、生命保険証書はどこにあるかも分からないんです。本人が何も言わなかったので。貯金通帳ぐらいは姉が管理していたので分かったのですが、他のものが一切どこにあるか分からないので、兄弟3人で家探しして大騒ぎでした。その過

程で、いろんなものが見つかるんです。一番大したものだったのは、父が寝ていたベッドの横に引き出しがありました。中には当然ハンコでも入っているのかと思って見ました。

そうしたら、茶封筒に入ったいわゆる当時のブルーフィルムがが出て来たんですね。ずいぶん年取っている割には元気だったんだなと思いました（笑）。だから、残されたものが苦勞しないようにするべきですし、自分が亡くなったあとに知られたくない事実を知られてしまうこともあると。そのようにお話しして、少しずつ説得するようにしていますけれども、それでも頑として受け付けない方はいらっしゃいます。

今度は、その方のご家族が相談にいらっしゃることもあります。あの頑固者なんかかなんないですかと。それはあなたたちが解決しなきゃいけないんじゃないですかとお話しします。すると、「もううちのおじいちゃんは私たちのことは全然聞かないけど、先生の言うことだけは聞くんだ」とか言われませんか？ 他になかなかよい手が無いので、あまりいい答えになっているかどうか分からないのですが。

○司会 ありがとうございます。なかなかいい答えがないというお答えでしたけれども。

○杉浦 とにかくACPっていうのは、残された家族が困らないようにという意味合いもあります。

○司会 ACPというのは、コンセンサスであって、書き物ではないということですよ？

○杉浦 もちろん厚生労働省のガイドラインでは、そういうものをいちいち文章に残しておくようにと書いてあります。ただここで重要なことは、そのエンディングノートを書くときに、1人で書かないでくださいとい

うことです。ぜひ家族や信用できる人と書いてください。要は書くときに話し合いをして、自分の考えを伝えておくことが必要なのです。あともう一つ。書きやすいところから書いてください。川口のエンディングノートは、最後に自分の財産や通帳に関して書くところがあるところがあります。この部分はさすがにいきなり書けないですよ。

実は、川口市長にもエンディングノート書いてくれとお願いしたんですよ。市長がエンディングノートを書いて、それを広報に載せれば、絶対市民は書いてくれるからと。ところが、市長も最後のページ見て、「財産ってどうするの？ これ」って。そこでまず書きやすいところだけでいいから書いてくださいと申し上げました。内容は、いつでも修正可能だということも含めてこの3点だけ留意していただくようにと申し上げております。

○司会 ありがとうございます。私の母が2005年に亡くなった時に日本尊厳死協会の宣言みたいなものを、いつもこの時計の下に置いておくからと長男の嫁である私にはいつも教えておいてくれました。彼女は別に延命治療には縁がなく命を終わったんですけども、尊厳死協会の宣言とACPっていうのも、ほとんどイコールなのでしょうか？

○杉浦 尊厳死協会の出しているものはリビングウィルというものです。リビングウィルは、人生の最終段階で助かる見込みのないときに、延命治療、無駄な延命治療してほしくないということと、あと苦痛を除くための治療は最大限してくれというその2点に集約された宣言です。つまり、医療だけがターゲットなんです。ACPに関しては、その前の段階からなんですね。結局先ほど申し上げた本人の好みや目標を含むということで、広い範囲の事柄を含んでいます。

○司会 ありがとうございます。だいぶ整理

して理解することができました。他にご質問の方がいらっしゃらなければ、杉浦先生のお話をこれで終りたいと思います。先生どうも

ありがとうございました。

○杉浦 どうもありがとうございました。