## Web 座談会 (2021年9月開催)

# 高齢者医療の EOL-C (エンドオブライフ・ケア)を 考える

【司 会】葛谷雅文\* 【出席者】赤津裕康\*\* 三浦久幸##

森 直 治 <sup>#</sup> 亀 井 克 典 <sup>†</sup> (発言順)

**葛谷** 本日は、高齢者医療の EOL-C (End of Life-Care)、ACP (Advance Care Planning) についての Web 座談会にご参加いただき、まことにありがとうございます。

現代は超高齢社会と言われて久しいですが、今後は高齢者人口が増加するに伴い死亡数が増える多死社会となることが予想されています。日本人の死亡数が最も多くなると予測されている2040年には、年間約160万人が亡くなるのではないかと言われています。これは現在(2021年)より約40万人も多い数字です。

かつて"死"は「医療の敗北」と言われ、議論すること自体がタブー視されていた時代もありました。しかし、老化の先には必ず死があり、それは避けることはできず、現代ではどのような看取り方、看取られ方が良いのかの議論に変わってきています。近年、理想的な死に方を意味する QOD (quality of death)という言葉も注目されています。2015年には厚生労働省より「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」<sup>1)</sup>が改訂され、ここではすでに諸外国で普及している ACP の概念について提示しています。日本医師会でも 2020 年に「人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン」<sup>2)</sup>で ACP の重要性に言及しています。

ACPとは、患者一人ひとりが将来の変化に備えてあらかじめ家族や医療者と話し合い、治療に関して意思決定をするプロセスのことです。厚生労働省ではACPを「人生会議」という愛称で呼ぶことを決定し、その普及に努めています。自分がどのような治療を望むのか、あるいは望まないのかという意思を身近な人と共有しておけば、もしもの場合に適切に治療が進められます。しかし、日本ではまだACPが広く周知されていません。昨今のコロナ禍では、今まで元気だった人が急に亡くなってしまうという、死が身近に感じられる



葛谷 雅文 氏

<sup>\*</sup> Masafumi Kuzuya :

名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学·老年科学

<sup>\*\*</sup> Hiroyasu Akatsu:名古屋市立大学大学院医学研究科 地域医療教育学分野

<sup>&</sup>lt;sup>#</sup>Naoharu Mori:愛知医科大学緩和ケアセンター

<sup>\*\*\*</sup>Hisayuki Miura:国立長寿医療研究センター在宅医療・ 地域医療連携推進部

<sup>&</sup>lt;sup>†</sup>Katsunori Kamei:医療法人生寿会(かわな病院)

時だからこそ、患者だけでなく医療者に対しても ACPに関する周知が重要な気がします。

今回のWeb座談会では、高齢者の終末期の現状、 緩和医療や救急の現場での死の問題、ACPの問題等について議論を深め、今後の高齢者医療におけるEOL-Cの充実に期待したいと思います。

#### I. 医療現場における ACP の実情について

#### 1. 病院・在宅医療での ACP

**葛谷** 私は名古屋大学の老年内科の病棟で,多くの急性期高齢患者を診察してきました。COVID-19 の流行により救急は以前より少ないですが,それでも医療の選択をしなくてはならないというケースはあります。認知症を患っていたり,または急性期疾患でご自分の意思を明示できず,そしてほとんどのご家族は,患者ご本人の意思をご存じありません。どのような医療を望むのか,あるいは望まないのかという情報を持っておられません。

我々としては患者ご本人が意思表示できない以上,ご家族に意思決定をしてもらわなくてはなりません。医療者からは予後や治療についての情報を提示しますが,ご家族にとってはそれらの選択は簡単ではなく,すぐに結論が出るものではありません。ですが,一刻を争って決断いただきたい場合もあり,やはり患者ご本人があらかじめご身内にご自分の希望や意思を伝えておいてくれればありがたい,と思います。

一方,すべての医師が ACP を行っているかというと,必ずしもそうではありません。もちろん多くの医師は必要な情報を聞き出していると思いますが,ルーチンで出来ているかどうかは定かではなく,医療者によって温度差があるというのが実際のところです。

森 私は愛知医科大学で緩和ケアを専門にしています。私からは大学病院でのACPについて、その特殊性をお話したいと思います。在宅やホスピス専門の先生は積極的にACPに取り組んでおられますが、がん治療に取り組む大学病院では、正直に言ってACPをやりにくいという現状があります。というのも、大学病院に通院されている患者さんの多くは、積極的ながん治療を希望される

ため、ACPについて触れにくいのです。また、緩和ケア外来に来られる患者さんはすでに病期が進んだ方が多いです。診療時間も限られる中、これまで一度も ACPに向き合ってこられなかった方へ初対面でいきなり ACPをやらなければならないという困難さがあります。誰が ACPをどのタイミングでやるのか、主治医からもなかなか話題を切り出しにくいというのが実情です。私は緩和ケアチームで、入院患者さんにも関わっていますが、積極的に主科の先生が、がん治療をやっておられる中で「それが効かなくなった時のことを考えましょう」と切り出すのは、十分な配慮が必要と考えています。

がん拠点病院では、がん治療医に対して、治療がうまくいかなかった場合のこともあらかじめ話すということが、拠点病院の指定要件に入っています。ですが、十分には浸透していないと感じています。患者さんの気分を落ちこませないように、少しずつ慎重に歩み寄る姿勢が大事だと思っています。

亀井 私は在宅医療・外来診療、緩和ケアも含めてやっています。在宅医療の現場では森先生のケースとは違って、ACPをやりやすいです。入院をきっかけにACPを行うこともあります。元気に外来へ通院している患者へACPのアプローチをする時間や余裕はなかなかないですからね。名古屋市では、かかりつけ医の外来でのACPはまだまだできていないと感じています。

**葛谷** 亀井先生のおっしゃる通り、ACPが進まない大きな原因として開業医の先生方には時間的な制約のあることがあげられるでしょう。最初か



赤津 裕康 氏

ら、多職種や患者の家族を集めるという条件をクリアして大仰にACPをやるのは難しいです。もっと身近なところからスタートして、最終的に家族や主治医、看護師や薬剤師に参加してもらうのが良いように思います。

緩和ケア自体、疾病が限られるのも問題ですね。 森先生のケースのように、化学療法や放射線療法 をやっているがん治療の患者は一つの方向を向い ていますし、ACPをやるのは難しいのでしょう。 三浦 私がいる国立長寿医療研究センターには EOL-C チームがあります。いわゆる緩和ケアチー ムです。当院では、がんだけではなく、認知症を 含めてあらゆる疾病の意思決定支援に関わってい ます。ACPというと DNR (Do Not Resuscitate: 蘇生拒否措置)を確認するというようなイメージ が強いですが、当院ではまずは対話を始め、それ を積み重ねるということが十分な ACP だと捉え ています。本来は通院患者を対象とするのが良い ですが、一人平均7~8 分の外来時間内では行う のが難しいのは当院も同様です。

#### 2. 高齢者向け施設での ACP

赤津 私が気になっているのは、介護老人保健施設などの高齢者向け施設での状況です。施設入居の高齢の方が当院へ搬送され、外来受診されることも少なくありません。その中には認知症を合併され、どこまでの検査・治療を希望されるのか把握しにくい場合があります。特に施設職員のみでの受診は困ります。家族の受診希望・主治医の指示ではあるのですが、大学病院での外来で若い元気な方と同様に対応するのか、本人の希望が見えず悩ましいケースが時々あります。施設個々での取り組みや老健協会などの取り組みも必要かと感じています。

**亀井** 入居時にACPやDNAR(do not attempt resuscitation)について代諾者も含めて意思決定を促してはいますが「具合が悪くなったらどこまでしますか?」というような簡易的なやり取りに終始しています。確かに、老健協会が積極的に取り組んでいるとは言えません。また、施設では入所時のやり取りを文書に残しているはずですが、そ



森 直治氏

れだけでは不十分なケースもあります。

例えば、ご本人の意思決定ができない認知症の 方の場合、ご家族が遠方にいると「徹底的に延命 治療をやってくれ」という方は一定の割合でい らっしゃいます。ただ、入居・入所時のやり取り がそうであっても、何度も救急搬送を繰り返すう ちに、ご家族の考え方が変わることもあります。 簡易的なやり取りで終わりにせず、ある程度、時 間をかけるプロセスもポイントだと実感していま す。

**三浦** 特別養護老人ホーム(特養)になると、認知 症あるいは認識の低下が進んでいる患者がほとん どです。入所する前にある程度話し合っていない と、入所してからの意思決定は難しいでしょう。 結局ご本人の意思が分からずじまいで、家族の意 向が重要視されて病院へ搬送されるパターンが多 いと思います。

葛谷 私も経験がありますが、患者ご本人の意思が分からない時、家族は「フルコースで」と最初は言います。ですが主治医が現在の状況を説明すると「(フルコースは)かえって患者の負担なのでは?」と考えを変える人も目にしてきました。とにかく、ご家族は自分たちだけでは決断できませんし、決断には時間がかかります。ご家族を精神的に苦しませないためにも、あらかじめ ACPに取り組んでおくべきだと主張したいです。そこで、どのタイミングで ACP を始めるのがベストなのか、というテーマについて議論したいと思います。

#### II. どのタイミングで ACP を始めるのか

**亀井** 在宅医療を始めるところが、タイミングと

しては良いと思います。我々は最初に、ケアマネージャーも含め多職種で集まって、ご家族や本人を交えての会議の場を設けています。そこですべて決めてしまうということはありませんが、スタート地点としては良いような気がしています。

ここでやりがちなのが「急変した時にどうするか」という、いわゆる DNR を取るか取らないかを最初に聞いてしまうことです。あるいは「食べられなくなったら胃瘻を作りますか?」などです。そういう話をいきなりすると、ご本人はもちろんご家族も戸惑いますので、気をつけなくてはならないですね。

私が思うに ACP とは「どう死ぬのか」ではなく「残された人生をどう、より良く生きていこうか」という前向きな話し合いです。短期間で意思決定をすることは難しい、であるのにほとんどのご家族はその話し合いをしていません。在宅医療をスタートさせた後は、周囲とやり取りをしながらじっくりと時間をかけてこれからのことを考えてもらいたいです。ACP においては、段階を踏んで熟成させていくようなプロセスが必要だと強く思います。また、昨今ではウイルス感染症で急に亡くなるというケースを目の当たりにしているので、普段から早めに ACP を行うことの必要性を感じました。

**葛谷** 亀井先生のおっしゃる通り、ACPのきっかけ作りは慎重にならざるを得ないですよね。DNRの話など、すぐしてしまいがちですが、そうしてはならないというのは私も同意見です。

赤津 私は大学に着任前は、療養型病院で認知症の方を多く看取っていました。ACP は歴史的にがんの緩和ケアから始まったと認識していますが、今の日本では認知症の現場でこそ重要だと実感しています。

また、大学での医学教育や地域の方への活動では、認知機能が低下する前に ACP を進めること、代理人に指名しておくことが大事である点を強調しています。できるだけ元気で長生きして、最期は苦しまずに死ぬ"ピンピンコロリ"を目指した取り組みへの日々の努力に加え、それでも認知症になった場合のことを考えての備えも重要ですとい

う流れで、ACPの取り組みを薦めています。実際に死を考えなくてはならない時になって初めてACPを考えるのは現実的ではありません。いかに広く浅く、色々な人たちに知っていただけるかがカギだとも思います。日常生活でACPはまだまだ話題にしにくいですが、気軽にそういった会話ができる環境を整えることも地道に目指したいと思います。

葛谷 赤津先生の場合は、認知症の中でもかなり進行した方が病院へ来られるケースが多かったのでしょう。やはり、そこから ACP を始めるのは時期として遅いですね。地域の高齢者に対しての啓発活動の重要性を感じます。ただ私も以前、ある市町村で高齢者大学というのがあって、ACPについて話したことがあります。きちんと聞いてくださいましたが、どこまで自分事として捉えているのか、正直手応えはありませんでした。

ですから一般的な啓発活動も大事ですが、それより自分事としてのきっかけ作りができるのは、かかりつけ医の先生だろうと思います。慢性疾患を抱えている患者に対して、まず医者と患者から始め、そして家族も巻き込んだ会議をご家庭でもするよう促すのが一番自然な気がします。あまりに早すぎると非現実的になりますしね。

そういう意味で、きっかけはかかりつけ医で、 在宅医療に移行する時は既にセカンドステップな のではないかと思います。よってファーストス テップは、それよりもっと早い段階でするのが理 想ではないでしょうか。

昔は父権主義、いわゆるパターナリズムで「先 生にすべてお任せします」という時代でしたが、



三浦 久幸 氏

今は望む医療・ケアを共同で探っていくという時代です。意思決定支援から共同意思決定支援をベースにして、ACPの概念が出てきたとも言えるでしょう。

#### Ⅲ. 世界での ACP の取り組み

三浦 私たちは2007年に、長寿医療センター内で外来患者を対象に事前指示書を書いてもらうことを試みました。ですが書いて提出される方は少なく、なかなか進みませんでした。そんな頃、2010年にオーストラリアのオースチン病院よりACPの有効性に関する論文が発表されたので、直接学びに行きました。これを日本に持ち帰って、啓発活動を始めています。

今、国際的に話題になっているのは、コロナ関連でACPをどのように進めるかです。ニューヨークではACPの取り組みがかなり浸透しており、文書化も進んでいます。最終的に延命をするかなど、電子化された事前指示書もこのコロナ禍では普及しているそうです。書式化にこだわってはいますが、アメリカ的なプラグマティズムの中でACPが促進されているなと感じました。あらかじめACPを行った患者だと、もしもの場合に患者は医者の説明を聞き冷静に対応することができますが、ACPを行っていない患者は医師の話を冷静に聞けず、意思決定支援には非常に苦心すると聞きました。

アメリカ以外の諸外国の取り組みは、まちまちという感じでしょうか。アジア圏で言えば、台湾では自然死法とも呼ばれる「安寧緩和医療条例」が可決されたと話題になりました。死についての関心は高いですが、台湾でもこのコロナ禍で ACPの活動は難航しているという報告も聞いています。また、スイスも熱心に ACP を行っていることで有名ですが、コロナをきっかけに書いていたものを変更するという人が増えているようです。これは今まで想定していた慢性疾患とは違うからでしょうが、もう一度電話をかけて意思を再確認するという「アドホックテレフォンカウンセリング」と呼ばれる活動をしているようです。

森 ACPの世界事情にもお詳しい三浦先生にお



亀井 克典 氏

聞きしたいのですが、例えば本邦で、病気になる 前段階で ACP 活動を行っているのは広島など、 ごく一部だと思います。諸外国では、このように 病気になる前段階の ACP も重視されているので しょうか。

**三浦** そうですね、例えばニューヨークでは慢性 疾患患者が主で、実際に ACP を始めるのは病気 に罹患してからだと思います。ここでの ACP は 日本とは少し異なっています。どういうことかと 言うと、本人に延命希望を聞くのではなく、医療 代理人を指名してもらうことをもって ACP とし ている面があります。またオーストラリアでは、 ACP WEEK というものを作り、国家的な啓発活 動に取り組んでいます。これは病気の有無に関わ らず、ACPに関する書式を書いてもらう、ある いは代理人を決めてもらうといった取り組みです。 葛谷 ACP WEEK のような国家的な取り組みが あるのは良いですね。日本でも「いい看取り・看取 られ」を掲げて11月30日を「人生会議の日」とし ていますが、残念ながら浸透しているとは言い難 いです。これらを知ってもらうには、もう少し工 夫が必要なようです。また三浦先生にお聞きした いのは、諸外国では代理人を血縁に限っているわ けではないのですね?

**三浦** そうですね、必ずしも血縁者ではなく、本人と親しい方や、弁護士にお願いするケースも多いそうです。本人が指名した人が医療代理人となり、きちんとした法律もあることが日本との大きな違いでしょうか。また日本では、成年後見人は医療決定に関われないという問題があります。少し脱線しますが、2020年3月頃、コロナ禍で医

療崩壊を起こしていたイタリアでのトリアージが 話題になりましたよね。80歳以上の患者はICU に入れないという、年齢で区切るものでした。こ れは何かあると高齢者が治療優先度の下位に陥り やすいという問題を孕んでいるように思います。 葛谷 三浦先生ありがとうございます。各国でも ACPへの取り組みに温度差があるんですね。た だやはり共通して言えるのは、コロナ禍で ACP の重要性が高まっている点ではないでしょうか。 パンデミック時のニューヨークマウントサイナイ 病院では、病床の8割がコロナ患者で埋まったと 聞いています。インフォームドコンセントは緩和 医療医が中心でしたが、それでも足りず、レジデ ントも駆り出されたとか……。なので日本人のレ ジデントに ICU や呼吸器に関するトリアージは さぞ大変だったのでしょうと聞くと、意外にもそ うではなかったようです。というのもニューヨー クは ACP がかなり進んでいたので、うまく線引 きができていたようです。私はそこまで ACP が 進んでいるのだと驚きました。日本ではほとんど の患者は ACP が行われておらず、の救急医療の 現場では新型コロナ感染症患者の意思確認に苦慮 したと聞いています。

ただイタリアのような暦年齢で高齢者を切り捨 てるといったトリアージを日本で行うのは難しい と思います。実際イタリアで実施されたトリアー ジの手法に関しては世界的なバッシングがあり. 特にドイツではかなり反対していました。患者の 様々な病状のバックグランドを考慮せず、年齢暦 年齢で選別するという線引きは衝撃的でしたね。 **亀井** 私もイタリアのようなトリアージは反対で すが、日本の現場でもそれに近いことは起こって いたと思います。ワクチン未接種の80歳代の高 齢者夫婦がコロナに感染し、在宅医療の依頼を受 けましたが、お二人とも重症化してしまった症例 があります。救急搬送し、紆余曲折の後、最終的 に二人とも遠方の病院で引き受けてもらいました。 病院側からは人工呼吸器を望まないのであれば引 き受けるという条件が出され、やむなく息子さん にその場で決断を迫り「入院させてくれるなら」と 承諾してもらいました。

当時は既に抗体カクテル療法が始まっていたので、お二人は早い段階でこの療法を行うことになっていましたが、突然キャンセルになりました。その理由は「若い方で先にやらないといけない人ができたから」でした。このように感染ピーク時の在宅医療の現場では、少なからずイタリアに近いことが起こっていたと思います。

### IV. ACP の啓発活動, 学生教育は

森 私の病院では、病院全体で ACP の啓発に取り組んでいます。「患者の意向を尊重した意思決定のための研修会」をマネジメントされている緩和医療学会理事長・神戸大学の木澤先生に 2 回ほど来ていただいて講演をお願いしたり、年に 1~2 回ほど啓発セミナーを開催しています。

赤津 私の医学教育の現場では、4年生の学生に "認知症の方が元気な時期から最終的に寝たきりで、家族の顔も分からず、食事も摂れず、胃瘻造設・経管栄養管理となったケース"の実録映像を紹介し、考えてもらうようにしています。「自分の家族がこうなったらどうしますか」、「あなたがこうなったらどうしますか」、「医師になり受け持ち患者さんであるとすれば、家族にはどのように説明しますか」と問いかけ、講義の後には必ずレポートを書かせています。すると、認知症の家族がいるなどの経験がある学生は比較的自分の考えをしっかり持っていることが分かります。親に対して、あるいは自分に対してどうするかも考えている傾向があります。

**葛谷** 森先生、赤津先生、ありがとうございました。学生の段階から ACP の教育をするのは良いですよね。私も学生に ACP とまでは言わずとも「両親と話し合ったことはありますか?」と聞くと、6~7 人中 2 人ぐらい手が上がります。彼らは医療行為に興味があるのはもちろんですが、きっかけは身内の病気や死だったと言う人もいます。「人工呼吸器や胃瘻を装着するか」という具体的な話をして希望を聞いたという学生もいました。

亀井先生、名古屋市医師会のはち丸在宅支援センターでの取り組みはいかがでしょうか。

亀井 当センターでは相談員を配置して、多職種

による在宅療養支援のサポートをしています。活 動の柱は医療介護専門職への研修と、市民への啓 発活動です。名古屋市・名古屋市医師会では『なご や在宅医療・介護連携ハンドブック』<sup>3)</sup>および『名 古屋市 在宅医療・介護のしおり』4)を発行して ACP について分かりやすく解説し、また一般市 民向けの講演などを行っています。ただ現在はコ ロナ禍で、対面活動ができないのが残念ですが医 療専門職に対しては、積極的に研修や症例検討会 を通じた ACP 啓発活動にも取り組んでいます。 葛谷 本日は活発なご討論を、誠にありがとうご ざいました。ACP がその重要性に反して普及し ていない現実や問題点、世界的な状況、先生方の 現場での取り組みなどの意見を交換することがで き, 充実した座談会となりました。森先生, 亀井 先生, 三浦先生, 赤津先生, 本日はお忙しい中ご 参加いただき、心より御礼申し上げます。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省: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(改訂平成30年3月).https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-IseikyokuShidouka/0000197701.pdf 2021年10月21日閲覧
- 2) 日本医師会: 人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン(令和2年5月) https://med.or.jp/dl-med/doctor/r0205\_acp\_guideline.pdf 2021年10月21日閲覧
- 3) 「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」 ワーキンググループ:なごや在宅医療・介護連携ハン ドブック.名古屋市・名古屋市医師会. 2019. https:// zaitakukaigo.nagoya/wp/wp-content/themes/ishikai/ img/about/hand.pdf 2021 年 10 月 21 日閲覧
- 4) 平成 29 年度名古屋市北区在宅医療・介護のしおりワーキンググループ:名古屋市 在宅医療・介護のしおり.名 古屋 市・名 古屋 市 医 師 会. https://zaitakukaigo.nagoya/wp/wp-content/themes/ishikai/img/pdf/shiori.pdf 2021 年 10 月 21 日閲覧