

東京大学上廣死生学・応用倫理講座 日本老年医学会 共催シンポジウム

非がん疾患の緩和ケアとACPの役割

—よりよい高齢者医療とケアを目指して—

日 時：2019年3月24日（日）午後1時～5時

会 場：東京大学本郷キャンパス

伊藤国際学術センター 伊藤謝恩ホール

【開会の辞】 葛谷 雅文 名古屋大学大学院医学系研究科 発育・加齢医学講座（地域在宅医療学・老年科学分野） 教授

【座長挨拶】 三浦 久幸 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 部長
会田 薫子 東京大学 上廣死生学・応用倫理講座 特任教授

【講演1：心不全の在宅医療一家で最期まで過ごすために—】

弓野 大 医療法人社団ゆみの 理事長

【講演2：慢性閉塞性肺疾患（COPD）のフレイル評価を活かした患者視点立脚型統合ケア】

千田 一嘉 国立長寿医療研究センター呼吸器内科部・在宅連携医療部
医師

【講演3：豊かな最晩年をつくる—超高齢者の緩和ケア—】

桑田 美代子 青梅慶友病院看護介護開発室長 老人看護専門看護師

【講演4：地域において多職種チームで実践するACP】

片山 陽子 香川県立保健医療大学 保健医療学部看護学科 教授

【特別発言1】 森田 達也 聖隷三方原病院 副院長・緩和支援治療科 部長

【特別発言2】 清水 哲郎 岩手保健医療大学 学長

【パネルディスカッション】

【閉会】

総合司会：早川 正祐 東京大学 上廣死生学・応用倫理講座 特任准教授

司会 長らくお待たせいたしました。ただいまより、シンポジウム「非がん疾患の緩和ケアとACPの役割—よりよい高齢者医療とケアを目指して—」を開催いたします。本日はご多忙の中ご来場いただきまして、誠にありがとうございます。

本日のシンポジウムは、東京大学大学院人文社会系研究科、死生学応用倫理センター上廣講座と日本老年医学会の共催にて開催いたします。

私は本日の司会を務めます東京大学上廣死生学・応用倫理講座の早川正祐と申します。よろしくお願いたします。(拍手)

まず開会にあたりまして、日本老年医学会理事、エンドオブライフに関する小委員会委員長で、名古屋大学大学院医学系研究科教授の葛谷雅文先生よりご挨拶いただきます。葛谷先生、よろしくお願いたします。

【開会の辞】

葛谷 今ご紹介いただきました日本老年医学会、名古屋大学の葛谷と申します。日曜日、大変いい天気にかかわらず沢山の方々にお集まりいただきまして、ありがとうございます。なぜ私がここに立っているかにつきましてお話いたします。この上廣死生学・応用倫理講座におかれましては、2010年から継続的に関連のシンポジウムを開催しておられます。私ども日本老年医学会にはもともと倫理委員会があり、その倫理委員会で経年的に学術集会のときに、毎回「高齢者医療における倫理」というテーマで、長らくシンポジウムを開催してきています。2年ほど前、日本老年医学会理事長の楽木先生から、倫理委員会の下にエンドオブライフ・ケア小委員会をつくらどうかというご提案をいただき、その委員会で活動しております。その中でまず初めに取りかかったことが、高齢者医療だけには限らないわけですが、ACPに関してのしっかりとした、日本人に合った提言をしようということで、この上廣講座の会田先生を中心に、現在、提言に関してまとめているところでもあります。その提言は恐らく6月頃に、皆様にご披露させていただけるかと思っています。

そういうこともあって、この関連のシンポジウムが2010年から、清水先生、会田先生方が中心となって毎年開催をしておられたのを知っておりましたので、会田先生に、ぜひ今回、日本老年医学会と共催という形でシンポジウムを開催させていただけないかということをお願いして、ご承諾を得て、この企画に参加させていただくことができました。私

どもは高齢者医療の専門集団ではありますが、やはり「緩和」に関しては絶えず悩む問題がたくさんございます。そういうことをこの上廣講座と一緒に考えさせていただいて、日本における緩和ケア、さらにACPの進展、推進にかかわっていったらというふうに思っています。

本日、このシンポジウムが、皆様の明日からの緩和ケア、またACPの実践に直接つながるようになることを祈願いたしまして、開会のご挨拶とさせていただきたいと思います。今日一日、長丁場ですが、よろしく願いいたします。(拍手)

司会 葛谷先生、ありがとうございました。それでは次に、東京大学上廣死生学・応用倫理講座特任教授、会田薫子より一言ご挨拶申し上げます。

【座長挨拶】

会田 皆様こんにちは。上廣死生学・応用倫理講座の会田と申します。今日も大勢の医療・介護の専門職の皆様、そして市民の皆様にこのようにお集まりいただきまして、心から御礼申し上げます。

先ほど葛谷先生からお話がありましたように、私どもでは2010年度からこのようなシンポジウムを開催してまいりました。前任者の清水哲郎先生の代から、毎年このように大勢の専門職の方々、市民の方々と深く考える機会をもたせていただいて、これまでに6,000人ぐらいの方々とさまざまな、私たちの社会が直面している高齢者医療とケアの問題について、それまでは話しにくかったことも含めて議論して来ております。このように続けて開催させていただくことができているのも、私どもを支援して下さっている公益財団法人上廣倫理財団の皆様のおかげでございます。心より御礼申し上げます。

本日も、まさに現在の日本社会で重要な非がん疾患の緩和ケアとACPという課題について、これらをより多くの場面で適切に行っていただきたいということでシンポジウムのテーマとさせて頂きました。明日からの皆様のお仕事に役立てていただくため、市民の方々にはご自分のこと、そしてご自分のご家族のこととしてお考えいただくために、学際的に多職種での取り組みを進めていくために、この場において皆様で忌憚のないご意見を交わしていただければと思います。どうぞ最後までよろしく願いいたします。(拍手)

司会 では、シンポジストにご講演をお願いします。

まず、医療法人社団ゆみの理事長の弓野大先生よりご講演いただきます。ご演題は「心不全の在宅医療一家で最期まで過ごすために―」です。弓野先生は東京女子医科大学病院循環器内科とカナダ・トロント大学で心不全の臨床及び研究に従事されました。現在は東京と大阪で在宅訪問診療を行うクリニックを運営し、心臓病をもつ人々が住み慣れたところで安心して暮らせる社会づくりを目指していらっしゃいます。また、全国の循環器クリニックのネットワークとなる Japan Cardiology Clinic Network 事務局を務めるなど、地域での循環器医療を支えるための活動を幅広く行っていらっしゃいます。それでは弓野先生、よろしくお願いいたします。

【講演1 心不全の在宅医療一家で最期まで過ごすために―】

弓野 弓野と申します。今日はこのような貴重な機会をいただき、ありがとうございます。今お話にありましたように、私自身は地域で外来と在宅医療を行っているクリニックを運営しております。その中で、今私たちが実際に直面している患者さんの問題、そこから、皆さんとぜひ議論できればいいなと思います。

はじめに、つい先週、大阪で在宅医療をやる中で、患者さんのご家族から言われた言葉です。『心臓が悪いから、どこまで動かしたら良いかも分からない。いつまでこの状態が続くか分からない、先生たちもはっきり言ってくれない、家で、朝起きたら亡くなっているかもしれない』と。この奥様は、親をがんで自宅看取りされたのですが、「がんとは全然違う」ということをお話しされていました。

心不全の病状進行のパターンというのがありますが、横軸に経過、縦軸には自立度などがあります。がんに関しましては、最期の最期まで自立度は保たれ、最期、急激に悪くなっていきますが、心不全はどちらかというと、増悪し、入退院を繰り返すたびに、心機能、そして自立度が低下していきます。非がん疾患の一つの代表的な病気であるこの心不全、問題は、なかなか予後予測が難しいというところにあります。すごく悪い状態で、入院しました。けれども、退院して帰ってきた時は、また入院前と同じようにしているわけですね。縦軸を「心機能・自立度」、横軸を「経過」とした心不全の病状進行のパターンをグラフ化する中で、その進行状況に合わせて、「心機能・自立度」の軸に目安として線引きをする形でとらえていく工夫をしています。

自立度がある程度下がったところ、そこから診療の体系というものもまた変わってくるわけです。まだ動けるうちは当然外来診療をしていただき、動けなくなって通院が難しく

なると在宅医療になります。在宅医療になったからといって、決してそのまま在宅医療から看取りへというわけではなく、また良くなれば外来診療に戻るということも行っております。

心不全の患者さんにおいては、そのような繰り返しの中で、どのように診ていかなくてはならないか。私も6年前までは大学病院で勤務しておりました。そのときは、生命、そして臓器と、とにかく1分1秒生かすためにはどうしたらいいか、そればかりを考えておりましたが、実際生活の場に入ることにより、その人のライフといいますか、日本語でいうと人生、生活、生命と訳せますが、決して生命だけではなく、いかにその患者さんの生活、そして人生が豊かになるよう考えることが一番大事だなあと感じております。

私たちの紹介をさせていただきますが、現在東京と大阪において、大きな病院、そして地域のかかりつけの先生、また地域の看護師さんたちの間に立つ形で、心臓が悪い患者さんが安心してお家で過ごせるような取り組みを行っております。

現在、スタッフも増えまして、医師も当初は私1名で始めましたが、現在30名を超えます。看護師も多く一緒に働いております。昨年ですが、東京においては在宅の患者さんが1,000名弱ぐらいまで増えまして、年齢は平均84歳、独居が約2割、認知症の患者さんも約2割おられます。心不全ということではありますが、残り半分、約50%はがんだったり、神経難病だったり、心臓病以外の患者さんも多く診ております。

自宅看取り率というのがありますが、これは一回診察させてもらって以降、最期まで看取っている率ということになりますが、当院では初めにソーシャルワーカーが介入しまして、これからの生活の中での希望を聞きます。その中で、お家で最期まで過ごしたいという方に限っては、現在95%、お家で最期まで診ることができております。

まず高齢者心不全ということで、私たちが頭の中で浮かぶ5つのキーワード〔医療、精神・感情、身体機能、生活環境、ケアの目標を話し合う（ACP）〕があります。医療、中でも循環器系の医療というのはどんどん足し算の医療、お薬をどんどん増やすことが適切な医療であるとガイドライン上はなっていますが、やはり高齢者、臓器障害がある等、ステージによっては、逆に減薬、お薬を減らすことが適切な医療になることが多くあります。そのほか、高齢者に特有な認知機能の低下、またフレイルに代表される身体機能に対する介入というのも必要ですし、やはり生活環境、生活の場をきちっと見て、それでその人らしい医療の介入というのも必要です。

そして、5つの中でも、ケアの目標を話し合う、アドバンス・ケア・プランニング、こ

れが重要であります。患者さん家族ではなく、まず一人の患者さんを診るときに、地域でできるチーム体制というのも必要です。

心臓が悪いことに関して、それに特化した専門の医療・介護の方というのは決して多くないので、その中で不安をどのように解消したらいいか、それが重要であると思います。そのためには、日々の本当に小さな質問にも丁寧に答える。それが私たち地域の医療スタッフの大切な役割だと思えます。

当法人では、クリニックの真ん中に看護師さんが駐在して、管制塔システムというのをつくっております。地域だと、小さなことも聞いてくれるという利点は、患者さんだけではなく、かかわる介護・看護のスタッフたちも同じかと思えます。

さらに、全国には多く、同じような気持ちを抱えた地域の介護職の方たちがいらっしやいますので、ICT上、クラウド上ですけれども、ハート・ケア・ステーションとして、完全無料で症例のコンサルティングなども行っております。例えば、利尿剤の使い方をどうしたらいいのか。目の前の患者さんで、こういう人いるんだけど、どうしたらいいのか。そういうことに対して、私たちを含めた全国の専門の先生たちが、ネット上で介入して答えてくれるというようなものも行っております。

目の前の患者さんに対して、まず私たちがやっていることは、心不全の病気、そして治療目標を共有するということが重要であります。心不全は左からこのようにステージA、B、C、Dという段階がいわれておりますが、実際症状が出てくるのはこのステージCからになります。

症候性の心不全で、歩くと息切れがする。その治療目標としましては、いかに進行を遅らせて突然死を防ぐか。そして、動けるところはしっかり動かす。ただし、治療が抵抗性のかかなり厳しい状態で、安静時にも息切れがある。そういう患者さんの治療目標は、決して延命というわけではなくて、いかに症状を緩和し、生活の質を維持できるかというところになります。

これはアメリカのデータなので、イコール日本人に当てはまるわけではないですけども、アメリカ心臓病学会が出している生命予後としては、安静時にも症状が出てくるような難治性の心不全患者の5年生存率は大体20%と言われております。

今回の一つのテーマが、治療の方法、緩和ケアであります。非がん疾患、特に心不全において特徴的なのは、やはり適切な治療を行うこと自体が、その患者さんの症状緩和につながるということでもあります。その「適切な医療」がとにかく、非専門の先生にとって

も専門の先生にとっても難しいところではあるのですが、病状の進行とともに、予後を改善させる治療から症状緩和ということを意識した治療にシフトしていかなければいけません。病期が進んだ状態になりますと、より緩和ケア、そして、終末期ケアということ意識していきます。

では、心不全の緩和ケアとして、何をしたらいいのか。私はカルテに、〔適切な心不全治療、チーム医療、意思決定支援、症状緩和、予後予測、家族ケア〕の6項目を記載していきます。もちろん積極的な医療、適切な医療というのは並行して行う必要があるのですが、死から後ろ向きに考える最善のケア、これが何かというのをみんなで考えていきます。

チーム医療においては、地域の情報共有がちゃんとできているか。非常に難しい中で予後予測はできるのか。介護負担をかかえる家族へのケア、これも大きな問題であります。今日はこの6項目の中でも、意思決定支援と症状緩和について、少し触れさせていただきます。まず、意思決定支援の大前提としては、「医療者は患者のことには素人である」と捉えて考えて、まず患者さんがどう思っているのか、そこから聞いていくことが必要であります。

よくアドバンス・ケア・プランニングという、例えば、DNRとか、事前指示書、心臓マッサージをするかしないか、そういう話になるのですけれども、私たちとしては、今現在、どう患者さん、ご家族が思っているのか、それを聞いていくことが必要であると思います。ACPという言葉がどうしても先立って、実際そのACPの中身まで、どうしても具体的に拾うことができないのが今の現状ではありますけれども、私自身としては、どのようなことを話し合うか(=聞いていくか)の項目として、次のことを想定しています。

〔いまの病状についてどのように理解しているか、いま困っていること、これからの生活で大切にしていきたいこと、いのちの考え方について、代理意思決定者について誰が適切か、嚥下困難・排泄困難になったときの対応、症状緩和・鎮静について〕

話し合う際に膝をつきあわせて座ってももちろんいいのですが、日々の診療から少しずつピックアップして、大事なのはその後でどのようにチームでこれらを情報共有できるか、そこがまた一つこれからの課題であると思います。

特に高齢者等にとっては、一回言葉で話してもなかなか理解が難しいところがありますので、例えば、このようにYouTubeで、意思決定支援ビデオというものを私たちは流しまして、何度でも、また離れているご家族も見られるような形で、心不全の患者さんの一般的な経過、そして治療について、情報提供するというも行っております。

もう一つ、最近私がよく感じていることで、心不全患者さんはどうしても緊急で入院するケースがあるのですが、特に救急などの場合に、病診連携の上でのACPをどのように行うかについてです。診療情報提供書の欄で、既往歴、家族歴は記載されてはいるのですが、実はこのアドバンス・ケア・プランニングを書くべきところは、どうしても空白になってしまうことが多いんです。そこを私は思い切って変えまして、アドバンス・ケア・プランニングとして、当の患者さんの生活の状態というのを記載するようにしております。

意思決定支援については、非常にいろいろ難しいのですが、理想はエビデンスとコミュニケーションを踏まえた共同意思決定支援ということで、患者さんに情報を与えるだけではなく、私たち医療者が一緒になって、患者さんのこれからの医療方針を決めることが必要であると思います。

研修医から、次のような質問がありました。心不全が悪くなったときに、家族は入院すればまたよくなると思う。でも、この見込みは私たち医療者も、決して否定はできないわけです。このような時に、例えば、入院させないでそのままお家で診ていくなど、人の命について、我々が決めてもよいのでしょうか、といった疑問です。

私たちは治療方針に悩んだときに、どうしたらいいのか。決して人の命を一人で、個人のみで決めることはできません。いかにみんなで人生の物語を考え、そして、みんなで合意形成して、悩んだときはすぐ答えを決めようとせず、やはりギリギリまで調整していく努力が必要だと感じております。

ここから、実際に私たちが診ている症例をご提示させていただきます。80歳男性、重度の心不全で、お家でずっと執筆活動をされている方でした。ある時、お熱が出て、採血すると、CRP18と炎症反応が上がっております。通常、大きな病院だと、CRP 10以上で入院の適応というところですが、この患者さんは自宅で命にかえてでもどうしても執筆をやりたいという話でした。みんなで話し合った結果、通常の外來診療から在宅診療に切り替えを行って、当院が介入し、ご本人はなんとか執筆活動終えました。炎症反応はよくなったのですが、また再入院、再度悪くなり、結果的には病院で最期を迎えておられます。

別の重度の心不全患者さんは、1年間に5回、入退院を繰り返しており、最期のときは強心薬がなかなか離脱できない状態でした。この患者さんは元大工の方で、大好きなペットと過ごしたい、お家で最期迎えたいというご依頼がありました。ご自宅に帰ってから、大好きなペットとともに、ご自分でつくったお家で暮らして、家族で公園に行ったり、大好きなうなぎを食べたりして、過ごすことができました。

次に、ちょうど5年前、開院してまもない時に診た症例で、78歳の独居の方で、重度の心不全、呼吸不全を合併して、年5回、大きな病院で入退院を繰り返しておられました。入院中には、薬を全部ごみ箱に捨てちゃうとか、自己退院を試みる等があり、大きな病院では入院継続困難、本人も「このままでもいいから自宅で自由な生活をしたい」ということで当院にご依頼がありました。ご自宅に帰ってからの様子は、入院中の陰しい顔と違って、非常に笑顔が多くあって過ごすことができ、入院中にはできないような重を食べたり、天井を食べたり、尿バルーンを引きずりながらも友人と上野に行ったり、出血して警察から私たちに電話あったこともありましたが、本人の意向もあって入院せずに往診をしたこともありましたが、本人の意向もあって入院せずに往診をしたこともありましたが、最期は、それまで絶縁していた娘さんも応援に駆けつけてくれました。

こういう症例から、私は日々思うのですが、入院中の劣等生、つまり、入院中に「自分の生活がしたい」、「もうお家がいい」等と言って暴れちゃうような人は、むしろお家に帰ると、優等生になるなという印象がとてもあります。

最後は、症状緩和についてお話しさせていただきます。よく呼吸が苦しいとなると、「じゃあ、もう寝かせましょう」、「鎮静しましょう」というケースになるとも聞かれますが、患者さんが苦しいといった時、患者さんを診て、一つでも多くの症状緩和のツールが活かせるかを確認して、ステップを踏みながら、最終的に厳しければ、鎮静という選択に至ることももちろんあります。

最近では、高齢化、そして、独居という問題もあります。症例として、一人暮らしをしている弃置換後の患者さんで、約20年前に弃置換術を行って、最期、非常に厳しい状態になって、医療関係者から当院を紹介されたという経緯でした。そしたら、実は20年前に手術した当時、私が研修医として診ていた患者さんだったことがわかり、当院に来ていただきました。当院が行ったこととして、初めは何回か外来に来ていただいたのですが、この方の場合、緊急往診が一回もないまま、定期の週1回、火曜日の午後に私が行って、最期まで自宅看取りができたんですね。

この症例からは、一人診療所の先生、また遠方の患者さんでも十分に対応できる可能性があると思って振り返りましたが、いろんな社会資源サービス、特に訪問看護師さんの力というのが地域ではとても必要であります。

娘さんによる介護という点では、ただ「患者さんを介護してください」と伝えるだけだと、ご自身の生活もありますから、大体難しいのですが、おおよその予後予測をして伝えることによって、「2、3カ月であれば、なんとか行うことができます」と娘さんも仰って、

介護に介入してもらえたケースもあります。

今、一人暮らしの方も非常に多い状態ではありますけれども、こういうモニタリングの機器も家電量販店にコーナーがあるぐらいですから、工学の発展に伴って、十分に管理できる状態でもあります。

一人暮らしの患者さんにとって、大事なのはやはり排泄がポイントなんですね。排泄できなくなると、もう一人でお家では無理だという感じになっちゃいますので。ただ、最期まで、やはり寝食、排泄、清潔の観点、これらを大事にしながら、尊厳をもって最期まで診ることができればと思います。

症状緩和のお薬、オピオイドの使用についてはいろいろ議論があるところではありますが、少量のコデインやモルヒネ塩酸塩であれば、非がんでの適用でもありますので、このようなものを使いながら行っております。基本、オピオイド、モルヒネ塩酸塩については、10ミリ以上使うことはまずありません。なので、呼吸抑制の症例なども、私自身、経験はないです。

これは今日お越しの森田先生の鎮静に関する論文からであります。十分に治療したけれども非常に苦痛が抵抗性である、また患者による苦痛緩和の意思もある、そして生命予後に関しても厳しい状態であるという症状においては、鎮静も十分に使えるのかなと思います。実際に私たちが出しているツールについて提示させていただくと、在宅では特に鎮静剤の座薬を使いながら上手に症状緩和、そして鎮静というのも行っております。

最後に近くなりましたが、これから高齢者が増えます。人口全体は減るけれども、高齢者の中でも75歳以上の高齢者がさらに増えていく。一方で、労働人口、生産年齢人口が減っていく。これをどのように私たち日本社会で受け取っていくかということが重要であります。

がんもちろん大事でありますけれども、将来の推計から、今後2020年以降に増えていくのが、心臓、血管疾患の入院患者さんであると統計学的にも言われております。その中で、高齢者で心血管系疾患の患者さんをどのように診ていくかという大きな課題、問題があるかと思えます。実例として、「母親の様子が少しおかしい」ということで、娘さんがドクターである高齢者の方に先日緊急往診に行きました。心不全が悪くなって今の状態なのか、それとも自然経過のいわゆる老衰の状態なのか、それを現場で見極めて、この患者さんを入院させるか、つまり、治療を延長するかどうかを判断するのがとても重要な問題であります。老衰は入院しても効果はありません。一方、病状の進行であれば、またリカ

バーできると思います。ただ、ここに対する科学的なエビデンスというものがないのが現状でもあります。

最後になりましたけれども、クオリティ・オブ・ライフと関連して、「クオリティ・オブ・デス」という言葉もあります。これはある本からの引用になりますが、人生の最終段階を迎えるときに、苦しめないこと、家族や友人との絆を強めること、意識をできるだけ保つこと、人生を完結させたいという感覚を得ること、という4つの事項が挙げられています。これらをいかに私たちが上手にマネジメントしていくか、になるかと思います。

自分が診た老夫婦の患者さんの事例です。90歳以上の旦那さんでしたけれども、昔ながらの方で、奥さんにはけっこう厳しい言葉を普段から言っていて、ほめることは一回もなかったそうです。けれども、亡くなる前の日にティッシュの箱に、「ありがとう、さようなら」という言葉を書いていて、私たちが行った朝に、奥さんが喜びながら、私たちにそのティッシュの箱を見せてくれました。

心不全の緩和ケアというお話をさせていただきましたが、心不全、心臓の病気自体の適切な治療を行いながら緩和ケアも並行し、そして、症状コントロール、家族へのケアを含め、精神面等のケアサポートをしっかりと行いながら、意思決定支援を並行して行う必要があるなど改めて思います。以上になります。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

司会 弓野先生、どうもありがとうございました。次の演者は、国立長寿医療研究センター呼吸器内科部・在宅連携医療部医師の千田一嘉先生です。千田先生のご演題は「慢性閉塞性肺疾患（COPD）のフレイル評価を活かした患者視点立脚型統合ケア」です。千田先生は呼吸器内科医として、国立長寿医療研究センターで慢性呼吸器病患者のフレイル・サルコペニアの研究と在宅医療・ケアの連携の推進に携わっていらっしゃいます。特に我が国の実情に応じたフレイル評価軸に基づいて、ACPを活かした統合ケアを確立することに尽力なさっておられます。それでは千田先生、よろしく願いいたします。

【講演2 慢性閉塞性肺疾患(COPD)のフレイル評価を活かした患者視点立脚型統合ケア】

千田 こんにちは、国立長寿医療研究センターから参りました千田一嘉と申します。本日はこのような場を頂きまして、関係される先生方、それからご来場の皆さんに篤く御礼申し上げます。よろしくお願いいたします。

まずCOIは特にありません。私の所属する国立長寿医療研究センターは愛知県の豊田

自動車本社の近くの大府市にあります。当センターの理念は、「高齢者の自立(私は「自律」の表記が好きです。)と尊厳を支える。」で、高齢者の全人的な医療・ケアを科学し、普及・啓発に励んでいます。本日のお話しの基礎の後に、本シンポジウムのテーマである「非がん疾患」(先ほど弓野先生がスライドで紹介されました。)についてお話し致します。これは増悪と寛解を繰り返しながら進行する慢性疾患のことです。非がん疾患をどのように科学して、医療・ケアを提供できるかについてお話し致します。私は呼吸器科医なのでCOPD(慢性閉塞性肺疾患)を例としてお話し致します。

まず老年医学の原則です。老年医学では高齢者総合的機能評価(CGA)と多職種連携・多職種協働が重視されます。2010年に世界で初めてCGAの効用を科学的に報告されたルーベンシュタイン先生から老年医学を学んだことが呼吸器科医であった私の老年医学の道に入ったきっかけです。ルーベンシュタイン先生がおっしゃるCGAでは生活機能を重視し、複数の併存症を同時並行して管理する視点から高齢者の病態を評価し、全人的なケアを行います。具体的には多職種協働で患者さんのフレイルを見出して適切な介入を行います。リハビリテーションと症状緩和を用いて、治癒を目指すのではなく、ケアを重視し、多職種協働で高齢者の自律と尊厳、そして人生(生命)の質(QOL)をお支えします。

複雑な併存症につきましては、例えばCOPDは肺の病気だけではなく、糖尿病、貧血、抑うつ等、さまざまな合併症・併存症をきたします。これらを「老年症候群」という捉え方をしてチームで患者さんを診ています。

今日の緩和ケアの定義であります 2002年に提唱されたWHOの定義が素晴らしいと思っています。このことを前提に本日はお話し致します。いわゆるQOLを維持、できれば高めたい時に、死は死として自然の過程であり、その最期を見据えてそれまでを積極的に生きられることをお支えすることが緩和ケアです。病気の早い段階からそれぞれの疾患を治療・ケアする個別の医療に症状緩和を上乗せしてお支えします。

昨年、日本呼吸器学会はCOPDのガイドラインを改定しました。COPDはタバコが原因で起る肺の病気で気流閉塞(息の通り道が狭くなること)、呼吸困難、慢性の咳・痰をきたします。COPDには2つの大きな管理目標が立てられています。現状を良くすることと将来を良くすることです。患者さんの視点に立脚して症状やQOLを良くするためには運動がどの位できるか、普段の活動性がどこまで維持できるか、良くなる見込み等を科学して実際の医療・ケアに役立てます。

将来のリスクを軽減させるためには増悪を制御し、患者さんの全身を診て、併存症・合

併症を予防・診断・治療する広い枠組みで患者さんを捉えるアプローチが大事です。このことを米国/欧州呼吸器学会は「統合ケア」という言葉で提唱しております。

歌丸師匠がCOPDで亡くなったことをご存じの方も多いと思います。COPDの症状は最初にはっきりしないものです。進行しますと痩せが進み、呼吸が困難になります。さらに病状が進行し、鼻につけたカニューレから酸素を吸入している状態になって初めて病気を自覚される患者さんもみえます。適切な医療・ケアが届かない多数のCOPD患者さんが潜在してみえます。そうならないようにと、歌丸師匠がCOPDの認知度を上げるために一生懸命活動して下さいました。

さて、COPDの困りごととして「増悪」の問題があります。時間軸を横軸にとり、縦軸を呼吸機能や病気の進行と捉えたスライドを見て下さい。治療の変更が必要な病気の悪化をみるのが増悪です。増悪は改善することもあります。我々は増悪から改善・寛解を目指して増悪時のケア・医療を行います。肺機能や病期は進行し、「決まった結末」があります。一方、こうした増悪の少ない・ない、平穏な経過をたどる患者さんも中にはみえます。この点がCOPDの医療・ケアを難しくしていると言えます。先ほどの心不全のお話に似ています。

増悪を頻回に繰り返す患者さんの予後は悪いのですが、2012年に呼吸器学会の英文誌にこのような患者さんにACPを導入することが記載されました。しかし、このスライドにあるような導入時期は早くはないと思われます。本来病気が診断された頃から、あるいは普段からACPの話をしておく重要性について本日は述べたいと思います。

この写真はある学会で示されたもので、本日の東京大学の会場には似つかわしくないかもしれませんが。高齢の女性の左胸に「心肺蘇生無用」という入れ墨が彫ってあります。なぜでしょうか？ この患者さんは、旦那さんがかつてICUに入り、そのまま息を吹き返すこともなく、意識が戻ることもなく、3週間後に亡くなった経験をお持ちでした。それでこの方は「私は嫌だ」とおっしゃって、予め左胸にこの入れ墨を彫られたそうです。COPDに関しましても2017年のNew England Journal of Medicineに「心肺蘇生無用」と胸に大きく入れ墨を彫られた患者さんが救急外来に搬送された記事が掲載されていました。このCOPD患者さんはアルコールを多量摂取し、人事不省の状態でした。救急外来で人工呼吸器をつけて心肺蘇生するかどうか？ 入れ墨の意思表示はあるけれど、患者さんの前後の文脈が不明でしたから救急外来ではどうするのか迷いました。患者さんに人間中心の医療を提供したいと思っている一方で、いざ助けようとする、私たちは呼吸器科医と

して人工呼吸器を扱う立場でもあるので、それをどうしようか？ この場合には事前指示の書類がアパートで見つかって事なきを得たという結果が書いてありました。このような事例からもACPが、COPDに限ることはありませんが、人間中心の医療・ケアにとって如何に大事であることがよく分かります。

ACPに関しまして昨年の日本老年医学会総会でオーストラリアACP協会のデタリング先生が提供されたスライドについてお話し致します。デタリング先生は患者さんの意思決定能力が低下した際に備えて前もって、意思決定をする人、すなわち医療代理人とか代弁者について話し合うことと、もう一つは患者さんの価値観と医療とケアに関するその患者さんの意向についてあらかじめ話し合っておいた上で、ゴール設定を構造化して行うことが大事であるとお話し下さいました。何度も繰り返し話し合い、考えをオープンにして、前もって準備して、伝え合って、共有し合って医療・ケアを進めます。

このようなACPを活かした安定期のCOPDのケア・医療の在り方について呼吸器学会のガイドラインに従って考えてみます。重症度を横軸に捉え、それに上乗せした患者さんの心身の機能の評価軸であり、患者さんも医療・ケアする側も患者さんの状態を共通に認識できるものが、我々の老年医学の言葉の「フレイル」です。非がん疾患の患者さんに特有の評価軸に加え、フレイルという軸で患者さんを評価することを提案します。一つは生命を診る医師・ケアする者の視点であり、もう一つは患者さんの命（いのち）の物語を支えるACPであると思います。

以上が私のお話しの基礎で、これからCOPDについてお話し致します。時間が経ち、年齢が進むにつれ、筋肉の量や身体の機能が高齢者ではやはり以前と同じではなくなり、フレイルが右肩下がりに進行します。機能障害の状態の一つ手前がフレイルです。リハビリテーションや栄養療法でフレイルのステージの進行や生存率が低下する速度を遅らせられることを示す図がよく見られるようになりました。COPDでも同様の曲線が示され、フレイルのステージの進行と生存率の低下が関連しています。

肺の機能もやはり年齢と共に衰えますが、タバコを吸っている方、COPD患者さんは特にその機能の低下が著しいです。機能低下を禁煙で補う、あるいは医療・ケアの力で少し上に持ち上げることが可能になりました。しかし、決まった結末があります。図のように心身の機能低下を示すフレイルの曲線とCOPDの肺機能の曲線は本当によく似ています。このことから共通のメカニズムが示唆されると思います。加齢に伴い慢性の炎症が起こると言われます。COPDの慢性の炎症も本当に困ったものと思われれます。これらの

共通の表現形として先ほどの歌丸師匠の痩せが進む、あるいは筋肉が減少している病態(サルコペニア)が見てとれます。

このような場合によく参照されるカナダのフレイルの大家のロックウッド先生の「臨床フレイルスケール」の図は非常に示唆に富んでいると思います。「壮健」は今にも走り出しそうな元気な人のイラストで描かれています。その「壮健」だった方のフレイルが進行していくに従い、杖や歩行器、さらには介護が必要といった「脆弱」の状態に移行してゆきます。このフレイルの軸は医療・ケア従事者だけのものではなく、患者さんやその家族も「大体この辺にいるのでは？」といった具合に、お互いに共通の認識を共有できます。これが患者さんの視点に立脚して医療・ケアを進める姿だと思えます。

COPD患者さんをフレイルでない人と高度のフレイルで分けて追跡した研究では12年後の生存率の大きな差が示されました。このことからフレイルが優秀な予後予測因子であることが良く分かります。我々はCOPDにおいても他の慢性病においても、なかなか患者さんの予後を予測できず、患者さんとのコミュニケーションや説明に難渋することがあります。私たちはこのような時のためにフレイルという新たな評価軸を得たと思っています。

COPD患者さんに限らず、フレイルを評価する際にはフレイルの進行の軸を縦に取り、時間を横軸に取りますとやはり避けることのできない結末があります。このフレイルが進行してゆくことを予防したい、軽減したい、先送りしたいと思う一方で、やがて迎える「不可避な死」を想定した出口戦略も必要と思えます。

私は介護予防・フレイル予防の仕事も勤めています。85歳位の方に「先生、私はいつまで運動すれば良いのでしょうか。1日6,000歩と言われても、もう3,000歩しか歩けません」とか、「あのう、うな重が好きなんですけど、何時までうな重がおいしく食べられるか分かりません」とか言われたりします。このような時に私たちは出口戦略として「今、このフレイルの評価軸のどの辺にみえるか？」について話し合うことを提案します。これが患者さん視点に立脚することと思えます。このことは緩和ケアや人生の最終段階のケアの入口でもあると思えます。

症状緩和までを含めたフレイルをお支えする「統合ケア」の概念についてお話し致します。統合ケアは米国/欧州呼吸器学会合同の公式文章に示されています。フレイル評価軸を共有し、セルフ・マネジメントを強化することが土台です。呼吸リハビリテーションが中心となって患者さんの病気の経過を統合して支えるものです。症状緩和とは緩和ケア全

体を指して、統合ケアとほぼ同意義と捉えても良いと思います。このような「統合ケア」は、CGAで患者さんの生命を診て、ACPで患者さんの生命（いのち）の物語をみることを考えます。

この考え方にはさらなる基礎があります。1996年に発表されたアメリカのワングラー先生方の「慢性疾患ケアモデル」です。「情報と技術と自信を持つ活性化された患者さん」という軸と「先を見越した行動を取り医療・ケアを提供する多職種チーム」とが協働作業を行うことにより、臨床上の医療・ケアの結果を良くするという美しい図が発表されています。この際にはセルフ・マネージメントを高めることが一番大事と書いてあります。そのために患者さんの自己効力感を強化することが提唱されました。これが現代の問題である医療・ケアの分断化や、過剰医療を解決する唯一の方法と論じられました。2004年に米国老年学会は高齢化が進展して慢性疾患が著増しているため、従来の臓器別とか、あるいは疾患毎の医療・ケアではもう対応し切れないので、このような枠組み構築を提唱しています。

呼吸器の分野でもセルフ・マネージメントはとても大事ですから、セルフ・マネージメント教育を推進しています。この時のキーワードは疾患管理を連続体として考えることです。患者さんと専門家との協働作業についてお話し致しました。併存症が増え、病気が重くなるにつれて専門家が頑張ります。自己管理能力が上れば、患者さんに頑張ってもらいます。この際にフレイル評価を共有することが統合ケアの基礎と考えます。セルフ・マネージメントの次に来るものが「統合ケア」です。2012年に米国呼吸器学会は包括的で一貫した人間中心のケアが大事であると、統合ケアの特集号を出版しました。

日本の状況を振り返ってみますと、2007年に日本呼吸器学会は患者さん教育のガイドラインを出版しました。しっかりと統合ケアの理念が記載されていますので感銘を受けます。

以上、「統合ケア」をまとめますと栄養と運動が基礎となり、患者さんの自己効力感を強化して行動変容に導くことです。セルフ・マネージメントを強化し、患者さんの視点に立脚してACPを行います。加齢は不可避としましても、適切にお年を重ねて頂けるよう御支援したいものです。

香港での再入院の状況やアメリカの救急イベントの実例を見ても、統合ケア群は非常に成績が良かったです。我が国でもかかりつけの先生と専門施設との協働作業として、かかりつけの先生から病院、あるいは病院から施設・在宅といった、医療のケアの場が変わる時に同時に医療・ケアの質が変わる「移行期(トランジション)」における医療情報の伝達

に重きを置いた「トランジショナル・ケア」という言葉が最近用いられるようになってきました。私たちもこの時にACPの情報をしっかり共有して医療・ケアを実践したいと思っています。

さて、オーストラリアの先生が発表された、「最期は誰も予見できない… 治療が成功し、快方に向かうことを期待しながらも、もし良くならなかつたとしたら、最も大切なことは何ですか？」というスライドを紹介します。我々はACPにおいても一度WHOの健康の定義に従い、身体、精神、社会、スピリチュアルといった、QOLを考えるコミュニケーションをしっかりと共有することを提案致します。ACPは緩和ケアの目的ではなく、大事な要素であり、緩和ケアを良くするための方法論であることをしっかりと認識します。その上で「統合ケア」として喫緊の症状緩和が課題になる時期だけではなく、疾患毎の医療・ケアが始まる頃から取り組むACPを提案します。

以上、雑駁ではありましたが、私のお話を終わらせて頂きます。(拍手)

司会 千田先生、ありがとうございました。次の演者は、青梅慶友病院、看護介護開発室長で老人看護専門看護師の桑田美代子先生です。桑田先生のご演題は、「豊かな最晩年をつくる一超高齢者の緩和ケア—」です。桑田先生は超高齢者、認知症高齢者の最晩年の生を支えるためのケアを、看護職・介護職のみならず多職種とともに探求し、実践なさってきました。また、老人看護専門看護師のお仲間と一緒に、エンドオブライフケアを提供する看護師のための教育プログラム、ELNEC-JG を作成なさいました。そして、日々繰り返されるケアこそ価値があるというお考えのもと、高齢者ケアに従事している方にご指導をなさっています。それでは桑田先生、よろしく願いいたします。

【講演3 豊かな最晩年をつくる一超高齢者の緩和ケア—】

桑田 早川先生、どうもご紹介ありがとうございました。このような席にお声をかけていただき、大変光栄に思っております。私は研究者ではありません。また医師でもなくて、今ご紹介があったように看護師です。ですので、慶友病院で日々実践していることをもとに考えをお伝えしたいというふうに思っております。

青梅慶友病院は、736床の病床数の療養型の病院です。急性期の病院ではありません。最近、亡くなる方が大変多くなっているというような現状があります。今年2月1日現在では675名の方が入院されていました。入院している患者さんの平均年齢は89歳で、3月

1日の時点では100歳以上の方が31名です。100歳人口密度が濃い病院です。国内でも100歳の方が珍しくなくなりました。そして、入院患者の男女比ですが、男性が2割、女性が8割、平均在院期間、3年5カ月。そして、認知症の方が9割、亡くなる方が9割という、人生の最晩年を過ごす場です。

認知症の方が9割ということは、ご本人が慶友病院を選ぶというよりはご家族が、人生最晩年を過ごす場として入院してこられているという現状があります。

亡くなった方の平均在院期間と平均年齢ですけれども、死亡患者さんの平均年齢89歳で、そして平均在院期間が2年3カ月、といったようなデータになっています。入院したその日に亡くなる方もいます。そして、翌日、翌々日、数週間、数カ月という方もめずらしくありません。やはり環境の変化によって、一度崩れたバランスをもとに戻すというのが難しく、一見お元気そうでも、急に状態が変化する方、悪性疾患があつて認知症がある方、本日のテーマである心不全や慢性呼吸器不全、そういった合併症をもっている方たちが入ってらっしゃいます。

慶友病院は「豊かな最晩年をつくる」という理念のもとケアを実践しています。創業者が「自分の親を安心して預ける施設をつくろう」、この理念ですべてが成り立っている病院です。療養病床ですから、介護職のマンパワーが一番多いです。そして、ナース、ドクターの数は急性期の医療機関と比較すると多くありません。介護職に教育するときにも、自分の親、もしくは自分を安心して預けることができる施設をつくろう。だから、自分がされて嫌なことはしない、自分の親がされて嫌なことはしない。このことを大事にしようと職員教育をしております。

そして、当院の機能としては、スライドに提示した〔高齢者にふさわしい医療の展開、残存能力の活用による生活再構築、質の高い豊かな生活、大往生の実現、社会への提言〕の5つです。

最初の「高齢者にふさわしい医療の展開」、これが大変難しい。たぶん現場の中で看護・介護職員の方たちは、これにととてもとても悩んでいるのではないかと思います。しかし、ドクターも悩んでいるのではないのでしょうか。そして、「残存能力の活用による生活の再構築と質の高い豊かな生活」、という2つは、老年症候群、あと、廃用症候群も関係するかもしれない、入院したら安静にしている、何もしていないことの害です。ですので、私は急性期のナースの方たちには、確かに病気を治すことも大切だが、「病気は治った、ADLは低下した、何も自分ではできなくなっちゃった」ということを防ぐようにしようと伝

えています。

そして、施設ではありますけれども、個別性を大事にしてケアをしたい、それで大往生を実現する、それを社会に提言していこうというふうに考えている病院です。大往生をどう考えるか。当院が考える大往生とは、次の4つです。〔① 自分の持てる能力を使いきり、周囲の人にも覚悟ができること。② 家族をはじめ周囲に惜しまれて、見送られること。③ 最期が穏やかで静かであること。少なくとも惨めな姿でないこと。④ 見送ったあと、関わったすべての人々に“良い余韻”があること。〕

この2番目と3番目が難しいのかなとは思いますが。当院は、ケア施設のようではありますが、病院です。それはなぜかというと、最後の最期、他の病院にいかなくても当院で対応ができます。つまり、入院期間の中でその方にとっての亡くなり方をコーディネートしていると考えています。そして、「関わったすべての人たちに良い余韻があること」ですが、もちろんご家族、ご本人の満足が一番ですが、ケアしているスタッフにもよい余韻を味わってもらいたいと思っております。なぜかというと、看取った方たちからプレゼントをもらって、それを次の方たちにお返ししているというように考えているからです。それは、死は敗北ではなく、ケアしている中で超高齢患者さん達から私たちはいろんなことを教わっている、ケアの工夫を考え機会をもらえた。それを次の患者さんにケアとしてお返しするということが大事だと考えています。それを看護・介護職だけでなく、様々な職員達で支えています。私はここに事務職も入れましたけれども、事務の方たちが病棟をバックアップしてくれなかったら、ケアはできません。

開院したのが1980年、昨年1年間で271名の方が亡くなりました。そして、開院してから2019年1月末日までで7,085名の高齢者を看取ってきました。これが当院の仏式、キリスト教、神道の霊安室です。最期の最期はここですので、ちゃんと対応ができるようにトレーニングもしております。

入院前から、ご本人、ご家族の意向を確認するようになってきました。ただ、冒頭申し上げたみたいに認知症の方たちが大変多かったので、なかなかご本人の意向を確認することが難しかった現状があるのも事実です。ですけれども、入院前から、当院の機能について説明や、ご本人・ご家族の希望を必ず確認をしています。そして、入院後も再度、とにかく確認する。一回決めてもまた揺れるのが人の気持ちです。定期的な面談、必要な時は随時話し聞く時間を設けています。ドクターだけに任せるわけではなく、病棟師長、病棟の看護師がリーダーシップをとって説明をしてきたというこれまでの歴史があります。

当院は、医療と生活に精通しているのは看護職で、そのためケアの最高責任者は病棟師長と考えています。医師はあまり生活に関しては専門ではないからです。ですから、医師と連携をとっていく、医師をサポートするという考えで連携してきました。

人生最期を過ごす場です。高齢者です、超高齢者です。ですので、療養上のケアに関しては私たちがちゃんと判断をしていくということ。そして、ご家族の説明に関しても、必ず看護職が同席をする、これがもうルールです。ドクター一人だけに任せません。私たちもついて、もしご家族が納得いかないようだったら補足をする。そういった形で、もし治療に関して納得いかない場合は、それはもう患者の代弁者として医師に異議を唱えるとか、一緒に考えていく。そういうような形で行ってきています。看護師が調整役を担っていると私は思っているからです。

そして、豊かな最晩年をつくるということは、死を見据えたケアががとても大事になっていく。それはどういうことかということ、早く亡くなってほしいわけではなく、人生最晩年の生をどう支えるか。それはもう生活、暮らしの視点を持ち、当たり前のことを当たり前に行うということ、その視点がなくしては心地いい生活は提供できません。それを継続して行っていくということはそんなに簡単なことではなく、もしかしたら現状では、そのことがとても軽く見られてしまっているのではないかと危惧しています。

死を見据えるからこそ、私たち医療者、ケアする側の価値観を押しつけてはいけない。やはり高齢者本人、そしてご家族を主体に考える。看護職はやはりその思いをどう通訳できるのかということが大事かと思っています。そして、生活を狭めるのではなくて、幸せの範囲を広げる視点、そのことがとっても大事になってくるのではないのでしょうか。それで、我々は豊かな最晩年をつくるということをも理念に掲げていますので、暗黙知として個別性に配慮した看取りを行うということを大事にケアしてきたというような実践があります。

ですので、アドバンス・ケア・プランニングと言われてはいますが、これまで何回かお話しも聞いてきましたが、当院ではもしかしたら、なかなかいい線いっていたのではないのかなと。「アドバンス・ケア・プランニング、やっていたぞ」ということは強く言ってしまうと語弊があるかもしれません。しかし、私などは時代があとかたついてきたような気がしてしまうのです(笑)。私が入職した25年前は、悪性疾患一色で、超高齢者、認知症は見向きもされませんでした。しかし、こういう時代になり、後から時代がついてきた。それは私個人が感じていると思っただきたいのですけれども、そのように思っ

おります。

事例紹介ですが、80代後半の男性、主病名は特発性間質性肺炎の方でした。この方は自営業をなさっていて、その仕事の采配をふるっているときが一番輝いた時期だったとご家族の方が書かれていました。10年前ぐらいから呼吸困難感があり、院で診断を受け、その後はご自宅で過ごされてきました。症状が悪化して、他の病院に入院しましたが、長期入院目的で当院に転院してきました。転院後は腰痛と呼吸困難の訴えがあり、主治医から要請があって、リザーバー付きの酸素カニューラを使うようになりました。低酸素症でパニック症状を呈したこともありましたが、誤嚥とか肺炎にはならず徐々に慢性呼吸不全が進行してきました。入院5カ月目を過ぎた頃に、腰痛と呼吸困難の緩和のために麻薬を使いました。当院の中ではめずらしいことでしたが、このような症状緩和に関する対応もできなければいけないと考えています。老化と病をどう見極めていくのかすごく難しくことです。どう薬を使うとよいのかということも、ドクターはとっても悩んでいると思っています。この方の場合、麻薬がとても効果がありました。亡くなる日の朝も、とても表情が穏やかで、ナースの声かけに手を挙げて応えたりもされています。

もちろんこういうような状態になるまでに、奥様とも何回も話をしてきました。そして、本当にもう死が近い間際にも、そのことを伝えて、奥様から「わかりました」というふうに返事があったと聞いております。そして、入院9カ月目に、妻と主治医、病棟スタッフに見守られて亡くられています。

私は主治医に「先生、何を優先順位一番い考えて対応しましたか」と尋ねました。「まず自分としては症状をやわらげるということが一番だ」と考えていたと主治医は語ってくれました。そして、患者の妻とは死が近いことについて話し合ってきたし、妻もそれについては覚悟をしていた。冷静なときに本人から何か質問やそれに関することでのアプローチはなかったそうです。

人生の最晩年、過剰でもない、過少でもない医療、苦痛を緩和する医療と生活を大事にしながらどう提供していくかということは大事だなと思っています。そして、病棟師長は次のように述べていました。「もうちょっと状態がよかったら、ご本人を交えて、最期どうするかということ話し合えたと思うけれども、とても状態も悪く、なおかつこの方はもう90歳近いご高齢で、ご本人も死を意識していても、とても話し合えるような状況ではなかった。本人の意向を直接確認はしてないけれども、日々のケアの中でこの人が望むことを丁寧に叶えていった。それも大切な意思の尊重だと思う」と病棟師長は語ってしまし

た。私もそう思います。日々のケアがとても大事になってくると思うわけです。

当院では、必ず毎月、ドクターと病棟師長で退院ケース・カンファレンスを開催しています。副院長と私でどの症例にするかというのを選定して毎月話し合っています。その中で医師の葛藤もいろいろ聞きます。死はタブーだとトレーニングをされてきた医師の苦悩に気づかされる時もあります。だからこそ、私たちのケアの大切さということも感じ、ドクターとどう連携をとっていくのかについてもとても考える機会になっています。

そして、当院では毎年、死亡退院された患者さん達に点滴等を実施の有無をデータ化しています。昨年 271 名が亡くなりましたけれども、124 名の方が末梢から、大体 300ml から、多くても 500ml ぐらいの点滴を実施していた。高カロリー輸液は、13 名の方がされていました。高カロリー輸液を行いながら転入院してきた患者様の場合、必要を見極め一度は外してあげたいと思います。なぜならば、浮腫がひどくなってしまい美しくないからです。そういったようなこともドクターたちと検討をしています。胃ろうに関しては、ほとんどが持ち込みです。11 名の方が胃ろうをもってらっしゃった。経鼻に関しては、5 名の方がされていました。そして、一つのケアのアウトカムと考えていますが、褥瘡は死亡退院患者様の 271 名中 14 名の方が治癒できず亡くなっています。ということで、超高齢者にとって、日々のケアが緩和ケアだと私は考えています。緩和ケアは悪性疾患だけではない、ということです。

では、当院では尊厳の保持をどう考えるか。これは看護師・介護職と一緒に考えてきました。“惨めでない”、“苦痛がない”、“大切にしてもらえている”、この 3 つがそろって尊厳の保持と考えようと伝えています。苦痛がないというのは、身体的苦痛ばかりではなく、人として扱われているかどうかということです。そして、私たちは超高齢患者に安楽を提供したいと思いケアを提供していますが、そのケアがぞんざいであったらば、ご自身で生活が営めない方にとってはとても苦痛だということです。でも、そのことに関して、あまり重要視されていない、私は軽視されているのではないかなと思うわけです。

つまり、日常倫理に基づくケアの重要性を、もしかしたら道德と言われてしまうかもしれませんが、ケアの前には声をかける、終わったら心地よさを確認する、目の前に患者がいるのに職員のプライベートの話で盛り上がるのではなく、ケアする相手の方にちゃんと注目をするという。ニックネームとかで高齢者のことを呼び捨てにするのではなくて、相手の方を人生の大先輩として敬う。実はそのようなことに心ある職員はもやもやを感じながらケアをしている現状がある。そういったようなことを一つ一つ丁寧に解

決していく。そして、“もやもやを感じることはすごく大事”なんだ、ということを私は伝えていきます。一つでも、それこそ解決策を見出し、ケアに反映させたいというふうを考えているわけです。

当院では、毎月、生活援助技術講座という講座を開いています。その中で理念を伝え、そして技術を磨き、倫理観を踏まえた援助ということの職員教育をしています。そのことが基盤になれば、決してケアの質は上がらないと考えているからです。そして、「BCDカード——ビューティ・コンフォート・ディグニティカード」といいまして、その頭文字をとって BCD カードと命名しているのですが、これを看護・介護・リハビリスタッフ・ソーシャルワーカー、約 600 名の職員が常時携帯しケアをし基本ケアの推進をしています。

最後ですけれども、私は廃用症候群、老年症候群、やはり最期まで美しい寝姿ということをお伝えしたいと思います。よく「その人らしさ」ということをいいますけれども、たぶんこの会場でも、私を見て、「まあ、桑田さんって自信満々で、きっとすごく……」等など、勝手なイメージをもたれているかと思っています。しかし、私はそうではなくて、人見知りなんです、実は(笑)。今日は役割ですから話していますが、実はあまりしゃべるのが好きではない。「その人らしさ」って難しいと思うんですね。80 歳、90 歳、100 歳の方のその人らしさって、簡単には言えないように私、思っています。だけれども、みんな、きっと「人間らしい姿で死にたい」と思うのは、価値観が多様化しても共通なのではないのかと思うわけです。拘縮は、なってしまったら元には戻せません。亡くなった後、合掌ができません。膝関節が「く」の字に曲がってしまえば、ご遺体は必ず横を向きます。でも、やはり人としてはちゃんと上を向いた姿(ご遺体)でいたいと思うのではないのでしょうか。そう考えたときに日々のケアがとっても大事になってくる。日々のケアの積み重ねです。動くということをやはり意識するということです。

この不動の痛み、動かないことによる痛みについても、ぜひご理解いただきたい。痛みというのは、がん性疼痛ばかりではない。痛いと思って動かさない。だから、もっと痛くなるということもある。そのことを合わせもって考えていただきたい。そういったような不動の痛みが生じる背景というのには、万全とした寝かせつきり、身体拘束、こういったようなことも関係してくる。その予防のためにも、日々のケアがとっても大事なんだということを皆さんたちにわかってもらいたいと思います。我々が目指す美しい寝姿というのは、顎が上がってない、ちゃんと膝は伸びている、手を合わせられる、そして、左右同じ、常に清潔な身なりですが、亡くなったときの美しい寝姿というふうを考えているわけで

す。リハビリスタッフ・介護職と、ケアの中に落とし込めて、そういったような予防対策を考えてまいりました。

そして、そのことをご家族にもグリーフケアとして、介護講座の中で伝えていっています。どういったようなケアをしているのかという「ケアの見える化」、当たり前だと思われてしまっただけは困るんですね。日々、私たちがケアしていることの内容を意図を伝えておくこともご家族のグリーフケアになると思っています。なぜならば、介護はいつ終わるかわからない。ゴールがわからない中で一生懸命家族は走っている。超高齢者の場合、亡くなる前からグリーフケアと私は考えています。私たちは最期まで人間らしさの保証として、『ご遺体はケアの通信簿』と考えてケア提供をしているわけです。

ここまで話してきましたが、これまではやはり超高齢者のご本人よりも“ご家族”にごくフォーカスが当たり決めてきたように私は思っています。それは、超高齢者、当事者の意向を家族が汲めると考えてきたからだと思います。しかし、ご家族とご本人の意向が異なることもあります。それを感じる機会もあります。だからこそ、改めてご本人の意思や価値が最も大切なのであり、そこに焦点があてられるように、それをご家族にも気づき、考えるようにする試みとして、「最晩年を支えるために」とした内容の確認を改めて行う準備をしています。入院前、人生で一番輝いた時期とか、どういったような性格だったのかを、ご家族から聞く。一方で、ご本人はどういった準備をしていたのか。そして、ご家族の思いはどうなのかというようなことを入院前に、改めてご家族にもご本人の価値、自分の価値、そして親の死をどのようにイメージしているのかということについて考えてもらう機会としてもらう。職員とご家族、そして、ご本人とのコミュニケーションにも生かすようにしようと考えています。そして、清水先生が作成した「心積りノート」にある「老いの進み方」の図をもとに、ご家族の思いと本人の意思ということを確認できないかというと考えております。ご家族自身も今後、自分がどう死にたいのかということを考える機会にもなるのではないかと考えています。ある意味、これこそが将来を見据えたACPの準備なのではないのかなとも、私は思っています。

ということで、人生の最晩年の生を支える、人として尊重したケアというのは、これまでお話してきたように、日々繰り返し、丁寧に行われるケアであって、そのことが尊厳の保持につながり、緩和ケアであって、エンドオブライフケアである。今、悪性疾患等の緩和ケアの中では、スピリチュアルケアという言葉が出ていますがけれども、日々繰り返し丁寧に行われるケアが、超高齢者、高齢者、認知症高齢者の方たちのスピリチュアルケアに

なると私自身は思っています。

この会場で、第一線でケアをしているスタッフの方がいましたら、ケアする側が日々のケアの価値をもっと意識してほしい。自分たちが行っているケアが意思の尊重につながっているのだということをぜひ考えていただきたいと思っております。ご清聴どうもありがとうございました。(拍手)

司会 桑田先生、ありがとうございました。最後の演者は、香川県立保健医療大学、保健医療学部看護学科教授の片山陽子先生です。片山先生のご演題は、「地域において多職種チームで実践するACP」です。片山先生は大学で在宅看護、エンドオブライフケアの教育と研究にご尽力なさっています。また、カナダにも留学して、ACPの最先端の実践を学ばれました。現在は香川県において、行政や医師会と共同で住民と専門職者双方を対象にACPの啓発活動を幅広くなさっています。また、暮らしの相談室を開設し、地域におけるACPの実践を探究なさっています。それでは片山先生、よろしく願いいたします。

【講演4 地域において多職種チームで実践するACP】

片山 ご紹介ありがとうございました。皆さん、こんにちは。香川県からまいりました片山と申します。よろしく申し上げます。先ほど桑田さんも早口だというふうに言われていましたが、私も実はものすごく早口なものですから、言うだけではわからないといけないなあと、なるべく耳にも目にも残るようにということで、ちょっと書いてまいりましたので、パワーポイント資料の文字数が多くて見づらくかもしれませんが、おつきあいください。

私とACPということで、ちょっと紹介からします。今ご紹介していただいた通りですが、総合病院で2年間程しか病棟看護師はしなかったのですが、その後、約10年間、総合病院の保健師として退院支援をしてまいりました。と同時に、その医療機関の併設型の訪問看護ステーションで在宅医療・ケアを、訪問看護師として10年ほど、臨床現場で実践をしてまいりました。先ほども、「その人らしく」ということはすごく難しいということ伝えていただいたんですが、私も本当に難しいと思いつつ、それでもずっとその人らしく生きるとはどういうことなんだろうということを、この頃からずっと考え続けているような気がします。だけど今、「こうですよ」ということは、私はまだわからないなというか、まだ模索中という感じだなと思っています。

今現在、大学で在宅看護の教育とか研究をさせていただいています。10年ほど前に、カナダに留学をしまして、そこでACP、アドバンス・ケア・プランニングの実践活動を学んだという経緯がございます。こちら、香川県のほうに戻ってきましてからは、ご紹介していただいた通り、住民の方や専門職の方とかと一緒に、地域の中でACPというのをどんなふうと考えていけばよいかを模索している状況です。その中の活動から、今日はご紹介しながらお話をしたいと思います。

ACP、アドバンス・ケア・プランニングについては、もう先ほどからの先生方からのお話もありますのでいいかなと思いますが、将来の医療とかケアについて話し合ったりすること、本人と家族とか、医療ケアチームで対話を通して行うことだということ、また、本人の価値観や意向とか、選好ですね、何が好きか嫌いかということや人生の計画を含んだ全体的な目標などを理解したり、みんなで共有していくことではないかということ、そして、本人の尊厳ある人生に向けた意思決定を実践したり、支援するというプロセスだと思っています。その目標は、医療とかケアが必要になった状態、さらには本人が意思決定をすることが困難になった場合であっても、本人の意思に沿った医療とかケアを実現することによって、本人らしい人生を生きることにつながっていくとよいと思っています。

意思表示と意思決定の図は、これを図式化したものです。いろんな退院の支援や、地域でのご相談とかを一緒にしていく中で、何か情報とか選択肢が与えられると、人は選択し決めていけるのかということ、そういうことではないと思っています。自分にとって何が大事で、自分はどうしたいのか、どんなふうに生きていきたいのかということや、自分は何が好きなのかなどを考えながら、その情報や選択肢が自分にとってどういう意味をもつのだろうということと一緒に考えながら決めていく。一方で、それだけでもやはり決められなくて、退院支援や在宅ケアでのかかわりの中で、本当は家に帰りたい、家でこんなふうにしたいたいというふうに思っているけど、人は置かれた状況の中で家を選ぶと家族に迷惑がかかるんじゃないとか、こんな状況で家に帰ったら痛みが出た時どうしたらいいんだろうといった、懸念や気がかりを抱えながら、人は選択や決定を考えていると思います。すなわち、家族の関係性などを考慮しながら選択したり、決定することが多いのではないかと考えているところです。

そういう状況に応じてもつ気がかりや、心配事とかは、本人一人だけで対応していけるものではなくて、やはり医療・ケア提供者だったり、ご家族だったり協働しながら、それら気がかりや心配事に対応していくことが意思決定を支援することにつながって

いるような気がします。それは自己決定といいますか、自分で決める、自分だけで決めるということを超えて、むしろ全人的なケアとして意思決定支援はあると考えます。アドバンス・ケア・プランニングというのは、本当にその全人的なケアというものを含んだ実践、まさに本質的には全人的ケアの実践そのままではないかと思っています。

ACPというのは、私自身は、プランニング—ing といいますか、プロセスがすごく大事だと思っています。カナダでは、ACPというのは既に制度に位置づけられていましたので、法律にてらしていくにあたって、ADという事前指示書の書類に残していくということも推奨されていましたが、それが大事だとも言われていましたが、アドバンス・ケア・プランニングは、その書類を作成することや決めていくということが第一義的目的ではないと思います。プランニングしていく中で、話し合っていく対話のプロセスそのものが大事だと思っています、その対話のプロセスの中で、ご本人の価値観、大事にしていることを理解したり、価値観に基づいて、その人がどんなふう生きてきたのかという人生の物語りを共有していくことこそが、とても大事なことはないかと思っています。

今は、アドバンス・ケア・プランニングというのは死に直面をした時とか、看取りを意識した時期に開始されることがわりと多いと思いますが、そのときだけ焦点を当てるものではなく、死というのは人生の延長上にあると思うので、それまでのその人の人生を、尊厳をもっていかに生きるか、どんなふう最期まで生きていくのかに伴走する実践ではないかと思っています。

本人の意思というのは本当に大事だと思いますが、本人だけで決めるということではなくて、みんなで話し合っ、合意というものを目指すプロセスが大事、必要だろうと感じているところです。やはりその状況とか状態によって、人の気持ちや選択というものは変わってきます。揺れ動いて変わっていくその節目節目といいますか、その局面局面で何度も対話を続けて積み重ねていくという—ing が大事であると、考えているのはそのあたりです。

このことについて、少し体験もまじえながら、何故このように思うかをお伝えしたいと思います。人生の物語りの共有ということについてですが、実はカナダにいたとき、私はシェアリング・マイ・ストーリーという活動に携わっていました。人生の物語りの共有ということです。自分の物語りですね、自分がこんなふう生きてきた、こんな仕事をしてきて、こういうことをとても自慢に思っていて、こういうことが嬉しくてというふうに、自分の物語りを自分の言葉で語るということです。それを、家族とか医療・ケア提供者が

その語っていただいた物語りを共有していくという活動です。共有の形はいろんな形があります。

当初は本人が死亡した後、残された家族への贈り物として言葉を遺すために始められた活動でした。私自身がこの実践をしていく中で、自分のことを語ることを通して、ご本人が自分自身の価値観とか思いに気づいていく機会になること、振り返る機会になっていると思いました。「あなたの価値観は何ですか?」とか、「自分が大事なもので何ですか?」と言われても、ずっと答えられる人はそうそういない。だけど、このように自分のことを話していく中で自然に気づいていくことがあると思いました。このとき、例えば、私が支援者という立場であれば、情報提供をしたり、説明する力というものはとても大事な力ですが、もうちょっと大事だったのは、やはり聴く力といいますか、その物語りを「あっ、そうなんだね」と肯定的に関心をもちながら聴く力がすごく求められていたと思っています。アドバンス・ケア・プランニングの中で本人とともに実践する者としては、伝えていく、説明するというだけでなく、そのご本人、ご家族の思いや価値観を理解するためにも、物語りを聴いていく力というのは非常に重要だと思っています。

事例を紹介していきたいと思います。地域において多職種で、ご本人の物語りを共有しながら実践をした事例について、ご紹介したいと思います。Aさん、75歳、男性の方です。高血圧があって、脳梗塞の既往をおもちでした。軽度の認知症と診断されている方です。山間部の地域で奥さんと2人暮らし。長男ご夫婦など他のご家族は他県に住んでいました。5年ほど前に畑で農作業中に脳梗塞を発症されて、近隣の総合病院に救急搬送され、入院をしたという経験があります。

退院して以降は、かかりつけ医だった有床診療所を有するBクリニックに通院をしている状況で医療を受けています。1年ほど前に、軽度の認知症という診断を受けられ、その時点ぐらいから日常生活の支援が必要で、要支援2の認定を受けていました。この方は非常に広大な農地を持っており、専業農家で野菜中心の農家を代々営んできた方です。地域の農業委員会の代表も長く務めるなど、その地域の農業の発展に非常に貢献してきた方です。そのことをご自分でもとても自負を持ち、この人のプライドになっていたと思っています。ですが、病気になり現在は広大な農地はすべてを管理することができないので、農地の一部は休耕田として休ませている状況でした。

この頃からふらつきが少し強くなったために転倒や、毎日畑に出る時、あまり水分も摂らないため脱水のリスクも高いことがあり、再び倒れるのではないかと奥さんが心配され、

地域包括支援センターの保健師に相談があり、本人、家族とお話をした状況でした。保健師に対して本人は、「とにかく農業が生きがい、畑に出ると元気が出る。周りの人からは、なぜ毎日毎日行くのか、休んだ方がいいんじゃないの？と言われるが、田畑を耕してないと、周囲の農家に迷惑がかかるんです。休耕田をあんまり荒れ地にしておくと、虫が発生するので、害虫がすごく心配なんです。」と話しました。農業委員会をずっと頑張っていたので、プライドにかけて、周囲の田畑に迷惑をかけることはしたくないという思いがすごく強くありました。

脳梗塞を発症してからデイケアのほうに週1回行っていましたが、リハビリとして行っているけど、本当は行きたくないとの思いもあるようでした。もしも、将来のことを想定した医療については、前に脳梗塞で入院したとき、点滴とかをしてすごく辛かった。だから、今度畑で倒れるなどがあっても、それは本望だと思うから、入院したり、延命とかの治療はあまりしたくないと言っていました。奥さんは、「それでもやはり毎日毎日、本人が何度も畑に出るため、転んだりしないのか、倒れたりしないのか、とても心配。」「入院はせずずっと家でいたいという気持ちはすごくよくわかる」と話をされていました。息子さんも、「できれば入院をせずに、という父の思いはよくわかる。入院して、点滴していた様子は自分も見ているけど辛かった。今の自分の本人は、もうあまり無理はせずにゆっくり過ごしてほしい、頑張りすぎないでほしい」との思いがあると保健師に話しました。

この時点で、支援者であるチームで話し合いをした際には、地域包括の保健師さん等からのご意見では、脱水や転倒のリスクが高くて、少しうつ傾向も見られるから、週1回のデイケアの回数をむしろ増やしたほうが良いという意見や、現在は一部の農地を休耕して休ませているけれども、もう畑に出なくてもいいように、もっと農協に管理してもらったほうが良い、そのほうが安全ではないかとの意見も出ました。畑で倒れた場合については、もう本人は病院に行くことはいいと言っているけれど、やはり救急車を呼ばないといけないんじゃないのか、という意見もありました。

実際にこの頃は、自宅周辺の畑で一人で座り込んでいる姿もよく見られている状態でした。食事や水分補給が少なく、しばしば脱水傾向になったため、夏には何度かBクリニックから往診を受けて点滴をした経験もありました。本人は「やはり入院はしたくない、家での点滴は、畑に行くために必要だから仕方なくてやっている」そのような意見でした。奥さんに、どうしてAさんが入院をしたくないのかの思いについて聞いたところ、実はAさんのお姉さんは脳出血で10年前に亡くなったが、亡くなる2年ほど前から総合病院に入

院をして、中心静脈栄養の点滴をしたり、胃ろうをした経験をしていました。そのときのお姉さんを見ていて、Aさんがかわいそうだと何度も言っていたそうです。そこで、Aさんが夏にBクリニックで点滴をしてもらうということになった時も、この姉の話をして、「入院では嫌、点滴をするなら家でするならいい」ということになった経緯がありました。医療の選択にはその人の過去の経験が関与しているのだと考えます。

このとき、現在の医療やケアに関する意思決定と、倒れるなどもしも状態が悪くなった場合のことも想定し、Aさんらしさを尊重する医療やケアについて話し合ったところ関わっている多職種から、このような意見がありました。訪問リハビリ担当の作業療法士さんからは、「畑で農作業をしているAさんの表情はすごく良くて、ものすごく生き生きしている。畑で安全で作業しやすい動作を一緒に考えながら、今はリハビリをやっている」という話がありました。デイケアの担当者からは、「デイケアには週に1回来るけれど、どうも表情が冴えなくて早く帰りたいがる。天気がいいと、ますます早く帰りたいがる。やっぱり畑がどうも気になる様子だ」と。夕方にデイケアから帰ると、暗くなってからでも畑に出かけてしまうので、デイケア増やしても、本人にとっては余計に危険とも言えるとの話もありました。地域包括支援センター保健師は、「入院中も家に帰りたい、帰りたいと言い、自宅にいる時の表情の方が穏やかだし、笑顔が多いのではないか」との話もありました。そこで、「Aさんらしいって、どういうことなのか」を考えた時、ご本人が言っている意味がチームで共有され、現時点でAさんにとっては農業に誇りと生きがいをもって自宅で過ごすということが重要であると共通理解しました。現在の医療やケアの目標としては、農業を頑張ってやっていく生活が少しでも長く維持できるために、身体状況を整えていくということがとても大切で、Bクリニックの医師や看護師さんとは、脳梗塞の再梗塞のリスクは非常に高いが、日常の中の小さな異変に注意し、早期発見や予防に努めながら、できる限り家で農業を頑張ってできる、そんな状況を支援していくことにしました。状態が悪くなり倒れるなどもし何かあった場合には、本人の意向のとおり入院や延命処置はせずに最期まで自宅で療養するためにも、救急車を呼ばずに、まずはBクリニックに連絡し対応する体制を確認しました。

このとき、チームの中に農協が入りました。それは、広大な土地をAさんと妻2人で管理するのはとうてい困難だけど、休耕田で放置をしておくことはAさんにとって許しがたい。そこが解決しないとAさんのプライドが維持できないということで、一部の農地を農協で委託管理をしてもらうことになりました。そうすることが、しっかりと畑を管理する

という、Aさんの農業への誇りを守るとともに、Aさんが無理に畑に出ることで生じるリスクも軽減できると考え、Aさんが安心して耕作する土地を選定して、「ここの部分のみ、Aさん頑張ってやろう」と伝え、あとは農協や近所の方の協力を得て、管理をしてもらうということで、少しでもAさんの気がかりとなっている状態をチームで軽減していくことになりました。このように日頃関わっている人たちがいろんな生活のシチュエーションや場面から、Aさんの価値観を理解したり、病状予測と照らし合わせながら、現在から人生の最終段階に至るまでAさんにとって、どのように過ごせたらよいかを、Aさんの意見を中核に据えながら、話し合いました。

その後、農作業をしながら生活していましたが、死亡する半年ほど前から経口摂取がぐっと低下し、口数が少なくなり発熱を繰り返していました。その時点でBクリニック医師から一度入院をして状態を確認しましょうと説明され、本人もご家族も不安が強かったことからBクリニックであれば入院してもよいと本人も承諾して入院をし、終末期で嚥下機能が低下していることを確認しました。入院加療しても症状の改善は困難であること本人・家族の意向としてIVHや胃ろうは実施しないことを確認し、家に帰りたいということで、1週間ほどで自宅退院しました。腎機能が低下しており全身の浮腫があり、倦怠感が強かったので、その症状は緩和してほしいとのことで、緩和ケアを中心にやっていくことを医療チーム、本人、家族で確認しました。本人は言語での表現は十分にできませんが、医師からの説明に頷いて意思表示してくれました。

好きなものを出来るだけ口から食べることを目指し、食形態をコントロールすれば少量であれば経口から食べられることを評価し、好きなものを楽しみながら食べられることを可能とするために、歯科医や、訪問看護師と共同で経口摂取への支援をケアに入れ、さらに、車椅子で畑に散歩に行くと、非常に穏やかな表情になりますので、畑を見ながら生活できるよう、リハビリの先生（PT・PT）やヘルパーさんと相談しながら、リラックスして車椅子で散歩に行けるよう支援しました。最期の段階で本人は意思表示できませんでしたが、これまでのACPからAさんにとって穏やかな時間が過ごせることを尊重したケアを行い、自宅で看取りました。この事例は支援過程において、本当に安全の担保がどうか、本人にとって何が一番いいのかについて様々な意見があり、チームメンバーもその職種・役割によって多様な意見が出る中で、合意に向けて話し合いました。その中で常に本人にとって最善はどうか、その人らしさは何かを見据えて継続的なコミュニケーションをとり対話による支援を行った事例です。

この事例の背景については、以下のことがあります。地域のバックグラウンドとして、Aさんが住む地域は認知症サポートにも早期から取り組んでいるところでした。そのため認知機能が低下しても住み続けられるということをみんなで目指していた地域です。そして、その中で人との交流があり、それぞれ関わっていた関係者は、Aさん自身の生活史をかかわりの中で共有をしていた関係性があったということ、この地域は決して在宅医療などの資源が潤沢なところではありませんが、限りある資源の中で、みんなが自分ごととしてAさんのことを考えながら支援していたと思っています。

事例における実践のまとめです。医療・ケアチームは、Aさんと家族の人生に伴走するという形で、「Aさんらしい生活って何だろうね」と考えながら、心地よさや、Aさんの良い表情がでるケアって何かを考えながら、心身状態を整えるように実践してきたと思います。そして、特に医療チームは、病状予測が大切です、少し先の病状の予測をしながら出現する症状について、主には緩和するケアを入れていきながら、少しでも安楽な状態を維持し、心地よく過ごせるということについて必要な医療やケアの選択に関する対話をしたと思っています。医療ケア提供者は日常のケアを本当に丁寧に行いました。先ほど桑田先生のお話にもありましたが、ほんとに日々のケアを丁寧に行うことが重要です。食事のとき、お風呂に入るとき、散歩に行く時など、それぞれの日常生活行動におけるケアの場面における本人の意思決定というか、どのように実施したいかを大切にしながら、本人の価値観をその場面・場面の中で捉えながら、意思を汲み取りつつ支援したと思います。その過程で、それぞれの立場でAさんの最善を考えて、Aさんの笑顔や穏やかさの根拠となる、人生の物語りというものを基軸に、現行の医療・ケアにおける意思決定支援と、もしもの状況、人生の最終段階を想定したACPをチームで合意しながら連続的に実践した事例です。

最後に、ACPについての今の私の活動紹介も踏まえて紹介します。今現在は、ACPでも第3段階である、予後が1年以内と推定されるような状況のときにACPが開始されることが多いことが現状だと思います。Aさんのようにこの第2段階で、疾病や加齢に伴って、少し支援が必要になった時期から、地域の包括支援センターなどの相談窓口であったり、Aさんの場合はBクリニックのような地域のかかりつけ医などの人たちが支援者となりACPを実践していくということはとても大事ではないかと思っています。「本人の意思をつなぐ」と書きましたが、それら地域の中で話し合っ、その場面・場面で共有してきた内容が、病状が変化をして医療の場が変わったり、病状の変化や身体状況の変化によって、

ケアチームが再編成されてメンバーが変わったりすると、本人が示した意思や対話の内容はなかなかつながっていかないことがあります。それらをどうやってつなげていくのが本当に課題だと思っています。

より早期からのACPということについて、少し実施していることを紹介します。第1段階の「健康な住民の方のACP」ということで、香川県では島や山間部が非常に多いのですが、その地域で現在、住民の方とともに話し合いをしたりしています。行政の方と一緒に協働で話し合いの場を開催しています。「大切な人と医療やケアや生き方など自分の大切なことを考えたり話すことは重要」ということをディスカッションしたり、有名な「もしバナゲーム」をしています。その会の中で、島とか山間部では資源が非常に限られており、決して潤沢な状況ではないため、自分が示した意思・望んだことがすべて叶うことはない。しかしながら、この地域で最期まで自分らしく生きるために、自分たちに今できること、必要なことは何かをざっくばらんに話している、こんな会を開催しています。

第2段階のACPでは、住民の方だけではなく、医療・ケア提供者、専門職双方への働きかけがとても重要です。住民の方たちの相談窓口となることが多い地域包括支援センターの職員の方たちと、相談支援の研修会を実施し、先ほどの事例でも支援者であった地域の開業医・クリニックの先生方、多職種の方々、介護職の方など含めて、多職種でのACPの学習会を開催しています。その内容としては、情報提供のほか主に事例検討会ということで、事例からの学びをみんなで共有し、それぞれの職種の立場や役割を相互理解しながら自分たちができることは何かを考える話し合いをグループワーク等で実施しています。その学習会で出てきた、見えてきた課題として、医療チームで合意することはかなり難しい、病診連携ということも、それはかなり難しいことを実感しています。そして多職種で話し合うことも非常に重要ですが、これもかなりハードルが高く、難しい、ということも実感しています。難しいからこそ、こういう場が必要だね、ということも確認しています。事例検討で事例を振り返ると、情報がつながれておらず、本人の思いや意思が、治療や療養の場が変わると、ぷつぷつ切れてしまうことに直面しており、これは課題だと思っています。

あと、最後に一つ、「暮らしの保健室」を開設した経緯をいいますと、住民の方たちと話している時に、医療やケアについて、自分の大事なことについては案外家族とは話しにくいということが聞かれました。お世話になっている、よく知っている関係者だからこそ、いわゆる主治医や看護師などケア提供者の方たちにも話しにくいという声がありました。

大切なことだからこそ言葉にすることが大変難しく、主治医などに話す前のワンクッションとして「暮らしの保健室」など誰かに話をして自分の気持ちの整理をしてから病院に行く。そうすることで、今度は少し上手く先生と話ができるということがあり、そんなワンクッションを「暮らしの保健室」は担っていると思っています。そのため、あえて病院の中ではなく病院外で開催しています。とてもカラフルなレインボーカラーの外観をした薬局のスペースを半分貸していただいて実施しています。ここには住民の方も来ますが、実は医療などケアの専門家でACPの実践をされている方たちも相談に来られます。支援者自身がともしんどい思いをしながら実践していることを実感しています。ACPの実践者である医療・ケア提供者そのものも支援されるような、重層的な支援システムが必要だと思います。

最後のまとめになりますが、ACPは本人の人生の物語りを理解して、人生に伴走するという姿勢で実践するということが大事であること、勝手な私のイメージでの言葉ではありませんが、ACPはingという、プロセスであることに意味があること、医療と日常ケアによって、今日のテーマでもある緩和ケア、しっかりと苦痛を緩和して、その人らしく生きるための身体状況をちゃんと整えていくということは大事であること。そのことが意思決定支援、ACPの実践に必要な要素だと思っています。そして、ACPは病状変化や状況等に応じて、繰り返すということが必要ですし、多職種チームの皆で話し合うということも難しいが、泥臭く地道にやっていかなければならないと思っています。地域の特性に応じて、さまざまな展開や、実践方法はあると思いますので、今日私がお話をしたことがどの地域にも正しいわけではなく、地域ごとに本当に模索しながらのやりとりが必要です。今回の話はどうかやっている、こんな感じでやっていますという紹介ですので、また皆さんと意見交換ができるとよいと思っています。以上です。ありがとうございました。(拍手)

司会 片山先生、ありがとうございました。では、ここでいったん、休憩に入ります。

(休憩)

司会 それでは、時間になりましたので、特別発言に移りたいと思います。

まず特別発言として、聖隷三方原病院の副院長で、緩和支持治療科部長の森田達也先生からお話しいたします。森田先生のご専門は緩和医学で、時期にかかわらず病気になったときの心身の苦痛を緩和することを目標として活動なさっています。臨床では緩和ケアチームとして、主治医、看護師と共同しつつ苦痛緩和を行っていらっしゃいます。また研究では、苦痛緩和、特に難治性の苦痛緩和に関する最先端の研究をなさっています。それでは森田先生、どうぞよろしく願いいたします。

【特別発言1】

森田 ありがとうございます。僕は緩和治療医で、本日会田先生から呼ばれた理由は、それぞれの演者の先生方がお話しされた内容のうち、緩和治療面について、ちょっとコメントを加えるようにということでした。スライドはありません。三つほど、ちょっと加えさせていただこうと思っていて、三つのうち、一つずつの中に二つずつの小テーマがある感じですよ。

一つ目は、非がん疾患の場合は、苦痛緩和イコール原疾患の治療であることが多いというのが、がんと非常に大きな違いです。これはどういうことかということ、その人の苦痛をとろうと思ったら、原疾患の治療が適切に行われている必要がある。心不全で呼吸困難があれば、ちゃんと心不全治療が行われるということが重要であって、その治療そのものが苦痛の緩和にもなるということです。その点で、今日のプレゼンの内容で二ついいことがあったと思うんですが、弓野先生が発表された内容ですけれども、一つは利尿剤の投与の仕方とかをクリニックとライン、メールでやりとりされているような様子があって、例えば、「アルダクトンにラシックスちょっと加えたらこうですけど、カリウムは5.5ぐらいは上限ですから、使ってもらったらいいと思います」と返答されていました。ああいうのが、例えばもし僕が主治医で、難治性心不全の患者さんをマネジメントしようとして、細かい利尿剤の使い方であるとか、この人にサムスカを出したほうがいいのかどうか等をやろうと思ったら、循環器内科医と連携したいなと思うんですよね。そういう点で、難治性心不全の緩和ケアを診る際の基礎治療ができていのかどうかをみるために、循環器科医と気楽にできればやりとりできるような体制の構築とか、システムとかはあるといいなと思います。

二つ目は、その原疾患の治療の中のカテコラミンなんですけど、ちょっとあんまり医学

の話ばかりになっちゃって、なんじゃいなという人もいるかと思うのですが、カテコラミンをずーっと投与していくと、ほどよく呼吸困難にならないという患者さんがいっぱいいて、そういう人が入院していると、今までは「カテコラミンをずっと投与しているから、入院だよ」みたいな感じだったんです。ただ昨今、そういう人たちも、小さいポンプをつけて、施設に戻ったり、お家に帰れるようになったんですね。そのことをがん領域で考えると、例えば、モルヒネの注射なんてやっていると、今まではとてもお家へ帰れないから、入院させてくれと20年前は言っていましたけど、別に自宅でオピオイドの持続投与をやるのは、そんな複雑なデバイスもいらないですし、どこでもだんだんできるような傾向にはなっている。そうすると、心不全の苦痛の緩和になるのであれば、カテコラミン注を持続投与するというふうな方法も考えていっていいかなと。僕のそばのクリニックも、もともと循環器の先生なので、よくされるんですけど、なんて言うか、延命治療のために医学を持ち込むということと、患者さんの希望を叶えて緩和治療になることで医学を持ち込むということはやっぱり分けて考えたほうがよくて、なんでもかんでも「だめだめだめ」みたいな感じにしていると、患者さんの希望も叶えられなくなっちゃうので、その苦痛緩和になるような原疾患をちゃんとやれる体制というのが大事だなというのは一つ思いました。一つ目です。

二つ目は、呼吸困難の緩和の話をしたと思います。中での話として、概念のことでツールのことと、非薬物療法のこととエビデンスのことをお話しします。呼吸困難の緩和にしる、エンドオブライフの緩和にしる、概念上のことで二つ申し上げると、症状緩和と鎮静というのは違うということです。弓野先生の図でいいことが出ていたと思います。症状緩和がだめなら鎮静に、みたいな傾向についての言及で、症状を緩和するということは、普通、意識を落とさずに呼吸困難をとるとか、意識を落とさずに疼痛を緩和するということなんですが、鎮静をするというのは他の症状緩和手段がないから、患者さんが眠って楽なようにする。なので、症状緩和という行為と鎮静という行為を意識して分けるというふうにしてないと、なんでもいから苦痛さえとればいいやというふうな感じになっていってしまうというのが、一つ、概念上のことです。

概念上のことでもう一つ、バランスの取れた苦痛緩和（balanced symptom control）という概念、なんて言うんですかね、バランスのよくとれている症状緩和という概念があって、これは何かというと、特に末期のほう、死亡直前になればなるほど、苦痛をとるということと意識が下がるということの両方が成り立たなくなる。元気なときは、しっかりし

ていて苦痛がとれるというのが一番いいわけですけど、ちょっと末期になってくると、これ以上苦痛をとろうとすると眠くなるみたいな感じになる時に、どこら辺を目指すのかというと、こっち側が見て選ぶことではなくて、その患者さんの決めるラインというのを大事にするということです。人によって、本当に苦痛に耐えるレベルとか意味って、もう全然違うなと思っていて、例えば、「これぐらいの苦しさだったら、私はしっかりものがしゃべれるほうがいいです」という人もいるし、「夜さえ眠れば、昼間は別にかまいません」という人もいるし、ある人にとっては、「これぐらいの苦痛だったら、ずっと眠ってるぐらいのほうが楽だ」という人もいます。そのポイント、バランスがとれているというポイントは、僕たちが選ぶんじゃなくて、その患者さんなりご家族なりが選ぶ。この文脈はあのACPの文脈で、桑田さんも片山さんもよくお話しされていましたけど、要するに価値観に沿うというふうなことを症状緩和の文脈に落していくと、**balanced symptom control** という概念を行うというふうなことになると思います。

今、呼吸困難の話をしていて、3個ぐらい話すといったうちの一つ目の概念が終わったところで、次はツールの話をしようと思うんですけど、呼吸困難の一般的な薬物療法は少量のモルヒネの持続投与です。「少量の」というところがわりとポイントで、10ミリとか20ミリ、非常に少ない量です。人によっては5ミリグラム程度のモルヒネで症状をとるには十分であって、それ以上増やしたからといって効果があるということはあまり言われていない。なので、逆に言うと、例えばモルヒネを少量流し始めたとして、ドースを10ミリグラム、点滴で5ミリグラム、10ミリグラム、15ミリグラムぐらいまで上げたところで、効果がない人はそれ以上上げても効かないことが予測されるので、そのモルヒネの治療は有効ではないというふうな判断をするべき。もしそれ以上量を増やしていくのであれば、それはたぶん意識が下がるので、鎮静としてのモルヒネの使い方であって、症状緩和としての使い方ではないということになります。なので、「少量の」というのが非常に大事です。

逆に言うと、5ミリか6ミリグラムのモルヒネを1日24時間投与したとしても、呼吸抑制とかはほぼ起きないので、大事なのはその始めることよりも使った後のとにかく評価なんですよね。使った後、丸一日して、患者さん自身に聞くなりなんかして、本当にこれは楽になっているのか。効果があれば持続すればいいし、効果がなければやはり中止して他の手段を考えるんです。というようなところを、ちょっと曖昧にしておくと、なんかモルヒネいくと、すぐ眠くなっちゃうし、すぐ死んじゃうなみたいな感じで、ドースを上げる感じになっちゃうわけです。なので、「少量の」モルヒネというところがポイントだという

こと。もしモルヒネが効かなければ、次は鎮静という最終手段があるわけですが、それでも段階があって、その患者さんに聞きながら、例えば夜だけ眠るとか、苦しいときだけ眠るために、普通は安定剤、ベンゾジアゼピンを座薬だったり内服で使います。数時間眠ると起きるというパターンになる。それでも効かない時に、24時間なんらかの鎮静剤を投与するわけですけど、それでも鎮静剤を始めた後のほうが、なんて言うんですかね、モルヒネだけを使っている時よりも意識がよくなる患者さんもわりといっぱいいて、つまり、用量によって、ちょっと使うと別に眠らないで抗不安作用だけが出て、いっぱい入れると眠るだけの話なので、量を下げれば、抗不安効果だけを出すことができる。それらをやっても効かなければ、ずっと眠るみたいな対応も可能。それで、持続的な鎮静が必要な患者さんの比率は、全死亡母数にすると、約10%と言われていて、がんの場合はもうちょっと高くて、報告にもよりますが、5~30%ぐらいです。だから、なんにせよ、その鎮静に入る前の、いわゆる通常の症状緩和というのをもっとできるようになるといいのかなというのがあります。

呼吸困難の症状緩和面の三つ目の話で、非薬物療法、薬以外の話をします。薬の効く、全員に効くわけではないのと、薬の眠気の副作用とかもあるので、薬以外で呼吸困難がよくなればいいわけです。よく注目されるのがファンですね、ファン、風、扇風機。ハンディファン、ハンディファンとよく言うんですけど、苦しいときに温度をちょっと低めにし、顔に風を当てる。呼吸困難のある人は、とにかく「ハーハー・ハーハー・ハーハー」ずっとしているので、マラソンをしているようなイメージをしてもらえるとよいのですが、部屋の温度はちょっと普通の人の方が寒いと感じるぐらいじゃないと心地よくないはずだし、顔に風が当たると苦しい感じなくなりますよね。そういう対応をしていく。こういうのも一つ一つ確かめる人がいて、最近僕らの領域だと、がんセンターの東病院の看護師さんが苦しい患者さんに、片方の方は足に風を当てて、片方の方は顔に当てるというふうにやっていると、顔に当てると、僕らはNRSという疼痛スケールを使うんですけど、呼吸困難が1ぐらい下がる。モルヒネ飲んでも下がる分は1ぐらいなので、そのモルヒネを少量飲むのと同じぐらいの効果が、風を顔に当てるとか、この三叉神経類をちょっと冷やすとか、そういうことで効果があるというのがわかっているので、そういうのをやったりもします。

呼吸困難緩和のところの最後のお話で、こういうことはあまり、興味のある方がそうないかもしれませんが、モルヒネが本当に効くのかどうかみたいなことのエビデンスについ

て、今、呼吸困難の原因ごとに全部調べられているので、ちょっとスライドがあればよかったんですけど、口でお話しします。

一番わかっているのがんで、がんの場合は国際的にもモルヒネは呼吸困難に効くというのがわかっていて、国内では治験が行われてないんですけど、ガイドラインで使うようにというふうに強く推奨されています。

COPD。COPDの場合は、国際的にはモルヒネを使って効果があるということが確立されていて、国内では検証型2相試験といって、決まった患者さんに使うと効果がありましたということが確かに確認されて、試験で効きましたということが確かめられたところなので、千田先生に伺うと、今のガイドラインでは掲載がまだちょっと曖昧な感じということなんですが、たぶん次の版ではもう少し使うことが言われるんじゃないかと思えます。

もう一つ、間質性肺炎という病気があって、間質性肺疾患の場合は国際的にもモルヒネが効くかどうかはわかっていなくて、確かめる試験自体がなくて、どうも効かないと思っている人たちも多い。国内では今、2相試験といって、プラセボとモルヒネを交互に打って効くかどうかを確かめる試験が始まるところです。ガイドラインにはまだ掲載されていません。

心不全。心不全の場合は、国際的にはモルヒネが効くという研究と効かないという研究とがあって、あんまりそんなにはっきりしたのがないですね。がんほど、「これで大丈夫」というのがなくて、曖昧な位置づけです。国内の研究がどうかについては、ちょっと僕は今把握していません。ガイドラインのほうにも曖昧な書き方がされている。

何が言いたいかというのと、呼吸困難に対して、十把一からげに「モルヒネ効くぜ」みたいなもんでもなくて、どうも効く病態、効かない病態、あるいは効く人、効かない人というのがいるよ、というのが現在の科学の考え方で。なので、今のところ、先ほどお話ししたみたいに少量のモルヒネを試してみるのはいいと思うのですが、もし効かないと判断した時は、「あっ、これはやっぱり効果がなかったんだ」というふうなことを考えて中止する。ただ、一回試してみるというのが、概ねの呼吸困難の状況だと許容されるというか、いい症状緩和の対策を一回はしたというふうに思われるんじゃないかと思えます。

最後、痛みのことについて、桑田さんがわりといいことをおっしゃっていたので、ちょっと取り上げたいと思うんですけど、不動の痛みというふうにおっしゃっていました。不動——動かないということですね。僕らの業界でもよく言うのは、イモビリティ

immobility というんですけど、イモビリティ、動かなくなることによる体の痛みのことです。例えば、ちょっと想像してみると、インフルエンザとかで1週間寝ているだけでも、人間というのは大体足腰痛くなってくるし、ヘンな姿勢でこう寝ていると、背中とかがウツとなりますでしょ。あれと同じような痛みを多くの方が抱えていて、例えば、がん患者のとれない痛みのうち 30%はイモビリティの痛みだというふうな研究治験もあつたりするんですね。そういう人にいくら麻薬を使っても、鎮痛はいつまでたってもできなくて、痛い場所を見つけて体を伸ばしてあげるとか、うちの病院の場合は理学療法士さんが入ることが多いですけど、理学療法の人が入って、なるべく固まらないようにというんですかね、虚血にならないように動かす。もうちょっと外科の先生がアプローチできる感じだと、最近、筋膜リリースといって、痛い筋肉と筋肉の間に生食打ったりとかすると、そこが改善するという方法があるので、局所治療とかもやっていくのはいいんじゃないかなと思います。

以上、大体時間がそんな感じなので、一応緩和治療の面からということでコメントさせていただきました。会田さんにはよく言ったんですけど、非がんの臨床経験がすごいそんなにあるわけではないので、ちょっと外れていることがあつたら申し訳ありません。以上です。(拍手)

司会 森田先生、ありがとうございました。それでは、特別発言2として、岩手保健医療大学学長の清水哲郎先生よりお話しいただきます。清水先生のご専門は、哲学、臨床倫理学、臨床死生学です。1988年に東札幌病院倫理セミナーに講師として招かれて以来、医療従事者の方々と対話をしながら、「医療現場に臨む哲学」を実践なさっています。現在は、人生にとっての最善を目指す意思決定プロセスの臨床倫理について、先駆的な研究と啓発的な活動をなさっています。それでは清水先生、よろしく願いいたします。

【特別発言2】

清水 どうもご紹介ありがとうございました、清水でございます。お久しぶりというふうに言う方もたくさん見えているようですが、私は先ほどまでの4人の先生方のご発表を受けてコメント、聞きながら思いついたコメントを私は4点ですね、それぞれの1点ずつは森田先生のように細分化されてないで、4点というので、申し上げます。

第1は、緩和ケアということに関わるかと思いますが、例えば、弓野先生が、レ

ジュメでは医療モデル、生活モデルというような言い方をなさったり、あるいはスライドで、人生、生活、生命といった、ライフの3つの意味といいますかね、そういうような層を出してご説明になったようなことに関わります。それから、他の先生方も、人生という視点はいろんなところから出しておられたかなと思います。

もう一つ、私が気になっているというか、取り上げようという点の一つですけれども、それに合わせてQOLという言葉が緩和ケアには伴っているわけですよね。QOLということについて、昔のことを思い出しますと、森田先生の前で言うのはなんですが、昔ですから最近の話じゃありませんよ。モルヒネの使い方とかいうので、現在のQOLが上げればいい、つまり、痛みがなくなれば、疼痛コントロールができればいいという感じでやっていますと、その時はいいのだけれども、その時に投与されたモルヒネが体内で分解するとか、それで悪性のものが出てきて、それがかえって後のほうで、もっと上手いこといかなくなる。そうすると、早いところ、鎮静という対応しかできなくなるとか、そういうことがあって、何かモルヒネのカクテルをサイクルで回すとか、いろんな研究がなされてきたかと思うんですね。QOLというのを差し当たってはかるとすると、今どうかという、その時点その時点でのQOLをはかるので、言ってみれば時間の関数なんですけど、その緩和ケアで結局目指しているのは、今よければいいというんじゃなくて、今以降、最期に至るまで全体としていいという、そのためにはどうしたらいいかという研究がされてきているのかなというふうに思います。

生活と人生というようなことですね、ちょっと今の話と結びつけるのは無理があるかなとも思いますけれども、生活というときにはやっぱり日々の今の生活ですけれども、その生活が重なって人生ということになるわけですよね。そして、その人生について、私はどういうふうに生きたいか、あるいは今まで私はこういうふうに生きてきた、これから後の期間、こういうふうに生きたいんだ。そこでその人の状態についての情報が与えられて、それでもこんなふうな生き方ができたらいいなというふうな考え方で、その時その時というよりは今から最期までの私の、言ってみればQOLの時間の積分と言ってもいいのかもしれないけれども、そこが問題になっていたなというふうに思うんです。そういう意味で、他の先生方も、その人の人生をまっとうする等々の言い方をなさっていたかと思いますが、医学と人生と、あるいは生命と人生ということを考えるときに、そういうその人生というのが、今の生活、それから明日の生活、1週間後の生活、その全体を見通した話なんだということを考えて、緩和ケアというのもそういう観点でだんだん進んできて

いるんじゃないかということをつけ加えたいと思います。

2番目は、ACPにかかわる話です。これはその患者さんと医療・ケアチーム、あるいはその周辺の方がどういうふう話し合いを進めていくかということに関して、多くの先生が合意形成という言葉が使われました。千田先生はオーストラリアの方式として、代理決定者というようなことについて、オーストラリアの方式を紹介なさいましたけれども、そこであらわれてるように、オーストラリアとかイギリスもそうなんですけれども、結局決めるのは、あるいは意思決定するのは本人だという考え方がわりとはっきりしているかと思います。でも、日本は、あるいは片山先生がお話になったような合意形成というような考え方は、特に日本ではそういう考え方で今やっているわけですが、確かに本人が決めもするんですけれども、その周辺で医療・ケアチームも、それがいいそれがいいと賛成しているというか、そういう仕方であんなか合意があつて、合意の上で本人が意思決定をしているということに焦点が当たっていると、そういうことがあると思います。

厚生労働省のプロセス・ガイドラインでは、一見すると、あっさりとした説明で、本人の意思決定、本人の意思決定と書いてあるんですけど、ちゃんとガイドライン読めば、合意が成り立たないときには別の、その合意成り立たない場合のプロセスが用意されていて、合意が成り立っているということが背景にあつて本人が意思決定するということが出てくるわけですね。ですから、そういう意味で日本的な決定で、あるいは世界の中でも、確かに本人が決める、本人がいないときには本人のかわりに代理人が決めるというような考え方が確かに有力な考え方としてありますけれども、日本ではそうではなくて、厚労省のガイドラインをちゃんと読めば、合意が背景になつていて本人の意思決定がある。だから、本人の意思決定を、医療・ケアに従事する方たちは「そうだそうだ、それがいいんだ」というふうに支えているわけですね。支えるにあたっては、その前段階で意思決定支援をしているわけです。

そして、本人の、例えば人生とか、人生の物語、本人の価値観ということをちゃんと理解することで、それとご本人がこうしたいというふうにおっしゃることとの間を見て、もしそこが、「えっ、この人らしくないなあ」と思ったら、こういう言い方は普通話し合いではしないでしょけど、それを要約すると「あなたの人生観や価値観からすると、今あなたがこれがいいとおっしゃっていることは、ちょっとこう、符丁が合わないんだけど」というようなことになつて、そこでまた、意思決定の支援をして、本人が自分らしい決定を見出すことができるように支援していく。

ですから、最期のほうで本人が決めるというような時には、医療・介護従事者たちもそれを賛成しているというようなことが背景にある。そういうようなのが、私たちが、あるいは日本で目指されている意思決定のあり方で、たぶん現場の皆さんは、そういうあり方に自分たちの民族性というか、文化に合ったあり方を見出して、「あっ、これがいいこれがいい」というふうにいるんなところでそれを応用しようとなさっているんだと思います。それが、何に対して対比されているのかというと、病院では従来、医師は説明をするけれども、選ぶのは患者である。医療側は説明をする、でも、選ぶのは患者。そこでの意思決定支援といったら、せいぜい医師が説明をするぐらいなわけですが、そうじゃない、もう少し両方向の話し合いと合意を目指していくというプロセスが、このACPのほうから提示されて、それがいいというので、従来のACPという言葉の範囲を越えて流布しているということなんじゃないのかなと。これが2番目に申し上げたいことであります。

それから、3番目はフレイルの話ですが、千田先生からフレイルについて言及があって、フレイルというのが、健康寿命からちょっと外れるというか、落ち始めるところでフレイルという言葉が使われて、なるべくそこから元に戻せるものなら戻すというようなところで、介護予防、健康寿命の延伸という文脈で使われてきましたけれども、それに対して、フレイルというもののもう一つの先行諸国での使い方として、だんだんだんだんフレイルが進んでいくと死に至るというフレイルの進行を捉える考え方。これは今日の座長の一人である会田先生が以前からそれを紹介して、こういう考え方もあるんだということを紹介してきましたけれども、こういう公の場でそれが示されたというのは、大変けっこうなことだったと思います。

従来の考え方がだめだという意味ではなくて、それと今のような、フレイルの進行というのに合わせて、これだけ進んだら、もうこういうような治療というのはかえって本人の害になるというようなエビデンスがこれから出ていく、つくられていくということが望まれているということですが、ちょっと待ってくださいね、私はなんかここで言うはずだったんですけど、解説で終わっちゃいました(笑)、言うことを忘れたので、今のところで一応とどめておきます。

それで、人生の最終段階ということが次に言うことですね。人生の最終段階ということについて、今日は非がん疾患というのが取り上げられておりますけれども、がん疾患の場合に比べて、非がん疾患を視野に入れたときに、人生の最終段階というものの範囲というのはいぶん広がる、あるいはそれぞれの疾患なり、それぞれの方のそのフレイルの進行

度なり、そういうことによっていろんな意味合いが出てくるのかなという感じがいたします。つまり、がん疾患の場合は、人生の最終段階、昔はターミナルとっておりましたけれども、それがターミナルという限りは医学的な概念で、「こうなったらターミナル」ということが相当ははっきりしていたかと思えます。

それに対して非がん疾患の場合は、どうなったらエンドオブライフ、人生の最終段階なのかということが必ずしも医学的にはっきりいたしません。きょうはALSの患者さん、もう呼吸器をつけて30年近くという橋本操さんが来ておられますけれども、その橋本さんが自力での呼吸が難しくなってきたときに、もし呼吸器をつけないという選択をしていたらどうだったでしょうか。そのときが人生の最終段階、エンドオブライフ・ケアの時期だったわけです。しかし、呼吸器をつけるという選択をなさった、そのことによって、まさに確かに自力では呼吸できないという障害があるけれども、その人工呼吸器を使うことによって、その他の支援するツールも必要ですが、そういうことによってまだまだ生きるぞと、実際に30年というようなスパンで生きておられるわけですね。

そうすると、体の状態が同じであっても、その方の選択によって、ある時点が人生の最終段階なのか、それともまだまだ生きる、最終段階どころか途中なのかということが変わってくるわけですね。非がん疾患で他のケースもあるかもしれませんが、例えばそういうことを考えますと、がん疾患をモデルにして、ただそのがん疾患にならうという仕方で、他の人生の最終段階におけるケアということを考えるというわけにはいかないということが、お分かりいただけるんじゃないかなというふうに思っております。

もう一つは、まさにターミナルケアとか終末期医療とかいっていたときには、その終末期とかターミナルというのは医学的な概念、あるいは医学的に決まるものでした。しかし、「人生の」といった途端に、医学で決まるものじゃなくなってくるというか、確かに大体こうなったら人生の最終段階なんじゃないかというような平均的な見通しは、医学はもつことができるかもしれませんが、本人がどういう人生の中で本人がどう思うかということが大事なことになってくるかと思えます。

実際にイギリスのナショナル・ヘルス・サービスのエンドオブライフ・ケアの定義の中では、エンドオブライフ・ケアというのは人生の最期の何日間か何カ月か、あるいは何年か、人生の最期の何年間かにある人、つまり、一番広い場合は何年間だから10年ということもあり得るわけですね。人生の最期の10年間にある人のためのケアであるというような言い方をしておりますし、本人がそのエンドオブライフ・ケアを必要としたときにエン

ドブライフ・ケアは始まるというようなこともいっております。そういう意味で人生の最終段階というものについて、非がん疾患についてもよく考える必要があるんじゃないかというふうに申します。

ちょっと皆さんに、「そんなのって、だめ」といわれるかもしれませんが、私は高齢者の場合は、健康寿命が終わった後の、現在のところ8年から12年といわれている人生の終わるまで、健康寿命が終わってから人生が終わるまで、そこが最終段階というふうに考えて対応するのが適切じゃないかというふうに思っています。もちろんそれは、広い意味での人生の最終段階といっておき下さってもいいんですけども、人生80年、あるいは今だったら人生100年の中の10年ですから、100年という人生のスパンで考えたら、その中の最期の10年というのはまさに最終段階であります。私もそろそろ、あるいはもう少し経つと後期高齢者で、そういうふうに自分が最終段階にあるんだと思いながら、どういうふうに生きるかを考えたいと思ってるところです。

もう一つあるんですけど、言っちゃいますと、尊厳ということが最後に申し上げたいことです。皆さんが尊厳ということを発表の中で言われました。そして、何人かの方はそれとは別というのか、例えば自分らしくとか、人間らしく生きるとか、自分らしく生きる、あるいは生きがいをもって生きるとか、誇りをもってとか、そういうような言い方なされていました。

私はそもそも、そういう人生の最終段階のケアで目指しているという、本人が最期まで、ディグニティといいますか、英語でいったら **dignity**、尊厳をもって生きるということは、まさしくその人が自分自身を、自己肯定感をもって、自分自身の現在を肯定しながら生きること、そう生きているという状態を尊厳がある状態というふうに言っているということで、今日は詳しく説明はしませんが、結論としてはそうなのです。あるいは、自尊感情、自分のプライドをもって最期までいられる、自分の人生を肯定できるということが大事なことで、それはまさしく日本語でいったら、自分らしく生きている、人間らしく生きている、あるいは自分のやっていること、自分の仕事に誇りをもって生きているということになるんじゃないでしょうか。

私は「尊厳をもって」なんて、日常語じゃないような言葉を使うよりも、ディグニティ **dignity** の訳として、「自分らしく最期まで生きる」とかにして、それが最期まで尊厳をもって生きるということだというふうに言ったらいいんじゃないかと思ったりしております。

この後の議論に役に立つかわかりませんが、以上、相変わらず長い話で申

しわけございません。終わります。(拍手)

司会 清水先生、ありがとうございました。それでは、フロアを交えてディスカッションに移りたいと思います。シンポジストの先生方、特別発言、座長の先生方、ご登壇ください。

パネルディスカッションの司会は、座長の国立長寿医療研究センター、在宅連携医療部部長の三浦久幸先生と東京大学上廣講座の会田薫子特任教授にお願いします。それではお願いいたします。

【パネルディスカッション】

三浦 国立長寿医療研究センターの三浦と申します。本日は会田先生との共同座長をさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

私は日本老年医学会からということで参加させていただいている形なのですが、日本老年医学会に倫理委員会とかエンドオブライフ小委員会というのがございまして、その委員でもあって、葛谷先生、会田先生、片山先生とともに日本老年医学会のACPの提言をまとめる作業を一緒にさせていただいています。6月には発表できる見込みでございます。

このシンポジウムに関しましては、2012年に、国立長寿医療研究センターと東大が共同開催した、「長寿時代の死生学」という安田講堂におけるシンポジウムにて、私、座長で参加させていただいたんですけれども、その時に初めて当センターの西川がオーストラリアで学んだアドバンス・ケア・プランニングの話をさせていただいて、非常に嬉しかったのは、ALS協会の方のコメントで、「事前指示書はいかんけど、ACPならぜひ頑張ってください」という励ましのご意見をいただいたことで、それが非常に嬉しかったんです。

その後は、清水先生とか会田先生のご尽力で、もう国の施策にもなったということで、このシンポジウム、非常に重要なシンポジウムというふうに私としては認識しております。微力ではありますが、なんとかこの先につながるような議論ができるように、座長の一人として頑張りたいと思いますので、どうかご協力のほどよろしくお願いいたします。

会田 三浦先生、ありがとうございました。では、これからディスカッションに入りたいと思います。今日の前半部でお聞きいただいた心不全の緩和ケア、それからCOPDの緩和ケア、これを合わせてこのレベルでみなさまと一緒に拝聴できて素晴らしいこ

とだと思っております。日本で最先端の内容でありまして、非常に貴重な勉強の機会をいただけて、本当にありがたく思いつつ、拝聴いたしました。

お二人の先生方がおっしゃられたこととして、臓器不全の考え方で難しいのは、弓野先生がお話し下さいましたように、急性増悪の際に治療してある程度よくなる、でも、元のようによくなり、またそのうち急性増悪となり、また治療してある程度はよくなるけれど、だんだん悪くなる。このだんだん悪くなって、次の急性増悪が、本当にこれが看取りに適切なものかどうかという判断が、医学的には確実とは言えないような、そういう状況にある中で、ご本人の最終段階の生き方の支援として、これはもう積極的な治療はしないほうが本人にとってはよいのではないか等、そのような非常に難しい、厳しい判断をしておられると、そういうお話がございました。

これは他の臓器不全も同じなのですが、弓野先生はこのことに関して、若いドクターから、これでも入院したらもしかしたらまたよくなるとご家族は思っている、でも、医療者のほうでは、これはもう厳しいんじゃないか、だけど、これでもう最終段階ということにすると、医療者である自分たちが患者さんの命をここまでというふうに決めていいんでしょうか、と質問された。そういう非常に辛いお気持ちの、そして本当に厳しい状況での判断に迫られたというお話がございました。それで、治療判断に悩んだ、治療方針の決定に悩んだ時は、人生の物語りをもとにして、よーく皆で、ギリギリまでよーく考えるんだ、というお話をいただきました。

そのお話の後で千田先生から、老化した体に臓器不全が起こるときの考え方として、臨床フレイル・スケールを取り込んだ、体の老化プラス臓器不全で悪くなる、そういう考え方について教えていただきました。疾患の重症度プラス、年齢ではなくて体がどのぐらい老化しているからどういう対応が必要なのか、そういうことについて教えていただきました。まず弓野先生に、千田先生がお話くださった方法について、心不全でも取り入れていただくことが現実的かどうかということをお伺いできればと思います。

弓野 ありがとうございます。ちょうど3日前の祭日のときに日本学術会議というところで、高齢者の心不全における心臓リハビリテーションについて議論する会がありまして、そこでもやはり心不全患者さんに伴うフレイルというのが予後にも関係するという発表もありました。それは海外、国内でもそうですけど。例えば、どのようにフレイルを見るかというところで、専門的には、例えばSPPBのような、距離だったり、速度だったり、

バランス能力だったり、いろんなのを複合的に見ていたりします。その中でも、例えばスピードですよね。歩くスピードについての優位性、要は遅い人はやっぱり予後が悪くなるし、まだ保っている人は大丈夫というエビデンスもありますが、非常に専門的でありますし、非専門の人でも、地域のみinnで共有するには、千田先生からお話あったようなフレイル・スケールという非常にわかりやすい、しかも、1～9という、幅の定量的にあるようなスケールというのが非常に役立つかなと思います。

会田 はい、ありがとうございます。心不全の分野ではS P P Bというスケールをお使いでいらっしゃるし、そのほか、がんの分野では、実はV E S - 13 とか、G 8とかいうスケールの日本語版の開発に取り組んでおられる、国立がんセンター系列の先生が今日もこちらにおいで下さっているので、後でご発言いただければと思うんですが、それぞれの分野でそれぞれに「老化」というものを医学の判断に取り入れることが進められてきているということがあります。千田先生、これは、先達としてお勧めいただくとして、どんなふう現場で取り入れるということが考えられるか、具体的なところを少し教えていただけますか。

千田 患者さん、できればご家族の方とも一緒に輪を囲んで、臨床フレイル・スケールのイラストを見て頂き、「大体この辺ですかねえ？」と話し合うことが患者さんの視点に立脚した医療・ケアの基盤になると考えています。このような患者さん、ご家族の方、そして我々医療・ケア従事者の共同作業が医療・ケアの結果を良くします。これが統合ケアの本質です。統合ケアにおけるACPにつきましては先週(2019年3月13日から16日)、国際ACP学会がオランダでありまして、ACPの本質に関する大変良いお話を伺って参りました。ACPで前もってお話ししておくことには「価値観やゴールといった決めごとのこと」と、もう一つは「医療・ケア従事者と患者さん、ご家族が一堂に会して熟考し、何が一番患者さんにとって良いのかと話し合う過程」の二つの側面があるとのことでした。このことが医療・ケアする者の人格と、患者さん・家族の人格を尊重し合う、あるべき姿であり、「人間中心の医療・ケア」そのものであるというお話しに、いたく感動致しました。我が国ならではの「Act locally」ですが、「Think globally」もあると思い、しみじみ思いながら帰って参りました。

会田 ありがとうございます。そのようなことで、国際的には老化の程度というものを適切に治療方針の判断に取り入れるということが進んできているということが言えるのではないかなと思います。そのフレイルの指標を取り入れると、一つ言えることは、治療というのは、医療行為というものは、多くの場合、侵襲性があるものですが、どの患者さんにでもやればよいというものではないということが、さまざまな病態について言えるわけですね。つまり、若い人を対象として確立された医療行為が、フレイルが進んでいる高齢者ではそうとは言えなくなるということがあるということなんですけれども、このことについては、どなたかご発言くださる先生はいらっしゃいますか。では……、弓野先生。

弓野 治療、例えば、大動脈弁の置換術というのがあるんですけども、以前は胸を開けて、開胸して行っていたのですが、今、カテーテルで行うことができ、非常に非侵襲的に弁を取り替えることができているのですが、その一つ大きな項目にやっぱりフレイルというのがありまして、ちゃんと動ける人にやりますと。動けない人にやっても、その効果というのは認められないということで、社会保障費というところも考えて、フレイルと高齢者と、積極的な治療に対するオプションというのはこれからどんどん広がっていきます。特に心臓の場合は今、人工心臓、それがデスティネーション・セラピーといいまして、今までは心臓移植ができる65歳までの登録という制限がありましたけど、もしかしたら近い将来、心臓だけが悪い人に関しては年齢の制限等もなくなってしまう可能性もあるわけですね。その時に、じゃあ、その人工心臓をみんな入れますか？ それはすごい大きなまた問題になってくるかなと思います。

会田 ありがとうございます。座長ですが、三浦先生は……。

三浦 日本老年医学会では軽度フレイルまでというか、要介護状態になる前の状態をフレイルと定義してしまっていて、できるだけフレイルも、いろいろ、栄養とカリハビリを早めにやると可逆的であるという場合もあるということで、戦略的に動いているわけですが、今言っているフレイルは、海外で主に使われている臨床フレイルで、もっと先まで、いわゆる亡くなるまでフレイルというのはだんだんと進行していくという考えで、先ほど千田医師からも示されましたけれども、重度フレイルあたりになると、5年とか6年とか、余命

が見えてくるというようなことで、特に治療にも応用されています。弓野先生がおっしゃられたような大動脈弁置換術は、カテーテルで簡単にできるので、90歳、95歳、場合によっては100歳の方も受ける可能性があるわけなんです。けれども、そこでの治療の判断に、例えば、非常に重度のスケールであれば、やっぱり手術の後がよくないのでやらないというような、フレイル・スケールを利用して判断をしているということで、今後さらに老化とその治療とかケアとの兼ね合いで、フレイルというのは非常に重要な位置づけになるんじゃないかなというふうには思います。

会田 ありがとうございます。そのように老化が進んできたお体には、侵襲性の高い、要するにご本人に負担をかける医療行為は、治療ではなくて、本人には害になる恐れがあるということが、専門家の間ではだんだんとデータが蓄積されてきているのですけれども、これは、一般市民の方にとって、例えばご家族、ご高齢の方がいらっしゃるご家族にとっては、「えっ、うちのおじいちゃんにはもう治療してくれないの？」みたいに、伝え方によっては大変難しいことになるかとも思います。このことについて、片山先生とそれから桑田先生にお伺いしたいのですが、ご本人やご高齢の方のご家族によくわかっていただけるようなお話の仕方とか、それをどうやってACPに取り入れていただくかについて、ご意見いただけると、大変ありがたいです。

桑田 大変難しいです、はい。今、核家族化が進んでいて、ご夫婦だけという世帯もありますので。ただ、私たちがご家族の特徴を把握して、ご家族にわかる言葉で説明をしていく、何度でも。そのためには、やはり看護職とか他の職種がちゃんとそれにかかわって、共にそれを進めていっているというような、その考えが大事かと思います。ついつい、ドクターが説明しているから私たちは…、というのではなく、そのところをちゃんとご家族の特徴とか、どういう言葉を使うのか、背景も考慮して等ということ、情報を共有しながら、共につくっていくということが大事なかなというふうに思います。

会田 ありがとうございます。片山先生、お願いします。

片山 ありがとうございます。本当に難しいと思いますが、病状とか、例えばその治療をした時にどんなふうになるかということをお言葉で説明をされても、あまりよくわからない

ことが非常に多い。そのため、実際に現場では、その方のイメージがしやすいところを見つけて話す。例えば、この治療をするとどうなるかについては、親戚や身近な方のことでその方が経験した中からイメージ化できるように、こんなことですよと共有していく。在宅ケアとかであれば、長くつきあっていた中で、例えばおじさんおばさんのことをイメージしてもらおう等、その人にとってわかりやすい例を少し具体的にあげながら、その人が経験したものの中からイメージを取り出すようにしながらお話をするという工夫をしながら話しています。

会田 ありがとうございます。片山先生がお話くださったこと、片山先生が提示下さったスライドの「健康状態に応じたACPの段階」の図に載っているところなのですが、ACPは基本的には人生の最終段階における医療・ケアの意思決定支援なので、最初の取り組みとしては第3段階ということで、今いろいろな日本じゅうの先進的な施設では、第3段階の人にはACPやろうかなということでやっておられるところがあると思います。でも、片山先生は、第2段階、そしてやがて第1段階、ここから取り組んでいくのがよいということもおっしゃっておられて、今お話になっていた老化の程度をACPに取り入れるということについては、第2段階ぐらいからが適切なのではないかということをおっしゃっています。

先ほど千田先生がお示し下さった臨床フレイル・スケールは、ご家族、それから医療者、医療・介護のスタッフとご一緒にご覧いただいて、「うちのおばあちゃんは今、4だねとか、5だね」というようなお話をなさりつつ、「だんだん進んできたね」ということをみんなで理解しながら長期間のACPのプロセスを進めていただくということが、一つのあり方として考えられるのではないかなとも思うわけですが、いかがでしょうか、これについてご意見おありの先生方、いかがですか。

桑田 先ほどのプレゼンの一番最後に、清水先生の「心積りノート」の図を出したんですけども、なんであの図を使おうかという話になったかという、我々が思っている状態像とご家族が思っている状態像にギャップがあったということがあります。その時に、ギャップがあるところで説明しても、つまりは通じないので、どの段階にいるのかということをおの図を使って意識してもらおう。いや、実はこの段階なんですよというところを視覚化する形ということが大事かと思っはいます。ただ、当院の場合は、もう入院した段

階でそのところを聞いているところはあるので、もしかしたら、今、片山先生がそれこそ示してくれたような形でもありますし、もっと国民的にそういったようなことが意識できるよう。「何かしないと親不孝」というふうにまだまだ思っている文化的なところもあるのかなとも思います。「点滴ぐらいは…」等というような思いもあるとは思っています。

会田 そうですね、その「何かしないといけない」という、そういう感覚というのは、日本の医療の中ではまだかなりあるのではないかと思います。私自身の研究知見の一つで、最終段階の末梢点滴の意味を医師がどう認識しているかという話をよくさせていただくのですけれども、その最終段階の末梢点滴、ドクターが医学的には不必要と思っているのになぜそれを行うのかというと、その理由は、それを行っているとな家族の心の負担が軽くなる、医療者の心の負担も軽くなる、そんなことを自覚しながら、本人のためじゃないよねと思いながらも点滴しているということがあるわけなんですよね。弓野先生、このことで何かご発言はございますか。

弓野 先ほどのフレイルと高齢者の問題で、心臓病の場合なんですけれども、一般的に、例えば要介護、要支援の認定に関しては、ほかの疾患よりちょっと低めに出してしまうんですね。動けるんだけど、悪くなる時にぐっと悪くなるという非常に波があるのと、心臓病には突然死の問題というのがどうしてもあるので、安静にしている人よりも少しまだ元気な動ける人にむしろ突然死が起こりやすいというような問題もあります。高齢者・フレイルでカットオフの線引きをして、心臓病の場合はもしかしたら違うファクターをちょっと入れて、ACPを少し早めにやる必要性があるかなというのをちょっと今感じました。

会田 はい、ACPはやはり少し早めに始めていただくということが適切だろうということのようですが、千田先生、喫煙の方が発症しやすいCOPDについては、どうでしょうか、COPDのACPについて早めに取り組む場合は、現実的にどういうふうに呼びかけたらよいとお考えですか。

千田 学会レベルで増悪入院、特に最初の増悪入院の際に、快方に向かい退院が決まった時点でACPの話し合いをすべしという論文が2012年に出ております。しかし私は、も

っと早め、増悪入院を経験される前から、まだまだフレイルではなく健常といわれるうちからも地域の医療・ケア従事者がこういった枠組みで、ご本人・ご家族ともにその方らしい意思の確認、ご意向の確認ができれば、日本全体がよくなると思います。

会田 ありがとうございます。老年医学会のメンバーは、私もそうですが、ACPを適切に進めると、日本全体の医療とケアの意思決定支援が大きく改善されるという期待をもっておりまして、それで、こういうシンポをさせていただいているわけなんですけど、ACPの提言づくりをリードして下さっている三浦先生は、このことについていかがですか。

三浦 最初のACPの始まりが、米国のサポート研究（SUPPORT study）の、事前指示書の大失敗という、1995年ですかね、「JAMA」に出た論文がもとだと思うんですけども、それを考えると、国際的に最初に終末期における意思決定支援に焦点が当たったというのは、米国で始まって、その後、GPと言われるイギリスの家庭医を中心に、さっきの臨床フレイル・スケールが早い時期から使われてきたことからすると、第2段階におけるACPは英国で非常に進んできたのかなと。そこで育って、今、オーストラリアで研究が花開いたところは、オーストラリアでは一般市民の人に早めに心積りをしてもらおうという活動がかなり活発になってきて、第1段階に移行しているという。最初は、国際的にも第3段階からのACPだったと思うんですけど、もう今は第1段階にかなり視野が進んでいて、集中してきているのかなというふうに個人的には思います。

会田 三浦先生はこの分野に造詣が深く、各地でACPの講演や研究会をなさっておられる先生なので、世界的な動きについてもお話し頂きました。日本では、ACPという用語そのものは、この1年間でかなり多くの医療・ケア従事者に浸透はしたと思います、非常に急速に。それは恐らく1年前に厚労省が、エンドオブライフ・ケアのガイドラインの改訂版を発表して、それは「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」ですが、その改訂版の解説の中で、ACPの推奨を打ち出したということがあって、現在、日本ではACP、ACPと、どこに行っても、この言葉は大変よく聞かれます。ですが、誤解も拡散しているんじゃないかなと思いますけど…。

三浦 行くたびに、今日の片山先生のようなお話の内容でACPを語ると、びっくりされ

るんですね、「えっ！」とかいって。どういっぴっくりかという、ACPはDNARとか事前指示書をゴールとするものだと思っいて、立派な事前指示書を書くのがACPの役割だと思っいていたので、「かなり勘違っいしてました」といっう。あっちこっちでそういっう話を、よく聞きます。

会田 そうなのですよっね。ACPの言葉が拡散したのは、一面ではいいことなんですけれども、誤解も拡散してるところが非常に困っておりまして、よく私どもで聞っくのは、「ACPを取りにいく」といっう表現をなさる医療者がいたり、「ACPを書いってもらっう」といっうことをおっしやる医療者がいたりするんですよ。今日おいでくださっった皆様は、片山先生のお話も、ほかの先生方のお話も聞いっていただいたので、ACPをとるとか、ACPを書いってもらっうといっう言い方の何がまっずいのかといっうことは、ここにいらっしやる皆様はもうご認識になっていっると思っいますので、このシンポジウムの後、同僚の方々などに、「ACPはとっったり書いったりするものじゃなくて、対話のプロセスなんです」といっうことをぜひ教えっていただければと思っいます。ACPのことについては、弓野先生が片山先生のお話をお聞きになっって、ぜひ発言なさりたいたいといっうことがおありとのことなので、どうぞ。

弓野 いや、ほんとに大変勉強になります。第1段階、健康な人を対象としたACPといっうお話があっって、その時に自分のACPを、なかなか身近に言えなかつたり、お医者さんに言えなかつたりといっう話があっったのですが、実はいっ先日、娘の卒園式に行きまして、そこでクイズがあっって、「赤ちゃんのときの写真と夢」といっうのがあっったんですね。そこで赤ちゃんの写真はみんなわからなっいんですけど、夢が出た途端にみんな幼稚園児が、「あっ、誰々の夢だ」と言っって、みんな当てていくわけですよ。それを見たときに、「あっ、すごいなあ」と思っって、その一っつの集団で、まだ小さい時といっうのはそういっう、恥もなく、自分の夢をみんなに言っって、そこから人が特定できると、すごいなあと思っって。

一っ方で今日、片山先生から聞いったように、なかなか大人になってくると、自分の希望をまわりに言えなかつたりとか、そう考えると、日本人の特有なのか、外人もそうなのか、先ほどもちよっつと一言言いっましたけど、その「恥」といっうのは、日本人の文化に、今の人間形成になんかあったりするのかなと。そういっうのを踏まえた上でのACPといっうのを、私たちも考えっていかなきゃいけなっいのかなといっうのをちよっつと思っったんですけども、すみません。

会田 恥ずかしいということですか、自分の気持ちを言うのが。

弓野 まあ、そういうのもあるんじゃないかなと。自分はカナダにちょっといたんですけど、その国民性の違いとかもやっぱりちょっとあるのかなというのを感じたりしたんですけど。

会田 そうですね。なかなか、自分はどういうふうにしたいということをはっきり言語化するということ、これはなかなか難しいですよ、たいていの方はいろいろなことに配慮したり、家族や他人に遠慮なさったりしながら生きてきているので。自分で思ったことを率直に表現しないのがこの国の文化であると思われてきたこともあるなかで、人生の最終段階のことだけはっきり言語化しましょうねと言われても、それは難しいでしょうというのはありますよね。なので、そこは「ご自分のお気持ちを率直に語って大丈夫なんですよ」と、「今日話した内容をまたあとで変えてもいいんですよ」ということを繰り返し、医療・介護のスタッフのほうからご本人たちに言葉かけをしていただけると、大変ありがたいなと思います。さて、清水先生、先ほどは時間を気にしてくださってご発言が途中だったようですが。

清水 いや、先ほどのことはもうフレイルのことで皆さん話して下さったので、いいのですが、ちょっとそのACPのことについて、今お話を伺っていて思ったのは、一つはACPという言葉は、三浦先生もおっしゃいましたけれども、本来は人生の最期のところで、自分の意思が表明できなくなった時のためにあらかじめ考えておく、それを話し合っておくという、そういうプロセスだったわけですよ。そして、その言い方というのは、アメリカでもイギリスでも、そして、たぶんオーストラリアでも、いまだそういう言葉づかいをしているわけです。

ただし、ACPでやっている一緒に話し合うとか、相手の人生観、価値観を聞いて、それを踏まえてというようなあり方は、別に自分で意思表明できなくなった時のためにだけじゃなくて、もっと広く、言ってみれば、自分の現在の治療をどうするかということについても、そういうような話し合いのプロセスを通して決めるというほうがいいじゃないかという感じがあるのではないかと思うんです。少なくとも将来のこと、自分の意思表示で

きなくなった時のためにというだけじゃなくて、もっと一般に広く有効だよということで日本では拡大して使われるようになっているので、外国ではこうだと言っている場合と日本ではこうだと言っている場合とでは、ACPの考えている内容が違ってくることがありますので、それは注意したほうがいいんじゃないかということです。

それと、片山先生の図の第1段階というのが難しいのは、日本はかかりつけ医というか、ホームドクター制度がないわけですね。そして、自分一人でも心積りはできるんだけど、介護等のお世話になっていないと、自分がこういうことについて考えたいと思っても、誰か話し合っただけで援助してくれる、意思決定支援してくれる人がいないという現実があって、そういうほうはもう少し制度的にもなんか考えたほうがいいんじゃないかなということがあります。以上です。

会田 はい、ありがとうございます。そうですね、制度的にということになると、学会などがその旗振りをするのが適切かと思いますが、今日は日本老年医学会理事長の楽木宏実先生が会場においで下さっているので、今日のディスカッションをお聞きになり、学会のお役目などをお考えいただくときに、どうでしょうか。すみません、急に振って申し訳ありません、ご発言をお願いできれば有難いです。

楽木 ありがとうございます。大阪大学の楽木です。今、日本老年医学会の理事長をさせて頂いておられますけれども、こんなにたくさんの方が集まられて、こういう議論を聞かれているというのは大変いいことだと思っております。新しい概念や制度というのはかなり難しいのですが、本日の議論のテーマは国民全体が考えなきゃいけないことで、このように意思疎通のキャッチボールを専門の人たちと一般の方とでやっただけの点が大変いいことだと思っております。危惧しているのは、過去に日本で脳死の方からの移植手術の導入が遅れたという経験を見ていてのことで、一般の方が受け入れられない状況で、科学だけを押し付ける医療であってはいけない、介護であってはいけないと思います。一般の方が納得できるものを探し、同じプロセスと一緒に探す時代になっていることを、そのためにこれから啓発活動をどう組み立てていったらいいのかと。私、メディアの方によくそういう話をしまして、国民の方の意見というのはメディアのところが一番やっぱり反映されやすいんですね。非常に一生懸命考えて下さっているメディアの方と一緒に話しながら、これは老年医学会としては、僕らがこうしたほうが良いというものの言い方ではな

くて、提言をしながらキャッチボールできるようなことでやっていくのがいいんじゃないかなと思っています。

きっとここにいらっしゃる方々ですら、具体的な症例が上がってきた時に、悩むこともたくさんあると思うんですね。ましてや自分のご家族が関わり、何かそういう場になった時には、もっと困るようなことも。私自身も自分の義理の父だったり、自分の父であったり、亡くした時に、「これでよかったのかな」と思うことがやっぱりあるんですね。それはここにいる多くの方も、いろんな形で経験されていることでもあるかと思います。ただ、思っていたからできることでもないという現実もある。じゃあ、もっといい施設に行ったらいいじゃないのとか、もっといい先生を探してきたらいいじゃないのって、そんなのができたらみんな苦労しないよと思ったりすることもたくさんある。じゃあ、どこを落としどころにしていくのかといったことと合わせて、落としどころとして非常に大事なものは、僕はやっぱりプロセスだと思うんですね、考えているプロセスであると。それを学会としてはどういうふうに支援したらいいのかを、一緒に、考えさせていただきたいと思っているわけです。どうもありがとうございます。

会田 ありがとうございます。楽木理事長がおっしゃったように、やはり対話のプロセスが非常に重要であると思うわけです。対話をしていく中で、お互いに信頼関係を深めるとか、お互いが何を考えているのかがわかるとか、そういうこと一步一步進めていく。これから老年医学会で葛谷先生が委員長として発表する「ACP推進に関する提言」でも、対話のプロセスをこうやって進めていきたいと思いますという形で、発表していただけるのではないかと思います。

では、残り時間、30分強なのですが、このシンポジウムでは対話がとても重要ですので、参加者の皆様のほうから、きょうのシンポジウムに関して質問や疑問、それからご意見等がおありだと思いますので、前方のマイクのところまでおいでいただいて、そこでご発言いただければと思います。大変恐れ入りますが、時間が限定的なので、ご質問やご意見は、お一人1分を目処にお願いいたします。

【質疑応答】

質問 在宅医療をやっています、Aと申します。今日はいろいろいいお話を聞かせていただきまして、ありがとうございます。ACP絡みでもあるんですけども、患者さんとよ

くお話をするんですよね。患者さんにはけっこう冷静にお話をしてもらえます。ただ、認知障害なんかが強い方だと非常に困って、お話が進まないということがあるんですけども、実は前、働いていた施設なんかでも、我々のご高齢者を診ているんです。ところが、ご高齢者であるから腰が痛い、足が痛いという時に、「それはお年のせいですね」とか、おしっこに夜何回か行くという話で、「まあ、2、3回ぐらいまではいいよ」、「私も2回行くようになりました」とか言って笑っているんですけども、そういうこと言ったらだめなんですね。大変ひどいドクターだと言われました(笑)。いやいや、本当です。死生学の話というほどでもないんですが、患者さんとやっぱり、ほら、「どうしますか?」というお話もしますよね。けっこう患者さんは落ち着いてお話もできますし、「いいお迎え来るかね?」というから、「あっ、それは必ず来ますよ」とか、そういうお話をしただけでも、ご高齢者の前で死ぬことなんか話すなよといって、実は保健所から一度お叱りを受けたこともあるんですね。その家族がどうもそちらへ電話したみたいですけども。というふうに、必ずしもみんながわかってないですね。それで、「ご高齢者を病人だとは言っちゃだめよ」と私は言っているんですが、なかなか理解してもらえませんが、病人ではありません。特に認知症の問題も非常に大きいところもあるんですけども、ちゃんとお話できて、お茶もいれてくれて、ただ、昨日のことはちょっと忘れていたというだけなんです、そんなの、いわゆる認知症だから云々ということで差別するようなことをしてもいけませんし、病気だからといって、もちろんその痛いのをなんとかですね、循環器のほうだっちゃん診ますけれども、それは治療はするんですけども、病気だということにとらえてはだめだと思っんです。実は医者が一番だめだと思っんです。訪看が続いてだめだと思っんです。ケアマネが続いてだめだと思っんです。ヘルパーさんが非常にいいですね、よく見えています。だから、その視点を変えていかないと。今のような見方だと、ただ単に病人であるというふうに見る、見ていく。ACP、アドバンス・ケア・プランニングの話もうまくいかないです。特にしっかりしたご家族がいればいいんですけども、ほとんどですね、ほとんどというと怒られますが、非常にインテリジェンスが高くて、よくわかっている方もいるんですけども、なかなかそういう話ができない方もいっぱいいるわけですね。という、これ、なんだろうかなと考えると、もっとみんなが元気な段階から教育としてそういうことを話し合うということを社会に根づかせないと、これはこの先、うまい具合にいかないんじゃないかなと。今現在もうまくいってないですね、うまくいってません。病気であるといったら納得するんだけど、保健局なんかは特にそうですね、ご高齢だと

言ったら、「そんなこと言うな！病気だったら認めるけれども」と。そういう姿勢でいるところがけっこう多いと思います。そこら辺をまず変えていかないと、うまく話が進まないぞと常々思っております。ということなんで、意見みたいな質問みたいな……。

会田 ありがとうございます。今のはご意見のような、質問のような……。千田先生にお願いしたいと思います。

千田 その時にフレイルという高齢者の心身の機能評価の軸でお互い話し合うと、スムーズではないかもしれませんが、少しは良くなる気がします。話しても通じない人もみえますが、そのような方々へのコミュニケーションとしましては、身体、精神、社会、スピリチュアリティというWHOの健康の定義に則り、四つの側面からお話しを深めながら、患者さんの全人的な苦悩という捉え方でお話しすることが我々医療・ケアの者の責務でもあり、人格を発揮する場でもあると思います。まるで上から目線のようなお話しを致しますが、本当は私自身も普段から悩んでいることです。

会田 ありがとうございます。

質問 人格を磨くように頑張ります（笑）。

会田 先生方、皆様、コミュニケーション能力を、ということのようなんですけど。このことについて片山先生と桑田先生はいかがですか。

片山 とても難しいといえますか、私も地域の中でこういう話をするということをしていきますと、よく怒られるんですね。そんな縁起でもないことをとか、とりあえず関心はあつてここに集まってきたんだけれども、「私のことじゃない」ってわりと皆さんおっしゃいます。90歳になっても100歳になっても「今、元気だから、私は必要ないけど」と。いわゆる他人ごとであれば、健康な状況の時でもお話ができますが、本当にいざ自分ごとになった途端、すごく話しにくくなるということ、すごくよくわかります。ただ、今日お話をした事例の方の場合は、地域の中でみんな、農業委員会の方も交えて話をした時には、みんな後継者がいなくて、自分が病気になったり、倒れたりしたら、自分が大事にしてきた

畑はどうなるのかという不安から、「自分ごと」として考えていったと思うんですね。その時、どんなケアや医療がということを考えていくということ。たぶんこの事例の方を通して、自分のこととして周りの人たちが参加したという形があったと思います。そういったきっかけとかなければ、なかなか浸透していかないといいますが、「さあ、研修会やりますから来てください、話ししましょう」というものでは難しい地域もあるだろうと思っています。

会田 ありがとうございます。

桑田 ある県で、その地域の医師会から市民向けの講演会の依頼があり、私のタイトルの中に「死」という言葉が入っていたんですね。そしたら、市役所からクレームが入った。でも、医師会長さんは、家で死ねっていうことを推進しろと言っているのに、なんで死ってつけちゃいけないんだと闘ってくれたようです。その時には300人を超える市民の方がいらっしやった。ご高齢の男性の方に、「死というタイトルがついていて、不安はなかったのですか？」と尋ねたら、「何言ってるんだい。自分が最期どうなるかわからないから聞きに来たんだよ」と。もしかしたら我々がそのことを国民に伝えてこなかった、もっともっとそのことを、恐怖ではなく、語り合える社会にしていくべきなんじゃないのかなと、個人的には実は思っています。だから、この第1段階から、もっとそういったようなことを話し合える世の中にならないかなと。

会田 ありがとうございます。では、次の方どうぞ。

質問 □□医療センターのBと申します。今日は本当にいろいろとおもしろいお話をありがとうございました。僕も実際に緩和ケアをやっていますので、アドバンス・ケア・プランをお話しする、相談する機会は非常に多いんですけども、今日の会の主旨としても、やっぱりアドバンス・ケア・プランニングをもっとやりなさいということなんですけれども、自分がやっても、「あっ、これちょっとまずかったかな」とか、さっきの質問の方も言われたように、怒られるというか、そういうこともやっぱりあるわけなので、ハームフルということもあると思うんです。そういうマイナスのこともやっぱりある程度議論していかないといけないなと思うんです。

それから、もう一つ、コメントなんですけれども、一番最後に言われましたが、ACP をとりにいくとか、とるというのは、これ本当に危ないことで、チェックシートみたいになって、それにどんどんチェックを入れていって、その穴埋めをしていくようなパターンがあるんですけれども、それは自分がやっていて、聞かなくてもいいこともあるわけなんで、こんだけとりなさいということもありますけれども、それを全部穴埋めしていくというのはちょっとやばいかなと、いつでも思っています。コメントでした。

会田 ありがとうございます。そういうチェックシートのタイプの事前指示書は、大分使われているかと思うんですけれども、そういうものだけで済まさないようにしましょうというのが、西洋でも言われているACPであるということで、とても大事なことを指摘いただいたと思います。それから、ACPで患者さんやご家族に語りかける言葉が、ご本人たちにとっては、「今そういうことは聞きたくありません」という場合、これも本当に非常に厳しい、難しいことなんですけれども、森田先生、長年、がん患者さんの緩和医療を担当してこられた医師として、現場で日々遭遇なさっていると思うのですが、悪いニュースの伝え方について、ご助言をお願いします。

森田 はい、振られるまで、ACPについてあんまり発言しなくなかったんですけど(笑)、難しいですよ。まずまず大きく言って僕の考え方は、一つにはもともといろんなことを先々決めたくない人、決めたい人みたいな価値観があるので、今日宵越しの金は持たないぜみたいに生きても、別にそれはそれでいい人もいるから、みんながみんなの話じゃないよなみたいな認識がまずないと、いけないと思うんですね。ある程度先のことを知ったほうがいい人たちの中にも、行動経済学者がよく言うのは、人間は基本的に先延ばしという行動をとるので、自分が今そこにアンテナの立っていることしか認知しない。例えば、車を買いたいと思っているようなベースがあれば、車のCMを見て、「あーっ、何々が出たか」とするけど、買いたくもないときにバンバンバンバンいくらCMを見せられても、もういやな気がするだけで、何も響かないですよ。なので、がんにしる何にしる、たぶんそうだと思うんですけど、その人の今、気になっていることを話していく延長線上で、意識がなくなったらどうするか…みたいなのがあのようなコミュニケーションを心がけていくのはいいと思うんですけど、さあ、そろそろ、来週やばそうだからスタートしていくぞと(笑)、そんな感じになっちゃう。

でも、僕は救急現場も抱えている病院の管理者として、こっちの事情でしないといけない場合というのがやっぱりあるんですよ。これは別にアドバンス・ケア・プランニングという話なのかどうなのか、「申し訳ないんだけど、これこれについては決めておいてもらわないと、本当にそうなった時にあなたも困るし、家族も困るし、みんなが困るんです」というパターンもあるので、長期的に見て、その人の人生がよくなるみたいな感じのACPみたいなことと、申し訳ないんだけど、今週、来週をしのぐためのやつみたいなのを、もうちょっと分けしていったほうがいいたろうし、清水先生さっきおっしゃったみたいに、本来はACPというのは自分の意識がなくなって発言できなくなったら、こういうふうにしてほしいというのを目指すべきだったのに、わりと国内のACP議論では、来週の意味決定をするためのことまで話し合っていこうみたいなのも含んじゃっているから、その辺の切り分けも将来的にしていかないと、なんかもやもやとするなみたいな。言わないつもりでいたんですけど（笑）、すみませんね。

会田 いえいえ、大事なことをご発言いただいてありがとうございます。まさに直近のケアの医療とケアの方針決定をしつつ将来を見通すということとACPを連続的に考えるのか、分けて考えるのかということ、重要な論点だと思います。ご本人にとってはどちらがいいかということで、一人ひとりについてご判断をいただくというようなことにもなるかと思えます。では、次の方どうぞ。

質問 ◎◎センターの呼吸器内科というところで、おおむね高齢者の肺がん診療を行っている者であります、Cと申します。大変おもしろいお話をたくさん聞かせていただきまして、ありがとうございます、大変勉強になりました。それで、簡単に2点だけなんですけど、一つ目はACPのお話を進めていこうとなった場合に、今の日本の非常に多忙な外来診療の中でそれを進めていくというのはなかなかちょっと難しいかなということがあるので、具体的に、日常診療の中で、どういうふうにそのACPの話を進めていくのが理想的かということに関する、何かご意見みたいなものがあれば、お伺いしたいなということが一点目。

それから、もう一つは、よく話題には出るんですが、結局人生の最期をどうしましようかというお話をするとするのは、先ほどからのお話もありますように、患者さん、それからご家族の方にとっては、かなりストレスフルなこともあると思うんですよ。心理的な

負担がかかりやすいことに関してお話を切り出す場合に、日常診療の枠をもう越えてしまっているということであれば、なんらかの同意がその前に必要なかどうか。つまり、研究としてもそういう方向性でやらなきゃいけないのかどうか。あるいは、社会的な合意は形成されているからその必要はないということなのか。そういったことに関する、パネリストの先生方のご意見を伺いたいと思ってまいりました。

会田 ご質問ありがとうございます。1点目、非常に忙しい外来の中で、どうACPをやるのでしょうか。弓野先生、お願いします。

弓野 ありがとうございます。やはり内科の外来は非常に忙しいですし、その中でどうやるか。皆さん大体定期的に来られる人が多いと思うのですが、こっちからなんか話すというよりは、まずはその生活環境を聞いていく。例えば、「あっ、そういえば誰と住んでいるんですか?」とか、「昔はどういう仕事をしていたんですか?」とか、自分はそれを少しずつカルテに重ねていって、それを看護師にもお願いしてためていくという作業はしております。

あと一つは、よくコミュニケーションがとれている患者さんで、相手もとても元気な時に、「そういえば何歳ぐらいまで元気でいたいと思いますか?」と、ぽっと聞いたんですね。そしたら、すごい反応がよくて、むしろ「えっ、なんでそんなこと聞いてくれるんですか?」みたいな感じで、ぐっと距離が縮まった経験があったんですね。もちろん患者さんによって考えなきゃいけないと思うんですけど、そういうダイレクトな質問も時にはいいなというのを考えながら、個別性をもって対応はしております。

会田 千田先生はいかがですか。

千田 ありがとうございます。実際のところ、普段の一般の外来ではなかなか厳しいと思われれます。しかしCOPD患者さんには増悪時の入院というACPの話の切り出すのに適した機会があります。入院している患者さんが退院される時はお話を切り出しやすく、患者さん側から「今後の話」として話題に出たりもします。また、「たばこ病」と診断され、息切れが少し自覚される頃に行われる「教育入院」がとても大事です。これは病気や将来についてお伝えする機会として、いわゆる「統合ケア」の要と言えるシステムです。教育

入院の重要課題としてACP、患者さんと医療者、そしてご家族まで加わって頂いたコミュニケーションがよい結果に繋がると以前から報告されてきました。それで私は教育入院の機会を大事にしていました。しかし、病院の方針が変わり、なかなか疾患教育のための2週間の入院が提供できなくなり、外来で疾患教育を続けています。患者さんのおっしゃるお話をしっかり伺い、大切に受け止めることが医療者の責務かと思います。十分なお答えにはなってはいませんが、済みません。

会田 ありがとうございます。2点目のご質問のほうですけれども、ご本人やご家族にストレスfulな言葉かけしてしまう可能性もあるこのACPについて、最初に研究を行って、その効果を確認してからやるべきではないかという、そういうお話でしたでしょうか。今日、千田先生からACP研究の先駆者の一人であるオーストラリアのDr. デタリングのお話をしていただきましたけれども、デタリング先生も、最初に研究として発表なさって、それで今実践なさっているということでしたが、千田先生、このことについていかがですか。

千田 デタリング先生はオーストラリアの呼吸器科の先生で、肺がんやCOPD等の呼吸器病の患者さんを診ていらっしゃいます。「息苦しい」という症状を大変気にされてきました。デタリング先生は日常的な診療を実践されながら、ACPの研究も進められ、さらに地元のメルボルンで徐々にACPを実践もなされ、ACPを活かした実臨床を展開されました。そして、本当に良い結果が出せそうな確信が得られた時点で「ACPのファシリテーションをする群」と「しない群」に振り分けたACPの研究を提案されたそうです。ACPの話をしっかり聞き取るためのACPファシリテーターとACPの議論を進める専門の看護師さんが養成され、人生の最終段階の医療の結果を良くされました。患者さんの人生の最終段階における意向が確認され、その意向が尊重され、医療の質が向上し、患者さんと患者さんのご家族の満足度が向上されました。ご遺族の大きな問題である患者さんの死後のストレス、不安やうつ等の軽減も報告されました。これ以降もACPが医療・ケアの結果を良くしたというエビデンスが世界各国から報告されています。

会田 ありがとうございます。次の方、お願いいたします。

質問 ◇◇病院の呼吸器内科のDという者です。今回いろいろ聞かせていただいて、先ほど森田先生の話にも少しあったと思うんですけど、急性期での話の進め方ですね。私の働いている場所、3次救急病院で非常にすさまじく忙しい場所なんですけど、急性期の時間のない中でこういったことを決めなきゃいけない場面が非常にたくさんあって、古典的にはそれこそ、申し訳ないけど、今すぐ決めてくれという形で選択を迫らなきゃいけない。ただ、そういう決め方をすると、やっぱり齟齬が生まれるんですよね。その中で、いろんな問題も院内で起こったりすることも多々あって、私は一人の医師として、そこをすり合わせるためのなにかツールがないかなということで、今回ACPという、そういったツール、考え方がある、そういったものは、じゃあ、適用するのにどうなんだろうというふうに変えながら、講演を聞かせてもらっているわけなんですけれども、こういった価値観を共有する一つのプロセス、繰り返し、理解するまでやっていくというのは、すさまじく時間がかかるものだと思うんですよね。例えば、そういう急性期の時が初回の人ってたくさんいると思うんです、日本の医療において。そういう場面においては、先生方なりの一つのメソッド等はあるんでしょうか。例えば私個人は、チェックシートはどうだろうと思ったんですけど、先ほどチェックシートではだめだという話もあって、なるほどとも思ったり。いかがでしょうか、先生。

会田 チェックシートも使っていただけのはいいと思うんですけど、チェックシートだけだと不十分ということで。この件は、片山先生、地域でお取り組みになっておられるので、よいコメントをいただけたらと思います。

片山 今ご質問というか、ご意見いただいた状況は、本当によく急性期の先生方から伺うことで、「こんなに忙しいのにそこをどうしていったらいいんだ」ということはよくあります。先ほど森田先生が言われていたこととリンクするのかなと思いますが、今話したくなければ、選択に至るまでの準備期間といえますか、もう少し待つて猶予ができる場合と、申し訳ないけれども差し迫った選択を迫らなくてはいけないという場合が、当然両方あるんだろうと思います。その差し迫った時に、そののところがうまく理解をして進めていけるようなツールがあるのかというご質問なのかなと思いました。そういういいツールがあったら、私も教えてほしいなと思ったりします。ただ、本当にさまざまな病院で、いわゆるチェックシートというのを使っているところはあるとは思いますが、そのチェックをし

たこと理由、どうしてここのチェックがなされたのかということすら話し合われていない。もしくはそのチェックの背景にある理由や根拠すら話をしていなくて、書面だけでやっていこうとしているところも見受けられる部分がある。したがって、私はせめてそこにチェックをしたこと理由ぐらひは聞けないだろうかということをお伝えすることはあるんですけども、お答えになっているでしょうか。

会田 はい、地域でACPを推進していったって、そのACPで得た情報を本人の移動とともに医療機関に伝達するような仕組みというものができると、恐らく3次救急のところ急いで問題が持ち上がるというようなことは減るのではないかと思います。

片山 そうですね。したがって、「つなぐ」というシステムが必要じゃないかと思っはいますが、なかなかうまくつながってっていない現状が今ある。その地域の中で、じゃあ、どうい情報が必要かということ、今、香川県でも、急性期として、どうい情報があたらいいのか、つなぎたい情報ってどういことなのかということ、地域の中で話し合いをしているというい状況もあります。

会田 ありがとうございます。では、次の方、よろしくお願ひします。

質問 私、150床の老健で医者をやっております。これまで話されたいわゆる緩和ケアというのは、進行性の非可逆的な疾患における緩和ケアだと判断いたします。ただ、私どもとしては、終末期ケア、緩和ケアを大体同じように使っていますけれども、ナチュラルコースで死んでいく方、いわゆる老衰、その中であって緩和ケアをどうするかということに非常に私は興味をもちております。アドバンス・ケア・プランニングについても、疾患であれば、しかも非可逆的進行性の疾患であれば、がんであれ、その他であれ、ある程度の段階でもっていろいろと計画が立てられると。ところが、老衰の場合には、かなり末期にならないと何にも言えない。その末期も、下手するとまた戻ってくるという状況がある。その中でどんな緩和ケアができるのか。それから、清水先生がおっしゃったように、ACPではなくてAD——アドバンス・ディレクティブのほうが家族にはやりいいんじゃないか、私はそう思いますが、いかがなものでしょうか。

会田 ご発言ありがとうございます。最初の老衰の緩和ケア、先生方、どなたがお答え下さるのでしょうか。森田先生……、あっ、首を振っておられる（笑）。では、弓野先生お願いします。

弓野 本当に日々の診療で、この人は老衰なのかな、それとも臓器障害なのかって迷う中で、老衰と判断した時に、「じゃあ、点滴を」っていうことになったりするんですね。でも、点滴自体は、その人にとって決してプラス、熱中症とか一時的な感染とかはいいと思うんですけれども、なかなかプラスに働くことは難しいので、どちらかというところご家族のケアという意味での点滴というのは、行うことはあります。また、エンドオブライフ・ケアを考えると、点滴よりも本人が望んでいるのは、清潔を維持したりとか、あとは体に触れてもらったりとか、不安をとってほしいとか、そういうことであると一般的に言われていますので、それが一つの緩和ケアの方法としても考えてはいます。

質問 老衰のサインにもいろんな症状が出てくるというのは、もちろん皆さんご存じだと思うんですけれども、それに対する処置がなかなか決まっていなくてというところで私の質問になったわけなんですけれども。

会田 はい、それについては今後の重大な課題ということで、宿題としてお預かりいたします、ありがとうございます。それから、もう一つご質問いただいた、ADのほうがやっぱりいいんじゃないですかと。三浦先生、お願いします。

三浦 はい、AD（事前指示）は、先ほども言いましたけれども、国際的にはあまり成功していなくて。というのは、なかなか病状をきちんと把握できない中で答えてしまったり、あるいはこの前にニュースになったケースじゃないですけど、ご本人の気持ちは変わりますよね。だから、2週間前に書いたものが今通用するというわけにはいかないの、やっぱりそのADの限界については、ずーっと言われています。ですから、最後まで意思決定支援に人として関わっていくというほうが、日本的には良いのではないかと私自身は思っております。

会田 ありがとうございます。では、次の方お願いします。

質問 △△病院の E です。こちらに片山先生の論文、「カナダのブリテッシュコロンビア州におけるアドバンス・ケア・プランニングの実践と教育について」をお持ちしました。日本では第1段階でACPの導入が難しいというお話があったんですけど、この論文の中では、地域住民を巻き込んで、健康な人も対象にして普及活動をしたと。図書館司書や退職者組織の人など、住民を巻き込んで、ショッピングセンターやコミュニティセンター等、住民の生活を基盤とした場所でそういうことをやったということなんですけど、日本ではなかなかACP導入の第1段階が難しいということ踏まえて、こちら辺、どのようにして住民の方、この最期の段階を考えるにはまだ及ばないような健康な人たちをどのように巻き込んでいったのかというのをちょっと補足いただけたら幸いです。

会田 片山先生お願いします。

片山 はい、カナダではもともとショッピングセンターのようなところでこのような活動をしていたということがあります。やっていた内容は、私が今日プレゼンテーションをした内容とほとんど一緒に、自分の人生をどう生きるか、自分の人生の大切なことについて、どう考えますか？ということをはなしながら、自分の生き方として、最期までどう生きるかということにフォーカスを当てて、健康な人の場合は考えていました。だから、退職者、仕事を退職していくようなきっかけの時であったり、あとの人生を考えるよい機会になると思うので、そういう機会をとらえて、健康な人を対象にやり始めたというところがあります。それを少し論文にも書かせていただいたというところです。

会田 ありがとうございます。では、最後の方お願いします。

質問 Fと申します。本日は貴重な講演ありがとうございました。ACPの第1段階について、ちょっとご質問させていただきたいと思っております。私、もともと理学療法士として、脳外科と循環器の急性期でずっと働いていたんですけど、今は予防だとか、そういう健康教育をしようとして、自分で独立・起業して活動をしています。実際に企業での健康経営や行政と組んで健康の教育というのをやっています。先ほど会田先生が、普段、自分がどうしたいのか明確に語らない日本社会で、人生の最終段階における医療とケアにつ

いて話してくださいと言っても無理というようなお話をされていたと思うんですけども、実際、今、心臓ヨガというコンテンツの中で、ポーズだけじゃなくて対話を通して自分がどう生きていきたいとか、何に不安をもっているのかという話をしていく中で、不整脈が軽快したり、血圧が下がったり、自分がどう生きて、どう死にたいと考えるという時間をつくることができているんですね。ただ、自分が理学療法士という立場であり、医療という場ではないので、そういう民間での活動において、こういう最先端でACPを進めていらっしゃる皆様が、そういう活動をしているコメディカルだとか、企業に対してどう思うだとか、どういにかかわり方があるのかというのを、ちょっとアドバイスいただけたらなと思います。

会田 片山先生、またお願いしてもいいですか。

片山 いや、もう今言われていたことをそのまま継続してなされればいいのではないかと思います。そういうことが大事なんじゃないかなというふうに思っています。

会田 では、三浦先生お願いします。

三浦 理学療法士が主に使っている仕様で、先生ご存じかもしれないですけど、COPDじゃなくて、COPMというカナダ式の作業療法の中に、本人と話し合っ、どういうふうに生きていって、そのためにはどういうレベルのADLが必要かというのを話し合っ、その目標に対して、一緒にいろいろとサービスをしていくというような仕様があるので、たぶんそれもACPに入るんじゃないかなと思うので、ぜひそういったのも取り入れていただけたらなというふうに思います。

会田 ありがとうございます。広範囲な、主にはACPに関する質問が多かったのですが、ご議論いただきありがとうございます。では、三浦先生、最後にまとめの座長コメントをお願いします。

三浦 今日は非常に重要な意見たくさんいただきまして、やはりもともとは清水先生がおっしゃられたように、ACPというのは判断能力がない時にでも本人の意向が反映される

ようにということが、少しずつ前にずれてはいるんですけども、基本は変わっていないんじゃないかと思うんです。やっぱりアドバンスに聞いていくという必要があって、そういう意味では、森田先生が言われた、今現在のオンゴーイング ongoing の意思決定支援の話と、アドバンス・ケア・プランニングというのは違うので、その辺はやっぱり誤解がないように、こちら側からも提示していかなきゃいけないなというふうに思いました。その場その場の意思決定というよりは、アドバンス・ケア・プランニングというのは、例えば、医療代理人みたいな、海外で行われているのを我々代弁者と呼んでいるんですけど、代弁者を早くからつくっていくとか、そういった戦略的な行動がメインになるので。それで、その場その場の意思決定のあり方というのは、実は国際的にもはっきり決まっているわけではなくて、東大の清水先生が中心となって始められて約30年間やってこられた共同意思決定支援とか、海外で今行われている、国際学会もあるんですけども、シェアード・デシジョン・メイキング Shared decision-making の最新の意思決定支援のあり方とか、その辺をきちんと取り入れないと、やっぱりストレスの多い意思決定支援になっていくかなと思うので。ただ、ACPにはそういう要素が全然規定されてないので、我々がそういう、意思決定支援がいかにあるべきか、というところをもう少し研究的にもやっていくべきなのかなというふうに、今日非常に強く思いました。どうも本当にありがとうございました。

会田 ありがとうございました（拍手）。また来年、この場で皆様にお会いできればというふうに思います。さらに発展形のACPのシンポジウムをさせていただきたいと思います。本日は誠にありがとうございました。（拍手）

司会 本日は長時間にわたりご参加いただき、誠にありがとうございました。

（終わり）