

# Aging エイジング & Health アンドヘルス



No.96  
2021年  
第29巻第4号



特集

## アドバンス・ケア・ プランニング

シリーズ

インタビュー

いつも元気、  
いまでも現役

トライアスリート/アイアンマン世界王者 稲田 弘

ルポ

地域の鼓動

北海道石狩郡当別町  
社会福祉法人ゆうゆう



公益財団法人  
長寿科学振興財団

# 鳥たちの季節

## 第4回 ツルは千年？

公益財団法人日本野鳥の会会長、立教大学名誉教授 上田恵介



タンチョウ

「鶴は千年、亀は万年」ということわざがある。私も「ツルは本当に長生きなんですか？」という質問をされることがよくある。まさかツルが千年も生きると本気で信じている人はいないだろうが、なんとなく長生きなんじゃないかと思われる、長寿のシンボルとされているのがツルである。

日本でツルといえばタンチョウ。タンチョウ（丹頂）の丹（たん）は酸化水銀の朱色のこと。頭のとつぺん（頂）が赤いので、丹頂という名がつけられた。その清楚な姿は、古くから絵画にも描かれ、縁起のいい鳥として人々に親しまれてきた。江戸時代までは全国各地に生息していたらしいが、現在は北海道の釧路湿原や道東地域に少数が生息しているだけである。

タンチョウは何年くらい生きるのだろうか。動物園で飼育されていた記録では四十年ちよつと、野生では平均して二十五年くらいと言われている。タンチョウ以外のツルで寿命の正確な記録が残っているソデグロヅルでは、六十一年生きた例があるので、タンチョウも条件次第では六十年くらいは生きると思われる。

日本は「人生一〇〇年時代」に突入したと言われているが、ツル以外の鳥ではどうだろうか。これまでに世界の鳥で寿命の記録が残っている例では、長寿第一位はヤシオウムの九十年、第二位はフラミンゴの八十三年、第三位がモイロペリカンとワシミミズクで六十八年である。一般に大型の鳥は寿命が長い。オウムの仲間のキバタンが百二十年生きたという非公式の記録があるのも、もしかすると大型のオウムやインコの中には、百年以上生きるものが出てくるかもしれない。

野外の鳥については、寿命を調べることはなかなかむずかしい。だが海鳥たちは、毎年、同じ繁殖地に戻ってくることから、寿命に関する正確なデータが残されている種類もある。その一つがアホウドリ類である。鳥島のアホウドリでは、ヒナの時に足輪をつけられ、三十歳を超えた今も元気に子育て

している個体がいて、現在も記録を更新中である。

アホウドリ類は全般に長生きである。最高齢の記録はミッドウェイ諸島で繁殖しているコアホウドリで、現在六十九歳の個体がいることが知られている。ウイズダム（知恵）と名づけられたこのコアホウドリの存在が初めて確認されたのは二〇〇二年のことである。ミッドウェイ諸島では、半世紀以上上にあわたり、アメリカの研究者によって海鳥に金属製の足輪をつける研究が行われているが、二〇〇二年に摩耗した足輪の交換が行われたとき、この個体が最初に足輪をつけられたのは一九五六年であることがわかった。アホウドリ類は少なくとも四歳にならなると繁殖できないことから、この時点でウイズダムはコアホウドリとしては最高齢の五十二歳と推定された。

彼女はそれ以後も毎年、繁殖地に戻ってきて繁殖を繰り返して、昨年十一月にも、またミッドウェイに戻ってきて、繁殖活動に入っている。ということはウイズダムはすでに六十九歳、寿命に関する記録が残された野生の鳥としては世界最高齢である。しかも繁殖活動をしているというのだからすごい。彼女はあとどれくらい記録を伸ばすのだろうか。



### 目次

最終回

エッセイ

## 鳥たちの季節

第4回 ツルは千年? ..... 2  
 公益財団法人日本野鳥の会会長、立教大学名誉教授 上田恵介

## 巻頭言

ACP—本人の思いを尊重した人生最終段階の医療・ケアの実現— ..... 4  
 名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教授 葛谷雅文

## 特集

### アドバンス・ケア・プランニング

—希望に沿った人生最終段階の医療・ケアのために—

日本老年医学会「ACP 推進に関する提言」の意義 ..... 6  
 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特任教授 会田薫子

地域における ACP の実践 ..... 10  
 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科教授 片山陽子

多職種連携の実際と課題  
 —ACP ファシリテーターの役割— ..... 14  
 国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医師 西川満則

医師会の取り組み  
 —かかりつけ医の役割と多職種連携への取り組み— ..... 18  
 医療法人社団勝谷医院院長  
 大阪大学大学院医学系研究科臨床遺伝子治療学寄附講座招聘教授 勝谷友宏

在宅医療における ACP  
 —呼吸不全患者への対応を中心に— ..... 22  
 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長 三浦久幸

末期腎不全患者の ACP ..... 26  
 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学主任教授、川崎医科大学副学長 柏原直樹  
 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学 徳山敦之  
 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学講師 角谷裕之

インタビュー

## いつも元気、いまも現役

この年になっても進化できる  
 それがトライアスロンの原動力 ..... 30  
 トライアスリート/アイアンマン世界王者 稲田 弘

ルポ

## 地域の鼓動

福祉が福祉で終わらない  
 まちづくりを北の大地で開拓 ..... 34  
 北海道石狩郡当別町 社会福祉法人ゆうゆう

最終回

エッセイ

## がんと共に生きる

第4回 今こそ在宅医療を進めるとき ..... 38  
 公益財団法人日本対がん協会会長 垣添忠生

## 最新研究情報

## 機関誌「Aging & Health」の

情報提供方法についてのアンケート調査結果 ..... 41

## News & Topics



<表紙>

トライアスリート/アイアンマン世界王者  
 稲田 弘さん

(撮影/丹羽 諭)



名古屋大学大学院医学系研究科  
地域在宅医療学・老年科学教授

葛谷雅文

葛谷雅文 くずや まさふみ

1989年 名古屋大学大学院医学研究科修了(医学博士)  
1991年 米国国立老化研究所研究員  
1996年 名古屋大学医学部附属病院(老年科)助手  
1999年 同 講師  
2003年 名古屋大学医学部(老年科学)助教授  
2007年 名古屋大学大学院医学系研究科老年科学分野准教授  
2011年より現職  
専門分野：老年医学

## ACP—本人の思いを尊重した 人生最終段階の医療・ケアの実現—

超高齢社会に突入しているわが国では、高齢者人口の増加に伴い、いやな言葉ではあるが、いわゆる「多死時代」を迎えるに至っている。誰しも自ら望むような人生の最期を迎えたいものであるが、医療の現場ではその実現がむずかしい場合にもよく遭遇する。

実際、ご本人の人生観、人生の最期の迎え方の望みがわからないことが多いのが現状である。特に生命維持装置の使用や侵襲のある検査または治療を実行するか否かを決断する際に、多くの高齢者がその時点で自分の意思表示ができないケースが多い。

その場合はご家族にその決断をゆだねるわけではあるが、ご家族にとっても当事者の思いや希望が不明であったりするケースが多く、悩み迷ったあげくに最終的に苦渋の決断をせざるを得ない状況となる。人生の最終段階における本人の思いを尊重した医療・ケアを実践したいのではあるが、それが叶わないケースが多すぎる。

近年、欧米を中心にこの課題に対応するため、人生の最終段階に至るまで1人ひとりを尊重しつつ医療・ケアの意思決定を支援する具体的な方途として、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）に注目が集まっている。

日本においても、2018年に厚生労働省の「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」において、共同意思決定支援にACP（人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）を盛り込み、また2017年の日本医師会 生命倫理懇談会 第XV次生命倫理懇談会答申、「超高齢社会と終末期医療」の中でもACPの取り組みを推奨している。

私が所属する日本老年医学会・エンドオブライフに関する小委員会では、2019年に「ACP推進に関する提言」ならびに事例集を提示した。それもあり、今回『Aging & Health』で「アドバンス・ケア・プランニング—希望に沿った人生最終段階の医療・ケアのために—」の企画を取り上げていただいたものと思う。ほとんどの執筆者が日本老年医学会・エンドオブライフに関する小委員会での上記の提言の作成に関わった方々であるが、最後に、人工透析の中止の問題が少し前に取りざたされたこともあり、日本腎臓学会の柏原直樹理事長（川崎医科大学腎臓・高血圧内科学主任教授、副学長）には「末期腎不全患者のACP」のテーマで執筆をお願いしている。

今回の企画が皆様のACPの理解と実践につながることを期待している。

# アドバンス・ケア・ プランニング

希望に沿った人生最終段階の  
医療・ケアのために



長寿社会を迎えた今、人生の最終段階に至るまで1人ひとりを尊重しながら医療・ケアの意思決定を支えるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）が注目されている。ACPとは、自らが望む人生最終段階の医療・ケアについて前もって考え、家族や近い人、医療・ケアチームと繰り返し話し合いを行い、共有するプロセスのことである。厚生労働省が2018年3月に再改訂版を発表した「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」の中でもACPの重要性を強調している。

日本老年医学会は2019年6月、倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会」を中心に「ACP推進に関する提言」を取りまとめ発表した。そこで今号は、「エンドオブライフに関する小委員会」委員長の葛谷雅文先生（名古屋大学大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学教授）と副委員長の会田薫子先生（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特任教授）を企画アドバイザーに迎え、「アドバンス・ケア・プランニング」をテーマに各先生方に解説いただいた。

（編集部）



# 地域における ACP の実践

かたやまようこ  
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

**【略歴】** 2003年：愛媛大学医学系研究科修士課程修了、病院看護師、訪問看護師を経て2005年：香川大学医学部看護学科助教、2007年：岡山県立大学大学院保健福祉学研究科博士後期課程修了、博士（保健学）、香川大学医学部看護学科学内講師、2009～2010年カナダ、ブリティッシュ・コロンビア大学研究員、2013年：香川県立保健医療大学准教授、2016年より現職

**【専門分野】** 在宅看護学

## 本人の選択を基盤とする地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムは、住み慣れた地域で自分らしい暮らし、生き方を人生の最期まで続けることができるためのコミュニティを基盤とした包括的なケアシステムである。そのシステムは病気や障がいがあっても、誰もが自分らしく生きることを支えるもので、2次医療圏や市町など地域の特性や規模に応じて展開されている。医療やケアが必要な状況や、さらに将来、本人の意思決定が困難になった状況においても、尊厳をもって人生をまっとうすることができるためには、本人が選択できることが大切で、本人らしい選択を基軸にその選択を支える仕組みとして、コミュニティをベースに統合的なケアを展開する地域包括ケアシステムが必要である。

## 人生の最終段階、 継続的に本人の思いを支える

人は誰かを支え、誰かに支えられながら生きており、特に、人生の最終段階では、医療やケアが必要な状況となることが多く、誰かに支えられながら生きることが生じる。老いや病によって医療・ケアが必要な状態になったとき、地域において場を移行しながら医療やケアを受ける。そのとき、本人にとっての最善の医療・ケアを本人が望む場で、望む形で受けられることが重要である。医療やケアは、その人らしい人生を支えることに貢献するものである。場によってその人の思いを支える人は異なっても、その人の人生に伴走するように、その時々に関わる多職種が継続的にその人らしい生き方を支える必要がある。

## 地域包括ケアシステムにおいて 多職種でACPを実践する

多くの高齢者や病気をもつ療養者などは、ある程度の生活圏域の中で健康状態や生活状況に応じて医療や介護を受けながら生活している。本人の意思を尊重するには、多職種が本人の価値観、意向、人生の目標を共有し、理解したうえで本人の尊厳を尊重するチームとなり、アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)を実践することが求められる。

アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とは、将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスであり、ACPの目標は、本人の意向に沿った、本人らしい人生の最終段階における医療・ケアを実現し、本人が最期まで尊厳をもって人生をまっとうすることである<sup>1)</sup>。医療や介護、その提供の場によって対象の呼称は患者や療養者、利用者など多様であるため、本稿では統一して本人の表現を用いる。

## 健康段階別に繰り返されるACP

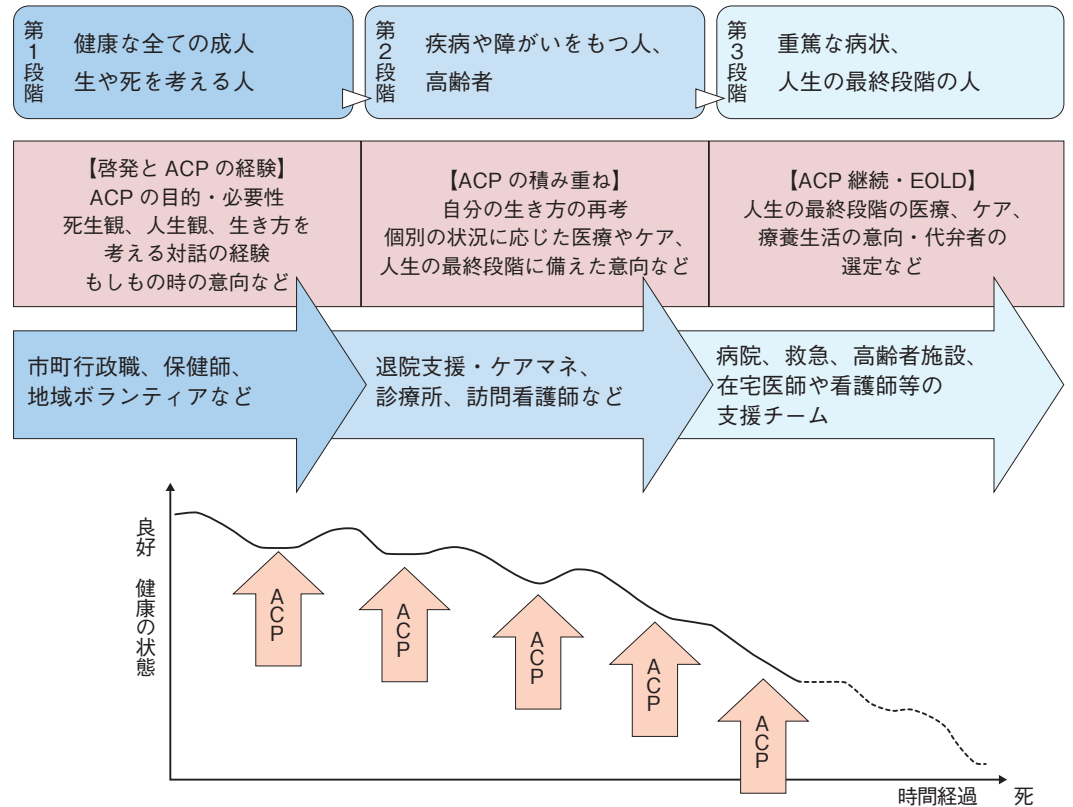
図1のように、ACPは人生曲線に沿って、健康な段階から開始し、健康状態の変化時やライフイベントの折に繰り返して実施するものである。地域における健康段階ごとのACPの展開を紹介する。

### 1. 第1段階

第1段階は、対象は健康なすべての成人かつ生や死を考える人である。ACPの目的や必要性を知り、死生観・人生観・生き方を考える対話の経験をする段階である。第1段

階は集団を対象として、地域包括ケアシステムにおける予防活動など地域住民が集う場で、市町行政や地域包括支援センターの保健師などが担当しACPの啓発を行い、住民同士で生や死について語る経験をして、自分の人生や生き方を考える機会とする。また、先に起こるかもしれない、もしもの時の意向なども考え、話し合う。これらの話し合いを経験することは、自らの価値観と自分の人生が有限であることを認識し、これからの人生をよりよく生きることにつながる。

図1 健康段階別に繰り返されるACPの実践



日本エンドオブライフケア学会 意思表示支援研修会資料を参考に改変

## 2. 第2段階

第2段階は、対象は疾病や障がいをもつ人、および高齢者である。第2段階は、個人の健康状態や状況に応じて、本人・家族・医療ケア提供者の3者で個々の状態に応じて個別に実施する。ACPで話し合う内容は、自分の生き方を再考、個別の状況に応じた医療やケアの選択、人生の最終段階に備えた意向などである。

第2段階も第3段階も、話し合いは常に本人の価値観や人生観を確認しながら、価値観に基づいて「本人の最善」に向けて話し合う。第2段階では、疾病の状態によって、入退院を経験したり、要支援・要介護認定を受けて医療・ケアサービスを現在進行形で受けていることが多い。その期間は人それぞれであるが、人生の物語りに寄り添うよう経過の中で、本人と支援者は関係性を構築しながらACPを繰り返し、積み重ねる。話し合いを実践するための支援者は、現行の医療・ケア提供者であるケアマネジャーやかかりつけ医、訪問看護師などが担うことが多い。

## 3. 第3段階

第3段階は、対象は重篤な病状や人生の最終段階にある人である。そのため、差し迫った状況の中で看取り期を見据えた医療やケアの具体的な選択が必要となる。人生の最終段階の医療・ケアについて、療養生活の意向や看取りの場、代弁者の選定などの確認も必要である。第3段階は医

療機関、救急の場、高齢者施設、在宅医療やケア提供の場が実践の場となる。

第2段階に比べて、本人とそこに携わる支援者が関わる期間は短いことも多いうえに、本人の健康状態が低下しており、本人が自分自身で意思決定できない状況が生じる場合もある。その場合は、本人によって選定された代弁者とともに、本人の意思を推定しながら本人の最善に向けた医療・ケアの選択を行う。このとき、本人の意思をつなぎ尊重するために、第2段階において実施したACPの情報が場が移行しても共有しつつ、揺れ動く意思に寄り添いながら実践することが重要である。

## 意思決定支援のステップ

ACPは将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスである。意思決定支援は、意思形成支援、意思表示支援、意思実現支援のステップがある。そのステップを踏み、意思決定するが、一度何かを選択・決定しても、人の意思は状況によって変化する。したがって、健康のレベルや置かれた状況によって意思決定支援、ACPは繰り返し実施する必要がある。地域において、多職種チームでどのように意思決定を支援しているか、ステップごとに考える。



## 1. 意思形成支援

意思決定において、価値観の明確化は重要であるが、自分自身の価値観、大切なことや譲れないことなど、明確になっていないことが多い。

まずは本人が意思を形成する段階が必要である。大切なこと、価値観は日常の中に埋め込まれており、生活のさまざまな折に表現される。そのため、要支援や要介護状態にあり、何らかの医療・ケアサービスを受けている場合は、サービスを受けている場面の中で表出されることがある。意思形成の第一歩は、サービスの一場で表出された「思いの切片(ピース)」を関わっている多職種で集めることから始まるのではないかと考える。「自宅にいるときに安心して」「リハビリを頑張って、もう一度田畑を耕したい。それが生きがい」などの言葉の1つひとつが、その人の思いの切片であり、それらを集めてその人の意思の全体像を形づくる。

また、医療・ケアに対する思いについても、身近な人の死に直面したときなど、「(人工呼吸器は)自分だったら拒否したかもしれない」「〇〇さんは管から栄養を入れていたけど、自分は無理かもしれない」など医療やケアに対する意向や選好につながる言葉が表出されることもある。これらも大切な思いの切片であり、意思の全体像を成すために必要な段階である。聴く人がアンテナを張り、これは思いの切片であると捉えて集積しておけば意思形成につながるが、聞き流してしまうと世間話で終わるかもしれない。意思形成の支援は、面談の場を設けて聴くだけではなく、関わる多職種が常に感度よくアンテナを張り、意図的に取り込むことが重要である。

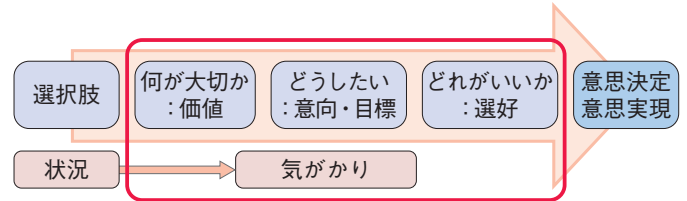
また、思いの切片は、関係性によって見せる側面も異なる可能性がある。主治医に見せる顔、看護師に見せる顔、ケアマネジャーに見せる顔、デイケアでの顔、場面によって多様な顔を見せる。多職種で思いの切片を集積し全体像として捉えることで、一方向に偏った見方ではなく、よりその人らしい意思を包括的に理解することができるのではないだろうか。地域の中で多職種が意思形成に関わるこの意味は、1人ひとりの支援者の価値観というフィルターをできるだけ排除し、その人らしさの形成に貢献する側面があると考えている。地域で多職種が集まり、実施するケアカンファレンスなどの場は、思いの切片を集積し本人らしい意思の全体像を理解するよい機会である。

## 2. 意思表出支援

### (1) 価値観・意向・選好の表出

本人の意思の切片を集積し、形成した本人の意思の全体

図2 意思形成と意思表明する内容



日本エンドオブライフケア学会 意思表明支援研修会資料を参考に改変

像である価値観や人生観、医療やケアに対する選好などを明らかにし、表出する段階である。意思決定は2つまたはそれ以上の選択肢の中から1つを選んだり、既存の選択肢だけではなく新たに創出した選択肢も含めて1つを選択・決定することである。それぞれの選択肢のメリット・デメリットを考えるが、一般的なメリット・デメリットの考慮だけでは選択できず、自分の価値観、人生の目標、選好などを勘案したうえで、自分にとってはどうか、それらの選択肢を選んだ場合、自分の人生や生活にどのような影響をもたらすかを想定しながら価値観を基盤により個別化した選択・決定を行う(図2)。

このように個別化した選択には、意思形成で明確化した価値観、意向、選好などの考慮が必要となる。価値観、意向、選好などを明確化し表出することは本人1人では困難な場合も多く、思いの切片を集積しながら、支援者が本人の言葉に耳を傾け「聴く」という行為が必要となる。人は誰かに語ることによって、気持ちや頭の中が整理でき、自分の意思がより明確になる。本人の意思が表出しやすい環境を整え、支援者との間で行われる「聴く」「語る」の丁寧なやり取りが質の高い対話となるのではないだろうか。

したがって支援者には「聴く力」が必要であるが、それはスキルの問題だけではない。大切な話は信頼している人、語りたいと思う人にしか語られないことを考えると、日ごろから信頼関係を構築している、かかりつけ医やケア提供者がACPの支援者には適任と考える。

### (2) 状況から生じる気がかりへの対応

しかしながら、価値観、意向、選好に照らすだけで決めることができないことがある。それぞれが置かれた状況から生じる気がかりを解消したり、軽減することが必要な場合である(図2)。例えば、自宅で生活することが本人の希望であり、それは本人の価値観に照らして妥当な選択であると思っけていても、「家族の状況を考えてと迷惑をかけるのではないか」という気がかりが生じていると、自宅で生活したいという意向は表出が困難になる。また、疼痛など身体症状があれば、自宅にいて症状に対応できるのかとい



う不安や心配も生じる。

意思決定支援は、意思決定を困難にしている課題が何か、選択・決定することを阻害している状況を明らかにし、本人が選択・決定できるように支援することでもありと考えれば、価値観などを明確化し表出できるようにすることと同時に、それぞれが置かれた状況から生じる気がかりを解消または軽減することが必要である。特に日本人は、自分の決定も家族など周りとの関係性を勘案しながら決めることが多いことを考えると、気がかりを軽減するための支援の重要性は高い。これらの気がかりへの対応は、人的・環境的調整やサービス導入なども検討し、地域において多職種連携のもと対応することが必要である。

### 3. 意思実現支援

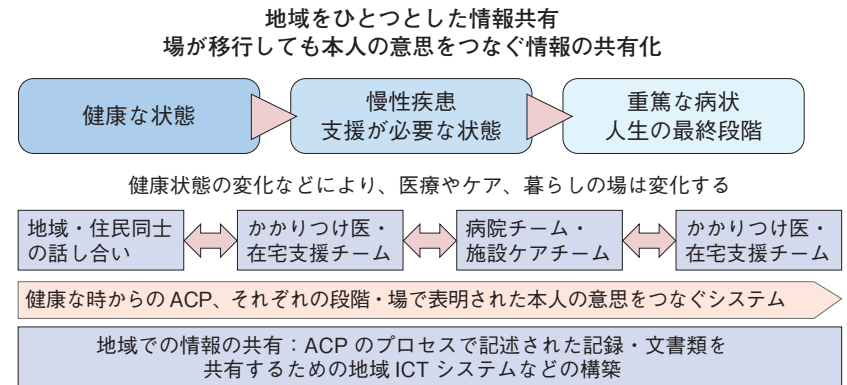
本人の選択と決定を保証し、それを実現する段階である。表明された本人の意思を、多職種チームで生活や生き方に反映させる。本人にとって最善か、少なくとも不利益な状況が生じていないかを確認しながら支援する。本人の意思を実現する段階であるが、本人と家族や関係者の意向が異なっている場合など、合意形成が不十分で関係者の中で葛藤や衝突が生じる可能性がある。関係者の立場や価値観にも配慮しながら、本人の意思を中核においた合意形成が重要である。

### 地域をひとつとした情報共有

健康状態の変化によって、医療やケア、暮らしの場は変化する。急性期・亜急性期・慢性期などの病気のステージによって医療機関も異なる。その他、外来や介護施設に場が移行することもある。急性増悪や病状進行によって、一時的に医療機関に入院しても、その後本人の意向で在宅へ移行する際には、再びかかりつけ医や在宅支援チームが支援者となる場合もある。

健康状態や置かれた状況によって、本人の意思は変化する。健康なときに地域住民同士で話し合った内容、個々の医療・ケアの選択に関する内容など、医療・ケア提供者チームとともに実践したACPを記録に残し、次の場へ移行したときには情報をつなぎ、意向の変化について確認する必要がある。情報共有をタイムリーに実施するためにも、これらACPの情報を共有するための地域ICTシステムを構築することが必要で、現在ではさまざまな地域で実装した取り組みが進められている(図3)。

図3 地域をひとつとした情報共有



### 地域での人材育成と実践者を支援する必要性

ACPの実践をファシリテートする支援者は、当該地域において育成することが重要である。地域の中で場を移行しながら医療やケアを受ける状況を勘案すると、人材育成も地域包括ケアシステムの中で取り組むことによって、場を超えた連携が可能となる。ACPファシリテーター養成研修会や事例検討会など、地域単位で実施することによって、顔の見える関係を構築しやすくなり、有機的な連携協働が可能となる。日ごろから情報のやり取りを行っている関係性がある地域の中でACPの実践ネットワークをつくり、本人中心の理念を共有しながら実施する文化を地域でつくっていくことができることも地域拠点で人材育成するメリットである。

また、ACPを実践・支援するファシリテーターを支援する重層的な仕組みが必要である。ACPは本人の人生の物語りを深く理解し、人に寄り添う実践である。実践する者は、本人や家族とともに悩んだり、時として葛藤を伴いながら支援する。このような実践は、支援を通じた満足感や職責を担う充足感が得られる。その一方で、困難な状況を経験したり、本人・家族・医療ケアチームメンバーの合意形成の困難さから生じる心理的疲労も伴う。このような状況に置かれた支援者がバーンアウトしてしまわないように、研修会など教育機会を与えることや、自組織とともに地域全体で実践・支援者を支援する仲間としてのピアサポートやスーパービジョンなどのサポートの仕組みをつくっていくことが重要である。

#### 文献

- 1) 日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフケアに関する小委員会」：ACP推進に関する提言. 2019. [https://jpn-geriat-soc.or.jp/press\\_seminar/pdf/ACP\\_proposal.pdf](https://jpn-geriat-soc.or.jp/press_seminar/pdf/ACP_proposal.pdf)

# 多職種連携の実際と課題 — ACP ファシリテーターの役割 —

にしかわみつのり  
西川満則



国立長寿医療研究センター緩和ケア診療部医師

**【略歴】** 1989年：岐阜薬科大学卒業、1995年：島根医科大学卒業、西尾市民病院呼吸器内科医師、1999年：愛知国際病院内科ホスピス科医師、2000年：名古屋大学第一内科（現呼吸器内科）医員、国立長寿医療研究センター呼吸器内科医師、2011年より現職

**【専門分野】** エンド・オブ・ライフケア、アドバンス・ケア・プランニング

## はじめに

2018年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」(厚生労働省)<sup>1)</sup>において、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践と普及が明文化され、医療ケアの現場でACPの重要性が一層認識されるようになった。

2019年6月に日本老年医学会から発表された、「ACP推進に関する提言」<sup>2)</sup>には、ACPとは、将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスであると書かれている。

本稿では、「多職種連携の実際と課題—ACPファシリテーターの役割—」を述べるため、まず、多職種連携、ACPファシリテーターについて解説した後、ACPの4つの段階を操作的に定義し、そのうえで5つの切り口で論じる。

5つの切り口とは、「自由に語る権利」「ACPの準備性」「ACPコミュニケーションスキル」「臨床倫理的アプローチ」「命と希望をつなぐInformation and Communication Technology：ICT連携」である。この5つの切り口を通して、「多職種連携の実際と課題—ACPファシリテーターの役割—」について述べる。

## 多職種連携

厚生労働省は、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域における医療介護関係機関が連携して、包括的かつ継続的な医療・ケアのための体制整備を推進している。

多種多様なスタッフが各々の高い専門性を前提に、情報を共有し、互いに連携し、患者中心の医療・ケアを提供す

る「チーム医療」、すなわち「多職種連携」を推進している。

多職種連携において、自分がどの立ち位置でACPに関わるのかを知ることは有益である<sup>3)</sup>(図1)。また、多職種連携において、自分が何をつなぐ連携をするのか理解することも重要である。それは、後述するピースやパズルであり、希望に関する情報である。これらをつなぐ多職種連携こそが、ACPの多職種連携である。

## ACPファシリテーター

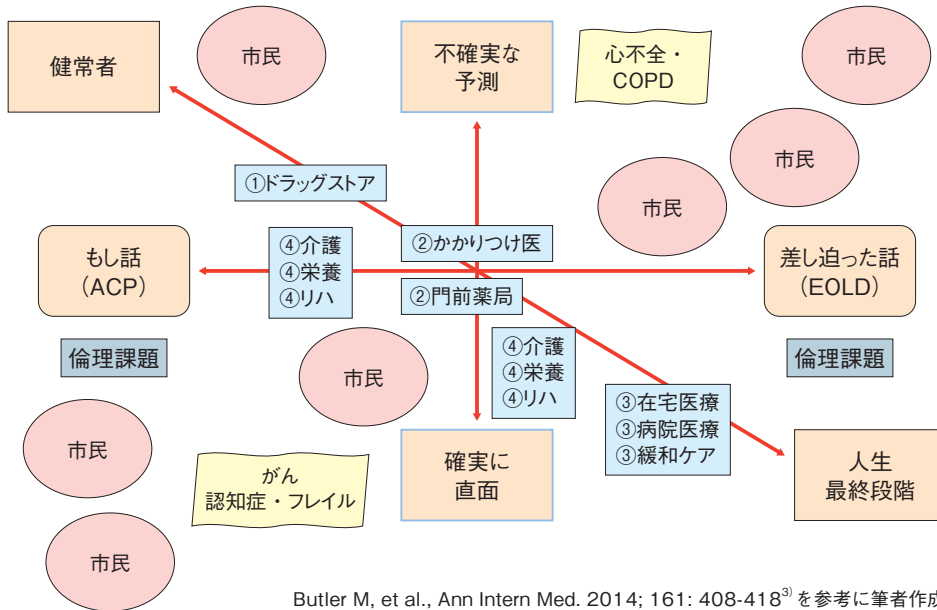
ACPファシリテーターとは、本人の価値観や意向、人生の目標に一致した医療・ケアの意思決定を実現するために、本人、家族など、医療・ケアチームと協働し、本人中心の意思表示や意思決定のための対話を促進する熟練した医療・ケア提供者らである。

医師、看護師、訪問看護師、メディカルソーシャルワーカー、介護支援専門員(ケアマネジャー)、高齢者施設の生活相談員らが対話のプロセスを適切に進めるACPファシリテーターとなりうるが、これらの職種に限らず、本人の心身の状態と療養の場によって、医療・ケアチームの中で最も適任な職種・スタッフがファシリテーターを務めることが望ましい<sup>2)</sup>。

日本老年医学会の「ACP推進に関する提言」<sup>2)</sup>では、ACPファシリテーターは、特定のトレーニングの受講などを条件に定義されているわけではなく、職種も限定されていない。市民患者利用者をよく理解している人、あるいは、よき理解者と思われる人が、ACPファシリテーターになりうるのである。



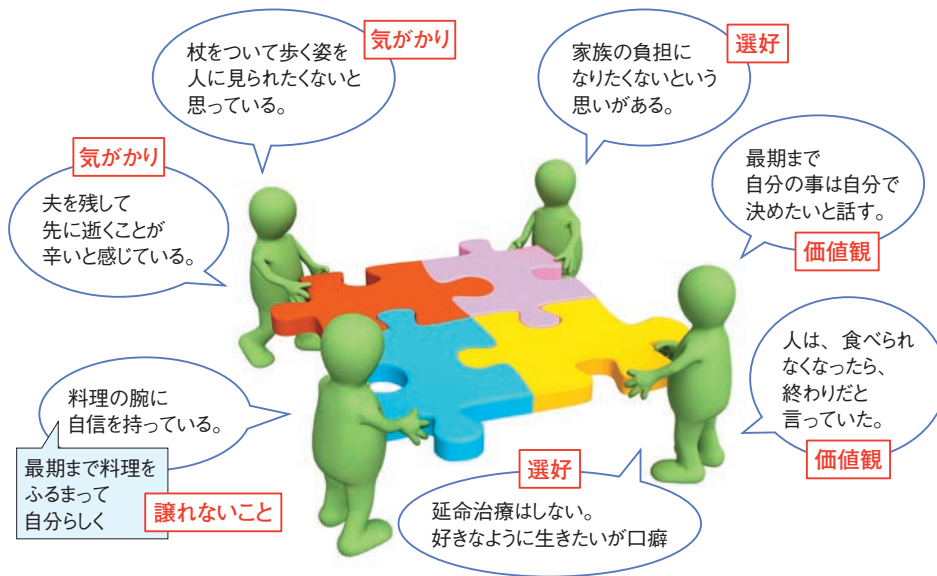
図1 多職種連携(地域包括ケア)においてどの立ち位置でACPに関わるか



Butler M, et al., Ann Intern Med. 2014; 161: 408-418<sup>3)</sup>を参考に筆者作成

© NISHIKAWA Mitsunori, OSHIRO Kyoko 2018

図2 人生の物語りの中のピースを集めてパズルを組み合わせる(意思表示)



© NISHIKAWA Mitsunori, OSHIRO Kyoko 2018

## ACPの4つの段階

ACPには大きく分けて4つの段階がある。ここでは「多職種連携の実際と課題—ACPファシリテーターの役割—」を理解するために、4つの段階を操作的に定義する。

第1段階は意思形成の段階である。この段階は、本人の意思の全体像ではなく、その断片(ピース: piece)が言葉として発せられている段階である。例えば、テレビ番組などを見ながら、「自分もこんな最期がいい」だったり、「自分だったらこれは耐えられない」というような発言がこれにあたる。あるいは、全体像はおろか、ピースさえ言葉と

して発せられていない段階も含む。まだ本人の意思として全体像が形を成していない段階なのである。

第2段階は意思表示の段階である。本人の意思の断片(想いのかけら、ピース)がパズルのように組み合わせられ、価値観、大切にしていること、譲れないこと、気がかり、目標、選好などが表明され始める段階である。例えば、「機械につながれた状態は、〇〇の理由から自分らしくない」というように、その人の価値観などが徐々に言葉として表現される段階である(図2)。

第3段階は意思決定の段階である。将来、自分はこういう医療・ケアを受けたい・受けたくないで決定する段階で、

表明した価値観などに照らし合わせながら、将来の医療・ケアを選択肢の中から選ぶ段階といえる。例えば、「心肺蘇生は望まない」などのDNAR (Do Not Attempt Resuscitation) などもこの段階に含まれる。

最後が意思実現の段階である。関係者の意見やその場の状況認識、関係者の価値の対立などに配慮しながら、本人の意思を実現する段階である。ここでは、臨床倫理的アプローチが重要になる。この段階では、意見や価値の対立が生じやすいため、多職種連携の力量が試される時期である<sup>4)</sup>。

この4つの段階のどこをACPと呼ぶかは、成書によってまちまちで、リビングウィルのように延命治療をしない、胃ろうをしないといった、将来の医療・ケアの選好を述べる第3段階(意思決定期)だけをACPと呼んでいるケースもある。しかし、本稿では多職種連携にフォーカスをあてているため、ACPの4つの段階すべてをACPと呼ぶ。そのほうが、多職種連携で行うACPがよりわかるからである。

また、信頼できる人を自分の代弁者として指名しておくことも、自分の意思が反映されるために重要な意思決定を実現するプロセスであることも、ここであわせて述べておきたい。

## 「多職種連携の実際と課題—ACPファシリテーターの役割—」を理解するための5つの切り口

### 1. 多職種連携の中で、市民患者利用者が自由に語る権利を擁護する

日本国憲法には、以下のような主旨が述べられている。人権とは、個人として尊重され、平等にあつかわれ、自らの意思に従って自由に生きることである。人権には、基本的人権と新しい人権があり、前者に含まれる自由権は、自由に物事を考え表現できることである。後者に含まれるプライバシーの権利は、われわれがACPを実践する際、どの程度その人の価値観、選好に踏み込んでよいかといった問題の重要性を教えてくれる。

ACPの現状として、患者利用者、代弁者家族、医療ケア提供者は、必ずしも自らの意思を表明できる機会を与えられているとは言えない現状がある。われわれ医療ケア提供者は、ACPを「プライバシーに配慮しながら患者利用者や代弁者家族が自由に語るができる権利」と捉える必要がある。そして自らも語る必要がある。

### 2. 多職種連携の中で、市民患者利用者のACPの準備性を高める

ACPを行ううえで、その機会が与えられた場合でさえ、

市民患者利用者はACPを始める準備ができていない現状がある。「ACPなど縁起でもない」とか「自分には遠い話である」とか、仮にACPを行うことの重要性に気がついたとしても、「何を話せばいいのかわからない」という人が多い。市民患者利用者の、ACPに対する準備性を高めることが重要である。先行研究では、ACPサポートツールにより、ACPの準備性を高めることができる可能性が示唆されている<sup>5)</sup>。ピースを集めパズルを組み合わせ、形を成していない本人の意思が表明できるように支援すること、市民患者利用者のACPの準備性を高めることが重要である。

### 3. 多職種連携の中で、医療ケア提供者のACPコミュニケーションスキルを育む

近年、ACPコミュニケーションに関する知識や技術や態度を身につけるための研修会が各地で開催されている。厚生労働省や神戸大学が行う、意思決定支援教育プログラム(Education For Implementing End-of-Life Discussion : E-FIELD)は、代表的なACPファシリテーター養成のための研修会だろう。また、将来の医療選好以上に、その人の価値観や、その価値観を構成するだろう人生の物語りのピースをキャッチすることを重視したプログラムであるACPiece研修などもある。

専門職としての医療ケア提供者にとっては、学びの機会も増えている現状であるが、今後は1人でも多くの医療ケア提供者がこれら研修の機会を利用し、ACPコミュニケーションスキルを身につけることが重要である<sup>4),6)</sup>。

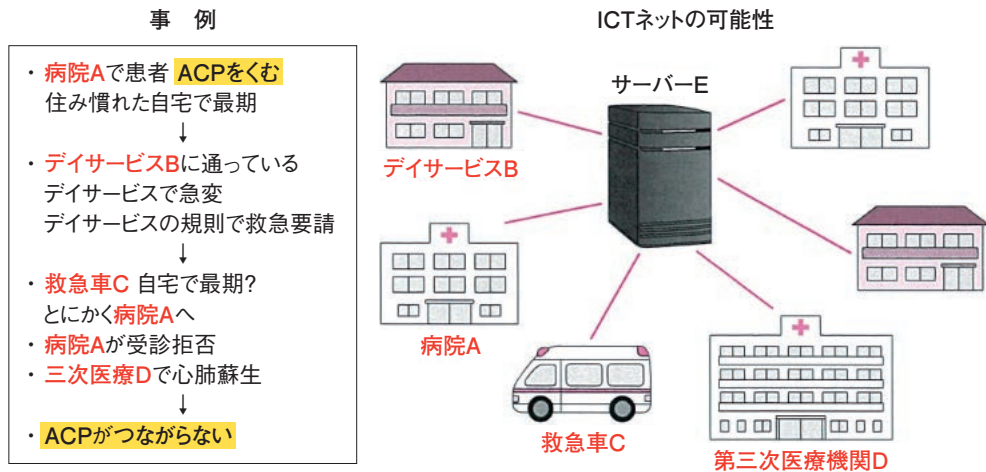
### 4. 多職種連携の中で、医療ケア提供者が臨床倫理アプローチを学ぶ

本稿の冒頭にも述べたが、日本老年医学会の「ACP推進に関する提言」<sup>2)</sup>には、ACPとは、将来の医療・ケアについて、本人を人として尊重した意思決定の実現を支援するプロセスであると書かれている。仮にACPのプロセスを進める中で、意思決定できたとしても、本人の意思が医療ケア提案や家族の感情と対立した場合、本人の意思を尊重し実現することがむずかしく感じられる場合がある。いわゆる倫理的ジレンマである。このような倫理的ジレンマにどのように対応したらよいか、医療ケア提供者側がまだまだ臨床倫理的アプローチに精通していない現状がある。この現状の打破が課題である。先に紹介したE-FIELDやACPiece研修では、この臨床倫理的アプローチの初歩を学ぶことができる<sup>4),6)</sup>。

また、臨床倫理的アプローチは概論だけでは身につかず、事例を積み重ねた経験知の蓄積<sup>7),8),9)</sup>や、その疑似体験のためのロールプレイを用いたコミュニケーショントレーニング



図3 市民患者利用者の意思をつなぐICT



© NISHIKAWA Mitsunori, OSHIRO Kyoko 2018

が<sup>4),6)</sup>重要である。

### 5. 多職種連携の中で、市民患者利用者と医療ケア提供者がICTで命と希望をつなぐ

ACPの4つの段階が進み、すでに本人が意思決定できていたとしても、医療機関、自宅、その他、高齢者介護施設など、場の移行を繰り返す間に、その意思が繋がらない現状がある。筆者は諸外国の例や、近隣のACP成功例を経験する中で、ICTの可能性を確信している。医療ケア提供者がACPの重要性を知り、お互いが顔の見える関係を構築したうえでICTの技術を用いれば、切れ目なく患者の意思をつなぐことでACP連携が可能になる。

まだまだACPにおけるICTの利用は進んでいない現状があるため、その普及が課題である。ICTはACP連携においても大きな可能性を秘めている。ICTを活用し、命に関する情報のみでなく、その人の希望に関する情報、すなわちACPで語られた情報も含めて、連携をすることが重要である(図3)。

### まとめ

本稿では、「多職種連携の実際と課題—ACPファシリテーターの役割—」について述べた。

①ACPを人権を擁護する活動と捉え、②形を成していない本人の意思表明を支援しつつACPの準備性を高め、③ACPコミュニケーションを通じて、将来の医療・ケアの選択に加え、その背景にある価値観、生活の中で大切にしていることや譲れないことをキャッチするアンテナを磨き、④本人家族関係者間の意見や価値の対立を受け止め、合意形成に導くスキルを学び、⑤ICTを活用し、その人の希望に関する情報の連携、すなわち、ACP連携を行うことが重要である。

本稿が、多職種連携の実際と課題やACPファシリテーターの役割を知る一助となり、ひいては、多職種連携により、ACPが地域に広がることに少しでもお役に立てれば幸いです。

### 謝辞

本稿を作成するにあたり、市民のACPの準備性を高める活動や専門職のACPiece研修を地域で精力的に実践している、快護相談所<sup>かいこ</sup> 和び咲<sup>わさ</sup>び 副所長・介護支援専門員の大城京子氏に多くの資料提供や助言をいただいた。心よりお礼を申し上げます。

### 文献

- 1) 厚生労働省：人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン。2018。https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf
- 2) 日本老年医学会倫理委員会「エンドオブライフケアに関する小委員会」：ACP推進に関する提言。2019。https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/press\_seminar/pdf/ACP\_proposal.pdf
- 3) Butler M, Ratner E, McCreedy E, et al.: Decision aids for advance care planning: an overview of the state of the science. Ann Intern Med. 2014; 161: 408-418.
- 4) 西川満則, 大城京子：ACP入門 人生会議の始め方ガイド。日経BP, 2020.

- 5) Menkin ES: Go wish: A tool for end-of-life care conversations. J Palliat Med. 2007; 10: 297-303.
- 6) 西川満則, 大城京子：アドバンス・ケア・プランニング(ACP)と人生会議。PIECE学習会。http://plaza.umin.ac.jp/~acp-piece/piece.html
- 7) 日本老年医学会：ACP事例集。https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp\_example.html
- 8) 西川満則, 長江弘子, 横江由里子：本人の意思を尊重する意思決定支援 事例で学ぶアドバンス・ケア・プランニング。南山堂, 2016.
- 9) 大城京子, 清水直美, 瀬口雄一郎, 長江弘子, 西川満則, 横江由里子：生活の場で行うアドバンス・ケア・プランニング 介護現場の事例で学ぶ意思決定支援。南山堂, 2020.

# 医師会の取り組み —かかりつけ医の役割と多職種連携への取り組み—



かつやともひろ  
勝谷友宏

医療法人社団勝谷医院院長  
大阪大学大学院医学系研究科臨床遺伝子治療学寄附講座招聘教授

**【略歴】** 1989年：和歌山県立医科大学卒業、1993年：大阪大学大学院博士課程修了、医学博士、1996年：長寿科学振興財団特別研究員、1997年：日本学術振興会特別研究員（PD）、1998年：大阪大学医学部助手（老年病医学講座）、1999年：大阪大学大学院助手（医学系研究科加齢医学講座）、2003年：同講師（医学系研究科加齢医学講座）、2005年：同講師（医学系研究科老年・腎臓内科学）、2009年：同特任准教授（医学系研究科臨床遺伝子治療学）、勝谷医院副院長を経て、勝谷医院院長（現職）、医療法人社団勝谷医院理事長（現職）、2019年：大阪大学大学院医学系研究科臨床遺伝子治療学寄附講座招聘教授（現職）

**【専門分野】** 老年医学、高血圧、遺伝疫学

## かかりつけ医とかかりつけ医機能

日本医師会では「かかりつけ医」を「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」と定義づけている。ACPに関して考えると、日常診療の延長における医療・ケアのこれからについて、本人、家族を含めた多職種で考える際に、むずかしい医療・ケアの用語や内容を本人・家族に理解できる形として示す役割こそが、長年にわたり患者と信頼関係を築いてきた「かかりつけ医」に求められているものであると考える。

では、「かかりつけ医機能」は具体的にどのようなものを指すのであろうか。厚生労働省では「上手な医療のかかり方.jp」というサイト<sup>1)</sup>を開いており、夜間や休日診療など時間外の診療において「重篤な急患」を優先すべく、時間外急病の☎#7119や、夜間・時間外の子どもの症状は☎#8000などを案内するとともに、普段から気軽に相談できる「かかりつけ医」を持ちましょうとPRしている。

そして日本医師会は、かかりつけ医の具体的な役割を学ぶために「日医かかりつけ医機能研修制度」<sup>2)</sup>を2016年度よりスタートし、一定の単位の研修を修了した医師のみに修了証を発行する取り組みを続けている。筆者も受講した2020年度の応用研修会の中身を見てみると、かかりつけ医の「倫理」「小児・思春期への対応」「在宅医療・多職種連携」「リーダーシップ、マネジメント、コミュニケーションスキル」「認知症、ポリファーマシーと適正処方」となっており、小児と高齢者への対応、特に在宅医療や多職種連携

に重点を置いた内容となっている。この傾向は年々強まっており、診療所で外来診療を行うだけでなく、その延長としての在宅医療への取り組み、外来診療を継続している患者であっても介護保険申請やその管理など、在宅におけるケアチームとの多職種連携が「かかりつけ医」に求められていることを体感している。

一方、かかりつけ医になることのインセンティブも少しずつ充実してきており、時間外や夜間に対応できる体制があり、地域包括診療料や地域包括診療加算を算定するかかりつけ医機能を有する診療機関では、初診時の機能評価加算80点などの加算が行える仕組みが構築されている。

## ACP推進に関する提言における「かかりつけ医」の役割

筆者は日本老年医学会が発表した「ACP推進に関する提言」<sup>3)</sup>の作成に関わらせていただいた。かかりつけ医は、「地域包括ケアにおけるACP」の項に登場する。その箇所を抜粋すると、「ACPは人生の様々な過程に寄り添うプロセスである。そのため、本人の長年にわたる健康状態を把握し、家族や住み慣れた地域の医療・介護の状況について精通する『かかりつけ医』は、ACPの中心的役割を担うことが期待される」となる。

この記載は、ACPを行う際のファシリテーターをかかりつけ医がメインになって務めるべき、という意味ではなく、長年の患者の状況をよく知り、医学的知識に精通する医師が、ACPの話し合いの方向性において医療や倫理の正常なプロセスから逸脱するのを防ぐべく、適切なアドバイスを



送るコメンテーターのような役割を果たすことを示すものと理解している。特に背景の異なる職種が集う地域ケア会議やACP実践の場では、医師に対する遠慮や気遣いから積極的な発言が控えられるケースも多く、意思決定の際に医師の権威と裁量によるパターンリズム(父権主義)に陥らないよう、各専門職の背景を理解し、その特性が十分活かせるように配慮することが肝要である。

一方で、通常の外来診療においてACPを話題にすることはほとんどないのではないだろうか。ACPを行うきっかけは、病状の急激な悪化により急変も危惧される状況に陥った際や、介護保険を申請する状況になったときなどが多いものと思われる。本人が自力で通院できる状態でACPを行うことは、進行性のがんや神経難病を除きほとんどないのが現状であろう。特に昨今急増する認知症や心不全の場合、ACPのタイミングが遅くなりがちであることを筆者自身も感じている。したがって、外来診療で少し時間に余裕があるときに、患者家族が同伴して来院された際などに「もしも」のことを考えてACPを行うことをお勧めしたい。「先生、最近もの忘れが……」と認知機能低下の相談を受けたとき、がんが見つかったとき、大きな手術をするとき、サルコペニアやフレイルを疑うときなど、何か普段と違う動きがあったときや、主治医が変化を感じたときなどがチャンスになるものと考えよう。

そして実際にACPを行ってみると、日常診療では気づいていなかった家族構成、本人への関与の程度の濃淡、生活の場の状態、日常生活における問題点、緊急時の対応など解決すべき問題点が続出することが少なくない。外来診療を深化させるためにも、ACPまで実践しなくとも、「もしも」のことを考えた議論を本人や家族と行っておくことは極めて重要であると考えよう。

## 日本医師会の考える人生の最終段階

日本医師会からは、第XVI次生命倫理懇談会答申の形で「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発」が2020年5月に取りまとめられ報告<sup>4)</sup>されている。この背景には、ガイドライン策定から10年以上が経過し、超高齢社会の急速な進展、在宅および介護施設における療養・看取りの増加、地域包括ケアシステムの構築、かかりつけ医の果たす役割の増加、認知症患者の増加、緩和医療の発展などの大きな変化があったことが挙げられる。

改訂では、厚生労働省の「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」を参考に

しながら、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療・ケア」という用語へ変更し、医療・ケアチームの想定の中に介護従事者が含まれることを明記するとともに、医療内容の決定が困難な場合などに複数の専門家からなる委員会を別途設置できない場合の対応についても明記している。その具体的な内容について少し触れておきたい。

人生の最終段階において、これまでは「生命の延長」、すなわち延命措置にすべての努力が払われてきたが、本人の意思の尊重、尊厳ある生き方の実現に力点を置くことが冒頭に述べられている。そのために、いたずらに延命を試みるよりもQOL(Quality of Life:生活の質)やQOD(Quality of Death:死に向かう医療・ケアの質)をより重視することが強調された。

特に、薬物投与や人工呼吸器の管理、栄養補給などは生死に直結する措置であり、その決定には医学的妥当性だけでなく、ACPの実践によって「本人の最善の利益」が確保できるように配慮することが求められる。このために担当医・かかりつけ医は、いざという場合に備えて、本人が自らの意思を明らかにできるうちに本人・家族などおよび医療・ケアチームで繰り返し話し合い、その意思を共有する中で、本人の意思を尊重する医療・ケアを考えることが基本的な考え方として提唱されている。

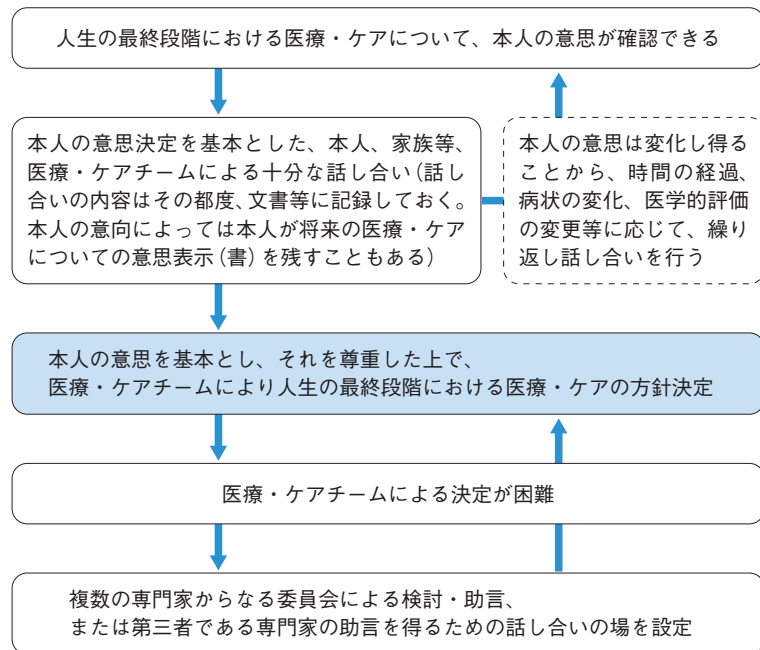
また本人の生命予後に関する医学的判断は、医師を中心とする複数の専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームで行うことや、疼痛や不快な症状の緩和、積極的安楽死や自殺<sup>ほうじよ</sup>補助などの禁止、本人・家族などへの精神的・社会的な援助も含めた総合的医療・ケアの重要性が強調されている。

かかりつけ医として、人生の最終段階における医療・ケアの方向性の決定に加わる際には、次のような留意点が示されている。1つ目は、本人の意思を方針決定の基本とすることの徹底である(図1A)。わかりやすい言葉で、十分な納得を得る形で情報提供を行ったうえで、本人の意思を尊重した医療やケアの方向性を決定することが重要で、医師サイドからの押しつけにならないよう配慮が必要である。特に、本人の意思、病状ともに刻々と変化し得るため、その都度、説明と本人の意思の再確認を行う必要がある。またその内容を文書等に記録しておくことも重要であるが、チェックリストを埋めれば終わりというものではない。

一方で、本人の意思確認が不能な状況下で、本人の事前の意思表示が確認できない場合には、本人の意思を一番よく知る家族など(家族でない場合も当然ある。提言では代弁者と表記)と「本人にとって最善の利益」を医療・ケアチーム

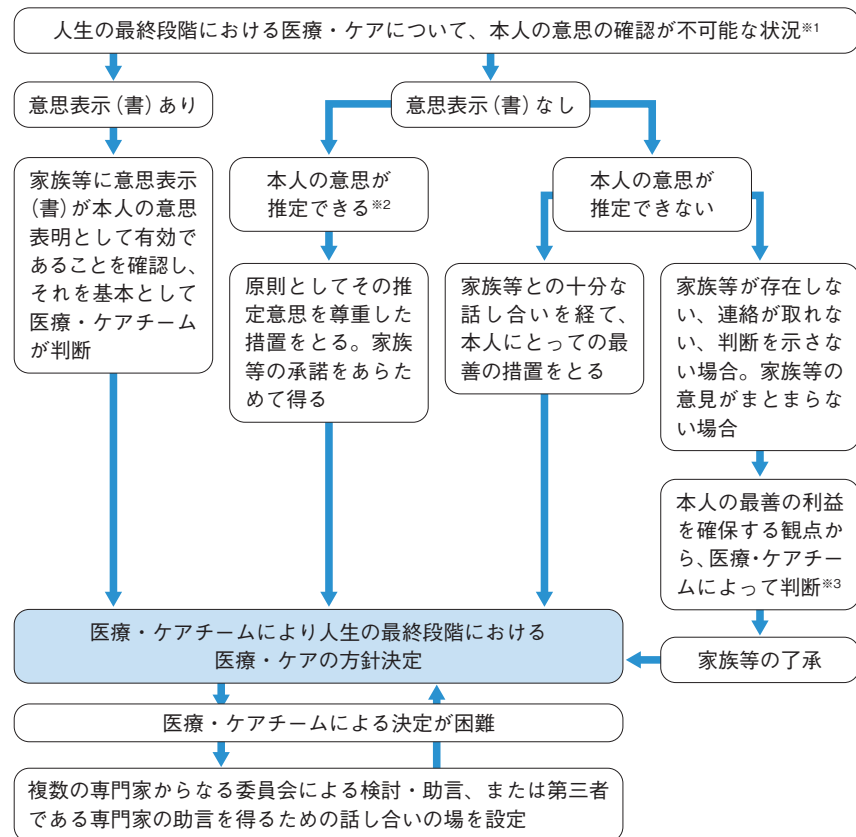
図1 人生の最終段階における医療・ケアの方針決定に至る手続き

A 本人の意思が確認できる場合



日本医師会生命倫理懇談会：第XVI次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発」<sup>4)</sup>より引用

B 本人の意思の確認が不可能な状況の場合



※1 いずれの場合でも、家族等による確認、承諾、了承は文書によることが基本となる  
 ※2 本人の意思が確認できた状況で、話し合いの結果が文書等に記録されている場合も該当する  
 ※3 家族等が存在しない場合は、「医療・ケアチームにより人生の最終段階における医療・ケアの方針決定」へ  
 日本医師会生命倫理懇談会：第XVI次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発」<sup>4)</sup>より引用

が一緒になって考えねばならない(図1B)。本人の推定意思を考えるうえで、事前指示書やリビング・ウィルなども参考にはなるが、本人の尊厳ある生き方を実現するという観点から状況に応じて適宜更新される必要がある。このあたりについての詳細は、今回の「ACP推進に関する提言」<sup>3)</sup>作成に際して委員間で時間をかけて議論し、一言一句の表現や意味を検討した内容が提言に盛り込まれているので、ACPの理解を深めるためにも本提言を熟読いただくことをお勧めしたい。

ACPも含めた啓発活動と地域における多職種連携

日本医師会では、2017年度の第XV次生命倫理懇談会において、会長諮問事項「超高齢社会と終末期医療」に対する報告書を同年11月に発表し、この中で示されたACPの重要性と、地域包括ケアシステムの要を担う「かかりつけ医」の役割を周知させるために、リーフレット<sup>5)</sup>(図2)を作成し、全医師会員に配布している。医師会員向けにつくられたものではあるが、内容が上手く簡潔にまとめられており、外来診療の場において、患者・家族や医療・ケアチームに示しながら「もしも」の場合を考えると役に立つ内容に仕上がっており、医師会員でなくてもACPの説明などに役立つ内容が満載となっている。

一方、ACPに関わる多職種との連携を深めるために、兵庫県尼崎市では医師会と行政が一体となって地域包括ケアを円滑に進めるための取り組みを実践してきている。地域ケア代表者会議では、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士、理学療法士、ケアマネジャー、ヘルパー、医療ソーシャルワーカー(MSW)、民生委員、地域包括支援センター職員、市担当者などに加え、時には警察・消防関係者も交えて、100名を超す関係者が一堂に会し、困難事例や自立支援の問題などへの取り組みについて、グループワーク形式で議論を積み重ねてきた。その中から、尼崎市医療・介護連携支援セ



図2 日本医師会の作成したACPのリーフレット表紙



日本医師会：リーフレット「終末期医療アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」<sup>5)</sup>より引用

ンター、通称「あまつなぎ」<sup>6)</sup>が発足し、専門職のための教育や連携の中核の業務を担うこととなり、尼崎市医師会内に事務局が設置されている。

「あまつなぎ」の業務は多職種の連携を円滑に行うための報告・連絡・相談業務だけでなく、専用ホームページからアクセスすると地図上で在宅医療・介護資源の情報提供が得られる「あまつなぎ機能マップシステム」を作成したり、24時間体制で診療にあたる在宅医の負担軽減のための連携サポートシステム(例えば臨時の代理医を探すなど)の事務局機能も務めるほか、市民向けに認知症あんしんガイド、在宅療養ハンドブック、介護予防・重症化防止ハンドブックや動画の作成なども行っている。

これら一連の取り組みは高く評価され、2020年度の厚生労働省の社会保障審議会の中では「事例⑧ 兵庫県尼崎市一最期まで本人の意思が尊重され、自分らしく過ごすために」として紹介され<sup>7)</sup>、人づくり、ものづくり、市民の意識づくり(「生き方・逝き方」「介護予防・重症化防止」の意識づくり)が「あまつなぎ」を中心として、医師会と行政がタッグを組んで行っている体制が高く評価されている。

## コロナ禍で町医者として考えること

一般的な町医者として地域医療に勤しむ中、ACPについて考え、地域包括ケアシステムのさまざまな取り組みに触れる機会をいただいたことは天恵であると実感している。新型コロナウイルス感染拡大が続き、本稿執筆時には第3波の真っ只中となっているが、ハイリスクの高齢者こそ、年齢による差別を受けない、最善の医療・ケアを受ける権利を守ることが求められている。

日本老年医学会では「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言—ACP実施のタイミングを考える—」を発表している<sup>8)</sup>。高齢者が新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)感染と診断された場合には、感染拡大防止目的で隔離・面会謝絶となることが多く、急激に進行する病状と相まって、十分なACPを行うことが困難な事例が数多く報告されているほか、海外などでは年齢のみで治療・ケアの方針が決定されることも少なくないと聞き及ぶ。齢を重ねることは誰もが通る道であり、何人たりとも避けては通れないのであり、年齢を根拠に治療・ケアの方針を決定する際には、誰もが納得できる根拠や理由が必要であり、高齢者のCOVID-19に関するエビデンスの集積こそが、今後の最大の課題であると考えられる。

確かなことは、コロナ禍の新しい日常といわれる時代において、ACPをより早い段階から行っていくことは極めて重要であり、そのためにもACPをより多くの人に理解し、試していただく機会を設けることが肝要であろう。前述した、尼崎で取り組んでいる市民啓発や、老年医学会のさまざまな提言、医師会の啓発活動などは、よりよいACPを実践するための礎となるものと確信している。

地域の中で、患者さん、一般市民に寄り添い、何でも相談できる存在、それこそが「かかりつけ医」であり、地域の多職種の皆さんとスクラムを組んで、新しい日常における明るい未来を築いていくお手伝いが少しでもできれば町医者冥利に尽きると感じている。

### 文献

- 1) 厚生労働省：上手な医療のかかり方.jp. <https://kakarikata.mhlw.go.jp/index.html>
- 2) 日本医師会：日医かかりつけ医機能研修制度. <https://www.med.or.jp/doctor/kakari/>
- 3) 日本老年医学会：ACP推進に関する提言. <https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/acp.html>
- 4) 日本医師会生命倫理懇談会：第XVI次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインの見直しとアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の普及・啓発」. [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200527\\_3.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200527_3.pdf)
- 5) 日本医師会：リーフレット「終末期医療アドバンス・ケア・プランニ

ング(ACP)から考える」. <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/006650.html>

- 6) 尼崎市医療・介護支援センター「あまつなぎ」ホームページ. <https://amatsunagi.org>
- 7) 厚生労働省：第91回社会保障審議会・介護保険部会参考資料. [https://www.fujitsu.com/downloads/JP/group/fri/report/elderly-health/2020-1a-1\\_2.pdf](https://www.fujitsu.com/downloads/JP/group/fri/report/elderly-health/2020-1a-1_2.pdf)
- 8) 日本老年医学会：新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言—ACP実施のタイミングを考える—. 2020. [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/coronavirus/pdf/covid\\_teigen.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/coronavirus/pdf/covid_teigen.pdf)

# 在宅医療における ACP

## —呼吸不全患者への対応を中心に—

みうらひさゆき  
三浦久幸



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長

**【略歴】** 1990年：ドイツゲッティンゲン大学研究員、1993年：名古屋大学大学院医学研究科修士、医学博士、1994年：岡崎国立共同研究機構生理学研究所助手、1995年：名古屋大学医学部老年科医員、2006年：国立長寿医療センター外来診療部外来総合診療科医長、2012年：国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長、2019年より現職

**【専門分野】** 老年医学、臨床倫理学、在宅医学

### はじめに

呼吸不全は、主に慢性閉塞性肺疾患(COPD)に代表される慢性呼吸不全と肺炎、特にCOVID-19に代表される急性呼吸不全に分けられる。Lynnら<sup>1)</sup>による人生の最終段階に至る3つの軌道の中で、慢性呼吸不全については、がんや認知症とは異なり、増悪と寛解を繰り返しながら重症化していく。呼吸不全に対する日常的治療は人生の最終段階においては苦痛に対する疼痛ケアともなり得るため、同じ医療行為が、病期により、治療と緩和ケアの両側面を持つことになる。このことはしかしながら、人生の最終段階においても積極的な治療の中で、十分な緩和ケアを受けることなく最期を迎えるリスクを高めることともなり、病気が進行していく中でのその都度のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)が重要となる。

一方、COVID-19肺炎に代表される急性呼吸不全は、急速な経過をとる。この場合も事前に自分の人生の最終段階における医療・ケアについて考えた経験がない人やその家

族は、たとえ延命処置をしても助かる見込みが少ない状況であっても積極的な治療を希望するケースが多くなる。つまり、慢性、急性呼吸不全いずれにおいても、より早い時期でのACPは重要となる。

### 呼吸不全における医学的分岐点

呼吸不全においては、表1に示すように、薬物療法から間欠的鎮静までの主に以下の①～⑦の医学的分岐点がある。

①薬物療法(COPDに対する長時間作動型抗コリン薬の吸入など)、②呼吸リハビリ、③在宅酸素療法、④非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)、⑤気管内挿管もしくは気管切開による人工呼吸療法(TPPV)、⑥モルヒネ投与、⑦間欠的鎮静/持続的深い鎮静であるが、いずれも処置などを開始するかどうか、その時期をどうするのかの判断を行う、いわゆる「医学的分岐点」として重要である。

医療・ケアチームは上記の各医療行為に関し、本人・家族側によく説明し、本人・家族側の話をよく聞き、どうすべきかを一緒に考えつつ、本人・家族の意向を知ることが

表1 呼吸不全における医学的分岐点

処置	具体例
① 薬物療法	・ COPDに対するLAMA(長時間作動型抗コリン薬)の吸入 ・ 間質性肺炎に対する抗繊維化薬 ・ 非結核性抗酸菌症への抗菌薬治療など
② 呼吸リハビリ	非がん性呼吸器疾患に対しての肺理学療法、運動療法、排痰法など
③ 在宅酸素療法	酸素濃縮器等供給源の選択、吸入デバイスの選択など
④ NPPV	実施する利点と実施の可否、機器の選択など
⑤ 気管内挿管もしくは気管切開による人工呼吸療法(TPPV)	実施する利点と実施の可否、機器の選択など
⑥ モルヒネ投与	投与開始の有無および時期の判断
⑦ 間欠的鎮静/持続的深い鎮静	投与開始の有無および時期の判断

会田薫子、三浦久幸ら：令和2年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構：長寿科学研究開発事業「呼吸不全に対する在宅緩和医療の指針に関する研究」班会議資料より作成



できるような対話を重ねることが重要である。ほんの断片的な情報でも、本人・家族の意向の表出と思われるような情報を得た場合は記録し、意思決定支援に活かす必要がある。

## 医学的分岐点における意思決定支援法 —Shared Decision Making (SDM)

表2に海外で進められている意思決定支援法Shared Decision Making (SDM) の定義を示した。以前は医師主導で治療方針を決定するパターンリスティック・デシジョンが主流であったが、その後、患者の権利意識の高まりとともに、インフォームド・コンセントに代表されるインフォメーション・モデルが広まってきた。このインフォメーション・モデルは患者の自律を基調とした「自己決定」が基本であるが、実際の医療現場におけるインフォームド・コンセント(IC)は、特に高齢者における医療決定のように、複数の不確定な選択肢が存在する局面(生命維持治療を行うかどうかも含め)においては適応がむずかしく、また、ICにおいては必ずしも患者本人の価値観や人生の目標などを考慮したプロセスも規定されていない。

一方、SDMは、医療専門職が、エビデンスやexpert opinionに基づき、複数の選択肢それぞれのメリットとデメリットを説明し、患者は自らの価値観や目標をもとに、専門職とともに話し合い、一緒に決めていくというプロセスである。特に疾患が進んだ時期において生命維持治療を行うかどうかは本人のQOLを考慮して決定されるため、本人の価値観をいかに把握し、意思決定に反映させていくかは大変重要となる。上述した医学的分岐点の折々にSDMのスキルを用いて意思決定支援をすることが求められる。

## 在宅医療においてACPを開始するタイミング

表3に主に慢性呼吸不全患者における本人や家族のおかれた状況ごとのACP開始のタイミングを示した。在宅医療の開始から大まかに時系列で示した。

まず、①病院入院から在宅医療への移行期の退院時カンファレンス時など、在宅医療が開始/再開されたことで意向や意思を確認しなければならない状況のときである。他に②日々の医療・ケアの中で、本人の何らかの思い(願い、大切なこと、嫌なこと、気がかりなど)が表出されたとき、③病状の進行時やADLの低下時など、心身機能や状態に変化がみられ、治療やケアなどの援助を検討していかなくてはならない状況、④身体状態が最終段階に入り、本人の人生の終わりに向けて寄り添っていく状況、⑤本人の病状や治療・ケアに関して質問したり、疑問や不安を表出する

表2 Shared Decision Making (SDM) とは

- SDMは医療者と患者が最も利用可能なエビデンスを利用しながら一緒に決定するアプローチである。
- 患者は利用可能なスクリーニング、治療、管理方法の選択肢およびその個々の選択肢それぞれのメリット、デメリットについて考えることが推奨される。このためには患者が自らの治療選好を伝えることができ、最も良い治療過程の選択ができるように支援することが必要である。
- SDMは患者の自律を尊重し、患者の参加を促進する。

Elwyn G, et al. : Implementing shared decision making in the NHS. BMJ 2010; 341: c5146より著者作成

など、家族から意思の表出があったとき、⑥家族に不安や負担感が生じていると推察される状況のとき、そして⑦体重減少や1秒量の低下、心不全の合併など、医療的に呼吸不全増悪が考えられるときである。

在宅医療における慢性疾患患者の場合は、急速な経過を辿るがんとは異なり、時間をかけて信頼関係を築くことができるメリットがある。病状進行の過程で生じるエピソード(患者家族の入院など)を機会に本人の価値観を知り、今後の治療と一緒に考える時間を少しずつ増やしながら、最終的にはEOL (End of Life) 期の医療をともに考えていく、このプロセスそのものが大切である。

超高齢社会となり疾患を思いながら独居で暮らしている高齢者も増加している。COPDの病態や臨床経過、治療への反応には個性が高いため、テーラーメイドな情報提供を心がける必要がある。最期を過ごしたい場所として在宅を希望するケースが多いが、総合病院や当該施設の勤務医への厚い信頼を寄せ続け、精神的に依存するケースがあることも忘れてはならない。独居で生活している高齢者の中には、家族と疎遠になっているケースもあるかもしれない。家族への連絡や検死など急変時や死後の対応についても、

表3 在宅医療において本人の意向を知るために医療・ケアチームが言葉をかけるタイミング

本人や家族の状況
① 在宅医療が開始/再開されたことで意向や意思を確認しなければならない状況
② 日々の関わりの中で本人の思いを聴き取る必要があると思われる状況
③ 病状の進行時やADLの低下時など、心身機能や状態に変化がみられ、治療やケアなどの援助を検討していかなくてはならない状況。変化の速さにも注目すること
④ 身体状態が最終段階に入り、本人の人生の終わりに向けて寄り添っていく状況
⑤ 家族から意思の表出があったとき
⑥ 家族に不安や負担感が生じていると推察される状況
⑦ 呼吸不全の身体的な状況(体重減少、1秒量が予測値の30%未満など)

会田薫子、三浦久幸ら：令和2年度 国立研究開発法人日本医療研究開発機構：長寿科学研究開発事業「呼吸不全に対する在宅緩和医療の指針に関する研究」班会議資料より作成

本人はもちろん支援者も安心できるように話し合っておくことも大切である。

## 慢性呼吸不全患者へのACPのこれまでのエビデンス

COPDの人へのACP対話に関する系統的レビュー<sup>2)</sup>では、対話に影響を及ぼす9つの視点、すなわち ①ACPや疾患に関する基本的知識、②死生観など情緒面、③将来に向けての計画など価値観の醸成、④いつ、⑤だれが、⑥どこで、⑦何に関して、⑧どのような方法で対話を行うか、そして⑨意思決定した事項関連要素を特定し、それらの関連を統合したマップを作成している。

進行期のCOPDおよび心不全の人へのOnline decision aid “Making Your Wishes Known (MYWK)” を用いたACPを行ったコホート研究<sup>3)</sup> (白人48人、不確定 1人)では、MYWK使用により高い満足度とACPの知識の増加が得られたと報告しており、MYWKがCOPDおよび心不全の人においてACPを促進する有用なツールになる可能性が示唆されている。

## 在宅医療における慢性呼吸不全患者へのACPの特徴

平川<sup>4)</sup>のフォーカスグループインタビューによる在宅医療・介護専門職への調査では、慢性呼吸不全患者へのACPの実践において、以下の5テーマが抽出されている。①日常からの意思決定支援の重要性、②意思決定における倫理面での困難感、③チームでの情報共有と協働の必要性、④高い面接技能、⑤ACP啓発の必要性である。

すなわち、ACPは延命処置などの選択の局面だけでなく、日頃からの日常の会話の中で本人の価値観を把握するなどの対応が必要であること、経験のある医療職は倫理ジレンマに遭っても最善の選択をするような動きができる一方で、介護専門職は人生の最終段階の倫理的にむずかしい局面を避ける傾向にあること、多職種チーム間での情報共有や協働は不可欠であること、意思決定支援には高い面接技能が必要であること、ACPの知識が広がるような活動が必要であることであった。

在宅医療では、病院と異なり、医療・介護専門職は慢性疾患を持つ人と長い時間をかけて信頼関係を築き、話し合いができるため、日頃からの本人の価値観等が把握しやすい利点があるといえる。一方、ACPの実践のためには医療倫理の知識習得、高い意思決定支援のスキルが必要であり、さらに多職種協働でACPを進める必要があるといえる。

## 急性呼吸不全、特にCOVID-19とACP

海外からの報告が主であるが、COVID-19重症患者におけるACPについては、より早期のACPとACPの一連の活動である、EOL期の最終的な話し合い [Goals of Care (GOC) Discussion] の双方を含めて検討されている。欧米の先進国では、COVID-19によって、ACPの重要性が平常時よりもさらに増していると報告されている<sup>5),6)</sup>。

Curtis<sup>5)</sup>は、COVID-19の進行期においても、意思決定能力があれば、GOC Discussionにおいて、患者の価値観や人生の目標を早めに引き出したうえで、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation: 心肺蘇生を望まない)などの意向を確認すべきと報告している。急性疾患については、従来のインフォームド・コンセントでは患者・家族が意思決定できず、たとえ医学的に積極的な治療の適応がないと思われる場合も、延命治療を選択する傾向が強くなる。このため、患者に決定責任を負わせるのではなく、患者の価値観や目標をもとに、医師が決定責任を負い、治療方針を提示して、患者・家族が追認するインフォームド・アセントによる意思決定を勧めている。

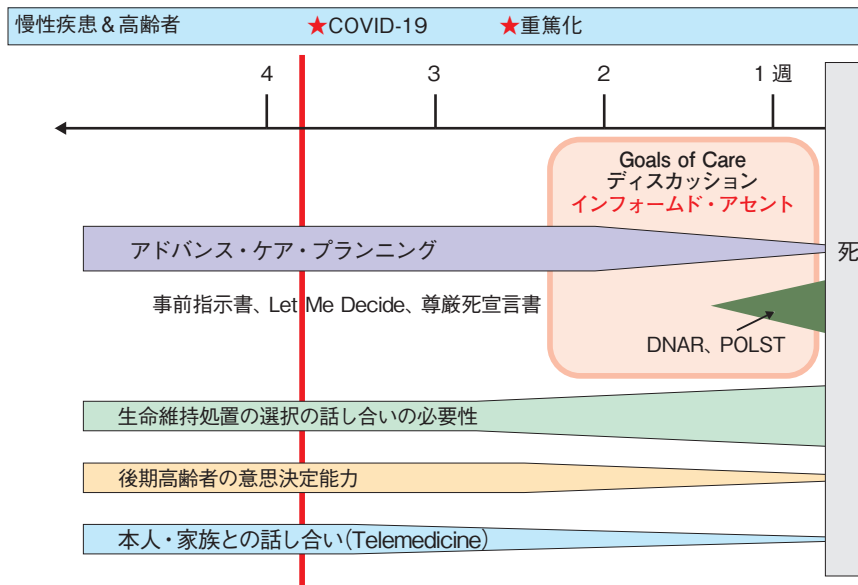
英国ではNIHによるNICE ガイドライン<sup>6)</sup>では、治療決定においてACPにより話し合われた内容を考慮するように記載されている。英国緩和医療協会<sup>7)</sup>はCOVID-19の治療ガイドランスの中で、同様にGOC Discussionの必要性を強調している。COVID-19におけるGOC Discussionにおいては感染予防のために、マスクやフェイスシールド越しに、あるいは家族に対しては電話やインターネット<sup>8),9)</sup>を用いての対話を余儀なくされ、十分な対話が困難な状況であり、コミュニケーション能力の高い緩和ケアチームの協力を得ることなどが提案されている。

日本老年医学会は「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言—ACP 実施のタイミングを考える—」<sup>10)</sup>を公表し、特にCOVID-19に罹患する前からのより早期のACPの重要性などを報告している。

☒はCOVID-19により重篤化を経て亡くなる症例を想定した場合の、ACP実施時期を示している。肺炎を発症した場合、重症化し、人工呼吸器などの生命維持治療を受けるかどうかまでは数週間の経過であり、COVID-19陽性後にACPを行う時間的、精神的余裕のない状況で、冷静に今後の治療方針を考えるのは極めてむずかしいといえる。加えて、☒に示したように、発症後は本人の代弁者の役割を果たすべく、家族も病院への来院ができないなど、たとえ



図 COVID-19(重篤化後死亡例)における意思決定支援時期



Telemedicineなどを用いたとしても家族とのコミュニケーションが取りにくい状況である。

Lapidら<sup>11)</sup>は人生の最終段階における本人の価値観や意向について事前に話し合っていなかった場合、COVID-19流行期にACPを行うとしても、その意思決定が、感染症流行の恐怖に伴う情緒的变化により影響を受けてしまうため、COVID-19感染の前におけるACP実施の重要性を強調している。

## おわりに

今回、COPDに代表される慢性呼吸不全とCOVID-19肺炎に代表される急性呼吸不全双方を取り上げて、それぞれのACPについて考察した。在宅医療の現場で時間をかけてACPが行える慢性疾患と、数週間で急速に進行する

COVID-19肺炎のACPとは質的に違うもので、強いて言うとCOVID-19に罹患してからのACP施行は極めて困難と考えられる。COVID-19罹患後の意思決定は、医療専門職主体にならざるを得ないが、この際にパートナーリズムにならないようにする、患者と医療専門職双方の心構えが必要である。

在宅医療においては在宅医、訪問看護師、ケアマネジャーなど多職種が意思決定支援に関わるメリットがある。意思決定支援の場において家族が立ち会っていることも多く、代弁者を決めやすいというメリットもある。在宅医療の日常の中で、いかにACPを実践していくかが、慢性疾患対応だけでなく、COVID-19流行期においても重要となる。

## 文献

- Lynn J, Adamson DM.: Living well at the End of Life. WP137, Rand Corporation, Santa Monica, 2003.
- Wong JS, Gottwald M.: Advance Care Planning Discussions in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A critical review. J Palliat Care. 2015; 31: 258-264.
- Van Scoy LJ, Green MJ, Dimmock AE, et al.: High satisfaction and low decisional conflict with advance care planning among chronically ill patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease or heart failure using an online decision aid: A pilot study. Chronic Illn. 2016; 12: 227-235.
- Hirakawa Y, Aita K, Nishikawa M, Arai H, Miura H.: Facilitating advance care planning for patients with severe COPD: a qualitative study of experiences and perceptions of community physicians, nurses and allied health professionals. Home Healthcare Now. 2020 (in press).
- Curtis JR, Kross EK, Stapleton RD.: The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). JAMA 2020; 323; 1771-1772.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Managing COVID-19 symptoms (including at the end of life) in the community: summary of NICE guidelines. BMJ. 2020; 369: m1461.
- Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland: COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care. 2020.
- Humphreys J, Schoenherr L, Elia G, et al.: Rapid Implementation of Inpatient Telepalliative Medicine Consultations During COVID-19 Pandemic. J Pain Symptom Manage. 2020; 60: e54-e59.
- Mercadante S, Adile C, Ferrera P, et al.: Palliative Care in the Time of COVID-19. J Pain Symptom Manage. 2020; 60: e79-e80.
- 日本老年医学会：新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行期において高齢者が最善の医療およびケアを受けるための日本老年医学会からの提言—ACP実施のタイミングを考える—. 2020. [https://jpn-geriat-soc.or.jp/coronavirus/pdf/covid\\_teigen.pdf](https://jpn-geriat-soc.or.jp/coronavirus/pdf/covid_teigen.pdf)
- Lapid MI, Koopmans R, Sampson EL, et al.: Providing quality end-of-life care to older people in the era of COVID-19: perspectives from five countries. Int Psychogeriatr. 2020; 1-8.

# 末期腎不全患者の ACP

かしはらなおき  
柏原直樹



川崎医科大学腎臓・高血圧内科学主任教授、川崎医科大学副学長

**【略歴】** 1982年：岡山大学医学部医学科卒業。医学博士。1987年：米国 Northwestern 大学医学部 research associate（～1990年）、1991年：岡山大学医学部第三内科助手、1995年：同 講師、1997年：同 助教授、1998年より川崎医科大学腎臓・高血圧内科学主任教授、2003年：放送大学大学院客員教授（～2018年）、2007年：英国 Oxford University, Visiting Fellow、2009年より川崎医科大学副学長、2016年より日本腎臓学会理事長

**【専門分野】** 内科学、腎臓病、高血圧

とくやまあつゆき      かどやひろゆき  
徳山敦之<sup>1)</sup>、角谷裕之<sup>2)</sup>

1) 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学

2) 川崎医科大学腎臓・高血圧内科学講師

## はじめに

本邦の維持透析患者数は増加の一途をたどり、約33万人に上る。増加の一因は、著しい高齢化の進展である。透析導入年齢も高齢化しており、最多年齢層は75-80歳である。透析患者の69.8%が65歳以上、75-80歳が40.5%、80歳以上が25.1%に上る。腎臓病診療は高齢者医療そのものである<sup>1)</sup>。

高齢腎臓病患者は循環器疾患、脳血管障害、認知機能障害、フレイルなどの合併症を有することが通例であり、悪性腫瘍合併率も増加している。本邦では90%以上において血液透析が腎代替療法として選択される。透析は体外循環であり循環動態に大きな負荷を与える。そのため合併症を有する患者では、透析導入困難、透析中断を余儀なくされる場合も少なくない。

末期腎不全に際して生命維持のために、透析療法が必須であることは自明である。しかしながら、各種合併症を有する高齢患者において、透析導入によるADL、QOL、入院期間を含めた包括的な予後を予測することは困難である。3回/週、毎回約4時間の透析療法を受けることになり、透析センターへの通院自体が高齢患者、家族、介護者に大きな負荷となる。予後予測の科学的なエビデンス、社会的なコンセンサスが不在な中で、患者本人、家族、医療チームの共同意思決定によって、透析導入/非導入が決定されているのが実情である。決断を迫られる医療者への精神的な

負荷も大きい。透析非導入となった場合の保存的な緩和医療のあり方も、標準的なものは確立されていない。

高齢腎不全患者がアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning: ACP)、すなわち、将来の意思決定能力の低下に備えて、今後の治療・療養について患者・家族とあらかじめ話し合うプロセス、透析導入/非導入の意思決定プロセスおよび、緩和医療の方法論の構築は喫緊の課題である。

本稿では、AMED長寿科学研究開発事業の取り組みを紹介したい。

## 腎不全診療におけるACP、緩和ケア構築の必要性

高齢腎不全患者において、生命維持のためには透析導入が必要でありながら、全身状態不良により体外循環に忍容性を持たない場合だけでなく、患者の尊厳性を尊重し、終末期医療に準じ、患者・家族の意思確認の上で、非導入の決断を迫られる局面は少なくない。

本人と家族に対して、透析導入/非導入時のQOLを含めた予後の説明を行う必要がある。しかしながら、高齢腎不全患者において、透析導入/非導入後の予後を推定・提示する際に、依拠しうる客観的な科学的エビデンスが不足している。



透析導入時には患者、家族、医療スタッフによる共同意思決定(Shared Decision Making:SDM)の導入が進みつつある。しかしながら、患者および家族の意思決定をサポートする意思決定プロセスは確立されていない。

医学的には腎代替療法が必要な場合であっても、特に高齢者の場合は、非導入を余儀なくされる場合がある。しかしながら、非導入となった際の緩和医療・ケアのあり方について確立されたものがない。2014年、日本透析医学会は「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」を発表し、終末期透析医療のあり方について提言がなされた<sup>2)</sup>。

2年後の全国規模実態調査では、47.1%の透析施設が透析を見合わせた経験があることが判明した。見合わせた患者の89.7%が高齢者で、46.1%が認知症患者であった<sup>3)</sup>。一部では人生の最終段階ではない患者本人の強い意思と家族などの同意による見合わせが行われている実態も明らかとなった。「透析見合わせ」は、透析を差し控える、透析の継続を中止するのではなく、透析を一時的に実施せずに、病状変化によっては透析を開始する、または、再開する意味がある用語として使用されている。

また2018年、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」が作成されている。これらの動向を踏まえて、2020年、「透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」として内容が改訂された<sup>4)</sup>。

米国では「透析導入及び透析中止に関する共同の意思決定」に関する勧告が報告されている。事前指示書、法定代理人の役割なども記されているが、死生観、医療環境の異なる本邦にそのまま外挿できるものではない。

## 保存的腎臓療法

透析導入の見合わせに関する提言が更新され、新たな選択肢として保存的腎臓療法(Conservative Kidney Management:CKM)が注目されている<sup>5),6),7)</sup>。

CKMの体制整備はカナダ、英国などで先行して進んでいる<sup>8),9),10)</sup>。米国NIHは「透析や腎移植を行わずに、医療チームがケアを継続することであり、ケアは患者の生活の質と症状のコントロールに焦点が当てられる」とし、「患者には腎不全の治療方法に関する決定権があり、透析や移植ではなく、CKMを選択することができる」としている。CKMは透析によって生存率やQOLの向上が見込めない患者を対象とする患者中心の包括的ケアであり、SDMによる意思決定、合併症の最小化、症状管理、事前のケアプラン

ニング、心理的、社会的、家族的支援を取り入れたものである。

対話型のウェブベースのCKM患者意思決定支援ツールも開発されている。オタワ意思決定支援フレームワークに基づいて、CKM意思決定支援ツールは、患者固有の予後マーカー(年齢、機能状態、認知機能、生活環境、併存疾患)と患者の価値観、嗜好、ケアの全体的な目標を統合し、患者、家族、臨床医が透析とCKMのリスクと利点を患者固有に理解できるように支援することを目的としている。Oxford大学病院はCKMのガイドを作成し公開している[<https://www.ouh.nhs.uk/patient-guide/leaflets/files/37843Pmanagement.pdf> (2020年12月21日閲覧)]。

## 長寿科学研究開発事業

私どもは、2019年度長寿科学研究開発事業、非がん高齢者の在宅における緩和医療の指針に関する研究に採択され、「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究班を構築した。腎臓内科、透析医療、生命倫理・臨床倫理、緩和医療・ケアの専門家から構成される(表)。

### 【目的】

高齢腎不全患者への科学的エビデンスに基づく透析導入/非導入の意思決定プロセスおよび、緩和医療の方法論の構築が本研究の目的である。そのために、高齢腎不全患者において、透析導入時の状況と導入後の予後調査、および高齢者における透析導入/非導入に関する実態・予後調査を行う。さらに適切な緩和的医療の介入方法について検討し、その有用性や妥当性について検証する。腎不全患者における透析導入/非導入・見合わせ・中断の意思決定プロセスの構築、最適な緩和医療のあり方に関する指針作成、コンセンサス形成に資するエビデンスの構築を目標とする。具体的には以下を取り組む(図)。

表 長寿科学研究開発事業「高齢腎不全患者に対する腎代替療法の開始/見合わせの意思決定プロセスと最適な緩和医療・ケアの構築」研究班

#### 【研究開発代表者】

柏原直樹 川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学

#### 【分担者】

守山敏樹 大阪大学 キャンパスライフ健康支援センター

岡田浩一 埼玉医科大学 腎臓内科学

神田英一郎 川崎医科大学

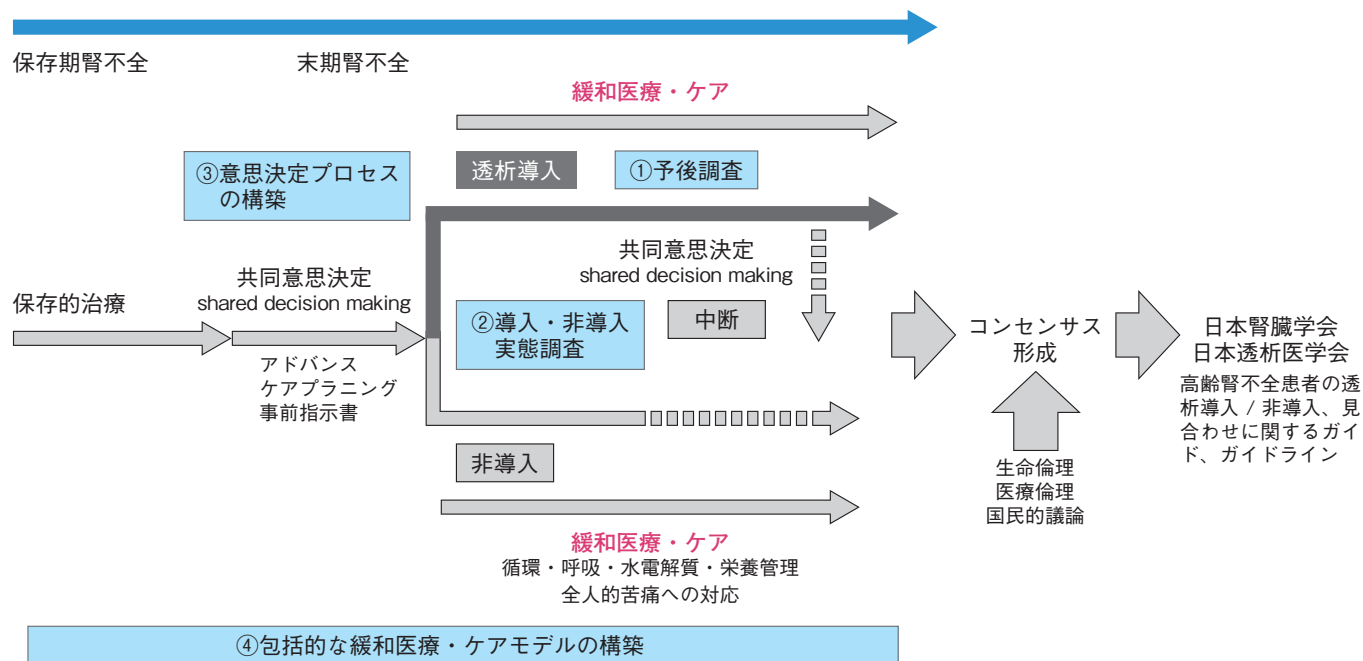
中元秀友 埼玉医科大学 総合診療内科

酒井 謙 東邦大学 医学部 腎臓学講座

会田薫子 東京大学 大学院人文社会系研究科

丹波嘉一郎 自治医科大学 附属病院緩和ケア部

図 研究班の取り組む事業構想



- ①高齢腎不全患者において、透析導入による予後(生命予後、ADL、QOL)調査
- ②高齢腎不全患者における、透析非導入・中断の実態、緩和医療の実態調査
- ③高齢腎不全患者(終末期を含む)に対する共同意思決定による最適な腎代替療法選択、非導入の決断に資するエビデンスの構築と意思決定のためのサポートツール(予後推定ツール)の作成
- ④高齢腎不全患者(非導入患者を含む)に対する最適な緩和医療・ケアの構築

1. 高齢腎不全患者における、透析導入後の予後(生命予後、入院/在宅期間)調査と予後推定式の開発

各種合併症を有し、虚弱(フレイル)状態にある高齢腎不全患者に循環動態へ大きな負荷を与える透析療法を実施した場合、どの程度予後が改善されるか不明である。また予後不良を予測する科学的な方法も確立されていない。

日本透析医学会の実施する年度末調査を活用し、2007年度に新規に登録された75歳以上透析患者を対象とするコホート研究で、透析導入後の高齢者の予後を解析する。ランダムに選択した半数の患者データの解析結果に基づき、高齢腎不全患者の透析導入後の予後推定式(Prognostic score)の開発を行う。

得られたデータより独立したリスク因子の候補を選定し、各リスク因子の寄与率に応じた係数を求め、透析導入後予後を推定するスコアの計算式を作成する。死亡を従属変数

として指数分布モデルによるパラメトリック生存時間解析を適用し、前進的変数増減法(stepwise forward selection method)による変数選択を行う。変数選択によって予後予測式のモデル候補を複数(予後予測式1、2・・・)求める。残りの半数の患者データを用いて、予後予測式の妥当性を検証し、最良のモデルを選択する。

2. 高齢腎不全患者における、透析非導入・中断の実態、緩和医療の実態調査

全国の透析導入施設に対して、高齢者ないし終末期での透析導入の選択についてアンケート調査を行う。年間透析非導入例数、非導入の背景(年齢、性別、原疾患、全身状態、認知機能、合併症など)、透析非導入の主要要因(本人意思、家族の意向、全身状態不良など)をまとめる。また、透析導入後に透析継続が困難となり中断に至った例についても調査する。

さらに保存的緩和療法・ケアの実態について調べる。精神的ケア、疼痛対策、栄養管理、呼吸管理、循環動態管理、患者へのサポートについて実態などを調査する。

3. 高齢腎不全患者(終末期を含む)に対する共同意思決定による最適な腎代替療法選択、非導入の意思決定プロセスの構築とサポートツールの作成

前記研究1で得られた予後予測式について、新たな前向き観察研究により妥当性を検証する。

高齢腎不全患者の透析導入後の予後調査を前向きに実施する。4施設(大阪大学、埼玉医科大学、川崎医科大学、東邦大学医学部の各附属病院)および、調査可能な2施設をこ



れに加える。各施設新規透析導入は50-100例／年であり、75歳以上は65%以上と推算し、32-65人／年／施設(160-325人／年)の参加が見込まれる。

#### 4. 意思決定プロセスの構築

会田薫子、守山敏樹らは、「腎臓病と高齢者ケア研究プロジェクト」を立ち上げ、高齢者の本人の意思を尊重し、治療法の選択につなげるべく、『高齢者ケアと人工透析を考える—本人・家族の意思決定プロセスノート』(医学と看護社)を発刊している。同プロジェクトの議論、知見を踏まえ、意思決定プロセスを構築する。

意思決定に際しては、本人意思が最重要であるが、前提として本人・家族に医療者より適切な情報が提供される必要がある。そのうえで、多職種から構成される医療チームとの話し合いのもとでの方針決定が重要である<sup>11),12)</sup>。「提供すべき適切な情報」のひとつとして上記サポートツールの活用を考慮する。透析導入・非導入・中断などは、医療・ケアチームにより医学的妥当性と適切性をもとに慎重に判断されるべきであり、依拠すべき医学的判断論拠についても一定の水準の提示を試みる。本人意思が確認できない場合の手順などについても標準的手順を構築する。

#### 5. 高齢腎不全患者(非導入患者を含む)に対する最適な緩和医療・ケアの構築

実態調査の結果および文献的考察により、以下について、協議し方針を立案する。他領域の緩和医療の動向調査、協働の可能性を検討する。

##### (1) 高齢腎不全患者が有する身体的苦痛、精神心理的苦痛の実態

呼吸困難、全身倦怠感、疼痛、不安、抑うつ、食欲低下、

睡眠障害、身体機能低下、スピリチュアルペインなど

##### (2) 上記苦痛への対処法の立案

栄養管理、水電解質管理、酸素投与、リハビリ、カウンセリング、酸素投与など

##### (3) 精神心理的苦痛への対応法の立案

多職種による支持的なコミュニケーション法の確立、緩和ケアチーム、認定・専門看護師、腎臓病療養指導士、リエゾンチームによるチーム医療体制の構築、関連職種の教育、支援体制の構築

##### (4) 地域特性、地域の医療資源を考慮した体制の構築

地域包括ケアシステムの中での、かかりつけ医、看護師、保健師などによる外来・訪問診療のあり方、人材育成についても考慮する

本研究は、高齢腎不全患者の透析導入・非導入・中断の意思決定に資するエビデンス、意思決定プロセスを構築し、同時に緩和医療・ケアの構築をめざすものである。

#### まとめ

2017年、厚生労働省健康局「腎疾患対策検討会」が設定された(座長：柏原直樹)。さらに2018年7月、厚生労働省より関係学会、関係団体、全国自治体へ「腎疾患対策検討会報告書～腎疾患対策の更なる推進を目指して～」が発出された。本報告書の全体目標には「CKD(慢性腎臓病)患者(透析患者及び腎移植患者を含む)のQOL維持向上を図る」ことが掲げられている。本研究の目的はこの目標にも合致している。

#### 文献

- 1) 一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会：2018年末の慢性透析患者に関する集計。2018
- 2) 平方秀樹：「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」—背景と考え方。臨床透析 2018; 34: 1179-1186.
- 3) 岡田一義：日本透析医学会「維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言」—その後の実態調査。日本透析医学会雑誌 2019; 34: 110-116.
- 4) 日本透析医学会 透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言作成委員会：透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言。日本透析医学会雑誌 2020; 53: 173-217.
- 5) Carswell C, Noble H, Reid J, McKeaveney C: Conservative management of patients with end-stage kidney disease. Nurs Stand. 2020; 35: 43-50.
- 6) Gelfand SL, Scherer JS, Koncicki HM: Kidney Supportive Care: Core Curriculum 2020. Am J Kidney Dis. 2020;75: 793-806.
- 7) Parvez S, Abdel-Kader K, Pankratz VS, et al.: Provider Knowledge, Attitudes, and Practices Surrounding Conservative

Management for Patients with Advanced CKD. Clin J Am Soc Nephrol. 2016; 11: 812-820.

- 8) Da Silva-Gane M, Wellsted D, Greenshields H, et al.: Quality of life and survival in patients with advanced kidney failure managed conservatively or by dialysis. Clin J Am Soc Nephrol. 2012; 7: 2002-2009.
- 9) Okamoto I, Tonkin-Crine S, Rayner H, et al.: Conservative care for ESRD in the United Kingdom: a national survey. Clin J Am Soc Nephrol. 2015; 10: 120-126.
- 10) Tam-Tham H, King-Shier KM, Thomas CM, et al.: Prevalence of Barriers and Facilitators to Enhancing Conservative Kidney Management for Older Adults in the Primary Care Setting. Clin J Am Soc Nephrol. 2016; 11: 2012-2021.
- 11) 会田 薫子：臨床倫理学と死生学 人生の最終段階における医療とケアの共同の意思決定のために。老年社会科学 2018; 40: 292-300.
- 12) 会田 薫子：Shared Decision Makingの意義。臨床透析 2020; 36: 211-217.

# いつも元気、 いまも現役

トライアスリート／アイアンマン世界王者  
稲田 弘さん

88 歳



稲田 弘 (いなだ ひろむ)

(PROFILE)

1932年11月19日生まれ。稲毛インターナショナルトライアスロンクラブ所属。NHKの放送記者を定年退職したあと、60歳で水泳を始め、69歳からロードバイクを始める。翌年70歳でトライアスロンに初出場し、79歳目前の2011年に総距離226kmのアイアンマン世界選手権に初出場。以来、世界選手権に9年連続で出場。2012年(年末基準で80歳扱い)、2016年(同84歳)、2018年(同86歳)、と年代別世界王者タイトルを獲得。アイアンマン世界選手権において世界最高齢で完走した2016年(83歳322日)と2018年(85歳328日)の2つの記録でギネス世界記録®に認定された。

2020年の大会は新型コロナウイルスの影響で中止になったが、世界選手権連続10年出場をめざし、自身の持つ世界記録を塗り替えるべくトレーニングに励む毎日。

## この年に それが

### 世界一過酷なトライアスロン アイアンマンレースを制する88歳

千葉県稲毛区にある稲毛インターナショナルトライアスロンクラブ(稲毛インター)。ここにアイアンマン世界王者の稲田弘さん(88)が所属している。

世界一過酷なトライアスロン「アイアンマンレース」。オリンピックで競われるトライアスロンの総距離は51.5kmで、水泳(スイム)1.5km、自転車(バイク)40km、長距離走(ラン)10kmであるのに対し、アイアンマンレースは総距離226km。スイム3.8km、バイク180kmのあと、ラン42.2kmを走破する、まさに“鉄人”のみが制覇できるレースだ。

アイアンマン世界選手権は、毎年10月にハワイ・コナで開催される。世界各地で行われるトライアスロン大会の上位者のみが、世界選手権の出場権を獲得できる。稲田さんは2011年78歳(年末基準で79歳扱い)でアイアンマン世界選手権に出場して以来、9年連続で出場している。

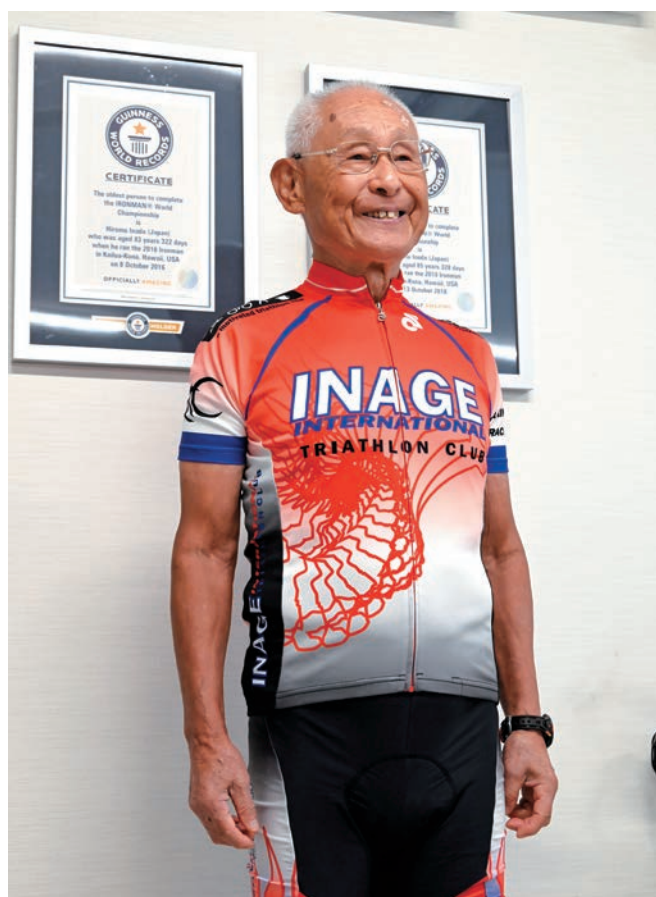
さらに、2012年(80歳扱い)、2016年(同84歳)、2018年(同86歳)には、年代別世界王者タイトルを獲得。80代で3回の優勝という快挙を成し遂げた。

2020年7月には2つのギネス世界記録®に認定され、大きなニュースとなった。アイアンマン世界選手権2016年(83歳322日)と2018年(85歳328日)の最高齢完走の記録だ。

稲田さんがトライアスロンを始めたのは70歳。オリンピックディスタンスの51.5kmから始まり、ミドルディスタンスの131km、アイアンマンディスタンスの226kmと年を重ねるごとに距離を伸ばし、世界王者タ



# なっても進化できる トライアスロンの原動力



アイアンマン世界選手権最高齢完走で2つのギネス世界記録®

イトル獲得、世界記録更新、最高齢完走。今もなお進化し続ける88歳は、世界のアスリートが注目する存在である。

## トライアスロン6年目で 味わった初めての挫折

稲田さんは60歳でNHKの記者を退職した。奥さんが難病指定の病気にかかり、看病のための決断だった。「家内の病気で側を離れられない状態で、だからと

いって家の中に閉じこもってばかりでは体がおかしくなる。大学時代は山岳部、記者時代は山登りに夢中になっていたの、やはり運動がしたかった。たまたま自宅の向いにスポーツジムができて、退職して3日後に入会しました。そこで水泳を覚えました」

64歳のとき、水泳仲間と面白半分であクアスロン（スイム+ラン）に出場し、そこで見た競技用のバイクに目を奪われた。「スイムランの出場者の半分はトライアスロン経験者。みんな競技用のバイクで会場に来るんです。それがカッコよくて憧れたんですよ」。69歳のとき思い切ってバイクを購入した。

トライアスロン初出場は70歳。バイク購入の翌年の千葉・幕張のトライアスロン大会だった。オリンピックディスタンスと同じ51.5kmだった。

以後、距離をどんどん伸ばしていく。75歳になると佐渡の大会に遠征し、131kmのレースに出場する。「思っていたよりいいタイムだったし、余裕もあった。もっと長くてもイケるだろうと自信ができました」

満を持して、総距離226kmの長崎・五島のアイアンマンレースに76歳で挑戦。しかし、結果はランの中間地点で制限時間オーバーとなり失格。トライアスロンを始めてから6年目で初めての挫折を味わった。

## 稲毛インターとの出会いで 劇的に向上を遂げた

長崎・五島のレースのあと、大きな石の上に腰かけてうなだれていた稲田さん。そこに大会の役員の人1人が近づきアドバイスをくれた。「来年も出場するつもりがあるのなら、今のように我流でやっていたら同じ結果になる。千葉市には『稲毛インター』というトライ



2015年アイアンマン世界選手権。ゴール直前で倒れこみ、5秒オーバーでゴール。ゴールの映像は世界中に配信され、多く人の感動を呼んだ

アスロンクラブがある。そこで鍛えてはどうか」

稲毛インターはオリンピック選手も所属する名門のクラブ。稲田さんは76歳という年齢を考えて入会を3か月間迷ったという。「でもなんとかして来年はリベンジしたい。思い切って『入りたい』と言ったら、『会費さえ払ってくればいいですよ』と軽く言われて（笑）、大喜びで入りました」

稲毛インターに入り、自己流だった稲田さんのトレーニングは質も量も一気に向上。

「オリンピックと一緒に練習して感じたのは、練習する姿勢、顔つき、目の色が違うということ。バイクのコースでは、オリンピックが『稲田さん、ついてきなさいよ!』と鼓舞してくれる。ものすごく嬉しいし、自分のMaxの力を出してついていこうと思う。近くでフォームを見て勉強できて、楽に速い、効率のいい走りができるようになった。飛躍的に力がついて、この



86歳目前で迎えた2018年の世界選手権で2度目のアイアンマン世界王者に

年になってこんなに進化するのかと喜びがわいてきました。何より年齢を意識しなくなったし、気持ちの中では若い人と同じくらいと思うようになりました」

自信をつけた稲田さんは、2011年78歳で韓国・<sup>チェジュ</sup>濟州島の大会（226km）を勝ち抜き、ハワイでのアイアンマン世界選手権の出場権を初めて獲得した。

## アイアンマン世界選手権 世界王者への道

初出場となった2011年ハワイでの世界選手権は、序盤のスイムで過呼吸により無念のリタイア。

「過呼吸の原因は“食べ過ぎ”です。受付が朝5時でスタートは7時。スタートまでの2時間、時間つぶしに食べたり飲んだりして、スタート直前にはお腹がタポタポ。泳ぎ始めた直後に過呼吸でもう息ができない。スイムの折り返し1.9km地点でドクターストップがかかってあえなく断念。その時のみじめさといいたらないですよ。でも、次の大会でリベンジだというモチベーションにつながりました」

翌2012年79歳でタイ・プーケットの大会を勝ち抜き、2度目の世界選手権の出場権を得てハワイへ。結果は80-84歳のカテゴリーで15時間38分25秒という大会記録で初優勝した（実年齢は79歳だが、大会では年末基準のため80歳扱い）。制限時間17時間の中、余裕のゴールだった。この15時間38分25秒という記録は過去の80代の完走者の記録を大きく塗り替え、今も破られていない。

翌年2013年の世界選手権は制限時間オーバー。その後も世界選手権に連続出場を果たすも、制限時間オーバーで完走できない年が続いた。

「忘れもしない2015年の世界選手権。大会の規定でこの年は制限時間が10分短縮の16時間50分でした。ゴールはしたものの5秒オーバーの16時間50分5秒。花道に入って50メートルくらいで1度こけて、ゴール直前1メートルのところでもまたこけて、結果5秒オーバーした。そのゴールがドラマティックだったと、世界中のメディアに取り上げられて、フェイスブックにたくさんの人からメッセージが入りました。それでモチベーションがいききに上がった。その年からは自分



のためだけじゃなく世界中の人の期待に応えなくてはという気持ちが強くなりました」

翌年2016年からは制限時間が元の17時間に戻った。「どうやら前年の僕のことがあったから、らしい」と稲田さん。2016年83歳（84歳扱い）で迎えた世界選手権は4年ぶりに完走。2度目の世界王者となり、最高齢完走記録も更新した。「前年であんなことがあったから、ゴールは万歳しながら駆け抜けました」とニコリ。

2018年85歳（86歳扱い）で迎えた世界選手権でも完走、自身の持つ最高齢完走記録を更新した。85歳以上のカテゴリーは稲田さんがつくった。現在、稲田さんの他に85歳以上の出場者はいない。

## 今はもっと体が楽にできる方法を追求するとき

アイアンマン世界選手権10年連続出場をめざした2020年の大会は新型コロナウイルスの影響により中止となり、今は2021年の大会に向けてトレーニングを続ける毎日。稲毛インターは1週間のうち2日は休みだが、休みの日も自主練習を欠かさない。トレーニングのある日は朝4時半起床、6時から午後4時過ぎまで集中して練習に励む。

「幸か不幸か、たまたま自主練習中に足を痛めてしまって、ランニングを休んでいます。そういうこともあって、今はこれまでと違うやり方を模索するチャンスかもしれない。例えば、“もっと楽に速く走れる方法”。最近では1日1日で体力も筋肉も落ちてくるのがわ



1人暮らしのため食事は自炊。栄養バランスを考えた究極のメニュー。朝食は14種類の野菜のスープに鶏ムネ肉などを入れて。ライ麦パン、リンゴとバナナも毎朝欠かさない



2018年アイアンマン世界選手権チャンピオンメダルとジャージを身につけて。鍛えあげられた体はどう見ても50、60代

かります。これは人間の宿命です。それをいかに食い止めるか。それが日常生活の中で自分に課しているテーマです。そういう意味では、今はもっと体が楽にできる方法を追求するとき。そういう時間を与えてくれたコロナにむしろ感謝しています。

練習がとにかく楽しいです。毎日いろんなことを試して、今まで使わなかった筋肉を意識して使ってみる。そうすることでものすごい効果を感じることがある。昨日より今日がいいなど、毎日が発見です。それが本当に嬉しくて、『俺は今生きてるー！』って叫ぶときもあるんですよ（笑）。この年になってもできるということが嬉しくてたまらない。それがトライアスロンを続ける原動力になっています」

●写真／丹羽諭 ●文／編集部



夕食はメザシ、納豆キムチ、具沢山のみそ汁、玄米ご飯。トレーニング優先で時間節約のため、朝晩決まったメニュー



社会福祉法人ゆうゆうの本部

## 福祉が福祉で終わらない まちづくりを北の大地で開拓

### 学生による障がい児預かりの レスパイトサービスから始まる

札幌駅から電車で北東に約40分、石狩平野のど真ん中にある石狩当別駅。この当別町を中心に20数か所の福祉

### 北海道石狩郡当別町 社会福祉法人ゆうゆう

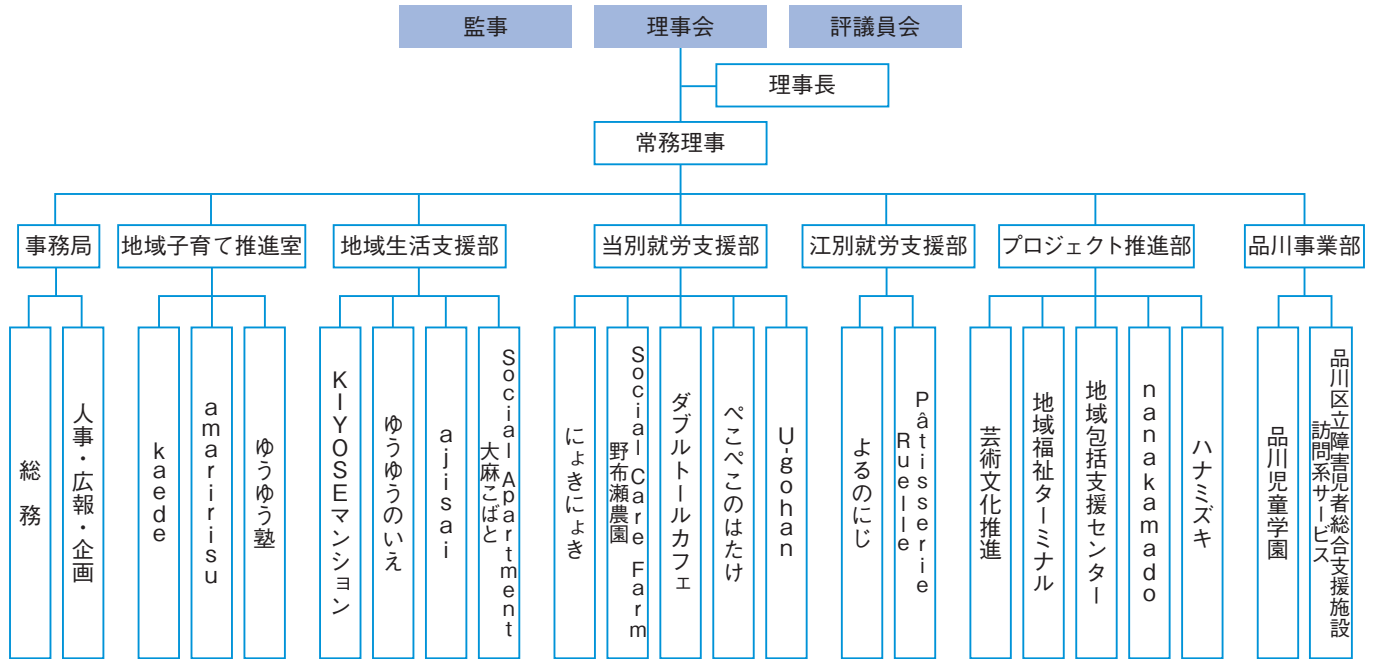
事業所を運営するのが社会福祉法人ゆうゆう。

ゆうゆうの活動のスタートは2003年、当別町にある北海道医療大学の看護福祉学部の大学院生だった大原裕介さんが大学生らと、商店街の空き店舗で障がい児の一時預かりを始めたことに遡る（表）。きっかけは障がい児

表 社会法人ゆうゆう 年表

2003年	当別町の商店街に北海道医療大学のボランティアセンターを設立 障がい児のレスパイトサービス開始とともに、0歳から96歳までの地域住民の困りごとをサポート 文部科学省の「特色ある大学教育支援プログラム」に選定される	2014年	北海道医療大学にダブルツールカフェを運営 日本財団の助成でKIYOSEマンションをグループホームとして改修・運営開始 Garden、よるのにじを社会福祉法人ゆうゆうへ事業移行
2005年	NPO法人当別町青少年活動センターゆうゆう24を設立	2015年	業務を社会福祉法人ゆうゆうに統合 厚生労働省「障害者の芸術活動支援モデル事業」が採択される
2006年	当別町ノーマライゼーションセンターによきによきの創設 江別市に新たな拠点kaedeの創設 当別町障害者相談支援事業と当別町ファミリー・サポートセンター事業の受託	2016年	廃校になった(旧)弁華別小・中学校の利活用者として選定される 北海道医療大学との間に包括連携協定を締結
2007年	財政破綻後の夕張市で活動開始	2017年	品川区立品川児童学園・品川区立品川児童学園分室の運営
2008年	当別町共生型地域福祉ターミナルの創設 当別町共生型地域オープンサロンGarden（コミュニティーカフェ）の創設	2018年	江別市大麻銀座商店街内に、わたなべストアを創設（kaedeの移転）
2010年	江別市共生型地域複合サロンよるのにじの創設	2019年	Social Care Farm野布瀬農園の創設 江別市大麻銀座商店街内にPâtisserie Ruelleがオープン 江別市大麻泉町のSocial Apartment大麻こぼとがオープン
2011年	NPO法人ゆうゆうに名称変更 当別町共生型コミュニティ農園べこべこのはたけの創設	2020年	品川区立障害児者総合支援施設がオープン 東京大学工学部11号館2階に北海道の米と汁U-gohan東大正門がオープン
2012年	ケアホームゆうゆうのいえの創設 夕張支部が一般社団法人取得により独立		
2013年	NPO法人ノーマライゼーションセンターによきによきに名称変更 社会福祉法人ゆうゆう設立		





図：社会福祉法人ゆうゆう 組織図

を持つ母親との出会いがあったことだ。

町から3年間の家賃補助を受け、1時間400円の障がい児預かりのレスパイトサービスを始めた。ただ室内で過ごすのではなく、大学生のボランティアとともに商店街の中を歩いたり遊んで過ごした。それが日常の風景となり、自然な形で住民に受け入れられた。いつしか子育てや介護に悩む住民からも相談が来るようになっていた。

2005年にNPO法人当別町青少年活動センターゆうゆう24を設立した。その後、理事長となる大原さん25歳のときだ。

翌2006年には当別町ノーマライゼーションセンターによきによきを創設、西に隣接する江別市に拠点となる放課後等デイサービスkaedeの創設という具合に次々と拠点を拡大していった。

障がい児のレスパイトサービスをしていた当初の子どもは、10年近く経てば就職する年齢となる。2014年には北海道医療大学内にダブルツールカフェをオープン。原宿を中心に浜松町・仙台に展開するダブルツールカフェの北海道第1号店であり、障がいのある方が働く第1号店としてスタートした。大学内のカフェであることから、学生や教職員にとって常に身近にいる存在となることをめざしている。

## 農園でコメや野菜づくり 東大のレストランに食材を提供

社会福祉法人の従来の枠にとどまらないこうした活動の広がりには目を見張るものがある(図)。

2015年には厚生労働省の「障害者の芸術活動支援モデル事業」に採択され、2017年東京都品川区の区立品川児童学園や障害児者総合支援施設・訪問系サービスの運営を任せられるようになった。

さらに2019年には本部から車で20分くらいのところに8ヘクタールの野布瀬農園を地域の農家の野布瀬さんから受け継ぎ、ソーシャル・ケア・ファームを始めた。ここで利用者や地域の多くの人びとでコメや野菜をつくり始めた。そこでつくられた農作物は、2020年に東京大学工学部11号館2階にオープンさせたレストラン「北海道の米と汁U-gohan東大正門」で食材として使用されている。この内装の設計は、著名な建築家の隈研吾氏が手掛けた。人の縁と社会福祉法人の理念が多くの人を動かしている。

## それぞれの地域の必要性から 地味な努力の結果、各拠点が誕生

現在の組織図を見ると6つの事業部に整理される(図)。「地域子育て推進室」には、放課後等デイサービスのkaedeとamaririsu、子どもの学習支援事業ゆうゆう塾が属



写真1：石狩当別駅の隣の当別太美駅から歩いて5分にあるコミュニティ農園ぺこぺこのはたけ



写真2：ぺこぺこのはたけのレストランの人気メニュー「小鉢御膳」(1,000円・税別)



写真3：当別町共生型地域福祉ターミナルと当別町ボランティアセンターが入る建物

している。

「地域生活支援部」には、グループホームのKIYOSEマンションと共同生活援助事業所ゆうゆうのいえ、ヘルパーステーションajisai、Social Apartment<sup>おおあさ</sup>大麻こぼとが属する。

「当別就労支援部」には、生活介護事業所によきによき、Social Care Farm野布瀬農園、ダブルツールカフェ、共生型コミュニティ農園ぺこぺこのはたけ（写真1、2）、東京大学のレストランU-gohanがある。

「江別就労支援部」には、生活介護事業所よるのにじ、洋菓子店Pâtisserie Ruelleがある。

「プロジェクト推進部」には、芸術文化推進、地域福祉ターミナル（写真3）、当別町唯一の地域包括支援センター、障がい者総合相談支援センター nanakamado、居宅介護支援事業所ハナミズキがある。

そして「品川事業部」には、品川児童学園、品川区立障害児者総合支援施設・訪問系サービスがある。

## 福祉は地域起こしの産業 福祉を言い訳にしない

これらの事業に串刺しのように貫いている考え方は、「支える側」と「支えられる側」の立場が入れ替わり得るという柔らかな相互関係と地域起こしに福祉が1つの産業として成り立つという発想だ。

広報担当の事務局の近藤綾香さんは、「そのときそのときのニーズがあって地域住民の理解を得ながら進めてきた結果、このような広がりとなりました。最初からいきなりすべてがそろっていたわけではありません」という。地域住民と準備段階から話し合いを重ね、地域のお祭りや催しに協力したりの地味な活動の積み重ねの結果を強調する。この結果、福祉の制度を超えた事業展開となっている。

「レストランやケーキ屋さん、社会福祉法人が運営しているということに言い訳にせず、本物の味を提供しています」ときっぱり。「1つの事業所で完結せず、それぞれが繋がっていく」という有機的な組織づくりだ。

## 次世代育成に取り組む 福祉教育に軸足を移す

現在の職員数は正職員83人、学生を含めた準職員は178人に及ぶ。平均年齢は30歳代前半と若い。今年は東京と大阪で福祉就職フェアに出展し、211人の説明会参加者があり、30人ほどの応募の中、採用されたのは4人と、なかなかの狭き門。出身地は北海道とそれ以外が半々くらいだ。

ゆうゆうの知名度も全国的に高まり、視察見学者は年間324人を数えた。

最近では福祉教育にも力を入れており、大学に入る前の





写真4：地域包括支援センターの中梶慎太郎センター長(右)と生活支援コーディネーターの石川あゆみさん

中学生・高校生を対象に「次世代育成」として出張講義も熱心に取り組んでいる。今年度は北海道の中学校・高校16校で講義を実施している。

「これからを担う若者から高齢者まで、多くの人が少子高齢化や人口減少を我が事として捉え、全世代活躍型の福祉をめざしていきたい」と近藤さん。

## 「支え手」「受け手」を超えて 地域共生社会の実現へ

少子高齢化と人口減少による地域社会の脆弱化はここ当別町でも例外ではない。ゆうゆうは設立当初から「支え手」「受け手」の関係を超えた支え合いの仕組みづくり、地域の担い手づくりを行ってきた。そうした「地域共生型社会の実現」は国が進めている「地域包括ケアシステム」による「まちづくり」と共通している。その機能の拠点の1つが地域包括支援センターである。

当別町唯一の地域包括支援センターは、当別町総合保健福祉センターゆとろの中にあるが、この運営もゆうゆうが行っている。中梶慎太郎センター長(写真4)は「ワンストップ相談窓口というのは、高齢者がベースですが、高齢者でなくても何となく困った人の相談をまずは受け止める。そこで必要な部署にバトンタッチする機能です」という。生活困窮者の支援につながったり、80代の母親に虐待を疑われる60代の息子に精神障害がみつかったりしたケースもあるという。

この地域包括支援センターには5人の職員がいて生活支援コーディネーターを置いている。職員の石川あゆみさん(写真4)は「困りごとの上位には認知症の相談があります。認知症の講座やあったかサポーターの紹介な



写真5：地域の高齢者有志「サポートクラブべこちゃん」が、地域の子どもたちを楽しませるイベント風景

どを行います。またその担い手として、アクティブシニアの方に活躍いただく仕組みを整えています」と話す。

「介護予防ということでは高齢者の『社会参加』が大事です。一歩手前の60代の方にどのように地域で活躍してもらうかです」と中梶さんは言う(写真5)。これからの時代、支え手を増やすことが重要と、アクティブシニアの活躍の場をつくるために、当別町主催でゆうゆうが実施主体となって「共生型ボランティア養成講座」を開き、地域住民に「福祉教育」を行っている。これを受講すると、「地域生活サポーター」「買い物御用聞きサポーター」「当別町ファミリーサポート協力会員」の3つの会員になれるという仕組みだ。これら地域の担い手の活動支援を当別町共生型地域福祉ターミナルに在籍するコーディネーターと、社会福祉協議会のボランティアセンターとで行っている。

## おしゃれな福祉のイメージに 北海道の開拓精神を見る

ゆうゆうの活動を従来の福祉事業所のイメージで考えると、エッという驚きの連続だ。

施設名には花の名やひらがなや横文字が多く、パンフレットもデザイン性が高く、おしゃれでモダンな色彩にあふれている。全国から法人理念に共感し若年層からベテランまでつどい、その仕事に誇りをもって現場を護る。大原理事長は20年足らずで、地域住民の安心を地域住民とともにつくり上げていくための基盤として、当別町、社会福祉協議会、商工会、また地域の大学との実に見事な協力体制を築き上げている。

北の大地、北海道の開拓精神をここに見る。

● 編集部

# がんと共に生きる

最終回

## 第4回 今こそ在宅医療を進めるとき

公益財団法人日本対がん協会会長 垣添忠生

日本は多死社会に入った。厚生労働省によると、2018年の死者数は約136万人、これが団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年には約152万人と推計される。2040年には約167万人にまで達する見通しだ。

日本人の死をめぐる状況も激変した。1950年頃、日本人の約8割は自宅で亡くなった。国民皆保険制度の導入その他の要因により、1976年頃を境として病院、在宅死が逆転し、現在は約7割が病院で亡くなっている。

しかし、上述したように、152万～167万人が亡くなるとすると、その総てが病院で亡くなることはあり得ない。そんな事態になったら、心筋梗塞とか脳卒中といった、救急対応を必要とする患者が入院できない事態すら想定される。

「病院完結型の医療は限界にきており、地域完結型の医療へ転換する必要がある」。国立長寿医療センター（現・国立長寿医療研究センター）の初代総長・大島伸一氏はいち早く在宅医療の重要性を訴え、「在宅医療推進会議」を2007年に設立した。

当時、私は国立がんセンターの総長を務めており、大島氏とは同じ泌尿器科医であるという親しさから、「ナショナルセンターが在宅医療など……」と批判を浴びていた大島氏を、「在宅医療こそ、これからの日本に極めて重要な研究領域の1つです」と励まして喜ばれた。

2007年に発足した「在宅医療推進会議」は2016年、厚生労働省医政局がつかさどる「全国在宅医療会議」に発展した。在宅医や訪問看護師の関係団体、研究機関、自治体などが参加し、国の施設をまとめている。

国はさらに、高齢者が住み慣れた地域で自立して生活で

きるように、医療だけでなく、介護・予防・生活支援を一体的に提供する「地域包括ケアシステム」(☑)の整備を進めている。自治体が主体となり、住民の要望を聞き、それに応じたサービスを提供するのだが、その充実度にはまだ大きな地域差がある。

日本医師会も在宅医療に積極的に取り組み始めた。「地域包括ケア」の推進には、地域の医師会と自治体の連携は必須である。

そもそも在宅医療の歴史をふり返ると、「高齢者の尊厳を尊重し、生活の場である自らの住まいで暮し続けるのを支える医療が在宅医療である」。日本の在宅医療の先駆者である佐藤智氏(1924-2016)の言葉である。

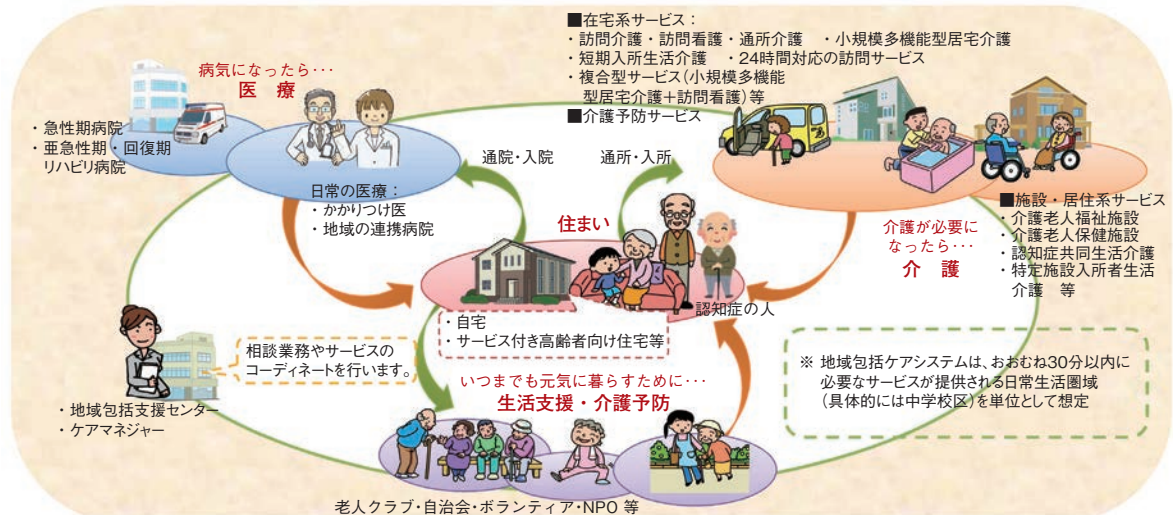
佐藤氏は全国の医師に呼びかけ、1994年に「在宅医療を推進する医師の会」、1999年に「日本在宅医学会」がそれぞれ発足した。佐藤氏の遺志を継ぎ、医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師らも参加して「日本在宅医療連合学会」に発展したのは2019年7月のことであった。

佐藤氏の活動に強い影響を受けた1人に厚生労働事務次官を務めた辻哲夫氏がいる。氏は退官後も2009年から東京大学高齢社会総合研究機構の教授(後に特任教授)として在宅医療の推進と普及に力を注ぎ続けている。

在宅医療の推進に貢献したのは、こうした医師や官僚だけではない。オートバックスという自動車部品販売会社の創業者の1人で、住野勇氏は2000年、株式上場で得た資産を社会に還元することを目的として、「在宅医療助成 勇美記念財団」を設立した。以来、在宅ホスピスや多職種のネットワーク構築など在宅医療に関するさまざまな取り組み



図 地域包括ケアシステムの姿



みを助成し、そのおかげで在宅医療は大きく普及した。毎年11月23日には、東京ビッグサイトで終日「在宅医療推進フォーラム」が開催され、昨年で16回を迎えた。

私が在宅医療に強い関心を持ったのは、早急に体制を整えなければ、わが国は大変なことになるという医療者としての危機意識。それに加えて、13年前のことになるが、妻を在宅で看取った経験があるからだ。

妻は、肺の腺がんと甲状腺がんは手術で治すことができたが、3つ目のがん、わずか4ミリで発見した小細胞肺癌を治すことができなかった。陽子線治療で一旦は完全に消失したががんが半年で再発し、化学療法と放射線治療にも反応せず全身化し、全経過1年半で亡くなった。

がんが全身転移をしており、自分の余命をよく承知していた妻は、「家で死にたい」と私に強く訴えた。

その希望に沿って、わずか4日間だったが、私は全神経を集中して妻を自宅で1人で看取った。「自分の家とはこうでなくちゃ、こうでなくちゃ」と笑みを浮かべながら繰り返し、満足気に亡くなった妻の様子は今も鮮烈に私の脳裏に焼き付いている。

その体験を『妻を看取る日』(新潮社、すでに絶版)として出版すると、全国の読者から驚くほど多くの便りをいただいた。「在宅で死にたい」、「在宅で看取りたい」と希望しながら、それが叶えられない人がこんなに多くいるのか、と思った。

厚労省の調査によると、6割の人が自宅で亡くなりたくて希望しているのに、いざとなると「家族に迷惑をかけたくない」、「医療面の対応が心配だ」として病院で亡くなっ

ているのが実状だ。

しかし、冒頭に述べたごとく、多死社会のわが国では、それは必ずしも叶えられず、地域包括ケアの充実が強く求められている。

私自身、妻の亡くなる様子を見ていて、「死ぬときは自宅で」と思い定めている。私のような高齢単独所帯者が家で死ぬためには、周到な準備が必要である。現在、その準備を着々と進めている。遺言書、訪問診療グループとの契約、遺品整理会社、散骨会社との契約……いろいろある。特別に長生きしたいとは思わないが、生きている間は元気であるため、朝夕、自宅で筋トレ、ストレッチにも励んでいる。

残る私の人生の目標は、①在宅死を希望する人にそれを届ける体制、②がん検診受診率の向上、③がんサバイバーの支援、そして④残された遺族の悲しみを癒すグリーフケアを、何とか医療の中に取り込めないか。この4つに取り組んで生を全うしたい。

### 垣添忠生 (かきぞえ ただお)

1941年生れ。1967年東京大学医学部卒業。東大医学部泌尿器科助手などを経て1975年から国立がんセンター病院に勤務。同センター手術部長、病院長、中央病院長などを務め、2002年総長、2007年名誉総長。専門は泌尿器科学。公財)日本対がん協会会長。『妻を看取る日』『悲しみの中にいる、あなたへの処方箋』(新潮社)『新版 前立腺がんで死なないために』(読売新聞社)など著書多数。



国内外の長寿科学研究に関する新しい研究発表を紹介します。今回の情報は、東京大学大学院医学系研究科教授 岩坪威、福岡国際医療福祉大学医療学部教授 森望、国立障害者リハビリテーションセンター研究所福祉機器開発部長 井上剛伸、国際医療福祉大学医学部糖尿病・代謝・内分泌内科学主任教授 竹本稔、東京都健康長寿医療センター研究所福祉と生活ケア研究チーム研究部長 石崎達郎の各先生から提供いただきました。

## 歩行補助パワーアシストスーツは日常生活でどのように使われるのか？

歩行を補助するパワーアシストスーツは世界中で利用が広がっているが、日常生活で実際どのように使われるのかを明らかにする研究はあまり行われていない。この論文では、14名の脊髄完全損傷による下肢マヒ者を対象に2～3週間、日常生活で自由に利用してもらう実験の結果が示されている。88%は主に訓練目的で利用され、社会活動での利用は6%にとどまった。社会活動での利用では、支援者が必要であることや機器の運搬など、実用面での課題が指摘された。今後の機器開発の方向性に少なからず影響する結果といえる(van Dijsseldonk RB, et al., *Scientific Reports*. 2020 ; 10 : 15600)。 (井上)

## 暖かい環境によって骨粗鬆症が予防される

骨粗鬆症による骨折頻度は北欧で最も高い一方で、アフリカではその頻度が最も低いといった疫学データがある。ジュネーブ大学のChevalierらは、骨に影響する環境要因の中でも特に温度に着目して実験を行った。その結果、34℃といった暖かい環境で飼育したマウスは室温で飼育したものと比較して骨の強度が増すこと。そのメカニズムとして暖かい環境下で飼育するとマウスの腸内細菌叢に変化がもたらされ、腸内細菌叢のポリアミン代謝経路が活性化されること。その結果として増加するスペルミンやスペルミジンが骨代謝に好影響を及ぼすことを明らかにした。今後の骨粗鬆症や骨折を予防するうえで重要な知見と思われる(Chevalier C, et al., *Cell Metab*. 2020 ; 32 : 575-590)。 (竹本)

## 神経変性疾患への延命化合物の効能比較

これまでの老化研究で数々の延命効果を持つ化合物の存在が指摘されている。メトホルミン、レスベラトロール、

ラパマイシン、クルクミン、そしてN-アシルシステインなど。カナダのマギル大学のファン・ラームストンからは、自らも線虫モデルを使って寿命と神経変性の分子機構を探る精鋭の1人だが、線虫、ハエ、マウスなどの実験動物での既報の360論文を参照しながら、これら「延命薬」のアルツハイマー病やパーキンソン病などの老年性神経変性疾患への予防効果を比較精査している。多少のブレもあるが、概していえば、いずれの化合物も神経保護作用があると結論。状況からすれば当然といえば当然の話だが、膨大な論文の海の中でよく知見を整理してあり参考になる。しかし、高齢者へそれを勧めるかということ、そこはまだ議論が残る(Soo SK, et al., *Mech Ageing Dev*. 2020 ; 190 : 111297)。 (森)

## 認知症患者は潜在的不適切処方リスクが高い

併存疾患を抱えている認知症患者の治療は複雑であり、潜在的不適切処方(PIP)を招きやすい。イギリスの高齢認知症患者(11,175人)の73%でPIPが把握され、非認知症患者よりPIPリスクが高かった。併存疾患数が多くなるにつれてPIP発生は多く、PIPリスクの高い併存疾患は、冠血管疾患、重度の精神疾患、うつ病であった。PIPは総死亡、皮膚潰瘍、転倒、貧血、骨粗鬆症などの有害事象発生と関連していた(Delgado J, et al., *Age Ageing*. 2020 ; afaa147(in press))。 (石崎)

## アジアの地域集団でのフレイル有病率は11%

地域住民(50歳以上)を対象とした疫学研究の系統的レビューとメタ分析からフレイル有病率を推計した(62の国・地域から240研究、n=1,755,497)。表現型モデルではフレイルは12%、プレフレイル46%、障害蓄積モデルではフレイル24%、プレフレイル49%であった。国別(表現型モデルによるフレイル)で

は、最高はアフリカ(22%)、最低がヨーロッパ(8%)で、アジアは11%であった。調査対象者の抽出方法の標準化が必要である[O'Caomh R, et al., *Age Ageing*. 2020 ; afaa219(in press)]。 (石崎)

## アルツハイマー病進行の性差に関わる遺伝子

アルツハイマー病は女性に多い一方、男性のほうが罹患後の死亡リスクは高い。この性差に、ヒストン脱メチル化酵素KDM6Aが関わる可能性が示された。通常、性染色体として女性が持つ2本のX染色体の一方は不活性化されている。しかしX染色体遺伝子にもかかわらずKDM6Aは不活性化を受けず、女性の脳で高い発現が認められる。ヒトにおいてKDM6Aの発現を高める遺伝子多型はアルツハイマー病の進行の抑制と関連することや、オスのマウス脳への過剰発現で空間記憶能力の低下を抑制することなど、KDM6Aの保護的作用が明らかになった(Davis EJ, et al., *Sci Transl Med*. 2020 ; 12 : eaaz5677)。 (若林・岩坪)

## 皮膚でパーキンソン病を診断する

パーキンソン病患者では、脳の神経細胞に凝集した $\alpha$ シヌクレインが蓄積するが、皮膚に存在する神経の終末にもリン酸化された異常な $\alpha$ シヌクレインが存在する可能性が示唆されていた。そこで凝集した $\alpha$ シヌクレインを種として人工的に異常タンパク質を増幅するRT-QuICやPMCAと呼ばれる手法を用い、皮膚サンプルに含まれる凝集性 $\alpha$ シヌクレインを分析した結果、パーキンソン病を高い精度で識別できることがわかった。侵襲性が比較的低い新たなパーキンソン病の診断法となることが期待される[Wang Z, et al., *JAMA Neurol*. 2020 ; e203311(in press) ; Manne S, et al., *Mov Disord*. 2020 ; 35 : 2230-2239]。 (若林・岩坪)



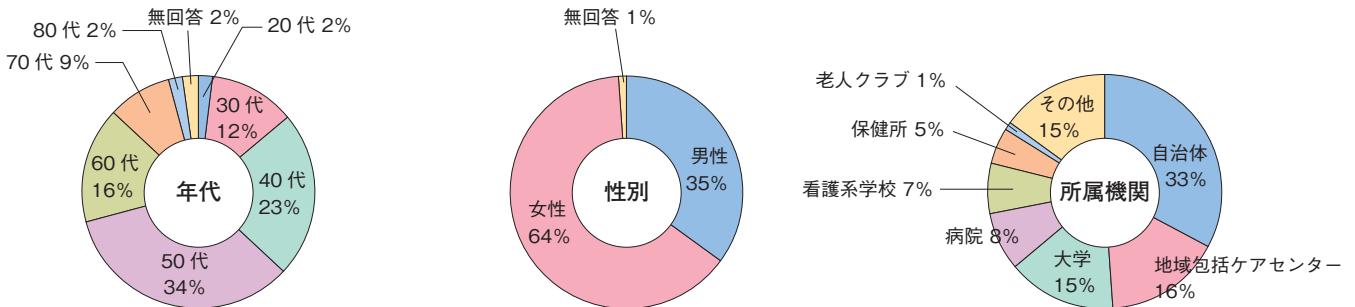
# 機関誌「Aging & Health」の情報提供方法についてのアンケート調査結果

当財団では超高齢社会に突入している日本において、健康長寿社会の実現のため、また高齢者を取り巻くさまざまな問題について皆様と共に考え、解決していくことを目的に、財団からの情報提供のあり方について、検討してまいりました。より多くの方々に気軽に「Aging & Health」をご覧いただくため、またその他にもSDGsの取り組みの一環として、限りある資源を守るため、今後は「ウェブ版 機関誌 Aging & Health」として情報提供を行っていくという考えに至りました。

移行に際し、機関誌「Aging & Health No.94 (夏号)」において、冊子からウェブ版への移行について愛読者の皆様のお考えをお伺いするアンケート調査を行いましたので、その結果についてご報告いたします。

対 象：機関誌「Aging & Health」読者  
 調査方法：No.94号(夏号) 差込アンケート用紙の郵送およびFAX回収  
 インターネットアンケートフォーム  
 調査期間：令和2年7月～9月  
 回答件数：128件(送付件数：5,421か所)

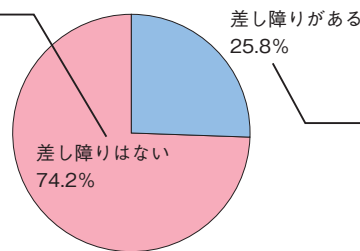
## 回答者の基本属性



## 機関誌「Aging & Health」のウェブ版への移行について

### 【ウェブ版に賛同いただいたご意見の一部】

- 専門的でとても勉強になる。ウェブだと保管に場所を取られないのいい。
- ネットの方がいつでも誰でも見られるという利点はあるが、冊子は目に留まりやすく、空き時間にさっと読める。
- 内容が充実し素晴らしく小冊子でもったいないと感じていた。ネットを活用し今後は情報を得たい。
- このように良いものが継続されることを願う。送付でなくなると怠けてしまいそうだが、読み続けたい。 など



### 【冊子をご希望されるご意見の一部】

- 職場で共有する場合、必ずしも画面提示できない。冊子なら持ち歩いていつでもどこでも読める。
- 見たい時にいつでも見ることができる印刷物(冊子)もかけがえのない存在。
- 社会状況によりウェブサイト利用は仕方がないが、待合室の閲覧コーナーに提示していたので、それが残念。 など

ウェブ版への移行について、多くの方にご賛同いただくことができました。差し障りがあるご回答された方のご意見では、紙面でご覧になりたいとのご要望が多くみられました。ウェブ版に移行後も財団ホームページ(<https://www.tyoju.or.jp/>)において、PDF形式で公開いたしますので、こちらを印刷していただくことで今まで通り、紙面としてもご覧いただけます。

最後になりましたが、アンケートにご協力をいただいた皆様には心から深く感謝いたします。

お寄せいただいたご回答を参考に、今後もより価値ある情報を皆様にご提供できるよう、尽力してまいります。引き続き率直なご意見、ご感想を賜れば幸いです。

## ● 健康長寿ネット:特集「新型コロナウイルス感染症対策」

当財団が運営します健康長寿ネットにおいて、高齢者を対象とした新型コロナウイルス感染症対策について情報提供を行っています。下記 URL または QR コードより是非ご覧ください。

URL : <https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/covid-19-taisaku/index.html>



### <特集記事一覧>

高齢者版：新型コロナウイルスにかからない・うつさないための「新しい生活様式」／  
在宅でもできる運動・活動～在宅活動ガイド 2020～／感染防止のためのマスクの効果・選び方・注意点／  
免疫とは何か？／低栄養予防・免疫力向上の食事・栄養／感染予防のための睡眠／ストレスと向きあう心のケア

## ● 無料メールマガジン配信の登録について

当財団では、メールアドレスをご登録いただいた方に、毎月第1金曜日に無料のメールマガジンを配信しております。下記 URL または QR コードより是非ご登録ください。

URL : <https://www.tyojyu.or.jp/net/mail-touroku.html>



### <メールマガジン配信の内容>

健康長寿ネットの更新情報／長寿科学研究成果ニュース／財団主催のイベントのお知らせ／財団発行の刊行物のお知らせ／  
日々役立つ健康情報（おすすめコンテンツ）／Q&A コーナー／そのほか財団からのお知らせ



## 公益財団法人長寿科学振興財団

### 【沿革】

政府は、平成元年12月に「高齢者保健福祉推進十か年戦略（ゴールドプラン）」を打ち出し、かねてより昭和天皇御長寿御在位60年慶祝事業の一環として検討されていた「国立長寿医療研究センター」の設置および「長寿科学振興財団」の設立推進の方針を決定。同年、当財団が設立。

平成23年4月より公益財団法人へ移行。

### 【事業内容】

以下の3分野の公益事業（全9事業）を実施しています。

#### 公益1「長寿科学研究等支援事業」

長寿科学に携わる研究者に対して、その研究費などを財政面から支援します。

- ①長寿科学研究者支援事業
- ②長寿科学関連国際学会派遣事業

#### ③若手研究者表彰事業

#### 公益2「情報提供事業」

明るく活力ある長寿社会を構築するために寄与することを目的に、長寿科学研究の成果や健康長寿に関する情報を広く国民に提供します。

- ①研究業績集の発行事業
- ②機関誌の発行事業
- ③健康長寿ネット事業
- ④長寿たすけ愛講演会開催事業
- ⑤長寿科学研究普及事業

#### 公益3「調査研究事業」

高齢者特有の疾病、高齢者の社会的・心理的問題など長寿科学に関する調査研究を行います。

- ①アテンプト2研究事業

## 【長寿科学振興財団機関誌 編集委員会委員名簿】

令和3年1月現在

### ■委員長

- 柳澤 信夫 関東労災病院 名誉院長  
一般財団法人全日本労働福祉協会 会長

### ■委員

- 井藤 英喜 東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
- 折茂 肇 公益財団法人骨粗鬆症財団 理事長
- 草刈 淳子 愛知県立大学 名誉教授  
元愛知県立看護大学 学長

- 鈴木 隆雄 桜美林大学老年学総合研究所 所長  
国立長寿医療研究センター 理事長特任補佐

- 袖井 孝子 お茶の水女子大学 名誉教授  
東京家政学院大学 客員教授

- 高橋 清久 公益財団法人神経研究所 精神神経科学センター センター長

- 鳥羽 研二 東京都健康長寿医療センター 理事長



## 長寿科学振興財団 役員名簿

### ● 評議員

大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院 教授
河合 忠一	京都大学 名誉教授
伍藤 忠春	社会福祉法人全国心身障害児福祉財団 理事長
下田 智久	公益財団法人日本健康・栄養食品協会 顧問
袖井 孝子	お茶の水女子大学 名誉教授 東京家政学院大学 客員教授
多田 宏	前公益財団法人中国残留孤児援護基金 理事長
鳥羽 研二	東京都健康長寿医療センター 理事長
柵木 充明	公益社団法人愛知県医師会 会長
森岡 恭彦	日本赤十字社医療センター 名誉院長

### ● 役員

会長	渡辺 捷昭	公益財団法人長寿科学振興財団 会長
理事長	大島 伸一	国立長寿医療研究センター 名誉総長
理事	荒井 秀典	国立長寿医療研究センター 理事長
理事	井口 昭久	愛知淑徳大学健康医療科学部 教授
理事	井藤 英喜	東京都健康長寿医療センター 名誉理事長
理事	江澤 和彦	公益社団法人日本医師会 常任理事
理事	大内 尉義	国家公務員共済組合連合会虎の門病院 顧問
理事	折茂 肇	公益財団法人骨粗鬆症財団 理事長
理事	加賀美 幸子	千葉市男女共同参画センター 名誉館長
理事	小林 修平	人間総合科学大学人間科学部 名誉教授・ 学術顧問、公益社団法人日本栄養士会 顧問
理事	齋藤 英彦	国立病院機構名古屋医療センター 名誉院長
理事	柴田 博	桜美林大学 名誉教授
理事	田邊 穰	元愛知県健康福祉部 理事
理事	戸川 達男	早稲田大学人間総合研究センター 招聘研究員
理事	林 泰史	原宿リハビリテーション病院 名誉院長
理事	柳澤 信夫	関東労災病院 名誉院長 一般財団法人全日本労働福祉協会 会長

監事	遠島 敏行	公認会計士・税理士
監事	村上 隆男	サッポロホールディングス(株) 名誉顧問

ご覧いただいている機関誌『Aging&Health』は、当財団のホームページでも閲覧することができます。

URL <https://www.tyojyu.or.jp/>

または「長寿科学振興財団 機関誌」で検索下さい。

長寿科学研究を助長奨励するための基金造成に、皆様のご協力をお願いいたします。

財団は皆様からのご寄付を基金に積み立て、さまざまな事業活動を行っています。令和2年9月から令和2年11月までの間でご寄付者芳名を記して感謝の意を表します。

### 寄付者芳名

千葉県 草刈 隆 様                      千葉県 中澤明美 様  
千葉県 川井文子 様                      愛知県 倉橋健二 様

### 寄付金についての税法上の取り扱い

当財団は、所得税法（所得税関係）、法人税法（法人税関係）および租税特別措置法（相続税関係）上の「特定公益増進法人」ですので、当財団に対する寄付金は、次の通り、寄付金控除、損金算入等についての税法上の特典が受けられます。

#### 【個人の場合】

##### (1) 所得税

寄付金控除額 = (寄付金 - 2千円あるいは年間所得の40%のいずれか低いほう)

※「寄付金」には国・地方公共団体、他の特定公益増進等への寄付金額を含みます。

##### (2) 相続税

相続や遺贈によって取得した財産を寄付した場合は相続税の対象とならない。

#### 【法人の場合】

以下の額を限度として損金算入できる。

A (所得金額 × 6.25 / 100 + 資本金等の額 × 当期月数 / 12 × 3.75 / 1,000) × 1 / 2

上記限度額に損金算入されなかった部分については、他の寄付金(国・地方向け寄付金、指定寄付金、特定公益増進法人及び認定NPO向け寄付金以外の寄付金)と合わせ下記限度額まで損金算入が可能

B (所得金額 × 2.5 / 100 + 資本金等の額 × 当期月数 / 12 × 2.5 / 1,000) × 1 / 4

※お払い込みいただく場合は、別紙「払込取扱票」(振込手数料不要)にてご送金下さいませようお願いいたします。

### 読者の皆様の声、お寄せ下さい

今後のよりよい誌面づくりのため、本誌へのご意見、ご感想、ご要望等をお寄せ下さい。同封の読者アンケートをFAXもしくは同内容をE-mailにてお送り下さいますようお願い申し上げます。

### 長寿科学振興財団機関誌

### Aging & Health エイジングアンドヘルス

2021年冬号 No.96 第29巻第4号

令和3年1月発行

編集発行人 大島 伸一

発行所 公益財団法人長寿科学振興財団

〒470-2101 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山1-1

あいち健康の森健康科学総合センター 4階

TEL. 0562-84-5411 FAX. 0562-84-5414

URL <https://www.tyojyu.or.jp/>

E-mail: soumu@tyojyu.or.jp

制作 株式会社厚生科学研究所 TEL. 03-3400-6070



公益財団法人 長寿科学振興財団

#### 当財団のマークの由来

長寿科学振興財団の設立は、昭和天皇御長寿御在位 60 年記念慶祝事業の一環として検討されました。また、昭和天皇の一周年祭に当たり、天皇陛下、皇太后陛下から、長寿科学研究推進に資する思し召しにより、昭和天皇のご遺産から本財団に対して御下賜金が賜与されました。

こうした経緯がありまして、昭和天皇の宮中での御印が「若竹」でありましたことに因み、いつまでもみずみずしさと若々しさの心を象徴する若竹を当財団のシンボルマークとしました。