

## 2. ACP の取り組みの現況と課題

### E. 海外における ACP 2) 韓国

Sun-Hyun Kim<sup>\*1</sup> Sang-Yeon Suh<sup>\*2</sup>

(<sup>\*1</sup>Department of Family Medicine, School of Medicine, Catholic Kwandong University, International St. Mary's Hospital, Incheon Metropolitan City, Republic of Korea <sup>\*2</sup>Department of Family Medicine, Dongguk University Ilsan Hospital, Goyang-si, Gyeonggi-do, Department of Medicine, School of Medicine, Dongguk University, Seoul, Republic of Korea)

森 雅紀<sup>\*3</sup> 木澤義之<sup>\*4</sup>

(<sup>\*3</sup>聖隷三方原病院 緩和支援診療科 <sup>\*4</sup>筑波大学 緩和支援診療科)

#### ACP 法制化の経緯

森：今日は、まず ACP (advance care planning) の定義からお聞きします。アジアにおける ACP に関する最近の総説では、韓国での ACP の定義を「患者の自律性と最善の利益が実現できるように、医療者と患者が将来のケアの目標と具体的な方法を自発的に議論するプロセス」としています (Cheng SY, et al. Jpn J Clin Oncol 50 : 976-989, 2020)。

- ① ACP の定義、法的背景、代理意思決定者や家族、医療介護福祉従事者の役割
- ② ACP についての話し合いの後の書類等の登録方法や具体的な運用
- ③ 伝統的な文化的側面と最近の変化
- ④ ACP の教育・研修に関する現状
- ⑤ ACP についての課題や今後の展望
- ⑥ ACP への参画を促す試み

SH：はい、これが定義ですが、私が知るかぎり、他の組織や国内の委員会から追加の定義などはありません。

森：ボラマエ病院の事例とキムおばあさんの2つの事例があり、それが韓国の ACP の法律につながったとうかがいました。

SH：実は 70～90 年代、つまり法制化の前、多くの人びとは自宅で死にたいと思っていました。患者が終末期の疾患、末期がん、またはホスピスケアを受けている場合、医師は最期を家で過ごせ

るよう退院を許可していました。ボラマエ事例は少し異なります。患者の介護者である妻は、気管挿管されている患者を家で看取することを望んでいました。そして、気管挿管のチューブが抜管され、患者は自宅で亡くなりました。しかし、後で患者の兄弟が医師と妻を訴えました。この事例以降、医師は罪に問われることを恐れ、患者を退院させることを躊躇するようになりました。

2 件目は、法制化に直接影響を与えました。77 歳の女性は、肺がん疑いで肺生検を受けた後、出血が止まらず植物状態になり、ICU に長期入院しました。子どもたちは挿管を含む生命維持治療の中止を要求しましたが、病院や医師はボラマエ事例のために応じませんでした。家族は最高裁判所に医者と病院を訴えました。その後、生命維持治療が中止されました。

これらの2つの物語は、無意味な生命維持治療の社会的コンセンサスを徐々に広め、2013年に国の生命倫理審査委員会は、この特定の問題を議論するための特別委員会を結成しました。2016年後半には、生命維持医療決定法の決定に関する法律が制定されました。そして2018年、この法律が施行されました。

#### 代理意思決定について

森：代理意思決定や代理人の役割全般については、現状はどのようになっていますか。



けられます。最初のケースでは、患者が「私は延命治療を受けず、すぐに死にたい」と言っていた場合、医師は意向の一致について2人の家族に確認しますが、その時の家族は一親等である必要があります。しかし、患者の意向が推定不可能な場合、患者が亡くなる前に何を望んでいたのか分からないので、家族（配偶者と一親等）全員の同意が必要です。

## 韓国における裁量権

森：韓国では、どのくらいの裁量権が認められていますか。

SH：難しい質問ですね。法律で配偶者と一親等の親族が書類に記入することを義務づけている場合もありますが、家族のいない孤児にとってはより困難であり、私が知るかぎり社会的コンセンサスはありません。延命治療実行・差し控え・中止のための文書（文書13）に関しては、ADやPOLSTを作成した後に医師が記入する必要があります。この文書は、延命治療の開始・差し控え・中止のための書類です。日時とともに書類が作成された後は、チェックの入った延命治療は行われず、チェックの入らなかった延命治療は行われることとなります。患者がPOLST（文書1）を作成した後でも、文書13が完成していなければ、医療者は延命治療を行わなければなりません。文書13は、輸血、挿管、昇圧剤、またはECMO（体外式膜型人工肺）について具体的に指示するものです。もちろん、他の治療もチェックできます。

この文書を記入する時点で、患者が意思決定能力がない場合、家族はあらゆる種類の生命維持治療を選択することができます。最初は患者自身と延命治療の種類について話し合いますが、患者の意識がなくなった後に家族の気が変わる可能性もあります。

森：たとえば、ADがあっても現状が少し異なる場合、患者の価値に基づきながらも、医師は患者が以前に述べたこととは少し異なる選択が望ましいと思うかもしれません。その場合、家族は事前に述べられた意向とは少し異なった選択肢を求め

ることができるということでしょうか。

SH：最初に延命治療について患者に話したりPOLSTを書いたりする時は、詳細には聞かず、たとえば昇圧剤やECMOをどうするかではなく、大まかな方針を話し合います。その後、延命治療の種類を確認する別の法的文書を作成する必要がありますが、その時には患者の意識がない可能性があります。その際、家族は延命治療の種類について相談できます。これは裁量権といえるかもしれません。

SY：当初法律はやや非現実的だったので、2018年に修正が行われたと考えています。治療の中止は、担当医が選択できます。しかし、対立が生じた場合、最終的な決定は病院の倫理委員会によって行われることになっています。倫理委員会は、宗教家、一般市民、臨床倫理の専門家などで構成されています。現在、倫理委員会を設置している全国329の医療機関が、意思決定が複雑な場合に生命維持治療をいつ、どのように中止するかを決めることができます。

木澤：倫理委員会は、すべての病院、すべての大規模な病院で利用できますか？

SY：ほとんどの大きな病院で利用できますが、すべての病院で利用できるわけではありません。私の知るかぎり、45の大きな病院には委員会があるのですが、実際に多くの患者が亡くなる施設（老人病院、小規模病院など）に倫理委員会がないことは問題です。

森：家族はAD作成に関わるのでしょうか。

SH：医療分野以外では、厚生省指定の登記所（いわゆる健康保険の事務所、年金事務所のようなところ）でADを作成することができ、広報が行われています。ここの利用者は通常、高齢者であり、残念ながら家族が関与していることはありません。通常、本人自身によって作成されて、家族は後で知ることになります。

SY：そうですね、お年寄りには家族が参加していないお年寄りのみのグループで行くので、家族は後でその事実に驚きます。とても面白い、驚くべき状況といえます。

---

## AD と POLST の作成

森：基幹病院で医師が重篤な病気の患者と ACP について話し合う場合、一般的に家族も話し合いに入りますか。

SH：基幹病院では、POLST は終末期患者のために医師が作成します。まず、医師が患者の家族と話し合います。その後に、家族は患者に伝えたいと考えます。患者は自分で書く必要があるため、家族には患者に知らせることを勧めています。患者の意識がある場合、POLST は本人が書く（署名する）必要があります。

木澤：署名が必要ですか。

SH：患者自身の署名が必要です。患者に意思決定能力がある場合、家族が書くことは法的に許可されていません。患者が意思決定能力を有していない場合にのみ、家族が同意書を書くこととなります。

SY：ほとんどのコミュニケーションは、家族と行います。患者が高齢で、重篤な病気になっているからです。医者は最初に家族にのみ悪い知らせを伝える傾向があり、その後に患者と話し合います。それが韓国の多くの医者のやり方だと思います。専門分野では、おもに腫瘍内科、家庭医、呼吸器科医、腎臓内科医、さらには精神腫瘍科医も話し合いに参加します。

しかし、大きな病院では、特別に訓練された看護師が ACP を開始することができます。これは病院ごとに異なる可能性があります。私の病院と国立がんセンターではそうです。もちろん、医師もすることができます。平均余命が6カ月未満の患者や、診療所や入院中の余命が数カ月の患者に対して ACP を開始します。

森：ACP の文書に関して、誰が何をどこで登録するのでしょうか。AD と POLST を参照できるのは誰になりますか。誰がいつ、どのように更新しますか。また、法制化の後、これらの文書の作成は増えてきましたか。

SY：韓国では、患者は医療機関で、一般市民は病院外で、と大きく2つに分かれています。医療機関では、医師や看護師などの医療者が登録できます。電子システムを使用し、国家機関に登録し

ます。一般の人びとにとって、AD 登録機関はおもに国立健康保険機関の地元の施設です。全国的に普及しており、カウンセラーは一般の非医療者です。引退した教師や看護師などは、簡単な教育を受け、資格を取得した後にカウンセラーを務めています。本人の意向が変わった場合、いつでも AD の内容を撤回または変更することができます。しかし、理論的には可能なのですが、どれほど現実的かは分かりません。AD の内容としては、心肺蘇生法（CPR）、人工呼吸器、抗生物質や輸血などについて書かれており、詳細に説明されています。体外式の生命維持装置が新しく追加されました。終末期患者の生活の質のために、医師の決定によって止められる可能性のある介入も含まれます。そして、医師の免許番号や署名を記載する必要があります。本日更新されたデータをお見せします（図2）。

---

## AD の登録

SY：AD の登録数は130万を超え、大幅に増加しています。私の記憶では、昨年8月の時点では100万を超えたくらいでした。

森：誰でも、いつでも閲覧できるのでしょうか？

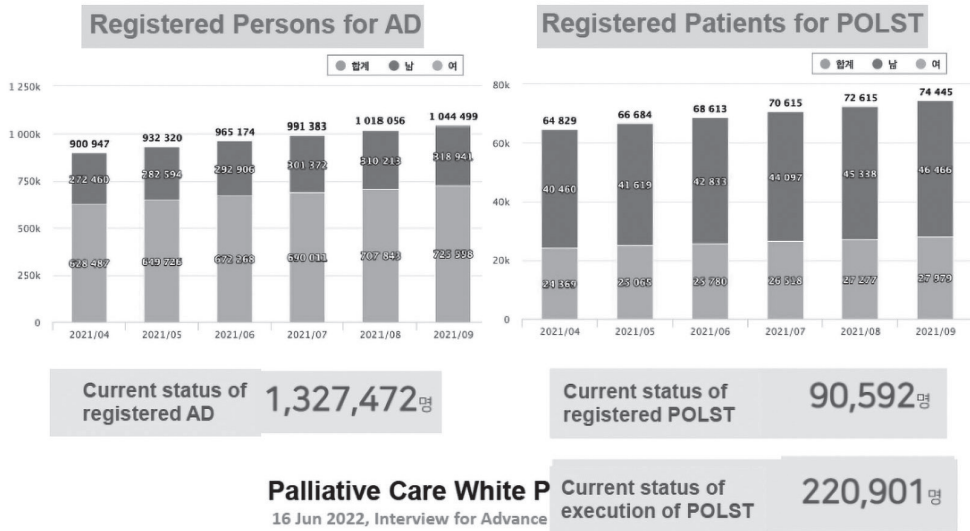
SY：いいえ、権利をもつのは特別な医療専門家に限定されています。私の病院では、特別な研修を受けた生命倫理看護師と腎臓内科医の2人だけがシステムにアクセスできます。プライバシーに関するものなので、制限されています。

POLST 作成のためにも、AD を検索する必要があります。患者が死亡直前期にある時、または数カ月以内に亡くなる可能性が高い時は、患者の意思を確認する必要があります。そのうえで、AD システムにアクセスする必要があります。

SH：私の病院では、緩和ケア医やその他の内科または外科医など、セキュリティ認証を提供している医師なら当局に登録できます。終末期患者を治療する医師なら誰でも認証の取得を依頼できます。しかし、医師は非常に忙しく、やらなければならないことがたくさんあります。

私たちの病院には生命維持コーディネーター・コンサルタントがいます。彼女はがん専門看護師

Updated 16<sup>th</sup> Jun, 2022



Palliative Care White Paper  
16 Jun 2022, Interview for Advance

図2 韓国におけるACPの現状

であり、一般の人びとのAD作成を手伝ったり、文書を登録し、戸籍証明などの法的文書を案内したりしています。彼女は、患者や医師のためにADやPOLST作成の事務的な部分を支援し、政府のシステムに文書を登録しています。

森：病院にもよるのですね。たとえば、Sang-Yeon先生の施設では、2人だけがレビューできるとのことですが、先生が終末期患者を担当された場合はADとPOLSTを確認する権利があるのでしょうか？

SY：望めばできますが、必要はありません。私の場合は、医療補助員か、看護師に尋ねます。(そうすると、彼らが前述の2人に依頼してくれます。)複雑なプロセスだからです。病院では、それが現実です。

森：次の質問ですが、重篤な病気をもつ患者の家族とだけ話すことから、本人と話すことへ、変わってきていますか。

SH：はい、とにかく現在の社会は急速に変化しています。若者は、しばしば家父長制や親孝行(filial piety)よりも、個人の自律性や実際的な関心を重視します。しかし、それでも延命治療の決定やバッドニュースについて両親と話すのを躊躇している中年の人びとは、まだたくさんいます。

若者は変わってきていますが、親孝行の概念はまだあります。

SY：COVID-19のために、私たちはより多くの不確実性に直面しています。特に若い世代は、経済崩壊から多くの課題に直面しています。彼らは、将来良い仕事ができるか、十分な収入を得ることができるかなど、確信がもてずにいます。「人生は一度だけ(“You only live once.”)」が最近の傾向です。

私の個人的な考えですが、とにかく若い世代は、自分たちのためにお金を節約したいと思っています。私の娘は来年大学を卒業する予定ですが、今、状況は最悪です。娘は、就職の機会がますます少なくなっていると嘆いています。終末期患者の治療の経済的側面について言及するのは残念ですが、それが現実です。多くの高齢者は子どもたちの経済的負担を軽減するために施設に行きADを作成します…。家族であり続けるために高齢者は、「終末期のケアにお金を無駄にかけないで、家族に負担をかけないでください」とよく言います。

SH：高齢の親は、子どもに負担をかけないように、自分の希望よりも子どもを優先させることがよくあります。

- 45 big hospitals are all AD registry agencies
- The National Health Insurance Service operates the greatest number of AD registry agencies

### Numbers of non-medical agencies /medical institutes for AD registry



図3 韓国における全国のAD登録機関

SY: ええ, それは東アジア諸国の間で一般的な考え方だと思います。その意味で, 若い世代や教育を受けた人びとは, ACPに対して心を開いています。しかし, それは彼ら自身のためです。彼らの家族に高齢患者がいる場合, どのように伝えるのがよいのだろうか, どのように会話を始めたらよいのだろうかと躊躇しています。コンセンサスはないと思います。

これは私の意見ではなく, 有名な記事にありました。ある大家が, 特にCOVID-19時代では, 誰がいつ死ぬか, 誰が生き残るのかも分からない, だから前もっての準備などはできないので, その時になってから考えるしかないんだ, と書いていました。

SH: これまでは, 韓国では親孝行の概念が西洋よりも強いと考えられていました。実際には, 親は子どもをととても気にかけているので, これは親と子の相互関係だと思えます。親孝行よりも広い意味で家族を愛する気持ちが, 東洋ではより強いのではないかと考えています。

## ACPの教育と研修について

森: 省察ありがとうございます。では, 教育と研修について, コメントいただけますでしょうか。

SY: 一般のカウンセラーの場合, 1日のみの研

修コースを受講しており, COVID-19のためほとんどオンラインで行われています。相互討論や実地の研修は含まれていません。韓国の生命倫理と政策研究所によって行われ, カウンセラーには証明書が授与されます。一方, 医療機関の医師, 看護師, 医療ソーシャルワーカーには, 標準化された教育や研修はありません。実地訓練で経験を積んでいきます。

現在, 継続的な教育はウェビナーで受けられます。また, ピアレビューのようなフォーカスグループディスカッションを行うことができます。以前, ホスピスと緩和ケアセンターの私のチームは, 困難症例にZOOMミーティングを使用して国立がんセンターから助言を受けていました。ADの登録機関は, 一般が556, 医療機関が328, 総計884施設になります(図3)。

森: 韓国におけるACPの課題や今後の展望について, 教えてください。

SY: 緩和ケアの医師は, ACPは一種のバッドニュースとみなされていると言っています(図4)。そのため, ACPを可能なかぎり遅らせる傾向があることが, 最大の問題だと話しています。私もそれに同意します。それはタブーのようなものです。誰もそのようなことについて話したいとは思わない。それが医療機関でのACPカウンセリングの大きな障壁だと思います。ソーシャ

- “ACP is regarded as a kind of “bad news”, so it is likely to be delayed as possible... “ (a palliative physician in Seoul National University Hospital)
- ACP issues are related to *taboo*, “talk about death”
- Elderly individuals want ACP mostly because they “Don’t want to be *burdensome* to children” (a social worker in SNUH)
- ACP issues should overcome the culture: *paternalized* way of decision making “leave it to doctors”
- Flexible designation of proxy (main caregiver can be different from 1<sup>st</sup> degree family member in reality) is needed in near future in Korea

### Palliative Care White Paper 2023 JPN

16 Jun 2022, Interview for Advance Care Planning in KOR

#### 図4 韓国における ACP の課題と今後の展望

ルワーカーは、高齢者は家族の負担になりたくないなので ACP を考えているのだと指摘しています。患者が亡くなった後、経済的負担はすべて家族が負担します。そのため、ソーシャルワーカーは、患者と家族の間に意向の食い違いがあることを経験し、それが問題だと感じています。

もう1つの問題は、医師が最初に家族と話したいと思っていることです。これは私の推測ですが、韓国では未だに父権的な意思決定がよくみられます。家族と患者はこう言います。「私たちは、何も分からない素人です。お医者様は専門家なので、私たちに代わって決めてください」これが一般的な状況です。法律の本質は患者の自律性を尊重することであり、したがって患者が中心となるはずですが。しかし、実際には医師中心、家族中心——患者はどこにいるのでしょうか。

### 治療の中止について

SH：個人的には、韓国では医療分野や一般の人びとに十分な教育や広報が行われる前に ACP の概念が制定されたため、いくつかの問題があると思います。ほとんどの医師は、ACP が何であるかを知りません。生命維持治療に関する法律は知っていても、ACP が何であるかは理解されていません。先ほど母の例を挙げましたが、市中の登録機関のカウンセラーの質は保証されていません。研修を受ければ資格が得られるからです。そして現在、医師は ACP についての話し合いをす

るのではなく、法定書類の作成に集中する傾向があります。ですから、実際には患者さんと何度も話し合う時間はありません。

また、改善が必要なプロセスの観点から、システムには不要な文書処理プロセスがあります。申し上げたように、文書 13 は生命維持治療をこれから中止することを意味します。患者に意思決定能力がなく、かつ家族がいない場合、医師は生命維持治療について決定したり中止したりすることはできません。もう1つの問題は、ほとんどの医療機関には倫理委員会がないため、生命維持治療について決定できるのは医療機関の約 10% にすぎないことです。たとえば、AD を書いた患者が意識を失い、倫理委員会のない病院に行く場合、文書 13 が作成できないため、患者の意思に反して生命維持治療が実施されるかもしれません。文書 13 だけでなく、延命治療に関連した法的な書類を作成できるのは、倫理委員会のある病院に限られるからです。

木澤：治療を中止するには、倫理委員会が必要ということでしょうか。

SH：はい。病院に倫理委員会がある場合、医師は文書 13 を作成できます。これは、延命治療の開始や差し控え、中止を意味します。ただし、施設の倫理委員会がなければ、医師が文書を作成できない場合、延命治療を実施することはできません。

SY：しかし、AD がなく、患者の意識がなくなった例に限定されているのですよね？

森：患者がADを有していた場合は、話は別、ということになりますか？ 倫理委員会がない施設でもADを尊重することはできますか？

SY：ええ、そう思います。システムを介してADをチェックする必要があるからです。しかし、ADがない場合はいろいろな問題が発生します。そのため、ADがなく、患者が意識を失った状況では、倫理委員会が必要になります。

SH：ADがあっても（おそらく倫理委員会のない病院にはADをチェックするシステムがないかもしれませんが）、文書作成のプロセスを完了する必要があります。関連文書の作成を含む一連のプロセスは、倫理委員会のある病院で行われるか、そうでない場合は他の病院の倫理委員会に紹介する必要があります。

森：韓国では、ACPを推進するためにどのような試みがなされていますか？

SY：ソーシャルメディアやブックトーク（訳者注：1つのテーマに沿って、いろいろな本を幅広

く紹介する手法）のフォーラムが用いられています。ですから、今や韓国人はGood Deathやホスピスの概念に非常に精通しており、ACPは良く死ぬことやホスピスケアと同一線上にあります。医療機関からのチラシやポスターなど、さらに多くの取り組みがあり、政府はテレビや新聞のニュースなどのマスメディアを使用して、ADカウンセリングを受けることを人びとに奨励しています。これらは国民の意識を高めるのに役立つと思います。

SH：ほとんどの医師は、ACPが何であるかを知らないので、医療者に対する教育や啓発が大変重要です。質の面では、カウンセラーと医師は、ACPのすべての要素を進めるのに十分なスキルを有している必要があります。したがって、啓発と広報は非常に重要です。

森：たくさんの質問にお答えいただき、大変ありがとうございました。