



2022年11月3日放送

ACP(Advance Care Planning)について

神戸大学
名誉教授 平井 みどり

ACP (Advance Care Planning) とは、将来の変化に備え、その時点での医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援するプロセスのことです。

これは、必ずしも死を目前にした人のためだけのものではありません。厚生労働省は、平成27年3月に「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」という表現に改めました。その理由は、最期まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した最適な医療・ケアが行われるべきだという考え方によるものです。

超高齢社会日本では、医療技術の発達により、平均寿命と健康寿命の乖離が生じています。自らの最期を、自分自身で考える時間が長くなったともいえるでしょう。また、以前のように家族に囲まれて死を迎える、という形が当たり前ではなくなっています。自分のなくなった後のことのみならず、疾病その他で意思表示が難しくなった状態で、長期にケアを受け続ける可能性もあるため、どのようなケアを望むのかを、あらかじめ考えておき、それを家族・親しい人や支援してくれる人たちに伝える必要があります。

がんが進行した折の入院時などに DNAR、すなわち Do Not Attempt Resuscitation; 心肺蘇生を行わないという確認を書面に残すことが多いです。通常の医療の場合には、そのような切羽詰まったことになるのは少ないですが、高齢者の場合はいつ何時、そうなってもおかしくない場合があります。急に「蘇生を行いますか、行いませんか」と決定を迫られても、家族にとっては青天の霹靂、となるかもしれません。ご本人に意識がないような場合はなおさらです。というわけで、本人の意思決定を最優先にするならば、切羽詰まった状況になる前に、あらかじめ家族や関係者、ケアを担当する人の間で、本人も交えて何か起こった時どうするかを話し合っておく必要があります。話し合った内容を文書で記録しておく、という

ことも重要で、このような活動はもしもの時に本人以外で意思決定を迫られた人の心理的負担を軽減する効果もあります。

ACP は死ぬ間際の処置のみならず、元気に活動できる間から、将来をみこしてどのようになりたいのか、自分にとって何が大切か、大事なものは今後どう扱うのか、といったことを話し合うものです。関係者の意見を満遍なく聞き取り、その時点で何が最も適切かを考えます。ただし、特に高齢者の場合は、本人の状態が経時的に変化し、以前の取り決めが現時点の状況には合わないことも生じます。したがって、ACP は定期的に見直しを行い、本人を交えた関係者間での話し合いを繰り返して、その時点での最も望ましい対応を迫っていくことになるでしょう。蘇生を行うか行わないかではなく、その時が来たら、家族はどうするのかということを本人交えて話し合う、その過程が重要なのです。家族としては、いつまでも生きてほしい、と思うのは自然な感情です。しかしそれが本人の望まない苦痛をもたらすとすれば、どうでしょうか。高齢者のがん治療の場面、特に抗がん剤を用いた化学療法を行う時に、このような状況はよく見られます。様々な治療法の開発が進み、がんと診断されてもすぐに命に関わるというような状況は、極めて少なくなりました。しかしその分、長期にわたって抗がん剤などの副作用に苦しむこともしばしばあります。家族としては1日でも長く生きてほしい、患者さん本人も、少しでも効果があるなら、新しい抗がん剤を使ってみたい、というのは自然な思いです。しかし、その結果、食べ歩きが趣味だった方が、食事が喉を通らなくなり、常に吐き気やだるさに悩まされるとしたらどうでしょうか。命が伸びたからいいじゃないか、で済まされない問題があります。

脳血管障害等で重い後遺症が残り、意思疎通ができなくなる場合もあります。どのような治療を進めていくのか、家族に決定を迫られた場合に、本人ならどうするかを訊けない状況も生じうるでしょう。どんな決定をしたとしても本人ではないのですから、後悔が残り、それが家族のトラウマになることもあります。そういう時には、「本人だったらどうするか、一番本人らしい選択は何か」を考えるようにと、アドバイスされる医師もおられます。しかし、正解はおそらくないわけですから、いろいろと考え、本人のことを思いやって選択をする、という過程が最も大事だということになります。意思決定を本人の代わりに行う人への、事後のケアもとても重要になります。

新型コロナウイルスのパンデミック下で、高齢者にかかわらず、人間いつどこで何が起こるかわからない、元気な人も突然の死が訪れることを身近に感じた人も多かったのではないかと思います。国は数年前から ACP の推進に取り組んでおり、国民が身近なものに感じるよう「人生会議」という名称をつけています。ACP について話し合ったことがない人に、なぜ話し合った経験がないかを訊くと、きっかけがない、何を話し合うのかわからない、といった答えが圧倒的に多いため、話し合いのきっかけになるような資料や動画が厚労省のサイトに掲示されています。これを見て気になったのが、当事者の「それでいつ死ぬんだ」という言葉です。そんなもの分かる訳ないだろう、と言いたいところですが、この言葉は文

字通りの死期を訊いたのではなく、「よりよく生きたい」という魂の叫びと捉えたほうがいいでしょう。「早くお迎えが来て欲しい」「いつ死んでもいい」と口癖のように言う高齢者が、新型コロナのワクチン接種会場で先を争っていた姿はつい先日のことです。「よりよく生きる」ことの形は人それぞれです。

第二次大戦以前は、日本人の平均寿命は現在の半分くらい、これは乳幼児死亡が多かったことでもあります。感染症の対処法が限られており、また循環器疾患や糖尿病、がんなどもコントロールが難しかったせいで、壮年期で亡くなる方も多かったからです。病気や天変地異に対する人間の対応力は弱くて、死は身近にあったともいえるでしょう。多くの動物並みに、子孫を残したあとは命を終える、といった状況では、長い老後という想定はありませんし、ACP などという概念も起こりようがなかったでしょう。しかし、現在は生産年齢を過ぎても、元気で活躍する方は多く、元気でなくとも 80 代、90 代を迎える例が殆どです。ここに ACP を考える意味があり、それは身近にいる人に自分の看取り（とそれにまつわる諸々）のお願いをすることだけではなくなっています。

先にも少し触れましたが、ACP について身近な人と話し合いをする際に、何を話し合っているのかわからない人が多いわけですから、いきなり自分の看取りを誰に頼むのか、という話に入るのではなく、そこに行くまでの過程について、いったん自分なりに考えをまとめて見るのがいいのではと思います。1980 年代頃から一般に広がった「PPK」すなわち「ピンピンコロリ」は、寝たきりにならずに、すなわち排泄のケアなどの心配もせず、あっさり逝くことを理想としていました。ところが現在のように高齢化がさらに進んだ上に医療技術が発達した結果、コロリと逝くのは難しくなり「NNK」すなわち「ネンネンコロリ」という状況になっています。「ネンネン」の状態が自分で意思決定ができる間はいいとして、意思表示が出来なくなっても「コロリ」とならない場合にどうするか。そもそも「ネンネン」の間をどう乗り切るのが大問題になっています。平成 29 年の「高齢者の健康に関する調査結果」によれば、介護を頼みたい人として男性の 6 割近くが「配偶者」と答えるのに対し、女性は介護サービスに期待する、がほぼ 4 割で配偶者は 2 割以下です。配偶者であれば最期のことは言わなくてもわかっているだろう、との暗黙の期待が多いのではないのでしょうか。男性は「家のことは女房に任せてある」と安心されている方が多いでしょうが、女性はそうはいかないということがわかります。ACP について考えるのは、高齢になってからではなく、社会人になったら開始、と言ってもいいのかもしれませんが。それは「どう生きるか」ということとほぼ同義語と言ってもいいでしょう。

高齢になっても「どう生きるか」について考えようという機運が高まりつつある今日この頃です。70 代は老化の分かれ道などと言う意見も巷には流れていますが、健康不健康にかかわらず、どのように生きるのが本人にとって「幸せ」なのか。最後まで自分でできることをこなし、自身の尊厳を保つためにはどうすればいいのか、そういった観点から一般人も医療従事者も一度は読んでいただきたい書籍があります。ニューヨーク・マウントサイナイ

医科大学で老年医学の専門家として活躍している山田悠史医師は「最高の老後」の中で「死ぬまで元気」を実現する 5 つの M として、**Mobility, Mind, Medication, Multicomplexity,**そして **Matters Most to Me,** すなわち「自分にとって一番大切なこと＝生きがい」をあげています。人生で何を大切に生きるか、ということをしっかりと考え、関係する人たちと話し合うこと、これが ACP を考える際に、まず取り組むことと言っていいでしょう。