

ACP (人生会議)をともに考える

医療法人 沖繩徳洲会 吹田徳洲会病院 地域医療科 部長
公益財団法人 日本尊厳死協会 関西支部 理事
辻 文生

1. はじめに

最近ACP (Advance care planning) が話題になっている。2019年11月25日、ACP (人生会議)普及のための厚生労働省のPRポスターが炎上した。患者役であるお笑いタレントの小藪千豊氏がベッドに横たわり、「俺の人生ここで終わり？」などの言葉が並び、死を想起させたことがその理由である。患者団体などから「患者、遺族を傷つける内容」との抗議を受けたとし、翌日に厚生労働省は「意見を真摯に受け止め、掲載を停止した」とあらためて発表、そしてポスターの発送、同時に作成した動画も中止した。ACPを一般市民に知ってもらうためのPRが逆に誤解を生む結果となった。

現在は情報化社会でSocial Networking Service (SNS)などが浸透し、誰もが意見を述べやすい世の中である。それはメリットであるが、逆にデメリットでもある。言いやすくなった半面、批判も受けやすく、みんなの顔色を窺わなければならない時代ともいえる。死は決してネガティブな話題ではない。人は最後に必ず死ぬ。誰もが必ず通らなければならない道である。人生の最終段階をどう過ごすかという内容は、決して暗い話ではなく、あくまでも今の生き方を前向きに考える機会ととらえるべきだ。ただ、死の話題はナイーブな領域であり、人によって考え方、受け止め方も多様化しているので注意が必要である。

本題に入る前、簡単に私の立ち位置を紹介したい。2016年に同誌で「尊厳死をともに考える」¹⁾を報告した。その時は、吹田市民病院呼吸器アレルギー内科で急性期医療を中心に活

動していた。あれから4年経ち、今は活動の中心を慢性期医療、特に高齢者医療に大きく舵を切っている。吹田徳洲会病院で地域医療科を立ち上げ、平均寿命や健康寿命よりも幸福寿命の延伸を目標にして医療に従事している。閉塞感のある世の中に違和感を持ち、意識を「疾患の治療」より「人の幸せ」にフォーカスしている。

今回は話題のACPを中心に「死」そして「幸せ」をともに考えてみたい。

2. 社会的背景

日本は世界一の超高齢多死社会であり、これからの日本医療は危機に瀕している。戦後から増加を続けてきた日本の総人口は、2010年から減少に転じ、逆に高齢者人口は増加し続けている。2019年には65歳以上は3,588万人、高齢化率(全人口に占める65歳以上の割合)28.4%、さらに75歳以上の後期高齢者は、全人口の14.7% (7人に1人)となった。そして、年間死亡数は137万人を超え、その数は2040年まで増え続けると予想されている²⁾。一方、日本の出生数は1974年から現在まで一貫して減少を続け、高齢者を現役世代で支える社会の構図は変わってきている。1965年に10人近い人数で1人を持ち上げる胴上げ型から、現在の3~4人が1人を持ち上げる騎馬戦型へ、そして団塊の世代が75歳以上になる2025年を超えて2040年には、1人が1人を持ち上げる肩車型へと変化していく。今後の日本医療を考えると、若年者にとって負担の大きく暗い未来といえる。

日本医療が危機に瀕している理由としては、人口動態の変化だけではない。国の財源や縁の希薄化は無視できない。日本は既に借金大国であり、今後社会保障の財源が確保できなくなれば、将来的に国民皆保険やフリーアクセスで代表される国際的にも優れた日本の医療保険制度が崩壊する。また、日本は戦後の都市化とともに個人主義、自由主義が進行した。それとともに血縁、地縁、社縁をはじめ人類の繁栄に欠かせない結びつきが希薄化した。特に日本にとって血縁の希薄化は、大きな社会的問題である。なぜなら日本の医療現場は、献身的な家族の介護によって支えられてきたからだ。SNSによる縁は増えていても、バーチャルな繋がりでは決して温かみのある縁ではない。世界は、課題先進国といわれている日本が経済的にも精神的にもこの局面をどう乗り切るか注目している。

一方、行政や学会では終末期医療に関するガイドラインを作る動きが活発化している。例えば2018年「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」は10年ぶりに改定され、「本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生きる」ことの重要性を軸にACPの実践と啓発が進められることになった。それに伴い、2020年4月からの診療報酬改定で、地域包括ケア病棟入院料、地域包括ケア入院医療管理料及び療養病棟入院基本料においてガイドライン等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていることが要件に加わった。

今ACPの取り組みが広がっている背景には、日本が多死社会を迎え、延命治療など人生の最終段階に関する患者本人の意向が不明であるために、家族が戸惑い、医療関係者が苦慮する現状がある。

3. 日本人の死

かつて、日本人の多くが三世代にわたる大家族で暮らしていた時期があり、多くの人が、自宅の畳の上で生まれ、死を迎えた。死は決して特別なものではなくて、身近なものであった。しかし、わが国では1976年に病院死率が在宅死率を上回り、現在では約8割の人が病院、残り2割が自宅や施設で亡くなっている。死は、病院などの閉ざされた一部の空間でしか見られないものとなった。つまり、死が日常的なものから非日常的なものと変わってきた。最近では死に慣れていない、普段死を意識していない人があまりにも多くいる。死を意識しなくなったのは、平均寿命が延びたことも大きな要因に違いないが、それだけではない。「人生100年時代」や「アンチエイジング」という言葉がよく聞かれるように、世の中の風潮としても死を見つめ直すどころか、さらに死を遠ざけているようにさえ感じる。

ではあらかじめ死を意識していないと、どのようなことが起こるのか？ 老衰の経過として病態が悪くなったとしても、本人、家族は最後には救急車を要請して病院に行こうとする。現状を受け入れられない心情と待てないことから救急車を呼ぶのであろうが、おそらく病院に行けば何とかなるといった感情があるのだろう。普段から延命治療も含め、死をイメージした話し合いが家族間で行われていなければ、希望を尋ねられても最終的には医師にお任せすることになる。その結果、時として患者の意に反した延命治療が始まる。基本的に多くの医療者は、「生」に対する教育のみで、「死」に対する教育はないという認識が必要である。決して延命治療を否定しているわけではなく、患者自身が選択するのであれば何歳であろうと延命治療を選択すればいいと思う。選択の自由が確保されている点、今の日本の

医療制度はとても恵まれている。

最近では病院医療の問題点について一般市民も徐々に気づいてきた。病院に終末期を任せればいい時代は終わり、各個人が自分の終末期について考えなければいけない時代が到来した。

4. ACPとは？

ACPとは患者、家族、医療従事者の話し合いを通じて患者の価値観を明らかにし、将来の意思決定能力の低下に備えて具体的な治療やケアについて話し合うプロセスである。その過程においては、身体的、心理的、社会的そしてスピリチュアルな側面を含み、また治療やケアにおいては定期的に見直しが必要である。人の気持ちは、変わりゆくものとの認識が前提となる。その時の考え方や希望などは文書に書き留めておくことを勧める。文書にすることによって具体的な発見や気づきが見つかることが多い。事前指示書やリビングウィルはそのためのものである。また、文書も一度記載すれば終了ではなく、本人の意向の変化に応じて継続的に加筆、修正の検討が必要である。

ACPのプロセスにおいて、話し合う内容は多岐にわたる。日本老年医学会「ACP推進に関する提言(2019)」³⁾では、「本人の価値観、信念、思想、信条、人生観、死生観、気がかり、願い、人生の目標、医療・ケアに関する意向、療養の場や最期の場に関する意向、代弁者などについて話すことが望ましい」とある。

注意しなければならないことは、事前指示をとることをACPと勘違いしている医療者がまだまだ多くいるということである。特に病院の医療者は、心肺蘇生や胃瘻増設の有無などの具体的な医療行為の事前指示をとることが多いが、それはACPとは異なる。また、患者や家族との関係性ができていないのに相手の

感情に土足で踏み込んだり、知らず知らずのうちに医療者自身の価値観を押し付けたりすることはあってはならない。

5. 医療の役割

「人生100年時代」といわれるほど日本人の平均寿命が延伸をたどる一方で健康寿命の伸びはそれに伴っていない。私の推進する幸福寿命についていえば縮まっているようにさえ感じる。それは日本に限ったことではなく、世界的な傾向である。今、多くの方が未来に対して閉塞感を持っており、心の余裕がなくなってきている。人そして国自体に心の余裕がなくなれば、当然周りに対しても優しくなれない。自分中心になり、自然と争い事が多くなってくる。

医療の役割とは、そもそも「幸福を創ること」だと思っている。今の日本では実際その役割を果たしているだろうか？ 私は、急性期の臨床現場に長年携わってきて多くの高齢者医療の現場を診てきた。今まで数多くの意思疎通が取れない寝たきり患者の誤嚥性肺炎に対しても治療してきた。「治療をすることで本当にこの患者は幸せなのか？」「今の治療が患者にとって望む治療なのか？」と自問自答を繰り返してきた。医療人として誤解を恐れずに言いたい。長く生きることが必ずしも幸せではなく、人は長生きするために生きているわけではなく、生きる目的そして役割があるから生きているのだ。しかし、多くの人は、自分の人生はまだまだ続いていく、今日と同じような明日や明後日が当然のようにやってくると思いながら日々を不本意に過ごしているのではないだろうか？ 人生は長い短いではなく、毎日を精一杯「生き抜く」ことが大切だ。決して幸せな人生か否かは周りが決めるものではない。自分が納得した日々の積み重ねこそが幸せな

人生というものではないだろうか。

2017年に乳がんで若くして亡くなったフリーアナウンサー小林麻央さんの手記を引用したい。～人の死は、病気であるかにかかわらず、いつ訪れるか分かりません。例えば、私が今死んだら、人はどう思うのでしょうか。「まだ34歳の若さで、可哀想に」「小さな子供を残して、可哀想に」でしょうか？ 私は、そんなふうには思われたくありません。なぜなら、病気になったことが私の人生を代表する出来事ではないからです。私の人生は、夢を叶え、時に苦しみもがき、愛する人に出会い、2人の宝物を授かり、家族に愛され、愛した、色どり豊かな人生だからです。～⁴⁾ 私は、幸せな人生を生き抜いた説得力のある手記だと思う。

6. なぜ今ACPなのか？

なぜ今ACPなのか？ 私は人間の死だけでなく、地球レベルでの死(人類滅亡)を意識すべき時代が来たのだと思っている。私たちの経済活動を主因とする地球温暖化は、かつて人類が経験したことのない規模やスピードで進行しつつある。影響は年々、目に見え肌で感じられるようになってきている。現に今も高温と乾燥を背景にオーストラリアの森林火災は刻々と緑を減らし、溶けた氷河で上がった海面は、南太平洋で多くの島々をじわじわ包囲している。人類の文化経済活動の総体が、地球環境や生態系に重大な影響を及ぼし、他の多くの生命種を減ぼしていることは明白である。最近では緊張感のない大人には地球を任せられないと、とうとう子供までもが動き出している。スウェーデンの環境活動家のグレッタ・エルンマン・トゥーンベリさん(16歳)は気候変動の危機に立ち向かうため、公共の場や政治家、議会に対しての率直で事実を即したスピーチですぐさま行動を始めるように呼び

掛けている。また、巷では「人類滅亡への秒読み」が囁かれてだしている。2020年1月人類が滅亡するまでの残り時間を象徴的に示す「終末時計」の時刻が、過去最悪だった2019年からさらに20秒針が進み、「100秒前」と発表された。終末時計はアメリカの原子力科学者の団体が毎年公表しているもので、人類滅亡の日を午前0時と想定して、危機がどの程度差し迫っているかを示す。地球温暖化だけではなく核の脅威など様々なものが影響しているが、共通していることはすべて人間のおごりから生じるものだと思っている。

多くの人にとって死はいつか自分に訪れるということは頭ではわかっているが、実感なく他人事である。地球レベルの死でいえば尚更それが顕著である。現代は現世志向が強くなり、世界は自国の経済発展に躍りになっている。人類、地球の長い歴史において一人ひとりの人生は、たかだか点にしか過ぎない。次世代に良いバトンを渡して点を繋げ続けることが、我々の当然の責務だ。

7. 死の普及、啓発に向けて

厚生労働省の平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書⁵⁾によると、命の危険が迫った状態になると約70%の人が、これからの医療やケアなどについて自分で決めたり、人に伝えたりすることができなくなる。

もしものときにどのような治療を望むのかについて、予め家族と話し合っておいたほうがいいと考える人の割合は65%に達する。またACPの考え方に賛成である一般国民は約65%であり、反対と回答したのは2%だった。しかし、そのことについて実際詳しく話し合っている人は全体の3%、そして意思表示の文書を作成している人は8%と実際実行に移してい

る人はごくわずかで、この領域の行動変容の難しさの実態を表している。

では、死をどのように我々の日常の中に浸透していけばいいか考えてみたい。この問題は一筋縄ではいかない難題だと思っている。死は長い年月を経て非日常的なものとなってきたので、短時間で解決しようとするとは必ず歪が生じてくる。メディアを使えば、認知度は上がるかもしれないが、それだけでヒトの行動変容を促すとは思えない。

ここで普段私がどのように考え、死を普及しているか紹介したい。具体策を考える前に、予め「何時」「誰に」「誰が」「何を」の4つを明確にしている。最初に「何時」とは、時期というより特定のステージである。禁煙指導でよく用いられる行動変容ステージモデルでは、人が行動を変える場合は「無関心期」→「関心期」→「準備期」→「実行期」→「維持期」の5つのステージを通ると考えられている。行動変容のステージをひとつでも先に進ませるには、その人が今どのステージにいるかを把握し、それぞれのステージに合わせた働きかけが重要である。死の普及、啓発に関しても同じだ。今回の厚生労働省のPRポスターのように、対象を一般市民全体にすると一部から批判を受けるのは当然である。むしろ批判を受けない通り一遍の内容であれば、インパクトそして行動変容の点ではどうであろうか。この領域は、ある程度のショック療法も必要だと思っている。冒頭でも言ったように死の話題はナイーブなため、人によって考え方、受け止め方は様々である。我々医療者は、今回のポスター内容に関して全く違和感がなく、ましてや患者や遺族を傷つける内容とは思えない。死を想起させたことが炎上の理由だが、逆に死を想起させないACPなんて意味あるのだろうか。何度も言うように、そもそも死はネガティブな話題ではない。つまり、すべての人を対象にするのではなく、対象者を行動変容ス

テージに分けて考えるべきだと思う。

次に「誰に」に対する普及、啓発かを明らかにする必要がある。最終的には、すべての世代が適応だが、優先順位としてはより行動変容を起こしやすいステージの高齢者や持病を持つ患者、そしてその親族を対象にするのがより現実的である。ただ、これからの日本の未来を背負う若年者や子供たちにこそ浸透しなければならないことを強調したい。

そして、「誰が」実際に切り出すのが適当であるのだが、第一に医療・介護従事者であろう。具体的には医師(病院、介護施設、クリニック)、看護師(病院、介護施設、クリニック、訪問看護ステーション)、薬剤師(かかりつけ薬局)、介護支援専門員などである。そして、宗教者、葬祭関係者、教育関係者に協力を仰ぐことは大賛成である。中でも医師の言葉には重みがある為、患者の行動変容を促すには最も適している。ただ、多忙であること、そして病院とクリニックの医師では協力体制に温度差があり、臨床上の立ち位置も多少異なることを考慮しなければならない。私は、看護師がファーストタッチとして関与する形がベストだと思う。多忙な点は医師と同様であるが、患者背景を熟知している点や医師より敷居が低い点は強みである。言い方は悪いが、看護師が手筈を整えて次の医師に繋げることでより良い連携が期待できる。また、それぞれ能力的な差の問題はあるとしても介護支援専門員の役割は重要である。そして、個人的に注目しているのは、地域包括ケアシステムのハブとして、かかりつけ薬局の薬剤師がこの領域にもっと介入してほしいと思っている。

最後に「何を」前面に出すのだが、シンプルに「死」と「幸せ」に分けている。最近ACP(人生会議)がブームで前面に出ていることが多いが、それでは一部の対象者にしか響かない。批判を恐れず死をダイレクトに出したり、どの世代にも関心がある幸せに絡めるなど多

様な切り口も必要だと思っている。

しかし、働き方改革が叫ばれている昨今、ただでさえ多忙な医療・介護従事者にプラスアルファの仕事をお願いするのは酷な話である。かつては自分の身を削ってでも患者のために尽くしてきたが、そんな時代は終わった。であれば、最終的には国民もハッピー、医療・介護従事者もハッピーになるWin-Winのシステムづくりを確立しなければならない。基本的にヒトは、自分にとっての損益で動くものだ。ACPに関しても結果的に自分に有益があれば動かし、なければ動かない。事前指示書、リビングウイルなどの文書に法的効力を持たせること、ACPの診療報酬点数化などドラスティックな改革を行政には期待する。

8. おわりに

ヒトは幸せになるために生まれてきた。そして、みんなが幸せになりたいと考えている。特に今の日本では物質的な豊かさよりもむしろ精神的な豊かさを求める時代になってきた。

私は、幸せになる秘訣はシンプルライフだと常に思っている。それには常日頃死を意識することが大切である。死を意識し限りある人生と思えば、日々を粗末にしてしまうことなく一日一日がとても貴重に思えてくる。ともすれば忙しい日常生活の中で埋没してしまう人との出会いや日々の役割を大切に思うようになるであろう。たとえ平凡な毎日であったとしても、今周りの人たちのお陰で自分が生かされていることを思えば、自然と感謝の念が湧くものだ。たとえ持病があったとしても常に病気と闘い続けるのではなく、時には立ち止まり、病気に寄り添い、なぜ病気になったのか身体の声を聴き、全身の細胞に意識を傾けることをお勧めする。そう指導することによって生活習慣、そして生き方が変わる患者を多数経験

してきた。考え次第で、病気は敵にも味方にもなるものだ。昨今、心の余裕がない人がとても多くなってきた。是非一日の終わりや仕事帰りに空をゆっくり見上げる余裕があるか自問自答していただきたい。自分自身に対して、「今日一日お疲れさまでした」と自然に言える日が来ると幸せが間違いなく近づいてくる。

今ACPが話題になっていることは老若男女問わず、すべての人が死を意識する絶好のチャンスだと感じている。今の世の中は多様化しているために生き方、死に方、そして幸せの在り方も多様化している。情報社会で医療情報を含めて様々な情報が氾濫する中、適切な情報、自分に合った情報を見つけるのは至難の業であるが、動き出さなければ始まらない。ただ、こうでなければならないというものはない。だからこそゆっくり自分自身で選んで決めたい。移り変わる気持ちも全く問題ない。とことん悩み続ければいいと思う。それが人生というものではないか。特に死の議論には正解がない。人の価値観、死生観は様々、だからこそ自分で考え続けなければならない。そのプロセスこそが大切なのだ。繰り返しになるが、死を考える、意識することによって人生はずっと充実する。一人でも多くの人が、最幸の毎日、人生を歩んでいただきたい。そして人生最期に自分の理想の死を迎えることができれば、医療者としてこれほど幸せなことはない。

参考文献

- 1) 尊厳死をともに考える 辻文生 大阪府薬雑誌 Vol67 No.3 P.4~8 2016
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」
- 3) 一般社団法人 日本老年医学会 倫理委員会「エンドオブライフに関する小委員会「ACP推進に関する提言（2019）」
- 4) KOKORO. 小林麻央のオフィシャルブログ(<https://ameblo.jp/maokobayashi0721/>)
- 5) 平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書(厚生労働省)