

# 在宅療養を取り巻く新しい展開

～ACPと幸福～

練馬区医師会 副会長

東京保健生活協同組合 大泉生協病院 院長

齋藤文洋



# JAGESのデータ: 健康寿命を延ばすために



日本老年学的評価研究  
Japan Gerontological Evaluation Study

Member login

Contact Us

Japanese

English

検索

HOME

JAGESについて

研究プロジェクト

研究業績

データ利用案内

自治体との連携

ライブラリー

## 健康長寿を実現する地域づくりのために

健康を  
決める  
要因

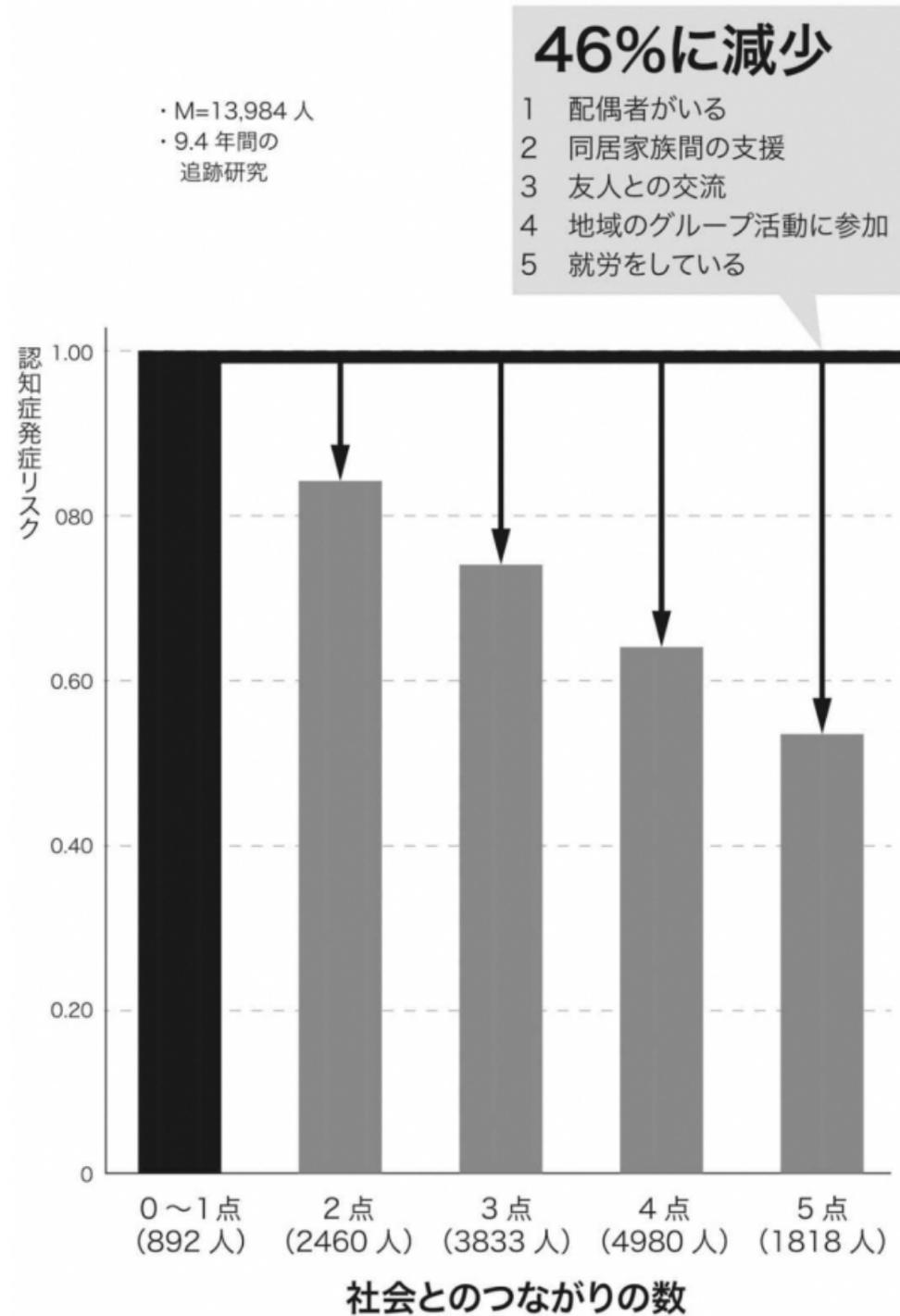
健康格差  
の  
実態

介護予防  
戦略の  
方向性

JAGESの研究プロジェクトは世界一の健康長寿を誇る日本の高齢者の実態を多面的に描き出して  
Well-being (幸福・健康) な社会づくりに貢献しています



図表 34 社会との多様なつながりがある人は  
認知症発症リスクが半減



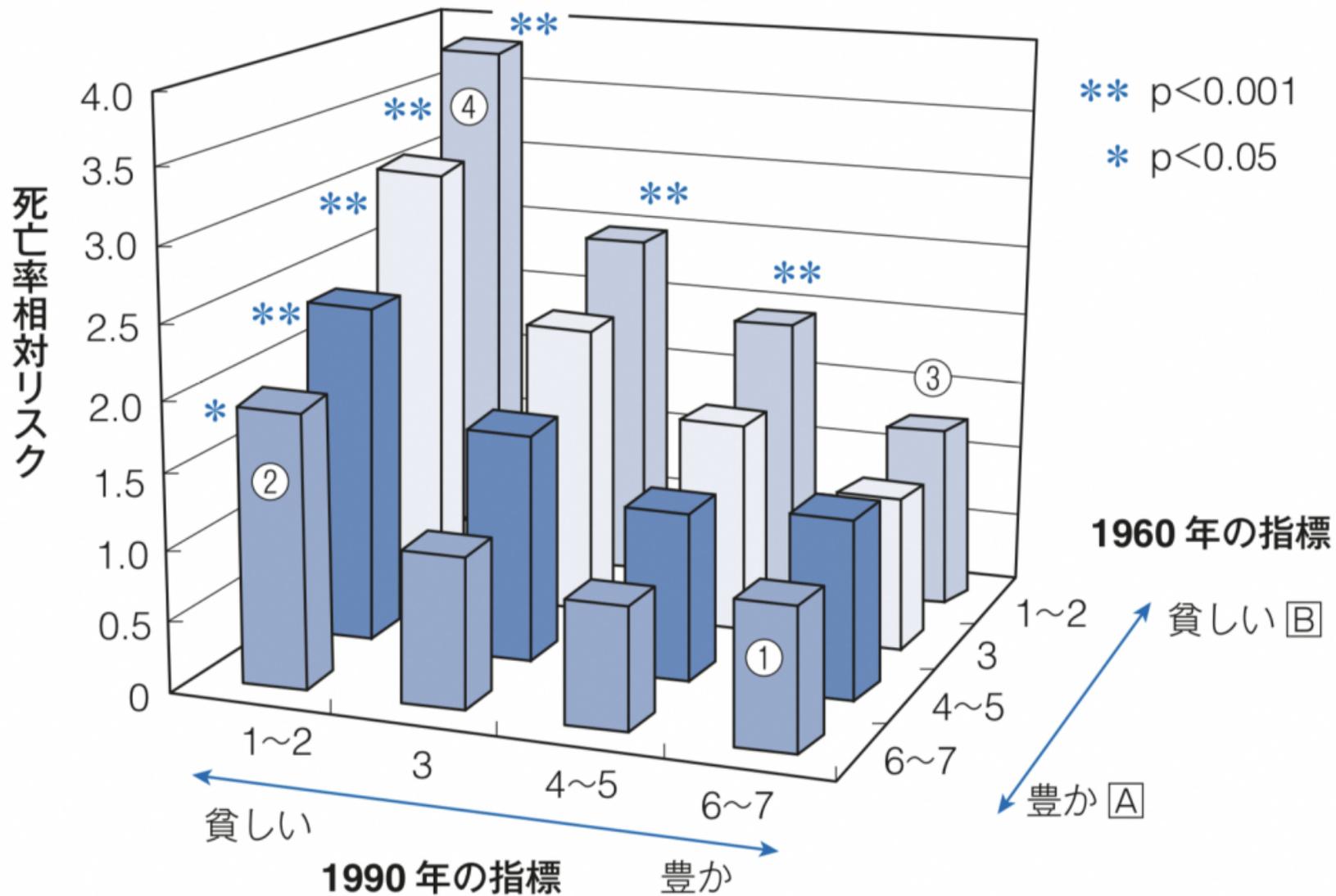
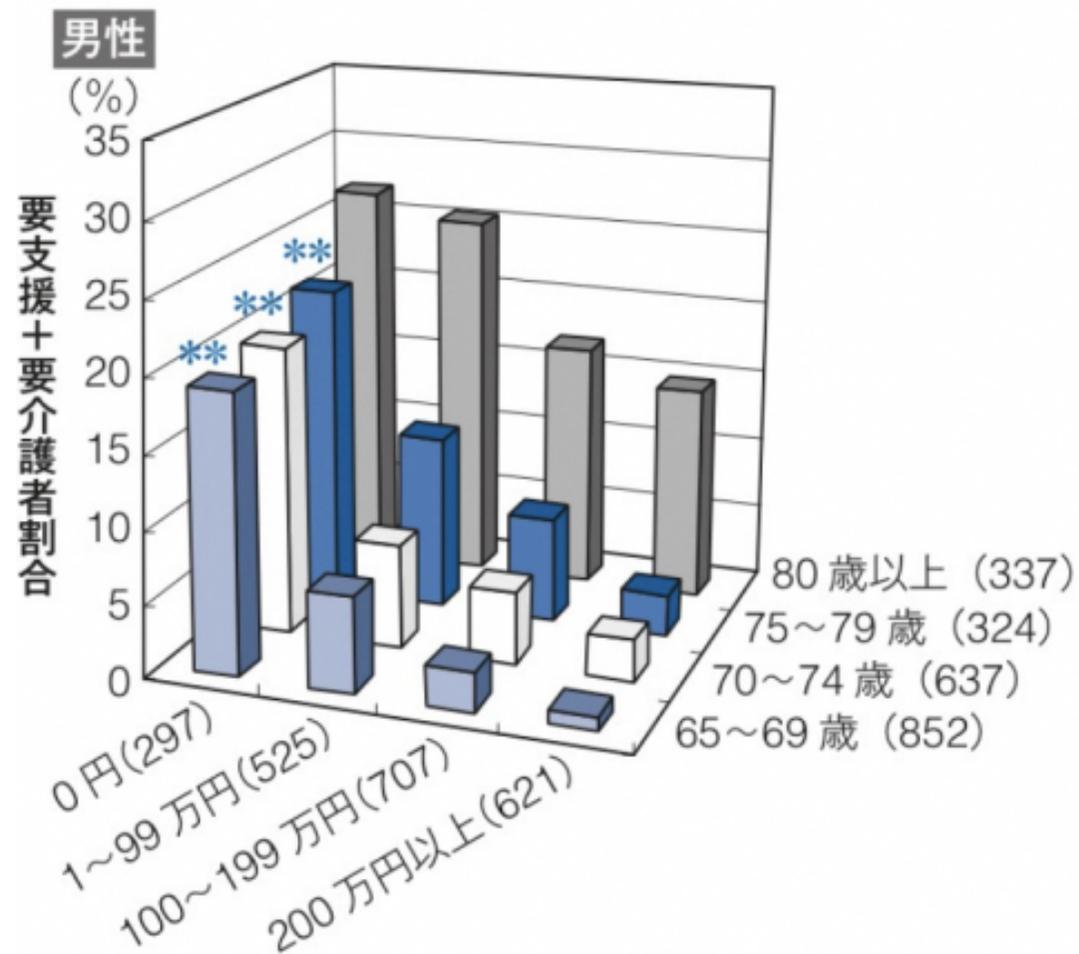
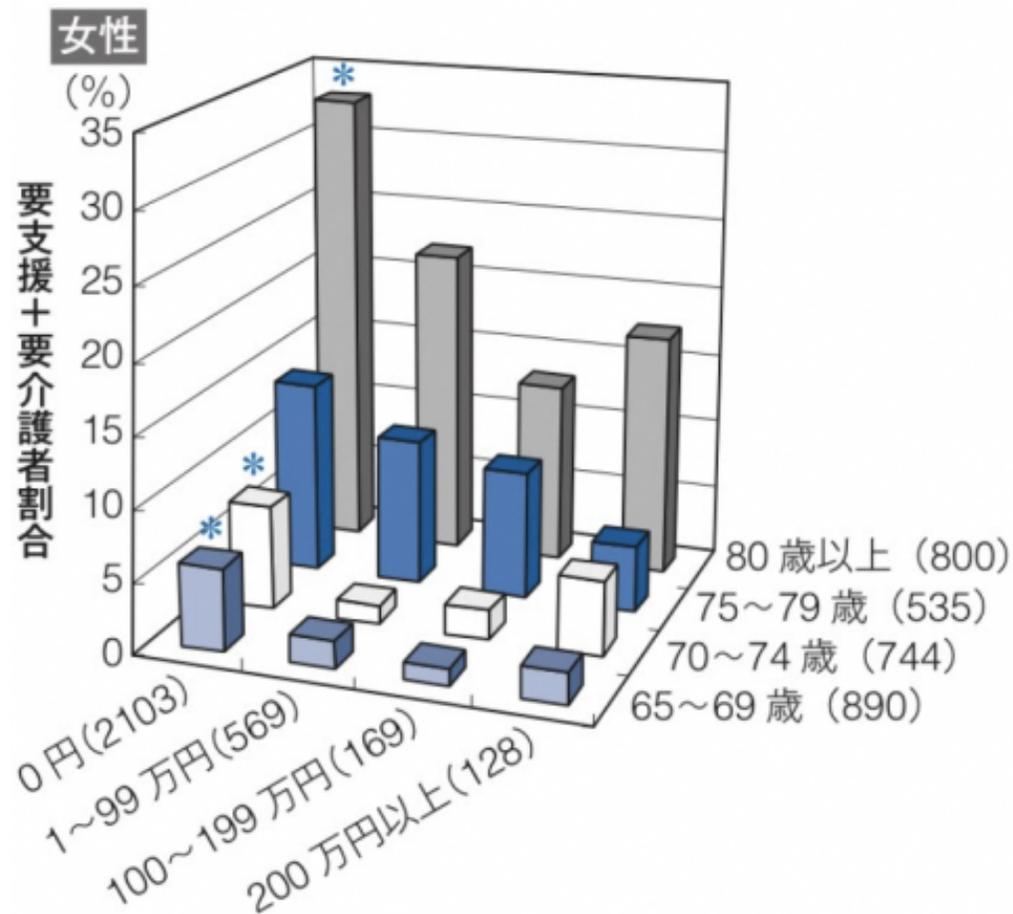


図 1-1 1960年と1990年の社会経済指標と死亡率相対リスク（男性）

Ⓐ・Ⓑと①～④は図 1-2 のそれぞれに相当する。

(Claussen B, Davey Smith G, Thelle D : Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality : the Oslo Mortality Study. J Epidemiol Community Health 57 : 40-45, 2003 より作成)



( )内は対象者数, 所得は給与所得控除後の総所得 (年収: 万円)

\*\* :  $p < 0.01$ , \* :  $p < 0.05$

**図3 所得・年齢と、要介護高齢者割合の関係**

(近藤克則：要介護高齢者は低所得者層になぜ多いか—介護予防政策への示唆，社会保険旬報 2073：6-11，2000/近藤克則：健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか，p 40，医学書院，2005)



# ソーシャル・キャピタルとのつながり

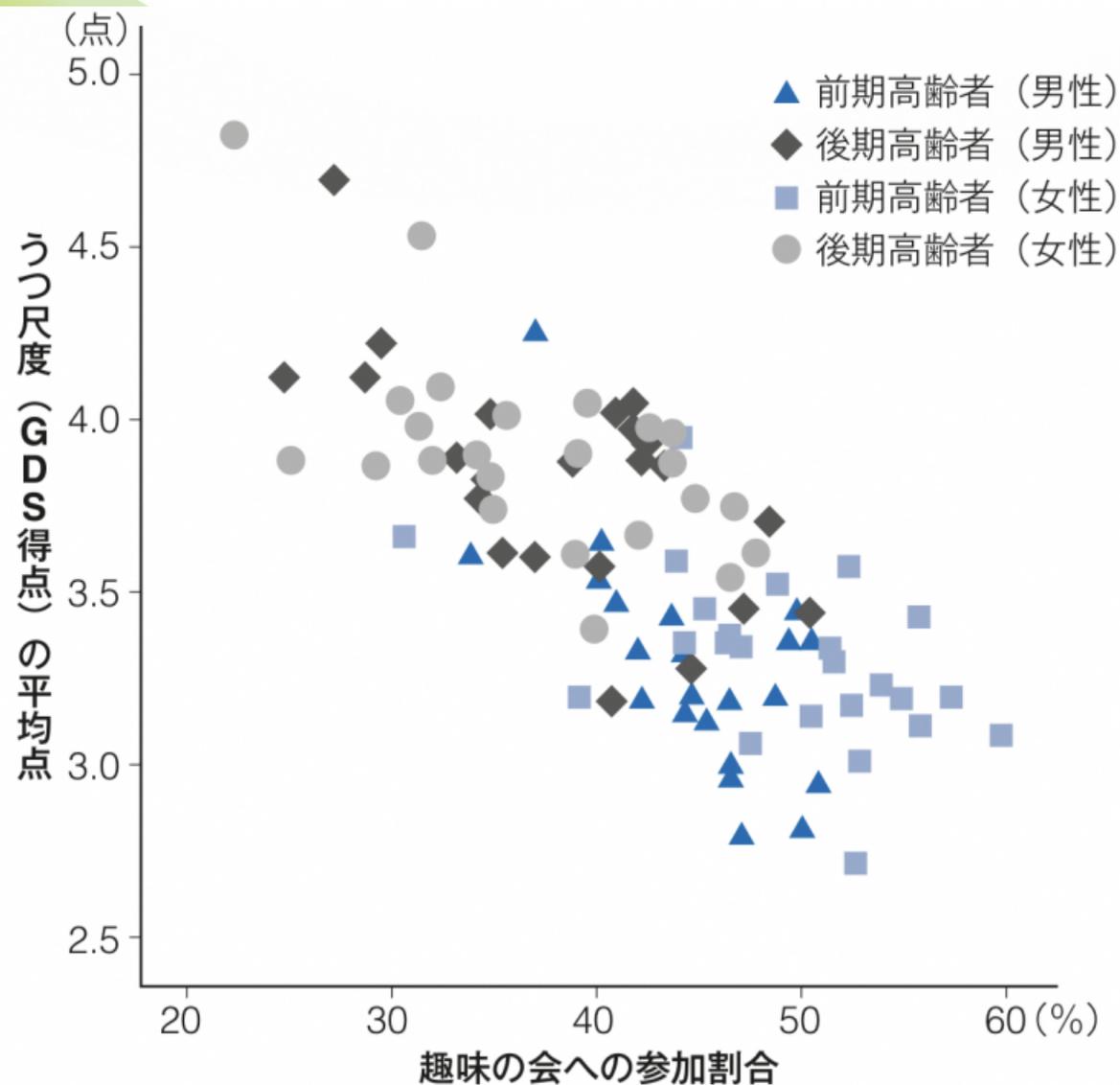


図 11-2 高齢者の趣味の会への参加割合と、うつ得点 (25 の市町村単位)

趣味の会への参加割合が大きい市町村ほど、うつ得点は低い。

対象：JAGES 2010～2011 年度調査参加 25 市町村

【変数】 Y 軸：高齢者うつ尺度 (GDS 15 点満点) の平均点

X 軸：高齢者の趣味の会への参加割合



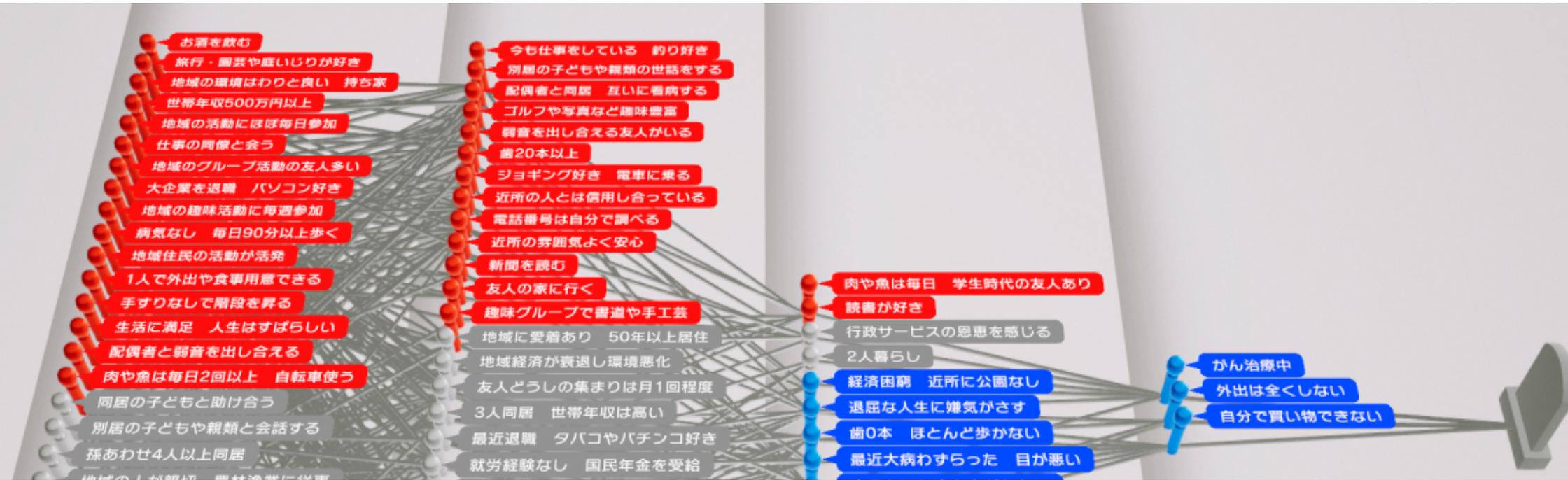
# NHKスペシャル AIひろしに聞く

# AIに聞いてみた: どうすんのよ!? ニッポン

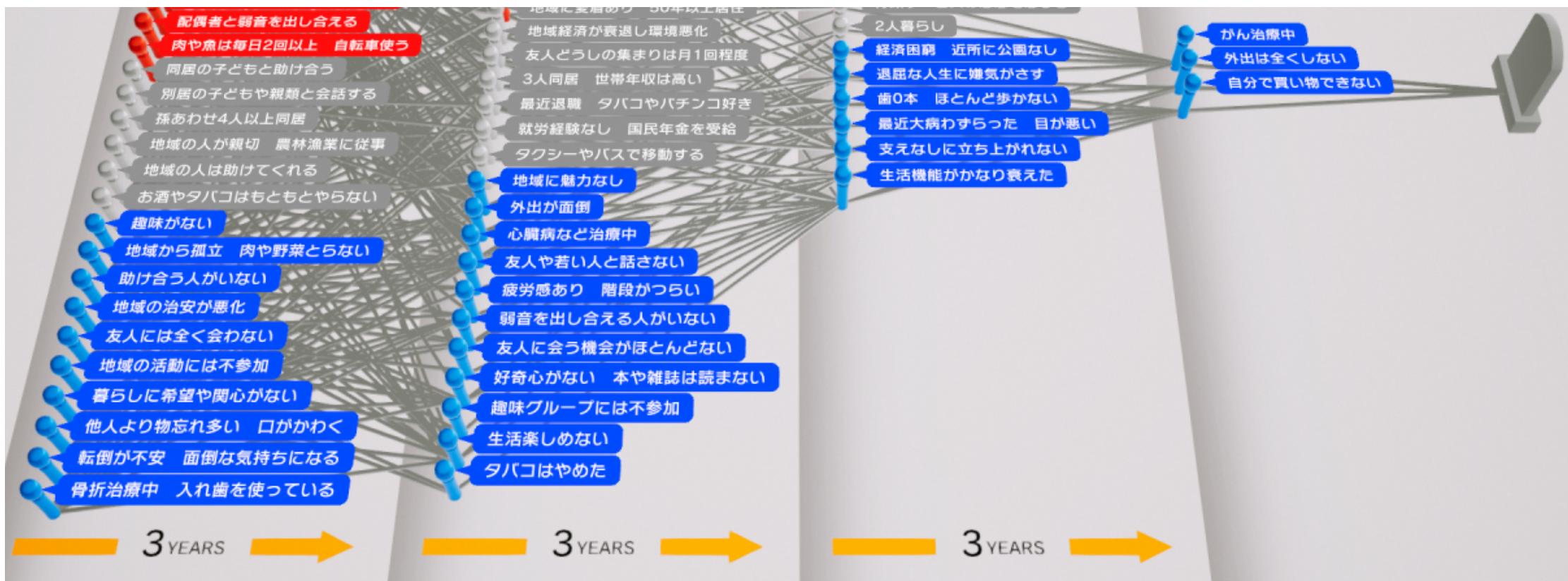


平均寿命と健康寿命の差を縮め、ピンピンコロリを実現する秘訣は何なのか。この謎により深く迫るため、時系列の回答とその後の生存記録に着目しました。ナイーブベイズやクラスタリング、因子分析など複数の機械学習や統計学の手法を組み合わせることで、死の直前の状態、その3年前の状態、さらに3年前の状態という具合に探索し、人生最後の10年の生き方について、約1700のルートを見つけました。さらに健康度を反映させると、健康な状態を長く保って死を迎える「ピンピンコロリ (PPK) ルート」と、長い不健康な期間を経て亡くなる「ネンネンコロリ (NNK) ルート」が存在することが見えてきました。

# PPKダイアグラム



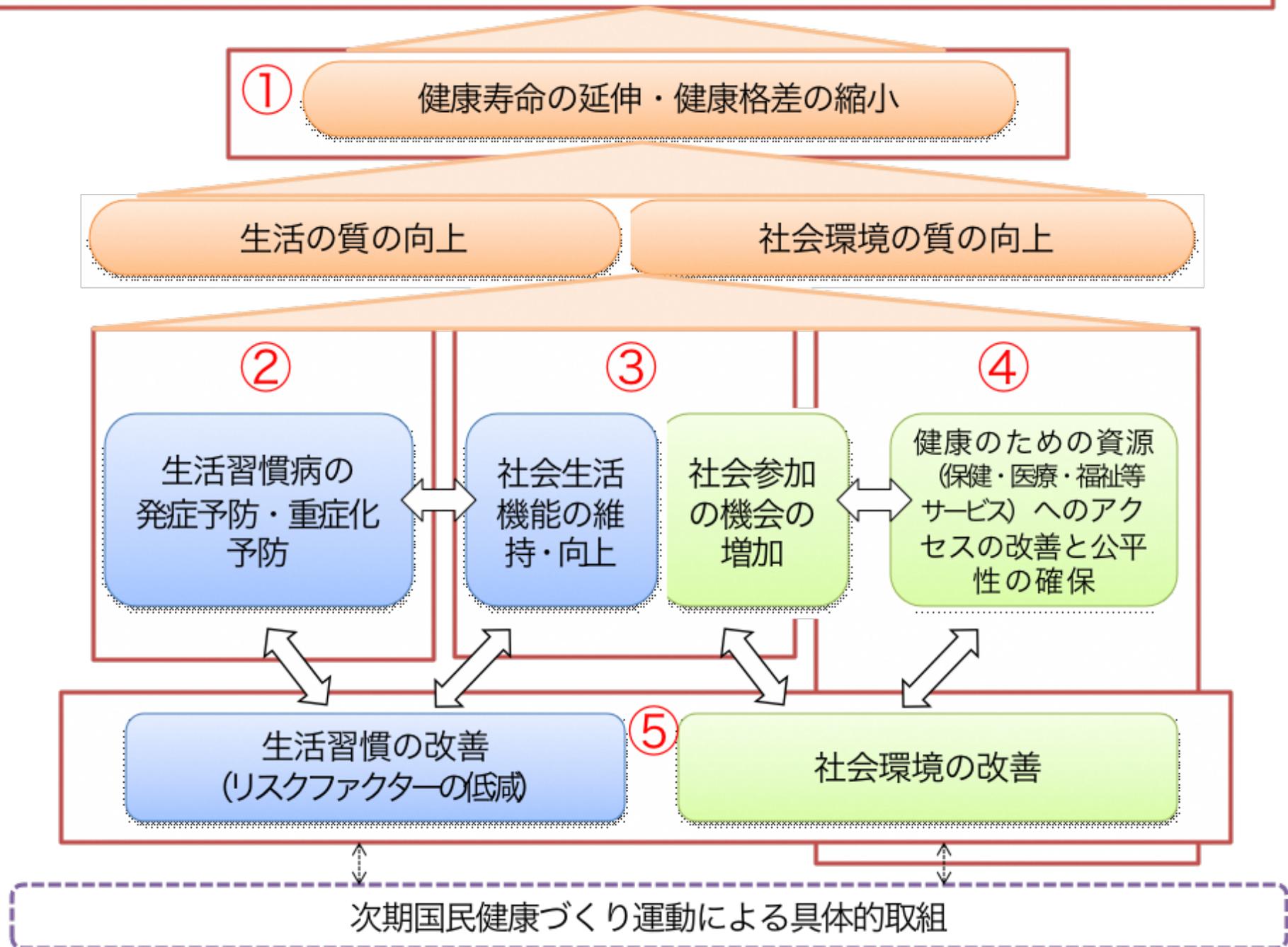
# NNKダイアグラム



ソーシャル・キャピタルとのつながりの重要性

# 健康日本21（第2次）の概念図

全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現





## 健康寿命の延長 (健康長寿)の時代の終末期

- 健康格差とその原因:SDH(Social Determinants of Health:健康の社会的決定要因)、さらに原因の原因の改善
- ソーシャル・キャピタルとのつながりの維持
- 主観的健康度
- 幸福度
- 在宅では人生の終末期についての議論は欠かせない
- 人生の終末期の健康格差の拡大や主観的健康度、幸福度の低下は少なくしたい(PPK)
- 満足・納得して終末期を迎える、「笑って死ぬる」



老年病学会 ガイドライン

**高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン**  
**人工的水分・栄養補給の導入を中心として**  
**平成24年6月27日**

## Appendix 2 本ガイドラインの主張に賛同する法律家

以下に挙げるのは、本ガイドラインを検討していただいた上で、

「本ガイドライン案に則って、関係者が意思決定プロセスを進めた結果としての選択とその実行について、司法が介入することは、実際上はあり得ず、あるとすれば極めて不適切である」という点について、

「ガイドラインの主張に賛同いたします。支持者リストに私の名前を連ねてくださって構いません。」とお答えいただいた法律家のリストである。

(2012年6月25日現在、敬称略、順不同)

東京大学	宇賀克也
早稲田大学	伊藤 眞
神戸大学	丸山英二
慶応大学	大沢秀介
弁護士	奥平哲彦
弁護士	小杉丈夫
明治大学	中山信弘
弁護士	小野 傑
中央大学	柏木 昇
東京大学	土屋文昭
東京大学	大武和夫
学習院大学	戸松秀典
札幌医科大学	旗手俊彦
慶応大学	井田 良
立教大学	舟田正之
上智大学	岩田 太
信州大学	米田保晴
早稲田大学	甲斐克則
弁護士	山室 恵
一橋大学	山本和彦
東京大学	神作裕之
弁護士	木下 毅
龍谷大学	平野哲郎
同志社大学	位田隆一
元最高裁判事	園部逸夫
元最高裁判事	泉 徳治
元最高裁判事	上田豊三
元東京高裁判事	原田國男
元最高裁判事	濱田邦夫

## 本ガイドラインの概要

### 1. 医療・介護における意思決定プロセス

医療・介護・福祉従事者は、患者本人およびその家族や代理人とのコミュニケーションを通して、皆が共に納得できる合意形成とそれに基づく選択・決定を目指す。

### 2. いのちについてどう考えるか

生きていることは良いことであり、多くの場合本人の益になる——このように評価するのは、本人の人生をより豊かにし得る限り、生命はより長く続いたほうが良いからである。医療・介護・福祉従事者は、このような価値観に基づいて、個別事例ごとに、本人の人生をより豊かにすること、少なくともより悪くしないことを目指して、本人のQOLの保持・向上および生命維持のために、どのような介入をする、あるいはしないのがよいかを判断する。

### 3. AHN導入に関する意思決定プロセスにおける留意点

AHN導入および導入後の減量・中止についても、以上の意思決定プロセスおよびいのちの考え方についての指針を基本として考える。ことに次の諸点に配慮する。

- ①経口摂取の可能性を適切に評価し、AHN導入の必要性を確認する。
- ②AHN導入に関する諸選択肢（導入しないことも含む）を、本人の人生にとっての益と害という観点で評価し、目的を明確にしつつ、最善のものを見出す。
- ③本人の人生にとっての最善を達成するという観点で、家族の事情や生活環境についても配慮する。

**AHN : “artificial hydration and nutrition”人工的水分・栄養補給法**



# 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン

~3 学会からの提言~

平成26年11月4日

一般社団法人 日本集中治療医学会

一般社団法人 日本救急医学会

一般社団法人 日本循環器学会

### (3) 患者の意思が確認できず推定意思も確認できない場合

患者の意思が確認できず、推定意思も確認できない場合には、家族らと十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。医療チームは、家族らに現在の状況を繰り返し説明し、意思の決定ができるように支援する。医療チームは家族らに総意としての意思を確認し対応する。

#### ① 家族らが積極的な対応を希望している場合

家族らの意思が延命措置に積極的である場合、あらためて「患者の状態が極めて重篤で、現時点の医療水準にて行い得る最良の治療をもってしても救命が不可能であり、これ以上の延命措置は患者の尊厳を損なう可能性がある」旨を正確で平易な言葉で家族らに伝え、家族らの意思を再確認する。家族らの意思の再確認までの対応としては現在の措置を維持することを原則とする。再確認した家族らが、引き続き積極的な対応を希望する時には、医療チームは継続して状況の理解を得る努力をする。

#### ② 家族らが延命措置の中止を希望する場合

家族らが延命措置の終了を希望する場合、患者にとって最善の対応をするという原則に従い家族らとの協議の結果、延命措置を減量、または終了する方法について選択する。

#### ③ 家族らが医療チームに判断を委ねる場合

医療チームは、患者にとって最善の対応を検討し、家族らとともに合意の形成をはかる。

### (4) 本人の意思が不明で、身元不詳などの理由により家族らと接触できない場合

延命措置中止の是非、時期や方法について、医療チームは患者にとって最善の対応となるように判断する。



**DNARと治療差し控え 医療と倫理**

**日本臨床倫理学会**

**平成25年**

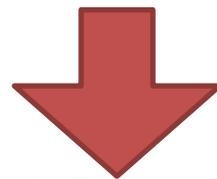
**日本版 POLST(DNAR 指示を含む)作成指針**

**POLST(Physician Orders for Life Sustaining Treatment)**

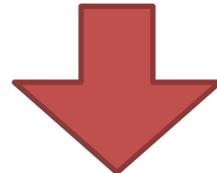
**DN(A)R; Do Not (Attempt)**

**Resuscitations**

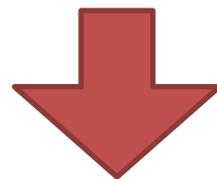
**蘇生を試みるな！**



**蘇生はCPA(心肺停止)の時に行うもの**



**CPA以前の段階ではDNARは関係無い！**



**POLST**

## 1. DNAR 指示を検討する理由

DNAR 指示は、その歴史的背景からも、「心肺蘇生術 (Cardio Pulmonary Resuscitation; CPR) を実施しないという患者の意思・事前指示に沿って医師が出すオーダーである」と言える。しかし、DNAR 指示が出されている医療の現場で、患者の意思が本当に尊重されているのか。臨床倫理の基本原則である「患者の意思」が尊重されるためには、CPR をしないというオーダーが、誰が、どのような基準で判断しているのかが明確にされる必要がある。さらに CPR に含まれる医療処置の内容、および CPR 以外の医療処置について、医師だけでなく、看護師など他の医療職にも共通理解があること。そして、そのうえで、可能な限り事前に患者や家族と対話を深め、適切に説明されることが必要であろう。しかし、これらについて、いずれのレベルでも十分でないとの現状がある。

さらに、実際の臨床現場では、DNAR 指示によって CPR 以外の他の治療に対しても消極的になり、生命維持治療も制限されてしまい、実質的な延命治療の差し控え・中止となってしまう場合さえある。そこで、「生命を脅かす疾患」に直面している患者においては、他の医療処置の内容についても、具体的に十分に考慮する必要があるという趣旨のもと、日本臨床倫理学会の本指針は、CPR についてだけでなく、他の医療処置に関する具体的指示も含んだ POLST=Physician Orders for Life Sustaining Treatment という形式を採用することにした。

本指針は、DNAR 指示が患者の自律 (Autonomy) や幸福 (Well-being) に基礎をおいている性質上、「生命を脅かす疾患に直面」しながらもいまだ意思能力がある患者や、家族が適切に代理判断できる状況において、最も当てはまり易いと考えられるが、今後は、救急の現場や在宅医療・介護施設でも、本指針が参照されることを目指すものである。

#### 4. 本指針のアプローチ

多くの終末期医療の議論は、とかく、「権利」「義務」「責任」という法的なアプローチが先行し、医療者側の「同意をとる」「免責」という、いわば患者・家族との対立型の応答に終わることが多い。しかし、DNAR に関わる蘇生の問題が、このような対立型の問題であるべきではない。DNAR 指示は患者のためのアプローチである。そこで、本指針は、DNAR 指示を医療者と患者・家族の両者の共同作業 (プロセス)として捉え、そのうえで、そのプロセスが公正であるための方策について提言をする。



# 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

改訂 平成30年3月

# 終末期医療

## アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える

### ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、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、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



日本医師会キャラクター 日医君



ACPと似たもの

# Advance care planning

Living will  
尊厳死  
安楽死

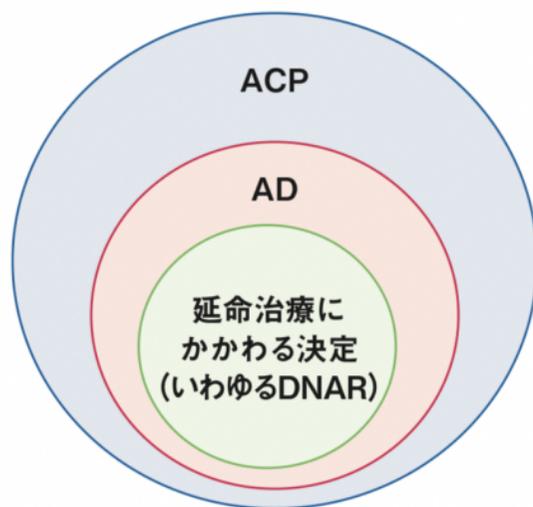
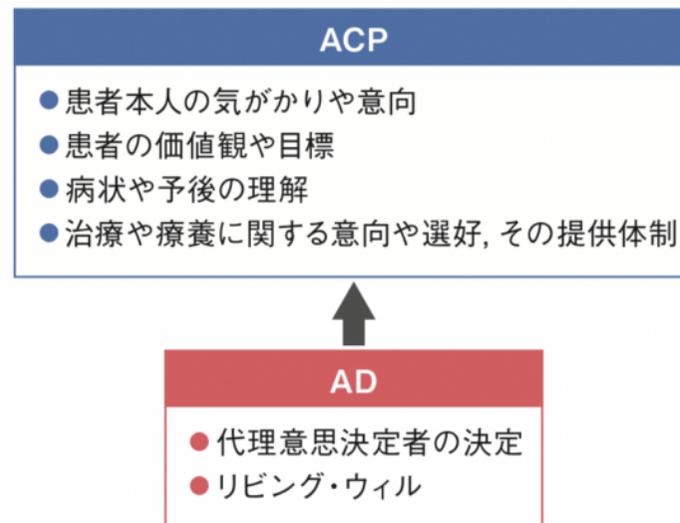


図 ◆ ACPとADの違い  
(文献7を参考に作成)



AD : Advance Directives

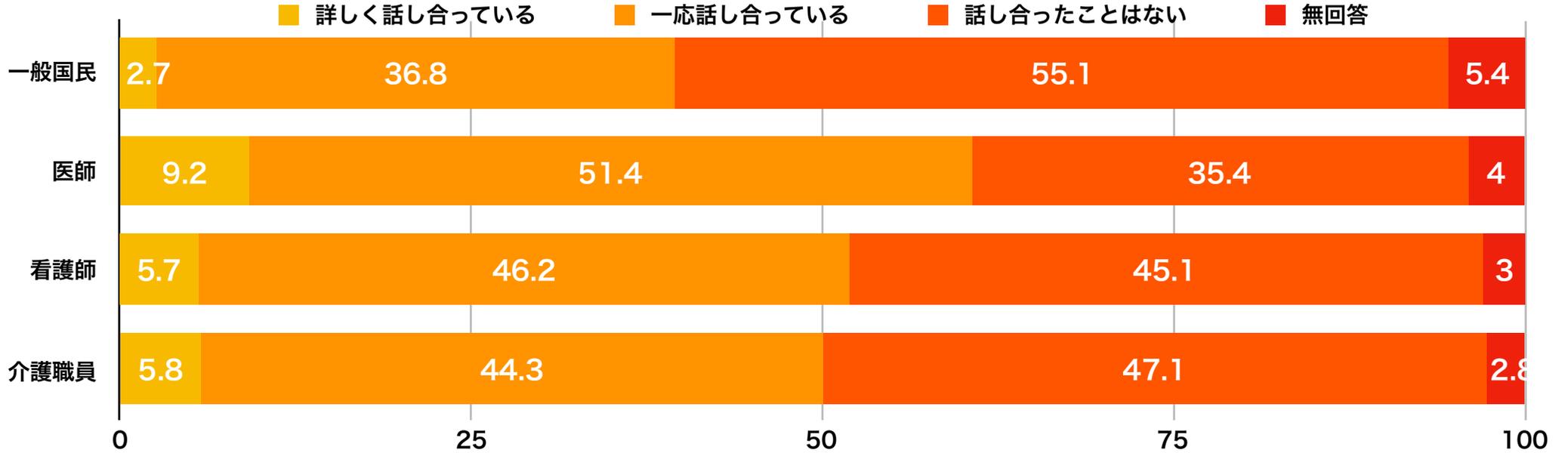


# 厚労省のデータ:人生の最終段階における医療に関する意識調査 平成30年 報告書

## 人生の最終段階における医療に対する関心



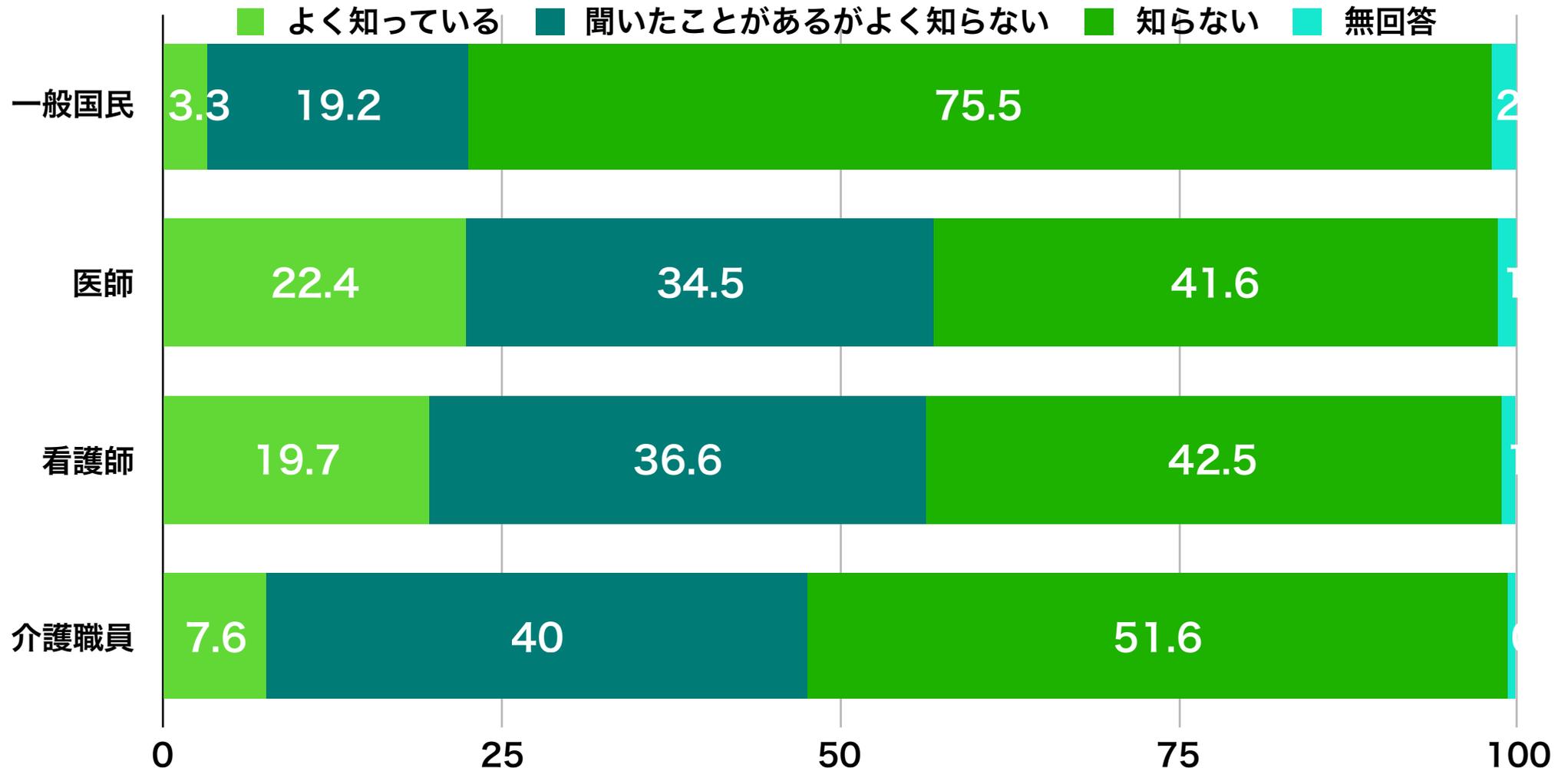
## 人生の最終段階における医療について家族等や医療介護関係者との話し合いについて





# 厚労省のデータ:人生の最終段階における医療に関する意識調査 平成30年 報告書

あなたは、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について、知っていますか。





終末期においては約70%の患者で  
意思決定が不可能

**SILVEIRA MJ, NEJM 2011**

# ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセス**のことです。  
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



# ❁ ACPでは何を話し合えばよいのですか？

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりに寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

たとえば…

## 患者さんの状況

- 家族構成や暮らしぶりはどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点はありますか？
- 他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

## 患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きていきたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？  
（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

## 医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

## ✿ ACPの留意点がありますか？

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive ; 事前指示) の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。
- その場で決まらないこともあります。話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり、話し合いのプロセスの場を提供する**ことが重要です。





# ACPの実践 広島の例

ACPの手引き

## 豊かな人生とともに… ～私の心づもり～

アドバンス・ケア・プランニング  
Advance Care Planning (ACP)



### アドバンス・ケア・プランニングとは？

人はそれぞれ人生観や思いに基づく人生設計を持って将来のことを考えています。それは、医療についても同じことが言えます。これから受ける医療やケアについてあなたの考えを家族や医療者と話し合っ、「私の心づもり」として文書に残すことで、あなたの希望や思いが医療やケアに反映されるでしょう。その手順をアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) と呼んでいます。これからの豊かな人生を目指して一緒に考えてみましょう。

ACPの手引き

A あなたの C ところに P ぴたっとよりそう

## 豊かな人生とともに…

### どんな利点があるのでしょうか？

あなたが自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、前もって受ける医療に対する希望を、家族や医師に伝えておくことは重要なことです。

明日がどうなるか誰もわかりませんし、将来の健康がどうなるかを予測することもできません。しかし、将来自分自身で判断できなくなったとしても、準備をしておけば、受ける医療に対するあなたの希望をみんなに知ってもらうことができます。

ACPは、あなただけでなく、家族やあなたに代わって医療の選択をしなければならない人にも、安心をもたらす手段となる可能性があります。



### いつ始めるのが良いのでしょうか？

今から始めましょう。あなたの判断能力に影響するような災害に直面したり、重い病気にかかる前に、話し合うことが重要です。あなたが受けるかもしれない医療について、自分がどう考えているかを知ってもらうことは、将来あなたの代わりに意思決定をしなければならない人にとって、混乱や迷いを起こさなくて済む可能性があります。

### 家族や医師は、あなたの希望を知っていますか？



たとえば次のような将来の場面を想像してみましょう。あなたはある日突然、自動車事故で重傷を負いました。病院の集中治療室に収容され、意識はありません。家族や医師はこうした場合の治療方針や今後の対応についてあなたの希望を知っていますか。

また、別の例として、認知症のために自分で意思決定する能力がなくなってきた場合を想像してください。あなたは介護施設で暮らしています。自分で食事を摂ることもできず、自分や家族のことわからなくなっていて、これから何が起ころうとおかしくありません。家族や医師は、今後の生活や受けるかもしれない医療についてあなたの希望を知っていますか？

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人（代理人）、医療者と話し合いを持ちましょう。

**Step 1** あなたの希望や思いについて考えましょう

- あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）
- 楽しみや喜びにつながる可能性があること
  - 家族や友人と十分に時間を過ごせること
  - 身の回りのことが自分でできること
  - 落ち着いた環境で過ごせること
  - 人として大切にされること
  - 人生をまっとうしたと感ずること
  - 社会や家族で役割が果たせること
  - 望んだ場所で過ごせること
  - 痛みや苦しみが少なく過ごせること
  - 医師を信頼できること
  - 人の迷惑にならないこと
  - 納得いくまで十分な治療を受けること
  - 自然に近い形で過ごすこと
  - 大切な人に伝えたいことを伝えること
  - 先々に起こることを詳しく知っておくこと
  - 病気が死を意識せずに過ごすこと
  - 他人に弱った姿を見せないこと
  - 生きていることに価値を感じられること
  - 信仰に支えられること
  - その他（ ）

**Step 2** あなたの健康について学び、考えましょう

- 1) あなたは今の健康状態について理解できていると思いますか？  
 はい  いいえ
- 2) あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか？  
 はい  いいえ
- 3) 受ける治療に関して、希望がありますか？ 健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答え下さい。（いくつ選んでも結構です）
  - 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
  - どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
  - 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
  - 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
  - できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
  - その他（ ）
- 4) 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか？（一つ選んでください。）
  - なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい
  - 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活したい
  - 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活が送りたい
  - 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい
  - その他（ ）

- 5) 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか？  
 自宅  自宅以外（ 病院  介護施設  その他（ ））  わからない
- 6) もしもの時が近くなった時に“延命治療<sup>(\*)</sup>”を希望しますか？  
 はい  いいえ  わからない

\*“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する(死の経過や苦痛を長引かせることもあります)ための医療処置を意味します。

**Step 3** あなたの代わりに意思決定をしてくれる人を選びましょう

- 1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか？  
 はい  いいえ
- 1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします
- 2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか？  
 はい  いいえ

**Step 4** 医療に関するあなたの希望や思いについて伝えましょう

**Step 5** あなたの考えを文書にしましょう

自由記載欄（その他、あなたの思いがあればお書きください）

.....

.....

.....

.....

.....

・記載年月日 20 年 月 日

・本人氏名 \_\_\_\_\_

・代理人氏名 \_\_\_\_\_

・話し合った日 20 年 月 日

・話し合った医療者 \_\_\_\_\_



# 在宅医療でACPをどう行うか

## 私の意思決定

私は自らの意思で、以下のことを積極的かつ自発的に私の家族、主治医にお願いしたいと思います。この書面が私の意思、あるいは指示と見なして尊重して下さい。

この文書は自らの意思で破棄するか撤回の文書を作成しない限り有効です。

該当するものに  をつけます。

### 1. 私が現在の医学では治すことが困難な病気と診断されたら

- ① 病名・病状と治療方針、今後の見通しについて詳しく説明して下さい。
- ② 病名・病状だけを私に説明し、それ以外は以下の人に説明して下さい。
- ③ 病名・病状も私に知らせないで、以下の人に全てを説明して下さい。

氏名 \_\_\_\_\_ 関係 ( \_\_\_\_\_ )

### 2. 私がもはや治療の手立てがなく、かつ死期のせままっている状態と診断された時

- ① 最期まで出来る限りの延命処置を続けてください。
- ② 苦痛を取るための処置は最大限に、延命処置については遠慮します。

### 3. 終の場所について

- ① 在宅での最期を望みます。
- ② 在宅以外の以下の施設での最期を望みます。

- イ 介護施設
- ロ 病院 (かかりつけ病院など)
- ハ ホスピス
- ニ その他 ( \_\_\_\_\_ )

### 4. その他、医療をすすめるにあたり望むこと

(ふりがな)

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所 \_\_\_\_\_ 電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

この書面に記入した日付 20 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

## 「私の意思決定」活用のしかた

当法人では「医療福祉生協のいのちの章典」を掲げ、組合員と職員がともに生協組合員として力を合わせて地域の人々に選ばれる事業所運営を行っております。

「私の意思決定」は、患者さんが自らの病気の状態をよく知った上で、納得のできる検査や治療を受けることを前提に、本人の意思表示が不可能な事態に備えるために作成するものです。不可能な事態とは「自己決定が不能ないし困難な状態になった患者の医療に関するガイドライン」(東京保健生協 2018年7月)に示すように、意識障害等で判断力や伝達力が衰え、自らの意思で治療を選択することができない状態をいいます。

「私の意思決定」を作成する過程で、もし病気になった時にどのような医療を受けたいのかを考えたり、家族や身近な人と話し合うきっかけにいただければと考えています。

意思表示が不可能な状態になった時に備えて、「私の意思決定」という書面を作成し、治療が必要になった段階で、この「私の意思決定」を医師に呈示して、事前に自己決定した治療等を託すことになります。



### 意思決定をする前に

例えば・・・

- ・ 家族や身近な人と話し合ってみましょう
- ・ 班会等でみんなで話し合ってみましょう自分で考えて見ましょう

### 意思決定をしたら

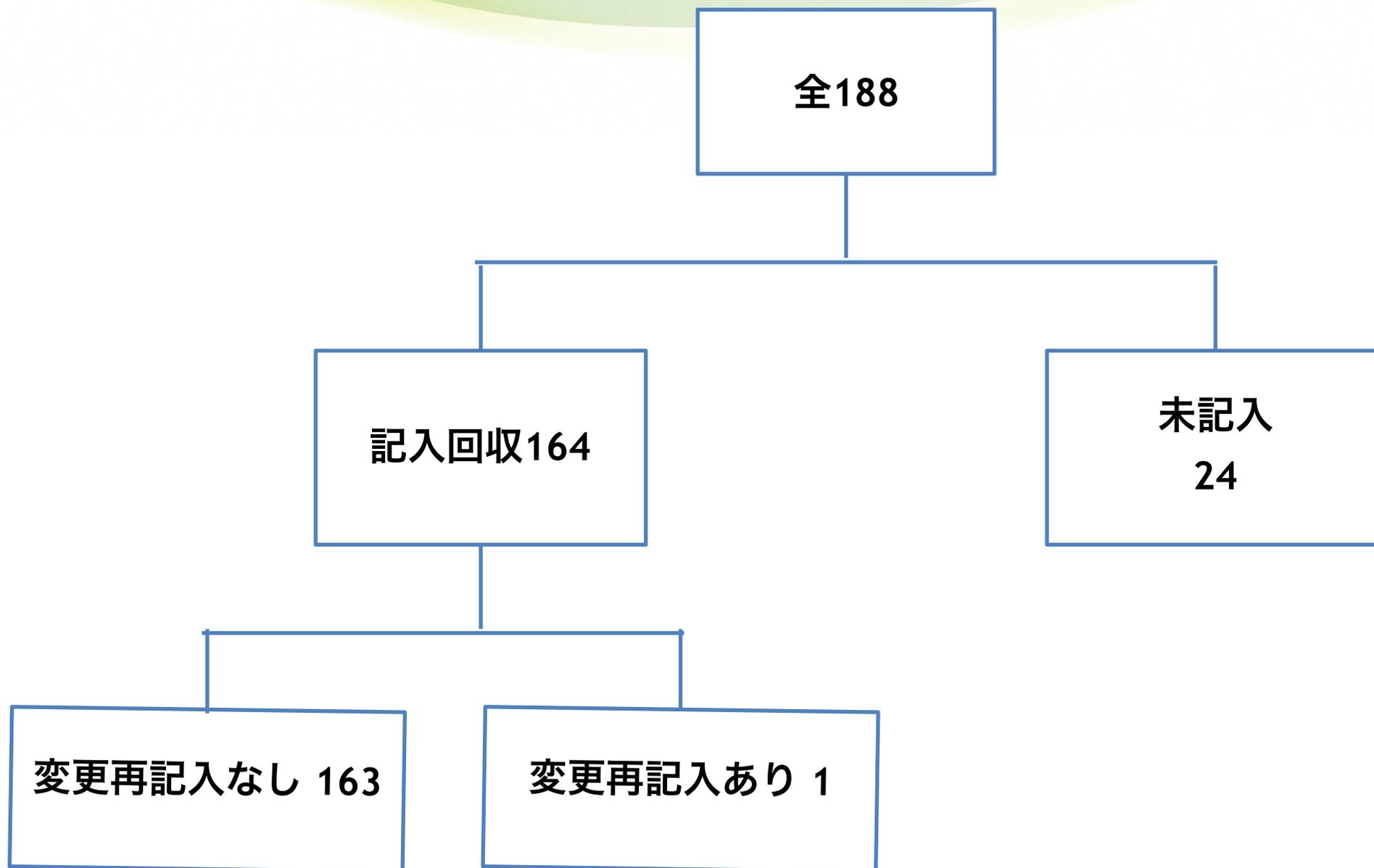
- ・ 作成してみましょう
- ・ 作成しても気持ちが変わればいつでも書き直すことはできます
- ・ 重要な事は家族や身近な人にわかるように伝えましょう
- ・ 携帯するかわかりやすい場所に保管しておきましょう
- ・ かかりつけ医がいる場合にはコピー等を渡しておきましょう

2018年7月18日

東京保健生活協同組合



## 「私の意思決定」 使用調査から





## ここにおける問題

その人の考え方 → 人生哲学

経済的問題 → 相対的貧困 → SDH

両者がともにACPに関わる

SDH : Social Determinants of Health. 健康の社会的決定要因



# オプジーボとCAR-T

## オプジーボ

27225円/208729円

3mg/kg 2週間ごと ずっと。。

体重50kgで150mg/回 $\div$ 276800/回 $\times$ 26回/年  
720万 1割負担で72万 3割で216万/年

年金 40万/2ヶ月で年収入240万だと。。。



## Chimeric Antigen Receptor Therapy: CAR-T

2017年FDAが急性リンパ性白血病に対して認可  
奏効率80%以上、治療は一回だけ



USでは費用 5000万—8000万くらい：現在厚労省が審議、治験開始との噂





オプジーボ或いはCAR-Tが効果があると判断され、勧められたら

# 治療を受けますか？

自己選択？

金の切れ目が命の切れ目？



地域包括ケアシステム

**重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる**



## 健康寿命の延長 (健康長寿)の時代の終末期

- 健康格差とその原因:SDH(Social Determinants of Health:健康の社会的決定要因)、さらに原因の原因の改善
- ソーシャル・キャピタルとのつながりの維持
- 主観的健康度
- 幸福度
- 在宅では人生の終末期についての議論は欠かせない
- 人生の終末期の健康格差の拡大や主観的健康度、幸福度の低下は少なくしたい(PPK)
- 満足・納得して終末期を迎える、「笑って死ぬる」

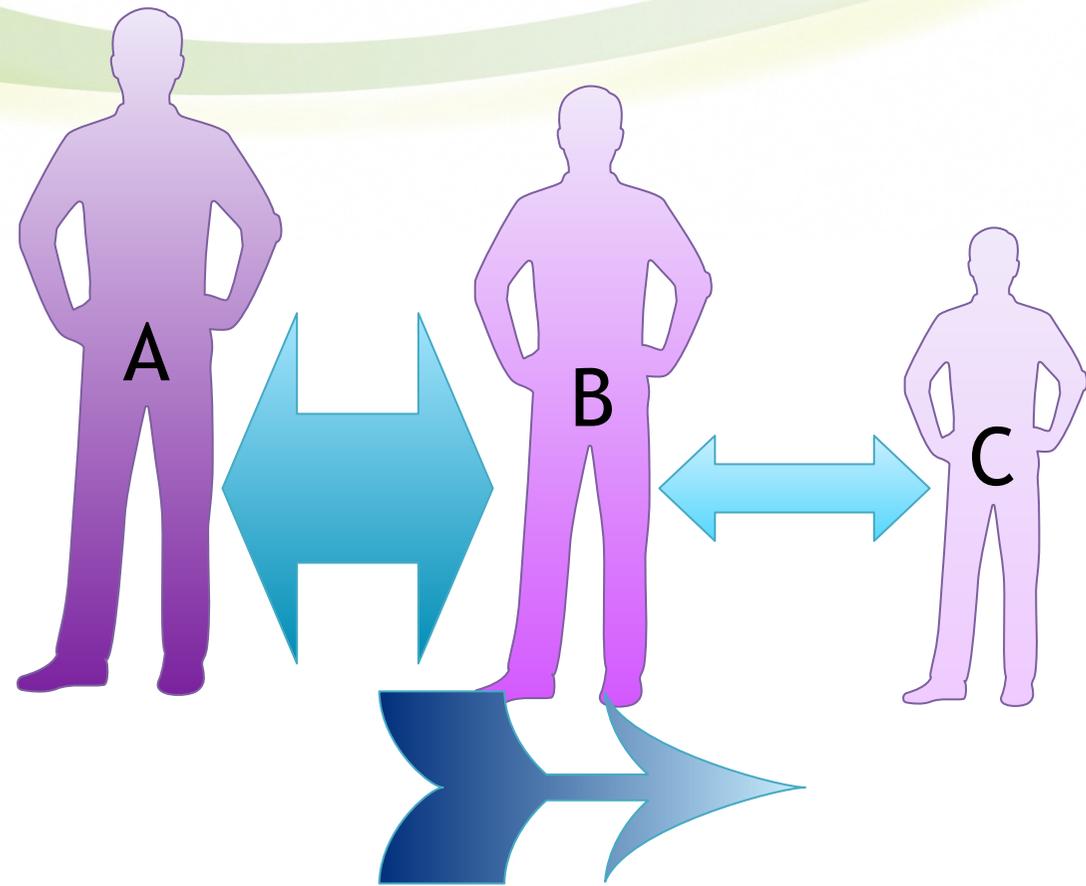
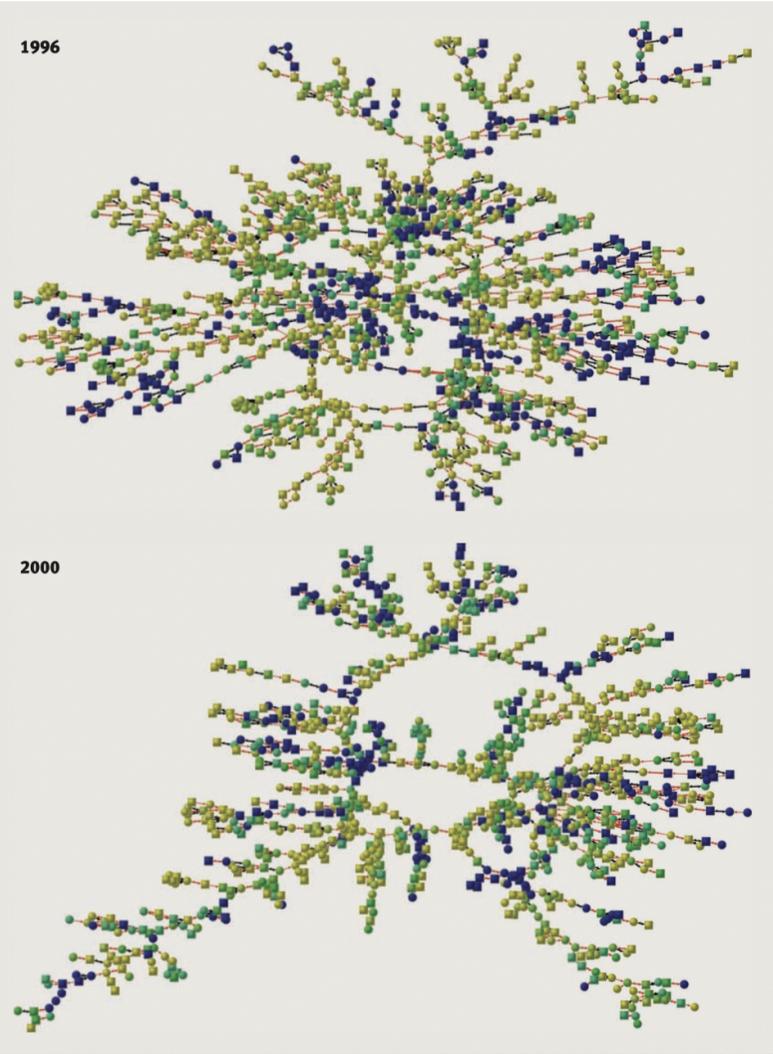


# **在宅訪問診療を受ける患者家族は幸福を感じているか？**

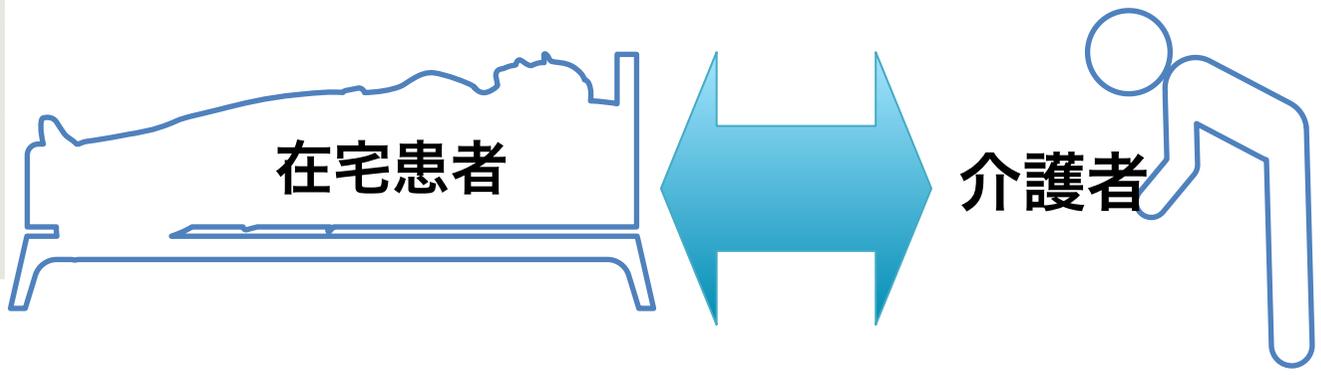
**大泉生協病院の幸福度調査から**



# Jamesたちの主張(BMJ 2008;337:a2338):フラミンガムスタディ



**Happiness & Unhappiness**





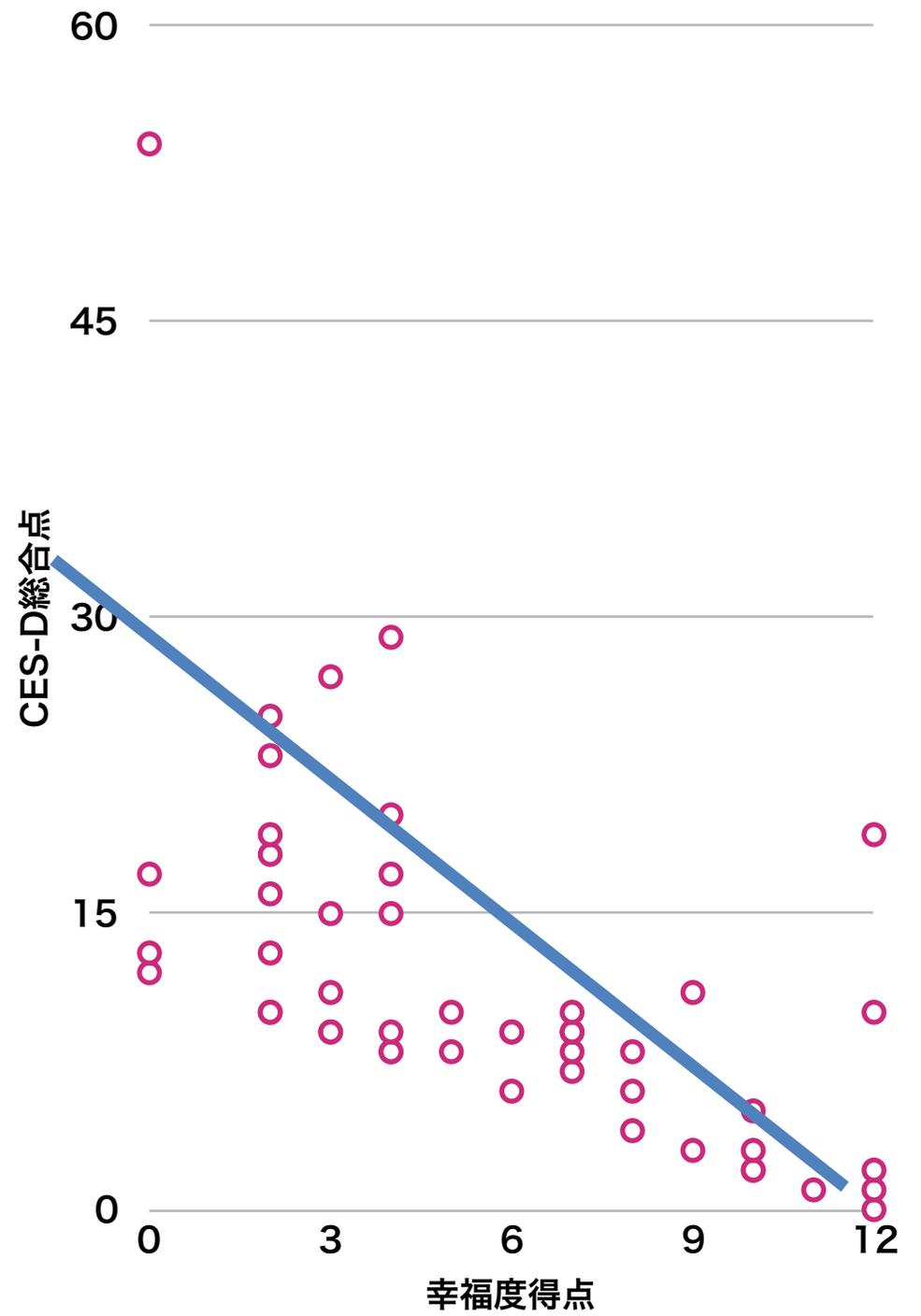
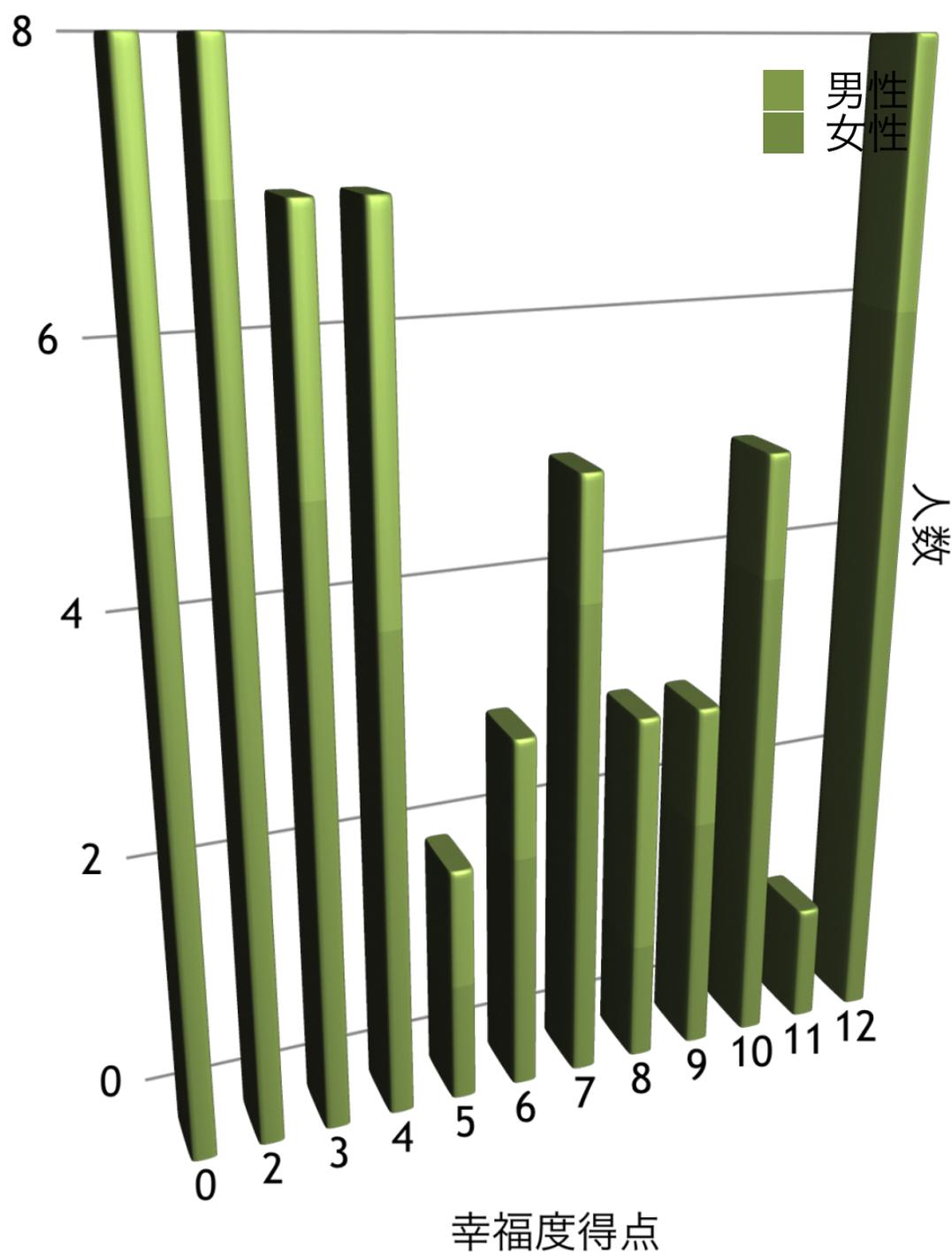
# CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

質問のまえに：下記の項目はあなたが感じていたことまたは行っていたかもしれないこと  
のリストです。この1週間にこれらのことをどれくらい感じていたか教えてください。

- まったくないかまれであった (1日以下) 0点
- 時に、もしくは少しあった (1~2日) 1点
- 時々かある程度の時間あった (3~4日) 2点
- ほとんどまたはすべての時間 (5~7日) 3点

この1週間に

1. いつもは悩まないことで悩んでいた	0	1	2	3
2. あまり食欲がなかった	0	1	2	3
3. 家族や友人の支えがあってもゆううつな気分はとれなかった	0	1	2	3
<u>4. 自分は他の人となにもかわらないと感じていた</u>	0	1	2	3
5. 自分のしていたことが頭から離れずにいた	0	1	2	3
6. 気分が沈んでいた	0	1	2	3
7. わたしのしたことはすべて徒労だったと感じた	0	1	2	3
<u>8. 将来について希望をもっていた</u>	0	1	2	3
9. わたしの人生は失敗だったと思った	0	1	2	3
10. 恐怖を感じていた	0	1	2	3
11. 眠れなかった	0	1	2	3
<u>12. わたしは幸せだった</u>	0	1	2	3
13. いつもより無口であった	0	1	2	3
14. 寂しさを感じた	0	1	2	3
15. 人々はよそよそしかった	0	1	2	3
<u>16. 生活を楽しんだ</u>	0	1	2	3
17. つい泣いてしまった	0	1	2	3
18. 悲しかった	0	1	2	3
19. わたしは人から嫌われていると感じた	0	1	2	3
20. 死ぬことができなかった	0	1	2	3





## 大泉生協病院の幸福度調査のまとめ

Jamesらは4項目すべてが満点で幸福な人が60%前後、4項目の平均が10点強であったと報告。

我々のデータでは満点の12点が8例(15.1%)、幸福度得点の平均値は5.72点であったが、Jamesらに比べ非常に低い。

幸福度人数の頻度では、幸福度が高い所と低い所に人数が多く、U字型の分布。

幸福度の得点とCES-D合計点数は比例し、幸福度が低いほど抑うつ傾向。

ここで疑問。。

在宅診療で十分な幸福感を感じることができているのだろうか。

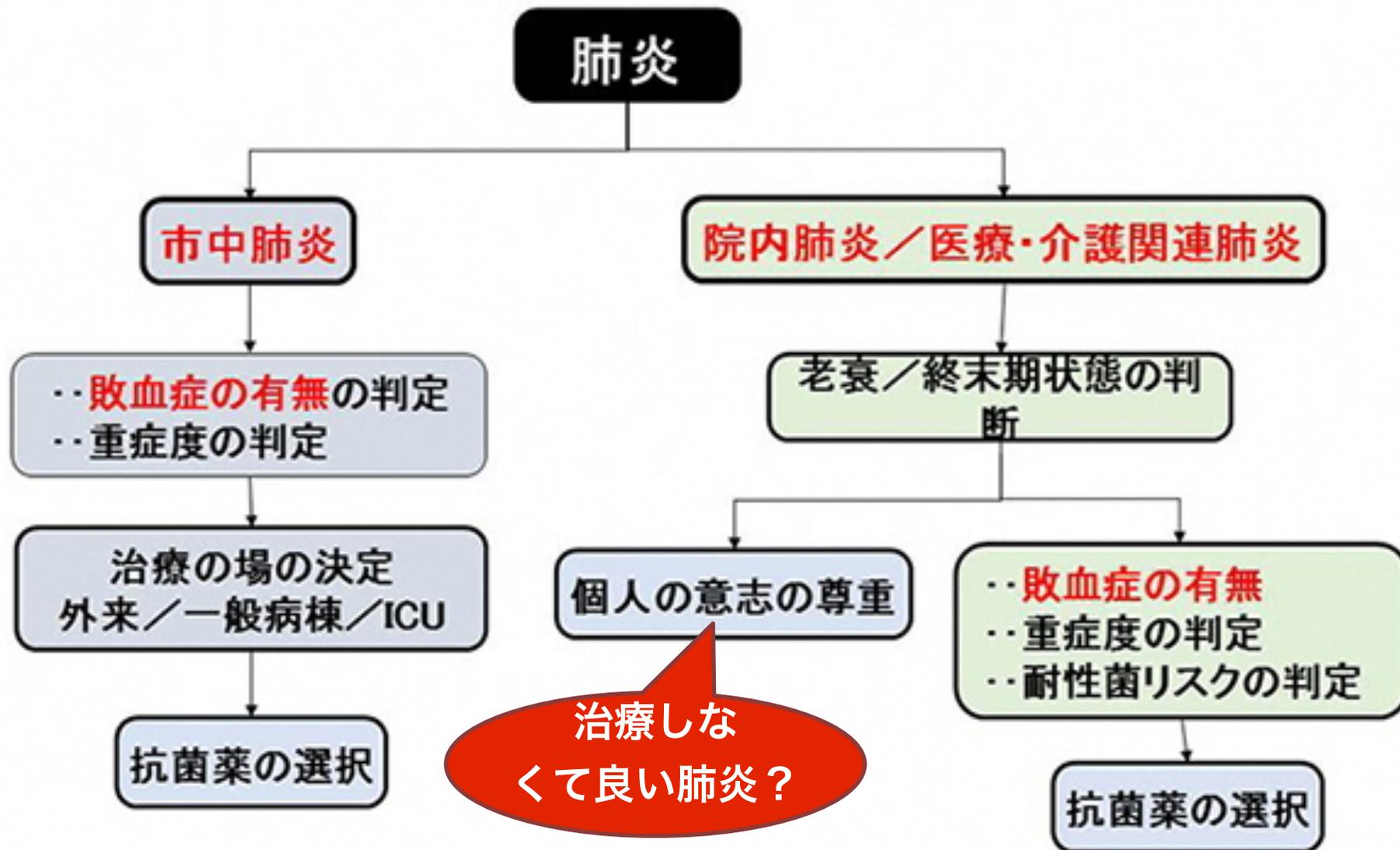
「在宅診療」で本来の地域包括ケアの目的が達成できている人がいる一方で、地域包括ケアが良いと言う社会的傾向が患者に在宅ケアを強要し、幸福感を奪い、そこから伝播して家族にも在宅でなければいけないと言う強制力を生んでいる可能性はないか。

医療従事者は現状の地域包括ケアを全て良いものとして独り善がりになっている可能性はないか。

住み慣れた地域には暮らしているが、地域包括ケアに求められるもう一つの目、「自分らしい暮らし」を達成するためには、健康の社会的決定要因等における（我々が恐らく薄々気づいている）何らかの潜在因子があるのではないか。



# 新しい肺炎診療ガイドラインの基本的概念図





## SDHとACP

ご本人も治療を望まない

ガイドラインでも治療はしなくて良いのだと言う  
であれば特に治療はしないで家で見てあげれば良い。  
それが一番良い事だ



程の良い「姥捨山」に  
なってはいないだろうか？



**ご静聴ありがとうございました！**

