

「死ぬまでどう生きるか」 の選択を支えるために

日本の医療者が今、身に着けておくべき知識と技術

佐々木 淳

Jun Sasaki M.D.

医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長

Director/Chairman Yushoukai Medical Corp





医療法人社団 悠翔会

YUSHOUKAI MEDICAL CORPORATION



- 2006年創設
- 首都圏18拠点 + その他3拠点
- 医師数96名（常勤医師53名）

● 在宅患者数 6,629 人

- 年間総診療件数 131,947 件
 - ・ 訪問診療 103,987 件
 - ・ 緊急対応 27,960 件
 - ・ うち電話再診 18,287 件
 - ・ うち往診 9,673 件
 - ・ 平均往診所要時間 52.3 分

● 年間入院発生件数 2,238 件

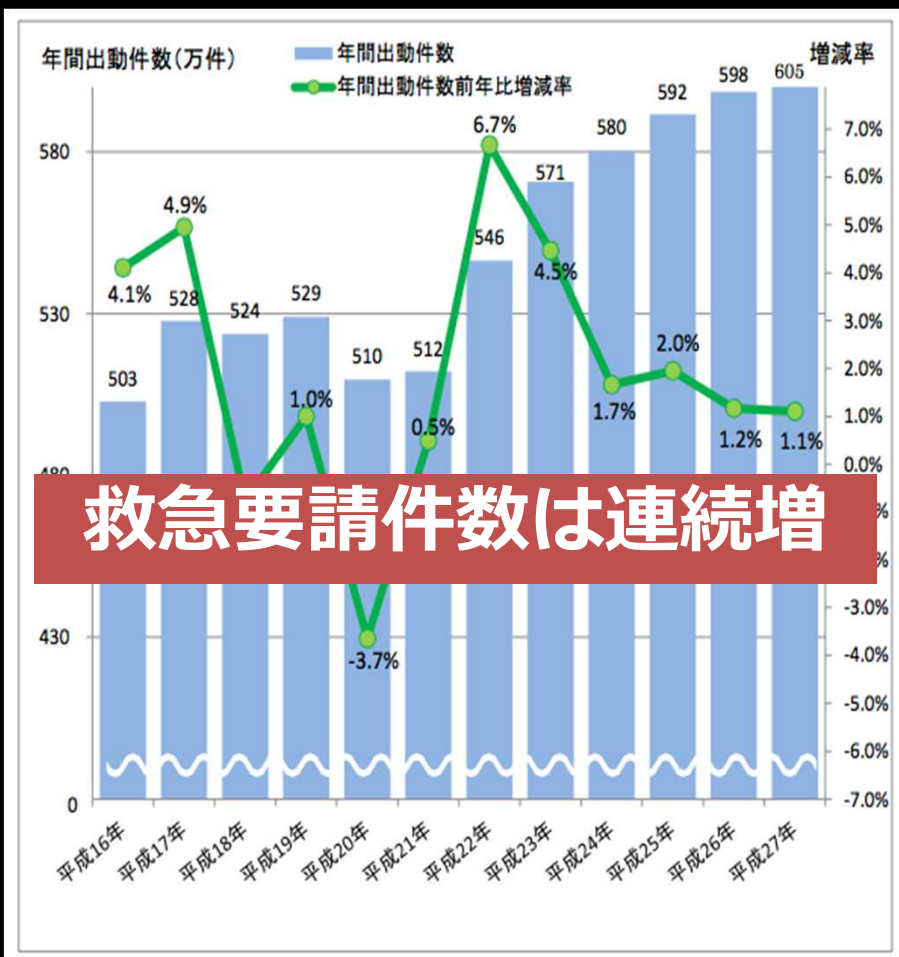
● 年間延べ入院日数 55,668 日

- 年間死亡者数 1,669 人
 - ・ うち在宅死 1,194 人
 - ・ 在宅看取り率 70.3 %

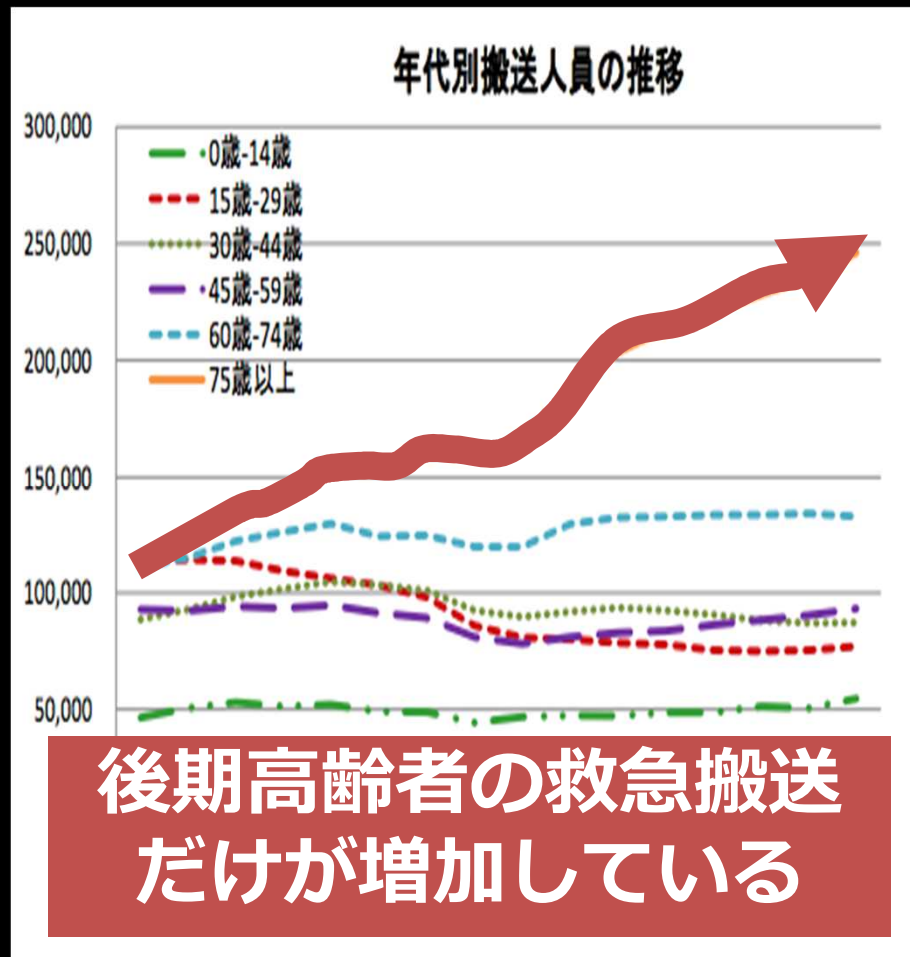


▶ 救急搬送は増加の一途

▶ 平成 27 年の救急出動件数等



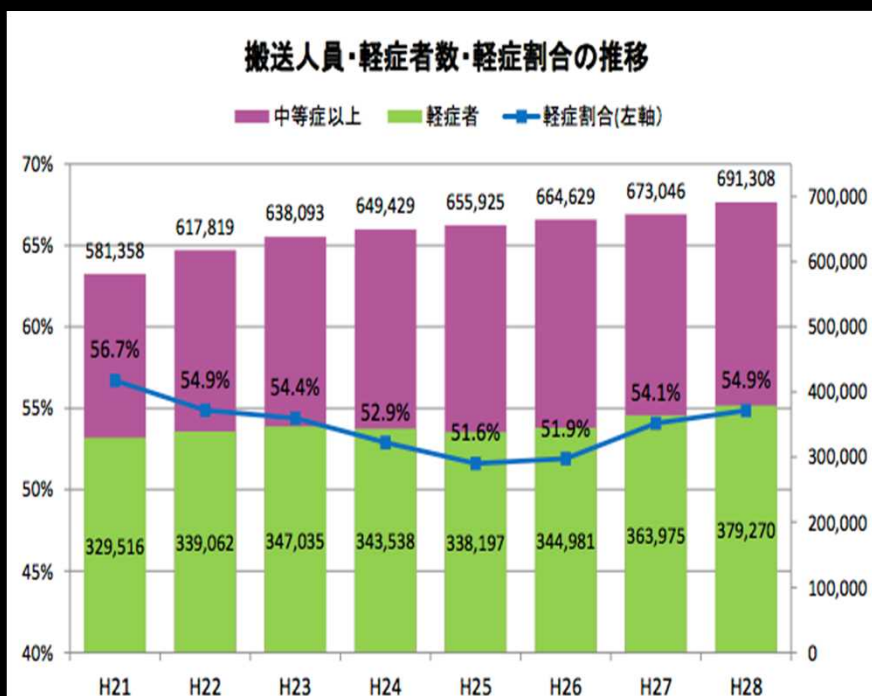
平成28年3月29日 東京消防庁 発表資料



平成29年1月12日 東京消防庁 報道発表資料

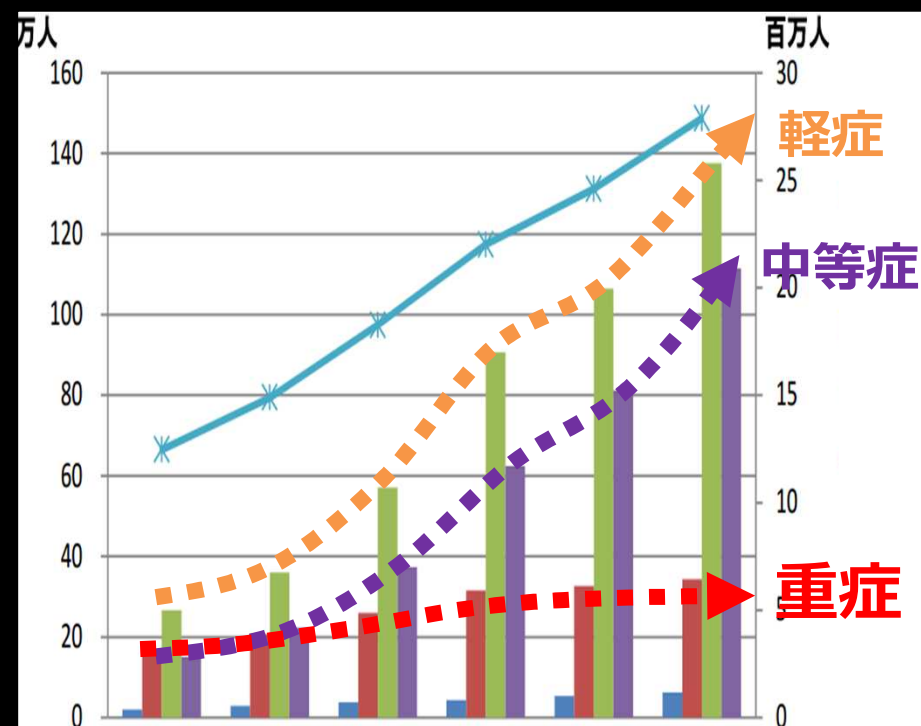
▶ 高齢者の搬送は軽症が多い

▶ 搬送人員・軽症者数・軽症割合の推移



救急要請は
「軽症」が過半数

▶ 全国における高齢者の傷病別程度搬送人数の推移



救搬増加分のほとんど
「軽症」～「中等症」

▶それは医療ニーズ？

図表 各年における日本の主な世帯構成と総世帯数に占めるシェア

	1位	2位	3位		
1974年 (昭和49年)	4人世帯・有業者数1人	3人世帯・有業者数1人	有業の1人世帯		
	14.56%	10.95%	9.42%		
1988年 (昭和63年)	1位	2位	3位		
	有業の1人世帯	4人世帯・有業者数1人	2人世帯・有業者数1人		
	15.78%	9.67%	9.00%		
2017年 (平成29年)	1位	2位	3位		9位
	無業の1人世帯	有業の1人世帯	2人世帯・有業者数0人	...	4人世帯・有業者数1人
	16.95%	15.65%	13.67%		4.60%

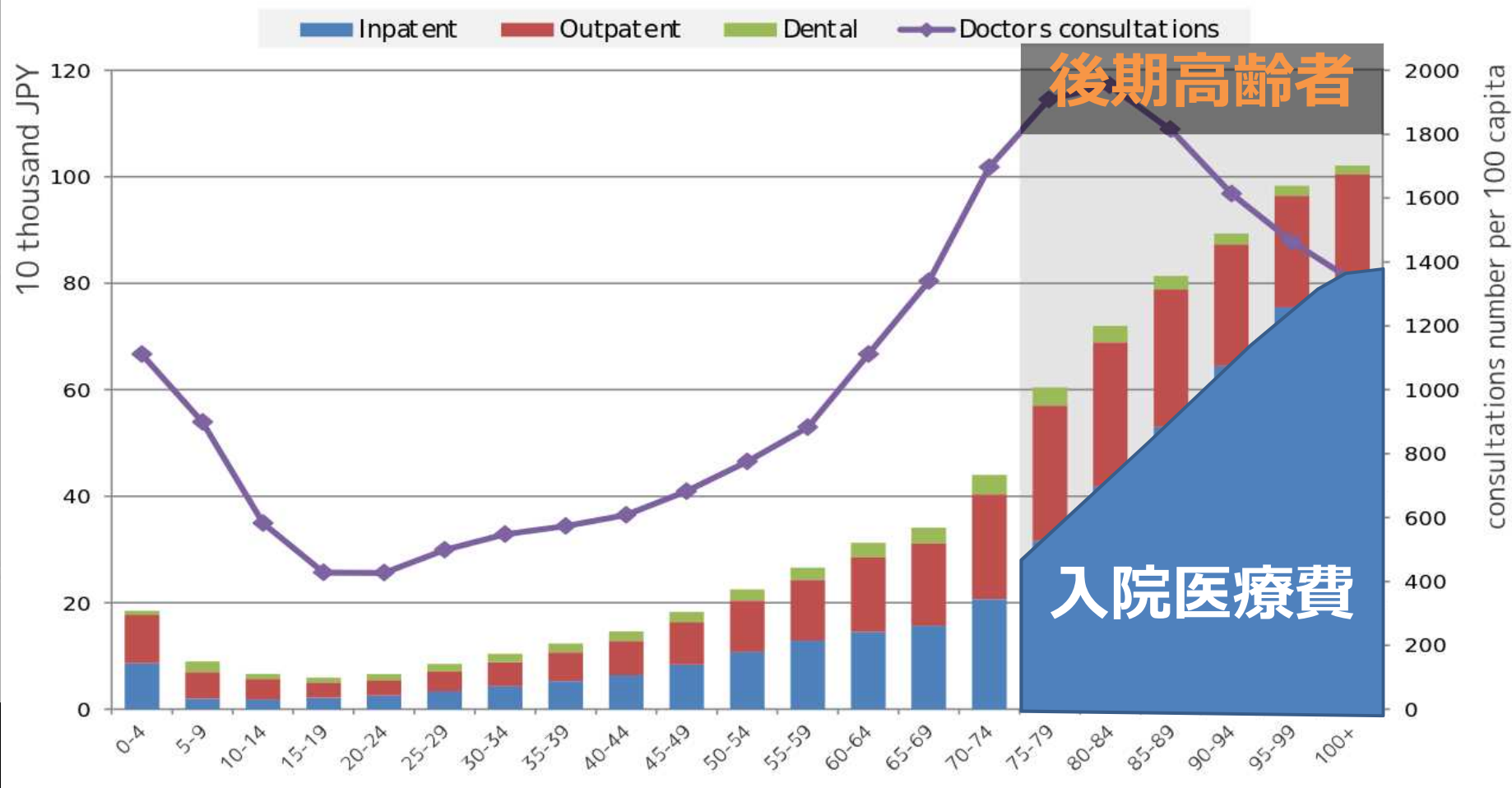
世帯構成は、世帯人員とその世帯の有業者数の組み合わせによって分類した。

(出所) 総務省(旧・総理府)「国勢調査」および総務省(旧・総理府)「家計調査」をもとに大和総研推計

「高齢単独」世帯が
約3割

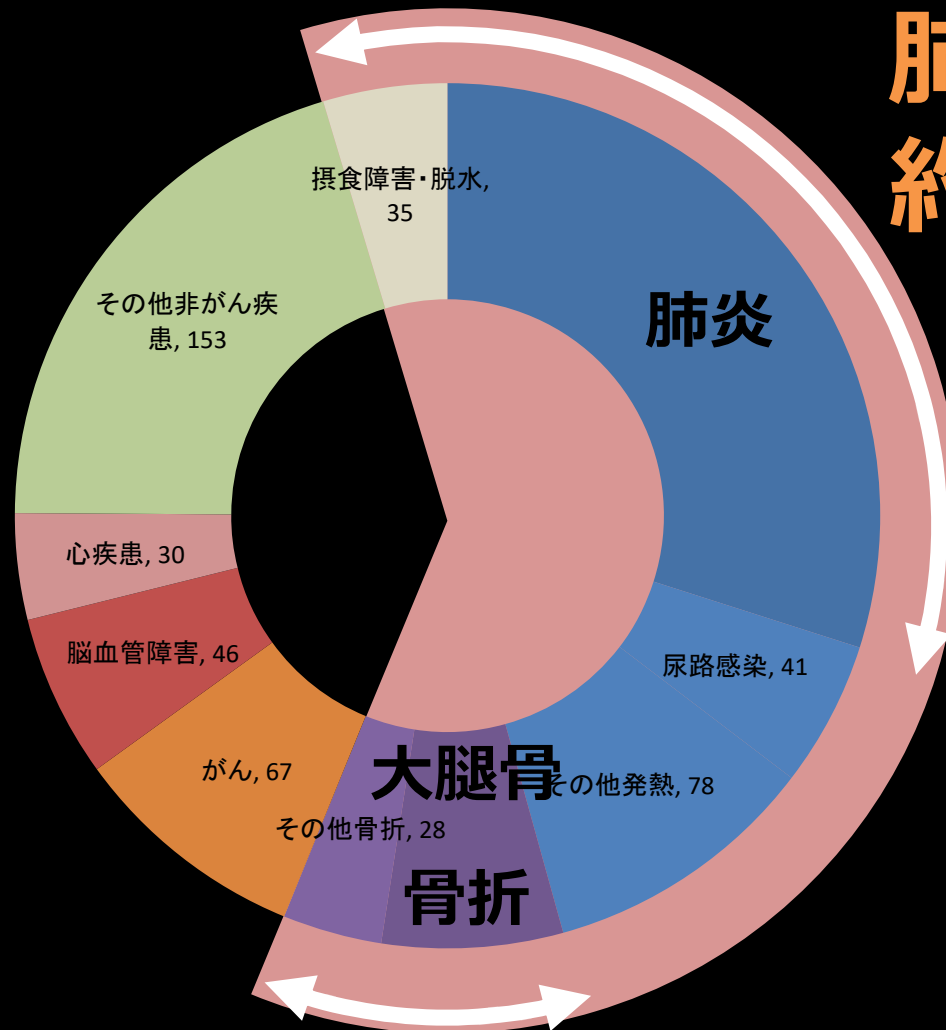
▶ 高齢者医療費の8割は入院

年齢別一人あたりの医療費とその内訳



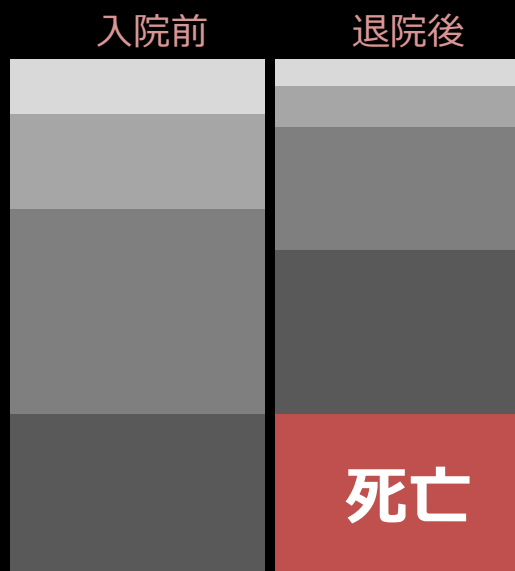
▶在宅高齢者の緊急入院

肺炎と骨折で
約50%



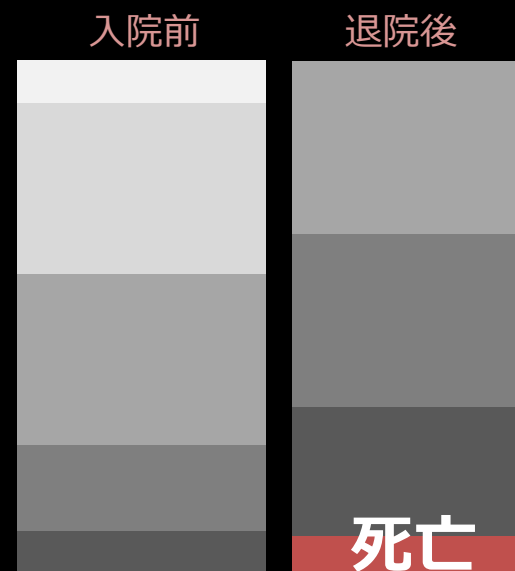
▶入院による要介護度の悪化

肺炎



平均要介護度 + 1.72

骨折

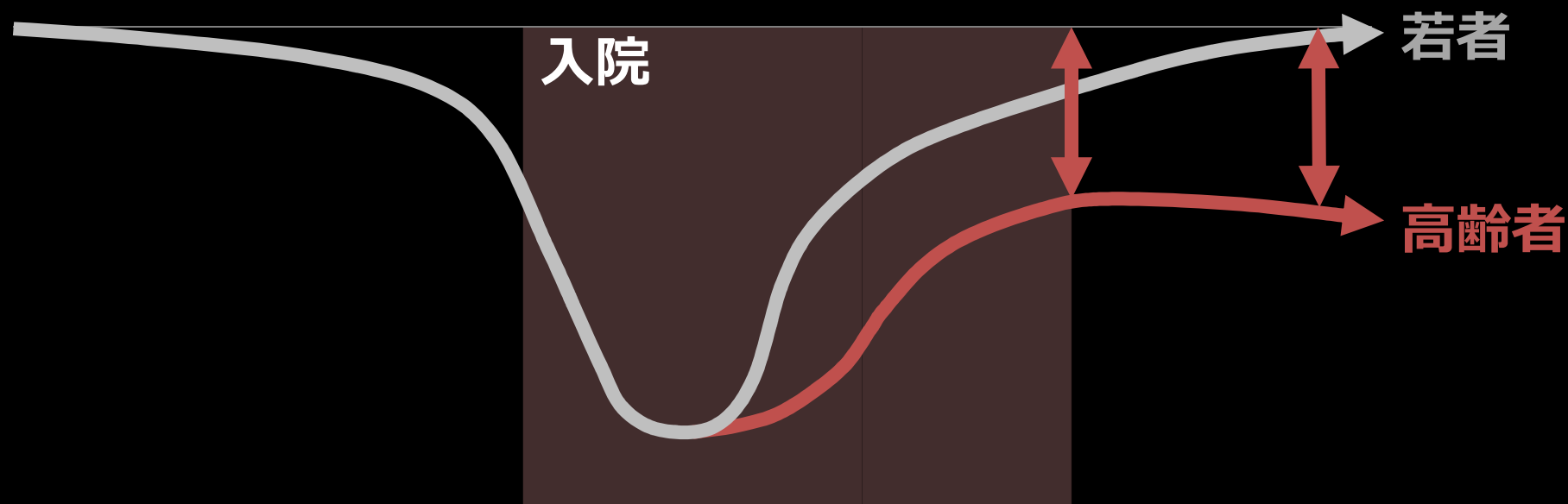


平均要介護度 + 1.54

肺炎の平均入院医療費：118万円

骨折の平均入院医療費：130万円

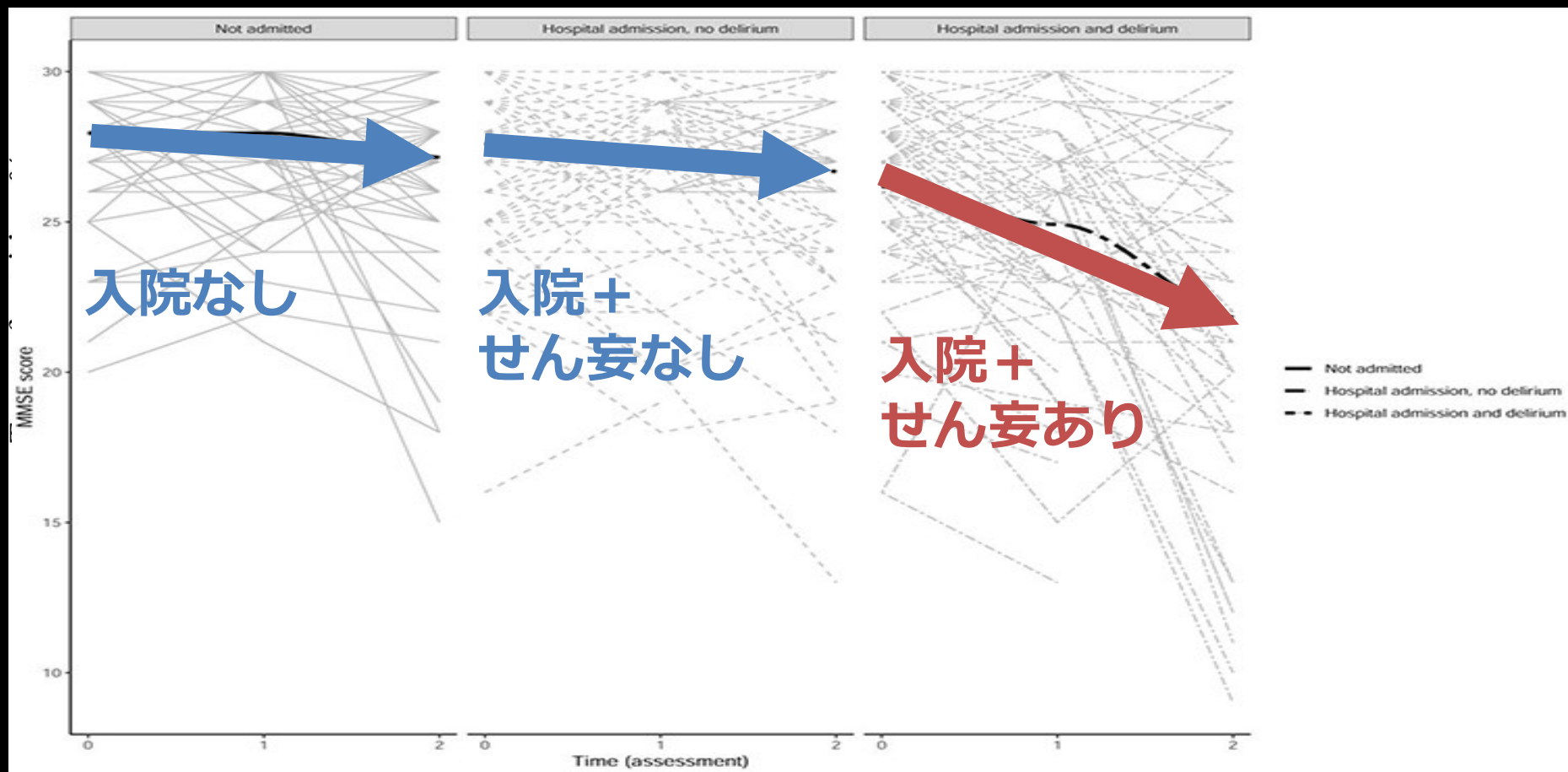
▶ 高齢者は入院がリスク



入院関連機能障害
10日間の入院で7年老化

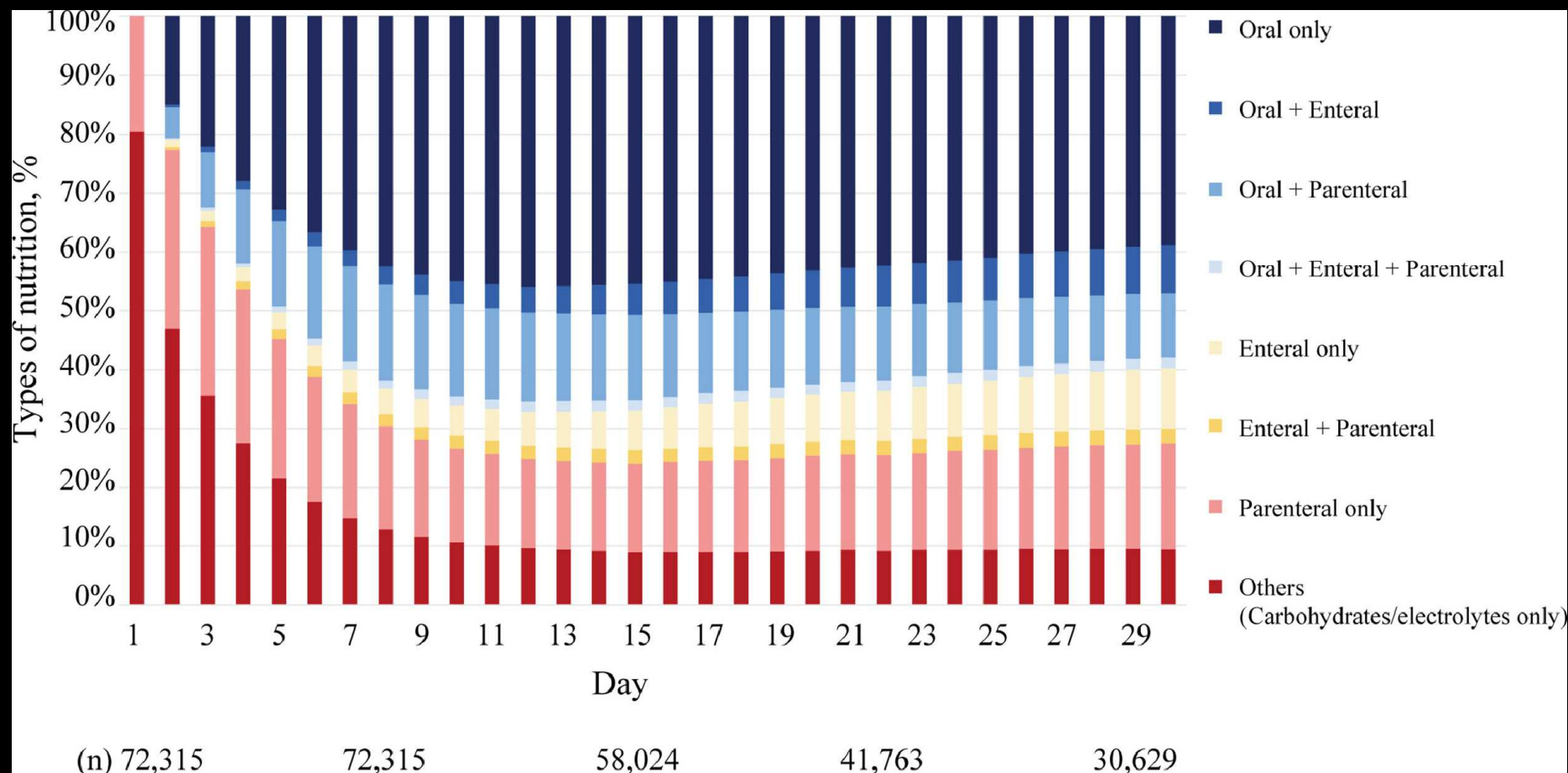
▶せん妄▷認知機能低下

入院中にせん妄→MMSE - 5点



▶ 「とりあえず食止め」

30日間の入院、4割が禁食・1割は補液のみ



▶ 階段状に衰弱が進み . . .

入退院を繰り返しながら
要介護 ▶ 寝たきりに

脳梗塞

転倒・骨折

誤嚥性肺炎

「何かあれば病院へ」
は最適な選択か？

▶ 最期は病院で亡くなる

病院死

できれば自宅で

H20 厚生労働省 終末期医療に関する調査

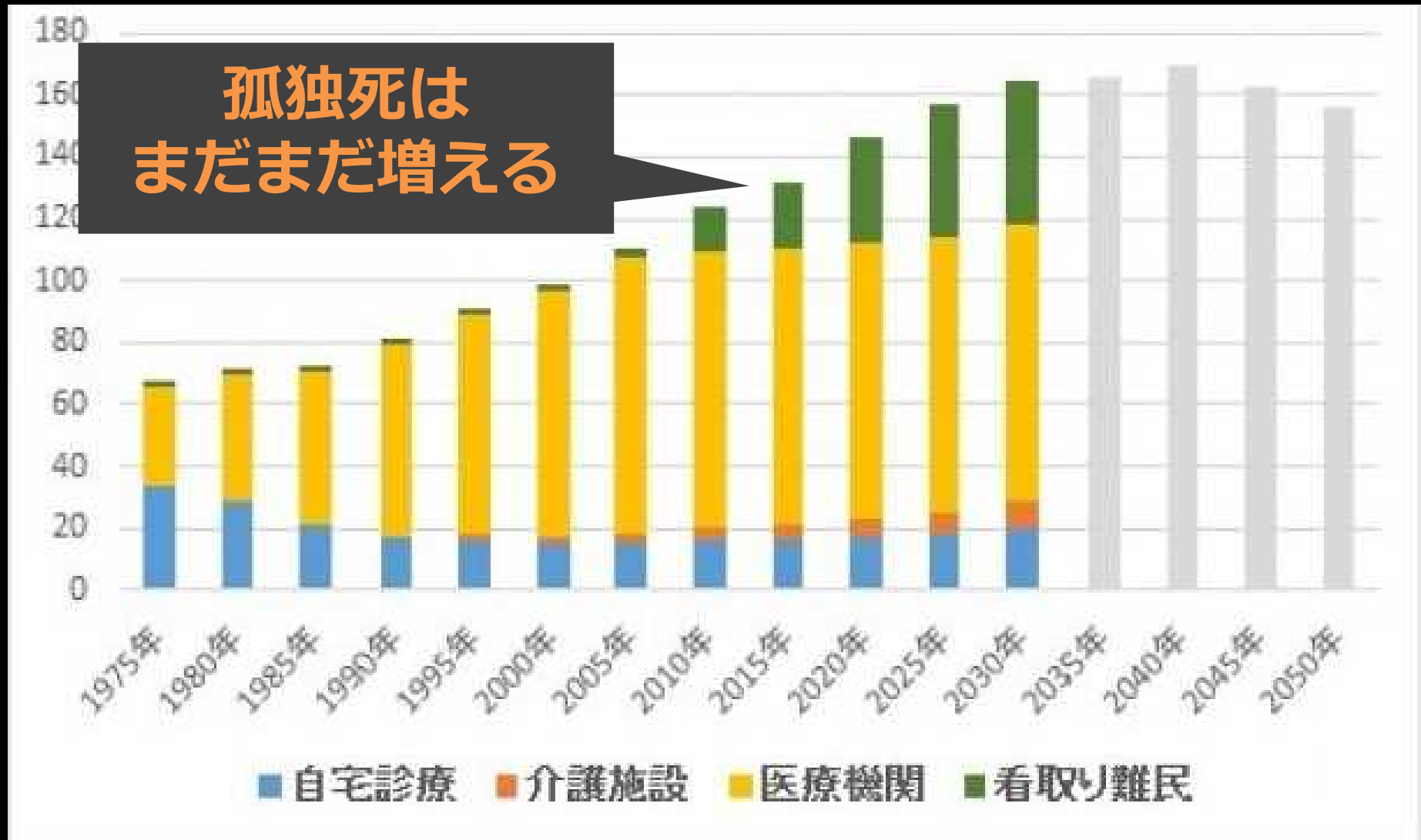


病院死

在宅死

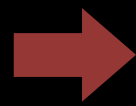
少ない在宅死
半分以上が警察による検案死

▶ 看取り難民 = 孤独死の増加

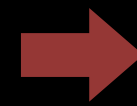


在宅医療

救急搬送



入院



病院死



継続的・計画的
健康管理



24時間対応
在宅対応能力強化



在宅緩和ケア
在宅看取り



早期入退院支援
退院直後のケア



コール▶診療開始まで
平均38分

119番▶診療開始まで
全国平均39分

緊急コール対応
27321件

緊急往診
9453件

東京消防庁
後期高齢者救急搬送件数の
9.8%相当

東京都立6病院
救急車受け入れ件数の
33%相当





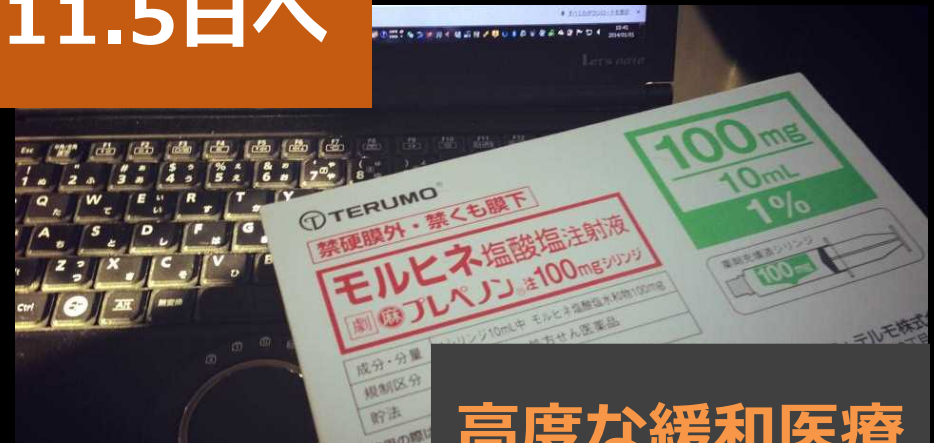
「急変」の90%以上は
自宅で診断できる

侵襲の高い処置

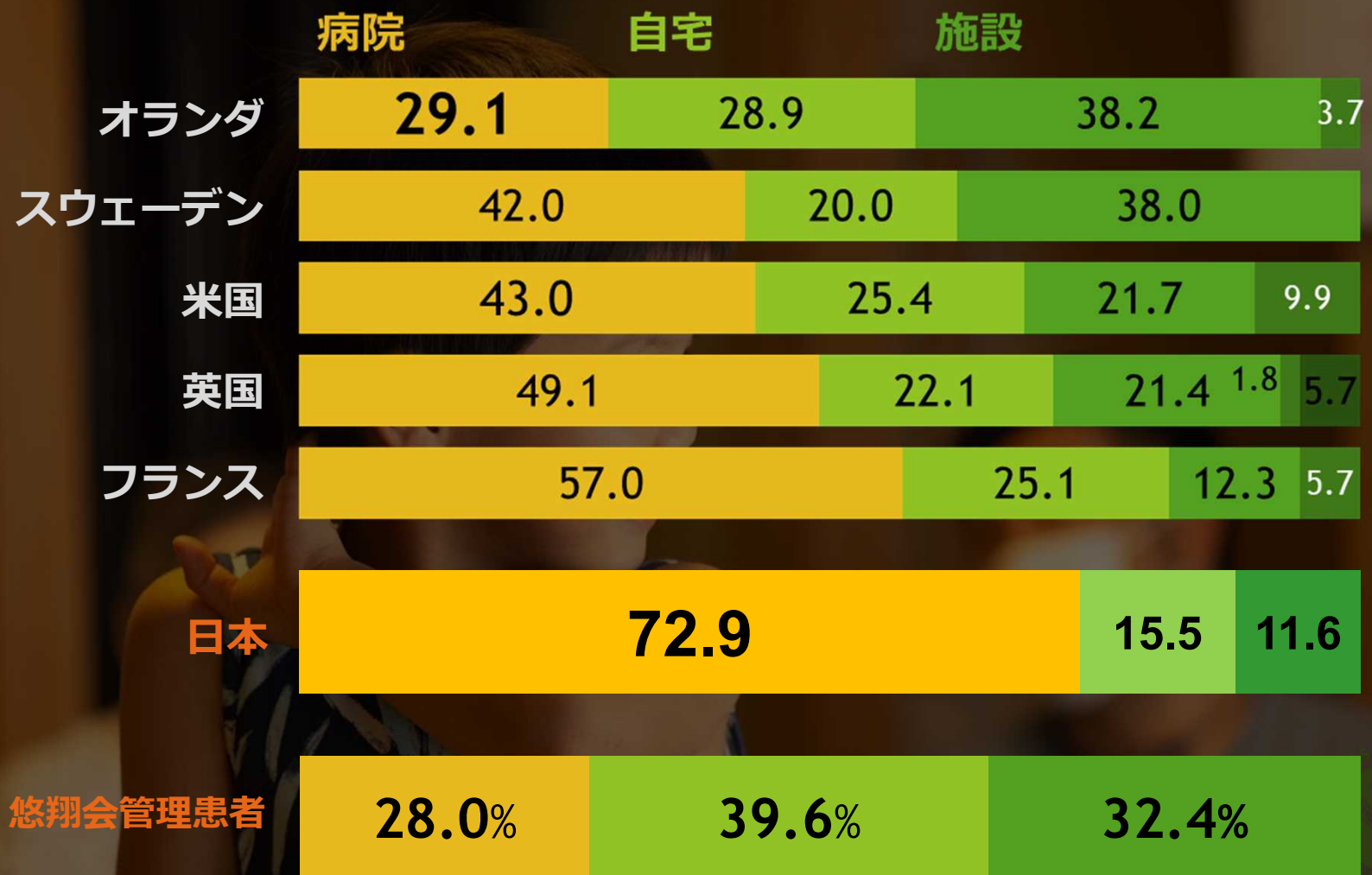


年間延べ入院日数／人
41.2日▶11.5日へ

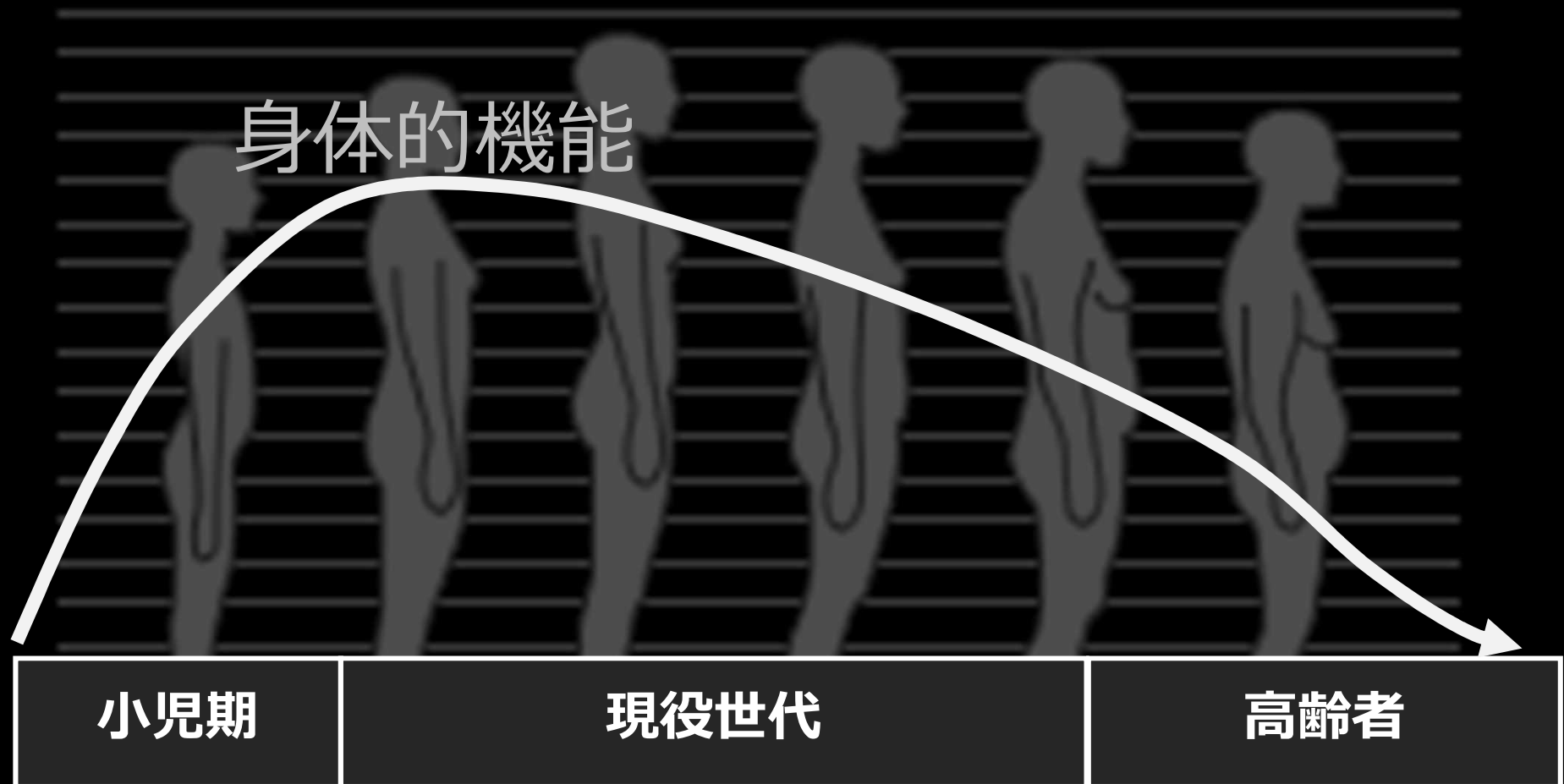
感染症など
急性疾患の治療



高度な緩和医療



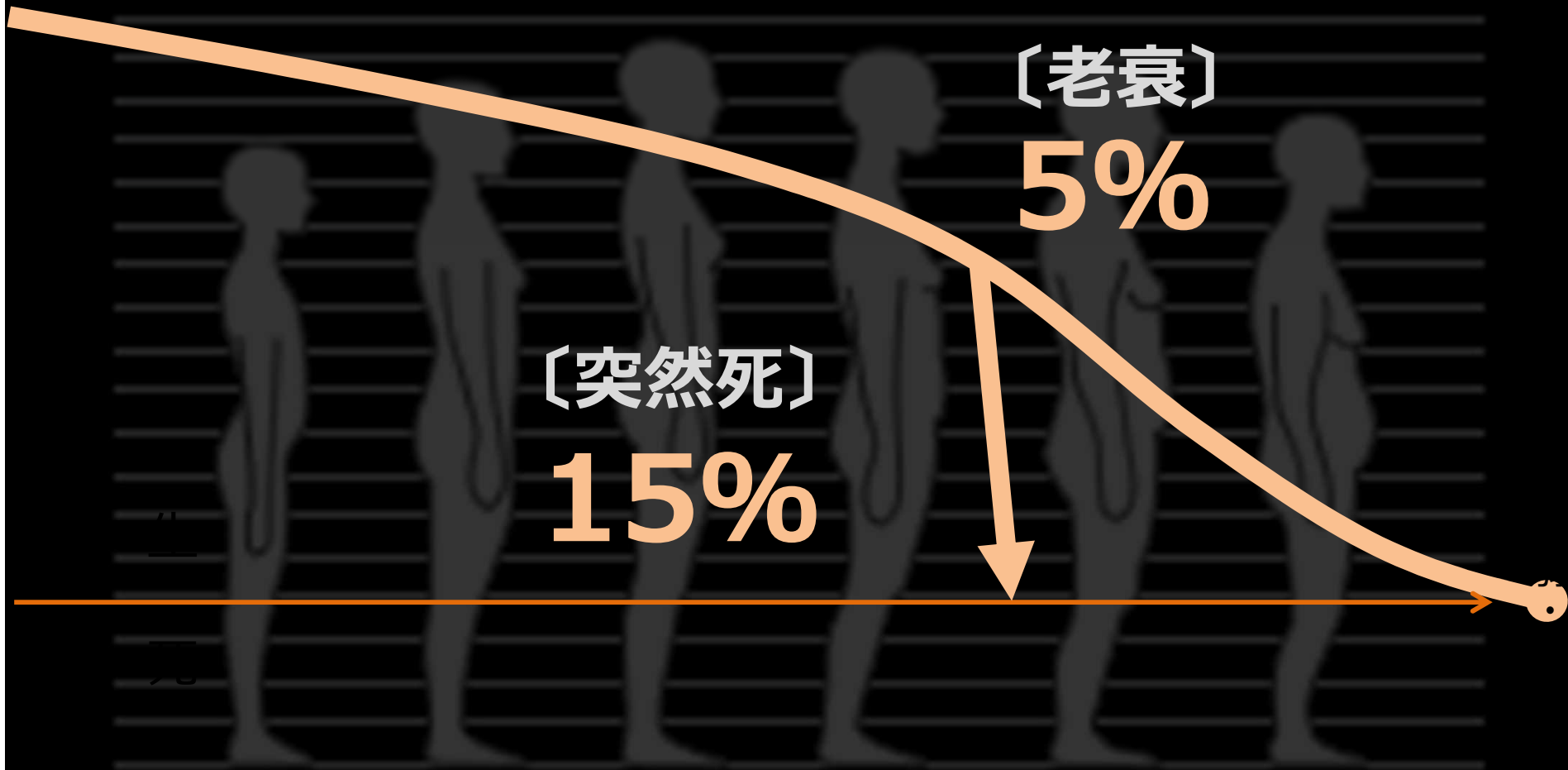
▶ 人間はだれもが歳をとる。



生
死

〔突然死〕
15%

〔老衰〕
5%



〔疾病モデル〕

80%

脳出血を起こした！

緊急入院

退院

リハビリ

転倒・腰椎圧迫骨折

寝たきり↓リハビリ

肺炎

肺炎

肺炎・食事取れない

胃瘻造設

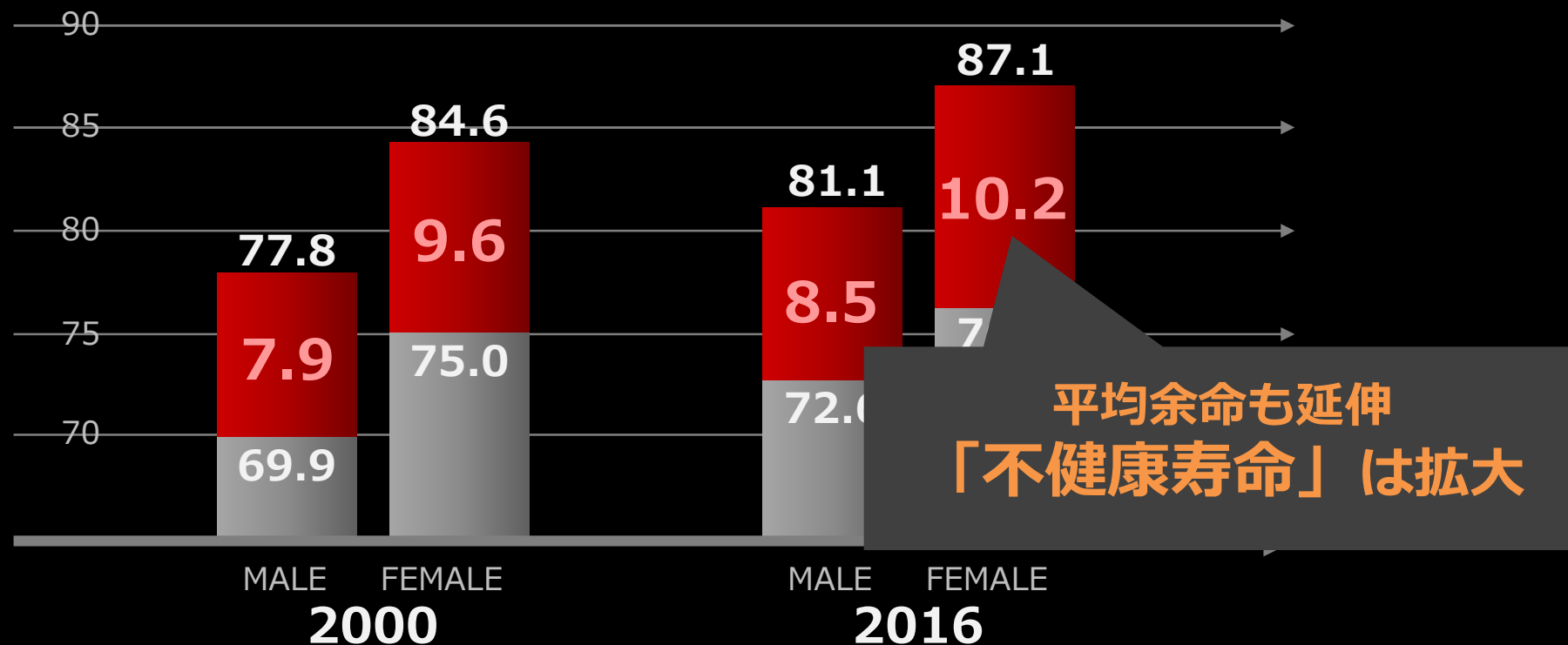
下痢・嘔吐

経管栄養中止

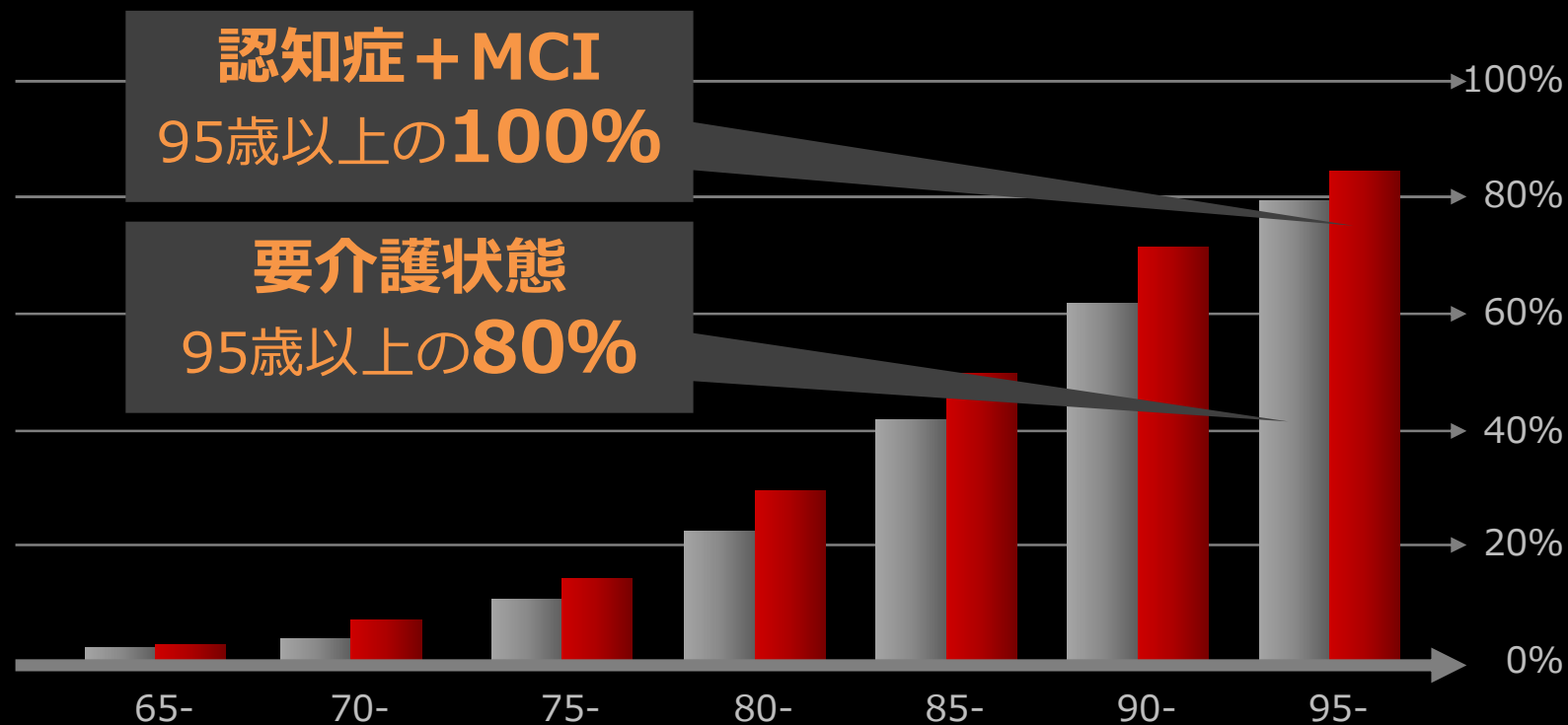
点滴・全身浮腫・吸引

健康寿命と平均寿命のギャップ

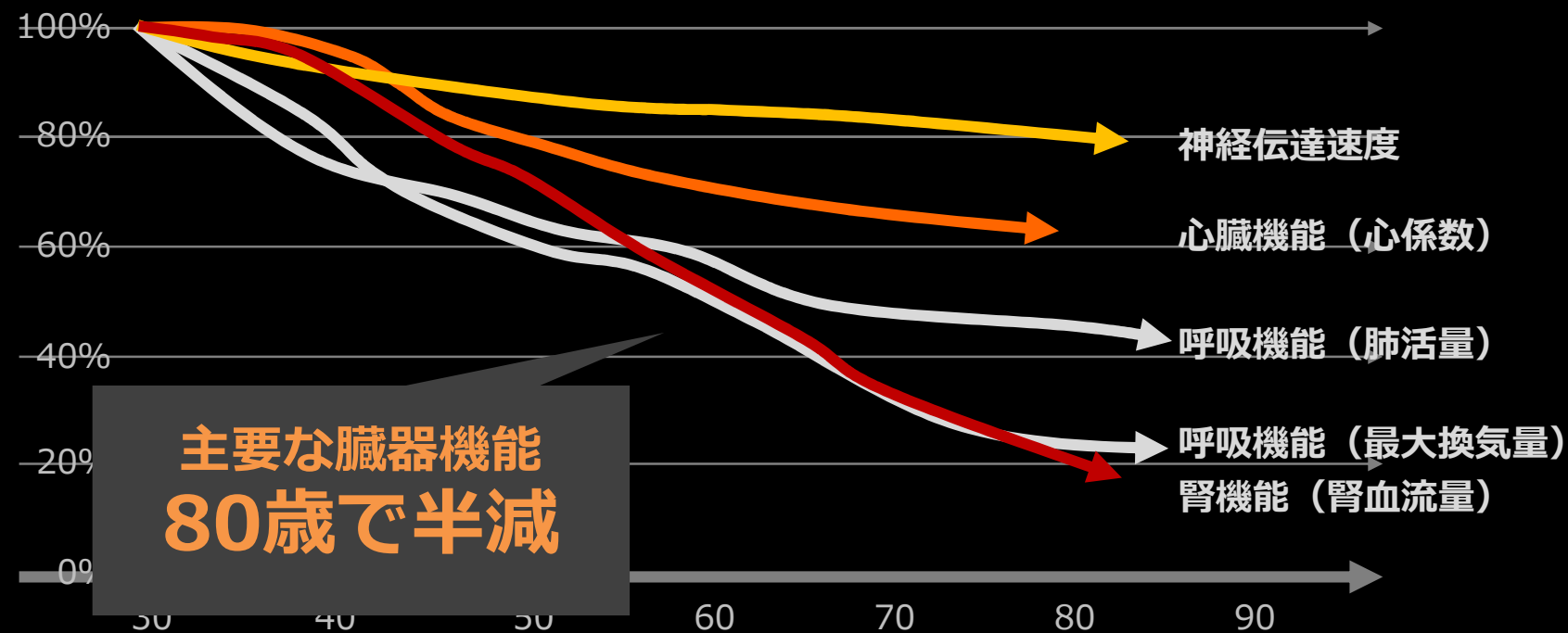
▶健康寿命は延伸できる。だけど



▶ 「予防」はどこまで？

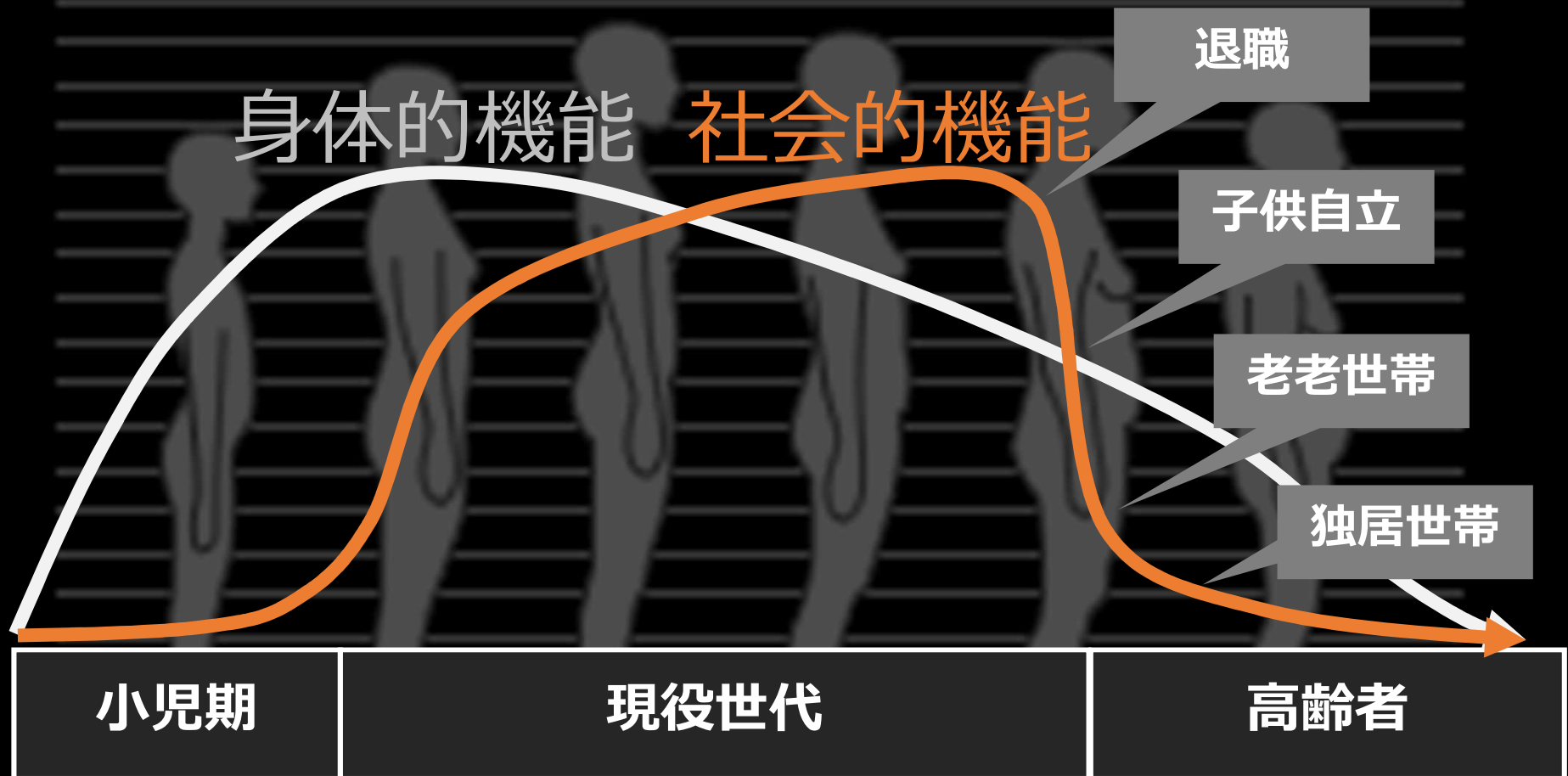


▶ 「治療」はどこまで？

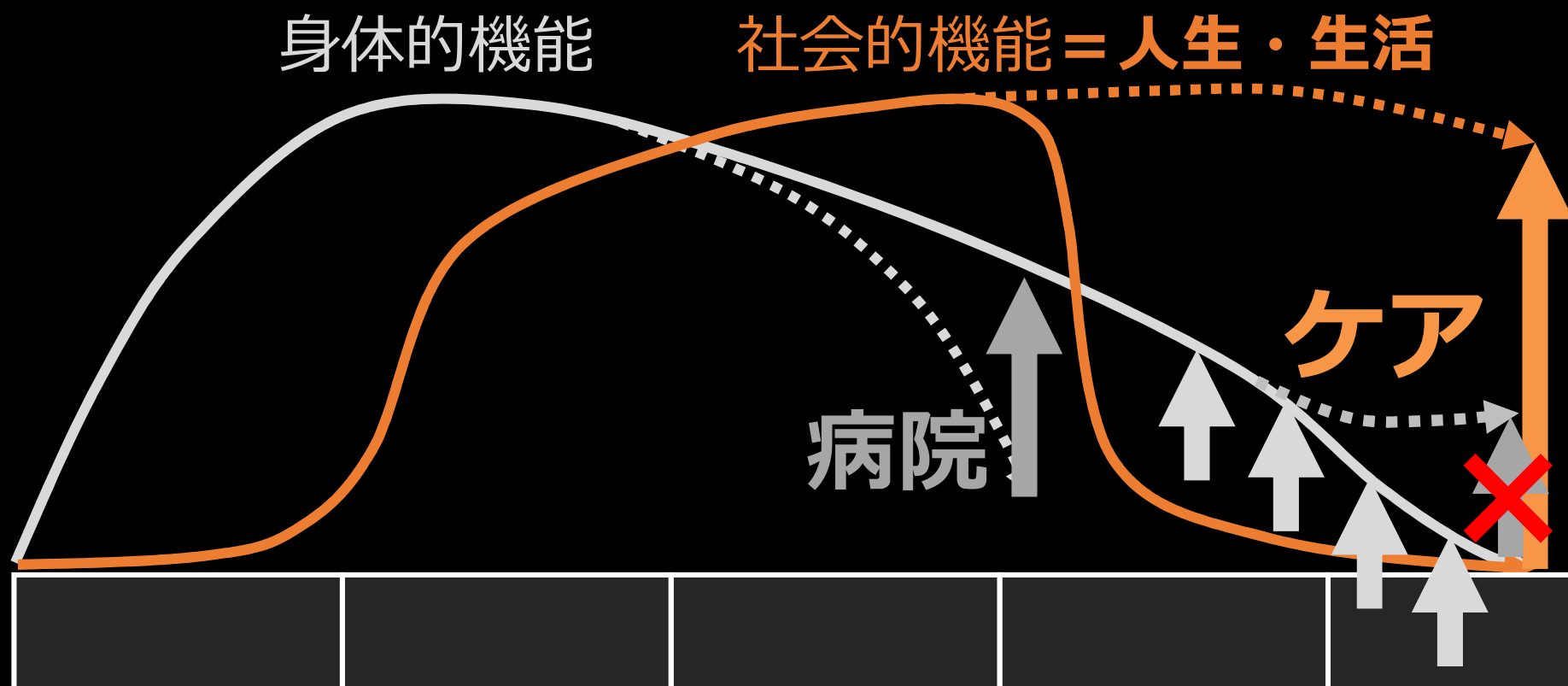


どこまでが病気？ どこからが老化？

▶ 衰弱するのは身体だけ？



最期まで納得できる人生を生き切れる。



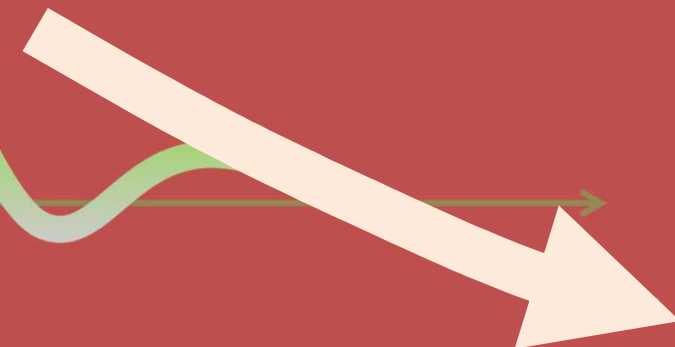
衰弱していく心身の機能を最適にケアできる。

▶ 人生が進むと . . .

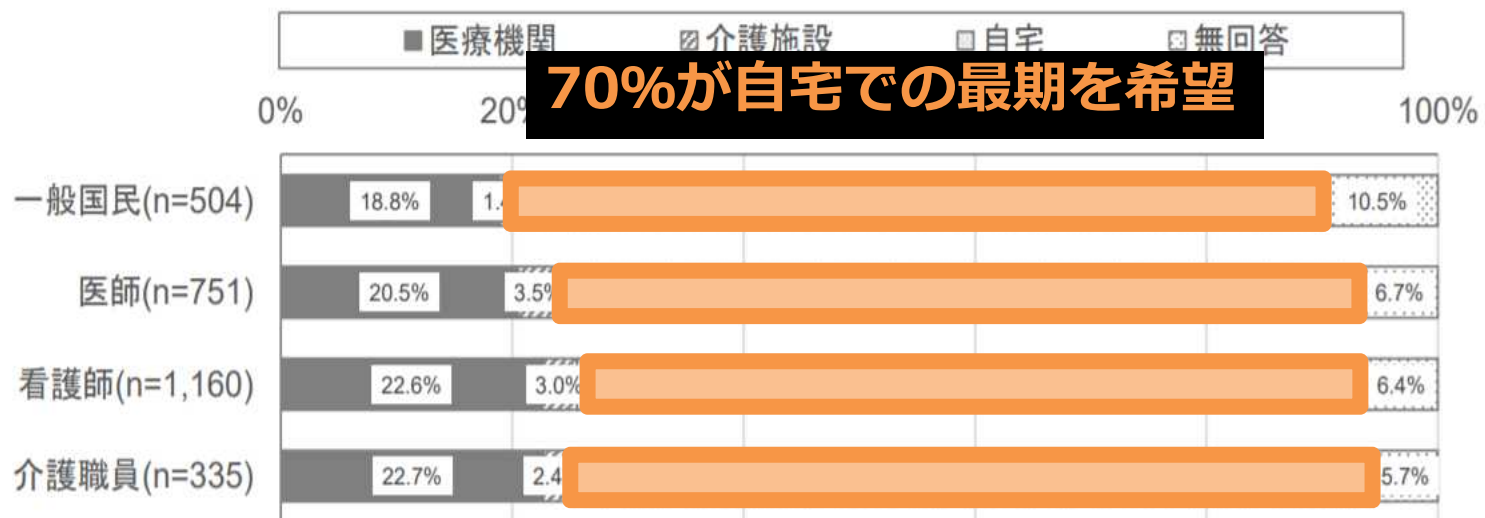
終末期はこれ以上の積極的治療はしない。

看取り

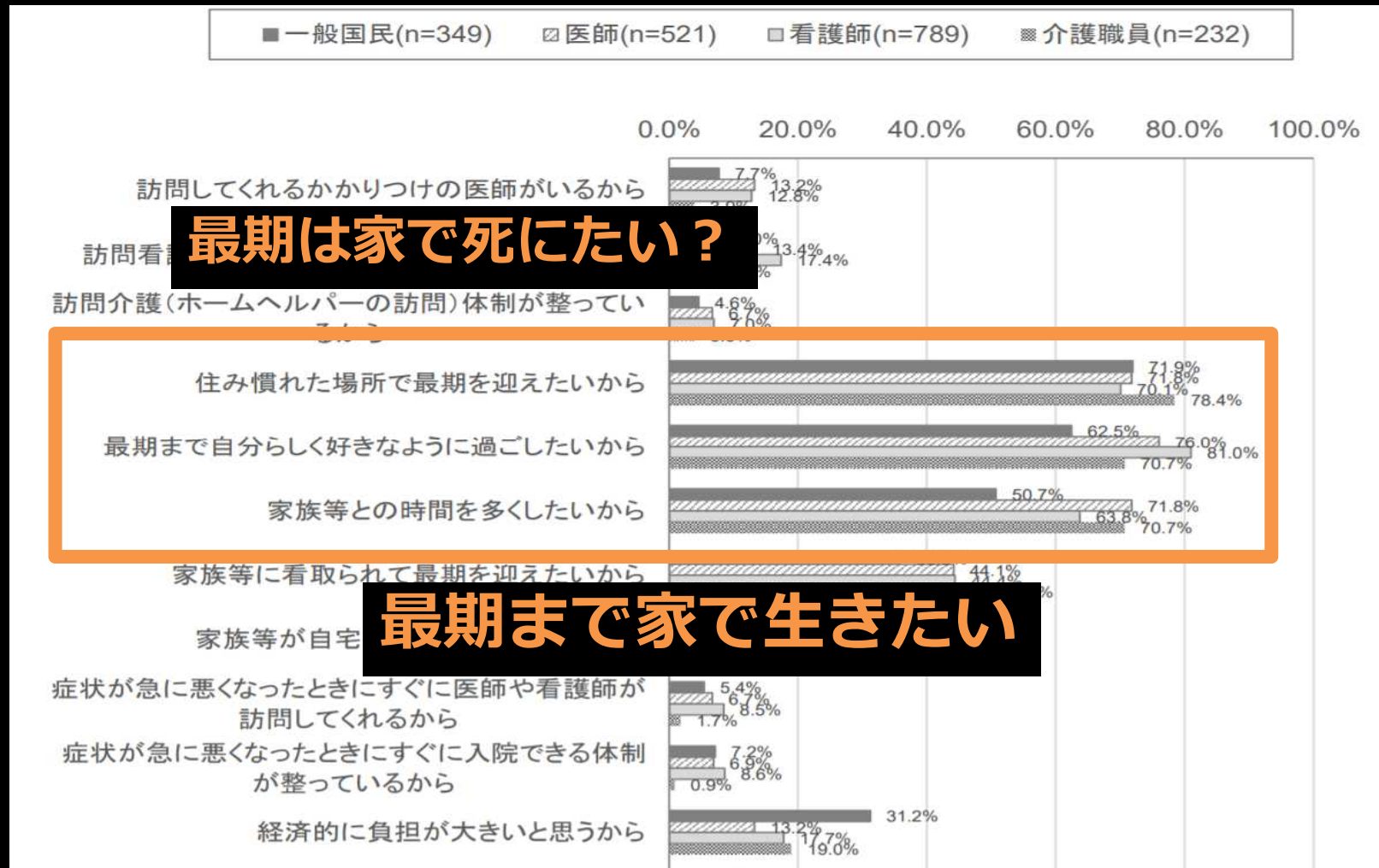
最期の下山



▶ 最期はどこで過ごしたい？



▶その理由は・・・



最期は家で死にたい？

最期まで家で生きたい

▶ 「在宅看取り」の満足度は高い

	病院	PCU	施設	自宅
人として大切にされていた	72.2	80.5	79.6	91.5
家族や友人と十分に時間を過ごせた	50.3	67.1	46.0	77.9
穏やかな場所で過ごせた	34.7	51.2	58.4	62.3
望んだ場所で過ごせた	30.6	47.6	28.5	90.0
医療者は患者の苦痛症状に速やかに対応していた	81.6	89.4	82.3	85.4
医療者は患者の不安や心配を和らげるよう努めていた	78.7	90.6	83.1	85.3
N	392	85	411	682

▶ 納得できる最期を迎えるために

- 1 ● 治らないという現実を受容する
- 2 ● 最期まで生活や人生を諦めない
- 3 ● 苦痛の緩和は確実に

いまどのあたりにいる？

ここから先の下山ルートはどうなってる？

自分にとって最適なルートは？

そのために必要な準備は？

そのルートで、何が起こる可能性がある？

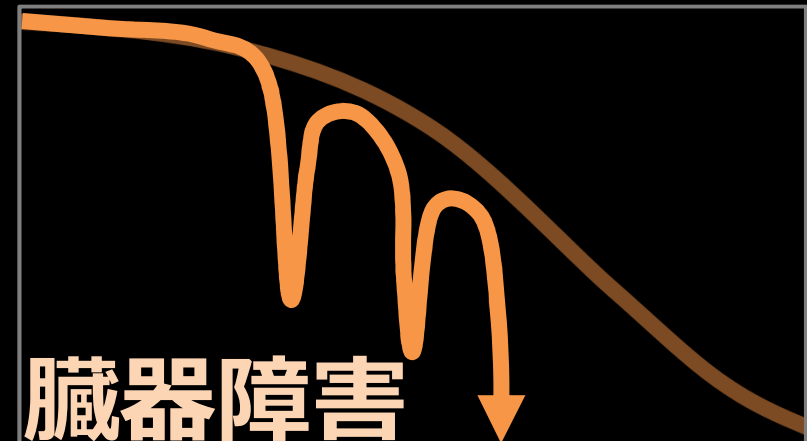
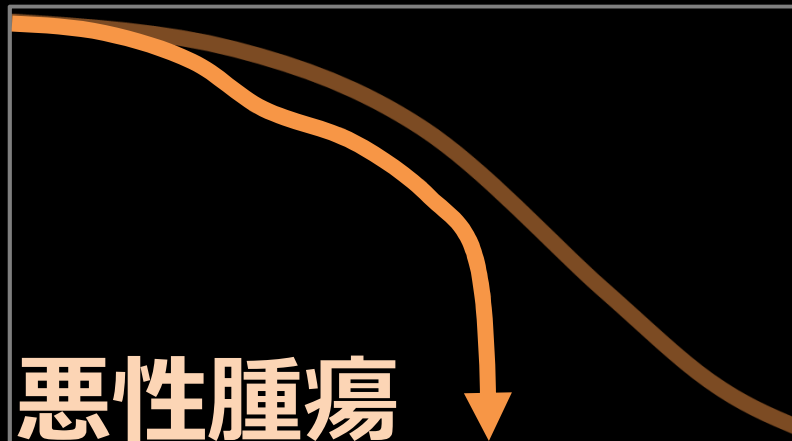
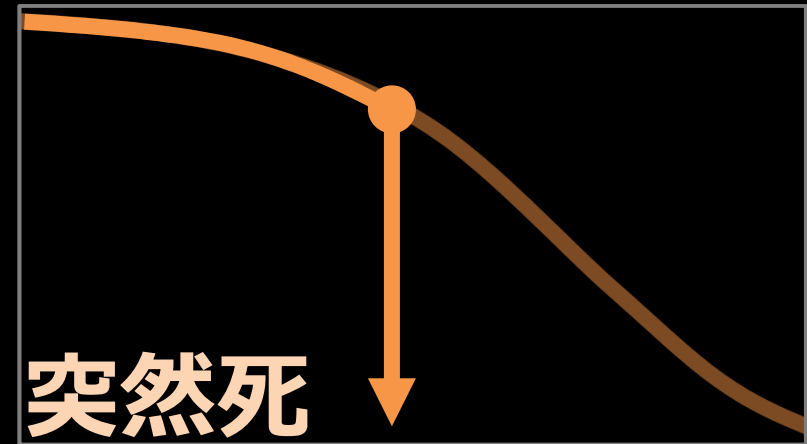
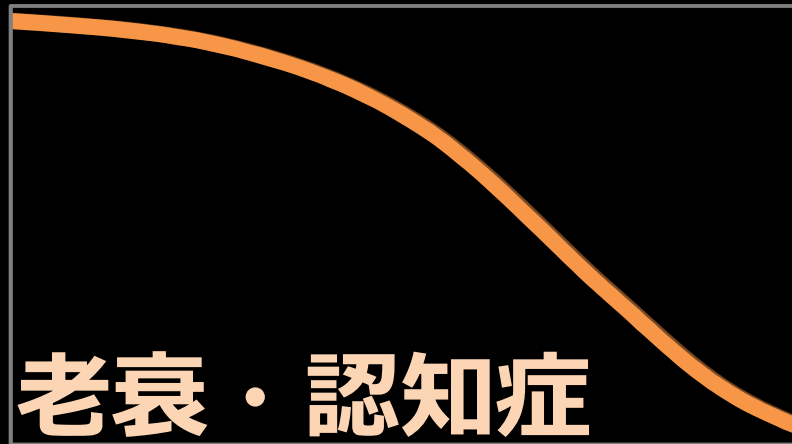
それが起こったらどうする？

どんな選択肢がある？

現時点で準備しておくものは？

だれにガイドしてもらおう？

▶ 人生の最期 4つのパターン



▶ 点滴の意味

「点滴をしないことは緩和ケアである」

「苦痛の少ない最期のために点滴中止は倫理的に妥当」

点滴をしないことで、気道分泌物は減少、
脳内エンドルフィンやケトン体が増加（鎮静鎮痛作用）。

（Printz 1988, Sullivan 1993, Ahronheim 1996, 植村 2000）

英国、米国、オーストラリアでは医師倫理に反する行為とされている。

日本では老年医学会の40%の医師が、
点滴もせずに看取るのは「餓死」させることになる
＝訴訟リスクがあると考えている。

▶胃ろうの意味

「経管栄養は終末期患者に不利益をもたらす」

「終末期における経管栄養の効果」

- ① 栄養障害を予防できる
- ② 褥瘡を予防できる
- ③ 誤嚥性肺炎を予防できる
- ④ QOLを改善する
- ⑤ 機能状態や生命予後を改善する

これらのすべてについて科学的根拠がない。

Geriatrics 2006;61 : 30-35.

▶肺炎治療の意味

Institutional Sign In > | Sign In | Create an Account

The JAMA Network Journals > Collections Store Physician Jobs About Mobile Search The JAMA Network

JAMA Internal Medicine

Formerly Archives of Internal Medicine

Search Internal Medicine Advanced Search

Home Current Issue All Issues Online First Collections CME Multimedia For Authors Subscribe

July 12, 2010, Vol 170, No. 13 >

< Previous Article Next Article >

Original Investigation | July 12, 2010

Survival and Comfort After Treatment of Pneumonia in Advanced Dementia **FREE**

Jane L. Givens, MD, MSCE; Richard N. Jones, ScD; Michele L. Shaffer, PhD; Dan K. Kiely, MPH; Susan L. Mitchell, MD, MPH

[+] Author Affiliations

Arch Intern Med. 2010;170(13)

This article was corrected

Article Figures Tables

ABSTRACT

ABSTRACT | METHODS | RESULTS | COMMENT | TEXT AND CITATION | REFERENCES

Background Pneumonia is common among patients with advanced dementia, especially

Read the current issue for FREE
The JAMA Network Reader

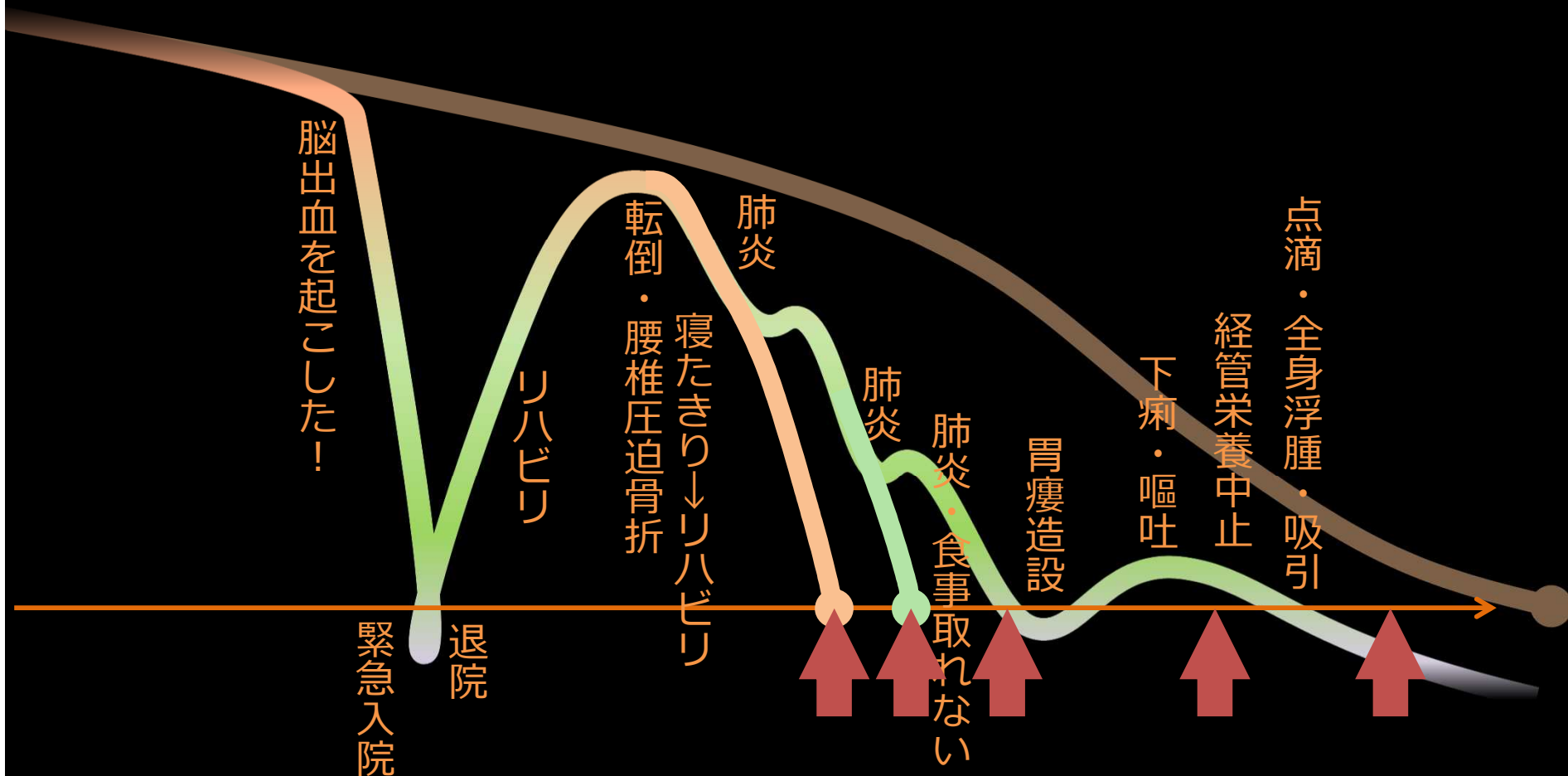
Some tools below are only available to our subscribers or users with an online account.

Print PDF Get Citation Get Alerts Submit a Comment

repositioning the boxes below.

See Also...

▶ どこで医療を「卒業」するか？



▶ 医療上の倫理的判断

医学的適応 (Medical Indications)

善行と無危害の原則

1. 患者の医学的問題は何か？ 病歴は？ 診断は？ 予後は？
2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？ 可逆的か？
3. 治療の目標は何か？
4. 治療が成功する確率は？
5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？
6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらいの利益を得られるか？ また、どのように害を避けることができるか？

QOL (Quality of Life)

善行と無危害と自律性尊重の原則

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者の QOL 評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

患者の意向 (Patient Preferences)

自律性尊重の原則

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？ 能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への意向についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？ その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？
5. 患者の事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？ その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

周囲の状況 (Contextual Features)

忠実義務と公正の原則

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護師）の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

Jonsenの臨床倫理検討シート（4分割表）

▶ 「人生会議」とは？

父権主義
Paternalism

患者の自己決定
Self-Determination

共同意思決定
Shared-Decision-Making

医療技術の進化・選択肢の増加

不要

事前指示
Advance Directive

「人生会議」
Advance Care Planning

▶意思決定支援における留意点

1.本人の意思と本人の発言は必ずしも同一でない

対話の中で本人の本当の気持ちを探ることも ACP の重要な目的の 1 つ

- ✓ 本人の表現形（すぐに「死んでもいい」という人など）
- ✓ うつなどの精神状態
- ✓ 周囲への遠慮やあきらめ

2.意思はあるが表出が困難なケースがある

意思疎通困難とされているケースのなかに、

本人の意思が明確なケースが少なからず存在する。

- ✓ ゆっくり落ち着いて対話できる時間を確保する。
- ✓ 対話に必要なデバイスや専門家を確保する。
- ✓ 対話に最適なタイミングを確保する。

▶意思決定支援における留意点

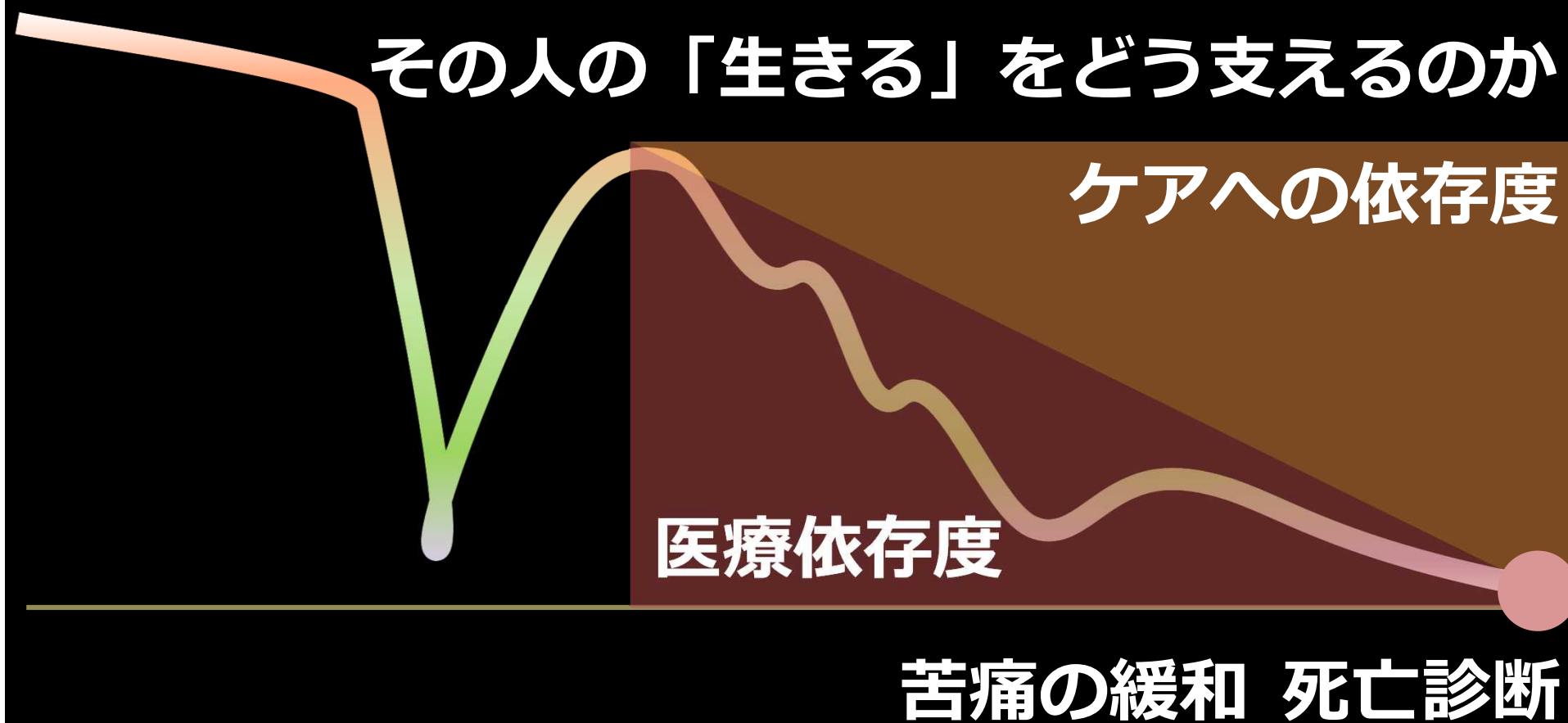
3. 共同意思決定＝同調圧力になりがちな点を意識する

- 特にキーパーソンと呼ばれる人の音量に留意し、適宜、ファシリテートする。
- 本人が落ち着いて安心して本音を言える環境を確保する。

4. 特に「意識的・計画的な ACP」を行う場合の留意事項

- 議論を意図的に収束させたり、単純化させたりしないように留意する。
- ACP（人生会議）の対話のプロセスそのものを援助することを意識する。
- 結論を急がない。結論を出すことを敢えて目指さない こともある。

▶ 看取りは医療ではない。



▶ 自宅で旅立つということ



暑い日が続きます。みなさまお変わりありませんか。
先般、●●永眠の際は、お忙しい中、
厚いご配慮をいただき本当にありがとうございました。
心から御礼申し上げます。
たくさんの友人、知人に囲まれて、57年間生きた地上から、
いつも以上の笑顔で旅立ったに違いありません。

死を想うときにこそ、人は「生」の重みと喜びを実感するのですね。

癌により肝臓がほぼ機能しなくなった亡くなる10日ほど前、
「本当に楽しかったよ。モノを創っている人はおもしろい。
そういう人の手助けをするのが一番楽しいよ。」
と静かに語ってくれました。
多くのクリエイティブな友人たちの心にこの言葉が届きますように。

最後の仕事は居住マンションの緊急時用電源確保のための
ソーラーシステムでした。
見事にやり遂げました。
近隣のみなさまにも気持ちが届きますように。

愛用のMACは今もスリープ状態です。
穏やかな点滅が呼吸し続けています。
わたしたち家族とともにいつまでも。

▶ 高齢者福祉の三原則

- 人生（生活）の継続性
 - 自己決定の尊重
 - 残存機能（できること）の活用
-
- 残存機能（できないこと）の確認
 - ケアプランを作成・提供
 - ケアプランに基づく生活援助



医療・介護

社会関係資本

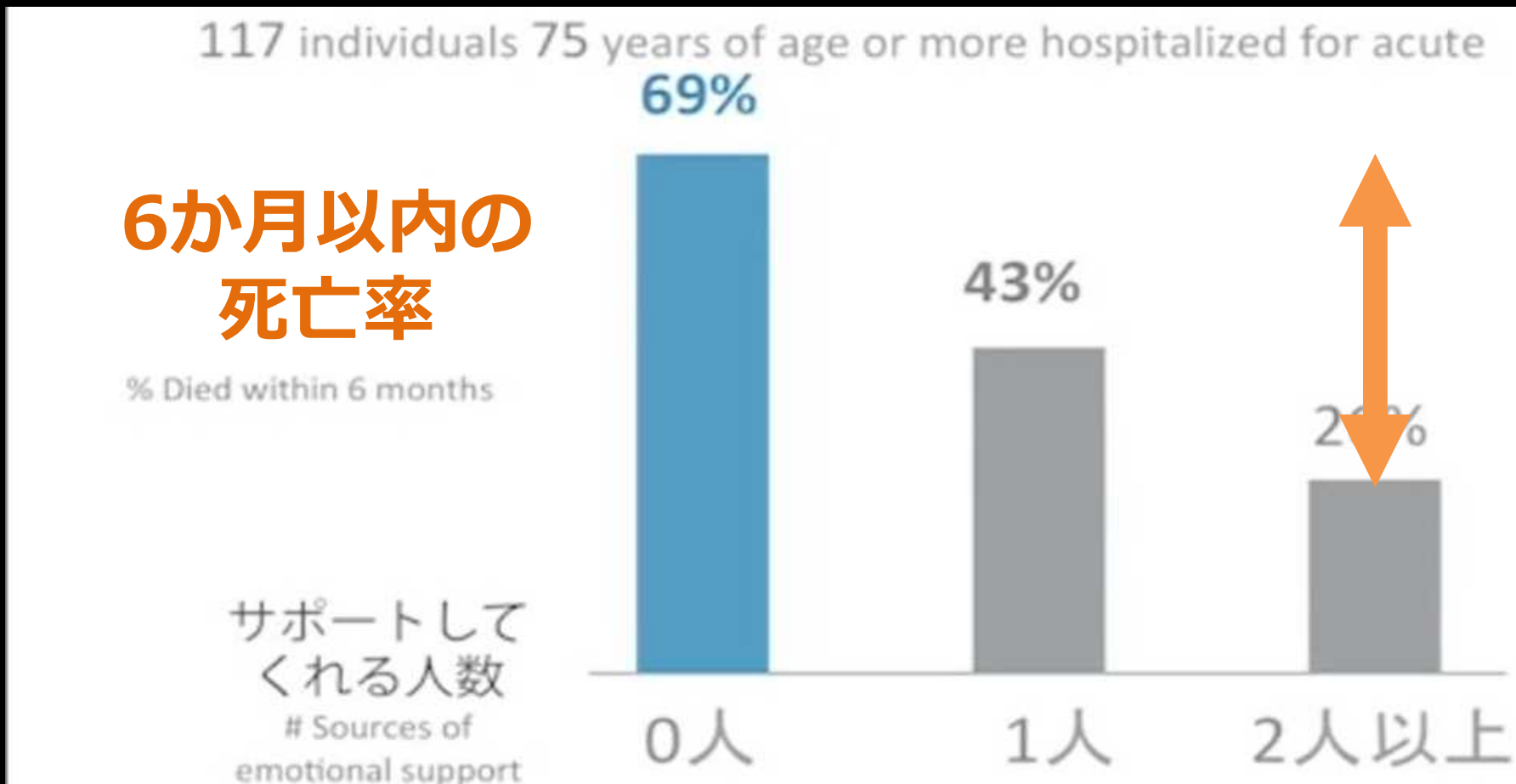
家族の根

友人の根

地域の根

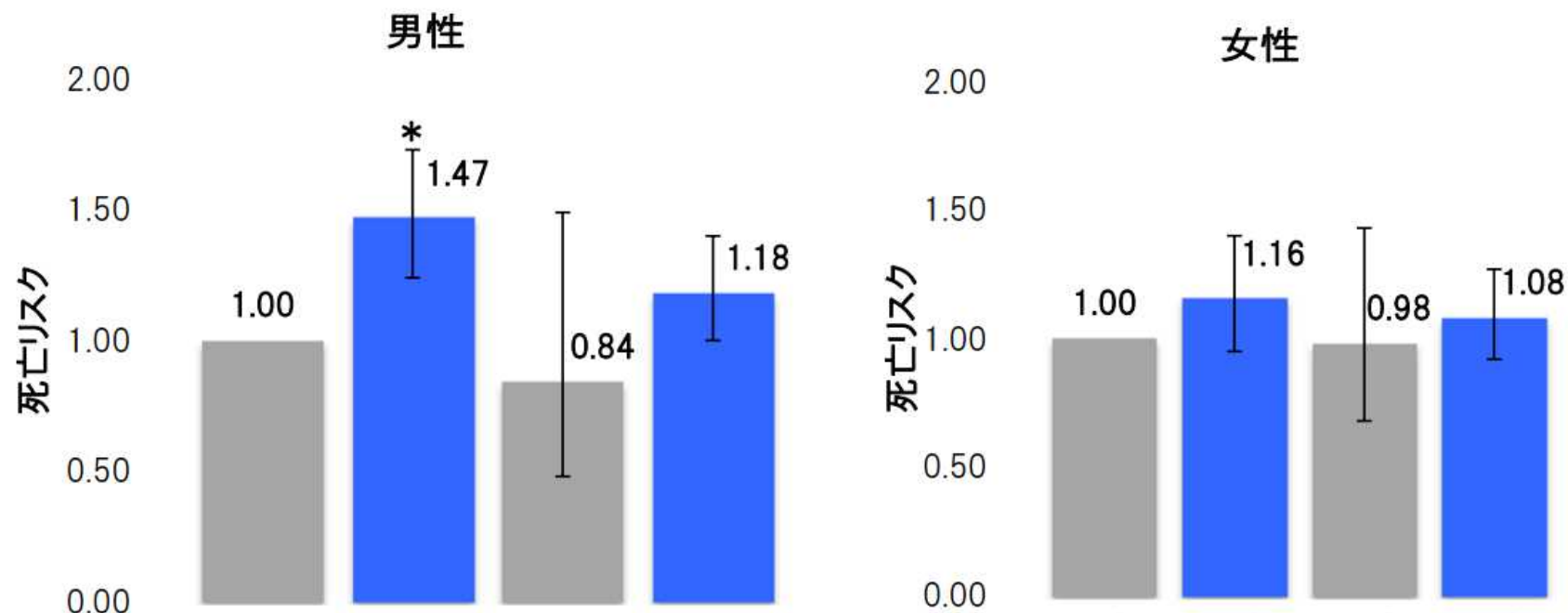
▶ 友人がいないと死亡率が2.5倍

急性心筋梗塞で入院した後期高齢者



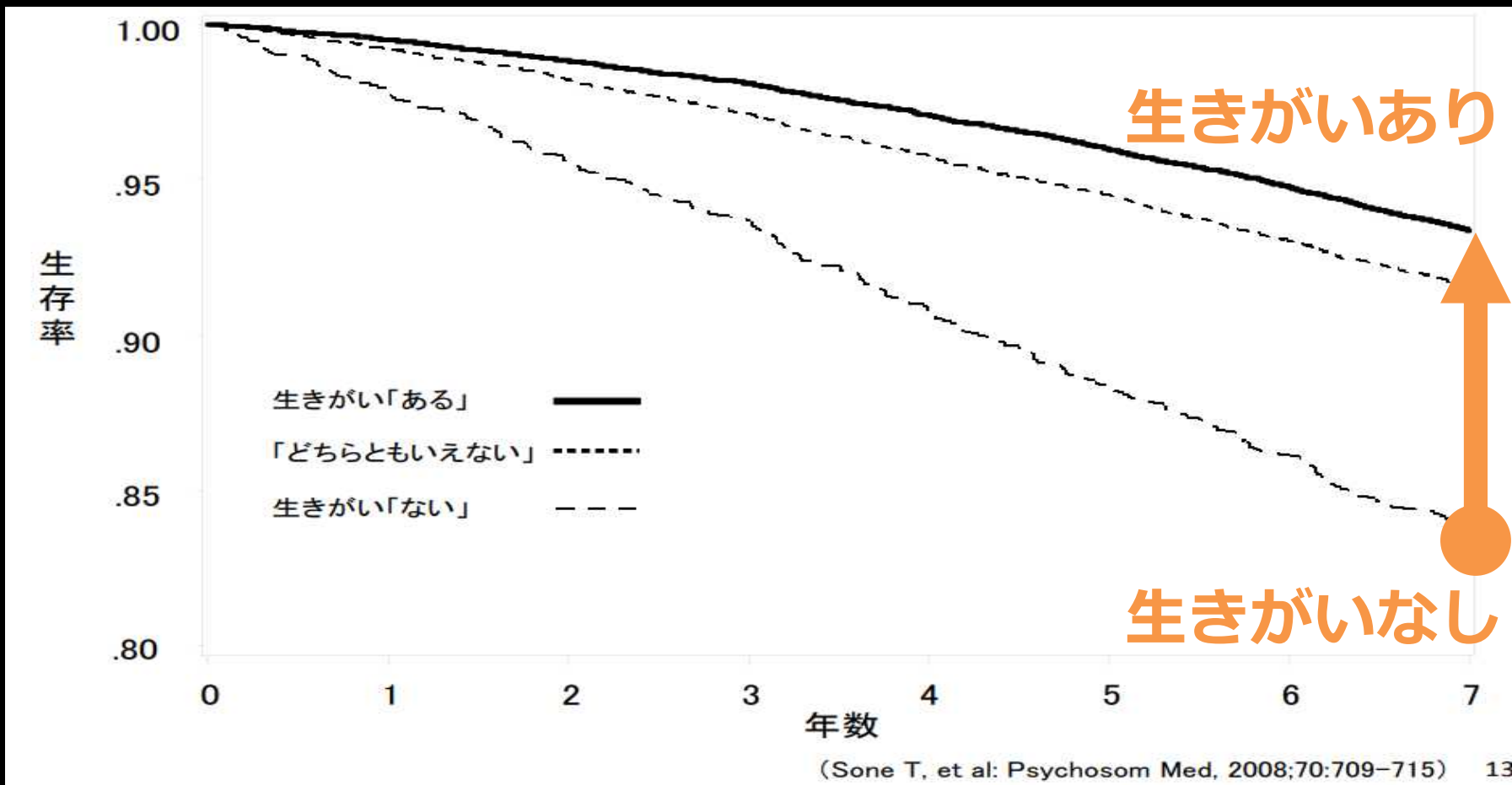
▶ 孤独は孤立とは違う

同居 vs 独居 / 共食 vs 孤食

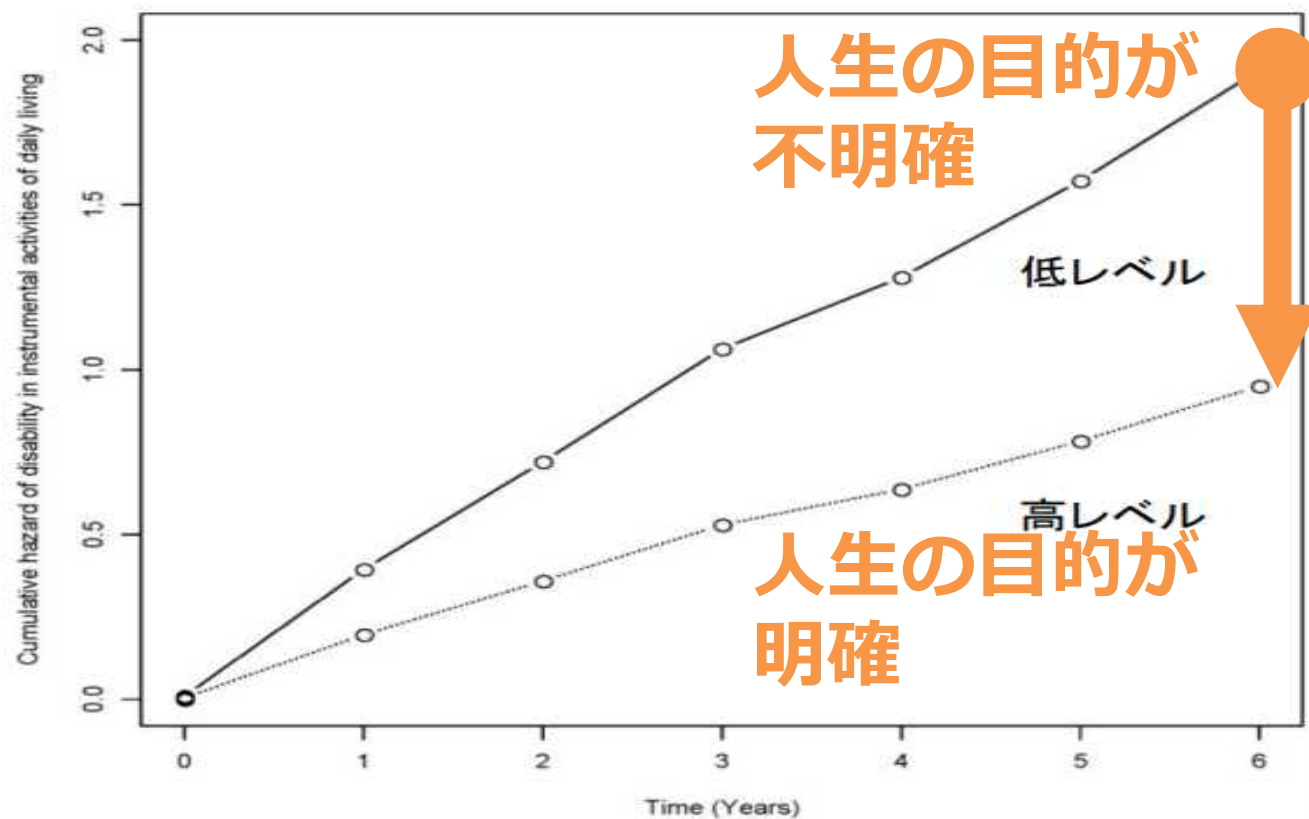


独居でも死亡率は上がらない。
同居でも孤食だと死亡率が上がる。

▶ 「生きがい」がある人は長生き

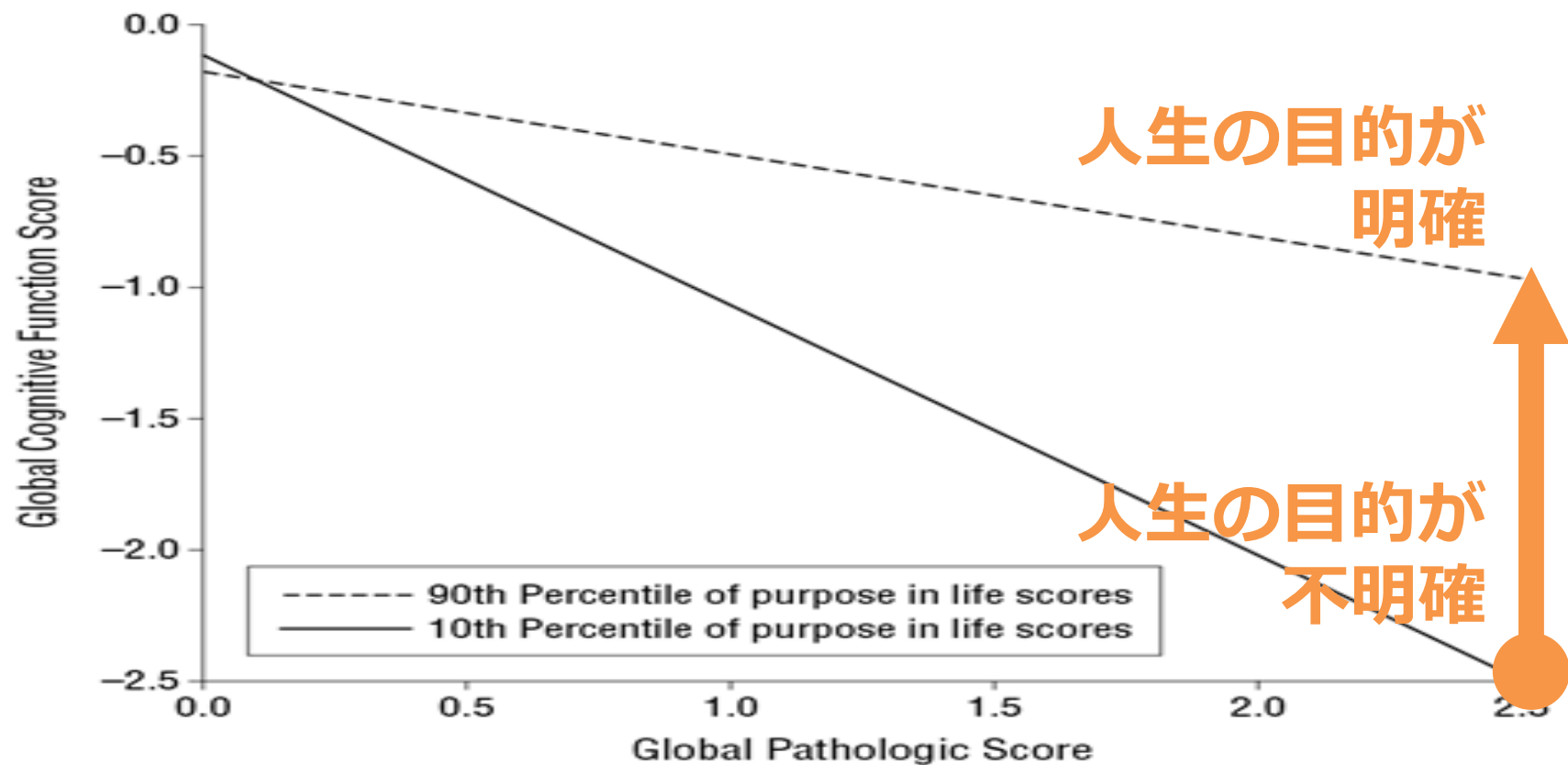


▶ 「人生の目的」があると 要介護になりにくい



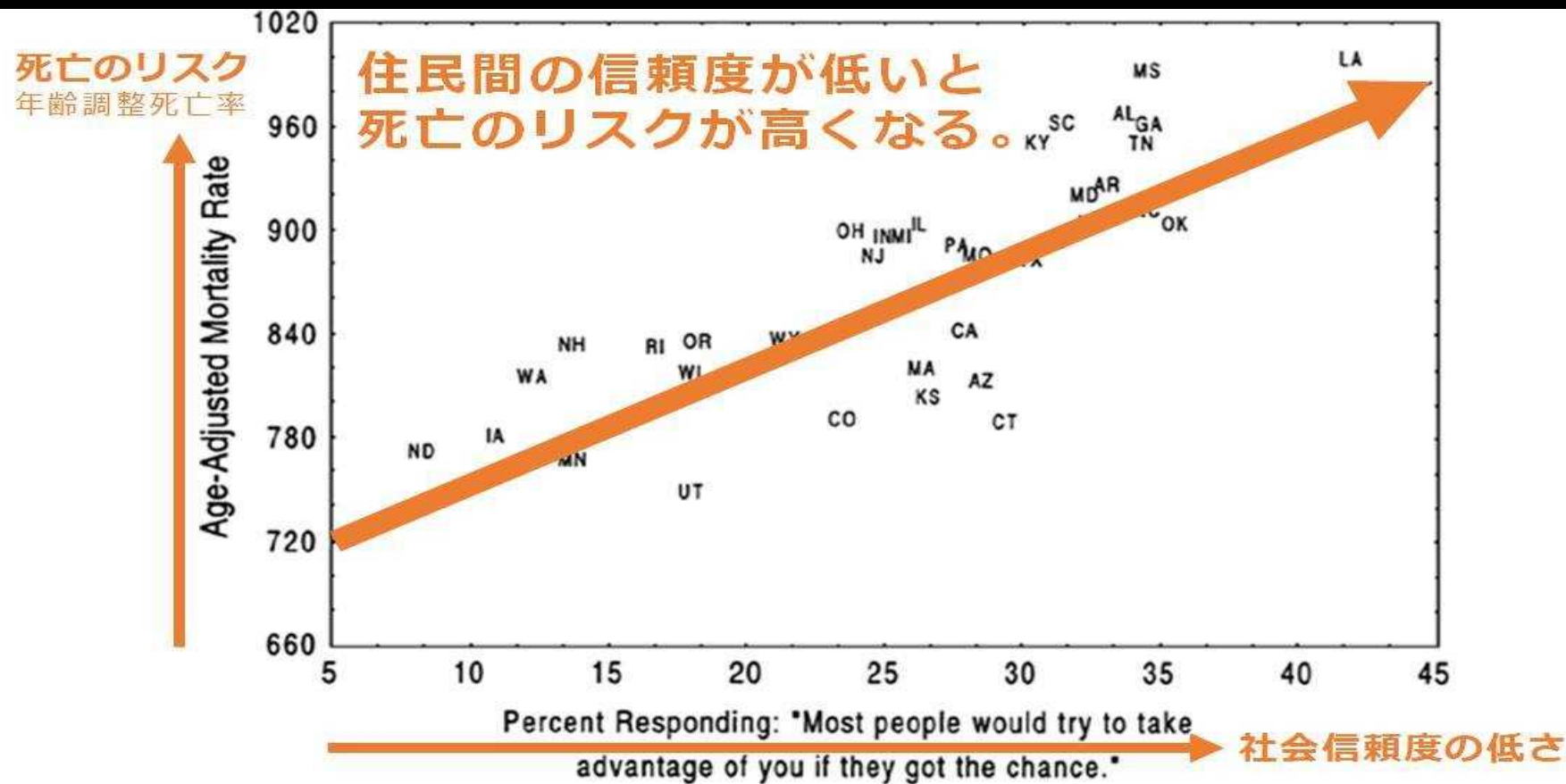
(Boyle PA, et al: Am J Geriatr Psychiatry, 2010;18:1093-1102)

▶ 「人生の目的」があると 認知症は進行しない



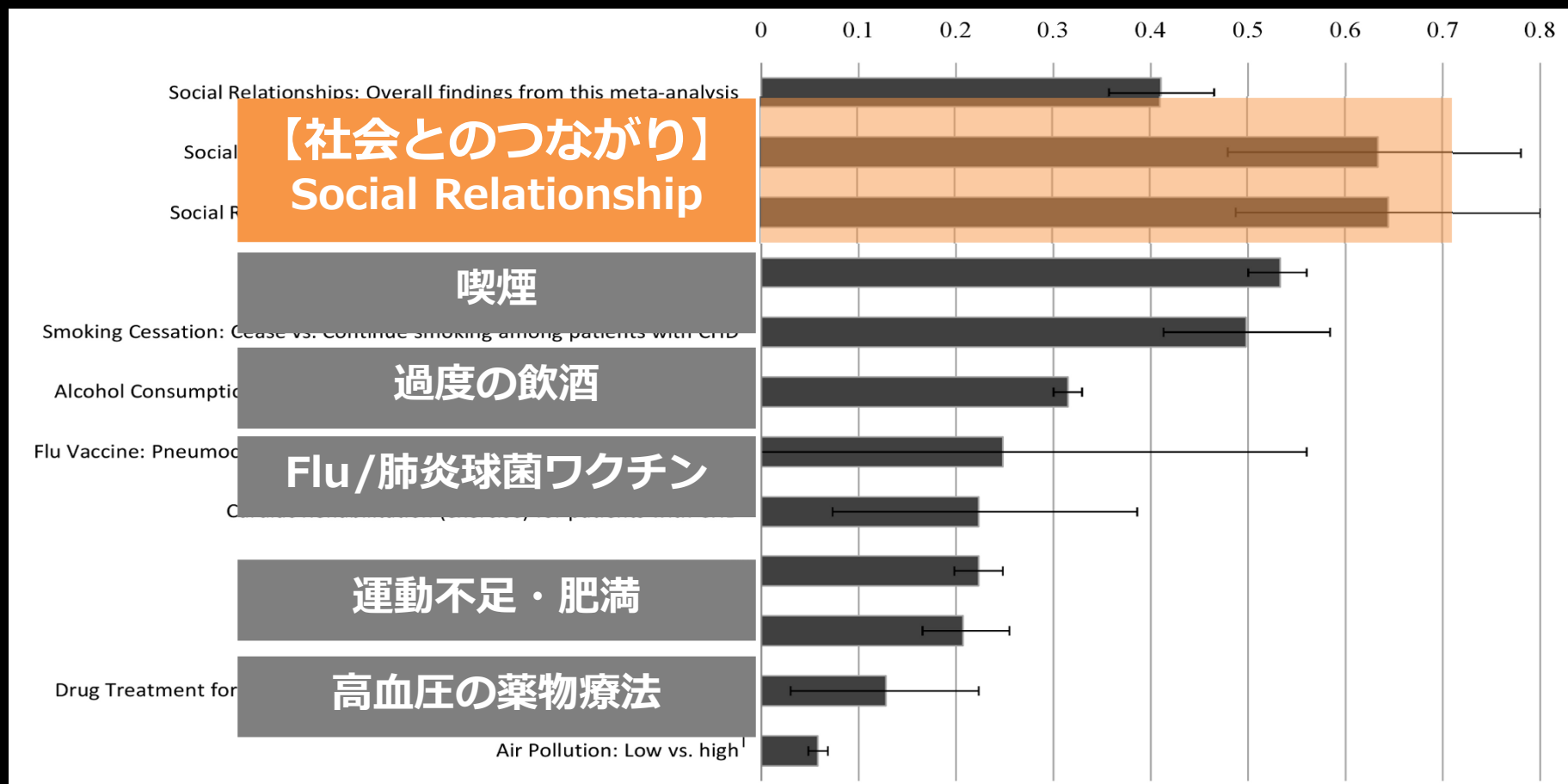
Effect of Purpose in Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age

▶ 近隣との信頼関係で長生き



Social capital, income inequality, and mortality. Am J Public Health. 1997 September; 87(9): 1491-1498.
I Kawachi, B P Kennedy, K Lochner, and D Prothrow-Stith

▶ 社会とのつながりが 寿命を決める



▶在宅医療から地域ケア！

