

救急病院の癌外科医が考えるACP

若草第一病院 山中英治

少しでも自己(略歴)紹介

- 大学病院で計13年間外科医(専門は食道癌)
→癌を治すことに全力集中
- 大学医局在籍中に過疎地(外科系全科診療)
- 3次救命救急センターで救急医
→多くの重症患者さんの死を診ました
- 地域中核市立病院で8年外科医(消化器・乳腺)
- 若草第一病院で外科医(一般・消化器外科)16年
→**ご高齢の患者さんの救急手術が多い**

誤嚥性肺炎・慢性心不全は

老衰

脳梗塞・がんも老化現象

インフルエンザ・ノロウイルス

そしてCOVID19も

高齢になるほど死亡率は高い

∴高齢者のワクチン接種で死亡率が激減した

胃癌・大腸癌患者の年齢分布

(若草第一病院)

	胃癌 (n=49)		大腸癌 (n=81)		合計 (n=130)	
～69	19	32	25	40	44	72
70～74	13	(65.3%)	15	(49.4%)	28	(55.4%)
75～79	9	17	10	41	19	58
80～84	3	(34.7%)	12	(50.6%)	15	(44.6%)
85～90	5		15		20	
90～	0		4		4	
全年齢	49		81		130	
平均	71.1(48-88)		75.2(53-94)			

半数近くが75才以上の後期高齢者

多くの癌は老化現象でもある→**寿命が延びれば癌患者が増える**

大学病院の体験（昭和の話）

-消化器外科がん治療専門医として-

- 癌を告知していない病院も多かった
- 早期癌より進行癌が多かった
- 癌→死ぬ病気→怖い病気というイメージだった
- 癌の告知＝死の宣告とされていた
- 進行癌の未告知→再発で患者との信頼関係崩壊
- **未告知で癌末期に至れば思い残すこと多い**
- 外科医はとにかく癌を取り除くことに専心
- 再発は外科医の敗戦→末期は死ぬまで入院
- 麻薬は怖いと誤解→適切な緩和ケアが未普及

人間の死亡率は100%

親しい人も100%死ぬ
「死」への心構えと準備が必要

人間五十年、化天のうちを比ぶれば、夢幻の如くなり
一度生を享け、滅せぬもののあるべきか
(『敦盛』より引用)

いつ何どき死ぬかもわかりません

脳卒中・心筋梗塞・交通事故

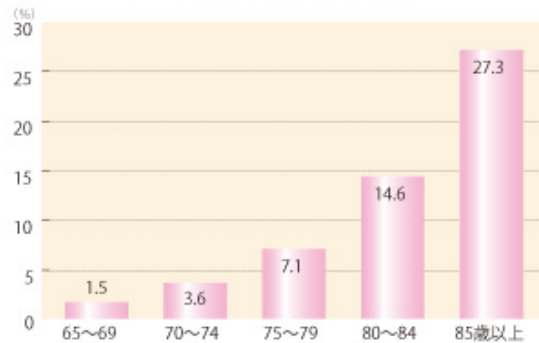
癌は時間的余裕があります

「死」は4種類

- ①肉体の死
生物としての死：病死・事故死など
- ②心理的な死
生きる喜びを失う：精神的な死（自分の状況）
- ③社会的な死
誰にも生きていて欲しいと思われない状態
（家族を含む周囲からの状況）
- ④文化的な死
人間らしい営みができない：肉体は生きている
（生きていて欲しいと思われていれば③ではない）

（アルフォンス・デーケン：「死への準備教育」）

●年代別の認知症の割合



自分の人生の終わりを判断できるうちに

どんな状態なら生きていたい
-価値観は人それぞれ-

②心理的な死

生きる喜びを失う:精神的な死(自分の状況)
→肉体が元気なら、また良いことがあるかも

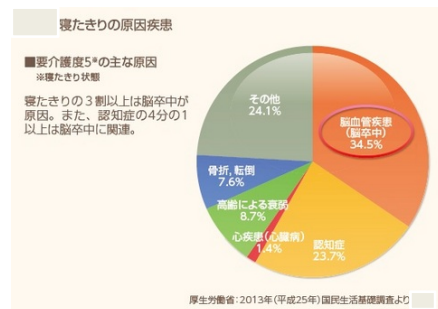
③社会的な死

誰にも生きていて欲しいと思われない状態
→せめて本人だけでも生きたいと思えば

④文化的な死

人間らしい営みができない:肉体は生きている
→認知症、寝たきり、チューブ栄養etc.

「脳卒中は寝たきりになる原因の第1位」



「再発を繰り返すうち寝たきりになる脳卒中」

特に脳卒中の中でも脳梗塞:
初発は軽症でも再発を繰り返しながら後遺症が重くなっていく。一旦脳梗塞を起こすと、ほぼ完治する人は約20%で、約70%は何かの後遺症。

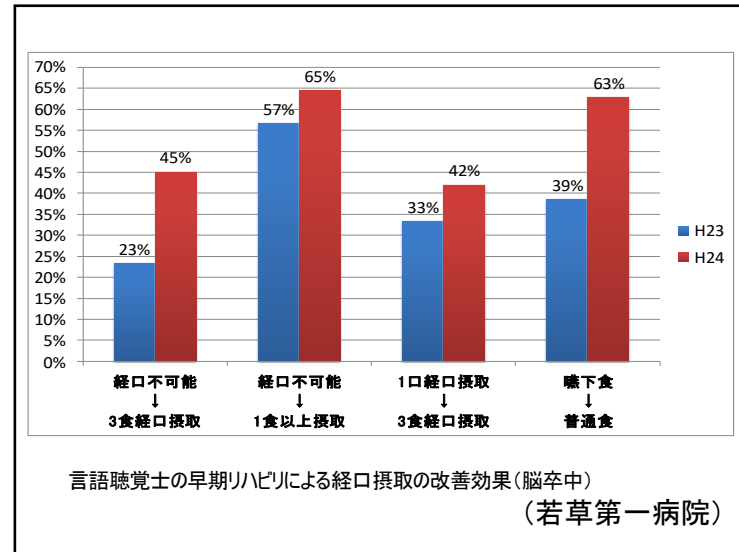
人間らしい営み
＝楽しみ

おいしい(感覚)
うれしい(感情)
気持ちいい(感覚)

後遺症の嚥下障害→食事が食べにくい

ヨーロッパ褥瘡諮問委員会
褥瘡予防と治療のための栄養ガイドライン

- 栄養アセスメントで栄養不良のスクリーニング
(とくに体重減少率、血清アルブミン、経口摂取量)
- 低栄養であれば栄養サポート
(食事の工夫、量より質、適応あれば経管栄養考慮)
- 必要量のエネルギーと栄養素を投与
- 褥瘡の存在による経口摂取量の低下に配慮
(臭気、疼痛、自尊心喪失)(QOLと尊厳、本人の意志)
- 魅力的で食欲をそそる料理と盛り付けに配慮



苦痛が無く
喜びがあるなら
人は少しでも長生きしたい

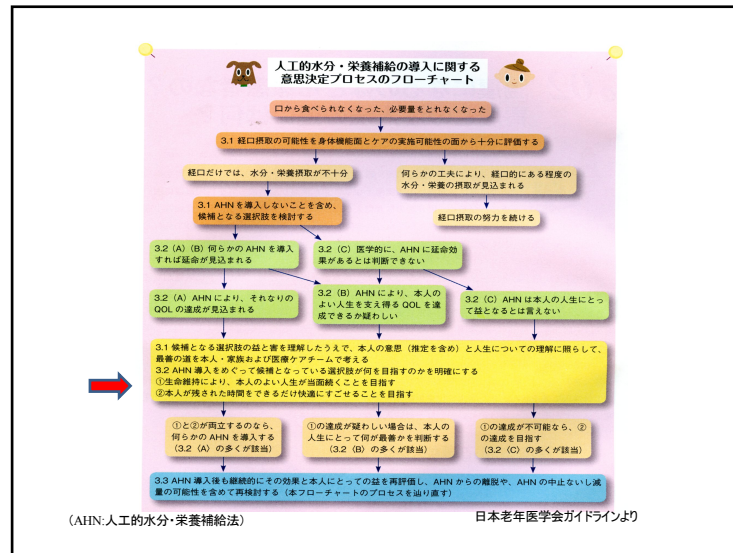
医療職は、
すべてをあきらめる前に、
その人の苦痛を緩和し、
生活の質を高める手立てを考えます

医師もできるだけ頑張ります

口からは楽しみだけでも可
-胃瘻バッシングの誤解を解く-

栄養不良はQOLを損なう(寝たきり・褥瘡など)

胃瘻からの栄養補給で
体力回復→在宅復帰・社会復帰できるなら
再び元気になるための胃瘻



PEGの利点

- ・ 経鼻胃管と較べて
不快感が無い 自己抜去が少ない
誤嚥が少ない 誤挿入が少ない
交換頻度が少ない 入浴や介助がしやすい
チューブがつまりにくい(太く短い)



認知症や老衰への強制栄養は？

- **認知症** (身体は元気な場合) :
食べ物を認識できない場合 (咀嚼・嚥下機能は問題なし)
→好きなものなら食べる場合
→口に入れたら食べる場合
→栄養は度外視して本人の好きな時に好きなものを食べてもらう。
昔の味を思い出してもらう。毎日毎食同じものでも構わない。
つまり、本人の好きなことはしてもらい、嫌なことは強制しない。
- **老衰** : (加齢が原因で身体全体が徐々に衰弱)
病気や怪我による一時的な衰弱でなく、身体的寿命であれば基本的に強制栄養の対象とはならない。自然にゆだねる。



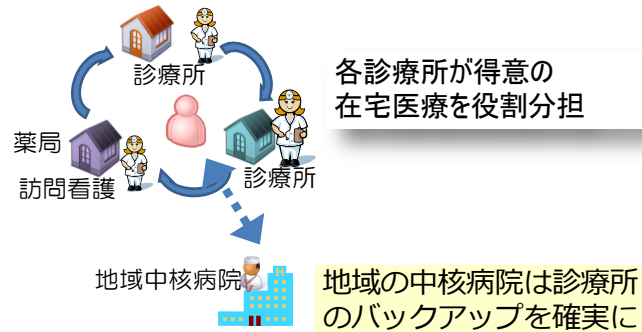
なぜ在宅医療なのか？



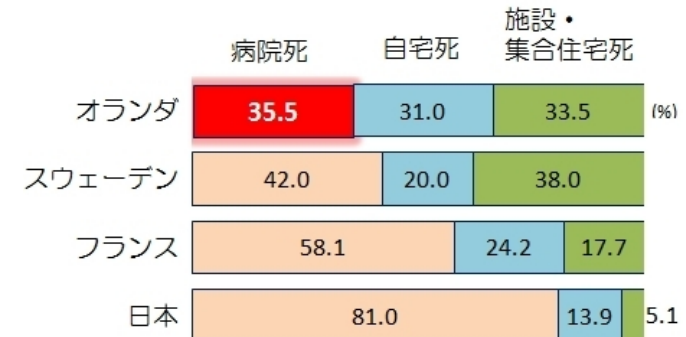
病院にいても幸せじゃない
自宅の方が安らぐ
とくに人生の締めくくりは



医療機関連携で安心・安全の在宅医療推進



国別の死亡場所グラフ



大阪府 人生会議パンフレット

- 命の危険が迫った状態になると、**約70%の**人が医療やケアなどを自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。
- 誰でも、いつでも命にかかわる大きなけがや病気をする可能性があります。
- 自らが希望する医療やケアを受けるために大切にしていることや望んでいることを話し合い共有しておくことを人生会議(ACP)と言います。**
- ACPを重ねることで自分の気持ちが話せなくなった時に、あなたの大切な人の心の負担を軽くできます。**

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

Step1 治療する際に、大切にしたいことを考えてみましょう

Q1 あなたが大切にしていることは何ですか？（複数回答可）

☐ 家族や友人のそばにいたいこと ☐ 好きなことが出来ること
☐ ひとりの時間が保てること ☐ 家族の負担にならないこと
☐ 痛みや苦しみが少ないこと ☐ 家族が経済的に困らないこと
☐ 仕事や社会的な役割が続けられること
☐ その他 ()

その理由も書いてみましょう。

Step2 あなたの思いを伝えてくれる人を選びましょう

無理に1人に絞らなくても、複数人で話し合っている等でも構いません。
あなたの希望を尊重できる人を選びましょう。

氏名 _____ 関係 _____ 連絡先 _____
 氏名 _____ 関係 _____ 連絡先 _____

Step3 かかりつけ医に相談してみましょう

健康で持病のない方や、健康状態や病気について予想される経過などの説明を受けたくない方は、このStepを後回しにしても構いません。

Q2 健康状態や病気について、予想される経過など、かかりつけ医に相談したいことを書いてみましょう。

Step4 希望する医療やケアについて、話し合いましょう

Q3 今後、受けた医療やケアに希望はありますか？
 （健康で持病のない方は、もし病気になったとしたら）
☐ 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
☐ 病気を治すことを目指してどんな治療でも受けたい
☐ 苦痛を和らげることやこれまでの暮らしを大切にしたい治療を受けたい
☐ その他 ()

その理由も書いてみましょう。

Q4 自分の考えや気持ちが伝えられなくなった場合、してほしい医療やケア、してほしくない医療やケアはありますか？
 （例：できるだけ口から食べたい、人工的な管をつけたくないなど）

Q5 病状が悪化したり、もしものときが近くなったらどこで療養したいですか？
☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 介護施設 ☐ その他 ()

その理由も書いてみましょう。

多少ひっかかります

- 家族や友人がいない人は？
- 痛みや苦しみが取れない時は？
- 身の回りのことが自分でできなくなったら？
- 家族の負担になるようなら？
- 一日でも長く生きたいと思ったらダメ？
- 病気が治るなら、どんな治療でも受けたいはず
- 人工的な管をつけたくない→誘導していない？
- もしもの時はどこが良い→自宅に決まってません？

在宅で看取るつもりでも

- 家で死ぬのを見たことが無い世代
- 癌は急死ではなく徐々に衰弱する
→脳卒中や心筋梗塞なら救急車を呼ぶが
→急ではないので日ごとに怖くなってくる
→見ているのが辛くなってくる
→介護家族の精神的・肉体的疲労が蓄積する
- 最期は呼吸が止まって当然なのだが
→つい急変では？と動転してしまう

枚岡在宅緩和ケア研究会

- 病院医師、診療所医師、薬剤師、保健師、病院看護師、訪問看護師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員、患者家族などが参加
- 講演会と症例検討会と研修会を地域で開催
- 医療機関の施設内で開催、検討会は持ち回り

平成25年度枚岡在宅緩和ケア研究会 症例検討会

- 第1回：平成25年11月14日開催
「当院における在宅緩和ケアの体制と現状」
「持続皮下注射による疼痛コントロール」
(参加者 40名)
- 第2回：平成26年3月12日開催
「癌性腹膜炎の腹水コントロール症例」
「非がん疾患の在宅看取り4症例」
(参加者 47名)

がん終末期のQOLを考える

- 何が患者にとって最も大切か？
癌が小さくなること？ ひと月単位の延命？
褥瘡発生予防？ アルブミン値の改善？
- 医療者の自己満足になっていないか？
- 大切なのは？
苦痛が無いこと 安眠できること 動けること
家族と過ごせる時間 食べられること

P (palliative care) card
「在宅緩和ケアの患者さんを必ず受け入れます」カード

P カード

- ・ 緊急で来院、又は電話連絡をされる時は、P カードを持っていることを必ず伝えてください。
- ・ 救急車で来院される時は、救急隊員にP カードを持っていることを必ず伝えてください。

若草第一病院 TEL 072-988-1409



救急搬送を要するか？

- まず患者本人の生前意思 (リビングウィル)
- 家族の心の準備と症状出現時の気持ち
- 救急車を呼んでしまったらどうする？
- 病院に運ぶか、かかりつけ医に連絡するか？
- どんな癌に罹患していたかの把握
- その癌に発生する症状と対処法を知っておく
- 想定内の症状か？ 想定外の事態か？
- まだ死ぬ時期でなければ搬送も考慮

日本緩和医療学会

終末期癌患者に対する
輸液治療のガイドライン

日本緩和医療学会

「終末期における輸液治療に関するガイドライン作成委員会」

ガイドライン適用の注意

対象患者

- ・適切な治療を行っても経口的に十分な摂取できないもの
- ・死亡が1-2か月以内に生じると考えられる
- ・成人の固形癌患者（頭頸部癌、食道癌、肝硬変を伴う肝臓癌を除く）
- ・抗腫瘍治療をうけていない

【仮定】

- ・標準的な体格（身長160-170cm、体重50-60kg、年齢60歳代）
- ・嘔吐、消化液の体外へのドレナージなどの体液喪失はない

効果の指標

- ・Quality of life を効果の指標とする
- ・患者・家族の価値観によって異なり、画一的には決定できない
- ・身体的苦痛の緩和、精神的おだやかさ、人生の意味や価値を感じられることなどである。
- ・推奨は、医学的・栄養学的な観点のみならず、患者・家族の精神的側面や価値観も含めて総合的に判断した。

がん患者さんも食べられなくなります

化学療法食 & 緩和ケア食

- ・量や内容にこだわらない（あまり食べられない）
- ・栄養改善よりもQOL向上と脱水の防止が大事
- ・しかし体力が落ちないようなメニューを
- ・味覚の低下、嘔気・口内炎などの副作用
- ・さっぱりした、味がはっきりした、鼻につかない
- ・しめない、もたれない、のどごしの良い
- ・麺類、寿司、アイスクリーム、ゼリー、お好み焼き

民間療法アンケート（厚生労働省班研究調査結果）

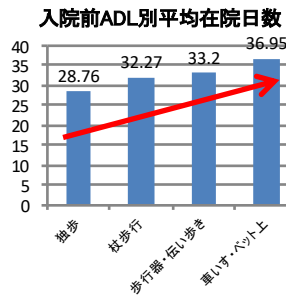
全国127病院3014人のガン患者から回答

- ・民間療法を試みている...44.5%
（ガン専門病院患者の42.8%、末期ガン患者の61.8%）
- ・民間療法に使う平均費用57000円/月
- ・うち健康食品が89.6%
- ・うちアガリクス59.5%、プロポリス21.7% サメの軟骨6.4%など

良質の民間（代替）療法は許容

- ・費用が安い（高価な健康食品は怪しい）
- ・副作用が無い（重大な副作用や併用禁忌もある）
- ・気分的に元気になる気がする（スッポン、マムシ、マカ、ウコン、ユンケルなど）
- ・精神的支えになる（石切神社の御守など：安い）
- ・高価な宗教的療法、自由診療は無効かつ浪費
（これらのせいで、手遅れや生活困窮も多い）
- ・頭ごなしに否定すると、隠れてするので危険

大腿骨頸部骨折地域連携パスの医事課分析 ADL・年齢と在院日数との関係



記述統計量			
	平均値	標準偏差	N
年齢	82.6094	9.24490	128
在院日数	32.0156	17.13264	128

相関係数		
年齢	Pearson の相関係数	在院日数
		.080
	有意確率 (両側)	.371
	N	128

※IBM SPSS Statistics 21

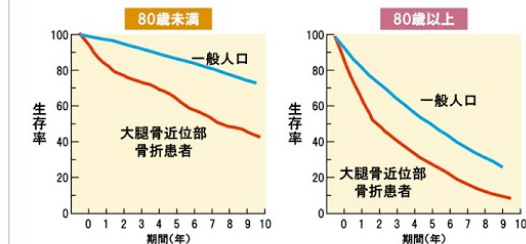
年齢ではなく入院前ADLで在院日数に差があった。

37

80歳以上の大腿骨骨折後は半数が2年以内に死亡
→癌よりも予後が悪いかも

大腿骨近位部骨折患者は生命予後が悪い

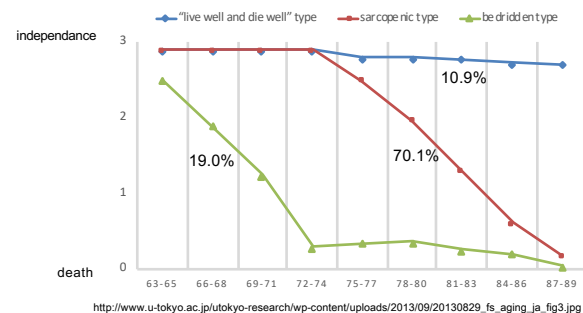
大腿骨近位部骨折患者の生存率は低い



1992年1月～12月に大腿骨近位部骨折の治療を行った50歳以上の患者753名
(男性191名、女性562名：平均年齢78.2歳)について生存率を調査。

Taubol M: J Bone Joint Surg 2007

Degree of Independence in one's Everyday Life (Men)



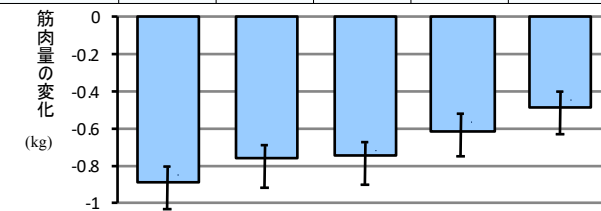
! This data was based on over 5,000 Japanese people over 20 years.
There are three patterns in this chart.

(PENSA2015秋山和宏LS)

タンパク質の摂取量が多いと骨格筋量の減少率が低下

タンパク質摂取低下にともなう3年間の骨格筋量の変化
(米国在住、70～79歳の高齢者 2,066名)

グループ	①	②	③	④	⑤
摂取量 g/kg/日	0.7	0.7	0.8	0.9	1.1
TEE※中の割合%	11.2	12.7	14.1	15.8	18.2



※TEE(Total Energy Expenditure): 総エネルギー消費量

40
2015年11月改訂

Houston D K et al. Am J Clin Nutr 2008;87:150-155

元気で長生きが理想ですが

- 元気でなくても苦痛が無ければ
- **生きがいは人それぞれ**
- 老いた時に家族に大切にされるように
- できれば最期まで自立していたいけど
- 身体は不自由になっても役に立つことがある
- 元気で病院にかからないことは社会貢献
- なるべく病気にならない生活習慣と活動を
- それでも不運に見舞われることはあります
- 家族と話し合いを繰り返すことは良いことです



多死社会

- ①一人ひとりが**判断能力があるうちに**
- ②**家族**とともに「**人生の終わり方**」を考え
- ③それを実現する**社会的仕組み**が必要

■ 日本は多死社会へ

