

# よく生きて、 よく死ぬ ～緩和ケアとQOL～

社会医療法人 恵佑会札幌病院  
緩和ケア内科医（緩和ケア病棟責任者） 上田敬子

# こんなんやってきました：経歴紹介

- ▶ 札幌生まれ札幌育ち
- ▶ 北高⇒北大医学部⇒大学5年で結婚
- ▶ 平成16年4月～平成18年3月  
単身赴任して砂川市立病院の初期研修医として勤務
- ▶ 平成18年4月、北大麻酔科入局し、北大で麻酔科医として勤務
- ▶ 平成18年10月、函館中央病院で麻酔科医として勤務
- ▶ 平成19年4月、恵佑会札幌病院で麻酔科医として勤務
- ▶ 平成20年4月、同院緩和ケア病棟に勤務
- ▶ 平成21年4月より現職

# こんなんやってきました：力技

- ▶ 平成18年4月に北大麻酔科入局、緩和やりたいと言い続ける
- ▶ 平成19年4月に恵佑会札幌病院に勤務、麻酔科として勤務しながら早朝など仕事の合間に、緩和ケア内科部長に弟子入り
- ▶ 平成20年4月に緩和病棟に勤務、上司の指導のもと緩和研修
- ▶ 平成21年3月に突然上司が辞めることに！
- ▶ 平成21年4月よりいきなり緩和ケア病棟責任者、毎日泣きながら仕事する
- ▶ 平成23年4月に第一子出産
- ▶ 平成23年6月に復帰
- ▶ 平成26年7月に第二子出産
- ▶ 平成26年10月に復帰
- ▶ 平成29年9月現在 時短勤務継続中

# こんなんやってきました：内情

- ▶ 父親が内科医⇒医者便利
- ▶ 高校までは成績優秀⇒医学部目指すか⇒でも医者になって何するかまでは決めてない
- ▶ 高三の時に「病院で死ぬということ」を読み感銘を受ける⇒緩和いいかも
- ▶ 大学入学してバンド活動に勤しみ成績最下層⇒ニッチ産業に居場所を求める⇒そもそも自分は「病気」や「病気を治すこと」に興味があるのか？⇒興味があるのは「人間」だった⇒緩和いいかも
- ▶ 緩和医ってどうやったらなれるの？⇒痛み管理のプロは麻酔科⇒麻酔科入局⇒緩和やりたいと事あるごとに言い続ける⇒現職

# こんなんやってきました ：なぜこの壇上にいるのか

- ▶ 大学時代のバンド活動で今の夫（テストエンジニア）に出会う
- ▶ 自分の不得意なこと（＝メカ全般）が得意な人と結婚した方が一家庭として有益
- ▶ 研修医の期間は田舎に行くことが多い＋医者になってから結婚すると（式に医局の教授を呼ぶとか）めんどくさい⇒いま結婚しないと婚期を逃すと判断⇒学生結婚
- ▶ （妻側の）母親が居ないために産後や子供の体調不良時など全て夫婦で乗り切る
- ▶ 当然家事育児も同等にやる とはいえ平日は妻8:夫2  
「夫の育休延長」とかよりも「夫も時短」「子供が小さいうちは早く帰っていい」とかにしてほしいよ偉い人・・・

# 「QOL」って何？

- ▶ Quality Of Life = 生活の質
- ▶ QOLを上げる、QOLの高い生活・・・といった使われ方で主に医療や介護の分野で使われるが、最近は広い分野で使われる
- ▶ 背景として1946年にWHOが提唱した「健康の定義」に基づく
  - ⇒ 「健康とは、身体的、心理的、社会的にとっても良好で安定した状態であり、単に病気がなかったり病弱でなかったりすることではない」
- ▶ 社会の変化として、延命だけを目的とした医療が、本当に望まれる治療なのか？という観点から発展
  - ⇒ 「よりよく生き、より良く死ぬ」とはどういうことか？

# 「緩和ケア」って何？

- 緩和ケア = 緩める（ゆるめる）  
和ませる（なごませる）ケア？
- 何を？ = 苦痛  
痛み、吐き気、気持ちの落ち込み、お金の不安などなど・・・  
⇒主にかん患者さんにとっての、  
体や心などの**多種多様な苦痛**をとり、  
**より良い生活**を、多方面かつ**早期**からサポートする医療
- ⇒「がんを治す」「がんと闘う」医療ではなく  
「がんとともに暮らす人生の**QOL**を上げる」ことを  
目的とした医療
- ⇒緩和ケアの医者 = 病気を治さない医者！  
QOLを上げるための医者！

# 緩和ケアの定義 (WHO;2002)

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通して、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族のQuality of Lifeを改善する取り組みである

# 様々な場面で緩和ケアが必要



難治がんの診断など悪い知らせ



がん治療中に生じるつらい症状



経済的負担、家族の問題など



がんの進行、終末期のケア

# 緩和ケアというと・・・

▶ 看取り？

▶ 終末期医療？

▶ ホスピス？

▶ 見放された？

⇒緩和ケアって死ぬ前しかいらなくない？

「もうすぐ死ぬ人」の「QOL」でしょ？

# がん医療のイメージ図 (旧)



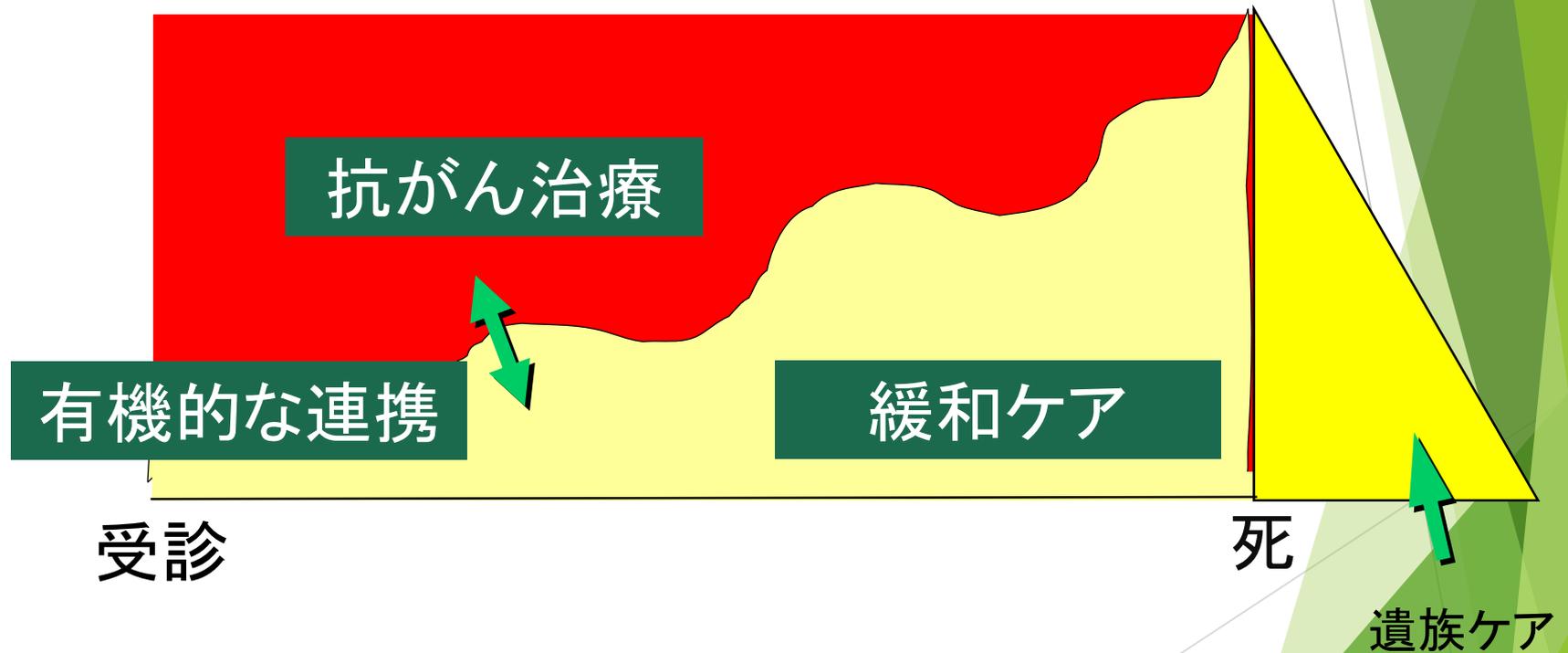
**診断時**

**死亡**

# 緩和ケアの歴史

- もともとは、中世ヨーロッパで、巡礼者、旅人、兵士などが負傷した場合に収容していた、教会の附属施設であり、当時は治療が困難で、ほぼお看取りをする施設
- 1967年、イギリスのシシリー・ソンドース女医が、セント・クリストファーホスピスを設立、それまで確立されていなかった、がんの多様な苦痛の症状緩和や他職種ケアなど、緩和ケアに関する研究、実践、教育が始まり、世界に広がる
- 種々の研究結果や社会の変化に応じ、単に「看取る」だけでなく「様々な辛い症状を早期から和らげ、QOLの高い人生を過ごす」医療へ変化

# がん医療のイメージ図（新）



# 全人的苦痛

## 身体的苦痛

痛み  
他の身体症状  
日常生活動作の支障

## 精神的苦痛

不安  
いらだち  
うつ状態

## 社会的苦痛

経済的な問題  
仕事上の問題  
家庭内の問題

全人的苦痛  
Total Pain

## スピリチュアルペイン

生きる意味への問い  
死への恐怖  
自責の念

# 多種多様な苦痛

痛み

だるさ

食欲不振

不安

口内炎

金銭面

申し訳  
なさ

不眠

吐き気

家族の  
心配

後悔

死の恐怖

心配かけ  
たくない

抑うつ



# 苦痛を和らげ「QOL」を上げる



# 緩和ケアって具体的に何して んの その1

当院での当科の現在の役割

- ①緩和ケア病棟の担当医 = 症状を和らげる係  
（主治医はそのまま継続）
- ②緩和ケアチームの身体or精神症状担当医  
（緩和ケア病棟以外の病棟や外来）

# 「緩和ケアチーム」？

- ▶ 緩和ケアチームは、患者・家族のQOLを向上させるために、緩和ケアに関する専門的な臨床知識・技術により、病院内（外来、緩和ケア病棟以外の病棟）の医療従事者への教育・支援および患者・家族への直接ケアを行う
- ▶ 当初は二ツチ産業をまず周知させることが第一
  - ⇒啓蒙宣伝＋結果を出して「次も依頼しよう」と思わせる
  - ＋依頼の簡素化
  - ⇒現在もエンドレス



# 身体症状の緩和方法

がん患者さんの70%以上が苦しむ症状：痛み

がんの痛みに使う痛み止めといえば・・

⇒医療用麻薬/モルヒネ

⇒「麻薬使うってことはもう末期なんだ？」

「寿命が縮まるor頭おかしくなるでしょ？」

「中毒とか依存症が怖いから使いたくない・・・」

「だんだん増えていずれ効かなくなったら困るから、なるべく使わないように我慢しよう」

⇒**これらは全て誤解です！！**

# 麻薬の副作用

- 吐気：30%、最初の数日～数週のみ、吐き気止めで対応可
- 便秘：95%、下剤と長く付き合っていく
- 眠気：20%、眠気と痛みのバランスを考えて増減
- \* すぐに昏睡のように眠り続けるわけではない
- その他：口渇、排尿障害など
- 混乱や幻覚：5%以下
- 中毒や依存症：0.2%以下
- 麻薬そのものに寿命を縮める作用はない！（副作用の一つに呼吸抑制はあり）
- 麻薬には天井効果がないのが一番の利点

\* 麻薬を使いながら、何年も元気に外来に通ってる方もたくさんいますよ！

# 緩和ケアって具体的に何して んの その2

毎日何してんの



まず患者（+家族）の話を聞く（傾聴）

→何に困っているか？何を希望しているか？何を大事にしているか？

→痛みその他の症状を和らげる

→希望をかなえる方法を一緒に考えて実行する

⇒「痛くなければそれでいい」わけではない！

患者さん一人ひとりが何を望んでいるのか？は千差万別

⇒個々のニーズに合ったQOLを一緒に考えて対策を練る

# 患者のニーズにこたえる

## ▶ 例 1

腸閉塞だけどどうしても食べたい

→手術するor口腔内で味わって出すor腹痛や嘔気覚悟で食べる

## ▶ 例 2

自宅で過ごしたい

→本人の状況、介護者、環境などを整え、往診医、訪問看護などの手配

# 患者のニーズにこたえる

## ▶ 例 3

痛いのも困るけど、仕事を続ける上で眠いのは困る

→麻薬など眠気の出るもの以外で薬剤調整

or神経ブロックor放射線治療

## ▶ 例 4

生きているだけで辛い、早く死なせてほしい

→まず辛い症状の緩和を十分に行う

→それでも希望が変わらない場合、

患者、家族、主治医、病棟スタッフ等でよく相談し、

適応があれば眠剤等を一日中使用して寝ている状態

(持続鎮静)

# 尊厳死と安楽死

- ▶ 尊厳死：不治で末期に至った患者が、本人意思に基づき、死期を単に引き延ばすためだけの延命措置を断り、自然の経過のまま受け入れる死
- ▶ 安楽死：不治で末期に至った患者が、本人意思に基づき、医師など第三者が薬物等を使い、患者の死期を積極的に早める死

\* 安楽死は日本では認められていないが、

認められている国もあり

(スイス、オランダ、アメリカの一部の州etc.)

⇒ **QOL**、社会的通念の変化、医療費等の観点から、

今後日本でも議論される・・・かも??

# 延命治療

- 当院緩和病棟では、いわゆる延命/蘇生行為を行っていない  
(モニターなど必要機材自体を置いてない)
- 延命治療といってもいろいろ  
狭義：蘇生行為（心臓マッサージ、人工呼吸器etc.）  
広義：酸素、栄養点滴、輸血、抗生剤etc.
- 苦痛緩和に有効な場合は行うが、かえって本人の苦痛増強につながる場合は行わない  
⇒QOLを上げる行為かどうか？がポイント

# 患者のニーズにこたえるとは

- ▶ まず患者の希望をよくきく（傾聴）
- ▶ できること/できないことリスト
- ▶ どうやったらできるのか？
- ▶ なぜできないのか？ できるようになる（可逆的）か？
- ▶ できなくても代替案はないか？  
（退院したい→まず外出泊してもらう）

→ QOLの上昇 = 患者（顧客）の満足度の上昇

# 緩和ケア = コミュニケーション

- ▶ 緩和ケアは「患者の話をきき、今後を一緒に相談していく」のが基本
- ▶ 医療訴訟はコミュニケーション不足が招くことも多い
- ▶ 医療ミス→医療訴訟に至らないのは、普段からの医療者－患者＋家族間のコミュニケーションに左右されることもある
- ▶ 医療者間のコミュニケーション・申し送りも徹底

# 医療ミスが起きた時どうするか ～当院緩和病棟の場合～

カンファレンスを行い、原因の追究と今後の対策を練り、周知させる

## ①薬剤の誤投与

指示間違い？受け取り間違い？確認不足？知識不足？

## ②患者の転倒？

患者のADL (**activities of daily living** = 日常生活動作) の評価は適切だったか？

→入院時点で患者や家族に事前説明済の場合がほとんど

## ③患者の急変？

→入院時点もしくは容体変化時に都度説明していく

医師の説明後に看護師が受け止め・理解の程度を確認

# 日常診療で気をつけること ～一病棟責任者として～

- ▶ 緩和病棟の診療の基本の流れ
  - : 看護師or医師が患者と話す⇒医師が指示を出す
  - ⇒看護師が指示を受け実行⇒看護師or医師が結果を評価
  - ⇒エンドレス
- ▶ 報告・連絡・相談・指示の効率
- ▶ 簡素かつ必要情報がつまった報告
- ▶ ミスの起こりにくい指示
- ▶ 医師は早い時間帯に指示を出し、看護師を早く帰し、健康とプライベートを充実させ、バーンアウトに注意する
- ▶ 「患者もスタッフも70点くらいのhappy」でいい

# Burn out

## = 燃え尽き症候群

- ▶ 普通かそれ以上に熱心に仕事に取り組んでいた人が、期待・目標と離れた状態が続くことにより、突然意欲を失い、働くことすらできないような状態
- ▶ 仕事の特徴：特にヒューマン・サービス従事者に多発
  - ・失敗が許されない
  - ・自分の努力だけでは結果が出るものではない
  - ・自分が出来る事に限界がある（理想と現実のギャップ）
- ▶ 性格の特徴：完璧主義、頑固、心配性
- ▶ 三大症状：情緒の枯渇、脱人格化、個人的達成感の減少
- ▶ 治療法
  - ・よく休み、ストレス発散し、「諦め」を知る
  - ・場合によっては診療内科など

# 日常診療で気をつけること ～品質とコストを考える～

- ▶ 当院は私立ということもあり、コストにかなりうるさい
- ▶ 医療現場にコストを持ち出すと途端に批判の的になる「人の命はお金には代えられない！」
- ▶ かといって高騰する医療費を無視できない、いずれ自分達の首をしめることになる
  
- ▶ 医療の質を保ちながら、無駄な検査・治療を削減していくことは可能！
- ▶ 検査・治療内容・薬などの大体の値段を知っておく

# いま現在の自分のQOLは？

- ①きちんと眠れているか？食べれているか？
- ②辛い症状はないか？生活に支障がないか？
- ③適した仕事をして適した報酬が得られているか？
- ④家族や周囲の人との関係性はどうか？家族も健康か？
- ⑤今後どのように過ごしていきたいか？
- ⑥いま幸せですか？

▶ たまの機会に自分を振り返ってみよう

# あなたが数年後にがんで亡くなる としたら～独居の場合～

- ▶ がんの診断、経過、残りの寿命（予後）などを全て自分で聞き、身辺整理をする
- ▶ 身元引受人が居ない場合、亡くなると病院から市の保護課職員に連絡がいき、引き取られる

\* もしいるなら、遠い身内、もしくは血縁ではないが親しい頼れる人（友人、職場の上司、近所の方etc.）に、がん告知時や入院時の付き添い、亡くなった時の身元引受人などになってくれる人（キーパーソン）がいると助かる

⇒人付き合いを大切に・・・

# あなたが数年後にがんで亡くなる としたら～家族同居の場合～

- ▶ 要所の説明（がん診断、治療方針、BSC = Best Supportive Careへの移行等）を本人と一緒に聞いてもらう
  - ▶ 場合によっては本人抜きで家族のみ説明を聞く（残り時間がかなり少ない時、DNR = Do Not resucuration = 蘇生しない旨の説明など）
  - ▶ 可能なら家でできるだけ過ごす
  - ▶ 外出泊したり家族が付き添いしたりしながら、入院生活を送りつつ、身辺整理をすすめる
- ⇒ 家族と良好な関係を保つのが理想・・・

# あなたが数年後にがんで亡くなる としたら～今後に必要な準備～

- ▶ ゆるやかな見通しをたてる：主治医・医療者に相談
- ▶ やらなきゃいけないこと・やっておきたいことリスト
- ▶ 家族や周囲の人に伝えておきたいこと
- ▶ 仕事、お金、相続、葬儀・・・
- ▶ 過ごす場所、過ごし方
- ▶ 文章に残す（遺言、エンディングノート、リビングウィル等）

# この仕事をやっていて・・・

## <嬉しい時>

- ▶ 「先生のおかげで痛みが良くなった」「この病棟に来てから表情が良くなった」など言ってもらえる時
- ▶ 自宅退院など患者の希望が叶った時
- ▶ いろんな患者さんの人生に触れられる時
- ▶ 家族と美味しいものを食べている時

## <辛い時>

- ▶ 辛さをとりきれない時
- ▶ 希望を叶えてあげられない時
- ▶ 若い女医なんか信用できない系のアレ
- ▶ 夜中休日関係なく仕事に縛られる
- ▶ ワンオペ

# まとめ

- ▶ いまを悔いなく生きつつ、今後の過ごし方を時々考える
- ▶ 心身の健康になるべく気をつける
- ▶ できるだけ満足のいく仕事をして金を稼ぐ
- ▶ 家族や周囲の人との良好な関係をできれば維持する
  
- ▶ いま現在の自分のQOLを時々考える
- ▶ よく死ぬには、よく生きること

# 参照資料

- Education in palliative care
- PEACEプロジェクトによる緩和ケア研修会
- 日本尊厳死協会ホームページ
- 書籍「最期まで自分らしく生きるためにできること」  
NPO法人ホスピスケア研究会監修