
シンポジウム

ターミナルケア

Terminal Care

第455回新潟医学会

日時 平成2年1月20日(土)午後2時から
会場 新潟大学医学部研究棟 第II講義室

司会 笹川 力院長(新潟市民病院)

演者 木村 明(新潟市民病院内科), 丸山正則(新潟市民病院麻酔科), 小越和栄(県立がんセンター新潟病院内科), 塚田浩治(新潟大学医療短大一般教育科)

特別発言 柴田 昭(新潟大学第一内科), 荒川正昭(新潟大学第二内科), 川上清治(新潟県医師会)

司会 只今からシンポジウム, 「ターミナルケア」を開催致します。癌, 脳卒中, 心臓病, 老衰, 難病など, 難治性の疾患に対して, 現在のあらゆる医療技術を駆使しても, 治癒の見込みがなく, 死が近いと考えられる, いわゆる末期状態(ターミナル)のケア。それも単なる看護や介護だけでなく, 疼痛その他の身体的な症状に対する治療, 或は患者や家族に対する精神的対応を含めまして, 末期医療, ターミナルケアにおいて, 種々の重要な問題があります。昨年6月, 厚生省から, 「末期医療に関するケアの在り方検討会の報告書」が出されました。同時に厚生省・日本医師会から, 「癌末期医療に関するケアのマニュアル」が出されております。また今年

になりまして1月16日に日本医師会の生命倫理懇談会から, 医師が患者さんの病状を分かりやすく, 十分に説明して同意を得た上で治療をするという「インフォームド・コンセント(説明と同意)の在り方に関する報告書」も出されました。そこに於きましては, 癌告知の4条件, 或は延命処置を望まない旨を書いた患者の生前の意志(リビング・ウィル)を尊重し容認することも述べられております。今日は時間の関係もございまして, 主として癌患者に対する問題になりますことを御了解お願いしたいと思います。それでは最初にまず, 新潟市民病院, 木村先生から, 「ターミナルケアにおける病名告知とその方法について」をお願い致します。

1) ターミナルケアにおける病名告知とその方法

新潟市民病院内科 木村 明

Theory and Practice of Information of the truth on
Incurable and Terminal Illness

Akira KIMURA

Division of Internal Medicine, Niigata City General Hospital

The importance and therapeutic usefulness of true information on medical management of incurable and terminal illness are discussed.

I referred several difficulties of true information under the present Japanese medical environment and systems, that I have experienced through the practice for terminal illness, during past 17 years.

These difficulties have close relations with Japanese traditional relationship of patient and healer, and based on Japanese ethnic customs and characteristic mode of thought.

Also, I offered several clinical advices for the practice of true information, that I have gotten through my experiences.

As the conclusion, in spite of these difficulties, we have to promote the true information for further progress of medical care in Japan.

Key words: terminal care, informed consent, inform the truth

終末期医療, インフォームドコンセント, 病名告知

はじめに

現在の日本でターミナル・ケアを考える時、末期癌等の致命的疾患における病名告知は最も重要な主題であります。末期癌患者の88%が病院等の施設で死亡する状況で¹⁾(昭和62年統計)、病院関係者も一般市民も等しく終末期医療においては延命中心から、生命の質を優先する医療に変えられてゆくべきであると考えながら、告知が適切に行われないうちにそれを具体的に展開することができないのが現状であると分析しております²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁶⁾。近年の医学の進歩で、致命的とされる病態と疾患は年々

変化しており、早期胃癌等では容易に病名告知ができる状況となってきました。治療が十分期待できる疾患の告知は一般的なインフォームド・コンセントの理念により行われるべきと理解しますので、今回は、現在も回復不能と判断されている終末期患者の病名告知のみをとりあげました。

私は前任地、厚生連中央総合病院および新潟市民病院で、約20年間の消化器臨床医の経験の間に多くの末期消化器癌患者を診療いたしました。意識しての終末期診療を実施した数は約220名であります。その間「貴方は致命的な状況にある」と告知した数は150名程度であり

Reprints requests to: Akira KIMURA,
Division of Internal Medicine, Niigata
City General Hospital, 2-6-1 Shitukuyama,
Niigata City, 950, JAPAN.

別刷請求先: 〒950 新潟市紫竹山2丁目1-6
新潟市民病院内科

木村 明

ます。ここでは告知とは Inform (知らせる) の意味で用いており、Sentence (宣告する) の意味と理解していません。次第に進行し、衰弱してゆく患者に気休めではなく、率直に病態を説明することは早い時期から実践してはいましたが、直截に癌と告知した数は限られており、10名程度であります。ほとんどが最近5年間の経験であります。それまでは必要と理解しながらも実践できませんでした。

この20年間の試行錯誤と言うべき経験と考察を通して、私は終末期医療と告知に対する考え方を徐々に変えてきました⁷⁾⁸⁾。又、この間に患者と家族の終末期医療に対する意識も年を追って変化し、明確に意識されているとは言えませんが、これまでの医師主導のまかしてください的方法で満足する数は減少し、十分な説明と相談に応ずる医師を期待する人が多くなってきたことを観察しております。市民社会成熟とともに Informed consent の理念が形成されてきたことが私を変えさせたとも言えます。

告知について提起したい問題は多くありますが、始めに欧米で市民社会変革とともに告知を支える思想が形成されてきた過程を概観し、次に、わが国特有とされる諸問題については私の見解を提起し、最後に、具体的告知について私の経験を発表いたします。

1. Informed consent と病名告知

病名告知の問題は、informed consent の概念の発達と切り離して考えることはできません。第二次世界大戦後の市民社会の発展に伴い、医療倫理の基本とされていた4つのこと、患者の意思の尊重、善意に基づくこと、正義の実践であること、無害であることについて、これまでの表現形式に市民の側から疑問が寄せられることになり、医療専門職には明確な意識と実行への努力が求められることになりました。患者の自律性を前提として、医療方針や行為について適切な情報を提供し、患者がその情報により提示された医療手段の選択や同意の自由を認める informed consent の理念の普及であります⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。

ニュールンベルグ綱領において規定されたこの理念は、特に米国において医療の有り方に大きな変革をもたらしました。その結果の一つとして、契約法理論にもとづく医療訴訟は医療現場に大きな衝撃となり、変革を余儀なくされた側面もあります¹³⁾。

終末期医療での影響は1960年では癌の告知に反対の医師が88%を占めておりましたものが、1977年には98%が告知をすると逆転する現象に端的に現れております。

一方、この変革は欧米で終末期医療について心理学を含めて集学的研究を推進することになり、数多くの成果をもたらしました。病名告知の臨床的有用性の確立、告知が患者の死期を早めることがあるとの仮説に対して、多くがその事実はないと報告したこともその一つであります。

医学教育の面では、すでに1972年の時点で米国の50%の医科大学で終末期患者に関する教育プログラムがあり、1982年には全ての大学に普及しました。

社会教育については、すでに1966年に組織された American association for cancer education があり、癌についての社会教育を推進してはいましたが、1986年には季刊誌を発行するまでになっております¹⁴⁾。

1972年の「患者の権利章典に関するアメリカ病院協会宣言」、1981年の世界医師会総会「患者の権利に関するリスボン宣言」の採択、公表および1983年米国の「生命に関する大統領委員会」の延命治療とりやめの決定—治療決定における倫理的、医学的、法的問題に関する報告書はこの理念の根拠として広く承認されるに到っております¹⁾¹⁰⁾。

このように1960年から80年にかけて欧米で急速に展開し、いまでは社会の常識とさえ言われるようになったターミナル・ケアとその前提としての病名告知が、なぜ日本では受け入れが遅々として進まないのか、日本人の死生観や日本社会の特殊事情との関連において検討が必要であります。医科学的検討では解明できず、医療人類学的視点にまで広げての検討が必要であります。

2. 病名告知と日本社会の特殊性について

キリスト教信仰に基盤のない無宗教と言ってよい日本の特殊性が指摘されます。しかし、欧米社会はキリスト教的世界観に支配されていた中世からルネッサンス、啓蒙主義、革命の時代を通して大きく変貌し、近代医学が大きく発展した18世紀以後は、個人がその束縛から解放され、自分の世界観、死生観を取り戻した社会であります¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾。

確かにプロテスタント主義は個人の自由と責任を強く自覚させるもので、近代思想の底流となっている事実であっても、欧米にも無宗教者、他の宗教信者が少なくありませんので宗教で全ての問題を説明するには矛盾があります。しかし、自らの言動に責任を持たねばならない欧米社会では、嘘つきと罵られることは最大の侮辱ですが、わが国では、嘘も方便の諺とおり、善意があれば嘘も許される甘えの構造があり、告知の問題においても患者には病名を知りたくない権利があるなど、義務と対を

なさない権利が主張されることもある社会の間に違いのあることは考えなければなりません¹⁸⁾¹⁹⁾。

大貫²⁰⁾、加藤²¹⁾等の日本人の死生観についての文化人類学的検討の結果によれば、日本人は軽い病と不治の病を全く別の類型として思考している、不治の病は日常生活観念外の現象で、対応不可能と受け止められている。例えば、末期癌患者は自分の人生を生きているのではなく、ただ運命として、命の終わる時が与えられるのを待つ希望のない状況と理解されている。したがって、運命を直視させるより、幻想であったとしても、癌でないことにすることにより同じ世界を共有できるよう家族も周囲も見做すのだ、と説明しています。しかし、全ての日本人が、今も、そのような伝統的死生観念に支配されているとは理解できませんのでこの分析で全てを説明することは困難であります。

又、伝統的死生観に支配されている社会だから、わが国ではこれまでの対応で良いとするのは、家族を含め、社会の潜在的要望に答えることになっても、集団思考の枠に捕らわれた発想なのでありますから個人の自律性に考慮しないことになり、結果として、患者本人は医療者からも家族からも疎外されて孤独の内に死んでゆくのであります⁴⁾。

ターミナル・ケアで最も尊重されるべきことは患者自身のことであります。しかし、これまでに実施された幾つかのアンケート調査では、家族の要望が、多くの場合、最も重要とされている結果がでていることを指摘しておきたいと考えます²²⁾²³⁾。

更に、これまでの時代では、患者の所属する集団が慰めと見取りの体制と手段を持っておりましたが、その崩壊が進む現在、その見取りも失われつつあり、死の非日常化が進んでおります。医療者はこの変化と伝統の変質に対応しなければなりません²⁴⁾。

次に、日本では癌が死の代名詞になっている状況が言い訳として持ち出されている問題に触れます。Susan Sontag がその著書「Illness as Metaphor」²⁵⁾のなかで、詳細に分析しておりますが、結論として、それは欧米社会も同じ状況にあると述べております。死の隠蔽の対象は、時代と場所により変遷しておりますが、いつれの時代も社会もその影響を免れないのであり、社会全体の取り組みで克服してゆかねばならない問題であります。しかし、医療の現場には意識されてではありませんが、それを容認し、支配されている事実があります。これが患者と医療者間の意志疎通を妨げているのであります。その改善を図る運動を推進することに医療者がもっと責

任を感じなければと考えます。

最後に取り上げたい問題は、終末期医療における医師の度の過ぎた責任観念であります。たとえ深い人間愛からであっても、責任をとれない問題について取れるような態度、行動をするのは paternalism の発想であり、次第に受け入れられなくなると考えます。この発想が終末期医療から目を逸らさせる原因であり、病名告知に消極的な態度を取られるものであると、敢えて結論いたします²¹⁾。

3. 告知の具体的方法

本来具体的であるべき方法論に、患者の心理状況に考慮して case by case に告知すると言う漠然たる概念が持ち出されておる現状をまず批判したいと考えます。積極的に告知をするべきであるとする認識のもとで、ぎりぎりの選択としての case by case は当然必要であります。告知の問題を消極的に受け止め、教育も経験を積む意志のない医療者の言う case by case 論は、自分の不安から自分をまもる、心理学的に言うと、回避あるいは転嫁行動ではないかと恐れるものであります。

当然であります。意識障害、精神障害のある患者（脳転移、肝性昏睡、強度衰弱、高齢）や、経過が急性で時期、場所の選定が不可能である場合は告知が出来ない、あるいは意味がないこととなります。しかし、家族の強い反対があり、告知が患者を取り巻く状況を悪化させる危険のある場合や、患者の恐怖を悪化させる危険がある場合や、患者の恐怖心、不安が非常に強く拒否的となり、通常のコミュニケーションも困難な場合などは、絶対的な障害と考えること。機会、場所、状況を考慮して引き続き検討を続けることが具体的告知の方法として最も重要なことであります。

具体的告知には演繹的と帰納的方法があります。最初に癌であることを告げ、順次内容の説明を展開してゆく方法と、最初は周辺の状況について説明をし、次第に核心にふれ、癌であると説明する方法があります。私は帰納的説明を多く行ってきました。周辺状況を十分説明することで、患者自身で癌であると理解するようになり、実際に病名を告げなくとも目的を達成する場合の多いことを経験しております。現在でも、患者は内容について詳しく質問しては失礼ではないか、と考えるので詳しい説明を求めてこないことが多いので、演繹的方法では、その場では納得し、一見正しく理解したかにみえますが、実際は、前述の隠蔽に支配された悪いイメージと告知された病名を直結して理解し、追加の説明は全く記憶もされないこととなります。

又、患者の医学的知識と理解の形式を考え、理解の程度を探りながら、時には何回かに分けて、段階的に展開することが重要であります。しかし、医療者に余裕がないことが理由で、一方的に全ての情報が伝えられたため、患者は混乱し、誤解をする例がしばしば現実にあります。近年、一般市民の医学的知識のレベルは高いとされ、その方法を取られていますが、それは絶対量についての過去との比較で、医学の進歩による情報の量的増加と質的变化は、むしろ医療者と一般市民の格差は大きくしていると考えられます。

Kassel は²⁶⁾「末期患者に対する倫理と人間的アプローチ」シンポジウムで「内科医は丁度外科医が手術の技術を大切にするように、いかにうまく説明するか技術を絶えざる研修を通して磨く必要がある」「ある事実を説明するのにたった一つの方法と二三の言葉しか知らないとは何と怠け者の医師なのであろう、忙しくて説明の暇がないと言うが、どんなに忙しくても手術の成功に集中する外科医に通ずる言い訳となるであろうか」「病名告知は医師と患者の長い会話の中のエピソードの一つである」とも言っております。

Simpson は²⁷⁾「医師と患者の会話には腫瘍と同じく悪性と良性がある。ある種の会話は侵襲的で、家族にまで転移する。時には異物の引き起こす免疫反応のように過敏反応、炎症反応、抵抗、更にショックまで引き起こすことがある」と著しており、両者ともに告知の方法を訓練して熟達することの重要性を強調し、その教育の必要性を指摘しております。

4. 告知に係わる二三の問題

告知推進上の問題の一つに患者、家族がしっかりした死生観、宗教を持たず、自らの選択を自ら拒否する患者の存在を指摘する医師がおります²⁸⁾、私は医療者側の問題がより重要であると考えております。医療者は自らの死生観確立に努力する人であることが必要なのでありますが、深く考えることもなく職業を選択している現状では、専門教育の場での教育に期待するところが大きくなります。卒前、卒後の教育担当者の理念が問われるところであります。

患者および家族についても、死の現実を前にした混乱をその場で改善することは困難であります²⁹⁾。その解決には日頃の死の教育 (death education) を普及させる努力が必要と考えられます。この点についても、これまで社会教育の場で、いかに健康になるかの方法論のみ指導してきた医療者がその責任を負わなければならないと考えます。

Ivan Illich は³⁰⁾ その著書「Limits to Medicine (medical nemesis) 脱病院化社会」において健康の問題について医療者に過度に依存する社会の危険性を鋭く指摘しておりますが医療者の厳しい認識のもとでの新たな対応が必要であると結論いたします。

最後に、治療の選択において、特に実験段階にある、新しい治療法を試みる場合には、インフォームド・コンセントは不可欠な手続きであり、その開発には病名告知が倫理的にも避けられない問題であることを指摘します³¹⁾。

参 考 文 献

- 1) 厚生省・日本医師会編、岡安大仁、村上国男：末期医療のケア——その検討と報告——、告知の在り方とその問題点その他、中央法規、平成元年。
- 2) 大井 玄：終末期医療、第Ⅲ章告知の倫理、インフォームド・コンセント：弘文堂、平成元年。
- 3) 加藤一郎、高久史磨、水口公信、新美育文、編：ガンを告げる・討論 家族+医師+法律家、有斐閣、1988。
- 4) ブルース・ロング、スーザン・ロング：日本人患者の“孤独な死”，特集「癌の告知を考える—2，モダンメディシン 83~10 43p, 1983。
- 5) 布施徳馬：がん告知について、ターミナル・ケアとその周辺4，メディカル・ヒューマニティ，Vol. 3, No. 4, 79p, 1988。
- 6) 坪井栄孝，饗庭忠男，他：特集1987，再びがん告知を考える，SCOPE, Vol. 26, No. 9, 通巻307号，1987。
- 7) 木村 明：死にゆく人々の診療・私の経験と現在の考え方，新潟市民病院医誌，第6巻1号37p, 昭和60年。
- 8) 木村 明：ターミナル・ケアについて，新潟市医師会報第213号，1988年。
- 9) 福島雅典：問われるインフォームド・コンセント—「ヘルシンキ宣言」の原点の確認を—，モダンメディシン 89~10, 126p, 1989。
- 10) 新美育文：インフォームド・コンセントと患者の権利，メディカル・エシックス89，医学のあゆみ Vol. 150, No. 5, 303p, 1989。
- 11) 岡本祐三：「主体性の委託」にどう答える——医師・患者関係の基本的構造とは，特集：診療コミュニケーション再考，モダンメディシン，88~10, 37p, 1988。
- 12) 加藤一郎，他：昭和63年度医政シンポジウム「説明と同意」，日本医師会雑誌 Vol. 102, No. 2, 160

- p, 平成元年.
- 13) 白髭昌世: インフォームド・コンセントと法契約理論, 病院管理研究所紀要, 第16巻 119p, 1988.
 - 14) **American association for cancer education**: The history of AACE, J. of cancer education, Volume 4, No. 3, 1989.
 - 15) H. シッパーゲス, 大橋博司, 他訳: 中世の医学(治療と養生の文化史), 人文書院, 1988.
 - 16) フィリップ・アリエス, 伊藤 見, 成瀬駒男, 訳: 死と歴史(西欧中世から現代へ), みすず書房, 1983.
 - 17) ジョン・マクマナーズ, 小西嘉幸, 他訳: 死と啓蒙(十八世紀フランスにおける死生観の変遷), 平凡社, 1989.
 - 18) 村上国男, 芳賀敏彦: 癌告知の理論と実際, 癌の化学療法第19巻, 第9号, 2683p, 昭和61年.
 - 19) 村上国男: シリーズ「癌の告知と末期医療」, Medical Chugai, Vol. 40, No. 10-Vol. 11, No. 7, 1987~1988.
 - 20) 大貫恵美子: 日本人の死生観—象徴人類学的考察—, 岩波書店, 1985.
 - 21) 加藤周一, M. ライシュ, R.J. リフトン, 矢島翠, 訳: 日本人の死生観, 上下, 岩波新書16, 岩波書店, 1977.
 - 22) 手嶋秀毅, 他: 癌の病名告知—「癌と死についての意識調査」より, 医学のあゆみ Vol. 139, No. 11, 900p, 昭和61年.
 - 23) 伊藤幸郎: 医師・患者関係に関する人間学的考察, 医学哲学・医学倫理, 第4巻.
 - 24) 池見酉次郎, 佐野公子: 死の臨床—わが国における末期患者のケアの実際, 1. 日本人における死のとりえ方, 誠信書房, 昭和57年.
 - 25) **Susan Sontag**: Illness as Metaphor, New York Random House, 1979.
 - 26) **Michael A. Simpson**: Therapeutic use of truth, Chapter 13 of The dying patient (The medical management of incurable and terminal illness), MTP Press, England, 1982.
 - 27) **E.J. Cassell**: Information as a therapeutic tool, Ethics and humanistic approach to the dying patient. ライフ・プランニング・センター, 1988.
 - 28) 西山悦子: 私達は患者の出すサインをどれだけ受けとめているか—看護記録からの検討, 新潟市民病院医誌第7巻第1号, 昭和60年.
 - 29) 小此木啓吾: 癌患者の心理, 癌治療・今日と明日, Vol. 2, No. 2, 1980.
 - 30) イワン・イリッチ, 金子嗣郎, 訳: 脱病院社会(医療の限界), 晶文堂, 1979.
 - 31) 岡崎伸生: 癌の告知とターミナルケア②癌専門病院の立場から, 医学のあゆみ, Vol. 149, No. 12, 13, 1988.
- 司会 有難うございました。それでは続きまして、「癌末期の疼痛対策の基本と実態」を新潟市民病院麻酔科の丸山先生お願い致します。