

する必要があろう。

3) 同一医療機関内での癌末期疼痛コントロールのための中心的役割を果たす場、窓口の設定：癌患者ケアの方針決定がすべて主治医ひとりに任されていることも問題である。患者との係わりは医師のみに認められた特権のように錯覚して来たが、癌告知の問題を含めこれをひとり医師のみで解決できると考えるとしたらそれは医師のごり慢であらう。癌末期疼痛は【身体的因子】+【絶望感、死に対する恐怖、経済的不安などの心理的、社会的因子】などの全体的苦悩を包括して問題の解決に当たることが必要なのである。

患者家族、友人、ボランティア、ケースワーカー、宗教家などを加えた専門チームによる継続的ケア（ホスピス）が最も望ましくはあるが、とりあえず癌患者を扱う主幹病院には、痛み治療担当チームを置くことがその具体化の第一歩であらう。

参 考 文 献

- 1) 世界保健機関編（武田文和訳）：がんの痛みからの解放。（付）WHO 方式癌疼痛治療法。金原出版、1987.
- 2) 武田文和：癌の痛みに対する鎮痛薬の使い方。プロンプトンカクテルでよいのか。藤田達士編、がんの痛み克服の知恵。p. 49～80。真興交易医書出版部、1988.
- 3) 水口公信：終末期医療の現況。日本医事新報 3290: 14～18, 1987.
- 4) 波平恵美子：癌性疼痛をめぐる医療に求められるもの。医療人類学の立場から。ペインクリニック。10: S69～S75, 1989.
- 5) 平賀一陽、水口公信、尾山 力：日本におけるがん患者の疼痛出現率および鎮痛法の現状。ペインクリニック。9: 440～450, 1988.
- 6) Bonica, J.J.: Treatment of Cancer Pain.: Current Status and Future Needs. In: Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 9 (ed. by Fields, H.L., et al.). New York, Raven Press, 1985, 589～616.
- 7) 厚生省・日本医師会：がん末期医療に関するケアのマニュアル。全自病協雑誌 1989(8): 119.
- 8) 柳田邦男：癌回廊の炎。講談社、1989.
- 9) 栗原雄二郎：持続硬膜外ブロック。硬膜外モルヒネ、硬膜外ブプレノルフィン。ペインクリニック。10: S106～S112, 1989.
- 10) 柿川房子：がん専門病院における苦痛に対するケアの現状。遺族の調査から。ペインクリニック。9: 474～479, 1988.

司会 有難うございました。第三席は、「当院における癌末期の治療とケアの実態」、県立がんセンター新潟病院内科、小越先生お願いします。

3) 当院におけるがん末期患者の治療とケアの実態

県立がんセンター新潟病院内科 小越和栄

Terminal Care for Cancer Patients in Niigata Cancer Center Hospital

Kazuei OGOSHI

Division of Internal Medicine, Niigata Cancer Center Hospital

Several problems which have been studied and discussed in the research group of Niigata Cancer Center Hospital for 5 years are summarized in this paper.

Reprint request to: Kazuei OGOSHI,
Division of Internal Medicine, Niigata
Cancer Center Hospital, Kawagishich,
Niigata City, JAPAN.

別刷請求先：〒951 新潟市川岸町2丁目15番地3
県立がんセンター新潟病院

小越和栄

1) Informed consent: Questionnaires for doctors and nurses in our hospital and ordinal peoples showed that only 15% of doctors agreed to tell cancer to patients. On the other hand, 50% of ordinal people wanted cancer tell. Informed consent is urged for terminal care.

2) Death of dignity: Death of dignity is quite contrast to surplus medical. In our hospital, 67.7% of patients were treated with IVH in terminal stage.

3) Pain control: Morphine Hydrochloride Suppo. were most frequently used for puls medication in our hospital. NSAIDs Suppo. were more frequently used compared with MS contin tablets. Epidural anesthesia were used for few patients.

4) Problems of death place: An average of 80 days were in hospital for terminal patients. Death place as well as death education are serious problems for terminal care in our hospital.

Key words: terminal care, informed consent, cancer tell, death of dignity, death education
ターミナルケア, 癌の告知, 尊厳死

末期がん患者を扱う病院としては、近年の medical ethics の意識向上と共に、種々の対応を迫られている。

我々は昭和59年以来、院内のターミナルケア研究会を毎月開催し、末期がん患者の治療とケアの取組方および実際に行なった対応についての反省などを行なって来た。しかし、治療を主とする病院では医療者側の意識の問題があり、理想とは程遠い現状である。

今回、この研究会を通じて討論された理想と当院の治療とケアのギャップについて報告し、今後の反省の材料としたい。

末期がん医療の問題点としては社会的な問題は今回は別として、病院として対応しなければいけない問題点を次の様にまとめた。

1) informed consent の問題

基本的に患者は治療に関して十分な説明を受け、その上で治療法を選択する基本的人権を持っているが、がん末期患者に対しては病名を知ることにより患者の動揺と苦悩を防ぐとの理由で知らせない場合が多い。このことは医療者の方が一般人よりも病名を隠そうとする傾向がある。

新潟がんセンターでのアンケートののでは過去に末期がん患者に病名を告知したことのある医師は15%弱である。同種のアンケートではもっとも率が高く、スコープ誌の調査ではがん告知肯定の医師は52.8%となっている。これは理想と現実の違いはあるが、根本的には我々は手術などの積極的治療が可能な人に病名を告知するのは議論すべき問題ではなく、我々は、積極的な治療法がない末期がん患者にどう説明するのか問題であり、しかもその予後も比較的正確に告げることを「がん病名の告知」としている。したがって、がん病名の告知はかなり厳し

く、告知する事の利益を誰が判定出来るかの問題も含め検討している。

そのためには医療者側のチームの意志統一が重要である。年々病名を告知する機運は高まり、その数も増えている。しかし、問題は告げたあとの医療チームの follow の問題があり、我々はその体勢作りに苦慮している現状である。

2) 尊厳死の問題と過剰医療の問題

現在末期医療の抱えている大きな問題は末期がん患者にたいする医療費の高騰、患者に苦痛を与えながらの決めての無い治療、さらに人間らしく尊厳をもって死ねないと言ふことがある。したがって、尊厳死と過剰医療には類似点があり、今回は一緒に取り上げた。

がん末期の患者に我々が行なっている方法が本当に必

表 1

対象患者	
1988年1月～12月までに当院で死亡した癌患者	161名
1989年1月～12月	156名中129名
	合計 290名

調査事項 (いずれも死亡直前迄の)

- 1) 疾患別入院日数
- ☆2) 意識状態
- ☆3) 留置カテーテルの使用率および日数
- ☆4) 自動血圧計の使用状態
- 5) I.V.H. 使用率および日数
- ☆6) モニター心電計の使用状態
- ☆7) レスピレーターの使用率および日数
- ★8) 疼痛治療

☆1988年のみ, ★1989年のみ

要かどうかの問題があり、当院での過去2年間にがんで死亡した290人の患者について、治療の実態を調査した(表1)。

調査内容は、留置カテーテル、自動血圧計、IVH、モニター心電計、レスピレーターの装着さらに末期の意識状態などである。

図1に示すように尿道の留置カテーテルや自動血圧計は殆どの患者に使用している。またIVHは67.7%に行なわれており、モニター心電計もやく2/3に使用されている。

このことは末期がん患者は蛸足配線によって管理されているとの言葉がびったりする状態である。またそれらの持続日数は図2に示したようにIVHは長期間にわたり行なわれている。

これらのうち、治療上不可欠なものと同過剰医療を区別することは困難でありまた不可能であるが、IVHがこれほど必要かとの疑問を十分に持たせられるデータである。

当院の内科と外科の医師24名へのアンケートは表2

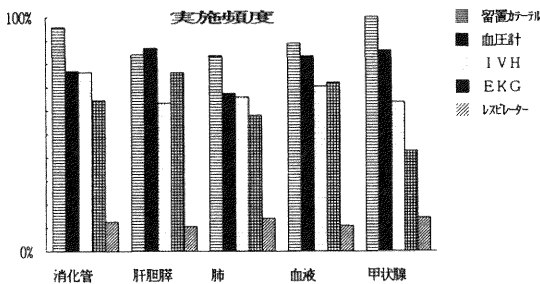


図1 実施頻度

表2 内科・外科医アンケート

- Q1. 末期癌患者の死亡時の心マッサージ
 - A1. 原則として行う..... 2
 - A2. 施行せず、静かに見守る.....15
 - A3. 決めていない、なりゆきで..... 5
- Q2. 痛みに対しての麻薬使用について
 - A1. 副作用がつよい場合は使用せず..... 0
 - A2. 家族の了承で使用する.....13
 - A3. 積極的に使用する..... 9
- Q3. 末期患者へのIVHについて
 - A1. 最後まできちんと栄養管理すべき..... 7
 - A2. 家族が希望しなければ施行しない..... 8
 - A3. 末期には積極的に施行したくない..... 6

のように、最後まで栄養管理はきっちり行なうべきだとの答えは7名しかなく、本音とたてまえの違いかと思われる。

また、患者の尊厳死についてはむしろ一般人の意識が高く、living willなどの思想を通じて、医師がむしろ一般人に啓蒙されている現状と考えられる。

昔は殆どの医師が行っていた末期がん患者の死亡時の蘇生術も、原則的に心マッサージを行なうと答えた医師は2名しかなく、16名が原則的には心マッサージは行っていない。これは末期癌患者への対応が大きく変わって来ていることが伺われる。

3) 疼痛対策

末期がん患者のケアで重要なことは疼痛を除去してやることである。

痛みが強いことで、患者が退院出来ないでいることがしばしばある。したがって、患者の尊厳死の問題、過剰医療または死に逝く場の問題などを論ずる時に、常に疼痛対策が問題となる。

表3は疾患別の疼痛治療を行なった頻度を示した。肝、胆道、膵疾患は平均するとあまり疼痛を訴えないことがわかる。他の疾患ではほぼ同等な疼痛の出現頻度であるが、血液疾患での治療頻度の高いのが以外な結果でもある。

表3 疾患別疼痛治療(1989年129例中)

消化管.....	12/20	60.0%
膵・胆・肝.....	9/41	21.9%
(降 6/17 35.3%)		
肺.....	25/47	53.2%
血液系.....	12/16	75.0%
甲状腺.....	2/4	50.0%
その他.....	1/1	100%
合計.....	61/125	47.3%

表4 末期癌に対する疼痛治療

1. 麻薬持続点滴(最高モヒ 120mg).....	3
2. 持続硬膜外麻酔.....	3
3. 塩酸モルヒネ(最高 40mg).....	15
4. MS コンチン錠(最高 60mg).....	12
5. NSAID(主として座薬).....	14
6. 麻薬注射(最高,モヒ 40mg).....	10
7. 非麻薬注射(主としてペンダゾシン).....	10
8. プロンプトン液.....	3
9. 照射.....	2

表 4 は 1989 年に死亡した 129 名を対象に、治療した主な方法を記した。一番高頻度の使用薬剤は塩酸モルヒネの座薬であり、次いで消炎鎮痛剤の座薬、MS コンチン錠となっている。座薬が多い理由としては末期患者には内服薬の投与が困難な為と考えられる。

麻薬の持続点滴と持続硬膜外麻酔の頻度が以外に少なかった。しかし、これら麻薬類を大量に使用した症例の殆どは骨転移であり、骨転移の治療対策が終末医療の重要な課題と考える。

また、一時期に高頻度で使用されたプロンプトン液が使用されなくなり、MS コンチン錠が多くなっているのも時代の流れと思われるが、当院での最高投与量が 60mg でしかないことから、もう少し麻薬使用に対する認識が不足しているのではないかと考えられる。

4) 死に逝く場の問題

末期がんの患者の殆どは自宅で死を迎えたいとの希望

を持っている。しかし、現実には日本人の約70%は病院で死亡するとの統計がある。我々の施設で入院した患者の殆どがそのまま院内で死を迎える現状である。表 5 は疾患別の入院日数を示したが、平均 80.3 日の入院は患者および家族に与える苦痛は大きいものと考えられる。その解決策としては、末期状態でも家庭で治療できるように、医療制度の改革、さらに疼痛対策の徹底などが早急に望まれる。

参 考 文 献

- 1) 大谷 実: いのちの法律学, 筑摩書房, 東京, 1985.
- 2) 厚生省健康政策局医事課編: 生命と倫理について考える——生命と倫理に関する懇談報告——, 医学書院, 東京, 1985.
- 3) 厚生省医務局医事課監訳: アメリカ大統領委員会, 生命倫理総括レポート, 篠原出版, 東京, 1985.
- 4) 武田文和, 訳: 末期癌患者の診療マニュアル, 痛みの対策と症状コントロール, 医学書院, 東京, 1987.
- 5) 岡安大仁, 他: 特集ターミナル・ケアの現状と将来. クリニカ, 11(6): 393~438, 1984.

司会 有難うございました。それでは第四席、「ターミナルケアにおける精神医学的諸問題」を医療短大の塚田先生お願いします。

表 5 平均入院日数

消化管	79.6
膵・胆・肝	71.2
肺	100.0
血液系	100.0
甲状腺	91.8
その他	76.4
平均	80.3

4) ターミナル・ケアにおける精神医学的諸問題

新潟大学医療技術短期大学部 塚田 浩 治

Some Psychiatric Problems of Terminal Care

Kouzi TUKADA

General Education, College of Biomedical
Technology, Niigata University

This paper reported that the role to be played by a psychiatrist exercising terminal care was to do psychiatric liaison work to the terminally-ill patient's mental disorders, problematic behaviors, anxieties and so forth. The paper also stated that an opinion

Reprint request to: Kouzi TUKADA,
General Education, College of Biomedical
Technology, Niigata University,

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通 2-746
新潟大学医療技術短期大学部

塚田浩治