

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

research conducted indicated a strong relationship between death and family and hence the necessity of death education for doctors and the common people.

Key words: terminal care psychiatric liaison work death education

ターミナルケア, 精神科リエゾン作業, 死の教育

## はじめに

ターミナル・ケアでの精神医学的役割を症例を挙げて述べ、次に1988年に施行した新潟県内の一般男女1851名、医師508名、看護婦656名を対象にした意識調査<sup>1)</sup>の結果を踏まえて、ターミナル・ケアの問題点を述べる。

### 1. ターミナル・ケアでの精神科医としての役割

厚生省・日本医師会の指針<sup>2)</sup>によれば、望ましい末期医療に関するケアとして①痛みの治療、②痛み以外の身体的症状のコントロール、③精神面でのケア、④生活面でのケア、⑤家族へのケアを挙げている。

この中で精神医学の関係するものと言えば精神面のケアは勿論であるが、痛みの背景に心理的なもの(例えば、不安、怒り、抑うつなどの感情)の影響で、いわゆる心因性疼痛が加重されることもある。家族の心理は、患者

自身の心理過程同様に、精神医学で言う「喪失体験」の心理経過であり「喪の作業」の体験でもある。また担当医師や看護婦などに言えない不安や悩みを、医学的に受け止める役割もある。

このようにターミナル・ケアでの精神科医の役割は、かなり重要な部分を担っているように思われるが、その役割の内容を纏めると表1のようになる。

このような事項が挙げられはするが、精神科医が関わるのはだいたいIの事項が殆どであり、実際には依頼も多くはない。それは次のような理由に因るものであろう。

Iの事項内容であれば、依頼する方も依頼される方も、従来の視点や方法で行え得るために比較的気楽であるが、その他の場合はお互いに不慣れた内容を持つ。

つまり、一般医は患者の持つ精神的な諸問題を、どのへんまで精神科医が関わり得るのか、その範囲が良くわからない。精神科医もどの辺迄の精神的な問題を受け入れられるか自信がない。ためにターミナル・ケアにかかわる精神科医への依頼が少ないということになるだろう。

しかし、先に挙げたように、人が病や死を受け入れていく時に「喪の作業」mournig work という心理経過のあることを精神科医は知識として持っている。病者の不安や悩みを聞き、癒していくためのカウンセリングや精神療法を手段として持っている。これは精神科医に特有な治療手段であり、精神科医は試行錯誤しながらも、積極的にターミナル医療に参加していく必要がある。

### 2. 症例から

私自身が扱った症例を表2に示す。この中での一例を述べる。

「白血病のため無菌室に約1年3ヶ月入院中の64歳の女性」の場合である。夫はいず、30歳過ぎの一人息子が時々訪れ世話をしている。一時的に良かった時点で白血病であることを告げる予定が、治療に反応せず長期になり、病名を告げるきっかけを失ったままている。

入院後次第に拒食拒薬向強くなり、看護婦や主治医の話しかけに対して、返事さえしない態度も見られるようになった。しかも、最近「毎日テレビがいつも同じ放送をしている」「下痢で出して貰った薬が他のものと同じだ」などといい、日長便器に座りチリ紙を沢山に使う。

表 1

- |                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| I. ターミナル・ケアの時期に現れる精神疾患の診断と治療          |          |
| ①反応性精神障害(問題行動を含む)                     |          |
| ア. 抑うつ反応                              | イ. 錯乱反応  |
| エ. 不安反応                               | オ. 心気反応  |
| オ. 身体化反応                              | カ. 妄想反応  |
| ②症状性精神障害                              |          |
| ア. 障害された身体疾患に因るもの                     |          |
| イ. 二次的な電解質障害や代謝障害に因るもの                |          |
| ウ. 薬物に因るもの                            |          |
| ③脳器質性障害                               |          |
| ア. 脳腫瘍                                | イ. 脳への転移 |
| II. ターミナル・ケアの時期の本人・家族・医療従事者への精神的援助    |          |
| ①がん告知や病状説明について精神科医としての意見具申            |          |
| ②治療中に生じた本人、家族の不安や不満、希望の解決             |          |
| ③治療者側からみた本人、家族の治療上の精神心理的弊害や問題点の解決     |          |
| ④living will を始め本人、家族の意思決定について精神医学的判断 |          |
| ⑤主治医および担当看護婦の不安、不満、困惑への相談             |          |



科医を紹介して欲しい」という希望は、5%前後に過ぎず、15項目の解答内のうち、14番目であった。(ちなみに15番目は「宗教家の紹介」で2%前後であった。)

医師側で、末期のがんの告知に積極的な賛成は約7%で、約46%が事情によると答えていた。

#### 4. 意識調査の結果について

一概に我々はターミナル・ケアというが、この時期には様々な病態がある。意識調査で見られたようなターミナル・ステージでの希望や期待を、医療者は与えてやれない場合もある。残された時間を有効に使いたいから末期のがんであれば知らせてくれ、と言われても、残された時間を希望通り有効に使えようような状態でないかもしれない。家族と一緒にいる時間を出来るだけ長くという願いを、どうしたらかなえてやれるのか。末期のがん告知を「事情により異なる」という医師達の考えは、こうした臨床上の実情と自信の無さの現れでもあろう。これは日本だけでなくギリシャでも同様な現象である<sup>3)</sup>。

今回の別の質問で、がんであることが不安なのは「治らないと思うから」だと、一般男女とも65%の人が答えていた。「がん」には尚そのようなイメージがつきまとうのも事実である。現在のターミナル・ケアでの問題点は、「医師に患者の精神面に対する配慮がたりない」という指摘があるが、特に身体的苦痛と死に対する医師の配慮が問題であろう。

宗教に心の安定をゆだねない日本人にとって、死をどのように迎えるかは、看取る方も看取られる方も、難しい。死が身近になく、一見遠くにあるような現代社会にあっては、死と真向こう決意が、なかなか出来ないのである。死の会話にも慣れていない。

精神面を癒す役割は、結局は家族と言うことになるのかもしれないが、死の経過を共に歩み、死を告げる役割を持つ医療従事者がまず死に対する哲学を要求されるのも、今の日本ではしかたがない事情であろう。それは精

#### 〔特別発言〕

昨年わたくしは新潟県医師会報に「人は何で生きるか」と題し一文を草した(平成元年1月7日号, No. 472)。「人は何で生きるか」とはややあいまいな表現であって「人は何によって生きるか」「何のために生きるか」など種々の解釈が成り立つであろう。わたくしはそれを十分

神科医にしても同じである。

末期がん患者のためのシステムについて、勤務医と開業医の見解の若干のずれは、死にゆく人へのお互いの責任のずれのようにも思われる。患者の希望を入れていくためには病診の揺るぎない連携がなくてはならない。それを可能にするシステムを真剣に考える必要のあることを、この意識調査は示唆している。

#### おわりに

精神科医のターミナル・ケアにおける役割と、意識調査にもつづいての末期がんに関わる問題点を述べた。精神科医を含め医師一般人への「死の教育」の必要性と、がん末期での患者に尚治ることへの希望があること、そして日本人の死と家族のつながりの強さについては、特に心に留めおくべきことと考える。

#### 参考文献

- 1) 塚田浩治, 小越和栄, 他: 新潟地方におけるがん告知と終末医療についての意識調査—一般人を中心とした結果について—. がん新病誌, 29: 39~46, 1990.
- 2) 厚生省・日本医師会編: 末期医療のケア—その検討と報告—. 中央法規出版, 東京, 1989.
- 3) Lavrentiadis, D. et al.: The Greek Cancer Patient's Knowledge and Attitudes toward His Diagnosis and Prognosis. Psychother Psychosom, 49: 171~178, 1988.

司会 有難うございました。次に、特別発言と致しまして、大学病院において血液・循環器・内分泌疾患の診療、研究、教育をなさっております第一内科の柴田教授に御発言お願い致します。

新潟大学医学部第一内科 柴田 昭

承知の上で、あえてこのトルストイの短編集の題名(中村白葉訳)を借用したのである。このなかで「長寿」の問題と共に当時厚生省が発表した「末期医療に関するケアの在り方の検討会」報告書に触れ、「単なる時間的な生命の延長を図るためだけの、いわゆる延命医療(単な