

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³⁾。

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

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、意識調査にもついでに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」の必要性和、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。

〔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

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

新潟大学医学部第一内科 柴田 昭

る延命医療)」に再考の余地があることをこの検討会が正面きって取りあげたことを高く評価した。おそらくこれが本シンポジウムの司会者の目に触れ、発言の機会を与えられたものと思われる。

しかしターミナル・ケアについて、わたくしに特別の考えがあるわけではない。ここでは問題提起の意味を含めて最近感じていることを述べて責をふさぎたいと思う。

昨年9月25日、わたくしの兄が66才で急死した。急性心筋梗塞であった。その前の2日間連休を利用して久しぶりに新潟へ帰ってきた。わたくしと二人だけで秋分の日のおだやかな午後、陽がおちて肌寒く感ずる頃まで縁側で話し込んだ。彼の専門は腎臓病学で、この年国立医療センター研究部長の職を停年退官し、春には某大学の新しい研究所に移ったばかりであった。彼は今後十年間の研究の計画を生き生きと語った。わたくしはこの時、兄弟で仕事を通じる幸せを感じた。帰京して25日の朝、いつもの様に弁当を持って元気で出勤して間もなく、研究室の机の上にうつぶせになっているのを発見されたのである。話し合った直後であっただけに、この事件はわたくしの心の深層に深い影響を与えた。

兄の死はわたくしに「人間は自分の死ぬときを予知できない」ことを改めて痛切に教えた。自分の死を予知できるのは死刑か、自殺か、安楽死ないし尊厳死といわれるものであろう。

兄のようなケースではターミナル・ケアの対象とならない。ある意味では理想的な死に方といってよいかもしれない。しかしターミナル・ケアを論ずる場合、避けて通れないのが「安楽死ないし尊厳死」である。この問題は近い将来、大きくクローズ・アップされてくるに違いない。

もう一つの死を語ろう。それは昨年4月の赤崎兼義先生の死である。京都大学の天野重安、東京大学の吉田富三と共に病理学会の三羽ガラスとうたわれた先生であったが、亡くなられる半年前に夫人に先立たれ、晩年の二年間位は Alzheimer 病のために物事の識別も困難であった。わたくしが伊東市の「ゆうゆうの里」の病院にお見舞に訪れた時は、かなりハッキリ応答され、病棟婦長は奇跡的と驚いていたが、その後は再びそうゆう状態には戻らなかった。名古屋市の教会で行われた葬儀の式場で、若い頃から非常にお世話になったわたくしは限らない淋しさを感じた。

先生の死を通して、わたくしは「人はその死に方を選

択できない」ことを再確認させられたのである。そしてこの二つの死により「人はいつかは死ぬものである *man is mortal*」ということをも身近な問題として感じた。

ターミナル・ケアとは何か？ 一般的には末期癌の疼痛や精神的側面と受けとられがちであるが果たしてそうか。ターミナル・ケアとは「近い将来死が確実と思われる患者」にかかわるすべてを包括したもっと広い概念ではないのか。そうだとすれば死ぬ権利、死に方を選ぶ権利、病名や予後を知る権利、安楽死ないし尊厳死、リビング・ウィルなど様々のむづかしい問題がこれに関係してくるものと思われる。「単なる延命医療」に再考の余地ありとした検討会の報告はこの様な問題をふまえてのものとなつたわたくしは高く評価したのである。

次に最近経験した2症例を呈示して問題提起に代えたい。

症例 1 53才の主婦。主訴は右肩と腰部の疼痛。家族歴、既往歴に特記すべきものはない。

現病歴。1989年5月上旬、両側の肩甲骨の裏側に灼熱様の疼痛が出現した。6月実家のある東京都の某病院整形外科を受診し、鎮痛剤を投与されたが改善しなかった。その後自宅（新潟県三條市）附近の接骨医を受診したが改善せず、近くの総合病院を受診、加療されたが疼痛は消失しなかった。その後1週間海外旅行に出かけた。帰国途中から疼痛増強し歩行困難となった。6月下旬、右側頭部に腫瘤が出現した。背部痛が増強してきた為、東京の病院を再受診した。頭部のレントゲン写真の所見から多発性骨髄腫を疑われ、同院内科を紹介された。内科で精査の結果、胃癌の多発性骨転移と診断された。また血液検査で高カルシウム血症がみとめられた。7月26日新潟に帰りそのまま当科に転入院となった。

入院時所見。右側頭部に 5.5×5.5×4.0cm の硬い腫瘤あり。顔色、結膜は貧血性であった。

検査所見では便の潜血は強陽性、中等度の貧血をみるとめ、末梢血中に多数の赤芽球の出現がみとめられた。血清カルシウム 12.8mg/dl、胸部レントゲンで CTR 62%、血液化学で軽度の肝機能障害がみとめられた。骨レントゲン像で頭蓋骨および骨盤に多数の punched out lesion をみるとめ、骨シンチグラムでは頭蓋骨、胸～腰椎、骨盤、両上腕骨、大腿骨に ^{67}Ga の取り込み像がみられた。

右腸骨骨生検組織像は未分化型の腺癌であった。胃内視鏡では胃体部前壁に IIc (like advanced) の所見がみ

られた。

家族と十分協議の上、患者本人には病名は告知せず、治療目的は専ら疼痛対策と高カルシウムの是正に置くこととした。本学麻酔科の応援を得て疼痛対策に万全を期した。その結果、入院後の約2ヶ月、この患者は殆ど全く疼痛に苦しむことなく、眠るように永眠された。

この例は家族の十分な理解と協力が得られたため、患者は末期癌であったにも拘らず、肉体的、精神的に苦しむことなく経過した。いわゆる「単なる延命医療」は行われなかった。しかしこの様な方針がすべてのケースにあてはまるとは言えない。人には百人百様の様々な考え方があるわけであり、また極端な例では王位継承問題から、小は遺産相続まで、単なる延命医療が必要になる場合もあるであろう。一方的に医師だけの判断で方針を決めるわけにはゆかない問題である。ケース・バイ・ケースで、基本は本人ないし家族との十分な話し合いと協力関係が必要と考えられる。

症例2 72才、男性。診断は急性左心不全、陳旧性前壁中隔心筋梗塞、狭心症および僧帽弁閉鎖不全兼大動脈弁閉鎖不全症。

家族歴、既往歴に特記すべきものはない。

現病歴。1976年頃から労作性狭心症があり、77年と79年に急性心筋梗塞の発作があった。1981年8月冠動脈造影で右冠動脈および左前下行枝の完全閉塞と回旋枝からの側副血行路がみとめられた。大動脈—冠動脈バイパス手術が奨められたが、同意が得られなかったため内科的治療となった。その後、狭心発作は頻回となり、1988年再度当科で冠動脈造影が行われ、回旋枝にも狭窄がみとめられ三枝病変と診断された。この時もバイパス手術には応じなかった。1990年1月14日深夜、狭心発作があり翌朝呼吸困難が現われたため救急車で当科に搬送されたが、搬送途中で心停止を来した。当科に到着した時は瞳孔散大し、呼吸および心停止の状態であった。

直ちに蘇生術が行われた。心肺蘇生術後、自発リズムが出現した。心停止時間は約20分とも40分ともいわれ、家族と救急隊員で異っていた。患者の意識は回復せず Brain anoxia によるいわゆる植物人間の状態で、今後の意識の回復は絶望と考えられる。家族は疲労し且つ今後の大きな負担に困惑しているのが実情である。

本例はターミナル・ケアという言葉で一般に連想される、いわゆる末期癌とは異なるが、立派なターミナル・ケア研究の対象になるものと考えられる。内科に限らず

脳外科その他でも同様の症例は多数存在する。

本例で問題となるのは蘇生術を行うべきであったか否かという点である。始めから社会復帰は不可能で植物状態になることが分っていれば、おそらく蘇生術を行われないであろう。しかし Sofar によれば心停止 (clinical death) 20分以内であるならば完全に社会に復帰することも可能であるとされている。全くもとに復するか vegetable state になるかを予知することは出来ない。本例の場合、救急隊員と家人の心停止時間に関する証言が合致せず、おそらく40分というのが正確であった可能性が強いが、いずれにせよ蘇生術後の結果がどうなるかを予知することは現状では困難である。

最後に指摘しておきたいのは医療費の問題である。前掲の症例1は1ヶ月300万円、症例2は130万円の医療費がかかった。この費用がターミナル・ケアに要する費用として高いか安いかは意見の分かれるところであろう。

経済効率という面からだけで医療を考えるのは明らかに間違いである。しかし医療もまた人間の重要な経済行為の一つであることも確かでこれを無視することは出来ない。

白血病研究の権威である Gunz (1980年) の言葉を引用してこの稿を結びたい。「治療費は常に上昇していくと考えるのが現実的である。数年前アメリカの病院の1人の急性白血病患者の全医療費は4万ドル (560万円) であった。より新しい、より費用のかかる技術が加わってその多額の費用に更に多くが追加されることだろう。恐らく地域社会が比較的稀な疾患の研究や治療の為に法外な費用を引き受けることを拒否する時が来るであろう。医学的優先権の再配分が必要になるかもしれない。公的政策のその様な変化は白血病の問題のアプローチに根本的な変化を強いるであろう。」

これは、現在かなり治療の可能性が出てきた白血病での治療費用と見返り (cost effectiveness and reimbursement in patient care) の話である。回復の見込みの全くないターミナル・ケアについての費用を我々はこの様に考えたらいのであろうか。

司会 有難うございました。それでは次に、肺癌や腎疾患の診療、研究をされています第二内科の荒川教授に大学の教育者の立場で特別発言をお願い致します。