

6) 精神科からみた Quality of Life

新潟大学医学部精神医学教室 (主任: 飯田 眞教授)

森田 昌宏・須賀 良一
滝沢 謙二

Psychiatric View to Quality of Life

Masahiro MORITA, Ryoichi SUGA, and Kenji TAKIZAWA

Department of Psychiatry, Niigata University School of Medicine
(Director: Prof. Shin IHDA)

Psychiatrists have been confronted with a difficult task to help psychiatric patients adequately adapt to their social environments. Thus, it is necessary for psychiatrists to make efforts persistently to improve Quality of Life in psychiatric patient. The present paper describes two types of problems concerning QOL from the viewpoint of Consultation-Liaison Psychiatry.

The first problem frequently occurs in the case of chronic schizophrenia associated with severe physical illness. There are some obstacles resulted in settings of medical and surgical treatments for their physical illness, since schizophrenic symptoms (loss of spontaneity, disturbance of reality-testing and so on) injure their ability of cooperating with medical staffs. For a successful treatment on their physical complications, physicians should ask psychiatrist for collaboration and set up an adequate goal of treatment and rehabilitation in consideration of their mental and physical aspects of disabilities.

The second is psychosocial problems, including a refusal to medical treatments, an interpersonal trouble with the medical staffs, a suicidal act and so on, that sometimes occur in the patients suffering from chronic and severe physical illness. It is useful to apply psychiatric approach to a solution of these problems. In this approach each patient is appreciated comprehensively as an unique existence who has his own personality and life, and treated with focusing on the therapeutic relation between patient and therapist.

Key words: quality of life, consultation-liaison psychiatry, chronic schizophrenia, psychosocial problems, therapeutic relation between patient and therapist, クオリティ・オブ・ライフ, コンサルテーション・リエゾン精神医学, 慢性精神分裂病, 心理社会的問題, 患者-治療者関係.

Reprint requests to: Masahiro MORITA,
Department of Psychiatry, Niigata
University School of Medicine, 1-757,
Asahimichi-dori, Niigata-shi, 951 JAPAN.

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通 1-757
新潟大学医学部精神医学教室

森田昌宏

I. はじめに

精神障害は人間の社会適応の障害としてとらえられる。そのため精神障害の治療は患者の社会生活あるいは人生全体への深い配慮なしに成立しない。例えば精神科における代表的な疾患である精神分裂病は、青年期に発病し患者の社会適応を大きく障害する。分裂病はいわば Quality of Life (以下 QOL と略) そのものの障害である。従って、いかにして患者を社会に適応させ、その QOL を高めるかということがその治療の焦点であった。ところが精神科では QOL という言葉はほとんど語られない。もともと社会適応の障害という視点から患者の治療に取り組んできた精神科では、あえて QOL という概念を取り上げる必要がなかったためなのだろう。

最近、コンサルテーション・リエゾン活動などを通じて、精神科医が他の科の医師と共同で診療にあたる機会が増えてきた。そのような場において QOL の問題を再認識させられることが多い。その1つは精神障害、とりわけ慢性分裂病患者に重篤な身体疾患を合併して他科に治療を依頼する場合である。もう1つは慢性あるいは重篤な身体疾患の経過中に、心理・社会的な問題、とりわけ患者の治療拒否や治療への非協力などが生じた場合である。このような問題の解決に精神医学的経験が稀ならず役立つことがある。以上の観点から、QOL を考慮した各科の治療方針に対して精神科の立場から貢献できるものを求めてみたい。

II. 慢性精神分裂病患者における身体合併症の治療

慢性分裂病の主症状は感情鈍麻、思考障害、無為・自閉などで、人格水準の低下が目立つ。患者の社会的機能は大きく損なわれ、長期入院を余儀なくされる場合もしばしば見られる。その治療は社会復帰を目標としたリハビリテーションが主体である。

このような慢性分裂病患者に慢性のあるいは重篤な身体疾患、例えば悪性腫瘍、虚血性心疾患、慢性腎不全(透析)、脳血管障害、糖尿病、肺結核などが合併すると、患者は二重の障害を負わされたことになる。慢性分裂病患者では、身体合併症の治療上さまざまな問題点や困難を生じやすい。その理由を以下にまとめる。

- ①能動性低下のため身体不調をあまり自分から訴えないこと、神経遮断剤の作用により自律神経症状が抑制されることなどから合併症の発見が遅れやすい。
- ②日常身の自立が不十分で、個人衛生を保ちにくい。
- ③理解力、判断力が劣るために検査や治療に同意しないことがある。
- ④治療意欲に欠け、積極的に治療に協力しない。
- ⑤医療

スタッフや他の入院患者と意志の疎通が十分にとれず、病棟生活にうまく適応できないことがある。⑥精神科治療の中断により、精神症状が再燃、増悪することがある。

⑦精神障害者であるとみなす周りの人(家族、他の入院患者、医療スタッフ)の先入観が治療の遂行を障害する。(例えば、大した問題行動でなくても周りから精神症状の悪化と見なされてしまうことなど)従ってこのような点を考慮しつつ、慎重に治療方針を考えていく必要がある。

ここで慢性分裂病に身体疾患を合併した症例を提示し、その対応についても述べる。

【症例】54歳の女性。慢性分裂病で20年余りに亙り精神病院に入院していたが、子宮体癌を発見され、婦人科に転入院。しかし精神症状が悪化し検査を拒むなどの問題が生じたため、精神科医も一緒に治療にあたることになった。時間をかけてゆっくりと説明してゆったり検査の日程にもゆとりをもたせるなどの配慮をした。また術後のリハビリや日常生活への再適応に限界があることも考慮して主治医と治療方針を検討し、広範切除を行わず準広範切除にとどめたり radiation を避けるなどの配慮をした。その結果、術後の管理やリハビリは順調に進んだ。

慢性精神障害者の身体合併症治療における留意点を以下のように整理してみる。

- 1) 精神症状の再発・増悪を防ぐための対応：①精神科治療を中断しない。②不必要な心理的負荷を与えないよう、検査や治療を行なう際に注意する。③再発・増悪時には直ちに専門の治療を受けさせる。
- 2) 患者の理解力、判断力が劣ることへの配慮：①不信任や敵意を持たせないよう、良好な患者-医師関係をつくる。②具体的かつ平易な表現でゆっくり説明するなど、理解させるために工夫する。③患者本人に高度な判断(治療法の選択など)を無理に求めない。④患者を監督あるいは援助したりしてくれる保護者を確保し、緊密に連絡を取る。
- 3) もともとの社会適応レベルを配慮した治療方針：①合併症発病前の社会適応レベルを正確に把握する。②無理な治療目標、リハビリ目標を設定しない。③それまで本人が利用していたケアシステムを引き続き利用する。(精神科医療機関、保健婦、ケースワーカー、デイケア、作業所など)

われわれ精神科医は、慢性分裂病患者だから生命の価値が劣るという見方は決してせず、合併症の治療にも力を尽くすべきだと考えている。上記の諸点に注意しつつ、

合併症の適切な治療方針を決める必要がある。

III. 身体疾患の経過中に生じる心理・社会的な問題への対処 (コンサルテーション・リエゾン精神医学の立場から)

身体疾患、とりわけ慢性、重篤な身体疾患の経過中に生じる心理・社会的な問題は次のように整理される。

- 1) 精神症状：不安、抑うつ、情動易変性、妄想様観念
- 2) 治療上の問題行動：①なげやり、消極的な療養態度、②指示を守らない、非協力、③治療拒否、④医療機関の渡り歩き、
- 3) 自殺や自殺企図
- 4) 患者と家族や医療スタッフとの間の対人関係の障害

このような問題はさまざまな要因が絡み合って引き起こされるのだが、その主な要因は、①生命への不安、死の恐怖、②医療スタッフへの不信、③生活への不安、④検査や治療への苦痛や不安、⑤制限された生活への苦痛などである。ではこれらに対してどのような対処の仕方があるのだろうか。

1つは患者の要望に十分配慮しつつ、患者に苦痛や負担を与えずしかも十分な治療効果の得られる治療方法を選択することである。さらに医師が患者の不安や疑念を受け止め、治療や検査の必要性和それに伴うリスクを正しく理解させる工夫をすれば、検査や治療への苦痛や不安、制限された生活への苦痛などには対処できるだろう。

一方、生命への不安や死の恐怖への対処はターミナル・ケアにも関連し、倫理、哲学、宗教の領域まで拡がりを持つ。確かに精神医学は人間の心を扱う医学であるが、かといってターミナル・ケアなどに今すぐ役立てられる有効な手段や解決策は持っていない。精神科医も今後、この領域に地道に取り組んでいかなければならない。

精神科医が問題解決に最も貢献できるのは、患者が主に心理的な問題から闘病生活に適応できなくなったり、医療スタッフや家族との関係にトラブルを生じたときであろう。精神医学のなかでも特にこのような分野を担当するのはコンサルテーション・リエゾン精神医学である。コンサルテーション・リエゾン精神医学とは、精神科医が他科の主治医からの要請に応じて心理・社会的な問題をもった患者の治療について助言したり、さらには他科の医療チームの一員に加わって患者の治療に参加する活動を指す。コンサルテーション・リエゾン精神医学は以下のような方法をもって、身体疾患の経過中に生じた心理・社会的な問題の解決にあたる。

- 1) 患者個人への直接的な働きかけ：①患者の精神状態および患者を取り巻く状況を評価し、問題点を把握する。

②患者への共感、支持。③必要に応じて個人精神療法に導入することもある。

2) 主治医へのアドバイス：①患者の精神状態および患者の抱える問題について評価し、その結果を伝える。②それが治療方針に反映するよう主治医に助言する。

3) 患者と医療スタッフの関係調整：①看護婦へのアドバイス。②チーム・ミーティングなどで方針を検討。

4) 患者と家族の関係調整：①家族の状況、問題点を把握する。②家族カウンセリング、家族療法。③家族を介して、職業上あるいは経済的な問題に対処する。

IV. 患者に対する精神医学の視点

ではコンサルテーション・リエゾン精神医学およびその母体である精神医学は、どのような視点から患者をとらえるのだろうか。

その1つは患者の全体性、個性性、歴史性を重視する視点である。1人の生活者としての患者は、横断的にみると家族、職場や友人、地域社会といった環境に包まれ、空間的な拡がりを持った存在である。また縦断的にみると患者は歩んできた人生の重みを引きずっており、時間的深みを持った存在である。患者は1個の人格であり、その人独自のやり方で環境に適応し、危機的状況に対処している。さらにその人独自の生きがいや価値観を持っている。このように患者を全体としてみる目が重要である。

次に、精神医学においては患者-治療者（医師）関係が常に治療の焦点にある。医師が患者の気持を理解する、共感するということが治療の出発点である。医師が患者に大きな心理的影響を与えるのは当然であるが、医師も患者から影響を受け、意識的あるいは無意識的にそれに反応していることを見逃してはならない。従って医師は治療関係において生じていること、例えば患者が医師に向けている感情あるいは自分が患者に向けている感情などを正しく自覚している必要がある。しかし医師がこの点に注意しなかったために、例えば患者が無理な要求をして医師を振り回したり、治療を拒否したり、あるいは自殺を試みるなどさまざまな行動化を起こしてしまうことがある。精神医学、特に精神療法の領域では患者-医師関係に関して経験が深められ、さまざまな理論や技法が提出されている。それは心を病む患者の治療のみならず、身体の病気に苦しんでいる患者においても大いに効果を発揮するものと思う。

さて患者-医師関係の重要性を述べたが、実際に病棟に入院している患者を見ると、患者は主治医だけでなく家族をはじめ看護婦やヘルパー、付き添い人、他の患者

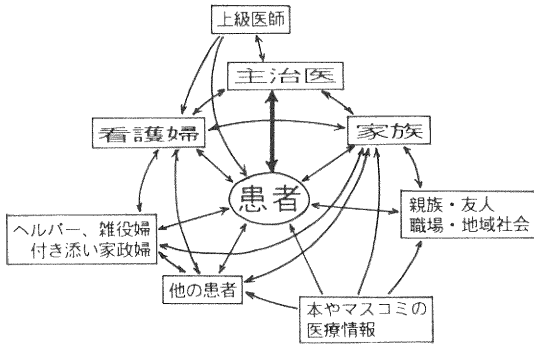


図1 入院中の患者をめぐるネットワーク

など多くの人間関係の絡み合いの中で生きている。従って医師は自分と患者の関係だけでなく、患者を取り巻くダイナミックな人間関係のネットワーク全体に注目しなければならない(図1)。このネットワークの各要素間との関係調整により患者の抱えている心理・社会的な問題解決を図ることは、コンサルテーション・リエゾン精神医学の重要な技法の1つでもある。

V. 精神医学の立場からみた QOL

QOL という概念は幅が広く、なかなかその全容をとらえ難い。河野はターミナル・ケアと QOL を論じた中で¹⁾、「QOL の質が高いということは、人間としての欲求が可能な限り満たされ、しかも可能な限り快適な状態におかれること」であると述べている。QOL に対して具体的にどのようなアプローチが可能なのだろうか。1つは各科の治療技術や治療方法の選択において最大限に患者の立場を反映させるという主として治療技術面からのアプローチがある。それは主に患者の生活の質としての QOL を対象とする。また QOL にはきわめて倫理的、価値的な側面、いわば生命の質としての QOL も存在する。

これらとは別に、精神医学、医学心理学、精神療法理論などを背景として、QOL に対してまた一つ違ったアプローチができると思う。この心理的なアプローチは、患者を1人の生活している人間として全体的、包括的にとらえ、患者を取り巻く諸条件を考慮しつつ患者-医師関係を核にして治療を展開し、患者の QOL を高めるために心理的な面から患者を支えるのである。

このように QOL に対してはさまざまなアプローチが可能である。QOL の概念をさまざまな方向から少しずつ具体化し、明確化していくことが重要であると思う。

付 記

ディスカッションの際に、司会者より癌告知問題に関連して「患者に希望を持たせ続けることは患者の心理上好ましいことかどうか、精神科医の立場からどう考えるか」と御質問をいただきましたが、その場での確かな返答ができませんでした。この問題につきあらためて検討してみましたので、御報告申し上げます。

田島先生の御質問は「患者に最後まで治療の希望を持たせ続けることの是非」という問題であったと記憶しています。もちろん治療への希望は患者にとって生きる依りどころ、闘病の原動力であり、それは最大限尊重されなければならないものと思います。しかし臨死患者の心理やターミナル・ケアを考えると、医師が患者に死を隠し通して治療の希望のみを持たせ続けることが常に好ましいとは限りません。例えば Kubler-Ross は臨死患者の心理反応の経過を、①否認と隔離、②怒り、③取引、④抑うつ、⑤受容に分けています。もちろん、死を受容することがすべての症例にとって最終目標になるのではなく、やはりその人のパーソナリティ、人生観、価値観などに応じて、死を隠し通したほうがよいケースも多いと思います。しかし患者が治療の可能性のみを求め続けるとしたら、それは自分の死を頑なに認めようとせず現実から逃避することであり、Kubler-Ross の言う否認と隔離の段階にとどまってしまうことを意味します。もしその患者に、自分の人生を振り返ったり、やり残した仕事を片付けたり、親しい人と別れを告げたりして最終的に死を受容する可能性が少しでもあるとすれば、患者がしだいに自らの死を受け容れていくように援助するのが医療従事者の務めかもしれません。

以上まとめますと、患者に治療の希望を持たせることは重要だが、それとともにケースによっては患者が死を受容していけるよう援助するのが必要な場合もある、ということになります。

最後に、本稿をまとめるにあたって御指導、御助言をいただきました新潟大学医学部精神医学教室の飯田眞教授、内藤明彦助教授、新潟大学附属医療短期大学の塚田浩治教授に感謝申し上げます。

参 考 文 献

- 1) 河野友信: QOL とターミナル・ケア. メディカル・ヒューマニティ, 2: 18~22, 1987.

司会 ありがとうございます。先生は、最後に QOL の促え方、解釈の仕方は必ずしも一義的でないと、いうことをお話下さったと思います。さて、十分時間をとったつもりですが、いつものように大分時間が少なくなってしまうのですが、あと20分くらい討論していきたいと思います。私、始めに申しましたように、この問題は大学病院や専門医では見失われやすいが、非常に大切な概念だと思います。これについて全臨床科の先生からお話し頂きたかったのですが、時間の制約上、私が適当に選ばせて頂いたわけです。まず、お話し頂いた順序に従って和泉先生から、お話し頂いた内容や関連問題について、質問なりご意見を頂きたいと思います。和泉先生のお話に対して、ご発言はありますか？特にないようですので、私から、1、2質問させていただきます。慢性心疾患では、治療により完全に治癒することは少なく、長時間 care しなくてはならない例が多いと思いますが、年齢にもよるでしょうが、肉体的ストレスと精神的ストレスを考慮して、罹患前の職業に復帰させてよい場合と悪い場合が、疾患別に差があるでしょうか。

和泉 田島先生の質問に答える前に、心疾患に対しては誤解もあるようですので、2つのエピソードをお話します。1つは、慢性心疾患の人達が身体障害者としての申請に福祉事務所などに相談に行きますと、拒否される場合があるわけです。それは1つは外見が健康人と変わらないじゃないか、身体障害者というのは手が動かないとか、歩けないとかの理解しかしてない場合があるのです。心疾患患者の場合には、停留所でバスがすぐ発車することがわかっている、労作時に心不全症状が出るために間に合わないことが間々あるわけです。それに少し休めば呼吸困難がとれてしまいます。ですから、わずかな休憩をとりながら福祉事務所にも行き、バスにも乗れる、という段階で生活しているというのが事実であります。次に明らかに重度の心疾患とわかる NYHA IV 度が続いている方というのは、今の技術をもってしても95%の人が6ヶ月以内に死亡してしまいます。ですから、声として反映されてこないという側面がございます。で、質問に直接答えたいと思うんですけど、私達が基本的に考えている心疾患の治療方針というのは、その人が前におかれていた家族の状況、社会の状況にそのまま帰してあげる、というのが私達の設定であります。ただ、そういう形で戻せない人達が、先程示しましたように運動能で測りますと、ああいう風に表れてくる。その中でも、慢性の心筋不全という形で残った人達に対しては、私達は今はなすすべがないというのが現状であります。しか

し虚血性心疾患のある種のものに関しては、その人の諒解さえ得られれば、元にした立場へ戻れる方法があるということでもあります。ただ、それを採用する場合には、心疾患でございますのでどうしてもリスクを避けることができない、という足カセがあるという風にお考え頂ければ結構だと思います。

司会 すると、色々な検査データからある範囲にあれば、ある程度のリスクはあるが、罹患前の活動状態に戻れることは専門家の立場として可能であるという事ですね。

和泉 そういう疾患が出てきた、というだけです。

司会 ではその典型的なものは、何でしょうか。

和泉 虚血性心疾患の前下行枝の病変です。

司会 どうもありがとうございました。それでは下条先生のお話に対して、何かご発言ありませんでしょうか。では私から一つ。先生もお述べになりましたが、できるだけ透析に使う時間を短くして、年齢が若ければ、透析開始前の仕事に復帰している患者はかなり多いわけですね。

下条 透析に入ってくる患者さんに対しては、我々は原則的に仕事を失わないように指導します。特別な合併症がない限り、元の職場に戻りますが、いろんな理由で職場を変更する、無職になるという患者さんも実際はかなり多い。約3割は、元の職を続けるが、残りの7割は仕事を辞めたり、或いは仕事を変えてしまうという現状です。医療スタッフは、患者さんを励まして罹患前の職場復帰を指導しています。

司会 一般に、職場で停年になるのは60才か65歳ですね。それ以前の年齢の方なら、職場に復帰できるがそれ以降の年齢の方に生甲斐を与えることは、非常に難しいと思います。生きがいを失ってしまうと、例えば社会福祉が非常に進んでいるスカンジナビア諸国などでも、自殺率はかなり多いですね。60才ないし65才以前の方とそれ以降の透析患者の概数はどちらが多いのですか？

下条 60才以後の人は大体28%で、7割位は60才以前の方です。今日あまり詳しく述べませんでしたが、糖尿病性腎症の患者さんは、腎不全以外に視力障害で目が見えなくなる、末梢神経障害がある、透析をする。このような2重3重苦の方が増えてきました。若年発症の糖尿病の方は、丁度30才位にその時期になります。目が見えない、透析をこれから何年もしなくてはならないということで、自殺されてしまいます方が、我々の身近にも後を断たない状況です。

司会 職場に復帰することが困難な方の生きがいを保持するのは、なかなか大変なことですね。

下条 はい。主治医1人の力では、どうにもならないと感じることが多いと思います。

司会 それをですね、何かシステム的にアプローチしようというようなお考えが、先生方専門家の中にあるのでしょうか？

下条 いくつかの試みがあります。現在我々が考えているのは、透析患者さんが社会復帰するための役割分担です。全ての患者さんを入院させて透析するのではなく、各地域医療を充実させ、家庭とか社会に密着した治療にすべきであるという事です。各地域の透析施設の充実、すなわち家から近い所で透析し、家庭でいる時間を多くする、或いは CAPD を普及させるというようなことで、生きがいのある透析生活をおくる。しかし、身体的に通院治療できるけれども、近くに透析施設がないため長期入院を余儀なくされるという様な方も、実際は新潟県内にかかりおります。

司会 ありがとうございます。ご発言の方どうぞ。

佐藤 今の下条先生のお話して、透析患者で腎不全という障害をうけられて自殺企画をするとのことですが、リハビリの中でも頸髄損傷とか対麻痺とかでも同じなんです。必ず障害をうけますと、ある時期、非常に落ちこんで、自殺とかそのような事を考えるケースが多いわけです。私達の場合は、脊髄損傷患者に対して本人に、障害を説明することが必要となりますが、これは癌の宣告などとも関連しますが、ある程度、私自身は患者に対して障害をなるべく宣言をするようにしています。宣言した段階で、車椅子の生活になった時にどういう事まで将来自分で出来るようになる可能性があるか、という事を充分話してやります。その説明には、かなり時間をかけますが、30分でも1時間でもそういう説明をしてあげます。それでもやっぱり納得しない場合も多いのですが、というのは、私達が健常者であるという事で、「先生は、そう言いますが、あなたは足が動くじゃないのか。」という事を、患者はよく言います。そうなりますと、あと私達がたよれる手段としては、他の同じ様な障害を受けて立派に社会に復帰している人とか、ある程度生きがいをもって生きてる人（障害者）に、実際に来てもらって話をしてもらおうと、それだけで解決する場合もかなりあります。だから、透析の患者でも同じなんです。患者のサークルのようなものがあると思うんです。そういう人達の協力を得ていとか、そういう人達に来てもらって話をしてもらおうと、やはり同じ悩みをもって克服して

いった人が沢山いると思うので、そういう人の悩み、経験談を聞いてもらおうというのは、非常に役に立つのではないかと思います。

司会 今、佐藤先生のおっしゃったことは、一般論として、ひどい奇形児をもった親とか、ちょっとしたケガから頸髄損傷になり手足が全く動かなくなったりすると、初めはこんな不合理ことがあるか、とものすごくいら立つ。でも、そのうちに現状を受容するようになってくる。そこまでは、大抵のケースでいくのですが、それから与えられた新しい環境で、できる限り積極的に生きる価値を見い出そうという所までいくケースが、どれくらいあるか、そこまで何とかもっていく事が大切だということになりますね。それでは、次は第一外科の鈴木先生のお話についての討論に移ります。最近ますます大きく取り上げられている癌の告知の問題ですが、外科学会としてのコンセンサスがありますか？故堺教授が当地で癌治療学会の会長をされた時、ご自身が全摘不能な胃癌にかかっておられたのをご存じなく、告知の問題をシンポジウムにとり上げられたエピソードは、ご存じの先生も多いと思います。過日、竹内教授が会長をされた同学会の時も、同じような告知の問題が再びとり上げられておりますが、外科学会においてコンセンサス的な考えはどういう風になっているのでしょうか。また、先生ご自身の考えはどうでしょうか。私は個人的には、告知する方にもっていかざるをえないように思います。というのは、現在のように医学知識がテレビ、雑誌、あらゆる所でとり上げられ、癌の化学療法について解説されていると、インテリの患者に対して自分が受けているのは癌の化学療法であるという事を、隠しとおせることはほとんど不可能ではないかという気が致しますが、その辺の所についても先生ご自身のご意見も含め、簡単にお答えいただきたいと思います。

鈴木 各施設の責任者の先生方、例えば教授などといった立場におられる先生方では、告知していない方が多数を占めているのが現状ではないかと思います。本日は、胃癌の中でも胃全摘を受けられた方を例として検討いたしました。一般的な消化器外科領域におきましては、本来告知すべきなのではないかと思われる方ほどメジャー・サージャーリーを必要とする場合が多いのが現実です。食道であるとか、脾・肝とか、要するに臓器切除量が非常に多くなって術後の障害も多くなるような手術をしなくてはならない人は、術後の事を考えて、病気の事、手術の事などを充分に説明して患者さんの協力を得るよう努めるのが望ましいのですが、一方では予後が不良の場合

が多いですので、告知はどうかと考えざるを得なくなる。早期癌、特に胃癌とか乳癌の場合には一乳癌の人は体表の病気ですので、患者さん自身大体癌だとわかっておられることもありますが一こちらがそれとなく匂わすこともありますし、癌だと言うことも実際ございます。化学療法などを行なった場合など、患者さんがどう思われるかという事についてですが、消化器癌の場合は患者さんが自分で外から見てわかるのは、実際上、お腹に残った傷だけです。先生も今おっしゃいましたが、術後かなりのハードな化学療法をやりましても、自分が癌だとわかる方は一これは私の印象ですが一ほとんどおられないように思います。逆にいいますと、そこが重要な問題なので、今回のアンケート調査でもございますように、手術も含めていろいろの治療に対して満足しているかどうかといった質問をいたしました時に、患者さんによっては不満が残らざるを得ないということにもなります。ご自分が癌だと御存じない、傷はほとんどきれいに治っている。ところが、現実にはいろいろの症状が手術後に生じてくることが多いですから、不満に思われるということで難しい問題だと思います。私も患者さんに説明する時に、最も苦しむ所でもあります。

司会 どうもありがとうございます。次に、私の専門領域にも関係ある例として、乳癌の場合ですね。以前は非常に radical に切除して腋窩リンパ腺なども radical に郭清して、術後ものすごい上肢の浮腫や知覚運動障害が現われてしまう事も多かったですね。今は大胸筋なども残して、縮小手術をされている場合がかなりあるようですが、今までの所、予後に差があるのでしょうか。

鈴木 私達の教室で、乳癌に対する縮小手術を行うようになりましたのは、国内の乳癌はある程度専門的に扱っております諸施設に比較して最近のことです。また、現時点においても、これらの施設よりは stage の早いものに限定して行っております。乳癌に対する縮小手術は、欧米からまず日本の乳房外科の専門施設に取り入れられ、その後、私どもの所のような施設でも行われるようになってきているのですが、その予後は特に早期の症例においては、従来行われてきた根治的乳房切断術施行例の予後と、有意差がないとされています。実際、stage が I ないし II といった比較的早期の乳癌症例では、縮小術式を適応すべきであるといった考え方が、現在の日本での趨勢になりつつあると考えられます。

司会 それからもう 1 つですが、先程、先生のおっしゃった、癌は告知しなければ患者は自覚しないのではないかと、という事で一。

鈴木 いや、そうではなくて、患者さんは御自身が癌だとは思いたくないという心情が働くことが多いのではないかと、ということだと思います。

司会 そういう事ですね。思いたくないので、はっきり言われなければ 80% 位、癌だと思っただけでも、あと 20% 位は癌じゃない可能性があると思っただけで…。そのことが、サイコロジカルに良い…という事でしょうか。

鈴木 いいえ、必ずしも良い事だとは思っておりませんが…。私自身、自分では明確な答えはなかなか出せないでいるのが現状です。

司会 これについては、森田先生、精神医学的立場から見ると、10% でも 20% でも好ましい方の可能性があると考えられる事は、精神衛生上よろしいということになるのでしょうか。

森田 治る可能性ばかりを追いかけていたら、究極的に死の受容に至る過程の途中でとどまってしまうことになりやすいので、好ましくない場合もあると思います。もちろん（ガンであることを）隠して、「必ず治る」と励まし続けたほうがよいケースも多いと思いますが…難しい問題なので充分に答えられません。それから、今の話題に関連してですが、先日、医療短大の塚田教授を中心として、癌告知とターミナルケアに関するアンケートを、私達コンサルテーション・リエゾンのグループで行いました。簡単に結果を御紹介します。アンケートの解答者は勤務医が 300、開業医が 200、計 500 人という構成ですが、末期の癌患者に事実をはっきり告知すべきかどうかについては、絶対的否定ないしは消極的否定が 30%、絶対的肯定及び消極的肯定が 15%、残りのうち 45% は事情により異なる、というデータです。どちらかというところ、開業医よりも勤務医の方に、また、どちらかというところ、年配のドクターより若いドクターの方に、告知すべきという意見が多いようです。自分が末期癌の場合、告知してほしいかどうかについては、6割が告知してほしい、2割がしてほしくない、残り 2割はわからない、という様な結果です。

司会 どうもありがとうございます。次に、渥美先生のお話につきまして、何かご発言ございますか。これも私の考えですが、筋萎縮性側索硬化症（以下 ALS）のような進行性の疾患に罹患して、何らかの形で生きがいをもてる方はいいと思うのですが、それが持てない患者にどういう風にアプローチしていいか。肉体的生命を維持する手段が進歩したことはわかりますが、やはり QOL の観点から、生きがいをいかにしてもたせるかが、一番難しい問題ではないかと思いますが、渥美先生、いかが

でしょうか。

渥美 ご指摘の通りで、その辺の結論はまだないだろうと思います。ALSの患者さんを見ている限りでは、物理的に自分でできないということもあるかもしれませんが、自殺するという傾向はあまりないと思います。実際には、レスピレーターをつけていて、さらに進行性の状態であっても常に何らかの希望を持っているというのが現状だと思っています。実際に医者が見ている程、客観的に病気を認識していないという面はあるかもしれないのですが、毎日、そのレベルで何らかの希望を持っているというのは確かなのだらうと思います。

司会 それからもう1つ、私どもの専門的立場からの率直な考えを述べさせて頂きたいのですが、確かに進行性の、例えばALSのようなものも、最近では以前に比べるとかなり長生きする傾向があります。それで、癌患者と対比してみますと、後者だと5年生存はかなりの進歩とみなされることを考えると、それくらいの期間生きられる神経変性疾患患者は少なくないわけですから、やはり生きていく間できるだけQOLを高めるために、残存能力を強化するためのリハビリとか、手術的機能再生、例えば手がきかなくなったら、機能している筋肉を移し変えれば、徐々に麻痺が進行するにしても相当期間は、機能を良好に維持できるのですね。このような「治療」Orientedなアプローチが、率直に申しますと神経内科の先生には、比較的少ないのではないかと思います。いろいろな気がいたしますが、いかがなものでしょうか。

渥美 まあ、具体的になかなかする方法がないというのも現実ではないかと思っています。慢性腎不全の末期に、透析なり人工腎を導入した時代が、今、アミトロにレスピレーターをつなげている時代に似ているのではないかと、ということ強く感じているわけで、その先で腎不全の腎移植に対応する手段に何があるか、というのはいくらなのではないかという気がします。

司会 私のアメリカにおける経験で、例えば頸部の筋肉が麻痺してきて、頭が重力に抗して維持できないという場合には、頸椎の固定術をすとか、先程述べたように手足の麻痺に対しては機能している筋肉を移し変えるとか、そういう事で相当期間QOLが保たれる。このような事については、整形外科医やリハビリ医がもっと積極的に神経内科医にアプローチしていくべきだと考えておりますが…。

渥美 先生の言われる通りだと思います。まだ現在は、ALS患者の末期の状態に、レスピレーターをつけて車椅子で動かしていこうという事が、通常の状態であると

いう認識になっていませんので、そのようになれば、先生が言われるような事がすぐ問題になるんだろうと思います。現実には、まだ介護の力というのがほとんど足りず家族がつきそって、病院の看護婦と何とかやって維持しているのが精いっぱい、という事で、その上のレベルにもっていくには時間がかかるというのが現状ではないかと思っています。実際は、受動的に寝たきり状態で、やっ何とか呼吸器につないでいるというのが現状で、やはりその次は先生がおっしゃる様なレベルにもっていくのが、是非必要な事項ではないかと思っています。

司会 どうもありがとうございました。他に、渥美先生に対して、ご発言はございませんか。では次は、佐藤先生のリハビリに関してですが、何かご発言はございませんか…。なければ私から1つお聞きしたいのですが、在宅ケアが盛んに強調されているのですよね。勘ぐった見方をすれば、大学病院などの費用のかかる病院に入院を続けさせたのでは、医療費がかさんでたまらない、と厚生省のお役人にはそういう発想があるのかもしれないのですが、ところが、在宅ケアは決してそんな安上がりにはできるものではないと思うわけです。只今当県では社会福祉協議会の委員をしておりますが、当県では在宅ケア、コミュニティ・ケアを促進しようとしています。これは、老人も先程話題にした進行性神経疾患も、脊髄損傷も、或いは生まれつきの障害児もみんな一緒に在宅ケアを考えているようですが、在宅ケアといっても今は核家族化していて、私もそうですが、先生方の中にも奥さんと2人だけの家庭があるのではないかと思います。そういう状況では在宅ケアは極めて困難ですし、田舎で2世代一緒に住んでいる家庭では、お嫁さんの負担が極めて大きくなるわけです。そうすると、お嫁さんの人権はどうなるのだという事になって、実際上は在宅ケアもなかなか困難な事もあるのです。在宅あるいはコミュニティケアの根本的精神は、どういう種類の障害者—例えば老人であっても、先天異常者であっても、重症心障害者であっても、お互いの立場をよく理解して思いやりをもって、皆が一緒にコミュニティで暮していこうということであると私は思います。しかし、一方の厚生省は、在宅ケアにした方が安上がりになると考えているように思われますが、その辺の所を。リハビリの立場からどうお考えですか。

佐藤 在宅ケアというのは、色々な意味が入ってしまうのではないかと思います。例えば、リハビリの医者の立場から考えますと、施設入所と在宅ケアを比べて考えれば、リハビリテーションそのものというのは、やは

り社会に戻すということですから、家庭に帰してやる在宅ケアが根本となります。しかし、厚生省などで考えている、在宅ケアを進めている理由の1つは医療費の削減でありまして、病院にいれば保険制度、施設にいればそれなりの措置費といいますか、それなりの費用が必要となるわけですが、現実に施設がいっぱいであるとしますと、病院に入院した患者において、いわゆる純粋に医療的な処置はもう終わっている段階でも、病院に留まるというケースが脳卒中の患者でもいっぱいいるわけです。そうすると、その人は入院していれば保険制度の医療費としてどんどんお金が出てくるわけで、医療費が非常にかかってしまいます。老人の医療費の中で一番を占めるのは脳卒中で、その40%ぐらいが脳血管障害の患者に使われてしまうという事です。このように純粋に医療的処置が終わっていても、かなり長期に病院にいる患者を、何とか在宅にもっていかうというのは、厚生省の方としては経済的な理由からでています。しかし在宅ケアになっても費用は保険からは出ないんですけど、市町村の税金を使うという事になるわけで、決してお金が安くなるということではないと思います。だから本当に患者さん自身の立場にたって、病院に長くいるよりも、家庭に帰って家族と一緒に生活して、そこでケアされて生きがいのある生き方ができるような本当の意味での在宅ケアが推進されていけば、非常に良いと思うんですが、単に厚生省などが考えているような医療費削減という面での保険医療からのしめ出しといいますか、そういう形での在宅医療を進められてしますと、かえって患者にとってはマイナスの面が出てくるのではないかと思います。

司会 この問題に関しては、第一線の院長さん方もいらっしゃるようですし、何かご意見ございますでしょうか、どうぞ。

大黒 当院でも看護部と協議しながら、在宅ケアを何とか実現したいと研究中であるが、入院外来の患者のケアに対処するのが精一杯、というのが実情で、実現困難である。

理学診療科に於いては、早期帰宅を推進し、昭和57年以来、在宅の患者さんに PT・OT・MSW、等が中心となり定期的に、かつ組織立った計画の下に訪問し、A・D・Lの相談・指導に当たって居るが、肢体不自由者の家庭に於る生活には、家屋・家内構造の改造その他、患者及び家族にとり少なからぬ経済的負担があるように見られる。行政機関においてもこの点に留意し、ただ病人を病院から自宅へと言うのではなく、本当に快適な在宅医療の実現に努力される事をのぞむ。

司会 社会全体の問題ですね。他に何かご発言がございますか。なければ、ちょうど大西医学部長がいらっしゃるの、QOL を高めるためには下条先生もおっしゃいましたが、透析より腎移植が好ましいし、現在、心移植も注目されている。一方、それとは無関係という建前ですが、脳死が問題になっているわけです。私の印象では、只今マスコミの論調は誤解を招く恐れがあるように思われます。それは臓器移植の専門医が、このままでは外国に遅れをとるので早く我が国でも移植の前提として、脳死を個人の死と認めるコンセンサスを得たいと考えている—という印象を与えているという気がします。脳死と心移植は全く別個な問題だとは言っているのですが。一方、動物はみんな成長するまでの期間—人間については20才前後まで—の約5倍までの期間しか生きられない。immortal な生物はない。世代の交代は動物に働いている摂理であることを考えると、もし植物的生命を長びかせるだけの移植であるなら、それは果して本当に価値があるのかという、純医学を越えた哲学的問題が提起されます。さらにこのような手段手段で生命を延長することによって、今まで以上にそのような人達をケアしていく上で、大きな経費がかかってくる。誰がその経費を負担するのかについても充分考えなしに、移植で生命を延長することだけを考えていてよいのかという危惧の念も生じます。学部長のお話によりますと、わが医学部でも脳死問題の検討がもたれているし、倫理委員会もできていくわけで、これからのことについて、一言コメントを頂きたいと思います。

大西 脳死の事について、それでは私の方から…。これは医学面の方としてお考え頂きたいと思います。一般の PR 用ではないという事です。先程からお話がありますように、医師の仲間でもさえも充分脳死という事の概念が、正確な把握がされていない面が多分にあります。従って移植を進めるという場合でも、いや、そんな事をしたって、という事になりましょうし、受ける方の側も本当に受けて後どうなるのかというのを決めるのに相当まあアメリカのやり方などを見ますと、かなり機械的に決まっていくという事があります。それで、もう少し人の心が入った選び方、口で言うのは簡単ですが、そういう長い目でみて考えて頂ければと思います。それからもう一言…。今日この話をうかがっておりますと、私感しました事は、医療の面というのは医師の強者の理論だという風に感じました。と言いますのは、QOL という面から見っていきますと、医者は患者の体の一部を取ったり、或いは縮小という話もありましたが一段々という方

に向わせようという考え方なのでしょうが—いずれにせよ、現在の医者というのは強者の理論をふりかざしている。しかしながら、それだけでは本当に患者のためという事にはなりません。その意味で先程の渥美先生のお話は、私非常に胸を打ったわけです。一方では、人権問題にもなりかねない問題であるという気もいたします。生き永らえるという事だけがいいとは私は思いませんし、その辺をどうやって価値ある…、じゃあ価値というのは何だと言う事で、次の精神科の先生のお話になっていくんでしょうけれども…。そこをどうやって見るかということ、先般の脳死の時の話ではありませんが、それを診断する医師のパーソナリティという事になる可能性があります。この辺はお互いに気を付けたいものだと思っております。

司会 医師パーソナリティによる考え方の差とは、結局自然科学的判断を超えた面についてという事でしょうか。

大西 いや、トータルで判断していかないですね。これがこうだから、ああだからというのではなくて…。私が言いたいのは、お年寄の先生というのはアグレッシ

ブな治療はなさりません。ですから、年寄の先生にかかれば、殺される事はない。だけど、若い先生はアグレッシブな治療をされます。ですから、治してもらえる事はあるけれども、しばしば殺されるという言葉がありますけれども、それをできるだけ、全体として見れるようなやり方、という事です。

司会 ありがとうございます。これでこのシンポジウムを終わりにしたいと思います。司会者として最後に一言述べたいと思います。スライドをお願いします。私が冒頭に述べましたように、QOL はただ生命を維持し、これを延長することのみでは満足できないことと思うわけです。私が何度聞かせられ、またいつも反省の糧としている言葉なのですが、Do what you should do, not what you can do—ということ。結局、できるからやるのではない。本当に、それが患者・人間として有意義だからやるのだ、という考え方、これが QOL に通じることと思います。演者の皆様方、それから活発にご意見を頂きましたご参加の先生方に対し、厚く御礼を申し上げます。