



Title	がん末期医療の現況：平成6年度人口動態社会経済面調査「末期患者への医療」報告を中心に
Author(s)	鈴木， 要子
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 1997, 2, p. 66-81
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/9078
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

がん末期医療の現況

——平成6年度人口動態社会経済面調査「末期患者への医療」報告を中心に——

鈴木要子

急激な疾病構造の変化にともない、1956年に厚生省はがん対策を研究し始めた。1962年の国立がんセンターの設置や、1966年のがん検診事業の開始を経て、30年たった今、がんとの闘い方や終末期の過ごし方、そして「死」の迎え方などに対する世の中の関心が高まっている。そこで、本稿では、がんによる「死」の現状と、日本の「死」におけるがん「死」の位置づけを、「医療白書」、「国民衛生の動向」、「日本の患者と医療施設 1995」、「人口動態社会経済面調査報告」等から概観した。

I. 「死」を取りまく現在の状況

1. 進む高齢化

日本人の平均寿命は、明治・大正期を通して低い水準にあったが、昭和期に入ると伸びはじめ、1995年調査では男性76.36年(前年より-0.21年)、女性82.84年(前年より-0.14年)で、わずかに低下しているものの長期的には依然上昇傾向にある。

年間出生数は'75年以降'91年を除き減少傾向で、出生率の低下傾向は続いている。死亡率は'94年では7.1と世界的にみても低率である。このように、寿命の延長・低出生率・低死亡率が相まって、高齢人口は増加の一途をたどっている。この傾向は少産少死型と呼ばれ、人口ピラミッドのツリガネ型化(高齢層の上部肥大化)が進んでいる(図1)。

'95年時点で、総人口1億2557万人に対する65歳以上人口1860万人の割合は14.8%(7人に1人)であるが、厚生省の推計では、2006年には20.0%を突破し、2025年には27.4%(3.6人に1人)、2050年には32.3%(3.1人に1人)まで上昇すると見られている。

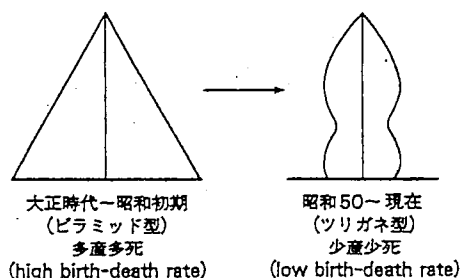


図1 人口ピラミッドの変化

(引用: 鈴木庄亮・久道 茂「シムプル衛生公衆衛生学」1996年)

2. 我々が迎える「死」

'95年の総死亡数は約92万2千人で、年々低下し続けていた死亡率は'83年から緩やかに上昇傾向にあるものの、年齢別の死亡率をみると全年齢層で年次を追うごとに低下している。

死亡原因の1位は、'81年以降悪性新生物であり、2位・3位は多少入れ替わりを見せながらも心疾患と脳血管疾患となっている。年齢層別にみると(図2)、0歳から39歳未満は死亡割合が全体死亡の4%で、主な死亡原因は不慮の事故・自殺などとなっている。39歳

から84歳未満の死亡割合は72%で、原因は悪性新生物・心疾患・脳血管疾患の順となっている。85歳以上の死亡割合は24%で、原因は心疾患・脳血管疾患・肺炎、気管支炎・悪性新生物の順となっている。

次に、全死亡数の60%を占める3大死因の悪性新生物、心疾患、脳血管疾患での死亡動向を見る。

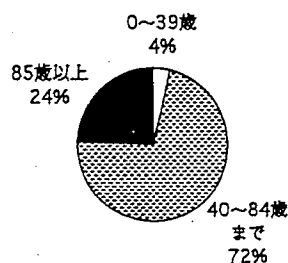


図2 年齢層別死亡割合（1994年）

（資料：『国民衛生の動向』1996年より著者作図）

（1）悪性新生物（がん）

’95年は、悪性新生物（以後、がんとする）による死亡数が26万3千人で全死亡の28.5%を占めた。死亡総数に対するがん死亡割合、死亡率とも増加の一途をたどっている。各都道府県のがん登録から推定されるがんの年間罹患数は約50万人で、死亡数の二倍である。

近年、がんの発生部位に変化がみられ、長い間一番多かった胃がんや子宮がんは減少しつつあり、大腸がん・気管・気管支及び肺のがん・結腸がん・膵臓がんが増加している。特に男性に気管・気管支及び肺のがんの増加が著しい。死亡割合では男性は肺、胃、肝、大腸の順になっており、女性は胃、肝、大腸、肺、乳房の順となっている。

この10年間にがん患者の発生状況は大きく変化しており、患者数の量的変化のみならず、高齢患者の増加、難治がんや多重がんの増加等の質的变化が見られている（北川ら 1996）。

この傾向はさらに進み、がん罹患の将来推計として、2010年には難治がんの罹患数と70歳以上のがん罹患数が、1995年の約2倍に増えると予想されている（北川ら 1996）。

（2）心疾患

’95年の心疾患による死亡数は14万7千人で、全死亡に対する割合は15.9%となっている。これまでと比べ、心疾患は比較的増加傾向にある。80歳以上で心疾患による死亡が一番多いことから、心疾患による死亡率の増加は人口の高齢化によるものとみられ、今後も増加が予想される。

（3）脳血管疾患

’95年の脳血管疾患による死亡数は13万9千人で、全死亡に対する割合は15.1%となっており、これまでと比べると減少している。脳血管疾患死亡率は高齢者ほど高く、老年期の特徴的な疾患といえる。

3. 患者の受療動向

平成5年（’93年）に厚生省が行った「患者調査」によると、人口10万人に対する医療機関を利用した割合（受療率）は6735人であった。診療率を外来・入院別にみると、入院受療は17%であり、この割合は年々増加している。年齢層別に受療推計患者数を見ると、入

院受療は65歳以上の患者が最も多く、外来受療は35歳から64歳の患者が最も多かった。

外来診療の変化としては、往診の割合が減少していること、診療所での受診割合が約70%を占めているが低下傾向にあること、病院の外来を受診する患者の割合が増加していることが挙げられる。

がんの受療を見てみると、入院受療がほとんどを占め、入院場所は30床以上の病院、特に大学病院や500床以上の病院での入院が多い。外来受療も大学病院や500床以上の病院の外来を受診する割合が多い。

4. 病院の大型化、在宅ケアの推進

医療施設は年々少しずつ増えているが、病院（医師・歯科医師が医療をおこなう施設のうち、20人以上の入院ができるもの）の数は'85年より大きく変化していない。一般診療所は、有床診療所は減っている一方、無床診療所の増加は大きい。施設の規模でみると、100床以上の大きな病院の割合が増加し、1病院あたりの病床数が'75年の99.8床から'94年は172床へと規模が拡大している。

収容患者の60%以上が65歳以上の高齢者である老人病院（注1）は増加しており、'90年から'93年にかけて病床増加率が22.1%となっている。

症状が安定し病院での入院治療よりも看護や介護に重点を置いたケアを必要とする老人を対象に、必要な医療とケアと生活サービスを併せて提供する老人保健施設が、2000年度までに28万床を目標に整備が進められている。また、在宅ケアを目的とした訪問看護ステーションも2000年度までに全国5000ヶ所を目標に整備が進められている。老人保健施設は'96年1月末時点で約11万床、訪問看護ステーションは'96年3月末時点で1235施設まで設置されている。

5. 病院死（注2）

病院や診療所などの施設内と、老人ホームや自宅などの施設外で死亡した割合の推移を図3に示した。

'55年以降、施設内で亡くなる人が増え、'93年には施設内死亡が77%に達している。

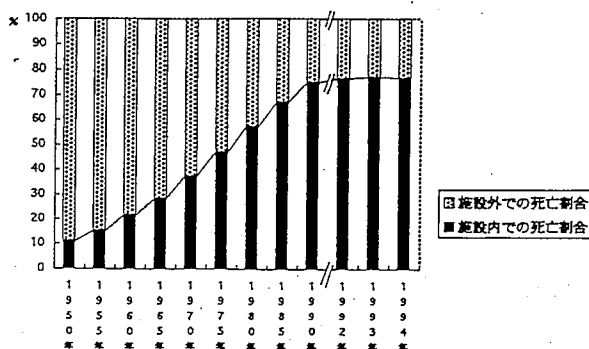


図3 場所別死亡割合

（資料：「日本の患者と医療施設」より著者作成）

〈Iのまとめ——がん「死」のかたち〉

がんによる死は全死亡の3割を占め、年齢層は主に40歳以上で、大学病院や大きな病院で入院治療や外来治療を受けた末に、病院で死を迎えているという状況である。

今後は、難治がん、多重がんや高齢者のがんが増えることが予想されており、大きな病院での受療が増加し続けるとともに、老人保健施設そして在宅で医療を受けて、亡くなってゆくというかたちが考えられる。

Ⅱ. がん末期の現況

次に、がんの末期の状況がどのようなものであるかを、平成6年度に厚生省が行った人口動態社会経済面調査の結果からいくつか見てみたい。

1. 人口動態社会経済面調査

人口動態社会経済面調査は平成6年10月に「末期患者への医療」をテーマに行われた。それは、12都道府県で悪性新生物、虚血性心疾患または脳血管障害によって40歳を超えて死亡した者の介護者を対象に、死亡者の末期状況について調査したものである。

調査結果は、調査都道府県の3疾患による死亡者をそれぞれ母集団として、性、年齢によって層化し、集計客体にそれぞれの層からの抽出率の逆数を乗じた推計値が調査値とされた。

がんによって死亡した1590人の介護者から得られた結果をもとに推計された調査値から、がん末期の医療がどうであったかを虚血性心疾患・脳血管障害の末期医療と比べながらまとめたと思う。

2. 最期は病院

亡くなる前の6カ月間の療養形態を見ると、がんは他の2疾患よりも入院割合が多く、死亡前6カ月時点では2割近くだった入院療養割合が、死亡前2カ月から1カ月前に急速に増加し、死亡前1週間から死亡までの期間では、入退院を繰り返している割合を含めて、86.4%が入院医療を受けていた（図4）。

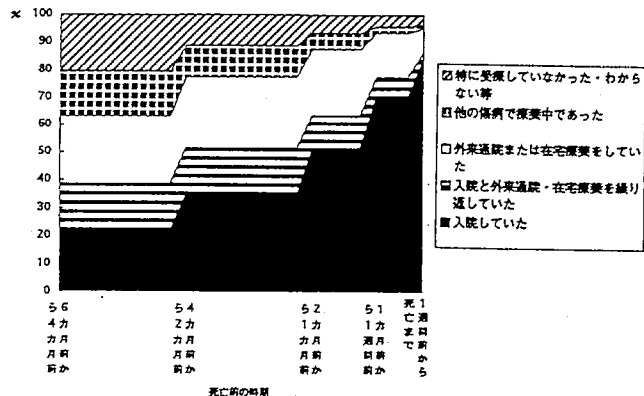


図4 がん末期の医療機関との関わり

（資料：「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作成）

患者一人一人の医療機関

との関わりを見ると、発症から6カ月を越えた後に死亡した人の場合、亡くなるまで6カ月間入院し続けていた人の割合が、22.6%と最も多かった（加藤 1995）。

死亡者本人が希望していた療養形態は、44%が「医療機関での入院医療」を希望し、47.9%が「外来通院または在宅療養」（注3）を希望していた（図5）。一方、介護者が希望していた療養形態は64.9%が「医療機関での入院医療」を希望し、32.0

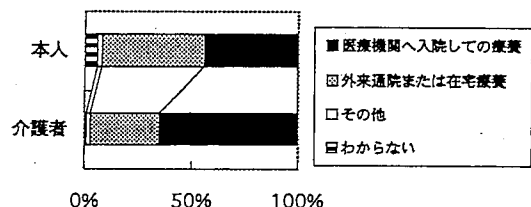


図5 希望した療養形態

（資料：「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作成）

％が「外来通院または在宅医療」を希望していた（図5）。

介護者は入院療養を希望した一番の理由として「安心して治療が受けられるから」を挙げ、二番目の理由として「家庭で介護できる人手が不足しているから」や「本人の希望」を挙げている。

在宅療養の割合を見ると、死亡前2カ月までは、がんも25％近くで他の2疾患と変わらないが、1カ月前から死亡までの期間では、他の2疾患が死亡まで変わらず25％を保っていたのに比べ、がんだけが10％弱まで減少していた（図6）。

死亡者本人や介護者が在宅療養を希望していても、疼痛や呼吸苦などが出現してくる死亡直前は入院療養が殆どをしめる結果となるものと思われる。また、発症から死亡までの6カ月間を入院し続ける人の割合が最も多かったことや、介護者が入院療養を希望した理由に「安心して治療が受けられる」を挙げていることは、がん在宅療養の体制整備の必要性を示している。

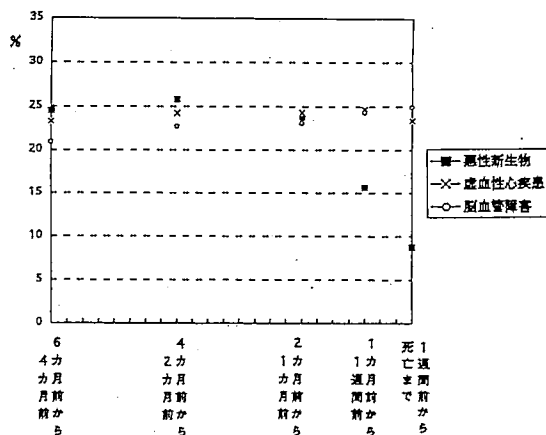


図6 末期の在宅療養割合の変化

（資料：「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作成）

3. 病名告知の状況

（1）死亡者本人への告知（注4）

死亡者が「告げられ知っていた」割合は20.2％で、「知らせなかったが察していたと思う」割合は43.8％であった（図7）。

虚血性心疾患や脳血管障害の死亡者が、「告げられ知っていた」が多く「知らせなかったが察していたと思う」がその半分以下の割合であった傾向とは全く逆であった。

平成4年度に行った同じ調査の結果と比べると、平成6年度では「告げられ知っていた」割合が増加しており、「知らせなかったし察してもいなかったと思う（知らなかった）」割合が減少していた（図8）。「知らせなかったが察していたと思う」はわずかに平成6年度の方が増加しているが殆ど変わりがないく、本人が病名を知っているかどうか「わからない」と答えた介護者の割合は減少

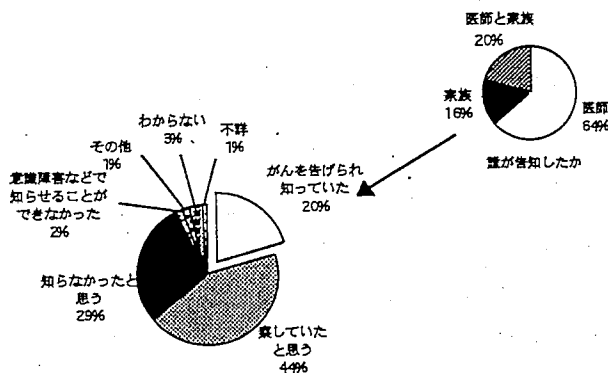


図7 告知の状況

（資料：「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作成）

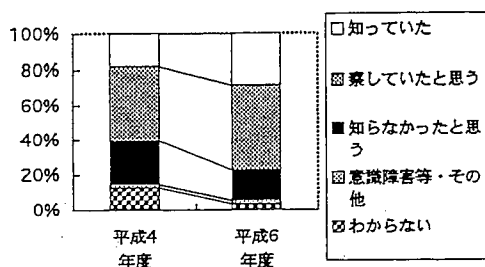


図8 告知の状況 平成4年度の調査との比較

(資料：「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作成)

していた(図8)。

「告げられ知っていた」人は誰から告知されたのかをみると、「医師」が64%、「医師と家族」が20%であり、あとは「家族」の16.1%であった(図7)。年齢層別にみると、「察していた」はどの年齢層においてもあまり割合が変わらないが、「知っていた」は年齢層が上がるとともに低くなっていた。

(2) 告知したことに対する介護者の感想

「死亡者は病名を告げられ知っていた」と答えた介護者の内、「知らせてよかった」と答えた割合が55.5%で、他の2疾患よりも20%近く低い値となっていた。また、「どちらともいえない」と答えたのは30.4%と他の2疾患よりも10%ほど高くなっていた。

(3) 告知しなかったことに対する介護者の感想

「死亡者に病名を知らせなかったが察していたと思う」または「告げなかったし察してもしなかったと思う」と答えた介護者の内、「知らせなくてよかった」と答えた割合が67.1%と他の疾患よりも20%以上高かった。

病名告知に対して「知らせてよかった」という感想を持った理由として想像されるのは、死亡者自身が死の準備を満足に行うことができた場合、告知をする前にがんではないだろうかといった疑念で本人と介護者との間にわだかまりがあったような場合、病名を知らないばかりに本人が不必要な苦しみ悩まされていたような場合などではないかと思われる。反対に、「告知したことがよかったかどうかわからない」や「病名を知らせたくなかった」と言う感想を持った理由は、がんと知ったばかりに本人が自暴自棄に陥ったり、治療に専念するあまり強い苦しみを負ったりする場合などが想像される。

4. 医師からの説明の状況(注5)

(1) 死亡者への「病気の見通し」についての医師の説明

病気がどの程度回復するのか、治療期間はどのくらい必要か、余命について医師から説明を受けた死亡者は「詳しい説明を受けた」が16.9%で「治療するかしないか程度の説明を受けた」は33.0%であった(図9)。2つを合わせた割合は他の2疾患よりも大きい、「説明を受けなかった」割合はがんが33.3%と最も高かった。

告知状況別にみると、「病名を知っていた」人の中で「詳しい説明を受けた」と答えたのは43.4%で、「治療するかしないか程度の説明を受けた」は33.6%であった(図9)。

「病名を察していた」「病名を知らなかった」人は「治療するかしないか程度の説明を受けた」と「説明を受けなかった」が多かった(図9)。しかし、告知されていないにもかかわらず、「詳しい説明を受けた」と答えている人が10%近くいることから、説明内容が真実とは言い難いが詳しい説明を受けていたことと、告知という形式はとらないが病名を薄々感じていることを前提として、医師が説明している場合もあることが想像される。

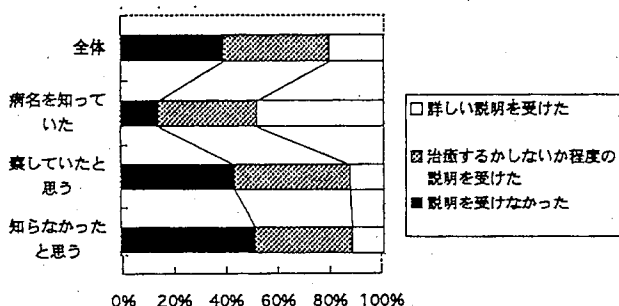


図9 告知状況別に見た医師から本人への病気の見通しについての説明の状況

(資料:「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作図)

(2) 死亡者への「病状と治療方針」についての医師からの説明

死亡者が、医師から病状と治療方針について十分な説明を受けたかどうかをみると、「受けた」が43.7%で「受けなかった」が39.9%であった(図10)。

病名の告知状況別にみると、病名を「知っている」人の69.1%が説明を受けている。説明を受けた割合は「察していた」「知らなかった」の順にどんどん低下しており、「知らなかった」人では33.6%であっ

た(図10)。このことから、病名を告知しない場合に必要な真実と嘘の間の病状の説明や治療の説明が十分にはなされていないことが示唆される。また、病名の告知を受けているにもかかわらず、病状の説明を受けていない割合が21.5%もあることは問題と思われる。

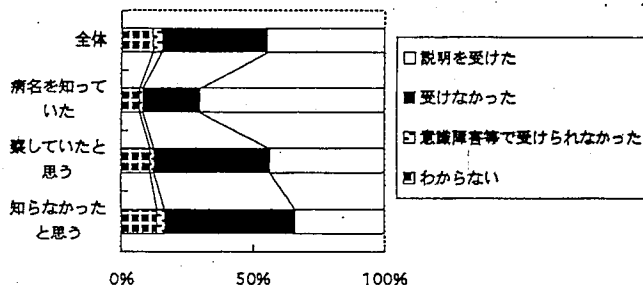


図10 告知状況別に見た医師から本人への病状と治療方針の説明の状況

(資料:「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作図)

5. 末期医療の状況

(1) 治療の状況

亡くなるとわかってから、どのような治療が行われたか(介護者が最後まで亡くなるとわからなかった場合を除く)を介護者に「症状を和らげる治療等」「延命を図る治療等」「症状を和らげる治療と延命を図る治療等の両方」から一つだけ選んでもらうと、図11の通りであった。「症状を和らげる治療等」の割合は、虚血性心疾患の21.6%や脳血管疾患の18.2%と比べても非常に高い値となった。がんでは、「症状を和らげる治療等」と「症

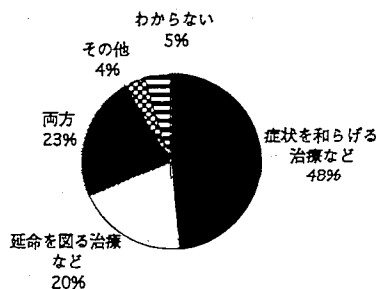


図11 行われた治療

(資料:「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作図)

状を和らげる治療と延命を図る治療等の両方」とを合わせると、71.7%の人が緩和医療（注6）を受けている答えていた。この71.7%の値は一見高いように思われる。しかし、がんという病気の特徴を考えると、緩和医療は診断時から死亡まで全過程を通じて行われなければならないものであり、「延命を図る治療など」に答えている19.6%が、せめて「症状を和らげる治療と延命を図る治療等の両方」と答えるようになる必要があると考える。

本人への病名の告知状況別に見た、受けた医療の種類の割合には大きな違いがみられなかった（図12）。

治療が主に誰の考えや希望であったか（注7）をみると、「症状を和らげる治療等」は家族が希望した割合が大きく、「延命を図る治療の等」は医師が希望した割合が大きく、「症状を和らげる治療と延命を図る治療等の両方」は医師もしくは家族が半分半分の割合で希望したものであった（図13）。本人の希望の割合はどの治療においても少なく、「医師と家族と本人」の割合を合わせても10%から20%程度であった。本人の希望が取り入れられにくい原因として病名を知らせていないことが考えられるが、告知状況別に医療を希望した人の割合が示されていないので、自分の病名を知っていることと医療を自分で決めることとの関係を見ることができなかった。

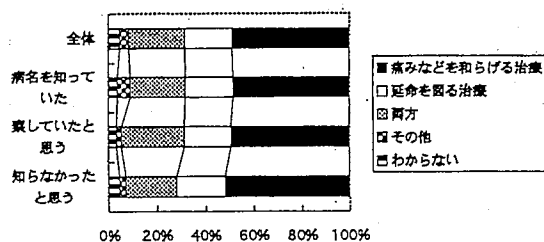


図12 告知状況別に見た行われた治療

（資料：「平成6年度人口動態社会経済調査報告」より著者作成）

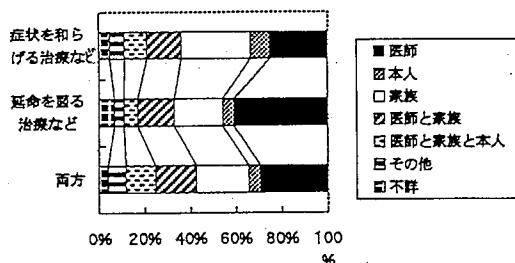


図13 誰が希望した治療であったか

（資料：「平成6年度人口動態社会経済調査報告」より著者作成）

（2）末期の医療に対する介護者の感想（注8）

「非常に満足している」30.4%と「どちらかという満足している」46.8%を合わせると、77.2%の介護者が満足と答えていた。他の2疾患に関しても、満足と答えている割合は、70%以上に達した。

行われた治療別に見ると、どの治療においても70%から80%が「満足」と答えている（図14）。また、死亡者本人への病名の告知状況別に介護者の治療に対する感想を見ると、病名を「察していた」人の介護者が「どちらかといえば満足」と答えた割合がわずかに多い程度で、大きな違いは見られなかった（図15）。しかし、「どちらかという不満」と答えた割合は本人が病名を「知っている」人や「察している」人の介護者がわずかに多かった（図15）。

介護者が「どちらかという不満」と答えた理由は不明だが、「非常に不満」と答えた理由はたずねた結果が図16である。症状を和らげる治療等を受けていて「延命を図る治療等」をして欲しかったと思う場合や、逆に、延命を図る治療等を受けていて「症状を和らげる治療等」をして欲しかったと思う場合にこのような感想が生まれることは、結果を見るまでもなく想像されるが、「その他」の項目の比率が大きいことに注目したい。希望する治療と実際の治療が異なっていた場合だけでなく、どのような場合に「非常に不満」という感想になるのかを調べる必要があると思われる。また、介護者が希望する治療と実際の治療が異なっている場合に、本人の希望する治療がどのようなものであったのか知ることが重要である。今回の調査の結果からみると、治療の決定に本人が関わる割合が少ないことから、介護者と医師との関係性が治療に対する感想に影響を及ぼしたことが考えられる。

6. 療養中に死亡者が悩んだこと

一番多かったのは、「健康を取り戻せるかどうか」(注9)が全回答の56.1%を占めた。次が「痛み」(注10)8.6%であった(図17)。

病名の告知状況別に見ると、どの告知状況でも「健康を取り戻せるかどうか」が半分以上を占め、「痛み」があとに続いた(図17)。「健康を取り戻せるかどうか」は「病名を察していたと思う」人が他の告知状況の人よりもわずかに割合が大きかった(図17)。病名を告げられ「知っていた」人は「痛

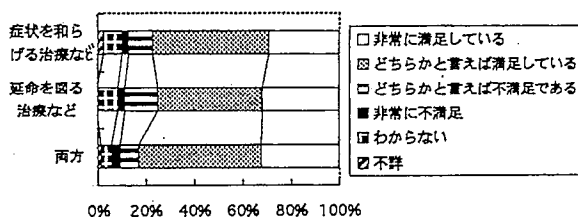


図14 行われた治療別に見た末期医療に対する介護者の感想

(資料:「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作図)

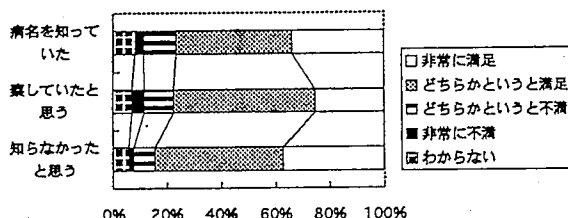


図15 告知状況別に見た末期医療に対する介護者の感想

(資料:「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作図)

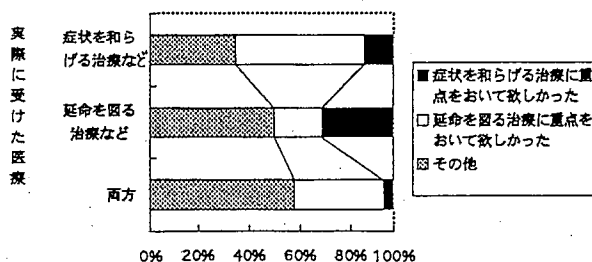


図16 行われた医療が「非常に不満」だった理由

(資料:「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作図)

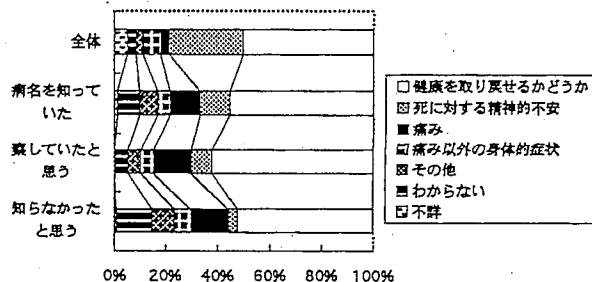


図17 死亡者が悩んでいたこと

(資料:「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作図)

み」に悩まされていた割合が他の告知状況の人に比べてわずかに小さかった（図17）が、「死に対する精神的不安」に悩まされていた割合が最も大きかった。

「痛み以外の身体的症状」に悩まされていた割合は、病名を「知らなかった」人が最も大きかった。

7. 死亡者が周囲に対して心配していたこと

介護者から見て、死亡者が周囲に対して心配していたと思われることで、最も多かったのは、「家族のこと」で全回答の53.1%を占めていた（図18）。次に、「わからない」「その他」が続き、4番目に「仕事のこと」が挙げられた。

病名の告知状況別にみると、どの告知状況の人でも「家族のこと」が半分以上を占め、病名を「知らなかったと思う」人がわずかに他の告知状況の人よりも割合が大きかった（図18）。

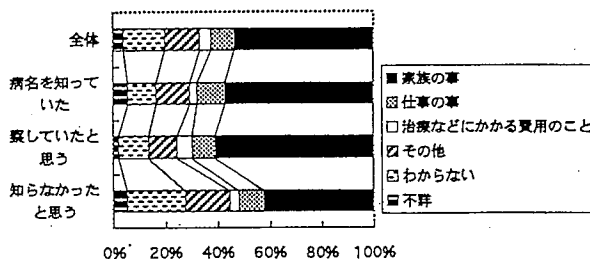


図18 死亡者が周囲に対して心配していたこと

（資料：「平成6年度人口動態社会経済面調査報告」より著者作成）

〈Ⅱのまとめ——がんの末期医療の問題点〉

調査結果から次の問題点が挙げられる。

- ・在宅療養は本人が希望しても困難な状況にある。
- ・医師から病名を告知されていても、病気の見通しや治療方針の説明を受けていない場合がある。
- ・終末期の医療の選択に本人が関わっていない場合が多い。
- ・半数の人が「健康を取り戻せるか」について悩んでいる。

Ⅲ. 注釈

注1) 社会的入院と在宅介護 長寿社会は慢性の病や重度の障害をもちながら生きる多量の老人を生み出した（向井 1994）。'89年に制度化された老人保健施設への入所だけでは対応できず、治療よりも介護に重点をおいた老人病棟に入院したり、医学的管理を必要としないが在宅での介護が難しいとされる高齢者は一般病院でも「社会的な」理由で入院している（池上・キャンベル, J. C. 1996）。核家族化の影響で老人を家で介護することが難しい上に、老後の暮らしを支えるシステムが全く無かった状況で、「病院にでもあずかってもらおう」は自然の流れだった。この社会的入院や老人の医療費を抑制する目的で在宅介護政策や老人の定額診療報酬制度が導入された。しかし、これは、サポートシステムが不十分なところへ老人を投げ出した状態を生み、結果として在宅介護推進は老人介護を家庭に押しつけることとなっている。介護システムの充実、介護ニーズの判定をどうするか、介護サービスの調整を誰が行うのかなど、問題は山積みである。

注2) 病院死 全ての死亡の内の約8割、がんによる死亡の約9割が病院死である。これ程までに病院死が増加した理由には、高度経済成長期以降の核家族化と女性の社会進出による家庭内の人手不足、共同体的な扶養関係の希薄化、'61年の国民皆保険の達成と'73年の老人医療費の無料化によって病院療養が経済的負担にならなくなったことなどがある(田中 1997)。

柏木は病院死の問題点として、1. やりすぎの医療 2. 苦しい死 3. 精神的ケアの不足 4. 個性が重んじられない を挙げている(柏木 1995)。これらの問題は、最近高まっているホスピス運動の高まりとともに、改善されつつある。

科学化が進んだ医学において、病気は身体機構に生じた部分的障害であり医療とはその故障した部品を修理することになる(村上 1996)。この方法によって数多くの患者が救われてきたことは確かであるが、終末期医療や看取りの医療においては、身体を修理することよりも、身体とところを支えることが本質となる。「何かをする」ことと同様に、(何もしないで) 見守ることも重要になる。しかし、人が他人に対して何か介入しようとする場合は、「何かをする」関わりがもっとも自然である。(何もしないで) 見守ることは簡単なことではない。

注3) 在宅ターミナルケア がんで亡くなる多くの高齢者を在宅でケアする目的と、「病院ではなく自宅で最期を迎えたい」という希望を叶える目的から、平成6年度より診療報酬で在宅ターミナルケアが評価された。在宅ターミナルケアを行う医療機関は24時間ケア体制をとり、医師・看護婦の他医療サービスを提供するメンバーがチームでケアするものでなくてはならない(川越 1996)。現在は、病院の訪問看護センター、地域の訪問看護ステーション、家庭医やかかりつけ医などが在宅ターミナルケアを行っている。'96年3月時点で訪問看護ステーションは全国に1235ヶ所あり、2000年までに5000ヶ所をめどに整備が進められている(国民衛生の動向 1996)。

現時点では、在宅ターミナルケアの要求に対するケアの供給が追いついていない状況で、ハード・ソフト両面の充実が求められている。

注4) がんの告知 がんの告知は「死の宣告」と同義と考えられ、患者に病名を伏せることが多かった。しかし、最期まで病名を知らずにいることは難しく、今回の調査結果の様に「察していること」が多い。がんを知らせないことによって起こる、「がんではないだろうか」と言う疑念、家族や医療者への不信感、がんと気づいても知らない振りをするなど、患者の精神的負担は非常に大きい(Glaser&Strauss 1965)。

真実を伝えることによって患者・家族・医療者が信頼し合えることを目的とする場合、治療の効果を高めるために病名や治療方針を知ってもらうことを目的とする場合、患者の自己決定権を尊重するための原則(注5を参照)として伝える場合などに、がんを本人に伝えるようになってきている。

がんを本人に知らせる際には、その人の受容能力の判定を行い(柏木 1987)、その人にとって適切な情報を、必ず希望が持てるよう幅をもたせて説明すること(Helpful essential links to Palliative Care 1992より)が必要である。

注5) インフォームド・コンセント 「十分な説明にもとづく同意」などと訳され、医師が患者に診療の目的や内容を納得できるように説明し承認を得ることを示す。これは世界医学회가'64年のヘルシンキ宣言で提唱したもので、わが国でも、'90年に日本医師会が「説明と同意について」の報告書を発表した。それによって、1.病状・処方薬剤および治療の内容の説明 2.手術・検査の承諾 3.新薬の臨床試験の同意 4.社会医学的処置の説得（予防接種や伝染病の検査などを患者が拒否した場合、病気の蔓延を防ぐために必要であることを十分説明し同意を得る） 5.がんの告知 6.リビング・ウィルやDNR（do not resuscitate）の意志 7.その他（宗教上輸血を拒否する患者に対し医師が説得し意志を確認するなど）についてまとめられている。最近では健康保険制度においても文書による患者への情報提供料金が制定され、インフォームド・コンセントの普及対策がとられている（森岡 1996）。

実際の現場では、患者が間違った知識を持っている場合や説明されたことを間違えて理解する場合などもあり、「患者が自己決定した事柄は尊重されるべき」ということだけでインフォームド・コンセントのありかたを論じることは危険である。医療におけるパターンリズム（注7を参照）を廃し、患者の意志を中心に考えた医療が実施されるならば、患者の利益を考えず医者本位に行われる医療を防止することになるが、同時に、患者の利益を第一に考えて医療を行おうとする医師の理想や気概を萎えさせることにもなりかねない。患者にとって最も望ましい医療が患者と医師の合意と協力の下に行われるための模索が必要である。

注6) 緩和医療 1860年代後半から、英国において癌末期の苦しさから患者を救済しようとホスピス医療の科学的・哲学的検討がDame Saundersの主導によって展開された（武田 1996）。これ以後、末期癌患者のケアは飛躍的に発展し、苦痛を緩和するケアをもっと早い病期から活用するべきという考えが1980年代に誕生した（武田 1996）。WHOは'82年よりがんの痛みから解放することに積極的に取り組み、痛みは全人的であるという観点から、'90年にがん医療における身体面・心理面・社会面・霊的な面の全てに対応する包括的な医療を「緩和ケア（緩和医療）」定義し、早い病期の患者に対して癌病変の治療と同時に適応することを提案した（WHO 1990）。

わが国では、'81年に静岡県浜松市の聖隷三方原病院に最初のホスピス病棟がつくられた。'89年の診療報酬点数改訂で末期がん患者らに対する緩和ケアを提供する病棟の入院費用が保険で認められ、次第にホスピスが増えている（全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会調べでは'97年1月1日時点で29施設 522床）。'96年7月には日本緩和医療学会が設立され、緩和医療の実践と研究が進められている。柏木は、日本にターミナルケアを根付かせるために、医学界・看護界で緩和医療を教育すること、ホスピスや緩和ケア病棟が増えること、一般の病棟においても緩和医療が実践されること、在宅で緩和ケアが受けられるようになることが必要である（柏木 1996）と指摘している。今後、がん患者数は増加すると見られていることから、これらは急務と考えられる。

注7) パターンリズム パターンリズムは、親と未成熟な子どもとの関係に擬して捉えられた人間関係のあり方を意味する語である（本田 1989）。患者－医師関係においては、

治療や処置の決定に必要とされる医学的知識や技術が医師に備わっていることから、医療の決定権が患者のためを思う限りにおいて医師に存在するという考え方を「医療におけるパターンリズム」と呼んできた（本田 1989）。日本の医療においてパターンリズムは当然のことと捉えられ、「おまかせ医療」を患者は選択し、選択させられている。昨今、がん告知やインフォームド・コンセントを推進する動きから、「おまかせ医療」を考え直すという方向に進みつつある。

欧米では、独創的個性それを担う個人の人格および個人の自由かつ自律的な自己決定は、それ自体絶対的に価値あるものとして尊重されねばならない（Mill, J. S. 1859）という伝統がある。しかし、無知・興奮・泥酔・狂気等の条件下でなされる選択や決定が、その人がその人たらしめる「人格的完体性」と整合せず、かつこれを侵害するおそれのある場合で、その選択・決定の非随意性を証明する超意志的要因（明らかな怠慢や意志の弱さ、傷病や精神機能の不全などによる意志決定の不適格状態、心理的不安定や恐怖感など一時的な心理的・社会的等の重圧）が認められる場合に干渉を行うこと（「弱いパターンリズム」と呼ぶ）は被干渉者の人格や個性や自己決定を侵害するものではなく彼自身の考えの貫徹が図られる（木村 1987）として、パターンリズムが位置づけられている。

自己を独立した存在とみなす欧米と違い、日本の文化では自己と他者は根源的に結びついており、生存には他との良好な関係が必須である（Markus, H. R. & Kitayama, S. 1991, 大井 1996）。また、木村は、『自分』は本来自己を越えたなにかについて、そのつど『自己の分け前』であって恒常的同一性をもった実質ないし属性ではないとして self（自己）との違いを分析している（木村 1972）。従って、日本人は、自己決定を迫られても、周りとの関係性の中に存在する他者の考えや感情を含みこんだ上で、自分の考えを探し求める姿勢を取りがちである。また、患者－医師関係においては、医師の方が圧倒的に知識が豊富で見通しが立っていることから、日本の医療は「弱いパターンリズム」にならざるを得ないと思われる。

これまで医師が患者の意思を無視して医療を進めてきたという反省からも、強制的パターンリズムを廃止することは非常に重要である。それに伴って、患者自身が納得のできる医療が受けられるように医師がリードとサポートの両方を行う、日本的な患者の自己決定権の尊重のあり方を模索せねばならないと考える。

注8）終末期医療の評価 この調査では評価主体は介護者のみである。しかし、多くの家族にとって、終末期医療は初めての経験であり、癌性疼痛、その鎮痛の程度を含め、緩和医療を客観的定量的に評価することは困難と思われる。

評価主体を患者自身においた、QOL評価研究が'88年以降よりなされているが、QOLの概念定義が難しいこと（中根ら 1996）、ceiling effectの問題（石川ら 1994, 中根ら 1996）など課題が多い。

淀川キリスト教病院ホスピス病棟においては、OCDP（Organized Care of the Dying Patient）の検討会やカンファレンスで医療スタッフ自身がケアについて評価し、その患者に合ったよりよいケアの提供を目指しているほか、患者の死亡後も実施したケアについて評価している。

終末期医療は一度きりの経験で、次回によりケアを提供するといったやり直しが全く効

かない。従って、患者・家族・医療スタッフが共に、その都度のケアに関し、十分な検討をしフィードバックを行うことが望まれる。

注9)「健康を取り戻せるかどうか」 この悩みは、病名を告知されていない場合同様、告知されている場合にも多く見られた。その理由の一つに告知のあり方に問題があると考えられる。病名を知らされても、それがどのような意味を持っていることなのかが理解しにくいことがある。医師は、患者本人に対しては余命や治療効果についてはっきりと数字を提示するようなことは避け、含みをもった説明で察して貰うようにすることが多いであろう。その場合、医師側は病気や余命について冷静に説明したと思っても、患者側は「生存がおびやかされた」というメッセージのみを受け取り、心理的な衝撃から医学情報を客観的に解釈することが難しくなるになることが多い(季羽 1995)。また、危機的状況を回避する防衛機制として、がんであるという客観的事態の否定や忘却が関係することも考えられる。そうすると、「また、元気になるだろうか」と悩むことは当然と言える。

もう一つの理由は、患者は奇跡を期待する(山崎 1994)ことである。患者は余命が短いことへの諦めと、「もしかすると治るかもしれない」という希望を同時に持っていることが多い。この希望を支えに生きることが、「健康を取り戻せるかどうか」の悩みをもたらしたと考えられる。死を受容することから考えると、この希望は少し矛盾するように見えるかもしれない。しかし、希望は生命の構造および人間精神の力学の本質的要素であり(Fromm, E. 1968)、この希望をしっかりと支え、生を全うできるように支えることによって、その先に見える死を受け入れる気持ちがわいてくることもあるのではないだろうか。

「健康を取り戻せるかどうか」の悩みは、ひいては「死に対する精神的不安」と本質的に同じと考えることもできる。がんの告知やインフォームド・コンセントを推進するとともに、希望を支えるケア・死の受容を支えるケアの充実が望まれる。

注10) 痛み 末期がん患者の約70%が主症状として痛みを経験し、50%はかなり強い痛みである(厚生省・日本医師会 1989)。適切な鎮痛剤の使用によって、痛みの90%はコントロールされると言われており、今回の調査で「痛み」に悩んだと答えた割合が8.6%であることから見ると、適切な鎮痛医療がなわれているかのように見える。しかし実際は、十分な疼痛医療がなされているとは言いがたい。'93年に行われた除痛率の調査では、がん専門病院で58%、大学病院では44%と低率であり(武田 1995)、ターミナルケアにおける疼痛管理の指標とされるモルヒネの消費量がわが国はアメリカの7分の1、イギリスの13分の1である(国際麻薬統制委員会の報告より)。体格の違いを考慮しても、モルヒネの消費量が他国に比べ極めて少なく、実際はもっと多くの人が痛み悩まされていたと考える方が妥当であろう。

今回の調査で「8.6%」と低率に示された理由として、痛みの評価の困難さが考えられる。激しい痛み苦しんでいる状態から、自制可能な痛みに軽減した場合に、患者や側にいた家族は「鎮痛治療をしてもらった」と評価するであろう。しかし、布団の中でじっとしていれば自制可能な状態であるかも知れない。このような場合は、十分な鎮痛医療がなされたとは決して言えない。その上、痛みのケアの中で鎮痛治療は不可欠であるが、それだけでは不十分である。痛みは身体的な痛みだけでなく、心理的・社会的・霊的な痛みを伴っ

て「全人的痛み」を構成する（世界保健機構編 1990）。従って、痛みのケアがホスピスや緩和ケア病棟以外で十分に行われているかどうかは疑問である。

文 献

- Center for Medical Education, University of Dundee 1992 Helpful essential links to palliative care, first edition. Scotland, UK : Cancer Relief Macmillan Fund.
- 武田文和・斉藤 武（監訳） 1996 緩和ケア実践マニュアル 東京：医学書院.
- Fromm, E. 1968 The revolution of hope. New York: Harper & Row. 作田啓一・佐野哲郎（訳） 1990 希望の革命 改訂15版 東京：紀伊国屋書店.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. 1965 Awareness of dying. New York: Aldine Publishing Co. 木下康仁（訳） 1988 死のアウェアネス理論と看護——死の認識と終末期ケア 東京：医学書院.
- 本田裕志 1989 医療におけるパターンリズム 塚崎 智・加茂直樹（編）生命倫理の現在 世界思想社, 148-164.
- 池上直己・キャンベル, J. C. 1996 日本の医療 -- 統制とバランス感覚 東京：中央公論社.
- 医療経済研究機構（編） 1996 医療白書 1996年版 東京：日本医療企画.
- 石川邦嗣・漆崎一朗 1994 進行癌患者の QOL 測定方法に関する研究 *Oncologia* 27, 238-245.
- 柏木哲夫 1987 生と死を支える——ホスピス・ケアの実践 東京：朝日新聞社.
- 柏木哲夫 1995 死を学ぶ ——最期の日々を輝いて—— 東京：有斐閣.
- 柏木哲夫 1996 日本のターミナルケア——“最期”まで生き切る為に *imago*, 7(10), 18-29.
- 加藤誠実・吉田博子・杉山静子・山田和歌子・蔵本 淳・湯原久美子・松栄達朗・中田 正 1995 日本人の多くが迎えている末期医療の実態について——平成6年度人口動態社会経済面調査（末期患者への医療）より——厚生指標, 42 (10), 25-36.
- 川越 厚 1996 がん患者の在宅ケア Q & A 臨床看護, 臨時増刊号 22, (13), 2026-2034.
- 季羽倭文子 1995 告知・Truth telling——患者や家族にとって意味するもの——ターミナルケア, 5, 173-176.
- 木村 敏 1972 人と人之間 東京：弘文堂.
- 木村利人 1987 いのちを考える——バイオエシックスのすすめ 東京：日本評論社.
- 北川貴子・津熊秀明・黒石哲生・大島 明・花井 彩・藤本伊三郎 1996 1975~89年の全国罹患率推計値に基づく、がん罹患の将来推計 厚生指標, 43 (3), 10-18.
- 厚生省大臣官房統計情報部（監修） 1995 日本の患者と医療施設 東京：厚生統計協会.
- 厚生省大臣官房統計情報部（編） 1996 平成6年度人口動態社会経済面調査報告 末期患者への医療 東京：厚生統計協会.
- 厚生省・日本医師会（編） 1989 末期医療のケア その検討と報告 東京：中央法規出版.
- 厚生統計協会（編） 1996 国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊 第43巻, 第9号

東京：厚生統計協会.

Markus, H. R. & Kitayama, S. 1991 Culture and the Self : Implications for Cognition, Emotion, and Motivation, Psychological Review, 98 (2), 224-253.

Mill, J. S. 1859 On liberty. 塩尻公明・木村健康 (訳) 1971 自由論 東京：岩波書店.

森岡恭彦 1996 癌告知とインフォームド・コンセント——告知の実際——外科治療, 75, 3, 315-319.

向井承子 1994 在宅老人介護政策は「おとしよりのため」どころか「うば捨て山」である 日本の論点 '95, 420-423. 東京：文芸春秋.

村上陽一郎 1996 科学史と医療 竹内 正 (監修) 医療原論——医の人間学——弘文堂, 23-38.

中根允文・伊藤恵子・田崎美弥子・稼農恵子 1996 QOLの枠組み——日本におけるQOL 評価の現状とWHO/QOL がん看護, 1 (1), 11-15.

日本医師会生命倫理想談会 1990 説明と同意についての報告書 日本医師会.

大井 玄 1996 人と人間——自己感と医療倫理 竹内 正 (監修) 医療原論——医の人間学——弘文堂, 138-152.

鈴木庄亮・久道 茂 (編) 1996 シンプル衛生公衆衛生学 改訂第6版東京：南江堂.

武田文和 1995 がん緩和ケアに関する研究 厚生省 平成6年がん克服 新10カ年戦略プロジェクト研究報告書 厚生省 268-280.

武田文和 1996 緩和ケアとは何か 歴史, 現在, これから 臨床看護 臨時増刊号, 22 (13), 1837-1841.

田中 聡 1997 治療は死を納得させる儀式 Ronza, 3 (3), 18-23.

WHO 1990 WHO Expert committee on cancer pain relief and active supportive care.

WHO Technical Report Series, 804. 武田文和 (訳) 1993 がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア——がん患者の生命へのよき支援のために——東京：金原出版.

山崎章郎・小島操子・中川米造 1994 鼎談 生・希望・死 ターミナルケア, 4, 357-364.