

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川厚生病院医誌 (2001.12) 11巻2号:160~163.

一般病棟の医師の立場からみた悔いが残る死,残らない死
(バランスのとれた緩和医療をめざして)

大田人可

一般病棟の医師の立場からみた悔いが残る死、残らない死 (バランスのとれた緩和医療をめざして)

大 田 人 可

はじめに

悔いが残る死、残らない死の判断にははっきりした基準はなく主観的な要素が強く、また立場によっても異なります。すなわち医療者の立場と患者・家族の立場との違い、また、医療者のなかでも医師と看護婦の違い、緩和ケア病棟医と一般病棟医の違い、さらには医師の間にも違いが存在するものと思われまふ。今回は一般病棟の医師の立場からみた「悔いが残る死、残らない死」について検討しました。本来は、「患者さんにとって悔いの残らない死とは何か」ということが問題なのではないかと思いますが、今回この検討をすることによって、「患者さんにとって悔いのない死」を実現させるために医療者ができることは何かを考えることはできるのではないかと思います。

対象と方法

対象は1999年1月から2000年11月までに当科で死亡した患者さんのなかで私が直接主治医だった59名です。疾患の内訳は肝細胞癌40名、肝硬変15名、その他4名であります。

悔いが残ったかどうかの評価は次のようにしました。緩和医療の基本は、1) 告知とコミュニケーション、2) 症状緩和、3) 家族のケアと看取りの三つが重要と考えていますが、それぞれの患者さんでこの三つの点についてはどうであったか、次にこの三点を総合して私にとって悔いが残ったかどうかを評価しました。評価の方法は今述べた1) 2) 3) のそれぞれについて、「ほぼできていた」場合が2点、「あまりできていなかった」場合が0点で、その中間を1点としまし

た。この総合点を参考に「悔いが残った」、「やや残った」、「あまり残らなかった」、の3段階に分け、またその理由もあげました。また、患者・家族の言動をカルテの記載や私の記憶からたどり、患者・家族の思いはどうであったかについても推測しました。

結果と考察

結果です。全体の評価では、悔いが残ったが9例、やや残ったが31例、あまり残らなかったが19例でありました。

三つの項目別では平均点が、1) 告知とコミュニケーションが1.4点、2) 症状緩和が1.3点、3) 家族のケアと看取りが1.4点でありました。三つの項目の間では評価に大きな差はありませんでした。

悔いが残った理由としては、患者とのコミュニケーションがあまりとれていなかった、症状のコントロールが不十分だった、急変により死亡した、急変ではないが最後の段階で症状が急速に悪化した、病態が予想外に変化した、患者には説明していたが家族への説明が不足だった、治療法の選択がそれでよかったか悩んだ、などがありました。

悔いが残らなかった理由としては、コミュニケーションが十分とれていた、症状のコントロールができた、死ぬ数日前まで外泊できた、看取りのプロセスが良かった、経過は短かったが患者・家族から納得が得られた、家族からいい往生でしたと言われた、家族から死ぬ直前まで話しもできて人間らしくしてもらえたと言われた、などでありました。

理由の内容をみてみますと、上記の1) から3) のバランスがとれていて、特に3) のプロセス、すなわち家族のケアと看取りがうまくできた場合に悔いのない死と評価することができたと思われました。いま、

家族のケアと看取りとが重要と言いましたが、それに関して具体的な例を述べます。

それまでの関係がいわゆるtruth tellingとしての告知がずっとうまくいっていた患者さんでも、最後の段階で急変のため患者さんとコンタクトがとれなくなった場合や、患者さん自身とはうまくいっていた場合でも家族とのコミュニケーションがうまくできなかった場合は悔いが残りました。よかった例ですが、臨終間際に家族が患者さんに「ありがとう」「ずっと頑張ってきたのだからもう頑張らなくていいよ」「ゆっくり休んでね」というような声かけがあった例ではほっとして見守りました。すなわち患者・家族が近い将来の死を覚悟して、最期の日々を送っていただけるように関わられるのがいいのではないのでしょうか。

また、悔いが残らなかったと評価した19人の方をみますと、ほとんどが主体性をもって闘病を送られた患者さん、それをしっかりと支えていた家族がおりました。逆に悔いが残った9人を見てみますと、いろいろな点で問題がありましたが、悔いが残らないようにするにはどうすればよかったかについては難しい点がありました。

さて、われわれのような一般病棟、本日ご参加の多くの方がそうだと思いますが、一般病棟という点で時間的にも内容的にも制約のあることが多いと考えますが、この点について考えてみたいと思います。

まず患者さんについてですが、これはどこの施設も同じとは思いますが、同じ病棟内、あるいは病室内に、急性期から末期、短期入院と長期入院、癌でも入退院を繰り返す時期、そして死を間近にした患者、などいろいろな疾患・段階の患者が混ざっていることです。

また、病棟内の業務としては日々の検査や処置や治療が多く、それらに流されやすくなっています。

医師の立場では、外来や検査と日々のノルマが多く、死を間近にした患者さんにそれほど多くの時間をさくことはできないという点があります。

それに対する対策についてですが、主治医の立場からいうと、ターミナルステージに即していまこの患者さんはどの段階にいるのかを適切に判断できるようにし、患者さん、家族、そして看護婦と関わって行くようにすること。死が近いと思われる患者さんにはより時間をさくことが必要です。この場合、その患者さんを特別扱いすることはやむを得ないと思います。

また、最近では臨床研修指定病院の認可の関係もあり以前に比べて剖検を依頼することが増えてきていますが、それに対する遺族の返答の中に遺族の気持ちを伺うことができました。59名中31名の方に剖検させていただいたが、剖検率や剖検所見も大事ではありますが、そのときの遺族の言葉の中にそれまでの医療やコミュニケーションがどうであったか、あるいは患者さんの人生観・死生感を伺わせるような内容を語ってくることがありました。次のような言葉が聞かれました。「最期まで人間らしくしてもらえました。」「何かの役に立ちたいと生前言っていた。」「いい往生でした。ありがとうございます。」「C型肝炎は日本人にとって今後大事な病気なので是非調べて下さい。」「生前に献体したいと言っていたことを覚えているので」「夫が生前そのようなことを言っていました。」次の3つは承諾をもらえなかった例ですが「主人は痛いことがいやな人なので…」「ずっと病気と闘ってつらい時を過ごした来たのでこのままつれて帰ります。」「主旨は理解でき協力がしたいが、臓器を全部取り出すことに抵抗があります。」

現在は遺族への調査などは行っておりませんが、今後はこのような点についても検討したいと考えています。

ま と め

まとめに入りますが、告知とコミュニケーション、症状緩和、家族のケアと看取りがバランスよくできることが「悔いのない死」をめざすために重要と考えます。特に家族のケアと看取りがなかでも一番大事なことだと思います。一般病棟においてはいろいろと制約はあるものの、患者・家族との良好なコミュニケーションの継続を基盤とすれば実現可能と思われます。しかし、今のところ、こういう意識を持った、医師や看護婦の努力が支えになっており、どの患者さんにも組織的にアプローチするという所までは至っておらず、まだ適切なチーム医療を行っているとは言えないのが実状だと思います。患者・家族側の要因もありますが、段階に応じて患者・家族とコミュニケーションをとって、状況を伝えて行くことが重要ですが、ターミナルステージ中期後半から後期、さらに死亡直前期、すなわち最後の数日から亡くなるまでの関わりが特に重要でそれまでの関係の集大成があるといっても過言ではないと思います。そのときそのときの状況でどのよう

に対応し、それぞれの立場で何ができるかを考えてゆくことが重要で、主治医と看護婦の間でこまめに確認しあうことが望ましく、今後この体制をつくって行くように努めたいと考えています。また、冒頭で述べた、それぞれの立場による違いについては今回検討しませんでした。今後何らかの形で明らかにし、そのギャップがあれば埋めて行くように心掛けたいと思います。以上です。ご清聴ありがとうございました。

本文は、シンポジウムにおける発表内容をほぼ忠実に再現したものです。

なお、このシンポジウムは平成13年6月8日に下記のような内容で行われました。

発表にあたり、5西病棟の安井婦長、鎌仲さん、消化器科外来の今野さんには内容についての感想、意見をいただきました。この場を借りて、お礼申し上げます。

第6回日本緩和医療学会 シンポジウム2

悔いの残る死、残らない死

司会 千葉県がんセンター 長山忠雄
文教大学 大木桃代

- 1 一般病棟の医師の立場からみた悔いの残る死、残らない死 (バランスのとれた緩和医療をめざして)
旭川厚生病院消化器科 大田人可
- 2 悔いの残らない死とは? - 告知と家族の関わりについて -
富山労災病院外科 小林弘信
- 3 悔いの残る死、残らない死 (訪問看護の実践から)
埼玉県立がんセンター看護部 内田寿恵
- 4 悔いの残る死、残らない死
ピースハウス病院ホスピス 二見典子
- 5 悔いの残らない死を、どのようにして獲得するか
香川県立中央病院泌尿器科 朝日俊彦
- 6 悔いる心
千葉大学文学部行動科学科 飯田亘之

ニューズレターに掲載されていまして、転載させていただきます。

今回、栗原総会会長の医療に関する考え方、即ち「どんなにQOLからみて管理が優れていても、患者さんの最期を上手に看取ることができなければ、満足すべき医療とは言えない」とのお考えからシンポジウムのテーマに「悔いの残る死、残らない死」が取り上げられ6名のシンポジストから発表があった。大田人可氏は一般病棟の医師として、肝疾患で死亡した59名を検討し、告知とコミュニケーション、症状緩和、家族のケアと看取りがバランスよくできていることが悔いのない死をめざすには重要であるとした。小林弘信氏は癌死亡例55名について、告知と家族の関わりを中心に検討した。内田寿恵氏は埼玉県立がんセンター・デイケアセンターでのアンケートの結果から、患者・家族の通院治療・在宅療養に抱いている希望について報告した。二見典子氏は、患者自身・家族・看護婦にとっての悔いを検討し、死以前の生をどう生きたか・患者その人とどう関わったかが問われていると結論づけた。朝日俊彦氏は、悔いの残らない死・より良い死を迎えるための対策を、患者・家族を交えて話し合える環境を作り上げることが肝要であり、この役割を医療者が担うべきであるとした。最後に飯田亘之氏は、人間が悔いるということ、悔いの本質、死の場面におけるナラティブ、自己決定権など、悔いを倫理的・哲学的面から考察されたが、難解であった。

総合討論は主に2つの問題を中心に展開された。第一点は、残された側。家族もさることながら、医療者にとって悔いの残らないようなケアに関する問題、第二点は、そのような意識を他の医療者に展開する場合の問題である。第一の問題では、「悔いを残すか残さないかは、患者さん自身の背景や価値観、死生観に帰する所が大である」という意見。「悔いは残っても、医療者側の学び・成長の機会となり良いのではないか」との問題提起があった。飯田氏は哲学の立場から、「完全主義・パーフェクトは患者さんに良くない」との考えを示された。ホスピス勤務の医師から、「医療者がいくら努力をしても悔いを示す患者さんはおり、どうしても超えられない大きな苦しみがある。技術ではなく、もっと大きなものを感じる」との感想があった。二見氏から「医療行為は医療者から一方的に与えられるのではなく、患者さんと家族と医療従事者の相互関係のなかに成立する」との指摘があった。第二の問題で

なお、後日司会者のまとめが、日本緩和医療学会の

は、「どこで誰と最期をむかえるかといった問いかけは、どの時期にすべきか」との質問で始まった。大田氏はケースバイケース、内田氏は治療中に働きかける、朝日氏は出来るだけ早い時期からとの意見であった。朝日氏の積極的な取り組みは、制度としてではなく、現在はあくまでも医師個人の努力で展開・達成されているとのことであった。「自己決定の功罪」に関する質問があり、個々人の死生観や理念を確立することの重要性が示唆された。

本シンポジウムで特別発言が予定されていた黒柳弥

寿雄氏（「閑かなる死」の著者）からの原稿を、栗原総会会長が最後に代読して終了となった。当初から予想された通り、「悔いの残る死、残らない死」というテーマは、一つの結論を導き出せるものではない。しかし、さまざまな立場や観点からそれぞれに意見を出し合い積極的に討議することにより、この問題を問題として共有してゆくことは肝要であろう。この意味において、本シンポジウムが栗原総会会長により企画されたことは有益であった。（日本緩和医療学会ニューズレター第12号から転載）

“Death with Regret, Death without Regret” from the View Points of Doctor Working in General Medical Ward

Hitoyoshi OHTA

Dept. of Gastroenterology, Asahikawa Kosei Hospital, Asahikawa 078-8211, Japan