

医学生に対する末期医療教育の試み

Studies on terminal care education for medical students

弘前大学保健管理センター 佐々木 大 輔
弘前大学第1内科 棟 方 昭 博
吉 田 豊

-
- I はじめに
 - II 対象および方法
 - (1) 講義形式および方法
 - (2) 教材
 - III 結果および考察
 - (1) 総論の講義
 - (2) 臨床講義
 - (3) 臨床講義での問題点
 - (4) 意識調査
 - IV おわりに
-

I はじめに

医療の目指すところが、延命を図ることから患者のQOLを考慮した全人的医療へと転換しつつある。医学生教育および卒後の教育においても末期医療に関する教育が重要であるという認識が高まりつつある。しかし、教材に適切なものが少なく、指導担当は誰が当たるのか、形式、内容はどの様にすべきか、どの学年でどこまで行うのがよいのか、時間はどの位を割り当てるべきかなど、実際的な教育方針は未だ確立されていない。今回、我々は医学生に対する末期医療教育を試みた。

II 対象および方法

(1) 講義形式および受講対象の設定

受講対象学年の設定は授業形式あるいは内容との関連の上で考慮すべきであるとの認識に立ち、最初に授業形式をどの様にすべきかについて検討した。授業形式としては以下の何れを選ぶかである。

- ① 従来の講義形式
- ② 臨床講義形式

③ ベッドサイド形式

講義形式および臨床講義形式は短時間で多人数に対応可能である。ベッドサイド形式は小人数のグループでの体験学習となる。末期医療の教育はベッドサイドでの体験学習の方が教育効果は大きいと考えられる。しかし、現在の日本においては病名告知の行なわれている末期患者数は必ずしも多くない。従って、ベッドサイドの教育に協力してもらえぬ患者数は少なく、一部の患者に負担がかかりすぎる危惧がある。今回は講義形式での総論の講義および臨床講義を行なうこととした。受講対象は当大学では従来から内科学等は医学部専門2年生(4年)で総論、3年生(5年)で臨床講義を行なっているの、そのまま専門2年生に総論、3年生に臨床講義を行なった。

医学教育における末期医療教育の方法と評価について、谷¹⁾は総授業時間数の約5%を充てるべきであると提案している。当大学では末期医療の教育は医学概論の中や、精神科の講義において一部行われているものの、内科領域では初めての試みであるので、多くの時間を割くことは不可能である。今回は総論100分、臨床講義100分を割り当てた。

(2) 教材

末期医療についての医学部学生向けの教材を探したが、適切なものがなかったので、小冊子を作成することとした。小冊子の内容は、末期医療の目的、患者の権利などの用語の解説、告知の在り方、痛みのコントロール、薬以外の治療法の各章とした。痛みのコントロールの章ではがん患者の痛みの特徴、痛みの診断、痛みの治療の目標と基本方針、鎮痛薬による治療、WHOの提案などを記載した。しかし、痛みのコントロールについては麻酔科での講義内容と重複するので内科では取り上げないこととした。さらに、吉岡昭正著²⁾「死の受容」中にあるテスト形式で回答する末期医療を含めた判断の困難な状況に対する対応についての意識調査を施行した。

Ⅲ 結果および考察

(1) 総論の講義

総論の講義ではターミナルケア、インフォームド・コンセント、患者の権利、Living willなどの用語の解説、末期患者の身体的および精神の特徴の解説に重点をおいた。今後、末期医療教育で教えるべき用語の選定、適切な解説のある用語集の作成が必要である。総論の講義を2年生に行なった結果であるが、臨床経験も少ない段階であるので、関心は低いと感じた。しかし、一般にインフォームド・コンセント、患者の権利などの用語は正確に理解しないままに用いられていることが多い。また、末期患者の心理過程の変化や、癌の告知に関する諸問題についての知識も必要であり、総論形式での講義は行なうべきである。

(2) 臨床講義

臨床講義では病名告知を受けている2例の癌患者をとりあげた。化学療法により腫瘍の発育がコントロールされている例と末期の肝細胞癌の例とした。予め患者の了解のもとに、面談室において病名告知による心理的变化について面接を行い、録音をとった。講義では録音テープを学生に聞か

せた。E. キューブラロス³⁾も類似の手法で末期患者の心理について学生に教えたことを参考とした。学生は患者の告白を衝撃的体験として受け止めた。

(3) 臨床講義での問題点

- ① 患者が重態である場合や、心理的面が重要であることなどから、患者が講義室まで出向き学生の前に出てもらうことは困難がある。
- ② 録音がなかなかうまく出来ない。理由として、患者の声が小さかったことや、早口で、方言が多かったことなどであった。末期状態でも会話は可能であるが、声が小さくなりがちであるのは仕方の無いことである。性能のよい録音機が必要である。
- ③ 医師が面接の場所、時間、患者から聞き出すべき項目や内容、といった面接技法に習熟していなかった。卵巣癌の患者からは癌の告知の問題以外に、若い女性の卵巣全摘ともなう心理的動揺も聞くことができた。また、肝細胞癌の患者は病名告知を受けてかなりの期間が経過していたにもかかわらず、面接場面では感情のコントロールを逸脱してしまい、面接にはかなりの時間を要した。

面接はリエイゾン精神医学あるいは心身医療の担当者が当たるのが理想的であるが、かなりの時間と労力を要する。また、特定の医師のみで末期医療にあたるのは到底不可能である。多くの医師が末期医療を担当していくためにも医学生の末期医療教育は必要である。また、医師のみの努力には限界があり、看護学生の末期看護教育や末期医療を担当するコワーカーの育成も必要である。

臨床講義の患者の病歴および面接内容を次に示す。

症例1 沢 ○ 由 ○, 35歳, 女性

主 訴: 腹痛

既往歴: 24歳 胃潰瘍

現病歴: 7月中旬から下腹部の膨満感を自覚し、8月初旬から腹痛、食欲不振となり、体重減少も出現したため当科を受診した。

検査結果: 卵巣癌、癌性腹膜炎、リンパ節転移があった。

診 断: 卵巣癌, stage IV.

病名告知: 8月下旬。

治 療: 化学療法

経 過: 腹水の消失、リンパ節の縮小が得られた。11月には原発巣の摘除を行った。以後、定期的に化学療法を施行中である。全身状態は良好。職場にも復帰。

面接内容

医) 最初はどのような症状でしたか。

患) 冷房病のような症状でしたが次第にお腹が張ってきました。

医) その後の経過はどうでしたか。

患) 入院して手術を受けました。そのときは医師から卵巣を片方だけ取ると説明を受けていました。

医) 病名はなんと聞いていましたか。

患) 腫瘍と言われました。ところが、退院の時に卵巣を全部摘出したと聞いて唖然としました。

女性としてショックで、病気が進行していたということよりも女性でなくなるというショックの方が大きかったです。

医) ショックからは立ち直れましたか。

患) 先生の前で泣いてしまいましたが、こうしてはいられないと思い直しました。

医) 病名はそのときなんと言われましたか。

患) 癌と告知を受けました。家庭の医学書などを読んで、卵巣の全摘をおこなったのなら癌だと自分では判っていました。自分では病気を否定したいのですが、否定しても治るものでもありません。しかし、安易に認めたくありませんでした。

医) 術前に卵巣の全摘のことを知らされていなかったことにご意見がありますか。

患) 主治医の先生は開腹した段階で、卵巣の全摘を決意したと聞いておりますので仕方ないと思います。

医) 周囲の人はあなたの病気をどの様に受け止めましたか。

患) 周りの人は何の病気かと聞きますが、本当の病名をいうと相手がかえってショックを受けるとお思いますのでごまかしています。今は自分の病気を受け入れております。落ち込んでいると治るものも治りませんし、自分で気持ちをしっかりと持って治療を受けないとうまく行かないと思います。

医) 告知してもらってよかったんですね。

患) はい、そう思います。

医) 現在は体調はどうですか。

患) とても良い状態です。会社でも理解を示してくれています。仕事を続けているからよいでしょう。仕事もしないで部屋に閉じ込もってはいは余計なこと考えてしまうでしょう。

医) 治療の副作用はつくはないですか。

患) 副作用を乗り切るのは大変ですが、気持ちの持ちかたが大切だと思います。気持ちで負けると駄目ですね。

医) どうもありがとうございました。

症例2 山 ○ 昭 ○, 54歳, 男性

主 訴: 右肩痛

既往 歴: 47歳 胆石手術

現 病 歴: 昭和61年3月, 肝癌の集団検診にて肝硬変, 肝癌を見いだされた。昭和61年5月, 入院し, 肝癌を切除。この時に病名告知を受けた。以後5回の入院治療を行った。今回, 新病変の出現があり, 入院。

経 過: 入院後, 肝癌にエタノール局注療法などを行ったが, 腫瘍の増大があり, 肝不全状態となっている。

面接内容

医) あなたの病気の経過を教えてください。

患) 昭和58年に手術を受けたときに軽い肝硬変と聞いておりました。昭和61年に集団検診で病気

が見つかって外科にまわって手術を受けました。

医) そのとき病名は判っておりましたか。

患) 判っていました。手術をするというなら癌でしょう。自分では病名が判ったとき1週間ぐらい苦しみました。もう先が短いと思いました。家の事でいっぱいやるがあったからです。

医) やることとはどんなことですか。

患) 子供の結婚とか財産のことなどです。

医) それからいままでかなりの時間がありましたね。

患) はい。子供を全部結婚させましたし、やっと家のことをやり遂げました。

教師から学生へ) E. キューブラロスの死にゆく過程のチャートのなかの「取り引き」を主治医に多く要求した患者です。主治医はある程度患者との取り引きを行なっております。幸いにして患者が取り引きをすべて終るまでの時間を作れましたが、人生に於て取り引きの材料はいくらでもあるものです。原則的に取り引きは行なうべきではありません。

医) 家族はあなたの病気をどの様に受け止めましたか。

患) 癌だから仕方ないとはいっていますが、そのほかは何もいいません。

医) 肝臓癌の治療は苦しいと思いますがどうですか。

患) 副作用がつらくてどこまで治療できるかといつも思っています。病名ははっきり判った方がよいと思います。どうせ治療の途中で判るのですから。

医) 病名の告知は皆に行うべきだと思いますか。

患) その人によって違うと思います。

医) 医師に望むことはありますか。

患) 完全に治してもらえればよいのですがそれもいきませんし、望むことは特にありません。これ以上どうにもなりませんし。

(4) 意識調査

意識調査は20の設問に対し、妥当、恐らく妥当、どちらとも判定できない、恐らく不当、不当の5段階で答を記入する形式である。

表1に末期医療に関する設問のみを取り上げ、学生の回答結果を示す。なお、回答は妥当、判定不可、不当の3段階にまとめた。設問7は患者の生命と妊娠中の胎児の生命の選択の問題であるが、妥当とする意見が多い。設問9は宗教を取り上げている。ここにおいても約6割の学生は妥当としている。設問14は説明と同意についてであるが、70～80%の学生は不当と答えている。設問17は癌の告知であるが、不当とする意見は極めて少数である。1991年5月25日に厚生省が公表した1990年保健福祉動向調査によれば、癌の告知希望者の割合は、自分に対して知らせて欲しいが58%、知らせて欲しくないが18.7%、わからないが23.3%であり、とくに若い層ほど告知派が多く、20歳代前半の男性は7割近いという。一般人を対象とした癌の告知に関する調査では、知らせて欲しいとする意見は昭和56年から昭和59年までは53%、昭和60年は56%である(毎日新聞社、がんに関する全国世論調査)。日本においては約6割近くの人が癌の告知を希望しているので、学生も妥当な判断をしていることとなる。設問19、20は安楽死についてである。脳死患者の家族からの安楽死の申し

出は61～78%が妥当と考えている。また、癌末期の激しい疼痛を訴える患者に対しては、妥当とするのが専門2年生70%、3年生52%、4年生34%である。1987年、世界医師会総会で採択されたマドリード宣言が、たとえ患者や近親者の要求があったとしても、患者の生命を故意に縮める行為は倫理に反するとしていることなどをふまえ、安楽死についての考え方の討論の場を持つことも必要であろう。以上、病名告知、尊厳死、安楽死については容認するとする意見が多い。しかし、学年が進むにつれてより慎重な判断に傾く傾向がみられた。

Ⅳ おわりに

現在、日本の医科大学で末期医療を正規のカリキュラムとして導入している学校は33%にすぎない。しかし、医学生に対するアンケート調査では末期医療に関心を持つと答えた学生は86%おり、また77%の学生が末期医療教育の必要性を感じていたという⁴⁾。今回の末期医療の教育経験からも、医学生の関心のたかさがうかがえた。また、末期医療に関する教育はある程度の臨床経験をつんだ後がよいが、基礎的知識を教育する場も必要であること。学生向けの適切な教材を作成すべきであること。患者は講義室まで出向けないことが多いので、工夫が必要であることなどの点は解決すべき点といえた。学生の末期医療に対する意識調査を継続的におこなうことは指導の方向性を定める参考となり、癌の告知や安楽死については教官と学生とで討論し合う場を設けるのもよいであろう。

今後、体験学習としてのベッドサイドでの教育も試みたい。

(本研究は医学教育振興財団、平成2年度医学教育研究助成事業の一部としておこなわれた。)

表 1.

意識調査(出典:文献²⁾, p147)

末期医療に関する項目のみ抽出

- (7) 40歳の女性。結婚後初めて妊娠したが、4カ月目に子宮癌が発見された。直ちに手術すれば根治可能であるが、もちろん胎児は死亡する。手術を延ばせば根治は不可能となる公算が大である。しかし本人はたとえ自分が死んでも子供を生みたいと希望したので、医師は出産時まで手術を延期した。

	妥 当	判定不可	不 当
専門3年	66 %	22 %	16 %
専門2年	60	25	15

- (9) 60歳の女性。手術をすれば全治可能な子宮癌がある。手術死亡率は極めて低い。しかし、本人は宗教上の理由から手術を拒否した。いくら説得しても承諾しない。そこで手術を断念した。

	妥 当	判定不可	不 当
専門3年	63 %	24 %	13 %
専門2年	60	20	20

- (14) 26歳の男性。慢性骨髄性白血病に罹患しており、寿命は10年と推定される。この男性の許婚者から未来の夫の疾病についての説明を求められたので事実を話した。ただし、この際その男性とその両親から許婚者に病状を話すことについての許可をとってなかった。

	妥 当	判定不可	不 当
専門3年	18 %	11 %	71 %
専門2年	10	5	85

- (17) 大きな借金をして独力で事業を拡大し始めた45歳の男性が、3～4カ月後には死を免れない病気になる。死病であることを本人に告知した。

	妥 当	判定不可	不 当
専門3年	65 %	33 %	2 %
専門2年	60	35	0

- (19) 27歳の女性。精神活動を停止し昏睡状態に陥っており、全く回復の望みのない患者である。人工呼吸器と人工栄養で延命させている。このための治療費は莫大で家族の困窮は大変なものである。しかもすでに人間として生きているとは認められない。むしろ幸福な死を求めたいとして、家族は全ての治療の中止を求めてきたので治療を中止した。

	妥 当	判定不可	不 当
専門3年	78 %	17 %	5 %
専門2年	75	25	0

- (20) 65歳の女性。数人の医師が不治の病で、しかも死は2～3週間後に追っていると判断している。患者は激しい痛みに悩まされ、早く死なせてくれと訴えており、家族もこれに同意している。医師は大量の麻薬を連用することによって安楽死を行った。

	妥 当	判定不可	不 当
専門3年	52 %	24 %	24 %
専門2年	70	20	10

文 献

- 1) 谷 莊吉：死の臨床，8：6，1985．
- 2) 吉岡昭正：死の受容，毎日新聞社，東京，1980．
- 3) E. キューブラロス：死ぬ瞬間，読売新聞社，東京，1971．
- 4) 厚生省・日本医師会編：末期医療のケア，中央法規株式会社，東京，1990．