

特集 2

## 消化器癌患者に対する質問票に基づく インフォームド・コンセント

鳥取大学医学部第1外科

辻谷 俊一 前田 迪郎 貝原 信明

我々は平成4年より入院患者に質問票を渡し、その回答をもとにインフォームド・コンセント (IC) を得ている。平成6~7年の入院患者の84%が真の病名を知りたいと答え、62%が病状の詳しい説明を望んだ。自分が病名を知りたくても家族の反対がある場合、65%が自分の責任ではっきり知りたいと答えた。我々はこの回答と家族の意見から説明の内容や時期を考え、必ず看護婦同席で説明する。告知対象患者の73%が告知され、食道癌60%、胃癌78%、大腸癌65%、肝胆膵癌73%、Stage I, II 84%、Stage III, IV 65%、再発で70%に告知されたが、切除不能は31%、末期は36%と低率であった。積極的にICを得ている当科では一般病院に比べて癌告知、治療や合併症の説明などを詳しく行う医師が多い。患者からICの希望を聞き、家族との積極的な話し合いをシステム化することにより癌の告知率を高め、適切なICを得ることが可能である。

**Key words:** gastroenterological cancer, informed consent, questionnaire

### はじめに

外科医が患者に癌を告知する機会は着実に増加しているが、告知の内容や方法は医師によって様々である。とくに消化器癌では乳癌などと異なり、患者本人に治療結果がわかりにくいと、癌告知や治療方針が詳しく説明されない場合が多い。しかし患者に真の病名を告知しないためには倫理的に正当な理由が必要である。近年新しい癌の治療法がいくつも開発され、治療の選択肢が必ずしも1つではなく、その選択によって患者の治療後の生活が大きく異なる可能性が生じてきた。また従来医師に課せられた1分でも長く延命させる治療から、モルヒネによる痛みの緩和、在宅経静脈栄養による栄養管理、尊厳死などの患者の自己決定など、患者のQOLを重視した治療へと時代の要請は変化している。従って医師は患者の希望を把握して、病状をわかりやすく説明し、患者が医師の説明を十分理解、納得し、診療方針に対する同意、すなわちインフォームド・コンセント (IC) を得たうえで治療する必要がある<sup>1)</sup>。

当科では平成4年より入院患者にICに関する質問

票を渡して患者の希望を聞き、それをもとにICを得ている。家族には患者の真の病状を説明し、患者への真の病名告知を含むICの必要性を理解してもらうようにしている。そのうえで看護婦とともに患者に適切と思われる治療のICを得て、患者が自ら疾患に立ち向かい、自己決定権を維持していけるような精神的サポートを心がけた。

ここでは質問票に対する患者の回答結果を解析し、当科の癌告知の問題点を検討するとともに、消化器外科医にアンケート調査を行い、医療チームとして積極的にICを得ている当科と、各医師が独自のアプローチで患者に説明、治療を行っている一般病院とで、医師のICに関する考え方の相違について明らかにする。

### 方 法

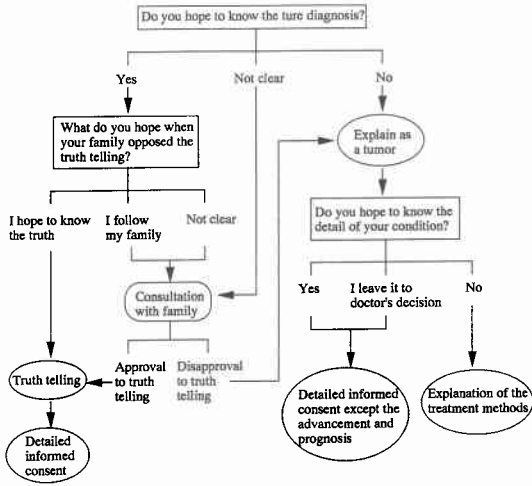
平成6~7年に当科に入院した癌患者に対して、1) 真の病名を知りたいか、2) 真の病名を知ることが家族が反対したらどうするか、3) 自分の病状について詳しく知りたいか、4) 自分の病気は何と思うかを質問し、その回答結果と家族の意見に基づいてICを得た (Fig. 1)。またICを得る際には必ず看護婦が同席して説明した。特別な理由のあるものを除いて癌告知に努めたが、家族からの希望が強い場合はその意見を尊重して質問票を渡すのを止めることもあった。また進行痴呆

\*第47回日消外会総会シンポ1・消化器癌におけるインフォームド・コンセントの実際

<1996年6月12日受理>別刷請求先: 辻谷 俊一

〒683 米子市西町36-1 鳥取大学医学部第1外科

**Fig. 1** Informed consent according to questionnaire

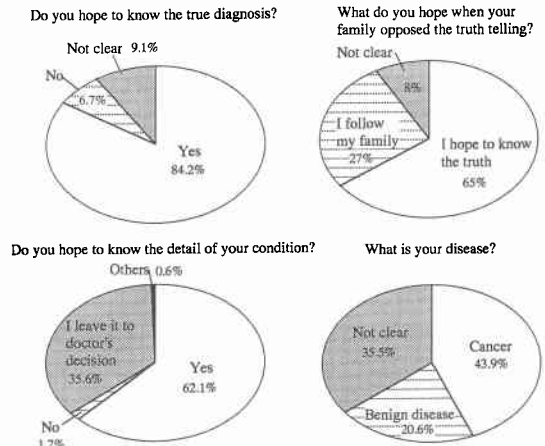


患者や寝たきり老人には初めから質問票を渡さなかった。当科では原則として外来の時点で患者に癌を告知することではなく、入院後患者と家族の意思を確認してから病名および病状の説明を行っている。

入院後の患者への説明状況はすべて主治医がカルテの記入欄に記載した。今回平成6～7年に癌のために当科に入院した全患者の入院カルテを検索することにより、患者への癌告知の状況を調べた。

消化器外科医へのアンケートは当科および当科関連の一般病院の医師に、1) 病名を何と言って説明するか、2) 進行度をどのように説明するか、3) 治療法をどこまで説明するか、4) 治療による合併症をどう説明するか、5) ICを得る条件をどのように考えるか、といった点について意見を聞いた。

**Fig. 2** Results of questionnaire to cancer patients



**結果**

**I. 入院患者のアンケート結果**

平成6～7年の当科入院癌患者451人中343人が質問票に回答した(Fig. 2)。「本当の病名を知りたいと思いますか」という質問に、84%がイエスと答え、7%が知りたくないと答えた。「自分は病名をはっきり知りたいても家族の反対があるときはどうしますか」との問いに対して、自分の責任ではっきり知りたいたい人は65%、家族の意向に従う人は27%であった。「自分の病気に関する検査内容、治療方針、病状経過などについてどの程度医師から説明を受けたいと思いますか」の質問に対して詳しく知りたい人は62%、医師の判断に任すが36%、あまり知りたくないが2%であった。「自分の病気は何だと思えますか」の質問に44%が癌と答え、わからないが36%、良性疾患とした人が21%であった。

アンケート結果を癌腫別にみると真の病名を知りた

**Table 1** Results of questionnaire to cancer patients

	I hope for detailed explanation	My disease may be a cancer	I hope to know true diagnosis
Organs with primary cancer			
Esophagus (n=37)	62%	26%	73%
Stomach (n=128)	65%	47%	88%
Colon and rectum (n=102)	56%	44%	84%
Liver, biliary tract, pancreas (n=57)	67%	39%	81%
Age			
Less than 49 years (n=44)	73%	57%	73%
50-64 years (n=122)	71%	48%	90%
65-74 years (n=122)	58%	40%	86%
More than 75 years (n=55)	55%	33%	75%

いと答えた人はいずれの癌腫でも70~80%台と高率であった (Table 1)。病状を詳しく知りたいと答えた人は、食道癌、胃癌、大腸癌、肝胆膵癌のいずれも50~60%台で、大きな差はなかった。自分の病気が癌だと思う人は食道癌で26%と低率であったが、他の癌腫では40%前後で大差なかった。一方、年齢別では真の病名を知りたい人、病状を詳しく知りたい人の割合は高齢者になるに従って低下した。代わって高齢者では「病状を詳しく知りたいか」の質問に医師の判断に任すと答える人が多かった。しかし真の病名を知りたいと答えた人はいずれの年齢でも70%以上で、年齢による差は大きくなかった。

## II. 当科における癌告知の現状

告知の対象とした癌患者403人のうち、実際に告知されたのは294人(73%)で、癌腫別に食道癌症例の60%、胃癌の78%、大腸癌の65%、肝胆膵癌の73%が告知された。対照として検討した乳癌では告知率100%であった。年齢別では49歳以下の79%、50~64歳の84%、65~74歳の69%、75歳以上の58%が告知され、高齢者

には告知率が低くなった。癌の進行度別では Stage I, II で84%、Stage III, IV で65%が告知され、状況別では術前症例の79%、再発例の70%に告知が行われたが、切除不能例では31%、末期癌症例では36%と告知率が低かった。癌の告知をしなかった理由を平成6年の入院癌患者60人でみると、家族の反対が31.7%、質問票で「真の病名を知りたいか」の質問の答えが「知りたくない」であったのが18.3%、高度進行癌が18.3%、超高齢者が13.3%、その他が18.3%であった。

## III. 消化器外科医に対するアンケート結果

消化器外科医へのアンケートは当科の医師13名と一般病院の医師43名から回答を得た (Table 2)。病名を原則として何という言葉で説明するかという質問に、当科の医師はほとんどが癌と言うと答え、23%が悪性病変という言葉も用いていた。一般病院の医師では癌は42%で、悪性病変が51%、前癌病変が26%で、良性疾患と説明する医師もあった。進行度をどこまで説明するかについて、当科の医師は早期癌か進行癌かは全員が説明するとしており、転移の有無が54%、再発が

Table 2 Results of questionnaire to gastroenterological surgeons

	Dept. of Surg. 1 Tottori Univ. Hosp.	General Hosp.
What words do you use for explanation of disease ?		
Cancer	92%	42%
Malignant lesion	23%	51%
Precancerous lesion	0%	26%
Benign disease	0%	5%
How far do you explain the advancement of disease ?		
Early cancer or advanced cancer	100%	42%
Existance of metastases	54%	28%
Clinical stage	23%	23%
Recurrence	31%	12%
Unresectable situation	23%	9%
Terminal stage	8%	5%
How far do you explain the treatment method ?		
Substitutable treatments	92%	58%
One treatment you recommed	8%	37%
No explanation	0%	3%
How far do you explain complications ?		
Variety, frequency, countermeasure	92%	33%
Variety	8%	40%
Possibility	0%	26%
No explanation	0%	3%
How informed consent should be done ?		
Unnecessary when patients do not ask	31%	26%
Necessary even if patients do not ask	54%	40%
Unnecessary when family members oppose	15%	37%
Necessary even if family members oppose	23%	7%

31%, 切除不能が23%で、いずれも一般病院の説明率よりも高い傾向であった。しかし末期の説明を行うとした医師は当科でも少なく、一般病院と差はなかった。また治療法や治療の合併症に関する説明についても一般病院より当科の医師は詳しく行う傾向で、代用できる治療法や合併症の種類、頻度、対策まで説明するのがほとんどであった。一方、ICを得る条件をみると患者がICを求めなかったり、家族がICに反射した場合の対応には明確な結果が得られなかった。ただし一般病院においては家族が反対してもICを得るべきと考える医師は少なかった。

### 考 察

我々が質問票によってICを得る場合、原則的な手順は次のようになる(Fig. 1)。癌患者の場合癌の告知なしに真実のICを得ることはできないので、はじめに癌告知の可能性を検討する。質問票に真の病名を知りたいとした人は、医師に病名告知の請求を行ったわけであり、医師としては迷うことなく癌告知を行う義務がある。しかし日本では患者の家族の意見も尊重して治療にあたる必要があり、特に家族の反対があればそれに従うとした患者の場合は家族とよく相談した上で告知を行わなくてはならない。癌患者の治療では手術などの短期間の治療で必ずしも完全に治癒しない場合があり、その際患者が真実を知らないために生じる不安や治療選択の限界を家族によく説明し、家族の了解を得て告知する。また自分の病名は癌だと思わずに答えた患者では、家族の癌告知に対する抵抗は少なくなる。

一方、真の病名を知りたくないと思えた患者は癌告知を受けない権利を主張したわけであり、まずは癌告知を行わない方針で家族と相談すべきである。この場合は患者に「腫瘍」という言葉で説明し、患者が癌かと訊ねない限り告知は行わない。しかし真の病名を知りたくないという気持ちはいろいろな説明を受けたり、治療を受けている間に変化することが多く、告知を望む気持ちに切り替わった場合、速やかに告知を行うべきと考えている。

次の段階として詳しい病状が知りたいと思えた患者に対しては、癌の進行度、それに対応した治療の選択、その治療を選んだ場合のメリット、デメリットといった情報を正しく説明しなくてはならない。今回の当科の入院患者へのアンケートの結果では、詳しい病状説明を求めるか、医師の判断に任ずとした人がほとんどであった。問題は癌告知を求めない患者にどこまで病

状および治療の説明が可能かという点である。癌ということを知らなければ本当に判断が難しい場合の治療選択は困難であり、それが患者に大きな影響をもたらすと予想される場合は、家族と十分に相談して決定するほかはない。また知りたくないとした患者でも、医師と家族が患者のために是非とも必要と判断した場合は癌を告知して患者の意見を聞くべきであろう。

一方ではICを得る対象とならない患者もいる。寝たきり老人や高度進行性痴呆の患者はICを得ることが困難であり、癌告知をして患者が得るメリットは少ない。しかし自己決定能力があると考えられる患者には、たとえば超高齢者であっても手術をするかしないかといった点で患者本人の意思を確認する必要がある。ICを得るべきである。ICを得る対象を画一的に選択することは困難であるが、我々は自己決定能力のある患者はすべてICを得る対象と考えている。すなわち患者にはICを与える権利があり、その権利請求を受けて医師は説明を行う義務がある。ICがなければ医療行為を行ってはならないというのではなく、ICを得た上での医療行為がより患者のためになるという認識が重要である。患者にはICを与える権利のかわりに真実を知る義務があるとする考えは疑問であり、患者はICなしでも治療を受ける権利がある。さらに癌患者すべてに告知を行うべきであるという意見もあるが<sup>2)</sup>、患者には病名を知る権利とともに知らされない権利もあり、単純に割り切るべきではない。一方、従来どおりケース・バイ・ケースで説明を行うという考えは多いが<sup>3)</sup>、それは医師の独断に陥りやすく、もっと医学的な判断基盤が求められる。したがって患者の意思を適格に把握するには当科が行うような質問票を用いるのが最適である。もちろん回答が患者の本当の意思をどの程度反映しているか疑問もあり、鵜呑みにすべきではない。日常診療において患者の気持ちの変化を察知できるように看護婦、家族と連携し、とくに治療の後や合併症の発生、治療の長期化した場合には、患者が十分了解できる説明を行う必要がある。

わが国では患者、家族の側にICの必要性の認識が不足している。今回の消化器外科医へのアンケートで患者が求めなければICを得る必要がないとした医師もあれば、患者が求めなくてもICを得るべきであった医師もいた。ICの必要性が社会的に認識されれば、すべての患者がICを与え、医師もICを得るのは当然として対応できると思われる。しかし米国のように患者や家族からの訴訟に備えてICを得るという状

況ではなく、あくまでも患者と家族が医療に参加するためにICのプロセスを育成することが重要である<sup>4)</sup>。

患者にとって治療上最良の選択が何であるか医学的には多くの場合明らかである。しかし実際の医療には期待どおりにいかない場合があり、そのとき十分にICが得られていないと患者は医師に信頼を裏切られたと感じるであろう。治療の選択をどのような考えで行うかを患者に正直に説明することにより、患者が医師の専門性を尊重し、医師は患者の自己決定権を尊重する正しい人間関係を築くことができる<sup>5)</sup>。また患者の自己決定権の維持が重要となるのは治療の限界がみえたときである。治療法の変更や治療の中止を医師と家族のみで決定すると、患者の意思は反映できない可能性が高い。自分のことを自分で確認し、決定するという現代人のルール<sup>6)</sup>からみれば、こういう場合にはICという同意ではなく、自分で治療を選択する(informed choice)という人が増えてくるであろう。しかし治療の限界に至って初めて癌告知を行うことは困難で、やはり癌患者の場合受診後早期に癌告知を行い、適正な医師と患者の関係をつくらないと、告知からICへ至る時期を失うことになりやすい。

告知後の患者は否認、怒り、抑鬱などを経て受容へ至るので、医師、看護婦は患者の苦しみを静かに見守る勇気を要求される。そのため医師や看護婦は死に対

する過度の恐怖を抱かないように自己教育をする必要があり、これを医学教育の過程でどう行うかは今後の課題である。

我々は患者への質問と家族との積極的な話し合いをシステム化することによって癌の告知率を高め、患者に詳しい説明を行うことができるようになった。しかし癌告知以後の患者のサポートは、現在も試行錯誤を繰り返しているところである。どういう状況でどういうサポートが患者にとって重要かを明らかにするためには、患者、家族の意思や希望を把握し、緻密に対応しながら多数のケース・スタディを行っていく必要がある。そうすれば癌告知をはじめとするICが最終的に患者の利益となるようなシステムをつくることができると思われる。

#### 文 献

- 1) 星野一正：ICとは何か。メディカル・ヒューマニティ 5：5-9, 1990
- 2) 笹子三津留：家族がガンにかかったとき。築地書館、東京、1992
- 3) 小林 博：がんの治療。岩波書店、東京、1993
- 4) インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書—元気の出るインフォームド・コンセントを目指して。Nursing Today 11：6-9, 1996
- 5) 田島知郎：インフォームド・コンセントはどこまで必要か。医のあゆみ 167：609-610, 1993
- 6) 水野 肇：インフォームド・コンセント。第3版。中央公論社、東京、1991

### Informed Consent According to Questionnaire for Patients with Gastroenterological Cancer

Shunichi Tsujitani, Michio Maeta and Nobuaki Kaibara

Department of Surgery I, Faculty of Medicine, Tottori University

Since 1992, patients have been treated in our clinic with informed consent (IC), based on the results of a questionnaire answered at the time of admission. Among patients admitted in 1994 and 1995, 84% wanted to know their true diagnosis, and 62% wanted the details of their condition and treatment. Even when the patient's family opposed telling truth, 65% of patients still wanted to know the truth and considered it their responsibility. The truth was told to 73% of patients, including 60% of those with esophageal cancer, 78% with gastric cancer, 65% with colorectal cancer, and 73% with hepatobiliary and pancreatic cancer. We provided IC accompanied by nurses, based on the results of the questionnaire and the opinion of the family. The truth was told to 84% of patients with Stage I, II, 65% of Stage III, IV, and 70% with recurrence, only 31% with unresectable cancer and 36% in the terminal stage received their true diagnosis. According to a questionnaire answered by gastroenterological surgeons, all doctors working in our facility and in favor of IC told the truth more frequently and explained treatment and complications in greater detail, than doctors in general hospital. As telling the truth in an advanced clinical stage was difficult to do even in our clinic, IC including telling the truth is necessary shortly after admission. The system of using a questionnaire to ascertain the opinion of patients and close communication with the family increases the rate at which the truth is told and allows for the most detailed IC possible.

**Reprint requests:** Shunichi Tsujitani Department of Surgery I, Faculty of Medicine, Tottori University 36-1 Nishi-cho, Yonago, 683 JAPAN