

特集 4

無差別に癌と告げることの意義と実際

旭川厚生病院外科

澤 口 裕 二

外来初診時から患者の背景によらずに癌と病名を告げた。告げる前に家族には相談しなかった。このため病状、手術、合併症、退院後の生活について正確に伝えることができた。その結果、疾患に対する不安のための不必要な入院が減少し、平均在院期間が胃癌では69日以上から41日へと、直腸癌で90日前後から54日へと短縮した。また、再発時の治療導入が容易となった。診断書に記載する病名の調整が不要となった。重要な点は病名のみならず病状とこれから受ける治療の必要性とその限界を明示することである。

Key word: informed consent

はじめに

1992年より患者のいわゆる背景因子に関係なく、肝癌や根治不能例にも癌と積極的に告げてきた。その結果従来の患者医師関係と異なり対等の関係を築く必要があった。無差別に病名を告げて治療を開始することの意義、経過とその結果について報告する。

動 機

無差別に病名を告げるようになった理由は2つである。

1つは直腸癌の患者のストーマケアである。「癌」と告げることによって、患者自身の治療の目的が「ストーマの管理」ではなく、「直腸癌の再発再燃の管理」になる。従来、告知されずに手術を受けていた患者はストーマを作られたことを「傷害」として認識していた。しかし、直腸癌を切除する結果として理解している患者はストーマを当然のものとして受け入れている。このため、退院の時期は早く、家庭生活、術前の仕事への復帰について積極的であった。

2つめは胆嚢結石症で手術された患者が自殺したためである。患者は胆嚢結石症と診断され外科入院した。術後から「胆嚢癌だったのでは？」と問い始めたので、胆嚢内結石であったことを再度説明した。しかし、病棟内に癌と告げられている患者がいない状態では信じられないようであった。胆嚢摘出術後8日目に退院し

たが翌日縊死した。癌を持つ患者に癌と告げないために良性疾患の患者が癌でないことを信用できないことは不合理である。

以上の理由から癌と伝えることとした。

方 法

病状の説明は外来初診時にまったく無差別に患者の社会的経済的家庭的背景を考慮せずに行っている。カルテの最初のページの上に「癌」と説明した日付と誰が話したかがわかるように書いている。早期癌症例も進行癌症例も他臓器転移例も同様にしている。説明前に病名病状を告げることに家族に了解を取ることとはしない。本人に「癌」と話し、多く行われている治療法、手術の根治性、目的、内容、入院期間、術後の治療、検査、再発、その治療法について説明する。根治不能例や再発が予想される例は終末期の治療法、鎮痛法についても説明する。当院には訪問看護ステーションがあるので、在宅IVH、塩酸モルヒネの持続静脈内注入や訪問看護が可能である。これらを提供することも説明する。説明には外来で最低20分は必要である。術前1週間以内に本人と家族同席で再度同じ説明をする。この時に説明用紙のコピーを渡す。この時は30分から1時間を要する。

留意点

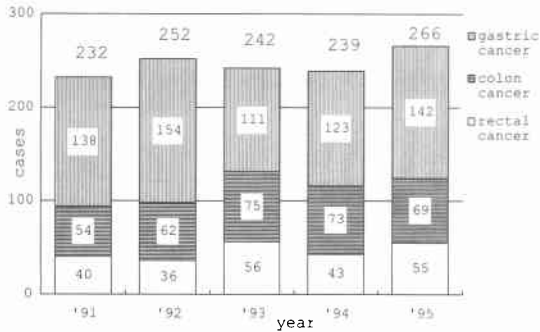
まず「癌」という言葉で説明することである。「癌になるから」とか「悪性腫瘍」という言い方では患者は「癌ではない」と告げていると理解している。第2は本人の意志を尊重することである。本人が「いやだ」と言えば手術はしない。ほかの治療法を選択する。治療

*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・コンセントの実践

<1996年6月12日受理>別刷請求先:澤口 裕二

〒078 旭川市1条通24-111 旭川厚生総合病院外科

Fig. 1 The numbers of patients with operations for the cancer of stomach, colon or rectum.



拒否はしない。家族が反対でも本人が納得していれば手術をする。第3は患者にとって不利益となることを具体的に説明することである。不快なこと、不利益なことについての正確な説明こそ術後についての不安を減少させる。胃切除であれば少量頻回の食事が必要になること、直腸癌では頻便、下痢、排尿障害、性的不能の必然性と可能性についてなどを説明する。転移、再発の可能性、疼痛の程度、時には死の避けられないことも説明する。

経過

1992年から著者1人がこの方法を開始した。当初、外来での「癌」との説明で、その後の患者への接し方がわからずに看護婦が困惑した。患者を紹介してくる内科消化器科医も「潰瘍」や「ポリープ」との診断で送った患者に外来で突然「癌」と告げられることに難色を示した。しかし、外科での手術治療とその後の観察通院のために必要と説明し方法を変えなかった。

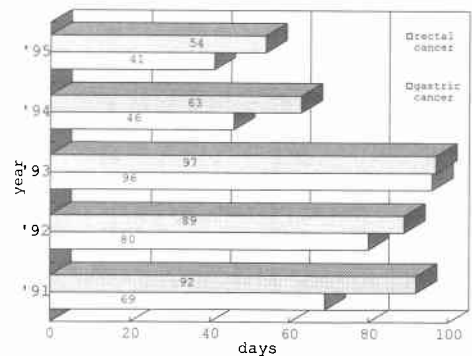
結果

当科全体で1994年8月1日から1995年7月31日までの消化器癌手術例276例のうち進行癌症例は195例であった。年齢は29歳から95歳、男性125例、女性70例であった。重複例を含み胃癌66例、結腸癌72例、直腸癌40例、その他22例であった。1994年8月から1995年3月までは116例中36例、31%が癌と説明されていたが、1995年4月から1995年7月までは79例中53例、67%に、7月単月では93%と急増した。

症例数：過去5年間の当科の胃癌大腸癌の手術症例数を示す(Fig. 1)。大きな変動はなく、1995年は症例数が増加した。

入院日数：胃癌と直腸癌の病名で入院した患者の平均在院日数を示す(Fig. 2)。手術例も終末期の入院も含んでいる。合併症、術式の変化、術者の熟練度も関

Fig. 2 The mean number of admission days of patients with gastric cancer and/or rectal cancer.



係して数字の比率が絶対とは言えない。しかし、胃癌で入院した患者の93年以前の平均在院日数が69～96日だったものが94年以降は41～46日に、直腸癌で90日前後のものが54～63日に減少した。

訪問看護：1995年は筆者自身は直腸癌2例、S状結腸癌1例の計3例を訪問看護往診で診療した。患者が在宅治療を希望し家族が了解したものを適応とした。病状により2～3回/週の訪問看護とし、週1回往診した。期間は2～3週間であった。一般的な訪問看護のほかに在宅IVH、疼痛の管理、腸瘻の管理が必要であった。訪問看護でも診療可能なことが退院への不安を減らし入院期間を減少させた。

自殺企図：1995年4月まで癌と告げられてから自殺を企図した患者は2例であった。1例は他院にて横行結腸癌と告げられず手術を受け、1年後に再発し受診したが「治療法はない」と言われ当科を受診した。外来初診時に担当医が癌、再発であることを告げ、イレウスの治療と疼痛の緩和を目的に入院した。鎮痛を行い在宅IVHと訪問看護で治療を継続したが、イレウスが悪化し常に腹満を感じ、「もう死にたい」と語るようになり4か月目に外泊中に縊死した。

2例目は上行結腸癌に結腸右半切除された患者で、術後3年目に動悸を主訴に内科を受診したが「何ともない」といわれ、その夜、左手首を切り自殺を図り未遂におわった。日頃から周囲の関心を集めたがる性格で無視されると詐病する性格であった。本人は癌については心配していないが「なんとなく悲しくて手首を切った」と語った。

利点：診療する側の感じる利点は5つあった。まず、不信感が生じないことである。このように厳格な説明を行えば医師が「できない」と言うものはできないと

理解された。

2つめは結果に示したごとく入院期間の短縮であった。ベッドの回転が速くなり入院までの期間、手術までの期間がともに短縮した。1996年には診断の確定している患者では外来初診から手術までの期間は5～14日間となった。

3つめは再発時の治療開始が容易になることであった。初診時から再発について説明されていれば、再発したときは予定の治療を開始するだけとなりほとんど問題とならなかった。従来は再発しても本人に告げずに虚偽の病名により手術または化学療法を施行していたが、現在は再発を告げ、化学療法の有効性と利点と欠点について説明した後、治療法が決定できる。患者自身が今後の生き方を考えながら治療できるようになった。

4つめは抗癌剤や神経切除などの副作用や合併症の正確な説明ができたことである。従来のような「何がおきるか予測できない」恐怖から解放されて予告されている副作用や合併症に対しての治療が可能となった。

5つめには虚偽の病名を用意する必要がないことである。虚偽の病名を診療録で確認するための事務的時間的な負担がなくなり、診療時間の無駄を生じなくなった。

考 察

このような態度で患者、家族に接し治療を行うことは従来の考え方からは大きく離れている。

病名を告げる人、時期について：癌という病名を家族から告げさせた場合、患者が家族を憎むことがある。したがって、病名は医師から告げられるものである。また、医師が患者に正直に自分の理解していることを伝えようとするならば、医師が診断を下した時に告げるべきである。真実を告げずにおく時間が長ければ長いほど患者は自分の期待するほうに物事が進んでいると確信するからである。このために、筆者は外来初診時に確定診断の出ているものは「癌」と説明している。これは時に患者にとって非常にショックであり、説明の途中で一休みさせてから、また説明することもある。中には突然ショックなことを言われて「冷たい」「顔もみたくなかった」と感じる患者もいる。しかし、術前、術後と説明したとおりになっていくと、たとえ再発しても納得して治療を続けることができた。患者の背景を理解し信頼関係ができてから病名を告げるというものもあるが、筆者は信頼関係は正しい病名病状を話し

てから、それ以後になにをするかで築きあげられていくものと考えている。重要な点は病名を告げるだけでなく、患者が悲しいことを認めた上で、今後どのような治療がされるかを十分に説明することである。ほとんどの患者は初診時の説明を記憶していないので、思い出させるためにも術前1週間以内に家族同席で再度同じ説明をする。家族とともに説明を受けることで「隠し事をされていない。」と確信される。死について恐怖を持つのは自然の感情である。なくすべきものは「死に対する恐怖」ではなく、「知らされないための不信」である。

患者の権利と責任：患者には権利と同時に責任がある。患者として「治療を求める権利」を持ち、それに伴う責任がある。「疾患と治療を理解する責任」である。疾患と治療について知ることなしに治療を要求することはできない。疾患について理解することは患者の権利というより責任と考える。患者といえどもけっして責任なしに権利を主張できない。「疾患と治療を理解させる」ことは治療する側の権利でもある。もし、患者が疾患と治療を理解したくなければそれに関する治療を求められない。中には「いやなことは聞きたくない」という患者もいる。当然、患者には「説明を拒否する権利」も持っているが、「疾患と治療を理解する責任」を果たさないのであるから、「治療を求める権利」も行使できない。つまり、その時は自分の満足する治療を要求できない。この「癌と言われたくない」という患者の存在することを理由に癌と告げない医師が多い。しかし、「疾患が癌でないこと」は根拠の無い希望であり「真実を知りたいこと」は現実の要望であることを患者、医師ともに認識する必要がある。「癌と告げると患者が恐れて受診しなくなるのではないか」という疑問もきかれるが当科の症例数は増加している。

医師の責任と権利：医師は「患者の意志を尊重する責任」「患者の要求を理解する責任」さらに「できることをすべておこなう責任」を果たし、「専門家として意見を述べる権利」「できないものをできないと言う権利」さらに医師も「人間として尊重される権利」を要求できる。このようにお互いの権利と責任を認めあつて、困ったときに役立つ専門家として説明し治療を提供するのが「『対等の人間』としての患者と医師の関係」である。

家族の役割：「なぜ家族に断りなく癌と告げた」と問う家族がいる。家族に治療についての協力は求めない。家族の役割は患者が「病気で入院することが残念だ、

ともにまた暮らしたい」と素直に表現することである。病気だからと特別扱いしないことである。患者が病気したために残りの家族が治療者となるのは不合理である。なぜなら残りの家族も翌日には患者となりうるからである。家族のすべてが病気である場合は病気の人間が他の患者の治療を考えなければならなくなり、かえってそれぞれの治療が円滑に行えなくなる。したがって、家族に治療の決定は求めず、本人に求める。治療は患者と医師の間であり家族とのものではない。また、けっして家族の満足のために治療が考えられることがあってはならない。医療者のこのような態度はそれまでの生活を続けられるから家族にとっても望ましいものである。

治療の目的：従来の「生きること」つまり生存率の向上を目的とした治療は集団としての患者群を対象とした治療である。より具体的に「もとの生活に戻ること」を目的に治療をする。「いかに生きていくか」「そのために何が必要か」を考えて治療を行う。

自殺について：当科で経験した1例目は、他院で病名を告げられずに手術され再発治療を拒否された症例であった。2例目は癌と告げられたことが原因の自殺企図ではなかった。患者は癌と告げられただけでは自殺を企図しない。1例目のように苦痛の緩和が望めないときに自殺を企図する。投薬、手術により苦痛を緩和することが重要である。

治験について：現在主流の randomized trial は治療の決定が患者でもなく医師でもなく偶然性に任せら

る。そのうえ、どちらかの治療法が他者に比較してある程度有効であるという仮説の元に治験症例数が決定されている。

患者自身の意志を尊重しながら、一方でその決定権を randomized trial に移譲することを要請することは矛盾である。このような申し出をすること自体が患者と医師の関係を害する。患者自身の経済的・時間的状況に合わせた治療を行い、その結果により historical にでも有為性を判定できる統計学的手法が必要である。

問題点：問題となるのはまず主体性のない患者である。また支配的な家族も主体性のない患者と表裏一体をなす問題である。この2つは医療の問題以前にその人たちの生き方の問題になる。これらにはカウンセリングが必要であるが当院では現在提供できていない。将来、導入される予定である。

告知されていない患者への対応も問題となる。再発した時点で前回の手術が癌のためであり、今回は再発であるということをお話している。初回時に「癌」と話すより話しづらく、信頼関係を築くのに時間を要する。さらにプライバシーの確保が望まれる。正確な説明をするにはそれなりの部屋が必要である。当院では院長の理解と病院の協力により1996年5月から確保された。最後にこれだけ真実を伝えて患者に接すると医師の精神的な負担は大きいものとなる。その医師へのカウンセリングも必要である。

How and Why was the Truth Told to the Patients?

Yuji Sawaguchi

Asahikawa Kosei Hospital

I started to tell the patients the truth about their cancers in 1992 without considering their backgrounds. The family of the patients had not been consulted about the disease before telling the patient the truth. This method was different from the former custom in Japan but it made it easier for them to understand the information about their condition, the complications and the life after the operation than the previous method. As a result, the number of admission on anxiety about the disease decreased. The mean number of days of patients with gastric cancer in the hospital became 41 from over 69. That of the patients with rectal cancer changed 54 from about 90. The patients who had recurrences easily accepted the treatment. It became unnecessary to write a counterfeit name of the disease on insurance claim forms. It is important that we should not give only the exact name of the disease but its subsequent treatment.

Reprint requests: Yuji Sawaguchi Department of Surgery, Asahikawa Kosei Hospital
24-111 Ichijodori, Asahikawa, 078 JAPAN