

消化器癌患者に対する計画的な informed consent と緩和ケア 癌患者は終の住みかを選べるか

昭和大学第2外科

角田 明良 渋沢 三喜 草野 満夫

1996年10月から2001年4月までに、著者自身が主治医となった癌患者235人のうち癌告知を行ったのは221人(94%)で、この間に癌病死した患者は45人である。これらを対象として、計画的な informed consent(IC)と緩和ケアが未確立であった前期と確立した後期に分けて、患者が死を迎えた場所を調査した。前後期に亡くなった患者はおのおの10人、35人であった。死を迎えた場所は、前期では大学病院8人、緩和ケア施設と他院がおのおの1人であったのに対し、後期では大学病院のほか緩和ケア施設16人、自宅6人、癌専門病院4人と多様であり、その分布は前後期で有意の差が認められた($p=0.019$)。大学病院の比率をみると前期80%(8/10)、後期21%(8/35)で後期は前期より有意に低頻度であった。これは計画的なICと緩和ケアの確立によって、多くの患者が死を迎える場所を自己決定したためと考えられた。

はじめに

Informed consent(IC)は患者の自己決定権を尊重する思想から生まれたもので、医師の倫理的な義務の一つである。癌患者のICは癌告知から始まり、医師と患者の良い関係を結ぶために避けて通ることはできない。著者らは1996年から積極的に癌告知を行っており、アンケート調査によりその意義を報告した¹⁾。癌告知の下に患者は医療に対して自己決定権を有するが、さらにすすんで病状が根治不能となったときには、死を迎える場所の選択にも自己決定権を有するはずである。この考えを基軸にICと緩和ケアに工夫を加えてきた。そして消化器癌領域における計画的なICと緩和ケアの確立が、患者の死を迎える場所に及ぼす影響について研究した。

対象と方法

1996年10月から2001年4月までの4年7か月間に昭和大学病院に入院し、著者自身が主治医となった癌患者235人のうち癌告知を行ったのは221人(94%)であった。この間の他病死を除く癌死患者は45人で、これらを対象として、計画的なICと緩和ケアが未確立であった前期(1996年10月~1998年12月)と、確

Table 1 Site of tumor in patients who died of cancer

	Former period	Latter period
Colon	1	10
Rectum	4	16
Stomach	2	2
Double cancer	2	5
Unknown	1	2
Total	10	35

立した後期(1999年1月~2001年4月)に分けて、患者が死を迎えた場所を調査した。また死を迎える場所に影響を与える可能性のある家族構成について調査した。亡くなった患者は前期10人、後期35人で癌の原発巣は、著者が下部消化管疾患を主な専門領域としている関係で、前・後期ともに結腸・直腸癌の割合が多かった(Table 1)。データの統計学的な解析は、 χ^2 検定で行った。

計画的なICと緩和ケアを下記に示す。

(1)初回入院時、医療に関するアンケート調査を行ったうえで、癌告知する¹⁾(2)再発した患者には再発の診断時にそれを伝える(3)患者が無症状ならば緩和ケアチームの癌看護専門看護師に依頼し、病棟看護師と協力し精神的支援を行う。この下に化学療法や

<2002年5月1日受理>別刷請求先:角田 明良
〒142 8666 東京都品川区旗の台1 5 8 昭和大学
第2外科

放射線照射を行う(4)症状が悪化し、肉体的苦痛が出現したら緩和ケアチームの医師の指導で、症状コントロールを行う(5)再発癌に対する治療法がなくなり、緩和ケアが主体となった時点で、患者と家族に大学病院における緩和ケアの限界と、緩和ケア施設の長所を説得して、転院を促す。在宅医療希望者には往診医と訪問看護師を紹介する。

前期では(1)(4)は遂行したが(2)で再発の告知が不徹底であり(3)で癌看護専門看護師が不在であった。また(5)で再発癌に対して緩和ケアが主体になった時点で、緩和ケア施設や在宅医療への移行を患者と家族に説得するのが不徹底であった。

結 果

前期で再発癌の告知をされなかったのは10人中3人であった。後期で計画的なICと緩和ケアが実施されたのは35人中34人(97%)であった。実施されなかった1人は、再発癌の診断時に家族の強い希望により、再発癌の告知ができなかった患者である。

死を迎えた場所とその人数をTable 2に示す。前期では大学病院が8人、緩和ケア施設は1人であった。後期では大学病院のほかに緩和ケア施設16人、自宅6人、癌専門病院3人と多様であった。死を迎えた場所

の分布は、前後期の間で有意の差が認められた($p = 0.019$)。また、大学病院の比率をみると前期80%(8/10)、後期21%(8/35)で後期は前期より有意に低頻度であった($p = 0.0017$)。

家族構成をみると、前期の10人中、配偶および子と同居が5人(50%)、独居が2人(20%)、配偶と同居が2人(20%)、同胞と同居が1人(10%)であった。後期では35人中、配偶および子と同居が18人(51%)、独居が6人(17%)、配偶と同居が6人(17%)、子供夫婦と同居が3人(9%)、子と同居が1人(3%)、同胞夫婦と同居が1人(3%)であった。前期と後期で家族構成は類似していた。前期で独居の2人はそれぞれ大学病院と緩和ケア施設で死を迎えた。計画的ICと緩和ケアが確立された後期において、独居の6人の死を迎えた場所は、緩和ケア施設が2人、自宅、大学病院、癌専門病院、他院がそれぞれ1人であった。同居人のある29人の死を迎えた場所は緩和ケア施設13人、大学病院8人、自宅5人、癌専門病院2人、他院1人であった。対象症例に限りがあるものの、独居の場合と同居人のある場合では死を迎えた場所の分布には、特筆すべき差異はなかった。

後期において大学病院で亡くなった理由をみると、8人中4人は全身状態の悪化でやむをえない状況であった。3人は大学病院での入院継続を望んだ。1人は再発癌の告知ができなかったためだった。一方、前期において大学病院で亡くなった理由は、8人中5人は緩和ケア施設転院や在宅医療への説得力不足、拙劣なIC手順、癌看護専門看護師の不在などの医療者側の問題であった。残りの3人は再発癌の告知がなされなかったためだった。

最後に、姑息的外科治療と死を迎えた場所をTable 3に示す。45人中13人に手術が行われていた。特に後

Table 2 Number of patients by the place of death

	Former period *	Latter period
University hospital	8	8
Palliative care unit	1	16
Home	0	6
Institute for cancer	0	3
Other hospital	1	2

* $P = 0.019$ versus latter period (chi-square test)

Table 3 Number of patients who underwent palliative treatment and their places of death

Palliative treatment	No. of patients	Place of death			
		Palliative care unit	University hospital	Home	Other hospital
Colostomy	7	5	1	1	
Gastro-jejunostomy	1			1	
Fixation of vertebrae	2(1)		2(1)		
Nephrostomy	2(1)		2(1)		
Colostomy & nephrostomy	1				1
Total	13(2)	5	5(2)	2	1

Values in parentheses are the number of patients who died during the former period

期に手術が行われた11人中8人は大学病院以外で死を迎えており、姑息の手術は死を迎える場所に大きな影響を及ぼさなかった。

考 察

癌患者の緩和ケアはICの実践から始まる。ICは患者の基本的な人権に属する自己決定権を尊重する思想から生まれたもので、医師の倫理的な義務の一つであると共に患者の権利である。外科医にとってのICは癌告知から始まり、医師と患者のより良い関係を結ぶために避けて通ることはできない。著者らはこのような医療倫理観に則って、1996年10月より積極的に癌告知を進めてきた。癌告知は、簡単な質問表により患者の医療に関する意識を把握し、知られない権利²⁾を確保したうえでやっている。告知率は94%で、根治不能癌患者を含めて癌告知に積極的な意義を見出ししている¹⁾。

患者はICのもと、医療に対して自己決定権を有する。すなわち癌告知により患者は治療法の選択に参加することが可能になる。一方、患者には治療を受けない権利もある。再発癌や根治不能癌に対する有効な治療法がなくなり、緩和ケアが主体になると「その人らしく死を迎える」ために、さらにICが必要と考えている。その背景にあるものは、「患者はICのもと、医療に対して自己決定権を有するならば、死を迎える場所の選択にも自己決定権を有するはずである」という倫理観であり、この権利を行使してもらえよう、著者らは計画的なICと緩和ケアを実践してきた。

日本人の死を迎える場所は、1960年には71%の人が自宅であったが、その後逆転し、1999年には77%の人が病院でなくなっている³⁾。一方、健康人へのアンケート調査では、癌などで治る見込みがなくなった場合に最後を迎えたい場所として最も多かったのが「自宅」50%で、次いで「ホスピス」が23%であった⁴⁾。実際に患者自身が死を迎える立場になると、大多数の癌患者は死を迎える場所についての心の整理がついていくわけではなく、また判断のより所になる情報にも乏しい。そのため、医療者は終末医療に関する情報を伝える必要がある。

大学病院の外科病棟で死を迎えることは、末期癌患者にとって必ずしも好ましいとは考えられない！末期状態になったときに望む医療⁵⁾について、一般市民を対象に行われたアンケート調査では81%の人が「苦痛を和らげることに重点を置いた医療」を希望している⁴⁾。柏木⁵⁾は、ある大学病院の講演会に集った看護婦

に「自分たちの働いている大学病院で死を迎えたいか」と質問したところ「はい」と答えた看護婦は一人もいなかったと述べている。その理由として「やりすぎの医療」「苦痛のコントロール不足」「パターン化された医療」「精神的支えの不足」があげられている。当科では、近年緩和医療に関する認識が深まり、末期癌患者をとりまく環境は改善されてきているが、いまだ解決されない基本的な問題が残っている。外科病棟は基本的に急性期病棟で、手術を中心とする動的環境にある。患者は周術期に精神的・肉体的に劇的な変化を経験する。当然、医療行為は患者の動きに追従して動的なものになり、そして効率の良い診療、看護にはなるが、多忙な中で一人の患者に多くの時間を費やすことはできない状況をつくっている。事実、緩和ケア病棟では患者・家族・医療者間の時間をかけたコミュニケーションが行われている⁶⁾。また、外科病棟では病室は個室でない限り、患者の入れ替わりも頻回になる。一定の静かな環境にはなりにくい。しかしながら、末期癌患者に必要なのはこの静かな環境であり、その人に多くの時間を費やすことのできる医療者の存在である。そこで人生の終大成の時をその人らしく過ごす権利を有すると思われる。

緩和ケア病棟は死を迎える場所として適切な環境と考えられえており、最近のホスピス・緩和ケア病棟の遺族による利用満足度調査でも高い評価を受けている⁷⁾。しかし残念ながら、当院では緩和ケア病棟はいまだ開設されていないため、近隣の緩和ケア病棟を紹介し、転院を勧めている。在宅医療を希望する患者には、往診医と訪問看護師を紹介する。しかし、在宅医療を行う際の問題点の一つに住宅環境があげられる。日本の住宅、特に集合住宅の構造はバリアフリーの配慮が不足しており、とりわけ二階以上の住宅では在宅医療を困難にしている⁸⁾。さらに、十分な家族の介護力が必要であり、最後まで患者と共に過ごすという決意が求められる。著者らも、このような問題があるために在宅医療を断念し、緩和ケア病棟に転院した患者を数人経験している。また、大学病院での入院継続を希望する場合には勿論受け入れる。本稿で示したように、死を迎えた場所の分布は前後期で有意に変わった。これは、計画的なICと緩和ケアの確立によって、多くの患者が死を迎える場所を自己決定した結果と考えられる。後期で家族構成が死を迎える場所に与える影響には一定の傾向は得られなかった。しかし、患者1人1人が家族事情も考慮して決断したと考えるのが妥当と

思われる。

緩和ケア,在宅医療の研究会では,緩和医療を専門とする医師,看護師がその意義と必要性を論じており,一般にもその正当性は認識されてきているが,消化器癌患者が抱える問題は,一般の外科病棟にあると思われる。癌告知をせず,緩和ケアも不十分な状況では患者の死を迎える場所を選択する権利に程遠く,緩和ケア病棟への転院や在宅医療を促しても患者に受け入れられるはずがなく,緩和ケアを実践する医療チームの存在と,ICを実践する主治医の説得こそが,患者を動かす源であると思われる。今後,患者が死を迎える場所を負担なく選択しうるために,緩和ケア病床数の増加,ならびに在宅医療の一層の充実が求められる。

姑息的外科治療と死を迎える場所に関する研究は,著者らが調べた限りでは報告がない。本研究の結果より,著者らは適切な時期に低侵襲の手術を行うことで,死を迎える場所を選択する権利が確保されると考えている。

癌患者の緩和ケアはICを通して診断から死までの長い経過の中で,全人的医療を目指したものでなくてはならない。そして主治医,看護師,緩和ケアチームなどによる計画的診療が必須である。主治医はその中で要となる存在であり,医療技術の向上はもとより,

医療倫理観の研鑽に対しても一層の自覚が必要である。

本論文の要旨は第56回日本消化器外科学会総会(2001年7月秋田市),シンポジウム11にて発表した。

文 献

- 1) 角田明良, 渋谷三喜, 草野満夫: 当院における緩和ケア 外科医の立場から. 昭和医会誌 60: 322-326, 2000
- 2) 村上国男: 告知されない権利. 中外医薬 41: 146-150, 1988
- 3) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成11年人口動態統計上巻. 厚生統計協会, 東京, 1999, p268-269
- 4) 季羽倭文子: がん告知以後. 岩波新書 305. 岩波書店, 東京, 1999, p183-200
- 5) 柏木哲夫: 生と死を支える ホスピス・ケアの実践. 朝日選書 341. 朝日新聞社, 東京, 1998, p219-224
- 6) 松本啓俊, 山本和恵, 小高真一ほか: 終末期医療の特性と病棟計画. 日本建築学会計画系論文報告書. 444: 39-48, 1993
- 7) 全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会: ホスピス, 緩和ケア病棟の利用満足度調査(遺族調査)報告書. ターミナルケア 11: 153-164, 2001
- 8) 早川和男, 岡本祥治: 居住福祉の論理. 東京大学出版会, 東京, 1993, p42-76

Programmed Informed Consent and Palliative Care of Patients with Incurable Gastroenterological Malignancy Can Patients Themselves Decide Where to Die?

Akira Tsunoda, Miki Shibusawa and Mitsuo Kusano
Second Department of Surgery, School of Medicine, Showa University

Carcinoma was reported to 221 of 235 patients with gastroenterological malignancy treated at Showa University Hospital between 1996 and 2001. We documented where 45 patients died of carcinoma during this period, and analyzed whether programmed informed consent and palliative care, instituted in 1999 and practiced since then by palliative care teams at our hospital, influence where patients chose to die. Ten patients died from 1996 to 1999: 8 in the University Hospital, 1 in a palliative care unit, and 1 in other hospital. From 1999 to 2001, 35 died: 16 in palliative care units, 8 in the University Hospital, 6 at home, 3 in cancer institutes, and 2 in other hospital. A significant difference was seen in the incidence of death sites between the 2 periods ($P = 0.019$) suggesting that patients decided for themselves where to die through the use of programmed informed consent and palliative care.

Key words: patients with incurable carcinoma, programmed informed consent and palliative care, place of death

[Jpn J Gastroenterol Surg 35: 1457-1460, 2002]

Reprint requests: Akira Tsunoda, Second Department of Surgery, School of Medicine, Showa University
1-5-8 Hatanodai, Shinagawa-ku, Tokyo, 142-8666 JAPAN