

癌再発患者に対する十分な情報提供と在宅療養への移行

東京女子医科大学八千代医療センター消化器外科

ヒライ	エイイチ	イシタ	タケシ	イシイ	マサユキ	イイノ	タカユキ
平井	栄一	石多	猛志	石井	雅之	飯野	高之
サトウ	タクヤ	オニザワ	シュンスケ	ハマノ	ミエ	クラモチ	ヒデカズ
佐藤	拓也	鬼澤	俊輔	濱野	美枝	倉持	英和
オオイシ	ヒデト	ナカムラ	ツトム	アライ	ダクツオ		
大石	英人	中村	努	新井田	達雄		

(受理 平成26年9月28日)

Enough Informed Consent for Patient with Recurrent Cancer and the Induction to a Home Care

Eiichi HIRAI, Takeshi ISHITA, Masayuki ISHII, Takayuki IINO,
Takuya SATO, Shunsuke ONIZAWA, Mie HAMANO, Hidekazu KURAMOCHI,
Hideto OISHI, Tsutomu NAKAMURA and Tatsuo ARAIDA

Division of Gastroenterological Surgery, Tokyo Women's University Yachiyo Medical Center

The need for introduction of palliative care from the early stage in patients with recurrent cancer is discussed. Other than palliation of physical and psychological pain, giving information about the disease and life to the patient is important. We provide full information to patients with recurrent cancer. We explain to the patient and the family about the place of treatment in the event of the patient's condition worsening, e.g., palliative care unit or cooperative hospital or home. In this study, we examined the cases of 83 terminally ill patients. We explained the precise condition of the patient entirely truthfully to 58 cases (70%), there were 24 patients to whom only partial truth about the condition was revealed (29%), and one patient did not receive truthful information (1%). Of the patients, 34 (41%) died at home. A total of 24 patients (29%) died in our hospital, 21 patients (25%) died in a cooperative hospital, and 4 patients (4.8%) died in a palliative care unit. The death rate at home was more than the average rate for Japan (12.4%).

Key Words: early palliative care, death at home, informed consent, home care, end-of-life care

緒 言

早期からの緩和ケアを導入することの重要性が議論されている。また、日本緩和医療学会がすすめる“緩和ケア普及啓発に関する手引書¹⁾”には診断時からの緩和ケアとして、①患者・家族の心情への配慮とコミュニケーション、②適切な情報提供と意思決定支援、③苦痛のスクリーニングと適切な症状マネジメント(基本的緩和ケア)、④専門的緩和ケアの利用、⑤患者・家族のニーズに応じた治療・療養の場の選択、の5つのアクションが提示されている。東

京女子医科大学八千代医療センター消化器外科では、症状マネジメントに加えて、再発早期から、本人、家族へ十分な病状説明、病状が悪化した際の療養の場についても説明を行っている。その目的の一つは患者主体の終末期医療を行うことである。そのためには患者、家族に疾患についてだけでなく病状が進行する時間経過や生活の変化についても、わかりやすく説明し、化学療法の変更や中止の判断が必要な場合には患者本人にさせていただくことが望ましい。二つ目の目的は早期より、急性期病院以外での

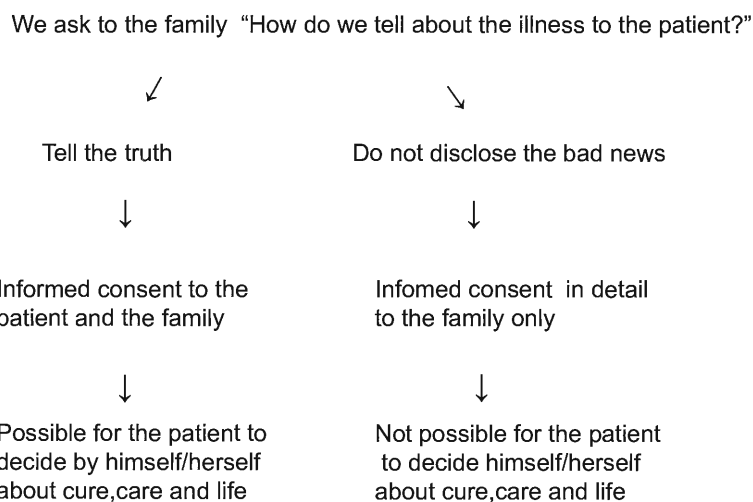


Fig. 1 Old procedure of informed consent

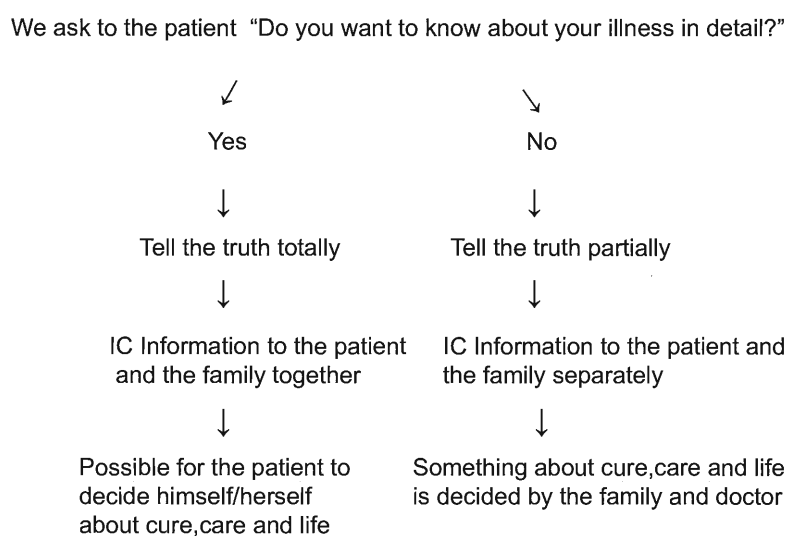


Fig. 2 New procedure of informed consent (we are trying)

療養，看取りについて説明し推進していくことであり連携病院，緩和ケア病棟，訪問看護，訪問診療などの周囲の医療施設と連携し患者，家族の希望に合わせて準備をすすめている。

対象および方法

再発患者に対して従来行われていた病状説明の手順を Fig.1 に示す。まず初めに家族に詳細な病状説明を行う。そして本人にどのように説明するかを確認し，“本人へもすべて伝えてほしい。”と言われれば，本人，家族も同席で説明と同意（informed consent：IC）を行う。その後の経過については，本人の希望，判断を尊重し，患者主体で医療が展開していくことが多い。一方，家族が“bad news（悪い知らせ）は伝えないでほしい。”と言われた場合は，家族

のみに詳細な IC を行い，本人へは不安を与えない内容のみを伝えることになる。その場合は，時として，実際の身体状況と説明内容の相違に患者本人が思い悩み，不安を感じ，医療者，家族に対し不信感を抱く症例もみられる。そのような病状説明の問題点については緩和ケアチームより指摘を受け，病状説明の手順を変更した。その際，十分に意思決定の支援をできるように“終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン²⁾”や bad news を伝える際のコミュニケーションスキルである SHARE³⁾プロトコルを参考にした。新しい病状説明の手順を Fig.2 に示す。まず初めに患者本人に bad news も含めた内容について“詳しい説明を希望するか？”と確認する。詳しい説明を希望された場合には本人，家族

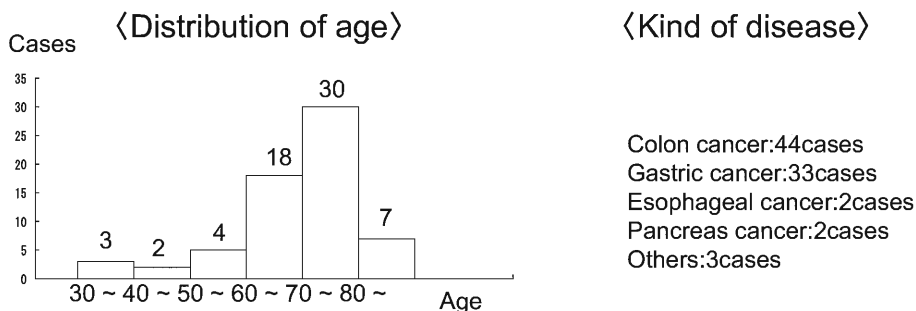


Fig. 3 Death due to cancer: 83 cases
Male: 56 cases, Female: 27 cases. Average of age: 69.0 ± 11.1.

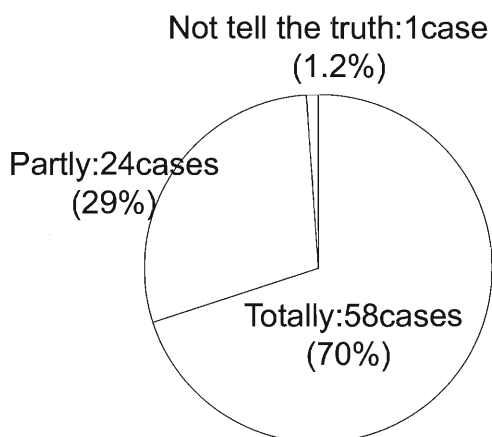


Fig. 4 Told the truth about the disease

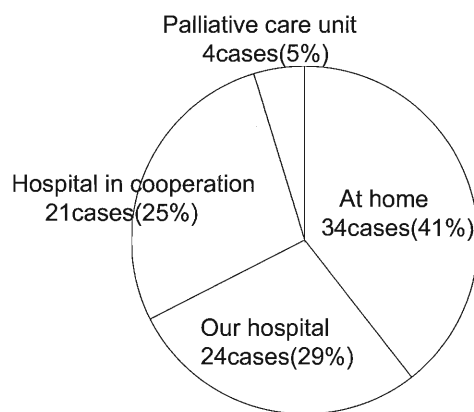


Fig. 5 Place of death

同席でICを行い、必要な情報をすべて提供する(全告知)。希望されない場合には、本人へは知りたい内容のみを説明(部分告知)し、詳しい内容は家族のみに説明する。本人と家族は別にICを行う。そのため重要な方針決定は家族と主治医で行われることが多い。この場合の本人への説明に際しても、事実と異なる内容は可能な限り伝えない。またIC後の反応を看護師が評価し医療者間で情報を共有する。療養や看取りの場についての説明は医師のみでは不十分な場合が多く、看護師やMSW(Medical Social Worker)からも説明する。その内容は訪問看護や訪問診療の役割や医療費、介護保険についてなどである。

このようなICの手順の変更や早い時期からの療養の場についての情報提供を行った結果の患者本人、家族の告知希望状況や療養の場の選択について検討した。

対象は再発早期より、新たなICの手順で病状説明を行った2009年8月~2012年5月の当科(2009年8月~2011年3月;消化管外科,2011年4月~2012年5月;消化器外科)の癌患者の死亡症例である。

それらの症例について、①病状説明(全告知or部分告知)、②看取りの場(死亡場所)、③在宅死亡率の男女差、世代差、④在宅死亡症例の在宅導入経過(外来or入院)、⑤平均在院日数、の5項目を検討した。各診療情報は診療記録より入手し、統計学的解析はStat View 5.0を用いて行った。また個人情報保護の重要性を考慮し個人が特定できないよう、匿名性については最大限の配慮を行った。

結果

症例の背景は、Fig.3に示すとおりで、男性56例、女性27例だった。平均年齢は69.0 ± 11.1歳だった。年齢分布、疾患は図に示すとおりだった。病状説明(Fig.4)については、家族同席でICを行った全告知症例は58例で全体の70%だった。家族と別にICを行った部分告知症例は24例で全体の29%だった。また高齢のため、家族の強い希望で病名告知を行わなかった症例が1例あった。看取りの場(Fig.5)については在宅での看取りが34例で全体の41%、当院での看取りが24例で全体の29%、連携病院での看取りが21例で全体の25%、緩和ケア病棟での看取りが4例で全体の5%だった。Fig.6に示

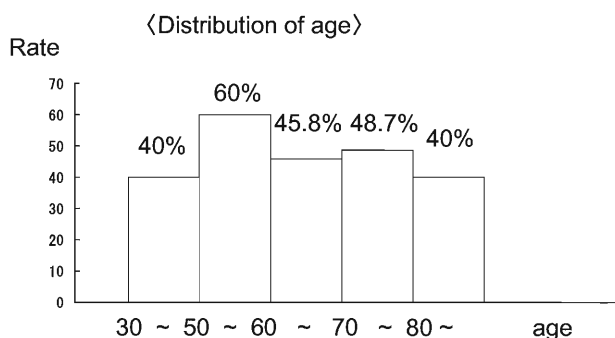


Fig. 6 Rate of death at home

Male: 41.1% (23 cases/56 cases), Female: 40.7% (11 cases/27 cases).

Table 1 Start of home medical care for cases that died home

1) During outpatient treatment → 25 cases/34 cases (73.5%)
2) During hospitalization → 9 cases/34 cases (26.5%)

Table 2 Average duration of hospitalization

Our hospital (24 cases)	16.3 ± 13.3 days
Hospital in cooperation (21 cases)	56.6 ± 56.4 days
Palliative care unit (4 cases)	26.8 ± 32.8 days

すとおり在宅死亡率については男女間、世代間で著しい違いはなかった。また在宅死亡症例の在宅導入経過 (Table 1) では外来通院中に訪問看護や訪問診療を導入した症例が 25 例と全体の 73.5% で、入院中に在宅療養を調整した症例は 9 例と全体の 26.5% だった。また平均在院日数 (Table 2) は当院: 16.3 ± 13.3 日, 連携病院: 56.6 ± 56.4 日, 緩和ケア病棟: 26.8 ± 32.8 日だった。

考 察

早期からの緩和ケア導入によって、生存期間が延長したとの報告⁴⁾がなされた。その緩和ケアの内容については身体症状、精神症状の緩和はもちろんであるが、患者の疾患への理解を助けることや治療選択の補助、患者と家族が生命をおびやかす疾患に向き合うことへの援助が含まれている。また早期から緩和ケアを導入し治療のゴール設定や意思決定をサポートすることで抗癌剤治療の中止やホスピスへの紹介のタイミングが最適化するとの報告⁵⁾もあり、早い時期からの患者、家族への十分な情報提供が必要であると考えられる。2010年に朝日新聞が行った死生観に対する世論調査 (Table 3)⁶⁾によると、“もし、あなたが治る見込みのない末期がんだとわかった

Table 3 Opinion poll about view on life and death (Asahi newspaper; 2010)

質問1) もしあなたが治る見込みのない末期がんだとわかったら、そのことを知らせしてほしいと思いますか。知らせてほしくないと思いますか。		質問2) もし、あなたの家族が末期がんだとわかったらそのことを本人に知らせたいと思いますか。知らせてくれないと思いますか。	
知らせてほしい	78%	知らせたい	40%
知らせてほしくない	18%	知らせたくない	48%

ら、そのことを知らせしてほしいと思いますか。知らせてほしくないと思いますか。”という質問に対し78%の国民は“知りたい。”と答えている。一方“もし、あなたの家族が末期がんだとわかったらそのことを本人に知らせたいと思いますか。知らせてくれないと思いますか。”という質問に対しては、知らせたい家族は40%でむしろ知らせたくない家族のほうが48%と多くなっており、従来のように家族に本人への伝え方を確認する方法では、患者自身が知りたいのに、伝えてもらえない可能性がある。もちろん少数ながら、知りたくないという患者の意思は無視できない。したがって当科では、Fig. 2に示すとおり“詳しい説明を希望するか?”を本人にたずね、その希望に合わせてICを行っている。また、がんは他の疾患と異なり最後の2ヵ月程度で急速に全身の機能が低下する疾患であり⁷⁾、その期間をどこで療養するかは本人にとっても、社会的にも非常に重要である。つまり患者、家族が納得して安心して療養するためにも、早期からの療養の場についての情報提供が必要である。当科では早い時期から患者本人、家族へ急性期病院での長期療養は困難であることを説明し理解していただき、地域の連携病院や緩和ケア病棟あるいは在宅療養について説明する。そのような取り組みの結果、当院死亡例が徐々に減少し、在宅死亡率は41%と全国平均12.4% (2009年)を上回った。また、在宅死亡例のうち、全身の機能が低下し入院してから在宅へ移行した例は少なく (26.5%)、全身機能が保たれている外来通院中に訪問看護、訪問診療などを導入した場合に在宅死亡を達成できていた。切除不能進行がん患者に対しては早期から十分な情報提供を行うことで、化学療法中止や、就労、家族との生活も含め患者本人が主体的に判断することができる。また最終的な療養の場についても本人、家族の希望に沿った準備が可能であると考えられる。

結 論

早期より患者本人、家族へ十分な病状説明、情報提供を行った結果、在宅死亡率41%と全国平均12.6%を上回り、患者、家族が主体的に療養の場を選択できた可能性が示唆された。

開示すべき利益相反状態はない。

文 献

- 1) 緩和ケア普及啓発に関する手引書 平成25年. http://www.kanwacare.net/formedical/materials/pdf/kanwa25_tebikisyo.pdf (Accessed on 2014/11/17)
- 2) 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 厚生労働省, 平成19年5月, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html> (Accessed on 2014/11/17)
- 3) 内富庸介: 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル SHARE プロトコール. *Psychiatrist* 17: 5-22, 2012
- 4) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al: Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 363: 733-742, 2010
- 5) Greer JA, Pirl WF, Jackson VA et al: Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 30: 394-400, 2012
- 6) 朝日新聞(2010年11月4日), 死生観 本社世論調査.
- 7) Lynn J: Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families: the role of hospice and other services. *JAMA* 285: 925-932, 2001
- 8) 渡辺 剛, 中山晋哉, 山極哲也ほか: 在宅看取りにおける協力病院の役割. *癌と化療* 40 (Suppl. II): 191-194, 2013
- 9) 白石 好, 千装真由美, 露木直子ほか: 外来緩和ケアチーム介入によるがん終末期患者の在宅緩和ケア移行推進. *癌と化療* 40 (Suppl. II): 164-166, 2013
- 10) 市原利晃, 佐藤浩平, 後藤和也: 在宅看取りの現状と検討. *ホスピスケア在宅ケア* 21: 323-325, 2013