

治療を自己決定できた高齢喉頭がん患者の一事例 臨床倫理検討シートを活用して

丸山公子*・布施裕子*
菊入末子*・清水哲郎†

はじめに

高齢化社会、医療技術の進歩に伴い、入院患者も高齢化し、80歳を超えての積極的治療も行われている。しかし、高齢者の場合、治癒、延命というだけでなく、QOLを考慮することが必要であるため、選択、決定への判断が難しい場合がある。

今回、89歳の喉頭がん患者の治療選択に、臨床倫理検討システム開発プロジェクト（代表清水）の開発した臨床倫理検討シートを用いて検討することが、

患者の自己決定を促す働きかけになるかを明らかにしたので報告する。

【方法】臨床倫理検討シートを用いて事例分析を行った。

【結果】分析結果を臨床倫理検討シートを用いて以下に記す。

0 本事例の患者について

まず、本事例の患者についての基本的情報と、これまでの経過は次の通りである（検討シート0使用）。

臨床倫理検討シート DM 用

〔検討シート0〕

0-1 患者プロフィール

Tさん 89才 男性 1人暮らし 家の事は全て行えている
子供4人、3人が近くに住んでいる 難聴強く大きな声で話し掛けると聞こえる 近所の人とのグランドゴルフを楽しみにしている

* 群馬県立がんセンター看護部

† 東北大学大学院文学研究科

0-2 経過 診断名：喉頭癌

H12 年嘔声あり当センター入院し喉頭生検行い良性と診断され退院。

H14 年嘔声強くなり再度入院し喉頭生検行い悪性と診断される。嘔声以外の症状はなく日常生活に支障なし。生検時、短時間の全身麻酔であったが覚醒不良で経鼻エアウェイ挿入となり離床に時間がかかる。悪性と告知された時点で医師より手術を勧められ、手術予定日もすでに決まっていた。

このように手術をするという前提で入院してこられたのだが、病棟看護師は T さんを受け入れるにあたって、既に決まっている医療方針をただ鵜呑みにするのではなく、看護の責任を持つものとして確認する必要がある。また、この時点で、患者・家族が適切に理解した上で、方針に同意していることを確認する必要がある。そこで医療方針決定のプロセス用の検討シートにしたがって、現在の状態を整理した。

I 情報の整理と共有

方針選択・決定の基礎となる情報は、医療側から患者側に流れる情報と、患者側から受け取る情報と

からなる。それぞれを検討シート 1 にしたがって分析・整理したものを別に示す。

シート 1 のように整理してみると、手術が他の選択肢に比べてより良いといえるかどうか、慎重に考える必要があると思われた。また、患者、家族は、決して納得して手術に同意しているわけではなく、迷い、不安をかかえつつ、手術をすることになってしまっている、という感じであり、インフォームド・コンセントが成っているとは言い難い状況と思われた。そこで、看護師の立場としては、患者・家族と医療者が共に納得できるような決定にいたるためにどうしたらよいかを考える必要があると考えた。

I 情報の整理と共有

〔検討シート 1tp〕

A 医学的情報と判断**1A-1 治療方針の枚挙およびそのメリット・デメリット（一般論）****1. 手術****メリット：**

- ・ 治療する可能性が高い。腫瘍摘出で呼吸困難出現はないと考えられる。

デメリット：

- ・ 喉頭全摘出により、永久失声、永久気管孔になる。術後は筆談、文字盤、ジェスチャーなどでコミュニケーションを図るようになる。いくつかの代用発声法があるが訓練が必要であり、体力を使うものもある。永久気管孔は、頸部に穴があきそこで呼吸を行うようになる。
- ・ 鼻、口との空気の流通がなくなるため、嗅覚の低下、麺類をすすれない、鼻をかめない、鼻汁をすすれない、いきめなくなるため便秘になりやすい、重い荷物が持てなくなる。
- ・ 他、水泳ができなくなる、入浴時、肩まで湯船に浸かれない、気管孔から出る痰の処理や雑菌の侵入の予防で常にエプロンの着用が必要になる。
- ・ 高齢のため手術、麻酔に対して合併症を起こすリスクが高く、手術自体が命を短くする可能性もある。実際に短時間の全身麻酔においても覚醒不良であったため、術後の回復が遅れる可能性がある。
- ・ 術後コミュニケーションが図りにくくなるため、グランドゴルフに行けなくなり、近所の人との付き合いが減る可能性がある。
- ・ 今までの 1 人暮らしの生活が送れなくなる可能性がある。

1A-2 社会的視点から**手術：**

手術による失声により、身体障害者 3 級となる。
人工喉頭、食道発声教室の参加が可能。（自由参加）
1 人暮らしに戻った場合の時に気管孔管理に対しての訪問看護が必要となろう。

2. 放射線治療

メリット：

- ・ 問題なければ週末外泊でき、グランドゴルフに行くことができる。
- ・ 声は出る。ただし嘔声については、どこまで改善するかは不明。
- ・ 病状が初期であれば完治できる。

デメリット：

- ・ 病状が進んでからの治療では再発する可能性が高い。
- ・ 放射線治療後に手術することもできるが創傷治療遅延になる可能性が高くなる。
- ・ 入院期間が1ヵ月半から2ヶ月となり長期化する。
- ・ 放射線の副作用については咽頭痛、嚥下時痛、皮膚発赤、びらん、倦怠感、食欲低下などが考えられ、程度には個人差がある。
- ・ 副作用の程度により輸液、高カロリー輸液、治療一時休止になる場合があり、入院期間の延長、日常生活動作が不自由になる。

3. 無治療

メリット：

- ・ すぐに家に帰れて同じ生活が送れる。声は出る。

デメリット：

- ・ 病状が進むと嘔声がさらに増強し、呼吸困難が出現する。出現するまでの期間については不明。
- ・ 呼吸困難に対しては、緩和ケアや気管切開により気道確保する方法がある。その状態からでの手術や放射線治療による根治、延命を目的とした治療は難しくなる。

・ 放射線：再発時の呼吸困難に対して緊急処置できる医療機関の確保を要す。

・ 無治療：腫瘍増大による呼吸困難に対して緊急処置できる医療機関の確保を要す。

1A-3 説明

担当医から本人、長男、長女に、治療として手術、次に放射線治療。手術、放射線治療についての治療期間、内容（永久失声、永久気管孔含む）、副作用について絵に書いて説明する。

看護師は補足説明を行う。

B 患者・家族の意思と生活

1B-1 患者の理解と意向

医師からの説明後確認すると、難聴のためよく聞こえていなかった。同席した家族、看護師が補足説明を行う。

悪性であった結果を聞いて「癌だって、まいった」という言葉が聞かれる。

永久失声、永久気管孔については漠然としたイメージのみで日常生活の変化までは理解されていない。

今までの手術の時は、子供に任せており、今回も「先生も家族も手術が良いといっている。」と依存的である。

また、「この年で声が出なくなるのは。」と失声に対する不安、迷いがある。

89才という高齢で、友人のほとんどが亡くなり、これ以上長生きしたくない、生きる希望もない、寿命が近いという言葉が聞かれ、延命したくない気持ちを持っている。

退院後も1人で暮らせるくらいまで回復できるのか、グランドゴルフができるようになるのか、近所の人との付き合いができるようになるのか心配している。

1B-2 家族の理解と意向

医師の説明は理解されたが、気管孔、失声については漠然としたイメージのみで、日常生活の変化までは理解されていない。

長生きしてほしいため、治る可能性の高い手術を勧めたいと思う反面、失声になることに対して手術していいのか迷っている。

1B-3 患者の生活全般に関する特記事項

入院中も外出してグランドゴルフに行っている。

患者は早く家に帰って、グランドゴルフをするなど元の生活を送りたいと思っている。

手術で気管孔増設、失声になると、1人暮らしが今までのようにできるか。また、グランドゴルフに行き、近所の人との交流が同じように図れるか心配している。

以前から子供たちは、一緒に暮らそうと言っても、それぞれの生活が変わってしまうからと1人で暮らしている。子供に負担をかけたくない気持ちがある。

II 検討とオリエンテーション

〔検討シート 2DM〕

| | |
|--|--|
| 問題点の抽出 | |
| 2-1 最善の方針：医療側の個別化した判断 医師は高齢でも寿命はわからないため、治癒率の高い手術を勧めているが、看護師は、QOLを考慮すると治療選択の判断が難しい。手術により治癒する可能性は高いが、高齢であり永久気管孔管理や失声などから、QOLの低下が考えられ最善の方針は判断しにくい。 患者・家族が十分な説明を受け、納得した上で選択することが望ましい。 | 2-2 当事者等間の一致・不一致 本人も家族も選択肢のどれにするか迷っているため、医師との意見が一致しない。 看護師も患者にとって何が最善か迷い、医療者間も不一致がある。 |
| 対応の検討 | |
| 2-3 問題点の検討（不一致の要因と解消の可能性） <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の価値、生活まで考慮した患者の最善な治療を本人、家族、医療者で話し合っていない。 ・ 治療選択するには情報提供不足である。 ・ 医師が手術を勧めるため反対しにくい。 ・ 難聴のほかに声も出せなくなるという不安がある。 ・ 患者、家族は、高齢だからとか、どこまで暮らしが戻るかなど考えているのに対して、医師は手術と決めて対応している。 ・ これ以上長生きしたくないという患者であるが、家族は長生きしてほしいという気持ちを持っている。 ・ 手術日が決定されているため、話し合う時間的余裕がない。 | 2-4 今後のコミュニケーションの方針 <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族のもっと生きてほしい、父親でいてほしいという気持ちを伝え生存意欲を高める。 ・ 手術日は決まっていたが、治療選択できることを伝え、治療を受けるのは自分であり家族の意見も聞きながらよく考えることを伝える。 ・ 東京に居る次男も含め、再度医師から説明してもらい、ゆっくり家族で話し合う時間を設ける。本人難聴のため、医師の説明は紙面に書き、理解してもらう。 ・ 手術をした時の永久気管孔造設による日常生活の変化を説明、実際に人工喉頭の使用、同疾患術後患者に会って話をしてもらい、術後のイメージ、退院後のイメージをつける。 ・ 放射線治療による副作用、予防について説明する。 |

II 検討とオリエンテーション

シート1（I情報の整理と共有）への書き込みを参照しながら、今後とるべき道を探るため、検討シ-

ート2（方針決定用）を使って検討した結果を別に示す。この事例の場合、手術を受けるために入院してきているとはいえ、インフォームド・コンセントが適切になされていない以上、手術をとりやめるとい

う選択肢も可能であるという態度で、Tさんが自由に自分の気持ちを出せるような環境をつくり、手術をしたらどうなるかについて実際の感じが分かるような支援をする必要があるということになった。

III 合意を目指すコミュニケーション

IIで得た方針に基づいて、患者、家族および医師に働きかけた経過を、検討シート3を使って別にしめす。結局、本人の意思がはっきりし、かつその希望は、医療側からしても理に適った選択であると思われたので、両者の合意に達することができた。

III 合意を目指すコミュニケーション

〔検討シート3〕

| | |
|--|---|
| <p>3-1 当事者間の話し合い</p> <p>医師に患者、家族が手術を迷っている事を伝え、患者、家族、医療者で話し合う場を設定した。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師から、手術日は予定であり、治療選択できること、高齢でも寿命はわからないことなどが話された。 ・ 看護師は、本人が理解できるように確認しながら補足説明し、また、医師の説明内容をわかりやすく紙面にした。 ・ その後、本人、家族でゆっくり考える時間を設けた。家族は、もっと長生きしてほしいが、失声になるのは自分であり、自分でよく考えて決めていいのだという気持ちを伝えた。 <p>手術、放射線治療、無治療に対する情報提供の一つとして、手術、放射線治療した実際の患者さんに会って話を聞き、気管孔の管理、失声の実際を見てイメージしてもらった。</p> <p>高齢なので管理や失声は大変そうだと、手術は無理だという言葉が聞かれた。</p> <p>介入後、失声患者、放射線治療中の患者との交流が見られたり、自分から質問してきたり、自分で情報を確認している様子が伺えた。今までの依存的な言葉も聞かれなくなり、表情も徐々に変化し不安の言動も消失した。</p> | <p>3-2 社会面の対応</p> <p>該当事項なし</p> |
| <p>3-3 最終結果</p> <p>介入2日後、「手術はしない。放射線治療にする。先生と話がしたい」と言い、医師にはっきりと自分の意思を伝えた。</p> <p>放射線治療は治癒率が低いことを理解した上での決定であり、家族は、本人の気持ちを重視したいと放射線治療に合意した。</p> | <p>3-4 フォローアップ留意事項</p> <p>放射線治療も予定通り終了し、退院となった。今後、再発の可能性も十分に考えられるため、定期的な外来受診と症状出現時の早めの対応を説明した。</p> |

考察

患者の治療選択に、適切な決定のプロセス支援ツールとして提唱している、臨床倫理検討シートを用いて、高齢喉頭がん患者の自己決定を促す働きかけになるか検討した。

シートの流れに沿って考えてみると、〔Ⅰ情報の整理と共有〕では、一般的な治療方針すべて、そのメリット、デメリットについて挙げる時に、若いうちなら、治癒自体がメリットになることが、高齢患者の場合は、手術をすれば治癒は90%期待できるといわれても、治療してもどれほど延命できるかはつきりしない、手術するよりは延命になる場合もある、手術がQOLへのマイナスの影響、放射線治療の副作用が高齢患者にどれほどまで影響するのか、など、アセスメントすることが大切である。単に医学的側面だけにすまらず、高齢患者にとって、一般にQOLにどう影響がでるかのアセスメントすることが、治療決定を考えるプロセスで大切になってくることがわかった。予想されることは全て記載し、患者、家族が理解できるように説明、配慮することも大切である。

また、患者の人生観、価値観、人生計画や、患者、家族の理解と意向を確認、引き出すため、看護師は、心理的な心の葛藤なども含め、聴くこと、接することに徹し、積極的に情報収集することで、個別化した情報から、患者の利益となる個別化した判断へ導くことができる。今回も、患者は家族に依存的であったが、接するうちに、これ以上長生きしたくない、失声の不安、手術後の生活の不安などの思いを徐々に話し、手術への迷いを示した。

〔Ⅱ検討とオリエンテーション〕では、患者、家族の状況を理解した上で「この患者にとって何がベストか」を判断するが、今回、高齢であるために治癒、延命というだけでなく、QOLを考慮した判断が必要であるため、医療者、患者、家族の一致に至らなかった。

不一致の原因は何かをアセスメントしていくと、医師は、このような病態は手術と決めてかかっているため、患者、家族が反対できずに迷っていたり、手術後どうなるのかイメージできていないなど説明不足が明らかとなり、医療者の対応に問題があった。また、医療者間でも不一致が生じる場合もあり、普段から話し合える環境を作ることが大切である。

〔Ⅲ合意を目指すコミュニケーション〕では、高齢や難聴の患者には特に、言葉や文字の情報だけでなく、他患者に協力を得て、永久気管孔や管理の仕方を見たり、人工喉頭の器械を使用したり、放射線治療の話や退院後の生活をイメージさせることが患者の自己決定につながるということがわかった。高齢患者では、家族が治療選択する場合があるが、医療者は、患者の価値を尊重、理解し、自己決定できる環境を作る事、また、家族と共に患者の自己決定を支える事が大切である。

おわりに

臨床倫理検討シートを活用することで、患者の価値の尊重を第一とし、治療決定に悩む患者と延命を望む家族、手術を勧める医師の治療に対する理解と意向について調整でき、患者の望む治療の自己決定へと導くことができた。