

がん終末期患者の在宅医療・療養移行の課題

—病状説明, 告知の現状—

ヌマタ クミコ シミズ サトル トウマ ヒロシ
沼田 久美子*1 清水 悟*2 東間 紘*3

目的 終末期がん患者が在宅での医療・療養継続を希望した場合に、急性期病院（以下「急性期」）医師と地域での医療を担う（以下「地域」）医師の連携に重要となる課題およびそれぞれの役割を明らかにする。

方法 第7回日本在宅医学会大会に参加した医師を対象に調査用紙を配布・回収した。医師は、急性期医師と地域医師の2群とし、それぞれ自記式での回答を求めた。

結果 調査対象医師数は185人で、回答者数123人（急性期医師35人、地域医師88人）、回収率66.5%であった。急性期医師は年齢 45.7 ± 9.2 歳、医師経験 18.7 ± 9.0 年、在宅移行経験88.6%、訪問診療経験77.1%、地域医師は年齢 47.2 ± 8.9 歳、医師経験 20.9 ± 9.2 年、訪問診療経験93.2%、在宅看取り経験93.2%であった。急性期医師の告知に関する回答は「病名はするが余命告知はしない」25.7%、「病名・余命の告知をする」28.6%、「家族の希望に沿う」が42.9%であり、特に、訪問診療経験のない急性期医師は経験のある医師と比較して、余命告知をする割合が低かった（ $p < 0.05$ ）。また、「余命の告知をしないことで患者への対応に困難を感じた」との回答は急性期医師71.4%、地域医師77.3%とそれぞれ高率であった。病状理解について、「退院時に患者・家族は病状理解ができている」と回答した急性期医師は85.7%、地域医師では58.0%と認識に差がみられたが、患者・家族の病状理解が不十分な時には急性期医師の80.0%、地域医師では83.0%が対応困難と感じていた。また、「急性期医師よりの病状申し送り内容と患者の病状理解が一致していない」と地域医師の51.2%が回答し、その医師は全員、対応困難を感じていた。地域医師の回答で、退院時に「患者・家族が不安に思っていること」は「夜間の医療対応」71.6%、「緊急時の病院対応」68.2%、「介護への不安」46.6%、「病状」が27.3%であった。

結論 急性期医師の1/4は「余命告知をしない」と回答し、特に、訪問診療経験のない急性期医師は告知をしない割合が高いことから在宅療養における告知の重要性の認識が薄いと考えられた。多くの地域医師は、患者が余命告知をされていないことや病状理解が不十分なために対応困難を抱えており、患者・家族も退院に当たって病状について大きな不安を抱いている。急性期医師は在宅での医療・療養の特性を理解した上で、対応困難が生じると思われる事項を患者の入院中に改善し、患者・家族の置かれている状況や療養上必要な情報を地域医師への確に引き継ぐことが重要である。その上で、患者・家族の不安を地域医師と共有し、それぞれの役割を生かした連携を行うことが望まれる。

キーワード 在宅医療, がん終末期患者, アンケート調査, 在宅移行連携, 医師の認識

*1 東京女子医科大学在宅医療支援・推進室講師 *2 同大学衛生学公衆衛生学(二)助手

*3 同大学泌尿器科学教授

はじめに

がん終末期に至り、積極的な治療が望めなくなった時に、患者や家族はどのような医療・療養や死を望むのか？平成15年現在、わが国の在宅死の割合は13%であるが、死因の1位（全死亡数の31%）であるがん患者の在宅死数をみると、年間約1万9千人と全がん患者死亡の6%¹⁾に過ぎず、がん患者の多くは医療機関で最期を迎えているのが現状である。一方、末期のがんで余命6カ月と仮定した場合に、希望する最期の療養場所を質問した調査²⁾によると、「自宅」と回答した割合が43%と高く、他の類似調査でも現状と比較して高いこと³⁾⁴⁾が報告されている。

東京女子医科大学在宅医療支援・推進室では平成16年度に新規依頼患者約300人の在宅移行調整を行ったが、その内65歳以上の高齢者は約60%、悪性腫瘍は約66%を占めており、悪性腫瘍の在宅移行に関わることが多かった。

今後、急性期病院の在院日数の短縮と関連して、悪性腫瘍、高齢者の在宅移行率はさらに増加すると考えられる。しかし、多くの患者・家族は完全に治癒していない病状での退院に対して、「家で医療はできない」「私たちはどうしたら良いか分からない」などと不安を訴えることが多い。

今回、終末期がん患者が療養場所として自宅を選択する場合、患者・家族が高いQOLで在宅医療・療養を継続するために、急性期病院および地域の担当医師が果たす役割や課題などを明らかにする目的で医師対象のアンケート調査を行った。

方法

対象は第7回日本在宅医学会大会に参加した医師185人であった。調査方法は急性期医師と地域医師の2群に調査用紙を配布し、それぞれ自記式での回答を求め、記載後に会場で回収を

表1 回答者属性

	年齢±SD (歳)	医師経験±SD (年)	在宅移行 経験(%)	訪問診療 経験(%)	在宅看取り 経験(%)
急性期医師 (N=35)	45.7±9.2	18.7±9.0	88.6	77.1	71.4
地域医師 (N=88)	47.2±8.9	20.9±9.2		93.2	93.2

注 N：回答者数，SD：標準偏差

表2 患者への告知に関する質問（急性期医師）

回答区分	回答者数(%)
病名・余命告知をしない	1(2.9)
病名はするが余命告知はしない	9(25.7)
病名・余命の告知をする	10(28.6)
家族の希望に沿う	15(42.9)

注 N=35

表3 患者に余命告知をしないことで対応困難を感じる
ことがあるか？

(単位 人(内%))

回答区分	急性期医師 (N=35)	地域医師 (N=88)
よくある	6(17.1)	23(26.1)
時々ある	19(54.3)	45(51.1)
ほとんどない	7(20.0)	16(18.2)
ない	2(5.7)	2(2.3)

行った。アンケートは単純集計し、2元表の検定は χ^2 検定を用いた。

結果

回答者は急性期医師35人（年齢45.7±9.2歳、医師経験18.7±9.0年、在宅移行経験88.6%、訪問診療経験77.1%）、地域医師88人（年齢47.2±8.9歳、医師経験20.9±9.2年、訪問診療経験93.2%、在宅看取り経験93.2%）の計123人（表1）で、回収率は66.5%であった。

がん患者への告知に関して急性期医師に行った質問と回答を表2に示した。「病名・余命の告知をする」は28.6%、「家族の希望に沿う」は42.9%、「病名はするが余命告知はしない」が25.7%であった。患者に余命告知をしていないことで、「医師が患者への対応に困難を感じる可能性があるか？」の質問に対して、急性期医師は、「時々ある」54.3%、「ほとんどない」が20.0%であり、地域医師は、「よくある」26.1

表4 急性期医師の訪問診療経験と患者への告知

(単位 人(内%)

	急性期医師の患者家族への告知は？			
	総数	余命告知をしない	告知をする	家族の希望に沿う
訪問診療経験は？				
総数	35(100.0)	10(28.6)	10(28.6)	15(42.9)
ある	27(100.0)	4(14.8)	9(33.3)	14(51.9)
ない	8(100.0)	6(75.0)	1(12.5)	1(12.5)

表6 病状理解度と地域医師の対応困難度

(単位 人(内%)

	病状理解が不十分のため対応困難を感じるか？		
	総数	ある	ない
急性期医師よりの病状申し送り内容と患者の病状理解の一致は？			
総数	86(100.0)	72(83.7)	14(16.3)
している	42(100.0)	28(66.7)	14(33.3)
していない	44(100.0)	44(100.0)	-(-)

%, 「時々ある」51.1%, 「ほとんどない」が18.2%であった(表3)。

急性期医師の訪問診療経験と患者への告知に対する姿勢との関係を表4に示した。訪問診療経験のない医師は8人であったが、そのうち「余命告知をしない」の回答は75.0%(6人)であり、「告知をする」はわずか12.5%(1人)であった。訪問診療経験のある医師27人では「余命告知をしない」14.8%(4人), 「告知をする」33.3%(9人)であり、訪問診療経験のない急性期医師は余命告知をしない傾向がみられた($P < 0.05$)。

「退院時の患者・家族の病状理解は?」「不十分な病状理解のために対応に困ったか?」の質問を行い急性期と地域医師の認識の差を表5に示した。「理解している・ほぼ理解している」は急性期医師85.7%, 地域医師58.0%であり, 差が認められた($P < 0.01$)。また, 「不十分な病状理解のために対応に困ったか?」の質問に対して急性期, 地域医師とも80%以上で対応困難を感じていた。

地域医師に対し, 「急性期医師よりの病状申し送り内容と患者の病状理解の一致は?」「病状理解が不十分のため対応困難を感じるか?」について質問した結果, 「申し送り内容と病状

表5 急性期と地域医師の認識

(単位 人(内%)

	急性期医師 (N = 35)	地域医師 (N = 88)
退院時の患者・家族の病状理解は？		
理解している	3(8.6)	4(4.6)
ほぼ理解している	27(77.1)	47(53.4)
あまりしていない	5(14.3)	35(39.8)
していない	-(-)	1(1.1)
不十分な病状理解のために対応に困ったか？		
よくある	2(5.7)	28(31.8)
時々ある	26(74.3)	45(51.1)
ほとんど無い	6(17.1)	13(14.8)
ない	-(-)	1(1.1)

表7 退院時に患者・家族が不安に思うことは？

(地域医師の回答)

回答区分	回答者数(%)
緊急時の病院対応	60(68.2)
夜間の医療対応	63(71.6)
十分な介護が出来るか	41(46.6)
医療処置に自信がない	20(22.7)
地域の医療対応	22(25.0)
経済的なこと	22(25.0)
病状のこと	24(27.3)
患者への精神的支援	22(25.0)

注 N = 88

の理解が一致していない」と51.2%が回答し, その全員が対応困難を感じていた(表6)。また, 地域医師への「退院時に患者・家族が不安に思うことは?」の質問に対し, 「夜間の医療対応」71.6%, 「緊急時の病院対応」68.2%, 「介護への不安」46.6%, 「病状」27.3%との回答があった(表7)。

考 察

調査対象者の急性期医師は35人と少数であったが, 地域医師88人と年齢, 医師経験年数, 男女比などの点で偏りはなかった。また, 調査対象の急性期医師は訪問診療経験などの割合(77.1%)からみて, 在宅医療への意識が高いグループであることがうかがわれる。地域医師は訪問専門診療所の所属が24%, 在宅看取りは93%が経験しているなど, 訪問診療の経験が豊富であった。

進行した終末期がん患者の場合には治療の目標は治癒から, 高いQOLの確保に重点が移る。

この場合、患者や家族の病状理解や告知の問題が限りある療養生活に大きく影響してくることは想像に難くない。

がん治療・療養の出発点と考えられる患者への告知に関して、1998年の厚生省末期医療に関する意識調査⁵⁾によれば、医師が家族に説明する割合は58.8%と報告されている。今回のアンケート調査でも、患者に「病名・余命の告知をする」28.6%に対して、「家族の希望に沿う」が42.9%と多いことから、患者よりも家族の意向が大切にされていることが分かった。平成17年の「がん緩和ケアに関するマニュアル」⁶⁾では「患者自身に病気についての真実を伝えることが不可欠」としているが、本調査により把握された実態ではそこまで至っていないと考えられる。

しかし、今回の結果から、地域医師だけでなく急性期医師自身も患者に余命告知をしていないために生ずる対応困難を強く感じていることが明らかであることから、患者への告知の重要性について改めて考える必要がある。また、地域医師は急性期医師に比べて患者が退院時の病状理解を十分にしていないと認識しており（ $P < 0.01$ ）（表5）、地域医師の約半数が「急性期医師よりの病状申し送り内容が患者の理解と一致していない」と回答している（表6）ことから、急性期医師は患者・家族に対し十分な病状説明をすることが必要と考えられる。両医師間の情報交換や連携の不足が、退院時における患者・家族の不安につながる（表7）ことは当然であろう。吉沢⁷⁾は急性期病院からの緩和ケア患者の紹介に関して、在宅開始の準備期間が短く、コミュニケーションがとれておらず患者が不信感を持っている、告知が様々で未告知なケースも多い、家族への説明が不十分と報告しており、急性期病院における告知や病状説明の不十分さを指摘している。

終末期がん患者は時間とともに病状が悪化していくため、告知されずに病気が理解できていない場合には「どうしてよくなるのか？」「本当のことを知らされていないのか？」など、在宅療養中に不信や不安にさいな

まれるようになり、それに対応する家族、医療関係者の苦勞も容易に想像できる。藤井⁸⁾は在宅ターミナルケアを成功させるための要件として、「患者自身が自分の病状を十分理解し、在宅ケアを選択していること」と指摘しており、病状説明の重要性を主張している。

終末期患者が在宅へ不安なく移行し、高いQOLで療養を継続するためには病状説明や告知は避けて通れない問題である。微妙で深刻な課題ではあるが、各患者の意志の尊重を基本にして告知の必要性や方法についての十分な論議が必要である。

急性期医師には適切な患者への告知、患者・家族への病状説明、在宅医療継続に必要な医療面の準備、そして、退院後の医療面のバックアップなど地域医師との間でのタイムリーかつ的確な情報交換が求められる。一方、地域医師には退院前から急性期医師との連携を十分に図り、患者・家族の希望や置かれている状況を正確に把握して、地域での医療・療養支援体制を構築することが望まれる。医師は患者・家族とのコミュニケーションスキルを磨くとともに、急性期医療と在宅医療それぞれの特殊性や役割、地域医療スタッフとの連携の重要性を十分理解することが望まれる。

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部編．平成15年人口動態統計．東京：厚生統計協会，2003；274-35．
- 2) 櫻井博文．当院における現状と意識調査．日本老年医学会雑誌 2004；41(1)：42-4．
- 3) 辻川真弓，他．地域住民の医療に関する満足度と終末期医療に関する意識．三重県立看護大学紀要 1999；3：135-42．
- 4) 渡辺孝子．がん患者への病名告知と緩和ケアとの関連　がん専門病院と一般病院の比較　がん看護 1998；255-60．
- 5) 厚生省健康政策局総務課監修．21世紀の末期医療．東京：中央法規出版，2000；29：106．
- 6) 厚生労働省・日本医師会監修．がん緩和ケアに関するマニュアル．日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，2005．
- 7) 吉沢明孝，他．在宅緩和ケアにおける医療連携．癌と化学療法 2002；29Sup：489-91．
- 8) 藤井勇一．在宅ターミナルケアの現状と今後の展望．日医雑誌 2003；129(11)：1727-32．