

報告

総合診療外来におけるadvance directive取得の実態

岩田健太郎

神戸大学感染症内科

key words: advance directive, 延命治療, 癌告知

要旨

患者急変時に患者の希望を聴取するのはしばしば困難である。そこで、容態悪化の前に患者の希望を前もって尋ねておく advance directive が大切になる。また、癌の告知に関しても事前にその希望を伺っておいた方が望ましい。一総合診療外来における advance directive の取得の実態をレビューした。

方法 2004年7月1日から2007年6月30日までの外来診療データを用いた後ろ向き研究である。advance directiveの有無、癌の告知について、延命治療についての回答を集計した。

結果 対象患者は451人であった。このうち、190人(42%)から advance directive が得られていた。通院数が多いほど advance directive は得られやすい傾向にあり ($p<0.0001$)、年齢が高くなるに従って advance directive は得られやすい傾向があった ($p<0.0001$)。癌の告知を希望した患者は150人(79%)であり、延命治療を希望しなかった患者は135人(71%)であった。結語 本研究対象の外来患者では、約半数で advance directive が得られていた。多くの患者は癌の告知を望み、また延命治療を希望しなかった。

本研究は第23回日本家庭医療学会学術集会・総会(2008年東京)に発表したものです。

序言

患者急変時に患者の願いや希望を聴取するのは

しばしば困難で、時に不可能である。カナダ、米国、オーストラリア、スウェーデンでの調査では、集中治療室(ICU)に入院した患者で advance directive を入院24時間以内に得ることができたのはわずかに11%に過ぎなかった¹⁾。このような急変時、患者は自分の意志・願いを表明できる状況にない場合が多い。従って、患者本人ではなく、平常の精神からは逸脱しているであろう患者の家族からむしり取るように「DNR (do not resuscitate)」を獲得するプラクティスが横行する。

急変時の蘇生行為に限らず、一般に何が正しい医療行為であるかを医療者のみによって決定できないことは多い。よって、患者サイドとの協働による意志決定が望ましい(shared decision making)。患者が意志を表明できず、家族も平常を保ちがたい急変時に治療方針を決定し、「DNRを取る」ことが医療倫理的に望ましい状況とは筆者は考えない。そこで、日常の外来診療の現場において、それをあらかじめ行っておく、advance directive が重要になるのである。

米国など諸外国では advance directive はよく認知されている。しかし、日本で advance directive を表明している患者は稀であるし、それを提案する医師もごく少数であろう。

一方、癌などの悪性疾患の告知については、古来日本では「本人には告知しない」「まず家族から告知する」といったプラクティスが横行していた。近年は欧米諸国のように本人に診断名を伝える傾向にあるが、もし本人が告知を望んでいない

報告

場合、患者の希望が叶えられないことになってしまふ。そこで、癌の告知に関してもやはり事前にその希望を伺っておいた方が望ましいと思う。ここでも advance directive は重要なのである。

筆者はそのため、外来診療において癌の告知や延命治療についての患者の意見を訊くよう心がけてきた。その概要をここにまとめることとする。

方法

2004年7月1日から2007年6月30日までの筆者の外来診療データを用いた後ろ向き研究である。調査期間中、筆者の総合診療外来に3回以上通院した患者を対象に行った。前任地の千葉県南部に位置する総合診療外来における研究である。正式名称こそ「診療所」であるが、隣にやはり筆者が勤務した800床規模の病院が位置しており、一般には「大病院の外来」と認識されている外来セッティングであった。

筆者は米国内科専門医、米国感染症専門医、中国総合医資格を取得しており、本研究の途中で日本内科学会認定医資格、世界旅行学会認定も加えている。名称こそ「総合診療」外来であるが、感染症外来、結核外来、HIV外来、旅行外来も重ねて行っている。小児患者ケアや外科、皮膚科、耳鼻科、精神科領域など、いわゆる内科的疾患以外の領域の診療にも携わっている一方で、HIVや非結核性抗酸菌感染症など比較的専門性の高い病態も対象としている。大多数の患者が高血圧、片頭痛、糖尿病などコモンなプロブレムを有して通院している「いわゆる」プライマリ・ケア外来だが、そのような特殊性を有した外来である。外来は月曜、木曜の午前中と水曜の午後、それに月一回第一土曜日午前中に行われた。

本研究では、advance directiveの有無、癌の告知について、延命治療についての回答を集計した。臓器移植についての意見を求めることもあったが、これはごく少数の患者に対してだけしか行われず、調査の対象にしなかった。

質問方法としては、癌の告知については「例えば、将来癌が見つかったとして、これを教えてほしいと思いますか」といった質問を患者に行った。患者個人に対して質問する場合もあり家族が同席している状態で質問する場合もあった。DNRの確認については、直接心臓マッサージ、気管内挿管などアイテムごとに確認する方法を採らず、より一般的に「いわゆる延命治療について何かご意見がありますか」といった質問の仕方の確認を取ることが多かった。前置きとして、「皆さんにお聞きしている、アンケートのようなものですが」という枕詞を用いることが多かった。多くの場合、その判断の理由も訊いた。例えば、延命治療を望まない患者に理由を訊くと、「父が末期癌で看病していて、ああいうのはちょっと、と思いました」などと答えるようなやり方だった。回答はできるだけ患者の言葉をそのままカルテの最上部に書くようにし、電子カルテ上でそれは更新された。ただし、ほとんどの患者においては、advance directiveは一度のみ得られ、それを定期的に更新することはまれであった。

カルテデータの集計においては「癌の告知はしてほしい」、「癌の告知は嫌です」などと明確に解釈可能な台詞を「癌告知希望」、「癌告知を望まない」とコード化した。「場合によっては告知してほしい」といった曖昧な回答は「その他」とした。延命治療についても同様にデータを入力した。

統計学的分析はR version 2.6.1 (The R Foundation for Statistical Computing) を用いカイ二乗 (χ^2) 検定を行った。

結果

調査期間中、対象患者基準を満たす患者は451人いた。男性、女性がそれぞれ195人、256人であった。平均年齢(±標準偏差)は53±20歳、男性では53±19歳、女性は52±20歳であった。外来通院回数の中央値は6回であった。通院回数が10回を越えたものは「10回以上」とカテゴラ

報告

イズした。

このうち、190人(42%)から advance directive が得られていた。451 人の患者のうち 25 人はメインとなる医師（いわゆるかかりつけ医）が他におり、彼らの中で、advance directive は得られていたものはいなかった。来院数が 3 回の患者（113人）では6人(5%)のみから advance directive が得られていたが、来院数が 10 回以上の患者（164

人）では132人(80%)の患者から advance directive が得られていた。来院数が多いほど advance directive は得られやすい傾向にあり、統計的有意差があった（図1, $p < 0.0001$ ）。また、20 歳未満、その後 30 代、40 代と 10 年ごとに世代を区切り、さらに 80 歳以上までのグループによる advance directive を比較すると、年齢が高くなるに従って得られやすい傾向があり、統計的有意差があっ

図1 外来受診回数ごとの advance directive を得た割合 ($p < 0.0001$)。 () 内の数字はそれぞれ取得した人数。患者総数190人

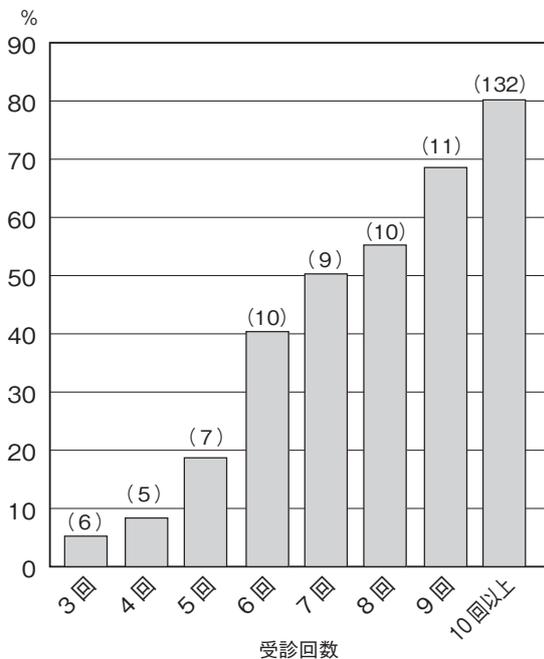


図2 各年代ごとの advance directive を得た割合 ($p < 0.0001$)。 () 内の数字はそれぞれ取得した人数。患者総数190人

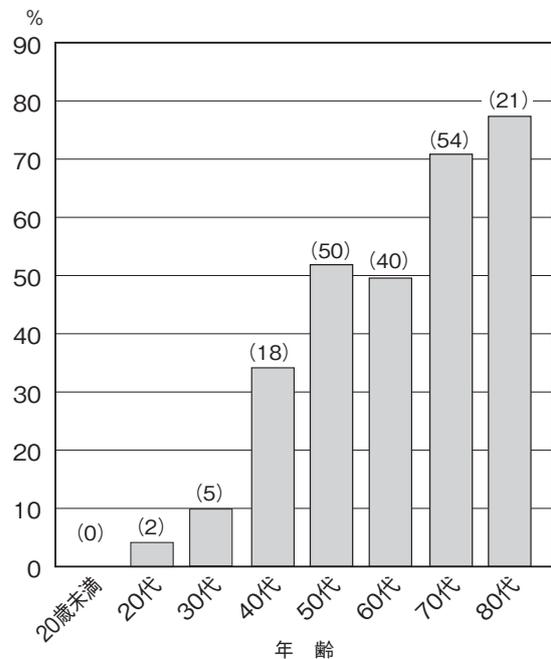


図3 癌告知に関する患者の見解。患者総数 190 名

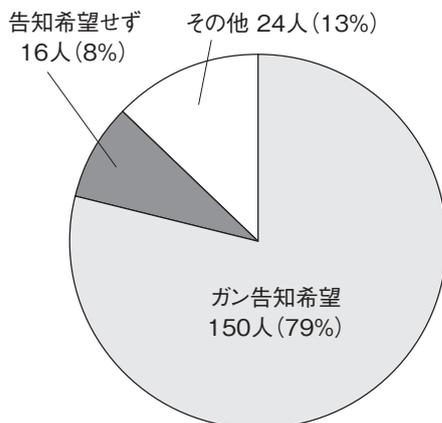
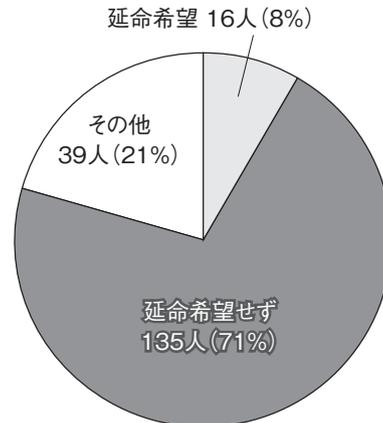


図4 延命治療についての患者の見解。患者総数 190 名



報告

た (図 2, $p < 0.0001$).

Advance directive を獲得するまでに擁した外来受診数は平均 8.8 ± 7.2 回であった. 期間にして 8.1 ± 7.2 ヶ月であった.

癌の告知を希望したのが 150 人 (79%), 告知を希望しなかったのが 16 人 (8%) であった. その他を「決めかねている」「分からない」などが占めた (図 3).

延命治療を希望したのが 16 人 (8%), 希望しなかったのが 135 人 (71%) であった. その他, 「分からない」「その時になってみないと」などという回答があった (図 4).

考察

本研究では, 一医師の総合診療外来における advance directive 取得の実態について調査した. 多忙な日本の外来診療のセッティングで, 「癌告知」「延命治療」という 2 点に絞って外来診療の間に患者の意見を伺ってみた. その結果, 患者の年齢が上がるほど, そして外来来院回数の多いほど advance directive が得られやすいことが判明した. 理念の上では若い患者であっても advance directive の対象となる. しかし, 「咳」「頭痛」「不眠」などの「目下の苦痛」を訴えて外来に訪れた若い患者に「癌告知」や「延命治療」の話題を持って行くこと自体, 困難な行為である故であるからかもしれない. 患者の年齢が上がるほど, 外来受診数が増すほどこういった話題を持ち出す自然な空気が生まれるのかもしれない. なお, 外来受診を始めてから advance directive の話題を持ち出すのに平均 8 回の受診, 期間にして平均 8 ヶ月の期間を要しているが, いずれも標準偏差が大きく, 今回の分析からは一定の傾向は論じられなかった. 患者によっては数回の受診で話題を持ち出せることも多いが, 特に精神科疾患を有する患者やアクティブな問題を有する患者に対してはこのような話題は持ち出しにくいかもしれない.

本研究では, 多くの患者が癌告知を希望し, 延

命治療を希望しなかった. しかし, 癌の告知を希望しない患者も相当数おり, あらかじめこのような希望調査を行う重要性が示唆された. 患者本人からこのような情報を得ておけば, 急変時に患者家族に不要な精神的重荷を与えることもなく, また患者本人の意志と異なるケアが提供されることを防ぐことが期待されるからである.

米国における advance directive には, いくつかの種類がある²⁾. 自らの意志を文書として表明することを Living will という³⁾. これを, 心肺停止, 昏睡状態など, 臨床的な状況に応じて事前に希望を表明するスタイルを Instructional directive と呼ぶ²⁾. また, 医学的な意思表示を他者にゆだねることもでき, この人物を Health care proxy という (durable power of attorney for health care と呼ばれることがある). 一方, 法的な委託をされた者は power of attorney と呼ばれる. 両者は同一人物が引き受けることも可能である³⁾. 日本には 2000 年から成年後見制度が始まり, 加齢などで判断能力を失った者の財産管理などを後見する制度が存在するが, いわゆる health care proxy といった概念は, 筆者が知る限りは定着していないし, 法的効力はない. 日本においては「終末期医療のガイドライン (たたき台)」が存在するが, 「たたき台」のタイトルにふさわしく具体的な言及を欠き, advance directive については全く言及がない点に問題がある.

米国における advance directive は詳細を究めている. ニューヨーク州では, 人工呼吸, 人工的な栄養供給, 輸液, 心肺蘇生, 向精神薬, 電気治療, 抗菌薬, 外科的治療, 輸血, 中絶, 避妊手術, そしてその他について, health care proxy にあらかじめ望んでおくかどうか明記することが出来る⁴⁾. しかし詳細な advance directive を患者が本当に理解しているのかは明確ではない. 文章の上では理解していても, 例えば気管内挿管が意味するもの, すなわち定義としての気管内挿管だけではなく, その周辺, 痛み, 苦しみ, 見た目, 喀

報告

痰吸引、加湿、人工呼吸器のアラーム音などを全て実感として理解することはほとんどの患者にとって不可能であると筆者は考える。米国の詳細な advance directive はともすると医療者側に便利なエクスキューズ（アリバイ作り）になり、患者の真の意図に合致しない医療につながるリスクを孕んでいる。

そこで、次善の策として筆者は「延命治療」についてどう思うか、というより全体的で、少し曖昧な用語を用いることにしてみた。詳細にわたる特定化（specification）が全体の意図を反映させるとは限らない。全体的な意志をくみ取り、これを専門家たる医師が咀嚼し、斟酌して具体的なプラクティスにつなげた方が、真の意味での患者の意図・希望に合致した診療につながる可能性を考えてのことである。もちろん、この仮説が真なるものであるかはさらなる検証が必要であるし、「パターナリスティックである」という批判もあるだろう。しかし、医療においてより重要なのは「パターナリスティックか否か」という理念面での議論ではなく「真の意味で患者の意図・希望に合致した診療が行われたか否か」という実際面での議論であると、筆者は考えるのである。米国でも最近では Valued history という方法が開発されており、ここでは具体的な医療行為に対する希望だけでなく、患者の価値（value）に対する言明も重要視されている。健康観、医師や医療者の役割に対する価値観、独立や支配に対する見解、人生観全般、疾病や死にゆくこと、死そのものに対する態度、宗教的バックグラウンドや経済に対する価値観などが問われており、筆者の考える「全体像」をさらに深めていった方法といえよう²⁾。日本に導入する場合の問題点としては、プロセスが煩瑣で時間がかかるので、実行可能性に難があることかもしれない。

米国では 18 歳以上の全てが advance directive を得ることが推奨されている⁵⁾。しかし、実際にはその 25%のみが advance directive を有してい

るといわれる（ACP Japan Meeting, Yokohama 2006, C. Anderson Hedberg 医師の講演記録より）。理念と現実の乖離があるのが米国医療の特徴であると筆者は観察しているが、ここでもやはりその乖離が見られている。実際、どこの国であっても患者から advance directive を得るのは様々な困難を伴うことが多い。時間がない、コミュニケーションを取りづらい、患者が快く思わないのではないかという懸念などが、advance directive をためらわせる理由であるという²⁾。慢性疾患を有する高齢者は、医療者が患者と advance directive について語ることで医師や外来診療に対する満足度が高まると言われているにもかかわらず、である⁶⁾。質の高い advance directive をいかに多くの患者から得ていくかは、これからの重要な課題であろう。

本研究にはいくつかの留意点が存在する。まず、一個人の外来を扱っているので、この結果を他の医療機関、他の医師の状況に一般化できるかどうかは不明である。

筆者の質問の方法が結果に影響を与えた可能性も否定できない。例えば、多くの患者が癌告知を希望したが、これは筆者自身の見解を反映している可能性があり、そのように誘導された回答でないとは言い切れない。筆者の見解や価値観に共感する者が外来に集まってきたという、因果の逆転が起きていた可能性も否定できない。今後、多数の医師・医療機関における外来での advance directive に関する研究が望まれるところである。

今回 advance directive を得られなかった若年者や受診回数の少ない患者に対してどのようにアプローチすべきか。患者に対して、より具体的な（気管内挿管、心臓マッサージといった）質問をすべきか、valued history のようなより詳細な質問を患者にすべきか。このような命題は、本研究の範囲を超えた、しかし重要な疑問である。今後の研究ではこれらの命題を詳細に調査し、日本の医療現場であるべき advance directive のあるべ

き姿についてさらなる検討が必要になるだろう。

謝辞

統計学的分析においては帝京大学小児科の林啓一先生のアドバイスを得ました。

文献

- 1) Cook DJ, Guyatt G, Rocker G et al. Cardiopulmonary resuscitation directives on admission to intensive-care unit: an international observational study . Lancet 2001;358:1941-45
- 2) Gillick MR. Ethical issues near the end of life. UpToDate 153; 2007.
- 3) Jack P Freer EGC. The Living Will: A Guide To Health Care Decision Making. 1994. <http://wings.buffalo.edu/faculty/research/bioethics/lwill.html>
- 4) New York State Department of Health, Health Care Proxy. http://www.health.state.ny.us/professionals/patients/health_care_proxy/intro.htm. Last accessed. December 27, 2007
- 5) Advance Health Care Directives and Living Wills. <http://www.helpguide.org/>
- 6) Tierney WM, Dexter PR, Gramelspacher GP et al. The effect of discussions about advance directives on patients' satisfaction with primary care. J Gen Intern Med. 2001 Jan;16(1):32-40.

連絡先；岩田健太郎

〒 650-0017 神戸市中央区楠町 7 丁目 5-2
神戸大学医学部附属病院 感染治療学分野
Tel. 078-382-5111 (代表)

E-mail: kentaroiwata1969@mac.com

Advance directive at general medicine outpatient clinic

Kentaro Iwata

Division of Infectious Diseases, Kobe University

Abstract

Obtaining DNR (do not resuscitate) order upon patient's emergency is often difficult and can be impossible. Therefore, it is important to ask patients about their will before they became critically ill (advance directive). Upon obtaining advance directive, it may be preferable to ask their wish about notification of profound diagnosis such as malignancies, as some might not wish to be notified. Therefore, I reviewed the status of advance directive about my patients at General Medicine outpatient clinic. Methods: Retrospective chart review was conducted from July 1, 2004 to June 30, 2007. Data on advance directive and patient's wish regarding cancer notification were reviewed. Results; Four-hundred-and-fifty-one charts were reviewed and 190 (42%) had advance directive. Number of the visits were correlated with presence of advance directive ($p < 0.0001$) so was patient's age ($p < 0.0001$). Most wished cancer notification (150 patients, 79%) and most did not requested resuscitative effort upon being critically ill (135 patients, 71%). Conclusions: At general medicine outpatient clinic in Japan, obtaining advance directive is not an impossible task. Most wished cancer notification and did not request cardiopulmonary resuscitation.

key words: advance directive, cancer notification, cardiopulmonary resuscitation

報告