

食道がん患者に対する術前インフォームド・コンセントの検討

森 恵子, 金尾直美¹⁾, 難波佳代²⁾, 石川貴子²⁾, 斎藤信也³⁾, 猶本良夫⁴⁾

要 約

食道がん患者が食道切除術を受けることを自己決定する場合には, 食道癌であることの告知と、食道癌に対する治療方法に関するインフォームド・コンセントが重要となる。食道がん患者の治療法選択における自己決定を指向したインフォームド・コンセントの有様について、質的帰納的に分析した文献は少ない。今回、食道がん患者に対して、半構成的質問用紙を用いて、面接を実施することで、患者が治療法として手術を自己決定するために役立つインフォームド・コンセントとはどのようにあればいいかを明らかにした。その結果、患者が食道切除術を受けることを決めるためには、①患者の理解度にあわせ、何度かに分けてインフォームド・コンセントが行われる必要があること、②術後に起こってくる症状、特に患者にとって苦痛を伴う検査、処置等については、患者のパーソナリティーを考えながら、術後のイメージがわくような説明が必要であること、③患者の自己決定に至る過程のみならず、インフォームド・コンセント後においても、患者や家族を支援する体制が重要であること、が明らかになった。

キーワード：インフォームド・コンセント, 食道がん, 治療法の選択, 自己決定

緒 言

医学・医療技術の急速な進歩により治療法の選択肢は多岐にわたるようになり、国民の保健医療に対する関心と認識の向上は著しく、十分なインフォームド・コンセントにより、納得のうえで選択された治療を進んで受けるというのでなければ、十分な治療効果を上げることは難しい¹⁾とされている。食道癌の治療法には、一般的に、手術療法、放射線療法、化学療法があるが、これらの治療方法を単独で実施する場合と、いくつかの治療法を併用する場合がある。特に手術療法は生体に人為的に侵襲を加える治療である。食道癌に対する手術方法として行われる食道切除術は、癌の根治性においては優れているが、反面、手術操作が、頸部、胸部、腹部におよび、手術時間も7時間程度と長時間にわたることから、患者には大きな身体的侵襲をもたらす。また、癌による食道狭窄に伴う経口摂取量の減少により、患者は、術前より低栄養状態を呈していることが多く、この

ことが、術後に呼吸器・循環器合併症をおこす頻度を高くしている²⁾。このように、すでに術前から術後合併症を起こすことが高い率で予測できる状態の中で、侵襲の大きな手術を受けることは、医療技術が進歩したとはいえ患者にとっては心身のストレスとなる。

患者が手術を受けることを自己決定する場合に、食道癌であることの告知と、食道癌に対する治療方法に関するインフォームド・コンセントが重要となる。食道癌の悪性度は高く、患者は特に、自分の担う病気について、その病名・病態、術式、手術侵襲についても、認識と納得が必要となってくる³⁾。インフォームド・コンセントは、患者の知る権利と自己決定権の擁護という両側面をもつ法的・倫理的概念である⁴⁻¹¹⁾。こうしたインフォームド・コンセントの概念を理解した上で、複数の治療法の中から、手術を受けることを選択した上で、自分の決めた手術に臨んでもらいたいという考えから、手術前に、

岡山大学医学部保健学科看護学専攻

1) 国立病院四国がんセンター

2) 岡山大学医学部附属病院西病棟3階

3) 岡山大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科

4) 岡山大学医歯学総合研究科 消化器・腫瘍外科

癌であることの告知を行っている施設が増えている。本研究において調査対象となった施設においても、全症例に対して食道癌であることおよびその病期について告知を行っていた。しかし、告知を含め、術前に行われるインフォームド・コンセントを、患者がどのように理解しているかについては、把握されておらず、食道がん患者の治療法選択における自己決定を指向したインフォームド・コンセントの有り様について、質的帰納的に検討した文献は、米国より若干の報告はあるものの¹²⁻¹³⁾、我が国においては皆無であり、また、宗教的、社会的背景の全く異なる欧米での結果をそのまま適用できるかどうかについては疑問が残る。

そこで今回、食道がん術後患者に対して、半構成的質問用紙を用いて、面接法により、術前に実施されたインフォームド・コンセントを、患者がどのように理解し、また、手術を受けることを自己決定する過程の中で、どのようなことを患者は重要と考えていたかを自由回答法により調査し、食道がん患者の治療法選択における自己決定を指向したインフォームド・コンセントの有り様について明らかにしたので、報告する。

1. 研究方法

1. 研究チーム

研究チームは、外科医師2名、精神科医師1名、病棟看護師2名、看護系教官2名で構成した。

2. 研究期間

2000年5月～2001年4月

3. 対象

A大学病院医学部附属病院消化器外科病棟に入院中で、医師より食道癌であることを告知され、食道切除術を受けた患者20名に倫理的配慮を行った上で研究依頼を行い、20名より同意が得られた。手術により発声が不可能となる患者も対象とし、その場合には、筆記によって回答を得ることとした。20名中2名は、喉頭合併切除術を受けていた。20名の内訳は、女性2名、男性18名であった。年齢は44歳から82歳で、平均年齢は64.76歳であった(表1)。ここで言う倫理的配慮とは、研究への参加は自由意志であること、面接は途中であっても中止してよいこと、また研究への参加を断っても、その後を受ける看護や治療になら影響はないこと、文書ならびに口頭で説明を行うことである。また、面接場所は、患者及び家族

のプライバシーが守れる専用の個室とした。

表1 対象者一覧

ID#	年齢	性別	疾患名	術式
1	82	F	食道癌	食道切除術, 永久気管口造設
2	45	M	食道癌	食道切除術
3	70	M	食道癌	食道切除術
4	66	M	食道癌	食道切除術
5	70	M	食道癌	食道切除術
6	55	M	食道癌	食道切除術
7	63	M	食道癌	食道切除術
8	69	M	食道癌	食道切除術
9	71	M	食道癌	食道切除術
10	61	M	食道癌	食道切除術
11	78	M	食道癌	食道切除術
12	81	M	食道癌	食道切除術
13	65	M	食道癌	食道切除術
14	44	F	食道癌	食道切除術
15	55	M	食道癌	食道切除術
16	72	M	食道癌	食道切除術
17	68	M	食道癌	食道切除術
18	60	M	食道癌	食道切除術
19	57	M	食道癌	食道切除術
20	66	M	食道癌	食道切除術, 永久気管口造設

4. 面接項目および面接時期

術前に行われたインフォームド・コンセントを患者がどのように理解しているかを調査するために、11項目からなる半構成的質問用紙(資料1)を作成し、それを用いて自由回答法による面接を実施した。質問項目の選定に当たっては、研究チームでディスカッションを行った。面接は、病棟看護師2名、看護系教官2名で担当し、面接内容は患者の同意を得た上でテープに録音を行った。面接者間の面接能力の均一化を図るために、質問項目について、どのような意図でこの質問を実施するか、患者への質問の仕方についてディスカッションを行った上で、パイロットスタディーを実施後、本研究を実施した。面接時間は、1時間程度を原則とした。実際に行った一人の面接時間は、30分から120分で、1回の平均面接時間は、約50分であった。面接内容について、録音の同意の得られた場合は、テープレコーダーに録音し、得られない場合は、面接者がメモを取りな

がら面接を行い、面接終了後、その内容を記録した。録音を拒否した患者は4名であった。喉頭切除術を受けた2名については、発声は不可能であったが、構音障害はないため、インタビュー時には患者の会話がほとんどの理解できる状態であったことから、録音と筆記を併用しながら面接を実施した。面接の実施時期は、術後経口摂取が開始となった時期とした。この時期の患者は、体動時に多少の痛みが残るものの、日常生活は自立しており、また、食道癌であると告知を受け、侵襲の大きな手術を乗り越え、再び食事が摂取できるようになり、身体的にも精神的にも安定している時期であるため、面接時期に適すと判断した。面接時の会話を逐語的に記述したものをデータとし、内容分析を行い、術前に実施されているインフォームド・コンセントの内容、インフォームド・コンセントが行われた環境、時期、実施後の支援体制について考察した。

Ⅱ. 結 果

1. 病名告知の場合

面接調査によって得られた結果を以下に記述する。なお、文中「 」で示した部分は対象者の実際の語りであり、()内の#は対象者のコード番号を示している。面接調査で大学病院という特殊性もあり、全ての患者が他院よりの紹介を受け、外来受診をしていた。紹介医において何らかの病状の説明を受けていたが、その内容は、「食道に腫瘍ができています (#2・3)」、「ここでは治療ができないので、設備の整っている大学病院へ紹介しますと言われた (#6・10・15・20)」等であった。紹介医より、食道癌であると告知を受けていたものは2名 (#4) (#17)であった。その他の患者の中にも、はっきりとした病名は告げられていなかったが、「自分は、もしかしたら癌ではないか (#16)」あるいは「これは癌だ (#2・3)」、「自分から癌ですかと質問したら、詳しい検査をしてからでないとわからないと言われた (#5)」、「いいものではないと言われたときに癌だと思った。それでセカンドオピニオンを受けるために大学を紹介してもらった (#15)」、「大学病院に紹介されるということは癌でしょう (#20)」と話した。

2. 術前のインフォームド・コンセントの行われた環境

術前に行われるインフォームド・コンセントは、患者のプライバシーが保つことができ、落ち着いた

環境で説明が受けられるようにと作られた専用の個室で施行された。術前に行われるインフォームド・コンセントは担当医師より行われ、その場には家族も同席していた。担当医師が複数であるため、「医師に取り囲まれる感じで緊張した (#15)」と話した。

3. 術前インフォームド・コンセントの時期と内容

最終的な手術療法に対するインフォームド・コンセントは、担当医師より行われていた。「手術日や簡単な手術の方法は、毎日先生が病室に来てくれた時に話してくれていた (#14)」と、医師は、患者との日々の関わりの中で、手術日、簡単な術式について、段階的に説明を行っており、術前に実施されたインフォームド・コンセントの場では、今までの説明の最終確認という位置づけにあり、加えて、切開の仕方、ドレーンの挿入位置、手術を受けることによって起こる可能性のある合併症について、説明していた。インフォームド・コンセントの席で急に手術日や、術式を知らされた患者はいなかったが、「手術をするつもりで入院していたのに、最後になって、手術するかどうか聞かれて、戸惑った (#19)」と話した患者がいた。入院日数の短縮化により、手術日が決まってから入院する場合もあり、術前の最終確認のインフォームド・コンセントが、手術前3日前後に行われることに対して、「手術までの期間が短すぎる。気持ちの整理をつける時間がない (#3)」と話した。患者は、術式、術後の状態、予想される合併症などについては、「図を使って詳しく説明してくれたから、わかりやすかった。 (#1・2・4・6・10・19)」、「術後の合併症について詳しい説明があった (#1・2・4・6)」と話した。特に、術後の肺炎予防のために行われる気管切開については、発声が一時的に不可能となることや、気管口より喀痰の吸引が必要になること等について担当医師から説明されていた。また、術後に入室する集中治療室について、入室の必要性、一般病棟との違い等についても説明が行われていた。インフォームド・コンセントの行われた時間は約1時間であった。「医学用語や、難しい言葉もなかった (#1・2・4・6)」、「分かりやすい説明だった。 (#14)」と話した。また、「手術の仕方、術後に体に入る管、手術の後に起こりやすい合併症についての説明があった。術後の体の具合が分かった。 (#3)」と話した。しかし、「一度に話される内容が多くて、説明が終わった後に、説明の時に書いてもらった紙を見直した。その時は分かったような気になっていたけど、後で紙を

見直して、どういうことだったかなと思うことがあった（#5）、「手術の前にした検査結果の説明をいっぺんにまとめて説明された。その都度説明して欲しかった（#15・16）」と話した。また、「説明のほとんどが手術のことだったけど、放射線や、抗がん剤の治療についても少し話があった（#4・5・6）」と話した。最終的な説明の中に、手術以外の説明はなく、全く手術のみの説明であったと話した患者は1名のみ（#3）であった。患者にとっては、医師からの手術の説明を家族と一緒に聞いたと認識しており、患者から質問をする場面は少なかった。

4. 手術を自己決定するにあたり不足していたと思われる情報

患者は様々な治療法のうち手術を受けることを選択していたが、そのうち手術に関する説明で、術後に振り返ってみて情報として不足していたと感じていたことは、「手術が終わった後に集中治療室に入ることは聞いていた。気管切開についても聞いていた。でも予想していた以上に体がしんどくて、痰を取ったり、体の向きを変えたりして、本当にきつかった。そのへんのことが簡単に説明されすぎている。もっと、術後のしんどさを話しておいて欲しかった（#1）」と話した。気管切開、気管切開口よりの喀痰の吸引の必要性については術前に説明され、理解できていたが、それに伴う苦痛感については全くイメージできていなかった。

また、気管切開中は発声が一時的に不可能になることは術前に説明を受けていたが、「このまましゃべれなくなるんじゃないかと心配になった（#4・16・18・19）」と話す患者がおり、患者は永久に発声機能が失われるのではないかと不安を感じていた。「夜中に痰を取ってもらうのに看護婦さんと呼ぶのが悪かった。痰が多くて、10分おきに呼ばなくてはならないこともあって、そのときは、我慢して、我慢して、もうこれ以上我慢できないと思ったときに看護婦さんと呼んで痰を取ってもらった。（#19）」、「痰を取ってもらう回数が増えると、申し訳ない気持ちになった。（#16）」という訴えもあった。全ての患者が、術後の気管切開口からの喀痰吸引を、術後の最も苦痛な出来事ととらえていた。

5. 手術療法の自己決定に対するインフォームド・コンセントの有効性

手術目的で入院していた患者、検査の途中で手術の必要性を説明された患者がいたが、全ての患者が

手術前に行われたインフォームド・コンセントによって、最終的に手術を受けることを決心していた。「病気が癌だから、やっぱり手術してとってもらわんことには、どうしようない。（#16）」というように、癌であることの告知は、患者が手術を決心する決定的要因になっていた。食道癌という疾患の特徴や、手術しない場合に今後どのような経過をたどるのか、手術以外の治療法の利点や欠点についても説明を受け、他の治療法ではなく、手術を自己決定していた。

6. インフォームド・コンセント終了後の支援体制

「気持ちの問題について相談できる人がいればいい」（#5）、「自分には必要はないが、人によっては、そういう人がいたほうがいいこともある。（#13・16）」という訴えがあった。一方で、「特に必要ない（#1）」、「今のままでいい（#10）」、「頼りになる支援体制（サポートシステム）はなかった（#16）」と話した。「家族に相談した（#10・14・15・16）」、「家族の強いすすめで手術を決めた（#5）」、「家族のために手術を受けることにした（#10）」、「孫のためにもう少し長生きしたい（#1）」、「子供が大きくなるまで生きていたいから手術を受ける（#14）」と話したことから、精神的な支援体制を家族に求めていた患者が多かった。このような状況から、患者が手術を自己決定する過程における家族の存在の意味は大きく、また患者が治療を自己決定する過程で、家族の精神的支援が非常に大きく影響していることが明らかになった。

一方、永久気管口の造設が予定されている患者、術前の不安が非常に強い患者、身寄りのいない患者等を除いては、看護師はインフォームド・コンセントの場に同席できておらず、看護師は、実施されたインフォームド・コンセントの内容を診療録より情報収集したり、担当医師と情報交換を行っていた。看護師は、インフォームド・コンセントに立ち会いたいという希望を持っており、その必要性も認識していたが、今後、施設職員の中に、ソーシャルワーカー等を配置し、医療福祉面での支援体制を充実させる必要性を感じた。

Ⅲ. 考 察

1. 術前のインフォームド・コンセントの内容

術前に行われるインフォームド・コンセントでは、疾患名、術式、手術時間、術後の状態、術後の併用療法の必要性の有無などが説明されている。内容に

関しては、専門用語の使用もほとんどなく、平易な言葉で、理解しやすかったという評価を得ていたが、対象者は一度に話される内容の多さを指摘していた。これは手術前に実施された検査の結果等もまとめて術前のインフォームド・コンセントの場で説明されるためである。外科医は、手術、検査、処置等で多忙であり、そのつど患者に時間を設けて説明することは困難であり、往々にして少ないチャンスのインフォームド・コンセントの場で、まとめて説明が行われていることが多かったが、患者は、一つ一つの検査の結果が出るごとにその結果を知らせてほしいと強く希望していた。手術前の、緊張状態の強い中で、多くの情報を一度に患者に提供しても、その内容の理解は困難である。特に、術前に行われる検査の中には、内視鏡、食道造影、CTなど、患者の苦痛を伴うものも少なくないので、この患者の訴えを真摯に受けとめていく必要がある。またそのことで、医療者と患者とのコミュニケーションの場にもなると考えられる。検査の結果についてはその都度説明し、一度にまとめて説明するのではなく、患者の理解度にあわせて、何度かに分けて段階的に説明を行う必要がある。また、そのことにより患者は徐々に自分の疾患、有効な治療法等について理解していき、手術を受けることを自分で納得して決定できることにつながる。このことは、患者が手術を自己決定するにあたり、不足する情報のないよう患者が求めている情報は何かの情報を得ながら、また、他の治療法を受けるよりも手術を受けることのメリットはもちろんのこと、デメリットを含めた説明を望んでいるという季羽の指摘¹⁴⁾を支持していた。その場合に、医師が一方向的に患者に説明するというのではなく、患者が自分の考えや希望を述べたり、質問がしやすいように、医療者側から『何か質問はないですか』、『理解できますか』等の問いかけを行い、対話型のインフォームド・コンセントを心がける必要がある。また、患者は、説明されたその時には理解できたつもりでも、後からインフォームド・コンセントで語られた内容について振り返ったときに、どのように説明されたか理解できていないことを自覚することがあり、その場合に、わからない点があればいつでも医師、看護師に質問できることを患者に伝えることが、納得して、手術を自己決定するためには大変重要である。

術前のインフォームド・コンセントにおいて自分の受ける手術、術後の様子など、十分な情報が得られたという意見がある一方で、説明を聞いていたよ

りも手術後の身体的な苦痛が強く、もう少し、術後の状態が具体的にイメージできる説明を望むという意見があった。特に、気管切開、気管切開口よりの吸痰については、さらに詳しい説明を希望していたが、このことは手術に対する恐怖心を増強することにもなる可能性がある問題である。しかし、それを事前に理解してもやはり手術は受けたであろうという答えがほとんどであったことから、患者のパーソナリティも考慮し、個々に適した情報提供はどのようにあるべきかについては検討の余地がある。その場合に、患者の理解状況にあわせて、段階的に説明を行っていくことや、伝え方を変更するなどの工夫をしながら説明を行うことが、患者の理解促進につながる。中でも、全ての患者から訴えのあった、気管切開後の吸痰に伴う苦痛と、発声できないことによる心理的苦痛については、どこまでの情報を患者に提供すべきかについては、患者個々に適した情報提供をしていかななくてはならない。加えて、全てを一度に説明することは、患者の不安を増強させることにもつながるので、患者の理解度、受け入れ度に合わせた、段階的な説明が必要になってくる。

患者が治療法決定の場において、どのように治療法決定の場に関わっていきたいと希望しているかについて、医療者は情報収集することが重要である¹⁵⁻¹⁶⁾。患者は治療のリスクを理解した上で、治療法の決定を希望している⁸⁾。患者の理解度、納得度を踏まえた説明の内容については、そのときは理解していたつもりでも、時間の経過とともに、説明された内容を忘れていく¹⁷⁾という報告もあることから、口頭による説明のみでなく、そのプロセスを文書に記載し、患者に手渡しておくことも重要である。

2. インフォームド・コンセントの行われる環境

術前のインフォームド・コンセントは、患者のプライバシーが保て、落ち着いた環境で説明が受けられるようにと作られた専用の個室で施行されたが、同じ空間の中に担当医師が4名から5名おり、加えて患者家族が3名から4名同席しており、特に担当医師に囲まれながらのインフォームド・コンセントは、患者の緊張感を助長する結果となっていた。複数の医師がインフォームド・コンセントの場に立ち会う場合、座る位置を考えるなどの配慮を行うことで、患者の緊張緩和につながる。インフォームド・コンセントが医師から患者への一方向的な説明になっていたことより、より緊張感を増強させることになるので、患者や家族からの意見や希望を聞き、対話

形式を取り入れながら実施していくことも患者の緊張感の軽減につながる。また、インフォームド・コンセントに同席する担当医師の数も検討を要する。

3. インフォームド・コンセントの行われる時期

患者が術前の説明内容全てを短時間で理解納得することは困難である¹⁵⁾。年齢やその他、患者背景に配慮した説明が必要である¹⁸⁾。患者は手術を受けることを決めてはいても、最終的な説明を受けるまでは、もしかしたら手術をしなくてもいいかもしれないという希望をもっている。その最終的な説明が術前3日前後に行われるということは、説明を受け、その内容を理解・納得し、その上で手術を受ける決心をするためには、時間的に短かすぎるのではないかと考えられ、十分に考える時間が持てるよう、時間的猶予が必要であると考えられた。平均在院日数の短縮化の影響により、術前の入院期間が減少する中で、インフォームド・コンセントをいつ、どこで、誰が行うことが、患者にとって納得して手術を受け入れるために、有効であるかを検討していく必要性を感じた。

4. インフォームド・コンセント後の支援体制

自己決定にいたる過程の中で、家族の存在は大きく、家族を含めて患者がゆっくりと話し合える環境を作る配慮も必要である。また、家族に対する援助についても今後考えていかななくてはならない問題である。欧米に比して家族と結びつきの強い我が国の文化的な背景を考えると、患者と家族を切り離して考えていくことはできず、患者と家族の関係のなかで患者の自己決定の権利の擁護、また家族の治療や看護に対する意思決定への参加を考えていくことが必要である¹⁹⁾。加えて、ソーシャルワーカー等の専門的な関わりができる体制が整っていない現状においては、看護師が中心となって、精神科リエゾン外来など、他職種との連携を積極的に行う必要がある。また、医師だけの説明では術後のイメージがわきにくいと考えられるので、看護師がそれを補う説明をすることも重要である。その場合、手術を受けたことにより、術前にはなかった症状や不都合が術後に現れることもあり²⁰⁻²²⁾、看護師は、術後の患者の生活を考慮に入れた説明を行う役割を担っている。また、インフォームド・コンセント時の患者の様子、入院後の生活の中で発せられた患者の言動、表情、家族からの情報などを医師、看護師で共有し、チームで関わって行くことが必要である。加えて、高原²³⁾

が、患者は他の患者からマイナスの影響よりもプラスの影響を受けており、その影響は情動的な面よりも情緒的な面での影響をより多く感じていたと報告していることから、患者の中には、同じような手術を受けた患者からのアドバイスや、経験について聞くことで、手術を受ける決心をするのに役に立ったという意見もあったことより、こうした手術体験者との関わりを持つことの有効性も示唆された。また、入院時より、患者のインフォームド・コンセントを受け入れる能力についてもアセスメントしておくことも重要である²⁴⁾。患者が術前のインフォームド・コンセントを受け入れる能力を向上させていけるように、段階的に患者に応じたインフォームド・コンセントを実施することが重要と考えられた。

結 論

今回の研究の結果、食道がん患者の治療法選択における自己決定を志向したインフォームド・コンセントがなされるためには、以下のことが必要であると考えられた。

1. 術前のインフォームド・コンセントは、患者の理解度に合わせ、何度かに分けて、段階的に行う必要がある。
2. 術後の状態、特に、気管切開、気管切開口よりの吸痰については、手術に対する恐怖心を助長する恐れがあるため、医療者側の判断で控えめな説明に終わっているが、患者は詳しい説明を希望している。その場合、患者のパーソナリティーを考慮した、個別的な対応が必要である。
3. 各職種間で情報の共有が不十分であるために、インフォームド・コンセント後の支援体制が意図的にとられていない。このことに対して、看護師には患者の生活の援助者として、医師の説明を患者はどのように理解したのか確認を行い、理解不足の点に対しては補助的な説明を加えたり、再説明について医師に依頼するなどの、コーディネーターの役割がある。また、患者の権利の養護のためにソーシャルワーカー等の導入について改善の必要がある。

本研究の一部を、2001年度第6回日本緩和医療学会において発表した。

資料1 具体的な質問内容

1. 大学病院に入院するまでの経緯
「どういうふうにして、こちらに入院されるようになったのでしょうか？大学病院に入院するようになったいきさつを教えてください。」
2. 病気に対する理解度
「ご自分の病気、あるいは病名についてどのように理解されていますか。」
3. 紹介医でのインフォームド・コンセントの内容とその評価
「〇〇先生のところでは、どんな説明を受けましたか。」
4. 当院でのインフォームド・コンセントに対する理解度
「〇〇先生の説明はよくわかりましたか。」
5. 当院でのインフォームド・コンセントに対する評価
「説明の仕方や雰囲気はいかがでしたか。」
6. 当院でのインフォームド・コンセントに対する希望
「説明の仕方や、雰囲気について希望はありますか。」
7. 手術以外の治療法の説明
「説明の際に、手術以外の治療法についても説明をうけましたか。」
8. 当院でのインフォームド・コンセント後のサポート
「病名の告知を受けたり、病状や病気の進み具合、治療法の説明を受けた後の支えは誰（あるいは何）でしたか。」
9. 自己学習について
「病名を知らされて、その病気について自分で調べたり、勉強したりしましたか。もしあれば具体的に教えてください。」
10. 治療を選択する際の決定要因
「手術を受けると決めたことの決め手は何でしたか。（家族のアドバイスですか。それとも何か他にありましたか。）
11. 当院における心理的サポートシステム（現在ない）に対する要望
「病名の告知を受けたり、病状の説明を聞いたときに、精神的な支えが必要と思われましたか。そういったことを病院が考えるとすれば、どうしたらいいと思いますか。」

参 考 文 献

- 1) 竹中浩治：元気が出るインフォームド・コンセント 新しい医師・患者関係の構築。34-35, 中央法規出版, 東京, 1999.
- 2) 梶山美明：今日のがん治療と看護 食道がん。がん看護, 6(1)：75-83, 2001.
- 3) 小玉正智, 川口 晃, 食道癌手術の術前管理と処置 (4)インフォームド・コンセント。日本外科学会誌, 97(6)：409-415, 1996.
- 4) 林 直子：[アセスメントに基づいた周手術期看護] 周手術期看護トピックス 手術に対するインフォームド・コンセント。臨床看護, 27(2), 189-192, 2001.
- 5) 木阪昌知：インフォームド・コンセントの定義と歴史 (インフォームド・コンセント特集)。臨床成人病, 28(9), 1001-1006, 1998.
- 6) 内山雄一：医師の裁量権と患者の自己決定権 (インフォームド・コンセント特集)。臨床成人病, 28(9), 1007-1012, 1998.
- 7) 寺本松野, 村上國男, 小海正勝：インフォームド・コンセント-自己決定を支える看護。日本看護協会出版会, 東京, 1994.
- 8) 森岡恭彦：インフォームド・コンセント (NHK ブックス)。NHK 出版, 東京, 1994.
- 9) Rev John R. Connery: Patient's Informed Consent Requires Understanding of Treatment Risks. Hospital Progress, : 38-40, 1984.
- 10) HT Karlawish: Shared Decision Making in Critical Care: A Clinical Reality and An Ethical Necessity. American Journal of Critical, 15: 391-396, 1996.
- 11) Cathy Charles, Amiram Gafni, Tim Whelan: Shared Decision Making in The Medical Encounter: What Does It Mean? (Or It Takes At Least Two To Tango). Social Science Medicine, vol 44(5), 681-692, 1997.
- 12) Moyra E. Mills, Kate Sullivan: Patients With Operable Oesophageal Cancer: Their Experience of Information-giving in A Thoracic Unit. Journal of Clinical Nursing, 9: 236-246, 2000.
- 13) Martin F. Mckneally, Douglas K. Martin: An Entrustment Model of Consent for Surgical Treatment of Life-threatening Illness: Perspective of Patient Requiring Esophagectomy. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 120: 264-269, 2000.
- 14) 季羽倭文子：がん告知後のケア。臨床看護, 24(11)：1654-1661, 1998.
- 15) Raisa B. Deber, Nancy Lraetschmer, Jane Irvine: What Role Do Patients Whish to Play in Treatment

- Decision Making?, 156: 1414-1420, 1996.
- 16) William M. Strull, Bernead Lo, Gerrald Charles: Do Patients Want to Participate in Medical Decision Making? JAMA, 1252: 2990-2994, 1984.
 - 17) George Robinson, Avraham Merav: Informed Consent: Recall by Patients Tested Postoperatively. The Annals of Thoracic Surgery, 22: 209-212, 1976.
 - 18) 武藤一郎: 乳癌患者におけるインフォームドコンセントと QOL の検討. 乳癌の臨床, 15(6), 752-753, 2000.
 - 19) 鈴木志津枝: 家族とインフォームド・コンセント. 臨床看護, 25(12), 1783-1787, 1999.
 - 20) 数間恵子, 井上智子, 横井郁子: 手術患者の QOL と看護. 97, 医学書院, 東京, 1999.
 - 21) 森 恵子, 山本尚武, 中村隆夫, 楠原俊昌: 食道癌術後の嚥下感覚の変化に対する考察 - 頸部電気インピーダンスおよび嚥下音を用いた嚥下活動評価 -. 岡山大学医学部保健学科紀要, vol 12(1): 53-62, 2001.
 - 22) Yoshitake Yamamoto, Takao Nakamura, Toshimasa Kusahara, Keiko Mori: Pharyngography for Diagnosis of Swallowing Disorders. Biocybernetics and Biomedical Engineering, 22: 97-103, 2002.
 - 23) 高原美樹子: がんで手術を受ける患者の精神的安定に及ぼす他患者からの影響. がん看護, 5(2)1, 151-158, 2000.
 - 24) Marc Tunzi: Can the Patient Decide? Evaluation Patient Capacity in Practice. American Family Physician, 64: 299-306, 2001.

Examination of informed consent to preoperative esophagus cancer patient

Keiko MORI, Naomi KANAOK¹⁾, Kayo NANBA²⁾,
Takako ISHIKAWA²⁾, Shinya SAITO³⁾ and Yoshio NAOMOTO⁴⁾

Abstract

It is important for the patients with esophageal cancer to receive truth telling about their illness as well as to have informed consent fully concerning treatment method when making self-decision. There have been few reports about the self-decision oriented informed consent which were analyzed with qualitative induction research. We therefore conducted qualitative research using semi-structured questionnaire to elucidate how an informed consent should be conducted to support the patients to make self-decision for accepting surgical treatment.

As results,

1. Informed consent should not be an event but a process according to capacity of the patients for understanding their own illness.
2. Explanation about the condition following an operation, especially about the symptom or the procedure causing pain, should be supportive for the patients with picturing a specific image, considering the personality of the patients.
3. Supportive system for patients after receiving informed consent and making a decision accepting surgical treatment should be improved because of insufficient sharing of information among medical team members.

Key Words : Informed consent, esophagus cancer, selecting treatment method, self-determination

Faculty of Health Science, Okayama University Medical School

1) Shikoku Cancer Center

2) Division of Nursing, Okayama University Hospital

3) Gastroenterological surgery, Okayama University Hospital

4) Graduate School of Medicine and Dentistry, Okayama University