

認知症患者のがん

東京大学医療倫理学客員研究員

箕岡真子

(聞き手 池脇克則)

認知症患者増加に伴い、様々な合併疾患の増加も問題になっています。特に、認知症患者のがん合併に関しては問題が多いと考えています。認知症を背景に持つ患者における様々ながん罹患時の診断から治療、さらに緩和医療に至るまでの治療時の注意点などについてご教示ください。

<宮城県開業医>

池脇 箕岡先生、質問は、認知症にがんを合併したケースで、どのようにして診断、そして治療、場合によって緩和ケアをしていくかということです。それを倫理的な立場から先生にうかがいたいのですが、最近、認知症が増えていますし、またがんは日本人の死因の第1位ですので、当然認知症とがんが合併している患者さんも増えてきていると思うのです。そのあたり、先生は、実際にかかわっておられてどのようなのでしょうか。

箕岡 認知症の人の数は予想以上に増加の一途をたどっています。認知症の人の数は315万人といわれていましたけれども、最近の統計では400万人以上といわれています。そして、認知

症の多くは高齢者ですので、ほかの病気、例えば今おっしゃったがんとか、あるいは心臓病、呼吸器疾患、さらにはロコモティブシンドロームといったような運動器の疾患などを合併していることがしばしばあります。

実際、認知症そのもので亡くなるのではなくて、他疾患、他の病気によって命を奪われることがほとんどです。しかも、認知症だからという先入観や偏見で、適切な治療を受ける権利を奪われているケースがしばしば見受けられています。これには、エイジズム、年齢による差別と同様に、ディメンチズムという認知症による差別といった問題が含まれています。

池脇 確かに、極端な例かもしれま

せんけれども、がんの患者さんでも、認知症があるから退院になるとか、行き場がなくなるようなケースもありますね。

箕岡 ディメンチズム、認知症による差別には、医療専門家によるパターンナリズム的な偏見、今おっしゃっていただいたような偏見と、あとは家族の代理判断における偏見もあります。

池脇 そのあたり、例えばがんでしたら、終末期でなかなか回復する見込みがないというときに、どうやって治療していくかというのは、なかなか難しい問題がありそうな気がしますけれども。

箕岡 終末期というのは、現在、法律のけんけつ領域、つまりそれに従えばいい明確な法律がないといわれている領域になります。実際、厚生労働省が終末期のガイドラインを出していますし、他の幾つかの学会がガイドラインを出していますけれども、臨床の現場は法律がないゆえに苦労しているのが現状だと思います。

池脇 確かに、終末期について、厚生労働省の出す指針というのは必ずしも現場に一致しないところがあって、そのあたり、なかなか整備されていないということはわかりました。その観点で、まず医学的な視点ではどういうことになるのでしょうか。

箕岡 医学的視点につきましては、他の認知症のない患者さんと同様に、

まず適切な診断をするよう努力することから始めます。この正しい医学的事実が不在ですと、今後の治療方針について適切な倫理的判断ができないからです。現在の病気のステージ、そしてそれは治癒可能な病態なのかどうか。あるいは、実施しようとしている治療は有益なのか無益なのかといったようなことを考えますけれども、がん単独ではなく、認知症の合併もある場合には、予後の評価というのは複雑なファクターがかかわり合って、簡単ではない場合がしばしばあります。

そして、認知症がない人は、辛い治療に耐えることが将来の自分のためになることを理解できますけれども、認知症の患者さんの場合には、診断や治療に伴う苦痛を、いくら説明しても理解できなかつたり、我慢できない場合があります。そのような場合には、例えば手術や抗がん剤治療や放射線治療を受け入れることができるのかどうか。あるいは、これらの医療を強要することについて、ご本人の利益、ベネフィットは本当に負担を上回っているのかどうか。もしかしたら、緩和ケアが早い段階から必要なのではないかといったようなことを、認知症の病状や、あるいはその方の感情に配慮しながら、家族などと十分な話し合いを持って判断することになります。

池脇 認知症がある患者さんで、がんに限らず、いろいろな検査をしよう

としますね。その検査ができるかどうかというのも、認知症があるかどうかでだいぶ最終的な診断率も変わってきますね。

箕岡 おっしゃるとおりだと思います。

池脇 こういったケースでは、医学的な側面以外のいろいろな倫理的な視点も大事だと思うのですけれども、そのあたり、どうなのでしょう。

箕岡 倫理的視点のまず1番目として、ご本人の意思について私どもはまず考えなければいけないと思っています。認知症の患者さんにおきましても、他の患者さんと同様に、ご本人の意思を尊重することはたいへん重要ですが、認知症の場合にはご自分の意思を表明できない場合がしばしばあります。そして、自己決定の権利というのは意思能力があれば保障されるということになっています。認知症の終末期におきましては、認知症の方に意思能力がないことは明確です。しかし、認知症のすべてのステージにおいて認知症の方の意思能力がないわけではありません。

この自己決定に必要な意思能力は、特定の課題ごと、そして時間の経過に応じて経時的に、そして選択結果の重大性に応じて変化します。特に、軽度な認知症の場合には、できるだけご本人の意向を尊重するように、意思決定の支援、シェアード・デシジョン・メ

イキングをすることが大切かと思えます。しかし、中等度以上ですと、自分で決めることができない場合が多いですから、家族が代理で判断しなければならなくなってきます。

池脇 ご本人で確認できないということになると、ご家族の判断を仰ぐということになって、またいろいろな問題がありそうですけれども、そのあたりはどうなのでしょう。

箕岡 家族による代理判断というのは、倫理的に考えるべき点が多いところだと思います。と申しますのは、家族の決定がご本人の意思とか願望をちゃんと反映しているのかどうかということをお私たちは考えなければならぬからです。時に家族の決定は、家族の願望とか家族の都合になってしまっています。さらには、家族の意見はご本人の最善の利益を本当に反映しているのかどうか。あるいは、家族の中で意見の不一致はないのか。あるいは、ご本人と家族とは利益相反はないのかといったようなことも考える必要が出てきます。

池脇 こういう場合には、家族といっても、極端な話、お一人の場合もあれば、多数の方もあって、そういったものをまとめていくというのも医療サイドとして非常に難しい問題かなと思いますけれども。

箕岡 そうですね。患者さんご本人が意思表明できない場合には、家族が決めることがほとんどですし、実際、

家族が決めることは必ずしも悪いことではないのですけれども、それには適切な家族による、適切な代理判断の手順を踏む必要があります。

それでは、どのような人が代理判断者、キーパーソンとしてふさわしいのかといいますと、判例が幾つかの条件を示しています。1番目に患者の性格、価値観、人生観等について十分知っていて、その意思を的確に推定する立場にあるということ。2番目に患者の病状、治療内容、予後等について十分な情報と正確な認識を持っているということ。そして3番目に家族の意思表示が患者の立場に立ったうえで真摯な考慮に基づいたものであることとしています。このような家族なら、ご本人に代わって代理判断をしてもいいですよということになります。

そして、適切な代理判断の手順といたしましては、1番目にご本人の書いた事前指示の尊重、2番目に患者さん本人の意思を適切に推定すること、そして3番目に最善の利益判断というものが行われることになります。実際、世界の多くの国々の終末期ガイドラインも、日本も含めまして、この手順に沿っています。

池脇 確かに今先生が言われたことで進めるのが一番いいのだと思うのですけれども、そういったことを決定していくプロセスというのもきちっと見ていく必要がありますね。

箕岡 おっしゃるとおりです。意思決定の公正なプロセスというのはたいへん大事になってきます。これを我々は手続き的公正性というふうに呼んでいますけれども、この手続き的公正につきましては、中立性、そして透明性に配慮した、密室にならない、そして独断にならないプロセスが必要だということになります。

具体的には、記録をしっかりとったり、あるいは関係者間で十分なコミュニケーションや対話をしたり、さらに解決困難な事例では倫理委員会とか倫理コンサルテーションといった中立的第三者のアドバイスを受けるシステムが必要となります。

実際、臨床の事例は、同じような認知症にがんを合併した事例でも、それぞれのケースごとの個性に応じまして解決策が異なりますので、解決が困難な事例におきましては、倫理コンサルテーションにかけて、皆で意見交換をしたり、助言を受けたりすることが必要になるかと思います。実際、臨床現場において倫理的助言のできる人材を養成するために、日本臨床倫理学会が研修の制度を始めています。

池脇 患者さんご本人が、自分が何を希望しているのかわかっていることが大事と考えてよろしいですか。

箕岡 はい、おっしゃるとおりです。ご本人がどのような治療のゴールを望むのか、あるいはどのようなQOLを望

むのかということを知っておくためには、ご本人が意思能力が正常だったときに作成した事前指示が役立つと思っています。また、アドバンスケアプランニングを適切に立てるためにも事前指示はたいへん重要になりますので、今後の普及が望まれます。

私どもが普及活動をしている事前指示書、「私の4つのお願い」というものがありますが、その内容は、あなたが重い病気にかかり、自分の意思を伝えることができなくなったときに、まず1番目のお願いは、あなたに代わって、あなたの医療やケアに関する判断、決定をしてほしい人を指名いたします。2番目といたしまして、あなたが望む医療処置、望まない医療処置について。そして3番目は、あなたの残された人生を快適に過ごし、充実したものにするために、どのようにしてほしいのかについてです。そして4番目は、あなたの大切な人々に伝えたいこと。以上、4つの具体的なお願いから成り立って

います。

池脇 最後になりますけれども、緩和ケアということに関してはいかがでしょうか。

箕岡 特に認知症の患者さんは、治療に伴う苦痛が理解できなかつたり、あるいは我慢できない場合、あるいは逆に痛みを適切に表現できない場合がありますので、その人にとって、人生のこの時期に何が一番最善の医療なのかを考えたときに、苦痛の除去が主な治療目標になることもあり得ます。

この緩和ケアという概念は、今までは、主ががんの患者さんにとって重要でしたが、今後、がんの患者さんだけでなく、認知症をはじめとする高齢者の慢性疾患においてもたいへん重要でして、2011年6月にWHOも高齢者の慢性疾患における緩和ケアのよりよい実践のためにガイドラインを出しています。

池脇 どうもありがとうございました。