

コラム：大腸がんを発症した 27 歳の移行困難例の小児診療科-成人診療科の医療機関連携

大阪母子医療センター 小児神経科主任部長 鈴木保宏

臨床検査科主任部長 位田忍

堺市立総合医療センター 名誉院長 花房俊昭

大腸肛門外科部長(現 東大阪医療センター 消化器外科部長) 中田 健

8 東病棟看護師長 福里富美子

はじめに

小児期と成人期の医療の違いとして、診療スタイル（家族中心 VS 患者中心）や発症する疾患（成人期にはがんや心筋梗塞、などが多く発症する）などがある。様々な要因で移行困難になっている小児期発症慢性疾患患者を小児診療科が診続けるには、患者・家族が状況を納得し、患者に不利益が起こらないように日常からの対応や対策が必要である。

ここでは大腸がんを発症した 27 歳の移行困難例の 1 例の対応を通じて小児診療科-成人診療科の医療機関連携の実際を提示する。

◆ 症例の背景：（模擬症例）

27 歳男性 重度知的障害（IQ16）、自閉症、てんかん、運動障害、肥満（90 kg、BMI 31.9）
立つが歩けない、車いすで移動、日常生活は全介助、意思疎通は出来ない

◆ 経過：

① 小児専門病院での「移行困難例」としての対応

生後 1 か月より小児専門病院で継続診療を行っている 27 歳男性で、重度の知的障害があるてんかん症例のため成人診療科への「転科困難例」である。20 歳以降、外来診察時に、がんや成人病発症年齢になっており、その時は内科診療科に紹介することを説明していた。移動が難しいこともあり 3 年前から在宅内科医に抗てんかん薬の定期処方依頼。小児専門病院は半年に 1 回受診する併診診療であった。

今回のエピソードの約 1 か月前から血便があった。ご家族が近くの医療機関へ連れて行き大腸がんと診断された。家族より「どこに受診すればよいか」と、小児専門病院の主治医に相談があった。

◎ 現病を理解し対応を相談できる近くの市民病院への紹介準備を開始した。小児専門病院の主治医より近くの市民病院 A 先生に情報提供し、院内の調整を依頼した。この時、市民病院内の小児科医師（児童精神科専門）にも協力を依頼した。

移行困難例（重度知的障がい）の成人期の対応

- ・ 訴えの出来ない知的障がい者において、“がんの早期発見は困難である”ことを、家族に予めお話しておく
- ・ 小児科医は、紹介先病院に診療の問題点（検査に鎮静が必要、等）を情報提供する
- ・ 小児診療科も全面的に Back-up する姿勢を示す（紹介先病院に小児診療科があれば、協力を依頼する）
- ・ 総合病院と施設レベルでの連携（まずは地域にひとつから）を構築しておく。がんが発症した時は、この連携を使う。

② 近くの市民病院（成人診療科）を紹介受診

- ・ 検査入院の結果、S 状結腸がん＋多発肝転移と診断
- ・ キャンサーボードにて、患者背景を鑑み、一期的手術を第一選択とした
- ・ 家族に病状・治療方針を説明し、手術の承諾を得た
- ・ がん相談支援センターが、家族からの相談に複数回対応
- ・ 手術（腹腔鏡下 S 状結腸切除＋肝外側区域切除＋肝後区域切除）施行

◆ 近くの市民病院（成人診療科）での診療における課題

～成人診療科：医師の視点～

- 1) 本人の意思確認できない状況で侵襲の非常に大きい手術が許されるのか？
→ ご両親が代理意思決定者として強く治療を希望されたため、手術を決断した。
- 2) 標準的治療が選択できない（化学療法併用ができない）
→ ご本人が適応できる範囲内で可能な限り治療効果の高い治療方針を検討した。
- 3) 検査・手術の進め方に種々の配慮を要する
→ ①様々な部署にあらかじめ相談し、協力を依頼した。
②ご両親付き添いの上、入院していただいた。
③検査はすべて鎮静下に行った。
④点滴、ドレーンなど、本人の嫌がるものは可能な限り入れない工夫をした。
⑤術後は麻酔をかけたまま ICU で人工呼吸管理を行い、全身状態が落ち着いてから覚醒させた。
- 4) 術後の合併症が起こった場合どうするか？
→ ①肥満で、手術操作自体、困難を極めた。
②術後長期の人工呼吸管理が必要で、肺炎のリスクがかなり高くなる。
③術後合併症が起こるリスクは通常の手術より高く、両親にかなりの覚悟を強いた。

～成人診療科：看護の視点から～

- 1) 病院間の調整・連携について
→ ① 地域連携センターが情報を聞き取り、診療科・病棟との調整を実施した。
② 消化器センターとして、多職種カンファレンスを 5 回実施した。
③ 院外のケアマネージャーや関連部署と入院前カンファレンスを実施した。
- 2) 安心・安全な医療のための工夫
→ ①入院前、複数回のカンファレンスを実施
② 検査入院を行い、以下の評価を実施
 - ・ 検査・治療への耐性、ADL の把握、安静保持の可否、絶食・服薬行動の可否、デバイスへの反応
③ 入院期間を最短とするための工夫
 - ・ 入院時刻を遅くし、自宅で浣腸を施行してから入院とした
 - ・ 絶食の苦痛を最小限とするため、夕食は低残渣食とし、朝食のみ絶食とした
④ キャンサーボードを開催
 - ・ 術式の選択、化学療法は困難であることの確認 → 腹腔鏡手術
 - ・ ドレーンの管理、術後管理における合併症の情報共有

⑤ 新型コロナウイルス感染症対策としての面会制限 → 例外的に両親に許可

・ヘルパーについては、人数制限と短時間への変更を依頼

3) 意思決定支援について

→ 患者は意思決定が困難なため、がん看護専門看護師が同席し、両親による代理意思決定を支援した。

4) 信頼関係について

→ ① 外来通院中から、患者・家族との面談を複数回実施した。

② 信頼関係の築かれている紹介元主治医からの指示は絶対であり、修正は困難であった。

③ 患者、ご両親の不安の表出に傾聴し、説明を行い、不安の軽減に努めた。

◆ 受入機関としての現時点での振り返り

1) 紹介元からの情報提供・サポートは概ね良好であった。

2) 当院の説明に対する家族（両親）の理解も概ね得られたが、紹介元主治医の指示は絶対であった。

3) 本人の意思決定が不可能で、治療の選択においては、家族の代理意思決定に基づかざるを得なかった。

4) 重度の神経障害のため、診療・看護に種々の工夫を必要とした。

5) 入院前に多職種カンファレンスを頻回に必要とした。

6) 原発巣に加え多発肝転移があり、広範な手術操作を必要とした。

7) 肥満があり、手術手技が困難を極めた。

8) 術後合併症発症のリスクは高く、今後も注意深い経過観察を要する。