

Fig. 1. 担当患者に占めるがん患者の割合

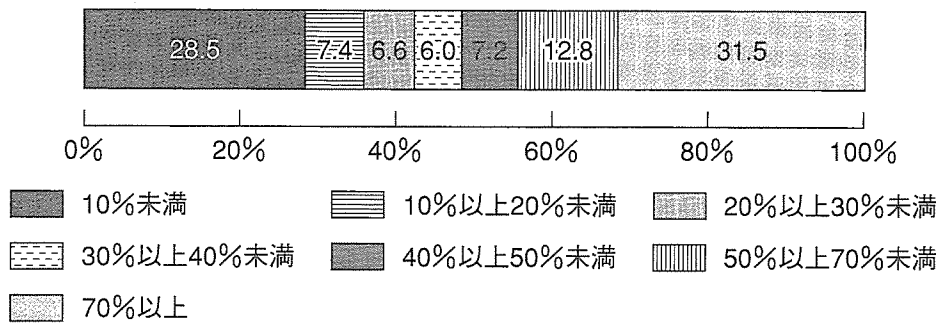


Fig. 2. 自ら最初の病名告知をしたがん患者の割合

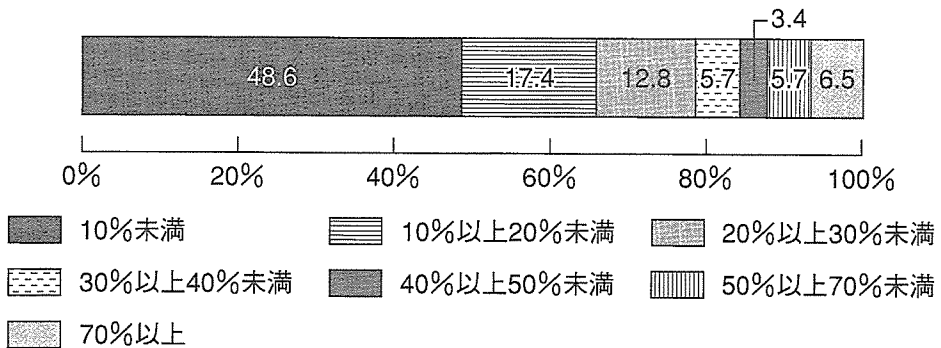


Fig. 3. あえて未告知にしている患者の割合

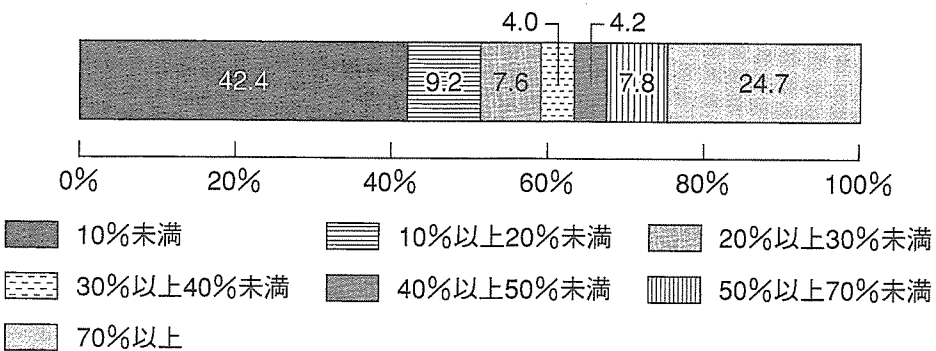


Fig. 4. 自らが最初の再発告知をした患者の割合

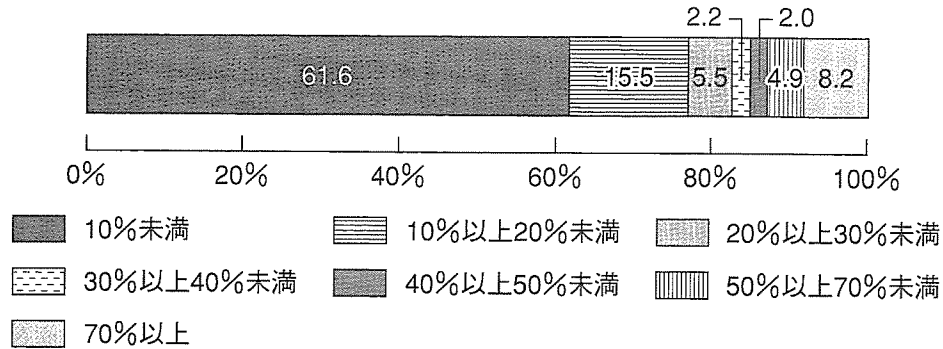


Fig. 5. 自らが最初の「がんの積極的治療中止」を告知した患者の割合

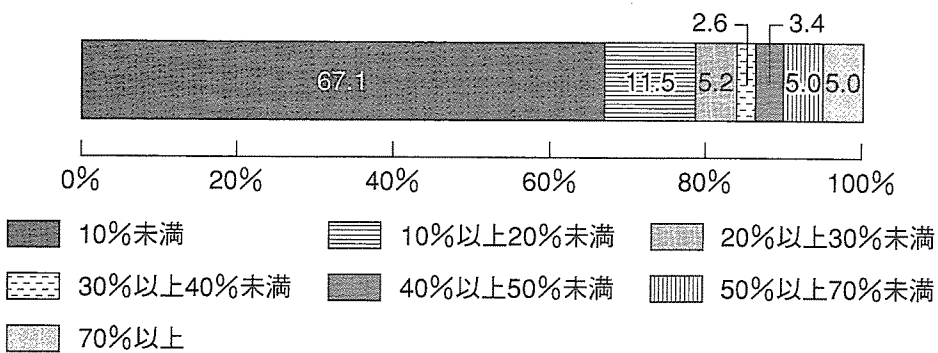


Fig. 6. 自らが最初の余命告知をした患者の割合

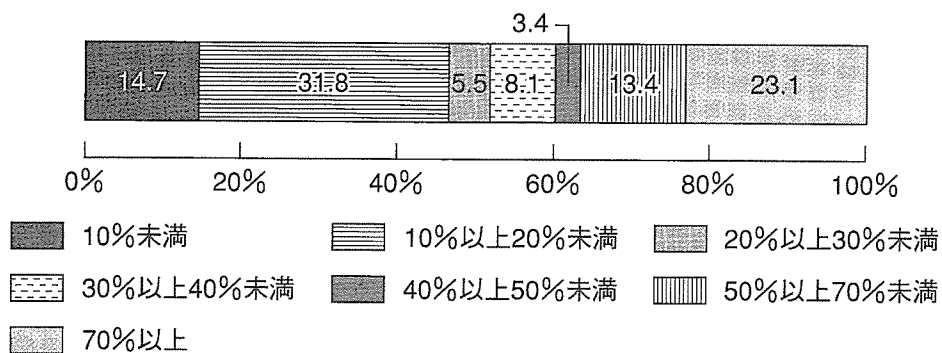


Fig. 7. すでに他院で病名告知を受けている患者の割合

知を受けている患者の割合が、担当がん患者の1割未満という医師が14.7%いる一方で、半数以上という医師も36.5%おり (Fig. 7), すでに他院で「病名」告知をされているにもかかわらず、本人の理解が十分でないために再度「病名」告知をしなければならなかった患者の割合が1割未満という医師は65.0% (Fig. 8), すでに他院で病名告知を受けていて、新たに「病名」告知をしなかった患者の割合が1割未満という医師は47.8%であった

(Fig. 9)。

なお、最初に「病名」告知する対象者について尋ねた結果では、最初に「家族」に告知する医師が最も多く、次が「家族と本人と同時」で、最も少ないのが「本人」であった。具体的には、①家族より先に本人に告知するケースが、全告知ケースの何割を占めるかという問いに対し、その平均 (±SD) が $26.2 \pm 26.1\%$, ②本人より先に「家族」に告知する場合の平均が $44.3 \pm 33.7\%$, ③本人と

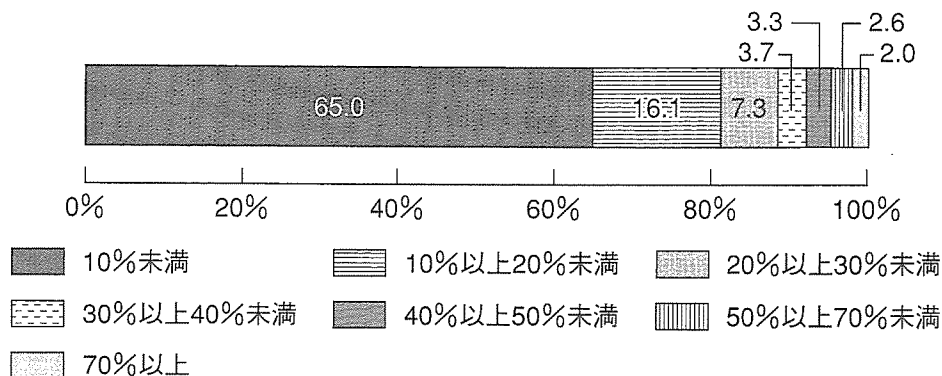


Fig. 8. すでに他院で病名告知をされているにもかかわらず、本人の理解が十分でないために再度病名告知をしなければならなかった患者の割合

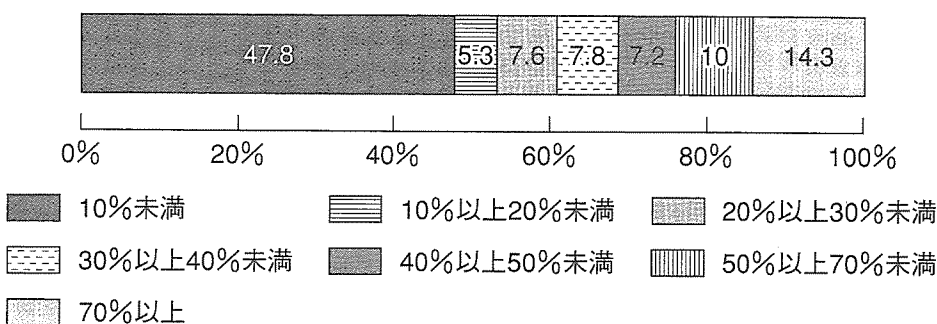


Fig. 9. すでに他院で病名告知を受けていて、新たに病名告知をしなかった患者の割合

家族と同時に告知する場合の平均が $32.4 \pm 27.1\%$ であった。

2. 告知が行われる場と状況

入院中のがん患者に「病名」告知する場所として最も使用されているのは、「面接室もしくはそれに準じた個室」と回答した医師が44.6%，次が「診察室ないし処置室」で39.9%であった。また、入院・外来がん患者に「病名」告知する際、他のスタッフが同伴するか否かという問いに対しては（「自分一人で」、「他の医師が同伴」、「看護師が同伴」、「それ以外のスタッフが同伴」の4選択肢より、複数回答可）、「看護師が同伴する」という答えが最も多く、回答者の77.0%が肯定、次が「自分一人で」で19.0%が肯定していた。

3. 告知する際の面接方法

「告知の際に実行していること」という設定で、

告知の際、望ましい面接方法がどの程度実施されているかを尋ねた結果では、望ましい面接方法の実施割合が高かった結果から順に、それぞれの面接方法を「いつもしている」医師の割合を列記すると（「していない」、「あまりしていない」、「半分くらいはしている」、「していることが多い」、「いつもしている」、「しなくてもよい」の6選択肢より選択）、「最後に、質問がないか必ず患者に確認する」が77.1%、「最後に、質問があれば、また面接を希望するならばいつでも応じる旨を伝える」が75.6%、「できるだけ専門用語を使わず、わかりやすく説明する」が71.9%、「患者の理解度を確認しながら話を進める」が66.6%、「主治医として精一杯がんばる旨を伝える」が66.0%、「患者の心理的な反応（表情や言動）を確認しながら、話を進める」が60.2%、「悪い情報は少しずつ段階的に伝える」が34.2%、「患者が希望を持てるよう、楽観的な見方も妥当な範囲で内容に加える」が30.4%、

Table 2. がん患者に告知する（悪い情報を伝える）ときに実行していること（n = 504（名），%）

	して いない	あまり していない	半分くらい はしている	している ことが多い	いつも している	しなく てもよい	計
①できるだけ専門用語を使わず，わかりやすく説明する。	1.4	0.4	3.6	22.6	71.9	0.0	100.0
②患者さんの理解度を確認しながら話を進める。	0.6	0.6	4.9	27.9	66.0	0.0	100.0
③悪い情報は少しずつ段階的に伝える。	3.0	7.1	10.9	43.9	34.2	0.8	100.0
④不確実な情報も含めて，提供する情報量はできるだけ多くする。	3.8	13.9	21.0	38.2	21.8	1.2	100.0
⑤患者さんが希望を持てるよう，楽観的な見方も妥当な範囲で内容に加える。	0.8	8.5	25.9	34.4	30.4	0.0	100.0
⑥患者さんの心理的な反応（表情や言動）を確認しながら，話を進める。	0.4	1.6	6.5	31.3	60.2	0.0	100.0
⑦最後に，質問がないか必ず患者さんに確認する。	0.2	3.4	2.6	16.6	77.1	0.0	100.0
⑧最後に，質問があれば，また面接を希望するならばいつでも応じる旨を伝える。	0.8	3.4	2.0	18.2	75.6	0.0	100.0
⑨主治医として精一杯がんばる旨を伝える。	1.4	3.4	4.3	24.3	66.6	0.0	100.0

「不確実な情報も含めて，提供する情報量はできるだけ多くする」が21.8%であった（Table 2）。

4. 告知後1～2週間の対応（実行していること）

がん告知後1～2週間に実行している望ましい対応¹⁰⁾について質問した結果を，実行頻度が高い望ましい対応から順番に，それぞれの対応を「いつもしている」と回答した医師の割合を示すと（「していない」，「あまりしていない」，「半分くらいはしている」，「していることが多い」，「いつもしている」，「しなくてもよい」の6選択肢より選択）「身体状態，特に睡眠状況や食事摂取量などを，直接患者もしくは，他のスタッフから確認する」が44.7%，「不安や抑うつの有無を，患者から直接，もしくは他のスタッフから確認する」が38.7%，「患者が告知の内容を正しく理解しているか否か，患者もしくは他のスタッフから確認する」が21.3%であった（Table 3）。

5. がん告知後の患者の状況

がん告知後の状況に関して質問した結果では，55.4%の医師が，告知後数週間のうちに患者の精神状態が不安定になって，向精神薬を処方したケースの割合は1割に満たないと回答，また90.1%の医師が，精神科受診もしくはカウンセリングなどを依頼したケースは1割未満と回答した。さらに，患者への告知後に，何かトラブルが生じたケースの割合については，95.5%の医師がそういうケースは1割に満たないと回答した（Table 4）。

6. 「告知のあり方」間の関連性

今回用意した設問の回答肢のほとんどが，順位尺度として扱えるデザインであったことから，各設問結果間の相関をSpearman順位相関係数にて評価したところ，以下の「告知のあり方」間において，有意な関連が認められた（すべて $p < .001$ ）。

①「担当患者の中でがん患者が占める割合」対「担当がん患者の中で自ら再発告知をした患者の割

Table 3. 告知後1～2週間の対応（実行していること）（n = 504（名），％）

	して いない	あまり していない	半分くらい はしている	している ことが多い	いつも している	しなく てもよい	計
①患者さんが告知の内容を正しく理解しているか否か、患者さんもしくは他のスタッフから確認する。	6.9	22.2	16.3	33.3	21.3	0.0	100.0
②身体状態、特に睡眠状況や食事摂取量などを、直接患者さんもしくは、他のスタッフから確認する。	1.0	8.3	10.5	35.4	44.7	0.0	100.0
③不安や抑うつの有無を、患者さんから直接、もしくは他のスタッフから確認する。	1.0	9.1	15.8	35.4	38.7	0.0	100.0

Table 4. がん告知後の患者の状況（n = 504（名），％）

	10%未満	10%以上 20%未満	20%以上 30%未満	30%以上 40%未満	40%以上 50%未満	50%以上 70%未満	70%以上	計
①先生が告知された患者さんの中で、その後の数週間うちに精神状態が不安定になって、先生自身が向精神薬（眠剤も含めて）を処方した患者さんはどのくらいですか？	55.4	18.3	13.2	5.7	4.3	2.2	1.0	100.0
②先生が告知された患者さんの中で、その後の数週間うちに精神状態が不安定になって、精神科受診もしくはカウンセリングなどを依頼した患者さんはどのくらいですか？	90.1	7.3	1.2	0.8	0.6	0.0	0.0	100.0
③告知の後に、先生が告知しなければよかったと思った患者さんは、全告知患者さんのうちどのくらいですか？	89.0	6.7	2.9	0.6	0.6	0.0	0.2	100.0
④告知の後に、何かトラブルが生じた患者さんは、全告知患者さんのうちどのくらいですか？	95.5	3.5	0.8	0.0	0.2	0.0	0.0	100.0

合」(Spearman 順位相関係数：.403)，②「担当がん患者の中で自らがん告知した患者の占める割合」対「再発告知の割合」および、「積極的がん治療中止の告知割合」(Spearman 順位相関係数：.764, .484)，③「再発告知の割合」対「積極的がん治療中止の告知割合」および、「余命告知の割合」(Spearman 順位相関係数：.543, .436)，④「余命告

知の割合」対「他院からきた担当がん患者にあらためて告知する割合」(Spearman 順位相関係数：.412)，⑤「担当がん患者の中で自らがん告知した患者の占める割合」および「再発告知の割合」対「最初の告知対象（「本人」と「家族）」(Spearman 順位相関係数：.493, .410, -.450, -.408)，⑥「告知の際に、できるだけ専門用語を使わず、わか

りやすく説明する」対「患者の理解度を確認しながら話を進める」および「患者の心理的反応を確認しながら話を進める」(Spearman順位相関係数：.581, .422), ⑦「告知の最後に, 質問の有無を確認する」対「告知の最後に, 質問あるいは面接を希望するならばいつでも応じる旨を伝える」(Spearman順位相関係数:.528), ⑧告知の最後に, 質問あるいは面接を希望するならばいつでも応じる旨を伝える」対「主治医として精一杯がんばる旨を伝える」(Spearman順位相関係数:.506), ⑨「告知後, 患者が告知の内容を正しく理解しているか否か, 患者もしくは他のスタッフから確認する」対「告知後, 患者の身体状況, 睡眠状況, 食事摂取量などを確認する」および, 「不安や抑うつの有無を, 患者もしくは他のスタッフから確認する」(Spearman順位相関係数:.502, .553)。

考 察

1. 中・小規模病院の一般臨床医におけるがん患者の診療と告知率

中・小規模病院では, 担当患者のうちに占めるがん患者数は1割未満という臨床医が半数弱を占め, 病院中で最も多くのがん患者を受け持っている医師でさえ, 他の疾患の患者を診ながらがん患者にも対応している現状がうかがえた。また臨床医が, 自ら最初の病名告知を行ったがん患者の割合については, 担当がん患者の5割以上に告知したという医師群と, 1割に満たないという医師群の2群に大きく分けられたが, 全体的には, 半数以上の医師が, 自らが最初に告知しなかった担当がん患者数が告知した患者数よりも多いという結果であり, がんの病名告知率も決して高くはないことが示唆された。

一方, 何かしらの理由であえて病名を未告知にしている担当がん患者の割合については, 8割近くの医師が3割に満たないと回答しており, 自ら病名告知するケースは多くないものの, あえて未告知にするケースも多くはない現状がうかがえた。そしてその理由の1つとして, すでに他院で病名告知されてきたケースが少なくないこと, 加えてその場合に, あらためて再告知をしない患者のほ

うが, 患者の理解が不十分なために再度告知する患者の割合よりも多い傾向にあることが示唆された。

以上の所見は, 他院から紹介されたがん患者, 一般的には, 大規模な病院で告知や治療を受けた後に中・小規模の病院に紹介されてきたがん患者であるが, 彼らが結果的には最初の病院で受けた病名告知をもって, その後の治療ないし終末期ケアを受けている実態を示唆している。再告知しないことの是非をここで論じるつもりはないが, もし再告知する場合は, 前医による告知内容が十分確認されたうえでそれが実施されないと, 告知の一貫性や告知と医療内容の一貫性の点から支障が出よう。中・小規模病院での告知を考えるにあたっては, 転院ケースが抱える一貫性の問題を常に視野に入れる必要があると考える。

次に, 告知割合は「病名」告知, 「再発」告知, 「積極的がん治療中止」の告知, 「余命」告知となるにつれて, その実施率は低く, 最初に病名告知する対象が「本人」よりも「家族」が圧倒的に多かったことから, 告知内容が患者にとって侵襲的であるほど医師が告知を控える傾向と, がん医療の告知をめぐる「家族重視」が示唆された。これらの傾向は, 松岡らの1969年の調査においても確認されている点であり^{11,12)}, 数十年単位でもなかなか変化しづらい, 日本の社会文化に絡んだ特徴であることがうかがわれる。

2. 告知の方法(悪い情報の伝え方)とその後の対応

がん患者に悪い情報を伝えるとき, 「面接の最後に, 質問がないか必ず患者に確認する」, 「最後に, 質問があれば, また面接を希望するならばいつでも応じる旨を伝える」, 「できるだけ専門用語を使わず, わかりやすく説明する」, 「患者の理解度を確認しながら話を進める」, 「主治医として精一杯がんばる旨を伝える」, 「患者の心理的な反応を確認しながら, 話を進める」といった望ましい告知法が, 3/4から少なくとも半数以上の臨床医においてルーチンに行われていた。一方, 「悪い情報は少しずつ段階的に伝える」, 「患者が希望を持てるよう, 楽観的な見方も妥当な範囲で内容に加える」,

「不確実な情報も含めて、提供する情報量はできるだけ多くする」については、その実施率は他に比べて低かった。さらに告知後の対応では、「身体状態、特に睡眠状況や食事摂取量などを、直接患者もしくは、他のスタッフから確認する」、「不安や抑うつの有無を、患者から直接、もしくは他のスタッフから確認する」という対応が4割前後の医師において常時行われていたが、「患者が告知の内容を正しく理解しているか否か、患者もしくは他のスタッフから確認する」という対応は、常時実施している医師が2割にとどまった。

以上より、全般的に、告知の際の望ましい面接法はある程度ルーチン化されているものの、告知後の対応については十分とはいえないこと、したがって、今後は告知の際の面接方法のみならず、告知後の対応にも配慮していく必要があること、そのためのスタッフ教育や体制づくりに着眼する重要性が示唆された。

3. 告知後の患者の状況

告知後数週間のうちに精神状態が不安定になり、向精神薬を処方するケースは「1割」に満たないという医師が半数を超え、ほかにも、精神科受診もしくはカウンセリングを依頼している医師、トラブルを体験している医師は少なかった。これは今回の調査では確認しなかったが、病院に精神科や心療内科が併設されているか否かによっても異なってくると思われる。しかしそれを加味しても、本結果は、精神的に不安定になる患者は実際に少ないという可能性と、不安定になる患者が少なくないものの、それを掌握しきれていない可能性を示唆しているといえよう。

一般的に、がんの病名告知によって受ける患者の精神的負担は、がんの重症度によって異なるとしても少なくはないはずである^{13,14)}。藤田ら¹⁵⁾は、がん告知後の患者（外来で初めて告知を受け、入院待機中）の不安と抑うつを、HADS尺度を用いて調査し、20~30%の患者が不安ないし抑うつ状態にあったことを報告し、笹子¹⁶⁾は、予後のきわめて不良な進行がん患者に告知を行った結果、68名中精神科医の介入を必要としたのは11名であったことを報告している。

以上より、今後に向けて、告知後の患者の状況を十分アセスメントできる体制づくりや、そういった手順の標準化などを整備していくことが望まれているといえよう。

4. 告知に関連する要因

担当患者の中に占めるがん患者の割合が高い医師ほど、告知全般に関する実施率が高く、実施率が高い医師ほど、最初の病名告知対象は「本人」が多く、「家族」は少なかった。つまり、がん医療にかかわっている医師ほど告知に積極的であり、かつその対象を「本人」としていた。これは、臨床医ががん医療を体験するにつれて告知の必要性、特に本人に告知する必要性を認識するとともに、告知に対する抵抗が減じている可能性を示している。また、告知方法および告知後の対応は医師個人によってある程度一貫していたことから、告知のあり方が患者や状況によってケースバイケースというよりも、つまり患者要因や環境要因よりも、臨床医側の要因、医師自身の認識や方針に依拠している可能性が高いことが示唆された。標準化されたがん医療を受けられる体制を作るのであれば、臨床医の姿勢や対応の標準化も必要かもしれない。また本来ならば、その前に、臨床医のそうした個人要因に依拠することなく一貫した告知のあり方が保証されるような医療体制（ハード面）の基盤構築が重要なものかもしれない。

おわりに

われわれは本調査の1年前にも、無作為抽出した全国の中・小規模病院の医師を対象に、尊厳死に関する実態調査（がん患者に限定せず）¹⁷⁾を実施したが、その際も回収率は14.5%（1,000病院に質問紙を郵送）であった。こうした低い回収率の理由としては、医師数が比較的少ない中・小規模の病院において、つまり多忙な日常臨床の中、自由記載欄を含む本質問紙のような書面調査に協力することは医師にとって困難なことや、本調査の主旨や意義に同意しかねることなどが推察される。抽出した対象病院（院長）に、まずは電話で調査協力の承諾を得、そのうえで改めて調査依頼書を

質問紙とともに郵送するという手段をとってれば、回収率を多少は高めることができたかもしれない。

いずれにせよ、本調査は回収率が低いため、また、設問の前提としてがん患者の重症度（早期がん／進行がん）を規定していないことなどもあり、本結果が、わが国の中・小規模一般病院の実態をそのまま正確にとらえているとは断定できない。したがって、そうした限界を踏まえたうえで、本所見を以下にまとめた。

中・小規模病院の医師にとって、担当患者のうちに占めるがん患者数は多くないこと、また臨床医のがんの病名告知率も大学病院や専門病院と比較して低いこと、一方で、何かしらの理由であえて病名を未告知にしているケースも多くはない可能性がうかがえた。また、告知内容が患者にとって侵襲的であるほど医師が告知を控える傾向と、がん医療の告知をめぐる「家族重視」が示され、さらに告知の際の望ましい面接法はある程度ルーチン化されているものの、告知後の対応については十分とはいえず、精神的なフォローアップや患者観察という観点からは、今後の改善が期待されることが推察された。

次に、告知後の状況に関しては、精神的に不安定になる患者が実際に少ないという可能性と、不安定になる患者が少なくはないものの、それを掌握しきれていない可能性がうかがわれ、担当患者の中に占めるがん患者の割合が高い医師ほど、告知全般に関する実施率が高く、実施率が高い医師ほど、最初の病名告知対象は「本人」が多く「家族」は少なかったことから、がん診療の体験を積んでいる医師ほど告知に積極的であり、かつその対象を「本人」としていることが示唆された。最後に、告知方法および告知後の対応は、医師個人によってある程度一貫している可能性が示唆された。

本調査は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」の助成を受けて実施された。

文 献

- 1) 厚生省大臣官房統計情報部：人口動態社会経済面調査報告平成4年（1992年）度（悪性新生物）。厚生統計協会，東京，1994
- 2) 厚生省大臣官房統計情報部：人口動態社会経済面調査報告平成6年（1994年）度（末期患者への医療）。厚生統計協会，東京，1996
- 3) 藤本 肇，橋口陽二郎，上野秀樹，他：癌告知と終末期診療における患者対応のあり方に関する検討—癌死患者の遺族調査から—。日消外会誌 37：1610-1615，2004
- 4) 医療施設政策研究会：病院要覧2003-2004年版。医学書院，東京，2003
- 5) Ptacek JT, Eberhardt TL：Breaking bad news. A review of the literature. JAMA 14：496-502，1996
- 6) 奥山 徹：がんの告知と心理的ケア—コミュニケーションスキルを中心に—。診断と治療 91：1377-1384，2003
- 7) 阪 眞，笹子三津留，森田信司，他：癌告知とインフォームド・コンセント，がん告知とインフォームド・コンセントにおける一般的留意点。臨床外科 60：1099-1103，2005
- 8) 大野真司，内田陽子，山口博志，他：癌告知とインフォームド・コンセント，癌告知とインフォームド・コンセントにおける narrative based medicine。臨床外科 60：1109-1116，2005
- 9) 角田明良：癌告知とインフォームド・コンセント，癌告知後の精神的ケア。臨床外科 60：1135-1138，2005
- 10) Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB (Ed)：Psycho-Oncology. Oxford University Press，1990
- 11) 厚生省・日本医師会編：末期医療のケア—その検討と報告—。中央法規出版株式会社，東京，1999
- 12) 松岡順之介：パネル・ディスカッション『癌患者にその癌を知らしむべきか』。日癌治 5：107，1969
- 13) Massie M, Holland J：Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In Holland J, Rowland J: Handbook of Psycho-oncology. OUP, New York, 1990
- 14) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al：The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 249：751-757，1983
- 15) 藤田美知子，丸山美香，島理恵子，他：がん告知後の患者の不安及び抑うつ度調査—HAD 尺度を

用いて. 県立がんセンター新潟病院医誌 40:147-152, 2001

- 16) 笹子三津留: 消化器進行癌患者におけるインフォームド・コンセント 事実を説明する医療の実際. 日消外会誌 29:1997-2000, 1996
- 17) 松島英介, 野口 海, 松下年子, 他: 中・小規模の一般病院 (50床以上300床未満) における尊厳

死についての意識調査. 厚生労働科学研究費補助金 (効果的医療技術の確立推進臨床研究事業) 分担研究報告書「我が国の尊厳死に関する研究」, 2005

受理日: 2006年11月24日

Abstract

A Survey of Physicians' Attitudes of Cancer Disclosure in Japan

Toshiko Matsushita *^{1,2}, Wataru Noguchi *¹, Mika Kobayashi *¹,
Ayako Matsuda *¹, Eisuke Matsushima *¹

*¹ *Section of Liaison Psychiatry & Palliative Medicine, Graduate School of Tokyo Medical & Dental University*

*² *Graduate School, International University of Health and Welfare, Amity Nogizaka, 1-24-1 Minato-ku, Tokyo 107-0062, Japan*

The aim of the present study was to understand actual situations of physicians' attitudes of cancer disclosure to their patients in Japan. The questionnaires were mailed to physicians at 2397 randomly sampled hospitals with 50 - 300 beds to ask about their attitudes towards truth-telling about cancer. Five hundred and thirteen physicians answered the questionnaires (21.4%), and 44.7% of those who responded had cancer patients with less than 10 %. While 44.3% of physicians made initial disclosure of cancer diagnosis to more than 50% of their cancer patients, 28.5% physicians made first cancer disclosure to less than 10% of their cancer patients. About 80% of physicians answered that there were less than 30% of the patients who were not told about their cancer. The rate of cancer disclosure increased as physicians treated more cancer patients. On the other hand, initial disclosure of cancer diagnosis was revealed to the families of patients rather than to the patients themselves. Moreover, the initial cancer disclosure was often revealed to the patients themselves when the physicians' rates of cancer disclosure were high. There were routine, effective procedures for cancer disclosure; however, follow-up after the disclosure was not sufficient. Furthermore, each practitioner had his or her own method of original consistent for cancer disclosure and follow-up after the disclosure.

Key words : Cancer disclosure, Hospitals with 50-300 beds, Physicians

緩和医療学

別刷

発行：株式会社 先端医学社
〒103-0007 東京都中央区日本橋浜町2-17-8 KDX浜町ビル

医師のがん告知におけるコミュニケーション



松下年子¹⁾²⁾ 野口 海¹⁾ 小林未果¹⁾
松田彩子¹⁾ 松島英介¹⁾



全国2,397の50～300床の一般病院に質問紙を送付し、がん患者を担当している臨床医を対象にがん告知の実態と告知に関する意識調査を実施した（回収率21.4%）。その結果、病名告知の是非については大半の者が、原則的には患者告知を支持するが、病状や状況・条件によってその方針をかえざるを得ない現状、また家族の同意を前提とせざるを得ない現状を述べていた。今後の課題としては、①告知後のフォローアップ、②がんやがん医療に関する正しい理解の普及（国民啓発）、③医師のコミュニケーション技術向上とそのため教育環境、④チーム医療の完備とその活動を保証する時間的・人的余裕、⑤告知をめぐる法律など外的枠組みの整備、医療制度的な問題が掲げられた。

はじめに

わが国における近年の、がん患者に対する病名告知率上昇の背景には、①がん治療および治癒率の向上、②国民のがんおよびその治療に関する理解の普及、③個人主義的意識の浸透、④個人情報に関する社会規制の傾向、⑤ホスピスや緩和ケア病棟における患者受け入れにあたっての告知条件

などがあげられるかもしれない。とはいえ、⑤については、ホスピスや緩和ケア病棟といった環境下で亡くなるがん患者数が、一般病院でのそれと比較すればはるかに少ないことはいままでもない。また、告知率の上昇についても、大学病院などの大病院におけるそれは間違いのないとしても、地域の中・小規模病院においてもそれを肯定し得るのか、その実態は明らかではない。

そこでわれわれは、わが国の中・小規模一般病院における告知率および告知状況の実態とともに、それにかかわる一般臨床医のがん告知をめぐる意識調査を実施した。本稿では、そのうち、自由記載により求めた「がん告知に関する意識調査」の結果について報告したい。

KEY WORDS

がん告知
コミュニケーション
一般病院
臨床医
がん患者

MATSUSHITA Toshiko, NOGUCHI Wataru, KOBAYASHI Mika, MATSUDA Ayako, MATSUSHIMA Eisuke(1) 東京医科歯科大学大学院心療緩和医療学分野, 2) 国際医療福祉大学大学院保健医療学専攻

1. 研究方法

「2004年版病院要覧」¹⁾に記載されている全国9,239の病院から、50床以上300床未満の一般病院という条件で無作為抽出された2,397病院に、調査依頼書、医師対象の質問票、返送用封筒を一式として郵送し、当該病院でがん患者を担当している医師に回答してもらった。質問票は、医師の属性、担当がん患者の割合、告知の実施状況、その後の対応などについて、また、告知しなければよかったケース、告知後のトラブル、告知をめぐって悩んでいること、告知に関する私見などについて尋ねた設問、計33項目から構成されている。

本稿で取り扱ったデータは、上記設問のうち「告知の後に、先生が告知しなければよかったと思った患者さんは、全告知患者さんのうちどのくらいありましたか、その要因はおもにどのようなことですか?」「告知の後に、何かトラブルが生じた患者さんは、全告知患者さんのうちどのくらいありましたか、その要因はおもにどのようなことですか?」「告知をめぐって先生が最も悩むのは、どのようなことですか?」「告知に関して、何か個人的なご意見がありましたら教えてください」という設問に対する自由記載の回答分である。設問結果ごとに内容をカテゴリー化し、カテゴリーごとにその要旨をまとめた。

2. 結果

2,397病院に郵送したうち、返送件数は510病院、513件(回収率:21.4%)であった。病院の平均病床数は 138.6 ± 81.5 床、臨床医の性別は男性が487名(96.6%)、年代は40歳代と50歳代で69.8%を占めた。臨床医としての経験年数は、最も多いのが20年以上30年未満群(41.3%)で、つぎが同数で、10年以上20年未満群と30年以上40年未満群であった(それぞれ22.0%)。

1) 担当がん患者の割合および告知率、告知の対象

担当がん患者の割合については、担当患者に占めるがん患者の割合を2割未満とする医師が62.7%であり、自ら最初の「病名」告知をしたがん患者割合が担当がん患者の7割以上と答えた医師は31.5%、1割未満と答えた医師は28.5%であった。結局、55.7%の医師において、自らが告知していない患者数が、自ら告知した患者数よりも多かった。一方、48.6%の医師が、何らかの理由であえて本人に未(病名)告知にしている割合は1割に満たないと回答した。

なお、最初に「病名」告知する対象者については、最初に「家族」に告知する医師が最も多く、次が「家族と本人と同時」で、最も少ないのが「本人」であった。たとえば、担当がん患者の半数以上のケースにおいて、最初に「家族」に告知するという医師が44.8%、「家族と本人と同時」に告知が29.2%、「本人」に告知が23.8%であった。

2) 告知後「告知しなければよかった」と思うケースの要因

患者への告知後に、「告知しなければよかった」と思うケースは1割未満と回答した医師が89.0%を占めた。その要因などは、以下の9群に大きく分けられた。①告知後、患者に抑うつなどの精神症状が生じた(41名)、②患者の自殺(3名)、③本人の性格などの問題から、信頼関係が築けず支援が困難(7名)、④患者の病院ショッピング/治療拒否/態度の変化など(23名)、⑤家族関連のトラブル(10名)、⑥患者の理解力が低いために協力を仰げなかった(9名)、⑦患者の身体状態が予想外に悪化してしまった、告知のタイミングが悪かったことなどから生じた支障(5名)、⑧その他(17名)、⑨告知したことによる後悔は少ない(14名)。

3) 告知後のトラブル要因

患者への告知後に、何かトラブルが生じたケー

スの割合については、95.5%の医師がそういうケースは1割に満たないと回答した。トラブル要因などの分類結果は、上記設問の「告知しなければよかったケースの要因」分類とおおよそ一致しており、①精神的な問題および自殺（24名）、②家族や親戚の問題、家族との関係性の問題（18名）、③家族と患者に対する告知の順序をめぐる問題（12名）、④患者より理解が得られない（理解力の問題も含む）、患者との関係性の問題（5名）、⑤患者の不適切な言動（11名）、⑥その他（13名）、⑦トラブルなし（7名）の7群に区分された。

4) 告知をめぐる最も悩むこと

現場の医師から示された告知をめぐる葛藤は、告知の是非ないし、医師自身の告知方針に対してそれがままならない現状であることが大半を示した。具体的には、①患者に告知すべきと判断しても、家族がそれを拒否した場合の対応（47名）、②それ以外の理由により、医師は告知したいがそれがむずかしい状況（11名）、③告知すべきか否か迷う（8名）、④告知すべきではないと考えているのに、実際は異なる現状（8名）、⑤まず本人から告知すべきなのかもしれないが、実際は異なる現状、または、まず家族に話したいと考えるのに、最初から本人にいわざるを得ない現状（7名）、⑥告知の機会はない（4名）、⑦告知が困難な対象条件（73名）、⑧告知する際に困難なこと、重要なこと（162名）、⑨家族のクレーム、家族内の問題（11名）、⑩その他（43名）の10群にカテゴリ化された。さらに、⑧の「告知する際に困難なこと、重要なこと」は以下の9項目、a) 告知する際の判断とタイミング、b) 情報不足の問題、c) 患者（家族）の理解力の問題、d) 告知の仕方、コミュニケーションスキル、e) 告知後のメンタルケア、f) 家族への対応、g) 余命告知、h) 全体的な体制〔「いかに三位一体（医師、患者、家族）となって治療やケアをすすめていくか」「看護師を含めたコメディカルとの協働、告

知後のチームとしてのフォローアップ」「告知後のケアをする時間とスタッフが少ない」などの問題〕、i) その他に細分類化された。

5) 告知に関する個人的意見

これについては、①告知を基本とする（43名）、②告知がはたしてよいのか（16名）、③ケースバイケース、条件による（50名）、④家族の無理解（9名）、⑤「このようにしている」「こうあるべき」（54名）、⑥医師における告知の意義、告知する医師の条件、医師への教育の必要性（13名）、⑦地域性／がんに対する認識と国民啓発（12名）、⑧その他（45名）の8カテゴリーに分類された。

3. 考察

本結果は、「告知後に、告知しなければよかったと思ったケースの要因」「告知後に、トラブルが生じたケースの要因」「告知をめぐる最も悩むこと」「告知に関する意見」という4つの設問に対する自由記載の回答であったが、結果から抽出されたテーマは設問間でおおよそ共通しており、臨床医が抱えている問題や葛藤、課題を、複数の切り口から重複して聴取していることがうかがわれた。そこで考察では、これらの共通していたテーマごとに、その実態と課題をまとめた。

1) 告知の是非とその対象・順序、告知する医師を守る外的枠組みと国民啓発

大半の医師が「原則は、本人に告知すべき」、または「ケースバイケース」ととらえている実態が把握された。本人告知の例外としては、また、それを困難にする条件としては、①進行がんや末期がんで、積極的治療法が残されていない患者、②超高齢患者、③認知障害を有する患者、④精神的に不安定な患者、⑤家族が告知に反対する場合、などがあげられた。また、比較的少数ではあったが、「日本人のメンタリティーを配慮すると、告知に対し慎重にならざるを得ない」、または「告

知すべきではない」と考えている者もいた。なお、上記①～⑤のなかで、医師の葛藤が最も多く語られていたのは、⑤の家族の告知拒否であり、その場合の多くは、「まず家族に告知して、その結果、本人への告知が拒否される」というパターンであった。もし告知の順番が本人優先もしくは、本人と家族が同時であるならば、このような家族からの拒絶は生じ得ないが、実際には、本人よりさきに家族に告知しなければならない状況、家族の許可を得なければ本人に告知できない状況が依然存在していることが、この問題の根幹といえるであろう。昨年施行された個人情報保護法に則れば、家族は医師・患者間の医療提供の関係では第三者にあたり、第三者に対する情報提供は原則本人の同意が要求される。もちろん例外として、人の生命、身体または財産の保護のために必要な場合で、かつ本人の同意を得るのが困難なときがあげられており、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」(2004年12月24日、厚生労働省)²⁾では、わが国の現状をふまえて、家族への説明につき利用目的として掲示してあれば、患者の黙示の同意が得られたとすることになっている。つまり患者から特段の申し出がない限り、家族に対して病状を説明することは問題ないということ、しかしなかには、家族に説明をしてほしくないという人もいるから事前に確認しておくことが望ましいとされている³⁾。

以上まとめると、がん告知にあたっては、告知により病状悪化などが予想される場合を除いて、第一に本人に告知すべきであり⁴⁾、その後、場合によっては必要時、本人の承諾を得て家族にも伝えるというのが順序といえる。本結果からは、これを阻む最も大きな要因が、告知の順序を家族優先にせざるを得ないわが国の文化社会的背景であり、その根底には、「自分には告知してほしいが、家族には告知しないでほしい」というコメントが示すように、本人には「己の死」という事実と直面させたくないという家族の共通の思いがあ

ると推察される。

一方で、わが国の「本人への病名告知」が米国と比較して低い理由として保坂⁵⁾は、上記家族側の因子である「可哀想だから知らせたくない」以外にも、本人の「知りたくない」「先生にすべておまかせします」という「否認」の心理、また、医師側の因子として「告知による精神的混乱へのサポート体制が十分でないために、告知をためらう傾向」をあげている。医師のこの罪悪感は、本人でなく家族に伝えること、家族の希望を確かめることで合理化されていると述べている。

一部の医師からは、近い将来、告知において本人が優先される社会的認識が浸透し、それに即した社会規範が成就されるのを期待する声もあったが、一方で、西欧文化に追従するのではなくわが国の文化を遵守する姿勢を重視する声もあった。いずれにせよ、医師が家族との関係性を維持するなかで、いかに告知の原則を徹底するかという問題に悩んでおり、一部、マニュアルで統一するような事柄ではないとの声はあったものの、少なくとも医師が、告知をめぐる自らが脅かされることがないように、告知する医師の立場が保証されるような、告知に関する詳細な指針やガイドライン、法律などの外的枠組みを求めていることが明らかにされた。

マスコミなどに対する、告知をめぐる国民啓発への期待も語られていたが、確かに、告知問題とは日常的に縁のない人こそが、一度はこの問題を身近なこととして、己のこととして真剣に熟慮する必要があるわけで、ある意味で、マスコミの力によっていかに国民の一人ひとりが自分らしい死の迎え方をイメージする機会をもつかが問われているといえよう。

なお、告知に関する住民意識の地域的相違、つまり地域性の問題を指摘する声も多く散見されたが、告知に関する法律などの外的枠組みづくりや国民啓発においても、その浸透に地域差が生じる可能性、時間的なずれが生じる可能性を示唆する

ものであり、人口密度が低く地域性の高い場で就労している臨床医にとっては、切実な問題であると考える。

2) 告知をめぐる医師の葛藤と行政側の課題

家族の拒否下における本人への告知以外にも、告知する行為そのものに葛藤や不安を抱えている医師が少なくなかった。多くの医師は、患者や家族のさまざまな背景を掌握したうえで、また、告知の利点・欠点を勘案したうえで、告知の範囲や水準を個別に設定していたが、そうしたなかにも、自分の実践に確信を持ち得ず、告知やその方法の基準を求める声が聴かれた。告知は他者の人生にかかわることであり、自分なりの死生観や哲学をもって臨む、または、それなりの人生経験や診療経験のある医師が担当すべきとの意見もあった。

一方で、「悩むことはない」もしくは、「悩まないようにしている」医師もいた。また、「信頼関係をもって誠実な対応を返していけば、問題はない」という意見もあった。

このなかで示唆されるのは、「限られた時間をどう過ごすか、どう生きるか」という医学のみでは説明しきれない命題をめぐる、患者とともにその責任を担う役割を、圧倒的な比率で医学の専門家である医師が果たしているという現状、またそれに対して、現場の医師が少なからず葛藤を抱え、それでもそれを医師の務めととらえて、真摯な態度で臨床活動に望んでいるという点である。告知に絡んで実際、終末期がん患者の人生に最も関与し、最も影響を与えるのは医師であり、医師にはそれを全うすることが本人、家族、周囲の者から期待されている。また、家族の本人に対する支援が求められていても、その家族を支えるのは原則的に、医師をはじめとする医療スタッフであり、それが期待されている。これらの是非に関する声までは、本結果からは把握できなかったが、こうした告知をめぐる、人のいのちや人生の本質的な課題にかかわる役割とそれに対する周囲からの期

待の実態、それに応えるうえで生じる医師の葛藤や問題、これらの現状を行政側がどれだけ理解し、そのうえでいかに終末期医療の人的、経済的、法的環境や制度を整えようとしているのか、今まさに問われているといえよう。

なお、本調査対象者において、告知の際の対応についてはおおよそ、教科書で説明されているレベルの原則は遵守されている実態がうかがわれた。患者に対する誠実な態度と言葉かけ、「告知した患者のことは最後まで責任をもつ」といった理念などが多くの医師に一貫して認められた。このような姿勢は医師としてある意味で当然なのかもしれないが、多忙な臨床活動のなかでそれを遂行しつづけるのは、量的な評価ができない分相当な努力と精神力が必要とされよう。こうした意味でも、余裕ある臨床環境の整備が不可欠であり、それを保証する外的枠組みや経済的バックアップが求められる。

なお、終末期患者への告知や余命告知に関する具体的手法について悩んでいる医師もおり、具体的な告知の方法やコミュニケーション技術を向上するための機会やシステムを望む切実な声もあった。奥山⁶⁾は、近年のがん告知に関する潮流が、告知の是非の問題からどのように告知をおこなうかということ、つまり告知をめぐるコミュニケーション技術の洗練へと向かうなか、ワークショップなどにより医師のコミュニケーションスキルを向上させる必要性とその有効性について述べ、告知の具体的なあり方を紹介している。このようなコミュニケーション技術の洗練をめざした体制の整備も、行政に期待したい患者中心の医療の実現に即した課題であると考える。

3) 告知後の患者の精神的問題とそれに対するサポート体制

多くの医師が、抑うつをはじめとする告知後の患者の精神的問題を重要視していた。自殺や自殺未遂のケースについても報告された。がん告知を

めぐっては、告知を受けた誰しもが一時期、落ち込みを体験するといわれている。しかし多くの場合は、告知後2週間を境に、おおよそ平常の精神状態に戻って、それまでの生活をつづけられるまでに回復すると報告されている⁷⁾。つまり、精神的に健康な人であれば、回復までの時間に多少の相違はあっても、日常生活ができるまでには立ち直るわけである。ところが、本結果からは、抑うつや意欲低下が長期間つづくケース、また常軌を逸した問題行動につながるケースが確実にあること、またそれを危惧して、医師が告知することに対して必要以上に慎重にならざるを得ない状況、さらに、場合によっては、患者の攻撃的な症状や行動に悩まされる医師やスタッフがいることも把握された。

なお、多くの現場では、告知後の患者のメンタルヘルスをめざすサポートシステムが人的、時間的に十分ではないこと、サポートする役割を医師のみに求めるのは現実的に無理があることが示唆され、その一方で、患者が一時的には混乱しても、最終的には受容して医師に感謝するケースが多いこと、患者の精神力は予想以上に強いという意見も聴かれた。告知がスムーズにおこなわれるにはチーム医療が前提とされ、患者のメンタルケアについては複数の職種が、それぞれの立場から多側面的に患者を支援していくことが理想ととらえられている⁸⁾⁹⁾。しかしそれには、各職種間の連携と協働が必要であり、そのためには人的・時間的な余裕が不可欠であるのはいうまでもない。告知に伴うケア、数量化しづらい医療行為に対する金銭的保証がないことに対する異議もあったが、これは告知に限られたことではなく、身体科医療におけるメンタルケアが診療点数化されていないことにも関連した問題であり、医療全体で取り組むべき根幹的課題といえる。

4) 医療機関の連携

告知をめぐり医療機関間の連携が重要であるこ

とが示唆された。大学病院やがんセンターなどの大病院と、本調査対象である中・小規模病院の間では告知率自体が異なるわけで、それに加えて、患者への説明や提供される情報の質と量に関して、両者間に相違のあることが予想される。しかしそのなかで、病院同士は連携し、一貫したインフォメーションを患者や家族に提供することが求められている。がん患者が最終的に行き着く場が、自宅に近い中・小規模の病院であるならば、そこで治療ないし緩和ケアを受けつづける患者を想定したうえで、大学病院やがんセンターの医師は最初の告知をするべきであろう。

これに関して最も多く聴かれた声は、大学病院やがんセンターの医師に対する「言いつ放しの告知をしないでほしい」という要請であった。そこには、患者、場合によっては家族の理解力の問題も絡んでくると考えられる。だれでも精神的な打撃を受ければ平常心を失い、その結果、聞く耳をもてない状況にもなるであろう。そうした状況下で、もし事務的に、淡々と告知がおこなわれたとしたら、患者や家族側に病気や治療に関する誤解が生じて不思議ではない。もし、このような情報提供後のケアを、つまり無手当て状態で告知後のフォローアップを中・小規模の病院側がしなければならぬとしたら、それは確かに容易なことではない。自分が告知した患者であれば、その状況や患者の背景を把握しているわけであるから対応も比較的易しいかもしれない。すでに築かれた信頼関係をよりどころに、何とかアプローチすることは可能かもしれない。しかし、最初の告知に自らかかわっていないにもかかわらず、それを受容しきれないでいる患者に対して、残りの人生の過ごし方を一緒に、責任をもってかかわっていかねばならぬとしたら、それは担い手の医師にとってむずかしいハードルといえよう。

おわりに

本調査のアンケート回収率は決して高くはな

い。したがって、本結果がわが国のがん告知状況を正確にあらわしているとは言い切れない。多忙な臨床活動のなかで、あえてアンケートに回答する時間を割いたことを考慮すれば、対象者はどちらかという告知問題により熱心で、告知により真剣に取り組んでいる医師であり、また、告知に対して問題意識のより高い医師からの回答であった可能性は高い。すでに、告知については自らが調査報告し、または執筆して、それらの著書の紹介をされた医師もいた。とはいえ、低い回収率ゆえのバイアスを勘案しても、現在に至ってさえ、少なくとも中・小規模病院に勤務する臨床医においては、告知をめぐる多くの葛藤や問題を抱えている実態が浮き彫りにされた。現在、現場にいて患者に最も接している医師の生の声は、それだけで現代日本のがん医療ないし、終末期医療がかかえている真の課題を象徴しているように思われる。

1989年の時点においてすでに、当時の厚生省指導の終末期医療のあり方に関する検討会が開かれ、それに付随して「がんの末期医療に関するケアのマニュアル」が作成されている¹⁰⁾。そのなかには、本稿にて問題ないし課題として掲げたテーマや要点とほぼ同じ内容が、これからの終末期医療のあり方の指針として記載されている。つまり、この時点ですでに、当時の告知に関する実態とともに、望ましい告知のあり方、末期状態の告知の際に考慮すべきこと、患者本人および家族との連携、医療従事者の教育・研修、国民の終末期医療に対する理解促進などについて、はっきりとした「あるべき姿」が明記されていたわけである。

さらにその後も、1993年、1998年、2003年と終末期医療に関する意識調査が実施され¹¹⁾、一方で、これらの動きに即して医療者教育などの変革、ホスピスの増築、在宅医療の推進などがあつたにもかかわらず、依然、少なくとも中・小規模病院の臨床医が同じような事象に関して苦悩していることが明らかにされた今、適切な終末期医療推進

がより確固となるような外的枠組み、体制的な工夫が求められているといえよう。

本調査は、平成17年度厚生労働科学研究費補助金「効果的医療技術の確立推進臨床研究事業」の助成を受けて実施された。

お問合わせ先

東京医科歯科大学大学院心療緩和医療学分野

文 献

- 1) 厚生省健康政策局総務課：病院要覧—全国病院名簿 全国医療関係機関・施設一覧，医学書院，東京，2004
- 2) 厚生労働省：医療・介護関係事業者における個人情報適切な取り扱いのためのガイドライン 2006/4/21改正，p.24
- 3) 畑中綾子：患者の家族への病状説明．看護管理 15：666-667，2005
- 4) 厚生労働省：「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取り扱いのためのガイドライン」に関するQ&A(事例集)，2006/4/21日改訂，p.28
- 5) 保坂隆：高齢癌患者のPsycho-Oncology. *Geriatric Medicine* 40：1409-1412，2002
- 6) 奥山徹：がんの告知と心理的ケア—コミュニケーションスキルを中心に—．診断と治療 91：1377-1384，2003
- 7) Massie MJ, Holland JC：Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: *Handbook of Psycho-oncology*, eds by Holland J, Rowland J, Oxford University Press, New York, 1990, pp.273-282
- 8) 梅田恵，樋口比登実，篠田淳子ほか：進化するチーム医療 患者中心の医療を目指して 一般病院・病棟に求められる緩和ケアチームの活動．看護展望 31：582-587，2006
- 9) Pellegrino ED (河瀬雅紀，澤田親男訳)：緩和ケアにおける倫理的な問題．緩和医療における精神医学ハンドブック，内富庸介監訳，星和書店，東京，2001，pp.365-380
- 10) 末期医療のケア—その検討と報告—，厚生省・日本医師会編，中央法規出版，東京，1999
- 11) 今後の終末期医療の在り方，終末期医療に関する調査等検討会編，中央法規出版，東京，2005