

5. がん告知マニュアル

目次

- . はじめに
- . 告知における一般的な留意点
 - 1 基本的姿勢
 - 2 家族への対応
 - 3 来院の状況に応じた告知
 - 4 患者が不満に感じている点
 - 5 告知技術の学習
- . 告知後の精神的な反応とその支援
 - 1 ストレス反応を示しやすい要因
 - 2 告知に対する精神的反応
 - 3 不安と抑うつ
 - 4 精神的支援と精神科医の参加
- . おわりに
- . 参考文献

国立がんセンター病院では、がん患者すべてにがんの病名の告知を行っており、本マニュアルは、国立がんセンター病院で医療従事者が利用しているものである。

I. はじめに

がん告知に関して、現在は、特にがん専門病院では「告げるか、告げないか」という議論をする段階ではもはやなく、「如何に事実を伝え、その後どのように患者に対応し援助していくか」という告知の質を考えていく時期にきているといえる。しかし、「事実をありのままに話す」という名目のもとに、「ただ機械的に病名を告げる」ことへの批判も一方で高まってきている。こうした現実を踏まえ、告知を行っていく際の基本的な心構えについて、特に告知を受けた患者の精神面の反応や問題点に着目し、その対応も考慮にいれたマニュアルを作成した。本マニュアルが今後、国立がんセンター病院で働く医療者にとって、告知を行っていく際の一助となり、さらには自らの告知のスタイルを築いていく上での参考となれば幸いである。

II. 告知における一般的な留意点

1. 基本的姿勢

- a. 本人に伝えることを原則とする。
- b. 初診から治療開始までできるだけ同じ医師が担当し、人間関係や信頼関係が形成されていく中で告知をする姿勢が大切である。これにより、診断や治療の選択肢が複数ある場合に患者が冷静に判断できる、本来のインフォームド・コンセントが可能となる。状況により途中で担当医が交代することもあり得るが、この場合でも担当医間の連絡を密に取り合い、告知に関する部分で患者との信頼関係を崩すことがないように留

意する。

- c. 説明をする場所にも配慮が必要であり、患者が十分に感情を表出でき、プライバシーが保てる空間が望ましい。電話や立ち話で告知を行うようなことはしない。電話で告げられた患者の 55%が、告知に対して否定的な感情を示したという報告もある(Lind SE et al, 1989)。粗雑な方法で告知された患者や家族は、その時の医師の思いやりのなさを決して忘れることはない、といわれている。
- d. 初対面のときから一貫して真実を述べることを心がけ、わかる範囲の情報をその都度伝えていく。未確認情報でがんと決めつけず、「疑い」や「可能性」から出発し、確診を得た時点で正確に伝える。
- e. 正直に正確に説明することは必要であるが、患者の状態も考慮せず、ただ一方的に事実だけを話し、あとは患者側でうまく対処していくように、といった姿勢は決してとるべきではない。
- f. 時に患者は、「あなたは進行したがんであり、私としては何もできない。これといった治療法はない」などと突き放されたように言われることがある。このような時に患者が抱く感情は失望、怒り、諦め、疎外感である。医師は患者に対して、希望も絶望も与えることがある立場にいることをよく認識しておくことが大切である。
- g. 外来での告知も日常的に行われるが、時間をかけて説明し、その後の配慮を十分に行う必要がある。不安が強い患者については、担当医が精神科医に相談する必要も生じうる。また時には、すべての外来が終了した後に、改めて別に時間をとって再度十分に話し合ったり、当日の夜に患者の自宅へ電話する、などして患者を励ます等の配慮が有効な場合もある。
- h. 患者は医師に対して遠慮があり、場合によっては恐れを抱くこともある。このためその場では感情を表現できなかつたり、医師の言うことには従うべきだと考え質問できず、疑問を残してしまうことがある。しかし看護婦に対しては自分の気持ちを正直に話したり、疑問点を尋ねたりすることがよくあることから、看護婦を通して患者の本当の気持ちや訴えを聞くことは医師にとって大切である。医師と看護婦の協力体制は、がん告知の場面でも極めて重要である。
- i. あせって一度の説明で全部の内容を話してしまおうと思わずに、必要があれば段階的に、何度も面接を行う。
- j. 常に患者の立場に立ってものを考えること、判断を押し付けないことが重要である。

2. 家族への対応

- a. 「家族には先に知らせない」のが原則である。患者本人に告知を希望しない家族が一般的な根拠とするのは、「患者は気が小さいから自殺をするかもしれない」という考えであるが、この危険は通常考えられているよりもはるかに低い(Oken D, 1961)。ただし、自殺の可能性は常に考慮に入れておかなければならない。
- b. 例えば紹介で来院した際、他院で家族のみに告知が行われており、その家族が告知に強く反対する場合には、時間をかけながら繰り返し家族を説得していく。なおこのような場合に、紹介医の対応について、「まだこんな古い対応をしているのか」などと非難するような発言をすると、患者と紹介医との信頼関係を崩すことになるので注意が必要である。
- c. がん診療における家族の意味は極めて大きいので、がんかどうかの結果が明確になった時点で、家族にも一緒に説明を聞いてもらうようにする。患者を最優先するという立場に立った上で、家族に患者の状況をできるだけ正確に知ってもらうことは極めて重要である。
- d. 時には家族は患者自身以上に動揺し、説明を正確に記憶あるいは理解していないようなことも多い。従っ

て、「家族は患者ではないから少々ことは言っても大丈夫」と安易に決めつけず、必要があれば家族に対する支援も行っていく。この場合も、担当医は精神科医に相談することが有効な場合も多い。

3. 来院の状況に応じた告知

A. 精密検査(確定診断)前

1) 検診で異常を指摘された場合

- a. 「がんではない」と言われたいという願望と、「がんではないだろうか」という不安とが交錯している複雑な心境であることをまず念頭に入れる。
- b. 検診の結果をわかりやすく説明するとともに、次に精密検査として何を行うか、その検査の意義とそれによってどこまで診断が進むかを説明する。
- c. 精密検査で診断のつく可能性のある病名について述べるが、この時にがんであることもあり得る、ということも説明しておく。あえて「がん」という言葉を出すほうがよい。

2) 症状がある場合

- a. 特に、不安を長く抱きながらも我慢してきた人や、恐怖のために受診を避けてきた患者は、緊張感のために説明を十分に理解できていないと考え、より丁寧に説明していくことが必要である。
- b. 症状から考えられる病態、病名について、どのような可能性があるかを、がんを含めて説明する。
- c. 診断をつけるためにどのような検査があり、どういう手順で診断を進めていくかを説明する。この際、対症療法で対応可能な痛み、発熱、咳嗽などの症状の緩和については、診断をつけることと並行して積極的に行っていく。

B. 精密検査の結果(確定診断)を伝える場合

- a. 検査が終わって診断が下されるまでの間、患者の不安は頂点に達していることを忘れてはならない。初診から精密検査を経て、確定診断に至るまでの間で最もストレスが高くなるのは、診断が告げられる直前であるという報告もある(Gustafsson O et al, 1995)。
- b. 組織検査でがん細胞が確認された場合には、異型細胞などという曖昧な表現はせず、「先日の組織検査で明らかながん細胞が確認されましたので、がんということになります」と明確に話す方がよい。
- c. 診断が確定した時に状況も考えずに、「大至急入院しなさい。さもないと大変なことになってしまいます」と、いたずらに患者の不安を助長させるようなことを言うのは避けるほうがよい。

4. 患者が不満に感じている点

吉澤(1994)が、1992年7月～1993年2月に国立がんセンター中央病院で術前患者を対象に行った、告知に関する聞き取り調査の中では、

- a. 説明が専門的すぎる。

- b. もっとわかりやすくかみ砕いて説明してほしい。
 - c. 一般論でなく、自分はどうなのかをきちんと教えてほしい。
 - d. そこまで言わなくてもいいのでは、と思った。
 - e. もう少し闘病の励みになるような希望や保証のある、親身になった説明がほしい。
- という指摘がなされていた。

5. 告知技術の学習

患者にがん告知を行うためには、少なくとも告げ方と告げた後に患者を支えていく技術が必要である。このような技術を学ぶことなく患者にがんと伝えることは、糸結び、メスやハサミの使い方、術後管理を知らない医師が手術の執刀医になるのと同じである、とまでいわれている。

この技術の習得のために、

- a. 先輩医師が行う告知の現場に必ず何度かは立ち合う。
- b. 新任の医師・レジデント・看護婦を対象に、がん告知に関する講習会の実施を計画中である。定期的な実施を計画しているが、特に着任後最初に開かれる講習会になるべく参加していただきたい。この場合、教育用ビデオを用いたり、模擬インフォームド・コンセントを行ったりすることも考えている。
- c. 講演会を企画する。また講習会などの案内を流す。

III. 告知後の精神的な反応とその支援

1. ストレス反応を示しやすい要因

診断とその内容の告知を受けた後に、患者がストレス反応を起こしやすい指標(危険因子)として、

- a. 診断時に多くの身体症状を有している。
- b. 家族内に、夫婦間の問題などを抱えている。
- c. 周囲からの援助が期待できない。
- d. 医師が援助的ではないと感じている。
- e. 精神科的な既往(特にうつ病)がある。
- f. 心配しやすい性格傾向がある。
- g. 悲観的に物事を考える性格である。

といった点が指摘されており(Weisman AD, 1976)、患者の経過をみていく上で参考になるのではないかとと思われる。

2. 告知に対する精神的反応

がんを告知されたあとに患者が示す通常の反応として、Holland JCら(1990)は、次のような段階モデルを考えだしたが、他にもほぼ同様の報告がなされている。

a. 第1相; 初期反応期 / 1週間以内

まず、告知された内容を信じようとしないうち、一時的に否認することで特徴づけられる。患者は後にな

ってその時のことを、「頭が真っ白になって、まるで自分自身に起こっていることではないかのようなようだった」と述べることもある。またある人達は「やはりそうだったか」という絶望感を経験する。

b. 第2相; 苦悩・不安の時期 / 1～2週間

苦悩、不安、抑うつ、不眠、食欲低下、集中力の低下などの症状が交互に何度もやってくる。不安が強く集中力が低下しているために、同じことを繰り返し尋ねてくる時期でもある。

c. 第3相; 適応の時期 / 2週間以後1ヵ月～時には3ヵ月

現実の問題に直面し、新しい事態に順応するようになる。またそう努める。

なお、112人を調査し、立ち直りに1ヵ月以上要した11人のうち9人までが早期胃がんの患者であったという報告があることから(笹子, 1992)、ショックの程度や立ち直りに要する時間は病期や予後と必ずしも関連しないことが示唆されている。

3. 不安と抑うつ

上記の経過を経た後でも適応することができず、苦悩が続く患者に最も多い症状は、不安と抑うつである。告知後1ヵ月以上を経過しても、不安や抑うつ症状(不安感、将来への絶望感、イライラ感、恐怖感、不眠、食欲低下など)がみられる場合には、「がんになってしまったんだから仕方がない。当然の反応だろう」と考えずに、患者の精神状態を深く配慮し支えていかなければならない。特に国立がんセンターの医師は、診療や研究、公的委員会出席など多くの業務を抱えており多忙であるが、がん患者を担当する以上、十分な時間を割いて対処すべき最も重要な課題である。

4. 精神的支援と精神科医の参加

a. 担当医として自分がしっかりと支えていく覚悟があること、また常に精神的な支援を行う準備があることを、告知をした時点で患者にはっきりと伝える。その上にたって信頼関係を強化していけば、患者は病名や病態を知ったことによって、精神的に大きく不安定な状況に陥ることは少ないと思われる。

b. しかし担当医だけで支えていくのが困難と思われたり、精神科医による治療がより好ましいと判断された場合、また患者の精神状態をどう評価してよいのか悩む場合には、早めに精神科医に連絡し、対応を十分に協議することは有効である。たとえば

- (1)精神科疾患の既往がある場合。
- (2)自殺の危険を感じた場合。
- (3)不眠が出現し睡眠薬を投与しても、コントロールがうまくいかない場合。
- (4)それまでなかったような表情や行動の変化が出現してきた場合。
- (5)患者自らが、気分の落ち込み、不安感、焦燥感をしきりに訴えてくる場合。
- (6)生命予後を実際より重く認識している場合。

などである。

IV. おわりに

がん告知はがん診療の第一歩であり、重要な医療行為のひとつである。できるだけ質の高い告知をめざして

いくための一助となることを目的に、この小冊子をまとめた。その際、告知を行うにあたり一般的にどのような点に留意すればよいか、告知後の患者の精神的な反応を理解し、それにどのように対応し支援していけばよいかという、2つの大きな側面を中心として考えた。今後は臨床の場において本マニュアルを使用した場合の有用性を評価することが大切であるし、がん告知を行っていく際のより効果的な方策を見い出していくことも必要と考えている。

V. 参考文献

Gustafsson O, Theorell T, Norming U et al.; Psychological reactions in men screened for prostate cancer. J Br Urol 75: 631-636, 1995

Holland JC, Rowland JH; Handbook of Psychooncology, Oxford Univ Press, New York, 1990, pp273-282

Lind SE, Good MD, Seidel S et al.; Telling the diagnosis of cancer. J Clin Oncol 7: 583-589, 1989

Oken D; What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. JAMA 175: 1120-1128, 1961.

笹子三津留; 癌の告知 告知を受けた患者へのアンケート調査結果報告. 医学のあゆみ 160: 146-151, 1992

Weisman AD; Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. Am J Med Sci 271: 187-196, 1976

吉澤佳子; 告知後の患者の心理状況. 未舛恵一監修; これからの癌告知をどうするか. インフォームド・コンセントと心のとまどい. pp.72-79, 医薬ジャーナル社, 東京, 1994.

<http://www.ncc.go.jp/jp/ncc-cis/pro/ic/020201.html>