

病名告知をめぐる医師の心理

——よりよい信頼関係を築くために——

塩 崎 万 里

Abstract

Doctor-patient relationship has gone through a dramatic change in Japan over the last 30 years, from that of a paternalistic relationship where medical decisions were made by physicians, to one which respects patient autonomy, where the patients take the initiative in making the decisions. This paper starts with a summary of how the ethical ideology of “informed consent” was introduced to Japan, and how disclosing the true diagnosis was reinforced in medical practice. The hesitation and struggle in adapting to the new rule is described through the eyes of the physicians while they experienced the “disclosure of the diagnosis” which was once a taboo in Japan. The underlying factors contributing to the psychology and behavior of the physicians are discussed.

はじめに

わが国の医療現場における医師と患者の関係は、この数十年の間に大きな変貌を遂げてきた。かつて、医師は病気の原因や検査結果などについてはほとんど患者に伝えることなく治療にあたり、患者は何の疑問も持たずに従順に従う、いわゆる「おまかせ医療」が当たり前の姿であった。医師の間にも「信じてもらっているのだから、我々がベストと思うことをすればよい」という考えがあったという（藤原, 2019b）。ところが近年、患者個人のプライバシー権、自己コントロール権、自己決定権が従来のパターナリズムに基づく医療に優先するものであるとする考えが基本となり、情報開示、インフォームド・コンセント、科学的根拠に基づく医療（EBM：Evidence Based Medicine）などが積極的に要求されるようになった（寺西^他, 2003）。個人の権利を尊重する社会的風潮、マスコミやインターネットを通じて一般の患者も医療情報を入手しやすくなったことなどもこの流れを後押しする要因となったと考えられる。「医療における利益主体はあくまで患者本人であり、医師には患者が納得して医療を受けるために必要な情報を提供すべき義務がある」（小島, 2007）、と考えられるようになったのである。

こうして、患者への情報提供と説明義務が重視されるようになったが、これが命にかかわる重篤な疾患である場合、殊に、病状が末期段階にあって治癒の見込みがない患者に対して病名や病状を伝えるべきかという問題となると、自己決定権の尊重のみを声高に叫ぶことは難しくなる。なかでも、慢性疾患であり、治癒が困難とされてきた「がん」の告知

の是非については、多くの議論がなされてきた。がんは不治の病という認識から医師の判断で病名は伏せられていた時代、家族にのみ伝えられた時代、家族の同意がある場合のみ患者に伝えられた時代、そして家族同席のもとで患者本人に告知する時代、さらには、まず患者本人に告知を行い、患者が希望すれば家族にも伝える、というように、がんの告知の在り方は時代とともに変遷してきている。

1990年前後、厚生労働省の全国遺族調査などによると、日本のがん告知率は15%ほどであったが、2016年に国立がんセンターが全国778施設を対象に実施した「院内がん登録全国集計」では告知率は94%に達していることが明らかになった（藤原，2019a）。2018年、「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」ことを全体目標と定めた「がん対策推進基本計画」（第3期）が閣議決定された。この計画は、がんゲノム医療や免疫療法、チーム医療の推進など科学的技術の進歩に特に重きを置いており、同時に「がんになっても尊厳を持って生きられる就労支援も課題」というが、告知に関してはすでに一般的であり、「がんを知っている」という前提で政策が進められているという（藤原，2019a）。このような目標や数値を目の当たりにすると、わが国の医療現場は患者の尊厳を守り、科学でがんを制圧する環境へと輝かしい成果をあげてきたかのような印象を受ける。病名告知に関連した研究は、それが推奨され始めた1990年前後、非常に数多く行われていたが、専門病院の医師らの取り組みにより告知率が上昇し、「告知は当たり前」のことであるとの認識ががん専門医の間で共有されるようになるにつれて、研究対象となることは激減した。しかし、その一方で、多くの一般病院で行われた調査結果では、がんの告知率は専門機関によって公表された数値より低く、医師、患者、患者の家族、それぞれの立場で病名告知をめぐる多くの問題や苦悩を抱えていることがうかがわれる。厚生労働省（2014）も「インフォームド・コンセントが基本とされているにも関わらず、今なお告知を受けていない患者が専門施設以外の病院では一定数存在することがわかった」と認識しており、病名告知は過去の問題とは言えない状況にある。

米国においてもかつては医師のパターナリズムが重視され、1961年に行われた調査では90%の医師が「患者には知らせるべきではない」と回答していたが、同一研究者が1979年に実施した調査では97%の医師が「患者にがんを告知している」と回答しており、米国ではこの問題に関する医師の態度が概ね20年間で逆転し（正木，1996）、今日では法的にも病名告知は医師の義務とされ、早い時期に告知しなければ訴訟を起こされかねない状況である。そのうねりは、約20年遅れて日本に押し寄せてきたが、いまだ当時の米国のような状況には至っていない。

治療を行うためにも、患者の意志を尊重する上でも、欠かすことはできないと思われる病名の告知は、わが国において、「患者が精神的なショックを受ける」、「家族が反対する」、「本人が希望しない」などの理由によって行われないことも少なくない（岡田・西崎，1996）。今日に至っても、日本では、病名を告知しても悪影響があると判断された場合、医師の裁量でこれを隠すことが法的にも認められた形となっている（Masaki *et al.*, 2014；Brahams, 1989；正木，1996）。裁判事例に出てくる患者の病名を「知らされない権利」というものが何を意味するのか、筆者のこれまでの経験からは理解することが難しく、次々

と疑問が湧いてきた。患者本人よりも家族の意向を重んじる医師、自分だったら知りたいが患者本人には隠して欲しいと願う家族、自分は病名を知りたいが家族が知らせないことを望んでいるなら知らないままでいいという患者など、病名告知をめぐる医師・患者・家族、それぞれの立場の人々の心理についての謎は過去の研究報告を読むごとに深まるばかりであった。米国と比較して日本では病名告知が進まないのは何故なのか、「告知率」という数値にかき消されて見えなくなっている真実があるのではないかと、告知がためらわれる要因として挙げられるものを丁寧に見ていくことによって浮かび上がってくるものがあるのではないかと考えた。

「おまかせ医療」の時代から、患者の自己決定権を重視する今日まで、大きく変化した医師と患者の関係性は、この「がん」という病名の「非告知」から「告知」までの移り変わりの軌跡をたどることにより、明らかになるのではないだろうか。

本稿では、「病名告知」に焦点をあてて、過去の文献から医療現場におけるこの数十年間の医師・患者とその家族の関係を概観し、次いでその背後に存在すると思われる心理的・社会的・文化的要因について考察し、最後に、病名告知の普及を困難にしている要因や、医師との関係を改善するためにできることなどについて、私見を述べたい。

1. 医療現場で求められるインフォームド・コンセント

「インフォームド・コンセント (informed consent)」という言葉を目にしたことがある人は多いことと思われるが、その意味を正しく理解している人は意外に少ない。この言葉は、日本語では一般に「説明と同意」と訳されるが、それではこの言葉の持つ重い意味が十分に伝わり難いため、原語のままカタカナで用いられることが多い。本稿の中心テーマである「病名告知」は、インフォームド・コンセントについての理解なくして論じることができないため、本節ではまずこの重要な言葉の意味することと、その概念がどのような経緯でわが国の医療現場において重視されるようになったかを振り返ってみることにする。

インフォームド・コンセントという言葉が最初に使われたのは1964年のヘルシンキ宣言においてであったと言われているが、今日のように、医療現場における患者の自己決定権と個人の尊厳を保障する意味で用いられたのは、米国が最初であった (Mallardi, 2005)。1973年にアメリカ病院協会によって採択された「患者の権利章典」は、医療にあって患者を中心に置くという思想に根ざしている。その第一項で、「患者は、思いやりのある、丁寧なケアを受ける権利を有する」としている。患者の諸権利を保障するための基礎をなすのがインフォームド・コンセントである。それゆえ、「患者は、自分の診断・治療・予後について完全な新しい情報を自分に理解できる言葉で伝えられる権利がある」(第二項)といい、「患者は、何らかの処置や治療をはじめる前に、インフォームド・コンセントを与えるのに必要な情報を医師から受ける権利がある」(第三項)と言っている。患者の権利を守るというこうした理念はその後を受け継がれ、世界医師会でも1981年に「患者の権利に関するリスボン宣言」が採択された (今井, 2005)。

リスボン宣言で謳われているのは、①患者が自由に医師を選ぶことができる権利、②その医師の外部から干渉を受けない自由な臨床的、倫理的判断による治療を受ける権利、③十分な説明を受け、しかる後に治療を受けるか否かを決める権利、④プライバシーを尊重される権利、⑤尊厳を持って死を迎える権利、⑥宗教を含め精神的・道徳的な慰めを受け、またこれを断る権利、などである。これらは現在のインフォームド・コンセントの考え方の基本をなすものである。

患者が十分な形で自分の受ける医療を自己決定するには、自己の状態についてできるだけ多くの正確な知識を得ておく必要がある。患者への侵襲の程度の強い外科手術、放射線治療など、医療が高度化、専門化するにつれて患者の同意の必要性も増してきて、医師が意識的に努力して説明しない限り、患者は同意ないし自己決定の権利を与えられてもそれを十分に行使することができない。わが国でもまず患者の同意の原則、次に医師の説明の原則が要請されるようになり、裁判の判例としても確立してきた（今井，2005）。

世界の流れからはかなり遅れて、1990年、日本医師会の生命倫理懇親会が、『説明と同意』についての報告を発表した。その中のがんの告知に関する部分には、①告知の目的がはっきりしていること、②患者・家族に受容能力があること、③医師及びその他の医療従事者と患者・家族の関係がよいこと、④告知後の患者の精神的ケア、支援ができること、などが挙げられていて、一見もつともらしい意見だが、これらの条件が整っていない場合には告知を行うべきではない、とも受け取れる内容で、積極的に告知を推奨しているのではないという印象を受ける。このなかでは、わが国には独自の社会的伝統もあり、必ずしも欧米に倣う必要はないという立場が取られている。

1997年に第三次医療法改正が行われ、医療提供にあたり医療の担い手が適切な説明を行い、医療の受け手の理解を得るよう努める旨が規定された（厚生統計協会，2005）。このようなことも奏功して、わが国においてもインフォームド・コンセントの理念の重要性が、徐々に認識されるようになっていった。森岡（1994）は、インフォームド・コンセントを「医師が患者にその病状をよく説明し、それに応じた検査や治療について十分な情報を提供し、患者はそれを十分に理解し、承諾したうえで誰にも強制されない自由な立場で検査や治療法を選び取り、その同意に基づいて医師が医療を行う、といった医療上の原則を意味する」と定義している。

インフォームド・コンセントを「説明と同意」と訳することに異論を唱え、むしろ「理解と選択」とするのがよいという人たちもいる。インフォームド・コンセントの訳語としては無理があるものの、「説明」という言葉は医療者の側からの一方的な行為と受け取られ、「同意」という言葉も提示された処置に誘導するような意味に取れるので、そのように言い換える意図は理解できる。Masaki *et al.*, (2014) も、「この日本語訳には、インフォームド・コンセントが患者の権利であるという意味が正しく反映されておらず、むしろ患者に課された義務であるかのような意味を内包するものである」と述べている。

以上のような経緯でわが国の医療現場においても導入されることになったインフォームド・コンセントの理念であるが、患者が受ける医療行為を決定するのは医師であるという認識はなかなか変わるものではなく、インフォームド・コンセントの理念に込められた患

者の尊厳を守るという精神は失われたまま、当初目指していた内容とは似て非なるものとして、その名称と形式だけがわが国の医療現場に浸透した。今日、わが国の医療現場では、患者に治療内容についての説明書、同意書を渡して署名を求めることを、「インフォームド・コンセントをしてきた」というように表現する医師が少なくないようであるが (Masaki *et al.*, 2014; 三浦^他, 2016)、これは、そもそもこの言葉の歴史や意味をよく理解していないことによるものであろう。また、暗黙の了解で、医師は患者にすべてを任されている、と感じているためにこのように形骸化したインフォームド・コンセントの在り方に疑問を抱くこともないのかもしれない。

インフォームド・コンセントがわが国において正しく認識されないもうひとつの要因として、日本人の特殊性を挙げることができる。Lafleur (2016) によれば、日本人の特殊性 (Japanese exceptionalism) とは、「日本文化には西洋文化とは異なる社会的・哲学的・宗教的伝統があるので、西洋の理念や実践は、日本においては限定的なものでしかない」という考え方で、それは日本人の間で深く浸透している考え方であるという。これにより、西洋の生命倫理やその実践の導入がわが国において限定的であることが正当化され、インフォームド・コンセントもその例外ではない。そうとはいえ、従来の医師主導の医師－患者関係に対するメディアや社会からの批判も高まるなかで、医療者側でもインフォームド・コンセントを実践している姿勢を示す必要に迫られ、Leflar (1997) はこのことを、「日本では、何とか専門家としての権限を守りつつ、『飼いならした日本風な形』 (tamed and “Japanized” form) で、達成しようとしている」と表現している。

今日、日本では多くの場合、医師の説明も、患者の理解も、考える時間も十分に与えられないままにインフォームド・コンセントが得られている (Masaki *et al.*, 2014)。治療を行うために必要だからと、ただ同意書への署名・捺印を患者に求めるような場面が日常的に生じている。患者の自己決定権、人間の尊厳を守ることなどの倫理的配慮を欠いたこのような行為は、インフォームド・コンセントの意味するものについて正しく学ぶ機会がなかった医師が、決められたルールに従って行っている行為に過ぎないのかもしれない。

IC 検討委員会 (1995) は、わが国におけるインフォームド・コンセントの在り方について、以下のように述べている。ここで述べられていることに強く共感するので、少し長いが引用することにしたい。

「我が国におけるインフォームド・コンセントは、米国で反省されている患者の権利の主張と医療従事者の責任回避という対立的側面にとらえるべきではなく、より良い医療環境を築くという基本的な考え方に基づくものでなければならない。すなわち、自己の権利のみ主張する患者や、形式的に患者の同意を得ようとする医療従事者を想定したものでなく、懇切丁寧な説明を受けたいと望む患者と、十分な説明を行うことが医療提供の重要な要素であるとの認識を持つ医療従事者が協力し合う医療環境を築くことが目標なのである。」 (IC 検討委員会, 1995)。

2. 病名告知

(1) 「病名告知」の定義

インフォームド・コンセントの理念に含まれる「自己決定権」を患者が十分に行使するためには、医師から自分の病名について知らされることは必須のことであると言える。ここで、あらためて本稿でこれまでも多用し、本稿のタイトルにも使用されている「病名告知」という言葉について説明しておきたい。

日本では、「病名告知」というと、ほとんどの人は「がん」という病気を連想し、それは「がん」という病名を告げられることと同義だと認識することと思われる。「がん」は「死に至る病」として特別に恐れられ、昔は「宣告」という言葉も使われていたというが、心筋梗塞や脳内出血などは命に関わる病気であっても、これらを「告知する」とはあまり言われない。実際に、「病名告知」をキーワードとして検索すると日本語の論文の9割以上が「がん」の告知を扱った内容のものであった。しかし、実はこのように「がん」を連想させるような表現は諸外国では一般的ではなく、病名告知の問題を扱った海外の論文では、“truth-telling”（真実を伝える），“sharing bad news”（悪い知らせを共有する），“disclosure of the diagnosis”（診断名を明かす）、などといった、平易な日常語で、がんに限らず、患者が聞いたらショックを受けるであろう「良くない知らせ」を告げることの問題について論じたものとなっている。伊藤・服部（2004）が、「この国での告知の問題という、癌の病名告知の是非の議論ばかりとりざたされている。そもそも癌だけが告知問題の焦点ではない。進行性変性疾患、遺伝疾患、精神疾患、一部の感染症などスティグマのはりついた病気に関しても同様である」と述べているように、筆者も本稿では「病名告知」をがんと限定しない、極めて受け止め難いさまざまな病名を含むものとして使用したい。先に述べたように、文献の多くは「がんの告知」について探求したものであるが、がんであるか否かに関わらず、医師と患者との間で受け入れ難い真実をどのように共有し、信頼関係を築くことができるか、ということに焦点を当てて話を進めていきたい。

なお、諸外国の文献では、truth-telling, sharing bad news といった場合、病名を告げる「病名告知」に加えて、病気の進行の程度を告げる「病状告知」、今後の治療が根治であるのか延命であるのかを告げる「予後告知」、そして場合によっては残された時間があとどれ位あるのかを告げる「余命告知」が含まれるのが一般的だが、わが国では「病名告知」は、その言葉通り、「病名が告げられた」という事実のみを示すものとして使用されている。本文においても、特別なことわり書きがない限り、病名告知は上記の通り病名のみを告げる行為を指すものとして使用する。

(2) わが国で「病名告知」はどのように受け入れられてきたのか

患者に病名を伝えることの重要性は認識されていたとしても、病名告知をすることは、医師にとっては技術を要する困難な、時として危険を伴う行為でもある。病名告知といっても、ただ病名を伝えればいいというわけにはいかない—どのように伝えたらいいのか、患者はどのような反応を示すか、その後うまくフォローできるか、医師の不安は尽きるこ

とがない。病名告知が実際どのくらい実施されてきたのか、医師を対象とした調査研究は数多く行われている (Elwyn *et al.* 1998; 植田^他, 1996; 正木, 1996; 岩崎^他, 2002; 小島, 2007; 田中^他, 2007; 三浦・大西, 2009; 森^他, 1997; 岡田・西崎, 1996 など)。

1986年に厚生省が全国100の国立病院、療養所で死亡したがん患者2,584人に関して主治医、病棟師長を対象に行った調査によると、医師が患者に「がん告知」をしたケースはわずか6人(0.619%)であった(正木, 1996)。しかし、医師が知らせなくても、看護師や家族から聞いたり、周辺の雰囲気や言動から察知するなどして、結果としてがんの事実を「知っていたと思われる」との意見を含めると、「知っていた」のは25.8%と、4人に1人でしかないと推定される。

Elwyn *et al.* (1998) が1991年に実施した調査では、告知率は13%で、「日本の医師は頑なな非告知のポリシーから選択的告知へと態度を変えつつあるが、多くの西洋諸国で実施されている、すべての患者への告知は受け入れられてはいない」と述べている。

植田^他 (1996) は、1992年当初、自身の勤務する医療施設では告知は家族の承諾が得られた患者のみに行われ、告知率は3割であったが、その後、家族を説得する努力を重ね、1994年からはほぼ10割の告知率を得ていると報告している。

厚生省の「平成4年度人口動態社会経済面調査の概況」は、1992年にがんで亡くなった40～65歳未満の人の介護者2,810人から回答を得て発表されたものであるが、これによると、がんであることを患者は「告げられており、知っていた」は18.2%、「察していたと思う」が42.5%で、「最後まで知らなかったと思う」は25.1%であった。

全国の国公立病院21施設の医師を対象として1992年に厚生省によって実施された「末期がん患者への対応調査」では、末期がん患者411人中、医師がはっきりと病名を「告知」したのは19%、「何も知らせない」が14%、「別の病名を告げた」が33%で最多であった(正木, 1996)。告知率の数値が低いように感じられるが、これでも従来のこの種の調査結果に比べて告知派が一気に6倍近くに増加しているのだという。

田中^他 (2007) は、2005年から2年間に介入した患者566例を依頼時のがん告知で4群に分けたところ、「告知なし」(11%)、「原疾患まで」(28%)、「転移まで」(52%)、「予後まで」(9%)、であったと報告している。アンケート調査の結果、全医師(100%)が告知が必要と考えていたが、がん患者を受け持つ医師41名からの回答は、「原則告知する」29%、「患者に聞いてから告知する」12%で、患者全体の告知率は41%であった。医療従事年数の短い医師は、「家族に聞いてから告知を決める」が56%と最も高かった。

2006年に末期がん患者等が入院する全国の4,911病院を対象に実施した調査によると、がん患者の終末期の治療方針を決める際、誰に相談するかとの問いに対して、「患者のみに確認する」としたのは0.8%にとどまったのに対し、「患者の意思と家族の意思の双方を確認する」としたのは48.7%、「患者より先に家族の意向を確認する」との回答は46.6%に上った。また、家族の意向を確認する理由(複数回答)としては、「患者だけで判断すると、家族から不満が出る可能性がある」が70.6%と最も高く、その後に「本人に説明しないことを家族に懇願された」(64.8%)が続き、「患者の意思を直接聞くことは終末期という状況になじまない」(24.3%)との回答もあった(小島, 2007)。

岡田・西崎（1996）も、医師に最初にがん告知をする人について調査を行ったところ、「配偶者」（66%）、「本人」（28%）、近親者（19%）の順であり、本人以外が7割以上を占めた、と報告している。今後最初に報告すべきと考える人は「本人」50%、「配偶者」42%、「近親者」10%、と「本人」が一番多くなった。回答した医師全員が今後は原則告知すべきであり、その9割以上が告知を積極的に推進すべきだと答えている。

このように、ほとんどの医師が告知の必要性を認め、まず本人に告知を行うべきだと認識しながら、実際には本人に告知することなく家族に伝えることの方が多いという結果が、上記以外の多数の研究でも一致して報告されている。

それでは、病名告知を受ける側の患者は病名告知についてどのように感じているのだろうか。患者や一般市民を対象とした調査研究も多数行われてきた（正木，1996；Tanida，1994；辻谷^他，1996；久米，1996；大木・福原，1997；山崎・高塚，2002；中野・小野，2008；亀崎^他，2008 など）。

朝日新聞社により1980年に実施された、おそらくわが国で初めてのがんの告知問題についての全国調査では、「患者にはがんを知らせない方がよい」48%、「知らせる方がよい」37%、と約半数の人々が病名を「伏せる方針」を支持している。しかし、本人自身ががんになった場合には「知りたい」という人が61%に及んでいる（正木，1996）。

1985年になると、厚生省が本格的な調査に乗り出している。同省がその翌年に公表した「保険衛生基礎調査」は、全国の30歳以上の男女約28,000人を無作為抽出し、その99%から回答が得られた大規模な調査であるが、その中の「胃がんの検診と告知」の結果が興味深い。検査の結果、胃がんと分かった場合、「知らせて欲しい」56.8%、「どちらとも言えない」22.5%、「知らせて欲しくない」20.7%であり、過半数の人々が告知に傾斜しつつある。年齢別では30代前半では告知派が61.6%であるのに対し、75歳以上では約半分の38%に止まっており、告知率の増加には若い世代の意見が大きく影響している点など、他の同様の調査と一致した結果となっている。また、家族が胃がんとわかったときには「本人に知らせない」が43.9%と最も多く、「知らせる」はわずかに19.2%で、本人は知りたいが、家族には知らせたくない傾向も、他の同様の調査と矛盾しない結果となっている。

厚生省の「保健福祉動向調査」（1990年実施）は、がんについて「病名の告知」のみならず、治る見込みがない場合の「余命の告知」及び「延命治療か苦痛緩和か」について全国300地区の成人32,430人を対象に実施されたものである。これによると、がんの告知について、自分に対して「知らせて欲しい」は58.0%、「家族に知らせて欲しい」は70.2%と、他の多くの調査結果とは異なる傾向を示すものであった。がんなどで治る見込みがなく、残された時間が限定された場合の「余命の告知」についての傾向は、「がんの告知」の諸結果とほとんど相関しており、「自分に知らせて欲しい」は59.7%、「家族に知らせて欲しい」が70.9%、「知らせて欲しくない」は、自分、家族、がそれぞれ19.7%、11.8%であった（正木，1996）。

Tanida（1994）は、「日本では、入院患者の72%、通院患者の83%が病名の告知を希望（“want to be told the truth”）しているが、がん患者に対して真実が告げられるべき（“the

truth should be told”) だと考える者は、入院患者の 33%, 通院患者の 34% に過ぎない」と述べている。

辻谷^他 (1996) が、消化器がんで入院中の患者 343 人に質問紙調査を実施したところ、「本当の病名を知りたいと思いますか」という問いに「はい」84%, 「知りたくない」7%, また、「自分の病名をはっきり知りたいたって思っても家族の反対があるときはどうしますか」との問いに対して、「自分の責任ではっきり知りたいた」と回答した人は 65%, 「家族の意向に従う」と答えた人は 27% であった。さらに、「自分の病気に対する治療内容、治療方針、病状経過などについてどの程度医師から説明を受けたいと思いますか」という質問に対して、「詳しく知りたい」人は 62%, 「医師の判断に任す」は 36%, 「あまり知りたくない」が 2% であった。

久米 (1996) は、企業従業員 539 人を対象としてがん告知に対する態度に関する質問紙調査を行った。その結果、「自分が患者となった場合」に真実の説明を求める者が 68.7%, 病状のみの説明など説明に何らかの修正を必要とする者は 31.0% であった。「重要他者が患者の場合」では、ありのままを説明する者が 15.7%, 病状のみの説明は 28.8%, よい見通しのみで希望を持たせるが 31.0% であった。

大木・福原 (1997) は、16 歳以上の男女 4,500 人を対象に、医療行為に関する情報希求度に関する質問紙調査を実施した。全体的にはかなり多くの人が自分の病気に対して積極的に情報の開示を求めていることが明らかになったが、治療によって生命を長らえることができるときには積極的に情報を求めるが、治療による効果が期待できず、死を迎える状態の時にはあまり知りたくなくなるという傾向が明らかになった。治療法や予後に対しても、「末期がん」は早期がんも含めた他の疾病ケースよりも低い値であり、死に直面した場合にはあまりその現実を突きつけて欲しくない、という人が多くなるということが示された。

山崎・高塚 (2002) は、入院時にかん患者に対して行ったアンケート調査 (有効回答数 146) をもとに、患者の希望に沿う告知が行われたかについて、1998 年、1999 年、2000 年における比較検討を行った。実際の告知を、全告知 (進行度を含めがんと説明)、部分告知 (悪性またはがんとだけ説明)、非告知 (その他) に分けて聞いたところ、患者の希望は全告知 84.2%, 部分告知 12.3%, 非告知 3.4%, 家族の希望は全告知 65.1%, 部分告知 17.8%, 非告知 17.1% であった。患者が全告知を希望し、家族がそれ以外を希望しているケースは 88.6% であった。患者の希望に沿う告知が行われなかった 33 名のうち、患者と家族の希望が異なっていたケースは 31 名 (93.9%) を占めていた。さらに、患者と家族の希望が異なっていたにもかかわらず、患者の希望に沿う告知が行われたケースは 1998 年 0% であったが、1999 年 37.5%, 2000 年 50.0% と増加していた。その結果、患者の希望に沿う告知が行われたケースは、1998 年 64.1%, 1999 年 78.7%, 2000 年 85.0% と増加した。

中野・小野 (2008) が、医師に対する信頼の実態を把握するために 2004 年に 500 人の成人を対象に実施した社会的な意識調査では、治りにくい命に関わる病気の病名の告知に関して、告知を希望する人が 3 分の 2 と圧倒的に多く、「はっきり告げてほしい」が

48.0%,「それとなく告げて欲しい」は16.4%であった。他方,「告げて欲しくない」は5.1%と少なく,「絶対に告げて欲しくない」は全体の2.0%と非常に少なく,残りは「どちらとも言えない」28.5%であった。

亀崎^他(2008)が健康な成人222人を対象として実施したがん告知に関わる意識調査の結果,最も多かったのは「どんながんでも告知を希望する」(69.5%)で,次に「少しでも治る可能性があるなら告知を希望する」(13.3%),そして「がんだったら告知を希望しない」(4.8%)であった。自分が告知を希望する場合,家族が告知に反対した時でも告知を希望するかについては,「自分の責任において知りたい」が74.2%で最も多く,「家族の意向に従う」の20.5%を大きく上回った。

がん患者や健康な成人を対象として実施されたこれらの病名告知に関する調査結果のそれぞれの数値には幅が見られるが,おおよそ7割前後の人々は自分が患者になったときには病名告知を求めていること,家族が患者になった場合には半数以上の人が「知らせたくない」と答えている点などは共通して言えることであろう。しかし,たとえ末期がんであってもすべてを知りたいと考える人がいる一方で,依然として,自己の生命に関わることであっても「知らせないで欲しい」という人々も一定数存在し,このことに「病名告知」に対して日本人が抱く画一的ではない価値観が反映されているとも言えるであろう。

先に紹介した医師の側からの告知率と併せて見ると,病名告知を求める患者の割合と,実際に病名告知が行われた割合との間に,無視できない開きがあることに気付かされる。病名について知らせて欲しいと願っている患者に,医師はなぜ知らせないのだろうか。

次節では,病名告知に関わる医師の立場で体験される「病名告知」について見ていくことにする。

3. 病名告知をめぐる医師の心理

先に見てきたように,米国では1970年代からほぼすべての医師ががんを告知するようになり,わが国でも,各地のがんセンターや先駆的医師のもとでは患者の知る権利と治療法選択の自由を尊重する形ではほぼ100%に近い告知が行われるようになった。また,大手新聞社により実施されている一般国民の意識調査やがん患者の質問紙調査では病名告知を望む率は8割を超えているが,一般病院では今でも期待されるほどには告知が進んでいない。ここで,医師が病名告知をしない理由について考えてみたい。

患者に,命にかかわる重大な事実を知らせることは,苦悩を伴う,気が重くなる行為であるのに違いない。Taylor (1988)は,カナダの乳腺外科クリニックで17名の医師が患者に乳がんの告知をする場面を118場面観察し,詳細に記録している。慣れないながらも病名告知をしなければならなくなった医師たちの戸惑いから,その事態に適応していくまでの過程についてのTaylorの分析は大変興味深く示唆に富むものであるので,その一部をここで紹介したい。

「検査の結果,がんだと判明した約2割の患者に対して,医師は,女性にとって最も恐ろしい事実を突きつけることを強いられた。告知後,医師は患者がショックを受け,『こ

れからどうすればいいの?』と泣いて質問してくることを予期し、受け止めなければならなかった。医師は病名告知を自分の仕事の一部だと認識してはいたが、同時に最も嫌な仕事だと感じていた」(Taylor, 1988)。

「一番嫌な仕事。最悪な気分…いつも…いつまでも慣れない。(中略) なぜか自分の所為のような気がして…なんて言ったらいいのかわからない。どうすれば良いかなんて、医学部で教えてくれなかった。どうすればいいんだ? こんなこと、大嫌いだ…でもやらなければならない。」

「私が“がん”という言葉の口にした途端に患者は聞く耳を持たなくなってしまう。患者がどんなにそれは予期していたことだと言っても、わかっているつもりでも、何度と同じことを繰り返して伝えることになる。彼女たちは例外なくショックを受ける。だから嫌になってしまう。“がん”という言葉聞くだけでも大変なことなので、最初は最小限のことしか話さない。その後は大概気分が滅入って一日が台無しになる。」

患者にがんの告知をする様子を観察した結果、Taylor は、告知の仕方によって医師は大きく2つのタイプに分けられると考え、一方を「実験者」(experimenter)タイプ、他方を「治療者」(therapist)タイプと名付けた。「実験者」は、医学の専門用語や統計的なデータを用いてはつきりと患者に事実を伝えた。これに対して「治療者」は、診断について遠回しな表現を用い、客観的なデータよりも自身の経験をもとに説明する傾向が強かった。彼らは、より伝統的な医師に近く、自身が治療の方針を示して患者を悪い知らせから守ろうという姿勢が見られた。17名の医師のうち、「実験者」が3名(15%)であったのに対して「治療者」は14名(85%)であった。

これまでの研究で、医師は、曖昧、不快、ストレスフルな状況に直面するとき、作業をルーチン化する傾向があることが知られている(Siegler, 1975)。このことにより、続いて起きる出来事の衝撃を減らし、状況をコントロールすることが可能となる。「実験者」も「治療者」もそれぞれに、型にはまった、予測可能な方法で告知を行うようになっていた。

「実験者」にとって、何も隠さずに患者に伝えることは必須のことであった。まず第一に、最悪の予後を患者に伝えた後は、失敗のしようがない—患者が死ねば、予測が的中したことになるし、外れれば、長く生きることができたと感謝される。第二に、全部伝えておけば、嘘をつく必要がなくなる。「誰にいつ、どこまで話したかなんて、そんなこと、とても覚えていられない」という。第三に、新しい治療法を受けるための治験などを勧める際には、どちらにしてもインフォームド・コンセントが必要になるので隠すことはできない。そして、最後に、全部伝えておけば、治療がうまくいかなかった時に、個人的な責任は軽減されるように感じる、ということであった。

「治療者」は、病名を告知することによって受ける衝撃や悲しみから患者を守ってあげなければならない、本当は知りたくないのだ、という考えで、告知はしても、持っている情報のすべてを患者に伝えることはせず、伝えるべきことを回避したり、ごまかしたりしていた。「隠してはいけないことはわかっているけれど、どうも、すべてを伝えることが

正しいことだとは思えない。全部伝えて、患者にとって何の意味があるのだろうか。惨めになるだけではないか」という考えだった。

それぞれの医師が、自分の経験に基づいて、独自に「病名告知」のストレスに対処する方法を発達させていた。

池田 (2019) は、この Taylor (1988) の報告について、「よく私たちは、“欧米における告知は割に平然となされており、それがわが国と比べて著しく異なる”と聞くことがあるが、やはり、好ましくない情報を伝えることはカナダの医師にとっても嫌なこと、あるいは苦渋に満ちたものであることに変わりはない。それは、告知が一般的でなかった 1970 年代以前のカナダの状況においても、告知が一般的になった現在まで同様である」と述べている。好ましくない情報をその当事者に告げることの苦悩は、わが国の医療現場で患者に病名告知を行うことを課せられた医師も同様に感じることはないだろうか。

Elwyn *et al.*, (2002) が日本人医師を対象として実施した面接調査においても、医師は「非告知派」(non-tellers) と「告知派」(tellers) の 2 グループに分かれた。「非告知派」は、患者にショックを与えたくない、告知しないで欲しいという家族の願いを無視することはできない、患者自身が知ることを望んでいない、などを告知しない理由として挙げた。「告知派」は、患者は知ることを望んでいるし、告知しないわけにはいかない、告知しても大きな問題は起きないし、患者に嘘をつかなくてもよいことなどを含め、多くの利点があると主張した。しかし、多くの医師は告知することによって発生するかもしれないリスクを恐れ、実際に告知する医師はわずかであった。

従来、告知をしない理由として最初に挙げられるのは、「患者にショックを与えたくないから」という理由である。がんを告知したら、「精神的ショックで治療効果が下がった」、「がんは治ったのに再発を恐れて自暴自棄になり、人が変わったように酒浸りで生命を落とした」、「ある年老いた高僧が、覚悟はできているというので真相を伝えたら死期を早めてしまった」などの話が告知しない理由として持ち出される (正木, 1996)。このような話はその信憑性が疑わしいものであるが、実際に、医師は、「医療情報の開示が、患者に対して身体的、心理的もしくは感情的に深刻な危害を及ぼす可能性がある場合、例えば診断が末期疾患を示すものだったときに、患者が自殺する恐れがあるような場合は、医療情報を伝えないことが許される」(WMA, 2019) という「治療上の特権」を有している。予防の決め手もなく、死を連想させる恐ろしい病として、がんの場合には、他の病気とは異なり、医師や患者の家族が本人への告知を躊躇するという現実がある (小島, 2007)。

実際に、医師を対象に行われたオンライン調査で、75%の医師が「良くない知らせ」を伝える際に悩んでいる、と答え (井田, 2015)、さらに全体の 19.6%が「良くない知らせ」の告知でトラブルになったことがあると回答している。「安易に楽観的なことを伝え、その後悪化し、患者を不安にさせた」、「医学的には完治が望めない状況を伝える必要があると考えて、すべてを伝えたところ、クレームを言われた」、「患者の妻に夫が胃がん末期であることを伝えたら、娘から、『母は高齢だからそんなこと言わないで欲しかった』と詰め寄られた」など多くの医師から切実なコメントが寄せられた。中には、絶望した患者が自殺したり、終末期医療に不信感を抱き家族から訴えられたケースもあった。

「がんの告知については症例ごとに検討してその適応を判断すべきである」というケースバイケース論により、その判断がすべて医師に委ねられているのだという（新井^他, 1999）。岩崎^他（2002）が面接した医師らは、告知そのものに対する迷いもあり、「真実を100%告げるべきか、患者は全部聞きたいと思っているのか、あまり聞きたくないと思っているのか、確認した方がいいのか、どうしたら良いのかわからない」、「本当に患者が『がん』と告げられることを望んでいるのかわからない、疑問のまま現状としては告知している」、「もし『望まない』と言われたら、その後医師として患者とどう接していけばよいのかわからない」、と自分たちの行っている医療現場での告知をどう評価すべきなのか、その基準を測りかねていたという。

辻谷^他（1996）が行った質問紙調査で、告知の対象とされたがん患者のうち実際には告知が行われなかったケースについて、告知をしなかった理由について聞いたところ、家族の反対が31.7%で最も多く、次いで、質問票で「真の病名が知りたいか」の質問の答えが「知りたくない」であったのが18.3%、高度進行がんが18.3%、超高齢者が13.3%、その他が18.3%であった。岡田・西崎（1996）が一般病院に勤務する医師を対象としてがん告知の現状について行った質問紙調査においても、告知をためらう理由として挙げられたのは、「家族の支持が不十分」76%、「本人の希望なし」74%、「信頼関係が不十分」50%で、比率は異なるがここでも家族が最も大きな要因であった。

病名告知を推進する上で一番の障害となるのは「家族の反対」という結果は、告知の調査でいつも明らかにされる「自分だったら本当のことを教えて欲しいが、自分の家族には知らせたくない」という結果とよく合致する。これらの結果からは、後で本人に告知するつもりで最初に家族に告知してしまうと、家族の反対のために本人に告知できなくなってしまう状況の多い事が容易に想像できる。一般病院においては、家族が反対してもインフォームド・コンセントを得るべきだと考える医師は少ない（辻谷^他, 1996）。

谷村^他（2004）は、「がん告知の普及にはいまだ文化的差異があり、告知が受け入れられてきた欧米と比較すると、日本のがん告知は、特に終末期の場合に家族の意思に影響されやすい現状が見られる」という。がん告知は本人に行われることを原則とするが、患者自身にまず言うと、後から家族が「なんで家族に相談もせずに話したのか」とクレームをつけてくることも少なくなく、がん診断がついた途端、一度も会ったことも話したこともない家族に（患者自身には内緒で）連絡を取り、家族の了解を求めるといった、本末転倒ともいえる事態が発生する。しかし、多くの医師は、日本では半数以上の家族が本人に病名告知することに反対を知っている。「ご本人にはどう説明しましょうか」と質問するのは、実は「本人には本当の病名を知らせないでください」という答えを期待した誘導尋問をしていることに等しいともいえる。このような時、家族の反対で告知ができなくなってしまうと嘆くのではなく、「家族の反対で告知しなくて済んだ」と胸を撫でおろす医師もいるのではないか。「主治医にとっても、家族の意向に同調することで告知というストレスから解放される」という捉え方をする者もいる（田中^他, 2007）。

告知しない理由の調査結果で、2番目に多かったのが、「知りたくない」、「本人の希望なし」であった。病名を「知りたくない」という患者に対して一方的に情報を与えるとい

うことには問題があるであろう。大木・福原（1997）によると、「現実を認識させるためと称して、情報を受け取る素地ができていない患者に知りたくもないことまで聞かせることは、ただ患者を混乱させるだけであり、うつ状態を引き起こす危険性も高い」という。このようなリスクを避けるためには、患者が告知を希望しているのかいないのか、確認することが必要となる。

三浦_他（2000）が行った調査では、患者本人の病名告知に対する意志の確認について、家族に質問すると答えた医師は43名中23名、とここでも家族の意向が最も重視され、続いて、本人の言動から推察するが13名、アンケート等で確認するが7名、本人に口頭で質問するが5名であり、本人の意志は確認する必要はないとするものが4名であった。

岩崎_他（2002）が医師6名と面接して、患者が告知を希望しているかどうか確認しているかどうかと尋ねたところ、「時々している」と答えた1名以外は「ほとんどしていない」「まったくしていない」医師ばかりであったが、「時々している」1名も「はっきり言った方がいいですか？」と聞いているが、「これが告知の確認になるかどうかわからない」と答えている。「確認すること自体が告知になる」、「患者に病名を教えないのはおかしいと思うのであえて聞かない」という意見もあり、本人に直接確認するということはなかなか難しいことのようにだ。

患者の告知の希望を確認する方法として、患者本人にアンケート用紙を渡して記入してもらう方法が、多くの病院で採用されている（正木、1996；大木・福原、1997；小西、2001；山崎・高塚、2002；野口_他、2006；小島、2007；亀崎_他、2008など）。

正木（1996）は、患者が病状などに対して、「何があっても知らせて欲しい」か「知りたくないのですべてを一任する」か「場合による」かなどを、何らかの方法で事前に知っておく必要があり、それはなるべく婉曲な形で、健康診断の折の「健康質問票」や、初診時の「既往症、アレルギー調査」などと一緒にでもよいであろう、と提案している。大木・福原（1997）も、「医療現場においてはがん患者の情報希求の程度を知りたいが、直接患者に尋ねるわけにはいかない。医師や看護師などのスタッフが、直接患者や家族と話し合うなかで、その意向を推測し、方針を決定していくのが中心になることは言うまでもないが、患者は、医療スタッフに対しては本心を明かさない可能性もある。そのために、医師が患者の「知りたい」という要求を過小評価してしまうこともあり得る」として、それを防ぐために質問紙は重要な資料となる、と評価している。亀崎_他（2008）は、単に告知希望の有無だけでなく、「どんながんで」「治癒の可能性が少しでもあるなら」「治癒の可能性が高いなら」告知を希望する、あるいは告知を希望しないなど、複雑な患者の思いに対応したアンケートを初診時に実行し、考えを聞いておくという取り組みをすることで患者が望む告知に近づくことができると考える、と述べている。

では、実際に告知する場面で、医師はどのようにして患者に病名を伝えるのだろうか。先に紹介した岩崎_他（2002）の面接調査では、6名の医師全員が患者への告知をしていると答えているが、はっきりと病名を伝えていたとは言えない状況であった。患者への配慮から、「できものです」、「悪性かな？」などと、「がん」の言い方を変え、手術できないほど進行している場合は直接言うのではなく匂わすように言ったという。これらの医師の説

明を受けた患者からは、「胃カメラを飲んだ時に、全摘です、全部取っちゃいますよ、と言われたが、詳しい説明はなかった。がんだな、と思った」、「医師から胃潰瘍と言われたが、私は『がん?』と思った」、「質の悪い場合は腸を取らなくては駄目だ」、「自分から問い詰めるように『がん?』と聞いたら『そのようなものです』と答えた」、「このままにしておくとがんになる、と言われた」などのエピソードが報告された。医師の説明に対する患者の認識は大きく4つに分けられた：①「がん」という病名を患者本人が伝えられた(61.5%)、②がんに関連した病名は伝えられず、治療の方法、特に手術の必要性や臓器の摘出について伝えられた(23.1%)、③曖昧な言葉でそれとなくほめかされた(11.5%)、④何も教えてくれなかった(3.8%)。患者に「治療法の説明」をする場合、嘘を伝えているわけではない。「ほめかす」のではなく、これから患者自身に起こる事実を伝えている。しかし、それを受け取った患者は、曖昧に病名をほめかされた以上に納得のできなさを抱えていた。患者にとっての説明は、あくまで方法の説明であって、医師が意図したような病名の告知としては受け取られていなかったと言える。医師は、必ずしも「がん」の病名を患者に伝えることを「告知」としてはなかった。

次に紹介するのはがんではなく、ALS（筋萎縮性側索硬化症）という難病の説明を受けた患者の話である：

「やさしい先生だけれど、告知なんてされていない。『ALS という怖い病気もあるけどね』と口にしたが、告知ではない。しかし検査の書類には『ALS の疑い』と書いてあった。私が自分で調べられるようにほめかしたのかもしれない。本屋で ALS のところを見ると症状が一致したので、病名がわかり安心した。先生に病名を確認したら、そうだとしたが、先生も避けている感じだった。」(森, 2005)

このような場合、医師は「告知したつもり」でも、患者は「告知されていない」と感じるのではないだろうか。告知を説明不足と感じた人は、別の手段（インターネット、本、保健所や他院への問い合わせ）で必要な情報を得ていた。「段階的告知」や「小出しの告知」は万能ではない。予備知識のある人、理解の早い人は、かえって不安を募らせる。ショックを与えまいとする気遣いが、裏目に出ることもある。告知は、一時的なショック緩和を目的とするのではなく、病を得た人がその後の人生に向き合うためのものである。

森^他(1997)が血液科病棟の入院患者を対象に行った、医師の説明に対する理解度の調査では、よくわかったと答えたものは全体の60%で、「自分の病気について知っていることを書いてください」という質問に、何らかの回答をしたものは36%と非常に少なく、医師の説明がよくわかった群でさえ回答者は43.3%であった。この調査で判明した最大の問題は、医師が告知したと考えているにもかかわらず、病名を知らされていないと答えた患者が非常に多かったことである。

こうして見てみると、医師が告知したつむりの患者と、告知されたと受け止める患者には数値の上でも大きな開きがあり、そこに告知の難しさと医師の苦悩が表れているように思われる。様々な調査の結果公表されてきた「告知率」も、ここに紹介したような「ほの

めかし」まで含まれていたとすると、実態はそれよりも低いのではないかと推測される。

4. 考察—よりよい信頼関係を築くために

治療についての判断を医師に委ねていた時代から、インフォームド・コンセントの理念が導入されて患者の自己決定権が重視されるようになり、以前には伏せられていた病名の告知が行われるようになるまでの、医療における大きな変革の時代背景を見てきた。その変化の中で、戸惑いながらも「病名告知」という現実を受け止めてきた医師の姿を紹介してきた。

医師の「病名告知」体験を振り返って、改めて感じるのは、彼らが突きつけられた「病名告知」という現実に対して、あまりにもナイーブで、無防備である、ということである。病名告知のあり方について、「日本文化」が考慮されるべき要因だとすれば、それは死を忌み嫌い、タブー視し、なるべく考えないようにして、死についての教育を行うこともなく、宗教に根差して死のことを考えることのない生き方にある。現代人は、いつの間にか自分に死のあることを忘れ、死について語ったりすることを恐れてはいないだろうか。

告知に関して、個々人がどのような死生観に基づいているか、どのような生と死の在り方を望んでいるかをよりよく理解するための視点は、単に医学的側面のみならず、心理学的、社会学的、哲学的、倫理的、人間学的、文化人類学的、教育学的等、多様な学問領域からの学際的考究によってのみ開かれると考えられる。さらには、人間の死生観は、その人間が生活する社会の在り方、その文化的状況、慣習や伝統、そこにおける主要な宗教観や世界観などによって規定されていることが想定される。

宮地（1994）の医師へのインタビュー調査に基づく告知をめぐる日本の医師の死生観の報告の中で、がん告知に伴う4種類の死生観が紹介されている。すなわち医師がイメージする望ましい死として“覚悟の死”と“無自覚の死”があり、前者は、真実を知り、「残りの人生を自分の意志でコントロールし、前向きに完全燃焼する死」であり、後者は、真実を知らされないが、「明日も生きられると信じながら、準備もなく迎える死」である。一方、医師が望まない死として“取り乱す死”と“疑心暗鬼の死”があり、前者は、真実を知らされたために「受容できず取り乱して、がつくり元気をなくし苦しんで迎える死」であり、後者は、真実を知らされないために「周りの人間の嘘を信じることができず、孤独に陥って苦しむ死」である。このことについて、岡田・西崎（1996）は、従来の医師の死生観による望ましい死として、“覚悟の死”よりも“無自覚の死”が選ばれることが多く、“取り乱す死”が必要以上に恐れられてきたのではないかと述べている。少し想像力を働かせば、次第に悪化していく病状の中で、「明日も生きられると信じる」ことができなくなってくることは明らかで、そのような中で“無自覚に”死んで行って欲しい、などと願うのは、よほど自身の死についても、患者の死についても真剣に考えたことがない医師であるに違いない。真実を隠すことによって、逆に多くの“疑心暗鬼の死”を作り出し、より大きな不利益を与えてきたのではないだろうか。

人間が、その生を全うする際には、その命を十分に心得、そして、その限界をも受容す

ることを大前提とする。満足する生き方、生を全うするということは何を意味するのだろうか。病名告知は、自己の身に生じている出来事を受容し、自らの死を覚悟する上で大きな役割を担いうるものである。いつか必ず訪れる死を我われが冷静に受け止め、残された時間を有意義に過ごすためにも、患者や家族が生と死について考えること、また告知を行う医師はその意向を尊重することが大切であろう。医療現場に限らず、広く一般の社会や学校教育の場で、生と死に関わる問題が話し合われるようになることを願う。

病名告知という、命に関わる重要な情報が伝えられる場面で交わされるコミュニケーションは、親身で率直、正確で明解なものであることが望まれるが、多くの場合、医師—患者—家族間の関係は、緊張や遠慮、思い込みや勘違いに満ちている。病名告知に限らず、診察室や病棟での会話においても、医師は患者が理解できないような説明をし、患者はわからなくても質問できない、といったミスコミュニケーションが頻発する。

齋藤（2010）は、急性白血病を発症して緊急入院することになった患者を対象とした面接調査を行い、「参加者たちは、告知を受けた時どのような状況に立たされ、何に苦しんでいるのかを医療者に理解して欲しいという思いがあった」、として以下のように患者の気持ちを代弁している。

「専門用語を使えば(医療者同士は)意思疎通が早く取れるかもしれないけれど」と語っているように、専門用語を用いた会話は、医療者の事情を優先した会話に聞こえ、患者の状況に配慮した姿勢ではないと感じていた。そして、告知後から抱えているやりきれない思いや、理不尽さや不安を、医療者はわかってくれないのではないかと苛立ちを募らせ、さらに疑問や不満感を募らせていた。参加者たちは、自分たちの苦しみは医療者に理解されているのかを、医療者が使う言葉や姿勢から敏感に感じ取っていた。」

面接により、告知後の不安定な気持ちを抱えている患者に対して、医師がわかりやすく患者の心に響く言葉を用いた情報提供を心掛けることが重要であることが改めて明らかとなった。さらに、医師が説明時だけでなく、日々の何気ない会話や対応から、患者の気持ちを聞き、その気持ちや行動を支持していきたいと考えていることが伝わる姿勢で関わることの重要性が示唆された（齋藤，2010）。

「がん告知はがん診療の第一歩であり、重要な医療行為の一つである」（国立がんセンター病院，2001）と見るとき、ここでのコミュニケーションの在り方がその後の医師—患者関係に大きく影響してくると言える。患者にがんであることを告げることは、困難なことであるかもしれないが、患者の気持ちに寄り添い、共感を持って行えば、患者との間に強い絆が結ばれる機会となり、反対に、配慮のない、ぶっきらぼうな態度で伝えれば、反感や壁が生じる原因ともなり得る。

医師の患者への説明について折田（2019）は、「私たち医師は患者の人柄を理解できる人間としての力量を高め、その患者が理解でき、かつ医療に潜む危険性をも納得してもらえる極めて高度の説明法を修得することが、医療技術の修得とともに医師の義務であろう

と考えている。また、専門的な内容を相手が理解できる平易なことばで説明できることが真のプロフェッショナルだと考えている」と述べている。正に理想的な医師像であるが、このような技術は自然に身につくものではなく、多く指摘されるのは、医学教育カリキュラムの中でのコミュニケーションについての教育や研修の不足である。

欧米では、早い時期から医師のコミュニケーション能力の重要性が認識され、医学教育のカリキュラムに組み込まれてきた (Bennett and Alison, 1996)。ビデオ、ロールプレイ、ディスカッションなどの参加型の学習教材も多数開発されている (McManus, *et al.*, 1993)。

今日、米国においては、情報開示とコミュニケーションスキルはケアにおける中心的な役割を果たす技術として明確に位置付けられている (Sisk *et al.*, 2016)。2013年に米国医学協会が出版したモノグラフでは、がん患者とのコミュニケーションの有効性についての論文に丸ごと1章が割かれている。また、全米がん協会は、がん治療における患者中心のコミュニケーションについてのモノグラフを出版し、全6章のうちの4章分を割いて良くない知らせを含むコミュニケーションスキルについて論じている。さらに2014年、米国医学協会は、悪い知らせを伝える際の医師―患者関係を改善する方法についての解説にはほとんどのページを割いた、終末期のケアについてのレポートを発刊した。今日、米国の医学生や研修医は、困難な状況においてどのようにして患者とコミュニケーションを取ればいいのか、日常的に訓練を受けている。

NHKの朝の番組(2019年7月17日放映)で、「問われる告知のありかた」と題して、わが国の医学教育の中で告知の仕方を学ぶ場がない実態が紹介されていた。その中で、一人の男性が、「医師に120%以上の確率で5年以内に死ぬと言われて、経営していた会社をたたんだら、死ななかったので、年金生活者になってしまった。もっと言い方を考えて欲しかった」と自身の体験から訴えていた。番組の中では、現役の医師がロールプレイなどの研修を行っている様子が放映され、「相手の立場に立つこと、共感的に理解することは難しく、トレーニングが必要だが、医師は研修会に参加する時間もない」とインタビューを受けた医師が述べていた。

こうしたコミュニケーションのスキルは経験がないと体得できないと思われがちであるが、実は告知に必要なスキルをわかりやすくマニュアル化したプログラムも各種開発されている。例えば、SPIKES (Baile *et al.*, 2000) は、北米で開発された「悪い知らせ」を適切に伝えるためのプロトコルである。① Setting 場の設定 (話をする環境を整える)、② Perception 病状認識 (患者の病状認識を把握する)、③ Invitation 患者からの招待 (患者がどの程度の情報を求めているか確認する)、④ Knowledge 情報の共有 (情報を提供する)、⑤ Emotion 感情への対応 (共感を持って対応する)、⑥ Strategy/Summary 戦略/要約 (今後の計画を立てる)、と時系列的に行うべき6つのステップで構成されている (三浦^他, 2016)。患者の知る権利の高まりやリスクマネジメントの観点から見ても、「良くない知らせ」を伝える技術は、医師にとって欠かせないスキルの一つだと言えるであろう。

また、国立がん研究センターが考案したSHAREは、① Supportive environment サポートイブな環境設定、② How to deliver bad news 悪い知らせの伝え方、③ Additional information 医学的・社会的付加情報、④ Reassurance and Emotional Support 安心感と情緒的サポート

の提供、の4段階のプロトコルで医師が患者に悪い知らせを伝える際に効果的なコミュニケーションを実践するための態度や行動を示したものである。面談の場面でこれらのスキルを取り入れることで、患者とのよりよいコミュニケーションに役立つと考えられている。SHAREを導入した技術研修会では、ロールプレイを行って、医師役、模擬患者、指導者という三者が協力して、コミュニケーションスキルを向上させる試みが行われている。これに参加した医師は、沈黙して気持ちに配慮する、感情を話題にする、気持ちを支える言葉をかける、といった行動に変わり、うつであった患者さんが軽減してきた、医師への信頼感が増した、というような有意なデータが得られている（厚生労働省、2014）。このSHAREプログラムは、台湾においても活用され、医療関係者が告知を行う際に有意な効果が認められている（Tang *et al.*, 2014）。

この他にも、疾患別・治療法別の患者・家族のためのガイドブック、解説ビデオなどの説明資料なども活用して患者とのよりよいコミュニケーションを図る工夫が必要であろう。

患者には病名を知る権利とともに、知らされない権利もあると言われており、告知するか否かは医師の判断に委ねられているが、その判断ができるほど医師は患者のことをよく知らない。そこで、わが国の臨床現場では初診時あるいは入院時にアンケートへの記入を求めて本人の意向を確認することが広く行われている（小西、2001）。この方法は、独断に陥りやすかった従来の医師の判断よりも患者の意思を把握するのに適しているとされ、多くの研究でも高く評価されているが、筆者は、自身の経験からも、この方法が適切とは思えない。先にも述べたように、多くの日本人は自身の身の上に「死」を連想させるような出来事が降りかかるとは夢にも思わずに日常を過ごしている。そのような患者に、初診時に「検査の結果、がんだったら知らせて欲しいですか？」と尋ねて得られた回答を、患者の本心だと受け取られては困る、と感じる。時間の経過とともに症状も変化し、医師との関係も変化し、病気についての捉え方も変化していくものである。患者がアンケートに自らの率直な意思を表明できるかどうか、疑問視する声もある（小西、2001）。また、たった数枚の質問用紙から、患者の意思・希望・性格などを包摂する人間性というものが、どこまで把握できるかも大いに疑問が持たれよう。

そもそも、なぜこのような重大な問題を、このような安易な方法で把握することに日本の医師は疑問を感じないのだろうか。本稿の執筆にあたり、世界各国の病名告知に関する資料数十編に目を通し、告知について苦悩する医師の状況はそれぞれの国の数ほど目にしてきたが、「告知の希望をアンケートで確認する」という方法を採用したものは日本のものの以外に一編も見つけることができなかった。Taylor（1988）は、医師が告知に際して感じる不快感やストレスをできるだけ軽減するために、医師は皆それぞれの方法で告知のプロセスをルーチン化していた、と報告しているが、日本において告知の意思確認に使用されるアンケートは、医師が患者と向き合う手間を省き、ストレスを受けることを回避できる究極のルーチンと言えるのではないだろうか。それがどれほど客観的で効率的なものに見えようとも、諸外国の医師は「便利そうだから真似をしよう」とは決して言わないのではないかと思う。面倒でも、気が進まなくても、また忙しくて時間がなかったとしても、

まず本人と向き合って、その患者がどのような考えや望みを持っているのか、患者に寄り添い、患者との対話を通して理解する努力を続けていくことが医師の務めなのではないだろうか。

病名告知は、するか、しないか、とほんの一瞬で終わる出来事であるかのように語られるが、実はそれはその後の長い闘病のスタートラインであるのにすぎない。したがって、医師が患者に病名を告知した後、患者の気持ちをどのように支えていくか、そのサポート体制が極めて重要である。逆に、サポート体制がないことが不安で告知に踏み切れない、という事態も当然起り得る。告知後の患者は、否認、怒り、抑うつ、などさまざまな精神状態を経て受容に至ると言われており、医療スタッフは患者の苦しみを静かに見守る勇気を要求される。米国と比べてわが国では告知後の患者の援助についての系統的なアプローチが確立しておらず、日本人の国民性や文化的背景などを考慮した告知後の教育・支援プログラムが望まれる。

わが国で初めてがんの病名告知が行われた頃と比べると、「死」と直結したイメージで恐れられていたがんは、今日では「5年以上の生存率が60%以上」と言われるようになり、それほど恐れる必要のある病気とは言えなくなった。医師にとっても告知に対するハードルが低くなり、がんであっても、「そんなに心配しなくても大丈夫ですよ。半分以上の人が5年以上生きるのですから。」と説明して患者の不安を和らげることができる。予後が厳しい人でも「治る薬がたくさん出てきましたよ」、「最初に使ったお薬が効かなくても、次に使う薬がありますよ。その次に使う薬もありますよ」という形で説明ができる(藤原, 2019c)。このように説明すれば、日本においても、告知率100%を達成するのはそれほど困難ではないように思われる。しかし、「半分以上の人が5年以上生きますから大丈夫ですよ」と明らかに予後の悪い人に説明をするのは、嘘とまでは言えないが、truth-telling (真実)とは言えない。

病名告知が100%実施されている国においても、告知後に患者から投げかけられた質問に直接答えなかったり、患者とは直接関係のない統計的な数値を挙げてごまかしたり、実質的な予後については触れなかったり、臨床的に確実でないという口実でとぼけたりする様子が観察された。“患者が冗談と勘違いしない程度、しかし不安になりすぎないように”丁度必要なだけの情報を提供するという(Taylor, 1988)。Winters (2015) も、患者の予後について実際よりも楽観的な内容を伝えた医師が55%、過去1年以内に真実ではないことを伝えた医師が10%いたと報告している。病名が告知される社会的状況が形成されても、“情報の門番”(gatekeepers of information)である医師の裁量によって、伝えられる内容はコントロールされ、必ずしも真実が伝えられているとは限らない。

予後の悪い人に「薬をうまく使っていけば、かなり期待できますから」、というような言い方をしても「長く生きられる可能性がある」とまで言い切るのは難しいので、「期待できますよ」と(藤原, 2019c)。「治療開始後は、予後良好な患者さんでは積極的に予後の告知を行い、予後不良な方には質問があったときにお話しするということを原則としている」(野口他, 2006)など、病名告知が実現しても、結局患者は医師のパターナリズムのもとで不安材料となる情報から保護されている。

医師が患者の傷つきに配慮して患者に関する医療情報を操作することは、患者にとって有難いことなのだろうか。それとも患者は、自身に関するすべての医療情報を医師と共有することが望ましいのだろうか。自分のために真実を隠している相手を心から信頼することはできるだろうか。病名告知の問題を追って、これからの医師との関係について、また新たな疑問が湧いてきた。

おわりに

本稿では医師の視点に焦点を当てて病名告知の問題を論じてきたが、患者および家族の視点も欠くことはできない重要なものと認識している。紙幅の関係で今回採り上げることができなかった患者と家族については、また機会を改めて論じたいと考えている。

引用文献

- 新井平伊・河村哲・江渡江・木村通宏 (1999) がん告知に対する意識と告知率—順天堂医院における質問票調査報告 (第一報) — 順天堂医学 45 巻 2 号 pp. 269-274.
- Baile, W. Buckman, R. *et al.* (2000) SPIKES—A six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patients with Cancer, *The Oncologist* 5: pp. 302-311.
- Bennett, M. and Alison, D. (1996) Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients, *Postgraduate Medical Journal*, Vol. 72, pp. 25-29.
- Brahams, D. (1989) Right to know in Japan, *Lancet*, Jul 15; 2 (8655): 173
- Elwyn, T. S., Fetters, M. D., Gorenflo, W., and Tsuda, T. (1998) Cancer disclosure in Japan: historical comparisons, current practices, *Social Science & Medicine*, May; 46(9): 1151-1163.
- Elwyn, T. S., Fetters, M. D., Sasaki, H., and Tsuda, T. (2002) Responsibility and cancer disclosure in Japan, *Social Science & Medicine*, Jan; 54(2): 281-293.
- 藤原俊義 (2019a) 「医師の裁量の範囲」から「義務」へ 平成の医療史 30 年 がん告知編 医療維新 スペシャル企画 2019 年 3 月 4 日配信 <https://www.m3.com/news/iryoushin/660598>.
- 藤原俊義 (2019b) 告知できるのは選択肢が増えたから 平成の医療史 30 年 がん告知編 医療維新 スペシャル企画 2019 年 3 月 6 日配信 <https://www.m3.com/news/iryoushin/660599>.
- 藤原俊義 (2019c) ネット黎明期が「一番悪かった」平成の医療史 30 年 がん告知編, 医療維新 スペシャル企画 2019 年 3 月 8 日配信 <https://www.m3.com/news/iryoushin/660600>.
- 井田恭子 (2015) 病名や余命の告知で 2 割の医師がトラブル経験 特集「良くない知らせ」の伝え方 《プロローグ》日経メディカル 2015 年 5 月 16 日配信 <https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t242/201506/542638.html>.
- 池田光穂 癌告知の位相 いのちの民族学 www.csck.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/000816he06.html (2019 年 6 月 22 日閲覧)
- 今井道夫 (2005) 生命倫理学入門 (第 2 版) 産業図書.
- インフォームド・コンセントの在り方に関する検討委員会 (1995) インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書—元気のぞくインフォームド・コンセントを目指して— 大学病院医療情報ネットワーク <https://www.umin.ac.jp/inf-consent.htm> (2019 年 6 月 22 日閲覧)
- 伊藤隆雄・服部健司 (2004) 医療倫理学の ABC, メヂカルフレンド.
- 岩崎朗子・池田紀子・石川利江・鈴木真理子・田村正枝 (2002) がん患者の心理的ケアに関する研究—がん告知に対する医療者・患者の認識及び看護婦の役割について— 長野県看護大学紀要 4 pp. 85-93.
- 亀崎愛・村木知穂・前田由紀子・木子莉瑛・梅木彰子・谷口まり子 (2008) がん告知に関わる意識に影響

- を及ぼす要因：健康成人を対象として 熊本大学医学部保健学科紀要 4 pp.35-51.
- 小島愛美 (2007) 医師の患者及び家族等に対するがん告知義務の検討：説明義務論の再構築を前提として
北大法学研究科ジュニア・リサーチ・ジャーナル 14 pp.175-202.
- 国立がんセンター病院 (2001) がん告知マニュアル <http://www.info.ncc.go.jp/NCC-CIS/pro/onfo/other/0sj/kokuchi.html>
- 小西知世 (2001) 癌患者本人への医師の病名告知義務 (3) 法学研究論集第15号 pp.133-148.
- 厚生労働省 (2014) 第42回がん対策推進協議会 (議事録) 2014年2月14日開催.
- 厚生統計協会 (2005) 第3編 保険と医療の動向 第5章 医療対策, 国民衛生の動向, 52(9) pp.160-162.
- 久米弥寿子 (1996) 一般青壮年層の癌告知に対する態度とそれに関連する要因—企業就労者における分析
日本看護学会誌:16 (2) pp.88-89.
- Lafleur, W. R. (2006) More information, broader dissent on informed consent. *American Journal of Bioethics*, 6: 15-16.
- Leflar, R. B. (1997) the cautious acceptance of informed consent in Japan, *Medical Law Review*, 16(4): 705-720.
- Mallardi, V. (2005) [The origin of informed consent] *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, Oct 25 (5): 312-327. (abstract, article in Italian)
- 正木晴彦 (1996) がん告知を巡る過去20年間の推移とその問題点 長崎大学教養部紀要 (人文・自然科学篇合併号): 第37巻 (1) pp.77-109.
- Masaki, S., Ishimoto, H., & Asai, A. (2014) Contemporary issues concerning informed consent in Japan based on a review of court decisions and characteristics of Japanese culture. *BioMed Central Medical Ethics*, 15: 8, pp. 1-7.
- McManus, I. C., Vincent, C. A., Thom, S. and Kidd, J. (1993) How to do it-teaching communication skills to clinical students, *British Medical Journal*, Vol. 306, pp. 1322-1327.
- 三浦浅子・大西和子 (2009) 進行性膵がん患者の死の受容過程の分析—告知を受けた4名の Retrospective Study— 三重看護学誌 第11巻 pp.53-64.
- 三浦剛史・松本常男・田中伸幸・松永尚文 (2000) 進行期肺癌患者への予後告知—アンケートの結果からの検討— 肺癌 第40巻7号 pp.737-741.
- 三浦靖彦・長谷川幸子・細川大輔・竹下啓 (2016) 豊かな患者—医療者関係を目指すには—医療事故調査制度の施行を踏まえて— 臨床環境医学 第25巻1号 pp.1-8.
- 宮地尚子 (1994) 告知をめぐる日本の医師の死生観 ターミナルケア 4: 427, p.497.
- 森眞由美・太田ケイ子・永田久美子・堤久・岡田豊博・熊川寿郎 (1997) 血液科病棟における高齢者を対象とした告知の状況 日本老年医学会雑誌 34巻10号 pp.789-792.
- 森朋子 (2005) ALS告知の重さ—告知はどう受けとめられたか: 18名の患者の面接から— 医療 第59巻7号 pp.358-363.
- 森岡恭彦 (1994) インフォームド・コンセント 日本放送出版協会.
- 中野秀一郎・小野能文 (2008) 現代社会に対する「信頼」についての実証的研究 現代社会学 6 pp.27-45. <http://harp.lib.hiroshima-u.ac.jp/hkg/file/1468/2008>
- 野口和美・村上博司・寺西淳一・藤浪潔・三好康秀・中井川昇・齋藤和男・窪田吉信 (2006) 前立腺癌の病名告知に関するアンケート調査 日本泌尿器科学会誌 97巻1号 pp.48-56.
- 大木桃代・福原俊一 (1997) 日本人の医療行為に関する情報希求度の測定 健康心理学研究 第10巻 (2) pp.1-10.
- 岡田定・西崎統 (1996) III. がん告知の現状: アンケートより 3. 一般病院の現状 特集: ターミナルケア 日本内科学会雑誌 第85巻12号 pp.79-83.
- 折田雄一 (2019) 「インフォームド・コンセント」 医の倫理の基礎知識 基本的事項 No.4, 日本医師会
- 齋藤梓 (2010) 急性白血病の告知後, 緊急入院し治療が開始となった患者の体験 日本赤十字看護大学紀要 No.24, pp.34-43.
- Siegler, M. (1975) Pascal's wager and the hanging of crepe, *New England Journal of Medicine*, 293, pp. 853-857.
- Sisk, B., Frankel, R., Kodish, E. and Isaacson, H. (2016) The Truth about Truth-Telling in American Medicine: A

- Brief History, *The Permanente Journal*, Vol. 20(3): 15-219, pp. 74-77.
- 田中俊行・小川哲史・池谷俊郎・竹吉泉 (2007) 患者因子と主治医因子から分析したがん未告知の現状について 日本臨床外科学会雑誌 第68巻8号 pp. 1891-1895.
- Tang, W. R., Chen, K. Y., Hsu, S. H., Juang, Y. Y., Chiu, S. C., Hsiao, S. C., Fujimori, M., and Fang, C. K. (2014) Effectiveness of Japanese SHARE model in improving Taiwanese healthcare personnel's preference for cancer truth telling, *Psycho-Oncology*, Vol. 23(3), pp. 259-265.
- Tanida, N. (1994) Japanese attitudes towards truth disclosure in cancer, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, Mar; 22(1): 50-57.
- 谷村千華・松尾ミヨ子・平松喜美子 (2004) 終末期がん患者へのがん告知を拒否した家族の体験, 日本がん看護学会誌 第18巻2号 pp. 38-46.
- Taylor, K. M. (1988) "Telling bad news": physicians and the disclosure of undesirable information, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 10(2), pp. 109-132.
- 寺西伸介・吉田宗永・中村泰清・森崎堅太郎・佐藤正・辻瀧太郎 (2003) 大阪府守口市での医師会会員と市民の「がん告知」に関する意識調査 厚生指標 第50巻第13号 pp. 21-29.
- 辻谷俊一・前田迪郎・貝原信明 (1996) 消化器癌患者に対する質問票に基づくインフォームド・コンセント 日本消化器外科学会雑誌 29巻10号 pp. 1992-1996.
- 植田英治・吉見富洋・古川聡・小野久之・朝戸裕二・登内仁・井上真也・黒木義浩・雨宮隆太・小泉澄彦・長谷川博 (1996) 癌告知を受けた外科手術患者に対するアンケート調査 日本消化器外科学会雑誌: 29 (10) pp. 2010-2013.
- Winters, C. (2015) Fixing the Doctor-Patient Relationship. <https://www.consumerreports.org/cro/health/doctor-dilemmas-solved>. (downloaded, 2018/10/25)
- WMA (2019) 医の倫理マニュアル 原書第3版.
- 山崎恵司・高塚雄一 (2002) 消化器癌患者の希望に沿うがん告知 日本臨床外科学会雑誌 63巻 (11) pp. 2617-2620.