

よりよい治療とよりよい日々を求めて

「癌告知」シンポジウム

DISCUSSION

「癌告知」シンポジウム（日本癌病態治療研究会主催）は、次頁に掲載したポスターの通りの内容で、本年3月2日（土）に行われました。参加人員約300名、盛況裡に終えることが出来ました。当日フロアから寄せられたさまざまな質問に対して、その後、各シンポジストからの回答を得ましたので、ここに集載させていただきます。



「癌告知」

シンポジウム

- 日時：平成8年3月2日(土) 午後1時～5時
- 場所：ヤマハホール(東京都中央区銀座7-9-14)
- 対象：医師、パラメディカル、一般

よりよい治療とよりよい日々を求めて

○ 基調講演

1. 癌治療の現状

千葉大学第2外科教授 磯野可一

2. 癌治療を与える時代から患者に合わせる時代へ

東海大学第2外科助教授 生越喬二

3. 日本人の心と癌告知 —アンケート調査の解析結果—

統計数理研究所名誉教授 林知己夫

○ 総合討論 (全員によるシンポジウム形式)

1. 治療の立場から

国際医療センター内科 小林国彦
国立がんセンター内科 渡辺 亨

2. 看護の立場から

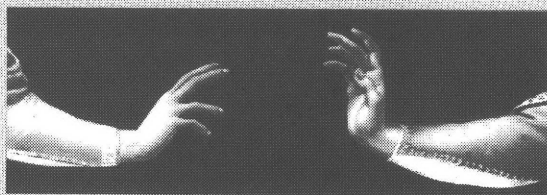
聖路加看護大学教授 小松浩子
国立がんセンター 飯塚京子

3. 一般の立場から

摂南大学経営情報学部教授 木下富雄
参議院議員 武見敬三

主催 日本癌病治療研究会
(会長 磯野可一)
後援 QOL研究会
(代表 林知己夫)
日本医師会
日本看護協会
朝日新聞

問い合わせ先
癌 ネットワーキング・インターナショナル TEL 03-5684-0351 FAX 03-5084-0354
日本癌病治療研究会事務局 TEL 0463-96-8163 FAX 0463-96-4120



上のポスターは今回のシンポジウム(平成8年3月2日施行)用に使用したものです。

M.S. 女性(63歳) 無職(元小学校教員)

急性骨髄性白血病で1995年10月から96年2月まで入院しました。血液内科で治療を受け、一応血液の状態が正常になったので退院しました。本日の研究発表に血液癌についての発表がありませんが、本研究会組織には血液の癌は含まれていないのでしょうか。

ないとしたら、別の研究組織があったら教えてください。ただし、貴会のようにQOL、インフォームドコンセント、告知などの問題を考えると、患者、一般人に窓を開いている場合です。(私はみずから告知を要求して、病名、余命、生存率も聞きましたし、それでよかったと思っております。ただし、使われた薬を教えてくださいと事前に申し入れたのに教えてもらえませんでした。退院時にも教えてもらえず、医師に感情的な態度を示されて大変残念に思っております。患者も医師を選ぶことができません)

磯野 本研究会には血液の癌が含まれています。

M.K. 男性(47歳) 会社役員

胃癌の stage 1 で全摘を受けました。つぎの点を質問させていただきます。

① 癌のシンポジウムなのにロビーはタバコの煙がもうもうとしていました。趣旨と矛盾するのでは。

② 私は最初の告知も大切だと思いますが、治療全体を通しての“情報公開”がもっと重要だと考え、自分の入院中も主治医にどんどん質問しました。それが本当の“告知”ではないでしょうか。

③ PSK とは？

④ 私は胃癌で半分ずつ2回切除手術を受けました。stage 1 かつ周辺への浸潤転移がないということで、術後は免疫療法などを施されていません。先生の言われる二つの指標でのチェックもありません。先生の療法とはまったく異なる感じがするのですが、私の主治医のやり方で大丈夫なのでしょう。私の主治医は小平市の〇〇病院外科〇〇先生です。

磯野 ①については、禁煙とすべきであったと思います。②には、信頼関係の大切さ、これには

医師と患者の接する機会、語る機会を多くもつことが大切であると思います。

生越 PSK は、“サルノコシカケ”に抗腫瘍効果があるという民間伝承をもとに、1965年より呉羽化学工業(株)で開発された免疫賦活剤です。抵抗力が落ちている(免疫抑制状態)患者さんの抵抗を高めることで治療効果が期待されています。私が発表のなかで触れましたシアル酸が高値である患者さんは免疫抑制状態にあり、そのような患者さんにPSKの治療効果がみられたことはよく理解できるものと考えております。

詳細な病理学的な検査結果がないと正確にはお答えが難しいと思いますが、早期癌(癌の浸潤が粘膜内(m癌)または粘膜下層(sm癌)に限局されている状態)でリンパ節転移がない場合には、術後の補助療法(化学療法や免疫療法など)は施行されないことが多いと思いますが、私は、m癌で2~5%、sm癌で10~15%のリンパ節転移が認められているので、sm癌であれば、なんらかの補助療法を行っています。シアル酸とHLA抗原に関して、まだ一般的には注目されていません。お話をしたデータはホットなデータで現在追試を行っています。シアル酸に関しては、日常臨床で保険で検査できる項目になってはいますが、HLA抗原に関しては保険では検査が認められておりません。主治医の先生とよくお話をして理解を得られるようにすることが重要と考えます。

F.G. 男性(76歳) 内科医

患者の告知可能選択の基準は？ 医師が選択する資格があるかどうか問題だと思っておりますが、現実的に選択を任されたときあなたはなにを基準として選択されますか。

磯野 林先生のご発表の内容がまさにそのことで患者選別が大変難しいことです。多くの場合、まず家族との話し合いのなかで決めています。

小林 私の癌告知と癌患者さんのQOLの調査結果から、癌患者さん自身が告知を受けるか否かの選択をされるべきであるという結論が導きだされました。しかし、実際はすべてがそのようにはいきません。私が主治医で昨年のアンケート調査の

できた36名の肺癌患者さんについて具体的に説明いたします。

アンケート調査により6名の方は、積極的に告知を希望されませんでしたので、この6名には病名告知を行いませんでした。残り30名の家族の方は、始め全例告知を躊躇していましたが、家族にとっての death education についてお話したあと20名の方が賛成され、告知後の家族・医療者合同によるサポートチームを形成でき告知いたしました。これらの患者さんおよび家族の方は、非常によく social well-being を得られていたようです。残り10家族が告知を反対されましたが(家族の告知拒否の問題)、若干名の患者さんは、医療サイドでも告知が不適切ではないかと判断していました(医療サイドでの告知可能選択)。結局この10名の方には告知は行っていません。

医療サイドでの告知可能選択は、実際には主治医2名、受持看護婦、婦長、ケースによっては精神科医、そして家族とミーティングし判断されていました。その基準は、具体的には高齢による痴呆、うつ状態や不安神経症などで画一的な基準は示せません。ケースバイケースですので、ケアに携わる医療者とか家族、専門医師をまじえそれぞれの患者さんについて相談することになるでしょう。

私たちの経験からは、家族の告知拒否がより問題です。日本では癌患者さんのサポートにおける家族の役割は非常に大きいと思われる。法律上は、家族が告知を反対する、しかし、告知を希望する癌患者さんに告知を行った場合に、あとで家族から訴訟されても医療者側の責任は問われないとのこと。しかし、家族の意志に抗しますと、医療者と家族の関係がわるくなり、患者さんへのサポートが十分に出来なくなる可能性があります。家族の意志も無視できずに、医療者は家族と患者との板挟みとなり、患者さん自身は正確な自分自身についての情報からかやの外におかれる状態となります。この問題を解決するために、家族に対する death education の必要性を感じます。

渡辺 告知可能選択の基準については、明確なものはないと思います。私たちは、専門医として

患者さんとの対話を通じ、患者さんの精神、心理状態、理解度、社会的背景、家族の希望など、さまざまな要素を基に説明しております。また、このような専門的な技術(skill)を、研修医やレジデントに系統立ててトレーニングしております。

S.K. 女性(42歳) 看護婦, 看護教師

“告知”が問題になるのは、“告知”後の自分の変化や周囲のもの(家族、友人、自分の役割)との関連性が変化することへの不安が、未知なる脅威としてその個人にイメージ化されるからではないでしょうか。告知されてもその不安に対する心のサポートや癌とのつき合いのかたの具体的な生活がみえてくると、新しい価値観を再編成できるのではないのでしょうか(もちろん、その再編成のプロセスに関わるサポートも十分必要と思います)。

磯野 癌を患者が理解しそれを受けとめることの出来る人の場合だと思います。医療関係者でない人、余命いくばくもない人の場合には困難です。

林 そういう人もいるかと思いますが、そうとばかりいえないと思います。患者のQOLの問題が核心だと思います。告げてよい人も告げてよくない人もいるということで、個人の心情の問題が大きい部分であると思います。

心のサポートで新しい価値観の生ずるのは、えらい人、合理的な人にその可能性はあるかと思えます。一般の人はうつうつとして楽しまずですからこれをいかに柔らげるかでしょう。親しい人や愛する人へのサポートのごとく、奇跡を信じ万が一にでも治るのではないかと思い、なにかにつけてよく考えるととうとう心のうえに成り立つと考えられます。病室の窓辺に鳥がきて、ガラスをコツコツと叩けば、幸福の知らせと感じるという心のあやがサポートになるというようなもので(迷信の気にかかる人のずいぶん多いことに注意してください)、価値観という理性的なことを期待するのはある種の合理的な人を除いては無理と思えます。

小林 一臨床に携わるものとして、まったく同感です。癌患者さん自身、および家族にとって、癌に対する不安、その疾患による周囲の大切な人

との関係の変化は未知なる脅威となると思われます。告知後、それらの不安に対する心のサポートや癌とのつき合い方が具体的にみえてくると、精神的にも安定するようと思われます。この内容を患者さんのみならず、家族の方にもお話しますと (death education の一部となると思われます)、病名告知などを含め、その後の闘病生活あるいはケアに積極的になれると思われます。

ただ、death education の内容としてなにが重要なのかは、緻密な臨床調査の結果により描出されなくてはならないと考えられ、普遍性のあるものを選ばなくてはなりません (臨床研究の重要性)。また、それらの結果をいかに、医療教育 (看護学のみならず臨床腫瘍医に対する教育) に導入するか問題が山積みです。

渡辺 ご指摘のとおりだと思います。私たち国立がんセンターでは、内科医、外科医は精神科との連携のもとに、癌告知からはじまる治療や、病気とのつき合い方の説明のプロセスでの患者さんの精神状態の変化に対するサポートを行っています。

小松 私たちの研究結果からも、告知を受けた患者が、癌であることを受けとめていく過程で、自己存在のあり方を揺り動かされる不安や脅威を抱いていました。そして、そのような不安や脅威に対して、癌であることの意味を自分の人生や生き方として問い直し、自己の存在のあり方を見つめるなかで癌とともに歩いていく力強い一歩を踏み出そうとしていました。

こうした過程において、もう一つ重要な点は、日常生活のなかで、心身の状態を自分のペースでコントロールしていける状況をつくれることだと思います。生活のペースを整えることによって患者は日常性を回復し、徐々に生活の範囲を広げ、その体験のなかで患者はさまざまな困難や失敗を受け入れる心のスペースをもつことができるようになっていました。こうした心のスペースをもつことにより、患者は、潜在的な死の恐怖から解放され、その結果、癌であることから孤軍奮闘して遠去かることだけにエネルギーを使わずに、さまざまな日常的な出来事や他者との関係のなかで、

癌とともに生きる意味を見いだそうとしていたと考えられます。

飯塚 ご指摘の通りであると考えます。そのために、当センターでは癌に対する正しい知識をもち、また癌と告げられたことに対して対処する能力を身につけるためのプログラムを考えています。

木下 癌告知場面において問題となる要因は複雑多岐にわたっていますが、患者の心理状態に関わる要因の一つとして、ご指摘されたことはまったくその通りだと思います。ただ少し付け加えますと、パスカルもいうように、人間はすべて“生まれながらの死刑囚”ですから、ほとんどの人は避けえない事実として、暗黙のうちに死を覚悟しています。日常の会話のなかでも、“僕が死んだあとで……”とか、“寝たきり老人になるなら早く死ぬほうが……”などというように、自分の死を平気で話題にすることも少なくありません。その意味で死そのものは、必ずしも質問にあるような“未知の脅威”ではないわけです。

しかしながら、それと同時に、人はまだ死を遠い先のこととして、近未来の時間展望のなかに入れていないこともまた事実です。これは、中年すぎの人ですらそうだというデータが、社会心理学の分野にあります。無意識のうちに人は、自己存在そのものを否定する死を、心理的に遠去けているのかもしれませんが、またそれでないと、日常生活を送るのに、精神衛生上わるいわけです。

癌告知による心の動揺は、したがって、自分が死ぬことへの恐れや不安もさることながら、それまで“遠未来”の出来事として考えていた死が、突然、“近未来”の出来事として目の前に登場したという、非連続性に原因があるのではないかと思います。

つまり、理性的に考えれば、もともと避け難い死が、思っていたより少しばかり早くきた、というだけのことです。ただそのことに思い至るのに、どうしても時間がかかるのです。ご質問にあった、“不安に対する心のサポートや癌とのつき合い方が見えてくれば”というのは、非連続的な死を連続にするため、つまり死を、日常生活の予定の一つに同化するための促進要因なのでしょう。そし

て癌による死に対しても、普段の行事予定に対するのと同様な心と物の準備ができたとき、人は死を安らかに受け入れられるようになるのではないのでしょうか。

武見 おのおのに個性があるものの告知後の患者にさまざまな不安や動揺が生じるのは当然のことだと思います。したがってご指摘の患者に対する心のサポートや、癌と共存する日常生活での親切的な相談が、その患者の必要に応じて提供されることが求められます。ただし、それでも癌患者が告知後に新しい価値観を獲得するには、大変な努力を必要とし、また深刻な困難に遭遇されるものと推測されます。看護婦さんたちの専門的な知識、経験をおもちの方々がさまざまな形でご指摘の“新しい価値観の再編成”にご協力されることの重要性を再認識いたします。

生越 ご意見に関しては、まったく同感です。しかし、この変化は個人個人によって異なっていることが、林先生のデータで示されたものと理解しております。科学的にそれが予測できれば、いろいろなプロセスに、その人にあったいろいろなサポートができるのではないかと考え現在検討中です。

I.K. 男性(24歳) 会社員

家族だけが知っている場合、患者に知らせるべきでないと判断した場合、患者との接し方はどうしたらいいですか。医師、看護婦の方の対応はどのようにしてもらえるのでしょうか。個人的にはまだ現実の問題ではありませんが、将来への準備として、以上のことが家族の立場で気にかかります。

磯野 知らせないことに決断した場合には徹底してわからせないようにする。自分自身にもそうだと信じ込ませる以外にないですが、時間をかけてこの問題を自分自身に問いただしてみる必要があります。

小松 癌であるという事実を家族が胸のうちに秘めて関わるわけですから、おのずと両者の関係性のなかには、不確かさが生じると思われれます。この不確かさのなかには、たがいに癌であるとい

うことは、暗黙のうちにわかっている、その事実を明かさないうちに、たがいの気持ちは通じ合っている場合もあるし、一方、患者が癌ではないかと強い不安をもちながらも、家族がそのことに触れずあるいは否定するために、その不安を一人で抱えてさまざまな葛藤を抱えている場合もあります。あるいは、まったく患者が癌であることを疑わない場合もあります。

いずれにしても、家族が患者の癌である事実を告げずに自分の胸の内に秘めておこうとする場合には、患者に自分の胸のうちは知られないように自分を保つのに精一杯で、このような患者の不安や葛藤から目をそむけがちです。とても大変なことだと思いますが、まずこのような患者の気持ちを受けとめることができるよう自分の気持ちをコントロールすることが大切だと思います。家族自身が心の安定を保つためには、心を打ち明けることのできる人をもつことが重要です。医師や看護婦はそのための一つの重要なサポート資源になると思います。

飯塚 なぜ家族は教えたたくないのかということ、を家族と医療者とともに考える必要があると思います。多くの場合は家族は患者が癌と告げられたことに対して乗り越えられないのではないかと不安をもっています。しかし、現在、癌の闘病期間は非常にながくなってきていて、家族での支えあいが非常に重要であります。患者の闘病中でもっとも問題となるのは、患者の孤独感です。周囲の人が急によそよそしくなって、自分には十分な情報が与えられていないと感じ、あきらめとともに無力感を感じてくるのです。そして、患者も家族にいらぬ心配をかけたくないで徐々におたがいの会話がなくなります。とにかく、癌治療を乗り越えるのは患者自身であり、そのためには患者への適切な情報提供が不可欠です。たとえば、抗癌剤といわずに治療をして急に髪の毛が抜けたらどんな気持ちか想像してみたらいいのではないのでしょうか。

小林 患者さん自身、家族、医療者も含めてそれぞれつらい立場となると思われれます。患者との接し方、および医療者との対応の仕方に対する普

遍性のある回答は出来ません。そのような場合、私個人は医師として以下のようにしています。前者については、病名については触れず一般生活についての話題を多くしたらいかがでしょうか。また後者については、病気については、具体的な症状や治療法について説明し、癌という言葉は使わないようにします。

渡辺 家族だけが知っていて、本人が知らないという状況は、やはり好ましくありません。ご本人は、自分の信頼する周囲のすべての人に欺かれていると感じる場合もありました。家族と患者さんとともに、主治医から話すのがいいと思います。やはり、患者さんにとってショックだと思いますが、家族みんなでサポートし、ともに病気とつき合っていくのがよいでしょう。

木下 ご質問にある“患者に知らせるべきでない”と判断した場合”の中身が問題であろうと思います。それが、患者の希望や心の動きを深く理解したうえで判断なのか、家族の勝手な思い込みや気休めではないのか、担当医の判断はどうか、などといったことによって、回答は大きく変わらざるを得ないからです。しかし、そのことはご質問からはわかりませんので、ここではなんらかの理由で患者に告知しないことが絶対的な至上命令であったと仮定しましょう。そうならば、徹底的に嘘をつくより仕方がないですから、当然演技を必要とします。その場合一番大切なのは、演技がそれまでの生活態度と非連続にならないことです。患者に急にやさしくなったり、涙もろくなったり、親切になったりすると、患者に見透かされてしまいます。患者は疑心暗鬼で鋭敏になっていますから。逆にいえば、このような“日常性の演出”が堂々とできる自信がないと、嘘はつけないということです。

また、患者に知られないようにするには、家族以外の人には絶対口外しないことです。一人でも洩れると、その人からネズミ算的に話が広がる可能性があるからです。しかしよく考えると、このような秘密の管理は、家族の心理的負担が非常に大きく、あまりお勧めできません。それに患者は家族が言わなくても、うっすらと気づいているこ

とが多いですから、告知されないと、かえって不安と不信が発生しがちです。嘘で固めた希望はいつか崩れるのではないのでしょうか。患者本人が告知されたくないと言うのならともかく、家族の推測や都合で告知しないのは、原則として止めたほうがよいと思います。基本は、患者本人の“自己決定権”であるべきでしょう。

武見 なぜ患者に知らせるべきではないか。その原因により患者との接し方はおのおの異なるものと思いますが、この場合、家族の精神的な負担は大変大きなものになるでしょう。また、この場合、特にご家族と医師・看護婦との緊密な連携が必要になります。ご家族の立場からも主体的に医師・看護婦などとの相談を求められることが必要です。

生越 がんセンターなどの専門病院以外の一般臨床の場では、まだこのようなケースは多いと思います。しかし、現実には、告知を受けた患者さんと同じ接し方をしています。しかし、多くの場合、“阿吽の呼吸”で患者さんは理解されていることが多いようです。ご家族の場合も同じではないでしょうか。

I.A. 男性(57歳) 無職

私は癌の告知(S状結腸腫瘍)を受けて手術し、2カ月余りです(小さな胃腸専門病院)。現在、退院して2週間に1度ずつ通院していますが、特に薬も飲んでいません。今後のことにどうしても心配が残りますが、どのようにしたらよいかお知らせください。

磯野 あなたはその先生を信頼して手術を行ってもらったと思います。主治医の先生を信じ、ご自身が気になっていることはなんでも相談することです。

小林 私の専門は肺癌です。主治医の方によくご相談することが一番だと思いますが、つぎのことをお知らせいたします。国内の消化器腫瘍の治療レベルは世界でも一流です。また、胃腸専門病院であるならば、小さくともそのレベルは、しっかりしていると思われます。また、手術時の所見により、術後化学療法を追加するか否か判断され

ますが、その必要性がないと判断されたのでしょう。ただ、症状の有無にかかわらず、大腸の検査などは定期的に行われると思います。さらに、心理的な不安や落ち込みが免疫能を低下させることが明らかになっています。ゆったりと、いつものペースで生活されることが一番の療養ではないでしょうか。

渡辺 主治医によくお尋ねになったらいかがでしょうか。薬は必ずしも必要ではありませんし、手術で完全に治ってしまっている可能性も十分にあります。どうか、ご安心ください。もし、不安でしたらご連絡ください。私たちができることはお手伝いします。

生越 本日も話をしたように、あなたがどのような治療で恩恵を受けるか予測する研究は、私たちのグループでやっと端緒についたところです。世界的にみても、まだ報告がありません。あなたの病気に関しても同様であると考えられます。私たちの予定では、数年後にはある程度の研究の方向性がでるのではないかと期待しております。薬の内服に関しては、主治医の先生と相談されることをお勧めします。しかし、この点よりも、将来に向かって目標を定めて生活されることが重要ではないかと考えます。

F.S. 女性(25歳) 医師

来院した時点で、すでに余命1カ月以内と予測された患者への告知はどうお考えですか。

磯野 もっとも困難な問題です。その方の社会的立場の問題もあります。一般的には余命のことは話しません。余命を話さない告知があるという問題です。かなり進行したのですがいっしょに頑張りましょうということになります。

林 多くの医師の方々と同様に(データによる)告知すべきではないと思います。嘘も方便ということになりましょうか。

小林 本人の希望を大切にします。ただ、この場合、おそらく家族の選択や、医療サイドの告知可能選択は、より告知しないほうに動くと思われませんが。

渡辺 来院した時点で余命1カ月以内と予測さ

れた場合、治療の選択肢はほとんどないと考えられる場合なら、たぶん、病名告知はしないでしょう。しかし、もし、その患者さんが強く、告知を希望された場合には、告知する必要があると思います。

小松 余命いくばくもない状況にある人が、自身の状態から考えて自己の人生や存在の意味付けを行えるだけのエネルギーが残されているか否かを慎重に判断する必要があると思います。死への恐怖に圧倒させられ、人生の意味付けも行えず、絶望に陥る可能性がある場合や彼を支えるサポートが整っているか否かを考える必要があると思います。

飯塚 大切なことはその時点で患者にとって必要な情報はなにかということです。そして患者はそれを理解し、対処する能力が残っているかを査定することが重要であると考えます。基本的に事実を伝えることを前提として、まず患者の身体的苦痛を取り除いたり、家族とともに話し合いの時間をもったりしながら患者の意向をどのようにしたら尊重できるかを考えたほうが良いと思います。

木下 これまでの例でいいますと、告知は、早期癌の場合はかなり実行されているのに、進行癌の場合はなにかとためらいがあったことは事実だと思います。ことに余命が1カ月となれば、告知されなかったケースも少なくないと聞きます。なぜなら、病状が急速に悪化しているときなど、告知する時間的余裕が乏しいこと、患者に回復への希望を与えることができないので効果が期待しにくいこと、などが主たる理由でしょう。しかしそれとともに、告知する側の心理的負担が大きいことが、原因にあったと思います。というのは、患者が自己の苛酷な運命を納得するにはそれなりの準備期間を必要とするのに、残された時間が少ない場合、よほど密度の高い時間で対応してやらなければ、時間切れになるからです。といって無理はできない、というわけで、進行癌の場合には、医師ならびに周辺の人たちに、相当な力量が要求されます。

もちろん、この場合でも、患者自身の自己決定権が優先されねばならないし、家族の気持ちも考慮する必要があるでしょうから、一般論的な答は

難しいと思います。ただ少なくとも、患者自身が告知を希望しているのであれば、告知する医師に力量と勇気を求めることになりませんが、原則としてそれを叶えてあげるのが望ましいのではないのでしょうか。そのためには医師以外のスタッフや、家族のサポートシステムが必要であることはいまでもありません。

武見 患者個人の個性と癌の病態さらに家族環境、患者本人の社会的役割等々、さまざま考慮すべき要因があることはご存じの通りです。そのうえで、告知すべきか否か、および告知するとすればいかなる告知の仕方をするのかを検討することになるでしょう。

生越 余命を予測することは難しいと考えます。かりに予測できたとしての場合を考えますと、本人の意思を尊重したいと思います。治療するしないは別にして、人生を全うするために必要かどうかだと考えます。

S.M. 男性(30歳) 製薬会社社員

治療に際し

① IC (インフォームド・コンセント) において癌告知は必要条件であると思われませんか。

② ICあるいは癌告知によりQOL、ひいては治療効果が上がると思われませんか。

③ ②の質問を疼痛の効果に置き換えた場合はどうなると思われませんか。

磯野 私はそれぞれつぎのように考えます。

① 現在はまだそうとは思えません。

② この人には(+)で、この人には(-)となると思います。

③ 人によって異なります。

林 私はそれぞれ以下のように考えます。

① 癌に対するICでは一般に告知なくしては不可能だと思います。ICのIとしてどのくらいの真実(医者を知り得た)を告げるかは大きな問題で、なんのためにICをするのかにかかっています。ICはもう少しIの内容を詰める必要があります。

② これも一般的な話ですがQOLはよくなると思いませんし治療効果も疑問です(医師のデー

タに出ています)。プラセボ効果を問題にしている——薬効試験において——のであるから、プラセボ効果を積極的に用い一般の治療との相乗効果を狙うべきだと思います。これで効果の上がる人は多数であると思います(合理的な人の一部と大多数の合理的でない人)。ICや癌告知で外的に治療効果の上がる人もいるかもしれません(超合理的な人か)。

③ この場合データがないのでなんとも申せませんが、①の内容で暗示にかければ効果はあるのではないのでしょうか。ムントセラピーということでしょうか。

小林 ① 理論上、癌告知なしのICは成り立たないと考えられます。臨床試験を行う場合、癌告知、IC、は行わなければなりません。私見ですが、標準的な治療や療養を行う患者さんで、かつ、癌告知を希望されない方の場合、癌告知なしで、病状説明や治療内容などの説明を臨床上よく行っています。不完全ですがICを行っているとされます(なにも説明されないのとは異なると思われませんか)。

②③ 癌告知を希望している患者さんに告知をすると、social well-beingの点でQOLが明らかによくなることをシンポジウムで示しました。ICあるいは癌告知が治療効果に与える影響を報告した論文はないと思いますが、どうでしょうか。おそらく、抗癌剤の効果では差がでないと思いますが、制吐剤や疼痛効果など心理的な要因が影響するものでは、治療効果に差がでるかもしれません。患者さん自身、家族、医療者も含めてそれぞれつらい立場となると思われませんか。また私は、患者との接し方、医療者との対応に対する普遍性のある回答は出来ません。そのような場合、私個人は医師として以下のようにしています。病名については触れず一般生活についての話題を多くしたらいかがでしょうか。病気については、具体的な症状や治療法について説明し、癌という言葉は使わないようにします。

渡辺 ① 治療が臨床試験であるのなら、癌告知は必須です。それ以外の場合、必須でないと思います。

② たとえば、再発乳癌の患者さんにタモキシフェンを処方する際、癌であることをご存知の患者さんのほうが、コンプライアンスがあがることにより治療効果があがると思います。

③ 患者さんは“なるべく薬は飲まないほうがよい”と信じている方が多いと思います。“痛みはなるべくがまんしたほうがよい”と考えている方は、痛み止めを飲みたがりません。癌告知を受け、痛み止めの意義を正しく理解されている患者さんは、痛み止めの効果も上がると思います。

小松 ① 患者の権利としては、告知を受けたくないという権利もありますので、一概に癌告知がICの必要条件になるとはいえないのではないかと思います。

② 癌であることを受けとめ主体的にがんを受けとめ、癌とともにある生活・人生を自己コントロールしていくうえで、癌告知、ICは重要な影響をもたらすと思われます。しかし、たんに告知やICをすればよいという問題ではなく、告知以後、医療者との信頼関係をいかに保ち、患者が主体的に癌とともに歩んでいくことのできるサポートシステムが得られるかがもっとも重要なことだと思います。それなくして、癌告知は語られるべきではないと思います。

飯塚 ① 癌治療は一般の人が想像している以上に侵襲的であり、選択肢があります。患者さんの体の機能や形態が大きく変わる場合もあります。そのような治療方針の決定には患者さんの意向が尊重される必要があります。そのプロセスにおいて患者への十分な情報の提供と、心理的なサポートが必要です。そして患者の知るべき情報の一つとして病名があがります。

② 治療効果との関連はわかりません。そして病名告知により患者は一時的に心理的苦痛が増すかもしれません。しかし、そのような状況を想定して患者に了承を得ないで治療を行うことは次元の違う話であると考えます。患者が得る情報がきびしいものである場合に、どのように患者の不安が緩和できて、うまく対処できるように支援できるかが非常に重要です。

③ 疼痛とは主観的な症状です。そしてコント

ロールには患者と医療者が信頼関係をもちながらともに歩む姿勢が不可欠です。また、モルヒネという非常に偏見のある薬を使うことも多いです。そのプロセスにおいて重要なのが、患者が主体的に除痛に関わることであり、そのために患者に十分な情報提供が必要です。その内容として病態や今後の見通しなどの情報が必要となりますが、そこに当然病名が含まれてくるのではないのでしょうか。

いずれにしてもあまりにも少ない情報のなかで闘病している癌患者が多いのではないのでしょうか。癌患者にとって必要な情報をわかりやすく提供する方法を探るのが医療者の務めであると考えてます。

木下 ICが、“十分な情報の提供に基づく同意”という意味では、ICと癌告知には重なる部分があります。癌告知も英語では“truth telling”というわけですから、その意味で、患者が癌告知を望むのに医者が真実を告げないのは、ICの精神に反すると思います。現に、癌告知を進める人たちの多くは、ICを、理念的基礎において論じられる方が多いように思います。ご質問の趣旨も、たぶんそこにあるのでしょう。

しかしながら、両者には、異なる側面がいくつかあります。まず第一に、ICは義務としての側面があります。ことにアメリカでは、ICをしなければ告訴される場合があります。しかし癌告知は、望ましいとしても、絶対的な義務ではありません。第二に、両者は使用される場面が異なることが少なくないことです。すなわち、ICはいくつかの選択肢がある場面のなかで情報を提供し、患者に治療法の選択を求めることが多いのに対し、癌告知は、ほとんど選択肢がないなかで、真実を告げることになるからです。第三に、ICは、医療処置に対する同意とか納得という側面が強いのに対し、癌告知はそれ以上に、医療側の患者側に対する心のケア、ないし生き方の援助という側面が強いことです。ちなみに、癌の宣告と癌の告知は異なると私は考えています。

以上のことから、ICと癌告知はその理念において共通性をもつが、癌告知はICの必要条件と

は思わないというのが私の意見です。

つぎに、ICあるいは癌告知によりQOLがあるかというご質問ですが、上述のように、ICと癌告知は少し異なると思いますので、ここでは後者に限ってお答えします。

結論からいうと、効果の有無は条件による、つまり、ケースバイケースということでしょう。たとえば、患者が告知をどの程度望んでいるかによって、告知の効果は異なります。患者の家族の協力の度合いによっても異なります。また、告知の際のコミュニケーション技術の巧拙によって、さらにその後のフォローアップ体制によって、告知の効果は大きく異なります。なん度もいうように、告知はたんなる宣告ではなく、患者との信頼関係のなかで、納得と受容の構造をつくり上げていくことです。

最後に、疼痛に対する効果ですが、私は専門でないのでよく知りません。ただデータによると、日本人1人当りのモルヒネ消費量は欧米の1/8だそうです。その主たる理由は、日本では、麻薬全般に対するアレルギーが強いことでもあります。なによりも終末期の患者に対してすら、可能な限り生に向けての治療を施すことが、患者への誠意のあらわれとするという発想が医師にも家族にも強いこと、欧米のように不可逆的な死を受け入れて、人生の最後の仕上げを援助してやることこそ、患者の人格を尊重する最善の道という発想が弱いせいだと聞きます。もしそうだとしたら、癌の告知がされていなければ、モルヒネの使用が一層難しくなるのは当然だと思います。結果として、疼痛は癒されません。

自己の死を受容するのも苦痛ですが、末期癌の疼痛は、それを上回る苦痛のようです。その苦痛のなかで、人は絶望的な気持ちになります。もし、末期癌でその死が不可逆的であるなら、疼痛で生きる地獄を味わわせるよりも、緩和ケアの一つとして、モルヒネの投与はやむをえないと考えます。

武見 ① 必ずしも必要条件だとは思わない。

② 患者の個性により、場合によってQOLおよび治療効果につながらない。

③ ②に同じ。

生越 アメリカから導入されたICの概念では、癌患者に関しては必要条件であると考えます。林先生が示されたように治療効果が上がる場合と下がる場合が考えられていますが、具体的な科学的なデータは示されていないと考えます。しかし、そのようなことが可能であれば、癌告知を予測する研究は今後重要であると考えられます。疼痛についても同様であると考えます。

S.T. 男性(29歳) 医師

時間がなく整理がついていなく、申し訳ありませんが、報告書を読むと医師の告知への方向性がアメリカ的思想とオーバーラップし、なかば危険ではないかとおっしゃっているように感じられますが、いまの状態は告知に向きすぎているとの考えをおもちでしょうか？

私見をいうなら、現時点ではやっとなんとか“告知してくれ”と騒ぐ患者に告知をするかどうか考える状態であると思われます。また、現在の告知の流れに関する議論が入ってなく、これからの方向性に関しての知見がないのですが、情報があれば知らせなくてもわかってしまう時代において、告知の流れをいま止める必要はないのではと思うのですが、もちろん行きすぎはおさえてはいけないと感じてはいますが。

林 いまの状態は、遮二無二告知という方向に向けようとしていると思います。これは個人のQOLを土台に考えると好ましいこととは思えません。

“告知をしてくれ”と“騒ぐ人”は、合理的な人よりそうでない人に多いと思われるので告知後のことが心配になります。データによれば日本人で20%くらいは告知を素直に受けとめてくれると思います。“知らせなくてもわかっている”しかしそうでないことに対する一縷の望みをもっている人は多いと思います。医師の告知はこの望みを断ち切っていることになるので、QOLがきわめてわるくなる。このようなことが医師のデータにみえています。

かつての第2次大戦の特攻隊——必ず死ぬ——と通常の部隊（帰還する可能性は現実的には

なくとも一縷の望みはある)とでは士気が大きく異なり、前者は陰鬱で後者は明るいということがありました。なぜ一様に告知に“流す”必要があるのか患者の立場からみると私にはわかりません。

データに見える QOL からみてもそう思います。このようなきわめて個人的な問題は、エライ人がいじらずに自然にまかせるのがよいと思います。告知の流れはまさに“毛を吹いて疵を求める”という感じです。

S.M. 女性(37歳) 会社員

医師のアンケートについて、若手の医師の方に“告知は慎重に”という割合が若干高く、全体的にみると医師へのアンケートでは年齢差がみられないということでしたが、若手の医師は経験が浅いために、自分自身のなかで迷いの部分があるとは考えられないでしょうか。

林 若い人は、素直にものを見るようになったことが国民性調査で見えています。高齢者で高学歴の人がむしろいまでは古くなった“近代化志向”を示しています。迷いもあるのが自然の姿でかえって現実を見ているという気がします。

G.M. 男性(41歳) 大分医大第二外科

日本人の histocompatibility を HLA の因子で分類した場合、おおまかに四つの type に分類されるということですが、これと林知己夫先生のアンケートの合理性・不合理性のメルクマール項目と重ね合わせてみると、相同性が生じるのでしょうか。人類学的な話になって申し訳ありませんが。

林 HLA の型と合理・非合理が結びつくかどうか、一応研究の余地はありますが、まだやっておりません。血液型と性格の関係と同様に難しい複雑な問題だと思えます。

生越 正常者群での検討は不可能に近いと思いますが、検討したいと考えております。

O. I. 男性(48歳) 評論家

日本人を対象として癌告知に関する意識調査をした場合、一つの顕著な傾向として“自分には知らせてほしい”が、“家族が癌にかかった場合、

本人に知らせることにはためらう”という一見矛盾した回答が多くみられるように思います。このことについて、日本人の国民性ということに関して先生はどのようなご感想、ご判断をおもちでしょうか。

林 この点、外国の調査をしておりませんのでわかりませんが、どこの国でも同じではないかと思えます。自分のことは耐えられるが、親しい者、愛する者に対してするのは耐えられないということでも木下先生のデータにも出ているところです。日本人は“中間的回答”的思考が多いということは諸外国にくらべ多く日系人に残っているということはありますが。

Y.S. 男性(56歳) 医師

このような調査はきわめて有意義と考えますが、できれば都道府県、少なくともブロック単位のデータがほしいと思います。可能性はどうでしょうか。私も個別に対応している一臨床医ですが、日本人あるいは各地域別の文化、人の心を合わせて研究する必要性を感じます。同時に告知の前になすべきことの多いことを痛感しております。

林 この調査は近畿地区(関西地区)、関東地区について行ったのですが、報告書にあるように両地区においてまったく差がありません(せいぜい1~2%程度です)。地域差の出るところもあるかと思いますが、深刻な問題なので、県民性、藩民性は出てこないのではないかと思います。しかし、これはやってみなければわからない問題です。地域の文化と人の心の関係は確かにありますが、癌告知のようにきびしい問題だと日本のなかでの文化の差(外国文化との差は大きい)では出ないかもしれません。しかし人間関係のあり方となると差は出ると思います。問題は費用の出どころで、都道府県ですと億単位の費用がかかるので難しいと思います。

K.Y. 男性(58歳) 医師

外来に患者さんが紹介され大学病院に送られてきます。そのとき癌なら告知してくださいとよくいわれます。いままでの経験で日本人の場合、告

知してよかったことはありません(外科の場合)。先生の合理的な人というのを1回の診察、しかも約5~10分間でどのように判断したらよいでしょうか。

林 言われるように“告知してよかったことはない”ことはデータから察せられます。合理的な人の見分けは1回では難しくしばらくつき合っただけに感じられるというようなものと思います。時がたつとだんだん見えてくるという感じです。手術に間に合うかどうか、難しいと思います。1回でするとしたらペーパーテストで大体見当をつける(報告書の終わりにあるような質問を用いる)ということになると思います。

H.K. 男性(66歳)

患者に対し告知すべきか否かの判断をすることも医師の社会的責務である、と言い切れるかどうか、また、今後のそれについての方向はどうか、質問したいと思います。

林 社会的責務というフェーズの問題ではないと思います。身体を医師にまかせているので、患者の要望に応えるのが医師自身の気持ちにぴったりするということであればそうする。そうしたくない人はさっぱりした行動をとるということになるわけです。ここに医者個人の個人個人に対する“社会的評価”に差が出てくるわけです。こうした問題に責務ということは馴染まないと思います。患者を治癒に向けて治療に努めるというのは社会的責務だと思います。

S.K. 女性(30歳) 看護婦

告知に関して宗教的なものがどれぐらい関係してくるか、知りたいと思います。

林 関係してくると思いますが、日本人の場合には“信仰や信心をもたなくても宗教的な心は大切”というものが多く、宗教を信じるものとあわせると80%くらいになります。ルーズな意味での宗教とのつき合いがあるという感じです。しかし、明確に宗教意識をもつキリスト教、新興宗教では差が出そうに思えます。この調査では宗教をきいていないので残念ながらわかりません。今後の問

題だと思えます。

K.T. 男性(65歳) 外科医

病名告知と予後告知は本質的に異なると思いますが、癌の告知とは予後告知を含めてなされることで成り立つのではないのでしょうか。予後告知のない癌告知などありえないのではないのでしょうか?

小林 段階的告知という概念がすでに提唱されています。すなわち病名告知→病状(期)告知→予後告知というものです。国内ではまだ病名告知が問題になっているのにすぎません。非常に予後のわるい臨床現場ではやはり予後告知は、病名告知ほどなされていません。この両者にちがいがあることを示しているものと思われまふ。癌と告知した場合、ある程度予後告知も含まれている可能性があると考えられます。日本人独特なフアジー感覚でとらえるようです。しかし、癌と告知された場合にどの程度予後について考えるのか調査された報告はないようです。

また、terminologyの問題ですが、告知をすべての告知として、すなわちinformed consentに近い概念として使う場合があります。このterminologyの問題もますますこの問題の取り扱いを複雑にしています。

渡辺 私がシンポジウムで申し上げた予後告知は“あと何カ月の命ということは、正確には医師もわからないことが多く、けっして隠してのではない”ということでした。治療が可能か、不可能か、ということは、当然、患者さんに伝えていきます。しかし、多くの場合、“余命の告知”と病名告知は、基本的には区別して考えております。

K.N. 男性(47歳) 会社員

癌告知に関して国(厚生省)は国民(患者)のサイドで考えようとしているのか、それとも医療サイドやアメリカ流の合理主義(欧米の模倣)のサイドで考えようとしているのか、どちらなのでしょう。薬害エイズ報道などみると懸念を禁じえません。かりに前者の立場に立つということなら具体的に国民(市民)の声をどのように反映さ

せるつもりなのか、コンセンサス形成のなかに取り込もうとしているのでしょうか。

小林 国 (厚生省) が告知の問題に対して積極的にかかわった事実を私は知りません。国民の動向をみているのではないのでしょうか。

現在のアメリカ流の合理主義 (全例告知の流れ) がよいとされるようになった最大の要因は、正統な臨床研究の欠如とデータなしの個人的な考察の横行であると思われます。これらは、この分野を研究しているもの (医師のみでなく看護学を専攻している方、心理学を扱っている方など) に責任が重くと思われます。

告知や IC (インフォームドコンセント) の概念が日本に導入され、国民の意識はどう変化したか (今回の林先生の調査結果)、癌患者さん自身はどう考えているのか、また告知が、癌患者さんの QOL に与える影響はなにかなどの調査研究の結果を踏まえてはじめて、今度日本においてどのようにしたらよいかという考察ができるのではないのでしょうか。コンセンサス形成の過程で、他文化国の概念導入だけではダメです。それを私たち日本人がどう咀嚼し、日本人の福利にどれくらい寄与しているのか研究されなくてはならないと考えています。

渡辺 厚生省の方針かどうかはわかりません。アメリカの模倣であるとも思っておりません。癌診療を専門とする医師として、治療方法が多様化している現在、それを選択すべきは患者さん側であって医師側ではないということです。選択するための基本情報として自分の病気について正確に

把握する必要はありませんか。

S.T. 男性(48歳) 会社員

ご発表では、臓器を越えてとのお話でしたが、シアル酸陽性例の PSK 療法有効とのデータは胃癌、食道癌以外の癌でも共通な考え方として通用するのでしょうか。シアル酸が死亡の 4~5 カ月前に異常値となるとのことでしたが、一方で先の磯野可一先生からは癌は進行度 stage によって異なるとのことでした。シアル酸の異常値化と癌の stage 進行度はパラレルなものでしょうか。パラレルであればシアル酸が異常値の場合、すなわち、病期の進んだものほど免疫療法が有効となるのでしょうか。

生越 現在検診中ですが、大腸癌においても同様な傾向が認められております。病期が進むとシアル酸が高値を示します。よって、病期が進んだものにシアル酸値が異常値を示す症例が多く、そのような観点からは病期の進んだものほど免疫療法が有効ということになります。一方、同じ病期でもシアル酸が異常値を示す患者の予後は不良です。

今回のデータで示せたのは、病期に関係なくシアル酸が異常値を示している患者さんで PSK 併用免疫化学療法を行っている患者さんは、シアル酸が正常値を示している患者さんよりも 2 倍の効果が期待できるということです。基調講演でも強調しましたが、治療予測マーカーに関する研究は少なく、私たちのグループが精力的に進めているテーマの一つです。