

# AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

旭川厚生病院医誌 (1999.12) 9巻2号:115~118.

高度進行肝癌患者に対する病名告知に関する検討

大田人可, 井上充貴, 松本昭範, 菊地陽子, 中野靖弘, 太田智之, 小松英樹, 村上雅則, 折居 裕

## 高度進行肝癌患者に対する病名告知に関する検討

大田 人可 井上 充貴 松本 昭範  
 菊地 陽子 中野 靖弘 太田 智之  
 小松 英樹 村上 雅則 折居 裕

### 要 旨

近年、癌の告知に対する関心は、医療者のみならず一般の間でも高まっている。しかし、実際にはいろいろ問題もありうまくはっていない面もある。今回われわれは、17例の高度進行肝癌患者を対象に告知の現状について検討し、その実態と問題点を明らかにした。告知の基本姿勢は、段階的に、Truth telling に基づき、できるだけ最初に患者本人に話すこととしている。告知・認識のレベルをA. 長くかかる、B. 悪性あるいは癌だが治療手段がある、C. 治療法なく予後悪い、の3つに分類した。告知レベルと認識レベルの間に大きなギャップはなかったが、その後の経過中にずれがみられることもあった。告知・認識レベルと治療内容、生存期間には相関はなかったが、Cの患者はすべて、best supportive therapy であった。予後の悪い肝癌であっても、基本姿勢に基づいて患者に説明できた。最初の告知内容や患者の認識度がどうであってもその後のコミュニケーションの継続およびそのプロセスがより大切である。

Key Words : 進行肝癌, 癌の告知, truth telling

### はじめに

近年、癌患者に病名を告げたほうが良いと考える医師は年々増えてきており、また告げて欲しいと望む一般の人も増えている。その結果、全体としては癌患者への告知率は少しずつ上がってきてはいるものの、予後のよくない癌についてはまだまだ低いと言われている<sup>1-3)</sup>。また告知率について論じる前に「告知」という言葉そのものにも現在いろいろと問題がある。われわれは「告知」はワンポイントではなくプロセスと考えているが、人により告知についての解釈も様々であるため、告知率についての評価も一律にはできない。今回われわれは、進行した肝細胞癌（肝癌）患者に対する告知の現状をretrospectiveに検討し、その実態と問題点を明らかにした。

### 対象と方法

1995年以降に当科で経験した肝癌症例のうち、診断時すでに高度に進行した肝癌17例を対象とした。その内訳はStage IV-Aが11例、IV-Bが6例であり、男性15例、女性2例であった。年齢は42-71歳(平均57.7歳)。死亡例は14例、生存期間は1-14カ月(平均6.3カ月)、生存中の3例はそれぞれ生存期間は8、9、10カ月である。われわれの告知の基本姿勢としては、次の3点である。

- 1) 段階的に(村上のいう)<sup>4)</sup>
  - 2) truth telling に基き(季羽のいう)<sup>5)</sup>
  - 3) できるだけ最初に患者本人に話す
- 「段階的告知」は、村上がその著書のなか<sup>4)</sup>で述べていることであり、具体的には、
- 1) 長期療養を要する。完全な回復は難しい。
  - 2) 腫瘍である(疑いがある)。
  - 3) 良性とは言い切れない。悪性の疑いがある。

- 4) 癌(悪性腫瘍)だが、治癒の可能性がある。  
 5) 予後は悪い。  
 の5段階の順に話しを進めてゆくということである。

「truth telling」は季羽がその著書のなか<sup>5)</sup>で述べていることである。「告知」という言葉に相当する英語は truth telling (真実を告げ続けること) である。発病の最初から、さまざまに変化するそのプロセスのおりおりに、病人が説明を受けたいと思うこと、疑問に思うことを、遠慮なく医師(あるいは看護婦)に質問する。その質問に対して、誠実に、真実に答える。そのやり取りがずっと継続され、信頼関係を深めていくのが、truth telling なのである。

検討内容は、告知のレベルと患者の認識のレベルと両者の比較、告知・認識レベルと治療内容、生存期間、経過中に起こった変化などである。

## 結 果

- 1) 告知のレベル、認識のレベル(表1)

表1 告知のレベルと認識のレベル

レベル	告知のレベル	認識のレベル*
A	3	4
B	11	9
C	3	4

(\*認識のレベルはその後の患者の言動から類推して評価したものである。)

- A. 長くかかる、腫瘍の疑い  
 B. 悪性あるいは癌だが治療手段がある  
 C. 治療法なく予後悪い

段階的告知に基いて行なったが、次の3段階としてまとめた。

- A. 長くかかる  
 B. 悪性あるいは癌だが治療手段がある  
 C. 治療法なく予後悪い

結果は表に示した通りであり、両者の間に大きな違いはなかった。

- 2) 告知レベル、認識レベルと治療内容、生存期間

告知度、認識度と生存期間のあいだには相関はなかった。(表2)

表2 告知・認識レベルと生存期間

告知度	生存期間(月)	認識度	生存期間(月)
A	8.3 (1~14)	A	9 (1~14)
B	6.3 (2~11)	B	6.1 (2~10)
C	7 (2~10)	C	6 (2~10)

治療内容は、リザーバー動注と best supportive therapy (BST) が主体であるが告知度C・認識度Cの患者は全例BSTであった。(表3)

表3 告知・認識レベルと治療内容

		告知レベル			認識レベル		
		A	B	C	A	B	C
リザーバー治療	10	1	9	0	2	8	0
BST	7	2	2	3	2	1	4

BST: best supportive therapy

- 3) 経過中に起こった変化

伝えた内容と患者の認識には表1の様に大きなギャップはなかった。しかし、最初の時期には良く認識していても、経過中に様々な変化が起こり、「ずれ」がみられる例があった。以下に症例を2例提示する。

### 症例1: 53歳の男性

5~6年前からB型慢性肝炎と言われていた。平成6年11月初旬より背部痛があり当科を紹介された。肝右葉に直径77mmの肝癌を認め、当初手術を考えていたが、肺転移がみつきり中止となった(Stage IV-B)。治療は肝動脈内留置リザーバーからの抗癌剤動注を行なった。最初は病状・治療方針ともよく理解されていたが(とと思っていたが)、徐々に肺転移による呼吸苦・呼吸困難が強くなるとともに、病状の悪化に対する理解がなかなか得られず、抗癌剤に過度の期待を持つこともあった。初診後8カ月で死亡した。この症例では特に経過途中の病状説明が重要であり、その点のコミュニケーションの難しさを感じた。

### 症例2: 50歳の女性。既往歴: SMON

平成7年4月、右背部痛にて前医を受診、肝腫瘍の疑いで当科を紹介された。検査の結果、B型肝炎とかなり広範な肝癌(Stage IV-A)と診断、治療はリザーバー動注を行なうことになった。当初は病状・治療方針についても理解されていたが、動注は副作用のためしばしば中止された。途中経過で一度採血の結果を聞かれたとき「よくはなっていないが、悪くもない」というような説明をした。それを聞いて患者は非常にショックを受け、以後説明を拒むようになった。例えば、「結果の説明はしていただかなくて結構です。家でもいろいろなことがあるし、自分自身つらいことにはあまり直面したくない、悪い病気なのはわかっているのが、希望は持ち続けたい。」というような言い方であった。その後は、日々の症状について、その症状に対する対

応、その後の治療についてというような話しが中心となり、病気の現状については結局話さず、聞かずという状態が続いた。12月に入って状態悪化し死亡した。どういふコミュニケーション・アプローチが良かったかについて考えさせられた症例であった。

## 考 案

最近、癌告知に関する関心は医療者のみならず一般の人や患者のあいだでも高まってきており、いろいろと話題になっている。また、学会・研究会でも癌告知に関する発表、アンケート調査なども増えてきているし、新聞や一般書のなかにも癌告知を題材にしたものが増えている。そもそも「告知」という言葉は、どうも「宣告」のイメージが強くよくないのではないかという声も多い<sup>6)</sup>。実際別の日本語で「病名説明」とか「病状説明」ともいわれるがそれでは正しいニュアンスは伝わらない。「告知」の正しい意味合いは季羽のいう“truth telling”がわかりやすいと思われる<sup>5)</sup>。これは告知はワンポイントではなく、プロセスであるという主張である。すなわち、「・・・癌と言った」という事実が「告知」ではなく、その後の医療者と患者との関わりのなかでくりひろげられることをすべて含めて「告知」なのである。また、告知の仕方についてもいろいろと問題がある。われわれは段階的にすすめている<sup>4)</sup>。これは従来日本人的な小出しの説明にもつながるが、すこしづつ時間をかけて行なうという効率のよいやり方である。中途半端であり、このやりかたでは告知したとはいえないという批判もあるが、実際的には有効であり、この方法をとっている医師は多い。さらに、まず最初に患者本人にという基本姿勢をとっている。これは最初に家族に話してしまうと、できるだけ本人にはいわないで欲しいというような要求をだされてその後の患者本人へのアプローチが苦勞することがあるからである。もちろん、家族の協力・理解が重要であることにまちがいはないが、話の順序として、まず患者本人に話して、そのあとで家族に話すようにしている。場合によっては同席してもらっている。

「告知率」についても最近の学会・研究会でもよく耳にするようになった。しかし、告知という言葉のものにも問題があることに加え、告知率の定義も報告者によってまちまちである。患者自身が医師からの説明後に自分の病気を・・・癌と記載した率を告知率としている報告もあるが<sup>7)</sup>、多くは・・・癌と伝えた率を告知

率とする場合が多く、患者がどう認識しているかをみていない場合も多い。われわれも今回何を持って、告知率とするかについては決めていないし、告知率という結果も出さなかった。

今回のわれわれの検討はいわゆる進行肝癌患者での告知の実情を調べたものである。その結果は、予後の悪い進行した肝癌患者に対しても、基本姿勢に基づいて説明できた。告知レベルA、すなわち癌である、あるいは悪いものであると伝えなかったのが3/17(17.6%)であった。その3例とは、脳卒中後遺症で車椅子生活、言語障害のためあまり十分なコミュニケーションがとれなかった患者、急速に肝不全が進んだため病状についてじっくり話す時間がとれなかった患者、話しを進めようとしても「長くかかる病気」以上の説明ができなかった患者である。患者によってはこのように途中までの説明で終わることもあるが、それは止むを得ない場合もあり、また逆に決定的なことまでは聞きたくないという患者もいる。次に患者の認識であるが癌であると認識したのが13/17(76.5%)、予後まで認識した(と思われる)のは4/17(23.5%)であった。なお、認識度の評価は主治医・看護婦が患者の言動から推測したものであり、患者に確かめたものではない。今回の結果から、約8割の患者が癌と知らされ、そう認識したといえる。最初の告知内容、あるいは患者の認識がどうであっても、病状が悪化・変化したさいに「悪い知らせ」をどう伝えてゆくかが重要である。症例のように自分の悪い状況を受け入れ難くなった患者に対して、どのように対応してゆくがとても重要である。2人の患者を紹介したが、実はこれに近いようなことは他の患者でも経験する。その意味では、告知率が高い・低いを問題にするよりも、その後のコミュニケーションの継続及びそのプロセスが大切である。最近、「悪い知らせ」の伝え方に関して、参考になる書物<sup>8)</sup>や文献<sup>9)</sup>もでており、これらも活用すべきであると考え

## ま と め

1. 予後の悪い肝癌であっても、基本姿勢に基づいて患者に説明できた。しかし、全例にすべてを伝えることは困難であると思われた。それぞれの患者に即したアプローチが必要である。
2. 最初の告知内容、患者の認識度がどうであっても、病状が悪化し・変化したさいにどう対応してゆくか

が重要である。告知率が高い・低いを問題にするよりも、その後のコミュニケーションの継続及びそのプロセスがより大切である。

### 文 献

- 1) 柏木哲夫：トピックス がんの告知，日本内科学会雑誌 85, 1977-1982, 1996
- 2) 志真泰夫，下山正徳：がん告知の現状：アンケートより 1. がん専門病院の場合，日本内科学会雑誌 85, 2039-2044, 1996
- 3) 岡田 定，西崎 統：がん告知の現状：アンケートより 3. 一般病院の現状，日本内科学会雑誌 85, 2053-2057, 1996
- 4) 村上國男：段階的告知，病名告知と QOL. メヂカルフレンド社，東京，129-145, 1990
- 5) 季羽倭文子：がん告知はだれのためのもの，がん告知以後，岩波書店，東京，13-33, 1993
- 6) 奈倉道隆：患者の立場からの告知の問題—特に患者側の受容性と文化をめぐって—，ターミナルケア 3:195-199, 1993
- 7) 佐々木寿英，長井吉清，岡本 堯，ほか：がん専門病院におけるがん告知の現状，癌の臨床 45, 1027-1033, 1999
- 8) Buckman R: Breaking bad news: a six step protocol, How to break bad news. The John Hopkins University Press, Baltimore, 65-97, 1992
- 9) ピーター・ケイ: Breaking bad news, ターミナルケア 9: 245-252, 1999

## Clinical Study of "Truth Telling" to the Patients with Advanced Hepatocellular Carcinoma.

Hitoyoshi OHTA, Mitsutaka INOUE, Akinori MATSUMOTO,  
Youko KIKUCHI, Yasuhiro NAKANO, Tomoyuki OHTA,  
Hideki KOMATSU, Masanori MURAKAMI, Yutaka ORII

Key Words: advanced hepatocellular carcinoma, truth telling, breaking bad news

---

Dept. of Gastroenterology, Asahikawa Kosei Hospital, 1-24, Asahikawa 078-8211, Japan