

悪性疾患の患者に対する医師の説明

A・シユーマツハ、M・フオルケナント、O・M・コツホ

住 大 恭 康 訳

目 次

はじめに

悪性疾患の患者に対する医師の説明の重要性

悪性腫瘍を持つ患者に対する説明の特殊性

説明における会話の進行

予後についての説明

治療の可能性に関する説明

終末期における説明

プロセスとしての説明

参考文献

はしがき

はじめに

西洋諸国においては、ここ数年で、がん患者に対する説明についての考え方が明らかに変わってきている。診断とそれに対応する複数の治療法に関して、詳細な説明を受ける患者がますます増えてきた。このような進展は、一般的、あるいは個別領域的ながん治療の進歩と関連づけることもできよう。以下の考察では、がん科に特有な説明に関する問題点のいくつかを明らかにし、診療のための示唆をあたえる。

がん科においては、真実に基づいた説明の必要性や価値について、法律的な解答を出すだけでなく、患者の自己決定権の観点からも検討しなければならない。差し迫った死を目前にした患者に病気の本質をわかりやすく伝えることは、誠実な説明をしようとする医師にとって義務である。この説明は、もちろん、統計的な可能性の列挙に限定されてはならない。

悪性疾患の患者に対する医師の説明の重要性

患者への説明、特に、がん患者への状況に応じた説明は、医療行為において重要な位置を占めている。がん科に勤務する医師は、病状や治療法、および、その副作用について、患者やその家族、あるいは、医療スタッフに対して説明するが、その説明に、日々の労働時間の一〜二時間、あるいはそれ以上を費やす。この重要で困難な課題を行うためには、病気の経過に関する深い知識以外に、それ相当の心理的特性が必要とされる。しかし、医師はそれ

に関して学生時代、および、その後の診療に携わる期間において、まったく、あるいは、不十分にしか教育されていない¹⁾。この課題を請け負ったり、他の医師の相談にのって援助したりするための特別な教育を受けたサイコロジストは、少数のクリニックに存在するにすぎない。

医師・患者関係において、説明のための会話は非常に重要な意味を持つ。診断のために行うべき検査においても、可能性のある診断の扱い方次第で、効果的な治療の基盤となる、信頼に充ちた関係を構築することができる⁵⁾。説明のための会話においては、病気との付き合い方や病気そのもの、さらに、しばしば苦痛を伴う治療法を受け入れていく道筋が定められる。心から納得した上で特定の治療法に決めれば、コンプライアンスや、主観的な病気の克服が促進される。

診断と治療について、開かれたコミュニケーションをとる医師のイニシアチブは、特殊な様相を呈している。医師は、医学的な能力を持つ専門家として必要とされており、素人である患者に対して病気の背景を示して、治療法や症状が改善する可能性を明らかにしなければならない。医師は、この専門的な能力を、慇懃無礼に「訳知り顔をする」ために乱用してはならない。専門的な表現を隠れ蓑にしていれば、その医師が人間として近づきたいことを、患者は即座に感じ取る。誤解されがちな「患者は成人である」という原則を言い訳にして責任から逃れたりしないこと、また、多様な治療法に関する患者の決断に干渉しないことも、専門的な能力として要求される。

例えば、個人的な危険因子によってすぐに病気が再発すると考えられ、延命の可能性が非常に限られていると医師が認めている場合、「腫瘍の摘出が手遅れにならなかったから健康を取り戻すことができた」と患者に伝えるようなことは、今日では許されない。生命を脅かす不快な状況を抑圧しようとするのは一般的で頻繁に見られる人間の性質であるため、そのような説明を受けた患者が快適に感じることもあるだろう。しかし、がんが再発した場合、

医師のことばを頼りにしている患者の信用は、緩和的な治療の計画どころか、終末期のケアをも阻害するほどに揺さぶられるであろう。絶望し、混乱した患者は、十分な医療的な支えなしに人生の最期を「体験する」ことになってしまう。なお、このような不信感、看護スタッフなど医療チーム全体に伝染する。

悪性腫瘍を持つ患者に対する説明の特殊性

がん患者に対する説明は、良性の疾患を持つ患者に対する説明と多くの点で異なる⁽⁶⁾。がんは、身体的に人を傷つけるだけでなく、その人の全てを傷つける。「がん」というタブーは、多くの人々にとって、いかなる医学的な啓蒙にも関わらず、長患い、不治、死といったイメージと結びついている。しばしばこの病は、何か恐ろしいもの、悪(「悪」性腫瘍)を連想させる。そのため、患者への診断の告知が、患者の存在を脅かしかねないことも驚くにはあたらない。

社会学者ゲルベス⁽⁷⁾は、がんという診断の知らせを「日常的な現実からの強制的な落下」と定義した。社会的に守られながら自立していたそれまでの秩序ある生活が、がんという病気の危機によって、もはや現実ではなくなる。時間的な制限を知ることにより、制御不能で計画不可能なものが人格の中心に居座ることになる。時間的にも、可能性に関しても、人生が限定されていることを患者は強く意識するようになる。未来は容易に計画を立てたり計算したりできないものとなり、「明日」は「昨日」のように既知の次元で体験することができなくなる。これまで存在していたはずの「社会的な世界を体感する構造」⁽⁸⁾が完全に疑問視される。患者は、主観的な現実を様々な観点から検証して、新しく定義しなおさなければならない⁽⁹⁾。がん患者への説明は、患者自身だけでなく、その家族、

さらにはその社会的な環境全体にも影響を与えることが明らかであろう。

五年生存率に関していえば、例えば、悪性リンパ腫の患者よりも、冠状動脈や心筋に重大な障害をもつ患者の方が低い。それにもかかわらず、患者が「リンパ腫」という診断を告知された場合に、より顕著に恐れてうろたえるのは、悪性の病気という診断が苦痛に満ちた終末を即座に連想させるからである。

悪性の病気を身をもって知るプロセスには、なぜこのような特徴があるのだろうか。苦痛に満ちた最期の脅威が感受されるとともに、患者には、がんによる社会的、感情的、身体的な烙印が刻み付けられる。がんの原因の大部分は、いまだ周知というにはほど遠く、素人に理解できるように説明することは、ほとんど不可能である。そのため、遺伝的な汚点や、子孫に対する罪悪感など、合理的でない感情が生まれるのかもしれない。しばしば、がんは感染する可能性があるときえ思われているようである。患者や家族の心配や感情にうまく対応して、このような問題を減少させる必要がある⁽¹⁾。

説明における会話の進行

説明のための会話は、いうまでもなく、静かな空間で邪魔されることなく行うべきである。ファローフィールド⁽²⁾が指摘しているように、銀行員とクレジットについて話す時の方が、生命を脅かす病気について医師と語る時よりも邪魔されず、信頼して行う必要がある⁽³⁾ということはありえない。

説明のための会話を平穏な午後の遅い時間になると、患者にとって負担となることがある。多くの場合、会話が終わった後の時間を心配や苦痛とともに一人で過ごさなければならぬからである。説明する医師がいなければ、

患者の切羽詰った質問も先送りにならざるを得ない。

説明は、お互いに交代しながら積み重ねて行く対話の形式で行うべきである。そのため、「がん患者への説明」という一つの万能な処方箋は存在しない。会話が行われる場所やその場での互いの位置など、会話に参加する個人、および、個人間の要因によって、説明のための会話の様相が異なるものとなる。「病床の真実」は診断に関する情報のみを表すわけではない^⑩。患者が状況を理解し、また、病因や予後といった重要な質問ができるように、会話を進めるべきである。聞いた内容を理解し、不愉快であろう事実に取り組み、また、自分自身の感情と向き合うため、患者には、しばしば臨床的な状況が許すよりも長い時間が必要である。

説明を行う医師は、患者がおかれている状況に接近するプロセスにおいて、自分自身の行いについて反省し、自らの感情と取り組まなければならない。特に、がん科の医師は、苦しみや死に対する自分自身の恐れと繰り返し直面することになる。医療における言葉づかいには、治療の要求が医療によって満たせないかもしれないという無力感に対する抵抗を表すものもある。

予後についての説明

がんの予後に関する知識は、説明のための会話を進めるうえで重要な前提となる。病気についてよく知っているがん科医には、その説明を行うことができるだろう。「悪性の腫瘍が見つかりました」ということばに続けて、治療の可能性と予後に関する説明が続けられる。医療チーム内でもっとも経験の浅い医師に説明させることは避けなければならない。

がんの経過には、治療によって治療が可能である場合と、治療を行っても病気の進行を遅らせることしかできない場合があり、それに従って説明も区別される。この区別は簡単そうであるが、説明においては、不十分にしか、あるいは、まったく考慮されないことがある。専門書を読んで知ることができる平均的な余命期間を患者に知らせてしまうという誤りが、経験の少ない医師の説明において頻繁に見られる。「あとどれくらい生きられるでしょうか」という質問に対して、ただ何ヶ月、何年と数字で答えてしまうのである。このような答えは事実として誤りであり、その期間が過ぎたら死に到ると予測することは、患者にとって心理的に重い負担となる。

治療によって、長期的な寛解、あるいは治療に到達できそうな時には、説明においてその可能性が明瞭に示されなければならない。進行したリンパ腫や白血病で、たとえ治療の可能性が三〇%より少ない場合であっても同様に説明する必要がある。治療によって生じる苦痛を考慮に入れ、延命の可能性は概算として評価すべきである。経験的には、「(治療・延命の)可能性がある」「(治療・延命の)可能性が高い」「多くの場合に長期的な寛解が見られる」といった見込みに関する評価で、患者は充分だと感じており、さらに質問を続けることはほとんどない。このように、より詳細な情報を自発的に放棄する根拠はどこにあるのだろうか。誰もが、がんを告知された場合にどう反応するだろうか、一度は自分自身に問いかけたことがあるだろう。ほとんどの人は、治療の可能性が非常に低い場合に、あえて辛い治療に同意したりしないと考えただろう。しかし、実際に病気の当事者であるのは、われわれではなく、患者であり、健康なわれわれには、心理的に複雑な状況にある患者の立場で考えることができない。経験的にいえば、治療の見込みが非常に少なく、治療の副作用が強くて苦痛が大きい場合にも、患者は治療に同意することが多い^{9, 12}。ここで詳細な議論はできないが、このような決断は、社会・経済的、宗教的、道徳的な様々な要因に影響を受ける。

治療によつてがんの進行を遅らせたり、症状を緩和したりすることしかできない場合にも、患者に真実を伝えないわけにはいかない。医療技術の限界に直面しながら患者と向き合うことになるため、これを伝えることは医師にとつて辛いことである。医師は、できることなら治癒の可能性を知りたいという患者の期待に応えたいからである。

患者には病氣によつて将来がどうなっていくかイメージできなければならぬ。社会的な関係や経済的な保護の形態だけでなく、時間的な制限があるという事実も誠心誠意伝えなければならぬ。しかし、個々人の予後に関する算定は不確かなものであり、医師には予知能力があるわけでもないので、これを伝えることもまた困難である。

病状が知らされ、治療が始まり、その効果が示されれば、最初に行つた予後に関する説明に新たな説明が重ねられる。このように予後の説明が改められるプロセスには、期待感が同伴している。そのため、軽快した状態にある患者に対して、「病氣の経過に関する説明の訂正」が必要となる時、医師は、良心の葛藤に陥ることがある。例えば、その喜ばしい時期に、妊娠などが計画されて、その結果が患者の状況に重大な影響を与える可能性があるような場合である。そのような時、医師に許されるのは真実を説明することだけである。患者の行動を評価する権利を医師は持たない。

治療の可能性に関する説明

治療の可能性についての適切な説明も、説明のための会話に含まれる。会話の進行は、この場合にも、治癒の可能性の方向に向かう。治療によつて長期的な寛解（治癒）に到達できるようであれば、治療の目標を明確に打ち出すことができる。その際、治療の副作用についての説明は、患者が不安にならないように行う必要がある。治療を

拒否したり、早期に中断したりしてしまう可能性があるからである。

緩和治療しかできない場合には、特に治療の副作用を充分考慮しなければならぬ。治療計画は、もっぱら人生の質（QOL）を保持するという観点から立てられることとなる。そのような状況で患者が治療に対して明確に反対した場合には、たとえ医師の期待と対応しなくても、その決断を尊重しなければならない。

終末期における説明

もはや特殊な治療を行っても、がんの経過に好ましい影響を与えられない状況では、患者に対する説明の質が異なるものとなる。その場合、緩和治療をすれば、制御できない症状はほとんど現れないという確信を患者に伝える必要がある。恐れ、痛み、呼吸困難、その他の身体的・精神的な苦痛に対しても効果的な治療法があることを示しておくなければならない。

そのような説明を受けた患者は、代替となる、時には疑わしい治療法を探し始めることがある。困難な状況にある患者は、医学的・学術的な見地から正しいとは思われない選択をする可能性があることを、医師は常に心に止めておく必要がある。

プロセスとしての説明

一昔前の説明とは異なり、今日では、患者の心理的な状況に即した説明が行われるようになってきた⁴。それに

に伴い、説明は、様々な段階に応じて複数回にわたって行われる会話のプロセスとして理解すべきものとなった。非言語的、あるいはパラ言語的にも医師が予測している診断の見通しが伝わってしまうため、説明は診断のための検査においてすでに始まっていることになる。その時点で、説明のための会話を継続し、患者に対する指導を進めるための基盤が確立されるのが理想的である。効果的な治療を行うための関係が確立すれば、再発が起こった場合や、終末期に移行した場合に、患者の助けとなる説明を行う負担が軽減されることにもなる。プロセスとして説明を行うためには、病気や治療についてのコミュニケーションが開かれたものであると患者に伝えておく必要がある。広範囲にわたる説明を一旦拒否した患者であっても、後で心理的に対処できるようになって、次第に自分の病気と取り組もうとするようになることもある。

説明の経緯においては、医療・看護のチームの全員が一丸となっている必要がある。治療、看護、あるいは、医師や看護師によるがん患者の指導は、説明が全てのスタッフに包括的に知られていることによってはじめて、十分に保証される。「病気を患った人生」におけるQOLは、信頼に満ちた患者・医師の関係によって本質的な影響を受けるのである。

参考文献

- (1) Berger, P., T. Luckmann : *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. (Fischer : Frankfurt/Main 1972).
- (2) Fallowfield, L. : *Giving sad and bad news*. *Lancet* 341 (1993), 476-478.
- (3) Gerdes, N. : *Der Sturz aus der Wirklichkeit und die Suche nach dem Sinn*. (Institut Schloß Reisenburg 1984).
- (4) Holland, J. C. : *Now we tell — but how well? J. Clin. Oncol.* 5 (1989), 557-559.

- (15) Neises, M. : Psychosomatische Unterstützung des Krebskranken. *Medizin im Dialog* 2 (1995), 12-14.
- (16) Niederle, N., E. Aulbert (Hrsg.) : *Der Krebskranke und sein Umfeld*. (Thieme : Stuttgart 1987).
- (17) Schütz, A. : *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. (Suhrkamp : Frankfurt/Main 1974).
- (18) Sellschopp, A. : Die gegenwärtige Lage der Psychoonkologie. In : Verres, R., M. Hasenbring (Hrsg.) : *Psychosoziale Onkologie. Jahrbuch der medizinischen Psychologie*, Bd. 3. (Springer : Berlin 1989), 3-16.
- (19) Slevin, M., L. Stubbs, H. Plant, P. Wilson, W. Gregory, P. J. Armes, S. Downer : Attitudes to chemotherapy : comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses and general public. *Brit. Med. J.* 300 (1990), 1458-1460.
- (20) van de Loo, J., B. Wörmann : Ärztliche Aufklärung über die Krankheit zum Tode. *Dtsch. Ärztebl.* 89 (1992), 889-894.
- (21) Verres, R. : *Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen*. (Springer : Berlin 1986).
- (22) Yellen, S., D. Cella : Someone to live for : social wellbeing, parenthood, status and decision-making in oncology. *J. Clin. Oncol.* 13 (1995), 1255-1264.

おしごと

本編が A.Schumacher, M. Volkenandt, O.M.Koch “Zur ärztlichen Aufklärung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen.”

In *Dtsch Med Wochenschr.* 123(18) : 573-6. 1998 © Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart の翻訳による。著者の一人でもある

アンドレア・シューマツハ氏 (Universitätsklinikum Münster) と、出版元の Georg Thieme Verlag からは、快く翻訳の発表を許可していただき感謝している。なお、再版や複製は (部分的であっても) Georg Thieme Verlag から書面で許可をもらう必要があることを記しておく。

当論文は、シューマツハ氏が理事をしている「dapö」(Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e.v. : ドイツ心理・社会的がん研究会) のホームページにも掲載されている。dapö は、一九八三年に創設されたドイツ全土に影響力をもつ団体であり、現在では、医師、心理学者、社会教育学者、ソーシャルワーカー、看護師、精神分析医、神学者などによって構成されている。がん患者とその家族に対する初診からリハビリまでの心理社会的なケアや支援を確立し、がん科に勤務する全てのスタッフの協力関係を深め、学術的に根拠付けられた適切なケアの概念をさらに展開させ、その質と効果を評価し、がんに関わる全てのスタッフに対して心理社会的な能力を高める教育を行うことを目標に、精力的に活動している。