

## 原著

# 高齢がん患者への病名告知に関する医師と看護師の認識

Perception of Truth-telling about Diagnosis toward Aged Patients with Cancer  
among Physicians and Nurses

川上 陽子<sup>\*1</sup> Yoko Kawakami, 大町 弥生<sup>\*2</sup> Yayoi Ohmachi

**Abstract** The purpose of this study is to identify the Japanese physicians and nurses' perception of truth-telling about diagnosis toward aged patients with cancer. Participant observation with interviews was conducted with five physicians and six nurses. All data were tape recorded and transcribed verbatim, and content analysis was performed. Three significant issues identified as the perception of truth-telling about diagnosis toward an aged patient with cancer were; 1) physicians and nurses perceive that the main factors of decision making on truth-telling relate to patient's cognitive ability to understand his/her own situation and economical condition, a physician has initiative for truth-telling and family has right and responsibility to truth-telling since they have a good grasp of a patient, 2) what was explained to a patient by a home-physician about the diagnosis must take precedence of all others, 3) nurses' role is to give a patient mental support, because physicians do not assume such a responsibility. These findings can be used by medical personal to advance understanding of the essential problems in truth-telling about diagnosis for cancer patients.

**要 旨** 本研究の目的は、高齢がん患者への病名告知に関する医師と看護師の認識を明らかにすることである。面接をともなった参加観察によって、医師5名・看護師6名からデータを得た。面接内容は録音し逐語録に起こし、内容分析を行った。結果：1) 医師と看護師は、“病名告知の判断因子は、患者の経済力・理解力である”、“がん告知の主導権は医師にある”、“家族員は患者のことを一番よく理解している”、“がん告知に関する責任と、決定する権利を持っている”と認識している。2) 医師は、“がん患者に対するホームドクターの説明内容を最優先する”と認識している。3) 看護師は、“がん告知後の患者に対する医師からの精神的援助を期待できないので、自分たちがその役割を持っている”と認識している。これらの結果は、高齢がん患者への病名告知に関する医療者の認識の改善を促進するものであると考えられる。

**キーワード** Aged patients with cancer, Truth-telling about diagnosis, Perception among physicians and nurses. 高齢がん患者、病名告知、医師と看護師の認識

\* 1 滋賀医科大学医学部看護学科 Shiga University of Medical Science, 連絡先：〒520 2192 滋賀県大津市瀬田月輪町 Tel: 077 548 2398, E-mail: kawakami@belle.shiga-med.ac.jp

\* 2 滋賀医科大学医学部看護学科 Shiga University of Medical Science

受付：2002年9月2日，受理：2002年12月11日

## はじめに

日本は本来、がん告知をしないという文化を持っており、告知の文化が欧米から入ってきてもすぐに普及するには至らず、現在は告知する文化としない文化の衝突を起こしている(佐藤, 1999)。この文化の衝突を反映して、病名告知率には、医療施設の違いによる格差や地域差が生じている(渡辺 & 武田, 1998)。また、がん患者の意思が治療方針の決定に反映されない原因の中には、自分の気持ちが医師のそれと異なる場合でも『ノー』と言えない人間関係がある(国立がんセンター中央病院看護部, 1998)と指摘している。近年、がん患者への病名告知についての一般の意識は高くなってきているとはいえ、実際の医療現場では、告知をするかしないかの判断は担当の医師の裁量に任されていることが多く、告知はほとんどの病院では医師により行われている(堀, 1997)。一方看護師は、患者への告知について看護師不在で決定されてしまうことや、それに対する看護師の積極的な行動が少ないことなどのジレンマを抱きやすい(中村 & 吉田, 1998)と指摘されている。また、高齡者診療における現状は、高齡者は、医学情報に対する理解力が低く、自己決定や情報開示は希望しておらず、判断能力が低いと医師は認識している(青木, 浅井, & 福井, 1999)と指摘されている。

このことから、がん患者への病名告知に関する問題は、我が国特有の文化的背景や、地域や医療施設に潜在している文化の特徴、医療環境の一部となっている医師と看護師の認識を抜きにしては語れないということが分かる。そして、高齡者診療における現状も合わせ考えると、特に高齡がん患者への病名告知に関しては、独自の研究が求められると考える。それゆえ、本研究では高齡がん患者への病名告知に関する医師と看護師の認識を明らかにすることを目的とした。

### 用語の操作定義

【認識】 大山と東(1984)は、認知心理学において、

人間を理解することについては二つの立場があると述べている。一つは、人間の観察可能な行動を分析して、表れている行動を統制している現在の刺激条件を重要視する行動主義的立場であり、もう一つは、人間が自分自身の生活と自分を取り巻いている世界に、どのような意味付けをしているかを最も重視する現象学的立場である。本研究では、“認識”という語を、単に行動を統制している現在の刺激条件を指す語ではなく、“自分の生活や自分を取り巻く世界についてもっている心象や価値観”と定義する。

【病名告知】 がん患者に対する告知には、“病名告知”“病状告知”“予後告知”などの様々な意味があるといわれている(中村 & 吉田, 1998)。中でも“病名告知”は、“病状告知”や“予後告知”の基礎となる存在と考えた。また、告知という表現は、地位が上の人から下の人に向かって何かを知らせるといったニュアンスを含んでいる(左近司, 2002)といわれている。これをふまえ“病名告知”とは、“病名について真実を告げ続けること”と定義する。この定義は、季羽(1995)が示した、“truth-telling”の訳語に由来する。

【高齡がん患者】 いわゆる“がん”は、医学用語では“悪性上皮性腫瘍”を指す(Stedman, 1938)。しかし一般的には“がん”という語は、上皮性のみでなく、非上皮性も含めた悪性腫瘍全般を表現する語である。また、先進諸国では一般に、65歳以上を高齡者とすることが多く、我が国でも同様の区分で国勢調査が行われていたり、社会保険制度の取り扱い基準となっていたりする(厚生省, 2000)。これをふまえ“高齡がん患者”とは、“65歳以上の悪性腫瘍患者”と定義する。

## 研究方法

本研究は、質的記述的研究方法を用いた。それは、人間が自分自身の生活と自分を取り巻いている世界に、どのような意味付けをしているかを最も重視する立場で、病名告知に関する認識を明らかにできると考えたからである。

## 情報提供者

以下の条件を満たす医師10名と看護師20名を情報提供者として選択した。

- ・ A大学病院の医療従事者である。
- ・ 内科病棟または外科病棟で常勤している。
- ・ 現在、高齢がん患者を担当している。

## データ収集方法と場所

参加観察と非構成的面接を併せ用いて、平成13年6月18日から8月24日の間に、A大学病院で収集した。

### 1. 参加観察

参加観察の場面は、告知場面、医療者と患者や家族員とのコミュニケーション場面、その他、研究者が必要と判断した場面であった。観察と印象からのデータを書き留め、回想される情報をもとに、より詳しいフィールドノートを作成し、データとして用いた。

### 2. 非構成的面接

医師と看護師に高齢がん患者への病名告知について自由に語ってもらい、承認を得た上で録音し、逐語録におこした。また、面接中の情報提供者の表情・身振り・態度・声の大きさ、沈黙時間、研究者が受けた印象もメモとして書き留め、データとして用いた。

## データ分析方法

Berelson(1957)の内容分析法を参考に、以下の手順で分析を行った。フィールドノートとインタビュー逐語録より、研究目的に沿い、高齢がん患者への病名告知に関する認識が表れている部分を抜き出し、その内容を歪めることなく簡潔にしたうえで(記録単位の抽出)抽出された記録単位の内容に共通性のあるものを集め、まとまりごとに命名した(サブカテゴリーの抽出)。そのうえで、抽出されたサブカテゴリーの内容に共通性のあるものを集め、まとまりごとに命名した(カテゴリーの抽出)。

## 倫理的配慮

平成13年5月21日、滋賀医科大学倫理委員会において本研究の方法と内容についての承認を得た。情

報提供者と、参加観察場面に関与する高齢がん患者と家族員には、匿名と守秘の保障、参加を拒否する権利の保障、研究結果について予定している公表手段について説明を行い承諾を受けた。その上で、面接の日時を情報提供者のスケジュールに合わせ、録音は同意を得てから行った。

## 結果

### 情報提供者の背景

依頼した医師10名と看護師20名中、医師5名と看護師6名から協力が得られた。医師については、男性5名で、平均年齢は39.0歳(35~50歳)、平均経験年数は15.0年(11~26年)であった。看護師については、女性6名で、平均年齢は26.3歳(21~31歳)、平均経験年数は4.5年(0.5~7.5年)であった。参加観察は72場面であった。面接時間は、平均21.8分(10~40分)であった。

### 抽出されたカテゴリー(表1)

データから31の記録単位が抽出された。これらに内容を共通性のあるものを集め、9つのサブカテゴリーを抽出したうえで3つのカテゴリーに分類した。記録単位・サブカテゴリー・カテゴリーの抽出、命名については、その信頼性を確保するために、研究者2名で分析を行い、他の2名のパネリストとともに確認しながら進めた。

患者が告知に耐えられるか否かの判断が大切、告知するかしないかの線引きは「判断能力」、被扶養者よりも扶養者に決定権がある、告知に関しての暦年齢はそれほど重要でないの4記録単位から、サブカテゴリー《病名告知の判断因子は、患者の経済力・理解力である》を抽出した。

医師：告知への責任がある、医師：告知に関する看護師の意識が低いので当てにしていない、看護師：医師の方針に忠実に従う、看護師：医師には情報を提供する、看護師：告知に関する役割意識が低いことを自覚している、看護師：告知に関する権限を持っているのは医師の6記録単位から、

表1. 抽出された医師と看護師の認識

カテゴリーⅠ 医師と看護師は、1)病名告知の判断因子は、患者の経済力・理解力である、2)がん告知の主導権は医師にある、3)家族員は患者のことを一番よく理解しているので、がん告知に関する責任と、決定する権利を持っていると認識している

サブカテゴリー1 病名告知の判断因子は、患者の経済力・理解力である

記録単位

- ・患者が告知に耐えられるか否かの判断が大切
- ・告知するかしないかの線引きは「判断能力」
- ・被扶養者よりも扶養者に決定権がある
- ・告知に関しての暦年齢はそれほど重要でない

サブカテゴリー2 がん告知の主導権は医師にある

記録単位

- ・医師：告知への責任がある
- ・医師：告知に関する看護師の意識が低いので当てにしていない
- ・看護師：医師の方針に忠実に従う
- ・看護師：医師には情報を提供する
- ・看護師：告知に関する役割意識が低いことを自覚している
- ・看護師：告知に関する権限を持っているのは医師

サブカテゴリー3 家族員は患者のことを一番よく理解しているので、がん告知に関する責任と、決定する権利を持っている

記録単位

- ・告知しなかったときの不利益も家族員には伝える
- ・患者を一番よく知っているのは家族員
- ・告知後の患者のフォローをできるのは家族員
- ・告知しない場合、その後の患者を支えるのは家族員
- ・家族員だけへの病状説明は日常的に行われている

カテゴリーⅡ 医師は、“がん患者に対するホームドクターの説明内容を最優先する”と認識している

サブカテゴリー1 告知に関するそれまでの情報を重視する

記録単位

- ・前医の考え方に合わせて患者への告知の方針を決める
- ・前医から告知を受けて来た患者に対しては、告知についての意向を家族員に尋ねることなく説明する
- ・告知に関する今までの情報は、記録されていなければならない
- ・退院後の患者はホームドクターにフォローされるので、ここでは一時的な医療を引き受けるのみである

サブカテゴリー2 前医が告知していない場合は、患者に病名を悟られてはいけない

記録単位

- ・病名に対する患者の認識が不明な場合は、家族員に確認する
- ・がんと聞いた患者が自殺すると困る

カテゴリーⅢ 看護師は、“がん告知後の患者に対する医師からの精神的援助を期待できないので、自分たちがその役割を持っている”と認識している

サブカテゴリー1 告知を受ける患者の恐怖は大きい

記録単位

- ・患者は自分の病名に対して神経質になっている

サブカテゴリー2 自分たちには告知後の精神的援助の責任がある

記録単位

- ・告知後の患者への精神的援助はとても難しいが、看護師は逃げてはいけない
- ・告知場面には看護師が同席した方が良い
- ・看護師は患者の気持ちをきくことが仕事である
- ・患者の病気のみではなく、気持ちにも注目している

サブカテゴリー3 医師は患者への配慮が足りない

記録単位

- ・告知後の患者の精神面を心配している医師は少ない
- ・医師の関心は患者の疾患にある
- ・医師は、患者の全体像をとらえにくい傾向がある

サブカテゴリー4 医師が行う患者への説明は不足気味だが、忙しいので仕方がない

記録単位

- ・医師はたくさんの患者を担当しているので忙しい
- ・医師には、患者への説明を丁寧に行うだけの時間的余裕がない

サブカテゴリー《がん告知の主導権は医師にある》を抽出した。

告知しなかったときの不利益も家族員には伝える、患者を一番よく知っているのは家族員、告知後の患者のフォローをできるのは家族員、告知しない場合、その後の患者を支えるのは家族員、家族員だけへの病状説明は日常的に行われているの5記録単位から、サブカテゴリー《家族員は患者のことを一番よく理解している、がん告知に関する責任と、決定する権利を持っている》を抽出した。

以上3つのサブカテゴリーを統合し、カテゴリーⅠ【医師と看護師は、1)病名告知の判断因子は、患者の経済力・理解力である、2)がん告知の主導権は医師にある、3)家族員は患者のことを一番よく理解している、がん告知に関する責任と、決定する権利を持っていると認識している】と命名した。

前医の考え方に合わせて患者への告知の方針を決める、前医から告知を受けて来た患者に対しては、告知についての意向を家族員に尋ねることなく説明する、告知に関する今までの情報は、記録されていなければならない、退院後の患者はホームドクターにフォローされるので、大学病院では一時的な医療を引き受けるのみであるの4記録単位から、サブカテゴリー《告知に関するそれまでの情報を重視する》を抽出した。

病名に対する患者の認識が不明な場合は、家族員に確認する、がんと聞いた患者が自殺すると困るの2記録単位から、サブカテゴリー《前医が告知していない場合は、患者に病名を悟られてはいけない》を抽出した。

以上の2つのサブカテゴリーを統合し、カテゴリーⅡ【医師は、“がん患者に対するホームドクターの説明内容を最優先する”と認識している】と命名した。

患者は自分の病名に対して神経質になっているの1記録単位から、サブカテゴリー《告知を受ける患者の恐怖は大きい》を抽出した。

告知後の患者への精神的援助はとても難しいが、看護師は逃げてはいけない、告知場面には看護師が同席した方がよい、看護師は患者の気持ちをき

くことが仕事である、患者の病気のみではなく、気持ちにも注目しているの4記録単位から、サブカテゴリー《自分たちには告知後の精神的援助の責任がある》を抽出した。

告知後の患者の精神面を心配している医師は少ない、医師の関心は患者の疾患にある、医師は、患者の全体像をとらえにくい傾向にあるの3記録単位から、サブカテゴリー《医師は患者への配慮が足りない》を抽出した。

医師はたくさんの患者を担当しているので忙しい、医師には、患者への説明を丁寧に行うだけの時間的余裕がないの2記録単位から、サブカテゴリー《医師が行う患者への説明は不足気味だが、忙しいので仕方がない》を抽出した。

以上の4つのサブカテゴリーを統合し、カテゴリーⅢ【看護師は、“がん告知後の患者に対する医師からの精神的援助を期待できないので、自分たちがその役割を持っている”と認識している】と命名した。

## 考 察

### 高齢がん患者への病名告知の判断因子に関する認識

本研究の結果から、医師と看護師が、がん患者へ病名告知をするときの判断基準は、患者の暦年齢ではないということが明らかとなった。このことは、がん患者の年齢が高いほど病名告知率が低くなる(佐々木,長井,岡本,紀藤,黒田,大川,石渡,&細川,1999)という指摘を否定しているようにみえる。しかし、高齢者は経済力・理解力が低いという固定した見方をされている(青木,浅井,&福井,1999)ため、患者の年齢が高いほど病名告知率が低くなるという結果になっていると考える。以上より、高齢患者の持っている力を適切に判断することの重要性が示唆された。

### がん患者の家族員に対する認識

医師と看護師の、“家族員は患者のことを一番よく理解している、がん告知に関する責任と、決定する権利を持っている”という認識は、先行研究で

は、日本特有の認識であることが指摘されている。宮地（1995）が日米の医師に対して行った、告知に関する意識調査では、日本の医師は、『家族員は患者のことを一番良く知っていて一番良く考えている』というイメージを強く持っており、必ず家族員と相談の上で患者への告知の是非を決定する特徴があると報告されている。この報告から数年経った今日でも、医師だけでなく看護師までもこのような認識を持ち続けている現状が明らかになった。しかし、家族員を意思決定代行者としてみることは、患者の意思を軽視することにつながる危険性をはらんでいると考える。

また、“家族員に、患者への告知に関する責任と権利がある”という認識は、告知後の患者への精神的ケアのほとんどが家族員に委ねられている原因の1つになっていると考える。患者への精神的ケアを行うことは、医療者にとっても重要な役割である。確かに家族員にしか担えない部分もあることは否めない。しかし医療者は、そういった家族員へのサポートに関しても、重要な役割を持っており、特に看護師には、患者と家族員の生活に目を向け、必要な介入をアセスメントし実践していくことが求められていると考える。

### 病名告知の場における権力構造に関する認識

医師も看護師も、“がん告知の主導権は医師にある”と認識していたが、病名告知問題の主演は、“医師”でも、“家族員”でもなく、“患者”である。患者の意思が決定に反映されないのは、“自分の気持ちが医師のそれと異なる場合でも『ノー』と言えない（国立がんセンター中央病院看護部，1998）”権力構造が存在するからであろう。この点で、患者に24時間寄り添っている看護師は、タイムリーに患者の変化を敏感にとらえ、時には患者の代弁者となるという重要な役割を持っている。

また、医師は、“がん患者に対するホームドクターの説明内容を最優先する”と認識していたが、ホームドクターから病名告知を受けてきた場合もそうでない場合も、その後の病状の変化や生活環境の変化

によって、患者の精神状態や病気への考え方は揺れ動いていると考える。そこで、ホームドクターの説明内容を最優先するのではなく、現時点の患者の状態や、病気に対する患者の考えを最優先すべきであると考えられる。

### がん患者へのチーム医療体制に関する認識

#### 1．ホームドクターのあり方についての認識

大学病院に勤務する医師が、ホームドクターの存在を重視している内容が抽出された。それは患者への説明内容を統一させるためであり、地域との連携がとれていることを示唆するものではなかった。患者は、入院中も地域の住民であることに変わりはなく、一時的に生活の場を大学病院においているだけである。すなわち、患者の地域での生活を常に念頭において医療・看護を提供することが必要である。

今後、入院日数はさらに短縮することが予測され、地域との連携なしでは、医療は語れない時代となってきている。そのため、そのチーム医療のメンバーに、ホームドクターが入ることが必須となってくると考える。

#### 2．看護師の役割に関する認識

看護師が、“がん告知後の患者に対する医師からの精神的援助は期待できないので、自分たちがその役割を持っている”と認識していたことより、看護師は、がん告知の問題に対して看護の専門家としての主体的な行動をおこしておらず、医師の不十分な部分を補足したり、医師の行った説明内容に自己の言動も統一させたりというような、受動的な行動にとどまっていると考えられた。

大野と黒沢（2001，p. 30）は、「臨床における望ましいチーム体制とは、1人の患者を家族とともに各専門家が取り巻いているという構造である」と述べている。偏った治療による危険を避け、より統合的な治療的関わりを可能にするというチームアプローチのメリットを活かすためには、看護師は、医師の補助的な役割にとどまらず、看護の専門家としての役割を積極的に担うことが望まれる。

## まとめ

医師5名と看護師6名への面接をともなった参加観察によって、高齢がん患者への病名告知に関する認識を明らかにし、以下の結果を得た。

1. 医師と看護師は、1)病名告知の判断因子は、患者の経済力・理解力である、2)がん告知の主導権は医師にある、3)家族員は患者のことを一番よく理解しているので、がん告知に関する責任と決定する権利を持っている、と認識している。

2. 医師は、“がん患者に対するホームドクターの説明内容を最優先する”と認識している。

3. 看護師は、“がん告知後の患者に対する医師からの精神的援助を期待できないので、自分たちがその役割を持っている”と認識している。

これらの結果は、高齢がん患者への病名告知に関する医療者の認識の改善を促進するものと考えられる。さらに看護師には、高齢がん患者への病名告知に関して、患者の持っている力を適切にアセスメントする役割や、患者と家族員の生活に目を向け必要な介入をアセスメントし実践していく役割、時には患者の代弁をする役割などがあり、それらを積極的に担っていく必要性が示唆された。

本研究の結果は、1つの研究フィールドで、限られた情報提供者から得られたデータに基づいているという点で限界がある。今後はフィールド数を増やし、病名告知に関する医療者の認識についての研究を重ねていく必要がある。

## 謝辞

本研究の動機に賛同し、多くの貴重な情報を提供して下さいました、坂文種報徳会病院の山田静子看護部長はじめ看護師の皆様、松本純夫病院長はじめ医師の皆様へ感謝いたします。

また、「がん」という大変な出来事を体験しているにもかかわらず、快く、参加観察を行うことを了解して下さった、患者様とそのご家族の皆様へ、厚く御礼申し上げます。

なお、本研究は、第26回日本死の臨床研究会年次大会（高崎市，2002）において報告した。

## 文献

- 青木則明，浅井 篤， & 福井次矢（1999）. 決定科学の考え方とインフォームド・コンセント．折茂肇編，*新老年学*．東京大学出版会．pp. 359-366．
- Berelson, B. (1957). *Content Analysis*. 稲葉三千男 & 金圭煥訳．(1960). *社会心理学講座7 内容分析*．みすず書房．
- 堀 泰祐（1997）. 医師の「がんの告知」に対する認識の問題点：京滋地区のがん治療医に対するアンケート調査から．*ターミナルケア*，17(6)，465-469．
- 国立がんセンター中央病院看護部（1998）. *がん専門看護*．日本看護協会出版会．
- 季羽倭文子（1995）. Truth telling．*ターミナルケア*，5(3)，173-176．
- 厚生省（2000）. *厚生白書 新しい高齢者像を求めて 21世紀の高齢社会を迎えるにあたって 平成12年版*．ぎょうせい．
- 宮地尚子（1995）. 医療における真実告知と家族：日米医師の比較調査より．*日本医事新報*，3737，28-32．
- 中村めぐみ & 吉田智美（1998）. *最新がん看護の知識と技術*．日本看護協会出版会．pp. 47-59．
- 大野 裕 & 黒澤真澄（2001）. *がんの告知とチーム医療：医師，看護婦，コメディカルスタッフのチームアプローチのすすめ*．竜 崇正 & 寺本竜生（監修），*がん告知：患者の尊厳と医師の義務*．医学書院．
- 大山 正 & 東 洋（1984）. *認知心理学講座第1巻 認知と心理学*．東京大学出版会．
- 左近司光明（2002）. ほすぴすだより．<http://tsuboi-hp.or.jp/index.html>
- 佐々木葦英，長井吉清，岡本 暁，紀藤 毅，黒田知純，大川二郎，石渡淳一，& 細川 治（1999）. *がん専門病院におけるがん告知の現状*．*がんの臨*

床, 45(9), 1027-1033.

佐藤武男 (1999). これからの癌告知法. *成人病*, 39(1), 29-32.

Stedman, T.L. (1938). *Stedman's medical dictionary*.  
ナース版ステッドマン医学辞典編集委員会訳.  
(1998). *ナース版ステッドマン医学辞典: 英和*.

和英. メジカルビュー社.

渡辺孝子 & 武田文和 (1998). インフォームド・  
コンセントの推進における看護婦の役割: 病名告  
知率の地域差と看護婦による患者サポートとの関  
連性. *癌患者と対症療法*, 9, 108-114.