

2

がん医療におけるコミュニケーション

1 日本のがん告知の推移とインフォームド・コンセント

進行・終末期がん患者への告知の是非について議論されていた1990年代に厚生省により、がん告知に関する調査が行われた。終末期がん患者の看取りを行った主介護者を対象に保健師が聞き取り調査を行った結果、がんの告知率は18.2%（1992年）から28.6%（1994年）へと上昇傾向であった（表3）。その10年後に行われた一般病院対象の調査（2006年）では告知率65.9%、がん対策基本法（2007年）を挟んだ2012年の同様の調査では告知率73.5%であり¹⁾、この時期に開示の方向に劇的に上昇していることを示していた。2016年には、国立がん研究センターが全国778施設を対象に院内がん登録全国集計を実施し、その結果、告知率は94%に達していることが明らかになった。告知率の調査方法、対象などはさまざまであるものの、1990年代では20%に満たなかった告知率は、現在に至る30年間で増加傾向であり、がん告知が前提の医療が進められている。

インフォームド・コンセントを前提とする医療では、医療行為を受ける患者に対して、疾患や治療について丁寧に説明し、正確な情報を十分に理解していることを確認したうえで、方針について自由意思に基づく合意を得る必要がある。インフォーム

表3 日本におけるがん患者への病名告知率、医師の告知方針の推移

著者（年）	調査実施年	病名告知率/方針（%）	対象と方法
Uchitomi, et al. (1995) ²⁾	1989	14	全国21がん診療施設・10臨床研修指定病院の医師329名のうち、終末期がん患者の半数以上に病名告知を行っている割合
Tanida (1998) ³⁾	1991	13	都市の大学病院医師179名のうち、真実を伝える方針の割合
厚生省（1993）	1992	18.2	厚生省全国遺族調査、11都道府県40～64歳の末期がん患者を看取った1,918名の遺族に聞き取り
厚生省（1995）	1994	28.6	厚生省全国遺族調査、12都道府県40～64歳の末期がん患者を看取った1,590名の遺族に聞き取り
Matsushima (2008) ⁴⁾	2006	65.7	全国一般病院施設がん診療担当医師1,499名に推計を依頼
Ichikura, et al. (2015) ¹⁾	2012	73.5	全国一般病院施設がん診療担当医師1,224名に推計を依頼
—	2016	94	全国778施設の院内がん登録集計

ド・コンセントの際は、対象となる治療の目的・名称・内容・期待されている結果のみならず、代替治療、副作用、費用、予後までも含んだ正確な情報が提供されることが望まれている。また、患者側が納得するまで質問し、説明を求める態度をとることも重要である。患者家族と医療者の協働意思決定の過程では、患者の理解を確認するとともに、患者にとって何が重要なのか話し合うことが必要である。インフォームド・コンセントについて、わが国では、1990年に日本医師会生命倫理懇談会が「説明と同意」と表現し、「患者の自己決定権を保障するシステムあるいは一連のプロセスである」と説明している。1997年に医療法が改正され、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めなければならない」と、法律として初めて明文化されている。

2 がん医療におけるコミュニケーションと患者の意向 一病名告知から終末期の話し合いまで一

がん告知が前提の医療が進められ、生存率に改善がみられている一方、がん罹患・告知による精神的負担や意思決定の問題などさまざまな心理社会的課題が残されている。

医師の望ましいコミュニケーション（言動）は患者のストレスや前向きさに好影響を及ぼす⁵⁾ことから、医師-患者間の良好なコミュニケーションは、がん罹患・告知による精神的負担を軽減させる予防策・対応策として中核をなすものと考えられる。また、進行・終末期がんでは、治療選択の際に不確実性が高い場合が少なくなく、患者と家族の意向が重要となる。多くの患者は治療・ケアを決める際に医療者から一方的に説明されるのではなく、医療者との「協働意思決定（shared decision making）」における役割を担いたいと感じている⁶⁾。また協働意思決定を促進することで患者の感情状態の改善や決断に対する満足度の向上、終末期における過剰な積極的抗がん治療の減少などがみられる⁷⁾との報告があり、情報提供は一方向ではなく医療者と患者が双方向的に話し合い、共有することが重要である。

しかし、進行がんでは、予後や治療選択に関するコミュニケーションが不十分であることが少なくなく、患者の意向とは一致しない積極的治療が提供されることがあり、患者は治癒可能性に非現実的な期待をして⁸⁾、ホスピスへの紹介が利益をもたらすには遅すぎることもあるなど、予後や標準治療後の療養といった重要な話し合いは患者が死亡する直前に行われていることが指摘されている⁹⁾。

医師側への介入として、患者の意向に即したコミュニケーション技術が開発されている。がんの診断や再発、積極的抗がん治療の中止といった悪い知らせは患者にとって大きなストレスとなるライフイベントであるが、その際に医師が共感を示すなど効果的なコミュニケーション行動をとると、患者のストレス反応や不安を低減させ、信頼関係を促進することがランダム化比較試験により示されている¹⁰⁾。このコミュニケーション技術研修会は全国で行われており¹¹⁾、2019年度までに1,665名の医師が修

表4 抗がん治療中止と緩和ケアへの移行に関するコミュニケーションスタイルの意向

項目	平均	標準偏差	強く望む (%)	望む (%)	どちらともいえない (%)	望まない (%)	強く望まない (%)
現在の病気の状態および今後出現する身体の症状について説明する	4.38	0.58	42.7	52.4	4.9	0.0	0.0
理解しやすいように、検査の結果や写真を見せながら説明する	4.36	0.57	40.8	54.4	4.9	0.0	0.0
つらい症状や困っていること、気がかりなことに関する話を十分聞いてくれる	4.36	0.56	39.6	56.4	4.0	0.0	0.0
今後の診療方針について話し合う	4.32	0.61	38.8	55.3	4.9	1.0	0.0
痛みなどの症状を緩和する方法(緩和ケア)について説明する	4.31	0.56	35.6	59.4	5.0	0.0	0.0
痛みをはじめ、緩和ケアで身体症状をコントロールできることを伝える	4.30	0.52	33.0	64.1	2.9	0.0	0.0
今までの治療経過を踏まえ、今、抗がん治療が勧められない理由を説明する	4.28	0.58	35.0	58.3	6.8	0.0	0.0
あなたがホスピス・緩和病棟への入・転院や、自宅療養を望む場合、これから連携先の医師や看護師と相談しながら責任をもって一緒に診療していくことを伝える	4.25	0.60	33.3	57.8	8.8	0.0	0.0
どこでどのような緩和ケアを受けられるのか説明する	4.22	0.52	26.5	68.6	4.9	0.0	0.0
「今後も引き続きあなたの相談にのっていきます」と言葉をかける	4.21	0.60	30.4	59.8	9.8	0.0	0.0
一方的ではなく、質問がないか尋ねながら説明する	4.16	0.56	24.5	66.7	8.8	0.0	0.0
はっきりと伝える	4.16	0.70	28.2	63.1	5.8	1.9	1.0
家族のみに伝える	1.84	0.95	1.0	7.0	11.0	37.0	44.0
あなたより先に家族に伝える	1.79	0.77	0.0	2.0	15.0	43.0	40.0

1：強く望まない～5：強く望む

[Umezawa S, et al. Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. Cancer 2015; 121: 4240-9 より引用改変]

了している。また患者への介入法としては、進行がんの診断を受けた初診患者を対象とした、初回治療に関する説明の際に患者から医師への質問を促すための質問促進リスト (Question Prompt List : QPL) が開発され、ランダム化比較試験により有用性が示されている¹²⁾。

難治がん治療の経過のなかで、積極的抗がん治療の中止・緩和ケアへの移行という大きなストレスを伴う内容に関し、患者はどのように説明を受けたいのか、質問票(57項目)による意向調査が国立がん研究センターで行われた¹³⁾。積極的抗がん治療中止について説明を受けた進行がん患者 106 名に対し、コミュニケーションの意向を尋ねた。90%以上の患者が望むと回答した 12 項目と 80%以上の患者が望まないと回答した 2 項目を表 4 に示す。今後の見通し (余命) についての伝え方や心のケアについて

の項目は意向が異なる結果であり、患者それぞれの意向に合わせて伝える必要があると考えられた。積極的抗がん治療中止を伝える際に、多くの患者には、「苦痛症状をコントロールできることについて保証してほしい」「これからの生活に対し現実的に対応してほしい」という意向がみられており、これらの意向を考慮したコミュニケーションが望まれる。

進行がんでは、死と時間が限られていることに直面する一方で、多くの現実的問題に対応していかなければならない。その状況下で、予後がどれくらいなのか担当医に尋ねる患者は少なくない。予後を受けた方がよいのか、伝えるとしたらどのように伝えるべきかなど、予後告知は進行がん患者・医療者双方にとって最も重要かつ難しいコミュニケーションである。多くの患者が予後の説明を望んでいるという報告があるが^{14,15)}、2006年と2012年に行われた全国の一般病院対象の調査結果では、予後告知率がそれぞれ30.1%、32.5%であり¹⁾、およそ3人に1人の患者のみが予後告知を受けている状況が明らかとなっている。米国臨床腫瘍学会(ASCO)、欧州臨床腫瘍学会(ESMO)のガイドラインでは、進行がん患者との終末期の話し合い(end-of-life discussion)をもつことを推奨しており^{16,17)}、予後に関する率直な話し合いによって、患者は病状をより正確に理解し、現実的な予後の認識を得ることができ、患者と家族が十分な情報に基づいた決定を下せるようになると考えられている。しかし、予後やホスピスへの移行などを含む終末期の話し合いは医師にとっていまだ困難を伴うものである¹⁸⁾。予後についての話し合いを望む患者にはどのように伝えればよいのか、患者の意向をより理解するため、具体的なシナリオ(余命2年程度)と台詞を用いた調査が全国412名のがん患者を対象に行われた^{19,20)}。その結果、がん患者は、予後告知の際には予測される期間に広い幅を付けた台詞や“最善を望みながらも、備えはしておく”ことを添えた台詞を好むことが明らかになった。また、DNAR(心肺停止時に心肺蘇生を行わないこと)の説明の際には苦痛緩和に努めると添えた台詞、ホスピスへ紹介する際には紹介の目標を明確にしつつ切れ目のないケアや「見捨てないこと」を保証する台詞を好むなど、保証し安心感を与えるような言葉を追加することの効果が示唆された。

このように、がん医療の変遷のなかで、進行・終末期がん患者の負担を軽減し、意向に即した治療・療養を実現するため、医療者-患者間のコミュニケーションに関する調査、介入研究が行われており、がんの心理社会的側面に対してもエビデンスに基づく医療が実現されるよう努力が重ねられている。

(岡村優子)

■ 文 献

- 1) Ichikura K, Matsuda A, Kobayashi M, et al. Breaking bad news to cancer patients in palliative care: a comparison of national cross-sectional surveys from 2006 and 2012. *Palliat Support Care* 2015; 13: 1623-30
- 2) Uchitomi Y, Okamura H, Minagawa H, et al. A survey of Japanese physicians' attitudes and practice in caring for terminally ill cancer patients. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995; 49: 53-7
- 3) Tanida N. Japanese attitudes towards truth disclosure in cancer. *Scand J Soc Med* 1994; 22: 50-7

- 4) Matsushima E. National survey about decision-making for end-of-life care in cancer patients. *Journal of the Japanese Association of Medical Law* 2008; 24: 45-54
- 5) Uchitomi Y, Mikami I, Kugaya A, et al. Physician support and patient psychologic responses after surgery for nonsmall cell lung carcinoma: a prospective observational study. *Cancer* 2001; 92: 1926-35
- 6) Noteboom EA, May AM, van der Wall E, et al. Patients' preferred and perceived level of involvement in decision making for cancer treatment: a systematic review. *Psychooncology* 2021; 30: 1663-79
- 7) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010; 363: 733-42
- 8) Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med* 2012; 367: 1616-25
- 9) Mack JW, Cronin A, Taback N, et al. End-of life discussions among patients with advanced cancer: a cohort study. *Ann Intern Med* 2012; 156: 204-10
- 10) Fujimori M, Shirai Y, Asai M, et al. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2014; 32: 2166-72
- 11) Yamada Y, Fujimori M, Shirai Y, et al. Changes in physicians' intrapersonal empathy after a communication skills training in Japan. *Acad Med* 2018; 93: 1821-6
- 12) Shirai Y, Fujimori M, Ogawa A, et al. Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial. *Psychooncology* 2012; 21: 706-13
- 13) Umezawa S, Fujimori M, Matsushima E, et al. Preferences of advanced cancer patients for communication on anticancer treatment cessation and the transition to palliative care. *Cancer* 2015; 121: 4240-9
- 14) Johnson M, Tod AM, Brummell S, et al. Prognostic communication in cancer: a critical interpretive synthesis of the literature. *Eur J Oncol Nurs* 2015; 19: 554-67
- 15) Enzinger AC, Zhang B, Schrag D, et al. Outcomes of prognostic disclosure: associations with prognostic understanding, distress, and relationship with physician among patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2015; 33: 3809-16
- 16) Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, et al. Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. *J Clin Oncol* 2017; 35: 3618-32
- 17) Schrijvers D, Cherny NI; ESMO Guidelines Working Group. ESMO Clinical Practice Guideline on palliative care: advanced care planning. *Ann Oncol* 2014; 25 (Suppl 3): iii38-42
- 18) Mori M, Shimizu C, Ogawa A, et al. A national survey to systematically identify factors associated with oncologists' attitudes toward end-of-life discussions: what determines timing of end-of-life discussions? *Oncologist* 2015; 20: 1304-11
- 19) Mori M, Fujimori M, Ishiki H, et al. The effects of adding reassurance statements: cancer patients' preferences for phrases in end-of-life discussions. *J Pain Symptom Manage* 2019; 57: 1121-9
- 20) Mori M, Fujimori M, Ishiki H, et al. Adding a wider range and "hope for the best, and prepare the worst" statement: preferences of patients with cancer for prognostic communication. *Oncologist* 2019; 24: e943-52