

癌告知の阻害要因と告知の意味の分析

— 判例を通して —

谷 口 まり子

An Analysis of Some Judicial Cases of Hindrance Conditions of Cancer Diagnosis Disclosure and its Significance

Mariko TANIGUCHI

(Received September 1, 2001)

The study was undertaken to explore the causes of the low cancer diagnosis disclosure rate and elucidate the significance of cancer diagnosis disclosure. To these ends, I analyzed the claims of patients and physicians contained in court rulings pertaining to cancer diagnosis disclosure, as well as the background of medical practice.

Patients' claims indicate that the disclosure of a cancer diagnosis serves as key information to be used when the patient selects or accepts hospitalization, surgical and other therapeutic methods. Physicians' claims indicate that physicians tend to find it reasonable to avoid disclosing a cancer diagnosis on the grounds that disclosure may have a strong negative psychological impact on the patient. Problems in the background of medical practice revealed in this study include: (1) physicians often have a basic policy of avoiding disclosure of a cancer diagnosis, (2) physicians may speak and behave carelessly, (3) both diagnosis and treatment are not always reliable, (4) physicians have limited access to patient's information in the early stages of treatment, and (5) it is difficult to ascertain the patient's wishes.

These results indicate that to promote the disclosure of cancer diagnosis, it is essential to ascertain the patient's wishes during the early stages of treatment and make sure that the patient will receive adequate psychological support after disclosure.

Key words : disclosure of cancer diagnosis, self-determination, patient's wishes

I. はじめに

悪性新生物の死亡数は、1998年には28万3921人と増加の一途を辿っており、死因順位は1981年以来第一位を保ち続けている¹⁾。このように癌は、我々にとって生命を脅かす脅威となっており、人々にとっても癌ということばは、単に病気を示すだけでなく、「死」のイメージと結び付いており、波平恵美子²⁾が述べているように、癌という語は、「死」や「不治の病」などのメタファーとして働いている。癌という言葉が、単に病名を示すだけではないということは、病名を知らせることや病気の説明にも影響を及ぼし、特殊な響きを持つ「癌の告知」という言葉で表現されている。

癌の告知に関しては、いくつかの調査や研究³⁾⁴⁾がなされているが、最近の調査（日本癌学会での報告⁵⁾）では、本人への告知率は26.2%であった。癌の告知率が依然として低い中で、人々の告知希望率は高まっている。渡辺孝子⁶⁾や、田中雅博⁷⁾の調査でも癌の告知を望む者は、82 -

85% であると報告している。

わが国において告知希望者が増加する傾向にある背景には、癌医療の進歩に伴い、多くの癌で生存率が上昇したことに加えて、末期医療に関して臨床の場で関心が持たれ、対象に合った治療法が考えられたこと、また痛みのコントロールを図ることができるようになったことがあげられる⁸⁾。しかし実際の告知率は上昇してきているとはいえ、告知希望者の増加に比べると非常に低く、この数値の格差は、患者の意思が十分に尊重された医療が行われにくいことを推察させる。癌告知を進めて行くためには、告知の希望についての患者の意思の実態を知り、また、告知を躊躇する立場に立つ者がどのような考え方をしているかを知ること、問題を解決する糸口が掴めるのではないかと考える。

そこで、本研究では、患者の意思が生かされなかったことへの一つの典型的リアクションとして現れてくる癌告知に関する医療訴訟の実態を分析することで、告知が進まない原因を探り、患者の自己決定のための情報としての癌告知の意味を明らかにすることを目的とする。

II. 研究方法

癌の告知、不告知が問題となった裁判例を探るために、「法律判例文献情報 CDROM」による検索を行った結果、4 件が検索され、さらに、そこで得られた文献の引用などから検索した結果 3 件が検索された。この 7 件の判例を対象とし、第一審レベルでの判例記録の分析を行った。判例記録は、法律雑誌「判例時報」、「判例タイムズ」に記載されているものを用いた⁹⁻²⁰⁾(表 1)。対象とした判例記録から患者の主張及び医師の主張の中で、告知に関する部分の記述を抽出し、その意味・内容を検討した。患者の主張を知ること、患者が病名を知ることの意味が分析され、医師の主張を知ること、告知が躊躇される原因が分析されると考えられる。さらに、事例毎に全体を通して検討し、告知に関する医療現場の問題という観点から告知が躊躇される背景を捉えた。

表 1 対象事例

事例番号	裁判名	判決年	事例の疾患名	告知の有無	判決結果
1	秋田地裁大曲支部判	昭和48. 3.27	舌癌	不告知	原告勝訴
2	大阪地判	昭和57. 9.27	胃癌の疑い	不告知	原告敗訴
3	東京地判	昭和56. 6.22	乳癌	不告知	原告敗訴
4	東京地判	昭和56.12.21	脳腫瘍	不告知	原告敗訴
5	名古屋地判	昭和58. 5.27	上顎癌肺転移	告知	原告敗訴
6	名古屋地判	平成 1. 5.29	胆嚢癌	不告知	原告敗訴
7	東京地判	平成 6. 6.30	進行胃癌	不告知	原告敗訴

III. 結 果

1. 患者・家族の主張の分析

判例から患者・家族の主張を分析した結果を表 2 に示した。分析の結果は、全ての事例において「説明の不適切さ」を述べていた。具体的に見ると、事例①では、「仮に、患者にその病名を告知することが治療上適当でない場合であっても、病名を告知せずとその侵襲の本質、意味、射

程の程度の範囲を説示することは可能」であったとして説明不足を指摘している。事例②では、「早期ガンであるとか、手術に伴う危険性の説明は一切受けておらず、・・・有効な承諾を得るべき前提となる事柄について十分な説明をなさなかった」として直接説明不足があったことを示している。事例③では、「悪性ではない旨説明して適切な検査を行おうとしなかったため」と述べ、事例④では、「アストロサイトーマ（悪性）と告げられていたならば・・・（転院先で）再発の診断が下され・・・」とし、事例⑥では、「胆石症と告げられて誤信して安心し」と述べて、いずれの患者・家族も真実を告げられていないことの不適切さを指摘している。事例⑦では、「家族に診断を伝えれば」と述べ、診断名の説明不足を指摘している。事例⑤は、これまでの事例とは反対に、告知したことで訴えられた事例であるが、「何の必要もないのに患者に知らせ」と述べ、告知しなかったことで訴えられた事例と同様に「説明の不適切さ」を指摘している。

表2 患者・家族の主張

事例番号	患者の主張→自己決定の障害
1	極力拒否したが強引に切除した→意思の無視 仮に患者にその病名を告知することが治療上適当でない場合であっても病名を告知せずにその侵襲の本質、意味、射程の程度の範囲を説示することは可能→説明不適
2	有効な承諾を得るべき前提となる事柄について十分な説明をなさなかった→説明不適 有効な承諾のないまま行われた違法な手術→意志の無視
3	乳腺炎と誤診し、悪性ではない旨説明して→説明不適 適切な検査を行おうとしなかったため早期に乳癌の根治術を受けさせる時期を失し→選択・決定の不可能
4	アストロサイトーマ（悪性）と告げられていたならば・・・→説明不適 （転院先で）再発の診断が下され・・・速やかに放射線治療や再手術が行われていたであろう→選択・決定の不可能
5	家族が隠していたにも関わらず知ってしまった→不用意な告知 何等必要もないのに患者に知らせ告知により強い精神的ショックを与えた→説明不適
6	胆石症と告げられて誤信して安心し、胆石症であれば、直ちに手術を受けなければ生命に関わるという訳でもない→選択・決定の誤り 単なる胆石症と告げ手術をすすめたにすぎない→説明不適 手術の必要性、緊急性に対する判断を誤らせた→選択・決定の不可能 胆嚢癌あるいは疑いが強いものであると理解し、直ちに入院し、手術を受けていたはず→選択・決定の不可能
7	家族に診断を伝えれば→説明不適 直ちに入院して手術を受けた、受けさせるべく対処した→選択・決定の不可能

さらに、癌を告げられていない為に、入院や手術等の「治療法の選択・決定ができなかった」と明らかな主張をしているものが4事例あった。患者・家族の主張を具体的に示すと、事例③では、「早期に乳癌の根治術を受けさせる時期を失し」とし、事例④では「速やかに放射線治療や再手術が行われていたであろう」と述べ、事例⑥では、「手術の必要性、緊急性に対する判断を誤らせた」と述べ、事例⑦では、「直ちに入院して手術を受けた、受けさせるべく対処した」はざであると述べている。4事例のそれぞれにおいて、患者や家族は、真実が告げられていないことにより、治療法の選択・決定ができなかったことを主張している。

また、患者の意思の尊重が行われなかったとするものが2事例あった。具体的にみると、事例①では、「極力拒否したが強引に切除した」として、意思が無視されたことを訴えている。事例②では、「有効な承諾のないまま行われた違法な手術」であると述べ、告知せずに行われた手術は、有効な承諾を得ずに行われたものであることを示し、患者や家族は、告知が手術を受ける意思決定をするときの重要な情報であると捉えていることがわかる。

2. 医師の主張の分析

医師の主張を分析した結果を表3に示した。癌告知が進まない原因を医師の主張の中から分析すると、患者に「強い精神的衝撃」を与えることを告知をしないことの明確な理由としているものが、告知しなかった6事例中3事例あった。事例①では、「病名を患者に知らせることは、強いショックと苦悩を与える」と述べ、事例④では、「患者が再発に対する恐怖と不安及び社会復帰についての不安を強く訴えていた」とし、事例⑦では、「精神的、肉体的に好ましくない結果をもたらす」と述べて、癌の告知が患者に与える精神的衝撃を理由として不告知を正当化している。

また、患者に強い精神的衝撃を与えることを理由として、「知らせていないのが現在の実情である」(事例①)、「説明義務に欠けるところはない」(事例②)、「説明としては一般的で妥当なもの」(事例⑥)、「それが医学会の常識である」(事例⑦)などとして「知らせないのが当然」と主張しているものが4事例あった。

表3 医師の主張

事例番号	医師の主張→不告知の背景
1	病名を患者に知らせることは強いショックと苦悩を与えるばかりか→精神的衝撃 以後の治療効果の面から見てもマイナスが大きい→治療にマイナス 知らせていないのが現在の実情である→知らせないのが当然 同意は近親者から得るのが原則→家族への告知 患者からは何らかの手術の承諾があれば十分→同意の軽視
2	不慮の事故発生については説明したため、説明義務違反はない→知らせないのが当然
3	告知に関しては特に無し
4	患者が再発に対する恐怖と不安及び社会復帰についての不安を強く訴えていた→精神的衝撃 患者に対する配慮から家族にもわざわざ呼び出して告げるにはあたらないう精神的衝撃
5	告知に対しては特に無し
6	胆石が相当変形し重症であるとの説明は一般で妥当→知らせないのが当然 入院する際家族関係を聞きだす予定→家族への告知
7	告知をすべきでないことは医学会の常識→知らせないのが当然 精神的、肉体的に好ましくない結果をもたらす→精神的衝撃 家族にさえ告知しないことがある→知らせないのが当然

3. 医療現場の問題

告知に関する医療現場の問題を整理したものを表4に示した。

まず、告知が進まない背景として医師が初めから不告知という立場を取っていることが分析できた。事例①での医師の考え方は、癌、特に根治不能の癌については、病名を知らせることは、強いショックと苦悩を与えるばかりか、以後の治療効果の面からみてもマイナスが大きいので知らせるべきでないとしている。事例⑦では、患者の弟が、患者の夫と娘に病名を話して欲しいと告げているが、医師は、本人と家族には絶対に言わないで欲しいと依頼しており、初めから患者に伝えるということを念頭においていない。このように、医師が初めから不告知という立場を取っているために、真の患者の意思を尊重するための説明の検討がなされていないという現状が伺えた。

次に、医療の診断や治療効果の不確実性が問題となることが分析された。事例②では、胃ポリープの診断で胃切除術を受け、その後縫合不全などの合併症を起こし、4回の手術を経たが死亡したものである。告知に関連する点では、医師は、家族に対して早期胃癌の疑いがあるので胃切除を行う必要があることを説明しており、患者本人に対しては癌の疑いがあることは話さずに、胃の手術の必要がある旨を説明している。また、事例③では、妊娠の診断をされた後、妊娠5箇

表4 不告知の背景としての医療現場の問題

事例番号	医療現場の問題
1	舌を切り取るのは嫌だの一点張りで容易に同意しないので癌と告知する事もできず、かといって摘出する以外の方法もなく、かつ急を要し、手術の必要から焼取るだけと説明し、患者は、不承不承納得 →不告知を原則とする立場（価値の対立—意志の尊重に対する治療の優位）
2	胃癌の疑いで手術し、術後診断は胃ポリープ→診断の不確実性、不信感 縫合不全のため4回の手術→治療効果の不確実性、コミュニケーション不足
3	確定診断のための検査を受ける効果的な説得ができていない→コミュニケーション不足 組織検査による確定診断の遅れ→診断の不確実性
4	初期診断の誤診→診断の不確実性 再発後の急激な経緯→治療の不確実性
5	手術の適否について二つの診療科での異なった結論→治療効果の不確実性、不信感 エレベーター前での通りすがりの告知→不用意な告知
6	診断した段階では家庭環境、家族構成などについて殆ど知識がない→患者情報の得にくさ 初診時とその後の担当医の交替→患者情報伝達の不適切
7	患者と家族には絶対言わないように依頼→不告知を原則とする立場 娘の電話番号の不明→患者情報の得にくさ いずれ近いうちに家族が病院を訪れるはずだと考えて積極的に近親者と連絡を取っていない →患者情報の得にくさ

月に乳房の腫瘍が触診され、医師より、悪性のものであれば妊娠中絶の必要があることを説明され、病理組織検査を勧められたが、患者はこれに従わず、帝王切開を行った時に検査を試みた結果腺癌と判明した。その後、乳房切除術を受けたが全身転移により死亡したものである。この事例でも、「疑いとしての癌」の伝え方と言うように、医療の診断の不確実性が癌の告知を行う時の問題となっている。

さらに、医師の言動に不用意な点があり配慮に欠けるという問題点が分析された。事例⑤は、癌であることを告知した事例であるが、家族は、医師の説明を不審に思い、内科に回してくれるように言ったところ、「内科には回しませんよ。ここには胸部の癌の専門家はいませんから。見て欲しければよそへ行きなさい。」と述べた。そのため、患者は、今まで知らされていなかった自己の疾患が肺癌であることを知るに至った。この事例でも、医療の診断や治療効果の不確実性が問題となると同時に、医師の言動に不用意な点があり、配慮に欠けることが告知を進めていく上での医療現場に潜む問題点となっている。

最後に、診療体制の不備から受診の初期に患者に関する情報の得にくさ、意思の確認の難しさが問題となることが事例の中から分析できた。事例⑥では、患者の初診から5回の受診の間に担当医が4人も代わっており、患者の情報がうまく継承されていない実態が指摘できる。医師の不告知を正当化しようとする場面では初診であったことが医師の主張の中では強調されているが、胆石という虚偽の病名を告げた時点は、5回目の受診時であり、もはや初診ではない²¹⁾。それにも拘わらず医師は、この時点でも患者の性格、家族関係が不明であるとして、告知による精神的衝撃と治療への悪影響を恐れて患者に説明していない。また、事例⑦でも、家族の誰に伝えるかということでは、十分な情報が得られない状況にあった。このように、患者の性格や家族背景や患者の意思等の情報を受診の早い時期に捉えることの困難さと、医療者間での情報の伝達の不適切さが癌の告知がなされにくい要因の一つとも考えられ、総合病院における診療初期の体制の問題が指摘され得る。

IV. 考 察

1. 癌告知の意味

癌告知に関する医療訴訟の実態を分析した結果、病名の告知が、治療法の選択・決定に重要な意味を持つことを読み取ることができた。判例の中では、癌であることが告げられていれば患者に入院を勧めたり、手術を受けるように働きかけたりできただろうにという家族の思いが表現されている。特に事例⑥では、外来通院中に医師には癌とわかっていたが、患者本人どころか家族にすら説明がなく、良性疾患の診断名を告げられ、「安心して」予定どおりの旅行を行い手遅れとなっている。「あの時点で本当の病名を知らされ、しかるべき治療を受けていれば、患者は助かっていたのかもしれない」²²⁾との思いで家族は、病院を相手取り訴訟に踏み切っている。この判例からも明らかのように、癌を告げることは、単に病名を伝えることのみには止まるものではないといえる。精神的、社会的背景を持った患者が、「どのように生きるか」という時に「癌」という言葉は単に「病名」という医学的な意味を越えて、患者の生活の在り方・質に密接に関わってくることが考えられる。1992年の厚生省が行った人口動態社会経済面調査²³⁾や1998年に毎日新聞が行った世論調査²⁴⁾でも癌の告知は、患者の生き方や治療法を選択する時の重要な情報であることがわかる。癌の治療には、病態に応じて多くの選択肢があり、治癒率が上昇してきているとはいえ、治療の選択にあたってはまだ不確定な要素も多い。一方患者は、生活者として存在し、社会や家族の中での役割や人生設計を持つ者である。患者には夫々の生活があり、その生活が、病気になったことで中断されて入院生活を余儀なくされている。患者は、良性の腫瘍であればこの一時期の入院生活を終えた後、また、もとの生活に戻れるものと考えて生活していると思われるが、癌の場合、それが「死」や「不治の病」などのメタファーとして働いていることから、生活の中の様々なことの優先順位を考え直さざるを得ない。たとえ、どんな親密な家族であっても、本人が生活し生きていく中で、重要視し、価値付けしていることを本人と全く同じようには理解することはできない。十分配慮された告知は、こういうことに対応する時間を得ることができるのではないだろうか。このことはさらに、患者・家族と医療関係者とのコミュニケーションが緊密になり、真の信頼関係が成立することにもなると考える。原義雄²⁵⁾も「虚偽の上には真の信頼関係は成立しないし、長続きはしない。この大切な時に心から支え合うお互いでなければならぬ」と述べているが、告知が精神的、社会的にも重要な意義を持つという意味での確な指摘と言えよう。

癌告知の意味を倫理的立場からみると、患者には、自分がどんな病気で、どんな状態であるのかを正しく知る権利²⁶⁾があり、真実を伝えることはこの権利を保障することになる。土屋貴志²⁷⁾は、「事実と直面しなければならないのはその人自身なのであって、他の人が代わってやることは決してできないという『存在』に関する事実」にもとづいて、「『自分であること』の度合いに応じて決まる『序列』を無視し、本人に第一に与えられるべきものごとを処理する主導権を、他の人が握るようなことがあってはならない」と述べている。このように本人に癌を告げるということは、「個々の人間存在を個（そのもの）として尊重する²⁸⁾」ということと同じであり、「自律の価値」の尊重となる。事例⑥では、本人どころか家族にさえも説明がない時期に、生命保険会社あての診断書には「胆嚢腫瘍」と書いてあり、そのことが後から分かった家族は、「ガク然とした²⁹⁾」と述べている。本人に属することを本人に伝えずに、当人をないがしろにした対応は

人間の尊厳を傷つけることになるといえる。

唄孝³⁰⁾は「自己決定権の考え方の根底にあるものは何かというと『有機的統合性』(竹内)にある。人間の肉体を一つの有機体として、それが全体(トタリテートあるいはインテグリテート)を成しているという考え方が根底にある。」と述べている。このように、人間の身体的側面・精神的側面・社会的側面のあらゆる側面が、一人の人間にばらばらなものとしてあるのではなく有機的に結び付いている存在そのものと捉えると、癌を告知するか否かの判断が単に身体的側面のみでの判断ではなく、精神的・社会的側面を含めた患者の意思・人間性を尊重した判断に繋がると考えられる。

従って、患者や家族と最も接する時間が長く、それゆえ「トタリテート」としての患者を捉えることについては一番適切な立場にある看護師が、「その患者にとっての病名を知ることの意義」を医師に提言していくことで、個を尊重した医療の実現に大きな役割を果たすことができるのではないだろうか。

2. 癌告知の阻害要因

1) 精神的衝撃

告知が進まない原因を探るために、判例に示される医師の主張を分析した結果、告知直後の精神的衝撃が告知を躊躇させる大きな要因となっていることが読み取れた。裁判所の判断も、告げるか否かは医師の裁量の範囲に属するとして、説明義務違反はないとしているが、不告知を支持する理由として「精神的影響」を挙げている。確かに、癌が単なる病名としてだけでなく「死」と結び付いてイメージされていることから、癌を告げた時に患者に大きな影響を及ぼすことは容易に想像される場所である。季羽倭文字³¹⁾も、癌患者と接した多くの経験から告知直後に激しい精神的動揺が見られることを記している。

しかし、季羽³²⁾はまた、「多くの場合1週間から10日でこの状態は軽減し、癌を抱えて生きる新たな状況への適応が始まる。」と述べている。原³³⁾も「人間には強靱な心の力が与えられているものらしい。告知されて一旦落ち込んでも、その中から這い上がる人々が多いことを経験している」と、季羽と同様に、次には適応へと向かうことを紹介している。これらのことを裏付けるものとして、笹子三津留³⁴⁾の調査では、告知後ショックからの立ち直りに要した時間は、当日から1週間位までに立ち直った者が61.5%おり、1箇月位までには88.5%の者が立ち直ったと答えていることを報告している。この調査結果からもわかるように、かなりの患者がショックは受けるものの、比較的早い時期から立ち直りを見せており、人間の精神の強さを伺い知ることができる。このように、告知後の患者の立ち直りを示すデータからすれば、直後の精神的衝撃が不告知の正当な理由となるとは言い難い。患者の自律を尊重した医療の実現のためには、告知後の影響を直後だけでなく、その後の長いプロセスとして捉えて告知を検討することが求められる。悪い知らせを知らされた患者の衝撃を共感し、受けとめ、患者にとって一番良い治療法や生き方の選択ができるよう家族と共に連携を図りながら支えていくという点において看護の果たす役割は大きいといえる。

しかし、告知をする方向での取組が、患者の自律を尊重した医療に繋がるとしても、精神的衝撃が非常に大きく、笹子の調査から見ると、衝撃からの回復の為に1箇月以上を必要とする約1割の人達がいることも無視できない。患者には「知る権利」と同時に「真実を知る権利を放棄する権利³⁵⁾」も保障される必要がある。医療者が診療の初期に告知に関する患者の考えを知ることができれば、一人一人の患者の意思を尊重した医療となる。このような考えのもとで、初回の診

療時に告知の希望を尋ねている病院の例³⁶⁾も報告されている。診療の初期に患者の意思を問うことで、告知希望者の意思が尊重され、また、「知りたくない」人への配慮も可能となるだろう。

2) 医療現場の問題

次に、各事例毎に全体を通して告知が進まない背景を検討した結果、次のような医療現場の問題が捉えられた。すなわち、患者の意思や背景が診療初期に十分には捉えられないこと、患者の情報が十分に伝えられない医療システムの問題があること、診断や治療の不確実性が問題となること、医師が初めから不告知の立場を取っていること、医師の言動に不用意な点があることが挙げられる。

事例①は、昭和45年に起きたものである。この事例での医師の考え方は、初めから不告知の立場を取っており、本人への告知の可能性が全く考えられていない。たとえ、伝えることが難しい病名であっても、成人で、意思能力になんら問題のない人に対してその身体に侵襲を加える行為に関し、家族の同意で足りるとする考えは、人権についての配慮を全く欠くといつてよい。この頃の時代背景を見ると、昭和30年代の終わりから医療界はようやく国民皆保険の方向に進みつつあり、医師会と保険者団体とが、保険の在り方や医療制度の面で激しく対立していた時期で、患者の権利については、ほとんど考えられていない時期であった³⁷⁾。この事例からも医療者・患者共に人としての権利についての意識を高めていくことの重要性が示唆される。

事例⑤は昭和48年のものである。この時期の癌の告知率は非常に低く、昭和58年の全国105箇所国立療養所の調査結果でも、患者自身、癌であることを知っていたと答えた者は5.4%である³⁸⁾。そのような中で告知をしたことは、患者の知る権利の尊重、自己決定権の尊重という立場から言えば歓迎されることである。しかし、告知による精神的衝撃は非常に大きいものであるため、告知に当たっては、場所の選択や、説明の仕方などについて十分な配慮が必要とされる。本事例で癌ということが患者に知られてしまった状況は、このような配慮が全くなされておらず、判示にもあるように「その言動にはいささか配慮に欠ける不用意な点があった」点は、大いに問題とすべきことである。

事例④では、疾患の進行が早く、確定診断は術後でないとなかなか難しいことなどから、病状の変化に応じた説明や診断のついた時点での詳細な説明が不十分であったことが推測できる。また、事例③では、本人の拒否もあり、細胞診ができず、確定診断ができていない。事例②でも、初めは胃のポリープの診断であり、胃癌の疑いが判明した時点で、どのように説明するかは難しいところである。このように、医療の診断の不確実性、治療効果の不確実性の中で、いつ、どのように患者に説明するかで医師と患者の信頼関係にも影響を及ぼすものと考えられる。

事例⑥では、初診から5回の受診の間に担当医が4人も代わっていることで、患者の情報が継承されていないことからわかるように、総合病院における診療初期の体制が問題となる。事例⑦でも、家族の誰に伝えるかということでは、十分な情報が得られない状況にあり、受診の早い時期に、身体的側面だけでなく、心理・社会的側面から患者を総合的に捉えることの困難が、癌の告知がなされにくい要因とも考えられ、患者の自己決定に及ぼす影響は大きいといえる。このように、医師が告知を躊躇する原因として、患者の人格や背景を速やかにかつ十分には把握できないことが伺える。患者に関する情報を診療の早期に十分には把握できないことは、告知による精神的衝撃の大きさと相俟って、告知後の患者の心理的ケアに対する自信のなさに繋がっているのではないだろうか。

以上述べてきたように、医療現場の諸々の問題と併せて告知直後の患者の精神的衝撃を理由と

して告知が進まない結果となっていることが分かった。しかし、全体としてみると、告知率が低い中で、癌専門の病院での告知率の上昇はめざましいものがある³⁹⁾。このことは、癌専門病院とその他の病院とでは告知後の患者への支援体制に違いがあるのではないかと推察される。患者の意思や社会的背景を受診の早い時期に知るための方策の検討や、医療の不確実性の中でどのように真実を伝えていくかの検討、重い現実を知らされた患者へのサポートの在り方の検討などを積み重ねていくことが、告知後の患者の精神的衝撃を医療者が受け止めることを可能とし、そのことが、癌の告知をすることができる環境となり、患者の自己決定を支える医療に繋がると考える。このような取組の中での看護の役割は大きく、患者を「トタリテート」として把握するのに適切な立場にある看護者が、患者の意思を医師に提言していくことは患者の意思を問いつつ告知を行なうことを推し進め、さらに最も患者の身近にいる看護者が、告知後の精神的衝撃を共感しながら患者を支えていくことが癌の告知をスムーズにする環境となると言えよう。

V. 結 論

本研究では、患者にとって癌という診断名を知ることの意味を明らかにすることと、癌の告知が進まない原因を探ることを目的に、癌告知に関する判例記録の分析を行った。

判例の中では、患者が治療法の選択・決定をするときに、癌の告知が重要な情報となることが読み取れた。また、患者の受ける精神的衝撃が、不告知の重要な根拠とされていることも分析できたが、告知後の患者の立ち直りを示すデータからすれば、直後の精神的衝撃が不告知の正当な理由となるとは言い難い。

さらに、告知が進まない背景として考えられる医療現場の問題として、医療の診断や治療効果の不確実性から、患者に対する医療者の対応や説明が配慮に欠けること、受診の初期に患者に関する情報が得にくいことや、診療体制の不備のため患者の情報が継承されにくいことから患者の意思の確認の難しさが問題となることが判例の中から分析できた。

これらの医療現場の諸々の問題は、告知後の患者を支えていく上でも障害となる事柄である。患者の意思を十分に尊重した医療の実現のためには、患者を「トタリテート」として把握するのに適切な立場にある看護者が、患者の意思を医師に提言していくことと同時に、告知後の精神的衝撃を共感しながら患者を支えていくという役割が発揮できるような看護の体制作りが重要である。

最後に、本研究を進めるに当たり、終始ご指導を賜りました、熊本大学法学部・中村直美教授に深く感謝致します。

文 献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向，厚生指標，Vol.47, N0.9, pp.52, 2000.
- 2) 波平恵美子：脳死・臓器移植・癌告知，pp.123, 福武書店，1990.
- 3) 朝日新聞，1995年5月2日.
- 4) 新海哲他：日本の進行肺癌患者に対する Informed・Consent の現状，肺化学療法との関連に於て，第29回日本癌治療学会総会，pp.1928, 1991.

- 5) 朝日新聞, 1998年10月2日.
- 6) 渡辺孝子: がんの告知とインフォームド・コンセント, 臨床看護, Vol.21No.10, pp.1525-1532, 1995.
- 7) 田中雅博: 宗教の立場から, 太田和雄, 石垣靖子(編); 癌診療におけるインフォームド・コンセントの実践と検証 一質を問われる新しい医療に向けて-, pp.50-63, 先端医学社, 1994.
- 8) 黒田裕子: “告知”の是非を問う前に, 看護実践の科学, No.9, pp.26-29, 1994.
- 9) 判例タイムズ 297号, pp.275-277, 1973. (秋田地大曲支判昭48・3・27)
- 10) 判例時報 718号, pp.98-100, 1973. (秋田地大曲支判昭48・3・27)
- 11) 判例時報 1074号, pp.105-119, 1983. (大阪地判昭57・9・27)
- 12) 判例タイムズ 483号, pp.140-150, 1983. (大阪地判昭57・9・27)
- 13) 判例タイムズ 447号, pp.120-123, 1981. (東京地判昭56・6・22)
- 14) 判例タイムズ 465号, pp.166-173, 1982. (東京地判昭56・12・21)
- 15) 判例時報 1047号, pp.101-116, 1982. (東京地判昭56・12・21)
- 16) 判例タイムズ 507号, pp.282-295, 1983. (名古屋地判昭58・5・27)
- 17) 判例時報 1082号, pp.91-109, 1983. (名古屋地判昭58・5・27)
- 18) 判例時報 1325号, pp.103-285, 1989. (名古屋地判平成元・5・29)
- 19) 判例タイムズ 699号, pp.279-285, 1989. (名古屋地判平成元・5・29)
- 20) 判例時報 1522号, pp.104-111, 1995. (東京地判平成6・3・30)
- 21) 樋口範雄: 癌の告知, 別冊ジュリスト No.140, 医療過誤百選第二版, pp.28-29, 1996.
- 22) NHK おはようジャーナル取材班: 癌告知, pp.111-113, 筑摩書房, 1989.
- 23) 厚生省大臣官房統計情報部編: 働き盛りの癌死・患者家族の声と統計, p.156, 南江堂, 1994.
- 24) 毎日新聞, 1998年10月1日.
- 25) 原義雄: 癌の告知. 癌と看護, 看護Mook23号, pp.82-186, 金原出版株式会社, 1987.
- 26) 星野一正: インフォームド・コンセントー日本に馴染む六つの提言, pp.53-54, 丸善ライブラリー, 1997.
- 27) 土屋貴志: それでも事実は知らせるべきである, 森岡正博(編); 「ささえあい」の人間学, pp.97-108, 法蔵館, 1994.
- 28) 中村直美: 自律論の検討, 平成8-10年度科学研究助成金研究成果報告書; 西洋・非西洋における「近代」の検証と近代化の普遍的条件に関する思想文化的研究, pp.45-58, 1998.
- 29) NHK, 前掲・注22) 112.
- 30) 唄孝一: 患者の『知る権利』と医師の説明義務, 医の統合を語る会(編); 医の統合V医療と社会, pp.3-22, 日本医事新報社, 1990.
- 31) 季羽倭文子: 癌告知以後, pp.99-105, 岩波新書, 1993.
- 32) 皆川英明, 佐伯真由美, 他: 精神・心理的苦痛とその対応, 季羽倭文子, 石垣靖子, 他(監); がん看護学ーベッドサイドから在宅ケアまで, pp.71-83, 三輪書店, 1998.
- 33) 原義雄: 前掲・注25) p.186.
- 34) 笹子三津留: 家族がガンにかかったとき, pp.193-199, 築地書館, 1992.
- 35) 星野一正: 前掲・注26) p.55, pp.169-174.
- 36) 田中雅博: 宗教の立場から, 太田和雄, 石垣靖子(編); 癌診療におけるインフォームド・コンセントの実践と検証 一質を問われる新しい医療に向けて-, pp.50-61, 先端医学社, 1994.
- 37) 唄孝一: 前掲・注30) p.7.
- 38) 波平恵美子: 前掲・注2) p.125.
- 39) 渡辺孝子: 看護の立場から, 太田和雄, 石垣靖子(編); 癌診療におけるインフォームド・コンセントの実践と検証, pp.117-125, 先端医学社, 1994.