

トピックス

横浜市立大学附属病院がん告知マニュアル

佐藤美紀子¹⁾, 畑千秋¹⁾, 吉見明香¹⁾, 梶原良介¹⁾,
 佐藤隆¹⁾, 高瀬健次¹⁾, 中山博貴¹⁾, 三輪治生¹⁾,
 小坂隆司¹⁾, 町永弘美¹⁾, 宮下陽子¹⁾, 齊藤幸枝¹⁾,
 日下部明彦¹⁾, 勝山貴美子²⁾, 平井美佳³⁾, 有馬齊³⁾,
 斎藤真理⁴⁾, 市川靖史^{1), 5)}

¹⁾ 横浜市立大学附属病院 がん告知マニュアル作成ワーキンググループ

²⁾ 横浜市立大学医学部看護学科

³⁾ 横浜市立大学国際総合学部国際教養学系人間科学コース都市社会文化研究科

⁴⁾ 横浜市立大学附属市民総合医療センター 緩和ケア部

⁵⁾ 多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材 (がんプロフェッショナル)」養成プラン

要旨: 正確な病状に関する情報共有は患者・家族と医療者が協力し診療を行うために必須である。しかし、当事者にとって「悪いニュース」であるがん告知は、患者・家族の心情に重大な影響を及ぼす場合があり、十分な配慮の下で行うことが求められる。がんと診断された時からの緩和ケアを推進する国のがん対策推進基本計画に基づき、がん診療拠点病院の指定要件として「がん告知や予後告知を行う際のコミュニケーションに関するマニュアルの作成」が求められることになった。そこで横浜市立大学附属病院においても、スタッフががん告知に関する理解やスキルを高め、必要な場合に適切な部署と連携することを目的にがん告知マニュアルを作成した。作成に従事したのは院内のがん診療に携わる複数の専門職であり、さらに院外の医療倫理、がんサバイバーシップなどに造詣のある研究者の助言を得た。がん総合医療センター運営会議での内容確認と承認を得た上で平成29年3月8日に院内配布された。作成にあたっては国立がんセンターの「がん告知マニュアル」(1996年)を基盤に現在の社会状況と当院の現状を加味し、臨床現場で問題となる「がん告知を希望しない患者への対応」, 「自己決定能力のない患者への対応」, 「小児へのがん告知」についても記述を加えた。このマニュアルが当院のみならず多くの医療者に貢献することを期待し、臨床部長会の承認を得て本稿を公開する。

Key words: 告知 (Truth disclosure), 緩和ケア (Palliative care), 専門教育 (Education, professional)

はじめに

本稿は横浜市立大学附属病院で作成した「がん告知マニュアル」を多くの医療者に紹介することを目的に横浜医学に掲載するものである。本マニュアルは、横浜市立大学附属病院がん総合医療センター運営会議での内容確認と承認を得た上で平成29年3月8日に院内配布され、現在医師・看護師に限らず全てのスタッフが院内カルテシステム上でこのマニュアルを閲覧することができる。

本マニュアルは院内で活動する様々な立場の医療従事者が閲覧することを前提に作成された文章であるため、一部に当院で使用される独自の言い回しや口語的文章が使用されている。学術誌である本誌にそぐわない部分もあるが、実用している文書を紹介することが目的の本稿では、あえて修正せず院内で使用されているマニュアルを原文のまま掲載した。

佐藤美紀子, 横浜市金沢区福浦3-9 (〒236-0004) 横浜市立大学医学部 産婦人科学
 (原稿受付 2017年8月14日/改訂原稿受付 2017年9月19日/受理 2017年9月20日)

横浜市立大学附属病院がん告知マニュアル
2017.3.8

目次

第一章 総論

1. はじめに
2. なぜがんの告知をしなければいけないのか
3. がん告知は本人にするべきか?
4. 余命告知は行われるべきか? (「私の余命はどれくらいか?」と聞かれた場合の対応について)

第二章 告知のあり方

1. がん告知の基本姿勢
2. がん告知後の精神的な反応とその支援
 - (1) 告知に対する精神的反応
 - (2) 告知後に患者がストレス反応を示しやすい要因
 - (3) 個々の症例への対応
 - I. 患者、家族向けリーフレットや質問票を用いたがん患者スクリーニング
 - II. 多種職スタッフとの連携が望ましいケース

第三章 特殊な状況での対応

1. 判断能力があるにも関わらず本人が告知を希望しなかった場合の対応
 - 1) 漠然とがん告知を回避しようとする場合
 - 2) 本人が強く告知を拒否する場合
2. 家族が本人への告知を拒否する場合
3. がん告知を行わない患者に対する対応
 - 1) 担当主科での対応

- 2) 関係診療科、部署での対応
4. 意思決定困難な成人に対する告知
 - 1) 医療行為に対する意思決定能力判断の基準
 - 2) 意思決定困難な要因が明確である場合の対応
 - 3) 意思決定困難な要因が明確でない場合の対応
 - 4) 本人による意思決定が困難であると判断された場合の対応

第四章 未成年者に対する告知について

1. 未成年者に対するがん告知の意義
 - 1) 患者本人に対する告知の意義
 - 2) 家族に対する告知の意義
2. 未成年者へのがん告知の実際
 - 1) 基本事項
 - 2) 患者に対する告知の実際
 - (1) 乳児期・幼児期前半の患児に対する告知
 - (2) 幼児期後半の患児に対する告知
 - (3) 学童期・思春期・青年期の患児・患者に対する告知
 - 3) 学童期・思春期・青年期の患児に対する告知を家族が拒否した場合の対応

付録

- 資料A 「がんと診断された患者さんご家族へ」
 資料B 「生活のしやすさに関する質問票」
 資料C 「がん患者スクリーニング運用フロー図」
 資料D 当院のがん診療サポート体制について
 資料E 未成年者に対する告知

図1 横浜市立大学附属病院がん告知マニュアル目次 (2017年3月8日版)

電子カルテシステム内の管理文書一覧に掲載されており、スタッフは全員が閲覧可能である。

緒言

「がん告知」は正しい医療を提供するために欠くことのできないものである。我々医療者はがん告知に関する知識と技術を習得するとともに、これを実行できるような環境を整備しなければならない。

平成24年6月発表の第二次がん対策基本計画に基づき、平成26年10月よりがん診療拠点病院の指定要件に「がん告知や予後告知を行う際のコミュニケーションに関するマニュアルの作成」が求められることになった。がん対策基本計画重点課題の1つである「がん診断直後からの緩和ケア」には患者・家族とのコミュニケーション技術が不可欠と考えられているからである。横浜市立大学附属病院がん告知マニュアルは、地域がん診療拠点病院である当院のスタッフががん告知に関する理解やスキルを高め、必要な場合に適切な部署と連携しつつより良いがん診療が実践できるようになることを目的に有志のスタッフが中心となって作成した。さらに医療倫理、がんサバイバーシップなどに造詣のある研究者の助言の下で社会的にも齟齬のないものであることを確認後、がん総合医療センター運営会議(H29年2月16日)での内容確認と承認を得た上で平成29年3月8日に院内配布されたものである。作成にあたっては国立がんセンターの「がん告知マニュアル」(1996年)¹⁾を基盤に現在の社会状

況と当院の現状を加味した。また、臨床現場で問題となる「がん告知を希望しない患者への対応」、「自己決定能力のない患者への対応」、「小児へのがん告知」についても記述を加えた。

なお、「がん告知」という言葉自体が医療者からの一方的な情報提供のニュアンスがあり、「最後の瞬間まで患者に寄り添うために必要な情報の共有」であるべきこの命題を正確に表現していないことから、作成の過程では「がん告知」を使用しないことも検討された。しかし社会的に的確かつ簡潔な別の用語が確立していないため本稿ではあえて「がん告知」という用語を使用することとした。また、この院内マニュアルはがん告知に対する一般的な見解と対応法を述べたものであり、個々の症例においては関係する医療者間で検討しながら最良の対応法を検討していかなければならない。最後に、本マニュアルは作成当時の社会と当院の状況を踏まえ作成したものである。初稿作成に際し多大なる協力を惜しまなかった院内外の関係者へ敬意を表しつつ、このガイドラインが今後多くの人々の手によって改訂され、より良きものとなることを願ってやまない。

第1章 総論

1. がんの告知は行われるべきか

がんの診断と治療の大半は侵襲性を伴うものであり、施行にあたっては患者の理解と同意が必要である。また患者は正確な病状や今後の見通しを正しく理解することによって初めて治療選択や生活プランについて考えることが出来る。したがってがん告知は行われることが原則である。社会的にもこの根拠として、医療法が「医療を提供するに当たり、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」（総則第1条の四、第2項（平成9年1997年改定））として、病状の説明は医療者の義務であることを定めている。さらに「患者の権利宣言（いわゆるリスボン宣言、1981年採択）」は自己の情報を受けることは患者の重要な権利であると明言している。一方でリスボン宣言では「例外的にその情報が患者自身の生命あるいは健康に著しい危険をもたらすおそれがあると信ずべき十分な理由がある場合は、情報は患者に与えなくてもよい」「（本人の明確な要求がある場合には）情報を知らされない権利を有する」として、がんなどの重大な告知に関しては「知らせない配慮」や「知らないでいる権利」についても言及している。

すなわち、がん告知は医療者の義務かつ患者の権利であり、がん診療の原則である。しかしそれを患者の「知る権利」「理解し同意する義務」として一方的に押し付けるのではなく、告知を受ける者の心情に十分配慮することが重要である。あくまでも患者・家族の「より良き生」を実現するために行われる情報提供でなければならない。

2. がん告知は本人にするべきか？

がん告知を含んだ診療情報の提供は、本人に行われることを原則とする。国立がん研究センター病院がん告知マニュアルでも「本人に告知を行う」、「家族だけに先に知らせない」のが原則であるとしている。

厚生労働省は1998年「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」で一般的に診療情報提供の対象者は患者本人であるべきで、「本人以外への診療情報の提供は、本人の同意がある場合及び本人に自己の治療について理解、判断する能力が欠けていると認められる場合に限る」としている。特にがん告知に関しては、がん告知が患者に与える影響に配慮しつつも「本人に理解、判断する能力がある場合にはまず本人に情報を提供する事を原則とすべき」として本人へ情報を提供することが望ましく、本人に告げずに家族だけへ説明を行なうことは推奨しない見解を述べている。田中らは市中急性期病院緩和ケアチームの解析で、家族の意向確認後に本人に告知するやり方を採用するのは医療従事年数が比較的短い医師に多く、患者や家族とのコミュニケーション技術を向上させ

る事によって本人中心のがん告知を行なえる可能性を示唆している²⁾。

3. 余命告知は行われるべきか？

疾患の予後について伝えること（例「進行がんであり治癒は難しい。がんと上手く共存することを考えましょう」など）と、がんで死亡するであろう時期の推測を伝えること（例「余命は半年程度です」など）は別個のものとして取り扱わなくてはならない。前者（疾患予後）は診断後なるべく早い時期に知らされるべき基本的事実であり、患者はこの情報をもとにその後の治療法や生活のあり方を決定する。また、患者の支援に関わる様々な人々、すなわち家族や連携する多くの職種、他施設のスタッフとの情報共有のためにも重要である。しかし後者（余命告知）の場合は、必ずしも患者や家族にとって有用な情報にならない場合がある。ここでは特に末期と考えられる患者から「私の余命はどれくらいか？」と聞かれた場合の対応について述べる。

日本医師会生命倫理想談会は1992年「末期医療に臨む医師のあり方についての報告」の中で、がん告知は行われることが原則としつつ、末期患者へのがん告知に関しては「一律に行うことは適当でなく、患者自身とその置かれた状況に十分配慮し、総合的に判断すべき」として細心の注意を払うように促している。その上で余命については「患者の状況に応じて今後の計画を立てられる様にもかく生存が可能と考えられる期間を示す事も必要である」として、余命を知りたい患者の要望に応える必要性についての見解を示している。つまり残された短い時間を有効に過ごすためには余命に関する情報は患者にとって重要である場合もあり、真摯に対応しなければならないが、安易な余命告知は逆に患者に不利益を与える可能性があり、注意が必要である。

まず、本人が余命告知を申し出たとしても、本心ではそれを望んでいない場合がある事に留意しなければならない。患者が「自分の死期」を問いかける場合、残された時間を有効に過ごすために死期の見通しを知りたいのではなく、「本当はすぐに死ぬことはないと言ってほしい」などの別の気持ちが余命を問いかける言葉として表出されることがあるからである。この場合、正確な余命を知らせたとしても患者の不安と混乱が増すだけで問題を解決することはできない。患者の抱える真の問題を丁寧に掘り起こし支援する必要がある。また、予後を正確に予見することは実際上困難であることも認識しておかなければならない。余命を予測するにあたり、治療あるいは自然経過による生存期間の中央値（Median Survival Time: MST）を用いる医療者も多いが、これは単にその疾患において半数の患者が亡くなるまでの期間であり、その人の余命を予言する情報ではない。したがってこう

表1 SHARE～悪いニュースを伝えるためのコミュニケーション

Supportive environment (支持的な環境設定)
<ul style="list-style-type: none"> ・十分な時間を設定する ・プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する ・面談が中断しないように配慮する ・家族の同席を勧める
How to deliver the bad news (悪い知らせを伝える)
<ul style="list-style-type: none"> ・正直に、わかりやすく、丁寧に伝える ・患者の納得が得られるように説明をする ・はっきりと伝えるが「がん」という言葉を繰り返し用いない ・言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる ・質問を促し、その質問に答える
Additional information (付加的な情報を提供する)
<ul style="list-style-type: none"> ・今後の治療方針を話し合う ・患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う ・患者が相談や気がかりを話すよう促す ・代替療法やセカンド・オピニオン、余命などの話題を取り上げる
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポートを提供する)
<ul style="list-style-type: none"> ・優しさと思いやりを示す ・患者に感情表出を促し、患者が感情を表出したら受け止める ・家族に対しても患者同様に配慮する ・患者の希望を維持する ・「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける

した情報を元に余命を推測する時には十分な注意を払わなければならない⁴⁾。さらに余命を伝えられた患者は、しばしば医療者の答えを不正確に理解することにも留意する必要がある³⁾。例えば生存期間中央値が6ヶ月であると説明したことを「もって半年と言われた」と受け取るなどである。

このように、不確かな予測に基づいた余命告知は患者を無用な混乱に陥れることがあり、慎重な対応が求められる。それでも余命の見通しを伝える事が有用と考えられるのは、本人が今後のライフプランを立てる明確な意志を持っている場合や、病状の進行をあまりに早く見積もったり、あまりにゆっくりとしたものに考えて残された短い時間を本人や家族が望むように過ごせていないことが懸念される場合などである。

余命告知の具体的な対応法に関しては次章で述べる。

第二章 告知のありかた

1. がん告知の基本姿勢

「がん告知」には、がんであること告げる病名告知、進行の程度や再発を告げる病状告知、今後の治療の目的が根治であるのか延命であるのかを告げる予後告知、残った時間がどれくらいあるのかを告げる余命告知が含まれている。がんに関する告知は一度で完了するものではなく、複数回に分けて行なわれるのが通常である。その際には様々な場面毎に告知の目的とその内容が適切かを意

識しながら臨むことが重要である。またがん告知を行うにあたっては患者とその家族に与える影響への配慮が必要で、告知後の支援体制を準備することも重要である。

がん告知の技術を向上させるためには経験のある医療者による告知の現場に同席したり講習会などを利用して知識を充足させるとともに、医療者間で告知技術の客観的な評価を得ることが有効である。がん告知など悪い知らせの伝え方については、MDアンダーソンがんセンターとトロント大学によって開発されたSPIKES⁵⁾、日本の文化に即して開発されたSHARE⁶⁾(表1)が知られている。PEACE project (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education project: 症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム)が作成した教育プログラムである緩和ケア研修会ではこのSHAREをとりあげ、悪い知らせの伝え方に関して学習・体験ができるようになっている。この緩和ケア研修会ががん診療に関わる医療スタッフなら誰でも参加でき、特にがん診療に関わる全ての医師はこの緩和ケア研修を修了する事が地域がん診療連携拠点病院の要件になっているので対象者は必ず受講していただきたい(申し込み制)。また以下に示す書籍はがん告知などの悪い知らせの伝え方を身につけるうえで役立つので折に触れて手に取ることを勧めたい。

◆ 真実を伝える-コミュニケーション技術と精神的支援の指針.Robert Buckman 著 恒藤暁監訳, 診断と治

表2 不安・抑うつに伴う身体的症状

	定義	発現しやすい臨床状況	随伴する身体症状
不安	漠然とした未分化な恐れが続く状態	疾患や治療法に関する情報不足に伴う不確実な脅威へ直面している状況	息苦しさ、胸の圧迫感、動悸、口渇、嘔気、胃部の不快感、下痢、頻尿、めまい、肩こり、発汗、振え、頭痛、不眠
抑うつ	正常範囲を超えた悲しみが続く状態	病状の進行などに伴う死への恐怖など、喪失あるいは喪失の予期に直面している状況	倦怠感、疲労感、食欲低下、頭重感、不眠、便秘、集中力の低下、性欲低下など

小川朝生・内富庸介編，精神腫瘍学ポケットガイド「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」⁷⁾より一部改訂

療社³⁾

- ◆ 考える医師 より良い判断をするために. Chris Del Mar 著, 名郷直樹, 吉村学監訳 メディカルサイエンス社⁴⁾
- がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか. 内富庸介, 藤森麻衣子: 医学書院⁶⁾

告知の基本的姿勢として以下の点を挙げる。

- ① がん告知は患者に疾患についての情報を提供しつつ今後の治療方針について話し合う場である。告知やそれに準じた説明を行う場合には院内の「説明と同意（インフォームドコンセント）」に関するガイドライン」に準拠する。
- ② 面談には主治医以外の医療スタッフが同席することが望ましい。
- ③ がん告知など、「悪いニュースを伝えるためのコミュニケーション」の経験が浅い場合には経験豊富な上級医に同席を求めることが望ましい。
- ④ 面談の内容については遅延なく診療録に記載する。情報共有の観点からも、主治医が告知のために使用した言葉、患者や家族の反応や発言なども詳細に記録することが望ましい。
- ⑤ 説明の初期からあえて「がん」という言葉を表出することで、告知を受ける側の心構えを促す。例えば確定診断がついてからだけではなく、診断前からがんであることの「疑い」や「可能性」から説明を開始する。
- ⑥ 本人に最初に伝えることを原則とするが、がん診療における家族の位置づけは大きい。総論で述べたように、少なくともどこかの時点では家族同席の上で説明を行なうことが望ましい。
- ⑦ 説明をする場所にも配慮し、プライバシーが保てる部屋で部署看護師などの同席を基本として、時間をかけて説明することを心がける。必要に応じ、がん看護専門看護師、がん看護領域認定看護師やソーシャルワーカーなど、がん患者支援に詳しいスタッ

フの同席を依頼する。

- ⑧ 近々の治療内容のみならず長期的視野に立った治療プロセス全体についても説明することが望ましい。すなわち、がんの「病名告知」、臨床病期を伝える「病状告知」に加えて、選択する治療方法の目的が根治であるのか、延命であるのかを伝える「予後告知」について、本人・家族の理解の程度を確認しながら複数回に分けて説明する配慮が必要である。「余命告知」や終末期の過ごし方に関しては、更に配慮が必要である（⑩参照）。
- ⑨ 高齢者、独居者で治療内容の意思決定や治療継続が困難であると推測される場合は、社会福祉的観点や家族機能代行の観点から、治療開始前からのソーシャルケースワーカーによる介入などの支援を積極的に検討する（詳細は次項「がん告知後の支援」を参照）。
- ⑩ 余命について問われた際には以下の点について確認しつつ説明を行う。
 - ・ 説明の環境を十分に整える（プライバシーの保てる環境、家族および他のスタッフの同席、余裕を持った時間設定など）。
 - ・ 「なぜ余命を知りたいのか」「あなた自身は自分の死期についてどのように考えているのか」などを問いつけ、本心から余命を知る必要があると考えているのか確認する。
 - ・ 患者にとって余命の告知が有用であると判断した場合には人の寿命を計る事は難しいことを説明した上で、患者の状況に合わせて幅を持たせた“おおよその見通し”を伝える³⁾。例えば「現時点で命に関わる症状もないし、1～2ヶ月でどうこうということはないと思う。しかし年の単位で考えるのは難しいのではないかと」「あなたはお孫さんが成人する10年後まで頑張りたいとおっしゃるが、それは難しいかも知れない。まずはもう少し直近に目標設定してはどうか」など。
 - ・ 余命告知を受けた患者は「見捨てられた」と感じることもある。医療者はどのような場合も最後まで支

がんと診断された患者さん ご家族の皆様へ

がんと告げられた時、ほとんどの患者さんやご家族は衝撃を受け
気持ちが動揺し、とてもつらい気持ちを持たれると思います。

当院は地域がん診療連携拠点病院であり、がんと診断された
患者さんや、これから治療を受ける患者さん
さまざまなサポート体制を準備しています。

納得できる治療を受け、よりよい療養生活を送るために
是非ご相談下さい。

こんなときはがん看護専門・認定看護師をご活用下さい

- ◆ 医師の説明が理解できない、補足をして欲しい
- ◆ 医療者に自分の気持ちを上手く伝えられない
- ◆ 何を聞けばいいのか分からない
- ◆ 告知を受けてから気持ちの整理ができない
- ◆ 抗がん剤の副作用ってどんなものがあるの？
- ◆ 治療と副作用と上手く付き合うにはどうしたらいいの？
- ◆ 気持ちが落ちこんでつらい

*ご希望のある場合はおかけの診療科の
医師・看護師にお声をおかけください

健康保険の適用となる「がん患者指導管理料」が
発生する場合があります



セカンドオピニオンをご希望される方は

セカンドオピニオンとはがんの治療を選択するときに他の
医療機関で意見を聞いてみることをいいます。

*ご希望される方は、おかけの科の主治医、看護師にお申し出ください。
紹介状、レントゲン写真など必要なものを準備致します。

次のような症状が長引く場合は、こころのケアの専 門家に相談されることをおすすめします

食欲がない 眠れない 集中できない やる気が出ない
気分が落ち込む 不安でしかたない

心のケアの専門家に相談すべきかどうかを判断する診断法の
1つとしてがん患者さんに「生活のしやすさに関する質問票」を
ご記入いただいております。
記入後、おかけの科の看護師にお渡し下さい。

*状態によっては、精神科の診察やリエゾン精神看護専門看護師の面談を
ご提案させて頂くこともあります。

がん相談支援センターにお気軽にご相談下さい

病気以外のことも福祉の相談員が対応致します

- ◆ 治療費がかかり経済的に困っている
- ◆ 活用できる介護、福祉のサービスを知りたい
- ◆ 仕事や育児、家事のことで困っている
- ◆ 家族のことを相談してみたい

ご相談希望の方は担当の医師や看護師にお声かけください。
お電話の場合は下記までご連絡ください。面談は予約制となります。

がん相談支援センター（福祉・緩和看護相談室） TEL. 045-787-2800

横浜市立大学附属病院 がん総合医療センター

資料A 告知を受けた患者、家族へ配布されるリーフレット
がん告知後の患者、家族が気軽に各種の支援を受けられるよう情報提供する。

生活のしやすさに関する質問票

患者名 _____

記入日: ____月 ____日

記載者 本人 家族 医療者 その他

当院では患者さんの苦痛やご心配事に早期に対応するために、質問票を記載して
頂いております。ご協力をお願いします。

1 気になっていること、心配していることはありますか? あり なし

(1) 病状や治療について相談したいことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 日常生活で困っている (食事・入浴・移動・排泄・検便など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) 治療費がかかり、経済的に困っている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 活用できる介護・福祉のサービスを知りたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 在宅医療 (往診や訪問看護ステーションなど) について相談したいことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 仕事のことについて	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 家族 (家事、育児、介護) のことについて相談したいことがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 気持ちのつらさについてお聞きします

この1週間の気持ちのつらさを平均して、その気持ちのつらさのために、
最もあてはまる数字に○をつけてください。この1週間の程度、日常生活に支障がありましたか。
最もあてはまる数字に○をつけてください。

最高につらい	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0	最高に 生活に支障がある	10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
中くらいにつらい		中くらいに 生活に支障がある	
つらさはない		生活に支障はない	

つらさの理由は何ですか?

どのようなことに支障がありますか?

3 専門のスタッフへの相談を希望しますか? 今すぐ 希望 希望する しない

(1) 痛みなどからだの症状に対応する緩和ケア担当医師、看護師、薬剤師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 気持ちのつらさに対応する緩和ケア担当 精神科医師、臨床心理士	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) がんの看護を専門とする看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 経済的な問題や今後の療養先、社会福祉制度に相談対応する医療ソーシャルワーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 在宅での医療を調整する看護師	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*今回ご希望されない方でも今後必要に応じて相談はお受けします。

4 からだの症状についてわくわくお聞きします

この1週間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか?
最もあてはまる数字に○をつけてください。

	全く なかった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 これ以上考えられない ほどだった
痛み	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
しびれ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ねむけ(うとうと)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(つかれ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ(息苦しさ)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

その他につらい症状がありましたらお書きください

5 この1週間の状況はどうでしたか? 最もあてはまるものに○をつけてください。

	なし	1日に1回	2~5回/日	6回/日以上
嘔吐				
便秘	毎日	週4~6回	週1~3回	なし
便の性状	硬い	普通	やわらかい	下痢
睡眠	よく眠れる	時々起きるが だいたい眠れる	眠れない	
口の中の痛み や不快感	なし	あるが普段どおり 食べられる	食事の工夫が 必要	十分に食事が できない

*御回答ありがとうございます。内容を確認し、対応を提案させていただくことがあります。
*個人が特定されないようデータ化し、集計結果を学会等で報告する場合があります。
ご協力いただけない場合はお申し出ください。

横浜市立大学附属病院 がん総合医療センター 緩和ケアチーム 2016年9月

資料B 「生活のしやすさに関する質問票」(がんスクリーニングシート)

がん告知を受けた後の患者に対する苦痛、不安を評価し適切な介入を行うためのアンケート。告知直後や治療開始時のみならず、治療経過中にも必要に応じて行う。

横浜市立大学附属病院 がん診療相談窓口一覧

※ 相談窓口が不明な場合は★のいずれかに連絡する。

担当部署・委員会・チーム等		氏名	診療科・部門	職位	連絡先	相談内容
	がん総合医科学 がん総合医療センター	市川 靖史	臨床腫瘍科	教授		原発不明癌 コントロール苦慮する病状に対する治療方針決定 がん患者支援
化学療法センター	化学療法センター がん患者支援部会	★佐藤美紀子	産婦人科	准教授		化学療法全般、告知・ICについてがん患者支援
	がん等化学療法委員会	★小池 博文	薬剤部	課長補佐		がん薬物療法全般
	化学療法センター	吉水 輩子	看護部	看護師長		外来化学療法室の運営
	化学療法担当	太田 一郎 渡邊美知子	薬剤部 薬剤部	薬剤師 薬剤師		がん薬物療法全般 がん患者指導管理料3算定
緩和ケアチーム	緩和医療部（精神症状）	吉見 明香	精神科	H助教		がん患者の精神症状緩和について
	緩和医療部（身体症状）	結束 貴臣	消化器内科	H助教		がん患者の身体症状緩和について
	がん看護専門看護師 (がん相談支援センター)	★畑 千秋	看護部（4階）	看護師長		がん看護全般、緩和ケアがん相談、 告知後の支援抗がん剤曝露対策
	がん性疼痛看護認定看護師	宮下 陽子		副看護師長		
		齋藤 幸枝	看護師			
		奥山 裕子	7-4病棟	看護師		
		小林 瑞穂	8-1病棟	看護師		
		坂本 京子	8-3・無菌室	看護師		
	町永 弘美	9-1・4病棟	副看護師長			
緩和ケアチーム担当	屋代 涼子	薬剤部	薬剤師		緩和薬物療法	
リエゾン チーム	精神科リエゾン担当	安藤 豪	精神科	H助教		リエゾンチームへの依頼
	リエゾン精神看護専門看護師	渡邊 香織	看護部（9階）	看護師		患者、家族の心理的ケア全般
褥瘡対策 チーム	皮膚・排泄ケア認定看護師	後藤真由美	外科外来	看護師		スキンケア ストーマケア・創傷ケア 褥瘡ケアの相談
		山田 千寿	看護部（9階）	看護師		
看護部	がん化学療法看護認定看護師	加藤 亮子	7-1病棟	看護師		がん化学療法患者の看護相談
	乳がん看護認定看護師	蜂巢 志乃	外科外来	看護師		乳がん患者の看護相談
	がん放射線療法看護認定看護師	竹田 弘美	9-2病棟	看護師		がん放射線療法患者の看護相談
がん相談 センター	医事課 地域連携担当	★田中 牧子	医事課	係長		がん相談支援センター
	がん相談	入野 飛鳥	福祉・継続看護相談室	MSW		がん相談、経済面、社会支援、医療費、就労支援、 療養先について
退院支援	継続担当看護師	中村 優子	福祉・継続看護相談室	継続看護		往診医、訪問看護導入について
		清田みゆき	福祉・継続看護相談室	継続看護		
		小園 千夏	福祉・継続看護相談室	継続看護		
NST	栄養部	雁部 弘美	栄養部	係長		がん患者の栄養に関することについて
事務局	医学・病院企画課	山元 智和	企画課	係長		地域がん診療連携拠点病院について
がんリンクトクター	各診療科のがんに関する問い合わせ窓口					
	市川 靖史	臨床腫瘍科・乳腺外科	和田 秀文	皮膚科		
	佐藤美紀子	化学療法センター	近藤 慶一	泌尿器科		
	萩原 真紀	血液・リウマチ・感染症内科	横田 奈朋	産婦人科		
	梶原 良介	小児科	千葉 欣大	耳鼻咽喉科		
	新海 正晴	呼吸器内科	海津 久	放射線科		
	石井 寛裕	消化器内科	來生 知	歯科・口腔外科		
	日暮 琢磨	消化器内科（肝胆膵病学）	中村 大志	脳神経外科		
	中山 博貴	一般外科	中村 健	リハビリテーション科		
	泉澤 祐介	消化器・肝移植外科	大橋 健一	病理診断科		
	松尾 光祐	整形外科	結束 貴臣	緩和医療部		

資料C 「横浜市立大学附属病院がん相談窓口一覧表」

院内でがん診療に関する疑問、問題が生じた場合に関連各部署と迅速に連絡がとれるようにするため、担当スタッフ連絡先をまとめ、管理文書一覧に掲載している。注：資料は2018年12月現在。なお、本誌掲載にあたり連絡先電話番号は消去した。

表3 患者の状況別タイプ別分類

タイプ	特徴	意思決定の支援方法
単純型	・家族などのサポートがある ・身体・精神症状がない, あるいはコントロール良好	特別な支援を必要としない場合が多い
複雑型	・家族などのサポートがある ・身体, 精神症状がありコントロールを要す	・患者の状況は一般的に理解可能 ・身体, 精神症状のコントロールを優先する
複合型	・患者特有の問題を抱えている ・患者の社会的背景や, これまでの経過が複雑でルーチンの対応が困難	・患者の状況は特殊であるが, ある程度理解可能 ・患者の持つ問題を整理し社会資源を活用しながら生活基盤を調整する ・患者にとって最良の支援について個別に検討する
無秩序型	・患者の抱える問題は複雑かつ無秩序であり, 今後の展開の予測が困難	・患者の状況は一般的に理解や予測が困難 ・がん罹患により生じた患者の危機的状況について調整を行う

Martinら, Med J 2005; 183 (2) 106-109 改変⁹⁾

援する態度を明確に示す。

- ・病名・病状告知時にも増して余命告知後には十分なアフターケアが必要である(次項参照)。

2. がん告知後の精神的な反応とその支援

告知後は, その後の経過における心理的負担がないかを確認し, 患者の意思決定を支援できるよう関わる必要がある。

(1) 告知に対する精神的反応

がんを告知された後に患者が示す通常の反応として, 次のような段階モデルが提唱されている⁶⁾。

① 第1相: 初期反応期/1週間以内

告知された内容を一時的に否認することが特徴である。患者は後にその時のことを「頭が真っ白になって, まるで自分自身におこっていることではないかのようにだった」と述べることもある。

② 第2相: 苦悩・不安の時期/1~2週間

苦悩, 不安, 抑うつ, 不眠, 食欲低下, 集中力の低下などが織り交ざり繰り返される。不安が強く集中力が低下しているために, 医療者に対して同じことを繰り返し尋ねてくる時期でもある。

③ 第3相: 適応の時期/2週間以後1ヶ月~時には3ヶ月

現実の問題を直視し, 事態に順応する, または順応しようと努めるようになる。

(2) がん告知に伴う不安と抑うつ

多くの患者はがん告知後, 上記の経過を経て事態に適応してゆく。しかし一部の患者では適応することができず苦悩が続く場合もある。告知後1ヶ月以上を経過しても不安や抑うつを危惧させる症状(表2)がみられる場合には, 専門的な介入が必要な可能性がある。

(3) 告知後に患者がストレス反応を示しやすい要因

がん告知後に不安や抑うつなどのストレス反応をおこ

しやすい危険因子として以下の要素が指摘されており, 配慮が必要である⁸⁾。

- ①がんに伴う身体症状が出現している。
- ②家族など周囲との人間関係に問題を抱えている。
- ③周囲からの援助が期待できない。
- ④医療者が自分に対し援助的でないと感じている。
- ⑤精神科的な既往(特にうつ病など)がある。
- ⑥心配しやすく悲観的な性格傾向である。

(4) 個々の症例への対応

I. 患者, 家族向けリーフレットや質問票を用いたがん患者スクリーニング(資料A, B)

当院では資料A, Bに提示したようにがん告知を受けた患者・家族向けのリーフレットおよび患者の身体的・心理的状況を把握するための質問票を準備している。スクリーニングの上で必要と判断された場合には, 資料Cに従って他部署への応援を仰ぐ, 以下にその過程を記載する。

- ① 告知後, 主治医または部署看護師がリーフレット「がんと診断された患者さん, ご家族の皆様へ」(資料A)を用いてサポート体制について説明する。
- ② 「生活のしやすさに関する質問票」(資料B)の記入(がん患者スクリーニング)を依頼し, 身体的・心理的状況を把握する, 介入の必要性を思わせる記載があれば主治医や部署看護師が患者に直接問診, 評価する。
- ③ 診療科のみでの対応が困難と判断された場合(次項II. 参照)には緩和ケアチーム, がん看護専門看護師, がん看護領域認定看護師, ソーシャルワーカーなどにも対応を依頼する。ポータル内に「横浜市立大学附属病院 がん診療相談窓口一覧表」が掲載・随時更新されているので, 状況に応じて必要な担当者に連絡をする。

II. 多種職スタッフとの連携が望ましいケース

患者の置かれている状況分類(表3)を参考としてが

当院のがん患者診療サポート体制

がん診療は主治医、受け持ち看護師を中心として行う。その他がん診療の当院のがんチーム医療の推進を行う目的として以下のサポート体制がある。

1. 医療スタッフに対する相談窓口

がん診療に関する相談窓口に関しては「横浜市立大学附属病院がん診療相談窓口一覧」を参考に、相談内容に応じて各部門、委員会、チームに相談する。依頼方法や対応内容の詳細については、各担当者に確認する。

相談窓口が不明な場合は、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務の代表者（★印あり）に連絡をし、指示を仰ぐ。

2. 各診療科のがんリンクドクター

がん等化学療法委員会の診療科の医師が担当する。がんリンクドクターは、所属する診療科のがん情報や相談の院内窓口の役割を担う。

3. 各部署のがんリンクナース

部署におけるがん看護・医療の相談窓口、推進的役割を担う。

資料D

ん看護専門看護師、がん看護領域認定看護師をはじめとした多種職連携を依頼する。基本的な目安として、単純型であれば主治医や部署看護師の担当診療科チームで支援を開始する。複雑型の場合、意思決定を行う前に症状コントロールを優先して行う必要がある。担当診療科で検討の上、必要に応じ緩和ケアチームにも連携を依頼する。

複合型や無秩序型は、意思決定の前に調整が必要な問題を有していると考えられるため、問題に応じて緩和ケアチーム、精神科リエゾンチーム、がん看護専門看護師、がん性疼痛看護認定看護師、がん化学療法看護認定看護師、がん放射線療法看護認定看護師、乳がん看護認定看護師、リエゾン精神看護専門看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなどに連携を依頼する（資料C「横浜市立大学附属病院 がん診療相談窓口一覧表」を参照）。

第三章 特殊な状況での対応

1. 判断能力があるにも関わらず本人が告知を希望しなかった場合の対応

現在では稀なことではあるが以下のような状況がある。

1) 各科の初診時間診票などに「がんであった場合に告知を受けたいですか」という設問があり、「いいえ」と答えた場合。2) 診察時「がんであったとしても私自身には伝えないで欲しい」と患者自身から明らかな意志として伝えられた場合。

1) の場合、「いいえ」という回答自体が強い否認の意

思から出たものではなく、「がんであったらいやだなあ」というような漠然とがんである事実を回避したい気持ちの表れである可能性があり、2) の場合は患者さん自身のがん告知に対する強い否認の意思表示がなされたことになる。両者へは異なる対応を行なう必要がある。

1) 漠然とがん告知を回避しようとしている場合

心理的背景としてがん告知を受けた後の身体的・精神的負担に対する強い不安があると推測され、これを軽減するよう対応することが肝要である。当院受診にあたり紹介医からどのような説明を受け、どのように病状を認識しているのかを確認しつつ、丁寧に診断や治療のためには本人による病状の正しい理解が重要であることを説明する。この際、がんが告知された場合でも当院としては患者の治療に加え精神的・社会的支援を行なってゆくことも伝える。多くの場合は医療者との信頼関係が構築されることによって病名・病状告知を受容ようになる。十分な対話の後にも告知を希望されない場合には、がん告知に対する強い拒否があったものと判断される。

2) 本人が強くと告知を拒否する場合

前項のごとく丁寧かつ支持的な説明の上でも本人ががん告知を希望しないことを強く表明する場合には、今後の診療が困難かつ複雑なケースとなりうる。担当医1人で対応せず、担当科および関連する科の医師・看護師のみならず、がん専門看護師、ソーシャルワーカー、精神科医師などと連携を取る（資料D）。状況によっては紹介元医（かかりつけ医）の協力が有効な場合も考えられる。患者本人がなぜ強く告知を拒否するのか、その根底にある原因を多職種のスタッフが多面的に関わり検討する。その上で患者の不安を軽減する事が、患者自身が事実を受容する心理的準備を整える第一歩となる。また、医療者は病状を診断した結果を患者にフィードバックすることで初めて最適な治療方針を立案できることを真摯な姿勢で説明する。

2. 家族が本人へ告知しないことを希望する場合

初めに家族が本人への告知が望ましくないと考えている理由を確認する。例えば患者の性格や精神状態を理由に家族ががん告知に耐えられないと認識している、日ごろから本人ががん告知を拒否する発言をしていたなどである。そのうえで、以下の項目について説明する。

- ① 病状説明を受けることは患者本人の重要な基本的権利である。
- ② 身近な家族とはいえ本人の意向を完全に理解しているとは限らない。
- ③ 本人の意向を確認できないために治療や療養の選択肢が制限される可能性がある。例えば緩和ケア病棟

への入院には、告知に基づく本人の希望が必要である。

- ④ 細心の注意と支援の下、告知を行う。告知によって生ずるであろう患者の動揺を医療者が積極的に支援する準備があることを明言し安心を促すことが理解を得るために重要である。

その後、まずは患者本人に対して告知の希望を確認させてもらいたいと提案する。例えば「『今から病気に関する重大なお話をしたいと思う、その中にはご本人にとってつらい内容もあるかもしれないが、今後の方針を決めるためには知っておいていただいた方が良いと思う。お話をして構わないか』と確認させてもらいたい」などと伝える。患者本人にどのような方法で告知すべきか相談し、方法を検討する。医療者としては本人への告知が必要不可欠と考えられる状況下で、以上のステップを踏んだうえでも家族が告知を拒否する場合には、本人が告知を拒否する場合と同様、多種職チームによるカンファレンスを経た調整を行う。

3. がん告知を行わない患者に対する対応

現在のがん診療はチーム医療であり主治医以外の多科・多種職の複数の医療者が関わる。さらに当院においては複雑な合併症を有した患者が多く、がんとは直接的関係のない多くの診療科・部署の介入が必要な場合も多い。がん告知不同意のまま診療せざるを得なくなった患者の対応時にはその情報が全関連部署に伝わらず、混乱を招くおそれがある。全医療者に一目でわかるような情報共有の努力が必要である。

1) 担当主科での対応

当院での対応状況、例えばがん看護専門看護師、がん看護領域認定看護師・リエゾン精神看護専門看護師・ソーシャルワーカー・精神科医師・臨床心理士の介入等がなされている場合は、診療記録にサポート対応中であることをわかりやすく記載し、今後の方針を随時更新して積極的に院内の情報共有に努める。一方で患者・家族に対しては、本人・家族の意思を尊重し努力をすることを前提に、当院では本人の同意の下で治療を行うことを原則として診療に臨んでおり、患者本人に隠し事や真実とは異なる病状説明を行った上で治療を行うケースが稀であることを考えると、事情の詳細を知らないスタッフや様々な書類などを介して偶発的に本人が病状を知ってしまう可能性は回避しきれない点についても説明しておく。また、時間の経過とともに患者や家族の心境が変化し、正確な情報提供を受け入れる心の準備が整うことも考えられる。折に触れて本人・家族の意向を繰り返し確認する。

2) 関係診療科、部署での対応

未告知患者への方針は随時更新される可能性があるため、当院でのサポート状況も踏まえて慎重な対応を心掛

ける。未告知の原疾患に伴うと考えられる合併症への対応に関しても、必要と判断されれば担当主科の医師に介入・協力を依頼する。

4. 意思決定困難な成人に対する告知

1) 医療行為に対する意思決定能力判断

医療行為に対する意思決定能力とは①自分の選択・意志を表明する、②治療の利点・副作用などを理解する、③医療介入による結果を正しく認識する、④合理的な内容の意思決定をすることを指す¹⁰⁾。告知を行う際に意思決定能力の障害が疑われるような場合にはこの4つの条件が満たされるかどうかを検討する。意思決定能力に問題があると考えられた場合は以下のように対応する。

2) 意思決定困難な要因が明確である場合の対応

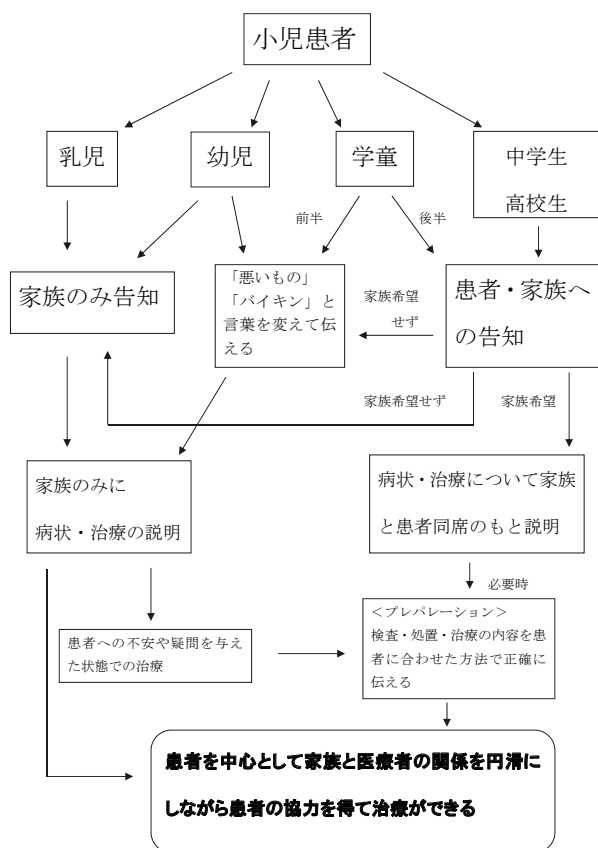
告知前の診察の段階で、医療行為に対する意志決定能力の障害が疑われ、すでに認知症や精神疾患、知的障害などの診断が確定しており、告知すべきか判断に迷う場合には、告知を行うことができる精神状態か否かについて精神科主治医の意見を求める。たとえ認知症や精神疾患、知的障害などが診断されていても患者の意思決定能力に応じて説明を行えば意思確認が可能な場合もあるので、専門家や家族などに相談することなく病状説明の方針を決定してはならない。告知を行うことが可能と判断されれば、原則として患者本人へ病状を告知した上で治療方針を決定する。告知を行える精神状態ではないと判断された場合でも、本人の理解力に応じた内容で状況を伝え、さらに精神状態が落ち着いていると考えられた時点で再度告知を検討する。

3) 意思決定困難な要因が明確でない場合の対応

明らかでなくとも精神疾患や器質的な異常が隠れていたり、心理的な反応としての様々な精神症状を呈することがあるため¹¹⁾、患者の意思決定能力に疑いのある状況で性急に告知を進めることは避けるべきである。また、治療前に精神状態を正しく把握することは、今後の治療の円滑化、治療奏効率などに影響するため¹²⁾、患者が医療に対する意思決定に困難を感じていると推測された場合には積極的に精神科コンサルトを検討する。

4) 本人による意思決定が困難であると判断された場合の対応

家族あるいはそれに準ずる人物や多職種スタッフで協議し方針を決定する。厚生労働省の示す「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン¹³⁾」は、本人の意思確認ができない場合に以下のような手順で対応することを勧めている。このガイドラインは終末期において本人に意思の決定・伝達ができなくなった状況を想定して作成されたものだが、ここで我々が論じているような場合においても同様に対応することが適切と考えられる。



資料E

人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン¹³⁾より抜粋

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、家族と十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。

治療方針の決定に際し、下記のような場合には複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

- ・ 病状が複雑で担当科医療チームのみでは治療内容決定が困難な場合。
- ・ 話し合いのうえ妥当かつ適切な医療内容について医療者が提案した場合でも患者あるいは家族の合意が得られない場合。

- ・ 家族の中で意見がまとまらないため治療方針が決定できない場合。

第四章 未成年者に対する告知について

1. 未成年者に対するがん告知の意義

未成年者にもがん告知を行う意義は、患者本人に対するものと家族に対するものに分けて考える。

1) 患者本人に対する告知の意義

- ① 自分の病気について発達段階に応じた理解を得る。
- ② 前向きに病気と向き合い、病気を克服する意志をもつ。
- ③ 検査・処置・治療の必要性を理解することで恐怖心が軽減し、副作用への耐容力を得る。
- ④ 治療に対する明確な目標を持つ（退院後に〇〇をしたい！など）

2) 家族に対する告知の意義

- ① 病気と治療プランを正確に理解し、児の治療に主体的に関わることができる。
- ② 患者を中心に家族と医療チームの協力関係を強化する。
- ③ 治療プラン作成への積極的な参加が促される。
- ④ 医療チームへの遠慮やネガティブな感情が軽減する。

2. 未成年者へのがん告知の実例（資料E）

1) 基本事項

「うそはつかない はぐらかさない」を原則とする。患者への告知前に医療チームと家族は綿密に協議し、患者の病状や治療方針に関する情報を共有した上で統一した説明方法をとる。また、個々の患児で発達段階は様々であり、それに応じた対応を行うことが重要である。

家族を含むチームで検討すべき項目は以下の通りである。

- ① 病気をどう伝えるか。
- ② 告知後の感情の変化や不安への対応。
- ③ 情報の共有方法の確認

2) 患者に対する告知の実例

(1) 乳児期・幼児期前半の患児に対する告知

告知は不要（因果関係が理解できないため）

(2) 幼児期後半の患児に対する告知

因果関係は理解できるため、「バイキン」をやっつけると痛みなど嫌なことがなくなるなどの説明が適しており、病名を「バイキン」「わるいもの」などの言葉で置き換えて説明する。人形や絵などを用いて、患者に興味を持たせながら説明することも有用である。検査・処置・治療については正確に伝える。自分が悪いことをしたから病気（入院）になったという意識がある場合は、速やかにそれを否定する。

(3) 学童期・思春期・青年期の患児・患者に対する告知
正しい病名を用いて具体的に病状・検査・治療計画を説

明する。学童期患者では発達段階に応じて病名をわかりやすい言葉に置き換えて説明することが必要な場合もある。質問を引き出し、不安を取り除くべく誠実に返答する。検査についてはその必要性和具体的な方法を伝え、治療の副作用についても正確に伝える。また、将来へ思いをはせ不安を強く感じる時期でもあるので、治療期間や今後の展望についても正確に伝え、提供・支援しうる学業環境についても丁寧に説明する。自分が悪いことをしたから病気になったという意識がある場合は、速やかにそれを否定する。

3) 学童期・思春期・青年期の患児に対する告知を家族が拒否した場合の対応

(1) 家族が患児の年齢・発達遅滞などを理由に告知に消極的である場合には、必ずしも病名そのものを伝える必要性はないが、わかりやすい言葉に置き換えて説明できることを説明する。

(2) 患者が十分理解できる発達段階にあるにもかかわらず家族の信念・宗教上の理由などで告知を拒否する場合には、成人と同様に疾患や治療の必要性に対する理解不足から治療への耐容力の低下・精神的不安の増幅などが起きるリスクが高い。また、小児に特有な問題点として、たとえ治療を未告知のまま終了できたとしても、後に偶発的に病名を知り、当時周囲が自分に真実を告げていなかったことが原因で人間関係や信頼関係が破綻する危険性がある。これらをふまえて成人と同様、小児科のみならず多職種が合同で対応してゆく。

文 献

- 1) 国立がんセンターがん告知マニュアル第二版 1996年9月
<http://ganjoho.jp/professional/communication/communication01.html#03>
- 2) 田中俊行, 小川哲史, 池谷俊郎, 竹吉 泉: 患者因子と主治医因子から分析したがん未告知の現状について. 日臨外誌, **68**: 1891-1895, 2007.
- 3) Robert Buckman (著), 恒藤 暁 監 (訳): 真実を伝える-コミュニケーション技術と精神的支援の指針. 診断と治療社, 2011.
- 4) Chris Del Mar, Jenny Doust, Paul Glaszou (著), 名郷直樹, 吉村 学 (監訳): 考える医師-より良い判断をするために. メディカルサイエンス社, 2008.
- 5) Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, **5**: 302-311, 2000.
- 6) 内富庸介, 藤森麻衣子 (著): がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか. 医学書院, 2007.
- 7) Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry*, **51** Suppl: 12 - 7, discussion 18-19, 1990.
- 8) 小川朝生・内富庸介編: 精神腫瘍学ポケットガイド「これだけは知っておきたいがん医療における心のケア」. 創造出版, 2010.
- 9) Weisman AD, Worden JW, The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med*, **7**: 1 - 15, 1976.
- 10) Martin CM, Sturmberg JP: General practice-chaos. Complexity and innovation. *Med J Aust*, **183**: 106 - 1094, 2005.
- 11) Grisso T, Appelbaum P: Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. Oxford University Press, 1998.
- 12) Derogatis LF, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, **249**: 751-757, 1983.
- 13) Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A: Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet*, **356**: 1326-1327, 2000.
- 14) 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」
終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会編, 2015年3月改訂
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000078981.pdf>

Abstract

THE GUIDELINE FOR TELLING TRUTH TO CANCER PATIENTS OF
THE YOKOHAMA CITY UNIVERSITY HOSPITAL

Mikiko Asai-Sato¹⁾, Chiaki Hata¹⁾, Asuka Yoshimi¹⁾, Ryosuke Kajiwara¹⁾,
Takashi Sato¹⁾, Kenji Takase¹⁾, Hirotaka Nakamura¹⁾, Takashi Kosaka¹⁾,
Hiromi Machinaga¹⁾, Yoko Miyashita¹⁾, Sachie Saito¹⁾, Akihiko Kusakabe¹⁾,
Kimiko Katsuyama²⁾, Mika Hirai³⁾, Hitoshi Arima³⁾, Mari Saito⁴⁾ and Yasushi Ichikawa^{1), 5)}

¹⁾ *Yokohama City University Hospital, the Working Group for “the Guideline for
telling truth to cancer patients of the Yokohama City University Hospital”*

²⁾ *Yokohama City University, School of Medicine, Nursing Course*

³⁾ *Yokohama City University, International College of Arts and Sciences, Faculty of
Liberal Arts and International Studies, Department of Human Sciences.*

⁴⁾ *Yokohama City University Medical Center, Palliative Care Department.*

⁵⁾ *Promotion Plan for the platform of Human Resource Development for Cancer.*

Providing palliative care immediately after the diagnosis of cancer is essential and to achieve this, the medical staff should be educated regarding the communication skills to interact with patients who are informed about their cancer diagnosis. Therefore, the Ministry of Health, Labor, and Welfare necessitates the designated cancer hospitals in Japan to possess an educational tool that improves the communication skills of their medical staff when dealing with patients diagnosed with cancer. Accordingly, we decided to formulate a guideline at the Yokohama City University Hospital for disclosing cancer diagnosis to patients. This guideline was written in collaboration with the volunteers of the hospital and revised by experts of medical ethics and cancer survivorship. The final version was carefully reviewed and approved by the internal executive committee of cancer management and then published for the entire hospital staff on March 8, 2017. The contents of this guideline are based on “Guidelines for Telling the Truth to Cancer Patients” by the National Cancer Center Japan, published in 1996. Furthermore, we have incorporated some content regarding difficult situations that we often confront at our hospital, including the management of patients who refuse the disclosure of cancer diagnosis or have difficulty in self-determination and disclosure of cancer diagnosis to pediatric patients.

Here, we release this internal guideline for the public under the approval of the Director Board of the hospital. We sincerely hope that our work serves as a useful tool for all medical professionals.

