The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	真実を伝えることの大切さ
Author(s)	越村, 利惠
Citation	癌と人. 2014, 41, p. 36-39
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/36345
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

真実を伝えることの大切さ

越　村　利　惠*

医療において、真実を伝える、とくに「悪い知らせ」を伝えることはとても難しい。それは、伝えられる側だけでなく、伝える側にとっても大変ストレスフルな体験となる。

本稿では、看護師としてのこれまでの経験や両親の看取り体験を通して、「真実を伝える」ということについて考えてみたい。

ずいぶんと昔の話になるが、私が看護師になりたての頃、「がん」を良性と思って治療を受けていた人が多かったように思う。「私はがんでしょうか」と尋ねる患者に看護師として何と答えて良いのかわからないジレンマを抱えていたことを覚えている。また、その頃は患者自身が治療方針について意思決定していた時代ではなく、日本人の特性も影響していたかもしれないが、医師に「おまかせします」という人も少なくなかった。未熟な看護師ながら、自分で治療方針について意思決定をするためには、悪性であっても「病名」は知っておくべきだ、「自分ががんになっても、ちゃんと真実を伝えてもらい、冷静に受け止めたい」と考えていた。

しかしながら、知っておくべきであると考えることと、冷静に受け止められることとは別である。その頃、医師から「手の施しようのない脳腫瘍」と告げられた夢を見た。夢の中での私の取り乱し方は尋常ではなかった。医師に「何でもしますから助けてください」とすがっていた。目が覚めたとき、自分の隠れていた本心に思わず赤面した。

それからまもなく、父が「胸膜中皮腫」というがんになり、有効な治療法がなく、余命半年と告げられた。治療法がないのであれば、あえて父に「真実を伝える」必要はないと思った。今考えると、現実に向き合う勇気と家族として父を支える自信がなかったのだと思う。父は診断から半年の自宅療養と3か月の入院生活で還らぬ人になった。父の死後、きれいに整理された写真類から、父が家族に黙って死を迎える準備をしていたことは充分想像できた。父に真実を伝えなかったことが心に重く残った。患者に「真実を伝えるか否か」で議論されていた30年くらい前の話である。

2013年の内閣府によるがん対策に対する世論調査結果をみると、「がん」についてどのような印象を持っているかの質問に対し、「こわい」とする者は76.7％であった。その理由のトップは「がんで死に至る場合があるから」であったが、がん検診受診率は20～30％と少なかった。受診しない理由は、「時間がない」に次いで「がんがわかるとこわい」が多かった。世界中の研究者によって「がん」の治療法が開発され、多くの命が救われているにもかかわらず、「がん」は日本人の死因第1位である。日本人の3人に一人が「がん」で死んでいるとなると、「がん」という病気を告げられることは、今も昔も多くの人にとって死をイメージさせる「悪い知らせ」といえる。

ところで、「悪い知らせ」の定義の一つとして「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまうもの」と言われているが、「悪い知らせ」の受け止め方は、月日が流れ、将来の見通しについて見方が変わると、違ってくるものなのであろうか。

また夢の話になるが、今から数年前またもや「病名告知」される夢を見た。このころの私は、副看護部長という職にあり、重症心不全を患っ

＊大阪大学医学部附属病院看護部長

た高齢の母を自宅で看護していた。20代では脳腫瘍の告知に取り乱して助けてほしいと医師にすがっていた私だが、このときばかりは冷静に「仕事の後始末はどうしよう」「母の介護は誰に頼もうか」などと思いめぐらしていた。「余命はどのくらいですか。元気で動ける期間を教えてください」と冷静に医師に尋ねていた。命の考え方、死の受け止め方など、年齢、経験、取り巻く状況によりずいぶんと違うものだと、また夢で悟ったわけである。

つまり「悪い知らせ」の受け止め方は、聴く人次第なのだ。但し、悪い知らせを告げられた人が、どんな受け止め方をするか、どんな反応をするか推測は不能である。『「真実を告げる」ときの「患者の反応を予測する場合、唯一間違いのないことは何も推測しないことである」』と「真実を伝える―コミュニケーション技術と精神的援助の指針―」(ロバート・バックマン著)という本に書かれていた。まさにその通りだと思う。危機に直面した人の反応はその人自身にも予測不能なのかもしれない。

ロバート・バックマンはその本の中で、患者側の立場だけでなく、医療従事者の立場からも「悪い知らせ」を伝える困難性を記していた。医療従事者が「悪い知らせ」を患者に伝えることで①患者へ苦痛を与える恐れ②患者の経験への共感による苦痛③患者からの非難④治療の失敗という意識⑤「悪い知らせ」の伝え方による患者の感情的な反応への恐れ⑥「わかりません」ということへの恐怖があるという。

医療従事者の一人である看護師がそういった場面を体験するのは、医師による「病名告知」の同席時くらいで、その時看護師は、専ら患者側の立場で患者を擁護することに神経を集中させている。私自身医師の気持ちをあまり意識したことはなかった。

数年前、勤務をしながら修士課程に通っていた頃「コミュニケーション」の授業でロールプレイを体験し、少しばかり医師の気持ちがわかったような気がした。内容は「末期肝臓がんで治療法がなく余命が少ない」といった告知場面で、私が医師役になった。プレイに入るまではうまく伝えられると思っていたが、いざ患者役を前にすると、なかなか「肝臓がん」という言葉がでなかった。余命まで話そうとすると言葉が詰まり、心臓がどきどきしている自分に気付いた。「真実を伝える」ことの重要性はわかっていても、それが患者にとって「悪い知らせ」となると、伝えることはやはり難しい。医療従事者も患者と同様、同じ時を生きる人間なのだと実感した。先にのべた「真実を伝える」という本は、実に細やかに患者に「悪い知らせ」を伝える方法や技術を教えてくれている。

さて、社会の意識も変化し、倫理的な観点からも、患者に「真実を伝える」ことがあたりまえになってきた今日では、「悪い知らせ」を「いかに伝えるか」「いかに情報を分かち合うか」に変わってきているという。

患者は真実を知り、情報を分かち合い、治療方針の選択といった意思決定を行う。いわゆるインフォームド・コンセントである。日本では、一般的にインフォームド・コンセントは説明と同意として理解されている。充分なインフォームド・コンセントを受けたかどうかが議論され、患者にいかに伝えられ、患者は充分理解し、治療を拒否することを含め同意したかが問われている。清水哲郎氏によると、患者が治療を同意しない理由は、単に医療者の説明が不十分であるからだとは限らない、患者・家族の人生の事情や計画も含まれており、「説明と同意」とい

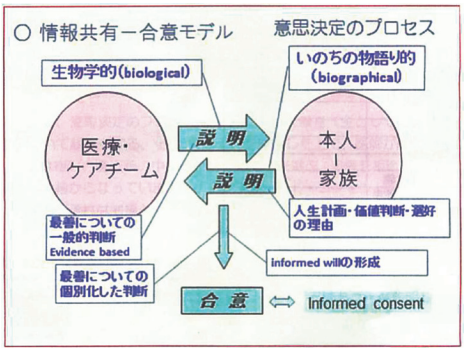

図1 (清水哲郎＋臨床倫理プロジェクト、臨床倫理エッセンシャルズ2013春版より)

うプロセスではこれは配慮できないと述べている (清水哲郎＋臨床倫理プロジェクト、臨床倫理エッセンシャルズ 2013 春版より)。図 1 に示すように、意思決定のプロセスを、医療・ケアチームから患者・家族への説明、そして患者・家族から医療・ケアチームへの説明といった「情報共有から合意プロセス」として捉えてはどうかと提案している。これは「いかに伝えるか」だけでなく「いかに情報を分かち合うか」に近い考えだと思う。患者・家族が個別の価値観や事情を医療従事者に「説明する」という発想はとても新鮮に思えた。

患者・家族の価値観や事情はさまざまである。厚生労働省の調査研究班によると、がん医療に携わる医療従事者に向けての教育モジュールの一つとして、アドバンス・ケア・プランニング（Advance Care Planning：ACP）がとりいれられている。ACP とは、「意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を指す。患者の価値をはっきりさせ、個々の治療の選択だけでなく、全体的な目標をはっきりさせることを目標にしたケアの取り組み全体をさす」と言われている。（池永昌之、木澤義之、ギア・チェンジ緩和医療を学ぶ二十一会、医学書院、2004 より）

ACP について考えると、3 年前に逝った母の闘病生活を思い出す。母は大動脈弁狭窄症だったが、高齢のため弁置換手術をうけないことと「突然死」を念頭に入れた自宅療養を選択した。心不全症状が進行してきたある夜、自宅で意識を失って倒れた母を前に、私はとっさに心臓マッサージを行っていた。その時、「突然死」はわかっていたが、心の準備ができていない自分を知った。回復した母とはその後、DNR(do not resuscitate) を確認し、それまで以上に病状や、生きること、死ぬことについて話し合った。それから亡くなるまでの半年間、腕を少しあげると気を失ってしまうような心機能だったが、母は良く笑い、生きることを楽しんでいるように見えた。週 1 回往診にきていた医師からも「すべてを知っていて、あの満面の笑みは何？」と問われた。母に尋ねると「あなたにもらったおまけの人生だから。」と笑って答えた。母が怖がったのは、死ではなく自分で意思決定ができなくなることだった。その死生観を大事にすることが私の役割でもあった。

患者に真実を伝えることは、とても大切なことである。しかし、そこには相手の価値観や事情を尊重した姿勢が必要だと思う。情報共有―合意モデルといった意思決定プロセスの考え方や ACP のような取組が、がん医療だけでなく、すべての医療に浸透していってほしいと心から願う。

ガンの代表的な症状

ガンには特異的な症状はないものの，つぎのような代表的症状がいくつか考えられます。

●しこり・腫れ

からだの表面に近いところにできたしこりや腫れは，手で触れることができる場合があり，目で見て確認できる場合もあります。

乳ガンでは，乳房にほかの部分よりかたいしこりを触れることがあり，甲状腺ガンでは，くびの前側の部分にできたしこりを触れることがあります。

胃ガン，肝ガン，膵ガン，大腸ガンなどの腹部にできたガンでは，おなかにしこりを触れることがあります。

また，わきの下や腿のつけ根などのリンパ節が腫れてきて受診し，ガンが発見されることもあります。ただし，リンパ節の腫れは，ガン以外の病気でもおこってくるので，それだけで必ずしもガンだとはいえません。

さらに，皮膚ガンの場合は，目で見て異常に気づくことができます。痛みやかゆみのないできものが発生して，比較的短時間の間に，大きさ・色・形などの変化がおきた場合や，いつまでも治らない潰瘍が皮膚にできていたら，早く皮膚科医を受診しましょう。

●出　血

ガン細胞からの出血は，ガンの種類や発生した部位によっていろいろな症状となって現われてきます。代表的なものは，血痰，吐血・喀血，血便・血尿などですが，これらの症状はガン以外の病気でもおこるため，やはりこれだけでガンとは診断できません。

〈血痰，喀血，吐血〉肺ガンが進行してくると，少量の血痰が連日出るようになります。喀血も肺ガンなどで現われる症状です。吐血・下血は胃ガンなど消化器にできたガンなどでおこってきます。

〈血尿〉血液（赤血球）が混じっている尿を血尿と呼び，含まれている血液の量が多く，見た目にも血尿とわかる肉眼的血尿と，血液の量がわずかで，尿を顕微鏡でしらべなければわからない**顕微鏡的血尿**とがあります。

このうち自覚できるのは肉眼的血尿だけですが，腎臓，膀胱などの尿路系にガンが発生すると，血尿が現われてきます。とくにいったん現われた血尿が短時日のうちに消えてしまい，半年以上もたってから再発する場合は泌尿器にガンが発生していることを知らせる信号のことがあります。

血尿に気づいたら，すぐに泌尿器科医を受診してください。

〈下血や血便〉大腸ガンの代表的な症状です。肛門に近い直腸や下行結腸の場合は，見た目にもわかる出血となって現われますが，肛門から遠い上行結腸や胃からの出血では，黒っぽい便として出るだけで，なかなか血便とは気づかないことが多いものです。

〈不正性器出血〉女性性器のガンで現われる不正性器出血は，月経による出血とまちがわれることがよくあります。ふだんから，生理のサイクルとそのときの特徴をよく知っておくことが必要です。

●痛　み

ガンの病巣が骨・筋肉・神経をおかしたり，神経を圧迫したりすると，いろいろな痛みが起こってきます。

食道ガン，肺ガンなどでおこってくる胸痛，脊髄腫瘍などでおこる背部痛や腰痛，消化器のガンや女性性器のガンでおこってくる腹部の痛みなど，痛みはガン特有の症状ではないものの，もっとも強く自覚できる症状です。

いままでに感じたことがない痛み，時間を追って痛みが強くなる場合などは，ガンをはじめ重い病気の症状のことがあるので，早く医師の診察を受けましょう。

小川一誠・田口鐵男　監修――「ガンの早期発見と治療の手引き」より引用――