日本赤十字看護学会誌　J. Jpn. Red Cross Soc. Nurs. Sci. Vol.3, No.1, pp.108-115, 2003

資　　料

がん告知後の患者における病状の理解と感情状態に関する調査

菅原　よしえ*1, 齋田　トキ子*2, 西條　泰子*3,
阿部　清美*3, 渋谷　多佳子*3, 木村　由美*3

An Investigation about the Understanding of Condition of Disease and Mental Status in the Patient after the Cancer Notice

SUGAWARA Yoshie, SAITA Tokiko, SAIJHO Taiko,
ABE Kiyomi, SIBUYA Takako, KIMURA Yumi

キーワード：がん告知、病状の理解、気分プロフィール検査、
インフォームド・コンセント
Key Words：Cancer Notice, Informed Consent, Profile of Mood States,
Understanding of Condition of Disease

要旨

本研究は、がん告知後の患者における病状理解の程度と、それに伴う感情状態を把握することを目的に行った。病状理解の内容としては、病名、治療方法、今後の経過の3項目について面接を行い、感情状態の把握には、気分プロフィール検査（Profile of Mood Statesの日本語版）を使用した。患者は39名で、乳がん、胃がん、甲状腺がんなどの診断を受けた患者であった。調査の結果、がん告知においては、患者自身が理解できたと感じていても、医師から説明された内容と患者が理解した内容の一部が、患者の約半数で異なることがわかった。また、がん告知後の患者の状況は、がんという脅威だけでなく様々な状況要因が重なり、感情状態に影響していることがうかがわれた。これらのことから、がん告知後の看護援助に若干の示唆を得ることができた。

*1兵庫県立看護大学大学院修士課程　*2東北大学医学部医療管理学教室
*3石巻赤十字病院
受理：平成15年1月14日

Ⅰ．はじめに

がんは、1981年以降日本における死亡原因第1位であり、増加傾向にある（厚生労働省大臣官房統計情報部,2001,p.10）。このことは、がんが死と結びつくイメージに影響する要因の一つと考えられる。これ以外にも幾つかの要因があり、不治の病気は患者に知らせるべきではないという従来の医師の倫理や、死をタブー視するなど（恒藤,1999,p.38）の文化的背景がある。それらのことにより、がんは真実の病名を伝えた方がよいか、それとも伝えない方がよいかという告知の問題をもっていた。しかし、近年はがん治療の進歩に伴いがんに対する知識が普及したことや、患者の権利意識の向上によるインフォームド・コンセントの普及から、しだいに病名が伝えられるようになってきている。

医療現場における告知の状況については、いくつかの報告がある。林ら（1992）の外来初診患者へのアンケート調査報告では、患者の62.1％が告知を希望しており（p.22）、佐々木ら（1999）の調査では、がん専門病院における実際の告知率は75.1％と報告されている（p.58）。また、渡辺ら（1998）の告知率の地域差に関する調査では、Sがん専門病院では92.0％、全国群では22.5％、東京近郊群では56.3％、T地方群では12.0％であり（p.109）、地域差が大きいことが報告されている。渡辺ら（1998）は告知率の低い地域におけるパターナリズムの医療と患者サポート体制の不備を指摘している。

恒藤（1999）は、「告知についてしばしば論議されるが、現在の課題は『告げるべきかどうか』から『どのように告げるべきか』、さらに『告げた後、どのように援助するか』ということまでに及んでおり、時代は変わりつつある。」（p.38）と述べている。今後は、どのようにサポートしていくかという点を含めて、がん告知を考えることが重要であろう。

日々私達が看護に携わる中で、医師から説明されたことについて異なった捉え方や聞いていないと述べる患者にしばしば出会い、告知の衝撃に対する反応に違いがあるのではないかと考えた。Holland（1990/1993）は、病気のストレスに対する正常反応として、がんの診断は患者にとって危機であり、一般的な反応として、一時的否認が2～3日に続いた後、感情の変化を伴う不安や抑うつ気分を経て、状況に適応すると述べている。正常な反応は1週間から10日の間に消失するが、時にはもっと続くか、服薬などの治療が必要になる場合もあるとしている（p.6-7）。がん告知という衝撃的なできごとに対する正常な反応はどの患者にも生じ、一般的な過程はあるがその反応の強さや、継続期間には個人差があると考えられる。Holland（1990／1993）は、告知による反応の対処に影響する要因として、身体的症状、がんの進行、経済状況、他人からの援助の程度などをあげている（p.6）。しかし、患者の病状理解の程度が、告知という衝撃的なできごとに影響するかどうかは明らかになっていない。

患者サポートの一つとして、まず患者が医師から伝えられた病状をどの程度理解しているかを把握し、それによる告知に対する患者の反応への影響を知ることが必要と考える。そこで、今回、がん告知後の患者における病状の理解として、病名、治療方法、今後の経過に関する理解の程度を把握し、告知に対する反応の把握には感情状態を測定するProfile of Mood Statesの日本語版である気分プロフィール検査（以下、POMSと略す）を使用し、患者の病状理解の程度と感情状態の関連を明らかにすることを目的として調査を行った。

Ⅱ．用語の定義

本研究では、がん告知後、病状の理解、感情状態について、以下の範囲とした。

がん告知後とは、がんの診断を患者に説明された後のことであるが、直後は精神的動揺が大きく調査が患者の負担になることを考慮し、告知を受けた後初めて入院してきた時とした。

病状理解は、告知を受けた後初めて入院してきた時に患者が述べた内容と医師からの説明内容が一致している場合を理解とした。一致をみる項目は、病名、治療方法、今後の経過の3項目とした。

感情状態は、患者の心理的反応として感情や気分の状況を示すものであり、POMSにて測定した。

Ⅲ．目的

がん告知後の患者の病名・治療方法・今後の経過に関する理解の程度と感情状態を明らかにするとともに両者の関連性を検討する。

Ⅳ．方法

A．対象者

東北地方の一病院の外科外来において告知を受けた患者で、以下の条件を満たし、本人の承諾を得られた方とした。

① 新規にがんの診断を受け、告知を受けた
② 20歳以上の成人
③ 通常の社会生活に十分なコミュニケーション能力を有する
④ 新規に診断されたがん以外に生命に関わる重篤な疾患は持たない

B．データ収集期間

平成12年6月1日～平成12年12月31日

C．方法

データは、研究者4名が告知場面の観察と、面接、感情状態の把握にPOMSを使用し収集した。研究者4名は記録表を用いたチェックと記載の方法について事前に統一をはかった。

告知場面の観察は、外来において医師から患者へ説明される場面に同席し、医師が説明した内容を研究者が記録した。病名については、医師がよく説明に使用する言葉（癌の早期、癌の進行期、癌の末期、悪性腫瘍、腫瘍、できもの、悪いもの、癌になる可能性、限りなく黒に近い、灰色の細胞）を記録表にあらかじめあげておきチェックをした。チェック項目以外のことや、患者自身が質問したことについてはその他として記載した。治療方法についても同様にチェック項目（手術、化学療法、放射線療法、対症療法）をチェックし、さらに詳しい内容はその他として記載した。今後の経過については、2つのチェック項目（手術して治癒する確率、症状緩和中心）をあげて、その他に説明されたことについては記載した。

面接は、患者が外来で説明されたことをどのように理解しているかを把握するために、入院時に行った。研究者が質問する方法で行い、病名、治療方法、今後の経過については、外来で使用した用紙と同じ記録用紙にチェックと記載を行った。医師の説明を理解できたと感じたかについては、理解できたか、できなかったかと、患者がその時述べたことを記載した。

感情状態の把握に使用したPOMSは、感情・気分を評価する自己記入式質問紙法の一つとしてMcNairらにより米国で開発され、日本語版については、横山ら（1990,1997）によって信頼性と妥当性が検証されており、質問紙として市販されている。被験者がおかれた条件により変化する一時的な気分・感情の状態を測定でき（横山,1994,p.6）、がん患者の心理状態の測定に使用されている（田中,1995；福江,1995；福江,1996）。POMSの調査は入院時の面接後に行い、6つの気分の、緊張―不安、抑うつ―落込み、怒り―敵意、活気、疲労、混乱を測定した。6つの気分の得点は、標準範囲、他の訴えとあわせ注意が必要な範囲、専門医の受診を考慮する必要がある範囲に分けられる。年齢と性別を考慮し補正した平均値±1標準偏差を標準的な範囲、±1～2.5を他の訴えと合わせ専門医を受診させるか否かを判断する必要のある要注意の範囲、±2.5を超える場合を専門医の受診を考慮する必要のある病的な範囲としている。各対象者の粗得点は、年齢と性別によって補正したT得点に換算できる（横山,1994,p.17）。

D．データ分析方法

医師から説明された内容ついて、患者がどの程度理解しているかを明らかにするために、外来において医師から説明された内容と、入院時の面接で患者が理解していた内容を研究者4名で検討した。検討した内容は、病名、治療方法、今後の経過の3項目とした。

病名、治療方法、今後の経過の3項目全てに

ついて、医師の説明と患者の理解が一致した群を“全て一致群”とした。病名、治療方法、今後の経過のうち1項目、または2項目が一致していない群を“一致しない項目あり群”とした。面接によって明らかにした理解と、患者自身の感じた理解の程度を比較検討した。また、POMSのT得点の平均を、6つの気分別に“全て一致群”と“一致しない項目あり群”の2群間について、t－検定を行った。

Ⅴ．倫理的配慮

調査にあたり調査施設の院長、看護部長、主治医に研究の概要を説明し、承諾を得た。対象者は、調査の目的と方法について説明し、承諾の得られた患者とした。調査の協力の有無によって、現在または今後受ける治療や看護に影響がないことと、研究協力は自由であり断ることが可能であることを説明した。得られたデータは個人が特定できないようコード化した。外来での告知の場面では、研究者は患者に脅威を与えないよう対面しない位置に座り記録し、患者と医師の関係性を尊重した。

Ⅵ．結果

A．対象者の概要

対象者は39名で、男性8名、女性31名で、年齢は27～81歳、平均年齢57.9歳であった。

診断名は、乳がん17名、胃がん14名、甲状腺がん3名、食道がん2名、S字状結腸がん1名、直腸がん1名、デスモイド1名であった。女性が多い理由は、調査施設において乳がんの患者が多いことが影響したと考えられる。

B．医師から説明された内容ついての対象者の病状理解

面接の結果、病名、治療方法、今後の経過について、医師の説明と対象者が理解していた内容が全て一致していた対象者は17名（43％）であった。これを、“全て一致群”とした。“一致しない項目あり群”は22名（57％）であった。

“一致しない項目あり群”中で、病名が一致していない対象者は10％、治療方法が一致していないは対象者8％、今後の経過が一致していない対象者は18％、病名、治療方法、今後の経過の中で2つ一致していない対象者は21％であった。（図1）

C．対象者自身が感じた病状理解の程度

対象者自身が感じた理解の程度では、理解できたと感じていた対象者が90％で、動揺して説明が記憶に残っていないなど理解できなかったと感じていた対象者が10％であった。

全て一致群は全体の割合が43％であったのに対し、対象者自身が理解できたと感じている割合は90％と違いがあった。（図2）

D．POMSの得点に関する2群間の比較

医師の説明内容と患者の理解の“全て一致群”

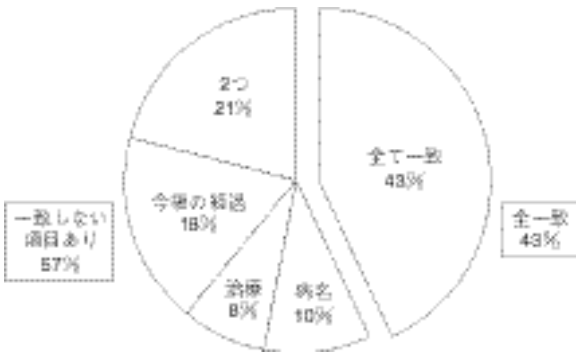

図1．患者の病状理解

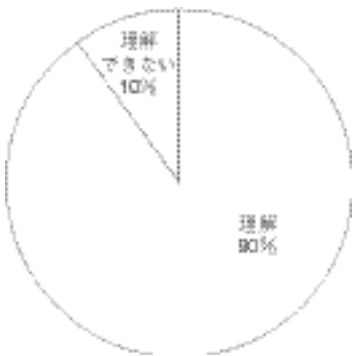

図2．患者自身が感じた理解の程度

と“一致しない項目あり群”では、入院時のPOMSのT得点に有意差はなかった（表1）。

POMSの結果について、傾向をわかりやすくするために図3、図4を示した。図3、図4には、緊張―不安、抑うつ―落込み、怒り―敵意、活気、疲労、混乱の6つの気分それぞれにおいて標準範囲、他の訴えとあわせて注意が必要な範囲、専門医の受診を考慮する必要がある範囲の割合を示した。全て一致群、一致しない項目あり群の両群に、他の訴えとあわせて注意が必要な範囲、専門医の受診を考慮する必要がある範囲が認められた（図3、図4）。

Ⅶ. 考察

本研究では、がん告知を受けた対象者の病状理解を、病名、治療方法、今後の経過の3項目について調査した。病状理解の程度については、患者は理解できたと実感していても、医師から説明された内容と患者が理解した内容の一部が異っていた。医師の説明内容と患者の理解の“全て一致群”と“一致しない項目あり群”の間でPOMS得点の差は認められず、病状理解の程度と感情状態との関連は示唆されなかった。ここでは、これらの結果をもとに実践への活用を含めて考察したい。

A. 病名、治療方法、今後の経過の3項目に関する理解の程度

病名、治療方法、今後の経過の3項目について調査した結果、医師の説明と全く異なったことを答える患者はいなかった。これは、研究者の予測と反し、患者はよく理解しているという印象を受けた。しかし、患者が理解している内容を3項目別にみると、「話されていない」、「よく覚えていない」と答える項目もあり、医師の説明とは少々異なる内容を話すなど、一致しない項目があることがわかった。一致しない項目があった患者は57％と半数を超えていた。

一致しない項目があった患者が、「話されていない」、「よく覚えていない」と答えている状況は、がんとわかった精神的動揺からくる否認や

表1. 病名、治療方法、今後の経過についての理解とPOMSのT得点

医師の説明内容と患者の理解の一致（病名、治療方法、今後の経過）	人（%）		POMS：T得点（平均±標準偏差） T-A（緊張―不安）	D（抑うつ―落込み）	A-H（怒り―敵意）	V（活気）	F（疲労）	C（混乱）
全て一致	17（44）		59.3±11.0	57.8±14.5	52.7±13.5	42.9±8.6	53.6±13.0	55.5± 9.7
一致しない項目あり	22（56）							
	病名	4	54.5± 0.5	52.5±19.0	44.0±11.3	43.5±13.2	45.3± 9.0	50.8±15.1
	治療	3	47.3± 8.3	48.7± 4.6	42.3± 4.0	47.3± 7.0	43.7± 2.3	53.7± 9.0
	今後の経過	7	56.6±10.0	55.4±14.0	45.6± 8.1	46.0±14.4	52.9±10.8	50.7±13.2
	2項目	8	52.1±13.0	57.3±14.0	48.4±14.1	43.3±11.2	46.3± 9.5	56.3±13.0

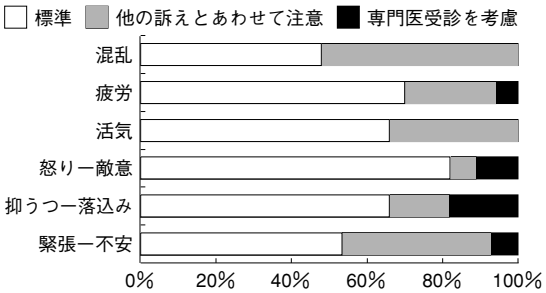

図3. POMSの傾向：全て一致群

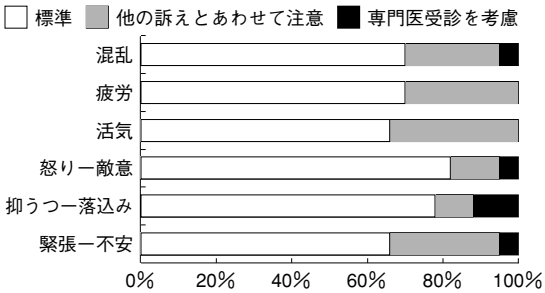

図4. POMSの傾向：一致しない項目あり群

逃避の状態も含まれていると考えられる。半数の患者が治療を受け入れてはいるが、なお曖昧な部分を残し入院に至っていると言えるのではないか。今回の調査では、患者個々の入院に至るまでの心理や対処を把握することはできてない。患者がもつ曖昧な部分への援助には、患者個々の背景や、心理過程、対処過程を見極め、情報提供を必要としているのか、心理的サポートを必要としているのかを判断することが必要になる。

B．患者自身が実感していた病状理解の程度

医師の説明内容と患者の理解している内容が全て一致した患者は43％であったが、患者自身が理解できたと感じていたのは90％と差があった。患者自身が理解できたと感じていても、病名、治療方法、今後の経過のいずれかにおいて、医師から説明された内容と患者が理解していた内容に違いがあることがわかった。これは、患者自身が理解できたと発言していても、実際には医療者が説明し理解してくれただろうと思っている内容との間にはズレが生じていることを示している。

ズレを生じた理由として考えられることの一つは、がんとわかった精神的動揺の影響がある。客観的には医師の説明と患者の認識は一致しないところがあっても、否認の状態にある患者自身はその認識を信じ込もうとしていることで、患者自身は理解できたと答えたのではないかと推測される。否認の状態にある患者の場合は、患者の心理的変化に合わせて、告知後に、何度か繰り返して患者が理解している内容を確認し、説明を加えることが必要である。

また、今回の研究では、病状理解を3項目（病名、治療方法、今後の経過）にしぼり医師の説明と患者が述べた内容の一致をみたが、患者が理解できたと感じている主観的な基準が異なっているためにズレが生じたことも考えられる。今回のデータ収集方法は、患者の言葉をそのまま全て記述し収集したものではないため分析できないが、患者自身が求める告知やそのサポートをさらに検討するにはこの点が今後重要になると思われる。

C．病状理解の程度と感情状態

患者の感情状態を表すPOMSのT得点の平均値は、3項目の病状理解の程度で分けた“全て一致群”と、“一致しない項目あり群”において差はなかった。また、両群ともに6つの気分のいずれかにおいて、他の訴えとあわせて注意が必要な範囲、専門医の受診を考慮する必要がある範囲が認められた。今回調査の3項目に関する理解においては、充分に医師の説明を理解していても、一部理解していなくても、精神的な負担は変わりなくあることを示した。

田中ら（1995）による婦人科がん患者の告知後でPOMSを施行した調査では、問題を認めない患者が50％、他の訴えとあわせて注意が必要と認めた患者が38％、専門医の受診を考慮する必要を認めた患者が12％を占めたことが報告されている(p.138)。この報告は、本研究の結果と同様の傾向であった。がんにおける精神障害の割合として、正常反応が約50％、反応性の抑うつや不安を伴う適応障害が約30％、抑うつ、せん妄などの病的状態を示す割合が 20％ある（Holland,1990/1993,p.4-5）と言われており、病状理解の程度に関係なく、がんという生命に危険のある病気を持つ場合の反応を表したものと言えるのではないか。

このような結果に影響した要因として、POMSをとった時期の患者の状況が考えられる。POMSをとった入院時は、告知されていることの影響以外に、手術を前にしていること、入院生活という新しい環境に入ることも影響要因として推察される。手術前の患者におけるPOMSを使用した研究として町田（1998）の報告がある。胆嚢摘出手術を受ける患者を対象とし、腹腔鏡下胆嚢摘出術と開腹胆嚢摘出術でPOMSの得点を比較検討し、どちらの術式においても術前にPOMSのT得点が6つの気分全てに高い傾向にあった（p.5）。このようにがん告知のみならず手術によってもPOMS得点が高値になることが明らかにされている。したがって本研究でも告知以外の要因が影響している可能性がある。本研究は、外科受診の患者を対象としており、入院や手術、それに伴う様々な影響が同時に存在することは避けられない状況にあり、がん告

知の衝撃に対処する一方で、自分の生命に直接関わるような治療への取り組みを迫られるという緊迫した状況であったと考えられる。病状の理解を助けるだけでなく、多くの影響を考慮した援助が必要である。

以上のことから、次のようなことが示唆された。

がん告知において、患者は治療を受け入れ入院する時期にあっても、外来での医師の説明と一致しない認識をしている患者は57％と半数を超えていた。しかし、患者自身が理解できたと感じていたのは90％とズレを生じていた。治療を受け入れてはいるが、なお曖昧な部分を残し入院に至っている患者は半数であった。そこにはがんとわかった精神的動揺と関連した心理状態が影響していることや、告知に求める患者の主観的な基準が医療者と異なっていることが推測された。このことから、看護師は、告知後の患者の心理的変化に合わせて、何度か繰り返して患者の理解や告知に求める患者の主観的な思いを確認し、説明を加えることが必要と考えられる。また、がん告知後の患者は、様々な状況要因が重なり、感情状態に影響を及ぼしていると考えられた。看護師は、病状理解を助けると共に、告知による影響のみにとらわれないで、心理的にサポートする関わりを積極的に行う必要がある。

Ⅷ. おわりに

がん告知における患者の病状理解について調査することにより、看護援助について若干の示唆を得ることができた。

患者自身が理解できたと発言しても、医療者が説明した内容との間にはズレが生じており、がん告知における患者の病状理解の程度を知るには、精神的動揺に伴う心理過程や告知に求める患者の主観的な思いを合わせて把握することが必要である。そのためには、告知後に、何度か繰り返して患者の理解や求めていることを確認し、説明を加える機会をもつことが重要である。また、がん告知後の患者は、様々な状況要因が重なって感情状態に影響しており、看護師は心理的にサポートする関わりを積極的に行う必要がある。

今回の調査は、対象者が一病院の一診療科に限定されているため調査内容に限界がある。今後は、得られた示唆を参考に、個別的な援助を検討していきたい。

謝辞

本研究にご協力下さいました対象者の皆様に深く感謝申し上げます。また、外来において診療場面での調査を快諾し、ご協力下さいました医師の金田巌様はじめ外来スタッフの皆様に感謝申し上げます。

なお、この研究は、日本赤十字社看護婦同方会看護研究助成事業の助成金を受けて実施しました。

文献

林健一他 (1992). 外来患者の癌告知に関する意識調査, 山形県立病院医学雑誌, 26(1), 17-23.

Holland et al (1990)/河野博臣 (1993). サイコオンコロジー第2巻, メディサイエンス社.

厚生労働省大臣官房統計情報部 (2001). 悪性新生物死亡統計, 厚生統計協会.

町田浩道 (1998). 腹腔鏡下胆嚢摘出術と開腹胆嚢摘出術の手術侵襲の比較検討－特に感情及び気分面について－, 東京医科大学雑誌, 56(6), 1-12.

佐々木壽英他 (1999). がん専門病院におけるがん告知の現状, 癌の臨床, 45(9), 57-63.

恒藤暁 (1999). 最新緩和医療学, 最新医学社.

田中耕司他 (1995). 婦人科癌患者の社会心理状態調査, 厚生年金病院年報, 22, 181-189.

福江真由美他 (1995). 乳がん患者の感情状態とその要因－外来通院患者の調査より－, 臨床精神医学, 24(10), 1359-1365.

福江真由美他 (1996). 乳がん患者の入院後早期の精神医学的問題について, 癌の生存時間研究会誌, 16(1), 15-17.

横山和仁他 (1990). POMS(感情プロフィール検査)日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討, 日本公衆衛生雑誌, 37(11), 913-917.
横山和仁他 (1994). 日本版POMS手引き, 金子書房.
横山和仁他 (1997). 質問紙による健康測定　第4回　気分プロフィール検査(POMS), 産業衛生雑誌, 39, A73-A75.