

論 説

今、再び「がん告知のあり方」を問う ～キリスト教における死の教育の視点から～

鍋倉 勲

＜抄 録＞

序において先ず、主題の設定と研究の視点・アプローチに触れ、主題の適切性を述べておく。

本稿の目的は、日本のがん告知のあり方の変遷を探り、キリスト教の死の教育の視点から今日問われていることを、自らの問題として受け止め、その問を掘り下げようとするものである。特に望ましい告知のあり方と告知のアフターケアの重要性に主眼を置く。

第一章では、先達の欧米におけるがん告知のあり方を一瞥する。

第二章では、日本における告知の動向を探る。

第三章では、告知のあり方と現状を検討し、若干の事例から告知の功罪を探る。

第四章では、告知の課題を明らかにし、望ましい告知のあり方、求められる医療チーム体制作り、人材養成に言及する。

最後に以上を踏まえ、若干の提言を試みたい。

キーワード：がん告知 ホスピス インフォームド・コンセント スピリチュアルケア 死の教育

緒言

はじめに先ず、主題の設定と研究の視点・アプローチについて触れておきたい。論者の生と死の教育、死の臨床研究への関心と研究はキリスト教教会の牧会活動に従事し、また西日本におけるホスピス第一号として厚生省より認可された特別医療法人福岡栄光会栄光病院（元亀山栄光病院）のホスピス協力牧師として開設当初から今日までボランティア活動に参加していることにある。¹⁾

その間、キリスト教会の伝道牧会活動に従事しながら西南学院大学神学部で実践神学教育に携わり、学ぶことが多く、生と死を思いめぐらす機会が多かった。死ぬことほど確実なことはないが、誰も自分の死を体験的に学ぶことは出来ない。その意味で、論者が関わった患者や既に故人となった人々は生と死、人生の先輩であり、教師であった。西南女学院にあっては1994年開学と同時に、学友会活動の一環として「ホスピス研究会」を創部し、現在もホスピスに関する理論研究、ボランティア活動と総合学習を試向している。²⁾

ホスピス活動は日本でも、今や医療・看護・福祉の重要課題の一つとなり、根付かせるために各方面から努力され、基本概念が明らかにされつつある。

しかし、現場では直面する実践課題も多く、死の教育と患者や家族のQOL（生存・生活の質）の向上を目指すスピリチュアル（霊的）な面の援助体制の確立が求められている。³⁾ その一つに「がん告知のあり方」がある。近年、親しい牧師夫婦・家族の中にもがん発病によって苦悩している人々が多く、福岡・北九州地区でも10名に及ぶ。論者自身のライフパートナー（妻）も昨年1月30日に胃がんの告知を受け、2月21日手術、現在治療中である。この一年間に友人・知人が経験したがん告知のあり方は一様でなく、望ましい告知のあり方が現実の課題である。

近年の状況では、日本人の4人に1人ががんにかかると言われてきたがいまや3人に1人ががんで死ぬ時代となったと言われる。キリスト教会の牧師として牧会配慮の業に召された者にとってがん告知のあり方は避けて通れない課題である。そこでキリスト教における死の教育の視点から日本における病院の現状把握に

つとめ、今日われわれが直面する課題を探り、望ましい告知のあり方を展望し、そこから若干の具体的提案を試みたい。

I 欧米におけるがん告知のあり方の動向

近代ホスピス運動は1960年代に始まった。1967年イギリスのD・Cソングス女史によって近代ホスピス St.Christophers Hospice が世界最初の近代ホスピスとして創設された。この先駆的働きを期にホスピス運動は盛んになり世界的に発展を続け、今日では我が国にも及び重要な医療課題となっている。ホスピス運動の普及と共にがん告知の問題もそのあり方が変わり、積極的志向となり、イギリス国内のみならず、アメリカ、ドイツ、オランダ、イスラエル、オーストラリアの諸国へと流れは告知の方向に変遷した。

この頃、アメリカでは1969年、ロスE・キューブラーの On Death and Dying「死の瞬間」が出版されると死の問題が医療界のみならず、これを機に「医の倫理」や「患者の権利問題」等の関わりの中でホスピスは市民運動として発展した。アメリカの神学教育でも大きな課題とし、神学校と病院の連携・協力の下に臨床牧会訓練 (Clinical Pastoral Education) が盛んになった。⁴⁾ 論者は1994年母校、米国ケンタッキー州にある南部バプテスト神学校 (The Southern Baptist Theological Seminary) の客員研究員として渡米し、市内近郊のホスピスと共に、シカゴのイリノイ大学病院、テキサス州の Houston Medical Anderson Hospital 等を訪問し、告知のあり方を見聞調査した。アメリカのホスピス運動は1970年に本格的に始まり、1984年には既に1000を越え、今日では大都市のみならず殆どの州が各 County (郡) 毎に複数のホスピスを設立している。その特色の一つは在宅ホスピスが多く、その背景には医療システムや医療保険の問題もあるという。それらのホスピス活動を通して1960年頃までは患者本人に告知しないのが常識だったのに、今や殆ど100%になっていた。この動向は、NHKお早うジャーナル「がん告知」取材班が三年かけて取材した「がん告知」(1989) に詳しく報じられている。

II 日本におけるがん告知の動向

日本のホスピスは1981年に創設された聖隷三方ホスピスに始まり、現在県の認可制に移行した事も手伝って全国的に増加しており、その傾向は望ましい。然し、ホスピスが数や量において増設されても患者への治療・緩和ケアの内容が伴わなければホスピスの質の低下を懸念する声も多い。施設の充足とソフト面の人材養成、ホスピスケアの質 (Quality of Life) の維持、向上を図る具体策が求められている。それはがん告知の分野では主要課題になっている。

1993年、全国患者1600人の遺族を対象にした厚生省 (現厚労省) の調査で、患者本人が告知を「受けた」率は21%「受けてない」は79%であった。当時、慎重派が多数だったが、最近、医療側で告知肯定派が増し、積極的病院が増えていると朝日新聞が報じ、具体例を挙げている。(1997, 4, 19朝刊)⁵⁾

国立がんセンター (東京) では1995年頃から100%告知し、名古屋記念病院の告知率は90%近い。今や全国的に国立病院を中心にがん告知はより積極的傾向にある。

アメリカでは1960年代に、Informed Consent「インフォームド・コンセント」(十分な説明と同意) という患者の権利運動が生まれ、70年代に確立した。

日本にホスピス運動が持ち込まれたのが1980年代だが、朝日の記者は米国流の個人主義や「訴訟社会」という土壌がないため我が国では告知が逆に医療現場に混乱を生んだのではと課題を指摘する。⁶⁾ 1997年には告知を受けたいと願う患者の比率は60%位だったものが、今日流れは告知の方向に変わり、殆どの国立、公立病院では告知する場合が100%近いという。この背景には厚生省 (厚労省) は1982年に「末期医療に関するケアの在り方の検討会」を設置し、1年11ヶ月にわたり検討を重ね、1984年に出した報告書等が推進の役を果たしたことも確かだ。記録に値しよう。そのころ原義雄はその著「死、新たな生へ」において1985に病名 (がん) 告知について全国的規模で行われた調査に基づいて告知問題を論じている。それによると賛成、反対、ケースバイ・ケースの三者択一の質問に対する解答結果は告知状況がいかに遅々たるものであったかを明示している。医師118名中わずか3.3%、反対者19.9%、ケースバイ・ケースと答えた医師は76.8%、看護婦 (師) の場合も297名中賛成者は0.6%、一般人や宗教家でも同じ傾向が見られる。賛成か反対かの二者択

一の形で質問すると医師賛成21.5%看護婦(師)29.2%、一般人では36.9%、牧師76.7%、僧侶50%が賛成と回答しており、当時の医師の賛成率が最も低かった報告は医師にとってがん告知がいかに難しい課題であり、タブー視されていたかを雄弁に物語っていると言えよう。

Ⅲ 告知の在り方と現状

がん告知については一般には、「がんであること」を告知する問題として取り上げられるが、真実を告げればそれでそれでよい、ということではない。がんの末期ケアを考える際は、特に患者に残された時間が限られている事を告げることに重要な意味がある。適切な援助を行うことがより重要である。

1. 「がん末期医療に関するケアのマニュアル」(厚生省末期医療に関するケアの在り方の検討会1984)とがん告知の周辺

先に触れたように、日本では病名と予後のありのままを患者に伝える告知は欧米に比してかなり遅れ、その実施は医師も消極的であった。わが国では一般的に言えば通常、自分ががんを病む場合、病名や病気の性質の告知を希望する傾向が強く、家族ががんにかかった場合、本人に告げることは否定的であった。⁷⁾ その一因は、日本の文化・社会・家族関係の事情が、アングロ・アメリカン社会のように、「自立尊重の原理」(principle of respect for autonomy)に基づき、個人が自由に選択する自由な意志決定の慣習を身に着けていないこともある。だがアメリカ社会でも、1950年代頃は今日の日本のようにがん告知は殆ど実施されなかった。1965年後半になると、個人の「知る権利」の法的整備と共に、医師も患者本人に真実を告げ、医師と患者間の信頼関係を作り、コミュニケーションが成り立ち、医療看護上重要な意味を持つことが臨床的に立証された。やがて専門誌、機関だけでなく、一般市民にも積極的告知の意味、効用についてマスコミやホスピス運動を通して有益で啓蒙的情報が届いて行った。個人の自己決定を尊重するより、家族・同じ集団の人間関係を重んじる日本での傾向により、個人へのがん告知を実施しなかったことが理解できよう。

1984年の厚生省の「がん末期医療に関するケアのマニュアル」は画期的で告知の在り方を改善する役割を果たしたと言える。

論者の関係する九州バプテスト神学校は夜間授業での教室と、通信制(インターネット、DVD、ビデオ活用)で開校している。卒業生、在校生の中には、現役の医師、薬剤師、大学教授がいるが、学生T(薬剤師)の課題レポートの冒頭に「かつてはがん告知について悩んだが、最近は楽だ。必ず告知することになっている。」とある医師との最近の会話を報告している。しかしもし、医師が告知して自分が楽になったというのであれば、重要な課題を残す。告知後のアフターケアを語らねばならない。世界的には、1964年のヘルシンキ宣言で「説明と同意」と言う概念が使われはじめ、1981年のリスボン宣言で一般医療における患者の権利がうたわれた。我が国で「がん告知」に言及したのは、前項の厚生省の「マニュアル」以前、1990年の日本医師会生命倫理懇談会の「説明と同意」についての報告がある。

これには、厚生省のマニュアル同様、がん告知の四条件に触れている。

- ① 告知の目的がはっきりしていること。
- ② 患者・家族に受容能力があること。
- ③ 医師及びその他の医療従事者と患者・家族の間に十分な信頼関係があること。
- ④ 告知後の患者に身体的・精神的ケアと支援が出来ること。

など、これらが整っている場合に限り「がん告知」を行うべきとしている。以上全例で告知することは容易ではないが、配慮すべき課題を提起していることは間違いない。上の条件での告知の困難性について、柳田邦男は身近な家族・義兄の場合を報告し、良い証例を供している。⁸⁾

がん告知の本来の目的は、患者が自分の病状を知り、自己選択の権利を行使することにある。がん告知は患者の心理を大きく揺さぶるが、知らされなければ選択権は行使できない。権利の行使を具体的に例示すると：

- ① 治る可能性があるがんに対して戦う。
- ② 末期であれば苦痛緩和治療に専念して貰う。
- ③ 延命治療を拒否する。
- ④ 残された時間にすべきことに全力を尽くす。

我が国の医療事情から、がん終末期専門病院やホスピス施設、専門医療人材が貧しく、国立がんセンターや一部の先駆的ホスピスを有する病院を除くと、殆どの一般病院には終末期緩和ケア病棟も不在であった。国立がんセンター病院のがん告知マニュアルは斯界に一つの方向を提示した。同マニュアルは一般的留意点に触れながら、かなり詳細に告知実施の基本姿勢を

提示している。家族への告知より本人への告知が優先される。個人が知る権利の欧米の影響もあるが、大事なのは本人が最初を知る権利である。伝統、文化、家族制度を保持する日本の社会生活では、がん告知の場合に未だ困難を伴う。基本姿勢として患者への配慮が種々挙げられるが、医療専門家の医師に患者への告知を託すべきだろう。その場合、本人にただ事実を伝えればよいのではなく、がん告知の心得、更に告知後のアフターケアが十分配慮されなければならない。医師に対する患者の遠慮から通常、十分なコミュニケーションが成立しない場合がある。告知前後のチームワークが必要である。看護師などの医師以外の医療スタッフの協力は論を待たず、患者を支える家族が信仰者の場合、牧師や僧侶も、スピリチュアルな面から、重要な責任を果たす。後で議論するが、今日、医学・看護教育と神学教育の協力の重要性が認識され、課題を共有し、共同研究の場が設けられれば、と願っている。この領域でアメリカでは、早くから医療ソーシャルワーカーやチャプレンなどを導入し、患者や家族の相談、ニーズに大きな支援を供している。日本の医療、家族の特殊性もあろうが、参考にするべき点が多いと体験的に思われる。⁹⁾

2. 開設初期のホスピスにおける告知

論者は2001年西南女学院大学紀要(Vol. 5)に「日本におけるホスピスの現状・課題・展望」の主題でホスピスの実践神学的試論を投稿した。¹⁰⁾ その動機は論者がキリスト教教会の牧会活道とホスピスを有する特別医療法人福岡栄光病院の協力牧師として課題に取り組む中で学んだこと、考えたことを発表し、ホスピス運動を通して課題を整理し、共に死を深く考えることで命の尊厳を学び合う仲間作りと臨床の現場から構築される生きた情報を提供する意図が含まれていた。幸いに栄光病院は下稲葉康之医師を中心に西日本における終末期医療、殊にホスピス運動の先駆的役割を担っていた。論者は先の論文においてもホスピスにおけるがん告知の一項を設けて論じたが、以降5年間の歳月の流れの中で日本における医療環境、特にホスピスにおけるがん告知のあり方も理論的にも実践的にも大きな変化を遂げてきたと言えよう。当時、日本のがん告知は過渡期で、ホスピスの専門医が少なく、患者と余裕を持って話す医療体制は整備されず、ソーシャルワーカー、スピリチュアルケアを担う働き手は不在に近かった。死生観や、家族の受け止め方も多様で、医療側は告知後のアフターケアに限界があり、

患者本人への告知は稀であった。先に述べたように、自分には告知を願いながら、家族は本人に知らせることに消極的だった。現状は、都市圏の国公立系病院を除く地方の一般病院では、今でも「家族重視」の傾向が大である。が、最近は医師の国際交流が盛んになり、学会出席やIT革命の情報が容易に入手出来、患者の知る権利、医師と患者の信頼関係、告知後の協力関係を目指し、積極的告知に家族が前向きになり、告知後のケアを協力する方向に進展しつつある。

末期患者医療分野で早くからホスピスを創立し、今日のホスピス運動に先駆的活動を展開している医師の柏木哲夫、山崎章郎、下稲葉重康:死の教育のF. デーケンたちは告知の積極的意味を説明し、ホスピス・マインドを共有しながら啓蒙し、「がん告知」のよりよい方法の進展に努めている。

これらの先輩達が告知のメリットを整理しているが、参考までに記しておく。

- ① 患者が死を受容し、平静な心で家族に看取られ、生を完結出来る場合が多い。
- ② 真実を告げることにより、患者自身が判断し、意見を述べる機会が出来る。
- ③ 告知により、医師と患者、家族の意志疎通が図られ、信頼関係が保たれる。
- ④ 告知により、患者が仕事や家族などの問題を整理し、残された時間を有意義に過ごすことが出来る。
- ⑤ 告知しない事による法的なトラブルや患者が不利益を被ることを避けることが出来る。

以上は患者と家族を支える基本要素であるが、これに「ホスピスの心」、アフターケアが大きな役割を占める。

3. 事例から学ぶ

20世紀が生んだ優れた哲学者マルチン・ハイデッガーは「人間は Sein zum Tode」、つまり人間は「死への存在」とであると定義した。日本に「死の準備教育」を提唱した上智大学のアルフォンス・デーケンは、「死への存在」とは、人間がいつか将来死ぬと言うことではなく、初めから死への存在であることを意味し、これは哲学的に重要なポイントであると注釈する。¹¹⁾ 人は各人その人なりに死んでいく。しかし、人は自分がいつ死ぬかその時を知らない。故に人間は、自分の死について深く考え、学ぶ機会が少ない。また人は誰も体験的に死を知らないで、時間的に限定されたいのちに気付かずに安易に生きている場合が多い。自らが死に直面し、死の積極的意味を求めながら生き、ホス

ピスで死を迎えたがん患者たちの証は、良き教師である。ここで若干の事例を通して、告知のあり方を検討したい。

日本のホスピス運動は、キリスト教系の病院が先駆的役割を担い、がん告知に関する現場からの報告も、キリスト教関係の文献が多く出版されている。

論者の机上だけでも原崎百子著「わが涙よわが歌となれ」(新教出版社、1979)¹²⁾、松藤守男・敏子著「死にいたるまで」(ヨルダン社、1982)他の著書、資料が積まれている。前書は妻(牧師夫人)の遺稿を夫君が、後書は牧師(故人)夫婦の病床日記から編纂された遺稿集である。告知のあり方から言えば原崎百子の場合、悪性がんを病院が入院後に夫に告げてから3ヶ月を経過して「遂に真実を告げるべき」を悟り、約1時間ばかりを費やし、詳しい病状は一切省略して「君はがんなのだ」と告げた。妻の百子は次のように応答した。少々長いが、彼女の日記から引用する。「今日をそのような日にしてくれた清に、その勇気と決断と愛とに、どんなに感謝していることか!それは清の愛であると共に、私への信頼と誠実とであって、私は清に一人のキリストを信じる女性としてこのように信頼されたことを誇らしく思っている。・・・ありがとう、ありがとう。よく話して下さったわね。・・・ひとりて床についてみると、静かに涙が溢れてきた。清のこれまでの孤独の苦悩を念った。」¹³⁾

この報告から明らかに教示されることは、牧師夫婦の平常の愛と信頼の生き方、がん告知の危機経験のプロセスで、家族を挙げて患者の妻に対して、一人の大切な人格をスピリチュアルに配慮しつつ支えている事実である。がん告知について1979年頃の日本の医学界では「真相を告げない」「告げてはならない」と言うのが圧倒的意見であると承知しながら、最愛の妻を看取る体験の中で次のように述べている。「医師は、告げるべきではないし、少なくとも単独で告げてならない。・・・恐らく医師自身、告げた後の患者の精神的・肉体的激変に責任が持てないと思うから。・・・がんの進行状態によっても違うだろうが、少なくとも最初から告げることは反対したい。だが、患者自身がある強烈な使命感を持っていて、かつ真相を知らされることにも耐え得る、いや知らせた方が本人のためであると長い祈りと熟慮の末、判断した場合、問題はいつ誰が知らせるのだが、夫なり妻なりが本当に患者の苦しみを共になしえていると、自分に言えた時が、その時ではないかと思う。」このように人ががんに苦しむ時、たとえ夫婦間であっても、また患者と医師の間でも真

実その苦しみを共有出来るかどうかが如何に困難かを原崎は問うている。¹⁴⁾

第二のケースも牧師夫妻の事例である。松藤牧師(長崎バプテスト教会)が、入院、精密検査を必要とする事態となった。幸いに長崎医大教授や、一般開業医が教会役員として奉仕していた。1981年1月20日に長崎医大付属病院に入院となる。精密検査の最終結果、「肝がんと肝硬変症の合併」で病巣は既に肝臓全体に広がり、手術の余地なしと診断、余命6ヶ月と言う。この時点から、本人に真実を知らすべきか、否かが切実な問題になる。松藤守男牧師の「病床記」と敏子夫人の「看護の記録」、加えて長崎バプテスト教会役員で病状を見守った長崎医大の松村豪一教授の「病状経過」が「死に至るまで」～肝臓ガンの告知を受けた牧師と牧師夫人の手記～が一冊の書物として出版されたことは意義深い。¹⁵⁾ その内容は詳述出来ないが、本ケースのがん告知について言えば、松藤守男牧師は、理想的な環境にあったといえる。信頼できるクリスチャン医師(教会員)が備えられ、敏子夫人は最初から情報と良いアドバイスが得られ、加えて夫の信仰姿勢、性格を良く知り、コミュニケーションが上手く成立した。その結果、医師、看護師、教会員の祈りと支えがあり、理想的な終末ケアのチーム態勢で治療が出来た。告知が早期になされ、患者は受容して公にし、近隣のみならず、台湾、アメリカなどの牧師達からスピリチュアルサポートを受け、「死に至るまで」忠実に仕える生涯を全うできたのであろう。¹⁶⁾

第三の事例は職業を持つ女性(54歳)の場合を取り上げる。闘病生活は1979～1981.4.27であった。夫は印刷会社営業・社長。息子(当時大学受験浪人・現医師)。1979年5月入院、7月手術、9月退院して1980年3月職場復帰、10月熊本旅行に挑戦、12月激痛あり休職、1981年1月国立ガンセンターで診療、夫婦で教会出席、同年3月夫は妻に「肺がんを告知」、以降夫は休職して看病に当たる。4月10日ガンセンターに入院となる。夫は社長の椅子を他に譲り、病院近くに間借りし、看護に専念。病状は厳しくなり、4月26日肺がんと苦闘に終わりを告げ、27日のイースター(復活祭)の早朝平安の中に召天。夫は、病床日記をまとめ「わが望み、汝にあり」を出版。¹⁷⁾ この事例での「がん告知」について言えば、西日本で初のホスピスの開設を実現した下稲葉康之医師夫妻と信仰による親交があり、病状の流れに従って適切な助言・指導を受けたことは幸いであった。当時、直接本人にがん告知を実施する場合は

少数であった。本ケースは、医師、看護関係者の他に患者、家族、加えて牧師もチームで看護出来、有意義であったと言える。告知前後の配慮と共に、遺族への悲嘆のケア、即ちグリーフケアが継続されたことは、その後の告知のあり方に示唆する点が多かった。これはアメリカの牧会心理学者の Wayne Oates が強調する *durative caring responsibility relationship* 「継続的に配慮された人間関係」の重要性という心理を承認する。心すべき原理は、医療従事者が病人を看取るだけでなく、患者の家族と緊密な連絡(コミュニケーション)を取り、話し合いながら全人的に関わっていく医療態勢が求められている。

本稿の最後に最近の三事例から関係家族の同意を得て告知に関する点に集約して検討したい。

78歳の女性は10年前に夫を胃がんで看取った経験がある。¹⁸⁾ 2005年の春、自分の体調に異常を感じて国立病院で受診、検査の結果、長男夫婦と呼ばれ、「腎臓がんで、残された時間が限られている」事を告げられた。末期状態であることを告げられることは有益な点が多いが、最近の傾向、特に国公立系の病院では患者の特性や心理状態を配慮せずに受診直後に本人に告知するケースが多い。本例の場合、短期間抗ガン剤治療が試みられたが、打ち切られた。本人は続けることを強く望んだが、希望が受け入れられず断念した。その時点で医師は、予想される今後の病気の進行過程を先例の資料を基にして説明した。治療方針、方法も皆無に等しく、最終段階が如何に苦痛を伴う死を迎えるかを告げられた患者にとって不必要と思われる詳細な予測的な説明がやがて本人に大きなショックを与え、鬱状態に陥り、一時退院して自宅療養となった。最後は再入院して家族に見守られながら死を迎えたが告知のあり方と共に予測される経過の説明のあり方に一考が求められる一例であった。患者との対話を今少し時間をかけて行い、患者が自らの病状を認識し、精神的に安定するような情報提供と説明の工夫、患者に対する温かい配慮、「医の心」が欲しかったと近親者が語るケースであった。そこにインフォームドコンセントの意味があり、重要視される所以がある。

次の事例は男性H牧師とN夫人の場合である。2005年1月、H氏は突然多量の出血があり救急車でT病院へ入院、日を置かず、市立医療センターへ転院、エコー検査の結果、即刻「胃がんの告知」、胃全摘手術が必要との説明を受け、1週間後に手術を受けた。不思議に主治医が高校時代の同期生で、信頼関係が築かれた。手術は成功裏に終わり、1ヶ月後に退

院、術後の経過は順調で職場復帰。¹⁹⁾

N夫人は同年1月に体調を案じて同市立医療センターで受診。予約を取り、翌週エコーを受けた。エコーの結果を大きくスクリーンに映し即座に「胃がん告知」、「ああそうですか」と頷く他なし。翌週、胃2/3摘出手術とのことで、夫婦で相談し、かつて福岡でお世話になった主治医にセカンドオピニオンを考えたいと申し出ると、快く許され国立医療センターでの手術となった。手術は成功し、10日で退院。短期間抗ガン剤治療を受けたが、食事が通らず中止し、現在定期的に診察、検査を受診中である。²⁰⁾

ここで告知について触れると、終末期状態ではないので、両ケース共、真実を告げられたことは有益であった。ただ患者によっては、即座に真相を知るより、家族と一緒に聞きたいと考える人が皆無ではないだろう。告知しなかったために、医療側に生じるトラブルを未然に避けるために、最近我が国の医療界は、急がん告知がされるようになったと思いたくはないが、患者の「知る権利」と共に「知ることを欲しない権利」があることも無視してはならない。筆者が最近行った宗教家達の意識調査ですら、本人に即座に告知することに慎重派が三割以上あった。²¹⁾ 要は医師側が、患者の立場を配慮した告知の仕方、アフターケアを患者一人一人に深い関心を寄せ信頼関係を築きながら根気強く患者を看取っていくというのは患者側の身勝手な注文だろうか。

IV 告知のあり方と展望

論者はここまで「欧米におけるがん告知のあり方の動向」を探り、次に「我が国における告知のあり方」を概観し、若干の事例から過去10年間に大きく変わってきた事実を確認した。長い間、医師の告知は家族を優先し、厚生省の調査では、本人への告知は2割位に留まっていたものが、今日では余命を含む告知は別にして、多くの専門病院は100パーセントに近い病名告知のレベルまで進んでいる。本稿においては、現代の告知のあり方に改善すべき課題はないか、もしあればどのような改善の道があるかを検討し、望ましいあり方を展望したい。

1. 現代医学の光と影

- ① 高度の医学・治療技術の進歩 (Science) の功績

論者は保健福祉学部に所属したとき「生命倫理とキリスト教」のテーマで現代医療・福祉の分野における生命倫理の諸問題を探り、キリスト教の福音の光に照らしながら課題と取り組み、検討の結果を報告した。また、がん治療問題では特別医療法人福岡栄光病院のホスピスに協力牧師（チャプレン）として活動に関わる中でキリスト教倫理の視点から近代医学がサイエンスとして発展する過程でもすると医師や医療技術・治療者などの医療従事者の視点に固定され、主役たるべきがん患者が見失われがちである。その反省から、改めて人間とは何か、命とは何か、聖書の示す人間観を神学的に吟味するプロセスにおいて患者がQOL(生存・生活・生命の質)を享受出来る場としてのホスピスが構築されて今日質と量の両面から優れたホスピス活動が展開されている。

② 医のこころの教育の弱さ

1980年、秋本汲留夫は「こころの医療」～生きる権利の原点を求めて～を出版し医のこころの重大性を世に問うた。秋本は東京大学で教え、国立武蔵療養所長、都立病院院長を勤め上げた研究と医療の実践家であり、優れた専門書を多く出版している。彼の医のこころに大きな影響を及ぼしたひとつにドイツの障害者の町ベテル Bethel を訪問し、その施設を見、医のこころを考える大きな機会となったと思われる。²²⁾

かのヒトラーとナチによる障害者を「生きるに価しない」との策を構じて安楽死により抹殺した暴挙に抗し、重度の障害を持つ人でも「生きる権利を持ち、生きるに価する人」とのキリスト教的人間観に基づいて立ち上がったのが創立者フォン・ホールデルシュヴィッグを中心起こされた福祉施設群であった。

論は飛躍し、状況は異なるが、彼らのキリスト教に基づく人間観と医のこころは「死んでいく人のケア」を目指す今日の医学とそのありかたに大きな示唆を与えるに違いない。

③ 患者の家族のニーズについて学ぶこと

今日、がん告知は家族優先より本人先行化している。学校教育において児童生徒の健全な育成を願うなら、学校と家庭、教師と児童・生徒との密な連絡を取りながら信頼関係を築くことは最善策である。

一体、現今の医療現場では如何？多くの場合、殆どの病院では医療従事者は仕事が過重であり期待できないのが現状である。その意味では日本のホスピスも病院施設中心から地域・在宅ホスピスが求められてい

ると言えよう。アメリカの地方のホスピスの大部分は在宅ホスピスであり、医師が家族と対話する機会が多く、さらにボランティアの積極的参加は患者とその家族の大きなサポート源となっている。²³⁾ 今日、我が国のホスピスのあり方を検討すべき大きな課題と言えよう。

2. 医学教育のあり方の検討の必要

① 日本の医学界の長老で、ホスピス運動の先駆者である著名医日野原重明の提言に聴くことが必要で賢明である。まず、医師を志すひとへの提言は「勉強が出来るから医師を目指す」という考え方はどうかやめて欲しいのです。「医師を目指す子をもつ親は、勉強を押しつけるより、医師に相応しい心を育てる教育を施して欲しいのです」。医学部へと進む生理学、生物学的学としての医学ではなく、人を観る医師の養成が求められていると言えよう。

② そこに現代医学教育の再編成が求められている。例えばアメリカでは医学部の学生が大学の神学部のキリスト教的人間観やコミュニケーションやカウンセリング講座を受講し、神学部の学生は神学コースの基礎や、牧会心理学などを学びながら神学校と病院が連携して臨床牧会訓練(CPE)を受けられるように制度化されている。日本の医学も「医のこころ」を育てる面を重視するか否かが問われている。

3. 適切な医療チームの編成の必要

ホスピスにおける医療は優れた医師一人では望ましいケアは期待できない。ホスピスでの医療を受けるがん患者は身体的・社会的・精神的・宗教的(霊的)ニーズを持っていると指摘されている。そのニーズに答えていくためにはそのニーズに答えてくれる支援者を必要とする。患者と家族を中心に全人的に仕えていくチームワークが最も望ましい医療のあり方である。日本では未だにこの領域で取り組んでいない医療機関、ホスピスが多い現状である。全ての働き人、チームメンバーは必ずしも専門家でないかもしれない。しかし、少なくとも医師、看護師、医療師、カウンセラー、宗教家でチームを組んでそれぞれ専門を生かして全的に仕えていくことが求められる。日本では霊的、宗教的ニーズに対応できる牧師や僧侶、カウンセラーの養成は緊急課題である。

4. 神学校に臨床牧会研究を取り入れる

既述のように日本の神学校・神学大学で過去において実践神学が軽視されてきた。特に現場教育、臨床牧会訓練のカリキュラムが提供されている神学校は限られている。キリスト教病院や仏教系の病院でもさらに門を開き、神学教育、宗教教育の面で臨床学習経験が出来るように協力関係を築き、神学校側でも学生が臨床の場でスピリチュアルケアの面で十分に学び、奉仕できる組織が出来ればと願う。そこから神学校と病院の生きた協力態勢が生まれ、ホスピスで役立つ働き人の養成が期待される。

結語

論者は1981年8月、日本基督教会九州部会で、「ランドルフ・C・ミラー（エール大学教授）の死の教育」を主題に発表した。その中で「がん告知」ロス・キューブラの「死の瞬間」と併せて1980年代の状況を論じた。それ以降20年を経て日本におけるがん告知のあり方が著しく変化してきている。その視点から「今再び、がん告知を問う」とテーマを銘名した。今日、我が国におけるがん告知のあり方が、急速に変容した背景に医学会の研究、人事、交流が国際的になり、がん研究の医療や技術が進歩、発展した事情がある。欧米より遅れた傾向があるが、個人の権利、人権尊重の考え方が浸透し、かつ告知の実施により医師と患者間のコミュニケーションが真実と信頼関係のなかで治療面でも向上し成果をあげたと言えよう。今日、われわれが直面する課題は、「ただ告知すれば良い」という安易なことがらではない。論者の身边にも母親（78歳）の性格、全人的配慮から家族は10年間も告知することなく、患者は厳しい大腸ガンを病みながら人間らしいQOLを保ち、生を許されている実例がある。「がん告知」の課題は全人的人間理解に及ぶ大きな事柄であり告知のあり方は単に方法だけの問題ではない。そこに横たわるテーマと課題を順を追って検討してきたががん告知が望ましい方法で実施されるためには日本における医学教育のありかたが問われ、慎重に吟味され、再編成される必要に迫られていることに気付くであろう。その意味では、医学の長老、日本が誇る日野原重明の提言は傾聴に値する。医学教育の改善と同時に日本の今日の社会に求められている課題は専門家のみならず死の準備教育の重要性が認識され一般市民に死生観、人生観の学習と共に積極的に推進され

ることである。性教育が思春期になつては遅いと言われるように死の教育も幼少時から生涯学習の一環として取り入れる必要がある。特にキリスト教教会は聖書における人間観、死生観を柱として死の準備教育の可能性を有している。その意味で牧師や僧侶は日頃から地域社会の医療関係、特に近隣の病院と良いコミュニケーションを築くことが重要、且つ求められている。

追記

- 1) 本稿は2006年3月27日、西南学院大学で開催された2006年度日本基督教会九州支部会で口頭発表したものを修正加筆したものである。
- 2) 本論で取扱った事例に関して同意を頂いた関係・各位に感謝の意を表して付記しておきたい。
- 3) 本稿の査読・修正中の11月29日に筆者自身K病院にて大腸ガンの告知を受け、12月5日入院。同月15日に腹腔鏡での手術を受け、術後の経過は順調で27日退院。2007年1月9日職場復帰。リンパ節に一ヶ所転移があり、今後1月から6月まで毎月曜、点滴による抗がん剤投与による化学療法を受けることになった。今後も告知を研究課題としたい。

注および引用文献

- 1) 特別医療法人栄光会栄光病院は福岡市近郊の糟屋郡志免町にある総合病院である。同病院は西日本で最初に厚生省の許可を得たホスピスを設立し、早くからホスピス運動の啓蒙・推進を行って来たが、2006年新築成った病院には2階は全病床（50床）がホスピス病棟で日本最大の混在型ホスピスを有している。
- 2) ホスピス研究会では学内の理論研究と併せて上記栄光病院、市内の北九州医療センター内のホスピス、聖ヨハネクリニック（ホスピス）等の協力を頂いて見学・ボランティア活動等を行っている。
- 3) 西南学院大学神学部で実践神学を長い間担当したが、その折、当時邦文テキストも、少なく、必要に迫られて訳出したのがエール大学のRandolf C・Millerの「死の教育」である。
- 4) アメリカの殆どどの神学校では、1950年代頃からすでに実践神学の一環として臨床牧会訓練（Clinical

今、再び「がん告知のあり方」を問う

- pastoral Education) がカリキュラムに組み込まれており、伝道牧会の道を目指す神学部の学生には必修科目としている場合が多い。
- 5) 朝日新聞「死生命あり」1997年4月19日朝刊
 - 6) 同上
 - 7) 同上
 - 8) 柳田邦男「死の医学への日記」新潮社 1998. 15版 pp254-258.
 - 9) アメリカの神学校の実践神学プログラムで重要視されている。Rodney J. Hunter, General Editor. Dictionary of Pastoral Care and counseling, Abington Press, Nashville, 1990 参照.
 - 10) 鍋倉勲「日本におけるホスピスの現実・援助・課題・展望」西南女学院大学紀要 Vol.5. 2001.p.79.
 - 11) A. アルフォンス・デーケン「死の哲学～死の現代的意味～」, 「北海道医報」第46号, 附録.1954.5.1
 - 12) 原崎百子「わが涙よ、わが歌となれ」新教出版社.1979. p 10
 - 13) 同上 .pp14-16
 - 14) 同上 .pp.216-217
 - 15) 松籐宇男・敏子「死に至るまで」ヨルダン社 1982. p 115
 - 16) 松村豪一「牧会的課題としての医療倫理」：九州バプテスト神学校スクーリング 2005年8月（福岡）講義資料 p 5
 - 17) 山下省三編著「わが望み、汝にあり」アドロン印刷 1982
 - 18) 小倉中央教会の熱心な婦人で忠実に仕えていた。
 - 19) 北九州市日本バプテスト連盟W教会牧師
 - 20) 京都郡K教会 牧師夫人
 - 21) 2006年6月11日開催された特別医療法人栄光病院ホスピス臨床牧会研究会員（牧師47歳）を対照として行った。
 - 22) 秋本汲留夫「こころの医療」 大月書店 1980
 - 23) 小原信「ホスピス」 みくま新書 1999. アメリカのホスピス記問記 .pp.121～136

Disclosure of Cancer Again: Death Education from a Christian Perspective

Isao Nabekura

<Abstract>

In the introduction, I will touch on setting up the theme, view point, and approach of this study, and the appropriateness of the theme.

The purpose of this writing is to look into how the concept of informing someone that he or she has cancer in Japan has changed. We also consider the fact that what is being questioned from the point of view of Death/afterlife education in Christianity as our own personal life and death issue, and try to answer that very question. The main focus will be on finding a desirable way to inform someone that he or she has cancer, and the importance of after-care once the patient is so notified.

Chapter 1 deals with how informing someone that he or she has cancer is done in America and European countries. Chapter 2 deals with a movement to adopt the practice of informing someone that he or she has cancer in Japan. Chapter 3 deals with looking at the current situation and the way what informing someone should be, some real-life examples and pros and cons. Chapter 4 will clarify the issues concerning informing someone the ideal way to handle this, building a system for a medical team dealing with this, and training the personnel.

Finally, with all this in mind, I want to make some suggestions on this subject.

Key words: Disclosure of Cancer, Hospice Care, Informed Consent, Spiritual Care,
Death Education