

## 総 説

### 癌の告知と薬剤師の服薬指導に対する医師の認識について

#### — 徳島大学医学部附属病院におけるアンケート調査より —

山本唯子<sup>1,2</sup>, 清水英治<sup>2</sup>, 楊河宏章<sup>2</sup>, 芳地 一<sup>3</sup>,  
水口和生<sup>3</sup>, 曾根三郎<sup>2</sup>, 横田雅之<sup>1</sup>

<sup>1</sup>徳島大学薬学部臨床薬理学教室, <sup>2</sup>徳島大学医学部第三内科学教室, <sup>3</sup>徳島大学医学部附属病院薬剤部  
(平成11年7月14日受付)

徳島大学医学部第三内科の医師24名を対象に、癌の告知および服薬指導、薬剤師に対する考え方などをアンケート調査した。1995年にも同様の調査が行われており、今回の調査との比較検討を行った。

医師の癌告知に対する考え方はここ数年間で変化しており、以前よりも積極的に告知を行っていることが分かった。また、癌告知における薬剤師の同席について1995年には必要なしとする意見が40%程占めているのに対し、1999年においては薬剤師の同席が望ましい、症例ごとに検討が必要であるという意見が大部分を占め、必要なしという意見は少数であった。薬剤師が癌告知患者に服薬指導することに対して、1995年には告知のない患者には不可とする意見が59%を占めていたのに対し、1999年には告知なしの患者に対しては検討を必要とする場合も含め90%以上の医師が賛成意見であった。また、告知ありの場合では望ましいとする意見が多数を占めた。以上の結果は、今後、薬剤師が癌患者に対して告知や服薬指導などを介して積極的に関与していく必要性を示唆するものと思われる。

#### 1. はじめに

癌告知問題もあり、薬剤師による癌患者への服薬指導は、まだ一般的ではない。しかし、薬剤師の病棟業務の拡大に伴い、癌患者と接する機会は今後増えていくであろう。そこで今回、呼吸器疾患を担当している徳島大学医学部第三内科において癌患者に対する薬剤師の服薬指導などに関するアンケート調査を行った。また、第三内科では1995年にも同附属病院薬剤部によってアンケート調査が行われており<sup>1)</sup>、今回の調査結果との比較検討も

行った。

#### 2. 肺癌とは

本邦の肺癌罹患率、死亡率はともに急増して1993年には男性での肺癌死亡数は胃癌死亡数を抜いて第1位を占めた。女性でも年々増加傾向がみられ、1998年1月より10月までの統計では男女合わせた肺癌死亡数は癌による死亡の第1位となっている。肺癌は、その生物学的特性に基づいて小細胞肺癌とそれ以外の非小細胞肺癌の2種類に大別される<sup>2,3)</sup>。

##### a. 小細胞肺癌 (Small Cell Lung Cancer : SCLC)

肺癌の15~20%を占めており、発症は喫煙習慣との関連が深い。典型例は、比較的太い気管支に発生して粘膜下を這うように増殖し、速やかに肺門・縦隔リンパ節に転移する。このため、原発巣と腫大リンパ節が一塊となり、X線写真上、肺門に重なる大きな腫瘤影を形成することが多い。

小細胞肺癌は無症状で経過し、健康診断時に初めて胸部X線異常影を指摘されることがある。咳、喀痰、血痰、呼吸困難、頸部リンパ節腫脹など有症状例のほとんどが、既にかんりの進行癌である。

小細胞肺癌は速やかに遠隔転移を生じるため、外科療法の占める役割は相対的に小さく、治療の主体は全身化学療法である。小細胞癌は化学療法や放射線療法に感受性が高いため、完治する例もまれにみられる。ほとんどの症例が診断時にはⅢA期以上の進行例であり、それに対する標準的化学療法は現在のところPVP [CDDP (cisplatin)+VP16 (etoposide)] 療法である。CDDP

出現以前に多く用られた,CAV[CPA(cyclophosphamide)+ADM(adriamycin)+VCR(vincristine)]療法はPVP療法より治療効果がやや劣る。また,CDDPは腎毒性があるため,腎機能低下例に対しては同じプラチナ製剤のCBDCA(carboplatin)を用いることがある。

脳転移症例の脳圧亢進症状に対しては,マンニトールやグリセオールなどの浸透圧利尿剤,ステロイド剤を投与して頭蓋内圧の軽減を図る。非麻薬系鎮痛剤が無効であれば,塩酸モルヒネや経口硫酸モルヒネ徐放剤(MSコンチン)のような麻薬系鎮痛剤で疼痛をコントロールする。姑息的放射線照射で疼痛を緩和することができる場合もある<sup>2,3)</sup>。

#### b. 非小細胞肺癌(Non-Small Cell Lung Cancer: NSCLC)

非小細胞肺癌には腺癌,扁平上皮癌,大細胞癌などがあり,肺癌の約80%を占めている。病巣が局所に限局していれば外科的切除が治療の第1選択となる。一般的には0からⅢA期までが外科的切除の適応と考えられている。それ以上では化学療法,放射線療法の対象となる。化学療法としては,VP[VDS(vindesine)+CDDP(cisplatin)]療法,これにさらにMMC(mitomycin C)を加えたMVP[MMC+VDS+CDDP]療法,あるいはCDDPにVP16を加えたEP療法が主に行われてきたが<sup>2,3)</sup>,最近taxane系などのいわゆる新規抗癌剤の登場により予後の改善が報告され,日本においても臨床応用が行われつつある<sup>4)</sup>。また,症状や疼痛コントロールなどに関しては小細胞肺癌の項に述べたとおりである。

### 3. 徳島大学医学部第三内科における癌告知の現状

第三内科における癌告知は平成8年頃から進み,現在は約8割の患者に対して告知が行われている。患者に対して事前にアンケートを取り,本人の意見を知った上で,本人が告知を望まない場合を除き告知を主治医の判断によって行う方向にある。以前は「肺真菌症」といった虚偽の疾患名を用いて癌の告知を避けていたが,現在は「肺腫瘍」または「肺癌」といった名称をできる限り使用し,具体的に治療や今後の方針について患者と話し合っていくようになってきている。1996年から1997年にかけて,第三内科の医師らが入院患者を対象に癌告知に関する意識調査を行った。この調査報告によると,「病気について詳しく説明を受けたい」とする患者が69%と多数を占め,また「たとえ治りにくい病気であっても本当の病名を知

りたい」とする患者が65%と多数であった<sup>5)</sup>。

現在,国立がんセンターの癌告知マニュアル等を参考に,第三内科では現状に即した告知の指針の確立を目指し,「癌告知マニュアル」の作成が試みられている。これまでも学生に対して癌告知に関する講義は行われているが,現場では個人の経験や指導医の意見などに左右され,告知実施に一定の基準が設けられていなかった。実際にはマニュアル通りに告知を進めていくことは難しいが,若手の医師や告知の経験が少ない医師に対しては,マニュアルは良い指針となるであろう。前述の国立がんセンターの癌告知マニュアル<sup>6)</sup>は,平成8年に第1版が発行されていることから,平成8年の前後で癌告知を全国的に取り扱う動きが出てきたと思われる。

### 4. アンケート調査の対象・方法

徳島大学医学部第三内科において医師24名を対象としてアンケート調査を行った。方法は,調査意図などの説明を行った後にアンケート用紙の該当する項目に○をつける形式で行った。なお,対象となった医師の医師歴の内訳は1~4年目の医師9名,5~9年目の医師6名,10~14年目の医師5名,15年以上の医師4名であった。

### 5. 結果・考察

アンケート調査の結果を設問の概略とともに以下に記す。

Q1. 癌患者さんに病名の告知をした経験がありますか(表1)。

表1 癌患者に対する病名の告知について告知経験回数(医師歴別)

医師歴	告知回数			
	1~5回	6~10回	11~15回	50回以上
1~4年*	7名	1名		
5~9年**	3名		1名	
10~14年**	1名	2名		
15年以上	1名	2名		1名

\*「告知の経験なし」が1名

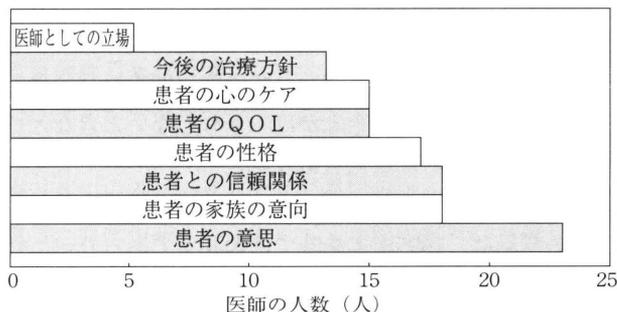
\*\*「多数」「回数不明」と答えた医師が各1名

Q2. どのようなことをお考えの上で癌を告知しますか。

- ・ 症例ごとに告知することの検討が必要である (18名)
- ・ 現在の医療が告知をする方向にあるので、できる限り告知をする (11名)

Q3. 告知する際に特に配慮していることはどのようなことですか (複数回答可) (図1)。

図1 告知の際に特に配慮すること

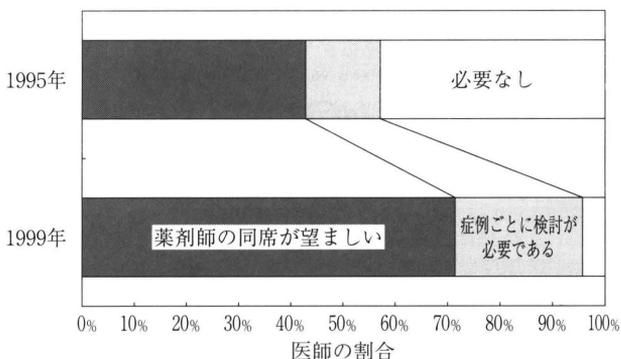


Q4. 告知をしたことで治療上何か影響したことがありますか。

- ・ 治療が進めやすくなった (19名)
- ・ 患者さんと良いコミュニケーションが取れた (16名)
- ・ 患者さんのQOLが向上した (8名)
- ・ 患者さんのQOLが低下した (1名)

Q5. 癌を告知する際に薬剤師が同席することについてどのようにお考えですか (図2)。

図2 癌告知における薬剤師の同席について



<理由>

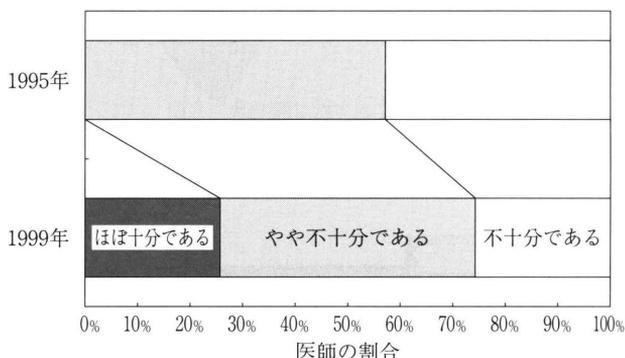
- ・ チーム医療の一員として同席するのが望ましいと思うが症例によっては検討の余地があると思う。
- ・ 告知時のみではなく全ての説明にでてくること

のできる人ならば可。

- ・ 医師でいう主治医のように継続して責任をとれるのなら立ち合いが良いと思う。
- ・ 医師と十分にコミュニケーションを取りながらであれば良い。
- ・ 患者ごとに固定した薬剤師をおくべきである。

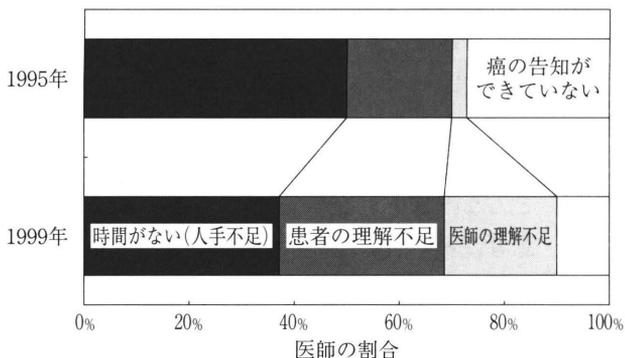
Q6. 先生ご自身は患者さんに対して十分な服薬指導を行えていると思いますか (図3)。

図3 医師自身による服薬指導について



Q7. ご自身の服薬指導が十分に行えていない理由はどういったことですか (図4)。

図4 医師自身の服薬指導が不十分な理由



Q8. 癌患者さんに対する服薬指導を行うにあたり、適切な職種と思われるものは何ですか。

- ・ 医師と看護婦と薬剤師 (20名)
- ・ 医師と薬剤師 (4名)

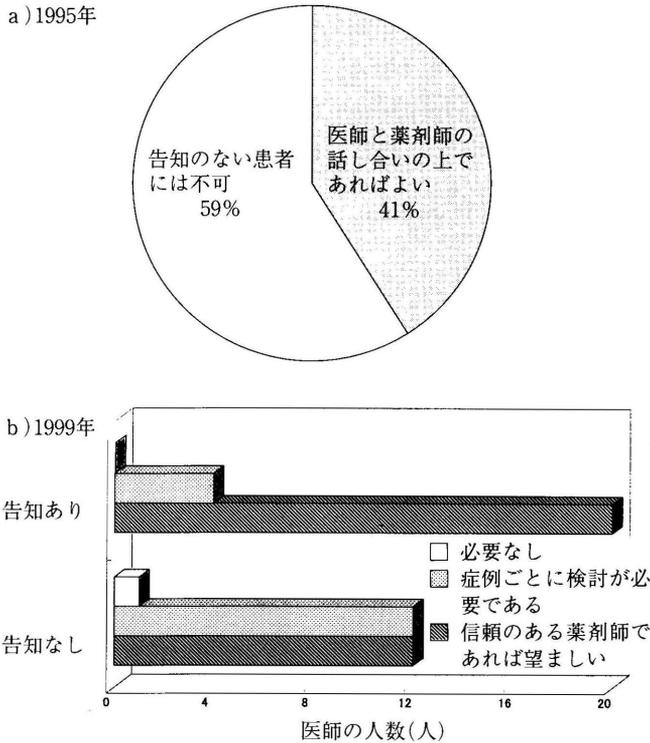
<理由>

- ・ 適切に行うことができる人ならば誰でも良い。

Q9. 告知をしていない癌患者さん、または告知をして

いる癌患者さんに対して薬剤師が服薬指導をすることについてどのようにお考えですか (図5)。

図5 癌患者への薬剤師による服薬指導の必要性



〈理由〉

- ・ 同じ薬剤師が継続して担当できるなら可。
- ・ 医師と薬剤師との間に薬に対する考え方が異なる場合があるため信頼関係のある薬剤師が望ましい。
- ・ どんな指導をするかが問題である。
- ・ 患者ごとに固定した薬剤師を置くべきである。

Q10. 薬剤師が癌患者さんに服薬指導をすることになった場合、指導してもらいたい内容で該当するものは何ですか (複数回答可) (図6)。

(1995年の調査では入院患者に対しての服薬指導内容について)

アンケート調査の結果、多くの医師は癌の告知の経験があることがわかった。しかし、その回数にはかなりのばらつきがあり、

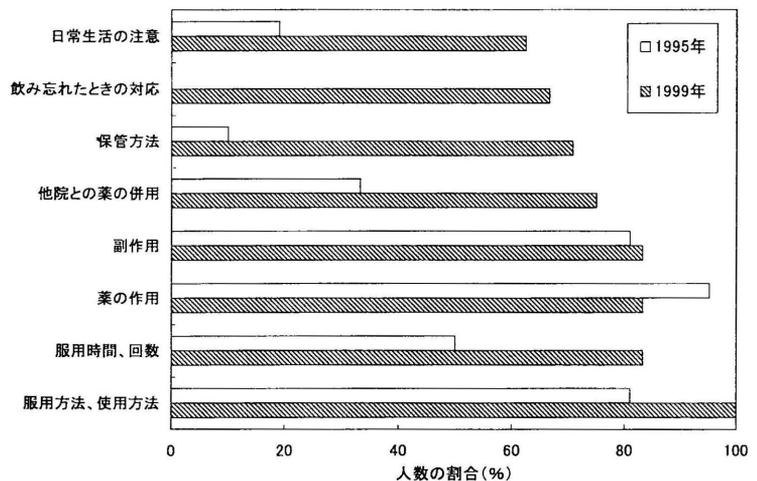
医師歴が高いほど多くなるという傾向はなかった(表1)。これは、告知を行うにあたり主治医および指導医としての個人的な考え方の違いや時代の流れなどが関係していると思われる。最近では、全ての医師が告知を進める方向で治療を行っており、「できれば告知したくない」という意見は皆無であった(Q2)。また、ほとんどの場合において告知を行うことで「治療が進めやすくなった」など、良い影響を与えていることが分かった(Q4)。

告知する際に特に配慮していることとしては「患者の意志」が最も多く、次いで「患者の家族の意向」「患者との信頼関係」などがあげられている(図1)。「患者の家族の意向」は患者の意志がはっきりしないときなどに特に考慮するという意見もあった。

癌告知における薬剤師の同席について、「望ましい」とする意見は、1995年実施時では約40%であったが、今回では70%以上を占めている。また、「必要なし」という意見は今回激減しており、検討を要する症例も含めればほぼ100%の医師が告知の際の薬剤師の同席を認めている(図2)。

医師自身による服薬指導については、1995年、1999年ともに「やや不十分である」「不十分である」という意見が多かった(図3)。その理由としては「時間がない」という意見が最も多かった。1995年に多くを占めた「癌の告知ができていない」という意見は、告知の一般化とともに今回の調査では減少している。一方、「医師の理解不足」という意見が今回増加しているが、薬害や相互作用など様々な薬の問題があった上での薬に対する医師の認識の変化や、医師側の姿勢が謙虚になったためと考

図6 薬剤師に要望する癌患者への服薬指導内容



えられる(図4)。

1995年における調査では癌患者への薬剤師による服薬指導は、「告知のない患者には不可」という答えが半数以上を占めていたが、今回、告知の有無に関わらずほとんどの医師が薬剤師による服薬指導を認めていることが分かった(図5)。また、告知がある場合では、「信頼のある薬剤師であれば望ましい」という意見が多数を占めた。現在は、告知が多くの患者に対して

なされているということを考慮すると、薬剤師が癌患者へ服薬指導することに対する障害はかなり少ないといえるであろう。また、希望する服薬指導の内容についても多様化の傾向がみられた(図6)。特に、最近薬の相互作用などにより薬害を生じることが認識されてきたため<sup>7,8)</sup>、「他院との薬の併用」といった項目が以前と比べて増加しているであろう。

Q11. 薬剤師に対する考えやイメージに該当するのは何ですか(複数回答可)(図7)。

Q12. 薬剤師に対する要望は何ですか(複数回答可)(図8)。

薬剤師に対する要望としては、病棟および外来における服薬指導、そして第三内科は呼吸器疾患専門であるため喘息セミナーなどでの服薬指導が強く望まれていることが分かった。外来での服薬指導は院外の調剤薬局を指しているものと思われる。これは吸入剤など喘息患者に対する薬剤師の服薬指導が望まれている結果であろう。

また、癌に関係したものでは「癌患者の疼痛ケア」を特に比較的若い医師が望んでいるようであった。これは最近の傾向として、薬剤師が癌患者の疼痛管理に携わる病院が増えているからであろう。

WHOの癌疼痛治療暫定指針の改訂版が1996年に作成され<sup>9)</sup>(図9)、これを参考に日本でも疼痛管理が進んでいる。薬剤師による一般的な服薬指導内容を以下に記

図7 薬剤師に対する考えやイメージ

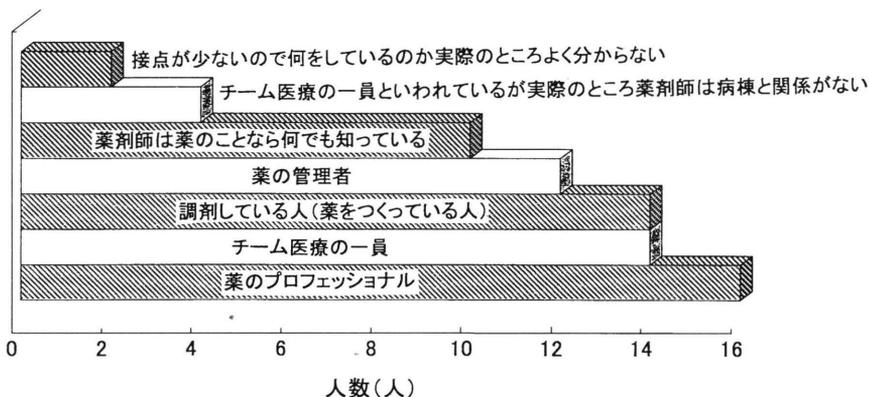
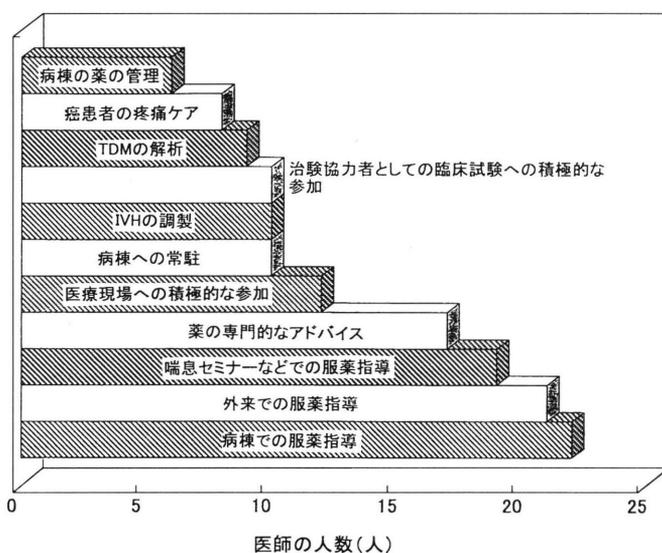


図8 薬剤師に対する要望

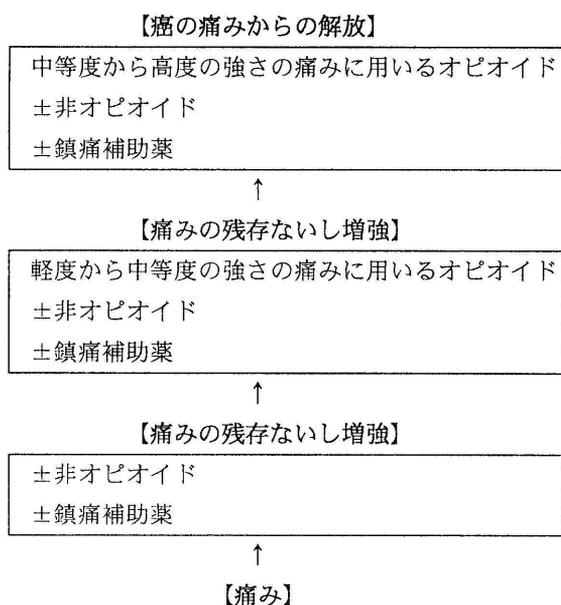


す<sup>10)</sup>。

1. 服薬のメリットを伝える
2. 安全性を説明する
3. 副作用の説明をする
4. 痛みの伝え方を説明する
5. モルヒネ剤の副作用対策
6. 投与経路によるモルヒネの効果の違いを説明する

時代の流れとともに医師が以前よりも薬剤師とのチーム医療を望み、患者にとって質の高い医療をQOLの向上を目指していると考えられる。それに伴い薬剤師の位置づけも今以上に向上し、医療現場において必要不可欠なものになっていくであろう。

図9 WHO 3段階方式癌性疼痛治療法



## 6. おわりに

「薬剤師にしかできないこと」を強調した意見を持つ方は、特に年長の医師に多くみられた。また、「仕事は内容的には臨床医でも果たせるが、時間の都合が付かないためにままならない。そこで薬剤師がもっと薬に携わることを行って欲しい。」という意見も多数占めるが、「何故、今更薬剤師の出番なのか。医師や看護婦がしてきた仕事をなぞるだけではないのか。」という声が聞こえてきたことも事実である。アンケート調査からは、比較的薬剤師の臨床における活動に対して好意的な面が見受けられたが、良いイメージを崩さず且つ薬剤師の服薬指導などに対して医師に納得されるような活動をしなくてはならないだろう。チーム医療を行うためには、医師や看護婦など医療スタッフ、そして患者およびその家族との信頼関係が非常に大切であるといえる。「薬物治療に関し積極的な参加と同時に責任を分担して欲しい。口を挟むだけでは駄目です。」これはアンケートに添えられたある医師の意見で、筆者が今回の調査を通して最も考えさせられたものである。多くの医師は人の生死に深く携わっており、様々な患者やその家族、または他科の医師などとのトラブルもあったと思われる。薬剤師は現場に

出ていくと同時に今まで以上に「責任」を負い、多くの問題も抱えねばならないだろう。しかし、医療ミスによる「訴訟問題」に関する知識や問題意識において、そういった感覚が医師や看護婦に比べて薬剤師は少ないのではないだろうか。周囲の医師らと話していると、調剤や薬物に関する知識の他に医療の周辺にある社会の理解も深めていかなくてはならないと感じた。

## 謝 辞

本稿を終えるにあたり、御助言、御協力していただいた徳島大学医学部附属病院薬剤部の諸先生方、同学薬学部の諸先生方、また、アンケート作成に御指導、御協力していただいた同学医学部第三内科医局の諸先生方に深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) 吉岡陽子：徳島大学医学部附属病院における服薬指導の現状と医師の認識. 医薬ジャーナル, 33 (11) : 131-136, 1997
- 2) 中村洋一：臨床腫瘍研究最前線 No. 7. 肺癌化学療法'98 (西條長宏 監)
- 3) 特集 肺癌とその治療. 医薬ジャーナル, 34 (4) : 1022-1079, 1998
- 4) Bunn, Jr. P.A., and Kelly, K.: Clin. Cancer Res., 5 : 1087-1100, 1998
- 5) 楊河宏章：入院患者を対象としたがん告知に対する意識調査. ターミナルケア, 8 : 493-497, 1998
- 6) 江口研二：がん治療 臨床試験のインフォームドコンセント
- 7) 特集 一歩進んだファーマシューティカルケア. 月刊薬事, 40 (2) : 295-299, 1998
- 8) 特集 抗がん剤と薬の説明 -適正使用へのナビゲーター-. 薬局, 49(10) : 1808-1863, 1998
- 9) WHO 編：がんの痛みからの解放, WHO 方式癌疼痛治療法 (第2版)
- 10) 特集 がん疼痛に対する緩和医療, 医療チームにおける薬剤師の役割. 薬局, 49(12) : 2144-2205, 1998

## *Disclosure of cancer and doctor's view of pharmacist*

*— Investigation of doctor's view in University Hospital, The University of Tokushima School of Medicine —*

*Yuiko Yamamoto<sup>1,2</sup>, Eiji Shimizu<sup>2</sup>, Hiroaki Yanagawa<sup>2</sup>, Hitoshi Houchi<sup>3</sup>, Kazuo Minakuchi<sup>3</sup>, Saburo Sone<sup>2</sup>, and Masayuki Yokota<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>*Department of Clinical Pharmacology, Faculty of Pharmaceutical Sciences, The University of Tokushima, Tokushima*

<sup>2</sup>*Third Department of Internal Medicine, The University of Tokushima School of Medicine, Tokushima*

<sup>3</sup>*Division of Pharmacy, University Hospital, The University of Tokushima School of Medicine, Tokushima*

### SUMMARY

In the present study, we investigated the consensus in the truth telling of cancer and teaching about medication by pharmacists by using a questionnaire among 24 physicians in the Third Department of Internal Medicine, the University of Tokushima School of Medicine. At the same time, the data was compared to the previous investigation in 1995.

The Physicians' opinion in the truth telling of cancer have changed in these several years, that is summarized as positive in truth telling. In 1995, 40% of the physicians were against to tell the truth with pharmacists, but in the present study, most physicians wanted to tell the truth with pharmacists. As for the teaching about medication by pharmacists, most physicians supported pharmacists to teach about medication, even to the patients who do not know the truth about their own cancer.

These results suggest that it is necessary for the pharmacists to positively relate to the cancer patients through the truth telling and the teaching about medication.

Key words : clinical pharmacist, telling the diagnosis, cancer, teaching medication