

がん告知の研究の国際的動向と課題

宗像恒次*

**An Overview of Medical Disclosure to Cancer Patient
: Its International Trends and Research Issues**

Tsunetsugu Munakata, Ph. D

I 日米のがん告知の差を天皇報道にみる

米国の「ニューズウィーク」紙は、昭和天皇のご逝去に関する特集記事で、昭和天皇ご自身にはがんであることが知らされなかったことを取り上げ、日本の医師のがん告知の対応は1961年ごろの米国と同じ状況であると報じた。米国では、天皇が崩御された1989年1月7日からさかのぼって1987年12月18日に米国の新聞「サンフランシスコクロニクル」に見られるように、その年の秋に日本の新聞が報じた“天皇の胃の手術は成功し、回復に向かっている”という情報とは裏腹に、米国の新聞は“治る見込みのないがんであることを関係者は認め、マスコミはXデーを準備している”と、その当時、日本国民にはまったく知らされていない事実を米国国民に報道した。その頃、米国にいた筆者はこの日米の新聞報道の内容の相違に驚いたものである。それだけに、米国国民は昭和天皇への関心とともに日本におけるがん告知のあり方に驚きをもったと思われる。

ところで、「ニューズウィーク」がいう、1961年代前後の米国のがん告知の対

*筑波大学助教授・健康管理学

応の状況とはどのようなものであったのだろうか。

1950年代に医師に対して行われた多くの調査結果からは、がんという診断名の告知はほとんどなされていなかったことがわかる。医師は、告知によって患者がどのような反応をするのかわからずに不安をもっており、また、一方で家族から真実は告げてくれるなどといわれると気おくれすることが多かった (Novack ら, 1979; Radovsky, 1985)。しかしながら、1960年から1977年へと月日が流れると、医師の病名告知に対する態度に大きな変化がみられるようになった。ある大学の同一の医師を対象とした縦断調査によると、1961年には「原則としてがん告知をしていない」とその90%が答えていたが、1970年には91%が「原則としてがん告知をしている」と回答し、さらに1977年には実に98%が「告知は通常の方針になっている」と答えるに至った。また、100%の医師が「診断名を知ることは患者の権利である」ことを認めている (Novack, 1979)。

II 日本の医師の態度と世論

これに対し、1987年に日本全国の開業医 (N=281) を対象として毎日新聞が実施した世論調査によると、「不治のがんである場合、知らせるべきでない」とする医師はその76%で、「知らせるべきだ」とする医師は21%であった。他方、日本全国の一般の人々に対する調査 (N=4247) によると「不治のがんの場合、知らせてほしい」と思っている人は59%おり、逆に「知らせてほしくない」と思う人は39%であった。しかし、治癒可能ながんの場合になると、告知を肯定する人の割合は一般の人々で78%、医師で68%と、両者の差は不治のがんの場合の40%から10%程度へと縮んでいる。つまり治療の見込みがない場合、医師と一般の人々の考え方には開きがあるのだが、治癒可能な場合には差がなくなってくるのである。ところが、がんである当事者が自分ではなく自分の家族であるときには、一般の人々でも80%が知らせるべきでないとしており、これは医師の告知否定の割合と酷似している。

がん告知に関する考え方には年齢的な差がみられ、図のように男、女とも年

代が若くなるにつれてがん告知を望む割合が増えている。これは家族ががん患者の場合でも、年齢が若い人ほど「がんであることを知らせる」と答える人が増える。この年齢差は医師の場合にも同じ傾向がみられる。また、がん告知の本人の希望やがん患者の家族への告知について、毎年少しずつではあるが、より積極的な姿勢が強くなりつつある(表)。なかでも、治療見込みのないがんである場合でも告知を希望する人の割合が、学生で72%、高学歴(短大・大卒)者で63%、経営者・管理職者で62%と、日本国民全体での54%に比べて、特に

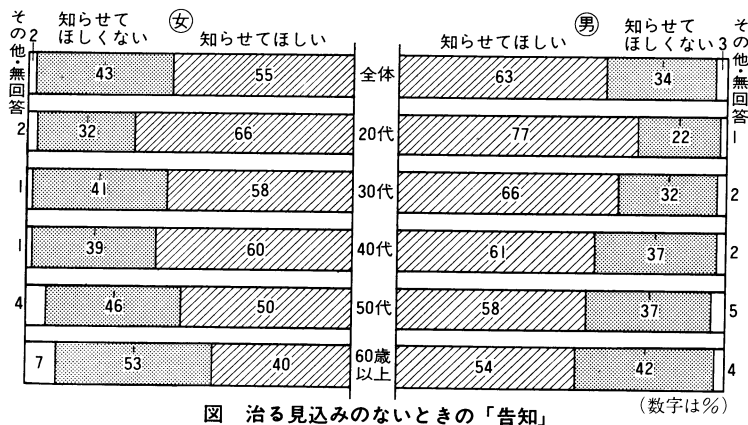


表 告知に関する世論調査 (一般の人を対象)

	昭和56年	57	58	59	60	61
自分ががんになった場合	%					
知らせたい	53	53	53	53	56	55
場合による	24	24	27	24	26	25
知らせたくない	23	21	19	21	17	18
家族ががんになった場合						
知らせると思う	10	10	11	11	12	13
場合による	31	35	33	32	37	40
知らせないと思う	58	55	55	56	50	46

出典：毎日新聞社「がんに関する全国世論調査」

高率になっている（毎日新聞世論調査，1989）。

ところで、治る見込みのないがんの場合でも告知を希望する理由をみてみると、「残された時間を真剣に生きたい」が65%と圧倒的に多い。続いて「知る権利がある」が28%、「宗教的な支えがある」が3%となっている。朝日新聞の1989年の全国世論調査では、「あなたが重いがんにかかっているとわかっただら」という質問に対し、38%の人が「家族や親しい人との時間を大切にすると答へ、次に「医師に頼る」が26%、「身辺整理をする」が15%、「したいことをする」が14%となっている。つまり、残された日々を家族や親しい人と過ごす充実した時間にしたいと考える人が多い。

このように、日本人の場合、現在のところ、治療の見込みのないがんという悪いニュースを患者に知らせる側に立たされた場合には、医師でも一般の人でも、80%の人が告知に消極的である。しかし、自分自身ががんである場合に、約6割の人は告知してほしいと希望している。その理由は、米国により強くみられる「知る権利」からというよりも、むしろ残された日々を家族や親しい人と心おきなく過ごしておきたいという気持ちが強いからである。

では、現実には患者が自分ががんであることを知っていたかどうかについては、国立病院九州がんセンターの瀬尾洋介によるがん死亡者の遺族への調査（N=681）によれば、がんであることを患者が知っていたケースは1981年には32%、1985年では41%、とりわけ64歳以下で51.3%、そして半信半疑であった人は42~3%と報告している。また、国立がんセンターの柿川房子らが実施した1985年の遺族調査（N=268）によると、自分ががんであることをよく知っていた人は42%で、何となく気づいていた人が30%と、合計すると7割の人ががんであることを気づいていたと報告している。専門の医療機関であるがんセンター関係は、最終的には4割近くの患者がはっきりと自分の病名を知っており、また何となく気づいている場合を含めると、7~8割に達すると推定される。

そして、がんであることをどのようにして知ったかという点、「医師から直接知らされた」人は42%で、「家族から」3%、「自分で調べて」5%、「検査中の会話や診断名や伝票」5%などの他、「自然に」というのが20%弱を占めている。

これはどういうことであろうか。1986年に手嶋秀毅他が医師を対象に行った調査（N=557）によると、「がん患者が病名を尋ねたとき、どのように答えるべきか」という問いに対して、「がんであることをはっきり告げる」3.2%、「がんであることを隠すが、重い病気であると告げる」33.9%、「それとなく自然にがんであることをわかるように告げる」18.3%、「他の病気として説明する（例：胃がん→胃潰瘍）」19.9%などとなっており、患者に明確にがん告知はしないものの、それとなく情報を提供し患者に察してもらうことを期待しているようである。そこで、患者も「自然に」知ることがあるわけである。これは、日本人が日常的によく用いる「察し」のコミュニケーションが、がん告知の場合にも行われているからである。

III 諸外国のがん告知の現状

それでは、日米以外の国々ではがん告知はどのような状況にあるのであろう。世界各国で共通の調査票を用いて実施した体系的な調査はまだなされていないようであるが、大まかな現況を知るものとして、国際精神腫瘍学会（IPOS）の各国の会員がそれぞれの国の状況を推測した1987年の調査結果（N=90）がある。それによると、80%の医師ががん告知している国は、オーストリア、デンマーク、フィンランド、オランダ、ニュージーランド、ノルウェー、スイス、スウェーデンがあげられている。もちろん、カナダや米国はここに含められる。他方、40%以下の医師しかがん告知をしていない国は、フランス、ハンガリー、イラン、パナマ、ポルトガル、スペイン、アフリカ諸国などがあげられている。ここに、イタリア（39%）、日本、韓国、台湾、タイなどを加えてもいいだろう（GIVIO, 1986；アップジョン社, 1989）。つまり、北米（ラテン系民族諸国を除く）ヨーロッパ各国においては8割以上の患者にがん告知が行われており、他方、アジア、アフリカ諸国、フランス、スペイン、イタリアなどのラテン系ヨーロッパ諸国ではむしろがん告知は一般的になってはいないと推察される。そして、日本の場合と同様に、そうした国々では、がんという診断名のかわり

に腫瘍、のう胞、ポリープ、細胞性変化、前がん状態、腫物、膿瘍などの代用あるいは擬装診断名が用いられることが多い。また、前述の調査によれば、患者の家族に診断名を告げることについては、80%の国々で行われている。カソリック系信者の多いイタリアのように、がんが神による重大な罰を暗示することから家族にも告知されていないことがある。しかし、90%以上の回答者が、各国においてがんの告知についてはよりオープンになりつつある傾向があることを述べている。

IV 米国の精神腫瘍医の反省

前述のように、米国が今日ほとんどすべてのがん患者に診断名を告知するようになった背景は、①治療技術が進歩して治癒率が向上しているため、必ずしも悲観的にみる必要がなくなったこと、②人々の高学歴化や、テレビ、新聞、公的機関によって提供されるパンフレット、コンピューターサーチングなどから最新の医学情報へのアクセスが容易になったために一般の人々の理解力がかなり向上したこと、③インフォームドコンセントや治療参加に関する患者の権利意識が高まり、その法的な整備が整ったこと、などがあげられる。なかでも、患者の権利意識の高揚が医師の消極的な姿勢を変えていった面がある。

しかしながら、米国におけるがん告知の事情は国際医療界の中でも突出しているもので、ほかの国々の多くは告知やその仕方をめぐって議論が多いところである。まだまだ、がん告知は残酷で非人間的なものと受けとられることが多いのである。しかし、米国では診断名を隠すことが非倫理的で非合法であると受けとられるようになってきている。このような米国でのがん告知の定着がみられるのは1979年のことで、既に10年を経た今日、そうした試みが果たしてがん患者にとってどのような体験になったのかを振り返り始める時期となった。

最近米国の臨床腫瘍学雑誌の編集論説で(1989)で国際精神腫瘍学会会長であるJ.C.ホーランドが、ハーバード大学関連病院マサチューセッツ総合病院のリンドらのパイロット調査(1989)の結果を参考にしながら、次のような5つ

の問題提起をしている。

まず第1に、告知を行っているのは70%が外科医であるという調査結果を示し、がんの細胞診など専門的に診断業務を行う医師がはたして告知をするに一番ふさわしいのかどうか、という点を疑問視している。患者を一番よく知っているのはこれまで関わってきた患者の主治医であるので、主治医ならその患者にとってどのように告知すればよいかを最も適切に判断できるはずである。もし主治医以外の医師が告知するのであれば、自分の患者が以前危機に面したときどのように対処したかなどの情報を持ち、患者の自我の心理的安定性を知る主治医から患者に関するさまざまな情報を得たうえで告知する必要がある。第2に、告知の方法とその内容について、単に診断を宣告するだけでなく、それに対する患者の対応にも目を向ける必要をあげている。患者は診断名もさることながら予後や治療に強く関心を抱いているものである。したがって、がんを診断する、患者にとっては悪い知らせが知られるときには、患者自身が何をすべきなのかをも告げ、必ずそのカウンターバランスをとる必要がある(Maguireら, 1988)。このような必要があるにもかかわらず、前述のリンドラの調査結果では電話を用いてであったり、また回復室でなされるなどのように、患者が適切に対応できない状況のなかで告知されることが多い。また、「来週こちらに電話して下さい。」というメッセージを残すような、その週末を患者がどのような苦悶の中で過ごすことになるかということにはまったく配慮のない、感受性の乏しい対応がされることもある。第3に、患者の人権の尊重を重視すれば、診断や予後について話し合うには、患者が困惑したり、恥をかく心配や恐れを感じさせないですむ場所が必要である。第4に、患者が情報の聞き漏れをしないような配慮について、悪い知らせを前にした患者は不安を強くもちやすく、診断や治療について詳しく正確に聞けるような平常心を保つことは困難である。

そこで、家族の同席があれば、患者が後になってもっと落ち着いた雰囲気の中で家族から治療や診断の内容を聞くことができる、あるいは、医師の説明をテープに取って患者に渡すのも効果があると提案している。第5に、よくないニ

ニュースを伝える医師たちの多くが患者への話し方やカウンセリングについての特別な訓練を受けていない点を指摘し、がん告知の際、医師がどのような内容をどのような方法で伝え、患者がそれをどのように受けとり、どのように対処しようとするのか、その結果はどうなるのかについて、私達が研究をさらに進めるとともに、研究結果のフィードバックとして医師に対する研修が必要である。この点では、最近発展してきているエイズカウンセリングに学ぶべきものがあるという。

・米国のがん告知は患者のインフォームド・コンセントへの権利意識やそれを裏づける立法によって推し進められ、定着してきたことは間違いがない。しかし、そのがん告知のあり方をめぐる心理社会的研究が意外にもまだ立ち遅れており(Novackら、1979)、ポーランドの問題提起もその点をふまえたものである。むしろエイズカウンセリングのほうがマニュアルや訓練法が整備されている面がある。

それでは、現実にはどのような告知のあり方がみられるかについて、K. M. テーラーが、カナダの乳がんクリニックの17人の外科医が担当した118のケースを参与観察し、医師のがん告知について定式化を試みたのはつい最近の1988年のことである。彼女は、悪いニュースであるがん告知の過程における医師の態度を、①前口上、②(告知に伴う)対決、③(効果的な治療法について説明し、告知の衝撃を和らげようとする)拡散の3つの段階に分けている。そして、告知のストラテジーとして、①意思疎通を行った場合10%、②不確実であることを認めた場合15%、③臨床的には明確化できないにもかかわらず、予後の不確実さを認めたくないために擬装した場合30%、④回避した場合45%、の4つがそれぞれの頻度で用いられたと報告している。がん告知された患者に関する社会学的研究は多くあるが、このような告知する側の研究は少ない。

V 世界にみる腫瘍医療文化の2つのパターン

現在までのところ、がん告知をめぐる国際腫瘍界の医療文化は大きく2つの

パターンに分かれる。1つは、米国を極端な典型とし、ラテン系諸国を除く欧米諸国にみられるものである。それは、診断、予後、治療について率直に告知するというもので、医師にとって強い副作用を伴う化学療法、放射線療法、服薬を続けるためには患者のパートナーシップが不可欠なので、真実の告知(Disclosure)を必要とするという考え方から成り立っている。というのは、患者に現状を率直に話し、疾患について理解をすすめることによって、患者自身が治療への希望とがんと闘う意欲をもつことが身体の抵抗力や免疫力を高めるため、効果的な方法であると信じられているからである。したがって、真実の告知は倫理的にも法的にも望ましいものとされるのである。この考え方には、“人間の意志によって身体プロセスもコントロールが可能である”という米国特有の民間文化のもつ楽観的な思考に支えられている。また、倫理的にはあらゆる価値判断は自らの価値観や信念に基づいて患者本人が決定すべきものであることを基盤にしているので、医師や家族の一方的な善意は問題視され、患者は自らの人生の主人公として、自らがよりよいと信じる治療法を自発的に選択し、自己決定する権利があるとする。したがって、患者側に立って、医師にはたとえ家族には告げなくとも患者本人には最大限の真実を告げる義務があるわけである。これは、治療に伴う患者側の価値判断を優先した見方である(宗像他, 1990)。

もう1つは、日本を極端な典型とするアジア、アフリカ、ラテン系ヨーロッパ諸国にみられるもので、がん告知には消極的な姿勢で、患者は保護されるべきであって、治療可能なものはともかく不治のがんを率直に告知することにはあまりにも残酷で不適當であるとする考え方である。こうした考え方は、医師にせよ、患者家族にせよ、患者への思いやりを重視する倫理的基盤があるので、思いやる側の価値判断を優先した見方である。したがって、医師や家族などの周りの人には、がんというショックな出来事を前にした患者を思いやってよりよい選択をしてやるのが義務づけられるのである。

筆者はこの両者のいずれか一方の観点のみを正当とすることをよしとしはしない。というのは、人は自分のことを自分で決定することを望む性質がある一方で、特に傷病の苦しみがあったりして意思決定能力が低下しているときには、

他人とりわけ専門家に依存しようとする性質があるのが普通であるからである。たとえば、患者の意思決定に関する実証研究によれば、医師に勧められた治療法について独力でその利益と損失を比較検討して判断することのできる患者もいるが、大半の患者は医師の忠告に従うという報告がある (Faden ら, 1980 ; Fellner ら, 1970)。

このように、現実には患者は自分の状況に合わせて双方の選択をしており、患者の自己決定を重視した米国式の医療も、他者の思いやりを重視した日本式の医療も、それぞれ人間のもつ性質の本来的な矛盾やアンビバレンツを反映しているのです。どちらか一方のみを強調するのは適切でないと思うからである。

VI 思いやり医療と自己決定医療の絶妙のバランス

自己決定を重視する米国においてさえ、今日、このような患者のもつアンビバレンツな人間の性質を直感的に捉えている臨床医は、患者の自己決定権を尊重はするが、自分とは異なる立場の患者への思いやりを忘れていないわけでは。前述のリンドと仕事を共にした医療社会学者の M.J.グッドが腫瘍医を対象に行った面接調査結果で報告され、また、筆者が行ったマサチューセッツ総合病院 (Massachusetts General Hospital) やベスイスラエル病院 (Beth Israel Hospital) の腫瘍医や患者との面接や外来診療の参与観察の結果からも確認されたことであるが、病名告知をする際、医師は「よくないニュースがあるのだが」といった後で沈黙し、患者がこの言葉を見捨てるのか、それとも医師の言葉の内容を積極的に聞こうとする態度をとるのかを見守るプロセスを経ている。患者の対応姿勢を尊重しながら、それに合わせるような思いやりをもって告知に臨んでいるといえる。また予後についても、完全な情報暴露ではなく、患者が希望をもてるように適度に情報提供がコントロールされている。そして、「状態が悪化したのではありませんか」という患者の質問に対しても、「そうですね」と即座に事実を認める言葉を用いず、その代わりに「この場合、…という治療法をとるといいですね」などと、悪いニュースに対するカウンターバランスと

して患者が希望を失わないような現実的な対処方法を専門家の立場から絶えず提案している。

このような患者への思いやりからくる曖昧な対応のために、医師は情報を隠しているという患者の強い不満が、さまざまな調査結果からもみられる。しかし、家族からはとめられたにもかかわらず、がん告知は患者の権利だからと患者を思いやることなく、機械的に診断名を告げ、その結果、患者を抑うつ、せんもう状態に陥らせるような医師のあり方に対しては、米国でも批判的である。そのような医師が皮肉られ、批判の槍玉に上がっている姿は、ジャック・レモン扮するがんに冒れた父と息子との闘病生活を感動的に描いた‘Dad’という米国映画（1989年 UIP）の中でも描かれていた。

VII 希望と現実のバランスをふまえた告知

そもそも治療への希望がまったくない中では治療者である医師と患者との関係（出会い）は成立しない。しかしながら、思いやりと称して終末期の患者に過度な希望をもたせることは、死が近づく現実の中で、前述のように多くの患者のもつ、家族や親しい人と残された時間を過ごしたいという願望をかなえることなく、突然断絶するかたちで死を迎えることになる。最期に家で家族と暮らすとか、死を迎える前に遺書を書くにしても、お別れをいうこともできず、突然スイッチが切れたように亡くなってしまうことになる。患者にとって、希望がつなぎ留められるとともに、自らの現実的な状況を判断し、適切に対応できるように支えられることが必要である。

さて、病名告知を患者が希望し、家族もそれを支える同意をしたケースの告知の場合、疼痛や精神症状の出現頻度が低いことを、岡崎らの調査（1989）が実証している。がんの病名告知は、一般的に抑うつ、不安、怒りなどの悪影響をもたらす可能性があるものの、他方で、悩まされ続けた疑念から解放された表情が明るくなったり、家族や医療従事者との信頼関係が深まったり、治療への効果的な協力関係が生まれたり、また、疼痛への耐性が強まったり、将来ど

のように現実的に対処したらいいかについての計画を立てられる、などの好作用がみられる。そこで、がん告知に際しては、厚生科学研究プライマリ・ケアにおけるがん末期医療のケアのあり方研究班の報告にみられるように、①患者や家族の受容能力、②告知の目的の明確さ、③お互いの信頼関係、④精神的な面でのアフターケア体制が必要とされる（厚生省・日本医師会、1989）。

こうした条件があるとき、患者にとって深刻なストレス源であるよくないニュースに対処できる能力も対処するために不可欠な情緒的サポートももっているため、がん告知に伴う悪影響を最小限にでき、また、そればかりでなくむしろ人生・生活の質を保持させる作用があるという考え方が有力になっている。しかしながら、もし患者の自己決定の原則を軽視するならば、それらの判断の判断は医療従事者から一方的になされる可能性もある。

VIII 終末期医療のタブーを越えて

日本文化には、諸外国では標準的なコミュニケーションスタイルとしては認知されていない「察し」がある。これは、「それとなく告げる」というユニークな方法が用いられる（宗像、1987、1990）。しかし、これも患者の受容能力やサポートがあるかどうかによって、「それとなく告げ」たものが「自然に知る」という形で受け入れられるかどうかが決まってくる。受容する姿勢にない患者は「察し」の能力が低下すると考えられる。したがって、疑念や不信感だけが強まり、苦悶にしかならない場合もあるだろう。そのようなときは率直なコミュニケーションが必要になる。「察し」のコミュニケーションばかりに依存している日本の現状は、その点で再考してみる必要があるだろう。

このような率直なコミュニケーションのない中で患者が現実を無視し、治療への希望だけを肥大化させている限り、医師は延命治療を続行せざるを得ない。患者は塩酸モルヒネなどの鎮痛剤を控えられながら苦痛に耐えるイイ子を演じなければならず、人生・生活の質が最悪となり、しかも突然の死を迎えなければならない。患者の様子を知っている看護婦は内心で「こんなことは酷だ」と

思いながらも、医師の指示の前では逆らえずイイ子になってしまい、患者のために何もできないと疲れ、燃えつきてしまう。そして、医師自身も日本のこれまでの医療界の伝統的なあり方の前にイイ子を演じてもっばら延命治療を続けている限り、良心的な医師は看護婦同様に燃えつきる。日本の医師は一方的な思いやりだけでなく、患者の意思を尊重する医療文化 (Medical Culture) をつくることに自己実現的な努力をする時期にきているのではないだろうか。

がん告知をめぐる、本稿ではこのような考察を試みたが、これが妥当なものであるかどうかについては、さらに実証的な研究が進められる必要がある。わが国はもちろん、国際的にみても、この種の研究はまだまだ少ない。前述のホーランドの問題提起にもその期待が表われているように、今後精力的に進められていく必要がある。

参考・引用文献

- 1) 朝日新聞社：本社世論調査「がん告知」、朝日新聞1989年4月3日朝刊：11, 1989.
- 2) Faden. R. R., and Beauchamp, T. L. : Decision-Making and Informed Consent, *Social Indicators Research*, 7 : 313-36, 1980.
- 3) Fellner, C. H. & Marshall, J. R. : Kidney Donors : The Myth of Informed Consent, *American Journal of Psychiatry*, 126 : 1245-51, 1970.
- 4) GIVIO (Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation): What Doctors Tell Patients with Breast Cancer about Diagnosis and Treatment. *Br. J. Cancer*, 54 : 319-326, 1986.
- 5) Good, Mary-Jo, D.: The Practice of Biomedicine and the Discourse on Hope; A Preliminary Investigation into the Culture of America Oncology, Kluwer Press (forthcoming) .
- 6) Holland, J. C.: Editorial-Now We Tell, But How Well? *Journal of Clinical Oncology*, 17(5) : 557-559, 1989.
- 7) Holland, J. C., Geary, N., Marchini, A. and Tross, S.: An International Survey of Physician Attitudes and Practice in Regard to Revealing the Diagnosis of Cancer. *Cancer Investigation*, 5(2) : 151-154, 1987.

- 8) 柿川房子他：国立がんセンター病院におけるケアの現状（モノグラフ），1988.
- 9) 厚生省・日本医師会編：末期医療のケア，中央法規出版，東京，1989.
- 10) Lind, S., Good, M., Seidel, S., Csordas, T., and Good, B.: Telling the Diagnosis of Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 17(5), 1989.
- 11) 毎日新聞社世論調査部：第9回「がん」に関する全国世論調査報告書，1989.
- 12) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，東京，1987.
- 13) 宗像恒次，中川薫：インフォームド・コンセント，クインテッセンス，9(5)：26-30，1990.
- 14) Novack, D., Plumer, R., Ochitill, H., Marrow, G. and Bennett, J.: Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient. *JAMA* 241 : 897-900, 1979.
- 15) 岡崎伸生他：終末期癌患者に対する病名告知の精神的影響に関する研究，癌の臨床，35(3)：331-334, 1989.
- 16) Radovsky, Saul.: Bearing the News. *Occasional Notes. NEJ Med* 313 : 586-588, 1985.
- 17) San Francisco Chronicle : The Final Days of Emperor Hirohito, December 28, 1987
- 18) 瀬尾洋介：末期癌患者と家族の心理，第11回死の臨床研究会の記録，死の臨床，11(1)：47-48, 1988.
- 19) Taylor, K. M.: 'Telling Bad News': Physicians and the Disclosure of Undesirable Information. *Sociology of Health & Illness*, 10(2) : 109-132, 1988.
- 20) 手嶋秀毅他：肺癌患者のターミナル・ケア，日本胸部疾患学会誌，25：305, 1987.
- 21) Maguire P., Faulkner A. : Communicate with Cancer patients : Handling bad News and Difficult Questions. *Br Med J*, 297 : 907-909, 1988.
- 22) アップジョン社：がん告知，世界6ヵ国の比較，SCOPE，26(9)：14-16, 1987.