

## 2-1. コミュニケーションと患者のストレス

悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーション・スタイルは  
その後の患者のストレスに影響する

デザイン:手術6ヶ月時点での横断調査  
対象:乳がん患者100名

	$\beta$	ストレス R	R <sup>2</sup>
精神疾患既往歴 <sup>a</sup>	0.306	0.358	0.128
がん診断開示時の医師の 有効なコミュニケーション・スタイル <sup>b</sup>	-0.233	0.459	0.210
がん診断以前の生活上のストレス <sup>c</sup>	0.207	0.499	0.249

a: 1=精神疾患の既往なし、2=軽度の精神疾患の既往あり、3=深刻な精神疾患の既往あり

b: 患者のがん診断開示に対する適応を向上させる医師の行動、18項目、8件法

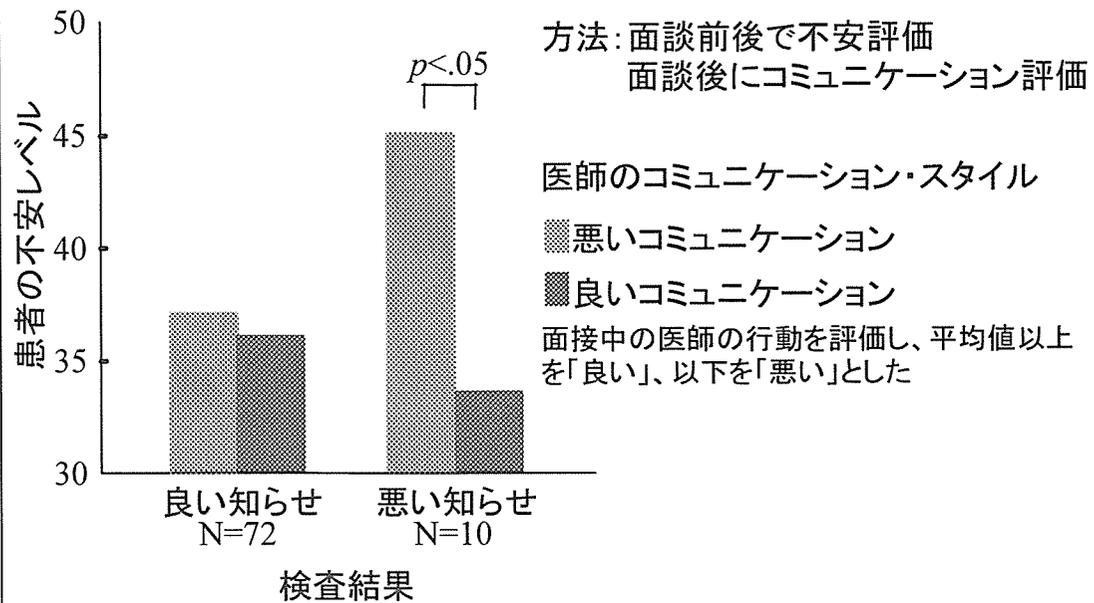
c: 0=生活上の変化なし - 50=ストレスにより最高に苦痛な生活上の変化あり

Roberts et al. (1994) *Cancer* 74: 336-341.

手術後 6 ヶ月の乳がん患者のストレスを予測する要因を後方視的に検討した結果、精神科の既往歴がないこと、がん診断以前の生活上のストレスがないことと同様、がん診断時の医師の有効なコミュニケーション・スタイルが患者のストレスと関連することが示唆されています。

### 悪い知らせを伝えられる際の医師のコミュニケーション・スタイルが

### その後の患者の不安に影響する



Takayama et al. (2001) *Soc Sci Med* 53:1335-1350.

検査結果を伝える面談において、検査結果が良いことを伝える面談では、医師のコミュニケーション・スタイルと患者の不安の程度に違いはありませんが、検査結果が悪いことを伝える面談では、医師のコミュニケーション・スタイルが患者の不安に影響することが示唆されています。ここでの医師のコミュニケーション・スタイルの評価は面接後における患者による評価です。

## 2-2. 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・ガイドライン

これまでに示されている悪い知らせを伝える際の  
コミュニケーション・ガイドライン

著者(出版年)	国	種類
Fallowfield (1993)	イギリス	エキスパート・オピニオン (33項目のコミュニケーション)
Girgis & Sanson-Fisher (1995)	オーストラリア	ガイドライン (15原則、12ステップ)
Ptacek & Eberhardt (1996)	アメリカ	レビュー (13項目のコミュニケーション)
Okamura et al. (1999)	日本	ガイドライン (10基本原則、4アプローチ)

悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーション・スタイルが患者のストレスと関連することから、各国で、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションについてガイドラインが作成されています。わが国においても、国立がんセンターで『がん告知マニュアル』が作成されています(<http://www.ncc.go.jp/>)。しかし、これまで示されているガイドラインは医療者の経験則に基づいて作成されているという問題点があります。

## 2-3. ガイドラインと患者の意向

### ガイドラインで推奨されているコミュニケーションと

患者の意向は必ずしも一致しない

デザイン: 横断質問紙調査

対象: 皮膚がん患者88名

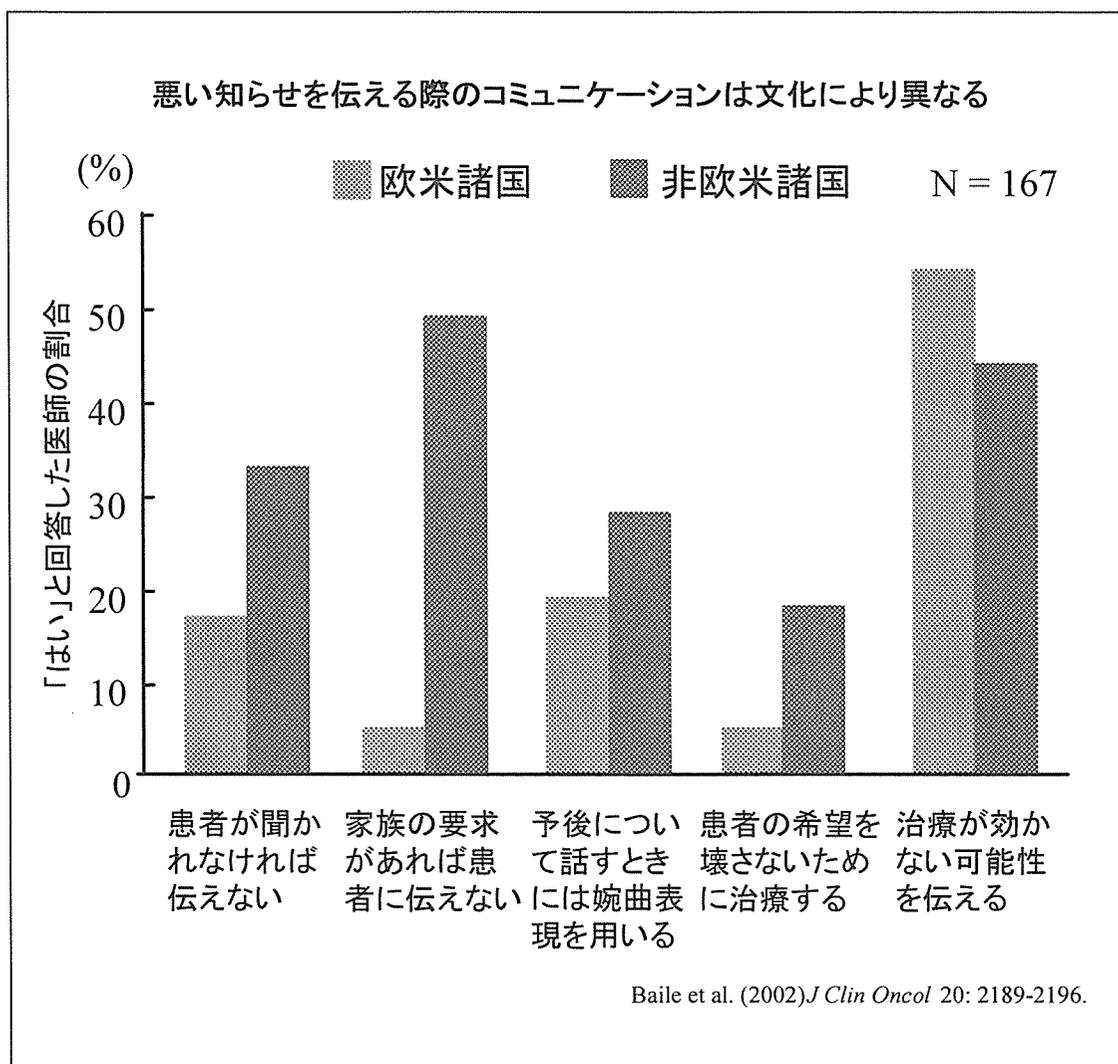
乳がん患者56名

推奨されているコミュニケーション	望む (%)
あらゆる情報を伝える	78
直接会って伝える	77
家族を同席させる	57
他の医療従事者を同席させる	13

Butow et al. (1996) *Cancer* 77: 2630-2637.

オーストラリアでは、ガイドラインで推奨されているコミュニケーションに対する患者の意向を調査した結果、ガイドラインで推奨されているコミュニケーションが必ずしも患者の意向とは一致しないことが示唆されました。

## 2-4. コミュニケーションと文化

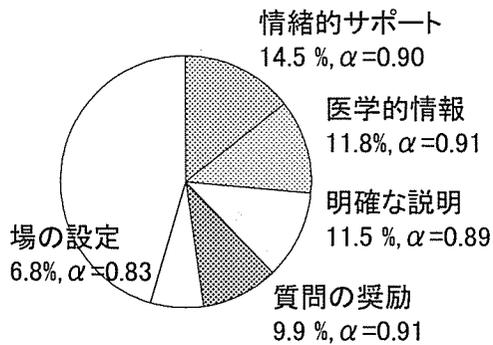


コミュニケーションには文化差があることは広く認識されていますが、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関しても文化差があることが示唆されています。米国臨床腫瘍学会に参加したがん専門医を対象とした調査では、予後の悪いがんであることについて、患者が聞かなければ伝えないという回答は、欧米諸国のがん専門医を比して、非欧米諸国のがん専門医に多いことが示されています。同様に、家族の要求があれば患者に伝えない、婉曲的な表現を用いる、患者の希望を壊さないように効かない可能性が高くても治療するという回答が非欧米諸国で多い一方で、治療が効かない可能性を伝えるという回答に関しては少ないことが示されています。

## 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する

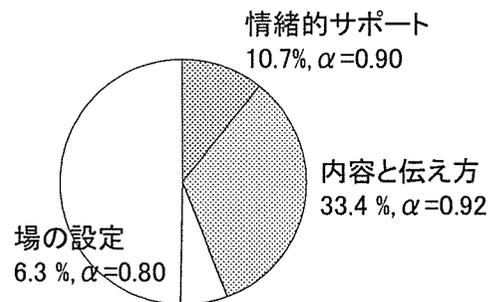
### 患者の意向は文化により異なる

#### わが国のがん患者の意向



Fujimori et al. *Psychooncology* in press

#### 米国がん患者の意向



Parker et al. (2001) *J Clin Oncol* 19: 2049-2056.

悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向について、文化差があるかどうか検討するために、米国 M.D.アンダーソンがんセンターにおいて行われた悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向調査で用いられた The measurement of Patients' Preferencesの日本語訳版を作成し、国立がんセンター東病院通院中の患者を対象に意向調査を行いました。その結果、わが国におけるがん患者の意向は、「医師は患者にその知らせを伝えられた後の気持ちを素直に話すように励ましてくれる」、「医師は患者に動揺しても良いことを伝える」といった「情緒的サポート」因子の寄与率が高いことが示唆されました。また、米国の先行研究では「内容と伝え方」として抽出された因子は、本研究では「医学的情報」と「明確な説明」という2つの因子として抽出され、米国よりも複雑な意向のパターンがあることが示唆されました。さらに、「医師は患者に質問があるか途中で確認する」、「医師は患者に気にかかるどんな質問もできるように安心感を与える」といった「質問の奨励」因子が新たに抽出されました。つまり、わが国のがん患者は悪い知らせを伝えられる際に、さまざまな医学的情報を明確に伝えられることを望むと同時に、質問を促し、その質問に対して十分に回答して欲しいという意向を有していること、また、情緒的サポートの提供を重視していることが示唆されました。

しかしながら、これらの調査で用いられた質問項目は医療者から収集されているため、患者の意向が十分には把握できていない可能性があります。

## 2-5. わが国におけるコミュニケーションに対する患者の意向

患者の意向は、「場の設定」、「伝える内容」、「伝え方」、  
「情緒的サポート」で構成されている

対象:がん患者571名、医師7名

方法:半構造化面接、質問紙調査

解析:内容分析、因子分析

結果:619の発言から70項目作成し、4カテゴリーを抽出

- |             |   |
|-------------|---|
| 1. 場の設定:    | プライバシーの保たれた落ち着いた環境<br>伝えるタイミング(不確かでもできるだけ早く/確実な時だけ) |
| 2. 伝える内容:   | 予後(知りたい/知りたくない)<br>日常生活(仕事など)への病気の影響や代替療法           |
| 3. 伝え方:     | はっきりと伝えるが「がん」という言葉は繰り返し使わない<br>婉曲的な表現を用いる           |
| 4. 情緒的サポート: | 家族に対しても患者同様配慮する<br>「一緒にがんばりましょうね」と言葉をかける            |

Fujimori et al. (2005) *Psychooncology* 14: 1043-1051.  
Fujimori et al. *Psychooncology* in press

先行研究における問題点を踏まえ、患者の意向と文化的背景を考慮したコミュニケーションが重要であると考え、わが国におけるがん患者の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する意向を明らかにするために、国立がんセンター東病院においてがん患者 42 名およびがん専門医7名を対象とした面接調査を行いました。面接内容は全て録音され、文字に変換した上で、発言ユニットを作成し、内容分析を行った結果、がん患者の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する意向として、「場の設定」、「伝える内容」、「伝え方」、「情緒的サポート」という4つのカテゴリーが抽出されました。

次に、面接結果に基づいて、70 項目からなる質問紙を作成し、国立がんセンター東病院において、529名の外来通院患者を対象とした横断調査を行いました。その結果、面接調査同様の4つの因子が抽出され、悪い知らせを伝えられる際の患者の意向は「悪い知らせの伝え方」、「情緒的サポート」、「付加的情報」、「場の設定」という4つの因子で校正されることが再確認されました。

**多くの患者が望むコミュニケーションと  
患者によって意向が異なるコミュニケーション**

	望む		望まない	
	N	%	N	%
<b>多くの患者が望むコミュニケーション</b>				
患者の質問にも答える	525	99.2	0	0
わかりやすく伝える	518	98.0	0	0
今後の治療方針も伝える	515	97.3	3	0.6
病気の状態についても説明をする	515	97.3	3	0.6
主治医として最後まで責任を持って診療にあたることを伝える	511	96.6	4	0.8
正直に伝える	511	96.6	4	0.8
要点を明らかに伝える	506	95.7	10	1.9
希望を持てることも伝える	489	92.4	3	0.6
これからの日常生活や仕事についても話し合う	449	84.9	13	2.5
患者と同じように家族にも配慮する	445	84.1	14	2.6
<b>患者によって意向が異なるコミュニケーション</b>				
余命についても伝える	267	50.4	158	29.9
淡々と伝える	185	35.0	221	41.8
少しずつ段階的に伝える	168	31.8	245	46.3
その知らせの内容が不確実な段階であっても伝える	142	26.8	309	58.4
他の医療者(例えば、他の医師や看護師)を同席させる	93	17.5	171	32.3

Fujimori et al. *Psychooncology* in press

表に示したように、多くの患者が望んでいるコミュニケーションとして「患者の質問に答える」、「わかりやすく伝える」、「今後の治療方針も伝える」、「主治医として責任を持って診療にあたることを伝える」などが挙げられました。

その一方で、「余命について伝える」、「淡々と伝える」、「他の医療者を同席させる」といったコミュニケーションは患者によって意向が異なることが示されました。

## 2-6. コミュニケーションの学習法

### がん医療における悪い知らせを伝える

### コミュニケーション・スキル・トレーニング

著者 (出版年)	CSTの 期間	対象者 数	結果	研究デザイン RCT or Open trial
Aspergan (1996)	セミナー3回 +3日間	33	共感的反応↑(CST後) 患者との関係に対する態度→(CST後)	Open
Baile et al. (1997)	3日間	9	自己効力感↑(CST後)	Open
Fallowfield et al. (1998)	1.5または 3日間	178	自己効力感↑(CST3ヶ月後)、 コミュニケーションに対する態度↑(CST3ヶ月後)	Open
Baile et al. (1999)	5時間	17	自己効力感↑(CST1週間後)	Open
Abel et al. (2001)	半日間	54	自己効力感↑(CST3ヶ月後)	Open
Fallowfield et al. (2002, 2003a, 2003b)	3日間	160	面接時の行動↑(CST3ヶ月後、1年後) 自己効力感↑(CST3ヶ月後、1年後) 患者のケアへの満足感→	RCT
Jenkins & Fallowfield (2002)	3日間	93	面接時の行動↑(CST3ヶ月後)、 心理社会的問題への態度↑(CST3ヶ月後) 自己効力感↑(CST3ヶ月後)	RCT
Farber et al. (2003)	2時間	15	コミュニケーションに対する態度↑(CST後)	Open
Fujimori et al. (2003)	1または1.5日間	58	自己効力感↑(CST3ヶ月後)	Open

CST: コミュニケーション・スキル・トレーニング

RCT: 無作為化比較試験

コミュニケーションは学習可能であると考えられています。患者-医療者間のコミュニケーションを学習する方法として、コミュニケーション・スキル・トレーニングが行われています。がん医療における悪い知らせを伝える際のコミュニケーションを扱った、医師を対象としたスキル・トレーニングには無作為化比較試験とオープン試験が行われ、その有効性が検討されています。患者の主観的な評価は少ないものの、医師の主観的な評価と客観的評価では有効性が示唆されています。

### 3. コミュニケーション・スキル・トレーニングの目的

わが国のがん医療において、患者の意向に副った患者－医師間のコミュニケーションの促進を目指して、医師が患者に悪い知らせを伝える際に必要なコミュニケーション技能を習得する。

## 4. SHARE プロトコール

**Supportive environment** サポートティブな環境設定

**How to deliver the bad news** 悪い知らせの伝え方

**Additional information** 付加的情報

**Reassurance and Emotional support** 安心感と情緒的サポートの提供

SHARE プロトコールは、がん医療において、医師が患者に悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーションを実践するための態度や行動を示しています。患者の意向に関する調査の結果から得られた4つのカテゴリーに基づいて作成されました。

# Supportive environment

**サポートティブな環境設定**：プライバシーが保たれた、落ち着いた環境（例えば、部屋、椅子、患者との距離、医師の服装などに配慮する）と十分な時間を設定する。患者は信頼できる、なじみのある医師に伝えられることを望んでいるため、初対面で悪い知らせを伝えることは可能な限り避けることが望ましい。

## 信頼関係の形成

- ・ 礼儀正しく接する（例えば、初対面の際には自己紹介をする、立って挨拶をする）。
- ・ 話すときには身体を患者の方に向け、目や顔を見て話す。
- ・ 初対面で悪い知らせを伝えることはできるだけ避ける。
- ・ 患者に悪い知らせを電話で伝えるのではなく、直接会って伝える。
- ・ 悪い知らせを伝える面談時に、電話が鳴らないようにする（例えば、予め電話を他の人に預ける。それが無理であれば、面談の始めに患者にことわる）。
- ・ 親密な関係である場合を除き、患者の手や肩に触れない（注：ガイドライン等で推奨されていることもあるが、患者はむしろ望んでいないことが多い）。

## 場の設定

- ・ 悪い知らせを伝える面談をプライバシーが保たれる場所で行う（例えば、大部屋のベッド・サイドやカーテンで仕切られているだけの外来はできるだけ避け、面談室を使う）。

## 時間の設定

- ・ 悪い知らせを伝える面談に、十分な時間をとる（例えば、忙しい外来時間を避ける。夕方に面接を設定する）。

## 確認事項 意向（前回の面談の際に確認し、当日も再度確認する）

- ・ 悪い知らせを伝える面談時に、患者のサポートをするために他の医療者（例えば、他の医師や看護師）を同席させるか場合には、患者の意向を確認する。
- ・ 最終的な判断が出てから検査結果を伝えることを、患者に確認する。
- ・ 悪い知らせを伝える面談の同席者について、患者の意向を確認する（例えば、家族が一緒の場で伝えるか、患者だけに伝えるか、患者より先に家族に伝えるか）。

# How to deliver the bad news

**悪い知らせをどのように伝えるか**：悪い知らせは、原則として、正直に、明確にわかりやすく、丁寧に伝える。(注：病気に関する情報を正直に伝えることを患者に対して明言することが必要な場合もある。また、意図的に真実の一部だけを伝えることは必ずしも正直であるとは言えないし、尊厳を傷つける場合もある。)

患者の納得が得られるように(例えば、患者が単なる悪い知らせの内容を理解することとどまらず、気持ちを整理できるように促し、患者の意向を踏まえて受け入れられる状態にあるかどうかを確認しながら)説明をする。

表情や口調をまったく変えずに事務的に伝えることはしない。大げさな感情的な表現や言動を使うことは避ける。断定的な口調で伝えてほしいかどうかなど、患者の意向はさまざまなので、患者の反応を見ながら伝える。

## 基本的態度

- ・ 悪い知らせを伝える面談時に、患者の質問にいらいらした様子で対応しない(例えば、患者の言葉を途中で遮ること、貧乏ゆすり、ペンを廻す、マウスをいじる、など)。
- ・ 患者の目や顔を見ながら悪い知らせを伝える。
- ・ 患者の質問に十分答える。

## 確認事項① 悪い知らせを伝える前

- ・ 悪い知らせを伝える前に、病名、これまでの経過、面接の目的など現在の状況に対する患者の認識を確認する。
- ・ 専門用語を使わない方がよいかどうか患者の意向を確認する。もしも専門用語を用いた際には患者が理解しているか確認する。

## 伝え方

- ・ 悪い知らせ(がんであることや積極的抗がん治療がないこと)を明確に伝える。
- ・ 要点をまとめて伝える(面談中のどこかでサマリーを行う)。
- ・ 患者に実際の写真や検査データを用いて、悪い知らせを伝える。
- ・ 必要に応じて説明のために紙に書いて悪い知らせを伝え、説明に用いた紙を患者に渡す。

## 確認事項② 悪い知らせを伝えているとき

- ・ 患者に理解度を確認しながら、悪い知らせを伝える(例えば、「ご理解いただけましたか?」、後から聴くことができることや看護師にも質問できることを伝える)。
- ・ 医師が一方的に伝えるのではなく、質問がないか、話の進みが速すぎないか、患者の気持ち(例えば、「今、どのようなお気持ちですか?」)はどうかを患者に質問しながら、話を進める。
- ・ 患者に相談があるかどうか確認しながら、悪い知らせを伝える。

**悪い知らせ**：悪い知らせは全て伝えるのが原則であるが、具体的にどの程度の情報を伝えるかに関しては、患者の意向を確認してから伝える。

## 確認事項③ 意向

- ・ 病気の状態(例えば、進行度、症状、症状の原因、転移の場所など)について伝える。
- ・ がんの治る見込み(例えば、想定される治療効果や治療成績)も伝えるかどうか、患者の意向を確認する。
- ・ 患者の余命についても伝えるかどうか、患者の意向を確認する。

# Additional information

**医学的、社会的付加的情報**：悪い知らせを伝える面談時に、悪い知らせを伝えた後に、今後の治療方針のみならず患者個人の日常生活への病気の影響などについて話題にし、患者が相談や関心事を打ち明けることができる雰囲気を作る。(そうすることによって、病気だけでなく患者本人への関心を示すことができる。)

## 意思確認

- ・ 意思決定にはだれが関与するかに関する患者の意向は異なるので、治療選択の際には、患者の意見を尊重することを伝え、患者の意見を確認する(例えば、患者本人が一人で決める、医師が決める、家族が決める、一緒に決めるなど)

## 医学的情報

- ・ 患者の今後の治療方針を伝える
- ・ 患者が現在利用できる治療法を伝える
- ・ 治療の危険性や副作用についても説明をする
- ・ 医師の勧める治療法を伝える
- ・ 患者が他のがん専門医にも相談できること(セカンド・オピニオン)について説明をする

## 社会的情報

- ・ 患者が利用できるサービスやサポート(例えば、医療相談、高額医療負担、訪問看護、ソーシャル・ワーカー、カウンセラー)に関する情報を提供する
- ・ 患者のこれからの日常生活や仕事についても話し合う

## 患者が希望する情報

- ・ 患者の希望があれば以下の情報について話題にする
  - 専門的な医学的情報
  - 標準治療以外の治療も含め、最新の治療(未承認薬、試験中の治療、将来の治療)
  - がんに関する情報の入手法(例えば、本やインターネット)
  - 他の患者からよくある質問
  - 民間療法や代替療法

# Reassurance and Emotional support

**安心感と情緒的サポートの提供**：患者に対して優しさと思いやりを持ち、患者と同じように家族にも配慮する。

## 面談の最初

- ・ 悪い知らせを伝える面談時に、患者の気持ちをやわらげる言葉をかける(身近なことや時節の挨拶、患者の個人的な関心事などについて一言触れる(オープン・クエスチョン)。例えば、「最近寒いですが風邪を引いたりしていませんか?」、「暑い日が続いていますが、夜は眠れていますか?」など)
- ・ 不安な気持ちを表出したら声をかける(例えば、「心配で眠れなかったんですね。」、「それはおつらかったでしょうね。」)

## 悪い知らせを伝える直前

- ・ 悪い知らせを伝える前に、患者に心の準備ができるような言葉(例えば、「大切なお話です」、「残念ですが」、「少し残念なお話をしなければならないのですが」、「お時間は十分ありますか」、「家族の同席を勧める)をかける

## 悪い知らせを伝えているとき

- ・ 2回目以降は「がん」ではなくて「腫瘍」、「病気」という言葉を用いる。その他注意する言葉の例としては、「ホスピス」は「〇〇病院(具体的な病院名)」、「緩和ケア医」は「痛みの専門家」、「末期」、「終末期」は「病気」、「生存」は「治療が効いた」、「脱落」は「治療が継続できない」、「死ぬ」、「死亡」は「心臓が止まる」、「呼吸が止まる」、「息が止まる」など
- ・ 個々の検査の内容や結果、最終的な判断に至る情報を小分けにして、順を追って、段階的に、患者の気持ちを確認しながら伝える
- ・ 患者が希望を持てるように伝える(例えば、「がんをやっつける治療よりも、痛みをとる治療に重点をおきましょう」など抗がん治療以外にも可能な医療行為があることを伝える、現状の対策について伝える)
- ・ 患者が希望を持てる情報も伝える(例えば、「骨には転移はありません」、「痛みはとれましたね」)

## 悪い知らせに対する患者の感情の探索、受容、肯定

- ・ 患者が感情を表に出しても受け止める(例えば、沈黙をとる、気持ちを聞く、気持ちに関するオープン・クエスチョン「今、どのようなお気持ちですか?」)
- ・ 悪い知らせによって生じた気持ちをいたわる言葉をかける(例えば、「つらいでしょうね」、「混乱されたでしょうか」、「驚かれたことでしょう」など)

## 悪い知らせを伝えた後

- ・ 悪い知らせを伝えた後、患者の気持ちを支える言葉(例えば、「大丈夫ですよ」、「一緒にやっ  
ていきましょうね」など)をかける
- ・ 最後まで責任を持って診療にあたること、見捨てないことを伝える(例えば、「私たち診療チー  
ムはあなたが良くなるように努力し続けます」、「ご希望があれば電話でも相談に乗ります」、「ご  
希望があれば、転院先を紹介します」)

## 家族への配慮

- ・ 家族に対しても患者と同じように配慮する(例えば、患者だけでなく、家族の方にも時折視線を  
向ける、「質問はありませんか?」、「ご理解いただけましたか」などの言葉をかける際には患者  
だけでなく家族に対しても言葉をかける)

## ■Part II

# グループワーク

1. 他己紹介
2. ビデオ
  - 2-1. SHARE プロトコルを実践していない例
  - 2-2. SHARE プロトコル実践例
3. ロールプレイ
  - 3-1. ロールプレイとは
  - 3-2. 方法
  - 3-3. ロールプレイのルール
  - 3-4. フィードバックの方法

# 1.他己紹介

目的:参加者相互を知ることにより、グループの凝集性を向上させる

方法:参加者同士ペアを組み、相互に3分ずつインタビュー実施

インタビューの内容を元にペアの相手を他の参加者に紹介する

インタビュー内容(以下は必須)

・コミュニケーション・スキル・トレーニングの経験

・コミュニケーション・スキル・トレーニングの参加理由

・コミュニケーション・スキル・トレーニングに期待していること

・ロールプレイに対する気持ち

## 2. ビデオ: SHARE プロトコルの実践例

<p>基本的コミュニケーション・スキル</p> <p><b>S</b>upportive environment サポート的な環境設定</p> <p><b>H</b>ow to deliver the bad news 悪い知らせの伝え方</p> <p><b>A</b>dditional information 付加的情報</p> <p><b>R</b>eassurance and <b>E</b>motional support 安心感と情緒的サポートの提供</p>
--

	基	S	H	A	RE
1. 面談の準備	◎	◎			
2. 面談の開始	◎	◎	○		◎
3. 悪い知らせを伝える	○		◎		◎
4. 悪い知らせを伝えた後	○		○	◎	◎
5. 面談のまとめ	○		○		◎

### ケース:手術不可能な進行肺がんであることを伝える

下村弥生、53歳、女性、肺腺がん、IV期

がん検診で精密検査を受けるように言われ、近医での胸部X線(正面、側面)の結果、右肺に明らかな異常影(腫瘤影)が認められ、精密検査目的で地域の総合病院を紹介された。診察で、鎖骨上リンパ節腫大が認められ、胸部CT、リンパ節経皮針生検、腹部CT、骨シンチ、頭部MRIの検査を受けた。前回の診察から10日後の今日は、検査結果を聞くために娘と共に来院した。

肺に腫瘍があり、鎖骨上リンパ節腫大があることから肺がんが非常に強く疑われることは告げられている。しかし切除不能な進行期肺がんという診断までは予想していない。