

# 患者との上手な接し方

— 臨床医必須のスキル —

日本で医療不信が指摘される一因として、医療者と患者さんとのコミュニケーション不足が挙げられます。不適切なインフォームド・コンセントがなされている現状を改善するためには、共同意思決定 (SDM) の考え方に基づくより深い相互理解が求められます。本講演では、米国で医療者向けに作成されたコミュニケーションプロトコルであるSPIKESと、これを基に日本で作成されたSHAREの内容を紹介し、患者さんとの上手な接し方を考えてみたいと思います。

## キーワード

インフォームド・コンセント (IC),  
1メッセージ, SPIKES, SHARE,  
EBM (科学的根拠に基づく医療),  
NBM (物語と対話に基づく医療)



かつまた のりゆき  
**勝俣 範之**

日本医科大学武蔵小杉病院  
腫瘍内科 教授

## 医師国家試験で出題された患者とのコミュニケーション

私は山梨県富士吉田市の出身で、生家は織物業を営んでいました。医師の家系ではない私が医師になろうと思ったのは、小学生の頃に手塚治虫の『ブラック・ジャック』を読んだのがきっかけです。

この作品の中に、こんな場面があります。天才外科医であるブラック・ジャックが手術に失敗し、落胆していたところに恩師の亡霊が現れ、「人間が生きものの生き死にを自由にしようなんて、おこがましいとは思わんかね」と諭すのです。

医学部に進み、臨床医として生きていく折々にこの場面を思い返し、「医師は決して驕ってはならない」と初心に立ち返るよう心がけています。

本日は、患者さんとの上手な接し方について、インフォームド・コンセント (informed consent: IC) [P33参照]、コミュニケーションスキル、余命告知という3つの観点から考えてみたいと思います。

患者さんとのコミュニケーションについては、医師国家試験でも毎年1問以上が取り上げられています。過去の出題例をお示ししますので、正解を考えてみてください (表1)。

設問は、「乳がんの再発で、余命が1年以内であるという内容の告知を受けた入院患者が死にたいと訴えた。

表1 医師国家試験問題の例

<p>正解はどれでしょうか? <small>第114回 (2020年) 医師国家試験問題より</small></p> <p>乳がんの再発で、余命が1年以内であるという内容の告知を受けた入院患者が死にたいと訴えた。 医師の対応で最も適切なのはどれか。</p> <p>a. 頑張れと励ます。 b. 速やかに退院させる。 c. ホスピスへの入院を勧める。 d. 死について触れないようにする。 e. 現在の気持ちについて話題にする。</p>
---

医師の対応で最も適切なのはどれか」というものです。

回答の選択肢として、「頑張れと励ます」「速やかに退院させる」「ホスピスへの入院を勧める」「死について触れないようにする」「現在の気持ちについて話題にする」が挙げられています。いかがでしょう。

正解は「現在の気持ちについて話題にする」です。さすがに「頑張れと励ます」「速やかに退院させる」と回答された方はいないとは思いますが、「ホスピスへの入院を勧める」「死について触れないようにする」については、迷った方もいるかもしれません。

## 不適切なインフォームド・コンセント

私はがんを専門とする臨床医であり、日々、患者さんを診療するとともに、セカンドオピニオンを求めて来院する多くの方々のご相談に応じてきました。実際に患者さんから伺ったお話を基に、不適切なICと考えられる例を3つお示しします。

**Case1:** 「ステージ4のがんで、化学療法をお勧めする。治療しなければ、余命は3カ月くらい」と言われ、ショックを受けました。民間療法を受けたいとお話ししたら、「当院での治療拒否と見なすので、二度と当院に来ないでくれ」と言われました。

**Case2:** 進行がんで、抗がん剤治療の効果がなく、「次の治療の選択肢として、①抗がん剤A (効果20%)、②抗がん剤B (効果30%だが、副作用が強い)、③緩和ケアのどれにするか、次までに決めてきてください」と言われました。

**Case3:** 「あなたには標準医療が終了しました。これ以上、治療法はありません。余命は3カ月。今後はホスピスを勧めます。旅行でもしたらよいと思う」と言われました。

いずれも極端な例と思われるかもしれませんが、実際にこのような説明を受けて深く悩まれ、セカンドオピニオンを求めて来院する患者さんが少なくありません。

Case1は、患者さんを脅して自らが推奨する治療に同意させようとするものであり、私は「脅迫型IC」と呼んでいます。

Case2は、一見、情報を伝えて患者さんの意思決定に委ねているようですが、患者さんは深く悩まれ、「どうすればよいか分かりません」と訴えます。私はこのようなICを「自己責任押し付け型 (松竹梅型) IC」、あるいは「医療者責任逃れ型IC」と呼んでいます。

Case3は、冷酷な余命告知をして患者さんを突き放す「突き放し型IC」といえます。

このような不適切なICの背景には、医療者が患者さんに「ICします」と言うのが通例となっていることからもうかがわれるように、医療者へのICに関する正しい理解が十分に浸透していない点が挙げられます。

かつて、医師が患者さんに対し病状や治療などについて説明することを「ムンテラ」と呼んだ時代がありまし

た。これはいわば「上から目線」の説明であり、ともすれば「医療者が無知な患者さんを言いくるめる」というニュアンスがあったことも否めないと思います。

本来、ICとは患者さんが主体 (主語) です。医療者は、ICを受け取るのであって、医療者が「ICします」という言い方は正しくありません。

また、ICは患者さんの権利を守るためのものであり、「裁判で訴えられないようにするため、ICを医療者の防衛の手段として使う」「医療者は情報提供のみを行い、後は患者が決める」といった医療者側の都合で行うものではありません。

## 医師と患者の双方向のコミュニケーションで意思決定

1982年に発表された「米国大統領諮問委員会報告書」には、ICは「医療者と患者の相互の尊重と参加に基づいた意思決定を協力して行う過程」と示されています<sup>1)</sup>。これは、医療者と患者さんが意思決定を共有することを意味しています。また、「意思決定を行う患者個人が、自らの価値観に基づき、また個人の目標を達成するためにヘルス・ケアの決定を行う権利を持つという原則に基づく」とも書かれています。

現在は、患者さんが情報を受け取り、患者さんが決定するという“*Informed decision making*”の時代に入っています。しかし、こうした意思決定の過程では、前述のような「自己責任押し付け型 (松竹梅型) IC」に陥る危惧がないとはいえません (図1)。

こうしたことから、今後は医師と患者さんが情報を共有し、決定も共有するという「共有型」の共同意思決定 (shared decision making: SDM) が行われる必要があるといわれています。

SDMについては、講演2で小松先生が詳しく説明されますが、医師からの一方通行でも、患者さんからの一方通行でもなく、医師と患者さんが適切な双方向のコミュニケーションを取ることが大切だと思います。

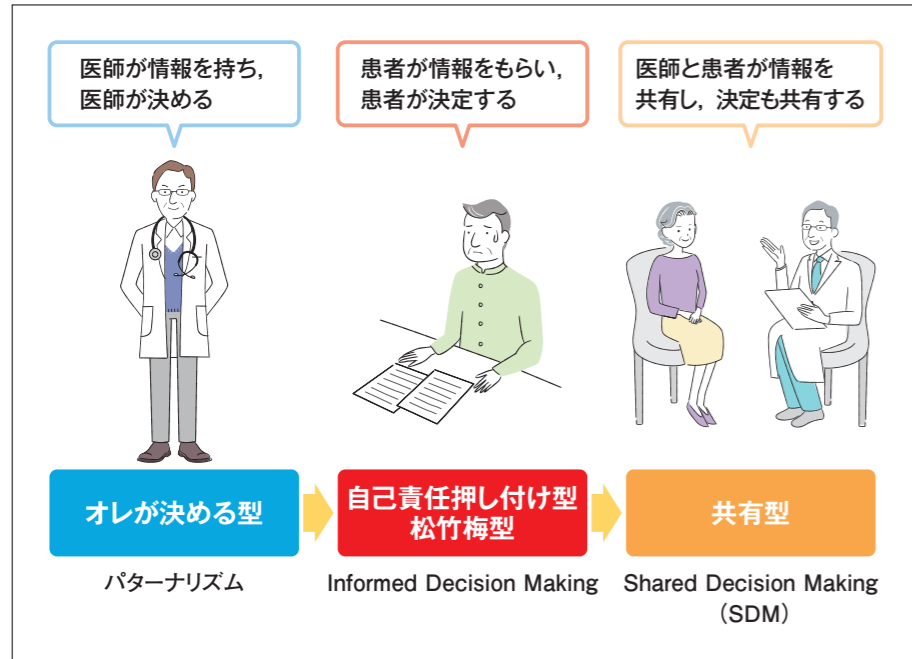
近年、医師と患者さんのコミュニケーションの在り方が検討されていますが、中でも「I (私) メッセージ」の重要性が目立っています<sup>2,3)</sup>。

私自身、かつて指導医から「医師は患者さんに客観的な情報を伝えなくてはならない」と教えられましたが、「Iメッセージ」は従来の医師教育にはなかった手法です。



# 患者との上手な接し方 — 臨床医必須のスキル —

図1 意思決定の時代的変化



これは、医師としての客観的な立場で情報を伝えるだけではなく、一人の人間として、個人として、「私」が「あなた」に対して期待し、心配もしていることを伝えることが、患者さんとの信頼関係の構築につながるという考え方です。

医師の説明があまりにも客観的になり過ぎると、患者さんは冷たく感じたり、自分のことを気にかけてくれないのではないかと不安になったりする懸念があります。

もちろん医師が客観的な情報を伝えることは大事ですが、併せて「私はどう思っているのか」を話すことによって信頼感が増し、患者さんの安心につながることで期待されます。例えば、「自分の家族だったら」といった伝え方が効果的な場合もあります。

私は、医師はソムリエのように患者さんの希望や価値観を聞き取り、患者さんのニーズと専門家の知識を合わせたSDMを進めるのがよいのではないかと考えています。

## 患者に「悪い知らせ」を伝える コミュニケーションスキル

1998年に開かれた米国臨床腫瘍学会では、「臨床医

が難しいと思うコミュニケーション」についてアンケート調査が行われました。その結果、「積極的治療を中止して緩和ケアへの移行を勧めること」が45%を占めました(図2)。

医療者は、患者さんにとって都合の悪い情報、聞きたくない情報まで伝えなくてはなりません。このような「悪い知らせ」を患者さんにお伝えするには、相応のコミュニケーションスキルが求められます。

こうした問題意識から、がん患者さんに精神的なアプローチをする精神腫瘍学の医師と腫瘍内科学の医師が共同で作成したのが、「SPIKES」[P33参照]と呼ばれる医師向けのコミュニケーションプロトコルです。

SPIKESとは、Setting (場の設定)、Perception (患者の理解度を知る)、Invitation (情報共有の希望を確認する)、Knowledge (情報の共有)、Empathy & Exploration (共感と探索)、Strategy & Summary (戦略と要約)の頭文字を取ったものです。

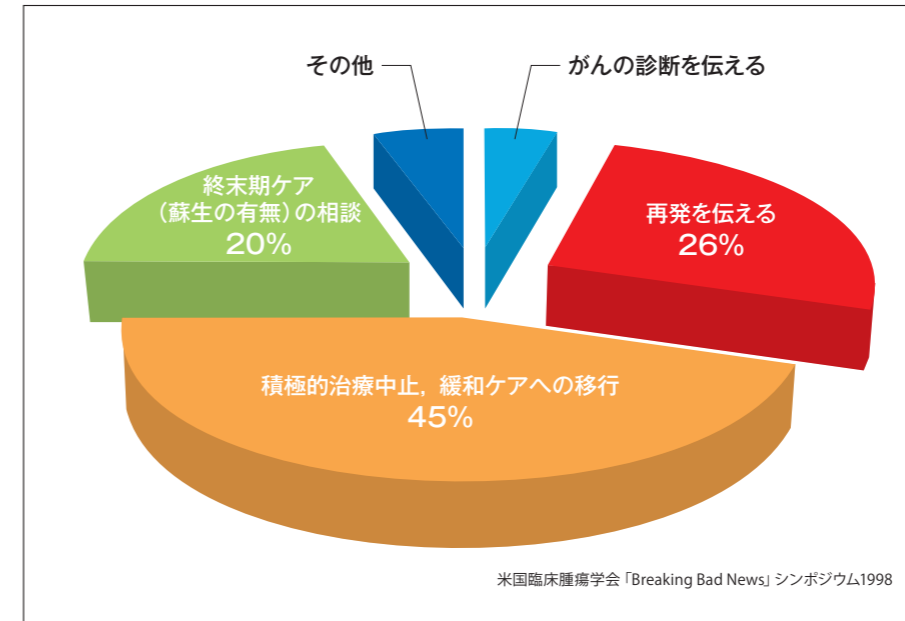
このプロトコルは2003年から米国を中心に用いられ、日本にも導入されています。私は患者さんとうまくコミュニケーションを取ることができていると思っていたのですが、半信半疑でSPIKESの研修を受けてみると、それが自己満足にすぎなかったことを痛感しました。

Setting (場の設定)の項目では、①プライバシーが確保された場所の準備、②自己紹介をする、③第三者の同席の確認、④着席してアイコンタクトを保つ、⑤オープンクエスチョンを使う、⑥時間を確保する—といった留意事項が示されています。

プライバシーの確保については、日本ではようやく緒に就いたばかりです。隣の診療ブースの音が聞こえるような環境で患者さんと大事な話をしている施設もまだあると思います。

アイコンタクトについても、患者さんから「あの先生はパソコンの画面ばかり見て、私の顔を一度も見てくれなかった」という話を聞くことは珍しくありません。

図2 臨床医が最も難しいと感じるコミュニケーションは？



各項目には医師の質問の仕方が例示されており、Settingについては「山本一郎さんですね、呼吸器科の鈴木明です。よろしくお願ひします」「ご家族は同席されなくてもよいでしょうか」「気分はいかがですか」「体調はどうですか」などが示されています。

## 情報提供の合間に「沈黙」の時間を 設け、患者さんの様子を観察

Perception (患者の理解度を知る)の項目では、①悪い知らせを伝える前に患者さんがどれくらい病状を理解し、受け止めているかを把握する、②オープンクエスチョンを使う、③理解のレベルを評価する、④現実とのギャップや誤った情報の有無を把握する—といった留意事項が挙げられています。

医師の質問の仕方については、「前の病院の先生からはどのような説明を受けましたか」「前回お話ししたことを覚えていますか」「ご自分の病気をどのようにお考えですか」「検査結果について心配されていませんか」などが例示されています。

Invitation (情報共有の希望を確認する)の項目には、①患者の中には病名・予後・治療法など、病気について全ての情報を知りたいと考えている人もそうでない人もいるため、患者の情報共有の仕方についての希望を確認す

る、②患者の知りたくない気持ちを尊重する—と書かれています。

医師の質問の仕方については、「それでは、これから検査結果をご説明しましょうか」「検査結果を詳しく説明しましょうか、それとも短くまとめてお話ししましょうか」「病状について、どの程度知りたいですか」「今後の一般的な経過や先々の見込みについて知っておきたいですか」などが例示されています。

このような3段階を経て、ようやくKnowledge (情報の共有)に進みます。ここでは、①知らせを「予測」させるwarning

signを使う、②専門用語はできるだけ使用しない、③情報は理解しやすいように少しずつ分けて提供する、④定期的に患者さんの理解度を確認する、⑤沈黙を上手に使う、⑥予後の悪い状況でも、突き放すような態度を取らない—といった留意事項が挙げられています。

この「沈黙を上手に使う」については、私自身も最初はなかなか実践できませんでした。医師は話し過ぎてしまう傾向がありますので、折々に沈黙の時間をつくって患者さんの反応や様子を観察するとよいと思います。

予測させるwarning signの例としては、「残念な結果なのですが」「つらいことではありますが」と話し始めることで患者さんは心の準備ができるといわれています。理解度を確認するには「今までのところはいかがでしょう」「難しいところはありませんか」と問いかけてみてはいかがでしょうか。

## 不安な思いからの質問を否定せず 共感と思いやりをもって接する

SPIKESの中で重視されているのが、Empathy & Exploration (共感と探索)の項目です。ここでは、①共感的、探索的、確認的反応によって患者の感情に対処する、②全ての感情に共感的に反応する(例:「つらい思いをされましたね」)、③患者の感情がよく分からないときは、





# 患者との上手な接し方 — 臨床医必須のスキル —

考えや気持ちを探る(例:「詳しく教えていただけますか」), ④患者の気がかりを肯定する(例:「どなたでも不安な気持ちになりますよ」) — といった留意事項が示されています。

患者さんへの共感や思いやりを示す言葉としては、「驚かれたことでしょうか」「つらいですね」「これからのことが心配なんです」「どなたでも同じように感じると思います」「そのように思われたのは当然だと思います」「私も残念に思います」などが挙げられています。

また、患者さんの気持ちを探るための言葉としては、「ショックでしたか」「心配されていることを教えていただけますか」「それについてもっと詳しく教えてください」「気がかりなことはなんですか」などが例示されています。

悪い知らせを聞かされた患者さんは、「私はもうダメなんですか」「死ぬのを待つばかりですか」「あとどれくらいですか」といった質問を投げかけることがあります。こうした質問は不安な思いから発生していることが多いので、共感したり、探索したりすることが求められます(表2)。

「そんなことは思わない方がよいですよ」「先のことはどうなるかわかりません」のように患者さんの思いを否定する言葉は使わず、「どうしてそのように思うのですか」「これからのことが不安なんです」と話しかけることが推奨されています。

Strategy & Summary (戦略と要約) の留意事項として

表2 SPIKESの感情に対応する方法 (例文)

SPIKES: Emotion/Exploration/Empathy 感情に対応する	
● 困難な質問への対処	<p>「私はもうダメなんですか」 「死ぬのを待つばかりですか」 「あとどれくらいですか」 これらの質問は、不安な思いから発生していることが多い</p>
● 探索・共感的対応で対応を	<p>○「どうしてそのように思うのですか」 ○「これからのことが不安なんです」 ×「そんなことは思わない方がよいですよ」 ×「先のことはどうなるかわかりません」</p>

ては、①今後の計画を準備する、②選択肢と結果を示す、③次回の約束をする(いつ、なんのためか)、④今後の支援を約束する — といったことが書かれています。例えば、「では、次回は来週の金曜日にお会いしましょう」「われわれがどんなことがあっても支えていきますから大丈夫です」「何か心配事がありましたら、いつでも連絡してください」「最善を尽くしていきますので、一緒に頑張りましょう」といった言葉が示されています。

## SPIKESを基に日本人患者さんを意識して作成されたSHARE

2007年には、日本の患者さんの意向を基に作成された医師向けのプロトコル“SHARE” [P33参照] が発表されました(表3)。これは、いわば「日本版SPIKES」であり、「安心感と情緒的サポート」の重要性を強調した内容になっています。

SHARE研修の効果について調査したところ、研修を受けた医師の患者さんは、受けていない医師の患者さんに比べ、抑うつが減り、医師への信頼感が増したという結果になりました(表4)。

日本サイコオンコロジー学会は日本緩和医療学会との共催で「がん患者のQOL向上を目指したコミュニケーション技術研修会」を定期的に開催していますので、興味がある方は受講されるとよいと思います。

締めくくりに、SHAREに則して「余命告知」の問題を

表3 患者とのコミュニケーション技術 (わが国における患者の意向を基に作成)

悪い知らせを伝える方法 —SHARE—
Supportive environment (支持的な場の設定)
How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)
Additional information (付加的な情報)
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)

Fujimori M, et al.: Psychooncology. 2007; 16: 573-81.  
内富庸介: がん医療におけるコミュニケーション・スキル 悪い知らせをどう伝えるか。医学書院, 2007.

考えてみたいと思います。皆さんは「先生、私の余命はどのくらいですか」と問われたとき、どう対応したらよいと思われるでしょうか。

「あなたの余命は〇カ月です」と断言したり、「そんなことは考えない方がいいですよ」「誰にも分からないんですよ」とごまかしたり、その場から逃げたりするのは正しい対応とはいえません。

SHAREでは、「もう死んでしまうのですか」「あとどれくらい生きられますか」といった患者さんの言葉に対しては、背景にある感情を探る、共感することが重要視されています。こうした言葉は不安な気持ちの表れであることが多いので、「今後のことで、何か気がかりなことがありますか」「どなたでも不安な気持ちになります」と語りかけることを勧めています。

## 余命的中率はがん専門医でも3分の1程度にすぎない

ホスピスに入院した患者さんのご家族を対象に行われたアンケート調査の結果では、医師とのコミュニケーションで傷ついたのは「もう何も治療法がない」という言葉や、可能性・範囲を示さない断定的な余命告知、感情への配慮がないこと、と報告されています<sup>5)</sup>。

そもそも余命予測は当たるのかといえ、私が国立がん研究センター中央病院に勤務していたときに調査した結果では、がん専門医でも的中率は3分の1程度にすぎませんでした(表5)。がん患者さんの生存期間は個人のばらつきが大きく正規分布を取らないことから、平均値ではなく中央値で表します。医療者は、不確かな余命告知で患者さんを傷つけることのないよう留意する必要があります。

SHAREでは、「治療はなくなりま

表4 コミュニケーション技術による患者の精神状態への影響

ランダム化比較試験の結果 (国立がん研究センター)			
	研修を受けた医師15人の患者群 (n=292)	研修を受けていない医師15人の患者群 (n=309)	P値
不安*	4.83±3.75	5.17±3.42	0.333
抑うつ*	4.59±3.75	5.32±4.04	0.027
満足度**	8.58±1.62	8.35±1.74	0.095
信頼感**	9.15±1.28	8.87±1.54	0.009

コミュニケーション技術の研修を受けた医師の患者は、抑うつが減り、医師への信頼感が増した  
Fujimori M, et al.: J Clin Oncol. 2014; 32: 2166-72.

せん。緩和ケアにも治療効果があります。抗がん剤は命を縮めることになるかもしれませんが「最後まで諦めないで、一緒に頑張りましょう」「最善を期待し、最悪に備えていきましょう」「今後も緩和ケアは大事です。最善の方法と一緒に考えていきましょう」といったメッセージを伝えることを勧めています(表6)。

EBM (evidence-based medicine: 科学的根拠に基

表5 余命予測は当たらないことを示すエビデンス

● 標準治療が終了した患者75例、生存期間中央値4カ月 (国立がん研究センター中央病院)
● 余命的中率
一致 (前後3分の1の範囲) <b>33~36%</b>
長く予測 36%
短く予測 28%

Taniyama TK, et al.: Curr Oncol. 2014; 21: 84-90.

表6 言葉の言い換え方 (SHAREより)

● もう治療法はありません。	● 治療はなくなりません。緩和ケアにも治療効果があります。抗がん剤は命を縮めることになるかもしれませんが、
● 治療は諦めましょう。	● 最後まで諦めないで、一緒に頑張りましょう。
● 余命は〇カ月です。	● 最善を期待し、最悪に備えていきましょう。
● 抗がん剤をするか、ホスピスに行くか、次までに決めてください。	● 今後も緩和ケアは大事です。最善の方法と一緒に考えていきましょう。

# 患者との上手な接し方 — 臨床医必須のスキル —

づく医療) [P33参照] は、エビデンス (科学的データ) だけではなく、医療者の専門性、患者さんの価値観・生活の質 (QOL) の3要素を統合して行われるべきであり、その中には患者さんとのコミュニケーションも含まれています。

早期がんの治療目標は再発を減らし、治癒を目指すことなので、エビデンス重視でよいかもしれませんが、進行・再発がんの場合は、エビデンスよりも、医療者の専門性、患者さんの価値観・QOLがより重要になってきます (図3)。

つまり、特に進行・再発がんの患者さんに対してはEBMだけではなく、NBM (narrative-based medicine: 物語と対話に基づく医療) [P33参照] を重視する必要があると思います (図4)。EBMとNBMは対立する概念だという指摘もありますが、どちらも大切な要素であり、今後はこれらを統合した医療を目指していくことが求められると考えています。

図3 EBMの3要素

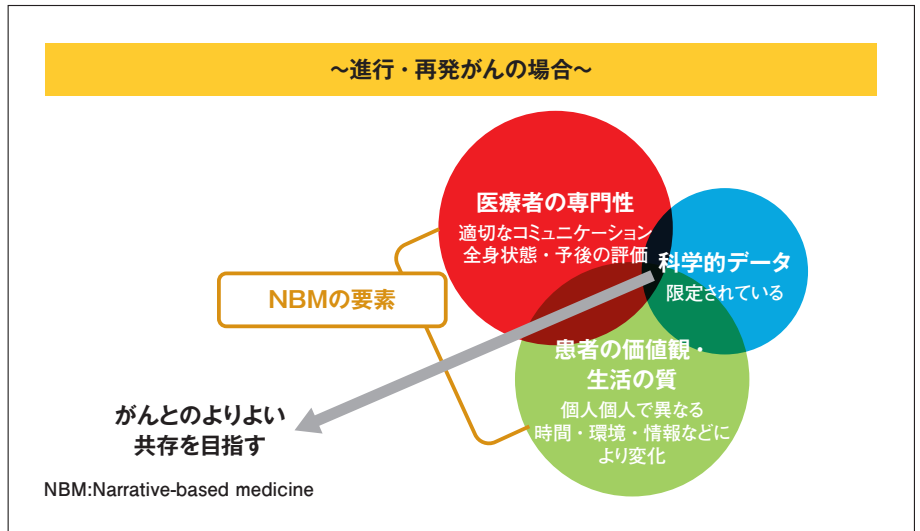
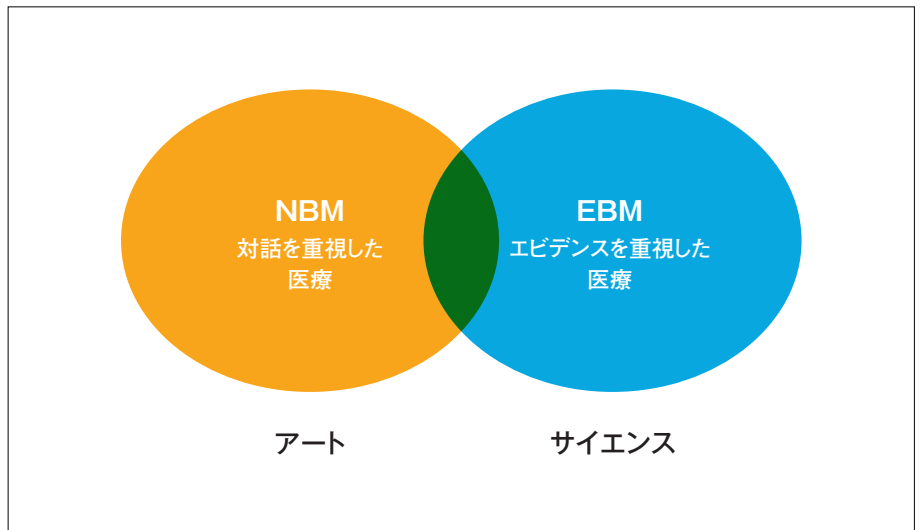


図4 EBMとNBM



参考文献

- 1) Making health care decisions: A report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship 1-3. 1982.
- 2) Lakin JR, et al.: JAMA Intern Med. 2019; 179: 5-6.
- 3) 勝俣範之: Cancer Board Square. 2019; 5: 20-27.  
<https://webview.isho.jp/journal/detail/abs/10.11477/mf.1430200367>
- 4) 米国臨床腫瘍学会公式カリキュラム2003 (Optimizing Cancer Care, ASCO publication)
- 5) Morita T, et al.: Ann Oncol. 2004; 15: 1551-7.

略歴 勝俣 範之 (かつまた のりゆき)

- 1982年 山梨県立吉田高等学校卒業
- 1988年 富山医科薬科大学医学部医学科卒業  
大隅鹿屋病院 研修医
- 1989年 茅ヶ崎徳洲会病院 内科 レジデント
- 1992年 国立がんセンター中央病院 内科 レジデント
- 1997年 国立がんセンター中央病院 第一領域外来部 乳腺科 医員
- 2003年 国立がんセンター中央病院 薬物療法部薬物療法室 医長
- 2004年 ハーバード大学公衆衛生院 留学  
国立がんセンター中央病院 第二通院治療センター 医長
- 2010年 国立がん研究センター中央病院 乳腺科・腫瘍内科 外来医長
- 2011年 日本医科大学武蔵小杉病院 腫瘍内科 教授
- 現在に至る

語句解説

講演 1

講演 2

講演 3

講演 4

講演を  
終えて

最新  
トピックス

徒然なる  
ままに。