

SPIKES

—A Six-Steps Protocol for Delivering Bad News

:Application to the Patient with Cancer

—悪い知らせを伝える際の6段階のプロトコル—

: 癌患者への応用

- The Oncologist 原文 pdf

<http://theoncologist.alphamedpress.org/cgi/reprint/5/4/302>

Walter F. Baile,^a Robert Buckman,^b Renato Lenzi,^a Gary Gloger,^a
Estela A. Beale,^a Andrzej P. Kucelka^b

^a テキサス大学MD アンダーソン癌センター (米国、テキサス州、ヒューストン)

^b トロントサニーブルック地域癌センター (カナダ、オンタリオ、トロント)

キーワード：腫瘍、医師と患者の関係、真実の告知、教育モデル

STEP 1: **SETTING** UP the Interview

STEP 2: ASSESSING THE PATIENT'S **PERCEPTION**

STEP 3: OBTAINING THE PATIENT'S **INVITATION**

STEP 4: GIVING **KNOWLEDGE** AND INFORMATION TO THE PATIENT

STEP 5: ADDRESSING THE PATIENT'S **EMOTIONS** WITH EMPATHIC RESPONSES

STEP 6: **STRATEGY** AND **SUMMARY**

要旨

本稿では、癌患者にとって望ましくない疾患情報を伝えるためのプロトコル「悪い知らせの告知」を述べる。簡潔かつ実用的な本プロトコル (SPIKES) は、このテーマに関して公表された研究で定義された必要事項を満たしている。本プロトコルは6段階で構成されており、その目的は、悪い知らせを伝える際に医師が4つの最重要課題 (①患者から情報を得ること、②医療情報を教えること、③患者を支援すること、④将来に向けた指針や治療計画を立てる際に患者に協力してもらうこと) を実践できるようにすることである。本プロトコルを学んだ腫瘍学者、腫瘍学の研究生、および医学生は、患者にとって望ましくない医療情報を伝える能力により自信を持つようになったと報告している。また、本プロトコルについて評価を継続するようとの指示も示唆されている。

背景

1950年～1970年頃、癌治療に対する期待が希薄なものとなっていた。その時期に実施された調査によると、診断に関する悪い知らせを患者に打ち明けることは残酷かつ有害であると考える医師が多いと判明した [1, 2]。皮肉なことに、治療技術の進歩により癌の経過に変化がもたらされたため、診断時に患者に希望を持たせることがより簡単になる一方で、その他の悪い知らせを議論する医師の技術がより必要になってきた。これに該当する状況には、疾患の再発、転移や疾患の進行に影響を及ぼす治療不成功、回復不能な副作用、遺伝子検査で陽性の結果が出ること、治療上の選択肢がなくなつてホスピスケアや延命措置の問題が浮上すること、などが挙げられる。このような必要性は、米国臨床腫瘍学会 (ASCO) の 1998 年度年次総会にて実施した非公式調査の情報から明らかとなった。同総会のコミュニケーションスキルに関するシンポジウムの参加者に対して、我々は質問を行った。このシンポジウムのために、腫瘍学にて医師と患者の関係に関する教育面での数名の専門家が、悪い知らせの告知に関する参加者の心構えと実情を評価するため、一連の質問を作成した。シンポジウムは 2 日間で 2 回行われ、700 名が参加した。そのうち 500 名に、スクリーン上に映された質問を「リアルタイム」で回答できるよう、応答機を手渡した。討議するために結果は即座に分析された (表 1)。我々は参加者に対し、悪い知らせを伝える際の経験、および最も難しい点に関する意見について質問した。回答者の約 60% が月に 5～20 回、14% は月に 20 回以上、悪い知らせを告知すると回答した。これらのデータから、多くの腫瘍学者にとって、悪い知らせの告知は重要なコミュニケーション技術であることが示唆される。

しかし、悪い知らせの告知は、複雑なコミュニケーション技術でもある。悪い知らせを実際に伝える言語的な要素に加え、その他の技術も必要である。例えば、①患者の感情的な反応への対応、②意思決定する際の患者への関わり、③患者の治癒への期待によって引き起こされるストレスへの対処、④多くの家族との関わり、⑤患者が芳しくない状況下に置かれた時に、どのように希望を与えたらよいかというジレンマなどが挙げられる。時に、コミュニケーションの複雑さから、患者が疾患の予後や治療目的について誤解をするなど [7-12]、重大な伝達ミス [3-6] が起こり得る。また、コミュニケーション不足から、治療に対する患者の期待度を理解したり、治療計画の際に患者に関わってもらったりするという目的を見失ってしまうことがある。

悪い知らせを伝えるという行為は、関連する過程を理解して段階的手順を踏んで取り組むこと、コミュニケーションとカウンセリングに関する十分に確立された原則を適用することによって向上するであろう。

表 1. 「悪い知らせの告知 (Bad Breaking Bad News)」 シンポジウムにおける参加者の調査結果

(米国臨床腫瘍学会、1998年1,2)

質問	1日目 (%)	2日目 (%)	平均 (%)
1. 月平均で、患者に悪い知らせ (例: 診断、再発、進行) を何回告知しますか?			
5回未満	22.2	24.1	23.2
5~10回	32.1	31.0	31.6
10~20回	34.3	27.8	31.0
20回超	11.4	17.1	14.2
2. 最も難しいと思うのは、どの行為ですか?			
診断についての話し合い	1.8	6.3	4.0
再発の告知	31.5	21.4	26.4
積極的治療を終了し、緩和ケアを開始することの伝達	46.1	44.2	45.2
人生の終末 (延命措置を取らないなど) についての話し合い	15.8	23.2	19.5
患者の家族や友人と関わること	4.8	4.9	4.9
3. 悪い知らせを告知する際の教育や訓練を受けたことがありますか?			
正式な教育	5.6	4.0	4.8
悪い知らせを伝えている医師に立ち会う	41.5	35.9	38.7
上記双方	15.2	12.1	13.6
上記双方ともなし	37.7	48.0	42.0
4. 悪い知らせを伝える際の自身の能力について、どのように感じますか?			
非常に良い	11.7	14.3	13.0
良い	40.9	39.4	40.2
普通	40.9	37.1	39.0
不十分	6.5	8.8	7.6
非常に不十分	0.0	0.4	0.25
5. 悪い知らせを伝える際に最も難しいと感じるのは、どのような点ですか?			
正直でありながら、希望を奪わないようにすること	54.9	61.1	58.0
患者の感情 (涙、怒りなど) に対処すること	28.8	21.5	25.1
十分な時間を費やすこと	10.6	10.1	10.3
患者の友人や家族と関わること	5.7	7.3	6.5
意志決定の際に患者や家族に関わること			
6. 患者の感情に対応する技術について、訓練を受けたことがありますか?			
正式な教育	9.1	6.4	7.8
実践している医師に立ちあう	32.5	34.4	33.5
上記双方	10.3	9.6	7.8
上記双方ともなし	48.1	49.6	48.8
7. 患者の感情 (涙、怒り、否定など) に対応する際、どの程度落ち着いていますか?			
非常に落ち着いている	35.8	29.6	32.7
あまり落ち着かない	46.1	47.2	46.7
落ち着かない	18.1	23.2	20.6
8. SPIKES は意味あるものだと思いますか?			
はい	94.3	95.4	94.8
いいえ	5.7	4.6	5.2
9. 悪い知らせを伝えるための指針や方法は実際に役立つと思いますか?			
はい	88.2		
いいえ	11.8		
10. SPIKES は実用的であり、臨床でも使用できると思いますか?			
はい	95.4		
いいえ	4.6		
11. 患者に悪い知らせを伝えるとき、一貫した計画や指針を考えていますか?			
一貫した計画や指針がある		26.1	
ある種の技術/手段はあるが、全体的にはない		51.9	
一貫した方法はない		22.0	
12. SPIKES の中でもっとも簡単であると思うのはどれですか?			
S- 設定		36.1	
P- 患者の理解度		13.6	
I- 患者からの求め		11.4	
K- 知識		17.5	
E- 探索/感情移入		7.5	
S- 指針/まとめ		13.9	
13. SPIKES の中でもっとも難しいと思うのはどれですか?			
S- 設定		1.9	
P- 患者の理解度		16.4	
I- 患者からの求め		18.6	
K- 知識		7.4	
E- 探索/感情移入		52.4	
S- 指針/まとめ		3.3	

¹ 第1日目における質問の中には第2日目に含まれていないものもある。前日の質問に対する回答を基に、第2日目では質問を追加した。

² 2000年5月19~23日に行われた米国臨床腫瘍学会の年次総会 (ロサンゼルス、ニューオーリオンズ) にて一部紹介された。

悪い知らせの定義

悪い知らせとは、「個人の未来像に有害かつ重大な影響をもたらす情報」と定義できる [13]。しかし、悪い知らせとは常に受け取る人次第であり、知らされた者の期待や理解の程度を確認するまでは、その影響力を予測できないものである。例え

ば、背中への痛みが肉離れであろうと考えていた患者が、乳癌の再発によるものだと知らされた場合、ショックを感じる可能性が高い。

悪い知らせの告知：なぜ重要なのか？

頻繁ではあるがストレスを伴う作業

経歴を積んでいく中で、多忙な医師は患者や家族にとって望ましくない医療情報を数え切れないほど告知するであろう [14]。癌患者への悪い知らせの告知は、本来有害なものであり、「患者の頭をなぐる」あるいは「爆弾を落とす」ようなことだと表現されている [6]。医師が経験不足であったり、患者が若年者であったり、好結果を得られそうな治療法に対する見通しが限られていたりする場合、悪い知らせを告知することは特にストレスを伴う [3]。

事実を望む患者

1970年代後半までに、医師は癌患者に診断を隠し立てせずに伝えることが多くなった [15]。しかし、さまざまな試験にて、患者もまた詳細な情報を望んでいることが示されるようになった。例えば、1982年に公表された調査 [16] では、米国人 1,251 名のうち、96%が癌と診断されたときにはそれを知らされたいと望んでいるだけでなく、85%が深刻な予後の場合でも生存期間について現実的な予測を知りたいと望んでいると示された。米国では何年にも渡って、いくつもの試験によりこれらの見解 [17-23] が立証されてきたが、患者の期待に必ずしも応えるものではなかった [24-27]。欧州でも患者は米国の患者と同じ期待を抱いていることが明らかとなっている。例えば、スコットランドのがんセンターにおける 250 名の患者を対象とした試験によると、癌治療の可能性を知りたがっている患者、および治療の副作用について知りたがっている患者がそれぞれ、91%および 94%もいることが判明した [28]。

倫理的かつ法的な義務

北米では、インフォームドコンセント、患者の自主性、および判例法という原則から、患者に対して疾患や治療について望む限りの情報を提供する明白な倫理的・法的義務が生じている [29、30]。医師は、たとえその情報が患者に悪影響を及ぼすと考えたとしても、医療情報を明かさないと許されない。しかし、事実の告知に対する感受性に配慮・気配りをしなかったり、患者を支え意思決定を手伝うという責務を怠ったりすると、事実を告知するという使命感は、結果として患者を欺いてしまったかのように患者を混乱させてしまう可能性がある [4]。周知のように、欺くことが習慣になってしまうと、事実を伝えることを新たに習慣付けようとしてもすぐには改善されない。 [31]。

臨床的転帰

悪い知らせを議論する方法によっては、患者の情報理解度 [32]、診療の満足度 [33、34]、希望の程度 [35]、および将来の精神的適応度 [36-38] が左右され得る。悪い知らせを伝えることが困難だと感じる医師は、有益であるとは期待できないほど粗末な治療を患者に受けさせることになるであろう [39]。望ましくない医療情報を知ることによって必ず精神的に傷つくであろうという考えは、実証されていない [40、41]。多くの患者が、生活の質について重要な判断をする際の手助けとなる正確な情報を望んでいる。しかし、患者の中には、そのような情報を知ることが過度に恐れ、治療を受けながらも、ときに治療を拒絶する者、あるいは情報の重要性から目をそむけたり矮小化したる者もいる。

悪い知らせを伝える際の障害は何か

Tesser 氏 [42] らが行った心理学的実験によると、悪い知らせを伝える者は、心配などの強い感情、知らせに対する責任の重圧、および否定的な反応への恐怖を経験することが多いと判明した。このようなストレスにより、悪い知らせを伝えることに抵抗を感じるようになる。このことを同氏は「MUM」効果と命名した。悪い知らせを伝えられた者がすでに苦痛を受けていると考えられる場合、「MUM」効果は特に強く現れる [43]。悪い知らせを癌患者に伝えなければならない状況下で、これらの要因がどのように作用するか想像するのは容易い [44、45]。

前述の ASCO 調査の参加者は、悪い知らせの告知時におけ

る別なストレスがいくつかあることを示した。55%が「正直でありながら、希望を奪わないようにすること」を、25%が「患者の感情に対処すること」を最も重要であると回答している。「十分な時間を費やすこと」が問題になっているのは 10%に過ぎない。

特定されたこれらの問題点にも関わらず、悪い知らせを伝える際の正式な訓練を受けているのは回答者のうち 10%未満であり、訓練の際に悪い知らせを伝えている現場に定期的に立ち会う機会があるのはわずか 32%である。また、回答者の 53%は悪い知らせを伝える能力を「良い」～「非常に良い」と評価し

ているが、39%が「普通」、さらに8%は「不十分」であると評価している。

この情報や他の調査に基づいて、患者に望ましくない情報を告知することの訓練をさらに積むことは、多くの医師にとって

有用であり、この課題を成し遂げる際の自信を深めるであろうと結論付けた。また、患者の期待や感情に対処するように情報を告知する技術は、教えられることはほとんどないが、強く望まれているようである。

悪い知らせを告知するための指針は医師や患者にとってどのように役立つか

医師は、悪い知らせを伝えることに不安を感じる場合、予後不良などの望ましくない情報について議論することを避けたり、保証のない楽観論を患者に話してしまうかもしれない[46]。患者の価値観や意思決定に参加する意欲を見定めるための計画、および悪い知らせを告知した場合に患者が受ける苦悩に対応するための方針を定めることにより、望ましくない医療情報を告知することに対する医師の自信が増すだろう[47、

48]。また、そうすることによって、難しい治療上の選択にも患者に参加するよう働きかけることができるだろう（直接的な抗癌治療が有効となる可能性が低い場合など）。さらに、医師は悪い知らせを告知する際に落ち着いていられれば、ストレスや極度の疲労感を感じる事が少ないであろう[49]。

悪い知らせを伝える際の6段階の戦略

最近のいくつかの論文の著者は、悪い知らせを伝える際には、情報伝達をスムーズにする多くの重要なコミュニケーション技術を用いるべきであると助言している[3、13、50-54]。我々はこれらを段階的な技術に取り入れ、患者の不安に対処するためのいくつかの方法をさらに追加した。

臨床上の複雑な作業は一連の段階と考えられ得る

癌患者にとって望ましくない医療情報を告知する行程は、段階的な計画遂行を必要とする他の医療行為にたとえることができる。例えば、心肺蘇生や糖尿病性ケトアシドーシスの管理などの医療プロトコルでは、一段階ずつ実施する必要があるが、各段階が成功裏に終わるかどうかは、前段階の完成度にかかなりの程度まで左右される。

悪い知らせを伝える際の目標

悪い知らせを告知する際の行程は、4つの最重要課題を実践する試みとみなすことができる。課題の1つ目は患者から情報を得ることである。医師はこのことにより、患者の知識や期待、および悪い知らせを聞いたときの心構えについて判断することができる。2つ目は患者からの必要性や要望に従ってわかりやすい情報を教えることである。3つ目は、悪い知らせを聞いた際に患者が感じる精神的ショックや孤独感を緩和させる技術を駆使して患者を支援することである。4つ目は、患者からの申し出と協力を得て治療計画としての指針を立てることである。

6つの段階を踏むことでこれらの課題を実践することができる。各段階は特別な技術を伴う。悪い知らせを告知するすべての場面において、SPIKESの全段階が必要となるわけではないが、SPIKESが役に立つとき、各段階は順を追って実行されるように作られている。

SPIKESの6段階

STEP1：S—面談の設定

面談についてメンタルリハーサルを行うことは、ストレスを感じる作業を準備する上で有用な方法である。これは、患者に告知する際の計画、および患者の感情的な反応や難しい質問にどのように対応するかについて再検討することによって達成される。悪い知らせを伝える者として、悲観的な感情を抱いたり、フラストレーションや責任感を感じたりするはずである[55]。悪い知らせは患者にとって非常に悲しいことであるかもしれないが、その情報は患者の将来計画を可能にするという点で重要

SETTING UP the Interview

であるということを中心に留めておくが良い。

実際の設定状況によっては、慎重を要する問題点についての面談がうまく進まずに四苦八苦することがある。見かけ上でもプライバシーが保たれていなければ、また、話が脱線することなく集中した議論につながるような状況設定でなければ、面談の目的は達せられないであろう。役に立つガイドラインをいくつか以下に述べる。

- ・プライバシーの保護。面談室が理想ではあるが、利用できない場合、患者のベッドの周囲にカーテンを引く。患者が動揺した場合のために、ティッシュペーパーを用意しておく。
- ・重要な人物の関与。多くの患者は誰かに傍にいてほしいと願うが、それは患者本人が選択すべきである。多くの家族がいる場合、患者に代表者を1、2名指名してもらう。
- ・座る。座ることで患者は落ち着く。またこの行為はあなたが慌てていないことを示すサインでもある。座ったら、あなたと患者との間に障壁を作らないようにすること。患者を診察した直後であれば、話をする前に衣服を身につけて

もらうこと。

- ・患者と接点を持つこと。患者と目を合わせ続けるのは心地悪いかもかもしれないが、信頼関係を築くには重要な方法である。患者の腕に手を置いたり、手を握ったりする行為（患者が不快に感じなければ）は、信頼関係を築くためのもう1つの手段である。
- ・時間の制約や中断に対処する。時間制限があること、および中断する可能性があることを患者に伝えること。ポケベルをサイレント状態にするか、あるいは呼び出しがあった場合は同僚に対応してもらうこと。

STEP2：P—患者の認識を評価する。

ASSESSING THE PATIENT'S PERCEPTION

SPIKESの第2、3段階は、面談時に「伝える前に尋ねる」という原則を実施する重要なポイントである。すなわち、医学的所見について議論する前に、患者が医学的状态についてどの程度理解しているか（どのような状態か、重大なものであるか否か）、かなり正確に把握するために自由回答式の質問事項を用いる。質問事項の例としては、「医療状態について、今までにどのようなことを伝えられたことがありますか?」、あるいは「MRIを行う理由について、どのような考えをお持ちです

か?」などが挙げられる。このような情報を基に、誤った情報を訂正することや、患者が理解できる範囲で悪い情報を伝えることができる。また、これを行うことで、患者が疾患について悲観的な考え（切望的思考、不可欠ではあるが望ましくない医学的な疾患情報の欠如、治療に対する非現実的な期待など）を持っているか否かを見極めるという重要な作業を行うことができる [56]。

STEP3：I—患者からの求めを確認する

OBTAINING THE PATIENT'S INVITATION

大多数の患者が、診断、予後、および疾患の詳細に関する十分な情報を望んでいるが、望まない者もいる。患者が情報について知りたいと明確に要望するのを医師が聞いた場合、悪い知らせを伝えることから生じる不安は軽減するかもしれない [57]。しかし、情報から目を背けることは、妥当な心理学的対処法であり [58、59]、疾患の重症度が高まるにつれて現れやすくと考えられる [60]。検査を申し込む時に情報開示について議論することは、患者と次回の話し合いについて計画を立て

る上でのきっかけとなるであろう。患者に対する質問事項の例としては、「どのように検査結果の情報を知らせて欲しいですか?すべての情報を知らせて欲しいですか、あるいは結果の概要のみを知らせて治療計画について議論する時間をより多く取りたいですか?」などが挙げられる。患者が詳細を望まないのであれば、今後患者が抱くであろう疑問にすべて答えるとか、親戚や友人に話をすると提案してみること。

STEP4：K—患者に知識と情報を提供する

GIVING KNOWLEDGE AND INFORMATION TO THE PATIENT

悪い知らせを伝える旨を患者に予め予告することにより、実際に悪い知らせを告知した後に起こり得るショックが軽減され [32]、情報を理解する助けになる [61]。用いることのできる文句の例としては、「申し上げにくいのですが、ある悪い知らせを伝えなければなりません」、「残念なことに…」などが挙げられる。

「組織のサンプル」を用いる)。第3に、過度にありのままな表現（例：あなたの癌は非常に悪い状態です。すぐに治療を行わなければ、死亡するでしょう）をしないこと。なぜならば、そのような表現は患者に孤独感を感じさせ、それが後に怒りとなり、情報を伝えた者を非難することになりやすいからである [4、32、61]。第4に、情報は細かく分割して提供し、患者が理解しているかどうかを定期的にチェックすること。第5に、予後が不良な場合、「これ以上、手の尽くしがありません」などの文句を述べないこと。このような態度は、患者は他の重要な治療目標（疼痛の良好なコントロール、症状緩和）を持つ場合が多いという事実と反する [35、62]

いくつかの簡単なガイドラインを用いることで、よりうまく医学的事実を伝達（すなわち、医師と患者の会話における一方向的な部分）できるであろう。第1に、患者が理解可能な知識や語彙のレベルから始めること。第2に、専門用語を使用しないよう努めること（例えば、「転移」ではなく「拡がり」や「生

患者が抱く感情に対応することは、悪い知らせを告知する際の最も難しい課題の1つである [3、13]。患者の感情は、沈黙から疑い、涙、否定や怒りまでさまざまである。

患者が悪い知らせを伝えられたとき、その感情的反応は、ショック、孤独感、悲しみとして表れる場合が多い。このような状況では、医師が共感を込めて対応することによって、患者を支えたり、連帯意識を与えたりすることができる。共感を込めた対応の仕方は下記の4段階からなる [3]。

- ・第1に、患者の立場に立って、あらゆる感情を観察すること。患者の感情には、涙を浮かべること、悲しげな表情を浮かべること、沈黙やショックなどがある。
- ・第2に、患者が抱いている感情を自分の中で言語化することにより確認すること。患者が悲しげにみえるのに沈黙しているのであれば、自由回答式の質問を用いて、考えていることや感じていることについて患者に尋ねる。
- ・第3に、感情の理由を特定すること。これは悪い知らせと関連することが多い。しかし、確実ではない場合、再度、患者に確認すること。
- ・第4に、気持ちを表現するために患者に少し時間を与えた後、どうしてそのような感情を抱いたか理由を理解できているということを、分かりやすい言葉を用いて患者に伝えること。例を以下に挙げる。

医師：残念なことに、レントゲン検査から化学療法が上手くいっていないことがわかりました [一呼吸おく]。申し上げにくいことですが、腫瘍はいくらか大きくなっています。

患者：そうなることを心配してたんです！ [涙]

医師：[患者が座っている椅子に近づき、ティッシュペーパーを手渡す。その後、一呼吸おく]。あなたがこの知らせを聞きたくなかったことはよく分かります。私ももっと良い知らせをお伝えしたかった。

上記の会話で、医師は患者が泣いているのを観察し、悪い知らせが原因で泣いているのだと確信した。医師は患者の傍に寄り添った。この時点で双方が不快でなければ、患者の腕や手に触れてもよいであろう。その後、一呼吸おいて、患者を落ち着かせる。理解していることを表すような文句を述べることにより、患者が動揺した理由を理解している旨を伝えた。共感を込めた対応の仕方に関する他の例を表2に示す。

感情が収まるまでは、他の問題について議論することは難しいであろう。感情がすぐに収まらない場合、患者が落ち着くまで共感を込めて対応し続けるとよい。また、医師は自身の悲しみや他の感情（「私も、もっと良い知らせだったらよかったのにとします」）を伝えるために共感をこめた対応手段を用いることができる。共感を込めた反応に続いて、そのような感情を抱くのは無理もないと確認するような言葉をかけることは、患者を支えていると示すことになるであろう（表3）。

また、患者が沈黙のままである場合など、感情がはっきりと表されない場合、医師は共感を込めて対応する前に、探索的な質問を試みるべきである。感情が、微妙な場合または間接的に表わされた場合、あるいはわずかに覆い隠された落胆や怒りである場合も（例：「つまり、また化学療法で苦しまなければならないのですね」）、共感を込めて対応するとよい（例：「これがあなたを動揺させるニュースであることを承知しています」）。患者は腫瘍専門医を最も重要な精神的支えの1つであると考えており [63]、共感を込めた表現、探索的表現、そして確認するための言葉を組み合わせて用いることは、そのような支えを提供する上で最も有用な方法の1つである [64-66]（表2）。その結果、患者の孤独感を減らし、連帯感を表すことができ、さらに患者の抱く感情や考えが正常であり、当然のものであると証明することができる [67]。

表2 共感的、探索的、確認する文句の例

共感的文句	探索的質問	確認する対応
「このことがどれだけあなたを動揺させているか分かります。」	「どういう意味ですか？」	「あなたがどうしてそのような感じておられるのか、よく分かります。」
「この話を聞くなんで予期なさらなかったでしょう。」	「もう少しお話ししていただけますか？」	「どなたでも同じような反応を示すと思いますよ。」
「これはあなたにとって良い知らせでないことは承知しています。」	「おっしゃりたいことを説明して頂けますか？」	「そのようにお考えになるのはごく当然のことです。」
「このことをお伝えしなければならぬのは、非常に申し訳なく思います。」	「あなたはこのことを恐れていたのですかね？」	「そうです、検査を行う理由をよく理解してらっしゃいますね。」
「これは私にとっても非常に心苦しい思いです。」	「あなたの心配なさっていることを教えてくださいませんか？」	「あなたは物事を非常によく考えてらっしゃるようですね。」
「私もより良い結果が出ることを切に祈っております。」	「それでは、あなたはお子さんのことを心配されているのですね？もっとお話ししていただけますか？」	「他の多くの患者さんも同じような経験をなさっています。」

表3 悪い知らせの告知に関する研修会に参加した方の自信度の変化

悪い知らせの告知	フェロー		教員	
	P 値	Tスコア	P 値	Tスコア
議論内容の事前計画	0.010	-3.087	0.001	-4.01
快適な状況の設定	0.37	-2.377	0.001	-3.08
家族や友人を同席させるように促す	0.101	-1.792	0.396	0.87 *
悪い知らせを議論する患者の能力の評価	0.016	-2.836	<0.001	-4.49
癌に関する患者の理解度の確認	0.005	-3.553	0.002	-3.66
患者が知りたいと望む程度の評価	0.003	-3.734	0.019	-2.62
情報告知のための戦略構成	0.002	-4.025	0.004	-3.32
家族や介護人の議論への参加	0.043	-2.29	0.038	-2.26
情報を少しずつ提供すること	0.005	-3.512	0.027	-2.43
専門医学用語の回避	0.57 *	-2.125	0.006	-3.13
患者に情報が正確に伝わっているかの確認	0.59 *	-2.107	0.001	-4.18
情報の補足と明確化	0.016	-2.829	0.020	-2.58
不安の察知	0.003	-3.817	0.004	-3.41
悲しみの察知	0.030	-2.485	0.009	-2.96
患者の感情的反応への対処	0.004	-3.676	0.020	-2.58
共感を込めた対応	0.034	-2.420	0.023	-2.53

*有意ではない

STEP6 : S—方針とまとめ

STRATEGY AND SUMMARY

将来に対して明確な計画を抱いている患者は、不安や不安定になる可能性は低い。治療計画について議論する前に、その時点でそのような議論をする心の準備ができていのかどうか患者に尋ねるのは重要である。患者に施行可能な時点で治療の選択肢を提示することは、法的義務である場合があるだけでなく [68]、そうすることによって、医師が患者の希望を重要なものとしてとらえているということを認識させることにもなる。また、意志決定の責任を患者と共有することで、治療が不成功であった場合、患者が医師側の失態であると感じるのを減らせるかもしれない。患者が議論内容を誤って理解していないかどうか確認することで、患者が有効性を過大評価する傾向、あるいは治療目的を誤って解釈する傾向（両傾向とも調査にて立証済み）を回避できるかもしれない [7-9, 57]。

医師は予後や治療選択肢について患者と議論しなければならない場合、その情報が望ましくないものであれば、非常に気詰まりに感じることが多い。我々の研究や他の研究によると [1, 5, 6, 10, 44-46]、このような気詰まり感は、医師が経験したいくつもの懸念に基づく。懸念の例としては、患者が何を期待しているか不確かであること、患者の期待を壊してしまうことへの恐れ、手に負えない疾患に直面した場合の無力感、患者の予測される感情的反応に対処する心構えの不十分さ、そのほか、時には、患者に非常に楽観的に説明してしまったことがある場合のきまりの悪さなどが挙げられる。

上記のような難しい議論は、いくつかの方策を用いることで非常に楽に行えるであろう。まず、多くの患者はすでに疾患の重大さや治療の限度についていくらか知っているが、それらを議論の場に持ち出したり、転帰について尋ねたりすることに臆病である。患者の知識、予測、および期待を探索すること（SPIKES の第 2 段階）で、患者が現段階でどの程度理解しているのか知ることができ、またその点から議論を始めることができる。患者が非現実的な期待をしている場合（例：「先生は奇跡をもたらすといわれている」）、患者に疾患の経過を説明するよう求めることで、期待の裏に潜む恐怖心、懸念、および感情が明確になる場合が多い。患者は、治療を自身にとって重大な種々の問題すべての解決策と考えているかもしれない。種々の問題には、失業、家族を支えることができなくなる、痛みや苦しみ、その他の困難、移動が難しくなることなどが含まれるだろう。これらの恐怖心や懸念を表すことで、患者は自分の置かれた状況の重大さを受け入れることが可能となる場合がしばしばある。患者の懸念を議論している際に患者が感情的に混乱した場合、SPIKES の第 5 段階に記述してある方法を用いると良い。次に、多くの患者が抱く重要かつ具体的な目標（症状コントロールなど）を理解すること、および患者が最善の治療と継続したケアを受けていると確認することで、実現可能なものという意味での希望を医師は作り上げることができる。そのことは患者にとって非常に安心を与えるものになるであろう。

SPIKES プロトコルを用いた経験

腫瘍学者による SPIKES の評価

前述した ASCO 調査にて、参加者に対して SPIKES プロトコルが実践の場で有用であるか質問した。回答者の 99%が、本プロトコルは実用的であり、また理解しやすいと回答している。ただし、患者が抱く感情に対して共感を込めた言葉、患者の感情を確認する言葉、あるいは探索的な文句を用いることは、本プロトコルの中で最も難しいと回答している(回答者の 52%)。

指導用として、SPIKES プロトコルは映像化されたいくつかの脚本にもりこまれて、医師-患者間のコミュニケーションに関する CD-ROM に収録されている [67]。これらの脚本は本プロトコルを指導する際、また悪い知らせの告知に関してさまざまな議論を始める際に有用であると証明されている。

SPIKES プロトコルは専門家の意見を反映しているか？

ほとんどの試験では、望ましくない医療情報の告知を希望するかどうかという点について、患者の意見が取り入れられていない [69]。しかし、入手可能なわずかな情報の中で、本プロトコルの内容では、悪い知らせを告知する際に不可欠な要素について、癌患者や専門家の意見を綿密に反映している [3、13、50-54]。特に、SPIKES では、患者の感情的な反応に対応する際、

またそのような場面で患者を支える際に有用な技術を強調している。

学生や医師は本プロトコルを使用するようになるであろうか？

ほとんどの医学部学士課程および大学院のカリキュラムには、悪い知らせを告知する際の特別な訓練が通常組み込まれておらず [70]、大半の腫瘍医は臨床現場において、より経験のある医師を観察することにより悪い知らせの告知方法を学ぶ [39]。我々はテキサス大学 MD アンダーソンがんセンターにて、腫瘍医や腫瘍学フェローを対象とした対話形式の研修会で SPIKES プロトコルを使用した。成果をみるために、講習会の開始前と終了後に紙と鉛筆を用いたテストを使って、SPIKES に関連する種々の技術を実行する際の自信度を調べた。SPIKES プロトコルは、ロールプレイなど経験的な技術と組み合わせることにより、教員とフェローが同プロトコルを適用する際の自信を増すことができると判明した [47] (表 3)。また、医学部学生の教育経験から、悪い知らせを告知するための計画を考案する上で、本プロトコルによって学生達の自信が増すことが明らかになった [71]。

考察

臨床腫瘍学において、患者や家族と効果的にコミュニケーションを図る能力は、もはや選択的技術と考えることはできない [72]。カリキュラムを考案するための最新 ASCO ガイドラインでは、まだ必要不可欠なコミュニケーションスキルを訓練するよう推奨してはいない [73]。しかし、Shea 氏による 2,516 名の腫瘍医を対象とした調査では、同分野での訓練の追加に興味を示されていると判明した [74]。コミュニケーションスキルに関する同氏の知見は、我々の ASCO における調査参加者の意見と一致しており、参加者の多くは悪い知らせを告知するための能力に自信を欠くと報告している。回答者のほぼ 40%が講義形式の訓練を受けた経験がないだけでなく、悪い知らせを告知する他の医師を観察して経験を得る機会もないことからして、訓練する機会が極端に少ないことは、この問題(自信の欠如)につながる大きな原因となっているように思われる。

いくつかの論文は、コミュニケーションスキルを教えることおよびそれを維持することが可能であると明確に示している [47、48、71、75、76]。悪い知らせを告知するための

SPIKES プロトコルは、医師と患者間のコミュニケーションにおける技術訓練の特別な形式であり、他の医療現場でのコミュニケーションスキルを教える際にも用いられる [77]。これらの主要なスキルは、効果的にコミュニケーションを図る上で重要な基礎である [78]。患者を支えたり、擁護したりするために言葉の技術を用いることは、腫瘍医としての役割を拡大してとらえるものであり、患者の苦しみを軽減させるという医療ケアの重要な目的と一致する。これらは、患者支援の根本であり、苦悩に対する必要不可欠な精神的介入である。

我々は、SPIKES プロトコルが必ずしも経験的なデータに基づくものではないと認識しており、またこの方法を患者が有用なものとして推奨するかどうかは重要な問題である。しかし、本プロトコルの実施は、医師が患者の理解度、好み、および行動を観察しながら、医師と患者間で積極的な対話を行うことを前提とする。この柔軟な対応によって、全ての人に適用される固定的な方法と比較して、患者ごとに必ず存在する違いにより対応しやすい。

将来の方向性

我々は現在、悪い知らせを伝える者がその過程でどれほど精神生理学的に影響を受けているかを見極める段階にある。SPIKES プロトコルによって、医師が悪い知らせを告知する際に感じるストレスを軽減できるか否か、また面談や患者に対する支援を改善できるか否か検証する計画がある。さらに、さまざまな疾患部位に対し、また年齢、性別、および疾患のステージごとに、SPIKES で推奨する多くの段階を用いながら、悪い

知らせの告知に対する患者の要望を調査している。SPIKES で推奨されているように、予備的なデータから、患者は自分が受け取る情報の量を自身の要望に応じて調整して欲しいと望んでいると示されている。また、腫瘍医や腫瘍学研修医に本プロトコルを教える研修会を長期にわたって追跡調査し、どのように本プロトコルが実施されているか検証している。

参考文献

- 1 Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. JAMA 1961;175:1120-1128.
- 2 Friedman HS. Physician management of dying patients: an exploration. Psychiatry Med 1970;1:295-305.
- 3 Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. JAMA 1996;276:496-502.
- 4 Lind SE, DelVecchio-Good MJ, Seidel S et al. Telling the diagnosis of cancer. J Clin Oncol 1989;7:583-589.
- 5 Taylor C. Telling bad news: physicians and the disclosure of undesirable information. Sociol Health Illn 1988;10:120-132.
- 6 Miyaji N. The power of compassion: truth-telling among American doctors in the care of dying patients. Soc Sci Med 1993;36:249-264.
- 7 Eidingen RN, Schapira DV. Cancer patients' insight into their treatment, prognosis and unconventional therapies. Cancer 1984;53:2736-2740.
- 8 Mackillop WJ, Stewart WE, Ginsberg AD et al. Cancer patients' perceptions of their disease and its treatment. Br J Cancer 1988;58:355-358.
- 9 Quirt CF, McKillop WJ, Ginsberg AD et al. Do doctors know when their patients don't? A survey of doctor-patient communication in lung cancer. Lung Cancer 1997;18:1-20.
- 10 Siminoff LA, Fetting JH, Abeloff MD. Doctor-patient communication about breast cancer adjuvant therapy. J Clin Oncol 1989;7:1192-1200.
- 11 Weeks JC, Cook EF, O' Day SJ et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. JAMA 1998;279:1709-1714.
- 12 Haidet P, Hamel MB, Davis RB et al. Outcomes, preferences for resuscitation, and physician-patient communication among patients with metastatic colorectal cancer. SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. Am J Med 1998;105:222-229.
- 13 Buckman R. Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992:15.
- 14 Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. J Clin Oncol 1998;16:1961-1968.
- 15 Novack DH, Plumer R, Smith RL et al. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. JAMA 1979;241:897-900.
- 16 Morris B, Abram C. Making Healthcare Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Practitioner-Patient Relationship. Washington: United States Superintendent of Documents, 1982:119.
- 17 Ley P. Giving information to patients. In: Eiser JR, ed. Social Psychology and Behavioral Science. New York: John Wiley, 1982:353.
- 18 Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K et al. Information and participation preferences among cancer patients. Ann Intern Med 1980;92:832-836.
- 19 Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC et al. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. Soc Sci Med 1988;27:1139-1145.
- 20 Davison BJ, Degner LF, Morgan TR. Information and decision-making preferences of men with prostate cancer. Oncol Nurs Forum 1995;22:1401-1408.
- 21 Sutherland HJ, Llewellyn-Thomas HA, Lockwood GA et al. Cancer patients: their desire for information and participation in treatment decisions. J R Soc Med 1989;82:260-263.
- 22 Dunsmore J, Quine S. Information, support and decision-making needs and preferences of adolescents with cancer: implications for health professionals. J Psychosoc Oncol 1995;13:39-56.
- 23 Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision-making: a review of published surveys. Behav Med 1998;24:81-88.
- 24 Degner LF, Kristanjanson LJ, Bowman D et al. Information

- needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA* 1997;18:1485-1492.
- 25 Davidson JR, Brundage MD, Feldman-Stewart D. Lung cancer treatment decisions: patient's desires for participation and information. *Psychooncology* 1999;8:11-20.
- 26 Hoffman JC, Wegner NS, Davis RB et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Int Med* 1997;127:1-12.
- 27 Lobb EA, Butow PN, Kenny DT et al. Communicating prognosis in early breast cancer: do women understand the language used? *Med J Aust* 1999;171:290-294.
- 28 Meredith C, Symonds P, Webster L et al. Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996;313:724-726.
- 29 Goldberg RJ. Disclosure of information to adult cancer patients: issues and update. *J Clin Oncol* 1984;2:948-955.
- 30 Annas G. Informed consent, cancer, and truth in prognosis. *N Engl J Med* 1994;330:223-225.
- 31 Holland JC. Now we tell—but how well. *J Clin Oncol* 1989;7:557-559.
- 32 Maynard DW. On "realization" in everyday life: the forecasting of bad news as a social relation. *Am Sociol Rev* 1996;61:109-131.
- 33 Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996;42:1511-1519.
- 34 Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH. Communication with cancer patients: does it matter? *J Palliat Care* 1995;11:34-38.
- 35 Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer* 1993;72:3355-3365.
- 36 Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS et al. Influence of physician communication on newly diagnosed breast cancer patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* 1994;74:336-341.
- 37 Slavin LA, O' Malley JE, Koocher GP et al. Communication of the cancer diagnosis to pediatric patients: impact on long-term adjustment. *Am J Psychiatry* 1982;139:179-183.
- 38 Last BF, van Veldhuizen AM. Information about diagnosis and prognosis related to anxiety and depress in children with cancer aged 8-16 years. *Eur J Cancer* 1996;32:290-294.
- 39 Mayer RJ, Cassel C, Emmanuel E. Report of the task force on end of life issues. Presented at the Annual Meeting of the American Society of Clinical Oncology, Los Angeles California, May 16, 1998.
- 40 Cassem NH, Stewart RS. Management and care of the dying patient. *Int J Psychiatry Med* 1975;6:293-304.
- 41 Pfeiffer MP, Sidorov JE, Smith AC et al. and the EOL Study Group. The discussion of end-of-life medical care by primary care patients and physicians. A multicentered study using structured qualitative interviews. *J Gen Intern Med* 1994;9:82-88.
- 42 Tesser A, Rosen S, Tesser M. On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect). A field study. *Psychol Rep* 1971;29:651-654.
- 43 Tesser A, Conlee MC. Recipient emotionality as a determinant of the transmission of bad news. *Proc Annu Conv Am Psych Assoc* 1973;247-248.
- 44 DelVecchio-Good M, Good BJ, Schaffer C et al. American oncology and the discourse on hope. *Cult Med Psychiatry* 1990;14:59-79.
- 45 Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ* 1984;288:1597-1599.
- 46 Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *BMJ* 1985;291:1711-1713.
- 47 Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP et al. Improving physicianpatient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ* 1997;12:166-173.
- 48 Baile WF, Kudelka AP, Beale EA et al. Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops in breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* 1999;86:887-897.
- 49 Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians [see comments]. *Br J Cancer* 1995;71:1263-1269.
- 50 Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *BMJ* 1988;297:907-909.
- 51 Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995;13:2449-2456.
- 52 Donovan K. Breaking bad news. In: Division of Mental Health, World Health Organization. *Communicating Bad News*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1993:3-14.
- 53 Premi JN. Communicating bad news to patients. In: Division of Mental Health, World Health Organization. *Communicating* Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization, 1993:15-21.
- 54 Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. I: Current best advice for clinicians. *Behav Med* 1998;24:53-59.
- 55 Whippen DA, Canellos GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991;9:1916-1920.

- 56 Lubinsky MS. Bearing bad news: dealing with the mimics of denial. *Genet Couns* 1999;3:5-12.
- 57 Conlee MC, Tesser A. The effects of recipient desire to hear on news transmission. *Sociometry* 1973;36:588-599.
- 58 Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH et al. Misunderstanding in cancer patients: why shoot the messenger. *Ann Oncol* 1999;10:39-46.
- 59 Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. Implications for cancer screening and management. *Cancer* 1995;76:167-177.
- 60 Butow PN, Maclean M, Dunn SM et al. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997;8:857-863.
- 61 Maynard DW. How to tell patients bad news: the strategy of "forecasting." *Cleve Clin J Med* 1997;64:181-182.
- 62 Greisinger AJ, Lorimor RJ, Aday LA et al. Terminally ill cancer patients: their most important concerns. *Cancer Pract* 1997;5:147-154.
- 63 Molleman E, Krabbendam PJ, Annyas AA. The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Soc Sci Med* 1984;6:475-480.
- 64 Matthews DA, Suchman AL, Branch WT. Making "connexions": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med* 1993;118:973-977.
- 65 Novack DH. Therapeutic aspects of the clinical encounter. *J Gen Intern Med* 1987;2:346-355.
- 66 Suchman AL. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-682.
- 67 Buckman R, Korsch B, Baile WF. *A Practical Guide to Communication Skills in Clinical Practice*. Toronto: Medical Audio Visual Communications, 1998;CD-ROM (Pt 2):Dealing with feelings.
- 68 Nattinger AB, Hoffman RG, Sharpiro R et al. The effects of legislative requirements on the use of breast conserving surgery. *N Engl J Med* 1996;335:1035-1040.
- 69 Walsh RA, Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news. 2: What evidence is available to guide clinicians? *Behav Med* 1998;24:61-72.
- 70 Tulskey JA, Fischer GS, Rose MR et al. Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives? *Ann Intern Med* 1998;129:441-449.
- 71 Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997;156:1159-1164.
- 72 American Society of Clinical Oncology. Cancer care during the last phase of life. *J Clin Oncol* 1998;16:1986-1996.
- 73 American Society of Clinical Oncology. Training resource document for curriculum development in medical oncology. *J Clin Oncol* 1998;16:372-379.
- 74 Shea JA, Frenkel EP, Webster GD. Training and practice activities of hematology and medical oncology diplomates. *Arch Intern Med* 1990;150:145-148.
- 75 Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I—Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986;292:1573-1576.
- 76 Vaidya VU, Greenberg L, Kantilal MP et al. Teaching physicians how to break bad news. A 1-day workshop using standardized patients. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153:419-422.
- 77 Keller V, Carroll JG. A new model for physician-patient communication. *Patient Educ Commun* 1994;23:131-140.
- 78 Lipkin M, Frankel RM, Buckman HB et al. The structure and process of the medical interview. 5. Performing the interview. In: Lipkin M, Putnam SM, Laxare A, eds. *The Medical Interview. Clinical Care, Education and Research*. New York: Springer-Verlag, 1995:65-82.

『海外癌医療情報リファレンス』提供

<http://www.cancerit.jp/>

・齊藤芳子 訳・Dr. くま 監修

翻訳文の著作権は『海外癌医療情報リファレンス』に帰属します。