

## J-SUPPORT 研究成果報告会レポート②

### 【心理社会的ケア】今後のケアを医師と早めに話し合う

患者・市民とともに、がん支持療法、緩和ケア、心のケア開発を行う臨床研究グループ J-SUPPORT が、12 月 5 日、第 3 回研究成果報告会を開催した。コロナ禍により、昨年引き続きオンラインで行われた。セッション②では、心理社会的ケアの立場から「今後のケアを医師と早めに話し合う」をテーマに、国立がん研究センターがん対策研究所の藤森麻衣子氏が 4 つの病院の医師・患者の協力のもとコミュニケーショントレーニングを実施し、患者・家族の QOL への影響を調査した。医師の一人として研究に参加した共同研究者のがん研有明病院肝・胆・膵内科の尾阪将人氏、進行の特定非営利活動法人パンキャンジャパンの眞島喜幸氏、古谷佐和子氏からは有意義な研究であったという評価とともに、会場から多数の質疑応答も出て充実したセッションとなった。

#### 目次

- 1) コミュニケーション促進に向けての背景と目的
- 2) 4 つの病院での調査方法
- 3) 医師・患者さんへの介入のしかたと事例
- 4) 主要・副次評価とも優位だった結果と考察
- 5) 共同研究者から
- 6) 質疑応答

#### 1) コミュニケーション促進に向けての背景と目的

藤森氏は「日本では、先々の治療やケアについて患者ときちんと話し合っている医師は少ない」と現状の問題点を指摘し、「海外では、医師としっかり話すことができればがん終末期などで大きな負担の治療を受けることが少なく、患者・家族の QOL が高いと示されている」と述べ、日本でも同様の試みが必要だと研究の背景を説明した。



発表中の藤森麻衣子氏

具体的には、医師にコミュニケーション技術研修(以下 CST)を受けてもらい、患者や家族とともに質問促進リスト(以下 QPL)を作成するというものだ。CST、QPL を通して、患者は不安を感じることなく医師に質問でき、気持ちのつらさは低くなるという。「医師・患者両方に介入することで有用性が高いことが先行研究で報告されている」と藤森氏は強調する。

## 背景 今後のケアを医師と話し合うことのメリットと促進する方法

### メリット:

- 終末期に負担の大きな治療が少ない  
(呼吸器や蘇生、ICU入院)
- ホスピス登録が多い
- 患者さん、ご家族、ご遺族のQOLが高い

現実には、  
先々の治療やケアについての話し合いを患者さんで行っている医師は多くない

コミュニケーション技術研修(CST)は、講義とロールプレイで構成された研修会  
医師の望ましいコミュニケーション(共感的、心配を聞き出す)が増加する  
患者さんの気持ちのつらさは低く、医師に対する信頼感が高い



質問促進リスト(QPL)は、意思決定に有用な質問が箇条書きに記載された資料  
患者さんは、不安を感じることなく診察中に医師に質問することができ、有用性が高い



ESMO/ASCO Recommendations for a Global Curriculum in Medical Oncology, 2016  
Moore et al., Cochrane Database Syst Review, 2018  
Fujimori et al., J Clin Oncol, 2014  
Brandes et al., Psychooncology, 2015  
Epstein et al., JAMA Oncol, 2017  
Shirai et al., Psychooncology, 2014

Wright et al., JAMA, 2008  
Hamano et al., Am J Hosp Palliat Care, 2020

今回の研究目的は、「治療早期から先々の治療やケアについて患者と医師が話し合うことの促進を目的に、診察前に支援するプログラムを行うことで、患者と医師の間の共感的コミュニケーションの表出が多くなることを示す」ことである。副次目的は、「情報共有の表出が多くなること、患者のコミュニケーションに対する満足感が高いこと、患者の医師に対する信頼感が高いこと、患者のQOLが高いこと、患者の気持ちのつらさが高くないことを示す」とした。

具体的には、「医師は看護師または心理士から2.5時間のCSTを受ける」、「患者さんは心理士または看護師から治療の待ち時間などを活用して30分くらい対面で話す時間を設ける」ということであるという。そして、両者に練習してもらい、コミュニケーション促進を促すのが狙いだ。

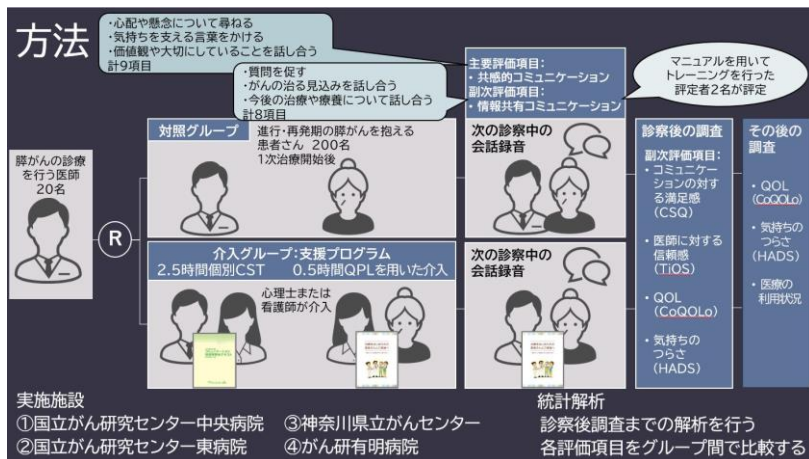
## 2) 4つの病院での調査方法

研究は、4つの病院の腫瘍専門医師25名、患者さんは対照グループと介入グループとに分け、それぞれ100名強ずつくらい協力してもらい行われた。

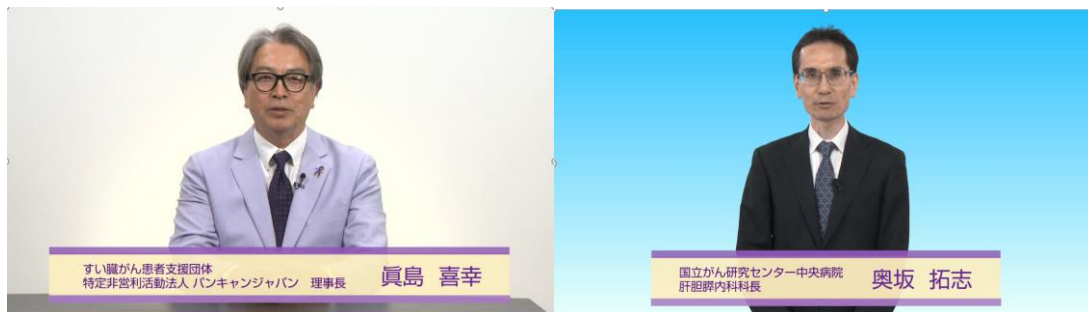
藤森氏は、「介入グループに属した医師と患者さんには、それぞれ先ほどのトレーニングを受けてもらい、そのあとの最初の診察の様子を録音させていただいた。それを、マニュアルを用いてトレーニングを行った2名の評価者が聞いて、実際にどのようなコミュニケーションがなされたかを評価した」と説明した。主要評価項目である共感的コミュニケーションについては、「心配や懸念について尋ねているか」など9項目、副次評価項目の情報共有のコミュニケーションについては、「質問を促しているか」など8項目から評価した。

項目は、患者600名に行った先行調査から、必要なコミュニケーションだと回答があった項目をリストアップして作成された。

診察後の調査では、コミュニケーションに対する満足感、医師に対する信頼感、QOL、気持ちのつらさを評価し、その後の調査で、QOL、気持ちのつらさ、医療の利用状況を追っているところだ。



また、患者会と医師に研究内容を説明してもらうビデオを作成したことも、この研究の特徴の一つに挙げられる。このビデオを参加していただく患者さんに見てもらい、研究をしっかりと理解してもらうことが狙いだ。



### 3) 医師・患者さんへの介入のしかたと事例

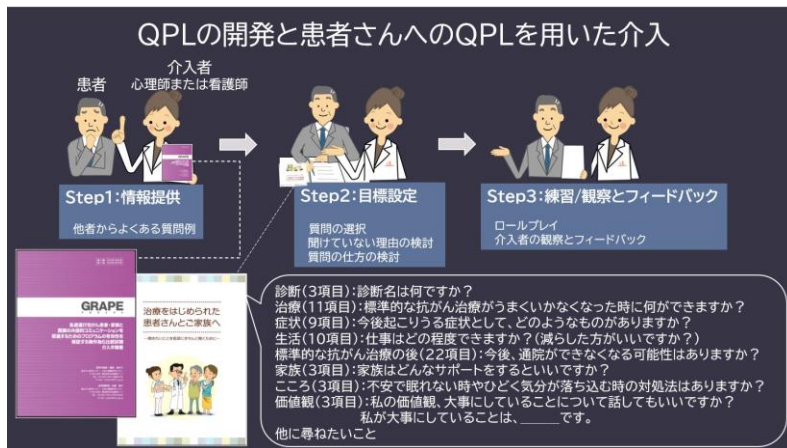
医師への介入であるが、2.5時間のトレーニングを以下の行程で行った。

まずは、テキストを用いて、コミュニケーションを取る際に大事なポイントを学ぶ。次に、ビデオを用いてテキストの文字情報を視覚化し、実際にどのように発言されるか、座学と印象がどう違うかを見てもらう。そして、ロールプレイを通して実際に模擬患者さんを診察し、どのようなところが難しいか、どのようにコミュニケーションが取れるかということ、ファシリテーターを交えてディスカッションする。

「日々、先生方が感じている疑問などを解決していくトレーニングになっている」と藤森氏は医師への介入の大切さを語った。

患者への介入は、先ほどの QPL を用いるという。心理士または看護師が、抗がん剤点滴中や薬を待っている時間などを利用して、患者さんに聞きたい質問を選んでもらうのである。そして、「なぜ今まで質問できていないのか、どのような形で聞けば質問できるか」ということを患者さんに聞いていき、具体的に質問の仕方も練習する。その後、質問出来そうだとところで診察に臨んでもらうという。

項目作りに関して藤森氏は、「パンキャンジャパンや、協力してくれた4病院の先生方に聞き取りをして作成した」と、医師・患者が当初から関わってきたことをあらためて説明した。



次に、患者への介入事例を紹介する。

●50 歳代男性(介入時間 15 分)

最善治療効果が無くなった場合は、家の近くの病院で見てもらいたいという意向あり。QPL で選択した質問は、「通院治療が難しくなった場合どうしたらいいか」、「抗がん剤治療が終わったら診てもらえないのか」、「近所で適切な病院を紹介してもらえるか」。その後の経過は、治療中において副作用があり、QOL 低下を望まなかったので、主治医・看護師・ソーシャルワーカーと調整し、自宅近くの緩和病棟に転院された。

●60 歳代の女性(介入時間 30 分)

一人暮らしなので、自宅で体調が悪くなったら心配であるとのこと。選択した質問は、「自宅で体調が悪くなったらどうすればいいか」、「電話する、受診する、近くの病院に行く、様子を見るなどしてもいいか」。その後の経過は、抗がん剤治療中止に合わせて地元へ帰省することを主治医と相談、看護師・ソーシャルワーカーと調整し、地元の病院に転院された。

4) 主要・副次評価とも優位だった結果と考察

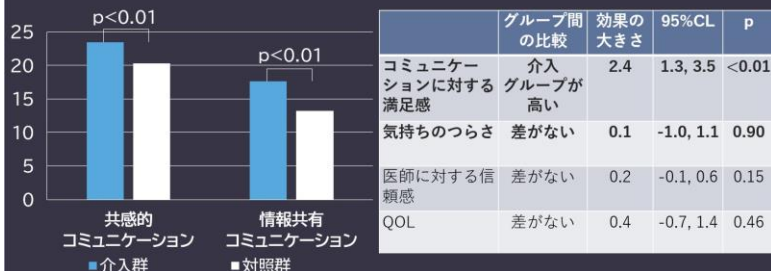
結果は「主要評価の共感的コミュニケーションは介入グループでより高く、副次評価の共有コミュニケーションも統計学的優位」であったという。

藤森氏によると、「診察後のコミュニケーションに対する満足度は、介入グループのほうが高いが、気持ちのつらさについては差がないということが示された。QOL、信頼感には差が見られないが、先々の話をして気持ちのつらさが高くなることなく、コミュニケーションが図れた満足感が高いと考えている」と診察後についてもメリットがあると語った。

なお、この結果は海外・国内で発表され、藤森氏は研究に携わった医師 25 名、患者 230 名に謝辞を述べた。

## 結果

- ・ 医師25名参加(介入グループ12名、対照グループ13名)
- ・ 介入グループの患者さん115名参加、108名介入実施、104名の診察録音、103名解析対象
- ・ 対照グループの患者さん115名同意、110名の診察録音、110名解析対象



最後に、本研究について藤森氏は以下のように考察した。

- ・ 支援プログラムを受けた患者さんは気持ちのつらさを高くすることなく、患者さんと医師の間の共感的、情動的コミュニケーションが多く表出され、患者さんの満足度が高いことが示されたことから有効であると考えられる。
- ・ 患者さんの医師に対する信頼感、QOLは長期的な観察が必要であると考え、現在フォローアップ調査を継続している。
- ・ 今後この支援プログラムを広く患者さんや医師に届けるための取り組みが必要である。

具体的な取り組みとして藤森氏は、「支援プログラムの改良、QOLのアプリケーション化・電子カルテへの反映、CSTのオンライン化などICTを活用した仕組みづくりを行っていきたい」。

また、支援プログラム普及の観点からは、「診療ガイドラインへ反映させれば医師に届きやすいのではないかと。患者さんには取り組みを知っていただき、受けてみたいという声を上げていただくことで、診療報酬・指定要件など政策へ反映されるのではないかと」、「資料やマニュアルを公開すれば、広く無料で使っていただけるのではないかと」と今後の普及についての考えを述べ、本研究に携わったすべての人に感謝し発表を終えた。

## 5) 共同研究者から

続いて、共同研究者である尾阪氏から、研究に介入群として参加しての感想が述べられた。その中で尾阪氏は「日ごろコミュニケーションをとろうと診療しているつもりだったが、トレーニングを受けてみると至らないところがあると気づかされた」と大変勉強になったと語った。

また、「一般的に難治がんである膵がんでコミュニケーションの研究が行われたということは意義が高いと感じている」と膵がん専門医としての感想を述べた。膵がんの診療ガイドライン改訂中であることから、「緩和療法でコミュニケーションスキルが推奨されるとしたい。コミュニケーションスキルが今後の取り組みにおいて大事」だと語り、一方で、「意識の高い医師でさえ、どうコミュニケーションスキルにアクセスしていいのかわからないとおっしゃっていた」と、現状についても問題提起した。



共同研究者の尾阪将人氏

## 6) 質疑応答

進行のパンキャンジャパンの眞島喜幸氏は、立ち上げのきっかけは妹の膵がんであり、「当時、膵がんに使用できる薬は一剤しかなく、医療従事者とのコミュニケーションも難しく、妹の心のケアに一番気を使っていた」と話した。今回、QPLの質問に患者会からの声として心のケアについて入れてもらったので本当に良かった、これからは研究者と患者会が協力して、患者さんのために何が出来るか一緒に考えて研究を進めることがもっとできると嬉しいと思いを述べた。そして、「プロジェクトの成果が、1日も早く全国の患者さんに届くことを期待したい」と話し、質疑応答に入った。



討論中の眞島喜幸氏、古谷佐和子氏、藤森麻衣子氏、尾阪将人氏

### ・家族のケアについて

「家族としては、医師に質問したくても患者本人を前にできない。家族自身のつらさに関する取り組みはあるか」との質問に、藤森氏は「ご家族も多くの不安を抱えている」と受け止め、「患者本人の治療中などを利用して、看護師に聞く、担当医に時間を取ってもらって相談する。精神腫瘍科がある病院では、緩和ケアチームに心理士が関わっているのでそういうところにもアクセスして相談していただければ」と述べた。

### ・研究内容について

「研究参加を呼び掛ける際のビデオメッセージのような取り組みは、J-SUPPORTの研究の中では多いのか」との質問には、「いくつかの研究でこういった形で取り組んでいる。患者さんにしっかりわかりやすい説明をさせていただきたいと思った。たくさんの方の文字情報の資料を渡されても理解が難しい。このビデオのおかげで参加してい

ただける率が高かった」と藤森氏は答えた。

「ソーシャルサポート量、個人の人生観や死生観など個人差を含めた質的な違いなどはあるか」という質問に対し、藤森氏は「難しい質問」としながらも、「絶対に違いはある」と答えた。女性のほうが気持ちに対するコミュニケーションを多く求めている、若い人のほうがはっきりとしたたくさんの情報が欲しいなど、多少の傾向はあっても、個人差の方が大きいと結果からは読み取れるようだ。また、「医師のトレーニングの際、目の前の患者さんが何を求めているのかしっかり引き出してコミュニケーションを取っていただく。患者さんにも医師にも個人差はある」ので、「患者さんも個人的な思いも積極的に伝えていただけるとよい」と答えた。

#### ・医師のトレーニングについて

忙しい医師に対し、「CST について、医師の負担が大きいのではないかと。何か工夫はあるか」との質問が出た。藤森氏は、「平日の夜など、個別に先生方に時間調整していただき、トレーニングを行った。今、オンライン化できないかと学会でも工夫を重ねているところだ」と医師の負担軽減について検討していると述べた。

進行の眞島氏より、「膀胱がんの場合、医療関係者もコミュニケーションをとるのは難しいと思う。そういった難しい場合はあるか」との質問があった。尾阪氏は、「そもそもコミュニケーションを取る目的は、患者さんの希望をしっかりと共有してその患者さんの価値観に合わせた治療をしっかりと提供できるようにするため」とし、その目的のために難しいこととして、「予後が厳しい場合、そこだけの話に特化してしまうこと」と述べた。本来は、これからの生活や起こりえることを共有して一緒に治療にあたりたいが、予後だけがフォーカスされてしまうので、その先の話が入っていきにくいのだという。

これに対し、眞島氏は「家族も第2の患者、医療関係者も第3の患者と言われるが、難治性がんは厳しいものだと感じた」と話し、「しかし、我々だけでなく、チームとして治療にあたっていると理解できた」と感想を語った。

#### ・患者の関わり方について

「企画段階から患者が関わることのメリットを具体的に教えてほしい」という質問には、「どのようなコミュニケーションであれば満足度が高くなるかなどアウトカムから患者さんたちに関わっていただき、それを生かして QPL を作成した。ポジティブで満足感も得られた結果になったと思っている」と藤森氏が答えた。

最後に、眞島氏は「調査結果が大変良好だったことは喜ばしい。QPL、CST が全国に広がり、患者・医療関係者のコミュニケーションが円滑になるように次のステップにむかってご尽力いただきたい」と期待を込め、セッション②を終了した。

(文／ライター 田中睦月)