

<u>Akechi T,</u> <u>Akizuki N,</u> <u>Uchitomi Y,</u> et al	Psychological Distress Experienced by Families of Cancer Patients: Preliminary Findings from Psychiatric Consultation of a Cancer Center Hospital	Jpn J Clin Oncol	36	629-332	2006
Yoshikawa E, <u>Akechi T,</u> <u>Akizuki N,</u> <u>Uchitomi Y,</u> et al	Prefrontal Cortex and Amygdala Volume in First Minor or Major Depressive Episode After Cancer Diagnosis	Biol Psychiatry	59	707-712	2006
<u>Akechi T,</u> <u>Uchitomi Y,</u> et al	Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan	Br J Psychiatry	188	231-236	2006
<u>Morita T,</u> <u>Akechi T,</u> <u>Uchitomi Y,</u> et al	Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan	J Pain Symptom Manage	31	306-316	2006
Hirai K, , <u>Morita T,</u> <u>Uchitomi Y,</u> et al	Good Death in Japanese Cancer Care: A Qualitative Study, J Pain Symptom Manage	J Pain Symptom Manage	31	140-147	2006
<u>Akechi T,</u> Furukawa TA, <u>Uchitomi Y,</u> et al	Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan	J Pain Symptom Manage	31	5-12	2006
Nakaya N, <u>Akizuki N,</u> <u>Uchitomi Y,</u> et al	Depression and survival in patients with non-small cell lung cancer after curative resection: a preliminary study	Cancer Sci	97	199-205	2006
<u>Akechi T,</u> <u>Akizuki N,</u> <u>Uchitomi Y,</u> et al	Course of psychological distress and its predictors in advanced non-small cell lung cancer patients	Psychooncology	15	463-473	2006
Matsuoka Y, <u>Akechi T,</u> <u>Uchitomi Y,</u> et al	Cavum septi pellucidi and intrusive recollections in cancer survivors	Neurosci Res	56	344-346	2006
<u>Morita T,</u> <u>Akechi T,</u> et al	Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies	J Pain Symptom Manage	31	130-139	2006
Fujimori M, <u>Uchitomi Y,</u> et al	Psychometric properties of the Japanese version of the quality of life-Cancer Survivors Instrument	Quality of Life Research	15	1633-1638	2006
Yamada H. <u>Shimoyama N.</u> et al.	Morphine can produce analgesia via spinal kappa opioid receptors in the absence of mu opioid receptors	Brain Research	1083(1)	61-69	2006

<u>Morita T, Akechi T, et al</u>	Artificial hydration therapy, laboratory findings, and fluid balance in terminally ill patients with abdominal malignancies.	J Pain Symptom Manage	31	130-139	2006
<u>Hirai K, Morita T, Uchitomi Y, et al</u>	Good death in Japanese cancer care: A qualitative study.	J Pain Symptom Manage	31	140-147	2006
<u>Morita T, Akechi T, Uchitomi Y, et al</u>	Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan.	J Pain Symptom Manage	31	306-316	2006
<u>Matsuda Y, Morita T, et al</u>	What is palliative care performed in certified palliative care units in Japan?	J Pain Symptom Manage	31(5)	380-382	2006
<u>Morita T, et al</u>	Nontraumatic subcutaneous emphysema from rectal cancer perforation completely resolved after intensive pain control.	J Pain Symptom Manage	32(1)	3-4	2006
<u>Morita T, et al</u>	Skin reaction to both morphine and fentanyl attenuated by steroids and antihistaminics.	J Pain Symptom Manage	32(2)	100-101	2006
<u>Ogawa M, Morita T, et al</u>	Uncommon underlying etiologies of reversible delirium in terminally ill cancer patients.	J Pain Symptom Manage	32(3)	205-207	2006
<u>Morita T, et al</u>	Self-reported practice, confidence, and knowledge about palliative care of nurses in a Japanese regional cancer center: Longitudinal study after 1-year activity of palliative care team.	Am J Hosp Palliat Care	23(5)	385-91	2006
<u>Murata H, Morita T</u>	Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese task force: The first step of a nationwide project.	Palliat Support Care	4(3)	279-285	2006
<u>Sato D, Okamura H, et al</u>	Reliability and validity of the Japanese-language version of the Physical Performance Test (PPT) Battery in chronic pain patients.	Disabil Rehabil	28	397-405	2006
<u>Inoue M, Okamura H, et al</u>	Psychological impact of verbal abuse and violence by patients on nurses working in psychiatric departments.	Psychiat Clin Neurosci	60	29-36	2006
<u>Ueno K, Okamura H, et al</u>	Factors associated with the self-efficacy of terminally ill cancer patients: focusing	J Hospice Palliat Nurs	8	147-154	2006

	on nurses' response.				
--	----------------------	--	--	--	--

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
梅澤志乃、藤森麻衣子、 <u>内富庸介</u>	Bad news（悪い知らせ）が伝えられた患者のケア	がん看護	11	767-770	2006
藤森麻衣子、 <u>内富庸介</u>	がん医療におけるコミュニケーション；自分らしくがんと上手に取り組むために	JIM	16	302-307	2006
清水研、 <u>秋月伸哉</u> 、 <u>内富庸介</u> 、他	成人病・生活習慣病とうつ病ー誤診と見逃しを避けるために悪性腫瘍とうつ病	成人病と生活習慣病	36	268-272	2006
<u>明智龍男</u> 、 <u>内富庸介</u>	がん患者の抑うつ症状緩和	医学のあゆみ	219	1017-1021	2006
<u>下山直人</u>	許認可薬の適応外使用について	緩和ケア	16Suppl	294-296	2006
<u>下山恵美</u> 、 <u>下山直人</u>	がん性神経障害性疼痛の基礎研究	ペインクリニック	27(8)	959-964	2006
<u>笠井慎也</u> 、 <u>下山直人</u> 、他	がん性疼痛患者におけるオピオイドの作用	副作用に関する遺伝子解析	27(8)	965-973	2006
<u>下山直人</u> 、他	緩和ケアにおける麻酔科の役割	日本医師会雑誌	135(4)	806-808	2006
<u>高橋秀徳</u> 、 <u>下山直人</u> 、他	モルヒネ、フェンタニル、オキシコドンを使い分ける（オピオイドローテーション）	モダンフィジシャン	26(7)	1210-1211	2006
<u>下山直人</u> 、他	緩和ケアにおける麻酔科の役割	日本医師会雑誌	135(4)	806-811	2006
<u>村上敏史</u> 、 <u>下山直人</u>	がん性疼痛における痛みのアセスメント	痛みと臨床	6(3)	72-77	2006
<u>高橋秀徳</u> 、 <u>下山直人</u> 、他	モルヒネの効かないがんの痛みをどうするか？	Modern Physician	26(6)	1024	2006

越川貴史、 <u>下山直人</u>	在宅緩和ケアへの移行と疼痛管理について	癌と化学療法	33(5)	611-615	2006
辻尚子、 <u>下山直人</u>	小児がんの痛みと治療の基本姿勢	がん患者と対症療法	17(1)	6-10	2006
<u>森田達也</u>	遺族からみた緩和ケア病棟への紹介時期：日本の実態調査	血液・腫瘍科	52(2)	205-210	2006
難波美貴、 <u>森田達也</u>	終末期せん妄のケアー遺族へのインタビュー調査より得られたケアのあり方ー	緩和ケア	16	108-113	2006
安達勇、 <u>森田達也</u>	がん終末期患者への輸液ガイドライン作成に向けた調査研究	看護技術	52(6)	50-54	2006
<u>森田達也</u>	終末期の輸液の考え方を教えてください、一般病棟でできる緩和ケアQ&A	総合医学社、ナーシングケアQ&A	11	144-145	2006
<u>森田達也</u>	鎮静とは何ですか？一般病棟でできる緩和ケアQ&A	総合医学社、ナーシングケアQ&A	11	180-181	2006
<u>森田達也</u>	鎮静に使われる薬剤の使い方を教えてください、一般病棟でできる緩和ケアQ&A	総合医学社、ナーシングケアQ&A	11	184-185	2006
<u>森田達也</u>	QOLからみた終末期がん患者の水分管理	緩和医療学	8(4)	354-362	2006
安達勇、 <u>森田達也</u>	終末期がん患者に対する輸液ガイドラインについて	緩和医療学	8(4)	363-370	2006
<u>森田達也</u>	鎮静薬の基礎知識と使い方	緩和ケア	16(Suppl)	96-99	2006
岡本百合、 <u>岡村仁</u> 、他	大学生はメンタルヘルスに関してどのようなイメージを持っているか？ー医療系学生に対する検討ー	総合保健科学	22	33-39	2006
安東由佳子、 <u>岡村仁</u> 、他	神経難病患者をケアする看護師の仕事ストレスの明確化。	臨床看護	32	412-419	2006
石橋照子、 <u>岡村仁</u>	精神疾患患者のイレウスの早期発見につながる観察方法。	日本看護研究学会雑誌	29	73-78	2006
新宮尚人、 <u>岡村仁</u> 、他	統合失調症患者に対する作業療法における主観経験尺度の作成ーOT治療要素経験尺度の信頼性・妥当性の検討ー。	リハビリテーション科学ジャーナル	1	41-50	2006

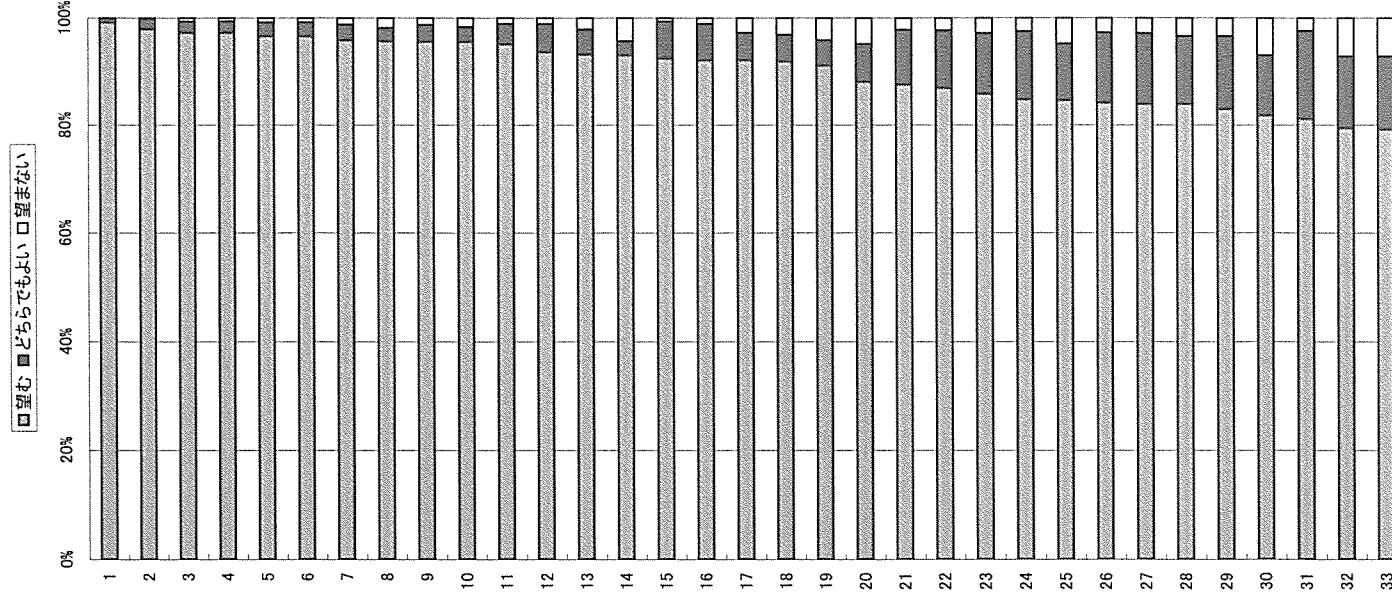
小早川誠, 岡村 仁	悪性腫瘍の遠隔効果 “Paraneoplastic syndrome” . 症状性（器質性）精神障害のガ イドライン.	精神科治療学	21（増刊 号）	112-113	2006
---------------	--	--------	-------------	---------	------

IV. 添付資料

基本統計量・度数分布

現在、新たにあなたが医師からその悪い知らせを伝えられるとしたら、医師がどのように伝えることをあなたは望みますか？以下の1から5のなかからひとつ選び、当てはまる番号に○をおつけ下さい。

項目	mean	SD	望まない 度数 %	どちらでもよい 度数 %	望む 度数 %			
1 17 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの今後の治療方針も伝える	4.53	0.58	3	0.6	11	2.1	515	97.3
2 33 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、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	4.51	0.59	4	0.8	14	2.6	511	96.6
3 9 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、最新の治療についても伝える	4.49	0.63	6	1.2	16	3.0	407	95.8
4 40 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの質問にも答える	4.49	0.52	0	0	4	0.8	525	99.2
5 59 医師は、悪い知らせをわかりやすく伝える	4.43	0.54	0	0	11	2.1	518	98.0
6 18 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたが利用できる治療法を全て伝える	4.42	0.69	11	2.1	25	4.7	493	93.2
7 27 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、病気の状態についても説明をする	4.4	0.56	3	0.6	11	2.1	515	97.3
8 41 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたが希望を持てることも伝える	4.35	0.64	3	0.6	37	7.0	489	92.4
9 58 医師は、悪い知らせを正直に伝える	4.35	0.58	4	0.8	14	2.6	511	96.6
10 52 医師は、悪い知らせを伝えるときに、あなたが納得できるまで説明をする	4.34	0.63	6	1.1	28	5.3	495	93.6
11 15 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、治療の危険性や副作用についても説明をする	4.33	0.75	23	4.4	13	2.5	493	93.2
12 28 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、医師の勤める治療法を私に伝える	4.33	0.61	6	1.1	20	3.8	503	95.1
13 49 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、病気の進行度についても説明をする	4.31	0.61	9	1.7	15	2.8	505	95.4
14 21 医師は、あなた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	4.3	0.7	15	2.8	27	5.1	487	92.0
15 39 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、がんの治る見込みも伝える	4.28	0.65	6	1.1	36	6.8	487	92.1
16 44 医師は、悪い知らせの要点を明らかに伝える	4.28	0.62	10	1.9	13	2.5	506	95.7
17 35 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、症状についても説明をする	4.27	0.59	7	1.3	17	3.2	505	95.5
18 4 医師は、あなたに理解度を確認しながら、悪い知らせを伝える	4.24	0.74	17	3.2	26	4.9	486	91.9
19 16 医師は、悪い知らせを伝える面談に、十分な時間をとる	4.23	0.74	12	2.3	57	10.8	460	87
20 19 医師は、悪い知らせを詳しく伝える	4.22	0.79	26	4.9	37	7.0	466	88.1
21 24 医師は、悪い知らせを具体的に話す	4.17	0.72	22	4.2	25	4.7	482	91.1
22 60 医師は、あなたに対して優しさをもって、悪い知らせを伝える	4.17	0.74	12	2.2	54	10.2	463	87.5
23 46 医師は、あなたに信頼している医師が、悪い知らせを伝える	4.16	0.76	15	2.9	60	11.3	454	85.8
24 22 あなたが信頼している医師が、悪い知らせを伝える	4.14	0.77	15	2.9	70	13.2	444	84.0
25 13 医師は、あなたに対して思いやりをもって、悪い知らせを伝える	4.11	0.76	18	3.4	67	12.7	444	83.9
26 20 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたのこれからの日常生活や仕事についても話し合う	4.11	0.71	13	2.5	67	12.7	449	84.9
27 25 医師は、悪い知らせを伝えるときに、あなたと同じように家族にも配慮する	4.1	0.73	14	2.7	70	13.2	445	84.1
28 48 医師は、悪い知らせを伝えた後に、説明に用いた紙をあなたに渡す	4.1	0.79	25	4.8	56	10.6	448	84.7
29 8 医師は、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	4.09	0.78	13	2.4	87	16.4	429	81.1
30 26 医師は、悪い知らせを丁寧に伝える	4.09	0.75	18	3.4	72	13.6	439	83.0
31 5 医師は、あなたの気持ちに配慮しながら、悪い知らせを伝える	4.04	0.89	37	7.0	59	11.2	433	81.9
32 45 医師は、悪い知らせを家族が一緒の場で伝える	4.02	0.82	24	4.6	92	17.4	413	78.0
33 55 医師は、悪い知らせを全て伝える	3.99	0.85	38	7.2	72	13.6	419	79.2



34	47	医師は、説明のために用紙に書いて、悪い知らせを伝える	3.98	0.88	38	7.2	71	13.4	420	79.4	
35	11	医師は、悪い知らせを伝えた後、あなたに励ます言葉をかける	3.96	0.82	24	4.5	103	19.5	402	76.0	
36	62	医師は、悪い知らせを伝えた後、あなたに「一緒にがんばりましょうね」と言葉をかける	3.96	0.78	16	3.1	114	21.6	399	75.4	
37	66	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたが利用できるサービスやサポートに関する情報を提供する	3.96	0.73	14	2.7	101	19.1	414	78.3	
38	1	医師は、あなたの目や顔を見ながら悪い知らせを伝える	3.94	0.84	31	5.8	83	15.7	415	78.4	
39	10	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなた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	3.93	0.85	24	4.6	123	23.3	382	72.2	
40	43	医師は、あなたに質問や相談があるかどうか確認しながら、悪い知らせを伝える	3.91	0.83	33	6.2	92	17.4	404	76.4	
41	29	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたが感情を表に出しても受け止める	3.89	0.77	25	4.7	116	21.9	388	73.3	
42	50	医師は、悪い知らせを伝えた後、あなたに「大丈夫ですよ」とことをかける	3.86	0.86	33	6.3	126	23.8	370	70.0	
43	57	医師は、悪い知らせを伝えるときに、あなたの気持ちをやわらげる言葉をかける	3.79	0.8	27	5.1	135	25.5	367	69.4	
44	64	医師は、悪い知らせを伝える前に、あなたが心の準備を出来るような言葉をかける	3.78	0.79	29	5.5	135	25.5	365	69.0	
45	61	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、専門的な医学情報も伝える	3.74	0.85	35	6.6	144	27.2	350	66.2	
46	51	悪い知らせを伝える面談時に、医師が治療法について決める	3.68	0.97	91	17.2	72	13.6	366	69.2	
47	56	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、民間療法や代替療法についても相談にのる	3.66	0.94	58	10.9	129	24.4	342	64.7	
48	42	医師は、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	3.62	0.92	43	8.1	188	35.5	298	56.3	
49	14	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、他の患者からよくある質問について説明をする	3.44	0.92	75	14.2	189	35.7	265	50.1	
50	67	医師は、悪い知らせを伝える前に、あなたがどれくらい状況を認識しているかについて質問する	3.44	0.84	68	12.8	192	36.3	269	50.9	
51	23	医師は、やりとりした言葉を用いて、悪い知らせを伝える	3.42	0.98	89	16.8	171	32.3	269	50.8	
52	12	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの余命についても伝える	3.28	1.18	158	29.9	104	19.7	267	50.4	
53	7	医師は、悪い知らせを伝えるときに、「がん」という言葉を繰り返し使わない	3.23	0.86	79	14.9	273	51.6	177	33.5	
54	70	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、がんに関する情報の入手法(例えば、本やインターネット)についても説明をする	3.22	0.94	100	18.9	233	44.0	196	37.0	
55	6	医師は、悪い知らせを淡々と伝える	2.9	1.09	221	41.8	123	23.3	185	35.0	
56	34	医師は、悪い知らせを少しずつ段階的に伝える	2.84	1.12	245	46.3	116	21.9	168	31.8	
57	65	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、他の医療者(例えば、他の医師や看護師)を同席させる	2.79	0.9	171	32.3	265	50.1	93	17.5	
58	30	医師は、悪い知らせを断定的な口調で伝える	2.65	0.97	267	50.5	153	28.9	109	20.6	
59	68	医師は、その知らせの内容が不確実な段階であっても、悪い知らせを伝える	2.6	1.06	309	58.4	78	14.7	142	26.8	
60	31	医師は、悪い知らせをあなただけに伝える	2.33	0.97	336	63.5	124	23.4	69	13.1	
61	54	医師は、悪い知らせを伝えるときに、あなたの手や肩に触れる	2.31	0.85	311	58.8	183	34.6	35	6.7	
62	3	医師のペースで悪い知らせを伝える	2.2	1.02	362	68.4	91	17.2	76	14.3	
63	32	あなたと初対面の医師が、悪い知らせを伝える	2.18	0.97	350	66.2	127	24.0	52	9.8	
64	53	医師は、悪い知らせをあなたより先に家族に伝える	2.15	0.91	369	69.7	120	22.7	40	7.5	
65	2	医師は、専門用語を使って、悪い知らせを伝える	2.13	0.81	386	72.9	82	15.4	61	11.5	
66	38	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、悪い知らせのみを伝える	2.01	0.91	414	78.3	66	12.5	48	9.1	
67	69	医師は、悪い知らせを事務的に伝える	1.99	0.8	424	80.1	76	14.4	29	5.5	
68	36	医師は、あなたに悪い知らせを電話で伝える	1.68	0.73	480	90.7	35	6.6	14	2.7	
69	63	医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの質問にいらいらした様子で対応する	1.43	0.55	517	97.7	11	2.1	1	0.2	
70	37	医師は、悪い知らせをあまいに伝える	1.37	0.59	518	98.0	5	0.9	6	1.2	

コミュニケーション・スキル・トレーニング
テキスト

SHARE1.0 版

国立がんセンター東病院臨床開発センター
精神腫瘍学開発部 編

- 編集** 国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部
- 責任編集者** 藤森麻衣子 (国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部)
内富 庸介 (国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部)
- 執筆・作成者**
- 藤森麻衣子 (国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部)
大庭 章 (静岡県立静岡がんセンター精神腫瘍科)
浅井真理子 (筑波大学大学院人間総合科学研究科)
久保田 馨 (国立がんセンター東病院呼吸器科)
秋月 伸哉 (国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部)
勝俣 範之 (国立がんセンター中央病院内科)
内富 庸介 (国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部)
- 協力者**
- 明智 龍男 (名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学)
稲垣 正俊 (国立がんセンター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発部)
梅澤 志乃 (国立がんセンター中央病院看護部)
岡村 優子 (癌研有明病院腫瘍精神科)
木澤 義之 (筑波大学人間総合科学研究科)
木下 寛也 (国立がんセンター東病院緩和医療科)
栗原 幸江 (静岡県立静岡がんセンター緩和医療科)
小池眞規子 (目白大学人間社会学部心理カウンセリング学科)
小早川 誠 (広島大学病院緩和ケアチーム)
嶋本 正弥 (国立がんセンター中央病院精神科)
清水 研 (国立がんセンター中央病院精神科)
鈴木志麻子 (北里大学東病院精神科)
田中桂子 (静岡県立静岡がんセンター緩和医療科)
谷口幸司 (たにぐち皮フ科アレルギー科)
松岡 豊 (国立精神・神経センター精神保健研究所成人精神保健部)
村上 好恵 (聖路加看護大学成人看護学)
森田 達也 (聖隷三方原病院緩和支援治療科)
吉川 栄省 (静岡県立静岡がんセンター精神腫瘍科)
Baile FW (The University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center)
Kissane DW (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center)
Parker PA (The University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center)

目次

はじめに	2
コミュニケーション・スキル・トレーニング(CST)の目標	3
Part I 講義	
1. がん医療における患者－医師間のコミュニケーション	4
2. 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に関する知見	9
3. コミュニケーション・スキル・トレーニングの目的	19
4. SHARE プロトコール	20
Part II グループワーク	
1. 他己紹介	26
2. ビデオ:SHARE プロトコールの実践例	28
3. ロールプレイ	39

はじめに

現在、わが国のがん罹患は50万人を超え、がん死亡は30万人に達し、三人に一人はがんで亡くなる時代となりました。がんの治療が進歩したとはいえ、まだなお、生命を脅かす病の代表であり続けており、二人に一人の方のがん治療には限界があります。そのため、進行がんや再発であること、積極的抗がん治療の中止などの「悪い知らせ」は、患者、家族にとっては衝撃的な出来事であり、その後の心理的な適応に大きく影響することが知られています。また同時に「悪い知らせ」を伝える側の医療者にとっても心理的な苦痛を伴うものとなっています。

医学の進歩や社会の情報化に伴い、医師が患者に悪い知らせを伝えることは必須となりました。さらに患者のニーズが多様化していることから、今後は「何を伝えるか」だけではなく「どのように伝えるか」という患者—医師間のコミュニケーションが重要性を増す時代となることが予測されます。海外では「悪い知らせ」を伝える際の患者—医師間のコミュニケーション・プログラムが開発され、医療者の教育現場で使用されています。一方わが国における患者—医師間のコミュニケーション研究は、近年着手されたばかりであり、今後の研究成果の蓄積を必要としています。

平成16年に始まった厚生労働科学『第3次対がん10か年総合戦略事業』はわが国のがん研究の大きな柱の一つとして、さまざまな研究をサポートしています。国立がんセンターで行われた、「がん医療における患者—医師間のコミュニケーションに関する研究」も、この『第3次対がん10か年総合戦略事業』の中の「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」の一環として行われました。この研究成果から本プログラムは作成されました。

本プログラムは、医師が悪い知らせを伝える際に、患者の意向に基づいたコミュニケーション・スキルを習得することを目的として、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関するがん患者の意向に基づいて作成されたものです。あらゆるケースを網羅的に取り上げることはできませんが、本プログラムで学習されたスキルを礎として、がん医療における患者—医師間のコミュニケーションを促進する一助になれば幸いです。

平成18年9月

国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部

コミュニケーション・スキル・トレーニング(CST)の目標

悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル
(SHARE)を習得する

パート別目標

パート	目標
講義	SHARE の内容を理解する
グループワーク 他己紹介	受講者間やロールプレイに対する緊張感を緩和 するとともにグループの凝集性を高める
ビデオ	SHARE の理解を深める
ロールプレイの説明	ロールプレイの方法を理解する
ロールプレイ	SHARE を使えるようになる

■Part I

悪い知らせを伝える際の

患者－医師間のコミュニケーション

SHARE PROTOCOL

1. がん医療における患者－医師間のコミュニケーション

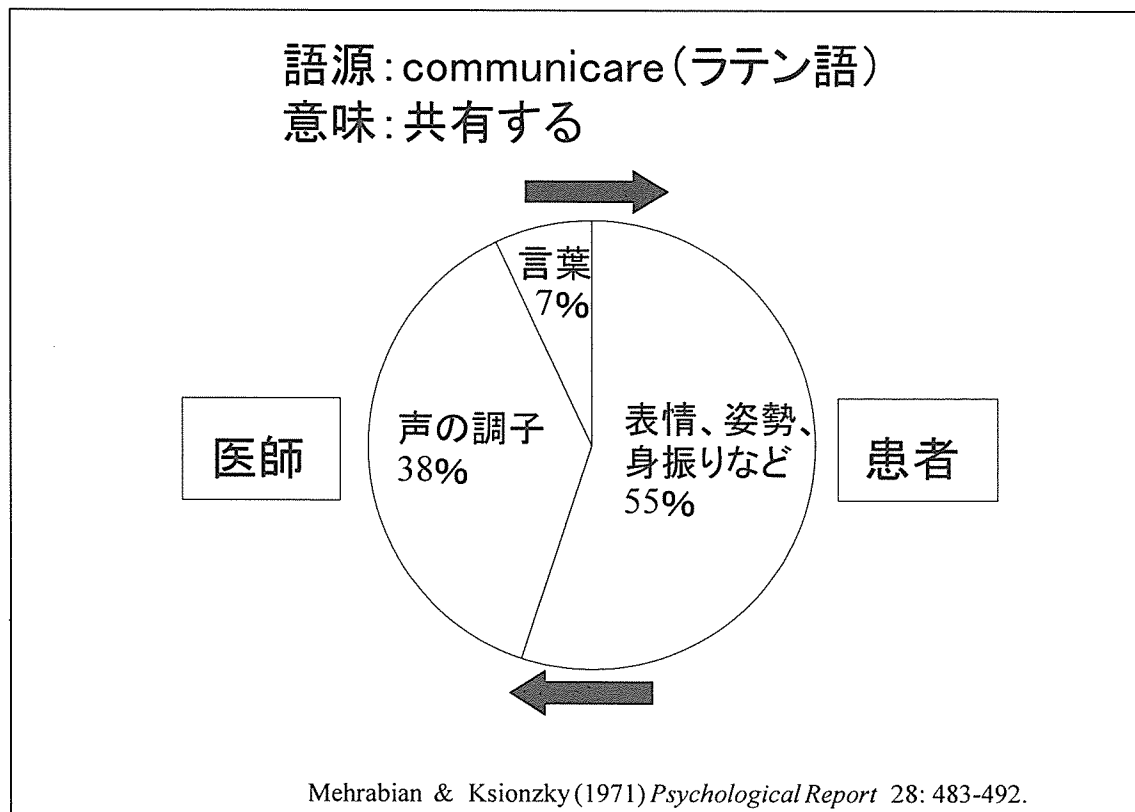
1-1. コミュニケーションとは

1-2. 悪い知らせとは

1-3. 患者－医師間のコミュニケーション

1-4. 基本的なコミュニケーションスキル

1-1. コミュニケーションとは



コミュニケーションとはラテン語の *communicare* (共有する) を語源としています。がん医療における患者－医師間のコミュニケーションとは、患者と医師の間で言語的、非言語的なメッセージを交換し、共有することを意味します。

また、望ましいコミュニケーションの成立には、言葉だけでなく、表情や姿勢、身振り、語気、語調といった非言語的なメッセージが大きな役割を果たしています。伝えたい内容を言語的に発したとしても、それを受け取った患者と共有しなければ、伝わったとは言えませんし、また、単に不適切な言葉を用いなければ良いということもありません。

1-2. 悪い知らせとは

「患者の将来への見通しを
根底から否定的に変えてしまうもの」

例：予後の悪いがんの診断
がんの再発
積極的抗がん治療の中止

Buckman(1984) *British Medical Journal* 288: 1597-1599.

「悪い知らせ」とは、「患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまうもの」と定義されています。がん医療における「悪い知らせ」とは、予後の悪いがんであることを伝える、がんの再発を伝える、積極的抗がん治療の中止を伝えることなどが、挙げられます。

1-3. 患者－医師間のコミュニケーション

基本的コミュニケーション・スキル

例: 通常の診療

困難なコミュニケーション・スキル

例1: 悪い知らせを伝える

例2: 難しい(否認、怒り、医療ミス、精神疾患を有する)患者への対応

悪い知らせを伝える際のコミュニケーションは困難なコミュニケーションであり、このようなコミュニケーション・スキルの学習は、通常の診療における患者－医師間の基本的コミュニケーション・スキルを習得していることを前提として行います。また、困難なコミュニケーション・スキルのもうひとつの例として、否認や怒りを表出する患者や医療ミスがあった患者、精神疾患を有する患者など、難しい患者への対応もありますが、本プログラムでは扱っていません。本プログラムは基本的コミュニケーション・スキルを習得していることを前提として、一般的に困難な、悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキルのみを扱っています。

1-4. 基本的なコミュニケーション・スキル

コミュニケーションの準備:

身だしなみを整える、静かで快適な部屋を設定する、
座る位置に配慮する、挨拶をする、名前を確認する、
礼儀正しく接する、時間を守る。

話を聞くスキル:

目や顔を見る、視線は同じ高さを保つ、患者に話すように促す、
相づちを打つ、患者の言うことを自分の言葉で反復する。

質問するスキル:

Yes/No で答えない質問(オープン・クエスチョン)を用いる、
病気だけではなく患者自身への関心を示す、わかりやすい言葉を用いる。

応答するスキル:

患者が言いたいことを探索し理解する、説明的な応答をする、
患者の言うことを自分の言葉で言い換えるなどして理解したことを伝える。

共感するスキル:

患者の気持ちを探索し理解する、沈黙を積極的に使う、
患者の気持ちを繰り返す。

Buckman 著、恒藤暁監訳(2000)『真実を伝える』診断と治療社

Billings JA, Stoeckle JD 著、日野原重明、福井次矢監訳(2001)『臨床面接技法』医学書院

2. 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に関する知見

2-1. コミュニケーションと患者のストレス

2-2. コミュニケーション・ガイドライン

2-3. ガイドラインと患者の意向

2-4. コミュニケーションと文化

2-5. わが国におけるコミュニケーションに対するがん患者の意向

2-6. コミュニケーションの学習法