

Part II

3. 導入

3-1. 研修開始挨拶 進行ガイド

アンケート

- 講習会の質の評価、改訂のためにアンケートにご協力いただきました。ありがとうございます。3ヵ月後もよろしくお願ひします

グループ・ワーク

- 「カジュアル」な服装でリラックスしてください
- 「さんづけルール」で2日間お願ひします
- ロール・プレイ開始時間、終了時間を厳守してください（SPの方が各グループをローテーションするため）
- 積極的にグループへ参加するようお願ひします（グループ・ワークなので、一人が引いてしまう（居眠りなど）とグループの士気が下がってしまいます）
- ロール・プレイ中の会話は外では話さないで下さい（プライバシーへの配慮として）
- 2日間全てに参加してください（そうでない場合には修了証を発行できません）

ビデオ撮影

- ビデオ撮影は全面禁止とさせていただきます

写真撮影

- 写真撮影もロール・プレイ中は不可となります
- グループ内に撮影希望者がいる場合は、グループメンバーの了承を得た上で、2日目の昼食後に撮影時間を設け、模擬風景を撮影してもらうことができます。希望者はファシリテーターに相談してください
SPの方もご協力お願ひいたします。
- 報告用の撮影をスタッフが行なうことがあります。ご了承下さい

昼食

- 既にご連絡済みと思いますが、昼食はグループごとにとっていただきたいと思ひます

マスコミの取材が入る場合

- マスコミ関係者にはみなさんの研修に影響が少ないよう、取材方法について配慮をお願ひしております。ご了承いただけます様お願ひいたします

4. 自信のある参加者

- ・適度にコメントを求める
- ・しかし話しすぎる場合にはコメントを求めすぎない
- ・自信のある参加者には適度に教えていただく姿勢でコメントを求める
- ・しかし不適切なコメントが多い場合にはスキルに関するコメントを求めるのではなく、臨床上の経験など当たり障りがなく、ディスカッションの流れに沿ったコメントを求める
- ・自信がある参加者に対する他の参加者からの批判的なコメントがあった際には、プライドを傷つけないようフォローする
- ・普段の自分を批評して欲しいというような参加者には、SHAREを学ぶという目的を明確にする

5. 自信のない参加者

- ・成功体験を経験させ、失敗体験をさせないように配慮する
- ・1回目の医師役は避ける
- ・コメントも1回目から求めない
- ・しかし3人目くらいには必ずコメントを求める
- ・何かコメントしたらポジティブフィードバックする

6. その他（ファシリテーターの過去の経験から）

- ・寝ている参加者への対処
ロール・プレイ中、ファシリテーターやサブファシリテーターはさりげなく起こすよう試みる
- ・最初からSTEP 2へ行きたがる、目標が「Bad Newsを伝える」になってしまう場合
ロール・プレイの前にCSTの目的を明確にする（伝え方に焦点を当てることを強調する）
- ・参加者が情緒的サポートを理解しない場合
ホワイトボードに「沈黙＝患者さんに話してもらおう」と書くなどして強調
- ・1日目に積極的抗がん治療中止のシナリオを希望された場合
シナリオや、何回目のロール・プレイかによって適宜判断（1～3回目のロール・プレイでは基本的に扱わない）
- ・困難な例を希望された場合
積極的にすすめることはしないが、1日目の時点で上手なグループであればSPにリクエストしてもよい
- ・オブザーバーとしてはとても良い発言をされるが、医師役としては発展途上の参加者の場合
SHAREに則ったロール・プレイの実践に抵抗する参加者にはオブザーバーで発言されたときに、ポジティブフィードバックすることで、SHAREに則っていただく

4. ファシリテーターが気づかない点はフォローする（例：扱うべき点が扱われていない、オブザーバーの中に発言したそうな人がいる、つまらなそうにしている人がいる等）
5. ディスカッションがまとまり、ロール・プレイを開始する際には、SPを呼び入れ、どこからどのような言葉ではじめるかなどSPに説明する。
6. セッションの残り時間が約15分になったらファシリテーターに合図する

③さまざまなグループ・参加者への対応

1. モチベーションが非常に高いグループ
 - ・期待が大きすぎて期待していたものと違うと感じた場合には落胆が大きいので注意
 - ・横道にそれすぎる場合には、今回の学習課題はSHAREの習得であることを確認する
 - ・難しいケースを練習したがる場合には、スモールステップでの学習（基本ができているかどうかの練習をしてから次のステップへ）であることを説明する
 - ・できていないスキルがあることを認識してもらう（批判的にではなく、気づきを促す）
2. モチベーションが非常に低いグループ
 - ・ディスカッションでのコメントが出にくい場合にはより具体的に回答しやすい質問を投げかける
 - ・ディスカッションでプログラムに対する批判的なコメントが続く場合には、適切にプログラムの意図を説明する必要がある（対応できない場合には謝ることが必要な場合もある）
 - ・ディスカッションで批判的コメントが続く場合にはサブファシリテーターも積極的に発言する
 - ・参加者一人だけがモチベーションが低い場合にはできるだけグループの真ん中からファシリテーターよりも座らせ、積極的に話しかけたり、発言を求める。休憩時間などもフォローする。発言があった場合や、医師役の際にはポジティブフィードバックを心がける
3. スキルが高いグループ
 - ・質問やディスカッションの内容が高度になるので注意
 - ・シナリオ、SPの反応としてより難しいものを求められることがあるので、その際には難しい課題に変更する
 - ・難しい課題への変更の際にはSPに詳しく場面設定を伝える

は・・・・・・・・・・ということですね)

5. 意見（医師役、オブザーバー）のまとめ方

- ・具体的な言葉を使う（ホワイトボードに書かれた医師役の発言をもとに）

6. 次の課題を設定する

- ・目的を明確に
- ・具体的に（例：「〇〇」という言葉を使ってみましょうなど）
- ・できれば課題は1つにしぼる

7. セッション中に2回目、3回目のロール・プレイを開始する

- ・次のロール・プレイはどの場面の何と言う言葉からはじめるか話し合い、決める
- ・ロール・プレイの設定などでSPへの指示があれば、事前にSPに伝える

8. セッションは時間内に終了する

- ・残り時間が10分程度の際にはロール・プレイは終了し、ディスカッションでまとめる
- ・ただしロール・プレイが必要であると判断される場合にはその限りではない

9. その他

- ・参加者の気持ちへの配慮（例：「最初のロール・プレイはみなさん緊張されます」、
「みなさんお疲れのことと思いますが、、、」）

10. 休憩時間

- ・参加者の凝集性を高めるように配慮する
- ・一人である参加者がいたら積極的に話しかける
- ・サブファシリテーターと互いにフィードバックする

②サブファシリテーター

1. ロール・プレイでの発言（医師役の発言を中心に）をホワイトボードに記録する
各セッションの最後まで記録は消さない（振り返ることができるように）
2. オブザーバーからフィードバックが出ない場合は、気づいた点をフィードバックする
3. 扱うべき点が話題にならない場合は自ら提示する

4) ロール・プレイ 手順

CSTテキスト45ページ～ 進行ガイド：本テキスト51ページ

①ファシリテーター

1. ロール・プレイ開始時

- ・シナリオ、患者役の設定、今回扱うSTEP (SHARE PROTOCOLの中で) を確認する

2. タイムの取り方

- ・参加者毎の初めてのロール・プレイでは、STEP 1が1つでも確認できたらタイムをとる (医師役は非常に緊張しているため)
- ・ディスカッション後のロール・プレイはトライした点をクリアしたら、タイムをとり、ポジティブフィードバック
- ・アクシデント (例. 名前を間違う、笑ってしまう) などでロール・プレイの雰囲気を変化したら、タイムをとる
- ・CST 2日目などロール・プレイが進んだら、適宜タイムまでの時間を延ばしていく
- ・スキルの高い参加者の場合にはタイムまでの時間は少し長めにとり、スキルの低い参加者や緊張の強い参加者の場合にはタイムまでの時間は短めにとる

3. 質問の仕方

- ・質問は明確に具体的に (悪い例: 「いかがでしたか?」 良い例: 「xxxxxxxという言葉を試してみて、患者さんの反応は想像していた・・・・・・・・と比べて同じでしたか? 違いましたか? 何が違いましたか?」)
- ・参加者のコメントを明確に具体的に (例: 「今おっしゃったxxxxxxxxxというのは具体的にどのような言葉や態度からそのように感じたのでしょうか?」)
- ・参加者の発言回数が偏らないように調整する
- ・決まった順ではなく、ランダムにコメントを求めることによって、参加者の集中力を維持する

4. ディスカッションのテーマの扱い方

- ・医師役が難しいと挙げたポイントをディスカッションする
- ・医師役の疑問点やオブザーバーの意見以外で扱うべき点がある場合はサブファシリテーターに意見を求める、あるいは自ら提示する
- ・オブザーバーが同調して医師役へのネガティブフィードバックに傾いた場合は中立的な言葉に言い換えるなどして医師役を守る (例: 今xxxxxxxと言われましたけど、それ

3) ビデオ学習 手順

CSTテキスト32ページ 進行ガイド：本テキスト39ページ

1. 目的：SHARE を具体的にイメージすること
2. ロール・プレイでのロールモデルになるため、重要な発言はビデオを止めて注意を促す
3. ビデオの停止ポイントの目安はマニュアル参照
4. SHARE の要素をできるだけ満遍なく説明する
5. 質問を促す
6. よくある質問と回答例
 - ・デモビデオの「SHARE を使わない例」は現実的ではない
 - ビデオと全て同じ態度の医師は確かにいないと思いますが、一部を取り出すと経験のある先生は意外に多いようです。〇〇さんがこのようなコミュニケーションをとったご経験がないのであれば素晴らしいですね
 - ・デモビデオの「SHARE を使った例」は実際時間がかかりすぎてできない
 - ビデオの内容を全て行なうというのではなく、一部使えそうなスキルを面接中に取り入れるというように考えてください
 - ・(言葉一つ一つに対して) 〇〇はおかしい
 - あれもこれも入れるために少し不自然になっていることがあるかもしれませんが、次から行うロール・プレイでさまざまな言葉を試していただき、ご自分に合った言葉を見つけていただきたいと思います。実際の面接でどんどん使って、自然に出てくるようにしてください
 - それでは、どんな言葉だったら自然でしょうか？
7. 病状説明は長いので早送りすると時間が短縮できる
8. ビデオを見ているときの反応や質問内容から参加者のモチベーションなどを推測する

2) 講義 手順

CSTテキスト5ページ 進行ガイド：本テキスト17ページ

1. 講義の目的：SHARE の内容を理解すること
2. パワーポイントを使用する場合はテキストとパワーポイントが対応していることを告げる
3. ファシリテーター養成講習会資料の太字部分を特に強調して説明する
4. 質問があれば適宜対応する

2-3. CST ファシリテート手順

1) 他己紹介手順

CSTテキスト： 31ページ 進行ガイド：本テキスト16ページ

1. 他己紹介の説明
 - ・ 隣の人と2人一組になる
 - ・ 一方がインタビューされる人、他方がインタビューする人になる
 - ・ 3分間ずつ交替で氏名、専門、CST参加の動機、経験、その他をインタビューする
 - ・ 順番に他のグループメンバーに隣の参加者を1分程度で紹介する
2. 参加者が奇数の場合はサブファシリテーター（いない場合はファシリテーター）も入る
3. 時間を計り、3分経過時点で交替の合図をする
4. さらに3分経過後、終わりの合図をする
5. ファシリテーターの自己紹介（またはサブファシリテーターを紹介）
6. サブファシリテーターの自己紹介（またはファシリテーターを紹介）
7. 順番に隣の参加者の紹介を促す
8. 適当に質問などを投げかけて、場を盛り上げる

3-2. オリエンテーション 進行ガイド

あいさつ

- ファシリテーター自己紹介：氏名、職種、以下のような一言を添える
→「これから2日間皆さんと一緒に学べることを楽しみにしています」

グループ・ワークについて

- 資料〇枚目に2日間のメンバーとスケジュールがあります
- テキスト3ページにこの2日間行なう内容と目標があります
- 質問やディスカッションを積極的にしましょう。遠慮は禁物ですが、受け手に配慮した発言を心がけましょう。またグループ・ワークなので、一人が引いてしまう（居眠りなど）とグループの士気が下がってしまいますので積極的にグループへ参加するようお願いします
- ロール・プレイシナリオなど現実と異なることがあるかもしれません。変更可能です
- 「さん付けルール」と「ラフな服装」をお願いしていますが、それは日常の仕事から離れ、対等で安全な環境で学習するためです
- 昼食はグループごとに摂りたいと思います
- グループ内に撮影希望者がいる場合は、グループメンバーの了承を得た上で、2日目の昼食後に撮影時間を設け、模擬面接風景を撮影してもらうことができます。希望者は申し出てください
→希望者ありのときは、グループ内の了承を得た上で、SPの方に依頼し2日目昼食後に時間をとる

見学者への連絡事項

- ロール・プレイ中はお静かに願います
- ロール・プレイ中の出入りはご遠慮下さい
- 休憩時間などに参加者と交流をもつことは可ですが、ロール・プレイに関するフィードバックをすることはご遠慮下さい
- ロール・プレイの様子については、参加者のプライバシーに配慮するため他言しないようお願いします
- 配布した資料についてはお持ち帰りになって結構ですが、模擬患者資料は外部への公開、参加予定者への提示はご遠慮下さいますようお願いいたします
- 見学者の方の自己紹介「こういう目的で今回見学をします」をお願いします

次へ

- それでは他己紹介を始めます。テキスト31ページを開いてください
→他己紹介終了後「講義」サブファシリテーターはパワーポイント用意

3-3. 他己紹介 進行ガイド

導入

- それではまず他己紹介を行ないます。テキスト31ページを開いてください

他己紹介の目的と方法説明

- 他己紹介の目的は、ロール・プレイや他の参加者に対する緊張緩和、グループの凝集性の向上です
 - 隣の人とペアを作って交替で相手にインタビューし、ペアの相手を全員に紹介します
 - 3分間でインタビュアーを交替します
 - インタビュー内容は氏名、専門、及び資料に記載されている内容（CSTの経験、参加理由、期待していること、ロール・プレイに対する気持ち）を必ず含めてください
 - インタビュー終了後順番に他のグループメンバーに隣の参加者を1分程度で紹介します
 - それではペアを決めましょう
- ファシリテーターがペアを確認する

その他の注意事項

- 参加者が奇数の場合はサブファシリテーター（いない場合はファシリテーター）も入る
- インタビュー開始前に質問の有無を確認する

インタビュー実施

- インタビューの順番をペアごとに決めてもらう
- 3分経過時点で交替の合図をする
- さらに3分経過後、終わりの合図をする

他己紹介実施

- ファシリテーターの自己紹介（またはサブファシリテーターを紹介）
- サブファシリテーターの自己紹介（またはファシリテーターを紹介）
- 順番に隣の参加者の紹介を促す
- 適当に質問などを投げかけて、場を盛り上げる
- まとめ

→例「皆さん初めてのロール・プレイで緊張されているようですね」「ひとつでも多くスキルを獲得していただいて日常の臨床に役立てていただければと思います」

次へ

- それでは講義を始めます テキスト5ページを開いてください

4. 講義

4-1. 講義進行ガイド

導入

- それでは講義を始めますのでテキスト5ページを開いてください

講義の目的説明

- 講義の目的は、SHAREの内容を理解していただくことになります
- テキストとパワーポイントが対応しておりますので、どちらを見ていただいても構いません

講義

- ファシリテーター養成講習会資料の太字部分を特に強調して説明する
 - 質問があれば適宜対応する
- 講義終了後、ビデオ学習（サブファシリテーターはビデオの用意）

4-2. 講義資料

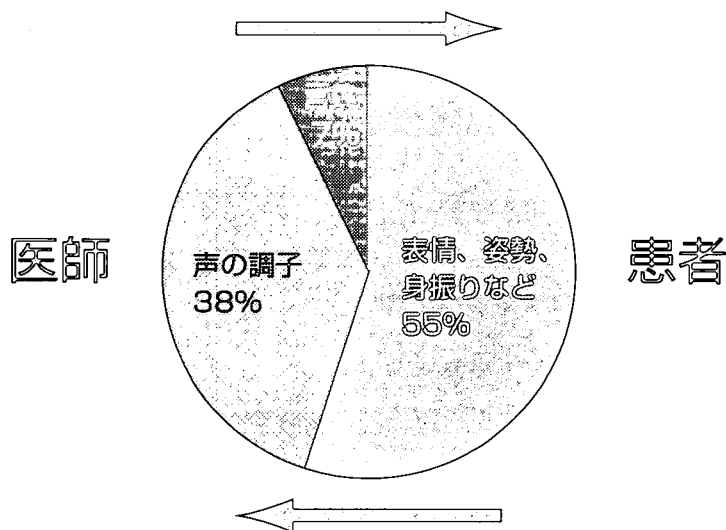
(1) がん医療における 患者－医師間のコミュニケーション

SHARE 講義テキスト
(CST テキスト 5 ページ～ 28 ページ)

1. コミュニケーションとは

語源：communicare（ラテン語）

意味：共有する



Mehrabian (1971) Silent Message

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。

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。

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。

4. 基本的なコミュニケーション・スキル

環境設定：

身だしなみを整える、静かで快適な部屋を設定する、時間を守る、座る位置に配慮する、目や顔を見る、目線は同じ高さを保つ、挨拶をする、名前を確認する、礼儀正しく接する。

質問するスキル：

患者に話すように促す、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、相づちを打つ、患者の言うことを自分の言葉で反復する。

共感するスキル：

患者の気持ちを探求し理解する、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

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

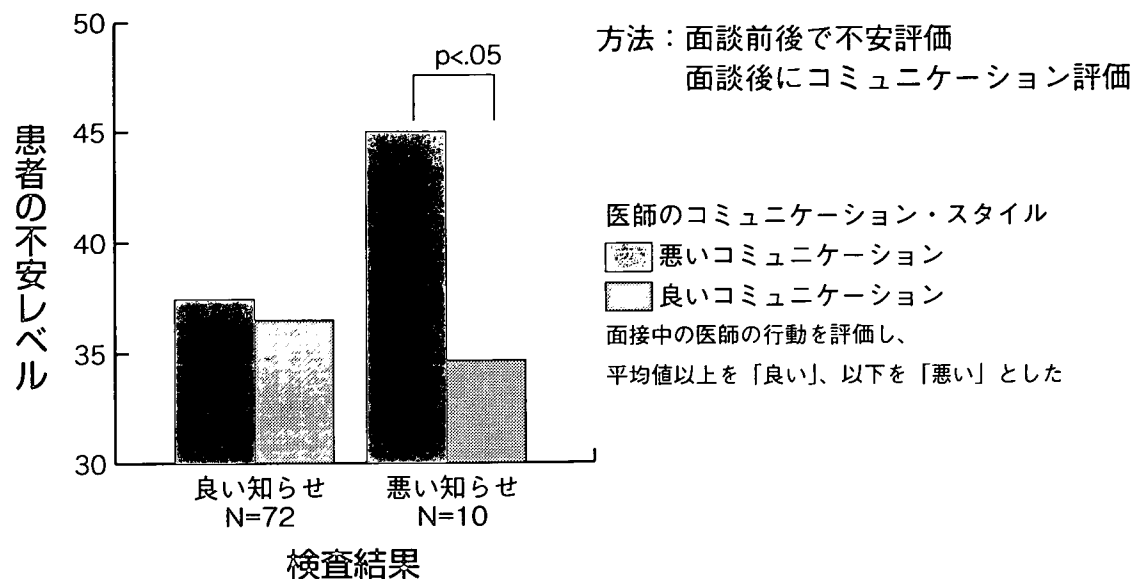
デザイン：手術後 6 ヶ月時点での横断調査
対象：乳がん患者 100 名

	ストレスとの関連性
精神疾患既往歴	あり
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	あり
がん診断以前の生活上のストレス	あり
ソーシャルサポート	なし
身体状態	なし

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

手術後 6 ヶ月の乳がん患者の心理的適応感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・スタイルが患者の心理的適応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



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. 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。

3. ガイドラインと患者の意向

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

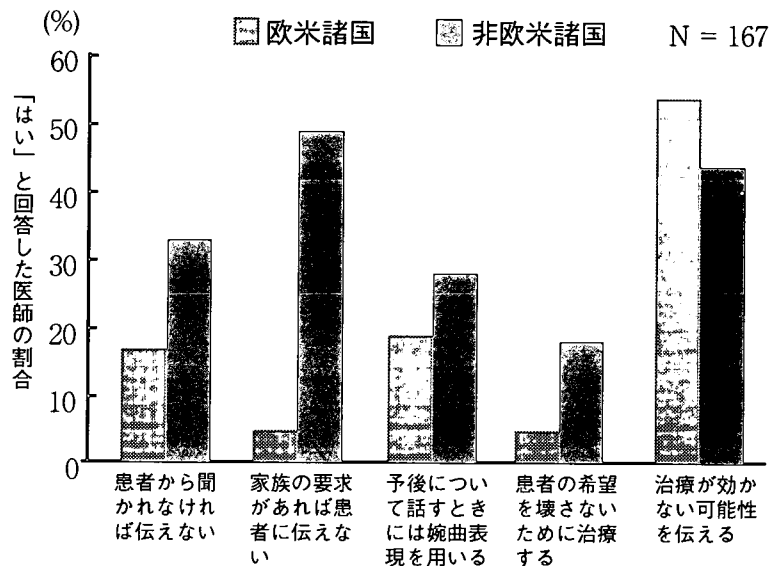
推奨されているコミュニケーション	望む (%)	
	森州 N=144	日本 N=529
あらゆる情報を伝える	78	79
直接会って伝える	77	91
家族を同席させる	57	78
他の医療従事者を同席させる	13	18
情報が確実になってから伝える	-	58
手や肩に触れる	-	7
婉曲的な言葉を使わない	-	17
段階的に伝える	-	32

Butow et al. (1996) Cancer 77:2630-2637; Fujimori et al. (2007) Psychooncology 16:573-581

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。

4. コミュニケーションと文化

悪い知らせを伝える際のコミュニケーションは文化により異なる



Baile et al. (2002) J Clin Oncol 20: 2189-2196.

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つい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、患者から聞かれなければ伝えないという回答は、欧米諸国のがん専門医に比して、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。