

# 日常診療に 役立つ トピックス

## コミュニケーション・スキル(SHARE)

山田 祐, 藤森麻衣子, 白井由紀, 柴山 修, 田中享子, 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

### はじめに

患者-医師間のコミュニケーションの重要性は、古くから医療者の中で認識されてきた。一方、これまでコミュニケーションに関する議論は、経験的もしくは概念的なものに終始したものが多く、科学的手法を用いた研究が遅れている傾向にあった。そのような状況の中、われわれは実際にかん患者のコミュニケーションに関する意向調査を行い、その結果を踏まえ、わが国独自のコミュニケーション・スキル(SHARE)、またがん医療に携わる医師を対象としたSHAREを用いたコミュニケーション・スキル・トレーニング(communication skills training: CST)を開発した。本稿では、SHARE、およびSHARE-CSTの開発、およびその展開に関して簡単に紹介する。

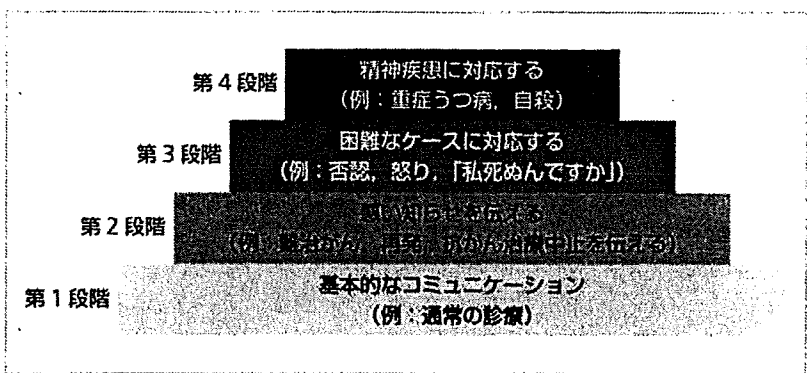


図1 患者-医師間のコミュニケーションの4段階

### 基本的なコミュニケーション

患者-医師間のコミュニケーションは、図1に示すように、通常の診療から精神疾患を有する患者の診療まで幅広いレベルが存在する。後で紹介するSHAREは、コミュニケーションの第2段階のコミュニケーション・スキルであり、このス

キルを学ぶためには、第1段階である通常の診察などにおける基本的なコミュニケーション・スキルを習得していることが前提となっている。基本的なコミュニケーション・スキルの内容については表1に示す通りである。患者の気持ちを探索し理解するというような共感するスキルなど、実践することが多少難しいス

表1 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

スキルが含まれている一方、時間を守ることや礼儀正しく接することなど基本的なマナーも含まれている。実際の診療場面で基本的なコミュニケーションに注意して患者と接するように努力するだけでも、コミュニケーション向上のための第一歩となり有効であるといえよう。

コミュニケーションに関する患者の意向調査から SHARE 開発へ

SHARE は、前述したコミュニケーションのレベルでは第2段階にあたる、悪い知らせを伝えるコミュ

ニケーション・スキルである。そもそも悪い知らせとは「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知らせ」と定義されている<sup>1)</sup>。がん医療においては難治がんの診断や再発、また抗がん治療の中止といった知らせが含まれる。

悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーション行動は患者のストレスと関連すること<sup>2)</sup>が知られており、患者のストレス軽減を目的に医療者など専門家によるコミュニケーションに関するガイドラインが欧米を中心に作成された。しかしながら、実際にコミュニケーションに

関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の中には必ずしも患者が医師に対して望んでいないコミュニケーション（例：手や肩に触れながら悪い知らせを伝える）が含まれていることが<sup>3)</sup>明らかとなった。また、コミュニケーションに関する患者の意向には文化差があり<sup>4)</sup>、悪い知らせを伝えられた後の気持ちへ配慮を望むことや、他の患者がどのような質問をするのか知りたいなど、わが国の文化的特徴も明らかとなってきた。そこで、わが国における悪い知らせを伝えられる際の患者の意向調査を行い、その結果を踏まえたコミュニケーション・スキルを開発することにした。

わが国のがん患者が悪い知らせを伝えられる際に医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるかを明らかにするために、42名のがん患者と7名のがん専門医を対象とした面接調査<sup>5)</sup>、および529名のがん患者を対象とした質問紙調査<sup>6)</sup>を行った。その結果、がん患者が悪い知らせを伝えられる際に望む、あるいは望まないコミュニケーションは「Supportive environment（支持的な環境設定）」「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）」の4つのカテゴリーにまとめられた。これら研究結果から得られた悪い知らせを伝える際の患者の意向の構成要素を、その頭文字から SHARE とした。SHARE は、がん医療において医師が患者に悪い知らせを伝える際の効果的なコミュ

ニケーションを実践するための態度や行動を示している。内容については、表2に簡単に示す<sup>7)</sup>。

### SHAREに基づいた コミュニケーション・スキル・ トレーニング (SHARE-CST) の開発

医療現場では、コミュニケーションは人間性や性格によるものであり、学べるものではないと長らく考えられてきた。しかしながら、患者-医師間のコミュニケーションに関する基礎的研究、介入研究が少しずつ進むにつれて、コミュニケーション・スキルは医療者に必須であり、学習によって変容が可能な技術であることが認識されてきた。患者-医師間のコミュニケーションを学習する方法として、医療者を対象としたCSTが開発され、欧米でCSTが行われてきた。

われわれも欧米のプログラムを参考に、SHAREの各スキルの獲得を目標としたCSTプログラム (SHARE-CST) を開発した。がん臨床経験3年以上の医師4名と進行役であるファシリテーター2名を1グループとし、講義2時間とロール・プレイ8時間からなる2日間 (計10時間) のプログラムである。プログラムの大部分をロール・プレイにあてている理由は、コミュニケーション・スキルを獲得するためには講義を聞いて知識を増やすだけでは不十分であり、実際に人を相手に言葉を口に出し、相手の反応をみて、次の適切な言葉や態度を考えるという作業を繰り返すことが、臨床場面で応用可能なコミュニケーション・スキルの獲得につながるからで

表2 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル (SHARE)

#### Supportive environment (支持的な環境設定)

- 十分な時間を設定する
- プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する
- 面談が中断しないように配慮する
- 家族の同席を勧める

#### How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)

- 正直に、わかりやすく、丁寧に伝える
- 患者の納得が得られるように説明する
- はっきりと伝えるが「がん」という言葉は繰り返し用いない
- 言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる
- 質問を促し、その質問に答える

#### Additional information (付加的な情報)

- 今後の治療方針を話し合う
- 患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う
- 患者が相談や気がかりを話すように促す
- 患者の希望があれば、代替療法やセカンドオピニオン、余命などの話題を取り上げる

#### Reassurance and Emotional information (安心感と情緒的サポート)

- 優しさと思いやりを示す
- 患者に感情表出を促し、患者が感情を表出したら受け止める (例: 沈黙、「どのようなお気持ちですか?」、うなずく)
- 家族に対しても患者と同様に配慮する
- 患者の希望を維持する
- 「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける

(文献7より引用)

ある。ロール・プレイは、参加者1名が医師役となり模擬患者を相手に模擬面接を行い、他の参加者はその面接を観察する。大腸がんや乳がんなど各疾患の「難治がんの診断」「再発」「積極的抗がん治療の中止」の場面についてあらかじめシナリオが作成されており、医師役がその中から1つ選択しシナリオに沿って面接を行う。医師役1名に対して1回1時間のセッション (2日間で医師1名に対して2セッション) を行う。1セッションの中で短くて数

十秒、長くて10分ほどのロール・プレイが複数回行われ、ロール・プレイで医師役が難しいと感じた点について、他の参加者とともにディスカッションを行う。ロール・プレイの時間を短くしている理由は、医師役が難しいと感じるポイントが複数となりその後のディスカッションが散漫になることを防ぐためである。SHARE-CSTは、参加者同士のディスカッションを通じてSHAREに基づいた問題解決を目指す、参加者中心型のプログラムである。

## SHARE, および SHARE-CST の展開

2007年4月に施行されたがん対策基本法に基づき策定されたがん対策推進基本計画には「がん医療における告知等の際には、がん患者に特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」という文章が明記されている。この計画に沿って2007年度から、厚生労働省委託事業として日本サイコオンコロジー学会協力の下、財団法人医療研修推進財団が全国でSHARE-CST(がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション技術研修会との名称で公募している)を開催している。2009年3月までにこの研修会を受講したがん専門医は172名であり、その他の場所で行われた研修会を含めSHARE-CSTを修了した医師は250名ほどにのぼる。またSHARE-CSTの進行役であるファシリテーターも並行して養成しており、現在55名のファシリテーターが認定され、SHARE-CST普及のための基盤がつけられている。

SHAREは日本国内のみならず、東アジアの国にも広がっている。

2008年にはSHAREはハンゲル語に翻訳され、その後、韓国国立がんセンターにおいて第1回目の韓国版SHARE-CSTが行われた。また、台湾においてSHAREを導入する準備が現在行われている。

### おわりに

SHAREおよびSHARE-CSTの開発、またそれらの展開について概略した。この稿を読み、SHAREについて興味をもたれた方は先ほど紹介した研修会に参加されることをお勧めする(連絡先は下記を参照)。研修会参加により、教科書だけでは決して得られないコミュニケーションのダイナミクスを体験でき、臨床現場で応用可能、かつ有効なコミュニケーション・スキルが獲得できるであろう。今後、多くのがん医療に携わる医師が効果的なコミュニケーション・スキルを獲得し、患者のストレスの軽減、ひいては患者のQOL全体の向上につながることを期待される。

がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション技術研修会

問い合わせ先：財団法人医療研修推進財団

ホームページ：<http://www.pmet.or.jp/>

### ●文献

- 1) Buckman R: Breaking bad news: why is it still so difficult? Br Med J 288: 1597-1599, 1984
- 2) Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N: Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. Soc Sci Med 53: 1335-1350, 2001
- 3) Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, et al: When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. Cancer 77: 2630-2637, 1996
- 4) Baile WF, Lenzi R, Parker PA, et al: Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. J Clin Oncol 20: 2189-2196, 2002
- 5) Fujimori M, Akechi T, Akizuki N, et al: Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. Psychooncology 14: 1043-1051, 2005
- 6) Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psychooncology 16: 573-581, 2007
- 7) 内富庸介, 藤森麻衣子(編): がん医療におけるコミュニケーション・スキル. pp 11-22, 医学書院, 東京, 2007



がん対策基本法を受けて変わりつつあること  
—今後の緩和ケアを見つめて—

## 医師のコミュニケーション技術の向上を図るための コミュニケーション技術研修会について

山田 祐\* 藤森麻衣子\* 白井由紀\* 柴山 修\*  
田中享子\* 内富庸介\*

当部では、悪い知らせを伝えられる際のわが国の患者の意向調査をおこない、その結果を踏まえたコミュニケーション・スキルであるSHARE、およびSHAREを用いたコミュニケーション技術研修プログラム (SHARE-CST) を開発した。現在、厚生労働省委託事業としてがん医療に携わる医師を対象に、全国でSHARE-CSTの研修会がおこなわれている。今後、多くの施設でSHARE-CSTを開催できる環境を構築することで、SHARE-CSTの普及をめざす。また、がん医療を超えたコミュニケーション技術研修プログラムや医師以外の職種に対するプログラムの開発により、より多くの医療者のコミュニケーション・スキルの向上をめざす。

### はじめに

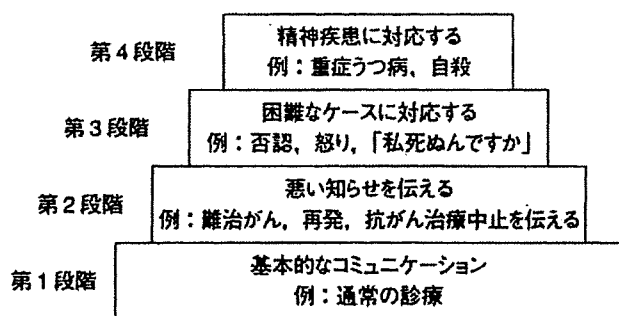
患者-医師間のコミュニケーションの重要性は、多くの研究によって指摘されており、医療者を含め多くの人々に認識されるようになってきた。がん医療に目を向けると、がん対策基本法が2007

年4月に施行され、その基本理念の一つに「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること。」が明記されており、基本法を受けて策定されたがん対策推進基本計画には、「がん医療における告知等の際には、がん患者に対する特段の配慮が必要であることから、医師のコミュニケーション技術の向上に努める」という文章が盛り込まれている。それを考慮すると、医師のコミュニケーション技術向上がいかに重要視されているかがわかる。この施策に沿って2007年度から、厚生労働

### KEY WORDS

コミュニケーション技術研修プログラム  
SHARE  
SHARE-CST  
ファシリテーター

\* YAMADA Yu, FUJIMORI Maiko, SHIRAI Yuki, SHIBAYAMA Osamu, TANAKA Kyoko, UCHITOMI Yosuke/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



図① 患者-医師間のコミュニケーションの4段階

省の委託事業としてがん医療に携わる医師に対するコミュニケーションに関する研修会が全国ではじまっている。

当部では、がん患者のコミュニケーションに関する意向調査をおこない、その結果を踏まえたわが国独自のコミュニケーション・スキル (SHARE), およびSHAREを用いたコミュニケーション技術研修プログラム (SHARE communication skills training: SHARE-CST) を開発し、がん医療に携わる医師を対象に研修会を実施してきた。本稿では、意向調査からSHAREの開発までの過程、SHARE-CSTの開発とその内容、研修会の実施状況、SHARE-CSTの進行役であるファシリテーター養成プログラムの開発・実施、今後の展望について紹介する。

## 1. コミュニケーションに関する患者の意向調査からSHAREの開発までの過程

患者-医師間のコミュニケーションは、図①に示すように、通常の診療から精神疾患を有する患者の診療まで大きく分けて4つのレベルが存在する。SHAREは、第2段階にあたる悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキルである。そもそも悪い知らせとは、「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知らせ」と定義されており<sup>1)</sup>、がん医療においては難治がんの診断や再発、また抗がん治療の中止といった知らせが含まれる。

悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーションは患者のストレスと関連すること<sup>2)</sup>が知られており、患者のストレス軽減を目的に医療者など専門家によるコミュニケーションに関するガイドラインが欧米を中心に作成された。しかしながら、実際にコミュニケーションに関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のなかには、必ずしも患者が医師に対して望んでいないコミュニケーション (例：手や肩に触れながら悪い知らせを伝える) が含まれていること<sup>3)</sup>が明らかとなった。また、コミュニケーションに関する患者の意向には文化差があること<sup>4)</sup>も指摘されている。そこで、わが国における悪い知らせを伝えられる際の患者の意向調査をおこない、その結果を踏まえたコミュニケーション・スキルを開発することにした。

わが国のがん患者が悪い知らせを伝えられる際に、医師に対してどのようなコミュニケーションを望んでいるかを明らかにするために、まず42名のがん患者と7名のがん専門医を対象とした面接調査をおこない<sup>5)</sup>、その後529名のがん患者を対象とした質問紙調査をおこなった<sup>6)</sup>。その結果、がん患者が悪い知らせを伝えられる際に望む、あるいは望まないコミュニケーションとして70の要素が抽出された。これらは、内容の類似性から“Supportive environment (支持的な環境設定)”, “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)” の4つのカテゴリーにまとめられた。これらの研究結果から得られた悪い知らせを伝えられる際の患者の意向の構成要素を、その頭文字からSHAREとした。SHAREの内容については表①に簡単に示す<sup>7)</sup>。

表① 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル (SHARE)

Supportive environment (支持的な環境設定)
<ul style="list-style-type: none"> <li>十分な時間を設定する。</li> <li>プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する。</li> <li>面談が中断しないように配慮する。</li> <li>家族の同席を勧める。</li> </ul>
How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)
<ul style="list-style-type: none"> <li>正直に、わかりやすく、丁寧に伝える。</li> <li>患者の納得が得られるように説明する。</li> <li>はっきりと伝えるが「がん」という言葉はくり返し用いない。</li> <li>言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる。</li> <li>質問を促し、その質問に答える。</li> </ul>
Additional Information (付加的な情報)
<ul style="list-style-type: none"> <li>今後の治療方針を話し合う。</li> <li>患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う。</li> <li>患者が相談や気がかりを話すように促す。</li> <li>患者の希望があれば、代替療法やセカンドオピニオン、余命などの話題を取り上げる。</li> </ul>
Reassurance and Emotional support (安心感と情緒的サポート)
<ul style="list-style-type: none"> <li>優しさと思いを示す。</li> <li>患者に感情表出を促し、患者が感情を表出したら受け止める (例:沈黙、「どのようなお気持ちですか?」、うなづく)。</li> <li>家族に対しても患者同様配慮する。</li> <li>患者の希望を維持する。</li> <li>「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける。</li> </ul>

(藤森麻衣子, 2007<sup>7)</sup>より引用)

## 2. SHAREを用いたコミュニケーション技術研修プログラム (SHARE-CST) の開発, およびその内容

医療現場では、コミュニケーションは人間性や性格によるものであり、学習によって変容できるものではないと考えられてきた。しかしながら、患者-医師間のコミュニケーションに関する基礎的研究、介入研究が進むにつれて、コミュニケーションは学習によって変容が可能な技術であることが認識されてきた。コミュニケーション・スキルを学習する方法として、医療者を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニング (CST) が開発され、欧米を中心にCSTがおこなわれてきた。

われわれも欧米のプログラムを参考に、

SHAREの各スキルの獲得を目標としたCSTプログラム (SHARE-CST) を開発した。がん臨床経験3年以上の医師4名と進行役であるファシリテーター2名を1グループとし、講義2時間とロール・プレイ8時間からなる2日間 (計10時間) のプログラムである。講義を聞き知識を増やすだけでなく、実際に言葉を口に出し、相手の反応をみて、次の適切な行動を考えるという作業をくり返すことが、臨床場面で応用可能なコミュニケーション・スキルの獲得につながることから、プログラムの大部分をロール・プレイにあてている。ロール・プレイでは、参加者1名が医師役となり模擬患者を相手に模擬面接をおこない、他の参加者はその面接を観察する。大腸癌や乳癌など各疾患の「難治がんの診断」「再発」「積極的抗がん治療の中止」の場面についてあらかじめシナリオが作成されている。医師役はそのなかから一つを選択しシナリオに沿って面接をおこなう。医師役1名に対して1回1時間のセッション (2日間で医師1名に対して2セッション) をおこなう。SHARE-CSTは、参加者同士のディスカッションを通じてSHAREにもとづいた問題解決をめざす、参加者中心型のプログラムとなっている。

## 3. コミュニケーション技術研修会の実施状況

がん対策推進基本計画の施策に沿って2007年度から、厚生労働省委託事業として日本サイコロジ学会協力のもと、財団法人医療研修推進財団が全国でSHARE-CSTを用いたコミュニケーション技術研修会 (「がん医療に携わる医師のためのコミュニケーション技術研修会」との名称で公募している) を開催している。2007年度は大阪府、宮城県、福岡県、千葉県の4カ所、2008年度は北海道、大阪府、石川県、福岡県、東京都の5カ所でおこなわれ、2009年3月までに全国の医師172名が受講した。また、各施設で独自に開催するSHARE-CSTの研修会なども含め

ると、246名の医師がSHARE-CSTを修了している。参加者の背景は、がん臨床経験が中央値で14年、専門は内科と外科がほぼ半数であり、内科のなかでは呼吸器や緩和医療を専門としている医師が比較的多い。研修会前後のアンケートによると、参加者のSHARE-CSTに対する満足度は高く、研修会後はコミュニケーションに対する自信が高くなっている。アンケート結果を今後公表し、研修会の改良につなげていく予定である。

#### 4. ファシリテーター養成プログラムの開発・実施

前述したように、SHARE-CSTはロール・プレイに多くの時間を使い、ロール・プレイをもとに参加者でおこなうディスカッションに重点を置いている。ロール・プレイやディスカッションを進行するファシリテーターは重要な役割を担っており、ファシリテーターを養成することはSHARE-CSTの普及にとって必要不可欠である。われわれは講義、ロール・プレイのファシリテート方法、またSHARE-CSTを運営するためのスキルを学習することを目的としたファシリテーター養成プログラムを開発した。このプログラムはがん臨床経験3年以上の医師、臨床心理士、リエゾン精神看護専門看護師が対象である。ファシリテーター養成講習会を受講するための条件として、がん専門医（オンコロジスト）はSHARE-CSTへの参加、がん医療に携わる精神科・心療内科医師、臨床心理士、リエゾン精神看護専門看護師（以上サイコオンコロジスト）はSHARE-CSTの見学を必須とした。実際のプログラムは参加者6～8人、講師1人を1グループとし、講義とグループワーク（6日間、30時間）で構成され、SHARE-CST同様、ロール・プレイに重点を置いている。この30時間のプログラムに参加後、認定ファシリテーターの指導のもとで実際のSHARE-CSTでファシリテーターの経験を経て、ファシリテーターとして認定される。このプログラムをおこなって

る講習会は、以前は日本サイコオンコロジー学会によって開催されていたが、2008年度より厚生労働省委託事業として医療研修推進財団が主催している。2009年3月現在、全国で55名のファシリテーターが認定されており、本年度も12名のファシリテーターが新たに誕生する予定である。

#### 5. 今後の展望

①SHARE-CSTの更なる普及、②がん医療を超えたコミュニケーション技術研修プログラムの開発、③医師以外の職種に対するコミュニケーション技術研修プログラムの開発の3つの方向性を考えている。

①認定ファシリテーターはSHARE-CSTの運営に関して講習会で学んでおり、医療研修推進財団が主催する研修会以外に、独自にSHARE-CSTの研修会を開催することが可能である。2007年3月に静岡県立がんセンターではじめて個別開催がおこなわれ、その後、国立病院機構金沢医療センターで3回開催された。個別開催をおこなうには、場所の確保や参加者・ファシリテーターの日程調整などの事務手続きを誰がおこなうのか、経費の捻出方法などさまざまな課題が存在するが、個別開催の運営についてのノウハウをメーリングリストや年1回の地固め講習会において認定ファシリテーターで共有し、課題を検討することで、個別開催の実施を促進しSHARE-CSTの更なる普及をめざす。

②SHARE-CSTは成人の悪性腫瘍のシナリオをもとに、医師が患者に悪い知らせを伝える場面を取り扱っているが、2008年度の研修会ではじめて4名の小児科医の応募があり、小児悪性腫瘍の設定にアレンジしてSHARE-CSTをおこなった。その後1名の小児科医が認定ファシリテーターとなり、本年度は2名の小児科医がファシリテーター養成講習会を受講している。今後、小児科の設定に合ったコミュニケーション技術研修プログラムの開発を、認定ファシリテーターが中心となって



取り組む予定である。診療科独自のコミュニケーション技術研修プログラムの開発に関しては、緩和医療を専門とする認定ファシリテーターも検討中である。今後、医師の専門にあわせて適切なプログラムを選択できる体制の構築をめざす。

③患者とのコミュニケーションについて問題をかかえているのは医師だけではなく、悪い知らせを伝えられた後の患者と接する看護師や作業療法士・理学療法士、また放射線技師等も同様である。また、病棟や外来で服薬指導をおこなうようになり患者と接する機会が増えた薬剤師も、コミュニケーションに関して問題をかかえている。今後、各職種がかかえている問題を取り扱う職種ごとのコミュニケーション技術研修プログラムの開発を進めることで、患者を取り巻く多くの医療者のコミュニケーション・スキルの向上をめざす。

### おわりに

以上、患者の意向調査からSHAREの開発までの過程、SHARE-CSTの開発とその内容、研修会の実施状況、ファシリテーター養成プログラムの開発・実施、今後の展望について概説した。今後、がんに携わる医療者が効果的なコミュニケーション・スキルを獲得することによって、患者のストレスの軽減、ひいては患者のQOL (quality

of life) 全体の向上につながることを期待される。

### 文献

- 1) Buckman R : Breaking bad news : why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)* 288 : 1597-1599, 1984
- 2) Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N : Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Soc Sci Med* 53 : 1335-1350, 2001
- 3) Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ *et al* : When the diagnosis is cancer : patient communication experiences and preferences. *Cancer* 77 : 2630-2637, 1996
- 4) Baile WF, Lenzi R, Parker PA *et al* : Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news : an exploratory study. *J Clin Oncol* 20 : 2189-2196, 2002
- 5) Fujimori M, Akechi T, Akizuki N *et al* : Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. *Psychooncology* 14 : 1043-1051, 2005
- 6) Fujimori M, Akechi T, Morita T *et al* : Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 16 : 573-581, 2007
- 7) 藤森麻衣子 : 患者が望むコミュニケーション、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、内富庸介, 藤森麻衣子編, 医学書院, 東京, 2007, pp.11-22



# Communication

医師・患者関係

## 急性白血病患者に対する コミュニケーション・スキル

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

山田 祐

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

柴山 修

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

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

田中享子

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

白井由紀

国立がんセンター東病院臨床開発センター  
精神腫瘍学開発部部長

内富庸介

### はじめに

急性白血病の初期治療の特徴は、①骨髄抑制が重篤である多剤併用の強力な化学療法であること、②診断時に播種性血管内凝固症候群(disseminated intravascular coagulation; DIC)などの合併症により全身状態が不良なことが多いため、治療開始が急がれることである。患者は通常、診断が確定すると即日入院を強いられるため、これまで送ってきた生活が突然中断させられる。また入院後は、致死的な合併症が併発する可能性のある化学療法がすぐに開始されることを考慮すると、患者が受けるストレスのレベルは計り知れない。通常の悪性腫瘍の場合においても、発症初期に患者・家族が疾患や治療についてきちんと理解することは難しい。まして急性白血病の場合は、遺伝子検査の結果が治療法の選択に影響することや造血幹細胞移植などの専門的な医療について、専門家以外の医療者ですら理解することが困難な内容が含まれる。そのため、急性白血病の病名告知時に疾患や治療について十分に理解し、納得したうえで患者が治療を選択するという場面は決して多くない。このような状況のなか、医療者は患者・家族に病名を告知し、適切な治療法や副作用について説明する必要があるが、難解な内容をわかりやすく説明することと同時に、余計な不安を与えることのないように配慮しながら話を進めることは至難の業である。

SHAREは前号で紹介したように、癌医療において医

師が患者に悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーションを実施するための態度や行動を示している<sup>1)</sup>。今号では、初発の急性骨髄性白血病の患者とその家族に対して病名を告知する場面を通して、SHARE([S] Supportive environment, [H]How to deliver the bad news, [A]Additional information, [RE]Reassurance and Emotional support)を用いたコミュニケーション・スキルを紹介する。

### 急性骨髄性白血病を伝える(病歴は図1参照)

#### 1. STEP 1—面談を開始する

医師 「〇〇さん、お入りください」

患者 「はい、失礼します」

医師 「長い時間お待たせしてすみません。先ほどの骨髄の検査は痛かったでしょう」(共感を示す[RE])

患者 「そうですね。痛いのも痛かったですが、何ともいえない、あの「うっとくる」感じがたまりませんでした。今頃ようやく治まってきた感じです」

医師 「あの検査は嫌ですよ。他の皆さんもよくそうおっしゃいます」(共感を示す[RE])

「さきほどの検査から少し時間が経ちましたが、お気持ちのほうはどうでしょうか?」(オープン・クエスチョンを用いて患者の気がかりや懸念を聞く[RE])

患者 「やはり検査の結果が気になりますね。悪いものじゃなければいいですが」

医師 「気になりますよね」(共感を示す[RE])

症例：42歳、男性  
 主訴：皮下出血、発熱  
 現病歴：生来健康。2ヵ月前より全身倦怠感が出現。2週間前より皮下出血も出現。3日前より発熱したため近医を受診。採血にて血小板減少を認め血液疾患が疑われ、専門病院を紹介され妻とともに受診。  
 検査：血液検査、骨髄穿刺、胸部X線、心電図  
 所見：フローサイトメトリーによりCD7、13、33陽性細胞のモノクローナルな増殖を確認  
 診断：急性骨髄性白血病  
 家族：妻、長男(高校2年生)、長女(中学3年生)  
 職業：会社員(某メーカーの課長)

図1 仮想症例の病歴

「お待たせしていた検査結果が出ましたので、これからお話ししたいと思います。よろしいでしょうか？」

患者 「はい、お願いします」

医師 「その前に、少し今までの経過を整理させてください。2ヵ月前よりだるさが出現して、2週間前より体のあちこちに青あざを認めるようになって。そして3日前より発熱したため近くのA先生のところに行かれたのですよね」(これまでの経過を振り返る[H])

患者 「はい」

医師 「〇〇さんは、A先生のところでは、病気についてどのようにいわれましたか？」(患者の病気に対する認識を確認する[H])

患者 「血小板が下がっているから血液の病気が疑われるといわれました」

医師 「そうですか……。血液の病気とは具体的には？」

患者 「特に病名に関しては、先生は何も……。ただ、早く大きな病院に行ったほうがよいとだけいわれました」

医師 「そうでしたか。それは驚かれたでしょうね」(共感を示す[RE])

患者 「はい。妻は私以上に驚いていましたが……」

医師 「奥さまはさぞびっくりされたでしょうね」(家族に対しても患者同様に配慮する[RE])

患者妻 「はい。何が何だか全くわからなくて……」

医師 「それはきつかったですね」(共感を示す[RE])

## 2. STEP 2—悪い知らせを伝える

医師 「では、検査の結果をお話ししたいと思います。わからないことがあれば、話の途中でも構わないので遠

慮せず質問してください」(いつでも質問できることを伝える[H])

患者 「はい」

医師 「ご心配されていた結果に関してですが……。大変申し上げにくいのですが……」(患者が心の準備をできるように言葉をかける[H])

「先ほど胸のところを針で刺してとった細胞から、白血病細胞が認められました」(明確に伝える[H])

患者 「まさか。私が白血病……」

患者妻 (無言で泣き出す)

医師 (沈黙)……(患者が感情表出できるよう、沈黙の時間をとる[RE])

「驚かれたでしょう」(伏せた目を上げるのを待ってからいたわる言葉をかける[RE])

患者 「ということは、私は治らないのでしょうか？」

医師 (沈黙)……「今後のことが心配ですよ」(共感を示す[RE])

患者 「はい」

医師 (沈黙)……「このように改めて白血病といわれるとショックですよ。当然のことと思います」(共感を示す[RE]、患者の気持ちを保証する[RE])

患者 「……先生、私はこれからどうしたらいいのでしょうか？」

医師 (沈黙)……「順を追って説明しようと思いますが、このままお話を続けてもよろしいですか？」(一方的に伝えるのではなく、患者の意向を確認する[H])

患者 「……はい、お願いします」

医師 「わかりました。ではもう少し病気についてお話をいたします」

## 3. STEP 3—治療を含め今後のことについて話し合う

医師 (紙に書きながら)「白血病といってもさまざまな種類があります。まず病気の進む速さで急性と慢性に分けられます。また急性の中でも、悪い細胞の由来によって骨髄性とリンパ性に分けられます。〇〇さんの場合、骨髄性であると考えています」

患者 「はい。それより先生、治療はどのようなものですか？」

医師 「治療についてはこれからお話しいたします」(一方的に伝えるのではなく患者の意向を確認する[H])

「この病気の治療に関してですが、まず抗癌剤による

治療を早急に行う必要があります」

患者 「早急にといえますと？」

医師 「できれば本日入院していただいて、明日からでも治療を行ったほうがいいです」

患者および妻 「今日入院？ そんな急に……」

医師 「びっくりされますよね」(共感を示す[RE])

患者 「仕事も、そんな簡単に休めないし。どうしたらいいのだろう」

医師 (沈黙)……。

患者妻 「仕事なんてどうでもいいでしょ。あなたの体が一番でしょう」

患者 「そんなのわかっている……。ただ、そんな簡単にはいかないだろ」

医師 (沈黙)……「失礼ですが、どのようなお仕事をされているのですか？」(患者個人の日常生活について話し合う[A])

患者 「会社員です。メーカーで課長をしています」

医師 「今お仕事はお忙しいですか？」

患者 「そうですね。最近新商品の生産が始まって。それを取り仕切っているんです」

医師 「それは急に休むとなると大変ですね」(共感を示す[RE])

(沈黙)……「非常に判断が難しいのですが、どうしても今日の入院が難しいのであれば、明日に延ばすことは構いません。ただ、それ以上入院を延ばすことは、〇〇さんの病気のことを考えると良くないと思います」(正直に伝える[H])

患者 「……なんとか今日中に仕事のけりをつけますので、明日入院でも構いませんか？」

医師 「わかりました。では明日入院ということで、手続きを進めようと思います」

患者 「わがままをいってすみません」

医師 「いえ、本当に急なことですからね……。簡単に治療の話を進めても構いませんか？」(患者の意向を確認しながら話を進める[H])

患者 「はい」

医師 「この病気の治療は、いわゆる抗癌剤の点滴による治療となります。一番はじめての治療を、聞きなれない言葉だと思いますが、寛解導入療法と呼びます」(紙に書いて説明する[H])

「これを行うために約1ヵ月の入院になります」

患者 「ずっと抗癌剤の点滴をするのですか？」

医師 「そのようなことはありません。抗癌剤の点滴は長くても1週間ぐらいで終了します。点滴をしている間は、体は大してきつくありません」(患者が希望をもてる情報も伝える[RE])

「その後徐々に薬の効果が出てくると、体がきつくなることが多いです」(正直に伝える[H])

患者 「やはり髪の毛は抜けるのでしょうか？」

医師 「残念ですが……」(患者が心の準備をできるような言葉をかける[RE])

「髪の毛は抜けます。ただ、治療が終わるころには再度生えてくることもあります。(間を空けて)髪の毛が抜ける以外にも心配な副作用がいくつかあります」

患者 「それは何ですか？」

医師 「抗癌剤というのは、悪い細胞の増殖を抑えるだけではなく、正常な細胞の増殖も止めてしまいます。髪の毛が抜けるのも、正常な細胞増殖を止めてしまうために起こります。正常な血液細胞である白血球、赤血球、血小板が減少するのもこのためです」

患者 「それらの細胞が減るとどうなるのですか？」

医師 「それぞれについて説明しますが、赤血球が減ると立ちくらみのような貧血の症状が出ます。また白血球が減少すると風邪をひきやすくなったり、ひどくなると肺炎などの感染症になったりします。血小板が少なくなると、青あざができたり歯茎から出血しやすくなったりします」(わかりやすい言葉で伝える[H])

患者 「それに対する治療はあるのですか？」

医師 「あります。白血球が減少することに対しては白血球を増加させる薬を使います。貧血と血小板減少に関しては、輸血が必要になる可能性があるかもしれません」(正直に伝える[H])

患者 「そうなんですか……」

医師 「ここまでの話はご理解いただけましたでしょうか？ 難しい話が続きましたが」(患者の理解度を確認しながら話を進める[H])

患者 「何となく、わかったようなわからないような」

医師 「無理もないです」(患者の状態を保証する[RE])

「これは皆さんにお伝えすることですが、この1ヵ月の治療をまず行くと、〇〇さん自身が抗癌剤の治療の感覚がつかめると思います。その後の治療は、この治療の反応や今調べている遺伝子の検査結果によっても変わります」

ます」

患者 「そうなんですか？」

医師 「はい。この寛解導入療法という治療を1ヵ月行って、そこで治療がどれほど効いたかを評価して次の治療法を選択します」

患者 「はい」

医師 「この最初の治療が一番大事になります。何とか頑張ってこの治療をやりとげましょう」

患者 「わかりました」

#### 4. STEP 4—面談をまとめる

医師 「では、今日お話ししたことを整理します」(要点をまとめて伝える【H】)

「まず、検査結果をお知らせしました。そして治療について説明させていただき、明日から入院していただいて、まず約1ヵ月間の治療を行います。その後の治療については、1回目の治療の反応と他の検査結果も含めて選択します。ここまでの説明でご理解いただけましたでしょうか？」(理解度を確認する【H】)

患者 「はい。何とか」

医師 「点滴の方法など細かいことに関しては、入院してからお話しします。ご心配やご不安はありますかと思います。もし相談されたいことがありましたら遠慮なさらずに私たちに話していただき、一緒に話し合いながら治療に取り組んでいけたらと思います」(患者の気持ちを支える言葉をかける【RE】)

患者および妻 「はい、よろしくお願ひします」

### 解 説

実際の診療では、病状が深刻で緊急入院が必要なケースも少なくないが、今回は、重篤な合併症を発症していないため翌日の入院を許可したケースを想定している。なお紙面の都合上、詳細な治療についての説明は省略した。

今回の面接場面を読み、「実際は白血病の病名告知するまであまり時間をかけていられない」、また「単刀直入に「検査結果は白血病でした」と告げ早く治療について説明したほうがよい」と感じられた読者が多いのではないだろうか。確かに、冒頭で触れたように急性白血病の場合、治療導入までの時間的な制約や治療の内容について説明すべきことが多いため、病名を告知するために多

くの時間が割けない実情がある。しかし、単刀直入に病名を告知した後、予想以上に精神的にショックを受け抑うつなどの精神症状を呈したり、極端な場合、入院や治療を拒否する患者を経験したことがある方もおられるであろう。

SHARE作成の元となった患者のコミュニケーションに関する意向調査によると、癌診断など悪い知らせの伝え方について、医師が淡々と伝えることを望む患者は全体の35%、望まない患者は42%であった<sup>2)</sup>。この結果は、どのように悪い知らせを伝えられるかについては患者によって意向が異なることを示している。医師から白血病の診断を伝えられることは患者や家族に強い衝撃を与える。病名告知後に抑うつ症状が出現する症例などは、悪い知らせに対する防御態勢を整える前に衝撃を与えられたために生じた結果とも考えられる。既述の面接場面では、精神的負担が少しでも軽減するために、病名を伝える前にこれまでの病気の経過について振り返ることや患

表1 患者が望むコミュニケーションの4要素(SHARE)

#### Supportive environment (支持的な環境設定)

- 十分な時間を設定する
- プライバシーが保たれた、落ち着いた環境を設定する
- 面談が中断しないように配慮する
- 家族の同席を勧める

#### How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)

- 正直に、わかりやすく、丁寧に伝える
- 患者の納得が得られるように説明する
- はっきりと伝えるが「癌」という言葉は繰り返し用いない
- 言葉は注意深く選択し、適切に婉曲的な表現を用いる
- 質問を促し、その質問に答える

#### Additional information (付加的な情報)

- 今後の治療方針を話し合う
- 患者個人の日常生活への病気の影響について話し合う
- 患者が相談や気がかりを話すように促す
- 患者の希望があれば、代替療法やセカンドオピニオン、余命などの話題を取り上げる

#### Reassurance and Emotional information (安心感と情緒的サポート)

- 優しさと思いやりを示す
- 患者に感情表出を促し、患者が感情を表出したら受け止める  
(例:沈黙、「どのようなお気持ちですか?」、うなづく)
- 家族に対しても患者同様配慮する
- 患者の希望を維持する
- 「一緒に取り組みましょうね」と言葉をかける

者が心の準備ができるような言葉をかけている。これらは、今から自分が話すことは良くない内容を含んでいることを暗に示すことにより、悪い知らせに対する防御態勢を整え衝撃を軽減することを目指している。また医師が一方的に伝えるのではなく、患者の理解度に合わせて話すことや患者の感情に共感を示すことなども、精神的苦痛を和らげるために有効であると考えられる。

表1は前述の患者の意向調査より、悪い知らせを伝えられる際に患者が望むコミュニケーションの4要素(SHARE)について抜粋して示している。これらの項目に気をつけ患者と接することは、患者-医師間のコミュニケーションのさらなる向上に役立つであろう。また、本稿で紹介できなかったコミュニケーション・スキルや対応に困る例などについて興味をもたれた方は、SHAREについて詳細に記載されている成書<sup>1)</sup>を参照されたい。

## おわりに

本稿では、急性骨髄性白血病の患者に対して「難治癌を伝える」際のコミュニケーション・スキルについて解説した。急性白血病の診断を伝える場面では、突然病名を告知し膨大な医学的情報をただ伝えるのではなく、病名を伝える前からこれまでの病気の経過について振り返ること、患者が心の準備ができるような言葉をかけること、また患者の気持ちに配慮することが、患者の精神的な負担を少しでも和らげ、結果的に患者の利益につながる。

## 文 献

- 1) 内富庸介, 藤森麻衣子 編: 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, 東京, 医学書院, 2007
- 2) Fujimori M, Akechi T, Morita T, et al: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* 16: 573-581, 2007

# 口腔がんの手術が施行される患者の心理特性と生活の質の経時的変化

望月裕美 小村 健 松島英介

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 口腔機能再構築学系専攻

口腔機能再建学講座 顎口腔外科学分野

(主任：小村 健教授)

\*東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学系専攻

全人診断治療学講座 心療・緩和医療学分野

(主任：松島英介准教授)

(2008年9月29日 受付)

(2008年11月7日 受理)

Changing Trend over Time of Psychological States and Quality of Life of  
Oral Cancer Patients with Surgery

MOCHIZUKI Yumi<sup>1)</sup>, OMURA Ken<sup>1)</sup> and MATSUSHIMA Eisuke<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Oral Restitution, Division of Oral Health Sciences,  
Graduate School, Tokyo Medical and Dental University

(Chief : Prof. OMURA Ken)

<sup>2)</sup>Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Department of Comprehensive Diagnosis and Therapeutics,  
Division of Comprehensive Patient Care, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University

(Chief : Assoc. Prof. MATSUSHIMA Eisuke)

口腔病学会雑誌第76巻第1号別刷  
平成21年3月31日発行

The Journal of The Stomatological Society, Japan  
Vol. 76, No. 1, March 2009

原 著

## 口腔がんの手術が施行される患者の心理特性と生活の質の経時的変化

望月裕美 小村 健 松島英介\*

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 口腔機能再構築学系専攻  
口腔機能再建学講座 顎口腔外科学分野  
(主任：小村 健教授)

\*東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 全人的医療開発学系専攻  
全人診断治療学講座 心療・緩和医療学分野  
(主任：松島英介准教授)

(2008年9月29日 受付)

(2008年11月7日 受理)

### Changing Trend over Time of Psychological States and Quality of Life of Oral Cancer Patients with Surgery

MOCHIZUKI Yumi<sup>1)</sup>, OMURA Ken<sup>1)</sup> and MATSUSHIMA Eisuke<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Oral and Maxillofacial Surgery, Department of Oral Restitution, Division of Oral Health Sciences, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University  
(Chief : Prof. OMURA Ken)

<sup>2)</sup>Liaison Psychiatry and Palliative Medicine, Department of Comprehensive Diagnosis and Therapeutics, Division of Comprehensive Patient Care, Graduate School, Tokyo Medical and Dental University  
(Chief : Assoc. Prof. MATSUSHIMA Eisuke)

This study examines the psychological states and QOL in oral cancer patients during the perioperative and postoperative survival periods.

Those patients who were scheduled for and had undergone primary surgery at the Oral and Maxillofacial Surgery Section, Tokyo Medical and Dental University Hospital, Tokyo, Japan were selected for this study. They took two different kinds of tests, i. e. the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Japanese-language version of the Functional Assessment of Cancer Therapy Head and Neck (FACT-H & N) version 4. In a longitudinal study, interval assessments were done at one day before surgery, one week after surgery and one month and six months each after being discharged from the hospital, respectively. In a cross-sectional study, outpatients during the postoperative follow-up periods were evaluated.

Statistically, before surgery psychological anxiety became highest, while after surgery depression grew and QOL in the somatic and specific domains decreased. After discharge from the hospital, the patients with longer-term postoperative survival had better psychological states and QOL.

These results provide important information regarding psychological states and QOL in oral cancer patients for caring and supporting based on perioperative and postoperative periods.

#### I. 緒 言

いかなる人もがんと診断されると衝撃を受け、がんのもたらす身体症状、治療に伴う有害事象、外科切除に伴う機能障害や機能喪失、社会復帰の困難性、死や再発への不安、抑うつ症状などの心理的障害により生活の質(Quality of Life : QOL)が低下する<sup>1)</sup>。

一方、口腔・顎・顔面領域は最も広く露出している身体部位であるとともに、諸器官は摂食・嚥下・味覚・呼吸・発語など、QOLを左右する機能をつかさどる。また意思伝達を行うための言語表現、感情表現などの面で重要な役割を果たす。

そのため、口腔がんをはじめとする頭頸部がん患者においては、がんの進行や治療の過程で、他のがん患者と



は異なり部位特異性に、自己像 (self-image)、自信、自己同一性 (identity) が脅かされ、QOL が特異的に低下すると報告されている<sup>2)</sup>。したがって Merckaert らは、治療の初期から身体機能面や精神面を追跡し、心理的支援を行うことが重要であると述べている。昨今、頭頸部がん患者の心理特性や QOL に対して、医療従事者から重大な関心が寄せられるようになり<sup>3)</sup>、口腔がん患者に関しても報告されているが、未解決な点も多い<sup>4)</sup>。特に手術によるわずかな組織欠損や構造変化でも、重大な機能変化や機能喪失、顎・顔面の形態変化をもたらすが<sup>2)</sup>、外科医は患者の心理的障害を時として把握できないか、またその程度を低く評価する傾向があるといわれており<sup>5)</sup>、口腔がん手術患者の心理特性や QOL に関する調査研究が不十分であり、実態の把握が不完全であることがうかがわれた。

そこで、口腔がん手術患者の心理特性と QOL の経時的变化を明らかにする目的で、縦断調査および横断調査を実施した。

## II. 対象および方法

本調査研究は東京医科歯科大学倫理審査委員会の承認を得た後、2005 年 11 月に開始し、リクルートは 2006 年 5 月まで行った。調査対象者は、18 歳以上の口腔がん一次症例で、がんと告知を受けており、自己記述式調査票への回答や簡単な面談が可能な身体症状で、認知症などの精神疾患を有していない患者とした。

### 1. 縦断調査対象者と調査時期

手術目的で東京医科歯科大学歯学部附属病院顎口腔外科に入院し、本調査研究の趣旨を説明し同意が得られた 36 名を対象とし、自己記述式調査票を使用して、手術前日、術後 1 週間、退院後 1 カ月および 6 カ月の 4 時点で調査を実施した。

### 2. 横断調査対象者と調査時期

東京医科歯科大学歯学部附属病院顎口腔外科で口腔がんの手術を行い外来にて経過観察中で、本調査研究への参加の同意が得られた 140 名とした。これらの内訳は、退院後 1 カ月未満 36 名、退院後 1~6 カ月未満 14 名、退院後 6 カ月~1 年未満 14 名、退院後 1~2 年未満 32 名、退院後 2~3 年未満 17 名、退院後 3~4 年未満 17 名および退院後 4~5 年未満 10 名であり、男性 117 名、女性 23 名、年齢分布は 54 歳以下 41 名、55~64 歳 44 名、65 歳以上 55 名で、平均年齢は 59.5 歳であった。がんの発生部位としては舌 (69 例)、下顎歯肉 (25 例) の順に多く、臨床病期は Stage I 32 例、Stage II 52 例、Stage III 21 例、Stage IV 35 例であった。手術内容に関して、頸部郭清術では選択的頸部郭清術 (40 例)、全頸部郭清術 (38 例) が多く行われ、腫瘍切除術では舌部分切除術 (37 例)、

舌可動部半側切除術 (22 例) の順に、顎骨切除術では下顎区域切除術 (20 例)、下顎辺縁切除術 (18 例) の順に多く行われていた。即時再建としては、前腕皮弁再建術 (47 例)、腹直筋皮弁再建術 (15 例)、肩甲骨複合皮弁再建術 (8 例) の順に多く行われていた。

## 3. 調査票

### 1) 心理特性

心理特性の調査票として日本語版 HADS (the Hospital Anxiety and Depression Scale, 表 1) を使用した。HADS は身体疾患を有する入院患者の精神症状 (抑うつと不安) を測定する自己記入式調査票で、抑うつに関する 7 項目と不安に関する 7 項目からなり、身体状況に左右されない抑うつの評価が可能である<sup>6)</sup>。各項目は 0~3 点で評価し、それぞれの症状の有無に関しては 0~7 点は該当なし、8~10 点は罹患の可能性あり、11~21 点は症状あり、と判定する<sup>7)</sup>。

### 2) QOL

QOL の調査票として、日本語版 FACT-H & N (Functional Assessment of Cancer Therapy Head & Neck) Version 4 (表 2) を使用した。FACT-H & N は身体面の 7 項目、社会・家族面の 7 項目 (日本語版では試験的に 2 項目追加され 9 項目)、心理面の 6 項目、機能面の 7 項目、計 27 項目 (日本語版では計 29 項目) を有するがん患者全般を対象とした自己記入式 QOL 調査票 "FACT-G" (Functional Assessment Cancer Therapy General) に、頭頸部がん患者特異的 QOL に関する、摂食、嚥下、発語、審美性など 11 項目を追加したものである。各項目は 0~4 点で評価し、得点が高いほど QOL は高いと判定する<sup>8)</sup>。

QOL の口腔がん患者特異面に関して、特に、食事、嚥下、会話および審美性の 4 側面の詳細な分析を行うために、本調査研究では、FACT-H & N 内の該当する 11 項目のうち、「自分の好きなものが食べられる」ならびに「自分の欲しいだけ食べられる」の得点合計を食事に関する QOL 数値、「ごく自然に、たやすく飲み込むことができる」の得点を嚥下に関する QOL 数値、「自分の声の調子や大きさはいつもと同じだ」ならびに「自分の意思を人に伝えられる」の得点合計を会話に関する QOL 数値、「自分の顔や首を見た目に不満を感じる」の得点を審美に関する QOL 数値とした。

### 4. 統計学的解析方法

HADS によって評価した心理特性ならびに FACT-H & N によって評価した QOL は一元配置分散分析 (ANOVA) により分析し、時期間の比較検定は Scheffé 法により行った。統計解析ソフトは SPSS バージョン 14.0 を使用し、有意水準は 0.05 とした。

表 1 HADS 質問票

この質問紙はあなたが最近どのように感じているかお尋ねするよう編集されています。次に挙げてある 14 の設問を読み、それぞれについて 4 つの答えのうち、あなたのこの 1 週間のご様子に最も近いものに○をつけてください。それぞれの設問に長く時間をかけて考える必要はありません。パッとまず頭に浮かんだ答の方が正しいことが多いからです。

- 質問 1 緊張感を感じますか？
- 1 ほとんどいつもそう感じる
  - 2 たいていそう感じる
  - 3 時々そう感じる
  - 4 全くそう感じない
- 質問 2 以前楽しんでたことを今でも楽しめますか？
- 1 以前と全く同じくらい楽しめる
  - 2 以前より楽しめない
  - 3 少ししか楽しめない
  - 4 全く楽しめない
- 質問 3 まるで何かひどいことが今にもおこりそうな恐ろしい感じがしますか？
- 1 はっきりあって、程度もひどい
  - 2 あるが程度はひどくない
  - 3 わずかにあるが、気にならない
  - 4 全くない
- 質問 4 笑えますか？ いろいろなことのおかしい面が理解できますか？
- 1 以前と同じように笑える
  - 2 以前と全く同じようには笑えない
  - 3 明らかに以前ほどには笑えない
  - 4 全く笑えない
- 質問 5 くよくよした考えが心に浮かびますか？
- 1 ほとんどいつもある
  - 2 たいていある
  - 3 時にはあるが、しばしばではない
  - 4 ほんの時々ある
- 質問 6 気げんがよいですか？
- 1 全くそうではない
  - 2 しばしばそうではない
  - 3 時々そうだ
  - 4 ほとんどいつもそうだ
- 質問 7 のんびり腰掛けてそしてくつろぐことができますか？
- 1 できる
  - 2 たいていできる
  - 3 できるがしばしばではない
  - 4 全くできない
- 質問 8 まるで考えや反応がおそくなったように感じますか？
- 1 ほとんどいつもそう感じる
  - 2 たいへんしばしばにそう感じる
  - 3 時々そう感じる
  - 4 全くそう感じない
- 質問 9 胃が気持ち悪くなるような一種恐ろしい感じがしますか？
- 1 全くない
  - 2 時々感じる
  - 3 かなりしばしば感じる
  - 4 たいへんしばしば感じる

表1 つづき

質問 10	自分の身なりに興味を失いましたか？
1	明らかにそうだ
2	自分の身なりに十分な注意を払っていない
3	自分の身なりに十分な注意を払っていないかもしれない
4	自分の身なりに十分な注意を払っている
質問 11	まるで終始動き回っていなければならぬほど落ち着きがないですか？
1	非常にそうだ
2	かなりそうだ
3	余りそうではない
4	全くそうではない
質問 12	これからのことが楽しみにできますか？
1	以前と同じ程度にそうだ
2	その程度は以前よりやや劣る
3	その程度は明らかに以前より劣る
4	ほとんど楽しみにできない
質問 13	急に不安に襲われますか？
1	大変しばしばにそうだ
2	かなりしばしばにそうだ
3	しばしばでない
4	全くそうでない
質問 14	よい本やラジオやテレビの番組を楽しめますか？
1	しばしばそうだ
2	時々そうだ
3	しばしばでない
4	ごくたまにしかない

注：

- 質問 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13 の各得点 = 4 - (選択肢番号), 質問 2, 4, 7, 9, 12, 14 : 得点 = (選択肢番号) - 1, で採点し, 奇数番号の質問合計得点を不安得点, 偶数番号の質問合計得点を抑うつ得点とする。
- 日本語版 HADS は北村により作成されたものを転載<sup>19)</sup>。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 縦断調査

対象者 36 名のうち, 手術前日の調査票が提出されなかった 1 名, 退院後 6 カ月までの間に調査継続を拒否した 3 名, 退院後 6 カ月の時点で死亡していた 5 名, 転院のため調査継続が不可能であった 1 名を除外し, 26 名の調査データを解析した。解析した 26 名の内訳は男性 23 名, 女性 3 名, 年齢分布は 54 歳以下 8 名, 55~64 歳 7 名, 65 歳以上 11 名であり, 平均年齢は 58.2 歳であった。がんの発生部位としては舌 (13 例), 下顎歯肉 (5 例) の順に多く, 臨床病期は Stage I 6 例, Stage II 9 例, Stage III 3 例, Stage IV 8 例であった。手術内容に関して, 頸部郭清術では全頸部郭清術 (7 例), 選択的頸部郭清術 (5 例) が多く行われ, 腫瘍切除術では舌部分切除術 (8 例), 舌可動部半側切除術 (5 例) が多く, 顎骨切除術では下顎区域切除術 (3 例), 下顎辺縁切除術 (3 例) が多く行われていた。また即時再建としては, 前腕皮弁再

建術 (8 例), 腹直筋皮弁再建術 (5 例), 肩甲骨複合皮弁再建術 (3 例) などが行われていた。

#### 1) 心理特性の経時的変化

統計学的に有意な変化は, 不安 (ANOVA,  $F=9.75$ ;  $df=3$ ;  $p<0.001$ ) および抑うつ (ANOVA,  $F=6.25$ ;  $df=3$ ;  $p=0.001$ ) に認められ, 不安は術前に最も高く, 抑うつは術後 1 週間で最も高くなるが, いずれも退院後 1 カ月には改善していた (図 1)。

#### 2) QOL の経時的変化

統計学的に有意な変化は, 身体面 (ANOVA,  $F=11.83$ ;  $df=3$ ;  $p<0.001$ ), 機能面 (ANOVA,  $F=4.61$ ;  $df=3$ ;  $p=0.005$ ) および頭頸部がん患者特異面 (ANOVA,  $F=11.57$ ;  $df=3$ ;  $p<0.001$ ) において認められ, これらはいずれも術後 1 週間で最も低下するが退院後 1 カ月には改善していた (図 2)。さらに, 口腔がん患者特異面のうち, 食事面 (ANOVA,  $F=8.46$ ;  $df=3$ ;  $p<0.001$ ), 嚥下面 (ANOVA,  $F=5.83$ ;  $df=3$ ;  $p=0.001$ ) および会話面 (ANOVA,  $F=7.89$ ;  $df=3$ ;  $p<0.001$ )

表2 日本語版 FACT-H &amp; N (Version 4) 質問票

次に挙げてある設問を読み、それぞれについてごく最近（過去7日間程度）のあなたの状態に最もよくあてはまる番号（0, 1, 2, 3, 4）をひとつだけ選んで、○で囲んでください。

	全く あてはま らない	わずかに あてはま る	多少 あてはま る	かなり あてはま る	非常によく あてはま る	
質問1	からだに力が入らない感じがする	0	1	2	3	4
質問2	吐き気がする	0	1	2	3	4
質問3	体の具合のせいで家族へ負担になっている	0	1	2	3	4
質問4	痛みがある	0	1	2	3	4
質問5	治療による副作用に悩んでいる	0	1	2	3	4
質問6	自分は病気だと感じる	0	1	2	3	4
質問7	体の具合のせいで、床（ベッド）で休まざるをえない	0	1	2	3	4
質問8	友人たちを身近に感じる	0	1	2	3	4
質問9	家族を親密に感じる	0	1	2	3	4
質問10	家族から精神的な助けがある	0	1	2	3	4
質問11	友人からの助けがある	0	1	2	3	4
質問12	家族は私の病気を充分受け入れている	0	1	2	3	4
質問13	私の病気について家族間の話し合いに満足している	0	1	2	3	4
質問14	私は病気ではあるが、家族の生活は順調である	0	1	2	3	4
質問15	パートナー（または自分を一番支えてくれる人）を親密に感じる	0	1	2	3	4
質問16	次の設問内容は、現在あなたの性生活がどの程度あるのかとは無関係です。 答えにくいと思われる場合は四角にレ点をつけ次の質問に進んでください。□ 性生活に満足している	0	1	2	3	4
質問17	悲しいと感じる	0	1	2	3	4
質問18	病気を冷静に受け止めている自分に満足している	0	1	2	3	4
質問19	病気と闘うことに希望を失いつつある	0	1	2	3	4
質問20	神経質になっている	0	1	2	3	4
質問21	死ぬことを心配している	0	1	2	3	4
質問22	病気の悪化を心配している	0	1	2	3	4
質問23	仕事（家のことも含む）をすることができる	0	1	2	3	4
質問24	仕事（家のことも含む）は生活の張りになる	0	1	2	3	4
質問25	生活を楽しむことができる	0	1	2	3	4
質問26	自分の病気を充分受け入れている	0	1	2	3	4
質問27	よく眠れる	0	1	2	3	4
質問28	いつもの娯楽（余暇）を楽しんでいる	0	1	2	3	4
質問29	現在の生活の質に満足している	0	1	2	3	4
質問30	自分の好きなものが食べられる	0	1	2	3	4
質問31	口の中が乾いている	0	1	2	3	4
質問32	息をするのが苦しい	0	1	2	3	4
質問33	自分の声の調子や大きさはいつもと同じだ	0	1	2	3	4
質問34	自分の欲しいだけ食べられる	0	1	2	3	4
質問35	自分の顔や首を見た目に不満を感じる	0	1	2	3	4
質問36	ごく自然に、たやすく飲み込むことができる	0	1	2	3	4
質問37	私はタバコや葉巻、パイプなどを吸う	0	1	2	3	4
質問38	私はアルコール（例、日本酒、ビール、ワインなど）を飲む	0	1	2	3	4