

腫瘍医が直面する難しいコミュニケーション場面に指針を示すための実験心理学的研究

研究分担者 森 雅紀 聖隷三方原病院 臨床検査科

研究要旨 2件の研究を実施した。1件目は予後告知を望む再発・転移がん患者の仮想シナリオにおいて、予後をはっきりと伝えるかどうかと、アイコンタクトを適切に行うかどうかの不確実性や不安に及ぼす効果を探索することを目的とした実験心理学的研究である。本研究は、平成28年5月に日本がん支持療法研究グループの支援を受けることが決定し（J-SUPPORT1601）、同7月に国立がん研究センターの倫理委員会で承認された。同センターの乳腺外科、乳腺・腫瘍内科の医師の協力を得て外来における患者登録体制を確立した。平成28年8月に9名を対象とした予備調査を行い、同月に本調査を開始し、本年度内に計105名の登録を完遂した。2件目は、終末期についての話し合い（End-of-life discussion; EOLd）に関するがん患者の意向調査である。412名のがん患者を対象としたWeb調査の結果、「根治不能」「抗がん治療の中止」「予後」に関する意向の同定と意向に繋がる要因を同定した。

A. 研究目的

【研究1】

腫瘍医が最も困難と感じる診療場面を明らかにしてその課題を抽出し、その課題に対して実験心理学的手法を用いて患者が望む行動を明らかにする。具体的な目的は、予後告知を望む再発・転移がん患者の仮想シナリオにおいて予後をはっきりと伝えるかどうかと、アイコンタクトを適切に行うかどうかの不確実性に及ぼす影響を調べることである。

【研究2】

主目的は終末期についての話し合い（End-of-life discussion; EOLd）に関するがん患者の意向を系統的に探索することである。

B. 研究方法

【研究1】

- 1) 腫瘍医によるコミュニケーションに関する実験心理学的研究を確立し施行している欧米の研究者を含め研究組織を構築した。
- 2) 2016年4月 国立がん研究センター内に患者登録を行う実務チームを立ち上げた。
- 3) 2016年5月 日本がん支持療法研究グ

ループの支援を受けることが決定した（J-SUPPORT1601）。

- 4) 2016年6月 国立がん研究センターの乳腺外科、乳腺・腫瘍内科の医師対象にキックオフ会議を行った。
- 5) 2016年8月 国立がん研究センターの乳腺外科、乳腺・腫瘍内科外来において予備調査を行った。
- 6) 2016年8月—2017年3月 本調査を実施した。

（倫理面への配慮）

2016年7月 国立がん研究センターの倫理委員会で本研究が承認された。

【研究2】

- 1) 先行研究、10名のがん治療医・緩和ケア医を対象にしたフォーカスグループ、研究者間の議論を通じて調査票を作成した。
- 2) がんサバイバー4名を対象としたパイロット調査を行い、調査票の文言を修正した。
- 3) 現在がんのために通院中の20歳以上の患者を対象に、Web調査を実施した。
- 4) 台詞への意向は「非常に好ましい～全く好ましくない」の5件法で回答を求め、意向に関連する要因を同定するために重

回帰分析を行った。

(倫理面への配慮)

2016年10月 聖隷三方原病院の倫理委員会で本研究が承認された。

C. 研究結果

【研究1】

- 1) 腫瘍医が最も困難と感じる診療場面として、治癒不能ながんの病名告知や治療方針の説明、予後告知、抗がん治療を中止し Best Supportive Care (BSC) に移行する際のコミュニケーションが挙げられた。そのうち、先行文献や研究者間での議論の結果、「予後告知を望む再発・転移がん患者の仮想シナリオにおいて予後をはっきりと伝えるかどうかと、アイコンタクトを適切に行うかどうかを不確実性に及ぼす影響を調べることを目的とした予後告知に関する実験心理学的研究を行うこととした。オランダ先行文献 (van Vliet, et al. J Clin Oncol 2013) の筆頭著者である Dr. van Vliet、実験心理学的手法を確立した同研究の Last author である Dr. Jozien Bensing、米国の MD Anderson Cancer Center で医師のコミュニケーションに関する多数の実験心理学的研究を完遂してきた Dr. Eduardo Bruera を共同研究者として研究チーム招き、国内の腫瘍内科医と共に研究組織を構築した。
- 2) 2016年4月 国立がん研究センター内に患者登録を行う実務チーム (Principal Investigators 2名、事務局2名、研究補助員3名、データマネージャー1名) を立ち上げ、毎週の電話会議で進捗の管理を行った。
- 3) 2016年5月 研究計画書を完成した。日本がん支持療法研究グループの Protocol Review Meeting で承認され、支援を受けることが決定した (J-SUPPORT1601)。
- 4) 2016年6月 国立がん研究センターの乳腺外科、乳腺・腫瘍内科の医師対象にキックオフ会議を行った。また、同外来の看護師長を通じて、看護スタッフにも本研究の実施について周知を行った。
- 5) 2016年8月 国立がん研究センターの乳腺外科、乳腺・腫瘍内科外来において9名の患者対象に予備調査を行った。ビデオの内容の差は想定通りに認識された。外来での実施可能性と予定症例数の適切

性を確認した。

- 6) 2016年8月—2017年3月 本調査実施し、105名の患者登録を完遂。毎週の電話会議で進捗を管理しつつ、実務上の課題を解決しながら登録を進めた。今後データ固定、解析、論文化の予定。

【研究2】

計412人が回答した (平均年齢60歳、女性43%、再発・転移25%)。

- 1) 根治不能を伝える台詞
「非常に好ましい/好ましい」が多いのは、「抗がん剤による治療をしていきますが、これではがんを治すことはできません。進行を抑えてがんと共に生きることを目指すことが目的になります」(69.2%)、「抗がん剤による治療をしていきますが、これではがんを治すことはできません。寿命を数か月単位で延ばすことが目的になります」(31.3%)という台詞だった。「抗がん剤による治療をしていきますが、これではがんを治すことはできません。」とだけ伝える台詞は最も好まれなかった(13.1%)。寿命を数か月単位で延ばすことが目的になるという台詞は、頭頸部癌患者が有意に好んだ ($\beta = -0.13$; $p = 0.008$)。
- 2) 積極的治療中止を伝える台詞
「非常に好ましい/好ましい」が多いのは、「今の状態では抗がん剤治療を行うと、副作用が強く出て逆に命を縮めかねないので、抗がん剤治療はできません。抗がん剤ではなく、緩和ケアなど体の調子を整える治療を中心に行っていきます」(59.3%)、「今の状態では抗がん剤治療を行うと、副作用が強く出て逆に命を縮めかねないので、抗がん剤治療はできません。もし今後体調がよくなれば、抗がん剤治療を検討します」(52.0%)という台詞だった。「今の採血データでは抗がん剤治療はできません」とだけ伝える台詞は最も好まれなかった(12.2%)。緩和ケアを含む台詞は、高齢患者が有意に好んだ ($\beta = -0.13$; $p = 0.01$)。今後体調がよくなれば抗がん剤治療を検討するという台詞は、女性 ($\beta = -0.14$; $p = 0.01$)、泌尿器がん患者 ($\beta = -0.15$; $p = 0.01$) が有意に好んだ。
- 3) 予後告知 (余命2年程度) の際の台詞
「非常に好ましい/好ましい」が多いのは、平均的な患者では2年と伝えた上で幅を

持たせたり（45%）、不確実性を追加したりする台詞（39%）だった。「わかりません」（10%）と数値を伝えない台詞は最も好まれなかった。幅を持たせる台詞は、高齢（ $\beta = -0.21$; 95%CI: $-0.022, -0.008$; $p < 0.001$ ）、頭頸部癌患者（ $\beta = -0.15$; 95%CI: $-0.78, -0.18$; $p = 0.002$ ）が好んだ。「正確にはわからない」と追加する台詞は、高齢（ $\beta = -0.11$; 95%CI: $-0.15, -0.000$; $p = 0.044$ ）、診断からの時期が長い患者ほど好んだが（ $\beta = -0.15$; 95%CI: $-0.26, -0.047$; $p = 0.005$ ）、子供がいる患者ほど好まなかった（ $\beta = 0.12$; 95%CI: $0.015, 0.45$; $p = 0.037$ ）。

D. 考察

【研究 1】

予後告知を望む再発・転移がん患者の仮想シナリオにおいて予後をはっきりと伝えるかどうかと、アイコンタクトを適切に行うかどうかを不確実性に及ぼす影響を調べることを目的とした実験心理学的研究を実施した。国立がん研究センターの乳腺外科、乳腺・腫瘍内科外来において患者登録を完遂した。

今年度の最大の成果は、がん患者を対象とした予後告知に関する実験心理学的研究を、国内で初めて完遂し、同様の研究の実施体制を確立しえたことである。それには以下のような多様な要因が考えられる。

- ① がん治療医からの協力体制の確立
- ② 施設外の研究者にも門戸を開く支援組織（J-SUPPORT）からの支援
- ③ 患者登録を行う実務チームの行動力
- ④ 定期的な進捗管理と迅速な課題解決
- ⑤ 多様な背景・スキルを持った研究者によるチームアプローチ

今後、データの解析、論文化を進め、困難なコミュニケーション場面における指針を提供する予定である。さらに、同様の方法論で再発・転移がん患者における望ましいコミュニケーション方法を探索していきたい。

【研究 2】

治癒不能に関する説明は、その事実を伝えた上で、進行を抑えてがんと共に生きるという Positive framing を用いて治療目標を伝え

る台詞が好まれた。積極的治療の中止に関する説明は、緩和ケアを行うことや、今後体調が改善すればまた抗がん剤治療ができる可能性に言及する台詞が好まれ、年齢、性別、癌腫が意向に関連していた。

予後告知に関しては、予測される期間に幅や不確実性を追加する予後告知が好まれ、年齢や癌腫、診断からの期間が意向に関連していた。

以上より、終末期についての話し合いを行うためには、患者個々の意向に沿った伝え方を考慮することが重要と思われる。

E. 結論

予後告知を望む再発・転移がん患者の仮想シナリオにおいて予後をはっきりと伝えるかどうかと、アイコンタクトを適切に行うかどうかを不確実性に及ぼす影響を調べることを目的とした実験心理学的研究を完遂した。また、Web 調査により、終末期についての話し合いに関するがん患者の意向を系統的に探索した。今回確立した方法論と調査で取得した基礎資料を用いることで、再発・転移がん患者の意向に沿った、望ましいコミュニケーション方法を探索していきたい。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Maeda I, Mori M, et al. Effect of continuous deep sedation on survival in patients with advanced cancer (J-Proval): a propensity score-weighted analysis of a prospective cohort study. *Lancet Oncol* 17:115-22, 2016.
2. Amano K, Mori M, et al. Clinical Implications of C-Reactive Protein as a Prognostic Marker in Advanced Cancer Patients in Palliative Care Settings. *J Pain Symptom Manage* 51(5):860-7, 2016.
3. Hui D, Mori M, et al. Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *Oncologist* 21:895-901, 2016.

4. Morita T, Mori M, et al. Uniform definition of continuous-deep sedation. Letter. Lancet Oncol 17(6):e222, 2016.
 5. Yamaguchi T, Mori M, et al. Treatment Recommendations for Respiratory Symptoms in Cancer Patients: Clinical Guidelines from the Japanese Society for Palliative Medicine. J Palliat Med 19:925-935, 2016.
 6. Mori M, et al. Unmet learning needs of physicians in specialty training in palliative care: A Japanese nationwide study J Palliat Med 19:1074-1079, 2016.
 7. Jho HJ, Mori M, et al. Prospective Validation of the Objective Prognostic Score for Advanced Cancer Patients in Diverse Palliative Settings. J Pain Symptom Manage 52:420-427, 2016.
 8. Mori M, et al. Phase II trial of subcutaneous methylnaltrexone in the treatment of severe opioid-induced constipation (OIC) in cancer patients: An exploratory study. Int J Clin Oncol 2016 Sep. [Accepted in September 2016]
 9. Morita T, Mori M, et al. Continuous deep sedation: A proposal for performing more rigorous empirical research. J Pain Symptom Manage. 2016 Oct. [Epub ahead of print]
 10. 森岡慎一郎, 森雅紀, 他. 終末期がん患者の感染症診療: 何が医療者の意向の差異に繋がるか? Palliat Care Res 11:241-47, 2016.
 11. Hui D, Mori M, et al. Referral criteria for outpatient palliative cancer care: An international consensus. Lancet Oncol 17(12):e552-e559, 2016.
 12. 今井堅吾, 森雅紀, 他. 緩和ケア用 Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) 日本語版の作成と言語的妥当性の検討. Palliat Care Res 11:331-36, 2016.
 13. Mori M, et al. Predictors of response to corticosteroids for dyspnea in advanced cancer patients: a preliminary multicenter prospective observational study. Support Care Cancer. 2016 Nov. [Epub ahead of print]
 14. Mori M, et al. Advances in hospice and palliative medicine in Japan: A review article. Korean J Hosp Palliat Care 19(4):283-291, 2016.
2. 学会発表
 1. 萩野昇, 森雅紀, 他. “Bedside 5-minute teaching: practical workshop. To accumulate clinically essential ‘general rules’ = ‘bedside 5-minute teaching’ ” 「ベッドサイド5分間ティーチング実践WS 臨床上必須の「一般論」=「型」=「5分間ティーチング」を自分のものに」. ACPJC Annual Meeting 2016 (米国内科学会日本支部年次総会 2016) 2016. 6, 京都
 2. 東光久, 森雅紀. “What is a generalist who takes care of cancer patients?” 「がん患者を診る Generalist とは?」. ACPJC Annual Meeting 2016 (米国内科学会日本支部年次総会 2016) . 2016. 6, 京都
 3. 森雅紀. ランチョンセッション “Primary Palliative Care in Hospitals” 「プライマリケア医のための緩和ケア～病院編～」. ACPJC Annual Meeting 2016 (米国内科学会日本支部年次総会 2016) . 2016, 6. 京都
 4. 森雅紀. 教育セミナー「死亡直前期の症状と緩和ケア」. 第21回日本緩和医療学会学術大会. 2016, 6. 京都
 5. 森雅紀. パネルディスカッション: 進行がん患者の予後予測と意思決定支援「終末期についての話し合いの重要性と難しさ」 The importance and challenges of end of life discussions. 第14回日本臨床腫瘍学会学術集会. 2016, 7. 神戸
 6. 藤森麻衣子, 森雅紀. 合同 S3 : 支持・緩和・心理的ケアのエビデンスを創出する多施設共同研究グループ (J-SUPPORT) の設立. 「J-SUPPORT 実験心理研究: 今後の見通しについて医師の望ましい説明に関する研究」. 第29回日本サイコロジ学会総会. 2016. 9. 札幌
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)
1. 特許取得
なし。
 2. 実用新案登録
なし。

3. その他
特記すべきことなし。