

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業（がん政策研究事業））
（総合）研究報告書

がん患者が抱える精神心理的・社会的問題に関して、その原因や関連要因になり得る
社会的要因に着目し、その是正を目指した研究

研究代表者 内富 庸介 国立がん研究センター中央病院
支持療法開発部門 部門長

研究要旨

【目的と方法】患者-医療者間のコミュニケーションは、患者にとって甚大な精神心理的問題になることがある一方で、患者にとって大きな支援となる社会的要因でもある。そこで、本研究では（１）コミュニケーションが困難な状況（抗がん治療の中止、予後を伝える）において医師に望まれる行動・是正すべき要因を明らかにする、（２）コミュニケーション技術研修（CST）の改善を目指し、研修による医師の共感の変化について生理学的指標を用いて検討を行う、（３）対応の違う医師のコミュニケーションビデオを患者に視聴してもらって好ましいか否か回答を求め、是正すべき社会的要因を明らかにする、（４）療法士、（５）薬剤師、薬系学生のコミュニケーション特性を明らかにし教育研修法に資する点を明らかにすることを目的とした。（６）昨年度の評価者の指摘を受けて、医療者による社会的要因の是正に関する研究を行った。

【結果と考察】

（１）腫瘍医が難渋する抗がん治療中止の状況における106名のがん患者に調査を行い、抗がん治療中止期にある患者が医療者に望む行動に関して、従来我々が明らかにしてきた日本の医師の共感行動（SHARE）に加え、より踏み込んだ共感的パターンリズム、Empathic paternalismという新たな要因が明らかとなった（心の準備が出来るよう言葉を掛ける、医師は今後の治療方針を決める、医師自身の感情を表現する等）。その関連要因として診断後早期に抗がん剤治療中止に到っている場合に共感的パターンリズムを望む傾向が明らかになった（Umezawa et al, Cancer 2015）。抗がん剤治療中止について、実際の診療と患者の意向の一致はわずか33.3%であった。従って、医師の更なる聞き出す高度なスキル、一方で患者側にも自らの意向を表明するスキルが必要と考えられた。

（２）医師の認知的共感の学習を目指したCSTは表情認知の側面から医師の負の感情への認知的共感を強化する可能性が示唆された。一方で、CSTは情動的共感を強化せず、これらの変化に性別、年齢、臨床経験といった背景要因は関連しないことも示唆された。

（３）腫瘍医が最も困難と感じる予後告知の課題ビデオを作成し効果的な医師の態度を明らかにする実験心理学的研究を開始し、乳がん患者105名の登録を完遂した。

（４）医療者のコミュニケーション特性を明らかにするために、がん診療に係わる療法士2803名にアンケート調査を実施し、同意が得られ返信のあった1373名（返信率49.6%）を対象に検討した結果、コミュニケーションの自信がより高いと、ALT: Autistic-like traits（自閉様特性）とコミュニケーションの困難度との関連の強さが弱まることが明らかとなり学習による自信向上により改善できる可能性が示唆された。

（５）薬剤師（373名）と学生（341名）からデータを得た結果、EI: Emoti

onal Intelligence (情動知能) はALTによる医療従事者の共感行動や医療従事者自身の精神健康度、また燃え尽きへの悪影響を緩和する可能性が示唆された。

(6) 医師と患者とのコミュニケーションや精神的サポートが患者・家族から見て達成されているか、達成されていないならばその理由は何かを明らかにする目的で全国調査の副次解析を行った。医療者による社会的要因の是正に関する研究の結果、1) 個々の医師が努力してできるスキル向上以外に、2) 努力してもできない医師の時間の少なさをどのように対応するかの検討(医師の時間的業務負担軽減策、医療チーム研修による患者-医師間のコミュニケーション補足・支援、患者コーチングなど)が必要であることが示された。

研究分担者・所属機関・職名

森田 達也 聖隷三方原病院・副院長
(H26-27)
森 雅紀 聖隷三方原病院緩和ケ・医長
(H28)
岡村 仁 広島大学大学院医歯薬保健学
研究院・教授
稲垣 正俊 岡山大学病院精神科神経科・講
師
藤森麻衣子 国立精神・神経医療研究セン
ター精神保健研究所自殺総合対策
推進センター・室長

A. 研究目的

(1) 抗がん治療の中止の際に医療者に望まれる行動に関する研究

患者の意向に添った医師のコミュニケーション技術研修法 (CST) は医師の共感行動を増加させ、患者のストレスや医師への信頼感と関連することから、患者の意向を重視したコミュニケーションは重要である。特に抗がん治療中止の知らせを伝えることは腫瘍医の最も困難な診療技術でありながら、その時期の患者の意向は世界的にも明らかになっていない。

そこで腫瘍医が直面するコミュニケーション困難な抗がん治療中止の伝え方に対する患者の意向とその実際を調査する。

(2) 医師の患者の心の痛みに対する認知的共感に関する研究

共感的対応の向上を目的とする医師に対する CST が開発され、医師の共感行動を有意に増加させ、患者のストレスや医師への信頼感と有意に関連することが明らかにされてきた。しかし、個人内プロセスである認知的共感、情動的共感の検討は不十分である。そこで本研究では、CST が 1) 他者の表情から表出されている情動の評価、2) 他者の情動表

出による自身の感情喚起に与える影響、3) 情動評価、自身の感情喚起に関連する要因を検討してきたが今年度は 3) を知る目的に検討した。

(3) 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

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、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である。

(4) がん医療に携わる療法士のコミュニケーション能力と共感能力に関わる横断研究

ALT が高いことで医療コミュニケーション上、より困難を感じるようになるが、その困難度をコミュニケーションの自信をつけることで軽減できるのではないかと仮定した。また、コミュニケーションの自信の中でも、ALT とコミュニケーションの困難度の関連を軽減させることが出来る要素はどの要素なのかを調査した。これらの結果に基づいたコミュニケーション技術プログラムの開発を視野に入れ、研究を実施した。

(5) がん医療者に望まれる行動に関する研究

病院薬剤師・薬系学生の対人コミュニケーション能力と発達・心理特性について、個人の心理的特性が共感的態度や職業的燃え尽き・共感性疲労に影響するか否かを検討し、その上で情動知能がその関係を媒介するか否かを検討する。

(6) 医療者による社会的要因の是正に関する研究

医師と患者とのコミュニケーションや精神的サポートが患者・家族から見て達成されて

いるか、達成されていないならばその理由は何かを明らかにする。

B. 研究方法

(1) 抗がん治療の中止の際に医療者に望まれる行動に関する研究

1. 対象

国立がん研究センターに通院・入院中のがん患者で、担当医が治癒・延命を目的とした抗がん治療を推奨できないと考え、それが伝えられ1週間以上経過した者。

2. 方法

1) 評価項目

(1) 主要評価項目：先行研究 (Fujimori, 2007)、研究者間の議論、対象者との面接から得られたデータに基づき、内容的妥当性を検討し、57項目の質問紙を作成した。「全く望まない」～「強く望む」の5件法。

(2) 関連評価項目：社会人口統計データ、医学データ

2) 手順

適格基準を満たす対象者に対し、担当医より研究協力の説明をしてもらい、同意が得られた場合に、質問紙(本尺度)と同意書、返信用封筒を手渡す。質問回答後は、同意書とともに返信用封筒に入れ、返送してもらう。

(倫理面への配慮)

調査者は研究の実施に先立ち、対象者に説明同意文書を用いて人権の擁護に関する十分な説明を行う。研究への参加および参加辞退は自由意思であり不参加によるいかなる不利益も受けないこと、また同意後も随時撤回が可能であること、人権擁護に十分配慮した上で個人情報には完全に保護されること、等を説明する。研究成果の公表の際には、個人情報は完全に匿名化し、参加者が特定されることは一切ないように対応する。研究者および研究協力者は、全ての個人情報の取り扱いを、研究組織である国立がん研究センター内に限定し、その保管には全責任を負う。

(2) 医師の患者の心の痛みに対する認知的共感に関する研究

1. 対象

CSTに参加した医師20名(介入群)、対照群として年齢、性別、臨床経験年数をマッチさせたCSTに参加していない医師20名。

2. 方法

1) 評価項目

(1) 表情認知課題：(168課題、男女各4名、

感情：怒り、嫌悪、恐れ、悲しみ、驚き、喜び、ニュートラル、強度：強・中・弱、各3秒間) 課題への①感情強度評定(「全く表していない」から「強く表している」の7段階評定)、②自身の感情強度評定(「全く動いていない」から「強く動いている」の7段階評定)を求める。

(2) Interpersonal Reactivity Index (IRI)：4因子構造(Emotional concern, Perspective taking, Personal distress, Fantasy)で認知的共感を評価する質問票であり、28項目、5段階評定で回答を求める。

(3) 背景因子：年齢、性別、専門科、臨床経験月数

2) 手順

対象者に対して、CST群はCST前後、対照群は何もせず1週間程度の期間を開けた前(Pretest)と後(Posttest)に、認知的共感、情動的共感への評定を求める。また、PretestではIRIと背景因子への回答を求める。得られたデータはPretest、Posttestの差を算出し、CST群、統制群の群間比較をt検定で検討した。認知的共感、情動的共感に関連する要因を検討するために、各変数間の相関分析、および認知的共感、情動的共感を従属変数、年齢、性別、臨床経験年数、IRI各因子得点を独立変数とする重回帰分析(強制投入法)を行った。

(3) 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

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。

(4) がん医療に携わる療法士のコミュニケ

一シオン能力と共感能力に関わる横断研究

研究デザイン：横断調査。平成 22 年 7 月から平成 26 年 5 月に開催された、がん医療に関わる療法士を対象としたリハビリテーション研修に参加した療法士 2782 名に対しアンケートを実施した。

評価項目は、社会的背景、人口統計学的項目、Jefferson Scale of Physician Empathy(JSPE) (20 項目)、Interpersonal Reactivity Index(IRI) (21 項目)、General Health Questionnaire(GHQ) (12 項目)、SHARE の研修で使用される、悪い知らせを伝える際の自信の尺度の改訂版 (25 項目)、Autism-Spectrum Quotient(AQ) (28 項目)とした。

解析方法：AQ、SHARE、コミュニケーションの困難度、GHQ の相関を AMOS のパス図を使って解析し、AQ がコミュニケーションの困難度や GHQ に影響を与え、自信によって改善されるという仮説の適合度を検証した。

(倫理面への配慮)

本研究は、岡山大学倫理審査委員会での承認後に開始した(承認番号 1057)。疫学研究に関する倫理指針、個人情報保護法、及び本研究計画書を遵守し実施した。調査対象者に対して書面にて説明を行い、同意する者が回答し、返信した。本研究では得られたデータは全て連結不可能匿名化した上で、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教室内の施錠可能なスペースで保管した。質問紙は研究実施期間終了後 2 年間保存の後に全て破棄する。また、得られたデータは本研究以外の目的には一切使用しない。

(5) がん医療者に望まれる行動に関する研究

適格条件

- (1) 岡山県病院薬剤師協会に所属する対人実務を行う薬剤師(解析 1・解析 2・解析 3)、または研究実施時に 6 年制薬学部在籍する 5~6 年生
- (2) インフォームドコンセントが得られている者

【評価項目】

独立変数

自閉様特性：The Autism-Spectrum Quotient(AQ) … (50 項目)(解析 1・解析 2・解析 3)

自閉様特性の高さを 5 領域(社会性・コミュニケーション・想像力・注意の切り替え・細部への注意)から評価する。

従属変数

医療職の共感性：The Jefferson Scale of Physician Empathy(JSPE) … (20 項目)

全般健康度：General Health Questionnaire(GHQ) … (12 項目)

一般的な精神健康度について評価する。閾値(4 点)以上は、何らかの精神疾患の可能性が示唆される。

統制変数

情動知能：EQS(エクス EQ(情動知能)スケール) … (65 項目)

情動知能の高さについて評価する。

社会・人口統計学的項目

年齢、性別等

【調査方法】

1. 本研究実施時に岡山大学薬学部薬学科を含め、本研究参加に同意した大学薬学部等組織に所属する薬学部学生、及び岡山大学病院を含め、病院・会社に属する薬剤師であって本研究について書面で説明し、同意が得られた者を対象とする。
2. 同意を得られた者に対し、上記評価項目から構成されるアンケート冊子を配布し、順次回答を得る。
3. 回答終了後、直接または郵送にて冊子を回収し、欠損値の有無を確認する。欠損値がある場合のみ、個人情報参照して本人と連絡を取り、回答を確認する。
4. 得られた結果に対し、統計学的解析を行う。

【解析方法】

AQ を独立変数、JSPE を従属変数、EQS・社会的背景・人口統計学的項目を統制変数とし、AQ と JSPE との関係に EQS が媒介するか否かについて、媒介分析(Mediation Analysis)による解析を行う。

(倫理面への配慮)

2013 年 12 月 25 日に、本研究は岡山大学疫学研究倫理審査委員会において承認された。(承認番号;776)本研究の内容について文章を用いて説明し、同意の得られた対象者に調査を依頼した。調査は完全匿名下を実施した。

(6) 医療者による社会的要因の是正に関する研究

過去に行われた 2 つの全国調査の副次解析。
1) 地域介入研究によって取得された全国 4 地域の代表性のあるがん患者 1724 名・がん患者の遺族 2462 名、医師 706 名、看護師 2236 名を対象とした質問紙調査を利用した。質問に対して「改善の必要性がほとんどない・全く

ない」と答えた患者・遺族の頻度を算出した。

「医師は苦痛を和らげていない」と回答した患者・遺族に対してその理由を質問した。

2) 全国の遺族 447 名を対象とした調査において、医療制度に希望することをたずねた質問を再解析した。

C. 研究結果

(1) 抗がん治療の中止の際に医療者に望まれる行動に関する研究

研究期間中取り込み基準該当者 443 名、除外基準該当者 251 名を除き適格基準を満たす対象者 192 名に文書による説明の上、106 名から同意を得て回答を得た（回答率 55%）。患者背景は平均年齢 67 歳、男性 56%、部位は胃腸 21%、乳腺 19%、肺 18%、婦人 9%、泌尿器 9%、肝胆膵 8%であった。がん診断から平均 42 ヶ月（2~105 月）、抗がん治療中止から平均 81 日（7-1202 日）であった。

抗がん治療中止期にある患者が医療者に望む行動に関して、従来我々が明らかにしてきた日本の医師の共感行動（SHARE）に加え、より踏み込んだ共感的パターンリズム、Empathic paternalism という新たな要因が明らかとなった（心の準備が出来るよう言葉を掛ける、医師は今後の治療方針を決める、医師自身の感情を表現する等）。その関連要因として診断後早期に抗がん剤治療中止に到っている場合に共感的パターンリズムを望む傾向が明らかになった（Umezawa et al, Cancer 2015）。

次に、中止に関する患者の意向とその実際について：

1) 治癒困難の情報について、実際の診療と患者の意向は 61.3%が一致した（うち告知+再発期は 41.5%）。

2) 緩和ケアの説明について、実際の診療と患者の意向は 52.9%が一致した（うち中止期のタイミングが 40.1%）

3) 抗がん剤治療中止について、実際の診療と患者の意向の一致はわずか 33.3%であった。さらに、驚いたことに、31.3%は伝えられていないと回答した（うち 26.4%は聞きたい）。医師は本研究に参加した患者全員に中止を伝えたと認識して適格対象と認識したはずであった。

4) 余命告知について、実際の診療と患者の意向の一致はわずか 41.6%であった。聞きたい意向だが、聞いていないが 40.6%と回答。一方、聞きたくない意向も 27%にのぼる。

(2) 医師の患者の心の痛みに対する認知的共感に関する研究

介入群、対照群の平均年齢は、34.1±3.5 歳、33.7±5.3 歳、性別は、両群ともに男性 12 名、女性 8 名、臨床経験月数は、99.8±33.7 月、101.5±57.3 カ月であった。IRI 各因子得点は、共感的配慮：12.9±4.6、11.8±5.0、視点取得：12.1±5.9、11.4±5.8、個人的苦悩：14.3±5.7、12.8±5.0、空想：12.3±7.4、12.8±7.0 であった。いずれも群間に統計的に有意な差は認められなかった。

認知的共感を検討した結果、ネガティブ感情（嫌悪、恐怖、悲しみ、驚き）に対する認知は、介入群で CST 後に評定値が有意に増加した（それぞれ、 $t=3.01$, $p<0.01$; $t=3.67$, $p<0.01$; $t=2.27$, $p<0.01$; $t=3.99$, $p<0.01$ ）。ポジティブ感情（喜び）では介入群で CST 後に評定値が大きい傾向（ $t=1.75$, $p<0.10$; $t=1.98$, $p<0.10$ ）を示した。怒り、ニュートラル感情では有意差は認められなかった。一方、情動的共感を検討した結果、ネガティブ・ポジティブ両感情共に群間に有意な差は認められなかった。

認知的共感、情動的共感、背景因子、それぞれの相関分析を行った結果、年齢と臨床経験年数の間の正の相関関係（ $r=0.85$, $p<0.01$ ）以外に有意な関連は示されなかった。認知的共感、情動的共感を従属変数とし、背景因子を独立変数とする重回帰解析の結果においても、いずれも有意な関連は示されなかった。

(3) 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

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した。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。

(4) がん医療に携わる療法士のコミュニケーション能力と共感能力に関わる横断研究

895施設、2782名に対しアンケートを送付した結果、回答があり統計の対象となった療法士数は1343名(48.5%)であった。仮説モデルは3つとも適合モデルであった。モデル1において、ALTと困難度のパス係数は0.16、ALTと精神健康度のパス係数は0.31、困難度と精神健康度のパス係数は0.16であった。

モデル2においてALTと困難度のパス係数は0.10、ALTと精神健康度のパス係数は0.31、ALTと自信のパス係数は-0.39、自信と困難度のパス係数は-0.16であった。

モデル3において、ALTと環境設定の自信のパス係数は-0.33、ALTと伝え方の自信のパス係数は-0.35、ALTと付加的情報の伝え方の自信のパス係数は-0.27、ALTと共感的態度の自信のパス係数は-0.38であった。環境設定の自信と困難度のパス係数は0.16、伝え方の自信と困難度のパス係数は-0.21、付加的情報の伝え方と困難度のパス係数は-0.04、共感的態度の自信と困難度のパス係数は-0.06で

あった。

(5) がん医療者に望まれる行動に関する研究

完全な回答が得られた373人の薬剤師と341人の薬学部学生から得られた回答に対し、Mediation model (媒介モデル)により、AQとJSPEの関連、AQとGHQの関連はEQSによって媒介されるという仮説を検証した。AQとJSPEの関連において、間接的関連を示す係数 $a1*b1=-0.2512$ (薬剤師)、 $a2*b2=-0.2791$ (学生)であり、共に有意($p<0.05$)であった。また、AQとGHQの関連において、間接的関連を示す係数 $A1*B1=0.0767$ (薬剤師)、 $A2*B2=0.0807$ (学生)であり、共に有意($p<0.05$)であった。

(6) 医療者による社会的要因の是正に関する研究

1) 医師と患者とのコミュニケーションや精神的サポートの現状

「不安や心配をやわらげる配慮をしてくれた」と回答した患者は52%、「患者へ十分に説明してくれた」と回答した患者は46%であった。がん患者の遺族において、「不安や心配をやわらげる配慮をしてくれた」との回答は在宅で70%、緩和ケア病棟で64%であったが、病院では46%であった。「患者へ十分に説明してくれた」との回答は在宅で65%、緩和ケア病棟で61%であったが、病院では49%であった。

2) 達成されていない理由

達成されていない理由としては、患者・遺族とも、「医師は対処しているが苦痛がとりきれない」が最も多く、約65%であった。次に、「診察に十分な時間がない」が約30%であった。「対処してもらえない」は5~8%であった。医師・看護師では、「十分な診察・ケアの時間が取れなかった」が最も多く54~66%であった。次に、「苦痛が分かっても対応する時間がなかった」が28~41%、「対応しても苦痛をやわらげられなかった」が24~36%であった。遺族調査では、医療制度に期待することとして、「早期から患者・家族と医師が相談する」(65%)、外来で電話相談ができる(47%)が多く、次いで、こころのケアの専門家(43%)、看護師・MSWから医師の説明の補足を受ける(36%)であった。

D. 考察

(1) 抗がん治療の中止の際に医療者に望まれる行動に関する研究

本研究より、抗がん治療中止の知らせを伝えられる際のコミュニケーションに関する患者の意

向は、従来我々が明らかにしてきた日本の医師の共感行動（SHARE）に相当したが、今回新たに、より踏み込んだ共感的パターンリズム、Empathic paternalism という新たな要因が明らかとなった。その関連要因として診断後早期に抗がん剤治療中止に到る経過が急速な場合に、医師の一層の共感と患者の意思決定に踏み込んだパターンリズムが望まれる傾向が明らかになった。次に、中止に関する患者の意向とその実際について：

- 1) 難治の告知は概ね患者の意向通り、経過の早い時期で良好であった。
- 2) 緩和ケアの説明は約半数の患者の意向と一致し、経過の遅い時期でやや不良であった。
- 3) 抗がん剤治療中止について、実際の診療と患者の意向の一致はわずか 33.3%で、医師のスキル、患者の意向表明スキルが必要と考えられた。
- 4) 余命告知について、実際の診療と患者の意向の一致はわずか 41.6%で意向の一致が難しく、医師の意向を汲み取る、難易度の高いコミュニケーションスキル、医師の意向表明スキルが必要であると考えられた。

本成果をいち早く全国に還元すべく、厚生労働科学研究（がん政策研究）推進事業を活用しがん医療水準均てん化研修会（がん医療従事者等向け）をH27年10月25日（日）およびH28年11月5日（土）に開催した。厚生労働省委託事業がん診療に携わる医師向けのコミュニケーション技術研修会（2007～2015に医師1187名修了）で指導してきたファシリテーター（指導者2007～2014に176名が修了）のうち63名（36%）が研修会に参加した。結果を反映したテキストを用いた。そして、本年12月、がん治療認定医申請資格学術単位5単位が認定された。ガイドラインは、日本サイコオンコロジー学会と日本サポーターティブケア学会が中心に策定中である。

（2）医師の患者の心の痛みに対する認知的共感に関する研究

本研究の結果から、他者の感情表出表情を提示した際の感情評価、自身の感情喚起の変化量に対して、医師の背景因子である年齢、性別、臨床経験年数、IRI各因子得点は関連しない可能性が示唆された。このような結果から、医師の認知的共感を強化したのはCSTであった可能性が考えられた。

以上の結果から、CSTにより行動だけでなく認知的共感も改善することが示唆された。

（3）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

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。

（4）がん医療に携わる療法士のコミュニケーション能力と共感能力に関わる横断研究

本結果より、コミュニケーションの自信がALTとコミュニケーションの困難度の関連に介在することが示された。そのパス係数は小さいながらも、ALTと困難度の関連の3/5を占めていた。また、困難度と精神健康度の間にも緩やかな関連が認められた。したがって、藤森らの研究結果も併せて考えると、CSTによってコミュニケーションの自信を向上することでコミュニケーションの困難度を軽減し、患者の満足度を向上させ、患者の抑うつ気分を軽減させることができる可能性が示唆された。

さらにモデル3のように、患者の望む4要素に対応しているコミュニケーションの自信の4要素に分けてパス係数を比較してみたところ、要素ごとにALTとコミュニケーションの困難度との間への介在の仕方が異なっていた。すなわち、環境設定の自信への介在の仕方については、ALTが高いほど自信は低いが、自信を上げることによってコミュニケーションの困難度も向上したことから、環境設定の自信を上げることへのCSTは、困難度を上げ

ないように慎重に行う必要があると考えられた。伝え方の自信の介在の仕方については、ALT が高いほど自信がないが、自信を上げることでコミュニケーションの困難度が軽減していたことから、伝え方に関する自信を上げる CST は積極的に行うべきであると思われた。

付加的情報の伝えること、共感的態度を示すことへの自信については、ALT が高いほど自信がないものの、自信を上げることによってコミュニケーションの困難度は変わらなかったことから、これらについての自信を向上させるための CST も積極的に行うべきであると推察された。

このように、自閉傾向がある療法士に向けての CST では、環境設定の自信を向上させるための CST は慎重に行い、その他の要素の CST は積極的に行うことが有効であることが示唆された。

先にも述べたように、コミュニケーションの自信の要素は、がん患者の求めるコミュニケーションの要素でもあることから、自信を向上させることは、がん患者の療法士に対するコミュニケーションの満足度を上げることになり、その結果としてがん患者の抑うつ状態を軽減させることにもつながると思われる。

(5) がん医療者に望まれる行動に関する研究

様々な構成要素を含む自閉様特性であるが、この中でもコミュニケーション・共感との関連が大きいと考えられる要素があり、過去の研究で示したように、薬剤師における自閉用特性と共感的態度は負の関連、自閉様特性と職業的な燃え尽き・共感性疲労との関係は正の関連となっていると考えられる。

こうした個人特性が及ぼす影響に対し、新たな介入法を開発する際には特に自閉または ADHD といった特性を持った対象への介入を考慮する必要がある。更に、今回の結果で示されたように、情動知能はこれらの悪影響を緩和し得る。今後、対人業務を行う病院薬剤師を対象とした特定の介入を用いることにより、一連の研究で示された個人特性の及ぼす影響を緩和する手法・介入について検証が必要と考えられる。

制約・研究限界

自記式尺度に対する回答結果のみをまとめ、行動観察等の客観的評価との間に乖離が生じている可能性がある。妥当性が検証

された評価尺度を用いているが、調査参加時の気分や環境、個人的事情によって回答が左右される可能性がある。プライバシーの観点から、個人的背景は聴取していないため、心理的苦痛や共感性疲労をもたらす原因が職場によるもののみとは限らない。横断調査のため、各変数間の因果関係は不明である。返信率が 50%弱であり、選択バイアスの可能性がある。一地域の薬剤師協会からの結果であり、一般化可能性に限界がある。

(6) 医療者による社会的要因の是正に関する研究

患者-医師間のコミュニケーションや精神的サポートについては是正を目指す場合、1) 個々の医師が努力してできるスキル向上以外に、2) 努力してもできない医師の時間の少なさをどのように対応するかを検討（医師の時間的業務負担軽減策、医療チーム研修による患者-医師間のコミュニケーション補足・支援など）が必要であることが示された。

E. 結論

(1) 抗がん治療の中止の際に医療者に望まれる行動に関する研究

本研究より、急速経過のがんの場合はより一層の共感とパターンリズムが好まれること、抗がん治療中止の知らせの中でも、抗がん剤の中止と余命告知が困難であり、医師のスキルアップだけでなく患者の意思表示スキルも必要と考えられた。

(2) 医師の患者の心の痛みに対する認知的共感に関する研究

本研究の結果から、CST は表情認知の側面から医師の負の感情への認知的共感を強化する可能性が示唆された。

(3) 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

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を目的とした実験心理学的研究を完遂した。

(4) がん医療に携わる療法士のコミュニケーション能力と共感能力に関わる横断研究

本研究により得られた結果から、自閉傾向が高い療法士のがん患者に関わる際のコミュニケーション技術向上の研修プログラムを作成するにあたっては、自信の要素ごとにコミュニケーション技術向上の研修プログラムを

変え、工夫する必要があることが明らかとなった。

(5) がん医療者に望まれる行動に関する研究

個人のコミュニケーション特性と関連のある自閉様特性は誰もが部分的に持っているものであるが、この特性の強弱は対人業務を行う病院薬剤師の共感的態度を始め、燃え尽き・共感性疲労に対して負の影響を及ぼす。個人の特性であり、変化させることが難しいと考えられる自閉様特性に対し、具体的な介入法について検討が必要となる。副次解析から、情動知能という概念はこれらの悪影響を緩和する可能性が示唆されており、今後の研究が必要となる。また、今回の研究では具体的な調査対象として病院薬剤師を選び、上記を明らかとしたが、この知見は広く対人業務に携わる他の医療従事者にも適応可能と考えられる。

(6) 医療者による社会的要因の是正に関する研究

患者-医師間のコミュニケーションや精神的サポートについては是正を目指す場合、個々の医師が努力してできるスキル向上以外に、医師の時間の少なさをどのように補足するかを検討（医師の時間的業務負担軽減策、医療チーム研修による患者-医師間のコミュニケーション補足・支援など）が必要であることが示された。

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

別添、刊行物一覧の通り

2. 学会発表

1. Uchitomi Y: Supporting Communication Toward A Goal of Psychosocial Palliative Care in Japan, The 4th Meeting of Asia Pacific Psycho-Oncology, Taipei, Taiwan 2014. 11. 22
2. 安藤満代, 内富庸介, 他: がん患者への精神的・心理的ケアとしてのライフレビュー・アートセラピーの実行可能性, 第27回日本サイコロジ学会総会, 東京 2014. 10. 3-4
3. 内富庸介, コミュニケーションスキル研修のがん診療に及ぼす影響. 第13回日

本臨床腫瘍学会, 2015. 07, 札幌

4. 内富庸介, がん医療における支持療法の標準治療確立に向けて, 第45回日本神経精神薬理学会・第37回日本生物学的精神医学会, 2015. 9, 東京
5. 内富庸介, がん患者とのコミュニケーション: 抗がん剤とオピオイドの開始, 第9回日本緩和医療薬学会年会, 2015. 10, 横浜
6. 内富庸介, がんと向き合う時の心構え, ピンクリボンシンポジウム, 2015. 10, 東京
7. 森田達也, 他: シンポジウム22 自施設でできる研究の質を上げよう (研究方法論: 初級編). 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014. 6, 神戸
8. 森田達也: シンポジウム31 緩和ケア領域における研究方法論の最近のControversy SY31-3 緩和ケア領域でのcomplex interventionの研究法論. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014. 6, 神戸
9. 森雅紀, 森田達也, 他: 全身状態の悪い終末期がん患者に対するモルヒネ持続投与の効果: 多施設観察研究. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014. 6, 神戸
10. 小田切拓也, 森田達也, 他: 緩和ケア病棟における、セフトリアキソンの皮下点滴使用と奏効率. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014. 6, 神戸
11. 大道雅英, 森田達也, 他: 非根治癌患者における生物学的予後スコア第2版の予測精度と妥当性の前向き検証—Palliative Prognostic Index、腫瘍医の予後予測との比較—. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014. 6, 神戸
12. 森雅紀, 森田達也, 他: 患者と死についての話をすること・死を前提とした行動をとることは家族がこころ残りなく過ごせるために必須か?. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014. 6, 神戸
13. 菅野喜久子, 森田達也, 他: 東日本大震災の被災沿岸地域の医療者へのインタビュー調査に基づく災害時におけるがん患者の緩和ケア・在宅医療の在り方に関する研究. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014. 6, 神戸
14. 森雅紀, 森田達也, 他: 緩和ケア医を志す若手医師が感じる研修・自己研鑽のニーズと改善策: 全国大規模調査. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014. 6, 神

- 戸
15. 竹内真帆, 森田達也, 他: 遺族調査が遺族に与える負担と受益. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
 16. 竹内真帆, 森田達也, 他: 遺族によるがん患者の死亡前の症状の評価. 第19回日本緩和医療学会学術大会. 2014.6, 神戸
 17. 森田達也: Regional Palliative Care Intervention Study using the Mixed-methods Design(日本における緩和ケア普及のための社会的研究). Sapporo Conference for Palliative and Supportive care in Cancer 2014(がん緩和ケアに関する国際会議 2014). 2014.7, 札幌
 18. 森田達也, 他. シンポジウム36あとの位ですか?と聞かれたら:どのように予後を予測し、どのように話し合うかSY36-1 生命予後予測指標の比較に関する世界最大規模のコホート研究:ProVal-study. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015.6, 横浜
 19. 白土明美, 森田達也, 他. Advanced care planning に関する進行がん患者の希望. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015.6, 横浜
 20. 岩淵正博, 森田達也, 他. 終末期医療に関する意思決定者の違いの関連要因と受ける医療や Quality of Life への影響. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015.6, 横浜
 21. 佐藤一樹, 森田達也, 他. 遺族の評価による終末期ケアの質評価尺度 Care Evaluation Scale と終末期患者の QOL 評価尺度 Good Death Inventory の非がん患者での信頼性・妥当性の検証. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015.6, 横浜
 22. 佐藤一樹, 森田達也, 他. 遺族による終末期患者の介護体験の評価尺度 Caregiving Consequence Inventory の改訂と非がん患者遺族での信頼性・妥当性の検証. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015.6, 横浜
 23. 田中優子, 森田達也, 他. 専門的緩和ケアサービスが進行肺がん患者との面接に要した時間～化学療法を受ける肺がん患者に対する早期からの包括的緩和ケア介入プログラムの実施可能性試験から～. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015.6, 横浜
 24. 小林直子, 森田達也, 他. 化学療法を受ける進行肺がん患者が抱える問題～化学療法を受ける肺がん患者に対する早期からの包括的緩和ケア介入プログラムに関する実施可能性試験から～. 第20回日本緩和医療学会学術大会. 2015.6, 横浜
 25. 森田達也. 学術セミナー8 症状評価の重要性を示す臨床試験と最近国内で使用できるようになった症状評価尺度:今何を使うべきか? 第53回日本癌治療学会学術集会. 2015.10, 京都
 26. 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回日本サイコオンコロジー学会総会. 2016.9. 札幌
 27. Miki E, Okamura H: The association between the decline of cognitive function and ability of ADL in elderly cancer patients. 16th International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Yokohama, June 18-21, 2014
 28. Miki E, Okamura H: End-of-life care education for OT students in Japan. 6th Asia Pacific Occupational Therapy Congress, Rotorua, New Zealand, September 14-17, 2015
 29. 岡村 仁: 進行・終末期リハビリテーションと作業療法士の役割～精神科医の立場から～. 第9回島根県作業療法学会(教育講演), 浜田市, 2014年11月
 30. 藤森麻衣子. がんリハビリにおけるコミュニケーションスキル. ワークショップ. 第6回日本がんリハビリテーション研究会. 東京. 2016.
 31. Fujimori M. Plenary Lecture 2. Communication Skills Training. 5th Asia Pacific Psycho-Oncology Network Meeting. Singapore. 2016.
 32. Uchitomi Y., Fang CK., Fujimori M, Tang WR. Workshop 1. Breaking Bad News and Related Communication. 5th Asia Pacific Psycho-Oncology Network Meeting. Singapore. 2016.
 33. 藤森麻衣子, 森雅紀. J-SUPPORT 実験心理研究:今後の見通しについての医師の望ましい説明に関する研究. シンポジウム: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. 第 29 回日本サイコロジ学会総会. 北海道. 2016.
34. 藤森麻衣子, 大庭章, 二宮ひとみ. サイコロジストが CST を運営すること. シンポジウム: SHARE-CST10 年の歩み. 第 29 回日本サイコロジ学会総会. 北海道. 2016.
35. Fujimori M., Shirai Y., Asai M., Katsumata N., Kubota K., Uchitomi Y.. 2016, Effect of communication skills training program for oncologists on their burnout and psychological distress. The 31st International Congress Psychology, Yokohama.
36. 藤森麻衣子. がん患者とのよりよいコミュニケーションを目指して. シンポジウム: がんと生きるをサポート (5) 緩和ケアの個別化を展望する. 第 53 回日本癌治療学会学術集会. 京都. 2015.
37. 藤森麻衣子. コミュニケーション技術訓練の効用. シンポジウム: コミュニケーションスキル研修のがん診療に及ぼす影響. 第 13 回日本臨床腫瘍学会学術集会. 北海道. 2015.
38. 藤森麻衣子. 日本での SHARE-CST の開発と取組. SHARE-CST 国際シンポジウム SHARE-CST の展開. 第 28 回日本サイコロジ学会学術集会. 広島. 2015.
39. Fujimori M. SHARE Model in Japan. Symposium: SPIKES vs SHARE. 3th Taiwan Psychooncology Conference, Taipei. 2015.
40. Fujimori M., Shirai Y., Asai M., Katsumata N., Kubota K., Uchitomi Y.. 2015, Effect of communication skills training program for oncologists on their burnout and psychological distress. 17th World Congress in Psycho-Oncology, Washington DC.
41. 藤森麻衣子. 悪い情報の伝え方 ~よりよい在宅看護看取りのためのコミュニケーション~. 厚労科研 終末期ケアに関わる看護師主導型の各種クリニカル・パスの評価 研究班講演会. 福岡. 2014.
42. 藤森麻衣子. 国際的自殺対策の実態、および課題把握のための調査研究. パネル討論会 厚労科研 自殺総合対策に必要な融合的研究: その現状と今後. 東京. 2014.
43. 藤森麻衣子. がん告知と共感的コミュニケーション. シンポジウム 2. がん患者の心をどうとらえるか: Psycho-Oncology の科学的基盤. 第 27 回日本総合病院精神医学会総会. 茨城. 2014.
44. Fujimori M. Plenary session. Communication skills training. 4th Asia Pacific Psycho-Oncology Network Conference, Taipei. 2014.
45. Fujimori M., Shirai Y., Asai M., Katsumata N., Kubota K., Uchitomi Y.. 2014, Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communicating bad news in a randomized control trial. 4th Asia Pacific Psycho-Oncology Network Conference, Taipei.
46. Fujimori M., Uchitomi Y., 2014, Quality of life in Japanese long-term survivors of non-small cell lung cancer. 16th World Congress in Psycho-Oncology, Risbon.
47. Fujimori M., Uchitomi Y., 2014, Quality of life in Japanese long-term survivors of non-small cell lung cancer. World Psychiatric Association Section on Epidemiology and Public Health 2014 Meeting, Nara.
- 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
なし。