

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
平成28年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 内富 庸介

平成29（2017）年 3月

目 次

I.	総括研究報告書	
	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	
	内富 庸介	
II.	分担研究報告書	
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	11
	内富 庸介	
2.	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	14
	森 雅紀	
3.	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	19
	岡村 仁	
4.	薬剤師に必要なコミュニケーションに関する研究	24
	稲垣 正俊	
5.	医師の認知的共感に関する研究	28
	藤森 麻衣子	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	31

I. 総括研究報告書

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））
総括研究報告書

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）の改善を目指して、研修による医師の共感の変化を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、薬系学生と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。

【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。

（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り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名の登録を完了した。

（４）医療者のコミュニケーション特性を明らかとするために、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高いと、ALT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ということが明らかとなり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: Emotional Intelligence（情動知能）はALT: Autistic-like traits（自閉様特性）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ことが示された。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属機関における職名

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
森 雅紀	聖隷三方原病院緩和ケア 医長
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 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면을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。

(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、より困難を感じることになるが、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・薬学部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。

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ーショ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、ECS・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。

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。

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.ヶ月 0、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、情動的共感それぞれについて、背景因子と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。重回帰解析の結果においても、従属変数といずれの独立変数の間に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、アイコンタクトを適切に行うかどうか」が不確

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。

(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 $a_1*b_1=-0.2512$ (薬剤師)、 $a_2*b_2=-0.2791$ (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 $A_1*B_1=0.0767$ (薬剤師)、 $A_2*B_2=0.0807$ (学生) であり、共に有意($p<0.05$)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

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、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入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入の仕方が異なっていた。すなわち、環境設定の自信への介入の仕方については、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。伝え方の自信の介入の仕方については、ALT が高いほど自信がないが、自信を上げることによって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ており、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。

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、本研究より、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明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、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、上記を明らかにしたが、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。

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. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y : Factors associated with patient preferences for communication of bad news. Palliat Support Care. 2016 Nov. [Epub ahead of print]
2. Inoguchi H, Uchitomi Y, et al : Screening for untreated depression in cancer patients: a Japanese experience. Jpn J Clin Oncol. 2016 Aug. [Epub ahead of print]
3. Fujiwara M, Uchitomi Y, et al : An Open-Label Feasibility Trial of Repetitive ranscranial Magnetic Stimulation for Treatment-Resistant Major Depressive Episodes. Acta Med Okayama. ;70(4):307-11. 2016 Aug.
4. Higuchi Y, Uchitomi Y, et al : A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and

- the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. *BMC Public Health*. 2016 Jul.
5. Zenda S, Uchitomi Y, et al :A prospective picture collection study for a grading atlas of radiation dermatitis for clinical trials in head-and-neck cancer patients. *J Radiat Res*. 57(3):301-6. 2016 Jun.
 6. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al :Individual risk alleles of susceptibility to schizophrenia are associated with poor clinical and social outcomes. *J Hum Genet*. ;61(4):329-34. 2016 Apr.
 7. Akizuki N, Uchitomi Y, et al :Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. *Jpn J Clin Oncol*. 46(1):71-7. 2016 Jan;
 8. 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.
 9. 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.
 10. Hui D, Mori M, et al. Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review. *Oncologist* 21:895-901, 2016.
 11. Morita T, Mori M, et al. Uniform definition of continuous-deep sedation. Letter. *Lancet Oncol* 17(6);e222, 2016.
 12. 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.
 13. 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.
 14. 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.
 15. 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]
 16. 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]
 17. 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.
 18. Hui D, Mori M, et al. Referral criteria for outpatient palliative cancer care: An international consensus. *Lancet Oncol* 17(12):e552-e559, 2016.
 19. 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.
 20. 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]
 21. 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.
 22. Abe K, Okamura H: Development of a method for transferring paraplegic

- patients with advanced cancer from the bed to the wheelchair. *J Palliat Med* 19: 656-660, 2016
23. Hanaoka H, Okamura H, et al: Reminiscence triggers in community-dwelling older adults in Japan. *Br J Occup Ther* 79: 220-227, 2016
 24. Kobayakawa M, Okamura H, et al: Family caregivers require mental health specialists for end-of-life psychosocial problems at home: a nation-wide survey in Japan. *Psycho-Oncology* 25: 641-647, 2016
 25. Shigehiro M, Okamura H, et al: Study on the psychosocial aspects of risk-reducing salpingo-oophorectomy (RRSO) in BRCA1/2 mutation carriers in Japan: a preliminary report. *Jpn J Clin Oncol* 46: 254-259, 2016
 26. Taira N, Okamura H, et al: The Japanese breast cancer society clinical practice guidelines for epidemiology and prevention of breast cancer, 2015 edition. *Breast Cancer* 23: 343-356, 2016
 27. 岡村 仁: 術後患者に対する精神的・心理的サポート. *臨床外科* 71: 264-269, 2016
 28. 石長孝二郎, 岡村 仁, 他: 大腸がん患者への抗がん剤投与による嗅覚および気分の変化. *日本病態栄養学会誌* 19: 127-134, 2016
 29. 林 優美, 岡村 仁, 他: 医師・病棟看護師が患者に「緩和ケア」という用語を使用する時期. *Palliative Care Research* 11: 209-216, 2016
 30. 林 優美, 岡村 仁, 他: PEACEを用いた緩和ケア研修会受講による臨床での取り組みかたの変化について. *Palliative Care Research* 11: 234-240, 2016
 31. Higuchi Y, Inagaki M et al: Emotional Intelligence Mediates the Relationships Between Autistic-like Traits, Empathic Behavior, and Psychological Distress in Pharmacists and Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*. In press
 32. Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, Suzuki H, Takeshima T, Matsumoto T, Yamauchi T, Kawano K, Fukunaga T. Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol*. 2017; in press.
 33. Tang WR, Hong JH, Rau KM, Wang CH, Juang YY, Lai CH, Fujimori M, Fang CK. Truth telling in Taiwanese cancer care: patients' and families' preferences and their experiences of doctors' practices. *Psychooncology*. 2016; in press.
 34. Higuchi Y, Inagaki M, Koyama T, Kitamura Y, Sendo T, Fujimori M, Uchitomi Y, Yamada N. A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. *BMC Public Health*. 2016; 16:534.
 35. Akizuki N, Shimizu K, Asai M, Nakano T, Okusaka T, Shimada K, Inoguchi H, Inagaki M, Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. *Jpn J Clin Oncol*. 2016; 46(1):71-7.
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回日本サイコオンコロジー学会総会. 2016. 9. 札幌
 7. Nosaka M, Okamura H: A single session of integrated yoga program as a stress management for teachers: the effects measured by respiration rate etc. The 17th Congress of the Asian College of Psychosomatic Medicine, Fukuoka, Japan, August 20-21, 2016
 8. Kaneko F, Okamura H: The efficacy of individual occupational therapy in a long-term schizophrenic inpatient: a case study. The 2016 IPA International Congress, San Francisco, USA, September 6-9, 2016
 9. Okamura H, et al: A nationwide survey of dementia patients admitted to psychiatric hospitals for behavioral and psychological symptoms of dementia in Japan. 12th International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS). Lisbon, Portugal, October 5-7, 2016
 10. Hanaoka H, Okamura H, et al: Effective olfactory stimulation of reminiscence intervention in community-dwelling elderly persons in Japan. 2016 IPA Asian Regional Meeting, Taipei, Taiwan, December 9-11, 2016
 11. 渡邊春菜, 岡村 仁, 他: 地域活動においてリーダーとして活躍する高齢者の思い. 第53回日本リハビリテーション医学会学術総会, 京都市, 2016年6月9-11日
 12. 宮島芳枝, 岡村 仁, 他: 医療職を目指す大学生における食行動・食態度の特性と対人交流の諸要素との関連について. 第53回日本リハビリテーション医学会学術総会, 京都市, 2016年6月9-11日
 13. 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.
 14. Fujimori M. Plenary Lecture 2. Communication Skills Training. 5th Asia Pacific Psycho-Oncology Network Meeting. Singapore. 2016.
 15. 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.
 16. 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回日本サイコオンコロジー学会総会. 北海道. 2016.
 17. 藤森麻衣子, 大庭章, 二宮ひとみ. サイコオンコロジストが CST を運営するということ. シンポジウム: SHARE-CST10年の歩み. 第29回日本サイコオンコロジー学会総会. 北海道. 2016.
 18. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Katsumata N, Kubota K, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists on their burnout and psychological distress. The 31st International Congress Psychology, Yokohama. 2016
- 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。

II. 分担研究報告書

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））
分担研究報告書

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

研究分担者 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
研究協力者 藤森麻衣子 国立精神・神経医療研究センター
自殺予防総合対策センター
適応障害研究室
梅澤 志乃 東京医科歯科大学大学院
富川 由紀 あそかビハーラ病院

研究要旨：

【背景と目的】Bad news の中でもとりわけ抗がん治療中止を伝えることは腫瘍医にとって最も困難な診療の一つであるが、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。今年度は、抗がん治療中止に関連する4つのBad news に関する話し合いを経過のどの時期に持ったのか、患者の意向とあわせて実態を報告する。

【結果と考察】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%）。⇒概ね患者の意向通り、経過の早い時期であった。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%）⇒約半数の患者の意向と一致し、経過の遅い時期であった。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。⇒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。

A. 研究目的

Bad news の中でもとりわけ抗がん治療中止を伝えることは腫瘍医にとって最も困難な診療の一つであるが、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。抗がん剤治療中止期にある患者（106名）の意向を前年度に調査し、患者から望まれる日本の医師の共感行動（SHARE）と概ね一致していたこと、新たに患者医師関係により踏み込んだ共感的パターンリズム、Empathic paternalism という要因を明らかにしたこと（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、肩や手に触れる等）を報告した。共感的パターンリズム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という関連要因が明らかになった（論文1）。

そこで、今年度は、抗がん治療中止に関連する4つのBad news（1. 治療困難、2. 緩和ケアの情報、3. 抗がん剤治療中止、4. 余命）に関する話し合いを経過のどの時期に持ったのか、患者の意向とあわせて実態を報告する。

B. 研究方法

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を基に、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。すなわち、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。

C. 研究結果

リクルート期間中の取り込み基準該当者 443 名、そのうち除外基準該当者 251 名を除いた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。

- 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。

D. 考察

- 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、日本サイコロジ学会と日本サポーターブケア学会が中心に策定中である。

E. 結論

本研究より、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明スキルも必要と考えられた。

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

1. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y :Factors associated with patient preferences for communication of bad news. Palliat Support Care. 2016 Nov. [Epub ahead of print]

2. Inoguchi H, Uchitomi Y, et al :Screening for untreated depression in cancer patients: a Japanese experience. Jpn J Clin Oncol. 2016 Aug. [Epub ahead of print]
3. Fujiwara M, Uchitomi Y, et al :.An Open-Label Feasibility Trial of Repetitive ranscranial Magnetic Stimulation for Treatment-Resistant Major Depressive Episodes. Acta Med Okayama. ;70(4):307-11. 2016 Aug.
4. Higuchi Y, Uchitomi Y, et al :A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. BMC Public Health. 2016 Jul.
5. Zenda S, Uchitomi Y, et al :A prospective picture collection study for a grading atlas of radiation dermatitis for clinical trials in head-and-neck cancer patients. J Radiat Res. 57(3):301-6. 2016 Jun.
6. Sakamoto S, Uchitomi Y, et al :Individual risk alleles of susceptibility to schizophrenia are associated with poor clinical and social outcomes. J Hum Genet. ;61(4):329-34. 2016 Apr.
7. Akizuki N, Uchitomi Y, et al :Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. Jpn J Clin Oncol. 46(1):71-7. 2016 Jan;

2. 学会発表
なし

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

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。

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））
分担研究報告書

がん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

研究分担者	岡村 仁	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
研究協力者	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
	稲垣 正俊	岡山大学病院精神科神経科
	寺田 整司	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
	林原 千夏	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
	樋口 裕二	岡山大学病院精神科神経科
	藤原 雅樹	岡山大学病院精神科神経科
	片岡 仁美	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療人材養成講座
	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予防総合対策センター

研究要旨 近年、療法士ががん医療に携わる機会が増えつつある。そのため、療法士にはがん患者の臨床経過に沿って、心理的配慮を必要とするコミュニケーション能力の向上が望まれる。しかしながら療法士のコミュニケーション能力を向上させるコミュニケーションスキルトレーニング（CST）は開発されていない。一方、自閉様特性（ALT）というコミュニケーションに困難を感じる特性がもともと高い療法士が一定数おり、これらの特性を持つ療法士のコミュニケーションのあり方やそれによる影響は不明である。そこで今回、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。本研究は横断研究デザインで上記の仮説に則り、ALTとコミュニケーションの困難度の関連を確認したうえで、自信がその関連に介在するかを共分散構造分析により調査した。結果、コミュニケーションの自信がより高いと、ALT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った。一方、コミュニケーションの自信を向上させるCSTに関しては、環境設定に関する自信を向上させる時には、コミュニケーションの困難度を上げてしまう恐れがあるため、細心の注意が必要であることが示唆された。

A. 研究目的

がん患者から聞かれる、「もう私らしい生活は送れないのでしょうか?」「もう歩けないのでしょうか?」「もう口から食事を食べられないのでしょうか?」などは、緩和ケアに関わる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（療法士）が返答に難渋する質問である。医師と違い診断結果を伝える立場ではないが、一方で機能回復に関わる現状を患者とともに一緒に受け止め、情緒的サポートを提供することが求められる。しかし、これらの質問に対して実際どう答えて良いのか、返答に困る

場面によく遭遇する。療法士ががん医療において、コミュニケーション技術が試される場面でもある。また、これ以外にも、がん患者は臨床経過に沿って様々なストレスがかかり、心理的配慮が求められている。このような臨床場面に適切に対応できるようになるために、コミュニケーション技術の向上が望まれるが、がん患者に関わる療法士のコミュニケーション能力を向上させる機会は各個人の資質と経験に任されている。また医師を対象としたがん患者とのコミュニケーション技術の研修（SHARE）はあるものの、療法士を対象とした

研修はほとんどないため、能力向上の機会は限られている現状がある。

他者とのコミュニケーションに困難を感じる特性として、自閉様特性(ALT)がある。療法士の中に ALT が高い者も含まれていると思われる。樋口らの報告によると、ALT が高い医療従事者は共感的態度を示しにくく、対人ストレスを多く感じ、精神健康度も良くないことが示されている。ALT が高いと、がん患者とのコミュニケーションの困難を感じ、ストレスも高く、精神健康度も悪いことになる。これらのことは、がん医療に関わる療法士のバーンアウトにも関わってくる問題であり、コミュニケーションの困難度を軽減させるための介入が必要である。また介入によるコミュニケーション技術の向上により、がん患者が医療従事者に求めるコミュニケーションの質を向上させることにもつながり、その結果、患者の医療従事者とのコミュニケーションの満足度が向上し、患者の抑うつ状態も軽減させることが出来ると思われる。

そこで今回、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。

B. 研究方法

1. 研究デザイン

横断調査

2. 対象の選択条件

2-1. 適格条件

(1) 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を修了した療法士。

(2) 郵送法で行い、アンケートの返送をもって同意した者。

2-2. 除外条件

(1) 日本語の読み書きができない者。

3. 評価項目

3-1. The Autism-Spectrum Quotient (AQ) (28 項目)

ASD (自閉症スペクトラム障害) の人がコントロール群と比較し、高い得点になる。ASD とは、社会的コミュニケーションの障害、限定された反復的な行動様式を示す障害である。AQ は、50 問の質問紙で、1 (まったくない) から 4 (とてもそうである) の 4 点の Likert scale であり、dichotomous scoring method (0-0-1-1) で評価し 50 点が最高得点となる。ASD の特性である 5 つの領域 (社会的スキル・注意の切り替え・細部への注意・コミュニケーション・想像力) を評価する。Aja らが 28 問の短縮版を開発し、妥当性の検討も行っている。この短縮版は、4 点の Likert scale となっており、full four-point scale (1-2-3-4) で採点する。本研究では、この短縮版を日本語版 full version を元に翻訳して 28 問にした。カットオフポイントは Aja の short version の 64/65 とした (感度、特異度はそれぞれ 0.97、0.82)。

3-2. コミュニケーションの困難度

「がん患者から『もう歩けないのですか?』『私らしい生活を送れないのですか?』『口から食事を摂れないのですか?』などと言われた時、困難を感じますか?」の質問に対し、0-100 の 10 刻みの numerical rating scale により評価した。

3-3. General Health Questionnaire (GHQ) (12 項目)

Goldberg によって作成された心理状態を測定する尺度であり、主として神経症者の症状把握、評価および発見にきわめて有効な自己記入式のスクリーニング調査票である。GHQ12 は WHO の GHQ から作成されている。日本語版の信頼性と妥当性は確認されている。Four-point Likert scale からなり、1 (まったくない) から 4 (とてもそうである) で構成されている。採点は (0-0-1-1) 法で行い、カットオフは 4 点以上である。

3-4. SHARE: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)

コミュニケーションスキルトレーニング (CST “SHARE”) の際に使われる、「悪い知らせを伝える際のコミュニケーションの自信」に関する質問紙である。患者が望むコミュニ

ケーション法である、支持的な場の設定 S (Setting up the supporting environment of the interview)、悪い知らせの伝え方 H (Making consideration for how to deliver the bad news)、付加的な情報 A (Discuss about additional information)、安心感と情緒的サポート RE (Provision reassurance and addressing the patient's emotion with empathic responses) の 4 要素について 36 項目からなる。藤森らによって妥当性は示されている。この中から療法士に関する質問を専門家の意見を元に取り捨選択して 25 項目とし、療法士に合わせた質問文に書き換えたものを使用した。

3-5. 社会的背景、人口統計学的項目
(1)職種、(2)性別、(3)年齢、(4)免許取得年、(5)がん拠点病院か否か、(6)腫瘍医療に関する項目をアンケートにより調査した。

本研究においては、全ての質問項目を統一したフォーマットに変換し、順次回答可能となるように一連の質問紙とした。これにより回答者の負担を軽減し、欠損値が出にくいよう工夫を行った。総回答時間は 10-20 分程度を見積もった。

4. 仮説モデル

4-1. ALT からコミュニケーションの困難度に直接関連を示したモデル (モデル 1)

4-2. モデル 1 にコミュニケーションの自信を介在させたモデル (モデル 2)

4-3. モデル 2 のコミュニケーションの自信の要素を 4 つに分けたモデル (モデル 3)

5. パス係数

5-1. モデル 1-3 のパス係数により、ALT とコミュニケーションの困難度にコミュニケーションの自信が介在しているかどうかを調査した。

5-2. 5-1 で自信が介在している場合、コミュニケーションの自信の中のどの要素が 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できるのかを調査した。

6. 調査方法・手順

6-1. 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であり、書面にて説明したうえで同意が得られ、回答・返送した者を対象とした。

6-2. 社会的背景・人口統計学的項目に加えて、上記の質問紙から構成されるアンケート冊子を配布し、回答のうえ返送してもらった。

6-3. 郵送にて冊子を回収した。

6-4. 得られた結果に対し、統計学的解析を行った。

7. 解析方法

仮説モデルの適合度を判定し、モデルのパス係数から、ALT とコミュニケーションの困難度、コミュニケーションの自信との関連を解析した。

8. 対象者数

8-1. 対象者

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約 2800 名を対象とした。

8-2. 設定根拠

がんリハビリテーション研修修了者約 2800 名全員の中で、実際の返信率や欠損値のない返答割合を 20%と見積もり、最終的には 500 名程度の参加を見込んだ。主要な SHARE の質問数 28 問を因子分析するにあたり、質問数の 10 倍以上の例数を必要とするため、500 例あれば解析可能と判断した。また、0.25 程度の 2 相関を、両側 α 値 0.05、 β 値 0.20 で検出するためには、約 150 例必要となるが、その例数は集積可能と判断した。

9. 研究期間

30 か月間 (平成 26 年 9 月岡山大学倫理委員会承認後～平成 29 年 3 月 31 日) とした。
(倫理面への配慮)

岡山大学倫理審査委員会承認後に本研究を開始した。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

することとした。データは連結不可能匿名化となるため、アンケート提出後は同意撤回ができないことについて対象者より同意を得た。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、データ入力者および解析者のみ閲覧可能とした。質問紙は研究実施期間終了後 5 年間保存の後に全て破棄することとした。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ことを明記した。

C. 研究結果

1-1. 対象者

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。

1-2. モデルの適合度

仮説モデルは 3 つとも適合モデルであった。

1-3. パス係数による結果

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。

D. 考察

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。

E. 結論

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。

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) Abe K, Okamura H: Development of a method for transferring paraplegic patients with advanced cancer from the bed to the wheelchair. J Palliat Med 19: 656-660, 2016
- 2) Hanaoka H, Okamura H, et al: Reminiscence triggers in community-dwelling older adults in Japan. Br J Occup Ther 79: 220-227, 2016
- 3) Kobayakawa M, Okamura H, et al: Family caregivers require mental health specialists for end-of-life psychosocial problems at home: a nation-wide survey in Japan. Psycho-Oncology 25: 641-647, 2016
- 4) Shigehiro M, Okamura H, et al: Study on the psychosocial aspects of risk-reducing salpingo-oophorectomy (RRSO) in BRCA1/2 mutation carriers in Japan: a preliminary report. Jpn J Clin Oncol 46: 254-259, 2016
- 5) Taira N, Okamura H, et al: The Japanese breast cancer society clinical practice guidelines for epidemiology and prevention of breast cancer, 2015 edition. Breast Cancer 23: 343-356, 2016
- 6) 岡村 仁: 術後患者に対する精神的・心理的サポート. 臨床外科 71: 264-269, 2016
- 7) 石長孝二郎, 岡村 仁, 他: 大腸がん患者への抗がん剤投与による嗅覚および気分の快・不快の変化. 日本病態栄養学会誌 19: 127-134, 2016
- 8) 林 優美, 岡村 仁, 他: 医師・病棟看護師が患者に「緩和ケア」という用語を使用する時期. Palliative Care Research 11: 209-216, 2016
- 9) 林 優美, 岡村 仁, 他: PEACEを用いた緩和ケア研修会受講による臨床での取り組みかたの変化について. Palliative Care Research 11: 234-240, 2016

2. 学会発表

- 1) Nosaka M, Okamura H: A single session of integrated yoga program as a stress management for teachers: the effects measured by respiration rate etc. The 17th Congress of the Asian College of Psychosomatic Medicine, Fukuoka, Japan,

August 20-21, 2016

- 2) Kaneko F, Okamura H: The efficacy of individual occupational therapy in a long-term schizophrenic inpatient: a case study. The 2016 IPA International Congress, San Francisco, USA, September 6-9, 2016
- 3) Okamura H, et al: A nationwide survey of dementia patients admitted to psychiatric hospitals for behavioral and psychological symptoms of dementia in Japan. 12th International Congress of the European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS). Lisbon, Portugal, October 5-7, 2016
- 4) Hanaoka H, Okamura H, et al: Effective olfactory stimulation of reminiscence intervention in community-dwelling elderly persons in Japan. 2016 IPA Asian Regional Meeting, Taipei, Taiwan, December 9-11, 2016
- 5) 渡邊春菜, 岡村 仁, 他: 地域活動においてリーダーとして活躍する高齢者の思い. 第53回日本リハビリテーション医学会学術総会, 京都市, 2016年6月9-11日
- 6) 宮島芳枝, 岡村 仁, 他: 医療職を目指す大学生における食行動・食態度の特性と対人交流の諸要素との関連について. 第53回日本リハビリテーション医学会学術総会, 京都市, 2016年6月9-11日

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

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））
分担研究報告書

がん医療者に望まれる行動に関する研究

研究分担者	稲垣 正俊	岡山大学病院 精神科神経科
研究協力者	樋口 裕二	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
	千堂 年昭	岡山大学病院薬剤部
	北村 佳久	岡山大学病院薬剤部
	小山 敏広	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 臨床薬学基幹分野臨床精神薬学
	片岡 仁美	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 地域医療人材育成講座
	林原 千夏	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
	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予防総合対策センター

研究要旨 がん医療に従事する医師のコミュニケーション技術は、がん患者の精神的苦痛やがん専門医自身の燃え尽きなど様々なアウトカムに影響を及ぼすことが知られており、がん医療の質を左右する。こうした医療従事者のコミュニケーション技術の中核として、共感を示すことの重要性が知られている。日本では厚生労働省の主導により「対物業務から対人業務へ」という目標が示され、薬剤師に求められる役割が変化しつつある。例えば、病院薬剤師が緩和医療チームの必須構成要員となったことや、患者への薬剤指導を含む一部の病棟業務に対して診療報酬が認められたことなど、対他職種・对患者といった対人業務の要請が強くなりつつある。一方で、人間の共感行動に大きな影響を与えると考えられる神経心理学特性としてALT: Autistic-like traits（自閉様特性）がある。現在ではこの特性をスペクトラムとして捉えており、誰もが部分的には特性を持つことや、また一定の割合で色濃い特性を有する者がいると考えられている。近年の研究において、ALTと他者の意図や感情に対する共感の乏しさと関連が指摘されており、これまでに我々は岡山県病院薬剤師協会に所属する病院薬剤師380名を対象とした匿名調査の結果から、ALTが医療従事者の共感行動や医療従事者自身の精神健康度、また燃え尽きのリスクと関連することを示した。こうした影響を媒介する介入可能な要素の特定が望まれる。今回は、EI: Emotional Intelligence（情動知能）について着目することとした。先の病院薬剤師に加え、研究参加の同意を得た薬学部学生341名を対象に媒介モデルを用いた解析を行った。結果、EI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ことが示された。我々は既にCST（コミュニケーション技術訓練）は医師の共感的態度を向上し、患者の抑うつを防ぐという介入効果を持つことを示している。今後、こうした知見を広げるに当たり、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ALTに対し、EIのような介入可能な要素について検証を重ね、CSTによる介入の効果・効率の改善を目指したい。

A. 研究目的

1. 背景

医師（医療者）患者関係の重要性

多くの先行研究が、良好な医師患者関係は治療アウトカムに影響を及ぼし得ることを指摘している。

高血圧や糖尿病などの生活習慣病の治療にはセルフケアに関わる行動変容が重要であるが、良好な医師患者関係を構築することにより患者の治療参加を促し、健康問題の本質が共有され、治療にまつわる不安が解消することから、患者満足度や服薬や食事に関する治療アドヒアランス、血糖値や血圧のコントロールといった様々な治療アウトカムに影響を与える。

また、特に医師患者関係の重要性が説かれ、研究が進んでいる分野の一つである腫瘍医療の領域では、良好な医師患者関係は患者満足度・治療コンプライアンス・患者知識の向上・臨床試験参加者の増加・治癒的治療から緩和医療への円滑な移行・腫瘍医自身のストレスおよび燃え尽きの減少などと関連しているという調査がある。

こうした例から、医療者のコミュニケーション能力は医師（医療者）患者関係に対する影響が大きいことが考えられる。

他職種協同のチーム医療におけるコミュニケーション

医師だけでなく看護師や薬剤師の関わりによって、服薬遵守など前向きな治療行動につながり血圧や血糖値などの治療アウトカムが改善すると知られている。

更には多職種による円滑なチーム医療の実践により患者満足度が上がり、治療アウトカムも改善し、チーム医療の成否を握る鍵となる要素の一つにコミュニケーションが挙げられている。こうした多職種の医療従事者と患者との関係もまた、医療アウトカムに影響を及ぼし得るといふ報告もある。

我が国でも医師だけでなく、薬剤師、看護師、心理士等多職種の医療従事者が連携して患者の治療を目指す「チーム医療」の実践が目指されている。医療従事者にとって、「自分の考えを相手に確実に理解してもらうための伝達・表現能力、また相手の立場に立っても

のを考える能力」とされる共感とは重要である。

薬剤師に求められるコミュニケーション能力

近年になって薬剤師の業務において、調剤以外の役割が注目され始めている。薬剤指導や他職種と協働したチーム医療の実践、臨床アウトカムの向上や健康推進など、薬剤師の職業実践の様々な過程でコミュニケーション能力は患者満足度や信頼の獲得に大きな影響を与えることが考えられる。実際に、日本では厚生労働省の主導により「対物業務から対人業務へ」という目標が示され、薬剤師に求められる役割が変化しつつある。例えば、病院薬剤師が緩和医療チームの必須構成要員となったことや、患者への薬剤指導を含む一部の病棟業務に対して診療報酬が認められたことなど、対他職種・对患者といった対人業務の要請・期待が強まっている。

こうした動きに沿って、我が国でも薬剤師の養成にあたって高度な専門性と十分な教育を担保するため、教育期間が6年間に延長されるなどの対応がなされている。

チーム医療の成立や服薬指導などの実務に当たってコミュニケーション能力が必須と予想される。このため、本研究では薬剤師及び薬学部学生を対象とした。

コミュニケーション能力に関わる個人的特性

精神医学領域において社会適応上問題となることがある個人の偏りのある発達特性として、知的能力・基本的学習能力（書字・読字・算数）の他に、自閉様特性（コミュニケーション能力・社会性・想像性）や ADHD 様特性（不注意・衝動性）等がある。

医療者自身のこうした特性に始まり技術・経験、精神状態、基本的発達特性といったものが、共感性に代表されるコミュニケーション能力や医療職の燃え尽き・共感性疲労を含む医療者患者関係と関連した臨床アウトカムにどれ程影響を与えているか、また介入による医療者患者関係の向上の可能性については不明な点が多い。

また、これらの個人的特性は従来、変化に乏しいと考えられているため、個人特性による負の影響の可能性が排除できない場合に備え、可塑性に富んだ教育介入が可能な概念についても特定する必要がある。例えば、情動知能という概念は、自分の情動を知り衝動の自制ができる能力、他者に共感を覚える能力、

集団の中で調和を保ち協力しあえる対人関係能力などから成り、教育や経験を通して改善・習得可能であり、心身の健康や環境への適応につながるとされており、介入可能な要素として挙げられる。

上記の通り、様々な臨床アウトカムに直結し、医療者側のコミュニケーション能力を始めとした共感能力の背景にある個人的特質を発達特性の観点から検討し、特に病院薬剤師に注目し、更にはその介入可能性まで視野を広げることが目的とした研究を行う。

2. 目的

病院薬剤師・薬学部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。

B. 研究方法

【研究デザイン】横断研究

【対象の選択基準】

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、ECS・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。

C. 研究結果

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。

D. 考察

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ており、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。

E. 結論

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。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Higuchi Y, Inagaki M et al: Emotional Intelligence Mediates the Relationships Between Autistic-like Traits, Empathic Behavior, and Psychological Distress in Pharmacists and Pharmacy Students. American Journal of Pharmaceutical Education. In press

学会発表

なし。

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。

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））
分担研究報告書

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

研究分担者 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
研究協力者 白井 由紀 あそかびハーラ病院
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

研究要旨 がん医療において患者は悪い知らせを伝えられる際に、医師に共感的対応を求めているが医師は難しいと感じており、学習方法の開発が求められる。そこで本研究では、コミュニケーション技術研修法（CST）に参加した医師 20 名と対照群（コミュニケーション技術研修法に参加していない）医師 20 名を対象に、CST 前後（対照群は 1 週間程度の期間を空けた後）に認知的共感を評価するために表情認知課題（基本 6 感情：怒り、嫌悪、恐怖、悲しみ、驚き、喜び、およびニュートラル表情表出映像が提示され感情を評価する）、情動的共感を評価するために自身の感情認知課題を行い、前後差を従属変数とし、背景要因（年齢、性別、臨床経験年数、IRI 因子得点）を独立変数とする重回帰分析を行い、関連要因を検討した。その結果、いずれの背景要因も、認知的共感、情動的共感の変化量に有意な関連は認められなかった。この結果から、介入群において認められた CST 後に認知的共感が対照群よりも有意に高い結果は CST による影響であると示唆された。

A. 研究目的

患者－医療者間のコミュニケーションは患者の満足度や心理的な苦痛の軽減、治療アドヒアランスに関連し、必要不可欠な要素である。中でもがん患者は医師に対して共感的対応を求めているが、医師は患者の感情に共感的に対応することを難しいと感じている。そこでこれまで共感的対応方法を中心とした医師に対するコミュニケーション技術研修法（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。しかしながら、個人内の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に及ぼす影響、2) 他者の情動表出による自身の感情喚起に及ぼす影響、3) 情動評価、自身の感情喚起に関連する要因を検討することを目的とし、これまで 1)、2) について報告した。本年度は 3) について報告する。

B. 研究方法

1. 対象

コミュニケーション技術研修（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、計 8 名のモデルの基本 6 感情：怒り、嫌悪、恐れ、悲しみ、驚き、喜びにニュートラルを加えた 7 種類の表情、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。この表情認知を認知的共感を測定する課題とした。

(2) 感情認知課題：各表情認知課題の後に、自分自身の感情を 7 件法（0：全くない - 6：非常に強い）で評定を求めることで情動的共感を測定する課題とした。

(3) 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。

(4) 背景因子：年齢、性別、専門科、臨床経験年数

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。

(倫理面への配慮)

調査者は研究の実施に先立ち、対象者に対して説明同意文書にて人権の擁護に関する十分な説明を行う。すなわち、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。

C. 研究結果

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、情動的共感それぞれについて、背景因子と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。重回帰解析の結果においても、従属変数といずれの独立変数の間に有意な関連は示されなかった。

D. 考察

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。

E. 結論

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。

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. Fujimori M, Hikiji W, Tanifuji T, Suzuki H, Takeshima T, Matsumoto T, Yamauchi T, Kawano K, Fukunaga T. Characteristics of cancer patients who died by suicide in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Clin Oncol*. 2017; in press.
2. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. Factors associated with patient preferences for the communication of bad news. *Palliat Support Care*. 2016; in press.
3. Tang WR, Hong JH, Rau KM, Wang CH, Juang YY, Lai CH, Fujimori M, Fang CK. Truth telling in Taiwanese cancer care: patients' and families' preferences and their experiences of doctors' practices. *Psychooncology*. 2016; in press.
4. Higuchi Y, Inagaki M, Koyama T, Kitamura Y, Sendo T, Fujimori M, Uchitomi Y, Yamada N. A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. *BMC Public Health*. 2016; 16:534.
5. Akizuki N, Shimizu K, Asai M, Nakano T, Okusaka T, Shimada K, Inoguchi H, Inagaki M, Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study. *Jpn J Clin Oncol*. 2016; 46(1):71-7.

2. 学会発表
1. 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.
2. Fujimori M. Plenary Lecture 2. Communication Skills Training. 5th Asia Pacific Psycho-Oncology Network Meeting. Singapore. 2016.
3. 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.
4. 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回日本サイコオンコロジー学会総会. 北海道. 2016.
5. 藤森麻衣子, 大庭章, 二宮ひとみ. サイコオンコロジストがCSTを運営するということ. シンポジウム：SHARE-CST10年の歩み. 第29回日本サイコオンコロジー学会総会. 北海道. 2016.
6. 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.

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

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
内富庸介 他	がん患者のコンサルテーション・リエゾン精神医学	門脇 孝、 永井良三	内科学	西村書店	東京	2016	322-324
内富庸介 他	がん（メディカルオンコロジー）	永井良三	精神科研修ノート改定第2版	診断と治療社	東京	2016	50-52
内富庸介 他	緩和医療と精神的ケア/サイコオンコロジー	日本乳癌学会	乳腺腫瘍学	金原出版	東京	2016	342-347
藤森麻衣子 他	第2部精神医療の基本 第5章診断とその経過 心的外傷およびストレス関連障害群 適応障害.	下山晴彦、 中嶋義文	公認心理士必携精神医学・臨床心理の知識と技法	医学書院	東京	2016	82-83
藤森麻衣子	第2部医療現場の特性から考える. II. 命に関わる病:がんについて.	野口普子	看護師・メディカルのための医療心理学入門	金剛出版	東京	2016	98-117
藤森麻衣子	精神的サポートとコミュニケーション CASE25 どう伝えれば良いんだろう」のような現場の質問	森田達也、 木澤義之、 新城拓也	続・エビデンスで解決緩和医療ケースファイル	南江堂	東京	2016	117-120

雑誌（外国語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Akizuki N, <u>Inagaki M</u> , <u>Fujimori M</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study.	Jpn J Clin Oncol.	46(1)	71-7	2016

Higuchi Y, <u>Uchitomi Y</u> , <u>Fujimori M</u> , <u>Inagaki M</u> , et al	Exploring autistic-like traits relating to empathic attitude and psychological distress in hospital pharmacists.	Int J Clin Pharm.	37(6)	1258-66.	2015
Higuchi Y, <u>Inagaki M</u> , <u>Fujimori M</u> , <u>Uchitomi Y</u> , et al	Emotional Intelligence Mediates the Relationships Between Autistic-like Traits, Empathic Behavior, and Psychological Distress in Pharmacists and Pharmacy Students.	American Journal of Pharmaceutical Education.			In press
Maeda I, <u>Mori M</u> , 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
Amano K, <u>Mori M</u> , 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
Hui D, <u>Mori M</u> , et al	Referral Criteria for Outpatient Palliative Cancer Care: A Systematic Review.	Oncologist	21	895-901	2016
Morita T, <u>Mori M</u> , et al	Uniform definition of continuous-deep sedation. Letter.	Lancet Oncol	17(6)	e222	2016

Yamaguchi T, <u>Mori M</u> , et al	Treatment Recommendations for Respiratory Symptoms in Cancer Patients: Clinical Guidelines from the Japanese Society for Palliative Medicine.	J Palliat Med	19	925-35	2016
<u>Mori M</u> , et al	Unmet learning needs of physicians in specialty training in palliative care: A Japanese nationwide study	J Palliat Med	19	1074-9	2016
Jho HJ, <u>Mori M</u> , et al	Prospective Validation of the Objective Prognostic Score for Advanced Cancer Patients in Diverse	J Pain Symptom Manage	52	420-7	2016
<u>Mori M</u> , 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		[Accepted in September 2016]	2016
Morita T, <u>Mori M</u> , et al	Continuous deep sedation: A proposal for performing more rigorous empirical research.	J Pain Symptom Manage		[Epub ahead of print]	2016
Hui D, <u>Mori M</u> , et al	Referral criteria for outpatient palliative cancer care: An international consensus.	Lancet Oncol	17(12)	e552-9	2016

<u>Mori M, et al</u>	Predictors of response to corticosteroids for dyspnea in advanced cancer patients: a preliminary multicenter prospective observational study.	Support Care Cancer		[Epub ahead of print]	2016
<u>Mori M, et al</u>	Advances in hospice and palliative medicine in Japan: A review article.	Korean J Hosp Palliat Care	19(4)	283-91	2016
<u>Fujimori M, et al.</u>	Factors associated with patient preferences for communication of bad news.	Palliat Support Care		[Epub ahead of print]	2016
Tang WR, <u>Fujimori M, et al</u>	Truth telling in Taiwanese cancer care: patients' and families' preferences and their experiences of doctors' practices.	Psychoonco logy		[Epub ahead of print]	2016
Higuchi Y, <u>Inagaki M, Fujimori M, Uchitomi Y, et al</u>	A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan.	BMC Public Health.	16	534	2016
Akizuki N, <u>Fujimori M, et al</u>	Prevalence and predictive factors of depression and anxiety in patients with pancreatic cancer: a longitudinal study.	Jpn J Clin Oncol	46(1)	71-7	2016