

博士（人間科学）学位論文

がん医療における患者 - 医師間の  
コミュニケーションに関する研究

Patient- Physician Communication  
in Oncology Setting

2005年 1月

早稲田大学大学院人間科学研究科

藤 森 麻衣子

指導教授 野 村 忍

## 目次

第1章	がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションの研究動向と問題	
第1節	がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションの研究動向	
第1項	がん医療におけるコミュニケーションとは何か	3
第2項	がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションと者の精神的ストレスとの関連	3
第3項	がん医療における「悪い知らせ」とは何か	4
第4項	悪い知らせを患者に伝えるコミュニケーションに対する医師の反応	4
第5項	わが国における悪い知らせを患者に伝えるコミュニケーション	6
第6項	悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル・トレーニングの提案	7
第2節	がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションの問題	17
第2章	本研究の目的と意義	
第1節	本研究の目的	20
第2節	本研究の意義	22
第3節	本研究の構成	23
第3章	悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成概念の検討	
第1節	本章の背景と問題	26
第2節	悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成概念の検討（分析1）	
第1項	本研究の目的	28
第2項	方法	28
第3項	結果	31
第4項	考察	36
第3節	悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成概念の信頼性の検討（分析2）	
第1項	本研究の目的	41
第2項	方法	43
第3項	結果	43
第4項	考察	48
第4節	悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成概念の妥当性の検討（分析3）	
第1項	本研究の目的	51
第2項	方法	52
第3項	結果	54
第4項	考察	58
第5節	本章のまとめ	62

第4章	悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の特徴の検討	
第1節	本章の背景と問題	64
第2節	悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の重要度の評価(分析4)	
第1項	本研究の目的	66
第2項	方法	67
第3項	結果	69
第4項	考察	73
第3節	悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の関連要因の検討(分析5)	
第1項	本研究の目的	76
第2項	方法	76
第3項	結果	80
第4項	考察	84
第4節	本章のまとめ	87
第5章	悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性の検討(分析6)	
第1節	本研究の目的	89
第2節	方法	91
第3節	結果	98
第4節	考察	108
第5節	本章のまとめ	113
第6章	総合的考察	
第1節	本研究の要約	114
第2節	本研究の意義(1)精神腫瘍学への示唆	117
第3節	本研究の意義(2)臨床心理学への示唆	120
第4節	本研究の限界と今後の課題	123
第5節	結論	125

引用文献

謝辞

## **第1章 がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションの研究動向と問題**

### **第1節 がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションの研究動向**

#### **第1項 がん医療におけるコミュニケーションとは何か**

コミュニケーション (communication) という言葉は、ラテン語の *communicare* が語源と言われ、本来の意味は共有すること (to share with others) とされる。したがって患者 - 医師間のコミュニケーションとは、医師は患者に病状や治療について単に説明するのではなく、医師が持つ情報を患者と共有できるように平易かつ明確に患者に説明したり、患者の疑問や質問をよく聴いて回答したりすることにその本質が存在する。望ましいコミュニケーションとは、医師から患者への一方通行の情報伝達ではなく、情報共有を目的とした、患者 - 医師間の双方向で円滑な情報交換といえる (Lee & Garvin, 2003)。

#### **第2項 がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションと患者の精神的ストレスとの関連**

患者 - 医師間のコミュニケーションは、がん医療において患者の不安の低減や QOL の向上にとって重要であると認識されてきた (Roter, 1995)。がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションと患者の精神的ストレスとの関連についての研究を概観する。患者が医師からがんの病名開示の際に、患者が

医師とのコミュニケーションに満足していること、医師が基本的なカウンセリング技術（共感など）を使用していること、医師が患者への情報提供や患者からの質問に対する回答のために十分な時間をとることが、その後の患者の心理的ストレスの低さと関連することが示唆されている。例えば、術後治療開始前における患者 - 医師間のコミュニケーション上の問題の程度と患者の心理的ストレスの大きさとの関連や（Roter, 1995）、医師の共感的なコミュニケーション・スタイルと診察後の不安の低さとの関連が示唆されている（Takayama et al., 2001）。以上のように、患者 - 医師間のコミュニケーション、特に病名開示をはじめとする悪い知らせを伝える際のコミュニケーションは、患者のメンタル・ヘルスにとって重要であり、医師は話を聴くスキルや共感的対応のスキルを身につけることが望ましいといえる。

### 第3項 がん医療における「悪い知らせ」とは何か

「悪い知らせ」とは「患者の将来を根本から悲観的に変える知らせ」と定義され（Buckman, 1986）、がん医療に関連するものとしては、予後の悪いがん、再発、病状の進行、積極的治療の中止などが含まれる（Baile et al., 1995）。このように、情報の開示を前提としたがん医療においては、患者が医師から悪い知らせを伝える機会は複数あり、避けて通れないことのひとつである。

### 第4項 悪い知らせを患者に伝えるコミュニケーションに対する医師の反応

患者の診断、予後、病気の進行について否定的な情報を伝えることは、がん専門医にとって困難でストレスの多いものになりうるし、悪い知らせの正しい情報の提供と患者の希望や期待を保つこととのバランスをとらなくてはならない一方で、治療がうまくいかなかったときには、患者の失望感に対処する必要がある。また、悪い知らせによって、患者の強い感情もしくは行動的反応が引き起こされることがあり、がん専門医はそれに対処する必要がある。しかしながら、いくつかの研究において、例えば、医師が診断、再発、あるいは積極的抗がん治療の中止を含む悪い知らせを伝えなければならない場合、多くの医師ががん患者とのコミュニケーションに困難さを経験することが示唆されており（Fallowfield et al., 1998）最近の研究において、がん専門医の多くが悪い知らせを伝える方略を持っていないことが報告されている（Baile et al., 1997）。Ramirez et al. (1996) は、悪い知らせを困難に感じる医師が、それほど困難に感じていない医師よりも、大きなストレスや高い燃え尽き感を経験していることを報告した。また、多くのがん専門医は学校や卒後トレーニング中にがん患者の治療において遭遇するであろうコミュニケーションおよび対人的問題への対応の仕方を学ぶ機会がなく、悪い知らせを伝える際の適切なトレーニングを望んでいると指摘している。

そのため、これまで悪い知らせをどのように伝えるべきかという議論がなされ、ガイドラインが作成されてきた（Fallowfield, 1993; Grigis & Sanson-Fisher, 1995; Ptacek & Eberhardt, 1996; Okamura et al., 1998）。それらには悪い知らせを患者に伝える際には他の医療者（例えば、看護師など）を同席させること、その悪い知らせが確実であることが確認されてから患者に伝える、診断や予後

はあいまいにではなく正確に患者に伝える、身体的接触が可能なように患者の側に座る、婉曲表現ではなく簡単な言葉で伝えるなどが含まれる。わが国においても、Okamura et al. (1998) によってガイドラインが作成され、『国立がんセンター病院告知マニュアル』として、国立がんセンターのホームページ (<http://www.ncc.go.jp/jp/ncc-cis/pro/index/ic.html>) で公開されている。このガイドラインの特徴として、家族への対応が大きく取り上げられていることが、他の欧米のガイドラインと大きく異なる点である。

## 第5項 わが国における悪い知らせを患者に伝えるコミュニケーション

日本において医師が患者にがんの診断を開示することは、西洋よりも少ないことが指摘されてきた。例えば、1994年の日本の厚生省のがん患者の遺族を対象とした調査によると、がん患者本人に本当の病名を伝えられていたのは20.2%であった。そのため、日本において悪い知らせを伝えるコミュニケーション・スキルに関する問題に対する議論は、欧米と比較して少ない。文化的特性ががん医療の中で真実を伝えることの障害の1つかもしいない。日本では、患者より家族に意思決定が求められ、尊重されてきた歴史がある。意思決定が家族に任される場合、家族は通常、医者が患者にがんの診断を開示しないことを選択してきた。この理由としては、多くの日本人は、がんの診断を死の宣告とみなし、がんであることを開示されると、孤立感や、部外者として扱われると感じるからである。このような状況は、患者と家族のコミュニケーションを阻害したり、痛みや情緒的苦痛といったがん患者の症状に適切に対応することを難しくする

という結果となり、情緒的孤立感を引き起こした (Uchitomi & Yamawaki, 1997)。しかしながら、最近の傾向は診断名を完全に開示する方向にある。1997年における、全国がんセンター病院に入院治療しているがん患者を対象とした調査では、1215人のがん患者の75%ががんの診断を伝えられていることを報告している。西欧諸国同様、日本人の患者と医師は、協力してがんに立ち向かうことが期待されている (Sasaki, 1997)。

Uchitomi et al. (2000) は、日本の肺がん患者への医師のソーシャルサポートが手術後の彼らの前向きな取り組みに有意に関連していることを報告している。このことから、日本においても、欧米同様に患者と医師間のコミュニケーションが患者のがんへの適応に影響しうると考えられる。しかしながら、まだ、日本では医師のコミュニケーション・スキルを向上させる方法論は確立されていない。

## **第6項 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル・トレーニングの提案**

上述したとおり、がん医療においては、患者 - 医師間で伝達される情報が生命にかかわる内容を含んでいることや、治療が長期に渡ることがあるため、患者 - 医師間のコミュニケーションが注目されてきた (Arora, 2003)。効果的なコミュニケーション(例えば、共感など基本的カウンセリング技術を使用していること、情報提供や患者からの質問への回答のために十分時間を取ること)は患者の面接に対する高い満足感、治療遵守、伝えられる情報の想起や理解の促進、



心理的ストレスの軽減に関する (Baile et al., 2000; Butow et al., 1996; Razavi et al., 2000; Roberts et al., 1994; Takayama, Yamazaki, & Katsumata, 2001)。一方、患者に悪い知らせを伝えることが、医師にとって難しい仕事であることは前述した通りである。40%以上の医師が悪い知らせを伝えることに困難を感じており、その理由として、医師が患者に悪い知らせを伝えるための専門教育を受けておらず具体的な方法論を学習していないこと、悪い知らせを伝えられて患者が動揺した場合の対処法を学習していないことが挙げられている (Fallowfield et al., 1998)。コミュニケーションのトレーニングを十分受けていないと感じている医療者は仕事への満足感が低く、燃え尽き感や抑うつ・不安が高いことが示唆されている (Ramirez et al., 1995; Ramirez et al., 1996)。そのため、コミュニケーションは医療者にとって重要な臨床的スキルであると言える。

また、コミュニケーション・スキルは経験を重ねるだけでは向上しないことが示唆されている (Cantwell & Ramirez, 1997)。その一方で、コミュニケーション・スキルは教育によって向上することが示唆されていることから (Fallowfield, Saul, & Gilligan, 2001; Razavi et al., 2000)、がん医療に携わる医療者のコミュニケーション・スキルへの教育プログラムの必要性が指摘されている (Maguire, 1999)。がん医療に携わる医療者に対するコミュニケーション・スキルの教育的介入のひとつとして、欧米を中心にコミュニケーション・スキル・トレーニング (Communication Skills Training; 以下、CST と略記する) プログラムが開発され、実施されている。

## がん医療におけるコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラム

がん医療における CST の実際について、がん専門医を対象とした代表的なプログラムとがん専門看護師を対象とした代表的なプログラムを紹介する (Table 1)。

Fallowfield ら (Fallowfield et al., 2002; Fallowfield, Lipkin, & Hall, 1998; Jenkins & Fallowfield, 2002; Shilling, Jenkins, & Fallowfield, 2003) はイギリスにおいて、がん専門医を対象とした 3 日間のプログラムを実施している。その行程は学習者中心的、課題志向的なグループ・ワークを用いて、コミュニケーション・スキルを経験的に学習する。参加者は 3 ~ 5 人の小グループに分かれて、インストラクター進行のもと、患者役の俳優を相手にロール・プレイを行う。参加者はロール・プレイを録画し、ロール・プレイ後に、グループ内で見直し、ディスカッションを行う。扱われる対象は肺がん、乳がん、頸部がん、骨肉種、ホジキン病、多発性骨髄腫の患者、家族であり、内容は、病名や再発開示といった悪い知らせを伝えること、治療選択についての話し合い、インフォームド・コンセント、患者の家族との話し合い、患者の心理的問題である。

一方、Baile et al.(1997, 1999, 2000)はアメリカにおいて、がん専門医を対象とした半日間×2回のプログラムを実施している。その行程は講義とグループワークから構成されている。扱われる内容は、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションである。最初ワークショップはテキストを用いた講義からはじまり、その後、参加者は 4 ~ 5 人の小グループに分かれて、インストラクター進行のもと、1人が医師役、もう1人が患者役となりロール・プレイを行い、ロール・プレイ後ディスカッションが行われる。2回目のワークショップは最初のワーク

Table 1 がん医療におけるコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラム

著者	対象	期間	構造	内容
Baile et al.	がん専門医	半日 × 2回	講義 ロール・プレイ フィードバック	悪い知らせを伝えること 対応が難しい患者との コミュニケーション
Fallowfield et al.	がん専門医	3日間	ロール・プレイ ディスカッション	悪い知らせを伝えること 治療選択についての話し合い インフォームド・コンセント 家族との話し合い 心理的問題
Delvaux et al.	がん専門 看護師	105時間	講義 ロール・プレイ ディスカッション	基本的コミュニケーション 心理的問題 患者の不確かさへの対処法 ストレスへの対処法 患者の心理的問題の同定 死についての話し合い

ショップの 6 週間後に行われ、コミュニケーションが難しい患者（例えば、病状に見合わない非現実的な期待を持っている患者、病状が改善しないことに対して怒りを感じている患者）との面接に焦点を当て、ロール・プレイを行う。

Delvaux et al. (2004) はベルギーにおいて、がん専門看護師を対象とした 3 ヶ月間にわたる 105 時間のプログラムを実施している。連続した 3 ヶ月間、毎月ある連続した 5 日間(1 週間)にプログラムが実施される。30 時間の講義と 75 時間のロール・プレイから構成されている。毎回、10 人の参加者が集まり、マニュアルにしたがって、インストラクターのもとで進行する。扱われる内容は、がん医療において基本的なコミュニケーション、がんやその治療と関連する心理的側面、患者の不確かさやストレスへの対処法、診断や予後に対する精神的反応の同定、死や安楽死についての話し合いと多岐にわたる。

以上、代表的な CST プログラムを概観した。まとめると、CST プログラムは、トレーニング期間は半日から数ヶ月にわたるものまでそれぞれ異なるものの、その構造は、いずれも理論の学習のための講義と知識を行動的に学習するためのロール・プレイが組み込まれており、ロール・プレイを通して話を聴くスキル、共感的対応のスキルをはじめとした悪い知らせを伝えるために必要なスキルの習得を目指している。また、扱われるコミュニケーションの内容としては、悪い知らせを伝えること、治療選択について話し合うこと、患者の心理的問題、死や安楽死についての話し合うことなどが取り上げられている。

### **がん医療におけるコミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性**

CST の有効性を検討した文献を概観すると (Table 2 )、がん医療に携わる医療者を対象とした文献が数多く出版されているものの、2002 年までに無作為化

Table 2 がん医療におけるコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムの有効性に関する先行研究

著者 (出版年)	CST 期間	対象 者数	結果	研究デザイン RCT or Open trial
Aspergan (1996)	セミナー 3回 + 3日間	33	共感的反応 (直後) 患者との関係に対する態度 (直後)	Open
Baile et al. (1997)	3日間	9	自己効力感 (直後)	Open
Fallowfield et al. (1998)	1.5 or 3日間	178	自己効力感 (3ヶ月後) コミュニケーションに対する態度 (3ヶ月後)	Open
Baile et al. (1999)	5時間	17	自己効力感 (1週間後)	Open
Abel et al. (2001)	半日間	54	自己効力感 (3ヶ月後)	Open
Fallowfield et al. (2002, 2003a, 2003b)	3日間	160	面接時の行動 (3ヶ月後、1年後) 自己効力感 (3ヶ月後、1年後) 患者のケアへの満足感	RCT
Jenkins & Fallowfield (2002)	3日間	93	面接時の行動 (3ヶ月後) 心理社会的問題への態度 (3ヶ月後) 自己効力感 (3ヶ月後)	RCT
Farber et al. (2003)	2時間	15	コミュニケーションに対する態度 (直後)	Open

比較試験(Randomized Control Trial; RCT)のデザインと客観的な評価を用いた研究は2報だけであった(Fellowes, Wilkinson, & Moore, 2003)。また、2003年にこの2報のその後の研究が報告されているので、合わせて紹介する。

Fallowfieldら(Fallowfield et al., 2002; Fallowfield et al., 2003; Shilling, Jenkins, & Fallowfield, 2003)は、イギリスのがん専門医160名を対象に、書面によるフィードバック+CST群、CST群、書面によるフィードバック群、コントロール群の4群に無作為に割り付けた。フィードバックを行う2つの群に対しては、介入前の実際の面接場面の分析結果を用いて、書面による包括的なフィードバックを行った。その後、CSTを行う2つの群に対して3日間のCSTを実施した。そして介入前と介入3ヵ月後の患者との面接場面の会話内容(例えば、開かれた質問〔オープンクエスチョン〕、共感の表出)を分析することによって、CSTの効果を検討した。その結果、CSTを行った群は行わなかった群と比して、コミュニケーション・スキルが向上していることが示唆された。さらに、CST群に割り付けられた80名を対象に、CST参加12~15ヵ月後に再び、患者との面接場面を録画し、会話内容を分析した。その結果、CST参加3ヵ月後に効果が認められたコミュニケーション・スキルは、1年後にも効果が維持されていることが示された。さらに、3ヵ月後には変化が明確ではなかったコミュニケーション・スキルが向上していることが示された。また、獲得したコミュニケーション・スキルの出現率が増加しているにもかかわらず、面接時間に変化はなかったことから、CSTによって、忙しい臨床場面で面接時間を延長することなくコミュニケーションが改善することが示唆された。

さらに、CSTの患者と医師のコミュニケーションに対する満足感への効果を

検討するために、介入群と統制群、および CST 参加前後で比較検討した結果、CST 後に患者と医師のコミュニケーションに対する満足感は向上するという仮説に反して、統計学的に有意な変化は示されず、CST の患者と医師のコミュニケーションに対する満足感への効果は見出されなかった。これまで、医師に対する CST の効果として患者の満足感を検討した研究がいくつかあるが、そのすべてがネガティブな結果を示している（CST の効果として患者のストレスが低減することを報告している研究は一報ある）が、本研究結果は先行研究を支持する結果となった。この理由としては、CST 参加前から、患者および医師の満足感が高かったことによる天井効果が考えられた。特に患者の満足感は統制群で若干低下しているのに対して、介入群では若干増加している。しかしながら、CST 参加前から最高に満足している患者が全体の 6 割を占めていたため、統計学的には有意な変化が見出されなかったと考えられた。また、医師は介入群も統制群も両群とも CST 参加後に満足感が低下した。この理由として、CST に参加したことにより患者との面接時のコミュニケーションを深く洞察し、自らの限界に気づきやすくなったことが考えられた。

医師とのコミュニケーションに対する患者の満足感の向上は見られなかったものの、介入群においては面接時に「何かご質問はありますか？」という問いかけが医師からあったと報告した患者が 7 % 増加する（統制群では 3 % 減）という効果が認められた。その一方で、介入群で待ち時間が長いことに対する不満を感じている患者が増加するという負の影響が存在することも示唆された。これは、統制群では面接時間に変化が見られなかったのに対して、介入群では患者 1 人当たり平均 1 分間面接時間が長くなっていたことが影響していると考え

えられた。これは、医師の満足感が向上しなかったこととも関連している可能性が考えられた。

Razavi et al. (1993) は、ベルギーのがん専門看護師 72 名を CST 群と waiting-list- control (WLC) 群に無作為に割り付け、CST 群には 24 時間(週に 1 回 3 時間を 8 週間)の CST プログラムを実施した。そして介入前後、2 ヶ月後に、看護師の仕事に関連したストレスと考え方、模擬面接の会話内容を評価した結果、CST 前後で、WLC 群と比して CST 群のストレスと考え方に関する CST の効果は明確に示されたものの、2 ヶ月後にはその効果は明確ではなくなることが示された。またコミュニケーション・スキルへの CST の効果は小さいことが示された。このような報告を受け、Delvaux et al. (2004) は、CST プログラムを 24 時間から 105 時間に延長し、CST の有効性を検討した。ベルギーのがん専門看護師 116 名を CST 群と WLC 群に無作為に割り付けた。介入前、介入直後(ベースラインからは 3 ヶ月後)、介入後 3 ヶ月(ベースラインからは 6 ヶ月後)に、模擬面接と実際の患者との面接を録画し、会話内容の分析を行った。また、看護師のストレス、考え方、患者との面接の満足感、患者の満足感の評価も合わせて行った。その結果、CST 群は WLC 群に比して、介入前よりも介入後、および 3 ヶ月後に、ストレスが低減し、考え方がポジティブに変化することが示された。模擬面接時のコミュニケーション・スキルの改善は明確だったことに比して、実際の患者との面接時のコミュニケーション・スキルの変化は明確であるとは言えなかった。しかしながら患者の満足感は向上していたことから、本プログラムが患者のアウトカムに影響を与えたことが示唆された。

以上 2 つの研究から、がん医療における CST の臨床でのコミュニケーション



の向上に対する有効性が示唆された。しかしながら、紹介した 2 報以外の多くの研究は Open trial であり、参加者の主観的評価（例えば、患者とのコミュニケーションに対する自己効力感）を主要なアウトカムとして、がん医療における CST の有効性を示唆している。今後、RCT デザインと患者のアウトカムや客観的評価を用いた研究の蓄積が必要であると言える。

## 第2節 がん医療における情報開示時の患者 - 医師間のコミュニケーションに関する従来の研究の問題

これまで行われてきた悪い知らせの伝え方に関する研究や出版されているガイドラインについて、いくつか問題点が指摘できる。すなわち、これまで提唱されてきたガイドラインと悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向は必ずしも一致しないこと、悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向に関する研究の多くが少数の患者を対象とした質的研究であるか、あるいはガイドラインで推奨されているコミュニケーションのいくつかだけを扱っていること、

これまでわが国においては、悪い知らせの伝えられ方について患者の意向が検討されていないこと、コミュニケーションを促進する方法として、医師を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニングが検討されているが、悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向に基づいたコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムが開発されていないことである。

に関しては、Butow et al. (1996)、Girgiset al. (1999)、Schofield et al. (2001) が、これまで提唱されてきたガイドラインと悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向には違いがあり、悪い知らせを患者に伝える際には、患者の意向を考慮すべきであると指摘している。悪い知らせは患者と医師の両者のコミュニケーションの中で伝えられるものであり、その後の人生に直接影響を受けるのは患者本人である。そのため、悪い知らせの伝えられ方について患者の観点から理解することは重要である。従って、患者の悪い知らせの伝えられ方に対する意向について患者自身を対象に調査する必要があると考えられる。

に関しては、これまでの研究の多くは（例えば、Butow et al., 1996;

Schofield et al., 2001)、先行研究や医師の観点から収集された項目をいくつか用いた検討にとどまっており、より具体的で詳細なコミュニケーションが扱われていない。具体的で詳細なコミュニケーションを扱って、患者の意向を検討した研究は、これまでのところ、Parker et al. (2001) の研究一報である。この研究では、信頼性・妥当性が検討された質問紙(The Measurement of Patients' Preferences ; 以下、MPP と略記する)を作成している。しかしながら、MPP においても、その項目は患者の悪い知らせの伝えられ方の意向に関連する項目を医師に対する面接と先行研究のレビューによって収集されたものであり、患者から得られたものではないため、他に患者の意向があったとしても反映されないという の問題点が指摘できる。

また に関しては、欧米で作成された質問紙を日本で翻訳して用いるという方法が考えられる。これは、研究で用いる場合には、同じスケールで国際比較が可能であるというメリットがあるが、その一方で、臨床場面で利用する場合には、常に文化差の問題を考慮に入れる必要がある。コミュニケーション・スタイルは文化の影響を受ける (Hall, 1976)。悪い知らせの伝えられ方という問題に関しても、文化差があることが指摘されている (Holland et al., 1987; Nilchaikovit, Hill & Holland, 1993; Baile et al., 2002)。1970 年代にすでに、あらゆる医療情報を開示するというコンセンサスが得られていた米国のがん医療のもとでの患者の考え方と、近年ようやく医療情報の開示がはじまってきた日本のがん医療のもとでの患者の考え方の間には大きな違いがあると考えられる。

最後に に関しては、前述したように、西欧諸国では、悪い知らせを伝える

よりよいコミュニケーション・スキルを可能にするために CST プログラムが開発され、がん専門医に対するその効果がいくつかの研究および報告書で評価されてきた。例えば、Roter et al.(1995)は CST 後に、参加者の患者とのコミュニケーションおよび燃え尽きへの対処の自信得点が増加すること、およびその参加者が CST を高く評価することを報告した。更に、RCT デザインを用いたいくつかの研究は、CST 後のオンコロジストの悪い知らせを伝えるスキル、共感を表現するスキルの向上を示した。しかしながら、未だがん患者のアウトカムへの影響は証明されていない。唯一、患者のアウトカムを検討した研究によると、CST に参加した医師と参加していない医師が担当しているがん患者のケアへの満足感を評価した結果、統計的に有意な差は見出されなかった(Shilling, Jenkins, & Fallowfield, 2003)。このような結果を受け、Wright et al. (2004)は、今までの CST プログラムは医師の視点から作成されているため、患者のアウトカムに影響する結果が得られなかったことを指摘し、患者の意向やニーズに合ったプログラム作成の必要性を指摘している。コミュニケーションは患者、医師二者間の意思の疎通であるが、悪い知らせを受けて直接多大な影響を受けるのは患者であることを考慮すると(Parker et al., 2001)、患者の意向を踏まえたコミュニケーションが重要であり、そのようなコミュニケーションを扱ったスキル・トレーニング・プログラムが必要である。しかしながら、患者の意向を反映したプログラムはこれまでのところ作成されていない。

## 第2章 本研究の目的と意義

### 第1節 本研究の目的

第1章では、がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションのこれまでの研究を概観した。その結果、がん医療において、患者 - 医師間のコミュニケーション、特に悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションが患者の心理的ストレスあるいは QOL に重要な役割を果たしていることが示されてきた。そこで、がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションに関して研究が行なわれてきたが、従来の研究から解決すべきいくつかの問題点を指摘することができ、その問題点は以下のように整理することができる。

- 1．これまで提唱されてきたガイドラインと悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向は必ずしも一致しない。
- 2．悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向に関する研究の多くが少数の患者を対象とした質的研究であるか、あるいはガイドラインで推奨されているコミュニケーションのいくつかだけを扱っている。
- 3．これまでわが国においては、悪い知らせの伝えられ方について患者の意向が検討されていない。
- 4．悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向に基づいたコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムが開発されていない。

本研究の目的は、わが国のがん医療における悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関して、患者の意向を踏まえたコミュニケーションを促進するために、まず、わが国のがん患者を対象として、がん医療における悪い知らせ

を伝える際のコミュニケーションに関する意向を明らかにし、明らかにされた患者の意向に基づいたコミュニケーションを促進するための介入法の有効性を検討することである。

## 第2節 本研究の意義

がん医療において、患者 - 医師間のコミュニケーションの重要性については前述したとおりである。このような重要性に対する、患者、医師共に注目度、認識度は高い。しかしながら、患者、医師共に効果的なコミュニケーションを求めながらも、患者はどのように自らの意向を伝えることが効果的であるか、医師はどのようなコミュニケーションを心がけるべきかについて、明確な回答を有していない。本研究を行なうことによって、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を明らかにし、医療者に情報を提供することで、がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションは促進され、かつ、がん患者の QOL の向上の一端を担うことが可能となると考えられる。

### 第3節 本研究の構成

第1章では、本研究の背景となるがん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションのこれまでの研究を概観し、問題点を明らかにした。第2章である本章では、本研究の目的と意義について論じた。以下、第3章からは以下のような構成で展開される。

まず第3章では、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素を明らかにするために、第1項において、面接調査を行い、質的な分析手法を用いて、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素を検討する。第2項では、質的な検討に基づいて、評価票を作成し、質問紙調査を行い、統計学的な分析手法を用いて、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素を検討し、第1項における構成要素が異なる手法を用いても再現されるかどうかを確認する。そして、第3項において、これまで悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を検討するために、米国において作成された評価票を用いた調査を行い、第2項で示された構成要素が内容的に妥当なものであるかどうかを検討する。

次に、第4章では、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の特徴を検討するために、第1項では、各項目の記述統計を示すことによって、患者の意向として一致するコミュニケーション、つまり、患者が望むコミュニケーションであると医師に対して推奨されるコミュニケーションと、患者の意向として回答にバラエティーがあり、結果が異なるコミュニケーション、つまり、患者ごとに意向が異なるため、医師に対して個々の患者の



意向を確認することが推奨されるコミュニケーションについて議論する。そして、第2項において、患者の意向が異なるコミュニケーションについて、医学的背景、社会的背景、心理的状态が関連するかどうかを検討する。

第5章では、第3章と第4章で検討された、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向に基づいたコミュニケーションを促進するための介入法として、コミュニケーション・スキル・トレーニングを提案し、実際にコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムを作成し、ワークショップを実施し、作成されたプログラムの有効性を検討する。

最後に、第6章において、本研究の総合的考察を述べ、さらに本研究が持つ、臨床的意義について論じる。また、本研究の限界と今後の課題について述べる。

本研究の構成を図示したものが、Figure 1 である。

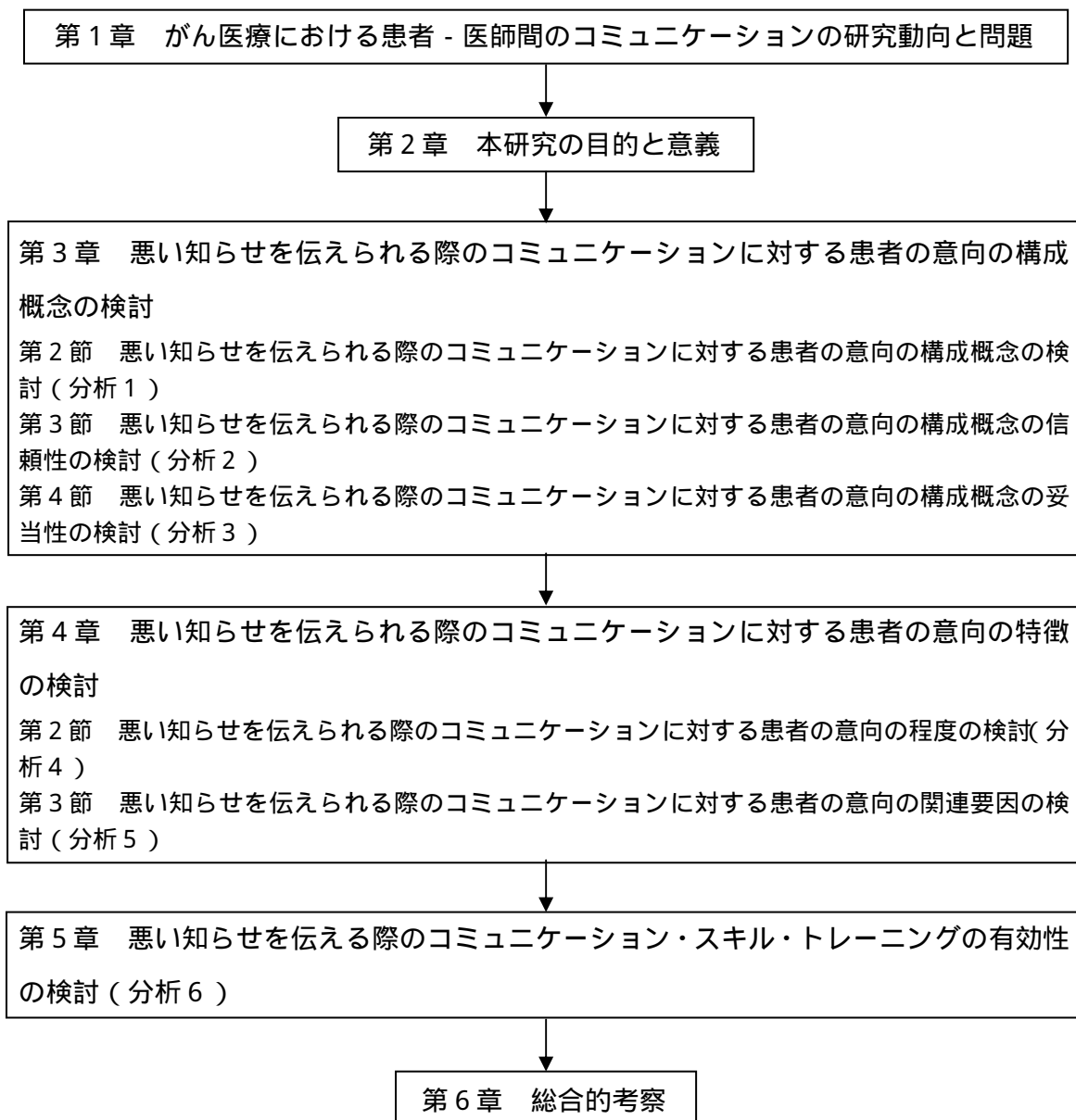


Figure 1. 本研究の構成

### 第3章 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向 の構成概念の検討

#### 第1節 本章の背景と問題

がんに関する悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーションが患者の不安 (Takayama et al., 2001)、その後の心理的適応感 (Marger & Andrykowski, 2002; Roberts et al., 1994) 満足感(Schofield et al., 2003)と関連していることが示唆されている。

そこで、これまで悪い知らせの伝え方についてガイドラインが作成されてきた (Grigis, Sanson-Fisher, & Schofield, 1999; Ptacek & Eberhardt, 1996; Grigis & Sanson-Fisher, 1995; Maguire & Faulkner, 1988)。しかしこれらガイドラインの多くは医師の経験即から作られていて (Ptacek & Eberhardt, 1996; Grigis & Sanson-Fisher, 1995) ガイドラインと実際の経験や患者の意向は必ずしも一致しないことが指摘されている (Butow et al., 1996)。例えば、ガイドラインでは家族や他の医療者の同席が推奨されているが多くの患者は同席者がいないことを望んでいることが指摘されている。また、ひとつひとつの検査結果は患者に伝えずに全ての結果が出揃い、診断が確定してから患者に伝えることが推奨されているが、患者の多くは最初に病院に行ってから、診断結果が伝えられるまでの間を長いと感じていることが示唆されている (Butow et al., 1996; Schofield et al., 2001)。悪い知らせは医師よりも患者にとってインパクトが大きい。したがって悪い知らせが彼らにどのように伝えられるかに関する患者の好みを明らかにする必要がある。しかしながらこれまでの研究はガイドラ

インと患者の意向との違いに焦点が当てられていて、患者がどのようなコミュニケーションを望んでいるのかということに焦点を当てた研究は少ない。Parker et al. (2001)は、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素を検討し、悪い知らせの伝え方と伝える内容、情緒的サポート、場の設定の3つの要素で構成されていることを指摘している。しかしながら、本研究においても項目作成は医師を対象とした面接調査に基づいており、他に患者の意向があったとしても反映されないという問題点が指摘できる。

先行研究はおもにアメリカ、イギリス、オーストラリアといった欧米が中心である。しかし、欧米諸国と日本をはじめとするアジアではコミュニケーションに対する文化差が大きいことが指摘されているため (Nilchaikovit, Hill & Holland, 1993; Hall, 1976) 欧米の先行研究を適用できるかどうかは不明である。

## 第2節 がん医療における悪い知らせを伝えるコミュニケーションに対する患者の意向に関する構成概念の検討（分析1）

### 第1項 本節の目的

本研究の目的は、わが国において、がん患者が医師からがんに関する悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の特徴について探索的に記述することである。このような探索的な研究の場合の研究の手法としては、質問紙を用いた量的研究よりも質的アプローチが適していると考えられる(Wright et al., 2004)。

### 第2項 方法

#### デザイン

面接法を用いた。質的研究のひとつである面接法は探索的研究で一般的な手法であり、仮説、現象に関する豊富な記述的な情報を提供してくれる手法である。理論的な仮定を演繹的に必要としない代わりに、被面接者は構造化された質問への回答を求められる。

#### 調査対象

調査対象はがん患者、およびがん専門医であり、国立がんセンター東病院において募集を行なった。がん専門医を対象にしたのは、悪い知らせを伝えるという経験が豊富であり、多くの経験から患者の意向に関する情報を収集可能で

あること、また悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションについてがん患者が考えた経験がない場合には、患者の発言が少なくなってしまう、得られる情報が限られてしまう可能性があることが想定されるからである。

## 手続き

本研究は国立がんセンター倫理審査委員会の承認を得て行なわれた。

がん専門医、患者の順にリクルートと面接を行った。まず、国立がんセンター東病院の乳腺外科、消化器内科、消化器外科、頭頸部外科、化学療法科、呼吸器内科、呼吸器外科のスタッフのグループ・リーダーまたはそれに順ずる7人のがん専門医を対象に面接調査を行った。次に各がん専門医から適格基準を満たす外来通院患者が連続的に診察の後にリクルートを行なった。調査対象者の適格基準は以下の通りである。1．がん専門医から悪い知らせを伝えられてから3ヶ月以上経過している。悪い知らせとは、がんの診断、再発、進行、積極的治療がないことである。2．20歳以上である。3．面接調査を完遂できる身体・精神状態であると担当医によって判断される。4．日本語の読み書きができる。

面接前に、面接者は参加者に対して書面を用いて口頭で面接の説明を行い、対象者から書面にて同意書を得た。

面接者は1人であった。面接に先立ち、先行研究を参考にインタビュー・ガイドを作成した。各参加者に対して以下の4つの質問への回答を求めた。参加者が患者の場合、悪い知らせを伝えられるとき、1．あなたは医師からどのように伝えられたいですか、2．どのように伝えられたくないですか、3．どのような点が重要だと思いますか、4．医師にどのような点に注意してほしいで

すか。参加者ががん専門医の場合、悪い知らせを伝えられるとき、1．患者は医師からどのように伝えられたいと感じていると思いますか、2．どのように伝えられたくないと感じていると思いますか、3．どのような点が重要だと感じていると思いますか、4．医師にどのような点に注意してほしいと感じていると思いますか。面接者は参加者の発言を明確にする、あるいはより詳細を得るために必要に応じて質問を追加した。インタビューの間の対話をすべて録音テープに記録した。患者およびその家族が、面接への家族の同席を希望した場合には、患者の発言への影響を除外するために最初に患者に対して質問への回答を求め、次に家族に対して医師に対する質問と同じ質問に対して回答を求めた。家族の発言を分析から除外した。

## 内容分析

信頼性と妥当性を得るために数段階の手続きを有した。同じテーマが繰り返され、新しいテーマが出現しなくなるまで、面接を行なった。記録した対話はすべて文字に変換した。がん専門病院で勤務する精神科医 1 名と臨床心理士 1 名に対して、個別に、話者の属性をマスクした状態の文字に変換された対話を一つの文に一つの意味を含むような基本ブロックに分割するよう求めた。2 人の分割が異なった場合には、話し合いにより合意を得た。別のがん専門病院で勤務する精神科医 2 名に対して、個別に、分割された基本ブロックを内容が同じものを一つの意見となるようにコーディングするよう求めた。2 人の意見が異なる場合には、話し合いにより合意を得た。コーディングされた結果に対して前者の精神科医 1 名と臨床心理士 1 名から合意を得た。分析者 4 名から、患者と医師の間で発言内容に差はないという判断を得た。分析者 4 名に対して、コー

ディングに基づいてカテゴリーの同定を行なうように求めた。

### 第3項 結果

#### 参加者の背景

42名の患者と7名のがん専門医が本研究に参加した。参加者のうち、10名の患者の調査に家族が同席した。参加者の人口統計学的特徴がTable 3に示された。調査に参加した患者の平均年齢は $57 \pm 10$ 歳、女性23名(55%)、再発・転移のある患者は19名(45%)であった。調査に参加した医師の平均年齢は $43 \pm 5$ 歳、臨床経験は平均 $19 \pm 5$ 年、がん臨床経験は平均 $14 \pm 5$ 年であった。

#### 内容分析とカテゴリー化

面接によって得られた意見の数は、患者が521、がん専門医が109であった。意見の平均数(範囲)は患者が $12 \pm 7$ (1 - 30)、がん専門医が $15 \pm 9$ (6 - 29)だった。インタビューに要した平均時間(範囲:分)は、患者が $51 \pm 21$ (15 - 110)分、がん専門医が $59 \pm 14$ (40 - 75)分であった。悪い知らせを伝える時のコミュニケーションとして不適切であると判断された11の意見(例えば、「検査に同席する医療者は態度に出さないでほしい」、「待ち時間は少ない方がよい」など)を除いた619意見が内容ごとに分類された。

分析の結果、619の意見は71にコーディングされ、4カテゴリー；1.場の設定、2.伝える内容、3.伝え方、4.情緒的サポートに分類された。



Table 3 面接調査における参加者の背景

患者 (N=42)		n (%)
年齢 (歳 ; 平均 ± S.D.、範囲)	57 ± 10, 31-73	
性別	女性	23 (55%)
受診期間		
	1年未満	13 (31%)
	1年以上3年未満	14 (33%)
	3年以上	15 (36%)
がん部位	肺がん	13 (31%)
	消化器がん	13 (31%)
	乳がん	6 (14%)
	頭頸部がん	5 (12%)
	悪性リンパ腫	4 (10%)
	白血病	1 (1%)
再発・転移	あり	19 (45%)
医師 (N=7)		n (%)
年齢 (歳 ; 平均 ± S.D.、範囲)	43 ± 5, 37-53	
臨床経験 (年 ; 平均 ± S.D.、範囲)	19 ± 5, 12-28	
がん臨床経験 (年 ; 平均 ± S.D.、範囲)	14 ± 5, 10-23	
性別	男性	7 (100%)

## 1. 場の設定

第一に、患者のプライバシーを維持することができる静かな部屋で悪い知らせが伝えられるべきであることが挙げられた。第二に、悪い知らせは電話ではなく直接会って伝えられるべきである。医師は、会話の中断を避けるためにポケット・ベルを切るべきである。また、面談のはじめには医師は患者と家族に礼儀正しく挨拶するべきである。第三に、患者は信頼している医師から伝えられることを望んでいて、初対面の医師から伝えられることを望んでいなかった。第四に、患者は家族と共に伝えられることを望んでいる。可能な場合、別の医療スタッフ（例えば、看護師）が同席すべきである。そうすることによって患者は医師から伝えられた情報について相談することや情緒的サポートを得ることが可能となる。第五に、十分な時間をとることが必要であり、そうすることによって情報をすべて伝えることができ、患者や家族は質問をすることや感情を表出することが可能となる。

医師は伝えるタイミングに注意すべきである。参加者からタイミングに関する2つの見解が挙げられた。「その知らせが不確かな段階でも、できるだけ早く伝えてほしい」という意見と、「その知らせが確かであることが確認されるまで、その知らせを伝えられたくない」と意見であった。また、手や肩に触れるといった身体的接触に関しても、望むという意見と望まないという意見に分かれた。

## 2. 伝える内容

参加者は、悪い知らせだけを伝えられることは望まず、病気の状態や治療、他の関連する問題についても話し合いたいと考えていた。第一に、病気の状態に関しては、ある参加者は「悪い知らせを伝える面談中に、私の病気の状態や

利用できる治療法、治癒率など専門的な医学情報が知りたい」と述べた。さらに、悪い知らせだけでなく、希望を与える情報を同時に伝えてほしいという意見が挙げられた。予後を伝えるべきかどうかに関する見解は知りたいという意見と知りたくないという意見に分かれた。第二に、治療に関して、最新の治療や今後の治療計画、治療の副作用や危険などについて伝えてほしいという意見が挙げられた。そして、治療の意思決定は自分でしたいが、医師には推奨する治療を伝えてほしいという意見が挙げられた。しかし、「医師の考えを押し付けられたくはない」という意見を参加者は持っていた。第三に、他の問題に関してであるが、ある参加者は「病気による日常生活、特に仕事への影響を知りたい」という意見を述べた。また、「民間療法や・代替療法について先生と話したい」、「利用可能な支援活動やサービスに関する情報を得る方法を知りたい」、「食事や生活習慣に関する信頼できる情報は何か教えてほしい」との意見もあった。

### 3. 伝え方

患者や家族の理解を促進するような伝え方に関する意見が数多く挙げられた。まず、参加者は悪い知らせをはっきりと正直に伝えられることを望んでいた。しかしながら、参加者は医師に対して「がん」という言葉を繰り返し用いないでほしいという意向を示した。ある参加者は「医師は医学用語を用いず、平易な言葉で伝えてほしい」と述べた。また、実際のレントゲン写真や血液データを示すことや用紙に書きながら説明し、説明のために使用した紙は最後に持ち帰ってもらうことが望まれた。

さらに、患者がその知らせを聞く心の準備をできるように、医師は伝える前にその知らせが悪い知らせであることを予め患者に知らせることも重要である。

現在の状況に対する患者や家族の理解度を確認することも必要である。これから伝える知らせとのギャップが大きいと判断されたら、まずはそのギャップを埋めなければならない。そして参加者は、医師が患者の理解の程度に合わせて悪い知らせを伝えることを望んでいた。

またある参加者は「医師は私に質問をする機会を与えるべきである」と述べた。その一方で、何人かの患者は、「質問を促されても、何を尋ねてよいかわかりません。だから、他の患者からよくある質問に関しては医師から教えてほしい」と述べた。

詳細な情報、徐々に伝える、および事務的に伝えるといった伝え方についても参加者の意見が分かれた。すなわち、できる限り詳しい情報を知りたいと考えている参加者もいれば、簡潔にまとめられた情報だけを望む参加者もいた。また、少しずつ段階的に何回かに分けて伝えてほしいと考える患者もいれば、一度に全て伝えてほしいと考える参加者もいた。淡々と事務的に伝えてほしいと考える患者もいれば、深刻な口調で伝えられることを望むものもいた。

#### 4. 情緒的サポート

悪い知らせを伝える際に、医師は患者の立場に立ち、患者や家族の感情に配慮し、患者、家族に対して優しく、思いやりをもって、患者、家族が希望を持てるように心がけるべきである。参加者は、「医師が私と同様に私の家族にも配慮してほしい」と述べた。悪い知らせを伝えた後、医師は、患者の不安や動揺を取り除き、かつ再保証するために次のような言葉かけをすることによって、患者を励ますことが可能である。「大丈夫ですよ。私はあなたの側にいます。」「一緒にがんばりましょうね。」そして、「私は、最後まで責任を持って診療にあた

ります。」医師は患者に対して感情を表出することを促し、患者が感情を表出したときには受け入れるべきである。

#### 第4項 考察

本研究において、日本におけるがん患者およびがん専門医に対して面接調査が行われ、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を構成する要素として、「場の設定」、「伝える内容」、「伝え方」、「情緒的サポート」という4つのカテゴリーが抽出された。

##### 場の設定

先行研究と一致した知見として、本研究では、電話などではなく、直接会って伝える、面談が中断されないように配慮する、プライバシーの保たれた、静かで快適な空間で悪いニュースを伝えることを推奨する (Ptacek & Eberhardt, 1996; Grigis, Sanson-Fisher, & Schofield, 1999)。本研究のほとんどの患者は、面談への家族の同席を希望するとともに経験していた。一方、オーストラリアにおける研究ではがん患者の約半数はがんの診断を伝えられる面談時に同席者ではなく一人で伝えられていて、その全員が経験と意向が一致していると報告した (Schofield et al., 2001)。アジアの国々の人々の多くは医療における意思決定に家族中心モデルを採用していて、西欧における患者の自主性中心モデルとは異なっていることから (Nilchaikovit, Hill & Holland, 1993; Blackhall et al, 1995; Akabayashi, Fetters, & Elwyn, 1999)、日本においては、医師は患者に悪

い知らせを伝える際のコミュニケーションとして、家族の同席を促すべきであると考えられる。

これまで出版されてきた文献によると、医師が患者の手や肩に触れるといった身体的接触は患者の情緒的サポートとなるので、身体的な接触が容易になるようにできるだけ患者の側に座ることや患者との間に障害物がある場合には予め取り除くことが推奨されている (Ptacek & Eberhardt, 1996; Ptacek & Ptacek, 2001)。しかしながら、本研究では医師による身体的な接触に対する患者の意向は意見が分かれた。すなわち、身体的な接触を好む患者と好まない患者が存在した。このことに対する理由として、パーソナル・スペースの文化的差異が関係している可能性を考慮することができる。日本における対人距離は、北アメリカおよび南アメリカのそれより大きいことが、Sussman & Rosenfeld (1982)によって示されていることから、日本では、身体的な接触が必ずしも情緒的なサポートとして機能しないと考えられることから、医師は患者に対して身体的な接触を行なう際には、患者の意向を十分配慮する必要があると考えられる。

## 伝える内容

本研究に参加した患者は、単に悪い知らせだけ伝えるのではなく、病気に対する状況(例えば、現在の状態、治療、および予後)に関する様々な情報、および他の病気に関連して気になる情報(例えば、毎日の生活への病気の影響、代替療法・民間療法、また病気に関連する氾濫した情報の中から信頼できるものを選択する方法)について話し合いたいという意向を有していた。しかしながら、代替療法に関する近年の報告によると、半数以上のがん患者が何かしらの代替

療法を行なっているにもかかわらず、代替療法の使用について医師と話し合った患者は少数であった(Eisenberg et al., 1993; Gray, Fitch, & Greenberg, 1998; Lee et al., 2000; Richardson et al., 2000)。医師は、患者や家族とこのような話題についても話合うことが望まれる。予後を伝えるかどうかに関しては、患者の意向が分かれたため、個々の患者の意向に合わせた対応が必要であると考えられる。しかしながら、オーストラリアにおける Butow et al. (1996)の研究によれば、がん患者がたとえ自ら望んだとしても、予後についての情報を伝えられることは少ないことが示されている。その理由としては、例えば、個々の患者に特定の情報を与えるべきか、それとも一般的な情報を与えるべきか、統計学的な情報を与えるべきなのかといった、予後についての情報の最も良い伝え方がわからないからである。

## 伝え方

本研究の結果から患者は、悪い知らせをはっきりと正直に、明快でわかりやすい言葉を用いて伝えられることを望んでいることが明らかとなった。また、希望を維持できるような伝え方に対する意向も挙げられた。このような点はこれまで出版されているガイドラインで推奨されているコミュニケーションと一致する結果であった。その一方で、面談中に「がん」という言葉を繰り返し使用されることに対しては望まず、やんわりとした婉曲的表現を好む傾向は、これまで欧米で作成されてきたガイドライン等で示されてきた、誤解が生じないように明確な言葉を使用し、婉曲的な表現は避けるべきであるという推奨とは一致しない結果であり、文化的な背景の違いによるものであると考えられる(Grigis & Sanson-Fisher, 1995; Grigis, Sanson-Fisher, & Schofield, 1999)。つ

まり、日本では、医師はがん患者と家族に対して、面談中に一度は「がん」という言葉を用いて、明確にがんであることを伝えるべきであるが、その後は「がん」という言葉を用いずに、やんわりとした言葉を用いることが推奨される。そうすることによって、伝えられる患者や家族の悪い知らせから受ける衝撃を緩和し、患者や家族が医師から情緒的サポートを与えられているという印象を受けると考えられる。

また、本研究において示された患者に質問を促し、それに回答するというさらには患者が質問 Schofield (2001)は、医師は患者に対して質問があるかどうか確認し、質問があれば、それに対して誠実に回答することを推奨している。本研究の結果は Schofield (2001)の報告を支持する結果を得た。しかしながら、その一方で、何人かの患者は、医師から質問を促されても、何を聞いてよいのかさえわからないと述べた。そして、他の患者からよくある質問について教えてほしいという意向も挙げられた。Bruera et al.(2003)は、患者の医師への質問を促進するために、予め想定される質問項目を挙げ、質問する際のプロンプトとなるシートを患者に対して配布することが、患者のコミュニケーションに対する満足感に有効であることを無作為化比較試験によって示している。このような結果からも、医師は患者に対して質問を促し、患者から質問がない場合にも、他の患者からよくある質問に関して、情報を提供すべきかどうか、各患者に確認することが推奨される。

### 情緒的サポート

本研究の結果から、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションとして、医師は患者に対して思いやりをもって、優しく接し、患者を尊重することが推奨



された。このような結果は、Brewin (1991) や Fallowfield (1993) の報告を支持しているといえる。さらに日本では、家族が患者同様医療者から配慮される必要がある。これは、Blackhallet al.(1995)や Akabayashi, Fetters, & Elwyn (1999) によって指摘されている、日本のがん医療における、家族中心主義に基づいた意志決定プロセスと関係があると考えられる。

本研究の 3 つの限界について以下に述べる。第一に、本研究はがん専門病院一施設における調査であるという点である。そのため、施設のバイアスがある可能性は否定できない。第二に、本研究の対象は、現在担がん状態ではない長期生存患者、あるいは現在治療中の患者であり、終末期患者は含まれなかったという点である。Butow et al.(1997)は、病状が変化すると、医療者とのコミュニケーションに対する患者の意向が変化する可能性について言及している。また、終末期患者の意向を把握することも、がん医療においては非常に重要な課題の一つである。今後、終末期患者を対象とした研究を行なう必要があると考えられる。第三に、本研究は、面接から得られた情報の内容分析に基づいて議論された。信頼性と妥当性を保証するためにデータ収集と分析の際には十分注意を払ってはいるが、本研究の結果を日本におけるすべてのがん患者に一般化することには慎重にならざるを得ない。本研究の結果に基づいて、量的な検討を行なうことが必要であると考えられる。

### 第3節 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成概念の信頼性の検討（分析2）

#### 第1項 本節の目的

前節で述べた質的研究は、悪い知らせのコミュニケーションに対する患者の意向を、「場の設定」、「伝える内容」、「伝え方」、「情緒的サポート」という4つの構成概念に分類した。しかしながら、面接調査は対象者が少ない、信頼性が乏しく、一般化するには限界があることが問題点として指摘できる。

そこで本研究では、悪い知らせを伝えられるコミュニケーションに対する患者の意向に関して、質問紙を用いた調査を行い、統計学的手法を用いて、質的研究で得られた4つの構成要素の信頼性を検討することを目的とする。

#### 第2項 方法

##### 対象者

国立がんセンター東病院の外来患者を対象とした。適格基準は以下の通りである。がんの確定診断が伝えられている。過去3ヶ月以内にがんの診断、再発、否定的な検査結果、病気の進行、治療失敗、あるいは積極的抗がん治療の中止を含む悪い知らせを伝えられていない。20歳以上である。調査を完遂できる身体的・精神的状態であると担当医に判断される。日本語を理解できて、日本語を書くことができる。

## 手続き

本研究のデザインは連続サンプリングによる質問紙を用いた横断調査である。本研究は国立がんセンター倫理審査委員会の承認を得て行った。適格基準を満たした対象者に対して、外来での面談が終了後、調査者は研究の目的を書面と口頭で説明した。本研究への参加を口頭で同意した対象者は、同意書とアンケートを自宅に持ち帰り、同意書への署名およびアンケートを完成した後、それら返送することを求められた。欠損値があった場合、情報を得るために、同意が得られている回答者に対して、一度だけ電話または書面を郵送し欠損値を埋めた。

## 評価法

### 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向：

面接調査から得られたデータを基に、3人の精神科医と2人の臨床心理士が、項目を作成した。4人の乳がんの外来患者によるフォーカス・グループ、および8人の外来患者への個別の面接を行い、そこで得られた意見に基づいて細部の表現が修正されたが、新たな項目が作成されるような新しいテーマは、これらの面接を通じて出現せず、本評価票の徹底性を確認した。

教示文章は、「がんに関する悪い知らせを医師から伝えられる面談時に、あなたが希望するコミュニケーションについてお聞きします。悪い知らせとはがんであること、再発したこと、治療がうまくいかなかったことなどを指します。現在、あなたが医師から悪い知らせを伝えられるとしたら、あなたは医師がどのように伝えることを望みますか？以下の数字に をつけてください。」であり、70項目に対して5件法(1:全く望まない - 5:とても望む)で回答を求めた。

## 社会的・医学的背景：

調査参加者に対して、年齢、性別、婚姻状況、雇用状態、および教育経験年数を含む社会的背景に関する質問への回答を求めた。がんの種類、再発あるいは転移の有無、現在の治療の有無を含む医学的背景に関する情報をカルテから得た。

## 統計解析

得られたデータから、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の因子構造を明らかにするために、SPSS12.0 を用いて探索的因子分析を行った。スクリープロットから因子数を判断した。また、因子ごとに信頼性係数（ 係数）を算出した。

## 第3項 結果

### 対象者の背景

連続した 1056 名の外来患者のうち、656 名が適格基準を満たすと考えられた。34 名は担当医からの本研究の説明の依頼に対して拒否した。15 名は接触できなかった。また、32 名は担当医が本研究の説明の依頼を忘れた。診察後に接触が可能であった 575 名の外来患者に対して、調査者が説明文書を用いて、口頭で本研究の説明を行った。そして、説明に対して口頭で同意を示した対象者は調査票を持ち帰り、同意書に署名し、調査票への回答を行い、返送することを求められた。本研究の説明を受けた 575 名のうち、9 名は本研究に参加することを拒否した。口頭で同意し、調査票を持ち帰った 566 名の外来患者のうち、529

名 (93.5%) から署名された同意書と調査票が返信された。

参加者の社会的背景、および医学的背景が Table 4 にまとめられた。平均年齢は  $62 \pm 10.8$  歳、男性が 274 名 (51.8%)、既婚者が 452 名 (85.4%)、独居が 19 名 (3.6%)、教育経験 9 年以下が 98 名 (18.5%) であった。

## 因子構造

因子分析 (最尤法、バリマックス回転) の結果が Table 5 にまとめられた。第 1 因子には 21 項目が含まれ、その内容は、「悪い知らせを正直に伝える」、「悪い知らせをわかりやすく伝える」といった、悪い知らせの伝え方に関する項目で構成された。したがって、この因子は「悪い知らせの伝え方」に関する因子であると判断された。

同様に、第 2 因子には 17 項目が含まれ、その内容は、「悪い知らせを伝えられるときに、あなたの気持ちをやわらげる言葉をかける」、「悪い知らせを伝えられた後、あなたに『大丈夫ですよ』と言葉をかける」といった、情緒的サポートに関する項目で構成された。したがって、この因子は「情緒的サポート」に関する因子であると判断された。

そして、第 3 因子には 15 項目が含まれ、その内容は、「悪い知らせを伝える面談時に、あなたの今後の治療方針も伝える」、「悪い知らせを伝える面談時に、あなたが利用できる治療法を全て伝える」といった、今後の治療や社会的状況に対する情報に関する項目で構成された。したがって、この因子は「付加的情報」に関する因子であると判断された。

最後に、第 4 因子には 17 項目が含まれ、その内容は、「あなたに悪い知らせを電話で伝える」、「悪い知らせを伝える面談時に悪い知らせのみを伝える」と

Table 4 質問紙調査における参加者背景 (N=529)

		n	%
年齢 (歳 ; 平均 ± S.D.、範囲)	62 ± 10.8, 26-97		
性別	男性	274	51.8
就業状況	就業	190	35.9
婚姻状況	既婚	452	85.4
居住状況	独居	19	3.6
	同居	510	96.2
教育経験	9年以下	98	18.5
がん部位	消化器がん	185	34.7
	乳がん	125	23.5
	頭頸部がん	112	21.2
	肺がん	107	20.2
臨床病期	再発・転移あり	299	56.5
治療経験	手術	426	80.5
	化学療法	221	41.8
	放射線療法	153	28.9
	ホルモン療法	45	8.5
	その他	16	3.0
現在の積極的抗がん治療 伝えられた悪い知らせ	あり	134	25.5
	診断名	529	100.0
	再発	164	31.0
	病気の進行	38	7.0
	積極的抗がん治療がないこと	1	0.2

Table 5 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素

	1	2	3	4
<b>第1因子 悪い知らせの伝え方 <math>\alpha=.93</math></b>				
正直に伝える	.757	.030	.040	.002
わかりやすく伝える	.719	.121	.070	-.127
病気の進行度についても説明をする	.704	.020	.160	-.045
病気の状態についても説明をする	.670	.147	.264	-.116
全て伝える	.666	-.030	.056	.172
具体的に話さない	.660	.018	.142	.103
症状についても説明をする	.644	.135	.179	-.054
要点を明らかに伝える	.612	.139	.095	-.030
実際の写真や検査データを用いて、悪い知らせを伝える	.593	-.025	.330	.001
医師の勧める治療法を私に伝える	.584	.163	.282	.001
あなたが納得できるまで説明をする	.563	.352	.139	-.090
詳しくは伝えない	.556	-.039	.392	.060
あなたの質問にも答える	.547	.244	.225	-.278
丁寧に伝える	.542	.350	.191	-.008
悪い知らせを伝えた後に、説明に用いた紙をあなたに渡す	.524	.080	.145	-.051
あなたが信頼している医師が、悪い知らせを伝える	.454	.300	.282	-.084
主治医として最後まで責任を持って診療にあたることを伝える	.422	.241	.121	-.192
説明のために用紙に書いて、悪い知らせを伝える	.405	.114	.118	-.006
がんの治る見込みも伝える	.404	.380	.001	-.084
あなたの目や顔を見ながら悪い知らせを伝える	.380	.023	.290	-.042
あなたの余命についても伝える	.363	-.216	.291	.201
<b>第2因子 情緒的サポート <math>\alpha=.88</math></b>				
あなたの気持ちをやわらげる言葉をかける	.064	.675	.322	-.006
あなたに「大丈夫ですよ」とことばをかける	.131	.673	.000	.053
あなたに「一緒にがんばりましょうね」と言葉をかける	.165	.667	.083	-.061
あなたが希望を持てるように伝える	.180	.662	.210	-.129
あなたに対して優しさをもって、悪い知らせを伝える	.325	.609	.144	-.139
悪い知らせを伝えた後、あなたに励ます言葉をかける	.044	.599	.270	-.068
あなたが希望を持てることも伝える	.314	.560	.088	-.233
悪い知らせを伝える前に、あなたが心の準備を出来るような言葉をかける	.079	.542	.265	-.023
やんわりとした言葉を用いて、悪い知らせを伝える	-.012	.525	.145	.154
あなたに対して思いやりをもって、悪い知らせを伝える	.196	.473	.403	-.198
あなたと同じように家族にも配慮する	.329	.455	.194	-.067
悪い知らせを少しずつ段階的に伝える	-.037	.421	.040	.247
あなたの気持ちに配慮しながら、悪い知らせを伝える	.023	.394	.388	-.144
あなたが感情を表に出しても受け止める	.253	.380	.215	-.167
あなたに質問や相談があるかどうか確認しながら、悪い知らせを伝える	.290	.309	.293	-.079
悪い知らせを家族が一緒の場で伝える	.290	.294	-.070	-.006
「がん」という言葉を繰り返し使わない	-.037	.263	.152	-.066

Table 5 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向  
の構成要素（続き）

<b>第3因子 付加的情報 <math>\alpha=.82</math></b>				
あなたの今後の治療方針も伝える	.444	.147	.543	-.134
あなたが利用できる治療法を全て伝える	.410	.133	.532	-.085
最新の治療についても伝える	.248	.150	.513	-.162
治療の危険性や副作用についても説明をする	.411	-.013	.490	-.049
あなたが他のがん専門医にも相談できること(セカンド・オピニオン)を説明する	.128	.149	.481	-.189
専門的な医学情報も伝える	.196	.160	.478	.098
十分な時間をとる	.392	.210	.472	-.156
他の患者からよくある質問について説明をする	.068	.219	.447	.108
がんに関する情報の入手法(例えば、本やインターネット)についても説明をする	.175	.215	.434	.148
あなたに理解度を確認しながら、悪い知らせを伝える	.293	.197	.434	-.202
民間療法や代替療法についても相談にのる	.118	.208	.431	.070
あなたが利用できるサービスやサポートに関する情報を提供する	.235	.200	.386	.055
悪い知らせを伝える面談をプライバシーが保たれる場所で行う	.156	.215	.385	-.274
あなたのこれからの日常生活や仕事についても話し合う	.348	.319	.349	.010
悪い知らせを伝える前に、あなたがどれくらい状況を認識しているか質問する	.162	.171	.297	.252
<b>第4因子 場の設定と主導権 <math>\alpha=.77</math></b>				
電話で伝える	-.062	.054	-.042	.639
悪い知らせのみを伝える	-.079	-.075	-.154	.573
医師のペースで悪い知らせを伝える	.018	-.041	-.110	.549
あなたの質問にいろいろな様子で対応する	-.249	-.132	-.119	.545
あいまいに伝える	-.246	.150	-.048	.524
あなたと初対面の医師が、悪い知らせを伝える	-.032	.006	-.216	.488
事務的に伝える	-.042	-.259	-.034	.475
専門用語を使って、悪い知らせを伝える	.018	.029	.024	.447
淡々と伝える	.084	-.110	.054	.420
断定的な口調で伝える	.160	-.028	.042	.416
あなたの手や肩に触れる	-.136	.349	.107	.391
あなただけに伝える	-.077	-.122	.044	.388
あなたより先に家族に伝える	-.240	.215	-.118	.361
医師が治療法について決める	.285	.235	-.173	.322
その知らせの内容が不確実な段階であっても、悪い知らせを伝える	.150	-.106	.149	.320
他の医療者(例えば、他の医師や看護師)を同席させる	-.028	.051	.185	.301
電話が鳴らないようにする	.102	.218	.141	-.232
<b>因子負荷量の2乗和</b>	9.04	6.31	5.05	4.33
<b>寄与率</b>	12.98	9.01	7.21	6.14
<b>累積寄与率</b>	12.98	21.99	29.20	35.34



いった、場の設定や主導権を誰が持つかといったことに関する項目で構成された。したがって、この因子は「場の設定と主導権」に関する因子であると判断された。

各因子の係数は0.91～0.77といずれも比較的高い水準にあり、高い内的整合性が認められた。累積寄与率は35.34%であった。

#### 第4項 考察

本研究は、悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向を明らかにした。本研究は医師の経験則ではなく、それを伝えられる患者の意向に注目した質問紙を用いて調査を行い、統計学的手法を用いて分析が行われた。加えて、本研究の対象者は比較的多く、様々ながん種、ステージ、その他社会的背景を含み、一般化可能であると考えられる。

本研究の結果から、わが国における、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向が、「悪い知らせの伝え方」、「情緒的サポート」、「付加的情報」、「場の設定と主導権」という4因子構造であることが示唆された。本研究の結果と前章における内容分析の結果を比較すると、内容分析の結果における、「伝える内容」に関する項目であると考えられた項目が若干「伝え方」因子に含まれたが、概ね、内容分析の結果を支持する結果であるといえる。このような結果から、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向は同様の要素で構成されていると考えることが可能である。

前章から想定される、各因子を構成する因子と本研究において結果として示

された各因子を構成する項目に、入れ替わりが認められたことに関しては、因子分析の性質を考慮した場合、患者の回答が「望む」と「強く望む」、あるいは「望まない」と「全く望まない」に偏る傾向が生じたために起こったものと考えられる。

「悪い知らせの伝え方」に関する因子が、第1因子であり、「情緒的サポート」、「付加的情報」、「場の設定と主導権」に関する因子よりも寄与率が高かった。この理由として、悪い知らせを伝えられる際に、患者は医師から情緒的サポートや付加的な情報を得ること、あるいは場の設定に関して意向を述べたり、主導権を持つことが可能であることに気付いていない可能性が示唆される（Parker et al., 2001）。Butow et al. (1996) によれば、57%の患者が余命について伝えられることを望んでいるにもかかわらず、実際に、そのことについて医師と話し合うことができた患者は27%であること、病気が日常生活に及ぼす影響について医師と話し合いたい患者は63%いるにもかかわらず、実際に、話したと報告した患者は35%にとどまっている。このような報告を踏まえて、今後は患者が医師とのコミュニケーションに対する知識を得られるような、情報提供の場を設定する必要があると考えられる。もう一つ指摘できることとして、本研究ががんセンターで行なわれたという点である。米国におけるM.D.アンダーソンがんセンターで行われた調査によれば（Parker et al., 2001）悪い知らせを伝えられる際の患者の意向は「伝える内容と伝え方」、「情緒的サポート」、「場の設定と主導権」の3因子構造であり、最も寄与率が高かった因子は「伝える内容と伝え方」に関する因子であった。Parker et al. (2001) は「伝える内容と伝え方」が最も寄与率が高かった理由として、調査を行なった施設ががん

センターであったことを指摘している。本研究の結果も同様にがんセンターで行なわれたことから、「伝え方」への意向が強くなった可能性が考えられる。

累積寄与率は 35%と比較的低い値を示した。このような結果が示された理由として、コミュニケーションの複雑性が推測される。今後は、個々のコミュニケーションに焦点を当てた検討が必要があると考えられる。また、本評価票を標準化する際には、項目の適切性に関する検討も必要であり、項目の選択や精錬が必要であると考えられる。

本研究の限界を 2 点挙げる。第一に、本研究は一施設での調査であるという点である。他の施設や他の地域では、異なる結果が得られる可能性がある。今後は複数の地域、複数の施設を対象とした調査を行う必要がある。

第二に、本調査は一時点の横断調査であるという点である。悪い知らせを伝えられるコミュニケーションに対する患者の意向は、個人内で変化する可能性が指摘されていることから (Butow et al., 2000) 今後、個人内の変化を考慮した縦断調査を行う必要があると考えられる。

## 第4節 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成概念の妥当性の検討（分析3）

### 第1項 本節の目的

がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションは文化的な影響を受けることは前述したとおりである。米国では、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向が「場の設定」、「伝える内容と伝え方」、「情緒的サポート」の3因子構造であることが報告されている(Parker et al., 2001)。しかしながら、Parker et al. (2001) が作成した質問紙で扱われている項目は、医療者の経験則に基づいて作成されているため、患者がMPPで扱われているコミュニケーションに対する意向を有していたとしても反映することができないという問題点が指摘できる。

このような問題点を解決するために、第2節において、患者を対象とした面接調査を行い、第3節において、面接調査の結果に基づいて質問紙を作成し、わが国の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素を検討した結果、「悪い知らせの伝え方」、「情緒的サポート」、「付加的情報」、「場の設定と主導権」という4因子構造である可能性が示された。

本節の目的は、アメリカで作成された質問紙を用いて、わが国の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の因子構造を明らかにし、第5章で示された各因子との関連を検討することによって、わが国の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素の妥当性を確認することである。さらに、米国における因子構造との比較を行

なうことによって、日本人がん患者の悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する意向の特徴を示すことである。

## 第2項 方法

### 対象者

前節と同様であり、国立がんセンター東病院の外来患者を対象とした。適格基準は以下の通りである。 がんの確定診断が伝えられている。 過去3ヶ月以内にがんの診断、再発、否定的な検査結果、病気の進行、治療失敗、あるいは積極的抗がん治療の中止を含む悪い知らせを伝えられていない。 20歳以上である。 調査を完遂できる身体的・精神的状態であると担当医に判断される。

日本語を理解できて、日本語を書くことができる。

### 手続き

前節と同様であり、本研究のデザインは連続サンプリングによる質問紙を用いた横断調査である。本研究は国立がんセンター倫理審査委員会の承認を得て行った。適格基準を満たした対象者に対して、外来での面談が終了後、調査者が研究の目的を書面と口頭で説明した。本研究への参加を口頭で同意した対象者に対して、同意書とアンケートを自宅に持ち帰り、同意書への署名およびアンケートを完成した後、それら返送することを求めた。欠損値があった場合、情報を得るために、同意が得られている回答者に対して、一度だけ電話または書面を郵送し欠損値を埋めた。

## 評価法

### 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向：

前節で示したとおり、教示文章は、「がんに関する悪い知らせを医師から伝えられる面談時に、あなたが希望するコミュニケーションについてお聞きします。悪い知らせとはがんであること、再発したこと、治療がうまくいかなかったことなどを指します。現在、あなたが医師から悪い知らせを伝えられるとしたら、あなたは医師がどのように伝えることを望みますか？以下の数字に をつけてください。」であり、70項目に対して5件法（1：全く望まない - 5：とても望む）で回答を求めた。

### The Measure of Patients' Preferences（以下、MPPと略記する）：

Parker et al.(2001)で作成されたがんの診断を伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を評価する質問紙である。教示文章は、「最初にがんを伝えられた際、どのように伝えられることが望ましかったかを思い出していただき、下記の1～5の数字を用いてそれぞれの項目の重要度を評価してください。」であり、46項目に対して5件法（1：全く重要ではない - 5：必須、全ての医師がそうすべきである）で回答を求めた。

日本語訳版にあたり、作者である Dr. Parker に許可を得て、バックトランスレーションを行い、Dr. Parker とのディスカッションにより作成した。

### 社会的・医学的背景：

調査参加者に対して、年齢、性別、婚姻状況、雇用状態、および教育経験年数を含む社会的背景に関する質問への回答を求めた。がんの種類、再発あるいは転移の有無、現在の治療中の有無を含む医学的背景に関する情報をカルテか

ら得た。

## 統計解析

得られたデータから MPP における因子構造を明らかにするために SPSS12.0 を用いて、探索的因子分析を行なった。スクリープロットから因子数を判断した。また、因子ごとに信頼性係数（係数）を算出した。また、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向と MPP の各因子間の関連を明らかにするために相関係数を算出した。

## 第3項 結果

### 参加者の背景

参加者 529 名の社会的背景、および医学的背景が Table 4 にまとめられた。平均年齢は  $62 \pm 10.8$  歳、男性が 274 名（51.8%）、既婚者が 452 名（85.4%）、独居が 19 名（3.6%）、教育経験 9 年以下が 98 名（18.5%）であった。

### MPP の因子構造

因子分析（最尤法、プロマックス回転）の結果が Table 6 にまとめられた。第 1 因子には 15 項目が含まれ、その内容は、「医師は私の話真剣に耳をかたむけてくれる」、「気にかかるどんなことでも質問できるよう、私に安心感を与えてくれる」といった、質問を促すことと、質問に対する回答に関する項目で構成された。したがって、この因子は「質問の促進と質問への回答」に関する因子であると判断された。

Table 6 MPP における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素

	1	2	3	4	5
<b>第1因子 質問の促進と質問への回答 = .93</b>					
私の話真剣に耳をかたむけてくれる	.812	.506	.568	.447	.497
気にかかるどんなことでも質問できるよう、私に安心感を与えてくれる	.809	.548	.502	.370	.479
私のがんと可能な治療方法に関する すべての疑問を質問するための十分な時間をさいてくれる	.796	.654	.415	.316	.548
私に私のがんを治すために最善を尽くすことを伝えてくれる	.790	.500	.484	.446	.425
私からのすべての質問に完全に答えるために十分な時間をとってくれる	.755	.663	.387	.311	.534
内容について質問があるかどうか途中で私に確認しながら伝えてくれる	.739	.651	.432	.373	.554
私にもっとも良い治療法を伝えてくれる	.690	.634	.269	.540	.481
医師の専門的能力や技術を信頼できる	.641	.490	.266	.467	.415
私に対して関心を示してくれる	.640	.488	.570	.319	.427
次の面談の前に疑問や不安を相談できるよう、 医師との連絡方法を私に伝えてくれる	.637	.569	.546	.354	.456
家族に診断について知らせしてくれる	.637	.483	.465	.537	.424
私のがんに関する研究の最新成果を良く知っている	.627	.511	.249	.371	.428
私が家で読み返し、話し合いの詳細を思い出せるように、 伝えた内容の要点を書面で提供する	.618	.536	.415	.428	.448
家族に予後について知らせしてくれる	.597	.500	.519	.544	.449
電話ではなく直接会って伝えられる	.451	.344	.107	.405	.432
<b>第2因子 医学的情報 = .91</b>					
私に私のがんについての多くの情報を提供してくれる	.633	.778	.400	.517	.419
私にすべての異なる治療法を知らせてくれる	.513	.738	.322	.301	.387
私にがんが日常生活にどれくらい影響する可能性があるかを伝えてくれる	.675	.736	.416	.568	.460
すべての治療法をくわしく書いてくれる	.524	.718	.324	.374	.391
新しい実験的段階の治療法についての情報を提供してくれる	.462	.695	.316	.305	.393
私に私のがんについてどの程度知りたいか確認してくれる	.554	.674	.417	.500	.414
検査結果のくわしい情報を提供してくれる	.669	.673	.214	.619	.419
私に予後を伝えてくれる	.513	.668	.368	.470	.379
私に治療法についてどの程度知りたいか確認してくれる	.541	.659	.375	.523	.434
私の病状の重症度に関して正直に対応してくれる	.635	.655	.258	.709	.383
私に利用可能な支援サービスを伝えてくれる (例えば、ソーシャルワーク、精神科)	.632	.649	.451	.191	.550
治療計画を検討するために一両日中に再度話し合いの場を設けてくれる	.587	.591	.507	.297	.392
私に地域社会の組織や施設を伝えてくれる(例えば、支援グループ)	.496	.556	.506	.124	.471
私に好ましくない情報であることを予告してくれる	.194	.344	.284	.278	.248



Table 6 MPP における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素（続き）

<b>第3因子 情緒的サポート = .87</b>					
私が動揺したとしても良いと言ってくれる	.485	.321	.846	.193	.390
その知らせを伝えられた後の気持ちを素直に話すよう励ましてくれる	.604	.418	.837	.250	.466
私が感情的になった場合、なぐさめてくれる	.451	.385	.805	.177	.440
私が伝えられた内容に対して、素直に感情的な反応を出せるようにしてくれる	.567	.437	.747	.280	.424
私の病状に対して希望を与えてくれる	.684	.451	.740	.326	.430
私が自分のがんを家族や友人に伝える方法を決める手助けをする	.392	.439	.602	.301	.392
サポートや情報を提供するために、 別の医療従事者(例えば、看護師)を同席させてくれる	.301	.332	.490	.193	.297
情報を伝えている間、私の手をにぎったり、肩に手をかけてくれる	.042	.168	.373	.057	.143
<b>第4因子 明確な説明 = .78</b>					
私に遠まわしにではなく直接的にその知らせを伝えてくれる	.431	.406	.176	.784	.352
はっきりと、わかりやすい言葉で伝えてくれる	.618	.485	.235	.689	.470
できるだけすみやかに伝えてくれる	.240	.263	.224	.448	.205
<b>第5因子 場の設定 = .82</b>					
会話を中断されることがないよう十分な時間をとってくれる	.581	.514	.399	.398	.798
プライバシーが保たれた、静かな場所で伝えられる	.515	.450	.339	.398	.752
私に十分気づかってくれる	.540	.457	.577	.302	.742
話し合いの間、アイコンタクト(目を見ること)を心掛けてくれる	.503	.458	.458	.402	.651
私のことを良く知っている医師から伝えられる	.341	.321	.341	.285	.518
全ての検査結果が出そろい、医師がその情報に確信を持てるまで、 私にその知らせを伝えるのは待ってくれる	.225	.166	.271	.363	.381
<b>因子負荷量の2乗和</b>	15.26	13.19	9.87	7.90	9.87

同様に、第2因子には13項目が含まれ、その内容は、「医師は私に私のがんについての多くの情報を提供してくれる」、「医師は私にすべての異なる治療法を知らせてくれる」といった、医学的な情報に関する項目で構成された。したがって、この因子は「医学的情報」に関する因子であると判断された。

第3因子には8項目が含まれ、その内容は、「私が動揺したとしても良いと書いてくれる」、「その知らせを伝えられた後の気持ちを素直に話すよう励ましてくれる」といった、情緒的なサポートに関する項目で構成された。したがって、この因子は「情緒的サポート」に関する因子であると判断された。

第4因子には4項目が含まれ、その内容は、「医師は私に遠まわしにではなく直接的にその知らせを伝えてくれる」、「医師は私の病状の重症度に関して正直に対応してくれる」といった、はっきりと正直に説明することに関する項目で構成された。したがって、この因子は「明確な説明」に関する因子であると判断された。

そして、第5因子には6項目が含まれ、その内容は、「医師は会話を中断されることがないように十分な時間をとってくれる」、「プライバシーが保たれた、静かな場所で伝えられる」といった、場の設定に関する項目で構成された。したがって、この因子は「場の設定」に関する因子であると判断された。

各因子の係数は0.93～0.78といずれも比較的高い水準にあり、高い内的整合性が認められた。

## **悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向と、MPPの各因子間の関連**

前節で示された、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する

患者の意向の4因子と、MPPの5因子との各因子間の相関係数が算出された結果、MPPの第1因子の「質問の促進と質問への回答」は、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の第1因子の「悪い知らせの伝え方」と有意な中程度の正の相関関係 ( $r=0.54, p<.01$ ) が認められた。MPPの第2因子の「医学情報」は悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の第3因子の「付加的情報」と有意な中程度の正の相関関係 ( $r=0.69, p<.01$ ) が認められた。MPPの第3因子の「情緒的サポート」は悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の第2因子の「情緒的サポート」と有意な中程度の正の相関関係 ( $r=0.67, p<.01$ ) が認められた。MPPの第4因子の「明確な説明」は悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の第1因子の「悪い知らせの伝え方」と有意な中程度の正の相関関係 ( $r=0.59, p<.01$ ) が認められた。MPPの第5因子の「場の設定」は悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の第3因子の「場の設定と主導権」と有意な弱い負の相関関係 ( $r=-0.20, p<.01$ ) が認められた。

#### 第4項 考察

米国で作成された質問紙を用いた場合の、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向は、「質問の促進と質問への回答」、「明確な説明」、「情緒的サポート」、「医学的情報」、「場の設定」という5因子構造であることが示唆された。本研究の結果と前節における悪い知らせを伝えられる際

のコミュニケーションに対する患者の意向の因子構造(「悪い知らせの伝え方」  
「情緒的サポート」  
「付加的情報」  
「場の設定と主導権」)と比較すると、前者の「質問の促進と質問への回答」  
「明確な説明」という因子は、「気にかかるどんなことでも質問できるよう、私に安心感を与えてくれる」  
「医師は私の病状の重症度に関して正直に対応してくれる」といった項目で構成されていて、後者の「悪い知らせの伝え方」(項目例、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの質問にも答える」  
「医師は、悪い知らせを正直に伝える」)の因子に対応していると考えられる。また、前者の「医学的情報」という因子は、「医師は私にすべての異なる治療法を知らせてくれる」といった項目から構成されていて、後者の「付加的情報」(項目例、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたが利用できる治療法を全て伝える」)に対応していると考えられる。前者の「情緒的サポート」という因子は、「私が動揺したとしても良いと言ってくれる」といった項目から構成されていて、後者の「情緒的サポート」(項目例、「医師は、悪い知らせを伝えるときに、あなたの気持ちをやわらげる言葉をかける」)に対応していると考えられる。前者の「場の設定」という因子は、「全ての検査結果が出そろい、医師がその情報に確信を持てるまで、私にその知らせを伝えるのは待ってくれる」といった項目から構成されていて、後者の「場の設定と主導権」(項目例、「医師は、その知らせの内容が不確実な段階であっても、悪い知らせを伝える」)に対応していると考えられる。しかしながら、「場の設定」に関する因子については、弱い相関しか認められなかったことに関しては、後者には「主導権」といった要素が含まれていることが影響していると考えられた。わが国における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する

患者の意向の構成要素を検討するために用いられたコミュニケーションに関する項目の構成要素が、アメリカにおいて作成された項目と同様の要素で構成されていたことから、本研究で用いられた項目は妥当であったと考えられる。

一方、個々の項目を検討すると異なる点もいくつか認められる。例えば、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の「情緒的サポート」因子では、「医師は、やんわりとした言葉を用いて、悪い知らせを伝える」、「医師は、悪い知らせを伝えるときに、あなたと同じように家族にも配慮する」、「医師は、悪い知らせを家族が一緒の場で伝える」、「医師は、悪い知らせを伝えるときに、「がん」という言葉を繰り返し使わない」、そして「付加的情報」因子では、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたが他のがん専門医にも相談できること(セカンド・オピニオン)について説明をする」、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、他の患者からよくある質問について説明をする」、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、がんに関する情報の入手法(例えば、本やインターネット)についても説明をする」、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、民間療法や代替療法についても相談にのる」といった項目が認められるが、MPPには存在しないことがわかる。このような項目は、日本独自のコミュニケーションに対する意向を示している項目である可能性が示唆される。

また、米国における Parker et al.(2001)の研究と比較する。対象者は、米国で有数のがんセンターのひとつである M.D.アンダーソンがんセンターの外来患者が対象であり、がん種は混合である。本研究の対象者においても、がんセンターの外来患者であり、がん種が混合である点は類似した医学的背景の対象者

であると考えられる。Parker et al.(2001)で示されている、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向における、「何をどの程度伝えるか」、「情緒的サポート」、「場の設定」という3因子構造と本研究の結果から得られた、「情緒的サポート」、「質問の促進」、「明確な説明」、「医学情報」、「場の設定」という5つの因子構造と比較すると、「質問の促進」、「明確な説明」、「医学情報」という3つの因子が、アメリカにおける「何をどの程度伝えるか」因子に対応している。このような結果から、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向は、日本ではアメリカよりも「何をどの程度伝えるか」ということに関して、より複雑であると考えられ、医師は日本人のがん患者にがんに関する悪い知らせを伝える際にはこのような点に関する患者の意向に注意する必要があることが示唆される。

本研究の対象者も、アメリカにおける調査の対象者もがんセンターに通院中の外来患者であった。がんセンターに通院する患者は自宅から近く、通いやすいという地理的条件による理由も、もちろんあるが、遠方から通院している患者がいることも事実であることから、このような患者は、より明確な説明や医学的な情報といった、伝え方や伝える内容を重要視する可能性がある。このことから、本研究結果を一般化することには慎重にならざるを得ない。今後は他施設での調査によるデータの蓄積が必要であると考えられる。

## 第5節 本章のまとめ

Ptacek & Eberhardt (1996)は、先行研究をレビューし、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する医療者の経験則に基づいた推奨を「場の設定」、および「伝える内容と伝え方」という2つのカテゴリーにまとめた上で、13コミュニケーションを推奨している。Parker et al.(2001)は悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向に注目し、「場の設定」、「伝える内容と伝え方」、「情緒的サポート」という3因子を抽出している。この欧米における2つの先行研究で示されているコミュニケーションの構成要素と本研究で示唆された4要素を比較すると、わが国における悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向においては、欧米とは異なり、「伝える内容」と「伝え方」が2つの異なる要素に分けられると考えられる。このような結果から、日本では、「伝える内容」と「伝え方」を同一視せず、注意深く扱う必要があると考えられる。また、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する医療者の経験則に基づいた推奨 (Ptacek & Eberhardt, 1996) と患者の意向 (Parker et al., 2001; 本研究) を比較すると、患者の意向では「情緒的サポート」が独立した要因であると考えられる。このような結果から、患者の意向に即したコミュニケーションを実践するためには「情緒的サポート」に注目する必要があると考えられる。

また、個々のコミュニケーションに焦点を当て、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションを検討した欧米における先行研究と本研究の結果を比較すると、いくつか文化的背景が反映している考えられる結果の違いが指摘できるが、それらを以下にまとめる。第一に、日本におけるがん患者は、家族との

情報の共有を望んでいること、医療に関する意思決定を医師、家族と共有することを望んでいる。第二に、日本におけるがん患者は、医師が家族の感情に対しても患者同様配慮することを望んでいる。第三に、日本におけるがん患者は、患者自身と家族に対する情緒的サポートとなるように他の医療者（例えば、看護師）が面談に同席することを望んでいる。第四に、日本においては、患者によっては、医師との身体的な接触を必ずしも望まない。第五に、悪い知らせを伝える際には、その知らせが確実であることが確認された後に伝えてほしいと望む患者がいる一方で、その知らせがたとえ不確かな段階であっても伝えてほしいと望む患者が存在することが示された。最後に、日本におけるがん患者は、悪い知らせを伝えられる際には最初は明確な表現を、その後は婉曲的な表現を望んでいる。



## 第4章 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の特徴の検討

### 第1節 本章の背景と問題

悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向には患者の医学的背景・社会的背景・心理的状态が関連することがこれまで示唆されてきた (Butow et al., 1996; Butow et al., 1997; Parker et al., 2001)。例えば、医学的背景に関しては、がん種、症状の有無、再発の有無、ステージの違いによる意向の特徴が検討されているが、これまでのところ、異なる医学的背景のグループ間での意向の差は見出されていない (Butow et al., 1996; Butow et al., 1997; Parker et al., 2001)。

社会的背景に関しては、女性は男性よりも情報の詳細、情緒的サポート、多くの内容、多くの情報量を望むこと (Butow et al., 1997; Parker et al., 2001)、年齢が高い人は低い人よりも場の設定について多くを望むこと (Parker et al., 2001)、教育歴の高い人は低い人よりも多くの内容、多くの情報量を望むこと (Parker et al., 2001) が報告されている。

心理的状态に関しては、運命論的思考の人はそうでない人よりも情報の詳細や多くの情報を望まない (Butow et al., 1997) ことが報告されている。

しかしながら、これまで報告されている検討に対して、いくつか問題点が指摘できる。例えば、Butow et al. (1996, 1997) の検討では、医療者の経験則から作成されたガイドラインで推奨されているコミュニケーションのいくつかの検討に留まっていること、関連の検討は2変量間の差の検定が用いられている

ことから、他の要因の影響を除外されていない。また、Parker et al. (2001)の報告においては独立変数が、因子ごとの検討となっていて、各コミュニケーションとの関連は検討されていない。

前章において、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向に関する構成要素を示したが、構成要素は欧米でこれまで指摘されているものと大きくは異なる可能性が示唆された。しかしながら、コミュニケーションは複雑なものであること、個々のコミュニケーションには文化差があると考えられることから、本章では、個々のコミュニケーションの特徴を記述すること、個々のコミュニケーションの関連要因を検討することを目的とする。

## 第2節 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の重要度の評価（分析4）

### 第1項 本節の目的

前述したように、これまで示されてきたコミュニケーションは、患者が望む、あるいは望まない、あるいは個別に異なるなどの指摘がある。しかしながら、今後の介入方法を考慮した際に、多くの患者が望む、あるいは望まないコミュニケーションに関しては、医師に対して臨床実践を推奨することが可能であり、患者によって個別に意向が異なるコミュニケーションに関しては、個々の患者の意向に即したコミュニケーションの臨床実践が推奨されると考えられる。つまり、コミュニケーションの意向を検討する際には、患者が一致して望むコミュニケーションと、患者によって意向が異なるコミュニケーションとを区別する視点が必要であると考えられる。

そこで、本節の目的は、患者が一致して望むコミュニケーションと、患者によって意向が異なるコミュニケーションとを区別して記述し、各コミュニケーションの重要度を評価することである。

### 第2項 方法

#### 対象者

第3章、第3節と同様であり、国立がんセンター東病院の外来患者を対象とした。適格基準は以下の通りである。 がんの確定診断が伝えられている。

過去 3 ヶ月以内にがんの診断、再発、否定的な検査結果、病気の進行、治療失敗、あるいは積極的抗がん治療の中止を含む悪い知らせを伝えられていない。

20 歳以上である。 調査を完遂できる身体的・精神的状態であると担当医に判断される。 日本語を理解できて、日本語を書くことができる。

## 手続き

第 3 章、第 3 節と同様であり、本研究のデザインは連続サンプリングによる質問紙を用いた横断調査である。本研究は国立がんセンター倫理審査委員会の承認を得て行った。適格基準を満たした対象者に対して、外来での面談が終了後、調査者が研究の目的を書面と口頭で説明した。本研究への参加を口頭で同意した対象者に対して、同意書とアンケートを自宅に持ち帰り、同意書への署名およびアンケートを完成した後、それら返送することを求めた。欠損値があった場合、情報を得るために、同意が得られている回答者に対して、一度だけ電話または書面を郵送し欠損値を埋めた。

## 評価法

**悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向：**

第 3 章、第 3 節で示したとおり、教示文章は、「がんに関する悪い知らせを医師から伝えられる面談時に、あなたが希望するコミュニケーションについてお聞きします。悪い知らせとはがんであること、再発したこと、治療がうまくいかなかったことなどを指します。現在、あなたが医師から悪い知らせを伝えられるとしたら、あなたは医師がどのように伝えることを望みますか？以下の数字に をつけてください。」であり、70 項目に対して 5 件法（1：全く望まない

- 5 : とても望む)で回答を求めた。

### 社会的・医学的背景：

調査参加者に対して、年齢、性別、婚姻状況、雇用状態、および教育経験年数を含む社会的背景に関する質問への回答を求めた。がんの種類、再発あるいは転移の有無、現在の治療中の有無を含む医学的背景に関する情報をカルテから得た。

### 統計解析

得られたデータから SPSS12.0 を用いて、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向に関する 70 項目それぞれの記述統計(度数、百分率、平均値、標準偏差、中央値、最小値、最大値)を算出した。「どちらでもよい」への回答は、回答者のそのコミュニケーションに対する重要性が低いことを示唆するものであると考えられるため、「どちらでもない」への回答を除き、「望む」と「強く望む」への回答の和が 95 % 以上のコミュニケーションは、患者の意向が一致して望むコミュニケーションであり、同様に、「望まない」と「全く望まない」への回答の和が 95 % 以上のコミュニケーションは、患者の意向が一致して望まないコミュニケーションと操作的に分類した。また、「望まない」と「全く望まない」への回答の和、あるいは「望む」と「強く望む」への回答の和が 20%以上 80%未満のコミュニケーションは、患者の意向が異なるコミュニケーションと操作的に分類した。この基準は、がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションに関する知識を有する精神科医 3 名、臨床心理士 2 名のディスカッションにより、コンセンサスを得た。

### 第3項 結果

#### 参加者の背景

参加者 529 名の社会的背景、および医学的背景が Table 4 にまとめられた。平均年齢は  $62 \pm 10.8$  歳、男性が 274 名 (51.8%)、既婚者が 452 名 (85.4%)、独居が 19 名 (3.6%)、教育経験 9 年以下が 98 名 (18.5%) であった。

#### 各項目の重要度

各項目の記述統計を示した結果が Table 7 にまとめられた。「望む」と「強く望む」への回答の和が 95% 以上の「患者の意向が一致して望むコミュニケーション」として、29 項目示された。「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの質問にも答える」、「医師は、悪い知らせをわかりやすく伝える」は「どちらでもない」への回答を除いた場合、「望む」あるいは「強く望む」への回答が 100% であり、対象者全員が望むコミュニケーションであることが示された。その他、治療や病気についての説明、希望を維持する説明、正確な情報などが、患者の意向が一致して望むコミュニケーションとして示された。

一方、「望まない」と「全く望まない」への回答の和が 95% 以上の「患者の意向が一致して望まないコミュニケーション」として、3 項目示された。「医師は、あなたに悪い知らせを電話で伝える」、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの質問にいらいらした様子で対応する」、「医師は、悪い知らせをあいまいに伝える」への回答は、「望まない」あるいは「全く望まない」への回答が 95% 以上であり、患者の意向が一致して望まないコミュニケーションとして示された。

Table 7 悪い知らせを伝えられる際の患者の意向の記述統計

	強く望む		どちらでもよい		全く望まない		mean (S.D.)	median range	強く望む・全く望まない	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)
40 あなたの質問にも答える	262 (49.5)	263 (49.7)	4 (0.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.49 (0.52)	4 3-5	525 (100.0)	0 (0.0)	
59 わかりやすく伝える	241 (45.6)	277 (52.4)	11 (2.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	4.43 (0.54)	4 3-5	518 (100.0)	0 (0.0)	
17 あなたの今後の治療方針も伝える	299 (56.5)	216 (40.8)	11 (2.1)	2 (0.4)	1 (0.2)	4.53 (0.58)	5 1-5	515 (99.4)	3 (0.6)	
27 病気の状態についても説明をする	227 (42.9)	288 (54.4)	11 (2.1)	3 (0.6)	0 (0.0)	4.4 (0.56)	4 2-5	515 (99.4)	3 (0.6)	
41 あなたが希望を持てることも伝える	229 (43.3)	260 (49.1)	37 (7.0)	2 (0.4)	1 (0.2)	4.35 (0.64)	4 1-5	489 (99.4)	3 (0.6)	
33 主治医として最後まで責任を持って診療にあたることを伝える	294 (55.6)	217 (41.0)	14 (2.6)	4 (0.8)	0 (0.0)	4.51 (0.59)	5 2-5	511 (99.2)	4 (0.8)	
58 正直に伝える	206 (38.9)	305 (57.7)	14 (2.6)	3 (0.6)	1 (0.2)	4.35 (0.58)	4 1-5	511 (99.2)	4 (0.8)	
9 最新の治療についても伝える	188 (54.4)	219 (41.4)	16 (3.0)	4 (0.8)	2 (0.4)	4.49 (0.63)	5 1-5	507 (98.8)	6 (1.2)	
52 あなたが納得できるまで説明をする	219 (41.4)	276 (52.2)	28 (5.3)	6 (1.1)	0 (0.0)	4.34 (0.63)	4 2-5	495 (98.8)	6 (1.2)	
28 医師の勤める治療法を私に伝える	207 (39.1)	296 (56.0)	20 (3.8)	6 (1.1)	0 (0.0)	4.33 (0.61)	4 2-5	503 (98.8)	6 (1.2)	
39 がんの治る見込みも伝える	196 (37.1)	291 (55.0)	36 (6.8)	5 (0.9)	1 (0.2)	4.28 (0.65)	4 1-5	487 (98.8)	6 (1.2)	
35 症状についても説明をする	173 (32.7)	332 (62.8)	17 (3.2)	6 (1.1)	1 (0.2)	4.27 (0.59)	4 1-5	505 (98.6)	7 (1.4)	
49 病気の進行度についても説明をする	198 (37.4)	307 (58.0)	15 (2.8)	9 (1.7)	0 (0.0)	4.31 (0.61)	4 2-5	505 (98.2)	9 (1.8)	
44 要点を明らかに伝える	184 (34.8)	322 (60.9)	13 (2.5)	8 (1.5)	2 (0.4)	4.28 (0.62)	4 1-5	506 (98.1)	10 (1.9)	
18 利用できる治療法を全て伝える	270 (51.0)	223 (42.2)	25 (4.7)	10 (1.9)	1 (0.2)	4.42 (0.69)	5 1-5	493 (97.8)	11 (2.2)	
60 あなたが希望を持てるように伝える	175 (33.1)	288 (54.4)	54 (10.2)	7 (1.3)	5 (0.9)	4.17 (0.74)	4 1-5	463 (97.5)	12 (2.5)	
16 十分な時間をとる	203 (38.4)	257 (48.6)	57 (10.8)	11 (2.1)	1 (0.2)	4.23 (0.74)	4 1-5	460 (97.5)	12 (2.5)	
20 これからの日常生活や仕事についても話し合う	149 (28.2)	300 (56.7)	67 (12.7)	13 (2.5)	0 (0.0)	4.11 (0.71)	4 1-5	449 (97.2)	13 (2.8)	
8 プライバシーが保たれる場所で行う	164 (31.0)	265 (50.1)	87 (16.4)	8 (1.5)	5 (0.9)	4.09 (0.78)	4 1-5	429 (97.1)	13 (2.9)	
21 実際の写真や検査データを用いて、悪い知らせを伝える	217 (41.0)	270 (51.0)	27 (5.1)	14 (2.6)	1 (0.2)	4.3 (0.70)	4 1-5	487 (97.0)	15 (3.0)	
25 あなたと同じように家族にも配慮する	154 (29.1)	291 (55.0)	70 (13.2)	12 (2.3)	2 (0.4)	4.1 (0.73)	4 1-5	445 (96.9)	14 (3.1)	
46 優しさをもって、悪い知らせを伝える	179 (33.8)	275 (52.0)	60 (11.3)	11 (2.1)	4 (0.8)	4.16 (0.76)	4 1-5	454 (96.8)	15 (3.2)	
22 信頼している医師が、悪い知らせを伝える	176 (33.3)	268 (50.7)	70 (13.2)	12 (2.3)	3 (0.6)	4.14 (0.77)	4 1-5	444 (96.7)	15 (3.3)	
66 利用できるサービスやサポートに関する情報を提供する	113 (21.4)	301 (56.9)	101 (19.1)	11 (2.1)	3 (0.6)	3.96 (0.73)	4 1-5	414 (96.7)	14 (3.3)	
4 理解度を確認しながら、悪い知らせを伝える	192 (36.3)	294 (55.6)	26 (4.9)	10 (1.9)	7 (1.3)	4.24 (0.74)	4 1-5	486 (96.6)	17 (3.4)	
13 思いやりをもって、悪い知らせを伝える	165 (31.2)	279 (52.7)	67 (12.7)	16 (3.0)	2 (0.4)	4.11 (0.76)	4 1-5	444 (96.1)	18 (3.9)	
26 丁寧に伝える	155 (29.3)	284 (53.7)	72 (13.6)	18 (3.4)	0 (0.0)	4.09 (0.75)	4 2-5	439 (96.1)	18 (3.9)	
62 「一緒にがんばりましょうね」と言葉かける	128 (24.2)	271 (51.2)	114 (21.6)	13 (2.5)	3 (0.6)	3.96 (0.78)	4 1-5	399 (96.1)	16 (3.9)	

Table 7 悪い知らせを伝えられる際の患者の意向の記述統計 ( 続き )

	強く望む	望む	どちらでもよ	望まない	全く望まない	mean (S.D.)	median range	強く望む・望む	全く望まない
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			n (%)	n (%)
24 具体的に話さない	160 (30.2)	322 (60.9)	25 (4.7)	19 (3.6)	3 (0.6)	4.17 (0.72)	4 1-5	482 (95.6)	22 (4.4)
15 治療の危険性や副作用についても説明をする	237 (44.8)	256 (48.4)	13 (2.5)	21 (4.0)	2 (0.4)	4.33 (0.75)	4 1-5	493 (95.5)	23 (4.5)
19 詳しくは伝えない	207 (39.1)	259 (49.0)	37 (7.0)	24 (4.5)	2 (0.4)	4.22 (0.79)	4 1-5	466 (94.7)	26 (5.3)
48 説明に用いた紙をあなたに渡す	162 (30.6)	286 (54.1)	56 (10.6)	21 (4.0)	4 (0.8)	4.1 (0.79)	4 1-5	448 (94.7)	25 (5.3)
45 家族が一緒の場で伝える	153 (28.9)	260 (49.1)	92 (17.4)	21 (4.0)	3 (0.6)	4.02 (0.82)	4 1-5	413 (94.5)	24 (5.5)
11 あなたに励ます言葉をかける	134 (25.3)	268 (50.7)	103 (19.5)	19 (3.6)	5 (0.9)	3.96 (0.82)	4 1-5	402 (94.4)	24 (5.6)
10 他のがん専門医にも相談できることと(セカンド・オピニオン)について説明する	140 (26.5)	242 (45.7)	123 (23.3)	20 (3.8)	4 (0.8)	3.93 (0.85)	4 1-5	382 (94.1)	24 (5.9)
29 感情を表に出しても受け止める	107 (20.2)	281 (53.1)	116 (21.9)	25 (4.7)	0 (0.0)	3.89 (0.77)	4 2-5	388 (93.9)	25 (6.1)
57 あなたの気持ちをやわらげる言葉をかける	86 (16.3)	281 (53.1)	135 (25.5)	21 (4.0)	6 (1.1)	3.79 (0.80)	4 1-5	367 (93.1)	27 (6.9)
1 目や顔を見ながら悪い知らせを伝える	122 (23.0)	293 (55.4)	83 (15.7)	22 (4.1)	9 (1.7)	3.94 (0.84)	4 1-5	415 (93.0)	31 (7.0)
64 心の準備を出来るような言葉をかける	82 (15.5)	283 (53.5)	135 (25.5)	25 (4.7)	4 (0.8)	3.78 (0.79)	4 1-5	365 (92.6)	29 (7.4)
43 あなたに質問や相談があるかどうか確認しながら、悪い知らせを伝える	117 (22.1)	287 (54.3)	92 (17.4)	28 (5.3)	5 (0.9)	3.91 (0.83)	4 1-5	404 (92.4)	33 (7.6)
5 あなたの気持ちに配慮しながら、悪い知らせを伝える	164 (31.0)	269 (50.9)	59 (11.2)	27 (5.1)	10 (1.9)	4.04 (0.89)	4 1-5	433 (92.1)	37 (7.9)
50 「大丈夫ですよ」とことばをかける	120 (22.7)	250 (47.3)	126 (23.8)	29 (5.5)	4 (0.8)	3.86 (0.86)	4 1-5	370 (91.8)	33 (8.2)
55 全て伝える	145 (27.4)	274 (51.8)	72 (13.6)	35 (6.6)	3 (0.6)	3.99 (0.85)	4 1-5	419 (91.7)	38 (8.3)
47 説明のために用紙に書いて、悪い知らせを伝える	146 (27.6)	274 (51.8)	71 (13.4)	30 (5.7)	8 (1.5)	3.98 (0.88)	4 1-5	420 (91.7)	38 (8.3)
61 専門的な医学情報も伝える	85 (16.1)	265 (50.1)	144 (27.2)	26 (4.9)	9 (1.7)	3.74 (0.85)	4 1-5	350 (90.9)	35 (9.1)
42 電話が鳴らないようにする	89 (16.8)	209 (39.5)	188 (35.5)	29 (5.5)	14 (2.6)	3.62 (0.92)	4 1-5	298 (87.4)	43 (12.6)
56 民間療法や代替療法についても相談にのる	83 (15.7)	259 (49.0)	129 (24.4)	42 (7.9)	16 (3.0)	3.66 (0.94)	4 1-5	342 (85.5)	58 (14.5)
51 医師が治療法について決める	89 (16.8)	277 (52.4)	72 (13.6)	86 (16.3)	5 (0.9)	3.68 (0.97)	4 1-5	366 (80.1)	91 (19.9)
67 悪い知らせを伝える前に、あなたがどれくらい状況を認識しているかについて質問する	39 (7.4)	230 (43.5)	192 (36.3)	60 (11.3)	8 (1.5)	3.44 (0.84)	4 1-5	269 (79.8)	68 (20.2)
14 他の患者からよくある質問について説明をする	56 (10.6)	209 (39.5)	189 (35.7)	62 (11.7)	13 (2.5)	3.44 (0.92)	4 1-5	265 (77.9)	75 (22.1)
23 やんわりとした言葉を用いて、悪い知らせを伝える	60 (11.3)	209 (39.5)	171 (32.3)	69 (13.0)	20 (3.8)	3.42 (0.98)	4 1-5	269 (75.1)	89 (24.9)
7 「がん」という言葉を繰り返し使わない	39 (7.4)	138 (26.1)	273 (51.6)	64 (12.1)	15 (2.8)	3.23 (0.86)	3 1-5	177 (69.1)	79 (30.9)



Table 7 悪い知らせを伝えられる際の患者の意向の構成要素の記述統計(続き)

	強く望む n (%)	望む n (%)	どちらでもよ n (%)	望まない n (%)	全く望まない n (%)	mean (S.D.)	median range	強く望む・望む n (%)	全く望まない n (%)
70 がんに関する情報の入手法(例えば、本やインターネット)についても説明をする	43 (8.1)	153 (28.9)	233 (44.0)	77 (14.6)	23 (4.3)	3.22 (0.94)	3 1-5	196 (66.2)	100 (33.8)
12 あなたの余命についても伝える	78 (14.7)	189 (35.7)	104 (19.7)	120 (22.7)	38 (7.2)	3.28 (1.18)	4 1-5	267 (62.8)	158 (37.2)
6 悪い知らせを淡々と伝える	28 (5.3)	157 (29.7)	123 (23.3)	175 (33.1)	46 (8.7)	2.9 (1.09)	2 1-5	185 (45.6)	221 (54.4)
34 悪い知らせを少しずつ段階的に伝える	38 (7.2)	130 (24.6)	116 (21.9)	197 (37.2)	48 (9.1)	2.84 (1.12)	3 1-5	168 (40.7)	245 (59.3)
65 他の医療者(例えば、他の医師や看護師)を同席させる	15 (2.8)	78 (14.7)	265 (50.1)	125 (23.6)	46 (8.7)	2.79 (0.90)	3 1-5	93 (35.2)	171 (64.7)
68 その知らせの内容が不確実な段階であっても、悪い知らせを伝える	15 (2.8)	127 (24.0)	78 (14.7)	248 (46.9)	61 (11.5)	2.6 (1.06)	2 1-5	142 (31.5)	309 (68.5)
30 悪い知らせを断定的な口調で伝える	17 (3.2)	92 (17.4)	153 (28.9)	222 (42.0)	45 (8.5)	2.65 (0.97)	2 1-5	109 (29.0)	267 (71.0)
3 医師のペースで悪い知らせを伝える	6 (1.1)	70 (13.2)	91 (17.2)	221 (41.8)	141 (26.6)	2.2 (1.02)	2 1-5	76 (17.4)	362 (82.6)
31 あなただけに伝える	12 (2.3)	57 (10.8)	124 (23.4)	239 (45.2)	97 (18.3)	2.33 (0.97)	2 1-5	69 (17.0)	336 (83.0)
2 専門用語を使って、悪い知らせを伝える	9 (1.7)	52 (9.8)	82 (15.4)	240 (45.4)	146 (27.5)	2.13 (0.81)	2 1-5	61 (13.6)	386 (86.4)
32 あなたと初対面の医師が、悪い知らせを伝える	7 (1.3)	45 (8.5)	127 (24.0)	209 (39.5)	141 (26.7)	2.18 (0.97)	2 1-5	52 (12.9)	350 (87.1)
38 悪い知らせのみを伝える	4 (0.8)	44 (8.3)	66 (12.5)	255 (48.2)	159 (30.1)	2.01 (0.91)	2 1-5	48 (10.4)	414 (89.6)
54 あなたの手や肩に触れる	4 (0.8)	31 (5.9)	183 (34.6)	218 (41.2)	93 (17.6)	2.31 (0.85)	2 1-5	35 (10.1)	311 (89.9)
53 あなたより先に家族に伝える	8 (1.5)	32 (6.0)	120 (22.7)	242 (45.7)	127 (24.0)	2.15 (0.91)	2 1-5	40 (9.8)	369 (90.2)
69 事務的に伝える	1 (0.2)	28 (5.3)	76 (14.4)	282 (53.3)	142 (26.8)	1.99 (0.80)	2 1-5	29 (6.4)	424 (93.6)
36 電話で伝える	2 (0.4)	12 (2.3)	35 (6.6)	245 (46.3)	235 (44.4)	1.68 (0.73)	2 1-5	14 (2.8)	480 (97.2)
37 あいまいに伝える	2 (0.4)	4 (0.8)	5 (0.9)	168 (31.8)	350 (66.2)	1.37 (0.59)	1 1-5	6 (1.1)	518 (98.9)
63 あなたの質問にいらした様子で対応する	0 (0.0)	1 (0.2)	11 (2.1)	201 (38.0)	316 (59.7)	1.43 (0.55)	1 1-5	1 (0.2)	517 (99.8)

また、「望まない」と「全く望まない」への回答の和、あるいは「望む」と「強く望む」への回答の和が 20%以上 80%未満の「患者の意向が異なるコミュニケーション」として、11 項目示された。「医師は、悪い知らせを淡々と伝える」、「医師は、悪い知らせを少しずつ段階的に伝える」、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの余命についても伝える」、「医師は、その知らせの内容が不確実な段階であっても、悪い知らせを伝える」といったコミュニケーションが患者の意向が異なるコミュニケーションとして示された。

#### 第 4 項 考察

本節の目的は、患者が一致して望むコミュニケーションと、患者によって意向が異なるコミュニケーションとを区別して記述することであった。本研究の結果から、「患者の意向が一致して望むコミュニケーション」として、わかりやすい説明、治療や病気についての説明、希望を維持する説明、正確な情報などが示された。「患者の意向が一致して望まないコミュニケーション」として、間接的にあいまいに伝えることが示されたことから、医師が患者に直接、はっきりと情報を伝えることが患者に望まれていることが示唆された。

「患者の意向が異なるコミュニケーション」として、不確実な情報を開示するかどうかに関するコミュニケーションや伝え方に関するコミュニケーションが示された。

Parker et al. (2001) の報告では、平均値が高い順に 10 項目が挙げられている。「医師は私のがんに関する研究の最新成果を良く知っている」、「医師は私に

もっとも良い治療法を伝えてくれる」といった治療に関する項目が5点満点中、4.72点、4.70点ともっとも平均値が高く、次いで、病気の状態について伝えることやその伝え方（例えば、十分な時間をとって、単純明快な言葉を用いて、直接伝える）に関する項目が示されている。本研究においても、治療についての情報、病気の状態について伝えること、その伝え方に関連する項目が患者の意向として上位に挙げられた点は、米国における結果を支持する結果であるといえる。一方、異なる点としては、本研究においては、さらに、「医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたが希望を持てることも伝える」といった情緒的サポートに関する項目が見られるという点である。このような結果から、わが国における患者は悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する意向として、米国と同様、治療、病気についての情報と、その明確な説明を求めている、さらにわが国においては、米国よりも情緒的サポートを重視している可能性が示唆された。

これまで報告されている医療者の経験則に基づいたガイドラインと比較してみると、ガイドラインでは「他の医療者を同席させる」ことが推奨されているが（Ptacek & Eberhardt,1996）、本研究の結果、患者の意向は必ずしも望まれているわけではなく、Butow et al. (1996)を支持する結果であった。また、ガイドラインでは、伝える知らせの内容が確実になってから、患者に伝えることが推奨されているが（Girgis & Sanson-Fisher, 1995）、本研究の結果、たとえ不確実な段階であっても伝えてほしいという意向を有している患者も少なからず存在した。また、婉曲的な表現は誤解が生じるためできるだけ避けることが推奨されてきたが（Ptacek & Eberhardt,1996）、本研究の結果、半数以上の患者

がやんわりとした言葉を用いることを望んでいることが示された。身体的接触に関しても、患者の情緒的サポートとして、患者への身体的な接触をしやすいように、患者のそばに座ることが推奨されてきたが、本研究の結果では、半数以上の患者が医師との身体的な接触を望んでいないことが示された。これまでガイドライン等で推奨されてきたこれらのコミュニケーションは患者の意向とは異なっていた可能性を示唆している。その一方で、悪い知らせを正直に、わかりやすく伝える、希望を維持できるように伝える、質問を促し、その質問に対して回答するといったコミュニケーションは、これまでガイドライン等で推奨されてきたコミュニケーションであるが、本研究において検討された患者の意向といった観点からも、このようなコミュニケーションを推奨できる可能性が示唆された。

また、個々の項目を、前章で示された4つの構成要素に当てはめてみると、「患者の意向が一致して望むコミュニケーション」として示された29項目、「患者の意向が異なるコミュニケーション」として示された11項目は、それぞれ第3章で示された4つの構成要素に1項目以上含まれていることから、構成要素ごとに検討するのではなく、個々のコミュニケーションごとの検討が必要であることが示唆される。

### 第3節 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の関連要因の検討（分析5）

#### 第1項 本研究の目的

前述したように、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向には患者の医学的背景・社会的背景・心理的状态が関連することがこれまで示唆されてきた（Butow et al., 1996; Butow et al., 1997; Parker et al., 2001）。

しかしながらこのような検討は、例えば、Butow et al.（1996, 1997）の検討では、医療者の経験則から作成されたガイドラインで推奨されているコミュニケーションのいくつかの検討に留まっている、関連要因の検討は2変量間の差の検定が用いられていて、他の要因の影響が除外されていないという問題点が指摘できる。また、Parker et al.（2001）の報告においては関連要因の検討が、因子ごとの検討となっていて、個々のコミュニケーションでの検討はなされていないという問題点が指摘できる。

そこで本研究では、前節で挙げられた「患者ごとに意向が異なるコミュニケーション」の各項目に焦点を当て、関連要因を検討することを目的とする。

#### 第2項 方法

##### 対象者

第3章、第3節と同様であり、国立がんセンター東病院の外来患者を対象と

した。適格基準は以下の通りである。 がんの確定診断が伝えられている。  
過去 3 ヶ月以内にがんの診断、再発、否定的な検査結果、病気の進行、治療失敗、あるいは積極的抗がん治療の中止を含む悪い知らせを過去 3 か月以内に伝えられていない。 20 歳以上である。 調査を完遂できる身体的・精神的状態であると担当医に判断される。 日本語を理解できて、日本語を書くことができる。

### 手続き

第 3 章、第 3 節と同様であり、本研究のデザインは連続サンプリングによる質問紙を用いた横断調査である。本研究は国立がんセンター倫理審査委員会の承認を得て行った。適格基準を満たした対象者に対して、外来での面談が終了後、調査者が研究の目的を書面と口頭で説明した。本研究への参加を口頭で同意した対象者に対して、同意書とアンケートを自宅に持ち帰り、同意書への署名およびアンケートを完成した後、それら返送することを求めた。欠損値があった場合、情報を得るために、同意が得られている回答者に対して、一度だけ電話または書面を郵送し欠損値を埋めた。

### 評価法

#### 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向：

第 3 章、第 3 節で示したとおり、教示文章は、「がんに関する悪い知らせを医師から伝えられる面談時に、あなたが希望するコミュニケーションについてお聞きします。悪い知らせとはがんであること、再発したこと、治療がうまくいかなかったことなどを指します。現在、あなたが医師から悪い知らせを伝えら

れるとしたら、あなたは医師がどのように伝えることを望みますか？以下の数字に をつけてください。」であり、70 項目に対して 5 件法（1：全く望まない - 5：とても望む）で回答を求めた。

本分析では、前節において、患者の意向が異なるコミュニケーションと判断された、11 項目（「6 . 医師は、悪い知らせを淡々と伝える」、「7 . 医師は、悪い知らせを伝えるときに、「がん」という言葉を繰り返し使わない」、「12 . 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの余命についても伝える」、「14 . 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、他の患者からよくある質問について説明をする」、「23 . 医師は、悪い知らせを具体的に話さない」、「30 . 医師は、悪い知らせを断定的な口調で伝える」、「34 . 医師は、悪い知らせを少しずつ段階的に伝える」、「65 . 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、他の医療者（例えば、他の医師や看護師）を同席させる」、「67 . 医師は、悪い知らせを伝える面談前に、あなたがどれくらい状況を認識しているかについて質問する」、「68 . 医師は、その知らせの内容が不確実な段階であっても、悪い知らせを伝える」、「70 . 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、がんに関する情報の入手法（例えば、本やインターネット）についても説明をする」）のみを解析対象とした。

#### **Mental Adjustment of Cancer scale（以下、MAC と略記する）:**

MAC は、1988 年に Watson らによって作成された、がんに対する適応感を評価するための自己記入式の調査票である（Watson et al., 1988）。本調査票は、がん診断に対する心理的反応を、がんをどのように認識し、その脅威を軽減するためにどのように考え、そして行動するかという 2 つの側面から調査し、そこから得られた臨床的知見をもとに作成された。40 項目、5 下位尺度（前向き、

悲観・絶望、不安、諦め、逃避) から構成され、4 件法が用いられている。本調査票の日本語版の信頼性、妥当性は既に確認されている (Akechi et al., 2000)。

#### **Hospital Anxiety and Depression Scale (以下、HADS と略記する) :**

HADS は Zigmund らによって作成された不安と抑うつを評価するための自己記入式の調査票である (Zigmund et al., 1983)。本調査票は 14 項目、2 下位尺度 (不安、抑うつ) から構成され、4 件法が用いられている。本調査票の日本語版の信頼性、妥当性は既に確認されている (Kugaya et al., 1998)。本研究では、適応障害のカットオフ・ポイント (9 / 10 点) を使用し、カットオフ・ポイント以上の場合に心理的苦痛が強いと判断された。

#### **社会的・医学的背景 :**

調査参加者に対して、年齢、性別、婚姻状況、雇用状態、および教育経験年数を含む社会的背景に関する質問への回答を求めた。がんの種類、再発あるいは転移の有無、現在の治療中の有無を含む医学的背景に関する情報をカルテから得た。

#### **統計解析**

得られたデータから、コミュニケーションに対する意向の関連要因を明らかにするために SPSS12.0 を用いて、ロジスティック回帰分析 (強制投入法) を行なった。従属変数は、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向が患者によって異なると判断された 11 項目 (望む / 望まない) であり、独立変数は、がんの種類 (消化器がん / 頭頸部がん / 肺がん / 乳がん)、再発あるいは転移 (あり / なし)、現在治療中 (Yes / No)、年齢 (40 歳代以下 / 50 歳代 / 60 歳代 / 70 歳代以上)、性別 (男性 / 女性)、婚姻 (Yes / No)、雇



用状態（有職／無職）、教育経験年数（9年以下／10年以上）、前向き、悲観・絶望、不安、諦め、逃避、適応障害（あり／なし）である。

### 第3項 結果

#### 参加者背景

参加者 529 名の社会的背景、および医学的背景が Table 4 にまとめられた。平均年齢は  $62 \pm 10.8$  歳、男性が 274 名（51.8%）、既婚者が 452 名（85.4%）、独居が 19 名（3.6%）、教育経験 9 年以下が 98 名（18.5%）であった。

MAC の各因子得点（平均値  $\pm$  標準偏差、範囲）が算出された結果、「前向き」は  $48.2 \pm 7.4$ 、23 - 64 点、「無力／絶望」は  $9.7 \pm 3.5$ 、6 - 24 点、「不安」は  $23.0 \pm 4.5$ 、10 - 36 点、「諦め」は  $19.5 \pm 4.9$ 、8 - 32 点、「回避」は  $2.0 \pm 1.1$ 、1 - 4 点であった。HADS のカットオフ・ポイント以上を示した、つまり、適応障害であると判断されたのは、205 人（38.8%）であった。

#### 関連要因

ロジスティック回帰分析の結果が Table 8 にまとめられた。「67. 医師は、悪い知らせを伝える前に、あなたがどれくらい状況を認識しているかについて質問する」を望む傾向と関連する要因は再発・転移があることであった（Odds ratio= 1.92,  $p = .01$ ）、「前向き」の傾向が高いこと（ロジスティック回帰係数=.06,  $p = .02$ ）、「悲観・絶望」の傾向が低いこと（ロジスティック回帰係数=-.14,  $p = .02$ ）適応障害であることであった（Odds ratio= 1.92,  $p = .01$ ）。

Table 8 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の関連要因

	OR	B
67. どれくらい状況を認識しているか質問する		
再発・転移 あり	1.92	0.65
前向き	1.06	0.06
悲観・絶望	0.87	-0.14
適応障害 あり	3.63	1.29
14. 他の患者からよくある質問について説明をする		
不安	1.10	0.10
23. やんわりとした言葉を用いて伝える		
前向き	1.05	0.05
7. 「がん」という言葉を繰り返し使わない		
70. がんに関する情報の入手法について説明する		
悲観・絶望	0.90	-0.11
不安	1.11	0.11
12. 余命についても伝える		
婚姻状況 あり	2.32	0.84
悲観・絶望	0.92	-0.09
6. 淡々と伝える		
年齢 40歳代以下	1.00	
50歳代	3.49	1.25
60歳代	3.82	1.34
70歳代以上	7.31	1.99
教育経験年数 10年以上	2.55	0.94
不安	0.93	-0.07
諦め	1.07	0.07
34. 少しずつ段階的に伝える		
性別 女性	1.82	0.60
前向き	1.04	0.04

OR; Odds ratio , B; ロジスティック回帰係数

Table 8 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の関連要因（続き）

	OR	B
65. 他の医療者を同席させる		
逃避	0.63	-0.46
適応障害 あり	3.61	1.28
68. その知らせが不確実な段階でも伝える		
逃避	1.28	0.25
30. 断定的な口調で伝える		
性別 女性	0.50	-0.69
前向き	1.05	0.05

OR; Odds ratio , B; ロジスティック回帰係数

同様に、「14. 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、他の患者からよくある質問について説明をする」を望む傾向と関連する要因は「不安」の傾向が高いことであった（ロジスティック回帰係数= .09,  $p=.02$ ）。

「23. 医師は、やんわりとした言葉を用いて悪い知らせを伝える」を望む傾向と関連する要因は「前向き」の傾向が高いことであった（ロジスティック回帰係数= .05,  $p=.02$ ）。

「7. 医師は、悪い知らせを伝えるときに、「がん」という言葉を繰り返し使わない」を望む傾向に関しては、今回検討した変数の中で統計学的に有意に関連する要因はなかった。

「70. 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、がんに関する情報の入手法（例えば、本やインターネット）についても説明をする」を望む傾向と関連する要因は、「悲観・絶望」の傾向が高いことと（ロジスティック回帰係数= .12,  $p=.03$ ）「不安」の傾向が高いことであった（ロジスティック回帰係数= .10,  $p=.01$ ）。

「12. 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、あなたの余命についても伝える」を望む傾向と関連する要因は、婚姻していることと（Odds ratio= 2.3,  $p=.02$ ）「悲観・絶望」の傾向が低いことであった（ロジスティック回帰係数= .10,  $p=.03$ ）。

「6. 医師は、悪い知らせを淡々と伝える」を望む傾向と関連する要因は、年齢が高いこと（ $p<.01$ , 70歳代以上を1.0としたとき、60歳代：Odds ratio= 0.7,  $p=.23$ , 50歳代：Odds ratio= 0.5,  $p=.03$ , 40歳代以下：Odds ratio= 0.1,  $p<.01$ ）教育経験年数が多いこと（Odds ratio= 2.6,  $p<.01$ ）「不安」の傾向が低いことと（ $\beta = -.08$ ,  $p=.03$ ）「諦め」の傾向が高いことであった（ロジスティック回

帰係数=.07,  $p=.02$  )

「34. 医師は、悪い知らせを少しずつ段階的に伝える」を望む傾向と関連する要因は、女性であることと (Odds ratio= 1.8,  $p=.04$ ) 「前向き」の傾向が高いことであり (ロジスティック回帰係数= .04,  $p=.03$ ) であった。

「65. 医師は、悪い知らせを伝える面談時に、他の医療者 (例えば、他の医師や看護師) を同席させる」を望む傾向と関連する要因は「逃避」の傾向が低いことと (ロジスティック回帰係数= -.44,  $p=.01$ ) 適応障害であることであった (Odds ratio= 4.4,  $p=.01$ )

「68. 医師は、その知らせの内容が不確実な段階であっても、悪い知らせを伝える」を望む傾向と関連する要因は「逃避」の傾向が高いことであった (ロジスティック回帰係数=.26,  $p=.02$ )

「30. 医師は、悪い知らせを断定的な口調で伝える」を望む傾向と関連する要因は、男性であることと (Odds ratio= 0.5,  $p=.03$ ) 「前向き」の傾向が高いことであり (ロジスティック回帰係数= .06,  $p=.01$ ) であった。

#### 第4項 考察

本節の目的は、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションの中でも、患者の意向が異なるコミュニケーションに焦点を当て、その関連要因を医学的背景、社会的背景、心理的状态といった、複数の側面から検討することによって、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向に即したコミュニケーションを促進するために有益な基礎的資料を得ることであっ

た。

本研究の結果から、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向と医学的背景との関連としては、再発・転移のある人が状況の認識度について質問して欲しいという意向を有している可能性が示唆された。このような結果は、再発の有無による意向の特徴はないことを報告している先行研究 (Butow et al., 1997; Parker et al., 2001) を支持しない結果である。その理由としては、本研究では、これら先行研究と比較して大きなサンプル・サイズを有していること、具体的なコミュニケーションに関する項目を独立変数にしていることが考えられる。

社会的背景に関しては、先行研究において、女性は男性よりも情報の詳細、情緒的サポート、多くの内容、多くの情報量を望むことが報告されているが (Butow et al., 1997; Parker et al., 2001) このようなコミュニケーションは本研究では前章の患者が一致して望むコミュニケーションとして扱われたため、本節では扱われなかった。本研究における新たな知見として、男性の方がより断定的な口調で伝えられることを好み、一方、女性はより段階的に伝えられることを好むということが示唆された。また、先行研究においては、年齢が高い人は低い人よりも場の設定について多くを望むことが指摘されているが (Parker et al., 2001) 本研究においては、年齢が高くなるにつれて、淡々と伝えられることに対する意向が増す傾向が示された。教育経験年数でも同様の結果が示された。さらに、本研究における新たな知見として、婚姻している人の方が、余命についての情報を求める傾向が示唆された。余命を伝えることは医師にとって最も難しいコミュニケーションの一つであることから (Fujimori

et al., 2003) この結果は、臨床医にとって有益な情報となる可能性がある。

心理的状态に関しては、運命論的思考の人はそうでない人よりも情報の詳細や多くの情報を望まない (Butow et al., 1997) ことが報告されている。本研究では、前向き、不安、悲嘆・絶望、諦め、逃避、適応障害との関連を検討した。その結果、これらの変数のいずれかが項目7 (医師は、悪い知らせを伝えるときに、「がん」という言葉を繰り返し使わない) を除いた10項目の関連要因であることが示唆されたことから、患者の心理的な状態で悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する意向は変化する可能性が推測される。しかしながら、その多くは非常に弱い関連であった。

本研究において検討された要因の中で、項目7 (医師は、悪い知らせを伝えるときに、「がん」という言葉を繰り返し使わない) の関連要因は見出されなかった。このような結果から、「がん」という言葉を繰り返し用いないことに関しては、個々の患者の意向を十分に確認し、情報提供があいまいにならないように考慮する必要性が在ると考えられる。

本研究で検討された医学的背景、社会的背景、心理的状态以外にも、たとえば、現在の身体状態、痛み、これまでどのような治療が行われてきたか、これまでの医師との関係といった医学的背景、宗教などの社会的背景、性格傾向などの心理的要因など様々な要因が関連している可能性もあるため、今後の研究の蓄積が必要であると考えられる。

#### 第4節 本章のまとめ

本章の目的は、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の特徴を明らかにすることであった。

第2節では、患者が一致して望むコミュニケーションと、患者によって意向が異なるコミュニケーションとを区別して記述することを目的とした質問紙を用いた横断調査を行った結果として、わかりやすい説明、治療や病気についての説明、希望を維持する説明、正確な情報、医師が患者に直接、はっきりと情報を伝えることが患者に望まれていること、不確実な情報を開示するかどうかに関するコミュニケーションや伝え方に関するコミュニケーションが、患者ごとに意向が異なる可能性が示唆された。さらに、米国における先行研究との比較から、わが国においては、米国よりも情緒的サポートを重視している可能性が示唆された。

また、個々の項目を、前章で示された4つの構成要素に当てはめてみると、「患者の意向が一致して望むコミュニケーション」と、「患者の意向が異なるコミュニケーション」は、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する意向の4つの構成要素に1項目以上含まれていることから、構成要素ごとに検討するのではなく、個々のコミュニケーションごとの検討が必要であることが示唆された。

第3節では、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションの中でも、患者の意向が異なるコミュニケーションに焦点を当て、その関連要因を医学的背景、社会的背景、心理的状态といった、複数の側面から検討した。その結果から、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向と医



学的背景との関連は見出されなかった。社会的背景に関しては、男性では断定的な口調が、女性では段階的に伝えられることが好まれること、年齢が高くなるにつれて、また、教育経験年数が長くなると、淡々と伝えられることに対する意向が増す傾向が示された。そして、婚姻している人の方が、余命についての情報を求める傾向が示された。また、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する意向は心理的状态が影響する可能性が示唆された。

## 第5章 悪い知らせを伝える際のコミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性の検討（分析6）

### 第1節 本研究の目的

第1章、第6項において、コミュニケーション・スキル・トレーニング(CST)に関するこれまでの知見を概観した。本章では、患者の意向に即したコミュニケーションを促進するための介入法としてCSTの有効性を検討する。

患者 - 医師間のコミュニケーションは、がん医療において重要であることは前述したとおりである。しかしながら、いくつかの研究から、例えば、医師が診断、再発、あるいは緩和医療への移行を含む悪い知らせを伝えなければならない場合、ほとんどのオンコロジストががん患者とのコミュニケーションに困難を経験することが示唆されている。Ramirez et al. (1996) は、悪い知らせを厄介に感じる医師が、そうすることが気楽である医師よりも、大きなストレスや悪い燃え尽き感を経験しているかもしれないと報告した。ほとんどのオンコロジストには医学校や卒後のトレーニング中にがん患者の治療において遭遇するであろうコミュニケーションおよび対人的問題への対応の仕方を学ぶ機会がなかったため、多くのオンコロジストは悪い知らせを伝える際の適切なトレーニングを望んでいる。

西欧諸国では、悪い知らせを伝えるよりよいコミュニケーション・スキルを可能にするためにCSTが開発され、その効果がオンコロジストによって研究および報告書で評価されてきた。例えば、先行研究は、CST後に、参加者の患者とのコミュニケーションおよび燃え尽きの対処の自信得点が増加すること、およ

びその参加者が CST を高く評価することを報告した。更に、RCT デザインを用いた研究は、未だイギリスの Fallowfield et al. (2001) のグループの報告だけであるが、CST 後のオンコロジストの悪い知らせを伝えるスキル、共感を表現するスキルの向上を示したが、患者のケアへの満足感には影響を及ぼさなかった (Shilling, Jenkins, & Fallowfield, 2003)。

この点を改善するために、患者の意向が反映された CST のプログラムが必要であるが (Shilling, Jenkins, & Fallowfield, 2003; Wright, 2004)、これまで行なわれていない。アジアの国々に限定すると CST の有用性に関する研究すらこれまで報告されていない。そこで本研究の目的は、第 3 章、第 4 章で明らかにされた悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向に即した CST プログラムを作成し、医師を対象としたワークショップを実施し、参加者の悪い知らせを伝えるコミュニケーションに対する自己効力感、彼らの心理的苦痛および燃え尽きを評価することにより、日本の患者の意向を取り入れた悪い知らせを伝える CST の有効性を検討することである。

## 第2節 方法

### 参加者

コミュニケーション・スキル・トレーニングは、旧国立病院・療養所に勤務する医師を対象とした、厚生労働省主催の2日間あるいは3日間の緩和医療に関するワークショップの一部として行った。緩和医療に関するワークショップは痛みと症状マネジメント(例えば、呼吸困難、輸液)に関する1日あるいは1.5日間のセミナーと、CSTに関する1日あるいは1.5日間のワークショップで構成されている。研究者が調査に対する説明を行い、参加者から同意を口頭で得た。

### コミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラム

日本のオンコロジストのためのCSTプログラムはBaile et al. (2000) によって開発されたプログラムを基に作成した。Baile et al. (2000) のプログラムは、第1章、第6項で詳述したとおり構造化されていて、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションをSPIKESの6ステップで系統的に説明している。S: Setting は面接の準備、P: Perception は患者の病気に対する理解力の評価、I: Invitation は情報開示への患者の受け入れ態勢を知る、K: Knowledge は患者に知識と情報を与える、E: Empathy and exploration は患者の感情に共感的な反応で取り組む、S: Summary and strategy は戦略およびまとめである。第3章で示したように、わが国における患者の意向は場の設定、伝える内容、伝え方、情緒的サポートの4要素で構成されている。場の設定はS、伝える内容はK、伝え方はP、I、S、情緒的サポートはEに対応すると考えられるため参考にした。患者の意向が一致したコミュニケーションに関しては推奨され、意向が異

なるコミュニケーションに関しては、個々の患者の意向を把握することを目標とした。

本プログラムは、1時間の講義と残りの時間でのグループ・ワークで構成した。まず、参加者全員に対して、がん医療において悪い知らせを伝える際の患者 - 医師間のコミュニケーションの講義が教材を用いて行なった。その後、参加者6あるいは7人と2人のファシリテーターで構成される小グループに分かれて、ロール・プレイとフィードバックを行なった。ファシリテーターは精神科医と臨床心理士が行ない、がん医療におけるコミュニケーション・スキルに関するワークショップを促進するための専門的トレーニングを受け、事前に練習を行った (Figure 2)。小グループでのロール・プレイとディスカッションでは、参加者の1人が、医師役に、もう一人が患者役になり、予後の悪いがんの診断、病気の再発、積極的な治療から緩和医療への移行の3つのシナリオのいずれかを用いて、面接場面を1回最長10分間演じるように求めた。他の参加者に対しては、ロール・プレイを観察して、ロール・プレイ後にフィードバックを行なうことを求めた。1回のロール・プレイが終了後、医師役を演じた参加者の努力に対する強化や、面接場面を演じている間に生じた困難な課題を解決のためにグループ内でディスカッションを行なうことを求めた。セッションの間、ロール・プレイとディスカッションを繰り返し、1セッション2時間で、3セッション行なった (Figure 3)。

## 評価法

### 悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する自己効力感：

参加者の悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する自己効力感を



Figure 2 Dr.Baile によるファシリテーターのトレーニング・ワークショップ



Figure 3 コミュニケーション・スキル・トレーニング

評価するために Baile et al.(1999)で用いられた 21 項目からなる質問紙を用いた。本評価票は、医師が悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに関してどの程度、自己効力感を有しているかを評価するためのものである。項目はすべて「1：全く自信がない」から「10：非常に自信がある」までの 10 段階の Likert 法で評価された。本質問紙は英語が堪能なソーシャル・ワーカーが精神科医と話し合っ、英語の本文を日本語に翻訳された。行動の変化に先立ち態度の変化が見られることがこれまでの研究で示されているため(Fallowfird et al., 1998)、今回は自己効力感を行動変容の代替指標とした。

#### **心理的苦痛：**

General Health Questionnaire 12- item version (以下、GHQ と略記する) が全般的な心理的苦痛を測定するために用いられた (Goldberg & Williams, 1988) 。 GHQ-12 は日本においても信頼性・妥当性が認められている (Fukunishi, 1990) 。 GHQ-12 は自記式の質問紙で、過去数週間の心理、社会、身体的症状について回答を求めるものである。項目はすべて 0 または 1 で評価され、可能な合計得点の範囲は 0~12 であった。合計得点 2 / 3 点がカットオフ・ポイントであり、3 点以上で高い心理的苦痛があると判断される。

#### **燃え尽き：**

Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1986) の日本語版(以下、MBI と略記する) が仕事上の燃え尽きを測定するために用いられた。 MBI 日本語版は信頼性・妥当性が認められている (Higashiguchi et al., 1998) 。 MBI は自記式質問紙で 22 項目、3 下位因子、脱人格化(5 項目；範囲：0 - 30)、個人的達成感 (8 ; 0 - 48)および情緒的消耗感(9 ; 0 - 54) から成る。脱人格化因



子は人々への無関心や客観的な反応度を測定する。個人達成感因子は、対人的仕事の能力や成功した達成感を評価する。情緒的消耗感因子は、仕事上の情緒的興奮感と消耗感を評価する。各項目は経験されている感情や態度の頻度を 0 ~ 6 の 7 件法の Likert スケールで測定された。各因子得点のスコアはより大きな脱人格化、個人的達成感、情緒的消耗感を反映する。

#### **ワークショップの有用性：**

ワークショップの内容を評価するために以下の 6 項目を用いた。項目は、1 . コミュニケーション・スキルに関する講義に接すること、2 . 他人に与えるフィードバック、3 . 他人から得るフィードバック、4 . ロール・プレイを使用すること、5 . ファシリテーターの全般的なアプローチ、6 . 臨床とワークショップの関連である。各項目は、「1：全く有用ではない」～「10：非常に有用である」の 10 段階の Likert スケールが用いられた。

#### **臨床上難しいコミュニケーションとコミュニケーションが困難な患者の特徴：**

参加者に対して、1 . 臨床で扱うのに困難を感じたコミュニケーションの内容、2 . 参加者が臨床で対応するのが難しい患者の特徴について、自由記述式の回答を求めた。

#### **社会的背景：**

参加者に対して、年齢、性別、臨床経験年数、がん臨床経験年数、専門、ソーシャル・サポートの有無、ソーシャル・サポートの満足感、婚姻状況についての質問への回答を求めた。ソーシャル・サポートに関しては、信頼できる人がいるかどうか、信頼できる人の数、「1：非常に不満」～「7：非常に満足」

の範囲でソーシャル・サポートに対する満足感への回答を求めた。

## 手続き

ワークショップの前に、参加者に対して、患者とのコミュニケーションに関する自己効力感、GHQ、MBI、患者やコミュニケーションに関する困難さ、社会的背景で構成される質問紙への回答を求めた。ワークショップ直後に、参加者に対して、患者とのコミュニケーションに対する自信についての質問紙に評定し、ワークショップの内容に関するいくつかの項目を評定することを求めた。さらに、ワークショップ 3 か月後に、参加者全員に対して、再度、患者とのコミュニケーションに対する自信についての質問紙、GHQ、MBI に答えるよう求めた。

## 統計解析

自己効力感と MBI 得点に対するワークショップの影響を明らかにするために、測定時期を要因とする repeated measured ANOVA を行なった。ANOVA で有意差を示した場合、ワークショップ前、直後、3 ヶ月後のデータの多重比較を行なった。GHQ の合計得点が 3 点以上の参加者数に対するワークショップの影響を明らかにするために、ワークショップ前と 3 ヶ月後のデータを比較する McNemar 検定を行なった。欠損値があったデータは除外し、利用可能なデータだけで分析を行った。有意水準は 5 % とし、SPSS 12.0 ソフトウェアを使用した。

自由記述式の質問に対する反応は、精神病医と臨床心理士による内容分析に基づいて分類を行なった。

### 第3節 結果

#### 参加者の背景

20人の医師が1日間のワークショップに参加し、38人の医師が1.5日間のワークショップに参加した。全員がワークショップの全日程に参加した。参加者の背景はTable 9に示された。平均年齢は $39 \pm 6$ 歳、臨床経験は $13 \pm 6$ 年、がん臨床経験は $10 \pm 6$ 年、男性が55名(94.8%)、既婚者が48名(85.0%)、専門は外科が23名(39.7%)、内科が9名(15.5%)であった。評価された全データは、1日と1.5日間のワークショップの参加者間、小グループ間、あるいは外科医と非外科医との間でそれぞれ統計学的に有意な差は認められなかった。以下の分析は全参加者を分類せずに行われた。

#### 悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する自己効力感

Table 10に示されるように、患者に悪い知らせを伝えるコミュニケーションと関係する自己効力感の全項目で有意差が認められた。Post hoc 検定の結果、項目6「患者の怒りを検知する」を除いた全項目で、ワークショップ前と比較して、直後、3ヶ月後に有意に改善した。項目6の得点はワークショップ前、後と比較して、3ヶ月後に有意に増加した。

#### 心理的苦痛

ワークショップ前に、GHQ得点が3点以上だった参加者は11人(19.0%)であり、ワークショップ3ヶ月後は14人(24.1%)であったが、統計学的に有意な変化ではなかった( $p=0.63$ )。

Table 9 参加者の背景 (n=58)

		n(%)
年齢 (歳 ; 平均 ± 標準偏差、範囲)		39 ± 6, 29-52
臨床経験 (年 ; 平均 ± 標準偏差、範囲)		13 ± 6, 2-28
がん臨床経験 (年 ; 平均 ± 標準偏差、範囲)		10 ± 6, 0-23
性別	男性	55 (94.8)
	女性	3 (5.2)
婚姻状況	既婚	48 (85.0)
	非婚	10 (15.0)
ソーシャル・サポート	あり	46 (79.3)
	なし	12 (20.7)
信頼している人 (人 ; 平均 ± 標準偏差、範囲)		3 ± 3, 0-12
ソーシャル・サポートへの満足感 (平均 ± 標準偏差、範囲)		6 ± 1, 1-7
専門	外科	23 (39.7)
	内科	9 (15.5)
	呼吸器科	6 (10.3)
	消化器科	4 (6.9)
	放射線科	3 (5.2)
	麻酔科	2 (3.5)
	婦人科	2 (3.5)
	精神科	2 (3.5)
	泌尿器科	2 (3.5)
	耳鼻科	1 (1.7)

Table10 コミュニケーション・スキル・トレーニング・ワークショップ前、直後、3ヵ月後における患者とのコミュニケーションに対する参加者の自己効力感尺度の平均値、標準偏差、および分散分析結果

	ワーク ショップ前 平均 (S.D.)	ワーク ショップ後 平均 (S.D.)	ワークショッ プ3ヵ月後 平均 (S.D.)	F	p	多重比較
1. 患者にとって居心地のよい場を設定する	5.53 (1.98)	7.24 (1.67)	6.74 (1.85)	21.15	<.001	t1 <sup>a</sup> < t2 <sup>b</sup> , t3 <sup>c</sup>
2. 患者が悪い知らせを話し合える状態かどうかを知る	5.97 (1.95)	7.12 (1.34)	7.16 (1.45)	18.36	<.001	t1 < t2, t3
3. 患者の言葉から患者を理解するヒントを得る	6.29 (1.81)	7.10 (1.44)	7.28 (1.40)	15.00	<.001	t1 < t2, t3
4. 家族が同席することを勧める	7.29 (1.73)	8.16 (1.39)	8.00 (1.63)	9.47	<.001	t1 < t2, t3
5. 患者の現在の病状認識を評価する	6.47 (1.75)	7.34 (1.29)	7.53 (1.19)	13.53	<.001	t1 < t2, t3
6. 患者の怒りに気づく	6.90 (1.69)	7.22 (1.49)	7.66 (1.25)	7.15	.002	t1, t2 < t3
7. 話し合いに家族を参加させる	7.33 (1.61)	8.03 (1.28)	8.09 (1.47)	8.54	.001	t1 < t2, t3
8. 患者の言葉以外から患者を理解するためのヒントを得る	6.05 (1.88)	7.05 (1.54)	7.14 (1.55)	17.42	<.001	t1 < t2, t3
9. 患者がどれくらい知りたがっているかについて知る	5.76 (1.99)	7.12 (1.37)	7.16 (1.51)	24.52	<.001	t1 < t2, t3
10. 患者の不安に気づく	5.93 (1.97)	6.91 (1.73)	7.25 (1.47)	22.30	<.001	t1 < t2, t3
11. 事前に話し合う内容を準備する	6.34 (2.00)	7.52 (1.41)	7.40 (1.65)	13.15	<.001	t1 < t2, t3
12. 患者の悲しみに気づく	5.93 (1.82)	7.07 (1.45)	7.19 (1.52)	24.77	<.001	t1 < t2, t3
13. 患者のがんについての理解度を確かめる	5.93 (1.66)	7.34 (1.41)	7.45 (1.44)	31.26	<.001	t1 < t2, t4
14. 患者が情報を正しく受け止めたかをチェックする	5.40 (1.71)	7.16 (1.31)	7.16 (1.36)	60.28	<.001	t1 < t2, t3
15. 情報を少しずつ与える	6.03 (1.78)	7.48 (1.31)	7.17 (1.51)	22.37	<.001	t1 < t2, t3
16. 専門用語を使わないようにする	7.24 (1.91)	7.98 (1.41)	8.03 (1.27)	11.18	<.001	t1 < t2, t3
17. 重要な部分を強調して明らかにする	7.26 (1.66)	7.93 (1.17)	8.02 (1.37)	9.10	<.001	t1 < t2, t3
18. 患者の感情に共感した対応をする	6.36 (2.05)	7.40 (1.38)	7.74 (1.31)	18.56	<.001	t1 < t2, t3
19. 情報の伝え方を前もって考える	6.57 (1.86)	7.55 (1.30)	7.62 (1.37)	12.73	<.001	t1 < t2, t3
20. 患者の感情的な反応に対処する	5.93 (1.74)	6.62 (1.64)	7.12 (1.66)	13.88	<.001	t1 < t2, t3
21. 患者の苦悩に対する自分の反応を意識しコントロールする	6.24 (1.87)	7.07 (1.57)	7.22 (1.59)	12.17	<.001	t1 < t2, t3

a: t1=ワークショップ前

b: t2=ワークショップ後

c: t3=ワークショップ3ヵ月後

## 燃え尽き

脱人格化 ( $F=1.42, p=0.24$ ) および個人的達成感 ( $F=1.87, p=0.18$ ) の得点はワークショップの 3 か月後に有意な変化を示さなかった。しかし、情緒的消耗感は有意に増加した ( $F=5.50, p=0.02$ )。各因子の平均値と標準偏差を示した結果が Table11 に示された。

二変量解析および重回帰分析が、3 か月後のより高い情緒的消耗感の予測因子を決定するために行われた。用いられた変数は、参加者背景、ソーシャル・サポートおよびワークショップ前の情緒的消耗感の得点であった。ロジスティック回帰分析の結果、信頼できる人がいないこととワークショップ前の情緒的消耗感が 3 か月後のより高い情緒的消耗感の有意な予測因子であることが示された (Table12)。

## ワークショップの評価

参加者によるワークショップの特定の要素への評価得点 (平均値  $\pm$  標準偏差、範囲) が算出された結果、「コミュニケーション・スキルに関する講義に接すること」は  $8.6 \pm 1.4$ 、6 - 10 点、「他の人に与えるフィードバック」は  $7.8 \pm 1.8$ 、4 - 10 点、「他の人から得るフィードバック」は  $8.7 \pm 1.5$ 、4 - 10 点、「ロール・プレイを使用すること」は  $8.8 \pm 1.3$ 、5 - 10 点、「ファシリテーターの全般的なアプローチ」は  $8.9 \pm 1.2$ 、6 - 10 点、「臨床とワークショップの関連」は  $8.3 \pm 1.5$ 、4 - 10 点であり、参加者は本ワークショップを高く評価していることが示された (Table13)。

Table11 コミュニケーション・スキル・トレーニング・ワークショップ前と3  
 カ月後における Maslach Burnout Inventory 各因子の平均値、標準偏差、およ  
 び分散分析結果

	ワークショップ 前	ワークショップ 3ヵ月後	F	p
	平均 (S.D.)	平均 (S.D.)		
脱人格化	15.68 (11.84)	16.79 (13.01)	1.42	.24
個人的達成感	28.80 (9.69)	30.02 (10.07)	1.87	.18
情緒的消耗感	8.67 (4.54)	9.81 (4.74)	5.50	.02

Table 12 コミュニケーション・スキル・トレーニング・ワークショップ3ヵ月  
後における情緒的消耗感の予測因子

	Coefficient	Standardized coefficient	t	p
性別 <sup>a</sup>	2.77	.13	1.37	.18
信頼できる人の有無 <sup>b</sup>	-2.90	-.25	-2.64	.01
ワークショップ前の 情緒的消耗感	0.65	.62	6.52	<.01

Intercept= 3.56, multiple R= .73, multiple R<sup>2</sup>= .54, adjusted R<sup>2</sup>= .51

a : 男性 = 1 ; 女性 = 2

b : 有 = 0 ; 無 = 1



Table 13 コミュニケーション・スキル・トレーニング・ワークショップの有  
用性に関する参加者の評価

	平均±S.D.	中央値	範囲
コミュニケーションに関する講義	8.6±1.4	9	6-10
フィードバックを与えること	7.8±1.8	8	4-10
フィードバックを受けること	8.7±1.5	9	4-10
ロール・プレイ	8.8±1.3	9	5-10
インストラクターのアプローチ	8.9±1.2	9	6-10
臨床現場とCSTでの経験の関連性	8.3±1.5	8	4-10

1: 全く役立たなかった 10: とても役立った

### 臨床上難しいコミュニケーションとコミュニケーションが困難な患者の特徴

参加者が、臨床上、対応に困難を感じたコミュニケーションを挙げるという質問に対して、49人の参加者から84の問題(1人当たり0~3の問題)が挙げられた。その内容としては、「予後について説明」(16人;28%)、「抗がん治療の効果が無いことの説明」(7人;12%)、「がんの診断を伝えること」(6人;10%)、「再発を伝えること」(5人;9%)、「患者の心理的問題を扱うこと」(5人;9%)、「緩和医療への移行を患者に伝えること」(4人;7%)、「病気の進行に関する病理学の報告書を患者に伝えること」(4人;7%)であった(Table14)。

同様に、参加者が臨床上、コミュニケーションが難しい患者の特徴を挙げるという質問に対して、36人の参加者から79の問題(1人当たり0~5の問題)が挙げられた。対応することが難しい患者の特徴として一般的なものは、「否定的態度の患者」(10人;17%)、「がんについて誤解がある患者」(10人;17%)、「強い信念がある患者」(5人;9%)、「問題のある家族がいる患者」(5人;9%)、「強い心配や恐れを持っている患者」(4人;7%)であった(Table15)。

Table 14 医師が対応に困難を感じたコミュニケーション

	N	%
予後	16	28
抗がん剤の効果がないこと	7	12
がんの診断	6	10
再発	5	9
患者の心理的問題	5	9
緩和医療への移行	4	7
病気の進行	4	7

Table 15 医師がコミュニケーションを難しいと感じる患者の特徴

	N	%
拒否的態度	10	17
理解力に問題	10	17
がんについての強い信念	5	9
問題を持つ家族	5	9
強い不安や恐怖	4	7

#### 第4節 考察

本研究では悪い知らせを伝える自己効力感が CST 後に有意に増加し、3 ヶ月後にも維持することが示された。この結果から CST は参加者の自己効力感を上昇、さらに維持させることが示唆された。先行研究では自己効力感のポジティブな変化がその後の行動の変化と関連することを示唆している (Fallowfield et al., 1998)。しかしながら、ワークショップ後のコミュニケーションに対する自己効力感のポジティブな変化が真のコミュニケーション・スキルを引き出していることを示したことはない。CST 参加者の臨床で患者とのコミュニケーション行動がポジティブに変化するかどうか明らかにするために今後の研究が必要である。

さらに本研究は、CST の作用として心理的苦痛や燃え尽きを評価した最初の報告である。これまで、医師は燃え尽きの有症率が高い職業であり、特にがん臨床に携わる医師が燃え尽きの有症率が高く (Ramirez et al., 1995; Ramirez et al., 1996) CST は医師の心理的苦痛や燃え尽きを軽減する戦略の一つと考えられてきた (Ramirez et al., 1996)。しかしながら、本研究の結果から、仮説は支持されず CST 参加 3 ヶ月後に、参加者の情緒的消耗感が増悪する可能性が示唆された。

自己効力感に関する 21 項目のうち、項目 6「患者の怒りに気づく」に関しては、ワークショップ後に有意な増加は見られなかった。このような結果は、本質問紙を作成した Baile et al. (1999) によっても CST 前後で変化しないことが報告されている。本研究では、3 ヶ月後に有意に増加したことから、「患者の怒りに気づく」というコミュニケーションの向上には時間を要する可能性が考え

られる。

項目 3「ことばの手がかりに気づく」、項目 4「家族の同席を勧める」に関しては、Baile et al. (1999) は、ワークショップ前後で変化しなかったことを報告している。本研究では、ワークショップ後に得点が増加し、3 ヶ月後にも維持していることが示された。このような結果の違いは先行研究よりもサンプルサイズの違いが影響している可能性が考えられる。本研究の参加者は 58 名であり、Baile et al. (1999) の報告では 27 名であった。また、コミュニケーションの文化的な要因が関連している可能性も推測される。日本社会では、直接的なコミュニケーションは一般的ではなく、医療の場でも、行動、認知、心理的反応などあらゆる面で遠慮がちで、非言語コミュニケーションの依存が大きい。そのため、日本人医師はことばの手がかりに気づきやすかったのかもしれない。家族の同席を勧めることに関しても、日本人は意思決定の際には個人主義よりも家族中心主義を採用するという文化的な問題と関連しているかもしれない。Blackhall et al. (1995) は韓国系アメリカ人は、多くのアフリカ系アメリカ人およびヨーロッパ系アメリカ人に好まれる患者自主性モデルではなく、医療の意思決定の家族中心モデルを適用する傾向があることを報告した。日本においても、医療の意思決定過程はグループで行う傾向がある。医師は患者ではなく家族と相談することが多い。そのため、日本人医師はそのようなスキルに慣れていたのかもしれない。

CST 後に心理的苦痛や燃え尽きは減少するという先行研究 (Ramiretz et al., 1996) の推測とは異なり、GHQ と MBI 得点の変化は仮説を支持せず、むしろ悪化傾向にあった。本研究から結論付けることはできないが、いくつか可能性

のある理由を考慮できるかもしれない。第一に、参加者の背景の違いが影響している可能性である。本研究では、参加者間の背景（例えば、外科と非外科）の違いは結果に影響を及ぼさないことが確認された。しかしながら、燃え尽きに影響することが先行研究によって指摘されているが、今回検討されていない他の要因、例えば、職場の人間関係や仕事量といった要因についても今後検討する必要がある。第二に、参加者はワークショップに参加することにより、患者とより多くの時間を過ごし、患者により支持的になることを試みることによって、実際に消耗感が増し、臨床で自分自身へのプレッシャーやストレスや燃え尽きを増す結果となったかもしれない。さらに医師は、患者と情緒的な中立を維持する手段として冷静に、専門的に公平な態度をとるように訓練されてきた。この公平な態度は情緒的消耗感に対して保護的に働いていたのかもしれない。既に燃え尽きを感じていた参加者は、患者に対して共感的になろうという試みを強め、このことが彼らの情緒的消耗感を悪化させたのかもしれない。第三に、信頼できる人がいないことがワークショップ 3 ヶ月後の情緒的消耗感が高いことを予測した。CST によって、患者とのコミュニケーションへの注意が増し、疑問点が生じても相談できないことで情緒的消耗感が増したのかもしれない。その中では、信頼できる人が情緒的苦痛を緩和する助けとなりうる。第四に、ワークショップ 3 ヶ月後の MBI の各因子得点は、ワークショップ前の各因子得点と高い相関を示した。ワークショップ前に覇気をなくし、燃え尽きを感じていた参加者は、ワークショップが参加者にソーシャル・サポートを与えてくれると期待していたことも想定される。参加者へのソーシャル・サポートはワークショップの目的ではなかったので扱われなかったが、このことが彼ら

の情緒的消耗感のレベルを増加させたのかもしれない。このような知見から、CST ワークショップでは、参加者の以前からの燃え尽きを扱うために、プログラムを延長することが有用かもしれないことが推測される。本研究の結果から、これは特にソーシャル・サポートとなる信頼できる人がいないと感じている参加者に有効であると考えられる。そのため、今後、CST ワークショップの後にフォローアップ・セッションを加えることも有効かもしれない。

参加者は全項目でワークショップをポジティブに評価し、参加者が今回用いられた参加者中心モデルである、ワークショップの内容、方法、ファシリテーターに全般的に満足していることを示唆した。このような結果から、これまで欧米人を対象とした上での有効性の報告しか存在しなかった CST が日本人医師に対しても有効であることを示唆している。

本研究において参加者から挙げられた臨床上困難なコミュニケーションや、コミュニケーションが困難な患者の特徴は先行研究を支持する結果であった。Fallowfield et al. (1998) は、このような問題を扱うことは経験や年齢では身に付かないことを指摘している。今回実施されたワークショップでは、悪い知らせを伝えるコミュニケーションに焦点を当てた。今後が CST プログラムにコミュニケーションが困難な患者に対応するスキルを含める必要があるかもしれない。臨床上困難なコミュニケーションの内容として挙げられたカテゴリーは、予後の説明を除いて、本プログラムに含まれていた。予後の説明が本プログラムに含まれていなかったこともまた、参加者の情緒的消耗感の増加の説明となるかもしれない。予後を説明するスキルを本プログラムに含めることが必要であると考えられる。



本研究の2つの限界を挙げる。第一に、本研究は対照群の設定されていないオープン・トライアルであった。そのため、本研究結果が一般化できるかどうかは不明である。今後、対照群を設定した比較試験を行う必要がある。第二に、私たちが用いた評価法は参加者の主観的指標であったことから、レスポンス・バイアスが生じている可能性がある。また、実際に行動変容がもたらされたかどうかは不明である。今後、第三者による客観的な行動評価、あるいは患者の主観的評価を検討することによって以上の問題点を解決することが可能であると考えられる。

## 第5節 本章のまとめ

本章では、患者の意向に基づいた悪い知らせを伝える際の CST プログラムが開発され、医師を対象としたワークショップが実施された。その結果、がん医療において、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する自己効力感が CST の後に増加し、3 か月後も維持されることが示され、CST が日本の医師に対して有効である可能性を示唆された。しかしながら、燃え尽きは CST 参加 3 か月後にネガティブな方向に変化したことから、今後プログラムの修正が必要であると考えられた。

## 第6章 総合的考察

### 第1節 本研究の要約

本節では、本研究で示してきたことについて、各章ごとに、再度、簡潔にまとめらる。

第1章では、がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションに関する従来の研究が展望された。その結果、これまで提唱されてきたガイドラインと悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向は必ずしも一致しない、悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向に関する研究の多くが少数の患者を対象とした質的研究であるか、あるいはガイドラインで推奨されているコミュニケーションのいくつかだけを扱っている、これまでわが国においては、悪い知らせの伝えられ方について患者の意向が検討されていない、コミュニケーションを促進する方法として、医師を対象としたコミュニケーション・スキル・トレーニングが検討されているが、患者の主観的評価をアウトカムとした場合の有効性は示されていない、悪い知らせの伝えられ方に関する患者の意向に基づいたコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムが開発されていないという4点が問題点として挙げられた。

第2章では、第1章における問題提起を受けて、がん医療における患者 - 医師間のコミュニケーションに関する研究の目的と意義、本研究の構成が述べられた。

第3章では、わが国における、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向が、場の設定と主導権、付加的情報、悪い知らせの伝

え方、情緒的サポートの4つの要素で構成されることが示唆された。また、このような4つの構成要素は、欧米における、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の構成要素、および、医療者の経験則に基づいて推奨されているコミュニケーションの構成要素と類似していることが示唆された。

第4章では、わが国における、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向の特徴について、患者の意向が一致するコミュニケーションとして、わかりやすい説明、治療や病気についての説明、希望を維持する説明、正確な情報、医師が患者に直接、はっきりと情報を伝えることが示唆され、患者ごとに意向が異なるコミュニケーションとして、不確実な情報の開示や伝え方が示唆された。

また、患者ごとに意向が異なるコミュニケーションに関しては、その関連要因が検討され、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向と医学的背景とは関連しないこと、男性では断定的な口調が、女性では段階的に伝えられることが好まれること、年齢が高くなるにつれて、また、教育経験年数が長くなると、淡々と伝えられることに対する意向が増す傾向が示された。そして、婚姻している人の方が、余命についての情報を求める傾向が示された。

第5章では、患者の意向に基づいた悪い知らせを伝える際のCSTプログラムが開発され、医師を対象としたワークショップが実施された。その結果、がん医療において、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションに対する自己効力感がCSTの後に増加し、3か月後も維持されることが示され、CSTが日本の医

師に対して有効である可能性を示唆された。しかしながら、燃え尽きは CST 参加 3 か月後にネガティブな方向に変化したことから、今後プログラムの修正が必要であると考えられた。

## 第 2 節 本研究の意義（ 1 ）精神腫瘍学への示唆

精神腫瘍学は欧米で発展してきたが、がん医療のはじめから存在したものである。がんに対して全く有効な治療がなく、「がん = 死」であった時代には医師は患者と共にがんについて話し合うことを避けていた。19 世紀後半から外科的手術が可能となり、1910 年代には放射線療法が、1950 年代に化学療法が導入され、治癒率や生存率が改善するがんが認められるようになるなど、医学的側面の状況がまず変化した。

1960 年代、欧州でのホスピス運動や Kubler-Ross (1969) が著した『死ぬ瞬間』が注目されたことにより、終末期がん患者の心理・社会的側面への関心を高めた。1970 年代になると、米国では患者の権利や医療の消費者としての意識が高まり、医師は診断・治療選択について、個人の目標や生活の質に与える影響についても患者と話し合うことが求められるようになり (American Cancer Society Conference, 1982)、インフォームド・コンセントの概念が広まった。

1960 年代初めは 90% 以上の医師が告知をしない立場に立っていたが (Oken, 1961)、1970 年代後半には 90% 以上の医師が告知するようになった (Novack et al., 1979)。その結果、患者に真実を伝えることで、患者 - 医師間の信頼が増すことや、患者が治療や有害事象に対してより耐えられるようになることが認められ、がん告知が一般化した。

わが国における、がん診断の告知は、1992 年、1994 年の厚生省の実態調査の報告では 18.2%、20.2% であり、診断告知の実践の歩みは欧米と比べ著しく遅れている。患者の自律性の尊重と医師の父権性 (パターナリズム) に対する考え方は、文化的地域性が色濃く反映されており、自立性と父権性は常に相対

的でジレンマが生じる。わが国においては、患者の自律性よりむしろ、家族の単位での意思決定の尊重と医師の父権性が重んじられてきた歴史を考慮すると、告知に対する現状も理解できる。しかし、日常的にマスメディアから入ってくる氾濫する情報の中で、全く真実を告げずに、あるいは不確かな情報をもとに、疑念を抱きながら闘病することは、患者、医療スタッフ双方にとって非常に負担である。Horikawa et al. (1999) によれば、日本の総合病院における調査の結果、がんであることを伝えられていないがん患者は、がんであることを伝えられたがん患者と比べて、心理的なストレスが強いことが示唆されている。1996年に行なわれたがん専門病院を対象とした厚生省の実態調査においては、がん診断の告知は75%まで進んでいる。欧米の歴史的経過を踏まえると、この数字は今後ますます増加すると考えられる。

このように、医師が告知をはじめとした病気に関する情報を患者に開示する傾向が進む中、欧米同様、効果的なコミュニケーションへの関心が高まっているが、欧米におけるこれまでの知見の多くは医療者の経験則に基づいていた。わが国における研究に限れば、あるいはアジアまで範囲を広げたとしても、文献データベースに公開されている雑誌に掲載されている本領域の研究は皆無である。

上述したとおり、精神腫瘍学の歴史を振り返ると、がんに関連する情報を医療者が患者に開示することから発展してきた学問であることがわかる。このような精神腫瘍学における研究領域において、その根本的な課題である悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向を検討し、患者の意向に即したコミュニケーションを促進するための介入法を提案した本研究は、

わが国におけるがん医療のみならず、世界的にも貴重な情報であり、意義深いと考えられる。

本研究において、がん医療において悪い知らせを伝えられる際の患者の意向が、「悪い知らせの伝え方」、「情緒的サポート」、「付加的情報」、「場の設定と主導権」という4要素で構成されていることが明らかにされた。このような結果は、医師に対してコミュニケーションの教育の際に有益なコンテンツの一つとなる可能性がある。さらに本研究において、多くの患者が一致して望む、あるいは望まないコミュニケーションと患者の意向が個別に異なるコミュニケーションという視点から、個々のコミュニケーションが検討された。その結果、患者に質問を促し、それに答える、わかりやすくはっきりと伝える、しかし希望も維持できるように伝えることを多くの患者が一致して医師に対して望んでいて、余命についての情報や、不確実な段階でも情報を伝えるかどうかといった、確実性の低い情報については患者によって意向が異なることが示された。このような結果が示されたことは、医師が患者の意向に沿ったコミュニケーションを実践し、より質の高い同意を得るための情報提供を促進するために有益な情報であると考えられる。



### 第3節 本研究の意義(2) 臨床心理学への示唆

がん患者は臨床経過に沿って様々な局面を迎えるが、その都度少なからず不確実な部分を含んでいることから、心理的な動揺を経験する。このような患者の心理的な反応は、がんの症状を自覚したときから始まる。その後、精密検査の過程を経て、がんの診断が伝えられることになる。この過程で患者はがんへの恐怖や検査に伴うストレスに恐怖を感じる。がんを告げられた直後の患者は強い衝撃を受けている。後から患者はこの衝撃のときのことを振り返り、“頭が真っ白になった”と表現することもある。この時期には、その後の治療計画が立てられるが、混乱や絶望感などともなう理解力の低下により、医師の説明が十分理解されてないこともある。

初期治療の段階では、手術、化学療法、放射線療法とさまざまあるが、いずれの治療においても、患者と医師の間にはインフォームド・コンセントが求められる。また、治療ごとに期待される効果もさることながら、有害事象も少なくないため、患者の不安や恐怖は強い。初期治療終了後、患者は再発不安や社会復帰に対する不安、疎外感を感じる。

その後、一部の患者は再発を経験する。再発を告げられる際の患者の心理反応過程は、診断時と同様であるが、より深刻である。時に、医療者は治療失敗に対する患者の怒りをぶつけられる。また、再発を告げられた時の心理的な動揺は、再発を予期していなかった患者においてより強い。このようなことから、再発を伝える際には、医師は患者の病気に対する認識を確認することが重要となる。

病状が進行すると、様々な身体症状のために日常生活が制限されることもあ

る。このような段階における患者の心理的な状態は、身体状態によって大きく変化する。また、自力でできなくなることが増すにつれ、セルフ・コントロール感を喪失し、心理的苦痛が増大する。

終末期には、患者は孤独、セルフ・コントロール感を失うこと、愛するもの全てを失うこと、身体機能を失うことなど多くの喪失が待ち受けている(Rando, 1984)。そして、終末期に患者を脅かしているものは、多くの場合「死」そのものではなく、「死にゆく過程において冷遇されること」であるという指摘がある(Brescia, 1987)。終末期には、ほぼ全患者に疼痛や全身倦怠感などの多彩な症状が認められる。医療者は終末期の患者に対して、これらの身体症状を緩和することに努めると同時に、コミュニケーションを維持することにも努める必要がある。

このようながんの臨床経過の過程においては、不確実性に対する不安と、がんに対する恐怖、再発、治療の不成功などに伴う無力感、セルフ・コントロール感の喪失など様々な心理的反応があらわれるが、いずれの過程においても医療者とのコミュニケーションが良好であれば、コミュニケーションは緩衝要因となりうると考えられるが、そうではない場合には大きなストレスともなりうるといったように、患者の心理的な状態に対して、医療者とのコミュニケーションは諸刃の剣である。がん医療においては、患者とのコミュニケーションは医師にとって必須の医療技術の一つであると捉えられている(Fallowfield et al., 1998; Baile et al., 2000)。その一方で、これまでコミュニケーションに関する教育カリキュラムが整備されてこなかったため、医師にとって患者とのコミュニケーションは非常に難しいスキルの一つである。

このようなコミュニケーションを促進するための介入法の一つとして、コミュニケーション・スキル・トレーニングが提案され、参加者の自己効力感に有効であることが示された。このような結果は今後の医師へのコミュニケーションに関する教育カリキュラムを整備する際に有益な情報の一つとなると考えられる。そして、このような教育が広がり、コミュニケーション・スキルを習得した医師が増加することによって、患者の心理的状态に対して、良い影響を与える可能性が広がると考えられる。本研究はそのための第一ステップとして位置づけることが可能である。また、一方で、コミュニケーション・スキル・トレーニングが参加する医師に対して有害事象をもたらすかどうかを検討することは重要な視点である。本研究において、コミュニケーション・スキル・トレーニングが医師の燃え尽きを増悪させる可能性が示唆された。このような結果は、これまで、コミュニケーション・スキル・トレーニングが医師に対して仕事に対する燃え尽き感を低減させる効果があると推測されていたが、実証されてこなかった疑問点への回答の第一歩である。

#### 第4節 本研究の限界と今後の課題

以下に、本研究の限界として3点指摘し、各限界を克服するために必要であると考えられる今後の課題について述べる。

第一に、本研究は1施設で行われたという点である。そのため得られた結果を日本全体に一般化することは難しいと考えられる。特に、患者の意向に関する調査研究は、がんセンターの1病院において行なわれた。がんセンターに通院中の患者はもちろん近隣在住者も多いが、関東一帯、および日本全国から先進医療を求めて通院する患者がいることも事実である。そのため、得られた結果が一般的な日本におけるがん患者とは異なる可能性は否定できない。このような限界を克服し、本研究で得られた知見を一般化するためには、今後、地方も含め、他施設での追試によるデータの蓄積を行なうことが今後の課題であると考えられる。

第二に、コミュニケーション・スキル・トレーニングが患者に対して、影響を及ぼすかどうか検討されていない点である。本研究においては、コミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性は参加者のセルフ・エフィカシーのみで評価された。今後、患者の意向に即したコミュニケーションを促進するためには、患者の評価を検討する必要がある。

第三に、コミュニケーション・スキル・トレーニングの有効性を評価するために、本研究における検討では、対照群が設定されていないオープン・トライアルを比較的小さいサンプルを対象として実施された。そのため、本研究で行なわれたコミュニケーション・スキル・トレーニングが有効であると結論付けることはできない。同様に、本研究で増悪したと考えられる燃え尽きに関して

も、その原因がコミュニケーション・スキル・トレーニングであると結論付けることはできない。このような疑問点を解決するためには、今後、より大きなサンプルを対象とし、対照群を設定した比較試験を行うことが必要である。

## 第5節 結論

わが国における、患者 - 医師間のコミュニケーション、特に、悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向は「場の設定と主導権」、「悪い知らせの伝えられ方」、「付加的情報」、「情緒的サポート」という4要素で構成されていることが示唆された。

患者の意向が一致するコミュニケーションとして、わかりやすい説明、治療や病気についての説明、希望を維持する説明、正確な情報、医師が患者に直接、はっきりと情報を伝えることが示唆され、患者ごとに意向が異なるコミュニケーションとして、不確実な情報の開示や伝え方が示唆された。

また、性別、年齢、教育経験年数、婚姻状況、心理的状态が患者ごとに意向が異なるコミュニケーションの関連要因であることが示唆された。

上記のような患者の意向に基づいた悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションを促進するための介入法の一つとして、医師に対するコミュニケーション・スキル・トレーニング・プログラムが開発、ワークショップが実施され、参加者の自己効力感に対して有効であることが示唆された。

本研究における基礎的な情報は、わが国のがん医療における、患者 - 医師間のコミュニケーションを促進する一助となりうると考えられた。

## 引用文献

- Akabayashi A, Fetters MD, Elwyn TS. 1999. Family consent, communication, and advance directives for cancer disclosure: a Japanese case and discussion. *J Med Ethics*. **25**: 296-301.
- Akechi T, Fukue-Saeki M, Kugaya A, et al. 2000. Psychometric properties of the Japanese version of the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale. *Psychooncology* **9**: 395- 401.
- American Cancer Society Working Conference. 1982. The psychological, social, and behavioral medicine aspects of cancer: Research and professional education needs and directions for the 1980s. *Cancer* **50** (suppl.): 1919-1978.
- Arora NK. 2003. Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Soc Sci Med*. **57**: 791- 806.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al. 2000. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* **5**: 302- 311.
- Baile WF, Kudelka AP, Beale EA et al. 1999. Communication skills training in oncology. Description and preliminary outcomes of workshops on breaking bad news and managing patient reactions to illness. *Cancer* **86**: 887- 897.
- Baile WF, Lenzi R, Kudelka AP et al. 1997. Improving physician-patient communication in cancer care: outcome of a workshop for oncologists. *J Cancer Educ*. **12**: 166- 173.
- Baile WF, Lenzi R, Parker PA et al. 2002. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol*. **20**: 2189- 2196.
- Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G et al. 1995. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* **274**: 820- 825.

- Brescia FJ. 1987. An overview of pain and symptom management in advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* **2** (Supple): s7-s11.
- Brewin T. 1991. Three ways of giving bad news. *Lancet* **337**: 1207-1209.
- Britten N. 1999. Qualitative interviews in medical research. *BMJ* **311**: 251-253.
- Buckman R. 1992. *How to break bad news: A guide for health care professionals.* Westwood Creative Artists; Toronto, Canada
- Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ et al. 1997. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer* **77**: 2630-2637.
- Butow PN, Maclean M, Dunn SM, et al. 1997. The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol.* **8**: 857-863.
- Cantwell BM, Ramirez AJ. 1997. Doctor-patient communication: a study of junior house officers. *Med Educ.* **31**: 17-21.
- Chenitz WC, Swason JM. 1986. *From practice to grounded theory.* Addison-Wesley Publishing Company, Reading: Massachusetts, U.S.
- Delvaux N, Razavi D, Marchal S et al. 2004. Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Br J Cancer* **90**: 106-114.
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, et al. 1993. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med.* **339**: 785-791.
- Elwyn TS, Fetters MD, Gorenflo W et al. 1998. Cancer disclosure in Japan: historical comparisons, current practices. *Soc Sci Med.* **46**: 1151-1163.
- Fallowfield LJ. 1993. Giving sad and bad news. *Lancet* **341**: 476-478.
- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V et al. 2002. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *Lancet* **359**: 650-666.



- Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V et al. 2003. Enduring impact of communication skills training: results of a 12-month follow-up. *Br J Cancer* **89**: 1445-1449.
- Fallowfield L, Lipkin M, Hall A. 1998. Teaching senior oncologists communication skills: results from phase I of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *J Clin Oncol.* **16**: 1961-1968.
- Fallowfield L, Saul J, Gilligan B. 2001. Teaching senior nurses how to teach communication skills in oncology. *Cancer Nurs.* **24**: 185-191.
- Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. 2003. Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers. *Cochrane Database Syst Rev*: **CD003751**.
- Fukunishi I. 1990. The assessment of cut-off point of the General Health Questionnaire (GHQ) in the Japanese version [in Japanese]. *Shinri Rinshou.* **3**: 235-242.
- Fujimori M, Obe A, Koike M, et al. 2003. Communication skills training for Japanese oncologists on how to break bad news. A preliminary report. *J Cancer Educ.* **18**: 194-201.
- Girgis A, Sanson-Fisher RW. 1995. Breaking bad news: Consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol.* **13**: 2449-2456.
- Girgis A, Sanson-Fisher RW, Schofield MJ. 1999. Breaking bad news: is there consensus between breast cancer patients and providers on guidelines? *Behav Med.* **25**: 69-77.
- Goldberg D, Williams P. 1988. *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson Publishing: Windsor, Berkshire.
- Gray RE, Fitch M, Greenberg M. 1998. A comparison of physician and patient perspectives on unconventional cancer therapies. *Psycho-Oncology* **7**: 445-452.
- Hall ET. 1976. *Beyond culture*. Doubleday: New York, U.S.
- Holland JC, Geary N, Marchini A, et al. 1987. An international survey of

- physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Investigation* **5**: 151-154.
- Higashiguchi K, Morikawa Y, Miura K, et al. 1998. The Development of the Japanese Version of the Maslach Burnout Inventory and the Examination of the Factor Structure. *Japanese Journal of Hygiene*. **53**: 447-455.
- Horikawa N, Yamazaki T, Sagawa M, et al. 1999. The disclosure of information to cancer patients and its relationship to their mental state in a consultation-liaison psychiatry setting in Japan. *Gen Hosp Psychiatry* **21**: 368-373.
- Jenkins V, Fallowfield L. 2002. Can communication skills training alter physicians' beliefs and behavior in clinics? *J Clin Oncol*. **20**: 765-769.
- Kawakami S, Arai G, Ueda K, Murai Y, et al. 2001. Physician's attitudes toward disclosure of cancer diagnosis to elderly patients: a report from Tokyo, Japan. *Arch Gerontol Geriatr*. **33**: 29-36.
- Kubler - Ross E. 1969. *On Death and Dying*. Macmillan: New York, U.S.
- Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al. 1998. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*. **28**: 333-338.
- Lee MM, Lin SS, Wrensch MR, et al. 2000. Alternative therapies used by woman with breast cancer in four ethnic populations. *J Natl Cancer Inst*. **92**: 42-47.
- Lee RG, Garvin T. 2003. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc Sci Med* **56**: 449-464.
- Mager WM, Andrykowski MA. 2002. Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*. **11**: 35-46.
- Maguire P. 1999. Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* **35**: 1415-22.
- Maslach C, Jackson S. 1986. *Maslach Burnout Inventory*. Consulting

- Psychologist's Press: Palo Alto, CA.
- Miles MB, Huberman AM. 1994. *Qualitative data analysis: an expanded source book*. Sage Publishing, Inc.: California, U.S.
- Mitsuya H. 1997. Telling the truth to cancer patients and patients with HIV-1 Infection in Japan. In: Surbone A, Zwitter M. *Communication with the cancer patient. Information & Truth*. The New York Academy of Sciences: New York; 279-289.
- Nilchaikovit T, Hill JM, Holland JC. 1993. The effects of culture on illness behavior and medical care: Asian and American differences. *Gen Hosp Psychiatry*. **15**: 41-50.
- Novack DH, Plumer P, Smith RL, et al. 1979. Change in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA*. **241**: 897-900.
- Okamura H, Uchitomi Y, Sasako M, et al. 1998. Guidelines for telling the truth to cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*. **28**: 1-4.
- Oken D. 1961. What to tell cancer patients: A study of medical attitudes. *JAMA*. **175**: 1120-1128.
- Ong LM, de Haes JC, Hoos AM et al. 1995. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. **40**: 903-918.
- Parker PA, Baile WF, Moor C, et al. 2001. Breaking bad news about cancer: patients' preferences for communication. *J Clin Oncol*. **19**: 2049-2056.
- Pope C, Mays N. 1999. *Qualitative research in health care*. BMJ Publishing Group 2000: London.
- Pope C, Ziebland S, Mays N. 2000. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ*. **320**: 114-116.
- Ptacek JT, Eberhardt TL. 1996. The patient-physician relationship. Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA*. **276**: 496-502.
- Ptacek JT, Ptacek JJ. 2001. Patients' perceptions of receiving bad news about cancer. *J Clin Oncol*. **19**: 4160-4164.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. 1995. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* **71**: 1263-1269.

- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. 1996. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* **347**: 724-728.
- Rando T. 1984. *Grief, dying and death*. Research Press; Chicago, U.S.
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S et al. 1993. The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *Eur J Cancer* **29A**: 1858-1863.
- Razavi D, Delvaux N, Marchal S et al. 2000. Testing health care professionals' communication skills: the usefulness of highly emotional standardized role-playing sessions with simulators. *Psychooncology* **9**: 293-302.
- Richardson MA, Sanders T, Palmer JL, et al. 2000. Complementary/alternative medicine use in a comprehensive cancer center and the implications for oncology. *J Clin Oncol.* **18**: 2505-2514.
- Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS et al. 1994. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer* **74**: 336-341.
- Sardell AN, Trierweiler SJ. 1993. Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer* **72**: 3355-3365.
- Sasaki J. 1998. Survey on informed consent and truth telling (Annual Report of the Cancer Research (8-12) of the Japanese Ministry of Health and Welfare FY 1997) [in Japanese]. Tokyo, Japan: Japanese Ministry of Health and Welfare.
- Schofield PE, Beeney LJ, Thompson JF, et al. 2001. Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Ann Oncol.* **12**: 365-371.
- Seo M, Tamura K, Shijo H, et al. 2000. Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses. *Palliat Med.* **14**: 105-110.

- Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. 2003. Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology*. **12**: 599-611.
- Sussman NM, Rosenfeld HM. 1982. Influence of culture, language, and sex on conversational distance. *J Personal Soc Psychol*. **42**: 66-74.
- Takayama T, Yamazaki Y, Katsumata N. 2001. Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. *Soc Sci Med*. **53**: 1335-1350.
- Uchitomi Y, Yamawaki S. 1997. Truth-telling practice in cancer care in Japan. In: Surbone A, Zwitter M. *Communication with the cancer patient. Information & Truth*. The New York Academy of Sciences: New York; 290-299.
- Uchitomi Y. 1999. Psycho-oncology in Japan: history, current problems and future aspect. *Jpn J Clin Oncol*. **29**: 411-412.
- Uchitomi Y. 2001. Truth-telling in cancer care: the Japanese perspective. In: Bruera E & Porteney RK. *Topics in Palliative Care Volume 5*. Oxford University Press: New York; 95-105.
- Watson M, Greer S, Young J, et al. 1988. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*. **18**: 203-209.
- Yamaguchi K. 2002. Overview of cancer control programs in Japan. *Jpn J Clin Oncol*. **32** (Suppl.): s22-s31.
- Zigmond AS, Snaith RP. 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiat Scand* **67**: 361-370.

## 謝 辞

博士論文の作成にあたりまして、調査に御協力いただきました、国立がんセンター東病院通院中の皆様、スタッフの皆様、旧国立病院・療養所の先生方には心から感謝いたします。ありがとうございました。

また、早稲田大学人間科学研究科 野村忍教授、北海道医療大学臨床心理学部 坂野雄二教授、早稲田大学人間科学研究科 根建金男教授には、本論文作成にあたり、懇切丁寧なご指導を頂きました。国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部 内富庸介部長、名古屋市立大学大学院認知・行動学研究室 明智龍男助教授には、本研究の計画段階から論文作成まであらゆる面で、ご指導を頂きました。また、臨床研究や精神腫瘍学に関して一からご指導頂きました。諸先生方には心から感謝いたします。

国立がんセンター研究所支所精神腫瘍学研究部の皆様および、早稲田大学人間科学研究科坂野研究室の先輩、後輩の皆様には、様々なアドバイスや調査のお手伝いをして頂きました。ありがとうございました。