

総 説

コミュニケーション技術

Communication Skill

今井洋介

Yousuke IMAI

はじめに

「悪い知らせ (bad news)」というものに、我々は、日々遭遇している。明日の天気から、会社の倒産まで、それこそありとあらゆる場面で、である。

医療の世界におけるbad newsとは一体どのような事項を指すのだろうか。

それは「患者の将来への見通しを根本から否定的に変えてしまうもの」と定義される。具体的には、予後の悪いがんの診断・がんの再発・積極的抗がん治療の中止などである。それらの知らせは、患者に深い驚きと悲しみを与える。

我々は経験的に、人間は大きな試練も、時とともに受容できることを知っている。しかしながら、最悪の知らせを受けた後、患者の10～40%は抑うつ状態に陥り、がん罹患後5年の自殺率は一般人口の2倍、がん告知後3～5か月に限ると4.3倍にものぼる^{1)4),15)}。

一方、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションによって、その後の患者の不安は軽減されることも明らかになってきている⁵⁾⁶⁾。

そして、コミュニケーション技術というものは、持って生まれたものではなく、練習することで上達する、ということも。

本邦における患者が望むコミュニケーションとして、年余にわたり膨大な労力を要して日本サイコロジ学会が作り上げた「SHARE プロトコル」について概説するとともに、当院における現況についても触れさせていただく。

1. コミュニケーションとは¹⁶⁾¹⁷⁾

コミュニケーションとは、ラテン語のcommunicare (共有する)を語源としている。

がん医療における患者—医師間のコミュニケーションとは、患者と医師の間で、言語的、非言語的

なメッセージを交換し、共有する作業に他ならない。その際に、言葉ではなく、動作や身振り、視線や語気などの非言語的な情報は極めて重要な役割を果たす(図1)¹⁾⁷⁾。伝えたい内容を単に言語的に発したからといって、それを患者と共有しなければ、伝わったとは言えない。

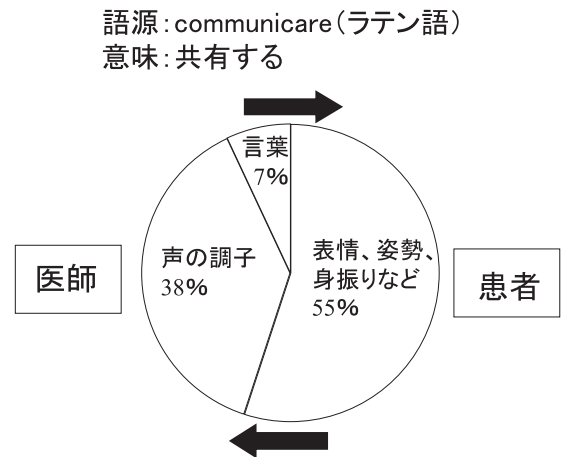


図1 コミュニケーションとは

「悪い知らせ」とは、「患者の将来への見通しを根本から否定的に変えてしまうもの」と定義されており、がん医療における「悪い知らせ」とは、予後の悪いがんであることを伝える、がんの再発を伝える、積極的抗がん治療の中止を伝えることなどが挙げられる。

「悪い知らせ」を伝える際のコミュニケーションは困難なコミュニケーションであり、その習得のためには、通常の診療における医師—患者間の基本的なコミュニケーション・スキルの習得が前提となる(表1)¹⁾⁸⁾⁹⁾。

表1 基本的なコミュニケーション・スキル

<p>環境設定： 身だしなみを整える、静かで快適な部屋を設定する、時間を守る、座る位置に配慮する、目や顔を見る、目線は同じ高さを保つ、挨拶をする、名前を確認する、礼儀正しく接する</p> <p>質問するスキル： 患者に話すように促す、病気だけではなく患者自身への関心を示す、わかりやすい言葉を用いる</p> <p>応答するスキル： 患者が言いたいことを探索し理解する、相づちを打つ、患者の言うことを自分の言葉で反復する</p> <p>共感するスキル： 患者の気持ちを探索し理解する、沈黙を積極的に使う、患者の気持ちを繰り返す</p> <p>Buckman 著、恒藤暁 訳：真実を伝える、2000 Billings JA, Stoeckle JD著、日野原重明、福井次矢 訳：臨床面接技法、2001</p>
--

手術後6か月の乳がん患者の不安感を予測する要因を後方視的に検討した結果、がん診断時の医師の有効なコミュニケーションスタイルが、告知後の不安感に関連していることが明らかになった(表2)⁵⁾。

検査結果を伝える面談において、良い知らせに比して悪い知らせを伝える場合、医師のコミュニケーション・スタイルが、患者の面談後の不安への影響が大きいことが示唆されている(図2)⁶⁾。

以上をふまえ、各国で、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションについてのガイドラインが作成されてきたが、どれもが医師の経験則に基づいて作成されてきた(表3)。

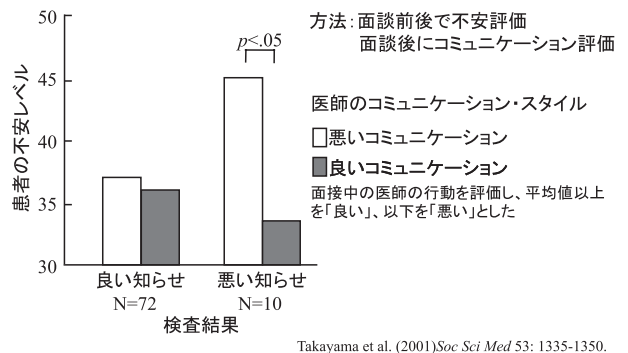


図2 悪い知らせを伝えられる際の医師のコミュニケーション・スタイルがその後の不安に影響する

表2 コミュニケーションと患者のストレス

悪い知らせを伝える際の医師のコミュニケーション・スタイルはその後の患者のストレスに影響する

デザイン：手術6ヶ月時点での横断調査
対象：乳がん患者100名

	ストレスとの関連性
精神疾患既往歴	あり
がん診断開示時の医師の有効なコミュニケーションスタイル	あり
がん診断以前の生活上のストレス	あり
ソーシャルサポート	なし
身体状態	なし

Roberts et al.(1994)Cancer 74:336-341

表3 コミュニケーション・ガイドライン

著者 (出版年)	国	種類
Fallowfield (1993)	イギリス	エキスパート・オピニオン (33項目のコミュニケーション)
Girgis & Sanson-Fisher (1995)	オーストラリア	ガイドライン (15原則、12ステップ)
Ptacek & Eberhardt (1996)	アメリカ	レビュー (13項目のコミュニケーション)
Okamura et al. (1999)	日本	ガイドライン (10基本原則、4アプローチ)

その後の調査で、ガイドラインにおいて推奨されているコミュニケーションと患者の意向は必ずしも一致しないこともまた明らかになってきた(表4)¹⁰⁾¹¹⁾。

また、悪い知らせを伝える際のコミュニケーションは、欧米諸国と非欧米諸国では文化的に異なる可能性が示唆されている(図3)¹²⁾。

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ついて、米国のM.D.アンダーソンがんセンターと、本邦の国立がんセンター東病院通院中の患者の意向調査では、本邦では米国に比べ、「医師は患者に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」、「医師は患者に動揺しても良いことを伝える」といった「情緒的サポート」の寄与率が高いことが示唆されている(図4)¹³⁾。

先行研究における問題点を踏まえ、患者の意向と文化的背景を考慮したコミュニケーションが重要であると考え、国立がんセンター東病院において、がん患者42名およびがん専門医7名への面接調査を実施。内容分析より、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。その結果に基づいた70項目からなる質問により、国立がんセンター東病院通院中の529名の患者への横断調査を行い、同様の4つの因子が再確認された(表5)¹⁴⁾。

コミュニケーション技術は学習可能と考えられている。

患者-医療者間のコミュニケーションを学習する方法として、コミュニケーション・スキル・トレーニングが行われており、無作為化試験とオープン試験にて、その有効性が検討されている。医師の主観的な評価と客観的な評価では、その有効性が示唆されている(表6)

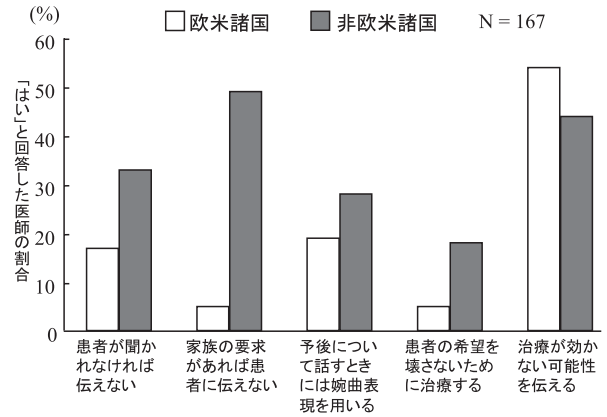


図3 コミュニケーションと文化

表4 推奨されているコミュニケーションと患者の意向は必ずしも一致しない

推奨されているコミュニケーション	望む (%)	
	豪州 N=144	日本 N=529
あらゆる情報を伝える	78	79
直接会って伝える	77	91
家族を同席させる	57	78
他の医療従事者を同席させる	13	18
情報が確実になってから伝える	-	58
手や肩に触れる	-	7
婉曲的な言葉を使わない	-	17
段階的に伝える	-	32

Butow et al.: *Cancer*, 1996; Fujimori et al.: *Psychooncology*, 2007

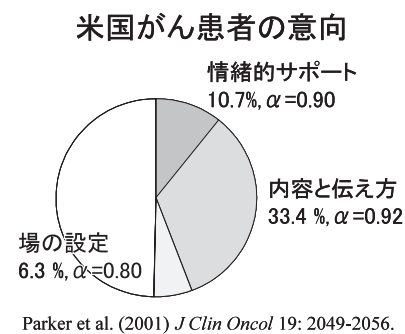
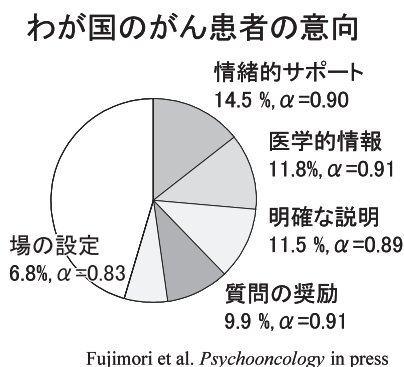


図4 悪い知らせを伝えられる際のコミュニケーションに対する患者の意向は文化により異なる

表5 わが国におけるコミュニケーションに対するがん患者の意向

対象:がん患者571名、医師7名

方法:半構造化面接、質問紙調査

解析:内容分析、因子分析

結果:619の発言から70項目作成し、4カテゴリーを抽出

1. 場の設定:	プライバシーの保たれた落ち着いた環境 伝えるタイミング(不確かでもできるだけ早く/確実な時だけ)
2. 伝える内容:	予後(知りたい/知りたくない) 日常生活(仕事など)への病気の影響や代替療法
3. 伝え方:	はっきりと伝えるが「がん」という言葉は繰り返し使わない 婉曲的な表現を用いる
4. 情緒的サポート:	家族に対しても患者同様配慮する 「一緒にがんばりましょうね」と言葉をかける

Fujimori et al.: *Psycho-Oncology*, 2005

表6 悪い知らせを伝えるコミュニケーション技術訓練

著者 (出版年)	CSTの 期間	対象者 数	内容	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↑(CST後) 患者との関係に対する態度→(CST後)	Open
Baile et al. (1997)	3日間	9	自己効力感↑(CST後)	Open
Fallowfield et al.(1998)	1.5 or 3日間	178	自己効力感↑(CST3ヶ月後)、 コミュニケーションに対する態度↑(CST3ヶ月後)	Open
Baile et al. (1999)	5時間	17	自己効力感↑(CST1週間後)	Open
Abel et al. (2001)	半日間	54	自己効力感↑(CST3ヶ月後)	Open
Fallowfield et al. (2002, 2003a, 2003b)	3日間	160	面接時の行動↑(CST3ヶ月後、1年後) 自己効力感↑(CST3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↑(CST3ヶ月後)、 心理社会的問題への態度↑(CST3ヶ月後) 自己効力感↑(CST3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↑(CST後)	Open
Fujimori et al. (2003) 1 or 1.5日間		58	自己効力感↑(CST3ヶ月後)	Open
Lenziet al. (2005)	4日間	17	自己効力感↑(CST後) コミュニケーションに関する知識↑(CST後)	Open
Back et al. (2007)	4日間	115	面接時の行動↑(CST後)	Open

2. SHARE プロトコル

Supportive environment

サポートティブな環境設定

How to deliver the bad news

悪い知らせの伝え方

Additional information

付加的情報

Reassurance and Emotional support

安心感と情緒的サポートの提供

SHAREプロトコルは、がん医療において、医師が患者に悪い知らせを伝える際の効果的なコミュニケーションを実践するための態度や行動を示している。患者の意向に関する調査の結果が得られた4つのカテゴリーを踏まえて作成されたものである。

Supportive environment

(サポートティブな環境設定)

目標:

- ・落ち着いた環境を整える
- ・信頼関係の形成

行動：

信頼関係の形成

- ☞ 礼儀正しく接する（例えば、初対面の際には自己紹介をする、立って挨拶をする）
- ☞ 話すときには身体を患者のほうに向け、目や顔を見て話す
- ☞ 初対面で悪い知らせを伝えることはできるだけ避ける
- ☞ 患者に悪い知らせを電話で伝えるのではなく、直接会って伝える
- ☞ 悪い知らせを伝える面談時に、電話が鳴らないようにする（例えば、予め電話を預ける、面談の始めに患者や家族にことわる、面談中に電話に出る際には、患者や家族に一言ことわりを述べる）
- ☞ 親密な関係である場合を除き、患者の手や肩に触れない

場の設定

- ☞ プライバシーが保たれる場所で行う（例えば、大部屋のベッド・サイドやカーテンで仕切られているだけの外来はできるだけ避け、面談室を使う）
- ☞ 座る位置に配慮する（相手との関係を考慮し距離を凶る。初対面の際には適度に距離をとり、手や肩に触れることは避ける）
- ☞ 十分な時間をとる（例えば、忙しい外来時間を避ける。夕方に面接を設定する。）
- ☞ 他の医療者（例えば、他の医師や看護師）を同席させる場合には、なぜ同席させるのか理由を述べた上で、患者の意向を確認する
- ☞ 同席者について、患者の意向を確認する（例えば、家族が一緒の場で伝えるか、患者だけに伝えるか、患者より先に家族に伝えるか）
- ☞ 最終的な判断が出てから検査結果を伝えるのか、一部でも結果が得られ次第伝えるか、患者に確認する

<p>How to deliver the bad news (悪い知らせの伝え方)</p>
--

目標：

- ・ 患者に対して誠実に接する
- ・ 患者の納得が得られるように（例えば、単なる情報提供にとどまらず、気持ちを整理できるように促し、患者の意向を踏まえて受け入れられる状態にあるかどうかを確認しながら）説明をする

行動：

誠実な対応

- ☞ 患者の目や顔を見ながら悪い知らせを伝える
- ☞ 表情や口調まったく変えずに事務的に伝えることや、逆に、大げさな感情的な表現や言動を使うこ

とは避ける

- ☞ 正直に話す
- ☞ 明確な言葉で伝える（例えば、「がん」に対して「腫瘍」や「悪性の細胞」などと言っても「がん」であることが伝わっていないことがある）
- ☞ 断定的な口調を望む人もいれば、望まない人もいるので、患者の意向を確認する
- ☞ いらいらした様子で対応しない（例えば、患者の言葉を途中で遮る、貧乏ゆすりをする、ペンを廻す、マウスをいじる、など）
- ☞ 悪い知らせは全て伝えるのが原則であるが、具体的にどの程度の情報を伝えるかに関しては、患者の意向を確認する（例えば、病気の状態（進行度、症状、症状の原因、転移の場所など）、がんの治る見込み（想定される治療効果や治療成績）、余命など）

理解しやすい説明

- ☞ 悪い知らせを伝える前に、病名、これまでの経過、面接の目的など現在の状況に対する患者の認識を確認する
- ☞ 専門用語は避け、わかりやすい言葉で伝える。専門用語を用いた場合には、理解できているかを確認する。
- ☞ 丁寧に伝える。
- ☞ いつでも質問できることを伝える。
- ☞ 患者に理解度を確認しながら、悪い知らせを伝える（例えば、「ご理解いただけましたか?」、後から聴くことができることや看護師にも質問できることを伝える）
- ☞ 一方的に伝えるのではなく、質問がないか（例えば、「ご質問はありますか?」）、話の進みが速すぎないか（例えば、「話の進み具合は早くないでしょうか?」）、患者の気持ち（例えば、「今、どのようなお気持ちですか?」）、を患者に質問しながら、話を進める
- ☞ 患者の質問に十分答える
- ☞ 要点をまとめて伝える（面談中のどこかでサマリーを行う。例えば「ここまでをまとめますと・・・」）
- ☞ 実際の写真や検査データを示す
- ☞ 必要に応じて説明のために紙に書いて悪い知らせを伝え、説明に用いた紙を患者に渡す

<p>Additional information (付加的情報)</p>

目標：

- ・ 今後の治療方針に加えて患者個人の日常生活への病気の影響など患者が望む話題を取り上げる
- ・ 患者が相談や関心事を打ち明けることができ

る雰囲気を作る（そうすることによって、病
気だけでなく患者本人への関心を示すことが
できる）

行動：

意思確認

- ☞意思決定にだれが関与するかに関する患者の意向は異なるので、治療選択の際には、患者の意見を尊重することを伝え、患者の意見を確認する（例えば、患者本人が一人で決める、医師が決める、家族が決める、一緒に決める、など）

医学的情報

- ☞患者の今後の治療方針を伝える
- ☞患者が現在利用できる治療を伝える
- ☞治療の危険性や副作用についても説明をする
- ☞医師の勧める治療を伝える
- ☞患者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

社会的情報

- ☞患者のこれからの日常生活や仕事の影響についても話し合う
- ☞患者が利用できるサービスやサポート（例えば、医療相談、高額医療負担、訪問看護、ソーシャル・ワーカー、カウンセラー）に関する情報を提供する

患者が希望する情報を提供する

- ☞専門的な医学的情報
- ☞標準治療以外の治療も含め、最新の治療（未承認薬、試験中の治療、将来の治療）
- ☞がんに関する情報の入手法（例えば、本やインターネット）
- ☞他の患者からよくある質問
- ☞民間療法や代替療法

患者が希望する話題を聞き出す

- ☞患者の希望があれば以下の情報について話題にする
- ☞専門的な医学的情報
- ☞標準治療以外の治療も含め、最新の治療（未承認薬、試験中の治療、将来の治療）
- ☞がんに関する情報の入手法（例えば、本やインターネット）
- ☞他の患者からよくある質問
- ☞民間療法や代替療法

Reassurance and Emotional support
(安心感と情緒的サポートの提供)

目標：

- ・患者の気持ちを理解する
- ・共感（優しさ、思いやり）を示す
- ・患者と同じように家族にも配慮する

行動：

患者の気持ちを理解する

- ☞患者の気持ちを探索する（例えば、「今どのようなお気持ちですか?」、「非常に残念というお気持ちでしょうか?」）
- ☞オープン・クエスチョンを用いて、患者の気がかりや懸念を聞き出す（例えば、「ご心配なことは何ですか?」、「一番気がかりなことはどのようなことですか?」）

共感（優しさ、思いやり）を示す

- ☞患者が感情を表に出しても受けとめる（例えば、沈黙をとる、患者の気持ちを自分の言葉で言い換える「眠れないというのはつらいですね」）
- ☞悪い知らせによって生じた気持ちをいたわる言葉をかける（例えば、「つらいでしょう」、「混乱されたのでしょうか」、「驚かれたことでしょうか」など）

気持ちに配慮する

- ☞患者の気持ちをやわらげる言葉をかける（身近なことや時候の挨拶、患者の個人的な関心事などに触れる「ずいぶんお待たせしました」、「最近寒いですが風邪をひいたりしていませんか?」、「暑い日が続いていますが、夜は眠れていますか?」など）

- ☞患者が心の準備をできるような言葉（例えば、「大切なお話です」、「残念ですが」、「少し残念なお話しをしなければならないのですが」、「お時間は十分ありますか」、「家族の同席を勧める」）をかける

- ☞明確に伝えるために「がん」という言葉は一度は用いるべきだが、非常に侵襲的な言葉であるため、2回目以降は「がん」ではなくて「腫瘍」、「病気」という言葉を用いる。その他注意する言葉の例としては、「ホスピス」は「〇〇病院（具体的な病院名）」、「緩和ケア医」は「痛みの専門家」、「末期」「終末期」は「病期」、「生存」は「治療が効いた」、「死ぬ」「死亡」は「心臓が止まる」「呼吸が止まる」「息が止まる」など

- ☞個々の検査の内容や結果、最終的な判断に至る情報を小分けにして、順を追って、段階的に、患者の気持ちを確認しながら伝える

- ☞患者が希望を持てるように伝える（例えば、「がんをやっつける治療よりも、痛みをとる治療に重点をおきましょう」など抗がん治療以外にも可能な医療行為があることを伝える、現状の対策について伝える）

- ☞患者が希望を持てる情報も伝える（例えば、「幸い骨には転移はありません」、「痛みはとれましたね」）

- ☞悪い知らせを伝えた後、患者の気持ちを支える言葉（例えば、「大丈夫ですよ」、「一緒にやってみましょうね」など）をかける

☞最後まで責任をもって診療にあたること、見捨てないことを伝える(例えば、「私たち診療チームはあなたが良くなるように努力し続けます」、「ご希望があればいつでも相談にのります」)

家族への配慮

☞家族の方にも時折視線を向ける
 ☞理解や質問を確認する(例えば、「ご家族もご理解いただけましたか」、「質問はありませんか?」など)

3. 当院における現況

平成20年11月20日(金)現在の当院における状況を述べる。

外来において、シビアな告知等を想定して用意された完全個室は、婦人科と小児科に各一室のみであった(表7)。内科の診察室10室はアコーディオン・カーテンにてほぼ完全な個室状態にすることができるが、その他の多くの科は、診察室も通常のカーテンで仕切られたのみであった。

表7 2008 新潟県がんセンター新潟病院外来での病状説明用の個室の準備状況

○：病状説明を目的とした完全個室を有する △：他の目的との兼用であるが、完全個室を有する ×：完全個室がない

完全個室の定義：完全に閉じられたおり、人の出入りを遮断することができ、ある程度の防音加工がなされている空間

外来名	内科	外科	泌尿器科	整形外科	小児科
完全個室の病状説明のための部屋がある	△	×	×	×	○
室数	10				1

外来名	婦人科	皮膚科	耳鼻咽喉科	眼科	放射線科
完全個室の病状説明のための部屋がある	○	×	×	△	△
室数	1			2	3

看護師は、外来日前日の予約チェックの際に、重要な説明があると予想される場合には、あらかじめ家人の同伴を促したり、説明中は前室を空けるよう配慮したり、プライベートな空間をつくることに様々な配慮をこらしていたが、説明中に医師のPHSを預かる、もしくは、説明中同室することについて患者や患者の家族に同意を得ること、などは励行されていなかった。

病棟では、ほとんどの病棟が1~2の完全個室を説明用に用いていたが、多くは会議室や機材室との併用(あまりに人の出入りの頻回な場合、数から外した)であり、純粋に患者説明のための完全個室が

充足しているのは、最近の改築時に整備された西4病棟のみと考えられた(表8)。そのような極めてインフラの欠乏した中、看護側は、なるべく重要な説明時には、できるだけ同室し(時間外であることが多いのだが)、プライベートな空間を保ち、キーパーソンの同伴を促すことに腐心していた。しかしながら、やはり、説明中に医師のPHSを預かる、患者および患者の家族に自己紹介し、同室する理由を述べ、同意を得ている病棟は、わずかであった。

表8 2008 新潟県がんセンター新潟病院病棟での病状説明用の個室の準備状況

○：一時的にでも病状説明を目的とした完全個室をつくることのできる
 △：部屋はあるが、しばしばプライバシーを保つことが困難
 ×：完全個室がない

完全個室の定義：完全に閉じられたおり、人の出入りを遮断することができ、ある程度の防音加工がなされている空間

外来名	西2	西3	西4	東4	西5
完全個室の病状説明のための部屋がある	○	○	○	○	○
室数	2	1	5	1	2

外来名	東5	西6	東6	西7	東7
完全個室の病状説明のための部屋がある	○	○△	○	○	△
室数	2	2	2	2	1

悪い知らせを医師と患者が的確に伝えあい、情報を共有することは、患者の不安を軽減するだけでなく、その後に医療者側に降りかかる様々な問題を著明に削減する。

病院としてのインフラ整備を真剣に考慮するとともに、医師と看護師が同様の価値感と緊張感を持って、医師—患者間のコミュニケーションの達成に臨む姿勢を再確認することが急務である。

看護師の立ち会いには、①説明内容の記録 ②患者の理解度の確認と、医師へのフィードバック ③説明終了後の患者の動揺、悲嘆へのケア といった計り知れないメリットがあることは自明である。しかしながら、基本的に、悪い知らせは、医師—患者間において伝達されるものであり、看護師は、その達成を陰日向になって支える、いうなれば縁の下の力持ち、といった存在であることを忘れてはいけない。面談の開始前に、同室することの重要性を患者サイドに説明し、理解していただく必要がある。

4. コミュニケーション技術講習会について

コミュニケーション技術は練習によって上達する、と前述した。

平成19年に閣議決定された、「がん対策推進基本計画」を追い風に、厚生労働省の委託事業として、日本サイコオンコロジー学会の協力のもと、東京、大阪、福岡、金沢、札幌、の全国5都市において、がん医療に3年以上かかわっている医師を対象としたコミュニケーション技術講習会（communication skill training：CST）が開催されている。

8時間におよぶロール・プレイを含む、2日間、総計10時間にわたるハードな講習会であるにもかかわらず、有効性を反映してか、申込者は年々飛躍的に増加している。

2日間の講習会を通じて、講義およびロール・プレイの進行を担当するのは、全国から召喚された、日本サイコオンコロジー学会認定ファシリテーターであり、いずれも、40時間におよぶファシリテーター講習会を修了したがん医療に携わる臨床医である。

応募多数につき、本年度の申込はすでに締め切られたようだが、興味をお持ちの方は、是非 <http://www.pmet.or.jp/>へアクセスを試みられたい。

また、日本サイコオンコロジー学会主催の看護職向けのコミュニケーション技術研修会も、平成20年10月11日より開催されている。

新潟県においては、平成20年7月26日（土）および10月18日（土）の両日、新潟県、新潟県緩和医療研究会の主催で、当院において、「がん診療に携わる医療者に対する新潟県緩和ケア研修会」が開催され、その中で、ロール・プレイ：3時間 講義：1時間の、縮小版、ミニCSTが開催された。

県内全域の拠点病院にてがん医療に携わる医師、看護師、総計24名が真剣にロール・プレイに取り組んだ。

当初、時間の短さ、および異職種合同の研修に一抹の不安があったが、看護職の、患者に対する共感のスキルの高さに、医師が啓発される場面もあり、個々の差異はあれど、それぞれの参加者が何らかの形でSHAREプロトコルを体感できたのでは、と考えている。

おわりに

新潟県立がんセンター新潟病院は、各科ともに、がん診療に熟達したエキスパート集団である。スタッフは、昼夜、休日を問わず、真摯に診療に明け暮れている。

しかしながら、医師—患者間のコミュニケーションのずれは、そうした、長期にわたる修練や努力を、一瞬にして無にしてしまう危険性を孕む。

良好なコミュニケーションの達成は、患者側、医療者側、双方にとって極めて有益であることを改めて認識する必要がある。

末筆になりますが、SHAREに関する資料の使用

を快く許可して頂いた、国立がんセンター東病院精神腫瘍科のスタッフの方々に深謝します。

また、超多忙な中、10時間+40時間におよぶ講習会への参加を支えて頂いた血液・化学療法科のスタッフおよび病棟スタッフへも心より御礼申し上げます。

参考文献

- 1) Kugaya A,Akechi T,Okuyama T,et al : Prevalence,predictive factors,and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer, *Cancer*.88 ; 2817-2823,2000.
- 2) Akechi T,Okumura H,Nishiwaki Y,et al : Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma ; a longitudinal study,*Cancer*.92 ; 2609-2622, 2001.
- 3) Uchitomi Y,Mikami I,Kugaya A,et al : Physician support and patient psychologic responses after surgery for nonsmall cell carcinoma ; a prospective observational study.*Cancer*.92 ; 1926-1935, 2001.
- 4) Uchitomi Y,Mikami I,Nagai K,et al : Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*.21 ; 69-77, 2003.
- 5) Roberts.et.al. : Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. : *Cancer* 74 : 336-341, 1994.
- 6) Takayama et.al. : Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. : *Soc Sci Med* 53 (10) : 1335-1350,2001.
- 7) Mehrabian A : *Silent Message* : Wadsworth Pub. Co .ISBN: 0534000592,1971.
- 8) Buckman著,恒藤 暁 訳:真実を伝える:コミュニケーション技術と精神的援助の指針,東京:診断と治療社,2000.
- 9) Billings JA, Stoekle JD著,日野原重明,福井次夫 訳:臨床面接技法:患者との出会いの技(アート)東京:医学書院 2001.
- 10) Butow et al : When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. : *Cancer*77 (12):2630-7,1996.
- 11) Fujimori et al : Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news, *Psychooncology*. 16 (6):573-81,2007 .
- 12) Baile et al : Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin oncol*. 20 (8):2189-96, 2002.
- 13) Parker et al : Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients ; *Psychooncology*. 12 (2):183-93,2003 .
- 14) Fujimori et al : Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan : *Psycho-oncology*,;14 (12):1043-51, 2005 .
- 15) がん医療におけるコミュニケーション・スキル—悪い知らせをどう伝えるか
編集:内富庸介 藤森麻衣子 東京,医学書院,2007.
- 16) 2007 コミュニケーション技術講習会 講義用資料:国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 作成
- 17) CSTファシリテーター養成講習会テキスト SHARE (TRAINER) 1.1版:国立がんセンター東病院臨床開発センター 精神腫瘍学開発部 作成