

# 4

## 今後解決すべき課題

本ガイドラインは、がん医療の場において、例えば、病気や検査結果の説明、治療選択の話し合いなど、患者さんやご家族とどのように話し合えばよいか迷う状況でのコミュニケーションと、そのような状況で利用できるツール、コミュニケーションの学習プログラムを扱った。本ガイドライン作成委員会では、その骨子や臨床疑問の作成の過程で、今回取り上げられた内容に加え、多くの課題が議論された。それらを今後解決すべき課題として以下に概説する。

### 1 本ガイドラインの今後解決すべき課題

がん医療における患者・家族、医療者間のコミュニケーションで迷う状況は、がん医療の進歩に伴い変遷してきた。例えば、がん告知は、1970年代以降、世界的に必須であるとの議論が始まり、現在は当たり前になっている。現在、ゲノム医療やAIの発展により、治療が個別に最適化されるようになりつつあるが、治療が複雑化すると、説明する医療者と理解する患者・家族の両者がより困難を感じるようになる可能性が高く、コミュニケーションはますます重要になると考えられる。

がんの経過や状況により話し合われる内容はさまざまであり、必要なコミュニケーションや使われるツール、学習プログラムはその都度異なる。したがって本領域では、研究ごとに扱っている場面や状況を分解すると一つひとつのエビデンスが小さくなり、あるいはなくなってしまい、推奨を提示することが難しくなるため、本ガイドラインではある程度集約した形で臨床疑問をまとめた。そのことで、現実との乖離が生じていることもあると考えられる。究極的に、コミュニケーションは一期一会であり、すべての状況を表すことは不可能であるため、本ガイドラインの推奨に基づくことは前提であるが、ある程度の応用は必要となる。しかしながら、本領域の研究が推進され、多くのエビデンスが蓄積されることで、場面や状況ごとに検討することが可能になるため、多くの研究が行われることが期待される。

コミュニケーションの促進を目的とした介入研究においては、医療者へのコミュニケーション技術研修と患者・家族への質問促進リストを用いたコミュニケーション・コーチングを組み合わせるなど複合的な介入の有効性が報告されている。本ガイドラインでは、介入を単一介入、複合介入、あるいはその詳細なプログラムの内容などで分けて検討できていないため、読者の皆様には推奨文だけでなく、解説文やコラムも併せて読むことで、理解を深めていただきたい。他にも、医師や看護師以外の職種を対象とした研究など、今後、エビデンスが蓄積されれば、臨床疑問を適切に増やしながらかラッシュアップできることを期待している。

診療ガイドラインの目的は、推奨された医療が日本全国に普及し、臨床実装されることであるため、まずは普及の観点から、本ガイドラインのアドヒアランスを検討するためのサーベイランス、例えば、本ガイドラインの推奨に関する知識や臨床での取り組みを医療者に問う調査や、関連する学会をはじめとする学術団体と連携した研修会を行っていく必要がある。また次のステップとして、実装科学的観点から、本ガイドラインで示されたエビデンスに基づく介入法を制度に組み込み、モニタリングする仕組みづくりを行う必要がある。一方で、本ガイドラインにおいて扱われていない臨床疑問については、さらに議論を深める必要があるとともに、強い推奨には至っていないエビデンスの確実性（強さ）の低い臨床疑問については、国内での探索的・検証的な研究が推進され、成果が蓄積されることがまれる。

## 2 がん医療におけるコミュニケーション研究の今後解決すべき課題

本ガイドラインで扱われた臨床疑問5~7のような根治しないことや予後を話し合うべきか、抗がん治療が難しい状況で今後治療を再開できる可能性を話し合うべきか、といったコミュニケーションについて、患者を対象とした比較試験を行うことは難しいと考えられる。実際に、システマティックレビューを行った結果、いずれも患者の意向などを検討した観察研究がいくつか認められた程度であった。そもそも、医療におけるコミュニケーションは、直接的に病を治す治療や治療によって生じる副作用への対処法とは異なり、目に見えないものであることから、コミュニケーションの実態や意義がわかりにくい。また、患者の意向に個別性があり、互いの相性など第3の要因も関与し、生存期間のような身体的状態やQOLのような総合的な評価指標などをアウトカムとすることへの議論もあり、真のアウトカムについて統一した見解を見出せていない状況にある。今後、さまざまな領域の研究者に加え、患者や家族、医療者、病院管理者、政策立案者などステークホルダーによる議論が必要である。

本ガイドラインのシステマティックレビューの結果、バイアスリスクが高いと判断される研究が多かった。しかし本領域の研究では介入を受ける患者や家族、医療者を盲検化することは不可能である。一方、コミュニケーション行動がアウトカムである場合には、評定者を盲検化することは可能である。他にも、介入者を明確にする、介入手順書を公開する、介入者と調査者を分けるなど、バイアスリスクを下げるための取り組みは可能であるため、厳密な研究手続きを採用し、その手続きの詳細を論文に記載することが求められる。

本ガイドラインで扱われた介入は、いずれも人を介してコミュニケーション行動を変容させるものである。一般的に、行動を変容させるための人を介する介入方法は、薬物療法とは異なり、介入のための教育資材や介入を実施するためのツール、介入者養成の研修、研修養成者の講習、臨床のなかでの人員や時間の確保など、臨床実装のためにはさまざまな障壁が存在する。そのため介入方法の開発計画段階から、このような障壁を検討し、効果検証後に臨床実装が可能な介入方法を開発する必要がある。このような視点を組み入れる学問として、近年、実装科学が欧米を中心に注目されて

いる。今後、実装科学を取り入れた研究開発を促進する必要がある。

コミュニケーションは、その相手と言語や価値観、非言語的な疎通（例えば、ジェスチャーや間投詞など）をどれくらい共有しているかにより異なると認識されており、文化的背景により異なったり、個人差が大きかったりする。そのため、どのような言葉を用いることが望ましいのか、どのような振る舞いや声の調子や速さが適切なのかを含め、海外での知見をそのまま応用するだけでは不十分であり、国内での研究を推進し、国際比較を行うなど、その特徴を検討する必要がある。さらに、臨床で目の前の患者に対応する際には、エビデンスに基づきながら、個々の患者の意向にも即した対応が求められる。また、医療におけるコミュニケーションは患者-医師間に限ったものではなく、患者-看護師など他の医療者間、患者-家族間、医療者-医療者間とさまざまなコミュニケーションが日々行われている。これまでの研究は、患者-医師間のコミュニケーションが最も多く扱われてきたが、今後はさらに多職種を対象とした研究が求められる。

以上、がん医療におけるコミュニケーションについて今後解決すべき課題を概説した。ここで論じたことは総論に過ぎず、各論はさらに多様であるが、一つひとつの課題に取り組み、エビデンスを蓄積することで、臨床疑問への回答を得ることが可能となることが期待される。

（藤森麻衣子）