



藤森 麻衣子 さん (国立がん研究センターがん対策研究所
支持・サバイバーシップ TR 研究部／行動科学研究部)

治療選択に向けた言葉の架け橋づくりで、 がん患者に QOL 向上をもたらす

～治療と患者側が望む生き方との両立を目指した PPI～

藤森さんは、2017年度に AMED「革新的がん医療実用化研究事業」の「領域5：科学的根拠に基づくがんの支持療法／緩和療法の開発に関する研究」において研究課題「急速進行性がん患者・家族と医師の共感的コミュニケーション促進のための統合支援プログラムの有効性を検証する無作為化比較試験」が採択され、引き続き、2020年度から同事業の研究課題としてフォローアップ研究を継続しています。これらの研究で行っている PPI の取り組みについてお話を伺いました。

研究者として「がん」と「こころ」の関係に挑む

— 藤森先生のご専門について、教えてください。

私の専門は臨床心理学です。臨床心理学が活かされる場はすごく幅が広くて、学校のスクールカウンセラーや司法の領域など色々あります。私は医療心理学、特に行動的な側面から取り組みを見るような行動科学を専門にしています。

— どのような経緯で、がんという領域にフォーカスするようになったのでしょうか？

私が中学生ぐらい、思春期の頃に死という現象について考え、「死ぬのは怖いな」とか「死にたくないな」と思ったことがきっかけです。その頃、既にごんは日本での死因の第一位でした。がんの患者さんががんであることを告げられて、死を意識した後、病気に直面しながら、どのように生活し、生きていくのかということに関心を持ちました。本や映像などを探したところ、「がん」と「こころ」の関係を扱う学問領域である「サイコオンコロジー（精神腫瘍学）」という学問があるということを知りました。医療にも興味がありましたので、こういった学問領域を扱う進路を歩みたいと思い、大学の学部・学科では心理学を学びました。その後、大学院に進学する過程で、国立がん研究センターにサイコオンコロジーの研究をしている部門があると知り、自ら門を叩いて「ここで研究したいです」とお願いしたことがきっかけです。

がん治療の選択に際して

「患者さんと医療者とのコミュニケーション」が果たす役割

— 普段、どのような形でご家族を含む患者側と接しているのでしょうか？

私たちは、主に患者さんの心のケアについて開発研究を行っています。現在取り組んでいる研究のデザインは、無作為化比較試験です。患者の皆さんと医療者に介入させていただくことにより、患者さんと医療者とのコミュニケーションが促進され、その結果として医療的なアウトカムや患者さんのQOLなどが改善・維持されることを目指しています。そのために私は日々、コミュニケーション支援のための介入あるいは調査のためのインタビューを通じて患者さんの声を直接お聞きしながら、医療者にフィードバックするような形で研究を進めています。



— ともすれば、医療者と患者との関係のみとなる診療の場を、藤森先生たちによる客観的な介入を通じて、メンタルの部分からサポートしているのですね。患者さんとのコミュニケーションに対して医療者の方々は、どのようなリアクションを示されますか？

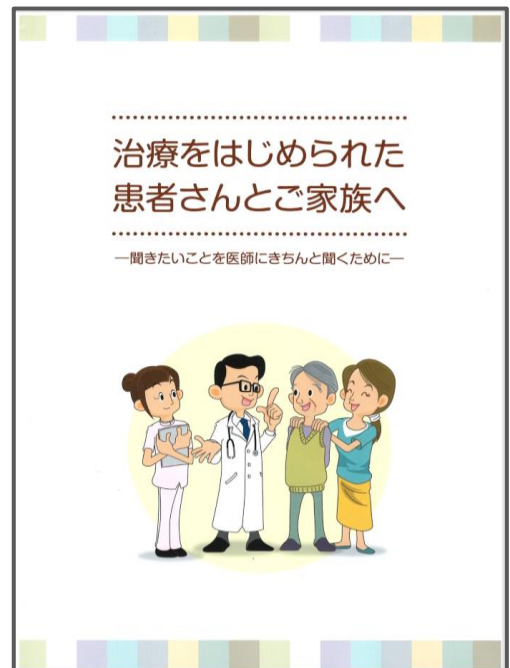
AMEDの支援を受けて実施したコミュニケーションの研究では、すい臓がんの患者さんを対象としています。対象となる多くの方は、がんと診断された時点で病気が進行している、治り難いという状況から治療をスタートしています。標準治療を終えた後、限られた選択肢

からどのような治療やケアを選ぶか家族や医療者と話すことになります。病院での緩和ケアに焦点を当てた治療、在宅に重きを置いた治療、仕事をできるだけ長く継続できるような、あるいは1日でも長く生きられるような治療など、患者さんは、それぞれの状況や価値観などから最善な治療を選択したいと考えるでしょう。

しかし、標準治療が終わってから、その後の治療選択の話を始めると、時間的な制約により十分に納得した上で治療を選べないという声を耳にします。そこで、早めに「どんなことを重視したいか」をお聞きし、それを踏まえて、標準治療が終わった後の準備を進めています。それは治療だけに限らず、介護的な準備、あるいは他の病院への転院の準備も含まれます。早めに話し合っておくことで、準備の期間も取れ、最終的に患者さんそれぞれが納得した上での選択に至るようお手伝いする、そういったコミュニケーション支援のための介入を行います。

先生方は外来の診療で忙しくされており、患者さんは「何を先生にお伝えするといいいのか?」とか「こんなことを話していいのかな?」と遠慮や戸惑いから自分からは話さないことが多いです。先生方も「何を聞いておくといいいのかな?」と迷われていらっしゃる部分もあります。

そういったところを解消しようと、私たちは介入のプログラム(写真右)を作っています。これを通じて「患者さんはこういうことを聞きたい、伝えたいと思っていますよ」と患者さんと先生の両方に伝えていきます。それを見ることで、患者さんが(話すことを控えてしまったことを先生に)思い切ってお聞きになる、あるいは、先生方から回答していただくことができます。「他の患者さんは、こんな質問をされていますけれど、(あなたは)どうですか?」と先生方からお声掛けいただくこともできます。介入のプログラムを活用することで、「こういったことを、あの段階で聞いてよかった」と患者さんから言っていたただけだけでなく、「この時点でこれがわかったから、準備することができました」というようなお声を先生方から、「こういうところも気になっていました」というようなお声を診療に同席する看護師さんから頂きました。



このような反応から、私たちは、患者さんと医療者とのコミュニケーション支援が医療者にもメリットをもたらすのではないかと考えて進めています。「この研究に参加したことをきっかけに話すことができたので良かった」と言っていたただけると、まさに私たちの仮説を実感でき、本当に良かったと感じます。

PPIを通じて傾聴する、 患者の多様な価値観や「言葉」の受け止め方

— これまでの取り組みのお話を聞きますと、PPI という言葉は後から付いてきたように感じましたが、PPI の概念が入ってきたことによって藤森先生ご自身や研究チーム、もしくは国立がん研究センター全体として変化を感じたことはありますか？

そうですね。大きく変わっていると思います。元々私のバックグラウンドである心理学では、お薬や医療機器を使わず、言葉を介して患者さんと理解を深めていきます。そのため、介入プログラムを作るための研究計画を立案する段階から、評価項目、タイミングや内容の妥当性、負担感や言葉遣いのご相談を PPI により行っています。私たちが使っている言葉を患者さんが理解できなければ、適切な言葉で回答を得ることもできませんので、そういった言葉が意味するところのすり合わせから始めるのです。患者さんに対しては「こういったコミュニケーション支援がご負担になっていないでしょうか？」あるいは「このような言葉で問いかけをして、ご理解いただけますか？」とたずねたり、患者さんから返ってくる回答が、自分たちが想定していた事柄に対する回答になっているか確認したりします。

患者さんが病院に来る一番の目的は、やはり治療して病気を治すことですので、そこを妨げることなく、患者さんのお時間の、そして心身にかかるご負担をできるだけ減らすことを考えます。言葉を用いた介入の性質上、どうしても時間がかかってしまいます。そのため、病院の待ち時間などを利用する、話すことで疲れさせてしまわないよう、介入の時間的な長さや質問内容を調節するなどによって、ご負担を減らす配慮をします。また、私たちが意図しないような意味で患者さんに受け取られてしまうこともあります。心は非常に繊細に変化しますから、言葉使い1つにしても「これで通じるか」だけではなく、「傷ついたりしないか」という点を含めて考えながら実施しています。

多くのがんの臨床試験では、やはりがんを治すことにターゲットが置かれますので、生存期間・生存割合などが長らく一番主要なアウトカムとされてきました。けれども私たちのアウトカムは、長く生きることや生きている人の割合というより、介入による支援を通じてしっかり医療者とコミュニケーションが取れたか、伝えたいことを伝えることができたのか、そして、結果としてご自身が希望する治療を受けることができたのか、ご自身らしく過ごせたのが重要になります。長く生きることがアウトカムになる方だけでなく、例えば、副作用が少なく過ごして今までの日常生活をできるだけ長く続けることを望む方にとっては、これを実現すること自体がアウトカムになることもあります。人それぞれに価値観が違う中、アウトカムは複雑です。

この研究は臨床試験になりますから、何をメインのアウトカムとして設定するかについても、患者さんとディスカッションして決めました。国立がん研究センターで行う他の主要な研究でも、生存期間・生存割合だけでなく、QOL をアウトカムに含む研究も増えていると思います。これは国立がん研究センターに限らず世界的な流れです。その中で、がんの領域では1つの大きな柱として、患者さんの声を聞いて反映しようと進んできていて、私たち心理

学者が目指すところと共通点が増えてきたように感じています。この流れによって、今まであまり関わることができなかった臨床試験をされている先生方との接点やコミュニケーションが生まれてきて、本当にありがたいと思っています。

— 医療者と患者さんとのコミュニケーションを円滑にするだけでなく、医療チームの層の厚さを作られているようにも感じます。

元々層は厚く、専門職の方もたくさんいらっしゃいます。この研究で扱っている介入プログラムがきっかけとなり、横につながっていくことを通じてお互いに作用し合い、チームとしての機能を高めることができると考えています。

先生方も日々の診療の中で PPI の必要性を感じているのではないのでしょうか。改めて PPI としてご相談等をいただいております。改めて PPI は持たれている、例えば、患者さんの表情から薬に副作用があると察して、「以前も同様の患者さんがいたから、A という薬にはこのような副作用が多そう。対して、B の薬を使ったらちょっと良くなっているように見える。でも B の薬は保険適用外だから、治験して（保険適用のための）エビデンスを出すことで皆さんが使えるようにしたい」などの臨床的な疑問から研究テーマとして改善に向けた取り組みをされている方もいらっしゃるでしょう。



臨床試験を実施するにあたっては、熱い思いだけではなく科学的に妥当な方法で、また、他の研究者が再現できるように行う必要があります。結果を出す時にも、他の要因によって結果が歪んでいないか、よく考えて進めなければいけません。ただ、その過程で、当初目指していた研究からずれてしまうことがあり得ます。色々な段階で振り返り、立ち止まって皆さんと一緒に議論することは非常に重要で、PPI によって、現実には即したより良い研究になると思っています。PPI という横串が軸となることで、当初の目的から最後に出てくるアウトプットまで1つの研究としてビシッと定まっていくのではないのでしょうか。

— PPI に取り組む中で、ハードルとして高く感じられた部分があれば教えてください。

PPI を研究に組み入れることで生じた困難はないのですが、手続きや制度上のハードルが大きいです。こういった患者さんの心のケアについて患者と医療者が一緒に取り組むような領域の研究がまだまだ少ないことが理由です。多くの整備された指針は、薬物療法などを想定して作られています。例えば薬の開発試験に基づいて作られている研究計画書のひな型だ

った場合には、私たちの研究にフィットしないことも多々あります。その時には、元々ある指針やひな形に倣うようにはするけれど、齟齬が生じてくるところもあります。そうしますと、1つずつ共同研究者や様々な専門を持つ研究者と相談しては、こうしましょう、ああしましょうと検討しますし、妥当であるかを示すために他の領域の専門家からアドバイスを受けることもあります。同様に患者さんや一般市民の方から見てずれ過ぎていないか、倫理的には問題ないかなど、問題が生じる都度様々な方にご相談したり、議論したりしながら考えていきます。

— このように PPI のアクションが盛り上がっていくことによって、既存の枠組みやルール、制度が患者側にとって良い意味で変わっていくのでしょうか？

まさに、それが大きな期待としてあります。色々な方とお話をさせていただく機会を得て、患者会の代表の方などが PPI を熱心に勉強されていらっしゃると思いました。日本では、研究者が PPI を学ぶ機会はまだ少ないため、海外の PPI 研修会に参加するなど自ら積極的に機会を得ている方が得られた知見や具体的な資料を私たちにも教えてくださるので、勉強させていただいています。海外の資料が翻訳されていたり、また AMED でも、患者さんや研究者などがディスカッションをして「日本に合った PPI のあり方」をまとめ、[『患者・市民参画 \(PPI\) ガイドブック』](#)を作成し、公開して下さったりしています。そういったもの自体が、もう日本の PPI を変える取り組みの一步となっていると思っています。また、私たちのようなマイナーな研究領域では、どういう風に研究を進めると良いかといったところの工夫や良い事例があれば取り入れさせていただいています。このような取り組みが増える、研究者やグループでの活動が集まってくることによって、大きな活動になりますので、次には教科書やガイドラインのような形で情報が集約され、制度を考える流れにつながったりすることを期待したいです。

— J SUPPORT による支援についても教えてください。

[J SUPPORT](#) は、国立がん研究センターの支持療法開発センターが中心となって 2016 年 2 月に創立した、支持療法や緩和治療、心のケアの研究を支援し、自らエビデンスを出していくような研究グループです。昨今、大規模なエビデンス研究の成果は、日本の医療に反映され、海外へのインパクトにもつながりますので、私たち研究者は自らの施設だけでなく、同じ興味を持っている研究者と是非一緒に取り組みたいのです。多様な方が参加し、多くの方と議論して、多くの病院と一緒に試験をやりたいと思っています。同じ臨床疑問を持っている研究者が共に集まり、個別に取り組んできた、例えば患者さんへのご協力依頼、データの管理・マネジメント、他の学術領域の専門家の紹介サポートなどをグループで取り組み、皆さんで情報共有するといったプロセスです。私が大事だと思って、試したり、経験したりしてきたことは、おそらく他の研究者や患者さん、市民の方も同様に大事だと思っていて、それぞれが散発的に行ってきたことを皆で一緒に考えることで解決策が最善のものとなることが期

待されます。

私たち心理学者の知識が他の研究に役立つこともあると思います。例えば近年、「パーシエント・レポーティット・アウトカム (Patient Reported Outcome、PRO)」が主要なアウトカムとなることがあります。心理学は、100年以上の歴史の中で、心という目に見えないものを妥当な方法で信頼性を持って科学的に可視化する方法を研究してきました。心の動きや行動の変化を、誰もが納得できるように標準化された方法で評価するために心理統計学も発達してきました。ひと昔前は、アンケートなど主観的な評価に対する認識が不十分に感じることもあったのですが、最近は PRO という言葉の浸透からもわかるように、認識が高まっていると感じます。一般の市民の方々にも広まってきているようにも思います。こういった研究の方法が広く認知され、受け入れられることは、本当にありがたく、喜ばしく思います。

— これから PPI に取り組みたいと考える研究者へのメッセージをお願いします。

本当にささやかなところから開始できると思っています。医療者であれば、診察中の患者さんの反応や、かけられる言葉に耳を傾けることから、患者さんの意見を聞けるように思います。可能であれば、同じ質問を複数の患者さんに投げかけてみる、そういったところから PPI の活動となるでしょう。その時には、もちろんしっかり患者さんにお礼をお伝えください。また、研究を具体的に考える、計画を立てる、あるいは実施していく段階になってきた時には、もう少しオフィシャルな声を聞きたいというニーズがあると思います。既にたくさん PPI に関する読み物がありますし、団体も存在しますのでアクセスしてみてください。思い切って足を運んでみる、メールを送ってみる、そういったところが大きな一歩になると思います。J SUPPORT でも研究支援をしていますので、ホームページのお問い合わせ窓口からご連絡ください。私たちは、がんだけではなく、心のケアの専門家という観点から、他の領域にも大きく関与できることもあり、現在、広く他の領域の研究者の方とも情報共有する機会があります。領域を超えてコミュニケーションが取れると、益々研究もブラッシュアップできますよ。

心理学の用語の1つに「モチベーション」があります。例えば、カウンセリングに来た時点で既に良くなる準備ができていると捉えます。モチベーションを持った時点で、既に行動が変容され始めている段階となります。同じように PPI も興味を持った時点でもう始まっている、PPI になっているのではないのでしょうか。