緩和ケアセンター抄読会　2026/9/9　　大岸　美和子

Patient-Clinician Communication: ASCO Guideline Update.

Timothy G et al. *J Clin Oncol. 2026 Apr 10;44(11):1040-1057.* doi: 10.1200/JCO-26-00118. Epub 2026 Mar 10.

1. 目的と背景

本ガイドラインの目的は、効果的なコミュニケーションを通じて患者と医療者の関係を強化し、双方のウェルビーイングを最大化することである。がん治療の高度化に伴い、2017 年版の内容を最新のエビデンスに基づいて刷新した。良好なコミュニケーションは単なるマナーではなく、患者の満足度や治療遵守、心理的苦痛の軽減に直結する重要な臨床スキルであると定義されている。今回は特に、近年の医療環境の変化を反映し、遠隔診療（テレヘルス）、多職種チーム間の連携、医療者の燃え尽き防止のための境界設定といった新しいトピックが追加された点が特徴である。これらの推奨事項を完全に実装するためには、個人の努力のみならず、医療機関が十分な時間、トレーニング、およびサポートを提供することが不可欠であると強調されている。

2. 方法

ガイドライン策定のために、腫瘍内科医、看護師、緩和ケア医、コミュニケーション専門家、患者アドボケートを含む多職種パネルが構成された。エビデンスの収集には系統的レビューの手法が用いられ、2016 年 10 月から 2025 年 1 月までに発表された 54 件の系統的レビューと 19 件のランダム化比較試験（RCT）、計 73 件の文献が分析対象となった。これらのデータに基づき、パネルメンバーによる形式的なコンセンサス・プロセス（合意形成プロセス）が実施された。具体的には、ドラフト段階の推奨事項に対して 2 回の投票を行い、専門家間の合意率（Level of Agreement）を算出している。この厳格な手順により、科学的根拠と実務的な専門知が融合した、信頼性の高い推奨事項が策定された。

3. 推奨事項

推奨事項は、診療の基盤となる「核心的スキル」から、悪い知らせの伝達、治療選択、終末期ケア、家族の関与、トレーニング方法までを網羅している。多くの推奨事項で 90%以上の高い合意が得られており、臨床現場における普遍的な指針としての妥当性が示されている。結論として、コミュニケーションは教育と訓練によって習得可能な「スキル」であり、医療者の専門的責任の一部であることが明示された。また、効果的なコミュニケーションが生存率などの医療アウトカムに及ぼす直接的な因果関係の証明は依然として課題であるが、患者のエンゲージメントやヘルスリテラシーを高める上での価値は確立されていると述べられている。今後の研究では、生存期間と相関する新たな代替指標の特定が期待されている。

＜推奨事項の詳細＞

表 1. 患者および支援ネットワークとのコミュニケーションにおける中核的スキル

1.1. 面談の準備と目標設定（合意率 96%）：医療情報を確認し、適切な場所と時間の確保、情報の用意、同席者の把握、1〜3 つの目標設定、感情的反応や質問の予測、学習スタイルの把握、経済的制約の探索を行う。

1.2. 議題（アジェンダ）の設定（合意率 92%）：患者や家族が話し合いたい事項を尋ね、医療従事者が取り上げたい事項と合わせて協力的に議題を設定する。

1.3. 面談中の態度と信頼醸成（合意率 96%）：自己紹介、着席、アイコンタクト、落ち着いた態度の維持を行い、患者を一人の「人」として理解し、誠実で敬意を払った対応をする。

1.4. 情報提供と理解の確認（合意率 96%）：患者の希望に即したタイムリーな情報提供を行い、専門用語を

避けた平易な言葉で説明する。「ティーチバック」法で理解度を確認し、診療記録に残す。

1.5. 共感的応答（合意率 92%）：言語・非言語的な感情のサインに対し、感情を認めて言葉にし、パートナーシップを重視した言葉で共感を示す。

表 2. 遠隔医療によるコミュニケーション

2.1. 遠隔医療手法の活用（合意率 96%）：電話、ビデオ、メッセージ等を対面診療の補完として利用する。手段は目的に応じて適切に選択する。

2.2. 機密保持とプライバシー確保（合意率 96%）：通信保護措置を講じ、同席者の確認を行う。明示的な同意なしに録音・録画を行わない。

2.3. スキルの適応（合意率 100%）：対面診療のスキルを適応させる。ビデオ診察を優先し、低コンテクストな環境では明示的な共感表現をより多く用いる。

2.4. 組織的支援（合意率 97%）：臨床医のウェルビーイングを支援するシステムを構築し、適切な報酬やトリアージ体制を維持する。

表 3. 専門職間コミュニケーション

3.1. チーム内の体制確立（合意率 92%）：毎日のハドル（短時間の打ち合わせ）や定期的会議、適時な記録作成、信頼性の高い緊急連絡体制を確立する。

3.2. 敬意と心理的安全性の確保（合意率 97%）：すべての職種から意見を募り、責任追及ではなく構造的問題の特定に注力する。ミスに対しては報復ではなく支援と共感で接する。

3.3. 事後検討（デブリーフィング）（合意率 85%）：死亡や動揺を招く事象の後、プライベートな場所で感情を表現・共有する機会を設ける。

表 4. ケアの目標および予後に関するコミュニケーション

4.1. 診断と予後情報の提供（合意率 100%）：患者のニーズ、準備状態、感情、文化的背景に合わせて情報を個別化し、希望を与えつつ共同意思決定を支援する。

4.2. 目標の再評価（合意率 92%）：重大な変更があるたびに患者の目標や優先順位を再確認する。

4.3. 平易で率直な言葉の使用（合意率 96%）：バランスの取れた表現を用い、図表など複数の形式で小分けにして（チャンク）情報を提供する。

4.4. 悪い知らせへの対応（合意率 100%）：適切な場所で簡潔に伝え、伝えた後は「支援的な沈黙」を保つ。見捨てない決意を伝え、追加の支援源を提案する。

4.5. 緩和ケアの早期紹介（合意率 100%）：見捨てではなくケアの継続であることを保証し、緩和ケアとホスピスの違いを説明する。

表 5. 治療選択肢に関する説明

5.1. 議題設定と現状把握（合意率 96%）：話し合いの方向性を示し、患者の理解度、価値観、希望の変化を評価する。

5.2. 利益と有害事象の検討（合意率 96%）：あらゆる治療の潜在的なメリットとデメリットを提示し、理解を確認する。

5.3. 自律性の促進（合意率 100%）：最終的な決定権が患者にあることを伝え、セカンドオピニオンを当然として受け止める。不確実性を認め、継続的なケアを強調する。

5.4. 全選択肢の提示（合意率 100%）：標準治療、臨床試験、緩和ケアのすべてについて説明し、治療の併用という選択肢も示す。

表 6. 終末期に関するコミュニケーション

6.1. 体系化されたフレームワークの活用（合意率 92%）：SPIKES などの公表されたツールを用い、双方向の対話を導く。

6.2. 早期の対話開始（合意率 92%）：不治の病の初期から事前ケア計画について話し合い、疾患の進行や機能

低下などの兆候を認識して定期的に話題にする。

6.3. 文化・宗教・精神的信念の探索（合意率 96%）：FICA などのツールを用いて信念の影響を探り、思い込みを避けて対応する。

6.4. 地域リソースの提案（合意率 97%）：ホスピスケアを含む地域のリソースを紹介し、家族の懸念にも対応する。

6.5. 悲嘆と喪失への共感（合意率 96%）：患者、家族、同僚の悲嘆を認識し、適切な心理社会的支援（ソーシャルワーカー、聖職者等）を紹介する。

表 7. 患者の支援ネットワークの関与

7.1. 巻き込みの希望確認（合意率 100%）：早い段階で誰をどの程度参加させたいか尋ねる。意思決定能力が欠如している場合は、代理人が本人の希望を尊重できるよう支援する。

7.2. 正式な家族会議の開催（合意率 96%）：重要な局面で進行役を指名して開催し、参加者全員から意見を聞き出す。意見の相違がある場合は解決の前に課題を特定する。

表 8. コミュニケーションの障壁への対処

8.1. 医療通訳者の活用（合意率 92%）：家族ではなく専門の通訳者を介し、通訳者ではなく患者本人を見て話す。

8.2. 平易なマルチメディアアプローチ（合意率 92%）：ヘルスリテラシーを評価し、図解や視覚的補助、ティーチバック法を用いて理解を確認する。

8.3. 身体的制限への配慮（合意率 96%）：聴覚・視覚障害に対し、字幕、手話、点字、大活字資料などの適切な補助手段を用いる。

表 9. 医療費に関するコミュニケーション

9.1. 費用の懸念把握（合意率 92%）：収入喪失などの懸念を把握し、必要に応じて財務カウンセラーやソーシャルワーカーへ紹介する。

9.2. 支払い困難の確認（合意率 92%）：検査や治療を指示する際に費用情報を入手できるか確認し、支援機関への紹介を申し出る。

9.3. 利益と費用の価値評価（合意率 81%）：データの提示には絶対的な利益の観点（例：100 人中○人）を用い、価値を評価できるよう準備する。

表 10. 包括的・トラウマに配慮したケア

10.1. 敬意に満ちた好奇心（合意率 92%）：自身の偏見を避け、患者が用いる言葉を反映させ、非難やスティグマを含まない言葉遣いをする。

10.2. 障壁の評価と支援（合意率 96%）：社会的ニーズをスクリーニングし、必要に応じてチームによる支援（弁護士、ナビゲーター等）に繋ぐ。

10.3. トラウマに配慮したケア（合意率 97%）：過去の否定的な医療体験を考慮し、再トラウマ化を防ぐ枠組みで対応する。

10.4. 意思決定への参加確保（合意率 96%）：言語や文化の好みを収集し、意思決定支援ツールやサバイバーシップ計画を活用する。

10.5. 激しい反応への対応（合意率 100%）：攻撃的な態度は「未充足のニーズ」のサインと認識し、エスカレーション防止トレーニングを活用して安全に応答する。

表 11. 境界の設定

11.1. 明確な限界設定（合意率 100%）：境界侵害に対し、毅然かつ思いやりを持って対応する。感情が高ぶった際は「タイムアウト」を取り、同僚と振り返る。

11.2. 倫理的評価（合意率 96%）：自身の行動が真に患者の利益に基づいているか、将来の不適切な期待を招かないかを自問する。

表 12. コミュニケーションスキル研修

12.1. 体験型学習の重視（合意率 93%）：ロールプレイや直接観察、構造化されたフィードバックを含む研修を受ける。講義だけでは不十分である。

12.2. 自己認識の育成（合意率 97%）：自身の感情、暗黙のバイアス、不快に感じる患者のタイプなどについて振り返り、マインドフルネス等を活用する。

12.3. ファシリテーターの要件（合意率 97%）：高度な訓練を受けた指導者が、心理的に安全な環境で学習を促進する。

BOX 1. あらゆる医療会話におけるコミュニケーションの普遍的な柱

1. 協力的なコミュニケーションが円滑に行える環境を整える

・対話に適した場所を確保し、情報を共有し、質問に答えるための十分な時間を確保する。
・効果的な対話を行うために必要な情報をすべて用意する。
・会話に誰が同席すべきかを把握する。
・参加者全員の感情的な反応を予測し、対応を準備する。
・投げかけられる可能性のある質問を予測する。

2. 協力して議題を設定する

・オープンエンドの質問（例：「今日、ぜひ話し合っておきたいことは何ですか？」）を用いて、参加者が重要事項を共有できるよう促す。

3. 信頼と協力を積極的に育む

・自己紹介の時間を設ける。
・席に着く。
・親しみやすく、プロフェッショナルな態度を心がける。
・「反映的な傾聴」を実践し、話を遮らず要点を要約して確認する。
・目を見て話す。
・落ち着いた態度を保ち、誠実かつ自然体で相手を尊重する。

4. 感情を表したときは、共感を持って応答する

・感情を観察・命名し、言葉にして表現する。
・強い感情の背景を探る。
・協力的な姿勢を示し、相手を支える発言をする。

指摘される問題点

本ガイドラインの実装における最大の問題点は、**臨床現場のリソース不足**である。推奨される丁寧な対話やトレーニングを完遂するには多大な時間が必要だが、現状の医療システムではそれに対する十分な評価や時間的猶予が不足している場合が多い。また、生存率などの「ハードな医療アウトカム」に対するコミュニケーションの効果を直接証明するデータが依然として不足している点も課題である。

5. 結論

効果的なコミュニケーションは、がん診療の質を高めるための強力な「治療手段」である。本ガイドラインが提示する戦略を個々の医療者が習得すると同時に、組織レベルでそれを支える文化（時間、教育、デブリーフィング）を構築することが求められる。