

医師はなぜがん患者に予後を伝える・伝えない？
患者の希望に沿った予後を伝えるにはどうすればいいのか？：
医師の実践・態度・感情についての全国調査
調査・研究報告書

調査・研究代表者：聖隷浜松病院 緩和医療科 森 雅紀

I 調査・研究の目的・方法

1. 目的

本研究の当初の目的は、わが国のがん治療医の、患者と家族に対する終末期についての話し合いの有無・時期についての態度、および、態度に関する要因を明らかにするための質問紙調査を行うことであったが、研究実施中に、より大規模な研究として同じ研究計画が複数企画されていることが判明した。調査対象者も同一であり、大規模調査として行うほうがより回収率が見込めるため、本研究では、本調査のための文献をレビューし、質問紙を作成するところまでを目的とした。すなわち、本研究の目的は、終末期についての話し合いに関するがん治療医を対象とした調査研究を行うための質問紙を開発することである。

研究の最終的な主目的は、わが国のがん治療医の、患者と家族に対する終末期についての話し合いの有無・時期についての態度、および、態度に関する要因を明らかにすることである。終末期についての話し合いとは、治癒ができないこと（incurability）、推定される生命予後、積極的抗がん治療を実施しないという選択肢（Best supportive care）の提示、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスに関する情報提供、終末期の療養場所、緊急時の蘇生処置についての話し合いのことを指す。副次的な目的は、終末期についての話し合いに関するわが国のがん治療医の経験、実践や終末期についての話し合いに関する緩和ケアチームの関わりに対するニーズについて明らかにすることである。

2. 方法

文献と研究者間の討議により作成した。終末期についての話し合いに関する態度、終末期についての話し合いに関する阻害要因・促進要因（考え、がん治療医が考える望ましい死など）、経験、実践や終末期についての話し合いに関する緩和ケアチームの関わりに対するニーズ、およびがん治療医の背景についての項目を作成した。

II 調査・研究の内容・実施経過

研究事業（2013年度）では、終末期についての話し合いに関するがん治療医の考えに関する調査を実行すべく本テーマに関する系統的レビューを行い、プロトコールと質問紙を作成し、研究組織を見直した。

1. 調査内容の拡充：予後告知を含めた終末期についての話し合い全般

研究開始時は、予後告知に限定した医師の実践・態度・感情についての全国調査を行う予定でいた。しかし、検討を進めていくにしたがって、予後告知は、治癒ができないこと、積極的抗がん治療を実施しないという選択肢の提示、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスに関する情報提供、終末期の療養場所、緊急時の蘇生処置についての話し合いなどを含めた「終末期についての話し合い (End of life discussions)」の一環であることが明らかになった。また、国際的にも早期から「終末期についての話し合い」を行うことは、終末期がん患者の生活の質やケアの質、患者の死後の遺族の生活の質の向上と相関していること、しかし多くのがん治療医が終末期についての話し合いを困難に感じていることが明らかになった。日本においては、終末期についての話し合いに関する医師の実態を調べた大規模な調査研究はない。以上より、予後告知に限定せずに終末期についての話し合い全般に関する医師調査を行うことにした。

2. 調査項目の検討

終末期についての話し合いに関するがん治療医の態度、終末期についての話し合いに関する阻害要因・促進要因（考え、がん治療医が考える望ましい死など）、経験、実践や終末期についての話し合いに関する緩和ケアチームの関わりに対するニーズを同定するために、系統的な文献レビューを行った。また本研究者らの行ったインタビュー調査（森雅紀、小川美帆、西村真志保、山田博英、森田達也 第17回日本緩和医療学会学術大会 シンポジウム19 緩和ケアにおける倫理的問題「医師はどのように・なぜがん患者に予後を伝える・伝えないのか？」）の内容を参考に項目を追加した。

3. 研究組織の見直し

本研究の実施中に、がん研究開発費「進行・再発がん患者の治療方針決定における意思決定支援モデルの確立に関する研究」（主任研究者 国立がん研究センター中央病院 乳腺・腫瘍内科清水千佳子）研究班が本研究と類似したテーマを研究していることが分かった。また、他の民間グラントの研究班でも同様の研究が計画されていることが分かった。研究対象（質問紙の発送対象）、目的がほぼ同一であるため、本調査の回収率を最大限確保するために、それらの研究班と協働し、本研究としては質問紙の開発までを行い、調査発送はがん研究開発費「進行・再発がん患者の治療方針決定における意思決定支援モデルの確立に関する研究」研究班から全国の対象者に配布することになった。プロトコルや質問紙の作成は、班会議やメーリングリスト上での多数の議論を通して完成させた。

III 調査・研究の成果

上記の経過により、質問紙を作成した（添付資料参照）。項目を以下に記す。

1. 医師の背景

年齢、性別、専門科、勤務している医療機関、医師免許取得後の臨床経験、過去一年間に主に受け持ったがん患者数、過去一年間に死亡まで主治医として診療したがん患者数、がん患者を診療している主な立場、在住地域（都道府県名を含む）、過去 10

年間で医師自身の身近な家族（第3親等まで）ががんで亡くなったかどうかを質問する。

2. 終末期についての話し合いに関する態度

先行文献（Keating NL, et al. Cancer 2010;116:998-1006）と同様に、「先生が、転移を伴ったがんと新たに診断した患者の診療を担当された場合を想定して下さい。患者は現在全身状態はよく、痛み、息切れ、嘔気などの自覚症状も特に認めていません。」という仮想症例を提示する。次に、「このような患者を担当された場合、あなたは以下に上げます話題や情報を、いつ患者に伝えますか。比較的若い患者、高齢の患者、予後の悪い患者、予後の良い患者計4つの場合についてお答えください。」として①40歳、予後6か月程度と見込まれる場合；②40歳、予後2-3年程度と見込まれる場合；③75歳、予後6か月程度と見込まれる場合；④75歳、予後2-3年程度と見込まれる場合、を設定する。40歳は介護保険が申請できる最も若い年齢、75歳は後期高齢者に入る年齢であることから、それぞれ設定した。

患者に「治らないことについて」「具体的な生命予後（期間）について」「積極的抗がん治療を実施しないという選択肢(Best supportive care)の提示」「通院できなくなったと時のホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの利用について」「終末期の療養場所について」「緊急時の蘇生処置(DNAR)について」いつ伝えるかに関して、「今（診断時）」「患者に最初の自覚症状が出た時」「標準的な抗がん治療が限られてきた時」「患者が入院をした時」「患者や家族がその話題を出した時」「説明しない」のいずれかへの回答を求める。もとの質問文には「説明しない」がなかったため、追加した。

3. 終末期についての話し合いに関する阻害要因・促進要因

終末期についての話し合いに関する阻害要因・促進要因として、以下の24概念について質問し、「全くそう思わない」「あまりそう思わない」「少しそう思う」「そう思う」「とてもそう思う」の5件法にて回答を求める。

①終末期についての話し合いによる良い影響（「終末期についての話し合いをすることで患者の意向を治療や方針に反映できる」）；②終末期についての話し合いによる患者の感情面への悪い影響（「終末期についての話し合いを患者にすると、怒りやショックなどの強い感情を引き起こす」）；③終末期についての話し合いによる家族の感情面への悪い影響（「終末期についての話し合いを家族にすると、怒りやショックなどの強い感情を引き起こす」）；④家族からの叱責に対する懸念（「終末期についての話し合いをすると家族から責められる」）；⑤終末期についての話し合いによる患者の希望への悪い影響（「患者に治療の限界についての話をすると、希望を失わせる」）；⑥緩和ケアの呼称に付随する悪い印象（「ホスピスや緩和ケアという呼称には悪い印象を持つ患者・家族が多い」）；⑦終末期についての話し合いをするつらさ（「死についての話をするのがつらい」）；⑧終末期についての話し合いをする同僚のつらさ（「同僚医師の多くは、患者や家族と終末期についての話し合いをするのを好ましく思っていない」）；⑨終末期についての話し合いは「敗北」「失敗」という思い（「終末期についての話し合

いを患者とすることは、「医学の敗北」「治療の失敗」だと感じる」)；⑩終末期のことがらに関する患者の自律性の尊重（「自分の終末期に何が大切かは患者にしか判断できない（他者にはわからない）」)；⑪終末期のことがらに関する患者の自律性の無視（「患者の終末期に関することは患者が知らなくても家族が知っていればよい」)；⑫時間の欠如（「終末期についての話し合いをする時間がない」)；⑬終末期についての話し合いに要する労力と準備（「終末期についての話し合いをするには、大変な労力と準備が必要である」)；⑭死を避けようとする医師の責任感（「死を避けるために死の直前まで治療を続けるのが医師の責任である」)；⑮終末期についての話し合いに関する医師の責任感（「患者・家族と終末期についての話し合いをするのは、医師の重要な役割の一つである」)；⑯教育の欠如（「終末期についての話し合いをするのに十分な教育や研修を受けていない」)；⑰終末期についての話し合いに関するプロトコルの欠如（「終末期についての話を、いつどのようにするかガイドラインや決まったやり方（プロトコル）がない」)；⑱予後の不確定さ（「がんの今後の経過や予後予測するのは難しい」)；⑲相談できる外来・病棟看護師がいること（「終末期についての話し合いが必要な時に、気安く相談できる外来・病棟看護師がいる」)；⑳相談できる緩和ケアチームの医師・看護師がいること（「終末期についての話し合いが必要な時に、気安く相談できる緩和ケアチームの医師・看護師がいる」)；㉑相談できる医療ソーシャルワーカーがいること（「終末期についての話し合いが必要な時に、気安く相談できる医療ソーシャルワーカー（MSW）がいる」)；㉒相談できる精神科医や心理士がいること（「終末期についての話し合いが必要な時に、気安く相談できる精神科医や心理士がいる」)；㉓利用可能なホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスがあること（「院内や近隣の地域のホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスが利用しやすい」)；㉔知識の欠如（「地域で利用可能なホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスについてよく知らない」)。また、標準的な抗がん治療に反応しなくなった進行がん患者に対する積極的な抗がん治療についてのがん治療医の考え方についても質問する。先行文献 (Matsuyama R, et al. J Clin Oncol 2006;24:3490-6) を参考に、以下の8項目について、「全くそう思わない」～「とてもそう思う」の5件法にて回答を求める。「積極的な抗がん治療を行うことは、患者の延命に繋がる」「積極的な抗がん治療を行うことは、患者の苦痛緩和になる」「積極的な抗がん治療を行うことで、患者の希望を支えることになる」「積極的な抗がん治療を行うことは、医師の務めである」「若い患者では積極的な抗がん治療をあきらめないことが医師の務めである」「高齢患者では積極的な抗がん治療をやりすぎないことが医師の務めである」「患者が希望しても、エビデンスのない民間・代替療法は許容すべきではない」「有害事象の可能性があっても、腫瘍縮小の可能性が少しでもあれば治療する」。

4. 終末期についての話し合いに関する経験

「患者が、医師に治療方針を全て決めてほしいと言う」「患者と家族が、治療の目的について合意が得られていない」「家族が、高齢の患者に終末期についての話し合いをしないでほしいと頼む」など、終末期についての話し合いに関するがん治療医の経験を質問し、「全くない」～「非常によくある」の5件法にて回答を求める。

5. 終末期についての話し合いに関する実践

標準的な抗がん治療に反応しなくなった進行がん患者に対する「終末期についての話し合い」に関して、「患者より、家族に最初にする」「看護師にあらかじめ相談したり、同席を求めたりして協力して行う」など、終末期についての話し合いに関するがん治療医の実践について質問し、「全く行わない」～「非常によく行う」の5件法にて回答を求める。また、終末期についての話し合いで、初回に話す内容（治らないこと、推定される生命予後、積極的抗がん治療を実施しないという選択肢 (Best supportive care)、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの情報、終末期の療養場所、緊急時の蘇生処置 (DNR など)) についても別途質問する。

6. がん治療医が考える「望ましい死」

「望んだ場所で過ごす」「大切な人に伝えたいことを伝える」など、がん治療医が考える「望ましい死」に関して、Good Death Inventory (GDI) (Miyashita M, et al. J Pain Symptom Manage 2008;35:486-98) に基づいて終末期についての話し合いをする・しないに関連する9項目について質問し、「全く重要ではない」～「不可欠である」の6件法にて回答を求める。「先ざきに起こることを詳しく知っている」「患者が参加して治療方針を決める」「医師から予想される経過や時間について聞ける」の3項目は、患者の自律性の尊重 (Respected autonomy) に関する下位尺度の構成因子であり、本調査研究の主要評価項目と強く相関しうるため、3項目とも含めることとする。また、「身辺整理ができる」は GDI の原版には含まれていないが、本研究者らの医師対象・遺族対象のインタビュー調査にて重要と考えられた項目であるため追加する。

7. 終末期についての話し合いに関する緩和ケアチームの関わりに対するニード

がん治療医が現在の緩和ケアチームに、終末期についての話し合いを含む患者の多様なニードにどの程度の関わりを望んでいるか質問する。先行文献がないため、本研究者らが臨床経験に基づいて質問項目を作成した。

「終末期についての話し合い（治癒ができないこと、推定される生命予後、積極的抗がん治療を実施しないという選択肢 (Best supportive care)、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスに関する情報提供、終末期の療養場所、緊急時の蘇生処置についての話し合い)」「痛みなどの身体症状の緩和」「せん妄症状の緩和」「患者の精神的ケア」「家族のケア」の5項目に関して、「緩和ケアチームに関わってほしいと思うことはない」、「緩和ケアチームに関わってほしいと思うことがある（「関わりに満足している」「もう少し関わりを望む（必要）」「もっと関わりを望む（必要）」「とても関わりを望む（必要）」）」の5件法で回答を求める。

IV 今後の課題

上記の活動により、調査に使用する質問紙を作成することができた。

その後、本研究を引き継ぐ形で、2014年1月に国立がん研究センター中央病院の事務局から、全国の対象医師計925名への質問紙の発送が可能になった。対象者は日本臨床腫瘍

学会のがん薬物療法専門医・指導医で、かつ、がん診療連携拠点病院に在籍している医師である。2014年3月現在、393例が回収されており、解析が可能な見込みである。

がん治療医を対象とした全国調査を行うことにより、終末期についての話し合いに関する態度、終末期についての話し合いに関する阻害要因・促進要因（考え、がん治療医が考える望ましい死など）、経験、実践や終末期についての話し合いに関する緩和ケアチームの関わりに対するニーズが明らかになる。こうした実態に基づき、今後のがん治療医を対象とした終末期についての話し合いに関する教育プログラムの開発、緩和ケアチームの望ましい介入の提唱などが可能になる。

また、がん治療医の実態に加え、終末期についての話し合いに関する患者や家族の考え、緩和ケア医や多職種 of 医療者の考えを明らかにすることが、今後日本独自の文化背景に則った望ましい終末期医療を提供する上で不可欠と考えられる。

V 調査・研究の成果等公表予定（学会、雑誌等）

今回の研究の成果として開発した質問紙を用いた調査結果は、国内外のがん医療・緩和ケアの学会や査読のある学術誌に発表予定である。

添付資料：作成した質問紙

II. 「終末期についての話し合い」を行う際にあなたが経験される患者さまとご家族の行動や態度についてどのくらいの頻度で経験するかを一つ選択してください。「終末期についての話し合い」とは、治癒できないこと（Incurability）、推定される生命予後、積極的抗がん治療を実施しないという選択肢（Best supportive care）の提示、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの情報提供、終末期の療養場所、緊急時の蘇生処置のいずれかについての話し合いを指します。

	全くない	ない	めったに	時々ある	よくある	非常によくある
患者が、医師に治療方針を全て決めてほしいと言う	1	2	3	4	5	5
患者が、終末期についての話し合いは自分（患者）ではなく家族にしてほしいと言う	1	2	3	4	5	5
患者と家族が、治療の目的について合意が得られていない	1	2	3	4	5	5
説明を十分にしても、患者は、病状を理解していない（「治らないこと」を説明しても「治る」と思っている）	1	2	3	4	5	5
患者が、終末期のことについて自分から医師にたずねる	1	2	3	4	5	5
患者が、医師から話を切り出しても終末期についての話し合いをしたがらない	1	2	3	4	5	5
家族が、若い（40歳前後の）患者に終末期についての話し合いをしないでほしいと頼む	1	2	3	4	5	5
家族が、高齢の患者に終末期についての話し合いをしないでほしいと頼む	1	2	3	4	5	5
終末期について話し合ったら、患者が自分らしい過ごし方ができた	1	2	3	4	5	5
終末期について話し合ったら、 患者が 生活に支障があるほどの精神状態になった（食事がとれないほど落ち込む、眠れない、落ち着かず普段の生活が送れないなど）	1	2	3	4	5	5
終末期について話し合ったら、 家族が 生活に支障があるほどの精神状態になった（食事がとれないほど落ち込む、眠れない、落ち着かず普段の生活が送れないなど）	1	2	3	4	5	5
終末期について話し合ったら、主治医を変更する要望やクレームがあった	1	2	3	4	5	5
終末期について話し合ったら、患者が自殺（未遂・既遂）をした	1	2	3	4	5	5

III. あなたの考えで、次のそれぞれのことがらは、終末期患者にとってどれくらい重要だと思いますか。それぞれ最も近い番号に○をおつけください。

	全く重要ではない	あまり重要ではない	やや重要である	重要である	非常に重要である	不可欠である
からだの苦痛が少なく過ごす	1	2	3	4	5	6
望んだ場所で過ごす	1	2	3	4	5	6
人生をまっとうしたと感じる	1	2	3	4	5	6
大切な人に伝えたいことを伝える	1	2	3	4	5	6
身辺整理ができる	1	2	3	4	5	6
先ざきに起こることを詳しく知っている	1	2	3	4	5	6
患者が参加して治療方針を決める	1	2	3	4	5	6
予想される経過や時間について、医師から説明を聞く	1	2	3	4	5	6
病気や死を意識せずに過ごす	1	2	3	4	5	6

IV. あなたが、転移を伴ったがんと新たに診断した患者の診療を担当した場合を想定して下さい。患者は、現在、全身状態はよく、痛み、息切れ、嘔気などの自覚症状も特に認めていません。このような患者を担当された場合、あなたは以下の話題や情報を、いつ、患者に伝えますか。若い・高齢の患者、予後の悪い・よい患者の計4つの組み合わせの場合それぞれについてお答え下さい。

① 40歳、予後6か月程度と見込まれる場合

	今（診断時）	患者に最初の自覚症状が出た時	標準的な抗がん治療が限られてきた時	患者が入院をした時	患者や家族がその話題を出した時	説明しない
治らないことについて	1	2	3	4	5	6
推定される生命予後（期間）について	1	2	3	4	5	6
積極的抗がん治療を実施しないという選択肢（Best supportive care）について	1	2	3	4	5	6
通院できなくなった時のホスピス・緩和ケア病棟や、在宅サービスの利用について	1	2	3	4	5	6
終末期の療養場所について	1	2	3	4	5	6
緊急時の蘇生処置（DNAR）について	1	2	3	4	5	6

② 40歳、予後2-3年程度と見込まれる場合

	今（診断時）	患者に最初の自覚症状が出た時	標準的な抗がん治療が限られてきた時	患者が入院をした時	患者や家族がその話題を出した時	説明しない
治らないことについて	1	2	3	4	5	6
推定される生命予後（期間）について	1	2	3	4	5	6
積極的抗がん治療を実施しないという選択肢（Best supportive care）について	1	2	3	4	5	6
通院できなくなった時のホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの利用について	1	2	3	4	5	6
終末期の療養場所について	1	2	3	4	5	6
緊急時の蘇生処置（DNAR）について	1	2	3	4	5	6

③ 75歳、予後6か月程度と見込まれる場合

	今（診断時）	患者に最初の自覚症状が出た時	標準的な抗がん治療が限られてきた時	患者が入院をした時	患者や家族がその話題を出した時	説明しない
治らないことについて	1	2	3	4	5	6
推定される生命予後（期間）について	1	2	3	4	5	6
積極的抗がん治療を実施しないという選択肢（Best supportive care）について	1	2	3	4	5	6
通院できなくなった時のホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの利用について	1	2	3	4	5	6
終末期の療養場所について	1	2	3	4	5	6
緊急時の蘇生処置（DNAR）について	1	2	3	4	5	6

④ 75歳、予後2-3年程度と見込まれる場合

	今（診断時）	患者に最初の自覚症状が出た時	標準的な抗がん治療が限られてきた時	患者が入院をした時	患者や家族がその話題を出した時	説明しない
治らないことについて	1	2	3	4	5	6
推定される生命予後（期間）について	1	2	3	4	5	6
積極的抗がん治療を実施しないという選択肢（Best supportive care）について	1	2	3	4	5	6
通院できなくなった時のホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの利用について	1	2	3	4	5	6
終末期の療養場所について	1	2	3	4	5	6
緊急時の蘇生処置（DNAR）について	1	2	3	4	5	6

V. あなたは、「終末期についての話し合い」に関する以下のことがらについて、どのように思われますか。一つ選択してください。

「終末期についての話し合い」とは、治癒できないこと (Incurability)、推定される生命予後、積極的抗がん治療を実施しないという選択肢 (Best supportive care) の提示、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの情報提供、終末期の療養場所、緊急時の蘇生処置のいずれかについての話し合いを指します。	全くそう思わない	あまりそう思わない	少くそう思う	そう思う	とてもそう思う
終末期についての話し合いをすることで患者の意向を治療や方針に反映できる	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いを <u>患者</u> にすると、怒りやショックなどの強い感情を引き起こす	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いを <u>家族</u> にすると、怒りやショックなどの強い感情を引き起こす	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いを患者にすると家族から責められる	1	2	3	4	5
患者に治療の限界についての話をすると、希望を失わせる	1	2	3	4	5
ホスピスや緩和ケアという呼称には悪い印象を持つ患者・家族が多い	1	2	3	4	5
死についての話をするのがつらい	1	2	3	4	5
同僚医師の多くは、患者や家族と終末期についての話し合いをするのを好ましく思っていない	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いを患者とすることは、「医学の敗北」「治療の失敗」だと感じる	1	2	3	4	5
自分の終末期に何が大切かは患者にしか判断できない (他者にはわからない)	1	2	3	4	5
患者の終末期に関することは患者が知らなくても家族が知っていればよい	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いをする時間がない	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いをするには、大変な労力と準備が必要である	1	2	3	4	5
死を避けるために死の直前まで治療を続けるのが医師の責任である	1	2	3	4	5
患者・家族と終末期についての話し合いをするのは、医師の重要な役割の一つである	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いをするのに十分な教育や研修を受けていない	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いを、いつどのようにするかガイドラインや決まったやり方 (プロトコール) がない	1	2	3	4	5
がんの今後の経過や予後予測するのは難しい	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いが必要な時に、気安く相談できる外来・病棟看護師がいる	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いが必要な時に、気安く相談できる緩和ケアチームの医師・看護師がいる	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いが必要な時に、気安く相談できる医療ソーシャルワーカー (MSW) がいる	1	2	3	4	5
終末期についての話し合いが必要な時に、気安く相談できる精神科医や心理士がいる	1	2	3	4	5
近隣の地域のホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスが利用しやすい	1	2	3	4	5
近隣の地域で利用可能なホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスをよく知らない	1	2	3	4	5

VI. あなたは、標準的な抗がん治療に反応しなくなった進行がん患者に対する積極的な抗がん治療について、どのように思われますか。一つ選択してください。

	全く思わない	あまり思わない	少し思う	そう思う	とても思う
積極的な抗がん治療を行うことは、患者の延命につながる	1	2	3	4	5
積極的な抗がん治療を行うことは、患者の苦痛緩和になる	1	2	3	4	5
積極的な抗がん治療を行うことで、患者の希望を支えることになる	1	2	3	4	5
積極的な抗がん治療を行うことは、医師の務めである	1	2	3	4	5
若い患者では、積極的な抗がん治療をあきらめないことが、医師の務めである	1	2	3	4	5
高齢患者では、積極的な抗がん治療をやりすぎないことが、医師の務めである	1	2	3	4	5
患者が希望しても、エビデンスのない民間・代替療法は許容すべきではない	1	2	3	4	5
有害事象の可能性があっても、腫瘍縮小の可能性が少しでもあれば治療する	1	2	3	4	5

VII. あなたは、次のような行為を普段どれくらい行うか、一つ選択してください。

1. 標準的な抗がん治療に反応しなくなった進行がん患者に対する「終末期についての話し合い」に関して、以下のそれぞれにお答えください

終末期についての話し合いは、	ない	全く行わない	めったに行わない	時々行う	よく行う	非常によく行う
家族より、 患者 に最初にする	1	2	3	4	5	
患者より、 家族 に最初にする	1	2	3	4	5	
看護師にあらかじめ相談したり、同席を求めるなど協力して行う	1	2	3	4	5	
MSWにあらかじめ相談したり、同席を求めるなど協力して行う	1	2	3	4	5	
なるべく一度に話し合いを終われるようにする	1	2	3	4	5	
認知機能が保たれていても、高齢の患者本人とは話しを控える	1	2	3	4	5	

2. 終末期について話し合いで、**初回**に何を話されますか。あてはまるものすべてに○をつけてください

1. 治らないこと	2. 推定される生命予後	3. 積極的抗がん治療を実施しないという選択肢 (Best supportive care)	4. ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスの情報	5. 終末期の療養場所	6. 緊急時の蘇生処置 (DNRなど)
-----------	--------------	--	--------------------------	-------------	---------------------

VIII. あなたは、現在、あなたの施設の緩和ケアチームに、「終末期についての話し合い」を含む患者の多様なニーズにどの程度の関わりを望まれているか（必要か）について伺います。もし、緩和ケアチームがない場合には、あると仮定してお答えください。

	緩和ケアチームに関わってほしいと思うことはない	緩和ケアチームに関わってほしいと思うことがある			
		関わりに満足している	今よりも少し関わりを望む(必要)	今より関わりを望む(必要)	今よりも関わりを望む(必要)
終末期についての話し合い（治癒ができないこと、推定される生命予後、積極的抗がん治療を実施しないという選択肢（Best supportive care）の提示、ホスピス・緩和ケア病棟や在宅サービスに関する情報提供、終末期の療養場所、緊急時の蘇生処置についての話し合い）	1	2	3	4	5
痛みなどの身体症状の緩和	1	2	3	4	5
せん妄症状の対応	1	2	3	4	5
患者の精神的ケア	1	2	3	4	5
家族のケア	1	2	3	4	5

IX. がん患者との終末期についての話し合いに関して、先生が必要とお感じになること、不足しているとお感じになること、色々な体制や臨床上の改善点につきましてご記載ください。

以上で質問は終わりです。ご協力くださり誠にありがとうございました。