

INVITED REVIEW ARTICLE

肺がん診療における Advanced Care Planning

山根弘路¹・越智宣昭¹・瀧川奈義夫¹

Practical Advanced Care Planning for Patients with Thoracic Cancer

Hiromichi Yamane¹; Nobuaki Ochi¹; Nagio Takigawa¹

¹Department of General Internal Medicine 4, Kawasaki Medical School, Japan.

ABSTRACT — Advanced care planning (ACP) involves discussing and sharing a patient's values, goals, and preferences regarding potential medical care decisions. It also involves repeated documentation of patients' wishes to support patients diagnosed with severe illness who are at risk of mortality as well as their families, guardians, and friends who spend their lives with the patients during medical treatment when future medical decisions need to be made. However, for some patients with thoracic cancer, ACP is difficult to perform owing to various issues. Although ACP is generally considered beneficial for patients with thoracic cancer, its efficacy may vary depending on certain underlying issues, including the instability of the prognosis owing to the rapid development of new treatment modalities for patients with advanced thoracic cancer (including immune checkpoint inhibitor+chemotherapy regimens), problems related to psychological defense mechanisms and mental instability in patients with advanced thoracic cancer, differing perspectives on life and death among patients, and the underdeveloped communication skills of clinicians. ACP has proven effective in alleviating the suffering of patients with cancer. However, ACP itself has been harmful to the patient's mental state in some cases and has become a new intractable barrier against medical intervention. All clinicians performing ACP should be aware of these issues, understand the mechanisms involved, and provide appropriate intervention to support their patients.

(JLCC. 2023;63:147-152)

KEY WORDS — Advanced care planning, Thoracic cancer, Defense mechanism, Perspective on life and death, Communication skills

Corresponding author: Hiromichi Yamane.

要旨 — Advanced care planning (ACP)とは、「生命の危機に直面する患者と患者を支える家族・友人などの療養生活をともに送る人と医療従事者が、治療方針や療養場所、大切にしたい事柄などについて話し合い、患者の意思決定の代理決定が可能となるように患者の価値観や意向を共有する自発的なプロセス」であるが、呼吸器悪性腫瘍患者に ACP を遂行する際には数多くの障壁が存在し、一部の患者では ACP を施行しにくい現状がある。呼吸器悪性腫瘍患者では一般論として、計画的な ACP の実行は有効であるとされているものの、免疫チェックポイント阻害薬などの新規治療法が短期間で数多く開発

されたことによる予後判定の不確実性や患者に内在する防衛機制と精神状態の不安定性の問題、また日本社会全体の特殊な死生観や医療者のコミュニケーションスキルの問題により、ACP は大きく影響を受ける。そのため、一部の患者では本来有益であるはずの ACP が逆に患者の精神状態に悪影響を与え、その後の医療介入の障壁となりうる。ACP にかかわる全ての医療者はまずこれらの障壁の存在を十分に理解した上で、介入する必要がある。**索引用語** — Advanced care planning, 呼吸器悪性腫瘍, 防衛機制, 死生観, コミュニケーションスキル

¹川崎医科大学総合内科学 4.

論文責任者：山根弘路.

はじめに

Advanced care planning (ACP) とは、「生命の危機に直面する患者において、今後の治療方針や療養の場所、具体的に大切にしたい事柄などについて、患者自身・患者を支える家族・友人などの療養生活をともに送る人と医療従事者が、繰り返し話し合いを行い、患者の価値観や意向を共有する自発的なプロセス」のことであり、2018年度、厚生労働省はこれらのアプローチを広く普及させる目的で「人生会議」との愛称を付与した。¹

近年、全人的苦痛緩和の見地から、患者の意思決定をサポートする手段の1つとしての ACP≒人生会議が有用であることが、進行期固形がん患者を対象とした臨床研究を通じて報告されている。²⁻⁶ 2000年代後半から散見され始めたこれらの報告の骨子は、以下のごとくである。①患者の意思決定のプロセスを的確にサポートすることができれば、患者自身が望む医療を実現し、終末期医療を行う上で過剰と考えられる侵襲的な医療対応を減らすことができる。②ACPは患者を適切なタイミングでホスピスプログラムへ紹介することにつながる。③過剰で不適切な医療対応は患者自身の望む終末期の生活の質(QOL)を損ない、医療従事者と患者介護者との信頼関係を損ねる。④早期の緩和ケアプログラムへの導入は生存期間にも良い影響を及ぼす。以上より、ACPの効果自体についてはもはや疑いの余地はないように思われる。

しかしながら、実際に ACP を我が国の悪性腫瘍患者に適応するとすると、数多くの障壁(バリア)が存在し、簡単には施行しにくい。⁷ 本稿では呼吸器がん患者における ACP の効果・役割と ACP の施行を困難としているバリアについて取り上げ、解説する。

肺がん患者に対する ACP の効果と役割

肺がん患者に対する ACP に関するこれまでの報告の中で、最も影響が大きかったものは Temel らが 2010 年に発表した論文である。³ 表題は“Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer”であるが、この研究の派生研究から Early palliative care の内容はほぼ ACP であったことが後に明らかにされた。⁸ 介入の実際は、がん治療の効果に応じた意思決定支援、心肺蘇生に対する希望やホスピスプログラムへの紹介希望の有無といった終末期の患者意思決定支援そのものであり、ACP に必須となる数多くのプロセスが含まれていた。結論として、計画的に早期から ACP を行った Early palliative care 群では Standard 群と表現される苦痛症状発現後に初めて緩和ケア介入が行われた群と比較して、終末期に不必要と考えられる侵襲的な医療介入の頻度が減少し、QOL の向上やうつ状態となる患者頻度が低

下すること、更に早期から ACP を行った Early palliative care 群の予後が有意に延長することが報告された。生存期間延長効果については本報告の主たる論点とはいいがたく、研究方法・サンプルサイズなどから考えても、その効果は疑問視される部分のあることが指摘されているが、⁹ 進行期がん患者や重症呼吸不全などの重篤な病態と苦痛に直面する患者に同様の介入を行った場合に、不必要な侵襲的な医療介入の減少や患者と医療者の関係性の向上や患者の精神的満足感と精神の安定が得られることなどが、その後の複数の論文で報告されていることから、¹⁰⁻¹² 肺がん患者においても計画的な ACP の実行は現状で有用であるものと推察される。


肺がん患者に対する ACP を困難としている要因

ACP の施行に関しては現実問題として、メリットの存在とともに数多くのデメリットとバリアが存在することが、我が国のみならず世界中から報告されている。^{7,10-12} 進行期がん患者に対する ACP 施行に関するバリアの中で、特に重要と考えられる以下 4 項目について概説する。

1) 進行期呼吸器腫瘍における革新的治療方法の開発

進行非小細胞性肺がんの薬物療法の重要な分岐点は、1980年代前半～1990年代後半までの①殺細胞性抗がん薬を用いた標準的化学療法確立の時代、¹³⁻¹⁵ それから 21世紀初頭の EGFR 遺伝子変異の発見に端を発する、②ドライバー遺伝子変異を標的にした分子標的薬の登場、¹⁶⁻¹⁸ 最後に 2014 年以降に肺がん領域に導入された、③免疫チェックポイント阻害薬の台頭の 3 つである。¹⁹⁻²¹ これら 3 つの大きなターニングポイントを経ることにより、生存期間中央値は、標準的化学療法が存在せず対症的緩和療法のみで対応していた時代の概ね 4 カ月程度から、40 年余りの経過の中で現在では 24 カ月程度と大きく延長している。一方、ACP 施行の新たなバリアとして、予後延長に起因する患者個々の治療選好の多様性および ACP を開始するタイミングの不確実性などが指摘され始めている。これらの原因は疾病予後が不確実であるため ACP を享受する患者および患者家族などに対して十分な情報を供給できないことが大きく影響している。^{22,23} 本来予後の延長と治療選択肢の増加自体は歓迎すべき状況であるはずで、一見 ACP への悪影響はないように思われるが、現在肺がんを中心とする呼吸器腫瘍領域では治療効果の改善とともに、複数の新規治療法が検証的比較研究も不十分なままに新規治療法のエビデンスとして提供される状況も存在する。例えば、performance status (PS) 不良のドライバー遺伝子変異/転座陽性患者を対象とした各々のドライバーに対する分子標的療法がある。対象となる症例が比較的少なく、現状で臨床試験が行いにくいことも十分理解できるが、第 II

Table 1. Vaillant's Classification of Psychological Defense Mechanism

Level 1 Pathological	Development level of personality 
<u>Conversion, Denial, Distortion, Delusional projection, Splitting, Extreme projection, etc.</u>	
The first level includes certain mechanisms that could be said to be functioning in an extreme level, resulting in one appearing to be an unstable and irrational person. These could also be called "psychotic" defenses.	
Level 2 Immature	
<u>Somatization, Passive aggression, Projection, Introjection, Projective identification, Wishful thinking, Fantasy, Acting out, etc.</u>	
The second level is called "immature" simply because these mechanisms are seen as socially undesirable, as they are difficult to deal with and lead to becoming out of touch with reality and having one's ability to cope effectively negatively affected. They are mostly seen in cases of major depression and personality disorders.	
Level 3 Neurotic	
<u>Social comparisons, Displacement, Rationalization, Dissociation, Isolation, Hypochondriasis, Intellectualization, Reaction formation, Regression, Repression, Undoing, Withdrawal, etc.</u>	
The third level of defense mechanisms is considered neurotic, as they cause long-term problems in people's relationships and interactions with others.	
Level 4 Mature	
<u>Acceptance, Altruism, Anticipation, Patience, Respect, Mindfulness, Sublimation, Suppression, etc.</u>	
The last level of defense mechanism is called the mature level. These mechanisms help an individual optimize success in relationships and through human interaction. Emotions and thoughts are involved here, helping an individual lead a wittier and more fulfilling life.	

相試験で少数例の抗腫瘍効果と安全性の報告を根拠に患者へ分子標的薬による治療を推奨することは、長期的な患者管理を考えるとリスクも孕んでいると思われる。日本肺癌学会が策定する診療ガイドラインも、ここ数年は毎年ないしは2年に1回という高頻度で改訂され、その都度ドライバー遺伝子変異や免疫チェックポイント阻害薬の各種効果予測因子ごとの複雑な治療法（化学療法＋免疫チェックポイント阻害薬、あるいは複合免疫療法など）が標準治療として推奨されるに到っている。²⁴ これらはレジメンごとの明確な適応と位置付けが明らかにされていないものも存在し、また有害事象のプロファイルも少しずつ異なっているため、呼吸器腫瘍の専門家であっても、個々の患者の予後を推定しにくい状況となっている。当然患者自身が自らの予後に明確な見通しを持つことは困難で、前述の疾病予後の不確実性に起因するACPのバリアが出現しやすい状況となる。これらの解決のためには、新規治療法の検証的比較研究によって良質なエビデンスを再構築することが根本的な対策となることから、呼吸器腫瘍領域の臨床研究を更に推し進める必要がある。

2) 防衛機制と患者精神状態の不安定性

防衛機制とは個人が受け入れがたい状況、または潜在的に危険な状況に直面したときに、危険に対する不安を軽減しようとする無意識（超自我）に行われる心理的防衛のメカニズムである。防衛機制には心的な外傷が発動された状況やその強度・頻度などに応じて健康なもの

不健康なものが存在し、これらは全て自己の精神状態維持のためになされる一種の自己防衛である。²⁵ ヴァイラントらは防衛機制を人の発達段階別に階層化して分類することで、防衛機制が様々な臨床場面で患者精神の保護のために働いていることを明らかにし、その後の臨床心理学研究の進歩に大きく貢献した。²⁶

ヴァイラントの4分類を Table 1 に示す。進行期がん患者に多く認められる「否認」・「歪曲」などがレベル1に属し、²⁷ 「行動化」・「病氣不安症」などはレベル2に属する防衛機制といえる。これらの未熟で一部病的な防衛機制は現実の社会生活において多くの支障をもたらす可能性があることが指摘されている。一方、レベル4の成熟した発達段階で認められやすい防衛機制に属する「受容」や、今この瞬間の精神状態に深く注意を払うことでストレスの軽減を図る「マインドフルネス」などの状態は社会生活への適合性は良好で問題となることが少ない。したがって、レベル1や2で認められる防衛機制をそのまま長期間放置することは患者の精神的健康の質や社会適応性を損なうリスクがある。がん患者は、告知後の心的外傷をはじめとして、手術、化学療法、あるいは放射線療法に対する不安、病氣によるQOLの低下や予後に関する不安、再発への恐れ、緩和ケア移行時の心的外傷など、病氣の進行に伴う様々なイベントが起こる度に強いストレスに晒され続ける。そのため、病氣や進行度にかかわらずがん患者の約半数に適応障害やうつ病といった精神疾患の存在が報告されている。²⁸ すなわち、

Table 2. Communication Skills That Patients with Cancer Wish to Have Used When Bad News Is Conveyed (SHARE Model)

Conceptual communication skills model	Description	Communication for example
Supportive environment S	Setting up a supportive environment for the interview	Greeting the patient cordially. Looking them in the eyes and face, etc.
How to deliver the bad news H	Considering how to deliver the bad news	Not delivering bad news without a preamble. Checking to see whether or not the explanation is too fast-paced, etc.
Additional information A	Discussing various additional information that patients would like to know	Answering the patient's questions fully. Explaining about second opinions, etc.
Reassurance and Emotional support RE	Providing reassurance and addressing patients' emotions with empathic responses	Remaining silent out of respect for the patient's feelings. Accepting the patient's expression of emotions, etc.

ACP 施行の際にはこれらの精神状態の不安定性（不健康で未熟な防衛機制の状態）が生じやすく、このことは直接的な ACP 施行のバリアとなりうる。

また、患者自身が希望を維持するための未熟ではあるが健康的な否認（ヴァイラントの4分類：レベル1）をどのように対処するかについても問題がある。つまり、現状で治癒が不可能であることを前提として、生存期間延長を企図したがん薬物療法を施行しているときに70～80%の患者は治癒を目的とすることは不可能であることを理解できていない。^{29,30}このような状況下に ACP を実践することは抑うつ状態を新たに作り出す、あるいは内在する適応障害を悪化させる危険性を有しており、患者心理に内在する防衛機制は健康なものであれ、不健康なものであれ、バリアとなりうることを医療者は理解しておくべきである。

3) 我が国の社会全体に存在する特殊な死生観

我が国の死生観の特徴を論じる上で、「社会通念として『死』を如何に捉えているか？」という問いは極めて重要である。第二次世界大戦後の高度成長期から生産性と効率が重視され、『死』とは対極に存在する『生』のみに価値観を求める現代日本社会の風潮は『死』を単純に「忌避する対象」として捉えがちである。³¹一方で『死』に対する社会的関心は益々高くなってきており、現在メディアにおける『死』にまつわる著作・表現の無秩序な氾濫を「死のグラフィティ（落書き）」と記述している論文も存在する。^{31,32}

これらは社会情勢の中で『死』の解釈自体が多様であること、および個人のレベルで考えた場合に「私の死」についての具体的選好は複雑かつ多岐にわたっていることを示している。³³これらの風潮は ACP 実践に関して特に大きな影響（ACP の低施行率）を及ぼす原因と推定される。例えば、我が国で緩和ケア病棟の遺族調査を行った結果、患者が亡くなる3カ月以上前から終末期の話し

合い、いわゆる「人生会議≒ACP」を行ったのは全体の1/3程度に留まっており、³⁴根治的切除が困難な進行期固形腫瘍を対象とした研究でも標準的な一次治療終了後に ACP が実践されていたのは1/7程度であった。³⁰ ACP に最も積極的な英国からの報告でも、ACP は概ね半数で確実に有益といえるものの、拒否感を示す患者も一定数存在することやその実践にはかなりの時間と労力をかけて行う必要があり、全ての患者に行うことは現実的ではなく、患者家族にとってつらい体験となることも報告されている。^{35,36}

ACP の実臨床への応用が世界的に最も進んでいる国や地域の現状を考慮して考えると、死を否定する方向で形成されている我が国独自の死生観は、ACP 施行における明確なバリアの1つであり、患者個々の死生観の的確な評価が臨床的にかなり重要であるものと示唆される。

4) コミュニケーションスキル

近年医療者のコミュニケーションスキル、特に Bad News を伝える深刻な臨床場面におけるスキルの充実が患者満足度の向上のために重要と考えられている。³⁷ ACP は生命予後にかかわる深刻な場面で行われることから、それに携わる医療者のコミュニケーションスキルは我が国の患者意向調査結果からもその重要性が裏付けされている。^{37,38}

しかしながら、医師を代表とする医療従事者は治療中に患者が経験する苦痛に繰り返し直面せざるを得ない状況のため、情動が疲弊しており、その結果として痛みや苦痛を患者と共有する感情が抑制されていることが報告されている。³⁹これらは現状で医療者の苦痛への共感が不足しており、結果的にコミュニケーションスキルも不十分な状態であることを示している。実際、患者の希望するコミュニケーションの調査結果³⁷(Table 2)に基づいて作成されたコミュニケーションスキルトレーニング(CST)プログラムを用いて教育された医療者群

(SHARE プロトコル群)と、CST プログラムで教育されていない医療者群 (コントロール群) の 2 群に医療者を振り分け、Bad News を伝える深刻な臨床場面において、患者感情のサポートや情報を確実に伝えるスキルを比較した研究結果が我が国から報告されている。^{38,39} この報告の結論として、SHARE プロトコル群の方がコントロール群と比較して有意に高いコミュニケーションスキルを持っており、患者の不安や抑うつを防ぎ、コミュニケーションの満足感および医療者への信頼感の向上が示されている。

一方、肺がん全体の 5 年生存率は厚生労働省の指定する我が国の 5 大がんのうち、肝臓がんに次いで予後が悪く、⁴⁰ その特徴的な進展様式のためがん性疼痛、特に胸部の体性痛や神経因性疼痛を訴える患者の頻度が高い。⁴¹ つまり、難治がんであるとともに身体的苦痛を伴いやすい呼吸器がん患者に対して Bad News を伝え、十分な理解とともに、意思決定のプロセスの全ての局面で患者を支え続けるためには、高いレベルのコミュニケーションスキルの取得は必要不可欠であると考えられる。

まとめ

がん患者における ACP の有益性が確立されつつあり、生命予後や進行期の苦痛が厳しい呼吸器悪性腫瘍患者においても ACP は推奨されるべきものといえる。しかしながら、より良い ACP の実践のためには本稿で述べた 'バリア' となりうる数々の内的および外的環境が存在することから、医療者はまずそれらの存在を認識した上で、実臨床の場でそれぞれ丁寧に時間をかけて評価し、個々の状態をあらかじめ十分に把握しておく必要がある。またこれら 'バリア' は効果的な ACP を行う際のチェックポイントともいい換えられる。Up to date な進行期呼吸器がん治療に関する知識を取り入れ、患者の予想される予後を含めた clinical outcome をあらかじめ予測した上で、精神的な不安定性と防衛機制的状態を的確に評価し、患者の死生観を十分なコミュニケーションスキルを用いて表出させることができれば、限りなく有効な形で ACP を実践することが可能となろう。我々はこのようなアプローチにより、患者満足度の向上が得られ、医療者の労働環境改善につながり、心的負担の少ない持続可能な終末期ケアが数多くの肺がん患者で可能となるものと考えている。

本論文内容に関連する著者の利益相反：なし

謝辞：本論文の一部は JSPS 科研費 JP22K09436 の助成を受け情報収集し、執筆したものです。

REFERENCES

1. 厚生労働省ホームページ. ACP (アドバンス・ケア・プランニング) の愛称を「人生会議」に決定しました. https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02615.html
2. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008;300:1665-1673.
3. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733-742.
4. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, et al. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Med*. 2013;173:1109-1117.
5. Wright AA, Keating NL, Balboni TA, Matulonis UA, Block SD, Prigerson HG. Place of death: correlations with quality of life of patients with cancer and predictors of bereaved caregivers' mental health. *J Clin Oncol*. 2010;28:4457-4464.
6. Stein RA, Sharpe L, Bell ML, Boyle FM, Dunn SM, Clarke SJ. Randomized controlled trial of a structured intervention to facilitate end-of-life decision making in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2013;31:3403-3410.
7. 木澤義之. わが国におけるアドバンスケアプランニングの方法論の確立とその有効性に関する研究. 科学研究費助成事業 研究成果報告書. 2016-6-20. https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-25460886/25460886s_eika.pdf
8. Yoong J, Park ER, Greer JA, Jackson VA, Gallagher ER, Pirl WF, et al. Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study. *JAMA Intern Med*. 2013;173:283-290.
9. Smith AK. Palliative care: an approach for all internists: comment on "Early palliative care in advanced lung cancer: a qualitative study". *JAMA Intern Med*. 2013;173:291-292.
10. Lum HD, Sudore RL, Bekelman DB. Advance care planning in the elderly. *Med Clin North Am*. 2015;99:391-403.
11. Grant MS, Back AL, Dettmar NS. Public Perceptions of Advance Care Planning, Palliative Care, and Hospice: A Scoping Review. *J Palliat Med*. 2021;24:46-52.
12. Brighton LJ, Bristowe K. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J*. 2016;92:466-470.
13. Schiller JH, Harrington D, Belani CP, Langer C, Sandler A, Krook J, et al. Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2002;346:92-98.
14. Ohe Y, Ohashi Y, Kubota K, Tamura T, Nakagawa K, Negoro S, et al. Randomized phase III study of cisplatin plus irinotecan versus carboplatin plus paclitaxel, cisplatin plus gemcitabine, and cisplatin plus vinorelbine for advanced non-small-cell lung cancer: Four-Arm Cooperative Study in Japan. *Ann Oncol*. 2007;18:317-323.

15. Kubota K, Watanabe K, Kunitoh H, Noda K, Ichinose Y, Katakami N, et al. Phase III randomized trial of docetaxel plus cisplatin versus vindesine plus cisplatin in patients with stage IV non-small-cell lung cancer: the Japanese Taxotere Lung Cancer Study Group. *J Clin Oncol*. 2004;22:254-261.
16. Fukuoka M, Yano S, Giaccone G, Tamura T, Nakagawa K, Douillard JY, et al. Multi-institutional randomized phase II trial of gefitinib for previously treated patients with advanced non-small-cell lung cancer (The IDEAL 1 Trial). *J Clin Oncol*. 2003;21:2237-2246.
17. Paez JG, Jänne PA, Lee JC, Tracy S, Greulich H, Gabriel S, et al. EGFR mutations in lung cancer: correlation with clinical response to gefitinib therapy. *Science*. 2004;304:1497-1500.
18. Lynch TJ, Bell DW, Sordella R, Gurubhagavatula S, Okimoto RA, Brannigan BW, et al. Activating mutations in the epidermal growth factor receptor underlying responsiveness of non-small-cell lung cancer to gefitinib. *N Engl J Med*. 2004;350:2129-2139.
19. Brahmer J, Reckamp KL, Baas P, Crinò L, Eberhardt WEE, Poddubska E, et al. Nivolumab versus docetaxel in advanced squamous-cell non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2015;373:123-135.
20. Borghaei H, Paz-Ares L, Horn L, Spigel DR, Steins M, Ready NE, et al. Nivolumab versus docetaxel in advanced nonsquamous non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2015;373:1627-1639.
21. Herbst RS, Baas P, Kim DW, Felip E, Pérez-Gracia JL, Han JY, et al. Pembrolizumab versus docetaxel for previously treated, PD-L1-positive, advanced non-small-cell lung cancer (KEYNOTE-010): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387:1540-1550.
22. Siconolfi D, Bandini J, Chen E. Individual, interpersonal, and health care factors associated with informal and formal advance care planning in a nationally-representative sample of midlife and older adults. *Patient Educ Couns*. 2021;104:1806-1813.
23. Moore III A, Bondi G, Huppertz JW. Identifying barriers to advance care plan completion among older adults. *Ethics Med Public Health*. 2022;24:100831.
24. 日本肺癌学会, 編集. 肺癌診療ガイドライン—悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む 2022 年版. 東京: 金原出版; 2022: 175-256.
25. Schacter DL, Gilbert DT, Wegner DM. *Psychology*. 2nd ed. New York: Worth Publishers; 2011:482-483.
26. 井上令一, 監修. カプラン臨床精神医学テキスト DSM-5 診断基準の臨床への展開 (3 版). 東京: メディカルサイエンスインターナショナル; 2016:173-190.
27. Morita T, Inoue S, Chihara S. Denial in terminally ill cancer patients' manifestations and contributing factors. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry*. 2000;12:144-151.
28. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983;249:751-757.
29. Weeks JC, Catalano PJ, Cronin A, Finkelman MD, Mack JW, Keating NL, et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. *N Engl J Med*. 2012;367:1616-1625.
30. Oishi T, Sato K, Morita T, Mack JW, Shimodaira H, Takahashi M, et al. Patient perceptions of curability and physician-reported disclosures of incurability in Japanese patients with unresectable/recurrent cancer: a cross-sectional survey. *Jpn J Clin Oncol*. 2018;48:913-919.
31. 隈部知更. 日本人の死生観に関する心理学的基礎研究—死への態度に影響を及ぼす 4 要因についての分析—. 健康心理学研究. 2006;19:10-24.
32. 橘 直美. 医療を支える死生観—医師へのインタビュー調査を通じて—. 関西学院大学社会学部紀要. 2004;97:161-179.
33. 金児和子. 高齢者の死の意識. 伊吹山太郎, 監修. 現代の心理学—研究の動向と展開. 東京: 有斐閣; 1994:220-230.
34. Yamaguchi T, Maeda I, Hatano Y, Mori M, Shima Y, Tsuneto S, et al. Effects of end-of-life discussions on the mental health of bereaved family members and quality of patient death and care. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54:17-26.e1.
35. Jones L, Harrington J, Barlow CA, Tookman A, Drake R, Barnes K, et al. Advance care planning in advanced cancer: can it be achieved? An exploratory randomized patient preference trial of a care planning discussion. *Palliat Support Care*. 2011;9:3-13.
36. Barnes KA, Barlow CA, Harrington J, Ornel K, Tookman A, King M, et al. Advance care planning discussions in advanced cancer: analysis of dialogues between patients and care planning mediators. *Palliat Support Care*. 2011;9:73-79.
37. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014;32:2166-2172.
38. Fujimori M, Parker PA, Akechi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y. Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psychooncology*. 2007;16:617-625.
39. 藤森麻衣子. がん告知と共感的コミュニケーション. 総合病院精神医学. 2015;27:13-17.
40. がんの統計編集委員会, 編集. がんの統計 2021. 東京: がん研究振興財団; 2021 がん研究振興財団ホームページ. https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2021.pdf
41. 山根弘路, 瀧川奈義夫. 呼吸器がんの疼痛に対する薬物療法 (非オピオイド). 呼吸器内科. 2022;42:123-128.