



Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会

ニューズレター

May 2004

23

JSPM 日本緩和医療学会

〒550-0003 大阪市西区京町堀1-12-14 天真ビル507号 あゆみコーポレーション内

TEL 06-6441-5860/FAX 06-6447-0900

E-mail: info@jspm.ne.jp URL: http://www.jspm.ne.jp/

## 巻頭言

### おかしいぞ、ニッポン！どこへゆく

広島大学大学院・精神神経医科学 山脇 成人

小泉総理大臣が聖域なき構造改革を掲げて以来、金融機関の破綻、道路公団の民営化など既存の体制が音を立てて崩れ始めているが、いよいよ教育、医療にもメスが入り廃藩置県に相当する大改革が行われようとしている。教育界においては、少子化による子供の減少と国立大学の独立行政法人化により、大学間の学生と研究費の獲得合戦に追われて大学教官は疲弊し、本来の教育、研究の在り方が見失われつつある。一方、医療界においても国立病院の独法化に加えて、卒後研修必修化に伴う医師の空洞化と地域医療の混乱、医療経済論が先行する在院日数短縮化・包括医療・病床機能分化が推進されている中で、医療の効率化が最優先にされ、その本質であるべき病めるひとりの人間を救うという基本理念が軽視されつつあると憂慮するのは私だけであろうか。

日本緩和医療学会は、がん患者の身体的、精神的、社会的苦痛を緩和し、ひとりの人間としての尊厳とそのQOL向上をめざす全人的医療の展開を目的として活動している。本学会の理念は、現代医療が失いつつある医療の原点であり、がん患者さんやそのご家族はもちろん社会からの期待も大きく、それに応える責任がある。迷走するわが国の医療界にあって、本学会からあるべき医療についてメッセージが発信できることを心から願いたい。

## Current Insight

### 臨床倫理相談室（員）の提案

山口大学医療環境学 谷田 憲俊

終末期医療の倫理問題はありふれているので、先端医療や移植医療と異なり日本の倫理委員会は扱わない。患者や家族、医療者は、問題があるとわかって相談するところはないのが現状である。多くの場合、このような倫理問題にはそれぞれが対応している。しかし、関係者が対応能力を十分に発揮して最善の選択を採用したとしても、患者も家族も医療

者もそれでよかったのかと悩みを抱える。リビング・ウィルなどの事前意思表示があれば、このような場合に有用である。しかし、簡単な事前意思表示（リビング・ウィル）は不明瞭のことがあり、逆に詳しく記せば記すほど現状と合わなくなる。このジレンマを解決する手段はない。したがって、事前意思表示の存在は、方針決定後のストレスや悩みを解決する手段にはならない。そのような彼らの悩みに応えることは、患者や家族の受容に役立ち、遺族の立ち直りや医療者の職務遂行力を高めるうえで大切と考えられる。

そこで、臨床倫理相談室（員）開設を提案したい。臨床倫理の知識と应用能力、傾聴の技能を有する医療者（パラメディカルも含めて）が存在すれば、第3者として当事者の相談に乗ることができる。実際の業務は、情報提供と支持的カウンセリングが主体になる。したがって、患者や家族、医療者の代わりに方針を決定することではなく、当事者（最終的には患者）が決断できるよう支援するのが業務となる。目的は倫理課題の解決だが、実質上は患者・家族・スタッフのケアとなる。有用性は予測できるが、試行錯誤的に進めなければならない現実もある。

臨床倫理相談員の養成は、医師や看護師、パラメディカルを対象とする。緩和ケアに関連する臨床課題が主となるので、養成する母体は学会や関係する研究会や学会があたる。それらの母体が相互に単位を認定できるような養成講座を組織する。講座の内容は、臨床倫理と傾聴技能、コミュニケーション技能など、及びそれらの実習である。学会期間中、あるいは他にセミナーなどを開催して、規定の単位を取得したものに資格を認定する。

現行の医療情勢で人員を割くことは不可能とも思われるが、機能的には常時連絡可能な体制を整えれば対応できると思われる。また、診療や看護の一線を引退された経験も時間もある医療者が数多いと推測される。それらの方々に参加いただければ、医療者の教育の面でもメリットがあると考えられる。現在、設置されつつある患者情報室と連携できれば、施設面でも実現可能と思われるがいかがでしょうか。

## Current Insight

### 余命の宣告にまつわること

聖路加国際病院 緩和ケア病棟 齊藤 美恵

ホスピスについての情報が多くなってきている昨今でも、“人生の最期を迎える特別な場所”と捉えている患者は非常に多い。ほとんどの患者が、入院してくる際“死”を覚悟している。その為、症状が安定し退院することが可能となったにも拘らず、大きな精神的葛藤をもたらすことがある。最期の時を安らかに迎えたいと切望している患者は、我々からみれば症状コントロールの段階であっても、生きることへの区切りをつけて入院して来る。退院することは死が先送りされるだけ、と捉える患者にとって、“死”から“生”へと心の方向転換をすることは容易ではない。

しかし、その患者らの事例を振り返ってみたとき、余命の宣告が大きな影響を及ぼしていることが見えてきた。医療者は、やや短めに余命を宣告しているように思えるが、患者はそれを絶対的なものだと思い込み、修正することは甚だ困難である。その結果、患者の中には、実際の病状についての認知が歪み、必要以上に病状が悪いと思いついていたり、無意識に末期癌患者を演じてしまっているケースもあった。

医療者が退院を勧めても全く応じない時期を経て、自分自身の病状に対する認知と実際の病状とのずれに患者自身が気づき、退院することを決心するに至った過程、心の方向転換を促す為に重要だと思われた点を幾つか挙げてみたい。

まず、宣告された余命はあくまでも統計的なものであって、絶対的なものではないことを繰り返し説明して理解してもらおうこと。患者の心情を汲み取るべく傾聴し、余命の宣告により受けた心の傷を癒すこと。余命の仕切り直しをして、これからの時間をどう過ごすかということに目を向け直すこと。患者自身がサポートされているという実感をえられるよう、医療者・家族で見守っているというメッセージを送り続けること、である。

## Journal Club

### アドヴァンス・ディレクティブに関する倫理問題—リハビリテーションの観点から

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

Stein J: The ethics of advance directives: A rehabilitation perspective. Am J Phys Med Rehabil 2003; 82: 152-157.

要旨：リビングウィルや永続性のあるヘルスケアに関する法定代理人を含む、アドヴァンス・ディレクティブは広く米国のヘルスケア制度において受け入れられるようになってきた。重度の障害の発生に際し、リビングウィルはケアに関する制限条項を含むことがある。このような条項は、障害を受容する資質に関する人々の能力について、あるいは、障害を持つ人のQOLに関して、社会的に誤った概念の形成、という倫理的問題を提起する。そして、永続性のあるヘルスケアに関する法定代理人に対する信頼性の増大が提唱されている。これは、障害を持つ人が経験しているQOLや、ヘルスケア教育の向上を含んでいる。

訳注：著者に拠れば、アドヴァンス・ディレクティブとは、法的な文章のことである。これは、能力の欠如の状態に先立って、ヘルスケアに関する影響力を行使することにより、個人に対する支援を意図したものである。アドヴァンス・ディレクティブの最も一般的な形式がリビングウィル、および、永続性のあるヘルスケアに関する法定代理人である。

解説：緩和医療学や死生学、生命倫理学では、ありふれた話題であるアドヴァンス・ディレクティブが、身体的リハビリテーションの世界でも、障害の受容を巡って登場してきていることが伺われる論文である。医学的リハビリテーションの分野では、脳血管障害のほかに、外傷による後遺症、慢性神経疾患などの難病を対象としてきたので、このような形での生命倫理的提案がなされたと思われる。

## Journal Club

### 脊椎腫瘍における予後予測因子—リハビリテーション部門における後方視研究

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

Guo Y, Young B, Palmer JL, Mun Y, Bruera E: Prognostic factors for survival in metastatic spinal cord

compression: A retrospective study in a rehabilitation setting. Am J Phys Med Rehabil 2003; 82: 665-668.

目的：転移性脊椎腫瘍（MSCC）は全がん患者の5-10%に出現する。これは、生存期間の短縮に関係している。MSCCの患者は、機能障害の可能性があり、退院前にリハビリテーションを必要とすることがある。本研究の目的は、入院中にリハビリテーションを受けている患者の生存率に関する重要な要因について、臨床的および社会的価値を確認することである。

デザイン：1996-1998年に第3次のがんセンターに入院したMSCCの患者60名である。年齢、退院先、原発巣、転移、ヘモグロビン及びアルブミンのレベル、MSCCに対する治療、オピオイドの使用、心理的症状について検討した。また、生存率については Kaplan-Meier 法を用いた。

結果：今回、我々が検討した項目については生存率に統計的有意差が見られなかった（中央値：4.1ヶ月）。胃がん患者は例外で、予後不良であった（中央値0.6ヶ月）。診断からリハビリテーション部門への移行まで1ヶ月を要していた。

結論：MSCCの患者に対するリハビリテーション計画は短期間に行われるべきであり、かつ、例えばMSCCの診断直後など、早期に開始する必要がある。

## Journal Club

### Patient-controlled methylphenidate for the management of fatigue in patients with advanced cancer

名古屋市立大学大学院医学研究科 明智 龍男

Patient-controlled methylphenidate for the management of fatigue in patients with advanced cancer: A preliminary report

Bruera E, et al. Journal of Clinical Oncology 2003;21 (23) :4439-4443

#### 【背景】

倦怠感は、進行がん患者に認められる苦痛を伴う頻度の高い症状であり、先行研究によると60-90%に倦怠感がみられることが知られている。また、がん患者の倦怠感に関連する要因として、悪液質、うつ病、痛み、オピオイドをはじめとした薬剤、貧血、抗がん剤治療などが知られているが、直接的な介入を行うことが難しいこともまれではない。精神刺激薬であるmethylphenidateは、がん患者においてみられるオピオイドに起因する鎮静や脳腫瘍に伴う認知機能障害、うつ病に有用であることが示されており、幾つかの予備的検討で、がん患者の倦怠感に対する有用性も示唆されている。しかし、先行研究は標準化された倦怠感の評価法を用いておらず、またmethylphenidateに関しては固定された投与方法が行われている。今回、がんに関連した倦怠感のマネージメントに対するpatient-controlled methylphenidateの有用性と安全性を検討するために予備的なオープン試験を行った。

#### 【目的】

患者自身により服用量を調整する方法でmethylphenidate を投与し（patient-controlled methylphenidate）、本服用

方法が倦怠感のマネージメントに有用であるか否かを予備的に検討した。

#### 【対象と方法】

本研究のデザインは、前向きオープン試験とした。0-10点の倦怠感評価において4点以上を有する緩和ケア外来通院中の進行がん患者を対象に、methylphenidateを5mgから経口投与開始し、必要に応じて2時間毎に追加服用を行うこととした（なお最大投与量は一日20mgまでと設定し、研究は7日間行った。希望者には研究終了後にもmethylphenidateを継続投与した。）。研究期間中は、毎日、倦怠感を含む複数の症状を評価した。主要評価は、ベースライン、研究開始後7日、28日後における0-10点の倦怠感スコアおよびFunctional Assessment for Chronic illness Therapy-Fatigue (FACIT-F) とした。

#### 【結果】

30症例から有効なデータが得られた。ベースラインと7日後の間において、倦怠感スコア ( $7.2 \pm 1.6$  v  $3.0 \pm 1.9$ ,  $P < .001$ )、FACIT-F ( $17.5 \pm 11.3$  v  $34.7 \pm 10.0$ ,  $P < .001$ ) とともに有意な改善が認められた。その他、不安、抑うつ、食欲、痛み、嘔気、眠気にも有意な改善が認められた ( $P < .05$ )。28例 (93%) は、一日15mg以上のmethylphenidateを服用しており、全員が研究終了後にもmethylphenidateを継続服用することを選択していた。重篤な有害事象は認められなかった。

#### 【考察】

今回の予備的な結果は、patient-controlled methylphenidateが倦怠感を含む諸種の症状を迅速に緩和するうえで有用であることを示唆しており、今後、無作為化比較試験を行う合理性を支持するものと考えられた。

## Journal Club

### 緩和ケア専門施設での最初の1週間の、 進行がん患者の痛みの性質とその治療効果

東北大学医学部附属病院 緩和ケアセンター 千葉 聡子

Pain Characteristics and Treatment Outcome for Advanced Cancer Patients During the First Week of Specialized Palliative Care

Annette S, et al. Journal of Pain and Symptom Management 2004;27:104-112

#### 【要旨】

進行がん患者には様々な症状が出現するが、痛みは最も恐れられている症状の1つである。緩和ケア専門施設へ紹介されたがん患者の痛みを調べるため、入院時の痛みの性質と投薬状況、最初の1週間での痛みの変化を調べ、最初の痛みの強さと治療効果の予測因子を検討した。初診時 (T0) と1週間後 (T1) に、痛みをEdmonton Symptom Assessment System (ESAS) とEORTC QLQ-C30で評価した。最初のPain score、T0 から T1 の両 Pain score の変化と、臨床的・患者背景的参数、初診時の投薬状況、疼痛治療との間の関連を調査した。267名の患者のうち、最初のPain scoreは175名から聴取できた。81%が T0 時点で麻薬を投与されていたが、最初のPain scoreは高かった (ESAS:50、EORTC QLQ-

C30:70)。骨転移、神経因性疼痛、複数の原因（混合して、または別々に）による痛み、突発痛を持つ患者では、最初のPain scoreはより高くなるという関連があった。また、T0 時点で様々な症状のうち痛みの優先順位が高い患者、若い患者、performance statusが低い患者でも、最初のPain scoreはより高くなるという関連があった。両Pain scoreの平均値は、最初の1週間で有意に減少した。疼痛治療の結果として痛みの改善や増悪を、有意に予測できるパラメーターはなかったが、男性患者、神経因性疼痛がある患者、見当識障害のある患者（以上EORTC QLQ-C30でのみ有意差あり）、痛みによる睡眠障害がある患者（ESASでのみ有意差あり）では、治療効果として痛みが改善しやすい傾向があった。疼痛治療の進歩にも関わらず、疼痛が改善しにくい患者が存在するので、まだ治療法の改善の余地があると言えるだろう。

## 学会印象記

### 米国ホスピス・緩和医療学会（AAHPM）に出席して

厚生連海南病院 渡邊 正

AAHPM (American Academy of Hospice and Palliative Medicine) and HPNA (Hospice and Palliative Nurse Association) の第16回年次大会が、1月21日より25日までフェニックス市において行われました。アリゾナの乾燥地帯に発展したフェニックス市は、街路樹の多くはサボテンで、日本では見られない都市の風景です。会場は、熱心さとユーモアと活発な討論で活気に溢れ、学会そのものの若さと、学会への期待が強く感じられました。わが国の緩和ケア医師教育の参考にするために、Dr. D. E. Weissmanが座長を務める“Advanced educational techniques for palliative care physicians”に参加しましたが、約100名ほどの参加者で、医学生、医師への教育方法が熱心に討論され、教育が現在最も重要な課題に位置づけられていることが伺えました。それらの詳細は紙面の関係で述べることはできませんが、あとでweb-siteをみると、フェローを募集している病院（大学病院を含め）は全米で46病院にものぼり、現在では医師を教育する医師の育成も重要な課題になっていると思われます。プログラム全体をみると、ワークショップや2~4名の指導的な研究者による課題を決めたセッションなど、教育的な色彩の濃い運営がなされ、また演題では症状コントロールについて教育に関係する演題が多く見られました。癌以外の疾患に関する緩和ケアの演題も多く、米国の緩和ケアは、癌を中心に発展してきたわが国の緩和ケアに対し、癌に限らず心不全、腎不全などの緩和ケアも含む、総合内科的なベースから成り立っていることの反映と思われました。当学会に参加して、緩和ケア、トータルケアに対する熱い思いを感じることができ、今後の活動への大きな刺激となりました。

## 学会印象記

### 国際セミナー参加印象記

千葉県がんセンター整形外科 安部 能成

新春気分の2004年1月11日、昭和大学上條講堂にて「緩和ケアチーム—その役割・運営・評価をめぐる」と題する国際セミナーが開催された。講師は、海外からの招聘として、スーザン・P・クロス医師（英国）、リーズ看護師（豪州）、日本からは、内富庸介医師、下山直人医師、梅田恵看護師の5名で、いずれも緩和ケアチームのエキスパートが選ばれていたことは準備委員会の見識の高さを示している。午前中に外国の講師が、午後の前半を我国の講師が基調講演を行い、其々に対する質疑応答を含める形で総合討論が配置され、時間を有効に使う工夫が感じられた。

講演の内容は、第1席のスーザン・P・クロス先生は、英国の一般病院における緩和ケアチームの展開について教科書的な内容を述べられ、英国流緩和医学を学んだものには、良い復習の機会となった。第2席のリーズ先生は、豪州の急性期病院における緩和ケアチームが、医師・看護師・パルトラルワーカーから構成される多職種チームとして展開したことをナースの立場から解説された。つづく午後の部では、主として国立がんセンター緩和ケアチームについて、精神科医の立場から内富先生が、麻酔科医の立場からは下山先生が、臨床経験を述べられた。また、梅田先生は、我国で最初に緩和ケアチームを発足させた昭和大学での活動について、丁寧に説明された。厚生労働省認可の緩和ケアチームが医師と看護師で構成され、薬剤師がコメディカルとして登場するという特色は、英語圏の国々とは異なる歴史によることが理解できた。しかし、どの職種をチームメンバーとして求めるか、最終的に患者が決定することは同意できたが、既に実行されている諸外国と同様のことが我国でも実行可能かどうか、疑問が残る。

最後の総合討論では、時間的制約にもかかわらず藤井先生と岡田先生の手際により、参加者からの質問に応える形でスムーズに進行された。しかし、午後の基調講演に対する質問を含め、フロアからの発言が少なかったのは残念な気がする。これに対し、司会の労をとられた樋口先生の弁舌さわやかなことには感銘を受けた。総合討論の最後の発言をされた高宮先生の、今後の緩和ケアチームの質的担保に関する御見解を含め、今回の国際セミナーは暖房の効いた会場のみならず、人材の面でも昭和大学と緩和ケアセンターの全面的なバックアップによるものであったと、参加者の一人として感謝申し上げたい。

## 学会印象記

### 国際セミナー報告

静岡県立がんセンター 高橋 晃子

2004年1月11日、昭和大学上條講堂において「緩和ケアチーム—その役割・運営・評価をめぐる」をテーマに緩和ケア国際セミナーが開催された。2002年4月緩和ケア診療加算が新設されたことに伴い、緩和ケアチームの組織化が急速に進んできているが、緩和ケア病棟における緩和ケアを中心に発展してきた我が国において、コンサルテーション型の活動は馴染みが薄い。国内外の緩和ケアチーム活動を先駆的に行ってこられた先生方の講演は、多くの緩和ケアチームのメンバーにとってまさにタイムリーで、多くの示唆が得られた充実した内容であった。なかでも特に印象に残った内容について報告したい。

英国の緩和ケアコンサルタントCross先生からは、院内コンサルテーション型緩和ケアチームの欠点として、病棟チームと緩和ケアチーム間の緊張について詳細な発表があった。緩和ケアチームが完全に患者を管理できないことによる病棟チームと緩和ケアチーム間の緊張については、当センターでも多々遭遇する問題である。後半の質疑応答でもこの問

題についてはさらに言及された。互いのコミュニケーションスキルを高めるとともに、患者の意向を確認し、患者が意思決定に参加できるようにすることが大事であると述べられ、誰のための緩和ケアであるかという原点に戻る大切さを改めて認識させられた。患者・家族と医療スタッフ、緩和ケアチームと病棟チーム、緩和ケアチームメンバー間それぞれに価値の対立があるであろう。緩和ケアチームの看護師として、これらの様々な調整を担い、患者の代弁者としての役割を果たしていくことを自らの課題としたい。

セミナーの中では、緩和ケアチームの対象が末期がん患者に限定されていることについても問題点としてとりあげられた。当センターでも、がんの全ての病期の患者を対象に、積極的、継続的かつ総合的な緩和ケアの提供を目指しているが、実際は積極的治療が不適応となった患者に関する依頼が多くを占めている。そのため、緩和ケアへの移行は患者、家族にとって高い垣根を乗り越えるようなものであり、その垣根をうまく乗り越えることができないまま亡くなる方も多い。緩和ケアチームのナースコンサルタントであるRees先生は、患者のサポートニーズにしたがって、在宅、ホスピス、病院を自由に行き来できること＝シームレスであることがサービスの原則であると講演された。この原則をいかに実現させていくかについて、今後さらに検討を重ねていきたい。

今回のセミナーでは、緩和ケアチームに携わるメンバーが皆多くの困難に直面しながらも各施設に応じた活動を発展させていくプロセスを知ることができ、今後の活動に対する勇気をいただいた。今後も他施設との情報交換を行い、患者のためという視点を忘れずに、当センターに求められるチームのあり方を追及していきたい。

## 学会印象記

### 国際セミナー報告

昭和大学病院 松林 幸子

2004年1月11日に、昭和大学病院・五味邦英病院長の大会長で、昭和大学上條講堂において、「緩和ケアチーム—その役割・運営・評価をめぐって」をテーマに開催された。

基礎講演では、ウエールズで緩和ケアコンサルタントとして活動されているDr. Susan P. Clossが、“院内緩和ケアチームはどんなインパクトを与えるか？”と題し、院内緩和ケアチームの歴史と背景、院内緩和ケアチームの利点と欠点などについて発表があった。最後に、将来への提言として、個々の病院での最適なチーム構成や経済効果を示すために評価が必要であると述べられた。次に、オーストラリアでクリニカルナースコンサルトとして活動されているMs.

Raelene Reesが、“緩和ケアコンサルテーションチームメンバーのナースの役割とその挑戦、個人的展望”と題し、緩和ケアチームの看護師の活動についての発表があった。クリニカルナースコンサルトが責任を持つ内容として、

(1) 臨床でのサービス（患者の痛みやその他の症状についてのアセスメント・医療スタッフへのアドバイス） (2) 教育（医師・看護師の教育、患者・家族への教育） (3) 研究 (4) 患者／家族／スタッフサポート (5) 退院計画&連携 (6) 擁護（患者側に立ち、患者の自律と選択を尊重する）であると述べられた。

パネルディスカッションでは、内富庸介氏（精神科医）・下山直人氏（緩和ケア医）・梅田恵氏（がん看護専門看護師）が、それぞれの立場から“日本における緩和ケアチームの今後の方向性”について発表があり、最後に、参加講師全員による全体討議が行われた。

2002年4月診療報酬改定において、緩和ケア診療加算が新設されたことにより、院内コンサルテーション型緩和ケアチームの数は急増している。しかし、これまでの緩和ケア領域における学会・セミナーにおいては、症状マネジメントなどに焦点を当てたものがほとんどであり、緩和ケアチームの活動自体について話し合われるものはなかったように思われる。よって、今回のセミナーに参加できたことは大変有意義であり、緩和ケアに携わる者として、今後もチームの発展のために努力していきたいと考える。

## Journal Watch

### ジャーナルウォッチ 緩和ケアに関する論文レビュー（2004年1月～2004年3月到着分まで）

対象雑誌：Journal of Pain and Symptom Management, Palliative Medicine, Journal of Palliative Care, Supportive Care in Cancer, Journal of Palliative Medicine, American Journal of Hospice and Palliative Care, European Journal of Palliative Care, psycho-oncology, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院ホスピス 森田 達也

#### *Reviews, recommendations, meta-analyses, randomized controlled trials, and large surveys*

対象雑誌に掲載された医学論文のうち緩和ケアの臨床家にとって有用と思われる、レビュー、学会の推奨、メタアナライシス、無作為化試験、あるいは、大規模サーベイなどを列記します。

#### 緩和ケアチーム

Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, McPhee SJ. The comprehensive care team: A controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. Arch Intern Med. 2004; 164(1):83-91.

#### 疼痛

Bennett MI, Simpson KH. Gabapentin in the treatment of neuropathic pain. Palliat Med. 2004; 18(1):5-11.

#### 上大静脈症候群

Rowell NP, Gleeson FV. Steroids, radiotherapy, chemotherapy and stents for superior vena caval obstruction in carcinoma of the bronchus: a systematic review. Clin Oncol. 2002; 14:338-351.

#### 全身倦怠感

Morrow GR, Hickok JT, Roscoe JA, et al. Differential effects of paroxetine on fatigue and depression: a randomized, double-blind trial from the university of Rochester cancer center community clinical oncology program. J Clin Oncol. 2003; 21(24):4635-4641.

### 腹水

Smith EM, Jayson GC. The current and future management and malignant ascites. Clin Oncol. 2003; 15:59-72.

### 食思不振

Bruera E, Weeney C, Willey J, et al. A randomized controlled trial of supplemental oxygen versus air in cancer patients with dyspnea. Palliat Med. 2003; 17(8):659-663.

### 口内炎

Keefe DMK. Gastrointestinal mucositis: a new biological model. Support Care Cancer. 2004; 12(1):6-9.

### かゆみ

Zylicz Z, Krajnik M, van Sorge AA, Costantini M. Paroxetine in the treatment of severe non-dermatological pruritus: A randomized, controlled trial. J Pain Symptom Manage. 2003; 26(6):1105-1112.

### 代替医療

Correa-Velez I, Clavarino A, Barnett AG, Eastwood H. Use of complementary and alternative medicine and quality of life: changes at the end of life. Palliat Med. 2003; 17(8):695-703.

### サイコオンコロジー

Weis J. Support groups for cancer patients. Support Care Cancer. 2003; 11(12):763-768.

Chow E, Tsao MN, Harth T. Does psychosocial intervention improve survival in cancer? A meta-analysis. Palliat Med. 2004; 18(1):25-31.

### コミュニケーション

Tiernan E. Communication training for professionals. Support Care Cancer. 2003; 11(12):758-762.

### ガイドライン

Johnson DC, Kassner CT, Kutner JS. Current use of guidelines, protocols, and care pathways for symptom management in hospice. Am J Hosp Palliat Care. 2004; 21(1):51-57.

### 臨床研究

Piggott M, McGee H, Feuer D. Has CONSORT improved the reporting of randomized controlled trials in the palliative care literature? A systematic review. Palliat Med. 2004; 18(1):32-38.

### From Japan

#### 対象雑誌に掲載された日本からの論文を取り上げます

Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. Cancer. 2004; 100(1):183-191.

Hirai K, Morita T, Kashiwagi T. Professionally perceived effectiveness of psychosocial interventions for existential suffering of terminally ill cancer patients. *Palliat Med.* 2003; 17(8):688-694.

Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al. Japanese version of the M.D. Anderson symptom inventory: A validation study. *J Pain Symptom Manage.* 2003; 26(6):1093-1104.

Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S, Shima Y. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2004; 27(1):44-52.

Takahashi M, Ohara T, Yamanaka H, Shimada A, Nakaho T, Yamamuro M. The oral-to-intravenous equianalgesic ratio of morphine based on plasma concentrations of morphine and metabolites in advanced cancer patients receiving chronic morphine treatment. *Palliat Med.* 2003; 17(8):673-678.