


Japanese Society for Palliative Medicine

日本緩和医療学会
ニュースレター
February 2007 **34**

 特定非営利活動法人
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

新年度にむけての緩和医療の動向について

国立がんセンター中央病院手術部 下山 直人

平成18年6月にがん対策基本法案が国会を通過し、本年の4月より施行されることが決まったことは緩和ケアに携わる医療者にとって画期的な出来事であると考えている。しかし、臨床の現場への反映は少し時間がかかるように思えるし、成立後の行政や当学会の動きに関しても認識されていない医療者は多いと思う。本稿では今後緩和医療学会がどのような役割を果たすべきかについて意見を述べたいと思う。また、筆者の所属する国立がんセンターが緩和医療の中で果たそうとしている役割についても付け加えたい。

がん対策情報センター

平成18年10月より、国立がんセンターの築地キャンパスにがん対策情報センターが設立された。詳細はホームページ (<http://ganjoho.ncc.go.jp/top.html>) を参照されたいが、がん対策基本法をうけてその理念の実践を行うことが目的となっている。がんに関する予防、早期発見、治療、研究、教育、緩和ケアについてすべての情報を発信し、双方向の情報伝達が行われることが実際の目標である。平成18年12月より、本学会の評議員である元北里大学の場元弘先生が、その他のがん情報だけでなく緩和ケアに関する情報発信の中心となってすでに活動を開始しており、同じ学会員として、同僚としてサポートしていきたいと考えている。国の緩和ケアに関する施策は、このセンターと全国のがん診療連携拠点病院との連携によって均てん化されるように目標が定められている。NPO法人化し公的な役割が明確となった本学会と国の施設との連携は極めて重要であると考えている。

緩和ケアに関する研究の推進

厚生労働省のホームページをみると平成18年度の公募も含め、平成19年度においてもこれまでになく多くの厚生労働省科学研究費研究班の公募が行われている。これもおそらく基本法の施行を見据えてのことと思われるが、公募要項をみても、緩和ケアガイドラインの作成、緩和ケアの教育の向上、QOLの向上・支持療法の向上に関する研究などが銘記され、緩和ケアの向上にむけての研究推進が盛り込まれている。また国の施策としての戦略研究の公募には、はじめて緩和ケアに関する研究が公募された。緩和ケアが末期医療と同義語で使われてきた時代では、研究という言葉は馴染みにくく、実際に臨床に関するインパクトの高い研究は少なかったことは自分も含め反省すべきことと思われるが、今回の

法案を受けて早期の、がんの治療と並行して行われる緩和ケア、支持療法という観点での研究の推進に対しては緩和医療学会の力が必要であると考えている。この研究の中にも多くの学会員が参加・協力し、学会の中でいまだに結実していない部分も、学会の中ですで行われている部分も含めて国の施策に取り入れられるような研究を行っていかねばならないと思う。

教育の発展にむけて

看護師、薬剤師に関しては、すでに緩和ケアにある程度特化した認定制度が作られているが、医師に関してはまだ先が見えない状況にある。現状での緩和ケア医の要件は不明瞭であり、最低限の教育レベル（minimum requirement）の設定のために認定医制度の設立は急務であると思われる。そのための医師分科会の設立や、緩和ケア医への入り口となる各学会（日本麻酔科学会、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会など）相互での認定医制度に向けての議論が必要ではないかと考えている。緩和ケアの教育、均てん化は国の施策に合致しており、教育プログラムを作成しがん診療連携拠点病院を介した均てん化は先に記した研究班の目標となっているため、ここ3年での具体的な成果に期待したい。研究会、講習会もちろん重要な方法であると考えている。

臨床での実際の問題

緩和ケアの将来は上述した研究などによって明るいと考えているが、実際の緩和ケアの臨床現場では多くの問題が山積している。筆者自身は、保健医療・介護保険対策委員として現場での状況を把握し委員会での検討をはじめようとしているところである。2年後の改訂にむけて声が寄せられているのは、リンパ浮腫に対するマッサージ療法の診療加算、在宅医療における介護保険との関連に関する問題、緩和ケアチーム加算、などである。緩和ケアチーム加算の要件に関しては、今後とも緩和ケアチーム検討委員会での議論を含め折衝を行っていく必要があると思われるが、前2者に関しては関連学会と連携し現場の声を反映したものにしていかなければならないと考えている。ケタミンの麻薬指定、保険適応外の薬剤の使用に関しても本学会を主導とした研究チームの発足が急務であると考えている。緩和ケアの発展の中で、診療加算に関するもの、教育に関する問題は、公的な、NPOのような組織が国と連携し行っていくことが必要であると考えている。

もともと保険に関しては不勉強な部分が多く、委員の方々、学会員のご指導をうけながら、多くの声に耳を傾けていきたいと考えている。今後ともよろしく願いたします。

Journal Club

緩和ケア研究に対するホスピス患者の考え

山口大学大学院医学系研究科医療環境学 谷田 憲俊

Terry W, Olson LG, Ravenscroft P, et al. Hospice patients' views on research in palliative care. Intern Med J 2006;36:406-413.

【はじめに】

より良い緩和ケアの推進には、緩和ケアに関する研究が必要となる。中でも臨床研究には、その対象患者の参加が必須である。しかし、終末期患者は致死が間近であるため、“研究”であることを理解しないまま誤った望みから研究参加にせき立てられるとされる。したがって、インフォームド・コンセントが適切でないため、終末期患者を対象とする臨床研究は倫理的に問題あるとされる。この論文は、死にいく患者自身がどのように考えているのか調査した質的研究の結果である。

【方法】

20床のマーシー・ホスピス（オーストラリア）の入院患者を対象とし、半構造的面接を行った。参加を打診された22人に1日後に諾否を尋ねたところ、全員が本研究へ参加を了承した。18人が進行がん患者で、13人が女性、年齢は28～93歳であった。面接から死までの期間は、1日が5人、2日が9人、他は1～5週間であった。面接は1人（WT）が行い、患者1人あたり19～74分（中位40分）で、面接を録音し後の分析に用いた。面接は構造的質問にオープンな応えを追加できるように、緩和医療における研究課題全般に及び質問を行った。

【結果】

全ての患者は、打診されれば臨床研究への参加を希望するとした。主に挙げられた理由は、「自己犠牲」「個人の価値が高められるという思い」「自律の達成感」「研究により緩和ケアが改善することの期待」であった。彼らは、彼らの自己決定は自律に基づいたものではないという指摘を拒否し、同意の有効性を主張した。

【結論】

調査した限りでは、倫理関係者が倫理的問題としたことに患者は同意しなかった。患者の視点は、専門家たちのコンセンサス（終末期患者を臨床研究から除外する）に反映されていないことが明らかとなった。

【コメント】

かつて、死にいく患者は人体実験の材料とされた。その罪悪感からか、終末期患者に対する研究はタブー視されている。しかし、タブー視すること自体が人権に反する行為である。終末期患者の人権侵害の可能性は研究課題にもよるであろうし、適切な臨床研究が行える体制を整えることが必要と思う。

Journal Club

**乳がん罹患後の自殺：
一般人口における乳がん罹患女性723,810人を対象とした多国間研究**

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学
名古屋市立大学病院こころの医療センター 明智 龍男

Suicide after breast cancer: an international population-based study of 723810 women

Schirer C, et al

J Natl Cancer Inst 2006;98:1416-9

【背景と目的】

米国においては、2001年の時点で、約2百万人の乳がん生存患者が存在している。乳がんと自殺に関する研究は、スカンジナビアとカナダにおける小さな研究があるのみで、これら研究においては、乳がんに罹患すると、30-50%自殺の危険性が高くなることが報告されている。しかし、乳がん生存患者を対象として、5年以上の長期間にわたって自殺の危険性を検討した研究はほとんどなく、また米国女性に関するデータはない。

【方法】

デンマーク、フィンランド、ノルウエー、スウェーデン、米国の一般住民を対象とした16のがん登録を利用した。1953年1月1日から2001年12月31日の間に乳がんと診断された患者で、少なくとも1年間は生存していた患者723,810人対象として、2002年に自殺の危険性を定量化した。自殺の危険性として、乳がん患者における、一般人口と比較したStandardized mortality ratio (SMR) とexcess absolute risk (EAR: [観察数-予測数]×10万人年) および自殺の割合を算出した。

【結果】

総数836人の乳がん患者が自殺していた。SMRは1.37 (95%信頼区間 1.28-1.47)、EARは4.1 (10万人年あたり)であった。自殺の危険性は診断後いずれの時期においても一貫して高く、がん罹患後25年以上経過しても同様の結果であった。人種に関する検討では、黒人女性における自殺率が最も高かった。また、がん診断時のがんの病期が進行した状態ほど、自殺率も高くなっていた。乳がん罹患後30年間にわたる自殺の累積割合は0.20%であった。

【考察】

本研究は、乳がん患者における自殺に関して、一般住民を対象としたこれまでで最も大規模な検討である。また米国の乳がん患者に関して、初めての報告である。今回の検討で、乳がん罹患後25年を経ても、一般人口に比べて、なお自殺の危険性が高いことが示された。また、診断時の乳がんが進行した病期であると、自殺の危険性が高くなることも示された。本研究には、うつ病やうつ状態に関するデータは含まれていないが、先行研究からは、乳がん罹患後に発現するうつ病をはじめとした心理的苦痛が、自殺の背景に存在することが推測された。

【コメント】

自殺は発現頻度が低い現象であるため、がん患者における自殺率に関して検討を行うためには、極めて大規模なコホートが必要となる。本研究は、中でも乳がん患者を対象を限定して長期間における自殺率を検討した内外を通してはじめての知見である。自殺は稀な事象ではあっても、その与える衝撃は周囲の家族、医療スタッフを含めて極めて深刻である。ましてや自殺にいたる患者の苦痛は想像するにあまりある。本データは、今後、がん患者の自殺予防の方略を考えていくうえで極めて貴重な知見であると言える。

Journal Club**進行乳がん患者のサポート・情報ニーズを満たすこと：無作為化比較試験**

名古屋市立大学看護学部 樫野 香苗

Meeting the support and information needs of women with advanced breast cancer: a randomised controlled trial. Aranda S, Schofield P, Weih L, et al. Br J Cancer, 95(6):667-73, 2006.

【背景】

多くの心理社会的介入が、がん患者のアウトカムを改善すると報告されてきた。しかしながら、今までの介入は、臨床に適用することが難しく、患者のニーズを考慮したものではなかった。

【目的】

進行乳がん患者のニーズに着目した、看護師による介入の有効性について検討した。介入の目標は、情報を提供したり、症状を管理するためのセルフケアを促したり、適切なサポートを紹介することによって、患者の心配を緩和することである。

【方法】

都市部に在住する172人の女性のうち105人が参加に同意した。女性は通常のケアか介入のどちらかに無作為に割り付けられた。介入群は、訓練された看護師による約1時間の面接を受け、Supportive Care Needs Survey (SCNS)の結果に沿って心配事を緩和するための戦略について話し合った。その1週間後、電話によるフォローアップで面接内容の確認や戦略の修正等を行った。アウトカムはEuropean Organization of Research and Treatment of Quality of Life Q-C30 version2.0 (EORTC Q-C30)とSCNSであり、ベースラインと介入後1ヶ月、3ヶ月に記入された。

【結果】

研究を終了したのは60人であり両群に差はなかった。SCNSとEORTC Q-C30の下位尺度については両群に有意な差は見られなかった。しかしながら、ベースラインのSCNSに基づいて、各群をニーズの高い群とニーズの低い群に分けると、ベースラインでニーズの高い群については、介入群の方が対照群よりも心理的・情緒的なニーズが有意に低下した。

【考察】

この研究は、看護師による面接と電話によるフォローアップが、ニーズの高い進行乳がん患者の心理的・情緒的ニーズを有意に低下させることを明らかにしたが、QOLやその他のニーズ、心理的・情緒的ニーズの低いグループへの影響は明らかではなかった。フォローアップの時期等の改善が必要かもしれない。

【コメント】

オーストラリアの研究グループによる一連のがん患者のニーズ研究の論文である。近年、実際の臨床に適用可能なbrief therapyの有効性を検証する論文が増えてきている。この論文で報告されている介入の構成要素は、患者のニーズアセスメントと問題解決のためのセルフケアの促進が主要なものであり、提供者である看護師に求められる能力はかなり高いと思われるが、外来の患者ケアを考えるうえで興味深い論文である。

日本における精神的苦悩（「スピリチュアルペイン」）の概念化

聖隷三方原病院ホスピス 名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学 赤澤 輝和

京都ノートルダム女子大学人間文化学部 村田 久行

聖隷三方原病院緩和支援治療科 森田 達也

第3次対がん10か年総合戦略研究事業

「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究」班 「精神的苦悩に関する研究グループ」

Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force: The first step of a nationwide project Murata H & Morita T. Palliative and Supportive Care 4: 279-285, 2006

【背景と目的】

精神的苦悩（いわゆる「スピリチュアルペイン」）の軽減は緩和ケア臨床家の最も重要な役割のひとつであるが、概念的枠組みが確立していないことはこの分野の研究を行う上で混乱につながる。本研究の主要目的は、全国計画の初期段階として概念的枠組みの開発過程を例証することである。

【方法】

当該領域の研究者26名および多職種からなるレビューアー100名によるコンセンサス法を使用した。研究者は緩和ケア医6名、精神科医6名、看護師5名、ソーシャルワーカーまたは心理学者4名、哲学者2名、宗教家、社会学者、そして作業療法士から構成された。2日間にわたる討議に加え、引き続き電子メールによる討議を行い合意に達した。

【結果】

日本における観察的研究、理論研究、および終末期のQOL (good death) に関する研究を統合することにより、本研究の出発点としての概念的枠組みを採用することに合意した。

精神的苦悩を「自己の存在と意味の消滅から生じる苦痛」と定義し、精神的苦悩は人間の存在と意味から構成される本質的要素の欠如に起因すると仮定し、関係性（他者）、自律性（自立、将来のコントロール、自己継続性）、および、時間性（将来）に分類した。意味を感じられることと心の平穏は、精神的苦悩のアウトカムとして、我々の介入の一般的エンドポイントとして解釈できると考えられた。このモデルは、今後集中的に研究すべき7つのカテゴリーを抽出したが、それは、関係、コントロール、自己継続性、他者への負担、世代継承性、死の不安、および、希望である。

【考察】

日本の多職種グループは、終末期がん患者の精神的苦悩研究を促進させるために、概念的枠組みについて合意を得た。このモデルは、今後の質的研究、サーベイランス、介入研究により改訂されるであろう。

【コメント】

終末期がん患者の精神的苦悩は、頻度が高いのみならず、希死念慮、生きる意思の喪失、尊厳の喪失、鎮静を考慮する状態など、多岐にわたる問題に影響を及ぼすため、その緩和は極めて重要である。

国際的には精神的苦悩の概念化に続いて、概念的枠組みに基づいた介入が有効な可能性が示唆されるようになったが、我が国においては、いまだ十分概念化されておらず、何を研究しているのかさえ明確でない場合が多い。現在、我々のグループでは、本報告の概念的枠組みに基づき複数の臨床研究が企画・進行しており、数年の間に、日本におい

ても実証的な知見を基に患者の個別性を尊重するケア・治療のあり方について議論できるようになると考える。

本グループは共同で研究を継続しようという方へのオープンな集まりです。「スピリチュアルペイン」の研究に関心をお持ちの方はメールにてご連絡ください（分担研究コーディネーター：聖隷三方原病院 森田達也 tmorita@sis.seirei.or.jp）。

学会印象記

第8回米国生命倫理学会 (American Society for Bioethics and Humanities)に参加して

高知女子大学 斎藤 信也

第8回の米国生命倫理学会(正確に訳せば、米国生命倫理・人文(?)学会)は、2006年10月26日から29日までの4日間、コロラド州のデンバーで開催された。今回は広島県立大学の山口先生のお供をして、初めて同学会に参加する機会を得た。参加者は11カ国から766人とこじんまりとした会であったが、会場は熱気にあふれ、講演あるいは口頭発表後のディスカッションにはマイクの前に長い列ができるほどの、活気に満ちたものであった。

オープニングにはコロラド州の前知事で現コロラド大学の教授であるRichard D Lammの講演があり、その内容は政治家らしく、医療・保健の倫理はマクロのレベルでの考察が必要であるという主旨であった。米国における膨大な社会保障費(軍事費よりも圧倒的に多い)を若い世代につけ回すことをPonzi game(ネズミ講)と呼んでいたのが印象的であったが、つまりは、倫理学者たちはミクロ、即ちヒト対ヒトのレベルでの倫理にこだわっているが、場合によってはそのレベルでは非倫理的と見えるような行い(医療費削減による患者選別)も、マクロレベルでは正当化される可能性があるということを確認していた。さすがに、かつて「高齢者は死ぬ義務がある」"Elder's Duty to Die"と発言した有名人であるだけに、それなりに説得力のある内容であった。(もちろん、筆者はこうした功利主義的主張に決して同意しているわけではない。)

今回の学会では特に緩和医療と倫理と銘打ったセッションはなかったが、一般演題で「The Tyranny of the Good Death: Whither the Minority View in a World of Dedicated Palliation? (良い死という暴虐：献身的緩和の世界における少数者の視点は何処へ?)」(Rubin SB, Oakland, CA)という発表があった。要約すれば、生命倫理学から見れば、緩和医療はcontent-freeであるべき(たとえば「良い死」概念のような哲学的内容を持つべきではない)であり、単に症状緩和の技術を提供するだけでよいという主張であった。これに対しては、真摯に日夜緩和医療に取り組んでいる我が国の医療関係者からは大いに異論があると思われるが、このように敢えて厳しいことを言うのが非医療者であり、生命倫理学者の役目であるとも思われた。

緩和医療学の隣接領域といってもよい生命倫理学を4日間にわたって勉強できた良い機会であったが、いかんせん一般医師にすぎない筆者にとって、人文科学系の専門用語は耳になじまず、どの程度その内容が把握できたかについては、はなはだ心許ないものがあつたことを正直に申し添えておきたい。

学会印象記

第47回日本肺癌学会総会

国立がんセンター中央病院 木俣 有美子

国立がんセンター中央病院 麻酔・緩和ケア科レジデントの木俣と申します。以前は一般内科医として勤務していましたが、当院のレジデントとなり約2年が過ぎました。腫瘍内科、精神腫瘍科などでのローテートを終了し、昨年の秋より麻酔・緩和ケア科の研修を始めております。先日、日本肺癌学会に参加させていただいたので、その様子・印象についてご報告いたします。

2006年12月14-15日、和田洋巳会長のもと、「自分が患者になったとき—自ら受けたい治療の創造」をメインテーマとして第47回日本肺癌学会総会が、国立京都国際会館において開催された。従来の診断法・治療法の現状と質的向上を目指した検討、新たな診断法・治療法の開発と有用性の検討、肺癌の発生、診断、治療に関わる基礎的な研究の発表とその意義の検討について発表、討議などが行なわれた。緩和ケアに関するものとしては1つのシンポジウムと、実際に使用されている処方など今後の実践に役立つ内容の2回のランチョンセミナー、またポスター発表と口演は1日目に開催されたがこれは発表数が少なかったことが残念であった。

2日目の午前中にシンポジウム(6)「緩和ケアについて—基礎その他」が第2会場において、人見滋樹・川瀬一郎両座長のもと開催された。まず聖隷三方原病院緩和支援治療科の森田先生より「聖隷三方原病院における腫瘍治療と緩和治療の共同作業」、次にさくさ坂通り診療所の大岩先生より「在宅緩和医療・ケア—現状と問題点—」、近畿大学医学部外科学教室附属病院緩和ケア室の原先生より「癌治療における緩和医療に求められているもの—大学病院の看護師からのアンケート調査から—」、大阪大学大学院薬学系研究科の岡本先生より「緩和医療における薬剤の副作用—薬剤師の視点と役割—」、さくらクリニックの桜井先生より「住み慣れた家で死ぬということ—ホームホスピスケアの現場から—」、静岡がんセンター緩和医療科の田中先生より「癌患者の呼吸困難のマネジメント」、高槻赤十字病院緩和ケア科の岡田先生より「終末期肺癌患者の緩和医療—呼吸困難緩和のための鎮静の検討と課題」、大阪大学大学院人間科学研究科の恒藤先生より「緩和医療の課題」、そして尼崎厚生会立花病院ホスピス長の藤川先生より「ホスピス病棟における肺癌患者の緩和ケアの現状」についての発表があった。肺癌で出現しやすい呼吸器症状、また在宅医療についてスポットを当てていることが印象的であった。

この9人のシンポジストからの発表の後に、岡山赤十字病院呼吸器内科の渡辺先生より特別提言が行なわれた。その中に「緩和医療の専門化と並行して急性期病院との温度差の解消が必要」との言葉があり、一定のレベル以上の緩和医療が急性期病院を含む全ての病院で行なわれていくために、これから緩和ケア医は何ができるのかと思いをはせた。今後日本肺癌学会の中で緩和ケアに関するシンポジウムを継続して開催したい、との座長からの言葉でシンポジウムは閉幕した。

シンポジウムの内容はどれも興味深かったが、他に開催されていたシンポジウムより活発な議論が少ない印象であったことが残念であった。緩和医療もがん治療の一部であるという認識が浸透し、今後さらに活発な緩和医療についてのシンポジウムがこの学会で開かれていくことを期待したいと思っている。

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（2006年10月～2006年12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, Palliative and Supportive Care, Palliative and Supportive Cancer Care, Journal of Clinical Oncology, Cancer

聖隷三方原病院 緩和支援治療科 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、メタアナリシス、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。

化学療法に伴う下痢

Gibson RJ, Keefe DMK. Cancer chemotherapy-induced diarrhea and constipation: mechanisms of damage and prevention strategies. Support Care Cancer. 2006; 14(9):890-900.

化学療法によるしびれ

Argyriou AA, Chroni E, Koutras A, et al. Preventing paclitaxel-induced peripheral neuropathy: A phase trial of vitamin E supplementation. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(3):237-244.

Argyriou AA, Chroni E, Koutras A, et al. A randomized controlled trial evaluating the efficacy and safety of vitamin E supplementation for protection against cisplatin-induced peripheral neuropathy: final results. Support Care Cancer. 2006; 14(11):1134-1140.

予後を予測する指標

Hauser CA, Stockler MR, Tattersall MHN. Prognostic factors in patients with recently diagnosed incurable cancer: a systematic review. Support Care Cancer. 2006; 14(10):999-1011.

緩和ケア専門家を対象とした認知行動療法技法のトレーニング

Mannix KA, Blackburn IM, Garland A, et al. Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. Palliat Med. 2006; 20(6):579-584.

食思不振の緩和治療のレビュー

Shragge JE, Wismer WV, Olson KL, Baracos VE. The management of anorexia by patients with advanced cancer: a critical review of the literature. Palliat Med. 2006; 20(6):623-629.

せん妄のレビュー

Macleod AD. Delirium: The clinical concept. Palliat Support Care. 2006; 4(3):305-312.

WHOラダーは本当に有効なのか？批判的レビュー

Ferreira KASL, Kimura M, Teixeira MJ. The WHO analgesic ladder for cancer pain control, twenty years of use. How much pain relief does one get from using it? Support Care Cancer. 2006; 14(11):1086-1093.

症状緩和をすることによる介護者への影響：無作為化比較試験

Given B, Given CW, Sikorskii A, Jeon S, Sherwood P, Rahbar M. The impact of providing symptom management assistance on caregiver reaction: results of a randomized trial. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(5):433-443.

ホスピスケアの質を評価する

Jones D, Edes T, Shreve S, Casarett DJ. You won't know if you're improving unless you measure: recommendations for evaluating hospice-veteran partnerships. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(5):488-496.

緩和ケアのエッセンシャルドラッグ

de Lima L. The international association for hospice and palliative care list of essential medicines for palliative care. Palliat Med. 2006; 20(7):647-651.

家庭医に対する緩和ケアの教育方法に関する系統的レビュー

Alvarez MP, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. Palliat Med. 2006; 20(7):673-683.

死を希望する患者に対するケア：系統的レビュー

Hudson PL, Kristjanson LJ, Ashby M, et al. Desire for hastened death in patients with advanced disease and the evidence base of clinical guidelines: a systematic review. Palliat Med. 2006; 20(7):693-701.

Hudson LP, Schofield P, Kelly B, et al. Responding to desire to die statements from patients with advanced disease: recommendations for health professionals. Palliat Med. 2006; 20(7):703-710.

From Japan

日本の予後告知に関する意向

Miyashita M, Hashimoto S, Kawa M, et al. Attitudes toward disease and prognosis disclosure and decision making for terminally ill patients in Japan, based on a nationwide random sampling survey of the general population and medical practitioners. Palliat Support Care. 2006; 4(4):389-398.

終末期でも回復するせん妄

Ogawa M, Shinjo T, Tei Y, Morita T. Uncommon underlying etiologies of reversible delirium in terminally ill cancer patients. J Pain Symptom Manage. 2006; 32(3):205-207.

「スピリチュアルペイン」についてのJapan Task Forceの概念化

Murata H, Morita T. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese task force: The first step of a nationwide project. Palliat Support Care. 2006; 4(3):279-285.