

Module 1

ホスピス・緩和ケアの 歴史と現状

A 問題

〔一般問題〕

問題1 ホスピス・緩和ケアの歴史について正しいものを1つ選べ

- (1) ホスピスは19世紀のヨーロッパに誕生した
- (2) 現代医学を採り入れた近代的ホスピス運動は1960年代に始まった
- (3) イギリスでは、2004年の時点で約400の独立型ホスピスがある
- (4) 初めての緩和ケア病棟はイギリスに開設された
- (5) 初めての院内緩和ケアチームの活動はイギリスで始まった

問題2 わが国のホスピス・緩和ケアの現状について正しいものはどれか

- (1) わが国初のホスピスは1990年に設立された
- (2) 2006年1月の時点で診療報酬項目である「緩和ケア病棟入院料」の施設基準では、悪性腫瘍に罹患している患者のみに限定されている
- (3) 許認可を受けたホスピス・緩和ケア病棟の施設数は約300である
- (4) ホスピス・緩和ケア病棟のケアの質の維持・向上を目指した「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」が策定されている
- (5) 「緩和ケア診療加算」に関する施設基準では、① 身体症状の緩和を担当する常勤医師、② 精神症状の緩和を担当する非常勤医師、③ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師の3名から構成される緩和ケアに係わる専従のチームが設置されていること、などが要件となっている

問題3 ホスピス・緩和ケアの要件について誤っているものはどれか

- (1) 人が生きることを尊重する
- (2) 「死への過程」に敬意をはらう
- (3) 死を早めることも、死を遅らせることもしない
- (4) 生きていることに意味を見出せるようなケア（霊的ケア）を行う
- (5) 患者の療養中から死別するまで家族を支える

問題4 quality of life (QOL) について誤っているものはどれか、2つ選べ

- (1) がん患者のQOLには多次元概念が含まれる
- (2) QOLを定量的に評価するための尺度に備わるべき性質としては、実施可能性、信頼性、妥当性がある
- (3) QOL尺度は、調査した患者の治療やケアに直接活用できる
- (4) QOLの評価と解釈については論議になっている

- (5) がん患者を評価する代表的な QOL 尺度としては、European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ), Functional Assessment of Cancer Therapy Scale (FACT), Medical Outcome Study 36-item Short Form Health Survey (SF-36) がある

問題 5 積極的治療の中止および緩和ケアの導入に関する記述で誤っているものはどれか

- (1) 病状や予後が適切に伝えられていない場合、患者との信頼関係を築くことが困難になる
- (2) 病状や予後伝えることの利点としては、患者が納得したうえで医療を受けることができることである
- (3) 予後不良の疾患では、治療の目標を身体・精神症状の緩和におくよう、患者や家族に促す必要がある
- (4) 「良い死」(good death) を目指していくには、患者の価値観を理解することが重要である
- (5) 「開かれた質問」(open-ended question) をすることは、患者の満足度と相関する

問題 6 ホスピス・緩和ケア病棟への紹介の障壁として誤っているものはどれか

- (1) ホスピス・緩和ケア病棟についての知識不足
- (2) 患者の「死に場所」という否定的なイメージ
- (3) 医師の「治療優先」や「死は敗北」という考え
- (4) ホスピス・緩和ケア病棟の入院基準
- (5) ホスピス・緩和ケア病棟の入院費が高額

問題 7 次のホスピス・緩和ケアにおける患者・家族やスタッフの役割の記述について誤っているものはどれか

- (1) ホスピス・緩和ケアでは、患者・家族が中心メンバーである
- (2) 医師の主たる役割は、身体症状のコントロールである
- (3) 看護師の主たる役割は、ケアの実践と調整・連携である
- (4) ソーシャルワーカーの主たる役割は、経済・社会的な問題の解決や援助である
- (5) ボランティアは、大切なケアの提供者である

問題 8 ホスピス・緩和ケアにおけるチームに関する記述について誤っているものはどれか

- (1) 良いチームの特徴は、成功も失敗も全員で共有することである
- (2) 良いチームの結成には、チームの理念とスタッフ個々人の資質と能力が重要である
- (3) チーム内の問題として、スタッフ同士の対立はよくみられるものである

- (4) スタッフのストレスは、腫瘍学（がん治療）と比較して高い
- (5) 定期的にスタッフをサポートするミーティングは、個人の成長につながる

B 解答・解説

〔一般問題〕

問題1 解答 (2)

- (1) ホスピスは中世のヨーロッパに誕生した¹⁾。当時のホスピスは、疲れた旅人や巡礼者、孤児、貧困者、病人などに安らぎと必要な援助を施すために設けられた。19世紀に入り、アイルランドのダブリン市において、治療不可能な死にゆく病人に慰めと安らぎを与えるために、病院とは異なる、静かで小さな家が修道尼たちによって設立された。ほぼ時を同じくして、同じ目的を持つホスピスと呼ばれるものが、イギリス、フランス、アメリカに建てられた。
- (2) 現代医学を採り入れた近代的ホスピス運動は、St. Christopher's Hospice が創立された1967年が始まりとされる²⁾。St. Christopher's Hospice の創立者である Cicely Saunders は、末期患者のケアにあたるとともに、教育・研究活動にも力を入れた³⁾。
- (3) 近代的ホスピス運動ホスピスの影響により2004年1月の時点で、①イギリスでは196のホスピスの入院施設、341の在宅ケア、324の病院での緩和ケアチーム (<http://www.ncpc.org.uk/>)、②アメリカでは3,200のホスピスプログラム(内訳は在宅ケア94.5%、入院ケア4.3%、一時療養〈respite care〉0.3%) (<http://www.nho.org/>) が存在し、さまざまな活動が展開されている。
- (4) 1975年に Balfour Mount が中心となってカナダのモントリオールにある Royal Victoria 病院に緩和ケア病棟が開設された³⁾。
- (5) 院内緩和ケアチームの活動は、1974年にアメリカのニューヨークにある St. Luke 病院で始まったとされる。1977年にイギリスのロンドンにある St. Thomas 病院でもチームが結成され、活動を始めている⁴⁾。

問題2 解答 (4)

- (1) 1981年に、わが国で第1号の院内独立型ホスピスが聖隷三方原病院に誕生した。続いて院内病棟型ホスピスが1984年に淀川キリスト教病院に開設された⁵⁾。
- (2) 1990年4月にホスピス・緩和ケアが医療保険の診療項目として正式に制度化され、「緩和ケア病棟入院料」という診療報酬項目が新設された。これは許認可を受けたホスピス・緩和ケア病棟ではケアに対して定額の医療費が支払われる制度である。その施設基準(2004年4月1日)は、①主として末期の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者を入院させ、緩和ケアを病棟単位で行うものであること、②当該病院において看護を行う看護師の数は、当該病棟の入院患者の数が1.5又はその端数を増すごとに1以上であること、③当該療養を行うにつき十分な体制が整備されていること、④当該療養を行うにつき十分な構造設備を有していること、⑤当該病棟における患者の入退棟を判定する体

制がとられていること、⑥健康保険法第43条第2項に規定する選定療養としての特別の療養環境の提供に係わる病室が適切な割合であること、⑦財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること、となっている（緩和ケア病棟の施設基準：<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>）。

- (3) 届出受理されたホスピス・緩和ケア病棟のある医療機関は、2006年1月現在、153施設である（会員名簿：<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>）。
- (4) 日本ホスピス緩和ケア協会（全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会から2004年7月に名称変更）は、ケアの質を維持・向上することを目指して「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」を策定し、1997年1月に施行している。「質の確保と活動の評価」に関する委員会を設けて、勧告を行えることになっている。この基準はソフト面のものが中心となり、理念や目標の方向性を打ち出している（緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準：<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>）。
- (5) わが国では、1990年代から一般病院での緩和ケアのコンサルテーション活動が開始されている。2002年4月に診療報酬項目として「緩和ケア診療加算」が新設されてから、緩和ケアチームの活動が本格的に始動している。「緩和ケア診療加算」に関する施設基準では、
 - ① ① 身体症状の緩和を担当する常勤医師、② 精神症状の緩和を担当する常勤医師（①、②のどちらか一方が専従で、もう一方が専任である必要がある）、③ 緩和ケアの経験を有する常勤看護師の3名から構成される緩和ケアに係わる専従のチームが設置されていること、④ 症状緩和に係わるカンファレンスが週1回程度開催されていること、⑤ 医療機関において緩和ケアチームが組織上明確に位置づけられていること、⑥ 院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること、が要件となっている（2002年4月1日改定診療報酬点数表参考資料）。

問題3 解答 (5)

ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族の quality of life (QOL) の向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。ケアの要件は、以下の5項目である（緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準：<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>）。①人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意をはらう、②死を早めることも死を遅らせることもしない、③痛みやその他の不快な身体症状を緩和する、④精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていることに意味を見出せるようなケア（霊的ケア）を行う、⑤家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える。

問題4 解答 (3), (5)

- (1) がん患者のQOLを構成する主な概念要素としては、身体面、心理（精神）面、社会面、機能（役割）面が中心をなし、またスピリチュアリティも重要な要素となる⁶⁾。このうち、身体面、心理面、機能面は特に健康関連QOL（health-related QOL；HRQOL）とも呼ばれる。スピリチュアリティは、ホスピス・緩和ケアにおいて重要な概念であるが、その評価は一定の尺度をもって測定することが困難であり、今後の大きな課題の1つである。
- (2) そのとおりである。実施可能性とは、尺度のつけやすさ、言葉の適切さ、倫理性などが含まれる⁷⁾。信頼性とは、測定の精度を示し、再現性（時と方法を変えても同じ結果が得られること）と内的整合性（個々の項目の点数が、その項目に属する下位尺度や尺度の合計点数に一貫して貢献していること）がある。妥当性には、内容妥当性、基準関連妥当性、構成概念妥当性がある。内容妥当性とは、尺度を構成する各項目が測定した内容を偏りなく反映していることである。基準関連妥当性は、並列妥当性と予測妥当性にさらに分類される。並列妥当性とは、既知のなんらかの基準に照らし合わせて測定結果が矛盾しないことである。予測妥当性とは、将来集積されるデータとの相関を調べることで保証することである。構成概念妥当性とは、尺度の構造が適切であることである。
- (3) 残念ながら調査対象となった患者から得られたデータをすぐに目の前の患者の治療やケアに活かせることはほとんどない。ある集団のデータが解析され、得られたevidenceの恩恵を受けるのは将来の患者である⁷⁾。またQOL研究の結果はあくまで集団としての評価であるため、その結果を適用するには患者の個別性や価値観、病状などを考慮し、十分に吟味して行われるべきである。臨床現場ですぐに役立つQOL評価は、今後の課題であるが、臨床現場でQOL尺度を定期的に用いることにより患者のQOLが向上したとの報告もみられ、QOL評価をAUDITツール（医療の質の向上を目指すツール）として使用することが有用である可能性はある。
- (4) 現時点では、QOLの評価と解釈についての明確なガイドラインは作成されていない⁷⁾。
- (5) EORTC QLQ（<http://www.eortc.be/home/qol/>）は、多国間共同がん臨床試験に参加する患者のQOLを測定する目的で開発された⁸⁾。30項目の核となる質問票（EORTC QLQ-C30）とがん種別の追加質問票が開発されている。C-30は5つの機能尺度（身体面、役割面、認知面、感情面、社会面）と3つの症状尺度（疲労、疼痛、嘔気・嘔吐）、そして1つの全般的健康/包括的なQOL、からなる9要素の計30問で構成されている。

FACT（<http://www.facit.org/>）は、米国で1993年に開発された、がん患者を対象とした臨床試験用のQOL調査票である。核となる調査票（FACT-G）は身体症状7項目、社会面・家庭関係7項目（日本語版は9項目）、精神状態6項目、活動状況7項目の計27項目（日本語版29項目）から構成される⁹⁾。さらに、がん種別、治療関連、症状関連などの追加尺度が豊富に開発されている。

SF-36は元来、population surveysや保健政策の研究における健康アウトカム評価の指標

として米国で開発された¹⁰⁾。一般に健康人や良性慢性疾患の評価に適しており、がん患者における使用については有効性及び妥当性が確認されていない。本調査票は、①身体機能、②身体健康問題のために制限される社会的役割、③身体の痛み、④社会機能、⑤精神的苦痛や幸福感を含めた精神的健康状態、⑥感情的問題のために制限される社会的役割、⑦活力、気力や疲労、⑧一般的健康認識、の健康関連 QOL を測定するのに重要な 8 要素の計 36 問からなる自己記入式質問票である。

これらのほかに、わが国独自で開発された「がん薬物療法における QOL 調査」(Quality of Life Questionnaire for Patients Treated with Anticancer Drugs:QOL-ACD)がある (http://www.jbcs.gr.jp/QOL_Ver1/QOL.html)。わが国のがん患者を対象とした臨床研究や臨床試験に用いる目的で開発された。健康関連 QOL の 4 つのおもな要素である活動性、身体状況、精神・心理状態、社会性を測定する 21 問と、総合的 QOL を測定する 1 つの face scale の合計 22 問から構成されている¹¹⁾。

問題 5 解答 (3)

- (1) 患者と十分にコミュニケーションをはかりながら信頼関係を築いていけば、病状や予後を伝え積極的治療から緩和ケアへ移行しても、患者の不安・恐怖、苦悩を和らげることが可能である。悪い知らせを伝えることにより患者は傷つくかもしれないが、欺かれることにより患者はさらに傷つくことになる¹²⁾。
- (2) 病状や予後を伝えることの利点としては、①患者自身が治療法を選択し、納得したうえで医療を受けることができる、②患者の自己決定権を尊重できる、③真実を知ることにより、患者と家族、患者と医療従事者との良好なコミュニケーションが築かれ、信頼関係が維持できる、④真実を知ることにより、家庭内の問題を解決し、仕事や財産などの社会的問題を整理し、残された時間を有意義に過ごすことができる、などが挙げられている¹³⁾。
- (3) 予後不良の疾患では可能な限り病初期から目標設定を繰り返すことにより、病状の変化に合わせて徐々にホスピス・緩和ケアの比重を大きくすることが可能となる。そのためには適切なコミュニケーションと全人的な患者・家族の評価が必要になる¹⁵⁾。目標は患者によって異なるため、ある目標を患者に強く勧めることは一般的に控えたほうがよい。
- (4) 「良い死」の構成要素としては、①痛みや症状が緩和されること、②適切に意志決定することができること、③死の備えをすること、④人生を完了すること、⑤人のために役立つこと、⑥全人格を肯定されること、が挙げられている¹⁴⁾。「良い死」は人によってさまざまであり、「正しい死のあり方」は存在しない。しかし、これらの 6 つの構成要素を患者・家族と適宜話し合うことは重要である。
- (5) 患者とのコミュニケーションにおいて、①「開かれた質問」をすること、②患者が感情表出できること、③患者に共感することは、患者の満足度と相関する¹⁶⁾。「開かれた質問」により、患者の希望、期待、心配、価値観、目標などが明確になる。「病気について最も心

配なことはどのようなことですか」「治療はどのように進んでいると思いますか」「病気に
関して最もつらいことはどのようなことですか」「今後の希望（期待，不安）としては，ど
のようなことがありますか」「今後，どのようなことが最も重要ですか」などと尋ねること
が重要である¹⁷⁾。

問題6 解答 (5)

ホスピス・緩和ケア病棟への紹介の障壁として，① 患者側のもの，② 医師側のもの，③ 制
度上のものがある¹⁸⁾。患者側の障壁としては，ホスピス・緩和ケア病棟についての知識不足，
病状の否認，「積極的治療を受けたい」という希望，「死に場所」という否定的なイメージなど
がある。医師側の障壁としては，ホスピス・緩和ケア病棟の知識不足，末期や予後について話
し合うことの不安・自信のなさ，「治療優先」や「死は敗北」という考え，予後の過大評価，な
どがある。制度上の障壁としては，ホスピス・緩和ケア病棟の入院基準があること，一般病院
では長期入院が困難なこと，在宅ケアの不備などがある。

ホスピス・緩和ケア病棟の入院費は，各種健康保険が適用される。その給付も一般病棟と同
じであり，ホスピス・緩和ケア病棟だから特別に費用がかかるということはない。

問題7 解答 (4)

- (1) そのとおりである。一人ひとりユニークな人生経験と病気に対する反応に関する情報は，
ホスピス・緩和ケアにおいて不可欠である¹⁹⁾。患者・家族に現状が伝えられ，傾聴・理解
してもらい，感情を受け止めてもらい，患者・家族が意思決定に参加する中心メンバーと
なる。
- (2) 医師は医学全般だけでなく，ホスピス・緩和ケアの理念と実践にも精通する必要がある。特
に苦痛な身体症状がある場合，身体症状のコントロールにおいて中心的な役割を果たす¹⁹⁾。
しかし，症状コントロールだけでは十分とはいえない。症状コントロールは緩和ケアのは
じまりであり，医師は単に症候学者（symptomatologist）になることではない²⁰⁾。患者・
家族の必要に応えるためには，さまざまな役割が期待されている。チームメンバーがおの
おのの専門性と役割を十分に発揮できるように配慮することが求められる。
- (3) ホスピス・緩和ケアにおいて看護に期待される資質としては，親密さ（intimacy），平等性
（equality），育成（nurturing），誠実さ（conscience）が挙げられている¹⁹⁾。ケアの実践と
調整・連携が看護師の役割として重要である。入院・在宅ケアのいずれの場面でも患者・
家族に接する時間が長い。患者・家族が病気にコーピングできるように援助することが期
待されている²¹⁾。
- (4) ソーシャルワーカーの役割としては，患者・家族の病気による個人的・社会的問題を援助
することである。経済・社会的な問題だけでなく，家族関係の調整，患者・家族の心理的
問題，悲嘆などその領域は幅広い。その役割は，① 転院・退院の支援，地域との連携など

の道具的サポート，②患者・家族のカウンセリングやグループカウンセリングなどの情緒的サポートに大別される¹⁹⁾。ソーシャルワーカーとチームメンバーとの間でソーシャルワーカーに期待されることに違いがあり²²⁾，スタッフの役割の境界が不明瞭であるためチームで話し合う必要がある。

- (5) チームにボランティアが加わることにより，ケアの広がりや深まりがみられ，患者・家族の quality of life 向上につながる¹⁹⁾。「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」では，①ボランティアはチームの一員であり，大切なケアの提供者である，②ボランティアの参加は自由意思によって行われ，チームにおける役割を明確にしたうえで，ボランティアには応分の責任が求められる，となっている (<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>)。

問題8 解答 (4)

- (1) 良いチームの特徴は，①有機的であり，メンバーの総和よりも優れる，②相互依存的であり，成功も失敗も全員で共有する，③良い刺激となり，より良い成果を達成するように励まし合う，④楽しく，所属感や仲間意識を享受する，⑤分かち合いや相互作用により，目標に向かって専心する，⑥一致しているが，画一的ではない，⑦メンバーが強さと弱さを分かち合う，⑧問題がある時は顔を付き合わせて話し合う，⑨意見の相違や怒りがある場合は建設的に対応する，⑩既存の医療体制と連携・協力し，行きすぎない，⑪困難な決定の場合は分かち合うようにする，⑬人的交流により専門家として成長する，⑭再検討を公式に行い，成果の改善に取り組む，が挙げられている¹⁹⁾。
- (2) そのとおりである。特にスタッフの資質と能力が鍵となる。ホスピス・緩和ケアのボランティアに必要な資質および能力として，①思いやりと共感を示すことができる，②批判的態度をとらず，さまざまな生活様式や世界観に心を開くことができる，③コミュニケーションや傾聴することができる，④柔軟性がある，⑤チームメンバーとして働くことができる，⑥情緒的に成熟している，⑦思慮深く守秘義務を守ることができる，⑧ホスピス・緩和ケアの理念や目標に専心することができる，が挙げられている¹⁹⁾。これらの資質はスタッフにも共通する。
- (3) チーム内の問題としては対立と士気喪失がある。その原因としては，役割が不明瞭であること，コミュニケーションの問題，リーダーシップの問題，スタッフ個人の問題，人手不足，理念に対する疑問などがある²³⁾。
- (4) ホスピス・緩和ケアにおけるストレスは，腫瘍学の領域と比較してより低いことが報告されている²⁴⁾。しかし，より良いホスピス・緩和ケアを提供するためには，スタッフのストレス源やそのマネジメントに注意を払うことが重要である。
- (5) 定期的にスタッフをサポートするミーティングは重要である。意見を述べたり非難したりするのではなく，ホスピス・緩和ケアを通して経験したことを分かち合い，一人ひとりが

感じたこと述べられるような「安心できる時間と空間」を提供することが、お互いのサポートとなり、死への対応や個人の成長に有効である²⁵⁾。

引用文献

- 1) Phipps WE : The origin of hospices/hospitals. *Death Study* 12 (2) : 91-99, 1988
- 2) Duelge C : Hospice. In: Joishy SK (ed), *Palliative Medicine Secrets*. p.49-60, Hanley & Belfus Inc, Philadelphia, 1999
- 3) Saunders C : Foreword. In : Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. p.xvii-xx, Oxford University Press, Oxford, 2004
- 4) O' Neill WM, O' Connor P, Latimer EJ : Hospital palliative care services : three models in three countries. *J Pain Symptom Manage* 7 (7) : 406-413, 1992
- 5) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケア白書 2004」編集委員会 編 . ホスピス・緩和ケア白書 2004. p.10-15, 2004
- 6) Shimozuma K : Quality of life assessment. *Breast Cancer* 9 (2) : 100-106, 2002
- 7) 下妻晃二郎 : がん治療と Quality of Life. 日本臨床腫瘍学会 編 : 臨床腫瘍学. 第3版, 癌と化学療法社, p.1210-1223, 2003
- 8) Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al : The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 : a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85 (5) : 365-376, 1993
- 9) Cella DF, Tulsky DS, Gray G, et al : The Functional Assessment of Cancer Therapy scale : development and validation of the general measure. *J Clin Oncol* 11 (3) : 570-579, 1993
- 10) Ware JE Jr, Sherbourne CD : The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). (I) Conceptual framework and item selection. *Med Care* 30 (6) : 473-483, 1992
- 11) 江口研二, 栗原 稔, 下妻晃二郎, 他 : がん薬物療法における QOL 調査票 . 日癌治療会誌 28 (8) : 355-363, 1993
- 12) Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA : Truth may hurt but deceit hurts more : communication in palliative care. *Palliat Med* 16 (4) : 297-303, 2002
- 13) 厚生労働省・日本医師会 監修 : がん緩和ケアに関するマニュアル . 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, p.7-10, 2002 [<http://www.hospat.org/manual.html>]
- 14) Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, et al : In search of a good death : observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132 (10) : 825-32, 2000
- 15) EPEC (Education for Physicians on end-of-life Care) Participant's Handbook, Module 7 : Goals of Care [<http://www.epeconline.net/EPEC/Webpages/ph.cfm>]
- 16) Williams S, Weinman J, Dale J : Doctor-patient communication and patient satisfaction : a review. *Fam Pract* 15 (5) 480-492, 1998
- 17) Lo B, Quill T, Tulsky J : Discussing palliative care with patients. *Ann Intern Med* 130 (9) : 744-749, 1999
- 18) McGorty EK, Bornstein BH : Barriers to physicians' decisions to discuss hospice : insights gained from the United States hospice model. *J Eval Clin Pract* 9 (3) : 363-372, 2003
- 19) Cummings I : The interdisciplinary team. In : Doyle D, Hanks GW, MacDonald N (eds) : *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed, p.19-53, Oxford University Press, Oxford, 1998

- 20) Kearney M : Palliative medicine : just another specialty? *Palliat Med* 6 (1) : 39-46, 1992
- 21) Dicks B : The contribution of nursing to palliative care. *Palliat Med* 4 (3) : 197-203, 1990
- 22) Kulys R, Davis MA : Nurses and social workers : rivals in the provision of social services? *Health Soc Work* 12 (2) : 101-112, 1987
- 23) Lickiss JN, Turner KS, Pollock ML : The interdisciplinary team. In : Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed, p.42-46, Oxford University Press, Oxford, 2004
- 24) Vachon ML : Staff stress in hospice/palliative care : a review. *Palliat Med* 9 (2) : 91-122, 1995
- 25) van Staa AL, Visser A, van der Zouwe N : Caring for caregivers : experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Educ Couns* 41 (1) : 93-105, 2000

参考文献

- 1) Cherny NI : The problem of suffering. In : Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed, p.7-14, Oxford University Press, Oxford, 2004
- 2) Clark D : Palliative care history : a ritual process? *Eur J Palliat Care* 7 (2) : 50-55, 2000
- 3) Cummings I : The interdisciplinary team. In : Doyle D, Hanks GW, MacDonald N (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 2nd ed, p.19-53, Oxford University Press, Oxford, 1998
- 4) Kearney M : Palliative medicine : just another specialty? *Palliat Med* 6 (1) : 39-46, 1992
- 5) 厚生労働省・日本医師会 監修 : がん緩和ケアに関するマニュアル. p.7-10, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2002 [<http://www.hospat.org/manual.html>]
- 6) Lickiss JN, Turner KS, Pollock ML : The interdisciplinary team. In : Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed, p.42-46, Oxford University Press, Oxford, 2004
- 7) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団「ホスピス・緩和ケア白書2004」編集委員会 編 : ホスピス・緩和ケア白書2004. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2004
- 8) Saunders C : Foreword. In : Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed, p.xvii-xx, Oxford University Press, Oxford, 2004
- 9) 世界保健機関 編 : がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア. 金原出版, 1993
- 10) Woodruff R : *Palliative Medicine*. 4th ed, p.3-49, Oxford University Press, Melbourne, 2004

WEB

- 1) EPEC (Education for Physicians on end-of-life Care) Participant's Handbook [<http://www.epeconline.net/EPEC/Webpages/ph.cfm>]
- 2) European Association for Palliative Care [<http://www.eapcnet.org/>]
- 3) Hospice Information [<http://www.hospiceinformation.info/>]
- 4) International Association for Hospice and Palliative Care [<http://www.hospicecare.com/>]
- 5) National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) [<http://www.nho.org/>]
- 6) 日本ホスピス緩和ケア協会 [<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>]
- 7) 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 [<http://www.hospat.org/>]
- 8) Palliative Care Matters [<http://www.pallcare.info/>]
- 9) Palliative.Info [<http://www.palliative.info/>]