

(2006. 7.)

9. 佐伯俊成: 鎮痛補助薬としての向精神薬の処方テクニック. 日本ペインクリニック学会第40回大会(神戸市)ワークショップ2「慢性疼痛に対する内服薬の選択と処方のテクニック」(2006. 7.)
10. 佐伯俊成: がん疼痛治療に欠かせない精神的ケア—安易なプラセボ鎮痛をなくすために—. 日本臨床麻酔学会第26回大会(旭川市)シンポジウム「がん疼痛治療を支える」(2006. 10.)

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）
分担研究報告書

がん患者の末期を含めたリハビリテーションに関する研究—疼痛緩和に
対する物理療法の効果

分担研究者 辻哲也
慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室 専任講師

研究要旨

目的：癌性疼痛に対する物理療法の効果について、文献検索を行い、それらのエビデンスレベルを分析、検討すること。

方法：リサーチクエスチョンをもとに、物理療法として代表的な手技であるマッサージ、温熱、寒冷、経皮的電気刺激を選択し、それらの疼痛緩和に対する効果を分析した論文を抽出した。

結果：癌性疼痛に対するマッサージの効果は勧告グレードAであった。温熱・寒冷療法についてはEBMの観点から評価した報告は少なく、勧告グレードC1であった（禁忌に注意が必要）。経皮的電気刺激（TENS）は癌患者に限らず全般的な慢性疼痛へのTENS効果について勧告グレードBを得た。考察：癌性疼痛に対する物理療法の治療効果について文献検索による検討を行なったが、エビデンスレベルの高い文献は非常に限られている現状が示された。今後、緩和医療の中でリハビリ医療が根付いていくためには、緩和医療におけるリハビリテーションの効果をEBMに基づいた臨床研究を通じて示していく必要がある。

A. 研究目的

癌性疼痛の治療において、非薬物療法に分類される物理療法は、薬物の代替として用いるものではなく、必要十分な薬物での鎮痛が行なわれていることが基本となる。その上で物理療法を併用することによって、薬物効果の増強や薬物量の減少が可能となる場合がある。物理療法には、疼痛そのものへの治療、疼痛をもたらすその他の機能障害への治療および能力低下に対するアプローチの3つの方策がある。

しかし、物理療法のエビデンスを明確にするのは困難であることが多い。その理由としては、患者背景や条件、介入内容が複雑になりやすいこと、ランダム化比較試験を実施しにくいなどがある。

そこで、がん患者の末期を含めたリハビリテーションに関するガイドラインを構築するにあたって、本年度は癌性疼痛に対する物理療法の効果について、文献検索を行い、それらのエビデンスレベルを分析、検討することを目的とした。

B. 研究方法

慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室および静岡県立静岡がんセンターリハビリテーション科所属スタッフから得られたリサーチクエスチョンをもとに、物理療法として、代表的な手技であるマッサージ、温熱、寒冷、経皮的電気刺激を選択し、それらの疼痛緩和に対する効果を分析した論文を抽出した。

文献検索のツールとして、PubMed、PEDro (<http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html>) を利用した。

また、Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) 癌疼痛治療のガイドライン¹⁾およびCancer rehabilitation in the new millennium²⁾³⁾も参考にし、掲載されている論文についてエビデンスレベルの検討を行なった。

なお、文献検索およびエビデンスレベルの決定は、リハビリテーション医学会専門医3名（うち2名は慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室所属、1名は静

岡県立静岡がんセンターリハビリテーション科所属)が行なった。

(倫理面への配慮)

本研究は患者を対象とした介入は行わない。また、個人情報も扱わないため、医学的な有害事象が起こることはない。

C. 研究結果

1. 物理療法

1-1. マッサージ

癌性疼痛に対するマッサージの効果について、PEDro で "massage" と "cancer pain" で検索した。その結果得られた14件のうち癌性疼痛に対するマッサージの効果为主题とした文献は5件であり、うちsystematic reviewが1件⁴⁾含まれていた。さらに、PubMed で "massage" と "cancer pain" を検索したところ52件で、マッサージの効果を主题とした文献は15件であった。そのうち、ランダム化比較試験 (randomized controlled trial: RCT)、CCT 比較臨床試験 (controlled clinical trial) および systematic review の文献は8件ありいずれも有意な効果を認めた⁴⁾⁻¹¹⁾。以上から、勧告グレードとしてはAといえる。

一方、AHCPR のガイドラインでは、マッサージを含む皮膚刺激法は、筋緊張や筋痙攣に伴う痛みを緩和する方法として用いるべきだと勧告されている。しかし、RCT など信頼性の高い研究は示されておらず、勧告グレードとしてはC1にとどまっている。

1-2. 温熱・寒冷療法

温熱・寒冷療法は、疼痛に限らず広く用いられている物理療法であるが、EBM の観点から評価した報告は少なく、癌性疼痛における温熱・寒冷療法においては、検索の結果、該当研究がなかったため、AHCPR のガイドラインに基づいて記載する。

温熱療法に関して AHCPR のガイドラインでは、「皮膚表面 (腫瘍浸潤や放射線治療後の皮膚は除く) への使用が禁忌と明確に示している実験はないため、温熱の使用は推奨される」と明記されているが、「活動性の癌がある患者や癌のある部位の上では深部熱の使用は注意するように」とも提案されている (勧告グレードはC1)。

一方、寒冷療法は、「温熱やマッサージな

どと共に皮膚刺激法として、筋緊張や筋痙攣に伴う痛みを緩和する方法として用いられるべきである」と記載されている (勧告グレードはC1)。

1-3. 経皮的電気刺激 (Transcutaneous electrical nerve stimulation: TENS)

PubMed で "TENS" と "cancer pain" を検索したところ33件であった。TENS は癌性疼痛への非薬物療法として紹介されることが多かったが (13件)、RCT、CCT、systematic review の文献は検索されなかった。一方、癌患者に限らず全般的な慢性疼痛へのTENS効果として、1997年McQuayらのsystematic reviewとして報告した¹²⁾。38件のRCTが抽出され、非治療群とTENS群の比較では24件中10件で有意差を認め、NSAIDs内服群とTENS群の比較では15件中3件で有意差を認め (エビデンスレベルIb)、TENSは慢性疼痛に対して有効であると勧告している (勧告グレードB)。

D. 考察

本研究では代表的な物理療法として、マッサージ、温熱・寒冷療法、TENSを選択し、その治療効果を文献的に検討した。

マッサージは、神経・筋や全身の循環に効果を与えることを目的とする手技である。そのメカニズムについては、機械的効果 (間質液の移動や静脈・リンパ系の還流の促進、局所血流の増加、筋攣縮の軽減)、神経反射的効果 (触覚などの刺激は太い神経を通過して脊髄に至り、そこで疼痛神経線維の刺激をブロックする、いわゆる gate control theoryによる) および心理的効果によって痛みが軽減すると考えられている。

癌性疼痛に対するマッサージの効果については、勧告グレードとしてはAといえるが、効果的なマッサージの方法や施行部位などに関しては今後検討が必要である。

温熱療法は、ホットパックに代表される皮膚表面にじかに接触して熱を伝える表在熱と超短波や超音波のように生体内で熱に変換される深部熱に大きく分けられる。温熱は、疼痛に対する閾値を上昇させることで、直接、疼痛の緩和をもたらす。また、コラーゲン線維の伸展性向上や筋の鎮痙作用により、筋や関節の痛みを軽減させる。しかし、温熱による腫瘍の成長や血流量増

加に伴う転移の促進の危険性は、以前から言われてきており、温熱療法において悪性腫瘍は禁忌とする教科書も多い。

一方、寒冷療法は、温熱療法と同様に疼痛閾値を上昇させることが知られている。また、末梢血管収縮とそれによる浮腫の抑制や酵素活性低下による炎症反応の軽減も疼痛を緩和するメカニズムと考えられている。氷や水、化学薬品を用いたアイスパックを、皮膚への刺激を防ぐためにタオルなどで包んで、皮膚局所に接触させて使用する。組織障害直後の炎症反応や浮腫、焼けつくような末梢の痛みで、温熱を使用しにくいときには効果的であるが、放射線療法などで障害のある皮膚やレイノー症候群や末梢血管障害などのような、血管収縮が症状を悪化させるものに対しては禁忌であることに注意が必要である。

AHCPR のガイドラインでは、温熱・寒冷療法のいずれも勧告グレードは C1 とされているが、文献検索では該当研究がなかった。しかし、さらに高いエビデンスレベルを持つ治療法と考えられるので、デザインを検討して研究を進める必要がある。

TENS による除痛効果は、マッサージと同様に前述の gate control theory によって説明される。また、刺激部以外の除痛効果や除痛効果の持続に関して、内因性鎮痛物質エンドルフィンの関与も考えられている。刺激頻度としては、高頻度刺激 (10~100Hz) と低頻度刺激 (0.5~10Hz) がある。高頻度刺激は、大径感覚神経刺激による除痛効果であり、低頻度刺激は内因性鎮痛物質を介した鎮痛効果といわれている。臨床的には不快感の少ない高頻度刺激から開始し、効果が十分でないときに低頻度刺激を行うことが多い。電極位置や刺激条件 (刺激頻度や刺激強度) や刺激時間などの設定を疼痛緩和の効果によって調整する。

TENS は慢性疼痛に対して有効であるが (勧告グレード B)、癌性疼痛に対するエビデンスは乏しいことから、今後さらなる研究の促進が必要である。

本研究においては、がん患者の末期を含めたリハビリテーションに関する研究の一環として、疼痛緩和に対する物理療法の効果について文献検索による検討を行なったが、エビデンスレベルの高い文献はごく限

られたものしかないというさびしい状況にある現状が示された。

物理療法は、薬物療法では得ることのできない多面的なアプローチが可能であり、患者 QOL 向上に重要な役割を果たす。治療性質上エビデンスを明確にしにくい場合もあるが、今後新たなエビデンスの確立のため、さらに研究方法を模索していく必要がある。

リハビリ医療はリハビリ医学に基づいた臨床医学の一分野であるので、“話を聞いて手を握るだけ、さするだけ” のリハビリ介入では、単に精神的な援助のみに終わり、専門性に欠ける結果となる。

今後、緩和医療の中でリハビリ医療が根付いていくためには、“リハビリを行うと痛みが楽になる、動作が楽に行える、一人で起き上がれる、歩けるようになる”、というように精神心理的な面も含め、何らかの効果を示して、患者さんにその事を認めてもらうことが重要である。その理論付けを行うためには、緩和医療におけるリハビリの評価方法を確立し、EBM に基づいた臨床研究を通じて、訓練効果を目に見える形で表してアピールしていくことが求められる。

E. 結論

非薬物療法に分類される物理療法は、必要十分な薬物での鎮痛が行なわれていることが基本となる。その上で物理療法を併用することによって、薬物効果の増強や薬物量の減少が可能となる場合がある。

文献検索の結果、マッサージは勧告グレード A、温熱・寒冷療法は、勧告グレード C1 (禁忌に注意)、経皮的電気刺激 (TENS) は勧告グレード B が得られた。

治療の性質上エビデンスを明確にしにくい場合もあるが、今後新たなエビデンスの確立のため、さらに研究方法を模索していく必要がある。

参考文献

- 1) Management of Cancer Pain Guideline Panel: Nonpharmacologic management: Physical and Psychological Modalities: Management of cancer pain.

- Rockville, MD : U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1994.
- 2) Andrea Cheville: Rehabilitation of patients with advanced cancer: Cancer Rehabilitation in the New Millennium. *Cancer*. 2001; 92(S4): 1039-47.
 - 3) Juan Santiago-Palma, Richard Payne: Palliative care and rehabilitation: Cancer Rehabilitation in the New Millennium. *Cancer*. 2001, 92(S4): 1049-52.
 - 4) Fellowes D, Barnes K, et al.: Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004; (2):CD002287.
 - 5) Weinrich SP, Weinrich MC.: The effect of massage on pain in cancer patients. *Appl Nurs Res*. 1990; 3(4):140-5.
 - 6) Corner J, Cawley N.: An evaluation of the use of massage and essential oils on the wellbeing of cancer patients. *International Journal of Palliative Nursing*. 1995;1(2):67-73.
 - 7) Grealish L, Lomasney A.: Foot massage. A nursing intervention to modify the distressing symptoms of pain and nausea in patients hospitalized with cancer. *Cancer Nurs*. 2000; 23(3):237-43.
 - 8) Smith MC, Kemp J, Hemphill L.: Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patients. *J Nurs Scholarsh*. 2002;34(3):257-62.
 - 9) Post-White J, Kinney ME.: Therapeutic massage and healing touch improve symptoms in cancer. *Integr Cancer Ther*. 2003; 2(4):332-44.
 - 10) Soden K, Vincent K.: A randomized controlled trial of aromatherapy massage in a hospice setting. *Palliat Med*. 2004; 18(2):87-92.
 - 11) Cassileth BR, Vickers AJ.: Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. *J Pain Symptom Manage*. 2004; 28(3):244-9.
 - 12) McQuay HJ, Moore RA.: Systematic review of outpatient services for chronic pain control. *Health Technol Assess*. 1997;1(6):i-iv, 1-135.
- F. 健康危険情報
特記すべきことなし。
- G. 研究発表
論文発表
1. 辻哲也: 【進行がん患者のケアに役立つリハビリテーションテクニック】 進行がん患者に対するリハビリテーション. *緩和ケア* 16(1): 6-11, 2006.
 2. 辻哲也, 他: がん治療のリハビリテーション 頸部郭清術後のリハビリテーション. *看護技術* 52(3): 235- 241, 2006.
 3. 辻哲也: 非運動器疾患における運動器の問題. *リハビリテーション医学* 43(4): 236- 242, 2006.
 4. 辻哲也: 体と心をケアする処方箋 がん治療に伴う嚥下障害とその対策. *がんサポート* 35(9): 86- 93, 2006.
 5. 松本真以子, 辻哲也: 臨床にいかすり リハビリテーション診断学 リハビリテーション患者にみられる下肢の浮腫. *臨床リハ* 15(1): 50-55, 2006.
 6. 青木朝子, 辻哲也: リンパ浮腫治療のエビデンス. *緩和ケア* 16(1): 44- 48, 2006.
 7. 松本真以子, 辻哲也: 【進行がん患者のケアに役立つリハビリテーションテクニック】 癌性疼痛に対する物理療法の実践. *緩和ケア* 16(1): 18-22, 2006.
 8. 田沼明, 辻哲也: 【進行がん患者のケアに役立つリハビリテーションテクニック】 廃用症候群の予防の実践. *緩和ケア* 16(1): 23-27, 2006.
 9. 安藤牧子, 辻哲也: 【進行がん患者のケ

アに役立つリハビリテーションテクニック】進行がん患者の嚥下障害・発声障害・高次脳機能障害へのアプローチ. 緩和ケア 16(1): 36- 43, 2006.

10. 田尻寿子, 辻哲也, 他: 【進行がん患者のケアに役立つリハビリテーションテクニック】日常生活動作 (ADL) の障害へのアプローチ. 緩和ケア 16(1): 28- 35, 2006.
11. 岡山太郎, 辻哲也: 【がん治療のリハビリテーション】消化器系がん患者に対する周術期リハビリテーション—食道癌を中心に—. 看護技術 52(1): 66- 72, 2006.
12. 田尻寿子, 辻哲也, 他: 【がん治療のリハビリテーション】乳がん・婦人科がん患者に対する周術期リハビリテーション. 看護技術 52(2): 148- 155, 2006.
13. 安藤牧子, 辻哲也: 【がん治療のリハビリテーション】摂食・嚥下リハビリテーション. 看護技術 52(4): 325- 333, 2006.
14. 青木朝子, 辻哲也: 【がん治療のリハビリテーション】リンパ浮腫のリハビリテーション. 看護技術 52(7): 629- 633, 2006.
15. 松本真以子, 辻哲也, 他: 【がん治療のリハビリテーション】四肢切断術後のリハビリテーション. 看護技術 52(8): 717- 725, 2006.
16. 田沼明, 辻哲也: プライマリ・ケア医のための緩和リハビリテーションの心得. JIM 16(9): 752- 757, 2006.
17. 田沼明, 辻哲也: 【がん治療のリハビリテーション】廃用症候群, 体力低下に対するリハビリテーション. 看護技術 52(8): 804- 808, 2006.
18. 田沼明, 辻哲也: 浮腫のあるがん患者へのリンパドレナージ, 圧迫療法. 看護技術 52(10): 864- 868, 2006.
19. Tsujii T, et al.: Electromyographic findings after different selective neck dissections. Laryngoscope 117: 319-322, 2007.
20. Hase K, Tsujii T, et al.: The effect of zaltoprofen on physiotherapy for limited shoulder movement in breast

cancer patients: a single-blinded before-after trial. Arch Phys Med Rehabil 87(12): 1618-1622, 2006.

学会発表

1. 辻哲也 講演: 進行がん患者のケアに役立つリハビリテーションテクニック 第100回ホスピスケア研究会 東京 2006. 1. 7
2. 辻哲也 講演: 悪性腫瘍 (がん) のリハビリテーション 第6回阪神・神戸リハビリテーション研究会 神戸 2006. 1. 26
3. 辻哲也 講演: 悪性腫瘍 (がん) のリハビリテーション 日本リハビリテーション医学会 専門医・認定臨床生涯教育研修会<中部・東海地方会> 静岡 2006. 2. 18
4. 辻哲也 講演: 悪性腫瘍 (がん) のリハビリテーション 第397回 小田原医師会学術講演会 小田原 3. 16 2006
5. 辻哲也 悪性腫瘍 (がん) のリハビリテーション 慶應義塾大学病院の現状 がん周術期リハビリテーションの実践とその効果 がん関連施設多地点合同メディカルカンファレンス 東京 3. 23 2006
6. 辻哲也 講演: 新たな領域への挑戦 悪性腫瘍 (がん) のリハビリテーション 第24回老人医療セミナー 千葉 2006. 4. 8
7. 辻哲也 講演: 周術期の呼吸管理とリハビリテーション 第1回一般医科に役立つ呼吸・循環器疾患のリハビリテーション研修会 東京 2006. 5. 21
8. 辻哲也 講演: 新たな領域への挑戦 悪性腫瘍 (がん) のリハビリテーション ヤンセンファーマ 東京 2006. 6. 10
9. 辻哲也 講演: 新たな領域への挑戦 悪性腫瘍 (がん) のリハビリテーション 三井記念病院乳腺外科 東京 2006. 7. 21
10. 辻哲也 講演: 脳卒中リハビリテーションの新たな展開 第68回熊本脳血管障害研究会 熊本 2006. 10. 11
11. 辻哲也 講演: チーム医療で当たる悪性腫瘍患者のリハビリ 日本外科学会 第70回卒後教育セミナー 広島 11

月 11 日 2006

なし

12. 辻哲也 講演：リハビリテーション
第 2 回日本緩和医療学会教育セミナー
東京 2007. 1. 13
13. 辻哲也 講演：がん性疼痛を有する患者のリハビリテーション 認定看護師
がん性疼痛看護コース 東京
2007. 1. 17
14. 辻哲也, 田沼明, 木村彰男, 里宇明元
副神経を保存した頸部郭清術後の僧帽筋麻痺に関する検討—針筋電図による神経生理学的評価 第 43 回日本リハビリテーション医学会学術集会 2006
15. 辻哲也, 田沼明, 木村彰男, 里宇明元
頭頸部癌の周術期における摂食・嚥下リハビリテーションの帰結評価 第 43 回日本リハビリテーション医学会学術集会 2006
16. 辻哲也, 田沼明, 宮田知恵子, 川上途行, 笠島悠子, 補永薫, 石川愛子, 松本真以子, 藤原俊之, 長谷公隆, 里宇明元 悪性腫瘍のリハビリテーション—がんセンターと大学附属病院におけるリハビリテーション科の役割の比較 第 44 回日本癌治療学会総会 2006
17. 田尻寿子, 辻哲也, 他がん専門医療機関における作業療法士の役割 第 40 回作業療法学術集会 2006 年
18. 田沼明, 辻哲也, 他 乳癌術後のリンパ浮腫に対する早期からのリハビリテーションの効果 第 44 回日本癌治療学会総会 2006 年
19. Tsuji T, et al.. Electromyographic studies after different selective neck dissections (SND) : comparison between types of SND, and preservation and excision of the cervical nerves. 28th International Congress of Clinical Neurophysiology. Edinbough, UK, 2006

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得
なし

2. 実用新案登録

厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業)
 分担研究報告書

末期医療の倫理的な要素を含む問題点への対応に関する研究、緩和医療の
 グランドビジョン作成に関する研究

分担研究者 森田達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科 部長

研究要旨:本研究では、わが国における緩和医療のグランドビジョン策定の一助とするために、1) 一般国民の緩和医療に関する理解、2) 基本的な緩和医療、2) 専門的な緩和医療、4) 地域の療養環境、および、5) 緩和医療の研究に関して、既存の情報を整理した。その結果、一般国民の相当数が適切な緩和医療に関する知識を有していないこと、基本的緩和医療・専門的な緩和医療・地域の療養環境の提供体制が不十分であること、および、現在の標準的な緩和医療によつての緩和できない苦痛が存在することが示唆された。今後、これらの基礎資料をもとに、緩和医療のグランドビジョンが策定されることが望まれる

A. 研究目的

- 1) 一般国民の緩和医療に関する理解、
- 2) 基本的な緩和医療、2) 専門的な緩和医療、4) 地域の療養環境、および、5) 緩和医療の研究に関して、わが国における緩和ケアの現状を包括的に明らかにする。

B. 研究方法

既存の文献・情報のレビュー。

C. 研究結果

1) 一般国民の緩和医療に関する理解

(1) 麻薬性鎮痛薬に関する誤解

一般国民の30%以上がモルヒネをがん性疼痛の治療に使うと麻薬中毒になり、寿命が縮まると考えている(表1)。

表1 国民の医療用麻薬に対する誤解

	フランス*		日本 ^b
	1990年	1996年	2003年
麻薬中毒になる	52%	15%	31%
命を縮める			38%

a. n=1001 (1990), n=1006 (1996)
 二段階化無作為抽出により選定された18歳以上のフランス国民対象の電話調査。「がん性疼痛の治療においてモルヒネによる麻薬中毒が心配か」という質問に、「とても心配」「モルヒネ服用を拒否」と回答した者の割合
 b. n=525
 層化無作為抽出により選定された日本の4地域における一般国民(病院において近親者をがんて失った経験のある者)対象の郵送質問紙調査。「痛みをやわらげるために薬を使うと中毒になる」「命を縮める」という質問に、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した人の割合。

(2) 緩和ケア病棟に関する誤解

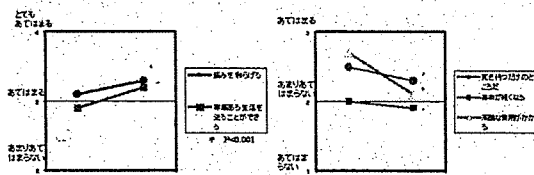
一般国民のうち、緩和ケア病棟を「知っている」のは34%にすぎず、32%が「死を待つだけのところ」、8%が「寿命が縮

まる」と認識している。

これらの否定的な認識は「緩和ケア病棟に始めて受診した時期が遅すぎた」とこと関連する。

しかし、実際の緩和ケア病棟の遺族を対象した調査では、緩和ケア病棟の利用後には、「痛みを和らげる」、「尊厳ある生活を送ることができる」という肯定的な認識が増加し、「死を待つだけの場所だ」、「寿命が短くなる」という否定的な認識は減少する(図1)。

図1 利用前後での緩和ケア病棟のイメージの変化



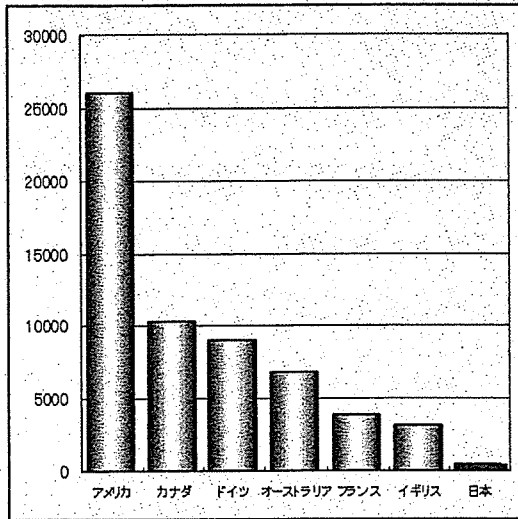
日本の19の緩和ケア病棟の入院患者の遺族(n=318)対象の質問紙調査「緩和ケア病棟のイメージ」についての、利用前後の回答の変化

2) 基本的な緩和医療

(1) 医療用麻薬の消費量

わが国の医療用麻薬の消費量は、アメリカ、カナダ、ドイツ、オーストラリア、フランス、イギリスと比較して少ない(図2)。

図2 医療用麻薬使用量



医療用麻薬使用量：100万人あたりの医療用麻薬の使用量をしめす

(2) 一般国民の考える望ましいQOLと医療者の考える望ましいQOL

患者にとっての望ましいQOLは「苦痛がない」、「望んだ場所で過ごす」、「家族とよい関係でいる」、「医療者とよい関係でいる」、「自分のことが自分でできる」、「負担にならない」、「明るさや希望を失わず過ごす」、「人として尊重される」、「人生を全うしたと思える」、「落ち着いた環境で過ごす」、「残された時間を知って準備ができる」、「信仰やなにかに守られていると感じられる」、「死に対するこころの準備ができる」、「できる限りの治療を受け病気とたたかうことができる」、「死や病気を意識しないで過ごせる」、「役割を果たし、価値があると感じられる」、「自然に近いかたちでいる」、「他人に弱った姿を見せない」などを含み、広範である。

「痛み・苦痛がないこと」、「不安がなく穏やかに過ごせること」、「信頼できる医師がいること」、「家族と一緒にいること」については、一般国民・患者も医師も同じように重要であると認識しているが、一般国民が非常に重要であると考えている項目の中には（「意識がしっかりしていること」、「家族の負担にならないこと」など）、医師はあまり重要とは考えていないものがある（表2）。

表2 終末期の望ましいQOL

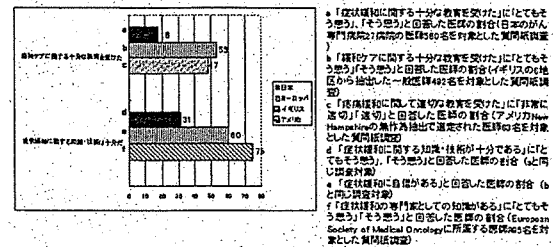
	一般国民 (n)		医師 (n)
	全調査対象	福島*	
一般国民も医師も同時に重要視していた項目			
痛み・苦痛がないこと	99	98	100
不安がなく穏やかに過ごせること	87	84	99
信頼できる医師がいること	98	96	95
家族と一緒にいること	84	80	81
一般国民と医師とで重要視する程度に差があった項目			
意識がしっかりしていること	80	84	65
家族の負担にならないこと	68	64	75

* 層化解析を抽出によって選定された4地域の一応国2549名と2の緩和ケア療養のがん患者286名を対象とした質問紙調査
 † 熱海市抽出した40歳以上の福島市在住の一般国民766名、医師247名を対象とした質問紙調査

(3) 症状緩和ガイドラインと医師の自信
 WHO方式がん性疼痛治療法の「内容をよく知っている」「ある程度知っている」と回答した医師は約40%にすぎず、約26%の医師は「知らない」と回答している。

「緩和ケアに関して十分な教育を受けた」と回答した医師はわが国では約20%である（図3）。

図3 緩和ケアに関する医師の自信



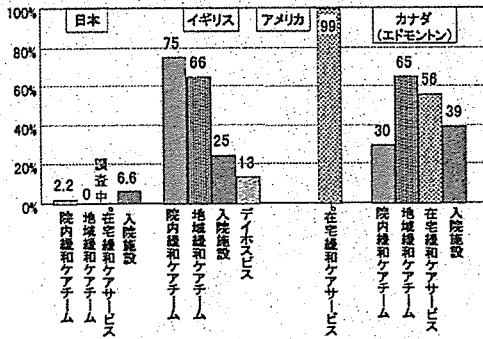
「症状緩和に関する知識・技術が十分だ」と回答した医師はわが国では約30%である。

3) 専門的緩和医療

(1) 専門緩和ケアサービスの受療率

イギリスやアメリカにおいてはがん患者の半数以上がなんらかの専門緩和ケアサービスの診療を受けている。しかし、わが国において専門緩和ケアサービスを受けている患者は10%以下に過ぎないと見積もられる（図4）。

図4 がん死亡患者における専門緩和ケアサービス利用割合



わが国の緩和ケア病棟では申し込みをしてから平均 16 日間の待機期間があり、49%の遺族が「もっと早く利用したかった」と評価している。

(2) 専門緩和ケアサービスの数

わが国に既存の専門緩和ケアサービスは緩和ケアチーム、入院施設とも約 150 であった (表 3)。

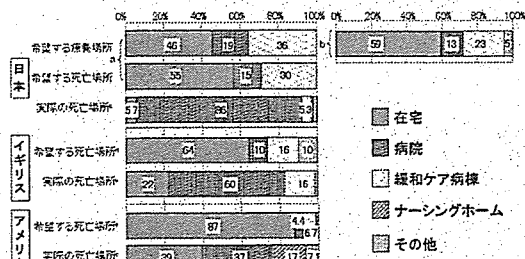
表 3 各国のがん死亡患者数および専門緩和ケアサービスの数

	日本	イギリス	アメリカ	カナダ (エドモントン)	オーストラリア
がん死亡患者数	32.6万人	15.4万人	55.7万人	0.2万人	3.6万人
緩和ケアチーム	134 (69)	361	102 ^{a)}	2	65
入院緩和ケアチーム	0	358	-	4	-
地域緩和ケアチーム	-	-	-	-	-
施設別数					
入院施設	157	220	-	5	91
病棟数	3012	3155	-	71	661
デイホスピス (療養通所介護)	3	263	-	-	18
在宅緩和ケアサービス	提供中 ^{b)}	-	416 ^{c)}	1	145

4) 地域の療養環境

一般国民を対象とした調査によると、進行がんとなった場合、希望する療養場所や死亡場所は自宅や緩和ケア病棟が多くなっている。しかし、実際の死亡場所は、急性期病院が非常に多く、患者の希望は達成されていない (図 5)。

図5 希望する死亡場所と実際の死亡場所

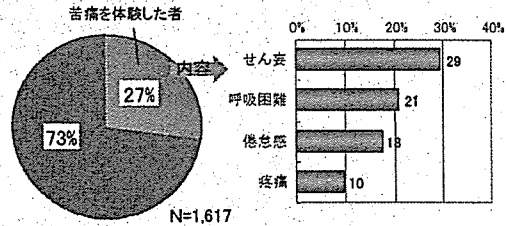


a) N=548 4地域の市区町村の成人以上の男女からランダムに抽出して選定された者を対象とした横断的調査
 b) N=2881 全国の市区町村の20歳以上の住民からランダムに抽出された者を対象とした横断的調査
 c) 悪性腫瘍患者の死亡場所 (national data)
 d) N=177 1地域の市内の一般診療科において、遠隔患者を対象とした緩和ケア病棟
 e) N=160 1地域の市内において、入院あるいは在宅療養中の患者を対象とした緩和ケア病棟

5) 緩和医療の研究

現在用いることのできる最良の緩和治療を行ったとしても、十分に苦痛を緩和するためには、死亡直前に意識低下を前提とした治療を行わざるを得ない患者は 30%である (図 6)。

図6 緩和できない苦痛を体験したがん患者

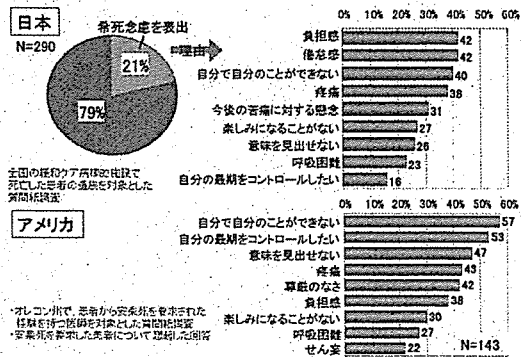


日本を含む9か国で行われた緩和に関する10研究の累積患者数より計算

主な苦痛はせん妄、呼吸困難、倦怠感である。

専門緩和ケアサービスを受けている患者の約 20%は何らかの苦痛のために希死念慮を体験する (図 7)。

図7 苦痛のために希死念慮を表現したがん患者



その主たる理由は疼痛ではなく、疼痛以外の身体的苦痛 (倦怠感、呼吸困難) に加えて、心理社会的苦痛 (負担感・自分で自分のことができないつらさ、意味を見出せない、今後の苦痛に対する懸念、楽しみになることがない、自分の最期をコントロールしたい) が多い。希死念慮をもつ患者の約 30%では身体的苦痛はない

D. 考察

E. 結論

一般国民の相当数が適切な緩和医療に関する知識を有していないこと、基本的緩和医療・専門的な緩和医療・地域の療養環境の提供体制が不十分であること、および、

現在の標準的な緩和医療によつての緩和できない苦痛が存在することが示唆された。

来年度、各関連団体より基礎資料を得た後に、わが国の緩和医療の現状を概観できる資料を作成する。これらの基礎資料をもとに、緩和医療のグランドビジョンが策定されることが望まれる

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Morita T, et al.: Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage* 31:306-316, 2006
2. Matsuda Y, Morita T, et al.: What is palliative care performed in certified palliative care units in Japan? *J Pain Symptom Manage* 31(5):380-382, 2006
3. Morita T, et al.: Nontraumatic subcutaneous emphysema from rectal cancer perforation completely resolved after intensive pain control. *J Pain Symptom Manage* 32(1):3-4, 2006
4. Morita T, et al.: Skin reaction to both morphine and fentanyl attenuated by steroids and antihistaminics. *J Pain Symptom Manage* 32(2):100-101, 2006
5. Asai M, Morita T, et al.: Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology* Aug 23, 2006
6. Ogawa M, Morita T, et al.: Uncommon underlying etiologies of reversible delirium in terminally ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 32(3):205-207, 2006
7. Fujimori M, Morita T, et al.: Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. *Psychooncology* Sep 25, 2006
8. Morita T, et al.: Self-reported practice, confidence, and knowledge about palliative care of nurses in a Japanese regional cancer center: Longitudinal study after 1-year activity of palliative care team. *Am J Hosp Palliat Care* 23(5):385-91, 2006
9. Murata H, Morita T. Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese task force: The first step of a nationwide project. *Palliat Support Care* 4(3):279-285, 2006
10. Akazawa T, Morita T, et al.: Contributing factors and physical-psychosocial characteristics of desire for early death among patients near the end of life in Japan. *Psycho-Oncology* 15(2):S153, 2006
11. Osaka I, Morita T, et al.: Palliative care philosophies of Japanese certified palliative care units: a nationwide survey. *J Pain Symptom manage* 33(1):9-12, 2007
12. 安達勇、森田達也: がん終末期患者への輸液ガイドライン作成に向けた調査研究, 看護技術, 52(6):50-54, 2006
13. 森田達也: 終末期の輸液の考え方を教えてください、一般病棟でできる緩和ケア Q&A、総合医学社、ナーシングケア Q&A、11:144-145, 2006
14. 森田達也: 鎮静とは何ですか? 一般病棟でできる緩和ケア Q&A、総合医学社、ナーシングケア Q&A、11:180-181, 2006
15. 森田達也: 鎮静に使われる薬剤の使い方を教えてください、一般病棟でできる緩和ケア Q&A、総合医学社、ナーシングケア Q&A、11:184-185, 2006
16. 森田達也: QOL からみた終末期がん患者の水管理、緩和医療学、8(4):354-362, 2006
17. 安達勇、森田達也: 終末期がん患者に対する輸液ガイドラインについて、緩和医療学、8(4):363-370, 2006
18. 森田達也: 鎮静薬の基礎知識と使い方、

- 緩和ケア、16(Suppl):96-99, 2006
19. 森田達也、他：緩和ケアチームの活動—聖隷三方原病院の場合—、日本臨床、65(1):128-137, 2007

学会発表

1. Akazawa T, Morita T, Akechi T, et al.: Contributing factors and physical-psychosocial characteristics of desire for early death among patients near the end of life in Japan. *Psycho-Oncology* 15(2):S153, 2006
2. 森田達也：臨床と研究における腫瘍学と緩和医学の共同作業、第4回日本臨床腫瘍学会総会、2006. 3. 17、大阪
3. 森田達也：緩和ケアにおける臨床研究の実際、前後比較試験、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
4. 宮下光令、森田達也、内富庸介、他：わが国における終末期のQOL(2)終末期のQOLの概念化—一般集団・緩和ケア遺族を対象とした全国調査、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
5. 赤澤輝和、森田達也、明智龍男、他：緩和ケアにおける希死念慮をどのように理解すればよいのか？、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
6. 茅根義和、森田達也、他：Liverpool Care Pathway (LCP) 日本語版～看取りのパス～の開発、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
7. 福本直子、森田達也、他：薬剤師と緩和治療医によるオピオイド適正使用のスクリーニング回診の有用性、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
8. 佐藤一樹、森田達也、他：一般集団における終末期在宅療養の実現可能性とその関連要因、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
9. 松尾直樹、森田達也、他：ホスピス・緩和ケア病棟における不眠に対する鎮静薬ミダゾラム、フルニトラゼパム点滴静注法の施行状況—質問紙調査、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
10. 松尾直樹、森田達也、他：ホスピス・緩和ケア病棟における不眠に対する鎮静薬ミダゾラム、フルニトラゼパム点滴静注法についての後ろ向き研究—多施設共同調査 (カルテ調査)、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
11. 山田理恵、森田達也、他：2世代ビスホスホネート抵抗性の高カルシウム血症に対する Zoledronate の効果、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
12. 藤本亘史、森田達也、他：緩和ケアセミナーと緩和ケアチームとの共同診療の経験が看護師の自己評価による実践、知識、自身に与える影響、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
13. 瀧川千鶴子、森田達也、他：終末期せん妄に対するフェンタニルへのオピオイドローテーションの臨床評価～モルヒネによるせん妄からの改善と鎮痛効果への影響～多施設前向き研究、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
14. 宮下光令、森田達也、他：質の高い緩和ケアを日本全国に普及させるために取り組むべき課題—日本緩和医療学会、日本ホスピス緩和ケア協会会員を対象とした調査—、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
15. 三條真紀子、森田達也、内富庸介、他：わが国における終末期のQOL(3)終末期ケアに関する選好とその関連要因—一般集団・緩和ケア遺族を対象とした全国調査—、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
16. 平井啓、森田達也、内富庸介、他：わが国における終末期のQOL(1)終末期のQOLの構成要素、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
17. 岩崎静乃、森田達也、他：ホスピス病棟での専門的口腔ケアの現状、第11回日本緩和医療学会総会、2006. 6. 23-24、神戸
18. 森田達也：終末期がん患者に対する輸液治療の是非、第15回 HIT (Home

Infusion Therapy) 研究会、2006. 8. 25、
神戸

19. 森田達也：腫瘍学と緩和医学の研究の
接点、第2回癌治療先端開発研究シン
ポジウム、2006. 8. 26-27、箱根
20. 森田達也、他：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、第
47回日本肺癌学会総会号、
2006. 12. 14-15、京都

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含
む。）

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画

Ver.1

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」

主任研究者； 下山直人

「緩和ケアのグランドデザイン作成に関する研究」

分担研究者； 森田達也

2007年2月4日 ver 0.1作成

2007年2月20日 ver 0.7をワーキンググループにて検討した草稿として各団体に提出

2007年3月2日 各団体からの意見をもとに ver.1.0に修正

2007年3月25日 資料を整えて修正し最終稿とした

序文

1986年にWHOがん疼痛治療指針が発表され、それが日本に導入されてからすでに20余年が過ぎようとしている。当時は、がん患者さんの痛みを取ることに精一杯で、それに影響を与えている他の因子を考える余裕がなかった時代である。経口モルヒネを中心としたがん性疼痛治療法が広まった結果、多くの患者が痛みから解放され、余生を人間らしく、心残りがないように生きることが次第に可能となってきている。そして、この20年の間にモルヒネの徐放化は進み、新たに使用可能となった鎮痛薬も出てきている。痛みに対しては、痛みの専門家しか対応できなかった時代から、モルヒネをうまく使用すれば痛みの専門家でなくてもがんの痛みが取れる時代になったと言っても過言ではない。そしてその結果、痛みに影響する精神的、社会的、スピリチュアルな因子に対する取り組みも行われるようになってきている。これは緩和ケアに関連する多くの団体がそれぞれの領域を越えて連携し、正しい知識を伝えてきた結果であると言える。

平成18年6月のがん対策基本法案が国会を通過し平成19年4月から施行されることになったことを受けて、その骨子である早期からの緩和ケアの実施、在宅医療との緩和ケアに関するシームレスな連携の実施が要件として盛り込まれ、科学的な知見に基づく緩和ケアの推進が求められている。そしてその実施にあたっては、全国に均てん化すべきガイドラインの必要性が強く認識されるようになった。本研究班は、それをうけ厚生省が公募し採択された班である。本研究は、上記の目標を達成すべく2つの小班がある。1つは、本来の緩和ケアのガイドラインを作成すべく、がんの痛みの鎮痛法に関するものを中心とした身体症状の緩和のガイドライン作成に関する研究、精神症状の緩和ガイドライン作成に関する研究、がん患者へのリハビリテーションのガイドライン作成に関する研究である。もう1つは緩和ケアのニーズを抽出し、それを緩和ケアのグランドデザインとして今後の活動目標としていくグランドデザイン作成班からなっている。緩和ケアにおいては残念ながら、エビデンスレベルの高い領域、不十分な領域があり、エビデンスレベルが低い領域においてであっても、臨床上で一定のコンセンサスを示す必要があるところも多い。本研究の目的には、緩和ケアにおいてエビデンスレベルの高い領域、不十分な領域を明確にし、それを目標に研究計画を立てていくこと、緩和ケアの現場でのニーズを緩和ケア関係団体の意見からまとめ、研究に反映させるとともに行政側への提言として示してことが包括されている。

本研究班の最終目標は、緩和ケアに関する現状のニーズをふまえた up-to-date なガイドライン作成である。そして、グランドデザイン作成は、日本の緩和ケアの発展のために緩和ケア関係諸団体の意見を取り入れ、現場のニーズを把握し、現状でのエビデンスレベルを知ることにより、緊急で対応すべき問題の把握、全体での高いエビデンスレベルを高めるための設計図を作っていくことが目的である。本稿がそれに向かっていく礎となることを願っている。

最後に研究協力者一覧表を示しているが、多くの方々が緩和ケアの将来の発展を願って協力いただいている。その方々のご苦勞に感謝いたします。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」

主任研究者； 下山直人

目次

■はじめに	資料 4
1 背景・目的	
2 作成過程	
3 協力を得た関連団体	
4 執筆担当者	
■要約	資料 6
■本文	
I 緩和ケアに関する正しい知識の普及－患者・家族が緩和ケアや医療用麻薬について、事実と異なる心配や不安をもたずに緩和ケアを受けることができるために－	資料 8
1. 目標	
2. 現状	
3. 行動計画	
II 基本的な緩和ケアの普及－患者・家族がどの地域においても、鎮痛のみならず QOL を向上させるための標準的な緩和ケアを受けることができるために－	資料 10
1. 目標	
2. 現状	
3. 行動計画	
III 専門的な緩和ケアの整備－患者・家族が必要と感じたときに、質の高い専門緩和ケアサービスを待たずに受けることができるために－	資料 14
1. 目標	
2. 現状	
3. 行動計画	
IV 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備－患者・家族が希望するどの環境で療養しても、切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族が過度の負担を感じることなく安心して療養することができるために－	資料 17
1. 目標	
2. 現状	
3. 行動計画	

V 緩和ケアの研究の推進

—現在緩和手段のない苦痛が1日でも早く緩和できるようになるために—資料 19

1. 目標
2. 現状
3. 行動計画

■文献資料 21

■資料

- 1 関連団体との意見交換会の議事録要約資料 25
- 2 関連資料
 - 1) Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer Executive Summary
Published by the National Institute for Clinical Excellence March 2004 (日本語訳)
.....資料 32
 - 2) Supportive and Palliative Care services for Adults with Cancer Understanding NICE
guidance— information for adults with cancer, their families and carers, and the public.
Published by the NICE 2004 (日本語訳)資料 42
 - 3) WHO Europe : Palliative Care The Solid Facts (日本語訳)資料 45
 - 4) WHO Europe : Better Palliative Care for Old people (日本語訳)資料 61

はじめに

1 背景・目的

わが国のがん緩和ケアは、大きな転換期を迎えている。

2007年4月、がん対策基本法（2006年6月成立）が施行となる。この法律の基本的施策の柱の一つは「がん医療の均てん化の促進」である。がん患者の療養生活の質の維持と向上を目的として、緩和ケアを推進していくことがこの法律で定められた。今後、緩和ケアをより一層推進していくためには、わが国の緩和ケアの現状を明らかにすることが重要である。そのうえで、緩和ケアの関係団体が協力して、行動計画を示すことが当面する重要な課題である。

本研究では、今後、わが国に緩和ケアを向上させる行動計画を策定するにあたって、その基礎資料に資するために、緩和ケアの現状を要約して記載し、選択肢になりうる行動計画を提案することを目的とした。

また、検討の資料として、イギリスの National Institute for Clinical Excellence と WHO Europe の緩和ケアに関連したグランドデザインの日本語の粗訳を付した。

2 作成過程

1) 作成過程

厚生労働科学研究補助金「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」班（主任研究者：下山直人）に設けられた「緩和医療のグランドデザイン策定ワーキンググループ」（分担研究者：森田達也）が暫定案を作成した。暫定案は緩和ケアの関係団体に提示され、関係団体での意見交換を行い、意見を集約したうえで研究報告としてまとめた。関係団体からの意見は議事録要約として資料に掲載した。

2) 検討対象

本報告では、わが国の緩和ケアの網羅的な分析ではなく、今後数年間に実施が可能であると考えられる重要な課題に限定して検討した。したがって、一般国民の死生観、医学教育、健康保険および介護保険制度、がん生存者や診断・治療の時期のサポート、ボランティアなど公的制度に依存しないサービス、がん以外の疾患や福祉施設における緩和ケアなどについては広範な領域におよぶため、実施可能性の観点から本報告では取り上げなかったが、これらの課題の重要性を否定するものではない。

3) ことばの定義

わが国においては、緩和医療、緩和ケア、ホスピスケア、終末期ケア、ターミナルケア、支持療法、サポータティブケアなどの用語の定義が十分ではない。本報告書では、検討のため暫定的に「緩和ケア」と表現し、WHOの定義にしたがって、緩和ケアとは、「生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを改善する方策（アプローチ）で、痛み、その他の身体的、心理的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみからの解放を実現すること」であるとした（WHO, 2002）。それぞれのことばの定義は今後十分な論議のもとで検討され、見直されるべきである（Ⅲ章参照）

3 協力を得た関係団体

日本緩和医療学会（理事長：江口研二）
日本サイコオンコロジー学会（代表世話人：内富庸介）
日本がん看護学会（理事長：小島操子）
日本ホスピス緩和ケア協会（会長：山崎章郎）
ホスピスケア研究会（代表世話人：丸口ミサエ）
在宅ホスピス協会（顧問：川越 厚）
日本死の臨床研究会（代表世話人：渡辺 正）
ジャパンウェルネス（理事長：竹中文良）

4 ワーキンググループ参加者及び執筆担当者（五十音順）

梅田 恵（オフィス梅田）
江口研二（東海大学）
菊地信孝（東北大学医学部附属病院）
木澤義之（筑波大学大学院人間総合科学研究科）
志真泰夫（筑波メディカルセンター病院）
下山直人（国立がんセンター中央病院）
田村恵子（淀川キリスト教病院）
的場元弘（国立がんセンター がん対策情報センター）
宮下光令（東京大学大学院医学系研究科）
森田達也（聖隷三方原病院）

5 資料作成者

笹原朋代（東京大学大学院医学系研究科）
澤田美雪（サウスカロライナ大学）
樽見葉子（アルバータ州立大学）
的場和子（亀田総合病院緩和ケア支援室）
山岸暁美（国際医療福祉大学）

要約

I 緩和ケアに関する正しい知識の普及

- －患者・家族が緩和ケアや医療用麻薬について、事実と異なる心配や不安をもたずに緩和ケアを受けられることができるために－

要約 1

適切な時期に患者・家族が緩和ケアを受けることのできない要因のひとつに、緩和ケアや医療用麻薬に関する誤解があると考えられる。一般国民・患者・家族に対する現実に即した知識の普及と経年的評価が必要である。

II 基本的な緩和ケアの普及

- －患者・家族がどの地域においても、鎮痛のみならず Quality of Life (QOL) を向上させるための標準的な緩和ケアを受けられることができるために－

要約 2

患者によって望ましい QOL は多様である。患者がどの QOL の要素を重要としているかを把握する手段を確立することが必要である。

要約 3

現在、患者・家族から見た望ましい QOL が達成されているか、全国での実態が明らかにされていない。そのため、患者・家族・遺族などを対象とした実態調査が必要である。これには、鎮痛のみならず包括的な QOL の要素、療養場所に関する希望の充足、医療の断片化についての評価、家族の負担、標準的な緩和ケアでは効果が不十分な苦痛の同定などが含まれる必要がある。

要約 4

鎮痛を中心とした緩和ケアが十分に行われていないことが示唆される。その要因のひとつに一般医師・看護師が緩和ケアを行うための教育・支援体制が十分でないことがあげられる。診療ガイドラインを作成するだけでなく、実践にあたって臨床現場で生じる問題を継続して支援する体制を構築することが必要である。具体的には、がん治療にあたる医師・看護師が知っておくべき緩和ケアの要点をまとめた小冊子などの普及に加えて、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの医療従事者を養成することにより一般医師・看護師の支援を行うことが必要である。

III 専門的な緩和ケアの整備

- －患者・家族が必要と感じたときに、質の高い専門緩和ケアサービスを待たずに受けられるために－

要約 5

専門緩和ケアサービスの量的・質的不足が示唆される。わが国の医療提供体制を踏まえたうえで、専門緩和ケアサービスのあるべき形態を明確にする必要がある。

要約 6

専門緩和ケアサービスの質を維持するための方策、すなわち、1) 緩和ケアに関する質評価のため