

のサーベイランスとフィードバックを行う継続的なシステム、2) 専門緩和ケアサービスをにない専門職の質を維持するシステム、および、3) 地域の専門緩和ケアサービスにおいて解決困難な問題が生じた場合、全国レベルで対応できるシステムが必要である。

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場所で療養しても、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—

要約 7

患者の療養場所に対する希望は達成されていないことが示唆される。患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減されるシステムを地域ごとに構築する必要がある。そのために、1) 地域ごとに患者の希望する療養場所を把握する、2) 患者の療養場所に関する意向を把握する方法を確立する、3) 地域のリソースを系統的に把握し、患者の意向と状態に見合った場所を選択する手段を確立する、4) 地域において患者を早期から連携して診療する手段を確立することが必要である。これは、がん診療連携拠点病院の相談支援センターの育成を通じて達成する。

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—

要約 8

現在十分には緩和されていない患者の苦痛がある。十分に緩和されていない苦痛を同定し、緩和ケアの研究基盤を整備しつつ、有効な緩和治療を開発する研究をすすめる必要がある。

I 緩和ケアに関する正しい知識の普及

1 目標

患者・家族は、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。

2 現状

1) 一般国民の30%以上が

モルヒネをがん疼痛の
治療に使うと麻薬中毒に
なり、寿命が縮まると信
じている

日本・フランスの国民の医療
用麻薬に対する認識を表1に
示す(Larue F, 1999; Morita T,
2006)。日本では、一般国民の
30%以上がモルヒネをがん疼

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 (Morita T, 2006)。しかしながら、医学的知見では、がん患者に医療用麻薬を使用した場合、中毒になることはまれであり、寿命が縮まるという根拠はない (Bercovitch M, 1999; Hojsted J, 2006; Portenoy RK, 2006)。フランスでは1990年から96年の間にテレビなどのメディアを通じて医療用麻薬に対する誤解についての知識を提供するなど複数の対応策がとられ、「モルヒネを使うと中毒になる」と考える国民は50%から15%に減少した (Larue F, 1999)。

がん患者・家族の医療用麻薬に対する誤解が医療用麻薬使用の障害となり、十分な疼痛緩和が達成されない一つの要因となっていることが示唆されているため (Ward SE, 1993; 近藤, 2002)、一般国民・がん患者・家族に対する、医療用麻薬に対する正しい知識を普及することは、十分な疼痛緩和を実現することに寄与すると考えられる。

2) 緩和ケアに関する否定的な認識は、適切な時期に緩和ケアを受ける障害になりうるが、実際に利用したあとでは肯定的な認識が増える

わが国の一般国民や患者を対象として「緩和ケア」についての認識をあきらかにした大規模調査は存在しない。「緩和ケア病棟」については、「知っている」一般国民は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 (Sanjo M, submitted)。

わが国の緩和ケア病棟19施設の入院患者の遺族318名を対象とした調査では、緩和ケア病棟に関する否定的な認識は、ふりかえてみると緩和ケアを受ける時期を遅らせた要因であり、「緩和ケア病棟にもっと早く受診したほうがよかった」とことに関連している。実際の利用後には、「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した (図1; Morita T, 2005)。

表1 国民の医療用麻薬に対する誤解

	フランス ^a		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%

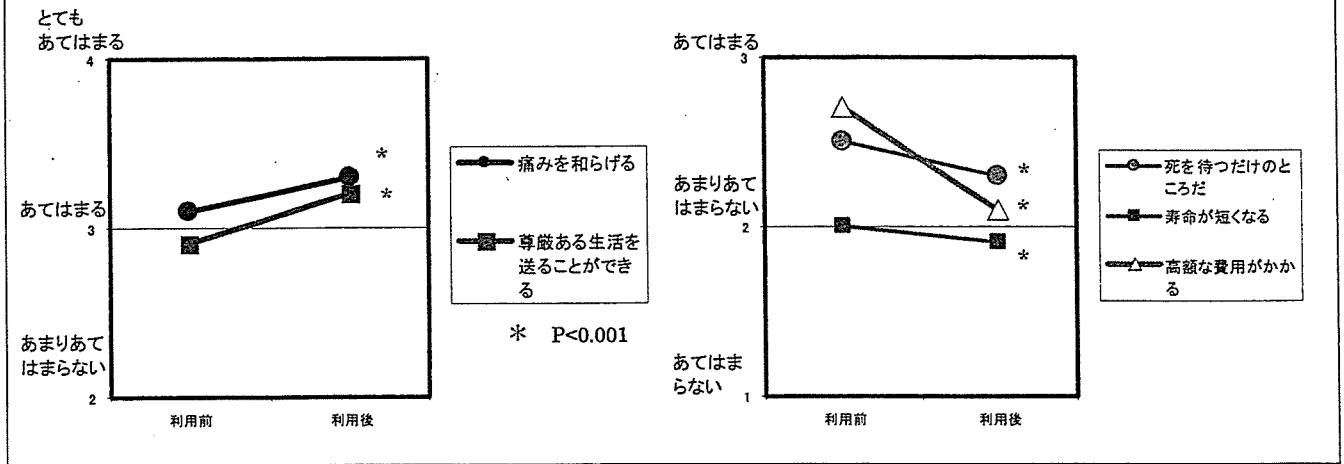
a: n=1001 (1990), n=1006 (1996)

二段層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で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」という問いに、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した人の割合。

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

以上より、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として緩和ケアに関する誤解があると考えられ、一般国民・患者・家族に対する、緩和ケアに対する現実に即した知識の普及が必要であると考えられる。

3 行動計画

- 一般国民・患者・家族への緩和ケア・医療用麻薬・がんに関する正しい知識の普及・啓発を行う。
 - ・ 内容は、「がん疼痛のために医療用麻薬を使用しても麻薬中毒にならないこと」、「寿命が縮まることはないこと」、「緩和ケアは『何もしない、死を待つだけのこと』ではなく、尊厳ある生活を送るために積極的に行うものであること」、「緩和ケアは終末期だから受けるものではなく、苦痛に対する治療であり、がんに対する治療と一緒に受ける医療である（例えば、緩和治療は手術、放射線、化学療法に加わる 4 つめの治療である）こと」、および、「がんの一般的な治療経過の全体像や苦痛に対応する手段があること」、「再発した場合治癒は困難であり、治療目的は QOL を高めることであること」などを含み、「がんになっても安心して治療を受けられる」ための医学的知見に基づいた根拠を明示する。
 - ・ 方法は、複数の媒体（講演会、新聞・テレビ・インターネット、雑誌・書籍、パンフレット・ポスターなど）、複数の手段（インターネットコンテンツ、パンフレット、ドラマ、Narrative database、世界ホスピス緩和ケアデーなど）のうち、これまでの研究から効果のあると考えられるものをわが国の現状をふまえて選択する。
 - ・ 対象は一般国民・患者・家族とする。
 - ・ 一般国民・患者・家族の緩和ケア・医療用麻薬・がんに関する知識を経年的に調査する。

II 基本的な緩和ケアの普及

1 目標

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。

2 現状

1) 医療用麻薬の使用量が少ない

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く、最も消費量の多い米国と比較すると約 1/60、2 番目に消費量の少ないイギリスと比較しても 1/7 である (図 2; The International Narcotics Control Board, 2004)。

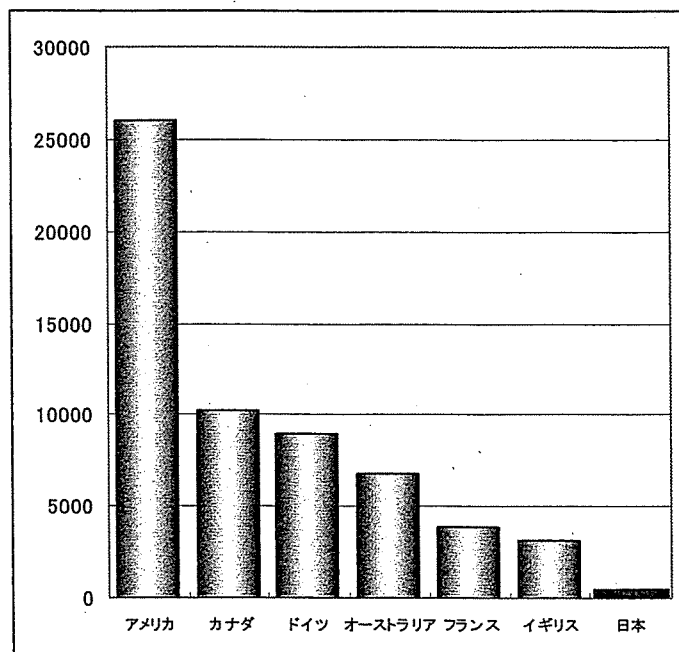
保険適応、人種差などの影響があり、単純に比較できないが、十分な鎮痛が行われていない可能性がある。

2) 患者が希望する望ましい QOL は多様で、医療者が一般的に望ましいと考えることとは相違を認めるものがある

一般国民・患者にとっての望ましい QOL は広範囲な要素を含んでいる (Steinhauser KE, 2000; Hirai K, 2006; Miyashita M, in press)。それは、「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」などである。

日本や欧米での研究では、「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・患者も医療者も同じように重要であると認識しているが、一般国民・患者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)、医療者はあまり重要とは考えていないものがある (表 2; 出羽, 2006; Steinhauser KE, 2000; Miyashita M, in press)。

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

以上より、個人により望ましい QOL は多様であり、医療者が一般的に望ましいと考えることとは相違がありうることが示唆される。したがって、QOL の維持と向上を目標とする緩和ケアを行うためには、まず、患者がどの QOL の要素を重要と考えているかを把握することが重要である。しかし、その方法は確立しておらず、実際にがん患者からみて、どの程度望ましい QOL を達成できているのかについての大規模調査はない。

したがって、患者にとっての望ましい QOL の評価手段を確立し、QOL が達成できているかを評価することは、患者の QOL の向上に貢献すると考えられる。

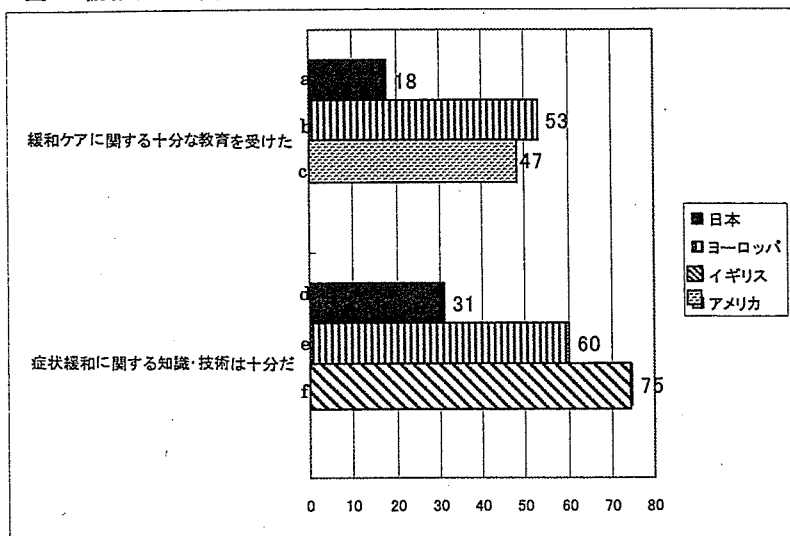
3) 一般医師が緩和ケアを行うための教育・支援体制が十分でない

(1) 疼痛の場合：ガイドラインはあるが教育・支援体制が十分でない

WHO 方式がん疼痛治療法は、がん疼痛の国際的な治療ガイドラインであり、ガイドラインに沿った治療を行うことで多くの患者において疼痛の緩和を行うことができる (WHO, 1986; Jadad AR, 1995; Azevedo Sao Leao Ferreira K, 2006)。わが国においても、WHO 方式鎮痛法のマニュアルが配布されるなど普及の努力が行われてきたが、2003 年の全国調査において、WHO 方式がん疼痛治療法の「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%にとどまっており、約 26%の医師は「知らない」と解答している (厚生労働省, 2004)。

また、「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%、「症状緩和に関する知識・技術が十分だ」と回答した医師も約 30%にすぎない (図 3; Furstenberg CT, 1998; Morita T, 2002; Cherny NI, 2003; Low J, 2006)。

図 3 緩和ケアに関する医師の自信



- a 「症状緩和に関する十分な教育を受けた」に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した医師の割合 (日本のがん専門病院 27 病院の医師 560 名を対象とした質問紙調査)
- b 「緩和ケアに関する十分な教育を受けた」に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した医師の割合 (イギリスの 6 地区から抽出した一般医師 492 名を対象とした質問紙調査)
- c 「疼痛緩和に関して適切な教育を受けた」に「非常に適切」「適切」と回答した医師の割合 (アメリカ New Hampshire の無作為抽出で選定された医師 63 名を対象とした質問紙調査)
- d 「症状緩和に関する知識・技術が十分である」に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した医師の割合 (a と同じ調査対象)
- e 「症状緩和に自信がある」と回答した医師の割合 (b と同じ調査対象)
- f 「症状緩和の専門家としての知識がある」に「とてもそう思う」「そう思う」と回答した医師の割合 (European Society of Medical Oncology に所属する医師 895 名を対象とした質問紙調査)

表2 終末期の望ましいQOL

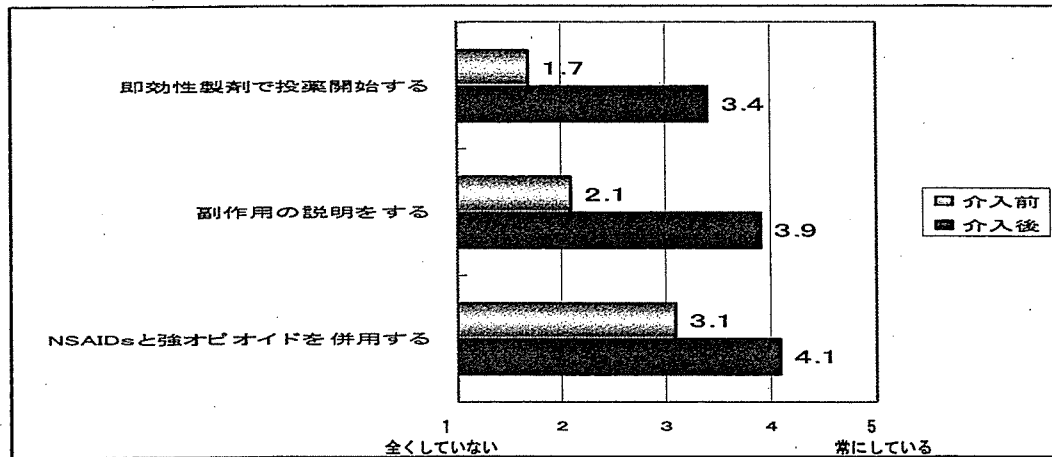
	一般国民 (%)		医師 ^b (%)
	全国 4 地域 ^a	福島 ^b	
一般国民も医師も同様に重要視していた項目			
痛み・苦痛がないこと	90	98	100
不安がなく穏やかに過ごせること	97	94	98
信頼できる医師がいること	96	96	95
家族と一緒にいること	84	88	91
一般国民と医師とで重要視する程度に差があった項目			
意識がしっかりしていること	90	84	63
家族の負担にならないこと	89	94	76

a 層化無作為抽出によって選定された4地域の一般国民2548名と12の緩和ケア病棟のがん患者遺族518名を対象とした質問紙調査

b 無作為抽出した40歳以上の福島市在住の一般国民786名、医師247名を対象とした質問紙調査

しかし、いくつかの介入研究によれば、十分な支援を行うことで、オピオイドの処方など医師の行動を変化させることは可能であることが示唆されている（図 4; Schuit KW, 1999）。

図 4 医師に対する教育的介入によるオピオイド処方の変化



家庭医 120 名を対象として疼痛緩和のワークショップをおこなった前後での質問紙調査
医師のオピオイド処方に関する行動を比較

(2) 疼痛以外の症状などの場合：ガイドラインがない

疼痛以外に患者にとって重要な QOL の要素、身体症状（食欲不振、嘔気嘔吐、呼吸困難、気道分泌、倦怠感など）、精神症状（不安、抑うつ、せん妄）、コミュニケーション・意思決定、心理社会的要素（負担感、希望など）については、国際的にはいくつかのガイドラインやクリニカルパスが使用されているが、わが国ではほとんどない（Bozzetti F, 1996; Ripamonti C, 2001; Bennett M, 2002; Bachmann P, 2003; Ellershaw J, 2003）。

以上より、一般医師が緩和ケアを行うためには、ガイドラインの作成のみでは十分ではなく、ガイドラインを実践する現場での教育・支援が重要であることが示唆される。すなわち、診療の参考となるガイドラインの存在しない領域においてはガイドラインを作成した上で、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、患者の QOL を向上させるための標準的な緩和ケアをすすめるために必要であると考えられる。

3 行動計画

【実態の把握】

- 患者・家族・遺族などの調査を行い、利用者から見て望ましい QOL が達成されているかの実態を把握する。

【一般医師・看護師が使用することができる緩和ケアに関する評価方法や診療ガイドラインなどの作成】

- 医療従事者が使用することができる緩和ケアに関する評価方法や診療ガイドラインなどを開発する
 - ・ 内容は、QOL の評価方法、身体症状（疼痛、呼吸困難、嘔気・嘔吐、経口摂取の低下、倦怠感、泌尿器症状など）、精神症状（不安、抑うつ、せん妄）、コミュニケーション・意思決定、心理社会的要素（負担感、希望など）、死亡直前の包括的ケアの診療ガイドラインを含む。
 - ・ 病院、在宅、施設など患者が療養するすべての環境で使用できる必要がある

【普及】

- 作成されたガイドラインなどを普及させる。
 - ・ ホームページを利用し、教育用のプレゼンテーションとあわせて掲載しダウンロードできるようにする。また、ガイドラインに準拠した臨床や教育を行うほか、定期的にセミナーを開催する。
 - ・ 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を作成・配布する。内容は、1) 患者の望んでいる QOL や療養場所・インフォームドコンセントに関する基礎的な情報、2) 評価方法・ガイドライン、3) 緩和ケアの概念（苦痛に応じて治療とともに行うものであるなど）、および、4) 専門緩和ケアサービスの役割・実際の治療内容など具体的な情報・紹介のコミュニケーションの具体例などを含む。
 - ・ 一般医師・看護師にとって有用な診療・看護ツール（患者の望んでいる QOL や療養場所・インフォームドコンセントに関する基礎的な情報、評価方法・ガイドライン、患者・家族用のパンフレットなど）を系統的に収集するシステムを構築する。
- がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームは、一般医師・看護師を支援する中心的役割を果たす。そのため、がん診療拠点病院の緩和ケアチームの育成を集中的に行うことを通じて、一般医師・看護師への緩和ケアの普及を行う。
 - ・ 内容は、臨床能力に加えて、一般医師・看護師に基本的な緩和ケアを普及させるために必要なスキル（コミュニケーション技術、マネジメント能力など）を含む。
 - ・ 方法は、講習会、実際の症例についてのカンファレンス、地域にすでに確立している専門緩和ケアサービスからのアウトリーチなどから有効な方法を選択する。

Ⅲ 専門的な緩和ケアの整備

1 目標

患者・家族は自分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。

【専門緩和ケアサービスの役割（暫定）】

本稿では、以下の記載のために、暫定的に専門緩和ケアサービスを以下のように分類する（これは今後見直されることを前提としている）。

専門緩和ケアサービスは、コンサルテーション機能、施設機能、および、モニタリング・サポート機能を持つ。

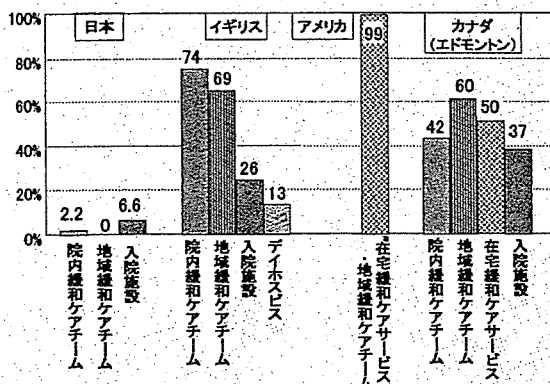
- ・ コンサルテーション機能とは、1) 入院・通院患者に対するコンサルテーション（院内緩和ケアチーム）、2) 在宅療養中の地域の患者に対するコンサルテーション（地域緩和ケアチーム）をいう。
- ・ 施設機能とは、1) 一般病棟や在宅では緩和困難な症状緩和を集中して行う入院機能、2) 終末期ケアのための入院機能、3) 在宅支援のための施設機能（療養通所介護、ナイトケアなどの通所サービス）をいう。
- ・ モニタリング・サポート機能とは、地域における緩和ケアの水準をモニタリングし、必要な診療ツール（評価方法や診療ガイドラインなど）を整備する機能をいう。

2 現状

1) 現在専門緩和ケアサービスの利益を得られているのはごく一部の患者に過ぎない

各国のがん死亡患者数における専門緩和ケアサービスを利用した患者割合を図5に示す（National Center for Health Statistics, 2005; National Hospice and Palliative Care Organization, 2005; National Statistics, 2005; The National Council for Palliative Care, 2005; Capital Health, 2006; 厚生統計協会, 2006; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2006; 日本緩和医療学会）。

図5 がん死亡患者における専門緩和ケアサービス利用割合



算出方法：年間利用者数/年間がん死亡者数
 院内緩和ケアチーム：病院内でコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム
 地域緩和ケアチーム：地域を対象としてコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム
 在宅緩和ケアサービス：一定のトレーニングを受けた専門職種が、在宅療養患者に対し直接的に緩和医療を提供するサービス
 a: 「ホスピスケアプログラム」として報告されているサービスの利用者数から算出した

わが国の在宅療養支援診療所については、専門緩和ケアサービスとして位置づけるか明確にされていないので本調査では含めなかった。

専門緩和ケアサービスは患者・家族の QOL の向上に貢献することが示されており（Hearn J, 1998; Jordhoy MS, 2001; Davies E, 2005）、イギリス、アメリカ、カナダ（エドモントン）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。一方、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られる。わが国において最もはやく要件が明文化された専門緩和ケアサービスである緩和ケア病棟では、申し込みをしてから 2 週間以上の待機期間があり、49%の遺族が「もっと早く利用したかった」と評価していることから (Morita T, 2005)、緩和ケア病棟の機能からみて「必要としたときにすぐに利用できる状態」とはいえない。

以上より、専門緩和ケアサービスの量的・機能的不足があることが示唆される。

2) 専門緩和ケアサービスの量的不足

各国の専門緩和ケアサービス数を表 3 に示す (Palliative Care Australia, 1998; Australian Bureau of Statistics, 2004; hospice information, 2005; National Center for Health Statistics, 2005; Morrison RS, 2005; National Hospice and Palliative Care Organization, 2005; National Statistics, 2005; Capital Health, 2006; 厚生統計協会, 2006; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2006; 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2006; 日本緩和医療学会)。

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	13.8万人	55.7万人	0.2万人	3.8万人
コンサルテーション機能					
院内緩和ケアチーム	134 (59 ^a)	361	1027 ^b	2	85
地域緩和ケアチーム	0	358	-	1	-
施設機能					
入院施設	157	220	-	5	91
病床数	3012	3156	-	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	-	-	4160 ^c	1	146

-: データソースなし

院内緩和ケアチーム: 病院内でコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム

地域緩和ケアサービス: 地域を対象としてコンサルテーション活動を行う緩和ケアチーム

在宅緩和ケアサービス: 一定のトレーニングを受けた専門職種が、在宅療養患者に対し直接的に緩和ケアを提供するサービス

a: 緩和ケア診療加算算定施設数

b: 「院内緩和ケアプログラム」としての報告を用いた

c: 「ホスピスケアプログラム」としての報告を用いた

面積や人口分布、保険制度にくわえて、各専門緩和ケアサービスの構成要件や役割が異なるため単純な比較はできないが、多様な専門緩和ケアサービスが量的に不足している可能性がある。

この理由として、以下があげられている (Miyashita M, in press; 厚生労働省対がん 10 年戦略「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発」研究班)。

- ・ 専門緩和ケアサービスを担う医師・看護師が不足している。
- ・ 経済的基盤に乏しい。
- ・ 制度化・定義されていない (地域緩和ケアサービス、専門緩和ケアサービスとしての在宅緩和ケアサービス)。
- ・ 患者のニーズに一致していない可能性がある。
 - － 介護ではなく医療ニーズが高い (療養通所介護)。
 - － がん治療を受けている苦痛の強い患者が利用しにくい (緩和ケア病棟)。

3) 専門緩和ケアサービスの施設機能の機能的不足

専門緩和ケアサービスの施設機能は、1) 一般病棟や在宅では緩和困難な難しい症状緩和、2) 終末期ケア、および、3) 在宅支援の 3 つの機能をバランスよく持つことが期待される。

イギリスのホスピスの平均死亡率は 52%、平均在院日数が 13 日であるが、わが国ではそれぞれ 81%、43 日である (図 6、7; The National Council for Palliative Care, 2006; 日本ホスピス緩和ケア協会, 2005)。

図6 専門緩和ケア入院施設の入院死亡率

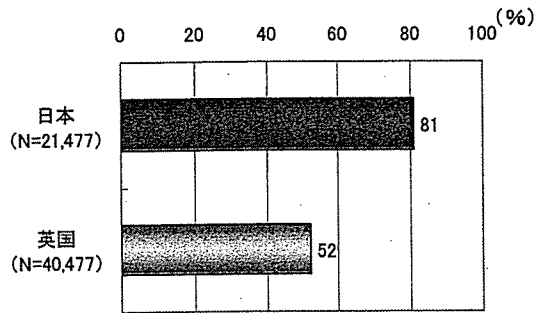
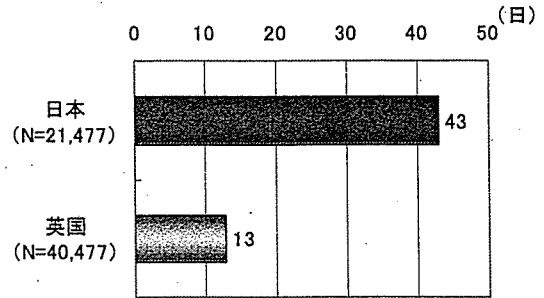


図7 専門緩和ケア入院施設の平均在院日数



これは、イギリスの入院施設が症状緩和・在宅支援・終末期ケアをバランスよく行う施設であるのに比して、わが国の緩和ケア病棟の機能は終末期ケア以外の機能を十分に果たすことができていないことを示唆していると考えられる。

この理由として、以下があげられている (Miyashita M, in press; 厚生労働省対がん 10 カ年戦略「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発」研究班)。

- ・ 緩和ケア病棟の数が少なく、緩和ケア病棟以外の在宅・施設など療養場所が不足している。
- ・ 緩和ケア病棟の役割として症状緩和や在宅支援が明確にされていない。
- ・ 緩和ケア病棟で症状緩和の困難な患者を集中して診療しようとする病院の経済的・人的負担が大きい。

3 行動計画

【スタンダードの明確化】

○ 専門緩和ケアサービスの機能のスタンダード・望ましい診療形態を明確にする。

- ・ 緩和ケアの定義を明記するべきである。「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」などの用語を整理して定義する。
- ・ 必要な専門緩和ケアサービスの種類 (院内緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム、施設機能など)、望ましい診療形態 (コンサルテーション・直接の診療などの診療形態)、必要とされる職種や能力 (緩和ケアチーム、専門在宅緩和ケアサービスの要件、たとえば夜間・休日の対応、ペインクリニック・サイコオンコロジーなど関連専門領域との関係など) を含むべきである。
- ・ スタンダードは定期的に見直される必要がある。

【質の評価】

○ 専門緩和ケアサービスの質の確保をする方策を確立する。

- ・ 専門緩和ケアサービスに関する情報を系統的に収集し、質評価のためのサーベイランスを行い、各サービスの質の向上につながるようにフィードバックする継続的なシステムを構築する。
- ・ 専門・認定制度や研修・教育システムなど、専門緩和ケアサービスをになう専門職の質を維持するシステムを構築する。
- ・ 地域の専門緩和ケアサービスにおいて解決困難な問題が生じた場合に全国レベルで対応できるネットワークを作るとともに、実施可能な施設が限定される緩和ケアについて適応と紹介方法が周知される仕組みを作る。

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

1 目標

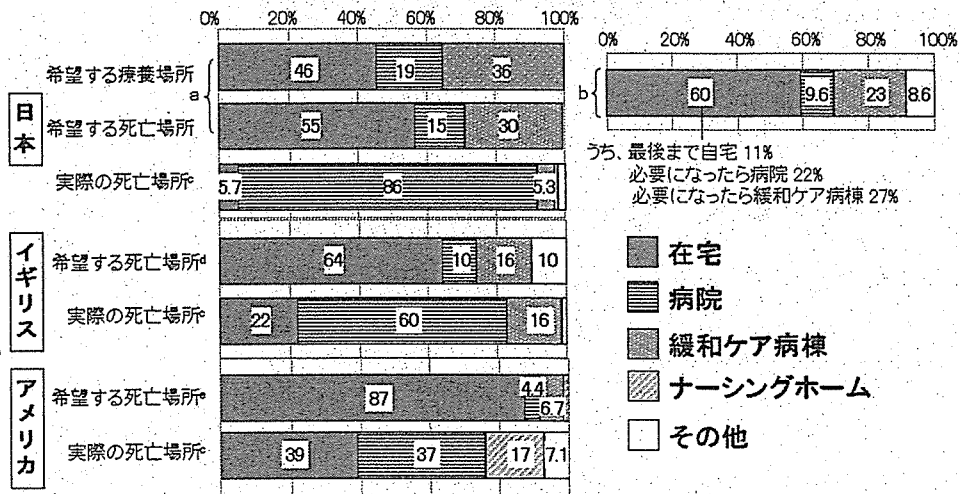
患者が希望するどの環境で療養しても、切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族が過度の負担を感じることなく安心して療養することができる。

2 現状

1) 希望する療養場所は達成されていない

一般国民や患者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（図 8; Charlton R, 1991; National Center for Health Statistics, 2003; Tang ST, 2003; National Statistics, 2004; Sanjo M, in submission; 終末期医療に関する調査等検討委員会, 2004; 厚生労働省, 2005）。一方、実際の死亡場所は、イギリスやアメリカと比較して、わが国では急性期病院が多い。これらは現在の患者を対象とした調査でないため結論付けることはできないが、患者の希望は達成されていないことが示唆される。

図8 希望する死亡場所と実際の死亡場所



- a: N=2,548 4地域の市区町村の40歳以上の男女から層化2段階無作為抽出により選定された者を対象とした質問紙調査「身体的苦痛はないが、身の回りのことがです、余命1~2ヶ月の場合」についての回答
- b: N=2,581 全国の市区町村の20歳以上の男女から層化2段階無作為抽出により選定された者を対象とした質問紙調査「痛みを伴う末期状態(余命半年以下)の場合」についての回答
- c: 悪性腫瘍疾患患者の死亡場所 (national data)
- d: N=4,177 1地域9ヵ所の一般診療外来において、通院患者を対象にした質問紙調査
- e: N=180 1地域6ヵ所において、入院あるいは在宅療養中の終末期がん患者を対象とした半構造化面接調査

2) 医療が断片化される

- わが国のがん患者における在宅ケアの開始から死亡までの平均期間は60日(任意の2施設から得た参考数値, n=464)であり、イギリスやカナダの在宅サービス開始から死亡までの期間に比べて短い(表4;

表4 在宅ケアサービス開始から死亡までの日数

	平均値	中央値
日本 ^a	60	-
イギリス	101	100
カナダ (エドモントン)	98	61

a: 任意の2施設から得た参考数値, n=464

Capital Health, 2006; The National Council for Palliative Care, 2006)。

- 病状が悪化してから在宅療養のために治療機関が変わるため「見捨てられ感」が強まることが示唆される。
- より早い時期から地域の在宅ケアサービスに関わるシステムを構築することは、継ぎ目のない緩和ケアを提供することにより患者のQOLの向上に寄与すると考えられる。

3) 負担感を感じずに療養できることはQOLの重要な要素である

- わが国の一般国民を対象とした調査において、患者から見た望ましいQOLにおいて「家族の負担にならないこと」は重要な要素である(Miyashita M, in press)。
- わが国ではがん患者を自宅で介護した家族の負担感に関わる大規模調査はないが、欧米では介護をする家族の負担も大きく、負担が家族の健康状態に影響することが報告されている(Schulz R, 1999; Beach SR, 2005)。
- 家族の介護負担の実態を把握したうえで、患者・家族が負担感を感じない療養環境の整備が必要であることが示唆される。

3 行動計画

【実態の把握】

- IIの実態調査の一環として、患者の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、家族の負担の実態を把握する必要がある。

【患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減される地域システムの構築】

- 患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減される地域システムを構築する。そのためには、
 - ・ 必要な療養場所を設定するため、地域ごとに、患者の希望する療養場所を把握する
 - ・ 患者の療養場所に関する意向やニーズを把握する方法を確立する
 - ・ 地域のリソースを系統的に把握し、患者の意向と状態に見合った場所を選択する手段を確立する。例えば、困難な苦痛のある患者の専門緩和ケアサービスへの紹介、在宅療養患者のレスパイト(家族の休養のために一時利用する)施設への紹介など。
 - ・ 地域において患者を早期から連携して診療する手段を確立する(術後からの病院診療所連携パス、退院時の情報共有フォーマットなど)
- がん診療連携拠点病院の相談支援センターは、地域における緩和ケアシステムの中心をになう。そのため、相談支援センターの専門相談員や看護師の育成を集中的に行うことを通じて、地域システムの構築を行う。

V 緩和ケアの研究の推進

1 目標

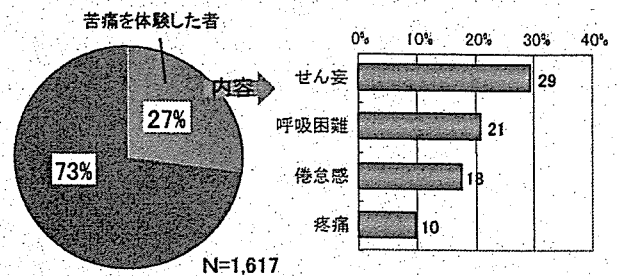
現在緩和手段のない苦痛が1日でも早く緩和できるようになる。

2 現状

1) がん患者の苦痛には緩和手段の見出されていないものがある

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。主な苦痛はせん妄、呼吸困難、倦怠感である(図9; 厚生労働省厚生科学研究「がん医療における緩和ケアおよび精神腫瘍のあり方と普及に関する研究」班 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会, 2005)。

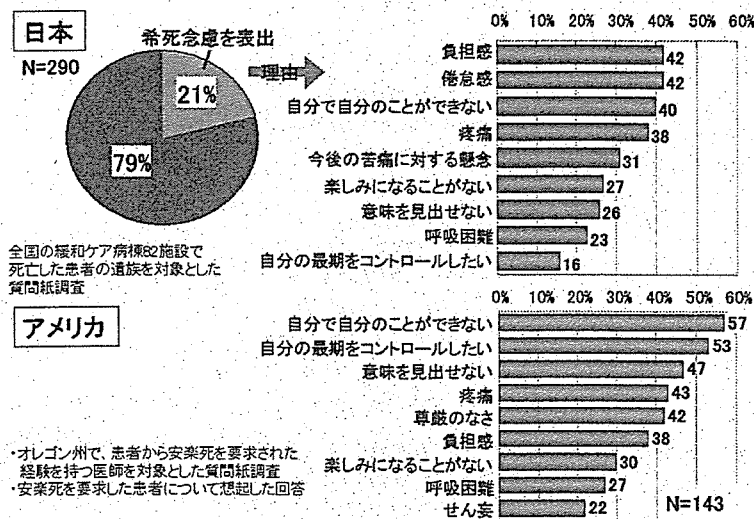
図9 緩和できない苦痛を体験したがん患者



日本を含む9か国で行われた鎮静に関する10研究の累積患者数より計算

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。その理由は疼痛だけではなく、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、楽しみにすることがない、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(図10; Ganzini L, 2000; Morita T, 2004)。

図10 苦痛のために希死念慮を表出したがん患者



全国の緩和ケア病棟2施設で死亡した患者の遺族を対象とした質問紙調査

アメリカ

・オレゴン州で、患者から安楽死を要求された経験を持つ医師を対象とした質問紙調査
・安楽死を要求した患者について想起した回答

- がん患者全体では、落ち込みや不安など精神的苦痛、身体的苦痛、これからの生き方や生きる意味についての心理社会的要素、経済的負担などがあげられている（表 5；「がんの社会学」に関する合同研究班，2004）。
- 以上の点から、現在のシステムでは、十分に緩和されていない苦痛が存在することが示唆される。

	N=7,837
落ち込みや不安や恐怖などの精神的なこと	53%
痛み・副作用、後遺症などの身体的な苦痛	48%
これからの生き方、生きる意味などに関すること	38%
収入、治療費、将来への蓄えなどの経済的なこと	35%
夫婦間、子どもとの関係などの家庭・家族のこと	29%
仕事、地位、人間関係などの社会とのかかわり	21%

53医療機関及び15患者会・患者支援団体で行った質問紙調査
 対象は、外来通院中の20歳以上のがん患者あるいは患者会・患者支援団体に所属し、20歳以上で、事前に同意の得られたがん体験者

3 行動計画

【十分に緩和されていない苦痛の同定と研究の遂行】

- IIの実態調査の一環として、標準的な緩和ケアが行われていると考えられる施設の患者を対象として、標準的なでは効果が不十分な苦痛を同定し、研究対象とするべき苦痛について優先度をつける研究を行う。
- 現在緩和手段がないと考えられる苦痛について、基礎研究者を含め学際的研究を行う。

【研究インフラの整備】

- 緩和ケアの研究者の養成、多施設臨床研究、基礎研究者と臨床医との交流など研究のインフラを整備する必要がある。

文献

- Allard P, Maunsell E, Labbe J, et al. Educational interventions to improve cancer pain control: a systematic review. *J Palliat Med.* 2001; 4(2): 191-203.
- Alvarez MP, Agra Y. Systematic review of educational interventions in palliative care for primary care physicians. *Palliat Med.* 2006; 20(7): 673-83.
- Australian Bureau of Statistics. Causes of Death, Australia (2004) Underlying cause of death. [cited 2007 Feb 10]; Available from: [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/68D51845F3970A92CA25713000705D3A/\\$File/33030_2004.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/68D51845F3970A92CA25713000705D3A/$File/33030_2004.pdf)
- Azevedo Sao Leao Ferreira K, Kimura M, Jacobsen Teixeira M. 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): 1086-93.
- Beach SR, Schulz R, Williamson GM, et al. Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53(2): 255-61.
- Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP, et al. Summary version of the Standards, Options and Recommendations for palliative or terminal nutrition in adults with progressive cancer *Br J Cancer.* 2003; 89 Suppl 1: S107-10.
- Bennett M, Lucas V, Brennan M, et al. Using anti-muscarinic drugs in the management of death rattle: evidence-based guidelines for palliative care. *Palliat Med.* 2002; 16(5): 369-74.
- Bercovitch M, Waller A, Adunsky A. High dose morphine use in the hospice setting. A database survey of patient characteristics and effect on life expectancy. *Cancer.* 1999; 86: 871-7.
- Bozzetti F, Amadori D, Bruera E, et al. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *European Association for Palliative Care. Nutrition.* 1996; 12(3): 163-7.
- Capital Health. REGIONAL PALLIATIVE CARE PROGRAM ANNUAL REPORT APRIL 1, 2004-MARCH 31, 2005 and APRIL 1, 2005-MARCH 31, 2006. [cited 2007 Feb 10]; Available from: <http://www.palliative.org/PC/RPCP/Annual%20Report%202004%20-%202006.pdf>
- Charlton R. Attitude Towards Care of the Dying: A Questionnaire Survey of General Practice Attenders. *Family Practice.* 1991; 8(4): 356-9.
- Cherny NI, Catane R. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. *Cancer.* 2003; 98(11): 2502-10.
- Davies E, Higginson IJ. Systematic review of specialist palliative day-care for adults with cancer. *Support Care Cancer.* 2005; 13(8): 607-27.
- Eagar K, Green J, Gordon R. An Australian casemix classification for palliative care: technical development and results. *Palliat Med.* 2004; 18(3): 217-226.
- Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. *BMJ.* 2003; 326(7379): 30-4.
- Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB, et al. Knowledge and Attitudes of Health-Care Providers Toward Cancer Pain Management: A Comparison of Physicians, Nurses, and Pharmacists in the State of New Hampshire. *J Pain Symptom Manage.* 1998; 15(6): 335-349.
- Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, et al. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med.* 2000; 342(8): 557-63.
- Hearn J, Higginson IJ. Do specialist palliative care teams improve outcomes for cancer patients? A systematic literature review. *Palliat Med.* 1998; 12(5): 317-32.
- Hilden JM, Emanuel EJ, Fairclough DL, et al. Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding end-of-life care: results of the 1998 American Society of Clinical Oncology survey. *J Clin Oncol.* 2001; 19(1): 205-12.
- Hirai K, Miyashita M, Morita T, et al. Good death in Japanese cancer care: a qualitative study. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 31(2): 140-7.

- Hojsted J, Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: A literature review. *Eur J Pain*. 2006 (in press)
- hospice information. Hospice and Palliative Care Facts and Figures 2005. [cited 2007 Feb 10]; Available from: [http://www.hospiceinformation.info/uploads/documents/hospice & palliative care facts & figures 2005.pdf](http://www.hospiceinformation.info/uploads/documents/hospice%20&%20palliative%20care%20facts%20&%20figures%202005.pdf)
- Jadad AR, Browman GP. The WHO analgesic ladder for cancer pain management. Stepping up the quality of its evaluation. *JAMA*. 1995; 274: 1870-1873.
- Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, et al. QOL in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol*. 2001; 19(18): 3884-94.
- Larue F, Fontaine A, Brasseur L. Evolution of the French public's knowledge and attitudes regarding postoperative pain, cancer pain, and their treatments: two national surveys over a six-year period. *Anesth Analg*. 1999; 89(3): 659-64.
- Low J, Cloherty M, Wilkinson S, et al. A UK-wide postal survey to evaluate palliative care education amongst General Practice Registrars. *Palliat Med*. 2006; 20(4): 463-9.
- Miyashita M, Sanjo M, Morita, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan. A nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med*. (in press)
- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. (in press)
- Morita T, Akechi T, Sugawara Y, et al. Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. *J Clin Oncol*. 2002; 20(3): 758-64.
- Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, et al. 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.
- Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late Referrals to Specialized Palliative Care Service in Japan. *J Clin Oncol*. 2005; 23(12): 2637-2644.
- Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, 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*. 2006; 31(4): 306-16.
- Morrison RS, Maroney-Galin C, Kralovec PD, et al. The growth of palliative care programs in United States hospitals. *J Palliat Med*. 2005; 8(6): 1127-34.
- National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd edition Geneva, World Health Organization, 2002.
- National Center for Health Statistics. Deaths from 39 selected causes by place of death, status of decedent when death occurred in hospital or medical center, and age: United States, 2003. [cited 2007 Feb 10]; Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/MortFinal2003_WorkTable307.pdf
- National Center for Health Statistics. Health, United States, 2005 Table31 Leading causes of death and number of deaths, according to sex, race, and Hispanic origin: United States, 1980 and 2003. [cited 2007 Feb 10]; Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/05.pdf>
- National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO's FACTS AND FIGURES-2005 FINDINGS. [cited 2007 Feb 10]; Available from: <http://www.nhpco.org/files/public/2005-facts-and-figures.pdf>
- National Statistics. Series DH1 no.37 Mortality Statistics. Table17 Deaths: place of occurrence and sex by underlying cause and age-group, 2004. [cited 2007 Feb 10]; Available from: http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Dh1_37_2004/DH1_no_37.pdf
- National Statistics. Series DH2 no.32 Mortality statistics. Table 2-Deaths: underlying cause, sex and age-group, 2005: summary. http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Dh2_32/DH2_No32_2005.pdf

- Palliative Care Australia. State of The Nation 1998 Report of National Census of Palliative Care Services. [cited 2007 Feb 10]; Available from:
<http://www.pallcare.org.au/Portals/46/docs/publications/Census98.pdf>
- Portenoy RK, Sibirceva U, Smout R, et al. Opioid use and survival at the end of life: a survey of a hospice population. *J Pain Symptom Manage.* 2006; 32: 532-540.
- Ripamonti C, Twycross R, Baines M, et al. Clinical-practice recommendations for the management of bowel obstruction in patients with end-stage cancer. *Support Care Cancer.* 2001; 9(4): 223-33.
- Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding End-of-Life Cancer Care and Associations with Good-Death Concepts: A Population-Based Survey in Japan. (in submission)
- Schuit KW, Bender W, Meijler WJ, et al. Learning effects of a workshop in palliative cancer care for general practitioners. *J Cancer Educ.* 1999; 14(1): 18-22.
- Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA.* 1999; 282(23): 2215-9.
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA.* 2000; 284(19):2476-82.
- Tang ST. When death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nurs.* 2003; 26: 245-51.
- The International Narcotics Control Board (INCB). [cited 2007 Feb 10]; Available from:
http://www.incb.org/pdf/e/tr/nar/2004/narcotics_part4_tables.pdf
- Tibi-Levy Y, d'Herouville D. Developing an operational typology of patients hospitalised in palliative care units. *Palliat Med.* 2004; 18(3): 248 - 258.
- The National Council for Palliative Care. National Survey for Patient Activity Data for Specialist Palliative Care Services MDS Full Report for the year 2004-2005. [cited 2007 Feb 10]; Available from: http://www.ncpc.org.uk/download/mds/MDS_Full_Report_2005.pdf
- Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain.* 1993; 52(3): 319-24.
- World Health Organization: National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines second edition. 2002; Geneva, WHO.
- World Health Organization Europe. THE SOLID FACTS PALLIATIVE CARE. Edited by Davies E & Higginson IJ. 2004. [cited 2007 Feb 10]; Available from:
<http://www.euro.WHO.int/document/E82931.pdf>
- Ziebland S, McPherson A. Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Med Educ.* 2006; 40(5): 405-414.
- 「がんの社会学」に関する合同研究班. がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書 概要版 がん向き合った7,885人の声. 2004. [cited 2007 Feb 10]; Available from:
http://www.scchr.jp/yorozu/pdf/taiken_koe_jpn200609.pdf.
- 厚生統計協会. 国民衛生の動向. 2006年 第53巻 第9号.
- 厚生労働省. 終末期医療に関する調査等検討会報告書 ー今後の終末期医療の在り方についてー. 2004. [cited 2007 Feb 10]; Available from: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8d9.html>
- 厚生労働省. 平成17年人口動態調査 死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率. 2005. [cited 2007 Feb 10]; Available from:
http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2005/toukeihyou/0005626/t0124446/MC210000_001.html
- 厚生労働省厚生科学研究 「がん医療における緩和医療および精神腫瘍のあり方と普及に関する研究」 班 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン作成委員会. 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン. 2005.

厚生労働省対がん10ヵ年戦略「QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発」研究班. 緩和ケア普及のバリア（集計結果）. 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についてのアンケート.

近藤由香, 渋谷優子. 痛みのある外来患者のモルヒネ使用に関する懸念と服薬行動に関する研究. 日本がん看護学会誌. 2002; 16(1): 5-16.

終末期医療に関する調査等検討委員会. 今後の終末期医療の在り方. 東京: 中央法規; 2005.

出羽明子, 鈴木雅夫, 村川雅洋. がん終末期患者の「望ましい死」に関する意識調査—福島市民と意思の比較—. 緩和医療学. 2006; 8(2): 65-71.

日本緩和医療学会. 緩和ケアチーム登録状況. 【2007年2月10日許諾】

日本ホスピス緩和ケア協会. 2006年度年次大会. 愛媛: 日本ホスピス緩和ケア協会; 2006.

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 2006. 東京: 青海社; 2006.

資料1: 関連団体との意見交換会の議事録要約

緩和ケアグランドデザインに関する打ち合わせ会 議事録

日時 3月2日【金】 12:30-15:30
場所 国立がんセンター中央病院 8F 手術部カンファレンスルーム
参加者 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(理事長代理:角田直枝)・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(世話人代表: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(代表世話人代理:高宮有介)・ホスピスケア研究会(顧問:季羽倭文子)
ジャパン・ウェルネス(理事長:竹中文良)
厚生労働省健康局総務課がん対策推進室(室長補佐:加藤雅志)
梅田・江口・菊地・木澤・志真・下山・田村・的場・宮下・森田(ワーキングメンバー)
司会 志真
書記 笹原・山岸

【敬称略】

1. 挨拶【下山・加藤】
2. 打ち合わせ会参加者自己紹介
3. 草稿に関する説明【森田】

討議内容

I. 緩和ケアに関する正しい知識の普及

在宅ホスピス協会(川越)

- ・ 一般の方対象の啓発活動は歴史がある。同様のやり方で効果がないのは問題であり、これまでのレビューを載せてはどうか。痛みだけでもいいと思う。これまでに厚生労働省が行ったデータあると思う。

ジャパンウェルネス(竹中)

- ・ ジャパンウェルネスでの経験から、一般の方ががん患者では、知識の習得具合が異なる。みなさん患者になった途端に勉強するため、一般の方がどれくらい知識を持っていればいいのか分からない。

日本死の臨床研究会(高宮)

- ・ 早い時期から緩和ケアをという考えのもと、「緩和ケア病棟は死を待つだけのところではない」というのは正しいメッセージだと思う。しかし、その先の「死」を含めて考えないと排除されてしまい、結局一般の方に緩和ケアが普及しないことになるのではないかと。グランドデザインということであれば、5、10年を見据え、どう死と向き合っていくかに関する議論を含めた方がいいと思う。

日本ホスピス緩和ケア協会(山崎)

- ・ 一般の方は事故も病気も想定してない。あって初めて考える。そのため、がんに直面した人と一般の方への情報は分けて考えた方がいいと思う。
- ・ 一般の方の死の考え方、死生観が分かれば、緩和ケアで何が出来るか提言できるのではないかと。「がん＝苦痛」などの一般論が、緩和ケアがあるから大丈夫というようになればいい。

ホスピスケア研究会(季羽)

- ・ ホスピスケア研究会での経験から、患者さんの中に「ホスピス」という言葉は浸透しているが「緩和ケア」という言葉はしていない。今後、「緩和ケア」を使っていくのであれば、「ホスピス」との関係を入れた方がいい。

サイコオンコロジー学会(内富)

- ・ がん治療の早期からというのであれば、サバイバーも含めた広義の緩和ケアの定義を採用したほうがいいのか。WHO 2002 は、そうなっているようだ。

厚生労働省健康局総務課がん対策推進室(室長補佐:加藤雅志)

- ・ 一般の方は死に対する不安がある。厚労省としては、がんになっても大丈夫という安心感を与えるようにしたい。将来的にはそうしたい。
- ・ 「最期まで聞きたい」という患者の意見だけでなく、その反対の立場・考えも大事にしていきたい。

ワーキンググループ(的場)

- ・ グランドデザインもとついて戦略を立てるので、戦略の部分で対象を分ければ良いと思う。
- ・ ここで出した提言がどう使われるかを明確にしておいた方が良いのではないか。
- ・ グランドデザインで話し合われている「緩和医療」とは何なのか、定義を明確にして進んだほうが良いと思う。また、一般の方が緩和ケアについてどんなイメージを持っているのかを明らかにし、専門家と一般の方が使っている「緩和ケア」に乖離があるならば、修正した方が良い。

ワーキンググループ(田村):

- ・ がんのサババーシップの中には「エンドオブライフ」という考え方がある。提供側だけでなく、受け手側である患者の意識の変化も考えていかななくてはならない。

II. 基本的な緩和医療の普及

日本がん看護学会(角田)

- ・ 表2について
医師データのみを用いて、「医療者は～」と論じるのはおかしいのではないか？
→看護師データも加えることを検討したが、福島の調査における看護師データは Published Data ではなかったため、今回は掲載を見送ることとした(ワーキンググループからのコメント)。

日本死の臨床研究会 (高宮)

- ・ 医学生・研修医の教育が重要である。特に彼らはマニュアルになっているときちんと習得できる
→オピオイド等の使用法をマニュアル化することは、普及の戦略として有効であると考えられる。

ホスピスケア研究会 (丸口)(個人的意見)

- ・ 現状として麻薬の使用量が少ないなどの問題もあるが、もっとも重視しなければならないのは、患者は適切な時期に適切な情報を与えられていないということである。がんのプロセスの全体を見越して、今どのような情報を提供しなければならないかが考えられていない。その時その時の情報しか提供されていない。

ガイドラインについて

緩和医療学会(江口)

- ・ 学会では、頻度の多い症状毎に体系的レビューによるガイドラインの作成途中であるが、完成したものを速やかに発表していく予定である。

日本がん看護学会(角田)

- ・ がん看護のコアカリキュラムを書籍化し、そのようなツールを用いてがん拠点病院等の標準的看護の