

提供に努めていく。

- ・ 今年書籍化したばかりで、まだ実績はない。

#### サイコオンコロジー学会(内富)

- ・ ガイドラインの必要性はあり、今後取り組んでいく予定である。
- ・ 国際サイコオンコロジー学会(IPOS)オンラインカリキュラム日本語版を作成し、PPT にして教育ツールとして提供している。海外には多くのガイドラインがあるが、日本にはサイコオンコロジー関連のガイドラインはまだ存在しない状況である。内容的には、苦痛・不安・不眠・せん妄・コミュニケーションなど心理社会的なものが、ガイドラインの3分の1を占める。現状としては、海外のものを翻訳して紹介していく方法に頼らざるを得ない状況ではあるが、文化的なものが入る心理社会的な問題は、そのまま導入は困難であり、改善が必要である。

#### 緩和医療学会(江口)

- ・ 症状などのガイドラインは有効な新薬が出ることも多く、3年毎に改定するという作業も必要である。心理社会的な領域は、日本独自の文化等を考慮していく必要があるという考えには賛同する。

#### 日本がん看護学会(角田)

- ・ 年間ほぼ1万人の看護師に緩和ケアの教育を実施しているが、教育の質がコントロールされていないことが課題である。

#### 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)

- ・ がん診療連携拠点病院の役割、および緩和ケアをどのように普及させていくのか?  
平成18年2月より、がん診療連携拠点病院の指定要件として、緩和ケアチームの設置が定められたが、現状としては、十分に適切な緩和ケアを提供できていない緩和ケアチームも多いと聞いている。緩和ケアの質を向上させていくためには、提供している緩和ケアの質を評価していく必要がある。今後、研究班などと協力しながら緩和ケアの質に加えて、相談支援センター等の取り組みについても質的に見ていく予定である。ストラクチャーだけでなく中身が重要である。評価指標の必要性が高まっている。そのあたりのアイデアが欲しい。

#### ホスピスケア研究会(丸口)

- ・ アメリカではVital Signの中にPainが入っている。日本でもそれを推進していくべきである。

#### 在宅ホスピス協会(川越)

- ・ 教育のことは重要である。医学教育の充実は、がん治療に関しても緩和ケアを重要事項として大きく掲げる必要がある。

#### 緩和医療学会(江口)

- ・ 一般医師の教育支援体制の拡充が必要であるが、一般医師の定義としては、地域の緩和医療に従事している医師か、一般診療に従事している医師も含めてなのか?実際に教育プランを進めていくに当たっては、対象医師のレベルわけが必要ではないのか。緩和医療医のみならず、一般診療医への緩和医療に対する認識を深める必要がある。

#### ワーキンググループ(森田)

- ・ グランドデザインから個々の戦略を検討する際には、対象となる医師に応じた計画が必要であろう

## WHO が 20 年たっても十分に普及しない理由について

### 日本がん看護学会(角田)(個人的意見)

- ・ 訪問看護ステーション等でヒアリングしたところ、集合研修で学んだ知識をいかに実践に生かすかというところで、躓いている現状がうかがえる。特に在宅の場合、いかに判断するかが重要であるので、集合研修では不十分であると感じている。プロセスカウンセリングのほうが有効性ではないのか？つまり、教育の方法論的問題により、普及が阻まれているのではないかと考える。

### 日本死の臨床研究会(高宮)

- ・ WHO 方式は継続的にアセスメントしていくものだと思うが、まず最初の段階で躓いていることが多い。つまり、制吐剤・緩下剤が処方されていない等、副作用対策ができていない、レスキュー処方されていないなどが挙げられる。本を読んでも、正しい処方ができていない。処方セットのような提示も必要ではないか。

### ワーキンググループ(梅田)

- ・ 緩和ケアを専門としていない医師はステップ2を大事にしていくことが重要であると考えている。ステップを追ってやっていくという方法により、無駄な処方が減ったという報告も受けている。WHO ラダーのステップに沿って、オピオイドを使用していくという教育・支援活動が必要であり、重要であると考えます。

### ワーキンググループ(的場)

- ・ WHO方式の普及のやり方は、これまで座学でしかなかった。つまり、医師は知識を持っているのではないかと思う。しかし、フィールドがないことがうまく普及しない原因のように思う。緩和ケアチームにどんな医師でも気軽に参加するというのは、難しい現状である。経験していないものを実際に処方するのは危険である。

## III. 専門的な緩和ケアの整備

### 在宅ホスピス協会(川越)

- ・ 在宅緩和ケアサービスを年間100人以上のがん在宅死に関わる診療しているところと定義すると、当てはまる施設がほとんどないと思う。在宅療養支援診療所の要件に年間在宅死亡患者数の報告が入っているため、今後はそれで把握できるようになるであろう。今回は、支援診療所が育ちつつあるが、まだ機能としては充分ではないので今回は「なし」とした方がいいのではないか。
- ・ 緩和ケア病棟のあり方が問題となっている。緩和ケア病棟の量的不足が問題視されているが、これは収束方向に向かっていくと認識している。ベッド数が不足しているならば、回転率を上げる方法を考えればいい。緩和ケア病棟だけでなく、地域全体としてどのように緩和ケアを提供するかを考えないと、量の問題は解決しないのではないか。そのためには、在宅ケアの充実が前提となる。

### 日本死の臨床研究会(高宮)

- ・ 医師の専門性の担保をどうするかについても記載が必要ではないか。

### 日本ホスピス緩和ケア協会(山崎)

- ・ 私も在宅緩和ケアサービスを年間100人以上のがん患者を診療しているところと定義すると、当てはまる施設がほとんどないと思う。
- ・ 日本の専門緩和ケアサービスの機能を考えた場合、在宅ケアがまだ不十分である。在宅支援診療所が増え在宅緩和ケアが質的・量的に充実してくれば、緩和ケア病棟の「レスパイトケア」や「緩和困難な症状のマネジメント」などの役割が増えていくが、そうでないと難しいと思う。

- ・ 在宅ケアの充実にあたり、地域の受け皿としての緩和ケア病棟の力量が問われる。緩和ケア病棟の位置づけそのものが変わってきて、病状によって機能別に分けたほうが良いかもしれない。
- ・ 患者さんの望む療養場所を考えていくと、在宅が中心になってくる。在宅ケアをサポートするための緩和ケア病棟が、より意識されないといけない。
- ・ 緩和ケア病棟は量的に不足しているのか、検討する必要はある。地域全体で考えて、ハコモノばかりでなく、全体的な緩和ケアサービスが充実しないと意味がない。
- ・ 緩和ケア病棟が機能的に区別されるとすれば、苦痛をもった様々な患者が集中的に来る施設もできる。それを踏まえると、そのような施設は教育・研修機能もないといけない。

#### ワーキンググループ(田村)

- ・ 「Ⅲ. 専門的な緩和医療の整備」のセクションに「定額制のため症状緩和の困難な患者を受ける病院の経済的負担が大きい」という記述があるが、これはそのために症状緩和困難な患者さんを緩和ケア病棟が受け入れてないということか？ そうでない病棟もあるため、この記述には違和感がある。

#### ワーキンググループ(森田)

- ・ グランドデザインは、スタンダードの明確化ということまでということで、今後必要な専門緩和ケアサービスの種類や形態、機能については関連団体で協議していくことが必要であると考えます。
- ・ 専門在宅緩和ケアに関しては定義されていないので、今回は記載を見送るが、今後、改めて定義を検討する必要があるだろう。

### 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

#### ワーキンググループ(的場)

- ・ 患者は、がん治療のどの時期にいるのか理解できていないという意見があったが、これは治療のその場その場での状況で病気のことを話すのか、大きくがんの進行の過程について話すのかによって大きく異なる。往々にして患者は、全体としてがん医療を見渡せる機会がない。治療のその場その場で、これから選ばなくてはならない事に関してはよく説明されているのではないかと。

#### 日本ホスピス緩和ケア協会(山崎)

- ・ 患者は、がん治療のどの時期にいるのかがわからず、療養の場所を選択できない状況を目の当たりにする。がん治療にかかわる医療者から療養の場に関する情報提供が必要であり、がん治療についてもいくつかの選択肢の提示をしていくことが重要である。

#### 日本がん看護学会(角田)

- ・ がん診療連携拠点病院の相談員の役割として、療養場所の情報提示等が重要になってくるのではないかと。ゼロから進めるということだけではなく、「相談機能」をしっかりと学んだ専門看護師・認定看護師の活用により、質の高い「相談」が提供されると考える。

#### ジャパン・ウェルネス(竹中)

- ・ 病院の第一線で働く医療者は多忙であり、患者のコミュニケーションをとることが困難である。ジャパンウェルネスは、グループ療法を提供している。ファシリテーターは、臨床心理士もしくは緩和ケア病棟の看護師である。参加者のアンケート調査によると、がんの情報が増え、前向きになった、医師との関係が改善、生き方の幅が広がったなどの声があった。またセカンドオピニオンを行っているが、現在緩和ケア病棟の医師が担当し、有効に機能している。こうした取り組みは、がん医療の現状において、患者を支援するひとつの方策であると考えている。

#### 在宅ホスピス協会(川越)

- ・ 相談窓口・支援グループの存在はシステムとして重要である。
- ・ 15 ページ 図 8 日本人の多くが在宅死を望んでいるのに、それが実現されていない
- ・ がんは、その疾患の特性から予後がわかりやすく、がん以外の疾患のEnd-of-Life Care のモデルになると考えている。今後のケアのあり方について、具体的な目標設定をし、具体的なストラテジーを組み立てる必要があり、がんの場合をモデルとすることが可能である。
- ・ 地域医療は、千差万別である。まず、地域診断をして、複数の地域においてモデル事業として展開していくことが求められるのではないか。

#### 家族の負担について

##### 在宅ホスピス協会(川越)

- ・ 「自分の存在が家族の負担になるのではないか」というのは、患者共通の懸念事項である。がんの場合、「予後が短いこと、比較的最期までADLが保たれるので家族負担は少ない」ことなどを説明している。
- ・ 家族の介護力や労働力を期待しているわけではなく、介護者に普通の生活を送ってもらうことが重要であるということを伝えていく必要性を感じている。介護保険のサービスやボランティアによるサポートを受け、ほとんどの方が在宅療養でよかったという感想を持っている。

##### 日本ホスピス緩和ケア協会(山崎)

- ・ 患者が家族の負担を懸念している時、どういう状況を想定しているのかを問う必要がある。その個別の要因を探り、問題を抽出したときに解決策が見えてくる。

##### ホスピスケア研究会(季羽)

- ・ 電話相談を受けていると、その90%が家族の不安である。家族のサポートが非常に重要であり、リソースを増やしていくことが重要である。

##### 日本がん看護学会(角田)

- ・ 家族の負担の中には、金銭的なことも大きい。在宅療養に適応される民間保険が必要である。
- ・ 昔の介護と変わってきているとはいえ、最期までADLが保たれるという、がんの疾患的特徴から、現状のADLしか反映しない介護保険認定では、十分な支援サービスを受けられないという問題がある。これに関しては、今後提言していく必要がある。

##### 在宅ホスピス協会(川越)

- ・ 全体的に感じることとしては、家族の不安が大きいのは事実だが、実際のケアを進めるにしたがって薄れていっているということである。短期で亡くなることを現状の介護保険認定は想定されていない。これは問題である。

##### ワーキンググループ(森田)

- ・ 現状の日本のデータはないけれども、専門家の意見や諸外国の実証研究から記載は残し、今後の調査研究の必要性を盛り込む。

##### 日本ホスピス緩和ケア協会(山崎)

- ・ いろいろなデータに基づいていくのは有意義であるが、データがなかったとしても一定の方向性を出すことは可能ではないか。

#### サイコオンコロジー学会(内富)

- ・ 図8の読み方について
- ・ 在宅死希望が 46%なのに、実際は 5.7%、こんなに開きがあるという読み方もできるが、達成されたニーズの確率としては欧米と比較しても遜色ないのではないか？
- ・ 今後のデータの取り扱いについては、アメリカ・イギリスなどナンバーワンばかりを追いかけていくのはどうか。日本独自のあり方を模索していてもいいのではないか。

#### 在宅ホスピス協会(川越)

- ・ 地域でがん患者を支える必要がある。老々介護・少子化の中で、介護保険・医療保険だけでは支えられない事態も予測される。グランドデザインとして、地域で支える終末期医療を考えて行く必要がある。
- ・ 私のクリニックでは、一人暮らしで最期を迎える人も6%ほどいる。そのうち、3分の1は、家族の支援が皆無の状態でも最期を在宅で迎えている。地域の力をどのように集結するかということが重要であり、ボランティアの育成・参加を促進していく必要がある。

#### サイコオンコロジー学会(内富)

- ・ 急性期病棟のコスト 300 万を緩和ケア病棟では 100 万にという経済的検討課題があった。今回も、在宅療養移行による医療経済的検討が必要ならば、そのあたりのことも研究的に触れていく必要があるのではないか。

#### ホスピスケア研究会(季羽)

- ・ 特別養護老人ホームなど介護福祉施設で亡くなっている人が増えていることは一言触れておくべきではないかと考える

#### 日本ホスピス緩和ケア協会(山崎)

- ・ 在宅の定義は、「住み慣れた環境」なのか、「自宅」なのか？ 今後を考えると、前者を採るべきであると考える。

### V. 緩和ケアの研究の推進

#### サイコオンコロジー学会(内富)

- ・ 海外のうまくいっている国の体制ばかりを追いかけるのではなく、日本に必要なことは何かを考えたほうがいい。何を「ものさし」にするのかは難しいが、そうしないと議論が進まないと思う。研究関係者も入れて調査研究を進めるべきである。

## 資料2：関連資料1

### 成人がん患者のサポーターケア・緩和ケアの改善にむけて Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer

Executive Summary  
Published by the National Institute for Clinical Excellence  
March 2004

## 序

がんサービスガイダンスは、The NHS Cancer Plan for England<sup>1)</sup> と the NHS Plan for Wales Improving Health in Wales<sup>2)</sup> の実現を支援してゆくものである。このサービスガイダンスプログラムは、1995年の Calman-Hine レポート：A Policy Framework for Commissioning Cancer Services<sup>3)</sup> からスタートしたが、これはサービス遂行にあたっての指針であり、臨床実践ためのガイドラインとは異なる。

イングランドとウェールズの公共医療は、がんサービスの質向上のために組織的に取り組み、がん患者のためのサービス計画立案およびサービスの組織化にあたっては、このガイダンスの内容を盛り込むことが求められている。ガイダンスの提言は、ヘルスアウトカムに有意に影響のあると思われるサービスに焦点を当てており、提言事項を実行する上での基本方針および資源確保についても考慮されている。地方におけるサービスのギャップを同定すると同時に、既存のサービスの適切性を確認するためにも活用することが可能である。

### 引用文献

1. Department of Health (2001) The NHS Cancer Plan. Available from: [www.doh.gov.uk/cancer/cancerplan.htm](http://www.doh.gov.uk/cancer/cancerplan.htm)
2. National Assembly for Wales (2001) Improving Health in Wales: A Plan for the NHS and its Partners. Available from: [www.wales.gov.uk/healthplanonline/health\\_plan/content/nhsplan-e.pdf](http://www.wales.gov.uk/healthplanonline/health_plan/content/nhsplan-e.pdf)
3. A Policy Framework for Commissioning Cancer Services: A Report by the Expert Advisory Group on Cancer to the Chief Medical Officers of England and Wales (1995). Available from: [www.doh.gov.uk/cancer/pdfs/calman-hine.pdf](http://www.doh.gov.uk/cancer/pdfs/calman-hine.pdf)

■このガイダンスは以下のような状況下で書かれている。

ガイダンスはNICEが保健省から引継いだ事業の一部であり、NICEが1999年4月に設立される前は保健省がこのガイダンス策定を担ってきた。開発者たちは、保健省とガイダンスの妥当性を確認しつつ協働し、また各関係団体との相談を持ちつつ作業を進めてきた。またこれらの提言は、臨床的な有効性と実際のサービス提供について検討された研究にもとづいている。また主な提言に関しては、費用への影響について考慮されているが、正式な費用対効果分析は行なわれていない。

## 目次

- はじめに
- ガイダンスについて：目的，発展，実施
- サービスモデル概観
- ケアのコーディネーション
- 利用者参画
- 直面してのコミュニケーション (Face-to-face communication)
- インフォメーション
- 心理的支援サービス
- 社会的支援サービス
- スピリチュアルサポートサービス
- 死にゆく人へのケアを含む一般的緩和ケアサービス
- 専門的緩和ケアサービス
- リハビリテーションサービス
- 補完療法サービス
- 遺族ケアを含む、家族・介護者へのサービス
- 労働力の発展

### ◆はじめに

#### ES1

イングランドとウェールズでは、毎年 230,000 人以上が、がんに罹患し、がんによる死亡者は全死亡者の 4 分の 1 となっている。がんの診断とその後の治療は、その患者の生活の質に痛烈な影響を及ぼすが、それはまた家族や他の介護者にとっても同様の経験を強いる。患者は新しい恐怖と不安に直面するだけでなく、不快で衰弱を余儀なくさせる治療を経験しなければならないかもしれない。患者やその家族、および介護者は、がんではないかと最初に疑われた時から、死別後に至るまで、そのすべての過程において、支援へのアクセスが必要である。

#### ES2

研究結果は一貫して以下のことを示している。最善の治療を受けることに加え、患者は尊厳と尊重をもった個人として扱われること、治療とケアの決定に自らの声が反映されることを望んでいる。また大半の患者は自分の状態および可能な治療とサービスについての詳細な情報提供を望んでいる。

優れた face-to-face のコミュニケーションは非常に価値あるものである。また患者は、質の高いサービスとコーディネート、最適な症状コントロールと心理的・社会的・スピリチュアルな支援を提供されることを期待している。彼らは自身の選択した場所で、それはしばしば自宅であるが、最期を迎えることを望んでいる。

#### ES3

多くの患者は、がん治療の経験に対して肯定的ではあるが、一方で自分たちが必要とする情報と支援を受け取っていないと感じている患者も数多くいる。また全国規模のがん患者調査によって地域ごとにケアの質がさまざまであることが示されている。

#### ES4

サポータティブケア・緩和ケアに対する患者のニーズは充足されていない。たとえば、患者に利益のあるサービスが必ずしも普遍的に利用可能ではなく、サービスが利用可能であった場合でも、患者のニーズが専門家に認識されず、結果的に提供されない事態が起こっている。専門家間のコミュニケーションとコーディネーションの不十分であると、最適なケアの提供は不可能である。

## ◆ガイダンスについて

### ES5

このガイダンスは、がんに罹患した患者およびその家族・介護者が、すべての病期において、がんおよびその治療に関しうまく対処していけるような支援とケアを受けられることを保証するサービスモデルを定義する。

### ES6

このガイダンスは、がんに関する一連のアウトカム達成のためのガイダンス・マニュアルを補完することを意図している。しかし、これらのマニュアルと同様に、この提言を臨床ガイドランとしてとらえるべきではない。特定の医療的介入（例：ペインコントロール）に対する適応は検討されていない。このガイダンスは、がんに罹患した成人患者とその家族に対するサービスに専ら焦点を合わせているが、これは他の患者グループに対するサービスモデルへと発展することが示唆される。

### ES7

このガイダンスを発展させるためのアプローチは、地域特異的なガイダンス・マニュアルを定着させる時のものに類似している。専門家およびサービス利用者の幅広い意見により、そのプロセスの各ステップにおいて徹底的に議論が交わされ、提言事項に関しては研究エビデンスの観点から批判的に評価された。その後、編集委員会がガイダンスの草稿を準備し、the National Institute for Clinical Excellence (NICE) を通じてコンサルタントが可能となった。

### ES8

パラグラフ ES2 に挙げたような患者と介護者にとって重要な課題に関する提言を試みた。いくつかの提言は、保健省とウェールズ議会による国のレベルで前向きに検討されているが、これらの提言を実現させるのに必要なのは、がんネットワーク、コミッショナー、労働力開発連合(ウェールズでの労働力開発を導くグループ)、サービス提供機関、多職種専門家チーム、個人開業医の協働である。

### ES9

NHS 計画は、がんのケアに関するすべての側面で利用可能且つ信頼できるガイダンスを策定することに着手した。ウェールズでの健康改善局は、健康増進達成のための戦略が、国家健康サービスの枠組みの中の標準ケアセットと NICE によって作成されたガイダンスによっていかに支えられたかについて記述している。がんに罹患している人々へのすべてのサービスが、これらの基準を満たすことが期待されている。

### ES10

ガイダンスでのいくつかの提言の目的は、優れた実践を確立することである。他の推奨はスタッフの訓練の必要性に関することであり、これには必然的に時間を要する。

### ES11

質的保証プログラム（イングランドでのピア・レビュー評価計画のようなもの）により、緩和ケアの質を確保するためのクリニカル・ガバナンスを促進することを期待する。保健省とウェールズ議会は基本的ケアとボランティア・セクターで提供されるサービスの質を保証する最善の方法を考慮することが必要である。

### ES12

サポータティブケア・緩和ケアのアウトカムオーディットの開発が必要である。



## ES13

多くのキー・トピック・エリアでの研究エビデンスの欠乏は、トピック 13, サポートケア・緩和ケアでの研究：将来の研究の指針と設計のための論拠と推奨、においてより詳細に議論されている。

### ◆サービスモデル概観

## ES14

ガイドランスは、がん計画を推進する機能を持ち、がんネットワークを巻き込んだサービスモデルをベースとしている。がんネットワークは、サポートケア・緩和ケアを含むがんサービスの効果的な計画や配給、監視を確実にするために活動する組織・機関間の（法定のおよび任意の）パートナーシップである。関連する医療および社会的ケア専門職、サービス利用者、管理者を結びつけることで、質の高いサービスの枠組を提供する。

## ES15

### サービスモデル

- ・ 個々の患者は、各病期において異なるニーズをもっており、サービスは患者のニーズに応えるものでなければならない
- ・ 家族および介護者は患者の存命中、および死後も支援を必要とする
- ・ 家族および介護者の中心的な役割は、患者への支援の提供である
- ・ 患者は、その時間のほとんどをコミュニティで過ごすため、プライマリケアおよびコミュニティケアの重要性は高い
- ・ 専門的緩和ケアサービスに対するニーズ
- ・ 患者および介護者・医療・ソーシャルケア専門職種間で、患者にとっての最善の利益を生産するためのパートナーシップを構築することの重要性
- ・ 効果的な多機関および多職種のチームワーク・パートナーシップの価値
- ・ 必要不可欠ながん患者のケアとして患者・介護者主導であること
- ・ サービス計画立案にあたって、利用者の価値観の重要性
- ・ がんによって死に逝く人々へのケアの重要性
- ・ 英語やウェールズ語が第一言語でない人々のニーズも考慮に入れ、また障害やコミュニケーションが困難な人々のニーズに合わせた倫理的・文化的に感受性のあるサービスの必要性
- ・ 患者および介護者への質の高い情報提供の価値

### ◆ケアのコーディネーション

## ES16

たとえば病院とコミュニティ間などサービス提供部門間、あるいは個々の組織内でのコーディネーションの欠如は、患者の経験に関する研究で繰り返し問題視されている。がんネットワーク、サービス提供機関、および学際的チームに何らかの行動を起こすことが要求されている。実践家自身も、患者の支援や情報提供のニーズをアセスメントできる適切な技能を有していることが求められる。

### 推奨のキイ・ポイント1

各がんネットワーク内で地方行政官とサービス利用者とともに活動する（法定または民間の）がんおよび緩和ケアサービス提供者は、ガイドランスの提言に則り、サービスの発展を監督してゆくべきである。これを推進してゆくためには、キーとなる職員を同定する必要がある。

## 推奨のキイポイント2

診断時や治療終了時、再発時、臨死期など、重要な時期には、その都度患者の身体的・心理的・社会的・スピリチュアル問題および経済的ニーズに関してアセスメントされ、話し合われるべきである。がんネットワークは患者のニーズの評価法や記録の仕方について統一的なアプローチが適用されていること、および専門職のアセスメントが患者および介護者との協働によって行なわれていることを保証すべきである。

## 推奨のキイポイント3

各学際的チームまたはサービス提供機関は、チーム内での専門職種間、またチームと他のサービス提供者との間における効果的なコミュニケーションのプロセスを保証すべきである。

### ◆利用者参画

#### ES17

がんに罹患した人々は、サービスの計画・評価・提供に対して意義のある貢献ができる。彼らは、自らの体験や自分の生活に、がんが与えた衝撃の受け止め方を共有することで、他のがん患者を支援することができる。こうした患者および介護者の参画を可能とするためには、時間・費用・トレーニングに関する問題に取り組む必要がある。

## 推奨のキイポイント4

がんおよび緩和ケアサービスの発展や評価に関して、患者および介護者の観点を組み込むメカニズムを機能させるべきである。Cancer Partnership Group は可能性が示唆されるメカニズムの一例である。(サービス提供の)システムには、患者および介護者が、セルフヘルプ活動やピア支援組織といったインフォーマルな支援の機会など、自身のケアに参加できるように支援・工夫がなされるべきである。

### ◆Face-to-face コミュニケーション

#### ES18

医療専門職・ソーシャルケア専門職・患者および介護者間の良好な face-to-face communication は質の高いケア提供の基本である。これによって、患者の気がかりや嗜好を引き出すことが可能であり、また、危機状態においても最もよく使われる方法である。現在のところ、患者および介護者は実践家のコミュニケーション技能は、お粗末であるとしばしば報告している。

## 推奨のキイポイント5

重大な知らせの告知は、通常、上級レベルのトレーニングを受けた臨床家によって行われるべきである。しかし、これは現実的に常に可能であるとは限らないので、患者や介護者からの質問に対し、すべてのスタッフは、まずその場で一番適切な方法で応答できるようにするべきである。

## 推奨のキイポイント6

重要な情報が話し合われた結果は、患者記録に残されるべきであり、患者のケアに関わっている他の専門職にも伝えられるべきである。コンサルテーション内容についても記録を残すべきである。

## ◆インフォメーション

### ES19

患者および介護者は、適切な時期に適切な情報を得ることができなければ、ケアに関する自分の嗜好の表明や、選択の意思決定に参画することはできない。しかし、多くの患者が医療者またソーシャルワーカーから不適切な情報を受け取ったと報告している。質の高い情報提供のツールは、患者がアクセスしやすい場所で入手可能とし、また重要な時期ごとに適切な情報が提供されるようにすべきである。

### 推奨のキイポイント7

(がんネットワーク/サービス提供機関/チーム) など地域レベルで情報提供ツールは開発されるべきであり、またこれはサービス利用者の実地調査にもとづくべきである。

### 推奨のキイポイント8

地方行政官とサービス提供者は、患者および介護者が、がんおよびがんサービスに関する質の高い、情報資料にアクセスしやすい環境を確保すべきである。このような資料は無料であるべきで、患者は自分自身の状況に合わせて、情報を理解するための適切な支援も提供されるべきである。

## ◆心理的支援サービス

### ES20

がん罹患した人々の心理的苦痛はよくみられる症状であり、深く傷つき、恐ろしい体験に対しておこる反応といえる。人々は、それにうまく対処するために、自らの内なる力を引き出し、多くは家族や友人たちから情緒的支援を得る。しかし中には、その苦悩の性質により、専門職の介入が利益をもたらす場合もある。しかし実際、心理的な症状はしばしば同定されず、患者は心理社会的支援サービスへの十分なアクセスがしばしば欠如している。

### 推奨のキイポイント9

がんネットワークを通して活動しているがんサービス担当の地方行政官およびサービス提供者は、すべての患者が系統的な心理状態のアセスメントを受け、適切な心理的支援を受けられることを保証すべきである。専門的心理アセスメントの4レベルモデルおよび介入はこれを達成すると推察される。

## ◆社会的支援サービス

### ES21

がんの与える社会的インパクトはかなりのものでありその影響は、患者および家族を超えて及ぼされる。患者は以下のようなことを必要とすることがある。社会的ネットワークの保持および支援、身の回りのケア、掃除、買い物への支援、家族へのケア提供、就労関連の助言、経済状況の安定化への支援など、このような支援のすべては、公式あるいは非公式に、あるいは計画的または状況に応じたやり方で提供されうる。多くの患者および介護者は、首尾一貫し統合された社会的支援を得ていない。

### 推奨のキイポイント10

がん患者および介護者のニーズをタイムリーに充足し、あらゆる場所で社会的支援へのアクセスを確保するために、地域での医療サービスおよびソーシャルケアサービス、ボランティアの協働に関する取り決めが行われるべきである。

## ◆スピリチュアルサポートサービス

### ES22

生命を脅かす病の診断は、患者の心をかき乱す。患者の中には哲学的、宗教的またはスピリチュアルな観点から自身の信念の問い直しを求める人もいる。しかし患者のスピリチュアルサポートのニーズは、しばしば、この問題を切り出すことにためらいを覚える医療職、ソーシャルケア専門職によって認知されないことが多い。スピリチュアルケアニーズが認識されたとしても、患者が誰にスピリチュアルケアを求められるのか、その選択肢はたいてい不十分である。

### 推奨のキポイント 11

患者と介護者には、スピリチュアルニーズに感受性を持つスタッフへのアクセスの機会が開かれていることが求められる。学際的チームは、適切な資格を有したスピリチュアルケア提供者へのアクセスを確保するべきであり、またその地域のスピリチュアルケアの資源についても理解しているべきである。

## ◆死にゆく人へのケアを含む一般的緩和ケアサービス

### ES23

がん患者の身体的・心理的・社会的・スピリチュアルなニーズが満たされることを確実にし、患者自身が望む場所で生き、死を迎えることを可能とするサービスが必要である。がん患者の臨床的状況は急速に変動しうるので、これらのサービスは十分にコーディネートされ、不必要な苦痛や緊急入院を避けるため、24時間・週7日のサービス提供が必要である。

### ES24

進行がん患者へ提供される専門的支援の多くは、緩和ケアの専門家ではなく、この領域のトレーニングはほとんど受けていない医療専門職あるいはソーシャルケア専門家によって提供されている。有効なケアの提供にはこういったジェネラリストを訓練し支援することが重要である。

### 推奨のキポイント 12

各地域でがん患者に対し、医療および看護サービスが24時間、週7日間提供可能とし、必要な器械が遅滞なく提供されることを確実にするシステム構築が必要である。また医療看護サービスのジェネラリスト提供者は、いつでも専門家のアドバイスを受けられるべきである。

### 推奨のキ・ポイント 13

プライマリケアチームは、がん患者のニーズをアセスメントし、その情報がチーム内および適切な他の専門職と交換されることを保証するメカニズムを構築すべきである。The Gold Standards Framework は、この達成のためのメカニズムのひとつを示している。

### 推奨のキポイント 14

どの環境においても、がんで死に逝く患者の特異的なニーズは同定され、取り組まれるべきである。Liverpool Care Pathway for the Dying Patient は、この達成のためのメカニズムのひとつを示す。

## ◆専門的緩和ケアサービス

### ES25

がん患者の多くが、一般医療サービスでは有効に対処できない複雑な問題を経験している。こうした問題に対しては、ホスピスおよび専門的緩和ケアサービスが、過去30年の間に発展してきている。

## ES26

専門的な緩和ケアサービス提供へのアクセスに関しては、各地で格差がある。多数の病院において、24時間、週7日ベースでコンサルテーション可能である完全な学際的チームは設置されていない。コミュニティの専門的緩和ケアサービスに関しても、通常の業務時間以外や週末のサービス提供能力はかなりばらつきがある。人口100万人に対する専門的緩和ケアベッド数も、がんネットワークごとにさまざまである。

### 推奨のキイポイント15

地方行政官およびサービス提供者は、がんネットワークを通して活動し、その地域住民のニーズを充足するための適切な領域と量を確認した緩和ケアサービスを確認すべきである。こうしたサービスは、少なくとも専門的緩和ケア入院設備および在宅チームを含むべきである。専門的緩和ケアのコンサルテーションは一日24時間週7日間ベースで提供されるべきである。在宅ケアチームは、患者自身の自宅や、地域の病院、ケアホームにおける支援が提供できるようにすべきである。

#### ◆リハビリテーションサービス

## ES27

がんおよびその治療は、患者の日常生活に大きな影響を及ぼす。人が当たり前のこととみなす、例えば、話をすること・動くこと・食べること・飲むことおよび性行動などは疾病やその治療に伴い、著しく障害をうける。がんリハビリテーションは、身体機能をできるかぎり最大に保ち、自立を促進し、自らの状況への適応を支援することを目的とする。医療専門職およびそれ以外の専門職がリハビリテーションを提供することで、患者は、がんおよびその影響下にある自身の生活への適応について、積極的な役割を担うことができる。

## ES28

スタッフが患者のこうしたニーズに気づかないため、あるいは、がん患者のケアについて適切な訓練を受けた医療専門職の不足によって、リハビリテーションサービスの恩恵を受けられない患者が存在している。

### 推奨キイポイント16

がんネットワークを通して働く地方行政官およびサービス提供者は、患者のリハビリテーションのニーズが認識され、包括的なリハビリテーションサービスと適切な設備がどの療養環境においても患者に提供可能であることを保証するしくみを構築するべきである。

#### ◆補完療法サービス

## ES29

がん患者への補完療法サービスの供給に関しては複雑である。多くの患者が、補完療法への関心を示すが、身体症状や心理的苦痛の軽減への有効性についてのエビデンスは乏しい。

### 推奨キイポイント17

地方行政官とNHS、およびボランティアセクターの医療サービス提供者は、がんネットワークを通じて、補完療法の利用が患者の利益となる証拠があるときに、どのようにして、それに対する患者のニーズに応じてゆくか良く話し合い、協働して取り組むべきである。最低限、補完療法に関する質の高い情報を患者が入手できるようにすべきである。補完療法を提供するどの実践者も、がんネットワークの同意に基づく最善の実践を確保する取り決め（ポリシー）を遵守するべきである。

## ◆遺族ケアを含む、家族・介護者へのサービス

### ES30

家族や介護者は患者に必須の支援を提供する存在だが、彼ら自身の情緒的支援のニーズはしばしば認識されていない。この理由としては、患者自身のニーズを第一にしていることが指摘されている。家族・介護者のニーズは、診断、治療終了、再発といった時期に特に深刻であり、また死亡時、死後直後に最も高まるとされる。現在のところ、家族・介護者が必要としているときに、専門的な支援がいつも提供可能ではない状況である。

### 推奨のキポイント 18

医療サービス提供機関は、患者の生存時および死後の家族・介護者の文化的背景も反映するニーズに、専門的に焦点をあてるサービスの発展に努めるべきである。

## ◆ワークフォースの発展

### ES31

このガイダンスの推奨の多くは、付加的スタッフの任用や既存スタッフの知識・技能の強化といったワークフォースの発展に決定的に依存している。第一線のスタッフには、患者の問題や気がかりおよびニーズのアセスメント、情報伝達およびコミュニケーション技能を強化するトレーニングが必要である。情報提供、心理的支援、リハビリテーション、家族および介護者へのケアと支援に関する役割を担うために付加的な専門スタッフが必要となることもある。

### 推奨のキポイント 19

がんネットワークは、(活動を円滑にする)ワークフォースの確定とその必要性に応えるため、また教育・トレーニングプログラムが提供可能であることを保証するために、Workforce Development Confederations (ウェールズでは the Workforce Development Steering Group) と密接な連携をとりつつ活動すべきである。

### 推奨のキポイント 20

サービス提供機関は、どのスタッフにどのトレーニングが役立つかを同定し、その参加を促進すべきである。個々の実践家は、自らが行なう役割に見合う知識と能力を保持していることを確実にすべきである。

## 参考文献

1. Department of Health. National Surveys of NHS Patients: cancer national overview 1999-2000. London: DoH. 2002.
2. Department of Health. The NHS Plan. London: The Stationery Office. July 2000.
3. Department of Health. The NHS Cancer Plan: a plan for investment, a plan for reform. London: DoH. September 2000.
4. Welsh Assembly Government. Improving Health in Wales: a plan for the NHS with its partners. Cardiff: Welsh Assembly Government. January 2001.
5. National Cancer Task Force. User Involvement in Cancer Services. Unpublished. April 2001.
6. Thomas, K. Caring for the Dying at Home. Companions on a journey. Oxford: Radcliffe Medical Press. 2003. (See also: The Macmillan Gold Standards Framework Programme: <http://www.macmillan.org.uk> or [www.modern.nhs.uk/cancer](http://www.modern.nhs.uk/cancer) or email [gfsf@macmillan.org.uk](mailto:gfsf@macmillan.org.uk).)
7. Ellershaw, J., Wilkinson, S. Care of the Dying. A pathway to excellence. Oxford: Oxford University Press. 2003.

## がん患者へのサポーターティブケアと緩和ケア

—NICE ガイダンスを理解するために—

成人がん患者、家族および介護者そして公衆へのインフォメーション

NICE 2004

原文はこちら : <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=csgsppublicinfo>

### はじめに

がんと診断されたそのときから、その人の世界は大きく変化する。一番の関心事とは治療をともかくすばやく受けることである。がん患者は、これまでより長く生きられるようになったとはいえ、がんと診断されれば多大な不安と、制御不能であるという感覚がもたらされる。したがって、患者および家族は適切な情報と多くのサポートを必要とする。この必要性は、はじめてがんに疑われたときから、検査や確定診断を経て治療を受け、この疾病とともに生きてゆく事実を受け入れた後も継続する。患者に死が近いてきたとき、また家族や介護者にとってはその人の死後にも、支援の必要性はさらに継続する。

サポーターティブケアと緩和ケアはがんに体験するあらゆる段階の患者に支援を提供しようというものである。サポーターティブケアは患者および家族が、がんおよびその治療を乗り越えられるような支援を意味する。緩和ケアは、がんの根治治療が不可能な場合に、患者の生活の質の向上のため、痛みや不快な症状の軽減をはかること意味する。この支援とケアは NHS、社会的サービス、ひろい範囲でのボラティア団体から得られる。がんに罹患した人々、彼らの家族や友人たち同士でも多く支えあうことができる。

NICE (National Institute for Clinical Excellence) は、サポーターティブケア/緩和ケアに対するガイダンスを発行している。このガイダンスは、成人がん患者へのサービスを提供・運営する立場にある人々が、患者・家族および介護者へ適切な情報を提供し、ケアや支援を提供するために何が必要であるのかを理解するための助言を与えている。推奨はまた以下の重要性を訴える。

- ・ がん罹患患者の個々のニーズに呼応していくこと
- ・ (ケアにおいては) 家族が中心的な役割を担うことを認識すると同時に、彼らの潜在的な支援の必要性も認識すること
- ・ 病気の過程において異なる時期には異なるニーズがあることを理解すること
- ・ 患者・家族自身がすでに有している、自身のケアや支援に貢献できうる知識、技術の価値を認めること
- ・ サービスの計画に患者・家族の参画を促すこと
- ・ サービスが人々の背景や文化と矛盾せず、また障害のある人々にもアクセス可能であること

NICE は各「キャンサーネットワーク」において、そのキーとなる人々がガイダンスの推奨の実現に対して責任を持てるような立場につくことを求めている。

この文書は、NICE ガイダンスの推奨のキポイントを要約した短縮版である。がんに罹患した人々および広く一般の人々を対象としている。ガイダンスは、がんとともに生きる人々・医療専門職・公的にケア専門職にある人々との緊密な協議のもとに編纂された。完全版である、「がんサービスについてのガイダンス—成人がん患者へのサポーターティブケア/緩和ケアの向上にむけて “Cancer Service Guidance— Improving Supportive and Palliative Care for Adult with Cancer”」は NICE ホームページ<sup>ii</sup>より入手可能である。

## 推奨のキーポイント

以下はガイドンス完全版で掲げられた要となる 20 の推奨によって指摘されている事項の要約である。

### がん患者はがんサービスの発展に関与すべきである

がん患者およびその介護者は、自分たちに何が必要かを体験から理解しているため、がんサービスの発展や普及に関する重要な貢献者となりうる。がんサービスを利用する人々が、さまざまな手法で彼らの声を上げられるような機会を確保し、勇気付けられるしくみが存在すべきである。自分たちが経験したがんサービスが、自分たちのニーズの充足に適切であったかどうかコメントを寄せたい人もあるだろう。これらの声を活用することにより、サービスの改善が図られるであろう。あるいは、がんサービスの発展に、その地域のキャンサーパートナーシップ委員会を含む NHS 協議会のメンバーになることで寄与したいと考える人々もあるだろう。また、なかにはサービスが地域の患者や介護者のニーズに合致しているかという調査研究を手伝いたい人もいるかもしれない。

### 良好なコミュニケーションのもと、がん患者は方針決定に関与すべきである

がん罹患したと知ることは、患者とその家族、介護者にとって衝撃的である。NICE ガイドンスは可能な限り、こういった類の知らせ (Bad News) を伝えるべきトレーニングを受けた上級の医療職によって、Bad News はもたらされるべきであると提言する。患者にはその知らせに際し、初回治療に関して、またはケアのありようについて、自身の嗜好を表現できる環境が必要である。ガイドンスは、重要な話し合いはすべて患者記録に記載し、患者自身へもキーポイントを記した記録が提供されることを推奨している。

患者は、病院やホスピスや在宅において、自身のケアに関わっている医師・看護師および他の専門職たちの間での連携の欠如をしばしば気にしている。同じ病歴を繰り返し語らせられることは患者を非常にいらいらさせ、苦しめている。NICE は、患者のケアに関わるすべての医療職が、その患者の病歴についてお互い情報交換し、整合性のとれたケアを提供すべく、協働することを推奨する。さらに、患者や家族は彼らが必要とする支援を得るためには、誰に連絡を取り、どのようにすれば良いか知っておく必要がある。NICE は患者や家族がいつでも連絡を取れ、ケアや治療計画を熟知している“キーワーカー”が有益であることを指摘する。

### 情報は無料で入手可能にすべきである

十分に情報を知らされていないならば、がん患者は自身の治療やケアについての意思決定に関わることはできない。大半の患者は自身のがんについて、可能な治療法や電話相談、セルフヘルプグループや補完療法など、提供されうる支援のすべてを知りたいものである。NICE は、がん患者およびその家族が、がんや関連サービスの情報に関する適切な資料を容易に入手可能とすることを推奨する。こうした情報は、診断時やその後の重要な時点で提供されるべきであり、またスタッフはその情報について、その個人の状況の下で、話し合う機会を提供すべきである。情報は患者の治療の一部であり、常に無料であるべきである。

### がん患者は身体的・心理的・スピリチュアル・社会的支援を提供されるべきである

がん患者およびその家族には、一連の支援へのニーズがある。人生の意味や目的について問わざるを得ない生命危機をもたらす疾病に対して、感情的に混乱することはごく自然であり理解可能な反応である。がんという診断は、家族や友人との関係性や職業や経済状況、身の回りのケア等、その人の生活全般に対して大きな衝撃を与える。

NICE は、患者や家族に対して、例えば就労や国家給付金に関する助言や、身の回りのケアや掃除、買い物といった実践的な支援提供体制が整えられることを推奨する。さらに、



こういった支援が、必要な時に提供されるように、医療サービス機関、ソーシャルサービス機関、ボランティア団体間の取り決めを明白にしておくことが必要である。医療従事者はさらに、潜在している身体的・心理的・スピリチュアルなニーズに関して気を配っておくべきである。患者および家族は、診断時・治療終了時・再発後などの重要な時期には定期的にそのとき抱えているニーズについて尋ねられるべきである。こうした情報は患者記録に残されるべきであり、患者がケアを受けている場所（自宅・施設・ホスピス・病院）にかかわらず、患者が必要な時に必要な支援を得ているかどうか重要であり、それを確実にするのは専門職の責任である。

人々は自分と同じような状況を他人と話し合うことで、多大な利益を得る。セルフヘルプグループやピアグループは、実際的な助言を得たり、各人の経験を共有する良い機会となる。これらは人々がお互いに支援を与えることができ、また得ることができる大切な場であり、患者にこのような機会が提供されることは推奨される。がん患者はまた、定期的あるいは時に応じて、その症状コントロールを必要とする。患者に関わる専門職は、痛みや疲労感、息切れなどといった広範な症状についてアセスメントし、マネジメント計画を立てる必要がある。

**がんによってもたらされた様々な影響に対し、患者自身でうまく対処できるような支援サービスを提供すべきである**

人々は治療終了後も長い期間生きることができるようになってきている。とはいえ、がん罹患すること、およびその治療は、その後の正常な生活を送ってゆく能力に多大な影響を及ぼす。他の人が当たり前のこととみなす、例えば話すこと・動くこと・食べること・飲むことなどは疾病やその治療に伴い、著しく障害をうけることがある。がんリハビリテーションサービスは、患者がこの種の困難とうまく付き合ってゆくことを支援する。この支援は、理学療法士や栄養士といった NHS 内の広い領域の専門職や関連のボランティア団体などによって提供されている。患者のニーズおよび包括的なリハビリテーションサービス、および適切な器材提供について、定期的に評価するシステムの構築をすべきである。

**がん患者が、彼らの生活の質を向上させるような領域のサービスにアクセスできるようにすべきである**

がん患者は、完治がもはや望めない状況にある場合は、可能な限りの生活の質が確保されることを望む。患者およびその介護者のニーズは、非常にめまぐるしく変化し続けるので、サービスは適切な支援を提供するために極めて柔軟に応答可能なものでなくてはならない。

医療看護サービスは一日 24 時間週 7 日間利用可能であり、必要な器材は遅滞なく提供されるべきである。こういった支援は通常家庭医や地域看護師によって提供されるが、痛みのコントロールなどがはなはだしく困難な場合は、専門的緩和ケアサービスを必要とする場合もありうる。その地域の人々のニーズを適切に満たすような専門的サービス機関の設置が必要である。緩和ケアが専門ではない医師や看護師は自分たちの患者の必要に応じていつでも、専門的観点からの助言を得られる体制にあるべきである。

**がんで死に近づきつつある人への支援が存在すべきである**

がんで死に近づきつつある人およびその家族には特別なニーズがある。NICE ガイダンスは、これらニーズはそれが死にゆく人の自宅であろうと、病院であろうと、施設であろうと、ホスピスであろうと、彼らにケアを提供している人々によって、ニーズが同定され、注意を向けられ心配りされるべきであるとする。例えば、どこでケアされ最期を迎えるかという人々の嗜好については、可能である限り支持されるべきである。

がん患者の家族・介護者のニーズも満たされるべきである

がんは患者のみを侵すものではない。それは家族全体および近い友人たちにもまた圧倒的な衝撃を与える。彼らはしばしば、患者にとって日々の実践的な支援や必須の支援の担い手である。しかし、家族自身への情緒的もしくは実際的な支援のニーズは、家族が患者のニーズを最優先させるため、同定されないままということも多い。

専門職は、家族や介護者に彼ら自身のニーズについて問うべきである。特に診断時・再発時・死亡時といった決定的な時期には必須である。いかなる療養環境においても、家族や介護者に対し、遺族ケアも含めた支援サービスの組織的な供給が行なわれるべきである。

サービスを提供するために訓練された従事者が必要である

各がんネットワークは、地域の実情に即したスタッフの数や職種やトレーニングレベルを評定し確保すべきである。専門職は、必要としている知識や技能を供給する適切な教育訓練プログラムに参加可能であるべきである。

i Cancer Network : 地域における組織と専門職と患者と介護者のパートナーシップ

ii <http://www.nice.org.uk>

ガイダンスすべてはこちらから

<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=csgsp>

# Palliative Care

## Foreword

緩和ケアは、終末期を迎える人々の苦痛や尊厳、また彼らのケアニーズや QOL に関する重要な公衆衛生上の課題である。緩和ケアは終末期の人々のみでなく、彼らの家族や友人へのケアやサポートをも対象とする。これまでヨーロッパにおいて、この問題はなおざりにされてきたが、しかしこれはすべての人々にかかわる問題なのである。

このブックレットの目的は、緩和ケアや関連サービスに関して利用可能な最善のエビデンスを簡潔に概観することであり、主に政策決定者および保健医療のスペシャリストのために書きおろされたものである。科学的なエビデンスを政策に反映させていくことは複雑なプロセスを要する。知見の普及やディベート活性化のためのツールとして、そして何より政策展開やその実現のためにこのブックレットが用いられることを望んでいる。

このブックレットは、多くのアカデミックセンターや専門領域のスペシャリストからの専門知識や提言、そしてアドバイスの提供によって作成され、科学的エビデンスのレビューや政策提言のためのシステムティックかつ包括的な取り組みの集大成といえる。またこれはヨーロッパの視点を明らかにしたものであるが、世界の他の地域においても該当する視点であろう。このブックレットをまとめるにあたり、緩和ケアに関する利用可能なエビデンスは完全なものではなく、またヨーロッパ各地で提供される緩和ケアに違いがあることが明らかとなり、更なる探究が求められている。

このブックレットは、「Better palliative care for older people」という標題の出版物にリンクしている。これら2冊のブックレットは独立したものであり、かつ相互関連したものである。前者は緩和医療を多面的にとらえたものであり、後者は高齢者ケアについて詳細に考察したものである。政策決定者の仕事は、科学的真理を明らかにすることや、よき討論、または実経験に基づいた妥当性のある導きや教訓によっておおいに促進される。これら2冊のブックレットのタイムリーな出版は、これを叶えるものであると確信している。

Dr Agis D. Tsouros  
Head, Centre for Urban Health  
WHO Regional Office for Europe

## Preface

緩和ケアは、患者各々が持つ自らのストーリーや関係性、文化、そして何より患者を唯一の個人として尊敬に値するものであるという理解から始まる。この尊敬は、利用可能な最善の医療の提供やここ数十年の進歩をフルに活用することを含み、よってすべての患者が有意義に時間を使うチャンスを持つことになる。

小さなホスピスチームに由来する世界規模の緩和ケアの急速な進歩は、人類学者 Margaret Mead の著書の中のこの言葉によって説明される。“市民が関わる思慮深い小さなグループは世界を変えることができる。これまでもそのように世界は変わってきたのである。今こそ次のステージへ、つまりこの経験に基づいて公衆衛生的介入を進めていくべきがきた。

緩和ケアの全スペクトルに渡る発展の強力な要素としては、疼痛に対する姿勢の進歩であるといえる。1960年代にその複雑性が認められるようになり、がん性疼痛がフォーカスされ始めた。こうした動きが早期のリサーチ遂行を可能とし、1986年にWHOから“Cancer Pain Relief”というブックレットが出版されることとなった。緩和ケアは命を脅かす疾患を抱える人々によって、複雑な痛みに関する関心を広めていった。

次のステージは、緩和医療を医療の本流に、そしてまた専門家教育・公教育の両面において確固たるプログラムに導入することである。この目的は、患者やその家族の救済手段としてだけではなく、彼らに医療の選択の可能性を与えるためである。残念なことにこの選択の可能性は欠けている現状である。地域において主に介護に当たるのは家族である。患者が終末期において、その人らしく自らの人生を全うするためには、学際的な専門家グループのアドバイスを必要としている。そして、こうした記憶は遺族にそれを糧にして生きていけるような満足感を体験させる。そのためには、緩和ケアへの態度の変化、および命を脅かす疾患を抱える患者と向き合うすべての専門家に対する教育の普及を伴う社会的政治的推進力が求められる。高価な薬や治療よりもむしろ人的参加が強く求められ、各国の政府にこのことを熟慮してほしいと思う。

このブックレットには、これらの挑戦を非常に明瞭に提示している。

**Dame Cicely Saunders**

## INTRODUCTION

概してヨーロッパや他の先進国の平均寿命は延びている。多くの人々が65歳を超えて生きられるようになった高齢化社会の中で、人々が罹患し死を迎える疾患のパターンは変化している。前世紀中に、幼少期の感染症による死亡は劇的に減少した。ますます人々は高齢で、また身体的・精神的・社会的にシリアスな状況の中で死を迎えるようになってきたといえる。

保健医療システムは、人々のよりよい生活やQOLを維持するために、人々の苦痛を減らしすべての年齢の人々をサポートすることによってニーズを満たしていかなければならない。

人は死に近づくにしたいが、急速にその症状が変化し、また家族や友人、そして保健医療職者たちとのコミュニケーションの必要性もまた変化するのである。終末期を迎えることは、著しく個人的な