

## V 緩和ケアの研究の推進

### 1 目標

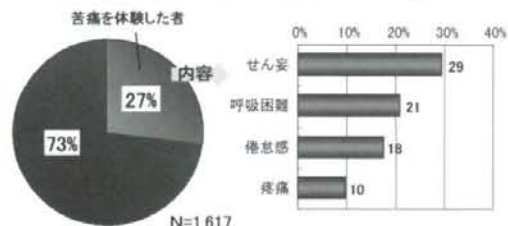
現在緩和手段のない苦痛が1日でも早く緩和できるようになる。

### 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)。

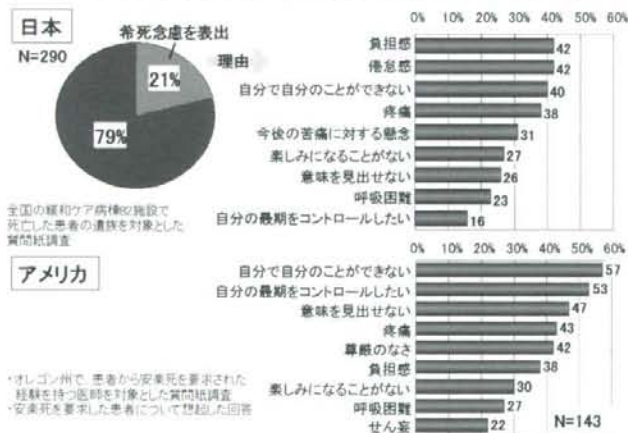
図9 緩和できない苦痛を体験したがん患者



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(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の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-%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>
- 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](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/hs/hs05.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](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](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](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](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](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 -今後の終末期医療の在り方について-. 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](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、一般の方とがん患者では、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。あつて初めて考える。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。

#### サイコロコロジ学会(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づいて戦略を立てるので、戦略の部分で対象を分ければよいと思う。
- ・ 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いいのではないか。
- ・ 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よいと思う。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、修正した方がいい。

#### ワーキンググループ(田村):

- ・ がんのサバイ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と？  
→看護師データも加えることを検討したが、福島での調査における看護師データは Published Data ではなくたため、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する。

#### 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



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、重要であると考ええる。

### 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ると認識している。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、量的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、検討する必要がある。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と。

#### 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」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」と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。

##### ホスピスカケア研究会(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、がんの疾患の特徴から、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と。

#### 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な？
- ・ 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な。

#### 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な。

#### 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。

## ◆ガイドンスについて

### ES5

このガイドンスは、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

このガイドンスは、がんに関する一連のアウトカム達成のためのガイドンス・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。このガイドンスは、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

このガイドンスを発展させるためのアプローチは、地域特異的なガイドンス・マニュアルを定着させるとき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、編集委員会がガイド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ド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ド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

ガイド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

サポーターケア・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。

### 推奨のキー・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るべきである。

## 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関し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

がんに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うけ、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

がんと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。

### 推奨のキイポイント 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。

### 推奨のキイポイント 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。

### 推奨のキイ・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。

### 推奨のキイポイント 14

どの環境においても、がんで死にゆく患者の特異的なニーズは同定され、取り込まれるべきである。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。