

#### (4) 質の高いケアとサービスへのアクセス (Access to quality care and services)

##### ①目標

質の高いケアとサービスへのアクセスは、一連のケア全体にわたり、また残りの人生全体を通じて、十分なコミュニケーション、がん生存者と保健医療サービス提供者の間での意思決定の共有、文化的な配慮を伴いながら、時期および技術ともに適切な方法によって、がん生存者がエビデンスに基づく適切な治療とサービスを受けられることを保証することである。公衆衛生は、効果が証明されたプログラムを同定し、それらをごん生存者集団に普及する上で一定の役割を担うことができる。

この領域には、質の高い治療へのアクセス、効果的な疼痛・症状管理、質の高い終末期ケア及びサービスが含まれる。具体的な目標は以下のとおりである。

- ・ 全てのがん生存者が質の高いケアを確実に利用できるように、臨床診療ガイドラインを確立する。
- ・ cancer survivorship のあらゆる段階を通じて質の高いケアへのアクセスを提供する。
- ・ 十分な説明の上での意思決定を促進するために、がん生存者に対して、利用可能な資源と戦略に関する教育を行う。
- ・ サービス提供に関わる全ての保健医療専門家の間での調整されたケアを確保する。

##### ②「質の高い治療へのアクセス (access to quality treatment)」の定義

がん治療は複雑であり、患者の状態やニーズによって1人1人異なる。全てのがん生存者は、利用できる最新かつ最も効果的な治療を適時に受けられるべきである。場合によっては、これには臨床試験も含まれる。

##### ③「疼痛・症状管理 (pain and symptom management)」の定義

がん治療の重要な一部として、疾患と治療の両方に関連する疼痛やその他の症状の管理がある。疼痛・症状管理の目標は、がん生存者が必要な診断や治療に耐えられるように、また cancer survivorship の各段階(がんと「ともに」、がんを「乗り切り」、がんを「超えて」)を快適に生活できるように、苦痛を軽減することである。

##### ④「終末期ケア (end-of-life care)」の定義

終末期にがん生存者とその家族が直面する問題は複雑で深刻である。適切な終末期ケアは人生を肯定し、死を正常な過程とみなすものであり、死を急がせることでも先に延ばすことでもない。終末期ケアの目標は、がん生存者にとってできる限り最高のQOLを達成することである。多くのがん生存者はがんの診断後何年も生きるが、死の過程にある者のニーズと希望には対応しなければならない。

#### 4. ニーズ・戦略

(1) cancer survivorshipに関する包括的なデータベースのためのインフラを開発する(領域共通)。

- ・ cancer survivorship の課題に関する継続的なフォローアップや機密情報のモニタリング(例えば、治療の方針と成果、QOLの指標、診断と治療の長期的影響など)に必要なデータのニーズを同定するために、民間団体、非営利団体、政府機関などの様々な組織で構成される全国規模のワークグループやタスクフォースを組織する。
- ・ 将来の研究分野を決定するために、がん生存者に関する既存のデータを評価して、不足している部分を同定する。
- ・ がん生存者の長期的なフォローアップに必要なデータを含めて、cancer survivorshipのデータの収集と分析に用いる一連のデータ項目や指標に関する合意を形成する。
- ・ 既存のデータベース(例えば、NPCR、BRFSS、SEERなど)の間の調整を推進し、可能であれば変数や指標を追加し、がん生存者に関する補足的情報を収集する。
- ・ 全ての既存のデータソースへのリンクを行い、長期にわたるデータの収集、モニタリング、フォローアップを提供する、集中情報資源センター(クリアリングハウス)を設立する。
- ・ 資金調達の際の機会の数と種類を増加させ、より幅広い研究者が cancer survivorship のサーベイランス活動に参加できるようにする。
- ・ 既存の情報技術を利用して、がんの診断、治療、長期的な問題に関するデータを収集し、時宜に適った方法でそれを報告する。
- ・ 公的なデータセットへの広範囲に及ぶアクセスをできるだけ速やかに提供し、研究活動を推進する。

(2) がん生存者に最適なケアを円滑に提供できる患者ナビゲーションシステム (patient navigation system) を開発し、検証し、維持し、推進する (領域共通)。

患者ナビゲーションは、がん生存者が自分の受けているケアとケアのプロセスを確実に理解するために、また最適なケアの提供を強化するために利用できるツールである。ナビゲーション・プログラムでは、保健医療専門家と高度な訓練を積んだリエゾン担当者が患者のヘルスケアを調整し、患者が保健医療システムにおける進路を決定することを支援する。このようなナビゲーションシステムは、健康上のニーズや懸念に関するがん生存者教育、時宜に適したケアの提供の確保、がん生存者のニーズに適合した資源との連結、がん生存者に対するサービスの提供と支払いに関する全般的な監視などに活用される。

具体的な戦略は以下のとおりである。

- ・がん生存者に一貫したサービスの提供を行う全国プログラムを実施するために、しかるべき既存の全国組織で構成される、患者ナビゲーションシステムのインフラを確立する。
- ・患者ナビゲーションシステムを全ての関係組織による提携や共同所有とすることによって、普遍的な投入および引受けを促進する。
- ・実施されている場所や仕組みが様々に異なる既存の患者ナビゲーションシステムのタイプ (例えば農村、都市部、オンライン、印刷物、電話、臨床試験など) を同定し、best practice と考えられる方法を決定する。
- ・既存または検証済みの患者ナビゲーションの手段やプログラムのデータベースを構築し、国、州、地域レベルで、がん生存者やその他の人々に対して、その利用について教育する。
- ・患者ナビゲーションシステムを計画・開発し、州の CCC 計画に組み入れる。
- ・患者ナビゲーションサービスに対する医療保険の適用を義務づける政策を策定する。
- ・がん生存者の間の格差の問題 (例えば、人種、民族、教育、地域、所得、性別など) に対処するための、効果的な患者ナビゲーションツールを開発する。
- ・がん生存者自身が、ボランティアの個人ナビゲーターとして時間を割き、他のがん生存者を支援するように奨励する。

(3) cancer survivorshipの各段階における臨床診療ガイドラインを確立し、普及する(領域共通)。

- ・cancer survivorshipの問題に取り組んでいるしかるべきグループ(例えばNational Comprehensive Cancer Network、アメリカ臨床腫瘍学会、NCCS)に、cancer survivorshipの各段階に特化した臨床診療ガイドラインの策定を委任する。
- ・これらのガイドラインを一箇所に集める場所を確立する(例えば、National Guidelines Clearinghouse、Cancer Information Serviceなど)。
- ・臨床診療ガイドラインを、消費者・患者向けのバージョンと保健医療サービス提供者向けのバージョンで作成し、多数のチャンネルや組織を通じて普及させる。
- ・公衆衛生機関の資金提供を受けたプログラム(例えば、州がん計画、CCC計画)に、臨床診療ガイドラインの実施を含めることを義務づける。
- ・臨床診療ガイドラインで示されているサービスのアクセスを確保する。
- ・ガイドラインの継続的評価を行い、その結果を利用状況のアセスメントに使用する。必要に応じてガイドラインを修正する。
- ・がん関連、およびがん以外の保健医療専門家に対して、ガイドラインに関する研修を行い、人材育成を最大限に行う。
- ・文化的配慮や緩和ケアなどのテーマについて継続的な研修を義務づけることにより、質の高い人材を確保する。
- ・保健医療関連の人材に不足している部分をアセスメントし、質の高いサービス提供者を採用・雇用するための戦略を策定する。

(4) がん生存者が十分な情報を得た上で意思決定できるようにする公共教育プログラムを開発し、普及する(領域共通)。

- ・全国規模のタスクフォースを結成し、がん生存者に対する公共教育に取り組むプログラムを策定し、この問題を中核とする多面的な戦略計画を創出する。
- ・十分な情報を得た意思決定と唱道の技術を推進するために、がん生存者が利用できる既存の情報源を同定し、情報が不足している場合にはプログラムや教材を作成する。
- ・多数のコミュニケーション形態(例えば、インターネット、活字媒体)を利用して、諸問題や利用可能な教育プログラムに関するがん生存者教育を効果的に実施するために、国のタスクフォースにマーケティング戦略とマルチメディアキャンペーンの実施を委任する。
- ・十分な情報を得た意思決定を推進するためのbest practiceを、さまざまな立場(例えば、保健医療サービス提供者、唱道団体、政府機関、国会議員など)を通じて普及させ、その実施を奨励する。

(5) 活動を継続的に評価することにより、その活動の影響と成果を判断し、サービスの質の継続的な改善を保証する（領域共通）。

- ・ 国家行動計画に基づいて実施されるプログラムや戦略について、そのタイプに適した評価尺度を同定する。
- ・ プログラムなどの実施をアセスメントするために、理論に基づく、科学的に基礎づけられた研究を実施する。
- ・ 情報を最大限に利用するために、根拠に基づくプログラム評価の結果を公衆衛生機関などの現場を通じて普及させる。

(6) サーベイランスと応用研究の既存のインフラを強化する（サーベイランスと応用研究）。

「(1) cancer survivorship に関する包括的なデータベースのためのインフラを開発する」と同様の戦略である。

(7) がん生存者の継続的な健康に対する懸念に関連する要因を特定する（サーベイランスと応用研究）。

- ・ がんのタイプや二次的な健康問題に関連する特性を同定するための研究を開始する。
- ・ 新たな健康問題が発生する可能性を減少させるための介入を行う際に、介入の対象者が実施できる変容可能な行動を同定する（例えば、運動不足、不健全な食習慣など）。
- ・ 健康問題が発生しやすいがん生存者の特性（例えば、年齢層）に関する知見が得られた時点で、一次予防の教育プログラムを開発して、健康問題に対する感受性とリスク軽減のために自分でできる行動変容に関して、がん生存者に情報を与える。

(8) がん生存者のニーズに最も適切に対応するプログラムとサービスを決定する（サーベイランスと応用研究）。

- ・ 全国調査（例えば、NHIS、BRFSS など）を実施して、提供されたサービス、サービス利用パターン、及びそれらの問題点を正確に記述することによって、がん生存者と保健医療システムとの相互作用に関する理解を深める。
- ・ 学術研究者と州保健部局との共同の取り組みを推進し、健康問題に対する感受性を低減させるためにがん生存者に提供できるケアとサービスに関する知見を増加させる研究プロジェクトを開発する。
- ・ がん生存者へのケアの最も効果的なモデルに関する知見を同定・評価・普及する。
- ・ これらの一連の知見から得られた教訓を州の CCC 計画に組み込む。

(9) 予防介入に関する研究を行い、その介入が cancer survivorship に関連する問題に及ぼすインパクトを評価する（サーベイランスと応用研究）。

- ・既存の予防介入の一覧表を作成する。
- ・様々な公衆衛生の状況においてプログラムを評価することによって、特定の介入の効果を判断し、がん生存者にとっての best practice を確立する。
- ・評価研究を通じて、既存の介入に不足している部分を同定する。
- ・他のがんや二次的な健康問題に対するハイリスク者を対象とした介入を開発する。
- ・選択した介入の費用対効果の研究を実施する。
- ・サービスを十分に利用していない地域に焦点を当てて、特定のがん生存者集団に適合したコミュニケーションを設定し、利用可能な介入と資源に対する認識を高める。

(10) 応用研究を実践に移す（サーベイランスと応用研究）。

- ・「地域予防サービスガイド (Guide to Community Preventive Services)」に、取り組むべき課題として cancer survivorship を組み込む。このガイドは、地域保健の推進、疾病予防のための介入・サービスの効果、経済的効率性、実行可能性に関する知見をまとめたものである。公表された研究の厳密かつ体系的なレビューによって収集されたエビデンスに基づいて、様々な介入の利用を勧告している。
- ・研究結果を一般市民が理解して、その知見を日常生活に応用できるように翻訳する手段・方法を開発する。
- ・研究結果を活用して、cancer survivorship の問題に関して、がん生存者やその他の人々（保健医療サービス提供者、関係団体、擁護者など）を教育する。
- ・公衆衛生機関やその他の組織を通じて、多様な手段（例えば、インターネット、郵便）を用いて、研究結果を保健医療専門家とがん生存者に普及する。

(11) がんは克服が可能であり、現実に克服されている慢性疾患だということを一般市民に教育する戦略を策定する（コミュニケーション、教育、訓練）。

- ・既存の教育情報を同定するためのタスクフォースを召集し、新たな教材開発の際の重複を避けるためにパートナーシップを推進する。
- ・クリアリングハウスなどの集中情報資源センター（例えば、活字、オンライン）を強化して、一貫性のある、科学的に妥当な、文化的に適切なヘルスコミュニケーション情報へのアクセスを提供する。
- ・テレビ、活字媒体、インターネットでの公共広告を含めて、多様なメディアを通じて集中情報資源の普及を促進する。
- ・「がんは慢性疾患の一つであり、それとともに生きることができ、必ずしもそれによって死ぬわけではない」という cancer survivorship の概念の普及を促進する。

(12) 長期的なフォローアップのケアを提供することの役割と価値について政策・意志決定者に教育することによって、QOLの問題と法律上のニーズに対処し、がん生存者の臨床試験や補助的サービス（Ancillary service。病院やその他の入院プログラムによって提供される専門的サービスで、X線検査、医薬品、臨床検査などを含む。）へのアクセスを保証する（コミュニケーション、教育、訓練）。

- ・潜在的な能力のある政策・意志決定者を同定し、cancer survivorshipの問題について彼らを教育する仕組みを確立する。
- ・がん生存者のニーズと現実との格差を同定するために、既存の政策の目録を作成し、その特徴を記述する。
- ・国や州の政策に関心をもつ人々とのパートナーシップを特定する。
- ・同定した政策・意志決定者のグループ（例えば、国会議員、地域・州・国の規制当局者、保健医療サービス管理者、唱道者グループ、地域組織、健康関連業者、医療保険業者、医薬品業者など）を教育するための具体的な戦略を策定し、実施する。

(13) がん生存者に唱道の技術を付与する（コミュニケーション、教育、訓練）。

「（４）がん生存者が十分な情報を得た上で意思決定できるようにする公共教育プログラムを開発し、普及する」と同様の戦略である。

(14) 利用可能な情報へのアクセスの方法とその評価方法をがん生存者に教授する（コミュニケーション、教育、訓練）。

- ・利用可能な情報の有効性を評価する標準化されたシステムを開発する。
- ・がん生存者が情報を自ら評価できるように支援するための資源を、多様なフォーマット（例えば、CD-ROM、パンフレット、Web、ビデオ）で開発する。
- ・これらの資源を、多様な配布地点（例えば、診療所、文化的・宗教的理念に基づいた地域組織、支援グループ、国・地方レベルの協会）を通じて、また信頼できる他の情報源とリンクできる集中データベースを通じて、普及する。
- ・確立された評価基準を満たさない（すなわち科学的妥当性を保っていない）教材を用いるグループに対して技術支援を行い、教材・製品の質を改善する。

(15) 診断から長期治療、終末期ケアにいたるまでの cancer survivorship の問題について保健医療サービス提供者に教育する(コミュニケーション、教育、訓練)。

- ・ 専門家組織とのパートナーシップによって、cancer survivorship に関する教育フォーラムを開催する。
- ・ 症例検討会、腫瘍委員会の会議、その他の場を通じて、地域の医療界における保健医療専門家や補助専門職を教育する。
- ・ 擁護団体とパートナーを組んで、地域の実践例を視察するとともに、QOL の向上の実施と機会について地域の保健医療サービス提供者を観察・教育する。
- ・ 保健医療専門家と補助専門職の訓練プログラムに cancer survivorship のカリキュラムを組み込む。
- ・ cancer survivorship に関する継続的教育訓練を開発し、さまざまな保健医療専門家(例えば、内科医、看護師)に提供する。

(16) 効果が立証されているプログラム、つまり best practice (標準化されたプロセスを通じて、一般的に認められている基準を用いて成果を評価した結果、効果的であることが確認されたプログラム) を同定し、実施する(プログラム、政策、インフラ)。

- ・ がん生存者のニーズに対応するためにはどのプログラムが best practice になるかを判定するために、定量的な基準を設定する。
- ・ 合意された基準で best practice を同定して、プログラムの優先順位を設定する。
- ・ cancer survivorship の研究で不足している部分を同定して、新しいモデルやアプローチを検証するための研究に資金提供を行う。
- ・ best practice と認定されたプログラムに対して、既存の機構を用いて情報のクリアリングハウス(例えば、Cancer Control PLANET、CIS)を創設する。
- ・ このクリアリングハウスを促進するとともに、他の方法も用いて、プログラム、がん生存者、保健医療サービス提供者などに情報を普及する。またこのクリアリングハウスを利用して、がん生存者と彼らのニーズに適合した資源とを結びつける。

(17) cancer survivorship の全ての段階における達成目標と戦略を含む、エビデンスに基づいたがん計画を実施する(プログラム、政策、インフラ)。

- ・ cancer survivorship における主要な指導者や専門家を各州で同定して(特にがん生存者)、ネットワークを構築して、cancer survivorship が州のがん計画で取り組まれていることを確保する。
- ・ cancer survivorship の重要性とそれに関連する問題について、州のがん計画の関係者を教育する。
- ・ cancer survivorship のプログラムを評価し、結果を公表して普及する。
- ・ CCC プログラムと他の資金提供を結びつけて、がん計画が cancer survivorship に包括的に対応できるようにする。

(18) 長期にわたる慢性疾患としてのがんへの取り組みを支援する政策変更を推進する（プログラム、政策、インフラ）。

- ・ cancer survivorship の各段階について政策立案者、保健医療専門家、がん生存者を教育するための、公共教育の教材を開発・普及する。
- ・ 医療保険業者、健康保険管理者に対して、がん生存者に対する治療後のサービス、長期的なフォローアップのサービスを提供するように促す。
- ・ 公式な政策、メディア、保健医療組織、保健医療サービス提供者、医療保険代理店などの多様な場面で用いられる術語の違いの問題に対処して、cancer survivorship の各段階をより正確に反映するように政策を修正する。

(19) プログラムにおける行動を支援するために、全てのがん管理活動に関する質の高いデータを取得するためのインフラを構築する（プログラム、政策、インフラ）。

「(1) cancer survivorship に関する包括的なデータベースのためのインフラを開発する」と同様の戦略である。

(20) がん生存者のためのヘルスケアに関連する経済上、医療保険上の障壁について、意志決定者を教育する（質の高いケアとサービスへのアクセス）。

- ・ 無保険または保険給付が十分でないがん生存者のニーズが満たされていない状況に関して、保健医療サービス提供者、cancer survivorship の専門家、研究者、プログラムのスタッフによる会議を開催し、政策立案者を教育するための戦略を策定することを旨とする。
- ・ 州のプログラム（やその他のプログラム）の見本になる成功した政策や法的言語を同定して、質の高い治療や治療後のフォローアップサービスへのアクセスの改善のために必要とされる主要な利害関係者（例えば、国会議員、州知事）を同定する。
- ・ 医療保険加入人口の調査・分析を行い、個人の保険給付レベルがケアへの適時のアクセスやフォローアップのケアの受診にどの程度影響を及ぼすかを判定する。
- ・ 質の高いがんケアへのアクセスを促進する政策に関して、医療保険業者および健康保険の意志決定者を対象とした教育機会を作り出す。

(21) がん生存者に対する質の高い、時宜に適ったサービス提供を支援するガイドラインを確立し、普及する（質の高いケアとサービスへのアクセス）。

「(3) cancer survivorship の各段階における臨床診療ガイドラインを確立し、普及する」と同様の戦略である。

(22) がん生存者に対する緩和サービスの提供をアセスメントし、強化する（質の高いケアとサービスへのアクセス）。

- ・緩和サービスの提供の現状と場所を評価する上で基礎となる定量的・定性的データを収集して、緩和ケアに関するがん生存者、介護者、保健医療サービス提供者の経験の特徴を記述する。
- ・保健医療サービス提供者は緩和ケアのサービスをどのように管理すべきか、がん生存者と介護者は緩和ケアをどのように唱道できるかについて、人々に教えるための専門家教育および公共教育を提供する。
- ・緩和ケアの監督に関する免許および機関の責任についての規制方針を確立する。
- ・医療関係者への訓練において薬物乱用の話題を提供することによって、鎮痛剤の誤用に対する不安を軽減して、がん生存者への疼痛緩和薬の処方に対する専門家の受容を促進する。
- ・鎮痛剤投与管理の予期せぬ結果への懸念を払拭できるように、がん性疼痛を管理するための標的治療法を開発する。

(23) がん患者のための、統合的、学際的な保健医療サービス提供チームを設立する（質の高いケアとサービスへのアクセス）。

- ・小児がんセンターをモデルとする先進的研究拠点（Center of Excellence : COE）を創設して、特にまれながんの生存者に包括的なケアを提供する。
- ・最適の提供者からがん生存者に提供されるサービスへのアクセスを改善する政策を策定する。
- ・COEを通じて、臨床試験や長期的なフォローアップ・ケアへのアクセスを促進する。
- ・がん生存者向けのウェブサイトを作成して、初期治療終了後のフォローアップ・ケアについて案内する。
- ・がん生存者が初期治療後に、学際的チームからの継続的・定期的フォローアップを受けられるための仕組み（例えば、パスワードで保護されたインターネットフォーラム、電話、郵便）を開発する。フォローアップは最低でも年1回は行われるべきである。
- ・しかるべき組織（例えば、American College of Surgeons, Commission on Cancer, NCCS）とのパートナーシップによって、cancer survivorshipのプログラムを策定し、cancer survivorshipに関する専門家教育を提供する。
- ・症状管理・緩和ケア・支援チームへのアクセスをがん生存者に保証する。
- ・他の慢性疾患モデル（例えば、糖尿病）の管理計画をレビューして、それをベースとしてcancer survivorshipの統合的・学際的管理計画を策定する。
- ・がん生存者が一連のケア全体を通じて統合的・学際的管理計画を利用できることを保証する。

## 5. 指標の例

### (サーベイランスと応用研究)

- ・がん生存者を継続的に追跡できるがん登録の数を増加させる。
- ・QOLを含めた cancer survivorship のデータを全国レベルで収集・分析する際に用いる、標準的な項目のセットを設定する。
- ・がん登録やデータソースを用いて、人口ベースの cancer survivorship のデータを取得することの実行可能性をアセスメントする。
- ・がん生存者の健康に対する懸念を定量化するための研究イニシアティブを開発する。
- ・がん生存者に関連する、学術研究者と州保健部局との共同の取り組みの件数を増加させる。
- ・上述の共同の取り組みが有用かつ適用可能な結果をもたらす程度を測定する。

### (コミュニケーション、教育、訓練)

- ・cancer survivorship とがん生存者が直面する問題の負荷に関して、保健医療専門家と一般市民の知識を増加させる。
- ・メディアが、他の健康問題と比較して cancer survivorship を取り上げる時間を増加させる。
- ・保健医療専門家や補助専門職に対する、cancer survivorship に関する訓練の数を増加させる。

### (プログラム、政策、インフラ)

- ・5年間にわたり、cancer survivorship に投入されるプログラムの資源を増加させ、公的・私的セクターのプログラム全体における資金のレベルの動向をアセスメントする。
- ・cancer survivorship の要素が盛り込まれた、州がん計画や CCC 計画の数を増加させる。
- ・地方、州、国レベルの cancer survivorship に関連する政策の数を追跡する。
- ・専門的ケアを含めて、がん生存者のための治療後のサービスや長期的なフォローアップサービスを提供する医療保険業者の数を増加させる。

### (質の高いケアとサービスへのアクセス)

- ・診断から終末期までの cancer survivorship の各段階を通じて、疼痛管理やその他の支援サービスを受けるがん生存者の数を増加させる。
- ・がん生存者の QOL を向上させる患者ナビゲーションシステムの効果を評価し、その結果を公衆衛生の業界に普及させる研究を増加させる。
- ・全てのがんの 5 年生存率を引き続き向上させる。

## 6. cancer survivorship のニーズのリスト (再掲)

### ○領域共通のニーズ

- (1) cancer survivorship に関する包括的なデータベースのためのインフラを開発する。
- (2) がん生存者に最適なケアを円滑に提供できる患者ナビゲーションシステム (patient navigation system) を開発し、検証し、維持し、推進する。
- (3) cancer survivorship の各段階における臨床診療ガイドラインを確立し、普及する。
- (4) がん生存者が十分な情報を得た上で意思決定できるようにする公共教育プログラムを開発し、普及する。
- (5) 活動を継続的に評価することにより、その活動の影響と成果を判断し、サービスの質の継続的な改善を保証する。

### ○「サーベイランスと応用研究」のニーズ

- (6) サーベイランスと応用研究の既存のインフラを強化する。
- (7) がん生存者の継続的な健康に対する懸念に関連する要因を特定する。
- (8) がん生存者のニーズに最も適切に対応するプログラムとサービスを決定する。
- (9) 予防介入に関する研究を行い、その介入が cancer survivorship に関連する問題に及ぼすインパクトを評価する。
- (10) 応用研究を実践に移す。

### ○「コミュニケーション、教育、訓練」のニーズ

- (11) がんは克服が可能であり、現実に克服されている慢性疾患だということを一般市民に教育する戦略を策定する。

(12) 長期的なフォローアップのケアを提供することの役割と価値について政策・意志決定者に教育することによって、QOLの問題と法律上のニーズに対処し、がん生存者の臨床試験や補助的サービス（Ancillary service。病院やその他の入院プログラムによって提供される専門的サービスで、X線検査、医薬品、臨床検査などを含む。）へのアクセスを保証する。

(13) がん生存者に唱道の技術を付与する。

(14) 利用可能な情報へのアクセスの方法とその評価方法をがん生存者に教授する。

(15) 診断から長期治療、終末期ケアにいたるまでの cancer survivorship の問題について保健医療サービス提供者に教育する。

#### ○「プログラム、政策、インフラ」のニーズ

(16) 効果が立証されているプログラム、つまり best practice（標準化されたプロセスを通じて、一般的に認められている基準を用いて成果を評価した結果、効果的であることが確認されたプログラム）を同定し、実施する。

(17) cancer survivorship の全ての段階における達成目標と戦略を含む、エビデンスに基づいたがん計画を実施する。

(18) 長期にわたる慢性疾患としてのがんへの取り組みを支援する政策変更を推進する。

(19) プログラムにおける行動を支援するために、全てのがん管理活動に関する質の高いデータを取得するためのインフラを構築する。

#### ○「質の高いケアとサービスへのアクセス」のニーズ

(20) がん生存者のためのヘルスケアに関連する経済上、医療保険上の障壁について、意志決定者を教育する。

(21) がん生存者に対する質の高い、時宜に適ったサービス提供を支援するガイドラインを確立し、普及する。

(22) がん生存者に対する緩和サービスの提供をアセスメントし、強化する。

(23) がん患者のための、統合的、学際的な保健医療サービス提供チームを設立する。

(5) cancer survivorship に関連する取り組み

CDC は公共放送サービスの映画「A Lion in the House」を支援し、若い成人のがん生存者が直面する課題に関する理解を促進している。

CDC は、2006 年、がんを含めた終末期 (end-of-life: EOL) の問題に取り組むために、複数の部門のスタッフで構成される終末期チームを立ち上げた。このチームでは、全ての州と準州の CCC 計画をレビューし、終末期の問題に対してどのような取り組みがなされているかを把握して、州、準州、部族が終末期への取り組みを計画に盛り込めるように、どのような支援が必要かを同定する予定である。

CDC では、その他に、前立腺がん治療における男性の選択と QOL との関連、高齢のがん生存者にケアを提供する医師の専門診療科目の特徴、がん生存者に必要な情報など、cancer survivorship の様々な側面に関する調査研究を実施している。

また CDC は LAF と共同で、National Cancer Survivorship Resource Center を継続的に支援している。このセンターは、がん生存者、家族、友人、介護者のニーズを把握し、がんの診断後に発生する身体的、感情的、実際的な問題に対する生存者の理解と取り組みを支援している。

CCCLI のフェーズ 3 において、cancer survivorship や緩和ケアに重点を置いた研修が実施された。

2004 年から、Patient Advocate Foundation は、医療保険の償還が少ない、あるいは遅れることによって、また雇用形態によって、がん生存者の経済力、雇用、医療が阻害されないことを保証するために、がん患者とともに活動している。

## 2. がんに関する専門的スタッフの養成・確保に関する国際比較

研究分担者 山田 雅子（聖路加看護大学看護実践開発研究センター長・教授）

### 研究要旨

シンガポールのがん看護に関する継続教育の現状などについて分析し、わが国におけるがん看護の専門教育のあり方などを検討することを目的として、調査を行った。その結果、シンガポールの看護師は、諸外国の看護師のような薬剤処方権などの裁量権を持たないが、多民族国家という状況から、人々のニーズに沿った看護を提供していることがうかがえた。日本では、人口構造、疾病構造の変化などにより医療供給体制が変化している。そのため、がんに関わる看護師の在り方を早急に検討することが必要となり、看護師が積極的に状況を判断し、患者に関わっていけるよう教育制度の整備していくことが求められる。

### A. 研究目的

シンガポールのがん看護に関する継続教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国におけるがん看護の専門教育のあり方や活動体制などを検討する。

### B. 研究方法

シンガポールのがん看護に関する文献や資料、各種データを、インターネット等を通じて網羅的かつ体系的に収集・整理した。がん看護に携わる看護師に、聞き取り調査を行った。

（倫理面への配慮）

聞き取り調査では、文書を用いて口頭で説明を行い、同意書への書名をもらった。研究協力者の情報及び、収集した内容は秘密を厳守し、本研究の目的のみに用いる。

### C. 研究結果

#### 1. 看護師の教育制度

##### 1) 看護教育制度の変遷

2006年に国内で初めて4年間のコースを終了した学生が看護学士（Bachelor of Science (Nursing) (Honors)）として世に出た。

それまでは3年間の大学・科学専門学校での看護学士（Bachelor of Science (Nursing)）が最高学歴であった。大学で4年間の看護教育を望む場合は英語が使えるオーストラリアなどで学んでいる。

##### 2) 看護教育機関

シンガポールは人口が440万人と少ないため看護教育を提供する学校も限られている。看護学士（Bachelor of Science in Nursing）を得られるのはNational University of Singapore (NUS) だけである。

NUSは看護学士を修了し、成績が優秀な者が更に1年間勉強しBachelor of Science (Nursing) (Honors)を取得できる。また修士課程の大学院教育も行っているが、博士課程は国内に設置されていない。従って博士課程への進学を希望する者はオーストラリア、アメリカなどに留学し、博士課程の教育を受けなければならない。

Registered nurse（正看護師：RN）になるための学校はNUSを含め3校あり、この内の2校（School of Health Sciences, Nanyan

Politechnic と School of Health Science, Ngee Ann Polytechnic) は 3 年コースを中心とした科学技術専門学校である。Enrolled nurse (准看護師) は教育期間が 2 年間で資格の取得ができる学校は 2 校 (Institute of Technical Education, College East と HMI, Institute of Health Sciences) ある。

### 3) 看護教育システム

シンガポールでは中学までの 10 年間は一般教育を受けることができる。中学では小学校での初等教育終了試験により中学校のコース (スペシャルコース・エクスプレスコース・ノーマルコース) が決められる。卒業前にスペシャルコース・エクスプレスコースはシンガポール・ケンブリッジ普通教育認定 (Singapore Cambridge General Certificate of Education "Ordinary" GCE・O) (O レベル) の試験を受ける。これにより中学卒業後の進路が、大学進学を目指すジュニアカレッジと工業技術や商業などに興味のある生徒へのポリテクニクに分けられる。ジュニアカレッジへ進学した生徒は大学へ進学するために必要な (Singapore Cambridge General Certificate of Education "Advanced" GCE・A) (A レベル) の試験に備える。ノーマルコースの生徒は「標準」教育認定 (General Certificate of Education "Normal" GCE・N) (N レベル) の試験を受け、技術教育研修を受けるか就職のための職場実習を行う。ただしノーマルコースでも成績の優秀な生徒がいる場合はもう 1 年勉強し、O レベルの試験を受ける資格が与えられる。

#### (1) Registered Nurse : 正看護師

正看護師として働くための資格には (Diploma in Nursing : 看護学卒業証書あるいは Diploma in Health Science (Nursing) : 保健科学 (看護学) 卒業証書、Accelerated Diploma in Nursing : 社会人向けの看護学卒業

証書、Degree in Nursing 看護学士) の 3 種類ある。

#### (3) 継続看護教育

##### A) Advanced and Specialist Diploma

これらの資格は Nanyang Polytechnics で取得することができる。Advanced Diploma in Nursing (Management : 管理) と Specialist Diploma in Nursing (Diabetes Nurse Education : 糖尿病看護教育) は夜間のコースである。そのほか、以下の 15 コースについては 8 ヶ月のフルタイムとなっている。

1. Community health (地域保健学)
2. Critical Care (重症学)
3. Emergency (救急学)
4. Gerontology (老年学)
5. Mental Health (精神保健学)
6. Medical-Surgical (内科・外科)
7. Midwifery (助産)
8. Nephro-Urology (腎・泌尿器)
9. Neuroscience (神経科学)
10. Oncology (オンコロジー)
11. Ophthalmic (眼科学)
12. Orthopedics (整形外科)
13. Pediatrics (小児科学)
14. Perioperative (術前)
15. Perianesthesia (麻酔前)

##### B) Degree in Nursing (Post registration)

RN が看護の学位を取得するため、Singapore Nursing Board の認めた 4 つの大学での必要な単位の取得ができる。

- ・ シドニー大学 : University of Sydney with Singapore Institute of Management
- ・ グリフィス大学 : Griffith University with Cornerstone Training Centre
- ・ ラ・トローブ大学 : La Trobe University with Singapore Nurses Association
- ・ カーティン大学 : Curtin University of Technology with CSM Academy

履修時間は少なくとも 450 時間以上で、カリキュラムの 20% は臨床的応用を組込むことが求められる (Singapore Nursing Board)。

### C) Master of Nursing

シンガポールでは、修士課程も卒後の継続教育として位置づけられている。National University of Singapore で看護学修士課程のプログラムが提供されている。

#### 5) 看護資格・登録者数

看護の資格として登録するのは Enrolled Nurses、Registered Nurses、Midwives である。登録は毎年行う必要があり、Enrolled Nurses、Midwives が 20\$、Registered Nurses が 30\$ である。

### D. 考察

シンガポールのがん看護教育はまだ十分発展しているとはいえ、上級実践看護師は、国内だけでなく、アメリカやオーストラリアなどの医療先進国で専門的な教育を受けている。しかし、処方権などの裁量権はもたないが、多民族国家であるという特徴上、多職種や他民族の看護職と協働し、人々のニーズに沿った看護を提供していることがうかがえる。

日本では、人口構造の変化、医師不足に伴い、病院完結型医療から地域完結型へと変化している。そのため、患者・家族のニーズを受けて、看護師の在り方を早急に検討する必要がある。それには、看護師が薬剤の処方を行うなど、裁量権を拡大することが上げられる。看護師が積極的に状況を判断し、患者に関わっていけるよう教育制度の整備し、安全性、費用対効果等の検討が今後求められる。

### E. 結論

シンガポールのがん看護に関する継続教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国におけるがん看護の専門教育のあり方や活動体制などを検討することを目的として、調査を行った。その結果、多様な人種、文化の中で人々のニーズに沿った看護を提供していることがうかがえた。日本では、人口

構造の変化などにより医療供給体制が変化している。そのため、がんに関わる看護師の在り方を早急に検討して行くことが求められる。

### F. 健康危険情報 なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表 なし

#### 2. 学会発表

Hirooka K, Yamada M, Umeda M. Clinical nurse specialist practice and education: Implications for expanding their scope of practice in Japan. The 15th International Conference on Cancer Nursing, Singapore. August 2008, 142.

### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

### 3. 緩和ケアに関する体制に関する国際比較

研究分担者 廣岡 佳代（聖路加看護大学成人看護学 助教）

#### 研究要旨

シンガポールの緩和ケアに関する看護師の卒後教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国における緩和ケアの専門教育のあり方や活動体制などを検討することを目的として、調査を行った。その結果、シンガポールでは看護協会、大学、ホスピス施設、諸外国との提携などを通じて、緩和ケアに関する専門教育が提供されていることが明らかとなった。日本においてもホスピス・緩和ケアに関する教育が提供されているが、基準化されたカリキュラムの整備は十分ではなく、今後の教育に関する整備を行うことが課題になると考えられる。

#### A. 研究目的

諸外国の緩和ケアに関する看護師の卒後教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国における緩和ケアの専門教育のあり方や活動体制などを検討する。

#### B. 研究方法

シンガポールのがん看護に関する文献や資料、各種データを、インターネット等を通じて網羅的かつ体系的に収集・整理した。がん看護に携わる看護師に、聞き取り調査を行った。

（倫理面への配慮）

聞き取り調査では、文書を用いて口頭で説明を行い、同意書への書名をもらった。研究協力者の情報及び、収集した内容は秘密を厳守し、本研究の目的のみに用いる。

#### C. 研究結果

##### 1) 緩和ケアの歴史

シンガポールのホスピスケアは1985年、St. Joseph's Home & Hospice で終末期の患者のためのベッドが16床設置されたことから始まった。

1988年にはMount Alevornia Hospital が終末期患者のための Assisi Hospice (12床) を開設したが、1992年から対象者をがんの終末期の患者だけとしている。1992年、Dover Park Hospice (DPH) が慈善団体として登録され、翌年から Hospice Care Association との共同事業でホスピスデイケアセンターを開設し、医師や看護師による在宅ホスピスケア及びデイケアを始めた。1995年からは病棟(40床)も開設した。

##### 2) 緩和ケアの現状

###### 1) 現状

2005年の時点で緩和ケアを受けている患者の95%ががん患者とされている。提供されている緩和ケアサービスは、在宅ホスピスケアが5か所(対象者2,940名)、ホスピスデイケアが3か所(対象者731名)、入院によるホスピスケアが4か所の129床(対象者968名)である。これらのサービスはがんで死亡する患者の72.4%をカバーしている。在宅ホスピスケアは無料で提供されている。デイケアや入院によるホスピスケアは政府の補助を受けているが一部自己負担となっている。

病院が提供するホスピス・緩和ケアサービスは最も遅く始まったが、現在ではほとんどの公立病院で専門的支援を行っている。

## 2) ホスピスの活動

### (1) Hospice Care Association (HCA)

HCAは、予後が限られた患者に対して、医師、看護師、ソーシャルワーカー、カウンセラー、訓練を受けたボランティアなどが多職種チームで、患者に在宅ケア及びデイケアサービスを提供している慈善団体である。1989年の設立以来、ここを利用した患者数は19,000人を超えている。HCAはHCA本部と各地域に4ヶ所のサテライトがあり、在宅ケアやデイケア、心理社会的支援、介護者教育等を行っている。

#### i) 在宅ケア

在宅ケアは24時間体制で提供されており、訪問回数は36,569件となっている。このうち看護師による訪問は全体の70%、25,717件で、医師は21%、7,607件であった。

2007年度に亡くなった患者は1,877名で、患者の受け入れから亡くなるまでの期間は1日から30日が39.6%と最も多く、次いで90日以上30.5%、30日から90日が28.2%、1日以下1.7%であった。亡くなった患者のうち半数以上の55.9%が自宅で、41.9%が国立あるいは地域病院で亡くなっている。

#### ii) デイケア

デイケアに訪れた患者は延5,597名で、実数は744名であった。デイケアでは、映画上映、カラオケ、クラフト作りなどが行われている。

### (2) Dover Park Hospice (DPH)

DPHは1992年に設立されたホスピスである。Dover Park Hospiceから自宅に移行した患者はHCAによる在宅ケアサービスを受けている。

DPHのチームは医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、患者ケアコーディネーター、

ボランティア、薬剤師から構成されている。多職種によるチームは包括的なケアプランを作成するために、毎週ミーティングを行っている。リハビリテーションは非常勤の理学療法士が行っている。また毎週ボランティアの歯科医が病棟とHCAデイケアセンターで診察を行っている。また必要に応じて様々な分野の専門職が相談に応じている。

入院できる患者は進行性の疾患で、予後3ヶ月以下と診断された患者を対象としている。疾患はがんに限っていない。ほとんどの入院患者はターミナルケアのために入院しているが、自宅での症状コントロールが困難となった在宅ケア患者が一時的に入院することもある。また一般の病院では困難な症状コントロールを専門職が行っている。

患者ケアに要する費用は1日210ドルである。90%以上の入院患者は入院費の支払いがない。費用のほとんどは国からの補助金や寄付により賄われている。

## 3) 緩和ケア教育およびトレーニング

現在はNanyang PolytechnicsでのAdvanced Diploma in Nursing (Oncology), Advanced Diploma in Palliative CareとDover Park HospiceのCertificate in Palliative Care Nursing,及びIntroductory Course in Palliative Care Nursingが、がんあるいは緩和ケアトレーニングとして医療関係者や看護師に行われている。

### 1) Advanced Diploma in Nursing (Oncology)

がんに対する予防・ヘルスプロモーションから診断初期そして終末期までにわたる、知識、技術、マネジメント、健康状態やQOLの維持、終末期の支援などに関する教育を行う。

### 2) Advanced Diploma in Palliative Care

このコースは現在緩和ケアを提供する現場で働き、医療に関する資格・学位を取得した

者、あるいは正看護師でなければ受講することができない。8ヶ月、530時間でこの内の80時間は臨床に出る必要がある。週3日の夜間に実施されるコースである。

3) Certificate in Palliative Care Nursing  
Singapore Hospice Council によって作られたプログラムが Dover Park Hospice で行われている。

受講期間は、Certificate in Palliative Care Nursing では 8 週間、Introductory Course in Palliative Care Nursing は 4 週間のコースである。

## 2) その他

海外で専門教育を受ける看護師も多い。Oncology nursing に関しては国や病院からの援助によりイギリスでのトレーニングを受けることができる。また緩和ケアに関してはオーストラリアでトレーニングを受けることができる。

## D. 考察

諸外国と同様にシンガポールにおいても、ホスピス・緩和ケアの歴史変遷に付随してホスピス・緩和ケアの捉え方や国の政策にも影響していることが窺えた。

シンガポールでは、看護協会、大学、専門団体などによりホスピス・緩和ケアに関する専門教育が積極的に提供されている。ホスピス・緩和ケアに関する専門役割だけでなく、他職種との連携に焦点を当てた教育、継続(卒後)教育が提供されている。

日本では、日本看護協会によるプログラムや認定看護師の教育として、ホスピス・緩和ケアに関する教育が提供されているが、カリキュラム内容などが十分に検討されていない。緩和ケアへの国民のニーズに沿って、その中で看護師にどのような役割拡大が期待されるのかを明らかにした上で、今後教育に関する

基盤づくりを行うことが課題になると考えられる。

## E. 結論

シンガポールの緩和ケアに関する看護師の卒後教育の現状、教育修了後の活動などについて分析し、わが国における緩和ケアの専門教育のあり方や活動体制などを検討することを目的として、調査を行った。

シンガポールでは、ホスピス・緩和ケアの歴史変遷に付随してホスピス・緩和ケアの捉え方や国の政策にも影響していること、また、看護協会、大学、ホスピス・緩和ケアネットワークなどにより緩和ケアに関する専門教育が提供されていることが明らかとなった。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

廣岡佳代, 山田雅子, 梅田恵, 内田千佳子. 緩和ケアにおける卒後教育 ～国際比較調査の報告から～. 第23回日本がん看護学会, 沖縄. 2009年2月(日本がん看護学会誌. 2009; 22(Suppl): 246.)

## H. 知的財産権の出願・登録状況 なし