

結果の通知

最適なサービス：適切な方法とタイミングで結果が知らされる。陽性であれ、陰性であれ、がん告知の公表されたガイドラインに沿った適切な方法で結果が伝えられる。その診断の短期的・長期的な意味と今後の治療に関する情報が提供される。がんと診断された人とその家族には、適切な支援とカウンセリングが提供される。

検査結果

がん患者が検査結果を十分に理解するためには、次のことを理解しなければならない。すなわち、検査の目的、検査結果の種類（正常、良性疾患、がん、不明等）、結果の意味、検査は100%正確ではないこと、がんではない者に「正常」という結果が出る確率（真の陰性率）とがんである者に「正常」という結果が出る確率（偽陰性率）、がんである者に「異常」という結果が出る確率（真の陽性率）とがんではない者に「異常」という結果が出る確率（偽陽性率）、結果を受けてすべきこと、検査の選択肢である。しかし、臨床医からであれ、書面であれ、これだけの情報が与えられることはまれである。

がんの診断

オーストラリアでは、がんの告知やがんの再発の告知をする場合のガイドラインが作成されている。そこでは、医師が明確かつ率直に検査結果を提示するとともに、診断が混乱や拒絶をもたらさないように万全を期すことが強調されている。検査結果について事前に十分準備しておけば、最終的な診断のショックを和らげることができる。結果を受けてすべきことをすぐに説明することで、心理的影響を緩和できる。

診断時には情報と支援のニーズが高まる。様々な情報を知りたいと思うのが普通である。予後や治療の選択肢についての明確な情報が、診断のショック以降の適応に有効であることが明らかになっている。しかし、多くの人にとってこの時期に情報を吸収し処理するのは困難が伴うため、段階的に情報を提示したり、情報を繰り返し提供したりすることが有効である。最良のアプローチは、個人のニーズに合ったきめ細かな情報の提示である。

各種がん患者を対象にしたある大規模な調査によれば、保健専門家のコミュニケーションにおいて、患者に対する配慮が伝達内容と同等に重視されている。がんの告知のあり方は、がんに対する理解度だけでなく、長期的な心理的適応にも影響する。たとえば、がんの告知を受けた体験とその後の心理的適応を関連づけるオーストラリアの研究によれば、告知の体験が次のようなものであれば、告知の4～13ヵ月後に不安感が減少し、満足感が高まった。つまり、がんの告知を覚悟ができていた、告知の時に同席してほしい人が同席していた、診断についてほしいだけの情報を持っていた、書面による情報の提示があった、告知が明解だと感じた、その日のうちに疑問点が解消した、自分の感情を表現でき、気が楽になった、などである。医師が「がん」という言葉を使い、状況の深刻さや平均余命、生活への影響を説明するとともに、治療の決定に関わるように勧められた場合、落胆の度合いが少なかった。

がんの告知の体験を検討したオーストラリアの研究は少ないがいくつかある。黒色腫の患者を対象にしたある研究では、告知が遅いと感じたり、担当医への質問が十分できなかったり、希望と実際の体験にずれが生じていることがわかった。半数強が告知の時に納得できる量の説明を受けたと回答した。大半は告知のあり方にほぼ満足していたが、予後などについてはもう少し説明がほしかった、としている。乳がんおよび黒色腫の患者を対象にした研究では、告知のあり方を「優」または「良」と評価したのは63%、「可」と評価したのは18%であった。

乳がんおよび黒色腫の患者を対象にした別の研究では、電話で告知を受けたのが25%、プライバシーが保護されない環境で告知を受けたのが34%、告知が寝耳に水としたのが36%で、事前準備の不足が示唆される。76%の人が担当医は思いやりがあり同情的な態度であったとしているが、がんの支援サービスについての説明を受けたのは46%にとどまった。オーストラリアの初期の乳がん患者を対象とした研究では、大半が告知のあり方に満足しており、エビデンスに基づくガイドラインにほぼ準拠した配慮が感じられた、としている。

検査結果とその意味の理解を改善することが今後の課題である。

治療への紹介

最適なサービス：がん患者には適切な治療への紹介が行われる。診断サービスから治療サービスへの紹介の手順が整備されている。診断から治療への移行が切れ目のない継続したケアとして体験される。質の高い治療サービスへの紹介がなされていることが実感できる。これは、たとえば次章で述べる認定制度や主要治療施設との連携によって可能となる。

がんによっては集学的医療チームや専門のセンターへの迅速な紹介が高い生存率に結びつくことは、十分なエビデンスが示している。この紹介は、家庭医ががんの告知の時か、がんの疑いが高まった時に行うのが普通である。

紹介の経路は、長い年月を経て整備されたものや、専門医や専門医チームを個人的に知っていることから整備されたものが多い。適切な紹介の選択肢について家庭医ががん患者に助言する上で参考となるような詳しい情報資料はない。家庭医が提供するサービスとケアの質の間の違いに関する統一的な情報資料も存在しない。

オーストラリアにおける紹介の経路やそれが最適なケアの実現にどの程度役立つかについては、情報が少ない。

プライマリケア提供者への情報提供やがん患者向けのがんサービスに関する情報提供によって、紹介の経路を大幅に改善させることが今後の課題である。

第4章 積極的治療期における治療と支援

がんの治療は、がんの種類、診断時の転移状況、患者のニーズと意向によって異なる。多くのがん患者にとって、治療の第一段階は手術である。その後は、放射線療法、化学療法等の組み合わせになることが多い。初期治療の後は再発しない人もいれば、がんが消滅したような時期を経て再発する人もいる。がんと診断されてからがんの進行が続く人もいる。積極的治療期以降あるいは次の積極的治療期までの間における患者の課題については次章で検討する。

オーストラリアのがん患者の生存率は諸外国と比べて良好であり、全体的な生存率はアメリカに次いで第二位である。治療の現状をエビデンスに基づくガイドラインや諸外国の現状と比較しても、オーストラリアのがん患者はおおむね質の高いケアを受けているといえる。

がん患者の治療と支援の主な課題は、がんケアの体制とサービス提供のあり方を改革することであることが認識されている。オーストラリアの保健医療システムは非常に複雑で、がん患者は公的セクターと民間セクターの間を行ったり来たりすることが多い。また、国内の地方、農村部および遠隔地域にもケアを提供しなければならない。課題となっているがんケアの協調的アプローチは、人間中心で集学的な体制で提供されるサービスのネットワーク化、統合化につながる。

国民のニーズ

国民が求めるもの

- ・積極的治療期に起こりうることを理解すること
- ・治療チームが最善のケアを提供してくれるように信頼すること
- ・誰がケアの調整を行い、誰が患者の疑問に答えてくれるのかを把握するとともに、ケアがよく調整され切れ目がないことを確認すること
- ・文化的言語的な違いや居住地域にかかわらず、最良かつ最も適切なケアにアクセスできること
- ・最善の決定ができるように、がんと治療の選択肢について率直かつ明解な説明を受けること
- ・がんの症状と治療の副作用を抑制して、可能な限りQOLを維持すること
- ・がんとその治療が患者、家族、介護者の日常生活に与える影響を抑制すること
- ・不安に思っていることや感情について話し合うことができ、必要に応じて自身や家族への支援が受けられること

最適なサービス

がん患者は全国どこでも必要な専門医療と施設を利用できること

- ・手術、内科腫瘍学、放射線腫瘍学、病理学、放射線学、看護学、支持療法などの専門家が治療チームの核となること
- ・質の高い放射線学、病理学、手術、内科腫瘍学および放射線腫瘍学を提供するための施設が利用可能であること

- ・がん患者は必要に応じて、遺伝子検査・カウンセリング、精神医学、理学療法、核医学などのケアも利用できること
- ・サービス提供モデルに基づく小規模なセンターと大規模な専門センターとの連携により、地方、農村部および遠隔地域のがん患者でも質の高いケアを受けられること。これは、たとえば訪問診療、遠隔会議、集学的ケースカンファレンスなどによって可能となる。
- ・治療のために移動が必要な患者には、交通と宿泊の面で十分な支援がなされるとともに、患者の家族のニーズも考慮すること

単一の総合されたサービスによって、がん患者はがんの道程（cancer journey）を切れ目のない、継続したケアとして実感できること

- ・がん患者は単一のサービスであるかのように、あるケア内容から次の内容へ、あるいはある治療法から別の治療法へと移行できる。検診や診断から治療への移行、あるいは治療から地域への移行は、ある個別のサービス間の移行というよりも、ケアの段階間の移行として経験される。手術、放射線腫瘍学、内科腫瘍学の各サービスの提供も、単一の体系化されたサービスとして実感できる。
- ・そのためには、検診、診断、治療、支援の各サービス内容の国内での緊密な連携と統合を図る必要がある。
- ・家庭医をはじめとする地域ケアの提供者が、がん患者一人一人のケアにおいて、診断、治療および支持療法について十分把握できるように、コミュニケーション戦略が整備される。
- ・がん患者には、疾患、治療、支援の全ての側面に精通したコーディネーターが指名される。ケアコーディネーターは、治療内容の切り替えを円滑にするとともに、がん患者が適切な情報や支援が得られるように、あるいは、治療チームが患者の意向や状況を十分に把握できるように配慮する。ケアコーディネーターは、がん専門看護師、家庭医、ケースマネジャー、がん専門医、その他保健専門家が務める。ケアコーディネーターは、がんの道程において交代することもあるが、がん患者が常にケアコーディネーターが誰であるかを把握していることが重要である。
- ・がん患者が利用可能なケアと紹介の経路は明確に規定されており、選択肢も同定されている。
- ・診断や治療のために、公認の専門資格を有する個人やセンターへの紹介を行う。大規模な専門センターと連携した小規模のセンターに紹介することもある。紹介にあたっては、がん患者が不必要な不安を抱いたり、治療の有効性が損なわれたりすることがないように、限られた期間内に診断や治療が行われるようにする。

- ・がん患者には、次に何が起こるかを理解してもらうために、ケアや紹介の経路に関する情報を提供する。

がん患者が最善の利用可能なエビデンスにしたがって治療を受けていると確信できること

- ・重点がんの診断と管理を網羅する全国共通の診療ガイドラインが整備されている。
- ・重点がんに関する情報・支援・カウンセリングを網羅する全国共通の心理社会的診療ガイドラインが整備されている。
- ・診療ガイドラインの採用状況を評価し、ガイドラインの実施を促進するプロセスが整備されている。
- ・サービスには、全国共通のガイドライン（存在する場合）または最善の利用可能なエビデンス（ガイドラインが存在しない場合）に基づく、がん患者の治療および支援のための地域のプロトコルがある。
- ・サービスは、実際のケアがエビデンスとプロトコルにどの程度準拠しているかを評価できるように、がん患者のケアに関する情報収集のための監査システムを備えている。この監査情報は治療チームに提供されるとともに、質の改善プログラムの策定に利用される。
- ・がん患者は、担当のサービス提供者が採用するガイドラインやプロトコルに関する情報にアクセスできる。
- ・がん患者は適時、臨床試験への参加の勧誘を受けるとともに、参加するかどうかのインフォームド・チョイスができるように十分な情報が与えられる。
- ・保健専門家は、がんの治療と支援に関する最新の情報および継続的な情報にアクセスできる。

がん患者が、治療の提供者が同じチームの一員として治療に当たってくれていることを実感できること

- ・がん患者も治療チームの一員であることが実感できる。
- ・治療チームは、がん患者一人一人の治療法について意思統一を図るための戦略（地域のプロトコル、集学的ケースカンファレンス等）を持っている。
- ・がん患者は、担当の家庭医を含むチームの構成員の間で十分な情報交換がなされていることを実感できる。

がん患者は、受容可能で、責任ある、適切なケアが受けられること

- ・がん患者は、治療施設が全国共通の基準をどの程度満たしているか、また質の改善プログラムや研修プログラムをどの程度実施しているかについての情報を提供される。
- ・がん患者には、提供されたケアに関するフィードバックやコメントを提供する機会があり、またそれが伝わっていることを確信できる。
- ・アボリジニとトレス諸島民や文化的言語的に多様なコミュニティ出身のがん患者は、文化的に適切なケアを受けられる。
- ・がん患者は、がんサービスの計画作成に関与する機会がある。

がん患者とその家族は、がんの道程のあらゆる段階において、ニーズに合致した十分な情報を受けることができ、治療について意思決定できること

- ・予後、治療の選択肢、利点、リスク、治療に伴い発生しうる合併症、疼痛・症状の管理、再建手術、疾患とその治療・支持療法に関する体験について、口頭および書面で説明される。
- ・進行がん患者は、治療に関する書簡・覚書のコピーを受け取るか、自身のカルテを閲覧できる。
- ・情報は、受け手の教育水準や文化的言語的背景に配慮したものである。
- ・がん患者は、不安に思っていることを彼の治療チームと率直に話し合える。
- ・がん患者には、協力的で思いやりがある態度で情報が提供され、患者の思いを表現する機会が与えられるべきである。説明と話し合いはプライバシーが確保された環境で行い、話し合いの時間を十分に確保する。
- ・治療の選択肢について十分な情報を利用できる。
- ・がん患者は納得できるまで治療に関する決定に関わることができる。
- ・患者の状況を考慮した治療・フォローアップ計画が書面で作成されている。

がん患者とその家族が適切な支援を受けられること

- ・がん患者は支持療法サービスに関する詳細な説明を受ける。
- ・がん患者とその家族は自らのニーズについて、治療チームのメンバーや地域の保健サービス提供者と話し合いを重ねる機会が与えられている。

- ・がん患者は必要に応じて、臨床心理士、精神科医、理学療法士を含む支持療法サービスにアクセスできる。
- ・がん患者は、がんおよびその治療に伴う副作用を緩和するサービスにアクセスできる。
- ・がん患者は、交通、宿泊、プロテーゼなど、治療に伴う費用を補填する財政的支援の受給資格について説明を受ける。
- ・進行がん患者は、必要に応じて、また National Palliative Care Strategy にしたがって、専門家による緩和ケアのアドバイスとサービスにアクセスできる。

最適なサービスと Critical Intervention Point の原理

治療へのアクセス

最適なサービス：がん患者は全国どこでも必要な専門医療と施設を利用できる。手術、内科腫瘍学、放射線腫瘍学、病理学、放射線学、看護学、支持療法などの専門家が治療チームの核となる。質の高い放射線学、病理学、手術、内科腫瘍学および放射線腫瘍学を提供するための施設が利用可能である。がん患者は必要に応じて、遺伝子検査・カウンセリング、精神医学、理学療法、核医学などのケアも利用できる。

サービス提供モデルに基づく小規模なセンターと大規模な専門センターとの連携により、地方、農村部および遠隔地域のがん患者でも質の高いケアを受けられる。これは、たとえば訪問診療、遠隔会議、集学的ケースカンファレンスなどによって可能となる。治療のために移動が必要な患者およびその家族には、交通と宿泊の面で十分な支援がなされる。

専門医療・サービスへのアクセスの利用機会の確保

がん患者の治療と支援には、手術、内科腫瘍学、放射線腫瘍学、病理学、放射線学、支持療法など、様々な種類のサービスや技能が求められる。がん患者のニーズに応じて、遺伝子検査・カウンセリング、精神医学、理学療法、核医学などのケアも場合によっては必要になる。

オーストラリアでは一部のケアへのアクセスが十分でないことを示すエビデンスがある。専門の精神科医と臨床心理士へのアクセスが十分でないことは十分な支持療法サービスを提供する上で障害となり、放射線腫瘍学のサービスの不足も繰り返し指摘されてきたところである。Baume Inquiry Report on Radiation Oncology によれば、新規にがんと診断された者のうち、放射線治療が望ましいとされる人の 80% しか実際には放射線治療を受けておらず、待ち時間も長すぎる。臨床スタッフと近代的な機器の不足が待ち時間の長さにつながっている。

地方、農村部および遠隔地域におけるアクセス

がん患者の自宅近くでサービスを提供することは、人口密度や人口密集地からの距離などの関係で限界がある。放射線治療などのサービスは、大都市や一部の主要な町を除いて、利用することはできない。がん患者の約30%は人口密集地以外に居住しているとされている。

地方の保健サービスは、大都市圏と比較して担当件数が少ない。担当件数とは実施した処置の数や治療した人数ではあるが、いくつもの複雑な相互作用が関係している。具体的には、提供者の関連分野における経験と訓練、ケアが提供される機関におけるケアのプロセス、機関の特徴（インフラや設備を含む）、集学的専門治療の利用可能性、実施される処置に関する人選の適切性などの要因であり、それぞれがアウトカムに影響を及ぼす。担当件数とアウトカムの連関はがんや実施された処置の種類によって異なる。

オーストラリアのがん治療における担当件数、ケアの提供とアウトカムに関するエビデンスは多少一貫していない。乳がんケアの全国調査によれば、外科医療について、担当件数の多さによる質的な違いは見られなかった。担当する女性乳がん患者数が多い臨床医の診察を受けた場合の方が、少ない場合と比較して、乳房温存手術を受ける傾向があるものの、それ自体は医療の質とは関係がない。他方、卵巣がんの場合は、担当件数が少ない方が生存率が低い。

オーストラリアでは、地方、農村部および遠隔地域の住民が十分なケアにアクセスできるようにするには、次の2つの課題を解決しなければならない。

地域における質の高いサービスの提供

主要な治療センターではなく、自宅近くでケアを受け続けるがん患者は多い。がんの種類によっては、集学的チームによる治療を受けた患者のケア内容は、よりエビデンスに基づいており、生存率も高いことを示すエビデンスがある。課題は、地方、農村部および遠隔地域において、必要に応じて専門医を取り込んだ集学的アプローチによってサービスを提供することである。

主要な治療センター以外でのサービスは、専門センターとの連携を模索すべきである。そのための方法として、専門医の受診、あるいはテレビ会議や電話による集学的ケースカンファレンスへの参加などがある。主要ながん専門センターとすでに連携を構築している地方、農村部および遠隔地域は多い。この連携は長い年月を経て構築されたものであり、保健専門家の個人的な関係に依拠していることも多い。

すべての地方、農村部および遠隔地域の施設と専門センターとの連携の構築をめざす、より体系的・計画的な手法も一案である。こうした連携の一形態として、地方、農村部および遠隔地域の専門家と主要な病院の専門医チームが集学的チームとして協働することが想定されている。このような遠隔連携のモデルはすでにいくつか存在する。

農村部においては、個別のケア分野の向上も課題である。たとえば、農村部では化学療法管理の基準や方針が大きく異なっていることが複数の研究で明らかにされている。農村部の保健専門家を対象にした教育訓練の向上、あるいは化学療法サービスの認定は、この分野のケアへのアクセスを改善するかもしれない。地方、農村部および遠隔地域の保健専門家を対象にした化学療法管理の教育研修を改善するためのモデルがいくつか存在する。

グッドプラクティス—専門のセンターと地方、農村部および遠隔地域との連携
アデレードとダーウィンを結ぶテレビ会議が整備されて久しい。これにより、ダーウィンの臨床医がアデレードにある第三次病院の集学的腫瘍学会議に参加できるようになった。テレビ会議を補うため、アデレードの腫瘍専門医がダーウィンを定期的に訪問している。このテレビ会議の評価を試みた研究によれば、遠隔地域の臨床医が病院での集学的がん会議に参加できること、遠隔地域の臨床医を支援できること、がん患者の移動が減ること、教育訓練とピアレビューが向上することなどから、すべての臨床医から高く評価されている。

移動を強いられる人々への支援

地方、農村部および遠隔地域で治療を受けている患者が、あらゆるサービスを地元で受けられるようになることはないだろう。そのため、特定のケアを受けるために移動を強いられる事態は継続する。サービスへのアクセスとケアの質が二律背反の関係になることも多い。治療を受けるための移動ががん患者とその治療体験に与える影響に関する諸研究をレビューした最近の研究によれば、そのような移動はがん患者とその家族にとって面倒であり、実際大変である、とした研究が11もある。そのため、遠隔地域のがん患者の中には、一部の治療は受けないことにしている人もいるかもしれない。

治療のために長距離の移動を強いられるがん患者には、交通費および宿泊費を補助する財政的スキームがある。しかし、そのようなスキームは公平性と利用しやすさの面で批判されてきており、制度を必要とする人にとって必ずしも役立っているとはいえない。がん患者は財政的補助スキームについて十分な情報を与えられないことが多いと感じている。たとえば、住民を対象としたある研究によれば、農村部に住み、治療のための移動を強いられる女性乳がん患者204名のうち、財政的な補助を受けているのは半数に満たず(47%)、13%は財政的な補助の組み立てや申請が大変だとしている。他の研究では、クイーンズランドで治療のために移動している血液がん患者192人のうち、4人に1人は患者のアクセスや移動のスキームについて聞いたことがなかったという。

財政的補助スキームについて知っていても、スキームを管轄する州・準州によって受給資格が異なるため、受給できない場合がある。たとえば、医療機関までの距離が100km超の場合を受給資格にしている州・準州もあれば(過半数)、50km超や200km超にしている州・準州もある。全国の移動支援を検討した研究によれば、家族等の付き添いが必要な患者も交通費や宿泊費の財政的支援を受けにくいことがある。

問題の所在—がんの影響

「私は火曜日の午前中に初めて血液検査を受け、その日の午後にかんであることを告げられました。入院から数日の間、夫は私のベッド脇の椅子で寝ることを強いられました。両親は病院近くの1泊120ドルの宿泊施設を利用せざるを得ませんでした。病院から40分ほどのところに姉妹が住んでいたため、世話になることになりました。しかし、3人のところに10人が住むことになり、ぎすぎすした関係になってしまいました。誰もが通常の生活を送れなくなっていたのです。私の家族がどこか病院の近くに滞在でき、誰にも、そして金銭的にも負担にならなければ、どんなに気が楽だったか。残された日々思いを巡らすことよりも、家族の泊まる場所の方が気がかりです」

Janelle (ビクトリア州の地方部から治療のため、メルボルンの病院に入院中)

特別な配慮が必要な集団に適切なアクセスを確保すること

標準的なサービスでは、適切なアクセスを確保できない集団も存在する。たとえば、地方、農村部および遠隔地域、あるいはダーウィンに居住するアボリジニは、放射線療法をはじめとするがんサービスへのアクセスに恵まれていない。治療には、不慣れな、冷たい感じがする場所、しかも文化的配慮を欠いていることの多い、場合によってはあからさまに差別的な場所での長期の入院や頻繁な通院が伴うことが多い。治療機関のアボリジニのリエゾン担当者（担当者を置かない機関もある）は大概、職務負担が大きすぎる。がんの研修を受けたアボリジニの保健師がシステムの利用方法を支援することもありえる。臨床医の性別が症状の検査や治療の提供の障害となることもある。

がんの診断は死の宣告を受けとめられることが多いため、コミュニティは絶えず「早すぎる死」と向き合う必要も出てくる。恐れ、損傷、治療の選択肢が与えられない、または治療の選択肢が十分に理解できない等、文化的問題や異文化間の問題も治療の「選択」に大きな影響を及ぼす。また、長期の休職により退職に追い込まれることもあり、その場合は経済面等にも影響してくる。

アボリジニとトレス諸島民や文化的言語的に多様な人々にどうしたら適切ながんケアが提供できるのか、よくわからないのが現状である。

地方、農村部および遠隔地域の住民やアボリジニとトレス諸島民を中心にして、サービス（特に放射線療法）へのアクセスを改善することが今後の課題である。

切れ目のない継続的なケア

最適なサービス：がん患者は単一の統合されたサービスにより、「がんの道程」を切れ目のない、継続したケアとして体験できる。単一のサービスであるかのように、あるケア内容から次の内容へ、あるいはある治療法から別の治療法へと移行できる。検診や診断から治療への移行、あるいは治療から地域への移行は、ある個別のサービス間の移行というより、ケアの段階間の移行として経験される。手術、放射線腫瘍学、内科腫瘍学の各サービスの提供も、単一の体系化されたサービスとして実感できる。そのためには、検診、診断、治療、支援の各サービス内容の国内での緊密な連携と統合を図るとともに、家庭医をはじめとする地域ケアの提供者が、がん患者一人一人のケアにおいて、診断、治療および支持療法について十分把握できるようなコミュニケーションが必要となる。がん患者は、疾患、治療、支援の全ての側面に精通したケアコーディネーターをもつべきである。ケアコーディネーターは、治療内容の切り替えを円滑にするとともに、がん患者が適切な情報や支援が得られるように、あるいは、治療チームが患者の意向や状況を十分に把握できるように配慮する。ケアコーディネーターは、がん専門看護師、家庭医、ケースマネジャー等の保健専門家が務める。ケアコーディネーターは、がんの道程において交代することもあるが、がん患者が常にケアコーディネーターが誰であるか把握していることが重要である。がん患者が利用可能なケアと紹介の経路は明確に規定されており、選択肢も同定されている。診断や治療のために、公認の専門資格を有する個人やセンターへの紹介を行う。大規模な専門センターと連携した小規模のセンターに紹介することもある。紹介にあたっては、がん患者が不必要な不安を抱いたり、治療の有効性が損なわれたりすることがないように、限られた期間内に診断や治療が行われるようにする。がん患者には、次に何が起こるかを理解してもらうために、ケアや紹介の経路に関する情報を提供する。

がん患者に対するケアの継続性を実現するためには、以下の連携や調整が必要となる。

- ・異なる治療法の間（手術、放射線腫瘍学、内科腫瘍学）
- ・異なる専門領域・専門分野の提供者の間（家庭医、専門医、看護師、関連保健専門家、技師、臨床心理士等）
- ・同一の専門分野の異なる個人の間（勤務当番の医療・看護スタッフ等）
- ・単一のサービス内での異なる時間の間（経時的）
- ・がん発見から治療、フォローアップ、緩和ケアに至るまでの、包括的ながんケアの全段階にわたって
- ・異なるサービスの種類と環境（公的セクターか私的セクターか、入院か救急か、一般病院か専門病院か）

ケアの継続性はよりよいアウトカムにつながるという、複数の国際的な研究によるエビデンスがある。ケアの継続性は、医療ミスの減少や患者安全の向上にも寄与するとされる。ただし、これらの研究がオーストラリアのケアにも当てはまるかどうかは不明である。

ケアの継続性の確立は、公的セクターと私的セクターの両方で、また様々な場所で人々が治療を受けているオーストラリアの保健医療システムでは特に難しい課題である。ケアの要素（検診、診断、治療、継続ケア等）は、財政体制や行政体制の異なる様々な個別サービスによって提供される。たとえば治療など、特定のケアの要素においても、がん患者は多くの異なるサービスを移動するかもしれない。切り替える。

ある戦略はケアの継続性を改善するという複数の国際的な研究によるエビデンスがある。たとえば、乳房専門看護師がケアコーディネーターとして有効に機能し、ケアの継続性を向上させた事例がある。患者が保有するカルテがケアの継続性につながるというエビデンスもある。

しかし、オーストラリアでケアの継続性を保証するにはどうしたらよいか、がん患者がどの程度ケアの継続性を実際に経験しているかについては、あまり分かっていない。ケアの継続性の不足はオーストラリアのがん患者が共通に持っている不満の一つである。ある調査では、女性乳がん患者が病院に行くたびに診察する医師が変わっており、治療チームの誰が何をしているのかよくわからない、という事例が報告されている。他方、早期乳がんの女性患者を対象にした全国的な消費者調査によれば、ケアコーディネートの担当者が誰かを知っている人の割合は94%であった。ただし、担当者を固定してほしいと答えた人は42%であった。また、乳房専門看護師にアクセスできる例はわずか5人に1人であった。がん患者を対象にした患者が保有するカルテはオーストラリアでは一般的でない。

オーストラリアの多様な保健医療システムにおいては、診断や治療などのサービスの間のケアの継続性を向上させるには、別のアプローチが必要なようである。その有効なアプローチとして、地域人口ベースの統合がんサービスがかねてから提案されている。

この統合がんサービスは、個別のサービスをゆるやかにまとめようとするものである。各サービスの独立性を維持したまま、質の保証、プロトコルの開発、教育、モニタリングの面で共通のアプローチを通じて連携する。統合がんサービスは、公報、検診、診断、治療、支援、専門サービスなど、あらゆるがんケアを提供するために確立される。またこのサービスは、サービス間の切れ目のない移行、特定集団へのケアの提供のために確立され、公的セクター、私的セクターの両方のサービスを含む。

統合がんサービスは、質の高いケアの扉を開こうとするものである。統合がんサービスを受け始めた時点（検診の受診時、症状の検査時等）から、ケアのあらゆる面について、組織化された、統合された、質の高いサービスが保障される。統合がんサービスでは、医療機関や、サービス内でケアを提供する保健専門家を指定する。

地域や保健専門家が、統合サービスのケアへのアプローチやサービスの一部である医療機関についての情報を簡単に利用できるようにする。

コミュニケーション、連携の促進や特定地域のモデルの推進を担当する調整センターを設置するのも一案である。なお、この構想についてはまだ評価がなされていない。

統合がんサービスを整備することによって、同一のサービス分野内および異なるサービス分野間におけるケアの継続性を向上させることが今後の課題である。

エビデンスに基づく治療

最適なサービス：がん患者が最善の利用可能なエビデンスにしたがって治療を受けていると確信できる。がんの診断と管理、情報・支援・カウンセリングの提供を網羅する全国共通の診療ガイドラインが整備されている。サービスには、全国共通のガイドライン（存在する場合）または最善の利用可能なエビデンス（ガイドラインが存在しない場合）に基づく、がん患者の治療および支援のための地域のプロトコルがある。サービスは、実際のケアがエビデンスとプロトコルにどの程度準拠しているかを評価できるように、がん患者のケアに関する情報収集のための監査システムを備えている。この監査情報は治療チームに提供されるとともに、質の改善プログラムの策定に利用される。がん患者は、担当のサービス提供者が採用するガイドラインやプロトコルに関する情報にアクセスできる。がん患者は臨床試験への参加の勧誘を受けるとともに、参加するかどうかのインフォームド・チョイスができるように十分な情報が与えられる。

臨床診療ガイドライン

がんケアはサービスの種類や環境によってばらつきがあること、必ずしも最善の利用可能なエビデンスに準拠したものではないことを示すエビデンスは多い。臨床診療ガイドラインはエビデンスをまとめたものであり、多くの場合、エビデンスに基づく診療の推進に向けた第一歩となる。エビデンスに基づく臨床診療ガイドラインが、がん患者に対する診療の質やケアのアウトカムの改善に効果的であることを示す研究は多い。臨床診療ガイドラインが腫瘍学的治療のプロセスとアウトカムに与える影響を検討したレビューによれば、ガイドラインの準拠、在院日数の減少、合併症の割合、財政面で改善がみられた。

しかし臨床診療ガイドラインの全面的な採用を保証するためには、通常は実施戦略が必要となる。具体的な戦略は、ガイドラインや、エビデンスに基づく診療の阻害要因に依存する。例えば、システム、財政や政策、保健専門家の知識・態度・技術、消費者の知識の改革をターゲットとした戦略などが考えられる。実施プログラムは、複数の手法を用いた方が成功する傾向がある。

オーストラリアではがんの臨床診療ガイドラインの策定に力を入れており、以下に示す重点がんについては、National Health and Medical Research Council (NHMRC) 公認のガイドラインがすでに策定されているか、まもなく策定される場所である。

- ・ 早期乳がん (NHMRC 公認)
- ・ 進行性乳がん (NHMRC 公認)
- ・ 皮膚がんとメラノーマ (NHMRC 公認)
- ・ 非黒色腫型皮膚がん (NHMRC 公認)
- ・ 腸がん (NHMRC 公認)
- ・ 前立腺がん (NHMRC 公認)
- ・ がんの家族性のリスク (NHMRC 公認)
- ・ 肺がん (NHMRC 公認)
- ・ 卵巣がん (NHMRC 公認)

非ホジキンリンパ腫のガイドラインは現在策定中である。

がん患者の心理社会的ケアに関するガイドラインは、最近 NHMRC の公認を受けた。

しかし、上記ガイドラインの普及、実施、評価、管理については、恐らく乳がんを除いて、十分に推進されておらず、資金投入も十分でない。

臨床診療ガイドラインや共通のケア基準によって、実際の診療がどの程度エビデンスに準拠しているかを評価することも可能になる。連邦および州レベルでは、人口ベースのケアパターンに関する研究が実施されている。連邦レベルでは、浸潤性乳がんのケアパターンに関する研究が2つ、結腸直腸がんに関する研究が1つ、肺がんに関する研究が2つある。州レベルでは、前立腺がんに関する調査研究が行われている。他のケアパターンに関する研究は、皮膚がんに関する研究を含めて現在実施中である。実施が完了した研究によって、さらなる注意を必要とするケアの側面が明らかとなった。他の重点がんについては同様の調査研究が行われていないため、エビデンスへの準拠状況は把握できていない。

グッドプラクティス—医療の現状の把握

腸がん患者 2,015 名を対象にした全国調査によれば、腸がんのケアは全般的に質が高く、ガイドラインにも準拠していた。

しかし、今後注意を必要とするケアの側面がいくつか明らかとなった。

- ・下部直腸がん患者の腸専門外科医への紹介率が増加している。
- ・リンパ節陽性の大腸がんに対する補助化学療法、高リスクの直腸がんに対する集学的療法を採用する率が増加している。
- ・臨床試験への参加率が増加している。

地域のプロトコル、監査および質の改善

臨床診療ガイドラインをサービスレベルで活用して、ケアの提供に関するプロトコルを作成する。地域のプロトコルと臨床診療ガイドラインに照らして診療監査することは、各サービスがケアの課題を理解する上で有益である。この監査結果に基づいて、現状を改革する戦略を策定することができる。

各サービスによるプロトコルの策定状況、実際の監査・レビューの実施状況、質改善プログラムの実施状況に関する情報は少ない。60 の病院を対象にしたある調査によれば、女性乳がん患者に対するケアの複数の側面をカバーするプロトコルを書面で定めていたのは、ケース数の多い病院の 45% のみであった。ケース数の少ない病院の 40%、中程度の病院の 25%、多い病院の 15% は、女性乳がん患者の管理に関するプロトコルを全く定めていなかった。担当件数の多い病院は例外なく、何らかの形でデータ収集を行っていたが、そのうちの 60% はデータの審査手順が定められていなかった。ケース数の少ない病院の 40%、中程度の病院の 20% は、データ収集システムを有していなかった。

がんサービスにおける質の改善の体系的なアプローチの影響を検討したオーストラリアの研究がある。それによれば、RCT を実施した結果、地域のデータとニーズの分析に基づく質改善プログラムはケアの改善に効果的であることが明らかとなった。このようなプロセスの日常的な実施状況については不明である。

臨床試験

ケアの改善のためには、継続的なエビデンスの蓄積も必要である。新しい治療法の有効性を確立する上で臨床試験は欠かすことができない。臨床試験に登録しているがん患者の方が質の高いケアを受けており、生存率も高いことを示すエビデンスもある。がん患者の臨床試験への参加率は2~3%程度、現行の臨床試験に参加する資格があるのは患者全体の20~30%程度と推定されている。乳がん患者の参加率は若干高く、約6%になっている。最近の住民調査によれば、女性乳がん患者の12%が臨床試験の参加の勧誘を受け、6%が参加に同意している。

臨床診療ガイドラインの採用を促進し、臨床試験の参加率を高めることが今後の課題である。

集学的ケア

最適なサービス：がん患者が、治療の提供者が同じチームの一員として治療に当たってくれていることを実感できる。がん患者も治療チームの一員であることが実感できる。治療チームはがん患者一人一人の治療法について意思統一を図るための戦略を持っている。がん患者は、担当の家庭医を含むチームの構成員の間で十分な情報交換がなされていることを実感できる。

問題の所在—集学的ケア

「担当外科医からは放射線治療は必要ないと言われたが、結局受けざるを得なかった」（女性乳がん患者、National Multidisciplinary Care Demonstration Project より抜粋）

「担当外科医からはエストロゲン受容体陰性と言われたが、担当腫瘍医からは陽性と言われ、タモキシフェンを処方された」（女性乳がん患者、National Multidisciplinary Care Demonstration Project より抜粋）

がん患者の治療や支援には多種多様の分野が関わっている。海外の研究から得られたエビデンスによれば、専門家がチームを組んで治療に当たる場合の方が、個別の臨床医ががん患者を順次診察する場合と比較して、ケアがエビデンスに準拠してなされており、生存率も高い。

このチームアプローチは、集学的ケアとも呼ばれる。集学的アプローチにおいては、関連分野の専門医を含むチームによって治療法が選択される。治療計画は、個別の専門医が順次関わって作成するのではなく、チームが一体となって策定する。

集学的ケアの利点に関するエビデンスを総括した研究が、National Breast Cancer Centre が最近発行した刊行物に掲載されている。大きなセンターにおいて集学的アプローチで治療を受けたがん患者の方が、質の高いケアを提供され、アウトカムが向上することを示すエビデンスがある。たとえば、Gillis & Hole によれば、女性乳がん患者が専門医チームの治療を受けた場合、5年生存率で9%、10年生存率で8%高い結果が得られた。オ

オーストラリアのある研究によれば、最初に紹介された病院で卵巣がんの診断を受けてから3ヶ月以内に治療を受けなかった女性（集学的ケアを受けられなかった可能性の高い女性）は生存率が低い。集学的パネルが提案する治療方法は、医師が個別に提案する治療方法と比べて、エビデンスに準拠している度合いが高いことを示すエビデンスもある。最近のある研究によれば、イギリスでは集学的ケアによって、生存率、がん患者の臨床試験への参加率、患者の満足度、ならびにチームのメンバーの精神衛生の面で改善がみられた。

がん患者の治療が指定されたがんクリニックを主体として実施されているイギリスにおいて、集学的ケアモデルが普及しつつある。以上の知見が、オーストラリアの複雑な多様なサービス提供システムにおいてどの程度適用できるか、あるいは集学的ケアがどのように位置づけられるかについては何とも言えない。オーストラリアの臨床医は、集学的アプローチは質の高いケアを提供すると考えている。事実、オーストラリアの臨床診療ガイドラインは、がんの治療において集学的ケアを推奨している。

オーストラリアで集学的ケアを実施するためには様々なアプローチを用いる必要がある。がん患者を担当する専門医は地理的に分散しており、がん患者も公的セクター、私的セクターで治療を受けているオーストラリアにおいて、集学的ケアを実施することは困難が伴う。オーストラリアのがん患者全員に集学的ケアを提供するためには、革新的なサービス提供モデルを開発する必要がある。そのモデルはオーストラリア各地で異なるものになる可能性が高い。National Breast Cancer Centreは、オーストラリアにおける集学的ケアの運用上の定義に関する諸原則を設定している。サービス提供モデルを開発する際は諸原則を達成する必要がある。集学的アプローチは遠隔地域においても可能であることを示すエビデンスがある。Olver & Selva-Nayagamは、Royal Adelaide Hospitalのチームが女性乳がん患者の治療に当たって集学的アプローチを確立したこと、その際、テレビ会議や訪問によって、アリスプリングズとダーウィンの臨床医とも連携を図ったことを記述している。

National Multidisciplinary Care Demonstration Projectは、集学的ケアを推進する戦略を実施している3つの地域間の協働事業をフォローしている。この協働事業では、地理的に離れた地域を結んで、集学的治療計画策定会議を定例化することに成功した。集学的ケアは、支持療法の向上、臨床医間のコミュニケーションの改善、臨床医に対する感情面、学術面での支援の拡大につながるということが明らかになった。参加した臨床医は、集学的戦略は有効であり、女性乳がん患者に対するケアの向上にもつながった、としている。

オーストラリアのがん患者に対するケアにおいて、どの程度集学的アプローチが取られているかについては、今のところよく分かっていない。集学的ケアに関する単純な指標がないことも一因である。大きなセンターでの治療だからといって集学的ケアとは限らないし、農村部のセンターでも、テレビ会議や専門医の訪問等のアプローチによって、集学的ケアを実施することは可能である。サービス体制に焦点を当てた唯一の研究では、女性乳がん患者のケアを提供している60の病院を調査している。ケース数の多い病院の70%は定期的な集学的ミーティングを実施していたが、女性乳がん患者全員を対象としていたのはわずか50%であった。ケース数が中程度の病院の55%は定期的な集学的ミーティングを実施していたが、女性乳がん患者全員を対象としていたのはわずか35%であった。ケース数が少ない病院のうち、定期的な集学的ミーティングを実施していたのはわずか1病院であった。

オーストラリアのがん患者に対する集学的ケアを確立する上で、次のような戦略が有効であると考えられる。

- ・治療計画の作成と集学的教育に向けて小規模医療施設と大規模医療機関の連携を図る、人口ベースのがんサービスの確立
- ・集学的ケアの提供を規準としたがんサービスの認定プロセスの開発
- ・地方、農村部および遠隔地域におけるテレビ会議や会議の調整に対する財政的支援
- ・集学的ミーティングへの参加に対する費用償還

オーストラリアにおける集学的ケアの向上が今後の課題である。

受容できる、責任のある、適切なケア

最適なサービス：がん患者は、受容可能で、責任ある、適切なケアが受けられる。がん患者は、治療施設が全国共通の基準をどの程度満たしているか、また質の改善プログラムや研修プログラムをどの程度実施しているかについての情報を提供される。また、提供されたケアに関するフィードバックやコメントを提供する機会があり、またそれが伝わっていることを確信できる。アボリジニとトレス諸島民や文化的言語的に多様なコミュニティ出身のがん患者は適切なケアを受けられる。

人間中心のケアの提供とは、がん患者から見て受容可能かつ適切なサービスのことを意味する。がん患者が受けているケアの質を見極め、受容できないと感じる側面についてはフィードバックができる仕組みを整備する必要がある。全てのがん患者に対するケアはそれぞれのニーズに適合したものであるべきである。オーストラリア人の文化的多様性を考慮すれば、サービスがアボリジニとトレス諸島民、文化的言語的に多様な人々のニーズを満たすように、特に配慮が必要である。

がん患者からのフィードバックは、がんサービスが受容可能かつ適切と捉えられているどうかを確認するための助けとなる。フィードバックをがん患者に求めることもできれば、自然と発生することもある。がん患者に意見や選好を表明する機会を与えて、それを反映させることは、人間中心のケアにとって不可欠の要素である。

地域のサービスにフィードバックを提供する機会があるべきである。そのためには、上級管理者やサービス提供者の積極的な関与、受け取ったフィードバックに効果的に対応する技術が必要となる。がん患者（およびその他の関係者）との適切なコミュニケーションや交流を保証し、フィードバックや苦情には適時に対応し、フィードバックを受けて実施した行動や変化を監視かつ評価するメカニズムを整備しなければならない。最も重要なことは、がん患者が自分の意見に耳を傾けてもらえたと実感できることである。オーストラリアにはがん患者が医療に関する苦情や不安を表明できるメカニズムはすでいくつか存在する。担当医師、病院、診療管理組織、州の医療オンブズマン、Medical Board、警察に訴えたり、民事訴訟を起こすこともできる。

がん患者は消費者としての権利を自覚しており、フィードバックや苦情を言える機会や手段を歓迎することを示すエビデンスがある。苦情を言う人は謝罪や被害の認定がほしいだけだ、と言われてきたが、ニューサウスウェールズ州の Health Care Complaints Commission に寄せられた 290 件の苦情のうち、そのような対応で納得した例は 16% にすぎなかった。その上、苦情を訴えた人の大半は、苦情の扱いのプロセスや結果に失望している。大半の苦情は、診察内容や医師の能力や怠慢に関するもの（64%）と失礼で思いやりのない態度など、貧弱で不十分なコミュニケーションに関するもの（22%）に大別できる。

真に責任あるサービスを実現するためには、がん患者が提供されるサービスの基準を判断できることが必要である。がん患者が高い水準の臨床ケアを受けているかどうかを判断することを不可能ではないにしても難しい。サービスの認定や保健専門家の資格証明があれば、治療サービスが共通の診療基準を満たしていることを確信できる。

認定や資格証明を通じてがんサービスの質と説明責任を向上させることが今後の課題である。

治療に関する情報

最適なサービス：がん患者とその家族は、がんの道程のあらゆる段階において、ニーズに合致した十分な情報を受けることができ、治療について意思決定できる。予後、治療の選択肢、利点、リスク、治療に伴い発生しうる合併症、疼痛管理、再建手術、疾患とその治療・支持療法に関する体験について、口頭および書面で説明される。進行がん患者は、治療に関する書簡・覚書のコピーを受け取るか、自身のカルテを閲覧できる。情報は、受け手の教育水準や文化的言語的背景に配慮したものである。がん患者は、不安に思っていることを彼の治療チームと率直に話し合える。がん患者には、協力的で思いやりがある態度で情報が提供され、患者の思いを表現する機会が与えられるべきである。説明と話し合いはプライバシーが確保された環境で行い、話し合いの時間を十分に確保する。治療の選択肢について十分な情報を利用できるとともに、納得できるまで治療に関する決定に関わることができる。患者の状況を考慮した治療・フォローアップ計画を書面で受け取る。

がん患者のほとんどは、自分の疾患やその治療について相当量の情報を求める。患者に与えられた選択や身に起こりうることについて十分に理解することができれば、ケアに対する満足度、心理社会的な健康、治療への遵守が向上する。

オーストラリアのがん患者が十分な情報を受けているか、その程度に関するエビデンスは多少一貫していないものになっている。ただし、がんの種類によって異なることはほぼ間違いない。女性乳がん患者を対象とした住民調査によれば、ほとんどの患者が、乳がんとその管理のあらゆる側面について十分な説明があったとしている。しかし、がん患者は受けた説明に満足していないとする報告もある。

書面による情報の提示、治療計画、あるいは治療チームとの良好なコミュニケーションを通じて、疾患とその治療について理解を深めることができる。

書面による情報

がん患者に対する書面による情報の提示のあり方については、いくつか研究がなされている。たとえば、治療の決定に関していえば、各治療法の利点と欠点についてのエビデンスに基づく解説を、その根拠となる実証研究の質と整合性を含めて説明する必要がある。その際、専門用語のない簡潔な言葉を用い、バランスの取れた提示の仕方が求められる。

がんによっては、臨床診療ガイドラインと平行したエビデンスに基づく情報を提供することを目的に消費者ガイドが作成されている。

消費者ガイドには治療の効果に関するエビデンスも掲載されている。これらのガイドはがん患者にとって非常に有用であると判断されているようである。初期乳がん患者の66～90%はこの消費者ガイドを受け取っている。

患者が保有する記録と治療計画

がん患者は個別化された情報とともに説明を受けると、記憶の定着率が增加する。オーストラリアでは患者が保有する記録や個人の治療に関する書面情報はあまり一般的ではない。初期乳がん患者を対象とした住民調査では、がんの診断について書面による情報の提示を受けたのは22%たらずであり、書面によるフォローアップ計画を受けたのはわずか5%であった。

治療チームとのコミュニケーション

良好なコミュニケーションが、がんとその治療への適応に様々なプラスの効果があることは多くのエビデンスが示している。オーストラリアには、乳がん患者との良好なコミュニケーションの実践に関する臨床医向けのガイダンスとなる刊行物はいくつかあるが、他のがん患者にも当てはまるところが多いと考えられる。がん患者は書面の資料よりもビデオ資料の好むことを示すエビデンスがある。

対話形訓練は臨床医のコミュニケーション技術を向上させることができる。あるエビデンスによれば、オーストラリアの臨床医はコミュニケーション技術の訓練が必要であることを認識しており、コミュニケーション技術が非常に高いと自認する外科医143名のうち、がん告知に抵抗がない人はわずか29%であった。

がんの消費者ガイドや個別化された情報の提供、保健専門家のコミュニケーション技術の向上によって、がん患者とその家族が利用可能な情報を改善することが今後の課題である。

適切な支援

最適なサービス：がん患者とその家族は適切な支援を受けられる。がん患者は支持療法サービスに関する詳細な説明を受け、自らのニーズについて、治療チームのメンバーや地域の保健サービス提供者と話し合いを重ねる機会が与えられている。臨床心理士、精神科医、理学療法士を含む支持療法サービス、がんおよびその治療に伴う副作用を緩和する消費者支援グループやサービスにアクセスできる。がん患者は、交通、宿泊、プロテーゼなど、治療に伴う費用を補填する財政的支援の受給資格に関する情報を提供される。

支持療法とは、がん患者とその家族ががんとその治療に対処することを支援するケアと定義され、診断前から診断・治療プロセスを経て、治癒、疾患の継続、または死亡・死別に至るまでをその範囲とする。治療の効果を最大限に引き出すとともに、がんの症状に可能な限りうまく対処できるようにするものであり、診断や治療と同等に重視されている。

支持療法はがんの経路の全段階において、がん患者およびその介護者に提供される。ケアの他の側面と同等に重視されるべきであり、診断や治療と十分に統合されるべきである。支持療法は疾患の特定の段階に依存しているわけではなく、がんの可能性が初めて浮上した時から必要になる。支持療法は専門分野として独立しているわけではないが、様々な情報源から導き出された理論、モデル、枠組みによって形成・推進されるケアを提供する保健と福祉の専門家全員の責務である。

支持療法を支えるのがオープンで感受性豊かなコミュニケーション、そしてがん患者があるサービスから次のサービスへ円滑に移行できるように連携して活動する組織やチームである。

最近公表された「Clinical Practice Guidelines for the Psychosocial Care of Adults with Cancer」は、早期における支援ニーズの認識、心理社会的適応、意思決定、治療への遵守、ケアに対する満足度、身体的回復など、がん患者とその家族のにとってのアウトカムの改善が心理社会的支援の増加と関連していることを示すエビデンスを提供している。このガイドラインは、RCTのメタアナリシスによるエビデンスに基づいて、30を越える勧告を行っている。次の便益を裏付けるエビデンスがある。

- ・効果的なコミュニケーション技術（予後についての話し合い、がん告知、治療の選択肢についての説明、絶対安全とは言い切れない処置と治療に対する心構えに対する支援等）。コミュニケーション技術研修の効果は証明されている。
- ・意思決定に参加する機会や関連情報の提供
- ・様々な戦略を用いた感情面のカウンセリングと支援の提供
- ・ケアコーディネーター、特に乳房専門看護師
- ・強度の不安や抑うつをもつ患者の同定と治療。長期的な心理的苦痛に悩むがん患者の割合は20～66%であり、12～30%は臨床的に有意な不安の問題を抱えているが、専門的支援を受けるのはごくわずかである。

がんの支持療法は、かつらの支給、プロテーゼ、移動支援、子供の世話など様々な日常的支援にも及ぶ。これらの問題はケアに関する国民の要望の中でしばしば同定される。がん患者が知りたいのは、自身や家族が利用できる様々な種類の支援サービスである。

多くのがん患者が診断、治療、再発の心理社会的な影響に対処することを支援するために、がん支援グループが重要な役割を果たしていることを消費者団体は認識している。