

英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションと理学療法の実状

進藤 伸一

要 旨

英国で、緩和ケアにおけるリハビリテーションの必要性が広く認識されるようになったのは1995年以降のことであり、現在、英国緩和ケア協議会から発表された「充実した人生を一緩和ケアにおけるリハビリテーション」に基づいて、いろいろな取り組みがなされている。

英国の特徴を挙げると、①充実した緩和ケアを前提としたリハビリテーションが行われていること、②デイ緩和ケアでのリハビリテーションが効果的であること、③業務標準と診療ガイドラインによる質管理が行われていることなどがあり、これらは日本においても参考になると思われる。

緩和ケア分野への理学療法士の進出は70年代からで、リハビリテーションの必要性が広く認識される前からである。緩和ケアにおける理学療法の特徴としては、①自律権があり患者のニーズに柔軟に対応できること、②専門性が確立していること、③ガイドラインを作るため研究を促進していること、などが挙げられる。

I. はじめに

日本では、2006年にがん対策基本法が制定されてから、がん緩和ケアやがんのリハビリテーションへの関心が急速に高まった^{1,2)}。とくに2010年の診療報酬改定で、がんのリハビリテーション料が新設されたことは、これに大きな弾みをつけている。しかし、診療報酬で想定されているがんのリハビリテーションは、がん治療とともに予防的、回復的、維持的リハビリテーションで、必ずしも余命が半年以下の患者を対象とする緩和的リハビリテーションまで含めてない。

しかし、英国のホスピス（緩和ケア病棟）では、70年代から理学療法士や作業療法士は非薬物療法による症状緩和や日常生活活動（ADL）の改善、在宅療養を希望する患者の早期退院に貢献してきた。また、がんのリハビリテーションにおける緩和的リハビリテーションの重要性について、1981年に Dietz³⁾が指摘している。そして近年では、ADLより広い概念である「活動」の改善によるQOLの向上、早期介入による

病気の過程そのものに良い影響を与えるなど、より積極的なリハビリテーションに取り組み始めているのである。

本稿では、これまで日本にほとんど紹介されていない英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションの実状と、その主要な担い手である理学療法士の活動について紹介したい。

II. 英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションの背景と基本的な考え方

1. 背 景

英国のホスピス（緩和ケア病棟）では、すでに70年代から保健関連職の一員として理学療法士や作業療法士が働いていた。その内容は、全人的苦痛を構成する身体的苦痛（疼痛や浮腫、ADLの支障など）を緩和して、患者と家族のQOLの向上を目指すという、緩和ケアの「医療モデル（主として身体的苦痛の緩和によるQOLの向上を目指す）」に基づいたアプローチ

表1 がん緩和ケア患者の身体症状の出現率と重症度順位

順位	出現率 (100%)	重症度 (0-10)*
1	全身倦怠感 (81%)	起座・起立 6.9
2	体重減少 (73%)	移動 6.7
3	衰弱 (69%)	発話困難 6.1
4	食欲不振 (67%)	嚥下・摂食 5.8
5	吐気 (61%)	衰弱 5.6
6	痛み (61%)	痛み 5.6
7	移動 (48%)	呼吸困難 5.5
8	呼吸困難 (47%)	リンパ浮腫 5.5
9	起座・起立 (39%)	食欲不振 5.3
10	嚥下・摂食 (27%)	発声 5.1

文献3) から作表。対象はがん緩和ケア患者150名

*数値的評価スケール (numerical rating scale) の平均値

に焦点が置かれていた。

しかし、がん治療の進歩とともに、がんとその治療による苦痛や障害を抱えながら生きる長期がん生存者の増加、緩和ケアの対象としての非がん患者（末期心肺疾患、神経筋疾患など）の増加などが背景となって、より積極的な「活動」の改善による QOL の向上という新しいニーズが顕在化してきた。

また、緩和ケア自体の進歩によってもニーズが変化してきた。スコットランドで調査した、がん緩和ケア患者の身体症状の出現率と重症度順位を表1に示す⁴⁾。身体症状の出現率と重症度は必ずしも重なっておらず、重症度では起座・起立、移動、発話困難、嚥下・摂食が上位を占めている。これは、痛みや呼吸困難などがオピオイドの使用などでコントロールされるようになってきた中で、対応策が遅れた症状とみることもできる。これらに対しては、理学療法、作業療法、言語療法などリハビリテーション技術が最も有効なのである。

こうした状況を受けて、英国では1995年に緩和ケアにおけるリハビリテーションの重要性を指摘した政府文書 (Calman Hine レポート) が発表された⁵⁾。また2000年には、英国緩和ケア協議会から「充実した人生を—緩和ケアにおけるリハビリテーション」(以下、「緩和リハ方針」と略) が発表⁶⁾されたが、これは英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションの基本的な考え方を示したものである。

一方、国際保健機関 (WHO) は、2002年に緩和ケアの定義を改正した⁷⁾。新定義では、緩和ケアの1つに「死を迎えるまで患者が人生を活動的に生きてゆけるよう支援する」ことを挙げている。この定義でいう「活動」は、リハビリテーションが最も得意とする標的であり、新定義はリハビリテーションを支持するものとなっている。また新定義では、緩和ケアの内容として「病気の過程に良い影響を与える」ことも挙げ

表2 「充実した人生を—緩和ケアにおけるリハビリテーション」目次

1. 序
1) 背景
2) 目的
2. リハビリテーションはなぜ緩和ケアの基礎なのか
1) 用語は矛盾するか
2) 緩和ケアにおけるリハビリテーションとは何か
3) リハビリテーションが緩和ケアにもたらす利益
3. リハビリテーションを緩和ケアにどう統合するか
1) 全般的指針
2) 専門職の役割
3) 多職種チームによる協働
4) 評価と目標設定
5) ケア計画と照会
6) 家族と介護者
7) 質の保証
4. 実施のために
1) 確認すべき項目
2) 理解を広める
3) 予算
5. 要 約
6. 文 献

文献5) より作表

ている。リハビリテーションは、すでに障害予防で効果を上げており、早期からのリハビリテーション介入は「病気の過程そのものに良い影響を与える」可能性があることから、これもリハビリテーションを支持するものとなっている。

このように、緩和ケアにおけるリハビリテーションの重要性は、近年になってようやく英国においても国際的にも広く認識されるようになってきたのである。

2. 基本的な考え方

緩和ケアにおけるリハビリテーションの基本的な考え方が書かれている「緩和リハ方針」は、A4版21ページからなる文書である。目次を表2に示すが、この文書が緩和ケアにおけるリハビリテーションの包括的な内容を述べていることが分かるであろう。とくに重要と思われる点について、以下に要約して紹介したい。

第1は、リハビリテーションは現在の緩和ケアに追加すべきサービスではなく、緩和ケアの基礎であると位置づけている点である。「緩和リハ方針」では、リハビリテーションが緩和ケアにもたらす利益として、表3に示す内容を挙げている。患者と介護者に対しては、これまで言われてきた苦痛の緩和やADLの改善に加え、「普通に生きているという感覚」や「自己の価値への気づき」をもたらすなどを挙げている。これはまさに緩和ケアの目標であり、「緩和リハ方針」で

表3 リハビリテーションが緩和ケアにもたらす利益

1. 患者と介護者に対して
 - ①身体的, 心理的, 精神的苦痛を緩和する
 - ②日常生活機能 (ADL) を改善する
 - ③日常的な活動に関わることで, 人生を普通に生きているという感覚をもたらす
 - ④人生に希望と意味を与え, 自己の価値への気づきをもたらす
 - ⑤安らかに自分にふさわしい人生の終わりを見出す手助けをする
2. 保健関連職種に対して

リハビリテーション職種とともに患者の QOL の最大化を実現することで, 仕事に対する満足度を高める
3. NHS やサービス提供組織に対して
 - ①質の高いケアをもたらす
 - ②患者の入院期間が短縮して在宅生活が長くなり, 医療費効率が高くなる

文献5)より作表

は緩和ケアとリハビリテーションを統合することで, 緩和ケアそのものの質向上をねらったものとなっている。

第2は, 緩和ケアにおけるリハビリテーションを個々の施設やサービス組織単位で完結させることなく, 地域内のネットワークとして機能させようとしていることである。図1にその概要を示す。リハビリテーションニーズがあり, そのニーズに対して現在の施設や技術が適切であれば, その施設で必要なサービスが提供される。しかし適切でなければ, 多職種チーム評価のために専門的緩和ケアサービス機関へ照会される。そこでの評価に基づいて, 在宅緩和ケア, 外来/デイ緩和ケア, 入院緩和ケアの中でリハビリテーションが提供される。また, リハビリテーションニーズがない場合でも, 緩和ケアは継続して提供され, その中で定期的な観察と再評価がなされるというシステムである。

第3は, 緩和ケアにリハビリテーションを積極的に導入することは, 表3に示したように, 患者や介護者に質の高いケアを提供できるばかりでなく, 国民保健サービス (NHS) や民間サービス提供組織の医療費効率を高めるとしている点である。すでに英国では, 緩和ケアは入院中心のケアから在宅ケア, デイケアへとシフトしてきており, その過程で患者や家族の満足度が向上し, 医療費が抑制されることが確認されている⁸⁾。この大きな要因は, 病院やホスピス (緩和ケア病棟) での入院期間の短縮であり, これを積極的に促進してきたのがリハビリテーションだったのである。「緩和リハ方針」では, この流れをさらに促進しようとしているのである。

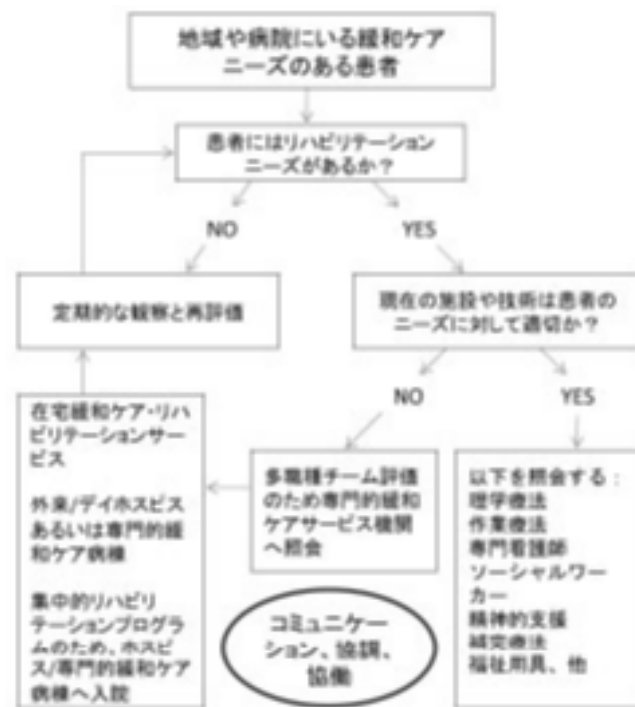


図1 緩和ケアにおけるリハビリテーションの地域ネットワーク⁹⁾

III. 英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションの特徴

1. 充実した緩和ケアを前提としたリハビリテーション

英国の緩和ケアの現状については他のところで詳しく述べた⁹⁾が, 成人の入院緩和ケア病床数は人口対比で日本の1.8倍, 看護職員数は病床対比で日本の2倍であるなど, 世界的にみても充実している。そして, この充実した緩和ケアを前提としてリハビリテーションを強化しようとしているところに, 英国の特徴がある。

また, 英国の緩和ケア分野には, すでに相当数のリハビリテーション専門職が働いている。その人数 (フルタイム換算) を表4に示す¹⁰⁾。イングランドのみだが, 2008年時点で理学療法士は155.9人, 作業療法士は125.0人, 言語聴覚士は163.5人であった。ホスピス (入院緩和ケア病棟) の病床当たりでは, 理学療法士と言語聴覚士は25床にそれぞれ1人, 作業療法士は35床に1人の割合である。これを日本の緩和ケア病床数に当てはめると, 理学療法士と言語聴覚士はそれぞれ155人, 作業療法士は110人働いていることに相当する。日本では, 同一組織内のリハビリテーション専門職が, 緩和ケア病棟からの依頼に応じて緩和ケアに関わる場合がほとんどで, フルタイム換算してもそれぞれ10名以下と思われるので, 英国がいかに充実しているか分かる。

ここで注意したいのは, リハビリテーション専門職がいればリハビリテーションが行われるかといえば,

表4 緩和ケア分野のリハビリテーション専門職人数（フルタイム換算）

	民間非営利団体			NHS			合計
	入院緩和ケア	地域緩和ケア	病院緩和支援ケア	入院緩和ケア	地域緩和ケア	病院緩和支援ケア	
理学療法士	86.1	4.7	0.3	23.6	31.5	9.7	155.9
作業療法士	61.9	4.9	0.5	14.8	30.9	11.9	125.0
言語療法士	98.0	19.2	0.5	15.4	19.7	10.8	163.5

文献10) より作表

注：2008年，イングランドのみのデータ

必ずしもそうではないということである。英国のリハビリテーション専門職の多くは、長いあいだ緩和ケアの「医療モデル」に基づいた治療と退院指導に携わってきたのであり、「緩和リハ方針」で述べられている緩和ケアの「リハビリテーションモデル（主として「活動」の改善によるQOLの向上を目指す）」の本格的実践は、これからの課題であるということである。

2. デイ緩和ケアでのリハビリテーション

緩和ケアで「活動」に焦点を当てるリハビリテーションの適応患者は、生命予後が月単位で、多くは在宅で生活している患者であり、この患者層に最も効率よくアプローチできるのがデイ緩和ケアサービスである。緩和医療の標準教科書とされる Oxford Textbook of Palliative Medicine の1章として、初めて「緩和ケアにおけるリハビリテーション」¹¹⁾を執筆した Dr Adrian Tookman は、ロンドン北部にあるマリーキューリー・ホスピス・ハムステッドの医療責任者をしているが、そこではデイ緩和ケアで積極的なリハビリテーションを行い、成果を上げている。

マリーキューリー・ホスピス・ハムステッドをモデルにした患者の照会受付からプログラム終了、その後の管理までのリハビリテーション業務の流れを図2に示す。この流れの中で最も重要なのは、中央にある多職種チーム会議（週1回）である。この会議に必要な情報を提供するため、事前に外来クリニックで医師あるいは看護師による診察・評価が行われる。そして会議では、患者のリハビリテーション目標を決定し、患者の主担当者を指名し、ケアプログラム（治療パッケージ）を決定する。

ケアプログラム（治療パッケージ）の中心は、週4日（各2時間）、ホスピスの運動療法室で行われる運動療法である。実施されているのは、全身持久力、筋力、柔軟性を含むトータルな体力の維持・向上を目標にした中等度負荷の運動プログラムである。患者は、主に機器を用いた運動種目を数種類、決められた負荷強度、時間、回数で実施する。参加頻度は週1～2回

である。1回の参加者は6～7名で、休憩を挟みながら空いている機器や用具を用いた運動を順次行い、1人おおよそ20～40分で終了する。その後、デイ緩和ケアの他のプログラムに移っていく。

患者の主担当者の指名は重要で、担当者は担当患者のプログラム、再評価、相談などに責任を持って当たる。

スタッフは、理学療法士1名（非常勤が交代で担当）とボランティア（3名程度）である。理学療法士は、全体を管理しながら患者の状態変化に応じたプログラム変更を指示し、ボランティアは用具の準備や機器の負荷調整、ホスピス内での患者送迎などを行っている。運動療法室を一見すると、中高年者対象のフィットネス教室のように見える。

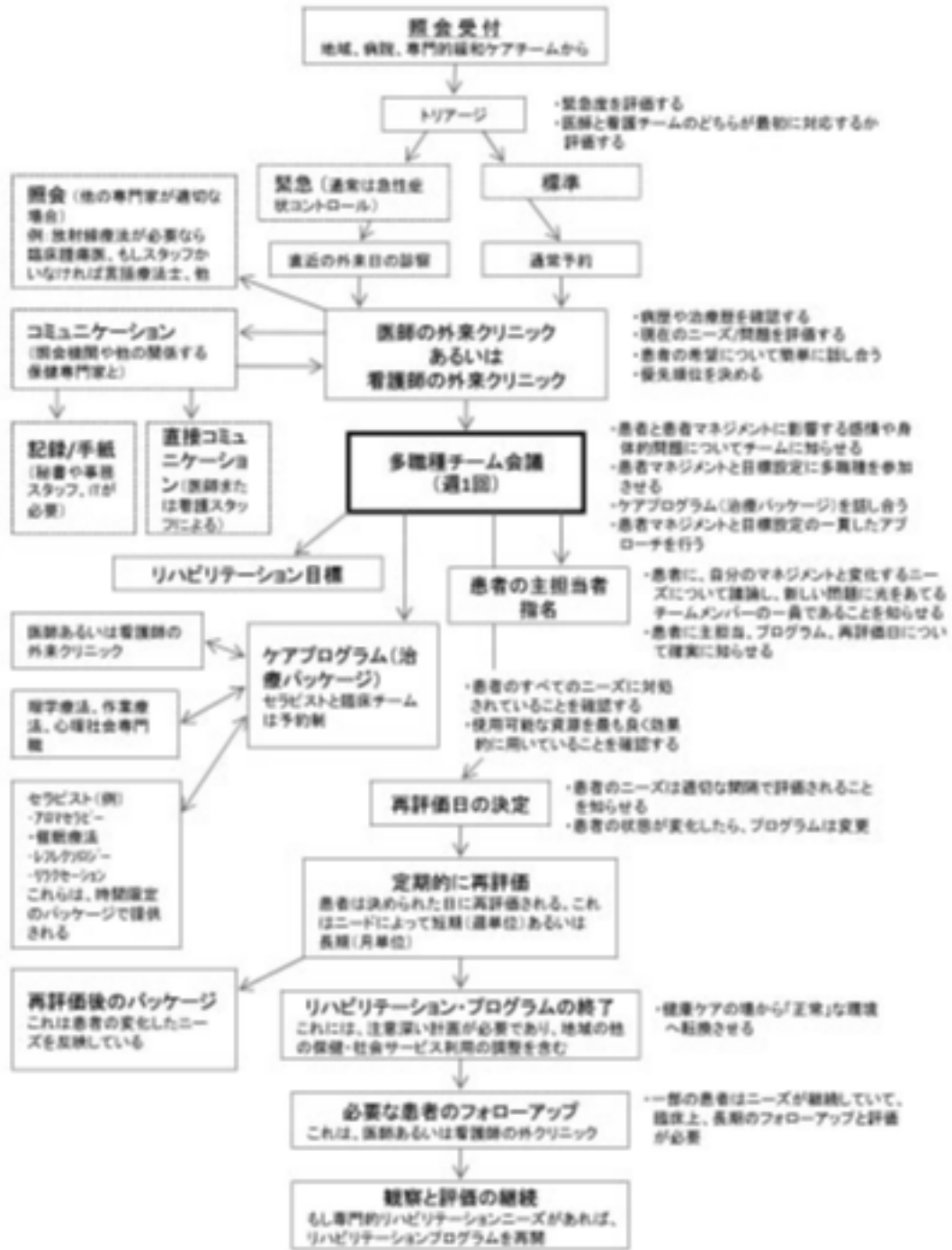
こうしたデイ緩和ケアにおけるリハビリテーションは、患者の「活動」の改善によるQOLの向上、体力の維持・向上を通じた病気の過程そのものに良い影響を与えるリハビリテーションの1つの提供モデルとして注目されている。

3. 業務標準と診療ガイドラインによる質管理

英国の医療界では、業務標準や診療ガイドラインを基にした業務監査を通じた質管理¹²⁾が徹底されており、その手法は緩和ケアサービスにおいても用いられている。

「緩和リハ方針」でもこのことが強調されており、英国緩和ケア協議会が発行した質保証の枠組みを順守するよう求めている¹³⁾。この中で、サービス評価にあたっては、利用者や介護者を含めるという指摘は重要であり、日本にぜひ取り入れたい視点である。

また、緩和ケアの対象として非がん患者が徐々に増加しており、そうした患者の長期にわたる原疾患管理、リハビリテーション、そして緩和ケアの調整と医療サービスの質保証が課題となっている。こうしたニーズに応えるために、最近ではこれら三者を統合したガイドラインが作られている。神経筋疾患や脳卒中後遺症などの長期神経系障害はその代表的な障害だが、根拠に基づくガイドラインシリーズの1つとして、2008年に統合ガイドラインが作られた。①全般的サービス調整、

図2 専門的緩和ケアにおけるリハビリテーション業務の流れ¹⁾

②神経病サービス、③リハビリテーションサービス、④緩和ケアサービスについて、それぞれ要点をついた推奨事項が書かれている¹⁴⁾。

診療ガイドラインは、適切な治療について治療者と患者の意思決定を助けるためのものであり、これを用いることで原疾患管理、リハビリテーション、そして緩和ケアを関連させながら総合的な方針を確認できるため、患者の満足度とサービスの質を向上が期待されている。

以上、英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションの特徴と思われる3点について述べてきたが、これらは日本においても参考になるとと思われる。

IV. 英国の緩和ケアにおける理学療法

これまで、英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションについて述べてきたが、ここではその主要な担い手である理学療法士の活動に焦点をあてて紹介したい。

表5 英国における腫瘍・緩和ケアの理学療法の歴史

1967年	セント・クリストファー・ホスピス開設
1973年	セント・クリストファー・ホスピスに最初の理学療法士が就職
1989年	英国腫瘍・緩和理学療法士会（ACPOPC）設立（会員83名）
1990年	英国理学療法協会（CSP）でACPOPCを承認
1993年	CSPが「腫瘍・緩和理学療法ガイドライン」を発行
1994年	CSPがPhysiotherapy 10月号で腫瘍・緩和理学療法を特集
2002年	CSPが「高齢者の緩和ケアにおける理学療法の有効性」を発行
2003年	CSPが「がん患者の理学療法の役割—CSP見解」を発行
2009年	ACPOPCが「腫瘍・緩和ケアにおける理学療法の役割」を発行
2010年	セント・クリストファー・ホスピスでヨーロッパ緩和理学療法学会開催

注：各種文献等から筆者が作表

1. 歴史

英国の緩和ケアにおける理学療法の歴史について、文献等から筆者がまとめたものを表5に示す。

世界で最初の現代ホスピスであるセント・クリストファー・ホスピスが開設して6年後の1973年に、同ホスピスに最初の理学療法士が就職した。この分野の最初の理学療法士である。

その後、国内にホスピス（緩和ケア病棟）が広がり、医療機関でがんのリハビリテーションが一般化するにつれて、そこで働く理学療法士は徐々に増加していった。

そして1989年に、英国のがん医療と緩和ケアに携わる理学療法士の組織である英国腫瘍・緩和理学療法士会が設立され、翌1990年に英国理学療法協会のサブグループとして承認された。

1993年に、腫瘍・緩和理学療法の最初のガイドラインが発行された¹⁵⁾。2002年と2003年には、英国政府の緩和ケア政策の発表を受けて、英国理学療法協会は腫瘍・緩和ケアにおける理学療法に関する政策文書を発表している^{16,17)}。

日本では、リハビリテーションと一体のものとして理学療法が導入されたが、英国では理学療法はリハビリテーションより歴史が古く、緩和ケアにおいても最初に理学療法が導入され、近年になってリハビリテーションの理念のもとに作業療法などの技術とともに体系化が進んできているのである。

2. 腫瘍・緩和理学療法士会の活動

英国のがん医療と緩和ケアにおける理学療法を、職

表6 英国腫瘍・緩和理学療法専門部会の目的

1. 会員に対する同僚支援とネットワーキングの機会を提供
2. 意見や根拠に基づく知識の交流を促進
3. 継続的職能開発の機会を提供
4. 研究意識を促進
5. 地方および全国レベルでがん政策・戦略への影響

文献18)より作表

能団体として推進している腫瘍・緩和理学療法士会の活動について紹介する。

英国腫瘍・緩和理学療法士会は1989年に結成され、現在、表6に示す5つの目的¹⁸⁾を達成するために活動している。主な事業は、年1回の総会・学会開催、年1回の研修会開催、年4回の会報発行、ウェブサイトの運営、研究・教育奨学金制度の運営などである。全国組織の下に14の地域組織があり、各地域組織でも研修会、同僚支援や助言体制ができていく。ウェブサイトには、ニュースや継続的職能開発のための各種コースの案内のほか、推薦図書・論文リストが掲載されていて、自己学習の貴重な情報源になっている。

会員は、2009年時点で417名である¹⁹⁾。勤務場所の大まかな分布は、ホスピス（緩和ケア病棟）30%、病院（緩和ケア病棟以外）25%、地域（通所・訪問）25%、リンパ浮腫クリニック15%、研究その他5%であった¹⁶⁾。

3. 腫瘍・緩和ケアにおける理学療法の特徴

ここでは、がん医療と緩和ケアにおける理学療法を分けずに、日本と異なると思われる点を簡単に紹介したい。

第1は、英国の理学療法士は業務上の自律権を持っていることである。理学療法士は、がん病棟や緩和ケア病棟に配属されていて、医師、看護師、患者などから直接、依頼や照会が出される。そのため、理学療法士が必要と判断した場合には、患者のニーズに応じた理学療法サービスを素早く提供できる。その一方で、重症患者のリスク管理などに大きな責任が課せられている。

第2は、専門性が確立していることである。がんのリハビリテーションに携わる保健関連職は、専門性から4つのレベルに分けられ、最も高いレベル4はがんに関する深い経験があり大学院レベルのトレーニングができる者、レベル3はがんに関する経験があり専門技術のトレーニングを受けた者、というように定められている²⁰⁾。専門的緩和ケアに携わる多くの理学療法士は、2年間の初期研修を終えてシニア理学療法士に

なった後、専門技術の研修を積んでレベル3の条件を満たして働いている。

第3は、緩和ケアにおける理学療法の研究を促進していることである。英国腫瘍・緩和理学療法士会は現在、腫瘍・緩和理学療法ガイドラインの改訂作業を進めているが、エビデンスとなる研究が少ないため作業が遅れている。これを打開するため、英国腫瘍・緩和理学療法士会は、研究・教育奨学金制度を運営して研究の促進を図っているのである。

V. おわりに

以上、英国の緩和ケアにおけるリハビリテーションと理学療法の現状について述べてきた。

英国で、緩和ケアにおけるリハビリテーションの必要性が広く認識されるようになったのは1995年以降のことであり、現在、英国緩和ケア協議会から発表された「緩和リハ方針」に基づいて、いろいろな取り組みがなされている。英国の特徴と思われる点は、①充実した緩和ケアを前提としたリハビリテーション、②デイ緩和ケアでのリハビリテーション、③業務標準と診療ガイドラインによる質管理などであり、これらは日本においても参考になるとと思われる。

緩和ケア分野への理学療法士の進出は70年代からであり、1989年には英国腫瘍・緩和理学療法士会を結成して活発に活動している。日本の理学療法と異なると思われる点は、①業務上の自律権があること、②専門性が確立していること、③研究を促進していること、などである。

日本の緩和ケアにおけるリハビリテーションと理学療法は、がん医療の進展にともなって、今後その必要性が広く認識されてくるであろう。

文 献

- 1) 日本医師会：がん緩和ケアガイドブック。日本医師会、2008
- 2) 辻 哲也, 里宇明元・他：癌のリハビリテーション。金原出版、2006
- 3) Dietz JH: Rehabilitation in oncology. John Wiley, New York, 1981
- 4) Allied Health Professions Palliative Care Project Team: Allied health professional services for cancer related palliative care-An assessment of need. Allied Health Professions Palliative Care Project Team, 2004
- 5) Calman K, Hine D: A policy framework for commissioning cancer services. Department of Health, 1995
- 6) National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services: Fulfilling lives-Rehabilitation in palliative care. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2000
- 7) WHO: WHO definition of palliative care. (online), available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (accessed 2010-8-30)
- 8) Department of health: End of life care strategy-Promoting high quality care for all adults at the end of life. Department of health, 2008
- 9) 進藤伸一：英国における緩和ケアサービスの現状—その構造、過程、帰結。秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要18：40-47, 2010
- 10) National Council for Palliative Care: Specialist palliative care workforce survey 2008. The National Council for Palliative Care, 2008
- 11) Tookman AJ, Hopkins K, et al.: Rehabilitation in palliative medicine. Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd ed. Doyle D, Hanks G, et al, Oxford University Press, 2005, pp1021-1032
- 12) 進藤伸一：英国における理学療法サービスの質管理（第2報）理学療法サービスの業務評価。秋田大学医短紀要9：171-178, 2001
- 13) Tebbit p: Palliative care 2000 — commissioning through partnership. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1999
- 14) Royal College of Physicians: Long-term neurological conditions: management at the interface between neurological rehabilitation and palliative care-Concise guidance to good practice series, No 10, Royal College of Physicians, London, 2008
- 15) Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care: Guidelines for good practice-Physiotherapy in Oncology and Palliative Care. Chartered Society of Physiotherapy, 1993
- 16) Jolliffe J, Bury T. et al.: The effectiveness of physiotherapy in the palliative care of older people. Chartered Society of Physiotherapy, 2002
- 17) Chartered Society of Physiotherapy: The role of physiotherapy for people with cancer — CSP position statement. Chartered Society of Physiotherapy, 2003

- 18) Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care: The role of physiotherapists in oncology and palliative care. Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care, 2009
- 19) Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care: In touch-Summer 2010, Number 79. Association of Chartered Physiotherapists in Oncology and Palliative Care, 2010
- 20) Rankin J, Gracey J: Rehabilitation in oncology and palliative care. Rehabilitation in cancer care. Rankin J, et al, Wiley-Blackwell, Oxford, 2008, pp24-43

An outline of rehabilitation and physiotherapy services in palliative care in the UK

Shinichi SHINDO

Department of Physical therapy, Graduate School of Health Sciences, Akita University

The purpose of this report is to introduce an outline of rehabilitation and physiotherapy services in palliative care in the UK. The Calman Hine report into cancer services (1995) recommended that rehabilitation should form an integral part of care from diagnosis onwards. "Fulfilling lives – Rehabilitation on palliative care" issued by the National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (2000) also made an impact on palliative care circles. Subsequently many improvements have been made and several positive features can be noted especially when compared with Japan. 1) Rehabilitation services have been provided to patients based on existing good general palliative care services. 2) Rehabilitation through day palliative care services is very effective for maintaining patients' functions. 3) Clinical audit by standards and guidelines is a good system for quality assurance in palliative care.

There are three features of physiotherapy services in palliative care. 1) Physiotherapists have autonomy and direct access, so they can respond flexibly to patients' needs. 2) They have a specialist or highly specialist physiotherapist system in this field. 3) There is an emphasis on the importance of research activities for evidence based guidelines of physiotherapy in oncology and palliative care.