



小児医療



第1節 小児医療における医療心理学

1. はじめに

近年、小児医療では、予防接種や抗生物質をはじめとした治療法の進歩により、急性疾患が減少し、以前は生命予後が悪かった疾患でも長期生存が可能となっている。しかし同時に、長期的な服薬や治療が必要となり、病気を抱えて生活する慢性疾患児が増えている。わが国において、治療が長期間にわたり、高額な医療費が必要な小児慢性特定疾患に認定されている疾患は、11疾患群514疾患存在し、患者数（平成16年度）は、10万7,706人にもものぼる（加藤ら，2007）。

2. 小児医療における心理的支援

小児医療における心理的支援の場として、①入院病棟、②身体科外来（小児科外来整形外科や脳外科など他の身体科からのコンサルテーションなど）、③情緒面・行動面の問題に対する相談窓口（小児科や精神科での児童・思春期外来など）、④セルフヘルプグループやキャンプなどの院外での活動（患者会や親の会、糖尿病やぜんそくといった慢性疾患を抱えた子どもを対象としたキャンプなど）などがあげられる。また、これらの場で扱われる患者とその家族の心理社会的問題としては、①身体疾患への罹患およびその治療に関係する問題、②入院や長期療養に伴い生じる問題、③必ずしも身体疾患とは関係しない問題、④発達面にかかわる問題などがある。本章では、小児医療でよくみられる心理学的問題を取り上げ、その支援方法について述べる。

第2節 小児医療でみられる心理学的問題とその支援

1. 小児医療全般にみられる心理学的問題

(1) 身体疾患を抱えた子どもの心理社会的問題

身体疾患を抱えた子どもの心理社会的問題のリスクは健康な子どもに比べて1.3～3倍も高い(Thompson et al., 1992)。彼らの心理社会的問題に関連する要因については、メタ分析により、①疾患に関連した要因、②患児の要因、③社会生態学的要因があげられている(Lavigne & Faier-Routman, 1993)。疾患関連要因としては、症状の辛さ、罹患期間の長さ、予後といった要因があり、これらは、疾患名の違いよりも強く心理社会的問題に影響を及ぼすことが指摘されている(Lavigne & Faier-Routman, 1993; Daniels et al., 1987; Kovacs et al., 1990)。ただし、脳腫瘍やチアノーゼ疾患など脳(中枢神経系)に影響を与える疾患は、そうでない疾患に比べ、心理社会的問題を抱えやすいことが報告されている(Nassau & Drotar, 1997)。

患児の要因としては、発症年齢、気質、コーピングスタイル、認知様式などがあげられる。認知様式としては、否定的なボディイメージ(Varni & Setoguchi, 1991)、抑うつ的な帰属様式(Mullins et al., 1997; Frank et al., 1997)などがある。

社会生態学的要因としては、家族機能や親の心理的適応、ソーシャルサポートといった要因が検討されている。家族機能については凝集性の低さや家族間の葛藤の高さが患児の心理的適応に悪影響を及ぼしていることが示されている(Murch & Cohen, 1989; Manne & Miller, 1998; Thompson et al., 1999)。また、親のストレスや心理的不適応は、子どもの心理的不適応と関連していることも報告されている(Thompson, et al., 1993; Brown et al., 1993)。

(2) 医療処置における痛みや苦痛の問題

医療処置には、採血や予防接種、骨髄穿刺や腰椎穿刺、外科的手術など痛みを伴うものが多くある。処置に伴う痛みや不安は、どの子どもにも生じるものであるが、幼いころの痛みの経験は、痛みの知覚を処理する神経回路を変化させるといった生理学的影響(Ruda et al., 2000)や、その後の処置における痛みの増大、外傷後ストレス障害(PTSD)といった心理的影響(Pate et al., 1996; Frank et al., 1995)を生じさせることが報告されている。そのため、小児の痛みに対して、適切な評価と介入が必要である。

小児の痛みの評価は、自己評価、親や医療スタッフなど周囲の大人による他者評価、生理学的指標、行動観察法などさまざまな方法によってなされる。痛みは主観的体験であり、自己評価が主要な評価方法となる。しかし、子どもは、痛みと不安や恐怖と

いった感情を区別することが困難であったり、状況に左右されやすい。また、痛みについて適切に報告するための十分な言語的能力を有していない。そのため、発達段階に応じて、フェイススケールや痛みの温度計、ビジュアルアナログスケールや質問紙法を用いるのがよい。

子どもの医療処置における苦痛や不安の低減を目的とした介入については、モデリングや対処スキルの訓練といった行動的技法と、親による協力が有効な要素といえる (Power, 1999; O'Byrne et al., 1997)。モデリングでは、医療処置に用いられる場所や器具、処置方法を患児に見せ、同じ医療処置にうまく対処しているモデル (パペットや映像) を提示する。また、対処スキルの訓練では、リラクゼーションや自己教示、イメージの使用、ディストラクションといった対処スキルを教える。そのほかにも、オペラント技法 (賞賛や報酬を与える) や系統的脱感作法といった行動的技法の有効性が実証されている (Power, 1999)。これらの認知行動的アプローチは、麻酔と同様あるいはそれ以上の痛み低減効果があり、費用対効果に優れた方法であるといえる (Cohen et al., 1999)。

また、親の医療処置への同席はたいてい子どもの苦痛を減少させるが、不安が強い親の場合、逆に子どもの苦痛は増加する (Jacobsen et al., 1990)。そのため、親を対象とした対処スキル訓練やストレスマネジメントを行ない、子どもが医療処置による苦痛や不安にうまく対処できるようにうながす協力者としての役割を親が担うことが重要である。

(3) アドヒアランス (治療遵守) の問題

アドヒアランスの問題は小児医療においてとても重要視されている。アドヒアランスの問題は、思春期に生じやすく (Brownbridge & Fielding, 1994; Kovacs et al., 1992)、その理由として、親からの支援の減少、食事制限や運動といった日常生活における制限、副作用による外見の変化が考えられている (La Graca et al., 1995)。そのほか、治療期間が長い場合や、友人関係や学校活動など子どもの日々の活動を妨害するような治療の場合にも、アドヒアランスの問題が生じやすい (Jacobson et al., 1990; Brownbridge & Fielding, 1994; Fotheringham & Sawyer, 1995)。また、アドヒアランスの不良は、行動面情緒面の問題とも関連する (Kovacs et al., 1992)。

病気を管理する主体は、子どもの成長に伴い、親から本人に変化する。ただし、思春期以降であっても、食事の準備や薬の管理など親が関与することは多い。したがって、患児のアドヒアランスの状態を把握し、適切に介入していくためには、病気の管理について、患児本人が責任をもって何を遂行するのか、家族内で、誰にどのようなことが分担されているのかといった詳細な情報を収集する必要がある。また、アドヒアランスが不良な患児とその親の特徴として、病気に対する理解や知識が不明瞭で不

正確であり、医療者によって推奨された病気の管理方法を覚えていないことが報告されており (Ievers-Landis & Drotar, 2000)、患者と家族の病気や治療に対する理解度の確認は適宜行なうことが重要である。

アドヒアランスの向上には、まず、病気の管理を効果的に行なうために必要な知識と管理スキルの学習が必要である。スキルの学習には、モデリングや行動リハーサル、適切な行動への強化がなされる。特に、服薬といった新しい行動を日常生活に取り入れなければならないときには、薬を飲むのを思い出させるために視覚的手がかりやリマインダーの使用も効果的である。また、自己管理行動の把握には、セルフ・モニタリングが有効であるが、単にセルフ・モニタリングを行なうだけでは効果は不十分な場合があり (Wysocki et al., 1989)、セルフ・モニタリングに加えて、随伴性の契約やトークンエコノミー法を行なうことで、より効果的にアドヒアランスの向上をねらうことができる (Greenan-Fowler et al., 1987)。

(4) 家族の心理的問題

病気の子どもをもつ親や家族もまた、多くの心理的問題を抱えている (Cadman et al., 1991; Dahlquist et al., 1993)。特に親は、子どもが病気になったことに対する罪責感やさまざまな不安を抱えていることが報告されている (Matteo & Pierluigi, 2007)。また、親自身の主観的な子どもの生命に対する脅威度や治療強度についての評価、そして病気のつらさに対する認知は、心理的問題と関連している (Kazak et al., 1998; Van Horn et al., 2001)。このような親の心理的適応は子どもの心理的適応とも関連することが指摘されており (Thompson et al., 1993; Brown et al., 1993)、親への心理的支援は、親自身の心理的苦痛を緩和するだけでなく、さらに患児の心理社会的問題の軽減に有効といえる。

家族の心理的問題への介入方法もいくつか効果が示されている。小児がん患者の母親を対象とした問題解決スキル訓練では、母親の問題解決能力の向上と抑うつといった心理的不適応の改善が示されており (Shaler et al., 2005)、小児肥満の患者とその親を対象とした介入研究においても、食事や運動に焦点をあてた行動療法的介入に加え、問題解決スキルの訓練を行なうことで、親の心理的苦悩の改善がみられている (Epstein et al., 2000)。また、小児がん経験者とその家族の PTSD 症状の軽減を目的とした介入では、認知行動療法と家族療法を統合したプログラムにより効果が実証されている (Kazak et al., 1999)。また、両親の夫婦関係に焦点を当てた介入についてもその有効性が示されている (Walker et al., 1996)。

身体疾患を抱えた子どものきょうだいについても、彼らが心理的苦悩を抱えることが報告されており (Sharpe & Rossiter, 2002)、きょうだいの心理的適応には、家族の凝集性や親からのソーシャルサポート、親の心理的苦悩が関連している (Williams

et al., 1999)。近年、きょうだいに対する心理教育やサポートグループの結成といった支援も注目されている (Lobato & Kao, 2002; Houtzager et al., 2001)。

(5) 身体疾患を抱えた子どもの友人関係と学校適応

身体疾患を抱えた子どもにとって友人関係や学校適応は、現在の心理的適応を評価するのに重要な指標であると同時に、後の心理的適応を予測する指標といえる (Morison & Masten, 1991; Kupst, 1994)。

身体疾患を抱えた子どもの友人関係における問題には、日常生活における活動制限が影響していることが指摘されている (Eiser et al., 1992)。社会的活動への参加が少ないことで、友人関係の形成や維持が困難となり、それらに必要なスキルを学習する機会も少なくなる可能性がある。また、病気の副作用による外見の変化も友人関係に影響する。外見の変化によって、友人からの患児の魅力についての評価は、健康な子どもに比べ劣ることが報告されている (Vannetta et al., 1998b)。さらに外見変化は、患児自身の否定的な自己認知やボディイメージを強め、引きこもり行動につながるということが指摘されている (Spirito et al., 1991)。したがって、外見の変化は仲間から患児への働きかけと患児から仲間への働きかけの両方を阻害するといえる。友人関係の問題に対する介入方法としては、小児がん患者を対象として、友人関係の形成と維持、対人葛藤問題の解決に必要なスキルを扱った社会的スキル訓練の効果が示されている (Varni et al., 1993)。

学校不適応については、認知機能の障害など病気による直接的な悪影響や体調、長期欠席、心理的不適応などが関連する。さまざまな復学プログラムが提案されているが (Worchel-Prevatt et al., 1998)、その効果については十分な検討がなされていない。スムーズな復学のためには、入院中から、復帰する学校との連携をとることや、復学時には、家庭、病院、学校の連携体制を整備し、患児や家族が抱えている復学に関する不安や要望を連携機関で共有し、それぞれの専門的立場から意見交換ができる場を設けることが重要といえる。

2. 特定の身体疾患にかかわる問題と心理学的介入

(1) 小児がん

小児がんは、約70%が治る病気となったが、その治療は長期にわたり心身に苦痛を伴うものであり、病気への罹患や治療が患者の心身に及ぼす影響が指摘されている。そして、心理学的介入の焦点も、目の前の「死」にいかに対応するかという危機介入的な内容から、病気や治療に対処するための支援や心理的問題の早期発見と予防、そして再発といった不確実な予後についての不安を抱えながら、いかに生活していくか

といった内容にシフトしている。

小児がん患者の心理的適応については、近年、標準化された尺度を用いた、比較的厳密な研究計画による大規模調査が行なわれており、小児がん患者の心理的適応は、健康な子どもと違いがないことが示されている (Stam et al., 2001)。しかしながら、発症して間もない小児がん患児や、放射線治療を受けた子どもたちは心理的苦悩を抱くことが示されており (Sawyer, et al., 1997; Vannetta et al., 1998a), 治療経過や治療内容に応じた対応が必要である。

小児がん患者とその家族への心理学的介入については、Noll & Kazak (1997) が、行動医学を習得した心理士などの専門スタッフによる入院中の患児とその家族を対象とした介入のガイドラインを示している。介入内容としては、病気への適応や治療への取り組みのサポート、家族や同胞へのサポート、リラクゼーションやディストラクションといった行動的技法を用いたストレスマネジメント、学校復帰の援助、再発や死への対応などが含まれている。そのほかにも、母親を対象とした問題解決スキルの訓練や、PTSD 症状の軽減を目的とした短期集団プログラムの有効性が確認されている (Sahler et al., 2002; Kazak et al., 1999)

また、小児がんは治療成績が向上したとはいえ、患児の約 30% は亡くなる。終末期においては、患児の苦痛を緩和することが第 1 目標であり、薬物療法や認知行動療法、マッサージによる症状緩和が推奨されている (小澤・細谷, 2002)。また、欧米では、予後について家族と話し合いをもつことや、緩和医療に関する情報を提供することが重要と考えられている (Wolfe et al., 2000)。終末期における心理的支援では、患児と家族の特徴に応じて対応を検討しながら、患児と家族やスタッフが良好なコミュニケーションを維持しながら過ごすことができるよう、患児や家族の不安や疑問に誠実に対応することが必要である。また、死別後の家族の心理的適応については、抑うつや不安、罪悪感や PTSD 症状などが報告されている (Hazzard et al., 1992; Miles & Demi, 1992; Murphy et al., 1999)。さらに、死別後の家族関係についても、夫婦関係の不和や家族の結束力の弱化 (Martinson et al., 1994)、きょうだいに対する親のサポートの減少 (Rosen, 1985) が指摘されている。したがって、患児が亡くなった後でも、遺族が求めたときに心理的支援が受けられる体制を整えておくことが必要である。

(2) 小児糖尿病

小児糖尿病のうち、1型糖尿病は1日複数回のインスリン注射等による自己管理が一生にわたり必要な疾患である。1型糖尿病の病気の管理については、これまで、行動契約 (Wysocki et al., 1989) や親の糖尿病管理への参加 (Anderson et al., 1989) の有効性が確認されている。自己管理行動に対する介入に加えて、問題解決スキル、

葛藤解消スキル、認知面行動面の修正といった適切なストレス対処方法を身につけるための介入 (Grey et al., 2000) や、家族間のコミュニケーションと問題解決スキルに焦点を当てた介入も効果が示されている (Wysock et al., 2001)。

さらに、思春期における病気のコントロールの不良に対しては、患者だけでなく仲間も対象としたソーシャルサポートの増加を目指した介入の有効性が明らかとなっている (Greco et al., 2001)。また、多要素からなる行動的介入を主としたサマーキャンプも思春期の患児の自己効力感 (セルフ・エフィカシー) や問題解決スキルの改善を示すことが報告されている (Schlundt et al., 1999)。また、思春期の糖尿病患児は、摂食障害のリスクが高いことにも注意が必要である (Colton et al., 1999)。

(3) 心臓疾患

小児循環器疾患における心理学的研究は、先天性心疾患に着目したものが多く、重症の先天性心疾患、特にチアノーゼを伴う場合は、認知的発達や学業レベルに問題がみられることがある (Wright & Nolan, 1994)。先天性心疾患患児の心理的適応については、健康な子どもたちと大きく異なることが示されている (Utens et al., 1994) が、手術を受けた年齢などによって心理的適応は異なる (Baer et al., 1984)。後天性心疾患である不整脈については、心臓の手術を受けた経験のある子どもや毎日の投薬が多い子どもは、不整脈についての心配が強く、日常生活に不整脈の影響が大きくみられる (Schneider et al., 2001)。また、患児の親の多くは、突然死を過剰に心配し、不安を抱えていることや子どもに不必要な制限を加えてしまうことが指摘されている (Davis et al., 1998)。

循環器疾患の患児とその親に対する心理社会的介入については、心筋生検中にリラクゼーションやイメージを用いることで、不安が低減すること (Bullock & Shaddy, 1993) や、リラクゼーションと問題解決技法を含んだ認知行動療法によって、病院のみならず退院後の家および学校での生活がより適応的であることが報告されている (Campbell et al., 1995)。

第3節 小児医療における心理学的支援の実際

1. 長期入院患児とその家族を対象とした心理的支援システム

長期にわたる入院生活は、治療による身体的苦痛に加え、さまざまな生活上の活動制限があり、患児とその家族の心理的負担は大きい。特に患児にとっては、入院によって学校生活や友人とのかかわりを経験する機会を奪われることから、社会性の発達への影響も考えられる。また、病気や治療に対する主観的評価が、後の心理的適応に

表 7-1 ● 長期入院患児と家族への心理学的支援の構成要素

患児

- ① 病気や治療に関する情報収集の支援
- ② 病状説明後における理解内容の確認
- ③ リラクゼーション等を用いた身体的苦痛の緩和
- ④ 認知行動的、問題解決的アプローチによる精神的苦痛の緩和
- ⑤ 入院生活上の問題や退院・復学の支援
- ⑥ ポジティブな生活体験の促進

親

- ① 病気や治療に関する情報収集の支援
- ② 認知行動的、問題解決的アプローチによる精神的苦痛の緩和、ストレスマネジメント
- ③ 子育て支援

影響するという報告もあり (Kazak et al, 1998), 入院中からの心理的支援が重要である。著者らは、小児がんをはじめとした、長期入院中の患児とその家族を対象に、入院時から退院まで継続的に心理的支援を行なっている。その心理的支援の構成要素を表7-1に紹介する。

チーム医療の中で心理的支援を行なうにあたり、まず、医療スタッフ内で患者とその家族が抱える問題について情報を共有することが重要である。そのために、心理的支援に焦点を当てたカンファレンスの開催が有効である。カンファレンスにおいて、各職種のスタッフがそれぞれの立場から意見を出し合い、それをもとに問題や対応方針を検討し、さらにチームで役割分担を行なうことによって、心理士だけでなく、医師や看護師など患者にかかわる医療スタッフが一貫した方針のもと、心理的支援を行なうことが可能となる。

2. 介入の実際 (症例)

(1) 身体疾患を抱える子どもに対する心理的支援

【症例】 16歳, 男性, 小児がん

【抱える問題】 入院加療のため高校を留年。将来についての悲観的な発言が増える。また、体力についての不安が強く、リハビリや復学についても拒否的であった。

【介入】 まず、不安に関する心理教育を行なった。そして、患児と「不安はゼロにはならない」「まずはやってみて、むずかしかったり、ダメだったら、また考えよう」を合言葉とし、不安場面では合言葉を唱え、自己教示を行なうこととした。また、心理面接では、患児が不安を抱きながらも取り組むことのできたこと (リハビリや勉強) を取り上げ、肯定的にフィードバックした。復学への不安については、患児は周囲か

ら注目を浴びることを強く心配していたことから、自分のクラスに、復学をしてきた子がいた場合に自分ならどのように対応するかを話し合った。また「お試し登校」を行ない、患児が懸念していた周囲からの注目は実際どの程度であるのか調べてくるという行動実験を行なった。その結果、患児は、「お試し登校」によって、自分が予想していたよりもうまく学校で過ごすことができ、「入院してから、いつも行動する前に必要以上に不安を感じるようになっていたことに気づいた。不安から逃げてこのまま一歩も進めないと後悔すると思う」と話し、復学や将来について前向きに考えるようになった。その後、復学を果たし、順調に高校生活を送ることができている。

(2) 母親に対する心理的支援

【症例】 8歳（女児）の小児がん患児をもつ母親。

【抱える問題】 再発による入院であり、移植治療を受ける予定。初発入院時は心理士による支援体制がなく、母親は、強い疲労感や不眠、気分の落ち込みや不安があったが、誰にも相談しなかった。再発入院時、今回の入院生活に対する不安が非常に強かった。

【介入】 まず、母親の不安内容について整理した。母親の不安は、①入院生活に関する不安、②学校復帰に関する不安、③予後についての不安があった。入院生活については、移植の際に生活制限が多く、母親の負担も増大するため、前回のように入眠、気分の落ち込み、不安が生じるかもしれない、そうなると思えば患児のケアを十分できなくなるといったことが問題としてあげられた。そのため、母親に対して、リラクゼーションを導入し、またストレスに関する心理教育を行なった。また、移植前後の入院生活に関する不安に対して、多くの解決方法を案出する、それらの解決方法について検討する、よい解決方法を選び具体的な実行計画をたてる、実際に実行し、その結果を評価するという問題解決療法のステップにそった介入を行なった。その結果、母親は、自分の疲労感や不安に対して、自分で対処することができた。また、再発前の学校復帰において、患児へのいじめや母親の不安の増大といった問題が生じたとのことであった。そのため、今回の入院を終える際には、この問題についても問題解決療法のステップを適用した。また、予後に関する不安については、母親と、再発不安を抱えながら、今母親や患児にできることについて話し合っていくなかで、母親も「将来の不安によって何もできなくなるより、今できていることに目を向けて生活する」と考えられるようになり、不安の低減がみられた。

(3) 親や医療スタッフとの協力による支援

【症例】 9歳（男児）の小児がん患児とその母親。

【抱える問題】 患児に処置や服薬への拒否、スタッフへの反抗的態度や暴力がみられる。母親は患児が暴れないように、処置があることを事前に患児には知らせないよう

にしていた。また、母親は、患児が母親の指示どおりに行動しないことから、患児にかかわることに自信を失っており、患児に対しては一方的に叱ることが多く、うまく母子の相互作用がはかかれていない状態であった。

【介入】 知能検査や日常生活における問題から、患児は見通しをもつことや言語的理解および表現がやや苦手であることがわかったため、まず、患児の特徴について医療スタッフに伝え、患児へのかかわり方を検討した。次に、心理士と患児、看護師で1日のスケジュール表を作成し、患児にとって処置の時間帯が明確になるようにした。また、処置を受ける、感染予防行動を行なう、服薬するといった行動をターゲットにトークンエコノミー法を導入した。トークンであるシールは母親から渡してもらうようにし、シールがたまると患児の欲しがっていたおもちゃと交換することとした。また、母親に対しても、患児へのかかわり方についてアドバイスをを行なった。そして、母親と医療スタッフとが、日常的に患児の適切な行動に対して誉め、反抗的態度や暴力については毅然と対処するといった一貫したかかわりを病棟内で行なった。その結果、患児の処置に対する拒否やスタッフへの暴力は減少し、うまく入院生活を送るようになった。また母親と患児がいっしょに過ごす時間も多く観察されるようになった。

第4節 今後の問題

小児医療における実証的な心理学的研究は、欧米に比べ、日本では非常に少なく、十分な支援体制も整っていないのが現状である。わが国における小児医療における患者と家族の心理的社会的問題を明確にし、それを基に効果的な心理的支援プログラムが開発されることが期待される。

緩和ケア 10月増刊号

臨床と研究に役立つ 緩和ケアのアセスメント・ツール

編集 緩和ケア編集委員会

企画担当 恒藤 暁

企画協力 宮下光令

河 正子



序 文

Introduction

本増刊号では、緩和ケアの臨床と研究に役立つと考えられるアセスメント・ツールを取り上げることになりました。

緩和ケアの臨床と研究において、患者・家族の現状と必要性を正確に把握したり、適切な治療とケアを提供したりするためには、アセスメント・ツールが重要となります。また、緩和ケア提供体制やケア提供者の態度などの評価も必要になってきています。

わが国では、緩和ケア病棟入院料が1990年に診療報酬項目として新設され、緩和ケア病棟のある医療機関は2008年10月1日現在、190施設になりました。しかし、緩和ケアの質については十分に検討されてきませんでした。英国では、クリニカルオーディット（診療評価）によるケアの質を明示する考えが浸透しており、アセスメント・ツールの使用が奨められています。近年、緩和ケア領域で開発されたアセスメント・ツールが紹介され、緩和ケアの研究にも使用されるようになってきています。

本号では、緩和ケアで歴史的に使用されてきたアセスメント・ツールから、最近開発されたものまでの多数のものを紹介し、それらの信頼性、妥当性、有用性を検討しています。アセスメント・ツールの対象は身体症状だけでなく、精神症状や心理・社会・スピリチュアル領域、QOL、ケアの質評価、家族・介護者のケア、医療者のケア態度、臨床ツールなどと多岐にわたっており、今後の臨床および研究に役立つものであると考えています。定量的評価が困難に思える領域もありますが、それに代わる方法が模索されています。さらに、アセスメント・ツールといえば、研究の方法として使用されるという印象を持つ方が多いかもしれませんが、患者・家族に利用してもらうものやチームでケアの方向性を見出すためのものも掲載しています。

各アセスメント・ツールについて見識の高い方々に執筆をお願いしました。すべて領域とアセスメント・ツールを網羅しているわけではありませんが、読者の皆様の日々の臨床や研究において参考にしていただきながら、緩和ケアの実践がさらに充実していくことを願っています。

編 集 緩和ケア編集委員会

企画担当 恒藤 暁 (大阪大学大学院医学系研究科緩和医療学)

企画協力 宮下 光令 (東京大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学)

河 正子 (緩和ケアサポートグループ(PCSG)代表)

2

全身状態の評価 (KPS, ECOG-PS, PPS)

はじめに

がん患者に適切なケアを提供するためには、患者の状態を十分に把握することが必須である。患者の状態は客観的かつ多面的に評価されなくてはならないが、ここでは全体的な身体機能の尺度である全身状態 (Performance status; PS) について概説する。

PS とは

PS とは、がん患者の身体的な活動程度を示す尺度である。がんおよび併存する病態がどの程度患者の活動に影響しているかを表すものであり、多くのがん腫において重要な予後因子ともなっている。

がん治療の領域においては、治療適応の判断や治療効果、生命予後を予測する指標として Karnofsky Performance Status Scale (KPS) と米国東部癌治療共同研究グループ (Eastern Cooperative Oncology Group; ECOG) による PS が用いられている。

緩和ケアの領域においては、ケアの方針を決める際の重要な患者情報の一つとして、また生命予後を予測する指標として Palliative Performance Scale (PPS) が利用されている。

KPS (表 II-1)

1940 年代に Karnofsky らによってがん患者の全身状態を表す方法として提唱されて以来、精力的に治療効果や生命予後との相関が検証されてきた^{1,2)}。この方法は日常の活動性を 10 段階に分類するものであるが、複雑であることと評価者によ

表 II-1 Karnofsky Performance Status Scale

PS	定義
100%	正常、訴えなし、症状なし。
90%	正常な活動が可能。わずかに症状・徴候あり。
80%	やや困難を伴うが正常な活動が可能。ある程度の症状・徴候あり。
70%	セルフケアはできるが、正常の活動や仕事はできない。
60%	自分自身に必要なことはできるが、時に介助が必要。
50%	しばしば介助を必要とし、頻繁に医療ケアが必要。
40%	動けない。特別なケアや介助が必要。
30%	ほぼ動けない。入院の適応があるが、死が差し迫ってはいない。
20%	非常に重症。緊急の入院が必要、支持的な処置や治療が必要。
10%	死期が近い。致死的な病態が急速に進行。
0%	死亡。

表 II-2 ECOG による Performance Status Scale

PS	定義
0	問題なく活動できる。発病前と同じように日常生活を制限なく送ることができる。
1	身体的な激しい活動は制限されるが、歩行は可能であり、軽作業や座っての作業は行うことができる。たとえば軽い家事や事務など。
2	歩行が可能で自分の身の回りのことはできるが、軽作業ができない。覚醒している時間の 50% 以上は活動している。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。覚醒している時間の 50% 以上をベッド上または椅子で過ごす。
4	まったく活動できない。自分の身の回りのこともできない。完全にベッド上または椅子で過ごす。

表Ⅱ-3 Palliative Performance Scale (PPS) version 2

PS レベル	歩行	活動と疾患の根拠	セルフケア	摂取量	意識レベル
100%	歩行可能	日常生活ができ、病気の進行がみられない	自身でできる	食欲があり、一般食が食べられる	清明
90%	歩行可能	日常生活ができ、軽度の病気の進行がみられる	自身でできる	食欲があり、一般食が食べられる	清明
80%	歩行可能	日常生活において努力が必要、軽度の病気の進行がみられる	自身でできる	すべての食種において食欲減退	清明
70%	歩行量の減少	職場における労働が不可能、病気の進行が明らかである	自身でできる	すべての食種において食欲減退	清明
60%	歩行の減少	趣味、家事が不可能、病気の進行が明らかである	時々介助が必要	すべての食種において食欲減退	清明もしくは混乱がみられる
50%	おもに座っているか、寝ている	すべての仕事（家事など）、労働ができない、病気の重傷度が明らかである	時々介助が必要	すべての食種において食欲減退	清明もしくは混乱がみられる
40%	おもにベッドでの生活	趣味（読書、編み物など）がほとんどできない、病気の重傷度が明らかである	おもに介助が必要、自身ではほとんどできない	すべての食種において食欲減退	清明もしくは傾眠、混乱がみられることもある
30%	ベッドから起き上がれない状態	趣味（読書、編み物など）がまったくできない、病気の重傷度が明らかである	完全介護	すべての食種において食欲減退	清明もしくは傾眠、混乱がみられることもある
20%	ベッドから起き上がれない状態	趣味（読書、編み物など）がまったくできない、病気の重傷度が明らかである	完全介護	少量の水、水の摂取	清明もしくは傾眠、混乱がみられることもある
10%	ベッドから起き上がれない状態	趣味（読書、編み物など）がまったくできない、病気の重傷度が明らかである	完全介護	口腔ケア	傾眠もしくは昏睡状態、混乱がみられることもある
0%	死去	—	—	—	—

※PPS レベルの決め方：項目は左側（起居）から右側へ重要度が高い順番に並べられており、順番にその患者に最も適切と考えられるレベルを決め、最終的にそれぞれを考慮して PPS レベルとする。

り差が生じやすいという面ではやや難点がある。

ECOG-PS (表Ⅱ-2)

がん患者の病状や日常生活への影響の評価、および治療適応の決定に用いる方法であり³⁾、治療効果や生命予後との相関が示されている⁴⁾。PS 不良例は化学療法の完遂率が低く、重篤な副作用を生じやすいことも示されている。多くの臨床試験において PS の評価はこの方法で行われているが、

5段階の分類という簡便な方法であり、記憶しやすいため、実際の臨床現場でも広く用いられている。

PPS (表Ⅱ-3)

PPS はカナダの在宅ホスピスに従事する看護師により、緩和ケアの対象となる患者の全身状態の評価ツールとして KPS をもとにして作成されたものである⁵⁾。患者の状態を共有するためのコミュ

ニケーションツールとして、さらにそれをもとにした業務量の評価方法として有用である。生命予後の予測にも有用であることが示されている^{6,7)}。

詳細はビクトリアホスピスのホームページ (http://www.victoriahospice.org/ed_tools.html) を参照されたい。

おわりに

がん患者の辿る経過もニーズも患者ごとの個性が大きいが、一人ひとりに適切なケアを提供するためには医療者間で患者の状態を共有していかなくてはならない。PSはその際の必須の情報であり、ケアを担当する医療者は常にPSを評価することを心がけたい。

文献

- 1) Karnofsky DA, Burchenal JH : The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. In Evaluation of Chemotherapeutic Agents. p.191-205, Columbia University Press, New York, 1949
- 2) Mor V, Laliberte L, Morris JN, et al : The Karnof-

sky Performance Status Scale. An Examination of its Reliability and Validity in a Research Setting. *Cancer* 53 : 2002-2007, 1984

- 3) Oken MM, Creech RH, Tormey DC, et al : Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 5 : 649-655, 1982
- 4) Rosenthal MA, Gebiski VJ, Kefford RF, et al : Prediction of life expectancy in hospice patients : identification of novel prognostic factors. *Palliat Med* 7 : 199-204, 1993
- 5) Anderson F, Downing GM, Hill J, et al : Palliative Performance Scale (PPS) ; a new tool. *J Palliat Care* 12(1) : 5-11, 1996
- 6) Lau F, Downing GM, Lesperance M, et al : Use of Palliative Performance Scale in end-of-life prognostication. *J Palliat Med* 9(5) : 1066-1075, 2006
- 7) Downing M, Lau f, Lesperance M, et al : Meta-analysis of survival prediction with Palliative Performance Scale. *J Palliat Care* 23(4) : 245-252, 2007

天野 功二

(聖隷三方原病院 ホスピス科)

3

包括的評価尺度 (MDASI-J)

はじめに

がん患者は疾患自体による症状のみならず、治療に起因する症状にも悩まされる。それらが十分にコントロールされないと、生活の質が大きく損なわれ、治療効果にも影響を及ぼすことになる。医療者にはがん患者のさまざまな症状を検知し、その重症度を判断して適切に介入することが求められる。そのためには、患者と医療者とのきめ細かいコミュニケーションと、正確な症状評価が必須である。

症状評価の方法は、患者による主観的評価と医療者による代理評価に区別される。また、複数の症状について同時に測定する包括的評価と、個々の症状ごとに測定する評価がある。ここでは、患者が複数の症状について主観的に評価する尺度について概説する。

MDASI (M. D. Anderson Symptom Inventory)

MDASI は、M. D. Anderson Cancer Center の研究者により、がんに関連した症状の重症度と、日常生活への支障の程度を包括的に評価する尺度として開発された¹⁾。MDASI のほかにも Symptom Distress Scale²⁾、The Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)³⁾、The Rotterdam Symptom Checklist⁴⁾、The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)⁵⁾などの包括的評価尺度があるが、これらはいずれもわが国における信頼性が検討されていない。

MDASI は、より簡便に記載できるよう工夫され、

ほとんどの患者では5分以内に完了できる。また、他の言語へ翻訳しやすいように単純な表現がされており、わが国以外の複数の国で各言語版が作成され、それぞれ妥当性、信頼性の検証も行われている^{6,7)}。

MDASI-J の信頼性

MDASI-J は、Okuyama らが MDASI の日本語版として作成したもので、日本語の症状評価票 (図 II-1) は、Forward-backward translation 法を用いて慎重に翻訳されたものである⁸⁾。その妥当性、信頼性については、国立がんセンター東病院で調査された結果が報告されている。

この調査では、外来通院中のがん患者を無作為に抽出し、インフォームド・コンセントを得た後に評価表の記載を依頼した。解析は、有効回答の得られた 252 人を対象として行われ、妥当性と信頼性が確認されている。

MDASI-J の使い方

MDASI-J は、24 時間以内の症状について 0~10 の 11 段階の NRS (Numeric Rating Scale) で評価する。項目は、13 項目の症状 (疼痛、倦怠感、嘔気、睡眠障害、ストレス、息切れ、物忘れ、食欲不振、眠気、口渇、悲しい気持ち、嘔吐、しびれ) と、6 項目の日常生活への支障 (日常生活の全般的活動、気持ち・情緒、仕事〈家事を含む〉、対人関係、歩行、生活を楽しむこと) である。評価方法は、患者自身が記載する自記式である。本尺度を使用するにあたって許諾を得る必要はない。

I. あなたの症状の強さはどのくらいですか？

がん患者さんは、病気やその治療から生じる症状を経験することがあります。

ここでは、この24時間に以下の症状がどのくらいの強さだったかをお聞きします。

各項目について0（症状は全くなかった）から10（症状はこれ以上考えられないほど強かった（ひどかった））までの数字に1つだけ○をつけてください。

	全く なかった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	これ以上考えられない ほど強かった（ひどか った）
1 痛みが最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2 だるさ（つかれ）が最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
3 吐き気が最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
4 睡眠の障害が最もひどかった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
5 ストレスが最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
6 息切れが最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
7 もの忘れが最もひどかった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
8 食欲不振が最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
9 眠気（うとうとした感じ）が最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
10 口の渇きが最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
11 悲しい気持ち最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12 嘔吐が最もひどかった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
13 しびれやピリピリ痛む感じが最も強かった時の程度は？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

II. あなたの症状は、どのくらい生活の支障になりましたか？

症状はしばしば私たちの気持ちや活動の妨げになります。この24時間、あなたの症状は以下の項目についてどのくらい支障になりましたか？

	支障 なかった	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	完全に支障に なった
14 日常生活の全般的活動には？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
15 気持ち、情緒には？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
16 仕事（家事を含む）には？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
17 対人関係には？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
18 歩くことには？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
19 生活を楽しむことには？	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

図II-1 症状評価票（M. D. アンダーソンがんセンター版）

文 献

1) Cleeland CS, Mendoza TR Wang XS, et al : Assess-

ing Symptom Distress in Cancer Patients ; The M. D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 89 : 1634-1646, 2000

- 2) McCorkle R, Young K : Development of a symptom distress scale. *Cancer Nurs* 1 : 373-378, 1978
- 3) Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, et al : The Memorial Symptom Assessment Scale ; an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 30A : 1326-1336, 1994
- 4) de Haes JC, van Knippenberg FC, Neijt JP, et al : Measuring psychological and physical distress in cancer patient ; structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer* 62 : 1034-1038, 1990
- 5) Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, et al : The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ; a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 7 : 6-9, 1994
- 6) Yun YH, Mendoza TR, Kang IO, et al : Validation study of the Korean version of the M. D. Anderson Symptom Inventory. *J Pain Symptom Manage* 31 : 345-352, 2006
- 7) Lin CC, Chang AP, Cleeland CS, et al : Taiwanese version of the M. D. Anderson symptom inventory ; symptom assessment in cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 33 : 180-188, 2007
- 8) Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al : Japanese Version of the M. D. Anderson Symptom Inventory ; A Validation Study. *J Pain Symptom Manage* 26 : 1093-1104, 2003

天野 功二

4

緩和ケアニードのスクリーニング
ツール

はじめに

複数の実証研究が、医師や看護師は患者の緩和ケアのニードを適切に把握できず、専門緩和ケアサービスに紹介される患者のタイミングが遅いことを示唆している^{1,2)}。したがって、緩和ケアニードのある患者を早期に同定し、適切な時期に専門緩和ケアサービスに紹介されるシステムは、患者の quality of life (QOL) の向上に有用な可能性がある。

本稿では、緩和ケアのニードのスクリーニングツールとして聖隷三方原病院で使用されている、①Fifth vital sign、および、②生活のしやすさの問診票について紹介する。

Fifth vital sign

Fifth vital sign は、電子カルテ上で苦痛のスクリーニングを行うシステムである^{3,4)}。

Fifth vital sign では、STAS (Support Team Assessment Schedule) の item 2 (身体的苦痛) の基準を用いて、入院しているすべての患者の身体的苦痛を「5つ目のバイタルサイン」として、血圧などのバイタルサインを測定する時に同時に看護師が評価する。入力した結果は電子カルテの体温版に表示され、苦痛の程度をみることができる (図Ⅱ-2)。

1 使用方法

1. 導入

導入に当たっては、まず、院内の疼痛などの評価基準を診療部と協力して統一した。次に、各病

棟の責任者から構成されるプロジェクトチームを立ち上げ、看護課長会での勉強会、実際の症例での評価方法についての実習、および、病棟ごとの勉強会を行った。

並行して、入力された STAS を利用して、電子カルテ上で苦痛の強い患者をスクリーニングするプログラムを作成した (図Ⅱ-3)。本プログラムは、期間と程度などのパラメーターを設定すると該当する患者が同定される。スクリーニング基準は、主病名が悪性腫瘍である、2週間以内に手術を受けていない、さかのぼって1週間に STAS 2以上が2回以上としている。体温版への組み込みを含め情報システムの変更について、追加の費用は発生しない。

2. 実践

週1回、コンピューター上で入院全患者をスクリーニングし、スクリーニングが陽性的の場合、適切な緩和ケアが行われているかどうかを緩和ケアチームが評価する。なんらかの治療の変更や追加によって患者の苦痛の改善が見込まれる場合には、その旨をカルテ上、あるいは、口頭にて主治医・病棟看護師に連絡している。

2 有用性のエビデンス

導入初期の結果を示す (図Ⅱ-4)。9回のスクリーニング機会で629症例がスクリーニングされ、陽性は87例(14%)であった。そのうち、10例において有効な緩和治療があると考えられたため、書面・口頭で主治医に推奨し、9例において推奨治療が実施され、7例は1週間以内に緩和ケアチーム (PCT) に紹介された。おもな症状は疼痛、嘔

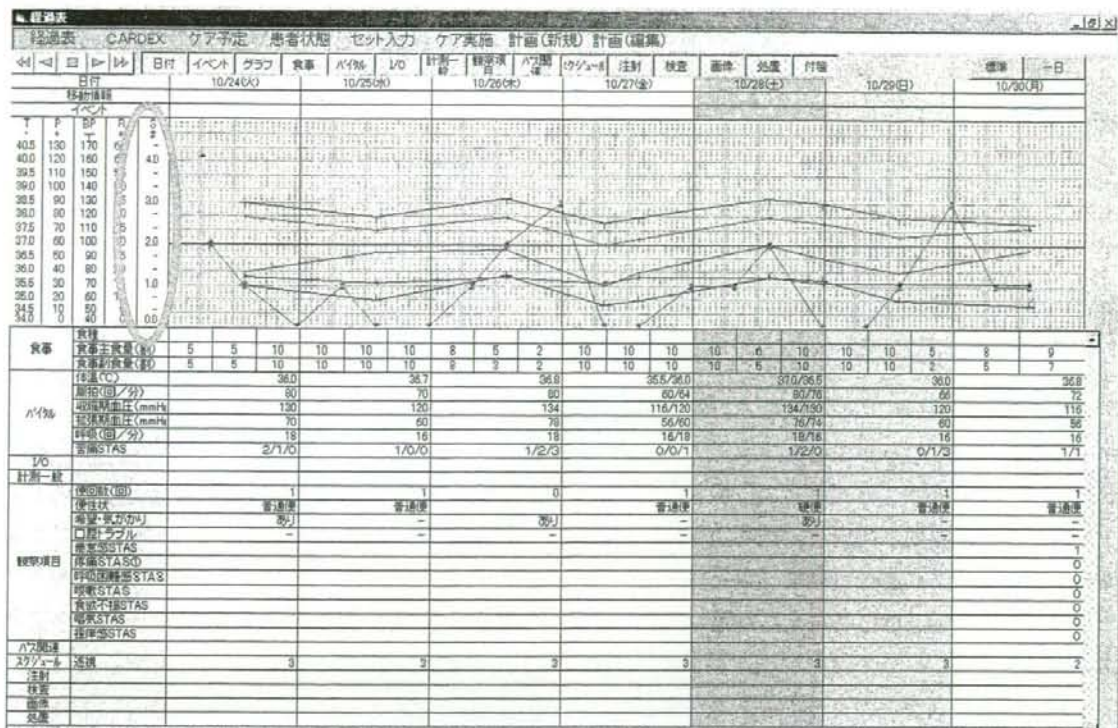


図 II-2 体温版でみる事ができる患者の苦痛

条件を設定する

STAS スクリーニング

対象病種: A3・A4・A5・B3・B5・C2・C4
 対象患者: がん病名/術後14日以内を除く

処理日: 2006/10/31 (火)
 対象期間: 7日間
 抽出対象: 2回以上

対象: 2006/10/28日(月)の日帯から
 2006/10/30日(月)の深夜帯まで

抽出条件: STAS≥3 STAS≥2

処理:

該当患者が出力される

STAS スクリーニング結果 (STAS≥2) 処理日: 2006/10/31

- ◆対象患者: がん病名/術後14日以内を除く ◆病種: A3・A4・A5・B3・B5・C2・C4
- ◆対象期間: 7日間 (2006/10/28日帯 ~ 2006/10/30日帯)
- ◆対象回数: 2回以上

A3病種 コンプライアンス入力割合(%) : 80% (176 / 219)

対象患者数: 14 コンプライアンス患者(%) : 64% (9 / 14)

STAS≥2: 2回 患者ID: [] 氏名: [] 69歳 男性
 入脱科: 肝胆 主治医: [] 主病名: 肝細胞癌 肝臓腫瘍

STAS≥2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 67歳 男性
 入脱科: 泌尿科 主治医: [] 主病名: 腎癌

A4病種 コンプライアンス入力割合(%) : 48% (48 / 99)

対象患者数: 5 コンプライアンス患者(%) : 0% (0 / 5)

STAS≥2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 71歳 男性
 入脱科: 泌尿科 主治医: [] 主病名: 腎臓腫瘍

A5病種 コンプライアンス入力割合(%) : 82% (276 / 336)

対象患者数: 17 コンプライアンス患者(%) : 71% (12 / 17)

STAS≥2: 4回 患者ID: [] 氏名: [] 56歳 男性
 入脱科: 呼吸器 主治医: [] 主病名: 小細胞肺癌

STAS≥2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 78歳 男性
 入脱科: 呼吸器 主治医: [] 主病名: 非小細胞肺癌

B3病種 コンプライアンス入力割合(%) : 65% (113 / 204)

対象患者数: 10 コンプライアンス患者(%) : 50% (5 / 10)

STAS≥2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 62歳 女性
 入脱科: 消化 主治医: [] 主病名: 消化管腫瘍 食道癌 胃腸腫瘍

STAS≥2: 3回 患者ID: [] 氏名: [] 60歳 女性
 入脱科: 消化科 主治医: [] 主病名: 胃がん 胃腸腫瘍

図 II-3 STASを用いた苦痛の強い患者のスクリーニングシステム