

図 II-4 スクリーニングの結果

気、しびれ、吃逆であった。

以上より、本プログラムは実施可能であり、認識されていない緩和ケアニーズのある患者をより早期に同定することに有用な可能性があると考えられる。

生活のしやすさに関する問診票

生活のしやすさに関する問診票は、化学療法を受ける患者の苦痛を簡便に知ることを目的として作成した質問紙である(図 II-5)⁵⁾。

質問紙は、①いちばんの気がかり (most concern)、②症状の numeric rating scale、③気持のつらさの寒暖計 (distress thermometer)、④緩和ケアチームに受診する希望、などから成り立っている。各評価項目の信頼性・妥当性は確認されている^{6,7)}。

1 使い方

化学療法の開始の際に、薬剤師から患者にインストラクションを行い、記入してもらう。その際に、継続して記入する必要がないと答えた場合には、次回からは行わない。

2 有用性のエビデンス

化学療法開始患者 211 名に対して調査票のインストラクションを行い、206 名から 1,000 件の調査票を回収した。206 名中 38 名 (18%) が質問票によって新しく把握された問題によって緩和ケアチームに紹介された。さらに、10 名は主治医チームによって把握された理由で紹介されたため、あわせて 23% が緩和ケアチームの診療が行われた(図 II-6)。頻度の高かった症状は、口腔の問題 (20%)、不眠 (20%)、病状の説明や意思決定の困難 (16%)、気持のつらさ (14%)、倦怠感 (9.0%)、食欲不振 (8.8%) であった。

以上より、本ツールは認識されていない緩和ケアニーズを同定することに有用な可能性があると考えられる。

まとめ

緩和ケアのスクリーニングツールを施行して 5 年になる。年々、スクリーニングで同定される「明らかに見落とされている」患者は減少しており、医療者からの依頼になっている。一方で、スクリーニングを施行していない対象である「化学療法を受けていない外来患者」で緩和ケアに課題のある

生活のしやすさに関する質問票 氏名 _____ ID _____

記入日 年 月 日 記入者 患者さん 家族 医療者 ()

■ 気分になって、心配していることや相談しておきたいことを記入下さい

病状や治療についての情報・説明
 経済的な問題
 日常生活の心配 (食事・家事・仕事など)

■ からだの症状についてお聞きがします

■ 現在のからだの症状はどの程度生活の支障になっていますか?

0: 症状なし 1: 現在の治療に満足している 2: それほどひどくないが方法があるなら考えたい 3: 我慢できないことがあり対応してほしい 4: 我慢できない症状がずっとつづいている

■ この24時間で、以下の症状が一番強いときは、どれくらいの強さでしたか? (0-10)

0: 全くなかった ← 10: これ以上考えられないほどひどかった

嘔吐 (一過性)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
嘔吐 (持続性)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
なだれ(ぼんやり感)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
だるさ(めまい)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
息切れ(呼吸困難)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
食欲不振	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
おなかの張り	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
吐き気	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

■ 一番困っている症状を○をつけてください

■ 1日を通して症状の変化はどのパターンに近いですか? (一番困っている症状について記入下さい)

1. ほとんど症状がない 2. 普段はほとんど症状がないが1日に何回か強い症状がある 3. 普段から強い症状があり、1日の間に強くなったり弱くなったりする 4. 強い症状が1日中続く

■ 症状が強くなるときはどんなときですか?

定期的な薬を飲む前 夜 からだを動かしたとき 食事 (前・後)
 排尿や排便をするとき その他 ()

■ 痛みは、
 ■ 今までと同じ場所ですか? → 同じ・ちがう 場所 ()
 ■ 「びりびり電気が走る」、「しびれる」、「じんじんとする」感じはありますか? → ある・ない

○ 完全によくなった
 ○ だいぶよくなった
 △ すこしよくなった
 × かわらない

■ 服用薬 (レスキュー) の使用状況

回数 (日)	薬剤名 (症状の強さ)	使用前 (症状の強さ)	使用后 (症状の強さ)	効果	吐き気	眠気
1/1	オキッ	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	○	○	○
4/1		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			
		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10			

■ 今この状態
 ○ この1週間の気持ちのつらさを平均して、最もあてはまる数字に○をつけて下さい。

最高につらい 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 中くらいにつらい 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 つらさはない

最高に生活に支障がある 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 中くらいに支障がある 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0
 支障はない

■ 痛みなど体やこころのつらさをやわらげる緩和ケア医師、看護師の診察を... 希望する
 ■ 経済的な問題や、日常生活の心配に対する医療ソーシャルワーカーの相談を... 希望する

■ 以下、医療者記入欄 (化学療法の副作用をみるためのものです)

レジメン名 _____ コース () 回目 ()
 レジメン番号 () _____
 体温 () °C 血圧 (/) mmHg 脈拍 () 回/分 SpO2 () %

グレード	0	1	2	3	4
FS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
白血球	<input type="checkbox"/> 3000~	<input type="checkbox"/> 3000~2000	<input type="checkbox"/> 2000~1000	<input type="checkbox"/> <1000	<input type="checkbox"/> <500
好中球	<input type="checkbox"/> 1500~	<input type="checkbox"/> 1000~1500	<input type="checkbox"/> 500~1000	<input type="checkbox"/> <500	<input type="checkbox"/> <250
ヘモグロビン	<input type="checkbox"/> 10~	<input type="checkbox"/> 8~10	<input type="checkbox"/> 6.5~8	<input type="checkbox"/> <6.5	<input type="checkbox"/> <5
血小板	<input type="checkbox"/> 7.5~	<input type="checkbox"/> 5~7.5	<input type="checkbox"/> 2.5~5	<input type="checkbox"/> <2.5	<input type="checkbox"/> <1
嘔吐	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1~2回 <24時間の点滅	<input type="checkbox"/> 3~6回 >24時間の点滅	<input type="checkbox"/> 7回以上 >24時間の点滅	<input type="checkbox"/> 生命の危険
下痢	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1~3回 <24時間の点滅	<input type="checkbox"/> 4~6回 >24時間の点滅	<input type="checkbox"/> 7回以上 >24時間の点滅	<input type="checkbox"/> 生命の危険
結核菌	<input type="checkbox"/> 陽性で陽性なし	<input type="checkbox"/> 陽性で陽性なし	<input type="checkbox"/> 陽性で陽性なし	<input type="checkbox"/> 陽性で陽性なし	<input type="checkbox"/> 生命の危険
神経障害	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

図 II-5 生活のしやすさに関する質問票

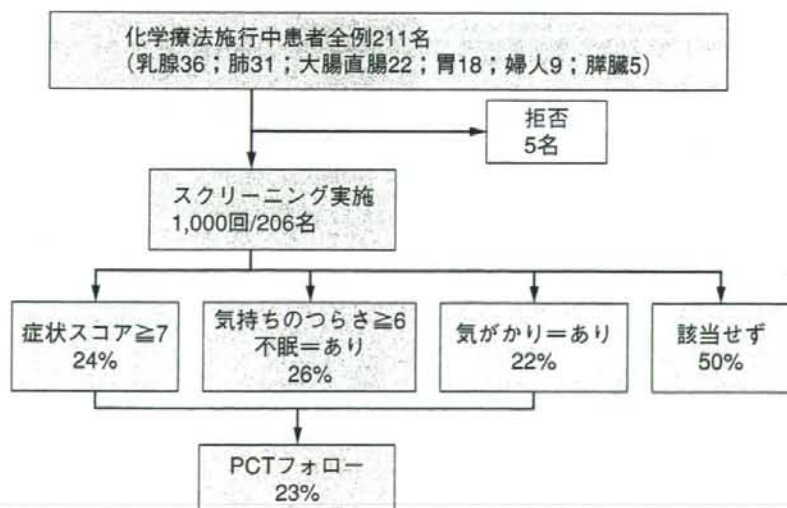


図 II-6 生活のしやすさに関する質問票を使った緩和ケアニードのスクリーニング

事例が散見される。今後、スクリーニングツールの導入前後での緩和ケアの状況を経時的に解析し、スクリーニングを継続するかを判断する必要がある。それと並行して、スクリーニングが行われていない対象での緩和ケアの充実をはかる必要がある。

〈使用上の許諾に関して〉

いずれも特に使用上の許諾などは必要としません。詳細は、聖隷三方原病院ホームページ (<http://www.seirei.or.jp/mikatahara/default.asp>) 「当院の取り組み—緩和ケア」または、緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM プロジェクト) ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>) をご覧ください。

文 献

- 1) Nekolaichuk CL, Maguire TO, Almazor MS, et al : Assessing the reliability of patient, nurse, and family caregiver symptom ratings in hospitalized advanced cancer patients. *J Clin Oncol* 17 : 3621-3630, 1999
- 2) Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al : Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J*

Clin Oncol 23 : 2637-2644, 2005

- 3) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Screening for discomfort as the fifth vital sign using an electronic medical recording system ; a feasibility study. *J Pain Symptom Manage* 35 (4) : 430-436, 2008
- 4) 森田達也, 藤本亘史, 難波美貴, : STAS-J を用いた苦痛のスクリーニングシステム. *緩和医療学* 9 : 159-162, 2007
- 5) Morita T, Fujimoto K, Namba M, et al : Palliative care needs of cancer outpatients receiving chemotherapy ; an audit of a clinical screening project. *Support Care Cancer* 16 (1) : 101-107, 2008
- 6) Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al : Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory ; a validation study. *J Pain Symptom Manage* 26 : 1093-1104, 2003
- 7) Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, et al : Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 97 : 2605-2663, 2003

森田 達也*¹, 藤本 亘史*²,
佐久間由美*³

(*¹聖隷三方原病院 緩和和支持治療科,

*²聖隷三方原病院 緩和ケアチーム・認定看護室,

*³聖隷三方原病院 腫瘍センター・がん専門看護師)

5

代理症状評価尺度 (STAS-J 症状版)

はじめに

1 症状評価

進行がん患者の緩和ケアに関しては、症状評価が重要な役割を果たす。しかし、進行がん患者、特に終末期がん患者においては、患者の自記やインタビューによる症状評価は困難であることが少なくない。そのため、医療者が治療の効果を判定したり、変更を考えるために、代理（他者）評価を行う必要がある。

2 代理評価

1. STAS-J 症状版

STAS-J 症状版は、そのために作成された代理評価尺度で、このような代理（他者）評価尺度はわが国では IDAS¹⁾ などがある。STAS-J 症状版は、STAS-J のアイテム 2 をもとにしており、STAS-J 症状版の信頼性が検討される以前から STAS-J のアイテム 2 を応用した症状評価が行われていた^{2,3)}。

STAS-J 症状の信頼性

STAS-J 症状版の信頼性は、2つの大学病院における緩和ケアチームの調査によって検討されている⁴⁾。この調査では、緩和ケアチームの医師と看護師が独立して紹介後 2 日目と 1 週間後に STAS-J 症状版の評価を行い、評価者間信頼性を検討した。

その結果、信頼性の指標である級内相関係数が 20 項目中 13 項目で「ほぼ完全な一致」「高度の一致」、5 項目が「中程度の一致」であった⁴⁾。

STAS-J 症状版の使い方

STAS-J 症状版は図 II-7 に挙げた 20 項目について、0 から 4 の 5 段階で評価する。評価は原則として医療者が行う、代理（他者）評価という方法をとる。評価方法は、オリジナルの STAS-J のアイテム 2 に準じているが、臨床で使いやすいように教示文を変更している (<http://plaza.umin.ac.jp/~stas/>)。尺度の使用にあたり許諾を得る必要はない。

文 献

- 1) 石黒浩史, 宮森 正, 松田豊子, 他: 病状・日常生活統合スコア (IDA score) を用いた終末期がん患者における症状緩和の予後因子の検討. 死の臨床 20: 59-63, 2007
- 2) Edmonds PM, Stuttford JM, Penny J, et al: Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. *Palliat Med* 12(5): 345-351, 1998
- 3) Morita T, Fujimoto K, Tei Y: Palliative care team the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 29(5): 458-465, 2005
- 4) Miyashita M, Yasuda M, Baba R, et al: Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse: A hospital-based palliative care team setting. *Europ J Cancer Care* (in press).

- 0…なし
 1…時折、断続的。患者は今以上の治療を必要としない。
 (現在の治療に満足している、介入不要)
 2…中等度。時に悪い日もあり、日常生活動作に支障をきたすことがある。
 (薬の調節やなんらかの処置が必要だが、ひどい症状ではない)
 3…しばしばひどい症状があり、日常生活動作や集中力に著しく支障をきたす。
 (重度、しばしば)
 4…ひどい症状が持続的にある。
 (重度、持続的)
 *…評価不能

疼 痛	0	1	2	3	4	*
し び れ	0	1	2	3	4	*
全身倦怠感	0	1	2	3	4	*
呼吸困難	0	1	2	3	4	*
せ き	0	1	2	3	4	*
た ん	0	1	2	3	4	*
嘔 気	0	1	2	3	4	*
嘔 吐	0	1	2	3	4	*
腹 満	0	1	2	3	4	*
口 渴	0	1	2	3	4	*
食欲不振	0	1	2	3	4	*
便 秘	0	1	2	3	4	*
下 痢	0	1	2	3	4	*
尿 閉	0	1	2	3	4	*
失 禁	0	1	2	3	4	*
発 熱	0	1	2	3	4	*
ね む け	0	1	2	3	4	*
不 眠	0	1	2	3	4	*
抑 う つ	0	1	2	3	4	*
せん 妄	0	1	2	3	4	*
不 安	0	1	2	3	4	*
浮 腫	0	1	2	3	4	*
その他 ()	0	1	2	3	4	*

図 II-7 STAS-J 症状版—症状が患者に及ぼす影響

宮下 光令

2

進行がん患者のための自己効力感尺度
(SEAC)

はじめに

重篤な身体症状を抱える終末期や進行がん患者にとって、症状などの身体的な問題や、日常生活での問題に対応できているかどうかということが、心理的状态にも重大な影響を及ぼす。そこで、そのような心理的な見込み感、すなわちセルフ・エフィカシー (self-efficacy: 自己効力感) を測定する尺度として「進行がん患者のための自己効力感尺度」(Self-Efficacy Scale for Advanced Cancer; SEAC) が開発された¹⁾。この尺度の対象は、ホスピス・緩和ケア病棟入院中の進行・再発がん患者であるが、ほぼすべての病期にあるがん患者を対象に用いることができる。SEACは18項目からなり、下位尺度は、①身体症状への対処効力感 (symptom coping efficacy: 6項目)、②日常生活動作に対する効力感 (ADL efficacy: 6項目)、③情動統制の効力感 (affect regulation efficacy: 6項目) である。

この尺度を用いた研究により、終末期がん患者の自己効力感は、身体的状況と抑うつ・不安などの心理的苦痛を媒介する要因であることが明らかとなっている^{2,3)}。このほかにも、がん患者の補完代替医療の利用に関する研究⁴⁾、肺がん患者のネットワークサイズに関する研究⁵⁾、肺がん患者の外來化学療法利用に関する研究で用いられている⁶⁾。

SEACの信頼性・妥当性

SEACの信頼性は、Cronbachの α 係数による内的整合性と再検査法により検討されている。 α 係数は、身体症状への対処効力感で0.76、日常生活

動作に対する効力感で0.81、情動統制の効力感で0.73であり、高い内的整合性が確認された。一方で妥当性として、各因子の検証的因子分析によって高い適合度が得られており、因子妥当性が確認されている。

次に、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) との関係が解析され、SEACの各下位尺度とHADSの抑うつ・不安との間には、 $-0.67 \sim -0.32$ の相関が認められ、構成概念妥当性の一部が示されている。また、この関係は時系列変化による影響を受けないことが示されている³⁾。

SEACの使い方

SEACは、図IV-1に示した18項目について「まったく自信がない」を0点、「五分五分の自信がある」を50点、「完全に自信がある」を100点とし、10点刻みの11件法のスケールで評価する。集計方法は、下位因子それぞれについて6項目内での平均点を算出する(100点満点)。因子間相関が一定して高いので、3下位尺度得点の平均点を「自己効力感得点」として算出することが可能である。質問紙に組み込んで利用することが可能であるが、直接面接して1項目ずつ確認しながら評価する方が望ましい。

本尺度は、ホームページ (<http://grappo.jp/archives/29>) からダウンロードすることができる。尺度の使用にあたり許諾を得る必要はないが、得られた結果を論文などで発表する場合には、この尺度について記した文献¹⁾の引用を明記する必要がある。

◆以下の質問は、項目で示すような行動・行為を、あなたが今現在のどのくらい行うことができるか、つまりあなたの「できる」という見込み感を調べるものです。それぞれの項目について、完全な自信がある場合を100点とし、まったく自信がない場合を0点として、漠然とした感覚（たとえば、かなり自信がある⇒90点）で結構です。あなたの場合にぴったりくる点数に○をつけてください。

因子名	まったく自信がない	五分五分の自信がある	完全に自信がある
ADE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
SCE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ARE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ARE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ARE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ARE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
SCE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ADE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ADE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
SCE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ADE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
SCE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ADE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
SCE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ADE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
SCE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ADE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
SCE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
ADE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100
SCE	0	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	100

〈採点方法〉

以下の下位因子それぞれについて平均点を算出する（100点満点）。どの項目がどの因子にあたるかは、項目横の因子名の略称を参照すると、因子間相関が一定して高いので、尺度全体の得点を“自己効力感得点”として算出することが可能である。

情動統制に対する効力感：ARE (affect regulation efficacy)	3) 4) 5) 6) 14) 17)
症状コントロールに対する効力感：SCE (symptom coping efficacy)	2) 7) 10) 12) 16) 18)
ADL (日常生活動作) に対する効力感：ADE (ADL efficacy)	1) 8) 9) 11) 13) 15)
病気にに対する自己効力感：SEC (total self-efficacy)	

(進行) がん患者の病気にに対する効力感尺度 (Self-Efficacy Scale for Advanced Cancer; SEAC)

図IV-1 [がん患者の病気にに対する効力感尺度]の項目と採点法

文 献

- 1) 平井 啓, 鈴木要子, 恒藤 暁, 他: 末期がん患者のセルフ・エフィカシー尺度作成の試み. 心身医学 41: 19-27, 2001
- 2) Hirai K, Suzuki Y, Tsuneto S, et al: A structural model of the relationships among self-efficacy, psychological adjustment, and physical condition in Japanese advanced cancer patients. *Psychooncology* 11: 221-229, 2002
- 3) 平井 啓, 鈴木要子, 恒藤 暁, 他: 末期がん患者のセルフ・エフィカシーと心理的適応の時系列変化に関する研究. 心身医学 42: 111-118, 2002
- 4) Hirai K, Komura K, Tokoro A, et al: Psychological and behavioral mechanisms influencing the use of complementary and alternative medicine (CAM) in cancer patients. *Ann Oncol* 19: 49-55, 2008
- 5) 塩崎麻里子, 平井 啓, 所 昭宏, 他: 肺がん患者におけるサポートネットワークサイズとその予測要因. 心身医学 46: 883-890, 2006
- 6) Hirai K, Arai K, Tokoro A, et al: Self-efficacy, psychological adjustment and decisional-balance regarding decision making for outpatient chemotherapy in Japanese advanced lung cancer. *Psychology and Health*, 2008 (in press)

平井 啓

(大阪大学 コミュニケーションデザイン・センター)

3

がん患者の心配評価尺度 (BCWI)

はじめに

がん患者は、がん罹患に付随してさまざまな内容の心配事を抱える。これまで、不安と抑うつを測定するための尺度として、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) などが開発されている。これらの尺度では、不安の症状を測定することはできるが、不安や心配していることの内容を評価することはできなかった。

心配事の内容を評価できることは、それぞれの患者のニーズに応じたケアの提供につながる。患者を不安にさせる要因として、感情に関する心理的要因、身体的要因や人間関係に関する要因などが挙げられている。しかし、その中でも、出来事からのイメージによって生じる心配、特に将来に対する心配は、他の「不安」と区別する必要があると考えられる。

「がん患者の心配評価尺度 (Brief Cancer-related Worry Inventory ; BCWI)」は、がん患者がもつ、がんに関連した心配事の内容や心配の大きさを評価するための心理尺度として開発された¹⁾。BCWI は 3 因子 15 項目からなり、下位尺度は、①将来に対する心配 (future prospects : 6 項目)、②身体的心配 (physical and symptomatic problems : 4 項目)、③対人社会的心配 (social and interpersonal problems : 5 項目) である。

BCWI の信頼性・妥当性

BCWI の信頼性は、乳がん患者と肺がん患者を対象とした調査から、内的一貫性および再検査信頼性が検討されている。Cronbach の α 係数は、乳

がん患者においては「将来に対する心配」で 0.90、「身体的心配」で 0.77、「対人社会的心配」で 0.83 であり、肺がん患者においては「将来に対する心配」で 0.86、「身体的心配」で 0.69、「対人社会的心配」で 0.75 であり、高い内的一貫性が確認された。また、再検査法による相関係数は、「将来に対する心配」で 0.75、「身体に関する心配」で 0.53、「対人社会的心配」で 0.54 であり、再検査信頼性も確認された。

一方、妥当性の検討として、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)、Impact of Event Scale Revised (IES-R)、Medical Outcomes Study Short Form-8 (SF-8) それぞれとの関係が解析された。BCWI と HADS および IES-R との間には 0.59～0.27 の相関、BCWI と SF-8 との間には -0.43～-0.19 の相関が認められ、構成概念妥当性の一部が示されている。

また多次元尺度法によって、がんに関連する心配事が、不安や抑うつ、PTSD 症状とは異なるものであることが明らかにされている。

BCWI の使い方

BCWI は、図 IV-2 に示した 15 項目について、「全く心配がない」を 0 点、「中くらいに心配である」を 50 点、「非常に心配である」を 100 点とし、10 点刻みの 11 件法のスケールで評価する。集計方法は、3 つの下位因子それぞれについて、項目内での平均点を算出する (100 点満点)。因子間相関が一定して高いので、3 下位尺度得点の平均点を「心配評価得点」として算出することが可能である。質問紙に組み込んで利用することが可能であるが、

以下の質問は、項目で示すような事柄について、今現在、それぞれのどのくらい心配（不安）を感じておられるかを調べるものです。

「まったく心配がない」を0点、「非常に心配である」を100点として、漠然とした感覚で結構ですので、現在のあなたに最もびったりくる点数に○をつけてください。

	心 ま っ た く な い	0	10	20	30	40	心 中 く ら い に	50	60	70	80	90	心 非 常 に	100
1) がんという病気自体		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
2) 家族との関係		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
3) 自分のこころの状態		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
4) 治療の効果		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
5) 主治医や医療スタッフとの関係		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
6) 家族の将来		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
7) 病気にうまく対処できるかどうかということ		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
8) 自らの生と死		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
9) つらいからだの症状		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
10) 治療の副作用		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
11) 容姿の変化		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
12) 今の病気が悪化するかもしれないこと		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
13) 経済的な問題		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
14) 性的な問題		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100
15) 家事や自分の仕事		0	10	20	30	40		50	60	70	80	90		100

図IV-2 がん患者の心配評価尺度 (Brief Cancer-related Worry Inventory; BCWI)

直接面接して1項目ずつ確認しながら評価する方が望ましい。

文 献

- 1) Hirai K, Shiozaki M, Motooka H, et al : Discrimination between worry and anxiety among cancer patients ; development of a brief cancer-related worry inventory. *Psychooncology*. 2008 May 6. [Epub ahead of print]

平井 啓

本尺度は、ホームページ (<http://grappo.jp/archives/51>) からダウンロードすることができます。尺度の使用にあたり許諾を得る必要はないが、得られた結果を論文などで発表する場合には、この尺度について記した文献¹⁾の引用を明記する必要があります。

6

包括的な緩和ケアの代理評価尺度
(STAS-J)

はじめに

STAS (Support Team Assessment Schedule) は英国で Higginson らによって開発された、ホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の1つである。主要項目として「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族とのコミュニケーション」「職種間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療スタッフとのコミュニケーション」の9項目からなる(図V-3)。

医師、看護師など医療専門職による「代理評価」という方法をとるため、患者さんに負担を与えないという利点がある。STASの信頼性・妥当性に関しては Higginson らによって検証されている¹⁾。STASは英国以外でも翻訳、使用されており、カナダでも信頼性・妥当性の研究が行われている²⁾。

STAS-Jの信頼性と妥当性

STAS-Jは、STASの日本語版である。STASワーキンググループによって逆翻訳法を用いて、日本語版が作成され、信頼性・妥当性の検証が行われた³⁾。STAS-Jの信頼性は10例の仮想症例を用いて、評価者間信頼性と評価者内信頼性の検討がなされている。評価者間信頼性においては、それぞれの項目の重みつきカッパ係数は $\kappa=0.53\sim0.77$ であり、評価者内信頼性(再現性)は、それぞれの項目で $\kappa=0.64\sim0.85$ であった。

STAS-Jの妥当性は、緩和ケア病棟に入院中の患者、家族へのインタビューに基づいた評価と看護師の評価を比較した。患者を基準とした看護師

の評価の妥当性は、一致割合で完全一致がそれぞれ38~70%、ほぼ一致(±1)の割合は74~100%であった。重みつきカッパ係数はそれぞれの項目で0.08~0.51であった。家族を基準とした看護師評価の妥当性は、一致割合で完全一致がそれぞれ36~68%、ほぼ一致(±1)の割合は80~100%であった。重みつきカッパ係数はそれぞれの項目で0.07~0.43であった。

項目によってはあまり良い結果ではなかったが、この結果は英国における Higginson らの結果、カナダにおける Carson らの結果とほぼ同じであり、STAS-Jの妥当性は英語の原版とほぼ同等で、日本語訳によって性能が落ちていないという結果であった。

STAS-J 症状版の使い方

STAS-Jは、患者さんの身体的症状について(2項目)、患者さんの不安・病状認識について(2項目)、ご家族の不安・病状認識について(2項目)、コミュニケーションについて(3項目)の計9項目からなる。各項目は0~4の5段階からなり、各段階につけられた説明文を見て最も近いものを選ぶようになっている。0が症状が最も軽い(問題が小さい)こと、4が症状が最も重い(問題が大きい)ことを意味する。

STAS-Jは、ケアを提供しているスタッフが記入する。そのため、患者さんの全身状態にかかわらず、緩和ケアを受けている全患者さんに実施することが可能である。評価は、基本的にチーム・カンファレンスでの話し合いをもとに行う。また、プライマリーナースなど、同じ人が継続して記入

1. 痛みのコントロール：痛みが患者に及ぼす影響
 - 0 = なし
 - 1 = 時折の、または断続的な単一の痛みで、患者が今以上の治療を必要としない痛みである。
 - 2 = 中程度の痛み、時に調子の悪い日もある。痛みのため、病状からみると可能なはずの日常生活動作に支障をきたす。
 - 3 = しばしばひどい痛みがある。痛みによって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。
 - 4 = 持続的な耐えられない激しい痛み。他のことを考えることができない。
2. 症状が患者に及ぼす影響：痛み以外の症状が患者に及ぼす影響

症状名
 (.....)

 - 0 = なし
 - 1 = 時折の、または断続的な単一または複数の症状があるが、日常生活を普通に送っており、患者が今以上の治療を必要としない症状である。
 - 2 = 中等度の症状、時に調子の悪い日もある。病状からみると、可能なはずの日常生活動作に支障をきたすことがある。
 - 3 = たびたび強い症状がある。症状によって日常生活動作や物事への集中力に著しく支障をきたす。
 - 4 = 持続的な耐えられない激しい症状。他のことを考えることができない。
3. 患者の不安：不安が患者に及ぼす影響
 - 0 = なし
 - 1 = 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の兆候は見られない。集中力に影響はない。
 - 2 = 今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。
 - 3 = しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。
 - 4 = 持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。
4. 家族の不安：不安が家族に及ぼす影響

家族は患者に最も近い介護者として、その方々は、両親であるのか、親戚、配偶者、友人であるのかコメント欄に明記してください。
 注：家族は時間の経過により変化する可能性があります。変化があった場合、コメント欄に記入してください。

コメント
 (.....)

 - 0 = なし
 - 1 = 変化を気にしている。身体面や行動面に不安の徴候は見られない。集中力に影響はない。
 - 2 = 今後の変化や問題に対して張り詰めた気持ちで過ごしている。時々、身体面や行動面に不安の徴候が見られる。
 - 3 = しばしば不安に襲われる。身体面や行動面にその徴候が見られる。物事への集中力に著しく支障をきたす。
 - 4 = 持続的に不安や心配に強くとらわれている。他のことを考えることができない。
5. 患者の病状認識：患者自身の予後に対する理解
 - 0 = 予後について十分に認識している。
 - 1 = 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2~3カ月であろう予後を6カ月と考えている。
 - 2 = 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、私も近々そうなるかもしれない」と思っている。
 - 3 = 非現実的に思っている。例えば、予後が3カ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。
 - 4 = 完全に回復すると期待している。
6. 家族の病状認識：家族の予後に対する理解
 - 0 = 予後について十分に理解している。
 - 1 = 予後を2倍まで長く、または短く見積もっている。例えば、2~3カ月であろう予後を6カ月と考えている。
 - 2 = 回復すること、または長生きすることに自信が持てない。例えば「この病気で死ぬ人もいるので、本人も近々そうなるかも知れない」と思っている。
 - 3 = 非現実的に思っている。例えば、予後が3カ月しかない時に、1年後には普通の生活や仕事に復帰できると期待している。
 - 4 = 患者が完全に回復することを期待している。

図V-3 STAS 日本語版

7. 患者と家族とのコミュニケーション：患者と家族とのコミュニケーションの深さと率直さ
 0＝率直かつ誠実なコミュニケーションが、言語的・非言語的になされている。
 1＝時々、または家族の誰かと率直なコミュニケーションがなされている。
 2＝状況を認識してはいるが、その事について話し合いがなされていない。患者も家族も現状に満足していない。あるいは、パートナーとは話し合っても、他の家族とは話し合っていない。
 3＝状況認識が一致せずコミュニケーションがうまくいかないため、気を使いながら会話が行われている。
 4＝うわべだけのコミュニケーションがなされている。
8. 職種間のコミュニケーション：患者と家族の困難な問題についての、スタッフ間での情報交換の早さ、正確さ、充実度
 関わっている人（職種）を明記してください
 (.....)
 0＝詳細かつ正確な情報が関係スタッフ全員にその日のうちに伝えられる。
 1＝主要スタッフ間では正確な情報伝達が行われる。その他のスタッフ間では、不正確な情報伝達や遅れが生じることがある。
 2＝管理上の小さな変更は、伝達されない。重要な変更は、主要スタッフ間でも1日以上遅れて伝達される。
 3＝重要な変更が数日から1週間遅れで伝達される。
 例) 退院時の病棟から在宅担当医への申し送りなど。
 4＝情報伝達がさらに遅れるか、全くない。他のどのようなスタッフがいつ訪ねているのかわからない。
9. 患者・家族に対する医療スタッフのコミュニケーション：患者や家族が求めた時に医療スタッフが提供する情報の充実度
 0＝すべての情報が提供されている。患者や家族は気兼ねなく尋ねることができる。
 1＝情報は提供されているが、十分理解されていない。
 2＝要求に応じて事実は伝えられるが、患者や家族はそれより多くの情報を望んでいる可能性がある。
 3＝言い逃れをしたり、実際の状況や質問を避けたりする。
 4＝質問への回答を避けたり、訪問を断る。正確な情報が与えられず、患者や家族を悩ませる。
- 【特記事項】
- ☆評価できない項目は、理由に応じて以下の番号を書いてください。
 7：入院直後や家族はいるが面会に来ないなど、情報が少ないため評価できない場合
 8：家族がいないため、家族に関する項目を評価できない場合
 9：認知状態の低下や深い鎮静により評価できない場合

図V-3 つづき

することが望ましい。

STAS-Jでは、項目はそれぞれ個別に解釈される。全項目を合計して総得点を出すというような使い方は推奨できない。

STAS-Jの使用方法的詳細については、STAS-Jのホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/stas/>)に掲載されている「STAS-Jスコアリングマニュアル」もしくはSTAS-Jの紹介論文⁴⁾をご参照いただきたい。

STAS-Jの臨床における応用

STAS-Jの導入に関してはいくつか注意した方がよい点がある。たとえば、コアスタッフを決める、少人数から導入するなどである。STAS-Jの導入の注意点については、中島らの論文を参照されるとよい⁵⁾。

STAS-Jの臨床における応用は「緩和ケアの臨床活動の定期的な評価（クリニカル・オーデイト）」での使用、研究の評価尺度としての使用などが考えられる⁶⁾。もともとはクリニカル・オーデイトといわれる臨床の質の改善と評価のためにつくられたツールだったが、最近ではSTAS-Jの患者に負担を与えず、全例を評価できるという利点を生かした、研究での使用も増えてきた。

STAS-Jの臨床における応用については、2006年と2007年に日本死の臨床研究会で「STAS-Jの使用経験とこれからの課題」と題したミニワークショップを開催し、議論してきた（2008年も開催予定^{7,8)}。STAS-Jを導入しようとする施設は、ぜひこれらのワークショップの結果をみてご参考にされるとよいと思う。

ワークショップで実際に使用したスライドはホームページからダウンロードされるようになっている。STAS-Jに関する情報はSTAS-Jのホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/stas/>) に集約されている。スコアリングマニュアルやSTAS-Jのダウンロードができるようになっており、過去の講習会の記録もすべて掲載している。STAS-Jの使用にあたっては、許諾は必要なく、誰でも使用することが可能である。

- 1) Higginson I, McCarthy M : Validity of the support team assessment schedule ; Do staffs' rating reflect those made by patients or their families? *Palliat Med* 7 : 219-228, 1993
- 2) Carson MG, Fitch MI, Vachon ML : Measuring patient outcomes in palliative care ; a reliability and validity study of the support team assessment schedule. *Palliat Med* 14 : 25-36, 2000
- 3) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T : Reliability and Validity of Japanese version STAS (STAS-J). *Palliat Support Care* 2 : 379-384, 2004
- 4) 宮下光令, 笹原朋代 : STAS-Jを用いた緩和ケアの自己評価. *看護管理* 15 : 993-998, 2005
- 5) 中島信久, 秦 温信, 小嶋裕美, 他 : 急性期病棟における STAS 日本語版の導入と問題点—アンケート調査の結果から. *緩和ケア* 16 : 561-565, 2006
- 6) 中島信久, 秦 温信 : がん告知の内容からみた終末期ケアの質の検証—STAS 日本語版によるクリニカル・オーデイト. *緩和医療学* 8(1) : 55-61, 2006
- 7) 宮下光令 : 「STAS-Jの使用経験とこれからの課題2007」開催報告. *緩和ケア* 18 : 73-76, 2008
- 8) 宮下光令 : 「STAS-Jの使用経験とこれからの課題」開催報告—STAS-J導入の成功と継続使用のために. *緩和ケア* 17 : 166-169, 2007

宮下 光令

(東京大学大学院 医学系研究科健康科学・看護学専攻成人看護学/緩和ケア看護学分野)

笹原 朋代

(筑波大学大学院 人間総合科学研究科看護科学系)

2

ホスピス緩和ケア病棟ケアに対する
評価尺度 (CES)

はじめに

ホスピス・緩和ケア病棟の拡充に伴い、ケアの質の統一的な評価の方法が問題となり、1999年に全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会が、850名の遺族を対象として調査を行った。そして、ホスピスケアを受けた遺族の満足度尺度が開発された¹⁾。しかし、天井効果が生じるなどの問題があった。

そこで、平成12～14年度、厚生労働科学研究医療技術評価総合研究事業「緩和医療提供体制の拡充に関する研究班」により、全国のホスピス・緩和ケア病棟の遺族を対象に、ホスピス・緩和ケア病棟のケアの質を評価する「ホスピス緩和ケア病棟ケアに対する評価尺度 (Care Evaluation Scale for Hospice and Palliative Care ; CES)」の開発が行われた²⁾。CESは28項目で構成されており、①身体的ケア、②精神的ケア、③説明・意思決定、④設備・環境、⑤介護負担軽減、⑥費用、利用しやすさ、⑦連携・継続、の7因子により構成され、身体的ケアには医師と看護師の2下位尺度、説明・意思決定には患者と家族の2下位尺度がある。さらに全項目の合計をケアに対する総合評価として扱うことが可能である。この尺度を用いて遺族の後悔感情との関連について検討された研究がある³⁾。

CESの信頼性・妥当性

CESの信頼性は、Cronbachの α 係数による内的整合性と再検査法により検討されている。尺度全体での α 係数は0.98以上となって、高い内的整合

性が確認された。6カ月の間隔をあげた再検査法では、尺度全体での級内相関係数は0.57となった。よって、十分な再現性が確保されているといえる。

一方で妥当性として、検証的因子分析によって高い適合度が得られており、因子妥当性が確認されている (Chi-square (df=338)=879.202, $p < 0.001$; GFI=0.838; AGFI=0.806; CFI=0.925)。次に、CESと実際のケアの経験とケアに対する満足度といずれも相関係数が0.4～0.6となり中程度の相関関係が確認され、収束的妥当性が確認されている。一方、CESは、ケアに対する期待度、抑うつの変化と社会的望ましき尺度との間には有意な関係は認められなかった。

CESの使い方

CESは図M-1にあげた28項目について、「改善すべきところが大いにある」(1点)から「改善すべきところが全くない」(6点)の6段階で評価する。集計は、ケアに対する総合評価と4つの下位尺度を含む13因子について、各領域ごとに単純加算して合計点を計算するか、平均点を算出する。算出された得点は100点満点に変換すると分かりやすい (たとえば3項目の領域の場合は、得られた結果を18で除して100を掛ける)。

本尺度は10項目の短縮版が用意されている。項目は以下の通りである。1) 医師は患者様に将来の見通しについて十分説明した、2) 医師はご家族に将来の見通しについて十分説明した、3) 医師は患者様のつらい症状に速やかに対処していた、4) 看護師は必要な知識や技術に熟練していた、5) 患者様の希望がかなえられるようにスタッ

ホスピス・緩和ケア病棟に入院中に受けられた医療について、詳しくお伺い致します。以下に多くのご家族が患者さんとご家族の生活をよりよいものにするために必要とされと思われる項目を列挙しています。今ふりかえてみて、それぞれについて、患者さんとご家族の生活をより良いものにするために、まだ改善すべきところがあったかどうかについてお尋ねします。改善するべきところが、「全くない」から「大いにある」までのうち、最も近いもの一つだけ選んで番号に○をつけて下さい。

もし、必要としていなかった項目があれば「該当しない・必要としなかった」をお選びください。

	(不十分だった) ← (良かった) 改善すべきところが						該当しない・必要としなかった
	大いにある	かなりある	ある	少しある	ほとんどない	全くない	
〔医師の対応について〕							
1) 医師は患者様のからだ苦痛をやわらげるように努めていた	1	2	3	4	5	6	※
2) 医師は患者さんつらい症状にすみやかに対処していた	1	2	3	4	5	6	※
3) 医師は必要な知識や技術に熟練していた	1	2	3	4	5	6	※
〔看護師の対応について〕							
4) 看護師は、患者さん希望(ナースコールなど)にすみやかに対応した	1	2	3	4	5	6	※
5) 看護師は必要な知識や技術に熟練していた	1	2	3	4	5	6	※
6) 看護師は患者様が毎日の生活がなるべく快適になるように努めていた(気晴らし、音楽、趣味など)	1	2	3	4	5	6	※
〔患者様への精神的な配慮について〕							
7) 患者様の不安や心配をやわらげるように、スタッフは努めていた	1	2	3	4	5	6	※
8) 患者様の気分が落ち込んだときに、スタッフは適切に対応していた	1	2	3	4	5	6	※
9) 患者様の希望がかなえられるようにスタッフは努力していた	1	2	3	4	5	6	※
〔医師から患者様への説明について〕							
10) 医師は、患者様に、現在病状や治療内容について十分説明した	1	2	3	4	5	6	※
11) 医師は、患者様に、将来見通しについて十分説明した	1	2	3	4	5	6	※
12) 治療の選択に患者様の希望が取り入れられるように配慮していた	1	2	3	4	5	6	※
〔医師からご家族への説明について〕							
13) 医師は、ご家族に、現在の病状や治療内容について十分説明した	1	2	3	4	5	6	※
14) 医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明した	1	2	3	4	5	6	※
15) 治療の選択にご家族の希望がとり入れられるよう配慮していた	1	2	3	4	5	6	※
〔設備について〕							
16) 病室は使い勝手がよく、快適だった	1	2	3	4	5	6	※
17) 防音が十分になされていた	1	2	3	4	5	6	※
18) トイレや洗面台の設備が整っていた	1	2	3	4	5	6	※

図VI-1 ホスピス緩和ケア病棟のケアに対する評価尺度 (CES)

〔ご家族への配慮について〕						
19) ご家族が健康を維持できるような配慮があった	1	2	3	4	5	6 ※
20) ご家族が自分の時間をもったり、仕事を続けられるような配慮があった	1	2	3	4	5	6 ※
〔費用について〕						
21) 費用の請求内容は分かりやすかった	1	2	3	4	5	6 ※
22) 支払った費用は妥当だった	1	2	3	4	5	6 ※
〔入院（利用）について〕						
23) 必要なときに待たずに入院（利用）できた	1	2	3	4	5	6 ※
24) 入院（利用）の手続きは簡単だった	1	2	3	4	5	6 ※
25) 患者さんにご家族の意思にそった入院（利用）ができた	1	2	3	4	5	6 ※
〔連携や継続性について〕						
26) 医師や看護師などスタッフどうしの連携はよかった	1	2	3	4	5	6 ※
27) 診療にあたる医師や看護師は固定していた	1	2	3	4	5	6 ※
28) 治療の方針や予定は、今までの病気の経過に十分配慮して立てられていた	1	2	3	4	5	6 ※

図Ⅵ-1 (つづき)

フは努力していた、6) 病室は使い勝手がよく、快適だった、7) 支払った費用は妥当だった、8) 必要な時に待たずに入院（利用）できた、9) 医師や看護師などスタッフどうしの連携はよかった、10) ご家族が健康を維持できるような配慮があった。短縮版は各因子につき1項目しか用意されていないので、信頼性を十分に確保したい場合は28項目版を使用することが推奨される。

本尺度は、ホームページ (<http://rinro.hus.osaka-u.ac.jp/CES/>) からダウンロードすることができる。尺度の使用にあたり許諾を得る必要はないが、得られた結果を論文などで発表する場合には、この尺度について記した文献2)の引用を明記する必要がある。

文 献

- 1) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T : A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care. *Palliat Med* 16 : 141-150, 2002
- 2) Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, et al : Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage* 27 : 492-501, 2004
- 3) Shiozaki M, Hirai K, Dohke R, et al : Measuring the regret of bereaved family members regarding the decision to admit cancer patients to palliative care units. *Psychooncology* 17 : 926-31, 2008

平井 啓

3

遺族の評価による終末期がん患者の QOL 評価尺度 (GDI)

はじめに

終末期がん患者の QOL (Quality of Life) の評価は容易ではない。がん患者は終末期に近くなるにしたがって、身体機能、認知機能が低下し、通常の調査票への記入はきわめて困難になる。そのため、終末期がん患者へのケアの質や QOL を評価するために、遺族による評価が行われてきた^{1,2)}。海外では Teno らによる Toolkit (Toolkit after-death bereaved family member Interview)³⁾、Curtis らによる QODD (Quality of death and dying questionnaire for family member)^{4,5)}らの評価尺度が作成されている。

われわれは日本におけるがん患者の望む終末期の QOL (望ましい死) のあり方を明らかにし、その評価尺度を作成した。最初に、がん患者、家族、医師、看護師 63 名を対象としたインタビュー調査を行い、日本人における終末期がん患者の QOL の要素を抽出した⁶⁾。次に、全国の大規模な質問紙調査を行い、定量的な検討により、日本人の終末期がん患者の QOL の概念 (望ましい死の概念) として 18 のドメインを確定した⁷⁾。

これらは、多くの人が共通して望む 10 の概念 (コア 10 ドメイン) と、人によって大切さは異なるが重要なことである 8 の概念 (オプション 8 ドメイン) に分けることができた。われわれはこれらの調査の結果をもとにして、日本人の終末期がん患者の QOL を評価する尺度として、GDI (Good Death Inventory) を開発した。

GDI (Good Death Inventory) (図 VI-2)

GDI は、「からだや心のつらさが和らげられていること」「望んだ場所で過ごすこと」「希望や楽しみをもって過ごすこと」「医師や看護師を信頼できること」「家族や他人の負担にならないこと」「ご家族やご友人とよい関係でいること」「自分のことが自分でできること」「落ち着いた環境で過ごすこと」「ひととして大切にされること」「人生をまっとうしたと感じられること」のコア 10 ドメインと、「できるだけ治療を受けること」「自然なかたちで過ごせること」「伝えたいことを伝えておけること」「先々のことを自分で決められること」「病気や死を意識しないで過ごすこと」「他人に弱った姿を見せないこと」「生きていることに価値を感じられること」「信仰に支えられていること」のオプション 8 ドメインから構成されている。それぞれのドメインが 3 項目の質問からなり、全体で 54 項目の質問からなる。

症状などの医学的側面や療養場所などの医療システムだけでなく、実存的 (スピリチュアル) 側面を多く含んでいることが 1 つの特徴である。また簡便な調査を行うための短縮版も用意されている。この短縮版を用いて、2007~2008 年にわが国のがん診療連携拠点病院と緩和ケア病棟、在宅ケア施設を対象とした大規模な調査が行われている。

GDI の信頼性と妥当性

GDI の信頼性・妥当性は緩和ケア病棟のある 1 つの地域がん診療連携拠点病院において、一般病棟と緩和ケア病棟で死亡したがん患者の遺族に対

患者様が入院中に（ご自宅で）受けられた医療についてお聞きします。（入院中、）患者様は療養生活をどのようにお感じになられていたと思われますか、もっとも近い番号に○をおつけください。

思わない	全くそう	思わない	そう	あまりそう	思わない	いえない	どちらとも	そう思う	やや	そう思う	非常に	そう思う
------	------	------	----	-------	------	------	-------	------	----	------	-----	------

●[からだや心のつらさが和らげられていること]

- 患者様は痛みが少なく過ごせた
- からだの苦痛が少なく過ごせた（*）
- おだやかな気持ちで過ごせた

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

●[望んだ場所で過ごすこと]

- 患者様は望んだ場所で過ごせた（*）
- 望んだ場所で最期を迎えられた
- 療養した場所は患者様の意向にそっていた

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

●[希望や楽しみをもって過ごすこと]

- 患者様は希望をもって過ごせた
- 楽しみになるようなことがあった（*）
- 明るさをもって過ごせた

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

●[医師や看護師を信頼できること]

- 患者様は医師を信頼していた（*）
- 安心できる看護師がいた
- 医療者は気持ちをわかってくれた

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

●[家族や他人の負担にならないこと]

- 患者様は家族の負担になってつらいと感じていた
- 人に迷惑をかけてつらいと感じていた（*）
- 経済的な負担をかけてつらいと感じていた

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

●[ご家族やご友人とよい関係でいること]

- 患者様はご家族やご友人と十分に時間を過ごせた（*）
- ご家族やご友人に十分に気持ちを伝えられた
- ご家族やご友人から支えられていた

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

●[自分のことが自分でできること]

- 患者様は身の回りのことはたいい自分でできた（*）
- 移動や起き上がりが自分でできないつらさは、あまりなかった
- トイレや排泄について困ることがなかった

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

●[落ち着いた環境で過ごすこと]

- 患者様は落ち着いた環境で過ごせた（*）
- 静かな環境で過ごせた
- 自由に人に気兼ねしない環境で過ごせた

1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7

図VI-2 GDI (Good Death Inventory)

	全く 思わない	そう 思わない	あまり 思わない	どちら も いえない	そう 思う	やや 思う	そう 思う	非常に 思う
●[ひととして大切にされること]								
○患者様はひととして大切にされていた(*)	1	2	3	4	5	6	7	
○「もの」や子供扱いされることはなかった	1	2	3	4	5	6	7	
○生き方や価値観が尊重されていた	1	2	3	4	5	6	7	
●[人生をまっとうしたと感じられること]								
○患者様は人生をまっとうしたと感じていた(*)	1	2	3	4	5	6	7	
○充実した人生だと感じていた	1	2	3	4	5	6	7	
○こころ残りが無いと感じていた	1	2	3	4	5	6	7	
●[できるだけ治療を受けること]								
○患者様はできるだけ治療はしたと感じていた	1	2	3	4	5	6	7	
○十分に病気をたたくことができた	1	2	3	4	5	6	7	
○納得がいくまで治療を受けられた(**)	1	2	3	4	5	6	7	
●[自然なかたちで過ごせること]								
○患者様は自然に近いかたちで過ごせた(**)	1	2	3	4	5	6	7	
○必要以上に機械やチューブにつながれなかった	1	2	3	4	5	6	7	
○希望していない治療を無理に受けることがなかった	1	2	3	4	5	6	7	
●[伝えたいことを伝えておけること]								
○患者様は大切な人に伝えたいことを伝えられた(**)	1	2	3	4	5	6	7	
○会いたい人に会っておけた	1	2	3	4	5	6	7	
○まわりの人に感謝の気持ちを伝えられた	1	2	3	4	5	6	7	
●[先々のことを自分で決められること]								
○患者様は先々に起こることを詳しく知っていた(**)	1	2	3	4	5	6	7	
○自分が参加して治療方針を決められた	1	2	3	4	5	6	7	
○医師から予想される経過や時間(余命)を知らされていた	1	2	3	4	5	6	7	
●[病気や死を意識しないで過ごすこと]								
○患者様は病気や死を意識せずに過ごせた(**)	1	2	3	4	5	6	7	
○病気や死を意識せず、なるべく普段に近い毎日を送れた	1	2	3	4	5	6	7	
○病状について、知りたくないことは聞かずにいられた	1	2	3	4	5	6	7	
●[他人に弱った姿を見せないこと]								
○患者様は他人に弱った姿をみせてつらいと感じていた(**)	1	2	3	4	5	6	7	
○容姿がかわってしまい、つらいと感じていた	1	2	3	4	5	6	7	
○他人から同情やあわれみをうけてつらいと感じていた	1	2	3	4	5	6	7	

図VI-2 (つづき)