

図 3-16 鍼灸における経絡と経穴

た鍼灸師が触診すると、微細な反応部位（陥凹部、硬結、発汗など）としてとらえられます。経穴は、その部分の電気抵抗が低いともいわれています。鍼灸の基本的な考え方の1つとして、経絡に生命のもととなるエネルギーとしての“気と血”がスムーズに流れて（一方向性）いれば、健康が保たれているとし、逆にこの流れが停滞したり、逆方向に流れれば、さまざまな症状や病気が起こってくるという考え方です。“ツボ”を鍼や灸や指圧でうまく刺激してその停滞をなくしたり、“気”の流れの方向を正しくしてやると、症状が改善すると考えるのです。

2006年11月、つくば市での国際会議で、世界保健機関（WHO）西太平洋地域事務局により“ツボ”の位置が国際的に統一されました。鍼灸治療は約2000年の歴史がありますが、各国で引き継がれるうちに“ツボ”の位置や名称にずれが生じていました。まず、1989年WHOにより361か

表 3-9 鍼灸の適応 49 疾患リスト
(WHO 草案, 1996 年)

| |
|--|
| 運動器系疾患：外上顆炎（テニス肘）、頸部筋筋膜症、関節リウマチ、肩関節周囲炎、捻挫と打撲、変形性膝関節症など |
| 消化器・呼吸器系疾患：下痢・便秘、潰瘍性腸症候群、急性扁桃炎、咽頭炎、喉頭炎、慢性副鼻腔炎、気管支喘息など |
| 疼痛疾患：片頭痛、緊張型頭痛、坐骨神経痛、抜歯疼痛、扁桃腺摘出術後疼痛、ヘルペス後神経痛、三叉神経痛など |
| 循環器系疾患：狭心症を伴う虚血性心疾患、高血圧症、低血圧症、不整脈など |
| 泌尿・産婦人科系疾患：月経困難症、分娩誘導、月経異常、女性不妊、男性不妊、性交不能症、遺尿症、尿失禁など |
| その他の疾患：近視、肥満、メニエール症候群、片麻痺、うつ病、薬物中毒、アルコール依存症など |

表 3-10 NIH による鍼治療に関する合同声明（1997 年）

- 1) 鍼が有効であるという有望な結果が得られているもの
成人の術後、薬物療法時の悪心・嘔吐、歯科の術後痛
- 2) 補助的または代替的療法として役立つ可能性があるもの
薬物中毒、脳卒中のリハビリ、頭痛、月経痛、テニス肘、線維性筋痛、筋筋膜性疼痛、変形性関節炎、腰痛、手根管症候群、喘息

所の名称が統一され、2003年からは日中韓の3か国で統一案づくりに取り組んできました。

鍼灸の適応疾患および症状は、肩こり、腰痛、神経痛、頭痛、歯痛など、さまざまな痛みに対して有効です。WHOも1996年、適応49疾患のリスト（表3-9）をあげ、1997年にはNIHが鍼治療に関する合同声明（表3-10）を出しています。このように、鍼灸治療は国際的にその有効性が広く認知されてきています。

また、がん領域にもがん性疼痛や息切れなどの身体症状の軽減、心理的・精神的苦痛の軽減、QOL全般の改善、化学療法の副作用である、悪心・嘔吐やしびれなどの軽減、術後腸管運動麻痺の予防、乳がん治療の副作用としての顔面紅潮（hot flash）のぼせなどの治療などに対して用いられており、臨床試験も積極的に行われている現状があります。

c ● アロマセラピー

アロマセラピー、特に医療の分野におけるメディカル・アロマセラピーとは、芳香性の精油（エッセンシャルオイル）を用いて、香りをかいだり、さらに精油を用いたマッサージによって、症状の緩和、病気の予防・治療やリラクゼーションを得ることを目的とした治療法です。さらに、看護や介護の領域にも応用されるものです。アロマセラピーの有効成分である精油は以下の3つの経路で体内に入り、その薬理作用を発揮すると考えられます。

- ①鼻腔内において・香りとして神経系（主に、自律神経系）に作用する。
- ②皮膚から直接吸収されて局所で作用するほか、血流で全身に運ばれて神経系、内分泌系に作用する。
- ③気道粘膜から吸収されて、局所ならびに全身に運ばれて神経系、内分泌系に作用する。

がん患者に対しても、心理・精神症状、特に不安やうつ症状の改善効果、がんに伴う痛みなどの身体症状の改善効果、抗がん剤や放射線療法の副作用軽減効果などが期待されています。また、がん患者のQOLを改善するかどうかを検討する臨床試験が行われています。

d ● 心理療法（サイコセラピー）

通常の医療もそうですが、身体的症状に対する配慮に加えて、心理療法による精神的なケアが必要であることはいうまでもないことです。

心理療法（psychotherapy）は、NCCAMの示したCAMの分類のなかでは「心身医療」のカテゴリーに含まれています。心理療法自体は、臨床心理学の伝統的な柱の1つであり、さまざまな分野ですでに用いられています。また、精神医療においても薬物療法と並び主要な治療法の1つとなっています。CAMの一部としての心理療法は、通常の身体疾患の治療を補完し、患者QOLを向上させるために重要な働きをするものとして位置づけることができます。

身体疾患を有する患者のなかで、特にがん患者に対する心理療法については最も数多くの研究がなされています。がん患者は告知を受けてから治療が進む過程において、30～40%が適応障害、鬱（うつ）や不安が存在することが知られています。そして、こうした状態を放置したままで通常の治療を行っても効果が上がらないと考えられています。特にこの分野はサイコオンコロジー（psycho-oncology; 精神腫瘍学）と呼ばれています。がん患者のこうした心理的な反応としての抑うつや不安に対してさまざまな種類の心理療法が用いられ、その有効性についての報告がなされています。最も有名な研究はSpiegelらが1989年に報告した研究で、転移のある乳がん患者86名について、実存的グループ療法を行う介入群と対照群に無作為に分けその効果を比較する研究を行いました。10年間追跡調査の結果、介入群の平均生存期間が36.6か月であり、対照群の18.9か月に比して有意な差が認められました。その後の大規模な追跡試験の結果では、生存期間に対する有意な差は認められませんが、QOLに対して心理療法による良好な影響が確認されています。

がん患者に対する心理療法としては、来談者中心療法、精神分析療法といった伝統的な心理療法も行われています。加えて、認知行動療法が注目されており、特に最近の認知行動療法には、禅や瞑想と似たマインドフルネス心理療法と呼ばれる方法も行われています。がん患者以外にも、循環器疾患、糖尿病といった慢性疾患の患者を対象としてもさまざまな心理療法が行われています。

心理療法は、さまざまな心理検査を実施し得られた心理学的アセスメントに基づき、患者の考え方や気分、感情の変容や行動の修正を目的に行われます。これらを修正することにより、より大きな変化として人格的な変化や成長を目指す場合もあります。心理療法は基本的には各心理療法の専門家によってなされますが、CAMの領域では、心理学の専門家が行った心理アセスメントに基づいて多職種のチームにより介入が行われることが多

いと思われます。たとえば、糖尿病患者の体重管理のために、心理療法士がアセスメントを行い、行動療法の理論に基づく減量スケジュールを考えて、管理栄養士とともに介入を行い動機づけを行う場合もあります。今後、CAMの領域において、心理療法はこのような多職種によるアプローチによりますます用いられるようになることが予想されます。

6 CAMの問題点と今後の展望

CAMについて紹介してきましたが、CAMには今後解決していかなければならない問題点が山積しています。まず、医師（主治医）と患者間のCAMに関する意思の疎通が十分に行われていないという現状があります。先に述べたように、患者は医師をはじめ医療従事者に相談することなく、自己判断でCAMを利用しているのです。確かに、一般の医師が相談を受けても、十分に答えられない現状があるでしょう。最近、患者ならびに医療従事者向けのガイドブックが出てきていますが、CAMに関して相談できる専門外来をもっている医療施設はきわめて少ないのです。なお、CAMに関するデータベースとして、ウェブサイトでアクセスすれば、さらに詳しい情報が入手できます（NOTE参照）。今後の対策が求められています。

次に、現行の医学教育の中で、漢方を含む東洋医学の講義をカリキュラムに取り入れているところは確かに増えてきましたが、CAMを系統的に組み入れている大学は少ないでしょう。また、医学部の中でCAMを専門としている講座は、現時点ではわずか国立大学2か所にすぎません。今後、教育面での体制の整備が望まれます。

CAMの臨床試験においては、用いるツールとして統計学的に差が出にくいものを扱うことが多く、プロトコルのデザインやエンドポイントが重要であることを認識しなければなりません。また、評価のための客観的指標（バイオマーカー）も重要な因子です。それらの開発も含めた今後の検

NOTE 公開

CAMに関するインターネットによる情報

厚生労働省（食品安全情報）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/syoku-anzen/index.html>

独立行政法人 国立健康・栄養研究所

<http://www.nih.go.jp/eiken/>

日本補完代替医療学会

<http://www.jcam-net.jp/>

大阪大学大学院生体機能補完医学講座

<http://www.cam.med.osaka-u.ac.jp/>

米国補完代替医療センター（NCCAM）〈English〉

<http://nccam.nih.gov/>

米国 NCI がん補完代替医療局（OCCAM）〈English〉

<http://www.cancer.gov/cam/>

討が必要です。また、CAMに対しては、ユーザー（患者）の期待度が高く、心理的な要因が加わってプラセボ効果が出やすいといわれています。CAMの最終目標は、臨床試験でその効果を科学的に検証することであり、その結果を踏まえて、疾病の予防対策や医療機関における実際の診療に反映させなくてはなりません。前述のごとく、米国では個々のCAMにおける有効性について科学的検証を行うための基礎的、臨床的研究に莫大な国家予算を投じています。本邦でも、CAMに関する研究に対する経済的支援が必要だと考えられます。

また、CAM施術者の資格認定については、国家資格が与えられているものとして、あんま・マッサージ・指圧師、鍼灸師、柔道整復師がありますが、アロマセラピスト、リフレクソロジスト、整体師（カイロプラクター）では民間資格にとどまっています。さらに、CAM実施施設の基準や認定については確固たるものはないのが現状です。今後は行政によるCAM実施体制の整備が急がれます。

エビデンスが得られたCAMを現行の医療現場に還元していこうとするなかで問題となるのは、通常の保険医療との混合診療という障害です。現在、CAMの中で漢方と一部の鍼灸のみが保険診療の対象になっています。今後、混合診療が解禁

となる動きもありますが、そのときはまず最初にCAMの領域が適用されるのではないかと考えられます。

次に、CAMのこれからの展望について述べます。CAMは五感と密接に関係した医療です。われわれの生体は外界からの各種の刺激を、五感〔視覚、聴覚、嗅覚、味覚、触覚（体性感覚）〕のセンサーで受け止め、おのおののシグナルを生体内へと伝え、神経系、内分泌系、免疫系が反応し、さまざまな効果をもたらすのです。したがって、今後の研究課題として、人の五感に対する影響の度合いを精密かつ鋭敏に測定する方法の開発と科学的な感応評価方法の確立が必要になります。

また現在、ヒトゲノム計画に端を発した“omics”技術を用いて、mRNAやタンパクの発現、代謝産物の変化を網羅的にとらえることが可能となっています。今後、こうした新しいコンセプトによる新たな研究分野として注目されている“nutraceuticals”や“nutrinogenomics”の導入により、健康によい食品の開発や機能性食品が生体系に及ぼす影響などが解明されるでしょう。そして、CAMのオーダーメイド治療も夢ではありません。

さらに、CAMの今後の戦略に、宇宙医学（space medicine）が多くのノウハウを提供してくれています。これまでにNASA宇宙局では、究極の閉鎖空間におかれた宇宙飛行士に対して、微小重力（microgravity）が生体系に及ぼす種々の身体的・心理的要因について長年研究してきました。その成果がCAMの臨床にどんどん応用されることが期待されるようです。

最後にCAMのエンドポイントとして、単に現行の医療を補完するだけでなく、現代西洋医学との有機的な癒合をはかり、疾患の治療のみならず、

疾病予防、未病対策、健康の維持と増進を促し、全人的な立場で統括する統合医療が次世代の理想的な医療体系として考えられます。

それを実現するためには、医師（漢方を含む）、看護師、保健師、薬剤師（漢方を含む）、栄養士、鍼灸師、アロマセラピスト、臨床心理士、作業療法士、ソーシャルワーカーなどの多くの統合医療を実践する専門家がチームとしてかかわることができるような体制が整った、統合医療センターの設立が真に望まれるところです。

●引用文献

- 1) Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, et al.: Unconventional medicine in the United States. Prevalence, cost, and pattern use. *N Engl J Med* 328:246-252, 1993.
- 2) Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, et al.: Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *JAMA* 280:1569-1575, 1998.
- 3) Hyodo I, Amano N, Eguchi K, et al.: Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *J Clin Oncol* 23:2645-2654, 2005.
- 4) 厚生労働省がん研究助成金「がんの代替療法の科学的検証と臨床応用に関する研究」班編集：がんの補完代替医療ガイドブック。第2版、2008年7月。

話し合ってみましょう

CAMに関して、どのような臨床試験が本邦および海外で行われているかを、文献を読んで調べてみましょう。臨床試験の中で、どのようなツールを使って、どのような方法で実施され、その結果がどうであったか、みんなで話し合ってみましょう。

Ⅲ. 緩和ケアの調査・研究

2. 緩和ケアの質評価・実態調査

宮下 光令

(東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻緩和ケア看護学分野)

はじめに

緩和ケアを充実させるためには、質の保証のために評価を行うことが重要である。わが国での専門的緩和ケアはホスピス・緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、一部の在宅ホスピスを中心として展開されてきた。ホスピス・緩和ケア病棟に関しては、日本ホスピス緩和ケア協会が2006年に「ホスピス緩和ケアの基準と評価基準」を発刊し、それに基づくインターネットの自己評価などの質保証活動が行われつつある¹⁾。緩和ケアチームに関しては、2002年より緩和ケア診療加算が診療報酬に新設され、制度化された。緩和ケアチームに関しては緩和ケア診療加算の要件を1つの基準と考えるとよいだろう。また、わが国のがん診療の均てん化のために今後重要な役割をもつと考えられる「がん診療連携拠点病院」においても、一般病棟において緩和ケアを提供する緩和ケアチームの設置が定められており、その指定要件が1つの基準になると考えられる。この要件は2008年に改訂され、現在、すでに指定されている施設においても2010年からはすべての施設に適用されることになっている。また、緩和ケアの質の評価のためには、どのような医療が実施されているかを調査することも重要である。また、医療者が緩和ケアの提供に関して、どの程度の技術や知識をもっているかも重要と考えられる。

本稿では、これらについて、筆者が近年関わってきた研究を中心に解説する。緩和ケアの質評価はストラクチャ調査、アウトカム調査（遺族調査）、アウトカム調査（患者調査）、臨床における質保証のための活動（クリニカル・オーディット）に分けて解説する。実態調査については、診

療記録（カルテ）調査による実施されている医療の実態調査と、質問紙調査による医療者の自己評価や知識などに関する調査、緩和ケアの Quality Indicator、がん対策のための戦略研究の一環として行われた地域の緩和ケアに関する意識調査について解説する。それぞれ、現在進行中の調査について述べるとともに、過去に行われた重要な調査や開発されてきた尺度についてもレビューする。

ストラクチャ調査

Donabedian は医療の質の評価をストラクチャ・プロセス・アウトカムの3つの次元に整理した²⁾。ストラクチャとは適切な緩和ケアを提供するためのソフト・ハード面の整備状況を指すが、わが国では緩和ケア提供のストラクチャの詳細はあまり調査されてこなかった。日本ホスピス緩和ケア協会では、毎年加盟する緩和ケア病棟のストラクチャについて調査を行っている³⁾。一般病棟の緩和ケア提供のストラクチャ調査としては、筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究班が調査を行った。この調査は2007年9月時点で指定されていた、がん診療連携拠点病院288施設（みなし拠点病院を含む）を対象とし、「緩和ケアチーム」「薬剤部」の緩和ケア提供に関する実態調査を行った。この調査の結果、がん診療連携拠点病院における緩和ケアチームの活動実態や抱えている困難、採用薬剤やオピオイド消費量、緩和ケアに関する薬剤部の活動状況・実態などが明らかになった。結果の一部を表1, 2に示す⁴⁾。

この調査の結果を活用し、厚生労働省による日本緩和医療学会委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業 がん診療連

表1 緩和ケアチームのストラクチャー施設背景 (288施設中241施設が回答)

| | | n | % |
|--------------|-------------|-------------|-----|
| PCTの有無 | | 239 | 99% |
| 緩和ケア診療加算算定* | | 38 | 16% |
| PCTの医師数* | 平均±標準偏差、中央値 | 3.1±1.6、3.0 | |
| 専従医師* | | | |
| 身体症状緩和担当医師 | あり | 36 | 15% |
| 精神症状緩和担当医師 | あり | 9 | 4% |
| 常勤医師* | あり | 217 | 91% |
| PCTの看護師数* | 平均±標準偏差、中央値 | 2.5±1.5、2.0 | |
| 専従看護師* | あり | 56 | 23% |
| 常勤看護師* | あり | 209 | 87% |
| PCTのコメディカル数* | 平均±標準偏差、中央値 | 2.9±1.8、3.0 | |
| 専従コメディカル* | あり | 11 | 5% |
| 常勤コメディカル* | あり | 198 | 83% |
| 病床数* | 平均±標準偏差、中央値 | 555±197、540 | |

*PCTのある施設のみ回答 (n=239)

「拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査」が2008年2月に実施された。この調査はわが国のがん診療連携拠点病院における緩和ケアの水準を知り、それを施設や都道府県にフィードバックすることにより、がん診療連携拠点病院における緩和ケアのさらなる充実を図ることを目的としている。調査の項目はがん診療連携拠点病院に求められる緩和ケア機能を列挙したものであり、病院規模によって達成できる項目に限界はあるものの、原則として実施されることが望ましい項目である。調査項目の選定にあたっては、自己申告であることを考慮し、虚偽の報告がなされないような項目を選定した。この調査の結果の一部を抜粋し、表3に示す。この調査は全体や病院種別の集計などとともに、各都道府県の調査結果を日本緩和医療学会のホームページに掲載されている。(http://www.jspm.ne.jp/)。この調査の結果から、都道府県は、管轄内のがん診療連携拠点病院の緩和ケア機能の充実のために政策的な取り組みを行うこと、各施設は自施設の緩和ケア機能の充実のために努力することが求められている。

緩和ケア病棟や在宅ホスピスに関するストラクチャー調査は前述の日本ホスピス緩和ケア協会のものを除いてはあまり行われていないが、後述する2007年に実施された遺族調査の施設背景として、

表2 緩和ケアチームのストラクチャーコンサルテーションの実態

| | n | % |
|------------------|-----|-----|
| 〈平日の日勤帯の対応〉 | | |
| いつでも対応可能 | 83 | 35% |
| 対応できない時間は25%以下 | 45 | 19% |
| 対応できない時間は26~50% | 34 | 14% |
| 対応できない時間は51%以上 | 75 | 32% |
| 〈夜間の対応〉 | | |
| PCTに連絡できる | 67 | 29% |
| 代行する医療者が決まっている | 25 | 11% |
| 連絡できない | 143 | 61% |
| 〈休日の対応〉 | | |
| PCTに連絡できる | 62 | 26% |
| 代行する医療者が決まっている | 31 | 13% |
| 連絡できない | 141 | 60% |
| 〈直接患者のもとに訪室する頻度〉 | | |
| 週4回以上 | 68 | 29% |
| 週2~3回 | 82 | 35% |
| 週1回 | 58 | 24% |
| 直接は診察しない | 29 | 12% |

PCTのある施設のみ回答 (n=239)

わが国の100の緩和ケア病棟と14の在宅ホスピスの構造面での現状や実施可能な医療、遺族ケアの実態などは調査されており、論文としてまとめられている⁵⁾。

表3 がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業「がん診療連携拠点病院の緩和ケアおよび相談支援センターに関する調査」(抜粋)

| 病院の緩和ケアに取り組む体制 | (n) (%) | |
|---|---------|------|
| | はい | |
| 1. 病院として院内の緩和ケアに取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている | 159 | 45.0 |
| 2. 病院として地域の緩和ケアの向上に取り組むための理念や目標が明文化され、地域に公開されている | 95 | 26.9 |
| 3. 病院として緩和ケアに取り組むための年次計画が策定され、文書化されている | 145 | 41.1 |
| 4. 病院管理者(院長・副院長・事務部門・看護部長など)と、緩和ケア責任者・緩和ケアチームなどが参加する会議が年1回以上開催されている | 260 | 73.7 |
| 5. 緩和ケアに関する部門および緩和ケアチームが組織上明確化されている | 316 | 89.5 |
| 6. 緩和ケアの診療実績が院内職員が見られるかたちで報告または公開されている | 195 | 55.2 |
| 7. 緩和ケアチームに専従の医師が配置されている | 95 | 26.9 |
| 8. 緩和ケアチームに専従の看護師が配置されている | 135 | 38.2 |
| 9. 常勤の精神症状の緩和に携わる医師が配置されている | 222 | 62.9 |
| 10. 病院職員が緩和ケアに関して研修・教育を受ける場合に出張経費の支援などをした実績が2職種以上、かつ、年5人以上ある(実人数) | 229 | 64.9 |
| 11. がん診療連携拠点病院機能強化事業費などを用いて、平成19年度予算の中で、緩和ケア研修に関する予算がある | 198 | 56.1 |

アウトカム調査(遺族調査)

緩和ケアの対象となる患者は心身ともに脆弱な患者が多い。終末期となればなおさらである。これらの患者を対象として、アウトカム調査を行うことは現実的ではない。したがって、特に終末期に提供された緩和ケアの評価に関しては、遺族調査によって評価することが国内外で標準的な手法として確立している。わが国では、緩和ケア病棟における遺族調査が多施設で系統的になされてきたという歴史がある。最初の多施設遺族調査は1997年に行われた^{6,7)}。この調査ではSat-Fam-IPCという満足度尺度が作成された。2回目の多施設遺族調査は2001～2003年に行われた。この調査ではSat-Fam-IPCの不十分な点を改良し、緩和ケアのストラクチャ・プロセスという側面から提供されたケアを遺族の視点から評価する尺度であるCES(Care Evaluation Scale)が作成された⁸⁾。CESの調査項目を表4に示す。3回目の遺族調査は2007年に行われた。緩和ケア病棟100施設と、在宅ホスピス14施設を含んだ調査である。この調査に先立って、日本人にとっての望ましい死(終末期のQOL)に関する大規模な意識調査が行われた。これは日本の緩和ケアの目指す

べき目標を明確化するために行われた調査である。質的研究から得られた57項目について、全国の一般市民がそれを重要と考えるかどうかを調査し、共通して重要と考える項目として10の概念、人によって重要さは異なるが大切と考える個別性がある項目として8の概念が同定された(図1, 2)⁹⁾。この結果を受けて、信頼性・妥当性が保証された緩和ケアのアウトカム尺度としてGDI(Good Death Inventory)が開発された¹⁰⁾。GDIは症状や医学的側面だけでなく、実存的側面についても幅広く評価できることが特徴である。GDIの項目について表5, 6に示す。このように、遺族調査に関しては、緩和ケア病棟が先行していたが、2007年には初めて多施設の在宅ケア施設も対象として同様の調査がなされた。一般病院に関しては、2008年に筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究班において全国の56のがん診療連携拠点病院の一般病棟のがん死亡患者の遺族を対象とした調査が行われた。これらの2007～2008年に行われた一連の遺族調査は合計13,181人の遺族に発送され、8,163人から回収された。これは世界的にみても最大規模の遺族調査である。結果の詳細については現在解析中である。

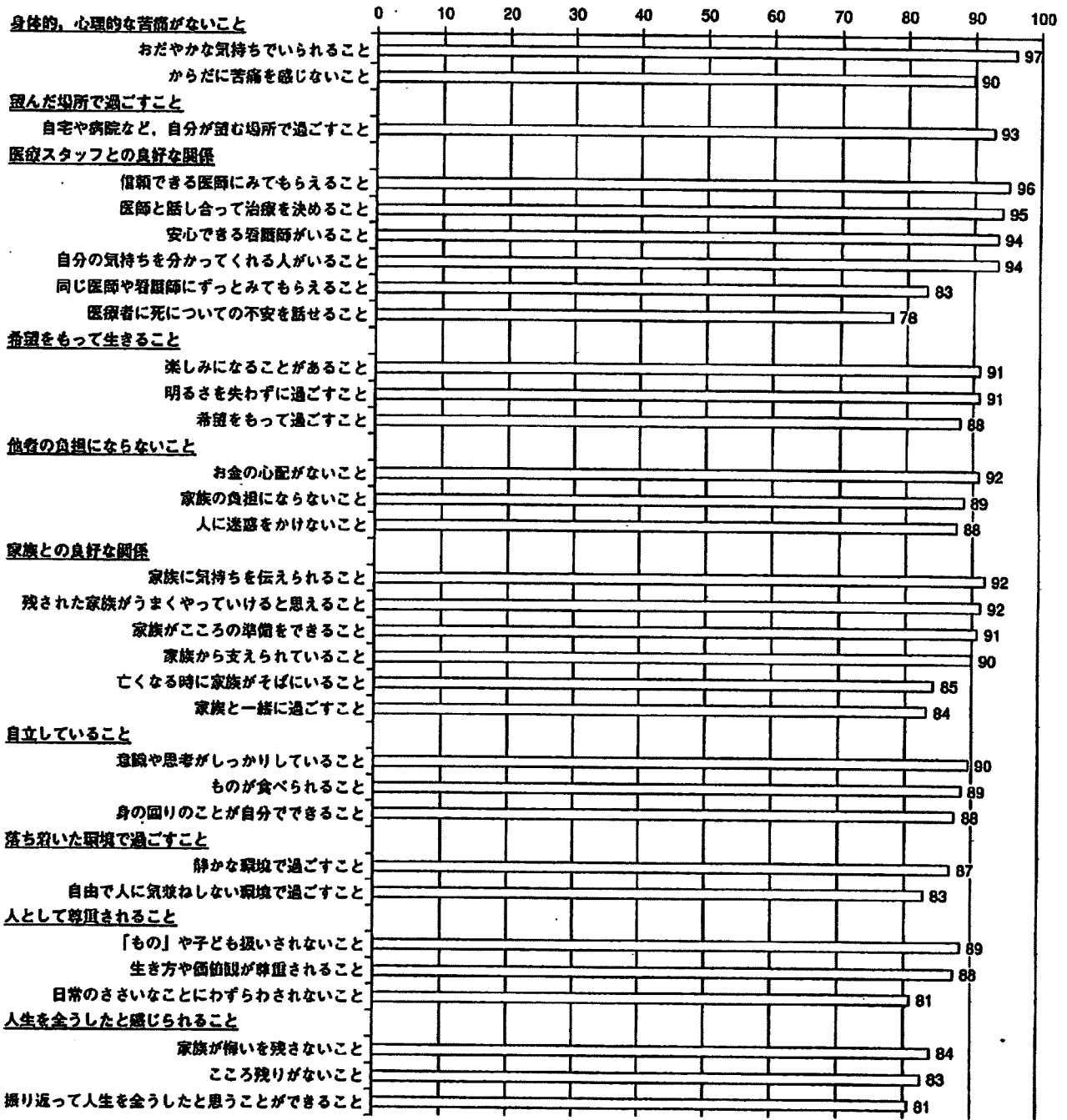
アウトカム調査（患者調査）

前述のとおり、緩和ケアの対象となる患者を対象としたアウトカム調査は困難が多く、実際に大規模なものはほとんど行われてこなかった。吉本らは緩和ケアチームに紹介された患者の疼痛や呼吸困難などの数項目に限定して患者調査を行い、緩和ケアチームの介入効果を実証的に示した¹¹⁾。また、森田らは緩和ケアチームに紹介された患者に対し、後述の STAS-J 症状版を用いて、医療者による評価を行っている¹²⁾。緩和ケアの目的とする QOL の向上に関しては、適切な QOL 尺度が存在せず、また既存の QOL 尺度は抗がん剤治療などの評価を目的として作成されたものが多いため、質問の内容が不適切であったり、項目が多く使用しにくいという現状がある。

しかし、患者による緩和ケアの評価は重要である。近年、緩和ケアは早期からの導入の必要性が強調されている。それを受けて、筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究班では、治療期・進行期がん患者の緩和ケアに関する評価を行う尺度を開発した。まず、海外でがん患者を対象に最も多く用いられてきた尺度である EORTC-QLQ-C30 の項目を削った緩和ケアバージョンである EORTC-QLQ-C15-PAL について、わが国における信頼性・妥当性の検証を行った。EORTC-QLQ-C15PAL は症状を中心とした QOL 尺度である。さらに CES, GDI を患者用に修正した尺度を開発した。これらは患者の評価による緩和ケアのストラクチャ・プロセス、および包括的なアウトカムを評価する QOL 尺度と位置づけられる。これらの尺度の項目について表 7 に示す。これらの研究により、わが国でも特に治療期・進行期がん患者をターゲットとした緩和ケアを患者の視点から評価する尺度が確定した。2009 年には、これらの尺度を使用した多施設のがん診療連携拠点病院の外来患者を対象とした調査が計画されている。

表 4 CES (Care Evaluation Scale)

| |
|--|
| <p>【医師の対応について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、患者さまのからだの苦痛を和らげるように努めていた ・医師は、患者さまのつらい症状にすみやかに対処していた ・医師は、苦痛を和らげるのに必要な知識や技術に熟練していた <p>【看護師の対応について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師は、患者さまのつらい症状への対応の希望にすみやかに対応していた ・看護師は、苦痛を和らげるのに必要な知識や技術に熟練していた ・看護師は、患者さまの毎日の生活がなるべく快適になるように努めていた <p>【患者さまへの精神的な配慮について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者さまの不安や心配を和らげるように、医師や看護師は努めていた ・患者さまの気分が落ち込んだ時に、医師や看護師は適切に対応していた ・患者さまの希望がかなえられるように、医師や看護師は努力していた <p>【医師から患者さまへの説明について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師は、患者さまに、現在の病状や治療内容について十分説明した ・医師は、患者さまに、将来の見通しについて十分説明していた ・医師は、治療の選択に患者さまの希望が取り入れられるように配慮していた <p>【医師からご家族への説明について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・医師は、ご家族に、将来の見通しについて十分説明していた ・医師は、治療の選択にご家族の希望が取り入れられるように配慮していた <p>【設備について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病室は使い勝手がよく、快適だった ・防音が十分になされていた ・トイレや洗面台の設備が整っていた <p>【ご家族への配慮について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご家族が健康を維持できるような配慮があった ・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 <p>【費用について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・費用の請求額は分かりやすかった ・支払った費用は妥当だった <p>【入院について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・必要な時に待たずに入院できた ・入院の手続きは簡単だった ・患者さまとご家族の意思に沿った入院ができた <p>【連携や継続性について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師や看護師など医療者同士の連携はよかった ・診療にあたる医師や看護師は固定していた ・治療の場所が変わっても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 |
| <p>・改善の必要が「非常にある」～「まったくない」で回答する</p> |



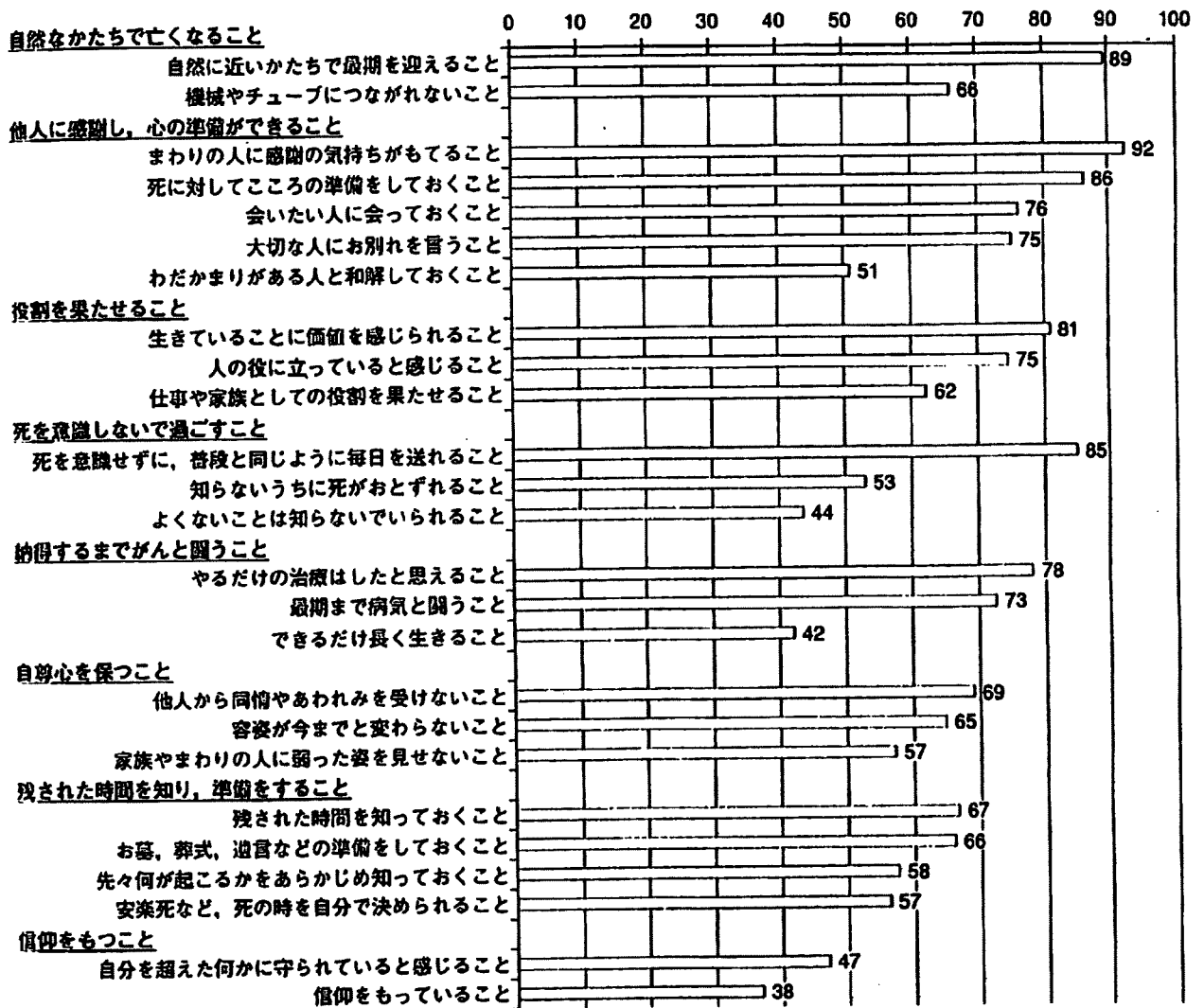
下線は望ましい死の概念。それぞれの項目で「やや重要である」「重要である」「絶対に重要である」の合計の割合を示した。

図1 日本人が共通して重要だと考える「望ましい死」

臨床における質保証のための活動 (クリニカル・オーディット)

緩和ケアの質保証のためには調査研究だけでなく、臨床における活動も重要である。英国ではクリニカル・オーディット（日常的な臨床監査）という考えのもとに質保証活動が行われてきた。筆者らのグループでは英国で用いられた STAS (Support Team Assessment Schedule) という評

価ツールの日本語版 (STAS-J) を作成した¹³⁾ (図3)。STAS-Jは医療者が評価する代理評価という手法をとるため、終末期や認知機能が低下した患者に対しても評価が行えるという利点をもつ。STAS-Jは症状面の評価が不十分であったため、臨床からの要求もあり、STAS-J症状版の作成と評価者間信頼性の検討を行った¹⁴⁾。STAS-Jに関しては日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の助成を受け、数度の教育型ワークショップを行



下線は、望ましい死の概念。それぞれの項目で「やや重要である」「重要である」「絶対に重要である」の合計の割合を示した。

図2 人によって重要さが異なるが大切と考える個別性のある「望ましい死」

って普及を図り、臨床での活用事例が学会などで多数報告されるようになった。それを受け、臨床での活用事例を報告するワークショップを3回開催し、STAS-Jのスコアリングマニュアルも第3版が発行された。これらのSTAS-Jのワークショップの記録やスコアリングマニュアルに関してはSTAS-Jのホームページ (<http://plaza.umin.ac.jp/~stas/>) を参照されたい。

実態調査

① 診療記録（カルテ）調査

緩和ケアの質の評価のためには、どのような医療が実際に実施されているかを知ることが重要である。これは Donabedian の定義によるとプロセ

スに近い考えである。プロセスとは「すべきことが行われているか」ということを意味する。わが国では、終末期輸液などに関する診療記録（カルテ）調査が行われてきたが、包括的な緩和ケアに関する診療記録調査は行われてこなかった。筆者らのグループでは、2006年に1つのがん診療連携拠点病院における一般病棟と緩和ケア病棟で診療記録調査を行い、行われている医療・ケアの違いを報告した¹⁵⁾。2008年には日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の助成を受け、全国の緩和ケア病棟で行われている医療・ケアの多施設診療記録調査を実施中である。この調査と前述の遺族調査の結果を合わせて、診療記録調査による日本で実施されている緩和ケアの実態が明らかになるとともに、質評価との関連を検討し、行われてい

表5 GDI (Good Death Inventory) の
共通して重要な10領域

- 〈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
- 〈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沿っていた
- 〈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
- 〈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
 - ・医療者は気持ちを分かってくれた
- 〈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り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
- 〈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
- 〈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てい自分でできた
 - ・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
- 〈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
 - ・自由で人に気兼ねしない環境で過ごせた
- 〈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
 - ・「もの」や子ども扱いはされなかった
 - ・生き方や価値観が尊重されていた
- 〈人生をまっとうしたと感ぜられること〉
 - ・患者様は人生をまっとうしたと感じていた
 - ・充実した人生だと感じていた
 - ・こころ残りが無いと感じていた

表6 GDI (Good Death Inventory) の
人によって重要さが異なる8領域

- 〈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
 - ・十分に病氣と闘うことができた
 - ・納得がいくまで治療を受けられた
- 〈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
 - ・必要以上に機械やチューブにつながれなかった
 - ・希望していない治療を無理に受けることがなかった
- 〈伝えたいことを伝えておくこと〉
 - ・患者様は大切な人に伝えたいことを伝えられた
 - ・会いたい人に会っておけた
 - ・まわりの人に感謝の気持ちを伝えられた
- 〈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
 - ・自分が参加して治療方針を決められた
 - ・医師から予想される経過や時間を知らされていた
- 〈病氣や死を意識しないで過ごすこと〉
 - ・患者様は病氣や死を意識せずに過ごせた
 - ・病氣や死を意識せず、普段に近い毎日を送れた
 - ・病状について、知りたくないことは聞かずにいられた
- 〈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
 - ・容姿が変わってしまい、つらいと感じていた
 - ・他人から同情やあわれみを受けてつらいと感じていた
- 〈生きていることに価値を感じられること〉
 - ・患者様は仕事や家族としての役割を果たせた
 - ・人の役に立っていると感ぜられた
 - ・生きていることに価値を感じられた
- 〈信仰に支えられていること〉
 - ・患者様は信仰に支えられていた
 - ・信仰に従って過ごすことができた
 - ・自分を越えた何かに守られていると感じられた

る治療と緩和ケアの質との関連が明らかになることが期待されている。

② 医療者の自己評価・知識

プロセスに関する評価の1つとして「望ましいと考えられる医療が行われているか」を調査するという方法がある。しかし、これは実際には難し

い。そこで、医療者の緩和ケア提供に対する自信などの自己評価や知識を調査し、それが高いほど、質の高い緩和ケアが提供されていると考えることができる可能性がある。自己評価にはおのずと限界があるが、知識に関しては比較的客観的に評価することが可能である。そこで筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究班では、まず緩和ケアチームの医師・看護師に対して、医療者の自己評価に関する調査を2007年に行った。この調査の結果、専門的緩和ケアを提供すべき緩和ケアチームの構成員であっても、必ずしも自己評価は高くなく、自信をもって緩和ケアを提供できていないという実態が明らかになった(図4)。緩和ケアチームの構成員などの専門家向けの教育の

表7 症状を中心とした緩和ケアのQOL尺度
(EORTC-QLQ-C15PAL)

- ・屋外の短い距離を歩くことに支障がありますか
- ・1日中ベッドや椅子で過ごさなければなりませんか
- ・食べること、衣類を着ること、顔や体を洗うこと、便所に行くことに人の手を借りる必要がありますか
- ・息切れがありましたか
- ・痛みがありましたか
- ・睡眠に支障がありましたか
- ・体力が弱くなったと感じましたか
- ・食欲がないと感じましたか
- ・吐き気がありましたか
- ・便秘がありましたか
- ・疲れていましたか
- ・痛みがあなたの日々の活動のさまたげになりましたか
- ・緊張した気分でしたか
- ・落ち込んだ気分でしたか
- ・この1週間、あなたの全体的な生活内容はどの程度だったでしょうか

充実が必要である。また、別稿にある「戦略研究」においても予備調査として2007年に介入地域の医療者の緩和ケアに関する自己評価を調査した。その結果、病院の医師は若干自己評価が高いものの、十分な数字とはいえず、特に病院の看護師で自己評価が低いことが明らかになった(図5~8)。

一般の医療者に対する緩和ケア教育は重要な課題である。一般の医療者の緩和ケアの能力を客観的に測定することは困難であるが、前述の戦略研究においては、医療者への教育的介入を行っており、その評価を行うために「医療者の緩和ケアに対する知識・態度・困難感尺度」が作成され、信頼性・妥当性の検討がなされた。緩和ケアに対する知識尺度の項目を表8に示す。本尺度を用いて、医師・看護師・コメディカルの緩和ケアの知識・態度・困難感を測定することができる。これは施設の医療者の緩和ケアに関する実態のアセスメントや教育的介入の効果測定などにも応用できる。本尺度については「緩和ケアに関する医療者の知識・態度・困難感尺度のホームページ」(<http://www.pctool.umin.jp/>)に掲載されている。また、看護師の終末期ケア教育プログラムであるELNEC-J(End-of-Life Nursing Education Consortium)でも終末期ケア知識に関する測定尺度が開発されている。医師向けにはPEACEプ

ロジェクトで使用されている日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団による「緩和ケア専従医のための自己学習プログラム」が使用できる。

医師に関しては厚生労働省の委託事業として、日本医師会による「がん医療における緩和ケアに関する医師の意識調査」が2008年1月に行われた。この調査は約27万人の医師を対象としており、わが国のほとんどの医師を網羅するものである。およそ10万人の医師からの回収が行われた。調査項目は、緩和医療やがん患者の在宅診療に対する意向、緩和ケアに関する自己評価、がん緩和ケアのためのシステム整備の要望、緩和ケアに関する知識などである。緩和ケアに関する知識に関しては「戦略研究」のために作成された知識尺度が用いられており、その結果の一部を図9に示す。この調査により、一般医師の緩和ケアに対する知識が不十分であることが明らかになった。

③ 緩和ケアの Quality Indicator

近年、緩和ケアの質評価として簡便にデータを収集できる Quality Indicator (QI) という考えに基づく調査が欧米を中心に行われている¹⁶⁾。緩和ケアのQIはがん登録や米国のMedicareなどのデータベースに基づくものと、診療録調査に基づくものに大別される。筆者らのグループではデルファイ法を用いて、診療記録調査によるQIの検討と実測を行ってきた^{17,18)}。がん医療のQIに関しては、2006年より厚生労働科学研究「がん対策における管理評価指標群の策定とその計測システムの確立に関する研究」班が組織され、エビデンスや診療ガイドラインに基づいた、各臓器別のがん医療のQIが作成されている。筆者はこの研究班に緩和ケア領域の担当として参加し、2007年に新たにデルファイ調査を行って、さらに洗練された診療記録から収集するQIの開発を行った。この開発では、緩和ケアの領域ではエビデンスが不十分でQIとして提案できないものが多いことが問題であった。そのため、研究班では疼痛と意思決定に絞り、28項目のQIを開発した。その一部を表9に示す。2008年にはパイロット的な測定が行われているが、測定は容易ではなく、今後は一部の項目を用いて記録の監査を行うこと

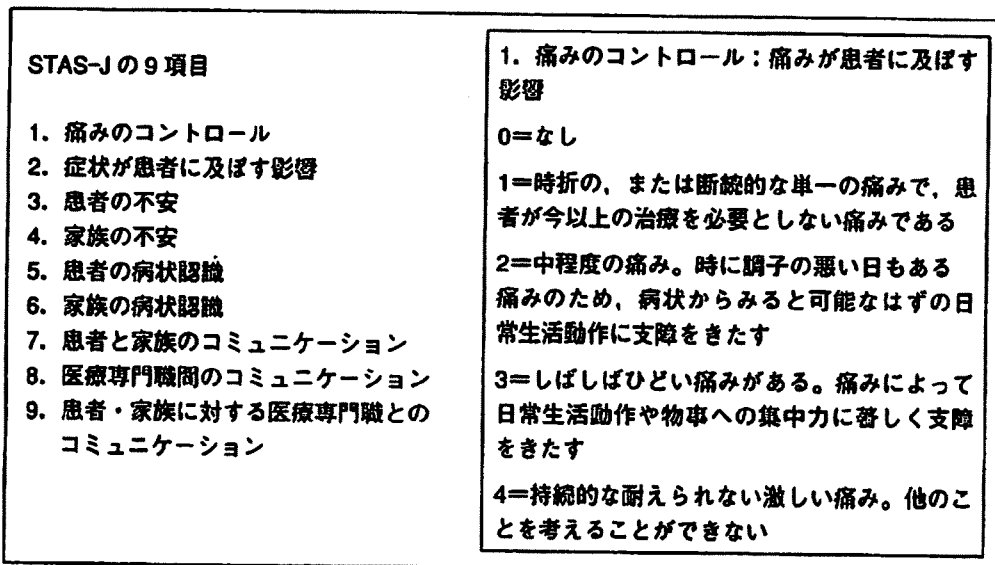


図 3 STAS-J (STAS 日本語版) の項目と一例

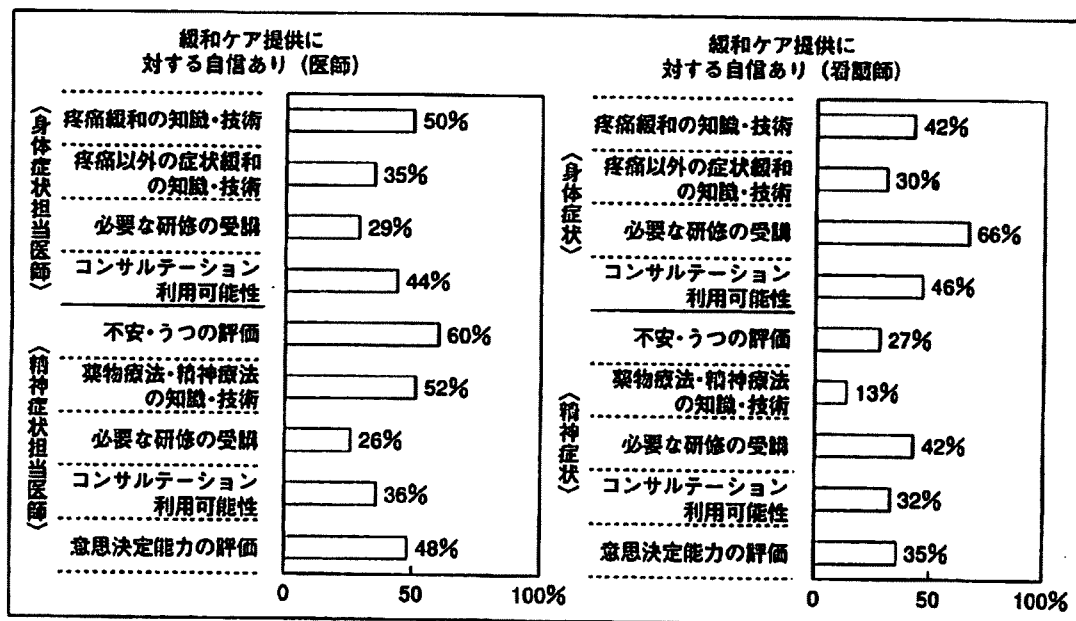


図 4 がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの自己評価

が現実的と考えられる。診療記録から抽出する現実的な QI の開発とそれによる質の評価は今後の課題である。わが国では、がん登録の不十分さやレセプトなどのデータベースの利用可能性から、データベースに基づく QI の開発も今後検討されるべき課題である。

④ 地域の緩和ケアに関する意識調査

最後に、近年行われた大規模な意識調査を紹介する。これはがん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(通称 OPTIM) によってなされたものである。本研究

の紹介は他の章に譲るが、本研究を開始する前に、地域プロジェクトを開始するために、プロジェクト対象地域の現状を把握し、地域に対する実施計画を策定することを目的とした予備調査として、地域の緩和ケアに関する意識調査が行われた。介入地域は全国の 4 地域であり、一般市民 7,974 人に調査票が配布され、3,882 人からの回答を得た(回収率 50%)。また、病院医師・病院看護師・診療所医師・訪問看護ステーション看護師などの地域医療者に対しては、8,184 人に調査票が配布され、3,022 人から回答を得た(回収率 37%)。本調査の結果は膨大であるため、詳細は

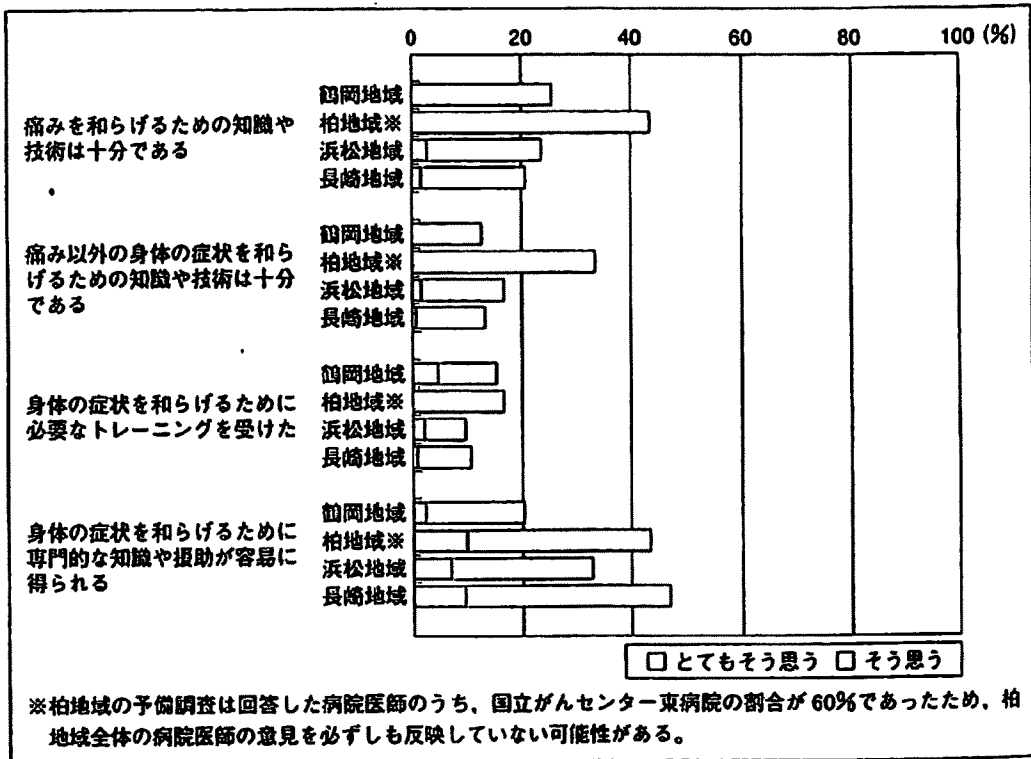


図5 戦略研究予備調査による病院医師の緩和ケアに対する自己評価（身体症状）

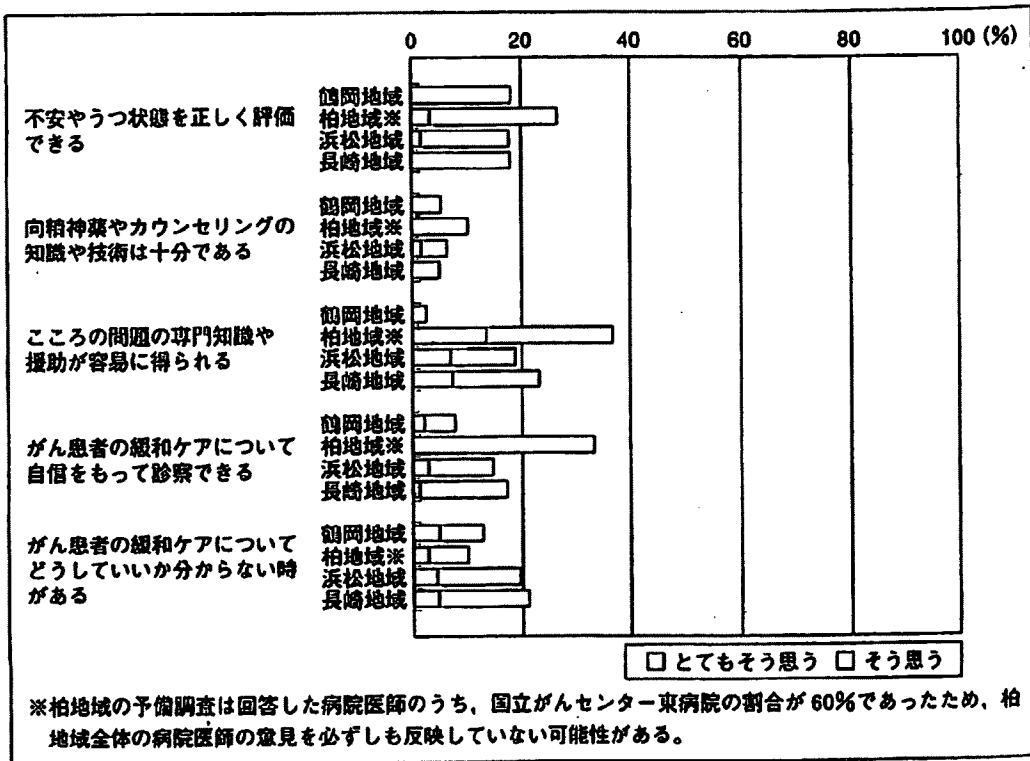


図6 戦略研究予備調査による病院医師の緩和ケアに対する自己評価（こころの症状）

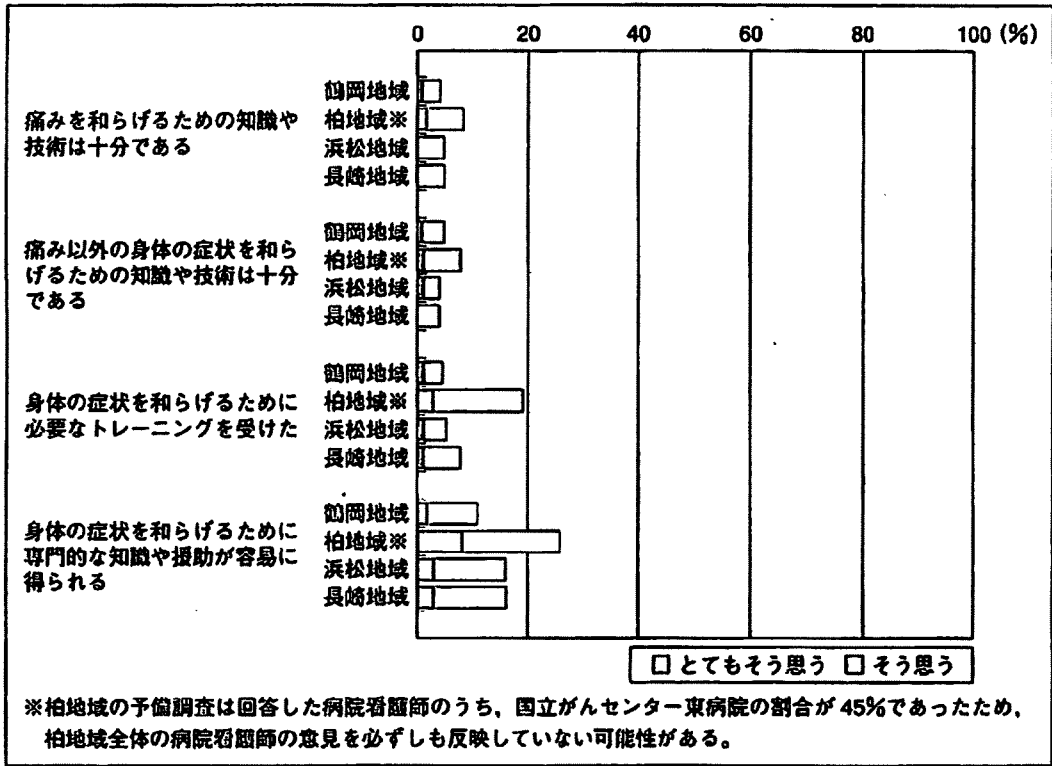


図7 戦略研究予備調査による病院看護師の緩和ケアに対する自己評価（身体症状）

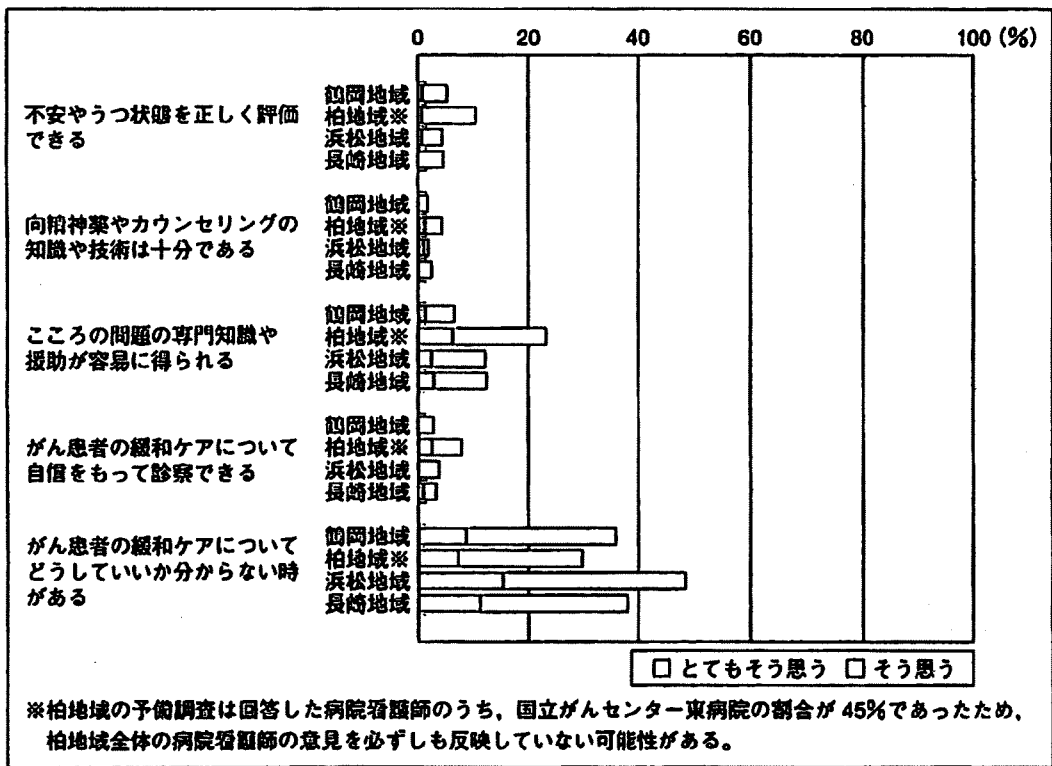


図8 戦略研究予備調査による病院看護師の緩和ケアに対する自己評価（こころの症状）

表8 医療者の緩和ケアに対する知識尺度

| | |
|---|---|
| 〈理念〉 | |
| 緩和ケアの対象は、根治的治療法のない患者のみである | F |
| 緩和ケアは、がんに対する治療と一緒に進められない | F |
| 〈疼痛・オピオイド〉 | |
| 疼痛治療の目標の1つは、夜ぐっすり眠れるようになることである | T |
| がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾシン（ベンタジン [®] 、ソセゴン [®] ）を積極的に使用するべきである | F |
| 医療用麻薬を使用するようになると、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬（NSAIDs）は同時に使用しない | F |
| 医療用麻薬投与後にベンタゾシン（ベンタジン [®] 、ソセゴン [®] ）やブプレノルフィン（レバタン [®] ）を投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある | T |
| 医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる | F |
| 医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない | T |
| 〈呼吸困難感〉 | |
| がん患者の呼吸困難はモルヒネで和らげることができる | T |
| 疼痛に対して医療用麻薬を定期的に使用している場合、呼吸困難を緩和するために医療用麻薬を追加すると、呼吸抑制が起こりやすい | F |
| 患者の息苦しさは酸素飽和度は比例する | F |
| 死亡直前に痰がのどもとのゴロゴロいう時、抗コリン薬（臭化水素酸スコポラミン（ハイスコ [®] ）や臭化ブチルスコポラミン（ブスコパン [®] ））が有効である | T |
| 〈せん妄〉 | |
| 死亡直前では、電解質異常や脱水を補正しないほうが、苦痛が少なくなることがある | T |
| がん患者のせん妄の改善には、抗精神病薬が有効なことが多い | T |
| 死亡直前に苦痛を和らげる方法が、鎮静（持続的な鎮痛薬の投与）以外にはない患者がいる | T |
| 終末期がん患者のせん妄はモルヒネが単独の原因となっていることが多い | F |
| 〈消化器症状〉 | |
| がんの終末期では、腫瘍によるカロリーの消費が増えるため、早期がんより多いカロリーを必要とする | F |
| 末梢静脈が確保できなくなった場合、選択できる輸液経路は中心静脈だけである | F |
| ステロイドはがん患者の食欲不振を緩和する | T |
| 死亡が近い時期にある患者の口渇は、輸液で和らげることができない | T |

(Tは正、Fは誤)

ここでは割愛するが、OPTIMのホームページ (<http://www.gankanwa.jp>) に掲載されている。また、本調査については、今後詳細な分析がなされ、論文として公表される予定である。

その他、厚生労働省によって終末期医療に関する一般市民や医療者の意識調査が5年ごとに定期的になされ、検討会報告が出されている。

おわりに

本稿では筆者が関わっている研究を中心に、わが国の緩和ケアの質評価・実態調査について、現在進行中の研究についてレビューを行った。遺族調査などは方法論が確立しつつあるが、全体としては質評価については、これからの課題が多い。

現在は質評価のためのツールを開発することに重点がおかれている。今後は開発されたツールを利用し、調査の結果を臨床にフィードバックして、今後の改善を図るというサイクルを回すことが課題である。質評価に関しては、多施設研究に参加することが、全国の中での自施設の位置を知り、比較検討できるという点でも有益であり、大規模なデータが得られることは、質に関連する施設要因などを検討することができるという利点ももつ。しかし、各施設で単独で質評価を行い、自施設の改善点を知ることも有益であろう。質評価は継続的に行うことが重要である。各施設で調査を行う場合にも、全国的に使用されている信頼性・妥当性が保証されたツールを用いることは重要である。過去の研究との比較が可能となり、情報と

| 総数 | そう思わない | 分らない | そう思う | 無回答 |
|----|--------|------|------|-----|
|----|--------|------|------|-----|

緩和ケアの対象は、がんに対する治療法のない患者のみである

| | | | | |
|--------|--------|--------|-------|-------|
| 97,961 | 77,067 | 11,921 | 6,762 | 2,211 |
| 100.0 | 78.7 | 12.2 | 6.9 | 2.3 |

緩和ケアは、がんに対する治療と一緒に行わない

| | | | | |
|--------|--------|--------|-------|-------|
| 97,961 | 76,820 | 13,000 | 5,869 | 2,272 |
| 100.0 | 78.4 | 13.3 | 6.0 | 2.3 |

疼痛治療の目標の1つは、夜ぐっすりと眠れるようになることである

| | | | | |
|--------|--------|-------|--------|-------|
| 97,961 | 10,972 | 9,518 | 74,596 | 2,875 |
| 100.0 | 11.2 | 9.7 | 76.1 | 2.9 |

がん性疼痛が軽度の場合、医療用麻薬よりもベンタゾシンを積極的に使用するべきである

| | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-------|
| 97,961 | 46,129 | 30,738 | 19,009 | 2,085 |
| 100.0 | 47.1 | 31.4 | 19.4 | 2.1 |

医療用麻薬を使用するようになったら、非ステロイド性抗炎症鎮痛薬は同時に使用しない

| | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-------|
| 97,961 | 58,150 | 27,034 | 10,686 | 2,091 |
| 100.0 | 59.4 | 27.6 | 10.9 | 2.1 |

医療用麻薬投与後にベンタゾシンやブプレノルフィンを投与すると、医療用麻薬の効果を減弱することがある

| | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-------|
| 97,961 | 12,766 | 49,230 | 33,750 | 2,215 |
| 100.0 | 13.0 | 50.3 | 34.5 | 2.3 |

医療用麻薬を長期間使用すると、薬物中毒がしばしば生じる

| | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-------|
| 97,961 | 46,676 | 25,866 | 23,267 | 2,152 |
| 100.0 | 47.6 | 26.4 | 23.8 | 2.2 |

医療用麻薬の使用は、患者の生命予後に影響しない

| | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-------|
| 97,961 | 26,868 | 31,609 | 37,377 | 2,107 |
| 100.0 | 27.4 | 32.3 | 38.2 | 2.2 |

図9 医師10万人を対象とした緩和ケアの知識に対する調査

表9 診療記録から抽出する緩和ケアのQI (一部抜粋)

| | | | |
|---|--|-------------------|-----------------------------|
| 1 | がんと診断されたがん患者は、疼痛の有無についてスクリーニングされ、カルテに記載されるべきである | がんと診断された患者 | カルテに疼痛の有無もしくは程度の記載がある |
| 2 | がんの治療のために入院したがん患者は、疼痛の有無についてスクリーニングされ、カルテに記載されるべきである | がんの治療のために入院した患者 | カルテに疼痛の有無もしくは程度の記載がある |
| 3 | がん疼痛のためにオピオイドを開始する患者は、疼痛の程度を定量的スケール (Numeric Rating Scale, フェイススケール, Visual Analog Scale, Verbal Rating Scale など) で確認され、カルテに記載されるべきである | がん疼痛にオピオイドを開始する患者 | カルテに疼痛の定量的疼痛スケールによる程度の記載がある |

しての価値が増すことになる。筆者が本稿で紹介した研究やツールに関しては、開発中のものも含めて、筆者に問い合わせをさせていただければ、可能な限り臨床で活用できるように配慮する予定である。調査にはノウハウもあるので、その提供も

可能である。関心をもった領域があれば、是非問い合わせさせていただきたい。また、緩和ケアに関する臨床・研究などで用いることができるツールについては、「緩和ケア臨床・研究・教育ツール」のホームページ (<http://www.pcpkg.umin.jp/>)

にまとめられている。2008年10月には青海社から雑誌「緩和ケア」の増刊号として「臨床と研究に役立つ 緩和ケアのアセスメントツール」が発刊された。本書は現在、わが国で用いることが可能なツールがほぼ網羅されている。本書の発刊に合わせて、ホームページも更新していく予定である。

文 献

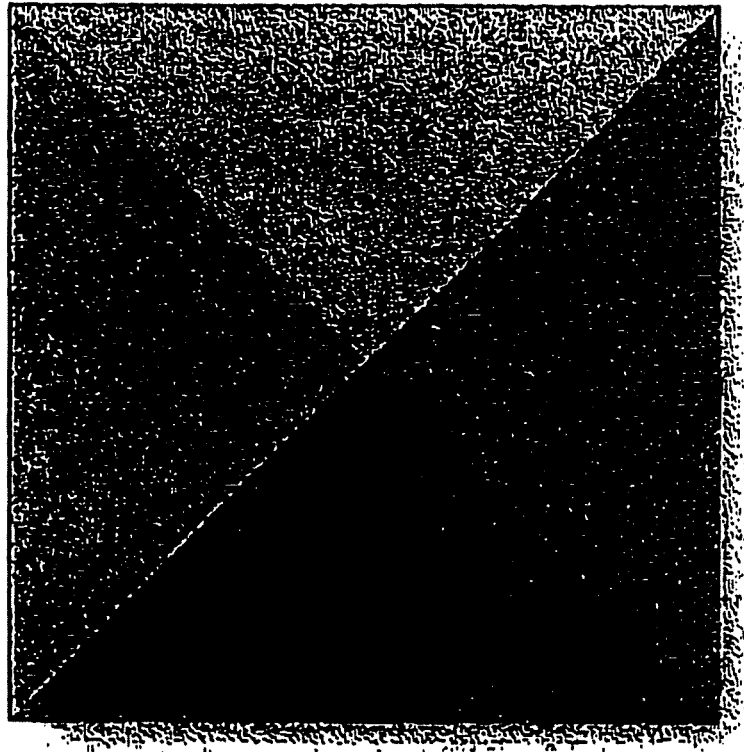
- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会：ホスピス緩和ケアの基準と評価基準 [cited 2008 Mar 30]. Available from : <http://jcqhc.or.jp/>
- 2) Donabedian A : The quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 260 (12): 1743-1748, 1988
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会：日本ホスピス緩和ケア協会 2008年度年次大会資料. 2008
- 4) 宮下光令, 志真泰夫, 橋爪隆弘：緩和ケア・コンサルテーションの現状と課題. *緩和ケア* 18 : 494-500, 2008
- 5) Miyashita M, Morita T, Tsuneto S, et al : The Japan Hospice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study); Study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Med* 25 (3): 223-232, 2008
- 6) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T : Quality Audit Committee of the Japanese Association of Hospice and Palliative Care Unit. A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care. *Palliat Med* 16 (2): 141-150, 2002
- 7) Morita T, Chihara S, Kashiwagi T : Quality Audit Committee of the Japanese Association of Hospice and Palliative Care Unit. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med* 16 (3): 185-193, 2002
- 8) 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 (6): 492-501, 2004
- 9) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al : Good death in cancer care ; a nationwide quantitative study. *Ann Oncol* ; 18 (6): 1090-1097, 2007
- 10) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al : Good Death Inventory ; A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *J Pain Symptom Manage* 35 (5): 486-498, 2008
- 11) 吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生, 他：一般病院における専従緩和ケアチームの身体症状マネジメント能力. *緩和医療学* 7 : 301-308, 2005
- 12) Morita T, Fujimoto K, Tei Y : Palliative care team ; the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage* 29 (5): 458-465, 2005
- 13) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al : Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliative & Supportive Care* 2 (4): 379-385, 2004
- 14) Miyashita M, et al : Inter-rater reliability of proxy simple symptom assessment scale between physician and nurse ; A hospital-based palliative care team setting. *European Journal of Cancer Care* (in press)
- 15) Sato K, Miyashita M, Morita T, et al : Quality of end-of-life treatment for cancer patients in general wards and the palliative care unit at a regional cancer center in Japan ; a retrospective chart review. *Support Care Cancer* 16 (2): 113-122, 2008
- 16) 宮下光令, 佐藤一樹, 森田達也, 他：緩和ケアの Quality indicator. *Palliative Care Research* 2 (2): 401-414, 2007
- 17) Miyashita M, Nakamura A, Morita T, et al : Identification of quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review using a modified delphi method in Japan. *Am J Hosp Palliat Care* 25 (1): 33-38, 2008
- 18) Sato K, Miyashita M, Morita T, et al : Reliability assessment and findings of a newly developed quality measurement instrument ; quality indicators of end-of-life cancer care from medical chart review at a Japanese regional cancer center. *J Palliat Med* 11 (5): 729-737, 2008

原田 隆・原 昭 監修

臨床心理学

玉瀬耕治・佐藤容子

四四



心理学のポイント・シリーズ

学文社

まえがき

本シリーズは、心理学の基本となる知識をわかりやすく伝えるものです。各研究分野における日本の主導的な研究者が編集を行い、次のような領域ごとに整理されています。心理学概論・心理学史・認知心理学・学習心理学・発達心理学・幼児心理学・児童心理学・教育心理学・臨床心理学・社会心理学。

どの巻もわかりやすくコンパクトに基礎知識が解説されています。特別な予備的勉強が必要でなく、それだけで理解できるようになっています。記載の順番はそれぞれの巻の特性に応じて自然になるようにしてあるので、順次、それに沿って読むようになっていますが、別々に適当な箇所を開いて読んでも理解可能なようになっていきます。

心理学の世界は、今や広範に広がり、それを一望することは困難です。まして、その基礎知識を簡便に手に入れることは難しいのですが、本シリーズはそれをめざして、編集しています。大学生が初めて心理学を勉強するのに役立つのはもちろんですが、専門課程にいる学生にも参考になる点が多々あるでしょう。大学院の受験の際の知識の整理にも有用です。また、公務員試験そのほかの勉強にも参考書として使えます。

わかりやすく解説することに努めました。その内容は心理学の研究成果に基づいた確かなものです。事典やハンドブックとしても使えるように意図しています。

現在、大学の学部の教育の成果を「学士力」として明確にすることが求められるようになりました。本当に大学で学んだかが問われる時代になったのです。そのために、しっかりと授業に参加して学ぶことが必要なのですが、同時に、きちんとしたテキストで知識を整理することが大事になります。

また、心理学を専攻してはいないけれど、それをちゃんと学びたいという人たちも増えてきました。そういった人たちのために、「心理学検定」が心理学