

図2 終末期がん患者に対する輸液治療の概念的枠組み

も共通して見られる個別性を重要視したものである(表2a, b)。

医療チームは、まず、患者の価値観にてらして、水分・栄養補給を含む一般的な治療の目標を明確にする必要がある。

次に、人工的水分・栄養補給に関する治療の選択肢について、それぞれの選択肢が治療目標に与える影響を包括的に評価する。評価されるべき項目は、患者個々によって異なるが、一般的には、身体的苦痛、生命予後、精神面・生活への影響が対象となる。同時に、とりうる選択肢の倫理的・法的妥当性を検討する。最終的に、患者の価値観に基づく治療目的に基づいて、個々の選択肢のもたらす利益・不利益のバランスを考慮しいずれかの選択肢を選択する。

最も重要なことは、いったん治療を開始した後も、定期的に、期待された効果が得られているかを評価し、必要に応じて治療を修正することである。評価間隔は状況に応じて、数日から数週間間隔に行く。評価手段は、設定した治療目的に基づいて、患者の主観的な症状・quality of life・満足度、身体所見(脱水・体液貯留、栄養状態)、血

液検査所見(栄養状態、脱水・電解質・代謝機能など)、画像診断所見などを用いる。

## 2. 一般的な推奨

ガイドライン全体の立場を示した一般的な推奨を表3に示す。これらは抽象度が高くなっており、総論的にガイドラインの全体像を把握することに有用である。

## VI. 個別の臨床疑問に対する推奨

ガイドラインに示されている個別の臨床疑問に対する推奨のうち、総合的 QOL についてのガイドライン本文を抜粋して示す(日本緩和医療学会「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」より抜粋)。

輸液は総合的 QOL 指標を改善するか?

### 推奨 R010

生命予後が1~2ヵ月と考えられる、癌性腹膜炎による消化管閉塞のために経口的に水分摂取ができないが、Performanse Status が0から2の

表2a 既存のガイドラインの要約①

<p><b>American Society for Parenteral and Enteral Nutrition(2001)</b></p> <p>終末期癌患者において、緩和目的の人工栄養補給が適応となることはめったにない【推奨レベルB、fair research-based evidence】</p> <p>注意深く対象を吟味した場合には、在宅高カロリー輸液は生命予後と quality of life を向上させる。適応は、1) セルフケアが可能、2) 予測される生命予後が40~60日以上、3) 社会的・経済的資源がある、4) 低侵襲な他の内科的治療が無効。</p>
<p><b>National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Service(1994)</b></p> <p>「輸液をする」、「輸液をしない」といった一律な方針は倫理的に支持されない。</p> <p>死が近づくと食物や水分に対する要求は減少する。エビデンスは限られているが、死亡がさしせまった患者では、輸液治療は生命予後の延長にも苦痛緩和にも貢献しない。</p> <p>口渇はしばしば薬物によって生じ、輸液治療では緩和されない。マウスケアと薬物の調整がもっとも適切である。</p> <p>脱水が治療可能な要因から生じている場合(利尿剤・鎮静作用のある薬物の過剰投与、嘔吐・下痢、高カルシウム血症)、輸液治療は適切な選択になる。</p> <p>輸液治療が個々の患者に及ぼしている影響を、毎日(day-to-day basisで)、利益と不利益を比較して評価しなければならない。</p> <p>家族はしばしば水分や栄養が十分に取れないことを心配する。医療者は患者の利益を第一に考えるべきであるが、同時に、家族の不安にも対処しなければならない。</p>
<p><b>European Association of Palliative Care(1996)</b></p> <p>人工的水分・栄養補給についての望ましい意思決定過程として3つのステップを提案する。すなわち、1) 意思決定に必要な8領域の評価を行う(①全身状態、②苦痛、③予測される生命予後、④脱水・体液過剰、栄養状態、⑤栄養摂取量、⑥心理状態、⑦消化管の状態・投与経路、⑧治療に必要な社会的資源)、2) quality of life・生命予後・脱水状態の改善など治療目標を明確にした上で、想定される利益と不利益を総合的に判断して治療を決める。そして、3) 一定の期間において定期的に治療効果を評価する。</p>
<p><b>European Association of Palliative Care(2001)：消化管閉塞に対するガイドライン</b></p> <p>口渇は脱水の状態とは関係ないが、嘔気は輸液治療が提供されている患者により少ない。</p> <p>輸液量が多すぎると消化液を増加させるので、利益と不利益のバランスを図ることが必要である。</p> <p>静脈経路を確保することは終末期癌患者にとって困難・不快な場合があるので、皮下輸液を考慮する。</p> <p>口渇の苦痛緩和には、マウスケアが一般的に有効である。</p>
<p><b>French National Foundation of Comprehensive Cancer Centres(2003)</b></p> <p>終末期の脱水はしばしば不快ではない【Standard, 根拠レベルC：弱い研究方法に基づくエビデンス】</p> <p>終末期癌患者に対する人工栄養補給をルーチンで行うことは妥当ではない【Standard, Expert opinion, エビデンスはないが専門家の意見は一致している】</p> <p>経静脈栄養は、消化管閉塞のある患者において、栄養状態の悪化と脱水を防ぎ、quality of life を改善する場合がある【Standard, C】</p> <p>人工栄養補給・経静脈栄養は、生命予後が3ヵ月以下であると考えられる患者、あるいは、Karnofsky Performanse Statusが50以上・Performanse Statusが3以上の患者に対しては、妥当ではない【Recommendation, Expert opinion】</p> <p>静脈経路が得られないならば、輸液治療の経路はもっとも低侵襲な皮下経路などを選択すべきである【Recommendation, Expert opinion】</p> <p>マウスケアは重要である【Recommendation, Expert opinion】</p> <p>脱水症状は生理食塩水500~1,000 mL/日の皮下投与でだいたいコントロールできる【Recommendation, C】</p> <p>治療効果は一定の期間において評価されるべきである【Recommendation, Expert opinion】</p> <p>評価は、Performanse Status, quality of life, 患者(家族)の満足度を含むべきである【Standard, Expert opinion】</p> <p>栄養状態の改善や合併症率は人工栄養補給の治療効果を決める主たる指標にはならない【Standard, Expert opinion】</p>

表2b 既存のガイドラインの要約-②

End-of-life Physician Education Curriculum-Oncology
患者は人工栄養や輸液治療を含むすべての医療行為をも拒否する権利を持っている。
人工栄養や輸液治療の中止や差し控へは、疾患がその自然経過を進むことを容認する行動であり、死をもたらすことを意図した行動ではない。
医師は自分の働いている場所での施設の方針や関連法規についてよく知っておく必要がある。
よいケアへの障害は人工栄養や輸液治療の中止や差し控へに関する実際的な方法について知らないこと、法律や倫理問題についての不十分な知識から生じている。
患者や家族が活力や体重、体力が改善することことを望むのなら、人工栄養や輸液はその希望を達成するための助けにはならない。
患者の死が切迫しているのなら、輸液治療で口渇は改善しないことを家族にはっきりと伝える方がよい。口腔ケアや口腔内潤滑剤がより有効である。
脱水は死の過程の自然な一部であり、人工栄養や輸液は患者が自覚的に良くなったと感じることの助けにはならない。
人工栄養や輸液は、とくに明らかな低アルブミン血症がある時には浮腫、腹水、気道および他の分泌物、呼吸困難を悪化させる。

表3 全般的な推奨

<p>【患者・家族の価値観、意向、個別性の尊重】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○輸液治療は、患者・家族の価値観に基づいた治療の全般的な目標と一致しなければならない。単に検査所見や栄養状態の改善は治療効果を定める主たる指標にはならない。</li> <li>○輸液治療を行う際には、患者・家族の意向が十分に反映されるべきである。</li> <li>○輸液治療は、個々の患者の状況に応じたものでなくてはならない。すなわち、「輸液をする」、「輸液をしない」といった一律的な治療は支持されない。</li> </ul>
<p>【評価】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○輸液治療の選択肢を検討するときには、総合的なQOL指標や満足度、身体的苦痛、生命予後、精神面、生活への影響、および倫理的・法的妥当性などについて包括的に評価しなければならない。</li> <li>○終末期の脱水は、必ずしも不快ではなく、単に検査所見や尿量・中心静脈圧などの改善は治療効果を定める主たる指標にはならない。</li> <li>○輸液治療によって生じる効果は定期的に回復して評価し、修正されるべきである。</li> </ul>
<p>【利益と不利益のバランスの最大化】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○輸液治療は、その利益と不利益のバランスを考慮して行われなければならない。</li> </ul>
<p>【人工的な水分・栄養補給以外のケア・治療の重要性】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○経口摂取の低下した終末期癌患者に対しては、輸液治療などの人工的な水分・栄養補給のほかに、食欲低下を改善する薬物療法、看護ケア、心理的ケア、意思決定支援、生活支援などの患者・家族へのケアを行うことが必須である。</li> </ul>
<p>【医学的推奨の要約】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Performanse Statusの低下した、または、消化管閉塞以外の原因のために経口摂取ができない終末期癌患者において、輸液治療単独でQOLを改善させることは少ない。</li> <li>○ Performanse Statusがよく、消化管閉塞のために経口摂取ができない終末期癌患者において、適切な輸液治療はQOLを改善させる場合がある。</li> <li>○ 終末期癌患者において、輸液治療は腹水、胸水、浮腫、気道分泌による苦痛を悪化させる可能性がある。</li> <li>○ 終末期癌患者において、輸液治療は口渇を改善させないことが多い。口渇に対して看護ケアが最も重要である。</li> <li>○ 終末期癌患者において、輸液治療はオピオイドによるせん妄や急性の脱水症状を改善させることによってQOLの改善に寄与する場合がある。</li> <li>○ 静脈経路が確保できない/不快になる終末期癌患者において、皮下輸液は望ましい輸液経路になる場合がある。</li> </ul>

終末期癌患者に対して、総合的 QOL 指標の改善を目的として、

- ・ 1,000~1,500 mL/日 (400~600 kcal/日, 窒素 0 g/日) の維持輸液を行う【C】
- ・ 1,500 mL/日 (1,000 kcal/日, 窒素 5 g/日) の高カロリー輸液を行う【C】
- ・ 2,000 mL/日 (800 kcal/日, 窒素 0 g/日) の維持輸液を行う【D】
- ・ 2,000 mL/日 (1,600 kcal/日, 窒素 10 g/日) の高カロリー輸液を行う【D】

**推奨 R011**

生命予後が 1~2 週間以下と考えられ、癌性腹膜炎による消化管閉塞のために経口的に水分摂取ができず、Performanse Status が 3 または 4 の終末期癌患者に対して、総合的 QOL 指標の改善を目的として、

- ・ 1,000~1,500 mL/日 (400~600 kcal/日, 窒素 0 g/日) の維持輸液を行う【D】
- ・ 1,000~2,000 mL/日の高カロリー輸液 (800~1,600 kcal/日, 窒素 5~10 g/日) を行う【E】

**推奨 R012**

生命予後が 1~2 週間以下と考えられ、消化管閉塞以外の原因 (悪液質や全身衰弱など) のために経口的に水分摂取ができず、Performanse Status が 3 または 4 の終末期癌患者に対して、総合的 QOL 指標の改善を目的として、

- ・ 1,000~1,500 mL/日の維持輸液 (400~600 kcal/日, 窒素 0 g/日) を行う【E】
- ・ 1,000~2,000 mL/日の高カロリー輸液 (800~1,600 kcal/日, 窒素 5~10 g/日) を行う【E】

**解説**

総合的 QOL 指標による患者の苦痛を primary end-point として輸液治療の効果を評価した介入研究は、全身状態の悪い患者を対象とした無作為化比較試験、比較的全身状態のよい患者を対象とした QOL 調査票を用いた前後比較研究などがある。

短腸症候群や放射線性腸炎を含む婦人科悪性腫瘍患者に対して在宅高カロリー輸液を行った研究では、とくに Karnofsky Performanse Status が 40 以上の患者において、QOL 指標が改善した。また、Rotterdam Symptom Checklist を用いた前後比較研究では、1~3 ヶ月以上生存していた患者においては QOL が維持されていた。

このほかに、複数の症例報告において、在宅高カロリー輸液が、「患者・家族の満足」、「Performanse Status の維持」、「患者・家族から見た有用性」に役立ったと報告されている。

専門家合意によるガイドラインでは、在宅高カロリー輸液の適応となる全身状態の指標として、「予測される生命予後が 40~60 日以上」、「生命予後が 3 ヶ月以上、Karnofsky Performanse Status が 40 以上、Performanse Status が 0 から 2」などとしている。

一方、より全身状態の悪化している患者を含む無作為化比較試験では、1,000 mL/日の維持輸液は、100 mL/日の輸液と比較して、全体的状態 (global well-being) や全体的利益 (overall benefits) の点からは有意差はなかった (図 3)。また、輸液をまったく使用しなくとも死亡前の全般的安楽さ (comfort) は 84% で維持できたとする報告や、脱水の程度と「安楽さ」とは関連しなかったとの観察的研究がある。

以上の知見から、輸液と総合的 QOL 指標 (全般的快適さ、QOL、満足度) についての臨床研究

対 象：終末期がん患者 51 名  
 介 入：1,000 mL 輸液 × 2 日 vs 100 mL (sham control)  
 測 定：well-being (0-10), overall benefits (1-7)  
 結 果：全身倦怠感、全般的な心地よさに対しては効果がなかった

	輸液群	非輸液群	P
倦怠感	54%	62%	.77
Well-being	1.4 ± 4.1	0.8 ± 3.1	.30
Overall benefits	3.8 ± 2.2	3.6 ± 2.0	.20

図 3 輸液が全般的快適さに与える影響についての無作為化比較試験 (Bruera E: J Clin Oncol 23: 2366-2371, 2005 より)

対象：終末期がん患者226名  
 介入：臨床判断による輸液治療の観察  
 測定：客観評価による症状スコア(0:なし~2:苦痛あり)  
 結果：死亡前1~3週間に1L/日以上輸液を受けている患者では胸水・腹水の悪化が多かった

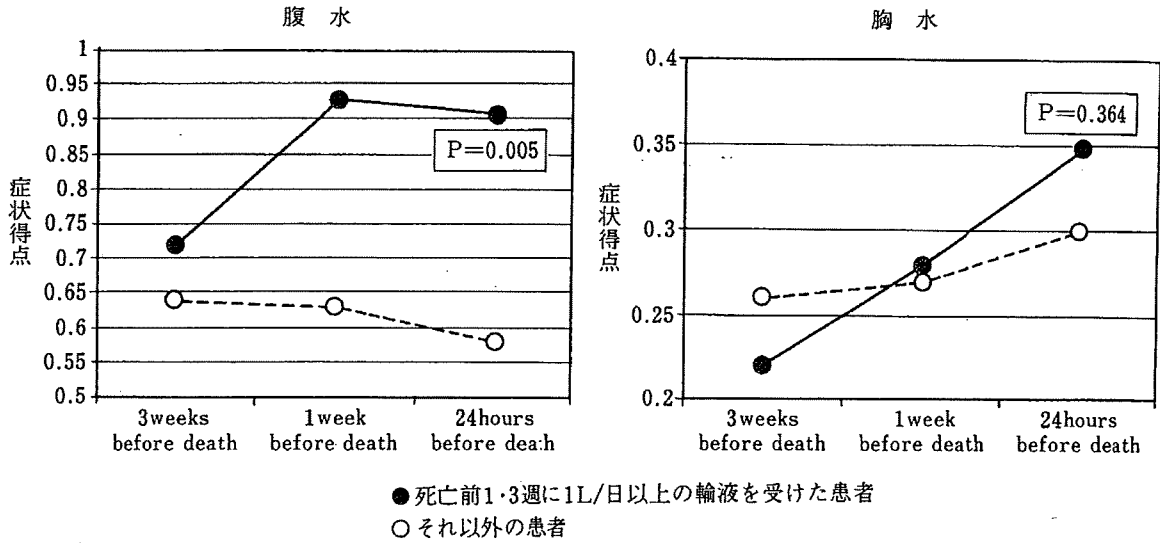


図4 死亡直前期腹水、胸水の経時的推移(Morita T: Ann Oncol 16: 640-647, 2005より)

は少ないが、以下が示唆される。

①消化管閉塞により経口的水分摂取ができない患者のうち、数ヵ月の予後が見込め、Performanse Statusの低下が認められない場合には、1,500 mL/日(1,000 kcal/日、窒素 5 g/日)程度あるいは患者の活動量にみあった高カロリー輸液を行うことにより総合的 QOL 指標を改善させる可能性がある。

②死亡が数週間以内に生じることが明らかで Performanse Statusの低下した患者においては、輸液治療単独で総合的 QOL 指標を改善する可能性は低い。

したがって、総合的 QOL 指標の改善を目的とする場合、生命予後が1~2ヵ月と予測される患者では、「1,000~1,500 mL/日の維持輸液」または「1,500 mL/日の高カロリー輸液」を推奨レベルCとした。「2,000 mL/日の維持輸液」は、水分過剰による体液貯留症状の悪化に見合うだけのQOLの向上を期待できないと考え、推奨レベルをDとした。「2,000 mL/日の高カロリー輸液」は、活動量からみた消費カロリーによっては有効

対象：終末期がん患者52名  
 介入：皮下輸液1,000mL輸液 vs 輸液なし  
 測定：口渴のNRS(0-10)  
 結果：輸液はなくても看護ケアにより口渴は改善し、有意差はなかった

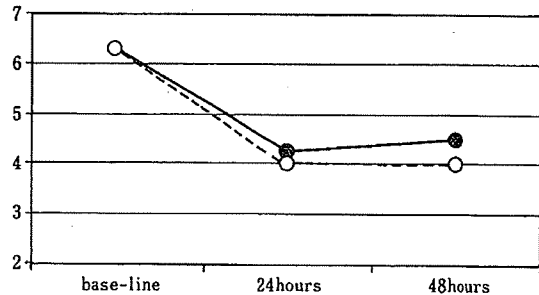


図5 終末期がん患者の口渴に対する輸液治療の無作為化比較試験(Cerchiatti L: Int J Palliat Nurs 6: 370-374, 2000より)

な場合があるかもしれないため、推奨レベルDとした。

一方、生命予後が1~2週間と考えられ、Performanse Statusが3または4の場合には、輸液治療単独による総合的 QOL 指標の改善は期待できないため、総合的 QOL 指標の改善を目的とした輸液治療は推奨されない。「1,000~

1,500 mL/日の維持輸液」は、悪液質や全身衰弱など消化管閉塞以外の原因のために経口的に水分摂取ができない場合には推奨レベル E、消化管閉塞の場合は大量の嘔吐など輸液治療が有用な場合もあるかもしれないので推奨レベル D とした。いずれの場合も、高カロリー輸液は QOL の向上を示す根拠がないうえに、代謝性合併症や体液貯留症状の悪化をきたす可能性があるため、推奨レベル E とした(図 4)。また、終末期の口渴は看護ケアで改善することができ、輸液治療の苦痛緩

和の上積み効果がないことが示唆されている(図 5)。

#### ま と め

日本緩和医療学会の作成した「終末期癌患者に対する輸液治療のガイドライン」の要旨を説明、一部抜粋した。本ガイドラインは、解説用のスライドとあわせて、日本緩和医療学会のホームページより無料でダウンロードできるため、詳細はガイドライン本文をご覧ください。

## がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制の調査と緩和ケアの質の評価に関する研究について



宮下光令\*



本稿では、がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制の調査については、2007年に実施したがん診療連携拠点病院の「緩和ケアチーム」「薬剤部」の緩和ケア提供機能に関する実態調査、2008年に実施した、日本緩和医療学会による厚生労働省委託事業「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「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査」について解説する。緩和ケアの質評価に関しては、筆者がかかわってきた遺族調査、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）、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などについて解説する。

### 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おこなうことが重要である。緩和ケアの質の評価のためには、どのような医療が提供され、利用者がどのように評価しているかを調査することが重要である。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、筆者が近年かかわってきた研究を中心に解説する。がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制の調査については、2007年に実施したがん診療連携拠点病院の「緩和ケアチーム」「薬剤部」の緩和ケア提供機能に関する実態調査、2008年に実施した、日本緩和医療学会による厚生労働省委託事業「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「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査」について解説する。緩和ケアの質評価に関しては、筆者がかかわってきた遺族調査、患者調査、臨床における質保証のため

#### KEY WORDS

緩和ケア  
質評価  
QOL  
がん診療連携拠点病院  
医療者調査

\* MIYASHITA Mitsunori/東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野

表① 緩和ケアチームのストラクチャ：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)

の活動 (クリニカル・オーデイト), 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などについて解説する。

## 1. がん診療連携拠点病院における緩和ケアの提供体制の調査

### 1) がん診療連携拠点病院の「緩和ケアチーム」「薬剤部」の緩和ケア提供機能に関する調査

がん診療連携拠点病院の緩和ケア提供機能に関しては、筆者が主任研究者を務める厚生労働科学研究班が2007年に調査をおこなった。これは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である。この調査の結果、はじめて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かかえている困難、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①～③に示す。

表② 緩和ケアチームのストラクチャ：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)



表① がん診療連携拠点病院におけるオピオイドの採用状況(264施設が回答)(1)

薬剤名	規格	採用あり	採用なし	欠損	採用率	年間払出数 (平均±標準偏差)	
〈モルヒネ〉							
塩酸モルヒネ末	原末(5g)	215	49	0	81%	137±61	g
塩酸モルヒネ錠	10mg	124	138	2	47%	6,413±4,489	T
オブゾ <sup>®</sup> 内服液	5mg	218	44	2	83%	5,650±4,420	包
オブゾ <sup>®</sup> 内服液	10mg	189	75	0	72%	4,508±4,489	包
バシーフ <sup>®</sup> カプセル	30mg	132	132	0	50%	720±522	CP
バシーフ <sup>®</sup> カプセル	60mg	75	189	0	28%	476±315	CP
バシーフ <sup>®</sup> カプセル	120mg	49	214	1	19%	930±416	CP
MSコンチン <sup>®</sup> 錠	10mg	226	38	0	86%	4,760±3,372	T
MSコンチン <sup>®</sup> 錠	30mg	214	50	0	81%	1,285±896	T
MSコンチン <sup>®</sup> 錠	60mg	157	106	1	59%	1,107±588	T
ビーガード <sup>®</sup> 錠	20mg	42	222	0	16%	927±611	T
ビーガード <sup>®</sup> 錠	30mg	37	227	0	14%	626±375	T
ビーガード <sup>®</sup> 錠	60mg	25	239	0	9%	336±192	T
ビーガード <sup>®</sup> 錠	120mg	23	241	0	9%	688±318	T
MS ツワイスロン <sup>®</sup> カプセル	10mg	23	240	1	9%	4,624±2,979	CP
MS ツワイスロン <sup>®</sup> カプセル	30mg	22	241	1	8%	932±739	CP
MS ツワイスロン <sup>®</sup> カプセル	60mg	18	246	0	7%	952±621	CP
カディアン <sup>®</sup> カプセル	20mg	87	176	1	33%	553±381	CP
カディアン <sup>®</sup> カプセル	30mg	70	193	1	27%	358±259	CP
カディアン <sup>®</sup> カプセル	60mg	55	207	2	21%	602±338	CP
カディアン <sup>®</sup> スティック粒	30mg	35	229	0	13%	168±150	包
カディアン <sup>®</sup> スティック粒	60mg	19	244	1	7%	36±26	包
カディアン <sup>®</sup> スティック粒	120mg	19	245	0	7%	734±223	包
モルベス <sup>®</sup> 細粒	2%(10mg/0.5g)	48	216	0	18%	2,243±1,543	包
モルベス <sup>®</sup> 細粒	6%(30mg/0.5g)	30	234	0	11%	1,011±611	包
アンベック <sup>®</sup> 坐剤	10mg	260	4	0	98%	740±900	個
アンベック <sup>®</sup> 坐剤	20mg	223	41	0	84%	387±397	個
アンベック <sup>®</sup> 坐剤	30mg	114	149	1	43%	339±247	個
アンベック <sup>®</sup> 注	10mg	4	260	0	2%	3,269±2,741	A
アンベック <sup>®</sup> 注	50mg	24	240	0	9%	1,048±732	A
アンベック <sup>®</sup> 注	200mg	25	239	0	9%	433±409	A
塩酸モルヒネ注射液	10mg	260	4	0	98%	2,508±2,599	A
塩酸モルヒネ注射液	50mg	218	46	0	83%	1,609±1,241	A
塩酸モルヒネ注射液	200mg	125	139	0	47%	699±467	A
プレベノン <sup>®</sup> 注シリンジ	50mg	18	246	0	7%	1,141±736	本
プレベノン <sup>®</sup> 注シリンジ	100mg	30	234	0	11%	400±305	本

2) 日本緩和医療学会による厚生労働省委託事業「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「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査」

本調査は日本緩和医療学会による厚生労働省委託事業「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「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査」

として2008年3月に実施されたものである。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更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、病院規模の問題はあるものの、原則として100%実施されることが求められる項目である。

表⑨ がん診療連携拠点病院におけるオピオイドの採用状況 (264施設が回答) (2)

薬剤名	規格	採用あり	採用なし	欠損	採用率	年間払出数 (平均±標準偏差)	
<b>(オキシコドン)</b>							
オキノーム <sup>®</sup> 散	2.5mg/0.5g	158	106	0	60%	1,614±835	包
オキノーム <sup>®</sup> 散	5mg/1g	205	59	0	78%	2,470±1,749	包
オキシコンチン <sup>®</sup> 錠	5mg	261	3	0	99%	16,198±13,090	T
オキシコンチン <sup>®</sup> 錠	10mg	137	126	1	52%	7,432±7,007	T
オキシコンチン <sup>®</sup> 錠	20mg	240	24	0	91%	3,783±4,051	T
オキシコンチン <sup>®</sup> 錠	40mg	176	88	0	67%	3,181±2,858	T
ハピナール <sup>®</sup> 注	8mg	18	245	1	7%	6,915±4,152	A
ハピナール・アトロピン <sup>®</sup> 注	8mg (オキシコドン)	2	261	1	1%	—	
<b>(フェンタニル)</b>							
デュロテップ <sup>®</sup> パッチ	2.5 mg	264	0	0	100%	907±1,208	枚
デュロテップ <sup>®</sup> パッチ	5 mg	212	52	0	80%	479±688	枚
デュロテップ <sup>®</sup> パッチ	7.5 mg	133	129	2	50%	416±417	枚
デュロテップ <sup>®</sup> パッチ	10 mg	184	79	1	70%	506±528	枚
フェンタニル <sup>®</sup> 注射液	0.1 mg	261	3	0	99%	10,709±9,923	A
フェンタニル <sup>®</sup> 注射液	0.25mg	39	223	2	15%	4,086±3,804	A
<b>(ブプレニルフィン)</b>							
レバタン <sup>®</sup> 坐剤	0.2mg	212	48	4	80%	—	
レバタン <sup>®</sup> 坐剤	0.4mg	162	98	4	61%	—	
レバタン <sup>®</sup> 注	0.2mg	214	46	4	81%	—	
レバタン <sup>®</sup> 注	0.3mg	49	211	4	19%	—	
<b>(コデイン、ジヒドロコデイン)</b>							
リン酸コデイン <sup>®</sup> 末	原末 (5g)	10	254	0	4%	—	
リン酸コデイン <sup>®</sup> 末	原末 (25g)	29	235	0	11%	—	
リン酸コデイン <sup>®</sup> 散	1% (10mg/1g)	139	125	0	53%	—	
リン酸コデイン <sup>®</sup> 散	10% (100mg/1g)	133	131	0	50%	10,033±2,106	g
リン酸コデイン <sup>®</sup> 錠	5mg	5	258	1	2%	—	
リン酸コデイン <sup>®</sup> 錠	20mg	46	217	1	17%	7,584±5,237	T
リン酸ジヒドロコデイン <sup>®</sup> 末	原末 (5g)	1	262	1	0%	—	
リン酸ジヒドロコデイン <sup>®</sup> 散	1% (10mg/1g)	14	249	1	5%	—	
リン酸ジヒドロコデイン <sup>®</sup> 散	10% (100mg/1g)	3	260	1	1%	—	
<b>(ベンタジシン)</b>							
ベンタジシン <sup>®</sup> 錠	25mg	211	49	4	80%	—	
ベンタジシン <sup>®</sup> 注射液	15mg	260	2	2	98%	—	
ベンタジシン <sup>®</sup> 注射液	30mg	102	159	3	39%	—	
<b>(トラマドール)</b>							
トラマール <sup>®</sup> 注	100mg	14	249	1	5%	—	
<b>(ブトルファノール)</b>							
スタドール <sup>®</sup> 注	1mg	53	209	2	20%	—	
スタドール <sup>®</sup> 注	2mg	35	224	5	13%	—	
<b>(エプタジシン)</b>							
セダベイン <sup>®</sup> 注	15mg	8	254	2	3%	—	

この調査の結果の全体の集計結果を表⑨に示す。この調査は全体や病院種別の集計などとともに、各都道府県や病院の調査結果を、病院名を明らかにして日本緩和医療学会のホームページ (<http://www.jspm.ne.jp/>) に掲載されている。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おこなうこと、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。

表① 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及び相談支援センターに関する調査」(353施設全体の集計結果)(1)

	(n)	(%)
<b>I. 病院の緩和ケアに取り組む体制</b>	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)、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及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等を用いて、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
<b>II. 緩和ケアに関する情報提供体制</b>	はい	
1. 院内の見やすい場所に患者・家族向けの緩和ケアに関する相談窓口の案内が掲示されている。	207	58.6
2. 緩和ケアに関する患者・家族向けのパンフレットがあり、外来に常備するなど、患者・家族が容易に入手できるように提供されている。	194	55.0
3. 緩和ケア部門の診療内容・受診方法についてホームページや病院便りなどで広報されている。	190	53.8
4. 相談支援センター等の相談窓口において、緩和ケアに関して、年間5件以上の相談を受けた記録がある。	284	80.5
5. 患者・家族向けの図書館があり、緩和ケアに関する書籍または、患者が自由に見られるインターネット端末を常備してある。	121	34.3
6. 緩和ケア部門の診療実績がホームページなどで患者・家族向けに公開されている。	39	11.0
<b>III. 基本的な緩和ケアの提供体制</b>	はい	
1. 院内のがん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア研修会を年1回以上開催しており、参加医師数の合計が10名以上ある(実人数)。	250	70.8
2. 院内のがん診療に携わる看護師を対象とした緩和ケア研修会を年1回以上開催しており、参加看護師数の合計が10名以上である(実人数)。	330	93.5
3. 院内で、医師を対象としたがん医療におけるコミュニケーション・スキルを向上させるための実技・演習を含む研修を年1回以上開催している。	68	19.3
4. 院内で、がん患者に対するリハビリテーションについての研修を年1回以上開催している。	51	14.4
5. がん診療に携わる医師は全て麻薬施用者免許を有している。	321	90.9
6. 院内において統一した疼痛の評価尺度がある。	274	77.6
7. 院内に緩和ケアに関するマニュアルがあり、病棟と外来から常に参照できる状態になっており、1年以内に改訂されている。	204	57.8
8. 即効性経口モルヒネ、徐放性経口モルヒネ、モルヒネ注、即効性オキシコドン、徐放性オキシコドン、フェンタニル貼付剤、フェンタニル注の全てが採用されている。	326	92.4
9. 鎮痛効果のある抗がん薬(ガバペンチン、クロナゼバムなど)、三環系抗うつ薬、ケタラール*の全てが採用されている。	332	94.1
10. オクトレオチド(サンドスタチン*)が採用されている。	339	96.0
11. 少なくとも1種類以上の非定型抗精神病薬が採用されている。	347	98.3

表① 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及び相談支援センターに関する調査」(353施設全体の集計結果)(2)

	(n)	(%)
<b>IV. 専門的な緩和ケアの提供体制</b>	はい	
1. 緩和ケアチームの活動指針が明文化されている。	314	89.0
2. 緩和ケアチームへの紹介を行う手続きが明文化され周知されている。	314	89.0
3. 緩和ケアチームに年間50名以上の直接の診察またはコンサルテーションによる診療実績がある(実人数)。	187	53.0
4. 緩和ケアチームが診療している患者に対して原則として週1回以上の直接診療を行っており、かつ、必要な場合に平日の日勤帯はいつでも緩和ケアチームのいずれかのメンバーが患者を直接診療できる体制がある。	265	75.1
5. 緩和ケアチームは少なくとも週に3日以上、チームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている。	195	55.2
6. 疼痛以外の身体症状・精神症状の緩和を目的とした依頼が20%以上である。	229	64.9
7. 緩和ケアチームは少なくとも週1回、メンバーでカンファレンス、または、回診を行っている。	276	78.2
8. 緩和ケアチームに、専門看護師(がん看護)、緩和ケア認定看護師、または、がん性疼痛看護認定看護師が少なくとも1名いる。	200	56.7
9. 緩和ケアチームに、日本緩和医療学会に所属している医師が少なくとも1名いる。	269	76.2
10. 緩和ケアチームに、日本サイコロジ学会に所属している医師が少なくとも1名いる。	100	28.3
11. 緩和ケアチームが診療やコンサルテーションをした場合、その内容が診療記録に明記されている。	330	93.5
12. 緩和ケアチームが診療した患者のデータベースや一覧表を作成している。	309	87.5
13. がん性疼痛の緩和のために(術後疼痛を除く)、くも膜下フェノールブロック・内臓神経ブロック・持続硬膜外ブロック・高周波熱凝固療法の内いずれかを年間1例以上施行している。	218	61.8
14. 骨転移に対して院内で放射線治療を行った実績が年間10例以上ある(実人数)。	319	90.4
15. 麻薬の自己管理を行った入院患者が年間1名以上いる。	224	63.5
16. 平日の日勤帯はいつでも精神症状の緩和に携わる医師が患者を直接診療できる体制を有している。	214	60.6
<b>V. 多職種による緩和ケアの提供体制</b>	はい	
1. 緩和ケアチームの活動に薬剤師が参加することが明文化されている。	326	92.4
2. 緩和ケアチームの活動に医療ソーシャルワーカーが参加することが明文化されている。	252	71.4
3. 緩和ケアチームの活動に管理栄養士が参加することが明文化されている。	188	53.3
4. 緩和ケアチームの活動にリハビリテーション科医師または理学療法士または作業療法士が参加することが明文化されている。	148	41.9
5. がん患者に関するリハビリテーション研修に参加したことがあるリハビリテーション部門の医療者がいる。	129	36.5
6. 緩和ケアチームの活動に医療心理に携わるコメディカルが参加することが明文化されている。	172	48.7
7. 栄養管理・支援のための組織(NSTなど)が、がん患者に対する栄養学的支援を行った記録が1例以上ある。	287	81.3
8. 入院患者に対して麻薬が初めて処方されたとき、薬剤師が服薬指導を行った記録が10人以上ある。	307	87.0
<b>VI. 緩和ケアの地域連携及び研修の実施体制</b>	はい	
1. 在宅療養に移行する患者のうち緩和ケアを必要とするがん患者について、診療所または訪問看護ステーションなど病院外の職員が参加した退院時カンファレンスが行われた記録が年間10件以上ある。	169	47.9
2. 地域の病院、診療所及び訪問看護ステーションが、緩和ケアについて相談したいときに、緩和ケア部門の医療従事者と電話などで直接相談ができる窓口がある。	280	79.3
3. 地域の病院、診療所及び訪問看護ステーションから、緩和ケアについて診療の要請があったときに緩和ケア部門の医療従事者が病院外で診察を行える体制がある。	31	8.8
4. 緩和ケアを担当することを明確にされた医療ソーシャルワーカーが少なくとも1名いる。	240	68.0
5. 地域の患者が受診できる緩和ケア外来(緩和ケア病棟の入院予約のみを目的とする外来ではなく、がん患者の苦痛を緩和することを目的とした外来)があり、年間10人以上を診療している(実人数)。	95	26.9
6. 地域のがん診療に携わる医師を対象とした、緩和ケアの研修会(講義、ワークショップなど)を年間1回以上開催しており、参加医師数の合計が10名以上である(実人数)。	218	61.8
7. 地域のがん診療に携わる医師を対象とした、5日以上実際に患者を診察する機会を有する緩和ケアに関する研修(一緒に回診をする、研修として患者を受け持つなど)を行っており、年間少なくとも1名以上受け入れている。	25	7.1
8. 地域のがん診療に携わる看護師を対象とした、緩和ケアの研修会(講義、ワークショップなど)を年間1回以上開催しており、参加看護師数の合計が10名以上である(実人数)。	236	66.9
9. 地域のがん診療に携わる看護師を対象とした、5日以上実際に患者を診察する機会を有する緩和ケアに関する研修(一緒にケアをする、研修として患者を受け持つなど)を行っており、年間少なくとも1名以上受け入れている。	55	15.6
10. 地域の病院、診療所及び訪問看護ステーションと緩和ケアに関する地域連携について話し合う会議を年1回以上開催している。	165	46.7
11. 地域における緩和ケアに関する研修会や講演会などに、年間1人以上の講師の派遣を行った実績がある。	250	70.8

表⑤ Care Evaluation Scale (CES)

<p><b>【医師の対応について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医師は、患者さまのからだの苦痛をやわらげるように努めていた。</li> <li>○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。</li> <li>○医師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練していた。</li> </ul> <p><b>【看護師の対応について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○看護師は、苦痛をやわらげるのに必要な知識や技術に熟練していた。</li> <li>○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。</li> </ul> <p><b>【患者さまへの精神的な配慮について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○患者さまの不安や心配をやわらげるように、医師や看護師は努めていた。</li> <li>○患者さまの気分が落ち込んだときに、医師や看護師は適切に対応していた。</li> <li>○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。</li> </ul> <p><b>【医師から患者さまへの説明について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul>	<p><b>【医師からご家族への説明について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○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。</li> <li>○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。</li> <li>○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。</li> </ul> <p><b>【設備について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○病室は使い勝手がよく、快適だった。</li> <li>○防音が十分になされていた。</li> <li>○トイレや洗面台の設備が整っていた。</li> </ul> <p><b>【ご家族への配慮について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ご家族が健康を維持できるような配慮があった。</li> <li>○ご家族が自分の時間をもったり、仕事をつづけられるような配慮があった。</li> </ul> <p><b>【費用について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○費用の請求額はわかりやすかった。</li> <li>○支払った費用は妥当だった。</li> </ul> <p><b>【入院について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○必要なときに待たずに入院できた。</li> <li>○入院の手続きは簡単だった。</li> <li>○患者さまとご家族の意思に沿った入院ができた。</li> </ul> <p><b>【連携や継続性について】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医師や看護師など医療者同士の連携はよかった。</li> <li>○診療にあたる医師や看護師は固定していた。</li> <li>○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。</li> </ul>
---	---

改善の必要が「非常にある」～「全くない」で回答する。

## 2. 緩和ケアの質の評価に関する研究

### 1) 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、アウトカム調査をおこなうことは現実的ではない。したがって、とく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きた。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ており、Care Evaluation Scale (CES)、Good Death Inventory (GDI) といった尺度が開発されてきた。CES、GDIの調査項目を表⑤、⑥に示す。がん診療連携拠点病院に関しては、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より、全国56のがん診療連携拠点病院の一般病棟におけるがん死亡患者の遺族を対象とした

調査がおこなわれた。同時期に全国100の緩和ケア病棟、14の在宅ホスピスに対しても同様の調査がおこなわれ、これらをあわせてJapan HOspice and Palliative Care Evaluation study (J-HOPE study) と称することになった。これらの2007～2008年におこな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。

### 2) 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おこなわれてこなかった。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おこない、緩和ケアチームの介入効果を実証的に示

表⑥ Good Death Inventory (GDI)

GDIの共通して重要な10領域	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● [からだや心のつらさがやわらげられていること]</li> <li>○患者さまは痛みが少なく過ごせた。</li> <li>○からだの苦痛が少なく過ごせた。</li> <li>○おだやかな気持ちで過ごせた。</li> <li>● [望んだ場所で過ごすこと]</li> <li>○患者さまは望んだ場所で過ごせた。</li> <li>○望んだ場所で最期を迎えられた。</li> <li>○療養した場所は患者さまの意向に沿っていた。</li> <li>● [希望や楽しみをもって過ごすこと]</li> <li>○患者さまは希望をもって過ごせた。</li> <li>○楽しみになるようなことがあった。</li> <li>○明るさをもって過ごせた。</li> <li>● [医師や看護師を信頼できること]</li> <li>○患者さまは医師を信頼していた。</li> <li>○安心できる看護師がいた。</li> <li>○医療者は気持ちをわかってくれた。</li> <li>● [家族や他人の負担にならないこと]</li> <li>○患者さまは家族の負担になりつらいと感じていた。</li> <li>○人に迷惑をかけてつらいと感じていた。</li> <li>○経済的な負担をかけてつらいと感じていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● [ご家族やご友人とよい関係でいること]</li> <li>○患者さまはご家族やご友人と十分に時間を過ごせた。</li> <li>○ご家族やご友人に十分に気持ちを伝えられた。</li> <li>○ご家族やご友人から支えられていた。</li> <li>● [自分のことが自分でできること]</li> <li>○患者さまは身の回りのことはたいい自分でできた。</li> <li>○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。</li> <li>○トイレや排泄について困ることがなかった。</li> <li>● [落ち着いた環境で過ごすこと]</li> <li>○患者さまは落ち着いた環境で過ごせた。</li> <li>○静かな環境で過ごせた。</li> <li>○自由で人に気兼ねしない環境で過ごせた。</li> <li>● [人として大切にされること]</li> <li>○患者さまは人として大切にされていた。</li> <li>○「もの」や子供扱いされることはなかった。</li> <li>○生き方や価値観が尊重されていた。</li> <li>● [人生をまっとうしたと感じたこと]</li> <li>○患者さまは人生をまっとうしたと感じていた。</li> <li>○充実した人生だと感じていた。</li> <li>○心残りがないと感じていた。</li> </ul>
GDIの人によって重要さが異なる8領域	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● [できるだけ治療を受けること]</li> <li>○患者さまはできるだけ治療はしたと感じていた。</li> <li>○十分に病氣とたたかうことができた。</li> <li>○納得がいくまで治療を受けられた。</li> <li>● [自然なかたちで過ごせること]</li> <li>○患者さまは自然に近いかたちで過ごせた。</li> <li>○必要以上に機械やチューブにつなげなかった。</li> <li>○希望していない治療を無理に受けることがなかった。</li> <li>● [伝えたいことを伝えておけること]</li> <li>○患者さまは大切な人に伝えたいことを伝えられた。</li> <li>○会いたい人に会っておけた。</li> <li>○まわりの人に感謝の気持ちを伝えられた。</li> <li>● [先ごきのことを自分で決められること]</li> <li>○患者さまは先ごきに起こることを詳しく知っていた。</li> <li>○自分が参加して治療方針を決められた。</li> <li>○医師から予想される経過や時間を知らされていた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● [病氣や死を意識しないで過ごすこと]</li> <li>○患者さまは病氣や死を意識せずに過ごせた。</li> <li>○病氣や死を意識せず、普段に近い毎日を送れた。</li> <li>○病状について、知りたくないことは聞かずにいられた。</li> <li>● [他人に弱った姿を見せないこと]</li> <li>○患者さまは他人に弱った姿をみせてつらいと感じていた。</li> <li>○容姿がかわってしまい、つらいと感じていた。</li> <li>○他人から同情やあわれみをうけてつらいと感じていた。</li> <li>● [生きていることに価値を感じられること]</li> <li>○患者さまは仕事や家族としての役割を果たせた。</li> <li>○人の役に立っていると感じられた。</li> <li>○生きていることに価値を感じられた。</li> <li>● [信仰に支えられていること]</li> <li>○患者さまは信仰に支えられていた。</li> <li>○信仰にしたがって過ごすことができた。</li> <li>○自分を越えた何かに守られていると感じられた。</li> </ul>

した。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おこなっている。緩和ケアの目的とするQOL (quality of life) 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、質問の内容や分量的に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おこなう尺度を開発した。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 European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 (EORTC-QLQ-C30) の項目を削った緩和ケア

表⑦ STAS 日本語版 (STAS-J)

<p>STAS-Jの9項目</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 痛みのコントロール</li> <li>2. 症状が患者に及ぼす影響</li> <li>3. 患者の不安</li> <li>4. 家族の不安</li> <li>5. 患者の病状認識</li> <li>6. 家族の病状認識</li> <li>7. 患者と家族のコミュニケーション</li> <li>8. 医療専門職間のコミュニケーション</li> <li>9. 患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2＝中程度の痛み、とき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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
---	---

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・妥当性の検証をおこなった。EORTC-QLQ-C15-PAL 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ー・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。現在、詳細な解析と論文投稿中なので結果を示すことはできないが、これらの尺度は十分な信頼性・妥当性を示すことが明らかになっており、わが国でも、とくに治療期・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。

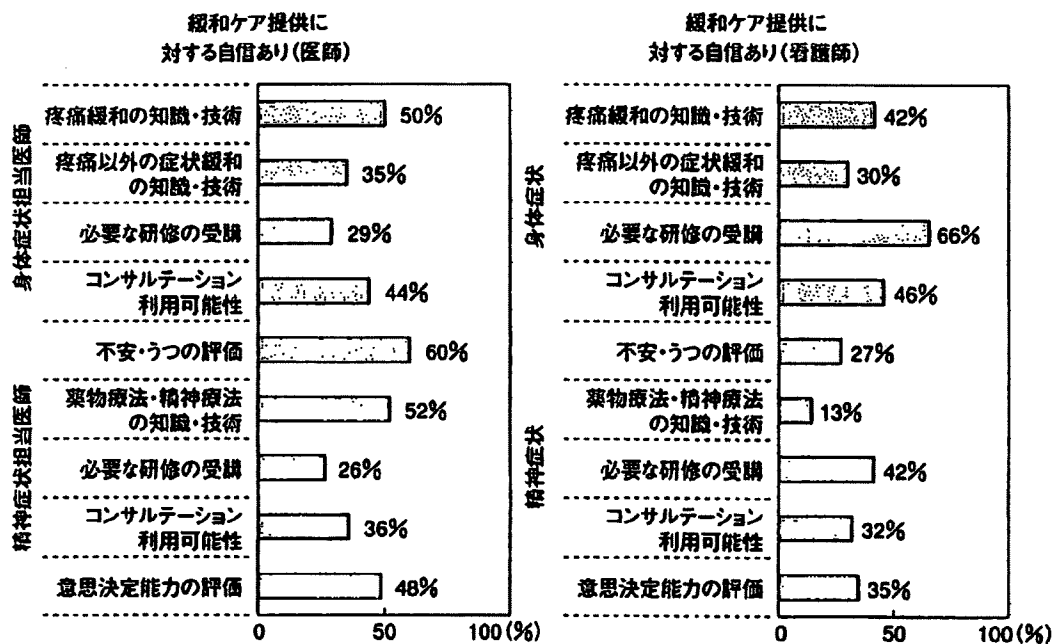
### 3) 臨床における質保証のための活動 (クリニカル・オーディット)

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おこなわれてきた。われわれのグループでは英国で用いられた Support Team Assessment Schedule (STAS) という評価ツールの日本語版 (STAS-J) を作成した (表⑦)。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おこなえるという

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おこなった。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おこない普及を図り、臨床で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。

### 4) 医療者の自己評価や知識などに関する調査

プロセスに関する評価の一つとして「望ましいと考えられる医療がおこなわれているか」を調査するという方法がある。しかし、これは実際にはむずかしい。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。自己評価には自ずと限界があるが、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



図① がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの自己評価

関する調査を2007年におこなった。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①)。緩和ケアチームの構成員などの専門家向けの教育の充実が必要である。厚生労働科学研究費補助金：第3次がん総合戦略研究事業：がん対策のための戦略研究：課題「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model：OPTIM)においても、予備調査として2007年に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、とく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。本調査の結果はOPTIMのホームページ(<http://gankanwa.jp>)を参照いただきたい。

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おこなっており、その評価をおこなうために「緩和ケアに関する医療者の知識・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。本尺度は一般の医師・看護師・コメディカルを対象として作成されており、ホームページ(<http://www.pctool.umin.jp/>)で公開されている。最近はこの尺度に関する問い合わせも多く、国内で標準的に使用されるツールとなりつつある。

医師に関しては厚生労働省委託事業として、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年の1月におこなわれた。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おこなわれた。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ための要望、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前述の知識尺度が用いられており、その結果の一部を表②に示す。この調



表⑥ 医師約10万人を対象とした緩和ケアの知識に対する調査

総数	そう思わない	わからない	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はおこなわない。				
97,961	76,820	13,000	5,869	2,272
100.0	78.4	13.3	6.0	2.3
疼痛治療の目標の一つは、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

上段の数字は実人数、下段はその割合(%)を示す。

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。

## おわりに

わが国ではがん対策基本法と同時期に、がん診療連携拠点病院が制度化され、緩和ケアチームなどの整備がなされるようになった。これらについての実態調査はまだ数が少ないが、今回紹介した医療水準等調査などは経年的に実施されている。がん診療連携拠点病院が提供する緩和ケア機能に関しては、プライマリ・ケアとしての早期からの緩和ケアから、専門的緩和ケア従事者が提供する専門的緩和ケアサービスまで広く経年的にモニタリングされ、質の保証と改善がなされる必要がある。

緩和ケアの評価に関しては、わが国では全体的に遅れていた分野である。緩和ケア病棟では比較的早期から質評価の必要性が求められ、遺族調査などがおこなわれてきたが、それ以外の一般病院や医療者の評価に関しては、最近になってやっと「道具」が揃ってきた感がある。今後はこれらの信頼性・妥当性が確立したツールを積極的に使用して、提供している緩和ケアの評価を、患者・家族（遺族）、医療者それぞれの視点からおこなっていく必要がある。

# 行動療法研究

*Japanese Journal of Behavior Therapy*

## 資料

- 社会的場面とその予期における対人不安者の注意処理  
〔行動療法・認知行動療法関連の基礎研究 特集論文〕  
河崎千枝・高島佳奈・岩永 誠 ..... 205
- 小児抑うつ尺度 (Children's Depression Inventory) 日本語版作成の試み  
真志田直希・尾形明子・大園秀一・小関俊祐・  
佐藤 寛・石川信一・戸ヶ崎泰子・佐藤容子・  
佐藤正二・佐々木和義・嶋田洋徳・山脇成人・  
鈴木伸一 ..... 219

## 実践研究

- 幼児の集団社会的スキル訓練 —訓練前の特徴に焦点をあてた効果の検討—  
〔学校におけるソーシャルスキルトレーニング 特集論文〕  
岡村寿代・金山元春・佐藤正二・佐藤容子 ..... 233
- 学級アセスメントに基づく集団社会的スキル訓練の効果  
〔学校におけるソーシャルスキルトレーニング 特集論文〕  
小関俊祐・高橋 史・嶋田洋徳・佐々木和義・  
藤田継道 ..... 245
- 発達障害児の保護者向け機能的アサーション・トレーニング  
〔学校におけるソーシャルスキルトレーニング 特集論文〕  
三田村仰・松見淳子 ..... 257
- 断続的な不登校状態を呈したアスペルガー障害児への行動支援の効果  
—本人および保護者へのアプローチにおける検討—  
〔広汎性発達障害への支援 特集論文〕  
式部義信・井澤信三 ..... 271

## コロキウム報告

- 行動療法コロキウム'08 in なごや ..... 287
- 「行動療法・認知行動療法関連の基礎研究」の特集にあたって  
岩永 誠 ..... 217
- 用語の再検討 —「広汎性発達障害への支援」特集に寄せて—  
小林重雄 ..... 283
- 「広汎性発達障害への支援」の特集にあたって  
渡部匡隆 ..... 285

- 会務報告 ..... 312
- 編集規定・執筆要領 ..... 315

〈資料〉

## 小児抑うつ尺度 (Children's Depression Inventory) 日本語版作成の試み

真志田直希\*<sup>1</sup> 尾形 明子\*<sup>2</sup> 大園 秀一\*<sup>3</sup> 小関 俊祐\*<sup>4</sup>  
佐藤 寛\*<sup>2,5</sup> 石川 信一\*<sup>2</sup> 戸ヶ崎泰子\*<sup>2</sup> 佐藤 容子\*<sup>2</sup>  
佐藤 正二\*<sup>2</sup> 佐々木和義\*<sup>6</sup> 嶋田 洋徳\*<sup>6</sup> 山脇 成人\*<sup>7</sup>  
鈴木 伸一\*<sup>6</sup>

### 要 約

本研究では、児童青年期の抑うつにおいて標準的なアセスメントツールである小児抑うつ尺度 (Children's Depression Inventory; CDI; Kovacs, 1992) の日本語版を作成することを目的に、一般の児童生徒を対象に調査を行った。対象者は、9歳から15歳までの日本人の児童生徒370名 (男子179名、女子191名) であった。本研究の結果、CDI日本語版は1因子構造であり、内的整合性を有していることが確認された。また、Youth Self Reportとの有意な相関がみられ、一定の妥当性を有していることがわかった。CDIの平均合計得点は原版に比べ非常に高い得点を示していた。また、本研究の対象者の14.9%が原版のcut-off得点よりも高い得点を示した。しかし、本研究は、サンプル数が少なく、また、一般の児童生徒のみを対象としていることから、因子構造や信頼性、妥当性の検討において課題が残る。今後、大規模サンプルや臨床サンプルを対象とした検討が必要である。

キー・ワード: Children's Depression Inventory (CDI) 抑うつ 児童 生徒 心理尺度

### 目 的

児童青年期のうつ病はDSM-III (American Psychiatric Association, 1980) 以降、診断基準が確立し、児童・青年期における深刻な精神疾患のひとつとして考えられるようになった (Kovacs, 1997)。世界的に児童・青年期におけるうつ病の有病率は0.4~8.3%であり (Birmaher et al., 1996)、わが国においても、小学

4年生から中学1年生を対象とした調査において、なんらかの気分障害の診断基準を満たした者が4.2%であり、そのうち大うつ病性障害は1.5%であることが報告されている (傳田, 2008)。

また、児童生徒の抑うつ傾向の高さは学業成績の低下 (Tesiny et al., 1980)、自尊心の低下 (Kazdin, 1988)、身体的な健康の減退 (Costello et al., 1988)、対人関係上の不満や葛藤をはじめとするさまざまな日常生活における問題 (Fleming & Offord, 1990) と関係し、未治療のまましていると成人期まで慢性化する (Kovacs et al., 1997)。さらに、不登校の児童生徒の中にも抑うつ症状を示す者がいると考えられ (傳田ら, 2004)、児童生徒の無気力や疲れやすさ、自信喪失、引きこもりなどの不適応状態を抑うつ観点からとらえなおすことの重要性 (村田

\*1 堺市こころの健康センター

\*2 宮崎大学教育文化学部

\*3 久留米大学医学部小児科学講座

\*4 兵庫教育大学連合大学院学校教育学研究科

\*5 日本学術振興会特別研究員

\*6 早稲田大学人間科学学術院

\*7 広島大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経学講座

(2009(平成21)年6月22日受理)

ら, 1990) が指摘されている。

児童生徒の抑うつに対して適切な対応や予防を行うためには、まず適切にアセスメントする必要がある。世界的に児童生徒の抑うつを測定するために用いられている代表的なアセスメントツールに Children's Depression Inventory (CDI: Kovacs, 1992) がある。CDI は BDI (Beck Depression Inventory: Beck et al., 1979) を児童生徒向けに修正した尺度として発展しており、7~17歳に適用可能である。測定内容は最近2週間の抑うつ症状や認知機能に焦点が当てられており、大うつ病エピソードの特徴的な症状を網羅した27項目から構成されている。CDI 原版の信頼性については、高い内部一貫性と短期間での高い再テスト信頼性が報告されている (Kovacs, 1992)。また、妥当性については、他の抑うつ自己評定尺度や近接概念 (たとえば、自尊心、抑うつの認知) との併存的妥当性を有していることが確認されているが、CDI の弁別的妥当性に関しては一致した見解が得られていない (Myers & Winters, 2002)。さらに、CDI の因子構造についても研究結果が一致しておらず、年齢によって因子構造が変化することが示唆されている (Cole et al., 2000; Weiss & Garber, 2003)。CDI の特徴としては、スクリーニングテストとして sensitivity (感度) は高いが、specificity (特異度) は低いことが挙げられる (Kazdin, 1990)。また、CDI は、さまざまな国で翻訳されており、データの国際比較が可能である (Kovacs, 2003)。

わが国においては、村田ら (1989) によって CDI 日本語版が作成され、CDI を用いた児童生徒の抑うつに関する研究が多くなされてきた (村田ら, 1989; 塩川ら, 1991, 1993; 辻井ら, 1990, 1994)。しかしながら、現在、原版作成者の Kovacs 博士から Multi-Health Systems 社への CDI の著作権移譲に伴い、わが国では CDI の使用が認められていない。こういった現状も関連し、近年、日本における児童生徒の抑うつに関する研究では、CDI よりも Depression

Self-Rating Scale for Children (DSRS: Birlleson, 1981) がよく用いられている。DSRS は、CDI よりも質問項目が少なく、平易な表現が用いられているが、DSM の診断基準と対応していない。また、欧米では CDI が多く用いられているため、CDI 日本語版がない限り、国際比較が困難であるのが現状である。

そこで本研究では、CDI の著作権を有する Multi-Health Systems 社と日本語版作成の契約を交わし、改めて CDI 日本語版の作成を試みることにする。さらに、CDI 項目の日本サンプルにおける得点分布や因子構造など、CDI 日本語版の特徴を検討することを目的とする。

## 方法

### 1. 対象者

公立小中学校に在籍する小学4年生から中学3年生までの児童生徒396名 (小学校3校5学級、中学校1校3学級) を対象に調査を実施した。回収率は100%であった。記入漏れや記入ミスがあった回答者を除いた有効回答者数合計370名 (小4男子37名、女子42名、小5男子45名、女子61名、小6男子51名、女子38名、中1男子18名、女子15名、中2男子15名、女子14名、中3男子15名、女子19名) を分析対象とした。分析対象者の平均年齢は  $11.2 \pm 1.5$  (9~15) 歳であった。

### 2. 調査材料

#### 1) Children's Depression Inventory (CDI) 日本語版

27項目、三件法で回答し、最も抑うつ度の高いものから2点、1点、0点を与える。本研究の実施にあたり、著作権を有する Multi-Health Systems 社と日本語版作成の契約を交わした。そして、共同研究者が日本語に翻訳し、その後、米国大学院を修了した共同研究者を含めてバックトランスレーションを行った。バックトランスレーション版の適切性については、CDI の作者である Kovacs 博士に了承を得た。日本語表現について、村田ら (1989) と大きく異な