

## 緩和ケアの質の評価

宮下光令<sup>1</sup>, 佐藤一樹<sup>1</sup>, 清水 恵<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>東北大学大学院医学系研究科 保健学専攻

<sup>2</sup>東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻

### The Quality Evaluation of Palliative Care

Mitsunori MIYASHITA<sup>1</sup>, Kazuki SATO<sup>1</sup> and Megumi SHIMIZU<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine

<sup>2</sup>School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, the University of Tokyo

Key words : palliative care, terminal care, evaluation studies, quality assurance, neoplasm

The evaluation of care is necessary to provide quality palliative care. We discuss Japanese quality evaluation studies for end-of-life cancer care. They include the hospital structure surveys, bereavement family surveys, patient surveys, clinical audit, quality indicators, medical use surveys, and questionnaire surveys for medical professionals. The methodology of evaluation of end-of-life cancer care is developing but not well-established. We should make an effort to establish quality evaluation system for palliative care in Japan.

#### 1. はじめに

緩和ケアの質を保証するためには、ケアの質の評価を行うことが必要である。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による自己評価などの質保証活動が行われている<sup>1)</sup>。日本の緩和ケアチームは、2002年より緩和ケア診療加算が診療報酬に新設され、制度に正式に組み入れられた。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つの基準と考えてよいだろう。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持つと考えられる「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、既に指定されている施設においても2010年の更新で全ての施設に適用されることになった。質の評価はこのようなケアの基準をもとにして、それがストラクチャ、プロセス、アウトカムといった側面からどれだけ充足されているかを評価していくことが基本になる。また、近年では患者や遺族に負担をかけない診療記録から抽出する質指標、データベースなどに基づく緩和ケアのQuality Indicatorなどが注目されている。さらに、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持っているかに関しても緩和ケア提供のストラクチャおよびプロセスという観点から重要になる。

そこで本稿では、これらについて、筆者が近年

関わってきた緩和ケアの質の評価に関する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）、診療記録から抽出する緩和ケアの質指標、緩和ケアの Quality Indicator、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大別され、それぞれについて解説する。

## 2. 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<sup>2)</sup>。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、我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<sup>3)</sup>。一般病棟の緩和ケア提供のストラクチャの調査としては、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いて、活動実態が不十分な緩和ケアチームが少なくないこと、緩和ケアチームのメンバーの自信は低いこと、時間や病院の理解などに困難を抱えていること、拠点病院における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・活動実態などが明らかになった<sup>4)</sup>。

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として、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」が平成20年3月に実施され、筆者は本調査の緩和ケア小委員会委員長を務めた。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。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に、監査を行うことが可能であるような項目を選定した。本調査は平成21年、平成22年にも実施され、結果は国立がん研究センターのホームページに掲載されている（<http://ganjoho.ncc.go.jp/public/news/2010/20100302.html>）。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調査は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、我が国の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<sup>5)</sup>。

## 3. 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。そ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きた。我が国では、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<sup>6,7)</sup>。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<sup>8)</sup>。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 (身体的・心理的な苦痛がないこと、望んだ場所で過ごすこと、医療スタッフとの良好な関係、希望をもって生きること、他者の負担にならないこと、家族との良好な関係、自立していること、落ち着いた環境で過ごすこと、人として尊重されること、人生を全うしたと感ぜられること)、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 (自然なかたちで亡くなること、他人に感謝し、心の準備ができること、役割を果たせること、納得するまでがんと闘うこと、自尊心を保つこと、残された時間を知り、準備をすること、死を意識しないで過ごすこと、信仰をもつこと) が同定された<sup>9)</sup>。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<sup>10)</sup>、調査で利用された。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。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ホスピス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で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 年～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。本調査の結果として、緩和ケア病棟と在宅ホスピスに関してはどの項目も非常に高い満足度を得ていること、拠点病院に関しては全般

満足度や医師への信頼、尊厳の保持などの基本的なケアに関しては充足しているが、苦痛の緩和や医師の患者の苦痛への迅速な対応などでは改善が必要なことが明らかになった。

#### 4. 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<sup>11)</sup>。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<sup>12)</sup>。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-C15PAL について我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ケア評価尺度・包括的 QOL 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。EORTC QLQ-C15PAL は PS (Performance Status) と相関を示し、身体的・心理的な QOL を評価する尺度と位置づけられる。ケア評価尺度は提供されるケアの質を直接的に患者が評価する尺度であり、PS に依存しないという好ましい性質を持つ。包括的 QOL 尺度は GDI

に準じて実存的側面を重視しており、これも PS に依存しない、EORTC QLQ-C15PAL では測定できない全人的な QOL を測定できるという利点を持つ。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複数のがん診療連携拠点病院の一般外来患者や入院患者・外来化学療法室を受診する患者を対象とした調査が実施された。

### 5. 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<sup>13)</sup>。STAS-J は「1. 痛みのコントロール」「2. 症状が患者に及ぼす影響」「3. 患者の不安」「4. 家族の不安」「5. 患者の病状認識」「6. 家族の病状認識」「7. 患者と家族のコミュニケーション」「8. 職種間のコミュニケーション」「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」の 9 項目に対し、0 から 4 点で医療者が評価する代理評価尺度である。0 から 4 点にはその基準となる説明がなされている (Verbal Rating Scale)。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持つ。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<sup>14)</sup>。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い普及を図り、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 2 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。

### 6. 診療記録 (カルテ) から抽出する 緩和ケアの質指標

近年、米国では診療記録から抽出する質指標に関する研究が進められている。Wenger らは米国における ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) のプロジェクトにより、地域高齢者ケアの質指標を 22 の領域について設定している<sup>15, 16)</sup>。ACOVE によるプロジェクトは、既存のガイドライン、文献レビューと多職種によるエキスパート・パネルによって項目を設定し、医療のプロセス面の評価に重点を置きつつ診療記録からの抽出またはインタビューによって質指標の測定を行う。22 の領域のうち、緩和ケアに関連が深いものとしては「疼痛マネジメント (Pain Management)」「終末期ケア (End-of-Life Care)」がある<sup>17, 18)</sup>。疼痛マネジメントに関しては、主に慢性疼痛を標的として「慢性疼痛のスクリーニング」「疼痛の病歴と身体検査」「NSAIDs, オピオイドの副作用」「疼痛の治療」などの 7 項目が挙げられている。終末期ケアに関しては、「事前指示、代理決定者」「ケア・延命治療の希望の選択 (プリファレンス) の記載」「疼痛・呼吸困難のケア」などの 14 項目が挙げられている。

Wenger らはこれらの項目に対して、1998 年から 1999 年に米国の 2 地域のマネージド・ケア組織のプランに加入した 65 歳以上の地域在住高齢者から虚弱高齢者 (Vulnerable elders) として 13 項目からなる身体機能をスクリーニングする尺度 (VES-13) を用いて、最終的に適格基準を満たした 372 人を対象に、診療記録のレビューとインタビューによりこれらの項目に対する実際の測定を行っている<sup>19)</sup>。ACOVE の質指標は「・・・の場合・・・が記載されている」という IF-THEN の形式をとるため、IF でトリガーされる割合が問題となる。上記の質指標の実測では、疼痛マネジメントにおいてトリガーされた人数は 38 人～123 人であり、そのうち質指標が達成 (記載) されていたも

のは0%~86%であった。また、終末期ケアにおいてはトリガーされた人数は2~370人であったものの、このとき測定された8項目中5項目においてトリガーされた人数は10人以下であり、実効性にやや疑問が残る結果となった。終末期ケアにおける全体としてのトリガーされた割合は9%であり、22の質指標の項目中最も低かった。

診療記録から抽出する質指標は日本では厚生労働科学研究費補助金「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」班によって筆者が分担研究者として実施された。この研究班では、デルファイ法により緩和ケアの診療記録から抽出する質指標として疼痛と意思決定を中心とした28項目を決定した。質指標の項目を疼痛と意思決定という2領域に絞ったのは、他の領域ではエビデンスが確立していないものも多く、包括的なものを作成することは困難であると考えたからである。これらの質指標の達成の記載を実際の病院に対して調査を行ったところ、診療記録からの抽出に非常に時間がかかる、それぞれの項目の基準が曖昧になるなどの問題点が明らかになり、全国規模の緩和ケアの質の評価には実効性が乏しいという結果であった。今後は疼痛や意思決定以外の領域のエビデンスに基づいたガイドラインを作成するとともに、より実効性が高い診療記録から抽出する緩和ケアの質指標の作成が求められる。

## 7. 緩和ケアの Quality Indicator

Earleらは米国におけるAdministrative Dataから抽出するがん終末期ケアのQuality Indicator (QI) について検討している<sup>20)</sup>。方法は文献レビュー、患者・家族のフォーカスグループ、専門家によるデルファイ法を用い、がん緩和ケアの質の低さの指標として、「最後の化学療法から死までの期間が短い」「死亡場所：病院死が在宅死に比して高い」「ER (Emergency Room) への入室頻度が多い」「終末期での病院入院日数が長い、ICU (Intensive Care Unit) 入室日数が長い」「ホスピスプログラムを利用した人の割合が少ない」「新規化学療法を始めた日から死までの期間が短

い」「死が近いときに、ホスピスプログラムを利用開始している」の7点を挙げている<sup>20)</sup>。さらに、痛みや症状マネジメント、コミュニケーション、意思決定への参加、事前指示などは、現状では利用が困難な質の指標であると結論づけている<sup>20)</sup>。

また、EarleらはこれらのQIの実際の測定方法について検討している<sup>21)</sup>。実際の測定は、米国におけるSEER (Surveillance Epidemiology and End Results) という、がん登録制度とMedicareによる医療費データを用いて行った。Earleらは1991年から1996年のMedicareとSEERのデータを用いて米国11地域の48,906人のがん死亡患者に対する測定を行い、地域別の指標の測定値を算出し、それをもとに上位10%の値をベンチマーク (水準点) として示している<sup>22)</sup>。また、これらのデータベースから抽出することの信頼性についても、2施設における150人の診療記録による調査との照合を行い、「ホスピスプログラムの利用」において、感度が劣るものの、他の測定項目については、高い感度・特異度を有することを示している<sup>21)</sup>。Earleらによる指標はがん終末期ケアにおける積極的治療を質の低さの指標の1つとしており、1993年から1996年までの米国11地域によるがん死亡者のSEERおよびMedicareのデータを用い28,777人のがん死亡者において、最後の化学療法レジメン開始から死亡までの期間、最後の化学療法から死亡までの期間、死亡前1ヶ月のICUへの入室割合、ICUの入室日数などが年を経て上昇していること、ホスピスへの利用割合の上昇傾向、急性期病院における死亡が減少傾向にあることなどを報告している<sup>22)</sup>。

積極的治療に関しては、Bragaらは終末期がん患者への過度の化学療法が問題視されていることを受けて、ポルトガルのがんセンターにおいて化学療法を受けた後に死亡した319人の固形がん患者について、最期の3ヶ月で66%、1ヶ月で37%、2週でも21%に化学療法が行われていたこと、そのうち新規レジメンの開始が最期の3ヶ月で50%、1ヶ月で14%であったことを報告している<sup>23)</sup>。カナダ・オンタリオ州のBarberaらは、Earleらに基づくQIの測定を行い、がん登録と

支払い請求のデータベースから 21,323 人のがん死亡者について、死亡前 2 週間の ER への入室が 27.6%、ICU への入室が 5.4%、化学療法を受けていた患者の割合が 4.2% であったこと、およびそれらの関連要因について検討している<sup>24)</sup>。Gagnon らはカナダ・ケベック州における 1992 年から 1998 年までの 2,291 人の乳がんによる死亡患者のデータベースを用いて、死亡場所、終末期の療養場所、緩和ケアへのアクセス、継続ケアなどについて QI の測定を行うとともに、そのスコア化について検討している<sup>25)</sup>。

Grunfeld らは、カナダにおけるデータベースから抽出する QI として、Earle らによる先行研究をもとに、更にエキスパート・パネルによる検討を重ね、最終的に測定可能な指標として 15 の指標を挙げている<sup>26)</sup>。これらには、Earle らによる指標に加えて、「ケアの継続性」「ケアの期間と場所」「有害事象（転倒、感染、褥瘡、創傷）」「死が近いときの緩和ケアへの参加」「緩和ケアへのアクセス」「骨転移によるコントロール不良の骨痛に対する放射線治療」「嘔気を伴う化学療法における有効な制吐剤の使用」「多職種ケア」「ケアへのアクセス」が含まれる。Grunfeld らは、人口動態統計、がん登録などのデータベースからノバスコシアおよびオンタリオの 2 つの州において、具体的な測定方法を定義した上で実際の測定を行い、また Earle らと同様に診療記録を用いて信頼性と妥当性について検討を行っており、高い信頼性・妥当性をもって抽出可能であることを示している。英国の Ethunandan らは、50 人の頭頸部がん患者に対して上記と同様の死亡場所や心肺蘇生、ER への入室などに加えて、痛み、嘔気、嚥下障害、精神症状、失禁、死亡時の親族の同席、感染・出血などを診療記録等から抽出した QI の測定を行った結果を報告している<sup>27)</sup>。

データベースから抽出する QI は、調査方法が確立すれば信頼性が高く、地域全体の緩和ケアの質を評価できるという利点があるものの、抽出できる変数には限界があり、緩和ケアの全人的側面を評価することが困難であるという欠点がある。また、先行研究では死亡前に行われた化学療法を

質評価の基準にしているが、死亡前の化学療法は、過度な治療という側面だけでなく、治療関連死<sup>28,29)</sup>や緩和的化学療法の施行との区別が難しいという問題もある。

また、これらの指標の適切性についても議論があり、筆者らがわが国で緩和ケア病棟の遺族を対象として行った調査では、遺族は死亡前の化学療法や ICU の利用などを質の低さの指標とは認識せず、むしろ医療へのアクセシビリティが高いことを肯定的に評価していた<sup>30)</sup>。わが国におけるデータベースなどから抽出する QI の作成には、まず何がわが国において適切な質の指標であるかを吟味して考えることと、実際にそれがどのデータベースから抽出可能であるかを考える必要がある。将来的にはがん登録などとリンクしたデータベースの作成が必要かもしれない。

## 8. 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。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、自信を持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。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。また、厚生労働省科学研究費補助金第 3 次対がん総合戦略事業・がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班（通称 OPTIM）においても前後比較介入研究の予備調査として 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 (<http://gankanwa.jp/index.html>)。

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<sup>31,32)</sup>。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。

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年の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、わが国の殆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、本調査によって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。

## 9. おわりに

本稿では筆者が関わってきた研究を中心に、我が国の緩和ケアの質の評価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、今後の課題が多い。Quality Indicatorの開発などは殆ど進んでいない。現在は質評価のためのツールを開発することに重点が置かれているが、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することにより、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。質評価は継続的に行うことが重要であり、信頼性・妥当性が保

証されたツールを用いることが必要である。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、ホームページ (<http://www.pcpkg.umin.jp/>) にまとめられている。今後は現在までに開発したツールを用いて、わが国において緩和ケアの質の評価のシステムを確立していくことが必要であり、診療記録からの質指標やデータベースからのQuality Indicatorなど、わが国では未開発の患者や遺族に負担をかけず質の評価を行う方法論の確立が課題である。

本稿はホスピス緩和ケア白書2009（日本ホスピス緩和ケア研究振興財団）「III. 緩和ケアの調査・研究 2. 緩和ケアの質調査・実態調査（宮下光令）」に加筆修正を加えたものである。

## 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://jqhc.or.jp/>.
- 2) Donabedian, A. : The quality of care, How can it be assessed?, *JAMA.*, **260**, 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., Sato, K., Y. S. : The Japan Hospice and Palliative care Evaluation study (J-HOPE study) : Study design and characteristics of participating institutions, *Am. J. Hosp. Palliat. Med.*, **25**, 223-232, 2008
- 6) Morita, T., Chihara, S., Kashiwagi, T. : Quality Audit Committee of the Japanese Association of Hospice and Palliative Care U, A scale to measure satisfaction of bereaved family receiving inpatient palliative care, *Palliat. Med.*, **16**, 141-150, 2002
- 7) Morita, T., Chihara, S., Kashiwagi, T., Quality Audit Committee of the Japanese Association of Hospice and Palliative Care U : Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan, *Palliat. Med.*, **16**, 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**, 492-501, 2004
- 9) Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., Uchitomi, Y.: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study, *Ann. Oncol.*, **18**, 1090-1097, 2007
  - 10) Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Shima, Y., Uchitomi, Y.: Good Death Inventory: A measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective, *J. Pain Symptom. Manage.*, **35**, 486-498, 2008
  - 11) 吉本鉄介, 石野由樹, 久田純生, et al.: 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**, 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), *Palliat. Suppor. Care*, **2**, 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, *Eur. J. Cancer Care*, **19**, 124-130, 2010
  - 15) Shekelle, P.G., MacLean, C.H., Morton, S.C., et al.: Assessing care of vulnerable elders: methods for developing quality indicators, *Ann. Intern. Med.*, **135**, 647-652, 2001
  - 16) Wenger, N.S., Shekelle, P.G.: Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview, *Ann. Intern. Med.*, **135**, 642-646, 2001
  - 17) Chodosh, J., Ferrell, B.A., Shekelle, P.G., et al.: Quality indicators for pain management in vulnerable elders, *Ann. Intern. Med.*, **135**, 731-735, 2001
  - 18) Wenger, N.S., Rosenfeld, K.: Quality indicators for end-of-life care in vulnerable elders, *Ann. Intern. Med.*, **135**, 677-685, 2001
  - 19) Wenger, N.S., Solomon, D.H., Roth, C.P., et al.: The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients, *Ann. Intern. Med.*, **9**, 740-747, 2003
  - 20) Earle, C.C., Park, E.R., Lai, B., et al.: Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data, *J. Clin. Oncol.*, **6**, 1133-1138, 2003
  - 21) Earle, C.C., Neville, B.A., Landrum, M.B., et al.: Evaluating claims-based indicators of the intensity of end-of-life cancer care *International, J. Qual. Health Care*, **6**, 505-509, 2005
  - 22) Earle, C.C., Neville, B.A., Landrum, M.B., et al.: Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life, *J. Clin. Oncol.*, **2**, 315-321, 2004
  - 23) Braga, S., Miranda, A., Fonseca, R., et al.: The aggressiveness of cancer care in the last three month of life: A retrospective single centre analysis, *Psycooncology*, **16**, 863-868, 2007
  - 24) Barbera, L., Paszat, L., Chartier, C.: Indicators of poor quality end-of-life cancer care in Ontario, *J. Palliat. Care*, **22**, 12-17, 2006
  - 25) Gagnon, B., Mayo, N.E., Hanley, J., et al.: Pattern of care at the end of life: does age make a difference in what happens to women with breast cancer?, *J. Clin. Oncol.*, **17**, 3458-3465, 2004
  - 26) Grunfeld, E., Lethbridge, L., Dewar, R., et al.: Towards using administrative databases to measure population-based indicators of quality of end-of-life care: testing the methodology, *Palliat. Med.*, **8**, 769-777, 2006
  - 27) Ethunandan, M., Rennie, A., Hoffman, G., et al.: Quality of dying in head and neck cancer patients: a retrospective analysis of potential indicators of care, *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, **2**, 147-152, 2005
  - 28) Ohe, Y., Yamamoto, S., Suzuki, K., et al.: Risk factors of treatment-related death in chemotherapy and thoracic radiotherapy for lung cancer, *Eur. J. Cancer*, **37**, 54-63, 2001
  - 29) O'Brien, M.E.R., Borthwick, A., Rigg, A., et al.: Mortality within 30 days of chemotherapy: a clinical governance benchmarking issue for oncology patients, *Br. J. Cancer*, **12**, 1632-1636, 2006
  - 30) Miyashita, M., Morita, T., Ichikawa, T., Sato, K., Shima, Y., Uchitomi, Y.: Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan, *J. Pain Sympt. Manage.*, **37**, 1019-1026, 2009
  - 31) Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., Ogasawara, T.: The Palliative Care Knowledge Test (PCKT): the reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals, *Palliat. Med.*, (in press)
  - 32) Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., Ogasawara, T.: The Palliative Care Self-reported Practices Scale (PCPS) and the Palliative Care Difficulties Scale (PCDS): reliability and validity of 2 scales evaluating self-reported practices and difficul-



緩和ケアの質の評価

ties experienced in palliative care by health professionals, *J. Palliat. Med.*, (in press)