

序論：緩和ケアの専門性と質の評価

志真 泰夫*

ホスピスから緩和ケアへ

緩和ケアの歴史を振り返ってみると，“ホスピス (hospice)” は緩和ケアの歴史的源流といえる。その初期の概念は、がんや神経難病などの患者の療養生活と死への過程を支える全人的ケアの臨床経験から発展した。

“ホスピス” は、一般的に宗教的な規律に基づいて運営されていた。やがて“ホスピス”，は患者とその家族に対して医学的、心理社会的、そしてスピリチュアル (spiritual) なケアを追求する組織された専門職集団が存在する場所に発展していく。1980年代以降、イギリスでは，“ホスピス” が患者のケアとともに教育と研究が同時に行われる学術的な施設として運営されるようになる。そして、同時に“ホスピス”には医療における新しいアプローチとして知識や知見が集積され、それらはヨーロッパ、北アメリカ、さらにアジア太平洋などへ広がっていった。

“緩和ケア (palliative care)” の概念は、長い時間をかけてこの“ホスピス”から発展してきた。“緩和ケア”という言葉は、1970年代中盤にカナダにあるロイヤル・ビクトリア病院で働いていたバルフォア・マウント医師によって初めて使われた。彼は、“ホスピス”で提供されるケアを適切に表し、かつフランス語圏のカナダで否定的な意味を

持たないことばとして“緩和ケア”を使用した。カナダではイギリスのように独立した施設としての“ホスピス”ではなく、病院の専門病棟 (palliative care unit ; PCU) として発展し、続いて、“緩和ケア”は病院内のコンサルテーション活動や専門外来、そして在宅ケアサービスでも使われるようになった。

なぜ質の保証が問われるようになったか

従来、さまざまなグループが“緩和ケア”に異なった定義をしてきたが、WHO (世界保健機関) が1989年と2002年にWHOが国際的な論議と緩和ケアの知見の発展を踏まえて“緩和ケア”を定義した。このWHOの定義は、いずれも「苦痛を和らげQOLを改善する」ことに焦点が当てられている。そして過去20年間、国際的にみると緩和ケアの提供体制は、「緩和ケア・アプローチ」と「専門緩和ケアサービス」という2つのレベル、場合によっては一次、二次、そして三次という異なる3つのレベルに分けられるようになってきた。

緩和ケア・アプローチ (一次緩和ケア) は、あらゆる臨床実践の基本となる要素を表している。たとえば、良好な症状コントロールを含むQOLを重視した取り組み、優れたコミュニケーション技術、そして、全人的なアプローチなどが挙げら

*筑波メディカルセンター病院 緩和医療科

れる。専門緩和ケア・サービス（二次・三次緩和ケア）は、緩和ケアコンサルテーション・チームや緩和ケア病棟などに代表される医療サービスで、対処が困難なケースに対して専門的知識や技術をもってコンサルテーションに対応したり、専門的な治療やケアといった実践を提供する。そして、専門緩和ケアサービスが発展するにつれて、その不可欠な要素として「質の保証（quality assurance；QA）」、または「質の向上（quality improvement；QI）」が取り上げられるようになった。

その理由としては、第1に質の保証がない場合不適切な治療やケアが行われる可能性があり、それにより患者や家族の受ける苦痛が増すこと、医療資源の無駄使いもありうること。第2にサービスを提供する側が良いケアを提供していると思いつい込んだり、個別の事例ですべてを評価することは医療者の職業倫理に反すること、などが挙げられる。

質とは何かについて定義することは難しい。しかし、医療における治療やケアの成果を評価し、質の改善に結びつけることは専門性の不可欠な要素といってよい。そして、医療における質を理解するうえでいくつかの重要な概念がある。

1) 質にはさまざまな次元ある：質についてよく知られた考え方は、有効性 (effectiveness)・効率 (efficiency)・衡平 (equity)・受容性 (acceptability)・利便性 (accessibility)・適合性 (appropriateness) という6つの次元に分けた理論モデルを示した Maxwell のものである。

2) 質はシステムによって作り出される：医療をシステムという視点からみた場合、構造 (structure)・過程 (process)・成果 (outcome) という Donabedian が提唱した理論モデルが広く知られている。

3) 質の評価のために成果を測定する：医療の質の向上にとって重要なことは、介入によって達成された成果を測定することである。そのためにわが国でもいくつかの評価尺度が開発されている。

4) 質の評価と向上ために患者・家族（遺族）の

関与が必要である：患者・家族あるいは遺族を質の評価に関与させる目的は、提供された治療やケアが患者等のニーズを満たしているかどうか、確かめるためである。専門緩和ケアサービスの対象は、患者・家族ばかりでなく、専門家のアドバイスを求める緩和ケアを専門としない医師や看護師も含まれる。

5) 質の向上をマネジメントする：医療の質を向上させるという仕事は、管理者のみに課せられた仕事ではなく、臨床に携わる誰もが取り組む仕事であって、医療施設や組織の文化として欠くことのできないものである。

そして、専門緩和ケアサービスを提供する場合には、患者と家族、ケアに携わるスタッフ、保健医療行政の担当者に対して質の保証と改善のためのプログラムを示す必要がある。

遺族によるケアの質の評価が持つ意味は何か

わが国における専門緩和ケアサービスの質の評価について、その歴史を振り返ってみると、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（現在のNPO法人日本ホスピス緩和ケア協会）が1998年6月に「評価基準検討委員会」（委員長：千原明）を発足させた。そして、1999年8月に「ホスピス・緩和ケア病棟の利用満足度調査（遺族調査）」を行い、1999年10月にその結果を公表したことに始まる。

それを引き継いで、2000年4月から厚生科学研究費補助金を受けた「緩和医療提供体制の拡充に関する研究」班（主任研究者：志真泰夫）が評価項目と評価方法を確立するための研究を開始した。そして、研究班では2002年に「Support Team Assessment Schedule 日本語版 (STAS-J=Support Team Assessment Schedule Japanese version)」、2003年に「ケアに対する評価尺度 (CES=Care Evaluation Scale)」の信頼性・妥当性の検証を行い、2つの評価尺度が開発された。さらに、2006年には、宮下らにより、「遺族の評価による終末期がん患者のQOL評価尺度 (GDI=Good Death Inventory)」が開発された。

今回実施された遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation (J-HOPE) Study は、「ケアに対する評価尺度 (CES)」と「遺族の評価による終末期がん患者の QOL 評価尺度 (GDI)」を用いて、わが国のホスピス・緩和ケア病棟 (100 施設) および在宅ケア施設 (14 施設) を対象とした多施設の遺族調査として行われた。また、付帯調査として、①ホスピス・緩和ケア病棟への入院を検討する家族に対する望ましいケア、②家族の視点からみた有用な緩和ケアシステム、③ホスピス・緩和ケア病棟を受診する患者・家族の意思決定モデル、④がんで家族を亡くした遺族における複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮の頻度とその関連因子、⑤ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族におけるケアニーズの評価、⑥遺族からみた臨終前後の患者に対する望ましいケア、⑦遺族からみた水分・栄養摂取が低下した患者に対する望ましいケア、⑧遺族からみた終末期がん患者の家族の希望を支え将来に備えるための望ましいケア、⑨遺族からみた終末期がん患者の負担感に対する望ましいケア、⑩遺族からみた終末期がん患者に対する宗教的ケアの必要性和有用性、⑪「患者・家族の希望を支えながら将来に備える」ための余命告知のあり方、⑫遺族からみた死前喘鳴に対する望ましいケア、さらに在宅ケア施設に関しては ⑬在宅療養への移行に関する意思決定モデルの調査を行った。

この研究はわが国では過去最大の遺族調査であり、国際的にも規模の大きい調査である。調査依頼時点での緩和ケア病棟数は 153 施設であり、

100 施設 (65%) の構造面での概要や実施可能な治療、遺族ケアの実施状況が把握できたことは貴重な副産物として情報が得られた。また、在宅ケア施設についてこのような調査は初の試みである。全体調査に関しては、2008 年 1 月に参加したホスピス・緩和ケア病棟、在宅ケア施設への調査結果のフィードバックを行った。この研究を通じて、各施設が自らの施設のケアの改善点を把握し、わが国のホスピス・緩和ケアの質の保証に貢献することが期待される。

参考文献

- 1) O'Neill B, Fallon M. Principles of Palliative Care and Pain Control. O'Neill B, Marie F eds. ABC of Palliative Care. 1-4, 1998, BMJ, London.
- 2) 柏木哲夫. 定本 ホスピス・緩和ケア. 青海社, 2006.
- 3) WHO Definition of Palliative Care. Geneva, Switzerland : World Health Organization, 2002. Available at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- 4) von Gunten CF, Ferris FD, Portenoy RK, et al. CAPC Manual. How to Establish a Palliative Care Program. New York, NY: Center to Advance Palliative Care, 2001. Available at <http://www.cpsonline.info/capcmanual/index.html>.
- 5) Weissman DE. Consultation in palliative medicine. Arch Intern Med 1997 ; 14 : 157(7) : 733-737.
- 6) von Gunten CF. Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. JAMA 2002 ; 287(7) : 875-881.
- 7) 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 2008 ; 25(3) : 223-232.