

専門委員会意見提出用紙

委員名：志真 泰夫

課題	対応案
<p>● 全国レベルでの基本的な緩和ケアの現状に関する評価がなされていない</p> <p>・一般に医療の評価は、ストラクチャ、プロセス、アウトカムをそれぞれ測定する方法が、これらを含むQuality indicator(QI)を測定する方法がある。</p> <p>・QIが英語圏で開発・測定されているが、QOLなどの患者アウトカムとの相関が示されていない。</p> <p>・日本でもQIの開発と実測が行われたが、測定には時間・費用がかかった(厚労科研費祖父江班)。しかも、QIは少なくとも遺族から見て、「それが医療の質とは思えない」ものであることが示唆されている(Quality indicators of end-of-life cancer care from the bereaved family members' perspective in Japan.Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Sato K, Shima Y, Uchitomi Y.J Pain Symptom Manage. 2009 Jun;37(6):1019-26. Epub 2009 Mar 24.)。したがって、QIをもってして緩和ケアの評価はできない</p> <p>・緩和ケアは、苦痛の緩和を通して、患者のQOLを向上させるアプローチであり、プロセスとしては苦痛緩和を、アウトカムとしてはQOLを測定することが適当である。</p> <p>・したがって、緩和ケアの評価は苦痛緩和の過程(プロセス)、結</p>	<p>●全国レベルでの基本的な緩和ケアの評価に関する提案:</p> <p>・早期～進行期の指標として患者調査を行い、終末期の指標として遺族調査を行う</p> <p>・緩和ケアのみではなく、がん治療全体、がん医療全体に対する評価の一環として行うことが良いと考える</p> <p>・その理由は、1)患者にとっては緩和ケアだけが重要ではない、2)CESの複数の項目は緩和ケアだけに限定されていない、3)「早期」の患者に「緩和ケア」のアンケートが来ると(少なくとも現状では)患者を不安にさせる、4)がん患者にがんとわかるアンケートが来ること自体が患者を不安にさせる</p> <p>・全国からの代表性のあるサンプリングを行う</p> <p>・2年以内に調査を1回を行い、ベースライン調査とし、5年後に2回目の調査をおこない、緩和ケア、がん医療の評価とする</p> <p>●具体的な対象・方法</p> <p>1. 患者調査</p> <p>・対象</p> <p>病床別に層別化して全国から無作為抽出した病院の*月*日のすべての通院患者(がんに限らない)</p> <p>または、住民台帳から取得した地域住民を対象とした調査</p>

資料  
4

果(アウトカム)を患者自身の評価によって測定することが妥当と考える。

・緩和ケアのプロセスの指標としてCES(Care Evaluation Scale)(資料)が開発されており、がん患者に実施可能であることも確認されている。

・CESは緩和ケアのプロセスの評価として開発されたが、「医師の説明は十分である」や「支払った費用は妥当である」などの項目もあるため、がん医療や一般医療の全般的評価としても使用できる可能性がある。

・アウトカムとしては、quality of life, 死亡場所、疼痛に関してはいずれも測定手段は開発されており、実施可能であることが確認されている。

・これまでに緩和ケア病棟全施設、任意の一般病院・がん診療連携拠点病院・在宅施設、地域の代表する施設で、遺族を対象とした調査が行われた。

●全国レベルの専門的な緩和ケアサービスの現状が把握されていない

・緩和ケア病棟については、全国の緩和ケア病棟の95%が加盟する「日本ホスピス緩和ケア協会」が2000年以降全国的な施設概要調査を行い、各施設の人員構成、診療実績の基本的な項目のみ経年的な調査を行っている(参考資料)。

・緩和ケアチームについては、厚生労働省委託事業として「がん診療連携拠点病院の緩和ケア調査に関する総括報告概

(OPTIMでは、8000人対象に調査をすると4000人から回収されその200名ががん患者であった。したがって、4万人程度に調査が行えれば、5%程度のがん患者を含む全国のがん患者の代表性のある集団のサンプルを得ることができる)

・調査項目

CES, QOL尺度(SF>EORTC, GDI), BPI+PMI(ニード)

\*いずれも、がんにかぎらず使用可能である

\*CESの苦痛緩和ドメインが緩和の指標、これ以外はがん診療、一般診療の指標。アウトカムは一般的なQOLで緩和の指標だけではなく、年次的推移を取得すればがん医療のアウトカムともなる。これらの調査項目の構成概念妥当性については厚労科研費宮下班にて検討中である。その検討にあと1年間を要するので、調査を実施するのであればこの間に準備を進めれば平成24年度に実施可能となる。

2. 遺族調査

・対象

死亡個票から死亡患者の遺族を全国から無作為抽出(施設、在宅、療養型など複数の場所で亡くなるので拠点病院など一部の病院だけ調査してもそこから患者が移動していく可能性があるため)

・調査項目

CES, QOL尺度(GDI)

要」に各地域がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームの人員構成、診療実績の基本的な項目のみ 2008 年から 2010 年にかけて経年的な調査を行っている。

・在宅緩和ケアについては、全国レベルでの概要調査は行われていない。

・全国レベルでの専門的な緩和ケアサービスの現状を把握した上での評価は不十分であり、この分野の政策の策定の根拠となるデータは乏しい。

### 3. 死亡場所

・総務省統計の目的外使用から取得する

あるいは、患者調査と同じように一般調査から遺族を抽出することも可能でその場合は死別期間の設定、患者との続柄により20～40%の抽出率であろう。

・これらの方法は、実施可能性の点から厚生労働省の行っている調査（患者受療行動調査など）の一部として行うことができるかの検討が必要である

#### ● 全国レベルでの専門的な緩和ケアサービスに関する調査の提案：

・基本的な緩和ケアの質や普及について評価することとあわせて、専門的な緩和ケアの普及や利用状況について評価が必要である

・専門的な緩和ケアを受けた患者の登録システムを作成すれば、ある程度の年次比較とともに国際比較が可能になる

・最も登録システムの整っているイギリスのデータを紹介する

・イギリス：全国がん死亡者数 14 万人 ⇒ホスピス死亡者率（数）17%（2.2 万人）；ホスピス利用率 33%（5.2 万人）；緩和ケアチームへの相談率 37%（5 万人）；緩和ケア専門外来利用率 17%（2.4 万人）；在宅緩和ケア利用率 57%（7.4 万人）

緩和ケア病棟入院料届出受理施設 施設概要調査結果の推移

年度	稼働病床数 (床)	入院患者 実数(人)	退院患者 実数(人)	死亡退院数 (人)	一日平均 患者数(人)	平均病床 利用率(%)	平均在院 日数(日)	悪性新生物による 死亡者数	ホスピスでの 看取り率
2000年度	1578	11499	9215	7713	1240	75	47	295484	2.6%
2001年度	1853	11216	11024	9231	1436	87.32	54.82	300658	3.1%
2002年度	2191	14575	13687	11210	1634	75.31	46.58	304568	3.7%
2003年度	2449	16481	16013	13485	1868	76	44.54	309543	4.4%
2004年度	2694	18205	17831	15368	2103	78.67	46.29	320358	4.8%
2005年度	2961	21234	20211	17214	2336	79.26	43.02	325941	5.3%
2006年度	3225	22917	22510	19352	2527	78.34	42.75	329314	5.9%
2007年度	3508	25673	25602	22147	2782	79.32	42.03	336468	6.6%
2008年度	3686	27887	27698	23767	2899	79.17	41.77	342963	6.9%
2009年度	3979	29794	29607	25438	3140	80.16	41.80	344105	7.4%