

緩和ケア用 MDS-PC 日本語版の信頼性と有用性

杉本浩章¹⁾ 近藤克則²⁾ 樋口京子³⁾
 篠田道子⁴⁾ 五十嵐智嘉子⁵⁾ 池上直己⁶⁾

今後、死亡者数の急増が予測され、終末期医療の質を高めることが求められている。

国際的研究組織インターライが開発した緩和ケア用のアセスメントツール MDS-PC は、海外では信頼性が検証され、質向上への寄与が期待されている。そこで、その日本語版を作成し、病院、緩和ケア病棟、老健、特養、在宅で、余命 6 ヶ月以内の者 ($n=71$) を対象に信頼性と有用性の検証を行った。

その結果、検証した 145 項目すべての信頼度係数は 0.4 以上であり、信頼性があることを確認した。また、使用の結果 17.5% (11/63 例) のケースでケアプランの変更につながり、個別事例レベルで有用である可能性が示唆された。さらに、療養場所別での比較で、在宅でのケアの質の低さが示唆されるなど、ケアの質評価ができる可能性も示された。

一方、臨床場面に普及させ質の向上を図るためには、調査項目の表現上の修正、政策レベルでの導入への誘導も必要であると思われる。

キーワード: inter RAI, アセスメント, 緩和ケア, MDS-PC, 信頼性調査

I. 緒言

2003 年、わが国の年間死亡者総数は 100 万人を超え¹⁾、2037 年にはその数が 170 万人に達すると推計されている²⁾。今後、終末期医療は、医療政策レベル³⁾においても、また、臨床レベルにおいても、重要な課題となる。

緩和ケアの質向上のためのいろいろな取り組みがある。緩和ケア病棟の施設基準としての医療機能評価の義務付けや、緩和ケアの質の評価指標の

開発^{4,5)}、2006 年度の介護保険制度の改正に伴うターミナルケア加算の新設などである。

しかし、まだ十分とは言えない。終末期には、「痛み」など症状への対応や、残された人生の質を高めるための「希望」の尊重など、終末期特有のニーズがある。それらに応える質の高いケアを提供するためには、終末期特有のニーズをアセスメントし、ケアマネジメントすることが有望と考えられる⁶⁾。終末期に対応したケアマネジメントのためには、まず、終末期のニーズを総合的にアセスメントできるツールの開発が不可欠である⁷⁾。

わが国でも、介護保険制度の導入を契機に、在宅ケア用の MDS-HC などいくつかのアセスメントツールが広く使われるようになった。しかし、終末期ケアのためのアセスメントツールで、療養場所や疾患の違いを問わず使用でき、かつ、信頼性

¹⁾ 日本福祉大学 社会福祉実習教育研究センター

²⁾ 日本福祉大学 社会福祉学部 保健福祉学科

³⁾ 大阪市立大学 医学部 看護学科

⁴⁾ 日本福祉大学 社会福祉学部 社会福祉学科

⁵⁾ 社団法人北海道総合研究調査会 インターライ日本委員会

⁶⁾ 慶應義塾大学 医学部医療政策・管理学教室

と有用性が示され広く使われているものはない⁸⁾。

一方、国際的研究組織インターライ (inter RAI) では、緩和ケア用のアセスメントツールとして、MDS-PC (Minimum Data Set-Palliative Care) を新たに開発している^{9,10)}。

この、MDS-PC の日本語版を開発し、信頼性と有用性を検証したので、課題とあわせ報告する。

II. 研究方法

A. 検者間信頼性を検証するための対象と方法

1. 調査実施施設および調査対象者

調査実施施設は、5種類の計27施設・機関で、調査対象者は、調査期間内(2003年2月3日から翌月8日)に余命が6ヶ月未満と推定される利用者71人とした。内訳は、①緩和ケア病棟5ヶ所(対象者18人)、②一般病院2ヶ所(10人)、③訪問看護ステーション16ヶ所(37人)、④特別養護老人ホーム1ヶ所(1人)、⑤老人保健施設3ヶ所(5人)である。

なお、調査協力の意向を示した施設を対象に、事前説明会を開催し、調査における倫理上の配慮方法等を確認した上で調査を実施した。具体的には、統一した書面と手順により、利用者本人または代理人から調査協力についてインフォームドコンセントを得た¹¹⁾。

2. 調査員の選定と調査方法

調査員の選定は各施設で行った。検者間信頼性を検証するために、調査対象者1人につき調査員を2人とした。調査員は両者とも医療職を原則とし、看護職1人以上とした。うち1人は調査対象者のケア担当者(担当看護師など)、もう1人は普段関わることの少ない担当以外の職員(主任看護師など)とした。

同一調査対象者に対して、2人の調査員が別々にアセスメントした。その間隔は72時間以内とし、できる限り同一の環境下で行った。評価は、具体的な判定基準や方法を示した「記入要綱」に基づき、2人の調査員は互いに相談することなく評価した。

3. MDS-PC 調査票の概要と追加調査

MDS-PC のアセスメント内容は、①基本情報(年齢、配偶者の有無、予後など11項目)、②現在受けているケア(主病名、経過、治療内容など31項目)、③症状・状態(痛みの有無、身体症状、栄養状態など41項目)、④認知能力とコミュニケーション(意識レベル、記憶/想起能力、認知能力など12項目)、⑤気分(気分の表出内容に関する10項目)、⑥ADL(ADL自立度、排泄の自立度に関する8項目)、⑦希望(意思決定権、終末期に対する希望、治療拒否の有無など31項目)、⑧社会的関係・支援(居住環境、インフォーマルケアの状況など20項目)、⑨スピリチュアリティ(信仰の状況に関する3項目)の9領域167項目からなる¹¹⁾。

今回は、独自の追加調査票(A4版で1頁)も使用した。その内容は、入院入所理由、本人の希望、介護者の健康状態など9項目である¹¹⁾。

MDS-PC および追加調査によるアセスメントは、調査マニュアルおよび判定基準等を記した記入要綱¹¹⁾をもとに、本人への面接、カルテ等の記録の確認、調査員以外のサービス担当者からの聞き取り、介護者への面接により実施した。

4. 信頼性の分析方法

MDS-PC および追加調査票の各項目において、評価者による回答がどちらか1人でも無記入の場合の未記入率を求めるとともに、信頼性検証の分析対象からは除いた。

まず、2人の評価者の評価が一致する割合(一致率)を求めた。

次に、評価の方法が2値をとる項目では、それぞれの期待値からの乖離の程度を測るカッパ(κ)係数を、3段階以上の項目については、ICC(Intra-class correlation coefficient)を算出した。一般に用いられている信頼度係数0.4以上を「信頼性あり」とみなした。

なお、MDS-PC のアセスメント内容のうち、対象者氏名や性別など、信頼性検証にそぐわない10項目は分析対象としていない。選択肢の1つに回答が集中する場合、一致率は高くなるので、1つの選択肢に回答が95%以上集中した項目(Base rateの値が5%未満の12項目)については信頼

性の検証から除外した。その結果、信頼性検証の対象項目は145項目であった。

また、認知機能の評価には、CPS (Cognitive Performance Scale)^{12,13)}を用いた。これは、MDS-PC アセスメント項目(短期記憶の状況、日常の意思決定を行うための認知能力、自分を理解させることができる能力、食事自己動作の自立度)から認知症の重症度を計算するスケールで、「障害なし」から「最重度の障害がある」までの7段階評価である。

B. MDS-PCの有用性を検討するための対象と方法

有用性は2つの側面から検討した。

1つは、個別事例のケアマネジメントの質を向上させる可能性である。

この可能性を検討するため、MDS-PCを使用後に「MDS-PCに関するアンケート」(A4版で2頁)への回答を求めた。項目は、① 評価に要した時間、② 新しく得られた情報や課題の有無、③ ケアプランの追加・変更の有無、④ 感想(自由記述)の4項目である。さらに、指定した日時に参加が得られた調査員6人に対し、有用性についてのフォーカス・グループ・インタビューも実施した。主な内容は、MDS-PCを使用しての感想や、臨床場面への導入に向けての課題などである。

有用性のもう1つの側面は、多施設で多数例に用いた場合に、療養場所・施設間などで比較し、緩和ケアの質を評価できる可能性である。

今回は、検者間信頼性を検証するために収集したアセスメントデータから、対象者数の多い在宅と緩和ケア病棟に限定し、「症状・状態」領域の各項目を症状の有無等で2群に分け、 χ^2 検定により分析した。

III. 結 果

A. 調査対象者の概要

調査対象者71人の概要は次の通りである(表1)。

男性が40人(56.3%)とやや多く、年齢は65歳以上の高齢者が52人(73.2%)を占めた(平均年齢 \pm SD=71.4 \pm 14.4歳)。主病名は、8割が「がん」

(54人、79.4%)であった(脳血管障害1人、その他13人、無回答3人)。予期される余命は「6週間以上6ヶ月未満」が46人(64.8%)と最多で、「死が間近である(数日間のうち)」者も9人(12.7%)みられた。一方、余命6ヶ月未満であることを対象選定基準として依頼したが、6名が余命6ヶ月以上であった。以下に述べる分析は、71名についてのものであるが、この6名を除いても結果に著しい変化はない。

ADLをみると、「ベッド上の可動性(24人、33.8%)」「食事(20人、28.2%)」「移動(19人、26.8%)」の3項目において、3割前後が「自立」であった。一方、「全面依存」が最も多かった項目は、「入浴(36人、50.7%)」「トイレの使用(26人、36.6%)」「個人衛生(21人、29.6%)」である。

調査対象者のCPSは、「障害なし」が最も多く(26人、36.6%)、15.5%(11人)は「最重度の障害」があった。

B. 信頼性の検討結果

信頼性検証の対象となった145項目の領域別信頼度係数の平均は0.73-0.94で、全項目において、「信頼性あり」とみなされる0.4を上回っていた(表2)。内訳は、信頼度係数0.8以上が86項目(59.3%)、0.6以上0.8未満の42項目(29.0%)を合わせるとほぼ9割を占めていた。

一方、すべての調査対象者がアセスメント対象となる項目のうち、2人の評価者のどちらか1人でも無記入であった未記入率が15%以上の項目は、2領域の9項目あった。内訳は、「希望」領域の「終末期に対する希望」に関する6項目(経管栄養をしない18.3%、その他の治療制限19.7%、楽にする方法のみ希望16.9%、家で死にたい16.9%、現在の場所で死にたい18.3%、終末期の鎮静15.5%)、「治療の拒否」に関する2項目(酸素療法19.7%、経管栄養21.1%)、「社会的関係・支援」領域のインフォーマルケア時間(23.9%)である。

表1 調査対象者の概要 $n=71$

項目	内 訳 (%) ^{*1}	
居所	在宅 37 人 (52.1), 緩和ケア病棟 18 人 (25.4), 一般病院 10 人 (14.1), 老人保健施設 5 人 (7.0), 特別養護老人ホーム 1 人 (1.4)	
性別	男性 40 人 (56.3), 女性 31 人 (43.7)	
年齢	54 歳以下	9 人 (12.7)
	55 歳~64 歳	10 人 (14.1)
	65 歳~74 歳	16 人 (22.5)
	75 歳~84 歳	13 人 (18.3)
	85 歳以上	13 人 (18.3)
予期される余命	死が間近である (数日間のうち) 9 人 (12.7)	
	6 週間未満 9 人 (12.7)	
	6 週間以上 6 ヶ月未満 46 人 (64.8)	
	6 ヶ月以上 6 人 (8.5)	
ADL 自立度	ベッド上の可動	自立 24 人 (33.8) 全面依存 22 人 (31.0)
	移動 ^{*2}	自立 19 人 (26.8) 全面依存 15 人 (21.1)
	食事	自立 20 人 (28.2) 全面依存 14 人 (19.7)
	トイレの使用	自立 20 人 (28.2) 全面依存 26 人 (36.6)
	個人衛生	自立 17 人 (23.9) 全面依存 21 人 (29.6)
	入浴	自立 9 人 (12.7) 全面依存 36 人 (50.7)
CPC (認知機能尺度)	障害なし	26 (36.6) 境界的 11 (15.5)
	中程度	14 (19.7) やや重度 1 (1.4)
	重度	2 (2.8) 最重度 11 (15.5)

^{*1} 不明や無回答があるため必ずしも 100% とならない

^{*2} 調査 72 時間以内に 1 度もなかったケースが 14 人 (19.7) みられた

表2 領域別の信頼度係数平均

領 域	信頼度係数	Steel ら ^{10)*2}
① 基本情報 (配偶者の有無, 余命など 3 項目)	0.92	—
② 現在受けているケア (主病名, 現在受けているサービスなど 19 項目)	0.80	0.81
③ 症状/状態 (現在ある痛み, 痛みの原因など 41 項目)	0.81	0.81
④ 認知能力とコミュニケーション (意識の変動, 意識レベルなど 12 項目)	0.85	0.90
⑤ 気分 (悲しみやうつ状態など 10 項目)	0.81	0.81
⑥ ADL (ADL 自立度, 膀胱機能のコントロール状況など 8 項目)	0.94	0.95
⑦ 希望 (意思決定権, 終末期に関する希望など 29 項目)	0.78	0.77
⑧ 社会的関係・支援 (居住環境, インフォーマルケア時間など 20 項目)	0.73	0.83
⑨ スピリチュアリティ (宗教的な支えの必要性など 3 項目)	0.74	0.79

^{*1} Base rate 5% 未満の項目を除く全 145 項目

^{*2} Steel ら¹⁰⁾ による領域別の信頼度係数平均 (基本情報領域の信頼度係数は不明)

C. 有用性の検討結果

1. MDS-PC を用いたアセスメントの所要時間と有用性

「MDS-PC に関するアンケート」には、63 人から回答を得た（調査員 142 人を母数とした回収率 44.4%）。

それによると、MDS-PC のアセスメントに要した時間は、平均 57 分であった。1 例目のアセスメントの平均で 60 分、2 例目 52 分、3 例目 44 分と、同一評価者が複数例を評価した場合、経験回数が増えるほど時間が短縮される傾向がみられた。

MDS-PC の使用により「初めて得られた情報や新しく発見された課題の有無」については、「あり」が 26/63 人(41.3%)であった。そのうち、53.8%が「希望」領域を挙げ、「スピリチュアリティ」(23.1%)、「社会的関係・支援」(19.2%)と続いた。また、「ケアプランの追加や変更の検討につながった項目の有無」を尋ねたところ、17.5% (11/63 人)の回答者が「あり」とした。

グループ・インタビューでは、「患者、家族の終末期ケアに対する望みを初めて知った」「今までアセスメントしていなかった側面に気づいた」など、その有用性を示唆する意見とともに、アセスメントに加え MDS-HC の様な「ケアプランの策定指針が欲しい」といった、臨床場面への導入に向けての課題も挙げられた。

2. ケアの質の居所別比較ツールとしての MDS-PC の可能性

居所別のケアの質について、対象者数が 10 人以上であった在宅 ($n=37$) と緩和ケア病棟 ($n=18$) で比較した。

a. 在宅と緩和ケア病棟の比較

まず、すべての患者で比較をしたところ、追加調査項目を含む 9 領域 29 項目で有意差がみられた。そのうち 8 項目が、終末期のケアにおいて重要となる、「痛み」など症状のマネジメントに関する「症状・状態」領域であった。

まず、過去 3 日間における「痛みのコントロール」において、緩和ケア病棟では 94.4% が「痛みなし」もしくは「適切にコントロール」されているが、在宅では 65.7% と有意に少なく「痛みがあり」が多かった。同様に、痛み以外の身体症状では、「咳・痰の咯出」「労作時の息切れ」「口腔内乾燥」「不穩」「易疲労感」の 5 項目において、緩和ケア病棟の方が「問題なし」の割合が高かった(表 3 の①)。また、表には略したが、「痛みの程度」「過去 3 日間における痛みの悪化の有無」の 2 項目についても、緩和ケア病棟が有意に良好な結果を得た。

b. がん患者に限定した居所別比較分析

緩和ケア病棟において、痛みや身体症状などが在宅よりも良好なので、ケアの質の高さを示唆しているのかもしれない。しかし、主病名の分布な

表 3 居所別の身体症状・状態の比較

項目	緩和ケア病棟 ($n=18$)	在宅		
		① 全病名 ($n=37$)	② がん限定 ($n=31$)	③ がん・ADL 限定 ($n=21$)
1. 痛みのコントロール (痛みなし・適切)	17(94.4)	23(65.7)**	19(65.5)*	13(65.0)*
2. 咳・痰の咯出 (問題なし)	15(83.3)	16(43.2)*	12(38.7)**	8(38.1)**
3. 労作時の息切れ (問題なし)	14(77.8)	13(35.1)*	10(32.3)**	6(28.6)**
4. 口腔内乾燥 (問題なし)	17(94.4)	19(51.4)**	15(48.4)**	12(57.1)*
5. 不穩 (問題なし)	18(100)	28(75.7)*	22(71.0)*	15(71.4)*
6. 易疲労感 (問題なし)	10(55.6)	7(18.9)*	5(16.1)*	4(19.0)*

*1 表中の数値は人数 (%)

*2 ③ の ADL は、「尿失禁のない者」に限定

*3 *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

ど調査対象者像の違いがもたらした「みかけ上の差」の可能性もある。

そこで、対象をがん患者に限定 ($n=49$) して居所別に差がみられるのか検討した(表3の②)。さらに、居所別にADLを比較すると、「食事」「個人衛生」「膀胱機能のコントロール(尿失禁)」において、緩和ケア病棟で自立度が有意に高いことが判明した。そこで、さらにADL3項目がほぼ自立(自立か見守りを要する程度まで)である者に限定して、「症状・状態」を比較した。一例として、表3の③には、「尿失禁のない者」に限定したデータを示した。

その結果、検討した24項目(がんに限定した6項目、がんとADL3項目の自立に限定した18項目)すべてにおいて、やはり緩和ケア病棟で在宅より良好な傾向にあった。そのうち、がんに限定した場合の全6項目、尿失禁のない者の全6項目、食事の自立者で5項目、個人衛生の自立者で3項目の、計20項目で統計学的にも有意な差であった。

IV. 考 察

日本語版MDS-PCの検者間信頼性を検証するとともに、有用性に関しては2つの側面(MDS-PCを用いたアセスメントの有用性、およびケアの質の居所別比較ツールとしての可能性)から検討した。本調査で得られた知見について、3つの視点——日本語版MDS-PCの信頼性、ケアの質向上に向けた有用性、日本語版MDS-PC普及上の課題——から考察する。

A. 日本語版MDS-PCの信頼性

日本語版MDS-PCは、分析した145項目すべてにおいて、信頼性が「ある」とみなされる信頼度係数0.4以上であった。領域ごとの信頼度係数平均は、0.73-0.94で(表2)、86項目(59.3%)が同係数0.8以上であった。これは、米国ほか3ヶ国で先行して実施された調査¹⁰⁾における約5割を少し上回る水準である。したがって、日本語版MDS-PCは、異なる評価者によっても評価結果が概ね一致し、使用に耐えうると思われた。ただ

し、在宅と緩和ケア病棟以外における例数は少なく、今後、症例数を増やしての検討が望まれる。

なお、信頼度係数0.6以下の17項目と、未記入率が15%を超えた9項目(計26項目)のうち、18項目は「希望」や「社会的関係・支援」領域であった。これらの領域の評価には、評価者と調査対象者の間に、十分なコミュニケーションや信頼関係が必要と思われる。

B. ケアの質向上に向けた有用性

2つの側面から検討した。第一のMDS-PCを用いたアセスメントの有用性の検討では、約4割の評価者が、MDS-PCを用いたアセスメントにより「初めて得られた情報や新しく発見された課題」があったと回答した。また、17.5%の例で「ケアプランの追加や変更の検討」につながっており、ケアの質向上に寄与した可能性が高い。アンケートの回収率が低い(44%)ため、その正確な割合は推定できないが、グループ・インタビューでも「患者、家族の終末期ケアへの望みを初めて知った」などの意見が寄せられたことから、MDS-PCが終末期におけるケアマネジメントの質の向上に役立つケースはあると思われる。

第二に、MDS-PCを多施設の全例に用いた場合に、それらを比較することを通じて、終末期ケアの質を全体として高めることにつながる可能性も示唆された。

訪問看護ステーションを利用した者を対象とした全国調査によれば、死亡した者のうち、在宅死亡者の割合はおよそ5割である^{14,15)}。また、利用開始後30日未満での在宅死亡者に限れば、7割の者が「在宅終末期ケアのため」に利用している¹⁶⁾など、在宅終末期ケアの中核を担っている。しかし今回、主病名やADLを揃えて比較しても、痛みなどの症状コントロール状態が、在宅に比べて緩和ケア病棟の方が良好であるなど、在宅で緩和ケアを提供するための体制は、十分でない可能性が示唆された¹⁶⁾。

今回の対象者は、緩和ケア病棟と在宅でケアを受けた患者のうち、それぞれ1~数例を任意に選んだものである。そのため、居所別のケアの質全体を反映しているとはいえ、さらに検証が必要

である。

このような比較は、同一のアセスメントツールを多事業者で用いることで初めて可能となる。例えば、米国のナーシングホームでは、MDS方式に基づいた定期的なアセスメントと報告が義務付けられている¹⁷⁾。それを活用したケアの質指標により、施設間で比較することが可能となっている。全米のナーシングホームにおけるその経年変化をみると、「痛み」や「身体拘束」の有意な減少が報告¹⁸⁾されるなど、ケアの質が向上したとされている¹⁹⁾。そして、ナーシングホームのうち、ホスピスケアの提供の有無で比較すると、ホスピスケア「あり群」で「なし群」に比べ「痛み」が少ない²⁰⁾など、終末期におけるニーズの把握やケアの質の評価が可能となる^{7,21-24)}。

日本語版 MDS-PC が多くの施設の多数例で使用される様になれば、このような比較評価が可能となる。より質の高いケアを実践している施設を特定できれば、そのプログラムや技術を他施設に普及することで、終末期ケア全体の質向上につながりうるものと期待できよう。

C. 日本語版 MDS-PC 普及上の課題

日本語版 MDS-PC 普及上の課題も明らかになった。

第一に、アセスメントに要する時間の長さである。経験を増すにつれ平均 60 分 (1 例目) ~ 44 分 (3 例目) と短くなるものの、Steel らの調査¹⁰⁾ の約 20 分と比べると、まだ 2~3 倍の時間を要したことになる。

その理由として、調査者が調査票や評価方法に不慣れであったことに加え、調査票における日本語に馴染まない表現の存在が考えられる。MDS-PC は国際的に共通の評価票であり、日本語版の信頼性調査を実施するにあたり、バックトランスレーション (back translation: 和訳の表現の正しさを検証する作業) を実施している。国際比較のためには安易な変更はできないが、より適切な日本語表現への改善や補足説明が必要と思われる。

第二に、同じく MDS 方式のホームケア版 (MDS-HC) では、CAPs (課題領域) やガイドラ

インまで開発されている。MDS-PC ではこれらは未開発である。今回の調査員からも要望が出されていたことから、これらの開発も今後の課題となる。

第三に、看取りの質を重視する国レベルの政策がとられることである。

厚生労働省は、「高齢者が、(略) 身近な人に囲まれて在宅での死を迎えることを選択できるように、支援する体制の構築を一層増進」するとしている³⁾。

一般に、在宅での最期の質は高いとみなされているが、筆者らがこれまでに報告したように、在宅死が病院における死よりも質が高いとは限らない²⁵⁾。今回、緩和ケア病棟に比べ在宅での疼痛コントロールなどが不良であったことも、そのことを裏付けている。また今後は、福祉施設での看取りを含めた「最期の場所」の選択肢の多様化が進むことも考えられる²⁶⁻³⁰⁾。

医療的ケアが不足しがちな在宅・福祉施設での看取りが増えることが、終末期ケアの質の低下を招かないよう、選択肢の多様化だけでなく、ケアの質のモニタリングが必要であろう。そのために、MDS-PC のようなツールが有効である可能性が示された。今後、その普及にはツールの使用と報告の義務付けや、それにかかるコストを診療報酬で補償することなどが必要と思われる。

謝 辞

本研究は、社会福祉・医療事業団 (当時) の助成を受け、インターライ日本委員会 (代表: 池上直己慶応義塾大学教授) と日本福祉大学終末期ケア研究会 (代表: 近藤克則) が共同で実施しました。

また本研究は、日本福祉大学 21 世紀 COE プログラム研究の一環として、推進されているものです。調査にあたりましては、ご助言を頂いた前川厚子氏 (名古屋大学教授) をはじめ、ご協力いただいた多くの病院・緩和ケア病棟・事業所・施設に深謝いたします。

文 献

- 1) 厚生労働大臣官房統計情報部編, 我が国の人口動態, 厚生統計協会 (東京), 2005

- 2) 国立社会保障・人口問題研究所編, 日本の将来推計人口, 厚生統計協会 (東京), 2002
- 3) 厚生労働省社会保障審議会医療部会, 医療提供体制に関する意見, 厚生労働省, 2005
- 4) Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al, Reliability and Validity of Japanese version SATS (SATS-J), Palliative and Supportive Care, 2(4), 379-384, 2004
- 5) 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, Journal of Pain and Symptom Management, 27(6), 492-501, 2004
- 6) 樋口京子, 近藤克則, 牧野忠康, 他, 在宅療養高齢者の看取り場所の希望と「介護者の満足度」に関連する要因の検討—終末期に向けてのケアマネジメントに関する全国訪問看護ステーション調査から—, 厚生の指標, 48(13), 8-15, 2001
- 7) Buchanan RJ, Choi M, Wang S, et al, End-of-life care in nursing homes; residents in hospice compared to other end-stage residents, Journal of Palliative Medicine, 7(2), 221-232, 2004
- 8) 今村由香, がん対策における緩和ケアの質の評価と課題, 看護管理, 15(12), 999-1003, 2005
- 9) inter RAI Homepage, <http://www.interrai.org> (閲覧日: 2006.10.20)
- 10) K. Steel, G. Ljunggren, E. Topinkova, et al, The RAI-PC; An assessment instrument for palliative care in all settings, American Journal of Hospice & Palliative Care, 20(3), 211-219, 2003
- 11) 日本福祉大学福祉社会開発研究所, MDS-PC 信頼性調査事業報告書, 愛知, 2003
- 12) Morris JN, Fries BE, Mehr DR, et al, MDS cognitive performance scale, Journals of Gerontology, 49(4), 174-182, 1994
- 13) 山内慶太, 池上直己, 介護保険下での痴呆の評価方法に関する研究—Cognitive Performance Scale (CPS) の信頼性と妥当性, 老年精神医学雑誌, 10(8), 943-952, 1999
- 14) 杉本浩章, 近藤克則, 樋口京子, 他, 在宅死亡割合に関連する因子の研究—全国訪問看護ステーション調査—, 老年社会科学, 25(1), 37-47, 2003
- 15) 医療経済研究機構, 訪問看護利用者における終末期ケアに関する調査報告書, 東京, 2005
- 16) 日本看護協会編, 平成 18 年版看護白書, 日本看護協会出版会 (東京), 2006
- 17) 医療経済研究機構, 介護保険施設のサービスの質の向上に関する調査研究事業報告書, 東京, 2005
- 18) CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services), Progress in Nursing Home Quality, CMS PDF-format (December): 7(2004), available from <http://www.cms.hhs.gov/>
- 19) Nicholas G. Castle, Nursing Home Administrators' Opinion of the Nursing Home Compare Web Site, The Gerontologist, 45(3), 299-308, 2005
- 20) Susan C. Miller, Vincent Mor, Ning Mu, et al, Does Receipt of Hospice Care in Nursing Homes Improve the Management of Pain at the End of Life, Journal of the American Geriatrics Society, 50(3), 507-515, 2002
- 21) Buchanan RJ, Choi M, Wang S, et al, Analyses of nursing home residents in hospice care using the minimum data set, Palliative Medicine, 16(6), 465-480, 2002
- 22) Parker-Oliver D, Porock D, Zweig S, et al, Hospice and nonhospice nursing home residents. Journal of Palliative Medicine, 6(1), 69-75, 2003
- 23) Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB, Dying with advanced dementia in the nursing home, Archives of internal medicine, 164(3), 321-326, 2004
- 24) Vanessa M.P. Johnson, Joan M. Teno, Meg Bourbonniere, et al, Palliative Care Needs of Cancer Patients in U.S. Nursing Homes, Journal of Palliative Medicine, 8(2), 273-279, 2005
- 25) 宮田和明, 近藤克則, 樋口京子編, 在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ—, 中央法規 (東京), 2004
- 26) 終末期医療に関する調査等委員会編, 今後の終末期医療の在り方, 中央法規 (東京), 2005
- 27) 医療経済研究機構, 初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書, 東京, 2003
- 28) 医療経済研究機構, 痴呆性高齢者の暮らしを支援する新たな地域ケアサービス体系の構築に関する調査研究報告書, 東京, 2004
- 29) 医療経済研究機構, 特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する研究報告書, 東京, 2004
- 30) 杉本浩章, 近藤克則, 特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題, 社会福祉学, 46(3), 63-74, 2006

(平成 19.2.26 受付, 平成 19.5.29 採用)

連絡先: 〒470-3295 愛知県知多郡美浜町奥田

日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター

杉本 浩章

E-mail: k-sugi@n-fukushi.ac.jp

RELIABILITY AND USEFULNESS OF THE JAPANESE VERSION OF MDS-PC (Minimum Data Set-Palliative Care)

Hiroaki SUGIMOTO¹⁾, Katsunori KONDO²⁾, Kyoko HIGUCHI³⁾, Michiko SHINODA⁴⁾,
Chikako IGARASHI⁵⁾ and Naoki IKEGAMI⁶⁾

The death rate in the population is expected to increase acutely in the near future, which emphasizes the need to urgently improve the quality of terminal care.

In regard to the assessment tool, MDS-PC, for palliative care, developed by inter *RAI*, an international research organization, the reliability has been examined abroad, and the use of this tool is expected to contribute to improvement of the quality of care. The Japanese version of MDS-PC has been prepared, and its reliability and usefulness were examined in this study. The subjects ($n=71$) were patients or elderly people who did not have much longer than 6 months to live and were receiving care at hospital wards for palliative care, geriatric health care facilities, homes for elderly people requiring special care, or home-based care.

The coefficient of reliability for all the 145 items inspected was 0.4 or more, confirming the reliability of the scale. The use of this tool led to change in the care plan in 17.5% (11/63) of the subjects. These observations and results indicate the possibility that MDS-PC is useful at the level of individual events. The results of comparison by place of care indicated a low quality of care in elderly people receiving home-based care. The results also indicated the possibility of the quality of care being assessable by MDS-PC.

On the other hand, it was also considered that to spread the tool in clinical settings and improve the quality of care, it is necessary to correct the expressions used and to have the tool introduced at the policy level.

Key words: inter *RAI*/assessment/palliative care/MDS-PC/investigation of reliability

¹⁾ Center for Education and Research in Social Work, Nihon Fukushi University

²⁾ Department of Health & Human Services, Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University

³⁾ School of Nursing, Osaka City University

⁴⁾ Department of Social Welfare, Faculty of Social Welfare, Nihon Fukushi University

⁵⁾ Hokkaido Intellect Tank • inter *RAI* Japan

⁶⁾ Department of Health Policy & Management, School of Medicine, Keio University