

Ⅲ. 緩和ケアの調査・研究

5. 「ホスピス緩和ケア評価指針」による緩和ケア病棟における自己評価の試み

小野充一*1 沖原由美子*2 丸口ミサエ*3 志真泰夫*4

(*1 早稲田大学人間科学学術院 緩和医療学 *2 聖隷三方原病院 看護部
*3 国立がんセンター中央病院 看護部 *4 筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

はじめに

緩和ケア病棟の増加とともに在宅緩和ケア・緩和ケアチームといった専門緩和ケアの提供体制の多様化が始まっている。そのため、緩和ケア病棟の果たすべき役割について、これまでの実績について客観的に振り返るとともに、今後の方向性についても模索を始めるべき状況になっている。

本稿では、これまでに行われてきた「緩和ケアの質に関する基準および評価」に関する活動の推移や果たしてきた役割について振り返るとともに、2005年に行われた「ホスピス緩和ケア評価指針」の自己評価の試行調査の結果を検討し、今後のホスピス緩和ケアの質に関する基準や評価が目指すべき方向性について考察する。

「ホスピス緩和ケアの質に関する基準」作成の歴史的経緯

わが国では、1981年に聖隷三方原病院に緩和ケア病棟が設立されて以後、徐々に施設数は増加している。1991年10月に各施設の意見交換や共通の学習の場を提供し、ホスピス緩和ケアに関する質の向上、啓発、普及を目的として「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会（以下、連絡協議会とする）」が発足した。その後、ケアの質に関する標準化の要望の高まりを受けて、1995年12月から連絡協議会事務局を中心とした検討が始められ、「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス・緩和ケアプログラムの基準」が1997年1月16日に公表された。

この基準の中には、各施設に対する「質の確保

と活動の評価」について検討のうえで勧告を行うことができる項目が記載されており、このために連絡協議会に委員会を設けると明記された。この動きを受けて、ワーキンググループによる「緩和ケア病棟施設基準の充足度」と「ホスピス緩和ケアプログラムの基準の定着度」に関する実態把握調査が1998年2月に行われた。さらに、1998年6月からは、評価基準検討専門委員会が設置され、「ホスピス・緩和ケア病棟の利用満足度調査（遺族アンケート）」を1999年8月に行い、1999年10月に遺族の視点からの評価について先駆けとなる研究成果を発表した。

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」（主任研究者：恒藤暁・志真泰夫）では「Support Team Assessment Schedule 日本語版（STAS-J）」と「ケアに対する評価尺度（CES）」を開発し、さらに、2000年以降に「評価基準検討委員会」（委員長：西立野研二）はイギリスのYorkshire Hospice Peer Review、オーストラリアのSelf Assessment Service Audit（SASA）などの研究分析を行い、緩和ケアの質評価に対する方法論の検討を行った。

2002年4月には、「緩和ケア病棟入院料および緩和ケア診療加算に関する施設基準」にその申請を行う病院に対する条件として「財団法人日本医療機能評価機構（以下、医療機能評価機構とする）などが行う医療機能評価を受けていること」という内容が追加された。この条件自体は、申請を行う病院本体を対象としたものであり、ホスピス緩和ケアに対する評価ではないが、緩和ケアプログラムに対するなんらかの評価基準が必要とい

う認識が生まれる機会として作用した。このために、連絡協議会は医療機能評価機構との協議を進め、2002年7月から運用された統合版評価項目(Ver. 4.0)による評価に対する付加機能としての緩和ケア機能についての共同検討が開始された。

この結果、緩和ケアにおける第三者評価として、2003年7月に病院機能評価(付加機能)の緩和ケア機能評価項目としてまとめられ実施されることとなった。緩和ケア付加機能に対する訪問審査は2008年12月時点までに17施設が受審し、緩和ケア機能を充足している施設として認定されている。

「ホスピス緩和ケアの基準」の改定と「評価指針」の作成

2002年に世界保健機関(WHO)の緩和ケアに関する新しい概念が提示されたことや、緩和ケアチームや在宅緩和ケアといったホスピス・緩和ケア病棟以外での緩和ケアの取り組みが始まったことを受けて、2004年7月から、「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」は「日本ホスピス緩和ケア協会(以下、協会とする)」に名称を変更するとともに、わが国におけるホスピス緩和ケアを提供するさまざまな医療機関・組織・団体を包含する組織としての活動を開始した。

さらに、前述のように、医療機能評価機構による第三者評価の実施がスタートしたことを受けて、ホスピス緩和ケアの質の向上に向けた評価の役割を明確にするとともに、協会として標準的なケアの質を保証するための具体的な指標を各施設に提示することが求められるようになった。このために、協会の質評価のための指針を明示して、その指針との乖離状況について自ら評価し、改善するためのツールを整備する必要が生じたのである。

2003年12月から、評価基準検討委員会において自己評価を目的とした「ホスピス緩和ケアプログラムの基準」の改定と「評価指針」の作成が開始され、検討が重ねられ、最終案は2005年12月にまとめられた。基準には、「ケアの質の評価と改善について、チームは提供したケアと治療およ

びチームのあり方について、継続的かつ包括的に評価して見直しを行う」ことがうたわれた。

- 1) 評価と見直しは、「ホスピス緩和ケア評価指針」に基づいて、チームとして自主的に行う。
- 2) 当協会に設けられる評価委員会は、「ホスピス緩和ケア評価指針」による自主的評価の結果に基づいて、ケアの質を向上させるための働きかけを行う。
- 3) また、この基準と同時に制定された「評価指針」は、医療機能評価の「緩和ケア機能評価項目」との整合性をもちつつ、より適切に自己評価が行えるように項目設定を行った。さらに、事務部門など関連する職種のチームメンバーで話し合っただけで評価を行うことや定期的な自己評価の実施、評価結果の評価委員会への報告なども盛り込まれている。また、評価委員会による改善案の提案をも含んでいることから、ホスピス緩和ケアの質の向上に向けた積極的な活動を目的として設定している。

「ホスピス緩和ケア評価指針」の自己評価

2006年2月から4月にかけて、本格運用に向けた試行的な調査として、インターネットによる記入の結果を集計するという方法で、自己評価を行った。

① 調査目的

- ① 「評価指針」に基づいた自主的な評価の実施の可能性をみる。
- ② 「評価指針」の問題点を明らかにする。
- ③ 「評価指針」の結果を分析し、各施設のケアの質の現状と問題点を知る。

② 調査の対象と方法

- ① 対象：2005年4月1日時点で緩和ケア病棟として届出承認された施設：143施設
- ② 調査方法・調査用紙を2006年2月に送付し、同時に対象施設にインターネット集計画面に接続するIDとパスワードを郵送し、それを用いて、インターネット経由で各施設が入力を行うこととした。

③調査期間：2006年2月3日～3月31日
(2006年4月10日)

④調査期間の変更：回収率が悪かったため、調査機関を4月10日まで延長し、各施設に調査への協力要請を送付した。

⑤回収率：73.2% (143施設中105施設回答)

⑥入力にあたっての問い合わせ件数：10件

⑦調査結果の集計

6項目の大項目ごとに、下記の2点に関する単純集計の結果について傾向を比較した。

①中項目の評点 [3], [2], [1] をつけた施設数とその割合 (%)

②小項目の評点 [a], [b], [c] をつけた施設数とその割合 (%)

③ 自己評価による試行調査の結果

1. ホスピス緩和ケア病棟の運営 (大項目)

中項目で、[3] (小項目の評点がすべて a であ

る)として70%以上の施設が高い評価を行っているのは、「家族へもケアを提供する」(91%)、「誰もがいつでも利用できるようにホスピス・緩和ケアに関する情報を提供する」(83%)、「ホスピス・緩和ケアに関する相談窓口を設置し、専任の担当者を設け相談に応じる」(72%)などである(図1)。

反対に、評価が低いのは、「外来診療・在宅療養に対応するための体制をとる」16%、「ホスピス・緩和ケアは多職種で構成するチームによって提供する」12%の2項目であった。この2項目の[1] (小項目の評点にcが1つ以上ある)評価は、前者が52%、後者が23%であり、外来診療・在宅療養への対応体制の遅れを挙げる施設が多い傾向がみられた。

この中項目「外来診療・在宅療養に対応するための体制をとる」を構成する小項目評価を見ると、在宅緩和ケアの提供に関して[c]評価とし

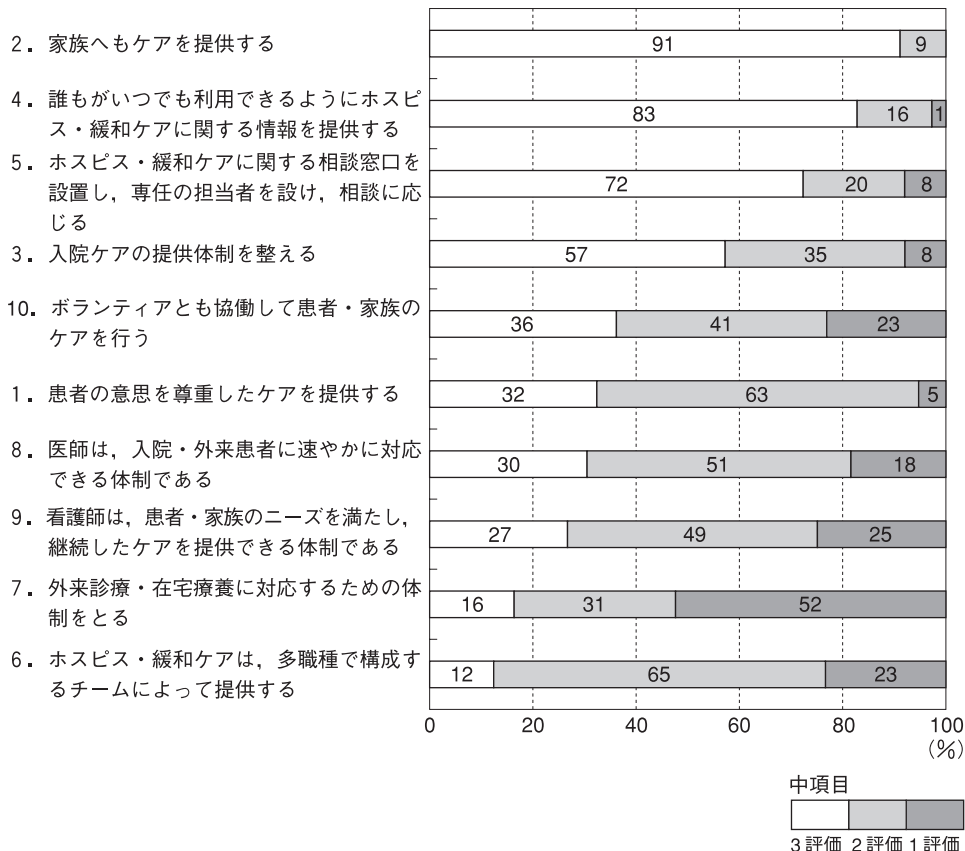


図1

た施設が49％、訪問サービスとの連携が40％であった。

そのほかに、20％以上の施設が自己評価を[1]（小項目の評点にcが1つ以上ある）評価としたのは、「ボランティアとの協働」23％、「看護師は、患者・家族のニーズを満たし、継続したケアを提供できる体制である」25％である（図2）。

看護師による継続したケアを提供できる体制について、小項目をみると、図3に示したように、症状マネジメント、看護に関する知識・技術に[a]評価をつけた施設が30％と低く、[c]評価とする施設24％とあまり差がない結果が得られた。これは、ケアの技術・知識に対する高い目標設定とのギャップの結果として読み取ることも可

能であろうが、施設における研修ニーズの高さが推測できる（図3）。

2. 患者の尊厳・プライバシーと安全（大項目）

評価が最も高い中項目は、「医師は患者・家族に十分な情報を提供し、質問にはいつでも対応する」（60％）であるのに対して、[1]評価が最も多かったのは、「治験や臨床研究を行う場合は、倫理面の検討をする」（32％）である。この評価には、緩和ケア病棟の現場において治験や臨床研究が行われがたい状況が関係しているものと思われる。

ほかに、「面談や診察は患者のプライバシーが守られる環境に配慮する」（26％）、「患者に関わる職員・ボランティアは、患者・家族に関する個人情報の保護に努める」（23％）の項目におい

7. 外来診療・在宅療養に対応するための体制をとる

- 外来診療日を定め、紹介患者、外来患者への対応が定期的に行える体制をとる
- 当該施設または地域の医療機関からの訪問診療、訪問看護を行うなど、在宅患者にホスピス・緩和ケアを提供する体制を整える
- 訪問サービス担当者と、病棟との連携がいつでもとれる体制を整え、必要に応じてカンファレンスをもつ

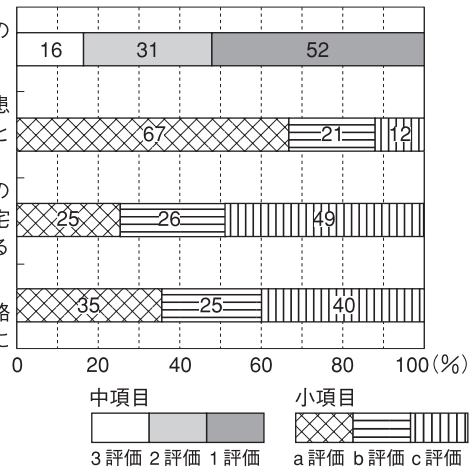


図2

9. 看護師は、患者・家族のニーズを満たし、継続したケアを提供できる体制である

- 症状マネジメント、看護に関する知識・技術をもっている
- 患者・家族のニーズを満たし、24時間継続したケアを行える看護師の人員を配置する

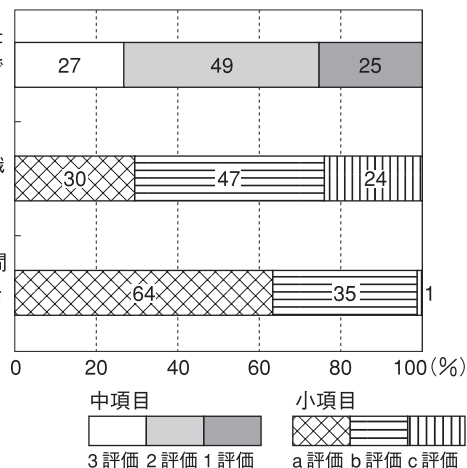


図3

て、[1] 評価が多い傾向がみられた (図 4)。

「医師は患者・家族に十分な情報を提供し、質問にはいつでも対応する」の小項目をみると、「セカンドオピニオンを受けられるように協力する」は 77%、「患者・家族への診断・治療・予測される結果について理解できる言葉で説明する」は 68%と、セカンドオピニオンの提供についてのほうがやや高い評価を行っていた (図 5)。

3. 療養環境と患者サービス (大項目)

この大項目は他の大項目と比較して、中項目評

価で [1] 評価が最大で 10%、最小で 1%、[3] 評価で 50%以上の中項目が 5 項目中 4 項目と全般に高い評価を行っているという結果が得られた。これは、施設基準によって環境整備に関する標準化が図られていることの反映として読み取ることができるであろう (図 6)。

しかしながら、「患者が心地よく過ごせる環境を整備する」については、[3] 評価をした施設は 32%であり、小項目についてみると、「設備、備品に関する整備」は、[a] 評価が 50%台

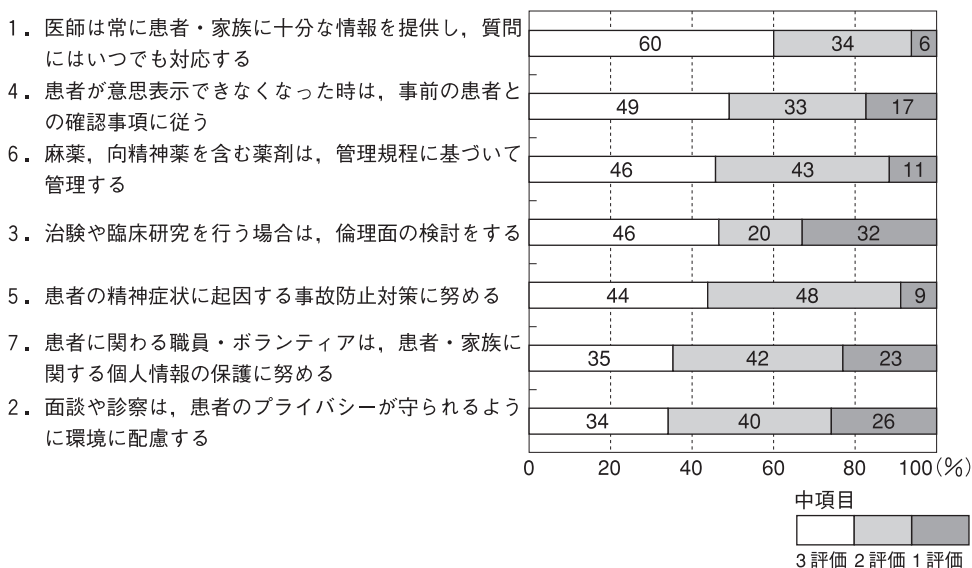


図 4

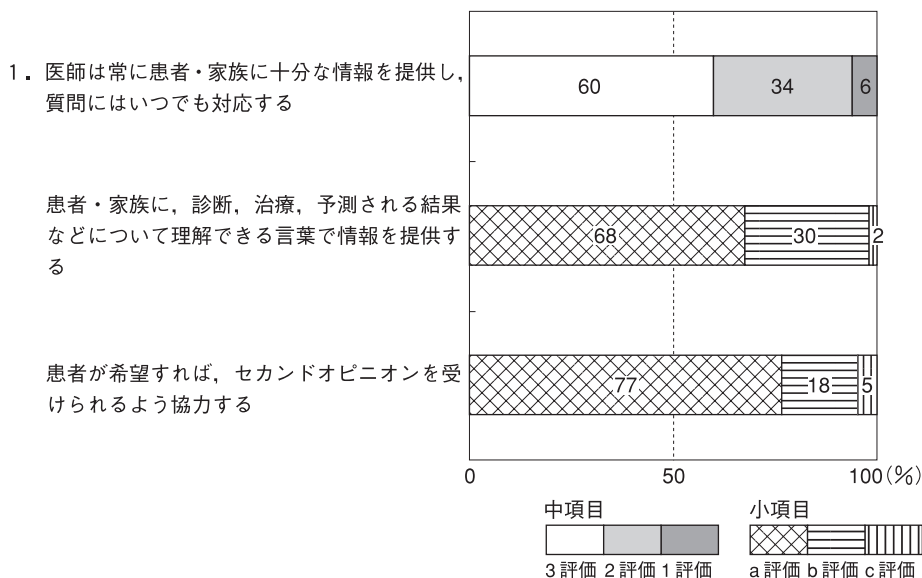


図 5

であり、[c] 評価も 4～6%あったことから、設備や備品を中心とした療養環境整備に関するニーズが読み取れた。また、「整頓され、清潔、安全、静かな環境を保つ」は、[a] 評価は 65%、「療養生活を豊かにするための環境への配慮」の [a] 評価は 82%であったことから、療養環境の整備を現場の職員が工夫して対応している施設が多いと思われる（図 7）。

4. ケアのプロセス（大項目）

ここでは、[3] 評価が 50%を超えた中項目は「臨死期には、家族の気持ちに配慮し、敬けんな態度で対応する」（52%）のみであり、他の 5 項目は 50%を超えないという、全体として低めの自己評価を行った施設が多い結果が得られた。さらに「家族に死別後のケアプログラムについて情報を提供する」では [3] 評価が 30%、[1] 評価が 21%、「患者の苦痛症状やニーズに適切に対応

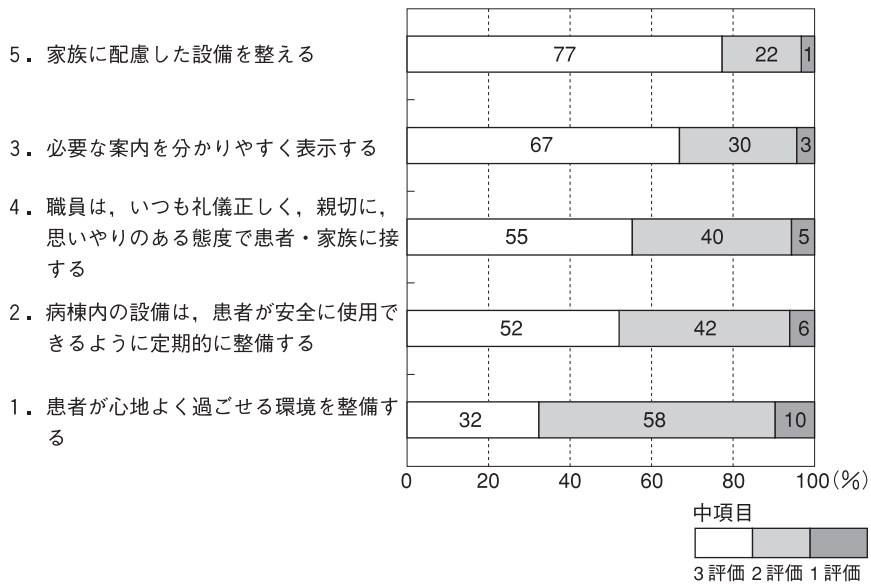


図 6

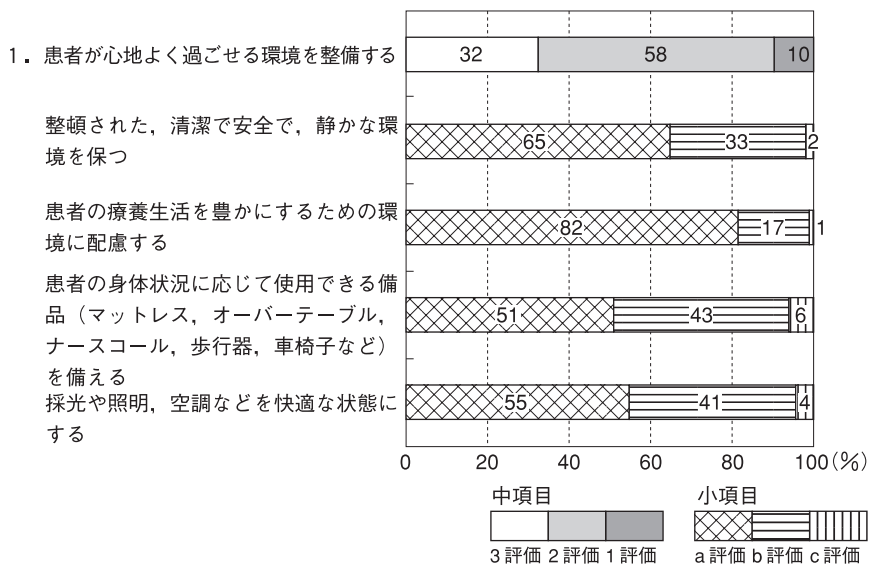


図 7

する」については [3] 評価が 22 %，[1] 評価が 21 %と、中間的な自己評価が多い結果であった (図 8)。

「患者の苦痛症状やニーズに適切に対応する」の小項目についてみると、[a] 評価は、「日常生活上のニーズへの対応」は 92 %，「身体的ニーズ

への対応」が 83 %，「心理的なニーズへの対応」が 70 %，「社会的ニーズへの対応」が 63 %と高いものの、「患者の痛みをはじめとした諸症状への対応」は、[a] 評価が 51 %，[c] 評価は 5 %，「スピリチュアルニーズへの対応」は [a] 評価が 27 %であったのに対して、[c] 評価は 19 %と、

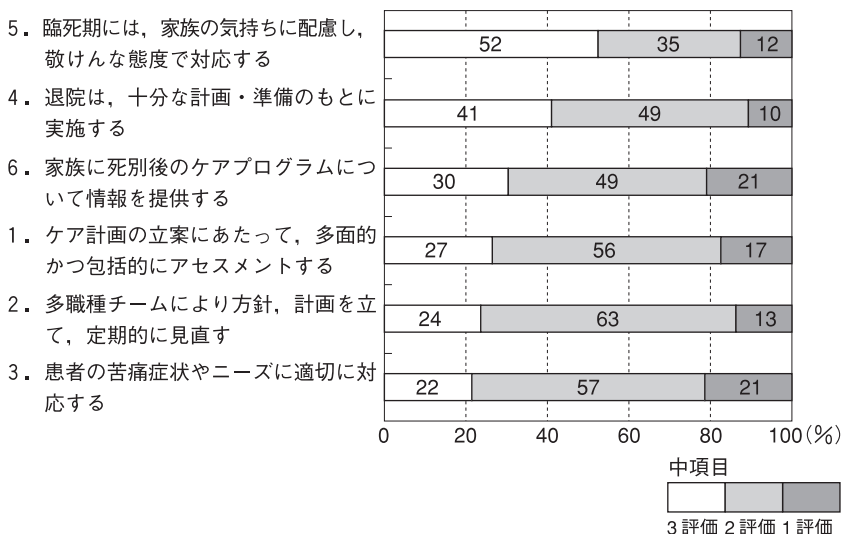


図 8

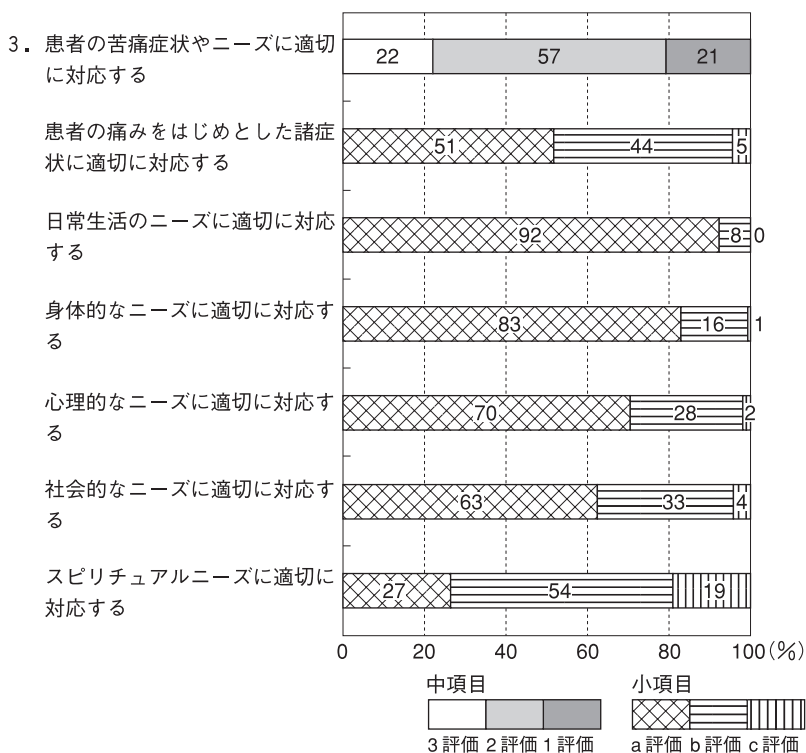


図 9

症状によって自己評価が変動している傾向がみられた(図9)。

5. 人材・資源のマネジメント (大項目)

6項目の中で[3]評価とした施設が30%を超えた中項目は、「教育を行うための計画と体制を整える」(31%)のみと、全体に自己評価が低い傾向がみられた。逆に、[1]評価が30%を超えた項目は「職員の健康を確保する体制を整える」(41%)、「定期的に教育カリキュラムと実施した教育の評価を行う」(32%)、「施設内外の医師、看護師、ソーシャルワーカーなどを対象として研修の場を提供する」(32%)などである(図10)。

また、「職員の健康を確保する体制を整える」の小項目評価の内訳をみると、「ストレスマネジメントを中心とする職員への健康管理を適切に行っている」と答えた施設は15%であるのに対して、34%の施設が不十分であると認識していた。さらに、患者や家族からの危険な行為への対処方法について検討する仕組みを不備とする施設が29%と多い結果が得られており、今後の課題として検討が行われるべき状況がうかがわれた(図11)。

6. ケアの質の改善 (大項目)

ここでは、[3]評価とした施設が6%、5%と

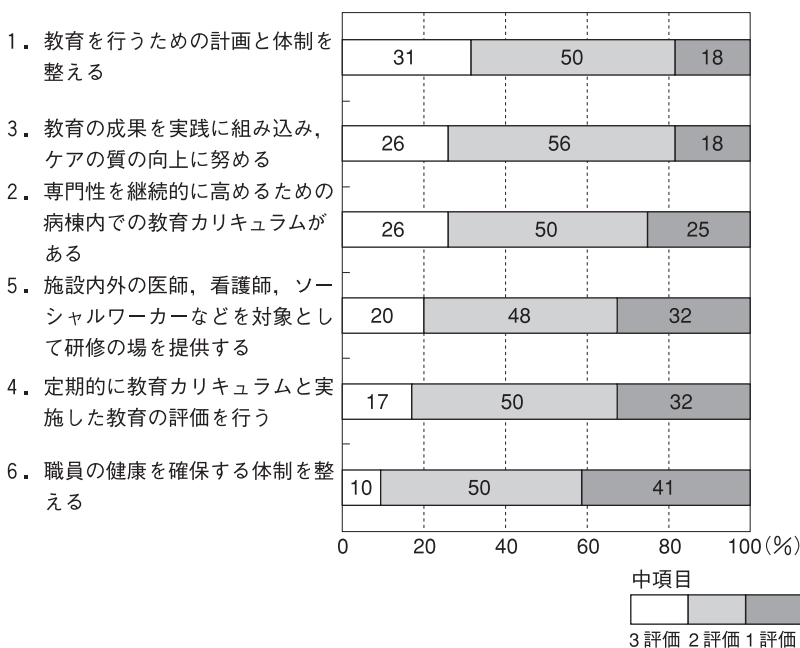


図10

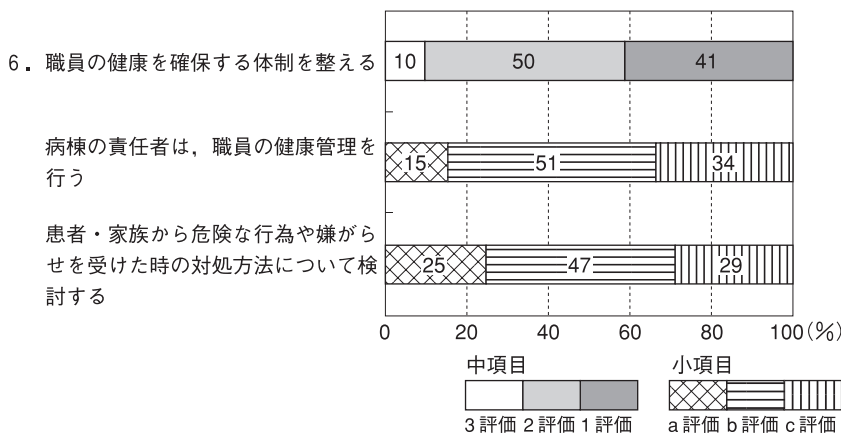


図11

非常に少なく、反対に [1] 評価が 61 %、52 % と多かったことが特徴的である。

中項目「運営に関する計画とチームメンバーへの周知」に関する小項目の内訳では、「病棟への苦情に対応する」で [3] 評価が 63 %を超えたが、他はすべて 30 %台以下であり、「運営計画について定期的に評価し、修正する」の [1] 評価は 36 %、「運営方針・運営計画はチームメンバーに周知する」は 30 %であった (図 12, 13)。

④ 調査結果に関するまとめ

本調査において、中項目は全体で 38 項目設定されているが、70 %以上の施設が [3] 評価を行い、自己評価が高かったといえるのは、「家族へ

もケアを提供する」(91 %)、「誰もがいつでも利用できるようにホスピス緩和ケアに関する情報を提供する」(83 %)、「ホスピス緩和ケアに関する相談窓口を設置し、専任の担当者を設け、相談に応じる」(72 %)、「家族に配慮した設備を整える」(77 %) の 4 項目であった。これらからは、家族に対するケアやホスピス緩和ケアについての情報提供、相談に関する体制について、多くの施設では適切に行われていると自己評価していることがうかがえる。

逆に、50 %以上の施設が [1] 評価を行っていて、自己評価が低いのは、「病棟で行われるケアと運営についての評価を定期的に行う」(61 %)、「外来診療・在宅療養に対応するための体制をと

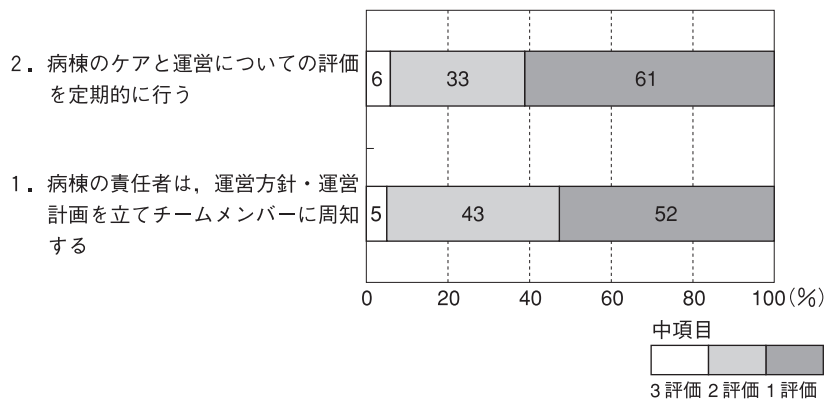


図 12

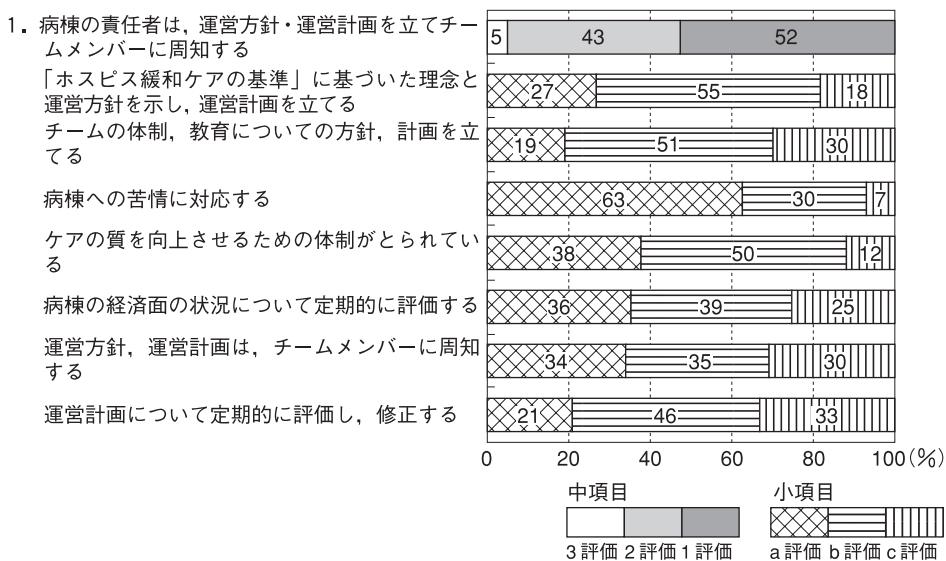


図 13

る」(52%)、「病棟の管理者は運営方針・運営計画を立ててチームメンバーに周知する」(52%)の3項目であり、運営面での課題や在宅ケアへの取り組みについて達成できていないと評価する施設が多い。特に、人材・資源のマネジメントについて、ケアの質の改善のために不可欠な教育研修や、職員の健康に対する配慮などは、多くの施設が今後の課題として取り組む余地が残されていると考えられる。

これらの自己評価結果が、直接的にわが国の緩和ケアの質の現状をすべて表すものとはいえないが、緩和ケア病棟の現場で医師や看護師が感じていることとの乖離が少ないと考えられる。したがって、次の段階としてこのような自己評価の取り組みが臨床現場における質の改善に寄与する体制を構築することが求められる。

⑤ 今後の自己評価の方向性や課題についての検討

1. 「評価指針」の評価項目の見直し

今回の試行調査の結果をもとに、2008年11月から12月まで第1回の本調査を行っている。この準備作業の過程で評価委員会では、評価項目についての見直しを行った。大きな変更点は、中項目の評価を4段階(3段階+NA)から6段階(5段階+NA)にしたことと、小項目のb評価を「80%くらいできている」という定義から、「aに列挙した条件を一部満たさない、あるいは不十分な場合」としたことである。この変更は、各施設の自己評価が行いやすく、より適切に評価が分布するための工夫として行われたが、調査結果を通して、さらに改善を図る予定となっている。

2. ホスピス緩和ケアの質の評価体制としての見直し

自己評価は、客観性が担保しにくいという短所はあるものの、現場での実感を表しやすいという長所も併せもつ。しかしながら、信頼性や妥当性の観点からは、検討すべき課題が残されている。このためには、今後は医療機能評価で行っている

緩和ケア付加機能の評価との調整を行って、さらに緩和ケアの質を向上させるための評価のあり方を検討していくことが望ましい。また、自己評価を「遺族によるケアの質の評価」や「カルテ調査に基づくクリニカルインディケータによる評価」などの他の視点からの評価と組み合わせ、より包括的で多角的な評価システムとして育成していく視点も取り入れていくことが求められる。

おわりに

今回行った、自己評価の試行調査結果からは、現在のホスピス・緩和ケア病棟が提供しているホスピス緩和ケアの質に関する興味深い状況を読み取ることができた。特に、多くの施設で、質の改善に向かっての計画的な運営の体制や定期的な評価のシステムの構築について現状では実現できていないと自己評価している問題点は、施設の自主的な努力だけで解決することはなく、今回のような質の改善に向けた外部からの働きかけが有効に作用する可能性を示唆している。

また、今後の課題としては、緩和ケアチームの基準、在宅緩和ケアの基準や評価手法の確立を図ること、各施設が基準に基づいた評価について自主的・積極的に取り組む姿勢を定着させること、これらの働きかけを協会として継続することが重要であると考えられる。

参考文献

- 1) 沖原由美子：緩和ケアの評価基準；全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の取り組み。ターミナルケア13(2)：85-90, 2003
- 2) 小伏寛枝, 西立野研二, 今中雄一：医療機能評価とホスピス・緩和ケア病棟。ホスピス緩和ケア白書2005, p. 6-13, 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 2005
- 3) 日本ホスピス緩和ケア協会評価委員会：ホスピス・緩和ケアの基準と評価指針。2006
- 4) 日本ホスピス緩和ケア協会評価委員会：ホスピス緩和ケア評価指針の自己評価結果。2008