

III. ホスピス・緩和ケアの質の評価と 「ホスピス・緩和ケアの基準」

丸口ミサエ (国立看護大学校)
西立野研二 (ピースハウス病院)
磯崎千恵子 (上尾甕生病院)
沖原由美子 (聖隷三方原病院)
志真 泰夫 (筑波メディカルセンター病院)
佐久間由美 (聖隷三方原病院ホスピス)
中山 康子 (在宅緩和ケアセンター“虹”)
川越 厚 (ホームケアクリニック川越)

はじめに

「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」は、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の評価基準検討委員会で作成された。この基準は、1997年1月16日から施行され、現在に至っている。厚生労働省の政策は、施設数を増加させることだけでなく、緩和ケア病棟入院料の設置基準に第三者評価の受診が義務付けられ、診療の質を保証する方向に変化してきている。ホスピス緩和ケア協会（旧名称：全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会）として、これからは全国どの施設でも同様の質の高いケアが受けられるように、これまでの基準をさらに詳細にしたものに改訂することになった。現在、その案を評価委員会で作成している段階である。

そこで、この基準改訂にあたっての基本的な考え方について述べる。

緩和ケア病棟数の推移

日本における緩和ケア病棟は、聖隷三方原病院に最初のホスピスが設立された1981年から23年を経て、2004年10月1日現在で138施設2,608床になった。ホス

III. ホスピス・緩和ケアの質の評価と「ホスピス・緩和ケアの基準」

ピス・緩和ケア病棟のタイプをみると、完全独立型は3施設のみであり、他は院内独立型または院内病棟型である。施設数は、1990年に緩和ケア病棟入院料が算定されるようになって、1997年までは1ケタ台の伸びしかなかったが、1998年から2002年までは、年間2ケタ台で増えてきた。

1990年に緩和ケア病棟入院料が新設されるにあたって、緩和ケア病棟の設置基準には、設備に関することが主であり、職員の人員に関して、「患者1.5人に対して看護師1人以上」「病棟に緩和ケアを担当する医師が常勤していること」ということが挙げられているにすぎず、人員やケアの面から質を保証することについて現在特別な基準はない。

一方、緩和ケア病棟の施設数の増加に伴い、厚生労働省は2002年度から設置基準に「第三者評価を受けていること」という新しい項目を加えた。そこでホスピス緩和ケア協会評価委員会としては、日本医療機能評価機構の付加機能評価（緩和ケアモジュール）の作成に協力するとともに、自主的な「基準」の改訂と「評価指針」の作成にとりかかることとした。

■ ケアプログラムの基準改訂案

緩和ケアの質の評価について、ホスピス緩和ケア協会のこれまでの取り組みについては、すでに雑誌『ターミナルケア』の特集「緩和ケアの質をめぐる」（Vol.13, No.2）に述べてあるので参照していただきたい。評価委員会としては、ホスピス緩和ケア協会として自主的な「ホスピス・緩和ケア」について基準と評価指針が必要であるということから、今までの基準をさらに詳細にしたものに改訂するという事になった。

改訂案の基になったのは、イギリスのYorkshire Hospice Peer Reviewの評価項目である。このYorkshire Hospice Peer Reviewについても雑誌『ターミナルケア』の前記特集を参照していただきたい。

改訂にあたっては、次のことを基本に検討してきた。

1) 現在の基準の改訂版とする

基準としての骨子は、現基準に基本的な方向が盛り込まれていると判断し、WHOの最近の考え方を取り入れて改訂することとした。

2) 各施設におけるケアの指標となるものとする

現在、各施設で行われているホスピス・緩和ケアは、個別性があり、そこで中心になって行っている医師、看護師の考えるケアや治療と考えられる。その施設で質の高いケアが行われているかどうかは、第三者が評価しているわけではない。しかし、こ

■表1 ホスピス緩和ケア評価指針案の概要

1. ホスピス・緩和ケア病棟の運営

- 1) 患者の意思を尊重したケアを行う。
- 2) 家族にケアを提供する。
- 3) ケアの提供体制を整える。
- 4) 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。
- 5) 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。
- 6) 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。
- 7) 外来診療・在宅療養に対応するための体制をとる。
- 8) 医師は、入院・外来患者に速やかに対応できる体制である。
- 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。
- 10) ボランティアとも協働してケアを行う。

2. 患者の尊厳・プライバシーと安全の確保

- 1) 医師は常に患者・家族に十分な情報を提供し、質問にはいつでも対応する。
- 2) 面談や診察は、患者のプライバシーが守られるような環境に配慮する。
- 3) 治験や臨床研究を行う場合は、倫理的側面の検討をする。
- 4) 患者が意思表示できなくなった時は、事前の患者との確認事項に従う。
- 5) 患者の精神症状に起因する事故防止対策に努める。
- 6) 麻薬・向精神薬を含む薬剤は管理規程に基づいて管理する。
- 7) 患者に関わる職員・ボランティアは、患者、家族に関する守秘義務を遵守する。

3. 療養環境と患者サービス

- 1) 患者が心地よく過ごせる環境を整備する。
- 2) 病棟内の設備は、患者が安全に使用できるように定期的に整備する。
- 3) 必要な案内を表示する。
- 4) 職員は、いつも礼儀正しく、親切に、思いやりのある態度で患者・家族に接する。
- 5) 家族に配慮した設備を整える。

4. ホスピス・緩和ケア病棟におけるケアのプロセス

- 1) ケア計画の立案にあたって、多面的かつ包括的にアセスメントする。
- 2) チームにより方針、計画を立て、定期的に見直す。
- 3) 患者の痛みをはじめとする諸症状に適切に対応する。
- 4) 身体的、心理的、社会的、スピリチュアルなニーズに対して適切に対応する。
- 5) 退院は十分な計画・準備のもとに実施する。
- 6) 臨終時は、家族の気持ちに配慮し、敬虔な態度で対応する。
- 7) 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。

5. 人材・資源のマネジメント

- 1) 教育を行うための計画と体制を整える。
- 2) 専門性を継続的に高める病棟内での教育カリキュラムがあり、教育を受けられる体制がある。
- 3) 病棟の責任者、指導的立場にある者は、チームメンバーが施設外での研修に参加し、能力の維持、開発ができるように配慮する。
- 4) 病棟で指導的役割を果たす医師・看護師は、自らも専門的知識と臨床能力を高めるように努める。
- 5) 教育の成果を実践に組み込みケアの質の向上に努める。
- 6) 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。
- 7) 施設内外の医師、看護師、社会福祉士などを対象として研修の場を提供する。
- 8) 職員の健康と安全を確保する体制を整える。

6. ケアの質の改善

- 1) 病棟の責任者は、運営方針・運営計画を立て、関係職員に周知する。
 - 2) 病棟でのケアと運営についての評価を定期的に行う。
 - 3) ホスピス・緩和ケア病棟の全国組織を通じて、他の施設とともに質を高めるための制度、ケアの確立に参画し努力する。
 - 4) 幹部や病棟の責任者は、スタッフを支え、仕事への満足度をあげるシステムを確立させる。
 - 5) 幹部や病棟の責任者はスタッフのストレスが蓄積しないような職場環境に配慮する。
-

III. ホスピス・緩和ケアの質の評価と「ホスピス・緩和ケアの基準」

れからは患者・家族に対してどこの施設でも同じケアが受けられるという保証が求められる。したがって、高いレベルの質の治療とケアを行うための指標が必要である。

3) 自施設でのケアの質を自己評価のために使用できる

それぞれの施設で行っているケアの質の改善のためには、常に行っていることを自己評価し、見直していく必要がある。基準に基づき、評価指針を用いてケアを見直し、自主的に改善することが必要である。

4) 第三者評価である病院機能評価機構の緩和ケアモジュールとの整合性を持たせる

施設が、利用者から信頼されるためには、第三者からの評価を受け、一定の基準に達していることが重要である。緩和ケア病棟がその評価を受けられるものは、医療機能評価機構の緩和ケアモジュールのみである。この付加機能項目の検討には、ホスピス緩和ケア協会の評価委員会のメンバーもワーキンググループに参加した。ケアの基準として重要と思われる項目は、評価する側であれ、評価を受ける側であっても同じであり、評価を受ける立場が、混乱しないようにするために、医療機能評価機構の緩和ケアモジュールとの整合性を持たせられるように考慮することを念頭においた。

これらのことを考慮して作成した改訂案は、1. ホスピス・緩和ケア病棟の運営の理念、体制、2. 患者の尊厳・プライバシー、3. 病棟の療養環境とサービス、4. ケアのプロセス、5. 人材・資源のマネジメント、6. ケアの質の改善、より構成される(表1)。

まだ、この基準改訂案の検討は終了してはいない。2005年7月を目途に施行開始となる予定である。

おわりに

この基準改訂案は病棟の評価基準であり、今後は病院における緩和ケアチーム、地域における在宅ケアの基準も必要であり、その基準作成に取りかかる必要がある。また、各施設が、この基準に基づいて自己評価し、それに基づいてホスピス・緩和ケア協会が質の向上のための提案をしていく必要があると考える。そして、その提案を厚生労働省の政策にも反映させていくことが課題である。