

Ⅲ. 緩和ケア病棟におけるケアの専門性

2. 緩和ケア病棟の質の評価と看護の専門性

丸口ミサエ

(国立看護大学校)

はじめに

日本ホスピス緩和ケア協会・評価委員会では、2006年2月～4月にかけて初めて全国の緩和ケア病棟入院料を算定している病棟で自己評価を実施し、7月に報告書としてまとめることができた。

2002年に緩和ケア病棟入院料の承認施設としての条件に「第三者評価を受けていること」が義務づけられた。これは、緩和ケア病棟の数が増加する中で、質に対する懸念も生じてくるようになったことが一因となっている。しかし、緩和ケア病棟入院料の施設基準はハードの基準であり、ソフト面の評価をする体制、基準はなかった。

日本ホスピス緩和ケア協会は、ケアの質を高めていくことは重要な役割との認識より、2003年から評価委員会では、「緩和ケア病棟のケアの基準」を改訂し、さらに「ホスピス緩和ケア病棟におけるケアの指針」を作成することになった。その「ケアの指針」においては、それぞれの施設が自己評価し、不十分な領域を補強していけるように評価の視点、評価点をつけられるように作成した。そのような経緯のもとに「ケアの評価指針」が2005年12月に完成し、2006年2月から4月にかけて各施設において自己評価を行ってもらった。

その自己評価結果の概略を報告し、今後の緩和ケア病棟の果たす役割、および看護の専門性について述べる。

「ホスピス緩和ケア評価指針」¹⁾に基づく自己評価結果の概略

① 自己評価と結果の集計方法

今回の評価はインターネットを用いて記入し送信されたものを集計するという方法で、今後の本格運用に向けた試行的なものとして行った。

今年（2006年）は、次の3点を目的に自己評価を行った。

- 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。

対象は、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施設に調査用紙を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、施設名が特定されないようにし、インターネット経由で記入してもらった。回収率は、73.2%（143施設中105施設回答）であった。

②「ホスピス緩和ケア病棟の評価指針」に基づく自己評価結果

この評価指針の構成は、次の6項目からなっており、質の評価のコンセプトの全体を網羅する病棟の体制、環境（設備、人材）、ケアのプロセスで次の内容が含まれている。

- ①ホスピス緩和ケア病棟の運営、②患者の尊厳・プライバシー、③療養環境と患者サービス、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、の6項目である。

これらの項目についての自己評価の結果は、次

のとおりであった。

70%以上施設が『適切に行われている』と評価した項目は次の4項目であった。

『ホスピス緩和ケア病棟の運営』の大項目の中では、「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%）」という結果であり、家族に対する配慮やケア、ホスピス緩和ケアについての情報提供、相談に関する体制は多くの施設で適切に行われていることがわかった。

20%以下の施設が『適切さに欠ける/存在しない/行われていない』と評価した項目は次の6項目であった。

『ホスピス緩和ケア病棟の運営』の大項目の中で「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%）」「外来診療・在宅療養に対応するための体制をとる（16%）」、『人材・資源のマネジメント』の大項目で「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（17%）」「職員の健康を確保する体制を整える（10%）」、『ケアの質の改善』の大項目で「病棟の責任者は、運営方針・運営計画を立てて、チームメンバーに周知する（5%）」「病棟のケアと運営についての評価を定期的に行う（6%）」であった。

これは、評価の視点に挙げている職種（ソーシャルワーカーなど）が専従、専任でないこともあり、評価が低くなっていることも考えられる。医師、看護師以外の職種を病棟に配置することは難しいという現状が明らかになった。

在宅療養の患者への支援は、外来診療は行っているが、自施設からの訪問看護、訪問診療、往診などがほとんど行われていないこと、また地域の診療所や訪問看護ステーションとの連携が十分とれていない現状が明らかになった。そのために、外来、在宅療養に関する項目の評価が低くなっていると思われる。

人材・資源のマネジメント、ケアの質の改善のために不可欠な教育研修、病棟の運営計画に関す

ること、職員の満足度に関することは、各施設とも自己評価が非常に低く、多くの施設にとって今後の課題といえる。

さらに、『ホスピス緩和ケア病棟におけるケアのプロセス』についての評価結果は次のようであった。評価項目は、「多面的・包括的にアセスメントし、多職種チームにより、ケアの方針・計画・定期的な評価が行われているか」「患者の苦痛症状やニーズに適切に対応している」「臨死期には家族の気持ちに配慮し敬虔な態度で対応できているか」「家族に死別後のケアプログラムについて情報を提供しているか」となっている。各項目で「適切にできている」と評価した施設は、「臨死期には家族の気持ちに配慮し敬虔な態度で対応できている」が52%と最も高く、「退院は、十分な計画・準備のもとに実施する」41%、他の項目については20%台であった。しかし、それぞれにおいて、「80%くらいできている」「適切にできている」と評価している施設は79%以上となっている。

評価項目の中で、患者・家族への直接的なケアにおいて、いずれの項目でも、家族に対するケアは、適切に行われていると評価している施設が多かった。これは、ホスピス緩和ケアにおける重要なケアとして位置づけられている内容であり、どの施設でも十分なケアが行われているといえる。

しかし、「人材・資源のマネジメント」「質の改善」においては、評価が低く、施設内で教育をする体制が、人、プログラム共に不十分だといえるだろう。

緩和ケア病棟が果たす役割と看護の専門性

今回の自己評価の結果からみると、どの施設もそれぞれが患者・家族にとって必要なケアといわれることについて、一生懸命、努力しようとしている姿が見える。しかし、ケアの質を向上させるためのスタッフ教育、病棟責任者の教育はできていないという現状が明らかになった。小項目に「職員の健康管理をする」という項目があるが、これが「適切にできている」と答えている施設

は、15%にすぎない。逆に「できていない」と答えている施設が34%もあり、勤務体制として、スタッフに過重な勤務が課せられていることも伺える。

今後、この自己評価を定期的に行うことで、自施設のできていない部分を確認することができ、ケアの質の改善の目安になるだろう。

最近、緩和ケア病棟でのケアに関して、緩和医療と混同され、戸惑いが生じているのではないかと感じている。緩和ケア病棟（ホスピス）では、「医療+患者の生活」の向上を目指したケアが行われる必要がある。その「医療+患者の生活を整える」ことが緩和ケアであり、緩和医療は緩和ケア（ホスピスケア）の一つの要素であるが、「緩和ケア=緩和医療」ではない。緩和ケアには、医療以外の患者の生活も含まれると考える。

すべてのケアは、患者のQOLの向上を目標にしたケアになる。そのためには、苦痛症状の緩和が第一であるが、このことに関して、「症状マネジメント、看護に関する十分な知識を持っている」ということの自己評価で、「できている」施設は30%、「できていない」施設が24%ある。この評価結果に表れている30%の「適切にできている」と評価している割合が高くなるように各施設での看護師の教育も必要になってくる。

一般病棟で行われる緩和ケアと緩和ケア病棟で行うケアの違いは、提供した医療、ケアによって、患者の生活の質がいかに向上するかという点にあるのではなかろうか。一般病棟は、医療を行う場であり、患者のプライバシーへの配慮、患者の希望する生活、家族へのケア、症状マネジメントの方法など、そして、そこに関わっている医療者の考え方の違いにおいて緩和ケア病棟と同じ緩和ケアを行うにも限界がある。

緩和ケアは、チームで継続して関わる必要がある。病状が悪化していく過程でも、常に患者の苦痛が緩和され、患者の状態に応じて日々の生活を調整していくことが重要である。

「評価指針」に基づいた自己評価を行うことで、緩和ケア病棟でケアの方向性を見失わないようにすることができるのではないだろうか。たとえば、「ケアのプロセス」の評価において、「アセス

メントは、多面的に、かつ包括的に」「計画立案は多職種チームにより行い、定期的に見直す」という項目がある。これについてみると、1人の医療者の意見でケアの方針が決まってしまうたり、多面的、包括的なアセスメントが行われていないということになると、緩和ケア病棟でのケアとしては、問題であるといってもよいと考える。常に、患者・家族が希望することは何か、患者の生活の幅を広げるためにはどのような対応をすることが最も良いのか、患者の病態をアセスメントし、実現可能な目標設定のもとにケア計画を立てることが必要になる。

緩和ケア病棟において看護師は、患者・家族の意思が十分に医療チームに理解されているか、患者の日々の生活を見ていて、不都合なところをどのように調整すればよいのかを判断して、チームのそれぞれの専門家と相談しながら、患者の生活を整えることが重要な役割であろう。

看護師が、呼吸困難がある患者に、まず行うことは何であろうか。パルスオキシメーターで患者の酸素飽和度を測定することであろうか。多くの看護師はたぶん第一にこの行動をとるだろう。しかし、緩和ケア病棟に勤務する看護師としては、まず、患者の呼吸困難を増強させている因子がないかどうか観察し、あればその因子を取り除くことであろう。

おわりに

自己評価結果から以上のような私見を述べたが、患者の暮らしを整えるという視点において基本となるのは、看護師なら誰でも知っている、バージニア・ヘンダーソン著『看護の基本となるもの』であると考えている。ここに書かれている14の基本的看護の構成要素である。

この著書の中で、ヘンダーソンは²⁾、「看護師の果たすべき責任の第一義的なものは、患者が日常の生活様式を守りうるように助けること、すなわち、普通であれば、人の手を借りなくてもできる、呼吸、食事、排泄、休息、睡眠と運動、身体の清潔、体温の保持、適切に衣類を着けるなどに関して、患者を助けることである。加えて、生活

をより一層意義あるものとする，さまざまな活動を人々に与えるよう助力する，すなわち社交と学習，リクレーションとしての仕事，また生産的な仕事などである。このことを，回復過程にある患者，あるいは，死にゆく“生命の流れ”に乗っている患者に，看護師自身が考えている意味においてではなく，患者が理解している意味において病気からの回復，またはより幸福な死へと歩過程で何らかの手助けをすることである」と述べている。

まさに，このことが，緩和ケア病棟における看

護の専門性についてよいのではと考える。今，医療に目が行きがちになり，何となく忘れられている，この看護の基本を大事にケアを行ってほしいを考える。

文 献

- 1) 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評価指針」自己評価結果，2006年7月14日
- 2) ヴァージニア・ヘンダーソン 著，湯槇ます，小玉香津子 訳：看護の基本となるもの（改訂版）. p.13, 16, 日本看護協会，1976