

緩和ケア病棟におけるケアの質の保証と向上に向けた取り組み

青木清美[†]

第69回国立病院総合医学会
(平成27年10月2日 於札幌)

IRYO Vol. 71 No. 2 (70-74) 2017

要旨

四国がんセンターの緩和ケア病棟は開設して10年目に入った。これまでケアの質的評価を行っていなかったため、「日本ホスピス緩和ケア協会評価委員会／緩和ケア機能評価部会」が作成した自施設評価票を用いて評価を行った。結果から退院支援に強いことがわかった。病棟は「1. 専門的緩和ケアの導入と適応, 2. 在宅移行までのワンクッション, 3. 在宅患者のバックアップベッド」の役割を担っている。入院や転棟時には入院の目的を明確にし、看取りが目的でない限りは退院の目標を立てており、逆に在宅療養中に入院対応が必要な場合は、24時間365日いつでも即入院を受け入れている。こうした取り組みが、退院支援の強さにつながっていると考えられる。一方、課題は多職種連携であった。職種や各々の価値観の違いからときに対立が生じることがある。その解決の場がカンファレンスであり、互いがポジティブに歩み寄り建設的に話し合う力が求められる。

ケアの質的評価を行うことで、病棟の強みと課題が明確になり改善に向けた方策が具体化された。評価を行う目的は、結果を活かし改善策を見出すことにある。ケアの質的評価の導入を一助として、ケアの質の保証と向上におけるPDCAサイクルを形成することが重要である。

キーワード ケア, 質的評価, 退院支援, 多職種連携

はじめに

全国の緩和ケア病棟は357施設(2015年11月)となり、直近の5年間で約1.5倍増加している。緩和ケアに対する期待への対応がうかがえる一方で、恒

藤ら¹⁾は、診療報酬に定められる「緩和ケア病棟の施設基準」ではケアの質的な基準が保証されておらず、質の低下が危惧される声が聞かれるようになったと提起している。緩和ケアの量的充足だけでなく、ケアの質の保証と向上が求められている。

国立病院機構四国がんセンター 看護部 [†]看護師

著者連絡先：青木清美 国立病院機構四国がんセンター 看護部 〒791-0280 愛媛県松山市南梅本町甲160

e-mail: kaoki@shikoku-cc.go.jp

(平成28年2月29日受付, 平成28年11月18日受理)

Approaches on Quality Assurance and Improvement of Care in Palliative Care Unit

Kiyomi Aoki, NHO Shikoku Cancer Center

(Received Feb. 29, 2016, Accepted Nov. 18, 2016)

Key Words: care, evaluation of quality, discharge plan, involvement of doctors, nurse and various allied health professionals

四国がんセンターの緩和ケア病棟は、開設から10年目に入った。これまでケアの質を評価していなかったため、「日本ホスピス緩和ケア協会評価委員会／緩和ケア機能評価部会」が作成した自施設評価票を用いて評価を行った。病棟の現状を分析し、改善に向けた方策を見出す過程を紹介する。

緩和ケア病棟の概要

病床数は25床で、患者を受け入れるにあたっては登録制度を導入している。平成26年度の入院患者数は316名で、内訳は、緩和ケア外来からが173名(55%)、一般病棟からの転棟が129名(41%)、他院からの転院が14名(4%)であった。緩和ケア外来からの入院では、予定入院が6%であり、ほかはすべて緊急入院であった。入院患者の転帰は、死亡が243名(77%)、自宅への退院が44名(14%)、治療のため他病棟への転棟が17名(5%)、自宅近辺への転院が11名(3%)、入院の継続が1名(1%)であった。平均在院日数は21.1日で、中央値は14日であった。全国の緩和ケア病棟の平均値34.7日と比較すると短期間である。

評価方法

1. 対象

緩和ケア病棟でケア提供に関与している医師およびメディカルスタッフ

2. 方法

対象者が緩和ケア病棟で行っているケア全体について、評価票に自記・無記名式で回答した。評価票はPart 1：ケアプロセスの実際に関する評価項目(大項目6、中項目10、小項目45)とPart 2：ケアプロセスに投与される資源と環境の評価(大項目3、小項目14)から構成されている。評価は「5：大変うまくいっている、何も問題がない」から「1：うまくいっていない、大きな課題がある」の5段階と「NA(Not Applicable)：判断できない」で行った。集計は直接ケアに関与しないメディカルクラークが行った。

3. 期間

- 1) 評価票配布：平成27年6月15日、回収締め切り日：平成27年6月30日

- 2) 評価結果共有カンファレンス開催日：平成27年8月3日

評価結果

1. 回答者の内訳

回答者数は36名(回収率90%)で、医師4名、看護師26名、薬剤師2名、その他4名だった。年齢は30代と40代が多く、全体の72.2%を占めていた。平均臨床経験年数は16.8(標準偏差SD8.4)年、平均緩和ケア経験年数は2.9(SD2.9)年であった。

2. 自施設評価全体における評価結果の概観

- 1) Part 1：ケアプロセスの実際に関する評価項目

①全体評価

全45項目の回答を一括集計した結果(図1)、全回答延べ1,620名のうち「5評価」の回答者は206名(13%)、「4評価」632名(39%)であり、合わせると52%が優れたケアを提供していると評価していた。また「3評価」586名(36%)と合わせると88%が標準以上のケアを提供しているとしていた。一方、「1評価」の回答者数13名(1%)に「2評価」119名(7%)を合わせると、8%が病棟のケアに課題があるとしていた。

②項目別評価結果

各項目の評価を平均値でみた場合、高値だった項目(表1)は退院支援に関わるもので、低値だった項目(表2)は多職種連携に関わるものであった。

- 2) Part 2：ケアプロセスに投入される資源と環境の評価

全14項目を一括集計した結果、全回答のべ504名のうち「5評価」の回答数は68名(14%)、「4評価」の回答数は219名(43%)であり、合わせると57%がケア環境により評価をしていた(図2)。

また多職種チーム全体としての評価(表3)では、「チーム機能を高める力がある」と「肯定的に表現する力がある」の項目が低い平均値であった。

評価結果共有カンファレンス

評価結果を共有し、平均値が低い多職種連携についてカンファレンスを行った。参加は医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、栄養士の18名であった。

カンファレンスでは「多職種でケアの妥当性を検討し共有している実感がわからない」といった意見が

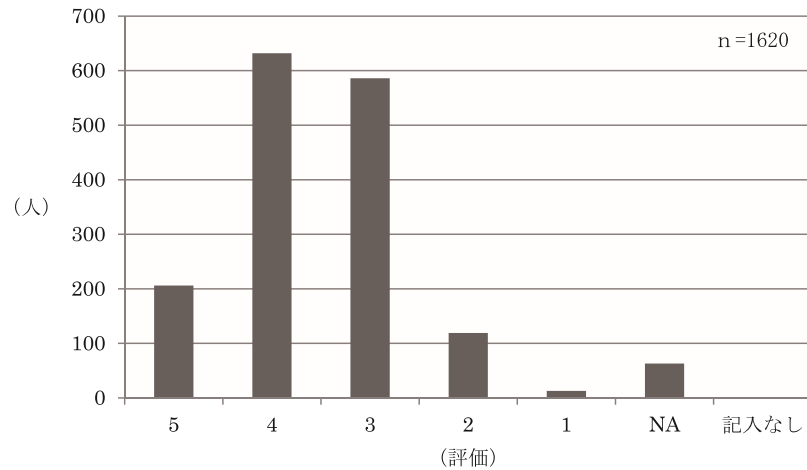


図1 ケアプロセスの実際に関する評価（全項目集計）

表1 各項目の評価を平均値でみた場合、高値を示した項目

No	項目	平均値
4.2-④	緊急時の不安に対応するために、緊急連絡する方法を明確にしている	4.2
4.2-⑤	再入院の適応は、患者および家族の希望に応じて決定され、遅滞なく受け入れている	4.2
4.2-②	退院時に、退院後の生活に必要な物品・書類（酸素、処置物品など）が提供されている	4.0
5.1-③	臨死期における患者および家族の不安や希望に配慮したケアが提供されている	4.0

表2 各項目の評価を平均値でみた場合、低値を示した項目

No	項目	平均値
2.2-②	ケア計画は、多職種チームで共有されている	2.8
1.1-④	患者のスピリチュアルなニーズを把握している	2.9

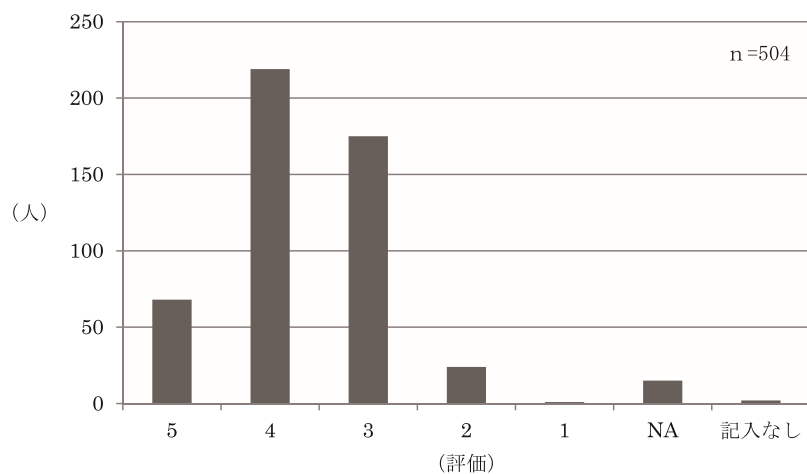


図2 ケアプロセスに投入される資源と環境の評価（全項目集計）

表3 多職種チーム全体としての専門知識と技能

No	項目	平均値
C-①	患者および家族のニーズを把握する力がある	3.6
C-②	患者および家族の自己表出を助けられる力がある	3.5
C-③	患者および家族と共に考えられる力がある	3.6
C-④	苦痛・苦悩をやわらげるための知識や技術がある	3.7
C-⑤	日常生活援助の知識と技術がある	3.7
C-⑥	肯定的に表現する力がある	3.3
C-⑦	チーム機能を高める力がある	3.2

あり、多職種カンファレンスのあり方について話し合った。多職種チームのコミュニケーションの場としてカンファレンスは効率的であるが、カンファレンスを有効活用するには、安心して意見をいえる場であることが前提にある。他者の意見を否定したり個人を責めたりする場ではないということ、黙って聞いているだけでなく自分の意見をいうことの重要性を共有した。またカンファレンス以外でも他職種と談論していることは多々ある。そのときの内容を記録に残して多職種連携を可視化することで、協働を実感していくことを話し合った。

考 察

1. 病棟の強み

結果では退院支援の項目が最も高い平均値を示した。病棟には「在宅移行までのワンクッション」の役割があり、入棟時には看取りが目的でない限り退院の目標を立てている。病棟が「終の棲家」ではないことを全スタッフが認識しており、長期療養が必要な場合は療養病床や介護施設等も視野に入れて療養の場を調整している。一方で「在宅患者のバックアップベッド」の役割も病棟は担っており、在宅療養中に入院対応が必要な場合は24時間365日いつでも即入院を受け入れている。緊急時の受け入れを保証することは、患者や家族の退院に向けた意思決定に大きく関与する。こうした取り組みが退院支援の強さにつながっていると考える。

2. 病棟の弱み（課題）

評価項目で最も低い平均値は「ケア計画は多職種チームで共有されている」だった。「多職種チーム全体としての専門知識と技能」のなかでも、「肯定

的に表現する力がある」「チーム機能を高める力がある」といったチーム力の評価が低値を示した。評価結果共有カンファレンスでは「多職種でケアの妥当性を検討し共有している実感がわからない」といった意見もあり、多職種連携は病棟における課題である。緩和ケアでは多職種によるチームアプローチが不可欠だが、各々の価値観の違いから対立が生じることがある。チームアプローチを効果的にするために濱口²⁾は、チームメンバー同士のオープンなコミュニケーションが不可欠であり、異なる意見にも耳を傾け「患者にとってどうすればいいか」を原点に話し合える姿勢が必要と述べている。異なる意見を排除するのではなく見解の拡大とポジティブにとらえ、建設的に話し合う力が求められる。

おわりに

自施設評価では結果を活かす話し合いまで行う必要があり、非常に労力をとまった。しかし評価を行う目的は、結果を受けて方策を立て取り組むことにある。ケアの質的評価を一助として、ケアの質の保証と向上におけるPDCAサイクルが形成されることを目指したい。

〈本論文は第69回国立病院総合医学会シンポジウム「緩和ケアの現状と課題から一質の向上に向けた今後の活動を考える」において「緩和ケア病棟におけるケアの現状と課題－自施設評価票を用いた質的評価からケアの向上につなげる－」として発表した内容に加筆したものである〉

著者の利益相反：本論文発表内容に関連して申告なし。

[文献]

- 1) 恒藤暁・内布敦子. 緩和ケアの歴史と現状. In : 恒藤暁・内布敦子編. 系統看護学講座別巻緩和ケア. 東京：医学書院；2012：p7.
- 2) 濱口恵子. チームアプローチ. In : 恒藤暁・内布敦子編. 系統看護学講座別巻緩和ケア. 東京：医学書院；2012：p99.