

緩和ケア病棟運営の手引き 2020年改訂版

～緩和ケア病棟の新任病棟医長・看護師長必携～

# 緩和ケア病棟 運営管理者のための手引き

Practical Guidance for Palliative Care Unit Facility Manager



2020年 9月

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

## 「緩和ケア病棟 運営管理者のための手引き」作成担当者

### 【質のマネジメント委員会】

※委員長

氏名	所属施設	
安保 博文※	国家公務員共済組合連合会六甲病院	緩和ケア内科部長
中谷 玲二	医療法人社団 洞仁会 洞爺温泉病院	理事長
池永 昌之	淀川キリスト教病院	緩和医療内科主任部長
柏谷 優子	辻仲病院柏の葉	緩和ケア病棟看護師長
足立 光生	神戸アドベンチスト病院	看護部長
岡本 禎晃	市立芦屋病院	薬剤部長
大園 康文	防衛省防衛医科大学校	准教授
石井 友恵	早稲田大学大学院人間科学研究科	緩和医療学・臨床死生学研究室

## 序 文

日本のホスピス緩和ケアの歴史は、およそ 45 年余りです。その歴史は、大きく 4 つの時期に区分できるとわたしは思います。すなわち、揺籃期、創成期、成長期、発展期です。

揺籃期は、1973 年に当協会の柏木哲夫顧問が淀川キリスト教病院で病院内の多職種に呼びかけてはじめた「死に逝く人たちのための組織されたケア」(OCDP: Organized Care of Dying Patients) というチームの活動に始まります。1981 年に浜松の聖隷三方原病院に「聖隷ホスピス」が開設されました。聖隷ホスピス創設からの 10 年間は「創成期」です。聖隷ホスピスは聖隷三方原病院内のひとつの病棟として開設されました。これが日本のホスピス・緩和ケア病棟の特徴を形作りました。イギリスではホスピスは医療施設ではなく、国民保健サービス(NHS)の枠外の介護福祉施設として始まりました。日本ではホスピス創設時から病院という医療施設の中に設けられた病棟として運営されています。

そして、1990 年に健康保険の診療報酬に「緩和ケア病棟入院料」が新たに設けられ、それを契機に緩和ケア病棟という特別な病棟として、この 30 年余りで全国に急速に広がりました。1990 年以降は、緩和ケアが全国に急速に広がり、成長した時期、「成長期」と言えます。また、このことを通じて緩和ケア病棟には健康保険による「財政基盤」ができました。イギリスをはじめヨーロッパやアメリカではホスピスは、地域住民からの寄付を資金源としてとして運営されることが多かったわけですが、日本では緩和ケア病棟を健康保険の一部に組み入れて、公的医療として普及が進みました。

健康保険に組み入れられたことにより、緩和ケア病棟の運営はいくつかの制約を受けることとなります。第 1 に施設設備の面で一定の基準が設定され、それを満たすこと、また医療従事者、特に看護師の配置基準が決められて、人員面で制約を課されることになりました。つまり、緩和ケア病棟の「構造」が健康保険の枠組みの中で決められたこととなります。それによって健康保険の診療報酬の影響が大きく運営に及ぶことになりました。第 2 に平均在院日数や在宅復帰率と呼ばれる診療やケアに関わる「過程」の指標も設けられることになりました。

2020 年度の診療報酬改定を契機に緩和ケア病棟は、日本のがん対策に深く組み込まれると同時に地域における役割を問われるようになってきています。この度、質のマネジメント委員会が編集した『緩和ケア病棟運営管理者の手引き』は健康保険の制約の下で、如何にして質の高いホスピス緩和ケアを提供するか、永年の経験と知恵の蓄積をもとに書かれました。どうか多くの緩和ケア病棟管理者によって活用されることを願っています。

日本ホスピス緩和ケア協会  
理事長 志真 泰夫

## はじめに

緩和ケア病棟の運営管理は複雑な仕事です。

緩和ケア病棟でのケアは、その目標が多種多様であり、患者と家族の間で目標が異なることも多く、さらに死へと向かう経過の中でケアの方法も目標も変化していきます。ケアを行うにはチーム内の合意が必要ですが、多様な考えを持つ多職種チーム内の意思統一を図ることは容易ではありませんし、逆に、統一することにこだわらず多様なアプローチを同時に試みることが効果的なケアを生み出す可能性も含んでいます。また、入退院のマネジメントのためには院外の施設との連携や調整も重要な業務であり、さらに多様な価値観の調整が必要となります。たとえ幾多の臨床経験を持つベテラン医師や他の部門で看護師長を経験したベテラン看護師であっても、緩和ケア病棟のマネジメントは難しいものです。

この手引きは、緩和ケア病棟の新任管理者（1～3年目の病棟師長・病棟医長）を主な対象として想定し、管理者が緩和ケア病棟の日々のマネジメントと年間運営計画の立案を行う上での実践的手引きとなるものを目指して作成しました。

この手引では、まず緩和ケア病棟の特性について触れ、緩和ケア病棟管理者に求められる役割について記載しました。その上で、ケア対象者へのアプローチ、病棟イベントへの取り組み方、自分たちのケアの評価方法、スタッフマネジメント、診療報酬への対応と地域連携のあり方、日本ホスピス緩和ケア協会活動の活用方法、について実用的な内容を紹介しています。

一般病棟とは大きく異なる緩和ケア病棟の多様な業務に戸惑う新任の病棟看護師長・病棟医長の皆様にとって、この手引きが緩和ケア病棟運営管理の実践的な拠り所となることを願います。

日本ホスピス緩和ケア協会  
質のマネジメント委員会 委員長 安保博文

## 【目次】

---

I. 緩和ケア病棟の特性と緩和ケア病棟管理者 （病棟師長・病棟医長）の役割	4
II. 患者と家族へのアプローチ（一般病棟との違いを中心に）	5
III. 病棟イベント・遺族ケアへの取り組み	7
IV. 自分たちのケアの評価方法	10
V. スタッフへのケア	12
VI. 緩和ケア病棟に関連する診療報酬制度	15
VII. 日本ホスピス緩和ケア協会の活動を活用する	18

# I. 緩和ケア病棟の特性と緩和ケア病棟管理者（病棟師長・病棟医長）の役割

新しく緩和ケア病棟の管理者となった看護師長および病棟師長は、一般の病棟と大きく異なる緩和ケア病棟のあり方に戸惑うことが多いことでしょう。それは、緩和ケア病棟が持つ下記のような特性によるものです。

## 1. 入院患者の多くが死を迎えること

近年、緩和ケア病棟からの一時退院率の増加傾向がみられますが、多くの患者が死亡退院となることが緩和ケア病棟の大きな特徴であることは、過去も将来も変わることはありません。病棟で患者の多くが死を迎えるということは、「死をどう考えるか、死にどう立ち向かうか」という人間存在における根本的な課題を、緩和ケア病棟でのケアの中心的な課題にしなければならないことを意味しています。同時に、患者にとって死に至るまでの生活の場が病棟に限られるということは、患者と患者に付きそう家族が生活する場としての機能も緩和ケア病棟は果たさなければならないこととなります。つまり、緩和ケア病棟には、死と生活の両方を支える場となることが求められているのです。

## 2. ケアの目標が多様な要素で構成される QOL の向上であること

一般的な医療の第一の目標は“健康の回復”にあり、一般病棟では医師による疾患の見立てを中心として各職種が連携する形が主なチーム医療のあり方です。それに対し、緩和ケア病棟では、健康の回復にとらわれることなく、できるだけ多様な QOL を構成する要素に視点を広げたアプローチを行う必要があります。患者と家族が何を重要と考えているかを把握し、その希望に対応したケアを提供するためには、状況によっては医師がリーダーシップをとることが逆効果となり、普段リーダーシップをとることに慣れていない他の職種が中心的役割を果たさなければならない場面が多くみられます。また、患者と家族で目標が異なったり、それぞれのスタッフが異なる目標やケアプランを想定したりすることがしばしば生じるため、その調整を行うことが重要となります。

## 3. 地域によって緩和ケア病棟に求められる役割が変化すること

在宅緩和ケアを提供する施設が少ない地域においては、緩和ケア病棟が長期にわたって患者の療養生活を支えることを要請されます。また、がん診療連携拠点病院などががん診療を行っている病院が症状緩和機能や在宅療養調整機能を十分に果たすことが難しい地域においては、比較的早期から緩和ケア病棟がこうした機能を担う必要が生じるでしょう。同様に、個々の医療機関との連携においても、緩和ケアに習熟した医療機関と、緩和ケアに慣れていない医療機関とでは、緩和ケア病棟との連携のあり方を変える必要があり、同一の紹介時期や同一の入院条件をすべての施設に求めることは適切ではありません。

以上のように、緩和ケア病棟の特性は様々な要素を併せ持つことにあります。緩和ケア病棟の管理者である病棟師長・病棟医長には、病棟運営において同一の方針を固持するのではなく、場面場面に応じて多様なアプローチを提示し、関係者間の調整を行う能力が求められます。そのために必要なこと、有用なことを、この手引きの以下の章において紹介していきます。

## II. 患者と家族へのアプローチ（一般病棟との違いを中心に）

### 1. QOLの向上を目指すことが意味するもの

緩和ケアの目標はWHOの定義が示している通り、「患者と家族のQOLの向上」です。私達医療者は、がんによる苦痛症状を緩和することが患者のQOL向上につながると考えがちですが、QOLを規定する因子は単に身体的な症状だけではなく、全人的にとらえる必要があります。つまり、がんによる痛みが取れたとしても眠気のために仕事ができなくなるほうがQOLは低下すると考える患者もいますし、痛みをなくするよりも痛みを我慢することに病気と闘う意味を見出される患者もいるからです。したがって、身体的な症状の緩和だけに関心を持つのではなく、「つらさ」や「気がかり」に焦点を当てて、その人らしい生き方を最も強く妨げている要因について明らかにしていく必要があります。

そもそもQOLとは、その人の人生の選択肢の幅という言い方ができます。患者自身の希望に基づき、できるだけたくさん的人生・生活の選択肢の中から選択できることが、QOLの高い生活を維持することにつながります。がん進行期には、食べたいものが食べられない、出かけたところに出かけられない、過ごしたい場所で過ごせないというように、病状の進行・入院など様々な要因により選択肢は減少し、生活の制限が増えてしまいます。それに対して緩和ケア病棟では、少しでも食べたいものを食べて楽しめるようにコルチコステロイドを処方する、出かけたところに出かけられるように投薬や処置方法を調整して外出や外泊の準備をする、緊急時には再度戻ってきてもらえることを約束して自宅に戻りたい方には自宅への一時退院を調整することなどを行い、できるだけ患者や家族の最期の生き方の選択肢を広げられることを中心に考えて介入します。

QOLを構成する要素には様々なものがありますが、それぞれの要素の重み付けは患者や家族によって異なります。病気のためにこれまで生きてきた上で大切にしてきたことを大切にすることができなくなっていく経過のなかで、これから何を大切にしていきたいのかを十分に話し合っていく必要があります。患者や家族が大切にしていきたいと考えていることがわかったら、私たち医療スタッフもそれを大切にしていきたいことを伝えます。もちろん、緩和ケア病棟という施設でできることには限界はあります。施設内での喫煙や他の患者に影響が出る代替療法、頻回の外出を伴う保険適応外の抗がん治療など、施設によって異なりますが、患者の希望といっても、なにでも入院患者に許可するわけにはいかないこともあります。しかし、施設で許容できる範囲ではあるものの、患者が大切にしていることを私たちの緩和ケア病棟も大切にしていくことは重要なことです。

### 2. 緩和ケア病棟の入院患者とのEOL(End of Life)ディスカッション

緩和ケア病棟を訪れる患者は多くの場合、積極的な抗がん治療は困難であることは理解し、自らの命に限りがあることも何らかの形で認識されています。しかし、自分の人生の最終段階の過ごし方について具体的な希望を表出できる人が多いとはいえません。人生の最終段階においての患者の希望をうまく引き出すことは、緩和ケア病棟におけるケアの方向性を明らかにするためには重要です。最期に「これだけはやっておきたい」、「これだけは言っておきたい」ということがもしあるのなら、その実現が私たちのケアの大きな目標となります。患者に将来の死を想定した質問を投げかけることは慎重に行うことが必要ですが、「もし～ならば」や「万が一～だとしたら」というような表

現を使い、患者の想いを探ってみることが有用な場合があります。

また、緩和ケア病棟の入院時に既に意識レベルが低下していたりせん妄状態である患者も少なくありません。がんに伴う合併症と薬物の影響が混在した意識障害のために本人から身体的・精神的な苦痛の具体的な表出ができない場合、私たちのケアはどうしても、引き続き苦痛の表出がないように、かつ転倒転落などの事故がないように、表面上の穏やかさを目標としたケアが継続されることになりがちです。緩和ケア病棟でまず求められるのは、病態面と苦痛緩和の視点のみからの患者理解ではなく、丹念に患者の生活史や人生の物語をたどり、個別化された価値観や人生観を明らかにしようとするケアのあり方です。意識障害があったとしてもその人らしさを尊重したアプローチを探索し、日々見直しを行いながら日常のケアを提供することが大切です。

### 3. 生命予後を予測することの重要性

緩和ケアにおいて患者の状態評価の上で大切にしなければならないことは、生命予後をできるだけ予測し、それに基づいてケアの方向性を検討することです。なぜならば、生命予後が1週間程度と予測される患者と1ヶ月程度と予測される患者とでは、自ずと目指すべきケアの目標は異なってくるからです。たとえば、生命予後1ヶ月程度と予測されるのであればできるだけ意識を保ったまままで症状緩和を行い、患者の希望を確認し、外出や外泊の実施などもケアの目標になります。しかし、生命予後1週間程度と予測されるのであれば、看取り時の家族の付き添いの希望を確認し、意識レベルが低下したとしても苦痛緩和が優先されることもあります。

ケアの目標や内容を大きく変更する必要が生じる生命予後1、2週間程度と予測される病状は、医師だけで判断できるものではありません。PPI (Palliative Prognostic Index) などの生命予後予測指標も参考としつつ、生活動作のなかで患者の症状や状態の細かな変化を観察している看護師と共に評価することがとても重要となります。患者に残されている時間を常に意識し、患者への侵襲には配慮しつつ時には厳しい現実を伝え、最後の瞬間まで自己実現を援助していくことが大切なケアになります。

### 4. 死別後を意識した家族ケア

死に逝く患者へのお世話は患者の死により一方的に終了します。予想以上に急速に病状は進行し、時には急変によってそれが訪れることも少なくありません。したがって、予想に反する早い変化に伴う大切な人の死は、遺される者に後悔や自責の念を引き起こします。つまり、どんなに十分にお世話をしても、大切な人であればあるほど、悔いが残ってしまうことはあります。そのようなときに私たちにできることは、安心して十分に悲しめる環境を提供することと、できるだけのお世話をしたことを共に確認するということです。

現代社会は死やそれに伴う悲しみを忌み嫌う文化を持っています。つまり、大切な人との別れを悼む気持ちを十分に持つことが難しくなっています。「いつまで悲しんでいるのか」、「早くしっかりとしないと亡くなった人が悲しむ」などと言われてしまい、悲しむことを許さない社会が遺族を待っています。グリーフケアとは悲しみを無くするケアではなく、安心して悲しむことのできる場を提供することであり、十分に悲しむことでしか、悲しみを無くすることはできないのです。

患者が死亡退院されて病院から離れた後の遺族に対するケアは、現在の診療報酬制度では評価されておらず、病院で提供することに困難が伴います。しかし、遺族のケアは患者の死後に始めるも



のではなく、死期が迫った時期に開始され、親族への連絡の援助や死別の準備、宗教家や葬儀会社などの地域のシステムとの連携、時期をみての電話や手紙の送付など、継続的に行われる必要があります。入院中から、可能な限り死別後も意識した家族の悲嘆に対するケアを患者に対するケアと共に行い、特に、意識が混濁し生命予後が厳しくなった時期には、患者以上に家族へのケアが重要になってくると考えられます。

## 5. 患者と家族の葛藤に対する配慮

多くの患者と家族の希望は、「できるだけ苦しみたくない・苦しんでほしくない」という想いと、「長く生きしたい・長く生きてほしい」という願いです。その一方で、患者と家族は苦痛を取り除く治療は体に悪い、いのちを短くするかもしれないという誤解を持っていることが少なくありません。しかし、緩和ケアは苦しみを取ることの代償にいのちが短くなることは許容するものではありません。単純に考えても、痛みが取れる、食欲が増す、活動範囲が広がることは、がんをもった生体の維持においてもとても大切なことであることは疑う余地もありません。最近の研究でも、QOLの改善は生命予後にもよい影響をもたらすことが証明されています。

したがって、緩和ケア病棟に入院すること自体では、「患者や家族が生きることを放棄している」、「いのちが短くなってもよいと考えている」と私たちが理解しているのではないことを、明確に患者や家族に伝えておく必要があると考えます。現在の病状では抗がん治療が余命を短くする危険性も考えられるが、緩和ケアをしっかりと行うことで余命によい影響を及ぼす可能性があることをはっきりと伝えることは、「緩和ケア病棟に入院する選択でよかったのだろうか」、「他の選択肢は本当になかったのか」と考えてしまう患者や家族を支える上で、とても大切なことだと思います。

## Ⅲ. 病棟イベント・遺族ケアへの取り組み

### 1. 緩和ケア病棟で行われる病棟イベント

#### 1) 病棟イベントを行う意義

病棟スタッフがボランティアと協力して行う病棟イベントには様々な取り組みがあります。少人数で行われる囲碁や絵画、園芸などは、長年親しまれた個々の趣味の延長として楽しむことができます。一方、季節の行事や音楽鑑賞会など病棟全体でのイベントは、家族やボランティア・病棟スタッフも加わって共に楽しむことができ、患者の社会性の維持と尊重に繋がり、新たな関係性の中で今を生きる意味を考える機会になりうるものと期待されます。

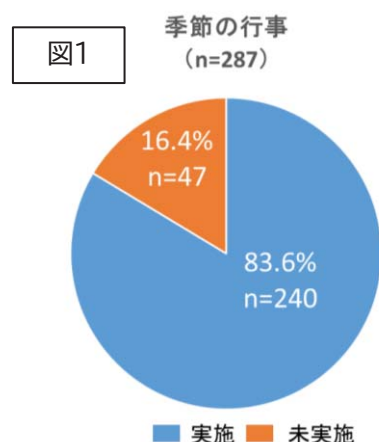
#### 2) 病棟イベントの実施状況

2019年4月に日本ホスピス緩和ケア協会が実施した施設概況調査（以下、「施設調査」という。）にて、病棟イベントの実施状況の回答を得ました。調査に協力した334施設のうち8割以上の施設でボランティア1名以上の採用があると報告しています。ボランティアと共に取り組む病棟イベントとしては、お茶のサービス、散歩・話し相手、洗濯・買い物、季節の行事、教室（囲碁・絵画など）、鑑賞会（コンサートなど）、マッサージ、家族会・遺族会、園芸・植栽などが提

示されており、各施設に対して実施の有無について回答を求めました。以下に、各施設において実施率が高かった季節の行事についてまとめました。

### 【季節の行事】

「施設調査」の設問である病棟イベント調査のうち、『季節の行事』の実施状況を図1に示します。施設によっては実施していない行事もあると思われませんが、一つでも該当していれば実施施設としてカウントしたところ、83.6%の施設が何らかの季節の行事を実施していました。（本調査はボランティア採用施設のみを対象としました）具体的な季節の行事には、1月：餅つき、2月：節分、3月：ひな祭り、4月：花見、5月：端午の節句、7(8)月：七夕まつり、9月：お月見、10月：ハロウィン、12月：クリスマス会などがあります。



季節の行事の実施に当たっては、多くの施設では看護師や医療ソーシャルワーカーなど複数の職種が担当となるか、またはボランティアがその役割を担ったりします。担当者は、必要な物品の準備や行事によっては楽器やコーラスなどの練習の段取りも行います。また、家族に参加を促すために、多くの施設では事前に案内状を送付したり、病棟内にポスターを掲示したりして周知をはかります。当日は診療やケアの合間に実施されることが多いものの、季節の行事という日常と異なる回顧的な体験は、日々のケアでは得られない患者の物語に触れる機会ともなり、ケアの見直しに繋がる可能性があります。また、参加された患者や家族から頂く感謝の言葉は、行事実施の準備をしたスタッフの苦労や疲弊感を達成感や満足感に変えるものであり、次の行事に向けてのモチベーションにも繋がります。

一方、最近は働き方改革に伴う業務の見直しや時間外労働の短縮のために、行事の準備などは極力時間内に行うことが求められています。日本ホスピス緩和ケア協会が実施した過去の施設概況調査との比較では、様々な病棟イベントの実施率には大きな差がないことが示されており、多くの施設が限られた時間の中でイベント実施に向けて努力をしていることが確認されました。

## 2. 緩和ケア病棟で行われる遺族ケア

### 1) 緩和ケア病棟において遺族ケアを実施する意義

大切な方との死別の経験は大きなストレスとなり、一部の遺族には身体疾患の増悪やうつ病の併発など、日常生活にも様々な支障を生じる場合があります。遺族ケアはホスピス・緩和ケアの場においては重要な働きであり、WHOの緩和ケアの定義にも「家族が患者の病気や死別後の生活に適応できるように支える」と遺族ケアの必要性を掲げています。

### 2) 遺族ケアの実施状況

「施設調査」では、遺族ケアの実施状況の回答も得ました。調査対象となった遺族ケアは、病棟スタッフによる手紙やカードの送付、病棟スタッフの葬儀や通夜への参列、病棟スタッフの家庭への訪問、遺族会・追悼会の開催、カウンセラーや精神科医などの紹介、宗教家や宗教組織による支援、自助グループ（死別体験者同士が体験を分かち合う会）のコーディネート、遺族を対

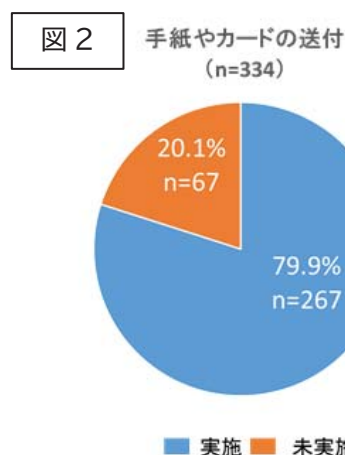
象とした外来、などがあります。遺族ケアのプログラムの中から実施率が高かった、病棟スタッフによる手紙やカードの送付と遺族会・追悼会の開催について以下にまとめました。

#### 【病棟スタッフによる手紙やカードの送付】

「施設調査」による遺族ケアの回答では、病棟スタッフによる手紙やカード送付の状況は、図2に示すとおり 79.9%と多くの施設が実施していました。

手紙やカードを送るタイミングは、死別後3ヶ月後、6ヶ月後、1年後など施設により異なりますが、四十九日を目安に送っている施設もあり、施設それぞれが遺族の心情を慮り、送るタイミングを決定しているようです。中には手紙やカードを受け取るにより悲嘆の想いを増幅してしまう遺族もいることから、入院中の家族の状況を鑑みて手紙やカードの送付を遠慮したり、送付のタイミングを遅くするなどの配慮も必要であります。

差出人は基本的に入院中の担当看護師である場合が多く、遺族の悲嘆に気遣いながら寄り添っていく内容の文面としています。過ぎし日の入院中の患者のエピソードを伝えたり、もしも気持ちに向くのであれば緩和ケア病棟を訪れて頂いたりして、スタッフと思い出を語り合うことが可能となります。あるいは、遺族から求めがあれば必要に応じたケアを提供することが可能であること、などを記載している場合も多いようです。また、手紙やカードの送付は大きな負担をスタッフにかけずに行える遺族ケアの一つと考えられますが、スタッフによっては文面の作成に苦痛を感じてしまう場合もあります。そのような場合は、経験者がアドバイスを行いながら取り組むことも必要かもしれません。

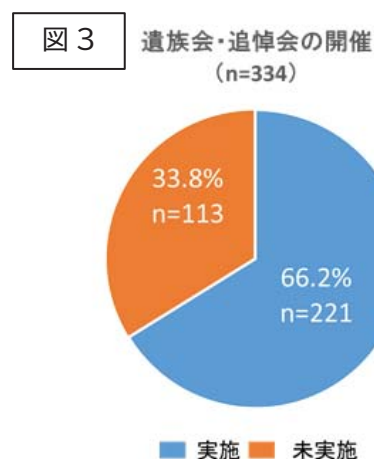


#### 【追悼会・遺族会の開催】

「施設調査」遺族ケアの回答では、遺族会・追悼記念会の開催実施の状況は、図3に示すとおり 66.2%の施設が実施していました。

遺族会・追悼会の意義としては、大切な方を亡くしてから一定の期間を経て、同じ境遇の遺族たちが集まり、亡き方への想いや自らの近況などを語らい合う場所となります。死別後に想い悩み続けている方にとっては立ち直りのきっかけとなったり、踏ん切りをつけたりすることで、新たな一歩を踏み出すきっかけとなることが期待されます。一方、医療者は遺族の想いに寄り添う形で参加することになりますが、入院中の家族の想いを初めて聞くことができたり、現在の遺族の思いを確認できたりと、改めて患者の振り返りが行うことができ、新たな貴重な学びの機会とすることができます。

遺族会・追悼会の開催を行う際には、担当責任者を決定して年間計画を立案、参加対象者を死別後の何時から何時までの期間と設定し、茶話会・グループトーク・歌や演奏・スライド上映な



ど実施するプログラムを検討します。開催の2~3ヶ月前に遺族に返信付きの案内状を送付し、概ね1ヶ月前には参加者・参加人数を確定させます。引き続き病棟スタッフ以外の担当者も含めて打ち合わせを行い、必要物品の整理や人員の手配を行い、合唱などを行う際には練習の段取りも行います。当日は、緩和ケア病棟医師はなるべく遺族会に参加できるように業務に配慮し、日勤看護師を増やして多数の看護師が参加しやすい体制をあらかじめ整えます。医療ソーシャルワーカーやリハビリスタッフ、管理栄養士、薬剤師、音楽療法士なども茶話会やグループトークなどに参加しやすいように、当日は業務を調整することが望めます。また、参加された遺族に感想などを求めるアンケートを実施すると、次回開催に向けた意見を入手することができます。

遺族会実施に際して考えておくべきこととして、ただでさえ多忙な日常業務の中で遺族会の準備を行うことは、スタッフには大きな負担となることです。時間的な余裕を得にくい状況で、一部の職員だけに負担が偏らないような体制の整備が求められます。

一方では、参加者のアンケートには「素晴らしい時間を過ごすことができました。」「一生忘れない良い思い出となりました。」「忘れかけていた想いを思い出す機会を与えて頂きました。」「今後も続けて欲しいと思います。」など、遺族会を企画したスタッフへの感謝と励ましの言葉の回答が多くありました。遺族会の終了後に振り返りのための話し合いの場を作ると、「来年の遺族会はもっと良くしたい。」との想いが心の中に湧いているのが、自分一人ではないことに気づかされます。

## IV. 自分たちのケアの評価方法

緩和ケアにおいて、ケアの質の評価は重要です。緩和ケア病棟では、最終的にケアを受けている患者の状態が悪化し死亡に至ることが多いため、ケアの質の評価を受けることが難しく、病棟スタッフ自身の考えで良かれと思うケアが提供される傾向があります。しかし、サービスを提供する側が良いケアを提供していると思込み実施したケアの振り返りを行わないことは、医療者の職業倫理に反するとも言えます。日常のケアについてできるだけ客観的な評価を行い、評価に基づいてチームとしてケアの改善を行うことで、緩和ケア病棟で提供するケアの質を保証していく必要があります。

ここでは、緩和ケア病棟において質の高いケアを提供するための評価方法や参考になる情報を提示します。

### 1. 緩和ケア評価尺度:STAS-J(Support Team Assessment Schedule)

STAS はホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の1つです。主要項目として「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」「医療専門職間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の9項目から成ります。医師、看護師など医療専門職による「他者評価」という方法をとるため、患者に負担を与えないという利点があります。

STASの日本語版は、ホスピス・緩和ケアの成果とケアの質の高さを客観的に明らかにすることが

でき、患者、家族の信頼を得ることにつながると考えられ作成されました。詳細につきましては、ページからダウンロードできる STAS 日本語版スコアリングマニュアルをご参照ください。

STAS 日本語版 <http://plaza.umin.ac.jp/stas/>

## 2. 緩和ケア評価尺度:IPOS(Integrated Palliative care Outcome Scale)

IPOS はホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の1つで STAS の後継版です。主要項目として「身体症状」「不安や心配、抑うつ」「スピリチュアリティ」「患者と家族のコミュニケーション」「病状説明の十分さ」「経済的や個人的な気かりに対する対応」から構成されており、症状だけでなく社会的側面、スピリチュアルな側面など緩和ケアにとって必要な全人的な評価を可能とします。

IPOS は原則として患者が自ら評価するため (PRO: Patient-Reported Outcome)、より正確に患者の症状について評価することができます。また、患者自身で評価できない場合は医療スタッフが評価する IPOS スタッフ版もあります。詳細につきましては、ページからダウンロードできる IPOS 日本語版使用マニュアルをご参照ください。

IPOS 日本語版 <http://plaza.umin.ac.jp/pos/frame.html>

## 3. 家族・遺族による評価

ケアの受け手である患者自身によって望ましいケアが提供されているかについて評価が行われることが理想ですが、スタッフへの遠慮などから正しく評価されないことや、病状進行による体調悪化のために自記式の調査票への記入ができないことも多くみられます。このような場合、家族・遺族による緩和ケアの評価が用いられることとなります。

日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団研究事業である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE 研究)」は、緩和ケア病棟を中心として一般病棟、自宅で亡くなられた患者の家族に対するアンケート調査を行い、わが国のがん患者に対する医療の質の評価を行っています。この研究事業では、ケアプロセスの評価、望ましい死の達成度と満足度の評価、終末期のがん患者を介護した遺族の介護経験の評価と健康関連 QOL、遺族によるホスピス・緩和ケアの構造・プロセス・アウトカムの評価および付帯研究を実施しています。J-HOPE 研究に参加することで自施設のケアの評価を全国の他の施設のケアの評価と比較することができるとともに、調査に参加した遺族の自由記載による具体的なフィードバックを受けることもできます。また、付帯研究の各報告は、自分たちの日頃のケアを見直す上での参考資料となります。

公益財団法人 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団  
遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (J-HOPE)  
[https://www.hospat.org/practice\\_substance-top.html](https://www.hospat.org/practice_substance-top.html)

## 4. 多職種カンファレンス

緩和ケア病棟では、医師・看護師・薬剤師・栄養士・医療ソーシャルワーカーなどの多職種がチームを組み、患者がその人らしく過ごせるように、さまざまな視点からサポートを行います。チーム

アプローチの質を向上するためには、互いに他の職種を尊重し、明確な目標に向かってそれぞれの見地から評価を行い、専門的技術を効率良く提供することが重要です。しかし、緩和ケア病棟の入院患者と家族が抱える課題は多様であり、多職種の意見をまとめ、ケアの目標やアプローチを一致させることは容易なことではありません。そこで重要となるのが多職種によって行われるカンファレンスです。多職種カンファレンスを充実させるためには、カンファレンスが単なる情報交換の場ではなく議論・調整の場であることを参加者が認識することが重要です。

カンファレンスを実施するために、参考になる書籍を紹介します。

チームの連携力を高める カンファレンスの進め方 第2版

・篠田道子編 ・日本看護協会出版会 ・2015年07月発行

多職種参加チームのカンファレンスにおけるコンフリクトマネジメントや、主催者・司会者・板書係・参加者別にカンファレンスの流れ(事前準備～カンファレンスの5ステップ～振り返り)に沿った役割と運営の基本技法、Q&Aがまとめられています。



### 【デスカンファレンス】

デスカンファレンスの目的は、亡くなった患者のケアを振り返り今後のケアの質を高めることにあります。デスカンファレンスは、入院までの経過と入院中の経過について紹介した後、ポイントに沿ってディスカッションが行われます。ポイントとして、「症状の緩和」「精神的ケア」「家族へのケア」などを挙げて自分たちが「できたこと」「できなかったこと」「問題点」などをディスカッションします。

デスカンファレンスには、ケアを評価してこれからのケアに生かすことができる、患者・家族への理解が深まる、患者は亡くなったけれど遺された家族へのケアの計画を立てられる、医師と看護師の考え方のずれが明らかになって互いの理解が深まる、スタッフ間で気持ちを共有できる、専門家としての自信を回復できる、などの意義があります。

### [参考文献]

- ・全日本病院協会 <https://www.ajha.or.jp/guide/pdf/080821.pdf>
- ・厚生労働省 チーム医療推進のための基本的な考え方と実践的事例集  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ehf7-att/2r9852000001ehgo.pdf>
- ・看護技術 Vol.56 No.1 p64-p67 2010 <http://www.pn.med.tohoku.ac.jp/pdf/d201001.pdf>

## V. スタッフへのケア

### 1. 正解のないケア

緩和ケアの目的はQOLの向上です。言うまでもなくQOLは個に帰属するものですから、対象となる患者・家族が何を大切にして、どのようなことに価値を見出しているのかを知らなければ、ケ

アの手掛かりは掴めません。したがって、ガイドラインやマニュアルは参考にはなるものの、目の前にある患者・家族の、いま・その瞬間の最善のケアは、その場に存在する援助者が対象者との関係を深めながら自ら考え、選択して提供するべきものであり、絶対的な正解がないケアなのです。また、緩和ケア病棟に入院する多くの患者は、疾病のコントロールは望めず、その医療上の問題は根本的に解決されることがない方々です。こうした苦や死に向き合って生きる患者・家族を対象とする緩和ケア病棟では、ケアスタッフに無力感や不全感が生じやすく、一方で創造的で多様なアプローチが可能であるだけにスタッフ間での価値観の衝突が起こることも避けられないことです。

病棟管理者は、このような環境の中で生じるスタッフのストレスに対応し、チームとして適切なケアの質が保てるよう、スタッフへのケアが必要であることを意識してマネジメントを行うことが大切です。

## 2. 内的動機づけ

ケアスタッフが無力感や不全感から燃え尽きることを避けるために、ケアスタッフの仕事への動機づけは大切です。そのためには折に触れて病棟の理念を共有し、ケアの目的や目標を確認しながらチームが向かうべき方向を見失わないようにする必要があります。それだけでなく、ケアスタッフ個々が緩和ケア病棟で仕事をすることに内的動機づけがなされているとよいでしょう。具体的には、自分はなぜここで仕事をしているのか、この仕事でのやりがい・価値が感じられるように工夫することです。

### 【内的動機づけの例】

- ◇ スタッフの配置時面接やオリエンテーション等で、ケア時に大切にしたいと思うことや、緩和ケア病棟志望の動機、看護師（専門職）を目指した動機などを確認して意識化させる。
- ◇ カンファレンスで自分たちがしているケアの意味付けができるよう支援する。（清潔ケアは単に体をきれいにするだけではなく、患者の尊厳に配慮していることでもある 等）
- ◇ カンファレンスでケアを振り返り、チームメンバーから建設的なフィードバックを得たり、視点の転換ができるようにすることで、自らの行動の意味や価値、ケアの適切性を考えてもらう。
- ◇ 日々の記録やサマリー記載でケアを振り返り、自分やチームが提供したケアの意味を再考することを促し、ともに確認する。
- ◇ 個人の関心に配慮してチーム内で役割を持たせ、主体的な活動ができるようにする。

## 3. カンファレンスで価値観の共有化

患者・家族の QOL を検討する場としてのカンファレンスは価値観を共有化する場であるといえましょう。カンファレンスでは、患者・家族の価値観や意向を第一に検討を重ねますが、親身になって世話をするケアスタッフには感情的な巻き込まれが生じやすく、患者の最善をケアスタッフ自身の価値観で測り、それが最善であると錯覚することがあります。正解のないケアであるからこそ、チームに参加する多職種がそれぞれの異なる視点や価値観で検討するカンファレンスに意味があるため、メンバーそれぞれが意見を持つことは歓迎すべきではありますが、チームに参加するケアスタッフが自らの価値観を踏まえて、いま尊重すべき価値観は誰のものかを見失わないようにする必要があります。そうすることでケアスタッフが自分と他者の境界や差異を認識することが

できれば、提供されるケアや援助の限界について意識することができ、燃え尽き症候群の防止にも役立つでしょう。

上記を踏まえて病棟管理者も各種カンファレンスに積極的に参加することが必要ですが、その積極性は、自らが患者ケアについて意見をすることよりも、カンファレンスの場の全体を概観し、下記のマネジメントを行うことに向けるとよいでしょう。

#### 【カンファレンスで病棟管理者が留意すべき点】

- ◇ チームスタッフそれぞれが自分の視点や価値観から意見が述べられているかどうか。(意見の発信がなくても、他者の意見への賛意などを言語化し意思表示しているかどうかを観る)
- ◇ 誰でも自分の考えを表明することができ、それを歓迎する雰囲気があるかどうか。
- ◇ なんのために、何を明確にするために話し合いがもたれているのか(カンファレンスの目的)を参加スタッフが理解しているかどうか。(曖昧な場合には、それを確認し、明確にするための介入を行う)
- ◇ 尊重すべきこと、患者・家族の価値観や意向を取り扱っていることを見失わないよう、話し合いの流れを見守る。
- ◇ 落ち着いてカンファレンスができる環境や体制を確保する。

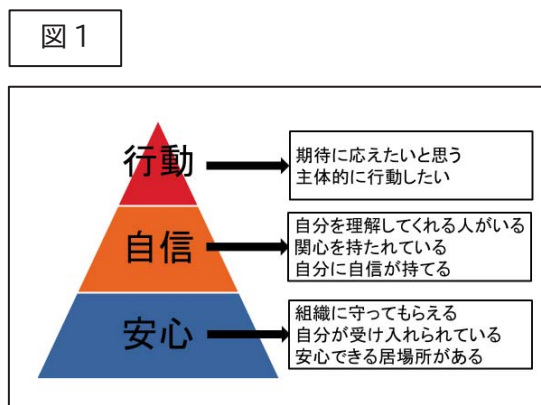
#### 4. スタッフ一人ひとりの個性を大切にす

苦と死に向き合って生きる患者・家族を全人的に理解するためには、チームスタッフそれぞれが把握したケア対象者の情報を集約して全体像を描き出す必要があります。スタッフの個性(感性)によって得られる情報が異なることを踏まえれば、多様な個性をチームに抱えることはチームにとって歓迎すべきことだと言えましょう。つまり、スタッフ教育として、専門的緩和ケアに必要な知識・技術は一定水準を満たせるようにすべきでしょうが、教育にあたっては画一化した個性(専門職像)を目指さないことが肝要だと思います。多様な個性が生む、創造的で多様なアプローチは質の高いケアにもつながっているからです。

病棟管理者がスタッフ一人ひとりの個性を大切にす姿勢は、スタッフがチームに受け入れられ、自分を理解してもらえているという安心感を生みます。その安心が自分らしく仕事をする自信に繋がり、その後の仕事における主体的な行動を促すことでしょう。(図1) スタッフ個々に向き合うためには個別面談をその機会として活用できるでしょう。

#### 【個別面談の活用例】

- ◇ スタッフ個々の関心、どのようなことに動機づけられているかを知る。
- ◇ 目標管理で日々の仕事に目的や目標を持たせ、その評価をともに行う。
- ◇ 日々の問題意識、チームとしての活動に対する意見、職務満足度を確認する。
- ◇ 病棟管理者として気づいたことをフィードバックし教育的指導をする。
- ◇ 病棟管理者個人やチームに対して、気づきや建設的提案、意見を吸い上げる。





## 5. 労働環境を整える

2019年の第24回日本緩和医療学会シンポジウム「看護ケアの最新のエビデンス up to date」でペンシルバニア大学のLinda Aikenらのグループが行った「看護師の労働環境と終末期ケアの質」に関する研究<sup>2)</sup>が紹介されました。看護師が自律性をもって病院組織や患者ケアに参加できているような病院では、質の高い終末期ケアが提供されるという結論が紹介されており、その労働環境として<病院運営に対する看護師の参加程度><質を高めるための看護部の基盤><看護管理者の能力・リーダーシップ・支援><スタッフ数などの十分さ><医師・看護師関係>などが取り上げられていました。示唆に富み、ワークモチベーションの観点からも納得がいく結論であり、病棟管理者はこうした点も意識して、ケアスタッフの労働環境を整えることに力を注ぎたい。

労働環境に関連した人員配置については、緩和ケア病棟入院料にかかわる施設基準を満たす必要がありますが、効率的な緩和ケア病棟運営（入院日数の短縮化、地域連携など）への指向性、ワークライフバランスの観点からは基準（専従医1名、看護師7：1配置）以上の配置も考慮する必要があるかもしれません。病棟管理者は、自施設が目指す緩和ケアの質を念頭に置いて、地域における自施設の緩和ケア病棟の役割、病院経営の視点なども踏まえて、病院幹部との話し合いが必要でしょう。

### [参考文献]

- ・ 深谷純子：スタッフのレジリエンスを高める日々のかかわり方。ナースマネージャー20（7）
- ・ 宮下光令ホームページ <http://plaza.umin.ac.jp/~miya/JSPM2019evidencemiyashita.pdf>
- ・ 緩和ケアに携わる人の“つらさ”と癒し。緩和ケア。22（6）。青海社。2012
- ・ エドガー・H・シャイン：金井壽宏 監訳：人を助けるとはどういうことか。英治出版、2018

## VI. 緩和ケア病棟に関連する診療報酬制度

超高齢化社会を迎えるわが国では、高齢者が住み慣れた地域で人生を全うできる社会を目指し、地域の実情や特性に合わせた医療と介護の連携体制の構築が進められており、緩和ケアを提供する場合も、緩和ケア病棟だけでなく、一般病棟、療養病棟、在宅と大きく広がりを見せています。緩和ケアを受ける患者の主たる療養の場が次第に在宅へとシフトして緩和ケア病棟の平均入院期間が年々短くなる中で、WHOの定義にある患者とその家族のQOLの向上に向けて、切れ目のない緩和ケアを地域全体として提供するという視点が求められています。

これらの変化の中で、在宅緩和ケアの提供と入院を希望する患者の速やかな受け入れを要件とする「緩和ケア病棟入院料1」については、2020年の診療報酬改定によって、「緩和ケア診療加算」、「外来緩和ケア管理料」、「在宅がん医療総合診療料」のいずれかを届け出ている施設に適応が限られました。「緩和ケア入院料1」の要件を目指すかどうかについては、自施設の機能や役割、また地域全体での緩和ケアの提供体制、地域での緩和ケアニーズを鑑みて検討することが望ましいでしょう。

入院料1・入院料2のいずれの施設においても、地域と行き来する患者が緩和ケアを最適に受けられ、療養場所を自由に選択できるような地域との連携体制を強化していくことが必要です。

## 病棟管理上知っておくべき施設基準の主な内容

### (1) 緩和ケア病棟入院料の施設基準(主なものを抜粋)

- 対象となる患者は悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者。
- 一日に看護を行う看護師の数は、入院患者の数に対して 7 対 1 以上であること。夜勤を行う看護師の数は、2 以上であること。
- 緩和ケアに関する研修を受けた医師が配置されていること
- 緩和ケア療養を行うにつき十分な構造設備を有していること。
- 緩和ケア病棟における患者の入退棟を判定する体制がとられていること。
- がん診療の拠点となる病院若しくは公益財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けている病院又はこれらに準ずる病院であること。①または②等が該当する。
  - ①公益社団法人日本医療機能評価機構の病院機能評価の認定
  - ②ISO(国際標準化機構)9001 の認証
- 連携する保険医療機関の医師・看護師等に対して実習を伴う研修を実施していること。
- 次のいずれかに該当すること。
  - ①入院を希望する患者の速やかな受入れにつき十分な体制を有すること。
  - ②在宅における緩和ケアの提供について、相当の実績を有していること。

### (2) 緩和ケア病棟入院料

#### 緩和ケア病棟入院料 1

30 日以内の期間	5,207 点
31 日以上 60 日以内の期間	4,654 点
61 日以上の期間	3,450 点

以下の要件を満たす必要あり。

#### [施設基準]

- 1) 次のいずれかに係る届出を行っている施設であること。
  - ① 緩和ケア診療加算
  - ② 外来緩和ケア管理料
  - ③ 在宅がん医療総合診療料
- 2) 緩和ケア病棟への入院を希望する患者の紹介を受けた場合に、医師が入院の適応を判断し、医師又は医師の指示を受けた看護職員が入院までの待機期間や待機中の緊急時の対応方針等について、患者に説明を行う体制を設けること。
- 3) 緩和ケア病棟の入院患者について、直近 1 年間に於いて以下のいずれかを満たしていること。
  - ①以下の期間(入院までの待機期間)の平均が 14 日未満であること。

当該医師又は当該医師の指示を受けた看護職員から説明を受けた上で、患者等が文書又は口頭で入院の意思表示を行った日から患者が緩和ケア病棟に入院した日。

②在宅復帰率が15%以上であること。

退院患者の考え方について、以下の患者は在宅復帰率には含まれない。

- (イ) 他の保険医療機関（療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。）に転院した患者
- (ロ) 同一の保険医療機関の緩和ケア病棟入院料にかかる病棟以外の病棟（療養病棟入院基本料を算定する病棟を除く。）への転棟患者
- (ハ) 死亡退院の患者

#### 緩和ケア病棟入院料2

30日以内の期間	4,970点
31日以上60日以内の期間	4,501点
61日以上	3,398点

#### ※緩和ケア病棟入院料についての入院期間の考え方

- ・緩和ケア病棟から在宅へ退院した後、緩和ケア病棟に再入院した場合には、退院から再入院までの期間が7日以上の場合に限り再入院した日を入院起算日として算定できる。
- ・緩和ケア病棟以外の病棟から緩和ケア病棟に転棟した場合は、一連の入院において初めて緩和ケア病棟入院料を算定する場合に限り、初回に算定した日を入院起算日とする。

#### (3)緩和ケア病棟緊急入院初期加算

当該保険医療機関と連携して、緩和ケアを提供する在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院により、在宅での緩和ケアが行われ、あらかじめ文書で情報提供を受けた患者について、病状の急変等に伴い在宅医療機関よりの求めに応じて入院させた場合は、入院した日から起算して15日を限度として、1日につき200点を加算する。

※当該保険医療機関と連携保険医療機関との間では、過去1年以内に、緩和ケアを受ける患者の紹介、緩和ケアに係る研修又は共同のカンファレンスの実施等の際に、医師その他の職員が面会した実績が記録されている必要がある。また緊急時の円滑な受け入れのために予め文書による情報提供を受ける必要がある。

#### (4)緩和ケア病棟入院料に含まれずに算定できる主なもの

放射線治療

退院時の在宅療養指導管理料の算定

退院時の退院薬

緩和ケア病棟入院料の注3の除外薬剤・注射薬

別表第五の一の二に掲げる薬剤・注射薬 など

## Ⅶ. 日本ホスピス緩和ケア協会の活動を活用する

### ■年次大会

年次大会は、年に1回2日間の日程で開催しています。年次大会は、総会、特別講演、分科会、緩和ケア病棟運営管理者セミナー、MSWセミナー、SPACE-N 修了者フォローアップ研修会から構成されています。

総会は、正会員施設の代表者（議決権者）を主な対象とする会ですが、同施設の議決権者以外の方、その他の会員区分の方も参加していただけます。

特別講演や分科会は、理事会および各委員会が重要と思われるテーマを選定し、会員の皆様との情報共有の場としています。

### ■支部活動、支部大会

当協会では、毎年年次大会を開催していますが、より身近な場所で、会員同士の情報交換や交流の場を持つことができるよう支部活動を進めています。

各支部では、情報交換事業としての支部会の開催やニュースレターの発行などとともに、会員同士、また、会員以外の方とも学習の場を共有しながら、地域における緩和ケアのネットワーク化、ケアの質の向上を目指し、教育セミナーの開催事業を始めています。また、一般の方も対象とする講演会の企画など、活動を少しずつ広めています。

### ■毎年の施設概要・利用状況調査

当協会は毎年4月、正会員施設のホスピス緩和ケアに関する概要把握を目的とした「緩和ケア病棟の施設概要と利用状況調査」を継続して実施しています。

これまでの調査結果は、会員専用ページで見ることができる他、一部のデータについては会員名簿に掲載する形で一般公開されています。また、「緩和ケア白書」（発行：青海社）に掲載されている統計資料にも利用されるなど、日本の緩和ケアを提供する施設の実態を知るための重要な資料となっています。

### ■J-HOPE などの遺族調査

J-HOPE（Japan Hospice and Palliative Care Evaluation）study（J-HOPE 研究）は一般病院、ホスピス・緩和ケア病棟、診療所等を対象に行っている大規模な全国調査であり、CES、GDI、CCI などの評価尺度を用い、多面的に終末期ケアの質の評価を行い、わが国の緩和ケアにおける臨床的・学術的課題を検討しています。わが国のこれら一連の取り組みは、世界でも高く評価されています。

「ケアに対する評価尺度」（Care Evaluation Scale；CES）

「望ましい死の達成」という視点で患者の終末期の QOL を遺族により評価する尺度（Good Death Inventory；GDI）

「遺族の介護経験を測定する尺度」（Caregiving Consequence Inventory；CCI）

## ■自施設評価共有プログラム

自施設評価共有プログラムは、多職種で構成される緩和ケア病棟のスタッフがケアの質改善のための話し合いを行うことを促す取り組みです。異なる視点をもつそれぞれのスタッフが率直に意見をぶつけ合い、必ずしも心地よくはない議論をあえて行うことができることを目的としています。2018年度は、全国の217施設の緩和ケア病棟で約5,800名のスタッフが参加して行われました。実施結果を会員施設で共有していただくために作成した報告書には、それぞれの施設で、どのように「心地よくない議論」が行われ、どのような「全体的視点」が獲得され、どのような改善がなされたか、が記載されています。その内容は、きっと会員施設が今後ケアの質改善に取り組むための参考となるものと考えますので、病棟管理者だけでなく、ぜひとも各スタッフでその内容を共有していただきたいと思います。

緩和ケア病棟自施設評価 結果報告書：<https://www.hpcj.org/med/shiryo.html>

## ■緩和ケア病棟運営管理者セミナー

毎年、年次大会の最終日の午後に、正会員のホスピス・緩和ケア病棟の医長および看護師長（緩和ケア病棟が2病棟ある施設を除き、各1名ずつ）を対象に行っているセミナーです。

本セミナーは、病棟管理者（医長および看護師長）が、より質の高い病棟運営を行うためにベースとなる考え方や具体的なノウハウを共有することを目的としています。

## ■認証制度

認証制度は、第1にホスピス・緩和ケア病棟の施設や運営状況と医療およびケア提供の状況を、社会に公開する姿勢をもつこと、第2にホスピス・緩和ケア病棟に勤務するすべてのスタッフが参加して自らのケアの質を評価し、多職種による話し合いを通じて、自らケアの質向上に取り組む姿勢をもつこと、第3に第三者と遺族による評価を受けて、その指摘を受け入れる謙虚な姿勢をもつこと、これらの3つの姿勢がわが国のホスピス・緩和ケア病棟のケアの質向上の取り組みとして、ホスピス・緩和ケア病棟の文化になることを目的としています。

「施設概要・利用状況調査」は、すべての協会加盟のホスピス・緩和ケア病棟が参加して、調査結果を公開したいのですが、調査に参加しない施設や調査結果の公表をしない施設が少数あります。また、2013年秋に実施した「自施設評価共有プログラム」は、43%の参加に留まっています。日本医療機能評価機構の緩和ケア付加機能・副機能評価の受審は合わせて42施設、遺族による評価への参加はJ-HOPE3が131施設など、全体の半分に満たず、すべてのホスピス・緩和ケア病棟が参加するには至っていません。

協会としては、これらの取り組みを推進することで、目に見えないホスピス・緩和ケア病棟のケアの質が目に見えるようになり、すべての協会加盟のホスピス・緩和ケア病棟が「質の高いケアを提供している」と誇りを持って言えるようになることを願っています。

## ■ホスピス緩和ケア週間

当協会では 2006 年度より、「世界ホスピス緩和ケアデー (World Hospice & Palliative Care Day)」を最終日とした一週間を「ホスピス緩和ケア週間」とし、緩和ケアの普及啓発に取り組んでいます。また、2008 年度からは日本緩和医療学会、2016 年度からは日本死の臨床研究会と協力し活動を推進しています。

本週間では、ポスターの掲示及びセミナーや見学会の実施などを会員や関連団体へ呼びかけ、各地の催しをとりまとめて、日本の取り組みとして世界ホスピス緩和ケアデーの事務局に紹介すると共に、協会のホームページ上に掲載しています。

第 13 回目となった 2018 年は、全国で 138 の関連したイベントが行われ、8,500 人を超える参加がありました（展示会来場者は含まず）。

## ■求人広告の掲載 [正会員対象]

ホスピス緩和ケアのスタッフ求人について、協会ホームページへ無料で掲載しています。

近年、ホスピス緩和ケア提供の場が広がり、その数も増えています。しかし、ケアに従事する人材の不足により、十分な活動ができていない施設がある一方、緩和ケアに関心を持っているが、就業の場をうまく探せない人もおられます。

そこで、日本ホスピス緩和ケア協会のホームページに、会員施設の求人コーナーを開設することで、スタッフの充実をはかり、ケアの質の向上を目指しています。

掲載をご希望の正会員は、会員専用ページから登録用紙がダウンロードできますので、必要事項をご記入いただき、事務局まで郵送して下さい。

## ■看護師教育システム

現在、ホスピス緩和ケア看護職教育カリキュラムは、「ELNEC-J (End of Life Nursing Education Consortium-Japan) コアカリキュラム看護師教育プログラム」を基本的緩和ケアの習得に活用し、その先に「専門的緩和ケア看護師教育プログラム：SPACE-N (Specialized Palliative Care Education for Nurse)」を重ねる二層構造で構成されています。

協会の看護師教育支援委員会では、2025 年までに会員各施設における看護師の常時 60%以上が ELNEC-J を修了していること、会員各施設に 1 名以上の ELNEC-J 指導者がいることを目標としており、基本的緩和ケアの修了者が実践を積んで SPACE-N の受講へと動機づけられることを期待しています。また、ELNEC-J と SPACE-N の間の中堅看護師の教育についても協会としての指針を作成すべく準備中です。

看護師教育システムの詳細については以下の協会ホームページを参照してください。

[https://www.hpcj.org/med/ed\\_pro.html](https://www.hpcj.org/med/ed_pro.html)

**緩和ケア病棟運営の手引き 2020年改訂版**  
～緩和ケア病棟の新任病棟医長・看護師長必携～

**緩和ケア病棟 運営管理者のための手引き**

Practical Guidance for Palliative Care Unit Facility Manager

発行日：2020年9月10日

発行元：特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会  
〒259-0151

神奈川県足柄上郡中井町井ノ口 1000-1

ピースハウスホスピス教育研究所内

Tel：0465-80-1381 / Fax：0465-80-1382

ホームページ <https://www.hpcj.org/>

メールアドレス [info@hpcj.org](mailto:info@hpcj.org)

