

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 3 日現在

機関番号：32665

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2015

課題番号：25460856

研究課題名(和文) 第三者評価に基づく緩和ケアの質の評価手法に関する研究

研究課題名(英文) Evaluation of Quality Palliative Care: Internal/External Evaluation

研究代表者

前田 幸宏 (MAEDA, Yukihiro)

日本大学・医学部・助手

研究者番号：10287641

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,800,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、第三者評価の評価手法の課題、および、緩和ケアの質の評価手法の課題を検討することにより、継続的な質改善を促す仕組みを明らかにすることである。日本ホスピス緩和ケア協会による「自施設評価調査」および、日本医療機能評価機構による「緩和ケア機能評価」などについて検討した。院外からの「調査」をきっかけとして、緩和ケアの現状の課題を自己評価し、改善策を緩和ケア病棟スタッフ内で合議する方法は、内部評価と外部評価・第三者評価を連携し、自らの継続的な質改善を促す仕組みとして効果的と考えられる。

研究成果の概要(英文)：To make clear how to encourage continuous quality improvement, we reviewed the program of "Self-assessment of palliative care unit" by Hospice Palliative Care Japan, and reviewed the method of "Evaluation of additional function (palliative care function)" by Japan Council for Quality Health Care (JCQHC).

As a trigger "Survey" from outside the organization, after self-assessment of the problems of the current state of palliative care, a method that discuss how to improve problems in the palliative care ward staff, it is intended to link the internal evaluation and external evaluation (third-party evaluation). Then, it is considered to be effective as to encourage their continuous quality improvement.

研究分野：医療管理学

キーワード：医療の質 病院機能評価 緩和ケア 自己評価 自施設評価 第三者評価

1. 研究開始当初の背景

公益財団法人 日本医療機能評価機構（以下、評価機構と略す）による病院機能評価の認定病院数は平成 25 年時点で約 2400 施設を超え、全国の病院数の約 3 割をカバーしていた。認定病院数は、ほぼ横ばい状況にあったが、院外の第三者機関が個々の病院の診療機能に関与することにより、日本全体としての医療の質の水準確保に果たしている役割は大きい。その審査の基準となる評価項目は、社会環境の変化や受審病院の質の水準の向上に伴い定期的に改定されており、平成 25 年には抜本的な改定が予定されていた。また、緩和ケア医療については、専用の評価項目を追加設定し、通常の審査とは別に、「付加機能評価」として審査が行われており、評価体系の強化が図られつつあった。

診療報酬改定の影響を受け、緩和ケア病棟を設置する医療機関の数は増えてきているが、緩和ケアの普及を求める社会的な要請は依然として強い。このような社会環境の中、緩和ケア病棟への新規参入の増加に伴い、医療の質のバラつきおよび質の課題が散見されるようになってきた。全国の緩和ケア病棟の大多数が加盟する「特定非営利活動法人日本ホスピス緩和ケア協会（以下、緩和ケア協会と略す）」においても、緩和ケアの質の評価、改善に向けた検討が続けられており、本研究の主任研究者も検討メンバーの一員として参画している。

近年、医療の質に関する研究は進んできており、関連学会での研究報告や改善事例も多い。緩和ケア領域においても、日本緩和医療学会や緩和ケア協会などを中心に検討が進められており、「Support Team Assessment Schedule 日本語版(STAS-J)」の開発、ホスピス緩和ケアの質の評価尺度(Care Evaluation Scale)の開発、「遺族の評価による終末期がん患者の QOL 評価尺度(GDI)」の開発が行われてきている。しかし、このような調査分析手法は個々に確立しているものの、臨床評価指標の設定と継続的な質改善支援に関する実際の取り組みは、まだ十分な成果を上げる段階には至っていない。

病院機能評価および臨床評価指標(クリニカル・インディケータ)の研究は、主として急性期医療をバックグラウンドに持つ医師や研究者により行われているように考えられる。一方、緩和ケアの領域は、医師以外の医療職の役割が他の診療領域よりも比較的大きい。また、ターミナルという特性上、患者からの評価に困難が伴うという点が、他の診療領域とは若干異なる。この違いを踏まえた上で、質の評価および臨床評価指標の策定に取り組んだ研究の実績や成果は十分とは言えず、今後発展させるべき研究課題と考えられる。

本研究に先立ち、我々の研究班は「病院医療の評価および医療の質マネジメントシステムの方策に関する研究(科研 H22~H24)」を通じて質評価手法の検討を行ってきた。こ

の中で、緩和ケア領域についても検討を行ったが、今後の課題として残されたことのひとつとして、継続的に緩和ケア医療の質を評価する仕組みが十分確立していないことが上げられた。

2. 研究の目的

本研究の目的は、第三者評価の評価手法の課題および、緩和ケアの質の評価手法の課題を検討することにより、継続的な質改善を促す仕組みを明らかにすることである。

3. 研究の方法

関連学会や関連研究会およびインターネット等で公開されている情報などを通じ、緩和ケア領域における質改善・質評価に関する情報および医療の質向上に向けた取り組みの事例について情報を収集する。また、必要に応じ、病院機能評価の認定病院、緩和ケア病棟を持つ医療機関、医療の質の評価に関する取り組みに積極的な医療機関等にヒアリング等を行い、情報を収集する。

それらの情報を踏まえ、緩和ケア病棟を担当する医師、看護師、その他医療職、品質マネジメントシステム(ISO 9001)の審査員、診療情報管理を担当する医師および診療情報管理士等を研究協力者とし、それぞれの実際の業務経験に基づき、専門的な立場からの知識提供を受けるとともに、評価内容や評価手法に関する現状の課題、審査の仕組みの課題等を合議により検討し、今後の質改善の仕組みのあり方等を整理する。

4. 研究成果

(1) 緩和ケア病棟の自施設評価について

自施設評価の目的

日本ホスピス緩和ケア協会では、加盟施設（緩和ケア病棟）に対し、自己評価形式による緩和ケア機能の調査が行われてきた。この調査は病棟を対象とするものであるため、協会から病院に送付された調査票に対し、対象病棟の責任者が、病棟を代表して回答することになり、個々の病棟スタッフが自己評価に関わる必要性は特になかったと思われる。

この状況を踏まえ、新たに「自施設評価調査」という取り組みが始められることとなった。取り組みの対象である病棟スタッフに対する説明資料「自施設評価の意味と目的」によると、その目的は、「自施設評価は、あなたの病棟の質の改善・向上を支援するために行うものです。また、全国の緩和ケア病棟におけるケアの現状を把握することにより、日本ホスピス緩和ケア協会が、ケアの質の改善・向上のための支援策を検討するための基礎資料としても活用されます。」とされている。また、この取り組みへの参加を促す依頼文書には「自施設評価は、あなたが働く緩和ケア病棟のケアの質改善を支援する為に作られました。緩和ケア病棟でのケア提供に携わるスタッフが、自施設のケアについて

各々評価するとともに、カンファレンスを開いて、ケアの方向や病棟の在り方について皆で話し合っていたくプログラムです。」と記載されている。スタッフ全員が自施設の評価に関わり、現状の課題と改善策を話し合うことにより、ケアの質改善につなげることを目的としたものと考えられる。

自施設評価の方法

自施設評価の手順は下記のような流れになっている。

表1 自施設評価の実施手順

- a. 自施設評価票を対象病棟全スタッフに配布
- b. 自施設評価票の記入
(各自が個々の意見に基づき個票に回答)
- c. 自施設評価票の集約
(各項目の評価結果分布の集計と自由記載の集約)
- d. 自施設評価結果共有カンファレンス
(集約内容からみた病棟の現状の課題の検討)
- e. 評価結果の登録(協会への送付)

これまでの自己評価調査と大きく異なる点は、病棟スタッフ全員が調査対象であり、回答者であること、および、評価結果共有カンファレンスの実施が必須であることの2点である。

評価者(自施設評価調査票の記入者)は非常勤を含む病棟全スタッフである。ケアに深く関わるボランティアがいれば、各施設の判断で、調査可能な範囲で対象者に含めることも勧められている。病棟の課題を広く把握し、情報を共有するために、できるだけ多くのスタッフが関与することが期待されている。

自施設評価調査票は2部構成であり、Part.1では緩和ケアのプロセスの実際に関する評価、Part.2では緩和ケアのプロセスに投入される資源と環境の評価を行うこととしている。各設問に対し、スコア5からスコア1までの5段階およびNA(判断できない)で評点を付ける仕組みとなっている。

表2 各項目の評価スコア

- スコア5 たいへんうまくいっている、何も問題がない
 スコア4
 スコア3 ふつうである
 スコア2
 スコア1 うまくいっていない。大きな問題がある
 NA (Not Applicable) 判断できない

各項目の内容について、回答者個人が直接関与していない内容であっても、周りを見て、病棟全体としての状況の評価を記入することが求められている。自施設評価は、自分の所属する緩和ケア病棟で行われているケアの質を評価するものであり、自分自身が行っているケアを自己評価するものではない。自分だけでなく周りの同僚や日常業務のルールなどを含めた病棟全体が評価対象である。組織としてのケアの質改善を目的とするも

のであり、自分自身のケアの改善を目指すものではない。評価票のイメージを下記に示す(一部を抜粋し転載)。

Part 1 ケアプロセスの実際に関する評価		
評価項目	評価の視点	評点
1. ケアに関するニーズの把握と包括的なアセスメント		
1.1 ニーズの把握		😊 😊
① 患者の疼痛などの身体症状に関するニーズを把握している		5 4 3 2 1 NA
② 患者の精神・心理的なニーズを把握している		5 4 3 2 1 NA
③ 患者の社会的・生活上のニーズを把握している		5 4 3 2 1 NA
④ 患者のスピリチュアルなニーズを把握している		5 4 3 2 1 NA
⑤ 家族のニーズを把握している		5 4 3 2 1 NA
1.2 ニーズの共有		😊 😊
① アセスメントツール ₃₃ を用いて、患者のニーズを客観的に評価している		5 4 3 2 1 NA
② アセスメントが診療録等に記録されている		5 4 3 2 1 NA
③ 多職種チーム ₃₄ カンファレンスで、ニーズを包括的に検討している		5 4 3 2 1 NA
※注1 アセスメントツール: 患者の状態を把握・評価するために用いる質問票など(例: NRS、STAS-I) ※注2 多職種チーム: 複数職種で構成されたチーム		
2. ケア方針に基づいたケア計画の決定と共有		
2.1 ケア方針とケア計画の決定		😊 😊
① 多職種チームカンファレンスで、ケアの方針が決定されている		5 4 3 2 1 NA
② 入院・転棟後すぐに、ケア方針に基づいた具体的なケア計画が立案されている		5 4 3 2 1 NA
③ ケア計画は、患者および家族のニーズを中心とした視点で立案されている		5 4 3 2 1 NA
④ ケア計画の中で、目標や再評価の目安が明確にされている		5 4 3 2 1 NA
⑤ ケア計画は、社会資源・制度などの社会・生活的要因も含めて検討されている		5 4 3 2 1 NA
2.2 ケア計画の共有・評価と見直し		😊 😊
① ケア計画の内容は、患者および家族の了解を得ている		5 4 3 2 1 NA
② ケア計画は、多職種チームで共有されている		5 4 3 2 1 NA
③ ケア計画は、あらかじめ設定された再評価の時期に定期的に見直されている		5 4 3 2 1 NA
④ ケア計画を見直した場合、患者および家族の了解を得ている		5 4 3 2 1 NA
-----【切り取り】-----		
自由記載欄 (1.1, 1.2 に関する)	自由記載欄 (2.1, 2.2 に関する)	

図1 自施設評価調査票イメージ抜粋

Part.1の評価項目は、1. ケアに関するニーズの把握と包括的なアセスメント(8項目)、2. ケア方針に基づいたケア計画の決定と共有(9項目)、3. ケアの実施(患者の苦痛症状やニーズへの対応)(9項目)、4. 退院準備と退院時・退院後の支援(10項目)、5. 臨死期への対応(5項目)、6. 遺族に対するケア(4項目)の6つの大項目に関する計45項目である。Part.2の評価項目は、A. 療養環境の快適さ、B. 関係性(患者、家族、スタッフ間等の関係性)、C. 多職種チーム全体としての専門知識と技能の3つの大項目に関する計14項目である。それぞれ自由記載欄が設定されている。各項目の選択肢に回答するだけでなく、自由記載欄に各自の現状認識や意見を記載し、各職種各個人のさまざまに異なった視点や考え方を、その後に続くカンファレンスでの議論の材料とするよう設計されている。

なお、各項目については、緩和ケアに関わる医師・看護師、病院機能評価に関わる専門家等による複数回にわたる合議を経て選定され、プレ調査と被調査者からのフィードバックを通じ項目の見直しおよび妥当性の検討が行われている。

評価票の記入回収を終え、回答者が特定できないような形式で、個票(評価票)の集計と自由記載欄の集約を行ったのち、施設評価結果共有カンファレンスが行われる。目的は、自施設評価結果を、自院の緩和ケアの質の改善等に活用することにある。

評価結果共有カンファレンスの概要は下

記のとおりである。

表3 評価結果共有カンファレンスの概要

<p>a. 開催について</p> <ul style="list-style-type: none">・カンファレンス実施の時間の目安はおおむね60分。・参加者が評価結果を共有し議論できる時間を確保。・なるべく多くのスタッフが参加できる日時を設定。・状況によっては複数回開催する。・ファシリテーターは、可能であれば病棟の管理責任を担わない立場の人が担当し、自由に意見を言えるようにすることが望ましい。 <p>b. 進行について</p> <ul style="list-style-type: none">・各項目の評価点数の平均値、中央値、最頻値とグラフを配布。・各項目の結果と意味を参加者全員で共有する。評点の高さ低さにこだわらない。項目の意図と分布の意味を解釈して、自由記載の内容も含めて、現状と課題を情報共有する。・自由記載のコメントについては、記載者を推測しない。内容の是非を問題としない。・病棟のケアの課題を探し、共有し、改善するための話し合いであることを常に意識させる。 <p>c. とりまとめ</p> <ul style="list-style-type: none">・カンファレンスの最後に、自施設評価結果に関する病棟としてのとりまとめ結果を共有する。
--

自施設評価の今後について

今回の自施設評価の実施に際し、この取り組みと遺族調査および病院機能評価などの第三者評価受審実績を含めて、一定の質を担保した緩和ケア病棟であることの「認証制度」として発展させる方向性が緩和ケア協会の年次大会のセッションの中で公表された。具体的な方法は詳細な検討が必要であるが、この認証制度は「質の評価」を継続的な質改善の取り組みにつなげていくための有効な方策のひとつと考えられる。

考察：緩和ケアの自施設評価について

緩和ケア協会による「自施設評価調査」は、「協会」という外部機関が、加盟している各施設の状況把握のために行う「調査」ということに重点を置いていないように考えられる。調査による現状把握よりも、自施設を評価するプロセス（評価の記載とカンファレンス）を通じて、それぞれの施設の課題をスタッフ間で共有し、共同で改善策を検討することにより自己改善を図ることを重視しているものと考えられる。これは、評価実施の必須手順として、全職員参加と情報共有カンファレンスを具体的に明示しているところから判断される。

自施設評価を組織的ケアの質改善のツールとしてみた場合、自施設評価票の項目の妥当性検証については重視されないと考えられる。情報共有カンファレンスの議論の材料としては、現状でも十分に機能していると考えられる。しかし、今後、この評価を通じて協会に収集されたデータを何かの目的で活用したり、既存の他の評価手法と比較検証する場合には、データ精度の向上が必須であり、

評価表の各項目の信頼性の統計的な検証が必要である。また、各スタッフが各項目の評価を付ける際の判断基準も具体的に明確化する必要性が出てくると考えられる。情報共有カンファレンスでは施設内の評価の精度向上・均質性の向上は図られるが、施設間のばらつきの可能性は補正が期待されない。しかし、今回の自施設評価の主目的を踏まえ、記入後の情報共有カンファレンスを前提とすれば、記入の容易さ、労力負担の軽減の方が重要であり、実務上、有益であると考えられる。

緩和ケア協会には全国の緩和ケア病棟の大多数が加盟しており、院内の自己改善活動を、組織的に、全国規模で普及させた自施設評価の取り組みは、我が国の緩和ケアの質の確保・向上に大きな役割を果たしていると考えられる。その効果について、今後、客観的な検証を進めていきたい。

(2) 病院機能評価における緩和ケアの評価について

病院機能評価の概要

公益財団法人 日本医療機能評価機構による「病院機能評価」は病院長経験者・看護部長経験者・事務長経験者等の評価調査者（サーベイヤー）により、「評価項目」に基づき面接・ピアレビュー（peer review）などを行うことにより受審病院の自己改善を支援するものである。平成25年には審査の仕組みの抜本的な改定が行われた。改定にあたっての基本的な考え方は、「認定の枠組みと運用の変更」と「評価内容の重点化」である。病院の特性に応じた機能種別の設定、認定期間中の継続的な改善活動の確認とその支援、内部改善活動の定着のための支援、および、構造面の評価項目の削減、診療プロセスとその支援機能の評価の重視の方針のもと、症例をトレースすることにより診療の流れの全容を把握し、診療機能を評価する方法が採用された。

付加機能評価（緩和ケア機能）

緩和ケア医療については、この大幅改定の時点では、「病院機能評価」の通常審査（本体審査）とは別に緩和ケア機能だけに特化して追加審査を行う「付加機能評価（緩和ケア機能）」として位置づけられていた。その評価項目は「病院機能評価（付加機能）緩和ケア機能 Ver.2.0（2010.7）版」として公表されている。

緩和ケア機能評価の付加機能は、他の領域の評価の訪問審査とは手法が異なる「カンファレンス評価」という手法が試行された。症例カンファレンスを模擬的に行ってもらい、その内容からケアのプロセスに関する実態について把握し、該当する評価項目を、それぞれの判定指針に基づいて評価するものである。その概要を下記に示す。

表4 カンファレンス評価の概要

<p>a. カンファレンス評価で把握する内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種間の情報共有の状況 ・患者の痛みなどの諸症状への対応 ・患者・家族の心理的なニーズへの対応 ・患者・家族の社会的なニーズへの対応 ・患者・家族のスピリチュアルなニーズへの対応 ・多職種間におけるケアの調整の状況 ・診療ケア計画の見直しの検討状況 ・退院時の目標を明確にした計画立案 ・退院に向けた調整作業の共有 <p>b. 模擬カンファレンスの対象となる症例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疼痛コントロールに苦渋した症例 ・心理的ケアが難しかった症例 ・社会的な問題のために多職種が関与した症例 ・スピリチュアルな支援が必要であった症例 ・退院して在宅療養が行えた症例 ・急な死亡等で家族が了解しにくい状況の症例 <p>c. カンファレンス評価の進行手順</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンスで取り上げる症例について、サーベイヤーは事前に診療録を確認しておく ・サーベイヤーは病棟スタッフのカンファレンスに直接参加せず傍聴に徹し、主体的には発言しない
--

本体審査の機能種別区分への変更

その後、緩和機能についても「機能種別」のひとつとして位置づけるよう改定され、現在に至っている。その評価項目は「病因機能評価 機能種別版 評価項目 緩和ケア病院<3rd G:Ver.1.1>2014年9月30日版」として公表されている。「カンファレンス評価」という形式から他領域と同じ「症例トレース法」に審査手順は変わってきているが、緩和ケア領域の専門家（経験者）が審査員（サーベイヤー）として訪問審査を担当する体制は付加機能審査の時と変わっておらず、他の機能種別の審査とは異なる特徴である。専門家同士のピアレビューによる審査の双方向性は確保されている。

考察：緩和ケアの質の評価手法について

緩和ケア病棟を持つ病院の多くは病院全体として「病院機能評価」を受審しているが、付加機能評価（緩和ケア機能）の受審病院は多くない。主たる機能の一つとして「緩和ケア病院」を受審する病院がどの程度普及するかは現状ではまだ分からない。病院全体の中で、ひとつの病棟に特に費用をかけて第三者評価を受審するインセンティブは現状では明確でない。

一方、緩和ケアの質の向上のために、緩和ケア協会は独自に「自施設評価調査」という取り組みを行っている。院外から依頼された「自施設評価調査」をきっかけとして、現状のケアの課題を緩和ケア病棟内で情報共有し改善策を合議する仕組みは、内部評価と外部評価・第三者評価を連携し、自らの質改善を支援する仕組みとして有効と考えられる。

現時点では、緩和ケアを、さまざまな評価手法を組み合わせて全体的に評価する方法論は確立していない。緩和ケアの質について、

ストラクチャー・プロセス・アウトカムの見点からの定義も多様である。緩和ケアに関わる患者・家族・その後の遺族・病棟スタッフ、および、それぞれの関係性、入院から退院、逝去、その後にはわたる時間軸の中での変化を含めて、多様な視点が存在する。今後も引き続き検討しなければならない課題である。

単一の評価方法では全体を評価しきれない点を補うために、病院機能評価という第三者評価を物差しとして、その評価結果との乖離状況を自ら検証することは、緩和ケアの質を維持改善するための手法として有効と考えられる。

(3) 継続的な質改善を促すための仕組みについて

データに基づく評価

DPC 制度の普及に伴い、DPC データを用いた様々な分析が進められつつある。国内の各診療領域においても、各学会等を主体に、診療データの収集とデータベース（National Data Base）の整備が進み、電子カルテから抽出した情報の全国規模での収集やクリニカル・インディケータ、Quality Indicator の設定も行われてきている。しかし、活用可能な診療データの蓄積が進む一方、そのデータを分析できる体制が設置されている事例はあまりみられない。分析担当者が確保されておらず、分析が進んでいないケースが多くみられる。情報機器の機能向上は急速に進んでおり、組織体制や業務運用を含めて整備することにより、一層の医療の質の向上が期待される。今後、病院医療の質の管理におけるCIO(Chief Information Officer)の役割を組織的に位置づけることが有効と考えられる。

医療の質向上に向けた継続的取り組み

医療の質の改善に向けた取り組みは、各医療機関の中で常に行われている。病院機能評価（第三者評価）を継続的に受審している病院の一部には、病院機能評価の受審を契機にさまざまな取り組みを進展させて自院の質改善を進めている事例がみられた。5年に1回という単発的なイベントである「訪問審査」を、定常的な改善活動のチェックポイントとして設定し、審査の受け身ではなく、主体的に利用しようとする意識がみられた。第三者評価の受審の意義と効果として重要な視点と考えられる。

考察：継続的な質改善を促すための仕組みについて

継続的な質改善のためには、定期的な質評価・現状把握は必須であり、データに基づく医療の質の評価は、客観性の担保と改善成果の把握という点で重要である。このため、三者評価においても臨床評価指標は重視されている。しかし、緩和ケア領域では、このような客観的な情報収集分析や評価指標策定は進んでいない。また、緩和ケア領域におい

では、DPC データとして把握されていないケアが行われており、それが、ケアの質に大きな影響を与えている可能性がある。医療の質の評価に際しては、診療領域の特性を踏まえた評価手法の検討が重要であり、今後の課題である。

(4) 緩和ケア病棟における家族支援の評価について

家族支援の評価に関する研究の目的

緩和ケア領域におけるケアは、患者に対するケア、遺族に対するケア、その過程における家族に対するケア（支援）に大別される。これらは一体として考える必要がある。特に終末期がん患者の家族の不安や家族員の意向の違いなどにより自宅療養への移行が難渋している場合、病棟看護師による家族支援は重要である。本研究は、自宅療養への移行が難渋している場合において、終末期がん患者の家族に対して必要な支援を明らかにし、さらにその支援の実施状況も明らかにすることを目的とする。

方法

緩和ケア協会の正会員である緩和ケア病棟の看護師を対象とした自記式質問紙調査を実施した。終末期がん患者の家族に対する支援の項目については、既存研究のレビューと癌または家族看護の研究者および臨床実践者による議論を複数回行い作成した。自宅療養に向けた家族支援の各項目について、必要だと思う程度とその家族支援の実施状況について6段階のリッカート法を用いて調査した。必要度と実施度の乖離の有無を確認するために、t 検定を行った。家族支援について反復主因子法による因子分析を行った。スクリープロットと固有値を確認して4因子数を抽出し、プロマックス回転を行った。

結果

質問紙調査の応諾率は34.5% (296病院に依頼し102病院が承諾)、回収率は81.8% (1206名に配布し986名回収)であった。看護師経験年数は平均17.1 (±8.3)年、緩和ケア病棟の勤務年数は平均4.3 (±4.1)年、家族支援の研修に22.9%が参加していて、在宅看護に関して95.2%が関心ありと回答した。自宅療養に向けた家族支援のすべての項目において、必要度と実施度で有意に差が認められた。また因子分析により4因子が抽出され、第1因子は、退院した後の患者の病状や生活の様子について説明する項目が高く負荷していることから「自宅での生活がイメージできるための支援」と命名した。第2因子には、家族の心身への気遣いなどの項目が高く負荷していることから「関係性構築のための支援」と命名した。第3因子は、自宅療養を実現するための支援の項目が高く負荷していることから「自宅療養の実現可能性を高める支援」と命名した。第4因子は、退院後も支援

が続くことを保証する項目が高く負荷していることから「退院後も関わりが継続することを保証する支援」と命名した。

考察：家族支援の評価について

自宅療養に向けた家族支援のすべての項目において必要度と実施度で有意に差が認められたことは、緩和ケア病棟看護師が家族に対する支援が必要だと思いつつも実際には支援が行なえていないことと考えられる。今後は、自宅療養に向けた家族支援を実施していると回答した群と実施できていないと回答した群に分けて、家族支援を実施するための示唆を得るための関連要因について分析が必要と考えられる。

<引用文献>

緩和ケア病棟 自施設評価 結果報告書【2013年度】、特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会、2014年7月
機能種別版評価項目 緩和ケア病院 3rdGVer.1.1 kanwa_v1.1、公益財団法人 日本医療機能評価機構、20140930

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

〔雑誌論文〕(計0件)

〔学会発表〕(計1件)

大園康文、緩和ケア病棟における終末期がん患者の家族を対象とした自宅療養に向けた支援、医療看護研究、2016年3月4日、順天堂大学医療管理学部(千葉県・浦安市)

6. 研究組織

(1) 研究代表者

前田 幸宏 (MAEDA, Yukihiro)
日本大学・医学部・助手
研究者番号：10287641

(2) 研究分担者

梅里 良正 (UMESATO, Yoshimasa)
日本大学・医学部・兼任講師
研究者番号：60213485

小野 充一 (ONO, Michikazu)
早稲田大学・人間科学学術院・教授
研究者番号：80409698

大園 康文 (OOSONO, Yasuhumi)
順天堂大学・医療看護学部・助教
研究者番号：80615518