



緩和ケア病棟 自施設評価共有プログラム 結果報告書

[2016年度]

2017年7月
特定非営利活動法人
日本ホスピス緩和ケア協会

はじめに

「私達のケアはこれでいいんだろうか」

患者さんやご家族のニーズに十分に応えきれない場面に遭遇したとき、緩和ケア病棟のスタッフは悩み、自分たちのケアの質を問い合わせ直します。

「もう少しいろんなスタッフがいたら」「もう少し業務が整理できたら」「もう少しお互いのコミュニケーションがうまくとれたら」「そうすれば、もっと良いケアができるかもしれないのに」というふうに考えたり、近くにいる2~3人で話したりしていることでしょう。しかし、それが全体の話し合いにつながることなく「うちの病院はこういうやり方だから仕方ないかな」とあきらめてしまうことが多いのではないでしょうか。

一方で、病棟を管理運営する立場にある病棟師長や病棟医長のみなさんは、さらなるケアの質の向上を目指しつつも、病院の経営や職員のワークライフバランスなども考慮し「私もみんなも人が足りない中で精一杯やっているんだからこれでいいはず」と自分自身やスタッフを励ましながら日々の業務を進めている。こうした状況が多くの緩和ケア病棟の実情ではないかと思います。

もっと良いケアをしたい、とみんなが考えているのに、なかなか改善のための話し合いが進まない。各施設が抱えるこのような悩みの解決を支援するために、日本ホスピス緩和ケア協会では、各緩和ケア病棟のスタッフ全員が参加して、ケアの質の改善活動を行う自施設評価共有プログラムを開発しました。このプログラムでは、入院時の情報収集から一時退院、臨死期、死別のケアまでの緩和ケア病棟のケアプロセス全体を包括的に検討するためのチェックリスト=自施設評価票を用いて、まずケアに携わるスタッフそれぞれが自分の考え方で評価を行い、意見を記載します。次に、その評価結果と自由記載の意見を匿名で集計した資料を準備し、病棟全体での共有カンファレンスを開催します。ここでは、自分たちのケアの何が強みで何が弱みかをお互いの意見を通して把握し、それを踏まえて改善策を話し合います。普段のカンファレンスではなかなか意見が出にくい病棟でも、このプログラムに沿って開催する共有カンファレンスでは、みんなの意見があらかじめまとめられている資料を参考としながら、積極的に発言を行うことができます。

前回は、「自施設評価調査」という名称でこのプログラムを2013年度に実施しました。当時の協会加盟正会員263施設に参加を呼びかけ、そのうち114施設(参加率43.3%)が参加しました。今回は、その名称を「自施設評価共有プログラム」と改め、「共有カンファレンス」にプログラムの主体があることを強調して参加への呼びかけを行いました。今回は、対象となる協会加盟正会員315施設の約2/3(66.3%)の209施設に参加して頂くことができました。また、プログラムに参加した施設において、このプログラムへの参加がどのようなケアの改善に結びついたのかということを明らかにするために、プログラム実施後のアンケート調査も実施しました。

この報告書では、各施設から提出された自施設評価結果と、事後に行ったアンケート調査の結果に基づいて、今回の自施設評価共有プログラムの概要と成果、さらに今後の課題を報告いたします。この報告書を参考としていただき、今後2年に1回実施される予定のこのプログラムにさらに多くの施設が参加されることを期待します。

特定非営利活動法人 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

<はじめに>	2
<自施設評価共有プログラムの概要>	4
1. 目的.....	4
2. 対象と方法.....	4
3. 自施設評価の構造と評価判定.....	5
<自施設評価共有プログラム実施結果>	6
1. 回答者の内訳.....	6
2. 自施設評価全体における評価結果.....	7
3. 各施設コーディネーターによる総合コメントについて	14
4. 自施設評価共有プログラムの施設独自での実施可能性について	17
<自施設評価共有プログラム実施の意義>	18
1. 自施設共有プログラム実施後の改善内容：アンケート調査結果より	18
2. 自施設評価共有プログラムの成果と今後の課題	19
<おわりに>	21

自施設評価共有プログラムの概要

1. 目的

- 1) 患者と家族を対象とした包括的なケアを病棟として行えているかどうかをスタッフ一人ひとりが評価し、その結果を集計したものを資料として多職種の視点で話すことによって、ケアの質の改善を目指す。
- 2) このプログラムでお互いの意見を共有するプロセスを経験することにより、ふだんから病棟のチーム内で自分たちが行うケアの内容やその改善について忌憚なく話し合いを行うことができる文化を醸成する。
- 3) 各施設で行われた自施設評価に関する評価結果を協会として把握し、加盟施設に対してケアの質改善に向けて取り組むための基礎資料を提供する。

2. 対象と方法

- 1) 対象；2016年8月20日時点で日本ホスピス緩和ケア協会正会員に登録している緩和ケア病棟315施設
- 2) 実施方法
 - ① 協会から各施設に、自施設評価調査のための下記ファイルをメール添付で送る。
 - (ア) 自施設評価実施手順 (Word ファイル)
 - (イ) 自施設評価調査の結果に関する総合コメント (Word ファイル)
 - (ウ) 自施設評価調査票 (PDF ファイル)
 - (エ) 評価結果集計フォーマット (Excel ファイル)

※ このファイルはパスワード設定がされており、パスワードは別に送付する。

 - (オ) 評価結果共有カンファレンス開催に関する注意点 (Word ファイル)
 - (カ) 病棟スタッフへの周知 (ひな形) (Word ファイル)
 - ② 各施設では、以下の手順で自施設評価を実施する
 - (ア) 評価結果集計担当者の選任 (可能な限り病棟のケアに関わらない事務職員など)
 - (イ) 配布対象者を選定し自施設評価調査票の配布
 - (ウ) 自施設評価調査票の記入と回収 (配布後2週間)
 - (エ) 自施設評価調査の集計 (評価結果集計担当者)

※ 自施設評価調査票から各項目の集計を行い、コメントについては、個人が特定できない形で評価結果共有カンファレンス資料を作成する。

 - (オ) 評価結果共有カンファレンスの開催

※ 集計結果をもとに施設のケアの質に関する検討を行う。
 - ③ 自施設評価結果の返送
 - (ア) 評価結果集計ファイルと自施設評価調査の結果に関する総合コメント
 - (イ) 電子メール添付で協会事務局に送付。
- 3) 実施期間
2016年9月～2016年11月
- 4) 回答施設
209施設 (回収率66.3%)

3. 自施設評価の構造と評価判定

【評価表の内容（資料参照）】

1) 評価実施者

施設でのケア提供に関与するスタッフで、カンファレンスなどに参加してチームとしての活動を行っていることを原則とする。

2) 評価内容

スタッフが自施設で行われているケア全体について、調査票に回答する。
(自記・無記名式)

3) 調査票の構成

Part1：ケアプロセスの実際に関する評価

1. ニーズの把握と包括的なアセスメント
2. ケア方針に基づいたケア計画の決定と共有
3. ケアの実施：患者の苦痛症状やニーズへの対応
4. 退院準備と退院時・退院後の支援
5. 臨死期への対応
6. 遺族に対するケア

Part2：ケアプロセスに投入される資源と環境の評価

- A) 療養環境の快適さ
- B) 関係性
- C) 多職種チーム全体としての専門的知識と技能

4) 自由記載内容

評点の理由となる現状の課題や気になる点などを、各設問の終わりの自由記載欄に記入する。

5) 回答者属性情報

- ① 年齢
- ② 性別
- ③ 職種
- ④ 緩和ケア経験年数
- ⑤ 職業経験年数

6) 評価判定(評価項目の付け方)

スタッフ個人が行っているケアではなく、病棟全体のケアを評価する。

他のスタッフと相談せずに、自分自身の率直な印象や感想に基いて記入する。

5 ; たいへんうまくいっている。何も問題がない。



4 ;

3 ; ふつうである。

2 ;

1 ; うまくいっていない。大きな課題がある。

NA (Not Applicable) ; 判断できない。

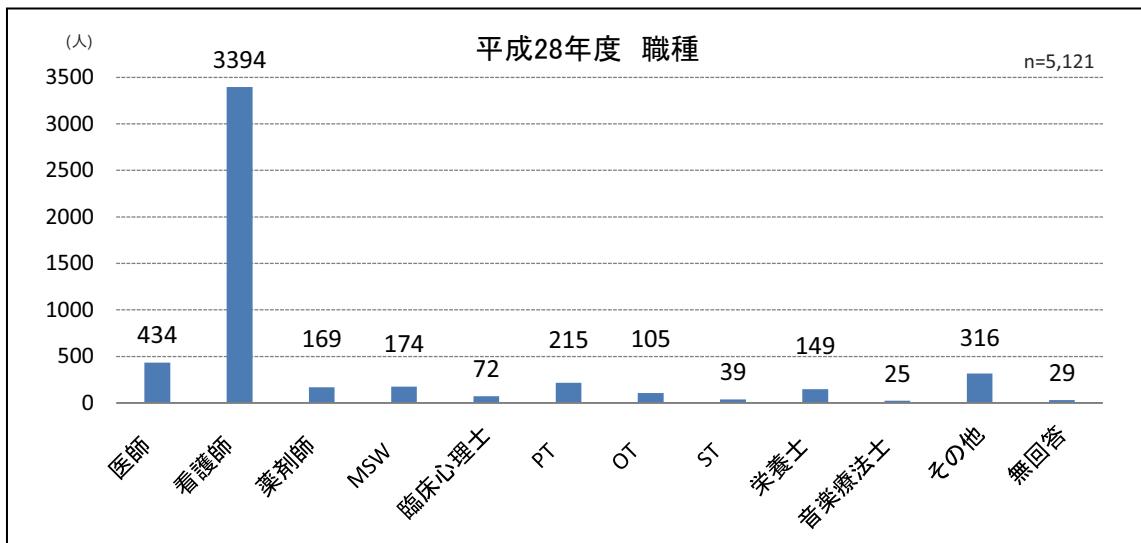


自施設評価共有プログラム実施結果

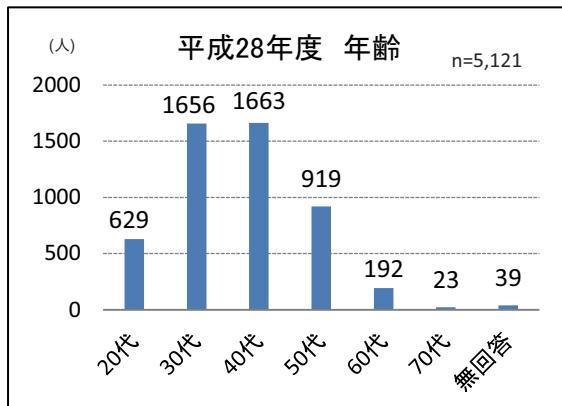
1. 回答者の内訳

回答者の総数は5121人で、医師434人(8.5%)、看護師3394人(66.3%)、薬剤師169人(3.3%)、MSW174人(3.4%)、その他950人であった(図1)。年齢は30代1,656人(32.3%)と40代1,663人(32.5%)が多く、合わせて64.8%を占めていた(図2)。また、看護師が多いためか女性が84.4%となっていた(図3)。

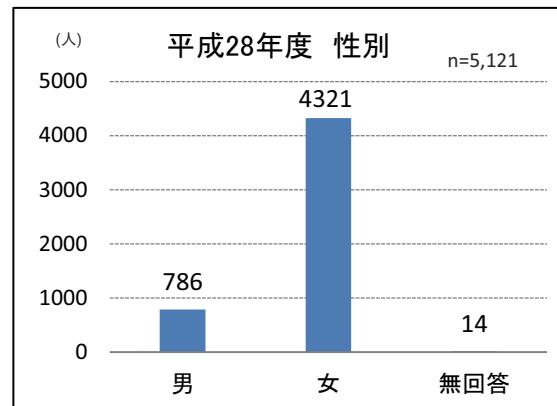
[図1] 職種



[図2] 年齢



[図3] 性別



対象者全体の臨床経験年数は16.1(SD9.4)年、緩和ケア経験年数は4.3(SD4.2)年であった(表1・2)。

[表1] 臨床経験年数

平均値	16.1
中央値	15
最頻値	10
標準偏差	9.4
最小	0
最大	53

[表2] 緩和ケア経験年数

平均値	4.3
中央値	3
最頻値	1
標準偏差	4.2
最小	0
最大	40

2. 自施設評価全体における評価結果

1) Part1：ケアプロセスの実際に関する評価

(1) 全体評価

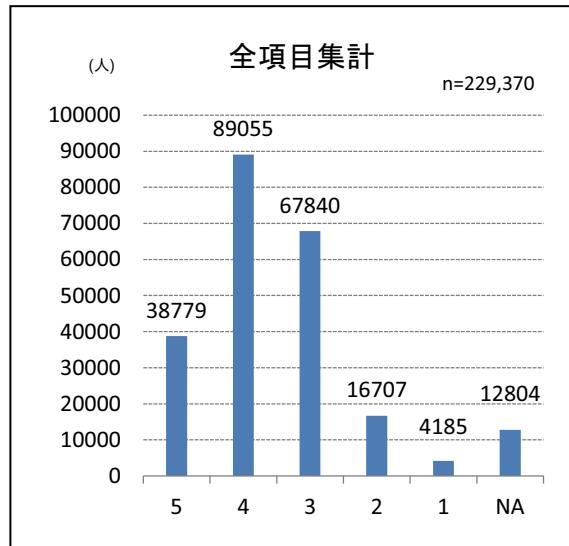
ケアプロセスの実際に関する評価は、表3に示すような大・中項目から構成され、小項目は全部で45となっている。この全45項目の回答を一括集計した結果から全体の傾向をみると、全回答のべ229,370人のうち「5評価(たいへんうまくいっている。何も問題がない。)」の回答数は38,779(16.9%)、「4評価」の回答数は89,055人(38.8%)と、全体の半数以上が優れたケアを提供していると考えていた。また「3評価(ふつうである。)」の回答数67,840人(29.6%)と合わせると、約85%の回答者が標準以上の質のケアを提供していると考えていることが示された。一方、「1評価(うまくいっていない。大きな課題がある。)」の回答数4,185人(1.8%)に「2評価」の回答数16,707人(7.3%)を合わせると、約9%の回答者が自施設のケアに課題があると考えていることが示された(図4)。

これらの結果を合わせると、ケアの質に対する自施設評価は、回答者の85.3%が標準的なしそれ以上と考えており、課題解決の必要性を感じている者は全体の9%程度であることが分かる。このことから、今回プログラムに参加した施設では、ケア提供のプロセスについて全体として高いレベルを維持しているとほとんどのスタッフは考えていると言える。

[表3]ケアプロセスの実際に関する評価項目

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
1.2 ニーズの共有
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
2.2 ケア計画の共有・評価と見直し
3. ケアの実施(患者の苦痛症状やニーズへの対応)
3.1 諸症状への対応
3.2 包括的なケアの提供
4. 退院準備と退院時・退院後の支援
4.1 計画的な退院準備
4.2 退院時および退院後の支援
5. 臨死期への対応
5.1 臨死期における説明と対応
6. 遺族に対するケア
6.1 逝去後のケアとふりかえり

[図4] ケアプロセスの実際に関する評価



(2) 項目別評価

① 高い評価と低い評価を得た項目

【各項目の評価を平均値でみた場合、高値を示した項目】

- 3. 2-⑤：外出・外泊などのニーズに対応している(平均 4.1)
- 4. 2-②：退院時に、退院後の生活に必要な物品・書類が提供されている(平均 4.0)
- 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
(平均 4.0)
- 5. 1-①：臨死期に多く見られる病態について、患者および家族が理解できるように説明している(平均 4.0)
- 5. 1-②：輸液量の調整や心肺蘇生処置の差し控えなど、ケアや治療の具体的な内容について患者および家族と話し合っている(平均 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(平均 4.0)
- 5. 1-⑤：事前に確認されている患者および家族の意向に沿った、死亡確認や死後処置を実施している(平均 4.0)

最も高値を示した項目は「外出・外泊などのニーズに対応している」であり、入院中に一時期帰宅したり、院外へ出たいという意向に対応できている。次に高値を示した項目は『臨死期における説明と対応』のカテゴリであり、臨死期において丁寧に対応できていると推測できる。さらに、前回の自施設評価(平成 25 年 11 月実施)に比べて、「退院時に、退院後の生活に必要な物品・書類が提供されている」と「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」の項目が高値を示していた。これは前回に比べ、退院に向けた支援実施が向上していることが推測できる。

【各項目の評価を平均値でみた場合、低値を示した項目】

- 2. 2-④：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(平均 3.1)
- 1. 1-④：患者のスピリチュアルなニーズを把握している(平均 3.2)
- 2. 2-②：ケア計画は、多職種チームで共有されている(平均 3.2)

最も低値を示した項目は「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」である。大きな計画変更であれば当然患者家族の了解を得るであろうが、看護計画のように日々の細かな変更の場合、その都度了解を得ているわけではないという現状が明らかになったと言える。

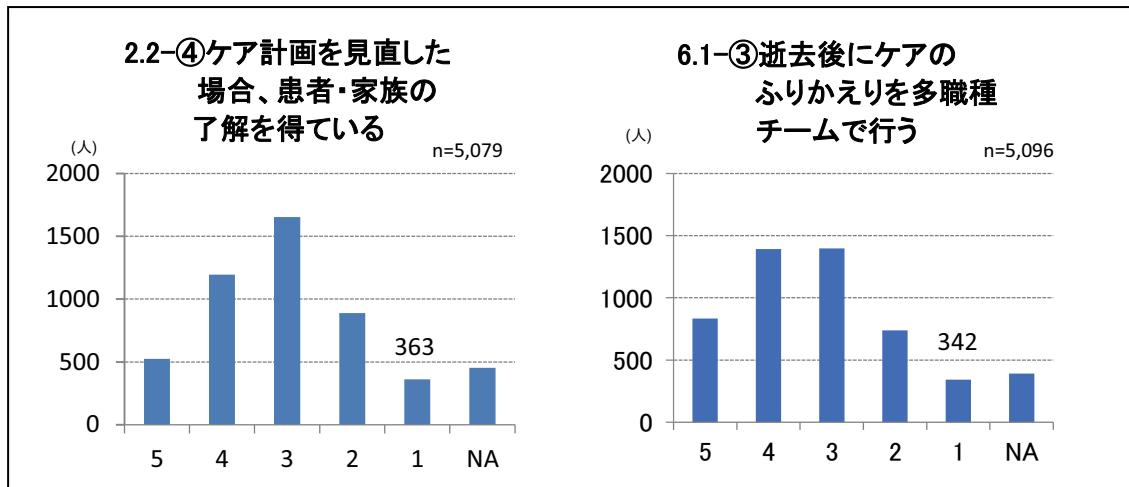
スピリチュアルなニーズを把握できていないという結果は、そもそもスタッフが、スピリチュアルニーズなのか、心理・社会的ニーズなのかを区別・認識できていない可能性も考えられる。また、スピリチュアルという言葉に対するスタッフの理解は一様ではなく、スタッフの苦手意識が反映しているとも考えられ、今後の課題と言える。

なお、この低値を示した項目は、前回の自施設評価の結果とほぼ同じであった。

② 「1評価(うまくいってない。大きな課題がある。)」が多い項目

課題があると多く答えた項目は、「2.2-④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」と「6.1-③逝去後にケアのふりかえり（デスカンファレンス）が多職種チームで行われている」である(図 5)。

[図5] 「1評価」が多い項目



「2.2-④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」という項目は平均点が低い項目でもあり、評価「1」が多い項目となっている。どのようなケア計画の見直しや変更が、患者および家族の了解を得る必要があるのか、施設内で具体的に話し合うを通じて改善する必要があると言える。

「逝去後にケアのふりかえり（デスカンファレンス）が多職種チームで行われている」という項目は、平均点が3.3とそれほど低くはないが、評価「1」が多い項目である。デスカンファレンスを重視して行っている施設とそれほど重視せずあまり行っていない施設に分かれている可能性がある。デスカンファレンスは、ケアについて問題点を検討して改善に結びつける面と、スタッフ自身の悲嘆を受け止め、共有する「喪の作業」の面がある。デスカンファレンスの役割を各施設のスタッフ間で共有し、多くの施設で行われることを期待する。

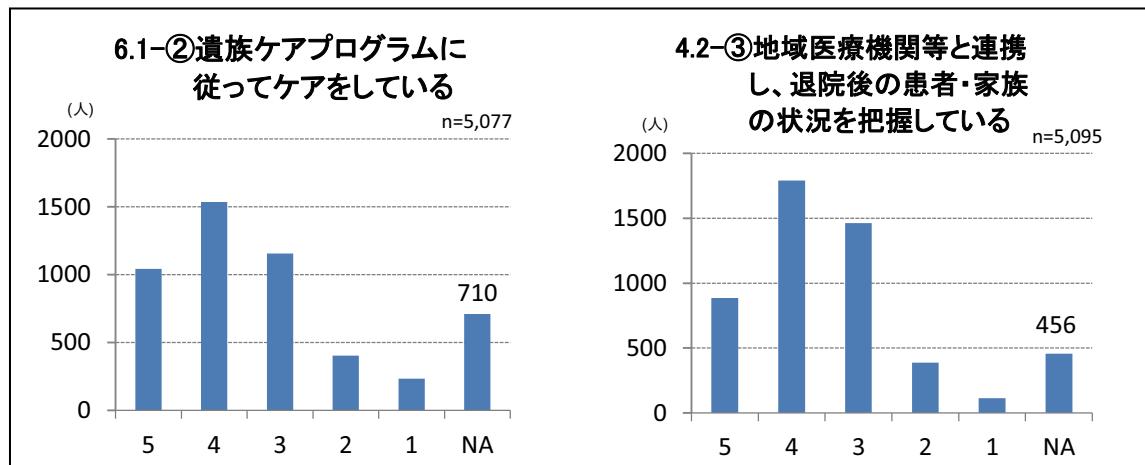
今後、評価の「1」が多い項目について、なぜこのような回答にしたのか・改善策は何かを、面接による聞き取り調査や自由記載によるコメントから把握していく必要がある。

なお、この「1評価」が多い項目は、前回の自施設評価の結果と同じであった。

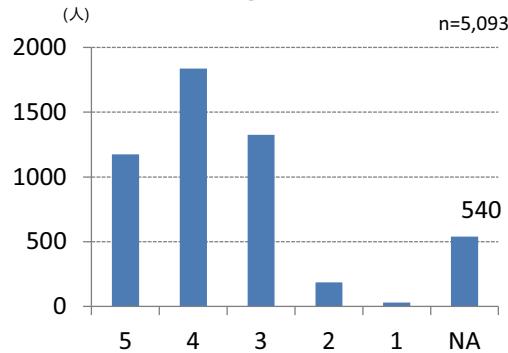
③ 「NA(Not Applicable ; 判断できない。)」が多い項目

判断ができないと多く答えた項目は、「6.1-②退院後には、遺族ケアプログラムに従ってケアをしている」や「4.2-③地域医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、退院後の患者や家族の状況を把握している」および「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」であった(図6)。

[図6] 「NA」が多い項目



**4.2-⑤再入院の適応は、患者・
家族の希望に応じて決定
され、遅滞なく受け入れて
いる**



最も多く「NA」だと答えている項目の遺族ケアプログラムに関しては、遺族ケアプログラムがないのか、ケアプログラムはあっても周知されていないのかは今回の結果からは明らかにできない。また、「NA」が多い項目について、なぜこのような回答にしたのか・改善策は何かを、面接による聞き取り調査や自由記載によるコメントより把握していく必要がある。さらにこの「NA」については、回答者にとってわかりにくい、あるいは回答しにくい項目の可能性がある。評価表の中で『※判断出来ない場合は NA となりますが、個人が行なっていなくてもできるだけ評価して下さい』と注釈を付けているが、今後はコーディネーターから施設としての対応を評価することを周知してもらうように依頼する必要がある。

なお、この「NA」が多い項目は、前回の自施設評価の結果と同じであった。

2) Part2 : ケアプロセスに投入される資源と環境の評価

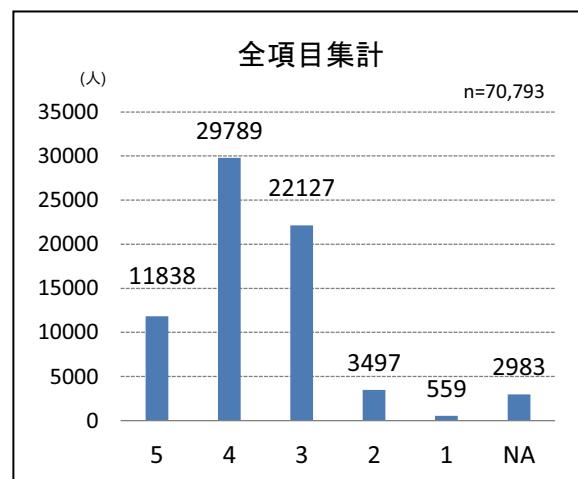
(1) 全体評価

ケアプロセスに投入される資源と環境の評価については、表4に示す3項目から構成され、全14項目となっている。この全14項目の回答を一括集計した結果、全回答のべ70,793人のうち「4評価」の回答数29,789人(42.1%)が最も多く、「5評価」の回答数11,838人(16.7%)と「3評価」の回答数22,127人(31.3%)を合わせると、約90%の回答者がケア環境は良いと評価している(図7)。

**[表4] ケアプロセスに投入される資源
と環境の評価項目**

- A 療養環境の快適さ
- B 関係性
- C 多職種チーム全体としての専門的
知識と技能

**[図7] ケアプロセスに投入される資源
と環境の評価**



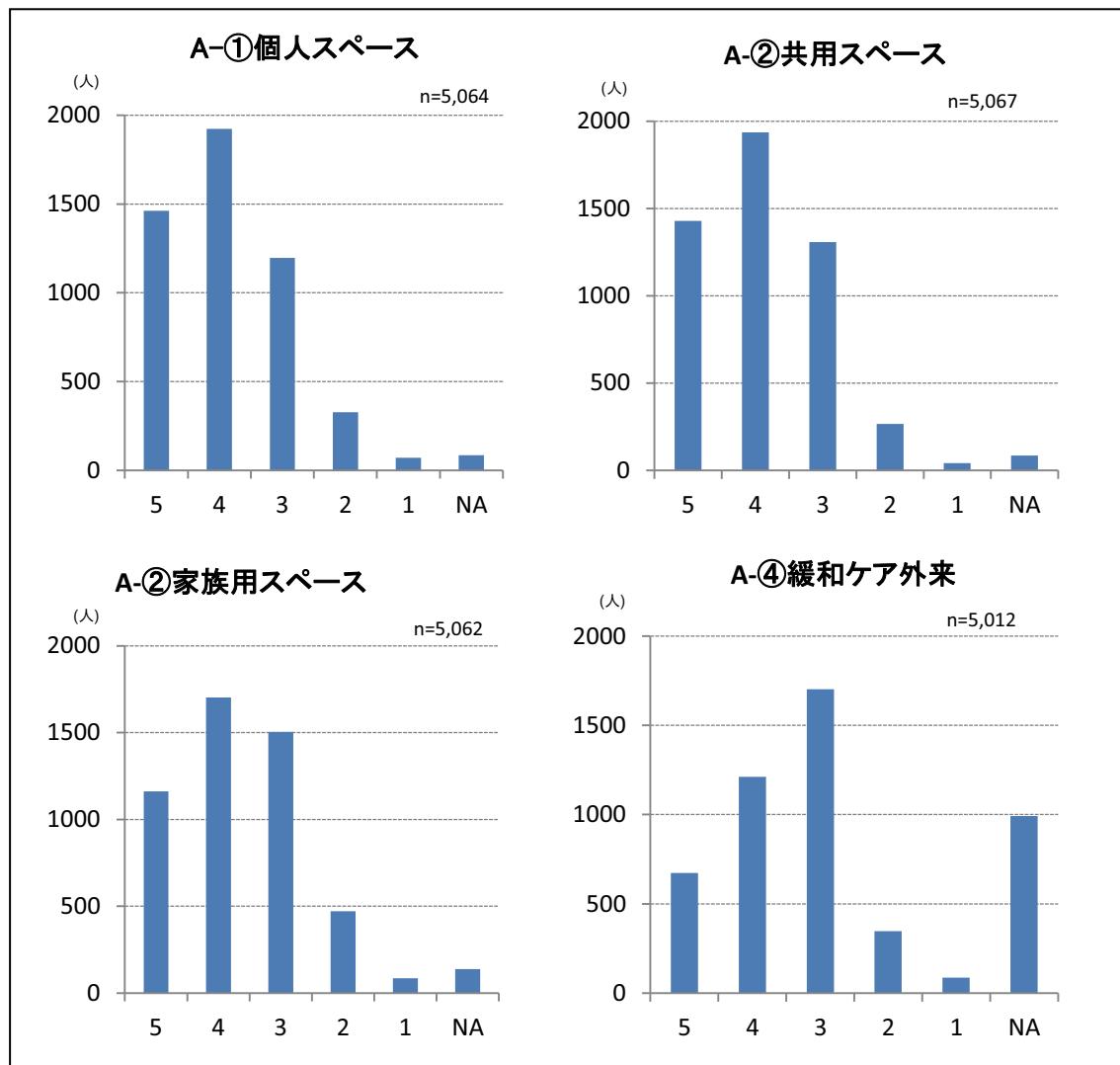
各項目の評価の平均値は3.5～3.9で、中央値は2項目(「緩和ケア外来」と「チーム機能を高める力がある」)以外は4.0であるなど、全体評価は高いという結果が示された。さらに、「1評価」の回答数559人(0.8%)に「2評価」の回答数3,497人(4.9%)を合わせると約6%の回答者が自施設のケア環境に課題があると回答しているものの、各施設のスタッフはケアのプロセス以上にケア環境全体について高い評価をしていた。

(2) 項目別評価

① 療養環境の快適さ

療養環境の快適さについては、「A-①個室スペース(病室など)」「A-②共用スペース(ラウンジなど)」「A-③家庭用スペース(休憩室など)」ではいずれも「4評価」が最も多く、それぞれの環境による評価の違いは少ないと思われる。しかし、「A-④緩和ケア外来」の評価については傾向が異なり、「3評価」が最も多いだけでなく回答者の約20%が「NA」と回答している(図8)。これは、医師以外の職種の多くは外来ではなく病棟でケアを行っているため、緩和ケア外来との関係が少なく環境評価ができないと回答した可能性がある。いずれにしても、緩和ケア病棟の環境整備を進めるうえで、緩和ケア外来まで配慮がされていない可能性があり、今後の課題として挙げられる。

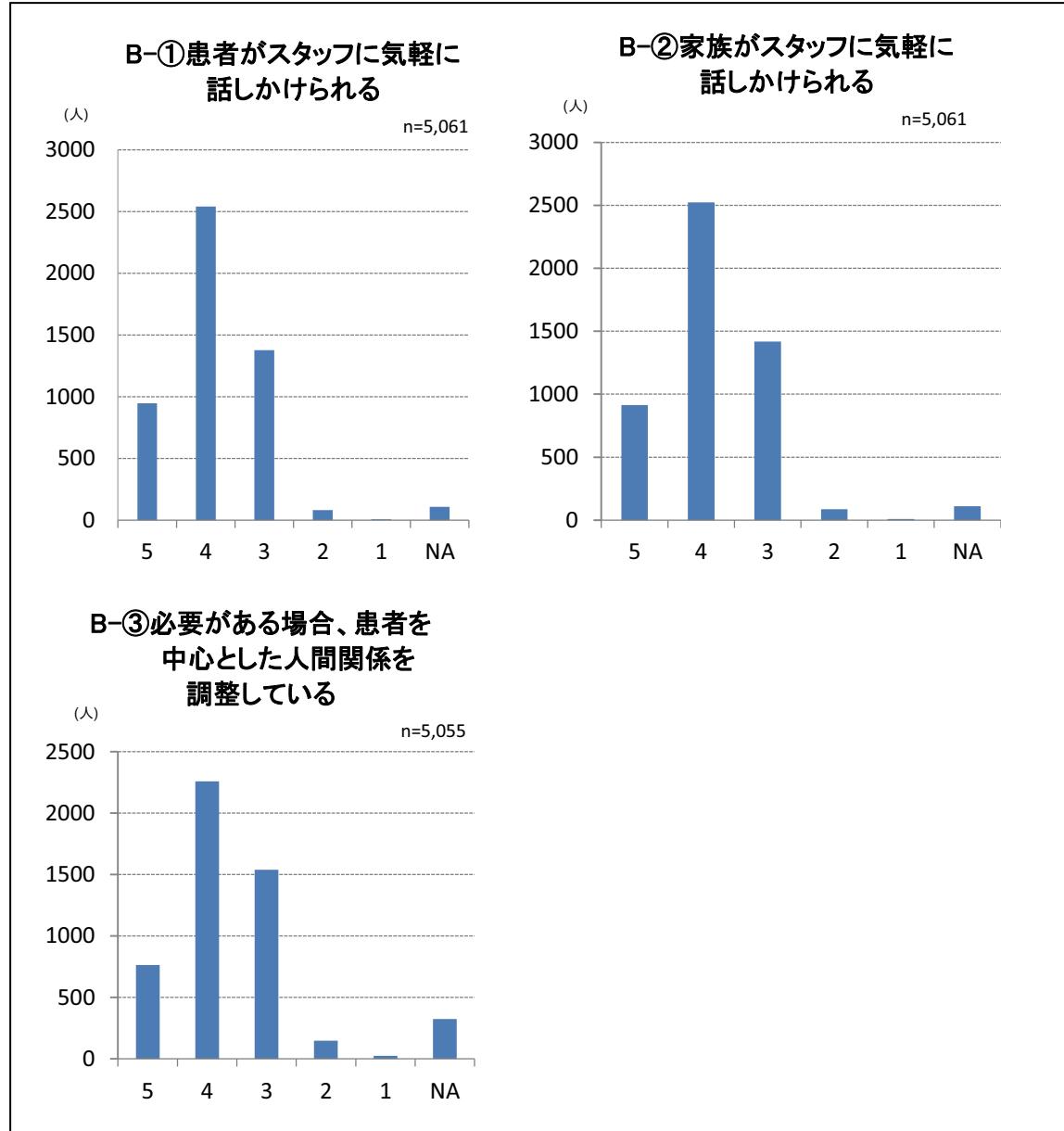
[図8] 療養環境の快適さ



② 関係性(患者および家族の療養の場)

患者家族の療養の場としての関係性については、「B-①患者がスタッフに気軽に話しかけられる」「B-②家族がスタッフに気軽に話しかけられる」「B-③必要がある場合、人間関係を調整している」の3項目があり、療養環境の快適さと同様に「4評価」が最も多かった(図9)。

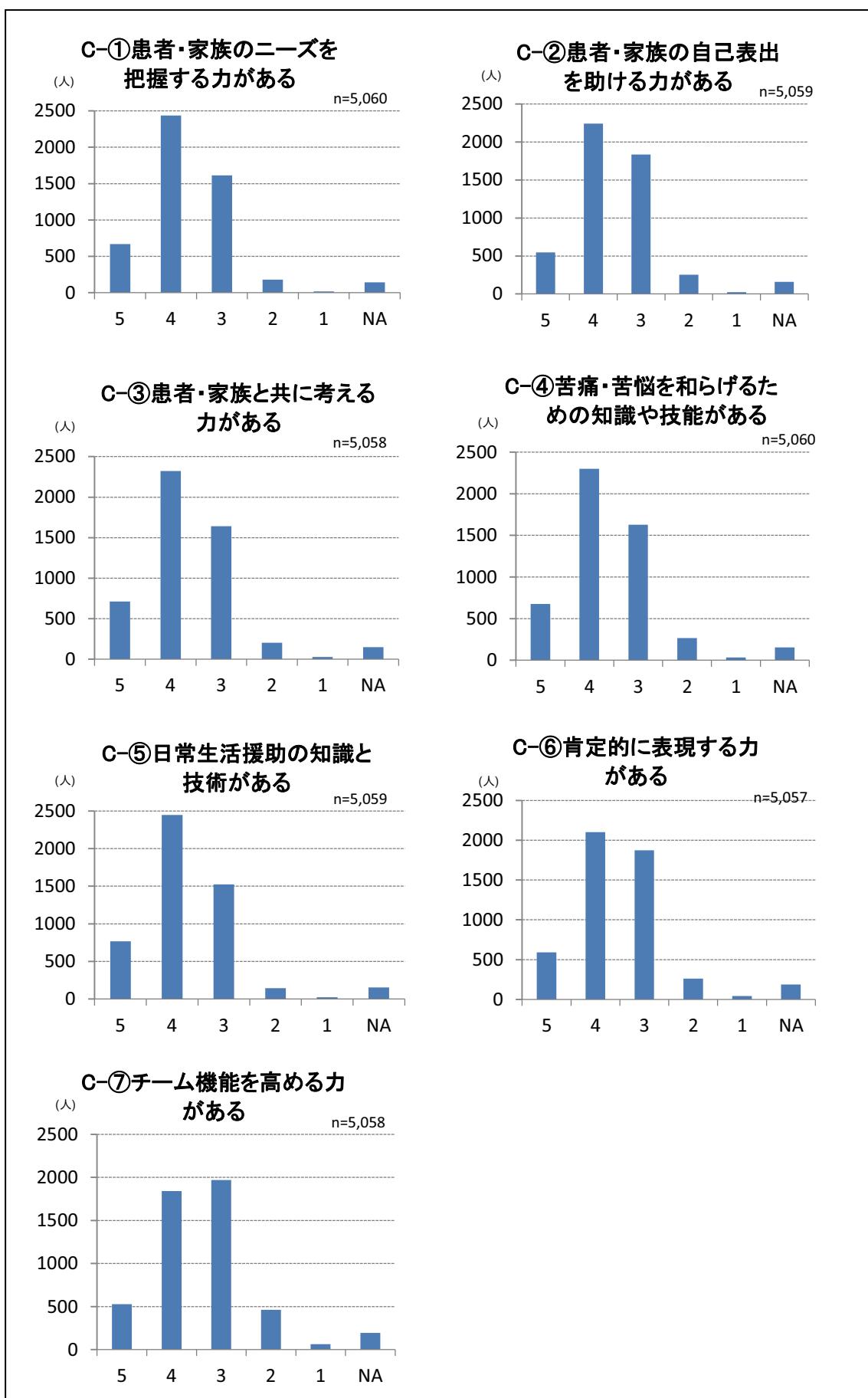
[図9] 関係性



③ 多職種チーム全体としての専門知識と技能

多職種チーム全体としての専門知識と技能については、7項目の評価を行った。この評価結果もケアプロセス評価と同様に「4評価」が最も多く、次いで「3評価」が多かった。「C-⑥肯定的に表現する力がある」と「C-⑦チーム機能を高める力がある」の2項目については、「4評価」と「3評価」の差があまりなく、スタッフひとり一人の能力や技術を高めて、全体としてチーム力を底上げして、整備するという面では今後に期待することが示された(図10)。

[図 10] 多職種チーム全体としての専門知識と技能



3. 各施設コーディネーターによる総合コメント

(評価結果および共有カンファレンスのまとめ、プログラム全体に対するコメント)について

1) 調査票の配布対象と回収率

調査票を配布した職種を表1に示す。医師・看護師・薬剤師・MSW・リハビリテーション療法士・栄養士など広範囲な職種に評価表が渡され、回収率は職種間で大きな差を認めていない。今回の自己評価票により多職種による自施設評価が行えていると言つてよい。

[表1]

評価票配付職種	平均配布数	平均回収数	平均回収率
医師	2.55	2.27	88.8%
看護師	18.54	17.7	95.5%
薬剤師	1.08	0.97	90.2%
MSW	0.99	0.91	92.4%
臨床心理士	0.42	0.38	89.3%
PT, OT, ST	2.08	1.92	92.7%
栄養士	0.85	0.79	92.9%
音楽療法士	0.18	0.17	97.1%
その他	1.72	1.56	90.7%
合計	28.41	26.68	93.91%

2) コーディネーターによる評価結果および共有カンファレンスのまとめ

各施設において自施設評価を実施したコーディネーターに、各スタッフによる評価結果と、カンファレンスでの話し合いの結果について、それぞれコメントを求めた。また、このプログラム全体についての総合的なコメントも記載して頂いた。

a. 評価結果に関するコメント

各施設での評価結果については、「2.自施設評価全体における評価結果」で述べたように、ケアプロセスに関しては多くの施設で概ね3以上の評価であり、中央値や最頻値は4もしくは3であった。高評価の項目としては、患者の苦痛症状やニーズに対応しているというケアの実施、退院準備と退院支援、臨死期の対応などであった。一方、アセスメントツールやガイドラインの使用に関してはスタッフ間で意見が分かれることが示され、多職種チームでのケア計画の共有やデスカンファレンス、遺族ケアに関しては施設間で評価の幅が大きい傾向が伺われた。

各施設ともに全体としてスタッフからの評価が高めであったことを受けて、コーディネーターによるコメントとしては、特に評価が低い部分に対して多くの言及がなされていた。

下記に各施設のコメントの一部を紹介する。

[表2] 各施設コーディネーターによる評価結果に関するコメント

A. ケアニーズの把握と包括的なアセスメントに関するもの

- ・スピリチュアルなニーズの把握が弱い。
- ・アセスメントツールを用いての評価が十分でない。
- ・患者・家族のニーズの把握と包括的なアセスメント、ケアの実施までは、前回の評価では自施設の弱みであったが、今回は強みに変化していることからもケアの質は向上していると考えた。

B. ケア方針の決定、チームケアの実践に関するもの

- ・多職種カンファレンスの開催が難しく、多職種での連携やケア計画の共有が十分ではない。
- ・ケア計画の見直しが適切に行われていない。
- ・ケア計画は日常業務の中で行動で示している実感はあるものの、患者家族と共有しているという感覚は希薄であり、オンタイムで共有することや家族へ示すことについて今後取り組む余地がある。
- ・チーム力を高める要が必要。チームカンファレンスが効果的でなく、看護師がファシリテーターを担当するが看護師は患者に近く主觀が入りやすい。カンファレンスのファシリテーターを多職種で担当するのが良いと考える。
- ・看護師以外では質問項目に対しての答えが『NA』となることが多く、情報共有の不十分さが浮き彫りになった。
- ・看護師と医師の意見の相違は、これから先も永遠の課題だと思う。

C. 入院受け入れや退院支援に関するもの

- ・他病棟・他施設との連携が取れていない。
- ・退院支援が十分でない(退院実績が少ない、在院日数が短縮されてきた)。
- ・在宅医や訪問看護ステーションとの連携が不足しており在宅支援が十分でない
- ・最近の傾向として在宅医療が進み緩和ケア病棟のベッドがバックアップとして機能するようになった。そのため症状緩和、看取りとしての緊急入院が増え、患者家族との関わりに時間を費やすことが難しくなっておりニーズを把握しきれないことがある。在宅との連携をどのように進めていくかが課題である。
- ・転退院を決定する際、病状予測が難しい。また病棟占床率などを考慮する必要があるときもある。そこで、中間サマリーやカンファレンス記録を活用し、療養先に関する方針がスタッフみんなに見えるようにする必要がある。

D. 臨死期への対応や遺族へのケアに関して

- ・遺族に対するケアが十分でない。
- ・デスカンファレンスが開催できない・少ない。
- ・デスカンファレンスに医師や看護師以外の多職種が参加できていない。

コーディネーターによるコメントでは、言及対象とされた項目はスピリチュアルケア・アセスメントツール・ケアプランの見直し・地域連携・デスカンファレンスなど多岐にわたるが、その内容をみると、職種間あるいはスタッフと患者・家族間のコミュニケーションの不足が解決すべき課題として認識されていることがわかる。

職種間の関係性については「看護師と医師の意見の相違は、これから先も永遠の課題だと思う。」との率直なコメントがみられた。これと類似した想いは、医師・看護師間に限らず、多職種アプローチを行う何処の現場においても各職種の意識の底にあると考えられる。

こうした職種間の意識のずれというネガティブな意識を乗り越えて、各職種がお互いの役割や考え方の違いを前提としつつ、相手の考えを理解し歩み寄る姿勢を持ち続けることが、全人的ケアのためのチームアプローチの基盤となる。このプログラムが各施設で取り組まれる中で、職種間に「意見の相違」が存在することがはっきりと認識され、それを前提としたコミュニケーションや対話が行われることが重要な課題であることが多い施設で言及されたことは、「多職種の視点」で“忌憚なく話し合いを行うことができる文化を醸成する”というこのプログラムの目標の第一歩となるものであろう。

b.共有カンファレンスおよびプログラム全体への総括的コメント

共有カンファレンスには、平均して評価票配布者のおおよそ二分の一から三分の二程度のスタッフが参加することができており、各コーディネーターのコメントからは、多職種の若手やベテランが年齢や職種の壁を越えて個々の考えを共有する場となっている状況が伺われた。共有カンファレンスを緩和ケア病棟のケアの質改善に向けて話し合う良い機会として、多くの施設で活発な意見交換が行われたものと考えられる。

一方で、カンファレンスを行う上での問題点として、いずれの施設においても業務時間内に多数もしくは多職種の参加を得ることに苦労したことが報告されていた。共有カンファレンスの開催回数は多くの施設では1回の開催であったが、一部の施設ではきるだけ多くの参加者で話し合いが行えるように、2回もしくは3回のカンファレンスが開催されていた。共有カンファレンスのあり方については、時間的な制約への対応や多職種の参加の工夫など、検討を加える余地があるものと思われる。

各施設のコーディネーターによる共有カンファレンスに関するコメントおよびこのプログラム全体に対する総合コメントを下記（表3）に示す。総合コメントについては、内容により大まかに二つに分類し、コメントされたコーディネーターの表現になるべく忠実に記載した。

[表3] 共有カンファレンスおよびプログラム全体に関するコメント

A.共有カンファレンスへのコメント

- ・普段は患者・家族の話を中心に多職種とかかわっているが、自施設について改めて話し合う機会はなく、自由な意見交換ができる効果的だった。評価項目が多く、ひとつひとつ丁寧に話し合っていくと時間がなくなり、全体を網羅した話し合いになると中途半端な印象にもなってしまう。カンファレンスの回数を増やすことは難しかため、できるだけ内容を絞って話し合う必要がある。
- ・多職種間で病棟のケア全般について話すことはなかったので、色々な意見が出てよかったです、時間内に行おうとすると、勤務する看護師の人数が限られてしまい、直接的ケアに関わることの多い看護師の意見が少なくなってしまう。自分達のケアの振り返りには良い機会であったが、結果の解釈を共有することを主とすると、質向上のためのカンファレンスまでには至らない。
- ・今回、自施設評価共有プログラムの実施責任者は看護師が行なったが、正直医師の協力を得る事が出来ず難しかった。特にカンファレンスの場面ではカンファレンスの持ち方にのみ意見を述べ、実際の内容については一切発言せず建設的な意見交換にならない人もいた。医師を含む多職種が積極的に参加するためには、医師・看護師が共同してコーディネーターを担った方がスムーズに行えるのではないかと感じた。

B. 総合コメント：自施設評価共有プログラムから得られたもの、今後に期待するもの

- ・記入者から「転属てきて間もないで、『私が』であればできていない点が多く評価が低かったと思うが、『この病棟では』という視点に置き換えると、出来ていることが見えてきたのがよかったですし、回答の負担感が減った」との意見をもらった。その後のやり取りの中で、個人に焦点が当たると遠慮がちに回答するかもしれません、各人の価値観によってばらつきが生じると予測されるのでは、と話した。施設としての強みと弱みの傾向を知ることができ、その回答の傾向もカンファレンスで確認できたことが良かった。
- ・スタッフが個々に感じている「できていないこと」が、このように自施設評価で集計することによって、今後、多職種で取り組んでいく動機付けになると思われます。また、自施設評価票の項目は、必要とされている要件であり、開設して年数が浅い当病棟にとっては、スタッフ個人が緩和ケア病棟の「標準」を知るよい機会になったと感じています。
- ・回答に迷う質問項目も複数ありますが、どう迷ったかを話し合うことで発言したスタッフの思いが共有できたりもした。数値の厳密な評価というより、2点、1点についてはなぜそんな風に感じるのか話し合うことも共通理

解の助けとなる。話し合うツールとしてこの調査を利用し続けたい。評価会議への全員参加はかなり工夫が必要。

- ・日頃の疑問や将来の不安などを全体で共有することでチームワークをより強いものへと向かうツールに使うことができると思われた。定期的に行い、施設の目指すべき方向を修正しながら進めていきたい。
- ・自由記載に挙げられた意見は、そのままメンバーに供覧することが難しいと感じられたものもあり、発言者の真意を汲みつつ表現を最小限度修正して供覧した。しかし、このような意見を共有できたことは有難い機会であったと思う。話し合いが実りあるものになるかどうかは、コーディネーター、司会者の力量が大きく問われるところでもあると感じた。司会の進行や多様な意見のまとめ方に関して研修があるとよいかもしれない。
- ・このプログラムは自分達の組織を客観的に見つめる、いい機会となった。そして、全国共通のプログラムに参加することで、今の時代にホスピス緩和ケア病棟に求められているケアは何かを考える指標となり、気づきを得ることができたので、良かったと思う。他職種の意見交換も出来て良かった。
- ・実際にこうした取り組みで向上したとも考えられますが、他の施設がどの程度であってどのように評価しているかがわからず、自己満足的な評価になっている可能性を感じました。しかし、こうした調査で、自分たちの取り組みを自己チェックし、目標を立てて、改善の取り組みをし、さらにそれを再評価することは有意義なことだと思います。
- ・医療・ケアの質を見直すため自施設評価は重要と思います。ベンチマーク評価で他施設と比較できることも有意義と考えます。さらに、この結果をどう生かして弱い部分を改善に繋げたか等も、他施設の取り組みがわかるとよいでしょうか

C. 総合コメント: このプログラムを受けて苦労した点や検討が必要と思われる点

- ・今回、準備・実施期間が短かったため、自由記載の促しが不十分であったこと、兼任の栄養士や理学療法士などへの配布ができなかった。また、主治医は診療科の医師のため、各主治医の参加を検討する必要があった。
- ・「自施設評価」を「自己評価」と考えて回答したスタッフもあったようである。事務職や看護補助者など、病棟業務に直接関与していないスタッフには、回答が難しかったかもしれない。
- ・自施設の見直しのきっかけとはなるが、実施の負担(今回の書類送付から結果報告までのタイムスケジュール、カンファレンス開催にかかる業務時間の延長)はかなり大きい。
- ・自施設の評価をしているつもりが、どうしても自己評価の目で評価してしまい、低い評価になる傾向が見られた。自由記載欄に自己評価と自施設評価のギャップについて意見を求めてみるのも一つの手かなと思います。
- ・グラフなどの資料の見やすさを改善する必要がある。前回のデータと見比べることができると評価がより充実できる。

4. 自施設評価共有プログラムの施設独自での実施可能性について

自施設評価共有プログラムは、協会として2年に1回実施する予定であるが、プログラムのツールを利用して各施設で独自に実施することも可能である。

今回のプログラム参加施設に独自で実施する場合の頻度を尋ねたところ、半数近い施設が1年1回の実施を考えていることが明らかになった(表4)。緩和ケア病棟の質評価・質改善ツールとして多くの施設にこのプログラムの有用性が受け入れられたものと考えられる。

[表4] 施設独自にプログラムを実施可能な頻度

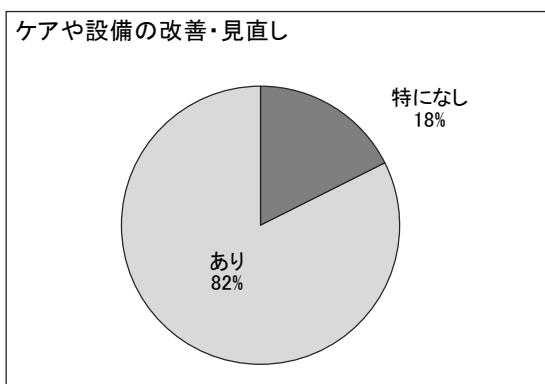
2年に1回	1年に1回	1年に2回	その他	独自に行う予定はない	頻度は未定だが活用してみたい	未回答	合計
23.6%	44.7%	3.0%	0.0%	8.0%	19.1%	1.5%	100%
47	89	6	0	16	38	3	199施設

自施設評価共有プログラム実施の意義

1. 自施設評価共有プログラム実施後の改善内容：アンケート調査結果より

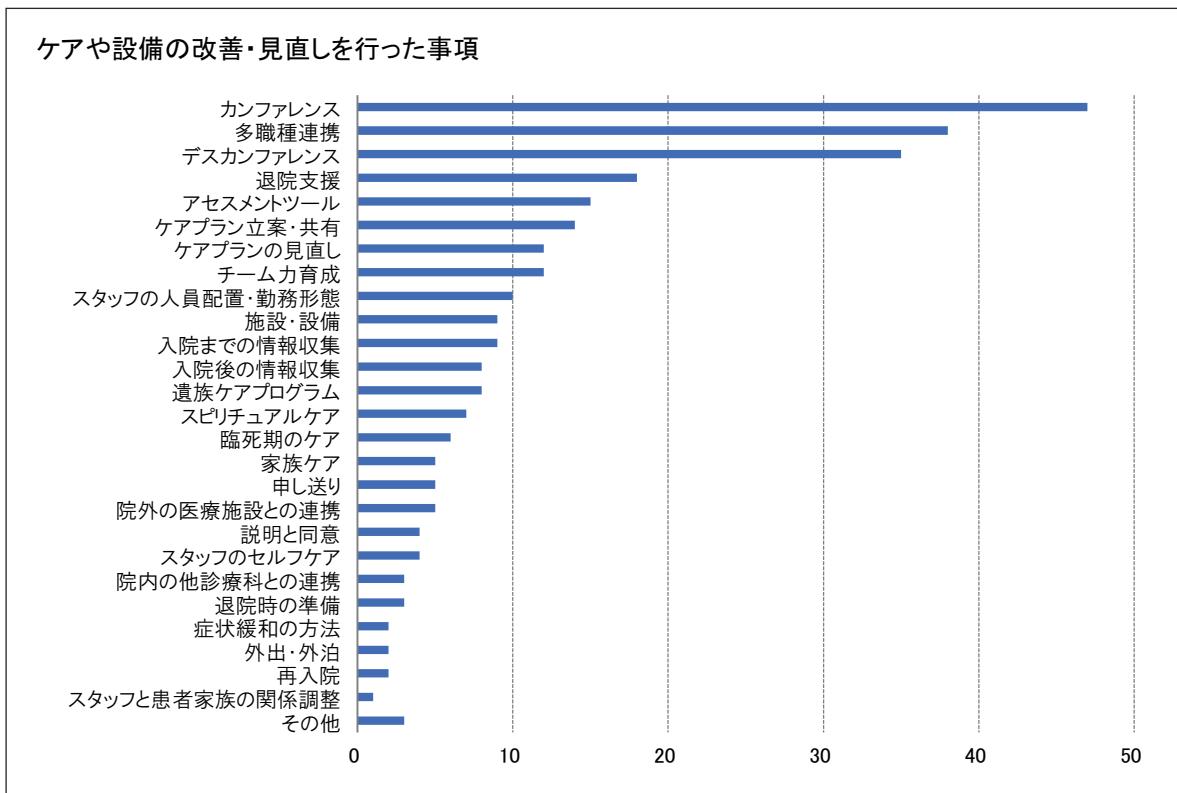
2016年秋に自施設評価共有プログラムを行ったあと、2017年1月30日に発送した協会ニュースレターに同封する形で、その時点での協会正会員の緩和ケア病棟320施設を対象としてアンケート調査を行った。プログラムを実施しなかった施設にはその理由を、実施した施設にはその後施設内で改善や見直しが行われた事項の有無などについて尋ねた。回答が得られたのは320施設中149施設（回収率46.5%）であり、このうちプログラムを実施した209施設では124施設（回収率59.3%）から回答が得られた（資料参照）。

自施設評価共有プログラムを実施したあと、改善した事項があると答えた施設は124施設中103施設（82%）であった。



改善が行われた項目と記載内容を下図に示す。

【改善・見直しを行った事項(複数回答あり)】



【記載内容（一部抜粋）】

- ・以前よりもカンファレンス回数が増えた。不定期に行っている話し合いを記録するようにした。
- ・カンファレンスでケアプランを共有し、状況や状態に応じてケアプランの評価修正を行うようになった。
- ・少しでも多くのスタッフが参加できるようにカンファレンス日時を変更しました。多職種へも積極的に申し送り内容を伝え、情報共有に努めています。
- ・多職種が必要としている情報を意識したカンファレンスになった。それぞれの分野で役立てる情報を共有できるよう活発に意見交換ができるようになった。
- ・退院支援カンファレンスの予定日を1日きめて、ソーシャルワーカーや退院支援看護師が参加することになり、その日を多職種連携ができるように声かけしカンファレンスするようになった。
- ・デスカンファレンスの共有。参加できないスタッフもコメント参加し、回覧する体制（運用）とした。

改善された内容として多く報告されたのは、カンファレンスおよび多職種連携に関するものであった。自施設評価票による点数付けで低く評価される傾向があったのは、「患者のスピリチュアルニーズに対応している」「ケア計画は、多職種チームで共有されている」「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」の3項目であったが、改善した事項に関する記載内容からは、こうした課題に応えていくために多職種でカンファレンスを行うことの重要性がチーム内で認識されたことがうかがわれる。

その他の改善事項として、アセスメントツール、人員配置、施設・設備、遺族ケアプログラム、スタッフのセルフケアなど、広範囲な事項に渡って見直しが行われたことが報告された。

2. 自施設評価共有プログラムの成果と今後の課題

このプログラムの目的は下記の3つであった。

- 1) 患者と家族を対象とした包括的なケアを病棟として行えているかどうかをスタッフ一人ひとりが評価し、その結果を集計したものを資料として多職種の視点で話すことによって、ケアの質の改善を目指す。
- 2) このプログラムでお互いの意見を共有するプロセスを経験することにより、ふだんから病棟のチーム内で自分たちが行うケアの内容やその改善について忌憚なく話し合いを行うことができる文化を醸成する。
- 3) 各施設で行われた自施設評価に関する評価結果を協会として把握し、加盟施設に対してケアの質改善に向けて取り組むための基礎資料を提供する。

プログラムを実施する中で、1)で述べられた形での話し合いがなされ、その後多くの施設で様々な改善策が試みられていることが事後アンケート調査によって明らかとなった。その改善策が、実際に患者やその家族にとって実感されるようなケアの質の向上につながったかどうかを現時点で判断することはできない。ただ、「多職種で話し合うことがケアの質の改善につながる」という認識がプログラムを実施した多くの施設において共有されており、目的の2)で述べるような“多職種が忌憚なく話し合う文化”を醸成することにこのプログラムが多少なりとも寄与しつつあると考えられる。

この点に関する各施設からの総合コメントの一部を記載する。

- ・様々なテーマについて意見を出し合うなかで、普段あまり発言しないスタッフの考えも聞くことができた
- ・多角的な視点でチームの状況を知る機会になり、チームの強みと課題が明確になる。
- ・日頃の疑問や将来の不安などを全体で共有することでチームワークをより強いものへと向かうツールに使うことができると思われた
- ・専門領域の深化以上に多職種との連携によって質が維持向上するとの認識があることがわかった。専門領域を分かち合う中で全人的に家族を含めた本人を観ていくことがホスピスとして求められている。

緩和ケアにおいては、生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族のクオリティ・オブ・ライフを改善するために、身体的問題、心理的問題、社会的問題、スピリチュアルな問題などへの全人的な対処を行うことが求められる。一人の人間、単一の職種でこれらの問題全てに対応することは極めて困難であり、そこに緩和ケアが多職種チームアプローチを必要とする理由があり、緩和ケア病棟という施設が存在する意義がある。

しかし、多くの緩和ケア病棟は「病院」という枠の中に設定されており、専門分化された病院の中で異なる勤務パターンを持つ多職種のスタッフがカンファレンスのために一堂に会することはさほど簡単ではない。また、もし集まることができたとしても、異なる視点を持つ各職種と、上下関係の意識をもつ各役職のスタッフが、患者・家族のクオリティ・オブ・ライフおよびクオリティ・オブ・デスの構成要因について率直に対等な議論を行うことは容易なことではない。努力して多職種が集まって行ったカンファレンスが気まずいものになったために、その後は一部のメンバーだけによるカンファレンスとなったり、二度とそうしたカンファレンスが開催されなくなったりすることもしばしば経験されるところである。

自施設評価共有プログラムにおいては、ケアに参加する全ての職種に自施設評価票を配布すること、匿名化を前提として各自が評価と自由記載を行えるようにすることで、全ての多職種スタッフからの率直かつ平等な意見の表出機会を確保した。さらに、共有カンファレンスの資料の作成や、ファシリテーターの選定などをマニュアル化することによって、カンファレンスがスムーズに行われるようプログラムを作成した。その結果として、「多職種で話し合うことが質の改善につながる」ことが多くの施設で認識され、多職種による多様な視点に基づく全般的アプローチを行うことの重要性が共有されたことは、今回のプログラムの大きな成果であろう。

一方で、プログラムを実施するための支障も幾つかの施設から指摘があった。

- ・実施に要する業務量が多く、余裕がなかった。
- ・事務手続きはそれほど大変でないが、カンファレンスの時間がなかなか確保できない。
- ・ファシリテーターの選出が難しかった。
- ・カンファレンスの場がややフォーマルな場となったため、もう少しカジュアルな場とし緊張感なく発言出来る雰囲気を作ることも必要であったのではないかと感じた。
- ・自分の思いをすべて表現できているかどうか疑問に感じる場面もある。
- ・ニーズやケアの評価について、医師や看護師以外のスタッフが評価しにくい内容があり、評価結果と現状のずれが生じやすいのではないかと思う。
- ・事務作業、カンファレンスの開催など負担は大きいです。実施期間も短く負担でした。マンパワーの少ない施設でも余裕をもって実施できるような改良が必要ではないでしょうか。

日々の多忙な業務の中に、質の評価と改善のためのプログラムを導入することがさらに病棟管理者やスタッフの負担を増やすことになることは否めない。今回会員施設から寄せられた意見を参考として、次回実施までにプログラムの内容を見直すことで各施設の負担を少しでも軽減できるよう取り組む必要がある。

また、ケアの質の改善について現在緩和ケア病棟が取り組むべき課題として、カンファレンスの持ち方、スピリチュアルニーズの把握とその対応、ケアプランの見直しとその共有の方法、といったことがあげられていることがわかった。これらに対し、質のマネジメント委員会としては、年次大会の際に開催する「緩和ケア病棟運営管理者セミナー」や、「緩和ケア病棟運営の手引き」などで会員施設に改善への取り組みの機会と情報を提供していきたいと考える。

おわりに

緩和ケア病棟において、自分たちが行っているケアの質を評価してその質を改善し、患者と家族の Quality of Life (QOL) を向上するためのよりよいケアを確立していくことは重要な課題である。緩和ケアの質を評価するためには、ケアが個々の患者・家族の QOL へ与える影響を評価しなければならないが、日々の生活の中で患者と家族の直接の声や反応を受け止めているのは、毎日のケアに当たっている現場のスタッフである。それゆえに、緩和ケアの質の評価と改善の取り組みは、病棟の管理者のみではなく、ケアに関係するスタッフ一人ひとりが参加して行う必要がある。

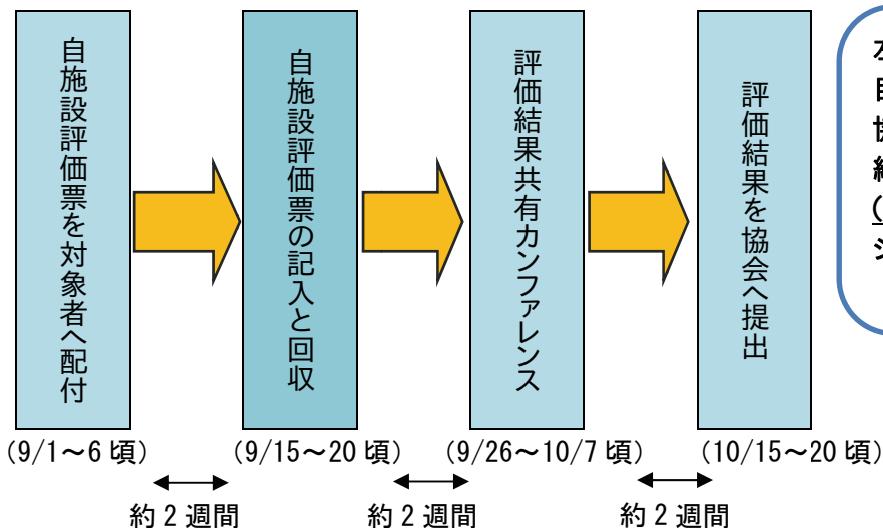
自施設評価共有プログラムは、ケアに参加する各スタッフが自施設の評価を行い、その改善のための話し合いを行うプログラムである。今後さらに多くの施設にこのプログラムに継続的に参加していただくことで、各職種が忌憚なくケアの質の改善に向けた話し合いを行える文化が各施設に醸成されることを期待したい。

資 料

1. 自施設評価共有プログラムの全体像と実施手順
2. 評価結果の共有カンファレンス開催に関する注意点
3. A4版カラーポスター（掲示用）
4. 病棟スタッフの皆様へ（配布用）
5. 自施設評価票
6. 評価結果集計フォーマット
7. 自施設評価共有プログラムに関する総合コメント

自施設評価共有プログラムの全体像と実施手順

【全体像とスケジュール】



左記の日付は、おおよその目安です。
協会への評価結果の登録締め切り日: 10月31日 (月)に間に合うよう、スケジュールを組んで下さい。



1. 自施設評価の実施

1) 各施設では、以下の評価準備を行う。

- ① 自施設評価共有プログラム実施責任者（以下、コーディネーター）を決める。

★コーディネーターは、病棟のケア全般を見て公平な評価が実施できる者であれば、特に職種などは問わない。
- ② コーディネーターは、評価結果集計担当者（以下、集計担当者）を選任する。

★評価結果集計担当者は、可能な限り病棟のケアに関わらない事務職員などに依頼する。

2) 配付対象者の選定と自施設評価票の配布

- ① コーディネーターは、自施設評価票の配布対象者を選定する。

★対象者は、ケアの提供に関与していれば、職種、常勤・非常勤を問わない。
- ② コーディネーターは、「自施設評価票」(PDFファイル)を人数分コピーする。
(左側をホチキスで留めるなどして、評価票がばらけないようにすること)
- ③ コーディネーターは、「病棟スタッフの皆様へ」に回収締切日時・共有カンファレンスの日時・場所等を記入してから人数分を印刷し、「自施設評価票」の表紙にクリップなどで留めて対象者に配付する。

3) 自施設評価票の記入と回収

- ① 自施設評価票は、各自で記入してもらう。
- ② 自施設評価票の記入期間は、配布後2週間とする。
- ③ 記入済み自施設評価票は、病棟に回収ボックスなどを設置して投入してもらう。
- ④ 締め切り直前に、評価票の回収締め切りの日時を再度連絡し、記入の督促を行う。



2. 評価結果共有カンファレンスの開催

1) 資料の準備

- ① 集計担当者は、評価票から自由記載コメント部分を切り離して、評価結果集計フォーマットとは別に、Word ファイルなどでテキスト化し、個人が特定できないような形で評価結果共有カンファレンス用の資料としてまとめる。
- ② 評価結果集計担当者は、回収した記入済み自施設評価票を、**評価結果集計フォーマット (Excel ファイル)** に入力する。
- ③ 入力したデータを元に、以下のやり方で自動的に各項目の平均値等が計算される。

The screenshot shows a Microsoft Excel spreadsheet with a table containing five rows of data. The first column has values 25, 26, 27, 28, and 29. The second column has values 11, 12, 13, 14, and 15. The ribbon at the top has several tabs: '入力画面', '平均値・中央値・最頻値' (highlighted with arrow A), 'グラフ' (highlighted with arrow B), and '計算式'. Below the ribbon, there's a toolbar with icons for 'スタート' and 'WinShot', and the title bar says 'Microsoft Excel - 集計...'. Two large arrows, labeled A and B, point from the text labels to their respective tabs on the ribbon.

◆『平均値・中央値・最頻値』のタグをクリックし、計算結果を印刷して評価 評価結果共有カンファレンスの資料とする【図:矢印A】。

◆自動計算された結果を元に、自動的に各項目の集計結果が棒グラフになる。『グラフ』のタグをクリックし、結果を 印刷して評価結果共有カンファレンスの資料とする【図:矢印B】。

注意：この評価結果集計フォーマットは、「マイクロソフト Office 2003 互換バージョン」で作成しています。お使いのソフトのバージョンによっては、棒グラフ等がずれることがありますので、適宜修正をお願いします。

2) 評価結果共有カンファレンスの実施

評価結果共有カンファレンスでは以下の項目について検討する。

- ◆集計の結果（各項目における平均値等と棒グラフ）を、評価結果共有カンファレンスに参加したメンバーに提示して検討する。
- ◆自由記載欄の記述についての扱いは、コーディネーターに一任するが、個人を特定されないような配慮を行いつつ、メンバー間で共有することを原則とする。

3. 評価結果集計ファイルの提出

コーディネーターは、「回答入力済みの評価結果集計フォーマット」(Excel ファイル)と「自施設評価共有プログラムに関する総合コメント」(Word ファイル)を、登録締め切り日 【2016 年 10 月 31 日(月)】までに協会にメール添付で送信する。

協会メールアドレス（自施設評価専用）：**hyoka@hpcj.org**



資料 2

【自施設評価共有プログラム実施責任者（コーディネーター）用資料】

評価結果の共有カンファレンス開催に関する注意点

1 カンファレンス開催の事前準備

1) 病棟スタッフへの周知

周知用ポスターに「自施設評価票の記入締切日」「カンファレンスの開催日」を記入し、病棟内の掲示板などに掲示して、自施設評価共有プログラムの実施について十分な周知を行ってください。



2) コーディネーターと評価結果集計担当者（集計担当者）は兼任しない

評価結果集計担当者については、エクセルなどの入力操作に慣れている方を選定してもらうことが望ましいですが、自由記載項目を入力する関係があるので、できれば病棟業務に直接携わっていない事務の方などにお願いしてください。



3) カンファレンスに参加できないスタッフへの配慮

なるべく多くのスタッフが参加できる日時を設定してください。
また、必要であれば、カンファレンスを複数回開催することも検討してください。



2 カンファレンス開催と進行

1) 時間の目安

おおむね 60 分とします。余裕がない場合は時間を短縮しての開催も可能ですが、単なる結果の周知に終わることなく、参加者が評価結果を共有できるだけの余裕をもって開催するように留意してください。



2) ファシリテーター（司会・進行役の役割のスタッフ）の選任

どなたでも構いませんが、このようなカンファレンスの運営に慣れた方にあらかじめ依頼しておくとよいでしょう。

コーディネーターが担当することは可能ですが、可能であれば客観的な視点から議論をまとめることが出来る人で、病棟などの管理責任を負わない立場のスタッフが担当することで、自由な意見を述べる雰囲気が出来るようにして下さい。



3) 集計結果の配付

集計担当者が入力した評価結果から自動集計された、各項目における評価点点数の単純平均値、中央値、最頻値を算出した内容とグラフを印刷して参加者に配布します。



4) 進め方のポイント：

- ①ファシリテーターは、病棟全体の評価結果としてその内容を順に検討して、どのように解釈するかという点を参加者全員で共有します。
- この際に参加者は、非常に良い評価があった項目と、良くなかった評価の項目に着目する傾向が強くなることもあるかと思いますが、ファシリテーターとしては、あまり細かいことにこだわらずに、なるべく病棟の全体像を皆で共有することを目標として進行してください。
- ②評価結果の共有と併せて、其々の評価ごとに自由記載のコメントを検討するか、ないしは自由記載のみをカンファレンスの後半にまとめて検討してもらうかについては、ファシリテーターの判断にお任せします。
- ③自由記載のコメントについては、記載者を推測することや、内容の是非を問題とすることがないように慎重に進行してください。
- また、議論が沸騰して収拾がつかなくなる可能性がある場合にも、あくまでも参加者全員で病棟のケアを改善するための話し合いであることを強調して、各自が意見を表明できる状況を保つことに留意してください。
- ④ファシリテーターはカンファレンスの最後に、自施設評価共有プログラムに関する病棟としてのとりまとめを共有してください。
- コーディネーターはこのとりまとめの内容を、「自施設評価共有プログラムの結果に関する総合コメント」としてまとめてください。



特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

Q&A

Q1

いつカンファレンスをすれば良いのかわかりません。
また、開催時間はどれくらいが適切か教えてください。

A1

前回のプログラムに参加して下さった施設では、夕方に開催した施設が多かったようです。ただ、皆さんのが集まるのが難しければ、一度で終わらせようとせず、2日間に分けて開催しても良いようです。

開催の時間・回数は、施設の状況に応じて変えて構いません。また、時間の目安は、30分では終わらないと思われる所以、60分程度を予定しておいたほうが良いと思います。

Q2

多職種の中にはボランティアも入ると思いますが、カンファレンスに参加して頂くのは難しい現状があります。
ボランティアの参加に関しては、どうしたら良いでしょうか。

A2

全員にカンファレンスに参加して頂くのは難しいと思われますが、ボランティアリーダーに参加して頂くのは良いと考えます。実際には、各施設で判断して頂きたいと思います。
カンファレンスに参加して頂くだけでも、意義があると考えています。

Q3

カンファレンスに参加できなかつたスタッフはどうすれば良いでしょうか。

A3

後日カンファレンス記録などを配布し、情報共有することを推奨します。また、繰り返し同じテーマでカンファレンスを行っても良いと思われます。

Q4

いつも医師が一方的に話し、スタッフはそれを聞いているだけという形になってしまします。どうしたら良いでしょうか？

A4

この自施設評価共有プログラムのしくみは、自分たちの施設のケアを振り返って、より良くしていくための意見交換のきっかけを提供するものです。そのため評価結果共有カンファレンスでは、ケアに参加するスタッフがそれぞれの専門性と責任において、自分の意見を述べられるような工夫が必要です。

医師に拘わらず一方的に意見を述べる傾向にあるスタッフはファシリテーターにしないことも、自由な意見交換を可能にする工夫の一つかもしれません。また、医師や管理者の前で問題点を指摘することが難しい状況があるようなら、自施設のケアをこのようにしたいというビジョン（希望）を述べるという発想の転換はいかがでしょうか。

ケアに参加するスタッフで、チームとしてより良いケアを実現するための夢を語りあう場にしていただければと思います。





日本ホスピス緩和ケア協会の 「自施設評価共有プログラム」に ご参加下さい！

自施設評価共有プログラムは、あなたが働く緩和ケア病棟の「ケアの質改善」を支援するために作られた、自分たちで行うプログラムです。

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評価調査票を用いて各々評価するとともに、その評価結果を用いた共有カンファレンス（これが最も重要です！）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だきます。

スケジュール：2016年9月～10月に各施設で実施

各スタッフが自施設評価調査票を記入

9月上旬

自施設評価をきっかけに
チームとしてのケアについて語り合いましょう！

調査票の回収と集計

9月中旬～下旬



評価結果共有カンファレンスの開催

9月下旬～10月上旬

調査結果総合コメントの作成

10月下旬 協会へ提出

【特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会】

各施設病棟管理者の方へのお願い：このポスターをホスピス・緩和ケア病棟内に掲示してください

資料4

病棟スタッフの皆様へ



自施設評価共有プログラムの実施にご協力下さい

1. 自施設評価共有プログラムの意味と目的

自施設評価共有プログラムは、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。

そのために、1) なるべく多くの病棟スタッフが自らの病棟のケアを評価することに参加してもらうこと、2) さらにその結果を振り返って病棟で共有するためのカンファレンスを開くことを重要な柱としています。

スタッフの皆さんには単に評価票で回答するだけでなく、自由記載欄などを活用して自らの考え方や提案を記載するなど、積極的な回答やカンファレンスへの参加をお願いします。

2. 自施設評価共有プログラム実施時の注意点

- 1) この評価の目的は、個人の行っているケアを評価するのではなく、病棟全体のケアを各々がどのような状況にある、と評価することです。このため、自分が直接行っていないケアについても可能な限り評価を行ってください。
- 2) 記入の際には、他のスタッフと相談せずに、ご自身の率直な印象や感覚に基づいて記入してください。
- 3) 評価票の各項目の下に自由記載コメント欄が設定されていますので、各設問の評価にあたり、評点の理由となる現状や課題、気になる点などをご記入ください。この自由記載欄は、ケアの質の改善・向上のための病棟内での検討に活用してもらうことを目的としています。個人が特定されない形でカンファレンスに使用しますので、できるだけ多くの検討課題や意見などを提供してください。

3. 評価結果共有カンファレンスについて

自施設評価の結果がまとまりましたら、カンファレンスを実施し、自施設評価結果を活かすための話し合いを行います。建設的な意見の交換を行うことを目的としてください。単なる不満を表明する機会としてではなく、病棟のケアを良くしていくために異なった視点や互いの考え方を尊重し、ともに検討できる機会として活用しましょう。

【自施設評価のスケジュール】



評価票配布日 _____月_____日

コーディネーターは、日付等の必要事項を記入してから印刷し、対象者に配布して下さい。

回収締切日時 _____月_____日(____曜日) _____時まで

提出先 [] に提出

カンファレンス日時 _____月_____日(____曜日) _____時_____分 から _____時_____分

カンファレンス場所 []

資料5

自施設評価票

【回答方法】

◆評価票は以下の2部構成となっています。

Part1：ケアプロセスの実際に関する評価

Part2：ケアプロセスに投入される資源と環境の評価

◆各設問を読んで、あなたの感覚として該当すると思われる番号に1か所だけ○を付けて下さい。



5

たいへんうまくいっている。何も問題がない。

4

3

ふつうである。

2

1



うまくいっていない。大きな課題がある。

NA (Not Applicable) 判断できない。

※判断出来ない場合はNAとなります。個人が行なっていなくてもできるだけ評価して下さい

◆各設問の評価にあたり、評点の理由となる現状の課題や気になる点などを、各項目の末尾にある自由記載欄に御記入ください。

自由記載欄の内容は病棟責任者以外の手でテキスト入力され、個人が特定されない形で、カンファレンスに検討資料として提出されます。

◆評価票は無記名式です。回答者の基本的属性を下欄にご回答下さい。この内容はカンファレンス時には公開されません。

年齢	20代・30代・40代・50代 60代・70歳以上	性別	男性・女性
職種	医師・看護師・薬剤師・MSW・臨床心理士・PT・OT・ST 栄養士・音楽療法士・その他()		
緩和ケア 病棟での 経験年数	約 年	職業経験 年数	約 年

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 ^{*注1} 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 ^{*注2} 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-J）

*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）
----------------------	----------------------

3.ケアの実施(患者の苦痛症状やニーズへの対応)

3.1	諸症状への対応						
	① 自施設で作成したマニュアル等を含みガイドライン ^{*注3} を用いて症状緩和に取り組んでいる	5	4	3	2	1	NA
	② 患者の生活を妨げている症状に素早く対応している	5	4	3	2	1	NA
	③ 症状緩和については、患者の評価を重視している	5	4	3	2	1	NA
	④ 症状緩和の実施状況や効果、問題点などについて多職種チームで共有している	5	4	3	2	1	NA
3.2	包括的なケアの提供						
	① 症状緩和だけなく日常生活上のニーズにも対応したケアが提供されている	5	4	3	2	1	NA
	② 患者の主体性や意向を尊重したケアが提供されている	5	4	3	2	1	NA
	③ 家族を対象としたケアが提供されている	5	4	3	2	1	NA
	④ 院内の他診療科・他病棟や院外の医療施設と連携しながらケアが提供されている	5	4	3	2	1	NA
⑤ 外出・外泊などのニーズに対応している	5	4	3	2	1	NA	

*注3 ガイドライン：具体的な方法を判断するための基準が述べられているものであれば、どのようなものでも可

4.退院準備と退院時・退院後の支援

4.1	計画的な退院準備						
	① 療養場所に関する患者および家族の希望や不安を聴き取り共有している	5	4	3	2	1	NA
	② 患者および家族と共に今後の療養場所の選択について話し合っている	5	4	3	2	1	NA
	③ 退院が見込まれる場合、患者および家族に、患者の病状、今後予測される病状の変化、退院した場合の対応について理解を得ている	5	4	3	2	1	NA
	④ 退院のバリアとなっている事柄について、多職種チームカンファレンスにより検討されている	5	4	3	2	1	NA
	⑤ 退院支援は、院外の連携施設と密接な連携で立案・計画されている	5	4	3	2	1	NA
4.2	退院時および退院後の支援						
	① 退院時期の決定は、患者と家族の希望に基づいて多職種チームで行われている	5	4	3	2	1	NA
	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	5	4	3	2	1	NA
	③ 地域医療機関や訪問看護ステーション等と連携し、退院後の患者や家族の状況を把握している	5	4	3	2	1	NA
	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	5	4	3	2	1	NA
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	5	4	3	2	1	NA	

《切り取り》

自由記載欄（3.1, 3.2 に関する）	自由記載欄（4.1, 4.2 に関する）
----------------------	----------------------

5. 臨死期への対応			
5.1	臨死期における説明と対応		
	① 臨死期に多く見られる病態について、患者および家族が理解できるように説明している	5	4 3 2 1 NA
	② 輸液量の調整や心肺蘇生処置の差し控えなど、ケアや治療の具体的な内容について患者および家族と話し合っている	5	4 3 2 1 NA
	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	5	4 3 2 1 NA
	④ 患者および家族の希望や状況に応じた看取りを行うために、事前に話し合っている	5	4 3 2 1 NA
	⑤ 事前に確認されている患者および家族の意向に沿った、死亡確認や死後処置を実施している	5	4 3 2 1 NA

6. 遺族に対するケア			
6.1	逝去後のケアとふりかえり		
	① 逝去後退院まで、遺族の悲嘆に配慮したケアをしている	5	4 3 2 1 NA
	② 退院後には、遺族ケアプログラム ^{*注4} に従ってケアをしている	5	4 3 2 1 NA
	③ 逝去後にケアのふりかえり(デスカンファレンス)が多職種チームで行われている	5	4 3 2 1 NA
	④ ふりかえり(デスカンファレンス)の内容を、その後のケアに活かしている	5	4 3 2 1 NA

*注4 遺族ケアプログラム： 遺族に対するお手紙など、遺族へのケアの取り決めがあること

-----《切り取り》-----

自由記載欄（5.1に関する）	自由記載欄（6.1に関する）
----------------	----------------

-----《切り取り》-----

自由記載欄（Part1 全体に関する総合的コメント）

Part2 ケアプロセスに投入される資源と環境の評価

評価項目	評 点					
 						
A. 療養環境の快適さ						
① 個人スペース(病室など)	5	4	3	2	1	NA
② 共用スペース(ラウンジなど)	5	4	3	2	1	NA
③ 家族用スペース(休憩室など)	5	4	3	2	1	NA
④ 緩和ケア外来	5	4	3	2	1	NA
 						
B. 関係性						
① 患者がスタッフに気軽に話しかけられる	5	4	3	2	1	NA
② 家族がスタッフに気軽に話しかけられる	5	4	3	2	1	NA
③ 必要がある場合、人間関係を調整している	5	4	3	2	1	NA
 						
C. 多職種チーム全体としての専門知識と技能						
① 患者および家族のニーズを把握する力がある	5	4	3	2	1	NA
② 患者および家族の自己表出を助ける力がある	5	4	3	2	1	NA
③ 患者および家族と共に考える力がある	5	4	3	2	1	NA
④ 苦痛・苦悩をやわらげるための知識や技能がある	5	4	3	2	1	NA
⑤ 日常生活援助の知識と技術がある	5	4	3	2	1	NA
⑥ 肯定的に表現する力がある	5	4	3	2	1	NA
⑦ チーム機能を高める力がある	5	4	3	2	1	NA

----- 《切り取り》 -----

自由記載欄（Part2に関するコメント）

自由記載欄（その他・総合コメント）

ご協力ありがとうございました。

資料6

施設名 () 年 () 年 () 月 () 月 () 日 () 日 ()
 評価票配布日 () 年 () 月 () 日 () 月 () 日 ()
 回収締切日 () 年 () 月 () 日 () 月 () 日 ()
 調査期間 () 年 () 月 () 日 () 月 () 日 ()
 調査実施責任者名 ()
 メールアドレス ()
 集計フォーマットへカ日 () 年 () 月 () 日 ()
 連絡先電話番号 ()

評価結果集計フォームアツト (見本)

本書類は集計フォーマットの一部を、見本としてプリントアウトしたものです。
実際のExcelファイルには、入力画面の他、自動集計テーブル、グラフテーブルなどが含まれています。

回答者の属性						
ID	年齢	性別	職種	総合経験年数	職業経験年数	1.ケアに基づいたケア計画の決定と共有
	1.1-(1)	1.1-(2)	1.1-(3)	1.1-(4)	1.1-(5)	2.ケア方針に基づいたケア計画の決定と共有
1						2.1-(1)
2						2.1-(2)
3						2.1-(3)
4						2.1-(4)
5						2.1-(5)
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						

資料7

自施設評価共有プログラムに関する総合コメント

施設名				記入者			
-----	--	--	--	-----	--	--	--

自施設評価に関して				カンファレンスに関して			
調査票 配付日	/	回 収 締切日	/	開催日	/ , /	参加人数	名

自施設評価票 配布内訳	配布数	回収数	回収率	自施設評価票 配布内訳	配布数	回収数	回収率
医師				PT, OT, ST			
看護師				栄養士			
薬剤師				音楽療法士			
MSW				その他 ()			
臨床心理士				合計			

◆評価結果およびカンファレンスのまとめ

自施設評価の結果について
<ul style="list-style-type: none"> • • • •
話し合いの結果について
<ul style="list-style-type: none"> • • • •

◆このような自施設評価を実施することについて、気付いたことや疑問点などご自由にお書き下さい。

--

◆この自施設評価共有プログラムは、日本ホスピス緩和ケア協会の実施スケジュールとは別に、貴施設の質改善のために独自に実施していただくことも可能です。今後、自施設評価を貴施設で独自に活用するとした場合、どの程度の頻度で実施が可能だと思いますか。

以下の□にレ印をおつけ下さい。

<input type="checkbox"/> 2年に1回 <input type="checkbox"/> 1年に1回 <input type="checkbox"/> 1年に2回 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 独自に行う予定はない <input type="checkbox"/> 頻度は未定だが活用してみたい	左記を選んだ理由
--	----------

*本書類は貴院の評価結果を入力した集計フォーマット（Excel）と一緒に10月31日（月）迄に当協会（hyoka@hpcj.org）へメールでお送り下さい。

質のマネジメント委員会 委員

委員長	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	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 ホスピス病棟師長
	岡本 祯晃	市立芦屋病院 薬剤部長
	大園 康文	防衛省防衛医科大学校 準教授

緩和ケア病棟
自施設評価共有プログラム
結果報告書【2016年度】

発行日：2017年 7月15日

発 行：特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

質のマネジメント委員会

連絡先：〒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

E-Mail : info@hpcj.org