緩和ケア病棟
自施設評価共有プログラム
結果報告書

[2018年度]

2019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

緩和ケアは、患者と家族の Quality of Life（=QOL、生活の質・人生の質）の向上を目的とした多職種アプローチである。人が重篤な病を抱えながら社会や家庭の中で生活するときの生きがいを支える要素や、病の進行によって人生を締めくくるときに大切にする事柄は様々であり、それに対応するために、多くの職種が関わるのが緩和ケアである。しかし、専門的職種はそれぞれの専門的視点を持っており、多職種が集まり患者家族の QOL 向上を目指すとき、その何に焦点を当てるのが適切なのかを判断することはしばしば困難を要する。このため、緩和ケアの先駆者であるロバート・トワイクロスが述べるように“異なる視点をもつ様々な職種のスタッフが、異なる視点のぶつかり合いで不愉快な思いをしたり、心地よくない議論で時間を過ごすこと”がしばしば生じる。しかし、さらにトワイクロスはこう述べる。「しかし、チームとして活動することは、生と死について専門的立場に制約された理解の限界を超え、限られた視点を全体的な視点に広げてくれる。」※

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ある。つまり、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る。

2013 年度、2016 年度に続く 3 回目の今回は、全国の 217 施設の緩和ケア病棟で約 5800 名のスタッフが参加して行われた。この報告書はその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。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、が記載されている。その内容は、きっと当協会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る。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。また、今回参加できなかった施設については、2 年後のプログラム実施の際に是非とも参加していただくことを願うものである。

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

※ロバート・G・トワイクロス.緩和医療の本質：「誰でもできる緩和医療」1999 年 医学書院より引用

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.　実施結果返送施設 ……6

2.　自施設評価票回答者の内訳……6

3. 自施設評価全体における評価結果……7

4.　各施設で行われた共有カンファレンスについて ……13

＜自施設評価共有プログラム実施の意義＞ ……17

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 ……17

2.　自施設評価共有プログラムの成果……19

＜おわりに＞ ……21

＜資料＞

自施設評価票 Ver.2.1

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しあうことによって、ケアの質改善を目指す。

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ことを支援する。

3) 各施設で行われた自施設評価に関する評価結果の概要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：2018 年 8 月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 353 施設

2) 実施方法

① 協会から各施設に、プログラムの実施および報告のための下記ファイルを送付する。

(ア) 自施設評価実施に関するマニュアルおよびスタッフへの周知に関する資料

(イ) 自施設評価調査票

(ウ) 評価結果集計フォーマット（Excel ファイル）

(エ) 自由記載欄の記載内容報告用紙

(オ) 自施設評価共有プログラムに関する総合コメント用紙

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を配布

(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評価値は集計フォーマットに入力、自由記載コメントは個人が特定できない形で資料にまとめ、評価結果共有カンファレンスの資料を作成する。

(オ) 評価結果共有カンファレンスの開催

※ 集計結果・自由記載コメントをもとに施設のケアの質に関する検討を行う。

③ 自施設評価およびカンファレンス結果の返送

評価結果集計ファイル、自由記載欄の記載内容、集計担当者による自施設評価共有プログラムに関する総合コメントを記載したファイルを電子メール添付で協会事務局に送付する。

④ 返送された結果の集計

⑤ 事後アンケートの実施

※ 3 ヶ月後に各施設にアンケート用紙を郵送し、プログラムに参加しなかった施設にはその理由を、参加した施設にはプログラム実施後にどのようなケアの見直しが行われたかについて報告してもらう。

3)　実施期間

・2018 年 9 月～2018 年 10 月：各施設で自施設評価とカンファレンスを実施

・2018 年 10 月 31 日までに協会に結果を返送

・2019 年 1 月：事後アンケートの実施

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. 実施結果返送施設

当協会の正会員に登録している緩和ケア病棟 353 施設のうち 217 施設（実施率 64%）から実施結果が報告された。ちなみに前回（2016 年度）は、315 施設のうち 209 施設（66.9%）の実施率であった。

2. 自施設評価票回答者の内訳

回答者の総数は 5,800 人で、職種別にみると医師 459 人(7.9%)、看護師 3895 人(67.2%)、PT ・OT・ST 400 人(6.9%)、薬剤師 221 人(3.8%)、MSW 198 人(3.4%)、栄養士 170 人(2.9%)などであった（図 1)。年齢は 40 代 1,947 人(33.6%) と 30 代 1,740 人(30.0%)が多く、合わせて 63.6%を占めていた(図 2)。また、看護師が多いためか女性が 84.5%となっていた(図 3)。対象者全体の臨床経験年数は 16.6(SD 9.7)年、緩和ケア経験年数は 4.5(SD 4.4)年であった(表 1・2)。

図 1：職種別内訳

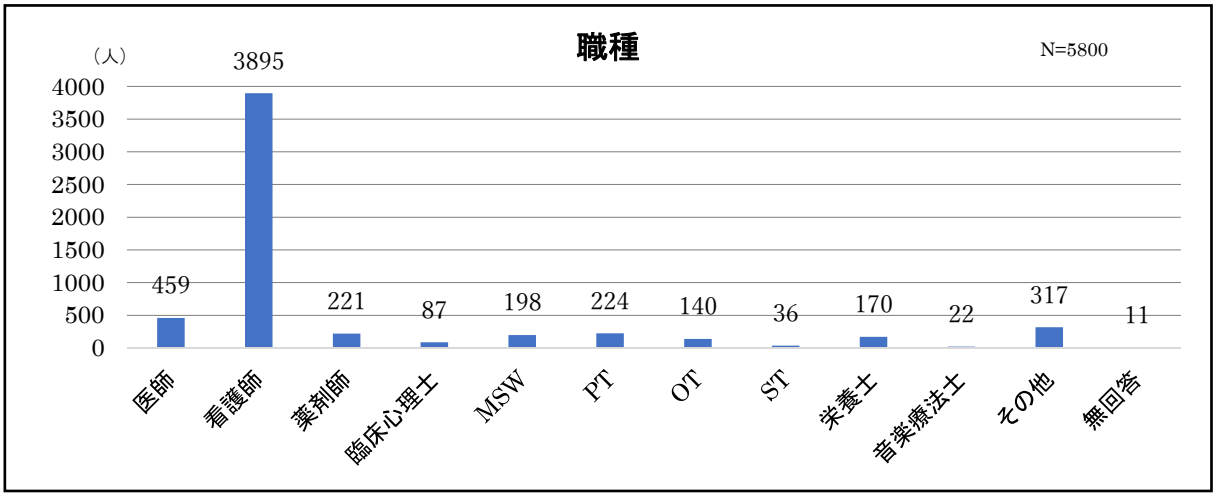


図 2：年齢別内訳

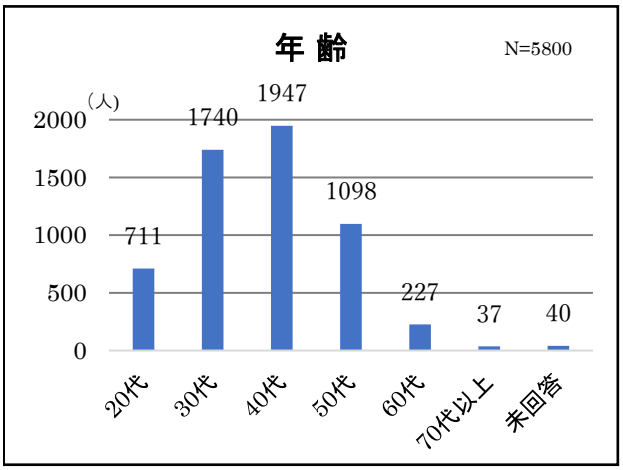


図 3：性別内訳

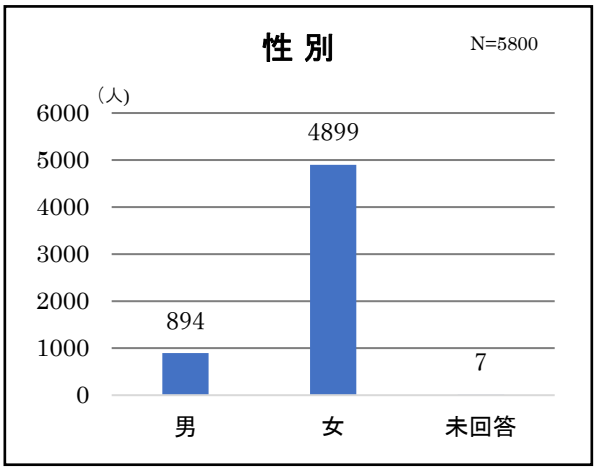


表１：臨床経験年数

平均値	16.6
標準偏差(SD)	9.7
中央値	15
最頻値	20
最小	0
最大	59

表２：緩和ケア経験年数

平均値	4.5
標準偏差(SD)	4.6
中央値	3
最頻値	1
最小	0
最大	35

3. 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

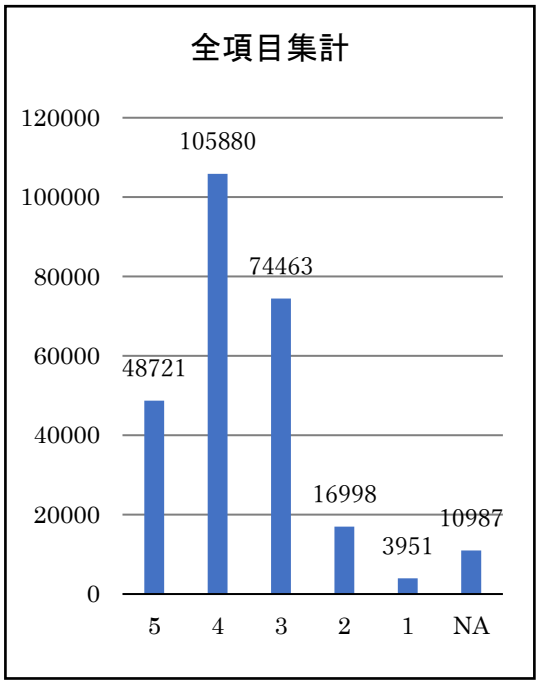
ケアプロセスの実際に関する評価は、表 3 に示すような大・中項目から構成され、小項目は全部で 45 となっている。この全 45 項目の回答を一括集計した結果から全体の傾向をみると、全回答のべ 261,000 人のうち「５評価(たいへんうまくいっている。何も問題がない。)」の回答数は 48,721 (18.7%)、「４評価」の回答数は 105,880 人（40.6%)と、全体の半数以上が優れたケアを提供していると評価していた。また「3 評価(ふつうである。)」の回答数 74,463 人（28.5%)と合わせると、87.8%の回答者が標準以上の質のケアを提供していると評価していた。一方、「１評価(うまくいってない。大きな課題がある。)」の回答数 16,998 人（6.5%)に「２評価」の回答数 3,951 人（1.5%)を合わせると、約 8%の回答者が自施設のケアに課題があると評価していた(図 4)。

これらの結果を合わせると各回答者のケアの質に対する自施設評価はほとんどが標準的ない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 8%程度であることから、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評価していることが示された。

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全体評価



(2) 項目別評価

① 高い評価と低い評価を示した項目

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」、「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」、「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、「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」であり、入院中の一時期帰宅へのニーズや臨死期への対応ができていると評価していた(表 4)。

表４：各項目の評価を平均値でみた場合に高値を示した項目

3.2-⑤：外出・外泊などのニーズに対応している(平均 4.1)
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 4.1)
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 4.1)
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 4.1)

次に、平均値が低い項目を表 5 に示す。この中で、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」であった。次に低値を示した項目は、「ケア計画は、多職種チームで共有されている」と「患者のスピリチュアルなニーズを把握している」であった(図 5)。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、その都度患者・家族や他職種に了解を得ていないためにこの結果になったと推測される。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、そもそも医療者が、自分たちが対応しているケアがスピリチュアルニーズに対するものなのか心理・精神的ケアなのかを区別・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医療者の苦手意識が反映しているとも考えられる。

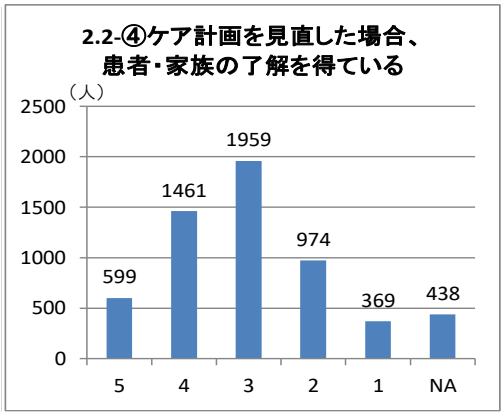
平均値 3.4 となった「ケア計画は、社会資源・制度などの社会生活要因も含めて検討されている」については、ケア計画作成において社会的ニーズの把握が十分でなかったり、取り巻く医療資源の情報が不足しているために、MSW の関与する課題が共有されていない可能性が考えられる。

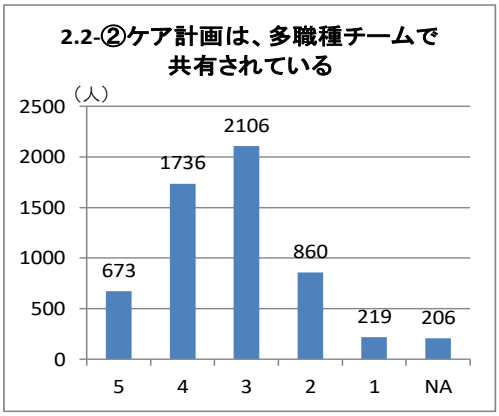
「アセスメントツールを用いて、患者のニーズを客観的に評価している」の平均値が低いことは、緩和ケア病棟でアセスメントツールの必要性や有用性に温度差があり、施設によっては評価を数字化することへの抵抗感などからアセスメントツールを用いずに評価を行う傾向があることを示しており、ニーズの評価が医療者の視点や考え方によって偏ったものになることが危惧される。

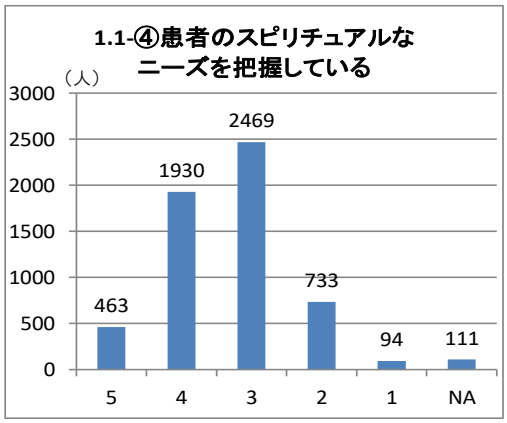
表５：各項目の評価を平均値でみた場合に低値を示した項目

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 3.2)
2.2-②：ケア計画は、多職種チームで共有されている(平均 3.3)
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 3.3)
2.1-⑤：ケア計画は、社会資源・制度などの社会生活要因も含めて検討されている（平均 3.4）
1.2-①：アセスメントツールを用いて、患者のニーズを客観的に評価している（平均 3.4）

図５：各項目の評価を平均値でみた場合に最も低値を示した３項目



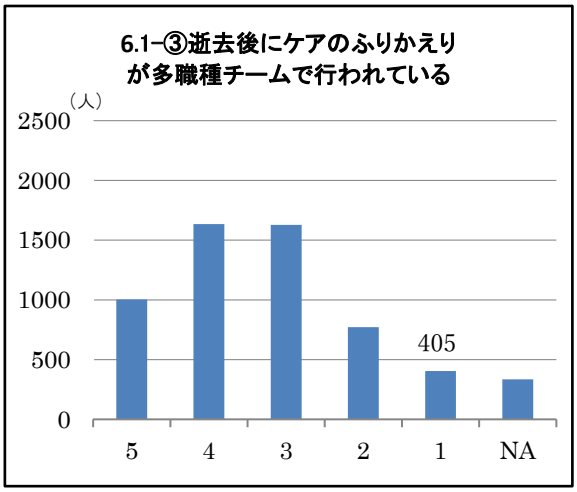


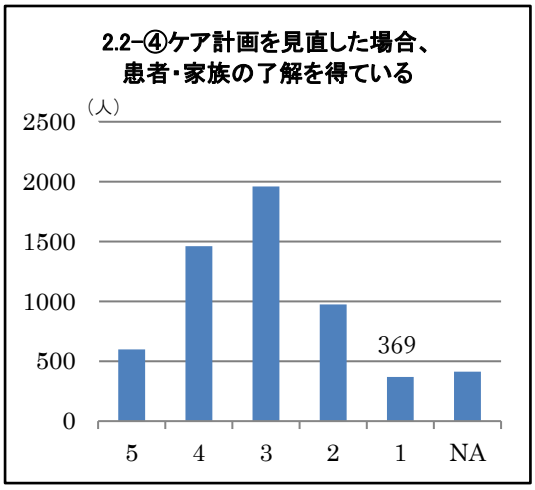


② 「１評価(うまくいってない。大きな課題がある。)」が多い項目

大きな課題があると示された項目は、「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」、「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」であった(図 6)。

図６：「１評価」が多い項目





「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、評価できないあるいは評価が低い項目となっている。

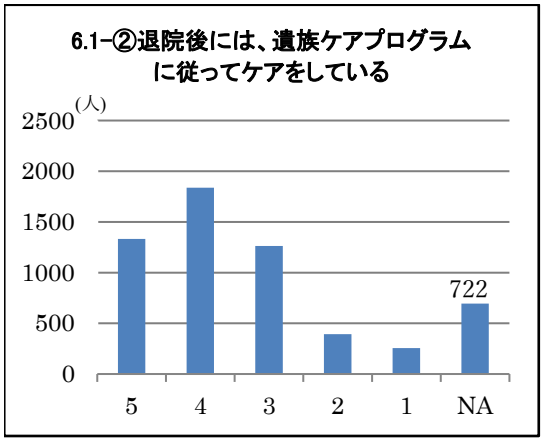
今後、「1 評価」が多い項目について、なぜこのような回答にしたのか・改善策は何かを、面接による聞き取り調査や自由記載によるコメントから把握していく必要がある。

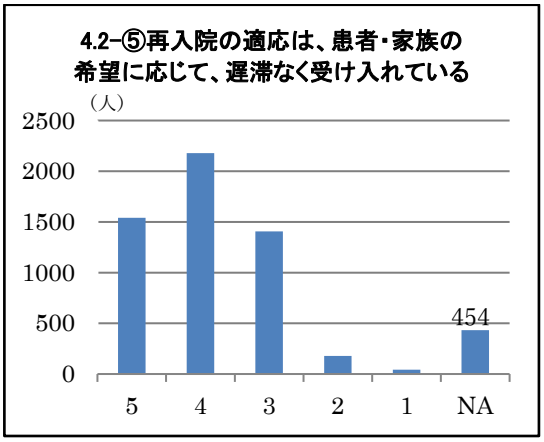
なお、この「1 評価」が多い項目は、前回の結果と同じであった。

③ 「NA(Not Applicable；判断できない。)」が多い項目

判断ができないと示された項目は、「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」、「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 7)。

図７：「NA」が多い項目





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も周知しても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

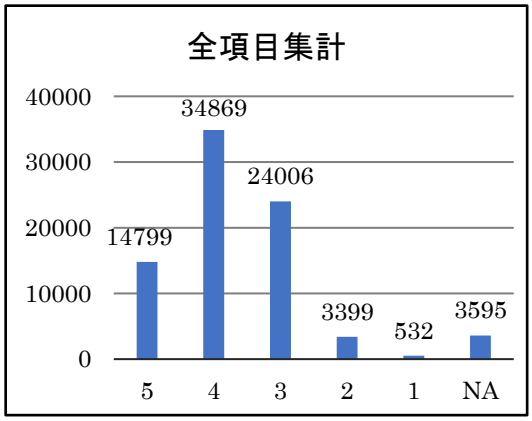
ケアプロセスに投入される資源と環境に関する評価は、表 6 に示すような大項目から構成され、全部で 14 となっている。この全 14 項目の回答を一括集計した結果から全体の傾向をみると、全回答のべ 81,200 人のうち「4 評価」の回答数 34,869 人 (42.9%)が最も多く、「5 評価」の回答数 14,799 人 (18.2%)と「3 評価」の回答数 24,006 人 (29.6%)を合わせると約 90%の回答者がケアプロセスに投入される資源と環境は良いと評価している(図 8)。

各項目の評価の平均値は 3.5～3.9 で、全体的に評価は高いという結果が示された。「1 評価」の回答数 532 人 (0.06%)に「2 評価」の回答数 3,399 人 (4.2%)を合わせると約 4.3%が自施設のケアプロセスに投入される資源と環境に課題があると回答しているものの、ケアのプロセス以上のケア環境全体については高い評価をしていた。

表６：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８：ケアプロセスに投入される資源と環境の評価

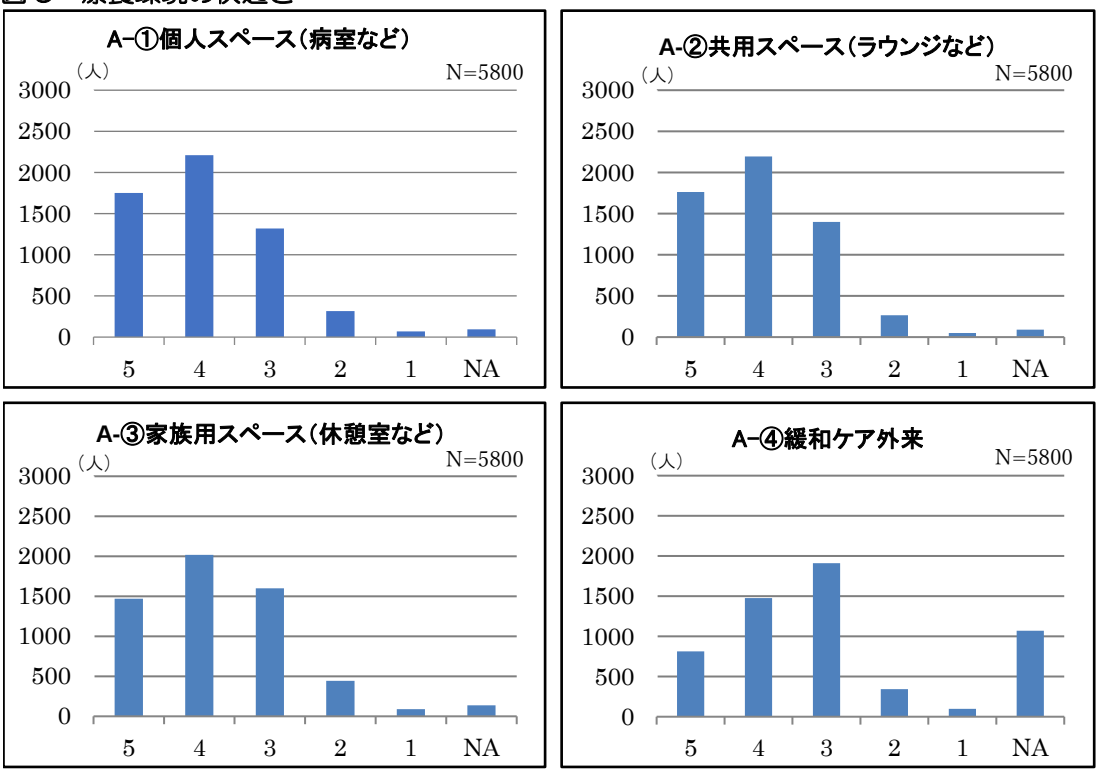


(2) 項目別評価

① 療養環境の快適さ

療養環境の快適さについては、「個室スペース(病室など)」「共用スペース(ラウンジなど)」「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、「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 18%が「NA」と回答している(図 9)。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かった可能性があり、今後の課題として挙げられる。　なお、この「NA」が多い項目は、前回の結果と同じであった。

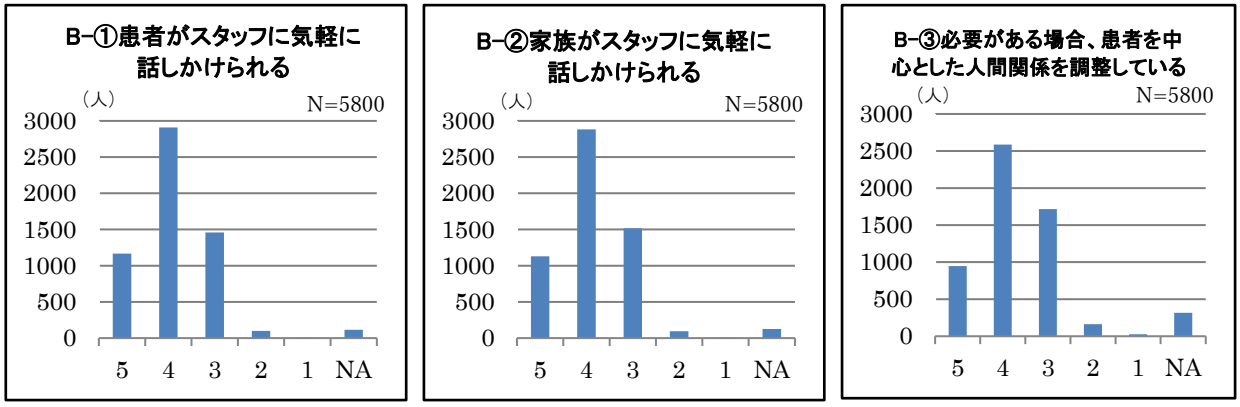
図９　療養環境の快適さ



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、「患者がスタッフに気軽に話しかけられる」、「家族がスタッフに気軽に話しかけられる」、「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、それぞれ「4 評価」が最も多かった(図 10)。

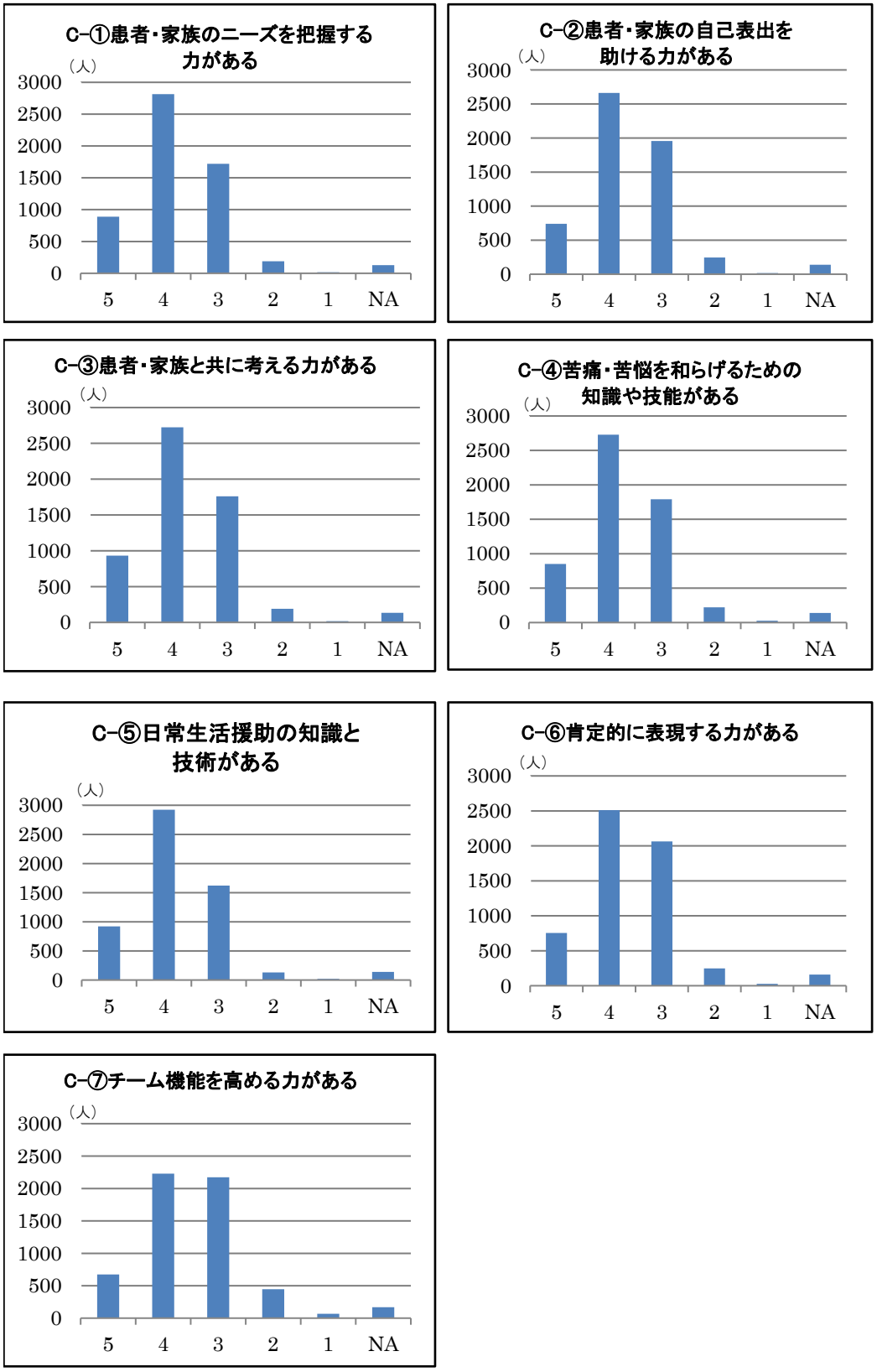
図 10：関係性



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「4 評価」が最も多かった(図 11)。「チーム機能を高める力がある」については、「4 評価」と「3 評価」の差があまりなく、チーム力の整備という面では今後に期待する面もあることが示された。

図 11：多職種チーム全体としての専門知識と技能



4. 各施設で行われた共有カンファレンスについて：スタッフによる自由記載および コーディネーターによる総合コメントから

自施設評価プログラムの調査票には、設問ごとに自由記載欄を設定し、評価実施者である各スタッフが数値による評価を行うとともに、なぜその評価としたかについての記載を求めた。その内容は個人を特定できない形で共有カンファレンスに資料として提出され、記載された個々の意見を話し合いのきっかけとして利用してもらった。そして、共有カンファレンスで話し合った内容とその結果については、各施設のコーディネーターに取りまとめを依頼し、総合コメントとして報告してもらった。

ここでは、スタッフによる自由記載およびコーディネーターによる総合コメントをもとに、各施設で行われた共有カンファレンスの内容を考察する。

まず、自由記載において、自施設のケアが上手く実施されていない、もしくは不足していると評価した意見としては次のようなものがみられた。

- 痛みについては把握しやすいが、精神的・心理的なニーズについての把握は、気持ちを引き出す方法を訓練する必要がある。
- 入院時にこの先の見通し、命の長さについて全ての家族にICができない。変化してからのIC。入院時、死に対する患者・家族の思い、認識確認ができない。
- 最期まで点滴・補液がたくさんされ、苦痛になっている。看取りの時期でも家族への説明がスタッフで統一して行えない。パンフレットの活用ができない。病状説明は医師のみができると思い込んでいる。
- 「看護師さん、忙しいもんね」と言われることが増えた。バタバタと業務をしているときに話しかけにくい雰囲気になっていることもあるのかもしれない。（PHSの音がうるさいのも関係しているかも？）。
- 退院の事例がほとんどなく評価しがたいです。一時退院や他施設での療養が好ましい症例についての検討をもっとしても良いと思います。
- カンファレンス全体を通して、意見を交換しやすい雰囲気が作れる時とそうでない時がある。意見交換をする前に意見を遮られてしまう事もあり、なんのためのカンファレンスか分からなくなる時がある。

いずれも現場の臨場感が感じられる率直な意見である。自施設評価票に記載されたこれらの自由意見が、自施設で実施しているケアを省みて、現状に対して満足せず目標を高く設定し、緩和ケアの質向上を目指す意気込みを共有しようとしたものであるとすれば、その意気込みにあふれた言葉に刺激されてカンファレンスでさらに率直な意見交換がなされたものと思われる。

次に、共有カンファレンス実施後のコーディネーターによるコメントから、緩和ケアの質に関してカンファレンスで話し合われた内容についての記載を記してみる。

- 患者の精神的・心理的・スピリチュアルニーズに関しては、初期の段階では把握・評価が難しく、継続評価で確認していく必要がある。
- 身体症状や疼痛等のアセスメントとケアの計画・立案に関してはしっかりと出来ているものの、スピリチュアルペインや心理的アセスメントに関しては、緩和ケアに従事している年数に影響を受けていることが示唆され、中途採用への教育体制の見直しが必要。
- 看護計画に関しては、患者・家族の状況に応じて看護師が立案していることが殆どである。評価・見直しも看護師のみで行っていることが多いため、多職種で行うことも検討していく必要がある。また患者・家族も含めた計画の立案を行い、共有できるシステム作りが必要。

このように、身体症状以外の精神的苦痛やスピリチュアルペインに対し、多職種で評価を行いケア計画を立案することに苦労していることがいくつもの施設より報告されていた。

これらの課題について、各施設でその後どのような取り組みが行われたのだろうか。プログラム実施３ケ月後に各施設にアンケートをお願いし、ケアの見直しや改善を実施した内容について報告を受けた。その一部を記載する。

・入院後の初期情報収集方法の検討。四側面カンファレンスと STAS-J の記入シートの検討。多職種カンファレンス、デスカンファレンスの強化。
・情報共有について、初診や面談時の情報を有効に活用することや外来より病棟スタッフも介入し、安心して入院生活が送れるような顔見知りを増やせるような人員配置をする。
・各種ガイドラインの活用、MSW との連携の強化（記録の充実、面談の同席）、ＩＣ前後のフォローアップ強化、デスカンファレンスへの臨床心理士の参加依頼等に取り組んでいます。
・入院時から病状を把握し、今後の方向性を示していくため、電カル上にアセスメントシートを作成し、多職種で情報共有することとした。その上で各職種のアプローチをシートに記載し、それも共有できるように運用を進めている。
・多職種連携について、医療者からはコメディカルがカンファレンス等に参加しやすいように積極的にコミュニケーションを図ること。またコメディカルは情報収集を密に行い、専門職の視点で意見を述べることを努力し、実践につなげている。
・ケアプランの立案、共有はカンファレンスでできている。評価、修正は記録係の働きかけも加わり、以前よりタイムリーに評価、修正につなげている。退院支援については支援をすすめることのジレンマをカンファレンスで共有し、職員のジレンマ解消につとめている。

自施設評価共有プログラムを実施し、共有カンファレンスで自施設が抱える課題を多職種で検討した結果、緩和ケアの質の改善に向けて様々な努力がなされていることが確認できた。

次に、緩和ケア提供の基盤となるスタッフ間のコミュニケーションおよび関係性に関する想いを自由記載欄より拾い上げる。

まず、医師に対する意見として以下のようなものがあった。

・ある医師が診療録にアセスメントをふくむ記録をほとんどしていず、わからない。カンファレンスに参加しても、医師からの話が少なく、考えがわかりにくい。
・Ns より、こうしたらどうか？など前向きな投げかけも、Dr(主治医)は「わからない」など真剣に一緒に考えてくれない。
・臨死期の説明と対応は看護師からは必ず行っているが医師の方からは、なかなかされないときもあり、医師のあゆみよりや回診を毎日行い医師の診療も、毎日してほしい（主治医によってしない医師もいる）。

日頃感じてはいても、医師に対して直接面と向かっては言えないような厳しい意見がある。匿名性が確保されているからこそ自由記載欄に記載され、共有カンファレンスに提出されたものと思われる。

一方、医師以外のスタッフについては、以下のような意見が記載されていた。

・チーム内で経験や知識のばらつきはありますが、分からないことはすぐに聞ける先輩がいること、関係性ができていると思っています。
・家族と本人の希望が食い違う場合にスタッフ間でも鎮静のタイミングなど葛藤が生じる。同じ状況を見ても苦しそうに思う人もいれば、そうでもないと判断するスタッフもいる中で着地点を見つける事が難しい。
・患者ライフスタイルに沿わず、朝入眠しているところを声かけし無理に起こし、睡眠の妨げをするスタッフがいる。
・ニーズの把握に関してはがん専門看護師さん中心に、医療スタッフの方々がよく頑張っているように思います。
・社会資源など社会的要因を含めての検討は弱いところもあるが、PSWが来てくれて少しずつ意識できるようになってきていると思う。
・緩和ケア病棟へ入棟すると薬剤師やソーシャルワーカーが関わらなくなる。
・退院支援を進めるにあたり、誰と相談していけば良いかと悩む（リーダーが分からない）。

このように、チーム内の関係性についてポジティブな意見もあればネガティブな意見もある。

チームリーダーにとって、チーム内の関係性の調整はいつも困難でやりがいのある課題であるが、その取り組みの出発点となるのは、ネガティブな意見をどのように当事者に伝えるのか、どのようにチーム内で共有するのか、という点にある。自施設評価共有プログラムでは、まず各自が点数評価を行うことで自分の中の自由意見を引き出し、次にその自由意見を共有して他のメンバーの意見を引き出す、という形式を用意した。その結果、チーム内の連携・関係性の改善について各施設において前向きな話し合いがされたことが、共有カンファレンス後の総合コメントより類推される。

以下はコーディネーターの記載内容である。

- カンファレンス（アンケート実施後）ができた事は、各自の想いを伝えることができ、実りあるものだったと感じました。
- 病棟全体（他職種も含め）でケアに関してゆっくりと話し合う良い機会となり、客観的に自施設の現状課題が見えるので、今後も継続して参加できればと思っています。
- 多職種での合同カンファレンスの意義を考え直すことができた。
- 医師は忙しいが、患者家族は医師を求めている存在でもあり、他職種も医師にタイミングで働きかけ、患者と家族の満足度の向上に努めていく。
- 緩和ケア病棟に専従でないスタッフとの情報共有は、カンファレンスに限らず、日頃からこまめに行っていくことを多職種で確認した。
- 共有プログラムを実施することにより、多職種で現在のケア内容を見直す機会になった。又、お互いのケアや支援に対し承認する場となり、良かったと感じる。今後も継続して行っていきたい。

次に、自施設評価および共有カンファレンスの実施に関する評価について考察する。

多忙な中で自施設評価共有プログラムを実施することは各施設にとって負担となるものであり、特にコーディネーターや共有カンファレンスのファシリテーターへの業務負担は小さくないものと推察される。総合コメントには、コーディネーターや共有カンファレンスの司会者が負担と感じていることが以下のように示されている。

- カンファレンスの司会者のファシリテーション能力を高めることが必要である。
- アンケートをまとめ、カンファレンスを実施するまでが大変。他の業務に追われ余裕がない。
- 2年前に比べ、短期入院が増え、在宅調整への取り組みなど、緩和ケア病棟自体の方針が変化してきている中、看護師が抱えるジレンマや医長が何を考えているか話し合う場となり、よかったとは思うが、開催すること、コーディネートすることなど、日常の業務とは別にしていることが必要だとは分かっていても非常に負担であった。特に医師と看護師の意見の対立が多いなかの開催であるので、精神的にも負担であった。
- カンファレンスでは、人の話をよく聞くこと。相手に対する否定的意見、批判をしない。意見を言うときも言い方を考える。これが大前提で『建設的に』カンファレンスを行う。『聴く』ということを意識する。

多職種アプローチを基本とし、スタッフ間の葛藤が生じやすく緊張感が漂うことが多い緩和ケア病棟では、日ごろの雰囲気や風土が共有カンファレンス実施に大きな影響を及ぼしていると思われる。スタッフ間のコミュニケーションのあり方が各施設共通の重要なテーマであることを再認識させるコメントと考えられる。

次に、コーディネーターによる総合コメントから、ポジティブな意見を記載する。

- 自分達のケアに自信がもてる項目もあったため、スタッフのモチベーション向上につながり、よかったと思っています。

・多職種の意見をまとめる中で現状や課題が明らかになった。部署の質の向上に向けて、このような機会は貴重だと思う。
・初めてこのような評価に取り組み、どのような結果が出てどのように活かすことができるのか、ということが実感となり理解できた段階である。そのため、病棟会議などを利用して、今回の結果を有効に使うための今後の計画を検討していきたい。
・2 年前に比べると、自施設評価が上がっており緩和ケアセンターでの取り組みの成果をスタッフが実感できる機会となった。
・スタッフの考えがわかり、また同じプログラムを何度もすることにより前回との違いがとても良いプログラムだと感じました。
・毎回同じ質問紙（質問内容）のため、回答が偏ってきています。（実施できている部分の評価が上がり、できていないところが下がってきた）また、自由記載が今回少なかったのも形式がマンネリ化しているためと思います。1年以内の新人の方にとって判定は難しいようでした。自らのふりかえりには良い機会になっていると思います。

以上、各施設コーディネーターによるネガティブ・ポジティブ両面の総合コメントより、自施設評価共有プログラムが、緩和ケア病棟のケアの質向上に役立つ可能性があることが示されている一方、その実施にあたり様々な負担を各施設に生じていることや見直しが必要な面があることが明らかとなった。緩和ケア病棟に求められる役割の変化なども踏まえ、より負担感が少なく、ケアの質改善に効率的に貢献できるプログラムへの改訂が求められている。

自施設評価共有プログラム実施の意義

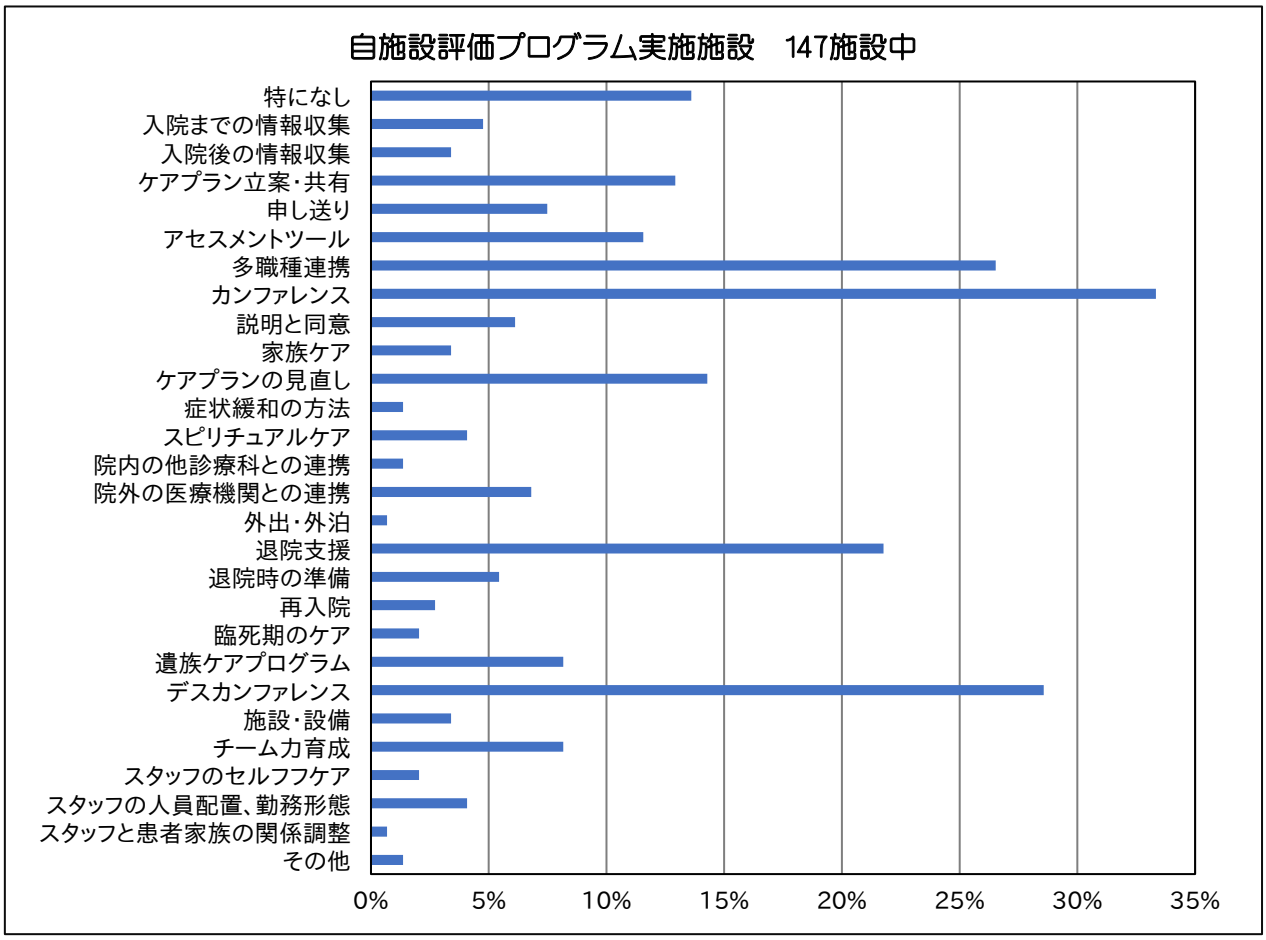
1. 自施設共有プログラム実施後の改善内容：アンケート調査結果より

2018 年秋に自施設評価共有プログラムを行ったあと、2019 年 1 月末に協会正会員の緩和ケア病棟 353 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 353 施設中 189 施設（回収率 53.5%）であり、このうちプログラムを実施した 217 施設では 147 施設（回収率 67.7%）から回答が得られた。

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回答した 147 施設中 127 施設（86%）であった。これは前回 2016 年のプログラム実施後アンケートの結果（124 施設中 103 施設＝82%）とほぼ同じ結果であった。

改善が行われた項目を下図に示す。

多くの施設で改善が行われた項目は「カンファレンス」「デスカンファレンス」「多職種連携」「退院支援」「ケアプラン立案・共有」「ケアプランの見直し」「アセスメントツール」などであった。



それぞれの改善項目についての各施設による具体的な記載内容は下記の通りである。（内容が重複するものについては省略している）

■ **カンファレンス**

・カンファレンスでの情報交換を毎日行うようにした。

・多職種カンファレンスの内容や参加職種を見なおした。

・カンファレンスで多職種でケアの目標を決めるように意識した。

・ＭＳＷにも定期的にカンファレンスに参加して頂くようになった。
・テーマカンファレンスを行う際は多職種に事前に情報提供しておく。
・意見交換がしやすいよう、カンファレンスのルールをつくったり、個別に話したりした。
・カンファレンスのすすめ方（ナースコール対応担当を決める。記録は結果をまとめてわかりやすく書く）
・多職種でのカンファレンスを定期的に行うため、実施日時を前もって決めて実施している。
・カンファレンスでは共通目標を書くこととして、評価を行うこととした
・朝 9 時 15 分～9 時 25 分まで医師、看護師、リハ、薬剤師、栄養士、MSW を含めてトピックス患者のカンファレンスを行い、早めの情報共有や対応策を検討する。
・月～金まで毎日カンファレンスを開催することにした。
・カンファレンスの調整：週 1 回部長回診に同行し、回診後のカンファで方針を共有。
・カンファレンスに参加できないスタッフ等の意見を事前に抽出することで、カンファレンスを短時間で意義のあるものにできるようになった。
・STAS-J カンファレンスを入院翌日にするようにする
・コメディカルがカンファレンス等に参加しやすいように積極的にコミュニケーションを図る
・カンファレンスの開催時間を固定せずに担当看護師、医師、師長、副主任、退院支援看護師が参加できるときに開催することにした。
・通院中の患者の入院受け入れが円滑になるように、週 1 回の「外来カンファレンス」に病棟スタッフも参加するようにした。
・週 1 回のカンファレンスにおいて医師・看護師以外の職種からも意見が出る様に司会の方法をみなおした

■ **デスカンファレンス**

・行えていなかったデスカンファレンスを再開した
・不定期に開催していたデスカンファレンスを週 1 回開催することにした
・デスカンファレンスを月 2 回の定例開催にした
・デスカンファレンスを毎月 3 名行うようにした
・デスカンファレンスの手順書を作成し、進行手順を明確にした
・デスカンファレンスの目的や方法などの見直しを行った
・デスカンファレンスが有効な振り返りとなるよう、テーマを決め、発表準備やディスカッション形式を変更するなどの改善を行った
・デスカンファレンスシートを作成した
・担当看護師が参加できるタイミングで実施するようにした
・多職種でデスカンファレンスを開催するため、開催時間の見直しをした
・デスカンファレンスに臨床心理士に参加してもらうようにした
・全症例について多職種でのデスカンファレンスを開催することにした
・デスカンファレンスに参加できないスタッフにも資料を配布し、意見を記入してもらってカンファレンスを行うようにした
・スタッフ自身が困っていた点も語ってもらうようにした

■ **多職種連携**

・ケアプラン共有のための多職種カンファレンスを毎日実施
・カンファレンスで多職種でケアの目標を決めるよう意識した
・包括的アセスメントシートを作成し、それに基づき多職種カンファレンスで情報共有とケアプランの立案を行うようになった
・電子カルテ上にアセスメントシートを作成し、多職種で情報共有するとともに各職種のアプロ

ーチをシートに記入することにした
・新たに加わる看護スタッフに多職種連携の必要性を説明し、チームとして動くことを教育した
・遺族ケアの手紙を送る際、関わっていた多職種にも声をかけるようになった

■ **退院支援**

・退院時期を逃すことがない様にカンファの議題に挙げる様になった。
・退院支援にあたり、緩和ケア病棟スタッフも在宅療養に必要なことの知識獲得に努めた。
・入院時のカンファレンスを 3 日以内に開催することで退院支援につなげていくことにした。
・退院支援をすすめることのジレンマをカンファレンスで共有し、職員のジレンマ解消につとめている。
・退院調整基準を作成した
・退院支援フローチャート作成
・退院調整のチェックリストの見直し
・退院調整スクリーニングシートの活用の見直し
・在院日数の短縮など退院支援への介入をタイムリーに行えるよう、退院調整カンファレンスを実施した。
・退院支援カンファレンスの恒例化（毎週木曜日には必ず実施する）
・退院支援においては早期に介入が必要な時はその都度地域連携が介入し支援。
・退棟カンファレンス、退院支援については医師と看護師の思いや方向性とのずれが見えたため、改善に向けて取り組んでいる
・近隣に緩和ケアが 4 施設あり、退院支援についての情報共有や意見交換を行う機会を増やした。
・地域の医療機関や福祉施設と連携し、退院調整を実施
・退院後の患者の様子は連携室を通じて情報を得たり緩和ケア学習会の中での地域意見交換会で情報を得ている。

■ **ケアプランの見直し**

・カンファレンスで決定したケアプランは、約 1 週間後に見直し評価修正している
・病棟内の記録委員がケアプランの見直しをする日を決め、カンファレンスルームの白板に日程を記載し、「見える化」するようにした
・ケアプランの見直しはプライマリーナースだけでなく、カンファレンスでアソシエートナースの意見も反映させ行っている

■ **アセスメントツール**

・アセスメントツールの見直し
・アセスメントツールの使用のタイミングの見直し
・アセスメントツールを活用し、評価方法を統一
・持続的にオピオイドや向精神薬の注射をポンプ投与する患者さんのアセスメントツールを作成した。

このように、多くの施設で具体的な内容の改善がなされていることがわかった。これらの改善策は、他の会員施設にとっても質改善に向けた取り組みを行う上での参考資料となるものと考える。会員施設の運営管理者の方々は、上記の改善内容について、それぞれの施設で他のスタッフと共有するなど、今後のケアの質改善活動に生かしていただきたい。

2. 自施設評価共有プログラムの成果

今回の自施設評価共有プログラムについて、プログラムを実施した会員施設がどのように評価しているかを事後アンケートの回答内容から記してみる。

- 自施設の弱みがわかる。
- 自施設を客観的に評価できるツールとして有用でした。
- 改めて自施設の取り組みを評価する機会となるため、とても有意義なものとなった。
- 多職種の意見をまとめる中で現状や課題が明らかになった。部署の質の向上に向けて、このような機会は貴重だと思う。
- 振り返りをする事で、必要なことが明確となり、取り組む課題について全体で考える機会となるため良かったと思います。
- 2 年毎のケアの質の評価が、5 年毎の病院機能評価につながり、質向上への取りくみが計画的に行えます。多職種でとりくめる良い機会です。
- 評価が難しいと感じました。カンファレンス（アンケート実施後）ができた事は、各自の想いを伝えることができ、実りあるものだったと感じました。
- もう少し時間に余裕があれば良いです。
- このような取り組みは継続することが必要。時々自分達のケアを見直す良いきっかけになり、質の向上につながると思う。
- 自施設評価のプログラムを実施することで現在の病棟の課題が明確となる。見直しや改善につなげるためのツールとして活用していけたらよいと思う。
- 共有プログラムを実施することにより、多職種で現在のケア内容を見直す機会になった。又、お互いのケアや支援に対し承認する場となり、良かったと感じる。今後も継続して行っていきたい。
- プログラムを取りまとめる者にとっては準備など大変であるが、自施設について強み、弱み、課題など全体で共有することができ、運営上足なみをそろえることができるため、今後も継続していきたいです。

このように、自施設評価共有プログラムについてはその準備やカンファレンスの開催などについて様々な困難がありながらも、プログラムを継続的に実施することの有用性については多くの施設が評価していることがわかる。一方で、これまで同じ評価項目を使用してプログラムを実施してきたことで、複数回実施してきた施設においては改善できる項目はすでに取り組みがなされており、取り組みが難しい項目については新たな意見や改善プランが出にくく、全体として以前と同じような評価結果となることが生じていると考えられる。今後、質のマネジメント委員会では、評価項目の見直しを行う予定である。

おわりに

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しあうことによって、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ことを支援する。

３）各施設で行われた自施設評価に関する評価結果の概要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。

自施設評価共有プログラム実施結果に見るように、このプログラムを実施した施設では、まずスタッフによる率直な評価がなされ、それをまとめたシートをもとに多職種によるカンファレンスが開催されて、自施設の弱みと強みについて忌憚のない意見交換が行われたことがわかる。そして、プログラム実施後に、８割を超える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になった。ただ、このプログラムの目的は目に見える改善計画を作成することだけでなく、上記２）にあるように「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」ことにも大きな目的がある。チーム内での率直なコミュニケーションは、必ずチームと患者家族との間のコミュニケーションにも良い影響を及ぼすと考えられる。そうしたコミュニケーション文化を作ること、そしてその文化を維持することは容易ではないが、このプログラムを定期的に実施することがそれに貢献できることを願う。

自施設評価票

【回答方法】

◆この評価は自分自身を評価するのではなく、勤務する病棟全体についての評価を各々が行うものです。

◆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か所だけ〇を付けて下さい。

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 うまくいってない。大きな課題がある。

NA （Not Applicable） 判断できない。
※あなた個人がその項目に関わっていない場合でも、できるだけ NA を選ばず、あなたから見た自施設の現状を評価してください。

◆ 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合いをしている	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。

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　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

緩和ケア病棟
自施設評価共有プログラム
結果報告書【2018 年度】

発行日：2019年 7月13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