緩和ケア病棟
自施設評価共有プログラム
結果報告書

[2021年度]

2022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。緩和ケア病棟では、進行した病によって自宅など本来の生活場所での療養が困難となった患者とその家族を対象とし、専門的職種とボランティアが協働してケアを提供する。しかし、緩和ケア病棟における多職種チームの協働作業はさほど容易なものではない。各職種の専門的視点は、お互いの理解の妨げや対立の原因ともなるし、同じ職種内であっても、ベテランと若手では発言力が異なるために話し合いが進みにくい。改善されるべき病棟の習慣や運営のあり方は、若手スタッフやボランティアが最初に気づくことも多いが、病棟管理者との柔軟な関係性がなければ改善につながる話し合いが実を結ぶことは稀である。

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スタッフとボランティア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。異なる視点をもつそれぞれのメンバーが最初に自施設のケアプロセスに関する評価を書面で行い、それをもとにして共有カンファレンスを開催する。病棟のあり方について同じ意見を持つ者がいること、自分がこれまで気づかなかったことに悩む同僚がいること、などを示す資料を予め手元に準備することで、職種や立場の壁を超えて、普段なら心地よくはない議論をあえて行うことができる仕組みを用意している。

このプログラムは、2013 年、2016 年、2018 年に続き 2020 年に行う予定であったが、2019 年末より発生した新型コロナウイルス感染症のパンデミックの影響により実施を延期した。少なくない数の緩和ケア病棟がコロナ対策のために一時閉鎖を求められたこと、多職種・多人数による共有カンファレンス開催による感染リスクが危惧されたこと、家族の面会制限や患者の外出外泊制限など緩和ケア病棟のあり方を根本から揺るがすような変化があったこと、が実施延期の理由であった。その後、感染対策に関する知見が集積しワクチン接種も広く行われるなど、病院内での感染対策が進化することによって、ほとんどの施設で多職種カンファレンスの開催が可能となった。こうした状況の変化に基づき、1 年の延期を経て、2021 年 9 月～11 月に第 4 回目の自施設評価共有プログラムを実施した。

しかし、地域や病院本体の状況により、病棟閉鎖や厳しい面会制限を継続せざるを得ない施設は数多く存在している。こうした混乱の影響により今回のプログラムへの参加施設は前回より約 2 割減少した。ただ、こうした厳しい状況の中であるからこそ、各施設で話し合われた結果は貴重な資料であり、コロナ禍で苦悩する多くの施設にとって示唆に富む内容を含むものと考える。

この報告書は今回のプログラムの実施結果を全ての会員施設で共有していただくために作成した。病棟管理者だけでなく、緩和ケア病棟に関係するメンバーでその内容を共有し、各施設でのケアの質改善に取り組むための参考としていただきたい。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

目 次

はじめに..... 3

自施設評価共有プログラムの概要..... 5

1. 目的..... 5

2. 対象と方法 5

3. 自施設評価の構造と評価判定 6

自施設評価共有プログラム実施結果..... 7

1. 実施結果返送施設..... 7

2. 自施設評価票回答者の内訳..... 7

3. 自施設評価全体における評価結果..... 8

4. 自己評価の自由記載からみた現在の緩和ケア病棟における課題.....13

5. 評価結果からみた新型コロナウイルス感染症拡大が緩和ケア病棟に与えた影響 14

6. 総合コメントにみられる自施設評価共有プログラムの効果.....15

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と課題.....19

おわりに..... 21

＜資料＞自施設評価票 Ver.3.0

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

2021 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 379 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 ヶ月後にアンケートを行う。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

・2021 年 9 月～2021 年 10 月:各施設で自施設評価とカンファレンスを実施
・2021 年 11 月 5 日までに協会に結果を返送
・2022 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

今回改定を行った自施設評価票では、Part1はケアプロセスに関する 6 つのテーマのもとに 41 項目の設問を、Part2 は病棟理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応について 2 つのテーマのもとに 6 項目の設問を設け、全体で 47 項目の設問を設定した。

Part2 の設問は、近年の診療報酬改定により入院期間が長期になるほど一律に保険点数が下がるよう設定されていることを背景とし、病棟理念とニーズに応じた病床運用の適切性についての評価を求めるために、今回新たに設けた項目である。

Part1:ケアプロセスの実際に関する評価

1.　ケアに関する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:緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応の評価:新設

A)　緩和ケア病棟の入退棟基準
B)　地域と患者個別のニーズに基づいた病床運営

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 379 施設のうち 164 施設(実施率 43.3%)から実施結果が報告された。ちなみに前回(2018 年度)は、353 施設のうち 217 施設(61.4%)が実施している。今回は 18 ポイント以上の大幅な減少となった。その大きな要因はコロナ禍の影響によるものと考えられる。(後述)

2. 自施設評価票回答者の内訳

回答者の総数は 4,777 人で、職種別にみると医師 423 人(8.9 %)、看護師 3,145人(65.8 %)、PT 191 人(4.0%)、薬剤師 172 人(3.6%)、MSW 180 人(3.8%)、その他 666 人であった(図 1)。年齢は 40 代 1,582 人(33.1%) と 30 代 1,231 人(25.8%)が多く、合わせて 58.9 %を占めていた(図 2)。また、看護師が多いためか女性が 84.3 %となっていた(図 3)。

図 1：職種別内訳

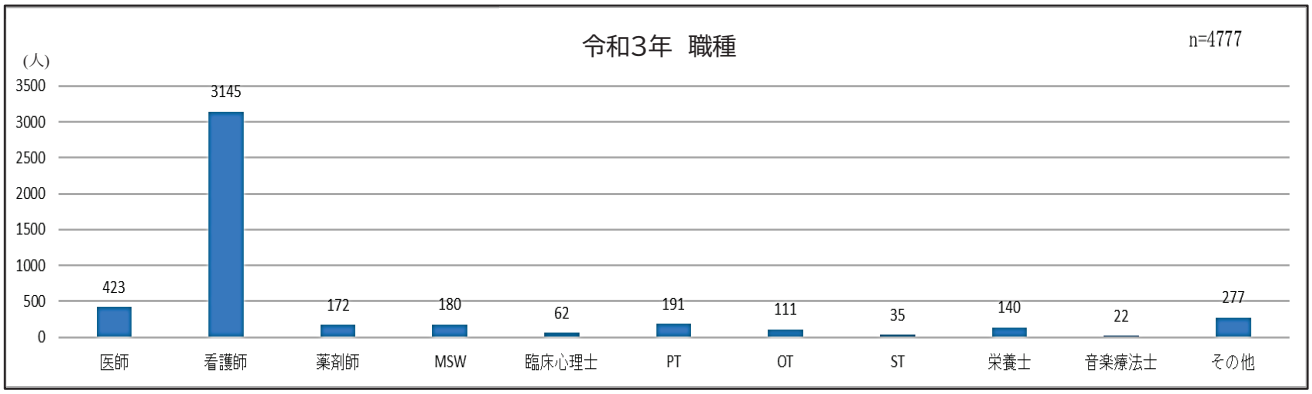


図 2：年齢別内訳

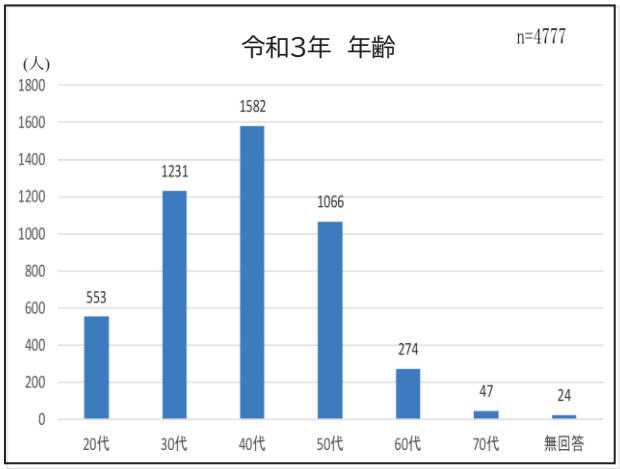
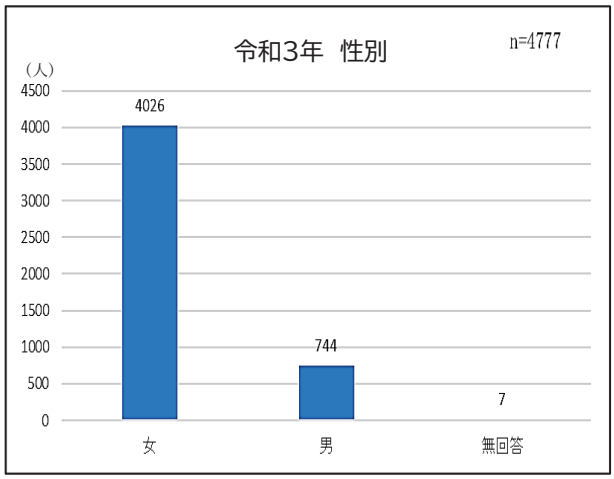


図 3：性別内訳



対象者全体の臨床経験年数は 17.6 (SD 10.0)年、緩和ケア経験年数は 5.2(SD 4.8)年であった(表 1･2)。

表 1：臨床経験年数

平均値	17.6
標準偏差(SD)	10.0
中央値	17
最頻値	20
最小	0
最大	94

表 2：緩和ケア経験年数

平均値	5.2
標準偏差(SD)	4.8
中央値	4
最頻値	1
最小	0
最大	40

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

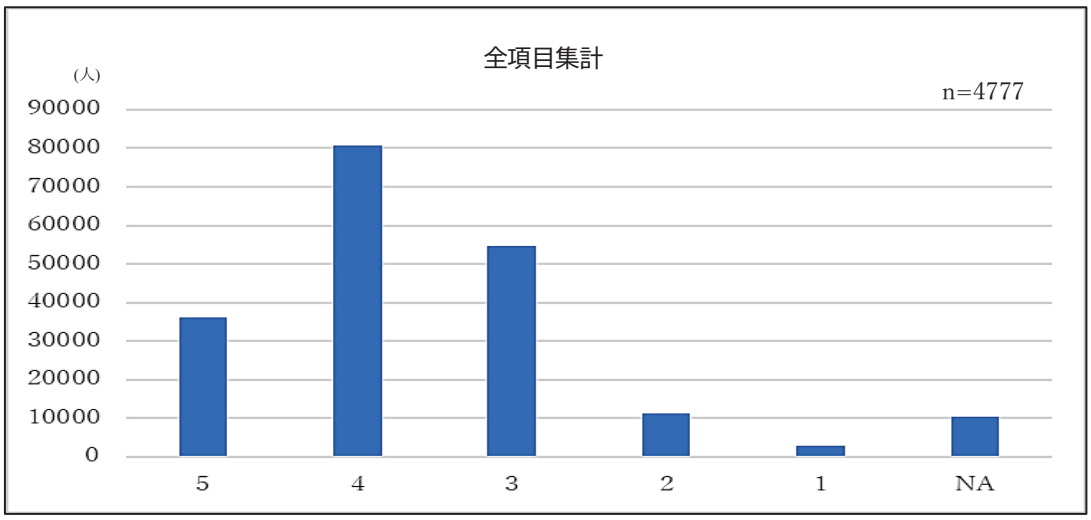
ケアプロセスの実際に関する評価は、表 3 に示すような大・中項目から構成され、小項目は全部で 41 となっている。この全 41 項目の回答を一括集計した結果から全体の傾向をみると、全回答のべ 195,857 人のうち「5 評価(たいへんうまくいっている。何も問題がない。)」の回答数は 36,044 (18.4%)、「4 評価」の回答数は 80,584 人 (41.1%)と、全体の半数以上が優れたケアを提供していると評価していた。また「3 評価(ふつうである。)」の回答数 54,620 人 (27.9%)と合わせると、 87.4%の回答者が標準以上の質のケアを提供していると評価していた。一方、「1 評価(うまくいってない。大きな課題がある。)」の回答数 2,845 人 (1.5%)に「2 評価」の回答数 11,270 人 (5.4%)を合わせると、約 6.9%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 7%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「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」、「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」、「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、退院後の生活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

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 4.1)
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)
5.1-⑤：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)

最も低値を示した項目は、「外出・外泊などのニーズに対応している」であった。次に低値を示した項目は、「患者のスピリチュアルなニーズを把握している」、「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」であった(表 5)。中でも、「外出・外泊のニーズに対応している」は、前回の調査時に最も高値(平均 4.1)を示した項目の一つである。今回の調査はコロナ禍で実施されたため、その影響が色濃く反映された項目であると考えられる。患者の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。

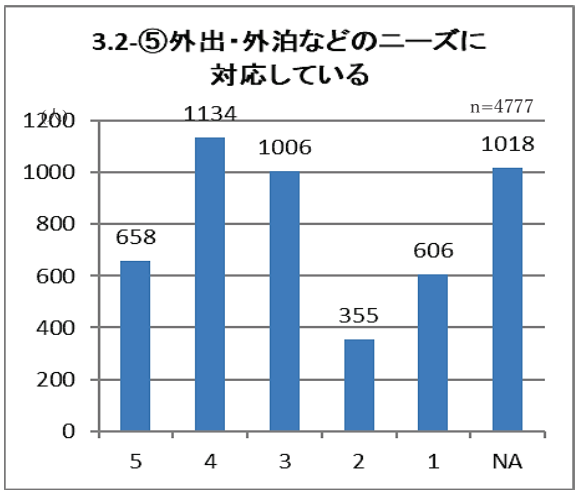
表 5：各項目の評価を平均値でみた場合に低値を示した項目

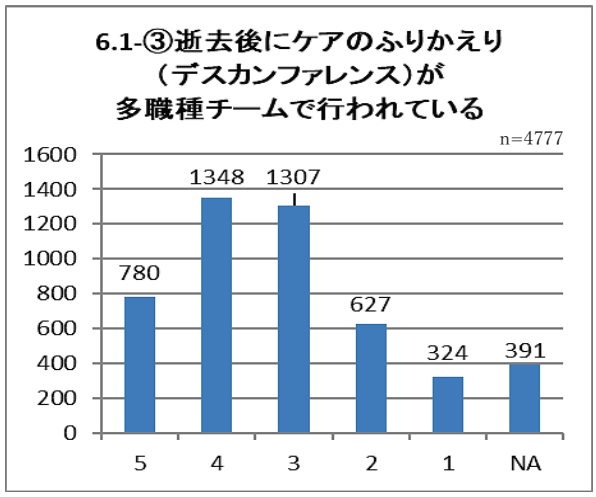
3.2-⑤：外出・外泊などのニーズに対応している(平均 3.2)
1.1-④：患者のスピリチュアルなニーズを把握している(平均 3.4)
3.2-④：院内の他診療科・他病棟や院外の医療施設と連携しながらケアが提供されている(平均 3.4)

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

課題があると示された項目は、「外出・外泊などのニーズに対応している」、「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」、「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」であった(図 5)。

図 5：「1 評価」が多い項目





「外出・外泊などのニーズに対応している」については、平均点が最も低い項目でもあり、評価できないあるいは評価が低い項目となっている。

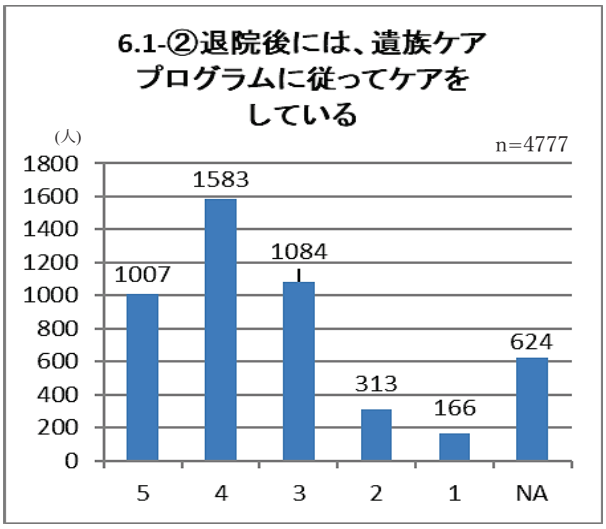
また、「逝去後にケアのふりかえり(デスカンファレンス)が多職種チームで行われている」は、前回の結果においても同様であった。

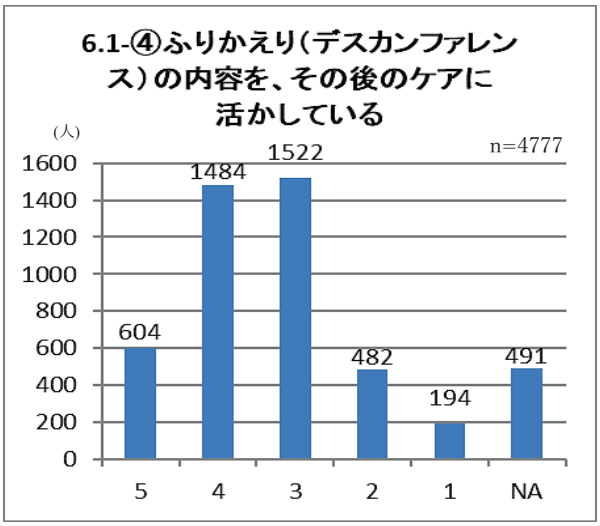
今後、「1 評価」が多い項目について、なぜこのような回答にしたのか・改善策は何かを、面接による聞き取り調査や自由記載によるコメントから把握していく必要がある。

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、「外出・外泊などのニーズに対応している」(図 5)、「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」、「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」であった(図 6)。

図 6:「NA」が多い項目





最も多く「NA」だと答えている項目の外出・外泊などのニーズについては、前述のとおりコロナ禍の影響が反映されていると考えられる。また、遺族ケアプログラムに関しては、前回も同様の結果が示された項目であるが、遺族ケアプログラムがない場合に加え、コロナ禍などの状況からケアプログラムが周知されていない、ケアプログラムの実施まで至れない可能性も考えられるが、今回の結果からだけで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。

2) Part2:緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応の評価

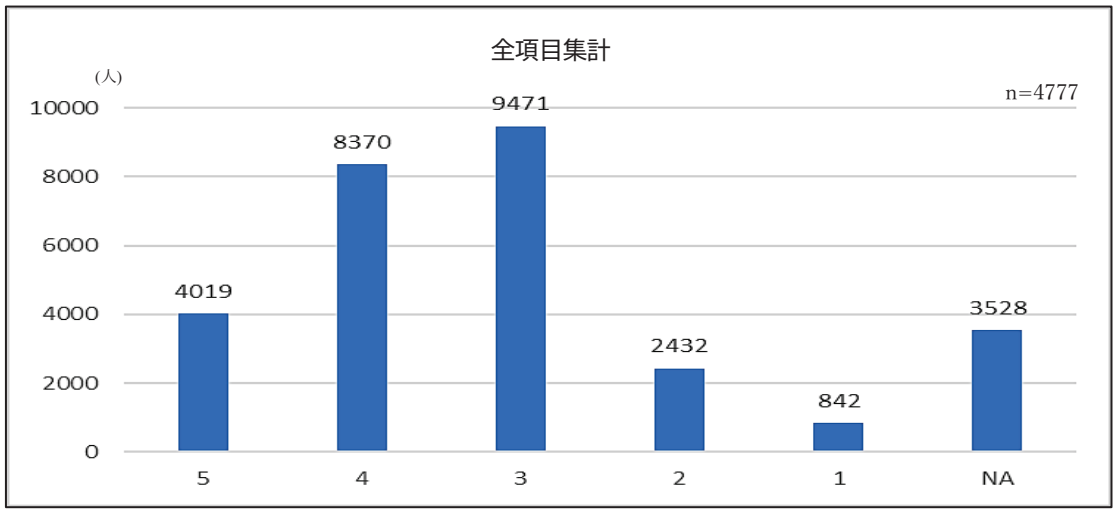
(1) 全体評価

緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応の評価は、表 6 に示すような大項目から構成され、全部で 6 となっている。この全 6 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 28,662 人のうち「3 評価」の回答数 9,471 人 (33.0%)が最も多く、「5 評価」の回答数 4,019 人 (14.0%)と「4 評価」の回答数 8,370 人 (29.2%)を合わせると約 75%の回答者が緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応は良いと評価している(図 7)。

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 緩和ケア病棟の入退棟基準
B 地域と患者個別のニーズに基づいた病床運営

図 7：緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応の評価



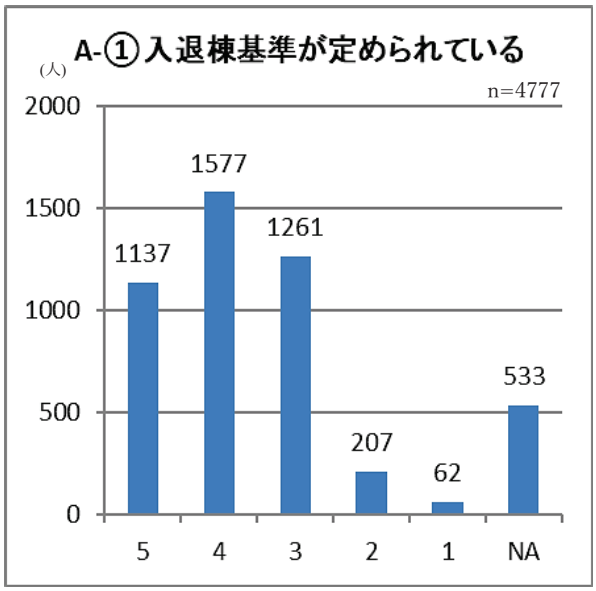
各項目の殆どの評価の平均値は 3.0～3.8 と、「ふつう」以上であるという評価がなされていた。一方、「1 評価」の回答数 842 人 (2.9%)に「2 評価」の回答数 2,432 人 (8.4%)を合わせると約 11.3%が緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応に課題があると回答していることが示された。

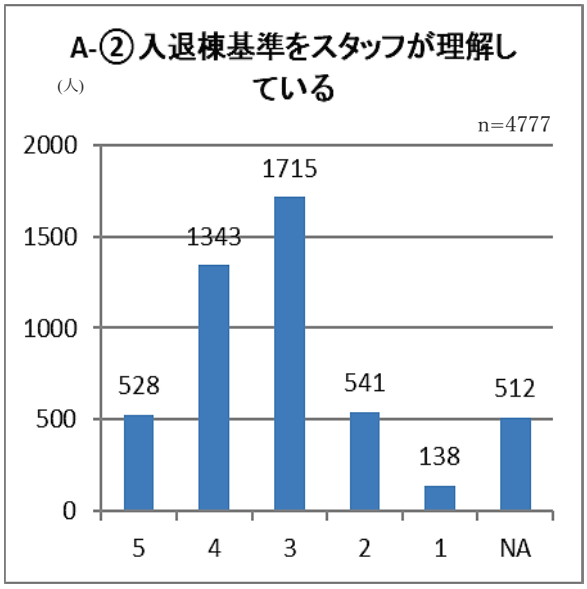
(2) 項目別評価

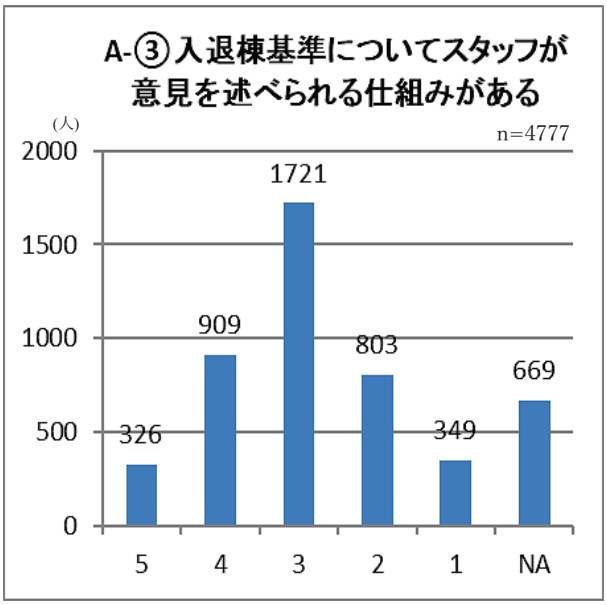
① 緩和ケア病棟の入退棟基準

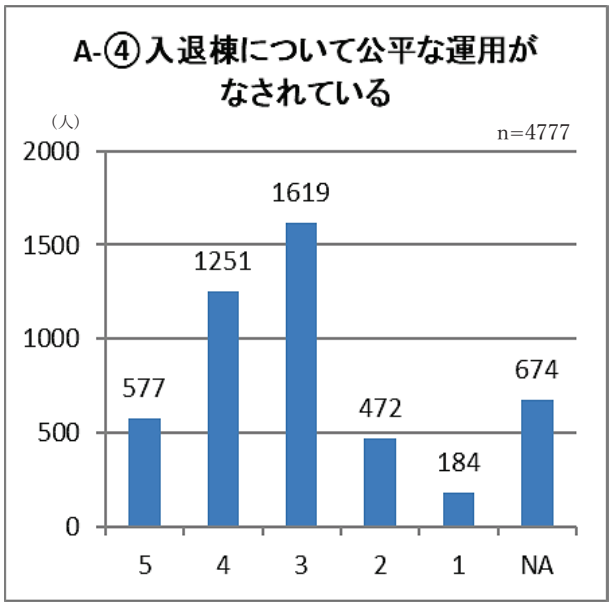
「緩和ケア病棟の入退棟基準が定められている」については、「4 評価」が最も多く、全体の 83%が「3 評価」以上の回答をしていた。「入退棟基準をスタッフが理解している」、「入退棟について公平な運用がなされている」についての質問項目においては、「3 評価」が最も多く、「4 評価」、「「5 評価」が続いており、概ね高い評価が示された。「入退棟基準についてスタッフが意見を述べられる仕組みがある」については、普通以上の評価も含まれるものの、「2 評価」および「1 評価」が約 25%を占めており、他項目と比較すると課題が多い項目である可能性が示唆された(図 8)。今後は定められた基準についての理解を促す機会や、運用見直しの仕組みを整えることなどの工夫が課題として考えられる。

図 8：緩和ケア病棟の入退棟基準





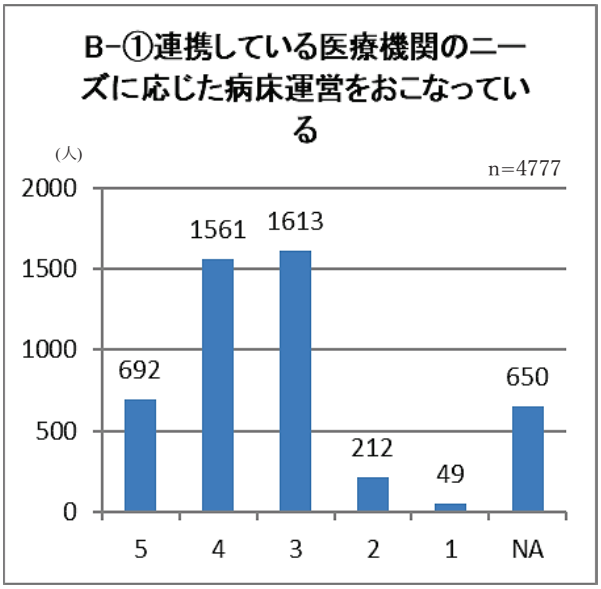


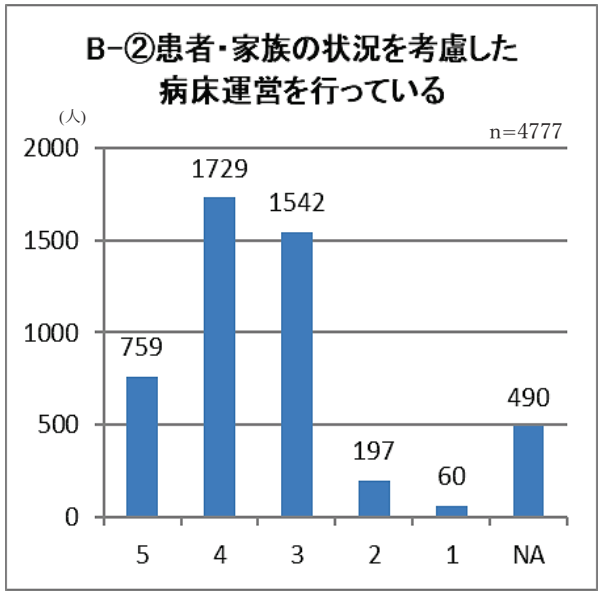


②地域と患者個別のニーズに基づいた病床運営

地域と患者個別のニーズに基づいた病床運営については、「連携している医療機関のニーズに応じた病床運営をおこなっている」、「患者・家族の状況を考慮した病床運営を行っている」の 2 項目を設定した。「連携している医療機関のニーズに応じた病床運営をおこなっている」については、「3 評価」と「4 評価」が同程度の回答数を示している一方で、NA が全質問項目の中でも 2 番目に多い結果となった。「患者・家族の状況を考慮した病床運営を行っている」についても比較的 NA が多く、コロナ禍で地域連携や実施ができていないために回答が難しい等の要因が推察できる結果となった。しかし高評価も同時に示されているため、詳細については自由記述などのコメントを参照しながら、現状達成できていることや今後の課題を把握する必要があると考えられる(図 9)。

図 9：地域と患者個別のニーズに基づいた病床運営





4. 自己評価の自由記載からみた現在の緩和ケア病棟における課題

自施設評価共有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。

ここでは、評価が低かった項目に関するものを中心に自由記載の内容について整理し、現在の緩和ケア病棟における課題についてまとめてみる。

1）「外出・外泊などのニーズに対応している」の評価

新型コロナウイルス感染症拡大の影響により、多くの緩和ケア病棟において、外泊・外出が原則中止となっている。この項目は、1 評価が 13%となり、すべての設問の中で最も平均点が低い（平均 3.2）項目となった。さらに、NA 評価（判断できない）が最も多く（21%）なったことが特徴的である。自由記載では、外出・外泊はコロナ禍のため対応できない、との自由記載が多数みられ、本来は外出・外泊に対応しているが、現在は異常事態であり評価の対象外である、と判断されたものと考えられる。病状が厳しいなかでも患者の希望に沿って外泊・外出の支援を行っていくことは緩和ケア病棟の特徴的なケアである。１評価ではなくＮＡ評価（判断できない）が多くなったところに各スタッフの思いが現れていると考える。

2）「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」の評価

院外の医療施設との連携についても、評価が低値を示した要因として新型コロナウイルス感染症の影響が考えられた。コロナ禍で連携施設と密接な連携が取れていない現状が残念、退院前カンファレンスの開催が非常に困難になっている、といった記載が認められた。他の医療施設のスタッフと直接会う機会が減少し、きめ細かでタイムリーな連携が難しくなっている。今後は、会議システムや SNS などオンラインでの院外医療施設との情報交換、連携活動の工夫も重要になると考えられる。

3）「患者のスピリチュアルなニーズを把握している」の評価

以前よりスピリチュアルなニーズの把握の項目は評価が低めであり、今回も低値を示す項目となった。面会制限の影響もあり、かなり状態が悪化してから自宅より入院することが増えたため、患者のスピリチュアルなニーズや家族のニーズを把握するまでには至らず、評価が低くなった、という記載が認められた。今後、患者・家族のスピリチュアルなニーズを早めに把握し、スタッフ間で問題を共有し対応を検討していく必要がある、との記載も認められた。

4）「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」の評価

デスカンファレンスに関する項目は、以前より低評価が続いている。今回の自由記載では、評価が低くなった理由として、多職種の時間の確保、対象患者の選択、実際の進行方法、反省や前向きな意見などの発言の促進、意見のまとめや今後のケアへのフィードバックの方法などが難しい、とする記載が認められた。

5）「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」の評価

前回も NA（判断できない）を選択した回答者が多かった項目であり、今回 13%が NA を選択していた。NA を選択した理由として、遺族ケアの実施方法が確立していない、経験がない、遺族ケアプログラムを知らない、といった自由記載がみられた。また、新型コロナウイルス感染症の影響として、遺族を集めて行う遺族会を中止している、との記載も多くみられた。遺族ケアプログラムで遺族へ手紙の送付を行っている施設が多いが、最近患者との関わりが薄くなっておりグリーフケアの手紙を書いても内容が乏しくなり意味があるのかわからない、との回答もあった。また、遺族ケアは時間外労

働に繋がるために、遺族ケア自体を緩和ケア病棟のスタッフが行うことについて賛同が得られない場合がある、という記載もみられた。遺族ケアについては施設基準や診療報酬上の定めがなく、取り組みが消極的になっている傾向が感じられた。

6）緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応の評価

「入退院基準についてスタッフが意見を述べられる仕組みがある」については、2 評価と 1 評価で約 25%を占めており、比較的評価が低い項目であった。また、「連携している医療機関のニーズに応じた病床運営を行っている」と「患者・家族の状況に応じた病床運営を行っている」についてはＮＡ評価が多かった。入退院基準の設定や病床運営の方法が病院全体の運営計画に基づいて検討され、病棟スタッフの関与が少ないことが影響したと考えられる。自由記載の中では、病床運営と地域のニーズへの対応は医療連携室や管理職以外のスタッフが把握する必要はあまりないのではないか、病棟スタッフがどこまで理解しているかはよくわからない、という記載が認められた。しかし、入退院基準や病床の運営方法については、現場でのニーズと課題を反映していくことが望ましく、NA ではなく 2 評価と 1 評価が多かったところに病棟スタッフの前向きな認識が表現されていると考える。

7）そのほかの項目についての自由記載

そのほかの項目についての自由記載について、緩和ケア病棟での課題について記載されたものを以下に抜粋する。

・面会制限の影響から、できるだけ自宅で療養することを願う患者や家族が増えているために、緩和ケア病棟での入院期間が短く、病状の急速な変化の中でのニーズの把握とチーム内での共有が遅れ、対応が間に合わないことが多いという記載が目立った。今後、多職種でのカンファレンスをよりタイムリーに行っていく必要性を感じているという記載も認められた。
・鎮静に関する医師と看護師との考え方の調整が必要であると感じるという意見が認められた。鎮静に関しては、日本緩和医療学会の「がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的考え方の手引き 2018 年度版」に書かれているように、鎮静の具体的な施行方法の検討の前に、苦痛が治療抵抗性で、かつ耐えられないものであるという多職種での評価が必要である。患者・家族の苦痛に対する意味付けや価値観、患者の苦痛に対する病棟スタッフのとらえ方や考え方を広く評価するため、チェックリストの活用や多職種でのミニカンファレンスの開催などが考えられる。
・ケアがより業務別、機能別になり、外来、入院相談、社会資源の活用、地域連携、退院調整などの役割がより専門化しているために、全体を調整・把握することが難しくなっているという記載が認められた。コロナ禍の影響で大人数のカンファレンスを開催することが難しくなった施設も多く、病棟スタッフの意向をきめ細かに退院調整や地域連携、外来部門の部署に伝えるために、十分な連絡体制を構築することが必要になっているとの記載もみられた。
・新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり、病棟スタッフで集まることが減り、「どんな緩和ケア病棟にしていきたいのか」を話し合う機会がないと感じるという記載があった。今回の自施設評価共有プログラムでのカンファレンスがその役割を果たすことができればと願うところである。

5. 評価結果からみた新型コロナウイルス感染症拡大が緩和ケア病棟に与えた影響

評価結果からみた新型コロナウイルス感染症拡大が緩和ケア病棟に与えた影響をまとめると、以下のようになる。

・多くの施設で面会制限が行われた。
・面会制限により、家族が病棟を訪問する機会や滞在時間が少なくなり、病棟スタッフが家族ケアを提供する時間が短くなった。

・タブレットなどを使用したオンラインでの家族面会の支援が行われた。
・入院患者の外出や外泊の機会が制限された。
・多職種カンファレンスの実施が難しくなった。特に、地域の医療介護関係者が病院に集まって行う退院前カンファレンスの実施が難しくなった。
・これまで行われていた遺族会や追悼会などの遺族が集まってのケアプログラムを実施することが難しくなった。
・ボランティア活動が中止され、季節を感じることができるイベントの開催や社会とのつながりを感じることのできる機会を作ることが難しくなった。

以上のように、新型コロナウイルス感染症拡大によって、これまで緩和ケア病棟が大切にしてきた専門的ケアが強く制限を受けている。こうした状況は 2 年以上の長期間に渡っており、この期間中に配属された新人スタッフは、現在の制限されたケアの状況を緩和ケア病棟での通常ケアとして認識してしまう可能性も危惧される。さらには、コロナ専用病棟へのサポートのために緩和ケア病棟の閉鎖や病床数の縮小が長期間続いている施設もあり、緩和ケア病棟が存在する意義を見失うような状況に陥っているスタッフもいるのではないかとも考えられる。

今後、オンラインなどの新しいシステムの活用や、感染状況やウイルスの感染力の変化に応じて流動的に対応できる新しいルール作りなど、感染対策による制限の中でもがん患者への本来のエンドオブライフケアを提供できる方法を検討する必要がある。

6. 総合コメントにみられる自施設評価共有プログラムの効果

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カンファレンスで他のメンバーの意見を引き出す、という形式を用意した。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。

報告された総合コメントの中から、ポジティブな意見を以下に挙げてみる。

［自施設評価の結果から分かったこと］

・退院支援についての項目で、前回（2018 年）の平均値よりも評価が上がっていることをスタッフで確認することできた。
・全体的には 4 ～ 5 の高評価となっているが、入退院に関してや地域連携についての評価が低かったことが分かった。
・入院前の相談から著しく変化しやすい状況の患者が多い中、ケアに関するニーズを把握し、タイムリーなケアの提供をし、評価が出来ていることが分かった。
・退院後、病棟スタッフが訪問看護師と同行できたことで退院後の支援は少しずつできていることが分かった。
・臨死期の評価が高いのは、看取りのパンフレットを用いて新人でも同じ説明ができる手段があることが一因であることが分かった。

［共有カンファレンスを行うことにより分かったこと］

・多職種とも工夫しながら連携を図ることはできているが、入院から退院までの期間が短い現状で、タイムリーな情報共有をするためには、多職種参加型のカンファレンスの開催も必要であると考えられた。
・毎朝病棟医と看護師が症状評価や緩和方法、療養に関する相談を行うカンファレンスが定着することにより、看護師の満足度は高くなる。入棟時に行う主治医や関連職種を交えたカンファレンスが定着することにより、コメディカルスタッフの満足度が高くなる。

・開設してから 3 回/週の多職種カンファレンスの定着は素晴らしいことが分かった。
・必要な時は個別的に相談ができ、多職種との連携は取れていることが分かった。
・現状の自分たちのケアを振り返り、できていること、改善が必要な事を確認することをし続ける姿勢が大切であるとともに、患者が何を求めているかを感じながらホスピスケアを行うことが大切であることが感じられた。
・アセスメントツールに関しては、現在使用しているものは継続し、症状・目標などカンファレンスで共通の認識で評価できているのか確認していくことにした。
・入院目的、ゴールがわかりやすくなると、スタッフの経験年数に限らず理解しやすくなることが分かった。
・ELNEC-J などに参加の機会をつくることが大切であることが分かった。

［自施設評価共有プログラム全体に対する感想］
・日頃感じている課題をスタッフ全員で共有でき、取り組みを検討できる機会となった。
・前回と比較し、患者層が変化していることもあり、カンファレンスの在り方を再検討する機会になった。
・今回の話し合いの中で、以前より問題とされていたことが多職種間で共有され改善に取り組む必要があると認識されたことは、今回の評価に参加した結果として有用であった。
・自己評価では高評価でも、話し合ってみると苦手な部分が明らかになった。
・定期的に運営会議は設けているものの、あらかじめ質問項目が用意されているため、全体的に振り返ることができた。
・自施設の現状がデータで示されたことにより、自施設の評価の高いことや改善をすることが提示された。それぞれの結果を報告し様々な意見を説明するカンファレンスの場が重要であると感じた。

このプログラムにより、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と考えられる。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られた。また、各施設において運営上の様々な違いはあるが、現状のシステムを維持するだけではなく、新しいスタッフによる斬新なアイディアを含めた、他の施設にはない新たな取り組みや計画を生み出す可能性が、自施設評価共有プログラムにはあることが考えられた。

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

2021 年秋に自施設評価共有プログラムを行ったあと、2022 年 2 月に協会正会員の緩和ケア病棟 384 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 384 施設中 125 施設（回収率　33%）であり、前回アンケート調査の回収率　53.5%に比べて大きく低下した。回収率悪化の要因としては、コロナ禍による影響以外に、前回までアンケート調査用紙を郵送しファクスによって回収していたアンケート方法を、メールでアンケートの依頼を行い Google フォームによって回答を得る方法に変更したことが影響したものと考えられる。

今回プログラムを実施した 164 施設においては、90 施設（回収率 54.9%）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、アンケートに回答した 90 施設中 73 施設（81%）であった。改善を行った施設の割合は、前回 2018 年のプログラム実施後アンケートの結果（改善率 86%）に近い結果であった。

改善内容（複数回答）

カンファレンス	34
多職種連携	28
デスカンファレンス	22
退院支援	10
入退院基準	10
家族ケア	9
ケアプラン立案・共有	8
アセスメントツール	8
チーム力育成	8

ケアプランの見直し	7
遺族ケアプログラム	7
面会	6
入院までの情報収集	5
申し送り	5
スピリチュアルケア	5
症状緩和の方法	4
臨死期のケア	4
説明と同意	3

退院時の準備	3
入院後の情報収集	2
院内の他診療科との連携	2
院外の医療施設との連携	2
施設・設備	2
スタッフのセルフケア	2
外出・外泊	1
再入院	1
スタッフの人員配置・勤務形態	0
スタッフと患者家族の関係調整	0

改善が行われた項目を表に示す。

多くの施設で改善が行われた項目は「カンファレンス」「多職種連携」「デスカンファレンス」「退院支援」「入退院基準」などであり、その他にも多様な改善が行われたことが報告されている。

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

- 看護師間のミニカンファレンスを毎日実施し、患者、家族ケアの充実を目指している。
- カンファレンスでは、患者家族との関わり方、薬剤調整、ケア方法等検討が必要な患者の情報共有が少しずつ充実して行われている。
- 多職種カンファレンスが充実し参加機会増加。入院時インフォームドコンセント時、患者さんへの関わりが詳しく記録されるようになった。
- 未実施の多職種カンファレンスであったが、医師を中心にした多職種カンファレンスを定期的に実施するようになった。
- 患者のカンファレンス開催頻度を増やし情報共有とケアの統一を図った。
- 多職種で統一した内容のワードパレットを使用し、同じ内容での情報収集ができるようになりそれをもとにカンファレンスを行うことができた。
- 退院支援に関するカンファレンスの情報共有方法を見直し多職種が理解しやすいようにカルテ記載などを工夫できるように修正した。
- 多職種とともにカンファレンスが開催できるように看護師が調整することをシステム化した。

・ 多職種カンファレンスで集まっても、退院調整に関する話し合いが多く、入院患者の問題点に対してそれぞれの職種が発言できる環境が作れていなかった。多職種カンファレンスの持ち方や内容について見直した。
・ 多職種が参加できるカンファレンスの在り方を考え実行できるための問題点と改善策を明確化し実行している。チーム力の育成のため各部署が発言できるような雰囲気を大切にすることを意識している。
・ 毎週の多職種合同回診を多職種合同カンファレンスへ変更。ニーズの高かったカンファレンス(デスカンファレンス含め)の時間を確実に持てるようになり、多職種の満足度が向上した。

■ 多職種連携

・ 外部の在宅支援診療所や訪問看護ステーションが介入している自宅退院患者の情報をMSWより提供してもらい、共有していく。
・ 医師とスタッフの良好なコミュニケーションを図るためカンファレンス以外でも毎日話し合う時間をとるようにした。
・ 栄養士がプログラム実施後積極的に病室訪問をするようになり、患者の意向をくみとりやすくなった。情報交換がより行いやすくなった。
・ 多職種への働きかけ、タイミングの見直し。
・ 緩和ケアスタッフ、MSW など多職種との連携をより意識し、カンファレンスの回数を増やしたり定期的な情報交換を行った。
・ 入院時カンファレンスに医師、看護師だけでなく、リハビリも参加。栄養課は参加できていないが、当日食事の聞きとりを実施。
・ 多職種カンファレンスにPTにも参加依頼したが、COVID-19の蔓延のため多人数のカンファできず
・ 見直しの途中であるが、薬剤課との連携体制について協議している。(専任がつくれないか)

■ デスカンファレンス

・ デスカンファレンスを重要視し、定期的に実施し始めました。
・ デスカンファレンスは、用紙に記入し、多職種で実施する機会をつくる。
・ デスカンファレンスへの多職種参加を可能にするための調整
・ デスカンファレンスがあいまいになっていたので、基準を作成しました。
・ デスカンファレンスの多職種との共有ツールの手順の作成
・ デスカンファレンス後の内容をスタッフ間でどのように共有していくか検討した。
・ デスカンファレンスの実施の有無は PN が判断していたが関わりで困迷した場合など個人の意見も含めて行うように取り組んでいます。
・ 検討した時点でデスカンファレンスはやらない事が多かったのですが、プログラムに則り、話し合いを多職種で行う事で今後事例の振り返りが必要である故、実施していく事となった。

■ 退院支援

・ 退院支援は病棟スタッフが積極的に意見が言えるように、取り組んでいる。
・ 速やかな退院調整をおこなうために、必要な情報を他職種と共有するツールを作成する。
・ 持続皮下注射を行う人の退院ができるように地域での担当医を調整することができた。

■ 入退院基準

・ 配属後、入退棟基準を伝える。
・ 入退院基準に関してカルテに記載し閲覧できるようにした。体験入院に向けプログラム作成中。
・ 当院で作成されている施設基準に退院基準がなかったため作成した。

・ 入退院基準についてスタッフへの完全な周知ができました。
・ 無料床を公平に活用するためのルールを見直す過程で入退棟判定基準の共有、変更を行った
・ 入退院基準はあるが、周知が不十分だった。今回の調査と、話し合いをきっかけとして入退院基準の見直しを行いマニュアル修正ができた。院内全体にも周知できた。

■ ケアプラン立案・共有

・ ケアプラン立案はカンファレンスで要因を話し合い、カンファレンス中に変更するようにした。
・ 個別性のあるケアプランと共有に関して改善したこと→看護過程の展開する際に看護計画を立案し、実施・評価・再立案の流れをカンファレンスを通して行うようにした。
・ 患者・家族のケアに対して、ケア統一が課題である。 改善したこと→ケア内容の情報共有をするためカルテ内の申し送り欄に記入し毎業務の際に、目を通すようにした。 看護師だけでなく、ケアワーカーも毎業務の際に確認するようにした。
・ 症状緩和の方法について、スタッフ間で症状のとらえ方が異なっていることに関して 対応策→現在利用しているツールと看護記録について、学び直した。
・ ケアプランは IC 後に症例カンファレンスを入れる事で、多職種の視点で見直し共有していく。
・ 記録に症状アセスメントを書くようにして、医師に伝わるようにしたことで、指示変更につながっていった。

■ 遺族ケアプログラム

・ コロナ禍であるが感染対策を徹底し、開催することができた。
・ デスカンファレンス時、遺族ケアについてだれがどのように行うかも話し合うようにした。
・ グリーフケアのためのハガキ送付、プライマリーナースが担当家族へ電話をする

■ 面会

・ 面会制限のルールを守らない家族にも説明、表示の工夫でルールを守ってくれる家族が増えた。
・ 直接面会の方法を検討、実施したが、コロナ感染再拡大で再び面会禁止になった。
・ スタッフで緩和ケアの考え方、捉え方を話し合い、面会制限下で実施できるケアを検討した。
・ 困難な事例に関しては、病棟と感染対策部門と臨床倫理コンサルテーションチームと連携して面会についての検討を行い 対応するようにした。

以上示したように、このプログラムをきっかけとして多くの施設においてケアの改善が行われていた。これらの改善策は、実際に緩和ケア病棟の現場で実施されたものであり、他の会員施設にとっても具体的な取り組みを行う上での参考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病棟スタッフや院内の多職種と共有するなど、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と課題

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。

【ポジティブな評価】

・ 自施設を評価する基準として活用することかができたので今後も活用していきたい
・ 2 年に 1 回、病院を評価するのに役立っています。課題を明確にして PDCA サイクルで回しています。
・ チーム内での課題について話し合う機会がなく、メンバーからも様々な意見をきくことできたので貴重な経験となった。改めて多職種チームで取り組んでいるという認識が強まったと感じる。

・ この取り組みを行うことで各スタッフが自己の関わり、部署全体の関わりを客観的にみる機会となり、課題を見出すことに繋がっています。
・ 自施設評価共有プログラムを実施したことで、病棟や関連部署との状況等を客観的に知ることができ、話し合い等を行うことで、改善や見直しができた。また、スタッフの育成にもつながる。施設だけでなく、協会からということもあり、より気持ちが強化されたと感じます。

【ネガティブな評価・協会への要望】

・ 多職種カンファレンスを行い、ケアの方向性など検討したが、このコロナ禍の状況で、活かすことが難しいと感じる日々です。
・ もう少し時間の余裕をもって実施計画の案内があるとよい
・ 来年度は活用してみたいです
・ これまでは参加していましたが、今回はコロナ対応や病棟の人員不足の状況など実施することができなかった。基本的には共有し、よりよい病棟運営に取り組みたいと考えている。
・ 大変有用かと思いますが、特にコロナ禍において、業務が増えており、これ以上、スタッフに負担を強いるわけにはいかなかったです。どうしても参加を促す方向でいくのであれば、病院機能評価機構などと協働で、このプログラムを義務化するなどしてはいかがでしょうか。ますます負担が増えるので矛盾していますが、それくらいの強制力が必要かもしれません。

自施設評価共有プログラムについて、その有用性を多くの施設が評価している一方、コロナ禍が病棟に与えた多大な影響によって、このプログラムの実施やその後の改善計画を立てる余裕がないことを多くの施設が報告していた。また、5年毎に求められる病院機能評価受審に加えてこのプログラムを行うことが、緩和ケア病棟管理者の業務上の負担となることも指摘されている。

質の改善活動は人手と時間を要するものである。しかし、コロナ禍のような特殊な事態が生じたとき、あるいは、診療報酬改定等によって病棟運営に大きな変化を必要としたときこそ、あらためて自施設が果たすべき役割を病棟メンバーで話し合い、より質の高いケアを行う方策を探ることが重要となる。質のマネジメント委員会としては、各施設で実施するうえでの負担ができるだけ小さなものとなり、得られる成果が大きなものとなるよう、プログラム内容の改定を行う予定である。

おわりに

今回の自施設評価共有プログラムへの参加施設は、コロナ禍が緩和ケア病棟に与えた影響によって前回 2018 年と比べて大幅に減少した。しかし、今回参加を見送った施設においても、その多くはこのプログラムの有用性を評価されており、次回以降はこのプログラムを活用して質の改善に取り組みたいと報告されていた。

このプログラムは、緩和ケア病棟の質の改善に関して下記の 3 つを目標としている。

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。

この報告書は、目的の３）に記されたように、プログラムの参加施設が行った評価結果とその後実施されたケアの改善内容を資料としてまとめたものである。今回プログラムに参加されなかった施設では、この報告書を参考として自施設のケアの見直しと改善に取り組まれることを期待したい。

また、上記２）に掲げた「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」ことは、緩和ケア病棟で質の高いケアを維持するうえで必須ともいえる。チーム内での率直なコミュニケーションは、コロナ禍や診療報酬改定などの新たな課題に対し、チームとして取り組むための基盤となる。各施設の病棟管理者の方々には、このプログラムの意図と方法を理解し様々な形で応用することで、緩和ケア病棟におけるよりよいコミュニケーション文化を育み維持することに努めていただくことを願う。

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：緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応の評価

◆ 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。
※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

◆ 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	
	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
	⑤ ケア計画の中で、目標や再評価の目安が明確にされ、定期的に見直されている	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　緩和ケア病棟の理念に沿った病床運営と地域のニーズへの対応の評価

評価項目	評　点					
A. 緩和ケア病棟の入退棟基準						
①　自施設（病院または緩和ケア病棟）の理念に沿った緩和ケア病棟の入退棟基準が定められている	5	4	3	2	1	NA
②　病棟の入退棟基準について、スタッフが理解している	5	4	3	2	1	NA
③　病棟の入退棟基準について、スタッフが意見を述べられる仕組みがある	5	4	3	2	1	NA
④　病棟の入退棟基準について公平な運用がなされている	5	4	3	2	1	NA
B. 地域と患者個別のニーズに基づいた病床運営						
①　地域の連携する医療機関のニーズに応じた病床運営を行っている	5	4	3	2	1	NA
②　個々の患者・家族の状況を考慮した病床運営を行っている	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	医療法人若葉会 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　看護部長
	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	目白大学看護学部看護学科　在宅看護学准教授
	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

緩和ケア病棟
自施設評価共有プログラム
結果報告書【2021 年度】

発行日：2022年 7月16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