緩和ケア病棟 自施設評価 結果報告書 【2013 年度】

2014年7月

特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会 評価委員会 / 緩和ケア機能評価部会

	評価委員会 委員						
委員長	志真 泰夫	筑波メディカルセンター病院 理事・在宅ケア事業長・副院長					
	小野 充一	早稲田大学人間科学部 教授					
	宮下 光令	東北大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学分野教授					
	本家 好文	広島県緩和ケア支援センター センター長					
	佐藤 一樹	東北大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学分野 助教					
	池永 昌之	淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院 副院長					
	柏谷 優子	東京医科大学病院 緩和医療部 看護師長					
	安保 博文	国家公務員共済組合連合会六甲病院 緩和ケア科部長					

	緩和ケア機能評価部会 メンバー					
部会長	小野 充一	(評価委員)				
	池永 昌之	(評価委員)				
	中谷 玲二	洞爺温泉病院 理事長				
	柏谷 優子	(評価委員)				
	安部 睦美	松江市立病院 緩和ケアセンター長				
	安保 博文	(評価委員)				
	前田 幸宏	日本大学医学部 社会医学系医療管理学分野				
	中原登世子	早稲田大学大学院人間科学研究科 博士後期課程				
	大園 康文	順天堂大学医療看護学部 助教				
	安部 猛	早稲田大学人間科学部健康福祉科学科 助教				

目 次

はじ	めに	 2
自施語	段評価の概要	 3
1.	目的	
2.	対象と方法	
3.	自施設評価の構造と評価判定	
自施記	投評価結果	 5
1.	回答者の内訳	
2.	自施設評価全体における評価結果の概観	 6
3.	自施設評価票回答における自由記載内容の分析	 1 2
自施記	設評価結果の総括	 1 7
おわり	סוב	 18
資	料	 1 9
1.	自施設評価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.	A 4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.	自施設評価に関する総合コメント	

はじめに

「日本ホスピス緩和ケア協会(以下、協会とする)」は、これまで 2006 年と 2008 年の 2 回、協会に加盟する緩和ケア病棟(以下、加盟施設と表記)に対するインターネットを活用した自己評価を行い、2006 年では 105 施設(加盟 143 施設中)、2008 年では 176 施設(加盟 190 施設中)が参加し、自施設におけるケアの質を把握し改善活動を行うための機会を提供した。

しかしながら、2011年1月から評価委員会の下部組織として発足した緩和ケア機能評価部会で、3回目の実施計画についての検討を行ったところ、自己評価に回答するのは施設の責任者であって、現場のスタッフがこのような自己評価について理解する機会が少ないことや、その評価結果を含めて、自らの病棟が行っているケアの質について共有し検討することもほとんどないことが多く、自己評価に回答することが現場のケアにおける質改善に結びつきにくいという課題が浮上した。このために、3回目の自己評価については、自施設における評価をおこなうことがケアの質改善につながることが理解され、現場で活用可能な評価の仕組みを工夫することとなった。

以上の課題をクリアすることを目標として構築された今回の評価の仕組みは、これまでの自己評価と異なった以下の特徴を有する。すなわち、①スタッフによる回答;これまでの自己評価は各施設の担当者が回答することがほとんどであったのに対して、今回の自施設評価では現場のケアを担当している各スタッフが回答することにした。②評価結果共有カンファレンス;施設スタッフの回答内容を、回答者が特定出来ないように回収集計し、協会に報告する前に、施設で評価結果を共有して検討するためのカンファレンスを開催することとし、その検討内容も評価結果とともに報告してもらう方法を採用した。

さらに、これらの変更の意図をより明確にするために、名称を自己評価から自施設評価と変更した。これは自己評価では、スタッフが自己の行っているケアについての評価を行うと受け取られやすいという点を検討した結果として、スタッフによる施設で行っているケア内容全般に対する評価を意味するとして、自施設評価という名称とした。

今回の自施設評価は、2013年11月から2014年1月にかけて協会加盟施設を対象に 実施し、114施設から回答を得た。その結果として多くの施設ではこのような自施設評 価を行うことがケアの質向上につながるという感想を持ち、自施設でも定期的に実施す る考えを持っているという結果が得られた。以下にその概要を報告する。

> 日本ホスピス緩和ケア協会 評価委員会 緩和ケア機能評価部会 部会長 小野 充一

自施設評価の概要

1. 目的

- 1)協会として各施設で行われているケアの自施設評価に関する評価結果の概要を把握して、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) 自施設評価を実施する各施設において、ケアの現状および課題についてスタッフで 共有し、分析・検討を行い改善に向けて取り組むための機会を提供する。
- 3) 今回の自施設評価結果と過去2回実施した自己評価結果と合わせて、より優れた緩和ケア評価における方法論の確立を図る。

2. 対象と方法

1) 対象

2013年10月30日時点で、日本ホスピス緩和ケア協会正会員に登録する緩和ケア病棟入院料届出受理施設263施設

2) 方法【資料参照】

- ① 協会から各施設に、自施設評価のための下記ファイルを電子メールで送付
 - ア) 自施設評価の全体像と実施手順(Word ファイル)
 - イ) 自施設評価に関する総合コメント (Word ファイル)
 - ウ) 自施設評価票 (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
 - オ)評価結果の共有カンファレンス開催に関する注意点(Word ファイル)
 - カ)病棟スタッフの皆様へ(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
 - 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票の配布
 - ウ) 自施設評価票の記入と回収(配布後2週間)
 - エ) 自施設評価の集計(評価結果集計担当者) ※自施設評価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
 - 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
- 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の結果に関する総合コメントの作成
 - イ) 電子メールで協会事務局に送付

3)期間

2013年11月~2014年1月

4) 回答施設

114 施設(回収率 43.3%)

3. 自施設評価の構造と評価判定

【評価票の内容(資料参照)】

1) 評価対象者

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、評価票に回答する。 (自記・無記名式)

3) 評価票の構成

(Î)Part1:ケアプロセスの実際に関する評価

②Part2:ケアプロセスに投入される資源と環境の評価

4)項目

 Part1
 Part2:

 ①大項目 (6 項目)
 大項目 (3 項目)

②中項目(10項目)

③小項目(45項目) 小項目(14項目)

5) 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が、任意記載として、質向上のための施設内検討に活用することを目的とする。このために、協会への報告は各施設の任意とした。

6)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

7) 評価判定(評価項目の付け方)

5:大変うまくいっている。何も問題がない。



a ·

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。



自施設評価結果

1. 回答者の内訳

回答者の総数は 2,629 人で、医師 233 人 (8.9%)、看護師 1788 人 (68.0%)、薬剤師 78 人 (3.0%)、MSW 104 人 (39.6%)、その他 426 人であった (図 1)。年齢は 30 代 (37.9%) と 40 代 (29.3%) が多く、合わせて 67.2%を占めていた (図 2)。

図1 職種

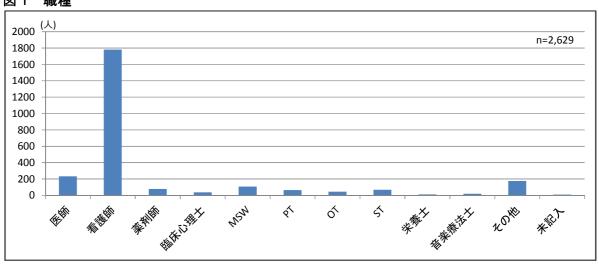


図2 年齢

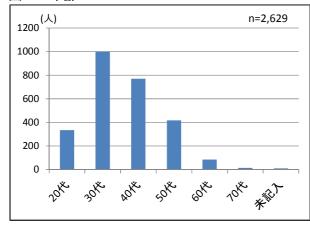
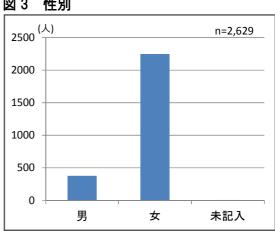


図3 性別



また、看護師が多いためか女性が85.5%となっていた(図3)。対象者全体の臨床経験年数 は 15.6 (SD8.8) 年、緩和ケア経験年数は 3.9 (SD3.7) 年であった (表 $1\cdot 2$)。

表 1 臨床経験年数

平均	15.6
中央値	14
最頻値	10
標準偏差	8.8
最小	0
最大	60
標本数	2629

表 2 緩和ケア経験年数

平均	3.9
中央値	3
最頻値	1
標準偏差	3.7
最小	0
最大	30
標本数	2629

2. 自施設評価全体における評価結果の概観

1) Part 1: 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【資料参照】。

この全 45 項目の回答を一括集計した評価結果(図 4)から全体の傾向をみると、全回答のべ 118,305 人のうち「5 評価(大変うまくいっている。何も問題がない)」の回答数は 19,945 人(16.9%)、「4 評価」の回答数は 44,968 人(38.0%)、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 34,708 人(29.3%)と合わせると、約 80%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。

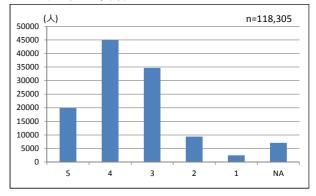
一方、「1 評価 (うまくいってない。大きな課題がある)」の回答数 2,476 人 (2.1%) に、「2 評価」の回答数 9,366 人 (7.9%) を合わせると、約 10%の回答者が、自施設のケアに課題が存在すると考えている状況があることが示された。

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ものは全体の10%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考える傾向がみられた。

表3 Part 1: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) 諸症状への対応
 - 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 (全項目集計)



②項目別評価結果

a. 高い評価と低い評価を得た評価項目について

【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)
- ・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)
- •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)

最も高値を示した項目は外出・外泊へのニーズであり、入院中の一時帰宅や院外へ出たいという意向に対応できているということであった。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、臨死期において慎重に対応できていると推察できる。

【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)
- ・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)
- ・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)
- ・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3.2)

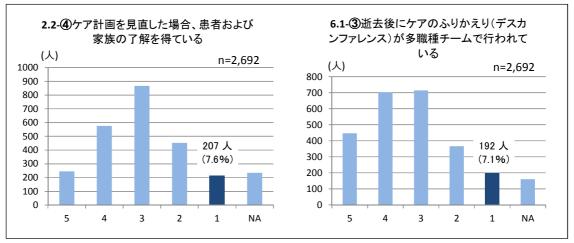
最も低値を示した項目は、ケア計画の見直しに関して了解を得ていないということである。大きな計画変更であれば当然患者家族の了解を得るであろうが、看護計画のように 日々の細かな変更の場合、その都度了解を得ていないためにこの結果になったと推察される。また、書面での確認はとっていないが了解を得ていることもあり、了解を得ているという表現が現場の感覚と合っていない可能性があると考えられる。

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看護師の苦手意識が反映しているとも考えられる。スピリチュアルという言葉の多義性、曖昧さによる結果と考えたとき、議論の契機になる良い項目であるとも考える。

b.「1評価 (うまくいってない。大きな課題がある)」が多い評価項目

課題があると多く答えた項目は、図5の通りである。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(207人)、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(192人)であった。

図5 「1評価(うまくいってない。大きな課題がある)」が多い項目



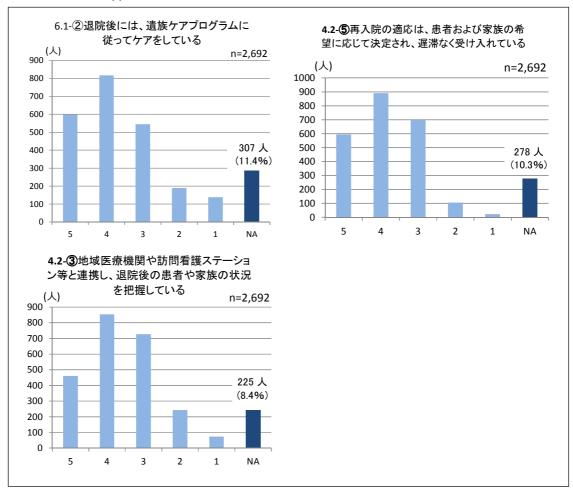
ケア計画を見直した場合患者および家族の了解を得ているという項目は、平均点が低い項目でもあり、評価できないあるいは評価が低い項目となっている。

今後、自施設評価票の信頼性・妥当性検証を行っていく中で、「1」が多い項目について、なぜこのような回答にしたのか、改善策はなにかを自由記載によるコメントや面接による聞き取り調査により把握していく予定である。

c. 「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、図 6 の通りである。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(307 人)、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(278 人)、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(225 人)であった。

図6 NA (Not Applicable 判断できない)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。今後、調査・検討が必要である。

また、自施設評価票の信頼性・妥当性検証を行っていく中で、「NA」が多い項目について、なぜこのような回答にしたのか、改善策はなにかを自由記載によるコメントや面接による聞き取り調査により把握していく予定である。

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

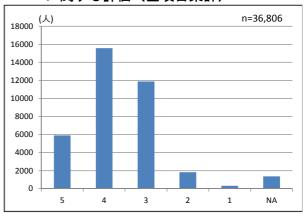
ケアプロセスに投入される資源と環境の評価については、表 4 に示す 3 項目から構成され、全 14 項目となっている【資料参照】。この全 14 項目の回答を一括集計した結果、全回答のべ 36,806 人のうち「4 評価」の回答数 15,569 人(42.3%)が最多であり、「5 評価」の回答数 5,911 人(16.1%)、「3 評価」の回答数 1,1876 人(32.3%)と合わせると、約 90%の回答者がケア環境に良い評価を与えている(図 7)。

各項目の評価の平均値は $3.4\sim3.9$ で、中央値は 2 項目(A-④.緩和ケア外来と C-⑦.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得られた。さらに、「1 評価」の回答数 336 人(0.9%)に、「2 評価」の回答数 1830 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存在すると回答しているものの、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行っていた。

表4 Part 2: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知識 と技能

図7 ケアプロセスに投入される資源と環境 に関する評価(全項目集計)

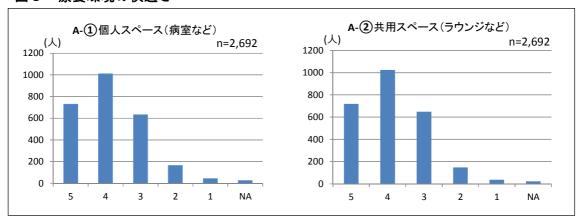


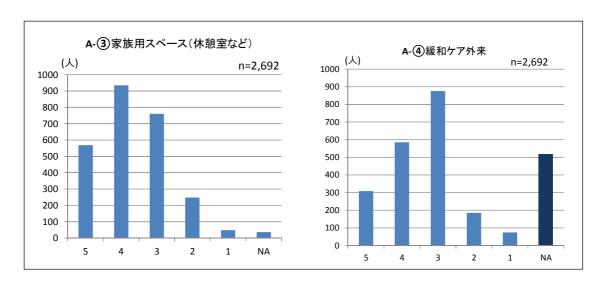
②項目別評価結果

a. 療養環境の快適さ

療養環境の快適性については、①個人スペース (病室など)、②共用スペース (ラウンジなど)、③家族用スペース (休憩室など)では何れも「4評価」が最多で、それぞれの環境による評価の違いは少ないように思われた。しかしながら、④緩和ケア外来評価については傾向が異なり、「3評価」が最多であるだけでなく、回答者の約5分の1が「NA」と答えている(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かった可能性もあり、今後の課題として挙げられる。

図8 療養環境の快適さ

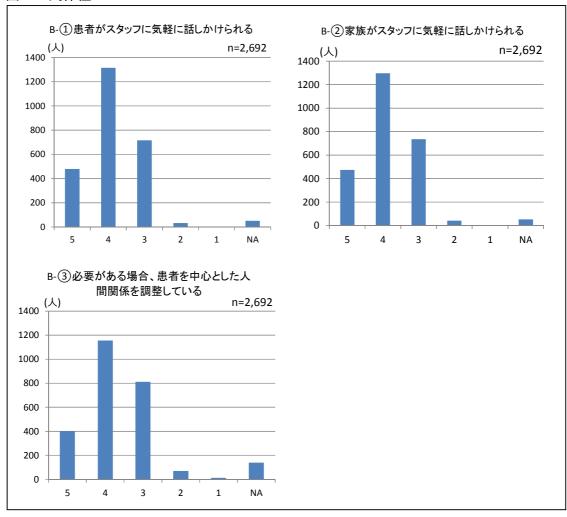




b. 関係性(患者および家族の療養の場)

患者および家族の療養の場としての関係性については、①患者がスタッフに気軽に話しかけられる、②家族がスタッフに気軽に話しかけられる、③必要がある場合、人間関係を調整しているという3項目は、環境評価と同様に「4評価」が最多であり、大きな特色は示していなかった(図9)。

図9 関係性

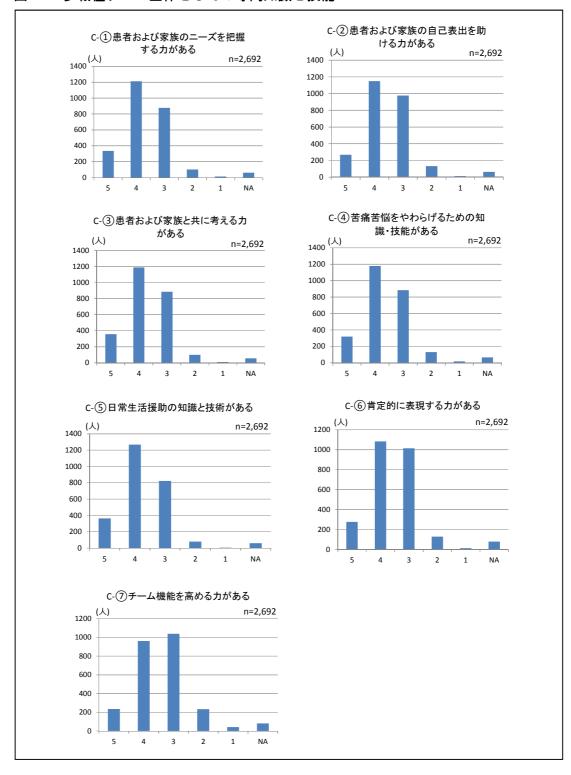


c. 多職種チーム全体としての専門知識と技能

本項目では、投入される医療及びケアに関する資源の状況について、7 項目の評価を行った(図 10)。

この評価結果もケアプロセス評価や環境評価と同様に、「4評価」が多く、次いで「3評価」というパターンを踏襲しているが、⑥肯定的に表現する力がある、⑦チーム機能を高める力があるという2項目については、「4評価」と「3評価」がほぼ同数であり、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伺えた。

図 10 多職種チーム全体としての専門知識と技能



3. 自施設評価票回答における自由記載内容の分析

1) 概要

自施設評価票に付記された自由記載の内容は、協会への報告を義務付けていないが、回答者からの多様な意見を集約することを目的として、自由記載による項目を設定している。今回は、16 施設から評価結果とともに送付されたために、この内容についてテキスト分析を行った。アンケート項目とそれに対応する自由記載項目は以下のとおりである。

2) 自由記載項目一覧:

Part 1: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
 - 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)諸症状への対応
 - 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

Part 2;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知識と技能

自施設評価に関する総合コメント:

- ・評価票配布に関する情報
- ・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 話し合いの結果について
- ・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

3) 分析方法

ここでは、全自由記載内容について、データセットを作成しテキスト分析を行った。テキスト分析において、定性的評価を採用し、すべての文章を最小限の意味のある文章に分解し、ポジティブな表現、ネガティブな表現、その他の表現に分類し、項目ごとの傾向を検討した。なお、ビッグデータや英語テキストでのテキスト分析(もしくはテキストマイニング)であれば、形態素解析と共起表現特定により単語同士のつながりを視覚的にとらえる、もしくは定量的に評価する方法が一般的である。一方、今回の評価のように、サンプル数が100前後の場合は定量的評価よりも定性的評価が適切であると考える。

4) 分析結果と考察

①自施設評価票(Part1・Part2)中の自由記載の分析:

自施設評価票内の自由記載欄は、提出を依頼したものではないが、任意に提出のあった 回答内容を分析した。項目ごとに設定された自由記載に関する定性的評価を図 11 に示 す。自施設評価票に関し回答のあった 114 施設中、16 施設(14.0%)の回答において自 由記載への記入が見られた。

全体の回答傾向として、自施設のパフォーマンスに関し、謙虚にかつ批判的にとらえている傾向がみられた。ただし、回答率が低いため、サンプルの代表性は低い。よって、ここで得られた記載内容の一般化には注意が必要である。

【ポジティブな語句および表現の例】

「チームとしての取り組みはよくできています。」

【ネガティブな語句および表現の例】

「状況に応じた計画の見直しができていない。

チームカンファレンスが充実できていない。」

(注:一つの回答の中に二つの表現が含まれている場合、表現の出現回数を2として合計)

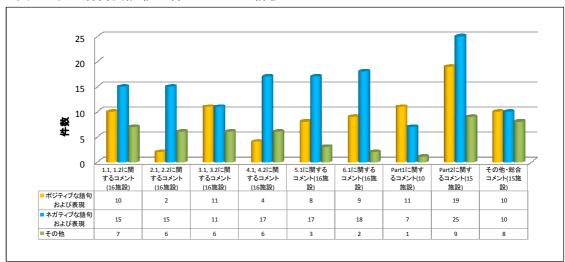


図 11.項目別自由記載内容のテキスト評価

②自施設評価に関する総合コメントの集計と自由記載の分析:

- ・オリジナルの質問票のフォーマットに準じて、配布内訳に関する情報を以下の通り集計した。回答施設数は 114 施設、配布内訳有効回答数 110 施設、自由記載有効回答数 は 107 施設であった。
- ・評価票配布から回収までの平均日数は 11.53 日、回収からカンファレンス開催までの 平均日数は 15.96 日、配布から開催までの平均日数は 27.62 日であった (表 5)。
- ・評価票配布からカンファレンスの開催までほぼ 1ヶ月程度で、多くの施設が完了していることから今後もこの設定が推奨できる可能性がある。

+ [評価票配布とカンファレ	· . ¬	88 /火 / - 88 /	-
* '		<i>,</i> , , ,		(
10	可じ無法的いこのファク	- / \		_

	平均日数 # 標準偏差 [最小一最大]
評価票配付~回収(日)	11.53 ± 4.64 [2-28]
評価票回収~カンファレンス開催 (日)	$15.96 \pm 9.86 \ [0-52]$
評価票配布~カンファレンス開催 (日)	$27.62 \pm 10.54 [4\text{-}58]$
カンファレンス参加人数	$12.24 \pm 5.62 \ [0 \text{-} 36]$

・評価票を配付した職種は表6の通りで、回収率については職種間の差は見られなかった。

表6 評価票の配付職種に関して

評価票配付職種	平均配布数	平均回収数	平均回収率
医師	2.31	2.15	95.5%
看護師	16.95	15.98	95.0%
薬剤師	0.81	0.73	91.4%
MSW	1.05	1.00	96.4%
臨床心理士	0.38	0.38	100%
PT, OT, ST	1.22	1.17	94.9%
栄養士	0.63	0.60	95.1%
音楽療法士	0.18	0.15	81.3%
その他	1.86	1.58	91.8%
合計	25.39	23.75	94.8%

・総合コメント票の自由記載項目に関する定性的評価結果(図12)

全 110 施設から総合コメント票の返却があり、うちテキストに関する有効回答は 107 施設分(97.3%)であった。「自施設評価の結果について」では、各施設がネガティブな表現や語句を用いていた。「話し合いの結果について」、および「気付いたこと疑問点」では、ネガティブな記載内容が減り、ポジティブな記載内容の占める割合が高くなっていた。

このことから、各施設において、自施設のパフォーマンスについて客観的にかつ批判 的に検討したと考えられる。また、自施設評価を通して、ポジティブな気付きがあっ たことが明らかとなった。

【ポジティブな語句および表現の例】

「チームとしての取り組みはよくできています。」

【ネガティブな語句および表現の例】

「他医療機関との連携はほとんどない。」

「訴えに対しての対応はできているが、訴えない・訴えられない患者の<u>対応が遅れ</u>がちになっている。」

図 12. 総合コメント・記載内容のテキスト評価



・設問「この自施設評価は、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。」 に対しては、以下のような回答内容が得られた。

表7 自施設評価を独自に活用する場合の実施頻度

2年に1回	1年に1回	1年に2回	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
19	49	3	11	21	7	110
17.3%	44.5%	2.7%	10.0%	19.1%	6.4%	100.0%
カイ二乗値=74.47 (自由度 = 5), p値<0.0001						

合計すると、約8割弱の施設が、何らかの形で自施設評価を実施したいと考えていることが明らかになった。よって、今回実施した自施設評価票の記入とカンファレンスの推進は、各施設への意識を高める上で、一定の効果があったと考えられる。次に、その理由に対する自由記載内容の分析結果を図13に示す。110施設中、94施設(85.5%)から回答が得られた。その結果、ポジティブな語句および表現がネガティブなものよりも多かった。よって、自発的な自施設評価の実施について、多くの施設が肯定的にとらえている可能性がある。

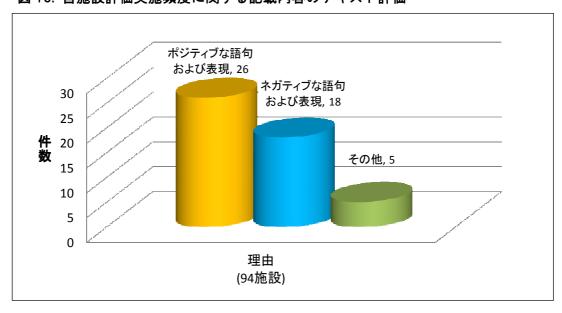
【ポジティブな語句および表現の例】

「客観的な振り返りとして役立つ。全国データと比較したい。」

【ネガティブな語句および表現の例】

「定期的にやるには負担である。」

図 13. 自施設評価実施頻度に関する記載内容のテキスト評価



5) ポジティブな語句および表現、ネガティブな語句および表現の分類例

①Part1・Part2 の自由記載内容テキスト分析における分類例

【ポジティブな語句および表現例】

- チームとしての取り組みはよくできています
- ・多職種とは週1回の合同カンファレンス、その他必要に応じて情報共有し、患者の ケアに役立てている

【ネガティブな語句および表現例】

- ・計画立案がすぐにできておらず、その都度状況に応じた計画の<u>見直しができていな</u>い
- ・入院時に計画を立てているので、多職種とのケア方針は決めるのが難しい

②総合コメント・記載内容テキスト分析における分類例

【ポジティブな語句および表現例】

- ・スタッフ各々は専門知識と技能を持っており力がある
- ・メンバーの自己評価が概ね一致しており、自分達の実力(自信が持てる点、まだできていない点)が客観的に評価できているようだ
- ・在宅に関して MSW が関わってくれる事がうれしいし、助かる

【ネガティブな語句および表現例】

- ・他医療機関等との連携はほとんどない
- ・「訴えない・訴えられない」患者の対応が遅れがちになっている
- ・患者の社会的、スピリチュアルな側面のニーズの把握に自信がない

【ポジティブ・ネガティブな語句および表現の混在例】

・身体症状については概ね<u>マネジメントできている</u>が、社会的・スピリチュアルな問題について<u>まだ不十分</u>(前者アンダーライン=ポジティブ、後者アンダーライン=ネガティブ)

③自施設評価実施頻度に関する記載内容テキスト分析における分類例

【ポジティブな語句および表現例】

- ・日程を組みやすく、定期的に評価できる
- ・2年に一回くらいがスタッフの負担も少なく評価できる

【ネガティブな語句および表現例】

- ・有用ではあったが、時間がかかった。定期的にやるには負担である
- ・今回の方式では作業量が多すぎる
- ・医師・看護師以外の職種から、評価しづらいとの意見もあった

【ポジティブ・ネガティブな語句および表現の混在例】

・今回の自施設評価から、色々なことが<u>見えてきて良かった</u>と思うが、毎年開催は通常業務しながらなので<u>負担感を感じる</u>(前者アンダーライン=ポジティブ、後者アンダーライン=ネガティブ)

自施設評価結果の総括

1) 自施設評価結果の概要

自施設評価の結果については、興味深い傾向が読み取れた。まず、Part1 ケアプロセス の提供内容については、「4評価」が最多の回答として選択され、次いで項目によって「5 評価」「3評価」が多く、標準以上とする回答が全体の約9割を占めるという回答傾向は、 2010年度の前回評価とほぼ同一の傾向であった。このことは、前回回答が施設責任者や 病棟担当者が回答した内容であるが、今回評価ではスタッフの個別評価を集計したこと から、両者のケアに対する評価に大きな乖離がないということを意味する。言うならば、 今回示された自施設評価の結果として、施設で提供しているケアに対しては、多くが標 準レベル以上の内容を提供していると考えており、その受け止め方は責任者とスタッフ 間で共有されている傾向が高いということである。このような評価の傾向は、Part2ケ アプロセスに投入される資源としての評価項目で、多職種チームとしての専門性や技能、 患者・家族・スタッフ間の関係性、療養環境の快適性という面についても同様であった ことから、評価を行う上で検討される構造と過程の両方について、問題を指摘するスタ ッフが少ないことが、我が国の緩和ケア施設の特色として挙げることが出来るであろう。 さらに、このような評価傾向については、過去の自己評価でも見られていることから、 今後の緩和ケアを巡る社会環境の大きな変動がなければ、変化する可能性は少ないこと が予想される。

それでは、このような自施設評価を行うことに意味はないのであろうかという疑問に対しては、以下のような検討を行うべきであろう。

すなわち、自施設評価とは異なるアプローチとして、第三者評価ではどのように評価されるのか、あるいは構造と過程では良好であるとして結果からはどのように評価されるのであろうか?現時点では、緩和ケアを始めとする医療やケアのシステムを、このよう

に多様な評価のアプローチを組み合わせて包括 的に検討するための方法論は確立されていない。 また、緩和ケアの結果とケアの質との関連する 手法も研究途上にある。

しかしながら、現時点ではこのような自施設評価の結果を踏まえて、単一の評価のアプローチで評価しきれていない点を補うために、第三者評価を受審してその結果との乖離状況を検証することも、ケアの質を維持・改善するための手法として考えられる。

図 14 医療評価に用いる具体的アプローチ

- •構造 structure
- 過程 process
- 結果 outcome
- 自己評価
- 同僚評価
- 第三者評価

2) 評価結果共有カンファレンスの有用性

しかしながら、全体の約10%が自施設で提供しているケアプロセスについて課題を感じており、療養環境や資源の提供面では約6%が自施設のケア環境に課題が存在すると回答していることは看過すべきではない。本来、評価活動は、このような改善のための材料を収集し検討する仕組みの一端として行われるものである。

今回の自施設評価票内の自由記載欄の回答傾向を見てみると、自施設のパフォーマンスに関し、謙虚にかつ批判的にとらえている傾向が存在した。さらに、各施設から送付された総合コメント票の自由記載項目に関する定性的評価結果「自施設評価の結果について」では、各施設がネガティブな表現や語句を用いていたものの、「話し合いの結果につ

いて」、および「気付いたことや疑問点」では、ネガティブな記載内容が減り、ポジティブな記載内容の占める割合が高くなっていた。この結果からは、各施設において、評価結果共有カンファレンスを通して、自施設のパフォーマンスについて客観的にかつ批判的に検討するだけでなく、話し合いを通してポジティブな気付きを得た可能性を示唆している。さらに、参加施設の約8割弱の施設が、この自施設評価を経験した後の感想として、今後も何らかの形で自施設評価を実施したいと考えていることが明らかになったことと合わせると、評価結果共有カンファレンスが今後も現場で活用される可能性があると考えられる。

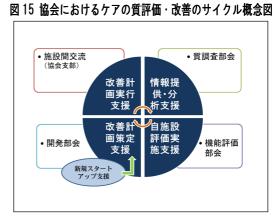
他方、カンファレンスにおいて評価結果を共有することにより、回答者が特定される可能性があり、この面でのトラブルが施設内でのコミュニケーション状況に影響を与えることを危惧したが、評価に伴う現実的な課題として浮上はしなかった。しかしながら、カンファレンスの進行の方法などについて戸惑うといった感想も寄せられたことから、今後はカンファレンスの開催の方法を含むさらに具体的なマニュアル整備をおこなうことも検討したい。

3) 自施設評価の参加状況

今回の自施設評価において、114 施設から 2629 人の回答を得ることが出来た。回収率は全体 263 施設に対して 43.3%であった。この参加率は、協会が 2010 年度に行った自己評価調査が 176 施設(回収率;92.6%)であったことと比較すると、大幅に低下したと受け取られるが、前回までが全施設に回答を義務付けていたのに対して、今回は任意参加としたことから、この回答状況をもって問題とすることは無理がある。

むしろ、今回の評価は前回評価と比べても、施設のスタッフに評価票を記入してもらい、

その内容をカンファレンスで共有するという二段階の手順が加わっており、参加についても大きなハードルとなることが予測されていたにもかかわらず、全体の約4割強の施設が回答してくれたことは、色々な手間がかかってもケアの質を自ら評価し施設内で共有して改善策を話し合うことの意義が、一定程度の理解を得ていると理解することが出来ることが出来た。 を対しても、次につながる参加率であると評価することが出来た。



おわりに

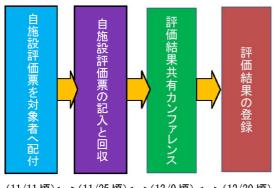
今回実施した自施設評価票の記入と結果を共有するためのカンファレンスを行うシステムが、各施設のケアにおける質向上にどこまで寄与するかといった面では、検討が必要であるものの、現場で受け入れられる質の評価の第一歩として、さらなる改良を行ってより使用しやすい評価ツールを提供することで、緩和ケアの現場にケアの質評価の意識が定着して、将来は図15のような質の改善サイクルが形成されることを期待したい。今後、各施設でこのような自施設評価を含めてケアの質改善に向けた活動が定着するためには、さらに協会として評価から改善までのシステム整備を進めていく必要があると考える。

資 料

資料1 自施設評価の全体像と実施手順

自施設評価の全体像と実施手順

1. 全体像とスケジュール



(11/11 頃)→→(11/25 頃)→→(12/9 頃) →→(12/20 頃) 約2週間 約2週間 約2週間 約2週間 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:1月6日(月) に間に 合うよう、各自スケジュール を組んで下さい。

2. 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。

3. 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、記入済みの自施設評価票から各項目の集計を行うため、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。
- ④ 『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結果共有カンファレンスの資料とする(図:矢印A)。
- ⑤ 自動的に計算された平均値等を元に、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。

25	11
26	12
27	13
28	14
29	15
コマンド ジスタート	、力画面 /平均値・中央値・最類値 / ヴラフ / 計算式 / ♥」 / 「WinSho 「WinSho 「rosoft Excel - 集計フ
	A W B

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。

4. 評価結果集計ファイルの登録

- ① 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)と自施設評価に関する総合コメント (Word ファイル)を、登録締め切り日 (2014年1月6日)までに協会にメール添付で送信する。
- ② 協会メールアドレス (自施設評価専用): hyoka@hpcj.org

資料2 評価結果の共有カンファレンス開催に関する注意点

評価結果の共有カンファレンス開催に関する注意点

(自施設評価実施責任者(コーディネーター)用)

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)は兼任しないようにしてください。 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) カンファレンス実施の時間の目安はおおむね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) カンファレンスのファシリテーター (司会・進行役の役割のスタッフ) は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) 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。またこの際に参加者は、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。
- 5) この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。
- 6) 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。
- 7) 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、自施設評価の結果に関する 総合コメントとしてまとめてください。

3. 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 パイロットスタディ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ので、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っ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います。 どうしたら良いでしょうか?
- A4 この自施設評価のしくみは、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みんな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。



特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

資料3 A4版カラーポスター(掲示用)



日本ホスピス緩和ケア協会の

Hospice Pallitative 「自施設評価」にご参加下さい!

スケジュール

自施設評価票の記入 年 月 日()まで

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。

評価票の回収と集計

評価結果共有カンファレンスの開催 年 月 日()



評価結果総合コメントの作成 協会へ提出

より良いチームケアを!

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だくプログラムです。ぜひ、ご参加下さい。

資料4. 病棟スタッフの皆様へ(配布用)

病棟スタッフの皆様へ



自施設評価の実施にご協力下さい

1. 今回の自施設評価の意味と目的

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。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に記入し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. 自施設評価実施時の注意点

- 1) この評価の目的は、<u>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</u> 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] 🏂				等の必		
評価票配布日		_月	<u> </u>			して下さ	, v	1
回収締切日時		_月	⊟(_曜日)	時まで			
提出先	[] に提	出		
カンファレンス日時	ŧ	_月	⊟(_曜日)	時	分 から		分
カンファレンス場所	ī []
)

資料 5 自施設評価票

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	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ス	で把握している	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		S)						
	① アセスメントツール*注1を用いて、見	は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	まされている	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		3)
	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	3)
	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

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	3						
	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	ॐ					
	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

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	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	3									
	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	5	4	3	2	1	NA				
	行われている 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

自由記載欄(5.1 に関する)	自由記載欄(6.1 に関する)

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	ॐ							
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		

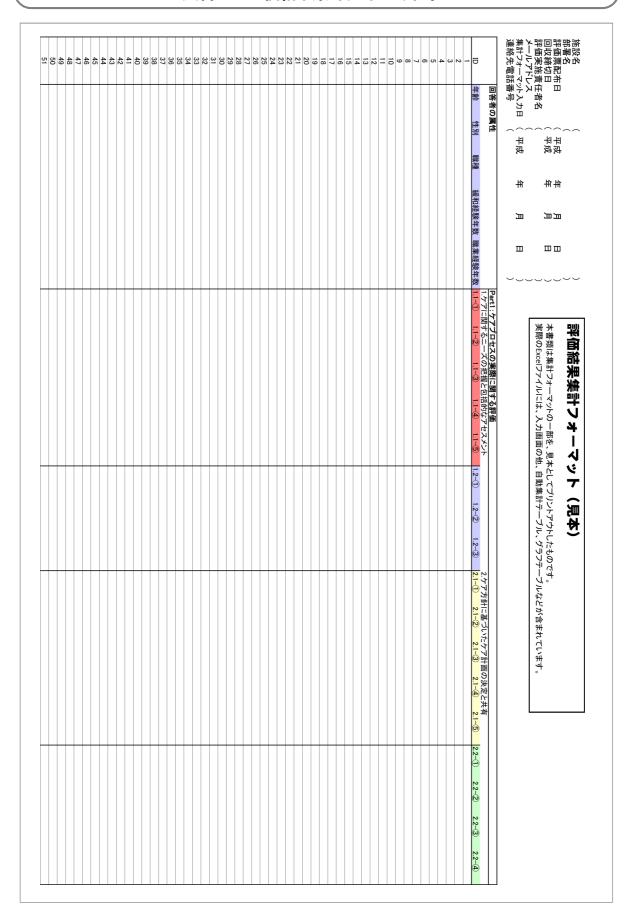
自由記載欄(Part2に関するコメント)

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。

注)印刷の関係上、実際に使用した評価票とは、ページ組や自由記載欄のサイズを変更して 収載しています。

資料6 評価結果集計フォーマット



資料7 自施設評価に関する総合コメント

		自	施設評	価に関	関する総合	コメント	•		
施設名					記入者				
	白梅設	評価に関	11 T			カンファし	ノンス に艮	月 〕て	
調査票	日旭以								
配付日	/	'	切日		開催日	/	参加。	人数	名
自施設評価類配布内訳	票	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	·		1	
話し合いのA • • •	店果につい	ハて							
◆このような	ὰ自施設評	価を実施	すること	こついて、	気付いたことや	P疑問点など	ざ自由に	お書き下さ	ž/°
のために	独自に実 場合、どの 回 🗆	施してい 2 程度の 1年に	へただくこ 頻度で実 1 回	とも可能	会の実施スケ さです。今後、 だと思います。 左記を選ん	自施設評値 い。以下の[近を貴施 認	设で独自に	活用す
□ 独自に行 □ 頻度は未	う予定は定だが活	ない 用して	みたい						
					ォーマット(きり下さい。	Excel) と-	一緒に、 <u>1</u>	<u> 月6日</u>	<u>(月) 迄</u>

緩和ケア病棟 自施設評価 結果報告書【2013 年度】

発行日: 2014年 7月19日

発 行:特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会

〒259-0151

神奈川県足柄上郡中井町井ノ口1000-1

ピースハウス病院内

Tel: 0465-80-1381 / Fax: 0465-80-1382

ホームページ http://www.hpcj.org/