



緩和ケア病棟 自施設評価共有プログラム 結果報告書

[2023年度]

2024年7月

特定非営利活動法人
日本ホスピス緩和ケア協会

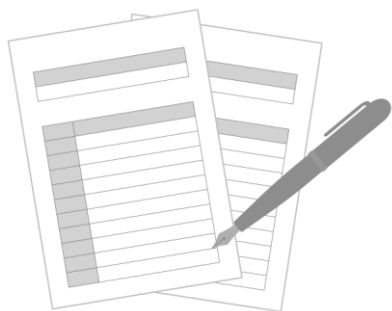
はじめに

緩和ケアの質は数値で測れるものと測れないものがある。また、誰がどのように評価を行うべきかについても様々な議論がある。そして、そうした評価の結果を、ケアの質の改善にどのようにしてつなげるのか、という課題こそ現場で最も求められていることである。

自施設評価共有プログラムでは、まず病棟スタッフ自らが自分たちの日頃のケアを数値と言葉で評価し、項目ごとにスコア化および言語化された評価結果をもとにして、スタッフ全員でのカンファレンスを開催して現状の問題を共有し、ケアの質の改善への道筋と具体策を話し合う。つまり、評価と改善の両方の活動を一体化したプログラムである。

この報告書は2023年度に実施されたこのプログラムについて、参加した各施設の評価結果と改善されたケアの内容を、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、2025年度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】	1
【自施設評価共有プログラムの概要】	3
1. 目的	
2. 対象と方法	
3. 自施設評価の構造と評価判定	
【自施設評価共有プログラム実施結果】	5
1. 自施設評価票回答者の内訳	
2. 自施設評価全体における評価結果	
3. 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	
4. 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実施の意義】	16
1. 自施設共有プログラム実施後のアンケート調査結果	
2. 自施設評価共有プログラムの成果と課題	
【おわりに】	19
【資料】	20
自施設評価票 Ver.4.0	
2023 年度自施設評価共有プログラム実施後アンケート調査結果	

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っ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：2023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391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
 - ・ 2023年9月～2023年10月：各施設で自施設評価とカンファレンスを実施
 - ・ 2023年10月27日までに協会に結果を返送
 - ・ 2024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) 自施設評価票の内容と構成

今回のプログラム実施にあたって、2021年7月に当協会から公表した「緩和ケア病棟の基準」の内容を受けて、評価票の内容の見直しを行った。新たに追加したのは、多職種連携のあり方、季節のイベント、患者と家族の関係性の支援、診療報酬の退院支援への影響、に関する各項目である。特に、多職種連携については、新たに一つのPartを設けて、多職種が協働する場と姿勢の評価を行うこととした。

改訂を行って Ver.4.0 となった自施設評価票では、前回より設問が 11 項目増加し、全体で 58 項目となった。全体の構成は下記の通りである。

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：多職種が協働する場と姿勢の評価（新設）

- A) 多職種が協働する場
- B) 多職種協働の姿勢

Part3：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

- 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. 回答者の内訳

回答者の総数は5,243人で、職種別にみると医師484人(9.2%)、看護師3,445人(65.7%)、PT188人(3.6%)、薬剤師197人(3.8%)、MSW186人(3.5%)、その他743人であった(図1)。年齢は40代1,707人(32.6%)と30代1,235人(23.6%)が多く、合わせて56.1%を占めていた(図2)。また、看護師が多いためか女性が84.1%となっていた(図3)。

図1：職種別内訳

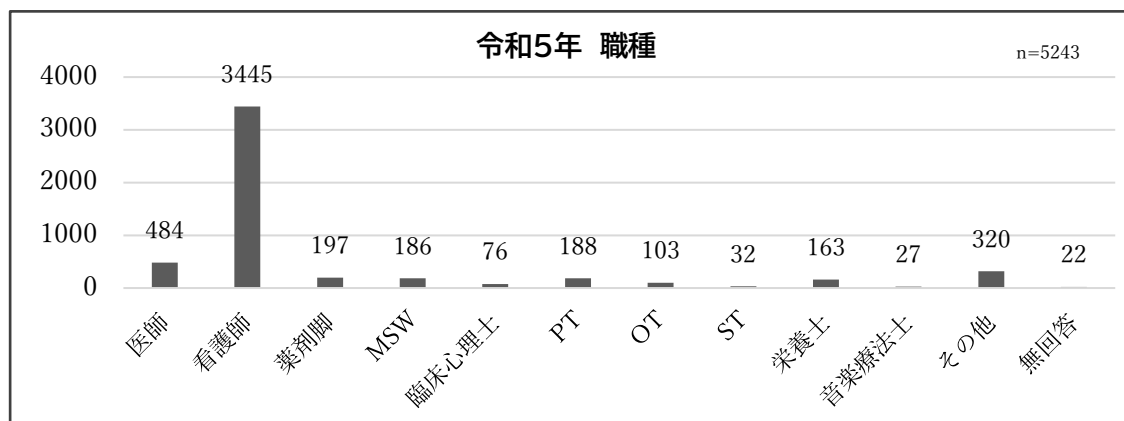


図2：年齢別内訳

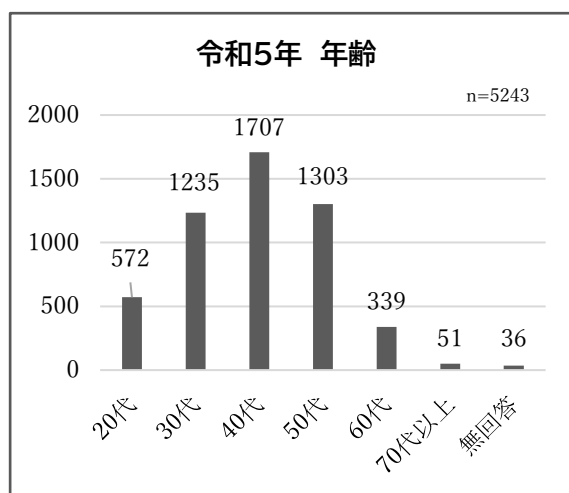
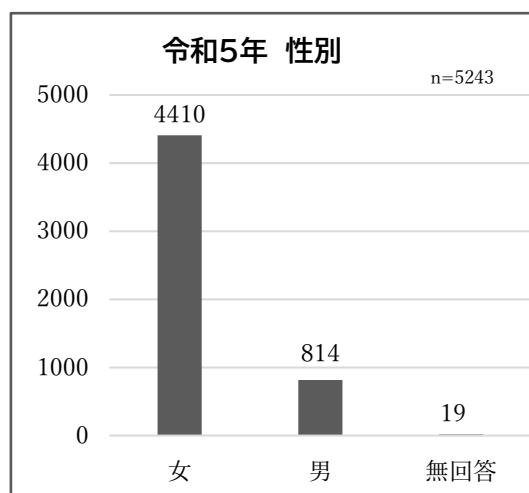


図3：性別内訳



対象者全体の臨床経験年数は18.3 (SD 10.2)年、緩和ケア経験年数は5.3 (SD 5.2)年であった(表1・2)。

表1：臨床経験年数

平均値	18.3
標準偏差(SD)	10.2
中央値	18
最頻値	20
最小	0
最大	55

表2：緩和ケア経験年数

平均値	5.3
標準偏差(SD)	5.2
中央値	4
最頻値	1
最小	0
最大	41

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

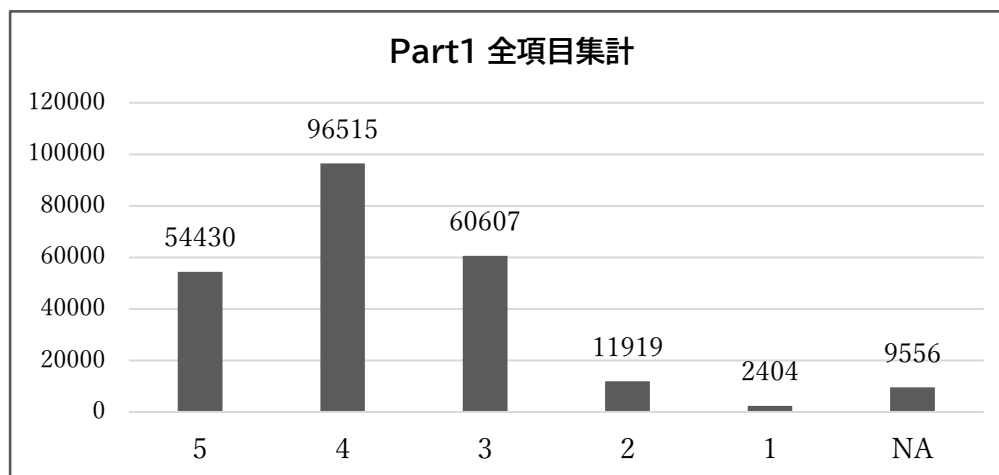
ケアプロセスの実際に関する評価は、表3に示すような大・中項目から構成され、小項目は全部で45となっている。この全45項目の回答を一括集計した結果から全体の傾向をみると、全回答のべ235,431人のうち「5評価(たいへんうまくいっている。何も問題がない。)」の回答数は54,430人(23.1%)、「4評価」の回答数は96,515人(40.0%)と、全体の半数以上が優れたケアを提供していると評価していた。また「3評価(ふつうである。)」の回答数60,607人(25.7%)と合わせると、90.0%の回答者が標準以上の質のケアを提供していると評価していた。一方、「1評価(うまくいっていない。大きな課題がある。)」の回答数9,556人(4.1%)に「2評価」の回答数2,404人(1.0%)を合わせると、5.1%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の項目

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
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「臨死期に多く見られる病態について、患者・家族が理解できるように説明している」であり、患者・家族への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

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 4.2)

最も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」「院内の他の部署や院外の医療施設と連携してケアを提供している」「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(表 5)。中でも、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やデスカンファレンスが活かされ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・精神的ケアなのか区別・認識できていない可能性も考えられる。また、デスカンファレンスそのものが行われていないため、スピリチュアルケアを含めて、終末期ケアのより良い方策について検討出来ていないことが考えられる。

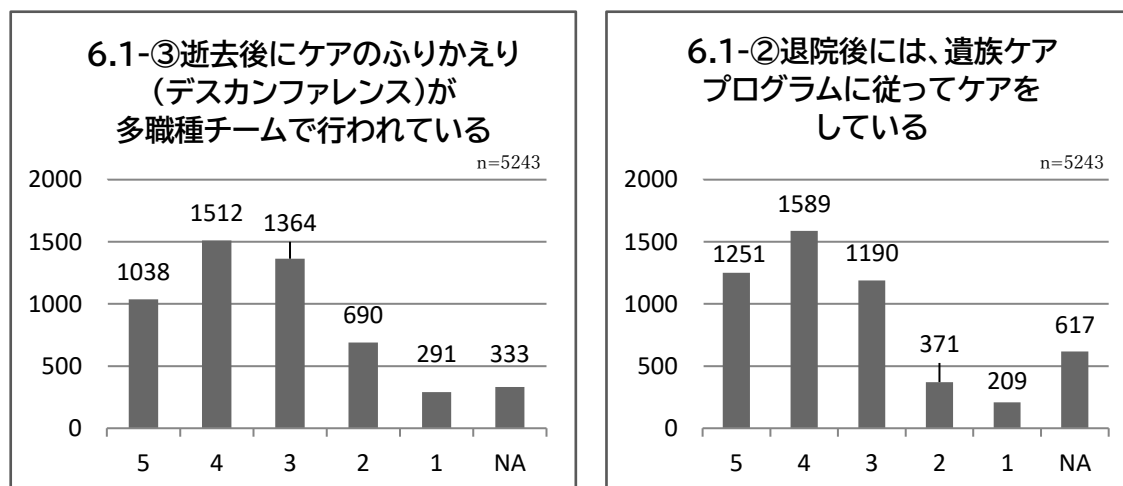
表 5：各項目の評価を平均値でみた場合に低値を示した項目

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 3.5)
 3.2-⑦：院内の他の 部署や院外の医療施設と連携してケアを提供している(平均 3.5)
 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(平均 3.5)
 6.1-④：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(平均 3.5)

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」「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」であった(図 5)。

図 5：「1 評価」が多い項目



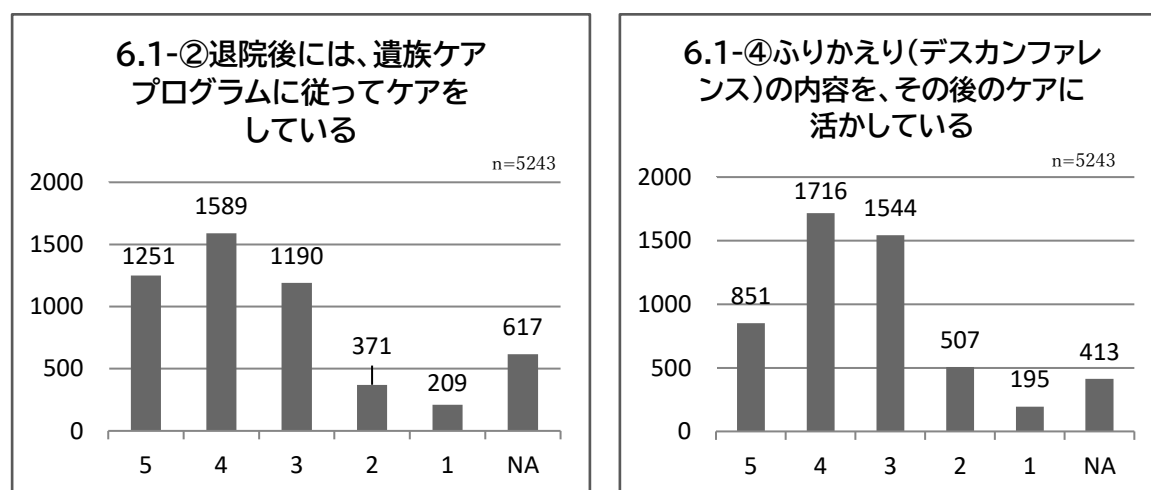
「逝去後にケアのふりかえり（デスカンファレンス）が多職種チームで行われている」については平均点が最も低い項目の一つであり、評価が低いあるいは評価ができない(NA)項目となっている。これは、前回(2021 年度実施)の結果においても同様であった。

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、「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。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。

2) Part2：多職種が協働する場と姿勢の評価

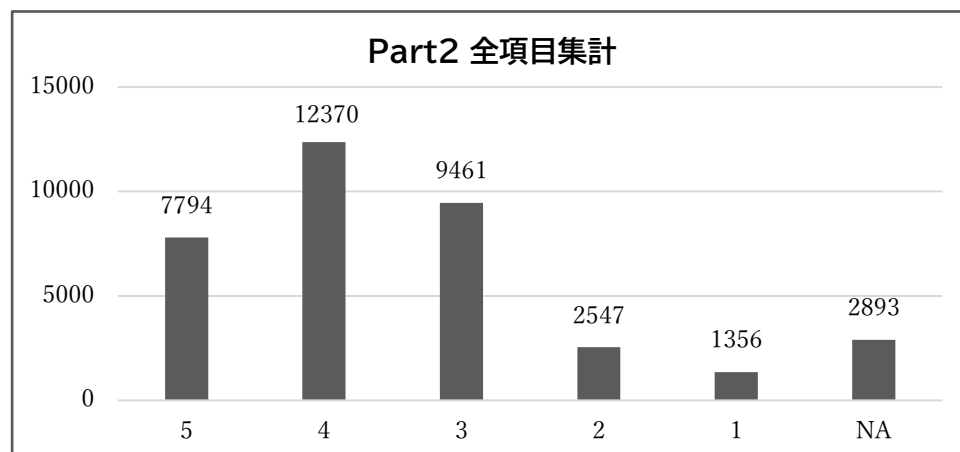
(1) 全体評価

多職種連携に関する評価は、表 6 に示すような大項目から構成され、小項目は全部で 7 となっている。この全 7 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 36,421 人のうち「4 評価」の回答数 12,370 人 (36.9%) が最も多く、「5 評価」の回答数 7,794 人 (21.4%) と「3 評価」の回答数 9,461 人 (25.9%) を合わせると 81.3% の回答者が、多職種が協働する場と姿勢は良いと評価している(図 7)。

表 6：多職種が協働する場と姿勢の評価の項目

A 多職種が協働する場
B 多職種協働の姿勢

図 7：多職種が協働する場と姿勢に関する全体評価



(2) 項目別評価

① 多職種が協働する場

「緩和ケア病棟の医師と看護師が、ともに話し合う時間と場が定期的に設定されている」の平均値が最も高く(平均 4.1)、「ボランティアが、緩和ケア病棟の医師および看護師と話し合う場が定期的に設定されている」の平均点が最も低かった(平均 2.6)。医師と看護師の連携・話し合いの場は設けられているにも関わらず、ケアの重要な要員であるボランティアの方々とは十分に連携が取れていないことは、ケアの質をさらに上げるための重要な改善点になる可能性がある。

3) Part3：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

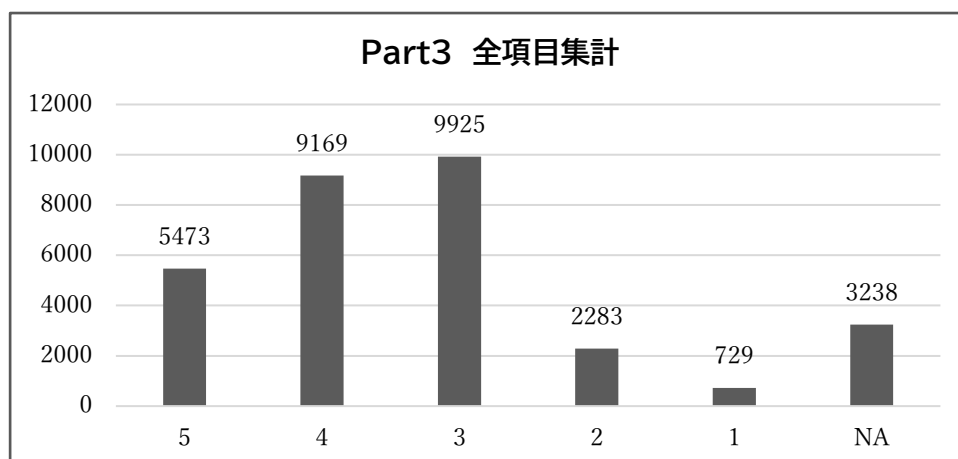
(1) 全体評価

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7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30,817人のうち「3評価」の回答数9,925人(32.2%)が最も多く、「5評価」の回答数5,473人(17.8%)と「4評価」の回答数9,169人(29.8%)を合わせると79.7%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 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の項目

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に関する全体評価



(2) 項目別評価

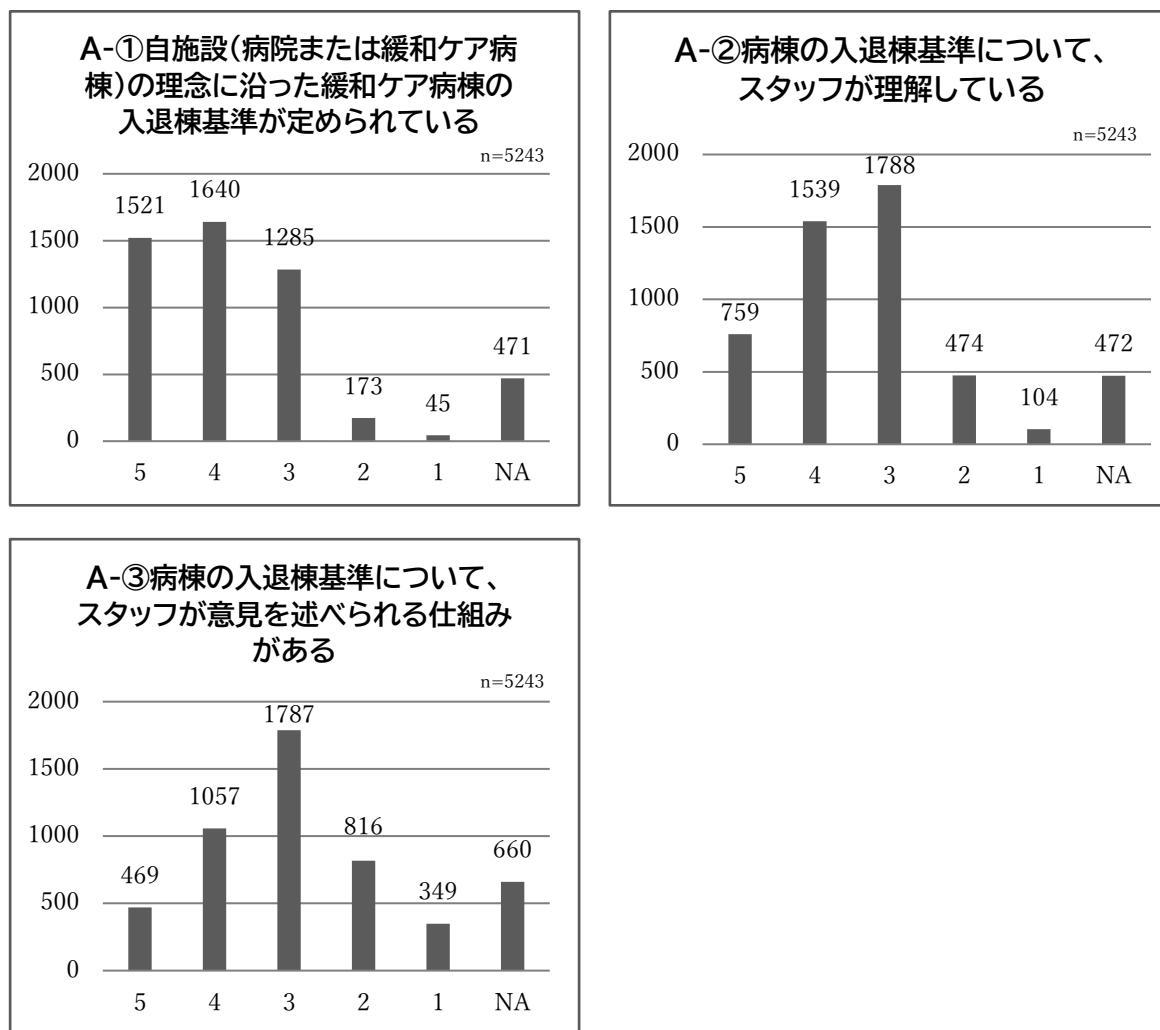
① 緩和ケア病棟の入退棟基準

「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」については、「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 22.1%であり、他項目と比較すると課題が多い項目である可能性がある(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。

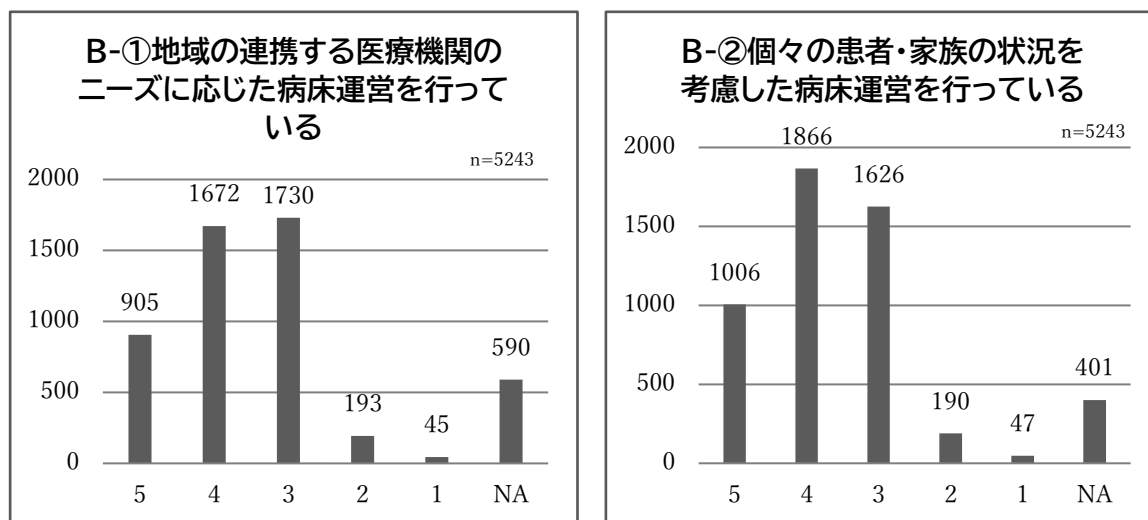
図 8：緩和ケア病棟の入退棟基準



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、「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」「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」の 2 項目を設定した。「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」については、「3 評価」と「4 評価」が近い回答数を示している一方で NA が多い結果となった。「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」についても比較的 NA が多く、回答が難しいことが推察できる。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



3. 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、自由記載欄の内容を整理し、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

《多職種連携について》

- ・ケアは、実際は看護師中心に行われている。
 - ・あまり多職種連携が機能していない。
 - ・患者を取り巻く環境やニーズは各職種がそれぞれ把握し、情報共有することができている。
- 「できている」という意見と「できていない」という両方の意見があった。

《ニーズ(全体的に)について》

- ・常にコミュニケーションをとって、ニーズの把握に努めるよう心掛けている
- ・ニーズはどこにあるのか常に意識しているが、完全に把握していると言い切ることは難しい。
- ・家族のニーズを掴むのが難しい。
- ・スタッフ間においてニーズを把握する能力において差がある。

《身体的ニーズ》

- ・介入しやすいと感じる分、他の側面のニーズへのアプローチが不得意だと感じている。記録も少なくなってしまう。

《精神的・心理的ニーズ、スピリチュアルなニーズ》

- ・つらさの把握やアセスメントに課題があると感じている。
- ・対応に個別差があり、難しい。
- ・スピリチュアルペインに触れることはあっても、ニーズという形で把握することが難しい。

→ニーズの把握に努めているが、実際には難しいという意見が複数あった。また、身体的なニーズは把握できているが、精神的・スピリチュアルなニーズの把握はできていないという意見が多い。

《アセスメントツールについて》

- ・アセスメントツールも活用できれば、共通した把握や評価ができるのではないかと(アセスメントツールを活用していない)。
 - ・経過記録のみになっていることがある。アセスメントができておらず困るケースもある。
- アセスメントツールを活用していない、あるいはアセスメントそのものが十分に出来ていないという意見が見られた。

2) ケア方針に基づいたケア計画の決定と共有

《ケア計画の決定》

- ・個別性のあるケア計画になっていない。記載の仕方が曖昧で共通認識が図れないことがある。
- ・社会資源などに関してプランに組み込めていない/組み込んだことがない。
- ・医師と他のスタッフで意見が合わないことがある。
- ・カンファレンス内容に偏りがあり、医師不在時に方針の検討が出来ない時がある。

《ケア計画の共有》

- ・計画は定期的にカンファレンスで共有できている。
 - ・計画が十分に共有できていない。
 - ・入院診療計画書を担当医が記載し、他職種はそれを基に記載するという形式なので、ケア方針を多職種(少なくとも Dr と Ns で)共同して記載することが望ましい。
- ケア計画が個別性のあるものになっていない、多職種で共有できていない、という意見が多くみられた。

3) ケアの実施(患者の苦痛症状やニーズへの対応)

《できている》

- ・患者の苦痛症状に対して、多職種で早期に対応が来ている。
- ・ADL や本人の希望に沿ったケアを提供している。

《できていない》

- ・家族の価値観を重視できていない部分があると感じている。

《コロナ禍の対応》

- ・コロナになって面会/外出/行事の制限があったが、ようやく少しずつ緩和されてきたと思う。
- ・コロナ禍で家族や院外との繋がりや連携が絶えたが、最近は回復しつつある。
- ・コロナ禍前と比較するとまだ十分には実施できていない。

《具体的な対応》

- ・面会制限等も緩和され、ボランティアの再開に伴い、ケアが充実しつつある。
 - ・誕生日のお祝いや、行事、月ごとの飾りつけ、イベントなど行っている。温かい雰囲気を提供できていると思う。
- コロナの影響はまだ残り、コロナ禍前の状態に戻ったとは言い難いが、少しずつ回復しているという意見が多かった。

4) 退院準備と退院時・退院後の支援

《できている》

- ・退院前にカンファレンスを行っている。
- ・退院される方が少ない中、限られた時間の中で話し合いにより迅速に対応できていると思う。
- ・必要に応じて保険薬局と連携している。

- ・殆ど死亡退院のため準備や支援することは少ないが、在宅への退院などがある場合は積極的に準備、支援を行っていると思う。

《できていない》

- ・訪問看護ステーションなど院外連携施設との連携ができていない/行いたい。
 - ・患者/家族目線での退院指導が不十分であり、院外連携施設に丸投げ的なところもあるためしっかりとした連携がとれているとは思えない。
 - ・主治医によっては長期入院継続となり、方向性が見えない患者がいる。
 - ・退院支援時、院外の施設との連携は主に地域連携室が担っている。もう少し積極的に病棟Nsも関わる必要があると感じる(訪問看護ステーションとの連携など)。
- 退院支援は行っているが、十分ではないという意見が多い。

5) 臨死期への対応

- ・臨死期への対応は、看護師と医師の連携で概ね出来ている。
 - ・医師メインで行っているため、看護師からも臨死期のケアの説明など、もう少し介入できることもあるのではないかと感じている。
 - ・エンゼルケアは、特に家族の意向に沿って行えていると思う。
 - ・デスカンファレンスを行っている。
 - ・遺族会を定期的に開催している。
- 急に症状が進んだ時に家族が混乱してしまうなど、臨死期の関りについて難しさを述べる意見が多くみられた。

6) 遺族に対するケア

《できている》

- ・デスカンファレンスはプライマリーグループ中心に病棟間で共有したり多職種で振り返ったりするなど、ケースによって出来ている。プライマリーNsも意識高く持って関わってくれている。
- ・デスカンファレンスは自身の振り返りにもなり、グリーフケアにもなると思う。

《できていない》

- ・家族会がコロナで開催できていないが、できる限りはやってきていると思う。
- ・デスカンファレンスをしていない。
- ・デスカンファの開催は看護師同士ではできているが、多職種を交えて行えていない。
- ・振り返りをその後のケアに活かせていない。

→遺族に対するケアが十分にまだ行われていない様子がうかがえる。一方、デスカンファレンスなど行い、今後のケアに活かすように努めていることが記載されているものが多い。

【Part2：多職種が協働する場と姿勢の評価】

《できている》

- ・多職種で密なコミュニケーションがとれていると思う。
- ・他職種とのコミュニケーションがとりやすい。
- ・話し合いの場では自由に発言できる雰囲気だと感じるが、積極的に発言するスタッフが限られていることがある。

《できていない》

- ・多職種での関わりが少なく、多職種が集まった話し合いができていない。
- ・多職種によるカンファレンス等は行われているが、もう少しお互いの職種を活かし協働することでケアの幅が広がるのではないかと感じる。

- ・薬剤師や栄養士が多忙のため、定期的なカンファレンスに参加出来ていない。

《ボランティアについて》

- ・ボランティアは主に担当者が関わっているが、話し合いの内容等は共有されている
- ・ボランティアと話し合う機会が少ない/ない。
- ・ボランティアの活動が最近再開された。

→多職種間のコミュニケーションは取れている様子だが、カンファレンスを多職種で開催することが出来てないという記載が多く見られた。また、ボランティアの活動が再開されたという記載もあるが、情報共有が十分に出来ていないという記載もみられた。

【Part3：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》

- ・入退院基準に照らし合わせ、退院支援に力を入れていきたい(今は出来ていない)。
- ・入退院基準の理解が乏しく、スタッフに周知できていない。
- ・患者、家族の希望に添いながら病室の管理をしている。金銭的負担が掛かるようになれば説明を行い、移室も検討している。
- ・退院についてはカンファレンスなどを行っているが、入院については意見が出来ない。

《地域ニーズ》

- ・地域からの受け入れについては今後の課題と考える。
 - ・病棟の事情と地域ニーズが必ずしも一致しない(緊急時に応じることができないこともある)。
- 入退院基準がスタッフ全員に周知しきれていない、スタッフが理解していない、などの現状を記載するものもあった。

4. 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

ここでは、総合コメントの内容を整理し、自施設評価共有プログラムの効果についてまとめる。

《自施設評価の結果について》

- ・全体的に高い評価であった。4 の評価が多かった。
- ・「ケアに関するニーズの把握と包括的なアセスメント」については全体的にできている。
- ・カンファレンスで共有できていると思う。
- ・患者の状態や希望に沿ったケアの提供ができている。
- ・退院支援は地域との連携もあり充実してきている。
- ・家族からのフィードバックを共有することで、やりがいやスタッフケアに繋がる。
- ・緩和ケア病棟の入退院基準がスタッフに明確でないことが解った。
- ・アセスメントツールとしては、STAS-J など上手く使えているのではないか
- ・前は疼痛評価スケールの使用がなかった。医師と共通で使用するようになり、以前より疼痛評価がしやすくなった。

《話し合いの結果について》

- ・ケアや家族への支援をする時間をとれるように業務を効率化し、ボランティアやイベントも上手く活用してゆけるようにしたい。
- ・医師や看護師、職種間での情報共有や目標共有ができるように、カンファレンスを活用していく。
- ・記録などの業務負担を整理していきたい。
- ・人員不足により、現場スタッフが疲弊していることが改めて明らかにできた。

- ・多職種でのチームカンファレンス・症例検討（デスカンファレンス）の活性化が必要であることが分かった。
- ・入棟基準と退棟基準について読み合わせを行った。市内の医療機関の機能分担から基準との相違もあるが、地域のニーズとして柔軟に対応していくことを共通認識できた。

《自施設評価共有プログラムについて気づいたことや疑問点など》

- ・コロナ禍で、できていなかったことが多いことを実感した。
- ・今回はコロナ禍明けの最初の評価のため、また2年後にどう変化しているか、楽しみに活動していきたい。
- ・自施設評価共有プログラムは、参加方法・注意事項が明瞭であり、スケジュールも立てやすいように表示されていたため実施し易かった。
- ・このプログラムに参加し、自分たちが行っているケアを肯定的に振り返ることができ、また患者・家族ケアの質の向上のために多職種で話し合える良いきっかけになった。
- ・全員が参加することがなかなか難しい。カンファレンスを時間内にすることが求められており、十分な時間が取れない現状を他施設ではどう工夫しているのか知りたい。
- ・この評価を行ったなかで、看護師は自分たちの看護に厳しい評価をしていた。しかし医師や多職種からは、緩和ケア病棟の看護師たちの関わりを評価していただいた。これは看護師としては励みになった。

《次回(2年後を予定)の自施設評価までに実施する、質改善のための取り組みの計画について》

- ・多職種連携、カンファレンスを実施していく。
- ・カンファレンスで問題点に焦点を当てて明確化し、多職種でケアの方向性を検討する場にする。
- ・音楽療法士、臨床心理士を含めた多職種の力を合わせていく。
- ・ボランティア活動の拡大の検討と実施、ボランティアスタッフの再介入を目指す。
- ・職種間のコミュニケーションを良好なものにする。コミュニケーションスキルの向上を目指す。
- ・自信を持ってケアをするために、勉強会や事例カンファレンスを実施する。
- ・家族のニーズを引き出すように意識する。家族ケアや遺族ケアを積極的に実施していく。
- ・スタッフへのケアも心掛ける。精神的疲労へのケアを行い、振り返りやスタッフ間の声かけをしながら良いチーム作りをしていく。
- ・地域連携をさらに意識し、在宅支援の向上を目指す。
- ・今後どのようなツールを用いていくことが望ましいかを検討していく。

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アンケート調査結果

2023 年秋に自施設評価共有プログラムを行ったあと、2024 年 2 月に協会正会員の緩和ケア病棟 391 施設全てを対象としてアンケート調査を実施した。アンケートでは、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 391 施設中 123 施設（回収率 32%）であった。

プログラムを実施した 193 施設においては、101 施設（回収率 52%）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 101 施設中 73 施設（72%）であった。

改善が行われた事項は多岐にわたっている。プログラム実施後、多くの施設で改善が実施された項目について表に示す。（数字はその項目を改善した施設数 : 回答総施設数 73）

入院後の情報収集	65	遺族プログラム	14
入院までの情報収集	55	チーム力育成	12
カンファレンス	49	入退院基準	11
多職種連携	39	申し送り	11
デスカンファレンス	30	症状緩和の方法	6
ケアプラン立案・共有	25	スピリチュアルケア	6
説明と同意	23	臨死期のケア	5
面会	17	院内の他診療科との連携	4
アセスメントツール	17	院外の医療施設との連携	4
家族ケア	14	外出外泊	4

情報収集のあり方、カンファレンス、入退院基準、面会や外出外泊など、多彩な項目について改善がなされていることがわかる。改善された事項の具体的な内容については、この報告集巻末の資料に詳細が記載されているので参照していただきたい。

一方で、参加できなかった施設は、緩和ケア病棟 391 施設のうち 198 施設（51%）あり、半数を超える施設が今回のプログラムを実施できなかった。参加しなかった施設には、実施できなかった理由についてアンケートで質問を行っている。参加しなかった 198 施設中、22 施設（28%）がアンケートに回答した。その結果を下記に示す。（複数回答可）

プログラム実施に要する業務量が多く、実施する余裕がないと考えたから	13
資料が病棟管理者の手元まで届かなかったから	6
COVID-19の影響で病棟を閉鎖していたから	5
資料は届いたが、実施するのを忘れていたから	3
設定された期間が短く、実施する時間がないと考えたから	3
共有カンファレンスを開催できなかったから	3
COVID-19の影響でスタッフに余裕がなかったから	2
管理者として、この自施設評価共有プログラムを行う意味があまりないと思ったから	2
その他 ・ いつ行われるか不明だった。いつの間にか終わっていた。	4
・ 日々の業務が多忙でスタッフに余裕がなかったから	
・ 管理者の長期出張の為、取り扱いができなかった	
・ 緩和病棟が閉鎖し病床単位となったため	

この調査結果によれば、22 施設のうち 13 施設（59%）が「プログラム実施に要する業務量が多く、実施する時間がないと考えたから」の選択肢を選んでいる。ちなみに、過去の実施後アンケートでは、同様の理由を選択した割合は、前回 2021 年度は 29%、前々回 2018 年度では 54%であった。ただし、前は「COVID-19 の影響でスタッフに余裕がなかったから」を選択した施設が 40%あり、実施する余裕のなさの原因として COVID-19 の影響を意識した施設が多くなった可能性がある。今回と過去 2 回の実施後アンケート調査からは、このプログラムに要する業務量が多く実施する時間や余裕がない、と感じられることがプログラムに参加しない主な理由となっているものと考えられる。

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を会員施設がどのように評価しているかについて、実施後アンケートの自由記載から引用して考えてみたい。

【ポジティブな評価】

- ・ 自施設の問題、課題の洗い出しに繋がり大変有意義でした。それぞれの職種の役割の再確認ができた。日頃のケアに関し、各々の振り返りが出来た。
- ・ スタッフの意見表出、課題の抽出、対応策の立案・実施に非常に役立ちました。
- ・ 提供すべき医療ケアの内容を再確認する機会になったと思います。
- ・ 準備は大変だが、自分達のケアを俯瞰してみることができ、出来ている点、改善が必要と考える点を明確にすることができた。
- ・ 自施設を評価し共有できたことで現状を知ることができた。一方でカンファレンス内容や話し合いの結果、自由記載や次回までの取り組みなど、入力内容が多く、負担となっている。

【ネガティブな評価】

- ・ 話し合いは必要だと思うが、多職種のスケジュールを合わせる事が難しかった。
- ・ 人員不足で病棟業務で手一杯の状況で、このプログラム実施に要する業務量はかなりの負担だというのは正直なところ。大切なプログラムだとは思いますが、もう少し負担を軽減できるような内容になってほしいと願います。
- ・ 緩和ケアの質を見直すよい機会であるが、簡略化ができればありがたいです。
- ・ 日々提供しているケアを自分たちで振り返ることは非常に大切なことで、行った方が良くは思いますが、現行のプログラムの内容では時間と手間がそれなりに必要なので、スタッフに余裕がなければ、実施に前向きになれない。現場の負担を減らしつつ、意味のある振り返りになるのがベストだと思いますが、その実現は容易ではないと思います。

このプログラムの実施により、自施設のケアの見直し・課題の抽出・改善策の立案などを行うことができた、と評価する意見がある一方で、日頃の病棟業務のためにスタッフに余裕がなく、手間がかかるこのプログラムを実施することが困難である、との意見が多数みられた。こうした自由記載意見は前回までの実施後アンケートでも見られたが、多くの施設から、特にプログラムに参加した施設からもプログラム実施にかかる業務量の負担感が指摘されたことは初めてである。実際、今回プログラムに参加した施設の割合は、49.4%（193/391 施設）と協会会員施設全体の半数に達しておらず、コロナ禍の真っ只中にあった前回 2021 年度の 43.3%（164/379 施設）を若干上回る程度にとどまった。

プログラム実施の負担感が増加した理由として、2 つの要因が考えられる。1 つは、このプログラムの評価項目の増加による影響、もう 1 つは診療報酬改定等に伴う病棟業務の多忙化である。

まず、今回のプログラムでは前回と比較し評価項目を増やしており、それが負担感の増加につながった可能性が考えられる。評価に用いる自施設評価票は、厚生労働省による診療報酬の改定や、当協

会で作成した緩和ケアの基準・緩和ケア病棟の基準の改定内容に応じて毎回見直しを行っている。2023 年度の実施にあたっては、「緩和ケア病棟の基準（2021 年 7 月作成）」の内容に沿って、Part2 に小項目 7 つを含む大項目「多職種が協働する場と姿勢の評価」を追加したほか、Part 1 では多職種連携や院内外の連携に関する小項目 3 つと季節のイベント等に関する小項目 1 つ、さらに経営上の理由による退院の有無に関する小項目 1 つの追加を行った。これによって、2021 年度は大項目 8、小項目 47 であった評価票が、今回は大項目 10、小項目 58 と増加した。

次に、病棟業務の多忙化については、診療報酬改定への対応、働き方改革による影響、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響などが考えられる。COVID-19 は、2023 年 5 月に感染症法上の 5 類相当への変更が行われたが、施設内での集団感染のリスクは以前と変わることはなく、医療関係者にストレスと混乱をもたらす要因となっている。働き方改革のため時間外勤務を削減することが強く求められる中、季節の行事や遺族会の開催などコロナ以前に行われていた活動の再開に踏み切れない施設も多い。こうした病棟業務の多忙化と混乱の中で、自施設評価共有プログラムに取り組むことへのためらいや負担感が生じていると考えられる。

当協会としては、病棟業務のあり方に関して、診療報酬改定などの医療制度改革への対応について会員施設への情報提供などの支援を行うとともに、厚生労働省に現場の課題に基づいた診療報酬改定が行われるよう働きかけを引き続き行っていくことが重要であろう。また、自施設評価共有プログラムの内容については、よりポイントを絞った評価項目への見直し、評価項目の選択制、実施プロセスの改善などを検討することが必要と思われる。

おわりに

近年、緩和ケア病棟を巡る状況は大きく変化してきた。2 年毎の診療報酬改定のなかで、入院待機日数の短縮、緊急入院への対応、長期入院の是正が求められ、時間に追われる業務が増加する一方で、働き方改革のために時間外勤務を削減することも必要とされている。診療報酬改定や働き方改革などの医療制度の見直しは、本来、よりよい医療ケアがよりよい形で提供されるためになされたものであるが、それらに対して受け身の姿勢で対応していると、現場では負担感のみが感じられることにつながる。

自施設評価共有プログラムは、現場でケアを行う各スタッフが自施設の評価を行い、多職種の話合いを通じて自らケアを見直し、問題点を見つけて改善していこうとする、自発的な取り組みを促すものである。評価項目は、WHO の緩和ケアの定義、当協会の緩和ケア病棟の基準、診療報酬上の緩和ケア病棟の施設基準等を踏まえて作成されており、このプログラムに取り組むことで、緩和ケアとして何が求められているのかをスタッフ全員が理解することが可能である。さらに、自分たちの強み、弱みを共有することで、よりよいケアの実践に向けて、スタッフ自身で改善を行うことができるプログラムである。

今回のプログラム実施後、下記のような声が寄せられている。

- ・ 自施設評価プログラムに参加し、出来ているところ、弱いところが見えた。特に当院はスピリチュアルケアに対して十分にできていないという思いが見えたので取り組みに力を入れている。
- ・ 評価を共有することで、多職種との繋がりを強化することも課題とわかった。退院支援看護師などが意識を変え積極的にカンファレンスに参加したり、他の多職種もカンファレンスで発言したりと横の繋がりが強化している。
- ・ 実質的には機能していなかった入退棟判定会議の構成メンバーを再編成し、週 1 回の定期開催、および必要時の臨時開催とし、緩和ケア病棟の入退棟や待機状況、空床状況を院内にもアナウンスするようにした。

緩和ケアを巡る環境や医療制度の変更に対して受け身で対応するのではなく、自発的に改善に取り組むことで、スタッフの働きがいを含む大きな成果が得られる。ただ、このプログラム自体が押し付けられた負担の多い作業と捉えられて義務的に実施されるならば、成果を得どころか、現場の苦しさを増すことになりかねない。

今後、各会員施設からさらなるご意見をいただいてこのプログラムの改善を行うことで、次回以降更に多くの施設が積極的に自施設評価共有プログラムに参加していただけるよう、取り組んでいきたいと考える。

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3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：多職種が協働する場と姿勢の評価
 - Part3：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○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

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行ってください

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、ケアの方針が定期的に検討されている		5	4	3	2	1	NA
	② 入棟後 24 時間以内に、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・家族のニーズと価値観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 ケア計画は、患者の状態やニーズの変化に応じて、定期的に見直されている		5	4	3	2	1	NA
	⑥ チームメンバーの役割や価値観の相違を活かして、ケア計画を幅広く検討している		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めガイドライン ^{※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 症状緩和の方法については、患者と家族の希望と価値観を重視している	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 症状緩和だけで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 患者と家族の関係の維持・強化・再構築を支援するケアが提供されている	5	4	3	2	1	NA
	⑤ 面会・外出・外泊などのニーズに対応している	5	4	3	2	1	NA
	⑥ 誕生日や季節のイベントなど、生活の節目を感じられるケアを提供している	5	4	3	2	1	NA
	⑦ 院内の他の部署や院外の医療施設と連携してケアを提供している	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・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・家族と共に今後の療養場所の選択について話し合いをしている	5	4	3	2	1	NA
	③ 退院が見込まれる場合、患者・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
	⑥ 自施設の経営上の理由のみによって退院を強いることがない	5	4	3	2	1	NA
4.2	退院時および退院後の支援						
	① 退院時期決定は患者・家族の希望に基づき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(処置物品等)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・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・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・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・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・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・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・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※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 多職種が協働する場と姿勢の評価

評価項目	評 点					
A. 多職種が協働する場						
① 緩和ケア病棟の医師と看護師が、ともに話し合う時間と場が定期的に設定されている	5	4	3	2	1	NA
② MSW、薬剤師、宗教的支援者、リハビリテーション療法士、心理職、栄養士、歯科医師・歯科衛生士などが、緩和ケア病棟の医師および看護師と話し合う時間と場が必要に応じて設定されている	5	4	3	2	1	NA
③ ボランティアが、緩和ケア病棟の医師および看護師と話し合う場が定期的に設定されている	5	4	3	2	1	NA
B. 多職種協働の姿勢						
① 新たに生じた課題に対し、ケア計画の確認と変更のために遅滞なく医師と看護師が話し合っている	5	4	3	2	1	NA
② チームメンバーは、各職種の強みと弱みを理解して協力している	5	4	3	2	1	NA
③ 話し合いの場では、職種や役職、経験年数にとらわれずお互いの考えや気持ちを自由に発言できる配慮や工夫がある	5	4	3	2	1	NA
④ チームメンバーは、業務中お互いに声を掛け合っている	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）

Part3

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 (Part3 に関するコメント)

自由記載欄 (その他・総合コメント)

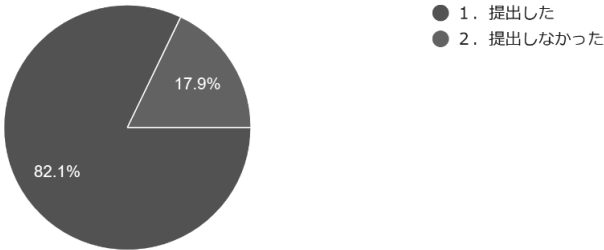
ご協力ありがとうございました。

2023年度 自施設評価共有プログラム実施後アンケート調査

【回答期間】 2024年2月2日～2月16日 【回答方法】 Googleフォーム、メール、FAX
【調査対象】 正会員PCU施設数 391 【回答数】 123 （回答率： 31.5% ）

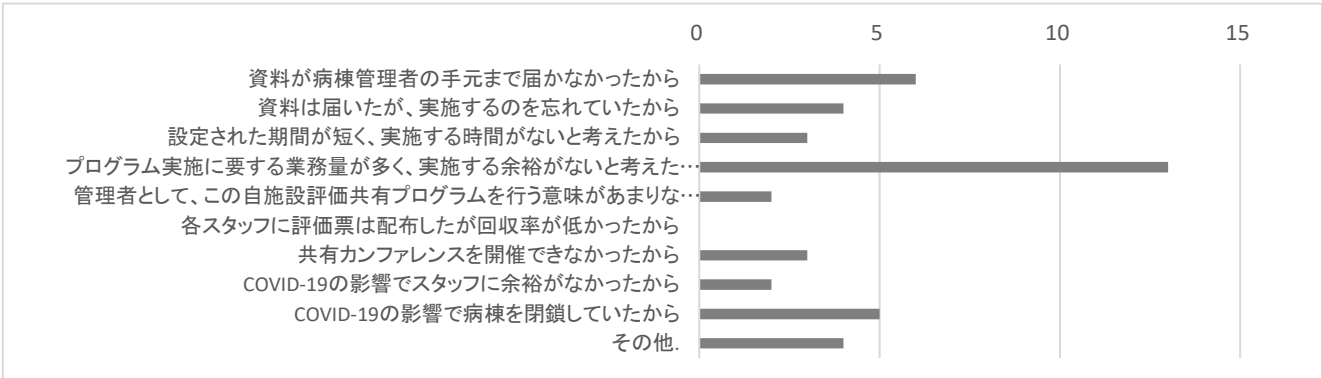
問1 2023年秋の自施設評価共有プログラムの結果を協会に提出されましたか。

提出した	101	82.1%
提出しなかった	22	17.9%



問2 結果を提出されなかった理由について、該当する番号に○をつけてください。(複数回答可)

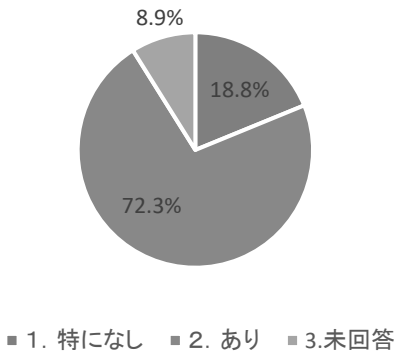
1. 資料が病棟管理者の手元まで届かなかったから	6
2. 資料は届いたが、実施するのを忘れていたから	4
3. 設定された期間が短く、実施する時間がないと考えたから	3
4. プログラム実施に要する業務量が多く、実施する余裕がないと考えたから	13
5. 管理者として、この自施設評価共有プログラムを行う意味があまりないと思ったから	2
6. 各スタッフに評価票は配布したが回収率が低かったから	0
7. 共有カンファレンスを開催できなかったから	3
8. COVID-19の影響でスタッフに余裕がなかったから	2
9. COVID-19の影響で病棟を閉鎖していたから	5
その他、 ・いつ行われるか不明だった。いつの間にか終わっていた。 ・管理者の長期出張の為、取り扱いができなかった ・緩和病棟が閉鎖し病床単位となったため ・日々の業務が多忙でスタッフに余裕がなかったから	4



問3 プログラムを実施後、貴院内でケアや設備の改善・見直しを行われた事項がありますか？

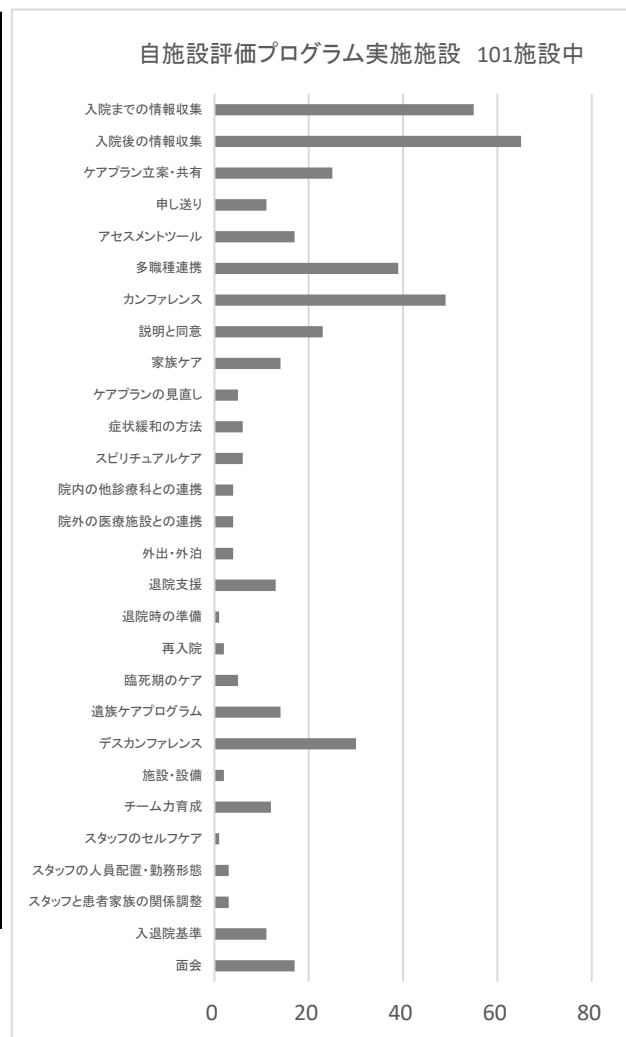
1. 特になし	19	18.8%
2. あり	73	72.3%
3.未回答	9	8.9%

n= 101



問3で「あり」と回答された場合は、該当するものにチェックを入れてください。(複数回答可)

1. 入院までの情報収集	55
2. 入院後の情報収集	65
3. ケアプラン立案・共有	25
4. 申し送り	11
5. アセスメントツール	17
6. 多職種連携	39
7. カンファレンス	49
8. 説明と同意	23
9. 家族ケア	14
10. ケアプランの見直し	5
11. 症状緩和の方法	6
12. スピリチュアルケア	6
13. 院内の他診療科との連携	4
14. 院外の医療施設との連携	4
15. 外出・外泊	4
16. 退院支援	13
17. 退院時の準備	1
18. 再入院	2
19. 臨死期のケア	5
20. 遺族ケアプログラム	14
21. デスカンファレンス	30
22. 施設・設備	2
23. チーム力育成	12
24. スタッフのセルフケア	1
25. スタッフの人員配置・勤務形態	3
26. スタッフと患者家族の関係調整	3
27. 入退院基準	11
28. 面会	17



その他自由記載欄

- ・ ボランティア
- ・ ボランティアの意見をスタッフが周知する
- ・ ボランティア活動、関わりについて。コロナ禍で活動に制限があり、活動の意味について考えさせられた。
- ・ オビオイド外来の開設
- ・ 勉強会
- ・ 事例検討会によるケアの振り返り
- ・ スタッフと多職種チームとの関係がより近くなった。
- ・ 認定看護師の勉強会を増やした
- ・ 地域へのアピールのため広報誌への掲載、院内のポスターセッション

改善内容について具体的に記載してください

- ・ 1.マニュアル・ガイドラインの活用について(定期勉強会実施、年5回)
- ・ 2.デスカンファレンスの開催について(定期的に、質の向上)
- ・ 3.個別性を考慮しようと共有した
- ・ 3.受け持ち看護師主体で行っていたが、チーム全体で共有・評価する方向にしていっていった。
- ・ 5.疼痛のアセスメントツールを作成、運用開始
- ・ 6.臨床心理士の病棟での活用について→検討中
- ・ 7.カンファレンスでの評価事項を継続して話があるよう改善している。
- ・ 8.以前よりICに同席はしているが、その後の反応や記録・対応を充実させるようにした
- ・ 16.早期介入できるよう予後予測を使用し対象者を抽出する流れを作成した
- ・ 19.逝去後お迎え迄の時間をゆっくり取れるよう共有した
- ・ 20.これからの過ごし方についてパンフレットを用いて説明している。そのパンフレットに悲嘆についてと相談先を載せた
- ・ 20.感染対策を行いながら遺族会を再開した
- ・ 20.遺族会の再開を検討したが、予定していた時期にCOVID-19が多くなり中止した
- ・ 21.多職種を含めたデスカンファレンスの実施
- ・ 21.デスカンファレンスをより増やしていくよう改善に努める。
- ・ 21.振り返りのみでなく、意見交換が出来るような内容を検討。また、多職種の参加の声かけや当日欠席者の意見も聞けるよう、事前にテーマを伝えて行うようにした。

- ・27.入退院基準について、スタッフへ周知できるよう勉強会を行い理解を深めた。
- ・28.完全な面会フリーには至っていないが、感染委員会と検討し、面会時間の延長や外出泊など、感染の流行の度合いによって随時変更している
- ・1.合同カンファレンス
- ・2.患者と家族のニーズの把握
- ・3.倫理的問題
- ・4.PCU病床運営と地域のニーズ、連携
上記について詰所内でワーキンググループを立ち上げ、活動中です。
- ・看護師、看護補助者の補充を行い、また他部署からの応援体制をとり、運営している。
PCU運営会議、入棟判定会議の内容をスタッフに朝礼などで周知し始めている。
看護管理者が看護管理者職研修に参加し、病棟運営やチーム力育成につなげるために学びを深めている。
デスカンファレンスの定期開催は実施できていないが、開催するための時間や参加メンバーの調整、運営方法の検討を継続している。
- ・ACPシートの導入 多職種カンファレンスや面談などで情報共有し、よりよいケアにつなげることができるようになった。
- ・多職種で協力して退院支援を進めることができるようになった。(MSWの参加)
- ・デスカンファレンスの実施回数が増え、看護の振り返りの機会が増えた。
- ・家族ケアの見直し
- ・主治医との連携について(主治医持ち上がり制のPCUなので)
- ・カンファレンスの実施の見直し
- ・亡くなった患者のご家族へ四十九日を過ぎた辺りに遺族アンケートを郵送しケアや状況の確認を任意でご回答頂きケアの見直しと遺族サポートに繋げるため遺族アンケートの再開
- ・面会を特別面会許可証→(特別面会許可証の方は時間制限なくいつでも来院出来付き添い可)以外の方はこれまで人数制限していたが朝から消灯までフリーにした
- ・自施設評価プログラムに参加し出来ているところ、弱いところが見えた特に当院はスピリチュアルケアに対して十分にできていないという思いが見えたので取り組みに力を入れている
- ・実質的には機能していなかった入退棟判定会議の構成メンバーを再編成し、週1回の定期開催、および必要時の臨時開催とし、緩和ケア病棟の入退棟や待機状況、空床状況を院内にもアナウンスするようにした。
- ・レスパイト入院にパスを試験導入中。
- ・朝昼のカンファレンスで話し合った内容をあいまいにせず、確実に「カンファレンス記録」として記載するよう周知徹底中。
- ・CFの積極的な活用、PPIなど予後予測について、CFで医師、看護師で行っているが、実際ケアプランに反映されていない。現在改善中である。
- ・IPOSの実施方法の変更、デスカンファレンスの実施、面会緩和に向けての対策、家族ケアの充実を図る取り組み、退院カンファレンスの実施、遺族会オンライン開催に向けて取り組む、医師を交えた勉強会の取り組みができた。
- ・アセスメントツールは必要時にSTASjを活用する
デスカンファレンスは1回/人/年はする
入院中は受け持ち看護師が定期的に家族面会をする
遺族会は次年度から再開する
多職種カンファレンスは、栄養科やmswとは定期的にカンファレンスは継続、リハビリは介入になった時点でリハビリカンファレンスを行い検討する
ボランティアは次年度から再開予定
- ・カンファレンスでは患者・家族のことはもちろん、スタッフのメンタルフォローを含めた話し合いになった。
デスカンファレンスが途切れたりしていたが、毎週必ず開催するようになった。
- ・カンファレンスでは心理的安全性を担保するように意識づけを行った。
家族への声かけが不足しており、看護師から積極的に声掛けをするようになった。
デスカンファレンスは開催方法を変更した。
- ・カンファレンスで内容の共有を行った。面会1日15分2名までであったが、2023年10月～1日10時～20時の間時間制限なし2名/日までと拡大しました。
- ・ケアプラン立案がプライマリー任せになっている→カンファレンス内でも評価、修正、新しい計画立案の検討も行っていく
デスカンファレンス できるところから始める。
- ・ご遺族に対し、主治医と受け持ち看護師から簡単なお手紙を遺族調査用紙とともに送付させていただき取り組みを開始した。
また、デスカンファレンスはテンプレートや様式にこだわらず、誰もが発言しやすく、かつカンファレンスの準備に時間のかからないように工夫を行い、デスカンファレンスのハードルを下げた。
- ・スタッフが多職種の専門性を活かして何を相談したいのか一緒に考えることができるようになった。
- ・スピバス導入に向けて、スピリチュアルケアの勉強会を行っています。
- ・毎週月曜日多職種にてご逝去された方の振り返りカンファレンスを行い、デスカンファレンスにつなげている
- ・デスカンファレンスは、スタッフのデスカンファレンスの思いや考えを確認して、開催方法の見直しを行なった。
遺族ケアでは、今後の課題であることを多職種で共有した。まずは遺族ケアについて学び、当PCUでの遺族ケアについて検討していくこととなった。
- ・デスカンファレンスは、リフレクションカンファレンスとして新たな仕組みで開始し、全ての職種がモヤモヤやジレンマを話し合える場とした。倫理カンファレンスは、倫理委員会でアンケートをとり看護師に係る負担を検討し改善中。
面会についても柔軟に対応できるように変更。
- ・デスカンファレンスやリフレクションへの意識を高める。
疼痛アセスメントツールの活用。

- ・デスカンファレンスを開催した。今後も定期的に行えるよう計画していく。
チームリーダーが不在時の相談役を明確にし、不安なく円滑に業務が行える体制とした。
疼痛スケールとしてNRSやSTAS-Jで評価しているが、評価できない患者が多い。PAINADを活用することを話し合い、導入した。
- ・デスカンファレンスを倫理の4分割を使用し実施していたが、デスカンファレンスに対し敷居が上がり、ケアの振り返りやグリーンケアに繋げるためには開催しやすいシステムに変更した
- ・ケア内容を詳細に計画に反映、申し送り時間の変更や短縮
- ・プライマリーを2人にして、患者家族対応をする。
- ・外出(外泊)を一部許可した。
設備面の不備を洗い出し、改善していけるよう動いている。
イベントは今後内容を検討し、開催に向けて取り組む
- ・学習会の継続、カンファレンスの充実、多職種カンファレンスの定期開催を開始、グリーンレターおよび遺族アンケート送付開始、病棟運営に関する説明会の実施、季節のイベントを開始
- ・患者ご家族の意思決定への支援をもとにした関りとなるよう、日頃の医療者間の情報共有やケア検討へとつながるよう、共通理解を深められるように努めた。
- ・看護振り返り用紙の作成(デスカンファレンス用紙の内容に合わせた項目)
年度末、自身の看護を振り返り、共有し、今後の看護に活かす。
J-HOPE5に参加協力
- ・苦痛症状を多角的にとらえることの必要性を認識するようになり、症状緩和の方法を複数検討するようになった。
患者・家族のスピリチュアルペインを複数の面から検討するようになった。
- ・情報共有の仕方
- ・2年前と比較し看護師のデータが変わっていなかったため全人的苦痛の緩和を目的とした4側面でのアセスメント、問題点、対策を見いだすことを始めた。
- ・全人的に患者をとらえられるようアセスメントシートの見直しを行った。
職員の症状緩和に対する知識向上の為、教育計画の見直しを行い、基礎知識の習得を図った。
- ・全人的に情報を取り、苦痛の関連やQOLを検討する用紙を作成し、毎週金曜日の多職種カンファレンスに向けて水曜日あたりから情報整理を行うようになった
- ・個別性のあるケアを行うため必要な情報をカンファレンスで共有し、ケアプランを立案するようになった。IPOSを7日目に再評価することを徹底し、必ずカンファレンスを行うようにし、その上でケアプランの見直しを行うようになった。遺族ケアでは以前より手紙を出す率が低下していたが、直近では100%まで上がっている。
- ・入院予定の方の情報共有の方法(チームカンファレンスの中でスタッフと共有できるようにした)
- ・申し送り→ウォーキングカンファレンスから、ウォーキングカンファレンス→申し送りに変わり、時間短縮とカンファレンスの時間短縮とカンファレンスの時間を長く持つことができた。
- ・定期的に困難ケース・退院支援についてのカンファレンスの開催を検討→定期的なカンファレンス+必要に応じてミニカンファレンスも行っていくこととなった。
- ・自施設カンファレンス後栄養士がカンファレンスに参加。患者が退院後訪問看護へ状況報告。1人/年のデスカンファレンスをスタッフ全員が実施。
- ・評価を共有することで、多職種との繋がりを強化することも課題とわかった。退院支援看護師などが意識を変え積極的にカンファレンスに参加したり、他の多職種もカンファレンスで発言したりと横の繋がりが強化している。
- ・病棟カンファレンスの定期的な実施。
医師・薬剤師・MSWなど多職種による連携。
多職種でのカンファレンス実施(目標)
- ・カンファレンスに他職種を積極的に入ってもらうようにした
- ・他職種がカンファレンスで発言できるよう、司会が中立の立場でファシリテートできるよう育成し、発言が増えた。
- ・他職種カンファレンスに在宅スタッフが参加する事などで情報を共有し。多職種で連携して安心して過ごしていただけるよう外出・外泊支援を行った。
- ・週に一度、全入院患者を対象とした多職種カンファレンスが開催されるようになった。
- ・多職種カンファレンス
開催前に話し合う内容を決め、多職種へ開催時間、テーマを事前に伝える。
- ・デスカンファレンス
目的、方法、ルールを明確にし、定期開催とした。
- ・多職種カンファレンスに多職種が参加しているものの有効な話し合いができていないこともあったため、事前に情報共有をしてカンファレンスを行うことができるようにした。
スタッフの心理的安全性確保のため、承認を今までより多く行い、自信を持ってそれぞれが仕事をできるよう配慮した。
- ・多職種カンファレンスの進め方を見直した。医師、看護師以外からの意見が出やすい体制に変更した。イベントの際に特別食を提供。
- ・多職種カンファレンスを定期的実施することにした
- ・多職種が充実したカンファレンスができるように、議題や会議運用の工夫を行っている。
- ・多職種で家族ケアについて今できること
- ・多職種の参加で開催することが少なかったため、メールの利用・情報共有を行い、意見交換の工夫をしている。

- ・多職種連携は、リハビリイベントを検討
臨死期のケアは、悲嘆ケアのひとつとして実施している「これからの過ごし方のパンフレット」説明をどのタイミングが妥当かを研究も視野に入れて検討開始
遺族ケアは、遺族会を中止し、遺族面談を始めた。コストフリーで試験運用中
- ・臨死期及び逝去後における多職種介入
- ・退院基準の見直しを行い、入院後、病状に大きな変化がないことや内服も安定している方は、入院して6か月後、医師との面談を行い退院を行うことを患者、家族へ説明するよう変更した。
- ・電子カルテの更新があり、NANDAから患者参画型標準看護計画へ修正した。3月より導入し、改善した看護計画を活用していく
- ・入棟面談での患者、家族への説明を強化した/入棟基準を見直ししている/他診療科との対話を強化した
- ・毎日日勤で症状の評価を実施した。面会・付き添いは臨機応変に対応し残された時間を有意義に過ごすことができるようにした。勉強会を開催し、質の向上に努めた。倫理カンファレンスに多職種が参加できるように調整した。
- ・COVID-19の再燃くすぶりの中、面会緩和を試行錯誤しています。
- ・大部屋の面会を緩和した
- ・面会に関する病院への働きかけ。
コロナ前を知っているスタッフとコロナ禍以降入職のスタッフとの意見のすりあわせ。
- ・面会もできるようになり、具体的な退院支援をしやすくなったこと。また、それについて多職種から意見をもらったりデスカンファレンスも家族の内容がでくるようになった。
- ・面会禁止→7/18～全面解除(24h面会可)
機能別看護のとりいれ(フリー業務)
カンファレンス記録の記事タイトルの統一(継続ケア)
- ・面会制限中も家族ケアには力を入れていたが、家族面会時の対応をさらに細やかに実施するようになった。(患者の身支度を整える、家族不在時の様子やエピソードをお伝えする、家族の体調や気持ちを伺うなど)
遺族ケアはコロナ禍で中断していたが、この期間のご遺族にはお手紙を送り、気にかけていることをお伝えした。
- ・予後予測から受け入れ場所の確認を行う
- ・臨死期ケアとしてOPTIMパンフレットを導入した。
せん妄アセスメントツールの導入に向けて準備している。
デスカンファレンス開催方法の変更について検討・準備している。
家族ケアとして家族会再開の検討(コロナ禍で中止となっている)
- ・臨死期のカンファレンス用のテンプレートを作成し、カンファレンスを行っている。デスカンファレンスは、栄養科リハビリ等関わった部署も交えてなるべく行うようにしている。
入退棟基準を更新し全職員に周知した。
ボランティア活動について、医師看護師ボランティアと会議を行う予定。
- ・疼痛緩和(症状緩和)マニュアルが周知徹底できるよう研修会に行った。デスカンファレンスにチャプレンが参加できる機会を増やした。受けもち看護師が患者と家族の希望をきき、ケア計画に具体的にくみこむ事例が増えた。
- ・疼痛評価項目を追加しアナムネーゼ内容の改訂を行いました。
デスカンファレンスシートの見直しを行っています。
- ・改善までは至っていないが、今の業務内容の見直しや問題点を整理しています。そのためにも自施設評価はとても役立っています。

問4 自施設評価プログラムに関する意見・要望等あればお書きください。

- ・話し合いは必要だと思うが、多職種のスケジュールを合わせる事がむづかしかった。
- ・もう少し現場の負担を減らすような方法での実施をどうか宜しくお願い致します。
- ・他にも業務が色々ある中ですので、業務負担が増えないように希望します。
- ・緩和ケアの質を見直すよい機会であるが、簡略化ができればありがたいです。
- ・カンファレンスが課題の抽出、改善目標の設定に役立っています。プログラム内容の改変は最小限にとどめていただきたいです。評価が難しくなります。
- ・現在、閉鎖中なので。その都度調査に参加するのが困難になっています。理由としては、他部署の業務を任されていたりしているため、対応が困難です。ご検討をお願いしたいです。
- ・人員不足で病棟業務で手一杯の状況で、このプログラム実施に要する業務量はかなりの負担だというのは正直なところで。大切なプログラムだとは思いますが、もう少し負担を軽減できるような内容になってほしいと願います。
- ・日々提供しているケアを自分たちで振り返ることは非常に大切なことで、行った方がよいと思いますが、現行のプログラムの内容では時間と手間がそれなりに必要なので、スタッフに余裕がなければ、実施に前向きになれない。現場の負担を減らしつつ、意味のある振り返りになるのがベストだと思いますが、その実現は容易ではないと思います。
- ・アンケート実施後、取り組む期間が必要なので、このアンケートももう少し期間を空けてもらえるとありがたいです。
・アンケート実施は取り組みに時間と労力を費やします。2年に1回のペースではなく、もう少し期間を空け、3年に1回、4年に1回などではいかがでしょうか。
- ・今後も継続してください。
- ・スタッフの意見表出、課題の抽出、対応策の立案・実施に非常に役立ちました。
- ・自施設を見直す良い機会となっています。ありがとうございます。
- ・提供すべき医療ケアの内容を再確認する機会になったと思います。

- ・ 自施設のケアの振り返りの機会となりましたので、このような取り組みに感謝いたします。
- ・ 今後もこの自施設評価プログラムを通して、ケアの内容を見つめなおす機会として今後も活用させていただきたいと思います。
- ・ 準備は大変だが、自分達のケアを俯瞰してみることができ、出来ている点、改善が必要と考える点を明確にすることができた。
- ・ 自施設の問題・課題の洗い出しに繋がり大変有意義でした。
それぞれの職種の役割の再確認ができた。
日頃のケアに関し、各々の振り返りが出来た。
- ・ 自施設を評価し共有できたことで現状を知ることができた。
一方でカンファレンス内容や話し合いの結果、自由記載や次回までの取り組みなど、入力内容が多く、負担となっている。
- ・ 2年に1回の開催が、自施設の振り返りのタイミングとしては適切と思われた。
- ・ 2年での改善はなかなか期間が短いので3年スパンで自施設評価を検討頂けると有難いです。
- ・ スタッフ自身のセルフケアにつながる方法を取り入れたいが、実際にどのように行っていけばいいのか分からないでいます。
- ・ 実施後アンケートの質問3について、評価表の質問とリンクする回答が出来ると答えやすかった
- ・ 全国的な結果や、分析、傾向を知りたいです。
- ・ 提出までの期間がもう少しあると、カンファレンスの予定日を何日か計画できると思います
- ・ 今回行った自施設評価共有プログラムの結果について、それぞれの施設へ日本ホスピス緩和ケア協会からコメントやアドバイスなどいただけると嬉しいです。
アンケートの質問項目を見ていると「これは全部きちんとできていないといけないのかな」と不安になる医療者もいると思うので(もちろん全部できていることが望ましいと思いますが、例えば季節のイベントやデスカンファレンスなどを行うよりも、より多くの患者さんの入院を受け入れたり、患者さんの話を聞いたり症状緩和をきちんとやるほうに時間をかけたい、という施設もあると思いますので)、必ずしもすべての項目で良い点を取ることが目的ではない、といったことを一言書いていただけると少し安心します。
- ・ プログラムを実施できず、申し訳ございません。次回は計画的に取り組めるよう努めます。今後ともよろしくお願い致します。
- ・ 特にありません（同様9件）

以上

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 院長
	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	敦賀市立看護大学 教授
	大園 康文	目白大学看護学部看護学科 地域在宅看護学 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
	坂下 明大	兵庫県立はりま姫路総合医療センター 緩和ケア内科診療科長
	小池 瞬	公立富岡総合病院 看護部

緩和ケア病棟 自施設評価共有プログラム 結果報告書【2023 年度】

発行日：2024年 7月 1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