

令和5年(2023年)度 各病院 緩和ケアチーム の実施計画・管理表

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
神戸大学医学部附属病院	患者・家族が専門的緩和ケアにアクセスすることができる	1. 緩和ケアチームの介入方法の周知が不十分である 2. 苦痛のスクリーニングが活用できていない	1. 医療者、患者・家族への広報を行う 1) 緩和ケアチーム(入院)と緩和ケア外来の案内を一括化して掲載する。5月までに掲示内容の変更がないか確認する 2) 緩和ケアマニュアルの見直しは、12月までに改訂箇所があれば改定し、4月に配布する。改訂事項がなければ、改定しない 2. 入院中に緩和ケアチームで介入し、退院後も支援が必要な患者に対しての支援体制を構築する 3. 病棟での苦痛のスクリーニングを活用し、専門的緩和ケアが必要な患者への緩和ケアチーム介入をおこなう	令和5年4月～	○	達成	1. 緩和ケアチーム(入院)と緩和ケア外来の案内を一括化して掲載する。5月までの掲示内容の変更がないか確認した。 2) 緩和ケアマニュアルの見直しと印刷依頼が完了し、2月末に納品予定、4月に配布予定である。 2. 必要な患者に対して、緩和ケア外来、在宅医・訪問看護につなぐことができています。 3. 緩和ケアチームへの依頼件数は増加しており、専門的緩和ケアが必要な患者への介入ができています。	継続	1. 2)について改訂事項があれば、改訂を行う。
	患者・家族が質の高い専門的緩和ケアを受けることができる	1. チームメンバーの継続的な能力向上が必要である 2. 多職種、他部門との連携が必要である 3. がん以外の疾患をもつ患者に対する緩和ケアが必要である	1. 提供する医療・ケアを評価しチームメンバーの能力の向上に努める 1) 多職種での緩和ケアチームカンファレンスを開催する(毎水曜日) 2) セルフチェックプログラムを年に1回実施し、8月までにチームの活動を評価する 3) 問題症例を振り返る(毎月) 4) 緩和ケアに関するジャーナルクラブを開催する(月2回) 5) 緩和ケアに関するランチョンセミナーを開催する(月2回) 2. 多職種連携を強化する 1) Bone Metastasis Board(3週ごと水曜日)、Tumor board(月1回火曜日)、精神科(第3金曜日) 2) 麻酔科は、相談事例があればカンファレンスを開催する 3) がん以外の疾患をもつ患者に対する緩和ケアを推進する。循環器緩和ケアカンファレンスを開催する(月2回、水曜日)ECUとのカンファレンス(月1回)	令和5年4月～	△	概ね達成	1. 1) ほぼ毎週薬剤師、公認心理師を含む、多職種による緩和ケアカンファレンスを実施することができた。 2) 7-8月にかけて、セルフチェックプログラムを実施し、チーム活動の評価を行った。 3) ほぼ毎月、事例検討会を実施し、介入事例の振り返りを行った。 4) 月2回程度ジャーナルクラブを開始し、各自の自己研鑽を行った。 5) 月2回程度、緩和ケアに関するランチョンセミナーを行い、自己研鑽、自己の知識の振り返りを行った。 2. 1) 転移性骨腫瘍カンファレンス、Tumor Board、精神科カンファレンスへほぼ参加し、多職種連携を行った。 2) 神経ブロックの適応について、適宜、麻酔科とカンファレンスを行った。 3) 循環器内科、ECUスタッフと非がん患者の緩和ケアについて、カンファレンスを定期的実施した。	継続	2. 定期開催のカンファレンスについては、検討事項の選定を見直すなど、カンファレンスの充実を図る
神戸市立医療センター中央市民病院	緩和ケアセンターの活動を充実する	① 苦痛のスクリーニングを通して早期より基本的緩和ケアが全てのがん患者・家族に提供される体制を維持する必要がある ② 必要ながん患者・家族に専門的緩和ケアが提供される体制を維持する必要がある ③ 非がん緩和ケアの活動をを進める必要がある ④ 高齢者機能評価、自殺予防対策、AYA世代チームの推進が必要である	① 入院・外来患者の苦痛のスクリーニング実施率80%を維持する ② 緩和ケア外来への紹介を平日は毎日受け入れ、当日の緊急依頼に関しても介入率95%以上を達成する。がん看護相談外来の人数を10%増加する。 ③ 緩和ケアチームへの非がん患者の依頼件数増加を目的として、集中治療部門との連携を図る ④ がん拠点病院委員会と協働して、高齢者総合機能評価、自殺予防対策、AYA世代サポートチームの活動の推進をすすめる	令和6年3月	○	概ね達成	① スクリーニング実施率は病棟で11月の調査では39%と低かった(現在各部署で改善策の検討と2月に再調査を予定している)。 ② 緩和ケア外来への紹介は毎日受け入れ、緊急依頼に関しては、当日対応できなかったのは午後休診のときの1件だけであり、95%以上を達成できた。 ・がん看護相談外来は312件で、前年度の221件より40%増加した。 ③ 緩和ケアチームへの非がん患者の依頼件数増加を目的として、集中治療部門との連携を図る。 ④ 高齢者総合機能評価、自殺予防対策、AYA世代サポートチームについて院内に周知し、具体的に活動を開始することができた。	継続	① 入院・外来患者の苦痛のスクリーニング実施率を高水準にする(80%以上の実施を目標とする)。 ② 緩和ケア外来への紹介を平日は毎日受け入れ、当日の緊急依頼に関しても介入率95%以上を維持する。 ・がん看護相談外来の相談件数は年間300件を維持する。 ③ 緩和ケアチームへの非がん患者の依頼件数を高水準で維持し、緩和ケアを必要とするすべての入院患者に適切な緩和医療を提供できるように努める(非がん患者の介入件数100件以上を維持する)。 ④ 外来においてがん診断後に、高齢者機能評価、苦痛のスクリーニング、看護面談を取り入れ、主治医・外来看護師と協働する。
	地域の緩和ケアリソースと協働し、連携を推進する	顔の見える関係で連携施設を増やしていく必要がある	① 緩和ケア地域連携カンファレンスを継続し、地域での課題を取り上げ意見交換を行う(月1回開催) ② 地域で新たに連携するリソースが増え、地域連携カンファレンスの参加施設が増える	令和6年3月	○	概ね達成	① 神戸大学医学部附属病院、神鋼記念病院との共催で毎月緩和ケア地域連携カンファレンスを実施し、各回30名以上の参加が得られている。施設紹介、勉強会、事例検討を実施し、地域の医療者とケアについて話し合えた。 ② 新たな訪問医療(クリニック)や訪問看護、地域の調剤薬局の紹介や取り組みを聞くことができた。	継続	① 緩和ケア地域連携カンファレンスを継続し、地域での課題を取り上げ意見交換を行う(月1回開催) ② 地域で新たに連携するリソースが増え、地域連携カンファレンスの参加施設が増える。継続して事例検討に取り組み、ディスカッションをする。
	がん、非がんを問わず、ACPを推進し、患者の意向に沿った療養支援、終末期ケアを提供する	ACP、意思決定支援を取り上げる機会が不足しており、終末期対応に特化したガイドラインがない	① 緩和ケア・ACPリンクナース会を通して部署で患者の意向を確認しACPを促進する ② 臨床倫理コンサルテーションチームと協働して、終末期のガイドラインを作成する	令和6年3月	○	概ね達成	① 緩和ケア・ACPリンクナース会を毎月開催し、患者の意向を確認できるよう知識の共有を図っている。他部門と協働してACPテンプレートを見直し、一部診療科で取り組みが始められている。 ② 終末期のガイドライン作成に着手しており、令和6年2月時点では作成過程にある。	継続	① 医療チームで取り組む事例を増やす。事例検討をし、ACPの実践の質の向上に取り組む。 ② 終末期マニュアルを完成させ、臨床倫理委員会の承認を得る。完成した終末期マニュアルを部署の実践に活かす。

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
神戸市立西神戸医療センター	全ての患者・家族が基本的緩和ケアを受けることができる体制の整備	①つらさのスクリーニングシートの活用 タイミングを逃さず早期介入につなげる ②外来のつらさのスクリーニングの実施数が増加しない ③院内・外の医療従事者の能力向上 ④改定した緩和ケアマニュアルの実践での活用を図る ⑤ACPIに関する普及や教育を行う ⑥医療用麻薬の自記式服薬記録の整備活用	1. スクリーニングを外来・病棟で1500件施行する。外来での運用方法を変更する。 2. スクリーニングによる希望介入も継続する。年50件程度 3. 院内・外の医療従事者を対象に勉強会・研修会を開催する(PEACE研修・ELNEC-Jコアカリキュラム研修1回/年)。 4. 院内職員がマニュアルを活用した実践をができるように、緩和ケアマニュアルを改訂し、周知を図る。(2年毎に改訂) 5. リンクナースと研修医に対してのACP勉強会の実施リーフレットの配布促進 6. 医療用麻薬の自記式服薬記録の整備、院内職員に周知、活用を図る	令和6年3月	△	概ね達成	1. スクリーニングを外来・病棟で計1270件(12月末まで)年間1690件の見込み。外来での運用方法は適宜検討したが、変更なし。リンクナースへの働きかけで実施数は増加。 2. スクリーニングによる希望介入も継続する。(46件;1月末まで)年間55件見込み。早期からの介入で、外来でのフォローやACPなどにもつながっている。 3. 院内・外の医療従事者を対象に勉強会・研修会を開催した(PEACE研修・ELNEC-Jコアカリキュラム研修1回/年)。 4. 緩和ケアマニュアルが現在改訂中。 5. リンクナースと研修医に対してのACP勉強会の実施(10月に実施、訪問看護師も参加したことで、地域全体での多職種での支援について学ぶ機会となった。スクリーニングにACPに関する設問を設け、概要を説明し、普及し、認知度は徐々に上昇した。(11.79%) 6. 医療用麻薬の自記式服薬記録の整備、院内職員に周知、活用を図った。	継続	1. スクリーニングは現状の実施数を維持 2. スクリーニングによる希望介入も継続 3. 院内・外の医療従事者を対象に勉強会・研修会を開催(PEACE研修1回/年)。 4. 緩和ケアマニュアル改訂内容を周知。 5. リンクナースと研修医に対してのACP勉強会の実施。価値観シート啓蒙 6. 医療用麻薬の自記式服薬記録の活用と評価
	患者・家族への質の高い専門的緩和ケアの提供	①緩和ケアチームのメンバーの能力向上・チーム機能の向上に努める ②定期的にチームの活動を振り返り評価する ③多職種連携・地域連携を強化する ④がん以外の疾患を持つ患者に対する緩和ケアを推進する	1. 新規介入400件/年以上、チーム回診・ミーティングを行う(1回/週)。IPOSの導入。年50件目標 2. チームメンバーの能力、チーム機能の向上に努める。(学会参加8回/年・発表4回/年) ・定期的にチームの活動を振り返り評価する(院内2回/年、院外第3者チェック1回/年)。 3. 多職種・地域連携を強化する。 ・緩和ケアチームと各診療科・部門で症例カンファレンスを行う(カンサード1回/年、骨メタカンファレンス1回/週)。 ・地域とのカンファレンスを1回/月行う。 4. がん以外の疾患をもつ患者に対する緩和ケアを推進する。非癌患者への対応(50件/年)。	令和6年3月	△	概ね達成	1. 新規介入362件/年(1月末まで)年間約430件の見込み。チーム回診・ミーティングも行った(1回/週)。IPOSを導入、配布320件、回収124件。(1月末まで)目標は達成。 2. チームメンバーの能力、チーム機能の向上に努める。(学会参加13回/年・発表6回/年) ・定期的にチームの活動を振り返り評価した(院内2回/年、院外第3者チェック1回/年)。 3. 多職種・地域連携を強化する。 ・緩和ケアチームと各診療科・部門で症例カンファレンスを行う(カンサード1回/年、骨メタカンファレンス1回/週)。計画通り実施した。それ以外にも他部署や多職種カンファレンスにも参加した。 ・地域とのカンファレンスは現在8回実施、年間10件の見込み。 4. がん以外の疾患をもつ患者に対する緩和ケアを推進する。非癌患者への対応36件(1月末まで)年間43件見込み。	継続	1. 新規介入件数目標 400件/年 IPOSも現状の運用で継続 2. チームメンバーの能力、チーム機能の向上に努める。(学会参加6回/年・発表2回/年) ・定期的にチームの活動を振り返り評価 3. 多職種・地域連携を強化する。 ・緩和ケアチームと各診療科・部門で症例カンファレンスを行う(カンサード1回/年、骨メタカンファレンス1回/週)。 ・地域とのカンファレンス 月1回目標 4. がん以外の疾患をもつ患者に対する緩和ケアを推進する。非癌患者への対応
神鋼記念病院	地域がん診療連携拠点病院として、質の高い緩和ケア・看護が提供できる体制の整備を行う	現在の治療・生活サポートチーム相談テンプレートが活用しにくい(2022年度からの継続課題)	治療・生活サポートチーム相談テンプレートの改訂	令和6年4月			電子カルテ新バージョンになってから改訂する方針とする	継続	2024年度の計画へ
		チーム活動においてチームメンバー内での連携強化、業務整理が不十分	薬剤師、秘書と連携を図る体制を整備する 1) 外来緩和ケア管理料算定に向けて、外来での薬剤師との連携方法について調査、検討 * 緩和ケアを要する患者(入院中以外)に対して、医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に、月1回290点、情報通信機器を用いて行った場合 252点 2) 秘書に依頼する業務内容の整理、秘書との連携方法を検討	令和6年3月	○		サポートチームメンバーで話し合いを重ね、運用方法を定めた。9月から運用開始している。運用方法については必要時修正し、対応している。		
	緩和ケア関連のマニュアル整備が不十分(2022年度からの継続課題)	わかりやすい、活用できるマニュアル目指し、完成させる	1) 治療・生活サポートマニュアル改訂 2) 治療・生活サポートチーム運営マニュアル作成	令和6年3月	△		5月秘書と連携について話し合い、役割分担し、実施している。一部、連携が不十分、業務内容の確認必要であったため2月に話し合いを行い、改善策を検討した。	継続	
		令和5年9月	○	9月マニュアル全面改訂・運用マニュアル作成終了。New Welcome To SHINKOにアップ済み。					

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
					区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)	
神鋼記念病院	院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行う	院内で処方されている医療用麻薬の把握	医療用麻薬に関連した把握						
			1)医療用麻薬の処方量算出と分析継続	令和6年3月	○	定期的に委員会で報告、分析している。	継続		
		2)レスキューの患者自己管理の運用の実際を把握	令和6年2月	△	2015年7月～2023年4月の実績調査及び病棟看護師(各病棟5名)対象にレスキューの患者自己管理についてアンケート調査計画。9月委員会でアンケート用紙配布、10月回収実施、1月集計結果報告。自己管理可能と考える区分は、Aが8割で、圧倒的に「レスキュー自己管理可能＝自己管理Aの患者」と思われていることが明らかになった。他の薬で自己管理できない人こそ、入院中の麻薬レスキューの自己管理練習が必要であり、レスキュー自己管理を推進するための課題抽出が必要。			今後、レスキュー自己管理を推進するための課題抽出に向け、医師、病棟看護師、病棟薬剤師対象に追加調査予定(研究の活用のため倫理審査申請予定、アンケート内容検討中)。	
		緩和ケア関連の診療報酬の算定漏れ等が散見される(2022年度からの継続課題) *がん性疼痛緩和指導管理料	緩和ケア関連の診療報酬算定漏れの改善						
			1)緩和ケア関連の診療報酬状況把握:がん性疼痛緩和指導管理料、緩和ケア診療加算、緩和ケア個別栄養食事管理加算の現状把握	令和6年2月	○	定期的に現状把握している。	継続		
			2)算定漏れが散見されるがん性疼痛緩和指導管理料については漏れの多い診療科ごとのアプローチ	令和6年2月	○	定期的に医室と共有し、算定漏れ対策についてリマインド方法工夫する等(他職種からのリマインド、掲示板+To Do活用)協議し、改善策を検討。算定漏れ減少傾向。	継続		
	3)繰り返しのリマインドで未算定の実態把握 4)全体の傾向を継続して把握し、対応協議								
	症状スクリーニング実施後、症状改善につながる対応の実施率が低い	症状スクリーニングの活用の充実、実施率の増加							
		1)症状スクリーニング実施率低値の対応について改善を促す活動:経過表へ症状を記載し観察、スコア2以上の対応(カンファレンス実施、看護計画立案・介入など)	令和6年3月	△	症状スクリーニング推進に向け、カンファレンス、定期ラウンドの際に症状スクリーニング活用を意識し、声かけ等を行っている。	継続			
		2)関連する委員会と協働し、マニュアルの検討	令和5年9月	○	2022年度の症状スクリーニング実態調査に基づいて、症状スクリーニングマニュアルの改訂に向けて改訂案を作成した。師長会で承認あり、9月改訂した。				
		3)症状スクリーニング実態調査 ver.2	令和5年9月		2024年度に実施する方針		2024年度実施予定		
	治療・生活サポートチームの定期ラウンドを充実させ、プライマリーチーム、治療・生活サポートチームとの連携を強化する	プライマリーチーム、治療・生活サポートチームとの連携を強化	定期ラウンド継続と内容の充実						
			1)リンクナースと定期ラウンドの内容充実に向けて情報共有、連携のあり方を検討	令和6年3月	△	リンクナース対象に、6月計画立案面談、10月中間評価面談を実施。3月最終評価面談予定。リンクナースの活動目標、計画に添って意見交換しながら、必要時活動を支援。引き続き定期ラウンドの内容充実に向けても意見を聞きながら、連携方法を検討していく。	継続		
		2)看護師以外の職種との連携方法を検討	令和6年3月	△	1月委員会で、サポートチームとプライマリーチーム、プライマリーチーム内での他職種との連携方法について意見交換実施。		課題を整理する。疑問に思うことやジレンマを感じること等声をあげる、必要時多職種カンファレンス開催できるなどの行動変容につながるように活動継続する。		
	緩和ケア及びがん看護教育の質向上	緩和ケア及びがん看護教育の質向上	緩和ケアおよびがん看護教育の開催を継続する						
1)がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会:2023年10月14日(土)開催予定。受講率90%以上を目標とする。			令和5年10月	○	運営に関して問題なく、予定通り円滑の実施。常勤、非常勤含む全ての医師の受講率93.1%であり、目標達成している。	継続			
2)緩和ケア委員会主催 がん看護教育					△	がん看護教育(がんゲノム2月、放射線看護3月)については計画に添って開催の見込み。がん看護教育についてはここ2年研修担当者と講師との準備段階で打ち合わせの日程や開催の準備が滞るなど円滑に進んでいない状況が続いている。		運用の問題について、看護部からは「今後はキャリア支援委員会の研修開催手順に添って進めていけるよう、研修担当者の役割の統一等を含め、各委員会に紙面配付していく方向」と。次年度は研修担当者と講師が円滑に連携し、進めていけるようにしたい。	
	3)緩和ケアに関するミニレクチャー動画作成 *(予定)医療用麻薬って怖くないよ、レスキューの使い方、医療用麻薬の副作用について、便秘対策	令和5年9月	○	今年度は対面講義に加え、ミニレクチャーの動画を作成(慢性痛1、慢性痛その2)。動画は院内共有ストレージにアップし、委員会で周知、部署内で伝達してもらった。引き続き教育への活用を推進する。	継続				

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
県立こども病院	緩和ケア外来が未開設	① 外来開設のためのシステムが未完成 ② 外来運営のためのシステムがない	1. 他院の外来への見学を行い、システムについて課題を抽出する 2. チーム内で役割分担をし、システムを構築する 3. 外来運営委員会、幹部会等院内の必要な部署での承認を得る 4. 緩和ケアの外来運営方法が決まれば、HP、医局会等で周知を図り、緩和ケア外来を開始する	令和6年3月	○	概ね達成	既存の緩和ケア外来への見学を行った。チーム内での役割を明確化し、システム構築(マニュアル、フロー等)を行った。 必要な部署への承認、HP、医局会等への周知は3月に行う。	完了	緩和ケア外来開設をもって本課題は終了とする。 今後は緩和ケア外来の実際の運営について検討する。
	緩和ケアマニュアルの利用の促進	① 緩和ケアマニュアルの改訂が未完成 ② 緩和ケアマニュアルの周知が不十分	①-1 現在校正中であり、校正終了後委員会で承認を図る ①-2 委員会で承認後、速やかに電子カルテに掲載する ①-3 今回の改正から漏れたトピックについて次回の改正に向けて検討を開始する ②-1 電子カルテ掲載後医局会等で周知を図る ②-2 緩和ケア研修会にてマニュアルの内容について講義する	令和6年3月	○	概ね達成	緩和ケアマニュアルの改訂を行った。 次回改定に向けて検討を行ったが、詳細は決定していない。 周知については医局会、リンクナース研修会等ではなかったが、マニュアル運用に特化した緩和ケア研修会は開催しなかった。	完了	次回改定時期の決定
	日本緩和医療学会認定研修施設に未登録	① 研修のためのマニュアルがない ② 登録に必要な患者数を確保	① 研修のためのマニュアル作成 ② 院内でのチーム活動について研修会等を通して積極的に周知を図る	令和6年3月	○	概ね達成	研修のためのマニュアル作成を行った。 登録に必要な患者数については、間接介入も含めて依頼を出すように周知した。現在申請中。	その他	審査結果による。
神戸医療センター	1) 院内緩和ケアマニュアルの周知 2) 教育活動	1) 昨年、院内緩和ケアマニュアルを改訂したが周知は不十分であり、通常のオピオイド調整やスイッチングなど、緩和ケアチームから提案することも多く、マニュアル活用に至っていない。 2) 在宅支援を見越した症状マネジメントの支援や、症状緩和が継続的に行われたい。	① コンサル時に、緩和ケアマニュアルを活用し、緩和ケアマニュアルの周知、活用に繋げる ② オピオイド持続注射オーダーセットの医師指示の処方内容が処方に反映させる ③ 換算表およびオピオイドスイッチングのポケットマニュアルの作成 ④ 緩和ケアマニュアルの評価、修正 ① 看護師を対象に緩和ケアに関する教育の実施 ・がん看護教育プログラム ・勉強会(コメディックス配信など) ② 医師、メディカルスタッフを対象に、緩和ケア研修会参加を促進(2024/2/17予定)	令和6年3月	△	概ね達成	1) ① 緩和ケアマニュアル活用中。看護師の認知度は上がっているが、医師の認知度は低い。 ② ③ 現在作成中 ④ 現時点で、修正必要箇所なし。 2) ① がん看護教育プログラム→研修生1名。現在休止中。 勉強会→コンサル対応時に適宜実施。 コメディックス配信現在準備中 ② 2/17予定(医師19名、看護師3名参加予定)	継続	緩和ケアマニュアル活用の定着 ・ポケットマニュアルの周知教育 ・がん看護教育プログラム希望者が増加せず。緩和ケアに関する勉強会、研修会企画
	がんに限らず非がん患者も対象とした緩和ケアチーム活動の充実	・例年、依頼の主な診療科はがんの内科系となっているが、昨年度は外科からの依頼も増加傾向にあった。一方で、婦人科がんや、非がんでは循環器科などの依頼件数は少なく、依頼の診療科の偏りがあり、チームへの依頼がなく、苦痛緩和が十分に行えない状況のケースもある。医師の緩和ケアチームの認識の差や非がんの場合、対象と捉えられていないことも要因となっている。 ・緩和ケアチームラウンド時のカンファレンスでは、現在チームが主体となっており、依頼病棟で介入中の患者の把握がされていない状況もある。そのためチーム提案内容が継続されず、評価ができない状況に至る場面もある。	① 緩和ケアチーム依頼件数目標 がん患者: 90件以上/年 非がん患者: 10件以上/年 ② 緩和ケアチームラウンド・カンファレンス実施 1回/週(木曜日) ・昨年作成したカンファレンス用紙の活用 →依頼内容および経過、緩和治療目標、次回のラウンド時の評価内容など記載、カンファレンス用紙を供覧しながらカンファレンスを実施 ③ 定期的に緩和ケアチーム依頼状況を伝達し依頼促進を図る ④ 緩和ケアチーム活動マニュアルの作成	令和6年3月	△	概ね達成	① がん81件 / 非がん9件 (2023/4月～2024/1月) ② ラウンド時にカンファレンス用紙共有することで、チームと病棟間での情報共有、目標設定の共通理解ができるようになっている。 ③ 副看護師長会議の際に毎月の依頼件数、依頼部署の傾向を報告した。これまで依頼部署は消化器内科病棟、呼吸器内科病棟、外科となっていたが、循環器病棟や整形外科病棟などこれまで依頼の少ない部署からの依頼増加へつながった。 ④ 現在作成中	継続	依頼件数増加傾向にあり、診療科の偏りはあるがこれまで依頼が少ない診療科からの依頼も徐々に増加している。また、外来からの依頼や入院中に介入開始となり、外来でも継続するケースの増加あり。これまで、入院中の患者を中心として介入してしたが、外来通院中の患者への介入も求められており、システムづくりが必要。 ・緩和ケア外来の整備(看護外来)
JCHO神戸中央病院	入院患者における緩和ケア(症状緩和)の均てん化を図る	チーム介入依頼があれば苦痛への介入が可能だが苦痛がありながらも依頼がない場合は、苦痛の抽出ができずQOLの低下を来たす可能性が考えられる。	① チーム未介入の、症状コントロールを要する患者を抽出し、症状緩和につなげるため、ラウンド時に介入を要する患者やオピオイド使用患者の情報共有を行い、スタッフから主治医へチーム介入を提案する ② 継続的な緩和ケアを要する患者への環境支援を行うため退院支援部門と協働し、緩和ケア病棟の適応があると思われる患者へ緩和ケア外来受診の提案を行う。 ③ 退院後も継続的なフォローを行うためカルテフォローを行い必要時主治医との連携を行う。	令和5年4月	○	概ね達成	病棟ラウンド時に 緩和ケアチーム介入の希望者または必要と考えられる患者について情報を共有し、主治医からの依頼につなげることができた。病棟スタッフが緩和ケアチームの介入を必要と考えている患者と薬剤師が把握しているオピオイド使用患者の乖離はみられなかった。また退院した患者もカンファレンスで外来カルテをフォローし、介入やサポートの必要性についてフォローしたが、在宅移行しその後の経過が不明となった方も多かった	継続	退院支援部門との時間が合わず情報共有が困難なこともあったため、情報共有の時間を調整する。
	入院以外の患者への緩和ケアの均てん化を図る	緩和ケアチーム介入は入院患者が主であり、症状緩和を目的とした緩和ケア外来を施行していないため、外来通院中の癌関連症状を有する患者への対応が困難である。	① 外来通院患者の症状緩和支援を行う。 ② 訪問看護介入患者の症状緩和支援を行う。 ③ 主治医が緩和ケアチーム依頼を入力し、適宜通院患者の症状緩和の相談を受ける体制を作る。 ④ 緩和ケアチームラウンド日に訪問看護ステーションもラウンドし、必要に応じて対応の提案を行う。	令和5年4月	○	概ね達成	外来処置室や化学療法室を訪室しオピオイド内服患者や緩和ケアを要する、または今後必要になると考えられる患者の情報共有を行い、症状緩和を要する患者については薬剤調整の提案をおこなった。また訪問看護も同行する緩和ケア病棟スタッフから在宅患者の情報を知り、必要に応じて訪問看護スタッフから相談を受け、薬剤調整についての提案を行った。	継続	今後も継続していくが、主治医が介入の必要性を感じていないケースや相談自体を面倒に感じている可能性もあるため、依頼ではなく薬剤調整の提案の承諾可否など、主治医が依頼文書を作成しなくても介入できるシステムも検討する。ただ診療点数にはつながらないが、患者QOLの向上にはつながると考える。

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
済生会兵庫県病院	緩和ケア	入院患者の緩和ケアニーズの把握が不十分である	外科病棟入院患者に実際にSTAS-Jを用いて緩和ケアニーズの拾い上げを行い、緩和ケアチームカンファレンスで報告する	令和6年3月	○	概ね達成	7月より外科病棟でSTAS-Jを導入し、入院患者の緩和ケアニーズの拾い上げを開始した。	継続	STAS-J 記載率が ・7～9月:72% ・10～1月:63% 低かった。今後も記載率を引き上げて、緩和ケアチーム介入を増やすことを目指す。
		在宅を希望する患者・家族の不安軽減させる	早い時期からのAdvance Care Planning介入を目指す 入院患者、外来患者の両方で病院全体としてAdvance Care Planningの導入を進めていく	令和6年3月	○	概ね達成	2023年度に緩和チームで20件のACP症例に介入した	継続	今後は介入件数を増やすことと、より早期から介入を目指す。
関西労災病院	すべての患者・家族が基本的緩和ケアを受けられることができる	多くの患者・家族に必要な緩和ケアが受けられる様に緩和ケアチームの間際介入件数を維持する(120件前後)	①研修会継続(緩和ケア研修) ②初期研修医向けの緩和ケアミニレクチャー・緩和ケアチーム介入依頼の周知を行うために、研修医指導教育委員に相談し、研修時間を確保できるように、堀医師が調整する ③緩和ケアチーム医師各種診療科向けに緩和ケアチーム新規依頼の周知を行う ④緩和ケアリンクナース内での基礎的講義の実施	令和6年3月	○	達成	①研修会継続達成 1. 緩和ケア研修 2. ACP研修 ②初期研修医向けの研修会達成 ③各診療科からの依頼があり、今年度164件(R5.4/1～R6.2/1現在)の依頼につなげる事ができた ④緩和ケアリンクナース会の担当者が変わったが、引き続き基礎的知識を補う講義は実施されている	継続	①緩和ケアチーム介入件数増加(180件/年) 1) 初期研修医向けの緩和ケアチーム介入依頼の周知を行う為に研修会を設ける(堀医師) 2) 緩和ケアチーム活動について各診療科別に周知を行う(各診療科担当医師) ②介入患者の身体症状、気持ちのつらさが緩和される(評価指標: STAS-J、STAS-J症状版) 1) 介入患者の各種つらさが改善が図れたか否かをSTAS-Jを用いて前後の比較を実施し、介入患者の各種つらさの改善が図れているか調査する ③研修会を継続し、基本的緩和ケアを実施できる医療者増加を目指す
兵庫医科大学病院	全ての患者・家族が基本的緩和ケアを受けられることができる	1) 医師が基本的緩和ケアを学ぶ機会となる。「がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケアに関する研修会」の院内受講率が70%に満たない。(2022年度受講率: 全体63.3%、卒後1-3年目25.6%) コロナ禍であった2021年度から受講率が70%を超えない状況が続いている。	1) 医師 ①院内の研修会修了者を把握するための調査を行い、受講の働きかけを行う。 ②がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会を1年に1回開催する。Web開催も含めて、院内の募集人数を増やす。募集人数に満たない場合は、病院部長会などを通して働きかけを行う。 ③『がん診療においてがん患者の主治医や担当医になる者』を優先的に受講させる。 ④初期臨床研修2年目から初期臨床研修修了後3年目までの医師の受講も積極的に参加を促し、院内の受講だけでは、目標達成できないため、他院(大阪府・兵庫県)の研修会リストを各医局に配布する。 ⑤開催側(ファシリテーター)の人数を確保し、受講者枠を増やすことを検討する。 ⑥緩和ケア研修会以外でも、基本的緩和ケアを学べる機会(e-Learning等)を検討する。	令和6年3月	△	概ね達成	1) 医師 ①院内の研修会修了者を把握するための調査を行い、受講の働きかけを行った。 ②がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会を開催し、院内の希望者全員が受講できた。 ③初期臨床研修2年目から初期臨床研修修了後3年目までの医師の受講も積極的に参加を促し、院内の受講だけでは、目標達成できないため、他院(大阪府・兵庫県)の研修会リストを各医局に配布した。 ⑥緩和ケア研修会以外でも、基本的緩和ケアを学べる機会として緩和ケアe-Learning計10回を開催した。	その他	1) 基本的緩和ケアを学ぶ機会となる緩和ケア研修会や院内がん看護基礎・応用コースの開催は今後も行っていくが、実施計画としては完了とする。(完了) 2) 基本的緩和ケアの推進として、今年度から開催しているE-learningの継続と受講の推進、E-learning内容の検討を行っていく。 (新規) ③緩和ケアマニュアルの改定を2年に1回行い、常に最新の情報がマニュアルより参照できるようにする。また、活用しやすいような工夫も検討する。(新規)
		2) 当院主催の「ELNEC-Jコアカリキュラム」の開催中止、がん看護基礎コースの研修会の開催の一部中止により、基本的緩和ケアを提供する看護師が学ぶ機会を得ることができない。	2) 看護師 ①看護部教育室と連携し、がん看護コース研修会を開催する。受講後のアンケートを行う。 ②がん看護の質の向上を目的に、ELNEC-Jコアカリキュラムを開催し、院内看護師の受講をすすめる。				2) 看護師 看護部教育室と連携し、がん看護コース研修会を開催し、参加した看護師の95%が研修目標を達成できた。 ELNEC-Jコアカリキュラムの開催は行えなかった。		
	患者・家族が専門的緩和ケアにアクセスすることができる	入院・外来患者、家族が専門的緩和ケアにアクセスするための手段の一つとして、つらさのスクリーニングを行っている。 スクリーニング用紙の回収枚数は年々増加しているが、専門的緩和ケアの介入を希望した患者に対する介入が行えていないケースは減っていない。病棟カンファレンスを開催し対応することで、患者が専門的緩和ケアを希望しないケースも増えているが、難渋ケースの拾い上げが遅れる、専門的緩和ケアにつなげることができていないケースもある。	①がん患者スクリーニングの質問票の運用方法を、がん看護リンクナース会で周知する ②基本的緩和ケアと専門的緩和ケアの連携について、リンクナースを中心に各部署で振り返り考える機会を提供する ③スクリーニングカンファレンス内容を確認し、各部署へフィードバックを行う	令和6年3月	○	達成	①がん患者スクリーニングの運用方法については、がん看護リンクナース会で周知を行った。医療者記入欄の記載方法や苦痛症状が強い場合のカンファレンス開催方法や主治医への共有方法についても説明を行った。 ②基本的緩和ケアと専門的緩和ケアの連携や継続看護については、がん看護コース研修会でも、十分に説明を行い、各部署での活用方法の振り返りを行った。またがん看護関連CNS/CNが担当部署に対して、困りごとや介入方法の助言を行った。入院時のアセスメントシートや看護問題の立案へがん患者スクリーニングを活用することで、継続看護に繋げることも適宜説明を行った。 ③スクリーニングカンファレンスが開催できているかを中心に、がん看護関連CNS/CNで、担当部署へフィードバックを行った。	完了	1) がん患者スクリーニングを活用した基本的緩和ケアから専門的緩和ケアの連携については、今後もリンクナース会で継続して行っていくが、実施計画としては完了とする。 2) 専門的緩和ケアの中で、鎮静前のカンファレンスの推進を行っており、次年度は開催したカンファレンス内容の評価や専門的緩和ケアへの連携が行えているか等を実施計画としてあげる。(新規)
医療用麻薬自己管理を推進し、患者教育をすすめる	医療用麻薬自己管理の推進は以前より行っているが、自己管理の件数は、1件/年程度である。 医療用麻薬自己管理方法の複雑さが、自己管理の件数が増えない一因である。	①医療用麻薬の自己管理方法の見直しを行う。(現在5回分自己管理を行うとしているが、1回分の自己管理についても検討をする) ②自己管理導入の目的や方法についての教育を薬剤部・病棟スタッフへ行う。	令和6年3月	△	概ね達成	①医療用麻薬の自己管理方法の見直しを緩和ケアチーム薬剤師・看護師を中心にを行った。方向性としては、レスキュー薬5回分の自己管理は継続し、新たに1回分の自己管理を開始する方向で作成を行っている。 ②5回分自己管理導入の目的を説明し、自己管理導入を行った患者の評価を病棟スタッフと行うとともに教育を行った。	その他	1) 医療用麻薬自己管理の推進と患者・スタッフ教育は次年度も継続する。(継続) 2) オピオイド使用障害に関する調査を次年度行う予定としているため、調査結果の評価を行い、医療者へ適切な情報提供を行うことで、医療用麻薬の適正使用に繋げる。(新規)	

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
県立尼崎総合医療センター	診断時から患者の苦痛に迅速かつ適切に対応できる体制を整備する	<ul style="list-style-type: none"> 患者や家族への緩和ケアチームや緩和ケア外来、がん看護外来の広報活動が不十分である 専門的な緩和ケアが必要な患者・家族が緩和ケアチームや緩和ケア外来、がん看護外来などへの紹介件数が増えない(診療科に偏りがある) 入院はしたスクリーニングに変更し入院時の実施は定着しているが、継続的な評価は定着までいかず、周知が必要である 外来スクリーニングは化学療法中患者が主体であり、対象者を拡大する必要がある 	<ol style="list-style-type: none"> 患者・家族が専門的な緩和ケアにアクセスすることができる <ol style="list-style-type: none"> 患者・家族への広報を見直す:ポスター、パンフレット がん相談支援センターや緩和ケア部会・リンクナース、他部門と連携を強化し、必要な患者の紹介を促す 依頼の少ない診療科や部署に対して、リンクナースを中心に緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来を周知する スクリーニングシステムの強化: <ol style="list-style-type: none"> 外来スクリーニング対象を拡大。放射線治療中、外来麻薬導入患者を追加 スクリーニング後適切に対応できているか調査し、改善策を検討 入院:緩和ケアナビでのスクリーニングが漏れないように、リンクナースを中心に周知する。陽性者数や介入状況など評価を行う。(毎月) 外来⇒入院で切れ目のない専門的緩和ケアを提供する <ol style="list-style-type: none"> 入院:緩和ケアチーム介入(直接介入)、麻薬使用患者、スクリーニング陽性者(間接介入)の病棟ラウンド(週1) 入院⇒外来:緩和ケアチーム介入で退院後も支援が必要な場合は、緩和ケア外来やがん看護外来で継続介入する 外来、外来⇒入院:緩和ケアチーム専従看護師と外来看護師、化学療法センター、地域医療連携センターと情報共有やカンファレンスを行い、連携しながら継続支援を行う 	令和6年3月	△	概ね達成	<ol style="list-style-type: none"> 緩和ケア部会、リンクナースを中心に依頼の少ない診療科や部署に対して専門的緩和ケア体制を周知した。 相談支援センター、PFM、地域医療連携、外来化学療法センターと定期的に情報共有を行い、連携を強化した。非がんの診療科からの相談件数が増加した。 外来で放射線治療導入患者への苦痛のスクリーニングを7月から開始。がん相談支援センター、放射線治療室看護師、緩和ケアチームで1か月後、3か月後に課題や体制の見直しなど行った。 入院でのスクリーニングが漏れないようリンクナースや緩和ケアラウンド時に周知し、陽性者数や適切な介入が行えているか、毎月評価した。 	継続	<ol style="list-style-type: none"> 患者・家族が専門的な緩和ケアにアクセスすることができる <ol style="list-style-type: none"> 患者・家族への広報を見直す:パンフレット修正し、がん相談支援センター、PFMなどに設置 苦痛のスクリーニングシステムの強化: <ol style="list-style-type: none"> スクリーニングもれがないようリンクナースを中心に周知する。 緩和ケアラウンドで陽性者へ適切な介入が行えているか評価し、対応する
	院内の緩和ケアのレベルアップを図り、患者と家族に質の高いケアを提供する ①全ての患者・家族に基本的な緩和ケアを提供する ②外来を含めて早期から専門的緩和ケアへの依頼件数を増加させる	<ul style="list-style-type: none"> 医療者が基本的な緩和ケア、最新の緩和ケアの知識を学び続けられる体制が必要である ACPに対する医療者の認識やスキルが不十分であり、継続したACPが行えていない 質の高い専門的緩和ケアを提供するために定期的に緩和ケアチーム自体やメンバー(職種)の質的評価を行う必要がある 	<ol style="list-style-type: none"> 基本的な緩和ケアや最新の知識が学習できる研修会を行う <ol style="list-style-type: none"> 全職種を対象:緩和ケアセミナーを年3回実施 緩和ケア研修会を開催する(年1回) 看護師教育:がん看護研修会(基礎、応用) リンクナースの育成:学習会の開催。病棟ラウンドやカンファレンスの参加を通して、リンクナースを中心に実践能力のレベルアップを図る 意思決定支援(ACP含む)の体制の整備: <ol style="list-style-type: none"> ACPの研修会:研修医対象、全職種対象。看護師:がん看護研修会 ACPを含むIC後の記録、フォーマット作成 がん関係の専門看護師、認定看護師が病状説明(特に外来)に同席し、価値観や希望を理解しながら治療や療養に関する意思決定支援を行う。 麻薬に関するヒヤリハットの共有と対応(医療安全と連携):緩和ケア部会、がん看護検討部会でも事例共有し、リンクナースが中心となり適切な対応できるよう各部署に周知する 緩和ケアチームの質に向上に努める <ol style="list-style-type: none"> 緩和ケアチームの質の評価を行う(事例振り返り、各メンバーの役割の共有とチームの課題を抽出し、対応策を検討) 学会報告、院外研修会参加、チーム内学習会開催 	令和6年3月	△	概ね達成	<ol style="list-style-type: none"> 基本的な緩和ケアや最新の知識が学習できる研修会: <ol style="list-style-type: none"> 緩和ケアセミナー 3回実施 緩和ケア研修会 12月開催 がん看護研修会(基礎8回、応用7回)開催 リンクナースの育成:部署の学習会 2回、デスクカンファレンス 3回、倫理カンファレンス参加 2回 意思決定支援(ACP含む)の体制の整備: <ol style="list-style-type: none"> ACP研修会:研修医対象 1回、全職種対象 1回 院内だけでなく、院外(地域)も含めての記録やフォーマットへ変更し、関係各所と内容など検討中 毎月、緩和ケア部会、がん看護検討部会において麻薬に関するヒヤリハット事例を共有し、適切な対応できるよう知識共有や周知を行った。 麻薬の導入、オピオイドスイッチング、鎮静などの処方や指示などの院内共有緩和セットの修正と見直し中 緩和ケアチーム内での学習会、研修会や学会報告など行った 	継続	<ol style="list-style-type: none"> 意思決定支援(ACP含む)の体制の整備: <ol style="list-style-type: none"> ACP研修会(全職員対象) 救急外来受診時の初療スタッフ、地域医療連携センターなどから現状把握を行う 重大な説明の際の説明内容、説明用紙(フォーマット)など作成 ACPを含むIC後の記録、フォーマット作成 適切な麻薬処方が行える: <ol style="list-style-type: none"> 麻薬処方の院内共有セットの充実(入院、外来) 麻薬のヒヤリハット事例の共有と対応:緩和ケア部会、がん看護検討部会でも共有、適切な対応ができるよう各診療科、各部署で周知する
	地域の医療機関や在宅医療に携わる多職種との連携を強化する	地域で質の高い緩和ケアが行えるための連携体制が不十分である	<ol style="list-style-type: none"> 地域多職種連携カンファレンスを年2回(Webなど)実施し、緩和ケア提供体制や地域連携に関する問題点を洗い出し改善策を検討する。知識共有の学習会も行う 地域でも継続して専門的な緩和ケアが提供できる体制を強化する。 <ol style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスの同席 外来で在宅療養移行する場合も情報共有し、連携を強化する 地域からの相談体制の見直し:地域での職種間での情報共有やカンファレンスの開催し、連携の課題と対応策を検討する 患者・家族・地域の住民への緩和ケア提供体制の情報提供の方法を検討する 	令和6年3月	△	概ね達成	<ol style="list-style-type: none"> 地域多職種連携カンファレンス 主催1回、参加2回 緩和ケアチーム介入患者の退院前カンファレンスの参加、在宅看取りとなった患者のデスクケースカンファレンスなどの開催 2回 地域からの相談体制の見直しに関しては、ICTでの相談できるよう、バイタルリンク導入など検討中。心不全患者のバイタルリンク体制を参考に、システム体制を検討予定 	継続	<ol style="list-style-type: none"> 地域で質の高い緩和ケアが提供できる体制を強化する。 <ol style="list-style-type: none"> 退院前カンファレンスの同席 地域の多職種と情報共有やカンファレンスを開催し、ケアや連携の課題を検討する 地域からの相談体制の見直し:バイタルリンクでのICTシステム体制に向けて、心不全チームの体制の情報収集を行う(5月まで)②緩和ケアにおけるバイタルリンク導入に向けて対象、連携体制の検討(7月まで)③マニュアル、手順などの作成(8月)④導入開始 9月～
緩和ケアを必要とする患者への適切なサポートの提供	<ul style="list-style-type: none"> 入院時のスクリーニングシートの適用率が低下している 看護師の人事異動等で、スクリーニングシートの認知度が低くなっている 	<ul style="list-style-type: none"> リンクナースを通じて病棟看護師へスクリーニングシートの周知を徹底する スクリーニングシートから緩和ケアラウンドへのコンサルテーションに繋がるように、基礎情報テンプレート記入方法を指導する 	令和5年12月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> リンクナースがスクリーニングシートについて各部署に発信し周知。 ラウンド依頼・基礎情報入力ができるようリンクナースから病棟へ発信した。 記録や件数の入力を確認し未記載の場合は、部署に伝え依頼徹底した。 	継続	スクリーニング適応率などデータ活用し積極的に働きかける。スクリーニングシートから緩和ケアチームラウンドやカンファレンスにの開催に繋がっているかのデータが不十分であり、調査する	

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
県立西宮病院	ACP、倫理カンファレンスの促進	・指定病棟でACPツールの使用を開始しているが、未だ症例は少ない ・身寄りのない患者では、ACPと倫理カンファレンスとの相違が明確でない	・がん患者が入院している全病棟でACPツールが使用できるように、ACP看護手順を周知する ・ACPツールを使用した意思決定支援の援助が行えるように、緩和ケアチームのサポート体制を整える ・非がん患者の倫理カンファレンスにも緩和ケアチームメンバーが積極的に関与する	令和5年12月	△	概ね達成	・勉強会の開催 ・県民公開講座の開催 ・患者向けのACPポスター作成 ・緩和ケアチーム介入により非がん患者もカンファレンス実施の推進	継続	・ACP介入のケースを共有し振り返る ・ACP介入件数を増やし、介入進捗状態が理解しやすい記録法を考える
	緩和ケアマニュアルの見直し	2018年に作成改訂したマニュアルの見直し出来ていない	・緩和ケアマニュアルの見直しを実施し周知する	令和5年12月	△	概ね達成	緩和ケア部会でマニュアルの見直し実施	継続	未達成の部門は継続的に見直し、適宜ブラッシュアップしていく
西宮市立中央病院	緩和ケアチームの介入	各職種での個別的な介入が多く、緩和ケアチームでの介入件数が少ない	①PDCAをチームメンバーで共有し、各職種それぞれの役割を明確にした上でカンファレンスに参加する ②カンファレンスが行われなかった時のメールカンファレンスでのシステム作りを行う ③薬剤師より情報提供を行い、オピオイド使用入院患者への全症例介入を行う ④患者総合支援センター入院支援部門のスタッフが緩和ケアの必要な患者を把握し、緩和ケアチームにつなぎ全症例チーム介入を行う ⑤退院支援部門で退院後緩和ケアが必要な患者を把握しMSWがカンファレンスで情報提供を行い、チーム介入につなげる ⑥多職種での病棟ラウンドを強化し、緩和ケアチーム介入が必要な患者を把握する	令和6年3月	△	概ね達成	①4月 緩和ケアチームカンファレンスの時間を活用し、新メンバーも含め、今年度のPDCA説明。各職種の役割をそれぞれが理解した。 ②カンファレンスが開催されない時のメールカンファレンスについて、チームで共有した。未開催のカンファレンスはなかった。 ③薬剤師のメンバー交替があり、全症例の介入はできず、約70%の介入にとどまった。 ④入院支援からの情報提供システムの構築には至らず、次年度の課題としたい。 ⑤患者総合支援センター医療ソーシャルワーカーが、全症例の情報提供を行うことができた今後の療養場所などを含めカンファレンスが開催出来ている。 ⑥今年度より、毎週木曜日緩和ケアチームカンファレンス前に、医師・薬剤師・看護師での病棟ラウンドを開始し、看護師からの情報提供や依頼が増加した。また、カンファレンス内でも多職種より、気になる患者の介入提案があるようになった。	継続	多職種からの依頼が増え、カンファレンス対象者が増加した。今後は、カンファレンス内容を充実させるように計画したい 薬剤師主導でオピオイド使用中の患者に対し、当院の強みである、ペインクリニック医師と共にカンファレンスを行うというシステム作りを行いたい。
明和病院	がん患者(外来)が安全に抗がん剤治療をうけることができる	内服抗がん剤治療をうけている外来患者が、適切な副作用対策として薬剤指導やケア、情報提供が十分に行われていない可能性がある	1. 外来通院中の内服抗がん剤を処方されている患者全員の副作用のモニタリングを継続して行う 2. 副作用による生活への影響が特に多い薬剤(TS-1、ゼロダ、アフィニール、フルツロン・エンドキサン、ステパバーガ、レンビマ)を対象とし、薬剤師は、初回、2回目、1か月ごとに薬剤指導を行う。2回目以降の介入率をアップさせる 3. 外来の各科担当看護師に、生活のしやすさに関する質問票と副作用チェック表を用いて症状を把握し緩和ケアチーム介入へつなげるよう働きかける	令和6年3月	×	未達成	1. 化学療法副作用チェック表、生活のしやすさに関する質問票のモニタリングを継続 2. 薬剤指導初回:100% 薬剤指導2回目以降介入した件数のみ把握 ゼロダ:11件 アフィニール:2件 フルツロン:3件 エンドキサン:3件 ステパバーガ:4件 レンビマ:7件 grade3以上の介入はなく緩和ケアチームのコンサルトはなかった 3. 緩和ケアチーム介入の相談方法、介入依頼の記入方法を	その他	1. 症状のスクリーニング継続 化学療法副作用チェック表、生活のしやすさに関する質問票継続 2. 薬剤指導 副作用悪化(口内炎、皮膚障害、悪心、下痢)が防げる薬剤を中心に薬剤指導をする。初回100%、2回目以降は、薬剤を限定し介入を継続する 3. 緩和ケアチーム対応でとどまらず、化学療法委員会と共同して薬剤指導、副作用モニタリングの方法を検討する
	がん患者が基本的緩和ケアをうけることができる	入院、外来、地域において継続して緩和ケアの提供を行うことが必要。院内外の医療従事者を対象とした緩和ケア研修会を行い、緩和ケアの知識を増やし、基本的緩和ケアが行えるようにする必要がある	1. 緩和ケアチームのメンバーが講師となり基礎的な緩和ケアやがん治療について講義を実施する。年6回の開催を予定とする。(がん治療の実際、緩和ケア概論、症状緩和、社会福祉制度、栄養管理、コミュニケーション) 2. 緩和ケアマニュアルの改定とマニュアルの周知を医療従事者に行う 地域のがん患者医療の症状緩和を積極的に行う。患者のかかりつけ医、地域の医療者からの相談を受ける。(HP上で相談方法を表示する)	令和6年3月	△	概ね達成	1. 実施できていない 企画段階 2. 緩和ケアマニュアルの改訂 周知:看護部の委員会で発信 外来緩和ケア外来は、HPに掲載	継続	1. 緩和ケアチーム主催の研修会の実施 2. 緩和ケアマニュアルの周知 電子カルテに掲載
	がん治療中の患者の栄養状態の維持	がん治療中の患者が治療の影響や病態によって栄養障害をきたし、治療を継続できない可能性がある	1. 外来化学療法をうける患者が治療を継続、完遂することができるように、医療従事者は栄養士と協働し個別的に栄養相談対応を行う(対象:がん悪液質にある患者、栄養相談希望者) 2. 治療中の患者に対して、患者会等で、がんと栄養についての相談や情報提供を緩和ケアチーム所属の栄養士が行う	令和6年3月	△	概ね達成	1. 初回外来化学療法患者は、栄養指導の予約を行い栄養士の介入を行っている 2. 患者会で栄養指導実施 「がんと栄養」、個別質問対応	その他	介入患者、治療継続できている患者を対象に、栄養指導後の栄養状態評価を行う

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
市立芦屋病院	がん・非がんを問わず、患者・家族に継続して質の高い緩和ケアを提供できる 外来患者への緩和ケア提供・スピバス・IPOS継続し、チーム機能の底上げを図る	・外来緩和ケアの普及継続 ・告知時からの継続した介入症例の継続 ・コンサルテーションが現場スタッフに効果的に行えているか、看護師対象の「他者評価アンケート」の継続 ・面会制限による患者・家族の交流不足 ・非がん患者のACPで難渋する症例が、各病棟で増加している ・スピリチュアルペインの気づき、患者の死生観を考慮したケア不足 ・予後予測が院内で共有できていない	①がん告知時からの継続した介入症例の増加(18件/年) ②外来緩和ケア診療加算(20件/年) ③看護師対象の「他者評価アンケート」の継続 ④非がん患者の倫理カンファレンス3件/年 ⑤患者の余暇活動支援 VR5件/年 ⑥家族との交流促進目的のZOOM 10回/年 ⑦IPOS実施件数 30件/年 ⑧スピバス実施 10件/年 ⑨予後予測の実施 1件/年(抗がん剤治療中の患者は除外)	令和5年10月下旬	△	概ね達成	①18件(達成) ②22件(達成) ③26枚配布(回収途中) ④チームへの依頼なし⇒現場で対処していた ⑤VR:94件 ⑥ZOOM:51件(面会緩和したことで必要性がなくなった、途中から各病棟でも実施し始めたため) ⑦IPOS:50件 ⑧Spipas6件(該当症例減少)抑うつ問診0件 ⑨予後予測実施:23件	継続	①がん告知時からの継続した介入症例の増加(18件/年) ②外来緩和ケア診療加算(20件/年) ③非がん患者の倫理カンファレンス参加3件/年 ④患者の余暇活動支援VR:5件/年 ⑤IPOS実施件数:30件/年 ⑥Spipas実施:5件/年 ⑦予後予測の実施:10件/年
	チームから地域へ、当院の緩和ケアの発信ができる 在宅医との連携の強化、症状緩和スキルの実際など、教育的側面で症例を通じて示すことができる	・地域で症例を通してのカンファレンス不足 ・芦屋緩和医療連絡協議会から地域への発信継続 ・緩和ケアに関する学会、研究会で臨床での症例を発信する	①地域でのデスクカンファレンス:密に連携している訪問看護ステーションと在宅医と実施:1例/年(チームNs、地域部門Ns、チーム薬剤師参加) ②参加、発表ともに実施1回/年 ③死の臨床学会、日本緩和医療学会、関西支部研究会含めて、5題/年	令和6年3月	○	達成	①デスクカンファレンス:訪問看護ステーションと在宅医と実施:1例(在宅看取りとなった症例のデスクカンファレンス:チーム薬剤師、Ns、地域部門Ns参加) ②参加5人、発表実施1回 ③死の臨床:4題 日本緩和医療学会:3題 関西支部研究会:0題 サイコオンコロジー研究会:2題(達成)	継続	①地域でのデスクカンファレンス:密に連携している訪問看護ステーションと在宅医と実施:1例(チームNs、地域部門Ns参加) ②芦屋連絡協議会への参加or発表実施1回 ③緩和ケアに関する内容の学会発表、5題/年
近畿中央病院	苦痛のスクリーニングの充実	前年度緩和ケアチームへの依頼件数は91件であった。苦痛のスクリーニング実施率が73%であることから、必要な患者に介入できていない可能性がある	必要な患者に緩和ケアチームが介入できるよう、対象患者を明確化し、苦痛のスクリーニングの実施率を上げる(80%以上) ・毎週 全部署へ対象患者の一覧表を送信し、苦痛のスクリーニングの実施を促す ・緩和ケアリンクナース会で緩和ケアチーム介入必要症例や介入タイミングなど、事例検討を行う	令和6年3月	△	未達成	実施率:78% ・毎週全部署への対象患者一覧表配布(リンクナースと師長、副師長)している ・リンクナース会での症例検討を2回実施した 苦痛のスクリーニングは各部署にほぼ浸透していると考える ・外来での苦痛のスクリーニングが一部しか実施できていない	継続	外来での苦痛のスクリーニングの実施 ・BSC患者や外来看護師が気になった患者だけピックアップされている現状から、全がん患者を対象としたスクリーニングが行えるよう、システムを整備する
	緩和ケアの質評価～STAS-J～	緩和ケアの質を十分行っていない 緩和ケア病床を有する部署で、2022年からSTAS-Jを使用している評価を行って1年が経過した。その結果を分析し、更なる緩和ケアの質向上に向けての今後の課題を明らかにする必要がある	緩和ケア病床を有する病棟において、STAS-Jを使用し緩和ケアの質を評価する ①STAS-Jの実施状況を分析 ②該当病棟に①を還元し病棟看護師に意識付けを行う ③該当病棟でSTAS-J勉強会や事例検討など(評価項目の認識共有)を行う ④STAS-Jデータ(実施件数、実施率、緩和ケアチーム介入1週間後の数値変化)を緩和医療委員会で評価する	令和6年3月	△	未達成	該当部署におけるSTAS-Jは毎週実施でき定着化した ①②各項目における改善率を部署にフィードバックした 病棟NSによるSTAS-Jにおけるスコアリング判断のばらつきが目立ったため、③STAS-J勉強会/事例検討を実施した ④データ分析により、元々症状がない患者が母数に含まれており正確なデータをカウントできていなかった	継続	該当部署教育の継続 ・疼痛、疼痛以外の身体症状、気持ちのつらさなどの勉強会 ・STAS-J 症例検討 適切な評価の実施 ・STAS-J開始～1週間後の評価 ・症状のある患者をカウント
	地域連携	現在、緩和ケアチームとして地域の訪問診療医や訪問看護師、ケアマネジャーとの連携が行えていない	地域医療施設から緩和ケアの相談を受ける(取り掛かりとして) ・緩和ケアチーム介入患者の退院前カンファレンス時に緩和ケアチームメンバーも同席する ・地域医療職へ、退院後の緩和ケア相談対応について説明し、連絡先を伝える ・相談窓口は緩和ケア認定看護師 ・広報:ホームページにアップ 一件数や相談内容をカウントし、今後拡充できるか検討する	令和6年3月	△	未達成	緩和ケアチーム介入患者の退院前カンファレンスにメンバー(PCN)が参加した:3件 訪問診療医、訪問看護師、CMとの連携を行ったうち1件、退院後の緩和ケア関連の情報提供などのやりとりがあった	継続	退院前カンファレンスへの参加継続 ・PCNだけでなく必要時多職種にも参加してもらう ・広報:ホームページにアップ
	意思決定支援に関する提供体制の整備	意思決定支援の提供体制が整っていない 患者や家族の意思決定が必要となる同意説明書(DNAR/鎮静/代理意思決定者)が臨床の場で使用されていない	・関連委員会(倫理委員会/医療安全委員会/救急委員会/緩和医療委員会)からメンバーを集め、ワーキンググループを立ち上げ ・現状把握(院内職種にアンケート) ・各指針やACPのパンフレット作成、関連説明同意書の見直し ・院内教育の検討 ・臨床倫理コンサルテーションチームの体制づくりの検討	令和6年3月	△	未達成	臨床倫理ワーキンググループを立ち上げた 院内の医師/看護師へのACPなどの現状に関するアンケートを実施した ・医療者間の認識のばらつき ・医療者間で共有できていない ・同意説明文書が周知されていない 臨床倫理コンサルテーションチーム発足に向け調整中	継続	臨床倫理委員会/臨床倫理コンサルテーションチームの発足 ・体制づくり(メンバー検討、規定や運用検討など) ・コンサルテーションチーム活動(臨床倫理検討) ・各指針、説明同意文書などの見直し ・院内周知と教育

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
市立伊丹病院	チームの介入が必要な患者に適切に対応できるように、苦痛を抱えている患者を把握する	がんと診断された患者全員への苦痛に関するスクリーニング実施が不十分である可能性がある。	入院患者に限り、がんと診断された8割の患者さんにスクリーニング(生活のしやすさについて)を実施する。	令和6年3月	○	概ね達成	・緩和ケアリンクナース会で専従看護師が苦痛のスクリーニングについて勉強会を実施し、各部署のリンクナースが部署(9部署)で苦痛のスクリーニングに関する勉強会を実施 ・2回/年がんと診断された入院患者に対する苦痛のスクリーニングの実施数の調査 7月:40.9% 12月:49%	継続	苦痛のスクリーニングの監査を継続し、勉強会や事例等を通して有効性が実感できるよう取り組む
	GAを乳腺の医師と協働して研究として位置づけと介入までが行えるようにする	臨床で実施出来るように検証を重ねる必要があり、多職種の理解や協力を得る必要がある。	・15名/年のGAの実施 ・外来化学療法室と定期的なカンファレンスを実施する	令和6年3月	○	未達成	・2023年度のGAの実施数は4件であった(全て乳線外科) ・外来化学療法室とのカンファレンスはチームとしては実施できなかったが、チームメンバー個人が化学療法室のスタッフと情報共有することはあった	完了	病院として高齢者機能評価の体制を構築していく必要はあるが、現在のような緩和チームだけでは継続することが難しい。院内で体制の構築を具体化し院内の各部署やチーム、診療科の協力を得られるように再検討する必要がある
	地域のがん患者が安心して生活できるように地域連携を強化する	市中病院として地域の医療施設と協力しながら役割を果たしていく必要がある。	・近隣の施設と事例検討や情報共有を2~4回/年を実施する ・チームメンバー以外の希望者(院内スタッフ)も事例検討会に参加できるようにアナウンスする。	令和6年3月	○	概ね達成	・近隣の施設(在宅医療を提供する医療機関や薬局、訪問看護ステーション、介護サービスを提供する施設等)と2回/年緩和ケア地域協働カンファレンスを実施 7月:緩和ケアで用いる向精神薬について、11月:緩和ケアにおけるオピオイドの使い方/ケア・カフェ ・カンファレンスには院内のスタッフ(主に地域連携室)も参加することができた	継続	地域でがん患者を支えていくには、地域の医療施設等と協働していくことは必須である。そのためにも地域の課題や取り組みについて意見交換できる場を提供し、顔の見えるつながりができるよう、テーマを変えながらカンファレンスを継続していく必要がある
宝塚市立病院	患者とその家族が入院、外来どの部署においても自身のつらさや気がかりを表出することが出来る	スクリーニングシートの活用は定着できているが、IPOSが推奨されているため、スクリーニングシートをIPOSに移行し、患者や家族の気がかりが表出できるようにしていく	IPOSの理解が深められるように勉強会を実施する。 現在のスクリーニングシートも各部署の行いやすい方法で取り組み導入を開始しているため、各部署でどのように変更していくことが可能か意見を集め、変更方法を検討していく。	令和6年3月	△	概ね達成	IPOSについて他病院の初歩から実践までという動画を見て学習。 放射線治療科で試行運用を行い、変更方法について検討中。	継続	IPOSに対する理解の差が生じているため、IPOSへの知識を揃え、試行運用中の部署の意見を参考に、取り組み方法を検討していく。
	がん疼痛のある患者が、病棟で医療用麻薬(レスキュー)を自己管理でき、自ら苦痛を軽減できる	①医療用麻薬の自己管理運用マニュアルの作成、②運用マニュアルと共に、手順書を作成するところまでは進んでいたが、その後、昨年取り組みが行なえておらず中断している 院内における「病棟等における麻薬管理基準第6版」との整合性を行うなど、薬剤部、医療安全対策室との協議を行いマニュアルと運用手順を完成させ、実用できるように整備していく必要がある	一昨年と作成した医療用麻薬の自己管理運用マニュアルと手順書を見直し、実用可能な運用がおこなえるように緩和ケアチーム委員会で中で完成させ、試行運用が出来るように整備する	令和6年3月	△	概ね達成	コアとなる各部署の看護師が中心となり、マニュアルと手順の見直しを行い、実際の運用方法について具体的な話し合いを行った。その中で、医療用麻薬に対する知識不足と自己管理に対する認識不足に気づくことができ、知識を揃えるために学習会を実施した。具体的な実践方法については検討中である。	継続	医療用麻薬の自己管理運用マニュアルの手順を完成させる。安全、確実に実践できるようにマニュアルと手順を各部署に浸透していく。
県立がんセンター	緩和ケアチームが機能を発揮するために、現在の活動を評価し改善に向けて取り組む	1)前回のニーズ調査から2年経過し、コロナに関する医療環境の変化やスタッフの変更もある中、現在のチーム活動が現場のニーズに即しているのか確認できていない 2)「緩和ケアマニュアル第10版」を改訂する必要がある	1)院内全職種対象にアンケート調査を行う アンケート結果をもとに改善策を検討し取り組む 2)緩和ケアマニュアルに関する現場の意見を踏まえ、実践に役立つマニュアルの作成を行う	令和6年2月	○	達成	アンケート調査では「PCT介入により症状緩和が早期に行き患者の表情が穏やかになる」、「自分たちでは解決できない問題の糸口が見つかりケアに生かせる」といったポジティブな意見が9割以上を占めており、緩和ケアチームの活動は現場に浸透していることや、現場のニーズにもおおよそ合致していることが確認できた。 少数意見であったが、医師や看護師以外の職種からは依頼方法がわからないという意見もあり、今後の改善に活かしていきたい。また、勉強会の要望が多く次年度の計画とする。 緩和ケアマニュアル改訂に関しては、予定通り現場の意見を取り入れ作成した	完了	
	病棟薬剤師と緩和ケアチームの薬剤師が連携することで、入院患者の疼痛軽減及び副作用軽減を図ることができる	入院患者に中には疼痛コントロールができないまま退院し外来に移行している場合がある	1)PCT薬剤師は、週1回のPCTのスクリーニングラウンド時に、麻薬使用患者の中で、疼痛コントロール困難患者(疼痛スコアSTAS-Jや苦痛のスクリーニングでスコアが3以上)の状況を病棟薬剤師と確認する 2)PCT薬剤師と病棟薬剤師は、病棟カンファレンスや薬剤指導管理業務を通して主治医にフィードバックする 3)必要時、主治医に対象患者の疼痛コントロールについてPCTコンサルテーションを提案する	令和5年10月	○	概ね達成	PCT薬剤師は、週1回のPCTのスクリーニングラウンド参加後、疼痛コントロール困難患者の状況を病棟薬剤師と情報共有し、病棟カンファレンスや薬剤指導管理業務を通して主治医にフィードバックしている。 また、必要時、主治医に対象患者の疼痛コントロールについてPCTコンサルテーションを提案している。	継続	週1回のPCTのスクリーニングラウンドに挙げられた中で薬剤師の提案を行った患者(疼痛コントロール困難患者以外も含む)を提示し、PCT薬剤師と病棟薬剤師は、病棟カンファレンスや薬剤指導管理業務を通して主治医にフィードバックする。 必要時、主治医に対象患者についてPCTコンサルテーションを提案し、PCTカンファで情報提供を行う。

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
県立がんセンター	希死念慮のある患者への介入を通じ、防げる自殺を防ぐ	医師、看護師、看護補助者など研修受講者各々が自身に期待される役割を實踐し、患者の苦痛に気づき、声をかけ、適切な相談先につなぐ体制を定着させる必要がある	1) 医師対象にゲートキーパー研修を実施する 2) 研修終了職員を対象にフォローアップ研修を継続的に実施する 3) 『希死念慮』でのコンサルト例の後方視的な検討を継続し、連携体制の評価、改善を行う 4) 院内事務職、地域連携関係者、患者家族など希望者があれば研修を行う	令和6年3月	○	概ね達成	1) 実施計画中(3/14)に集合研修で実施予定) 2) 精神科連携携(うつ病)の経過・家族介入について看護職員にフィードバック研修を実施した。看護師が「希死念慮」について踏み込んだ対応をするようになった。 3) 研修前後で連携件数が2件→39件と増加した。時間経過とともに減少しつつある。 4) 研修は希望なし。地域より症状緩和目的入院中に希死念慮の評価依頼1件あり	継続	新規入職者に対するゲートキーパー研修は継続して行う。 研修終了職員に対するフォローアップも継続して行う。
	緩和ケアに関わる関係職種育成	多職種が集まり、各々関連する学会等に参加しているが、学会や最近のトピックスなどを共有する機会が少ない。そのため、緩和ケアチーム会を活用し、緩和ケアに関する知識・情報の共有を行い、質の底上げを図りたい。 緩和ケアリンクナースは毎年変わる部署もあり、メンバー定着ができていない。そのためリンクナースとしての役割の意識付けが難しい現状がある。小集団活動を行うことで緩和ケアに関することを学び、個々の知識の向上、各部署での活動に活かし、リンクナースの役割の意識付けを行う。	1. 緩和ケアチームメンバーの緩和ケアに関する質の底上げ【勉強会年8回】 (各職種の専門性を活かした、緩和ケアの知識・情報の共有・伝達) 1) 緩和ケアチーム会(第4火曜日16:30～)の時間を活用して、各職種持ち回りで勉強会や最新のトピックスを1回10～15分程度で行う 2. リンクナースの育成 1) リンクナース会で小集団活動を通して、院内の緩和ケアの質の向上に主体的に取り組むことができる【5月グループ分け、3月までにガントチャート完成】 ①リンクナースをグループに分ける ②各グループはガントチャート作成し、作業を進めていく ③緩和ケアセンター看護師は各グループのサポート 2) リンクナースは、自部署での緩和ケアに関する課題について、年間活動計画を立案し、活動する【達成度80%】	令和6年3月	○	達成	1. 1)5月のチーム会で1年間の担当者を決定し6月より勉強会を実施した。年9回、各専門性を活かした勉強会を行うことができた。 2. 1)看取りのケアG、疼痛Gの2Gに編成した。看取りGは、家族のケア(コミュニケーション)をテーマに研修会資料の作成、疼痛Gは「慢性疼痛」の看護計画の作成を行った。3月のリンクナース会でそれぞれの成果を発表予定。 2)リンクナースは自部署での活動目標を立案し、活動を実施している。年3回緩和ケアセンター看護師と面談を行い、活動について相談・共有しながら実施した。達成度80%については、今後最終面談後に最終評価の予定ではあるが、概ね達成とする。	完了	1. 勉強会の実施にあたり資料の作成等が負担となっている可能性もあり、業務負担に配慮する必要がある。また、来年度はPCUも開設予定のため、チームメンバーでOJTを担ってもらうことも検討している。各職種の専門性を活かした関係職種の育成、緩和ケアの質の向上への寄与については、さらに活動方法を検討していき余地がある。 2. 小集団活動により学習の機会が増え、緩和ケアに関する知識の向上に繋がった。リンクナースの育成については来年度も継続して取り組んでいく必要がある。リンクナースの役割についての動機付けを行い、各部署内で役割発揮を通じて質の向上を行っていくことが今後の課題である。
加古川中央市民病院	地域医療機関との連携を深める	昨年度は、地域医療機関との顔の見える関係づくりのため3病院Webミーティングを立ち上げ、実施方法について検討した。今年度は、体制を活かして、地域の中での3病院の課題や役割を検討しWebミーティングの充実を図る必要がある。 また、当院の活動を外部にも見える化していき活用してもらえる(拠点病院の役割を果たす)ことが課題である。	1. 緩和ケアセンターの活動や取り組みを広報し活用してもらう 1) つつじ、きらり等の院外広報誌に、緩和ケアセンターの活動や取り組みについて記載し、周知する【発行】 2) 切れ目のない緩和ケアを目指し、入院から退院、外来から地域と緩和ケア外来を拡充していく【緩和ケア外来60件/年(延べ)】 2. 3病院webミーティングの充実【年12回】 1) 毎月1回の定期ミーティングを継続 2) 地域における緩和ケアの課題を考えていく 3) 開業医の参加を目指す 3. 在宅医療連携研修会の参加【年1回】 1) 地域医療機関の医療者を対象とした研修会の講師を務め、地域連携を深める 4. 地域保険薬局との連携 ①薬剤師面談で介入している患者を対象に保険薬局と情報共有	令和6年3月	○	達成	1. 1)緩和ケアや緩和ケア外来の広報として、9月に「つつじ」(市民向け)・「きらり」(地域医療機関向け)に掲載を行った。 2) 緩和ケア外来件数延べ64件(12月まで)となり目標は達成できた。 2. 毎月1回(第2火曜日)実施している。地域で活躍されている開業医にも1回参加していただき、地域における緩和ケアの課題について共有した。そのうえで、定期会議では病院として地域に向けてできることなどに話し合っている。 3. 緩和ケアセンター専従看護師で勉強会を担当し、地域の医療者と困りごとを共有するグループワークを行った。その結果を踏まえ、がん集学的治療センターと協同し「がん看護を考える会」を2月に開催予定。 4. 7月に地域保険薬局を対象に「がんの痛みとオピオイド鎮痛薬～痛み止めを効果的に使うための服薬指導～」のテーマで研修会を実施。今後も継続し、顔の見える関係づくりを行っていく。	継続	1. 広報活動は継続していきながら、当院における緩和ケアの提供体制を周知し、市民・地域医療機関に活用してもらえよう広報の内容についても検討していき。 2. 今年度は課題について話し合うことはできたが、実際に課題に対してどう活動していくのかということまでは結び付かず、各施設で出来ることを模索し対応していた。来年度は加古川・高砂Webミーティングで協同して行える研修会や協働体制などについて検討していきたい。 3. 今年度得られた課題について、院内での取り組みを検討していきたい(例:診療情報や看護サマリーに患者の思いや意向、病状の理解について記載できるように推進していくなど)。引き続き地域医療スタッフと連携を深めていく。 4. 保険薬局との連携についても加古川・高砂Webミーティングで共有していきたい。
	患者の苦痛を把握し、症状などの緩和を適切に行う	苦痛を把握する体制が定着してきた。そのため、内容の充実を図るための、データ集計・分析を行い、活用に向けた取り組みを苦痛緩和に繋げていく必要がある。	1. 痛みの評価を適切に行う【NRS評価率を算出】 1) がん性疼痛に対して医療用麻薬を使用している患者は、NRSで評価することを再度周知する 2) 毎月各部署のNRS評価率を算出 2. IPOSのデータ集計・分析と活用に向けた取り組み【データ集計と分析】 1) 2022年度のIPOSのデータを診療科ごとに集計する 2) 集計結果を基に、診療科ごとの特徴を分析する 3) 分析結果に基づいて、取り組むべき課題の検討を行う	令和6年3月	○	概ね達成	1. 1) リンクナース会で痛みをNRSで評価することを再度周知した。また機能評価も重なり、院内でのNRS評価について認識は得られた。 2) 毎月NRSの記録状況を経過表より集計した。対象者119名に対してNRS評価の記録を確認できたのは95名だった。評価率80%で、昨年度の70%に比べると上昇したが、目標達成には至らなかった。 2. 2022年度下半期のIPOSについて診療科ごと、疾患ごと等に集計した。非がん患者の苦痛に対して、早期からのキャッチ、対応、システムなどの構築が必要であること、心理面に関しては診療科、疾患関係なく対応が必要であることが分かった。	継続	1. NRSの評価については継続して集計する。NRS評価が定着することで、適切に症状を評価し治療に繋がられるよう、リンクナースを活用し支援していく。 2. 得られたIPOSデータについてリンクナースとも共有し、リンクナースから各部署に伝達してもらう。また緩和ケアカンファレンスを活用し、診療科、疾患に合わせたケアや対応を提案していく。そして、引き続きIPOSのデータの推移を定期的にフォローアップしていく。

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
県立加古川医療センター	緩和チーム介入患者の抽出と件数アップ	各病棟リンクネースが患者の状況を把握し、リストを作成したい。	①リンクネース教育 ②苦痛のスクリーニングや症状の評価、ケアの方法の指導、チームへ依頼する際の情報収集の方法(まとめ方を含む)を理解し実践できるようにリンクネースや病棟スタッフへの教育的関わりのために専従看護師のラウンドを毎日行う ③各病棟での多職種による緩和ケアカンファレンスを1回/週スクリーニング結果を元に開催、チーム依頼の必要な患者があれば、火曜日15時までに情報を纏め、チーム依頼を挙げる。カンファレンス立ち上げ時には専従看護師が同席する(検討内容や情報のまとめ方の指導のため)	令和6年3月	△	概ね達成	①②ラウンド時にテンプレートの記載内容やチームへのつなぎ方を提示。 ③多職種カンファレンス(看護師、薬剤師が主に)実施。検討内容や情報整理などサポートした。 ②③チーム依頼とラウンドの流れを整理したフローチャートを作成しチーム介入対象患者をより明確化した。依頼に繋がるよう修正し、依頼に繋がらない患者を減らした。	継続	①②リンクネースから病棟スタッフへの伝達ができておらず、個別に毎回共有が必要。病棟スタッフの緩和ケアに対する意識改革は進めているが、一方でまだ一部のスタッフに局限している現状がある。スタッフの教育や研修会の参加を奨励し、ラウンド等を通じてPCTからの情報発信を継続する ③フローチャートの作成により介入依頼件数の増加が見込まれるため、介入方法の検討を行う。
	患者とその家族のQOLを向上させるために、苦痛を早期に同定し軽減する	患者とその家族の苦痛を軽減できる推奨案を提供できるようにする。	①火曜日に挙げたチーム介入依頼患者のリストを参考に、各専門職ごとに情報をカルテや担当者から収集し、職種ごとの情報や方針を整理し、ラウンドとカンファレンスに参加する ②カンファレンスで各職種ごとの情報を持ち寄り、議論や確認を行い、正式にチームとしての推奨案を提示する ③翌週のカンファレンスで推奨案が実施されたか確認し、集計する	令和6年3月	○	達成	①②各職種ごとに情報を持ち寄り、共有することができた。 ②各専門職種が苦痛に対しての要因について協議するだけでなく、互いの専門性の情報を整理して治療方針を導いたことで、チームとしての推奨案を提示することが出来た。 ③推奨案の実施についてはラウンド時に確認し、チームカンファレンスで共有できた。	継続	①②③次年度も継続していく 各職種の専門性を発揮するためにも個人の緩和ケアに対する知識のスキルアップと同時に、患者・家族への関わりを意識した情報収集が必要である。
	入院中の患者とその家族のQOLを向上させる	薬剤師、リハビリ療法士、管理栄養士のメディカルスタッフと連携を強化して、患者の苦痛を早期から軽減できる体制を構築したい。	①介入が必要な患者は、病棟カンファレンスの後チーム依頼を挙げて貰い、そのリストを元に病棟担当のメディカルスタッフから患者情報を部門ごとに収集する ②薬剤部では平日にはオピオイド使用者リストを準備し、病棟担当薬剤師がカルテや患者との面談で情報収集し、対応困難事例をチーム薬剤師に報告して貰い、早いチーム介入に繋げ実践する ③専門的な立場でPCTとして介入を推奨する ④PCTが介入した正式依頼と情報提供件数と相談内容の集計表を作成し、傾向を把握する(PCT依頼相談内容を参考に) ⑤多職種でカルテ記録できるテンプレート記載の運用し評価、必要に応じて改定を行う ⑥職員対象の勉強会を年4回開催する。緩和ケアの知識向上、他・多職種連携について理解を深め、連携がより深まるための機会にする ⑦緩和ケア研修会への多職種の参加を推奨する	令和6年3月	△	概ね達成	①実施し、カンファレンス記録の記載もできた。 ②実施できた。病棟担当薬剤師との共有、調整も実施した。 ③実施した。病棟の判断で依頼に至らないケースもあった。 ④年度末に実施検討。 ⑤病棟スタッフが記入しやすいよう、テンプレートの内容を改訂した。 ⑥実施した。アンケート結果で緩和ケアに関する知識が深まっている印象。参加人数も増加傾向で認知度も上がっている。 ⑦参加する職種も増えてきている。	継続	③チーム依頼の対象患者の見直し行う。 ⑤改訂したテンプレートの使用感を評価する。 ⑥多職種チームでの関わりの質的向上を図るために、緩和ケアに関するトピックスやアンケート結果の希望の多い内容に関する勉強会を継続していく。 ⑦来年度も継続する。
	地域内で生活する患者とその家族のQOLを向上させる	地域内における医療・介護スタッフと連携を強化して、患者の苦痛を早期から軽減できる体制を作り、住民が望む場所から出来る限り最期まで過ごせる地域にしたい	①加古川・高砂市の公立3病院でweb meetingを1回/月開催 ②医師会医療情報委員会、在宅医療委員会での検討を院内に持ち帰りチームで検討し実践に繋げる ③meetingで検討した内容に基づき、院内で協議、委員会での検討を経て実践する	令和6年3月	△	概ね達成	①参加継続している。 ②地域内の課題を元に、相互の病院機能の役割を理解し、院内で取り組むことを検討、実施に向けた準備をしている。(例:ICTツールを用いた地域内の多職種間情報連携) ③PCTカンファレンス等で情報共有を図った。	継続	開業医を含めた地域の医療・介護従事者との連携が充実出来るよう検討していく。
明石医療センター	緩和ケア治療の強化 院内連携強化	PCTの強化・充実 緩和ケアスキルアップ STAS-Jの運用強化 院内スタッフへの広報活動	○主治医が参加しやすいラウンド&カンファレンス体制作り ○科横断的にコンサルテーション可能な体制作り ○動画研修等を中心とした研修会開催 ○緩和ケア委員会での勉強会開催、伝達活動 ※R4度に電カル更新に向け、依頼項目、様式の見直しは済 ○緩和ケア研修会への参加促進 →teamsを活用した医局への広報活動 管理科(医局担当者)との連携 ○認定看護師IC同席の意義および依頼方法の周知 →医局への広報活動	令和6年3月	△	概ね達成	○主治医がPCT担当医師の診療科でなくても参加しやすいよう、委員医師より呼びかけ、参加症例を作った。 ○看護部、一部委員メンバーにて動画研修実施。 ○テンプレートを修正、整理。委員メンバーにて活用方法について研修会実施。 ○委員メンバー医師、医局会teamsにて呼びかけ続けた結果、新規15名取得。医師合計62名となった。 ○認定NS同席のタイミングや対象患者の周知不足があるため、院内リーフ作成し、広報を継続。	継続	○今後はセル看護の利点を活かしたラウンド、医師・看護師の参加率UPを望める体制作りを検討。 ○院内へ広めるため臨床倫理委員会と協業で進められることがないか等協議。 ○引き続き広報活動を検討。

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
北播磨総合医療センター	緩和ケア医療の推進	<p>1. 当院では、入院・外来がん患者に対して苦痛のスクリーニングを実施している。外来は対象患者の98%、入院は対象患者の88%に実施し、外来では結果に応じた緩和ケアの提供も定着している。しかし、入院患者の場合には、スクリーニング結果に応じた緩和ケアの提供が定着しているとは言えない状況がある。引き続き、スクリーニングの実施状況・結果の把握、個別の働きかけが必要である。</p> <p>2. 昨年度より、当院におけるACP導入について検討を開始している。昨年度は、院内医療者間でACPの概念についての共有や事例検討を行った。その検討の中で、当院において実践例が少ないことや様々な要因から多職種連携が困難であることが課題となっている。</p> <p>3. 当院緩和ケアマニュアルは、2020年改定後見直しが行われておらず、最新のガイドラインや知見に基づく内容であるのか、確認が必要である。また、当院の緩和ケアの提供において新たに必要マニュアルの提案もあるため、追加を行う必要がある。更に、患者の苦痛の把握と適切な対応がなされるよう、患者からのPRO(患者報告アウトカム)を導入し運用を開始する。</p> <p>4. 当院では、診療報酬算定が可能な緩和ケアチームとなり、6年目を迎えている。チームメンバーも徐々に増えてきており、それぞれの専門性を活かして活動を行っている。相互理解を深めると共に、専門分野での知見を共有していくことで、チーム活動を活発にしていける必要がある。また、緩和ケアチームの介入により、患者・家族、関わる医療者に効果や益があったのかについて評価を行い、院内で活用しやすいチームへと成熟していけることが求められている。</p>	<p>1. 苦痛のスクリーニングの結果を緩和ケアの提供につなげる 1) 緩和ケアチームの看護師3名により、各病棟の苦痛のスクリーニング結果の確認を行い、NRS4以上の患者に対しては、基本的緩和ケアを推進する目的で、病棟看護師へ働きかける 2) 上記1)の働きかけから、緩和ケアチームの介入が必要と判断した場合には、主治医、病棟看護師の承諾のもと、緩和ケアチームの介入を促す 3) 当院では治療や症状緩和の目的で入院・通院するがん患者に対して、苦痛のスクリーニングを実施している。9月には緩和ケア委員会で実施率、対応率について定点調査を実施し、スクリーニングの定着に向け検討を行い、スクリーニング調査に関して今後のあり方を検討する</p> <p>2. 当院でのACP導入を目的とした、多職種協働の基盤づくりとして、医師の病状説明に看護師が同席し、実践報告を行う 1) 緩和ケア委員を中心に実施する。医師の病状説明に同席をする看護師が、「患者の代弁者」、「情報提供者」、「情緒的支援を行う」役割を果たせるように、事前にミニレクチャーを行い、認識や必要なコミュニケーションスキルを共有する 2) 上記1)実施後に、緩和ケア委員の看護師は、医師の病状説明に同席し、看護師としての役割を実践する 3) 上記2)について、緩和ケア委員会で実践報告を行い、効果的であったことや実践における課題を共有する 4) 上記3)を踏まえ、当院でのACP導入における課題と今後の取り組みについて明確化する</p> <p>3. 緩和ケア提供体制の整備を行う 1) 今年度上期中に緩和ケアマニュアルの改訂を行い、改定後のマニュアルの運用を開始する 2) 緩和ケア病床、緩和ケア外来、緩和ケアチーム介入患者に対してIPOSの導入を行う</p> <p>4. 緩和ケアチームの質の向上を図る 1) 緩和ケアチームメンバーが講師となり、月に2回程度のミニレクチャーを実施する。それぞれのメンバーが自身の専門分野に関するテーマを取り上げ、相互理解を深めると共に、知見を共有する 2) 緩和ケアチームが介入した患者について年間5例の振り返りカンファレンスを実施する。カンファレンスには、必要に応じて主治医や病棟看護師、関わる医療者の参加を依頼する。参加が難しい場合には事前に検討内容に関する意見を待っておくことで、依頼者の評価を交えた振り返りを実施できるよう調整を行う 3) IPOSの結果を踏まえてカンファレンスを行うことで、緩和医療・ケアについて検討する機会をもつ</p>	令和6年3月	○	概ね達成	<p>1. 苦痛のスクリーニングの活用について 1) 2) 令和5年11月から、緩和ケアチーム介入依頼のないNRS8以上の患者に対して、トータルペインの視点でのアセスメントを充実し緩和ケアへの提供をつなげるため緩和ケアチーム看護師の介入を開始した。また、令和6年1月からカットオフ値をNRS6に下げ、介入を継続している。その中から緩和ケアチーム介入にもつながらず、患者への緩和ケア提供がスムーズに行えるように活動を行った。 3) 当院の現状から、緩和ケア委員にスクリーニング実施の調査を依頼することが困難であり、緩和ケアチーム看護師が継続して行き、各所属へフィードバックしている。 がん患者への苦痛のスクリーニングの実施自体は定着しているが、NRS4以上の患者のカンファレンス実施率72%、NRS8以上の患者のPCT介入率52%と、スクリーニングの結果が緩和ケアの提供に活用できていないため、今後も結果確認や、強い苦痛を抱える患者の抽出、緩和ケアチームの介入とチーム介入につながっていない患者への直接的介入を継続する必要がある。</p> <p>2. ACP関連の活動について 活動計画1)~3)に基づき、概ね計画通りに活動を行った。 4) 当院でACPを導入することに関する課題について、実施のタイミングや対象の検討、記録ツールの整備、患者・家族、医療者への啓蒙活動が必要である。今後は、緩和ケア委員会や臨床倫理コンサルテーションチームが主体で検討していくことになるため、PCTの活動計画は一旦終了し、活動方針の目的が立てばPCTとして協働を図ることとする。</p> <p>3. 緩和ケアマニュアルの整備、IPOS導入導入 1) 2) 概ね計画通りに整備することができた。今後は、実践での活用促進や、評価・修正を行っていく必要がある。</p> <p>4. PCTの質の向上 1) PCTメンバーが講師となりミニレクチャーを実施した。多職種の専門性や役割、最新の知見を学び相互理解につながった。 2) 振り返りカンファレンスは、現在3件実施しており、年度内には5件実施予定である。主治医チームの意見を聞けないうまま実施しており、今後は主治医チームの意見を聞く場を設ける必要がある。また、多職種からの提案ができるよう調整を図る。 3) IPOSの結果をカンファレンスに活用する機会が少なく、今後活用促進を行う。</p>	継続	<p>1. 関連ツールの活用促進 1) 緩和ケアマニュアルの活用促進と追加・修正の検討を行う。 2) 緩和ケアマニュアルへのアクセスの利便性を高めるため、当院HPに掲載しオンラインで公開できるように調整を図る。 3) IPOSの結果を患者支援に活用できるよう、PCTカンファレンスで共有する。 4) 苦痛のスクリーニング結果の確認と、患者への介入は引き続き継続する。 5) 強い苦痛を抱える患者に対してのカンファレンスが充実できるよう、カンファレンスツールを作成する。</p> <p>2. PCTの質の向上 1) 振り返りカンファレンスを継続する。様々な職種から、議題提案できるよう、半年毎に議題提案者を募り実施する。また、必要に応じて主治医チームの意見を取り入れ、多面的に振り返りが行えるよう調整を図る。 2) 院内内外の研修会開催の情報交換を積極的に行い研鑽を重ねる。 3) 相互理解やPCTの質の向上を目的として、PCTメンバーが講師となりミニレクチャーを実施する。半年ごとに講師を募り、互いに学びを深める機会とする。 4) PCTカンファレンスでは、各職種が意見を出しやすいように進行し、カンファレンスの活性化を図る。 5) 上記4)の実施後、PCT回診が効率良く実施できるよう、回診メンバーを調整する。</p> <p>3. 地域との協働 1) 地域がん診療連携拠点病院として、地域の医療関係者との顔の見える関係作りのための座談会や研修会を企画し実施する。</p>
		西脇市立西脇病院	<p>①スクリーニングの継続的な実施により苦痛のある患者を拾い上げ、早期に介入することで患者の苦痛を軽減する</p> <p>②PCT介入の評価を行うことでチーム内での多職種の連携の強化をはかり、苦痛のある患者への早期対応へ繋げる</p>	<p>・年間スクリーニング 700件以上、チーム介入50件以上の目標を継続する</p> <p>1) PCT新体制を緩和ケア委員会で提案し、維持できるように調整する</p> <p>2) リンクナース、薬剤師等、PCTメンバーが役割遂行するために、緩和ケア委員会が中心となり調整、浸透させる(学習会・体制の再浸透等)</p> <p>3) 1) 2) の達成評価として、PCTの介入症例分析を行う(依頼職種等をデータ化し現状分析する)</p>	令和6年3月	△	概ね達成	<p>・スクリーニング件数、チーム介入件数は目標達成した。しかし、依頼患者の状況がPS3-4となった患者が多く、介入依頼のタイミングが遅くなった症例が多い</p> <p>・PCTの新体制の確立と機能維持</p> <p>・リンクナースの役割の見直し(模範的役割の強化をはかる)</p> <p>・薬剤師からの依頼(特に疼痛に関すること)の実行</p> <p>・データ分析しチームの課題を明確にできていない</p>	その他

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
西脇市立西脇病院	①緩和ケアチームと連携したケモカンファレンスを再開・継続することにより、外来化学療法中の患者の苦痛が緩和される ②がん告知の場面も活用し、苦痛のある患者に対してPCTが早期介入し、症状緩和に努めることができる	①ケモカンファレンスは2回/年の開催となった。マンパワー不足で定期開催ができなかった。 ②令和4年度は、告知段階からのPCTの介入れがなかった。病名告知の段階からの介入が必要時行っていない。	・ケモカンファレンスを再開・継続する(PCTメンバーのがん化学療法看護認定看護師を中心に活動を定着) ・告知場面での連携により、必要な患者さんを早期にPCT介入依頼する(1-1)と併せて検討) ・告知担当看護師の介入件数の増加とPCTの連携方法等を明確化する	令和6年3月	△	未達成	ケモカンファレンスの開催はできなかった。 告知担当Nsの活動は定着したが、PCTの連携は図れていない。しかし、告知担当看護師がPCT介入時の積極的な情報提供が行われるようになりつつある。	継続	ケモカンファレンスの新たな開催方法の検討と実施 告知担当看護師との連携についての方法の再検討
	院内全病棟の心不全患者のACPを意図した緩和ケアスクリーニングと緩和ケアカンファレンスが実施できる	循環器病棟での心不全患者の緩和ケアスクリーニングは浸透したが、他病棟でのスクリーニングが実施できていない。	心不全緩和ケアスクリーニングの認知度をあげる取り組み ・心不全緩和ケアスクリーニングの見直しを行う ・緩和ケアリンクナースへの周知 ・集合研修 ・eラーニングの活用	令和6年3月	○	概ね達成	2月 心不全緩和ケアスクリーニング見直し終了(心不全看護認定看護師中心) 2月9日 心不全の緩和ケアについて集合研修開催	継続	今後はスクリーニングの実施状況や介入の実際をみていく。
姫路赤十字病院	がんと診断された患者が、苦痛のスクリーニングにより見出された苦痛が適切に対処される	外来における苦痛のスクリーニング(IPOS)については、現在外来化学療法センターと放射線科のみ実施しており、全ての外来で導入することができていない	【目標】 すべての外来で苦痛のスクリーニングを導入できるように外来看護師の緩和ケアに関する知識・技術の向上をはかる 【方策】 ①IPOSを活用した、心理社会的問題への介入方法について勉強会の実施 ②外来看護師長・係長と外来導入の仕組み作り 5~8月:勉強会準備 8~12月:外来看護師対象の勉強会を実施 1~2月:具体的な外来導入の仕組みについて検討 3月:評価	令和6年3月	△	未達成	①内科外来看護師を対象に対面でIPOS勉強会を実施した。 ②外来看護師長とIPOS導入に向けて勉強会開催の方法を検討した。2月に動画を作成し、全外来看護師に向けた教育資料の準備を完了した。	継続	①一般外来でのIPOS導入の仕組みを検討する。 ②一般外来で導入開始。 ③一般外来で導入後、3ヶ月後に評価(IPOS実施率、IPOS陽性患者の対応結果を確認)を行う。
	医療用麻薬の適正使用を目的とし(外来・入院を通して)薬剤説明・薬の相談窓口として薬剤師による充実したサポートを行う	・医療用麻薬処方件数 月平均87.6件に対して、入院中の薬剤師の医療用麻薬指導加算件数は月平均30.3件にとどまっている ・指導内容が標準化されていない	【目標】 入院中より医療用麻薬の服薬指導を継続し、患者の退院後のセルフケア能力向上を目指す 【方策】 ①医療用麻薬管理指導の実施件数調査を継続して行い、各病棟における医療用麻薬指導の実態把握する ②指導項目テンプレートの内容の改善を行い項目の細分化と内容の充実を図ることで薬剤師の指導内容を標準化し、患者へ統一した関わりを行う	令和6年3月	△	未達成	①麻薬指導加算件数は平均35~50件近くで推移。 ②テンプレート内容を細分化し指導すべき内容を明確にした。	継続	①病棟により麻薬使用患者に差があるため指導件数にばらつきあり。継続して実態調査を進める ②基本的な内容については標準化できた。今後個別にスキルアップを目指す。
	院内外の緩和ケアに関する連携を強化し、患者家族の安心した療養生活を支援できる	・在宅療養に際して生じる様々な不安(関係性や環境変化)を軽減する必要がある ・転院調整や在宅調整の電話やFAXなどに時間を要しているため、密で効率的な連携を図る必要がある	【目標】 ①患者家族が相談しやすい環境や雰囲気をつくる ②院内外の支援者と関係を深める 【方策】 ・緩和ケアチームのラウンド前カンファレンスに地域医療連携課の患者担当者が参加し、情報共有する ・患者・家族の思いや支援方法を院内スタッフと共有する方法を検討する(特に外来患者) ・医療機関訪問を継続する ・ICTを活用した連携を検討する	令和6年3月	△	未達成	①ラウンド前カンファレンスの参加はできている。 ②個々で外来スタッフと共有するよう心がけているが、院内で統一した方法はまだ検討できていない。 ③医療機関訪問は継続できている。 ④ケアブックの運用開始。	継続	病棟看護師や緩和ケアチームで情報共有することを目的にラウンド前カンファレンスの参加継続。 医療機関訪問の継続をすることで、在宅医との顔の見える関係を築きつつ、在宅医の特色、対応可能なことを把握し、ここの支援に活かす。 外来スタッフとの共有方法を検討。
姫路医療センター	口腔ケアの知識・技術の向上	治療(化学療法、放射線療法)、薬剤使用など口腔粘膜症が生じることが多いが、職員全体で取り組むことができていない	口腔ケアについて学習し、各部署で実践し、ケース発表を行い学びを共有する 緩和リンクナース 6月:勉強会(動機づけ) 9月:勉強会(実践) 11月:病棟で実践した事例の発表・困難点の討議 2月:病棟で実践した事例の発表・評価 緩和ケア病棟 5・6月:勉強会 後期:病棟で実践 院内全職員 10月:講師による講演会	令和6年3月	△	概ね達成	勉強会については、感染拡大によるため時期の調整が必要となったが、緩和ケアリンクナース会、緩和ケア病棟で実施できた。 緩和ケア病棟に関しては、口腔アセスメントガイドを基に、OAG口腔ケアチェック表を用いて実施している。ケアの評価までは至っていない	その他	院内で口腔ケアを取り組むためには組織として仕組みを整える必要あり。 今後はリンクナース会の取り組みとする

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
姫路医療センター	ACP推進に向けた体制作り	院内でACP推進に向けた体制が整っておらず、看護師の役割理解が乏しい	院内のACP推進に向けた体制作りを行い、治療選択、療養場所の選択を検討する中で、活かすことができる 前期:倫理グループワーキングで勉強会資料作り 9月:看護師長・副看護師長・緩和リンクナース会で伝達 10月~各部署でリンクナースが実践、適宜相談にのり、共に実施 11月/2月:緩和リンクナース会で、実践状況を発表(各病棟1事例以上) 12月/1月:困難点・課題への取り組み 場合により、院内職員対象勉強会の開催	令和6年3月	○	概ね達成	予定通り、ACPの学習教材の提示や管理者向けの研修会・リンクナース会でロールプレイングを含めた研修を行った。外来-入院の支援に介入し、看護師と共にACP実践している。 実施後のアンケート調査では、ACPの理解度は85%まであげることができたが、実践できていると評価した看護師は54%程度であった。知識や実践に繋げる研修、記録整備や多職種協働など課題があった。多職種連携に関しては、もしばなゲームを用いた研修を実施した	継続	次年度も引き続き、ACP推進に向けた体制整備・実践力に繋がる医療者の育成をしていく。 ・ロールモデルとしての役割・活動 ・実践に繋げることができる実事例を用いた研修や振り返り ・継続性のみえるテンプレートの作成・活用 ・医療者・患者の啓蒙活動 ・多職種連携、カンファレンスの開催、多職種対象の研修開催
	早期からの緩和ケア提供体制を整える	①がん関連の認定看護師が、病名告知に同席が少ない	①がん関連の認定看護師が、病名告知に同席できるようシステムを整え実施・評価していく(がん患者指導管理料算定数 2022年度503件→昨年度より5%上げる) 4・5月:現状評価、課題抽出 6月:方法の検討・発信 実践しながら、月々の状況を確認 10月:現状評価、課題抽出 11月:方法の検討・発信 実践しながら、月々の状況を確認 2月:評価	令和6年3月	○	達成	4・5月現状調査を行い、外来病名告知時の同席数が少ないことが発覚した。医師のみでなく、診察につく外来看護師にも協力依頼し、連絡体制を整えた。対応人数も増員し連携しあうことで、IC同席件数は456件(4月~12月)で、月平均41.9件→50.6件に増加した。外来に関しては、月平均7件→19件と大幅に同席数が増えた。	完了	同席件数を上げることはできた。しかし、マンパワーの問題や医師により依頼の差があるなど課題は残されている。告知後も継続支援することで、患者・家族より安心したと声はあるが、質的な評価は課題である
		②緩和ケアチームの依頼時期のうち、診断から初期治療前の介入率が全国より低い	②外来での病名告知場面より関わり、入院後困難を生じた時点で早期に介入する体制を作る 診断から初期治療前の緩和ケアチーム介入率を上げる。(2022年度7件全体の3%→今年度は10%以上にする)	令和6年3月	○	達成	病名告知時より緩和ケアチームが関わる体制をとるために、緩和ケアチームが初期より介入することを院内周知した。結果、診断から初期治療前の介入率は全体の24.7%に上昇した。	完了	
県立はりま姫路総合医療センター	(目的) 疾患を問わず患者・家族が基本的、専門的緩和ケアを受けることができる 1-1 緩和ケアチームメンバーの継続的な能力向上を図る 1-2 医療者の緩和ケアに関する知識の向上を図る (KPI) 緩和ケアチーム新規依頼件数 緩和ケア診療加算算定件	緩和ケアチームのコンサルテーション件数は、昨年度は年間143件であった。病床数からすると少し少ない印象で、適時介入ができていない可能性あり。 緩和ケアチーム加算の算定にはいっておらず、人材育成と人員配置が必要である。	1-1. 緩和ケアチームメンバーの能力の向上 病院の状況を鑑みて、無理のない開催頻度とする。4回/年開催で計画する。 下記日程で計画 6月6日18:30~オピオイドの適正使用とメサペインの導入について 講師坂下明大 8月15日18:30~負の感情との付き合い方 講師塚本亮 10月10日18:30~治療抵抗性の苦痛への治療介入 講師坂下明大 12月12日18:30~非がんの緩和ケア~はりまの実績から~ 講師坂下明大 1-2. 7月29日(土)に集合形式で開催予定とする。がん診療を行っていない診療科の医師の受講を含めて医師の受講率を挙げる。目標値として医師受講率を5月よりも10%上乗せする。	令和6年2月	○	達成	1-1 勉強会については、年間計画通り実施し、各勉強会には50名程度の参加があった。 緩和ケアチームメンバーの能力向上としては、継続した勉強会の開催が望まれている。 関心を向けるということについては達成できているが、継続的な能力向上を目指した活動が必須である。 2-2 緩和ケア研修会の実施により、受講率は、69%→82%へ向上し、10%以上の上乗せとなった。指定要件を目指し90%以上の受講率を次は目指す必要があるが、次年度の診療部の受講率をもとに、目標値を設定し研修への参加を促す必要がある。	継続	具体的な事例緩和ケア介入について勉強会を実施し、よりチームメンバーの能力向上に努める。勉強会回数としては、業務上4回程度が望ましい。 2024年9月28日(土)に開催予定 受講率は次年度に診療部の受講率を確認し、目標値を設定する
	(目的) 全ての患者・家族が基本的、あるいは専門的緩和ケアにアクセスすることができる 2-1 入院患者に対するスクリーニングシステムを整備する 2-2 地域からの緩和ケアコンサルテーションに関する体制を整備する (KPI) スクリーニング実施件数 スクリーニング陽性数 地域コンサルテーション件数	2-1 スクリーニング体制の構築に至っていない。現在は、リンクナースに対して緩和ケアについて学びを深めるところから開始している状況のため、人材育成をしつつ、スクリーニング開始準備を行う必要がある。 2-2 地域連携カンファレンスを企画し、広報して開催しているが、それにかかる業務負担も大きい。業務分担できる人材育成をしつつ、地域の質向上につながる会の開催になるための準備が必要である。	2-1. リンクナース会の進捗状況を共有し、スクリーニング後の体制の構築と評価を実践する。リンクナース会の進捗にあわせて計画とする 第3木曜日16:00~17:00開催予定 2-2. 地域連携カンファレンスを月1回の開催を企画し、継続的な連携へつなげる。カンファレンス開催内容について徐々に内容をコンサルテーション内容となるように、事例検討を導入して開催していくようにする 開催日程は、第4木曜日18:30~19:30	令和6年2月	△	未達成	2-1 リンクナース会の緩和ケアに関する知識の向上にあわせ、組織内での体制について整備中。 2-2 地域連携カンファレンスは集合形態に限界を感じ、開催方法を外部開催へ変更し、地域コンサルテーション機能の構築へと変更した。開催方法の変更の評価は次年度へ持ち越して行う。地域コンサルテーションとしての評価も次年度へ持ち越し。	継続	周辺職種への業務調整の進捗に合わせて、1か所ずつの病棟導入を計画する。 地域連携カンファレンスの開催方法の評価を行い、継続した地域コンサルテーション体制の構築をする

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
赤穂市民病院	症状スクリーニングシートを通して患者の意向を汲み取り、チーム介入・相談につなげる 外来患者で取り組んでいるExcelチャートでの患者毎の症状スクリーニングシートの点数の評価をチーム介入へつなげていく	症状スクリーニングシートは、外来の協力あり、定着しつつあるが、介入・相談までに、時間差が生じたり、つながらない時がある。	・前年度実施したことを継続して取り組み、定着させるとともに、よりよくするために、チームカンファレンスで改善点等確認していく	令和6年3月	△	概ね達成	・前年度の取り組みを継続して取り組むことができ、定着できるように取り組むことができた。 また、緩和ケアチームのカンファレンスにおいて、介入状況等を確認することを実施した。	継続	より定着するように、前年度の取り組みを継続する。 また、外来や化学療法室等との連携していけるよう取り組む。 緩和ケアチームカンファレンスにおいて、介入状況の確認等を、もう少しオンタイムでできるように取り組む。
	緩和ケアの資質向上	緩和ケアマニュアルを現状に沿うものに修正中、修正後周知を諮る。	・麻酔科、薬剤部、看護部、訪問看護、MSWから、以前の緩和ケアマニュアルを、現状に沿うものへ修正していただき、提出いただいたものを、取りまとめ作業を継続し、完成させる	令和6年3月	×	未達成	・各担当から提出していただいた、現状に沿うものを、取りまとめ作業を継続して行ったが、完成させるまでには至らず。	継続	・各担当から提出していただいたものの、取りまとめ作業を継続する。 また、作業に時間がかかってしまっているため、もう一度、現状に沿っているか、確認していただき、完成を目指す。
県立丹波医療センター	院内緩和ケアの質向上	がん患者に対して、その時期に適したケアの提供が不十分な可能性がある	1. 各部署リンクナース・緩和ケア部会員の育成 ・緩和ケア研修会への参加呼びかけ 今年度担当リンクナース(8名)、部会員(5名)で未受講者があれば必ず受講し、緩和ケアについて学びの機会とする (年2回開催予定(5月、2024年2月)の研修会のどちらかには必ず参加する)	令和6年3月	×	未達成	リンクナース・部会員を中心に緩和ケア研修会参加への呼びかけは行っているが、時間的な調整が困難なため参加率は低い。	継続その他	PCTスタッフのがんに関する知識向上、院内全体の緩和ケア質向上のためのスタッフ教育は必要。そのためには、緩和ケア部会メンバーの専門性を発揮し、それぞれの分野についての学習会などの検討をしていく。
	評価ツールが適切に使用出来、緩和ケアの必要な患者を見いだせる	院内規定の評価ツールを使用し、がん患者の苦痛を把握することが出来ていない可能性がある	1. 評価ツールを使用し、患者が必要としているケアが見いだし介入出来る 評価ツールでハイスコアの患者があった場合、緩和ケアチームへの介入依頼が出来るようになる(件数130件/年)	令和6年3月	△	概ね達成	2023年4月～2024年1月末までの緩和ケアチーム介入件数は175件であり、目標数は達成。しかし、介入が必要な患者の見極めが不十分な事例もあり、がん患者が必要としているケアの提供が適した時期に出来ていない。	継続	緩和ケアチーム介入依頼までの流れを院内スタッフが把握し、実施出来るよう手順の見直し。 スタッフが使用しやすく、患者にとっても適した時期に適したケアが介入出来るように、スクリーニングの見落としを防ぐ方法の検討(新たな評価ツール導入の検討も含め)
県立淡路医療センター	症状スクリーニングを通じて緩和ケアの質向上を図る	1. 症状スクリーニングのシステムは構築されているが手順(スクリーニングのタイミング)や対象者について院内で統一されておらず、また、陽性患者の対応についても部署間や担当者によって格差がある	1)症状スクリーニング対象者や手順の見直しを行う 2)陽性患者の対応について質の向上を図る ①リンクナース会を通じて看護師によりスクリーニング陽性項目に対する情報収集とアセスメントを踏まえた対応ができるよう支援する ②ELNEC-J研修会を開催し緩和ケアの知識向上に繋げる 3)緩和ケアチームラウンドで症状スクリーニング陽性患者の対応について相談、情報共有を行う 4)症状スクリーニングが2週続けて陽性の場合は、対応について主治医・看護師が抱え込まず緩和ケアチームへ依頼できるよう促す(緩和ケア診療加算向上に向けた取り組み)	令和6年3月	○	達成	リンクナース会にて、対象者と症状スクリーニングフローチャートの見直し、修正を行っている。また、症状アセスメントができるようカルテの記録方法を検討し、後半に実践できるよう準備中。ELNEC-Jは11月に開催予定。緩和ケアチームラウンド前にカルテチェックを行い、陽性が持続している症状や対応について病棟スタッフと相談。リンクナースもラウンドに参加し他部署の動向を知り、自部署の陽性患者の対応に意識が向けられている。	継続	症状スクリーニングフロチャート、症状アセスメントテンプレートを作成。次年度より活用し評価する。 ELNEC-Jコアカリキュラムを11月に開催した。講義後の評価からも次年度も開催を計画し看護師のEOLにおける知識・技術向上を図る。 緩和ケアチームラウンドにリンクナースが参加することで、他部署の動向を知り、ケアに対して意見や情報提供ができるなど意識向上に繋がった。
	療養場所に問わず患者・家族が望む意思決定ができるよう院内全体で取り組みができる	2. ACPの実施は昨年度4部署で導入できたが、院内全体の取りみみとしての意識は低い。がん、非がん患者も含めてどの部署や療場所でも患者・家族が望む意思決定ができるよう院内全体で取り組む必要がある	1) ACP未実施の部署の実施に向けて緩和ケア部会、リンクナース会を通じて検討する 2) リンクナース会メンバーを全部署より選出し、リンクナースを通じて各部署で周知できるよう支援する 3) CNS・CN通信や勉強会を通じて、医療者の知識向上や意識改善に繋げる 4) 「心不全ACPネットワーク」により、開業医の医師とACPの情報共有を行い連携が図れるシステムについて検討し導入できる	令和6年3月	△	概ね達成	リンクナースが全部署から選出され、ACPが院内全体で浸透できるようリンクナース会で啓蒙活動を行っている。勉強会を通じて、ACPが必要な患者を見極め実践できるよう支援している。 緩和ケア研修会(PEACE研修会)においてACPについて学ぶ機会となった。 心不全ACPネットワークはまだ実践には至らず。しかし、医師間の連絡時にACPを踏えた情報提供が行えた。	継続	ACPの啓蒙活動において、院内での実施は昨年度11件であったが、今年度は現在43件で大幅に増加し実践に活かした。次年度は実践の内容をもとに、より患者の状況に応じたACPの実践を目指す。また、実践に至っていない部署での実践ができるよう支援する。 心不全ネットワークは運用なし。次年度の活動を検討する。
	院外の医療者との連携を強化し、治療時期や療養場所に関わらず緩和ケアが提供できる	3. コロナ禍において他病院や在宅療養との連携が希薄化し、効果的に連携が図れていない	1) 地域の緩和ケアの質向上に向けた活動について検討し計画する ①緩和ケアチームで介入した患者を中心とし、終末期カンファレンスを開催しケアや連携について振り返りの機会を持つ ②院内・外の医療者を対象とした研修会(淡路緩和ケア連携研究会、PEACE研修会)の開催 2) 上記2-4)の項も含む	令和6年3月	△	概ね達成	終末期カンファレンスの対象となる患者なく実施できていない。 緩和ケア連携研究会は7月に開催。今年度中にもう1回開催予定。PEACE研修会は9月に開催済。顔の見える関係作りを目的としたケアカフェを今年度中に再開する予定。	継続	コロナ感染やインフルエンザの感染拡大により最小限の活動となった。緩和ケア連携研究会はオンラインで2回開催できた。地域の医療者対象の研修会は継続。緩和ケアチームも共同し地域連携が図れた事例を振り返る機会を持つ

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
神戸低侵襲がん医療センター	有効かつ安全な症状マネジメントの提供	<ul style="list-style-type: none"> がん専門病院として、症状マネジメントについて、より専門的な介入を求められている。 異動等で緩和ケアについて経験の浅いスタッフも多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療スタッフの教育を兼ねた症状緩和マニュアル・医師指示テンプレートの作成 緩和ケアに携わるスタッフに対する教育活動の継続 患者への早期介入につながるようなシステム作り 	令和6年3月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> 緩和ケアマニュアルの改訂に取り組み、薬剤使用のインシデント予防につながらないように変更した。 安全管理医委員会と共に、麻薬管理マニュアルの改訂にも取り組み、取り扱い手順の見直しを行った。 症状マネジメントとしては、疼痛は元よりせん妄に対する早期介入にも取り組んだ。DELTAプログラムを用いたせん妄対策を行った。 緩和ケア研修の実施(総論+4回/年) 医師指示のテンプレートについて内容的には話し合われたが現行のテンプレートでも各患者の個別性に合わせて対応できているため新たなテンプレート作成は行わなかった。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> 疼痛マネジメントと便秘対策 痛みの原因をアセスメントして、鎮痛薬の薬剤プロフィール、特に有害事象を考慮して薬剤を提案 鎮痛剤の有害事象のその中でも特に頻度の高い便秘症状に対して、適切な便秘薬の選択の提案
	緩和ケアチーム活動の運用整備	<ul style="list-style-type: none"> 患者の苦痛緩和のために出来たシステムの活性化が必要 チーム医療を目指しているが、治療医との方向性の違いに対しコミュニケーションが不足している 	緩和ケアチームの介入件数、内容について毎月集計	令和6年3月	○	達成	<ul style="list-style-type: none"> 介入件数・内容については集計を継続。 生活のしやすさに関する質問票を活かし、緩和ケアカンファレンスに至るまでの患者のPIC-UPの方法について、システムを構築し、患者介入後に転機がわかりやすいような形に変化させた。(記録のフォーマット作成、運用方法の見直し) 	継続	<ul style="list-style-type: none"> 患者の苦痛に対し、主治医・看護師共に考え同じ方向性を持って患者に向き合えるようなタイムリーなカンファレンスを行う。 患者の苦痛を早期から拾い上げ対応していくための教育の実施 医師を交えたカンファレンスの活性化を目指したシステム作り リンクナースの教育 緩和ケアマインドを持ったスタッフの育成研修の実施 当院での緩和ケア医療に関するシステムの周知活動の徹底
県立粒子線医療センター	患者の苦痛緩和と患者の意思を尊重した医療の実施	照射完遂を目標に週1回緩和ケアカンファレンスを行い、患者の苦痛緩和に多職種で取り組んできた。その中で、患者の気持ちの変化、患者や家族と目標を再共有すべきケースがあり、今後の課題となっている。	<ul style="list-style-type: none"> ①週1回の緩和ケアカンファレンスで、患者の症状緩和の検討を行う ②患者の意思を尊重した医療が行えるよう多職種で検討する場とする ③ACPを導入(5月～) 	令和6年3月	△	概ね達成	2023年4月から2024年1月末まで計17回の緩和ケアカンファレンスを開催し、延べ18名について多職種で検討を行った。STAS-J症状版での評価では、退院時スコアが改善した患者は疼痛70%、消化器症状36%、倦怠感64%、精神症状46%であった。緩和ケアカンファレンスで倫理的課題について多職種で十分検討することはできなかった。ACP運用には至っていないが、導入に向けて緩和ケアチームで検討を行った。当センターの患者層に合わせたACPの運用を今年度中に開始する予定である。	継続	引き続き緩和ケアカンファレンスを行い、患者の症状緩和をはかり照射が完遂できるよう支援する。消化器症状の緩和は次年度の課題とする。倫理的課題について多職種で話し合えるよう倫理検討シートを活用するなど、カンファレンスのための準備を行う。患者の意思を尊重した医療が実施できるようACPを運用する。
	症状緩和につながる取り組みの標準化	2017年から音楽療法を導入し、現在週1回1時間の音楽療法が定着した。そのほか、感染症対策のため、入院生活において様々な制約を受ける患者に対し、適切な感染対策を講じながら、よりよい環境を整備していきたい。	<ul style="list-style-type: none"> ①音楽療法の継続 ②リラクゼーションや治療意欲につながる療養環境の調整(映画会の継続・楽しい食事の提供など) 	令和6年3月	○	達成	音楽療法士による週1回の集団音楽療法を継続し、2023年4月～12月で延べ196名の入院患者が参加した。音楽療法の前後の患者の心理状態について、6項目からなる改定STAI(状態・特性不安検査)を用いてアンケート調査をおこなった結果、不安の指標となるスコアは音楽療法前11.3/20から音楽療法後8.8/20と有意に改善したことが分かった。映画会は6回開催し39名が参加した。緩和ケアの視点から、面会制限の緩和について関係職種に働きかけ、12月から感染対策を講じながら面会できる体制ができた。院内採用の痛みのスケールを見直し、痛みの問診票の改定に取り組んだ。その他、病棟の課題に合わせ、緩和ケア委員会主催の勉強会(せん妄・抑うつ)を行った。	継続	患者の症状緩和につながる取り組みを継続する。