

令和6年（2024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	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、12～2月に改定作業を行い、4月に配布する 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する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6年4月～	○	達成	1. 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は緩和ケア外来、在宅医・訪問看護につなぐことができています 3. 緩和ケア介入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) 改定事項があれば、改定をおこなう
	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（毎木曜日） 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6年4月～	○	達成	1. 1) ほぼ毎週薬剤師、栄養士、臨床心理士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) セルフチェックプログラムを実施しなかったが、必要時にチーム活動を評価した 3) ほぼ毎月事例検討を実施し、緩和ケアチーム介入後の振り返りを実施した 4) 月2回程度ジャーナルクラブを開催し、各自の自己研鑽をおこなった 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、TumorBoard、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麻酔科と適宜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に実施した	継続	1. 定期開催のカンファレンスについて、カンファレンスの充実や検討事項の選定を見直す
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	①-1 苦痛のスクリーニングの実施率が低下気味、目的や方法の認識が薄れがちになる ①-2 現場がスクリーニング後の対応に困っていることがある	①-1 入院・外来患者の苦痛のスクリーニング実施率を60%以上にあげる ①-2 各部署週1カンファレンスに参加し、スクリーニング後の対応についての相談にのる	令和7年3月	○	概ね達成	①-1 苦痛スクリーニングの目的や方法、ケア方法をリンクナース会やカンファレンス、研修などを通じ広報した。実施率は前年度39%から今年度84%へ改善 ①-2 カンファレンスで相談体制はとっているが、必要なケアへつながらっていないケースがある。特に心理・社会面の対応に戸惑っており、看護師向け専門研修の内容に心理社会面の対応を含め、理解は少しずつ高まっている	継続	① 苦痛スクリーニングの実施率を維持し、患者・家族が必要とするケアを早期に受けられるようリンクナースの育成、トリアージ表の見直し、フォロアップ体制の強化を行う。専門ケアにつなげる判断、方法の理解を進める
		② 緩和ケア外来の依頼が増加し対応困難な可能性がある	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	令和7年3月	○	達成	② 緩和ケア外来はほぼ毎日実施、緊急依頼には100%対応した	継続	② 平日毎日の緩和ケア外来紹介の受け入れを継続し、緊急依頼介入率95%以上を維持する
		③ 非がん患者の緩和ケア提供の不足	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）	令和7年3月	○	達成	③ 緩和ケアチームの非がん患者介入件数は103件（R6年1月20日時点）で目標は維持できた。呼吸不全は約2倍、急性疼痛は約1.5倍に増加した	継続	③ 非がん患者の介入件数100件以上を維持し、各科専攻医の緩和ケアローテートを積極的に受け入れ、症状緩和を担うことができる人材を育成する
		④ 高齢者機能評価、自殺予防対策、AYA世代チームの活動体制ができたばかりである	④ 外来のがん診断後に、高齢者機能評価、苦痛のスクリーニング、看護面談を継続し、主治医・外来看護師と協働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	令和7年3月	○	概ね達成	④ 外来がん告知後支援では連携診療科（呼吸器内科、消化器内科、婦人科外来）で苦痛スクリーニングも用い399件に対応した。その内高齢者機能評価を147件実施し、苦痛の早期対応と治療リスクの低減に貢献できた。連携診療科以外の支援が不足している。がん看護相談外来は356件（前年度312件）を維持できた。AYA世代のサポートでは、AYA支援のリーフレットを完成させ現在AYA世代向けの生活しやすさ質問票の作成に着手している	継続	④ がん告知後の支援の充実に向け、連携診療科を拡大し、外来看護師との協働を深めケアの内容を充実させる AYAサポートチームと協働し、AYA世代に向けた具体的な支援体制を整えていく
地域の緩和ケアリソースと協働し、連携を推進する	顔が見える連携施設の開拓や施設紹介、レクチャーは活発だが実際の連携事例の振り返りや意見交換が十分ではない。	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行い、地域で緩和ケアの体制が整うように進める	令和7年3月	○	概ね達成	① 緩和ケア地域連携カンファレンスに毎月参加し、当院主催ではレクチャー1回と、連携したクリニックに声をかけ、事例の振り返りを実施し、有意義で活発な意見交換が行えた ② 当院と連携したクリニックの緩和ケア地域連携カンファレンスへの新規参加が得られた。継続し連携クリニック・施設との顔が見える関係を構築していく	継続	今後も毎月開催の緩和ケア地域連携カンファレンスで、実際に当院と連携した新たな地域医療機関と話し合う場を設け、年2回以上の事例検討を行う	

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)
神戸中央市民病院	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	① ACP、意思決定についての問題を取り上げる意識、機会が不足している	① ACPチームと協働してレクチャーを行い、ACP運用マニュアルならびテンプレート活用について周知し、ACPの理解と意識向上に取り組む。ACPに関して医療チームで取り組む事例を増やす	令和7年 3月	○	概ね 達成	① リンクナース会を通じACP運用とテンプレートの記載方法を周知した。ACPを行った3事例の振り返りの機会をつくり看護師の役割の理解を進めた。ACPチームで看護向けレクチャー4部署(他2部署も予定)実施、その他、理学療法士向け、医師向けには病状説明の面談方法など実施した。院内全体にACPの認識は広がっており、多職種で記載するACPテンプレート活用や、方針相談時の看護師同席、多職種カンファレンスの開催などが活発化している。院内だけでなく地域医療機関と患者の意向や価値観の共有が課題である	継続	院内のACPチームや倫理コンサルテーションチームと協働でACPの普及・実践のさらなる推進に取り組む 普及活動の継続と並行し、実践事例を積み重ね、知識とスキルが高められるよう計画的な取り組みを検討する 次年度もリンクナース会で、ACP事例の検討を盛り込んだ活動計画を立て、実践につながるサポートを継続する
		② 終末期医療・ケアマニュアルを実臨床に十分に浸透できていない	② 終末期医療・ケアマニュアルを院内で広報し、活用を進める。部署の多職種カンファレンスの取り組みを推進する	令和7年 3月	○				
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. 辛さのスクリーニングシートの活用	① スクリーニングを外来・病棟で1500件施行する ② スクリーニングによる希望介入を継続する。年50件程度 ③ スクリーニング陽性者へ各部署のスタッフが介入する。(各部署と結果を共有、対応を検討)	令和7年 3月	○	概ね 達成	外来・病棟で計1260件(1月末まで)年間1500件の見込み。実施数が維持できるようリンクナースと検討、協同している45件(1月末まで)年間54件見込み。早期からの介入で、外来での支援やACPなどにもつながっている 各部署のスタッフと結果を共有、対応を検討している。スタッフがスクリーニングを活用し、患者に主体的に介入する機会が増えている	継続	① スクリーニングを外来・病棟で1500件施行する ② スクリーニングによる希望介入を継続する ③ スクリーニング陽性者へ各部署のスタッフが介入する(各部署と結果を共有、対応を検討)
		2. 院内・外の医療従事者の能力向上	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1回/年)				10月 緩和ケア研修実施		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1回/年、ELNEC 1回/年)
		3. ACPに関する普及や教育を行う	① リンクナースと研修医、院外スタッフに対してのACP勉強会の実施 ② 価値観シートの周知、活用 ③ 広報の強化 ACP認知度+1%目標				① 11月 リンクナースと研修医、院外スタッフに対してのACP勉強会の実施 ② 昨年度に比べスタッフの価値観シートの認知度、活用は増加 ③ 神戸市作成のリーフレットを活用し、広報を強化した。 患者のACP認知度 外来22.9%入院16.0%(平均19.5%) + 7.7%昨年11.8%		① リンクナースと研修医、院外スタッフに対してのACP勉強会の実施 ② 価値観シートの周知、活用
		4. 医療用麻薬の自記式服薬記録の活用	医療用麻薬の自記式服薬記録の活用を図る(リンクナース会や薬剤部での継続周知、チーム介入患者へはPCTメンバーから渡していく) 配布数、痛み日記活用による成果(患者の変化)				医療用麻薬の自記式服薬記録の活用を図る(リンクナース会や薬剤部での継続周知、チーム介入患者へはPCTメンバーから渡した)		
神戸市立西神戸医療センター	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	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) ② IPOS継続 ③ STAS-Jによるアウトカム評価、不変・悪化したケースの分析 STASJによる症状改善率70%維持	令和7年 3月	○	概ね 達成	① 新規介入325件/年(1月末まで)年間約390件の見込み。チーム回診・ミーティングも行った(1回/週) ② IPOS実施件数 配布271件中、回収105件(1月末まで) ③ STAS-Jによるアウトカム評価、不変・悪化したケースの分析を行った STASJによる症状改善率74%	継続	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) ② IPOS継続 ③ STAS-Jによるアウトカム評価、不変・悪化したケースの分析 STASJによる症状改善率70%維持
		2. 定期的にチームの活動を振り返り評価する	① 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) ② 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)				① 学会参加10回/年・発表3回/年 ② 定期的にチームの活動を振り返り評価。今年度はピアレビューも受審させて頂いた(院内2回/年、院外第3者チェック2回/年)		① 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) ② 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. 多職種連携・地域連携を強化する	① 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(カンサーボード1回/年、骨メタカンファレンス1回/週) ② 地域とのカンファレンスを1回/月行う				① 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った(カンサーボード1回/年、骨メタカンファレンス1回/週) ② 地域とのカンファレンス 13回/年行った(1月末まで)		① 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(カンサーボード1回/年、骨メタカンファレンス1回/週) ② 地域とのカンファレンスを1回/月行う
		4. がん以外の疾患を持つ患者に対する緩和ケアを推進する	非癌患者への対応(40件/年)				非癌患者への介入件数 41件/年(1月末まで)		非癌患者への対応(40件/年)

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	地域がん診療連携拠点病院として、質の高い緩和ケア・看護が提供できるよう体制の整備を行う	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						
			1) 電子カルテ新バージョン変更に伴い改訂	令和6年6月	○	11月5日から運用開始。医師のテンプレート活用が浸透できておらず、対診依頼のままとなっている。依頼した医師には次回から相談テンプレートでの依頼をお願いし周知を図っている。看護師からの依頼は相談テンプレートを活用できている	継続	テンプレート活用ができていない医師には周知を継続する	
		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	薬剤師との連携体制についての評価						
			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確立後の評価方法の検討 * 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	令和7年2月	○	2023年10月～2024年10月までの実施内容を調査、分析を行った。介入数は延べ29件(患者数6名)、薬剤師外来ならではのメリットも抽出でき、課題が明確になった(内容は2025年度学会発表予定)	継続	薬剤室マンパワーと対象者拡大のバランスをどう図るか検討を続ける	
			秘書との連携体制を改善						
			1) 一部連携が不十分、業務内容の確認必要なため、話し合いを継続する	令和7年3月	○	外来の予約漏れに対して改善方法を検討し、秘書からのリマインドを導入した。1月に連携の現状を確認。問題なく実施できている	完了	業務連携で不備が生じた内容については、その都度秘書と相談の場を設定する	
	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7年3月	○	特段の異常はなく、おおむね例年通りであった	継続	次年度はがん診療体制支援委員会にあわせて、状況把握を4か月毎に実施する(5月、8月、12月)	
			2) 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、看護師、薬剤師対象に追加調査実施(2024年3月)、課題に対して改善策を検討する	令和7年3月	○	実態調査・アンケート調査を実施(内容は2025年度院内合同研究発表会エントリー予定。他学会発表予定)。調査結果をもとに、一部マニュアル改訂実施	継続	問題に対して改善案を検討する	
		緩和ケア関連の診療報酬の算定漏れ等が見られる(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、外来緩和ケア管理料の現状把握	令和7年2月	○	医事室から定期的に診療報酬算定状況を確認。算定漏れはほぼなし	継続	統計データを継続算出してもらい、活動指標として把握する	
			2) 算定漏れが見ら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。術後疼痛を対象を拡大するかどうか検討 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	令和7年2月	○	医事室から定期的に診療報酬算定状況を確認。算定漏れはほぼなし。術後疼痛を対象にするかについては現状確認をしたところ、術後疼痛管理チーム加算で算定されていたため、対象外となった。算定漏れがあった場合は、医事室から医師へリマインド実施してもらっており、その対応を継続する	完了		
		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を継続する: 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7年3月	○	継続、実施中	継続		
	2) 症状スクリーニング実態調査 ver.2			令和6年9月	○	リンクナースの協力を得て、各部署のデータ収集実施。全体のまとめ中	継続	調査結果をもとに、改善案があれば検討する	
		3) 質の向上: スコアの精度改善に向けての取り組み 例) スコア1の場合に「このままでよいのか」再確認する仕組みづくり。スコアの対象期間を適切に意識しているかなど。アンケート調査も検討	令和7年2月	△	7月～病棟のスクリーニング評価とサポートチームによる評価の差異を調査中	継続	調査期間は2025年春頃までの見込み。その後、結果をまとめ、質の向上のための対策を策定する。例えば各所属でとりあげたい症状や項目を一つあげてもらい、アセスメントや対応の質向上に向けた取り組みを実施する等		
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	年3回 面談時	○	実施	継続	次年度も実施		
		多職種連携の強化							
		1) 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課題を整理する(2024年1月意見交換)。プライマリーチームメンバーが疑問に思うことやジレンマを感じること等をあげる、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	令和7年2月	△	コアメンバーで話し合いをした結果、サポートチームの活動ではなく、院内全体の診療習慣の問題である部分が大きく、当委員会の枠組みでは解決が困難が大きいと判断された	その他	緩和ケア委員会以外の枠組みへの働きかけは模索する		

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)
神鋼記念病院	緩和ケア及びがん看護教育を実施し、医療・看護の質向上に貢献する	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、受講率90%以上維持 2024年10月5日(土)開催予定	令和6年10月	○		2024年10月5日(土)開催。院内医師受講率は95.7%	継続	次年度も開催する
			2) 緩和ケア委員会主催 がん看護教育：運用面での課題を改善	令和6年9月	○		5月担当師長と課題を共有。6月担当師長より研修担当者リンクネースに運用に関して研修の流れの明示あり。それに沿って準備進められている。現時点では運用の問題は認めず。2月「がんゲノム医療」、3月「放射線看護」開催予定	継続	次年度は12月までに開催終了できるよう、スケジュール検討する
			3) 緩和ケアに関するミニレクチャー動画作成継続 ・緩和ケア委員により各病棟、外来、薬剤室、リハビリ室、栄養室などでミニレクチャーのテーマのニーズを確認してもらう ・テーマのニーズを参考に、ミニレクチャー動画作成 ・e-learning、ナーシングスキルなどの活用を検討	令和7年3月	○		6月当委員会メンバーの各病棟、外来、薬剤室、リハビリ室、栄養室などからミニレクチャーテーマのニーズ調査を依頼し、7月に調査用紙回収。今年度はニーズの高かった「医療用麻薬」「疼痛」で計9本のミニレクチャー動画を作成。2025年3月までに順次アップする。各所属での活用を周知した。また委員会の中で、12月精神科医師による「日常生活出来るストレス対策のセルフケア」、1月作業療法士による「がんのリハビリテーションとは」のミニレクチャーを開催し、知識の向上に努めた	継続	次年度も引き続きニーズの高い順に、ミニレクチャー動画作成し、活用の周知。その他教育ツールの活用も含め検討を行う
県立こども病院	緩和ケア外来の充実	① 外来患者の導線確認 ② 外来患者の予約システムの改定	①-1 受付表にEブロックが記載されていない ②-1 予約取得権限をチーム内の限定を外す ②-2 外来診療計画書の作成	令和7年3月	△	概ね達成	事務手続き中	完了	来年度は外来患者数の増加に向けて行動する
	緩和ケアチームの活動の充実	① チーム回診の充実 ② 対応できる日程の限定 ③緩和ケアの依頼数を増やす	① 毎週水曜日の活動日以外の回診を他職種である強みを活かして、週2～3回の回診を実施する ② PHSの対応曜日が現在水曜日であり、曜日限定を外す ③ 非がん緩和ケアの活動を進める	令和7年3月	○	概ね達成	① 週に2～3回の回診は実施できた ② 事務手続き中 ③ 循環器科と連携して対象となる患者の選定を行った	継続	① できるだけ回診頻度を上げる ② 手続き完了をもって終了 ③ 麻薬使用者などをリストアップして介入の必要な患者を洗い出す
	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 医療者が基本的な緩和ケアの知識を学び続けられる体制の構築 ②緩和ケアチームのレベルアップを目指す	①-1 基本的な緩和ケアや最新の知識が学習できる研修会を全職種対象に年に1回以上行う ①-2 病棟ラウンドや他職種カンファレンスの参加を通して、実践能力のレベルアップを図る ①-3 緩和ケアマニュアルの有効な利用方法について周知を図る ②-1 各種研修会に参加、発表を通して研鑽を積む ②-2 緩和医療学会専門医取得を目指す	令和7年3月	△	概ね達成	①-1 開催した ①-2 開催した ①-3 周知できていない ②-1 参加した ②-2 未確定	継続	①-1 継続開催が必要 ①-2 継続開催が必要 ①-3 新しい電カルシステムと連動して改定、周知を行う ②-1 継続必要 ②-2 取得を支援する
神戸医療センター	患者・家族のニーズに応じ、適切な時期に緩和ケアチームへ繋げられるための体制整備	・現在、チームへの依頼は医師、看護師が基本的緩和ケアを提供する中で難渋したことが契機となっているが、基本的緩和ケアの質に差があり、苦痛緩和が遅れる場合も多々ある。当院では苦痛スクリーニング活用が定着しておらず、対象全てに適切な時期に評価がされていないことが苦痛緩和の遅れとなっている ・外来通院患者への依頼が増加傾向にあるが、緩和ケア外来が定着しておらず個々の対応となりシステム構築が必要	1) 苦痛スクリーニングの定着に向けた取り組み ① 苦痛スクリーニング活用フローの作成 ② 外来、病棟に向けて苦痛スクリーニングについて周知 ③ 苦痛スクリーニングの活用 2) 緩和ケアチーム依頼件数目標 がん患者：100件以上/年 非がん患者：10件以上/年 ① 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) ② コンサルテーション内容の評価を行いチーム活動の質向上を行う 3) 緩和ケア外来定着に向けた取り組み ① 緩和ケア外来のシステムを見直し、改訂 ② 新システムの周知 ③ 試験的に新システムを稼働し評価	令和7年3月	△	概ね達成	1) 苦痛スクリーニングフロー作成、副看護師長を中心に、内容検討、修正を行った。2月～3月を試行期間とし、現在試行実施中。3月後半に評価し、4月より本格稼働を行い、次年度後半に本格的に運用する方針としている 2) 1月末時点で、がん患者71件、非がん患者9件となり、がん患者に関しては目標達成できない見込み。苦痛スクリーニングフロー運用試行開始となっており、依頼がされていない患者で緩和ケアチーム介入が必要な患者の洗い出し、部署への働きかけを行い、依頼に繋がっていく予定。緩和ケアチームラウンド・カンファレンス、コンサルテーション内容の評価は計画通り実施した 3) 次年度より、緩和ケア認定医が非常勤で在籍となり、緩和ケア外来担当方針となった。次年度より運用開始予定	継続	・苦痛スクリーニングの定着に向けた取り組み ・稼働：令和7年4月～8月末日 評価(アンケート)、修正：9月 評価・修正終了次第、本格稼働予定 ・緩和ケアチーム依頼件数目標 がん患者：100件以上/年 非がん患者：10件以上/年 今年度未達成のため継続。依頼促進については、苦痛スクリーニング状況確認、依頼に至っていない症例の拾い上げを行い、依頼につなげる ・緩和ケア外来運用の定着 令和7年4月より緩和ケア認定医診察再開
	基本的緩和ケアの質向上	・毎年、緩和ケア研修会(PEACE)やがん看護教育プログラムにて緩和ケアに関する教育を行っているが、年々受講者が減少傾向にある ・困難な事例を振り返ることが定着しておらず、次の経験に活かされない	1) 緩和ケア研修会の開催(2/15) 広報活動を行い、医師や看護師、メディカルスタッフの参加を募る 2) がん看護教育プログラム運営 緩和ケア分野受講人数→6名目標 対象部署の看護師長、副看護師長と連携を図り、広報活動を行う 3) 症例検討会 苦痛緩和に難渋したケースやQOLへの課題解決が困難な事例など生じた場合は、当該部署で症例検討を行う(デスクカンファレンス含む)	令和7年3月	△	概ね達成	1) 緩和ケア研修会2/15実施。医師12名(当院研修医10名、他施設研修医2名)、看護師3名参加 2) 受講生1名。目標達成できず。年々、受講希望者減少状況にあり、がん看護教育プログラムのあり方について検討実施。次年度より、開催形式を変更予定 3) 3例実施。3例中2例は医師、病棟看護師、メディカルスタッフも参加	継続	・緩和ケア研修会開催(令和8年2/14) ・がん看護教育プログラム運用変更 基礎教育の充実に向けた受講コースの開講、2年後にアドバンスコース開講予定 →令和7年度はベーシックコース開講および令和8年度アドバンスコース開講準備

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)
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	チーム介入の依頼がされていないがん患者において、院内でオピオイドが処方されている患者の抽出は可能だが、疼痛以外の苦痛の抽出が困難である	① 緩和ケアチームカンファレンスで院内でオピオイド製剤を使用している患者を共有する ② チーム回診時にスタッフと情報共有およびディスカッションを行い、必要に応じて主治医へチーム介入を依頼する ③ 他に苦痛緩和を必要とする患者の情報共有を行い、②と同様に緩和ケアチーム介入依頼につなげる	令和7年 4月	○	概ね 達成	① 緩和ケアチームカンファレンスで、各職種へ相談された患者でチーム介入が必要な患者を共有した ② チーム回診時にスタッフに当該患者について情報共有を行い、必要に応じてチーム介入を提案した	継続	チーム以来の対象症状は疼痛が殆どであるため、それ以外の症状についてもチーム介入が可能であることを周知する 病棟回診時に「呼吸困難」「嘔吐」「倦怠感」などの症状についても該当患者がいまいか確認する
	外来または在宅におけるがん患者の緩和ケア(症状緩和)の均てん化を図る	① 外来通院中の苦痛を有するがん患者の抽出が困難である ② 症状緩和外来がないため症状コントロールで主治医が悩んだ場合の相談先がない ③ 相談したくても病歴が長い場合に伝達などに時間を要するため、時間の捻出が困難であることから相談に至らない	① 化学療法室や内科処置室などを訪室し、各処置室を利用している患者に苦痛を有するまたは症状コントロールを受けている患者の情報共有を行う ② 必要に応じて個別に主治医より相談を受ける ③ 主治医から予めID、名前の連絡を受け、カルテから情報収集を行いディスカッションを行うなど、主治医の相談準備の負担を軽減する方法も検討していく	令和7年 4月	○	概ね 達成	① チーム回診後に化学療法室、外来スタッフと症状緩和を要する患者の情報共有を行った ② 主治医からの連絡により必要に応じて回診日以外でも外来へ行き、主治医とともに患者の診察や薬剤検討を行った	継続	今後も毎週外来や化学療法室を訪問し、スタッフとの情報共有や提案を行う その際スタッフに、主治医へチームへ相談する提案を依頼する
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る事ができる	【目標】 緩和ケアチームへの介入患者が増加し、介入を行うことでがん患者心身の症状が改善する事ができる	①-1) 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) ①-2) 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 ③ 研修会(緩和ケア研修・その他研修)の継続	令和7年 3月	△	概ね 達成	【達成状況】 当初予定していたケアの質評価のツールを変更したため、ケアの質の比較が十分に行えなかった 1. 緩和ケア研修会の実施(受講の100%を目指す)その中で緩和ケアチームの依頼の方法などを周知した 2. R5 緩和ケア介入件数 196件 → R6 173件(R7.1月末) 当初はSTAS-Jで評価していたが、医療者側の評価であり、またその後のケアの質評価が出来ていない現状があった。そのためIPOSを評価指標とし、9月から開始した。入院時とその後1週間ごとに心身の評価を行っている。R6.9月～R7.1月末ではIPOSの点数が介入前より介入1週間後が2,961点改善している。介入後に症状が少なからず改善していると解釈する 3. 研修会は緩和ケア研修会を実施 リンクナース会は2か月に1回開催し、基本的な緩和ケアの知識の提供や、デスクカンファレンスの検討を行い理解を深め、院内で橋渡しのできる看護師の育成に取り組んだ	継続	【目標】 1. 緩和ケアチームの活動の質を評価し、向上させる 2. 医療従事者と緩和ケアチームとの連携強化 3. 医療従事者への基本的緩和ケアに関する教育 1-① 緩和ケアチーム介入患者に対し緩和ケア専従看護師がIPOSの評価指標を用いて介入前後(介入前と1週間後もしくは退院日)と比較する。チーム介入後にIPOSの点数が減少することができる 2-② 患者の心身の苦痛を毎週開催しているカンファレンスで共有し、対応策を講じていく 2-① 年6回開催の緩和ケアリンクナース会で広報を行い、緩和ケアリンクナースとの連携を強化し、早期から緩和ケアチームへの介入を行っていく 2-② R7看護師からの依頼が増加する。看護師から発信の依頼が5件/月となる(前年度比較なし: R6は月15件程度の医師及び看護師からチーム依頼があり) 3. 医師向けの緩和ケア研修「PEACE」の開催 院内外の研修会の開催 緩和ケアリンクナースへの研修
	兵庫医科大学病院	全ての患者・家族への基本的緩和ケアの提供	1) がん医療に携わる医療者が基本的緩和ケアを継続的に学ぶ機会が少ない 2) がん性疼痛緩和指導管理料の算定漏れがある 3) 緩和ケアマニュアルを作成しているが認知度が低く活用されていない 4) 患者の全体像をとらえるためのアセスメントシートの記載や症状に関する看護計画の立案ができていないケースがある	1) 基本的緩和ケアを継続的に学ぶ機会として、R5年度から開始した緩和ケアE-learningの継続と受講の推進、内容の検討を行う 2) 医療用麻薬の適正使用の推進と共に、がん性疼痛緩和指導管理料の算定数増加を目指す。緩和ケア研修会や緩和ケアE-learningを活用し、医師へ働きかけを行う 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、マニュアルの認知度を高めるための方法や、参照方法について検討を行っていく 4) がん看護リンクナースを中心として、苦痛症状に関するアセスメント、アセスメントシートの記載、看護計画の立案が行えるように、支援する	令和7年 3月	△	概ね 達成	1) R5年度は緩和ケア週間にあわせて、緩和ケアE-learningの受講推進を行った。2024年10月から2025年1月までの、のべ262名が受講を終了した。R5年度はR4年度と同様の内容としており、R4年度のべ692名終了している 2) がん性疼痛指導管理料算定件数は、2022年4月～3月655件(40.7%)、2023年4月～2月855件(57.7%)、2024年4月～12月616件(47.3%)と算定漏れが多い現状がある 3) マニュアル改訂に向け医師1名、薬剤師2名、看護師1名で内容の確認を進めている。また、マニュアルを院内限定でwebで閲覧できる用に準備を進めている 4) 苦痛症状のアセスメント、アセスメントシートの記載は部署によって差はあるが、取り組みを行えるようになっている。アセスメントシートからの看護計画立案が行えていない部署が多く、引き続き支援を行う必要がある	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)
兵庫医科大学病院	患者・家族への質の高い専門的緩和ケアの提供	1) 鎮静前カンファレンスの開催は行えているが、専門家を含む医療チームによる判断がされていないケースがある 2) チームメンバー個々が行っている専門性を高めるための取り組みに関して共有する場がない 3) 専門的緩和ケアを担う後進育成が行っていない	1) 鎮静前カンファレンスの推進を行い、緩和ケアの専門家との連携やカンファレンス内容の評価を行う 2) 緩和ケアチームの専門性を維持する目的で、学会発表の推進や発表内容の共有を行う 3) 緩和ケア研修会やがん看護関連の研修、がん看護リンクナース会等で緩和ケアに関心が高いスタッフと積極的に関わる機会を増やす。また活動実践報告会等の機会を活用し、緩和ケアチームの活動のアピールを行う	令和7年3月	△	概ね達成	1) 鎮静前カンファレンスは年間20件前後が行っている。カンファレンスには、緩和ケアチーム・倫理カンファレンス担当CNSが介入できており、専門家との連携は行っている(達成・終了) 2) 今年度、チームメンバーの学会発表10件、論文2件を共有することができた 3) 医師1名、薬剤師1名が緩和ケアチームメンバー、協力メンバーとして活動を開始した。また、がん看護の院内認定看護師として1名が研修を終了した	継続	1) 退院支援を含む緩和ケアに関連するカンファレンスへの積極的な参加と専門性の発揮を目指す(新設) 2) 緩和ケアチームの専門性を維持する目的で、学会発表の推進や発表内容の共有を継続して行う 3) 専門的緩和ケアを担う後進育成を引き続き行う。また、緩和ケア研修会のファシリテーターとして協力頂く医師を増やし、育成していく
	医療用麻薬の適正使用の推進	1) 医療用麻薬の自己管理5回分の見直しと新たに1回分のマニュアルを作成したが、運用できていない 2) がん患者のオピオイド使用障害の症例を散見するが、医療者へ適切に情報提供を行っていない	1) 医療用麻薬自己管理マニュアルの運用に向けて、医療安全管理部と調整を行い、医療用麻薬自己管理の推進と患者・スタッフ教育を行う 2) オピオイド使用障害に関する調査を行い、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	令和7年3月	△	概ね達成	1) 医療用麻薬自己管理1回分・5回分のマニュアルの改訂を行い、薬剤師、看護師(がん看護リンクナース会・副師長会)へのアナウンスを行った 2) オピオイド使用障害に関する調査と学会発表を行った	継続	1) 医療用麻薬自己管理1回分・5回分のマニュアルの定着のために、初回導入時は緩和ケアチームが支援を行う 2) オピオイド使用障害の調査とその評価を行った結果、医療者への適切な情報提供(医療用麻薬の適正使用等)の必要性が挙げられた。E-Learning等を活用し、教育の機会を作っていく
県立尼崎総合医療センター	全ての患者・家族が基本的な緩和ケアを受けることができる	1. 全ての患者・家族に基本的な緩和ケアを提供するために、医療者が基本的な緩和ケア、最新の緩和ケアの知識が学び続けられる体制が必要である	【目標】 院内の緩和ケアのレベルアップを図る 【方法】 1. 基本的な緩和ケアや最新の知識が学習できる体制の整備 ① 緩和ケアに関する学習資料(スライド)(疼痛、呼吸困難、鎮静、ACP)の見直し、修正を行う ② 緩和ケア部会で学習資料によるミニレクチャーを行い、メンバーへの知識の共有と伝達を行う ③ ラウンド時やカンファレンス時に緩和ケアマニュアルや学習資料を活用し、知識を浸透させる ④ 緩和ケアセミナーを開催する(年2回) ⑤ 緩和ケア研修会をコメディカル参加で開催する(年1回) ⑥ ACPに関する研修会を開催する(研修医、全体) ⑦ 看護師教育：がん看護研修会(基礎、応用) 2. コアナース、リンクナースの育成 ① がん看護検討部会での学習会の開催、グループ活動の支援を行う ② 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 ③ がん看護研修会受講修了者の継続支援	令和7年3月	△	概ね達成	1. ① 学習資料(スライド)は呼吸困難、鎮静、疼痛は、ガイドライン改訂内容、事例や説明(例)も入れ、修正を行った。ACPは基礎知識、応用(事例)に変更。終末期の輸液の考え方、嘔気・嘔吐の新規作成。 ② 緩和ケア部会で鎮静、呼吸困難、ACPについて学習資料によるミニレクチャーを3回開催した。 ③ 緩和ケア研修会：11月30日 30名 医師23名、コメディカル7名(看護師3名、薬剤師2名、管理栄養士2名)参加 ④ ACP研修会：研修医11月、全体2月～3月(視聴) ⑤ がん看護研修会は、救急や外来、ICU系からの参加が増加。がん看護検討部会での学習会、グループ活動(疼痛、意思決定支援)の支援を行った	その他	・基本的な緩和ケアの知識が学習できる体制としては、方法など達成しているが、学習会、セミナーは継続 ・学習資料スライド内容の定期的な修正は継続。各職種毎に教育方法を見直し、質の向上を図っていく
	2. がん、非がんの疼痛や呼吸困難の麻薬使用選択やスイッチングの知識が診療科によって差があり、適切な時期に適切な投与方法が行えていない	【目標】 苦痛のある患者に対して適切な症状マネジメントが行える 【方法】 1. 適切な麻薬処方が行える ① 麻薬処方の院内共有オーダーセットの充実(入院、外来)：麻薬の導入、オピオイドスイッチング、呼吸困難時の対応、鎮静の処方と指示を修正 ② 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共有し、適切に対応できるよう各診療科、各部署に周知する 2. 非がんの呼吸困難への対応、苦痛緩和に対する鎮静が適切に行える ① 非がんの症状マネジメントも対応していることを緩和ケア部会、がん看護検討部会で周知する ② 呼吸困難におけるモルヒネのオーダーセットの周知 ③ 鎮静の適応評価の多職種カンファレンスに緩和ケアメンバーも参加し、実践値を上げる	令和7年3月	△	概ね達成	1. 麻薬処方オーダーセットの指示にオピオイド換算やスイッチング方法も入れ、修正した。5月から開始、緩和ケア部会やがん看護検討部会で周知した。オーダーセット使用が増えたことでスイッチング時の換算間違いが減少、貼付剤→注射、注射→貼付剤の切り替えが適切に行えるようになった 2. 非がんに対する呼吸困難、鎮静の考え方の周知を行った。呼吸困難のモルヒネ適応の相談 15件(循環器内科、ER総合、皮膚科、リウマチ科、神経内科、腎臓内科)、鎮静の適応評価や方法など多職種カンファレンス参加件数 20件	継続	・麻薬のヒヤリハット事例の共有、麻薬処方オーダーセットの周知は継続 ・非がんの症状緩和への介入の拡大：心不全チームとの連携の強化、非がんの診療科への周知活動を行い、依頼件数を増やす。研修会や事例介入を封じての知識提供を行う	

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 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	・入院時のスクリーニングは周知してきているが、継続的な評価が不十分であり、必要な時期に介入できていない ・緩和ケアチームやがん看護外来への紹介の時期が遅い、診療科の偏りがある	【目標】 患者・家族が専門的な緩和ケアを受けることができる 【方法】 1. 苦痛のスクリーニングの強化 ① 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 ② 陽性者数や介入状況など評価を行う（毎週水曜日、緩和ケアラウンドで行う） ③ 外来：陽性者への専門家の紹介方法など緩和ケア部会、外来部門で周知する。陽性者に適切な介入できているが毎月評価する ④ 緩和ケア部会でスクリーニングの状況と介入状況を報告し、現状と課題を検討する 2. 切れ目のない専門的緩和ケアを提供する ① 患者・家族への広報の見直し ② 外来、がん相談支援センター、患者サポートセンター、PFMや他職種との連携を強化する ③ がん相談支援センターとの連携を強化し、紹介数を増やす	令和7年 3月	△	概ね 達成	1. 入院スクリーニング件数は増加し、スクリーニングの陽性率は23%で、陽性者の24%が緩和ケアチーム直接介入、76%が間接介入であった。間接介入から直接介入へ変更する事例も増加した。非がん患者の介入依頼は昨年より増加傾向 2. 患者サポートセンターやがん相談支援センターとの情報共有や、定期的なカンファレンスによって、昨年度より紹介件数は増加した。退院前カンファレンスの参加、患者サポートセンター外来担当者と情報共有し、在宅療養への連携を行った	継続	・苦痛のスクリーニング周知、陽性患者への対応は継続。もれがないか、適切な介入が行われているかの評価は継続 ・質の高い専門的緩和ケアを提供するため緩和ケアチームメンバーのスキルアップを図る。チーム内学習会、事例検討、他局的評価など ・地域で質の高い緩和ケアが提供できる体制を強化する。地域の多職種との情報共有し、ケアや連携の課題を検討。相談体制の見直し。事例検討や学習会などの定期開催
県立 西宮 病院	緩和ケアを必要とする患者への適切なサポートの提供	1. 患者へのサポート体制はあるが、職員の理解を深める周知活動が不十分である 2. ホームページなどにより患者・地域に向けての情報発信がブラッシュアップされていない	1. 1) 職員への研修会 2回/年の実施 2) 緩和ケアラウンドへ依頼する際の基礎情報シートを充実させるため、記載率や不足する項目を洗いだし周知する 3) 事例の振り返りを実施する 4) 緩和ケア病棟のある施設を見学し自宅以外の療養先について理解を深める 2. ホームページの刷新	令和6年 12月	○	概ね 達成	1. 1) 職員への研修会 2回/年実施した 2) 緩和ケアラウンド依頼時の情報シートの入力率80-100% 3) 事例の振り返りをラウンド時に実施している 4) 緩和ケア病棟施設見学実施した 2. ホームページ刷新が未達成	継続	1. 1) アンケート結果を踏まえた職員の研修会の企画運営 2) 緩和ケアテンプレートの評価 2. ホームページの刷新
	ACP、倫理カンファレンスの促進	1. 患者へのACPIについての啓発活動が十分とはいえない 2. スタッフのACPIについての知識不足や介入経験が少ない	1. 1) ACPIについてポスター掲示による案内 2. 研修会・勉強会開催や倫理、ケースカンファレンスの共有	令和6年 12月	○	概ね 達成	1. ポスター掲示しACPIについての相談窓口の案内できた 2. 各病棟でカンファレンス実施している	継続	1. ACPIの介入の継続 2. 各病棟でのカンファレンス継続 倫理カンファレンスの開催 3. ポスター掲示後の相談件数や評価
	緩和ケアマニュアルの見直し	緩和ケアマニュアルの刷新が一部未実施	1. 継続的に未実施の箇所について見直す 2. 全体へ発信しマニュアル周知	令和6年 12月	○	概ね 達成	機能評価の機会もあり見直しが進んだ	継続	マニュアルの修正と周知
西宮市立 中央 病院	必要とする場面で、患者・家族が、相談窓口を活用できる	① がん患者・家族の相談窓口への認知が不十分である ② 医療者が患者・家族を相談窓口案内するタイミングが理解できていない ③ がん相談担当者の質が担保されていない	① ホームページを見直し、外来・病棟などで配布できる相談窓口パンフレットを作成する ② 医師や外来での医師指示業務を行っている事務員及び看護師に、初診の患者や必要とするタイミングで相談窓口を案内できるシステムを構築する 入院支援スタッフや、相談窓口スタッフが、必要な患者・家族を看護外来に繋ぐことのできるシステムを構築する 病棟看護師が気になる患者に相談窓口を案内できるシステムを構築する ③ がん相談担当者は、必ず国立がん研究センター継続研修を受講し、質を担保する	令和7年 3月	△	概ね 達成	相談窓口パンフレットを作成し、相談窓口を明確にした。ホームページには、着手できていないので、次年度の課題とする 入院支援スタッフが気になる患者・家族に対し、相談窓口につながるというシステムは構築された。しかし、外来に看護師が少ないこともあり、医師補助業務者に広報したが、業務に追われ、相談窓口につながるというシステムは進まなかった。入院中の患者に対しては、相談窓口への連絡など気になる患者を案内できるシステムが構築できた がん相談窓口担当者は、全員継続研修を受講することができた	継続	ホームページの見直しを行い、相談窓口を明確にし、必要な患者に活用してもらう 外来において、どうしたら相談窓口を活用してもらえるのか、多職種合同で案を考える がん相談担当者の質を担保するために、継続して国立がん研究センターの研修を受講する
	緩和ケアチーム依頼方法や管理システムを見直し、必要な患者のカンファレンスを多職種で行うシステム作りを再構築する	① 緩和ケアチームには、医師からの依頼に限ること、多職種では、薬剤の使用など困りごとがあるが、チームに依頼できていない事実があった ② 依頼があった症例を当日チームメンバーにメールするので、情報収集する時間が足りず、発言できないことがあった	① 当日に病棟ラウンドを行い、各スタッフより、緩和ケアを行っているが症状緩和や精神的苦痛などで難渋している患者をチーム依頼できる多職種やリンクナースなどからも必要な患者をピックアップし、チーム依頼へのハードルを下げる ② 気になる患者のリストを作成し、各職種が事前に入力できるようなシステム作りを行う。カンファレンス時には、介入している患者・家族に対して、全職種が発言し、苦痛緩和についてチームからの提案を行うことができる	令和7年 3月	△	概ね 達成	改めて依頼するのではなく、医師・薬剤師・看護師・MSWの少人数で病棟ラウンドを行うことで、気になる患者の依頼をしやすい体制作りができた。カンファレンス時に、その場でも多職種やリンクナースから気になる患者を提案できる体制作りを行うことで、症例が増加した リストをチーム全員が確認できるようにしたこと、事前に十分な情報を集約し、カンファレンスで提案できるようになった	継続	チーム依頼件数は、増加したが、カンファレンス内容の質を検討する必要がある。次年度、チームで質を検討する方法を話し合い、実行する 新病院合併に向け、両院チーム担当者が合同で緩和ケアチームの運営について検討する

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)
西宮市立中央病院	患者会の活動を推進し、支援できる	①② 患者会開催終了時に次会の日程をお知らせしていたので、開催日を把握しづらい ③④ 患者会の内容がポスターだけでは伝わりにくく、広報の方法を見直す必要がある	① 乳がん患者の会：年3回開催（年間日程の掲示を行い開始日時を明確にする） ② 全てのがん対象の患者会：年2回開催（年間日程の掲示を行い開始日時を明確にする） ③ 患者会案内ポスターを見直し、化学療法室や病棟でも広報を行う ④ 必要とする患者が気兼ねなく参加できるよう、入院支援窓口で不安を訴える患者に対し、患者総合支援センター相談窓口で案内を行う	令和7年3月	△	概ね達成	約10人前後の参加ではあるが、乳がん患者会の定期開催は行うことができた。患者会ポスターのサイズなどを大きくして、目に付くようにした。入院支援窓口スタッフからも必要な患者に案内を行うことができた。終了時の患者アンケートからも、会の継続希望が圧倒的であった 全てのがん患者対象の会は、患者の集約につながらず、次年度の課題となった	継続	会の継続希望患者が多く、次年度も開催日程を早期に決定し、継続する。全てのがん患者対象の会について、年間掲示を行い、参加者が少人数であっても開催し、新病院での開催につなげる
	緩和ケア提供体制の質の向上	・院内、院外からの緩和ケアチーム介入の依頼件数が増えない ・緩和ケア加算につながる件数が少ない ・緩和ケアチーム活動の認知度が医師や医療従事者中で低い ・緩和ケアに関する研修会が看護師以外で計画的に実施されていない ・医師：PEACE研修会の修了者が100%ではない	1. 基本的緩和ケアの知識が学習できる機会を作る 1) 医師対象にしたPEACE研修会を実施する ・修了者90%以上を目指す 2) 医療従事者向けの研修会を実施する ・受講者50%以上を目指す ・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（がん治療の実際、緩和ケア概論、疼痛管理、精神症状、在宅医療、がんリハビリ） 2. 緩和ケアマニュアルの中の薬剤を電子カルテ内に登録し医師が使用できるようにする 3. 地域のがん患者医療の症状緩和を積極的に行う 1) 患者のかかりつけ医、地域の医療者からの相談を受ける 2) 緩和ケアチーム介入患者の外来連携を行う 4. 苦痛のスクリーニングの結果を基に緩和ケアの提供につなげる 1) 苦痛のスクリーニング用紙と運用手順を見直す 2) 緩和ケアチーム介入手順を見直す 3) 陽性患者が緩和ケアを受けることができているか評価する 4) チーム介入依頼件数で評価	令和7年1月	△	未達成	1. 基本的緩和ケアの知識が学習できる機会を作る 1) 医師対象にしたPEACE研修会を実施する ・11月自施設で開催 ・修了者90%以上を目指す→70% 次年度は施設改修のため他施設の参加を促していく 2) 医療従事者向けの研修会を実施する(0%)→継続課題 全看護師対象の緩和ケア研修会は2回(緩和ケア、疼痛管理)は実施 緩和ケアチーム活動の認知度を高めるためにも研修の開催は必要 次年度の企画案を再度たてる ・がん治療医トップ(病院長)から緩和ケアの必要性について講義 ・研修内容に相談の実践例をいれる。研修内容や回数をしぼる ・受講者20%以上を目指す→延べ数で2~3年かけての計画にする ・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 緩和ケア診療加算(2023年度 398件→2024年度 568件) 緩和ケアチーム依頼件数(2024年1月~2024年12月 289件) 2. 緩和ケアマニュアルの中の薬剤を電子カルテ内に登録し医師が使用できるようにする →薬剤セット登録 今年の3月までに行う(緩和ケアチーム医師が行う) 3. 地域のがん患者医療の症状緩和を積極的に行う 2024年度：3件地域紹介あり 1) 患者のかかりつけ医、地域の医療者からの相談を受ける 1件 疼痛管理の相談 2) 緩和ケアチーム介入患者の外来連携を行う 2件 緩和的照射・在宅医療調整 橋渡しを実施した	継続	1. 基本的緩和ケアの知識が学習できる機会を作る ・次年度の医療従事者向けの研修会を企画する ・参加しやすい時間帯を検討 ・年3回(緩和ケア概論・ACP、オピオイド初回投与、精神症状) 2. 緩和ケアマニュアルの中の薬剤を電子カルテ内に登録する 3. 地域のがん患者医療の症状緩和を積極的に行う 1) 患者のかかりつけ医、地域の医療者からの相談を受ける 2) 緩和ケアが継続できるよう緩和ケアチーム介入患者の拡大カンファレンスに参加する
市立芦屋病院	<目的> 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 <目標> 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	・入院患者への緩和ケアは年々充実されてきているが、緩和ケアを必要とする外来患者への介入が限られている ・がん告知時からCNが同席し、単独での介入or苦痛症状があるときはチーム介入へ切り替えている ・チーム内メンバーの減少に伴う活動縮小 ・IPOS聴取はチームNs介入時に限局、外来がん化学療法室で導入開始	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 患者の余暇活動支援 VR：5件/年 ④ IPOS実施件数：30件/年間、外来がん化学療法室での件数含めて ⑤ SpiPas5件/年実施し、患者の死生観を反映したケアを検討する ⑥ 予後予測の実施：10件/年	令和7年3月	△	概ね達成	① がん告知時からの介入：21件 ② 外来緩和ケア診療加算：14件 ③ VRヘッドセット使用VR2件、疑似窓設置5件 ④ IPOS聴取：20件（外来がん化学療法室での導入件数は含めない） ⑤ SpiPas：10件 ⑥ 予後予測：14件	継続	① がん告知時からの継続した介入症例の維持（18件/年） ② 外来緩和ケア診療加算（10件/年） ③ 患者の余暇活動支援 疑似窓設置2件/年 ④ IPOS実施件数：30件/年間、外来がん化学療法室での件数含めて ⑤ SpiPas5件/年実施し、患者の死生観を反映したケアを検討 ⑥ 緩和ケアマニュアルの改訂 ⑦ 予後予測の実施：10件/年
	<目的> チームから地域へ、当院の緩和ケアの発信ができる <目標> 在宅医との連携強化、症状緩和スキルの実践など、教育的側面で症例を通じて示すことができる	・地域での症例カンファレンス実施回数が少ない ・在宅医との連携が課題となっている ・芦屋市連絡協議会1回/年開催し、浸透はしてきた。地域スタッフが多数参加しているが、質疑応答は活発ではない ・地域スタッフが気軽に相談できる身近な存在にはまだなれていない	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（チームメンバー内）	令和7年3月	△	概ね達成	① 地域でのデスクカンファレンスは未実施 ② 芦屋連絡協議会での発表1名、参加4名 ③ 7題/医師、0題/看護師、0題/その他	継続	① チーム内で難渋した症例のデスクカンファレンス実施：1例 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（チームメンバー内）

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)	
近畿中央病院	苦痛のスクリーニングの充実	病棟では全がん患者への苦痛のスクリーニングが浸透したが、外来ではごく一部しか実施できていない (外来看護師が気になった患者のみ)	外来での苦痛のスクリーニングの実施 全がん患者をスクリーニングできるよう、システムを整備する ・外来看護師に対し、緩和ケアカンファレンスで必要性の説明 ・全がん患者に対するスクリーニングをどのようにすればできるか検討 ・外来リンクナースと共同して実施状況进行评估	令和7年 3月	△	未達成	外来におけるがん患者の苦痛のスクリーニング実施に向け、前半は勉強会と周知を行った (外来緩和ケアリンクナース) 9月～苦痛のスクリーニング実施中	継続	現在約10件/月 実施件数はまだ少ない。引き続き苦痛のスクリーニング実施に伴う困りごとなどを外来カンファレンスで確認しながら、実施増加に向けサポートしていく (PCN)
	緩和ケアの質評価	① 該当部署におけるSTAS-J実施は定着化したが、病棟NSによるスコアリング判断のばらつきが目立つ ② データー分析で、元々症状がない患者も母数に含まれ、正確なデーターをカウントできていなかった ③ IPOSへの移行準備	① 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 ② 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 ③ 患者アウトカム評価であるIPOSへの移行準備を行う ・緩和ケアリンクナース会での勉強会	令和7年 3月	○	概ね達成	【症状改善率】 疼痛：4% 疼痛以外の身体症状：-1% ① 該当部署での教育を実施中 ・疼痛、呼吸器症状、鎮静、消化器症状、倦怠感、コミュニケーション等 ・STAS-J 症例検討 がん性疼痛テストを実施し概ね理解できている結果であった STAS-J：スコアリングのばらつきは改善しつつも判断に困っていることもあり引き続き症例検討が必要と考える ② 該当部署でのSTAS-J実施 毎週病棟NSが入力しPCTとのカンファレンスで内容を確認しながら今後のケアを検討中。初回入力のみならず統一必要 ③ 緩和ケアリンクナース会でIPOS勉強会、症例検討を実施した	継続	① 該当部署教育の継続 知識の普及だけでなく、症例検討を行い臨床に活かせる内容を検討する ② 適切な評価の実施 PCT介入依頼時 (初回入力) から2回目入力 (1週間後評価) を統一する ③ IPOSへの移行準備 STAS-J評価をしている部署も今後は患者評価のできるIPOSに一本化する ・PCT介入患者を対象とする ・前半準備、後半導入を予定
	地域連携	PCT介入患者の退院前カンファレンスにPCNが参加：3件 訪問診療医、訪問看護師、CMと連携した 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 →開始間もなく件数は少ない	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	令和7年 3月	○	概ね達成	退院前カンファレンスへの参加 件 (2024/3月-12月) : 3件 薬剤情報提供が必要な場合、PCT薬剤師が参加し、緩和ケアに関する必要な情報提供ができた	継続	引き続き、MSW (退院支援室) と連携し、PCT介入患者の退院前カンファレンスに参加する
	意思決定支援に関する提供体制の整備	臨床倫理WG立ち上げ 院内医師/看護師に対してACPなどの現状アンケート実施 ・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 ・説明同意文書が周知されていない	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	令和7年 3月	○	概ね達成	臨床倫理コンサルテーションチーム (CECT) 発足・・・PCTからワーキングメンバー選出し活動中 ・CECTシステム作り (規定、運用) ・コンサルテーション依頼：8件 (4-2月末) カンファレンス実施 ・臨床倫理指針、説明意思確認書改定と院内周知 ・意思決定支援場面を動画作成し院内周知中	継続	・コンサルテーション対応継続 ・院内教育 各医療者によってとらえ方が異なる内容 (例 DNAR、鎮静、代理意思決定者など) に関しては掘り下げて勉強会や症例検討を行う
市立伊丹病院	チームの介入が必要ながん/非がん患者に適切に対応できるように、苦痛を把握するとともに、ディスカッションを充実させる	・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 ・非がん患者への介入が難しい ・倫理的なことも含めた介入依頼時期が遅延することがある	1. 入院患者に限り、がんと診断された8割の患者に苦痛のスクリーニングが実施されるようにする 2. 非がん患者の苦痛にもリアルタイムでチーム介入できる 3. チームカンファレンスへ心不全CNや慢性疾患看護CNSに参加してもらい情報の共有 (倫理的なことも含む) をおこなう ① 課題を明確にする ② 課題に対する方略を検討する機会にする	令和7年 3月	△	概ね達成	1. がんと診断された患者へのスクリーニングの実施については、患者に記載の案内をおこなったが54%で、記載内容をカルテに残したものが39%であった 2. 4月～12月までの介入件数は3件となっており、全てコメディカルからの介入依頼となっていた 3. 慢性看護看護CNS参加のもと所属している部署の鎮静に関する課題についてチームとカンファレンスを実施し、対策を検討した。また鎮静に関する勉強会を院内向けに実施した	その他	1. スクリーニングの実施に関しては啓蒙活動は継続していくが、現在看護師中心の活動になっているためチームとしての目標は一旦終了とする 2. 非がん患者への介入活動を活発に行うためにはチームメンバーだけではなく、リソースNsや関連チームとの協働をおこなう必要がある 3. 鎮静に関する課題を多職種や他部署とカンファレンス
	地域のがん患者を地域で支援していくために、地域の医療施設や関係スタッフと顔の見えるつながりを強化する	・関係する医療職の連携が不十分 ・連携するには時間が少ない	・近隣の施設との勉強会や情報共有を行う機会を2～4回/年を実施する	令和7年 3月	○	達成	第1回は外部講師を招き、緩和ケアについて講演会を実施した。参加者100名 (院内28名、院内72名/医師11名、看護師59名、薬剤師13名、ケアマネージャー1名、事務員1名、その他2名) 第2回は昨年同様ケアカフェという形でメンバーをシャッフルしながら意見交換をおこなった。参加者32名 (院内10名、院外22名) であった	継続	研修参加者の90%は、研修の内容や今後の活動に活かせるとの意見がみられ、拠点病院の役割を果たしていることにつながっていると考える。年2回と少ない交流の機会ではあるが、お互いの意見を交換することは相互理解の促進となるため今後も継続していく意義はある

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)
宝塚市立病院	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	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話し合いを行う上で医療用麻薬に対する知識不足と自己管理の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することができたが、具体的な実践方法については検討中のみになっているため、マニュアルを完成して、実践後の評価が必要	① 医療用麻薬の自己管理運用マニュアル、手順を完成させる ② 安全、確実に実践できるようにマニュアルを用いて試行運用す ③ 使用後の評価を実施し、改善策を明かにする	令和7年 3月	○	概ね 達成	①マニュアルは完成させた ②2月3日からの運用となる ③運用前なので評価できず	継続	運用開始後評価を行う
	患者とその家族が入院、外来での部署においても自身のつらさや気がかりを表現することが出来る	IPOSに対する理解の差が生じているため、IPOSへの知識を揃える必要がある。IPOSの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 現行行っている症状緩和とスクリーニングシートについて問題なく実施できていると思われるが評価していく	① IPOSについて知識を揃える ② IPOSを試行運用した部署の意見を聞き、運用の検討を行う ③ 現在使用している症状スクリーニングシートの評価をする	令和7年 3月	△	概ね 達成	① 今年度は委員会で知識を揃えるような勉強会等行っていない ② IPOSの検討は未達成 ③ 元々使用しているスクリーニングシートの運用実施は概ね良好	継続	看護師へのIPOSの周知は十分でない可能性がある 緩和ケアチームでIPOSをとってみる
県立がんセンター	1. 症状緩和における現場のスキルアップを図る	・睡眠薬推奨基準を変更したが、すべての診療科に浸透していない ・オピオイドの持続皮下注射や終末期鎮静に関するマニュアルは既にあるが、現場の医療者が必要な時に活用できていない	・「睡眠薬」「オピオイドの持続皮下注射」「終末期鎮静」に関する学習会を企画する ・学習会における理解度を終了時にアンケートで確認する ・学習会後の現場の変化についてチームメンバーで意見交換すると共にリンクナースからも意見を集める	令和7年 3月	△	概ね 達成	・「睡眠薬」については、院内外看護師のコアナース育成セミナーで、精神科医師・薬剤師・看護師の立場から講義を実施した ・「オピオイドの持続皮下注射」「終末期鎮静」に関する学習会は実施には至らなかった	継続	・「オピオイドの持続皮下注射」「終末期鎮静」は、次年度実施する
	2. 連携体制を作っていくために、介護施設における緩和ケアや看取りの現状を明らかにする	近隣の介護施設における緩和ケアや看取りの現状がわからないため、高齢がん患者の地域連携に難渋することがある	・地域連携室と協働し近隣の介護施設をリストアップする ・各施設における緩和ケアや看取りの状況を調査する ・調査結果から効果的な連携体制に向けた課題を抽出する	令和7年 3月	△	未達 成	・連携歴のある近隣の介護施設をリストアップした。各施設の緩和ケアや看取りの状況に関するアンケートを作成中であり次年度に継続する	継続	・アンケートを用いて施設の緩和ケアや看取りの状況を確認し、効果的な連携体制に向けた課題を抽出する
	3. 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および薬剤適正使用を図ることができる	・入院患者の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 ・ハロペリドール注使用による錐体外路症状等の副作用症状出現者が散見される	・週1回のPCTスクリーニングラウンドにおいて、入院時の苦痛のスクリーニングで痛み3以上、もしくは、ハロペリドール注使用患者で錐体外路症状が出現している患者の状況を確認する ・上記患者も含め症状緩和が困難な患者に対し、必要時薬剤の提案を行い、病棟薬剤師と共に情報共有しておく ・経過を確認し症状緩和が難しい場合はPCTカンファレンスに挙げ介入方法を検討する	令和7年 3月	○	達成	・スクリーニングラウンドにおいて、医師、看護師、臨床心理士とともに状況把握し、確認した ・錐体外路症状についてスクリーニングラウンドおよび薬剤部内で啓発することにより、医療スタッフ（看護師、薬剤師等）の意識が向上し、錐体外路症状の早期発見につながっている。チームから、ハロペリドール注等のD2受容体遮断薬の使用法、減量の提案を行った ・症状緩和について病棟薬剤師と連携はできている。また、外来を含む症状緩和が必要な患者についてPCTカンファレンスに提案し介入に結び付けている	継続	・週1回のPCTスクリーニングラウンドにおいて、入院時の苦痛のスクリーニングで痛み3以上、もしくは、ハロペリドール注使用患者で錐体外路症状が出現している患者の状況を確認する ・上記患者も含め症状緩和が困難な患者に対し、必要時薬剤の提案を行い、病棟薬剤師と共に情報共有しておく ・経過を確認し症状緩和が難しい場合はPCTカンファレンスに挙げ介入方法を検討する
	4. 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実践し、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	・全職員に対し、safety plusの「命をつなぐ他職種連携講座～「死にたい気持ち」の理解と対応を学ぶ～を聴講できることをアナウンスする ・上記研修の聴講者数、職種を把握する ・研修未受講者に対し、希望があれば研修を企画し実施する ・研修終了職員にフォローアップ研修ができることや、フォローアップ研修の例を提示しニーズに合わせ実施する ・学習会後の現場の変化についてチームメンバーで意見交換すると共にリンクナースからも意見を集める	令和7年 3月	○	達成	・全職員に対し、safety plusの「命をつなぐ他職種連携講座～「死にたい気持ち」の理解と対応を学ぶ～を聴講できることをアナウンスし、聴講者144名（看護師123名・医師8名・その他13名）であった ・その後、希死念慮のある患者にPCT介入依頼があり、病棟看護師と対応について話し合い、患者の思いを病棟看護師がしっかりと聴き支援できた ・各部署へフォローアップ研修のアナウンスを行い、外来で実施できた ・学習会後のリンクナースの意見は確認できていない	継続	・職員に対しての研修効果の継続性は時間の経過とともに薄れると考えられること、新規入職者は聴講していないため、来年度も聴講のアナウンスを行う ・希死念慮のある患者だけでなく、家族や遺族への研修も検討してはどうか ・看護師が希死念慮のある患者と関わったときどんな困難感があったか、また関わるとしたらどんな困難が考えられるかをリンクナースに確認し、フォローアップ研修に繋げることを検討する

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)
加古川中央市民病院	緩和ケアに関わる関係職種を育成し、基本的緩和ケアの質の向上を図る	今年度、緩和ケア科が診療科として新設され、緩和ケア病棟も開設される予定であることから、これまで以上に緩和ケアセンターの役割が拡大されることとなる。そのため、現場での基本的緩和ケアの実践の底上げが必要となってくる。しかし、現場では基本的緩和ケアと専門的緩和ケアについて十分に理解されていない状況がある。そこで、緩和ケアリンクナースの育成を行い、リンクナースを通して現場の基本的緩和ケアの底上げを図っていききたい	リンクナースの育成 1) 部署での活動のサポート【評価指標：各部署活動目標達成率80%以上】 ① 緩和ケアにおける看護師の役割・脆められる能力について理解し、リンクナースの役割についての動機付けを行う ② 動機付け後、緩和ケアの現状・提供体制(リソース)について知り、各部署の課題、と取り組みを考えてもらう(計画立案) ③ 年3回、緩和ケアセンター看護師と面談を行い、自部署での活動をサポートしていく 2) 緩和ケアに関する知識を深め、現場での役割モデルを示す【評価指標：リンクナースに対する意識調査(アンケート)の実施】 ① リンクナース会初回到アンケートの実施 ② リンクナース会で役割モデルが発揮できるよう研修会・グループワークの開催 ③ リンクナース会最終回で再度アンケートを実施し役割モデルが発揮できたかどうか調査する	令和7年3月	○	達成	1) 今年度6回実施した。(奇数月)5月のリンクナース会で、①②(改善のあり方)についてミニレクチャー、GWを行った。その後5-6月、10月、2月と3回リンクナースと面談を行い、部署の課題の明確化、活動目標の設定と活動のサポート、実施状況の共有などを行った 2) 5月の初回リンクナース会で、緩和ケアに対する興味、リンクナースを通して学びたいことなどのアンケートを実施した。その他の会では、今年度の目標に掲げたIPOSのアセスメントの充実に沿った内容でGWを中心に会を運営した。コミュニケーションの研修も実施した。3月に再度アンケートを実施し、評価を行う予定	継続	2月の最終面談でリンクナースの活動評価を行う予定としている。リンクナース会最終回で今年度の活動成果発表会を予定としている。当院の緩和ケアチームリンクナースの特徴としては毎年担当者が変わる、ラダーレベルが緩和ケアセンターが求めるレベルに達していない経験年数が浅いスタッフがリンクナースを担うことも多く、今年度の取り組み、課題が次年度に引継ぎができていない状況が続いている。部署間で共有してもらうように努めてもらうが、課題等については、緩和ケアセンターでもサポートが必要になってくる。また、リンクナースの特徴を考慮すると、リンクナースの役割の動機付けだけでなく、看護師としてのリーダーシップ、メンバーシップについても学べるようサポートも求められていると思われるため、リンクナースの育成については継続して行っていく必要がある
	患者の苦痛を把握し、つらさに対する適切な支援を行う(苦痛緩和)	IPOSの取得率は上昇しているが、苦痛に対するアセスメントの入力率の低下もあり、「IPOSを取得する」という業務的な流れになりつつあり、IPOSの目的が曖昧になってきている印象がある。そのため、IPOSの目的、運用について再度確認し、患者の苦痛について部署で考え、対応できるような取り組みが必要である。苦痛を把握し、苦痛に対する対応が検討されれば、基本的緩和ケアの実践の底上げにも繋がってくる また、昨年度からの継続として痛みの評価が適切に行っているかを評価し、適切な支援に繋げていく	1) IPOS取得後のアセスメントの内容の充実【評価指標：アセスメント入力率100%⇒IPOSのアセスメント評価指標2・3の合計評価80%以上へ変更】 ①アセスメント入力率の把握 ②アセスメントの内容の監査(把握した苦痛、苦痛に対する対応・ケアが記載されているか) ③アセスメントの入力率、内容を前後比較する 2) 痛みを評価し、適切な支援に繋げる【評価指標：NRS評価率90%】 ①リンクナース会で痛みの評価について再度アナウンスする ②毎月のNRS評価率を全体、部署別で算出し、リンクナース、所属長と共有し、評価率上昇に向けた取り組みを検討してもらう	令和7年3月	△	概ね達成	1) 2021年度～2023年度の1ヶ月毎のIPOSのアセスメント入力状況を確認した。96.8%⇒93.3%⇒95.2%となり、未記入率は5～7%であった。監査をしていく中で、アセスメント記載ができていても、内容が不十分なことも多く、実践への繋がりが薄かったため、より実践に繋がられる。患者の苦痛に対応できるように、評価指標を変更した。アセスメントが適切にされているか、アセスメント監査を年2回行い、①～③段階で評価を行った。初回(4月)のアセスメント内容監査結果は①32%、②44%、③24%であった。2回目(12月)については、①18%、②28%、③54%となり目標は達成した 2) 痛みの評価(NRS)率は4月～12月まで平均85.9%となった。(昨年度は80%)。毎月集計を行い結果をリンクナースに提供している。集計方法についてリンクナースと共有することで、部署内でのNRS評価も少しずつ定着してきている	継続	リンクナース会でもIPOSのアセスメントの実施方法についてグループワーク、研修を行った。リンクナースの中でもアセスメントをどのように行うのか、症状、つらさの原因、関連性について考えることが難しいと感じているスタッフも多く見受けられた。身体症状の原因、関連性、それに伴う心理面等への影響、いわゆる全人的苦痛として患者の苦痛を捉えていけるようにサポートしていくことが今後の課題となってくる 痛みのNRSでの評価についても目標達成には至らなかったが、評価率は上昇している。NRSを適切に評価することは、患者の苦痛の軽減につながり看護の質の向上にも繋がってくる。次年度以降も継続して評価率を算出していく
	緩和ケアの診療体制の強化	当院は、地域がん診療連携拠点病院であり、集学的な治療が求められている。同規模レベルでの病院では緩和ケアチーム介入が200～300件が妥当であるとされているが、当院の昨年度の実績は179件で、がん患者の割合は128件(72%)と他院と比較しても少ない。一方で非がんに対する割合は全国的に高い 今年度、緩和ケア科も新設されているため緩和ケアの診療体制の強化も期待されることから、緩和ケアチーム介入の増加にも繋げていききたい	1) 緩和ケアチーム介入件数の増加への取り組み【評価指標：緩和ケアチーム介入件数200件/年】 ① 緩和ケア病棟への転棟、転院を考慮する可能性がある患者のチーム介入依頼の検討について、診療科・診療支援部・看護部に広報する ② 緩和ケアチームよりニュースレターを定期的に発行し、チーム活動を周知していく ③ 緩和ケアチーム介入に至らない場合でも、ケアや関わり現場が困難を感じている場合には、現場のスタッフをサポートし間接的に患者の苦痛に対応できる体制を確保する。 ④ 間接介入、個別対応などの状況についても把握する。 ⑤ 緩和ケアチームメンバーは、専門性を活かして主治医団へのチーム介入を提案するなど、多職種からのアプローチを行う	令和7年3月	○	達成	緩和ケア病棟を検討している患者にはチーム介入依頼を検討してもらおう緩和ケア医師から医師へ声掛けしたり、多職種からも気になる患者がいれば主治医に声をかけたり該当部署と共有するようにした。4月～12月までの緩和ケアチーム新規介入件数は168件であり、月平均は18件と進捗状況としては順調である。ニュースレターは担当者が決め、3か月に1回発行し、緩和ケア病棟開設後は臨時号として発行した。チーム介入には至らないが間接介入と個別対応としては4月～12月間で42件あった	継続	緩和ケア病棟が開設されたこともあり、緩和ケアチームへ介入依頼もコンスタントに得られるようになった。診療科の壁もあるが、多職種から声をかけること、緩和ケアセンターの取り組み、活動を周知し続けていることも介入件数の増加の1つの要因になっていると考える。当院の平均在院日数10.8日と入院期間も短いため、よりタイムリーな介入、外来で継続した関わりなどが求められてくる。来年度は緩和ケア外来の診療科枠も増加予定であるため、入院・外来を問わず緩和ケアの提供、また在宅療養を中心とした緩和ケアの提供などに努めていく
栗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	各病棟リンクナースが患者の状況を把握し、リストを作成したい	① リンクナース教育 ② 病棟看護師が、苦痛のスクリーニングや症状の評価、チーム依頼が必要な患者の選定、チームへ依頼する際の情報のまとめ方を理解し実践できるようリンクナースや病棟スタッフへの教育的関わりを行う ③ チーム依頼の対象拡大を行ったので、スクリーニングの結果、オピオイド使用患者の情報をもとに、チーム看護師は病棟ラウンドを行い、多職種による緩和ケアカンファレンスを1回/週開催する	令和7年3月	○	達成	① 月1回のリンクナース部会でACPや疼痛評価方法など事例検討やシュミレーションを6回/年実施。さらに各部署で伝達講習や事例検討ができた ② 病棟看護師はチーム依頼の時点でチーム記録のテンプレートに情報をまとめて記載することができるようになった ③ 2024/4～2025/1の期間に76件の依頼があった。1回/週のカンファレンスは開催できている	継続	① リンクナース教育 ② 病棟看護師が、苦痛のスクリーニングや症状の評価、チーム依頼が必要な患者の選定、チームへ依頼する際の情報のまとめ方を理解し実践できるようリンクナースや病棟スタッフへの教育的関わりを継続する ③ チーム依頼の対象拡大を行ったので、スクリーニングの結果、オピオイド使用患者の情報をもとに、チーム看護師は病棟ラウンドを行い、多職種による緩和ケアカンファレンスを1回/週開催を継続する

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)
県立加古川医療センター	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 火曜日に挙がっ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、患者のチーム記録に記載する	令和7年3月	○	達成	① 情報や方針の整理は各自行った。実際のラウンドは、医師と薬剤師、看護師と薬剤師でラウンドを実施 ② チーム記録テンプレート内に推奨案を記載し、部署にフィードバックした ③ 主治医の方針をもとに推奨案を提示し、推奨案の実施の有無を記録することはできている	継続	① 火曜日に挙がっ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、患者のチーム記録に記載する
	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。 ④ PCT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する) 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7年3月	△	概ね達成	① できている ② できている ③ できている ④ できなかった ⑤ できている ⑥ 3回実施、1回は計画中。直後のアンケートでは、参加者の知識の向上にはつながっている。多職種連携の理解はチームメンバー間では深められたが、参加者に関しては評価が難しい ⑦ 1回開催し医師、看護師、薬剤師、言語聴覚士の参加があり達成できた	継続	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 ④ 緩和ケアチーム登録を行う 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
	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早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、地域内の課題を共有し院内で出来ることをチームで検討し実践する(バイタルリンク多職種での利活用含む) ③ meeting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7年3月	○	達成	① 毎月開催できた ② 医師会の委員会での検討事項を持ちより、課題を共有、院内でできることを検討、実践する。具体的には地域連携情報システムやバイタルリンクなどの課題を情報共有した ③ 共有したが業務改善には至っていない	継続	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、地域内の課題を共有し院内で出来ることをチームで検討し実践する(バイタルリンク多職種での利活用含む) ③ meetingで検討した内容を必要に応じて、院内で協議、委員会での検討を経て実践するが協議する
明石医療センター	外来がん患者の支援強化 緩和ケア治療の強化 院内連携強化	病状・社会生活の両立支援強化 PCTの強化・充実 緩和ケアスキルアップ 院内スタッフへの広報活動	○ 外来がん患者の早期介入体制作り → 支援対象者のスクリーニング → 多職種との連携 ○ 主治医、看護師が参加しやすいラウンド&カンファレンス体制作り → セル看護の利点を活かした体制作り ○ 科横断的な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院内研修会開催 ○ 医師に向けた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 ○ 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7年3月	○	早期介入を目指し、初回がん告知の患者へ「患者相談につながるしやすい質問項目で作成した質問票、相談窓口の案内を掲載したリーフレットを作成。7月から開始し、配布→回答回収→患者へヒアリング→必要な支援へつなぐ体制が構築できつつある。患者からは「治療を始める前に治療費について知ることができ安心した」など情報提供することの大切さを実感している。また、どの治療段階の患者であっても情報をとどけられるように、相談窓口、制度案内などを掲載したリーフレットを(今年度完成予定を目指して)作成中である。患者自ら相談に行きづらい方、PSが高く見過ごしがちな患者にも情報を届けられる体制を模索中である 院内職員向けには、「治療と仕事、生活の両立支援」に興味を持ってもらえるよう、抗がん剤治療する患者の医療費負担について動画研修を実施 また、医師を対象に緩和ケア研修への参加呼びかけを行った。しかし、いずれも医師の積極的な参加がみられず、引き続き呼びかけを行っていく必要がある	継続	リーフレット作成、体制構築にとどまらず、継続的に評価、改善点の検討を行っていく また院内への啓発活動も継続	

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)
北播磨総合医療センター	緩和ケアの提供促進	1. 令和5年度に緩和ケアマニュアルの改訂を行っているが、活用促進のための働きかけを行う必要がある。また、がん患者に対して苦痛のスクリーニングとIPOSを実施しており、実施結果が緩和ケアの提供に繋がられるよう働きかけていくことが求められている	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HPI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	令和7年 3月	△	概ね 達成	1) 2) 5) に関しては、緩和ケアチームが中心となり、実施している。また、マニュアルやツールの活用促進に関しては、緩和ケア委員会を通じて院内に発信している 3) に関して、緩和ケアチーム介入中患者へのIPOSの結果について、カンファレンスで共有することができなかった。その要因として、PCT介入後2週間、その後1週間でIPOSを実施しているが、状態変化、気持ちの落ち込み等により全例で実施できていないことや初回評価までに退院されており、実施件数が少なく、カンファレンスでの共有が定着していない。次年度は、IPOSを実施した患者の結果については、PCT内で全例を共有し、PCT介入の評価を行う 4) に関して、PCT看護師が入院がん患者の苦痛のスクリーニングの結果を確認し、NRS4以上でカンファレンスの実施、NRS8以上でPCT介入につなげることをやっている。しかし、医療者や患者の意向により必ずしもPCT介入には繋がらない場合があり、その場合、目安としてNRS6以上でPCTNs単独の介入を実施している。また、麻薬持参入院患者の場合、薬剤室から連絡があり、患者の疼痛コントロールの状態を確認し、必要があればPCT介入に繋がっている。いずれの場合も、医療者や患者の意向を確認しながら、介入の意向を確認しながら介入を行っている	継続	1. 緩和ケアの提供に関するツールの活用 1) PCT介入患者に対して、IPOSの実施を継続し、その結果を全例PCTの定例カンファレンスで共有し、緩和ケアチームの介入の評価につなげる 2) 苦痛のスクリーニングの結果確認、緩和ケア委員への結果のフィードバックを継続し、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 3) 緩和ケアチーム介入を行っていない患者の症状アセスメントや介入促進を引き続き継続する
	PCTの質の向上	2. 緩和ケアチームへの依頼に適切に対応できるようチーム全体として研鑽や振り返りを行い、次の介入につなげる必要がある。また、チームメンバーのそれぞれが専門性を発揮して、チーム医療が活性化できるよう、チーム活動のあり方を工夫していく必要がある	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	令和7年 3月	△	概ね 達成	1) 上期に2回の振り返りカンファレンスを実施した。「職種によって議題提案が難しい」とことや「主治医や病棟医療者も含めてカンファレンスができることと更に良い」という意見もあり、今後どのように継続していくかが課題である 2) 3) PCT内で研修会開催の情報交換を行い、PCTメンバーが講師となり、8回のミニレクチャーを実施することができた。下期のミニレクチャーが実施できていないため、年間を通してどのように研鑽していくのが課題である 4) 各職種が意見を言いやすくなるよう、適宜意見を求めるようにした。職種や事例によって意見の言いやすい、言いにくい事例がある。また、事例のディスカッションポイントが明確になっている場合は、事前のアナウンスがあるとメンバーも準備をしやすいたいという意見を取り入れながら、継続する必要がある 5) 回診メンバーを調整し回診を行っているが、メンバーから困ることについては意見はなく継続できている	継続	2. PCTのカンファレンスの活性化 1) 定期カンファレンスでは、多職種での意見交換ができるよう、メンバーに意見を求める 2) 事例によって、ディスカッションポイントが明確になっている場合には、事前にメンバーに周知を行う 3. 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する 2) PCT介入症例の振り返りカンファレンスを実施する。その際、主治医や関わっていた医療者の参加や、ディスカッションポイントに沿った意見をいただけるよう働きかける 3) 上記1) 2) について、メンバーが年間1回は担当できるようスケジュール調整を行う。上記1) に関して、年度初めにスケジュールと担当者の調整を行う。上記2) に関しては、年度初めに担当者のみを調整しておく。振り返りカンファレンスの担当者は、タイムリーに議題提案を行う
	地域との協働	3. 地域の医療関係者と顔を合わせて話しをする機会が限られている。当医療圏の医療者間で関係性を構築しスムーズな協働ができるよう、まずはお互いの顔の見える場を設ける必要がある	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	令和7年 3月	△	概ね 達成	1) PCT主催の研修会は、実施できていないが、メンバーが緩和ケア病棟主催勉強会や、地域医療者とのデスクカンファレンス、地域の緩和ケアセミナーでの活動発表に参画し、地域医療者と共に学ぶ機会を持つことができた。引き続き、緩和ケアチームメンバーは各研修会・勉強会、カンファレンスに参画することを継続するが、PDCAの立案としては一旦終了する	完了	
西脇市立西脇病院	専門的緩和ケア提供のための体制構築	① 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、依頼患者の状態が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 ② PCTの新体制の確立と機能維持 ③ リンクナースの役割の見直しの検討の必要性 (楔的役割の強化をはかる)	① スクリーニングから依頼へつなぐ ・薬剤部からの依頼の強化 (麻薬・鎮痛剤処方と依頼のタイミングを考慮) 12月までに緩和ケア委員会 + 緩和ケアチーム薬剤師で確立 ② 早期からの緩和ケアの提供 ・リンクナースの育成と役割強化 ・リンクナースの会による学習会と役割についての共有や振り返り ・リンクナースの会 (1回/月) 開催による評価 ・麻薬使用患者の積極的な介入 (上記記載内容の実践) ・確実なスクリーニングの実施の継続 目標件数は前年度と同じ	令和7年 3月	△	概ね 達成	① 薬剤部との連携により、痛みのある患者 (麻薬使用) のPCT依頼連携ができている。今年度9件の薬剤部から依頼調整があった →方法が定着しつつあり、来年度は質向上にむけての取り組みを検討する ② リンクナースのPCTカンファレンス参加の仕組みづくりの確立 リンクナースの事例を通じた学習会の開催 (3事例/年) ・麻薬使用患者の薬剤師の積極的導入 (9件) スクリーニングの実施 定着化し、確実に実施されている (入院患者の対象者はほぼ全員実施できている) →スクリーニングの定着については活動は終了と評価する	継続	緩和ケアチームの質向上への取り組みの検討を行う ① PCTのメンバーのレベル向上を図る ●PCTメンバーのための学習会開催 ・PCTとしての麻薬投与に関する知識の向上を目指した学習会の検討と実施 主催: 緩和ケア委員会 ●研修会参加への促し 学会参加の検討 研修会の紹介・受講

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	チーム活動の評価と課題の明確化	2023年度より新体制でのPCT活動が開始となったが、現状の評価し、新たな課題を見出すことができていない	チームの活動のデータ分析し評価 チームメンバーの役割と実績の明確化 2024年12月までデータ化しデータに基づき体制を検討する データ：緩和ケア専従看護師(緩和ケア委員会) データ分析：緩和ケア委員会	令和7年3月	△	概ね達成	5月PCTメンバーの役割について提示 データより薬剤師のPCT介入患者の選定、リンクナーが契機役割として情報提供を確実にするなど組織運営に関しての対策ができた 来年度は質向上に向けた活動を行う方向で進める	完了	
	ケモ実施中患者の早期緩和ケアの提供	ケモカンファレンスの開催はできない。早期緩和ケア提供に繋げる機会が減少する 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。告知担当Nsの活動とPCTの連携は図れていない	・ケモカンファレンスを再開継続する PCTメンバー・がん化学療法認定看護師を中心に5回/年の開催を実施 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 告知担当看護師との調整会の開催と具体的方法の確立	令和7年3月	△	未達成	・ケモカンファレンスは、治療内容だけでなく治療段階から緩和ケアが提供できることが目標である ケモカンファレンスが1回/年開催 開催方法については、進める組織化が不十分であり、来年はPJとして対応できないか検討していく ・告知担当看護師との具体的調整方法については今年度の取り組みができていない。次年度も継続する	継続	・ケモカンファレンス・告知担当看護師との連携について、組織化を行い調整できる体制の確立
市立加西病院	院内においてACPのプロセスを共有する仕組みができる	ACPを意識した介入ができていない 医療者が治療や療養の場の希望、大切にしたいことなどの情報を得ても共有することが難しい	① 緩和ケアチーム内でACPの概念について共通理解 ② 他の施設の情報を得る ③ 対象を検討 ④ 患者の意向を確認する方法・タイミングについて検討 ⑤ 電子カルテでの保存場所の検討(電子病歴委員会) ⑥ 院内への周知(研修会)	令和7年3月	×	未達成	計画の中でACPの概念についての勉強会を行い、チームでの共通理解を図った。しかし、患者の意向を確認することについては一律何か形式が必要かどうかというところまでとまっている むしろチームが関わりながらACPについて話題にし、患者の大切にしたいことを引き出す取り組みは継続している	その他	手順や様式が必要というところには至っていない。市の取り組みとしてASP普及のパンフレットが作成された
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】 がん患者に対する苦痛のスクリーニング(IPOS)を全ての外来で導入開始できる 【方策】 1) 外来でのIPOS導入の仕組みを検討する 2) 外来でのIPOS導入準備(苦痛スクリーニングフローの周知、IPOS勉強会の動画視聴)を行う 3) 全ての外来でがん患者に対するIPOS導入開始する 4) 外来で導入後、3ヶ月後に実施評価する(「IPOS実施件数」「陽性患者への対応の有無」を確認)	令和7年3月	△	概ね達成	・看護部の継続委員会と共に外来IPOS導入するために8月に「IPOS認知度アンケート」調査を実施 ・10月～11月にかけて各科外来でIPOS勉強会(15分/回×8回)を対面で行った(参加者64名、欠席者1名に関しては個別で動画視聴で対応 ・外来導入後のアンケート結果より、IPOSの認知度が向上した(勉強会前79.7%、勉強会後100%)また、実施件数16件/3ヶ月(昨年2件)であり、運用基準の作成と周知が必要である	完了	今年度、外来看護師へ苦痛スクリーニング(IPOS)について周知はできた。次年度、導入後の現状や課題を確認のうえで既存の「緩和ケアチーム運用マニュアル」をもとに外来における具体的な運用方法を検討していく 次年度は、看護部の継続委員会と引き続き取り組んでいく予定のため一旦終了とする
	医療用麻薬の適正使用を目的とし(外来・入院を通じて)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	・入院患者の医療用麻薬指導内容に個人差がある ・緩和ケア内科を介さないオピオイド使用患者のアドヒアランス状況の確認が十分でない	【目標】 外来・入院における医療用麻薬の適正使用の推進 【方策】 1) 麻薬使用患者の指導件数の実態調査を進める 2) 医療用麻薬使用中の患者に対して指導項目テンプレートをを用いて薬剤師に個別にスキルアップを目指す 3) 外来化学療法センターと連携して医療用麻薬使用患者のピックアップと説明の充実を図り、外来化学療法センター利用患者の麻薬内服アドヒアランス状況について調査を行う	令和7年3月	△	未達成	1) 医療用麻薬指導件数毎月約50件 2) テンプレート →現状と照らし合わせ見直し継続 3) 化学療法室で麻薬指導毎月約2件程あり	継続	1) 2) このまま継続 3) 麻薬指導は行っているが、化学療法センターで指導を行っているため緩和ケアセンター指導として計上されていない 指導の内容を緩和ケアセンターの記録としても残すよう担当薬剤師に周知する
	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 ・外来患者の状況把握が不十分であり、介入が遅れる	【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) ・在宅医などの特色をしり、顔の見える関係を子馳駆するために、医療機関訪問を継続する	令和7年3月	△	未達成	・ラウンド前カンファレンスに参加出来ている(延べ参加人数：43人) ・入院中の患者は情報共有シートで共有している。外来患者もその都度共有している ・医療機関訪問は継続できている	継続	・ラウンド前カンファレンスの参加、医療機関訪問を継続していく ・患者家族の思いや支援方は共有できているが、スタッフにより方法が異なるため統一し、誰もが共通して出来るようにしていく必要がある

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推進に向けた体制づくり 1-1. ACPに関する医療者の知識を向上する 1-2. ACP実践力に繋がる医療者の育成	R5年度よりACP推進に向けた体制作りを行っている。看護部についてはACPの理解は広がってきたが、病院全体としての取り組みはされておらず、認識の差がある。 また、ACP実践には結びついていない現状がある	1-1. ACPに関する医療者の知識向上を行い、事例を通して連携していく 前期：医療者対象としたACP研修開催 後期：多職種連携、カンファレンスの開催 事例の振り返り 1-2. 緩和ケアリンクナース会活動 6月 実践に繋げることができる実事例を用いた勉強会 継続性のみえるテンプレートの作成・活用 10・11月 事例の振り返り 2月 実践状況の確認 ・緩和ケアチームがロールモデルとしての役割・活動	令和7年 3月	○	概ね 達成	1-1. 計画通り、ACP研修、カンファレンスを行い、多職種でのカンファレンスが少しずつできるようになってきている 質の評価できていない 1-2. 計画通り緩和ケアリンクナースに勉強会、事例の振り返りを行った。ACP実践数も上昇しており、テンプレート活用により継続支援に繋がってきている	継続	ACPに関する体制は整ってきたため、実践の定着、質的な関わり
	緩和ケアの普及 1-1. 医療者/地域の在宅・施設従事者の緩和ケアの知識向上を図る 1-2. 緩和ケアチーム連携・強化	1-1. 院内医療者/地域の在宅・施設従事者が緩和ケアに関する学習の機会が少ない →地域との連携を広げる上で、勉強会を開催することで、顔繋がり・共に学ぶ機会をつくる 1-2. 緩和ケアチーム介入患者について、チームメンバーが個別で相談して解決に導いているが、チーム全体として症例検討の場がない →様々な専門職が話し合うことで、新たな視点や知恵を持ち寄ることができ、介入患者のケアに活かすことで、質向上を目指す	1-1. 緩和ケアチームメンバーによる勉強会開催(年5回) ビデオ撮影し、後で聴講できるようにする 6月 医師：パッドニュース伝え方 看護師：コミュニケーション 8月 薬剤師：症状緩和の薬剤・オピオイドについて 10月 リハビリ：緩和ケアにおけるリハビリPT・OT・ST 12月 仮) 地域従事者が希望された内容とする 2月 栄養士：緩和ケアにおける栄養管理 1-2. 緩和ケアチームメンバーで介入者の症例検討(年5回) 7月、9月、11月、1月、3月委員会の時間内を活用	令和7年 3月	○	達成	1-1. 計画通り、緩和ケアチームメンバーによる多職種で勉強会開催した。平均人参加が得られ、参加者より学習になったと意見が得られた 院外参加も毎回数名得られ、顔繋がり・情報共有の場となった 1-2. 計画通り緩和ケアカンファレンスを行った。多職種より様々な視点・知識を得ることで、患者の治療やケアに活かすことができた 緩和ケアの知識の向上に向けた勉強会、症例検討は有効的であり継続していく	完了	症例検討回数を増やし、事例を通した勉強会の実施
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られる 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数	緩和ケアチームへ依頼があったほうがよい事例など散見するが、介入依頼につながる現状がある	1-1. 具体的な事例を用い勉強会を実施。よりチームメンバーの能力向上に努める。年間4回の勉強会を計画する。時期としては昨年度と同様とする 講師の選定： 呼吸器内科1名 緩和ケア内科1名 薬剤部・看護部 放射線治療科1名 1-2. 5月時点での受講率を確認し、10%上乗せを目標とする 緩和ケア研修会の開催 9月28日 がん診療を行っていない診療科の受講も含めて医師の受講率をあげる	令和6年 12月	○	達成	緩和ケアチーム新規依頼件数：169件(1月20日現在) 緩和ケア診療加算算定件数349件(12月現在) 1-1. 緩和ケアチーム勉強会開催 6月6日「改めて考える便秘のマネジメント」参加者：27名 8月8日「オンコロジーエマージェンシー」参加者39名 10月10日「緩和ケアにおける放射線治療」参加者21名 12月12日「オピオイドの基本」参加者59名 研修は無事に終わった 1-2. 緩和ケア研修会の準備を実施36名受講。受講率は74%から85%へ上昇し、10%上乗せは達成できた	継続	1-1. 具体的な事例を用い勉強会を実施。よりチームメンバーの能力向上に努める。年間4回の勉強会を計画する。多様な症状に関する内容とする 1-2. 緩和ケア研修会の開催と受講率向上
	(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	スクリーニングシステムがないため、構築が必要 地域との連携を深めるためのシステムづくりが必要	2-1. 周辺職種への業務調整の進捗に合わせて1病棟ずつの導入を計画する 2-2. 地域連携カンファレンスの開催方法の評価を来ない、継続した地域コンサルテーション体制の構築を行う	令和7年 3月	△	概ね 達成	2-1. 周辺職種への説明と業務調整を実施。1病棟ずつではなく予定入院の患者から配布することとした 10月から配布し配布にかかる問題点など対応し修正してきた。 入力データより、陽性患者の推定数を確認したので、1月から予定入院においてスクリーニング開始、開始後次年度評価予定 2-2. 地域連携カンファレンスについては、京見の森クリニック月1回。えくぼ訪問看護ステーション月1回。姫路の3つの緩和ケア病棟の連絡会議については、月1回開催 コンサルテーション内容としてはがん性創傷ケアについて他の病院からもコンサルテーションがあがるようになってきた	継続	2-1. 緊急入院患者へ対象を広げていくための仕組みを検討し実施する 2-2. スクリーニング後のカンファレンス体制の充実をリンクナースを通して図る 2-3. 新規の地域コンサルテーション体制を開拓する。新規に地域連携カンファレンスを実施する施設を2つ以上加える。近さうテーション件数についてのカウント方法について検討しシステム化する

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 ・相談、介入へスムーズにつながるよう、書面だけでなく、掲示板やメール等で、相談・介入依頼がある時には、連絡等行い迅速に対応できるよう取り組む	令和7年3月	△	概ね達成	・前年度の取り組みを継続して取り組み、ある程度、定着できるようになってきている 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行い、オンタイムでできるように取り組んだ	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 もう少しオンタイムで介入が必要な時があるため、オンタイムで介入できるように取り組みを継続する チームカンファレンスにてスクリーニングシートを確認し、介入について、協議する
	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 ・作成に時間がかかっているため、現状に沿うものになっているか、改めて確認しながら、作成を行う	令和7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
公立豊岡病院	1. 緩和ケアチームラウンドの質向上	・緩和ケアチームのラウンドが緩和ケア病床利用目的の患者抽出で完結している ・緩和ケアチームメンバーの職種の専門性が活かしていない	・ラウンドのあり方、方法を見直す。具体的には、緩和ケア病床の入棟目的だけでなく、症状緩和等の介入を行う ・各病棟で困り事の抽出ができ、ラウンドの場で相談ができ、それに対してチームと一緒に検討できる場にする ・ラウンド時に輪番制で全員が主導できるようにする ・がん看護リンクナースにラウンドの活用を働きかける ・緩和ケアチーム内での定期的な事例検討 1回/月 ・PEACE研修への参加(知識の向上)	令和7年3月	△	概ね達成	・がん看護リンクナースと協働し、ラウンドの活用について働きかけ、数例ではあるが、症状緩和や患者対応などの相談あり。ただ、概ね緩和ケア病床入棟目的の情報提供が多い ・ラウンドの輪番制、月1回の事例検討は実施できている ・今年度PEACE研修はこれから ・緩和ケアへ入棟するために情報提供しなければと思い、入棟を予定していない患者さんの問題(特に総合診療内科のPT)などが相談出来ていなかった。ラウンドの主旨が理解出来ていないスタッフもいた	継続	・週1回のチームラウンドは継続。ラウンド時の症状緩和や患者対応の相談などのチーム活用を引き続き啓蒙 ・ラウンドの輪番制、月1回の事例検討も継続 ・今年度事例検討も職種輪番制開始しているため、継続する ・他スタッフへも入棟予定以外の癌患者の問題を相談していくこと、緩和ラウンドの主旨などを理解できるよう働きかけ、患者の問題が解決出来るようにしていく
	2. 苦痛のスクリーニングの使用範囲拡大	・苦痛のスクリーニングとして生活のしやすさに関する質問票を活用しているが、使用の範囲が限定している	・現在は、がんリンクナースが選出されていない、がん患者が稀な部署のがん患者にはスクリーニングがされおらず、全てのがん患者に配布し、聞き取りが行える体制を整備する ・現在のシステムを見直しながら、段階的な拡大 ・がん診療連携協議会の場を通して、他院の方法を知り、当院でできる方法を見出す ・がん看護リンクナース会の協力を得る	令和7年3月	△	概ね達成	・がん看護リンクナースの協力を得て、がん患者が多い部署での入院時のスクリーニング、介入は定着した。がん患者が稀な部署にはまだ浸透できていない ・癌の疾患を持っており、入院理由が他の原因である場合は生活のしやすさが聞き取れていないことがあったが、リンクナースの働きかけで概ね聞き取りが行えている。また、ケモなどの入院でも質問票が渡されていないことがよくあるが、同様にスタッフが気づいて聞き取りが行えている。しかし、患者の聞き取り内容やその後同多職種に働きかけたかの記録が十分ではない	継続	・がん患者入院が稀な部署への働きかけを検討し、必要時、システムの見直し ・スクリーニングのシステム継続し、聞き取り後の対応も追っていく ・がん看護リンクナースの協力を引き続き得る ・生活のしやすさの聞き取り調査の活用を意識づけていく。電子カルテの記録を充実させる
	3. 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	緩和ケアチーム活動の充実	・緩和ケアマニュアルを定期的に改訂する ・がん相談支援センターやがんリンク部会への活動内容や依頼方法などの周知を行う ・勉強会等を行い、スタッフの教育・育成を行う ・緩和ケアホームページの充実化 ・病棟薬剤師へチームカンファレンスの内容等、緩和ケア薬剤師から情報共有を行う	令和7年3月	△	概ね達成	病棟薬剤師と連携し情報共有やアドバイスをを行った。また緩和ケアホームページやセット処方活用の推進した	継続	定期的な緩和ケアに関する勉強会を開催する
	4. 緩和ケア病床の運用について	個室代負担が大きいことが要因となっており、当院緩和ケア病床入院希望に至らず、他院紹介となることが多い	・個室代について再検討を行う ・入院対象患者(生活保護受給者等)範囲について院内外へ再周知を図る	令和7年3月	○	概ね達成	緩和ケア委員会にて検討したが一般病床のため個室代変更不可	継続	料金設定は変更できないとのことだったが、引き続き検討
	5. 多職種、地域連携の強化	他病院や在宅支援機関との連携が不十分であり、緩和ケアが必要な患者の介入につながらない	・緩和ケアが必要な外来患者の抽出を行い、緩和ケアチームで情報共有、必要時に支援を行う ・外来患者対応フローチャート作成し、院内スタッフへの周知を図る ・緩和ケアを必要とする地域の患者への対応について検討を行う	令和7年3月	△	未達成	緩和ケアが必要な患者としての抽出が不十分だったが、必要時、緩和ケアチームで情報共有、支援を行ったケースあり	継続	今後緩和ケア外来開設後、情報共有・周知を図る
	6. 患者とその家族のQOLを向上させる	チーム内での情報を共有し早期の問題解決を図る	・カンファレンスにて多職種からの情報を持ち寄り情報共有を行うことで統一した目標を設定することができる(Ex.外泊、退院時の自宅での介助方法を共有することで統一した方法を患者や家族へ指導することができる) ・他職種で情報を共有して、患者・家族の意向を尊重しながら食事サポートを行う	令和7年3月	○	概ね達成	病棟看護師と患者の状態や家族の意向などの情報を共有し、食事サポートを行った。希望に応じて「ひまわり食」の提供を行った	継続	他職種と情報を共有して、患者・家族が満足できるよう食事サポートを行う

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)
県立丹波医療センター	苦痛のスクリーニングが適切に使用出来、患者の苦痛が早期に把握出来る	ESAS-r・j・STAS-jなどのツールを使用した上で患者の苦痛をキャッチしているが、スクリーニングシート運用手順が浸透していない	1. 現在使用しているスクリーニングシート運用手順の見直し現場で使用しやすいように、現在使用しているものをリンクナース会で修正。各部署で使用し、問題があれば都度修正。最終確認は緩和ケア部会、がん診療推進委員会、看護部で承認を得、病院全体へ周知をおこなう	令和7年3月	△	概ね達成	緩和ケアマニュアル内の一部見直し実施(症状スクリーニング対応フローチャート、症状スクリーニングシート運用手順)リンクナースから各部署スタッフへ、使用方法について周知徹底また、院内全スタッフには院内情報共有ツールにて配信し周知した	継続	周知したとはいえ、まだ完全に浸透しているとは言えず、引き続き周知は必要である。患者が抱える苦痛を早期にキャッチするためには、スクリーニングは必要
	緩和ケアチーム介入依頼のある患者・家族が抱える問題点への介入	専門的な介入が出来、患者・家族が抱える問題に対して対応することが出来る	上記1をおこなったうえで、介入依頼件数が130件/年以上となるPCTカンファレンスを定期的開催(毎週木曜日)し、患者・家族が抱える問題をチーム内で共有。検討結果を病棟スタッフや主治医と共有していく 使用薬剤について、チーム薬剤師と病棟担当薬剤師で情報共有出来る	令和7年3月	△	概ね達成	2025年1月現在、PCT介入依頼件数は152件。昨年度の同時期と比較すると昨年度は175件であり、今年度は減少しているが、目標数値は達成 スクリーニングの浸透不十分のため、適した時期にスクリーニングが出来ていない可能性も件数減少の原因として考えられる 毎週木曜日のチームカンファレンスは開催出来、PCT介入依頼のある患者の情報は、チームメンバー内で情報共有出来ている。患者の問題点についてコメディカルから専門的意見をもらい、その結果を患者が入院する病棟スタッフと共有、または主治医とも共有し治療について検討いただくようになっている	継続	患者の苦痛を緩和するためには、適した時期に対応が必要。引き続き介入していく
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	症状スクリーニングのシステムは構築されているが、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。症状に対するアセスメント力を養い、患者主体の症状マネジメントができるよう支援する必要がある	1) 昨年度作成した症状スクリーニングフローチャート、症状アセスメントテンプレートを活用する。患者主体の症状マネジメントが実践できるようリンクナース会を通じて各部署での実践を目指す 2) ELNEC-Jアカリキラムを10月に開催し、看護師のEOLにおける知識・技術向上を図る 3) 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げる 4) 緩和ケアマニュアルを見直し、活用できる内容に修正する	令和7年3月	○	達成	1) 症状アセスメントテンプレートを作成し、症状スクリーニングで疼痛が陽性になった患者に対して使用を促したが実施件数は部署により差がある。個人の判断に悩む場合は、カンファレンスで共有し実践に繋げている 2) 10月にELNECを開催(13名参加)し、アンケート結果より学びの場となったと評価 3) リンクナースが輪番制でPCTカンファレンスやラウンドに積極的に参加し意識向上や実践に繋がっている 4) 緩和ケアマニュアル掲載に関する情報(オピオイドプロフィール、PCAポンプの使用等)をタイムリーに修正し広報できた	継続	1) 症状アセスメントテンプレートをもとに、症状マネジメントが図れるよう支援継続 2) ELNEC-J研修は次年度も開催予定 3) リンクナースのPCTカンファレンス・ラウンド参加は継続 4) 緩和ケアマニュアルは適宜改訂し活用してもらえる内容を検討する
	がんに関わらず、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むことができる	昨年度はACPの実践が43件実施できたが、実施に至らない部署もある。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 ① 院内のACP実施件数が、昨年度の43件を上回るように実践に至っていない部署での実施に向けて支援する ② ACP実践(ACPの導入のタイミングを逃さない、実践については患者が自身の価値観に気付き思いを表出する、家族や医療者と共有の方法、繰り返しACP実践ができるなど)についてリンクナース会で症例について共有し学びの機会を持つ ③ CNS/CN研修会を開催し看護師の知識向上や意識改善に繋げる 2) ACP実施患者について、在宅や他病院でのACPの継続ができたケースについて地域の医療者と共有できる機会(カンファレンスなど)を持つ	令和7年3月	○	概ね達成	1) ACP実施件数は12月末までに43件以上に及んだ。リンクナース会で事例報告を行い、各部署でのアンケート結果を元に、好事例や困難さへの対応について検討、各部署にフィードバックした。また、勉強会の開催を行い、院内外の参加者の知識向上を図った 2) カンファレンスの開催に至らず	継続	1) ACPの実施についてリンクナース会での活動は継続。質問シートにとらわれず日々のケアや関わりからACPを意識し、患者・家族の思いを院内外で情報共有を図るなど質向上に努める 2) 院内外のACPの意識向上に向けた研修会やカンファレンスなど取り組みは継続
	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	他病院や在宅療養との連携、顔の見える関係性の構築が希薄化し、率直な意見交換や相談ができる場が少ない	1) 地域の緩和ケアの質向上に向けた活動を実施する ① 緩和ケアチームで紹介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、情報共有の機会を持つ 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 ③ ケアカフェを再開する	令和7年3月	○	概ね達成	PEACE研修会、緩和ケア連携研究会など院内外の医療者参加型の研修会を開催し、知識向上と情報共有の機会を持ったケアカフェは開催できていない	継続	1) PEACE、緩和ケア連携研究会など研修会は継続して行う 2) ケアカフェの開催は運営方法を見直し、母体を地域連携室とし活動する

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	昨年度緩和ケアカンファレンスを行った患者のSTAS-J症状版での評価では、退院時に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%であり、消化器症状と精神症状の改善が課題となっている。また、緩和ケアカンファレンスで倫理的問題について多職種で十分検討することはできなかったため、引き続き今年度取り組む	① 緩和ケアカンファレンスの継続 ② 緩和ケア委員による定期的なSTAS-J症状版モニタリングにより、症状緩和にタイムリーに取り組む ③ 倫理的課題について多職種で話し合える土台作りを行う ・倫理検討シートの導入 ④ 患者の意思を尊重した医療が実施できるようACPを運用・活用する	令和7年 2月	○	達成	2024年度は計14回の緩和ケアカンファレンスを行い、12名の患者について多職種で検討を行った。STAS-J症状版による継続モニタリングを緩和ケア委員が担い、介入開始時と退院時のスコアを比較した。緩和的介入の効果があつた患者は疼痛83%、倦怠感58%、消化器症状58%、呼吸器症状75%、精神症状66%であつた 倫理的課題については、倫理検討シートを導入し、倫理的問題について多職種カンファレンスを2症例行うことができた 8月からACPの取り組みを開始し、患者の意思を尊重した医療の実施に活用している	継続	・緩和ケアカンファレンスの継続 ・症状緩和への取り組み ・倫理カンファレンスの開催 ・ACPの運用評価と修正。スタッフへの周知を再度行い、日々の関わりに活かせるようにする
	症状緩和につながる取り組みの標準化	感染対策のため入院生活に様々な制約を受けている患者に対し、適切な感染対策を講じながらよりよい療養環境を整備し、症状緩和や治療意欲の向上につながる取り組みを継続、導入していきたい	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（面会制限緩和への働きかけ、楽しみにつながる食事の提供など） ③ 緩和ケアに関する課題に応じたマニュアルの整備 ④ スタッフ向け勉強会開催による知識、技術の向上	令和7年 2月	○	達成	① 音楽療法士による週1回の集団音楽療法は継続できた。延べ247名の患者が参加した ② 行食事、特別メニューの提供、手作り和菓子、バースデーサービスなどのイベントを継続して行い、制約のある入院生活の中に食の楽しみや喜びを見つけてもらう活動を行った ③ 鎮痛剤に関する院内マニュアル（アブストラク舌下錠導入シート、突出痛評価チェックリスト）を作成した ACPに関わる質問紙を作成・導入した ④ 院外でのスピリチュアルケア講演会を企画・開催し、院内向けにもオンデマンド配信を行った	継続	・全人的苦痛の緩和につながる取り組みの標準化