

平成29年度 各病院の目標達成状況 及び平成30年度 目的(目標)の設定

施設名	No	P(Plan)		D(do)	C(check)	A(act)	
		医療サービスの質に係る目的(目標)	目標を達成するための達成計画	今期実施したこと	達成状況	平成30年度の目的(目標)	達成計画
神戸大学医学部附属病院	1	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. 医療者、患者・家族への広報を行う 2. 外来患者の支援を強化する 看護師 1) 緩和と支持治療科の外来診察に同席し、適宜フォローアップを行う 2) 入院中に介入していた患者の各診療科の外来診察に同席し、適宜フォローアップを行う 3) 各診療科の外来で、介入が必要な患者を抽出し介入する方法を検討する 薬剤師 1) オピオイド使用患者において外来電話介入が必要な症例を抽出する方法を検討する	1. 掲示物は今年度中に最新版を確定し貼り替える。医療者への広報は、カンファレンスなどで活用方法を伝えるにとどまっている。 2. 看護師 1) 2) 必要時診療科外来に同席している 3) 検討している 薬剤師 方法は確定している。薬剤師で了承を得ており、1月より介入予定としている。	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由 1. 医療者への広報マンパワー不足のため 2. 周知し理解を得るのに時間を要するため	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 目標数値 ・入院新規依頼件数 年間450件 ・緩和ケア診療加算件数 一月平均700件 年間8400件 ・外来依頼件数 年間新規患者数100件 ・外来緩和ケア管理料算定件数 一月平均15件 年間180件	1. 医療者、患者・家族への広報を行う 2. 外来患者の支援を強化する 1) 看護師が緩和と支持治療科の外来診察に同席し、適宜フォローアップを行う 2) 入院中に介入していた患者の各診療科の外来診察に看護師が同席し、適宜フォローアップを行う 3) オピオイド使用患者において薬剤師の外来電話介入が必要な症例に薬剤師が介入する
	2	患者・家族が質の高い専門的緩和ケアを受けられる	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) 緩和ケアチーム総回診を行う(毎週月曜日) 2) 緩和ケアチームミーティングを開催する(毎月) 3) 定期的に緩和ケアチームの活動を振り返り、再評価する(セルフチェックプログラムを年に1回実施する) 4) 問題症例を振り返る(年4回) 臨床心理士 1) 臨床心理士の介入前後の評価方法を検討する 2) 臨床心理士の専門的介入の必要な症例(特に、子どものいる患者および家族)への介入策を検討する 2. 多職種連携を強化する 1) 緩和ケアチームメンバーと各診療科・部門で症例カンファレンスを行う(毎週月曜日) 2) 緩和ケアチームと精神科との合同カンファレンスを開催する(毎月第4火曜日)	1. 1)～4)実施できている 臨床心理士 データセットの項目を使用し来年度より評価する予定である 2. 1)～2)実施できている	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった 達成できなかった理由 臨床心理士の介入方法を再見直したため	患者・家族が質の高い専門的緩和ケアを受けられる	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) 緩和ケアチーム総回診を行う(毎週月曜日) 2) 緩和ケアチームミーティングを開催する(毎月) 3) 定期的に緩和ケアチームの活動を振り返り、再評価する(セルフチェックプログラムを年に1回実施する) 4) 問題症例を振り返る(年4回) 5) 臨床心理士の専門的介入の必要な症例(特に、子どものいる患者および家族)への介入策を検討する 2. 多職種連携を強化する 1) 緩和ケアチームメンバーと各診療科・部門で症例カンファレンスを行う(毎週月曜日) 2) 緩和ケアチームと精神科との合同カンファレンスを開催する(毎月第4火曜日) 3. 介入患者に包括的評価を実施する 1) データセットを確定する 2) データセットを導入する 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 1) 循環器内科とのカンファレンスを開催する(毎週水曜日)
	3	全ての患者・家族が基本的緩和ケアを受けられる	1) 院内・外の医療福祉従事者を対象に勉強会を開催する(隔月) 2) 緩和ケア研修会を開催する(4月・5月) 3) 院内緩和ケアマニュアルを改訂する 4) スクリーニングプログラムを運営し統括する	1)～3)実施できている 4) スクリーニングプログラムは関係者間で方向性を確認しているが、運営・統括には至っていない	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由 スクリーニングに関わる者の運営・統括・実施のレディネスが十分でなかったが、年度末に方向性を共有した。	全ての患者・家族が基本的緩和ケアを受けられる	1) 院内・外の医療福祉従事者を対象に勉強会を開催する(年4回) 2) 緩和ケア研修会を開催する(年2回) 3) 意思決定支援の研修会を開催する(年1回) 4) 院内緩和ケアマニュアルを改訂する 5) 入院スクリーニングプログラムを運営し統括する 6) 外来スクリーニングプログラムを導入する
神戸市立西神戸医療センター	1	【目的】患者・家族ががん診断された時から、いつでも緩和ケアを受けられること。【目標】新たな作成した「つらさ」の間診票を順次、診療科や部門を広く、緩和ケア介入患者を増やしていく。	①2015年6月に運用を開始したつらさのスクリーニングシートの2016年度の運用状況の評価と分析(2017年6月) ②つらさのスクリーニング推進のためのワーキンググループの新構成(2017年6月) ③2017年度の介入対象や方針の策定(2017年9月) ④介入方法や対象患者の拡大(2017年11月)	①2016年度のスクリーニング実施数は58例で2015年度の77例に比べ減少。介入必要者27例で希望者は全例介入できた。 ②2016年度とワーキンググループのメンバーを再構成して介入対象や方法を検討した。 ③外来での対象者を広げるため、化学療法センターで化学療法を受ける患者に毎月1週間、放射線治療開始患者は開始時全員にスクリーニングを行っていく。病棟患者は病棟のリンクナースと連携する。 ④外来、病棟、医局に周知して2017年11月から運用開始し、3か月で341例実施。	■達成できた □一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由	【目標】 ①新たなつらさのスクリーニングシートを、リンクナースとの連携の下、病棟で普及していく。 ②新たなつらさのスクリーニングシートを、外来化学療法センター、放射線治療外来で普及していく。 ③スクリーニングチームを強化し、運用方法の改善点を継続検討する。	スクリーニングシートの集積と分析を行う。病棟リンクナース、外来担当者から提起される問題点の分析と対応を検討する。診療における効果の評価する。
神鋼記念病院	1	緩和ケアチーム介入中の患者・家族の苦痛のスクリーニングの充実	STAS-Jを用いて、病棟スタッフ共にスクリーニングを行う		□達成できた □一部達成できた ■達成できなかった □その他 達成できなかった理由	緩和ケアチーム介入中の患者・家族の苦痛のスクリーニングの充実	病棟スタッフとの定期的な情報共有のみのミーティングを行う
	2	緩和ケアリンクナースへの教育の充実	リンクナースの研修を定期的に実施する	緩和ケアチームメンバー(医師・専門看護師・薬剤師・作業療法士)がレクチャーを行う勉強会を実施	■達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	テーマに業種も加えて、レクチャーの内容を充実させる事例検討も行う	委員会の終了後に定例化している勉強会を継続して実施する
JCHO 神戸中央病院	1	適切な症状コントロールを行う。	毎日の症状の評価と、カンファレンスでの情報共有、意見交換を行う。	スタッフとの細やかな情報共有、相談	■達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	適切な症状コントロールを継続し、更なる症状緩和を目指す	ケアにも重点をおいたカンファレンスの充実を図る
	2	緊急入院に対応する。	当院訪問看護介入例は、情報共有を頻繁に行う。非介入例は、速やかなベッドコントロールを行う。	地域連携室との情報共有および迅速な対応	■達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	緊急入院受け入れをスムーズに行う	救急外来との情報共有、手順の周知を図る
川崎病院	1	緩和医療における呼吸困難の症状緩和	医療用麻薬使用患者に1回/週STAS-Jの評価をする	・病棟看護師が1回/週STAS-Jを評価する ・外来看護師が患者の受診時にSTAS-Jを評価する ・対象者は医療用麻薬使用患者	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	緩和医療における呼吸困難の症状緩和	・病棟看護師が週1回STAS-Jを評価する ・外来看護師が患者の受診時にSTAS-Jを評価する ・医療用麻薬使用患者は全例で行う ・院内でSTAS-Jの勉強会を開催する
	2	同上	がん患者のSTAS-J評価で呼吸困難「2」以上の患者に呼吸困難マニュアルを用い、症状緩和を図る	・医師、看護師、薬剤師が1回/週のSTAS-J評価に基づいて呼吸困難「2」以上の患者に対し緩和ケアマニュアルを用いて症状緩和を検討する ・マニュアルを用いても症状緩和が図れない場合は、リンクナースがチーム介入を主治医と検討する	□達成できた □一部達成できた ■達成できなかった □その他 達成できなかった理由	同上	・医師、看護師、薬剤師が週1回のSTAS-J評価に基づいて呼吸困難「2」以上の患者に対し緩和ケアマニュアルを用いて症状緩和を検討する ・マニュアルを用いても症状緩和が図れない場合は、リンクナースが緩和ケアチーム介入を主治医と検討する
	3	症状緩和の実践	定期的な緩和ケアチームのケースカンファレンスと回診を実施する	・緩和ケアチームメンバーが1回/週の回診及びカンファレンスで医療用麻薬使用患者・緩和ケアチーム依頼患者について症状緩和を図る ・検討事項や継続看護につながるようカンファレンスワードバレットを使用し記録に残す	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	症状緩和の実践	・リンクナースの報告をもとに緩和ケアチームで週1回の回診及びカンファレンスを行い対象患者の症状緩和を図る ・検討事項や継続看護につながるようカンファレンス内容もカルテに記載する

施設名	No	P(Plan)		D(do)	C(check)	A(act)	
		医療サービスの質に係る目的(目標)	目標を達成するための達成計画	今期実施したこと	達成状況	平成30年度の目的(目標)	達成計画
新須磨病院	1	院内マニュアルの整備	マニュアルの見直し	・定期的なチーム会の実施 ・チーム内での検討	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	緩和チームでの活動を行い、依頼件数を増やす	
	2	運営体制の整備	チーム会の開催	・定期的にチーム会を行った ・介入患者の情報伝達方法を決めたことにより、介入件数が増加した ・研修への参加	■達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	看護師の人材育成を行う	
関西労災病院	1	入院・外来がん患者のつらさに対応できる	全診療科において、緩和ケアスクリーニングを実施することができる ・病棟のスクリーニング導入・外来スクリーニングの評価と整備	【病棟スクリーニング】 ①病棟のスクリーニングを全病棟において実施できるように、専従看護師を中心に企画書を作成し看護師やチーム内での意見を集約した。リンクナースを活用して生活のしやすさに関する質問票を用いて、入院時に記載した用紙を持参し、つらさを有し、つらさの程度が6点以上を有している患者のもとに、チーム看護師が訪問し詳細を確認する案を提案する。 ②当初の案ではリンクナースを活用することは現場への負担が大きすぎるとの意見があり、関係部署との調整や修正に時間を要した。集約した意見の折衷案として、専従看護師が入院患者のスクリーニングを行い、詳細を確認し対応することとなる。また今年度は全病棟で実施せずテスト病棟で運用してから評価を行い、来年度以降で拡大するように変更となる。 ③スクリーニングの結果による専門的緩和ケアの介入は、初回カンファレンス時の主治医の出席を必須とせず、患者がつらさがあり、介入を希望した場合にスムーズに介入できるように運用開始する。 【外来スクリーニング】 ①昨年度から引き続き継続。外来でオピオイドを使用している患者を、ピックアップし、カルテで詳細を確認し、受診日に合わせて生活のしやすさに関する質問票を記載してもらえよう外来クラーク・看護師にFAXで前日までに連絡。記載後、介入基準を満たしている場合は連絡を入れてもらい、面談としている。 ②4月～9月までのスクリーニング数:40件 陽性数:38件 緩和ケア外来での介入数:4件 ③つらさがあり介入を希望されているが、主治医が専門的緩和ケアの介入を拒否されることがあり、その際の対応が難しい。 ④オピオイドを導入していないがん患者への支援が行えていない現状があるが、現状の方法での継続はマンパワーや協体制を考慮すると、拡大は難しい。運用方法については検討が必要。	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由 病棟看護師やリンクナースの負担を指摘する意見があり、チーム看護師のみでスクリーニング後の対応を行う計画に修正せざるをえなかった。そのため部分的な運用かつ開始時期が変更となってしまった。現状でのメンバーや協体制を考慮すると今以上の拡大は難しく、全てのがん患者のスクリーニングを施行しようとする、組織全体での理解や周知、協力が必要である。来年度からの看護師の取り組みに入院時のスクリーニング施行を導入できないか提案、検討。	【目的】 患者・家族が様々なつらさを医療者に表出し対応されることにより、つらさを軽減できる 【目標】 スクリーニングの意味や目的を医療者が理解し、患者のつらさに気づき、適切に対応する事ができる	①外来・病棟スクリーニング対象者や運用について、問題点を共有し、緩和ケアチーム内で意見集約する。 ②緩和ケアチームとして、施行しているスクリーニングの実施状況を評価し、運用方法について再度検討、提案する。(H29年度の評価は中心となって活動した専従看護師が評価予定) ③集約した意見や評価をもとに、組織全体にアピールできる周知方法や協力支援を緩和ケアチーム内で共有、検討する。 ④その後、委員会において報告を行う。
	2	均一で安全な医療を提供する	緩和ケアに係る院内クリティカルパスの作成を行う ・メサペイン導入パス ・PCAポンプを用いた連携システム構築、運用の作成	・メサペイン導入方法が複数あるためクリティカルパス作成を延期、現在はROO製剤服用についてのクリティカルパスの作成に向けて検討。	□達成できた □一部達成できた ■達成できなかった □その他 達成できなかった理由 メサペイン導入方法が複数あることや、電子カルテの更新などもあり、作成を延期していた。新たに、ROO製剤導入のためのパス作成に変更予定。	【目的】 難治する痛みを抱える患者が、日常生活を楽に過ごすことができる 【目標】 患者と医療者が双方安全にROO製剤を導入し適正な服用のもとに運用するためのパスを作成、運用できる。	①実施症例を振り返りながら、関連部署と運用について再検討し、ROO製剤導入のパス作成のための下案を作成する。(主治医、病棟、薬剤師、チーム) ②パスの雛形をもとに項目を作成する。 ③がんセンター委員会において運用を周知し、パス委員会に提出。 ④実際に使用する患者に運用を開始する。 ⑤運用開始後、実際の使用患者数、使用についての評価を行い修正する。
県立尼崎医療センター	1	外来がん患者のQOLを向上させるために苦痛のスクリーニングシステムを行う	・生活のしやすさの質問票によるスクリーニングを乳癌外科以外も開始する(診断時、ケモ中、症状コントロール中、再発時)	・乳癌外科でのスクリーニングは継続できている。がん看護外来やMSW、管理栄養士などへ紹介できている。 ・乳癌外科以外の診療科の問題を抽出し、スクリーニング実施体制の再検討を行った。4月～7月 ・外来、入院共に化学療法導入時と変換時からスクリーニング開始とし、1月より開始。入院はSTAS-Jは継続。	□達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由:	外来がん患者の苦痛を早期に適切に緩和することができる	①苦痛のスクリーニング体制の整備 ・スクリーニングの実施評価(件数と内容、対応の評価) 7月 ・スクリーニング対象・時期の拡大への検討 10月 ②緩和ケア外来、がん看護外来の認知を促す:リンクナース、リンクナースを中心に周知を行う
	2	緩和ケアチーム依頼患者に対するチーム介入の質の評価を行う	・患者・家族:サポート介入評価質問シート ・EORTC QOL C15)による評価、医師:介入評価アンケートによる評価を行う ・他病院と定期的に緩和ケアカンファレンスを行い、自チームの活動を評価し、改善を行う	・患者・家族:サポート介入評価質問シートは、記載可能な患者・家族には行っている。継続評価は一部しか行っていない。 ・医師については、介入評価アンケートでは、介入は有効であった。介入に対する満足度も満足したと高評価で、患者・家族の不安や苦痛への対応、療養場所の意思決定支援と調整などが多かった。 ・緩和ケアカンファレンスは2回開催したが、緩和ケアチーム活動の質の評価は行っていない。	□達成できた ■一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由	入院がん患者の苦痛を早期に緩和し、質の高いケアを提供する	①苦痛のスクリーニング(STAS-J)2以上があれば医療者が対応し、適切な専門家へ紹介できているが、週1回緩和ケアラウンド時にチェックする 緩和ケアチームの質の評価を行う ② ・患者・家族:サポート介入評価質問シート ・EORTC QOL C15)による評価、医師:介入評価アンケートによる評価を行う ・緩和ケアチームのセルフケアチェックプログラムを用いて評価する
県立西宮病院	1	がん患者には、初診から地域への紹介まで、苦痛の緩和ケアスクリーニングシートと対応が求められ、これは診療連携拠点病院の指定要件でもある。苦痛のスクリーニングの徹底に向けてスクリーニングシートの運用を2015年2月より開始した。	すでに病名を告知された治療目的のがん患者に対し、入院中に看護師がシートを用いてスクリーニングを行なう。記入率80%と、緩和ケアラウンドに繋げることを目指した。	患者にシートを渡し、スクリーニングすることとした。	□達成できた ■一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由 記入率68%であった。	緩和ケアスクリーニングシートを活用し、支援が必要な患者へ緩和ケアが提供できる	スクリーニングシートの記入率を80%以上とする。 緩和ケアに繋がるよう、専門チームへの介入依頼を増やす
	2	スクリーニングシートの活用ができ、専門チームの介入希望や気持ちのつらさなどを感じているが希望のない患者に対しての救い上げを行える	シートを記入後、他者評価を行ない、チェックする。専門チームへの依頼が全員にできる	スクリーニングシートの記入後、必要な行動が行えるよう、「やることリスト」を作成、スタッフへ周知する	□達成できた ■一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由 監査の中では依頼はすべてできていた。	アドバンスケアプランニングについて理解し、患者の意思決定支援に介入できるように、自部署のスタッフの知識、技術の向上を目指す	学習会の開催
西宮市立中央病院	1				□達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	苦痛のスクリーニングシート(生活のしやすさに関する質問票)を導入し、支援を必要としている患者への適切な介入を行う。 (50%の患者に導入できる)	・4月:苦痛のスクリーニングシートの作成・承認 ・5月:各関連部署にシステム定着が行えるように啓蒙活動を行う。 ・6月:導入 PERIO/化学療法室の2か所から開始予定以降毎月、スクリーニング結果を検討し、関連部署との連携を評価する。 ・2月:総合評価

施設名	No	P(Plan)		D(do)	C(check)	A(act)	
		医療サービスの質に係る目的(目標)	目標を達成するための達成計画	今期実施したこと	達成状況	平成30年度の目的(目標)	達成計画
市立芦屋病院	1	QOL向上の為、入院患者全員を対象に(がん・非がん問わず)、苦痛のスクリーニングシステムを導入する	・スクリーニングシートの見直し ・導入にあたっては、5月マニフェストでチーム目標として挙げ、目的を伝え院内上層部に理解を求め協力を得る ・医事課に協力依頼 ・フローチャート作成	・「苦痛のスクリーニングシート」は一部見直しを行ったが、試行段階で「スクリーニングシート」の目的等の説明文があったほうが良いと意見があったが、まだ未作成段階である。 ・5月マニフェストで組織から導入にあたっての了承は得た。4病棟中、3病棟で期間限定で試行し導入にあたっての問題を検討した。1病棟では、スタッフの業務負担の声があり、試行段階でも導入できず。 ・フローチャート作成は未実施	□達成できた □一部達成できた ■達成できなかった □その他 達成できなかった理由 「緩和ケアチームが主体となって、入院患者・緊急入院患者に対応してほしい」というニーズがあり、スタッフが主体となってチームがサポートするという形では導入に至らず。	【目的】患者・家族のQOLを向上することができる。 【目標】看護師の患者や家族に対するケアへの困難感を和らげる。	①平日90%以上各病棟をPCTがラウンドする。 ②毎週水曜日PCT介入患者の病棟で病棟スタッフを交えたカンファレンスを行う。 ③PCTメンバーが各病棟のデスクカンファレンスや倫理カンファレンスに参加する(年に4回) ④緩和ケアマニュアルの改訂
	2	リンクNsが各部署で、リンクNsとしての機能を発揮できる	・ELNEC-J終了者・ラダーⅢレベル・緩和ケアに関心のあるスタッフの選出を病棟長に依頼(3月) ・5月のミーティングでリンクNsの役割提示、年間の活動目標を個人的に提出してもらい、目標の共有を行う。 ・症例にちなんだ勉強会をチームNsと共同企画・運営	・リンクNs選出については、4月に各師長に協力依頼を行った。しかし実際には2名の経験者以外は新任者となった。 ・5月リンクNsにはオリエンテーション実施。参加できなかった者には後日実施。各病棟事にリンクNsの活動目標を提出してもらった。 ・倫理カンファレンスが一部の病棟で実施できたが、勉強会という形ではできていない。	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由		
近畿中央病院	1	【目的】がん患者とその家族が質の高い緩和ケアをうけられる 【目標】苦痛のスクリーニングの実施を浸透させ緩和ケアチームへつなげる	①苦痛のスクリーニング実施における困難症例の検討、共有 ②苦痛のスクリーニング実施状況を分析(入院がん患者に対する件数) 【評価指標：目標値】 苦痛のスクリーニング実施率：70%以上	緩和医療委員会が苦痛のスクリーニング実施率UPを目標に掲げた ①緩和ケアリンクナース会で苦痛のスクリーニング実施における困難症例を検討、共有したリンクナースは各部署にて実施状況を確認するようになった ②苦痛のスクリーニング実施状況を分析(入院がん患者に対する件数) 【評価指標：目標値】 苦痛のスクリーニング実施率：95%(H28年度40%)	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由 苦痛のスクリーニング実施件数は目標値を超えたが、実施したことで必ずしも緩和ケアチームにつながっている訳ではなく、スクリーニングを行っているだけのケースもある	【目的】がん患者とその家族が質の高い緩和ケアをうけられる 【目標】苦痛のスクリーニングを見直し緩和ケアチームへつなげることができる	①緩和ケアリンクナース会における検討 ・実際の症例(良い例、悪い例)を挙げ各部署ピアレビューを行う ・緩和ケアチームへの依頼内容が明確となるように苦痛のスクリーニング内容の見直しを行う ②苦痛のスクリーニングで点数陽性だが目録対応となっている患者(部署)へのフィードバックを行う
	0		1)兵庫県のがん診療連携拠点病院に準じる病院として兵庫県で統一して行われている活動に参画し、病院の緩和ケアの体制を整える。 2)緩和ケアチーム研修会と相談実務者ミーティングへの参加 実施時期と担当 1)28年度末から29年度初めに計画を調整。 ⇒CNから委員長を通して申し入れをし、委員会の計画を調整 2)参加体制を5月までに整える	委員長に申し入れはできた。	■一部達成できた 目標への反映はできていない		
三田市民病院	1	急性期を担う病院における早期からの緩和ケアの介入による患者・家族のQOLの向上 ⇒組織の改編(院内全体での検討が必要)	1)緩和ケア検討委員会と緩和ケアチームの位置づけの明確化 1) -1. 緩和ケアチームの理念・基本方針の開示 1) -2. 緩和ケアチームの年次目標を定める 1) -3. 県の緩和ケア研修会への医師・看護師・薬剤師揃っての参加(年度初めの会か)と参加方法の検討 実施時期と担当 *院内の委員会として存在し、委員会は月1回マニュアルの見直し、スクリーニング、評価ツール、鎮静フローチャート作成、困難症例等の検討を行う。チームは患者ラウンドを行い、実際の症例に対し、チーム介入を行う。 1)委員長に28年度内に、29年度の位置づけや方針について相談。県のPDCAサイクルに従って委員会の活動を検討できるようにする(森中心) 1) -1. 6月にベースを作成し、ホームページに掲載してもらうように依頼する(沖) 1) -2. 委員会年度初めまでに現委員長と調整と新委員長と調整(森) 1) -3. 年度初めに委員会として検討。たたきを作成し、承認を得るようにする(森)	1)委員長と相談し、委員会と緩和ケアチームの位置づけはできた 2)ホームページの掲載はできていない 3)委員会として県の活動に参加できるよう計画はしたが、実施には至っていない	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	緩和ケアチームの理念・基本方針を提示し、患者・家族に安心、信頼のある医療を提供する	市民に活動を理解いただくように発信することが必要
	2	緩和ケアチームの体制を整える(緩和ケア検討委員会、もしくは緩和ケアチームで検討が必要)	2)緩和ケアチームの編成と活動の見直し 2) -1. 医師の参加できる体制作り 2) -2. チームのトップの役割 2) -3. コアメンバーの選定 2) -4. 1週間に1回のラウンド開始 2) -5. 緩和ケアチームへのコンサルテーション方法の見直し 2) -6. 苦痛のスクリーニングやアセスメントシート、評価ツールの見直しを行い、患者・家族のつらさを拾いあげる 2) -7. 医師が緩和ケア研修に参加できる体制作り 2) -8. リンクナースの養成 実施時期と担当 2)緩和ケアチームとしてのラウンド方法、ラウンドに回るコアメンバー等、活動できるように方法を28年度内に再検討し、年度初めに委員会で提示(森) 2) -1. 2. 28年度内に委員長に体制(委員会とチームの明確化と医師主体のチーム作り)について相談する(森、生田) 2) -3. 4. コアメンバーは医師、CN、薬剤師、病棟看護師が理想。年度初めより1週間ごとのラウンド開始 2) -5. 6月までに「認定看護師依頼」が「チーム依頼」であることを周知させ、ラウンドに繋げていく(森) 2) -6. なぜ使用できていないかの現場の声を拾い上げ(6月まで)、使用方法を検討(9月まで)、9月～修正案で実施できるようにする(生田)年度末にコンサルテーション数の増加で評価もしくは、評価ツールの使用患者数で評価。 2) -7. 年間計画を立てて参加できるようにするか年度初めに医師と相談(森中心にCN) 2) -8. 29年度企画書を作成し、30年度からの実施に向けて調整をしていく(生田)	1)ラウンドメンバーの選定、医師の参加、週1回のラウンドはできた 2)緩和ケアチームへのコンサル方法は周知した 3)苦痛のスクリーニングは使用できていないので実態調査を実施予定 4)委員会メンバーに対し「これからの過ごし方について」勉強会実施	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	緩和とラウンドを活性化し、患者・家族の苦痛を緩和する	院内において緩和ケアチームのラウンドを理解してもらい、患者・家族の苦痛に対し、早期にチーム介入でき、症状緩和を図るようになっている
	3	認定看護師の活動調整(それぞれの配置や活動時間決定後に検討必要)	3)認定看護師それぞれの役割を明確化し、連携を図ることのできるシステムの構築 3) -1. 病棟患者・家族の担当・外来患者 3) -2. 家族からの相談への対応・病棟や外来からの相談時の対応方法の明確化 実施時期と担当 3) -1. 4月に担当を決定する 3) -2. 企画書を6月までにあげ、外来に通知し実施(沖)	1)担当は決定 2)外来における相談対応は現在検討中	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	がん看護相談の開始	がん看護相談を開始し、市民が周知できるよう広報活動を行う

施設名	No	P(Plan)		D(do)	C(check)	A(act)	
		医療サービスの質に係る目的(目標)	目標を達成するための達成計画	今期実施したこと	達成状況	平成30年度の目的(目標)	達成計画
宝塚市立病院	1	平成28年度作成した苦痛スクリーニングシートと運用手順に沿い、病棟、外来で運用を開始し、患者とその家族のつらさを迅速に把握し、適切に緩和ケアを提供できる	平成29年2月より各科病棟から病棟マニュアルに基づきスクリーニングシートの運用を開始する。開始後1年間、実施状況や問題点を把握し、円滑に運用できるように修正を加える。外来は、平成29年6月までに実施できるよう周知活動を実施する。	院内周知会を平成29年1月に2回行ない、2月より病棟マニュアルに基づきスクリーニングシートの運用を開始した。外来のマニュアルも作成し、5月より外来の一部の診療科で開始した。スクリーニング実施状況や問題点は毎月の緩和ケアチーム委員会の中で行ない、情報の共有を行なっている。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由 マニュアルにて一定の使用方法を提示したが部署により取り組みやすい方法で開始したことで部署間に差が生じてしまった	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述することができる。	<input checked="" type="checkbox"/> 円滑に苦痛スクリーニングシートを運用できていない部署の課題を整理する。 <input checked="" type="checkbox"/> 円滑に運用している部署の取り組み方法や運用方法の工夫を共有し、どの部署を利用して患者と家族が自分のつらさを表出できるように部署間の差がなくなるようマニュアルの修正を行なう。 <input checked="" type="checkbox"/> 各部署のスタッフが苦痛のスクリーニングの扱い、運用方法を適切に把握できているかアンケート調査にて評価する。
市立川西病院	1	患者・家族と共に痛みについて目標設定ができる。	1. 苦痛のスクリーニングシートを作成する。 2. チームの介入を希望する患者に対し介入を行う。 3. NRS4以上の患者にはチームが介入する。 4. 主治医がチームのカンファレンスに参加できるように設定する。	1. 生活のしやすさに関する質問表を作成し、入院、外来のがん患者に使用することができた。 2. 生活のしやすさに関する質問表の項目でチームの介入を希望された患者に介入を行った。 3. 介入することができた。 4. 可能な限り参加する事ができた。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	患者・家族と共に痛みについて目標設定ができる。	1. 生活のしやすさに関する質問表を外来、病棟で使用する。 2. 疼痛コントロールの目標設定をチームと各セクションのスタッフで評価できる。 3. 主治医がカンファレンスに参加できるように設定する。
果立がんセンター	1	緩和ケアチームと病棟リンカースの協働を強化する	<input checked="" type="checkbox"/> リンカースがSTAS-Jを活用し、チーム介入が必要な患者を抽出する <input checked="" type="checkbox"/> リンカースとチームが介入患者に関する情報を共有する <input checked="" type="checkbox"/> リンカースがチーム介入の評価を行う	<input checked="" type="checkbox"/> 緩和ケアチームが病棟ラウンド時に、リンカースに声かけを行い、介入が必要な患者の情報や介入中の患者情報を共有するよう意識して行った。 <input checked="" type="checkbox"/> チーム介入終了時に、リンカースから意見を聞くように努め、介入の評価指標とした	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	・緩和ケアに関する院内ニーズを調査する	<input checked="" type="checkbox"/> 院内スタッフ(医師、看護師、薬剤師、リハスタッフ、栄養士)に緩和ケアに関するアンケート調査を行う <input checked="" type="checkbox"/> 質問項目は3つ程度とし、記載者に負担のかからない内容とする <input checked="" type="checkbox"/> 職種や科別のニーズを抽出し、課題を導き出す
	2	特殊鎮痛を円滑に行う	<input checked="" type="checkbox"/> くも膜下鎮痛バスを作成する	作成中、今後対象患者に試用予定	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	・対象患者に試用し評価・修正を行う	<input checked="" type="checkbox"/> バスの評価や修正を適宜行う
	3				<input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	・せん妄に対するプロトコールを遵守することで、せん妄の予防や早期終息が図れる	<input checked="" type="checkbox"/> 改訂版の院内緩和ケアマニュアルのせん妄プロトコールやせん妄対策についての学習会を開催する <input checked="" type="checkbox"/> 病棟ラウンド時にせん妄患者のスクリーニングを行う <input checked="" type="checkbox"/> PCT介入依頼のあったせん妄患者に対し、プロトコールに沿った対応がされていたかどうかを調査する <input checked="" type="checkbox"/> プロトコールがせん妄予防や早期終息において有効に機能しているかどうかを評価する
果立加古川医療センター	1	がん患者とその家族のQOLを向上させるために院内全体に診断早期からの苦痛の評価を行うためのスクリーニングを実施する	<input checked="" type="checkbox"/> 苦痛のスクリーニングを安定的に実施し業務として定着させる <input checked="" type="checkbox"/> 介入すべき人、時期を見極めPCTに関わる <input checked="" type="checkbox"/> 現場で対応できているか確認し必要時支援する	<input checked="" type="checkbox"/> 苦痛のスクリーニングを継続、リンカース部で部署対応した内容や件数の共有、問題点を抽出し状況を確認 <input checked="" type="checkbox"/> 緩和ケアチーム介入件数80件/年	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	がん患者とその家族のQOLを向上させる ・緩和ケアチーム(入院患者対象)介入患者を100件/年に増やす	<input checked="" type="checkbox"/> 苦痛のスクリーニングを初診時に加え、化学療法実施時にも実施する <input checked="" type="checkbox"/> 陽性患者で希望する場合介入実施 <input checked="" type="checkbox"/> 医師、看護師対象にPCT活動内容へのアンケート調査を実施、活動の見直しを行う
	2	がん患者とその家族のQOLを向上させるために院内全体に診断早期からの苦痛の評価を行うためのスクリーニングを実施する	<input checked="" type="checkbox"/> 外来化学療法室と連携し、化学療法中患者に対し苦痛のスクリーニングを実施する <input checked="" type="checkbox"/> リンカースを育成配置 <input checked="" type="checkbox"/> スクリーニングで拾い上げた患者に対し介入する	<input checked="" type="checkbox"/> 外来化学療法室でスクリーニング導入のための説明会を実施 <input checked="" type="checkbox"/> 化学療法室患者の情報共有を行い緩和ケア外来で患者の希望により介入実施(45件)	<input type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	がん患者とその家族のQOLを向上させる ・緩和ケア外来で化学療法中患者を併診し、症状緩和や意思決定支援等実施(90件/年)	<input checked="" type="checkbox"/> 化学療法室の情報を元に主治医に介入の要否を直接相談、患者への説明を終って併診開始(医療者発信)
	3				<input type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	がん患者とその家族のQOLを向上させる ・緩和ケアチーム、緩和ケア外来の事を正確に案内、患者家族の希望によりPCTの介入希望や、緩和ケア外来を受診できるようにする(10件/年)	<input checked="" type="checkbox"/> 緩和ケア外来の案内を作成、PCTのポスターを修正し、案内モニター画面に提示 <input checked="" type="checkbox"/> 案内を見た患者家族が相談出来る様、院内の紹介の流れを明確にし職員に周知 <input checked="" type="checkbox"/> 苦痛のスクリーニング質問票にPCT活動の案内を追加
加古川中央市民病院	1	入院患者のつらさに対する早期からの緩和ケア介入	<input checked="" type="checkbox"/> 病棟用の苦痛のスクリーニング運用のフローチャートを作成する <input checked="" type="checkbox"/> 入院支援室で苦痛のスクリーニングを配布し、入院時持参してもらう <input checked="" type="checkbox"/> 入院時に病棟Nsが、スクリーニングをチェックし、陽性患者を拾いあげ、まずは主治医と病棟Nsが対応する <input checked="" type="checkbox"/> 専門的緩和ケアが必要な患者に対して、リンカースが緩和ケアチーム会で月1回以上情報共有を行う	<input checked="" type="checkbox"/> 9月に入院版の苦痛のスクリーニング運用のフローチャートが完成する。 <input checked="" type="checkbox"/> スクリーニングの配布方法、場所などを検討し、関係部署へ対応可能を確認。計画通り、入院支援室でスクリーニングの用紙を配布し、入院時に持参して頂く運用方法とした。 <input checked="" type="checkbox"/> 運用のフローチャートに沿って、12月より呼吸器病棟でスクリーニングの運用を開始する。その後、2月より消化器センターでスクリーニングの運用を拡大する。用紙に沿って、問診を行い患者の辛さなど情報収集が行えるようになってきている。 <input checked="" type="checkbox"/> 苦痛のスクリーニングに対し、リンカースの活用までは至っていない、PCTメンバーがスクリーニングの実施状況を確認している。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由 診療科間での苦痛のスクリーニングに対する認識(必要性)の相違が明らかになった。スクリーニングに対する共通認識を得ることが先決であり、その過程が不十分であったため。	入院患者のつらさに対する早期からの緩和ケア(①苦痛のスクリーニングを多診療科へ拡大 ②スクリーニング陽性患者への対応の整備)	<input checked="" type="checkbox"/> 苦痛のスクリーニングの拡大(3-5病棟) <input checked="" type="checkbox"/> 4月に泌尿器科、5月に血液内科・乳腺科 <input checked="" type="checkbox"/> 苦痛のスクリーニングに対するリンカースの役割について明確化する(上半期中) <input checked="" type="checkbox"/> ②スクリーニングが各病棟をラウンドし、スクリーニングのチェックを行い、辛さへの対応困難事例について聴取・相談
	2	外来患者のつらさに対する早期からの緩和ケア介入(多診療科における苦痛のスクリーニングの運用開始)	<input checked="" type="checkbox"/> 苦痛のスクリーニングの対象者を明確にし、診療部会議や勉強会等を開催して、医師や外来看護師に苦痛のスクリーニングに関して周知する <input checked="" type="checkbox"/> 運用システムについて3ヶ月に1回、評価・見直しを緩和ケアチーム会でシステム整備する	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者はがん患者とした。外来での苦痛のスクリーニングの導入に向け、診療部へスクリーニングの説明はあった。また、運用方法も検討する。しかし、外来での運用方法が定まらず、フローチャート作成、周知まで至っていない。 <input checked="" type="checkbox"/> 運用方法が定まっていないため、運用システムの評価、見直しは出来ない。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input type="checkbox"/> 一部達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	外来患者のつらさに対する早期からの緩和ケア(多診療科における苦痛のスクリーニングの運用)	<input checked="" type="checkbox"/> スクリーニングの運用方法について、再検討し案を作成する(上半期中) <input checked="" type="checkbox"/> 診療部会議、看護部会議などで、各診療部、部門にスクリーニング、運用方法について説明、周知(上半期) <input checked="" type="checkbox"/> 呼吸器科、消化器科を重点的にスクリーニングを行う。(入院患者の導入と同様、診療科毎に徐々に拡充していく)(1年を通して)
明石市立市民病院	1	PCTの質向上	緩和ケアCNと薬剤師の週1回ラウンドによって院内における緩和ケア対象者の把握と相談・必要時介入し、チームへの直接的な依頼件数が7件以上ある(平成28年度が6件)	10月までに依頼件数7件以上はあるが、その後定期的なラウンドは薬剤師の人員減少・緩和ケアCNの勤務場所の変更などにより時間を確保できず殆ど出ていない。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由	地域医療支援病院として、早期からの緩和ケアの介入による患者・家族のQOL向上のため、組織の改編⇒緩和ケアチーム活動の手引き(第2版)の「チームの立ち上げ方」に沿って	<input checked="" type="checkbox"/> 院内における緩和ケア運営委員会及びPCTの目的明確化 <input checked="" type="checkbox"/> 2) 目的に沿ったメンバーの選定・エフォートの決定 <input checked="" type="checkbox"/> 3) トラバ対応方法と院内の組織的位置づけ明確化 <input checked="" type="checkbox"/> 4) マニュアルの変更 1)2)を5月までに、3)4)を9月までに
	2	緩和ケアの認知向上	<input checked="" type="checkbox"/> 緩和ケアチームで近郊の緩和ケア病棟の視察に行く <input checked="" type="checkbox"/> 視察した内容をスタッフ向けに院内発表を実施 <input checked="" type="checkbox"/> その際緩和ケア病棟や自宅への看取りに関してアンケートを実施し、次年度の計画に反映する	<input checked="" type="checkbox"/> 12月にふくやま病院と1月に市立芦屋病院へ視察。 <input checked="" type="checkbox"/> 3月30日に院内で報告会を開催予定 <input checked="" type="checkbox"/> アンケートは作成し、実施する予定	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由		
	3	緩和ケアリンクナー	毎月開催する緩和ケアチーム会で所属病棟に潜む緩和ケア対象者の情報共有を積極的に行う。また院内学習会を主体的に開催し、緩和ケアの知識の向上を目指す	徐々にリンクナーが所属する病棟の対象患者への意識が向けられるようになっているが、コアメンバーの活動が伴っていない。学習会に関しては「エンゼルケア」を院内看護スタッフへ向けに2月に開催した。	<input checked="" type="checkbox"/> 達成できた <input checked="" type="checkbox"/> 一部達成できた <input type="checkbox"/> 達成できなかった <input type="checkbox"/> その他 達成できなかった理由		

施設名	No	P(Plan)		D(do)	C(check)	A(act)	
		医療サービスの質に係る目的(目標)	目標を達成するための達成計画	今期実施したこと	達成状況	平成30年度の目的(目標)	達成計画
市立西脇病院	1	入院患者の苦痛の緩和	全病棟で入院時に行っている苦痛のスクリーニングの継続 スクリーニング陽性患者への適切な介入	4月1日から10月10日までの約半年で549件のスクリーニングを実施(昨年の1年間では1060件) うち、229件の陽性患者に対して病棟ナースとチーム合同でのカンファレンス、さらに必要者が高い場合にチーム発動での継続介入を行った	■達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	スクリーニングでの抱い上げと、適切な介入の継続 さらにその評価を行っていく	スクリーニングの実施を昨年同様1千件を超えて行う 病棟でのチーム活動を週1回のカンファレンスと同時に行う チーム発動となった患者さんの振り返りを行い、苦痛の緩和につなげられているか評価を行う
	2	外来患者の早期からの苦痛の緩和	化学療法室や放射線治療室での苦痛のスクリーニング実施		□達成できた □一部達成できた ■達成できなかった □その他 達成できなかった理由	外来化学療法室で、継続的なチームカンファレンスのなかで、化学療法中の患者さんの苦痛の抱い上げと介入を行っていく	2週に1回の外来での化学療法カンファレンスの開催と参加
姫路赤十字病院	1	【姫路赤十字病院せん妄対策マニュアル】を職員に周知し、活用した結果せん妄に対するケアの質が向上する	・4月:28年度完成した『姫路赤十字病院せん妄対策マニュアル』を病院のマニュアル集に掲載 ・5月:職員に対しマニュアル集をPR ・7月:マニュアル集を活用しているか調査 ・調査結果を基に修正	・4~5月:28年度完成した『姫路赤十字病院せん妄対策マニュアル』を再度、チーム内で点検→修正 ・6月~7月:せん妄アセスメント(DST)へ電子カルテテンプレート修正 修正したマニュアルを病院委員会へ提示→承認 ・8月:院内マニュアル集掲載職員にPR	□達成できた ■一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由 :アンケート実施ができていない	【目的】患者・家族が質の高いせん妄ケアを受ける事ができる。 【目標】姫路赤十字病院せん妄ケアマニュアルを評価し向上させる	『姫路赤十字緩和ケアマニュアル』の活用に関するアンケートの作成・実施。 ・アンケート結果から追加修正すべき点を抽出し、マニュアルを更新する。 ・マニュアルが更新されたことを院内スタッフに周知する。 ・精神科医によるせん妄に関する院内研修会開催
	2	苦痛のスクリーニングの対象者を拡大する	・4月:対象者を拡大するための質問票の見直し ・7月:対象者を拡大 化学療法室+入退院センター ・9月:更に対象者を拡大するための仕組みを検討	・外来化学療法室でのスクリーニングは継続中、スクリーニング結果に基づき、専門家が対応している。 ・対象者拡大のための質問票の見直し、拡大方法は9月末現在検討中	□達成できた □一部達成できた ■達成できなかった □その他 達成できなかった理由 :質問票の見直し中で終わってしまっ	【目的】がんと診断された患者の苦痛をスクリーニングし、患者の苦痛を適切に緩和することができる 【目標】スクリーニング対象患者を拡大する。スクリーニング方法と介入の流れを修正する。	①3月:新しいスクリーニング用紙とスクリーニング方法を決定 入院患者に拡大 各病棟の緩和ケアリンクナースによるチェックと専門家への依頼 ②4月:院内の関係部署等に伝達 ⑤7月:評価修正 ④現在行っている外来化学療法室でのスクリーニングは継続
姫路医療センター	1	がん治療のために入院中患者において、時期を失わずに緩和ケアの導入が検討されること。	①ある一定期間において、苦痛のスクリーニング調査後1週間後の様子をカルテで抱い上げ、介入率に変化がないか確かめる。この方法で結果の分析を行う。 ②介入率の変動を見て、対象者の変更が必要か検討する ③スクリーニング方法の見直し。	4~5月スクリーニング結果をもとに、その後1週間後の状況においてスクリーニング陽性かどうか調査し、対照群の検討を行った。調査後1週間後の陽性のほうが陽性率が高かったため、スクリーニング対象者の検討を行うことになった。 (評価) 陽性率が高い対照群へ変更することが妥当であるが、その他の受け皿体制が整っておらず、結果になった人への対応について課題になることが必須である。 陽性になった患者に対して緩和ケアチームがすべてを対応するのは非現実的である。まずは病棟看護師の対応が重要である。病棟看護師が対応するための応援体制や、相談体制が整う必要がある。	□達成できた ■一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由	(目的)がん治療にて入院中の患者において、時期を失わずに緩和ケアの導入が検討され、必要なケアが受けられること (目標)スクリーニング後のケア体制を構築し運用すること	①スクリーニング方法(用紙と体制)を改訂する ②スクリーニング後のケア体制のために緩和医療リンクナースのがん看護教育を実施する ②-1:スクリーニングの目的と体制 ②-2:がん患者の社会的問題への対応 ②-3:がん患者の意思決定支援(AOPを含めて) ②-4:苦痛の評価方法と看護ケア ③がん看護外来体制の整備(場所・アナウンス・組織化) ④スクリーニング体制の評価・改善計画
	2				□達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	(目的)地域における緩和ケアの提供体制や連携が充実し、在宅療養患者のケアの質が向上する (目標)緩和ケアを実践する地域の医師および看護師との交流を深め、緩和ケア地域連携カンファレンスを年に3回実施する	以下の内容でカンファレンスを開催する。 ①訪問看護師からみた在宅緩和ケアの現状と課題 ②訪問診療医からみた在宅緩和ケアの現状と課題 ③訪問リハビリからみた在宅緩和ケアの現状と課題 姫路医療センターに関する在宅緩和ケアに関するニーズおよびカンファレンスで求めていることなどアンケート調査を行う
	3				□達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	(目的)姫路医療センターにおける緩和ケア提供体制の充実を図る (目標)病院内における看護師の緩和ケアに関する知識・技術の向上を目指した教育研修を行う。	①緩和ケア教育テキストに基づいた教育計画案を作成する ②教育活動実践し、修了者を20名確保する。 ③修了者に対するフォローアップ研修を計画する
製鉄記念広畑病院	1	相談患者の全人的苦痛緩和 早期介入システムの充実	1)提案が速やかに実施できるように定期回診日程を変更 金曜から火曜午後へ 2)回診経過記録からの患者情報を病棟Ns、コアメンバーで共有する。 *回診までの経過記載件数を毎月データを取って、80%記載を目指す 3)全曜日午後フォローアップ回診でのQOL評価 *評価ツールSTAS-J、PPI 4)苦痛緩和とACP・意思決定支援につながる事例検討・カンファレンスの開催 *年2回 7月・11月木曜日	1)介入患者は4月から37名、定期回診を火曜日に変更し助言の評価ラウンドを金曜日に行った。 2)定期回診内容から各部署経過記録記載は90%に達し記載内容からラウンド時に患者状況の共有につながっている 3)全曜日フォローアップ回診ではPPI・PPSの評価は全患者で行った。STAS-Jを用いた評価は1例もない状況。 4)7月他施設合同のカンファレンスを開催。関連部署看護師・MSWと他施設から医師・看護師20名が参加	□達成できた ■一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由 チームメンバーへのSTAS-Jについて周知不足やSTAS-Jを各部署スタッフで共有できる事前の情報提供が不足していた。	医師・メディカルスタッフの医療用薬品に対する知識の向上を図り、患者・家族の生活の質が高められる。 1)痛みチェックシート評価で、NRSの低下、生活上支障をきたさないレベルの変化が3週間以内となる患者が80%以上ある。 2)各科医師50%以上の講義参加がある。	1)がん疼痛コントロールマニュアルを作成し各部署に配布する。 2)がん疼痛マニュアルを題材にした医師対象のレクチャーを開催(年3回予定) 3)緩和ケアに携わる医師への緩和ケア知識についてのフォローアップ研修の実施
	2	リンクナース及びがん患者を看護している部署の看護師の看護実践力向上を図る 【アセスメント能力を養い、意思決定支援や看取りのケアを考えることができる。がん患者・家族とコミュニケーションを図ることができ	1)偶数月定例会で、介入患者部署のリンクナースが中心となり事例検討やデスクカンファレンスを行いアセスメント力向上を目指す。*定例会で30分~45分 リンクナースが事例提供し事例を深める 2)奇数月定例会での勉強会開催 ①日本看護協会刊行テキスト「緩和ケア研修」を基にコミュニケーションロールプレイ ②看取りのケア(ELNEC-J資料を基) ③がん患者の看護ケアを考える ④症状緩和:オピオイド・レスキュードーズの使い方 ⑤意思決定支援 3)勉強会日程は各部署に案内する	1)4月~6月 2部署から事例検討を行い、生命倫理4分割表で検討を行った。リンクナースは部署に持ち帰って検討の場を設けた。 2)薬剤師はオピオイド・レスキュードーズについて講師担当を行った。看護師は勉強会で毎回事例紹介してケアを考える機会にしている。	□達成できた □一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由 予定通りに事例検討会、勉強会を開催している。リンクナースの自己評価が出来ていない		
赤穂市民病院	1	がん患者のさまざまな苦痛を早期から緩和する。	・スクリーニングの対象者を、がん告知後の入院予定患者全員に変更したマニュアルを作成し、2月から導入する。 ・導入前に、スクリーニングがケアにいかせるよう、外来看護師に対して勉強会を行う。 ・3か月ごとに対応状況をPCTのカンファレンスで確認する。	・マニュアルを作成して導入開始した。 ・緩和ケア認定看護師が導入前に勉強会を行った。 ・平成29年度4~2月までに外来にて46件のスクリーニングが行われた。	□達成できた ■一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由 PCTカンファレンスにおいて3カ月毎の確認が不十分であった。	院内全体にがん診断患者を対象としたスクリーニングを浸透させることができる。	・毎月1回スクリーニングの結果を集計し、チームカンファレンスの場で介入状況などの確認を行う(第2週目のチームカンファレンスで実施する) ・4月中に外来部門での配布状況を調査する。 ・師長会を通して外来部門にスクリーニング配布を依頼してもらい、その後の配布状況を再度調査する(7月)。 ・緩和ケアチーム勉強会を院内で開催し、スクリーニングの周知を図る。 ・リンクナースを通して、がん診断患者に対してスクリーニングの実施を促す。
	2	医療用薬物の適正使用を推進する。	・勉強会を行い、院内スタッフの周知を図る。 ・リンクナースを通してPCTのカンファレンス時、薬剤の使用状況を確認する。 ・薬剤の使用が適正かどうかカルテで確認する。	H.29.3.22に緩和ケアチーム院内勉強会を開催し、「スクリーニングシートの運用について」と「医療用薬物の適正使用について」全職種に周知した。	□達成できた ■一部達成できた □一部達成できなかった □その他 達成できなかった理由 カルテ記載なし 次年度は鎮静マニュアルの周知に取り組む。		
	3				□達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	鎮静マニュアルの院内周知を図ることができる。	・4月までに鎮静のマニュアルをチーム内で作成する。 ・鎮静のマニュアルを電子カルテに掲載する。 ・リンクナースを通して鎮静のマニュアルの使用をスタッフに伝達していく。

施設名	No	P(Plan)		D(do)	C(check)	A(act)	
		医療サービスの質に係る目的(目標)	目標を達成するための達成計画	今期実施したこと	達成状況	平成30年度の目的(目標)	達成計画
栗立柏原病院	1	入院中の緩和ケアが必要な患者が緩和ケアチームが介入し患者、家族のQOLが維持・向上できる。	緩和ケアチーム活動の充実を図り、依頼件数を増やす(目標70件) ・病棟リンクナースを中心に苦痛のスクリーニングを推進し、ESAS-J 4点以上の項目があれば、リンクナースがチーム介入を依頼する ・プライマリチームから、介入に対するフィードバックを受ける ① ラウンド時 ② 緩和ケア部会(1回/月)	・病棟リンクナースを中心に、苦痛のスクリーニングの実施を推進。その結果を評価して、緩和チームへの依頼に繋げるようすすめている。3月現在のチーム依頼件数は67件で、目標値に到達する見込みである。(前年度総数45件) ・ラウンドはチームメンバーが各自ラウンドを実施し、毎週PCTカンファレンスで情報共有、検討を行った。 緩和ケア部会で、プライマリチームからチーム介入に対するフィードバックを受けた。	■達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他	スタッフの緩和ケア能力向上を図り、患者、家族のQOLを高める。 ①基本的緩和ケアを教育できる看護師を4人各病棟に配置する。 ②緩和ケアチームの依頼件数が80件ある	緩和ケア教育指導者研修会の開催する。 ・緩和ケアポケットマニュアルを作成し、全スタッフに配布。(平成31年までに) ・各病棟の緩和ケアカンファレンスに参加する ・スタッフにアンケートをして評価する。 (平成31年2月)
	2	骨転移のある患者の苦痛を緩和する	・クリニカルパスを作成する ・骨メタボードの定期開催継続 骨転移に対する緩和的放射線治療の件数を増やす(25件)	・クリニカルパスは作は途中。 ・骨メタボードは2回/月実施。13事例の検討を行った。(内:緩和的照射件数は5名、体内固定術は3事例実施)	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	継続	
栗立淡路医療センター	1	【目的】患者・家族が早期から緩和ケアを受けることができる 【目標】症状スクリーニングにより患者の苦痛を早期に把握し適切な対応ができる	1)小児科・精神科以外の外来初診患者へスクリーニングが導入できる 2)医療者に負担なく拡大できるシステムが構築できる 3)外来・病棟のスクリーニング陽性者へ医療者が介入できる	外来症状スクリーニングは現場との業務調整の上、現状維持・病棟症状スクリーニングはフローチャートの作成・テンプレートの作成を行い、システム作りを行うことで昨年度1病棟の開始から6病棟に拡大できた。	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	【目的】緩和ケアを必要とする患者・家族がタイムリーに適切なケアを受けることができる 【目標】スクリーニング陽性患者に対するケアがどの部署でも行えるよう対応方法のシステムが確立できる	1)入院時のスクリーニングと陽性患者のモニタリング方法を確立する ①テンプレートの作成(陽性患者の対策方法も記載できる内容へ) ②モニタリング用の問診票を作成 ③看護計画の立案ができる ④STAS-Jの評価を定期的に行える
	2	【目的】患者・家族が安心して緩和ケアを受けられる 【目標】緩和ケアに携わる看護師の人材育成を行い、看護の質の向上を図る	1)院内認定看護制度が導入できる 2)緩和ケアカンファレンスで ①病棟看護師が問題提起ができる ②病棟看護師が解決策を立案できる	院内認定看護制度が導入できた。(17名)計画通り実施できている。緩和ケアチームラウンドやカンファレンスの場で問題提起や解決策の立案は一部の部署でできる。	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	【目的】患者・家族が安心して質の高い緩和ケアを受けられる 【目標】院内認定看護師の知識をもとに、各部署で緩和ケアの実践ができる	①院内認定看護師の役割の明確化を図る ②院内認定看護師が2月に1回自部署の患者の事例を用いて事例検討が行える
栗立粒千線医療センター	1	緩和ケアカンファレンスでの検討により、患者の苦痛症状が緩和し照射が完了できる	週1回緩和ケアカンファレンスを開催し、患者の苦痛を緩和する	年間23回のカンファレンスを開催し延べ70例について検討した。カンファレンスは30分~1時間、参加者は緩和ケアチームメンバー(医師/放射線技師/栄養士/薬剤師/看護師)以外に主治医や他の放射線科医師、内科医、病棟スタッフも参加し、多職種でアセスメントし方略を決定していった。検討内容は内科的身体症状のコントロール、症状緩和への介入が40件、精神症状への介入が8件、患者の治療方針の情報共有や意思決定支援についてが25件であった。	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	緩和ケアカンファレンスでの検討によって、患者の苦痛症状が緩和し照射が完了できる	週1回の緩和ケアカンファレンスを継続し、患者の苦痛を緩和する
	2	症状緩和につながる提案を院内で標準化していく取り組みを行う	①固定具を工夫し患者の苦痛を軽減する ②関連薬剤の使用基準作成 ③アメニティの充実(食事・入院環境等) ④緩和ケアに関する勉強会の開催	①4月~6月まで固定具についてのアンケートを実施し56%(N=37)が不具合を感じている現状とその内容を把握した。7月から工夫した固定具作成に取り組み、1月~3月まで改良後アンケートを実施し37%(N=41)と優位に不具合が減少した。 ②今年度取り組みの。③食事について:特別メニューは今年度から開始し1回実施した。提供患者は2月まで109名。アンケート調査で実施回数を増やす声が多く来年度からは月2回実施する予定。また5月5回実施していたハイキング給食(症状や嗜好により自分で選択できる)の方法を変え規模を縮小し1回実施した。 入院環境について:9月より音楽療法士による音楽療法を開始し、月2回実施した。 ④今年度は精神症状への対応を充実させていくことを目標に2回の院内勉強会を行った。院外の精神科医を講師に招き、5月に「がん患者の精神症状について」、8月に「抗精神病薬の適正使用について」の勉強会を行った。緩和ケアチームの薬剤師による勉強会も2回実施し、抗うつ剤3剤の採用を行なった。 下半期は看護師を対象に、院内の認定看護師が疼痛コントロールの勉強会(ステップアップ編)を実施した。	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	症状緩和につながる提案を院内で標準化していく取り組みを行う	①今年度のアンケート結果による新たな課題に対し、固定具をさらに工夫し治療体位による患者の苦痛を軽減する ②関連薬剤の使用基準作成 ③アメニティの充実 食事・患者満足につながるメニューの提供。食事環境への配慮。 入院環境:音楽療法の継続と効果の評価 ④院内多職種に対する緩和ケアの勉強会を年2回開催する。 内容:がん栄養・消化器症状のアセスメントと治療・AYA世代について・骨メタの治療についての中から2題。
神戸低侵襲がん医療センター	1	【目的】患者・家族に満足いく緩和ケアを提供する 【目標】緩和ケアチーム活動をより具体的に浸透し享受できるようにする	PCTカンファレンスとラウンドの充実	毎週1回開催のカンファレンスとラウンド以外に、小まめに病棟看護師とコミュニケーションをとり、PCTに相談しやすい足場作りを推進することで、依頼件数が増加傾向にある	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	【目的】患者・家族に満足いく緩和ケアを提供する 【目標】緩和ケアチーム活動をより具体的に浸透し享受できるようにするPCTカンファレンスとラウンドの充実	①PCTカンファレンスとラウンドの充実 PCTメンバーの変更に伴い、カンファレンスとラウンドの進め方を再検討、新メンバーで試行中より迅速に対応できるように工夫していく
	2	苦痛のスクリーニングの導入	短期入院期間の多い当院でできることをもう少し検討する余地があり、他院事例を見ていきたい		□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由		入院時の苦痛のスクリーニングを3月より開始し、3ヶ月を目処に見直しをしていく