令和2年度　各病院の目標達成状況　及び　令和3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	令和3年度の目的(目標)	達成計画
神戸大学医学部附属病院	1	緩和ケアチーム	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. 緩和ケアチームの広報の実施 2. 24時間、365日診療に対応する 3. 苦痛のスクリーニングが活用を行う 4. 緩和ケアチームへの紹介を含めた事務作業が効率化を行う	2. Covid対応の緊急対応を開始した。 3. 苦痛のスクリーニングの結果に応じて、専門的緩和ケアを受けることができるシステムを構築した 4. 非常勤事務員を採用し、事務執行体制の効率化を図った 5.（看護師）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は、緩和ケア外来で対応を行った。 6.（薬剤師）オピオイド使用状況を監査して、緩和ケアチームへの依頼を促す	□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	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 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 2)診療科への広報を行う 2. 24時間、365日、緩和ケア診療依頼に対応できる診療体制の構築について検討する 3. 苦痛のスクリーニングの結果に応じて、専門的緩和ケアを受けることができるシステムを構築する 4. 事務執行体制の効率化を行う(人的資源の再配置を行う) 5. 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 6.（薬剤師）オピオイド使用状況を監査して、緩和ケアチームへの依頼を促す
	2		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をはかる 2. 多職種、他部門との連携を行う 3. 緩和ケアチームの活動の監査が適切に行う 4. がん以外の疾患をもつ患者に対する緩和ケアを充実させる	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)緩和ケアチームミーティングを毎月開催した。 2)セルフチェックプログラムを1回実施し、緩和ケアチームの活動を振り返り、再評価した。 4)問題症例の事例検討を2回開催した。 5)ジャーナルクラブを開催した 6)コンサルタントとしての能力の向上を図るための勉強会(Learn Consultation from the Consultant Seminar：LCCセミナー)を開催した 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、毎週月曜日に症例カンファレンスを行った 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した（毎月第3金曜日） 3)包括的患者評価の情報を、病棟スタッフと共有した。 3. 緩和ケアチーム活動が監査できる体制を構築する 1)患者レジストリの方法を検討した 2)IPOSによる継続評価を実施した 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)循環器緩和ケアカンファレンスを開催する（毎週水曜日）	□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	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. 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必要時行う(各グループ週2回) 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2回) 5)ジャーナルクラブを開催する(月3回、論文数1年50本) 6)コンサルタントとしての能力の向上を図るための勉強会(Learn Consultation from the Consultant Seminar：LCCセミナーを開催する(年1回) 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3金曜日） 3)包括的患者評価の情報を、病棟スタッフと共有する 3. 緩和ケアチーム活動が監査できる体制を構築する 1)IPOSによる継続評価を行う 2)毎週月曜日にIPOSカンファレンスをおこなう。 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 1)循環器緩和ケアカンファレンスを開催する（毎週水曜日）
	1	緩和ケアセンター	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	1. 外来患者に対するスクリーニングを拡大・強化していく 2年度に0%スクリーニング陽性患者を始めた診療科と新規に導入の診療科（皮膚科・形成外科）への導入支援を行う 2)新規にスクリーニングを導入する診療科を検討し、外来と連携しながら導入する 2. 入院患者に対するスクリーニングシステムの質を向上させる 1)病棟スクリーニングラウンドでは、一次スクリーニング陽性の患者・家族への介入が適時、適切に行われるように病棟とアセスメントやケア計画の共有を行う 3. 病棟や外来（スクリーニングを実施している診療科）でスクリーニング結果が、ケアや支援につながっているかを評価するために監査を計画する 1)リンクスタッフ会を通じて、監査を実施する	1)について 今年度は、総合内科への導入と婦人科外来はIPOSへの変更を行った。導入支援としては、外来ラウンドを週1回行い、フォローアップしている 2)について 実施できていない 3)について 7月に監査を実施した。 その他 ECUでのスクリーニングを開始した。	□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	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	1. 外来：スクリーニング陽性患者への介入が拡大していけるように、外来ラウンドなどを通じて、問題や課題の共有と具体策の検討、実施を行う 2. 病棟：緩和ケア・退院支援リンクスタッフ会を通じて、監査を実施し、各病棟の課題に基づいて取り組みを行ってもらう。 3. ECU版スクリーニングツールを作成する
	2		患者・家族が質の高い基本的、あるいは専門的緩和ケアを受けることができる	1. 病棟・外来とのカンファレンスの実施 1)PCT介入がされていない入院患者のカンファレンスへの参加 2)ICUスクリーニング陽性患者対象のカンファレンスへの参加 3)IPOSの導入を決定している診療科を中心に、外来カンファレンスに参加する（腫瘍血液内科、放射線腫瘍科？） 2. 医療者向けの緩和ケア関連の研修会を企画、実施する 1)緩和ケア研修会を開催する（年4回） 2)意思決定支援の研修会、serious illness care programを開催する 3)地域連携カンファレンスを院内職員も参加対象とする	1について 外来では、ラウンドを活用して、ショートカンファレンスを実施しているが、病棟では実施できていない 2について ・緩和ケア研修会を実施した。 ・地域カンファレンスの広報をがんプロ生、テーマにより該当部署にも参加を呼びかけた	□達成できた ■一部達成できた □達成できなかった □その他 達成できなかった理由	患者・家族が質の高い基本的、あるいは専門的緩和ケアを受けることができる	1. 病棟・外来へのスクリーニングラウンドの実施し、緩和ケアニーズがある患者の拾い上げを行う。 2. 外来患者の緩和ケアニーズに対応するしくみづくり 3. 医療者向けの緩和ケア関連の研修会を開催する 1)緩和ケア研修会を開催する（年4回予定） 2)意思決定支援の研修会、serious illness care programを開催する 3)地域連携カンファレンスを院内職員も参加対象とする 　:リンクスタッフへも広報し、参加を促す。
	3		全ての患者・家族が、地域でも基本的緩和ケアを受けることができる	1. 院内・外の医療福祉従事者を対象に地域連携カンファレンスを開催する。 1)神戸市立医療センター中央市民病院との合同で企画・運営を行う 2)毎月1回カンファレンスを開催する。 3)患者の居住圏内の医療福祉従事者間のネットワーク作りと課題解決の場として機能させる 2. 地域の医療機関が、基本的緩和ケアを提供するための支援をする 1)地域からのコンサルテーションを与える仕組みをつくる	1. について ・感染防止対策を整えたため、カンファレンスは7月から開始した。リモートでの開催とし、月1回実施した。 ・年度途中から西神戸医療センターも参加してもらい、三病院で運営することができた。	□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	全ての患者・家族が、地域でも基本的緩和ケアを受けることができる	1. 緩和ケア地域連携カンファレンスを月1回開催する 2. 相談窓口をたて、地域の施設に向けて周知する
神戸市立医療センター中央市民病院	1		緩和ケアセンターの機能を充実する ①苦痛のスクリーニングを通じ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 ②必要ながん患者・家族に専門的緩和ケアが提供される	①緩和ケアセンターカンファレンスで多職種でと話し合い活動内容の充実を図る ②緩和ケアリンクナースと協働し全病棟でスクリーニングを行い、基本的緩和ケアが提供されるようにする。部署でカンファレンスを行い、スクリーニング実施率の確認、困難事例の振り分けをする。がん看護相談外来、PCTにつなげられるように支援する ③外来でのスクリーニング実施の拡大を話し合う ④緩和ケア病床をもつ病棟で勉強会を開き、ケアの充実を支援する ⑤がん患者・家族に新型コロナウイルスの感染予防の情報提供、生活支援を行なう	①毎週のカンファレンスで活動内容の検討・共有ができた。今年度の取り組みとしては緩和ケア地域連携カンファレンスの運営、WEB面会の企画・運用、非がん患者の症状緩和マニュアルの企画・作成、緩和ケア病床の運営状況の共有、苦痛のスクリーニング・がん看護相談外来の活動状況を共有した。 ②全病棟でスクリーニング・カンファレンスを実施し、困難事例についてがん看護相談外来・PCTへつなげることができた。 ③外来でのスクリーニングの実施拡大については1月以降での準備を予定している。 ④緩和ケア病床を持つ病棟での勉強会は、ミニレクチャー4回、事例検討3回実施した。事前学習などスタッフが症状緩和のためのケアを考える機会になった。 ⑤外来通院中の患者・家族の不安について調査し、その都度患者・家族の不安に対応した。	□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	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 ②必要ながん患者・家族に専門的緩和ケアが提供される ③緩和ケアチームの活動を評価する	①緩和ケアリンクナースを通して、苦痛のスクリーニングがすべての患者に実施できているかを確認する ②困難事例については、がん看護相談外来・PCT・その他の多職種に連携できるよう啓蒙し、部署のカンファレンスで確認する ③外来のスクリーニング実施拡大を継続して行う ④専門的緩和ケアの評価項目を上げ、がん拠点病院委員会に参加している診療科・リンクナースに評価を行う
	2		緩和ケアセンターの機能を充実する ③地域の緩和ケア提供の情報を共有し、連携が推進される	①緩和ケア病床で関わった事例、困難事例を地域の担当者と振り返る機会をもつ ②時大、西神戸医療センターと協働し、緩和ケア地域連携カンファレンスをWebで行う。ネットワークを作る ③新型コロナウイルス感染症に対しての地域の緩和ケアの取り組みの情報を地域と共有する	①緩和ケア病床でかかわった患者は院内カンファレンス・退院前カンファレンスに参加し、早期より地域連携と協力し退院支援に関わった。2021年4月の緩和ケア地域連携カンファレンスでは、当院のケア病床で関わった患者の事例を共有した。 ②時大、西神戸医療センターと協働し、今年度は7月から12月までに計6回、緩和ケア地域連携カンファレンスをWEBで開催できた。 ③新型コロナウイルス感染症に対する取り組みについても情報共有した。	□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	緩和ケアセンターの活動を充実する ④地域の緩和ケアリンクスと協働し、連携を推進する。	①緩和ケアチームで関わる困難事例に対して、地域の医療者と相談し解決を図る ②緩和ケア地域連携カンファレンスで積極的に困難事例を話し合う場を持ち、地域のリソースと意見交換を行う(月1回開催)
	3		非がん患者の症状緩和のマニュアルを作成し院内で活用される	①緩和ケアマニュアルに非がん患者に対する症状緩和の項目を追加する ②院内で使用の容意をし、内容を評価する	①②昨年度作成した慢性疼痛マニュアルは非がん患者の疼痛緩和に活用している。その他の非がん患者に対する症状緩和マニュアルは現在作成中である。年度中に作成し、院内で活用できるよう容意していく予定である。	□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	非がん患者の症状緩和に取り組む	①緩和ケアセミナーを実施し、非がん患者の症状緩和マニュアルの普及を図る ②非がん患者の症状緩和の標準看護計画を作成し、日々のケアに活用してもらう ③PCTで新型コロナ患者の介入依頼を受け、苦痛緩和をサポートする
神戸市立西神戸医療センター	1		【目的】 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。 【目標】 ①つらさのスクリーニングシートを、リンクナースと連携のもと活用しタイミングを逃さず早期介入につなげる。 ②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。 ③院内・外の医療従事者の能力向上に努める。 ④緩和ケアマニュアルを改訂し実践での活用を図る。	1. スクリーニングを外来・病棟で約2000件施行する。 2. スクリーニングによる介入を年20件以上（前年度以上）を目標とする。 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J研修・オープンカンファレンス1回/年）。 4. 緩和ケアママニュアルを改訂しリンクナース会で周知を図り、院内職員がマニュアルを活用した実践をする。	・スクリーニングを外来・病棟で約1800件（前年度1800件）施行した。 ・スクリーニングシートを分析し介入患者の傾向を把握した。患者にチーム介入希望の有無を尋ねるようにしておりスクリーニングによる介入は約34件（前年度20件増度）となっている。 スクリーニングシートの患者への説明方法や活用、チームとの連携についてリンクナース会で検討した。 ・院内の医療従事者を対象にPEACE研修、ACPに関する研修を実施した。 ・緩和ケアマニュアルを改定し、全職員への周知を行った。	□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	【目的】 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 。 【目標】 ①つらさのスクリーニングシートを、リンクナースと連携のもと活用しタイミングを逃さず早期介入につなげる。 ②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。 ③院内・外の医療従事者の能力向上に努める。 ④改定した緩和ケアマニュアルの実践での活用を図る。	1. スクリーニングを外来・病棟で約2000件施行する。 2. スクリーニングによる介入を年50件以上（前年度以上）を目標とする。 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J研修・オープンカンファレンス1回/年）。 4. 緩和ケアマニュアルを改訂しリンクナース会で周知を図り、院内職員がマニュアルを活用した実践をする。
	2		【目的】 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。 【目標】 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. チーム回診・ミーティングを行う(1回/週)。 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2回/年・発表1回/年) ・定期的にチームの活動を振り返り評価する(院内3回/年、院外第3者チェック1回/年)。 4. 多職種連携を強化する。 ・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(キャンサーボード1回/年、合同カンファレンス1/回、骨メタカンファレンス1回/週)。 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。・非癌患者への疼痛・呼吸苦対応(50件/年)。 ・循環器内科との協働(5件/年)	1. チーム回診・ミーティングを行う(1回/週)。 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2回/年・発表1回/年) ・定期的にチームの活動を振り返り評価する(院内3回/年、院外第3者チェック1回/年)。 3. 多職種連携を強化する。 ・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(キャンサーボード1回/年、合同カンファレンス1/回、骨メタカンファレンス1回/週)。 ・循環器内科との協働(5件/年)	□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・家族が質の高い専門的緩和ケアを受けることができる。 【目標】 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. チーム回診・ミーティングを行う(1回/週)。 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2回/年・発表1回/年) ・定期的にチームの活動を振り返り評価する(院内3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(キャンサーボード1回/年、合同カンファレンス1/回、骨メタカンファレンス1回/週)。 ・地域と的カンファレンスを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。・非癌患者への疼痛・呼吸苦対応(50件/年)。 ・循環器内科との協働(5件/年)
神戸医療センター	1		【緩和ケアの質の向上】 ①がんの治療抵抗性における苦痛への対応や鎮静を検討するための院内ツールが不足している。 ②院内の緩和ケアマニュアルが適宜見直しが行われていない。	①院内におけるがん患者の鎮静マニュアル・フローチャートを作成・整備を行う ②緩和ケアマニュアル内の項目を見直しし、追加・修正を行う。	医療用麻薬の看護手順などの追加・修正は進成できている。院内の緩和ケアマニュアルの見直し、鎮静マニュアル・フローチャートの作成は未達成である。	□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	①院内の緩和ケアマニュアルが適宜見直しが行われていない。 ②がんの治療抵抗性における苦痛への対応や鎮静を検討するための院内ツールが不足している。	①緩和ケアママニュアル内の項目を見直し、追加・修正を行う。 ②院内におけるがん患者の鎮静マニュアル・フローチャートを作成・整備を行う。
	2		【医療用麻薬の自己管理システムの整備】 ・自覚症状（疼痛、呼吸困難、吐など）出現時に即時に対応できること、退院後も患者が管理が行えることを目的に、医療用麻薬（レスキュー薬）を患者が自己管理できるようなサポートの整備	前年度作成した医療用麻薬自己管理マニュアルの周知と整備を行い、患者が安全安楽に管理できるように患者と医療スタッフのサポートを行う。	医療用麻薬自己管理マニュアルの周知を行い、マニュアルに沿いながら患者が疼痛マネジメントや自己管理の支援を行うことができた。	■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	緩和ケアママニュアルと連携しながら、患者が症状マネジメントを行えるように支援を継続する。	緩和ケアマニュアルと連携しながら、患者が症状マネジメントを行えるように支援を継続する。
	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	【緩和ケアリンクナースの育成】 1)症状マネジメントや全人的苦痛への介入および意思決定支援に関して、病棟によって知識・技術に差がある。 2)病棟により、緩和ケアチームカンファレンス内容のほとんどが緩和ケアチーム主体となっており病棟主体となって問題解決に望むことができていない。	1)-①緩和ケアリンクナースへ苦痛の評価について理解できるよう教育し、病棟看護師に伝える役割をになってもらう。 1)-②リンクナースとともに現存する痛みの評価シートの見直し・修正を行う。 2)-①緩和ケアリンクナースが病棟内で緩和ケアチームに依頼をしている患者の把握および新規依頼の調整を行う。 2)-②緩和ケアリンクナースが緩和ケアチームカンファレンスで効果的なカンファレンスが行えるよう、病棟内で問題点の抽出を行い、カンファレンスで意見交換ができるように調整する。
神戸中央病院	1		緩和ケアチームの活動拡大	ポスターを更新作成して、各病棟へ貼り出し、チーム活動のさらなる周知を図る	ポスターを更新するとともに、チーム依頼のない病棟へも訪問し、困り事があれば助言およびチーム依頼の提案を行う	☑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	緩和ケアチームの活動維持	今年度はチーム加算算定不可となるが、チームとしての活動は継続し、来年度の再開に備える
	2		各病棟のスタッフの困りごとを抽出し、スタッフのケアを行う	活動日その他の訪室日にナースステーションへ立ち寄り、病棟スタッフと症状その他（療養場所など）の問題点についてスタッフの困りごとを聴取し、ケアにおけるストレスの軽減に努める。	チーム活動日以外の訪問可能な曜日にチーム依頼のある病棟を訪問し、スタッフと患者の状況および今後の方針について共有し、必要に応じて助言や提案を行う。	☑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	各病棟のスタッフケアを行う	引き続き、訪問可能な日に依頼病棟を訪問し、病棟スタッフと症状その他（療養場所など）の問題点に対して助言、提案を行い、スタッフのストレスの軽減に努める。

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	令和3年度の目的(目標)	達成計画
関西労災病院	1	【目的】 患者・家族が様々なつらさを医療者に表出し、適切に対応されることにより、つらさを軽減できる 【目標】 緩和ケアスクリーニングの手法を改善し、患者のつらさに対応できる看護師を増やす	1) ①3月　緩和ケアスクリーニング新運用評価する ②4月　師長会に緩和ケアスクリーニング新運用評価結果を発表する ③5月　緩和ケアセンター委員会に緩和ケアスクリーニング新運用評価結果を発表する 2) 病棟看護師の患者のつらさへの対応強化のために緩和ケアリンクナースへ勉強会を行う 【緩和ケアリンクナース会実施内容】 ①緩和ケアスクリーニング実施の意味付け ②つらさの拾い上げ方について ③がん看護外来活用方法について	【入院時緩和ケアスクリーニング】 1)①②③緩和ケアスクリーニング新運用について 3月評価の結果:緩和ケアスクリーニング陽性であるが、専門チーム介入希望が「わからない」「無記入」の患者を緩和ケア認定看護師が把握し、患者の場示板に記入。視示板記載内容に対し、病棟看護師が記載されている内容について、直接患者に関き取り確認を行い、必要であれば専門家へ相談しるシステムを構築した。その結果、これまでつらさの拾い上げが行えていなかった患者の93%に対して、病棟看護師が初期対応を行う事ができるようになっていた。 上記評価についてがんセンター・緩和ケアセンター内で共有。 2)緩和ケアリンクナース会での勉強会 ①②緩和ケアスクリーニング実施している意味付けをマニュアルをもとにリンクナース会で共有。その内容を各病棟にて伝達講習を実施した。 ③看護外来活用方法については、がんセンター委員会、各診療科の医師に直接説明し、積極的に依頼がくるようになった。 【外来緩和ケアスクリーニング】 変更は行わず、現行内容のまま実施継続中。	■達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 新運用を開始し、各病棟で患者のつらさに対応できる看護師が増えてきた。来年度もこのスクリーニングが根付く様に関係の研修は継続していく		
	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】 すべての患者・家族が基本的緩和ケアを受けることができる 【目標】 院内外の医療従事者を対象にした研修会を実施し、基本的緩和ケアを実施できる医療従事者を増やす	1)各種研修会 ①緩和ケア研修会(9月頃)　対象:医師 ②がん疼痛について(7月頃)　対象:すべての医療従事者 ③せん妄について(11月頃)　対象:すべての医療従事者
兵庫医科大学病院	1	<目的> 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。 <目標> 1)医師 ①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を開催し、臨床研修医及び1年以上当院に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が研修を修了する体制を整備する。 ②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受講率100%を目指す。 2)看護師 ①がん看護の質の向上を目標に、ELNEC-Jコアカリキュラムを1年に1回開催する。また、がん看護コースの研修会の企画を行う。	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。 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。 2)看護師 ①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看護部教育室と連携し、がん看護コース研修会を開催する。	1)医師 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会は12月に開催した。ただし、今年度はCOVID-19の感染対策のため、受講者は12名とした。 また、他院(大阪府・兵庫県)の研修会リストを各医局に配布し、受講を促した。 2)看護師 COVID-19の影響により当院主催のELNEC-Jコアカリキュラムの開催は行わなかった。 がん看護の基礎編として、がん看護コースの研修会を計3回開催した。	□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 1)医師 がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会は12月に開催した。ただし、今年度はCOVID-19の感染対策のため、受講者は12名とした。12名のうち、8名が初期臨床研修修了後3年目までの医師であった。 院内のがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の受講率は、74.8%で、目標達成はできなかった。 2)看護師 今年度はELNEC-Jコアカリキュラムの開催は行えなかったが、がん看護の質の向上を目指し、がん看護基礎コースの研修会を開催し、計2名の看護師の受講が修了した。	<目的> 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。 <目標> 1)医師 ①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を開催し、臨床研修医及び1年以上当院に所属するがん診療に携わる医師・歯科医師が研修を修了する体制を整備する。 ②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受講率100%を目指す。 2)看護師 ①また、がん看護基礎・応用コースの研修会の企画・開催を行い、受講後のアンケートの満足度が70%を目指す。 ②がん看護の質の向上を目標に、ELNEC-Jコアカリキュラムを1年に1回開催する。	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。 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集合研修のうち講義とグループ演習は、WEBでの開催が認められているため、WEBを組み込みなが開催できるように計画を立てる。 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	<目的> 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> ①がん患者スクリーニングの陽性患者(Score3+今すぐ専門家の介入を希望した患者)のうち、専門家もしくは主治医・担当看護師が介入しなかった患者率を15%以下とする。 ②陽性患者のうち、主治医・担当看護師が提供する基本的緩和ケアの質の向上を目指す。 ③陽性患者のうち専門家への連携率を上げる。 (主治医・担当看護師で抱え込まないように)	①がん患者スクリーニングの質問票の運用方法を周知する。 ②リンクナース会でカンファレンス記録の共有と質の評価を継続して行う。 ③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。	がん看護リンクナース会(年に5回開催)において、がん患者スクリーニングの目的である基本的緩和ケアの充実と専門的緩和ケアへの連携、スクリーニングを活用し、患者が感じている苦痛をひろいあげる重要性を時間をかけて説明を行った。 またスクリーニング陽性患者のカンファレンスの質向上を目指し、病棟担当のCNS/CNsがカンファレンス記録のチェックをけうこと、リンクナース会で、カンファレンス記録の方法について全体で話し合う時間を持った。 陽性患者への未介入例を防ぐために、質問票提出時に未記入欄がある場合は、部署へ再提出を依頼するように取り組んだ。	□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質問票は、2021年1月初旬までの3034枚で回収している。(2019年度3168枚)陽性患者への未介入率は、24.7%であり、昨年度の20.1%より上昇しており、目標達成には至らなかった。陽性患者への未介入例を防ぐために、質問票提出時に未記入欄がある場合は、部署へ再提出を依頼するように取り組んだが、成果は得られておらず、対策が必要と考える。 ②基本的緩和ケアの質向上については、リンクナース会を通して継続して伝えており、記録内容の充実は少しずつ行えていると考える。 ③陽性患者の専門家連携率は、23%と増加している。 要因を明らかにする。	<目的> 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> ①がん患者スクリーニングの陽性患者(Score3+今すぐ専門家の介入を希望した患者)のうち、専門家もしくは主治医・担当看護師が介入しなかった患者率を15%以下とする。 ②陽性患者のうち、主治医・担当看護師が提供する基本的緩和ケアの質の向上を目指す。 ③陽性患者のうち専門家への連携率を上げる。 (主治医・担当看護師で抱え込まないように)	①がん患者スクリーニングの質問票の改定を行い、運用方法を周知する。 ②リンクナース会の目標にもスクリーニング未介入率を拾う目標を掲げる。 ③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	<目的> 患者・家族が地域連携のもと安心して療養の場を得ることができる <目標> ①地域の在宅医の特徴を知る ②地域の在宅医と相談できる関係性を作る ③地域の訪問看護ステーションと交流できる機会を作る	・連携先の在宅医との関係構築を目指し、「がん患者地域連携のための多職種カンファレンス」の内容を検討する。また普段より関係性を保持しながら連携できるように心がける。 ・ELNEC-Jコアカリキュラムの開催を通して、地域の訪問看護ステーションと交流できる機会を作る。	がん患者地域連携のためのカンファレンスにおいて、前年度行った地域連携のアンケート結果報告を行った。 しかし、COVID-19の影響で、web開催となり、地域の在宅医の参加はなく、交流は行えなかった。 しかしながら、連携の中では、患者が安心して転院や退院ができるように診療情報提供書を適切に記載するなど、関係性を保持することにつながった。 地域の訪問看護ステーションと交流できる機会は作れなかった。	□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 COVID-19の影響で地域との交流を積極的に持つことができなかった。 ＊COVIDの影響が落ち着けば、再度目標に掲げる。		
	4	<目的>NEW 医療用麻薬自己管理を推進し、患者教育をすすめる <目標> ①医療用麻薬自己管理パスの見直しを行う。 ②医療用麻薬自己管理ナーシングスキルの見直しを行う。	・医療用麻薬自己管理パスの運用状況を調査する。 ・自己管理パスまたは自己管理が進まない要因の分析を行う。 ・安全に管理することを原則としたまで、患者ニーズや患者の状態に応じて、柔軟に対応できるように手順(ナーシングスキル)の見直しを行う。	今期の医療用麻薬自己管理の件数は1件であった。自己管理が進まない要因として自己管理パスを作成してから6年が経過しており、普及活動が少なくなっていた。医師向けに緩和ケア研修会で、看護師・薬剤師向けに自己管理を導入したい病棟にはレクチャーを行った。	□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 自己管理パスの普及が浸透していないため、対象患者を選別するまでに至らなかった。また、自己管理対象患者がいても病棟もパスを行うにあたり、周知などの準備が必要であり開始できない事例もみられた。検討を行ったが、パスの見直しを行うまでには至らなかった。	<目的> 医療用麻薬自己管理を推進し、患者教育をすすめる <目標> ①医療用麻薬自己管理パスの見直しを行う。 ②医療用麻薬自己管理のナーシングスキルの見直しを行う。	・管理方法の見直しけう。(1包のみの管理も検討する) ・自己管理導入の教育を薬剤部・病棟スタッフに行う。
県立尼崎総合医療センター	1	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の体制を整備する	①ACPに関する研修会を開催する。多職種対象(緩和ケアセミナー)、研修医対象、看護師対象を行う。グループワークやロールプレイなども入れる。　②全職種共有のACPの記録フォーマットを作成し、記録を集約する ③緩和ケアチーム事従看護師と外来化学療法センター、地域医療連携センター、外来看護師と連携し、外来から介入できるようにする ④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、必要な支援が行えるよう調整する	・ACP研修会は、研修医対象(1年目)の研修会は開催した。COVID19の影響もあり、予定していた多職種対象の研修会は開催できず。緩和ケアチーム介入患者やコンサルテーション対応時に介入方法などカンファレンスなどで指導していった。 ・緩和ケアチーム事従看護師を中心にがん相談支援センターや地域連携センター、外来化学療法センターと定期的にカンファレンスを行い、治療中から症状緩和だけでなく、経済的・社会的問題、療養場所の意思決定支援など介入が増加した ・がん関係の専門看護師、認定看護師のID同席は、依頼診療科も増えた	□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	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の体制を整備する	1)ACPに関する医療者研修会を開催する。 ①多職種対象(緩和ケアセミナー)はWeb開催、数値目標としては各診療科から最低一人医師が参加とする。 ②研修医対象の研修会:年1回開催、講義だけでなく、グループワークなども入れる。 ③看護師対象:リンクナースへの学習会、がん看護研修会などACPの研修会を開催する 2)全職種共有のACPの記録フォーマットを作成し、記録を集約する 3)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。継続介入が必要な場合は、がん看護外来とて継続介入する。各科からの介入件数が前年度以上に増えるようにする。
	2	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. 院内教育: ①全職種を対象とした緩和ケアセミナーを年3回実施する ②医療安全と連携し、麻薬のヒヤリハットも含めた疼痛の研修会を開催する ③看護師教育:がん看護研修会やリンクナースへの学習会の開催、疼痛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 2. 緩和ケアチーム: ①緩和ケアチームや緩和ケア部会での学習会 ②緩和ケアチーム実施研修やセルフチェックプログラムなどを継続し、チームの課題を明らかにし、解決に向けての達成度の評価を行う	・緩和ケアセミナーは開催できず。緩和ケア研修会はCOVID19対応に工夫し、院内研修医(2年目)のみ対象で集会研修を開催した。 ・がん看護検討部会のリンクナースを中心に、がん疼痛の学習会(基礎知識、事例検討)を4回開催し、リンクナースのスキルアップを行った。また、各部署での緩和ケアの状況を把握し、問題解決できるように知識提供や支援を行った。 ・緩和ケアチーム実施研修は中止のため参加できず。心不全患者の介入もしており、心不全チームと定期的にカンファレンスを行い、チームの現状と課題を見直しを行った。	□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: 緩和ケアチームセルフケアプログラムへの参加はできてない	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	1)医療者への教育として研修会を行う ①全職種を対象とした緩和ケアセミナーを年3回実施する。 2)緩和ケア研修会を開催する(年1回) 3)研修会・薬剤師教育:緩和ケアチームカンファレンスへの参加、セミナーや研修会での基礎知識の提供 4)看護師教育:がん看護研修会やリンクナースへの学習会の開催、疼痛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 2)依頼件数の少ない診療科や部署に対して緩和ケアチームの活動や依頼方法、がん看護外来について周知する 3)外来・入院で切れ目のない専門的緩和ケアが提供できる体制を整備する 1)入院:麻薬使用患者、緩和ケアチーム介入されていない苦痛のスクリーニング陽性患者のカンファレンス(毎週水曜日) 2)入院→外来、入院→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支援を行う。 ③外来、外来→入院:緩和ケアチーム事従看護師と外来化学療法センター、地域医療連携センターとカンファレンスを行い、継続支援を行う 5)緩和ケアチームの質に向上: ①緩和ケアチームセルフチェックプログラムへの参加
	3	がん診療連携拠点病院・緩和ケア病棟・地域包括ケア病棟、在宅診療所と地域多職種連携カンファレンスを実施し連携を強化する	①カンファレンスを年3回実施し、連携に関する問題点を洗い出し改善する。また参加病院を増やす。 2)ACPに関する情報共有や連携に関する方法を検討する	・リモート会議など検討も調整できず ・ACPに関する情報共有や連携については、昨年度の多職種連携カンファレンスにて診療情報提供書の記載内容にばらつきがあり、必要な内容が不足しているとの課題があり、診療情報提供書のひな型を作成し、院内で周知した	□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	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	1)地域多職種連携カンファレンスを年2回(Webなど)実施し、連携に関する問題点を洗い出し改善する。(緩和ケア病棟・地域包括ケア病棟、在宅診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所など)、知識共有のための学習会や研修会の開催 2)ACPに関する情報共有や連携に関する方法を検討する	
県立西宮病院	1	<目的> 患者が最期までその人らしく生きることを支える。 <目標> 進行再発がん患者とその家族を対象に、医師、疼痛看護師がACPツールを活用して、アドバンス・ケア・プランニングを行い、療養場所などの意思決定支援を行うことができる。	・進行再発がん患者とその家族を対象に、前年度作成したACPツールを活用し、がん患者の療養場所の意思決定支援を実施する。 ・ACPツールの活用方法について各病棟の緩和ケアリンクナースから伝達を行う。 ・ACPツールを活用し、療養場所などの意思決定支援を行った結果から、ACPツールの実践適用性、およびACPツールを活用する3えでの問題点や課題を見出す。	・再発・進行がんの患者2名に対し、前年度作成したACPツールを活用した。患者から質問内容や選択肢について分かりづらいことを尋ね、その意見を元にACPツールの見直しを行っている。 ・ACPツールの看護手順を作成し、スタッフが統一して行えるように見直しを行っている。 ・緩和ケア委員会のサブACPメンバーからリンクナースに向けてACPの勉強会を実施した。 ・特定疾病でACPツールを使用し3名の患者に実践を行った。今後は外来導入を行い各病棟とも継続的にACPを行えるように体制を整えていく。	□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> 患者が最期までその人らしく生きることを支える。 <目標> 進行再発がん患者とその家族を対象に、緩和ケアチームのリンクナースがACPツールを用いて、アドバンス・ケア・プランニングを10例の患者に行い、多職種と協働し療養場所などの意思決定支援を行うことができる。	・ACPツールを使用した後、看護計画の立案を行い、ケアの提供を行う。 ・具体的な運用は看護手順に反映する。 ・対象患者にリンクナースがACPツールを活用し、病棟看護師や主治医と共有する。 ・ACPツールを外来で導入する。 ・外来導入後、患者が入院となった場合は疼痛看護師とツールを用いて情報共有を行う。 ・ACPの学習会をリンクナースから病棟看護師へ行う。 ・活用について困った時は、がん看護のスペシャリストに相談できる体制作りを行う。 ・院内の全職員を対象にACPについての学習会を行う。ナーシングスキルなどのWEBツールを活用して行う。
	2	<目的> ・がん性疼痛がある患者に対し、緩和ケアが提供できる。 <目標> ・病棟看護師が、がん性疼痛のアセスメント、ケアの提供が行える。	・緩和ケア委員会でリンクナースにがん性疼痛に関する勉強会を1回15分程度で毎回行う。 ・疼痛治療マニュアルの見直しを行う。特に、「その他」の非薬物療法の内容を具体的に示す。 ・緩和ケアワークブックの見直しを行う。 ・緩和ケアラウンドで疼痛コントロールに難渋した事例を緩和ケア委員会内でリンクナースと一緒に振り返り行う。	・緩和ケア委員会でリンクナースに対して、がん性疼痛の勉強会を開催した。1事例を展開するようにし、病期に応じたケアの参考になるように構成した。 ・疼痛マニュアルはがん疼痛の薬物療法に関するガイドラインの改訂内容に沿って見直しを今年度中に行う予定。 ・当院では疼痛の評価がNRSやフェイススケールで統一されていなかったため、NRSで統一できるようにマニュアルに追加し、院内全体に周知している段階である。	□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> がん性疼痛のある患者に対し、適切な疼痛マネジメントを行う <目標> ①オピオイドが処方されている患者の内80%以上に疼痛日記を活用し、疼痛による緊急入院を50%以上減らすことができる。	・がん疼痛治療マニュアルを改訂した施所を院内のスタッフに向け情報発信し、活用できるように周知する。 ・オピオイドが処方されている患者に対し、疼痛日記を渡し、記載してもらうように患者指導を行う。 ・看護師は患者の疼痛日記を確認し、痛みのアセスメントに活用する。 ・院内の全職員を対象に7月頃にオピオイドの基本的な使用方法、副作用対策について学習会を行う。 ・看護部の緩和ケア委員会内でリンクナースを対象に、がん患者の病みの軌跡のもと事例を展開し、がん看護学習会を行う。
	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	②緩和ケアチームラウンドの依頼をテンプレート化し、緩和ケアラウンドの疼痛の依頼が30%減少できる。	・緩和ケアチームラウンド時に活用する、プレゼンシートの様式を変更し、毎回更新することで、変化を可視化する。 ・7月頃にプレゼンシートの空白項目を把握し、情報不足項目を知る ・情報不足の項目を病棟にフィードバックする。 ・緩和ケアチームラウンドの時に疼痛の評価表を用いて、緩和ケアチームと病棟看護師が一緒にアセスメントを行う。	

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	令和3年度の目的(目標)	達成計画
明和病院	1	がん患者が緩和ケアを受けることができる	1．内服抗がん剤治療を受ける外来患者の介入をする ①薬剤師が該当患者リストを作成し、化学療法室に提出する（1回／週） ②化学療法室Ns から外来Ns へ、該当患者受診時にスクリーニングの実施依頼 （対象：内科・外科・泌尿器科・乳腺外科） 2．オピオイド処方がある外来通院患者への介入する ①薬剤師が該当患者リストを作成し、化学療法室に提出する（1／週、腫瘍内科以外の患者） ②化学療法室Ns から外来Ns へ、該当患者受診時にスクリーニング実施依頼	1．外来内服抗がん剤治療患者のリストアップし、介入できている。主に手足症候群や皮膚や爪に症状がある症例に対して、症状の確認をし、日常生活におけるセルフケアの指導を行っている。 2．7月より外来の緩和ケアラウンドを開始。オピオイド使用患者の相談件数22件に対して疼痛コントロールや訪問看護との情報共有を行った。 3．苦痛スクリーニング（令和2年4月～令和3年3月） 症状緩和・化学療法中・放射線治療中の患者対象にスクリーニングを実施 入院：179 件 外来：494 件 入院患者は、週に1回緩和ケアチームラウンドを行い、陽性患者の相談をうけている。外来患者は今まで個別で相談対応を受けていたが、7月から外来のラウンドを開始し、気になる患者や陽性患者の相談対応を定期的に実施。外来では症状の相談のほかに、療養先の検討や緩和ケアへ移行の相談もあり、SWとも連携して相談対応を行っている。 相談件数 入院：374 件 外来：39 件	□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	がん患者が緩和ケアを受けることができる	1．内服抗がん剤治療を受ける外来患者の介入をする ①薬剤師が該当患者リストを作成し、化学療法室に提出する（1回／週） ②化学療法室Ns から外来Ns へ、該当患者受診時に化学療法副作用チェック表の実施依頼。同時に緩和ケアラウンド時に生活のしやすさに関する質問票（以下スクリーニング と明記）結果も確認する ③2回目以降の薬剤指導や情報提供は薬剤師と共同し看護師が行う ④評価：診療科・内服抗がん剤該当者・症状・指導内容とその結果・介入件数／内服抗がん剤該当者数 2．外来・入院患者のスクリーニング継続を行う ①リンクナース会・院内メールで啓発 ②対象者：全科 放射線・抗がん剤治療中 症状あり ③評価：介入の有無確認（ラウンドや記録確認） 集計 1．2．を実施し、スクリーニング陽性患者への未介入件数 10%以下を目標とする。
	2	患者・家族が医療用麻薬を正しく使用できる	1．麻薬処方患者が薬剤指導を受けられるシステムを作る ①麻薬処方患者への薬剤指導指示書フォーマットを作成する ②上記の運用手順書を作成する ③指示書の運用方法について、外来診察医師と外来秘書・看護師に説明する ④薬剤師に対して、患者指導方法に関する勉強会を実施する（対象：1-2年目の薬剤師、実施者：がん性疼痛看護CN、緩和ケアCN） 以上を実施し、薬剤師が外来の麻薬処方患者に対して薬剤指導を実施できる	①②③　薬剤指導指示書はないが、オピオイド初回患者に対して、薬剤履歴や紹介状から処方の確認を行っている。当院であっても かかりつけ医であっても、初回であれば必ず薬剤指導を実施している。薬剤効果や服装管理など2回目の薬剤指導を行っている。該 剤する薬剤師が、処方がでたら初回と同様に薬剤履歴の確認、量の変更の確認を行い（処方内容の監査）、それを処方箋に記載 し、緩和ケアチームの薬剤師に伝え、その人が薬剤指導している。また、指導時の状況から、症状コントロール不良、服薬管理に問 題ある患者に対して、翌日・翌々日に電話訪問を行っている。 ④コロナの影響で研修は現在実施していない （6月～11月） 初回薬剤指導:101件 2回目指導:66件 3回目以降15件（必要だと感じた患者）	□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	患者・家族が医療用麻薬を正しく使用できる	患者・家族が医療用麻薬を正しく使用できる 1．麻薬処方患者が薬剤指導を受けられるシステムを作る ①(麻薬処方患者（初回・変更時・増量時・減量時）への薬剤指導指示書フォーマットを作成する ②上記の運用手順書を作成する ③指示書の運用方法について、外来診察医師と外来秘書・看護師に説明する ④オピオイド副作用出現時に関する問い合わせの対応を明記する ⑤薬剤師に対して、患者指導方法に関する勉強会を実施する（対象：1-2年目の薬剤師、実施者：がん性疼痛看護CN、緩和ケアCN） 2．オピオイド処方がある外来通院患者への介入する ①薬剤師が該当患者リストを作成し、緩和ケアチームに提出する（1/週、腫瘍内科以外の患者） ②緩和ケアチームから外来看護師へ、該当患者受診時に生活のしやすさに関する質問票（以下スクリーニングと記載）実施依頼（症状緩和の評価） ③医師・外来看護師・薬剤師は、オピオイド処方された患者（初回・変更時・増量時・指導必要患者・服薬状況に問題があるなど）を緩和ケアCNに報告し薬剤指導を依頼する。（薬剤指導が必要な患者の把握） ④緩和ケアCNと薬剤師は、薬剤指導項目（薬効・用法用量・副作用・注意事項・使い方）と検認項目（適応患者か・用法用量が適応してるか・投与薬品の有無・副作用対策があるか・服薬管理状況）共同して作成しチームで情報共有する。 ④評価：診療科・オピオイド処方患者・オピオイド種類・薬剤指導必要内容（初回・変更時・増量時・その他） ⑤介入した患者数／薬剤指導が必要な患者　未介入10%以下
	3	がん治療を受ける患者の栄養状態維持	栄養士が介入することにより、患者が治療を完遂することができる	腫瘍内科は、食欲低下・味覚障害・アルブミン低下により治療を継続するための栄養障害をきたすことが多いため、初回化学療法時にはベッドサイドで面談し栄養指導を行っている。	□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	がん治療を受ける患者の栄養状態維持	1．栄養士が介入することにより、患者が治療を完遂することができる ①栄養士の緩和ケアチーム介入 ②栄養相談の依頼（食欲低下・口内炎・味覚障害・アルブミン2.3mg/dl以下、スクリーニングで栄養の相談希望者）
市立芦屋病院	1	＜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、キャンサーボードの導入、SpPas・IPOSの導入等、新たな試みを行い、チーム機能の底上げを図る	①心不全ターミナル期への介入件数の増加（5例以上／年）、患者の苦痛緩和と家族ケアをサポート ②心不全Ⅲ・Ⅳ期へのスムーズな介入、心不全チームとの円滑な協働（心不全チームミーティングへ当チーム医師が参加など）、連携の強化を医師レベルで図る ③心不全チームの活動状況、介入症例の把握を兼ねて、心不全チームメンバーから情報収集 ④チーム初回訪問時は可能な範囲でIPOS使用し、効率的に苦痛のスクリーニングを行う。 ⑤スピリチュアルペインのある症例では、適時SpiPas使用し、ケアの方向性を示す。 ⑥キャンサーボードは1回／月でチーム内医師3人で症例を持ち寄り検討する。 ⑦外来緩和ケア診療加算10件／年、がん患者指導管理料Ⅰで介入した症例で、緩和ケアのニーズがある、予測される症例に対しチーム介入開始（5例／年）	①6件／年 依頼内容：疼痛1件、その他身体症状5件、精神症状1件、家族ケア3件、倫理的問題5件（重複あり） ②途中から心不全チームからの依頼で、臨床心理士がメンバーに入り、ミーティングに参加。しかし両チーム間の情報共有には至らず。 ③CN同士の連携は、活動時間の問題で難しい。またコロナ感染対策強化に伴い、チーム活動に制限が生じ、情報収集できず。 ④IPOS実施件数：24件／年（紙面で確認件数）、口頭で意思疎通可能な症例では、ほぼ全例で行っている。初回介入時の活用はほぼできているが、1週間後or以降の活用はできていない。 ⑤SpiPas実施件数：10件／年、患者の心情を汲みつつ、治療への希望、エンディングへの思い、死生観など価値観を抽出しスピリチュアルペインへのケアを検討することができた。 ⑥実施件数：8回／年、チーム内医師以外に、消化器内科・外科・研修医も参加するようになり、習慣化できている。 ⑦外来緩和ケア診療加算29件／年 がん患者指導管理Ⅰからチーム介入への連携症例：25件／年（加算Ⅰ以前にチーム介入していた症例11件は除外）	□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： コロナ感染対策強化に伴う チーム活動の制限 □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： コロナ感染対策強化に伴う チーム活動の制限 ☑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 □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：コロナ感染対策強化のため、数回開催中止になった ☑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	＜目的＞ 1、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、キャンサーボード・SpiPas・IPOSの活用促進し、チーム機能の向上を図る	①心不全ターミナル期への介入件数の増加（5例以上／年）、患者の苦痛緩和と家族ケアをサポート ②心不全Ⅲ・Ⅳ期へのスムーズな介入、心不全チームとの円滑な協働、連携の強化（リンクNsを活用し、定期的にメールで対象患者を情報共有する） ③チーム初回訪問時、意思疎通可能な症例は全例でIPOS使用し、苦痛のスクリーニングを継続 ④スピリチュアルペインのある症例では、適時SpiPas使用し、ケアの方向性を示しコアチームとケアを共有する。 ⑤キャンサーボードは月1回定期開催継続とし、多職種で治療・ケアの継続を検討する。コメディカルも参加できるよう開催日時を周知していく。 ⑥がん告知時からの継続した介入症例の増加（15例／年） ⑦佐賀看護師を対象に「コンサルテーションの他者評価アンケート」の継続、評価の共有と課題の抽出、改善に向けた対策を検討する。 ⑧外来通院患者の症状緩和で困っている症例への新規介入（5件／年）、がん化学療法CNとの協働。対象患者へ→チームパンフレット手渡し等、外来NsO協力を得て啓蒙行っていく。タイムリーに介入できるよう個室を確保する。
	2	＜目的＞ チームから院内外へ、専門的緩和ケアの発信を行い、地域との連携促進ができる。 ＜目標＞ 院内スタッフ、緩和ケアに携わる地域スタッフへ実践的なスキルを教育普及できる。	①緩和ケア研修会で、入退院を繰り返した在宅療養を経験した当院の事例を、院内外の医療者を交えてのデスカンファレンスを企画する。	①WEBで院内職員対象に「せん妄について」研修を1回開催した。	□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： コロナ感染拡大に伴い、集会研修は未開催、教育方法を変えて実施	2、チームから地域へ、当院の緩和ケアの発信ができる ＜目標＞ 在宅療養との連携強化、症状緩和スキルの実際など、教育的側面で症例を通して示すことができる	①緩和ケアをテーマに多職種が関心を持てる内容をWEB研修で1回／年企画、開催する。
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】必要な患者に緩和ケアチームが介入できるよう、苦痛のスクリーニングの実施率を上げることができる	①主に苦痛のスクリーニングを実施する看護師への周知 緩和ケアリンクナース会を通じてデーターの提示 ②各緩和ケアリンクナースが自部署での取り組みを検討、緩和ケアリンクナース会でピアレビュー ③評価修正	1.緩和ケアリンクナース会でのデーター提示/解説 各部署ごとに苦痛のスクリーニング実施率を去年度と比較提示し、各部署のリンクナースに自部署の状況を把握してもらった 2.各部署の取り組みピアレビュー ピアレビューは行えなかったが、がん患者の多い2部署において、リンクナースが自部署へ苦痛のスクリーニングに関する勉強会を実施できていた 3.評価修正 苦痛のスクリーニング実施率　R1:52%　R2:55% （R2は、7月までのデーター） 前年度と比較し実施率+3%上昇、前々年度からは+17%上昇、確実に実施率増加してきている。 ただ、依然としてがん患者のうち、半数程度の実施率にとどまっており、引き続き取り組みは必要と考える。	□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 今年度のリンクナース会はコロナの影響で開催できないことが多かったため ③がん患者特定前の患者のデーターも含まれていたことから、適切な母数（がん患者数）ではなかった。また苦痛のスクリーニング実施忘れも目立った。	【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】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ことができる	①（事務） 対象となる入院がん患者のリストを事務で抽出、一覧にして各部署の緩和ケアリンクナースへ送信 （リストプラスされた患者を母数とし、スクリーニング実施率を算出） ②（看護師：緩和ケアリンクナース会） ・①のシステムを検討 ・事務より送信された対象患者リストに対しスクリーニング忘れがあれば緩和ケアリンクナースから各看護師へ伝え実施忘れがないようにする ③（緩和医療委員会/緩和ケアリンクナース会） 評価
	2	【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】 必要な患者・家族に対し、ACPを含めた意思決定支援の提供体制を整備できる	①緩和医療委員会/倫理委員会と協同しWGを立上げ、ACPを検討する場をつくる ②WGで まず、必要な同意文書を作成する（代理意思決定者/鎮静/DNAR） ③作成した文書について、WG主催で多職種を対象とした院内研修会を行い周知を図る （作成目的、ACP必要性、文書内容、使用方法など） ④患者や家族もわかるように、院内掲示を行う	1.臨床倫理WGの立上げ 緩和医療委員会から4名、倫理委員会から3名が選出され、WGを結成した 2.同意文書の作成 ・代理意思決定者：作成未 ・鎮静：作成未 ・DNAR：作成中 3.院内研修会での周知：未 4.院内掲示：未	□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 コロナの影響でWGが開催できないことが多かったため	【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】 必要な患者・家族に対する以下の同意文書を作成できる ・代理意思決定者 ・鎮静 ・DNAR	コロナの影響が続いた場合、WGでの話し合いをWEBやメールで開催するなど検討する ①WGで必要な同意文書を作成する（代理意思決定者/鎮静/DNAR） ②作成した文書について、WG主催で多職種を対象とした院内研修会を行い周知を図る（作成目的、必要性、文書内容、使用方法など） ④患者や家族もわかるように、院内掲示を行う
市立伊丹病院	1	がん患者の苦痛を軽減するために陽性率の低下を目指す。	がん患者の苦痛やニーズを把握するために、苦痛のスクリーニングの実施率の増加を目指し、適切な対応を実施していく。	苦痛のスクリーニング実施件数は昨年度から338件増加し、陽性率は昨年度45%だったが、今年度は34.8%へ減少した。	☑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		
	2	精神科医や臨床心理士等、精神面でのアクセスを容易にする。	・常勤の精神科医が採用になったので、緩和ケア診療加算及び外来緩和ケア管理料が算定できるように、要件を満たしていく。 ・臨床心理士が早期からがん患者に関われるように患者・家族・医療者に広報する。	緩和ケア診療加算は511件算定できた。緩和ケアチームへの依頼時期は、昨年度は、診断から初期治療前が5.7%、がん治療中が40.9%、積極的治療終了後が53.3%だったが、今年度は診断から初期治療前が9.2%、がん治療中が49.3%、積極的治療終了後が41.3%と依頼の時期が早くなってきており、早期から精神面でのサポートを実施することができた。	☑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		
	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	医療者への緩和ケア教育の実施する。	集合研修以外の方法で疼痛に対するや薬物療法やがん患者の不安、抑うつ、不眠についての研修会を実施する。
県立がんセンター	1	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を院内で実践する	1)リンクナースと協働しACPが必要な患者にツールを用いて実践する 2)ACPを実践すると、活用しやすい半紙や記録になるよう意見を持ち寄り修正する 3)入院中に得られた情報を地域につなぐ方法を検討する	各部署のリンクナースが、昨年作成したACPシートを使用し、委員会で改善点について意見交換した。ジェネラリストナースの意見も集約しシートの改良を行った。また、診療記録の中にあるACPに関する記録には、赤付箋をつけるというルールを作り、記録の中に埋もれないようにした。地域への情報提供については、課題として残っている	□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	【目的】患者の意向を尊重した過ごし方を支援する 【目標】ACP(アドバンス・ケア・プランニング)を院内で実践する 1)ACPに関する記録が、個々の患者カルテの中で集約でき、必要な時に活用できる 2)医師やその他のコメディカルも赤付箋はACP記録であることを共通認識できる 3)まとまった話をしたときにはACPシートを活用する	1)昨年度の意見をもとに改定したACPシートを電子カルテに入れ誰でも使用できるようにする（6月） 2)緩和ケア委員会を活用し、ACPについての知識の向上を図る（7月） ①ACP実践に向け、各部署で学習会やロールプレイを実施する（7-8月） ②ACPのシートの活用方法について周知する（9-12月） 3)地域連携室と協働し、ACPに関する情報を地域につなぐ方法を検討する（9月）
	2	緩和ケアチーム評価「セルフチェックプログラム」を受け、患者のQOL向上に向けたチーム力の強化を図る	1)チーム機能評価ツールとして「セルフチェックプログラム」を使用する 2)チーム介入評価として、介入患者をQOLの視点で包括的に評価する 3)実践に即したカンファレンスの在り方を検討し改善する	セルフチェックプログラムのスケジュールに沿ってチームの改善点を抽出した。チーム運営や評価に関するカンファレンスを持つことでメンバー個々の考えや問題の捉え方がお互い理解でき、チーム運営する上で、重要な機会となった。包括的評価ツールは検討課題である カンファレンスについては、優先度をつけたプレゼンテーションにし、カンファレンスで挙げた患者リストをファイルしカンファレンス内容を振り返れるようにした。 コロナ禍でもカンファレンスができるよう200MBを活用した	□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	【目的】緩和ケアチームの介入評価を行う 【目標】緩和ケアチームの介入評価により患者のQOLが向上しているか否かを評価し、チーム介入の意義と課題を明らかにする	1)カンファレンスを定期的に開催しチーム介入の評価に関する意見交換を行う。（毎月開催） 2)評価ツールの運用方法を検討する（6月） 3)検討した評価ツールを使用し結果を収集する。（6月～11月） 4)評価結果をもとにチーム介入の評価を行いQOLの変化とチーム介入の課題を見出す（12月）
	3	麻薬使用患者(入院)への薬剤師の積極的介入による院内の麻薬使用の適正化を図る	1)麻薬使用状況を明らかにする 2)現在の薬剤指導率を明らかにする 3)麻薬の適正使用に向けた課題を抽出し検討する	1)電子カルテシステムを用いて麻薬使用状況を必要時明らかにしている 2)薬剤管理指導実施率が今年度はほぼ100%であり、麻薬使用患者へもほぼ全例実施している。また指導患者数は前年度と比較して188%増となった 3)病棟薬剤師から疼痛コントロール困難症例の情報を収集している	□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	【目的】薬剤師が麻薬使用患者(入院)に介入し、疼痛緩和及び副作用軽減を図る。 【目標】病棟薬剤師とチームの薬剤師が連携することにより疼痛コントロール困難患者をPCTにつなげることができる	1)薬剤部内で病棟薬剤師からPCT薬剤師へ疼痛コントロール困難症例(カルテ記録で「痛みを何とかしてほしいと言っている」等記載がある症例等)を集約しPCTラウンド時に状況を確認する 2)ラウンド時及びラウンド後、PCT薬剤師と病棟薬剤師が情報共有し、病棟カンファレンスや薬剤管理指導業務を通して気になる点をフードバックする。 3)難渋する場合はPCTのコンサルテーションを提案し介入する
	4	新型コロナウイルス感染防止対策を遵守しながら病院と地域をつなぐ退院前カンファレンスを実施する	1)Webを用いた退院前カンファレンスの体制を考える 2)最近した地域医療機関とのWeb退院前カンファレンスの試行 3)Web退院前カンファレンスのマニュアル作成 4)Web退院前カンファレンスの評価と改訂	Webを用いた退院前カンファレンスのマニュアル作成は完了したが、院内承認に至っていない。作成したマニュアルを活用しながら試行し、院内統一マニュアル化を図る →今後の推進は地域連携室に移行する	□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		
	5				□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】患者の意向を尊重した終末期医療を実践する 【目標】終末期マニュアルの作成と臨床での活用を推進する	1)緩和ケアセンターで終末期マニュアルを作成する(6月完成) 2)委員会の承認を経て院内承認を得る(7月) 3)緩和ケア関連各種委員会でマニュアルについて啓蒙する(8月) 4)終末期マニュアルを実践で活用するための勉強会を開催する(8月) 5)今年度10例を目標に、チームの入患者で終末期に該当する患者にマニュアルを活用し患者の意向の尊重、医療やケアの充実の推進で評価する

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		令和3年度の目的(目標)	達成計画
加古川中央市民病院	1	痛みの強さの評価方法の徹底	・痛み強さをスケールで評価することの目的、対象、方法について周知徹底する ・記載方法の統一を図る（観察項目の設定のセットも化を行う） ・リンクナースと連携し、スケールで評価が出来ているかを確認（NRS評価の算定率を把握する）	「疼痛の評価スケールの統一について」、目的や対象、方法について書面化する。また、記載方法が統一できるよう、経過表の観察項目のセットも化を行った。周知やセット化の作成については記録委員とも協働して行った。 全体への発信は緩和ケアチームが行ったが、各部署での周知の徹底については(リンクナースを中心に行った。陪時リンクナースとスケールで評価が出来ているか、周知の繰り返しについて相談を行った。また、麻薬使用患者の確認の際にスケールで評価が出来ているかを確認し、出来ていない場合には、個別的に説明を行った。 スケールの使用率の平均は88%であった。（6月-12月）	■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： 約90%がスケールで評価をすることは出来ているが、記載方法が統一できていない現状がある。スケール評価が100%となるよう継続して、スケール評価を使すよう周知を図っていく。 スケール評価することで、効果（患者の疼痛コントロールにどのように影響したのか）や、スケール評価のメリット・デメリットをスタッフと共有することで、定着できるようサポートする。	緩和ケアに関わる院内関係職種を育成する	1）研修会の実施【成果】年2回、各部署1回 ・院内職員に対して、WEB配信による研修会を実施する。 （1回目緩和ケアセンター設置、スクリーニング活用について、2回目スクリーニング・介入についての振り返り） ・看護部全部署に対して、スクリーニング及びカンファレンス運用の説明を行う 2）リンクナースの育成【成果】ガントチャート達成率（80%） ・リンクナースがスクリーニング・カンファレンスの目的と運用を理解し、自部署の活動を進める ・緩和ケアセンター=の専従看護師が適宜リンクナースと情報交換・共有を行いながら取り組みのサポートを行う。 3）ポケットマニュアル素案策定【成果】素案の完成 ・2022度のポケットマニュアル（院内医療機関）の発行に向けて、他医療機関の運用情報を収集し、ポケットマニュアルに入れたい内容の検討・素案の策定を行う。 4）自己研鑽 緩和ケアに関する最新情報・必要な知識を得る ・研修計画を策定し学会・研修会に参加する
	2	基本的緩和ケアの質の向上	・緩和ケアマニュアルの修正・見直し ・緩和ケアマニュアルの周知 ・ポケットマニュアルの作成・配布	必要時には、マニュアルで確認してもらうよう促したが、マニュアルの修正、見直しには至っていない。ポケットマニュアルの原本は完成しているが、印刷の発注を含めスタッフへは配布が出来ていない。	□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： 役割分担や期日などマニュアル見直し向けた調整が図れていなかった。次年度の継続取り組み課題とし、役割分担、グループで活動を進めていく。	患者の苦痛等を早期に把握できる体制を整備する。	1）スクリーニング手法（IPOS問診票）運用 【成果】マニュアルの完成 ・変更したスクリーニングの質問票のテンプレートを作成する ・5月に1病棟でテスト運用を行う ・運用について修正を行い6月より全がん領域でスクリーニングを開始する ・対象患者のスクリーニングシートを看護師がアセスメントし電子カルテに入力できているか担当者が確認する（対象はがん患者心不全患者） ・身体面については、緩和ケアチーム看護師が、心理面などについては緩和ケアの理師が、入力したスクリーニングシートで患単位上の患者に対して、必要時医師、病棟看護師と連携し対応する。 2）FMLによる緩和ケア介入対象者の抽出と管理【成果】システムの作成・運用 ・FMEに用いてIPOSによるスクリーニング結果及び緩和ケア介入状況を一元管理する。 ・管理している情報を元に緩和ケアカンファレンスに活用する 3）緩和ケアカンファレンスの定着【成果】カンファレンス回数（月4回） ・各部署のカンファレンスの日程を調整 ・スクリーニング結果を確認し、患者の状況、ケアについて情報共有・カンファレンスを行う ・カンファレンス後受面には状況について再確認する ・スクリーニングを実施していない、気がかりな患者についても陪時確認し、カンファレンスを行う 4）緊急緩和ケア病床の活用の整備【成果】運用ルール確立とフローの完成 ・緊急緩和ケア病床対応の患者の選定し苦痛緩和を図る。介入終了後には、運用について振り返り、緊急緩和ケア病床のルールや運用について適宜評価・修正を行い、ルールの確立とフローを完成させる。（月1件程度） 5）患者（非がん患者含む）の痛みなどつらさを緩和する【成果】緩和ケア介入件数180件 ・スクリーニング結果から必要に応じて緩和ケアチーム介入へ繋げる。
	3	医療用麻薬の自己管理の運用サポート	・麻薬使用患者一覧より、自己管理可能な患者をピックアップし、病棟スタッフと自己管理について検討する ・自己管理開始時のカンファレンスや運用について医師や看護師のサポートを行う ・自己管理中のサポート（記録の確認や困りごとの確認） ・痛みの日記帳の活用について周知徹底	毎週、院内の麻薬使用患者をリストアップし、麻薬の適正使用、症状緩和の有無などをチェックすると同時に、自己管理の可能性について確認をイ行っていたが、病棟主体で対象患者の拾い上げを行うことが出来ていた。 2020年4月～12月末まで時点で4件の自己管理を検討し、3件の実施に至っている。自己管理中は、運用についての困りごとや記録の確認を陪時確認しながら行った。	□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： 自己管理基準も高いため、自己管理自体の件数が3件と少ないため、継続して対象患者の有無の確認、希望の有無を確認し、効果的な疼痛コントロールが図れるようサポートしていく。		
県立加古川医療センター	1	【目的)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 【目標)外来で苦痛を持つ患者を拾い上げ、医療従事者が介入	①薬剤部がPCTラウンド前日に1週間分のオピオイド使用者・内服抗がん剤使用者リスト準備し、PCTメンバーは問題点を抽出する ②水曜日に1週間分苦痛のスクリーニングで陽性患者の患者へ対応の有無と苦痛が軽減したか確認し、対応が必要な症例は関連科にフィードバックする	①実施 ②外来の陽性患者20%nに継続介入を呼びかけ、外来看護師は30%に介入をした。	□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	【目的)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 【目標)苦痛のスクリーニングの陽性者に介入し、介入後のスケールが軽減する	①水曜日に1週間分のスクリーニングで陽性患者への対応の有無と苦痛が軽減したか確認し、対応に困っている症例はPCTカンファレンスで検討する。 ②外来で病棟結果が陽性、苦痛症状が継続している患者には継続看護を行う。 ③水曜日のPCTラウンドでPCT正式依頼や情報提供のあった患者は1W後又は退院時に再度スクリーニング行い質を評価する。
	2	【目的)入院中の患者とその家族のQOLを向上させる 【目標)一般病棟でがん、非がん患者に対し質の高い緩和ケアを提供できる様、対応方法を共有、承認し必要に応じて教育啓発	①水曜日のPCTラウンドで一般病棟でPCT正式依頼や情報提供のあった患者の緩和ケアカンファレンスを行う ②水曜日のPCTラウンドで苦痛のスクリーニングの陽性患者を対象にカンファレンスで検討する	①Nsがラウンド/カンファレンスで情報共有。正式依頼10件、情報提供82件 ②Nsが質問票を見ながら病棟Nsと情報共有	□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)入院中の患者とその家族のQOLを向上させる 【目標)患者とその家族の苦痛の軽減に全力を注ぐ為質保証&推奨案を提供し、活用に繋げる	①水曜日のPCTラウンドでPCT正式依頼や情報提供のある患者のPCTカンファレンスを行う。 ②水曜日のPCTカンファレンスで、話し合った推奨案を該当部署に提案する。 ③亜流のPCT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。
	3	【目的)入院中の患者とその家族のQOLを向上させる 【目標)薬剤師、理学療法士、管理栄養士のコメディカルと連携を強化して、患者の苦痛を早期から軽減できる体制を構築する	①介入が必要な患者の抽出に病棟担当のメディカルスタッフから患者情報を報告してもらうよう働きかける ②薬剤部ではハイリスク薬にオピオイドのリストも準備し問題があれば緩和担当薬剤師に報告してもらう 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する） ⑤多種職でカルテ記録できる様式の作成と運用を行う	①病棟担当のメディカルスタッフのPCTカンファレンスへの参加はないがPCT医師、薬剤師、PT、栄養士、MSWと情報共有して、フィードバックできている ②出来ている ③ちょっこと相談レベルでもPCTで検討し推奨案をフィードバック ④正式依頼10件、情報提供82件、せん妄、疼痛など症状コントロールが多い ⑤作成した。まもなく運用予定	□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)多職種で協働し入院中の患者とその家族のQOLを向上させる 【目標)薬剤師、リハビリセラピスト、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する	①薬剤部がPCTラウンド前日に1週間分のオピオイド使用者・内服抗がん剤使用者リスト準備し、PCTメンバーは問題点を抽出する。 ②薬剤部ではハイリスク薬にオピオイドのリストも準備し問題があれば緩和担当薬剤師に報告してもらう。 ③介入が必要な患者の抽出に病棟担当のメディカルスタッフから患者情報を報告してもらう働きかける。 ④専門的な立場でPCTとして介入を推奨する。 ⑤PCT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。 ⑥正式依頼はPCTメンバーが毎水曜日にサポーティブケアチームテンプレート記載を行う。
北播磨総合医療センター	1	目的 緩和ケアチームの活用が推進される。 目標 がん患者に対する苦痛のスクリーニング結果やNRS8以上の症状を抱える患者において、緩和ケアチーム介入依頼へ繋げられるよう院内の体制を整える。 評価指標 令和2年度の緩和ケアチームの介入依頼が年間100件以上となる。	1. がん患者に対する苦痛のスクリーニング結果やNRS8以上の症状を抱える患者について、緩和ケアチーム介入依頼へ繋げられるよう緩和ケアチーム内での検討を行い、関連会議で承認を得る。 2. 6月1日を開始日時として、NRS8 以上の患者については緩和ケアチーム依頼を行ってもらえるよう緩和ケア委員より、院内医療者へ周知を行い、マニュアルを修正する。また、ラウンド時には、医療者に個別の案内を行い、介入を促す。 3. 苦痛のスクリーニング実施状況と、結果の集計、緩和ケアチーム介入の有無を毎月集計し、緩和ケア委員会でフィードバックを行う。 4. NRS8以上の患者について、緩和ケアチーム介入を行い、主治医や病棟医療者と連携をしながら緩和ケアを提供する。	1、2については、計画通り実施できた。 3については、令和2年10月まで実施したが、スクリーニング実施率は、毎月8～9割実施できており、集計は修了した。時期を見て、再評価を行う予定である。 4. NRS8以上の患者は、PCT介入依頼を行ってもらうよう周知し、働きかけを行ったが、主治医の意向や、患者・家族の希望がなく、全例の介入は行えなかった。	□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	目的 緩和ケア提供体制の構築 目標 苦痛のスクリーニングの結果から、NRS8以上の症状のある患者80%以上を緩和ケアチーム依頼につなげる。	1. 令和3年度の苦痛のスクリーニングの実施率、対応率を調査し、各所属へフィードバックを行うと共に、緩和ケア委員会へ報告を行う。 2. 苦痛のスクリーニング結果で、NRS8以上が1つでもある患者については、緩和ケアチーム介入を依頼してもらうよう、緩和ケア委員や担当看護師、主治医へ働きかける。
	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 緩和ケアチームの活動評価と質の向上 目標 緩和ケアチームの質の評価を行うために、振り返りカンファレンスを、年間2回実施する。	1. 緩和ケアチームメンバーより、1例以上は振り返りの提案を行う。 2. 9月以降で、依頼元の主治医や病棟課長にカンファレンスに参加してもらう仕組みを作り、5件以上参加してもらう。 3. 3月に年間で行ったカンファレンス全体から、PCTとしての課題をまとめる。 4. カンファレンス時には、多職種が発言しやすいように、お互いに敬見を開く雰囲気心がける。
姫路赤十字病院	1	【目的)がん と診断された患者の苦痛をスクリーニングし、患者の苦痛を迅速かつ適切に緩和することができる 【目標)緩和ケアリンクナースと共に、スクリーニング陽性患者対応フローを見直し連携の強化体制を整える	1. 緩和ケアリンクナースに年間教育を実施する 2. スクリーニング陽性患者の対応における連携強化を明確にする 4月:①苦痛のスクリーニングの院内マニュアル化 ②新テンプレートの活用開始 5月:①緩和ケアリンクナース会で、新テンプレートの活用、データ集計・評価方法を周知する 6月:緩和ケアリンクナースによる病棟スタッフへのスクリーニング勉強会の実施 10月:中間評価 ①スクリーニング実施率、陽性患者数・継続先・緩和ケアチームとの連携状況について ②データの集計と評価 11月:緩和ケアリンクナースによる病棟スタッフへのスクリーニング勉強会の実施 1月:外来拡充方法の検討 2月年間評価 3月外来拡充方法の決定、 外来スクリーニングマニュアルの作成	①2020年5月から「緩和ケアチーム運用マニュアル」を見直し、8月に苦痛スクリーニング（IPOS)実施手順を追加・修正し、マニュアル更新した。8月緩和ケアリンクナース会で改訂したマニュアルについ事従看護師が勉強会を行い、緩和ケアリンクナースが各部署で周知教育を行った。 ②2020年4月新テンプレートを活用し、部署別にデータ集計しやすくした。 ③5月緩和ケアリンクナース会で苦痛スクリーニング運用における困り事を確認し、対応策を検討した。その後、緩和ケアリンクナースが各病棟で課題にむけコミュニケーション技術や症状マネジメントについて勉強会を実施した。 ④2020年4月～2020年10月における苦痛スクリーニング実施率は153%（再評価を含む）。苦痛スクリーニング陽性患者は、27%であり、そのうち17.2%が専門的介入を要した。 ⑤外来での苦痛スクリーニング実施は、化学療法室に加えて、2020年2月より放射線科の治療実施時に開始した。	□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	【目的)苦痛スクリーニングによって見出された患者の苦痛が適切に対処される 【目標)緩和ケアリンクナースと協働することで、緩和ケアを必要とする患者に適切なタイミングで緩和ケア提供できる	①緩和ケアリンクナースが緩和ケアチームへの迅速な連絡調整ができない要因分析を行い、緩和ケアリンクナースと緩和ケアチームの連携体制の強化を図る 2021年 4月:苦痛スクリーニングに関するアンケート実施 5月:アンケート集計・結果確認(事従看護師) 6-7月:アンケート結果を元に各部署毎に緩和ケア提供における課題の明確化、改善計画・勉強会の検討(緩和ケアリンクナース主体で実施、事従看護師がサポート) 8-9月:苦痛のスクリーニングフローの見直し(緩和ケアチームへの連携体制の明確化やPOSトリアージ表の活用) 9月-2022年1月: 各部署において改善計画の実行 2月:アンケート実施し、評価 ②苦痛スクリーニングの結果のデータ集約・管理方法、データ分析・活用方法の検討
	2	【目的)地域医療機関の緩和ケア提供体制について情報提供できる 【目標)地域療機関の緩和ケア提供体制の実態調査とと病院内の情報リストの作成と活用について整備する	①調査方法の再検討。 ②約5割以上の調査実施を目指し、情報リストの拡充を図る。	2019年4月～2020年3月地域医療機関の緩和ケア提供体制の情報を見直した。2020年度も継続して情報資源一覧表の項目や形式の再検討を行った。具体的には、資源一覧表の項目や形式の再検討を行った。具体的には、資源一覧表の項目を吟味し、麻薬、IVHに絞り、地域別記載する等、全体的にみやすく整備した。また、併設訪問看護ステーションからも情報を得て、内容の拡充を行った。	□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	【目的)療養場所を検討するにあたり、地域医療機関の緩和ケア提供体制に関する情報提供を受けることができる 【目標)緩和ケアに関する地域連携における課題を抽出し、改善策を検討できる	①在宅頭整等、地域との連携の際に生じる課題の抽出 ②課題抽出後、地域連携課内で共有し、改善策を検討する
	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)適切な医療用麻薬使用により、患者の苦痛が迅速に軽減される 【目標)患者が症状コントロールに必要な医療用麻薬を適切に使用でき、苦痛軽減できる	①患者教育 患者が看護師や薬剤師と共に、改訂した「痛み日誌」や「医療用麻薬服用チェック表」を用いて、症状に応じた服用の効果確認とマネジメントをできるようになる 5月:「痛み日誌」改訂、「医療用麻薬服用チェック表」作成 6月:「医療用麻薬服薬チェック表」活用開始 7月:痛み日誌の運用と患者指導について検討し、マニュアル作成開始（事従看護師、薬剤師） 8-9月:緩和ケアチーム、看護師長会で内容の検討 10月:痛み日誌の運用と患者指導について検討マニュアル化 11月:マニュアル周知、活用開始 ②看護師教育 5月:病棟看護師へ医療用麻薬の知識と理解をすることを目的にアンケートを実施・評価 6-7月:アンケートを元に教育資料の作成 8月:緩和ケアリンクナースへ各病棟での教育について指導 9月:緩和ケアリンクナースが各病棟で医療用麻薬に関する勉強会開催（事従看護師がサポート） 11-2月:緩和ケアリンクナースが各病棟で「痛み日誌」と患者指導について勉強会開催し、活用開始（事従看護師がサポート） 3月:評価
姫路医療センター	1	緩和ケアを実践する地域の医師及び看護師等と情報共有を行い、役割分担や支援等について検討する機会を設ける	地域緩和ケア連携カンファレンスの開催（2回以上/年）	4月に主治医、地域医療連携室看護師、病棟看護師、緩和ケアチーム看護師、訪問看護師とでデスカンファレンスを実施し、入院中および在宅での医療およびケアの情報共有、振り返りを行い、今後のそれぞれの役割を理解し、ほかに何ができたか、何をしてほしかったかという事を話しあった。 COVID-19の影響でその後の開催は見合わせたため1回/年のみの開催となった。	□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 COVID-19の影響		
	2	がん患者の口腔健康管理促進のため歯科歯科連携体制の整備を行う(緩和ケア病棟から開始	①ワーキングメンバーを決定し立ち上げを行う ②パンフレットの作成 ③歯科医師会との調整（フローの作成）	①ワーキングメンバーの設定 ②担当看護との調整を行いパンフレットは作成済 ③歯科医師会と調整し、院内フローの作成を実施し、院内での調整中 COVID19の影響で具体的な活動には至っていない。	□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 COVID-19の影響	緩和ケアリンクナースが緩和ケア専門病棟での症例カンファレンスへ参加し、患者・家族の価値観を尊重し、最善のケアを提供するための医療及びケアの実際を学ぶことができる。	リンクナースが、 ・症例カンファレンスへ参加する ・自部署での症例検討会を実施する（認定看護師も参加） ・リンクナース会で学びの共有を行う
	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	緩和ポケットマニュアルの改訂を行い、院内の緩和ケアの質の向上を目指す	①院内スタッフへのニーズの確認 ②内容の見直し修正 ③ニーズに合わせた構成を検討
製鉄記念広畑病院	1	【目的) 緩和ケアの標準化を図ることによって、患者の苦痛をできだけ早く和らげることができる。 【目標) 1)作成した がん疼痛マニュアルを参考にして疼痛緩和の助言を行い苦痛緩和が出来る。 2)「痛みの評価シート」を参考に痛みの変化をアセスメントし苦痛緩和を図る。	1)各部署のラウンド時に「疼痛マニュアル」の説明を行う(5月6月) 2)回診時、薬剤投与や副作用対策ナーシングケアについて疼痛マニュアルが参考にされているか調査する。(5月～10月) 3)疼痛マニュアル記載内容の追加・修正の実施(1月～2月) 4)「痛みの評価シート」入力件数調査して追加・修正について検討する。(7月～8月) 5)オピオイドレスキュー自己管理方法の手順書作成に着手する (8月～10月)	がん症状緩和マニュアルの疼痛の項目の説明を緩和ケアチーム定例会で行い、リンクナースの周知を図った。 7月がん診療運営委員会主催研修会において緩和ケア内科医師が緩和ケア医療概論の講義でマニュアルの疼痛の説明を行った。 4月から12月まで緩和ケアチーム介入件数　　件　毎週1回痛みの評価シート入力が全患者されている。 評価シートから痛みの変化を確認している。	□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 マニュアル追加・修正など見直し段階 主治医の意見集約が出来ておらず痛みの評価表シート追加・修正など検討が出来ていない。	【目的) 緩和ケアの標準化を図ることによって、患者の苦痛をできだけ早く和らげることができる。 【目標) 1)院内スタッフが当院で標準化したオピオイドプロトコールやがん症状緩和マニュアル(疼痛の項目)を活用し疼痛緩和が出来る。 2)緩和ケアチーム回診時に「痛みの評価シート」「生活のしやすさ質問票」をスタッフと一緒にアセスメントし、苦痛緩和を図ることができる。	1)院内標準オピオイドプロトコールやがん症状緩和マニュアルの存在について、医師・看護師・薬剤師に情報提供する。(がん診療運営委員会勉強会、医局会、チーム会、部署カンファレンスを活用) 2)症状緩和マニュアルの使い方を病棟で周知する。
	2	【目的) ①医療者のアドバンスケアプランニングへの知識が向上し患者・家族が質の高い緩和ケアを受けることが出来る。 【目標) 緩和ケアチームメンバーが部署ラウンド・カンファレンスに参加し、患者が意思決定できるアドバンスケアプランニングを意識して関わる。	1)緩和ケアチームメンバーが交代となり、昨年度開催したACP概念の勉強会をチーム会で行う。(6月) 2)治療中から治療中止となった患者の事例検討をチーム会で年3回実施して、意思決定支援、ACPを考える。(7月　10月　1月)	緩和ケアチーム定例会症例検討、介入患者の経過報告を行い、患者の治療経過や患者・家族の状況からAPCを考える機会にした。 (6月　7月　1月　)	■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 コアメンバーの医師　CNS　CN　薬剤師が中心となりACP		

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	令和3年度の目的（目標）	達成計画
赤穂市民病院	1	症状スクリーニング件数が増えてきているので、院内への スクリーニングを浸透させて、患者の意向をすくとり、チーム介入・相談につなげていく。	・毎月1回スクリーニングの結果を集計。チームカンファレンスで介入状況の確認をする。 ・緩和ケアチーム勉強会を開催し、スクリーニングやチーム介入について周知を図る。	・相談窓口にチェックボックスを入れたことで、がん相談につながるケースが増えた。 ・患者ごとに評価していけるよう、カルテのExcelチャートにてスクリーニングの点数を評価・比較できるようにした。	□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	症状スクリーニングシートを通して患者の意向をすくとり、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。	・毎月1回スクリーニングの結果を集計。チームカンファレンスで介入状況の確認をする。 ・外来患者での取り組みを入院患者へつなげていけるよう、外来・病棟の連携に取り組む。
	2	鎮静マニュアルの院内周知を図ることができる。	・鎮静のマニュアルの本読みを通して、院内の鎮静に対する共通認識を深める。 ・H30.8の日本緩和医療学会の鎮静のマニュアルを基に、鎮静マニュアルを作成する。 ・その後、電子カルテに掲載、スタッフにも伝達し、周知を図る。	・鎮静のマニュアル完成。カルテ上でも確認できるよう、カルテ上のライブラリにも掲載し、周知に努めた。	☑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	緩和ケアの資質向上	・現在の緩和ケアマニュアルを現状に沿ったものに修正し、完成した鎮静のガイドラインもいれた、緩和ケアマニュアルを作成する。
	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	せん妄のガイドライン作成	・サイコオンコロジー学会等参考になるものを収集し、チームカンファレンスにて勉強していきながら、作成する。
県立淡路医療センター	1	【目的】患者の苦痛を早期に把握し、主治医や緩和ケアチームなどの専門家への相談を含めた対応を行うことで苦痛の緩和が図れる 【目標】症状スクリーニングシートを活用し、苦痛を持つ患者に対する緩和ケアが病棟・外来問で継続できる。1）症状スクリーニング対象患者が退院後初めての外来受診時に、症状スクリーニングシートを活用できる2）症状スクリーニング陽性患者に対応ができる	①外来の症状スクリーニング運営方法について担当者と相談。 ②緩和ケア部会、リンクナース会で症状スクリーニングの病棟外来間の継続について説明 ②リンクナース会で陽性患者数と対応について報告し、対応や困ったことについて相談の機会を持つ ③陽性患者の対応方法について緩和ケアラウンドとカルテで確認	①外来リンクナース、補佐、師長と相談し年間計画を立案 ②外来NSと運営方法について説明 ③リンクナース会で状況報告と相談 ④緩和ケア専従看護師が外来をラウンドし、症状スクリーニングシートを回収。陽性患者について適宜情報共有。カルテで対応について確認 ⑤外来でも初回スクリーニングだけでなく、退院時陽性患者についてはモニタリングして継続看護ができた	☑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】患者の苦痛を早期に把握し、主治医や緩和ケアチームなどの専門家への相談を含めた対応を行うことで苦痛の緩和が図れる 【目標】 1）症状スクリーニング対象患者が退院後初めての外来受診時に、症状スクリーニングシートを活用し、症状スクリーニング陽性患者に対応ができる 2）外来の症状スクリーニング拡大が図れる	①外来の症状スクリーニング（外科外来）拡大について師長・補佐と相談。 ②緩和ケア部会、リンクナース会で症状スクリーニングの病棟外来間の継続について再度周知 ②リンクナース会でリンクナースより陽性患者数について報告し、対応や困ったことについて相談の機会を持つ ③陽性患者の対応方法について緩和CNが緩和ケアラウンドとカルテで確認し、リンクナース会で報告する
	2	【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】院内認定緩和ケア研修会を開催し、受講者が得られた知識をもとに各部署で実践ができる	①研修内容の計画を立案（アドバンス修了者と協働） ②ベーシックコース・アドバンスコース受講者が研修の目的・目標を理解し、各自の目標設定ができるようサポート ③研修会の開催 ④研修で得られた知識・技術をOJT（ラウンド・カンファレンス）で確認 ③研修終了後、レポートを通して目標の到達度を確認	①研修会の年間計画を立案 （アドバンスコースはコロナの影響で中止） ②ベーシックコースの研修については、リモート研修を企画し、開催。リンクナースの受講は必須とした。14名が受講しリハビリテーション科や研修医も聴講。 ③リンクナースは緩和ケアチームカンファレンス(C参加L協働)。その他ベーシックコース受講者は緩和ケアチームラウンド時に患者の情報提供や問題について相談できるよう意識した働きかけを行った ④研修後にはアンケートを作成し研修会の評価をおこない、各自の知識習得に関しては、最終回に知識確認テストを実施し評価	☑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】 1）院内認定緩和ケア研修会を開催し、受講者が得られた知識をもとに各部署で実践ができる 2）骨メタカンファレンスを開催し患者・家族を中心に多職種で治療方針を検討する	1）看護師の育成 ①研修内容の計画を立案（アドバンス修了者と協働） ②ベーシックコース・アドバンスコース受講者が研修の目的・目標を理解し、各自の目標設定ができるようサポート ③研修会の開催 ④研修で得られた知識・技術をOJT（ラウンド・カンファレンス）で確認 ③研修終了後、レポートを通して目標の到達度を確認 ④アドバンスコース修了者（4名）が研修により得られた知識や技術を部署や院内で活用できるよう支援する（・病棟や院内での勉強会の企画を担当・緩和ケアチームカンファレンスに参加） 2）骨メタカンファレンスについて緩和ケアCNが週1回骨転移の患者をDWHで検索し、カンファレンスの開催についてPCTや整形医師と相談
	3	【目的】患者・家族が専門的な緩和ケアを受けQOLが維持・向上できる 【目標】緩和ケアチームが症状スクリーニング陽性患者に対して介入を行い、依頼内容のスコアが改善する	①緩和ケアチームカンファレンスで症状スクリーニングシートを用いてカンファレンスを行う ②毎月緩和ケアチーム介入者の症状スクリーニング（スコア）についてデータ整理。 ③緩和ケア部会で報告 ④中間、年度末に緩和ケアチームの評価を行う	緩和ケアチームカンファレンスもラウンドも全てオンラインで開催できるよう準備 ①緩和ケアチームセルフチェックプログラムを活用しチーム内のメンバーと緩和ケアチームの評価 ②緩和ケアチームのできているところ、あまりできていないところを共有 ③緩和ケアチームの評価として、症状スクリーニングシートを活用 ④依頼内容の症状が改善できたか症状スクリーニングの項目をチームで確認し評価した	☑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	【新規目標】 【目的】どの療養場所でも緩和ケアを受けられQOLの維持・向上が図れる 【目標】 1）身体症状や不安がある患者・家族に対して緩和ケアチームメンバーが直通電話で24時間対応し、タイムリーに適切なケアを提供する 2）淡路島における緩和ケアについて医療・介護・福祉行政に携わる職種が気軽に相談できる相談窓口（コンサルテーションシステム）を導入する 3）精神的支援が必要な患者に対してオンライン面会を通じて患者・家族の症状緩和が図れる	1）緩和ケアほっとらいんの運用 ・緩和ケアチームメンバーが交代で携帯電話を所持 ・緩和ケアチームメンバーが介入する患者や家族へ名刺を作成し番号を伝える ・メンバー間で患者情報共有方法を確認（Dropboxなど） ・電話対応者のデータ収集、カルテへの記載 2）コンサルテーションシステム ・終末期ケア向上プロジェクト会メンバーでコンサルテーションシステムの運用について検討 3）緩和ケアチームラウンドで精神面の症状スクリーニング陽性者や面会が必要な患者の情報収集を行い、オンライン面会のサポートを行う
	4	【目的】治療や療養について患者・家族が望む意思決定ができる 【目標】入院患者に対してACPを意識したコミュニケーションを図り、カンファレンスで共有できる	①医療者対象の勉強会（ACPについて実践に即した内容）を企画・運営 ②市民への院内掲示等による啓蒙 ③ACPの実践についてリンクナース会を中心に普及活動を行う （・入院時に主治医とACPの必要性について相談・入院時にACPの視点でコミュニケーションを図り、カンファレンス等で多職種で共有を図る） ④リンクナース会・緩和ケア部会でカンファレンスの件数を報告 ⑤中間、年度末に評価	①リンクケース会で各部署のACPの現状について調査 ②実際は、月に1～2件程度の実施で医療者の意識やACPに対する知識不足を確認 ③市民に対してACP（人生会議）についてケーブルテレビで放送 ④放送内容を収めたDVDを活用し看護師にACPに対する意識付けを行った ⑤淡路緩和ケア終末期ケア向上プロジェクトで市民への啓蒙活動について検討事項として提示。来年度の計画を立案予定	□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 市民公開講座などコロナ禍で制限があり積極的に活動ができなかった。	【目的】治療や療養について患者・家族が望む意思決定ができる 【目標】ACPが必要な患者に対して患者の思い（医療や生活に対する希望・価値感、大切にしていること）を傾聴する場を持ち医療者間で共有する。	1）7西（養護器内科）病棟をモデルとしてACP活動をリンクナース会で共有し各病棟に発信ができる ・医療者に対する勉強会の開催 （8月看護部を中心に、ACPの基本的な知識と具体的な取り組みについて） ・リンクナース会での活動 7西病棟のACP活用手引きを共有 運用法用について意見交換 各病棟実施状況の報告
粒子線医療センター	1	患者の苦痛症状が緩和し照射が完遂できる。今年度は重点的にせん妄対策に取り組む。	①感染対策を行いながら、週1回の緩和ケアカンファレンスを継続する。 ②せん妄スクリーニングシートを導入し、リスクの把握と対策（初期対応）を行う。	①4月～12月まで 25回の多職種カンファレンスを開催し延べ52例について検討した。感染対策としてオンライン会議を導入し、これまで通り多くのスタッフが参加できるようにした。 ②せん妄スクリーニングシート、フローチャートを作成し、11月からスクリーニングを開始した。	☑達成できた □一部達成できた □達成できなかった □その他 緩和ケアカンファレンスは患者の症状緩和や、治療・看護の方針共有に役立つものであり、来年度も継続し取り組むが、開催時間と介入の評価方法はチームの課題とする。 せん妄対策のフローチャートは現場で活用されつつある。	患者の苦痛症状を緩和し照射が完遂できるよう、オンラインを活用した緩和ケアカンファレンスを継続する。	①感染対策を行いながら、週1回の緩和ケアカンファレンスを継続し、患者の苦痛緩和への提案を行う ②カンファレンス提案内容の評価は次週のカンファレンス前日に行う ③緩和ケアカンファレンスの方法は開催時間を変更して取り組み、8月に中間評価を行う
	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強化・継続する。	①集団音楽療法＋個別音楽療法に取り組む。 ②アメニティの充実	①集団音楽療法は感染対策を行い、週1回継続できた。音楽療法前後のアンケート調査による精神面への効果について評価を行い、学会発表を行った。 個別音楽療法には取り組めていない。 ②アメニティの充実 感染対策のため入院生活の制約が増えた中で、治療継続の意欲につながる催しを企画し、実施した。 ・映画会（4回） ・三味線コンサート（5回） ・特別メニュー（24回）	□達成できた ☑一部達成できた □達成できなかった □その他 個別音楽療法には取り組めなかったが、他の目標は達成できた。	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強化・継続する。	①昨年度導入したせん妄スクリーニングの実施状況を上半期に評価し、課題を抽出する。下半期に改善した内容を実施する ②感染対策のもと、週1回の集団音楽療法を継続する ③各部門と連携し、入院患者の心身の安寧とリラクゼーション、治療継続の意欲につながる療養環境の調整を行う