

令和7年（2025年）度 各病院 緩和ケアチームの実施計画・管理表

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容 (計画)
神戸大学医学部附属病院	患者・家族が専門的緩和ケアにアクセスすることができる	1. 緩和ケアチームの介入方法の周知が不十分である。 2. 苦痛のスクリーニングが活用できていない	1. 医療者、患者・家族への広報を行う 1) 緩和ケアチーム(入院)と緩和ケア外来の案内を一括化して掲載する。5月までに掲示内容の変更がないか確認する。 2) 緩和ケアマニュアルの見直しは、12-2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7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は今年度は実施していない。 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る。 3. 今年度は常勤医師の人数が不足していたが、昨年度の件数の2/3程度は依頼があり、専門的緩和ケアが必要な患者への介入ができた。	継続	1.2) 次年度に実施する。
	患者・家族が質の高い専門的緩和ケアを受けられることができる	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 (毎火曜日) 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) 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7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チーム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は実施しなかったが、必要時にチーム活動を評価した。 3) 定期的には実施できなかったが、適宜、問題症例はチーム内で振り返りを行った。 2.1) 転移性骨腫瘍カンファレンスには適宜参加し、多職種連携を行った。精神科とは必要時に相談を実施した。 2) 神経ブロックの適応について麻酔科へのコンサルトを提案した。 3) 循環器内科、ECUスタッフと非がん患者の緩和ケアについてカンファレンスを定期的実施した。	継続	2. 定期開催のカンファレンスについて、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	ケアニーズのある患者が基本ケアを受けられ、必要時は専門ケアにつなげることができる	各部署での人員入れ替わりにより、スクリーニングの認識や実施意識が薄れやすい。 苦痛スクリーニング結果に基づいたケア提供が十分に行われていない。	・リンクナースの教育と部署周知の強化 各部署に適切に運用できるようサポート ・スクリーニングの実施状況のモニタリング(年2回)とフィードバック ・質問票やトリアージ表の見直しの検討 ・各病棟カンファレンスの定期参加 専門リソース (緩和ケアチーム、看護外来、がん相談支援センター等) への橋渡し支援	令和8年3月	○	概ね達成	リンクナース教育後、全体として苦痛スクリーニングの運用は改善し、看護外来、特にがん相談支援センターの案内件数が増加した。一方でスクリーニング結果がケアに結びついていないケースがまだ存在し、特に社会面の課題の拾い上げや対応が弱い。ツールの見直しは今年度の結果を踏まえ次年度に行う予定。	継続	仕事や経済面など社会的な問題のつなげ先 (MSWやがん相談支援センター等) を浸透させる 質問票・トリアージ表の改定に取り組む
	緩和ケア提供体制の質の担保	外来で必要ながん患者・家族に専門的緩和ケアが提供されていないことがある	・緩和ケア外来の平日毎日受け入れ・当日緊急依頼の対応95%以上を維持する。 ・外来での苦痛スクリーニングを浸透させ緩和ケア外来への紹介につなげる。 ・緩和ケア外来が担える医師を2人に増やす	令和8年3月	○	概ね達成	緩和ケア外来の当日緊急紹介20件 (12月末時点)、100%紹介した。緩和ケア外来が担える医師の増員体制はタイミングを見計り中。	継続	引き続き緩和ケア外来の平日毎日応需・当日緊急依頼の対応 95%以上を維持する。 ・外来での苦痛スクリーニングを経た依頼には至っていない。 ・外来担当医を増員できる体制整備を行う
	緩和ケア提供体制の質の担保	③ 非がん患者の緩和ケア提供の不足がある	・非がん患者の緩和ケアチーム介入100件以上を維持 ・研修医、専攻医の緩和ケアチームローテーションで教育を継続	令和8年3月	○	達成	非がん患者の介入件数は78件 (12月末時点) 目標達成し、緩和ケアチームへ依頼がある診療科が広がっている。専攻医・研修医のローテーションで、緩和ケアが臨床に活かされており、チーム紹介にもつながっている	継続	がん非がん領域の症状緩和緩和、ACP含めた意思決定支援を強化していく (特に心不全、腎不全領域)
	地域の緩和ケアリソースとの円滑な連携推進	院内の医療者の緩和ケアマニュアル、医療用麻薬・レスキュー薬自己管理運用の知識・手順の周知が不十分である	・院内研修システム (KeLP) で院内緩和ケアマニュアル解説動画を作成 ・医療用麻薬やレスキュー薬の自己管理の運用手順の周知	令和8年3月	○	概ね達成	動画を作成し、視聴してもらった。動画やリンクナース会を通じて医療用麻薬の取り扱いを伝えたことで、レスキュー薬の自己管理は適切な運用が行っていた。	継続	動画視聴の広報を強化し視聴率向上を図る レスキュー薬自己管理運用マニュアルの部分修正
地域の緩和ケアリソースとの円滑な連携推進	・緩和ケア地域連携カンファレンスの参加者の顔ぶれが限定しつつある ・連携に課題があるケースが存在する	・月1回の緩和ケア地域連携カンファレンスを継続 ・当院は4回/年企画を担当し、施設紹介、レクチャー、事例検討等、多様なテーマで実施 ・新規施設の参加を呼びかける ・連携に課題があった場合は、事例をあげ、改善につなげる	令和8年3月	○	概ね達成	地域連携カンファレンスは定期開催が維持され、医療機関・在宅支援機関・施設等との情報交換が継続した。参加者は一定数を維持し、事例検討を通して入院退院支援の質向上につながったと考える。一方で、参加機関は固定化し、新規参加の広がりには課題が残った。	継続	・双方向的なカンファレンスを目指すためにも、主催病院だけでなく、地域側から取り上げたい連携事例やテーマを確認する ・カンファレンスのテーマ設定を考慮する	

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)
神戸市中央市民医療センター	外来のがん患者家族支援の充実	がん診断時のサポート体制(苦痛スクリーニング、高齢者機能評価、がん看護を専門とした看護面談)は、消化器、呼吸器、婦人科に限定され、他の診療科ではサポート体制は整えられていない。多様な相談への対応不足がある。共通の困難事例における部署間の連携、協働支援が十分でない。外来間のカンファレンスの活用意識が乏しい。	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん診断時サポート体制を拡大し、がん患者指導管理イ算定を400件以上に増やす</li> <li>がん看護相談外来での支援を350件/年以上維持</li> <li>相談内容の分析と支援内容の整理</li> <li>外来ラウンドでケアの困り事の拾い上げ</li> <li>外来間カンファレンス(クロスミーティング)の推進と必要に応じケアサポートにつなげる</li> </ul>	令和8年3月	○	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケアセンター看護師によるがん診断後支援は、3診療科(消化器、呼吸器、婦人科)に加え腫瘍内科、泌尿器科と曜日限定で拡大し、がん患者指導管理1410件(4月～11月)で目標値達成した</li> <li>がん看護相談外来も継続して活動できている。外来間カンファレンスは、年14回開催し部門間で話し合い協働につながっている</li> </ul>	継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来ラウンドやカンファレンスで拾い上げた課題をもとに、支援ニーズの傾向分析を行い、特に多かったテーマに関して勉強会や専門研修の企画に反映させる</li> <li>がんの経過と経過別の看護の可視化(ケアマップ)の見直しを進める</li> </ul>
	ACPを推進し、患者の意向が反映された療養方針	ACPの認知は進んでいるが診療科・部署で理解やスキルに差がある リンクナースが固定されず、知識や実践の蓄積が難しい 院内のACP記録は整備され活用が進んできているが、地域との情報共有が不十分	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療科や部署、職種を希望を募り教育・啓蒙活動の継続</li> <li>リンクナース会で知識の振り返りとスキルの強化 ACP知識のおさらい、事例検討から実践を学ぶ</li> <li>リンクナース会を通じ現行事例での実践相談に乗る</li> <li>ACPチームと協働し、推進課題を整理し、次年度の取り組みにつなげる</li> </ul>	令和8年3月	○	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>ACP認知度は向上し、ACPIに関する学習会の依頼7件を受けた。ACPの本質の理解と実践ハードルを下げる教育に変えたことで、患者の意向や価値観に関する情報のカルテ記載が増加した。ACPテンプレート活用663件(前年度350件)</li> <li>一方、地域と情報共有するツールは現在作成中</li> </ul>	完了	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内でACP教育を継続し、リンクナースの育成、部署横断的な実践支援を体系的に整える</li> <li>地域と患者の思いが引き継がれるようツール運用を開始する</li> <li>患者の思いや価値観を多職種で共有し治療や療養への反映ができるように進める</li> </ul>
神戸市立西神戸医療センター	全ての患者・家族が基本的緩和ケアを受けることができる体制の整備	1. つらさのスクリーニングシートの活用	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8年3月	○	概ね達成	① スクリーニング件数 1160件(11月末まで)年間見込み 1740件 ② 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できている。	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(10月 PEACE研修1回/年・11月 ELNEC研修1回/2年)				10月 PEACE研修・11月 ELNEC研修を実施した。理解度、満足度ともに高い評価であった。		10月 PEACE研修実施
		3. 患者・医療チームでACPに取り組む	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 患者・家族とのACPにリーフレットを活用する ACP認知度 外来患者22.9%、入院患者16.0%(平均19.5%)維持を目標				① 10月 リンクナースと研修医、院外スタッフに対してACP勉強会を実施 ② 患者・家族とのACPにリーフレットを活用している。 ACP認知度 外来22.3% 入院15.8%全体 19.1%		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. 鎮静が適切に行えているか評価する	鎮静の手引きについて、リンクナース会で勉強会をする PCTチーム内で患者の鎮静プロセスについて多職種CFを行う				鎮静の手引きについて、リンクナース会で勉強会を行った。各部署の課題が抽出され、PCT内でも適宜検討している。少しずつだが実践に変化がみられている。 PCT内では鎮静についての多職種CFは3回実施。先を見越して指示を出しておりPCT内で予め話しあうには限界もある。しかし苦痛緩和の他の手段がないか等は重要な点であり継続する。		鎮静の手引きに関するリンクナース会での勉強会は次年度も実施。各部署の課題への取り組みも継続して頂く。 話し合いの実施が適切に記録されるようテンプレートを検討予定。 PCT内での鎮静に関する多職種CFも継続する。
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(昨年同水準目標 配布248、回収120) 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8年3月	○	概ね達成	① 新規介入 256件(12月末まで)、チーム回診・ミーティングも行っている。年間見込み 341件と目標値は下回っているが、必要なケースには介入できている ② IPOS継続 配布141、回収79 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89.2%	継続	① 新規介入 350件/年、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 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 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する(院内2回/年、院外第3者チェック1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)	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)				

施設名	P 実施計画				実施管理						
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善			
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)		
神戸市立西神戸医療センター	(前頁)	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(がんサボード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3回/年行う。	令和8年3月	○	概ね達成	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(がんサボード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は2回実施	継続	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(がんサボード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3回/年行う		
		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)				非がん患者への対応 22件(12月未まで) 年間見込み29件		非がん患者への対応 30件/年		
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	治療・生活サポートチーム相談テンプレート変更後(2024年11月)の医師への浸透が不十分	治療・生活サポートチーム相談テンプレートの活用を推進 1) 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	継続	△	概ね達成	個別に周知を継続している	完了	継続実施するが、計画としてはいったん終了		
		チーム活動においてチームメンバー内での連携を強化し、緩和医療の充実へ	薬剤師との連携体制の充実 1) 「外来緩和ケア患者への薬剤師介入の取り組みと課題(2024)」の研究結果をもとに薬剤室マンパワーと対象者拡大のバランスを図るのか検討を続ける(外来緩和ケア管理料算定に関連)	継続	△	概ね達成	サポートチーム薬剤師増3名→5名(10月から4名体制)に増員し、カンファレンス等で対象者の拾いあげをし、新規介入につなげていけるように仕組みを見直した。今年度はサポート外来の診察や化学療法室往診に薬剤師が同席するスタイルで運用を変更している	継続	診療に同席するスタイルも試行中であり、薬剤師関与の更なる拡大を模索していく		
	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		年3回	△	概ね達成	実施継続	継続		
		医療用麻薬自己管理についての医療者の理解と普及が不十分	医療用麻薬自己管理についての適切な理解と普及を推進 1) 「入院患者における麻薬自己管理の院内普及と状況と医療者意識の調査(2024)」結果をもとに一部マニュアル改訂(2024)後、その他の問題に対して改善案を検討	継続	○	完了	10月委員会で麻薬自己管理の院内普及の教育実施(ミニレクチャーも活用)委員から各所属で周知をお願いした。	継続	自己管理の医療者意識の変化について調査検討		
		算定件数が少ない診療報酬について現状確認し問題整理、対策の検討が必要	緩和ケア関連の診療報酬算定件数の充実に向けて整備								
			1) 緩和ケア関連の診療報酬現状把握：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について医事室から定期的に確認する	年3回	△	概ね達成	実施継続		継続		
			2) 算定件数が少ない診療報酬について現状確認し、問題整理、他にできる対策があるかどうか検討。 3) 全体の傾向を継続して把握し、対応協議	適宜	○	完了	サポートチーム栄養士を1名→4名に増員し、医事室と「緩和ケア個別栄養食事管理加算」についての算定の仕組みづくりを行い、確実な算定につながっている	完了	緩和ケア個別栄養食事管理加算は2024年度7件から2025年4月～2026年2月末時点で216件へ大幅に増加。確実な算定につながっている。		
		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を維持	症状スクリーニングの活用・実施率維持								
			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) 2) 「症状スクリーニング実態調査 ver.2(2024)」をもとに現状にあわせてマニュアル追記・改訂する	継続	△	概ね達成	回診やカンファレンスの際に必要な時声かけし、対応を推進している	継続			
		症状スクリーニングの質向上に向けた取り組みが不十分	症状スクリーニング運用は浸透してきており、質向上に向けた取り組みを開始へ								
1) 質の調査：2024年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し、質向上のための対策	令和7年7月		△	概ね達成	10月委員会で結果を公表し、質向上に向けての検討材料とし、適宜委員会での話し合いを実施した	継続	学会発表を行い、質の向上に向けての対策検討				
2) 質の向上：リンクナース、多職種とともにスコアの精度改善に向けての取り組みを検討する 例) 部署ごとに質向上に向けての目標をたて取り組み内容を検討する。スコアの対象期間を適切に意識しているかなど、STAS-J評価方法の勉強会、スコア1の場合に「このままでいいのか」再確認する仕組みづくり、薬剤使用後の効果評価の徹底	適宜		△	概ね達成	今年度はリンクナースの活動計画の中に、各所属の症状スクリーニング質向上に向けての内容を盛り込み、実施した。質の調査結果も踏まえ、各所属でできることを検討を続けている	継続	委員会でGWや研修を取り入れつつ、各所属でのリンクナースの活動の支援を継続する。				

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)
神鋼記念病院	プライマリーチーム、地域の医療関係者等、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、地域の医療関係者等、サポートチームとの三者の連携が不十分	地域の医療関係者等を含めた連携の充実						
			1) 退院前カンファレンスの参加	適宜	△	概ね達成	医療相談室からの参加の要請は年間5件程度。介入患者の退院前カンファレンスが開催される場合は医療相談室と連携し、可能な限り参加している	継続	医療相談室と連携し退院前カンファレンス参加件数を増やす
	2) 研修会などを通じてプライマリーチーム、地域の医療関係者等、サポートチームの三者の連携を深められないか検討	令和7年2月	○	完了	12月3日「訪問看護師・介護支援専門員・神鋼記念病院交流会」にて講演・GW実施。高評価であり、次年度以降も検討	継続	次年度以降も検討		
	緩和ケアおよびがん看護教育を継続し、質の向上								
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	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 2025年10月4日(土)開催予定	令和7年10月	○	完了	10月4日開催 受講率86.8%	継続	2026年10月3日(土)開催予定	
		2) 緩和ケア委員会主催 がん看護教育：開催時期、講義内容・方法の検討	令和7年6~12月	○	完了	今年度はキャリア支援委員会の研修担当者の協力あり。当委員会研修担当者中心に研修準備進め、問題なし。11月「がんゲノム医療」、12月「放射線看護」開催した	完了	次年度は「がんゲノム医療」はキャリア支援委員会、「放射線看護」はがん看護支援委員会が担当予定	
		3) 各部署からの学びたいニーズ(2024抽出)をもとに緩和ケアに関するミニレクチャー動画作成継続し、活用を推進する 2025年度作成予定:コミュニケーション、緩和ケア、症状緩和の薬剤、家族ケア、栄養、がんのリハビリテーション	令和7年8月	○	完了	7動画作成案内し各所属の教育に活用してもらうよう周知した	継続	動画の視聴を促す取り組みを検討する。症状スクリーニング動画作成予定。	
		4) e-learning、ナーシングスキルなどの教育ツールの活用を検討	令和7年8月	○	完了	院内のがん看護教育で活用している	完了	継続実施するが、計画としてはいったん終了	
県立こども病院	緩和ケア外来の充実	① 外来予約受付システムの構築 ② 外来の認知度をあげる ③ 外来診療の充実	①-1 動線確認 -2 予約取得を職員が誰でもできるようにする -3 外来診療計画書の作成 ②-1 他科との連携の機会を拡大する -2 カンファレンス、相談の場を設ける -3 病棟カンファレンスへの参加 ③ 多職種チームの強みを活かし、多職種介入を行う	令和8年3月	△	概ね達成	①-1 確認済 -2 変更済 -3 未作成(コスト算定対象外患者のため) ② 4~12月で58件と増加した/昨年度(4~3月)は11件 ③ 麻酔科医、認定看護師、精神科医が必要に応じて介入	継続	①-3 外来診療計画書を作成する ② 外来患者数の増加に向けて広報を引き続き行う ③ 医師看護師以外の職種の介入を検討する
	緩和ケアチームの活動の充実	① チーム回診の充実 ② 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回の回診継続する ②-1 各科との連携の機会を拡大する -2 カンファレンス、相談の場を設ける -3 病棟カンファレンスへの参加	令和8年3月	○	概ね達成	① 週2-3回の回診は継続できた。 ② 病棟カンファレンスへの参加、相談を行っている	継続	① 毎日チームメンバーが回診する ② 病棟、スタッフとの連携を継続する
	院内の緩和ケアのレベルアップを図り、患者と家族に質の高いケアを提供する	① 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 多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の周知を図る 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8年3月	△	概ね達成	①-1 2月開催予定 ①-2 実施した ①-3 周知できていない ②-1 参加した ②-1 取得した	継続	①-1 継続開催が必要 ①-2 継続が必要 ①-3 周知方法を検討する ②-1 継続が必要 ②-2 完了

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)
神戸医療センター	患者・家族のニーズに応じ、早期から基本的緩和ケアが提供され、適切な時期に緩和ケアチームへ繋がられる	令和6年度の依頼者割合では、医師41%、看護師59%であった。医師の依頼件数増加については研修などの広報活動の効果と評価できる。その反面、看護師からの依頼件数減少については、患者の症状を評価する役割が十分果たされず、苦痛への対応が遅れていることが懸念される。コロナ禍を契機に看護師のベッドサイドで行うケアの減少や患者とのコミュニケーションの希薄化も問題視されており、緩和ケアにおいても数年かけてケアの質低下が考えられる。そのため、昨年度、苦痛スクリーニングの見直しを実施し、定着に向け取り組んでいる。苦痛スクリーニングの定着化により、患者の苦痛評価が適切に行われ、早期に基本的緩和ケアが提供され、PCTへ繋がられるよう取り組みが必要である。	1) 苦痛スクリーニングの定着に向けた取り組み ・ブレ稼働：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 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苦痛スクリーニングフロー活用状況確認を行い、チーム内で苦痛症状評価状況共有を行う。さらに、症状緩和不十分な患者でPCTへ介入依頼されていない場合は、チームラウンド時に病棟看護師に状況確認、コンサルテーションを行い、症状緩和につなげる。 3) 緩和ケア内科外来再開の周知 ①広報活動 ・案内ポスターを作成し、各部署および外来診察室へ掲示 ・がん診療運営委員会およびキャンサホード等でアウツスを行う。 ②苦痛スクリーニング状況から苦痛緩和に難渋している患者を対象に緩和ケア内科外来受診を提案する。	令和8年3月	○	概ね達成	1) 苦痛スクリーニング運用については計画通り実施している。しかし、中間評価時点で13%程度の活用率となっており、定着には至っていない。活用の周知および質問票を簡素化するなど、定着に向けた取り組みは継続している。3月再評価予定。 2) 定例のカンファレンスは計画通り実施している。12月末時点の依頼件数はがん患者63件、非がん患者9件とがん患者の依頼件数が目標値を下回る可能性がある。これは、今年度より緩和ケア内科外来の運営強化により、外来患者のコンサルが緩和ケアチームから緩和ケア内科外来へ移行したことが背景にある。緩和ケアチームへの依頼件数は減少しているが、その反面、緩和ケア内科医がメンバーとなったことで、より専門的緩和ケアのコンサルテーションが可能となった。 3) 緩和ケア内科外来への紹介経緯の約8割が主治医判断であり、緩和ケア内科外来の周知は行えている。	継続	・苦痛スクリーニングの活用促進に向けた取り組みを継続していく。定期的に活用状況を報告し、各部署の意識を高めていく。 ・緩和ケアチームラウンド・カンファレンスは継続的に実施していく。コンサルテーション評価については検討必要。 ・緩和ケア内科外来への紹介促進に向けた取り組みを実施 →院内紹介の促進 →院外からの紹介受け入れについて検討
	基本的緩和ケアの質向上	毎年、看護師を対象に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。院内教育では、定期的ながん看護について集合研修を行う機会が少なく、専門的内容のがん看護教育プログラムのみであった。そのため、昨年度、がん分野関連の認定看護師で検討を行い、がん看護の基礎強化を目的として、がん看護教育のシステム再構築を行った。	1) 緩和ケア研修会の開催(2026/2/14) 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) 看護師の基本的緩和ケアのスキルアップを目指した取り組みを行う。 ①がん看護教育プログラム ・がん看護の基盤：5講義 ・緩和ケア：4講義 がん分野認定看護師および他職種と共同で実施 ②苦痛症状のアセスメント、苦痛緩和の評価に関する教育活動を行い、看護師のアセスメント能力を高める活動を行う。下記のいずれかの方法で実施。 ・症例ごとに個別に教育 ・カンファレンス ・学習動画 3) 緩和ケア ①アブストラク、メサペインの使用手順等掲載 ②メサペイン運用マニュアル作成 ③鎮静に関するマニュアル見直し ④その他、見直しにて修正・追加必要な項目があれば実施	令和8年3月	○	概ね達成	1) 計画通り実施予定。 2) ①計画通り実施中。年間受講数は10人に満たない状況であったが、研修内容や受講方法を変更することで、気軽に受講しやすい環境となり、1講義平均約20人、総数65人が受講した。②アセスメント能力に関しては、日々のラウンドの際に指導を行っている。 3) 現在、作成中	継続	・緩和ケア研修会開催予定 →看護師、メディカルスタッフの受講促進について検討 ・がん看護教育プログラム研修 →ベーシックコースについては3月の評価をもとに必要な部分は修正等実施し、継続 →アドバンスコース(ベーシックコース受講修了者対象)構築 ・看護師のアセスメント力低下は課題にて教育方法検討。 ・マニュアル、手順等未完成のものを継続して作成
神戸JCH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8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ないか確認する

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)
神戸中央病院	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8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
	緩和STAS-Jを用いた緩和ケアの質評価	入院患者の緩和ケアニーズの把握が不十分である	① STAS-J勉強会を行い、苦痛評価と記録ができるように指導する ② 記録記載率およびカンファレンス実施率を月2回土日祝日以外ランダム抽出(担当月 A:4・7・10・1月、B:5・8・11・2月、C:6・9・12月) ③ スコア2以上の患者を病棟カンファレンスに取り上げ、苦痛緩和の方策や話を話し合うよう周知する ④ ブロックリーダーや総リーダーにカンファレンス時に呼び掛けてもらう ⑤ 緩和ケアの持ち方運用手順を作成する 【アウトカム】 消化器がん患者に限定し統計 スコア記載率:60%以上 スコア2以上カンファレンス実施率:50%以上	令和8年3月	△	概ね達成	がん患者の看護計画立案時に、緩和STAS-Jを意図的に入力するように周知した。しかし、啓蒙を続けないと記載率が低下する状態が続いていた。本年度は、がん疼痛の看護計画のみに、緩和STAS-Jの項目を追加し、緩和ケアニーズの把握を行った。	継続	次年度はすべての、がん患者の標準看護計画に、緩和STAS-Jを組み込み、計画立案とともに、自動的に入力できるようにする。外科病棟以外の部署でも、緩和STAS-Jの評価ができるように勉強会を行い、周知していく。
	意思決定支援ACP啓蒙やスタッフ教育、多職種協働の体制を整備	緩和ケアチームが中心となりACP症例に取り組んでいるが、一部のスタッフのかかわりに留まっており、介入患者が少ない	① 看護部スキルアップ研修を行い、患者やその家族の意向を尊重し意思決定支援を行うために必要な基本的緩和ケアを幅広く知ってもらう機会づくり ② 多職種倫理事例検討が各部署で開催できるよう、CNSやCNSによるラウンドを実施し、看護部倫理委員会リンクNSが管理者や前任者と協働し、症例検討の準備・実施が行える状態にする 【アウトカム】倫理的意決定支援の事例検討会:10件以上/年実施	令和8年3月	○	達成	看護部倫理委員会の取り組みで、他職種の倫理事例検討会の運営手順を作成した。手順に沿って、倫理委員会リンクNSや各部署の管理者に協力を得て、年間19例を行った。そのうち、意思決定支援に関する事例検討会は、12例実施した。	継続	医師をはじめとする他職種が業務の合間に検討会に参加する事が難しいため、年間計画の中に組み込み、出来るだけ多くの職種が検討会に参加できるように調整していく。
	意思決定支援意向に沿った選好を支援する	診断～終末期までの患者やその家族の意向や価値観を踏まえ、どのように対話し、多職種で意思決定支援を行ったかプロセスが見えない。(主に高齢認知症や意思表示が困難なケース)	患者の意向や価値観を対話の中から汲み取り、記録できる仕組みを看護部倫理委員会を通して行う。 【アウトカム】患者と対話からくみ取った意向や価値観を記録できる。各部署3例/月以上	令和8年3月	×	未達成	意思決定支援に関する内容を、緩和ケアスキルアップ研修を、シリーズで希望者(看護師45名申し込み)に行った。また、看護部倫理委員会においても、イーラーニングでACPの学習する機会を設け、本年度は意識づけまでを取り組んでいる。	継続	次年度は、緩和ケアリンクNS会を立ち上げる運びとなる。その中で、意思決定支援に関する教育を行う。(看護部倫理委員会では、次年度も継続する)意思決定支援に関する記録の取り決めは、他部門(入退院支援、記録委員会など)と共協働しながら進める必要がある。
症状緩和(がん疼痛)の取り組み	スタッフの知識不足により苦痛評価にバラツキが生じ、症状緩和に難渋している	① 全人的視点に沿った包括的アセスメントができるように事例検討会やCNS・リンクNSによる勉強会を実施する(外科病棟、看護スキルアップ研修) ② 標準看護計画(がん疼痛)を電子カルテ内に格納および運用手順を作成し、苦痛の評価やケアが標準的にできるようにする。 【アウトカム】オピオイド使用中のがん患者の半数以上に対して、がん疼痛緩和に向けたブロックカンファレンスを3日目・7日目の評価日に実践できる	令和8年3月	△	概ね達成	がん疼痛の標準看護計画を作成し、定期評価は行えている。教育として、がん疼痛に関わる研修会を開催した。本年度は、緩和ケアマニュアルを作成し、症状別の対応の方策を整備した。	継続	スタッフが、痛みや評価や、レスキュー薬の効果的な使用ができるように、現場での実践力向上に向けた支援を行う。来年度も緩和ケアスキルアップ研修を継続していく。また、現場教育(カンファレンス)や、看護基準およびマニュアルの見直しを行う。	

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)
関西労災病院	1.緩和ケアチームの活動の質を評価し、向上させる	今まで緩和ケア介入件数やSTAS-Jで緩和ケアチームの評価を行っていた経緯がある。	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)で比較する。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	令和8年3月	○	達成	①緩和ケア介入患者186名に対して回答有効な患者105名を対象に介入時、介入後1週間を目標にIPOS評価表を用いて実施した。その結果平均0.9点、症状および気持ちのつらさが改善している結果となった。緩和ケアチーム介入を行うことで症状の改善は認めている。しかしがんの進行に伴い症状が悪化、コントロール不良なことも多く、一概にIPOSでケアの質が図れているとも言い難い。日々の患者を看ながら多方向から評価することは重要であり、評価基準の一つとして継続していく。 ②緩和ケアカンファレンスを週1回開催を行い、難治性の症状コントロールに関してケア提案は行っているが、主治医や病棟スタッフとの情報共有ができていないことで、適切な時期にケア提供ができていないこともある。緩和ケアチームと主治医や病棟と連携をはかることが重要と考える。専従看護師が橋渡し役となり、患者に適切なケア提供ができるよう調整していく。	継続	①IPOSによるケアの質評価の継続と評価介入後のIOPS評価が平均0.9点以上となる
	2.医療従事者と緩和ケアチームとの連携強化	①医師からの依頼が多い現状があるが、患者の対応が遅れることも多かった。また緩和ケアリンクナースが橋渡しできていない現状もあった ②外来患者の苦痛の把握ができておらず、対応が遅れていた。	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) ③外来患者(化学療法センター)の緩和ケアスクリーニングを行う	令和8年3月	○	達成	①②看護師からの介入依頼件数は25%(2月末47件)である。リンクナースは病棟でも率先してケアの充実を図る役割もあり、看護計画の見直しなどを行っていけるように推進していく ③R7 11月より外来患者(化学療法センター通院中)に対して緩和ケアのスクリーニングを開始した。対象患者は1、術後、術前の初回、2、再発の初回、3、再発のサードライン以降、4、看護師がみて苦痛が強いと感じた患者とした。35名(R8,2月末)のスクリーニングであり、陽性率37%であった。陽性で相談、支援の希望者は4件、陰性だが、相談、支援の希望者は1件あった。4件の内訳は経済的な不安、仕事の不安、治療に対する不安であり、適切な支援が受けられる専門家に橋渡しすることで、治療継続につながっている。今後も継続し、早期から患者の苦痛が拾い上げられるように支援していく。	継続	①緩和ケアリンクナースの活用とケアの向上を目指す ③外来患者のスクリーニングの継続と評価
	3.医療従事者への基本的緩和ケアに関する教育	院内の医療従事者へ研修は行っているが、基本的な知識の定着には至っておらず、同じような内容の麻薬のインシデントも発生している	①.医療者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 ②麻薬に関するインシデントで共通理解が必要な内容は電子カルテ内のシステムを用いて発信する。	令和8年3月	△	概ね達成	①緩和ケア研修はR7 11月29日に開催。院内の緩和ケア研修受講率も100%である 院内研修は1回・院外1回開催 リンクナースに関しては年6回、基礎知識、事例検討を行った。 ②麻薬に関するインシデントに関しては適宜医療安全管理者と相談の元、必要時対策を講じている。昨年度よりインシデント件数は増加しており、医療従事者の知識の定着が必要と考える	継続	①院内の医療従事者に対する緩和ケア研修の充実 *年1回以上の院内医療従事者に対する研修開催(PEACE以外で) *PEACEは受講率100% ②麻薬の使用に関してインシデントの多い内容に関して研修を行うことで、インシデントが減少することを目指す *インシデントに関連した研修会を1回以上は行う
兵庫医科大学病院	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、十分に周知できていない。	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。また、自己管理開始に伴うカンファレンス記録、看護記録、薬剤師記録を行うことを支援する。	令和8年3月	△	概ね達成	1)医療用麻薬自己管理(1回分・5回分)マニュアルの定着を図るため、初回導入時には緩和ケアチームが支援を行った。さらに、自己管理開始に伴うカンファレンス記録や看護記録については、記載すべき事項を病棟看護師と共有し、記録作成の支援を実施した。	継続	1)医療用麻薬自己管理(1回分・5回分)マニュアルの定着を図るため、初回導入時には引き続き緩和ケアチームが支援を行う。 2)入院時に、病棟担当薬剤師が適切にオピオイドを管理できている患者へ医療用麻薬レスキュー薬の自己管理に関する情報提供を行い、自己管理の推進を図る。

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)
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>2) がん性疼痛緩和指導管理料の算定漏れがある。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>5) 患者が「緩和ケア・緩和ケアチーム」について理解するための資料提供等を行っていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 緩和ケアE-Learningの継続と受講の推進、次年度に向けて内容の検討を行う。</li> <li>2) がん性疼痛緩和指導管理料の算定に関するアナウンスが、E-Learningと緩和ケア研修会の機会のみであり、アナウンスの機会を増やしていく。</li> <li>3) 現行の緩和ケアマニュアルを追加・修正する。</li> <li>4) がん看護リンクナースへ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、E-Learning等を活用し、リンクナース会で継続して支援を行う。</li> <li>5) 「緩和ケア」のスムーズな導入のために、患者からアクセスできる動画等の作成を検討する。</li> </ul>	令和8年3月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 今年度の緩和ケアE-learningは12月より受講を開始した。なお、2023年度から2025年度までの3年間は同一内容を配信した。</li> <li>2) がん性疼痛緩和指導管理料の算定に関する周知を、E-learning、緩和ケア研修会、その他の機会を通じて実施し</li> <li>3) 緩和ケアマニュアルの内容を見直し、必要な修正を行うとともに、より閲覧しやすいレイアウトへ改訂した。</li> <li>4) がん看護リンクナースが苦痛症状のアセスメント、アセスメントシートの記載、看護計画の立案を適切に行えるよう、E-learningの活用やリンクナース会を通じて継続的に支援した。また、各部署で定期的に評価を行い、成果を共有する機会を設けることで、リンクナースのモチベーション維持に努めた。</li> <li>5) 緩和ケアの円滑な導入を目的として、患者向けの説明動画を現在作成している。</li> </ul>	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 次年度は、緩和ケアE-learningの改定を実施する。必要な項目の見直しを行うとともに、受講しやすさの向上を目的として、視聴時間を5分以内とするなどの工夫を検討する。</li> <li>2) がん性疼痛緩和指導管理料については、引き続き算定に関する周知を行う。(今年度で計画完了とする)</li> <li>3) 緩和ケアマニュアルについては、今後も追加・修正を継続し、グループウェア等を活用した情報共有を進める。また、緩和ケア研修会やがん看護リンクナース会において周知を図る。</li> <li>4) 苦痛症状のアセスメント、アセスメントシートの記載、看護計画の立案については、看護部の方針を確認しつつ、新しい電子カルテシステムに適合する形へ変更を進める。</li> <li>5) 緩和ケアの円滑な導入を目的として、患者向けの動画等を作成し、適切な運用方法について検討する。</li> </ul>
	患者・家族への質の高い専門的緩和ケアの提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) 専門的緩和ケアを多職種連携の中で提供する場が少ない。</li> <li>2) チームメンバー個々が持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。</li> <li>3) 専門的緩和ケアを担う後進育成が行っていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	令和8年3月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>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積極的に参加し、症状緩和に関する具体的な方法について提示するなど、専門性の発揮を目指した。</li> <li>2) 緩和ケアチームの専門性維持を目的として、学会発表を推進し、発表内容の共有を行った。</li> <li>3) 専門的緩和ケアを担う後進育成を継続して実施した。また、緩和ケア研修会のファシリテーターとして協力いただく医師を増やし、育成を進めた。</li> </ul>	継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) ～ 3) について次年度も計画を継続していく。</li> </ul>
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られることができる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・基本的緩和ケアを継続的に学ぶ機会が少ない</li> <li>・事例相談時や介入事例を通して、学べる学習法でなければ、実践に活かしにくい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>①緩和ケアに関する学習資料(スライド)作成、修正</li> <li>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。</li> <li>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</li> <li>④緩和ケアセミナーを開催する</li> <li>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)</li> <li>⑥看護師教育：がん看護研修会(基礎、応用)</li> <li>2. コアナース、リンクナースの育成</li> <li>①緩和ケア看護部会での学習会の開催</li> <li>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</li> <li>③がん看護研修会受講修了者の継続支援</li> </ul>	令和8年3月	○	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. ①学習資料(スライド)は、鎮静、ACPの修正、適切なDNAR指示と意思決定支援を作成した。②緩和ケア部会で学習会資料によるミニレクチャー開催(3回)、ACP事例検討(1回)。ヒヤリハット事例の共有の継続、慢性疼痛で他院でフェンタニルテープ処方時の継続手順の見直し。⑤緩和ケア研修会：11月29日 27名(看護師2名、薬剤師2名)⑤がん看護研修会：基礎17名、応用14名</li> <li>2. 緩和ケア看護部会となり、手術室以外の部署からリンクナースが選出され、症状マネジメント(疼痛、呼吸困難)の事例検討、IC同期時の役割のミニレクチャー後、部署にの現状と課題を共有し、改善策の支援を行った。</li> </ul>	継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 学習資料(スライド)の作成(便秘)、作成分の修正は継続。緩和ケア部会、緩和ケア看護部会です定期的にアナウンスし、ラウンドやカンファレンス時に学習資料による定期的にミニレクチャーを行い、基本的な緩和ケアの提供が行うことができるように支援を行う。部署ごとのミニレクチャーニーズの確認、部署に必要なミニレクチャーの開催を行う。年間計画(がん患者の多い部署、希望部署)</li> <li>2. 非がん、ICU系のリンクナースやがん看護研修受講修了者が中心となり、症状緩和、意思決定支援が行えるよう支援を行う。定期的に進捗状況の確認を行い、計画修正や介入を行う</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・鎮静前カンファレンス開催は行っているが、定着までには至っていない、検討内容や記載がばらつきがある。</li> <li>・鎮静開始後の評価やカルテ記載が不十分である</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. 苦痛緩和に対する鎮静が適切に行える</li> <li>①鎮静カンファレンスシートの作成、緩和ケア部会、緩和ケア看護部会で周知する。</li> <li>②鎮静のオーダーセットの周知</li> <li>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</li> </ul>	令和8年3月	○	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. 鎮静前カンファレンスシート、鎮静実施評価シートを作成、緩和ケアチームも鎮静前カンファレンスに参加し、鎮静開始後も継続介入し、シート記入の周知を行った。鎮静前倫理カンファレンス参加：17件(12月)</li> </ul>	継続	<ul style="list-style-type: none"> <li>3. 目標：鎮静前カンファレンスシートや鎮静実施後評価シート沿った多職種カンファレンスの開催が定着する。多職種カンファレンスに緩和ケアチームも参加し、必要な内容が話し合われているか、シート記入方法が行えているかを定期的に確認する。</li> </ul>

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	(前頁)	・ACPIに関する普及や教育が不十分である ・院内外が多職種連携でACPを行う体制の強化が必要	4. 意思決定支援(ACP含む)の体制の整備: ①ACPIに関する研修会を開催する(研修医、看護師、全体) ②ACPマニュアル、意思決定支援マニュアルの見直し ③広報の強化:HP、パンフレット作成 ④緩和ケア看護部会でACP、ICICにおける看護師の役割の学習会と部署周知の支援 ⑤がん関係の専門看護師、認定看護師が病状説明(特に外来)に出席し、患者の価値観や意向を院内外が多職種で共有し、意思決定支援やACPを行う。退院前カンファレンスの同席や外来では地域連携担当者や在宅支援者と連携しながら、ACPを行う。	令和8年3月	○	概ね達成	4. ①ACP研修会:研修医11月、全体2~3月(動画視聴)②ACPマニュアル作成中③ACPのHP、患者用パンフレット作成中(1月)④リンクナースにてACP、ICICにおける看護師の役割を周知、各部署の課題を共有し、改善策の支援を行った。ACPの体制について他院見学(1,2月)、他施設や地域の医師や訪問看護師等と現状と課題を共有した。	継続	4. 継続。 地域医師や訪問看護師と定期的なカンファレンスや事例検討を行い、緩和ケアやACPが継続できるよう体制を整備する。
	患者・家族へ質の高い専門的緩和ケアの提供	・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 ・非がんの患者に対する緩和ケア提供が不十分である	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。非がんも対象であること周知、増やす(目標:非がん患者介入件数40件) 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の評価(毎月) 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 ②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8年3月	△	概ね達成	1.①スクリーニング(入院)12月までスクリーニング総数:1743件、陽性数612件(35.1%)、直接介入(新規188件)間接介入総数:463件、麻薬適正使用確認(週1):373件。 心不全患者は心不全チームと連携により、非がん直接介入依頼:29件、相談7件(計36件)と増加 ③外来陽性者、専門家介入依頼は、診療科や医師による偏りや紹介のタイミングが遅いことがあり、緩和ケア部会で周知し、依頼医師は増加した。外来看護師や化学療法室看護師が介入している場合も多く、困難時に介入する事例が増加した。 2. がん相談支援センターとの毎日情報共有施行、患者サポートセンターとの連携によって紹介介入件数は増加している(新規介入108件)	継続	1. 外来におけるスクリーニングの強化:スクリーニング体制の見直し。適切なタイミングで専門家介入できるよう外来看護師、外来化学療法室との定期的なカンファレンス、介入事例の振り返りを行う 2. 非がん患者に対する緩和ケアの提供を行う。非がん患者のスクリーニング方法と緩和ケアナビのフローチャートの見直し。非がんの診療科や部署への周知方法の見直し。 非がん患者介入件数50件
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7年12月	△	概ね達成	1.1)職員への研修会1回/年実施した 2)緩和ケアラウンドへ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2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ACP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)ACP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7年12月	△	概ね達成	1.ポスター掲示後、がん相談員への相談が増えた 2.ACP学習会を看護部チーム会で実施し、部署内への周知活動内容を緩和ケア研修会で、成果報告したACP介入の事例カンファレンスを看護部チーム会で共有し協議した各病棟でカンファレンス実施	継続	1.ACPの介入の継続ポスター掲示後の相談件数や評価継続 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.介入支援のスキルアップをはかる
	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7年12月	△	概ね達成	新病院への移転を機会に見直し、追加・修正に取り組んでいる	継続	新病院に向けて、市西と共有しながらマニュアルの見直し修正と周知

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)
明和病院	緩和ケア提供体制の質の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>緩和ケア加算につながる件数が少ない</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>医師：PEACE研修会の修了者が100%ではない</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>基本的緩和ケアの知識が学習できる機会を作る               <ol style="list-style-type: none"> <li>医師対象にしたPEACE研修会を実施する                   <ul style="list-style-type: none"> <li>がん治療医修了者90%以上を目指す</li> <li>他施設での受講を促進する</li> </ul> </li> <li>医療従事者向けの研修会を実施する                   <ul style="list-style-type: none"> <li>相談実践例を内容に含める</li> <li>受講者20%以上を目指す(2~3年目途)</li> <li>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</li> <li>内容：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</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>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</li> <li>地域のがん患者医療の症状緩和を積極的に行う               <ol style="list-style-type: none"> <li>患者のかかりつけ医、地域の医療者からの相談を受ける</li> <li>緩和ケアチーム介入患者の外来連携を行う</li> </ol> </li> <li>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               <ol style="list-style-type: none"> <li>苦痛のスクリーニング用紙の運用手順を見直す</li> <li>緩和ケアチーム介入手順を見直す</li> <li>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</li> <li>チーム介入依頼件数で評価する</li> </ol> </li> </ol>	令和8年1月	×	未達成	<ol style="list-style-type: none"> <li>PEACE研修会の参加状況 医師の参加率は80%以下であり、目標の90%には未達であった。受講促進を次年度も継続する</li> <li>医療従事者向けの研修会の実施状況 医療従事者向けの研修会は1回実施した。 緩和ケアチームの認知度向上と介入依頼につなげることを目的に緩和ケアチームが担う役割や対応可能な内容について周知した。今年度実施した研修会を足掛かりとして、今年度実施できなかった研修企画については次年度の実施を検討。</li> <li>緩和ケアマニュアル及び苦痛のスクリーニング運用手順の見直し 緩和ケアマニュアルの電子カルテ登録および苦痛のスクリーニング運用手順の見直しは今年度実施できなかった。</li> <li>地域のがん患者に対する支援 地域のがん患者に対する症状緩和の支援については継続して実施できている</li> </ol>	継続	<ol style="list-style-type: none"> <li>基本的緩和ケア教育体制の強化               <ol style="list-style-type: none"> <li>PEACE研修会受講率の向上 評価：研修終了率</li> <li>医療従事者向けの研修会の計画的実施 評価：研修会の実施回数と受講者数</li> </ol> </li> <li>緩和ケアマニュアル、苦痛スクリーニング運用体制の整備               <ol style="list-style-type: none"> <li>緩和ケアマニュアルの活用促進(薬剤を電子カルテに登録)</li> <li>苦痛スクリーニングの運用手順の見直し</li> <li>緩和ケアチームの介入手順の明確化</li> </ol> </li> </ol> <p>評価：緩和ケアチーム介入依頼件数、苦痛スクリーニング陽性患者の介入率</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>地域連携の継続と強化 必要に応じて地域向けの研修会や情報発信を検討する</li> </ol>
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>がん患者・家族の相談窓口への認知が不十分である</li> <li>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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>フローを作成し、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</li> </ol> <p>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</p>	令和8年3月	○	達成	<p>パンフレット配布により、患者・家族からの相談窓口への問い合わせ件数が増加した。医療者から相談窓口への案内が行われるケースが増え、案内のタイミングについて一定の理解が得られた。一方で、医療者間で案内の判断基準にばらつきがあり、必ずしも必要な患者・家族すべてに繋がっていない事例がみられた。看護外来への連携については、特定の職種・個人に依存する傾向があった。</p>	完了	<p>相談窓口案内フローに、具体的な案内タイミング(初診時・治療選択時・不安表出時など)を明文化し、より分かりやすい内容へ修正する。</p> <p>定期的な勉強会やミニカンファレンスを実施し、医療者の理解と意識の統一を図る。</p> <p>入院支援スタッフ・相談窓口スタッフ・看護外来間の連携方法を再確認し、仕組みを見直す</p> <p>相談件数や連携状況を定期的に振り返り、継続的に評価を行う。</p>
	全てのスタッフが、多くの場面で、患者・家族の意思決定支援を行うことができる	<ol style="list-style-type: none"> <li>意思決定支援などの体制が構築されていない</li> <li>電子カルテ上、患者の思いなどが、統一された書式ではなく、医療者で共有しにくい</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>すべてのスタッフが意思決定の場面で支援を理解できる院内教育を行う。ACPを推進するためにフローやチェックリストの作成を行い、活用する</li> <li>治療の選択・今後の療養場所などの意思決定支援時に、統一した記録を行えるよう、記録委員会で検討・作成する</li> </ol>	令和8年3月	△	概ね達成	<p>意思決定支援に対するスタッフの理解は一定程度深まり、支援の場面で意識的に関わるスタッフが増加した。</p> <p>一方で、フローやチェックリストの活用状況には部署間で差がみられ、記録様式についても統一運用には至っていない。</p> <p>電子カルテ上での記録は依然として個人差があり、多職種間で十分に共有できていない場面があった。</p>	継続	<p>フローおよびチェックリストの活用を定着させるため、具体的な活用事例を用いた教育やフォローを継続する必要がある。また、記録様式については運用ルールを明確化し、記録委員会で連携しながら現場への浸透を図る。今後は、意思決定支援が必要な場面を早期に捉え、全スタッフが共通認識のもとで支援・記録できる体制構築が課題である。</p>
	患者会の活動を推進し、支援できる	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>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)</li> <li>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</li> <li>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</li> </ol>	令和8年3月	○	達成	<p>患者会の活動を推進し、支援体制の強化に取り組んだ。</p> <p>乳がん患者会(年3回)、全がん対象の患者会(年2回)について、年間日程を掲示し開始日時を明確にしたことで、開催日が把握しやすくなり、参加しやすい環境整備につながった。</p> <p>また、患者会案内ポスターの内容を見直し、化学療法室や病棟へも広報範囲を拡大したことで、患者会の存在や目的がより多くの患者に伝わるようになった。さらに、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から患者会の案内を行う体制を整え、必要とする患者が気兼ねなく参加できる支援につなげることができた。</p>	完了	<p>ポスターや掲示だけでは患者会の具体的な内容や参加のメリットが十分に伝わらない場合があるため、実際の参加者の声や活動内容を分かりやすく伝える工夫が必要である。</p> <p>また、患者や家族の不安やニーズに応じて、医療スタッフから能動的に患者会を紹介できるよう、院内での情報共有と連携をさらに強化していくことが課題である。</p>

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	安全ながん化学療法の提供と質の向上	①根拠に基づいた患者支援が必要である ②安全な化学療法の実施 ③多職種支援の充実	①ガイドラインに基づき、治療・副作用マネジメントを行い、個人に合わせた支持療法を提供し、患者支援を行う ②有害事象に対するマニュアルの周知、曝露対策の理解を深める。化学療法IVナースの質の向上のためフォローアップ研修を実施 ③副作用対策の支援、精神的ケアのための面談を継続する。栄養士、薬剤師、看護師などのメディカルスタッフとの連携を行う	令和8年3月	△	達成	①問診をとり、副作用について、コミュニケーションをとり、患者に合わせた支援を心がけた ②マニュアル変更があった場合は全体にメール配信を行い、研修内容に曝露対策を組み、意識を高めた。化学療法IVナースの更新のための研修を実施した。(参加者20名) ③病棟ラウンド、化学療法室での面談・支援を行い、カンファレンスで多職種と連携を取りながら支援をすすめた。	完了	・院内研修を実施して、患者支援のための理解を深めていく ・多職種連携をとって、患者の個性を配慮した支援を引き続き行っていく
市立芦屋病院	〈目標〉 ①がん・悲がん患者を問わず患者・家族に継続して質の高い緩和ケアを提供できる。	・入院患者数の減少 (令和6年度のチーム介入件数は12月で124件→令和7年度同月で74件) ・緩和ケア認定看護師1名退職(6月)の影響	・がん患者指導管理料イを外来の化学療法看護CNと連携して算定。30件/年をめざす。	令和8年3月	○	達成	・がん患者指導管理料イの算定件数は70件/年	完了	・外来化学療法看護CNとの連携は有効なため継続する。
	②入院・外来患者に対し、IPOSを実施し課題の把握に努めケアにつなげる。	・入院のチーム介入患者は再入院を繰り返している患者が多い ・外来通院患者を訪問する時間が捻出できない	・入院チーム介入患者、および外来通院患者(主にケモ室通院中)にIPOS実施 30件/年 ・外来患者(外来ケモ室)でがん化学療法看護CNにIPOS実施の協力依頼、チームカンファレンスで情報共有しチーム介入へつなげる ・SpiPasの実施: 5件/年 ・抑うつ問診: 5件/年 ・予後予測の実施10件/年	令和8年3月	△	概ね達成	・入院チーム介入患者にIPOS実施した件数は20件、外来で実施した件数は20件 ・薬剤師も継続的関わり中にIPOS実施している10件 ⇒合計50件 ・告知→入院(IPOS)→退院外来ケモ中(IPOS)→再入院時チーム介入につなげている ・外来で治療の終了時期にさしかかった患者にIPOS実施し介入が必要な問題点、ニーズを洗い出し緩和ケアCN、チームカンファレンスにつなげた(ACP;退院支援に連携した事例あり) ・SpiPas: 5件 ・抑うつスクリーニング: 2件 ・予後予測: 9件	継続	・外来看護師、CNとの連携によりACP、緩和ケア内科や、地域連携室との連携で退院支援できた事例もあり継続する。 ・ひきつづき各ツールを用い適切な症状把握、評価を継続する。 ・一般病棟から緩和ケア病棟への転棟日数も短いことや、一般病棟で予後予測に必要な採血項目を満たしていない場合もあり積極的に必要と判断された場合は主治医と連携をしていることは有効なため継続する。
	③チームから地域へ、当院緩和ケアの発信ができる。	・芦屋、西宮、東灘、宝塚など阪神圏内に緩和ケア病棟が複数あり。患者獲得のためそれぞれの病院の機能に特色がある。	・他院緩和ケア病棟の特色の把握	令和7年9月	○	達成	・緩和ケア内科医師が他施設の緩和ケア病棟(聖隷三方原病院、協和マリナホスピタル)の見学を実施し、当院が受け入れできる患者や環境の特色などの把握をおこなった。初診面談で様々なニーズに対応できるようにしている。	完了	・当院の体制を継続する。
	④在宅医との連携強化や市民の皆様の知識向上に務める。	・地域の先生方との交流の場としてデスクカンファレンスは実施困難であるが、お互いに学びあう環境づくりが求められる。	・これまで地域の在宅医、訪問看護ステーション、訪問介護ステーションと連携してデスクカンファレンスの実施を行った経験があるが、今年は実施できなかった。 ・各学会での発表やファシリテーターなどに参加して指導・教育的な役割を担う。5件/年 ・最新の緩和ケアスキルについて継続的学習を続ける	令和8年3月	○	達成	・緩和ケア内科医師が、芦屋市民公開講座、芦屋緩和医療連絡協議会で緩和ケアについて講義 ・日本緩和医療学会発表6題 ・関西支部研究会1題 ・緩和医療薬学会発表: 1件 ・サイコオンコロジー学会: 4件 ⇒12回/年 ・緩和医療学会の基礎教育セミナーで講師1回 ・サイコオンコロジー研究会でファシリテーターとして参加2回 ・PROによる緩和ケアチームの質に関する評価の研究に参加(10症例)	完了	・当院の体制を継続する。
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できたが、外来でのスクリーニングが不十分	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8年3月	○	概ね達成	リンクナース会で継続的に症例検討を行い、各リンクナースが外来、病棟への周知を行った。外来ではがん患者全員には実施できていないが、主にBSC方針となった患者に実施され、件数は増加した。 各部署の苦痛のスクリーニング平均実施率(2月末)78.5%		

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	緩和ケアの質評価	STAS-J【症状改善率】 疼痛：4%改善 疼痛以外の身体症状：1%悪化 ①緩和ケア病床を有する病棟でしか評価できていない ・スコアリングの判断に困っている ・初回入力にばらつきがある ②IPOSへの導入準備中	①緩和ケア病床を有する病棟の緩和ケア教育の継続 ・疼痛、疼痛以外の身体症状などの勉強会、症例検討の実施 ②適切な質の評価：STAS-JからIPOSへの移行 患者アウトカム評価(IPOS)をPCT介入患者全員に実施する PCT介入時～1週間後の評価	令和8年3月	△	未達成	当院3月末閉院が決定したことで、IPOS導入は見送ることとした。継続してSTAS-Jでの評価を行った。 【昨年度との比較】 ・疼痛：改善9% ・患者の不安：16%改善 その他項目、ほぼ同様 ①該当部署での教育を継続 ・疼痛、呼吸器症状、消化器症状、倦怠感、苦痛緩和のための鎮静等 ・STAS-J 症例検討 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ケアを検討している。11月から病棟が変更となったが、継続して実施できた。 他部署での実施はできなかった。		
	地域連携	退院前カンファレンス件数が少ない	退院前カンファレンスへの参加継続 ・MSWとの連携 ・PCNだけでなく必要時多職種にも参加してもらう	令和8年3月	○	概ね達成	退院前カンファレンスへの参加件(4月-2月末)：2件 PCTではPCNのみの参加となったが、事前に他職種メンバーから伝達すべき情報共有を行った上での参加ができた。		
	意思決定支援に関する提供体制の整備	・DNAR、鎮静、代理意思決定者など、各医療者によってとらえ方が異なる ・CECTへの看護師依頼が少ない	臨床倫理コンサルテーションチーム活動 ・院内周知と教育 ・看護師教育	令和8年3月	○	達成	・臨床倫理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 ・意思決定支援場面を動画作成し院内周知を行った ・院外講師による研修会実施 ・看護部クリニカルラダー教育での事例検討実施		
市立伊丹病院	非がん患者及び、鎮静等の必要な患者へのチーム介入を強化する	非がん患者への介入が少なく、鎮静等の必要な事例に対して介入が遅い時がある	非がん患者(心不全や慢性閉塞性肺疾患等)に対する体制の構築を確立していくため、かつ鎮静等への早期介入を行うために、関連多職種チームと連携しカンファレンスやリンクナースを通じて情報収集、介入の機会を得ていく	令和8年3月	△	概ね達成	非がんのチーム介入件数;13件/100件(2025/4/1～2025/12/31) 全介入患者の13%であった。 非がん内訳 循環器;4件(30%) 呼吸器;6件(46%) 消化器;2件(15%) 泌尿器;1件(8%) 鎮静の必要な患者の倫理カンファレンス参加は1件、リエゾンチームとともに参加した。	継続	今後も継続して院内へ非がん患者への介入・倫理カンファレンスの実施など、チーム活動について働きかけが必要。非がん患者はがん患者に比べ予後が長く、緩和のゴール設定についてチーム内で検討していく必要がある。
	交流する機会を通して、地域の医療施設や関係スタッフと顔の見える繋がり継続する	在宅医療施設との情報共有の機会、顔を合わせる機会を大事に積極的にコミュニケーションをとって	近隣の施設との勉強会や情報共有を行う機会を年に2回実施する	令和8年3月	△	概ね達成	地域協働カンファレンス実施 日程：2025年11月13日(木) 骨転移症例の治療やケアについて、整形外科骨転移専門医師による実際の患者さんの症例や対応など提示しながら治療やケアについて共有した。	継続	地域の医療従事者との顔の見える関係性作りは継続が必要である。 次年度以降も継続して研修会を企画していく。
宝塚市立病院	医療用麻薬の自己管理ができ、自ら苦痛を軽減できる	昨年度マニュアルの作成は出来ているが、実際導入した症例はない。実際にマニュアルに不備等がないかの検証を行う	① マニュアルを安全、確実に実践できたか検証を行う ② 使用後の評価を行い、改善点を明らかにする	令和8年3月	○	達成	4例導入ができた、1例は途中中断となった、3例は退院までつなげることができた。 緩和ケア委員会で不安等の共有を行った。 マニュアルの改訂は必要なかった。	継続	退院が見込まれる患者に対しては、導入の必要性を積極的に検討していく。 自己管理症例を増やしていき、継続してマニュアルの改訂を行っていく。
	患者とその家族が入院、外来どの部署においても自身のつらさや気がかりを表出することが出来る	IPOSに対する理解が不十分であるが、現状のマンパワーではこれ以上の負担は難しい。緩和スクリーニングは継続するが、IPOSを緩和ケアチームで利用するかについて検討を行う。	① 現在のスクリーニングシートの使用を継続する。 ② 緩和ケアチーム介入症例でIPOSが利用できるか検討を行う。	令和8年3月	△	概ね達成	現在のスクリーニングシートの利用継続は出来ているが、利用方法に理解が不足している場合があったため、緩和ケアチーム委員会で再度使用意義・介入の方法について伝達を行った。 緩和ケアチーム介入症例においてもIPOSを取ることは難しい。	継続	緩和ケア病棟でIPOSを導入する。

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	・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、院内で浸透しておらず、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8年2月	△	一部達成	・睡眠薬：基本的な院内推奨指示薬の使用法のミニレクチャーを行う ・オピオイド持続皮下注射：病棟ごとに使用頻度や熟練度が異なるため、病棟ごとに講義内容の要望を聴取り、ミニレクチャーを1月末から2月に実施予定 ・終末期鎮静：繰り返し視聴できるようにe-learningで3月に講義予定	継続	・せん妄、睡眠薬：院内推奨指示の統一ができていないため、指示内容の見直し、バスや各科指示セットの見直しを行った上で、新入職員+既存の職員に向けての学習会 ・麻薬使用・減量に関する学習会 ・電子カルテ上の緩和に関する勉強会資料を刷新
	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	・昨年度リストアップした近隣の介護施設に対して緩和ケアや看取りの状況に関するアンケートを実施し、現状を把握する	令和8年3月	△	一部達成	近隣の介護施設に看取りに関する問題をヒアリングした。ヒアリング内容を中心に講義とグループワークを行なった。終了アンケートでは良い評価を得た。	継続	近隣の介護施設に看取りや緩和ケアの問題をアンケートやヒアリングで抽出し、ニーズに応じて学習会など支援を行う
	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	・入院中に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患者がいる ・ハロペリドール注・リスパリドン使用による錐体外路症状等の副作用症状出現がある	・錐体外路症状出現や疼痛コントロール不良を含め症状緩和が困難な患者に対し、病棟薬剤師と情報共有し、必要時薬剤の提案を主治医に行う ・経過を確認し症状緩和が難しい場合はPCTの介入を検討する	令和8年3月	△	概ね達成	・緩和ケアチームとして、ハロペリドール注などD2受容体遮断薬の使用法の確認や減量提案を継続して実施している。 ・症状緩和について病棟薬剤師と情報共有を行い、連携はできている。病棟薬剤師から緩和ケアチーム薬剤師へ相談しており、症状緩和が必要な患者についてPCTラウンドに提案し、適切な介入につなげている。	継続	・ラウンドで抽出しきれない患者を把握するため、薬剤部内で薬剤部作成資料(薬剤部ニュース)を用いて「薬剤性錐体外路障害」について再度周知し、病棟薬剤師が早期発見に気づきやすい体制を強化する。 ・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する。 ・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、介入方法を多職種で検討する
	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～」の聴講についてアナウンスする ・新規採用者などの研修未受講者に対し、研修を企画し実施する ・希死念慮のある患者に対する関わり方だけでなく、家族への接し方について研修を検討する ・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つたか、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 ・頻回の電話相談、受診をする患者はサポートケア介入しているため、身体症状が落ち着いた時点で希死念慮の有無の確認を継続的に行う	令和8年3月	△	一部達成	2021年から2022年に行ったゲートキーパー研修について質的検討を行っている。インタビュー調査内で看護師が希死念慮を抱える患者について関わる困難感や上記研修の不足点を聴取している最中である。看護師のニーズに即した研修内容を検討中である。	継続	ゲートキーパー研修を看護師のニーズに即して改訂し、実施予定。
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	緩和ケア科の新設、緩和ケア病棟の開設となり、緩和ケアセンター、緩和ケアチームの役割は大きい。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続いている。今年度はリンクナースがほぼ入れ替わっているため、基本的緩和ケアの実践ができるように、緩和ケアリンクナースの役割について動機づけを行い、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・腕え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づけを行う ②動機づけ後、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。 ④緩和ケアチームカンファレンス・ラウンドに1回/年参加し、緩和ケアチームの役割や活動を知り、基本的緩和ケアの質向上へ繋げる	令和8年3月	○	概ね達成	2ヶ月に1回緩和ケアリンクナース会を開催。今年度のリンクナースは15名中12名が初めてリンクナースを担うスタッフであり、初回のリンクナース会では緩和ケアマニュアルを用いて、リンクナースの役割やIPOS運用についてなどを説明し動機づけを行った。リンクナースの活動サポートとして、年3回リンクナースとの面談を行っており、現在は全部署と2回目の面談を終了した。7月の緩和ケアチームカンファレンス・ラウンドにリンクナースが2～3名に分かれて参加した。リンクナースからは、「緩和ケアチームのカンファレンスがどのように行われているのかわかった」、「ラウンド時の患者とのコミュニケーションの取り方が参考になった」などの声が聞けた。 緩和ケアチームのラウンド時も、時折部署の看護師がベッドサイドに来てくれるようになった。	継続	2月のリンクナース面談で目標達成率を出し、3月のリンクナース会で活動報告を行う予定としている。今年度は9割のリンクナースが初めての役割を担うこととなったこともあり、部署への伝達の仕方やリンクナースとしての活動に不慣れな点が見受けられた。病院としての役割や、リンクナースの役割について理解はできたと考えられるが、実践として動くことができるまでには日々繰り返しのリンクナースへのサポートが不可欠であると考え。今後も引き続き、リンクナースの育成を行い、各部署での基本的緩和ケアの実践が行っていきけるようにしていく。

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
加古川中央市民病院	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の苦痛に対するアセスメント内容の充実に向けて昨年度から取り組んできた。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ため、引き続きリンクナース会を通して身体症状の原因、関連性、それに伴う心理面等への影響、患者の苦痛を捉えていけるようにサポートしていく。痛みのNRS評価率は上昇しているが、患者の苦痛の軽減につながり看護の質の向上にも繋がるよう、昨年度からの継続として痛みの評価が適切に行えているかを評価し、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【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) ②4月、12月のIPOSアセスメントの監査を行う ③自部署でもアセスメント監査を毎月1件してもらい、リンクナース会で話し合う ④アセスメントの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8年3月	○	達成	4月のIPOSアセスメントの監査結果は、評価指標2・3の合計84%であった。昨年度82%を上回りアセスメント内容の充実が継続されてきたと思われるが部署によっての差もみられた。リンクナースが部署で伝達できるように9月のリンクナース会では4月のIPOS監査結果を伝えた。また、リンクナース自身がアセスメントの実践が行えるようにIPOSアセスメントの事例検討を行った。2回目のアセスメント監査を11月分を12月に実施し、評価2.3の合計は84%であり横ばいであった。リンクナースの入れ替わりが多くあった年ではあるが、評価を維持できているのはリンクナースの活動があったからだ考える。  毎月痛みの評価(NRS)を部署ごとに行い、4月～11月までの平均は88.5%となった。7月以降、入院時に麻薬を使用している患者のNRS評価ができていないことや、麻薬の使用に不慣れな部署はNRSの評価を忘れていたことが散見された。リンクナースを通じて改善が図られるよう面談時やリンクナース会で部署ごとにフィードバックしている。	継続	IPOSの取得については、それぞれの部署にて認識していただけており、取得率も定着してきたと考える。IPOSアセスメントの充実として昨年度に引き続きアセスメントの評価を実施してきたが、昨年度よりも評価は良くなっていると考えられる。アセスメントを行うことで、基本的緩和ケアに繋がっていくと考えられるため、引き続き基本的緩和ケアの充実が図れるように取り組んでいきたいと考える。  NRS評価を実施することで、統一した評価が行えるとともに、基本的緩和ケアの質へも繋がるため、継続して実施していきたいと考える。
	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222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220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、ケアや関わりに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、専門性を活かす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8年3月	○	達成	4月～12月までの緩和ケアチームの新規チーム介入件数は200件で、月平均23件の依頼をいただいている。緩和ケア病棟への入院を検討している患者のチーム介入も多いが、入院前の患者の状況が把握しやすいことや顔見知りになることで患者の安心感にもつながっていると思われる。 ニュースレターは、緩和ケア便りと名称を変更し5月に昨年度の実績、8月は薬剤師面談について11月には社会福祉士の役割を掲載した。	継続	昨年度より緩和ケア科が開設し、緩和ケア病棟の運用が開始となったこともあり、緩和ケアチーム介入件数は多くなっていると考え。病棟転棟前に患者の状態把握を行うことや、家族との関わりを行うことで心理的負担の軽減にも繋がると思われるため、引き続き行っていきたいと考える。
県立加古川医療センター	各病棟リンクナースが患者の状況を把握し、チーム依頼の手順に沿ってチーム依頼できようスタッフの支援ができる。	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8年3月	○	達成	①一般病棟や外来のみでなく初療や血液浄化センター、HCUやICUもリンクナース部会へ加わり、月1回の部会でACPや鎮静などの事例検討や勉強会を6回/年実施、さらに各部署で伝達講習を実施できている。 ②リンクナースが中心となり、苦痛のスクリーニングやがん性疼痛指導計画書を使用し症状評価を行い、看護ケアに活用できる部署が増えている。チーム依頼の時点でテンプレートに情報をまとめて記載できるようになっている。 ③2025年4月から11月の期間32件の依頼があり、チーム看護師によるラウンドや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。	

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8年3月	○	達成	①情報収集や方針の整理はチームメンバーが各自で行えている。 ②カンファレンスでの推奨案をチーム記録テンプレートに記載し部署へフィードバックを行っている。 ③主治医の方針をもとに推奨案を提示し、実施の有無や結果を記録することができている。	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。 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。(緩和ケアチーム登録の書式を活用) 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8年3月	○	達成	①できている。 ②できている。 ③できている。 ④緩和ケアチーム登録の書式を活用し集計表を作成できている。依頼患者のほとんどががん患者であり3%が非がん(神経難病)患者であった。約60%ががん治療中であり約25%が治療終了後の患者であった。依頼内容の90%が疼痛であり次にその他の身体症状であった。介入期間は平均15.3日であった。 ⑤できている。 ⑥現在3回実施し、救急部門とコラボした勉強会も実施できた。2月にあと1回計画している。アンケート結果から参加者の知識の向上には繋がっていると考えられる。他職種連携についての理解はチームメンバーは深められているが、参加者の評価が難しい。 ⑦年1回開催し医師だけでなく多職種が参加できている。今年度は介護職も参加する。	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。 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。(緩和ケアチーム登録の書式を活用) 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、住民が望む場所で出来る限り最期まで過ごせる地域にしたい。	①加古川・高砂市の公立3病院でweb meetingを1回/月開催 ②医師会医療情報委員会、在宅医療委員会での検討を院内に持ち帰り、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) ③meetingで検討した内容に基づき、院内で協議、委員会での検討を経て実践する	令和8年3月	△	概ね達成	①毎月開催できている ②医師会医療情報委員会や在宅医療委員会での検討事項を持ちより課題の共有、院内でできることの検討を実施できている。 ③meetingで検討した内用を共有しているが、委員会での検討は実施できていない。	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) ③meetingで検討した内容に基づき、院内で協議、委員会での検討を経て実践する
明石医療センター	外来がん患者の支援強化	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	ハイリスク要因への早期アプローチ、治療環境の整備 →早期介入に向け、初回告知患者へのアンケート実施ならびに評価、修正、標準化" →適切な情報提供に向けた、患者向けハンドブックの活用 →IADL尺度(日常生活確認表)実施の標準化  多職種が参加しやすいラウンド&カンファレンス体制作り →緩和ケアチームのアピール方法について検討  職員向け動画研修会の実施  医師に向けた緩和ケア研修会への参加促進 認定看護師IC同席依頼方法の周知 →医局への広報活動	令和8年3月	○	概ね達成	・初回告知患者、ギアチェンジ患者へのアンケート、ハンドブックの配布、その後のフォロー体制作りを外来部門、関連部署の協力のもと続けてきた活動が定着してきている。 ・また、入院支援看護師にてIADL調査を行い、生活状況等の患者情報を退院支援看護師と速やかに共有することで、活発な病棟カンファレンス活用ならびに治療方針の見直しを行うなど、適切な治療提供、支援につながっている。	継続	・患者アンケートの回答率が低いと、行っている事実の見直しが必要と考える。
						△	未達成	継続	・今年度は研修の開催ができていないため、次年度
						△	未達成	継続	・新規で緩和ケア研修会を受講する医師が増えないため、次年度は未受講の医師へハウスを強化していく。(来年5月を目途にアナウンス)

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	PCTの質の向上	<p>1. PCTカンファレンスの活性化と専門的緩和ケアの充実 緩和ケアチーム介入患者に対してチームカンファレンスを週1回開催している。多職種が参加しているが、情報共有のみとなっている。</p>	<p>1.心理的安全性を担保し、カンファレンスを活性化させ、チーム介入患者に還元する。 1) カンファレンスでの情報共有の在り方を検討する。 ①チームメンバーそれぞれが情報収集しているため、詳細な経過ではなく、必要最低限の情報(病名や入院目的、チーム介入依頼内容)のみを共有し、その後は自由に意見交換する。 ②今年度よりがん関連CNもメンバーに追加し、がん看護の視点での評価も強化していく。 ③緩和ケア病棟入院中の患者の情報共有方法について検討する。 2.メンバーそれぞれの専門的知識を活かして患者像を把握する ①身体的苦痛がある患者は、電子カルテを用いて、苦痛を引き起こしている責任病変について医師より説明してもらい、メンバーそれぞれが共通認識を持った上で意見交換する。 ②医師以外の職種からも専門的視点を持って全人的アセスメントを自発的に発信する。 ③介入患者の振り返りカンファレンスを実施する(1~2回) ④PCTメンバーが講師となり、ミニレクチャーを実施する(1~2回) 介入患者について専門的視点でレクチャーを計画的に依頼する。 3.心理的安全性を担保し、グループダイナミクスを活用する。 ①何気ない疑問や不明点は躊躇せずに発言する。 ②初めのうちは活発な話し合いはできないと考えられるため、リーダーもしくはサブリーダーがそれぞれのメンバーに発言を促し、カンファレンスをファシリテートする。 ③必要時、主治医と病棟看護師(緩和ケア委員)にカンファレンスに参加してもらうように呼びかける。 4.それぞれの患者ごとに緩和ケアチームとしての見解と提案内容を具体的に設定する。 ①緩和ケアチームとしての介入の目的と目標、提案内容を話し合う</p> <p>評価：心理的安全性のチェックシートを用いて実施前、実施の途中、年度末に行う。</p>	令和8年3月	○	概ね達成	<p>1.①~③にそってカンファレンスでの情報共有の在り方を変更した。①活発に意見交換できる場に変化はしているとの意見があった。 2.①、②に関して、計画通りに実施できている。③退院後の生活を見据えてのチーム介入が必要であった事例について振り返りを行い、今後の患者支援に活かすことができた。④PCT介入患者も昨年度より増え、カンファレンス内での議論も多かった。その中で専門的な知識も共有できていたため、レクチャーの形式をとらなかつた。また、カンファレンスの時間の制限もあるため、レクチャーの計画が難しかった。 3.①、②に関して、カンファレンス促進の目的のためにレイアウトをコの字型にした。メンバーの顔が見えることで発言しやすくなることを意図した。レイアウトを替えたことで「発言しやすくなった」という意見があったため、意図した効果はあったと考える。しかし、「相談しやすいメンバーだと思うが、専門を極めている医師や看護師に質問することにためらいがあるメンバーがいる可能性がある。」との意見もあり、自らが意見を自由に発信できる場の雰囲気には至っていないと考えられる。そのため、カンファレンスの進行役によるファシリテートが必要であり、活性化に向けての取り組みの検討が必要と考える。③せん妄を認める患者への対応について主治医に緩和ケアチームのカンファレンスに参加してもらった。患者に直接医療やケアを提供している現場の意見を取り入れることでカンファレンスの活性化につながると考えられるため、緩和ケアチームメンバー以外の職種にも参加してもらえるように働きかけていく必要がある。 4.緩和ケアチーム加算を算定しているため、カンファレンス内容が患者に還元されるように介入の目的と目標、提案内容を明確にするように記載し、また、日々の関わりにおいて直接働きかけるようにした。</p> <p>心理的安全性のチェックシートを5月、10月に実施し、年度末にも実施する予定である。チェックシートの7項目中、5項目が5月の結果より10月の結果の数値が改善した。また、5月は5点満点中、平均が3.65であった。10月は3.95であり、平均値でも改善が見られた。カンファレンスの活性化に向けての取り組みは継続する必要があるが、昨年度よりもカンファレンスで意見を出しやすくなったとの意見が出た。</p>	継続	<p>・カンファレンスの雰囲気や発言はしやすくなったとの意見は出ているが、活発に自発的な発言ができるには至っていない。そのため、今後は活性化をより促進させる必要がある。また、特定の職種にカンファレンス内で専門的な意見を求めたい場合は、事前に情報提供を行っておくことで、意見が出しやすくなるのではと考える。 ・次年度に向けて具体的な活動内容をメンバーから意見を募り、計画を立案していく。 ・現在、チームカンファレンス後の回診は固定メンバーであるため、記録だけでなく実際の患者の状況を把握できるように必要時参加可能なその他のメンバーに働きかける。</p>
		<p>2. 緩和ケアの質の向上 昨年度、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ことを目標とした。 PCT介入後2週間、その後1週間間でIPOSを実施しているが、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現状がある。また、IPOSを活用し緩和ケアチームが介入による症状緩和の評価がのぞましい。</p>	<p>2.IPOSを活用し、入院中の緩和ケアチーム介入による症状緩和を評価する。 ①マニュアル通りにIPOSを継続する。 ②初回評価までに退院することがあるため、介入1週後、IPOSを実施する。 ・1週間以内の退院の場合、退院までに実施する。 ・実施(配布)者：PCTメンバー 山田、狩野 ・入院日が(木)(金)(土)(日)の場合は、翌週(水)PCTカンファレンスまでに実施する。 ③IPOSの結果をPCTカンファレンスで共有する。 ④中間評価を行い、不具合があるなら修正する。 ・IPOS実施間隔について、中間評価する。 ⑤入院時、苦痛のスクリーニングスコア、その後1週間毎のIPOSで「症状による生活への支障」の変化を評価する。 ⑥介入依頼が入院時苦痛のスクリーニング実施より1週間以上経過している場合、IPOSは介入時に実施する。</p>	令和8年3月	○	概ね達成	<p>2.IPOS実施 ①マニュアル通りIPOS実施を継続した。 ②⑤⑥12月末まで介入患者95件、IPOS実施は53件、IPOSを2回以上実施できたは22件、1回のみは31件、約55%実施できていた。介入当日にPCUに転棟になった、聞き取りができなかった、の理由でIPOS実施実施ができなかった事例がある。 ③介入日または、介入翌日にIPOS評価を行ったことから、カンファレンスにて早期に患者の気がかりに目を向け、PCTカンファレンスで検討し対応につなげることができたと考ええる。 ④IOPS実施は、介入初日または翌日、PCTカンファレンスまでに行うと修正した。評価は、苦痛のスクリーニングとの比較ではなく、IOPSで評価する。 配布(実施者)：山田・狩野は計画通り。 IPOS間隔：2回目は1週間後、その後1~2週間(多施設研究の方法と同様とする)</p>	継続	<p>今年度、IPOSを介入日または、介入翌日にできるようになった。また、IPOS評価をカンファレンスで活用することができた。しかし、IPOS実施は55%であり、「気持ちは穏やかでいられたか」「病気のための生じた気がかりに対応してもらえましたか」のスコアが2回目評価時に改善していなかった。次年度は、IPOS実施を介入日、またはその翌日に80%、2回目評価時「気持ちは穏やかでいられたか」「病気のための生じた気がかりに対応してもらえましたか」が改善できるように介入を行う。また患者の気がかりなどPCUや外来、地域につなげていくことが課題である。 また、「患者報告型アウトカムを用いた緩和ケアチームにより提供される専門的緩和ケアの質の評価のための多施設調査」研究の結果を基にIPOS評価を行うことも課題である。</p>

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	(前頁)	(前頁)	評価：症状スコアの変化				【評価】 計画では初回評価を1週間後としたが、PCTカンファレンスに情報提供ができるように介入日または、介入翌日にIPOS評価ができるようになった。また、多施設研究「患者報告型アウトカムを用いた緩和ケアチームにより提供される専門的緩和ケアの質の評価のための多施設調査」への参加も早期のIPOS評価につながったと考える。患者から介入開始時の書類の多さや記載負担の意見はなかった。 また、PCTカンファレンスで、患者が苦痛と感じている問題について疾患や病状からアセスメントすることが増えた。病状の進行もあり、スコアが改善していくことが質の向上になったとは判断は困難であるが、患者の発する言葉の背景を全人的に捉えようとする姿勢は培われていると考える。 緩和ケアチーム介入患者は、時期により症状のスコアが増悪する場合がある。そのため、IPOSのスコア減少がチームの介入の評価につながるとは限らない。しかし、「気持ちは穏やかでいられましたか」と「患者の気がかりへの介入」のスコアが改善していないため、次年度は患者の気がかりについて介入していくことやPCUや外来、地域につなげていくことが課題である。		(前頁)
市立加西病院	困難事例へのチームの対応力を向上させる	<ul style="list-style-type: none"> <li>標準的な緩和ケアにおいては主治医を中心に対応できている。一方で、困難事例でのコンサルテーションには緩和ケアチームでも対応が難しくなっている。</li> <li>数年チームでの勉強会が行えておらず、チームメンバー個人での知識のアップデートが難しい。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>困難事例に関係するテーマについて、緩和ケアチームミーティングでのミニ研修会計画する(隔月)</li> <li>年一回地域の緩和ケア研修会に参加する。</li> </ul>	令和8年3月	○	達成	7月 便秘のマネジメント 9月 神経障害性疼痛のマネジメント 11月 がん性疼痛のマネジメント 1月 評価 3月 次年度の計画 11月29日地域の緩和ケア研修会に参加し発表した。「全身倦怠感の緩和のためのミダゾラムの使用実績」	継続	今後もチームのマネジメント力の向上のための勉強会は継続する
西脇市立西脇病院	緩和ケアチームのコンサルテーションに対する質向上を図る	①PCTメンバー個々の知識と技術の向上を図る機会がない  ②リンクナースとしての役割遂行が徹底して行えていない	①PCTのメンバーのレベル向上を図る機会を作る ●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 参加し内容を委員会で発表し共有する(9月委員会) 研修会の紹介・受講への促し  ②リンクナースの役割遂行の徹底 ●メンバーの再編に合わせた学習内容を検討し実施(学習会3回/年) ●チームへの参加を促すための活動の継続と評価 評価：12月末	令和8年3月	△	概ね達成	①PCTのメンバーのレベル向上を図る機会を作る ・学会等の参加の促し等は行い2名が参加 ・研修会の参加は保留  ②リンクナースの役割遂行の徹底[ ・リンクナースが中心に症状(せん妄・便秘)を学ぶために事例検討を行うことができた ・リンクナースがPCTへつなぐための情報提供方法の定着と	継続	①チームのレベル向上に向けた働きかけの継続  ②リンクナースの活動の継続と徹底 ・学習会の継続 ・PCTとの連携体制の徹底
ケモ実施中患者・告知を受ける患者に対して早期緩和ケアの提供ができる	ケモカンファレンス・告知担当看護師との連携について、組織化が不十分である。	①ケモカンファレンスを実践できるための組織を作り、昨年以上(5例以上)のカンファレンスを開催することができる。がん化学療法認定看護師を中心とした組織の立ち上げ(8月)開催方法の見直しと実施 ②告知担当ナースとPCTとの連携についての調整ができる告知担当ナースのPCTカンファレンス参加のための調整(9月まで)PCTカンファレンスの参加を実践できる	令和8年3月	△	概ね達成	①ケモカンファレンスを実践できるための組織を作り、昨年以上(5例以上)のカンファレンスを開催することができる。 ・今年度は2例の実施にとどまっている。ただ、現在時間確保のための体制の見直しを実施している。 ②告知担当ナースとPCTとの連携についての調整ができる告知ナースが緩和ケア外来も担当し、必要な患者をPCTカンファレンスへ提案することができている(今年度6例)	継続	①ケモカンファレンス開催に向けた体制の見直し  ②告知ナースとPCTの連携を継続し外来からPCT介入できる体制を定着させる	

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)
姫路赤十字病院	緩和ケアを必要とする患者・家族の苦痛が適切に対処される	入院患者に関して苦痛スクリーニングは定着できたが、見いだされた苦痛への対処が十分でない	【目標】 1) 緩和ケアチームと院内認定緩和ケアリンクナースの連携を強化する 2) 緩和ケアリンクナースが各部署で緩和ケア実践におけるリーダーシップをはかれるよう支援し、院内全体の緩和ケアの質向上を目指す。 【方策】 ・緩和ケアリンクナースは、各所属の患者の症状緩和、療養支援、意思決定支援に関してカンファレンスを開催する ・緩和ケアチームは、週1回の緩和ケアチームカンファレンスにおいて緩和ケア治療目標の達成状況評価や計画について依頼元スタッフと情報共有する。 ・緩和ケアチームは、緩和ケアリンクナースが自部署において緩和ケア提供において教育的役割を果たすことができるよう勉強会や事例検討等のサポートを行う。	令和8年3月	△	概ね達成	・各部署において患者の症状緩和、療養支援、意思決定支援に関してカンファレンスを開催。一部の病棟では、緩和ケアチーム介入していない患者についてもIPOS陽性患者のカンファレンスを行い緩和ケア紹介が必要か検討できた。 ・週1回緩和ケアチームカンファレンスを実施。依頼元スタッフがカンファレンスに参加できなかった場合には、各部署で担当看護師と情報共有を実施した。 ・10月に各部署毎の年間活動計画について進捗状況を共有した。実践できていない内容については、計画修正・見直しを実施。	継続	7月に行った緩和ケアリンクナース活動に関するアンケート結果より、緩和ケアリンクナースの約3割が各部署において他スタッフへの教育的役割やリーダーシップを図ることについて「行っていない」「あまり行っていない」ことが明らかとなった。各部署の緩和ケアリンクナースと看護師間でIPOS結果を共有できていないケースがあると考えられるため、今後、各部署内での緩和ケアカンファレンスの実施状況や苦痛スクリーニング運用を適切に行っているか確認していく。
	医療用麻薬の適正使用を目的とし(外来・入院を通して)薬剤説明・薬の相談窓口として薬剤師による充実したサポートを行う	・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継続して行い現状を把握する。 2) 医療用麻薬の指導項目テンプレートの内容をブラッシュアップして薬剤師個別の指導スキル定着を目指す。 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れるよう、連携方法の構築を検討する	令和8年3月	△	概ね達成	1) 入院) 評価指標を医療用麻薬の指導件数→指導率へ変更。入院実患者に対する実指導件数の割合で評価。2025年1月から3月までのデータより目標値を70%と設定。週初めに麻薬が処方されている患者をピックアップし、各病棟薬剤師へ伝達し算定を促す。併せて毎月医療用麻薬管理指導の指導率の調査を行い、現場へフィードバックを行った。 2) テンプレートのブラッシュアップは達成した。 3) 課内の体制に変動があり積極的にオピオイドの使用患者へ介入するような体制を整えられなかった。	継続	1) 方策を毎週実施。1月から5月の指導率平均は65.3%→方策実施後の6月-12月の指導率平均は79.0%と増加。このまま継続する。 2) 達成したが見直しは定期的に継続 3) 各科外来へのアナウンスは引き続き行い、体制を整えた後、外来化学療法センターとの連携方法の構築を図る。
	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参加者が参加し、情報共有する ・患者への早期介入のため、仕組み作りを勧める。 ・在宅医などの特色を知り、顔の見える関係を構築するために、医療機関訪問を継続する	令和8年3月	△	概ね達成	①13件中11件に介入中のスタッフと参加し患者情報の共有が出来た。 ②週1回、緩和ケアミーティングに参加し外来患者に関する情報を得て、地域医療連携課の担当者に共有する機会を持ち始めた。 ③2026年1月現在は24件医療機関訪問、他16件は訪問看護やナーシングホーム等に訪問出来た。	継続	院内でのカンファレンスや医療機関訪問を通して院内外の支援者と連携を深めている。その際に得た緩和ケアに関する情報を積み重ね、患者・家族の療養生活に対する支援を活かしていく。また入院患者だけではなく外来患者の状況把握も今年度開始したため早期介入につながるよう継続していく。
姫路医療センター	ACP推進に向けた体制づくり 1-1.ACPに関する院内システムの構築 1-2.ACP実践力に繋がる医療者の育成	・R5年度より看護師対象に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、部署・個々での認識・実践の差がある。また、ACP実践の定着、質的な関わりには至っていない	1-1. ACPに関する普及活動 ※看護部倫理ワーキンググループ活動と協働し、ACP運用手順に沿った実施 ①人生会議啓発パンフレットの活用 ②意思決定支援指針の周知及び活用の検討 1-2. ACP実践に向けたスタッフ教育 ※緩和ケアリンクナース会活動と協働 ①継続性のみえるテンプレートの活用 ②事例を活用した勉強会 ※全職員対象とし、分散開催・ビデオ撮影し後で聴講できるようにする ③効果的な倫理カンファレンスの実施	令和8年3月	△	概ね達成	1-1. 看護部倫理ワーキンググループ活動と協働し、人生会議啓発パンフレットや意思決定支援指針の周知及び活用を検討した。 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実践数は上昇しており、倫理カンファレンス件数も増えている。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	・院内のACPの運用手順に基づいた実施 ・症例検討回数を増やし、事例を通じた勉強会の実施 ・多職種でカンファレンス実施し、ケアの質の評価を行う

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
姫路医療センター	緩和ケアの普及	<p>・昨年度緩和ケアチームカンファレンスを実施し、多職種で様々な視点・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。しかし、精神科分野の知識の質向上を求める課題があつたため、今年度は強化していきたい。</p> <p>・症状緩和の薬剤調整について相談あり、2022年改訂の緩和ポケットマニュアルを使用しているが、新規薬剤導入あり、ニードに応じた改訂が必要。</p> <p>・リアルタイムでの症例検討を希望する声もあつたので、ラウンドを実施し、早期よりチーム介入することで緩和ケアの質向上、連携強化に繋げる</p>	1-1. 緩和ケアチーム主催の勉強会開催(年2回)	令和8年3月	○	達成	1-1. 計画通り勉強会を開催し、各回60名程度参加あり。その後もビデオ聴講できるようにし、随時聴講可能にしている。参加者より精神疾患の鑑別方法やケア方法の知識が得られた等、意見があつた。今後は、タイムリーな相談、症例検討を希望する声が多くなつた。	継続	<p>・精神科分野の事例検討会を行い、実践に即した勉強会を開催する。</p> <p>・緩和ケアポケットマニュアル改訂後の評価を行う(緩和ケアチームメンバーとの連携強化)は継続</p>
	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. 緩和ケアポケットマニュアルの改訂				1-2. 院内スタッフへのニーズを確認し、緩和ケアポケットマニュアルの改訂を行った。使用評価を今後行っていく。		
	1-2. 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ニーズに応じて作成・使用評価				1-3. 緩和ケアチームメンバーで月1回病棟ラウンドを行い、リアルタイムで多職種で症例検討を行うことができた。緩和ケアリンクナースが参加することで、患者の治療やケアに活かすことができた。		
1-3. 緩和ケアチーム連携・強化	1-3. 緩和ケアチームメンバーで病棟ラウンド実施(月1回以上)	緩和ケアリンクナースが参加し、情報提供・ケア計画に反映							
県立はりま姫路総合医療センター	(目的) 疾患を問わず患者・家族が基本的専門的緩和ケアを受けることができる	緩和ケアチームへ依頼があつたほうがよい事例など散見するが、介入依頼につながらない現状がある。	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。多様な症状に関する内容とする。時期としては昨年度と同様にする。	1-1. 実施日 6/5,8/7 10/10	△	概ね達成	緩和ケアチーム新規依頼件数: 142件(1月13日現在) 緩和ケア診療加算算定件数459件(12月時点) がん看護外来件数: 1715件(12月時点)	継続	<p>(目的) 疾患を問わず患者・家族が基本的専門的緩和ケアを受けることができる</p> <p>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。時代背景を踏まえて、以下の内容を含める</p> <p>認知症患者への治療説明 一人暮らし世帯患者を支える社会システム うつと自殺リスクへの対応 意思決定支援に関すること</p> <p>1-2. 医療者の緩和ケアに関する知識の向上を図る</p> <p>1-3. 治療期からの介入が増加するようがん看護外来での介入を計画的に実施し、入院後の介入につなげる</p> <p>(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 がん看護外来件数</p>
	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. 緩和ケア研修会の開催と受講率向上	1-2. 令和7年10月			1-1. 緩和ケアチーム勉強会開催 6月5日「うつと自殺リスクへの対応」 8月7日「症状緩和と目的のステント留置」 10月10日講師調整つかず中止 12月11日「意思決定能力のアセスメント」 年間3回実施。院外講師については調整できず見送りとした。		
1-2. 医療者の緩和ケアに関する知識の向上を図る	入院期間が短いので、継続した症状マネジメントにつなげる必要がある。がん看護外来を活用し療養生活の支援につなげる	1-3. 乳腺外科、腫瘍血液内科および呼吸器内科での外来	令和7年度中			1-2. 緩和ケア研修会の準備を実施。受講率は74%から86%へ上昇し、10%上乗せは達成できた。			
1-3. 治療期からの介入が増加するようがん看護外来での介入を計画的に実施し、入院後の介入につなげる						1-3. がん看護外来件数1715件(12月時点) 月件数200件前後で推移しており、総件数の増加につながっている。			
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、がん看護外来件数									
県立はりま姫路総合医療センター	(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	スクリーニングシステムの緊急入院患者への導入ができていない。緊急入院患者に対してのスクリーニングについても運用がスムーズに作動しているか確認が必要	2-1. 緊急入院患者に対するスクリーニングを開始し、システムの動きを確認する。さらに、スクリーニングのチェック体制について検討し暫定的なしくみをつくる。	令和7年6月	△	概ね達成	2-1. 緊急入院患者へのスクリーニング導入終了。11月に師長補佐会にて再度説明会実施。周知に努めた。今後は陽性患者の対応について、カンファレンスケアにつながっているか修正が必要。	継続	<p>(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</p> <p>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</p> <p>スクリーニング語の対応について検討。</p> <p>スクリーニングのチェック体制について検討し暫定的なしくみをつくる。</p> <p>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</p> <p>(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</p>
	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	月1回			2-2. 定期的なカンファレンス実施。コンサルテーション体制についてシステム化はまだ。月に1回クリニックでの地域連携カンファレンス実施。月1回近隣P C Uでの地域連携カンファレンス実施。		
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	地域との連携を深めるためのシステムづくりが必要					スクリーニング件数: 総件数3792件(12月時点) スクリーニング陽性率 49.9% スクリーニング陽性数 1874件			

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。オンタイムで支援が必要な場合に、繋げることができるように取り組む。	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、よりよくなるために、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8年3月	△	未達成	・継続して取り組んでおり、ある程度、定着できるようになってきている。スムーズに介入につなげるということが難しく、対応が困難なケースもある。	継続	外来や化学療法室等との連携を強化し、もう少しオンタイムで介入できるよう取り組む。
	緩和ケアの資質向上	緩和ケアマニュアルを現状に沿うものに修正中、修正後周知を諮る。	・麻酔科、薬剤部、看護部、訪問看護、MSWから、以前の緩和ケアマニュアルを、現状に沿うものへ修正していただき、提出いただいたものを、取りまとめ作業を継続し、完成させる。 ・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8年3月	△	概ね達成	・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中。12/17に取りまとめたマニュアルを緩和ケアチームで確認して完成に近づける。	継続	令和8年3月末 完成予定
公立豊岡病院	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。 ・非がん患者への対応ができていない。	・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。	令和8年3月	△	未達成	・がんリンクナース会でリンクナースに緩和ケアチームの活用依頼アピールを繰り返し実施した。薬剤部に麻薬使用患者リストを作成してもらい、適正な麻薬使用がされているか、カルテチェックし、気になる患者はラウンド時に確認した。アプローチはしたが、緩和ケア病床依頼へのチームコンサルが殆どであった。非がん患者対応はできていない。	継続	・現場が緩和ケアチームラウンドをどのように認識しているのか現状リサーチからの改善策検討 ・アピールの継続 ・緩和ケア病床患者への症状マネジメントやケアの質向上(チームが介入することのメリットアピール)
	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。	令和8年3月	○	概ね達成	・緩和ケアマニュアルの改訂を行った。 ・新人薬剤師に研修会を行った。	継続	・マニュアルの改訂により、チーム活動をより活性化させ、多くの患者に介入できるよう取り組んでいく。
	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る。 ・緩和ケアが必要な外来患者の支援を行う体制整備が必要である。	・緩和ケアを必要とする患者や他機関への対応について検討を行う。 ・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。	令和8年3月	△	概ね達成	・必要時には他病院(通院患者含む)へ緩和ケアに関する情報提供を行った。 ・緩和ケアの必要な外来患者に対し情報提供や在宅支援機関との連携を行った。 ・緩和ケアチームとしての情報共有が必要となるケースは少なかった。	継続	院内外問わず必要な在宅患者に対して緩和ケアについての情報提供や支援機関との連携を行う。
	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。	・多職種で情報共有し統一した目標を設定する。 ・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8年3月	○	概ね達成	・病棟看護師と患者の状態や患者・家族の意向などの情報を共有し、食事サポートを行った。患者の希望に応じて「ひまわり食」の提供を行った。 ・多職種カンファレンスを必要時、もしくは週1回程度の頻度でおこない、患者様の状態変化を共有する事が出来た。	継続	・ラウンドやカンファレンス後の振り返りが行えれば。 ・緩和病床入棟以前の病棟担当栄養士からの情報も得ながら、他職種と情報を共有し、患者・家族が満足できるよう食事サポートを行う。 ・必要に応じて患者様の負担とならないQOL評価を検討/実施する。
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	現在使用しているスクリーニングシート運用手順の周知現場で使用しやすいように、今まで使用していたものをリンクナース会で修正した。各部署へ周知している。運用手順を浸透させるために、リンクナースや緩和ケアチーム看護師からの説明・指導をおこなっていく。スクリーニングシートを利用する目的は、がん患者の苦痛を早期に把握し対応していくためであり、困難事例の場合は緩和ケアチームへと繋ぐ事が出来るよう、病棟看護師へ指導をしていく。	令和8年3月	△	概ね達成	リンクナース会で作成した運用手順は、対象患者への使用が出来ようになってきた。少しずつではあるが必要性を感じた上で使用が出来ており、がん患者の苦痛への対応が出来てきたと考える。	継続	引き続き運用手順の周知が出来スクリーニングシートの適切な使用をおこなう。 がん患者の苦痛を早期にキャッチし必要なケアの提供が出来よう支援していく。

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
県立丹波医療センター	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。状況に応じて緩和ケアチームメンバーで患者訪問などもおこなう。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が出来る。	令和8年3月	△	概ね達成	2025年4月から12月現在のPCT介入件数は111件。3月末の介入依頼件数は152件(見込)で、目標は達成出来ると考える。介入依頼のあった患者にはチームとして検討し、結果を主治医や病棟スタッフと共有することは出来る。	継続	スクリーニングシートの適切な使用をおこなったうえで、チームとして専門性を発揮した介入が出来るように取り組んでいく。 (今年度、チームメンバーでの患者訪問は出来ていないため、今後の検討課題とする)
県立淡路医療センター	患者の苦痛緩和に繋がる知識・技術の向上により、院内の緩和ケアの質向上を図る	1. 症状スクリーニング陽性患者の対応について部署間や個人によっても格差がある。知識・技術の不足や緩和ケアマニュアルが認知されておらず効果的に活用されていない現状がある。症状に対するアセスメント力を養い、症状マネジメントができるよう支援する必要がある	1) リンカース会で、疼痛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実践できるよう支援を継続する。 2) ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育プログラム研修を開催(11月) 3) リンカースが、PCTカンファレンス・ラウンド時に、全人的アセスメントの視点や治療・ケアの実際を知り、知識向上の場となるよう支援する。 4) 緩和ケアマニュアルを一部改訂し活用してもらえる内容を検討する。 ・疼痛コントロール、呼吸困難感における薬剤調整、オピオイドスイッチ ・鎮静	令和8年3月	○	概ね達成	1) リンカース会で痛み(スクリーニングで最も多い症状)に対して、痛みのアセスメントやケアに繋がるようテンプレートを作成し、患者と共にマネジメントを図っている。 2) ELNEC-Jコアカリキュラム研修会を実施し10名受講した 3) リンカース会やラウンドにて他部署の緩和ケアの現状を把握し知識や技術の向上の場となっている 4) マニュアル修正の準備中であり後半～次年度にかけて改訂する	継続	1) 疼痛アセスメントテンプレートの活用を啓蒙した。活用率や効果は、2月に評価予定。症状マネジメントは部署間の格差減少を目指し、リンカースはじめ看護師全体の知識・技術の向上に向け、既存の研修会に加えミニレクチャーやe-ラーニングなど教育方法の見直しを行う 2) 病棟ラウンドによりマニュアル修正が必要な箇所を中心に修正した。年度末までの計画通り実施できている
県立淡路医療センター	がん患者に関わらず、患者・家族が望む治療や療養場所について意思決定ができるよう院内全体で取り組みができる	ACP実践において、医療者の意識も高まり徐々に浸透してきたが、部署間で格差がある。知識不足や導入のタイミングがわからないことなどが理由で実施に至らない部署もある。また、主治医との連携が不十分で、情報の共有が不足している場合がある。がん、非がん患者も含めて、どの部署でもACPが必要な患者にACPの実践ができるよう院内全体で取り組む必要がある	1) ACP推進についてリンカース会でグループ活動として実施 ・患者・家族の思いを記録で紡ぐ(ACP質問シートにこたわれず日々のケアや関わりの中でACPを意識し、希望や思いを記録し共有する) ・院内外で情報共有を図る(主治医とACP導入の相談や、ACP実施に同席もしくは実施後の共有の調整、院外医療施設へ患者の了承を得て共有する、院内の継続看護ツールの活用など) 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 3) 救急医と共同し医療者のDNAR指示書の認知を高め、ACPの経過を経て心肺蘇生を望まない患者に救急隊員による心肺蘇生を中止できるDNARプロトコルを運用する	令和8年3月	○	概ね達成	1) ACPを使用し問題点や課題を抽出し、実施するタイミングや多職種での共有方法を検討し、ACP説明用紙、質問シートを修正した。ACPの目的を再認識し患者と共にACP実践を啓蒙していく 2) 院内でのカンファレンスは実施できている 3) 救急医を中心に、医療者・患者家族用説明用紙やプロトコルを作成。医局会での広報を行った。後半にACPやプロトコルの勉強会を開催予定	継続	1) ACP説明用紙を作成し、質問シートを修正した。1月より活用開始し2月に評価を行う。実践数は増加傾向にある。今後は、ACP未実施の病棟が実践できるよう支援する。 2) DNARプロトコルを作成し院内への周知した。3月に医療者への勉強会と市民向けケーブルテレビでのアナウンスを行う計画。次年度はACP実践と併せてDNARプロトコル活用の実際と評価を行う
県立淡路医療センター	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) 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て活動する	令和8年3月	△	概ね達成	1) PEACE研修会は8月に実施し看護師、院外の医師を含め13名が受講した。緩和ケア連携研究会は3月に予定しており、学びの場と多職種との顔つなぎの場となるよう計画している	継続	1) PEACE研修会受講率は90%をキープしている。次年度は、緩和ケアラウンドで苦痛のスクリーニング陽性患者の対応を確認し、症状緩和に難渋する患者へのチーム介入を主治医に打診する。(緩和ケア診療加算の増加を図る) 緩和ケア連携研究会は3月計画で準備中。

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	症状緩和につながる取り組みの標準化	・緩和ケアに関わる知識の向上 ・患者の安寧が守られる療養環境の整備	・全人的苦痛の緩和につながる取り組みの標準化 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 ③必要時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 (高齢者の意思決定支援、ACP)	令和8年 2月	○	達成	①週1回音楽療法を継続し、12月末までにのべ246名の患者が参加した。 ②今年度は音楽療法への協力を強化した。 ③年度末までに自殺予防対策マニュアルを作成する。 ④院外講師を招き、9月に「ACPの実際」、10月に「高齢者の意思決定支援」の勉強会を行った。	継続	・緩和ケアの知識の向上 次年度は日常業務から活用できる基本的な緩和ケアの知識と技能を身につけられるよう、勉強会を企画する。 ・音楽療法の継続と協力
	患者の苦痛緩和と患者の意思を尊重した医療の実施	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行い、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%であった。緩和ケアカンファレンスに挙がらない患者の症状緩和が課題である。 昨年度倫理カンファレンスに取り組み、多職種で検討できたのは2例であった。倫理的課題について多職種で議論できるよう引き続き取り組む必要がある。 2024年8月から開始したACPIにつながる取り組みが患者の負担にならないよう、細やかな調整が必要である。	・緩和ケアカンファレンスの継続 ・麻薬を使用している患者のチームラウンドを行い、主治医と連携し症状緩和をはかる。 ・多職種倫理カンファレンスが開催できるよう働きかける。 ・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。	令和8年 2月	○	達成	2025年度は7回の緩和ケアカンファレンスを行い、7名の患者について多職種で検討した。内容は症状緩和だけでなく、治療方針、緊急時対応、今後の療養先の検討と共有も含め、倫理的側面についても話し合うことができた。 6月から、麻薬使用患者のチームラウンドを開始した。12月末までに計15名の患者に関わり、主治医やスタッフと協働し、疼痛緩和をはじめ全人的苦痛の緩和に取り組むことができた。 ACPIにつながる取り組みは、質問紙を見直し、今年8月から修正版に変更した。併用しているQOL調査票はIPOSに変更し、スタッフが日々のケアに活かせる仕組み作りができた。	継続	次年度も緩和ケアカンファレンスと麻薬使用患者に対するチームラウンドを定期的に行い、介入が必要な患者の抽出および介入を迅速に行えるように取り組む。また、患者の倫理的課題やACPIに関する取り組みも継続していく。