

令和8年（2026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の支援体制を構築する。 3. 病棟での苦痛のスクリーニングを活用し、専門的緩和ケアが必要な患者への緩和ケアチーム介入をおこなう。	令和8年 4月～					
	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の向上に努める 1) 多職種での緩和ケアチームカンファレンスを開催する(毎週火曜日) 2) 問題症例の振り返りを行う。 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)に参加する。 2) 麻酔科と精神科は、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8年 4月～					
神戸市立医療センター中央市民病院	緩和ケア提供体制の質の担保	・苦痛のスクリーニングの実施漏れがある ・スクリーニング結果に基づくケア実践が不十分 ・スクリーニング後のケアの評価ができていない ・人員の入れ替わりで苦痛のスクリーニングの認識が薄れる 2025年度：苦痛のスクリーニング実施79% 陽性項目や悩みの対応記載率62%	・スクリーニングの確実な実施に向け、実施率80%、ケア記載70%保持できるよう2回の実施状況の調査と結果の周知は継続する ・部署運用をリードできるようリンクナースを育成する ・ケアの質を把握するため、患者のケア評価の声も得られる質問票に変更し、実施後の評価までを含めた運用方法に転換する ・ケアの力を高めるために、これまでのがん看護研修を見直し、基本的緩和ケアを含め体系化されたがん看護教育研修を構築し、院内全看護師の受講を進め、知識の標準化を図る	令和9年 3月					
		緩和ケア外来を担当する医師が1名のみで、予定外の休み時に外来診療に影響が出る	・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。 ・緩和ケア外来が担える医師を2人に増やす	令和9年 3月					
		患者・家族の価値観に基づく話し合いや多職種カンファレンスは年々増加しているが、診療科・個人間で実践の差が大きい。 患者の意向を聴く文化が育っているが、ケアに活かすまでは十分でないこともある	・緩和ケアチームを2チーム体制に整え、役割分担を明確にし、過不足ない緩和ケアを提供していく ・慢性呼吸不全、腎不全、心不全のケア力をつけながら、院内の非がんの緩和ケアの質を高める ・医療用麻薬の適切な使用をはじめ基本的緩和ケアが実践できる人材の育成(医師の緩和ケアローテーション・緩和ケア活動を通じた部署スタッフのOJT・ケアサポート)	令和9年 3月					

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)
神戸市立医療センター中央市民病院	地域緩和ケア連携の強化	緩和ケア地域カンファレンスを月1回開催しているが、参加メンバーの固定化や、双方向性が不足するなど課題があり、連携が促進・発展するような運営が求められる	・カンファレンスのあり方・テーマ設定など見直す ・地域リソースの意見を取り入れる ・無理なく継続可能な会を皆でつくっていく	令和9年 3月					
	患者の価値観に沿ったACPを基盤にした意思決定支援の推進	患者・家族の価値観に基づく話し合いや多職種カンファレンスは年々増加しているが、診療科・個人間で実践の差が大きい。患者の意向を聴く文化が育っているが、ケアに活かすまでは十分でないこともある	・ACPの院内普及と教育の継続 ・リンクナースの育成 ・ACPテンプレート活用の推進 ・複雑事例に対する院内リソース（臨床倫理コンサルテーションチーム・ACPチーム・緩和ケアチーム）の活用促進 ・多職種カンファレンスを推進し、患者の価値観を尊重した話し合いをファシリテートする						
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。	令和9年 3月					
		2 院内・外の医療従事者の能力向上	2 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）						
		3 患者・医療チームでACPに取り組む	3① 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 3② 患者・家族とのACPにリーフレットを活用する 3③ ACPのプロセスを記録できるテンプレートの検討 ACP認知度 外来患者24.0%入院患者16.4%（平均20.2%）維持を目標						
		4 鎮静が適切に行えているか評価する	4①鎮静の手引きについて、リンクナース会で勉強会をする 4②PCTチーム内で患者の鎮静アセスメントについて多職種CFを行う 4③鎮静開始までのプロセスを記録できるテンプレートの検討 4④鎮静開始前に部署とのCFがもてるよう周知し実施する						
神戸市立西神戸医療センター	患者・家族へ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	1① 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）。 1② IPOS継続(昨年同水準目標 配布248、回収120) 1③ STAS-Jによるアウトカム評価、不変・悪化したケースの分析 STAS-Jによる症状改善率70%維持	令和9年 3月					
		2 定期的にチームの活動を振り返り評価する	2① 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） 2② 定期的にチームの活動を振り返り評価する（院内2回/年、院外第三者チェック1回/年）						
		3 多職種連携・地域連携を強化する	3① 緩和ケアチームと各診療科・部門で症例カンファレンスを行う（カンサポート1回/年、骨メタカンファレンス1回/週） 3② 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実施する	4 非がん患者への対応（40件/年）						

施設名	P 実施計画				実施管理			
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善
						区分	実施内容	区分
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	緩和ケア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) 緩和ケアチーム薬剤師との連携スタイルを確立：診療に同席するスタイルも実施中であり、薬剤師関与の更なる拡大を模索していく(外来緩和ケア管理料算定に関連)	継続				
			2) 緩和ケアチームマニュアル改訂	12月				
	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	5.9.11月				
		「入院患者における麻薬自己管理の院内普及状況と医療者意識の調査(2024)」後の医療用麻薬自己管理の普及状況	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) 医療用麻薬自己管理の医療者意識の変化について調査検討	継続				
	院内の緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行う	緩和ケア関連の診療報酬について定期的に把握し、問題が生じていないか確認	緩和ケア関連の診療報酬算定の体制を維持					
			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2回				
		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)		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継続(2025年度から開始)	1) 質の調査結果の学会発表	令和9年2月				
			2) 質の向上：リンクナース、多職種とともにスクリーニングの質改善(例えばスコアの精度改善)に向けての取り組みを検討する。委員会でGWや研修を取り入れ、各所属でのリンクナースの活動を支援する	適宜				
	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・介護関係者等、緩和ケア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回数の増加(年間10件目標) 2) 研修会等を通じてプライマリーチーム、地域の医療・介護関係者等、緩和ケアチームの三者の連携を更に深める	適宜 令和8年12月				
緩和ケア及びがん看護教育を実施し、医療・看護の質向上に貢献する	緩和ケア及びがん看護教育の質向上	緩和ケアおよびがん看護教育を継続し、質の向上						
		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 2026年10月3日(土)開催予定	令和8年10月					
		2) 緩和ケアマニュアル改訂(鎮静改訂含む)	令和8年12月					
		3) オピオイド導入ガイド作成(ポケットガイド)	令和8年8月					
		4) ミニレクチャー動画の活用を推進する取り組みを検討する 動画利用促進のための資料を作成 ■2023年度～2025年度18動画作成済み 5) 2026年度ミニレクチャー動画作成予定：症状スクリーニング、ACP						

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期(予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
県立こども病院	緩和ケア外来の充実	① 外来予約受診システムの構築 ② 外来患者の確保 ③ 外来診療の充実	① 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 ・心不全CNとのカンファレンスを定期的に行う -3 外来患者数の増加に向けて広報を行う ③ 多職種チームの強みを活かし、多職種介入を行う ・医師看護師以外の職種の介入を検討する	令和9年 3月					
	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 毎日回診を行う ②-1 各科との連携の機会を拡大する -2 小児がん患者への全例介入を検討する -3 病棟カンファレンスへの参加 ・7東病棟、5西病棟と連携する	令和9年 3月					
	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	令和9年 3月					
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げられる	・昨年度は苦痛スクリーニングの定着を目指し活動を行ったが、活用率は30%未満の結果となった。また、チームへの依頼件数も減少傾向にあり、さらには、介入患者のうち死亡に至った患者で介入期間が1週間に満たないケースが50%を上回った結果となり、介入時期の遅れも課題としてあげられた。 ・カンファレンスが年々チーム主体となっており、病棟看護師が問題把握が不十分となり、症状緩和の経過や前回カンファレンスからの評価が明確にされておらず、効果的なカンファレンスが行えていない。	1) 苦痛スクリーニングの定着に向けた取り組み ① 苦痛スクリーニングの定着がされない背景を各部署毎で調査を実施(4月中) ② ①の調査結果分析、改善策の明確化(5月上旬) ③ 改善策の実施(5月下旬～) 〔改善策〕※改善策の明確化後に記載 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。 A. 評価内容の可視化 症状評価を行う際に、評価時の共有ツールとして、介入開始時より評価指標を可視化したものを使用し、経時的に患者自身も症状の変化が認識できるような体制を整える。 B. Aの情報から症状緩和状況を分析し、チーム内で評価を行う。 ③ 苦痛スクリーニングフロー活用の状況確認を行い、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(STAS-J2以上)、チームラウンド時に病棟看護師に状況確認し、必要な患者はチーム介入を開始する ④ 効果的なカンファレンス実施 カンファレンス内容記録内に次回の評価内容を明確に記載し、経過および評価を当該看護師が記載できるように修正、周知を行う。 3) 緩和ケア内科外来の運用促進 ① 繰り返し広報活動を行う ・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及び「キャサート」等でアナウンスを行う。 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。 ③ 緩和照射を行う患者の場合、同時に緩和ケア内科外来紹介を提案する。	令和9年 3月					

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	基本的緩和ケアの質向上	・昨年は、従来から行っていた、対象が限定された専門的ながん看護教育から、すべての看護師を対象とした基本的ながん看護教育が受けられる教育体制へ改変をしたことで、受講者が大幅に増加した。反面、部署内でリーダー的役割を担い、臨床で基本的緩和ケア実践の支柱となる経年別層の受講数は伸び悩んでいる。	1) 緩和ケア研修会の開催 (2027/2/13) 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の教育活動 ① がん看護教育プログラム[ベーシックコース]継続 ・中堅層の受講者獲得のための広報活動 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 3) 緩和ケアマニュアル整備 ① アブストラクト、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 4) 院内ACPシステム構築に向けての検討 ・老人看護専門看護師と共同	令和9年 3月					
	入院患者における緩和ケア (症状緩和) の均てん化を図る	チーム介入を依頼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、疼痛以外の苦痛をもつ患者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9年 4月					
	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9年 4月					
JCHOC 神戸中央病院	外来→入院においてシームレスな情報共有・サポートを行う	通院中の患者・家族の意思や心配事項の情報がない場合、カルテ情報をもとに、再度患者や家族から情報収集を行うことが多い。	緩和ケアチームに外来師長、化学療法認定看護師などが参加することで、診断時、治療中も含めた情報共有を行い、よりスムーズな決定、コミュニケーションを図る。	令和9年 4月					
済生会兵庫県病院	1.がんと診断された時からのがん相談	がん患者の相談窓口が明確化されておらず、相談導線が整備されていない	がん患者相談の導入に向けて、各部門の役割分担を行い、サービス提供方法を決定する。 1)がん相談を導入する目的を関連部署に説明し役割分担を行う 2)患者用案内文を作成し、相談できる内容や利用方法を明示する。 3)院内のコンサルテーションを通して、緩和ケア認定看護師が窓口となり、患者の気がかりを捉え、必要時にがん患者との面談を行う。 【アウトカム】 がん患者との面談(診断・告知、症状や気持ちのつらさ)30件/年	令和9年 3月					

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容(計画)
済生会 兵庫 県 病 院	2. 緩和ケア質の評価	がん患者の緩和ケアニーズや苦痛の把握が不十分である	苦痛スクリーニング（STAS-J）を全部署へ導入し、緩和ケアチームのある患者を早期に同定し、緩和ケアチームと連携する。 1）スクリーニングの必要性や目的を関連部署に周知する。 2）啓蒙前と後で、記入率のランダム調査を行う。 3）がん標準看護計画にSTAS-Jを格納し苦痛評価を実施する。 【アウトカム】 ・スクリーニングに関する啓蒙を実施後に、STAS-J記載率が啓蒙前より上回る(60%以上となる)	令和9年 3月					
	3. 基本的緩和ケアを担う看護師の育成	がんの症状評価の方法に関するマニュアルがなく介入方法に差がある	1. リンクケースが包括的アセスメントの流れに沿い、症例検討ができるように運用ルールをつくる。 1) 症例提示から決定、関係者調整の流れを可視化する。 2) がん関連部署で認定看護師を交えてカンファレンスを行う。 3) リンクケース会での毎月の症例検討を行う。 2. がん疼痛に関わるマニュアルを整備し、苦痛評価やケアが標準的にできるように、関連委員会と連携して行う。 1) 症状緩和(主にがん疼痛) 評価方法を統一する。 2) レスキュー使用時の効果判定と記録記載方法の統一する。 3) がん疼痛看護計画の観察項目を電子カルテに反映する。 【アウトカム】 ・各部署で緩和ケア認定看護師交えたカンファレンスが行える。 がん関連部署 3例/年以上	令和9年 3月					
	4. がん患者やその家族の意向に沿った意思決定支援	がん患者やその家族の意向に沿った関連部門の切れ目のない支援体制	緩和ケアにおける意思決定支援が必要な症例に対して関連部門や職種との連携・介入の体制づくりを行う。 1) 緩和ケア継続介入対象者の基準と介入フローを緩和ケア会議および看護部と連携して作成する。 2) 継続介入者が入院となる際は方針の引き継ぎを行い、患者やその家族の意向や気がかりを対話を通して記録に残せるように、スタッフへの教育と啓蒙を行う。 3) 患者や家族の意向や希望を踏まえて、カンファレンスを主治医を含む関係者を交えて行えるように調整する。 【アウトカム】 ・がんの意思決定支援に関する症例検討を緩和ケア会議で7例/年	令和9年 3月					
	1. 緩和ケアチームの活動の質を評価し、向上させる	1. 緩和ケアチーム介入時、介入後1週間でIPOS評価が平均0.9未満である 2. 外来患者のスクリーニングの継続と評価は引き続き必要である	1-①緩和ケアチーム介入患者に対し、緩和ケア専従看護師が介入日にIPOSで評価する。 1-②緩和ケアチーム介入後、1週間たった時点で再度IPOSで評価し、改善しているかどうか比較する 1-③9月、3月に評価、必要時業務改善をおこなう 2-①外来患者のスクリーニングを引き続き行う 2-②患者の問題にあつた部署に引き継ぐ 2-③スクリーニングの人数、問題解決につながっているかIPOSで評価、必要時業務改善をおこなう	令和9年 3月					
2. 医療従事者と緩和ケアチームとの連携強化	1. 各部署のケアが向上する方法を考える。	①倫理カンファレンス、ケアカンファレンス、鎮静のカンファレンス、デスカンファレンスに参加できるように各部署に伝える ②上記カンファレンスに15件/日参加し、チーム内で情報共有する ③必要時部署に出向き、勉強会を実施する	令和9年 3月						

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	3.医療従事者への基本的緩和ケアに関する教育	緩和ケアチームから院内の医療従事者への研修は行っているが、基本的な知識の定着には至っていない。麻薬のインシデントも発生している。	①麻薬のインシデント内容を緩和ケアチーム内で共有し、チームリーダーを中心に勉強会で必要な内容を決める(5月、9月、12月企画書作成) ②院内の配信システムを使用し、8月、12月、3月に勉強会を行う。理解度をテストで評価する	令和9年3月					
兵庫医科大学病院	医療用麻薬の適正使用の推進と患者の主體的な管理の支援	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)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。	令和9年3月					
	全ての患者・家族への基本的緩和ケアの提供	1) がん医療に携わる医療者が基本的緩和ケアを継続的に学ぶ機会が少ない。 2) 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。 3) 患者の全体像をとらえるためのアセスメントシートの記載や症状に関する看護計画の立案ができていないケースがある。	1)①緩和ケアE-learningを全面的に更新し、臨床で必要な内容を最新の知見に基づき整備する。E-learningの受講率向上を目的として動画時間の短縮等の対策を検討する ②麻酔科臨床実習において、悪い知らせを伝える場面におけるコミュニケーション能力の基礎を習得し、将来の医療者としての態度形成につなげる。 2)緩和ケアマニュアルの追加・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。 3)がん患者スクリーニングのシステムおよび質問票の改訂を進め、スクリーニングからアセスメントシート記載、看護計画立案までの一連の流れが円滑に実施できるよう、継続して改善に取り組む。	令和9年3月					
	患者・家族への質の高い専門的緩和ケアの提供	1) チーム介入前後の症状変化を定量的に把握できる仕組みが整備されていない。 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。 3) 専門的緩和ケアを担う後進育成が行っていない。	1) 症状評価システムの選定・導入を行い、介入前後の症状スコアを定量的に評価できる体制を構築する。 2) 緩和ケアチームの専門性を維持する目的で、学会発表の推進や発表内容の共有を継続して行う。 3) 専門的緩和ケアを担う後進育成を引き続き行う。また、緩和ケア研修会のファシリテーターとして参画する医師を増やし、その育成体制を強化する。	令和9年3月					
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	・基本的緩和ケアを継続的に学ぶ機会が少ない ・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	1.基本的な緩和ケアや最新の知識が学習できる体制の整備 ①緩和ケアに関する学習資料(スライド)作成、修正 ②ラウンドやカンファレンス時に学習資料を活用し、知識を浸透させる。部署のニーズの確認、ミニレクチャーを行う ③緩和ケアセミナーの開催 ④緩和ケア研修会の開催(年1回) 2.コアナース、リンクナースの育成 ①がん看護研修会の開催、受講修了者の継続支援 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。	令和9年3月					
		・鎮静前カンファレンス開催は行っているが、定着には至っていない。 ・カンファレンス内容や記載がばらつきがある。 ・鎮静開始後の評価やカルテ記載が不十分である	2. 苦痛緩和に対する鎮静が適切に行える ①看取りケアカンファレンスシート、鎮静前カンファレンスシートや鎮静後評価シート、鎮静のオーダーセットの周知 ②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 ③シート記入が行えているかを定期的に確認する						

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)						
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	3. 意思決定支援 (ACP含む) の体制の整備 ①ACPIに関する研修会の開催 (研修医、全職員) ②ACPマニュアル、ACP記録のテンプレートの周知 ③患者・家族への広報を強化: HP、パンフレット 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、院内外が多職種と連携しながら、意思決定支援やACPを行う。	令和9年 3月											
	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	1. 苦痛のスクリーニングの強化 ①入院: 緩和ケアナビによるスクリーニング陽性者 (直接介入、間接介入) の登録の周知 ②麻薬使用患者の症状評価、陽性者数と間接介入者の介入状況を評価し、適切な対応 (薬剤、非薬物療法、ケア、必要なリソース) を提案する (毎週水曜日) ③外来: 陽性者のがん看護外来や緩和ケア外来への紹介を緩和ケア部会、外来部門で周知する。陽性者の適切な介入の評価 (毎月) ④緩和ケア部会でスクリーニングと介入状況を報告し、現状と課題を検討 2. 切れ目のない専門的緩和ケアを提供する ①外来、患者サポートセンター、外来化学療法センター、がん相談支援センターとの連携を強化し、治療期からの介入 (緩和ケアチーム、緩和ケア外来、がん看護外来) につなげる ②介入事例の振り返りを行い、介入時期や連携体制の見直しを行う												
		・非がんの患者に対する緩和ケア提供が不十分である	3. 非がん患者に対する緩和ケアの提供を行う ①非がん患者のスクリーニング方法と介入方法を検討し、周知する。非がん介入件数50件 ②末期呼吸器疾患、末期腎不全の緩和ケア診療加算の算定に向けて体制を整備する												
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1~2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の充実と看護計画立案と実施させるため、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。 2.ホームページの刷新	令和8年 12月											
	ACP、倫理カンファレンスの促進	1.患者へのACPIについての啓発活動が十分とはいえない。 2.スタッフのACPIについての知識不足や介入経験が少ない。	1.1) ACPIについてポスター掲示やホームページによる案内 2) 地域を巻き込みACP活動を進める 2.1) 研修会・勉強会開催や倫理、ケースカンファレンスの共有 2)介入支援のスキルアップをはかる	令和8年 12月											
	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.新病院に向けて市西と協働しマニュアルを見直す 2.7/1開院以降、全体へ発信しマニュアル周知する	令和8年 12月											

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"> 院内、院外からの緩和ケアチーム介入の依頼件数が増えない 緩和ケア加算につながる件数が少ない 緩和ケアチーム活動の認知度が医師や医療従事者中で低い 緩和ケアに関する研修会が看護師以外で計画的に実施されていない 医師：PEACE研修会の修了者が100%ではない 	<ol style="list-style-type: none"> 基本的緩和ケア教育体制の強化 <ul style="list-style-type: none"> (1) PEACE研修会受講率の向上 評価：研修終了率 <ul style="list-style-type: none"> (2) 医療従事者向けの研修会の計画的実施 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 <ul style="list-style-type: none"> 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 評価：研修会の実施回数と受講者数 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 <ul style="list-style-type: none"> (1) 緩和ケアマニュアルの活用促進 (2) 苦痛スクリーニング見直し、非がん患者対応を検討 (3) 緩和ケアチームの介入手順の明確化 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 地域連携の継続と強化 <ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて地域向けの研修会や情報発信を検討する 	令和9年 2月					
	〈目標〉 ①がん・非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。	<ul style="list-style-type: none"> 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 (令和7年6月)の影響 	<ul style="list-style-type: none"> 令和8年6月の診療報酬改定で、がん患者指導管理料Iの算定が、1患者1疾患につき2回まで算定可になる予定である。そのため、以下の目標設定とする。 がん患者指導管理料Iを外来の化学療法看護CNと連携して算定。50件/年をめざす。(20件増加) 慢性腎不全患者の症例経験があった場合、チーム、もしくは緩和ケア病棟での症例振り返り、もしくは学会等への症例発表を行う。 	令和9年 3月					
	②入院・外来患者に対し、IPOSの実施や、各ツールに基づいたアセスメントを行い、症状把握に務め、ケアにつなげる。	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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/年を維持する 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ことを継続する SpiPasの実施：5件以上/年 抑うつ問診：5件以上/年 予後予測は看取り期にある患者全員に行う 	令和9年 3月					
	③チームから地域へ、当院緩和ケアの発信ができる。	<ul style="list-style-type: none"> 令和7年度は、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、協和マリホピタル）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。当院では、在宅へ連携した患者割合は4割であった。 	<ul style="list-style-type: none"> 当院の体制を継続する。在宅連携は、ひきつぎ地域連携室担当者との連絡を密にする。(1回/週+適時) 初診面談時に、複数の緩和ケア病棟を検討している患者の受け入れ率を把握し、患者獲得に関する要因の分析を行う。 	令和9年 3月					
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。	<ul style="list-style-type: none"> 地域の先生方との交流会として、芦屋連絡協議会を実施している。 市民向け冊子(UP TO DATE)へ緩和ケアに関する投稿を実施している。 	<ul style="list-style-type: none"> 芦屋市連絡協議会等で意見交換を行う。 	令和9年 3月						

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容 (計画)
市立芦屋病院	⑤最新の緩和ケアスキルについての継続学習を行う。	・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した。(10症例提出済み)	・研究会の参加や最新のエビデンスなどチーム内での適時共有を続ける。 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	令和9年 3月					
市立伊丹病院	非がん患者の緩和ケアの強化	2025年度の非がん患者への介入件数は全体の12.6%であった。循内6件 呼内6件 (2/18現在) がん患者の依頼件数は確保できているものの、以前非がんへの介入件数は少ない状況にあり。次年度6月より末期呼吸器疾患患者・末期腎不全患者が緩和ケア診療加算対象になることを受け、緩和ケアチームとしても呼吸器疾患や腎不全患者の緩和ケアをより強化していく必要がある。	非がん患者の介入件数を2025年度の1割増をめざす。該当病棟と連携し、対象患者を抽出し介入につなげる。また2026年度より腎臓内科が新たに設立されるため、対象となる末期腎不全患者の抽出ができるよう緩和ケアチームの周知に取り組む。	令和9年 3月					
	全ての科のがん患者への緩和ケアの強化	当院の緩和ケアチームへの依頼件数は内科系83件(呼内31件、消内22件、血内23件、糖内4件 循内3件)、外科系36件(消外16件、整外4件、泌尿4件、婦人7件、口外1件、乳外4件、形成1件)と内科系が圧倒的に多い。外科系のがん患者への緩和ケアの強化が求められる。 ※件数は2/18現在	外科系医師へ緩和ケアチームの活動と役割をってもらうよう、緩和ケアチームのプレゼンテーションを企画する。 専従看護師が外科系のがん患者の病状説明に同席し、緩和ケアを必要とする患者の抽出を行う。	令和9年 3月					
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	レスキューの自己管理を実施できたが、症例はまだ少ない。退院後自己管理が見込まれる場合でも、自己管理が導入できていないこともある。	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 ③退院後自己管理できるように患者の選定を行う。	令和9年 3月					
	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	緩和ケアチーム介入患者へのIPOSの導入を検討したが時間的に難しい現状である。 緩和病棟でIPOSを使用する予定	①緩和病棟でIPOSを導入する ②外来・入院では現在のスクリーニングシートの利用を継続する。	令和9年 3月					
	すべての患者・家族への基本的緩和ケアの提供	外来患者において疼痛コントロールに難渋しても緩和ケアチームが介入出来ないことがある	①入院時緩和ケアチームが介入し、疼痛が残存する患者に外来でも緩和ケアチームとして介入を継続する ②外来で疼痛コントロールに難渋症例について緩和ケアチームが介入可能であることを院内周知する	令和9年 3月					

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	・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 ・せん妄、睡眠薬の院内推奨指示がうまく活用されていない	・鎮静：職員に向けての学習会を継続して行う ・せん妄、睡眠薬：昨年度、院内推奨指示統一のため、指示内容とパスの見直しを完了したため、職員に向けての学習会を行う ・電子カルテ上の緩和に関する勉強会資料をスタッフがいつでも閲覧できるように電子カルテ内に掲示する	令和8年6月以降順次					
	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	当院の患者と近隣の介護施設の連携状況を地域連携室に確認し、看取りや緩和ケアの問題をヒアリングし、ニーズに応じて学習会など支援を行う	令和8年6月以降順次					
	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・リスベ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	・ラウンドで抽出しきれてい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、早期発見しやすい体制を強化する。 ・症状緩和が困難な患者に対し、必要時薬剤師の提案を行い、病棟薬剤師と共に情報共有する。	令和8年6月以降順次					
	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	・「命をつなぐ他職種連携講座～「死にたい気持ち」の理解と対応を学ぶ～」を年に1回開催する。 ・看護師研修プログラム内で希死念慮の訴えがあった際のスキルを伝達する ・事例を用いたフォローアップ研修を開催する。 ・自殺予防を念頭にした環境調整についての研修を開催する ・ゲートキーパー研修を看護師のニーズに即して改訂し、ラダーII以上に効果的なプログラムを開発する。	令和8年6月以降順次					
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	2024年度より、基本的緩和ケアの充実を図る目的をかねて、IPOSのアセスメントについて評価を行ってきたが、緩和ケアセンターが主体となり評価を行ってきた。リンクナースが毎年ほぼ全員入れ替わる中で、リンクナースの役割について動機づけを行い、リンクナースが主体となり部署へ働きかけができるように、意識付けを行っていききたい。	リンクナースの育成 1) 部署での活動の支援を行う【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・求められる能力について理解し、リンクナースの役割についての動機づけを行う ②自部署のIPOS取得率や、IPOSアセスメントの状況を把握するために、リンクナースが自部署のIPOSアセスメントの評価を行う ③自部署のIPOSアセスメントの状況を把握し、継続していきいところ・改善が必要なところを明確にし、リンクナースとしての活動が行える 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9年3月					
	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)	2021年度よりIPOSを導入し、IPOSを「取得する」ことは定着してきている。しかし、IPOSの取得が「業務」の一環となっており、看護ケアへ繋がっていない現状もある。IPOSの取得する意味や必要性についてもう一度周知していくこと、IPOSアセスメントを充実させていくことで基本的緩和ケアに繋がっていくと考える。リンクナースを主体としてアセスメントの評価を行うことで、より部署へのアプローチへ繋がると考える	1) IPOS取得後のアセスメント内容の充実【IPOSアセスメント評価指標2.3の合計が80%以上】 ①IPOS取得の動機づけのため、IPOS取得の必要性や取得方法などの動画を作成する。 ②4月12月のIPOSアセスメントの監査を行う(緩和ケアセンターは4月12月全部署分。リンクナースは12月の各部署分) ③リンクナースへの課題として事前にIPOSアセスメント評価を2人行い、リンクナース会で話し合いを行う ④アセスメント評価を4月12月で比較する	令和9年3月					

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容 (計画)
加古川中央市民病院	緩和ケアの診療体制の強化	当院では2024年度に緩和ケア科・緩和ケア病棟が設立し緩和ケア病棟への希望患者の中で、入院中の患者は緩和ケアチーム介入もを行い、病態の整理や病棟転棟前の介入を行ってきた。そのような経緯もあり、2025年度の緩和ケアチーム介入件数（見込み）は260件であり、件数は増加傾向にある。このことから、今後も外来・チームと病棟の診療体制を強化していく必要がある。	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230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を行っていく ②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対応を確保する。 ④間接介入、個別対応などの状況についても把握する ⑤緩和ケアチームメンバーは専門性を活かし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9年 3月					
	緩和チーム介入患者の抽出と件数アップ	各病棟リンクナースが患者の状況を把握し、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9年 3月					
	患者とその家族のQOLを向上させるために、苦痛を早期に同定し軽減する	患者とその家族の苦痛を軽減できる推奨案を提供できるようにする。	①火曜日に挙げたチーム介入依頼患者のリストを参考に、各専門職ごとに情報をカルテや担当者から収集し、職種ごとの情報や方針を整理し、ラウンドとカンファレンスに参加する ②カンファレンスで各職種ごとの情報を持ち寄り、議論や確認を行い推奨案を提示する。 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9年 3月					
県立加古川医療センター	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9年 3月					

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	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9年3月					
明石医療センター	予防的視点に基づく早期介入の推進 緩和治療と生活の両立支援	介入、支援が必要と思われる患者のスクリーニングが各職種のマンパワーに頼っている	限られたマンパワーであっても可能な継続性のある支援体制の構築 地域・外来・入院のシームレスな支援体制強化	令和9年3月					
明石市立市民病院	緩和ケアチームの活動の評価と改善	①介入が1回で終了した事例が全体の21%を占めていることからさらに早期からの介入できる体制 ②身体・精神ともに改善が認められなかった事例が全体の約36%を占めていることからSTAS-Jなど客観的指標を用いて改善が困難な要因への介入の強化 ③身体的苦痛改善も気持ちの辛さが評価できなかった事例が19%あり、評価方法の見直し ④スクリーニングから計画書作成・評価までのプロセス管理が不十分	緩和ケア委員会の開催 (2ヶ月に1回) とチームの活動報告 (介入件数等) 緩和ケアチームの活動の評価と改善	令和9年3月					
	緩和ケアの周知と教育	①緩和ケア普及啓発活動 (緩和ケアパンフレット) の実施と評価 ②スクリーニングの確実な実施に向けた活動 (入院時と途中のスクリーニング)	①パンフレットを設置だけでなく、手渡すといった能動的な啓蒙活動及び学会パンフレットであるため一般的な情報提供となっている。本院独自の情報 (窓口や受け取られる場所・費用など) の追加、非がん疾患 (心不全等) への展開 ②見直しを行った緩和ケアナビの使用状況の把握	令和9年3月					

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</p> <p>昨年度、情報共有のみであったカンファレンスを意見が出しやすいようにその在り方を変更した。「雰囲気が変わり、意見が出やすくなった」や「事前の情報収集をしつかり行った上でカンファレンスに参加する意識が生まれた」などポジティブな評価を得た。しかし、エドモンドソンが作成した心理的安全性のチェックシートにある「チームメンバーと仕事をするとき、自分のスキルと才能が尊重され、活かされていると感じる」の項目が平均値3.33とその他の項目の中で一番低かった。この結果より、それぞれの専門職種の強みを活かした意見交換が行われていないと考えられる。</p>	<p>1. メンバーの専門性を活かした意見交換を促進することでカンファレンスが活性化し、その成果をチーム介入患者への質の高い医療・ケアに反映する。</p> <p>1) 回診記録の充実を図り、それをメンバー間の情報共有に役立てる</p> <p>① 初回回診時の記録に、簡単な経過、入院目的、介入依頼内容や苦痛症状についてO情報に記載する。Aには、チームとしての介入目的や目標を明確に記載する。</p> <p>② 水曜日のチームカンファレンスで検討した内容は、できる限り詳細に記載し、後で振り返れるようにする。</p> <p>③ 状態変化を認めた患者は、カンファレンス前日の火曜日の回診記録にその内容を記載する。</p> <p>2) メンバーの専門性を活かし、医療やケアに繋げる。</p> <p>① 患者の状況によっては、コアメンバー以外のメンバーにもチーム回診同行を依頼する。</p> <p>② 必要時、振り返りカンファレンスを実施し、介入終了した患者の経過について共有する。</p> <p>③ 希望者を募り、ミニレクチャーを行う。</p> <p>④ 日々の回診担当者が気になった事柄については専門的知見を有するメンバーと共有し、カンファレンスで発言してもらう。</p> <p>評価指標</p> <p>1) 心理的安全性のチェックシート、特に「チームメンバーと仕事をするとき、自分のスキルと才能が尊重され、活かされていると感じる」の項目の平均値が昨年度よりも改善する (チェックシートを、5月と12月に実施)。</p> <p>2) 前年度と比べて、カンファレンスで専門性を活かした発言がしやすくなったかどうかアンケートなどで質的な評価を実施する (12月に実施)</p>	令和8年 12月					
		<p>2. 緩和ケアの質の向上</p> <p>昨年度、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が、IPOS実施は55%であった。IPOSの聞き取りができない患者もいるため全症例にIPOSを実施することは困難である。しかし、IPOSの結果をカンファレンスにて共有するため、聞き取りが可能な患者に対しIPOSを実施することが望ましい。また、IPOSができない患者であってもできなかった理由を明確にし、症状緩和を行うことが望ましい。緩和ケア介入患者は疾患の進行によりIPOSのスコアが全て改善することは困難である。緩和ケアチームの介入で症状緩和ができていないかをIPOSを活用し評価する。</p>	<p>2. IPOSを活用し、緩和ケアチーム介入による症状緩和を図る。</p> <p>① マニュアル通りにIPOSを継続する。</p> <p>② 初回評価を介入日または、介入翌日に行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実施（配布）者：PCTメンバー 山田、狩野 ・1週間以上介入がある場合、介入2週間目に2回目評価を行う。 ・2週以上介入している場合、症状の変化やイベント時3回目以降を計画、実施する。 <p>③ IPOSの結果をPCTカンファレンスで共有する。</p> <p>④ 中間評価を行い、不具合があるなら修正する。</p> <p>⑤ IPOSが活用できない理由を明確にし、別の方法で緩和を評価する。(フェイススケールなど)</p> <p>評価：指標</p> <p>① IPOS実施件数： 70%以上とし、IPOS評価はできない原因を明確にする。</p> <p>② IPOS結果の平均値を評価する。</p> <p>③ スコアが改善しなかった理由を明確にする。</p>	令和8年 12月					

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容 (計画)
市立加西病院	困難事例へのチームの対応力の向上と緩和ケアリンクナースの育成	・前年度緩和ケアチームにおいて研修会を実施した。緩和ケアリンクナースの育成(教育)の場がないという問題もある。	・緩和ケアチームと緩和ケアリンクナース共同でのミニ研修会を計画する(隔月)。 ・デスクカンファレンス、倫理カンファレンス、困難症例等の症例検討を研修会後に行う(隔月)。	令和9年 3月					
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浸透していない ・リンクナースのメンバー変更に伴い新たな浸透の必要性がある	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 ●リンクナースがPCTカンファレンスに参加するための新たな体制の構築(6月)	令和8年 12月					
	早期緩和ケアの提供ができる	①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。 ②緩和ケア外来患者が確実にPCTカンファレンスに対応	①ケモカンファレンスを実践できるための組織を作りを継続し、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カンファレンスへ参加できる体制を調整し(9月まで)外来からチーム介入する体制を再構築する(12月)	令和8年 12月					
姫路赤十字病院	緩和ケアを必要とする患者に適切な緩和ケアを提供することができる	早期からの緩和ケア提供が不十分	【目標】院内スタッフとの連携を強化し、早期からの緩和ケア提供を推進できる 【方策】 ①広報(患者・家族、医療者) ・がん診断時に院内冊子「これからについて知りたいこと」を配布 ②外来における苦痛スクリーニング実施の定着化 ・IPOS実施件数を定期的に把握する ・緩和ケアチーム運用マニュアル(苦痛スクリーニング活用について)の見直し・修正 ③緩和ケアチーム介入患者の継続看護 ・継続看護シートの記入活用 ・定期的に外来NSとカンファレンスを実施(IPOS陽性患者)	令和9年 3月					
	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麻薬指導率70%以上を目指す。 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) 患者説明用の冊子の改訂を行う。	令和9年 3月					

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・家族が安心して在宅療養に移行できる	①急性期病院の機能上、病状に着目しがちで院内スタッフが緩和ケアを必要とする患者・家族の療養生活について知る機会が十分でない ②在宅機関(訪問診療・訪問看護・居宅介護支援事業所・緩和ケア病棟等)の支援の実際を知る機会が十分でない	【目標】 緩和ケアを必要とする患者を対象としたフィードバックカンファレンスを開催し今後の在宅療養支援に活かすことができる 【方策】 1)担当部署や緩和ケアチームが参加しフィードバックカンファレンスを実施 2) フィードバックカンファレンス後、1) で参加したスタッフとともに気づきを共有し支援策を検討 3)2)で検討した支援策を日々の業務に取り入れ実践していく	令和9年3月					
姫路医療センター	緩和ケアの知識・技術の向上 1.院内の緩和ケアの質の向上を目指す 2.緩和ケアチーム連携・強化	・昨年度、院内職員へニーズを確認し、緩和ケアポケットマニュアルの改訂を行った。職員へ使用周知し、評価する ・緩和ケアチームメンバーで月1回以上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。ラウンド日以外にも症例検討を希望する声もあり、適宜多職種でカンファレンス実施し、ケアの質向上に繋げる	1-1.緩和ケアポケットマニュアルの普及啓発 ①各部署職員へ説明・周知(薬剤部・看護部) ②実践場面で職員に指導・活用 ③使用評価 1-2.ニーズに応じた事例検討、勉強会開催 2-1. 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) 担当医・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	令和9年3月					
姫路医療センター	緩和ケアの普及・啓発(院内外を含めた活動) 3.医療者/地域の在宅・施設従事者が連携し、緩和ケアの知識向上を図る	・院内の多職種カンファレンスの件数は少ない(カンファレンス:2職種約6.91%、3職種1.37%、倫理カンファレンス:2職種36.09%、3職種1.25%、4職種1.00%)。院外とのフィードバックカンファレンスは2件 ・がん看護事例検討会開催の担当病院であり、地域の医療機関の看護師と事例検討を通じて実践能力を高める、それぞれの役割を知る、ネットワークづくりの機会を目的としている。緩和ケア病棟を知り、紹介する上での参考にしていただく。また、紹介元へのフィードバックの機会とする ・R5年度より看護師対象にACP推進に向けた体制作りをしている。看護部のACPの実践率は上昇してきたが、部署・個人の認識・実践差がある。病院全体としての取り組みは不十分で、ACP実践の定着、質的な関わりに至っていない	3-1.院内外スタッフを含めた多職種ケアカンファレンス実施し、ケア方針検討 3-2.院内外スタッフとフィードバックカンファレンスし、ケア振り返り評価(地域連携室) 3-3. ・がん看護事例検討会で近隣看護師と事例検討会実施 ・緩和ケア病棟の紹介・見学対応、紹介元へのフィードバック(D-2) 3-4.ACP実践を部署で中心となり担うスタッフの育成 ・緩和ケアリンクナース会で勉強会、事例検討会 ・実践時のOJT ・がん看護研修	令和9年3月					

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 はり ま 姫 路 総 合 医 療 セ ン タ ー	<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</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>(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</p>	<p>高齢化社会において、独居で認知機能低下した中でがん治療を行う事例も増えてきている。意思決定支援を行う上で、必要な知識についてどのような配慮や方略ですすめていくかは各臨床場面にゆだねられ、言語化されていないことが多い。そのため、このような社会での治療を支援していく一助となるような知識が必要となる。</p> <p>また、次年度診療報酬改定により末期呼吸器疾患患者や末期腎不全患者も緩和ケアチーム介入対象患者となるため知識を深めて行く必要がある。</p> <p>さらに、昨年度の緩和ケア研修会の受講率は74%から86%へ上昇したが、医師の異動もあることから、緩和ケアの知識の向上を継続して図る必要がある。これまでは医師以外のメディカルスタッフの受講は勧奨していなかったが、医師以外のメディカルスタッフにも受講を促し、病院全体として緩和ケアの知識の向上を図る必要がある。</p>	<p>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回の勉強会を計画し時期としては昨年度と同様にする時代背景を踏まえて、以下の内容を含める</p> <p>末期呼吸器疾患患者の緩和ケア(6月11日予定) 末期腎不全患者の緩和ケア (8月13日予定) 一人暮らし世帯を支える社会システム (10月8日予定) 意思決定支援・ACPに関すること (12月10日予定)</p> <p>1-2. ①5月にPEACE研修受講率の確認 緩和ケア研修会の開催し、90%以上の受講率を確保する 2026年9月26日 (土) 36名募集で実施予定</p>	令和9年 3月					
	<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>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>	<p>スクリーニング用紙IPOSを、予定入院患者および緊急入院患者への配布から回収にかかるしくみで運用を実施できた。</p> <p>しかし、陽性患者への対応についてタイムリーに対応できるようしくみにはなっていないことは課題である。病棟師長主導で、タイムリーにカンファレンスを実施して、看護計画につなげている病棟もあるが、病棟のほとんどが、1週間分をまとめて検討するというような現状となっている。</p> <p>リンクナースの大半が1年で変更されており、継続して介入できない現状があり、スクリーニングに対して再度共通認識が持てるよう介入が必要と考える。</p>	<p>2-1. ①IPOSカンファレンスを実施し、一次スクリーニングが適切、適切に病棟で実施できる体制を整備する。 ②二次スクリーニングにより適切に緩和ケアチームへの介入につながる体制を整備する。</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。地域緩和ケアカンファレンスを定期的実施する。</p>	令和9年 3月					

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。	外来や化学療法室との関係をより密にする。できる限り、スムーズな連携を行い、迅速な介入につなげる。	・現在の取組を継続し、定着させるとともに、よりよくするために、チームカンファレンスで改善点等確認していく。 ・相談、介入へスムーズにつながるよう、書面だけでなく、掲示板やメール等で、相談・介入依頼がある時には、連絡等行い迅速に対応できるよう取り組む。	令和9年3月						
	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。令和8年3月末を目標にしていたが、現在最終調整中。	・各担当から提出いただいたものを、取りまとめ、現状に沿った緩和ケアマニュアル(案)が完成。緩和ケアの委員会のメンバーに最終確認を依頼中。	令和9年3月						
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が主になっており、ラウンドを十分活用してもらえていない。 ・非がん患者への対応ができていない。	1.ラウンドの目的の再定義と周知 緩和ケア病床への紹介を主目的としたラウンドではないことを繰り返し発信し、症状の緩和など、日常診療を支える役割を明確にする。 2.症状マネジメントに困難を抱える患者の早期発見 ラウンド時に、症状コントロールに難渋している患者がいないか積極的に確認し、声かけを継続的に行う。麻薬出庫リストからのアプローチするなど 3.ラウンドの方法を見直し、具体的な介入を実施 病床調整の確認にとどまらず、症状評価、薬剤調整の提案、ケア方法の助言など、症状緩和の介入を積極的に行うラウンドへと改善する。 4.非がん患者も対象に含める体制づくり 非がん患者もラウンド対象に加え、チームとして幅広い緩和ケアニーズに対応できる体制を整える。	令和9年3月						
	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。	1.緩和ケアを必要とする患者や他機関への対応を検討する体制の整備 患者の状態や支援ニーズを踏まえ、院内外の関係機関と連携し、適切な情報提供を行うことができる体制を整備する。また、他院や在宅支援機関で実施可能な緩和薬物療法や使用できる医療資材について情報を整理し、患者の移行支援や地域連携に活かす。 2.外来患者への緩和ケア支援の事前準備と情報共有 外来で緩和ケアが必要と判断される患者については、依頼を受けた段階でチーム内で情報共有を行い、必要に応じて早期に支援を提供する。	令和9年3月						
	患者とその家族のQOLを向上させる	チーム内や病棟看護師と情報を共有し早期の問題解決を図る。	1.必要に応じて患者の負担とならないQOL評価を検討、実施する。 2.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9年3月						

施設名	P 実施計画				実施管理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善	
						区分	実施内容	区分	今後の改善内容 (計画)
県立丹波医療センター	苦痛のスクリーニングが適切に使用出来、患者の苦痛が早期に把握出来る	スクリーニングシート運用手順を作成しがん患者の苦痛をキャッチ出来るよう進めているが、入院患者の緩和ケアに対するニーズの把握が不十分	現在使用しているスクリーニングシート運用手順を、リンクナース会で再度周知する。 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9年 3月					
	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	スクリーニングシートが上手く活用出来ず、患者・家族が抱える問題点の抽出が不十分。	スクリーニングシートを使用し4点以上の項目があった場合、緩和ケアチームへの介入依頼を検討出来る。 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。状況に応じては緩和ケアチームメンバーで患者訪問などもおこなう。 検討結果は主治医や病棟スタッフと共有する。 使用薬剤について、チーム薬剤師と病棟担当薬剤師で情報共有出来る。	令和9年 3月					
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. 苦痛がある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。がん、非がんに関わらず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) リンクナースはじめ看護師全体の知識・技術の向上に向け、ELNEC等の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) リンクナース会でマニュアルを熟読し活用しやすい内容を検討する 3) 緩和ケアマニュアルの修正を行い、タイムリーな情報を提供する 4) 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、非がん患者へのチーム介入を主治医に打診する 5) 非がん患者の緩和ケア診療加算の対象となる疾患・病状についてアナウンスする(①緩和ケア診療加算の増加を図る②がん患者指導管理料イ、ロの算定につなげる) 6) PEACE研修会の開催(①院内受講率90%以上をキープを目指す)	令和9年 3月					
	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	2. ACP実践において、医療者の意識が高まり浸透してきたが、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実践について、多職種で構成されたコアメンバーでACP導入から共有、連携の過程を検討し患者家族が主体のACPを目指す ①モデル部署でACPの実践を強化する ・部署内のカンファレンスでACP導入時期を検討する ・ACP実施後の共有(多職種で構成されたカンファレンス)により治療やケアについて検討する ・カンファレンス内容は、患者や家族と共有する ・退院後に連携する部署や地域の医療者に共有しACPを繋ぐ ②ACP実施の一連の経過がカルテで見える化できる記載方法・共有方法を検討する 2) ACPに必要なコミュニケーション研修会を開催する	令和9年 3月					

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	他病院や地域医療者と顔を合わす機会が減り、率直な意見交換や相談が十分に行えていない。そのため治療やケアなど困りごとの相談ができる関係性作りや・連携が図れるよう取り組みが必要である。	1) ワールドカフェを共同開催し、院外の医療者の参加、多職種参加により顔の見える関係性を作る 2) 緩和ケア連携研究会で、院内外の連携施設とカンファレンスを開催し具体的な支援について検討したり連携できるような取り組みを行う	令和9年 3月					
県立粒子線医療センター	患者の苦痛緩和と患者の意思を尊重した医療の実施	1) 緩和ケアチームの介入が必要な患者への早期介入が行えていない 2) 2025年度にACPIにつながる取り組みとして、気持ちの確認用紙の改訂とQOL調査票をIPOSへ変更し評価を行った。IPOSに関しては記載の抜けがあり完全な定着に至っていない 3) 多職種倫理カンファレンスがあり開催できていない	①苦痛症状の強い患者に緩和ケアチームの早期介入が行える仕組み作りを行う。 ②麻薬使用患者の定期的なチームラウンドを継続する。 ③IPOSによる苦痛の評価とケアへの活用が定着するまで、運用状況の確認とフィードバックを継続する。 ④多職種による緩和ケアカンファレンスで倫理的な問題についても話し合えるよう働きかける。必要時、カンファレンスを開催する。 ⑤音楽療法の継続。	令和9年 2月					
県立粒子線医療センター	患すべての患者・家族が基本的緩和ケアを受けることができる	1) がん治療に関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	①スタッフに向けた研修会を開催し、知識、技術の向上を図る。 (自殺企図患者への対応、オピオイド鎮痛薬使用の基礎的な知識、せん妄対策と効果的な使用薬剤について) ②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を行う。	令和9年 2月					