令和3年度佐賀県緩和ケア部会
緩和ケアチーム課題および改善計画

資料2

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
佐賀大学医学部附属病院	・緩和ケアチーム構成メンバーは看護師以外専任であり、チームカンファレンスに参加者する職種が限定的になっている ・カンファレンスが情報共有に留まる傾向がある ・チームカンファレンスの記録は、チーム看護師が記載しており、各職種の意見を記載するテンプレートが活かされていない。	多職種で協働できる緩和ケアチームを目指す ①チームカンファレンスにコアメンバー以外の職種参加が増える ②カンファレンスのテンプレート記録に多職種の記載が増える ③カンファレンスの活性化についてチーム内で検討でき、合意を得ることができる	①チームカンファレンス開催日を再考する ・構成メンバーへ参加可能な曜日、時間を聞き取り、開催日の見直しを行う ③.チーム構成メンバーへ、カンファレンステンプレート記録について説明し記録を促進する ③.カンファレンスの情報共有シートを見直す ④カンファレンスの方法について、構成メンバーで話し合う機会をもつ	①カンファレンス開催日については検討したが、主要メンバーの参加が可能であるのは現在の曜日であったため、変更しなかった。コアメンバー以外の職種にカンファレンスの参加を依頼し、多くの職種が参加する会が増えた。 ②各メンバーに専門的立場からのコメント記載を依頼し、薬剤師等の記載が可能となった。 ③情報共有シートの記載内容を見直し、薬剤使用経過に加え、患者の問題点や今後の介入の方向性について検討できるよう項目設定した。 ④メンバー全員で話し合う機会はつくれなかった。	・緩和ケアチームは「疼痛」に関する依頼が多いため、これまで、チームカンファレンスでも痛みに関する議論が多かったが、多くの職種が参加できるようになり、心理社会的苦痛も含め全人的視点で検討できる準備につながった。 ・病棟看護師が緩和ケアチームカンファレンスへ参加できたのは2事例であり、主治科、病棟の定期的な参加は難しかった。 ・カンファレンスに用いる情報共有シートの記載内容を変更し、今後の介入やケアの方向性が見えるようにしたが、多職種の意見を反映させられるよう常々、情報を共有していく必要がある。
	・緩和ケアチーム看護師記録の問題抽出、記録に対する共通認識を行い、質を担保するための記録の監査を開始した。今年度も記録監査を継続する。 ・新規介入時に、主診療科や病棟の困りごとなどは話すが、具体的な目標の共有、方針、展望、今後の期待、チームとの役割分担が弱い傾向がある。	①立案した目標やケア計画を主診療科、病棟スタッフと共有、症状緩和やケアを実施・評価できる	①緩和ケアセンター看護師にて、1回/月の緩和ケア実施計画書、実施記録監査を継続する ②依頼部署との介入時の介入依頼、ニーズ、情報共有の方法を見直す。 ③多職種それぞれによる診断・治療・看護アセスメント・ケア計画の情報共有を行いカンファレンスで合意形成を図る	①記録監査を継続した。 ②依頼受けた際、主治科担当医師や部署と患者情報、依頼したいこと、ニーズについて共有し、介入の方向性を検討した。 ③主治科病棟チーム、緩和ケアチーム、リエゾンチーム、リハビリ、栄養治療部、退院支援（MSC）など多職種間でケア検討、役割分担を行ったり、多職種をつなぐための調整を行った。	・主治科、病棟と積極的にコミュニケーションをとり、薬剤やケアの評価を共有できたことで、連携がうまくいった事例が増えた。 ・病棟と具体的なケア検討を行うことのできた事例が増えた。 ・定期的に記録監査を継続し、目的を達成した後は回数を減らして実施した。 ・精神科との協働により、チームとして患者の精神症状に対応できるようになってきている。

令和4年度佐賀県緩和ケア部会
緩和ケアチーム課題および改善計画

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
佐賀大学医学部附属病院	緩和ケアチームへの介入依頼内容はこれまで通り、「疼痛緩和」が圧倒的に多いが、痛み以外の身体症状や精神症状の緩和を依頼される件数が増加している傾向にある。依頼文書上では明確ではないが、緩和ケアへのニーズが多様化しているのではないかと推測されるが、把握できていない。緩和ケアに対するニーズを把握し、緩和ケアチームとして対応できるような体制を整えていく必要がある。	①緩和ケアに対するニーズを把握する ②院内緩和ケアの活性化、緩和ケアの人材育成のための働きかけを行う	①ニーズ調査を実施する ・緩和ケアチームに対するニーズ、病棟スタッフの緩和ケアへの困難感の側面を把握することで、ニーズの把握を行う ②緩和ケア研修会へのコメディカルの参加推進を図る ③ACPの実施促進を図る ・緩和ケアセンター看護師主催で院内看護職対象のACPセミナーを実施する。 （奇数月第4金曜日に開催予定）		
	病棟スタッフと直接コミュニケーションを図ることで、依頼文書ではみえない困難を把握でき、緩和ケアチームの方針が話しやすくなるメリットがあると感じている。また、患者にとっては、病棟スタッフと緩和ケアチームが一体となってチーム医療を行っていることが体感できるのではないかと考える。しかし、緩和ケアチームカンファレンスに、主治医、病棟看護師、退院支援看護師が参加できることが望ましいが、現状は困難である。	患者・病棟スタッフと緩和ケアの方針に関するコミュニケーションを活性化し、みえる形にする	①患者の意思を確認し、共有する ②多職種で検討すべき問題に対して、ラウンドカンファレンスを実施する ③ラウンドカンファレンスの内容は緩和ケアチーム実施記録に記載し、記録でも共有を図る		

資料2

令和3年度佐賀県緩和ケア部会
緩和ケアチーム課題および改善計画

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
佐賀県医療センター好生館	・全入院患者を対象に苦痛のスクリーニングが行えていない ・受持ち看護師が、緩和ケアリンクナースや緩和ケアチームを活用できず、基本的緩和ケアを行えていない ・主治医が緩和ケアを必要と感じていないが、実際には表面化していない苦痛がある	・全入院患者対象に苦痛のスクリーニングを行う ・受持ち看護師や緩和ケアリンクナースから緩和ケアに関する相談が30件以上ある ・主治医や多職種と連携し、基本的緩和ケアの底上げできる	・緩和ケアリンクナース会で緩和ケアに関する講義や実践に対応できる実地研修を継続して行う ・受持ち看護師が苦痛のスクリーニングを行い、苦痛の軽減に関わり、看護計画の立案・変更や、ケースカンファレンスの開催が行えるように、緩和ケアリンクナースとともに支援する ・受け持ち看護師が主治医や多職種と連携を図り、リソースを活用する	・緩和ケアリンクナース会で緩和ケアに関する講義や実践に対応できる実地研修を継続して行っている（今年度は12月より実地研修予定） ・受持ち看護師や緩和ケアリンクナースからの、ケースカンファレンスへの参加依頼が行えている（8件） ・受け持ち看護師が医師以外の多職種と連携を図るところまでは至っておらず、ラウンド時に指導中である	・緩和ケアリンクナースへ会で実地研修を行い、チーム活動や外来・病棟での緩和ケアの実際について理解できたという意見が多く聞かれ、今年度も1年目のリンクナースに実地研修予定である ・苦痛のスクリーニングも1924件から2769件へ増加し、それを基に各部署へケースカンファレンスの認定看護師参加も行うことができ、チーム医療として多職種連携も増加している→計画終了とする
	・がん診療連携拠点病院として、がん患者指導管理料の算定が少ないことから、主治医の緩和ケアへの意識が低いことが考えられる （令和1年度、がん患者指導管理料（イ）が274件、（ロ）が844件である）	・がん関連の医師の8割以上が緩和ケア研修会を受講する ・がん患者指導管理料の算定が増加する	・がんセンターミーティングや、がん診療連携拠点病院委員会で、緩和ケア研修会やがん患者指導管理料の算定状況の現状を提示する ・がん患者指導管理料の算定が取りやすいように、医療情報部と連携する	・がんセンターミーティングや、がん診療連携拠点病院委員会で、緩和ケア研修会やがん患者指導管理料の算定状況の現状を診療科別・病棟別に提示した ・がん関連の認定看護師として活動日には院内LINEワークスで相談に乗れる旨、連絡を行った ・STAS-Jを入力することで（ロ）が自動算定できるように、医療情報部とシステムの工夫を行った	・委員会などで緩和ケア研修会やがん患者指導管理料の算定状況の現状を提示したが、未だ（イ）は緩和ケア科が8割、（ロ）は認定看護師で7割を取得している状況である。 ・院内LINEワークスを活用してもなかなか相談が来ないため、活動日に外来などに出向き加算取得につなげられる状況をつくる

令和4年度佐賀県緩和ケア部会
緩和ケアチーム課題および改善計画

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
佐賀県医療センター好生館	・委員会などで緩和ケア研修会やがん患者指導管理料の算定状況の現状を提示したが、未だ（イ）は緩和ケア科が8割、（ロ）は認定看護師で7割を取得している状況である。 ・院内LINEワークスを活用してもなかなか相談が来ない	・がんに関連する医師の緩和ケア研修会参加を9割以上にする ・がん患者指導管理料の算定状況が、（イ）は1割、（ロ）は2割の加算取得が増加する ・緩和ケアに関する相談を15件行う	・緩和ケア研修会への参加を呼びかける ・がん患者指導管理料（イ）の取得に際し、治療方針などが簡単に記入できるような説明書を何パターンか作成する ・院内LINEワークスを活用してもなかなか相談が来ないため、活動日に外来や病棟などに出向き加算取得につなげられる状況をつくる		

資料2

令和3年度佐賀県緩和ケア部会
緩和ケアチーム課題および改善計画

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
嬉野 医療センター	入院患者のニーズや困りごとが、苦痛のスクリーニングを用いて包括的に評価できているか調査した結果、見えてきた課題。 →スクリーニング用紙・取り扱い等のフローチャート・マニュアルなどの運用手順を再構築する必要がある。	苦痛のスクリーニングの運用手順を再構築できる（4か年計画の2年目）。	①緩和ケア委員会で取り組み内容を共有。 ②病棟リンクナースから運用手順に関する問題点・工夫点をスクリーニング用紙へ反映。 ③スクリーニング用紙のテンプレート化完成にむけてマネジメント。 ④他運用手順の改訂 ⑤リンクナースが目的を理解促進できるために、手順を用いて支援。	再構築したシステムを評価するため、2つの対象病棟（がん・非がん）に対して試行を実施し、評価を行った。次年度の導入に向けて、修正し、再構築の形は整った。	今年度の導入に向けて、新しい委員会メンバーと共有し、最終の微調整を行った。6月導入を予定し、導入3か月後に評価は行う。改訂前の実施率は90%以上を維持できた。改定後は、苦痛のスクリーニングの質の向上にむけて委員会で継続して取り組んで行く予定である。PDCAサイクルは継続するが緩和ケア部会での共有は一旦終了とする。

令和4年度佐賀県緩和ケア部会
緩和ケアチーム課題および改善計画

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
嬉野 医療センター	R4年度診療報酬改定にともない、 がん患者指導管理料（イ）算定要件となる、終末期患者の意思決定に関するシステムが当施設では構築されていない。	1.ACPシステムを構築し、システムの概要を説明することで、委員会メンバーが理解し自部署のスタッフや関連スタッフへ説明できるよう支援する。 2.終末期患者の意思決定支援が全診療科で実施できるようになる。　※緩和ケア委員会プロジェクトチームにて。	①関連資料や、関連部署の現状を把握する。　②指針を作成し、システムを構築する。 ③概要について説明し、理解を確認する。 ④委員会で、伝達方法などの問題を抽出し、改善する。 ⑤システムを導入し、実施率を高めていく。 ・関連部署に対して、委員長、看護部長、看護師長に伝達を依頼する。 ⑥導入後の問題を抽出し、必要時には修正をする。		

資料2

令和3年度佐賀県緩和ケア部会
緩和ケアチーム課題および改善計画

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
唐津赤十字病院	緩和ケアPDCAサイクルを含め指定要件について、PCTメンバーで共通認識を図り、課題解決に取り組む	①緩和ケアチームで緩和ケアPDCAサイクルを理解する ②　〃　　がん拠点病院の必須要件(緩和ケア)を理解する	①緩和ケア委員会を1回/2ヶ月開催し、問題点の共有、解決策を検討する ②人的要件、質的要件等を再確認し、対応策を検討する ③PCTメンバーに対し、緩和ケアPDCAサイクルの自己チェックを実施し理解度を知り、各メンバーのPCT活動の理解促進、課題解決を検討する	①偶数月に開催することができた。特にコロナ禍での緩和ケア研修会の企画・運営ついて話あうことができた。 ②①を利用し、委員会報告として管理会議等で問題提起し緩和ケアCN受講や緩和ケア研修会指導者研修終了医師を各々1名確保できた ③PDCAサイクルをメンバーに自己チェックを実施した。	・目標とした緩和ケアPDCAサイクル理解のが深まったかどうか評価できていないが、管理会議等で人的要件への提言はできた。緩和ケアPDCAサイクルを回すため、引き続き目標①・②の活動は必要であるが、活動レベルでの目標を設定が必要であった。「がん指導管理料1．2．3」算定件数が著しく低いことが調査で明らかになったこともあり、次年度の課題としたい。 PCTカンファレンスを、コロナ感染拡大に伴い中止しておりPDCAにおける「緩和ケアの質の評価と改善」については検討が必要である
	せん妄の理解、せん妄アセスメントシートに関する理解が不十分である	せん妄の早期発見・予防の理解を深める	①医療安全管理とコラボし職員に向け研修会の企画 ②看護師に対しせん妄アセスメントシートの理解を深める研修会の開催(5回/年)	①院内職員向けの研修会企画は出来なかった ②看護師を対象として、5回/年企画し、コロナ感染拡大で1回中止し、4回/年開催し125名(看護部42.2%)	緩和ケアPDCA 「3．症状・病態のアセスメント」のひとつとしてせん妄の対応について活動し、幾らか意識づけはできた。しかし、せん妄を理解したケアの提供には至ってない現状があり、リンクナースと共に早期からのせん妄ケアが提供されるよう事例を検討しながらせん妄の理解を深める活動を行っていく必要がある。

令和4年度佐賀県緩和ケア部会
緩和ケアチーム課題および改善計画

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
唐津赤十字病院	**(大項目：病状に対する説明)** 「がん指導管理料1．2．3」算定件数(2021.4データ)は、佐賀県がん診療連携拠点病院で最下位、全国赤十字同規模病院でも最下位であった。	がん指導管理1，2，3の算定が、各10%増をめざす	①がん指導管理1，2について　がん関連CNと情報共有し、院内フローを明確にする ②がん指導管理3については、薬剤部と算定に向けた体制を整える		
	(大項目：緩和ケアの提供体制　3，症状・病状のアセスメント) せん妄の理解、せん妄アセスメントシートに関する理解が不十分である	せん妄の早期発見・予防の理解を深める	①看護師対象：せん妄アセスメントシートを用いた研修会(2回/年) ②緩和ケアリンクナース；せん妄事例検討(3回/年)		