

## 令和2年度 佐賀県がん診療連携拠点病院緩和ケア部会 議事要約

日 時：令和2年12月10日（木）16：00～17:00

参加者：佐賀県医療センター好生館 小杉寿文，森直美

嬉野医療センター 香月亮，小森康代

唐津赤十字病院 湯ノ谷誠二，牧原りつ子

佐賀大学医学部附属病院 平川奈緒美，田中まゆこ，野中由美，

吉岡めぐみ，池田光代

佐賀県健康福祉部健康増進課 がん撲滅特別対策室 無津呂哲也，長本敬幸

欠席者：水町智子

## 【議 題】

1. PDCA サイクルの共有
2. 緩和ケアに関する質問紙調査結果について
3. 県内の緩和ケアに関する目標設定について
4. ACP に関するパンフレット作製と運用について
5. その他

## 【議事内容】

## 1. について

- ・佐賀大：メディカルスタッフからの介入依頼増加への働きかけについて、前年比増加傾向にあり、看護師からの働きかけによりチーム介入につながったものも増加していることより達成とした。

今年度は、チーム担当看護師の実施計画書のチーム内共有、目標設定などの共通認識の課題に対し、監査表の作成と監査の実施を計画した。実施計画書、実施記録の監査を検討している。記録の充実によりチームの方針、具体的ケアについて病棟スタッフとの共有につなげていくことが今後の課題である。

対応困難事例のチーム介入の振り返りについては、ミーティングを活用し方略を検討する。介入終了後の患者の振り返りについても病棟を巻き込んだチーム介入について検討していきたい。→チーム実施計画書、介入目標についてのシートに内容について、質問があった。

緩和ケア診療加算に必要な要件に沿った内容で作成している。内容の詳細については後日、個別に対応することとした。

- ・好生館：看護師からの介入件数は増加しており取り組みを評価した。2019年度は苦痛スクリーニングより18件の相談があり増加している。

医師から介入依頼が多い状況ではあるが、緩和ケアリンクナースの介入による苦痛のスクリーニング、チーム介入へつなげる事例も増加しており今年度は25件の依頼があった。

チーム介入目標の共有が課題であり、栄養士など多職種による介入とシステム（セイフマスタ）の活用を検討しているとの報告があった。

- ・嬉野：チーム内での症状緩和の目標設定の共有について、担当医と面接時に目標設定できてきている。今後は、担当医、緩和ケアNs、患者とともに目標設定を行う。また、目標設定、計画の共有について課題と感じており、多職種でのアセスメントの共有・検討ができるよう取り組んでいく。

2次医療圏との連携体制の強化については週1回の地域連携、入退院支援Ns.との連携を行うこととした。

院内緩和ケア委員会にて、苦痛スクリーニング運用方法についての評価を研究的視点で取り組

んでいる。

- ・唐津日赤：患者毎の目標設定、アウトカム評価の実際が難しい現状にあるが、ケース毎のカンファレンス後のチーム記録を残すことにより、病棟での患者カンファレンスへ活用されるようになっている。

苦痛スクリーニングについては、リンクナースを中心として活動できており達成とした。今年度は新たに、せん妄ハイリスク患者加算算定に向けたスクリーニングの導入に取り組んでいる。

## 2. について

昨年度の緩和ケア部会での意見をもとに、佐賀大学病院より緩和ケアに関する現状調査結果を供覧しながら報告があった。対象施設は、県内 13 施設のがん看護専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師が所属施設とし回収率は 77%であった。

施設の現状では、緩和ケアチーム設置は 6 割、医師の緩和ケア研修会受講は 9 割、リンクナースの設置は 4 割、緩和ケアに関する研修会開催は 9 割が実施されていた。

苦痛症状の緩和はおおむねできていると評価が得られていたが、不安の評価、向精神薬などの使用についての評価は低かった。ACP や患者の意向へ配慮した関わりについては、高い評価が得られていたが、ツール（私の記録など）の活用については、6 割ができていないと評価している。

自由記載では、医療体制、施設・麻薬の管理、ハード面での課題や地域連携について、タイムリーな相談経路の確立を望む声があった。研修体制については、コロナでの研修体制の構築、県と連携した研修開催についての意見があり、そのほかにも緩和ケア、ACP に関する患者教育、がん教育と啓蒙活動の必要性に関する意見もあった。

今回の調査は、専門・認定看護師の所属する施設を対象としており、ケアの実践レベルとしては比較的充実していたのではないかと、また、これまでに緩和ケア部会内で課題としてあがっていた内容と同じことを地域の施設でも課題と感じていることが分かった。

→県健康増進課より、緩和ケア研修会はコロナ禍の状況のなか研修開催のあり方について検討が必要であった。嬉野医療センターにおいては来年 1 月に緩和ケア研修会開催予定であり、次年度以降の委託研修であるがん看護研修会、各拠点病院での研修会の在り方についても検討していく必要がある

そのほか研修開催に関する意見として、オンライン研修でもグループワークは可能であり、研修方法の検討も必要であるとの意見があった。

嬉野医療センターでは、緩和ケア研修会の e ラーニングの終了証書の期限 2 年間の延長は困難であるとの問い合わせ結果もあり、県南部地区のスタッフのみの参加に限定して来年 1 月の開催を予定している。その他拠点病院での研修開催については、好生館では院内だけに縮小した規模での開催を検討している。唐津日赤では緩和医療学会からの開催報告も参考にしながら開催を検討する。佐賀大学も研修対象者を院内に絞ることも検討している。との意見があった。研修体制や開催に向けた各施設での取り組みについては、今後も共有していく。

## 3. について

県内の緩和ケアの目標について県全体で統一された共通目標をもって活動していくことを提案された。

第 3 次がん対策推進計画に定めている、がん看護研修会、緩和ケア研修会の普及啓発を計画していくことが明記されているが、取り組むべき内容の具体的な行動レベルでの共有が行えていないことが課題である。緩和ケア研修会の修了者 9 割を維持することを個別目標として設定しているものの、研修修了者の割合など具体的数字の把握が共有できていない現状にある。

県内の現状、進捗の管理については今後共有をお願いする。

#### 4. について

ACPに関するパンフレット案の共有、意見交換を行った。

意見→唐津玄海地区でも人生の振り返りなどの視点での佐賀県医師会と一緒に活動しており、県委託事業として同様の冊子の作成を予定されている。使い分けについてどのようにするのか検討が必要である。

医師会作成分は、がん対策室の関与するものではない（発行：健康福祉部医務課）。ほかにも佐賀市で作成されているものもある。対象をがんに限らず作成されたものであり病院の緩和ケア医とともに作りあげていくことにより活用の意味合いも異なるのではないか。

今後、ACPをどのように進めていくのか、拠点病院間で方向性を共有し、県民に知らせていくか検討する必要があるとの意見があった。今後パンフレットの目的と活用方法についてオンライン会議などを活用しながら検討を重ねていくこととする。

内容の修正について、嬉野医療センターの内線番号を削除、嬉野、唐津日赤の対応時間を9～16時へ修正する。好生館はがん相談支援センターへ確認後連絡をする。

#### 5. その他

- ・PDCAサイクルの評価時期について、例年12月に緩和ケア部会を開催していることから年度途中での評価となっている。年度毎の目標管理ができるよう今年度末にも最終評価を行い、次年度の初めからあらたなサイクルを回すことができるようにする。
- ・次回開催時期について、学会開催の比較的少ない時期として12月に開催してきた。年度ごとの評価を行うのであれば、5-6月頃の開催を予定する。また、オンラインでの開催も可能であることから必要に応じて場を設けることを検討する。

以上

大項目	小項目	佐賀県医療センター 好生館	唐津赤十字病院	嬉野医療 センター	佐賀大学 医学部附属病院
緩和ケアの 提供体制	<b>I.緩和ケアチーム活動</b>				
	<b>1.緩和ケアチーム介入依頼</b>				
	①緩和ケアチームの体制(病院内での位置づけ、構成要員活動時間、活動内容など)について、医療福祉従事者および患者・家族に周知している	○	○	○	○
	②緩和ケアチームへの依頼方法(依頼できる職種、手段など)について周知している。	○	○	○	○
	③医師のみならず、多職種の医療福祉従事者からコンサルテーションを受けている	×	○	○	○
	④外来で専門的な緩和ケアが提供できるよう、緩和ケア外来を整備し、患者・家族・医療福祉従事者に周知している。	○	○	○	○
	⑤平日は毎日、入院患者の新規依頼を受けコンサルテーション活動を実施できる。	○	○	○	○
	<b>2. 介入前の情報収集</b>				
	①依頼内容を把握するとともに、緩和ケアチームに対する依頼者のニーズを確認している	○	○	○	○
	②依頼元の医療福祉従事者の考えている治療計画や療養の方向性を確認している	○	○	○	○
	③依頼元の医療福祉従事者が最も困っていることに焦点をあてるとともに、他に問題がないかの確認をしている	○	○	○	○
	④情報を収集するだけでなく、依頼元の医療福祉従事者の気持ちや感情に気づき、支持的な態度で接している	○	○	○	○
	⑤依頼元の医療福祉従事者および担当部署の緩和ケアの経験や事情に合わせた情報収集を行っている。(例、経験の少ないスタッフには教育的にかかわりながら情報収集する)	○	○	○	○
	<b>3.症状・病態のアセスメント</b>				
	①臨床経過と症状を確認し、現在の症状を説明できる病態を問診・診察(必要に応じて画像診断や血液検査も追加)により診断または推定している。	○	○	○	○
	②症状の原因を検索する際には、患者・家族だけでなく、依頼元や他部署の医療福祉従事者、チームメンバーからの情報も活用している。	○	○	○	○
	③症状の原因として、薬物による副作用(例、化学療法による末梢神経障害など)の可能性についてアセスメントし必要に応じて診療録などに記載している。	○	○	○	○
	④患者の症状や治療計画は、患者の臓器機能、薬物の体内動態、薬理学的特徴、相互作用、配合変化、禁忌などからアセスメントし立案している。	○	○	○	○
	<b>4.目標設定</b>				
	①症状の緩和の程度と目標について患者・家族と相談している。(例、家に帰ることができるADLの獲得、座って食事ができる、自分で排泄、レスキューを使えるようになるなど)	○	○	○	○
	②症状の緩和の程度と到達時期の目標を決めている。(例、短期目標と長期目標に分けて考える。痛みなく3日以内に眠れるようにする、1ヶ月以内に自宅に戻れるように環境を整える、など)	×	×	○	×
	③症状の程度と到達時期について依頼元の医療福祉従事者とチームメンバーで共有するように努力している	○	○	○	○
	<b>5.症状マネジメント(全般的)</b>				
	①推奨および直接ケアは患者・家族の個別性に配慮し、診療ガイドライン等に基づいて行っている	○	○	○	○
	②アセスメント/推奨の内容について依頼元の医療福祉従事者と共有している	○	○	○	○
	③アセスメント/推奨/直接ケアの内容は、診療録などに記載している	○	○	○	○
	④患者の診察・直接ケアを行う際は主治医の了解を得て行っている	○	○	○	○

大項目	小項目	佐賀県医療センター 好生館	唐津赤十字病院	嬉野医療 センター	佐賀大学 医学部附属病院
	⑤直接ケアを行う場合、その内容について患者・家族に説明し同意を得ている	○	○	○	○
	⑥患者・家族に対し、必要に応じて、病状・症状・治療方針・これからの経過・過ごし方などについて説明や情報提供を行っている	○	○	○	○
	⑦患者の治療・療養場所が変わるとき、必要に応じて継続して緩和ケアが提供できるように調整を行っている	○	○	○	○
	⑧観察点やケアのポイントを依頼元の医療福祉従事者に明確に伝えて実践を促している(例,オピオイドによる便秘の有無、患者の睡眠満足度の確認)	○	○	○	○
	⑨日々のケアにおいて、家族の体調やストレスに配慮している	○	○	○	○
	<b>6.介入後の評価</b>				
	①推奨/直接ケアの結果についてフォローアップし、見直しを行っている	○	○	○	○
	②必要に応じて、依頼元の医療福祉従事者とカンファレンスを開いている	○	○	○	○
	③緩和ケアチーム内で定期的カンファレンスを行い、治療・ケアの方針を統一している	○	○	○	○
	<b>7.緩和ケアの質の評価と改善</b>				
	①緩和ケアチーム内で定期的に症例検討・カンファレンスを行い、依頼された患者に対する活動を評価・改善している	○	○	○	○
	②症状の緩和に対する緩和ケアチームの推奨が採用されなかった場合、その理由を確認している	○	○	○	○
	③症状の緩和に対する緩和ケアチームの推奨が採用されなかった場合、次回推奨が採用されるように工夫をしている	○	○	○	○
	<b>8.総合的な評価</b>				
	①依頼元の医療福祉従事者からの情報、患者の診察、家族との面談、診療録、種々の検査結果などに基づいて患者・家族を包括的にアセスメントし、痛みの緩和の支援を行うことができている	○	○	○	○
	②新規診療依頼件数 (昨年1年間の件数)	外来新患:402件 緩和ケアチーム 新患:335件	114	89	212件 (H30年度)
	③症状の緩和に対する推奨の採択率(緩和ケアチーム全体での採択率)	○	90%	100	90%以上
がんと診断された時からの緩和ケア	入院中、外来におけるスクリーニング	○	○	△	× 入院中は実施していない
病状に対する説明	看護師や医療心理に携わる者の同席	○	○	○	○
	がん患者指導管理料の算定	○	○	○	○ (口)55件 (算定13件) 2019年度
研修体制	PEACE研修会	○	○	○	○
	看護師対象の緩和ケア研修会	○	○	○	○
病病連携・病診連携	2次医療圏内のホスピス・在宅との連携	○	○	○	× カンファレンス・添書のみ

令和元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	メディカルスタッフからの緩和ケアチーム介入依頼が少ない	メディカルスタッフからの緩和ケアチーム介入依頼が10件と増加する	・緩和ケアチームニーズ調査により、約半数がメディカルスタッフから依頼できることを知らなかったため、(仮)緩和ケアチーム活用手引きを作成し、周知をする。 ・情報Webにアップし全体の周知を行う	・手引き書の作成はできなかった。各病棟のカンファレンスに参加した際に、看護師からも依頼できることをアナウンスしたり、看護師から相談を受けた際に、主治医と相談した上で、看護師からも介入依頼ができることを伝え周知を行った。 ・ニュースレター(緩和ケアNS担当時)に看護師からの依頼も可能であることを記載した。	・看護師からの依頼は5件(11月まで)あり、昨年度よりも増加した。患者の苦痛に早期に対応できる面もあるが、介入依頼の意図について、主治医・看護師に再度すり合わせが必要な事例もあった。 ・看護師の相談をうけ、チーム看護師が病棟看護師の相談にのり、支援することで対応できる場合もあり、件数に繋がっていない例もある。
	緩和ケアチーム内で定期的に事例の振り返りができておらず、活動の評価・改善ができていない	介入が終了となった患者の振り返りカンファレンスを月1回実施する	・振り返りカンファレンスを月1回実施する ・振り返りの視点(リフレクション)を活用する	・「カンファレンス」という形での定期的な振り返りは開催できなかった。毎週のチーム介入カンファレンスの際に、関わり、支援に難渋した症例について話し合うことはあった。 ・小児科4事例、泌尿器科1例、婦人科1例のデスカンファレンスを共同で行い、主治医や病棟看護師との振り返りは実施した。	・月1回の定期的なカンファレンスは実施できなかった。 ・カンファレンスという形ではないが、介入終了時に介入目標に沿って評価を行うように努めている。(緩和ケアチーム介入要約、サマリー)

今年度の介入件数は6件。昨年度比増加傾向にあり看護師からの働きかけにより介入につながっている症例も増加しており、目標は達成とする

令和2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	・チームの担当看護師が実施計画書、介入目標を立案することが多く、立案時に計画書や介入目標をチーム内で十分に共有できていない ・実施計画書や介入目標の立案が個人の裁量にゆだねられており、目標設定の考え方や計画書に記載するケア方針について認識のずれがある	監査を行うことにより、計画書や実施記録に記載すべき内容の共通認識をはかる	1. 監査表を作成する 2. チーム内で相互監査を行い、計画書に記載すべき内容について検討する 3. 記録監査を年2回実施する ・実施計画書 ・実施記録	・監査表の作成過程において、記載すべき内容などをすり合わせを行いながら監査表を完成させることができた。 ・計画書について、ミーティングの時間を利用し、新規介入患者を中心に監査を行うことはできた。実施記録についてはできていない	・監査表を作成し、共通認識を持って実施計画書の監査を行うことができた。実施記録の監査についても今年度取り組む予定である。 ・実施記録の充実を図ることにより、チームの方針や具体的なケアの内容について病棟スタッフとも共有することで、症状緩和や精神面への支援の実践のヒントとなるようにしていきたい。
	・各事例の介入目標に沿った評価に終わっており、チームとしての介入の振り返りができていない	対応困難事例や介入終了事例について定期的なカンファレンスを実施する	1. 振り返りカンファレンスを月1回実施する 2. ミーティングや緩和ケアチームカンファレンスを活用しタイムリーにチーム内で検討する	毎月の定期的なカンファレンス開催は困難であった。ミーティングの時間を活用し対応困難事例については検討を行った。介入終了事例の振り返りが十分にできていない	・定期的な振り返りの時間を設けることができなかったが、対応困難例については、毎日のミーティングの時間を活用し、チーム内で方略を検討することはできた。介入終了事例についての振り返りが十分にできていない ・病棟も巻き込んだチーム介入患者への振り返りの機会を意図的に設けることを検討する

令和元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	緩和ケアチームへの依頼がほぼ医師からのみで、介入が遅くなる事例がある。多職種からの依頼が可能であるが、周知が足りない	看護師からの依頼件数が増える	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん看護リンクナース研修で事例を用いて紹介し、早期からの緩和ケア介入を推進する</li> <li>病棟を選定して、まず病棟看護師長に協力を依頼する</li> <li>まずは、モデルとなる事例を示し、経験してもらう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん看護リンクナース研修で、緩和ケア依頼入力の説明</li> <li>緩和ケア相談時にチームへの依頼がこない要因について確認</li> <li>医師も対象とした患者への緩和ケア紹介方法について説明 など</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>4～11月看護師からの依頼件数が6件あった</li> <li>医師へ説明した診療科からの依頼件数は20件から16件に減った</li> <li>苦痛のスクリーニングから14件、チーム依頼に至った</li> <li>2019年度看護師から10件、苦痛のスクリーニングからは18件、緩和ケアチームへの依頼に至った</li> </ul>

令和2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	緩和ケアチームへの依頼は、ほぼ医師からのみで介入が少ない、また介入時期が遅くなる事例がある	緩和ケアチームへの依頼件数が増加し、患者・家族の症状緩和が行える	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院されているがん患者に対する苦痛のスクリーニングを増やす</li> <li>苦痛のスクリーニングから緩和ケアチームへの依頼を30件程度とする</li> <li>各部署の緩和ケアリンクナースへ苦痛のスクリーニングに対して理解してもらう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院されているがん患者に対する苦痛のスクリーニングを2部署増やすことができた</li> <li>苦痛のスクリーニングからは25件、緩和ケアチームへの依頼に至った</li> <li>緩和ケアリンクナースへ緩和ケア・苦痛のスクリーニングに対する講義や緩和ケアチームの実践を見ってもらう</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>コロナ渦の影響もあり、入院されている全てのがん患者に対する苦痛のスクリーニングは行えなかった</li> <li>苦痛のスクリーニングからの緩和ケアチームへの依頼は増加した</li> <li>緩和ケアリンクナースへ緩和ケア・苦痛のスクリーニングに対する講義や緩和ケア実地研修を見もらったが、現状では実務に負担がかかることも多い</li> </ul>

令和元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	緩和ケアチーム内で症状緩和の目標設定の情報共有が不十分	身体症状緩和の程度と到達時期の目標を短期・長期で決める	①介入開始時に、症状をスケールで確認、そのうえでアセスメントと計画を立案し記録。 左記について緩和ケアチームで共有・検討 ②緩和ケアチームラウンドとカンファレンスで実施状況の共有・検討 ③カンファレンスで評価し計画修正・実施	①～③について。初回介入時、身体症状での困りごとを中心に、患者と目標を設定し、カルテにアセスメント・計画立案・評価を記載するようにした。	徐々にではあるが、患者と面接時に目標設定を共有し、評価・実施できている。医師の入れ替わり後に、伝達が十分できていない。
	2次医療圏内のホスピス・在宅との地域連携体制が不十分(2019年6月、当該施設に緩和ケア病棟オープン)	患者の希望にそった療養の場に向けた目標や方向性を共有できるよう、地域連携体制を整えていく	①カンファレンスの開催と拡大(1回水曜日/週) 地域連携室師長、入院支援センター看護師、MSW、緩和ケア専従看護師(2019年6月緩和ケア病棟開設以降、師長参加等)を含めて実施できるように調整 ②今後、入院後に緩和ケアチーム介入・ホスピス・在宅を希望している患者の共有と対応相談 ③電子カルテのコメントに、入院時緩和ケアチーム介入依頼を表示 ④在宅医との勉強会や合同カンファレンス開催での共有・連携	①2019年1月から週1回、地域連携カンファレンスへできる限り参加している。 ②チーム介入患者で継続フォローが必要な場合、病棟・外来Nsの育成を目的に、情報共有・連携の橋渡しを実施。 ③④11月に地域連携ケース検討会を実施できた。	参加により、外来・病棟の継続看護について現状を把握できた。課題として、継続看護が必要な患者の意識が少なくフローチャートの活用が十分されておらず、フィードバックが必要。参加したことでチーム介入等の希望情報を得る機会はなかった。今後、定期的な合同カンファレンス開催の実施について検討を継続。
	平成30年5月から全入院患者を対象としたスクリーニング導入後の評価ができていない	入院患者の苦痛をもれなく拾い上げる	①導入後、1年間の評価から問題点・課題の明確化を行う ②問題点・課題から、改善策を(診療科に関連する部署ごとで)立案 ③改善策をリンクナースと連携し院内に周知	①～③について。改訂から半年間は、診療科によって実施率に開きがあった。リンクナースと部署の問題点を抽出し、高い実施率の診療科を参考に対策について、緩和ケア委員会で共有。	半年後、実施率ほぼ100%を維持している。スクリーニング後、専門家介入までの間に断ち切れて介入に繋がれなかった事例が3例あった。部署での評価後、改善に取り組んでいる。

地域連携室や入院支援専従NSと今後も連携をしていくことで一旦解決とする。

令和2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	症状緩和の程度と到達時期の目標について、緩和ケアチーム内で統一ができていない。	患者またはその家族と、症状緩和の程度と到達時期の目標について、短期・長期で決めることができる。	①介入開始時に、スケールを用いて症状を評価し、アセスメント・計画立案、短期目標を記録。 ②緩和ケアチーム担当医+NSで共有・検討。 ③緩和ケアチームラウンドで他職種で共有・検討。 ④カンファレンスで評価・修正・実施。	②について、緩和ケアチームで周知できるように働きかけている所。	介入時はペアで訪室することが多いため、症状の程度・目標設定について検討・共有する。 ※面会制限中、家族へのタイムリーな情報提供等が難しい状況があり、今までのように目標設定に家族が参加する機会を確保することが難しい。
	平成30年5月から全入院患者を対象としたスクリーニング導入後の評価ができていない。	苦痛のスクリーニング運用方法が適切であるか現状を調査し、問題点を明らかにする。	①スタッフを対象に苦痛のスクリーニング運用方法について調査。 ②スクリーニングについて、NSの行動と判断について調査。	①結果から、用紙の説明方法・専門家へのつなぎ方の統一ができておらず、運用にNSの判断が影響している可能性があった。 ②スクリーニングについて、NSの行動と判断について調査開始。	全入院患者を対象にしている当院の方針は継続していく必要性はある。調査中の段階。(がん患者が少ない病棟では特に苦痛のスクリーニングの目的が理解できるような働きかけが必要なのかもしれない)

令和元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	緩和ケアの提供体制/目標設定①～③:症状の程度と緩和の程度・到達時期等について、患者毎に目標設定・明文化⇒していない。このため、緩和ケアに関する目標については、PCTと患者・家族、医療者間との共有は十分ではない。	症状緩和に関する目標(到達目標)を患者毎に設定する	①患者毎の症状緩和に関する目標(短期・長期)を設定する ②PCTの計画を電子カルテのどこに記録するか、決定し共有できる体制をつくる	①目標設定の明文化は出来ていない ②PCTカンファレンス内容を電子カルテへ患者毎に記録し共有を図っている	・電子カルテの記録は、病棟の患者カンファレンスに活用されている。患者毎の目標設定を記載するように、チーム記録のテンプレートを作成し漏れの無いように取り組んでいきたい。
	緩和ケアの提供体制/緩和ケアの質の評価と改善:② 症状緩和に対する緩和ケアの推奨が採択されなかった場合、その理由を確認している ⇒採択されたかについて、カルテで確認は行っているが、主治医に確認までは行っていない。	症状緩和に対するPCTの推奨した際は、アウトカム評価を行う	①PCTの推奨に対し、どのような対応がなされたか結果がどうであったか活動について評価をする ②病棟看護師や主治医とPCTが推奨した内容について意見交換を行う ③PCTカンファレンスに、主治医もしくは病棟看護師の参加を推進する	症状緩和に難渋しているケースなど、主治医、病棟看護師と情報共有を図る様心がけ、意見交換は概ねできた。難渋しているケースの場合は、PCTカンファレンスに主治医や病棟看護師の参加については、数回の実施しかできていない	・症状緩和に対しては、主治医や看護師と意見交換を行いその場では評価しているが、アウトカム評価として記録はできていない。 ・症状コントロールに難渋しているケースは、PCTカンファレンスに主治医を招き、治療方針、主治医の思いを聴き、主治医と共に考え共感的なカンファレンスの時間となっており今後もこのようなケースを増やしていく必要である。
	がんと診断された時からの緩和ケア/入院中、外来におけるスクリーニング ⇒入院におけるスクリーニングが実施できていない(今年度から導入予定)	入院時のがん患者スクリーニングを導入することができる	①緩和ケアリンクナースと情報共有を図り、病棟におけるスクリーニングの手順(フロー)を作成する	入院患者における苦痛のスクリーニングは導入できた。 緩和ケアリンクナースが中心となり手順書を作成中である	・がん患者の苦痛のスクリーニングは定着してきている。入院患者に開始して上半期でのPCT新規依頼が120件と前年度の同時期の2倍で、治療開始前の時期の件数が増加している。

R元年度フロー  
作成し導入できたので終了

令和2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	患者毎に目標設定・アウトカム評価はできていない。PCTと患者・家族、医療者間との共有は十分ではない。	症状緩和に関する目標(到達目標)を患者毎に設定し、アウトカム評価を行う	・PCT新規依頼のPCTカンファレンスの時間に、「患者の目標」を決め、電子カルテ記録に記載し共有を図る ・PCTが推奨した症状緩和のアウトカム評価を行い、電子カルテに記載する	・電子カルテに、PCTカンファレンス内容を記録はできている。「PCTの目標」についての記載は100%には至っていない。	
	2020年7月から入院患者のせん妄のスクリーニング導入	入院患者のせん妄スクリーニングでせん妄のハイリスク患者を早期から把握しケア・治療できる	・せん妄のスクリーニング導入・電子カルテへテンプレート化し多職種で情報を共有できる ・せん妄ケアについて 情報発信を行う	R2.7月からせん妄ハイリスク患者加算算定に向け、スクリーニングフロー・処方箋・スクリーニングシート・せん妄説明パンフレット等の作成を行い、スクリーニングシートは改訂を繰り返した。テンプレート化し電子カルテで共有できるよう取り組んでいる。 ・不定期ではあるが、院内メールで「せん妄」「DELTAプログラム」について全職員に情報発信を行った	