

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	・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 ・病棟を選定して、まず病棟看護師長に協力を依頼する ・まずは、モデルとなる事例を示し、経験してもらう	・がん看護リンクナース研修で、緩和ケア依頼入力の説明 ・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 ・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	・4～11月看護師からの依頼件数が6件あった ・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 ・苦痛のスクリーニングから14件、チーム依頼に至った
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。
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。

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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・「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例のデスク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。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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)