

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
佐賀大学医学部 附属病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>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する職種が限定的になっている</li> <li>カンファレンスが情報共有にとどまる傾向にある</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種で協働できる緩和ケアチームを目指す</li> <li>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</li> <li>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</li> <li>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、合意をえることができる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①チームカンファレンス開催日を再考する</li> <li>・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</li> <li>②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</li> <li>③カンファレンスの情報共有シートを見直す</li> <li>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</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>前年度、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に取り組んでいる。今年度も記録の監査を継続する</li> <li>新規介入時に、主診療科や病棟の困りごととは話すが、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にある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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、実施記録の監査を継続する</li> <li>②依頼部署との介入時の依頼内容、ニーズ、情報共有の方法を見直す</li> <li>③多職種による診断・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</li> </ul>		

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全入院患者対象に苦痛のスクリーニングを行う</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>受持ち看護師が苦痛をの有無や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</li> <li>主治医や多職種と連携を図り、リソースを活用する</li> </ul>		

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
嬉野 医療センター	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院患者のニーズや困りごとが、苦痛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。</li> <li>→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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①緩和ケア委員会で取り組み内容を共有</li> <li>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</li> <li>③スクリーニング用紙のテンプレート化完成に向けてマネジメント</li> <li>④他運用手順の改訂</li> <li>⑤リンクナースが目的を理解促進するために、手順を用いて支援</li> </ul>		

施設名	課題・問題点	目標	計画	実施	評価
唐津赤十字病院	<ul style="list-style-type: none"> <li>緩和ケアPDCAサイクルを含め指定要件について、緩和ケアチームメンバーで共通認識を図り、課題解決に取り組む</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①緩和ケアチームで緩和ケアPDCAサイクルを理解する</li> <li>②緩和ケアチームで、がん拠点病院の必須要件(緩和ケア)を理解する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①緩和ケア委員会を1回/2月開催し、問題点の共有、解決策を検討する</li> <li>②人的要件、質的要件等を再確認し、対応策を検討する</li> <li>③緩和ケアチームメンバーに対し、緩和ケアPDCAサイクルの自己チェックを実施し、理解度を各メンバーの緩和ケアチーム活動の理解促進、課題解決を検討する</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>せん妄の早期発見・予防の理解を深める</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①医療安全管理とコラボし職員に向け研修会の企画</li> <li>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(5回/年)</li> </ul>		