

2017 年度緩和ケアチームセルフチェックプログラム結果報告

日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会
緩和ケアチーム自施設評価 WPG

2002 年に診療報酬によって緩和ケアチームの活動が算定されるようになり、2006 年にはすべてのがん診療連携拠点病院に緩和ケアチームの設置が義務付けられました。また、2017 年のがん対策推進基本計画が改定され、ますます緩和ケアチームに求められる役割が増えてきています。しかし、緩和ケアチームの構成は病院によって多様であり、緩和ケアチームの活動を画一的に標準化することはできず、その活動の評価は容易ではありません。そこで、日本緩和医療学会専門的・横断的緩和ケア推進委員会では、2016 年に緩和ケアチーム活動の質を評価する方法として緩和ケアチームセルフチェックプログラムを開発し、それぞれのチームが活動の課題を見出し改善していくための支援を開始いたしました(2016 年度は、83 施設が登録)。

本プログラムの目的は、「患者の QOL の向上」の実現をめざしたものであり、緩和ケアチームが日々の活動をセルフチェックすることで、今後目指すべき目標を見出し、行動計画を立案することを支援していくことにあります。本プログラムは、参加することで緩和ケアチームの活動を改善していくための PDCA サイクルを確保できるように配慮した内容ともなっています。

2017 年度セルフチェックプログラムでは、2 回目以降の参加施設を対象として自施設が立案した改善計画について 1 年間の取り組みの成果も評価できるプログラムとなっています。さらに、2016 年度の参加施設からのご意見も参考に、Check シートを【基本】、【症状別】の 2 シートに改変しております、症状別評価項目として「疼痛」に加え、新たに「呼吸困難」、「せん妄」を追加しています。

前年度参加された施設についてはセルフチェックプログラムの目標達成状況をまとめております。さらに、参加施設の中から、PDCA サイクルを確保するために他チームにとっても参考になると思われる 6 施設の好事例を取り上げ、学会 WEB サイトに掲載しています (<http://www.jspm.ne.jp/pct/jishisetsu.html>)。また、今年度ご参加くださった施設の緩和ケアチームの活動状況をまとめ、報告の中から抽出した主な課題について整理いたしました。全国の緩和ケアチームが抱えている課題が明らかになるとともに、その解決のためのヒントが多く含まれている内容になっているものと考えています。ぜひ、プログラムに参加した施設を含め全国の緩和ケアチームに本報告書をご覧いただき、今後の活動の一助にさせていただきたく存じます。

【結果の概要】

1. 参加施設の背景（別紙 1）

第 2 回となった 2017 年は 116 施設からの参加申し込みがあり、うち 75 施設（回答率 64.7%）が登録を終えた。初めての参加施設は 34 施設、2 回目の参加施設は 41 施設であった。参加施設の特徴は、都道府県または地域がん診療連携拠点病院が 69%、専従の医師がいる緩和ケアチームは 61%、緩和ケアチームの年間の新規症例依頼件数の平均値は 216 件であった。

2. 2016 年度のセルフチェックプログラムの目標達成状況 :Do Follow up（別紙 2）

2016 年度参加された 83 施設のうち、38 施設（回答率 45.8%）が Do Follow up シートに回答された。97 個の目標のうち「概ね達成している」、「達成している」を併せると 68 個（71%）が達成された回答された。達成していない主な理由は、「人員不足や計画の具体性が欠けており、計画の遂行が不十分」であったことなどがあげられた。

3. Act で抽出された問題点と Plan 例（別紙 3）

Act・Plan シートを提出された 70 施設の内容を分析し、より多くの施設が問題点として記載した 5 項目について、解決に向けた目標例と行動計画例をいくつかの施設の記載を参考に整理を行った。特に多くみられた 5 つの問題点としては下記のものが見られた。

- ・緩和ケアチーム内で症状緩和の目標設定等の情報共有が不十分（27 施設）
- ・依頼元や患者・家族との目標設定に関する情報共有が不十分（26 施設）
- ・依頼元とのカンファレンス等による情報共有が不十分（22 施設）
- ・緩和ケアチームの推奨が依頼元に採用されない理由が不明瞭（15 施設）
- ・緩和ケアチームの機能や体制に関する周知不足（15 施設）

4. Check シートの回答

1) Check 項目と緩和ケアチーム背景との関連性について（別紙 4、別紙 5、別紙 6）

ほぼすべての施設が「できている」と回答した項目がある一方で、取り組み状況にばらつきがみられる項目もあった。「できている」と回答した割合が低かった項目としては以下の 4 点があげられた。

- ・推奨が不採用の時工夫している（63.8%）
- ・推奨が不採用の時理由を確認している（65.2%）
- ・症状緩和の目標設定をしている（72.5%）
- ・症状緩和の目標を依頼元と情報共有している（78.3%）

Check 項目のうち「できている」または「おおむねできている」と回答した割合が低い項目について、緩和ケアチーム背景との関連性を確認した結果、専従看護師や専従身体医師の有無などに関連性が認められた。

2) Check 項目に関する参加施設の自由記載の内容や総合評価について (別紙 7)

年間依頼件数 150 件以上のチームでは、緩和ケアチームに関して患者家族への周知不足、目標の共有不足、他のコンサルテーションチームと連携・協働について検討が必要といった課題があげられた。年間依頼件数 150 件未満のチームでは、目標達成時期が未設定、介入後評価の記録の課題、コンサルティと相談した上で推奨することが不足しているなど、チーム実践や評価に関する見直しについての課題があがっていた。

5. 実施責任者と参加者からの本プログラムへのアンケート結果について (別紙 8、別紙 9)

参加した実施責任者からのアンケートでは、96.9% (回答総数 N=65) が本プログラムを有用と評価し、満足度としては 95.1% (回答総数 N=61) が満足と評価していた。2 回目以降参加施設の実施責任者については、目標達成状況について 84.4% (回答総数 N=32) が満足と回答した。

参加者からのアンケートでは、96.1% (回答総数 N=465) が有用、90.7% (回答総数 N=451) が十分な話し合いが出来た、91.0% (回答総数 N=442) が自分の意見がプログラムの回答に反映されたと評価していた。2 回目以降参加施設の参加者のうち、65.5% (回答総数 N=197) が目標達成状況に貢献したと回答した。

【今後のセルフチェックプログラムの実施について】

2018 年に実施予定のセルフチェックプログラムでは、引き続き 2 回目以降の参加施設を対象として自施設が立案した改善計画について 1 年間の取り組みの成果も評価できるプログラムとなっています。さらに、Check シートについては、症状別評価項目として「抑うつ・不安」を追加する予定です。セルフチェックプログラムが参加施設にとってさらに実用的なプログラムとなるよう、今後も改善していきたいと存じます。

2017 年度緩和ケアチームセルフチェックプログラム参加施設背景

N=75*

	合計 (n=75)		初回参加 (n=34)		2 回目以降参加 (n=41)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
施設種別						
大学病院（特定機能病院）	15	(20)	7	(21)	8	(20)
がん専門病院	8	(11)	4	(12)	4	(10)
その他の病院	49	(65)	20	(59)	29	(71)
がん診療連携拠点病院						
都道府県がん拠点病院	15	(20)	8	(24)	7	(17)
地域がん拠点病院	37	(49)	16	(47)	21	(51)
地域がん診療病院	1	(1)	1	(3)	0	(0)
専従医師の有無						
専従の身体症状担当医がいる	41	(55)	15	(44)	26	(63)
専従の精神症状担当医がいる	8	(11)	4	(12)	4	(10)
身体・精神症状担当いずれかの専従医がいる	46	(61)	18	(53)	28	(68)
緩和ケアチームが直接診療を行っている日数/週						
≦2	6	(8)	4	(12)	2	(5)
3~4	6	(8)	4	(12)	2	(5)
≧5	59	(79)	23	(68)	36	(88)
年間依頼件数						
mean (±SD)	216	(±167)	223	(±201)	211	(±138)
年間依頼件数 150 件以上の施設	39	(52)	16	(47)	23	(56)

*チーム登録データなし 3 施設

2017 年度緩和ケアチームセルフチェックプログラム参加者数

	施設平均*	(±SD)	総数	(%)
Do Follow up (施設数=38)				
身体医師	2	(±2)	88	(21)
精神医師	1	(±1)	38	(9)
専従看護師	1	(±1)	43	(10)
専従以外の看護師	2	(±3)	63	(15)
薬剤師	2	(±1)	63	(15)
MSW	1	(±1)	27	(6)
医療心理	1	(±1)	25	(6)
管理栄養士	1	(±2)	33	(8)
その他	2	(±1)	38	(9)
	合計	11	418	(100)
Act Plan (施設数=70)				
身体医師	2	(±1)	130	(20)
精神医師	1	(±1)	57	(9)
専従看護師	1	(±1)	81	(12)
専従以外の看護師	2	(±1)	108	(16)
薬剤師	2	(±1)	103	(16)
MSW	1	(±1)	43	(7)
医療心理	1	(±1)	42	(6)
管理栄養士	1	(±1)	35	(5)
その他	1	(±1)	62	(9)
	合計	9	661	(100)

*各施設でセルフチェックプログラムに参加した平均人数

前年度（2016年）のセルフチェックプログラムの目標達成状況 :Do Follow up

評価された目標数=97

目標達成状況	n	(%)
mean(±SD) *	2.9	(±1)
回答分布		
達成していない	6	(6)
あまり達成していない	22	(23)
概ね達成している	46	(48)
達成している	22	(23)

* range1-4

目標達成状況評価の主な理由	n*
達成していない, あまり達成していない 主な理由(n=28)	
人員不足や計画の具体性が欠けており、計画の遂行が不十分	13
目標設定が曖昧であった、もしくは高かった	3
根本的な課題についての再検討が必要	4
計画の継続的な実施が困難	1
概ね達成している 主な理由 (n=46)	
更に改善を進めるため、計画の再検討が必要	11
計画はある程度（または一部は）遂行できた	9
以前と比較して業務が効率化・活性化した	6
ある程度目標達成したが、別の課題が生じた	1
メンバーの交代により具体的な検討が不十分であった	1
達成している 主な理由 (n=21)	
計画を十分に履行できた	8
計画の実施によって、副次的な効果が得られた	3
計画を継続的に実施できている	2

*理由記載の欠損あり

**Act・Plan シートに基づく参加施設の緩和ケアチームの問題点や
解決に向けた目標と行動計画について**

抽出された Act 数	合 計：166 件	初めて実施した施設：86 件 実施 2 回目以降の施設：80 件
--------------------	-----------	-------------------------------------

Act で抽出した代表的な問題点の項目カテゴリー一覧

緩和ケアチーム内のコミュニケーション不足

- ・ 緩和ケアチーム内で症状緩和の目標設定等の情報共有が不十分（27 件）

依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足

- ・ 依頼元や患者・家族との目標設定に関する情報共有が不十分（26 件）
- ・ 依頼元とのカンファレンス等による情報共有が不十分（22 件）
- ・ 依頼元や患者・家族との検討内容や介入内容の記録上の情報共有が不十分（2 件）
- ・ 患者・家族の病状認識や意向の把握が不十分（1 件）

専門的緩和ケア提供機能の周知不足

- ・ 緩和ケアチームの機能や体制に関する周知不足（対 医療者・患者とも）（15 件）
- ・ 外来緩和ケアの周知や提供が不十分（4 件）
- ・ 緩和ケアチームへの依頼方法の周知不足（4 件）
- ・ 処方権限や推奨薬剤の副作用対応などについて責任の所在が曖昧（4 件）

緩和ケアチーム活動の評価・改善に関する取り組み不足

- ・ 緩和ケアチームの推奨が依頼元に採用されない理由が不明瞭（15 件）
- ・ 依頼元やチーム内で介入後の目標達成度の評価が不十分（7 件）
- ・ 緩和ケアチームの活動評価や質向上のための取り組みが不十分（4 件）
- ・ 症状コントロールが不十分（3 件）
- ・ 緩和ケアチームの介入内容や評価結果の記録が不十分（2 件）
- ・ 介入症例の検討が不十分（1 件）

緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在

- ・ 多職種からの依頼がない（6 件）
- ・ スクリーニング等、システム構築が不十分であり必要な介入ができていない（6 件）
- ・ チームメンバーの知識不足等により具体的なケアの推奨や介入ができていない（6 件）
- ・ 苦痛症状（せん妄等も含めて）について十分な評価体制がない（5 件）
- ・ 主治医や診療科によって依頼件数が異なる（2 件）
- ・ 院内スタッフ間の基本的緩和ケアの普及が不十分（2 件）
- ・ 院内の緩和ケアニーズの把握が不十分（1 件）
- ・ 地域連携体制が不十分（1 件）

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチーム内のコミュニケーション不足	
	緩和ケアチーム内で症状緩和の目標設定等の情報共有が不十分	
抽出された Act 数	合 計：27 件（16%）	初めて実施した施設：16 件（19%） 実施 2 回目以降の施設：11 件（14%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例	症状緩和の程度と到達時期の目標を決める
計画の具体例	<p>1. 現在のカンファレンス方法の見直し</p> <p>① 依頼用紙の目的の理解 STAS-J の有効活用 予後予測の施行</p> <p>② 個別の目標の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 依頼内容から検討事項検討 ・ 目標設定（短期、長期）食欲、睡眠、便秘、動作時、安静時、疼痛コントロールなど ・ カンファレンス時評価（期間設定） ・ 患者目標、家族目標の設定も考慮 <p>③ 目標設定にそってカンファレンスを進める →8 月</p> <p>2. 依頼者へのカンファレンス方法の周知 カンファレンス方法見直し後、伝達（問題点 1 の 2 に準ずる） 記録の見直し（緩和ケアカンファレンステンプレートの見直し）</p> <p>▶主治医が緩和ケアチーム医でない場合、主治医とどのように目標を共有し進めていくか検討</p>

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	身体症状緩和の程度と到達時期の目標を決める・・・X 月話し合い X+1 月までに決定
計画の具体例	<p>対 象：チーム依頼のあった対象患者</p> <p>達成基準：症状確認表の 0～1 を目指す</p> <p>★ 介入基準</p> <p>① 症状確認表 3 点以上 介入開始時に確認、その上でアセスメントと計画を立案</p> <p>② PCT カンファレンスにて検討</p> <p>★ 終了基準について</p> <p>① 緩和ケアチーム介入終了基準を PCT 運営会議で素案を作成し PCT カンファレンスで提案</p> <p>② 症状確認表を終了判断の材料にして、カンファレンスで評価</p>

Act で抽出した代表的な問題点	依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足	
	依頼元や患者・家族との目標設定に関する情報共有が不十分	
抽出された Act 数	合計：26 件（16%）	初めて実施した施設：10 件（12%） 実施 2 回目以降の施設：16 件（20%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例 患者・家族のニーズをもとに、依頼元の医療従事者と目標や方向性を共有する

計画の具体例

1. 緩和ケアチーム専従看護師は、患者・家族を訪問しニーズを把握する
2. 依頼元の医療従事者と目標や方向性を共有し、緩和ケアチームの記録上に記載する
3. 緩和ケアチームカンファレンス時に、患者・家族の現在の問題点を周知し、患者・家族のニーズに基づいた目標、治療、ケアについて検討する
4. 目標の達成度と方向性を見直しについて、緩和ケアチーム回診日に依頼元の医療従事者と話し合い、評価する

* 依頼元の医療従事者とは、主治医・担当看護師・受け持ち看護師・日勤リーダー看護師・部署師長のいずれかを対象とする。該当部署緩和ケアリンクナースが緩和ケアチームとの連携や調整をはかれるように協働する。

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例 緩和ケアチームの活動を見える化する

計画の具体例

- ・ 介入症例には 1 回/週にラウンドし、「PCT 回診記録」を立ち上げる
→ PCT 回診記録の文書スタンプを作成
(ラウンド参加者、依頼内容、問題点、状況、主科の方針、緩和ケアチーム介入方針、短期目標、長期目標、評価日等を記載)
- ・ 多職種と情報共有することを意識した記録を記載する
(退院調整/退院支援について、動作能力、痛みが少ない時間帯、栄養状態、環境準備等)
- ・ 他の専門チームと情報共有を行う (必要時、カンファレンスやラウンドに参加する)
- ・ 「緩和ケアセンターたより」内での活動報告
- ・ ホスピス緩和ケア週間にチーム活動におけるポスターを掲示する

Act で抽出した代表的な問題点	依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足	
	依頼元とのカンファレンス等による情報共有が不十分	
抽出された Act 数	合計：22 件（13%）	初めて実施した施設：14 件（16%） 実施 2 回目以降の施設：8 件（10%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例 依頼元（特に Dr）との直接的なコミュニケーションを週 1 回実施する

計画の具体例

- ① 介入依頼書の内容をオピオイドチェック表に記載する
- ② 介入依頼内容を確認し、介入後 1 週間ごとに依頼元と内容の確認・修正を行う
- ③ 短期目標（1 週間後の目標）と長期目標を立案し、1 週間ごとのカンファレンスまたは個別に短期目標を依頼元と評価する
- ④ カンファレンス実施前（月）までに主治医と目標の擦り合わせを行う
各病棟のカンファレンスにチーム成員の誰かが参加する

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例 主治医・病棟スタッフとの情報共有を密にするための工夫を行う

計画の具体例

- ・ 初回介入時からフィードバックまでの流れのフローチャートを作成する
- ・ 介入前に主治医・病棟スタッフから直接情報収集を行う
- ・ 初回介入の際には、方針統一のため可能な限りご家族の同席のもとに行う
- ・ 緩和ケアチームとしての方針・目標を設定し、主治医・病棟スタッフに伝える
- ・ 適宜主治医・病棟スタッフとカンファレンスを行い、問題点および方針の検討を行う

Act で抽出した代表的な問題点	依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足	
	依頼元や患者・家族との検討内容や介入内容の記録上の情報共有が不十分	
抽出された Act 数	合計：2 件（1%）	初めて実施した施設：1 件（1%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	情報シートを依頼元との情報共有・カンファレンスに活用する	
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> ① 情報シートの周知（緩和ケアマニュアル・緩和ケアチームの案内、ニュースレターなどに掲載、またリンクナースから各部署へ伝達してもらう） ② 情報シートは、緩和ケアチームメンバーで記載し、記載日時を掲示板に掲載し、依頼元も確認できるようにしておく ③ 患者ラウンドの際に、情報シートを持参し、依頼元と確認しながら患者の状況把握を行う ④ 情報シートの活用方法についてのフローを作成（記載場所、記載方法） <p>* 運用の導入前に、サンプル病棟を用いて、試験運用し運用の問題点などを見出す。その後、全部署対象に運用開始する。</p>	

Act で抽出した代表的な問題点	依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足	
	患者・家族の病状認識や意向の把握が不十分	
抽出された Act 数	合計：1 件（1%）	初めて実施した施設：0 件（0%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	家族のストレスへの配慮	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の問題の未評価が続くことがないようにする 	

Act で抽出した代表的な問題点	依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足	
	緩和ケアチームの機能や体制に関する周知不足（対 医療者・患者とも）	
抽出された Act 数	合計：15 件（9%）	初めて実施した施設：8 件（9%） 実施 2 回目以降の施設：7 件（9%）

■ Plan 例 1 （初めて実施した施設）

目標の具体例 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）を整備し共有、院内職員、患者・家族に周知する

計画の具体例

1. 緩和ケアチーム内
 - ① 院内での位置づけなどについては、要領・細則を修正して決裁にまわす→X 月実施
 - ② 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）の見直しの実施。→X+1 月中のカンファレンス時
 - ③ 緩和ケアチームのマニュアル作成（上記）→X+2 月中に内容案、年度未完成
2. 院内職員に対して
 - ① 緩和ケアチームの活動、依頼方法、緩和ケアカンファレンスの依頼方法の周知
 - ・ 緩和ケアチームの活動について
 - ・ 緩和ケアチームへの依頼について
 - ・ 電子カルテ症状観察記録、評価方法について
 - ・ カンファレンスの実施方法について（問題 2 の 2）
 → 各病棟、外来への周知の実施（X+4 月）
 緩和ケアチーム認知度調査（X+3 月 X+8 月）
 緩和ケア依頼患者数のチェック（X+8 月）
 - ② 年に 1 回程度緩和ケアチームの活動報告会を行う→年度末「成果発表会」で報告
 - ③ 年度初めなど、メンバーが交代する時期に緩和ケアチームの院内での位置づけや活動内容、目標等について確認する時間を設ける。→X+8 月
3. 患者・家族に対して
 - ① 構成要員や活動時間など緩和ケアチーム体制に関する内容を追加した、新しいバージョンのポスターを作成する。→X+3 月
 - ② ポスターを使用して院内周知を図るとともに、配布できるような大きさにしたものを用意し患者家族に配布する→X+3 月
 - ③ ホームページの変更を行う。→X+1 月

■ Plan 例 2 （実施 2 回目以降の施設）

目標の具体例 患者家族等へ緩和ケアチームの広報活動を行う

計画の具体例

- I. 緩和ケアチームのネーミングを親しみやすい名前に変更する
X～X+1 月検討 X+3 月に変更
 - ① 緩和ケアチーム運営会議で検討 X 月
 - ② 緩和ケアチームカンファレンスで発表 X+1 月
 - ③ 院内メールで全職員に報告 X+2 月
 - ④ 緩和ケアポケットマニュアル・既存のパンフレットや HP へ搭載 X+3 月
- II. 既存の資料、新たな資料（作成）を活用し、担当を決めて広報活動を展開する
 - 1) 既存の資料：
 - ① ポスター（緩和医療学会）＜張り出しに関して担当者交渉：身体医＞→担当 Dr へ確認
 - ② 緩和ケアセンターパンフレット →各病棟にも 10 部ずつ配布
 - 2) 新たな資料：
 - ① PCT の HP ＜原稿案作成（専従看護師）＞ →X+3 月の HP 改訂時

Act で抽出した代表的な問題点	依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足 ----- 外来緩和ケアの周知や提供が不十分	
抽出された Act 数	合 計：4 件（2%）	初めて実施した施設：1 件（1%） 実施 2 回目以降の施設：3 件（4%）

■ Plan 例 1 （初めて実施した施設）

目標の具体例	外来で、緩和ケアチームとして関わりができる環境を整備する
計画の具体例	・ 外来での診察ブースの確保が物理的に難しい状況があるが、外来主治医が必要と判断、または患者の希望があった場合、看護面談室等、プライバシーの確保できる部屋にて診察させていただけるようお願いする。

■ Plan 例 2 （実施 2 回目以降の施設）

目標の具体例	がん治療の外来シフトにともなう、外来緩和ケアの提供体制の工夫を再構築する
計画の具体例	① 外来緩和ケア体制における現状の課題の明確化を行う 患者、医療者から求められていること、チームの現状（外来をどの程度受け入れることができるか）を整理する ② チーム活動における業務改善が出来る部分がないか整理、検討を行う ③ 外来緩和ケアの提供体制を変更するか検討を行う ④ 外来緩和ケアの提供体制を院内に周知する（現行のままであっても周知）

Act で抽出した代表的な問題点	依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足 ----- 緩和ケアチームへの依頼方法の周知不足	
抽出された Act 数	合 計：4 件（2%）	初めて実施した施設：3 件（3%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 1 （初めて実施した施設）

目標の具体例	効果的な緩和ケアチームの周知方法を検討する 非がん患者のコンサルテーションの比率を 10%まで上げる
計画の具体例	・ 緩和ケア支援チームのコンサルテーションに関して、デジタルサイネージでの情報提供を行う。（非がん患者への介入をすすめていくため、その中に具体的な症状についての情報を明示する） ・ 呼吸器内科医師と慢性呼吸器看護認定看護師と連携し、間質性肺炎の入院患者に緩和ケアチームとして介入し非がんの緩和ケア導入について考えていく。

■ Plan 例 2 （実施 2 回目以降の施設）

目標の具体例	レベル別の依頼方法（依頼できる職種・手段など）について、各職種に周知することができる
計画の具体例	① レベル別コンサルテーションのルートについて再度検討する ② 相談内容に合わせて、依頼方法や必要な書類等に検討する ③ 検討した内容を各病棟や各部署に周知する

Act で抽出した代表的な問題点	依頼元（主診療科・病棟）や患者家族とのコミュニケーションの不足	
	処方権限や推奨薬剤の副作用対応などについて責任の所在が曖昧	
抽出された Act 数	合計：4 件（2%）	初めて実施した施設：2 件（2%） 実施 2 回目以降の施設：2 件（3%）

■ Plan 例 1 （初めて実施した施設）

目標の具体例 患者・家族が緩和ケアチームの体制を知ることができる

計画の具体例

- ① 外来診察で緩和ケアチーム介入必要時は、医師が患者・家族に紹介する。
- ② 院内の各部署で緩和ケアチーム介入必要時は、スタッフが患者・家族に紹介する。
- ③ がんサロンで患者・家族へ緩和ケアチームについて紹介する。
- ④ 健康教室にて一般市民に緩和ケアチームを紹介する（〇月〇日）
- ⑤ 院内の目立つ場所に緩和ケアチームのポスターやリーフレットを設置する。
- ⑥ 広報かけはしで緩和ケアチームの記事掲載（〇月まで）。

■ Plan 例 2 （実施 2 回目以降の施設）

目標の具体例 外来緩和ケアの認知度を高め、緩和ケア外来の受診者数増を目指す（50 件/年）

計画の具体例

- ・ 介入症例の退院時に、主治医/本/家族に緩和ケア外来を情報提供し、外来での継続介入を検討する。
- ・ 緩和ケア外来（緩和ケアチーム外来）のパンフレットを作成する。（平成〇年〇月までに）
- ・ 緩和ケアセンター便りを発行し、外来緩和ケアの広報を行う。
- ・ 外来での患者状況を主科のスタッフに伝え、外来での緩和ケア介入内容を伝えていく。
- ・ 緩和ケア外来を利用してみて実際に感じたことや思ったことを患者/家族に尋ね、外来における緩和ケアの現状調査、ニーズ把握につなげていく。
- ・ 病院 HP に活動日、活動の実際、受診手順等を掲載し、外部に向かって情報発信する。

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチーム活動の評価・改善に関する取り組み不足	
	緩和ケアチームの推奨が依頼元に採用されない理由が不明瞭	
抽出された Act 数	合計：15 件（9%）	初めて実施した施設：10 件（12%） 実施 2 回目以降の施設：5 件（6%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例 緩和ケアチーム推奨の採択率をデータとして出し検討する

計画の具体例

1. 緩和ケアチームからの推奨についてカルテに記載し依頼元の医療従事者に報告する
2. 1 週間後にカルテ上でその採択がされたかどうか確認する
3. 推奨が採択されなかった理由について、直接確認もしくはカルテ上で推察し、緩和ケアチームカンファレンス内で共有し採用されるための工夫を検討する
4. 緩和ケアチーム介入中に推奨した件数をデータベースに入力する
5. 推奨件数の項目は「緩和ケアチーム基準 2015」の活動内容（ア）～（コ）を用いて、データベースの所定の欄に患者別に入力する。同じ項目で複数の推奨をした場合は（ア）①（ア）②と番号をつける

* 依頼元の医療従事者とは、主治医・担当看護師・受け持ち看護師・日勤リーダー看護師・部署師長のいずれかを対象とする。該当部署緩和ケアリンクナースが緩和ケアチームとの連携や調整をはかれるように協働する。

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例 症状緩和に対するチームからの推奨が採用されなかった事象・理由を一覧化し、推奨方法の改善を目指す

計画の具体例

症状緩和に対するチームからの推奨が採用されなかった事象・理由の一覧表を作成し、日々登録する。根本となる共通の原因がみられれば対応策を立案する。チームの推奨をチームメンバーが直接主治医に伝えずに、1) 病棟看護師に伝え主治医と相談してもらうように依頼した場合、2) チーム診療録としてカルテ記事として残しただけの場合、に提案が採択されない傾向にあることが現在一つの要因として挙げられているので、主治医への直接の提案方法を検討する。

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチーム活動の評価・改善に関する取り組み不足	
	依頼元やチーム内で介入後の目標達成度の評価が不十分	
抽出された Act 数	合計：7 件（4%）	初めて実施した施設：4 件（5%） 実施 2 回目以降の施設：3 件（4%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例	チーム介入後の結果について継続的に評価し、7 割のスタッフから満足を得る
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> ① 薬物の処方やケア提案後は 1 週間以内に担当したチーム成員が評価・フォローアップを行う ② 担当した成員が評価できない場合はチーム内で申し送りを行い、他担当者に評価を依頼する ③ チームの提案が採用されなかった場合、その理由を依頼元に確認し、次回工夫する点についてチーム成員と共有する ④ X 月と X+6 月にチームが介入した主治医と病棟看護師にアンケート調査を行い、チーム介入後の満足度を評価する

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	評価に基づいた症状コントロール目標の立案、提案、介入、見直しを行う
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> ① ESAS-J の継続 <ul style="list-style-type: none"> ・ スタッフ教育、情報共有のために 1 週間後評価時アセスメント、評価を記録に残す ② 標準的評価方法を用いる <ul style="list-style-type: none"> ・ ESAS-J、OIC 診断基準のように電子カルテ上に定型を作成し簡便に使用できる工夫する ・ 標準的評価方法の院内教育、周知を行う ③ 定期的にケアの見直しを行う <ul style="list-style-type: none"> ・ 朝のカンファレンスの内容を記録に残す ・ 記録のタイトルにカンファレンスと記載する ・ 担当者だけでなくチーム全体でケアの評価を行う時間をつくる ④ PCT マニュアルの改訂：リーダー X 先生 <ul style="list-style-type: none"> ・ 実践に役立つものに改訂予定

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチーム活動の評価・改善に関する取り組み不足	
	緩和ケアチームの活動評価や質向上のための取り組みが不十分	
抽出された Act 数	合 計：4 件（2%）	初めて実施した施設：2 件（2%） 実施 2 回目以降の施設：2 件（3%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例	緩和ケアチーム体制・活動の評価を行う	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・ チーム介入終了後 2 週間以内に、活動の振り返りを行う -実施率 70%（〇月以降の介入終了者より） ・ 緩和ケアチームの推奨の採用を確認し、不採用のときは理由を確認する -実施率 90%（直接・医師・看護記録から確認） 	

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	ピアレビューを実施し、緩和ケアチームを客観的に評価し、課題がみえる	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・ 〇〇県がん診療連携協議会のピアレビューを実施と他施設のピアレビューに参加 ・ ピアレビュー結果からチームでカンファレンスを行う 	

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチーム活動の評価・改善に関する取り組み不足	
	症状コントロールが不十分	
抽出された Act 数	合 計：3 件（2%）	初めて実施した施設：1 件（1%） 実施 2 回目以降の施設：2 件（3%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例	せん妄の早期発見、早期介入を目指す	
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> 1. せん妄アセスメントシートを作成し、緩和ケアチームや病棟で活用してもらい、評価して PDCA サイクルを回す 2. 精神科医師に勉強会を依頼して、緩和ケアチーム内でのせん妄に対する知識向上を目指す今年度中に第一回を開催できるように調整していく 	

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	鎮痛剤の適切な使用方法が普及するための教育・指導を工夫する	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・ がん疼痛治療指針第 6 版の発行 ・ 必要/希望時、介入部署のスタッフへ勉強会を実施 ・ オピオイド回診（毎週〇曜日〇時〇分～〇時）の継続・記録の有効活用 ・ 間違った、危険な処方について院内事例を含めた情報をまとめ、TQM（トータル・クオリティ・マネジメント）や緩和ケアセンター便りで公表していく。 	

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチーム活動の評価・改善に関する取り組み不足	
	緩和ケアチームの介入内容や評価結果の記録が不十分	
抽出された Act 数	合 計：2 件（1%）	初めて実施した施設：1 件（1%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例 緩和ケアチームが介入している患者の診療録の記録監査を行い、緩和ケアチーム介入の目的・介入方法・介入結果の PDCA が記載される

計画の具体例 方法：
 ① 介入依頼とその理由の記録がされている
 ② チーム医療の検討記録や実施経過の確実な記録をする
 ③ テンプレート（STAS-J）を活用しているか記入状態の把握をする
 ④ 緩和ケアチームで、記録の方向性に関して検討し、情報共有をする
 ⑤ 緩和ケアチーム介入患者のカンファレンスを行い、振り返る

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例 介入成果や提案に対する採択状況をチームで共有し、今後の改善につなげる

計画の具体例 介入後の成果：提案した内容に対する成果がどうであったか。短期目標に対しての評価をラウンド時にコンサルティとともに評価し、記事に残す。（前年度の継続）
 提案の採択率：提案した内容が採択されていなかった場合、コンサルティに理由を確認する。月 1 回程度、定期的にチーム内で理由の共有を行い改善案を検討する。専従看護師が採択率の計算を行う。（前年度の継続）

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチーム活動の評価・改善に関する取り組み不足	
	介入症例の検討が不十分	
抽出された Act 数	合 計：1 件（1%）	初めて実施した施設：0 件（0%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	緩和ケアチームで担当している症例について検討する機会を増やす	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアチームの推奨が採用されなかった症例について検討し、今後の対応に生かす ・ 介入後に対応について、依頼先から評価をいただく機会を設ける ・ 依頼者側（主治医、病棟看護師など）からの症例提示 ・ 緩和ケア病棟で看取った症例で今後の活動に生かせそうな症例の提示 ・ デスケースについて学びが多いと思われるものは全体カンファレンスで取り上げる 	

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在	
	多職種からの依頼がない	
抽出された Act 数	合 計：6 件（4%）	初めて実施した施設：4 件（5%） 実施 2 回目以降の施設：2 件（3%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例	多職種・患者からの認定看護師への依頼のうち、多職種介入が必要な患者を緩和ケアチームに繋ぐ	
計画の具体例	<p>【現状】 当院のがんに関する相談窓口（平成〇年度実績） 緩和ケアチーム（〇件）、緩和ケア外来（〇件）、看護外来（〇件）、看護師への依頼（〇件）、がん患者・家族サロン看護師相談（〇件）、がん相談支援センター看護師対応（〇件）</p> <p>【計画】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 緩和ケアチーム看護師、外来緩和ケアリンクナースが協働し、外来を定期的にラウンドし、看護師からのコンサルテーションを受けケアの提供を行う。 2. 緩和ケアチーム看護師が、入院中患者さんのがんに関する相談に対応する。 <p>1. 2 の中で、困難事例や多職種での介入が必要なものは、緩和ケアチーム介入に繋げる</p>	

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	主治医以外からのコンサルテーションの現状を把握する	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・ エクセルシートで日誌形式の共通テンプレートを作成し、主治医以外からのコンサルテーションがあった場合に各自記録する ・ 月 1 回、件数を集計する 	

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在	
	スクリーニング等、システム構築が不十分であり必要な介入ができていない	
抽出された Act 数	合計：6 件（4%）	初めて実施した施設：1 件（1%） 実施 2 回目以降の施設：5 件（6%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例 依頼元診療科が苦痛のスクリーニングシートを活用し、患者・家族と話し合い初期対応ができるシステムをつくる

計画の具体例

- ① 現在のスクリーニングシート活用状況の現状を把握する
- ② 各診療科（病棟）の初期対応に有効活用できるよう、スクリーニングシートの運用方法について関係者間で協議する
- ③ 運用方法についてのフロー図を作成する
- ④ がん患者が多い一部の病棟で、苦痛のスクリーニングの意義、初期対応の必要性について説明し試験運用する
- ⑤ 運用後の評価を行い、問題点や課題について当該病棟と話し合い改善策を立てる
- ⑥ 改善策をもとに運用を再検討し、院内に周知する
- ⑦ 今年度中ががん患者が入院する病棟すべてに運用を拡大する

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例 外来患者の苦痛をもれなく拾い上げ継続的にフォローする

計画の具体例

- ① 外来でのスクリーニングの導入を 2 年計画で行う（担当；専従医師、専従看護師）。
- ② 外来での苦痛のスクリーニングを実施するためのプロトコルを作成する（実施時期；○年○月～○月）。
- ③ ニーズの多い外来を特定して、その外来を対象にパイロットテストを実施する（例；頭頸部外科、産婦人科、泌尿器科などでの導入を検討。実施時期；○年○月～○月）。

【評価指標：目標値】

パイロットテスト実施の可否：実施

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在	
	チームメンバーの知識不足等により具体的なケアの推奨や介入ができていない	
抽出された Act 数	合 計：6 件（4%）	初めて実施した施設：5 件（6%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例	コンサルティの緩和ケア経験を考慮したりリコメンドを行う
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> 1. 診療科や緩和ケアチームへのコンサルテーション頻度などからコンサルティの緩和ケアの経験を推測する。 2. 緩和ケアの経験度に合わせた対応を検討する(薬物療法・非薬物療法について)。 3. 検討した内容に合わせて、適切な方法やタイミングでリコメンドを行う。(方法：直接会って話すのか、電話で連絡するのか、記録に記載のみか) 4. 適切な PCT の職種より必要な職種に対してリコメンドを行う。 5. 推奨した内容に関して、引き継ぎや困難事項について確認を行う(看護面については、観察や介入など)。確認は、各職種可能なメンバーで行う。 <p>【薬物推奨】</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 口頭で伝える場合は、必要時は、紙に記載、又はその場で主科の医師にカルテ記載を依頼する。 ② 薬物の推奨に関しては商品名・用法用量、注射薬の場合は溶解液の内容を含む組成、スイッチのタイミング、副作用対応についてを記載する。

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	ケミカルコーピングについての見識を深め、実践に活かす
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケミカルコーピングの知識を深める ・ 疑わしい患者についてチーム内外で検討し実践に活かす

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在	
	苦痛症状（せん妄等も含めて）について十分な評価体制がない	
抽出された Act 数	合 計：5 件（3%）	初めて実施した施設：1 件（1%） 実施 2 回目以降の施設：4 件（5%）

■ Plan 例 1 （初めて実施した施設）

目標の具体例	入院時にせん妄のスクリーニングを行い、リスクのある患者について精神科に相談し、せん妄を予防するシステムを構築する	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> 緩和病床入院患者に対し、担当看護師が危険因子(摂食・栄養状態、常用薬、飲酒、認知症)を聴取し、DST を行う。看護師が記入しやすいようテンプレートを作成する。リスク因子のある患者をリストアップし、精神科医師に相談し、指示を仰ぐ。 	

■ Plan 例 2 （実施 2 回目以降の施設）

目標の具体例	チーム専任精神科医師と協働でせん妄の早期診断、適切な対応を目指す	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> 今年度、院内で「せん妄対策 WG」を結成した。緩和ケアチームもそのメンバーとなっている。WG 活動として、せん妄リスク因子の評価およびせん妄評価ツールの院内標準化を進める。緩和ケアチーム活動としては、がん患者のせん妄症状出現時にチームが早期に関与し、迅速にチーム専任精神科医師と相談しながら適切に対応できる体制を整える。 	

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在	
	主治医や診療科によって依頼件数が異なる	
抽出された Act 数	合 計：2 件（1%）	初めて実施した施設：1 件（1%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 （実施 2 回目以降の施設）

目標の具体例	入院患者における苦痛のスクリーニングの徹底、活用する	
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> スクリーニングは行えるようになっている。スクリーニングを活用し、病棟看護師が問題を確認し、診療科へコンサルテーションをお願いする。 	

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在	
	院内スタッフ間の基本的緩和ケアの普及が不十分	
抽出された Act 数	合 計：2 件（1%）	初めて実施した施設：1 件（1%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 1 (初めて実施した施設)

目標の具体例	現場の緩和ケア実践の質向上に貢献できるよう、推奨事項の提案・依頼者とのディスカッションなどを丁寧に行っていく
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> 推奨事項は分かりやすく掲示板に記載していく。推奨内容によっては直接病棟スタッフとやり取りを丁寧に行っていく。 病棟スタッフとはタイムリーな情報共有・カンファレンスを実施する。 緩和ケアチームのメンバーによる、病院スタッフ向けの勉強会を企画・実施する(院内スタッフ向け 2 回、地域・院内スタッフ向け 1 回、デスクカンファレンス 1 回)

■ Plan 例 2 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	院内へ全体に基本的緩和ケアの教育を普及させる
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> 院内緩和ケアマニュアルの改訂・充実を進める（緩和ケアチームスタッフが協力して） 苦痛緩和に対する鎮静が院内すべてで適切に行えるように指導する 全体カンファレンスの参加者を増やす（主治医、病棟看護師、緩和ケア病棟看護師など） 各種研修会（緩和ケア研修会、ELNEC 等）の受講機会を確保する 緩和ケア科が主催で院内向けの勉強会を定期的で開催する ACP について緩和ケアチームで積極的に介入する 非がん患者の緩和ケアについて緩和ケアチームに介入依頼してもらうように周知する

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在	
	院内の緩和ケアニーズの把握が不十分	
抽出された Act 数	合 計：1 件（1%）	初めて実施した施設：0 件（0%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	外来での緩和ケア提供体制の現況とニーズを把握し、チームで共有する
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> ① 患者数（がん患者数、化学療法外来患者数、放射線治療外来患者数）の把握 ② プライマリから提供されているケアや介入を把握 ③ 外来の専門的対応（がん相談や相談支援）を要した患者・家族の現況を把握 ④ 現行で把握できる課題や問題点の集約

Act で抽出した代表的な問題点	緩和ケアチームが介入する患者・診療科の偏在	
	地域連携体制が不十分	
抽出された Act 数	合 計：1 件（1%）	初めて実施した施設：0 件（0%） 実施 2 回目以降の施設：1 件（1%）

■ Plan 例 (実施 2 回目以降の施設)

目標の具体例	院内を中心に連携体制を整えていく
計画の具体例	<p>① 従来の訪問看護と PCT のカンファレンス（1 回/週）の拡大 ホスピス緩和ケア病棟師長、病院訪問看護師、退院調整看護師、がん相談支援センター看護師を含めて、実施できるように調整</p> <p>② 今後、入院後に緩和ケアチーム介入・ホスピスを希望している患者を含めて、対応相談</p> <p>③ 電子カルテの掲示板に入院時緩和ケアチーム介入依頼・連絡依頼を表示する</p>

Check項目のうち「できている」「おおむねできている」の回答割合が8割以下の項目とチーム背景との関連性

N=69

	4) -② 症状緩和の目標設定をしている		4) -③ 症状緩和の目標を依頼元と情報共有している		7) -② 推奨が不採用の理由を確認している		7) -③ 推奨が不採用の時工夫している		
	できていない (n=18)	できている (n=50)	できていない (n=14)	できている (n=54)	できていない (n=23)	できている (n=45)	できていない (n=24)	できている (n=44)	
施設タイプ									
がん診療連携拠点病院	11 (61)	37 (74)	8 (57)	40 (74)	16 (70)	32 (71)	13 (54)	35 (80)	
上記以外の病院	5 (28)	12 (24)	4 (29)	13 (24)	5 (22)	12 (27)	9 (38)	8 (18)	
緩和ケア診療加算									
算定している	6 (33)	32 (64)	5 (36)	33 (61)	8 (35)	30 (67) *	6 (25)	32 (73) **	
算定していない	10 (56)	17 (34)	7 (50)	20 (37)	13 (57)	14 (31)	16 (67)	11 (25)	
年間新規症例依頼件数									
150件未満	9 (50)	21 (42)	8 (57)	22 (41)	12 (52)	18 (40)	15 (63)	15 (34) *	
150件以上	7 (39)	28 (56)	4 (29)	31 (57)	9 (39)	26 (58)	7 (29)	28 (64)	
専従身体医師									
いる	5 (28)	32 (64) *	4 (29)	33 (61)	7 (30)	30 (67) *	6 (25)	31 (70) **	
いない	11 (61)	17 (34)	8 (57)	20 (37)	14 (61)	14 (31)	16 (67)	12 (27)	
専従看護師									
いる	10 (56)	43 (86)	7 (50)	46 (85) *	15 (65)	38 (84)	15 (63)	38 (86)	
いない	6 (33)	6 (12)	5 (36)	7 (13)	6 (26)	6 (13)	7 (29)	5 (11)	
いずれかのメンバーの活動日数									
0-4日	3 (17)	8 (16)	2 (14)	9 (17)	5 (22)	6 (13)	7 (29)	4 (9) *	
5-7日	13 (72)	41 (82)	10 (71)	44 (81)	16 (70)	38 (84)	15 (63)	39 (89)	

数値は「できていない」：「できてない」と「あまりできていない」, 「できている」：「できている」と「おおむねできている」の回答施設数 (%) を示す。 *:P>0.05, **:P>0.01

データ欠損により、回答施設割合の合計が100%にならない場合がある。

分析方法は変数ごとに χ^2 乗検定を行った。

Check シート（基本）に基づく参加施設の緩和ケアチームの活動状況について

N=69

1) 緩和ケアチームへの介入依頼

項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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。	1	10	33	25	0	3.0
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。	0	9	29	31	0	3.1
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。	0	11	30	28	0	3.1
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。	4	8	27	29	1	3.0
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。	0	3	17	48	1	3.5

2) 介入前の情報収集

項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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。	0	2	23	44	0	3.5
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。	0	1	26	40	2	3.5
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。	0	4	17	48	0	3.4
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付き、支持的な態度で接している。	0	6	25	38	0	3.2
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)	0	5	32	31	1	3.2

3) 症状・病態のアセスメント

	項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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。	1	2	20	43	3	3.5
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。	1	0	19	48	1	3.5
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。	0	2	18	48	1	3.5
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。	0	4	24	39	2	3.4

4) 目標設定

	項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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）	0	5	34	28	2	3.2
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）	1	17	45	5	1	2.7
③	症状の緩和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。	0	14	37	17	1	2.9

5) 症状マネジメント

	項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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。	0	1	25	40	3	3.4
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。	0	3	28	37	1	3.3
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。	1	2	12	53	1	3.6
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。	0	0	14	53	2	3.7
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。	0	1	16	50	2	3.6
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。	0	3	23	42	1	3.4
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。	1	2	25	40	1	3.3
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)	1	5	30	32	1	3.2
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。	0	5	25	38	1	3.3

6) 介入後の評価

	項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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。	0	5	33	30	1	3.2
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。	0	11	34	24	0	3.0
③	緩和ケアチーム内で定期的にカンファレンスを行い、治療・ケアの方針を統一している。	0	5	12	50	2	3.6

7) 緩和ケアの質の評価と改善

	項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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。	0	8	15	44	2	3.4
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	20	35	10	1	2.6
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。	1	23	32	12	1	2.7

8) 総合的な評価

	項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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、苦痛を緩和するための支援を行うことができている。	0	4	32	32	1	3.2
	項目	50%未満	50%以上 70%未満	70%以上 90%未満	90%以上	判断できない	平均値
③	痛み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）	4	8	22	23	12	3.2

Check シート（症状別）に基づく参加施設の緩和ケアチームの活動状況について

N=68

【疼痛】

項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
① 痛みの原因（がん性疼痛か非がん性疼痛か、など）に基づいてオピオイド鎮痛薬の適応を検討している。	0	0	9	58	1	3.7
② アセスメントし診断した病態へのアプローチができるかどうか、原因療法の可否を検討している。（例、骨転移痛に対する放射線療法、ドレナージなど）	0	0	15	52	1	3.6
③ オピオイド導入時や増量時に、悪心・便秘・眠気・呼吸抑制・せん妄などの副作用を患者・家族が理解できるように配慮している。	0	1	23	41	3	3.5
④ オピオイド導入時や増量時に、処方誰がするのか、副作用発言時の対応を誰がするのかを明確にしている。	0	7	22	38	1	3.3
⑤ 依頼元の医療福祉従事者と相談しオピオイド鎮痛薬の種類や投与経路の変更を適切に行うことができる。	1	2	18	46	1	3.4
⑥ 鎮痛補助薬（抗けいれん薬、ステロイド、抗うつ薬）の使用について検討し種類、用量の調整ができる。	0	2	24	41	1	3.4
⑦ 疼痛緩和につながる薬物療法以外の方法（マッサージ、体位調整、罨法など）を検討したうえで、依頼元の医療従事者に提案できる。	0	6	26	35	1	3.3
⑧ オピオイドの過剰使用や不適切使用が疑われたとき、疼痛の増悪だけでなく使用に至る精神的背景などを評価し、どのように理解し対応するかを他の医療従事者と相談できる。	0	5	30	31	2	3.2

【呼吸困難】

	項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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。	1	2	20	43	3	3.5
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。	1	0	19	48	1	3.5
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。	0	2	18	48	1	3.5

【せん妄】

	項目	できていない	あまり できていない	おおむね できている	できている	該当なし・ 無回答	平均値
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）	1	8	34	24	1	3.0
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）	0	2	21	41	4	3.5
③	症状の緩和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。	0	4	28	35	1	3.3
④	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。	1	6	32	26	3	3.2
⑤	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。	1	6	31	28	2	3.2

Check項目に関する自由記載内容

課題・問題点	全体	依頼件数 150未満/年*	依頼件数 150件以上/年*
●緩和ケアチーム介入前の問題点・課題			
体制や活動の問題			
医師以外のコンサルが少ない	2	1	1
診療科による依頼のバラつき	2	1	1
外来体制の問題	2	2	0
専門的緩和ケアの機能に関する周知不足			
緩和ケアチームに関して医療者への周知不足	3	1	2
緩和ケアチームに関して患者家族への周知不足	5	2	3
緩和ケアチーム依頼方法の周知不足	2	0	2
目標設定			
目標達成時期の未設定	4	3	1
目標の共有不足	7	2	5
●緩和ケアチーム介入時の問題点・課題			
家族への配慮が不十分	2	0	2
主治医とのコミュニケーションや連携が難しい	2	0	2
チームカンファレンスのあり方の課題	2	0	2
●緩和ケアチーム介入後の問題点・課題			
緩和ケアチーム内で介入後の評価が不十分	5	2	3
依頼元とのカンファレンスや話し合いが十分に行えていない	4	1	3
介入後評価の記録の課題（残されていない、統一のなさなど）	5	3	2
推奨が採択されなかった理由を尋ねる難しさ	2	1	1

*チーム登録データがある施設のみ

症状マネジメントの記載内容

課題・問題点	全体	依頼件数	
		150未満/年*	150件以上/年*
●疼痛			
緩和ケアチーム内の課題			
副作用対策まで提案していない	2	1	1
非薬物療法の提案の不足	2	0	2
家族への説明不足	2	1	1
疼痛緩和困難事例に対するチームの力量不足	2	2	0
精神的要因が絡む疼痛への対応への課題あり	2	1	1
コンサルティとの課題			
相談した上で推奨することが不足	2	2	0
●呼吸困難			
緩和ケアチーム内の課題			
オピオイド以外の薬物療法の提案不足	2	1	1
非薬物療法の提案不足	2	0	2
薬剤選択の難しさや迷い	2	2	0
●せん妄			
緩和ケアチーム内の課題			
精神担当医師との協働不足	3	1	2
他のコンサルテーションチームと連携・協働について検討が必要	4	1	3
リエゾンチームorせん妄チームor精神科が対応	3	3	0
アセスメント・推奨・評価能力の向上が必要	2	1	1
家族への説明不足	2	0	2
コンサルティとの課題			
コンサルティの知識・理解不足	3	2	1
鑑別・アセスメント・薬剤評価の難しさ	3	1	2
せん妄アセスメントに関する病院全体の体制作りが必要	2	1	1

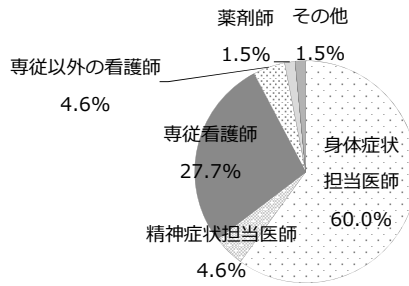
*チーム登録データがある施設のみ

実施責任者 アンケート集計結果

I. ご自身のことについて

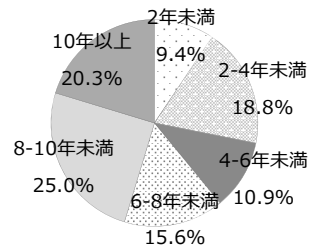
① 職種

	件数	割合
身体症状担当医師	39	60.0%
精神症状担当医師	3	4.6%
専従看護師	18	27.7%
専従以外の看護師	3	4.6%
薬剤師	1	1.5%
MSW	0	0.0%
医療心理に携わる者	0	0.0%
管理栄養士	0	0.0%
その他	1	1.5%
合計	65	100.0%



② 緩和ケアチームの一員としての活動年数

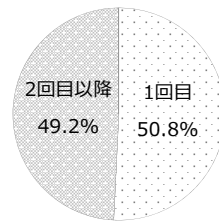
	件数	割合
2年未満	6	9.4%
2-4年未満	12	18.8%
4-6年未満	7	10.9%
6-8年未満	10	15.6%
8-10年未満	16	25.0%
10年以上	13	20.3%
合計	64	100.0%



II. 本プログラムについて

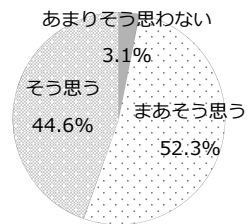
① 参加回数

	件数	割合
1回目	32	50.8%
2回目以降	31	49.2%
わからない	0	0.0%
合計	63	100.0%



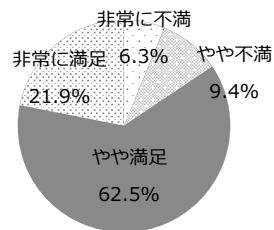
② 有用性

	件数	割合
そう思わない	0	0.0%
あまりそう思わない	2	3.1%
まあそう思う	34	52.3%
そう思う	29	44.6%
合計	65	100.0%



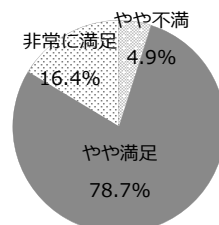
⑤ 目標達成状況の満足度（2回目以降の方のみ）

	件数	割合
非常に不満	2	6.3%
やや不満	3	9.4%
やや満足	20	62.5%
非常に満足	7	21.9%
合計	32	100.0%



⑥ 満足度

	件数	割合
非常に不満	0	0.0%
やや不満	3	4.9%
やや満足	48	78.7%
非常に満足	10	16.4%
合計	61	100.0%

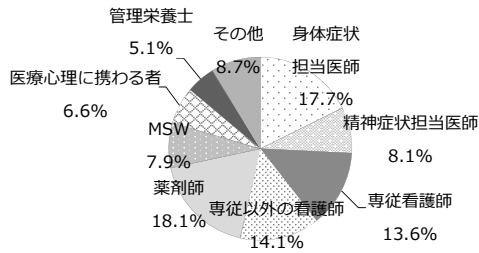


参加者 アンケート集計結果

I. ご自身のことについて

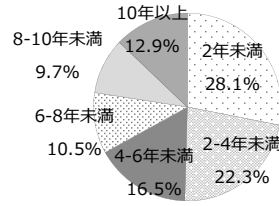
① 職種

	件数	割合
身体症状担当医師	83	17.7%
精神症状担当医師	38	8.1%
専従看護師	64	13.6%
専従以外の看護師	66	14.1%
薬剤師	85	18.1%
MSW	37	7.9%
医療心理に携わる者	31	6.6%
管理栄養士	24	5.1%
その他	41	8.7%
合計	469	100.0%



② 緩和ケアチームの一員としての活動年数

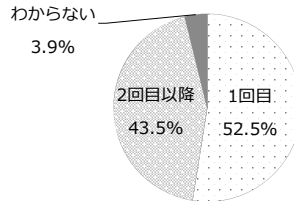
	件数	割合
2年未満	131	28.1%
2-4年未満	104	22.3%
4-6年未満	77	16.5%
6-8年未満	49	10.5%
8-10年未満	45	9.7%
10年以上	60	12.9%
合計	466	100.0%



II. 本プログラムについて

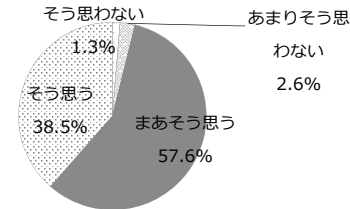
① 参加回数

	件数	割合
1回目	240	52.5%
2回目以降	199	43.5%
わからない	18	3.9%
合計	457	100.0%



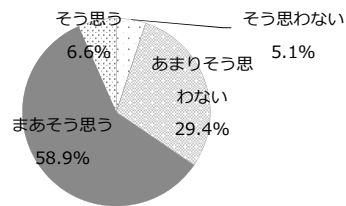
② 有用性

	件数	割合
そう思わない	6	1.3%
あまりそう思わない	12	2.6%
まあそう思う	268	57.6%
そう思う	179	38.5%
合計	465	100.0%



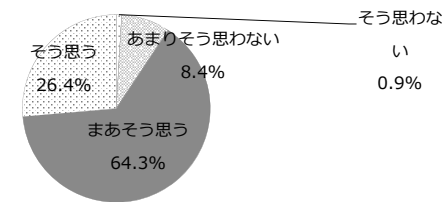
⑤ 目標達成状況の貢献度（2回目以降の方のみ）

	件数	割合
そう思わない	10	5.1%
あまりそう思わない	58	29.4%
まあそう思う	116	58.9%
そう思う	13	6.6%
合計	197	100.0%



⑥ 十分な話し合いができた

	件数	割合
そう思わない	4	0.9%
あまりそう思わない	38	8.4%
まあそう思う	290	64.3%
そう思う	119	26.4%
合計	451	100.0%



⑦ 意見の反映

	件数	割合
全く反映されていない	3	0.7%
あまり反映されていない	37	8.4%
まあ反映されている	277	62.7%
反映されている	125	28.3%
合計	442	100.0%

