

# 第 1 回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。しかし、緩和ケアチームの構成は病院によって多様で、求められる役割も様々です。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、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、それぞれの緩和ケアチームが自分たちの活動の課題を見出し改善していくことの支援を開始いたしました。

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。

今回、初めてのプログラムの実施でありましたが、多くの施設にご参加いただきました。今回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や改善のための行動計画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ください、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 1 回となった 2016 年は 114 施設からの参加申し込みがあり、うち 83 施設（回答率 72.8%）が登録を終えた。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 56%、専従の医師がいる緩和ケアチームは 54%、緩和ケアチームの年間の新規症例依頼件数の平均値は 186 件であった。

### 2. Check シートの回答

#### 1) 参加施設の緩和ケアチームの活動状況について（別紙 2）

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。

- ・ 痛みの緩和の程度と到達時期の目標を決めている（69.5%）
- ・ 痛み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（79.3%）

- ・ 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（80.7%）
- ・ 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（80.8%）

## 2) Check 項目と緩和ケアチーム背景との関連性について（別紙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、チーム背景との関連性を確認した結果、緩和ケアチームの活動日数や、専従身体医師の有無などに関連性が認められた。

## 3) 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4）

年間依頼件数 150 件以上のチームでは、チーム実践や評価に関する見直し、他のコンサルトチームとの協働や地域連携など、チーム活動や連携の更なる向上や拡大に向けた課題が挙がっていた。

## 3. Act・Plan シートの回答（別紙5）

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、Act・Plan シートを提出された 80 施設の内容を分析した。より多くの施設が問題点と記載した以下 9 点について、解決に向けた目標例と行動計画例を記載内容から整理した。

- ・ 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（29 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（25 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（24 施設）
- ・ 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（19 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（16 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）
- ・ 外来緩和ケアの周知や提供が不十分（12 施設）
- ・ 緩和ケアチームへの依頼方法の周知不足（12 施設）
- ・ 多職種からの依頼がない（12 施設）

## 4. 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6, 別紙7）

参加した実施責任者からのアンケートでは、97.4%（回答総数 N=76）が本プログラムを有用と評価し、満足度としては 89.7%（回答総数 N=78）が満足と評価していた。参加者からのアンケートでは、95.7%（回答総数 N=511）が有用と評価し、88.4%（回答総数 N=520）が十分な話し合いが出来たと評価していた。また、90.4%（N=501）の参加者は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。

### 【今後のセルフチェックプログラムの実施について】

2017 年に実施予定の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、Check シートについては、症状別評価項目として「疼痛」に加えて、「呼吸困難」、「せん妄」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より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。

## 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=83

		n	(%)
施設種別	大学病院（特定機能病院）	16	(19)
	がん専門病院	6	(7)
	その他の病院	59	(71)
がん診療連携拠点病院	都道府県がん拠点病院	12	(14)
	地域がん拠点病院	44	(53)
	地域がん診療病院	2	(2)
緩和ケア診療加算	算定している	37	(45)
	算定していない	43	(4)
年間新規症例依頼件数	mean(SD)	186	(149)
	年間依頼件数 150 件以上の施設	37	(45)
専従の緩和ケアチームスタッフ	専従の身体症状担当医がいる	41	(49)
	専従の精神症状担当医がいる	7	(8)
	身体・精神症状担当いずれかの専従医がいる	45	(54)
	専従看護師がいる	64	(77)
	専従薬剤師がいる	33	(40)
緩和ケアチームの活動状況	平日の日勤帯はいつでも直接診療が可能	80	(96)
	直接診療を行っている日数/週		
	<1	2	(2)
	1~2	8	(10)
	3~4	6	(7)
	≧5	65	(78)
	週1回以上メンバーカンファレンスまたは回診の実施	81	(98)

データは欠損により、回答施設割合合計が 100% ならない場合がある。

## セルフチェックプログラム参加者数

N=83

	全体	(%)	施設平均	(SD)
身体医師	160	(22)	2.0	(1.5)
精神医師	63	(9)	0.8	(0.7)
専従看護師	95	(13)	1.2	(0.8)
専従以外の看護師	96	(13)	1.2	(1.4)
薬剤師	118	(16)	1.5	(0.9)
MSW	46	(6)	0.6	(0.8)
医療心理	55	(8)	0.7	(0.8)
管理栄養士	42	(6)	0.5	(0.6)
その他	54	(7)	0.7	(0.9)
合計	729	(100)	9.1	(4.0)

## Check シート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=83

## 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。	2	10	39	32	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	3	39	41	0	3.3
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。	1	15	32	35	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。	0	14	31	38	0	3.1
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。	3	6	15	58	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。	1	0	24	58	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	0	30	52	1	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	0	28	55	0	3.5
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	2	36	45	0	3.3
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	3	40	40	0	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。	0	1	25	57	0	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。	0	0	22	61	0	3.6
③	痛みの原因として、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	0	24	59	0	3.6
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	1	26	56	0	3.5

## 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	痛み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	6	33	44	0	3.3
②	痛み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）	2	23	40	17	1	2.7
③	痛み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。	2	15	38	27	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	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、骨転移痛に対する安静、固定、放射線療法など)	0	3	26	53	1	3.4
②	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	2	35	46	0	3.4
③	オピオイド導入時や増量時に、処方誰がするのか、副作用発現時の対応を誰がするのかを明確にしている。	0	6	33	43	1	3.3
④	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	2	37	43	1	3.3
⑤	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	2	34	46	0	3.3
⑥	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。	0	1	21	61	0	3.7
⑦	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	1	19	62	1	3.7
⑧	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	18	60	4	3.7
⑨	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	6	29	48	0	3.3
⑩	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。	0	8	29	46	0	3.3
⑪	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	3	37	42	0	3.3
⑫	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	7	35	39	2	3.2

## 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。	1	4	30	48	0	3.3
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。	1	15	37	30	0	2.9
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	2	21	60	0	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	5	23	55	0	3.4
②	痛み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	12	50	15	3	2.8
③	痛み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	14	49	16	3	2.9

## 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、痛みの緩和の支援を行うことができている。	1	3	36	41	2	3.3
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）	0	8	24	42	9	3.3

## 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=83

	4) -② 疼痛緩和の目標設定をしている		4) -③ 疼痛緩和の目標を依頼元と情報共有している		7) -② 推奨が不採用の時の理由を確認している		7) -③ 推奨が不採用の時の工夫している	
	できていない (n=25)	できている (n=57)	できていない (n=17)	できている (n=65)	できていない (n=15)	できている (n=65)	できていない (n=15)	できている (n=65)
施設タイプ								
がん診療連携拠点病院	19 (76)	36 (63)	11 (65)	44 (68)	8 (53)	48 (74)	8 (53)	47 (72)
上記以外の病院	5 (20)	20 (35)	5 (29)	20 (31)	6 (40)	17 (26)	6 (40)	17 (26)
緩和ケア診療加算								
算定している	9 (36)	28 (49)	6 (35)	30 (46)	2 (13)	34 (52) *	4 (27)	32 (49)
算定していない	15 (60)	28 (49)	10 (59)	33 (51)	11 (73)	30 (46)	9 (60)	32 (49)
年間新規症例依頼件数								
150件未満	14 (56)	30 (53)	8 (47)	36 (55)	11 (73)	32 (49)	13 (87)	30 (46) **
150件以上	10 (40)	26 (46)	8 (47)	28 (43)	3 (20)	32 (49)	1 (7)	34 (52)
専従身体医師								
いる	11 (44)	29 (51)	8 (47)	32 (49)	2 (13)	37 (57) **	4 (27)	35 (54)
いない	13 (52)	27 (47)	8 (47)	32 (49)	12 (80)	27 (42)	10 (67)	29 (45)
専従看護師								
いる	21 (84)	42 (74)	15 (88)	48 (74)	9 (60)	53 (82)	8 (53)	54 (83) *
いない	3 (12)	14 (25)	1 (6)	16 (25)	5 (33)	11 (17)	6 (40)	10 (15)
いずれかのメンバーの活動日数								
0-4日	10 (40)	6 (11) **	5 (29)	11 (17)	6 (40)	8 (12) *	9 (60)	7 (11) **
5-7日	14 (56)	50 (88)	11 (65)	53 (82)	8 (53)	56 (86)	5 (33)	57 (88)

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 $\chi^2$ 乗検定を行った。

## Check項目に関する自由記載内容

N=83

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			
マンパワー，活動日数の不足	2	2	0
依頼件数が少ない	3	2	1
病棟スタッフの経験に応じた教育的関わり	2	0	2
専門的緩和ケアの機能に関する周知不足			
緩和ケア外来の周知不足	4	4	0
緩和ケアチーム依頼方法の周知不足	6	3	3
目標設定			
目標設定の不十分	6	4	2
目標達成時期の未設定	2	2	0
短期・長期目標の設定が不十分	2	2	0
目標の共有不足	5	2	3
緩和ケアチーム介入時の問題点・課題			
処方等を主治医や緩和ケアチームのどちらがするか不明	4	3	1
退院時の情報提供が不十分	3	0	3
家族への配慮が不十分	3	1	2
主治医との連携が難しい	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	14	5	8
依頼元とのカンファレンスが十分に行えていない	6	3	3

\*チーム登録データがある施設のみ

## 総合評価の記載内容

課題・問題点	全体	依頼件数 150未満/年*	依頼件数 150件以上/年*
緩和ケアチーム運営や管理について			
良好なチーム活動	13	6	7
活動体制の確立とチーム機能の周知	3	3	0
活動体制の問題による不十分な活動	3	3	0
チームカンファレンスの改善	2	2	0
依頼件数の増加	1	1	0
チームメンバーの知識不足	1	1	0
チームメンバーのアセスメントの能力向上	1	1	0
家族ケアの充実	1	1	0
チーム内の情報共有の向上	1	1	0
介入後のフォローアップの見直し	1	1	0
特定メンバーへの負担	2	0	2
緩和ケアチーム医師の関与の少なさ	2	0	2
自己の専門性を高める必要性	1	0	1
介入後の評価の見直し	1	0	1
多職種との連携強化			
依頼元・多職種間の情報共有（目標設定含む）	6	5	1
依頼元とのコミュニケーションの向上	4	2	2
カンファレンスの開催	2	2	0
依頼のない医師への対策	1	1	0
緩和ケア病棟との情報共有	1	0	1
地域との連携	1	0	1
他のコンサルテーションチームとの協働	1	0	1
終末期からの依頼	2	0	2

\*チーム登録データがある施設のみ

## 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

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
施設数	29

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	緩和ケアチーム依頼時、もしくは早期に、患者・家族と話し合い、短期・長期目標を設定する
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 目標の初期設定 スクリーニングシート抽出もしくはチーム依頼時の初期評価を行う際に、患者家族と依頼元の医療者と話し合い、短期目標(何が一番つらくてそれをどうしていききたいか?)と長期目標(そのつらさが軽減したらどうしたいか?)を設定する。</li> <li>2. 目標の共有とマネジメント 設定した目標は PCT カンファレンスで報告し、チームメンバーで共有して症状マネジメントや対応について検討する。</li> </ol>

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	症例毎の目標設定や評価日を明確にし、参加者それぞれがとるべき行動が明確に分かるようなカンファランスを行う
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 実際のカンファランスの内容を検討 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 新規患者：yaghee 緩和ケアチームデータベースに沿って患者紹介を行い、STAS-J/PPI を用いて問題点を明確にし、チーム目標、各職種の目標/評価日を設定する。</li> <li>2) 継続介入患者：前回設定した目標を STAS-J/PPI を用いて評価し、次の目標/評価日を設定する。</li> <li>3) 介入終了患者：yaghee 緩和ケアチームデータベースのサマリーを使用し各職種で振り返りを行う。</li> </ol> </li> <li>2. カンファランスマニュアルを作成する <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 時間管理（定刻開始、タイムスケジュールを設定）</li> <li>2) 情報の共有（プロジェクター画面を使用しカルテを閲覧する）</li> <li>3) 場の設定（机、椅子の配置について）</li> <li>4) 検討症例を専従スタッフで事前に抽出し、チームメンバーに伝達する</li> </ol> </li> <li>3. カンファランスの方法について3ヶ月、6ヶ月、1年後に評価し改訂を行う。</li> </ol>

### ■ Plan 例 3

目標の具体例	目標設定の共有（患者、家族、病棟スタッフ、チームメンバー）、家族のストレスに配慮
計画の具体例	チーム内で情報共有できるテンプレートを開発し、チーム内で情報、目標設定を共有していく。その項目に家族の項目も追加し、家族への配慮の見落としがないかチェックしていく。

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
施設数	25

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	患者・家族のニーズをもとに、緩和ケアチームと依頼元の医療福祉従事者とで目標を設定し、患者・家族の苦痛緩和に結びつける
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 緩和ケアチームは、依頼元である医療福祉従事者らと、患者・家族の状況について情報を共有する。</li> <li>2. 緩和ケアチームは、依頼元である医療福祉従事者、患者、家族らと目標達成について話し合い、評価する。</li> <li>3. 緩和ケアチームは、依頼元である医療福祉従事者、患者・家族らと現在の問題点などについて話し合う。</li> <li>4. 緩和ケアチームは、緩和ケアチームミーティングで、目標の評価を周知する。</li> <li>5. 緩和ケアチームは、緩和ケアチームミーティングで、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次の目標、治療およびケアについて検討する。</li> <li>6. 緩和ケアチームは、依頼元である医療福祉従事者らとカンファレンスを実施し、次回の目標、治療、ケアについて提案、検討する。</li> <li>7. 緩和ケアチームは次の目標、治療、ケアについて、緩和ケアチーム回診時に患者・家族に説明し、同意のもと、対応していく。</li> <li>8. 緩和ケアチームは、目標および評価記録を医療用麻薬経過記録に記載し、依頼元の医療福祉従事者らと共有する。</li> <li>9. 専従看護師は、現在使用している緩和ケアラウンド日誌に、目標、評価、問題点、方向性について記載できるように修正する。</li> </ol>

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	患者の痛みの目標について、依頼者(主治医・病棟スタッフ)とともに共有を行い、記録に残す
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 疼痛アセスメントシートと緩和ケアチーム計画・要約テンプレートを活用し、統一した患者目標を記録に残す。</li> <li>・ 疼痛アセスメントシートは病棟看護師・緩和ケアチーム計画は PCT 看護師が記録する。</li> <li>・ 緩和ケアチーム回診時に病棟ミニカンファレンスを行い、統一した目標設定を行う。</li> <li>・ 主治医と緩和ケアチームメンバーが個別に話し合った内容があれば、疼痛アセスメントシートまたはチーム回診記録に記載して共有ができるようにする。</li> </ul>

### ■ Plan 例 3

目標の具体例	PCT 介入時に、依頼元と目標設定と共有を行う
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PCT 介入時に、依頼者（主治医や看護師）と目標設定を共に行い、共有する。</li> <li>・ 患者、家族への情報提供状況、認識、情報提供ニーズの有無などを依頼元と確認し、PCT の役割を明確化、依頼元と共通認識を持つ。</li> </ul>

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
施設数	24

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	患者・家族の目標を踏まえ、依頼元の医療福祉従事者と目標や方向性を共有する
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 回診前のチーム内カンファレンスを短縮し、依頼元の病棟でカンファレンスを行う。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) プレゼンテーション方法の検討用紙の変更</li> <li>2) 回診前カンファレンスではチームとしての方向性を確認、詳細については病棟でカンファレンスを行う。</li> </ol> </li> <li>2. 依頼患者多数の時も回診できる時間を確保する。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 回診時間の確保または調整方法検討：回診時間を 30 分延長する</li> </ol> </li> <li>3. 回診時面会可能な患者・家族にチームとして面会し、患者・家族の目標を把握する。</li> <li>4. 初回介入時はチームとしての目標を立案し、緩和ケア実施計画書を依頼患者全員に記入する。 <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 緩和ケア実施計画書変更：運用手順変更－回診の有無に限らず依頼患者全員に作成する、書式変更－患者・家族の目標を記入欄を設ける、個別的な計画を記入する。</li> </ol> </li> </ol>

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	病棟（特に主治医）との意思疎通の円滑化
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病棟で指示変更をする場合、現在は掲示板への記載を元に指示伝達を行っているが、face to face の環境を作るために PHS による直接伝達を併用する。</li> <li>・ 主治医とその他の医療者との関係の構築を援助するよう、問題ある患者についての病棟カンファレンスを月 1 回以上開催することを目標にする。</li> </ul>

### ■ Plan 例 3

目標の具体例	多職種の意見を取り入れられるよう、カンファレンスの見直しを行う
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. それぞれが患者情報を事前に確認する。</li> <li>2. 気になっていることや確認したいことを職種毎に記載できるよう、カンファレンスシートに枠を設ける。</li> <li>3. カンファレンス時は意見交換を意識し、各職種が問題意識を持って発言する。</li> </ol>

Act で抽出した代表的な問題点	専門的緩和ケア提供機能の周知不足
	外来緩和ケアの周知や提供が不十分
施設数	12

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	緩和ケアチーム外来を充実させる
計画の具体例	緩和ケアチーム外来に対してどのようなニーズがあるのか把握する。

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	外来における専門的な緩和ケア提供のために緩和ケア外来の充実を図る
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員不足が大きな原因であり、1 年間での整備は困難である。緩和ケア科医師の増員を病院に働きかける。</li> <li>・ 緩和ケア外来の診察日・診察枠（週 1 日、2 枠）についてチーム内で話し合い、すこしでも多くのケアを提供できるよう効率の良い緩和ケア外来の診察日・診察枠を変更修正する。</li> <li>・ 現在外来担当は身体症状担当医師が主であるが、精神症状担当の精神科医師への依頼も増やす。</li> </ul>

### ■ Plan 例 3

目標の具体例	関連部署の看護師（病棟/外来）に緩和ケア外来の診察日時と依頼方法を周知する
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主要科ヘリーフレットを設置する。</li> <li>・ 緩和ケア外来の開診日時と依頼方法をリンクナースを通じて周知する。</li> <li>・ 外来連絡会などで外来看護師に診察日時と依頼方法を説明する。</li> <li>・ 医師向けの周知方法は？</li> <li>・ 緩和ケアチームで介入中に、緩和ケア外来で継続サポートが可能であることを患者・家族に必ず説明する。</li> </ul>

Act で抽出した代表的な問題点	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）
施設数	15

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	医療者にチーム活動内容と依頼方法の周知を継続する
計画の具体例	異動で新規採用となった職員への周知 方法：ポスター・パンフレットによる周知 ① メンバー情報の更新を行う責任者をチーム内に作り、更新をしっかりと行う ② 病棟医師・看護師などスタッフの入れ替わりを把握し、新規のスタッフに周知する 周知の key person：リンクナース・師長・病棟主任

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	現在外来や各病棟に掲示されているだけでなく、リーフレットや患者向け勉強会でも周知
計画の具体例	がん告知時に渡す、相談窓口やセカンドオピニオンや就労支援などについて記載されたリーフレットを作成する。また、その裏面には、がんサロンにて行う患者向け勉強会の年間スケジュールを記載し、各職種が分担してミニレクチャーを行う。リーフレットやレクチャーでもがんサポートチーム（緩和ケアチーム）について紹介する。（H29年4月～）

### ■ Plan 例 3

目標の具体例	緩和ケアチームの体制を明確にし、緩和ケアチームの役割を周知徹底する
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 電子カルテ内に緩和ケアチーム介入方法を明記する</li> <li>・ 問題が生じた場合の対応をフローチャートで作成し、電子カルテ内および病棟内に提示する</li> <li>・ 適宜勉強会などを開催し、緩和ケアチームとして緩和ケアの啓発に努める</li> </ul>

Act で抽出した代表的な問題点	専門的緩和ケア提供機能の周知不足
	緩和ケアチームへの依頼方法の周知不足
施設数	12

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	院内での緩和ケアチーム依頼方法を周知する
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 緩和ケアチーム依頼の基準を作成する</li> <li>2. 緩和ケアおよび緩和ケアチーム依頼基準と依頼方法について、院内の主要会議や委員会で説明する</li> <li>3. 各科カンファレンスに参加し、個別に説明と意見交換を行う</li> <li>4. 上記で得られた検討事項をもとに、チームでカンファレンスを実施し改善点を抽出する</li> <li>5. チーム依頼方法を修正し、マニュアル化して院内に再度周知する</li> </ol>

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	院内スタッフに対する緩和ケアチーム活動の周知
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 院内研修会（研修医・医師・看護師対象）を利用し、緩和ケアチームの紹介を行う。</li> <li>2. 当院で行う緩和ケア研修会（PEACE）の中で緩和ケアチーム活動の紹介を行う。</li> <li>3. 院内報を活用して、緩和ケアチームの活動や、依頼方法を周知する。</li> <li>4. 既存の緩和ケアマニュアルの緩和ケアチーム依頼方法を更新し、利便性の向上を図る。</li> </ol>

### ■ Plan 例 3

目標の具体例	「緩和ケアチーム依頼」と「緩和ケア病棟転床依頼」の一元化を図る
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 緩和ケアチームの体制づくりに関して、他部門（管理者、事務部門、外来部門など）も含めた話し合いの機会をつくる（会議開催の調整を図る）。</li> <li>2. 依頼の一元化を図るまでは、緩和ケアチーム看護師による電子カルテでの「緩和ケア病棟転床依頼」の確認、外来看護師との情報交換を行い、患者・家族の状況に応じ、診療チームに「緩和ケアチーム依頼」の提出を依頼し、情報を緩和ケアチームメンバーに伝達する。</li> </ol>

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
施設数	19

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	がん疼痛に対する評価方法を決定し、介入後評価を行う
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 評価は「がん性疼痛緩和指導管理」テンプレートをを用いる。</li> <li>2. 疼痛治療開始 1 週間は毎日回診時にテンプレートをチェックする。</li> <li>3. 疼痛治療開始 1 週間経過後は、週 1 回（全体回診時）にテンプレートをチェックする。</li> <li>4. 週 1 回（全体回診時）に患者個々のテンプレート結果を用いてチーム介入の評価を行う。</li> <li>5. 患者個々のテンプレート結果を用いて、緩和ケアセンターカンファレンス時に治療内容の検討を行う。</li> <li>6. 半年ごとにテンプレート結果を用いてがん疼痛治療に対するチーム介入の全体評価を行う。</li> <li>7. チーム全体の評価を元に、緩和ケアセンターカンファレンス、緩和ケア委員会で介入方法の検討を行う。</li> </ol>

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	目標に対する達成度の評価
計画の具体例	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 週 1 回、チーム介入時の目標に対しての達成度評価を 3 段階評価で行う。</li> <li>・ 達成されていない場合、何故目標を達成できないのかをアセスメントし、課題の解決に取り組む。</li> <li>・ 目標が達成されていれば介入を終了するのか、引き続き別の課題に取り組むのかを話し合う。</li> </ul>

### ■ Plan 例 3

目標の具体例	PCT 介入後の改善点や問題点について、各部署からのフィードバックを受ける
計画の具体例	各部署からのフィードバックの方法として、リンクナース会議での KJ 法を用いた話し合いや、さらに広い対象に向けたアンケートなど、どんなものが良いかを話し合い、実行する。その結果を基に、緩和ケアチームや緩和ケアセンターを交えたカンファレンスで共有し、改善につなげてゆく。

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
	緩和ケアチームの推奨が依頼元に採用されない理由が不明瞭
施設数	16

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	緩和ケアチームの推奨の採択率を向上し採択されなかった場合次回推奨が採用されるよう工夫する
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 電子カルテに推奨について明確に記載する。</li> <li>2. 緩和ケアチームの推奨が採択されたか否か緩和ケアチームカンファレンス（週 1 回開催）終了後にセルフチェックタイムを設けて確認する。</li> <li>3. セルフチェックタイムにおいて推奨の採択率を確認する。4.計画開始 1 ヶ月後から 1 ヶ月間の採択率を計算し記録・報告する（基準値の設定）。</li> <li>4. 採択されなかった推奨については緩和ケアチームカンファレンスにて原因を分類【チーム要因/主治医・スタッフ要因/患者要因/施設要因/その他】し、理由を考察する。</li> <li>5. 考察はファイルに記録・集積しチームで共有、同一症例および他症例に対する同様の推奨に反映する。</li> <li>6. 1 年経過後 1 ヶ月間の採択率について検証し目標達成について評価する。</li> </ol>

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	痛みの緩和に対する推奨について、その採択率をデータとして出し検討する
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. チームで痛みの緩和に対する推奨をした場合は、1 週間後に電子カルテ上でその採択がされたかどうかを確認する。⇒紙ベースの記録作成</li> <li>2. 推奨が採択されなかった理由について、直接面接で確認するか、もしくは電子カルテ上で推察し、一定期間毎に集計してチームで報告し、採用されるための工夫について検討する。</li> </ol>

### ■ Plan 例 3

目標の具体例	緩和ケアチームの推奨が採用されない理由を確認する
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. チームからの推奨が採用されたかどうかを、翌日以降で最短の活動日に緩和ケア専従医が確認する。 数値目標：実施率 90%以上</li> <li>2. チームからの推奨が不採用のときは、理由を緩和ケア専従医が確認する（直接、電話、メール、医師・看護記録など） 数値目標：実施率 90%以上</li> <li>3. 推奨不採用に関して、医師記録等での理由記載についてご協力いただくよう緩和ケア専従医から会議等で各科長にお願いする 数値目標：今年度中に</li> <li>4. 1.の作業に関しては、緩和ケアチームの他のメンバーも可及的にチェックする） 数値目標：実施率 1%以上</li> <li>5. チームカンファレンスの際に、推奨採用の有無について共有する 数値目標：毎週のカンファレンスで、新規依頼患者の推奨についての共有 90%以上 実施予定：平成 28 年 9 月から</li> </ol>

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
施設数	12

### ■ Plan 例 1

目標の具体例	スクリーニングで抽出された患者を緩和ケアチームへ紹介する道筋を強化する
計画の具体例	<p>大まかなスクリーニングでの症状緩和が必要な患者の抽出は行えているため、そのフィードバックを強化するため、病棟ごと、主治医ごとの緩和ケアチームへの紹介率を把握する。</p> <p>看護師から緩和ケアチームへ紹介した時に主治医よりブロックがかかることがあるため、主治医への face to face の関係を強化し、緩和ケアチームへの紹介につなげるようにする。</p>

### ■ Plan 例 2

目標の具体例	どの医療スタッフでも気軽に緩和ケアチームに相談できるようにする
計画の具体例	<ol style="list-style-type: none"> <li>主治医が、入院症例の場合は緩和医療診療依頼書に必要事項を記入して申込むことで、外来症例では口頭での依頼で適宜、緩和ケアチームが介入することを、がん診療局合同会議や電子カルテ内の院内掲示板で周知徹底する。</li> <li>医師以外の医療スタッフが緩和ケアチーム介入の必要性を相談したい際には、新規に作成した『緩和ケア介入相談票（仮称）』に患者 ID、相談項目（身体症状緩和、精神症状緩和、緩和リハ依頼、の 3 項目の選択式）、依頼者名を記載し、封印して所定の部署に提出できるシステムを新たに構築する。</li> </ol>

### ■ Plan 例 3

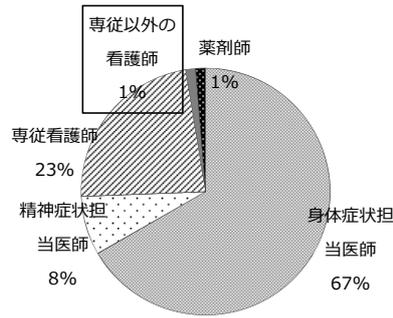
目標の具体例	依頼者が患者と担当医の同意を得て依頼状を作成できるようにする
計画の具体例	病棟および外来の医療者（主に看護師）が、緩和ケアチームに依頼状を作成できるよう、手順および様式を 1 年度以内に整備し、カンサーボードでの承認を得る。

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

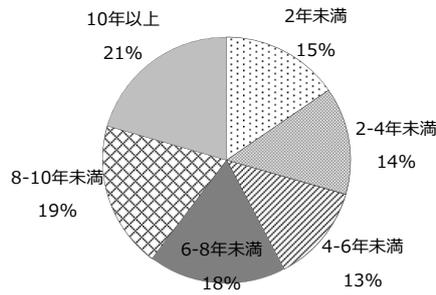
① 職種

	件数	割合
身体症状担当医師	52	66.7%
精神症状担当医師	6	7.7%
専従看護師	18	23.1%
専従以外の看護師	1	1.3%
薬剤師	1	1.3%
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	0	0.0%
合計	78	100.0%



② 緩和ケアチームの一員としての活動年数

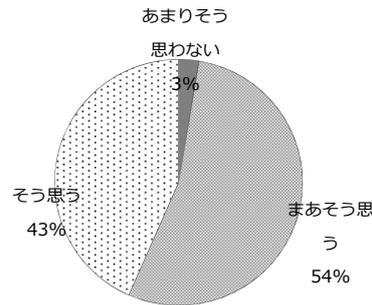
	件数	割合
2年未満	12	15.4%
2-4年未満	11	14.1%
4-6年未満	10	12.8%
6-8年未満	14	17.9%
8-10年未満	15	19.2%
10年以上	16	20.5%
合計	78	100.0%



II. 本プログラムについて

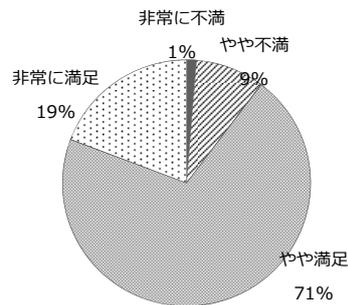
① 有用性

	件数	割合
そう思わない	0	0.0%
あまりそう思わない	2	2.6%
まあそう思う	41	53.9%
そう思う	33	43.4%
合計	76	100.0%



④ 満足度

	件数	割合
非常に不満	1	1.3%
やや不満	7	9.0%
やや満足	55	70.5%
非常に満足	15	19.2%
合計	78	100.0%

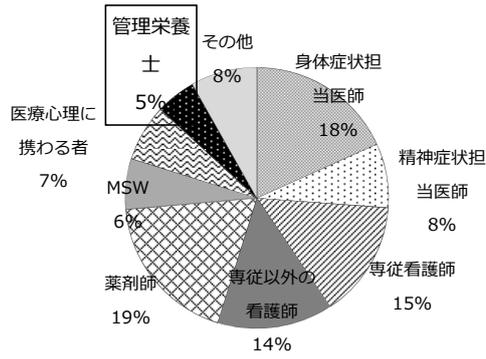


参加者 アンケート集計結果

I. ご自身のことについて

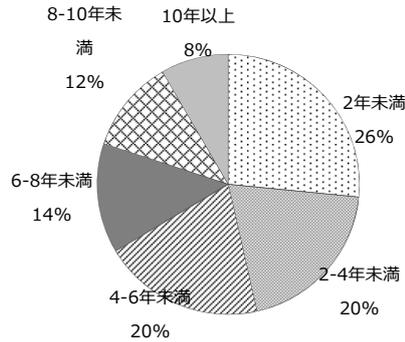
① 職種

	件数	割合
身体症状担当医師	96	18.2%
精神症状担当医師	42	8.0%
専従看護師	76	14.4%
専従以外の看護師	75	14.2%
薬剤師	99	18.8%
MSW	33	6.3%
医療心理に携わる者	37	7.0%
管理栄養士	26	4.9%
その他	43	8.2%
合計	527	100.0%



② 緩和ケアチームの一員としての活動年数

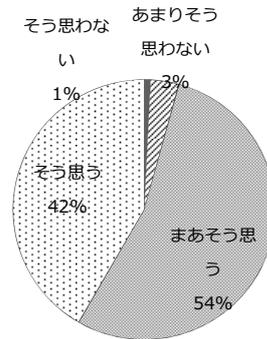
	件数	割合
2年未満	140	26.6%
2-4年未満	105	19.9%
4-6年未満	105	19.9%
6-8年未満	72	13.7%
8-10年未満	61	11.6%
10年以上	44	8.3%
合計	527	100.0%



II. 本プログラムについて

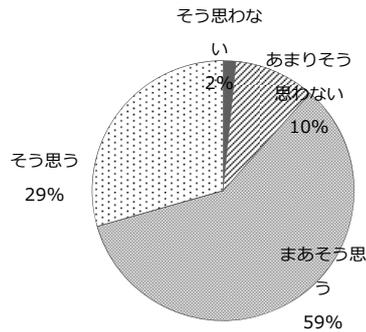
① 有用性

	件数	割合
そう思わない	4	0.8%
あまりそう思わない	18	3.5%
まあそう思う	276	54.0%
そう思う	213	41.7%
合計	511	100.0%



③ 十分な話し合いができた

	件数	割合
そう思わない	8	1.5%
あまりそう思わない	52	10.0%
まあそう思う	307	59.0%
そう思う	153	29.4%
合計	520	100.0%



④ 意見の反映

	件数	割合
全く反映されていない	6	1.2%
あまり反映されていない	25	4.8%
まあ反映されている	279	53.7%
反映されている	191	36.7%
合計	501	96.3%

