

施設名	倉敷中央病院
-----	--------

2017年度のAct:カンファレンスによって抽出されたチームの課題・問題点			
Act1	緩和ケアチームが介入している患者については毎日ミーティングで病状の把握と治療方針の検討を行っている。しかし、「症状の緩和の程度と到達目標」を具体的に決めることができておらず、したがって目標設定を依頼もとの医療福祉従事者と共有することもできていない。		
Act2	症状緩和に対する緩和ケアチームの推奨が、採用されたか否かについて、おおよその理由も含めて毎日のミーティングで確認ができていない。しかし採択されなかった症例の記録が（例えば一覧など）残せていないために採用されない症例に対するチームとしての対応策の考察が不十分である。		
Act3	入院前からのせん妄リスク因子の評価は院内で標準化されておらず、またせん妄の評価ツールも標準化できていないので、各病棟でのせん妄の診断および対応が遅れ、緩和ケアチームへの相談が適切に行われていない。また、緩和ケアチーム内では、チーム専任精神科医との相談が迅速に行えていない。		
2017年度のPlan:改善計画① (上記の課題・問題点についての目標と具体的な改善計画)		2017年度の改善計画①に対して実施した内容・1年後の目標達成状況	
目標	計画	Do:実施した内容	Follow-up (Check):1年後の目標達成状況・理由
症状緩和の程度と到達目標を設定し、依頼もとの医療福祉従事者と共有する	以下の計画案を実行する。 1) 症状緩和の程度と到達目標の設定は、数値化などできるだけ具体的に表す、2) 初診時に、患者の希望を聞いたうえで患者と一緒に目標設定し、緩和ケア実施計画書に表記する	改善計画について、チーム全体で実際に実施したことや工夫したこと、実施が難しいことや苦勞したこと 1) 症状緩和の程度と到達目標の設定を、数値化などで表す、2) 初診時に患者の希望を聞き目標設定し緩和ケア実施計画書に表記する、との計画案を考えた。しかし、苦痛症状の数値化や到達目標の数値化が全くできなかった。初診時に患者の希望を聞き事できなかった。	達成状況:あまり達成していない 理由: 患者の希望を適宜尋ねているがチームとして具体的な到達目標を設定することがなかった。病棟スタッフは「急性疼痛」の看護問題を立案し目標設定をしているが、緩和ケアチームとのすり合わせをしていなかった。
2017年度のPlan:改善計画② (上記の課題・問題点についての目標と具体的な改善計画)		2017年度の改善計画②に対して実施した内容・1年後の目標達成状況	
目標	計画	Do:実施した内容	Follow-up (Check):1年後の目標達成状況・理由
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	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、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。	チームからの推奨が採用されなかった症例の一覧表を作成し始めたが登録は長続きしなかった。しかし提案が採用されなかった症例は、提案内容を1) 病棟看護師にだけ伝え主治医と相談するよう依頼、あるいは2) カルテ記事として残すのみ、の場合が多く、状況に応じてチーム医師から直接主治医に電話等で提案する工夫を行った。	達成状況:概ね達成している 理由: チームの推奨が採択されないケースの一番の原因は、推奨内容が主治医に伝わっていない、ことにある。チームの推奨が主治医に伝わっているのに採択されないケースは少ない。その場合には直接主治医と話し合うように努めている。
2017年度のPlan:改善計画③ (上記の課題・問題点についての目標と具体的な改善計画)		2017年度の改善計画③に対して実施した内容・1年後の目標達成状況	
目標	計画	Do:実施した内容	Follow-up (Check):1年後の目標達成状況・理由
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	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。	院内「せん妄対策WG」を結成し活動中。せん妄リスク因子評価、せん妄スクリーニングツールの院内標準化が進んでいるがまだ道半ば。運用は一部の病棟にとどまっている。せん妄の早期診断が不十分で、チームへの報告は少なくチーム専任精神科医師との協働での対応はまだ不十分。	達成状況:あまり達成していない 理由: チームラウンド時、疼痛に焦点を当てている病棟が多く、せん妄の相談を受けることが少ない。リンクナース研修会では訴えているが、今後はせん妄の患者はいないかチームから尋ねる。各患者のICDSCのスコアの一覧が見れば有用なので検討する。

2018年度のAct:カンファレンスによって抽出されたチームの課題・問題点			
Act1	症状の緩和の程度と到達時期の目標を決定（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）することが十分に出来ていない		
Act2	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ことが十分に出来ていない		
Act3	チーム介入終了後（患者の退院後）の振り返りが出来ていない。症状の緩和の程度と到達時期の目標が設定できていないのでチームの介入効果について評価がしにくい。		
2018年度のPlan:改善計画① (上記の課題・問題点についての目標と具体的な改善計画)		2018年度の改善計画①に対して実施した内容・1年後の目標達成状況	
目標	計画	Do:実施した内容	Follow-up (Check):1年後の目標達成状況・理由
症状の緩和の程度と到達時期の目標を決め、依頼元の医療スタッフと情報共有する	症状の緩和の程度と到達時期の目標の定例文を作成し、カンファレンス時に選択しやすくする。カンファレンスにおいてSTAS-Jを使用して評価をすることにより、目標達成の有無が評価しやすくする。カンファレンス結果をカルテ記載することにより依頼元の医療スタッフと情報共有を行う。		
2018年度のPlan:改善計画② (上記の課題・問題点についての目標と具体的な改善計画)		2018年度の改善計画②に対して実施した内容・1年後の目標達成状況	
目標	計画	Do:実施した内容	Follow-up (Check):1年後の目標達成状況・理由
チーム介入終了後（患者退院後）に目標達成等について振り返りを行う	患者退院後にチーム介入の振り返りのカンファレンスを実施する。その際に、各職種ごとのサマリをまとめ記録することが有用と考える。		