

施設名	久留米大学病院
-----	---------

2016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	各症例に対し、チームとして何を目標に介入していくのか目標・評価設定が曖昧である。
Act2	カンファレンスでは患者紹介、介入患者の転帰などの報告に終わることが多く、
Act3	患者家族の緩和ケアチームに対する認知度が低い。

2016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)

2016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
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レンスを行う。	<p>1) 実際のカンファレンスの内容を検討</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>2) カンファレンスマニュアルを作成する</p> <p>①時間管理 (定刻開始、タイムスケジュールを設定)</p> <p>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)</p> <p>③場の設定 (机、椅子の配置について)</p> <p>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。</p> <p>3) カンファレ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。</p>
Do: 実施した内容	<p>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労したこと</p> <p>目標) 症例毎の目標設定や評価日を明確にし、チーム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レンスを行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス実施マニュアルを作成し、カンファレンスの場の設定、時間配分の徹底を行った。プロジェクターでカルテ画面を見ながら情報の共有を行うなど、場の設定に工夫した。 ・専従スタッフがカンファレンスに挙げる検討症例と検討課題を抽出したカンファレンスシートを事前にメール送信するようにした。限られた時間内で、同じ目標や目的に向かって専門職が力を発揮できるよう、また、カンファレンスに対する参加者の準備やモチベーションを高めるように工夫した。 ・現在、終了症例のカンファレンスシートの作成中であるが、今行っていることをより丁寧に評価していくという動きになったことは良かった。 ・マニュアル変更当初はチームの介入目標の設定が曖昧であったが、目標を明らかにできるようになってきた。 ・カンファレンス時の発言を促し、評価・目標設定を具体的な言葉として確認するように努めたが、ディスカッションを促すファシリテーションスキルに困難さを感じる。 ・各症例時に関わったか関わっていないかに関わらず、努めて自分の専門的な視点からコメントを伝えるようにした。また、その際に目標が明確になるよう治療テーマについて意見を述べた。直接患者さんに関わっていない場合は、関わっているスタッフのサポートを行うべく、行った。 <p>事前にかかわる患者さんがわかることは、栄養士にはありがたいことだった。緩和ケアでは患者さんの情報量がかなり多く必要となるため1回のカンファレンスで話し合う時間が1時間では足りないように感じた。</p>
Follow-up (Check) : 1年後の目標達成状況・理由	<p>達成状況: 概ね達成している</p> <p>理由:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カンファレンス内での発言が活発化している ・シート作成の専従看護師の負担を今後どのように軽減するかが問題 ・症例ごとの目標や評価日を設定しているが、目標に対するチームメンバーの具体的な行動までケア立案できていない。

2016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)

2016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
患者家族、医療従事者に対する緩和ケアチームの認知度を上げ、依頼件数が増加する。(200件/年)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホスピス緩和ケア週間の啓発活動の実施 (ポスター、パンフレット閲覧、栄養相談、がんサロン、がん教室、アロママッサージ等) ・院内の緩和ケアチーム掲示ポスターの改訂/貼付場所の定期的な確認 (6ヶ月毎) ・入院案内時に緩和ケアに関するリーフレットの配布 ・緩和ケアリーフレットを作成し院内に設置。6カ月後、1年後に評価する。 ・病棟カンファレンスに参加し、症例に応じたチーム介入を提案する。 ・病棟担当の多職種との連携 <ul style="list-style-type: none"> 薬剤部: 病棟担当薬剤師と連携をはかり、緩和ケアチームに紹介すべき症例を抽出する 栄養部: 病棟担当栄養士と連携をはかり、食事内容の検討を積極的に行う。 連携センター: 病棟担当相談員と連携をはかり、在宅調整や他施設への連携をタイムリーに行う。 リハビリ部: リハビリ部内での緩和ケアチームの啓蒙 緩和ケア担当看護師委員: 1回/2ヶ月の委員会における実践活動の支援・教育。 つらさのスクリーニングを開始し、チームと連携し早期からの緩和ケアにつなげる。 ・他の医療チームとの連携 (リエゾンチーム、呼吸リハビリチーム、NST、褥瘡対策)
Do: 実施した内容	<p>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労したこと</p> <p>目標) 患者家族、医療従事者に対する緩和ケアチームの認知度を上げ、依頼件数が増加する。(200件/年)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・計画された全項目に加え、多職種定期回診 (木曜日) も新たに実施した。 ・看護師の講義やがん専門看護師への講義、リハビリテーション学校での講義などを積極的に行い、がん教室では本人や家族に向けた講義を行った。金銭面の問題から臨床心理士の導入は先送りの状態であり、今後も粘りつよく必要性を訴えていく。 ・入院案内資料に院内の緩和ケア提供体制に関するリーフレットを配布するなど、「早期からの緩和ケア」を院内全体の取り組みとして協力を依頼した。 ・ホスピス緩和ケア週間の啓発活動を実施したが、各部署を巻き込む等病院全体としての取り組みには至らず、多くの来場者は望めなかった。 ・つらさのスクリーニングが開始され、数件であるが直接患者から依頼を受ける新たなルートが確立した。医療者のバリアによって阻害されない潜在的な緩和ケアニーズが含まれるため、スクリーニング患者へタイムリーに対応できるよう、病棟スタッフとの情報共有の方法について検討が必要。 ・他チームの専従スタッフと積極的にコミュニケーションを取り、共通して介入している症例に対して情報共有を行っていった。 ・通常のチーム記録以外にも、部署のスタッフが目につきやすい電子カルテ上に緩和ケアチーム回診記録を記載するようにした。現在の問題点、所属部署の方針、緩和ケアチームの介入方針、介入目標を記載し、緩和ケアチームの活動と動きが分かるように工夫した。チームが介入するメリットを伝える機会にもなり、チーム依頼へつながるよう継続していく。 ・緩和ケアチームのカンファレンスで取り上げたケースについて、病棟のMSWがすでに介入している場合や今後の介入が必要と判断される時はカンファレンスの内容を共有し連携を図った。 ・病棟カンファレンスや緩和ケアチーム定期回診を継続しチームの認知度は依然高い状況にあるが、目標依頼件数は達成できなかった。関連の部署には、浸透しているが共有病床等への浸透はまだできていないように感じた。 ・栄養士が参加する栄養カンファレンスでアナウンスしてみてもなかなか受け入れられないことがあった。栄養部では緩和ケアチームかかわる症例には個人対応は必ず対応するというルールができました。
Follow-up (Check) : 1年後の目標達成状況・理由	<p>達成状況: 概ね達成している</p> <p>理由:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主科医療者の言動からはチーム認知度は上昇したと感じているが、年間200件が達成できなかった。 ・新しく着任した医師に対する「緩和ケアチーム」「緩和ケア病棟」「緩和ケア外来」に関する情報提供が不十分と感じる場面があった →医療者向けリーフレットの必要性について検討? 医師による各科カンファレンスへの参加の工夫について再検討予定 ・入院時リーフレット・スクリーニング用紙など新たに患者の手元に「緩和ケア」が目につく機会を増やしたことで、患者からの緩和ケア依頼件数が見られたことは評価できるが、目標の依頼件数には達していない。活動をどう件数につなげていくか、具体的な目標をチームメンバーで検討していく必要あり。

2016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)

2016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
	<p>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労したこと</p> <p>計画されていなかった項目</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チーム薬剤師による入院患者医療用麻薬処方一覧の作成と一覧を利用した回診時の対象患者の掘り起こし <p>→ とても有効</p>
Follow-up (Check) : 1年後の目標達成状況・理由	<p>達成状況: 達成している</p>

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	外来における緩和ケアが浸透しておらず、緩和ケア外来の認知度が低い。
Act2	介入症例に対する長期目標・短期目標、それぞれの評価日が設定されておらず、
Act3	がん、がん以外の疾患の双方において、鎮痛剤が適切に使用されていない。
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)	
目標	計画
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)	<ul style="list-style-type: none"> 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29年9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。
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)	
目標	計画
緩和ケアチームの活動が見える化する。	<ul style="list-style-type: none"> 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。
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)	
目標	計画
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。	<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(毎週木曜日13時30分～15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や緩和ケアセンター便りで公表していく。
備考	
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 4.臨床心理士が不在である。 目標: 臨床心理士が緩和ケアチームに必須であることを伝えるために必要な情報をまとめる 計画: ・精神科医ではなく心理士が必要な場面、心理面でのサポートが必要な場面について、病棟・外来スタッフのニーズを確認 ・他施設の緩和ケアチーム内での臨床心理士の実際の活動について情報を収集する 常勤の精神科医が不在の中での活動について: 他施設で聞き取りを検討 精神科医が常勤する状況下での活動について: 他施設で聞き取りを検討 ・臨床心理士ではない職種に可能な対応について、具体的に検討(言語化)する 各職種で心理面への対応で困難さを感じていることを確認する 臨床心理士が行っている対応・ポイントについて共有する(講義を依頼する)	