

施設名	長浜赤十字病院
-----	---------

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	情報収集やアセスメントの状況は評価がUPしているが、目標の立案ができていない。		
Act2	提案の採択状況について、把握できるようになったが、チーム内で共有できていない。		
Act3	緩和ケアチームの体制について、医療福祉従事者や患者家族への周知が十分でない。		
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・病態のアセスメントを行い、提案の理由を明らかにすると同時に短期目標を立案することができる。	緩和ケアマニュアルの改訂:(新情報の入れこみ)を行い、マニュアルの活用を促す。(前年度の継続) アセスメント記録:病態のアセスメントや提案のエビデンスに関して、提案の理由がコンサルティにわかるように伝え、記事に残すことができる。(前年度の継続) 短期目標:提案時に短期目標を立案しコンサルティと共有することができる。	病態のアセスメントや提案のエビデンスについて、医師による画像所見の見解や当院の緩和ケアマニュアルを提示し、コンサルティに伝え、意図が理解しやすいようにした。カンファレンス時、提案内容とその根拠を復唱しカンファレンスでの提案事項を共有した。短期目標は1週間後に達成できる具体的な事柄を決め共有した。	達成状況: 概ね達成している 理由: 目標:症状・病態のアセスメントを行い、提案の理由を明らかにすると同時に短期目標を立案することができる 2017年10月緩和ケアマニュアル改訂した。 カンファレンスの最後には、短期目標を共有するよう意識した。 短期目標立案率は94%であった。
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
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。	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。短期目標に対する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)	・提案した内容に対する結果や短期目標に対する評価は、短期目標や提案内容を意識して事前にカルテから情報収集し、約1週間後の緩和ラウンド時に確認するようにした。しかし、死亡されている患者についてはコンサルティとの結果の共有ができていないこともあった。 ・提案の採択率は、カンファレンス後提案内容と短期目標を、1週間後採択されたかどうか、短期目標は達成されたかをタイムリーにシートに記述し、カンファレンスから時間が経過していてもチームで共有しやすくなるようにした。	達成状況: 概ね達成している 理由: 目標: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 採択結果に関する緩和ケアチームでの共有は2回行った。採択されている場合はチームで共有していないので、カンファレンス後の成果はわかりにくかった。 提案採択率92%
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
緩和ケアチームの体制についての周知をする。	医療従事者への周知:緩和ケアにまつわる冊子を緩和ケアチームメンバーに配布し、患者家族に提供できるようにする。緩和ケアリンクナースにも配布し、各部署で広めてもらう。 患者家族への周知:当院の緩和ケアチーム体制に関する簡単なチラシを作成する。 ホスピス緩和ケア週間での緩和ケアの啓蒙。パネル展示等で周知を図る。	・医療従事者への周知は、緩和マニュアル改訂の紹介時やリンクナースへの紹介など、緩和ケアに関する冊子の紹介の機会が多く持てるように企画した。 ・患者・家族への周知としてはリーフレット作成やパネル展示など行っている。	達成状況: 概ね達成している 理由: 目標:緩和ケアチームの体制について周知する 緩和ケアマニュアル改訂・活用に関する研修を4回/年行った。改訂に伴い緩和ケアに関する冊子が保管できるように工夫した。 患者・家族への周知としてリーフレット作成など行っているが、その効果の評価は不明である。

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	患者への問診や診察を直接行っていない、何が原因か、課題なのかアセスメントが弱い。		
Act2	提案が採択されなかった場合のみ介入後の評価をしたいため、どの提案内容が採択されたのか、結果どうなったのかを緩和ケアチームで共有できていない。		
Act3	緩和ケアチームカンファレンス依頼件数が減少している。要因の一つに診療科スタッフのカンファレンス依頼域値が高く、カンファレンスをするに躊躇していることがある。		
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
患者の問診・診察を行い、苦痛症状・精神症状のアセスメントを行い、介入方法の提案ができる	・緩和ケアチームが問診・診察できる道すじをつくる ・問診・診察、診療科スタッフの情報からアセスメントしチームとして身体的・精神的症状のマネジメント計画を提案する ・緩和ケアチームが診察結果や提案内容を記録する		
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
提案採択の有無にかかわらず、緩和ケアチームで介入後の評価ができる	・提案した内容に対する成果がどうであったか、短期目標に短期目標に対する評価をラウンド時に診療科スタッフとともに評価し、記録に残す。(前年度の継続) ・緩和ケアチームカンファレンス1週間後、提案内容の採択結果にかかわらず、提案した結果どうなったのか、緩和ケアチームで評価する ・緩和ケアチームで評価した結果をまとめ4ヶ月に1回程度緩和ケアチームのミーティングを行い、アセスメントや提案内容に関して評価し、質の向上をはかる		
2018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)		2018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
緩和ケアチームカンファレンス依頼件数が80例/年以上となる	・緩和ケアラウンド時、緩和ケアチームカンファレンスを躊躇している場合、どのようなことで躊躇しているのか確認し、チーム依頼について検討する ・苦痛症状の緩和だけでなく、食事や安楽な体位の工夫など栄養士やPT、OTからの提案もできることを院内に周知する ・循環器や精神科入院中の患者の緩和ケアカンファレンス依頼が増えるように、精神科病棟も含めて緩和ケアラウンドを行う		