

(令和7年7月1日～12月末日 PDCAサイクル評価表)

施設名	Plan (計画)	Do (実行)	Check (評価)	Act (改善)
2 市立豊中病院	<p>「診断時からの緩和ケアの普及」に関して、がん相談支援センターの来訪促進。</p> <p>【評価方法と目標】令和7年度7-12月のがん相談支援センターの婦人科がん患者来訪数。目標23件</p> <p>* 参考 R5年度42件/年 R6年度33件/年</p>	<p>【対象】 婦人科外来患者または婦人科入院患者で婦人科悪性腫瘍登録の対象となる患者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・進行情にかかわらずすべての婦人科がんの患者。初期でも対象となる ・臨床上に悪性腫瘍と判断されたら、見込みや臨時的診断でも介入開始可。 ・婦人科で治療するが原発不明がんなどで原発が不明なもの、他院で治療後に紹介されたものは症例ごとに判断する。 <p>【方法】専攻医以上の産婦人科医師が、がん診断時告知時の際に実施。所定の「患者向け説明用紙」と「がん相談支援センターの案内」の2種の文書を用いて対面で説明する。</p>	<p>令和7年度7-12月のがん相談支援センターの婦人科がん患者来訪数 目標23件→実績38件</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断時緩和ケアについての説明を医師により実施することによって、がん相談支援センターの来訪数は目標を大きく上回った。(R7 7-12月の半年でR6年度の来訪数を超えた) ・相談内容は医療費とアピアランスに関するものが多い傾向にあった。特にアピアランスケアについては問題が発生する前(抗がん治療による脱毛が出現する前など)に相談に訪れる傾向があった。 ・身体症状、心理面での支援についても説明したが、患者からこれらの相談があった場合、診療科医師や看護師スタッフで対応可能であった(緩和ケアチーム依頼を必要とする相談内容ではなかった) 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が診断時から緩和ケアや提供できるサービスについて説明することで患者の利益は向上すると考えるが、相談窓口のマンパワー(MSWなど)の問題がある。 ・すべてのがん患者に診断時緩和ケアの説明は実施されるべきであるが、診療科を絞って段階的な拡大が必要である。
3 市立池田病院	<p>【課題】急性期病院として「早期からの緩和ケア」および「治療期の緩和ケア」の充実に取り組んでいく必要がある</p> <p>【計画】</p> <ol style="list-style-type: none"> ①緩和ケアチームへの依頼の時期「診断から初期治療期前」についてチーム介入件数の10%以上を目指す。 ②「治療期の緩和ケア」:チームメンバーの活用 <p>ICU入室患者の緩和医療の介入を増やす(5件以上)</p> <p>精神:月20件の介入と月8件の臨時的訪問対応</p> <p>看護部:病状説明同席の件数を年間300件以上。上半期で150件以上。</p> <p>薬剤部:院内スタッフの緩和ケア薬物療法に関する知識向上のために「緩和ケア薬物療法ニュースレター」を2ヶ月毎に作成する</p> <p>栄養科:月20件以上の介入</p> <p>リハビリ:緩和ケア患者のリハビリ介入率80%</p> <p>③教育:ローテーションで緩和チームを選択する研修医の教育の枠組みを作る</p>	<p>【身体】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●ICU入室患者への介入:ICUと症例毎のカンファレンスの機会を増やし、ICUスタッフの緩和ケアへの理解を深める→その結果、介入依頼件数を増やすことにつながり、ICU患者への意思決定支援にも関わっていく ●教育:研修開始時に目標シートを記入→研修開始2週を目安に振り返りを行い、目標への到達度や新たな課題などを確認する。 4週間程度の研修を行う者については、学習内容を一部発表してもらい理解度を確認する。→研修終了後には満足度や研修医目線での研修の改善点を挙げてもらい、来年度の研修に反映させていく。 <p>【精神】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●非番の曜日、他業務の合間に対応する。相談されたからではなく先々を予想して行動する。 <p>【看護】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●外来・入院サポートへのがん関連のスペシャリストの配属が増えている。外来での病状説明同席件数を増やし、介入が必要な患者を早期に緩和ケアへの介入につなげていく。 <p>【薬剤部】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●緩和ケアで使用する薬物についての使用法や注意点などを2ヶ月毎に作成し、My Webにアップする <p>【栄養科】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●NSTなど他チーム担当管理栄養士、病棟担当管理栄養士とも情報共有を行い、算定件数の維持・増加につなげる。 <p>【リハビリ】</p> <ul style="list-style-type: none"> 介入率アップ、質の向上を目指して、様々な病態、ニーズを把握、目標設定を明確にし専門性を発揮出来るようにしていく。 	<ol style="list-style-type: none"> ①「診断から初期治療期前」7% 達成できていないが、昨年度に比べると件数は増えている。全体の件数増加が影響している。ICU介入件数は6件。依頼内容は主に意思決定支援や家族ケア。達成 ②【精神】介入件数は6月を除いて達成。臨時訪問は達成。 【看護】155件/達成 【薬剤部】上半期4回作成 達成 【栄養科】平均33件/月 達成 【リハビリ】84% 達成 ③初期研修医7名が研修を行い、研修満足度(10点満点)は7人中6人が8点以上。改善点については指摘はなかった。もっと学びたかったという点としては、鎮静、意思決定支援、向精神薬、せん妄について。達成。 	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の取り組みの継続 ・ICUでの緩和ケアチームの役割や介入目的については引き続きICUと検討を続けていく ・ニーズに応じた研修の企画運営を行っていく ・関連部署との連携を強化していく
4 済生会吹田病院	<p>緩和ケアチーム新規介入件数 昨年月平均の20%増 (2024/7/1～2024/12/31→月平均:18件)</p>	<p>緩和ケアを必要とする患者に対し、原則入院時に苦痛のスクリーニングを行うことでタイムリーな介入および苦痛緩和に努める。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①リンクナースへの協力依頼(1回から2回へ) ・5月:苦痛のある患者ができる限り漏れないよう、スクリーニング運用フローシート活用の案内(体のつらさ STAS2以上、気持ちのつらさカットオフ値以上【つらさの寒暖計】とし、いずれか、もしくは両方該当する場合に緩和ケアチーム介入依頼) ・9月:5月と同様の案内含め、スクリーニングの実施のみで介入に繋がっていない状況の報告を行い、再度の協力依頼を行った。 ②依頼者からのケアチーム介入依頼に対して、チームの看護師は2日以内の対応に努めた。 ③スクリーニングに関わらず、緩和ケアが必要と思われる患者に対して、緩和ケアチームメンバー(多職種)からの直接依頼の積極的導入を緩和ケア委員会を通じて行った。 ④苦痛のスクリーニングデータをもとに、スクリーニングからどの程度緩和ケアチーム介入に繋がっているか、把握を行った(1回/3ヶ月) 	<p>緩和ケアチーム新規介入件数において、月平均14件:前年比78%と達成しえず。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●各部署よりスクリーニングからチーム介入につながった割合:27% ●チームメンバーから緩和ケアチーム介入につながった割合:53% ●各部署でスクリーニングは未実施だがチーム介入につながった割合:20% <p>スクリーニング結果と患者が訴える苦痛には乖離があることもあるが、多くはスクリーニングを通さずとも患者の苦痛をキャッチできている。</p>	<p>引き続きスクリーニングはリンクナースおよび緩和ケアチームメンバー双方の協力を求めながら、タイムリーに必要な患者に対応できるようスクリーニングの実施漏れへの啓発を行いつつ、部署の事情とも折り合いをつけながら対策を検討する予定。</p>
7 箕面市立病院	<p>緩和ケアチーム依頼の非がん患者割合6.5%以上を維持する</p>	<p>非がん患者に対する緩和ケアもチームでコンサルテーションを受けることを緩和委員会内で案内し、各現場での周知を依頼した。大動脈解離の疼痛に対しオピオイド導入した症例、腎不全患者の倦怠感への対応、間質性膀胱炎の疼痛への対応など3件のみであった。</p>	<p>7月～12月緩和ケアチーム依頼数69件のうち3件が非がん患者であり、4%であり数値目標としては達成できず</p>	<p>緩和ケアチームががん、非がんに関わらず介入できることを再度医師、看護師に周知する 次年度より緩和ケア内科開設予定であり周知の機会としていく</p>
8 大阪刀根山医療センター	<p>【目標】緩和ケアチーム(PCT)への新規依頼件数が7月～12月の6か月間で143件以上になる。 (実績) 2024年度 154件/年 2023年度 189件/年 2022年度 174件/年</p> <p>【背景】 これまでPCT活動は、専従の緩和ケア認定看護師、医師、薬剤師など多職種で行っているが、併任のスタッフが多く対応が遅れることもあった。今年度より精神担当医が専任となり、緩和ケアの専門的アプローチの幅が拡充し、機会を逃さず対応が可能となった。しかし院内全体へ十分な周知に至っていない。広報活動や早期緩和ケアを進めることで、さらなる多くの患者の苦痛緩和を目指すことが期待できるとし今年度の目標とした。目標値はPCT新規依頼年間実績件数のうち2023年度の6ヶ月95件の1.5倍とした。</p>	<ol style="list-style-type: none"> ①苦痛のスクリーニング結果を活用し緩和ケアが必要な患者を洗い出すことで、新規依頼に繋げ、早期緩和ケアを進める。 【結果】PCT介入に繋がった件数:17件/新規依頼59件中(28.8%) ②早期からの緩和ケアの必要性を含めた広報活動を行うことで、新規依頼に繋げる。 【結果】がんに関連する各科のカンファレンスに参加して、医療者に向けた広報活動を行った。ホームページ上での広報活動、内容修正。 新規依頼件数:59件(7月～12月) ③PCTのアセスメントや提案・根拠がより伝わるような、PCTラウンド記録テンプレートの修正を行う。 【結果】これまでの経過をサマリーとして別枠で作成し、日々の記録にはその日の介入状況や方針を立てた根拠をわかりやすく記すよう修正した。スタッフからはわかりやすくなった、という反応あり。 	<ol style="list-style-type: none"> ①苦痛のスクリーニングは昨年度に比べ定着してきているが、PCT依頼に繋がったのは、緩和ケア関連認定看護師、もしくは緩和ケアに関する専門的な研修を受けた看護師とのカンファレンスが有用であった。 ②目標達成できなかった理由としては、広報活動の不足が考えられる。カンファレンス時だけでなく、PCT依頼へ繋がれるように意識的に普段から多職種に広報したり、PCTが介入するメリットについて伝えていく必要がある。入院患者数の一時的な減少や、病棟編成なども影響している可能性がある。また今年度新たに心療科が新設されたことで、これまでのPCTへの依頼が心療科への依頼に移行した可能性もある。心療科は7月から12月までで27件、PCT新規依頼と合計すると86件となる。今回目標とした143件には遠いが、前年度実績の77件/6ヶ月は上回っている。また、今年度6月までは併任のメンバーが多くタイムリーに活動できていないのではないかと懸念があったが、これまでの活動で、少なくともアンメットニーズの数に関しては想定していたほど多くなかったともいえる。週3回のラウンドが毎日のラウンドに変化し、介入密度が上がって、診療報酬算定も可能となったので、活動による患者・病院への貢献度は上がっている。そのため新規依頼件数だけでなく、活動密度の指標についても検討が必要と考える。 ③記録テンプレートの修正を行うことで、よりチームアプローチの目的や方向性の理解が深まった。看護記録等によって、焦点のあった継続した観察や評価が行われるようになり、良い効果があったと考える。 	<ol style="list-style-type: none"> ①次年度もスクリーニング結果をもとに積極的に緩和ケア関連認定看護師や研修受講済の看護師が、スタッフとカンファレンスを行いPCT依頼に繋げていく。 ②広報活動を丁寧に行う。病状悪化などの告知時、外来時からの情報共有と、PCTによる症状緩和の提案。新規依頼件数だけでなく、訪床件数など活動密度の指標も評価指標として検討する。 ③テンプレートの活用継続。

施設名:	Plan (計画)	Do (実行)	Check (評価)	Act (改善)
9 大阪医科薬科大学病院	緩和ケアチーム依頼件数前年比10%増(年間370件) ①緩和ケアを必要としているが介入できていない対象を確認、介入を行う。 ②非がん患者への介入を増やす。(目標5件/年) ③緩和ケアチームの活動について啓発を行う。	① ・苦痛のスクリーニングの実施、陽性患者に対しては緩和ケアチームスタッフによるチェックを行う。 ※診療科により介入数の偏りが大きく、介入が少ない診療科は特にがん看護委員会のリンクナースとも連携し介入の必要性を協議する。 ・がん患者カンファレンスへの定期的参加を行う。(キャンサーボード、骨転移カンファレンス、化学療法グループカンファレンス等) ② ・関連病棟とのカンファレンス等に参加する。 ・非がん患者に関する勉強会を行う。 ※勉強会2回/年では非がんも対象とした講義を行う。 ③ ・院内外へ向けての研修会の企画を継続する。 ※緩和ケア研修会(PEACE)2回/年、勉強会2回/年(講義)、セミナー1回/年(グループワーク) ・緩和ケア外来について、主にがん診療を行っている診療科へ周知を行う。 ・緩和ケア外来は週2回から週4回の運用へ変更を行い、件数を増やす。	① ・がん患者全員と、(病棟が必要と判断した)一部の非がん患者を対象に入院時に苦痛のスクリーニングを実施、陽性患者に対しPCTスタッフがカルテチェックや病棟への聞き取りを行い、PCTカンファレンスで共有をした上で、必要に応じて介入を行った。 ・PCTの院内がん患者カンファレンス参加をきっかけとした新規介入依頼も散見された。 ⇒2025年7月～12月の入院新規介入件数は231件と前年比18%増となった。 ② ・各病棟への聞き取りを行い、相談しやすい関係性構築を目指した。 ・緩和ケアセンター勉強会では、10月に呼吸困難、12月に認知機能低下と非がんも対象に含めたテーマを扱った。 ⇒2025年7月～12月の非がん患者の入院新規介入件数は11件と目標を達成できた。 ③ ・昨年同様、院内外へ向けての研修会の開催を行った(PEACE研修会年2回、勉強会:講義年2回+グループワーク年1回)。加えて、本年度より年2-3回院内へPCT関連の情報を掲示する「緩和ケアセンターだより」の発行を開始した。 ・緩和ケア外来の運用を週2→4回へ変更し、ポスターを作成の上、各部署へ案内を行った。 ⇒2024年7月～12月の外来新規介入件数は18件と前年同期比50%増となった。	引き続き、苦痛のスクリーニングのチェック体制・がん患者カンファレンスへの参加を継続する。
	院内緩和ケア体制の充実 ①次世代を担う医療者の育成を行う。 ②安全な体制を構築する。	① ・看護師に向けて、がん看護研修・ELNEC-Jの開催を行う。 ・研修医(1年目必修、2年目選択)への指導を行う。 ※まずは院内共通の緩和ケアポケットマニュアルを用いて麻薬の適切な使用ができるようになることを目標とする。 ② ・緩和ケアマニュアルの改訂を行い、院内で共有可能なwebページへ掲載する。 ・苦痛緩和のための鎮静について、院内での使用状況を見直し、取り扱いについて検討を行う。	① ・昨年同様、がん看護研修・ELNEC-Jを開催した。 ・ローテートする研修医へ緩和ケアポケットマニュアルを用いて麻薬の適切な使用ができるよう指導を行った。2年目研修医に対しては、受け持ち患者を作るなどより主体的に緩和ケアに携われるよう工夫をおこなった。 ② ・緩和ケアポケットマニュアルの改訂を行った。 ・緩和ケアマニュアルについても改訂作業中であり本年度中の改訂を目標としている。 ・苦痛のための鎮静について、具体的な運用についてのフローチャートを作成中。また、薬剤が保険適応外となるため倫理委員会へ申請準備を行っている。	・研修医のPEACE受講率向上を図るため、1年目研修医の緩和ケア研修カリキュラム改善を検討する。 ・緩和ケアマニュアルの改訂を行う。 ・苦痛のための鎮静について、フローチャート作成および倫理委員会への申請を行う。
	1. レスキュー自己管理件数が前年の50%増量:25件以上(2024.7.1～12.31:16件) 2. がん患者の自殺対策フローの活用を促進する(2024.7.1～12.31:1件)	・レスキュー自己管理マニュアル・フローシート・患者指導用紙の見直しをする。 ・対象患者に繋げるためリンクナースに勉強会を開催する。 ・緩和ケアチーム介入患者で対象者がいる場合は積極的に本人・部署にレスキュー自己管理を推奨する。 ・退院後の患者のセルフマネジメント状況を調査する。 ・苦痛スクリーニングから患者の苦痛の把握をする。 ・看護記録より抑うつ言動などあれば経時的に苦痛スクリーニングを実施し苦痛の明確化をする。 ・希死念慮がある・抑うつ状態を疑う可能性があるかと判断された時点で緩和ケア担当看護師と連携し、うつ病スクリーニングの実践・各専門チームへ繋げる。 ・活動を院内周知する。;症例紹介や勉強会など ・活動状況をニュース紙等で患者紹介するか検討する。 ・各部署の苦痛スクリーニング内容をチェックしているリンクナースに勉強会を開催する。	・12件。 ・患者の状態変化でレスキュー自己管理の継続が困難と判断された:1件。 ・対象をPS:0～1→PS:0～2に変更したことで対象幅を拡大したが、全ての対象患者に推奨はできなかった。 ・レスキュー自己管理のメリット・管理方法などの勉強会をリンクナース対象に開催した結果、リンクナース提案でレスキュー自己管理を開始した:4件。 ・緩和ケア担当看護師が患者へ提案しレスキュー自己管理を開始した:8件。 ・退院後、外来通院となった患者のセルフマネジメント状況追跡をおこない、レスキュー使用に問題が無いことを評価した:5件。 ・1件。 ・苦痛スクリーニングで緩和ケアチームの介入に繋がった。表情言動が抑うつ傾向だったためうつ病スクリーニングをおこない、やや重度のうつ病のため精神科コンサルテーション、適応障害・抑うつに対する治療が開始された。 ・今回活動周知する機会を設けることができなかったため、実行自体が不十分となってしまった。	・患者の認知機能・病状理解・判断能力や、安全性の懸念などから看護師が率先して対象患者にレスキュー自己管理を勧めていくことが難しい。院内周知と運用体制の構築がまだまだ課題だと考える。 ・緩和ケアチームの活動として、対象患者への推奨を続け、院内周知と運用体制の構築を進めていく。 ・がん患者の自殺対策はまだ手探り状態である。今回、がん医療の現場から考える院内自殺対策の研修会に参加し、フローの活用を推進するだけでは無く、一次予防・二次予防・三次予防の対策を構築する必要があることを学んだ。 ・院内でがん患者の自殺対策を推進するために、医療安全対策室との協働を検討する。
20 八尾市立病院	①人員減でも緩和ケアチーム活動を維持する(チーム依頼件数180件/年、緩和ケア診療加算件数2200件/年) ②外来緩和ケアチーム活動を活性化(外来緩和ケア管理料算定件数60件/年) ③自殺対策研修会を地域で開催する ④顔の見える地域連携カンファレンスを充実する(退院前カンファレンス参加9回、多施設多職種合同カンファレンス開催3回)	①緩和ケアチームとプライマリチームの情報共有強化のために緩和テンプレート作成し、分業タスクシェア・効率化を図りつつ質を維持する(昨年度:介入208件、算定2616件)。 ②早期からの緩和ケアを意識してチームメンバーが外来で活動する(昨年度58件)。 ③二次医療圏での開催する(昨年度は院内のみの研修会)。 ④連携する医療機関との良好な連携構築をするために、情報交換とニーズの聴取を意識した対面でのカンファレンス開催を増やす。	①テンプレートを作成し運用を開始したことで、記録の負担軽減や情報共有の効率化が図れた。6ヶ月(7-12月)間における入院患者のチーム介入件数は94件、緩和ケア診療加算算定件数は1480件であった。スタッフ人員減でも、昨年以上のペースで緩和ケア提供を継続できており、目標を達成できる見込みである。 ②同期間での外来緩和ケア管理料算定件数は30件、外来のべ件数は90件であり、目標件数を維持できるペースである。 ③中河内緩和ケア部会を通じて中河内全域の医療従事者対象に自殺対策研修を行った。参加者112名以上(多施設、多職種)で好評だった。 ④顔の見える切れ目のない緩和ケア地域連携をめざし在宅緩和ケア提供機関と3回合同カンファレンス(デスカンファレンスを含む)を開催した。	①テンプレートの運用状況を定期的に見直し、記録負担の軽減と情報の質向上を図る。併せてタスクシェアを推進し、人員減の中でも、効率的なチーム運営を継続する。 ②外来緩和ケアの対象者や紹介のタイミングについて院内で周知を強化する。診療科との連携を深め、早期からの緩和ケア介入の有効性を共有し、外来での介入件数および算定件数の増加を目指す。 ③次年度も自殺予防週間にゲートキーパー研修を実施し、地域医療従事者の対応能力の向上を支援する。 ④近年は在宅連携施設の充実がみられており、参加施設・職種の拡大を図るとともに、スムーズな連携構築を目指す。
18 市立ひらかた病院	1.緩和ケアチーム介入件数を増やす 目標値:10%増 51件(前年度46件) 2.早期からの介入件数を増やす 目標値:診断期介入:3件(前年1件)	1.生活のしやすさに関する質問票の活用方法を周知する。 2.がん治療開始時に生活のしやすさに関する質問票を配布しチーム介入の必要性についてアセスメントする。	1.4%増の48件 2.診断期介入:4件	1.チーム介入方法の周知やチーム活動広報を活性化 2.診断時にチーム看護師が同席できる体制をつくる
27 PL病院	2025年度よりがん患者様のピアランスケア相談コーナーを開設する。 (年5回以上)	・業者への依頼をして参加していただける所を探す。 ・場所、日時等確保する。 ・病院ホームページ等にお知らせを載せる。 ・会報誌にも紹介コーナーで載せる。 ・訪問者にアンケートで感想を聞かせていただく。	2025年度より、毎月第4日曜日の12時から15時にピアランスケア相談窓口を開設し、ウィッグ業者を招いて患者支援を行った。開設から6か月で外来受診者を含む21名が相談に訪れ、ウィッグに関する相談を中心に、ネイルケアの施行にもつながった。 相談内容を振り返ると、ウィッグやネイルケアに加え、スキンケアに関するニーズが特に多いことが明らかとなった。これらの声を踏まえ、次年度はスキンケア指導を新たな支援項目として組み込むことを検討している。	一方で、相談窓口の知名度向上が課題として挙げられる。より多くの患者様に活用してもらうためには、広報活動を強化し、短時間のイベント開催など組み込み、がん患者に限らず、日常的に通院している患者にも対象を広げるなど、集患につながる取り組みが必要である。 また、看護師が常時相談場所に滞在できる体制が整えば、より柔軟に相談へ対応できると考えられる。しかし、看護師不足の現状を踏まえると、持続可能な運営方法を検討することが今後の課題である。 以上より、2025年度の取り組みは一定の成果を得た一方で、次年度に向けて体制整備と広報強化が重要なポイントとなる。
29 松原徳洲会病院	がん告知後のがん相談支援センター面談件数 昨年度比20%増 2025/2-3月:4件(2件/月)	・告知後には医師から看護師へ対象患者を伝え、全例、がん相談予約を取り、案内する。 →がん相談の場所がわかりにくく、対象患者に対応した者が、がん相談へ連絡し、がん相談スタッフが迎えに行き対応。 ・各会議・委員会で周知	2025/4-12月:112件(12.4件/月) 620%増となり目標達成	がん相談支援センターの場所がわかりにくく、がん相談スタッフが出向き、その場で情報提供をしていたが、場所を知っていただき継続したがん相談利用を目的に、センター場所の変更後、案内カードを渡し訪室していただく。

施設名:	Plan (計画)	Do (実行)	Check (評価)	Act (改善)
31 大阪ろうさい病院	緩和ケア診療加算の維持 2500件/6か月	・毎日のチームラウンド(月～金) ・緩和ケアリンクナースの育成 ・緩和ケアチームのタイムリーな介入(急ぎの対応が必要な場合、当日でも電話で介入依頼を受け介入する) ・緩和ケアスクリーニングを活用する 入院、外来ともに実施 昨年度8874件/年(入院スクリーニング2994件/年) ・緩和ケアスクリーニング項目7以上の場合、緩和ケアチーム介入依頼をもらう(昨年度入院スクリーニング スケール7以上303件/年) ・緩和ケアスクリーニング用紙に介入希望のあり、なし項目で希望された場合、スケールが低くても介入依頼をもらう(昨年度入院スクリーニング 希望あり143件/年) ・介入実績の統計分析を行う	緩和ケア診療加算3020件/6か月 院内認定看護師受講生3名 緩和ケアチーム介入件数281件/6か月 緩和ケアスクリーニング実施件数 4629件/6か月(うち入院2291件 介入希望あり:68件、スケール7以上:260件)	・毎日のチームラウンドの継続 ・急ぎの介入依頼時は電話での依頼を受けラウンドを実施する ・緩和ケアスクリーニングの実施
34 ベルランド総合病院	1.緩和ケアチームで緩和ケア対象をピックアップし、多職種カンファレンスを実施する(目標値:60件/年) 2.緩和ケアチーム新規依頼目標件数を180件とする(前年度116件) 3.適切な意思決定支援に資する研修会(E-FIELD研修会)の受講修了者を40名に増やす。(2025年6月時点34名)	1-1PRO等を用いて緩和ケアチームメンバーで対象をピックアップする 1-2病棟での多職種カンファレンスを緩和ケアチームから提案し、実施する 1-3毎月の緩和ケアチーム評価会議で、件数と内容を共有し、支援のあり方を検討する 2-1緩和ケアチームへの依頼ルートについて、会議等でのアナウンスを継続するとともに、チーム介入による患者の改善状況を報告し啓発に努める。 3-1自院でE-FIELD研修会を開催し、医師や看護師、コメディカルへの参加を呼びかけ、適切な意思決定支援の普及に努める。	1-2 2025年7月～12月において、病棟での多職種カンファレンスを実施した(月平均5件 計31件) 1-3 同期間において、緩和ケアチーム評価会議を月1回、計6回開催した。 2-1 緩和ケアチームへの依頼ルートと介入効果について、院内研修2回、E-ラーニングにて1回周知を行った。 2025年7月～12月において新規依頼数は85件(月平均14件)であった。 3-1自院でE-FIELD研修会は2月8日開催予定であり、院内参加者および受講修了者に関する評価は後日行う。	緩和ケアチーム新規依頼数は目標件数未達であり、早期介入・均てん化を意識したシステム連動型のチーム活動へ転換を検討する
36 近畿中央呼吸器センター	臨床場面での倫理的問題を解決するための定期的カンファレンスが必要であると考えているが現在はプライマリーチームからの依頼を受けた不定期開催のカンファレンスとなっている。充実した倫理カンファレンスが6回/年(各病棟3か月に1回)、倫理関連の学習会およびカンファレンスを開催する	院内のがん病棟3部署に対し、7～12月の間で下記開催 ①OCNSによる倫理の学習会開催 ②倫理カンファレンスへの開催支援 ③カンファレンス記録・実践・評価の支援	Doの①について7/7 5F病棟、7/10、29 4F 病棟、(6月に7F病棟)で実施できた。 ②について合計10回開催し、4F病棟2回、5F病棟2回、7F病棟6回であった。 ③①、②を通じて記録、実践、評価のOJT支援を実施した。	4分割法倫理シートなどの記録について対立事項についての評価がまだ理解到達していないので改善が必要。時間の確保が難しいことへの工夫が必要。メンバーの臨床倫理に関する意見を言語化する力を底上げする教育が必要。心理的安全性を保てるカンファレンスの工夫が必要。
37 市立岸和田市民病院	緩和ケアチームへの依頼内容のうち倫理的問題が5%以上となる	・倫理的問題とは何かを知ってもらうため、具体例を示し院内職員に周知する。 ・倫理カンファレンスの開催支援も緩和ケアチームに相談してもらってよいことを、緩和ケアリンクナース会、看護倫理委員会などを活用して院内(特に看護師)にアピールする。	年間依頼件数は1件から3件に増加したが、割合は2.1%であった。	病棟チームとのカンファレンス開催を働きかけ、倫理的感性を高める。
38 和泉市立総合医療センター	緩和ケアチーム新規介入患者数 (125件) 緩和ケア診療加算 (375件) 個別栄養加算 (8件) 外来緩和ケア管理料(10件)	①チームラウンドは医師(身体精神1名ずつ)薬剤師、看護師、心理士、栄養管理士と2回/週は最低実施する。 ②毎月、上記の数値を緩和ケアチーム運営委員会で報告する ③9月中間評価で振り返り、課題を出し後期で修正できる目標を立案する。 7-12月 新規介入患者 111件(内入院 90件 外 21件) 加算(357件) 栄養加算(23件)	①チームラウンドは身体精神の医師がそれぞれ週2～3回ラウンドできている。栄養管理士は、適宜の訪問となり毎回医師のラウンドに参加していない。医師の都合時間と多職種が調整困難な時があり、栄養管理士は週2回ラウンドできていない。それ以外の職種は、週2回以上のラウンドは目標達成できている。 ②毎月第4木曜15時～16時まで行われる緩和ケアチーム委員会は開催できており、報告は毎回できている。 ③新規介入患者数や加算件数も目標達成できない。それは、目標設定を高めに設定してしまった可能性があり、院内周知はできていると考える。算定患者の件数は月によって違いはあるが、昨年度と比較しても大きく変化がなくほとんど同じである。(2024年度4-12月新規介入患者 111件(内外来院数21件)/加算件数 367件/ 栄養管理加算 23件)。来年度は、件数は維持しつつ患者や家族や院内スタッフからの信頼度をより上げるための取り組みが必要と考える。	①タイムリーにラウンドにいかねばならない患者に医師と看護師だけでラウンドに行く時があり、時間差で薬剤師や心理士がラウンドとなる場合がある。患者の苦痛がある時に多職種で評価できる体制づくりが必要である。また、ラウンド日が、月、木曜日であり、月曜日に祝日が多いため、祝日の翌日火曜日にラウンドしている。周知不足で、病棟スタッフが待っていたケースもあった。チームメンバーが決まった曜日にラウンドできるように努めていき、病棟スタッフから信頼をより得られる環境調整をする必要がある。 ②引き続き委員会は、第4木曜に行い、チームの進捗状況は、委員会メンバー(リンクナース)と共有していく。 ③栄養管理加算 食事が極端に減っている患者や、症状が理由で食欲がない患者の共有は、栄養管理士と共有し、少しでも摂取しやすい食事形態や栄養補助食品の提案ができるよう関わってきた。目標値は達成できている。新規介入患者/算定件数 スクリーニングの拾い上げで介入するケースもあるが、病棟看護師が困っているケースでの介入も多い。リンクナースによる病棟看護師への周知も広がり、簡単にPCT介入できるようになった。消化器病棟や婦人科でのPCT介入が最も多く、医師からの信頼も得ている。新規介入患者は、なかなか目標達成に及ばないが、苦痛がある患者を細かにラウンドしながら、苦痛緩和を努めていることで算定件数が増加したと考える。外来緩和ケア管理料 外来リンクナースの育成ができていないのも理由の一つである。タイムリーにラウンドができない場合に、看護外来(専門看護師や認定看護師)と協働して患者の苦痛緩和を支援しているため、引き続き協働していく。
41 りんくう総合医療センター	目標:がん患者で身寄りのない方や疎遠な方の意思決定支援および看取りに関する院内課題を明確化し、対応策を検討する。 1.現状把握 ①院内でこれまでに経験した身寄りのない方や疎遠な方の事例を収集し、意思決定支援や看取りにおける困難事例、成功事例を抽出する。 ②他院での取り組みや先行事例を調査し、泉州地域全体の課題との関連性を検討する。 ③医師、看護師、医療ソーシャルワーカーなど多職種からヒアリングを行い、現場での困りごとやニーズを把握する。 2.対応策の検討 ①院内マニュアルやフローの策定:身寄りのない方や疎遠な方の意思決定支援、看取りに関する具体的な手順や留意事項を盛り込んだ院内マニュアルの策定を検討する。 ②多職種連携強化:意思決定支援や看取りに関わる多職種間での情報共有、連携体制を強化するためのカンファレンスを見直す。 ③外部機関との連携検討:地域包括支援センター、成年後見制度、福祉サービスなど、外部機関との連携の可能性を探り、必要に応じて協力体制を構築する。 ④スタッフ研修の実施:身寄りのない方や疎遠な方への対応に必要な知識・スキル向上のための勉強会を計画する。特にACP研修会(大阪府共催)への積極的な参加を促す。	1-①身寄りのない方、疎遠な方の事例の意思決定支援や看取りにおける困難事例、成功事例の抽出し分析する。 1-②泉州緩和ケア部会等から地域全体の課題と当院の課題を明らかにするために情報を収集する 1-③がん治療検討委員会に承認もらい、医師・看護師・MSWIにアンケート調査を実施する。 6月:計画を立案 7月:がん治療検討委員会で承認 8月:アンケート実施 9月:アンケート結果 課題の抽出 10月:委員会内で課題への対応について検討する 11月:院内マニュアル・フローの作成 12月:評価 2-①課題に基づいて、院内マニュアルやフローの素案を作成する。 2-②委員会・ワーキングを利用し情報共有と連携強化を図る。 2-③地域との連携に関する方法を見直す。 2-④事例から制度についての学習会を実施する。	・アンケート調査を実施し、108件の回答を得て現状把握を行った(回答率:看護師60.2%、医師13.9%等)。 ・約8割(76.2%)の職員が院内体制を不十分と評価しており、特に「多職種間の情報共有・連携不足(76.9%)」「医師の関与・リーダーシップ不足(59%)」「マニュアル・ガイドライン不足(56.4%)」が主要課題として明確化された。 ・院内連携では、患者の意向・価値観の共有不足(73.3%)、主要な役割担当者の不明確さ(62.7%)、意思決定支援に関する共通認識の不足(73.3%)が顕著であった。 ・外部機関との連携にも課題あり(81.4%)だが、まずは院内体制の整備が優先課題であることが判明した。 ・当初計画していた院内マニュアル・フローの作成には至らなかったが、泉州緩和ケア部会からの情報収集と職員アンケートにより、組織的な課題の全体像を把握することができた。 達成率は60～65%	・院内マニュアル・フローの策定:情報共有の仕組み、役割分担、標準の手順の3つを柱とした具体的なマニュアルを次年度に完成させる。 ・相談窓口・担当部署の明確化:特定職員への負担集中を解消し、組織的対応を可能にするため、責任の所在と連絡体制を整備する。 ・入院前・外来段階からのACP実施体制の構築:急性期での時間的制約を軽減するため、早期介入の仕組みを検討する。 ・多職種カンファレンスの見直し:意思決定支援に関する共通認識や、情報共有を強化するための定例カンファレンスの実施方法を改善する。 ・調査結果を委員会で報告し、組織全体で課題を共有した上で、次年度の具体的な改善計画を策定する。
44 大阪国際がんセンター	・緩和ケアチームへの依頼件数 225件/7月～12月(実績:413件/2024年度) ・外来緩和ケアの充実 外来緩和ケア管理料 175件/7月～12月(実績:350件/2024年度)	・「診断時からの緩和ケアの推進」として、入院・外来を問わず苦痛の緩和に努めるための継続的な取り組み ①緩和ケアチームへの依頼方法については、簡便化する。 ②緩和ケアチームと各部署のリンクナースとの連携を強化する。 緩和ケアが必要な患者をつなぐ役割を実施 ③タイムリーな介入を目指し、緩和ケアチーム介入した患者が退院後、「支持:緩和医療科」にて継続支援する。 ④緩和ケアチームと外来化学療法室と放射線治療室との連携を行い、緩和ケアが必要な患者へのスクリーニングの実施。	①③新規依頼に関しては、PCT医師、看護師が口頭や電話で患者の情報を聞きとり依頼として完結させているケースが増えている。主科の負担軽減に努めた7月～12月 緩和ケアチーム件数294件 支持:緩和医療科 外来緩和ケア管理料170件 概ね目標達成 ②緩和ケアリンクナースが部署の患者のスクリーニングは十分には進まなかった。 ④放射線治療室からはスクリーニング依頼は5件、外来化学療法室50件	①③概ね計画達成 ②各部署緩和ケアリンクナースとの連携については、院内の緩和ケア関連の委員会と再考する。 ④放射線治療室からの依頼は少ない、放射線療法看護認定看護師を介しての依頼に留まっている。スクリーニングに関して周知方法を見直す。

施設名:	Plan (計画)	Do (実行)	Check (評価)	Act (改善)
47 大阪赤十字病院	緩和ケアチーム介件数300件/年	①チーム依頼フォームの改善を行い、アプローチしやすくする。 ②チームの体制を整え、依頼に対して迅速な対応を心がける。	4月～12月で348件あり、今年度の目標は達成できる見通しである。 チーム依頼フォームの改善は完成していないが、チームの体制が昨年度より整ったことが周知され、依頼しやすくなったのではと考える。	チーム依頼フォームを完成させる。 チームへのアプローチのしやすさについて、改善点がないかを再検討する。
49 大阪急性期・総合医療センター	緩和ケアチームによる新規診療症例数 令和7年7月-12月 100例	医師承認のもとで、他職種からの依頼も可能とし、スクリーニングも活用して、要介入患者を抽出する。	症例数は76例で、目標に達しなかった。	要介入患者抽出のため、病棟にリンクナースを配置しているが、依頼の少ない病棟があり、働きかけを強化してゆく
50 大阪けいさつ病院	入院決定時と入院後に『がん・心不全症状スクリーニング』テンプレートを用いて症状スクリーニングを行うことができる (2025年1月に2病院が統合して新病院となり、外来・病棟編成が一新したため、基本的なスクリーニング方法を再周知する必要がある) 年間目標件数 外来:200件/年 病棟:200件/年	①緩和ケアチームのリンクナースから所属部署へスクリーニングの必要性について周知する(6月～7月) ②がん患者症状スクリーニング監査表の作成(6月) ③記録の形式監査を実施(8月～9月) ④緩和ケアチーム会議で監査結果の報告と再周知の検討(10月)	スクリーニングの実施状況を確認したところ、記載ミスが多く見られたため、緩和ケアチーム会議にて再度アナウンスを行った。また、記録委員会が作成した監査票を用いて監査を実施した。 今後も記載内容に不備が生じないよう、継続してアナウンスおよび監査を行っていく。	監査票の精度を高め、スクリーニング票の評価方法も確認できるよう、今後はより分かりやすい形式の監査表へと変更する予定である。 年間目標としては、治療中で通院または入院しているがん患者全員に対して、スクリーニングを確実に実施できている状態を継続する
52 関西電力病院	緩和ケアチーム介入による薬剤提案や緩和ケアチームが作成したがん患者のせん妄マニュアルの提示により、入院時の継続指示(入院時屯用指示)の特定薬剤使用率(ベンゾジアゼピン系の単独投与など)の低減を目指す。	①現状を調査するために、がん患者のせん妄マニュアル提示前のベンゾジアゼピン系の単独投与などの調査を入院記録から調査する。 ②チーム提案やマニュアル啓蒙を図る。 ③②の効果を入院時の継続指示より調査を行い、現状調査結果からみた推移を調査する。	【現状調査(2025年7月～8月)】 ・2025年1月～3月を対象 ・33名中22名(67%)がせん妄ハイリスク患者。ハイリスク患者のうち継続指示(入院時屯用指示)として、ベンゾジアゼピン系睡眠薬があった患者の割合は96%であった。 【啓蒙活動(2025年9月～10月)】 院内の電子カルテ上の回覧板機能を活用し、がん患者のせん妄マニュアルを供覧した。チーム依頼があった時にも依頼医あてに直接啓もう活動を行った 【啓蒙後(2025年11月～12月)】 ・23名中18名(78%)がせん妄ハイリスク患者。ハイリスク患者のうち継続指示(入院時屯用指示)として、ベンゾジアゼピン系睡眠薬があった患者の割合は89%であった。 【結果】 入院時の継続指示の特定薬剤使用率(ベンゾジアゼピン系睡眠薬)は7%減少した。緩和ケアチームからの提案後に指示変更された例もあったが、入院時点では依然高い割合のままであった。	・認知症ケアサポートチームとせん妄ハイリスク患者の不眠時や不穏時の継続指示の統一を提案する。 ・認知症ケアサポートチームと統一した方針が決まれば、バス委員会へ働きかけ、入院時指示やバスでの指示変更を目指す。
53 公益財団法人 田附興風会 医学研究所北野病院	・緩和ケアチームの新規依頼件数 (2025年7月1日～2025年12月31日) 昨年度と比較し、20%増加を目標とする。	・現在の取り組みを継続し、化学療法センターや放射線治療室、入院支援センターでの緩和ケアスクリーニングを継続的に実施する。 ・スクリーニング結果をもとに関係部署間で情報共有・連携を強化し、早期の介入につなげる。 ・緩和ケアの重要性と役割を院内で継続的に周知し、医療スタッフの理解と依頼促進を図る。 (医局会、診療科・病棟カンファレンスなどで定期的に情報共有・啓蒙を行う。相談窓口や連絡方法の周知を徹底する)	昨年度と比較して10.4%増加した。増加の主な要因は、緩和ケア医が2名体制となり、チーム全体の連携強化があったこと、外来と入院と継続的な支援体制が整っていることも寄与したと考える。 また、がん相談支援センターでの面談を通じて、患者や家族のニーズを早期に把握し、スムーズな緩和ケアチームへの連携に繋がることができたことも新規依頼件数の増加に影響したと考えられる。	依頼件数の増加に伴い、マンパワーの限界はあるが、医療者間での情報共有や意識向上が依頼件数の増加に繋がると考えている。 医療者への周知については、さらに努力が必要だと感じており、特に新たに加わる医療者に対して、緩和ケアの重要性を継続的に啓蒙することが重要である。医局会やカンファレンスでのアナウンスを通じて、緩和ケアの役割や相談窓口についての理解を深め、依頼システムの周知を進めることで、依頼の促進につなげる。
54 大阪府済生会 中津病院	①緩和ケアチーム新規介入患者数の増加(前年度71件→100件) ①-1 緩和ケアチーム広報活動、チーム活動実践報告を行うことで、緩和ケアチーム活動の周知を図る ①-2 緩和ケア研修会の開催 ①-3 緩和ケア認定看護師による病棟ラウンドの実施(今年は薬剤師・管理栄養士も一緒に同行) ②早期からの緩和ケア ②-1 緩和ケア認定看護師による病棟ラウンドの実施(今年は薬剤師・管理栄養士も一緒に同行) ③外来患者に対する生活のしやすさに関する質問表を導入する	①緩和ケアチーム新規介入患者数の増加 ①-1●生活のしやすさに関する質問表と一緒に緩和ケアチームのリーフレットを配布緩和●がん診療支援センター研修会で、職員に対して緩和ケアチームについて周知 ①-2 緩和ケア研修会の開催 テーマ:「病院と地域のつながりを深めよう」 【目的】・地域における医療従事者との連携により、患者が療養場所に問わず、質の高い医療、緩和ケアなどの支援を受けることを目指す。・病院で治療を受けていた患者が、退院後に在宅医療へ移行する際の連携の課題、円滑化に向けた多職種間のコミュニケーションについて学ぶ機会とする。 ①-3緩和ケア認定看護師による病棟ラウンドの実施 ②早期からの緩和ケア ②-1 生活のしやすさに関する質問表を活用し、緩和ケア認定看護師による病棟ラウンドの実施②-2 呼吸器内科カンファレンスへ参加し、緩和ケアチーム介入が必要な患者を診療科医師と検討 ③実行できず	①②緩和ケアチーム新規介入患者数(2025.1-2025.12):85件 2025.7-12:38件 ③外来スタッフと話し合い、オピオイド導入患者に対する指導・評価、緩和ケアチームとの連携に関する取り組みを行ったため、生活のしやすさに関する質問表の導入まで至らなかった。	①② ●緩和ケアの必要性については少しずつ周知できているが、広報活動を継続する。 ●緩和ケアチームの依頼件数増加を目指し、緩和ケアチームへのアクセスを行いやすくするため、緩和ケアマニュアルの改定、ポケットとマニュアルの完成を目指す。 ●病棟ラウンドの継続、診療科カンファレンスへの参加継続し、早期から介入できる体制を構築していく。 ③外来スタッフと今年度の活動を継続し、導入に向けての運用を検討していく。
58 淀川キリスト教病院	緩和ケアチームへの新規依頼件数の増加 目標:月平均32件	がん患者の診療に携わる医療者への「早期からの緩和ケア」の周知、非がん疾患への対応を引き受けることの院内への周知、医療用麻薬使用患者へのより積極的な介入	2025年7-12月の新規依頼件数は平均で29件/月	院内の勉強会にて様々なニーズや非がん疾患への対応を呼びかける、病棟ラウンド時に非介入患者の介入ニーズの有無について声掛けをしていく
64 東住吉森本病院	①緩和ケアチーム新規介入数: 50件/6か月 ②がん患者サロン延べ参加人数: 10人/6か月	①苦痛のスクリーニングを用いて、もれなく介入できるように各病棟と連携を行う。主治医の依頼や許可がなくても、コメディカルからの情報で、緩和ケアチームが介入できるようにする。 ②院内外、治療科への広報を行う。参加者がなくても閉鎖せずに継続して開催する。	①110件/6か月 ②3件/6か月	①引き続き、各病棟との連携を密にとり、緩和ケアチームの介入を行う。 ②病院のインスタグラムにがんサロンについての情報を載せ、広く周知を行う。
55 大阪府済生会 野江病院	緩和ケアチームによる新規介入件数 (目標件数:100件)	緩和ケアチームによる新規介入件数 (2024年7月～12月実績件数:84件) ①緩和ケアチームが主催する研修会を、定例化して行う(年2回の開催) ②緩和ケアチーム介入依頼、回診記録、カンファレンス記録様式の改定を行う ③スクリーニングで対象となった患者への介入促進 ・病棟ラウンド ・入退院支援部門との連携 ④緩和ケアチームリンクナース、コメディカルへの教育 チーム内での研修、症例検討会の開催	緩和ケアチーム新規介入件数は105件と目標を達成した (2025年7月～12月実績件数:105件) ①緩和ケアチーム主催研修会 第1回「ACP～患者さんらしさを多職種で支えていくために～」(日時:2025年6月30日) 第2回目開催予定 ②改定までは至っていないが、課題の抽出までは行った ③病棟ラウンドで対象患者の有無について各病棟に聞き取りを行った 入退院支援部門と対象者リストを共有し情報共有を行った	①緩和ケアチーム主催の研修会は定例化して実施可能となった。今後は在宅と協働での研修会を企画中。 ②情報共有がしやすいフォーマットになるよう改定を実施する ③早期介入に向け介入が少ない病棟ラウンドの頻度を増やす ④勉強会的方式をワークショップや模擬カンファレンスなど実践につながるような形式にする

施設名:	Plan (計画)	Do (実行)	Check (評価)	Act (改善)
56 一般財団法人住友病院	<p>【1】緩和ケア提供体制の充実</p> <p>①緩和ケアチーム 新規依頼件数: 80件 (7月～12月末) (前年度目標は60件)</p> <p>②入院・外来患者・家族に対する苦痛のスクリーニングを推進し、必要に応じて適切な相談窓口につなげることができるよう院内に啓蒙する</p> <p>③不安軽減面談の実施を推進する</p>	<p>【1】</p> <p>①毎月10～15件の新規依頼を受けるように各診療科との情報共有や連携を強化する</p> <p>②苦痛のスクリーニングの活用</p> <p>・入院患者: STAS-J</p> <p>・外来患者: 自記式質問票</p> <p>緩和ケアチーム、がん相談支援センター、緩和ケア外来、がん看護外来、メンタルヘルス科などで迅速に苦痛緩和への介入ができるよう、スクリーニングを推進する。</p> <p>③STAS-J2点2項目以上、身体のみならず2点以上、気持ちのみならず5点以上の患者に対する不安軽減面談の実施を推進する</p> <p>会議内でスクリーニング結果、不安面談の実施状況、依頼件数を共有し連携を促進</p>	<p>【1】</p> <p>①7月～12月: 新規依頼118件</p> <p>毎月13件～25件の依頼を受け、依頼元や関連する医療者と連携して患者支援を行った。</p> <p>②運用方法を適宜見直し実行している。</p> <p>入院患者のスクリーニングは運用は定着しており、外来は導入してから適宜、運用を見直し実施している。</p> <p>外来の実施状況では、7月～12月の期間のスクリーニング件数372件、その中で苦痛が強かったのは身体: 88件、精神66件であった。患者ががん・緩和ケア関連の対応を希望したのは19件、主に看護外来で面談を実施している。</p> <p>苦痛があってもそういった窓口での介入は必要ないという状況もあり、それは外来診療で医師・看護師が対応して苦痛緩和に介入している。</p> <p>引き続き、患者・家族の苦痛に早期に介入できるように努めていく。</p> <p>③苦痛のスクリーニングだけでなく、日々の診療の中で患者、家族に苦痛があると判断した時は、早期に対応するため不安軽減面談を推進している。緩和ケアの委員会を中心に院内に向けて不安軽減に努めるための啓もう活動を行い、現場での介入件数も増えてきている。</p>	<p>【1】</p> <p>①現状を維持していく</p> <p>②スクリーニングの集計、分析などの作業の手間がある。更にシステムと連動できるよう準備している。スクリーニングツールの見直し・検討 (STAS-IPOS)</p> <p>非がん患者の苦痛の把握についても検討していく</p> <p>③現状を維持して活動を続ける</p>
	<p>【2】意思決定に関する支援の強化</p> <p>①患者・家族とACPに関する対話を深める</p> <p>②ACP関連の研修参加を推進する</p>	<p>【2】</p> <p>①緩和ケアチーム介入患者の診療の中でACPに関する対話を実施する割合を70%に増やす (現在約50%)</p> <p>②がん診療・緩和ケア診療部、緩和ケアサポートナースなど関連委員の研修参加を推進する</p>	<p>【2】</p> <p>①7月～12月に緩和ケアチームで介入した患者・家族とACPでの関わりとなった割合は57%であった。</p> <p>②医師の緩和ケア研修会への参加、緩和ケアサポートナースや現場の看護師へELNEC-Jなどへの研修参加を推進している。</p>	<p>【2】</p> <p>ACPでの関わりは外来での支援も多い。緩和ケアチームと現場とで連携を強化して実践を継続する。</p>
60 JCHO大阪病院	<p>①緩和ケアチーム新規依頼件数の維持 (200件/年): 7月から12月で100件</p>	<p>・スクリーニングシートを用いて緩和ケアチーム依頼や相談件数増加させる。</p> <p>・専門看護師・認定看護師が病状説明に同席した症例から緩和ケアチーム介入へ繋げる。</p>	<p>緩和ケアチーム新規依頼件数: 6か月で102件。</p> <p>スクリーニングシートから緩和ケアチーム依頼とあっても介入に至っていない症例が散見されたが、病状説明に同席した専門・認定看護師から緩和ケアチーム介入へつなげた件数が増加していた。</p>	<p>看護師だけでなく、緩和ケアチーム内の薬剤師、栄養士、理学療法士などの医療従事者から適切な症例を抽出し介入に至れるように工夫する。</p>
57 日本生命病院	<p>・緩和ケア提供体制の充実「苦痛のスクリーニング(生活のしやすさの質問票)」を活用し、がん・非がん(心不全)患者の苦痛に介入できる(2025年7月～12月 30件)</p> <p>・「苦痛のスクリーニング(生活のしやすさの質問票)」を活用し、外来患者の苦痛の把握に努め介入できる体制づくり</p>	<p>・非がん(心不全)患者への「苦痛のスクリーニング(生活のしやすさに関する質問票)」の実施や活用状況が把握できる。</p> <p>・外来通院治療中の患者に「苦痛のスクリーニング(生活のしやすさに関する質問票)」のスクリーニングが実施できるように、関係部署へ運用および必要性について説明と実施できる体制の見直しができる。</p> <p>・緩和ケアチームの依頼件数・がん相談件数の増加にもつなげる。</p>	<p>・入院がん患者へ実施した件数は2024年7月～12月: 860件→2025年7月～12月: 832件と減少しているが、これは病院全体の入院患者数減少も関係していると考えられる。その中にあり非がん(心不全)患者への苦痛のスクリーニングを実施した件数は、2024年7月～12月: 46件→2025年7月～12月: 56件で増加した。これは、今年度心不全患者に対する苦痛のスクリーニングについて、リンクナース会でスタッフへの周知方法や、スクリーニングのフローが定着するように働きかけた結果、実施件数が増加したと考える。</p> <p>・外来通院治療中の患者への苦痛のスクリーニングは、対象やスクリーニングを行う時期、看護師への周知方法などについて具体的な検討や実施ができていなかった。</p> <p>・苦痛のスクリーニング陽性での介入件数は41件で目標件数は達成した。入院センター看護師とリンクナースへ運用と必要性について周知したことで陽性時にフローにそって、情報連携でき介入件数の増加につながったと考える。内訳は、リソースナース介入21件・緩和ケアチーム介入15件・MSW介入5件であった。介入の窓口により年々それぞれの件数が増減するが、患者の相談内容は多岐にわたるため、患者が求める情報提供ができていくか検討していく必要がある。</p>	<p>・外来通院治療中の患者へのスクリーニングを実施する対象と時期を明確に設定し周知する。たとえば対象を①術後の初回外来時 ②がん薬物療法のレジメン変更時など。</p> <p>・がん相談の内容を分析し、患者へ必要な情報提供方法と内容、タイミング、また相談窓口を周知できる体制を整える。</p>
59 千船病院	<p>がん領域の看護師が告知に同席できていない場合、患者さんの不安や気がかりに対応できていない可能性がある。気がかりの相談先などを記載した病院独自のパンフレットを作成し、告知を受けたすべての患者さまにお渡し(お渡し率100%)、少しでも気がかりを緩和して療養していただきたい。</p>	<p>①パンフレット作製、製本</p> <p>②現状把握: 当院で告知を受けておられる患者様の人数把握(電子カルテ上でカウントできるように情報室へ依頼。)</p> <p>③使用基準・手順を作成し、各部門、各部署に協力を得る。</p> <p>④告知時にパンフレットを渡す。がん領域の認定看護師が同席している場合は、認定看護師より渡す。渡した患者さんの数をカウントする。</p> <p>⑤患者さん数名に後日アンケートを実施し、患者さんの困りごとに添えていたか確認する。</p>	<p>パンフレット作製に時間を要し、計画通りにすべて実施できなかったため、次年度も継続する。情報室、外来部門、病棟看護師の協力を得て、がん告知を受けた患者さまを把握する仕組み作りは行った。</p>	<p>がん告知を受けたすべての患者さまにパンフレットをお渡しし、更に気がかりに寄り添うことができていたのか、アンケートにて評価していきたい。</p>