

（令和8年7月1日～12月末日）

施設名:	Plan（計画）	Do（実行）	Check（評価）	Act（改善）
2 市立豊中病院	緩和ケアチーム介入中患者の栄養への介入を行い、患者の食事や栄養のニーズに対応することでQOLの向上につなげる ・前年度個別食事使用加算算定数：89件 ・今年度10%増の97件目標とする	①緩和ケアチーム介入患者の栄養状態の評価を行い、また食の嗜好や希望する食べ方などを聴取する。 ②緩和ケアチームカンファレンスで患者の栄養管理に関する情報共有を行う ③緩和ケアチーム所属の管理栄養士にて栄養状態や嗜好に合わせた食事や栄養剤の提供を行う ④個別栄養食事管理加算の算定を行う	2024年4月～12月 個別栄養食事管理加算 40件 緩和ケアチーム所属の管理栄養士が9月から他業務へ移動となったため、夏以降の個別栄養食事管理加算の算定数は減少した。 しかし、少ない人員でも優先度の高い患者中心に積極的に栄養状態の評価し、個別の嗜好に合わせた食事や栄養剤の提供を行った。 件数は目標に及ばなかったが個別患者ごとのQOL向上につながった。	来年度も管理栄養士のマンパワーが補強されなければ個別栄養食事管理加算の算定増加は難しい状況であるが、チーム回診または各病棟スタッフと連携を強化することで患者の栄養状態、食事摂取状況の情報を捉えることを推進していく。 チームでの診察時に主な依頼内容（痛み、身体症状など）についてだけでなく、食事に関する話題や質問を患者にすることで、食事摂取量だけでは把握できない問題についても拾いあげを積極的に行う。
6 大阪府済生会千里病院	入院全がん患者へのスクリーニング/ 目標：入院全がん患者への実施	生活のしやすさ質問票の全入院患者への配布は入院支援との連携でスクリーニングを開始。前年はがんを主病名として、がんの治療に関する入院となった患者575件に対し、配布後の回収が387件と全がん患者への配布は行っているが回収に不足が生じる結果となった。スクリーニングシート（生活のしやすさ質問票）を回収した患者への介入の必要性の検討はスクリーニングカンファレンスを実施し全入院がん患者への対応の検討はできている状況にあった。 計画） ・各病棟への回収の必要性の説明、協力の要請 ・一週間毎に入院がん患者数と配布・回収件数の確認を行い回収状況の報告を各病棟に対し随時実施し回収を呼びかける ・回収患者への対応を検討するカンファレンスは継続。カンファレンス内容を各部署に報告し、回収の意義をの理解を促進する。 各病棟への周知に取り組み、入院前の全患者へのスクリーニングシートの配布実施を患者支援センターの協力を得て実施。スクリーニングシートの回収は全例で実施できている。また、スクリーニングカンファレンスの結果は関係部署に報告し、スクリーニングが継続されるように意識付けを継続している。目標は達成できている。	100%回収し目標達成。	結果の共有と必要性の周知の取り組みにより全がん患者への実施の維持を目指す 入院のタイミングでのスクリーニングだけでは、入院の変化により介入を望まれた方のピックアップに漏れが生じる可能性があり、スクリーニングのタイミング拡大の検討。
	緩和ケア関連カンファレンスによる患者の状況に適したタイムリーな緩和ケア介入の実施 目標：タイムリーな緩和ケア介入件数100件	現在、主な入院病棟でのがん患者の緩和ケア関連カンファレンスを定期的に開催している。前年は主となる2病棟でのカンファレンスを行い、156件のカンファレンスを実施した。そこから緩和ケアチーム回診とは別に、患者の状況に合わせたタイムリーな緩和ケア介入の実施件数が70件であった。 計画） ・主な病棟でのカンファレンスを継続。 ・主な入院病棟以外にもがん患者入院はあり、その他病棟での定期カンファレンスの開催により、カンファレンスの拡大 ・カンファレンス件数を拡大することで、タイムリーな緩和ケア介入件数の拡大を図る カンファレンスへの参加、入院患者のベッドコントロール会議での入院がん患者の抽出、患者スクリーニングの実施による各病棟からの緩和ケア介入依頼の仕組みによりタイムリーな緩和ケア介入の実施に取り組んでいる。スクリーニングで緩和ケア介入の希望のあった事例、121件に対してカンファレンスを実施。	目標件数100件に対し、緩和ケアチームによるタイムリーな直接介入を106件実施。スクリーニング実施に関する目標達成。	タイムリーな介入は患者の要望に合わせて実施できており、継続。カンファレンスを主にがん患者が入院する病棟で行っているが、少ないが他病棟にも入院があり、緩和ケアに慣れない病棟でもあり、カンファレンス参加病棟の拡大は検討が必要
	診断時からの緩和ケアの推進 がん診断の外来診察への同席と支援による早期からの緩和ケアの実施。 目標：同席する診療科の拡大。2→4診療科	現在、主に消化器外科、乳腺・内分泌外科の2診療科への診察の同席を総合外来、医事課と連携して実施の充実に取り組んでいる。当院の主ながん患者を対象とする診療科に上記2診療科以外に泌尿器科、消化器内科、呼吸器内科、呼吸器外科がある。上記2診療科以外でも同席と支援は実施しているが、明確な同席の仕組みはない状況にある。 ・各診療科でのがん診療の状況を精査し、診療科ごとの優先度を検討 ・同席に関わるがん総合診療センターのマンパワーの兼ね合いを考慮しながら、同席の仕組みを明確として診療科の拡大を図る がんの病理診断を受けた患者の外来での同席を消化器外科、乳腺・内分泌外科に加え、患者数と意思決定支援が必要となる対象が多い、呼吸器内科、呼吸器外科、泌尿器科の3診療科で拡大。現在5つの診療科での同席と支援を行っている。医療事務、外来看護部門との連携の仕組みを整え、病理診断を受けた患者の抽出と外来同席の事前予約をとり、スケジュールと人員の調整を行い対応している。仕組みの課題と診療科拡大の目標は達成。	2診療科から5診療科の同席に拡大し目標達成	より拡大を目指すには、マンパワーの不足があり、診断時からの介入による結果、効果を分析し、人員拡大に向けて組織への働きかけ
7 箕面市立病院	緩和ケアチーム依頼の非がん患者割合6.5%を目指す	緩和ケアチームのリンクナース会にて非がん患者の緩和ケアコンサルテーションも積極的に受けていくことを伝えた。肝硬変や間質性肺炎、腎不全、腸穿孔等の終末期非がん患者の呼吸困難、せん妄、疼痛、鎮静、延命治療の意思決定支援、皮膚障害、倫理的問題、家族ケアなど計9件のコンサルテーションあり、緩和ケアチームカンファレンス、回診を行い対応した	7月～12月緩和ケアチーム依頼数66件うち9件の非がん患者の緩和ケアコンサルテーション13.6%実施でき昨年度の5.8%より増加し目標達成	非がん患者の緩和ケア実践の評価を緩和ケアチーム内で共有し、次年度も継続していく
8 大阪刀根山医療センター	【現状】 苦痛のスクリーニング陽性患者について、病棟看護師と緩和ケアチームのカンファレンスを行い、実施率88%である。 【問題点】 陽性患者の中に、対応されていないケースがある。 【課題】 陽性患者に対して病棟看護師からの早期の発信で緩和ケアチームとカンファレンスを実施し、未対応の患者を減らすことができる。 (実施率が昨年度より上昇する)	①病棟看護師へ苦痛のスクリーニングの取り組み方法を再周知する。 ②対象者を拡大し（短期入院も一部対象）、再周知した。 ③陽性患者のカンファレンスが実施できているか緩和ケアチームが確認する。 ③病棟看護師が主体的に緩和ケアチームとカンファレンス開催するよう指導する。 ④スクリーニングシートと電子カルテのテンプレートの見直しを行う。	全体として、周知後2カ月は実施率80%前後であった。中間評価では実施率は40%と低下し、要因と対策を各病棟で検討した。要因として、①対象者の拡大が周知しきれいいなかった②苦痛のスクリーニングの意識付けが部署により差があった③がん患者数が多い部署は緩和ケアチームへの依頼もれがあった。	<対策> ・全がん患者に行なっている入院時のACPカンファレンスは定着しているため、苦痛のスクリーニング結果をACPと関連付けて行うことの説明と周知を行った。 ・緩和ケアチームラウンド日にカンファレンスを実施する患者をピックアップし、一覧表に記載した。 <現状の評価> ・病棟看護師主体のCNとカンファレンス実施率は70%前後と徐々に上昇している。まだ、定着までは至っていないため、継続的に評価・修正していく。 ・スクリーニングシートと電子カルテのテンプレートの見直しが未実施のため、早急に行う。
9 大阪医科薬科大学病院	緩和ケアチーム 新規依頼件数 年間300件	介入件数の増加、非がん患者への周知 ・がん患者カンファレンスへの定期的参加（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） ・非がん患者に関する勉強会、診療科・関連病棟とのカンファレンス等に参加	2024年7月～12月の新規介入件数 ・入院 195件 で目標達成できた（前年 199件でほぼ同じ） ・うち、非がん患者の介入 13件 で前年（11件）と同水準 ・各カンファレンスへ参加し、face to faceのやり取りを行い患者情報の共有を図り、介入へとつながった症例も散見された ・病棟、外来看護師とのカンファレンスへ参加し、ケアや介入のタイミングなどを検討した（ケアカンファレンス、倫理カンファレンス）	・非がん患者が必要時、依頼に繋がれるよう情報提供に努める ・引き続き、カンファレンス等で、積極的に発言し、介入やケアに繋げていく
		苦痛のスクリーニングの実施 ・がん看護委員会のリンクナースとの連携 ・陽性患者に対し部署への聞き取り	・入院患者のスクリーニングはほぼ実施できている ・苦痛を把握することで、プライマリチームでの対応やケアの活用にもつながっている ・がん看護委員や部署への聞き取りにより介入依頼につながっている。また、緩和ケアチームに限らず各専門家（がん相談など）につながることが出来ている	・苦痛のスクリーニングを引き続き実施する ・外来での苦痛のスクリーニング実施に向けた工夫や見直し ・適切な時期に緩和ケアが提供できる体制づくりの検討
11 北摂総合病院	がん相談支援センター利用件数の増加 前年度（217件）の10%増 (2024.7.1～2024.12.31) (昨年の継続)	・院内スタッフへ、センターの活動内容の周知を行う ・8月のがんフォーラムで活動報告 ・定例カンファレンスで、症例の共有や相談対応の検討を行う ・外来診療担当医が、対象患者家族にセンター案内できるように診療部への通達を定期的に行う ・外来診療室に診断時からの緩和ケアと相談支援センターの啓発ポスターを配置する ・患者家族を対象に院内の広報を増やす ・がんサロンの定期開催を定着化する	187件：前年度の～30件、目標の240件に達せず ・がんフォーラムの院内職員参加は3%で周知に繋がらなかった。 ・毎定例会議をおこなうことは定着したが、予定の共有や取り組みに対する検討が多く、症例共有や相談検討は毎回おこなえなかった。 ・医師の協力は乏しく、診療部へ協力依頼の通達を数回おこなったが改善に至らなかった。 ・がん告知時に、病棟看護師によるがん相談支援センターリーフレットを患者家族に手渡しする取り組みを開始した。 ・院内広報はリーフレット配置に加え電子モニターでの掲示を増やし、診療待ち中等に視覚的アピールをおこなった。 ・がんサロンは3ヶ月毎に開催しているが、毎回集客・リピーターは乏しい。 ・院外の患者家族からの電話相談は平均月1件ほどあった。	前回の同じ取り組みでも目標達成には至らなかったことより、当院のがん診療における相談では相応な数値と捉え改善点を考える。 ・定例会議では広報に対する検討が多かったが、今後は相談の質向上について検討していく。 ・がん診療を主におこなっている医師にセンター利用によって患者家族に利益がもたらされると思ってもらえるように、定例会議では主に症例検討や介入中患者の相談に対する意見交換等をおこない質向上に繋げる。 ・院内職員へのセンターの役割や活動成果の報告は今後も続ける。 ・がんサロンやがん相談の実際をニュース紙にして院内提示し患者家族への周知に繋げる。
18 市立ひらかた病院	緩和ケアチーム介入件数を増やす 目標値：全体の10%	外来のオピオイド使用患者や化学療法中の患者を中心に症状緩和などについて評価していく。 医療者に生活のしやすさに関する質問票の活用を周知する。	35%増加 46件（前年度34件）	目標値を達成した。さらなる増加に向け取り組みを継続する。
20 八尾市立病院	①入院緩和ケアチーム介入依頼件数維持：チーム介入依頼件数180件/年、緩和ケア診療加算算定件数2400件/年 ②外来緩和ケア活動の強化：外来緩和ケア加算算定件数40件/年 ③早期からの適切な緩和ケア介入の強化：診断～治療中時期の介入割合60% ④がん患者の自殺リスクに関して全職員が正しい知識を習得する	①院内広報活動・教育活動を継続する（昨年度195件） ②緩和ケアチームによる外来活動を強化できる組織体制づくりを行う（昨年度6件/年） ③診断時のスクリーニング強化とともに適切な時期でのチーム介入推奨を行う（昨年度54%） ④がん診断後の自殺対策の研修会を企画立案し開催する	①入院緩和ケアチーム介入件数111件（7-12月）⇒222件/年ペースで達成見込み。緩和ケア診療加算算定件数1421件（7-12月）⇒2850件/年ペースで達成見込み。緩和ケアチームメンバーの精力的な臨床実践や広報活動がなされた結果と評価する。 ②外来緩和ケア算定件数37件（7-12月）⇒74件/年ペースで達成見込み。入院だけでなく外来でのチーム活動が活性化した結果と評価する。③早期（診断～治療期）の緩和ケアチーム介入割合（7-12月）は59%（65件/111件）⇒わずかに目標に届いていないが4-12月累計では62%（93/149）なので、昨年度より8ポイント増加し、概ね目標達成ペースである。④自殺対策研修会をチームメンバーであるがん専門看護師と公認心理士2名で11月に行った。	PDCAサイクル評価表 ACT（改善） ①目標達成にむけチーム活動を改善する。 定例カンファレンスや委員会での意見交換を活性化する。 ②外来緩和ケア支援体制を充実させる。 外来支援体制における人員の適正配置を行う。 外来支援体制のシステムの見直しを行う。 ③早期から緩和ケアが提供できる体制を充実させる。 多職種（特に公認心理師）との協働体制を構築する。 ④「がん患者の自殺リスク対策」の知識を向上する。 研修対象者を院内職員から2次医療圏の医療者へ拡大する。

施設名:	Plan (計画)	Do (実行)	Check (評価)	Act (改善)
28 PL病院	各部署において倫理カンファレンスを開催することができる。 部署で、6回/7-12月以上開催できる。	①倫理カンファレンス運用手順書と倫理カンファレンス検討シートを作成し、スタッフが見る電子カルテの中に入れ込み書式を完成させた。 ②緩和ケアリンクナース・部署主任が中心となり、倫理カンファレンス運用手順書や倫理カンファレンス検討シートの使用方法を部署に周知徹底するように活動してもらった。 ③部署月1回倫理カンファレンス開催をめざし、アナウンスするが、手順書作成が10月になり、すべての部署が月1回開催するまでには至らなかった。 ④各部署で開催した内容を倫理カンファレンス検討シートに記載してもらい、所定のファイルに保存してもらった。16看護部署で開催されたカンファレンスの回数は、36件(10-12月)であった。部署別では、開催回数が多かったのは、7回、最低回数0回の部署もあった。	ほぼ計画を達成することができたと評価する。開催できていない部署あり。	開催できていない部署においては、開催できるように、師長・主任に働きかけて、定期開催を定着させる。 また困難事例においては、院内の倫理委員会へ議題を提案して解決にあたることも行っていきたい。
31 大阪はびきの医療センター	緩和ケアチームの新規依頼件数と苦痛のスクリーニングで緩和ケアチームが介入した新規症例数トータル50件	①院内の医療者向けに依頼方法・内容について2回/年の広報活動・周知②苦痛のスクリーニング使用漏れがないようにする③緩和ケアについてリーフレット作成し多くの人に活動を周知していく④胸部悪性疾患、消化器悪性疾患、泌尿器科悪性疾患、婦人科悪性疾患への積極的関与。また低侵襲な胸腔鏡・腹腔鏡手術や放射線治療の適用の増加に努める。ダビンチによる、さらなる低侵襲手術に取り組む	①実施済み②外来、対象病棟で連携をしてとりもれないようにしている。③今年度中にリーフレット作成し周知できるように活動中。 ④98件介入。去年度よりUPしている。	②については、全がんに実施できていないので、対象患者も含めた運用について検討が必要。④引き続き維持できるような体制づくりの強化
32 大阪労災病院	課題:緩和ケア科はあるが地域連携が十分にできておらず、地域からの緩和ケア紹介患者の受け入れが少ない。2023年度の実績では、新規緩和ケア外来患者351人中、院外紹介11名であった。 目標値:緩和ケア外来の地域からの紹介患者数を確保する。2024年度には院外紹介15名とする。	①地域看護懇談会(2回/年)および登録医意見交換会(2回/年)などを通じて、当院の緩和ケアの取り組みについて医療従事者に紹介する。 ②2024年9月に開催される堺市のがん検診普及イベントに参加し、緩和ケアの取り組みについて市民に対して周知をする。 ③がん市民フォーラム(1回/年)および地域のフォーラム(2回/年)で、緩和ケアの取り組みを市民に紹介する。 ④「堺市在宅緩和ケアマップ」に緩和ケアで入院できる施設を記載し、一般市民へ広報する。 ⑤研修会の案内や在宅緩和ケアマップを通して、緩和ケアに取り組んでいる介護施設との連携を強化する。 ⑥メディカルケアステーションなどのコミュニケーション推進アプリを利用して緩和ケアの連携窓口を開設し、地域医療従事者に対し緩和ケアに関する周知や研修案内、情報提供の機会を容易に提供できる体制を作る。	院外からの紹介患者16名 ・堺市緩和ケアマップのリニューアル済 ・緩和ケアの連携掲示板を設置	緩和ケア病棟がないため当院の緩和ケアの特徴が打ち出しにくい。まず院内でのビジョンを明確にして提示していく
34 ペルランド総合病院	1.医療チームから依頼はないが、苦痛を有する患者に対し緩和ケアチームが介入し支援する(目標値:50件/年) 2.緩和ケアチーム新規依頼目標件数を125件とする(前年度107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20名に増やす。(2024年4月時点11名)	1-1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は整備しており、会議体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. 医療チームからの依頼ではない緩和ケアチーム介入は12月までで43件であり、年度内に目標達成の見込みである。 2. 緩和ケアチーム新規依頼件数121件で目標をほぼ達成した。 3. 2025年2月開催EFIELD研修受講希望数は14名であり啓発中である。	緩和ケアチームの活動と意図は定着してきており、今後は取り組みの継続、および介入した部署における提案を実行に移す際の支援が課題である。現在の取り組みを継続し、さらなる定着化を図る。
38 和泉市立総合医療センター	地域や院内にACPを普及する	①ACPの学習会を地域医療者向けの学習会を令和7年度1月16日に開催した。また、全職員には院内Web発信にて全職員必須としている。 ②リンクナース向けには、緩和ケアチーム運営委員会で前期に専門看護師と心理士によって開催済である。 ③今年度は、地域連携会を3回実施予定とし、2回終了している。3回目は、2月4日に在宅医療者が実際に困難だと感じたACP事例の紹介からディスカッションする予定である。	①②③とも実行できていた。	今後は、地域連携会で大きな議題に上がった、「ACPを地域と連携する方法」を考え、実際に活用まで取り組んでいきたいと考える。
41 りんくう総合医療センター	がんと診断された方が漏れなく『がん相談支援センター』に立ち寄り、相談先があることを認識できるように環境調整する	・がんと診断された患者様に、必ず『がん相談支援センター』へ立ち寄っていただくための運用フローを構築した。 (ICIに同席した看護師ががん相談支援センターへ誘導する) ・案内チラシを各外来に配置、診療局・看護局等、関係部署に説明を行った。	成果 ・前年度(2023年4月～2024年3月)の年間相談件数170件に対して、今年度は9ヶ月(2024年4月～12月)既に138件と、月平均相談件数が増加(前年度平均14.2件→今年度月平均15.3件) ・看護師による告知時の案内チラシの活用により相談支援センターの認知度は上昇している。 課題 ・全てのがんと診断された患者に対応できていない ・医師の協力が充分得られず、支援を必要とする患者の把握が困難	・医師との連携強化 ・患者把握システムの改善 ・実績の可視化 上記3点について見直し、より効果的な支援体制の構築を目指す。
43 岸和田徳洲会病院	緩和チームの介入症例を増やす 目標 27例/月	現在オピオイドを使用している、がん症例に対して介入しているが、オピオイドを使用している患者の選定を広く、慢性疼痛や心不全症例も対応する。またオピオイド使用していない症例についてもリンクナースを通じて各病棟に周知して早期より介入する。	18.3例/月(緩和認定医退職により減少)	がんと診断時からの介入を周知する
44 大阪国際がんセンター	・緩和ケアチームへの依頼件数 200件/年以上 (実績:201件/2021年度、 194件/2022年度、 162件/2023年度) ・外来緩和ケアの充実 支持・緩和医療科外来 20件/月以上 外来緩和ケア管理科 20件/月以上	・「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 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。	①緩和ケアチーム200件/年以上は達成。タイムリーな介入を実施できた成果と考える。再介入患者の割合が増えており、依頼方法の簡便化は、課題であったが未着手となっている。 ②各部署のリンクナースへの支援は、緩和ケアチームと院内の緩和ケア関連の委員会で活動をバックアップを実施できているが個別に支援が必要な部署もあった。 ③支持・緩和医療科外来件数 20件/月以上を達成。 外来→入院、入院→外来継続的に支援する体制を目指しているが、入院したことがタイムリーに把握できていないことがある。 ④外来化学療法室と緩和ケアチームとの連携は定着させることができた。緩和ケアが必要な患者へのスクリーニング陽性患者への介入件数50件(7月～12月末)	①緩和ケアチームへの依頼システムの簡略化を図る。 ②部署のリンクナースの支援は、個別担当制で相談できる体制の整備。 ③システムのハード面の整備が必要。 ④次年度は、放射線治療科へのスクリーニングを拡大する。
47 大阪赤十字病院	【より適切なケアの実践】 ケアプランの修正を毎週1回行い、より適切なケアを行う。	・IPOS(Integrated Palliative care Outcome Scale)を活用し、ケアプランの修正を実施。 ・7月～10月にIPOSの活用方法と聴取方法について検討した。入院初日と入院1週間後にIPOSの評価を行った。その後は一旦IPOSは終了し、AKPS値が20低下したら再度IPOSを用いた評価を行い、1週間後評価した。 ・患者に関わる医療スタッフでIPOSの内容を共有し、IPOSで聴取した内容について話し合い、症状マネジメントやケアを実践した。	・IPOSを活用し、患者の苦痛を聞き取ることができ、ケアを実践できた。 ・患者の困っている事柄を気づくことができ、症状マネジメントや意思決定支援に活用することができた。 ・IPOSの頻度を見直すことで、スタッフも負担なく継続でき、患者も聞かれることへの負担感が軽減した。	・医療者評価の際の情報収集や客観性の担保について改善していく必要がある。 ・多職種での共有方法についても検討が必要
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6年7月-12月 130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100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 大阪警察病院	依頼を受けていない患者も含めて苦痛の把握に努め、主体的に助言や指導等を行う 年間目標件数 30件/年	1回/週 の多職種カンファレンスの際に各病棟で困っている事例に関しカンファレンスを実施する	18回/6月～12月実施し、がん患者症状スクリーニングと組み合わせながら助言指導を行った。	引き続き継続する
54 大阪府済生会中津病院	苦痛のスクリーニングシートを活用し、苦痛症状を把握し、迅速な対応ができる(緩和ケアチーム介入患者以外の苦痛症状の把握とアセスメント) 2023年7月1日～2023年12月31日 苦痛のスクリーニングシート実施件数:1411件 緩和ケアチームによる評価0件→50件 緩和ケアチーム介入につながったケース:1割→3割 外来患者の苦痛スクリーニングの実施:0件→目標50件	【計画】 ・苦痛のスクリーニングシートフローの改訂 ・デモ診療科による外来患者の苦痛のスクリーニング実施 ・デモ病棟により緩和ケアチームメンバーによる評価を開始 ・評価内容を各部署へフィードバック ・フィードバックした内容がケアにつながっているか評価 ・がん看護委員会メンバーへ伝達、部署内での共有 【実行】 ・苦痛のスクリーニングフロー改訂 ・デモ診療科による外来患者の苦痛のスクリーニング実施(3診療科) ・病棟ラウンドを行い、陽性患者に対する情報共有を病棟スタッフと実施	・2024年度スクリーニング実施件数 入院:13112件 外来化学療法室:468件 ・苦痛のスクリーニング陽性患者の再評価を緩和ケアチームが実施する(直接緩和ケアチーム看護師が患者の元へ伺い評価をする)計画を立てていたが、スタッフが患者さんの抱えている苦痛に気づき、専門部署へアプローチできる様になることが基本的な緩和ケアにつながると考え、病棟ラウンドを行いスタッフと情報共有、教育的な関わりを行うことのほうが優先度が高いと判断した。 ・苦痛のスクリーニングフロー改訂、2回/週病棟ラウンドを実施し、苦痛のスクリーニングシートから緩和ケアチーム介入へつながったケース:18%	・3診療科で外来での苦痛のスクリーニングシートの活用を開始しているが、現在は告知後入院される患者を対象に実施し、入院時に記入し持参していただく形をとっているため外来での評価は0件となっている。外来スタッフと協働し、段階的に通院中の患者への評価ができるように計画中 ・引き続き病棟ラウンドを実施し、苦痛のスクリーニングシートを活用し、患者さんが抱えている苦痛を早期に発見・介入できるようにしていく。

施設名:	Plan（計画）	Do（実行）	Check（評価）	Act（改善）
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 （2023年7月～12月実績：95件） ①毎月開催する緩和ケアチーム会議内で症例検討会や多職種による勉強会を実施し、リンクナースのレベルアップを行う。 ②緩和ケア研修会を自院で開催することによる医師や看護師の受講率増加や、緩和ケアチーム主催の研修会を開催し、職員の意識向上を図り、緩和ケアチームへの新規介入や早期介入に繋げる。 ③院内グループウェアシステムにて研修会開催の案内や、デジタルサイネージやポスター・チラシを活用し、緩和ケアチームの広報活動を行い、緩和ケアチーム介入の有効性をアピールする。 ④緩和ケアチームへの介入依頼を行いやすくするために、下記のような取り組みを行う。 【1】緩和ケアマニュアルの見直しを行う。 【2】入院時のスクリーニング実施により、介入が必要かどうかの判定を自動で行っているが、現状、介入につながった件数が少ないため、改めて周知し介入件数の増加に繋げる。 【3】チーム活動の見直しを行い、院内ラウンドやカンファレンスの活性化に務める。	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医師、認定看護師、コメディカルによる定期的な勉強会、リンクナースによる症例検討会を開催している。 【勉強会テーマ】 「乳がん告知後の治療選択の意思決定支援」「最後まで化学療法を選択される患者への支援」「全ての医師・看護師などの多職種に＜栄養＞について興味を持ってもらうために」「がん治療とアピランスケア」「肺がん治療～治療期から終末期～」「退院支援について」など ②現時点では、緩和ケアチームが主催する研修会等は実施できていないが、開催に向けて企画中である。 ③院内への広報活動については、継続して行っている。 ④緩和ケアチームへの介入依頼促進に向けて下記の取り組みを行っている。 【1】緩和ケアマニュアルの見直しとガイドラインの更新 【2】現状、スクリーニング実施数と緩和ケアチーム介入件数において相関はないが、スクリーニングからの早期介入となるケースが増加傾向にある。 【3】各職種における課題を発見することが出来た。	②研修会の開催に向けて、院内外ともに参加可能なハイブリッド方式での開催を検討しており、年間スケジュールの作成やテーマの選定を進めていく必要がある。 今後、緩和ケアチームが主催する研修会を、定例化していく方向で活動している。 ③成果が目に見えにくく評価しにくいのが課題ではあるが、周知や広報活動は今後も積極的に行っていく。 ④ 【1】毎年見直しを行い必要に応じて各種マニュアル作成に努める 【2】スクリーニングで該当しても緩和ケアチームのマンパワー不足の要因もあり迅速に対応が困難な状況にある。多部門との連携やシステムの見直し等を図る必要がある。人員不足は慢性的にあるため基本的緩和ケアの実践強化に向けた取り組みを検討する。 【3】チーム活動の見直しに向け現在も活動中。少しずつ活性化されてはきているが、患者や医療者のニーズに迅速に応えられるよう今後も改善活動を行っていく。
56 一般財団法人住友病院	【目標】 緩和ケアチームによる 新規診療症例数：60件 （7月～12月末）	・入院患者、外来患者の苦痛に迅速に緩和ケア介入ができるよう、STAS-J、質問票を用いて苦痛のスクリーニングを推進する。 スクリーニングから必要に応じて緩和ケアチームの依頼に繋げる。 ・診断時からの早期介入を目指し、早期・進行期がん症例の依頼も対応できるよう院内へ周知する。 ・がん相談支援センターやがん看護外来との連携体制をとり、チーム介入に繋げる。 ・苦痛のスクリーニングに加えて、各部署の緩和ケアリンクナースとの連携強化により、患者・家族の支援に緩和ケアチームも加わる。 ・患者様やご家族の目に触れやすい位置にチームのポスターを掲示、リーフレット作成など広報を強化しより多くの人に対し活動を周知する。	①②③ 診断時からの早期介入、苦痛時の迅速な目指し、STAS-J、質問票を用いて苦痛のスクリーニングを推進を行っている。 診断から初期治療前および早期からの介入は全体のの2～10％である。経年でみても件数は変わっていない。 がんの診断時、治療開始前の不安や治療の意思決定などはがん相談支援センターでの面談が多くなっている。 がん相談支援センターでの相談員の配置編成を強化したことで相談件数も増えており、がん看護外来、公認心理士の介入件数も増加している。こういった外来での関わりが入院した際の支援とも繋げていくことができている。 ④緩和ケアリンクナースでは事例検討会を行っている。緩和ケアチームで介入中の患者、リンクナースが自部署で苦痛緩和に難渋している症例についてケアの検討を行うことで部署を越えての意見交換ができている。違う部署のメンバーからの意見や提案について自部署に持ちかえて看護実践につなぐことができている。 リンクナース会が現場実践の質の向上、緩和ケアに関する知識の向上、医療スタッフの横の連携強化に繋がることを目指している。 ⑤チームのポスターについては院内掲示に加えて、デジタルサイネージの利用なども行った。 チームのリーフレットは患者様やご家族が手に取りやすいように化学療法室、がん相談支援センター等に設置している。	2024年7月から12月までの新規介入依頼は102件であり、目標は達成できている
57 日本生命病院	・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、患者の苦痛に介入できる （2024年7月～12月 30件） ・苦痛のスクリーニングについて、改めてリンクナース向けの勉強会をおこない、スタッフへ周知をはかる ・苦痛のスクリーニングにて陽性となり、介入希望がある場合、緩和ケアチーム専従看護師、もしくはがん薬物療法看護認定看護師、MSWなどへ情報連携し介入する。 ・介入必要な患者への情報連携が、100%できる。	・現在外来通院治療中の患者へ「生活のしやすさに関する質問票」でのスクリーニングが行えていないため、関係部署に運用および必要性について説明、実施するためのシステムを構築する。 ・緩和ケアリンクナース会で勉強会を行い、その後各部署で勉強会を行い活用方法について周知していく。 ・実際にスクリーニングをした件数、陽性患者数、評価に基づき、ケアが必要な患者に対して実際に介入した患者数を抽出する ・緩和ケアチームの依頼件数増加にもつなげる。	・「生活のしやすさに関する質問票」に関して、スクリーニングシートの内容を追加し変更を行った。運用フローチャートの変更も行い、入院時行っていたが、外来（婦人科・心不全）と入院センターでも実施できた。変更後、スクリーニング陽性患者に対してがん関連の認定看護師 ・MSWへ情報共有と連携し介入できたが、陽性で患者が希望しない（気持ちのつらで陽性2割程度/月）の情報共有または連携ができていないため未達成。 ・2024年7月～12月期間 スクリーニング実施件数：860件（うち外来件数：381件） 対応した件数：57件（うち緩和ケアチーム介入件数：19件）介入対応が30件以上のため達成。 ・緩和ケアチーム介入が、スクリーニング陽性で早期に症状緩和で介入した件もあり、早期介入依頼につながった。	・スクリーニングの対象患者の把握が難しく、対象患者のスクリーニングが行えていない状況がある。外来業務の中で時間の確保が難しいことやマンパワーの問題もあるため、今後も状況把握しながら運用の改善など行っていく。 ・外来看護師に患者と医療者のコミュニケーションツールとしてスクリーニングの活用ができるように啓蒙活動を行っていく。 ・苦痛のスクリーニング実施後、気持ちのつらさで陽性になった患者に対し、がん関連の認定看護師の情報共有や連携ができていない現状、スクリーニングを実施のみで気持ちのつらさに対して連携がされていないため今後運用の改善など行っていく。
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：35件/月	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	2024年12月までで新規依頼件数は平均で31件/月	院内で勉強会を実施しそれを通じて様々なニーズや非がん疾患への対応を引き続き呼びかける
62 南大阪病院	がん看護外来（緩和ケア）外来の受診患者数の増加	①院内での周知 ・院内がん診療連携委員会で外科外来を中心に医師との連携体制の推進 ・患者様、患者家族様へのポスターの掲示やチラシによる啓発（作成し掲示中） ②法人の関連施設や地域の開業医等へのPR（調整中） ③病院HPの充実（チラシを掲載）	相談延数は25人→7人と減少。 院内全体で取組んだ時期が運くなった。	毎回の院内会議で相談状況の共有を図る。 地域の医療機関への広報周知を実施する。
64 東住吉森本病院	①緩和ケアラウンドの質の向上 ➡直接患者に会う回数を増やす ②依頼数を増やす	①チーム回診前後に診察と対話の時間を設けた ②院内全スタッフ向けの緩和ケアチームの紹介動画を作成し、PCで閲覧できるようにし啓蒙活動に努めた	①2024年6月17より、2カ月間程度実施したが、時間の確保が困難となり中断。 ②Eラーニングで紹介動画を作成し啓蒙活動に努めたが紹介数増加には繋がらなかった。	①システムが確立しておらず、当日状態見ての判断で実施していた。完全なシステムの構築と人員確保に努める。 ②治療医との関係・コミュニケーションを深める。主治医の許可なく緩和ケアチームが介入できるシステムを構築・提案していく。