

緩和ケアチームの育成に関する取り組み紹介

国立がん研究センター がん対策情報センターがん医療支援部

日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会

加藤雅志

緩和ケアチームの育成に関する取り組み

国立がん研究センター がん対策情報センター

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ● 都道府県がん診療連携拠点病院
緩和ケアセンター指導者研修 | 都道府県がん診療連携拠点病院の緩和ケアセンター整備を支援 |
| ● 都道府県指導者養成研修
(緩和ケアチーム研修企画) | 都道府県単位の緩和ケアチーム研修会を実施するための支援 |
| ● がん診療連携拠点病院
緩和ケア提供体制のピアレビュー | 外部の専門家が対象施設を評価し、施設の困りごとに対する改善策を提案 |

日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進専門委員会

- | | |
|-----------------------|--|
| ● 緩和ケアチーム登録 | 他施設と比較して評価するためのベンチマークの提供 |
| ● 緩和ケアチームセルフチェックプログラム | 緩和ケアチームの基準をもとに自己評価を行い、改善活動を行うためのプログラムの提供 |

都道府県がん診療連携拠点病院 緩和ケアセンター指導者研修

【研修目的】

都道府県がん診療連携拠点病院の緩和ケアセンターの質の向上を通じて、がん患者とその家族が苦痛なく質の高い療養生活がすごせるような緩和ケアの提供体制を整備することを目的とする。

【研修対象者】

- 都道府県がん診療連携拠点病院、または都道府県内の緩和ケアの質を向上するために、中心的役割を担うことができる施設緩和ケアセンターのメンバー。
- 尚、上記緩和ケアセンターのメンバーは、緩和ケアセンター長・ジェネラルマネージャーを含む2名以上、4名まで。

都道府県がん診療連携拠点病院 緩和ケアセンター指導者研修

【研修プログラム 1日間】

時間	セッション名	目標
30'	Key Note Speech（講義）	○研修の目的・目標を理解する ○緩和ケアセンターの具体的機能を理解する
90'	施設紹介（発表）	○各施設での緩和センターの整備状況の取り組みについて情報共有し、自施設の取り組みへの示唆を得る
30'	緩和ケアセンターの運営と工夫（講義）	○緩和ケアセンターの取り組み具体例を知り、自施設の取り組みへの示唆を得る
45'	ジェネラルマネージャーの役割（講義）	○ジェネラルマネージャーの具体的な役割を知る
90'	職種別分科会（グループワーク）	○各職種の活動上のバリアを共有し、その対応方法を検討できる
120'	緩和ケアセンターの明日への課題（グループワーク）	○今後の活動計画を立案する
30'	修了式	○参加者全体で今後の緩和ケアセンターのビジョンやミッションについて共有できる

都道府県がん診療連携拠点病院 緩和ケアセンター指導者研修

【研修前後アンケート結果（平成28年度参加者）】

n=26

緩和ケアセンターの機能整備に関する困難感

(各項目 range1-5)

	研修前 mean(SD)	研修1年後 mean(SD)	p-value
● 緩和ケアセンターを組織上明確に位置づけることが難しい	2.9(1.1)	2.3(1.1)	0.061
● がん患者の苦痛のスクリーニングを実施する体制整備が難しい	3.6(0.8)	2.8(1.2)	0.018
● 緩和ケアに関する院内の診療情報の集約・分析・評価が難しい	3.4(0.9)	2.9(1.0)	0.149
● 地域内の紹介患者の緊急緩和ケア病床を運用することが難しい	3.7(1.0)	3.2(1.2)	0.066
● 地域内のかかりつけ患者や在宅療養支援診療所等の連携協力リストを作成することが難しい	2.8(1.1)	2.6(1.1)	0.204
● 地域の緩和ケアに関わる医療従事者と、連携協力に関する定期的なカンファレンス開催が難しい	3.7(1.1)	3.0(1.0)	0.023
● 地域の連携協力している医療機関を対象として、いつでも患者の診療に関する相談に対応できる体制整備が難しい	3.2(1.1)	2.7(0.9)	0.029
● がん診療に携わる医療従事者を対象として、定期的に緩和ケアに関する勉強会やセミナー、研修会を開催が難しい	2.8(0.9)	2.2(1.0)	0.069

都道府県指導者養成研修 (緩和ケアチーム研修企画)

【研修目的】

各都道府県において、**都道府県内の緩和ケアチームを対象とする研修会を円滑かつ効果的に実施するために**、地域の緩和ケアに関する問題点を抽出し、問題点を踏まえた研修会の企画立案をするとともに、実際に研修会を展開できることを目的とする。

【研修対象者】

- 都道府県内の緩和ケアチームを対象とする研修の実施を計画している（予定を含む）都道府県がん診療連携拠点病院等の緩和ケア担当者等。

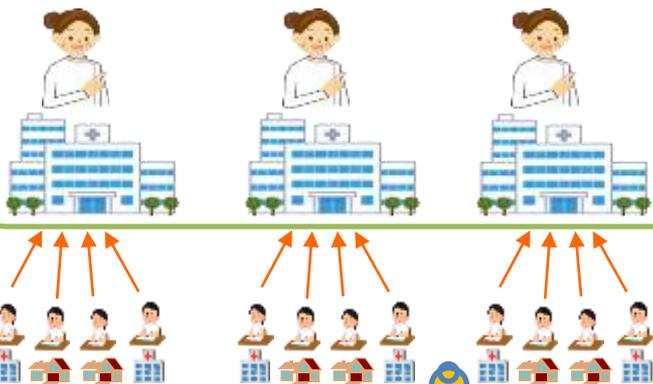
都道府県指導者養成研修

各都道府県におけるがん医療を向上するために
各都道府県で効果的な研修を企画・運営する指導者を育成する



研修会に参加

都道府県がん診療連携拠点病院



各都道府県

研修を開催



研修会に参加



地域がん診療連携拠点病院等

各都道府県全体のがん医療
における課題を把握し、
課題を解決するための
研修を企画する

都道府県指導者養成研修 (緩和ケアチーム研修企画)

【研修前後アンケート結果（平成28年度参加者）】

n=29

研修の企画運営について (各項目 range1-5)	研修前 mean(SD)	研修1年後 mean(SD)	p-value
● 都道府県内のコアメンバーと研修プログラムを検討できる体制がある	2.8(1.4)	3.6(1.1)	0.009
● 研修の実施主体（資金を拠出する団体）を決めている	1.8(1.2)	3.2(1.3)	<.001
● 研修に関して、都道府県庁の担当者と連携体制がある	2.0(1.3)	3.6(1.2)	<.001
● 都道府県内の関係組織や関係者に、研修の承認を得ている	2.8(1.5)	4.0(1.3)	0.003
● 研修の運営を担う研修事務局を設置している	2.1(1.3)	3.3(1.4)	0.002
● 都道県内の緩和ケアチームの現状を把握している	2.6(1.1)	3.5(0.8)	<.001
● 都道府県内の緩和ケアチームの現状を踏まえ、 研修後に期待する受講者の姿を研修目的に設定している	2.3(1.1)	3.7(0.5)	<.001
● 研修全体を総括して研修準備・実施スケジュールを管理している	2.5(1.3)	3.8(0.9)	<.001
● 研修実施後に、受講者や講師・ファシリテーターの反応から実施内容 の適切性を評価している	2.7(1.4)	3.6(0.9)	0.010
● 研修実施後に、受講者を対象に研修の成果を評価している	2.7(1.5)	3.8(1.0)	0.002

がん診療連携拠点病院 緩和ケア提供体制のピアレビュー

【目的】

がん診療連携拠点病院の緩和ケアの質の向上を目指し、同じ都道府県内の他の拠点病院や外部の専門家等が施設訪問を行い、現場での困りごとを中心とした課題解決に向けた話し合いを行い、具体的な臨床活動の改善を促進する。

国立がん研究センターでは、緩和ケアの質の向上を目指した都道府県単位のPDCAサイクル確保の一つの方法として、緩和ケアピアレビューの実施を支援する。

病院レベルでのPDCAサイクルの確保と 実地調査による効果

実地調査で支援

4.改善

評価に基づく改善

- 計画をさらに進めていく上での課題の明確化
- 課題解決の方向性を検討

ACT

PLAN

3.評価

目標の達成状況の確認

- 実施内容の整理
- 評価指標の情報収集
- 評価結果の確認・認識
- 関係者間で情報共有

CHECK

DO

1.計画

がん医療提供体制の整備のための計画立案

- 目標の設定
- 具体的な実施計画
- 評価指標（診療機能・診療実績等）の設定

2.実行

計画に基づくがん医療提供体制の整備

- 計画の実施

がん診療連携拠点病院緩和ケア提供体制のピアレビュー 都道府県内で実施するまでのステップ例

1. 県内関係者へのピアレビューの説明（講義）

実施方法や成果のイメージ化

2. 県内関係者間の意見交換（グループワーク）

- ①ピアレビューの疑問や不安、困りごとの共有
- ②県内で実施可能な方法の具体的なアイデア出し

3. 県内のコアメンバーと、実施スケジュールの確定

- ①レビューを担当する県内コアメンバーの決定
- ②各施設での実施スケジュールの調整と確定

がん診療連携拠点病院緩和ケア提供体制のピアレビュー スケジュール例

スケジュール total 180'		概要
事前		
I. 導入	20'	<ul style="list-style-type: none"> 現況報告等を用いた施設の状況の共有 スケジュール概要とレビュー方法の確認
II. 緩和ケア提供体制の紹介	30'	<ul style="list-style-type: none"> 施設紹介フォームを用いた課題・問題を含む施設の紹介 質疑応答
III. 施設内見学ヒアリング	60' (80')	<ul style="list-style-type: none"> 該当施設内の見学 (20') 一般医師・一般看護師へのヒアリングで基本的緩和ケアの確認 緩和ケアチームへのヒアリングで施設の問題や専門的緩和ケアの確認
IV. 質疑応答意見交換	60'	<ul style="list-style-type: none"> 問題点・課題, 良い取り組みのフィードバック 対象施設の課題に関する具体的な改善策の検討
V. まとめ	10'	<ul style="list-style-type: none"> 実地調査のまとめ
事後		
<ul style="list-style-type: none"> ピアレビュー結果の報告と共有 		

がん診療連携拠点病院緩和ケア提供体制のピアレビュー 利点と課題

【ピアレビューの利点】

- 外部レビューアーの第三者の視点で診療内容を評価することで、改善すべき問題点が具体的に示され、**自己評価だけでは認識することが難しい現状を客観的に把握**でき、医療の質の改善ができる。
- レビューアーと対象施設の担当者による現場でのディスカッションを通して、施設の状況に応じた**実現可能な目標設定と解決策を検討**することができる。
- 病院幹部が参加することで、**問題点を施設全体で共有**でき、改善に繋がる。
- 訪問施設側にとっても、他施設の状況を確認でき、自施設の取り組みを振り返る機会となる。

【ピアレビューの課題】

- ピアレビューが適切に実施されるよう、当該領域の専門的な知識を有しているレビューアーを確保するなど、**ピアレビューの質を担保する体制が必要**。
- 事前の担当者間の調整や、実施後の報告書のまとめや実施後のモニタリング等**事務局担当者の作業負担**が大きい。

日本緩和医療学会 緩和ケアチーム登録

【目的】

緩和ケアチーム活動を支援することを目指し、全国の病院で活動する緩和ケアチームの活動実態を調査し、全国の緩和ケアチームの活動を明らかにする。2010年度より登録開始

<http://www.jspm.ne.jp/pct/pct.php>

緩和ケアチームセルフチェックプログラム

【目的】

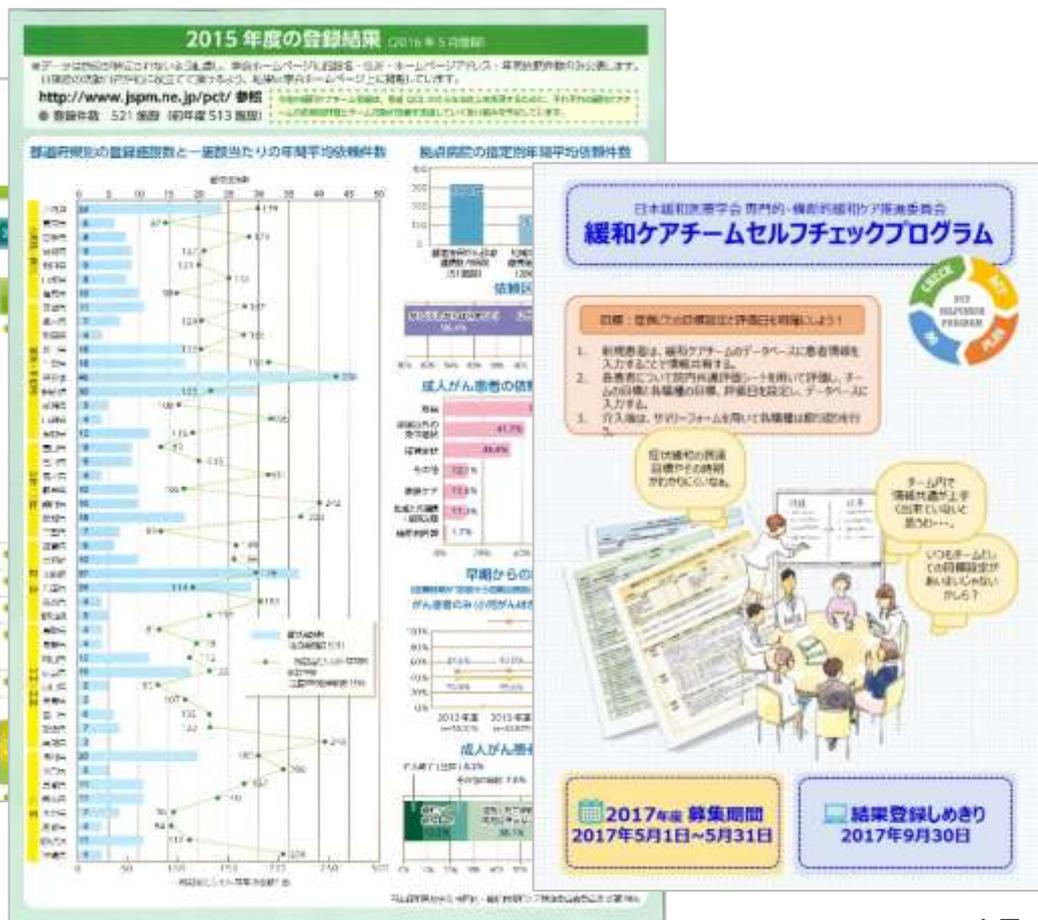
緩和ケアチームが日々の活動をセルフチェックすることによって、自施設の課題を見出し改善していくこと（PDCAサイクルの確保）を支援する。2016年より開始

<https://www.jspm.ne.jp/pct/jishisetsu.html>

「緩和ケアチームの基準2015」を基に開発

緩和ケアチーム登録・緩和ケアチームセルフチェックプログラム 情報公開や結果公開

登録施設の緩和ケアチームの活動状況をホームページ やチラシで公開

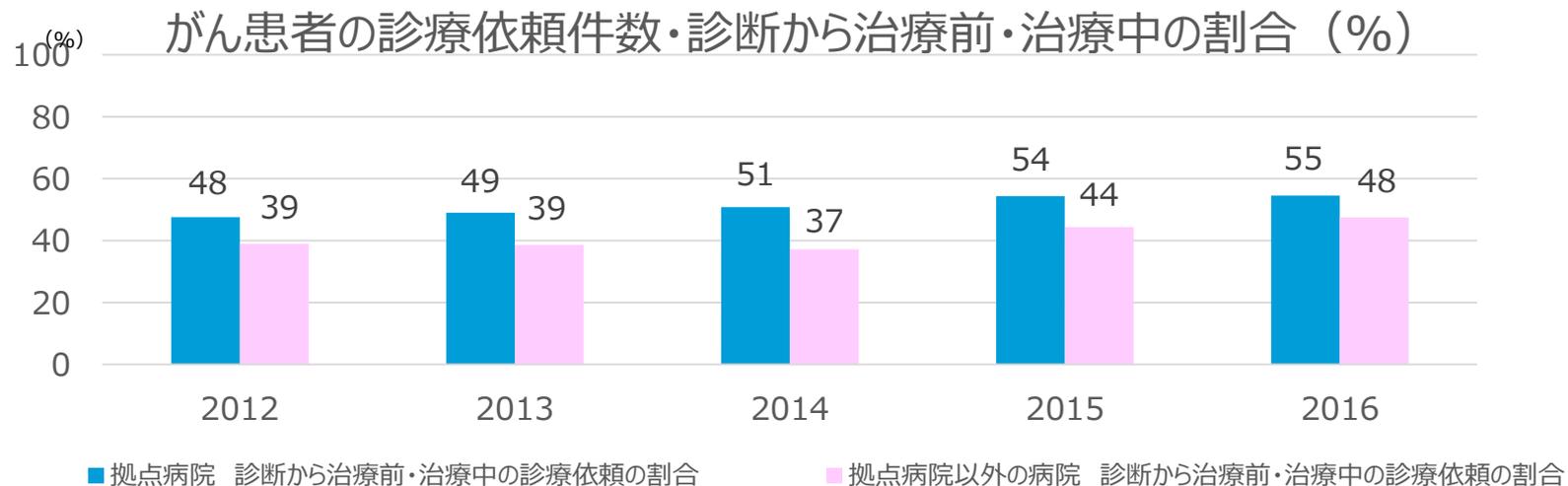


登録施設推移（緩和ケアチーム登録）

緩和ケアチーム登録 参加施設数・診療依頼件数

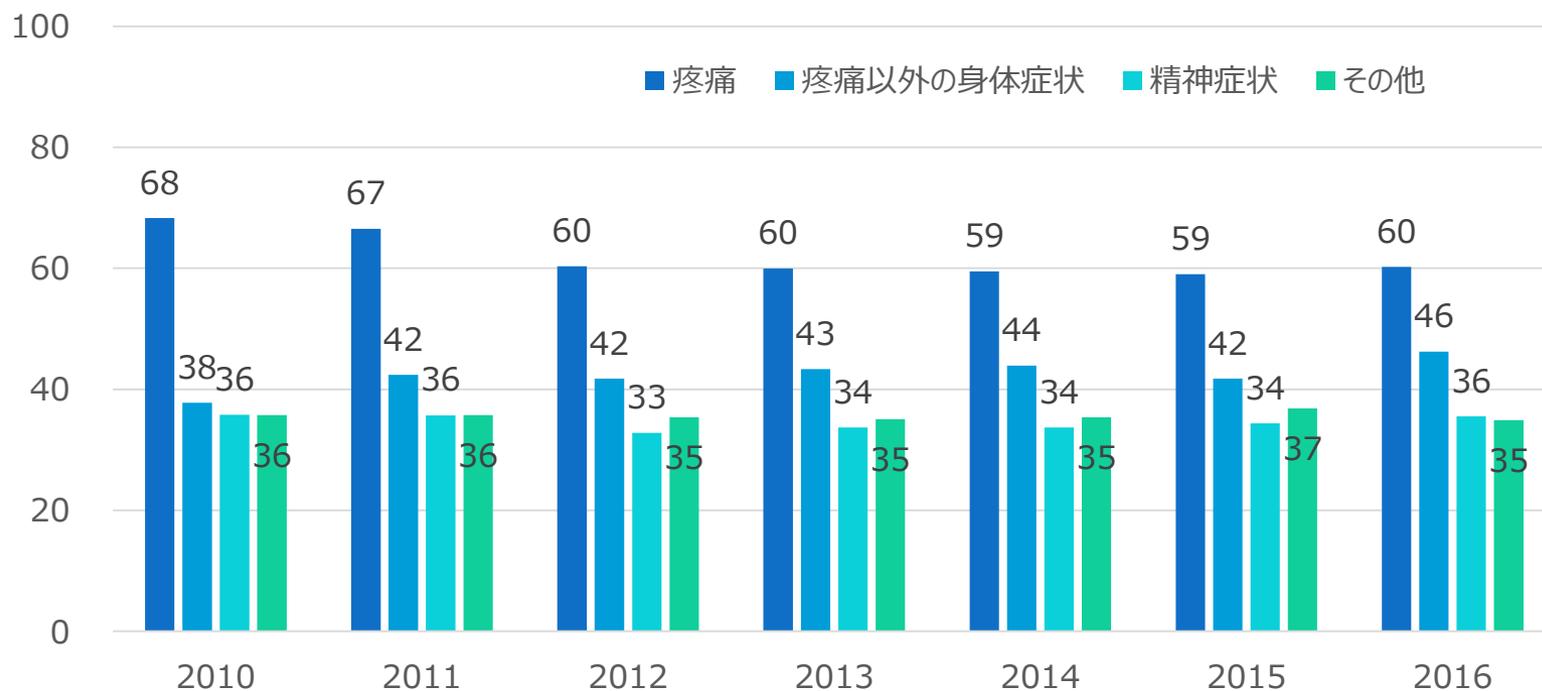


総依頼件数・依頼時期（緩和ケアチーム登録）



緩和ケアチーム登録 依頼内容

がん患者の診療依頼内容の割合（%）*



* 複数依頼含む

緩和ケアチーム登録 フィードバック

チーム登録では、各施設の活動状況を、同じ属性の施設と比較可能な形式でフィードバック

● 自施設のデータと他施設のデータ比較・分析することで、自施設の活動状況を理解する。その結果に基づいて改善計画を立案する。

責施設の活動状況と全国の活動状況

〇〇様（がん診療連携拠点病院の指定：都道府県独自）

①緩和ケアチームのいずれかのメンバーが、患者を直接診療する活動を行っている日数

	全体	都道府県	地域	都道府県独自	指定なし	責施設
週1日未満	2.8%	1.9%	2.0%	3.1%	5.4%	
週1～2日	21.5%	3.8%	13.3%	33.7%	41.3%	
週3～4日	7.0%	5.8%	5.9%	11.2%	6.5%	●
週5～6日	64.2%	82.7%	74.1%	49.0%	42.4%	
週7日	4.4%	5.8%	4.7%	3.1%	4.3%	

②年間依頼件数

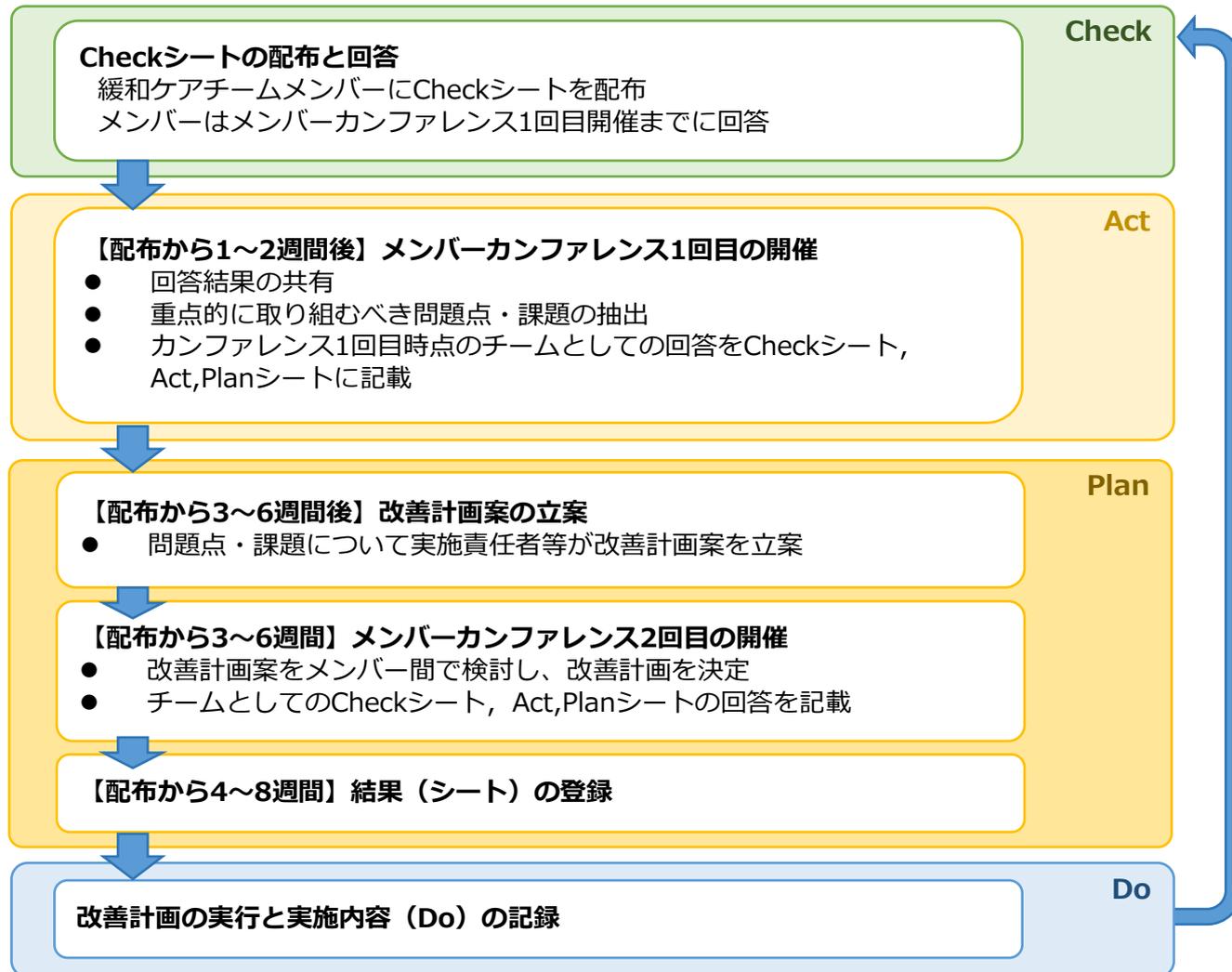
	全体	都道府県	地域	都道府県独自	指定なし	責施設
平均値	132.8	228.5	148.7	101.9	67.5	67
標準偏差	124.0	198.5	118.3	89.4	55.8	
中央値	96.0	174.0	119.0	79.0	53.5	

③入院がん患者の緩和ケアサービス利用率

	全体	都道府県	地域	都道府県独自	指定なし	責施設
	5.0%	4.1%	4.9%	6.1%	6.8%	3.8%



緩和ケアチームセルフチェックプログラム スケジュール概要



緩和ケアチームセルフチェックプログラム 参加施設 (2017)

参加施設数=75

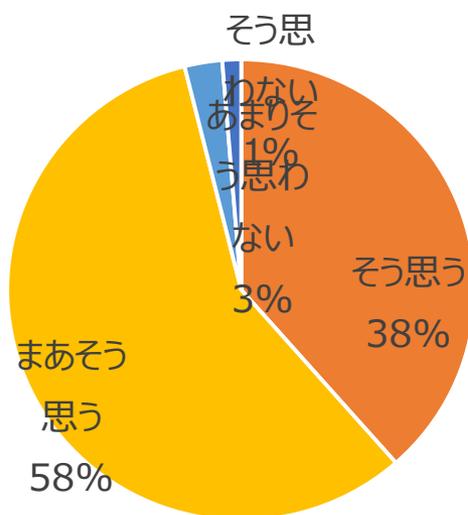
施設背景	n (%)
施設種別	
大学病院	15(20)
がん専門病院	8(11)
その他の病院	50(66)
がん診療連携拠点病院	
都道府県がん拠点病院	15(20)
地域がん拠点病院	38(50)
地域がん診療病院	1(1)
年間新規症例依頼件数	
mean(SD)	215(166)
身体・精神症状担当いずれかの 専従医がいる	46(61)

参加者総数=664

各施設の参加職種	施設平均(SD)
身体症状担当医師	2(1)
精神症状担当医師	1(1)
専従看護師	1(1)
専従以外の看護師	2(2)
薬剤師	2(1)
MSW	1(1)
医療心理に携わる者	1(1)
管理栄養士	1(1)
その他	1(1)
合計	10(4)

緩和ケアチームセルフチェックプログラム 参加者からみたプログラムの有用性

- チームの課題を見出し、改善につなげるために有用だと思うか。



- プログラム参加施設の実施責任者のコメント

“チェック項目があり、普段と違う視点で、振り返ることができた。”

“緩和ケアチームメンバーと、チームのビジョンや課題認識の共有の場として、有用であった。”

“チームの推奨の実施状況の把握という、基本的だが見過ごしがちな課題に気づくことができた。その対策を実施していく過程で、主治医がなぜ緩和ケアチームの提案を受け入れなかったのかがわかるようになり、主治医との関係性の改善に大きく貢献した。”

“目標を実現するための話し合いはできたが、それを継続するための中間評価ができず、結果的に達成ができなかった。”

まとめ

- 緩和ケアセンター指導者研修会、都道府県指導者養成研修、ピアレビュー支援に取り組むことで緩和ケアセンターの体制整備、緩和ケアチームの研修整備、PDCAサイクルの運用につながっている。引き続き、専門的緩和ケアの質の向上のため、継続すべきである
- 緩和ケアチーム登録、セルフチェックプログラムにより、緩和ケアチームの質の改善を促し、依頼時期、依頼件数や依頼内容の変化などを検証することで、緩和ケアチームの質の指標のひとつにするべきである。

Checkシート【基本】

施設名					記入者
Check : 基本評価項目					
● 各項目について、ご自身ではなく、緩和ケアチーム全体の状況について該当する○を一つクリックしてください。回答が難しい場合は「判断できない」を選び、その理由を自由回答欄に記載してください。					
	できていない	あまりできていない	おおむねできています	できている	判断できない
1) 緩和ケアチームへの介入依頼					
① 緩和ケアチームの体制（病院内での位置づけ、構成要員、活動時間、活動内容など）について、医療福祉従事者および患者・家族に周知している。	<input type="radio"/>				
② 緩和ケアチームへの依頼方法（依頼できる職種、手段など）について周知している。	<input type="radio"/>				
③ 医師のみならず、多職種の医療福祉従事者からコンサルテーションを受けている。	<input type="radio"/>				
④ 外来で専門的な緩和ケアが提供できるよう、緩和ケア外来を整備し、患者・家族・医療福祉従事者に周知している。	<input type="radio"/>				
⑤ 平日は毎日、入院患者の新規依頼を受けコンサルテーション活動を実施できる。	<input type="radio"/>				
2) 介入前の情報収集					
① 依頼内容を把握するとともに、緩和ケアチームに対する依頼者のニーズを確認している。	<input type="radio"/>				
② 依頼元の医療福祉従事者の考えている治療計画や療養の方向性を確認している。	<input type="radio"/>				
③ 依頼元の医療福祉従事者が最も困っていることに焦点をあてるとともに、他に問題がないかの確認をしている。	<input type="radio"/>				
④ 情報を収集するだけでなく、依頼元の医療福祉従事者の気持ちや感情に気付き、支持的な態度で接している。	<input type="radio"/>				
⑤ 依頼元の医療福祉従事者および担当部署の緩和ケアの経験や事情に合わせた情報収集を行っている。 (例、経験の少ないスタッフには教育的にかかわりながら情報収集する)	<input type="radio"/>				
3) 症状・病態のアセスメント					
① 臨床経過と症状を確認し、現在の症状を説明できる病態を問診・診察（必要に応じて画像診断や血液検査も追加）により診断または推定している。	<input type="radio"/>				
② 症状の原因を検索する際には、患者・家族だけでなく、依頼元や他部署の医療福祉従事者、チームメンバーからの情報も活用している。	<input type="radio"/>				
③ 症状の原因として、薬物による副作用（例、化学療法による末梢神経障害など）の可能性についてアセスメントし、必要に応じて診療録などに記載している。	<input type="radio"/>				
④ 患者の症状や治療計画は、患者の臓器機能、薬物の体内動態、薬理学的特徴、相互作用、配合変化、禁忌などからアセスメントし立案している。	<input type="radio"/>				

● 各項目について、ご自身ではなく、緩和ケアチーム全体の状況について該当する○を一つクリックしてください。回答が難しい場合は「判断できない」を選び、その理由を自由回答欄に記載してください。	できていない	あまりできていない	おおむねできています	できている	判断できない
4) 目標設定					
① 症状の緩和の程度と目標について患者・家族と相談している。 (例, 家に帰ることができるADLの獲得、座って食事ができる、自分で排泄、レスキューを使えるようになる)	○	○	○	○	○
② 症状の緩和の程度と到達時期の目標を決めている。(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)	○	○	○	○	○
③ 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ように努力している。	○	○	○	○	○
5) 症状マネジメント (全般的) ※症状別は別紙があります。					
① 推奨および直接ケアは患者・家族の個別性に配慮し、診療ガイドライン等に基づいて行っている。	○	○	○	○	○
② アセスメント/推奨の内容について依頼元の医療福祉従事者と共有している。	○	○	○	○	○
③ アセスメント/推奨/直接ケアの内容は、診療録などに記載している。	○	○	○	○	○
④ 患者の診察・直接ケアを行う際は主治医の了解を得て行っている。	○	○	○	○	○
⑤ 直接ケアを行う場合、その内容について患者・家族に説明し同意を得ている。	○	○	○	○	○
⑥ 患者・家族に対し、必要に応じて、病状・症状・治療方針・これからの経過・過ごし方などについて説明や情報提供を行っている。	○	○	○	○	○
⑦ 患者の治療・療養場所が変わるとき、必要に応じて継続して緩和ケアが提供できるように調整を行っている。	○	○	○	○	○
⑧ 観察点やケアのポイントを依頼元の医療福祉従事者に明確に伝えて実践を促している。(例, オピオイドによる便秘の有無、患者の睡眠満足度の確認)	○	○	○	○	○
⑨ 日々のケアにおいて、家族の体調やストレスに配慮している。	○	○	○	○	○
6) 介入後の評価					
① 推奨/直接ケアの結果についてフォローアップし、見直しを行っている。	○	○	○	○	○
② 必要に応じて、依頼元の医療福祉従事者とカンファレンスを開いている。	○	○	○	○	○
③ 緩和ケアチーム内で定期的にカンファレンスを行い、治療・ケアの方針を統一している。	○	○	○	○	○
7) 緩和ケアの質の評価と改善					
① 緩和ケアチーム内で定期的に症例検討・カンファレンスを行い、依頼された患者に対する活動を評価・改善している。	○	○	○	○	○
② 症状の緩和に対する緩和ケアチームの推奨が採用されなかった場合、その理由を確認している。	○	○	○	○	○
③ 症状の緩和に対する緩和ケアチームの推奨が採用されなかった場合、次回推奨が採用されるように工夫をしている。	○	○	○	○	○
④ 緩和ケアチームの推奨が採択されなかったことがある場合、それはどのような状況であったか。また、改善のために工夫した点は何か。(自由記載)					

● 各項目について、ご自身ではなく、緩和ケアチーム全体の状況について該当する○を一つクリックしてください。回答が難しい場合は「判断できない」を選び、その理由を自由回答欄に記載してください。	できていない	あまりできていない	おおむねできています	できている	判断できない
8) 総合的な評価					
① 依頼元の医療福祉従事者からの情報、患者の診察、家族との面談、診療録、種々の検査結果などに基づいて患者・家族を包括的にアセスメントし、苦痛を緩和するための支援を行うことができている。	○	○	○	○	○
② 新規診療依頼件数 (昨年1年間の件数をご記載ください。)				件/年	
③ 症状の緩和に対する推奨の採択率（緩和ケアチーム全体での採択率） <input type="radio"/> 50%未満 <input type="radio"/> 50%以上70%未満 <input type="radio"/> 70%以上90%未満 <input type="radio"/> 90%以上 <input type="radio"/> 判断できない					
介入前：1. 基本評価項目 1)～4)に関する問題点・課題・コメントなど（自由記載） 					
介入時：1. 基本評価項目 5)に関する問題点・課題・コメントなど（自由記載） 					
介入後：1. 基本評価項目 6)～7)に関する問題点・課題・コメントなど（自由記載） 					
基本評価項目 総合評価コメント（自由記載） 					

Checkシート【症状別】

施設名					記入者
Check: 症状別評価項目 ※症状別評価項目は回答できる方のみご回答ください。					
【疼痛】					
● 各項目について、ご自身ではなく、緩和ケアチーム全体の状況について該当する○を一つクリックしてください。回答が難しい場合は「判断できない」を選び、その理由を自由回答欄に記載してください。					
	できていない	あまりできていない	おおむねできています	できています	判断できない
① 痛みの原因（がん性疼痛か非がん性疼痛か、など）に基づいてオピオイド鎮痛薬の適応を検討している。	<input type="radio"/>				
② アセスメントし診断した病態へのアプローチができるかどうか、原因療法の可否を検討している。（例、骨転移痛に対する放射線療法、ドレナージなど）	<input type="radio"/>				
③ オピオイド導入時や増量時に、悪心・便秘・眠気・呼吸抑制・せん妄などの副作用を患者・家族が理解できるように配慮している。	<input type="radio"/>				
④ オピオイド導入時や増量時に、処方をするのか、副作用発言時の対応を誰がするのかを明確にしている。	<input type="radio"/>				
⑤ 依頼元の医療福祉従事者と相談しオピオイド鎮痛薬の種類や投与経路の変更を適切に行うことができる。	<input type="radio"/>				
⑥ 鎮痛補助薬（抗けいれん薬、ステロイド、抗うつ薬）の使用について検討し種類、用量の調整ができる。	<input type="radio"/>				
⑦ 疼痛緩和につながる薬物療法以外の方法（マッサージ、体位調整、電法など）を検討したうえで、依頼元の医療従事者に提案できる。	<input type="radio"/>				
⑧ オピオイドの過剰使用や不適切使用が疑われたとき、疼痛の増悪だけでなく使用に至る精神的背景などを評価し、どのように理解し対応するかを他の医療従事者と相談できる。	<input type="radio"/>				
【疼痛】に関する問題点・課題・コメントなど（自由記載）					
【呼吸困難】					
① 呼吸困難の原因として、悪性胸水・上大静脈症候群・肺塞栓・感染症・貧血などの合併症の鑑別を提案できる。	<input type="radio"/>				
② 呼吸困難に対するオピオイドの使用について、患者の状態に応じて容量・用法を提案できる。	<input type="radio"/>				
③ 呼吸困難に対して、オピオイド以外の対症療法について薬物療法（抗不安薬、ステロイド、輸液管理）・非薬物療法（環境調整、体位調整、呼吸リハビリテーションなど）を提案できる。	<input type="radio"/>				
【呼吸困難】に関する問題点・課題・コメントなど（自由記載）					

● 各項目について、ご自身ではなく、緩和ケアチーム全体の状況について該当する○を一つクリックしてください。回答が難しい場合は「判断できない」を選び、その理由を自由回答欄に記載してください。	できていない	あまりできていない	おおむねできています	できている	判断できない
【せん妄】					
① 現在の状態だけでなく、入院前からのリスク因子（摂食・栄養状態、常用薬、飲酒、認知症など）についても評価している。	○	○	○	○	○
② 薬剤が原因のせん妄に対し、患者の症状や身体状態に配慮しながら、原因薬剤の適切な減量、中止、代替薬の提案ができる。	○	○	○	○	○
③ せん妄を体験した患者や家族に、症状の理解や対応を含む説明と、つらさに対する心理ケアを行える。	○	○	○	○	○
④ せん妄症状への対応薬剤として抗精神病薬を選択できる。	○	○	○	○	○
⑤ せん妄に伴うリスクを評価し、人権や尊厳を尊重しつつ適切に環境調整や安全管理を行える。	○	○	○	○	○
【せん妄】に関する問題点・課題・コメントなど（自由記載）					
【抑うつ・不安】					
① 依頼された全ての患者に対して、抑うつ・不安などの精神心理的な問題があるかを評価している。	○	○	○	○	○
② 抑うつ・不安を有する患者から十分に話を聴き、抑うつ・不安の背景要因・程度を評価している。必要に応じて家族、依頼者である医療福祉従事者からも情報収集している。	○	○	○	○	○
③ 抑うつ・不安を有する患者に対して、抑うつ・不安の背景要因に応じた心理的アプローチ（傾聴、共感など）や薬物療法（抗不安薬、抗うつ薬などの向精神薬）による対応を行っている。	○	○	○	○	○
④ 抑うつ・不安を有する患者に対して薬物療法を開始している場合、薬剤の効果を適切に評価するとともに、副作用出現時あるいは症状改善後に漸減あるいは中止についても検討するよう努めている。	○	○	○	○	○
⑤ 抑うつ・不安を有する患者の対応に際して、必要に応じて院内あるいは外部の精神保健専門家と協働できる。	○	○	○	○	○
【抑うつ・不安】に関する問題点・課題・コメントなど（自由記載）					

Act・Planシート

施設名				記入者		
チームメンバー構成（セルフチェックシート回答者）						
	職種	人数	職種	人数		
	身体症状担当医師		医療ソーシャルワーカー			
	精神症状担当医師		医療心理に携わる者			
	専従看護師		管理栄養士			
	専従以外の看護師		その他			
	薬剤師		合計		人	
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						
1						
2						
3						
Plan:改善計画（上記の課題・問題点について目標と具体的な改善計画を記載する）						
1	目標					
	計画					
2	目標					
	計画					
3	目標					
	計画					