

施設名	長浜赤十字病院
-----	---------

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	介入前の情報収集: 定期カンファレンス前の情報収集が、専従看護師以外は時間がないために十分にできない。症状や病態のデータや画像からのアセスメントが弱い。		
Act2	介入後の評価: 提案した内容が採用されなかった理由を確認していない。その後の成果を共有できていない。		
Act3	介入依頼: 医療関係者からは依頼方法について周知されているが、患者・家族からも依頼できることのアピールができていない。		
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	Do: 実施した内容	Follow-up (Check): 1年後の目標達成状況・理由
チームメンバーが、カンファレンス前に情報収集やアセスメントをする時間ができる	電子カルテ上の改善: チーム一覧の項目内容を再検討する。カンファレンス前日にはカンファレンス予定者がわかるように改善をする。 ラウンドの強化: カンファレンス前日の専従看護師の病棟ラウンドにメンバーの薬剤師も一緒に同行する。 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、記事にも残るようにする。	Do: 実施した内容 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勞したこと ・電子カルテ上のチーム一覧の項目内容を工夫したため、カンファレンス予定者が見やすくなった。 ・カンファレンス前日のラウンドに薬剤師も同行する計画であったが時間的に実施が難しかった。しかし、がん性疼痛看護認定看護師が緩和ケア認定看護師とともに二人体制でラウンドすることができるようになりラウンドの強化につながった。 ・提案の理由をコンサルティに伝えるように努力している。	達成状況: 概ね達成している 理由: 電子カルテ上で見やすくなったことで、情報収集しやすくなった。チームの努力により、アンケートのアセスメントに対する回答の平均値がUPしている。
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	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、1週間後に記事に残して共有する。介入の継続が必要であるかコンサルティとともに検討する。 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、理由を①担当看護師②主治医に確認する。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。 緩和ケアマニュアルの改定: 疼痛緩和の新情報を入れ、提案時に活用を促す。	Do: 実施した内容 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勞したこと ・介入後の成果について1週間後のラウンド時に継続の必要性があるか検討はしているが、介入の成果として記録に残していくことが時間的に難しい。 ・提案した内容について採択されなかった理由を確認し、チーム内で共有することができた。改善までは話し合えていない。 ・提案のもととなる院内緩和ケアマニュアルの改定(新情報の入れこみ)が実施中で完成していない。	達成状況: 概ね達成している 理由: 採択率90%以上。採択されなかった理由としては納得できる内容であった。緩和ケアマニュアルの改定は今年度の継続とする。
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	Do: 実施した内容	Follow-up (Check): 1年後の目標達成状況・理由
患者・家族からも介入依頼できるように、チームの存在を患者家族にアピールする。	広報: 患者・家族に目につくように、緩和ケアチームの広報をメディネットです。 チーム介入の方法: 現在の医療スタッフへのコンサルテーション型は継続し、患者・家族のニーズを把握した上で、必要時はチームの各職種が直接的に介入する。	Do: 実施した内容 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勞したこと ・緩和ケアチームの広報をメディネットです。 ・現在、医療スタッフへのコンサルテーション型であるため、患者家族のニーズを把握した上で、チームの各職種が直接的に介入している。 ・緩和ケアチームのメンバーでも、緩和ケアについてたずねられると、うまく答えられないことがあり、いつでも相談できるような当院の簡単なパンフレットがあるとよいがオリジナルは倫理委員会などを通す必要があり時間を要する。 ・パネル表示などで緩和ケアチームをアピールできるとよい。	達成状況: 概ね達成している 理由: 広報はしたが、患者家族からの反応は得られていない。緩和ケアについて聞かれることがあるので、周知は十分ではない。職員がチームへの依頼方法については周知できていると、アンケート結果では回答の平均値がUPしている。

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	目標設定: 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	介入後の評価: 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	介入依頼: 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。	Do: 実施した内容 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勞したこと	達成状況: 概ね達成している 理由: 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)
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。短期目標に対しての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)	Do: 実施した内容 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勞したこと	達成状況: 概ね達成している 理由: 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)
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。	Do: 実施した内容 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勞したこと	達成状況: 概ね達成している 理由: 緩和ケアチームの体制についての周知をすすめることができた。