

《2023年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和 5年 4月 1日 現在

部 会 名	P 実 施 計 画			実 施 管 理				
	課題名	現状の問題点	改善のあり方	改善時期 (予定)	D 実行	C 評価		A 改善
						区分	実 施 内 容	区分
北 播 磨 総 合 医 療 セ ン タ ー	がん診療におけるチーム医療の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>化学療法室と病棟の連携を充実させる。</li> <li>がんゲノム医療に対する体制が整備されていない。</li> <li>日々の実践に活かせるがん看護における基本的知識を身につける。</li> <li>キャンサーボードの更なる整備。</li> <li>外来化学療法待ち時間短縮 スムーズなアクセス。</li> <li>がん患者リハビリテーションの更なる充実を図る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ミニ勉強会(外来化学療法患者指導について)を開催する。また、病棟から依頼があればミニ勉強会を開催する。</li> <li>がんゲノム医療に関する研修参加を推進する。</li> <li>看護師を対象とした研修会を開催する。</li> <li>データベースとして電子カルテ上で電子保存を行ったデータを用いて、多職種での情報共有を行うとともに新たな情報発信を行う。</li> <li>病棟不足もあり確実に病棟から外来への化学療法移行を行う。</li> <li>レントゲン採血検査後化学療法へのアクセスを改善する。</li> <li>がんリハビリテーション算定要件を満たす療法士数を増やす がんリハビリテーション研修に参加する(医師・看護師・療法士のチームで参加要件あり)</li> <li>入院中リンパ浮腫管理指導の内容を再度検討し、指導内容の改善を図る。 外来乳がん患者の中で、リンパ浮腫やリンパ浮腫発症に繋がる肩関節の可動域制限を来す可能性のある患者への指導の充実を図る。</li> <li>入院周術期がん患者のリハビリテーションによる効果を検証し、内容の充実を図る。</li> </ul>	R06.03				
	緩和ケア医療の推進	<ol style="list-style-type: none"> <li>当院では、入院・外来がん患者に対して苦痛のスクリーニングを実施している。外来は対象患者の98%、入院は対象患者の88%に実施し、外来では結果に応じた緩和ケアの提供も定着している。しかし、入院患者の場合には、スクリーニング結果に応じた緩和ケアの提供が定着しているとは言い難い状況がある。引き続き、スクリーニングの実施状況・結果の把握、個別の働きかけが必要である。</li> <li>昨年度より、当院におけるACP導入について検討を開始している。昨年度は、院内医療者間でACPの概念についての共有や事例検討を行った。その検討の中で、当院において実践例が少ないことや様々な要因から多職種連携が困難であることが課題となっている。</li> <li>当院緩和ケアマニュアルは、2020年改定後見直しが行われておらず、最新のガイドラインや知見に基づく内容であるのか、確認が必要である。また、当院の緩和ケアの提供において新たに必要なマニュアルの提案もあるため、追加を行う必要がある。更に、患者の苦痛の把握と適切な対応がなされるよう、患者からのPRO(患者報告アウトカム)を導入し運用を開始する。</li> <li>当院では、診療報酬算定が可能な緩和ケアチームとなり、6年目を迎えている。チームメンバーも徐々に増えてきており、それぞれの専門性を活かして活動を行っている。相互理解を深めると共に、専門分野での知見を共有していくことで、チーム活動を活発にしていく必要がある。また、緩和ケアチームの介入により、患者・家族、関わる医療者に効果や益があったのかについて評価を行い、院内で活用しやすいチームへと成熟していくことが求められている。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>苦痛のスクリーニングの結果を緩和ケアの提供につなげる。 1)緩和ケアチームの看護師3名により、各病棟の苦痛のスクリーニング結果の確認を行い、NRS4以上の患者に対しては、基本的緩和ケアを推進する目的で、病棟看護師へ働きかける。 2)上記1)の働きかけから、緩和ケアチームの介入が必要と判断した場合には、主治医、病棟看護師の承諾のもと、緩和ケアチームの介入を促す。 3)当院では治療や症状緩和の目的で入院・通院するがん患者に対して、苦痛のスクリーニングを実施している。9月には緩和ケア委員会で実施率、対応率について定点調査を実施し、スクリーニングの定着に向け検討を行い、スクリーニング調査に関して今後のあり方を検討する。</li> <li>当院でのACP導入を目的とした、多職種協働の基盤づくりとして、医師の病状説明に看護師が同席し、実践報告を行う。 1)緩和ケア委員を中心に実施する。医師の病状説明に同席をする看護師が、「患者の代弁者」、「情報提供者」、「情緒的支援を行う」役割を果たせるように、事前にミニレクチャーを行い、認識や必要なコミュニケーションスキルを共有する。 2)上記1)実施後に、緩和ケア委員の看護師は、医師の病状説明に同席し、看護師としての役割を実践する。 3)上記2)について、緩和ケア委員会で実践報告を行い、効果的であったことや実践における課題を共有する。 4)上記3)を踏まえ、当院でのACP導入における課題と今後の取り組みについて明確化する。</li> <li>緩和ケア提供体制の整備を行う。 1)今年度上期中に緩和ケアマニュアルの改訂を行い、改定後のマニュアルの運用を開始する。 2)緩和ケア病床、緩和ケア外来、緩和ケアチーム介入患者に対してIPOSの導入を行う。</li> <li>緩和ケアチームの質の向上を図る。 1)緩和ケアチームメンバーが講師となり、月に2回程度のミニレクチャーを実施する。それぞれのメンバーが自身の専門分野に関するテーマを取り上げ、相互理解を深めると共に、知見を共有する。 2)緩和ケアチームが介入した患者について年間5例の振り返りカンファレンスを実施する。カンファレンスには、必要に応じて主治医や病棟看護師、関わる医療者の参加を依頼する。参加が難しい場合には事前に検討内容に関する意見を得ておくことで、依頼者の評価を交えた振り返りを実施できるよう調整を行う。 3)IPOSの結果を踏まえてカンファレンスを行うことで、緩和医療・ケアについて検討する機会をもつ。</li> </ol>	R06.03				
	がん診療における近隣病院との連携強化を目指す	<ul style="list-style-type: none"> <li>がん診療に関係する目的で地域連携を強化する意味で、新規紹介患者を増やす。</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>①地域連携予約枠の強化・予約時間帯の見直しをする。</li> <li>②カルナ予約システムの導入強化(web予約推進)</li> <li>③近隣病院への検査有用性の説明(癌に関係する検査の紹介率向上を目指す)</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>・PETの他院紹介件数を上げる方策を検討する。</li> <li>・CTの他院紹介件数を上げる方策を検討する。</li> <li>・MRIの他院紹介件数を上げる方策を検討する。</li> </ul>	R06.03				
	医療従事者の育成	<ul style="list-style-type: none"> <li>高精度放射線治療の件数増加に反し、専門知識・経験を有する専従の診療放射線技師の数が不十分である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・放射線治療科、放射線治療室、中央放射線室が密に連携し、まずは放射線治療を専門的に担う若手技師の養成ならびに専門資格取得を積極的に推進する。</li> </ul>	R06.03				
	がん相談支援センターの充実	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.がん患者およびその家族へがん相談支援センターを周知する体制が整備されていない。</li> <li>2.就労支援に向けた社会保険労務士の連携体制が整備されていない。</li> <li>3.様々な相談内容に対応するための相談員の育成が不十分である。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.外来初診時から治療開始までを目処にがん患者およびその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問することができる体制を整備する。 -1)外来で「がん相談支援センターの案内」を配布する。 -2)がん相談窓口を利用された方全員に、訪問のきっかけや動機の確認を行い、①の取り組みに対する評価と検討を行う。 -3)公式アカウントの取得を行い、当院がん相談支援センター及びがんサロンの周知及びアピラランスグッズの紹介をする。</li> <li>2.社会保険労務士との連携体制を整備し、医療機関向け広報紙「がん相談支援センター便り」で、社会保険労務士相談会(月1回開催予定)の開催を周知する。</li> <li>3.がん相談員研修の受講および相談者からのフィードバック体制を整備し、質の高い相談員を育成する。 -1)基礎研修(1)(2)5名、(3)1名、認定がん専門相談員の更新研修を2名受講できるよう調整し、がん相談支援センタースタッフで共有する。 -2)がん相談支援センター利用者アンケートを実施し、内容を相談員で共有・検討し、結果についてがん診療運営委員会で報告を行う。</li> </ol>	R06.03				
地域がん診療連携拠点病院としての広報活動等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・安全・安心で質の高いがん診療の推進について継続的に広報活動を行う。</li> <li>・院内外に緩和ケアの必要性重要性が発信できていない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者総合サポートセンターだより、がん相談支援センターだよりを定期的に発行し、がん診療やがん患者のサポートについて情報発信を行う。</li> <li>・市民向け講演会を開催しがん診療についての情報発信を行う。</li> <li>・職員のみならず市民への緩和ケア啓蒙も行っていく。</li> </ul>	R06.03					
院内がん登録実務の精度向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内がん登録実務者のレベルアップが課題。</li> <li>・がん登録業務の効率化。</li> <li>・予後調査体制の未整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・積極的に研修会や勉強会等に参加し、がん登録を取り巻く環境変化に対応する。</li> <li>・院内がん登録実務初級者認定取得。(中級3名⇒中級3名、初級1名)</li> <li>・登録に必要な情報の収集方法や業務計画の見直しを行い、がん登録内容の精度向上に務める。</li> <li>・予後情報の取得方法を検討する。(住民票照会、患者直接照会、『全国がん登録情報』からの情報還元など)</li> </ul>	R06.03					

(注)実施管理・区分欄の記入について

C評価における区分は、達成・概ね達成・未達成 から、A改善における区分は、完了・継続・その他 から、それぞれ1つ選んで記入する。