

《2022年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和4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	今後の改善内容(計画)
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"> がん診療に関係する各診療科と各部署間の連携を強化し、組織横断的にがん診療の更なる充実を図る。 ・キャンサーボードの更なる整備を推進する。 ・がん薬物療法における免疫チェックポイント阻害剤の副作用等についてはスタッフ全員が包括的に把握していると言いがたい。 ・がん看護外来が休止中である。 ・化学療法室と病棟の連携を充実させる。 ・がん認定・専門看護師の役割について啓発活動を行う。 ・がん患者における化学療法、手術、放射線療法施行前に口腔機能管理センターを受診できていない診療科がある。 ・がん患者リハビリテーションの更なる充実を図る。 ・診療報酬改定に伴う変更点や医師、看護師、薬剤師等の研修や資格確認を行い、適切な算定を行える運用の構築を行う。 ・がんゲノム医療に対する体制が整備されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・2021年4月に設置した「がん総合診療センター」において、がん診療機能を総括し、診療科・各部署の垣根を越えて、多職種でのカンファレンスを行い、集学的に治療方針の検討や質の高い治療を推進する。また、各臓器別・疾患別センターを運用する。 ・キャンサーボードを電子カルテを用いて一括管理する。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。 ・免疫チェックポイント阻害剤の副作用に関して、チームを活用してもらう化学療法委員会にて検討する。 ・8月頃を目途にがん看護外来を再開する。個別に相談依頼があれば対応する。 ・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。 ・掲示板を活用してがん認定・専門看護師の役割について啓発を行う。 4月の認定・専門看護師通信で発信する。 ・各診療科、患者サポート部署との連携を強化する。 ・がんリハビリテーションが必要な患者に対して、リハビリオーダーを出していただけるよう医師へ周知を行う。 ・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。 ・入院周術期が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。 ・がん認定・専門看護師や薬剤師の体制を強化し、がん患者指導管理料「イ」「ロ」「ハ」及びがん性疼痛指導管理料を含めがん患者さんに伴う診療報酬の算定向上に努める。 ・がんゲノム医療の体制整備について検討する。 	R05.03	○	おおむね達成	<ul style="list-style-type: none"> ・各臓器別センターにおいて複数診療科・多職種によるカンファレンスを開催し集学的に治療方針の決定を行い、より質の高い治療を推進できた。また、キャンサーボードで検討した内容については電子カルテ上でデータ管理を行い各職種において情報共有ができた。 ・がん患者における化学療法、手術、放射線療法施行前に口腔機能管理センターを受診を必要度の高い患者に実施できた。 ・患者向けミニ勉強会の開催には至らなかったが、外来化学療法オリエンテーションの際に、患者個々に対して指導を行った。 ・病棟から勉強会は、新型コロナウイルス感染対策などにより、依頼や開催するに至らなかったが、相談や質問などについては対応を行った。 ・外科周術期については、外科カンファレンスを利用しオーダーが漏れないよう医師に周知を実施した。特に医師の交替時期にはオーダーが漏れることがあり、時期により周知が必要 ・R4年度 外来対応したリンパ浮腫・肩関節可動域制限のある患者は、12名・45件であった。(R3年度 8名・27件) ・外科外来・外来化学療法時の診察等の際、認定看護師を中心に問題意識を持っていただき、相談されることが増加した。 ・データ収集方法の検討を実施したが、集計に至らず。 ・がん診療運営委員会の下部組織として算定WGを発足し、がん診療に関する項目に特化して算定の向上について協議した。また、医師、専門看護師、薬剤師等に算定要件や指導内容等の説明を行った結果、がん患者指導管理料をはじめ多くの項目で算定数が増加した。 ・がんゲノム医療体制整備について検討し、次年度よりゲノム連携外来を開設予定。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな情報を発信できるようにさらなるデータ蓄積を行っていく ・より多くのがん患者に治療施行前に口腔機能管理センターを受診できるような仕組みを作る。 ・今季開催できなかったミニ勉強会を開催する。 ・外科外来・外来化学療法時の診察等の際、認定看護師を中心に問題意識を持っていただくことができている。現在化学療法や外来診察等の際に一緒に実施させていただくことにより、医師・看護師・患者への周知にも繋がっており継続して実施。 ・今後も継続的にがんリハビリテーションのオーダーを出していただくよう周知が必要。 ・データ収集・集計を行いがんリハビリテーションの内容充実を図る必要がある。 ・医師、専門看護師、薬剤師の人員の入れ替わりもあり継続して、がん患者指導管理料「イ」「ロ」「ハ」及びがん性疼痛指導管理料に伴う説明を継続して行なう。
	緩和ケア医療の推進ACPの構築	<ul style="list-style-type: none"> ・各所属で行う苦痛のスクリーニングの調査が必要となすすべての患者に実施できていない。 ・院内での緩和ケアチームへの介入依頼が緩和ケア対象者に比して少ない。 ・緩和ケア研修会が少ない中、緩和ケアに対して質の高い医療や看護が必要である。 ・院内のACPに対するシステムが構築できていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・各所属で苦痛のスクリーニングが必要な全ての患者に実施でき、介入が必要なすべての患者に介入できる。 ・苦痛のスクリーニング実施率と対応率の調査を行い、緩和ケア委員会を通じて各所属へ結果のフィードバックを行う。 ・苦痛のスクリーニング結果から、NRS8以上の患者の80%のPCT介入ができるよう、緩和ケア委員、担当看護師、主治医へ働きかける。 ・病棟のカンファレンスに参加し緩和ケアについて共に検討する機会を持つ。 ・令和4年度の緩和ケア研修会を可能な範囲で開催する。 緩和ケア委員会のミニレクチャー 緩和ケアニュース等も含む ・院内のACPのシステムを構築する。 院内ACP推進チームを形成し、定期的に会議を開催することで院内におけるACPの現状把握と課題に向けて検討していく 推進していくためのツールの検討と作成(ACPを実践する際のガイドの作成の検討や経時的にACPに関する情報を見られるように記載ツールを作成する) 職員へのACPの啓発(緩和ケア委員会でACPについて共有できる場をもつ) 患者・家族へのACPの啓蒙(ポスターやリーフレットなどの院内設置について検討する) 	R05.03	○	おおむね達成	<ol style="list-style-type: none"> 1 苦痛のスクリーニングについて 外来部門の苦痛のスクリーニングについては、外来化学療法を受ける患者、外来放射線療法を受ける患者、緩和ケア外来受診患者に実施しており実施率は98.9%である。スクリーニングの結果から、苦痛を抱える患者への緩和ケアの提供も適切に実施されている。入院部門の苦痛のスクリーニングについては、がん治療目的で入院している患者、症状緩和の目的で入院している患者に実施し、対象患者の89%に実施できた。また、苦痛のスクリーニング結果から、NRS8以上の苦痛がある患者にはPCT介入が行えるよう院内医療者へ働きかけを行った。しかし、NRS8以上の苦痛を抱える患者のうち、PCT介入につながった患者は56%にとどまっており、目標を達成することはできなかった。 2. 病棟カンファレンスに参加し、緩和ケアについて共に検討する機会をもつについて 病棟カンファレンスには2例参加した。引き続き、主治医や病棟看護師と共にカンファレンスを行う患者を抽出し、カンファレンスに参加できるよう調整を行う必要がある。 3. 緩和ケア研修会の開催について 緩和ケア委員会内では、「がんに伴う食欲不振 食事の悩み別対応について」のミニレクチャーを実施した。また、緩和ケア委員会より「循環器疾患に対する緩和ケア」「呼吸困難とオピオイド」「がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドラインについて」の緩和ケアニュースを発行し、院内に緩和ケアの啓蒙を行った。また、院内・外医療者を対象として「がん等の診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」「第18回北播磨緩和ケアセミナー」「診断時からの緩和ケアWEBセミナー」「北播磨エリア在宅養研究会」を実施、緩和ケアの普及・啓蒙に努めた。 4. 院内のACPのシステム構築について 緩和ケア委員を対象として、ACPの概論についてのレクチャーを実施した。そして、ACPに関連した事例検討を行い、ACP導入について多職種で検討を行った。また、ACP推進チームとしての活動を開始し話し合いの場を設けたが、患者の抱える疾患により、その病期やたどるプロセスが一律ではないため、院内全体として1つの取り組みを行うことの難しさがあった。今年度、まずは医療者の現状把握や、情報共有が主な活動になり、院内のACPに関するツール作成や、患者・家族へのACP啓蒙については、実施出来なかった。 	継続	<ol style="list-style-type: none"> 1 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、緩和ケアチーム看護師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、介入を行う。この場合には、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、当院としての方針を決定する。 2.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)緩和ケア委員会に実施する。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」、「情動的支援を行う」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。 3)上記2)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。 3.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)緩和ケア病棟、緩和ケア外来でIPOSの導入を行う。 4.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。
	がん相談支援センターの充実	<ul style="list-style-type: none"> ・がん相談員のスキルアップが行えていない。 ・両立支援の相談業務の充実、ハローワーク等との連携が不足している。 ・コロナ禍でのがん患者サロンの定期開催を継続していく。(毎月第1水曜日[第1水曜日が休日等の場合は第2水曜日]) 	<ul style="list-style-type: none"> ・がん相談員基礎研修(3)が受講出来るように申し込みを行なう。 がん相談研修スケジュールの活用を行ない、がん相談員のスキルアップを図る。 ・両立支援の相談についてスキルアップが行えるよう、関連内容についての研修に参加する。また、ハローワークと連携を行ない、両立支援の実践へとつなげる。 ・がんサロンが対面だけでなく開催できるよう、オンライン開催についてのシステム構築を行なう。 	R05.03	○	おおむね達成	<ul style="list-style-type: none"> ・がん相談員基礎研修(3)に2名申し込みを行い、1名が受講できた。 ・がん相談研修スケジュールを部分的に活用することはでき、ウィッグの説明と装着の実際及び、補正下着についての説明を行った。 ・社会保険労務士との連携について、がん診療運営委員会等で検討を行うことが出来たが、実現には至らなかった。 ・がんサロンのオンライン開催についてのシステムは構築できたが、対面でのサロンの継続をおこなったので、オンラインでの開催は無かった。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・がん相談支援相談員(3)の受講を1名行う。 ・社会保険労務士等の専門家との連携体制を整備する。 ・がんサロンを対面またはオンラインで継続を行う。
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"> ・県指定がん診療連携拠点病院として、安全・安心で質の高いがん診療の推進について継続して広報活動を行う。 ・国指定の地域がん診療連携拠点病院を目指してさらなる体制強化を目指した取り組みを行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療職を対象にがん診療についての講演会の実施。 ・HPや広報紙を通じて、地域住民や医療機関に向けて広報活動を実施する。 ・国指定の地域がん診療連携拠点病院の要件となる要員配置を強化するため、配置状況を検証し、継続的に体制維持・強化できるよう取り組む。 	R05.03	○	達成	<ul style="list-style-type: none"> ・9/15「肺がんの治療について」をテーマにハイブリッド形式で開催した。会場・Web併せて127名の参加があった。 ・地域住民向け広報紙4回、医療機関向け広報紙6回、がん相談支援センターだより2回発行した。また、当院の診療情報をまとめた「診療のご案内」を作成し北播磨圏域の医療機関及び県内の病院に送付した。 ・各要員の配置状況を調査し、がん診療運営委員会において報告し、強化すべき内容を示し各部門において対応を行った。令和5年4月より「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受けた。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・目標として取り組んできた「地域がん診療連携拠点病院」の指定を受けることができた。今後もより充実した体制作りに取り組む必要がある。 	
院内がん登録実務の精度向上	<ul style="list-style-type: none"> ・院内がん登録実務者のレベルアップが課題。 ・予後調査体制の構築。 	<ul style="list-style-type: none"> ・積極的に研修や実務者ミーティングに参加し、がん登録を取り巻く環境変化に対応する。 ・院内がん登録実務中級者資格取得。(中級者2名⇒3名に) ・死因調査の手法の検討。 ・2016年度登録患者の調査の実施。 	R05.03	○	達成	<ul style="list-style-type: none"> ・兵庫県内外の各種がん登録研修会に参加し、知識向上に努めた。(日本診療情報管理士会全国研修会、全国がん登録実務者研修会、がん登録実務者ミーティング、島根県がん登録研究会、愛媛県がん診療連携協議会がん登録専門部会) ・院内がん登録実務中級者認定取得。(中級者2名⇒3名に) ・がん診療運営委員会において、死因調査の手法について検討した。 ・2016年度登録患者の、住民票照会による生存予後調査を実施した。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・各種がん登録研修会に参加し、がん登録を取り巻く環境変化に対応する。 ・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) ・予後情報の取得方法について検討する。(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) 	

(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。