

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"> ・化学療法室と病棟の連携を充実させる。 ・がんゲノム医療に対する体制が整備されていない。 ・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。 ・カンサーボードの更なる整備。 ・外来化学療法待ち時間短縮、スムーズなアクセス。 ・がん患者リハビリテーションの更なる充実を図る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・がんゲノム医療に関する研修参加を推進する。 ・看護師を対象とした研修会を開催する。 ・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。 ・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。 ・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。 ・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) ・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。 ・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。 ・がん認定・専門看護師や薬剤師の体制を強化し、がん患者治療管理料、がん診療連携拠点病院加算、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。 	R06.03	○	おおむね達成	<p>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 がんリハビリテーション研修への参加を検討したが、2024年度新職員採用もあり、同職員への参加も含めて次年度参加に持ち越し、実施できず。</p> <p>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。 リンパ浮腫管理指導は年間13名(前年度26名)に実施。腋窩郭清を実施する患者が減っており指導数は減少している。パンフレットの改定は実施せず、動作方法指導や運動指導を重点的に実施した。外来対応は延べ185名(前年度延べ55名)と大幅に増加し、乳癌以外のがん患者への対応も実施した。</p> <p>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。 外科周術期患者の状況を把握し、長期対応が必要となりそうな患者を早期から把握できるようスタッフ間で情報共有を行い、複数回対応することにより離床期間の短縮を図ることができた。</p> <p>・化学療法センターにおいて、がん化学療法認定看護師が化学療法センターのスタッフに向けてミニレクチャーを開催し知識の普及を図っている。また薬剤に関する説明会も随時行っている。</p> <p>2. がん看護関連の専門・認定看護師により、系統的にがん看護が学べるよう「がん看護研修」を、合計5回開催し、合計126名の参加があった。 ・がん放射線療法看護は、チーム医療という観点から、外来・病棟・化学療法室・放射線治療室の連携が必要な「肺がん看護」を研修会のテーマとした。</p> <p>・初回診察時には必ず看護師が同席し、放射線治療に対する意思決定支援を行っている。また、治療開始までに認定看護師が看護面談を実施し「がん患者指導管理料イ」を算定して。今年度は、前立腺がん治療中の患者に対し「苦痛のスクリーニング」を実施し有症状の患者に対心理的不安の軽減のための面談を実施「がん患者指導管理料ロ」を算定出来るようにシステムを構築した。その結果、「がん患者指導管理料ロ」の算定が増加している。</p> <p>・がんに関する診療科の医師に所属の研修を年間計画として立案しており、実施している。</p> <p>・がん看護関係のCN・CNSの話し合いの場を持つためがん看護ミーティングを1回/月開催した。</p> <p>・乳癌リンパマッサージについて 術前の上肢計測を左右行い、術後や化学療法後や放射線治療後も外来通院時に経過観察をしている。上肢肩関節可動域のリハビリテーションの継続を指導しています。経過観察中に症状が見られた場合、医師とリンパセラピストと連携してケアを行った。</p> <p>・令和5年度、がん看護関連の専門・認定看護師の介入によりがん患者指導管理料イ(500点)358件、がん患者指導管理料ロ(200点)428件を算定した。</p> <p>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ったがデータのまとめ情報発信はできなかった。</p> <p>がん患者指導管理料全体で前年の130%の算定率となりました。継続して各医師に説明を行なっていきます。</p>	<p>次年度参加できるように、研修会の情報収集を開始している。2023年度末がんリハビリ算定理学療法士が退職したため、次年度は算定できる療法士の増を図る。</p> <p>外来患者ではがんリハビリテーションの算定ができず、他の疾患別対応では算定期限があり十分なfollowが継続しにくい状況にあり、サービス提供方法の検討が必要である。</p> <p>1. 引き続き算定要件を満たす患者への介入について、がん患者指導管理料イ・ロの算定を継続する。関わる専門・認定看護師での定期的なミーティングの場を持ち、患者ケアの質の向上を目指す。 2. がん診療連携拠点病院の看護師として、患者・家族のQOL向上のために看護実践ができる看護師を育成するため、系統的ながん看護教育プログラムを立案・実施する。 ・看護師を対象とした研修会を開催する</p> <p>地域がん診療連携拠点病院として、院内看護師だけでなく地域の看護師に向けた、研修会の開催「ELNEC-J」を予定している。 また、院内でもがん看護研修会を計画している。</p> <p>昨年度は前立腺がんの治療に対し、算定を行った。今年度、頭頸部がん患者に対する算定を行う予定である。</p> <p>・患者の症例カンファレンスの実施</p> <p>がん患者指導管理料イ・ロの有効活用ができるよう検討していきたい</p>

<p>緩和ケア医療の推進</p>	<p>1. 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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 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ける必要がある。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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>R06.03</p>	<p>○ おおむね達成</p>	<p>1. 苦痛のスクリーニングの活用について 1) 2) 令和5年11月から、緩和ケアチーム介入依頼のないNRS8以上の患者に対して、トータルペインの視点でのアセスメントを充実し緩和ケアへの提供をつなげるため緩和ケアチーム看護師の介入を開始した。また、令和6年1月からカットオフ値をNRS6に下げ、介入を継続している。その中から緩和ケアチーム介入にもつなげ、患者への緩和ケア提供がスムーズに行えるように活動を行った。 3) 当院の現状から、緩和ケア委員にスクリーニング実施の調査を依頼することが困難であり、緩和ケアチーム看護師が継続して行い、各所属へフィードバックしている。 がん患者への苦痛のスクリーニングの実施自体は定着しているが、NRS4以上の患者のカンファレンス実施率71%、NRS8以上の患者のPCT介入率27%と、スクリーニングの結果が緩和ケアの提供に活用しきれていないため、今後も結果確認や、強い苦痛を抱える患者の抽出、緩和ケアチームの介入とチーム介入につなげていない患者への直接的介入を継続する必要がある。</p> <p>2. ACP関連の活動について 活動計画1)～3)に基づき、概ね計画通りに活動を行った。 4) 当院でACPを導入することに関しての課題について、実施のタイミングや対象の検討、記録ツールの整備、患者・家族、医療者への啓蒙活動が必要である。今後は、緩和ケア委員会や臨床倫理コンサルテーションチームが主体で検討していくことになるため、PCTの活動計画は一旦終了し、活動方針の目途が立てばPCTとして協働を図ることとする。</p> <p>3. 緩和ケアマニュアルの整備、IPOS導入導入 1) 2) 概ね計画通りに整備することができた。今後は、実践での活用促進や、評価・修正を行っていく必要がある。</p> <p>4. PCTの質の向上 1) PCTメンバーが講師となりミニレクチャーを実施した。多職種の専門性や役割、最新の知見を学び相互理解につながった。 2) 振り返りカンファレンスは、年間5件実施した。主治医チームの意見を聞けないうまま実施しており、今後は主治医チームの意見を聞く場を設ける必要がある。また、多職種からの提案ができるよう調整を図る。 3) IPOSの結果をカンファレンスに活用する機会が少なく、今後活用促進を行う。</p>	<p>継続</p>	<p>1. 関連ツールの活用促進 1) 緩和ケアマニュアルの活用促進と追加・修正の検討を行う。 2) 緩和ケアマニュアルへのアクセスの利便性を高めるため、当院HPIに掲載しオンラインで公開できるように調整を図る。 3) IPOSの結果を患者支援に活用できるよう、PCTカンファレンスで共有する。 4) 苦痛のスクリーニング結果の確認と、患者への介入は引き続き継続する。 5) 強い苦痛を抱える患者に対してのカンファレンスが充実できるよう、カンファレンスツールを作成する。</p> <p>2. PCTの質の向上 1) 振り返りカンファレンスを継続する。様々な職種から、議題提案できるよう、半年毎に議題提案者を募り実施する。また、必要に応じて主治医チームの意見を取り入れ、多面的に振り返りが行えるよう調整を図る。 2) 院内外の研修会開催の情報交換を積極的に行い研鑽を重ねる。 3) 相互理解やPCTの質の向上を目的として、PCTメンバーが講師となりミニレクチャーを実施する。半年ごとに講師を募り、互いに学びを深める機会とする。 4) PCTカンファレンスでは、各職種が意見を出しやすいように進行し、カンファレンスの活性化を図る。 5) 上記4)の実施後、PCT回診が効率良く実施できるよう、回診メンバーを調整する。</p> <p>3. 地域との協働 1) 地域がん診療連携拠点病院として、地域の医療関係者との顔の見える関係作りのための座談会や研修会を企画し実施する。</p>
<p>がん診療における近隣病院との連携強化を目指す</p>	<p>・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。</p>	<p>①地域連携予約枠の強化・予約時間帯の見直しをする。 ②カルナ予約システムの導入強化(web予約推進) 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)</p> <p>・PETの他院紹介件数を上げる方策を検討する。</p> <p>・CTの他院紹介件数を上げる方策を検討する。</p> <p>・MRIの他院紹介件数を上げる方策を検討する。</p>	<p>R06.03</p>	<p>○ おおむね達成</p>	<p>①カルナコネク導入に合わせ枠の見直しを行った。 ②カルナコネクの導入協議を行い、今年度末に導入、令和6年4月稼動した。 ③実施できていない。</p>	<p>継続</p>	<p>①、②の運用の経過を確認する。 ③をどのように行いかの検討が必要。</p>
<p>医療従事者の育成</p>	<p>・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。</p>	<p>・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。</p>	<p>R06.03</p>	<p>○ おおむね達成</p>	<p>放射線治療部門内で若手技師らを交えた勉強会を複数回開催した。また中堅技師1名が治療業務へ重点配置された。</p>	<p>継続</p>	<p>中央放射線室の人事面の問題があり、放射線治療専従技師の増員までには至っておらず、今後の課題である。</p>

がん相談支援センターの充実	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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ンスグッズの紹介をする。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	R06.03	○ おおむね達成	<p>1. ①外来と調整を行い、がんと診断されたときに、がん相談支援センターのチラシ配布と共に、がん相談支援センターの案内を行うよう調整を行った。 ②がん相談にこられた方に、訪問された動機等を確認、記入する用紙の作成・集計を行い、がん診療運営委員会で報告を行っている。 ③公式アカウントの取得を行い、内容について調整を行っている。</p> <p>2. ①社会保険労務士会と調整を行い、8月より毎月1回社会保険労務士相談会を行っている。開催周知について、院内掲示、ホームページ掲載を行った。 ②12月のがん相談支援センター便りで社会保険労務士会の周知を行った。 ③兵庫県がん診療連携協議会情報・連携部会主催の就労支援研修に参加を行い、がん相談支援センタースタッフで共有を行った。</p> <p>3. ①がん相談支援基礎研修の(1)(2)を3名、(3)の研修を1名受講した。 ②認定がん専門相談員の更新研修について、1名が必須研修の受講を行った。 ③がん相談支援センタースタッフで、月2回相談支援内容についての情報共有と振り返りをおこなった。 ④12月～1月の2か月利用者アンケートを行った。2月に結果について、がん相談担当で振り返りとがん診療運営委員会で報告を行う予定にしている。</p>	継続	<p>1. ①がん相談支援センターへの案内チラシの配布と相談件数のカウントを行い、がん診療運営委員会で報告を継続する ②ライン公式アカウントの運用を策定し、がん患者サロンの周知及びアピランスグッズ等の紹介を行う。</p> <p>2. ①継続して就労支援・両立支援の研修を受講し、がん相談支援センタースタッフで共有を行う。 ②相談員全員に研修内容をレクチャーする。</p> <p>3. ①相談員の研修(1)(2)の受講を推進する。 ②認定がん相談員更新に必要な研修の受講を推進する。 ③がん相談支援センター担当者間のカンファレンスを強化する。 ④利用者アンケートの集計結果を、がん相談担当で振り返り、がん診療運営委員会で報告を行う。 ⑤がん患者に関わる多職種でカンファレンスを行う。</p>
地域がん診療連携拠点病院としての広報活動等	<p>・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。</p> <p>・院内外に緩和ケアの必要性重要性が発信できていない。</p>	<p>・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。</p> <p>・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。</p> <p>・職員のみならず市民への緩和ケア啓蒙も行っていく。</p>	R06.03	○ おおむね達成	<p>・患者総合サポートセンターだよりを6回／年発行できた。がん相談支援センターだよりについては2回／年の発行を行った。また、がん患者にLINEを用いて情報発信できる体制を整えた。 ・開院10周年及び地域がん診療連携拠点病院指定を記念してがん診療をテーマに一般市民対象に講演会を実施し、250名の参加を得た。</p>	継続	<p>・今後も継続して情報発信を行う。 また、市民を対象とした講演会も定期的に開催していく。</p>
院内がん登録実務の精度向上	<p>・院内がん登録実務者のレベルアップが課題。</p> <p>・がん登録業務の効率化。</p> <p>・予後調査体制の未整備。</p>	<p>・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。</p> <p>・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)</p> <p>・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。</p> <p>・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)</p>	R06.03	○ 達成	<p>・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) ・院内がん登録実務初級者認定取得。(中級者3名⇒中級者3名、初級者1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。 ・2017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。</p>	継続	<p>・院内がん登録データを活用し、登録数や各治療法を広報する。 ・院内がん登録実務認定者更新試験を受験する。 ・がん登録を取り巻く環境変化に対応するため各種研修会に参加する。</p>

(注)実施管理・区分欄の記入について

○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。