

PDCAサイクル【がんゲノム医療】

| | |
|------------|---|
| 課題の内容 | がんゲノム医療の提供体制を整備する |
| 目標 | がんゲノム医療連携病院指定要件の整備、がんゲノム医療連携病院指定取得、運用開始 |
| 目標達成の検証方法 | 連携病院指定申請、取得、運用マニュアルに則した運用 |
| 目標に向けた活動計画 | 人員確保、院内に向けての広報、連携病院取得に向けての申請、研修会 |
| 担当部署 | がん診療委員会 がんゲノム医療相談支援室 |

| | |
|-------------|---|
| 日付：2022年1月日 | |
| Plan（計画） | <ol style="list-style-type: none"> ①大阪大学医学部附属病院との連携病院指定申請 ②大阪大学医学部附属病院との連携病院指定取得 ③運用マニュアルのブラッシュアップ ④運用マニュアルに基づき院内での広報 ⑤研修会の実施 ⑥業務量に則した人員の確保 |



| | |
|--------------|--|
| 日付：2022年6月2日 | |
| Do（実行） | <ol style="list-style-type: none"> ①2022年1月20日必着の厚生労働省への現況報告書提出完了 ②2022年3月1日大阪大学医学部附属病院との連携病院指定取得完了 ③実際の手順の確認、担当者の決定、1件目の当院症例の出検 ④2022年4月医局会での広報 ⑤2022年6月2日大阪大学医学部附属病院のエキスパートパネル見学会の実施 ⑥担当部署の人員の全てが兼任のため、室長と事務作業をタスクシフトするべく人員を確保 |



| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月28日 | |
| Check（評価） | <ol style="list-style-type: none"> ①現況報告書の作成、確認に時間を要した。 ②大阪大学医学部附属病院の担当者との密な連絡により、取得できた。 ③患者説明から出検、結果説明まで多くの段階があり、管理が煩雑とことから管理簿を作成した ④がんゲノム医療提供体制・当支援室の役割について周知でき、年間10件5診療科からのパネル検査出検があったことから一定の成果はあるが、がん診療全診療科の50%からの出検にとどまっていた。 ⑤多くの関連診療科の医師や看護師、コメディカルの参加を得た。 ⑥室長候補の内定、事務作業のタスクシフトのための人員募集の方向で調整中 |



| | |
|----------------|---|
| 日付：2022年12月28日 | |
| Action（改善） | <p>実際の運用を通して、改善できるところが見え、管理簿が担当部署全員が見れるところに作成した。これ以降、院内や院外への周知を行い多くのゲノム医療へのアクセスを支援する。</p> |

PDCAサイクル【化学療法】

| | |
|------------|---|
| 課題の内容 | ①外来化学療法室に専従のがん薬物療法に関する専門資格を有する看護師の配置の活用 ②外来化学療法室でのがん薬物治療件数の増加による患者待ち時間への取り組み |
| 目標 | ①がん薬物療法看護認定看護師の専従配置によるがん薬物療法看護支援の充実 ②化学療法室の円滑なベッドの稼働 |
| 目標達成の検証方法 | ①外来化学療法室の看護師応援体制の整備 ②実施件数とベッド利用状況の確認 |
| 目標に向けた活動計画 | ①がん薬物療法認定看護師の配置と看護師を対象にがん看護に関する総合的な教育を実施 ②化学療法室のベッドコントロール、看護業務の整備 |
| 担当部署 | 化学療法室 |

| | |
|---------------|--|
| 日付：2022年1月16日 | |
| Plan（計画） | ①外来化学療法室には、専従のがん看護専門看護師が配置されている。2020年よりがん薬物療法認定看護師の資格取得への育成支援を行い、2022年12月にがん薬物療法看護認定看護師の資格取得したことにより、4月からがん薬物療法看護認定看護師の外来化学療法室の専従での配置を計画。 ②外来化学療法室でのベッド予約と実際の稼働状況の集計、問題を抽出する |



| | |
|--------------|--|
| 日付：2022年4月1日 | |
| Do（実行） | ①外来化学療法室に専従のがん薬物療法看護認定看護師を配置、がん患者とその家族へがん薬物治療に関する生活支援を行い、認定会ニュースレターにより院内患者向けに広報も実施。さらに、教育プログラムを作成し、新規スタッフ1名の育成と外回り業務導入を実施。 ②問題点から予約方法を見直し、ベッド予約方法を化学療法部会、各医師へ書面で周知した。 |



| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月22日 | |
| Check（評価） | ①新規スタッフへ年間を通して教育を実施。院内登録レジメン、全がん種を担当し、がん薬物治療に関する投与管理を行うことができた。外回り業務の導入により、時短スタッフへの育成も行うことができた。 ②予約方法の周知前は利用時間の枠不足があったが、予約方法の見直し、周知後は適切な利用時間の不足がなく、適切に予約の元でベッドが稼働している。 |



| | |
|----------------|---|
| 日付：2022年12月22日 | |
| Action（改善） | ①がん薬物治療におけるセルフケア支援体制の強化。がん治療に伴う外見の変化について、がん患者及びその家族に対する説明やアピランスケアに関する情報提供・相談に応じられる体制を整備していく。化学療法室スタッフの増員へ向けて継続した教育が必要である。 ②年々化学療法室利用件数の増加があるため、今後も患者件数に応じて、円滑なベッドの稼働に向けての取り組みが必要である。 |

PDCAサイクル【薬剤室】

| | |
|------------|---|
| 課題の内容 | ①血液腫瘍内科病棟開設に伴う化学療法実施準備 ②外来がん化学療法の質向上のための取り組み（連携充実加算） ③在宅移行に向けた医療用麻薬のアドヒアランス向上 |
| 目標 | ①血液腫瘍内科領域の採用薬剤の見直し、新規薬剤申請、新規レジメンの作成、登録を行う ②外来化学療法を行う患者に、病院と保険薬局の薬剤師が連携して関わり、質の向上に努める ③患者が安心して在宅で過ごせる一助となるよう、医療用麻薬のアドヒアランスを向上させる |
| 目標達成の検証方法 | ①血液腫瘍内科領域の採用薬剤数、新規レジメン登録件数の確認 ②連携充実加算指導件数トレーシングレポートの報告件数、報告内容を評価する ③医療用麻薬レスキュー自己管理件数の推移 |
| 目標に向けた活動計画 | ①血液内科医との連携、担当薬剤師の人員配置、専門書籍購入 ②病院、保険薬局薬剤の連携ツールとして、トレーシングレポートを作成し、利用手順を整備する ③医療用麻薬の服薬指導推進及び、自己管理可能な患者への医療用麻薬レスキューの自己管理指導 |
| 担当部署 | 薬剤室 |



| | |
|--------------|---|
| 日付：2022年1月9日 | |
| Plan（計画） | ①血液腫瘍内科病棟にクリーンルームが整備され、化学療法を行う患者が増加する。血液内科医と相談しながら、血液腫瘍内科領域の採用薬剤の見直し、新規薬剤の申請、新規レジメンの作成、登録を迅速に行う。血液腫瘍内科を主に担当する薬剤師を増員し、専門性の高い人材育成に努める。 ②2020年より、外来がん化学療法の質向上のための取り組みを行い、連携充実加算の算定を継続している。病院と保険薬局の薬剤師が患者情報や提案事項を共有できるようにトレーシングレポートを導入する。 ③患者が医療用麻薬の正しい使い方を理解し、服用管理を自主的に行うことは、患者のQOLを向上、退院後の疼痛管理に繋がることから、医療用麻薬レスキューの自己管理件数を増やす。 |



| | |
|---------------|--|
| 日付：2022年11月5日 | |
| Do（実行） | ①血液内科担当として、認定取得を希望する薬剤師を配置した。化学療法説明書をレジメン毎に作成し、患者に質の高い情報提供を行った。血液腫瘍内科の採用薬剤見直し、新規薬剤申請、新規レジメン作成を行い、化学療法の体制を整備した。 ②定期的に開催している薬業連携勉強会で、トレーシングレポートの運用方法を保険薬局薬剤師に説明し、トレーシングレポートでの情報共有を行っている。 ③医療用麻薬レスキューの自己管理件数が増えている。 |



| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月15日 | |
| Check（評価） | ①2022年1月～12月期間における血液腫瘍内科領域の新規薬剤申請は13件、限定採用申請は23件、103件の新規レジメン登録を行った。迅速に化学療法実施体制を整備し、患者の受け入れに対応できた。 ②2022年1月～12月期間において保険薬局から7件のトレーシングレポートによる報告があった。提供された情報は、電子カルテに取り込み主治医と共有した。トレーシングレポートによる食欲低下の情報提供から、栄養指導や経腸栄養剤提案により化学療法を継続できた症例もあり、薬業連携が化学療法の質の向上に寄与していると認識できた。 ③医療用麻薬レスキューの自己管理件数 2021年13件→2022年26件に増加した。 |

| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月15日 | |
| Action（改善） | ①血液腫瘍内科の化学療法で、皮下注射や6時間以内の点滴治療は外来通院への移行を進めている。切れ目のない治療ができるよう、外来化学療法室と連携する。特性のある薬剤が多く、医師、看護師との情報共有や勉強会を行い、周知や理解を深める機会を設ける。 ②トレーシングレポートでの症例報告提出件数は、保険薬局によりばらつきがある。薬業連携の定期勉強会で、トレーシングレポートを介した症例を共有し利用推進に繋げる。 ③医療用麻薬自己管理状況（病棟や科、患者年齢、性別、薬剤種別等）を分析し、今後の自己管理推進に努める。 |

PDCAサイクル【放射線治療】

| | |
|------------|---|
| 課題の内容 | ①COVID-19対応 ②高精度放射線治療 ③緩和的放射線治療 |
| 目標 | ①コロナ禍での安全な放射線治療の実施 ②患者にとって適切な放射線治療選択肢の提供 ③緩和的放射線治療を必要とする患者への機会拡大、適切な時期での照射実施 |
| 目標達成の検証方法 | ①治療が休止できない患者のコロナ罹患（疑似症対応）時の安全な治療継続 ②高精度放射線治療目的の他院紹介患者集計 ③緩和照射実績の集計、緩和効果の確認 |
| 目標に向けた活動計画 | ①COVID-19対応マニュアルの院内規定にそった随時見直し ②高精度放射線治療に関する情報提供、他院紹介 ③キャンサーボード、疾患別カンファレンス出席、各診療科との連携 |
| 担当部署 | リニアック治療室 |

| | |
|--------------|--|
| 日付：2022年1月4日 | |
| Plan（計画） | ①既存のCOVID-19対応マニュアルの見直し ②放射線治療コンサルトにて高精度放射線治療適応（推奨）患者への情報提供を行い、必要に応じて他院紹介を実施 ③キャンサーボード、疾患別カンファレンス出席、各診療科との連携により緩和的放射線治療を必要とする患者の抽出 |



| | |
|---------------|---|
| 日付：2022年1月11日 | |
| Do（実行） | ①現行のCOVID-19患者に対する院内規定に基づきマニュアル改定を行う ②高精度放射線治療目的の他院紹介患者集計 ③キャンサーボード、疾患別カンファレンス出席の他、随時、各診療科および緩和ケアセンターからの相談に対応 |



| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月28日 | |
| Check（評価） | ①COVID-19患者対応時、作成したマニュアル対応で良いか感染制御室と連携を図り評価する ②2022年度の高精度放射線治療情報提供、紹介患者数は「8人」 ③2022年度の緩和的放射線治療実績は「40件」 当該症状の緩和効果29件（72.5%）が得られたか経過確認 |



| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月28日 | |
| Action（改善） | ①院内規定の変更があれば継続的にマニュアルの見直しを行う ②継続実施 ③各科との連携を強化し継続実施 |

PDCAサイクル【リハビリテーション】

| | |
|------------|-------------------------------------|
| 課題の内容 | がんリハビリテーションにかかわる作業療法士が不足している |
| 目標 | がんリハビリテーションスタッフの増員 必要な時に、十分に提供する |
| 目標達成の検証方法 | 処方数の確認 |
| 目標に向けた活動計画 | がん診療にかかわる診療科医師に情報提供していく |
| 担当部署 | リハビリテーション室 |

| | |
|--------------|---|
| 日付：2022年1月4日 | |
| Plan（計画） | がんリハ算定を行える作業療法士が1名であり、毎日の対応が困難となっているために充実を図る。 |



| | |
|---------------|--|
| 日付：2022年1月31日 | |
| Do（実行） | 2021年12月19日に研修会に参加。またリハビリテーション室内にて、がんリハチームとしての関わり方の研修を行い、評価方法等を周知した。 |



| | |
|--------------|---|
| 日付：2022年2月1日 | |
| Check（評価） | 2021年12月19日に作業療法士3名のがんリハ認定資格取得済み。がんリハメンバーが充足し、チーム体制が確立した。 |



| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月28日 | |
| Action（改善） | 2021年のがんリハ算定件数が212件であったのに対し、2022年は298件と約1.4倍の増加となった。 |

PDCAサイクル【がん相談】

| | |
|------------|---|
| 課題の内容 | がん患者やその家族が活用しやすい相談し患者支援に関するサービス向上に向けた取り組み ①がん相談支援センターの周知・相談支援に関する環境を整える ②コロナ禍での患者サロンの開催及び就労支援相談会の安全な開催 ③(小児)AYA世代への支援体制の整備に向けた取り組み |
| 目標 | ①においての環境整備を進め、がん相談支援センターの周知と相談機能の強化。 ②感染対策を考慮し患者サロンの再開、就労支援相談会の継続開催 ③「AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法促進事業」に関し、当院の役割として対象者への情報提供・患者支援・精神心理的支援に対応できる。 |
| 目標達成の検証方法 | ①がん相談件数・対応内容の集計、集計報告。生活のしやすさに関する質問票集計 ②開催回数・参加人数の把握 ③対象患者への対応・対応記録・患者さんの声を聞き取る。また関連する研修会への参加状況の把握。 |
| 目標に向けた活動計画 | ①環境調整においては関連部署への相談、機材の拡大。相談支援の強化にあたっては、各相談員のレベルUpを図り、またがん相談支援分科会での情報共有を行い、適宜取り組の見直しを行う。 ②感染対策に関し、感染管理者からの指導を踏まえ開催につなげ実施できる。 ③研修参加、機会学習 |
| 担当部署 | がん相談支援センター |

日付：2022年4月 日

| | |
|-----------|--|
| Plan (計画) | ①患者、家族、院内関係部署へがん相談支援センター周知を継続。がん相談員のスキルアップをはかる。 ②がんサロンの再開・就労支援の継続 ③1事例1事例、医療者からの問い合わせに確実な情報提供。相談支援を行い対応していく。 |
|-----------|--|



日付：2022年月日

| | |
|---------|---|
| Do (実行) | ①環境の見直しでは、相談時に患者さんからの声を聴取した。(場所のわかりにくさ、受付がある窓口ががん相談支援センターとの認識が低かったことがわかった。) 対策の検討。 外来患者中心に『生活のしやすさに関する質問票』の活用、年3回の強化月間を継続してがん患者さんの苦痛を拾い上げ、早期の介入につとめた。 4月から、がん看護専門看護師の配属によりより専門的な介入を行った。また各診療科へ周知できる働きかけを実施した。看護師・MSWそれぞれの継続研修や専門分野での研修参加を行いスキルUPを行った。 ②感染管理者への相談指導を受け感染対策の実施のもと、2022年11月から人数制限での実施を行い1回/月の再開し2022年は2回実施し、参加者は15名であった。就労支援に関しては年3回の計画で3月7月11月開催5名の相談を実施で来た、開催時には事前に患者さんへの健康状態を確認しながら実施と ③奈良県からの要項と更新情報を関連部署へ情報提供に努めた。ポスター掲示・リーフレット活用の継続、掲示場の拡大。またAYA世代のがん患者さんへの介入につとめ、相談支援の実施。 |
|---------|---|



日付：2022年 月 日

| | |
|------------|---|
| Check (評価) | ①2022年のがん相談件数の総数は3111件と増加が見られた。患者さんからの声を聞かせていただき、新指針に取り組む点についての課題とする。 ②感染対策として、室内環境の調整・参加者の人数調整・来院時の健康チェックを実施し予定開催が実施できた。サロンに関してはコロナ禍前の参加数には人数制限もあり回復は得られていない。 ③ポスターやリーフレットの掲示場の拡大のきっかけは職員からの、当診療科前にも掲示して欲しいと言う声も聞かれ、職員の意識の変化も見られてきたと考えられる。 |
|------------|---|



日付：2022年12月日

| | |
|-------------|---|
| Action (改善) | ①環境整備に関しては具体的な案の検討実施。スキルUPに関しては奈良県・国がん研修センターからの情報を捉え参加していく。院内職員(医師・看護師・コメディカル)に対しての情報提供をしながら理解を深める機会を作り、院内関係部署との連携を強化していく。また「生活のしやすさに関する質問票」の活用に向け検討し、より効果的な相談支援に繋ぐ。 ②感染対策を引き続き行いながらがんサロン・就労相談の開催を継続。また参加人数に関しては感染状況により増減を検討していく。 ③奈良県からの情報、研修会への参加。がん相談としての事例共有を行っていく。また奈良県の「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法促進事業」に積極的に参加する。 |
|-------------|---|

PDCAサイクル【がん登録】

| | |
|------------|--|
| 課題の内容 | ①がん登録情報は様々な形で利活用されているため実務者には技能向上が求められている。 ②ホームページ上で情報公開する院内がん登録データの集計を行う。 |
| 目標 | ①院内がん登録データの質の向上 ②一般の方でも理解しやすい、かつ見やすいレイアウトでの情報公開 |
| 目標達成の検証方法 | ①国立がん研究センターへのがん登録データ提出 ②ホームページへの情報公開 |
| 目標に向けた活動計画 | ①がん登録に関する研修への参加 ②がん情報サービスサイトの院内がん登録全国集計結果閲覧システムに公開されているデータを参考に集計 |
| 担当部署 | 診療情報管理室 |

| | |
|--------------|--|
| 日付：2022年1月4日 | |
| Plan（計画） | ①運用マニュアルや登録対象改訂等の理解を深めるため、がん登録に関する研修に参加する。また、データ提出前には各診療科に確認いただき、データの質の向上を目指す。初級認定者については中級認定取得に向けて、がん登録に取り組む。 ②ホームページで情報公開されている内容の精査を行い、レイアウトを改善する。 |



| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月28日 | |
| Do（実行） | ①中級および初級認定者は、国立がん研究センターが主催する研修会に参加した。また、データ提出前には各診療科に登録内容の確認依頼を行った。初級認定者については中級認定を取得し、がん登録に取り組んだ。 ②ホームページで情報公開されている内容の精査を行い、グラフ表記を変更し、レイアウトの改善を図った。 |



| | |
|----------------|---|
| 日付：2022年12月28日 | |
| Check（評価） | ①研修内容については実務者間で情報共有を行った。初級認定者については中級認定を取得し、がん登録データの質の向上に取り組んだ。 ②ホームページへの情報公開は毎年行っており集計結果に変わりはないが、グラフ表記を変更したことにより、一般の方でも理解しやすい、かつ見やすいレイアウトになった。 |



| | |
|----------------|--|
| 日付：2022年12月28日 | |
| Action（改善） | ①今後も研修会等に参加し、最新の登録技能を習得する。初級認定者については中級認定取得に向けて、がん登録に取り組む。 ②院内部会（がんボード部会）にてがん登録に関する発表を行い、がん登録の周知を図る。 |

PDCAサイクル【がんサーボード】

| | |
|------------|--------------------------------|
| 課題の内容 | がんサーボードの開催の在り方について |
| 目標 | コロナ禍での感染対策を講じたがんサーボードの安全な開催 |
| 目標達成の検証方法 | 指定要件である年12回以上の開催 |
| 目標に向けた活動計画 | 院内ICT・感染制御室と会場レイアウトや換気等検討し開催する |
| 担当部署 | がんサーボード部会、診療情報管理室 |

| | |
|---------------|--|
| 日付：2022年1月12日 | |
| Plan（計画） | がん診療連携拠点病院の指定要件であるがんサーボードは年12回以上開催が必要であり、症例検討を行う場でもあるので、会場参加型の開催を行う。コロナ禍でも開催が維持できるよう院内ICT・感染制御室と協議して、リアルタイムな感染状況を把握の上、会場レイアウトや換気等の対策を講じるとともに、参加者への積極的な呼びかけを行う。 |



| | |
|---------------|--|
| 日付：2022年4月14日 | |
| Do（実行） | 感染制御室・ICTと開催方式や実施会場の環境についての相談・検討を行い、適宜、会場レイアウトの変更、参加者の座席の配置等、適切に室内換気を行った。また、症例に係る部署に直接声掛けを行い、参加を促した。 |



| | |
|---------------|---|
| 日付：2022年12月9日 | |
| Check（評価） | 参加人数は維持した状態で、感染者もなく無事に実施できているが、参加者が多くなった場合の対応などについて検討が必要。昨年に引き続き、メールにて症例内容を付けての斉開催案内を行うことにより、広く職員へ案内ができた。コロナ蔓延した月は開催を延期し、翌月に2回分の開催をすることで年12回の開催ができた。会場形態を会場とWEB参加型のハイブリッド方式にできないか検討したが、諸事情により困難と判断した。 |



| | |
|---------------|--|
| 日付：2022年12月9日 | |
| Action（改善） | 開催回数に問題はないが、急な開催中止に備えて、開催回数を15～20回程度できるよう企画し、要請に応じて臨時開催も受け入れていく。 |