

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
目標達成の検証方法	連携病院指定の申請
目標に向けた活動計画	人員確保、運用のシミュレーションとマニュアル作成
担当部署	がん診療委員会 がんゲノム医療相談支援室（準備室）

日付：2021年4月1日	
Plan（計画）	①がん診療委員会での起案・承認、幹部会で承認 ②人的・実績等要件の確認と不足要件の確保準備 ③WGの設置 ④運用マニュアルの作成 ⑤大阪大学医学部附属病院の連携病院として申請



日付：2021年12月28日	
Do（実行）	①2020年3月がん診療委員会の開催で起案し承認を得た。 ②遺伝カウンセリング提供体制に必須の有資格者の確保として認定遺伝専門医（神経内科医師）に加え2021年4月遺伝性腫瘍コーディネーターを当院がん専門看護師が取得 ③2021年8月がんゲノム医療連携病院取得のWG開催 ④2021年11月運用マニュアルを作成 ⑤2021年12月阪大に申請・受領いただく



日付：2022年1月14日	
Check（評価）	①起案・承認までは問題なかったが、実際の要件充足に向けた院内の調整には時間を要した ②神経内科による遺伝カウンセリングで大筋問題ないが、がん診療の特異性を加味する必要性を感じその確保をできたのは幸運であった。 ③院内調整のためのWGで改めて人的要件を含めた協力体制を確認実行できた。 ④各部門の当院での実情に応じた調整の末マニュアル作成に至った ⑤2021年末に阪大へ申請し、数回のやり取りの末、連携病院指定取得の最終段階に至った



日付：2022年1月14日	
Action（改善）	まず、院内からさらに院外へも周知を行いより多くの候補者にゲノム医療へのアクセスを支援する まだ机上の空論の域を越えない現状から実施に伴って明らかになる種々問題点を随時改善するべくマニュアル等改定していく

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
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を行う
担当部署	診療情報管理室

日付：2021年4月5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。 ②診断年ごとの院内がん登録数、がん種別件数、年齢階級別件数、診断時住所別件数、ステージ別治療方法について集計する。



日付：2021年10月29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。また提出前には各診療科に登録内容の確認依頼を行った。 ②2016年～2020年診断症例について、院内がん登録データを用いて集計を行った。



日付：2021年11月5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。また各診療科に確認した結果、登録内容に修正があったデータについては実務者間で共有した。 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、作成したグラフの大きさやレイアウトの統一がなされていなかった。



日付：2021年11月5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。また初級認定者については中級認定取得へ向けてがん登録に取り組む。 ②まず直近データ2016年～2020年診断症例のデータを用いて一括で再集計を行いレイアウトの統一を図った。2015年以前の登録データについても改善するべく、引き続き情報公開の内容について精査および作業に取り組んでいく。

PDCAサイクル【がんセンターボード】

課題の内容	がんセンタ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センタ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	がんセンターボード部会、診療情報管理室

日付：2021年4月8日	
Plan（計画）	がん診療連携拠点病院の指定要件であるがんセンターボードは年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大切にしており、コロナ禍で開催の維持ができるよう院内ICT・感染制御室と会場レイアウトや換気等の相談検討を行う。



日付：2021年11月11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、会場レイアウト・参加者の座席の配置等や換気を行い、感染者なども出ずに毎月がんセンターボードを実施することができた。



日付：2021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。 メールにて症例内容を付けての一回開催案内を行うことにより、広く職員へ案内ができるようになった。



日付：2021年12月9日	
Action（改善）	会議形態を会場とWEB参加型のハイブリッド方式にできないか検討

PDCAサイクル【がん相談】

課題の内容	患者支援に関連したサービス向上に向けた取り組み ①コロナ禍における患者サロンの開催及び就労支援相談会の開催 ②「AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」への参加 ③がん相談支援センターの周知
目標	①感染対策を考慮し患者サロン・就労相談会を定期的に開催、活動支援の継続 ②「AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」に関し、当院としての役割を理解し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。 ③がん相談支援センターの周知と相談機能の強化
目標達成の検証方法	①開催回数、参加人数の把握 ②対象者への対応、対応記録・患者さんから声の聞き取り ③がん相談件数・内容・対応内容の集計報告、癌相談使用状況アンケート集計「生活のしやすさ」に関する質問票集計報告
目標に向けた活動計画	①ぴあサポート・社会保険労務士会との調整 関係部署との調整 ②研修等の機会学習 ③がん相談支援部会、がん相談支援分科会での情報共有・取り組みの見直し
担当部署	がん相談支援センター

日付：2021年4月22日

Plan（計画）	①安全な開催の検討（感染対策の院内同行に沿った）・参加者の健康状況の把握 ②研修等の機会学習で得た正しい情報の提供。 ③患者、家族、院内関係部署ががん相談支援センターを周知し、相談窓口として積極的に利用してもら
----------	---



日付：2021年10月28日

Do（実行）	①患者サロンは、コロナ禍で開催を見合わせていたが12月に1回の開催。 就労支援相談会については、病院HPへのお知らせの更新・7月・12月・3月（予定）感染対策を実施しながら、年3回の相談会開催、計6名（予定を含め）実施ができた。 * 広報の方法を替え、従来のポスター掲示と共に大きく電光広告を行い患者へアピールを行っている ②奈良県からの『がん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業実施要項』を関係職員への情報提供を行い周知を行った。 ・ポスター・リーフレットの活用（情報提供） ・がん相談員の研修会（Web研修）参加 ③パンフレットに配布、ポスター掲示、広報誌（サポート春日野）の発行・キャンサーボードの場（9月）での院内医療関係者に向けての講演を行った。 外来患者中心に『生活のしやすさに関する質問票』の活用、3回/年の強化月刊を行うことで、より多くのがん患者の苦痛を迅速に拾い上げ、適切な緩和につなげられるよう実施した。
--------	--



日付：2021年10月28日

Check（評価）

- ①感染等の問題なく開催できた。
- ②情報提供により、関連診療科だけでなく院長・管理者への情報提供を行った。
- ③がん相談件数2021年度（12月まで）1651件であり奈良県拠点病院とし手は多い件数であった。
生活のしやすさに関する質問票においては、回収352件中131件を介入につなげることができている。



日付：2021年10月28日

Action（改善）

- ①感染対策を講じたがんサロンの定期開催の検討
- ②・がん相談としての事例共有を行う（事例件数が0件/年）
 - ・研修会参加を進め提供できる情報・知識を得る。
- ③がん相談支援センターの活用：院内で情報提供をしながら理解を深められる機会をつくる。「生活のしやすさに関する質問票」の活用から早期に相談へ繋ぐ、また院内関係部署との連携強化を図る。

PDCAサイクル【薬剤室】

課題の内容	①外来化学療法室へ専門有資格者の育成及び配置 ②新しいオピオイドに対する処方の周知
目標	①職員への研修支援及び資格者の育成及び配置を行う ②新しいオピオイドに対する使用・理解を深める
目標達成の検証方法	①がん薬物療法認定看護師の配置 ②使用状況・使用件数の確認
目標に向けた活動計画	①外来化学療法室の体制整備 ②新しいオピオイドに対する使用・理解を深める
担当部署	薬剤室・化学療法室・緩和ケア室・看護部

日付：2021年4月22日	
Plan（計画）	①現在、外来化学療法室では、がん看護専門看護師が配置され適切な治療支援を行っているが、昨年より、がん薬物療法認定看護師の資格取得への育成支援を行っている看護師の資格取得後の外来化学療法室への配置を計画。 ②医療用麻薬：ナスサス・ナルラピドの使用料が2020年度下半期より多くなっている。外科からの処方だけではなく、呼吸困難の緩和目的で呼吸器内科からの処方が増えている。 メサペインなどの新しいオピオイドの周知・理解を呼びかけ、患者の状態にあった適切な処方ができるように周知行う。



日付：2021年11月18日	
Do（実行）	①臨床研修も研修を行いやすいように当院での受け入れを実施し、試験も終了。試験の結果待ちとなっている。 ②メサペインの処方件数は、2020年度上半期が0件に対し2021年度上半期は18件と増加傾向であるが、現在処方可能な医師は4名。 タンペタは外科の医師に何例か使用されたが、あまり好印象ではなく積極的に進められていない。



日付：2021年12月16日	
Check（評価）	①資格試験が終了し認定を無事取得。人員の適正配置と役割の整備を行う。 ②ナルサスは内服しやすいこともあり増加傾向にあるが、患者のコンプライアンスが低い場合は注意が必要になる。メサペインは骨転移を含む疼痛に対して有効であるが、使用に際してe-learning受講が必要になり、処方可能医師の数がまだ少ない。



日付：2021年12月16日	
Action（改善）	①がん薬物療法認定看護師を中心とした治療や支援体制について、がん患者とその家族に十分に周知する。 ②院内での勉強会の開催などを行い周知及び理解を深められる機会を設ける

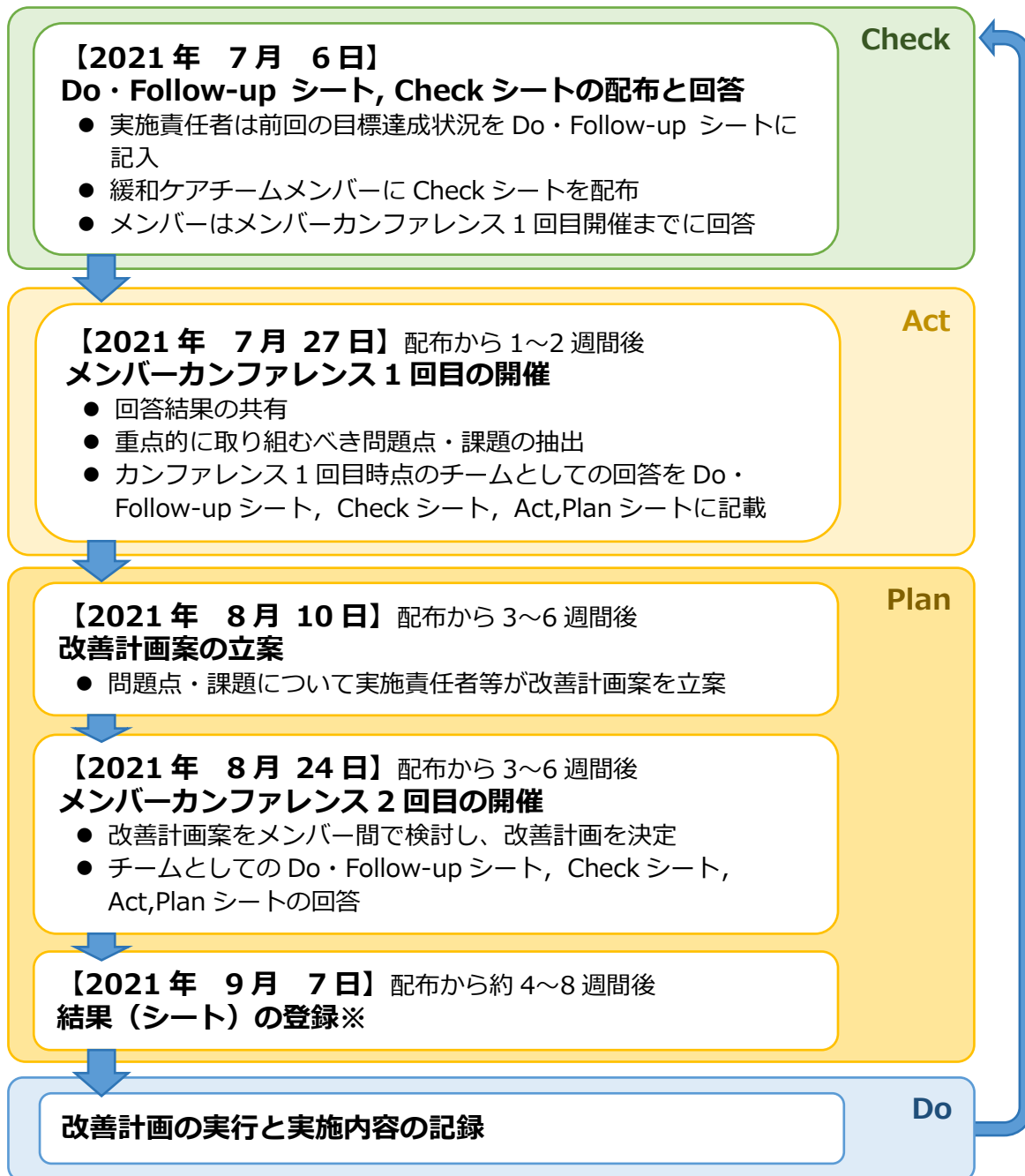
【別添資料 1】

特定非営利活動法人 日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会
**緩和ケアチームセルフチェックプログラム
実施スケジュール**

施設名 市立奈良病院

学会 WEB サイトへの施設名の公開希望 : (○) 希望する・() 希望しない

セルフチェックプログラム実施結果印刷物の希望 : (○) 希望する・() 希望しない



緩和ケアチームセルフチェックプログラム Act・Planシート

施設名	市立奈良病院（20200825）		記入者	久保速三/西田由美子	
チームメンバー構成（セルフチェックシート回答者）					
職種	人数	職種	人数		
身体症状担当医師	2	医療ソーシャルワーカー	1		
精神症状担当医師		医療心理に携わる者			
専従看護師	1	管理栄養士	1		
専従以外の看護師		その他	1		
薬剤師	1	合計	7	人	
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					
1	チーム提案の採択率が50～70%と低い、という問題点を"印象"として共有していた。さらに、チーム推奨が採用されなかった場合、その理由の確認や次回への工夫が話し合われていない。				
2	依頼患者に対する活動について、チーム全体で焦点を当てた症例検討や評価があまりなされていない。また、チーム活動について定期的な話し合いができていない。				
3	チーム活動の周知については、院内依頼元とのカンファレンスが広がりつつあり、院内への周知という点で具体的な形となりつつある。医師以外からのコンサルテーションも制度的な整備はないが、病棟カンファレンスなどの交流の場が拡大することで、増える手ごたえをもち始めている。				
Plan: 改善計画（上記の課題・問題点について目標と具体的な改善計画を記載する）					
1	目標	提案の採択率を上げる			
	計画	①カルテ記載のみならず口頭で主治医に伝える。コアメンバーの朝のカンファレンスやチームカンファレンスで誰（どの職種）が伝えるかを相談して依頼実行していく。 ②コアメンバーが提案症例の一覧シートを作成記入、採択率を定量化するとともに、採択率の悪い症例をピックアップしてチームカンファレンスで議論できるようにする。			
2	目標	チームカンファレンスでの情報交換や共有を活発にする			
	計画	①全症例のプレゼンテーションでなく、新しい症例紹介と既症例の変化や問題点に絞ってプレゼンテーションにメリハリをつけていく。 ②症例の振り返りは、コアメンバーが症例を決めて、チームカンファレンスの前日または当日の朝にメールで知らせておく。振り返り症例の一覧シートを作成して記録に残すようにしていく。 ③2カ月に1回、第4週をカンファレンス見直しの日とする（期日前にメールで周知）。			
3	目標	昨年度の課題を踏まえ院内周知を図っていく			
	計画	①症状緩和マニュアル整備、久保・北田・藤田で原案を、進捗具合をカンファレンスで報告する。「疼痛」については完成間近である。 ②介入患者の広がりに応じて5東西・5南・4南・4西病棟にカンファレンスを拡大していく。その設定は西田看護師が主になって働きかける。			

Do・Follow-up シート

※前回の計画の実施内容と目標達成状況をご記入ください。

施設名	緩和ケア(20210701)	記入者	久保速三		
チームメンバー構成（1年後の目標達成状況を検討した者）					
職種	人数	職種	人数	人	
身体症状担当医師	1	医療ソーシャルワーカー	1		
精神症状担当医師		医療心理に携わる者			
専従看護師	1	管理栄養士	1		
専従以外の看護師		その他(OT)	1		
薬剤師	1	合計	6		

Do:実施した内容		Follow-up :1年後の目標達成状況				
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を記載してください。		緩和ケアチーム全体で、目標の達成状況について該当する○を一つクリックし、その理由を下記へ記載してください。				
1	〈提案の採択率を上げる〉 ①「提案を口頭で伝えるようにする」「誰が伝えるか」について、朝カンファレンスで話し合っ決めて意識づけができた。 ②採択率を定量化してみると、90%程度達成できており、採択率が低いという「Checkシート結果」はカンファレンスで不採用の話題が中心だったからと推測できた。	達成 していない	あまり達成 していない	概ね達成 している	達成 している	判断できない
		○	○	○	●	○
		①②西田看護師作成の提案一覧シートにより予想以上に採択率が高いことを確認できた。 また今回をきっかけに提案の採択不採択に意識的になり、かつ採択を口頭で働きかける重要性を認識できた。				
2	〈カンファレンスでの情報交換や共有を活発にする〉 ①新規症例紹介を優先し、既症例の変化や問題点に絞ってプレゼンテーションにメリハリをつけてきたつもりだが、参加者の意見を③で集約できなかった。 ②振り返りはあまりできていない。 ③カンファレンス見直しを定期的には行えなかった。いつの間にか、2か月1回という定期が消えてしまった。	達成 していない	あまり達成 していない	概ね達成 している	達成 している	判断できない
		○	○	●	○	○
		①参加者が関心を持てるほどにメリハリがついたかどうか、今回をきっかけに意見を聞いてみたい。 ②いつの間にかカンファレンスの見直しをするという視点が薄れて、とりあえず週1回のカンファレンスを行っていくことに集中。				
3	〈昨年度の課題を踏まえ院内周知を図っていく〉 ①症状緩和ガイド、「疼痛」部分について電子カルテ上にアップされた。持続皮下注や鎮静の処方を「セット」にひな形を作成できた。 ②症例のある病棟については、朝カンファレンスで課題や提案を焦点化できた場合に、当日にカンファレンスを設定開催をできるようになった。	達成 していない	あまり達成 していない	概ね達成 している	達成 している	判断できない
		○	○	●	○	○
		①症状の1つである「疼痛」の作成はできた。 その他の症状の作成も行っていくため、「概ね達成」とした。 ②この項目は「達成している」になる。				

緩和ケアチームセルフチェックプログラム Act・Planシート

施設名	市立奈良病院（20210825）		記入者	久保 速三	
チームメンバー構成（セルフチェックシート回答者）					
職種	人数	職種	人数		
身体症状担当医師	1	医療ソーシャルワーカー	1		
精神症状担当医師		医療心理に携わる者			
専従看護師	1	管理栄養士	1		
専従以外の看護師		その他	1		
薬剤師	1	合計	6	人	
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					
1	<p>1, 院内周知を図っていく（1）①）</p> <p>日常活動しているコアメンバーと主としてカンファレンスのみに参加するスタッフとの間で、チェックシート上の院内周知度について認識の相違があることから、昨年度目標1の「提案の採択率」に関する認識の相違と同様に、コアメンバーからのチームスタッフへの周知活動が不足していると考えて目標1とした。</p>				
2	<p>2, 目標設定が語れていない（4）①②）</p> <p>介入依頼事項すべてについて目標設定することは大きすぎる課題と感じられたので、まずは設定しやすい事項、例えば痛みに代表される症状緩和の目標設定から試みることにした。</p>				
3	<p>3, チーム活動についての評価や改善をカンファレンスでできていない（7）①～③、8）①）。</p> <p>昨年度と同じ課題になる。</p>				
Plan: 改善計画（上記の課題・問題点について目標と具体的な改善計画を記載する）					
1	目標	コアメンバーの活動をカンファレンスでチーム内に周知していく。			
	計画	<p>①前週の病棟カンファレンスや課題のあった判定会議の内容を報告する（西田/久保他）。</p> <p>②チーム提案の内容や採択結果を回診記録「考察と提案」に記載し報告する（西田/久保）。</p> <p>③チーム介入外来患者・チーム未介入患者への対応を報告する（西田/久保他）。</p> <p>④1カ月に1回、相談内容や依頼件数を報告する（西田）。</p>			
2	目標	チーム介入依頼事項の目標設定を行う。			
	計画	チーム依頼票の依頼内容から選択して、目標設定と遂行経過を回診記録「チーム介入の目標設定」欄に記載してカンファレンスで共有議論する（西田）。			
3	目標	チーム活動についての評価を行う。			
	計画	2か月に1回、カンファレンス見直しの機会を作る（全員）。カンファレンス不参加メンバーには、コアメンバーが口頭で報告していく（西田）。			