

《P D C A サイクル実施計画・管理表》

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
27	01 化学療法	2020年度	化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成	化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成	必要に応じて、関係部署より担当者を選出してもらい、小チームを結成する。そのメンバーで検討、検証を行う。	外来における化学療法の初回導入の拡大を図る 分子標的薬皮膚障害対策マニュアルの見直し 口腔ケアの充実に向けて、歯科受診の拡大、スタッフ教育の実施 Infusion reaction 対応マニュアルの新規作成					
23	01 化学療法	2019年度	化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成	化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成	必要に応じて、関係部署より担当者を選出してもらい、小チームを結成する。そのメンバーで検討、検証を行う。	① 新着任医師をはじめとする外来化学療法に携わる医師への外来化学療法センターの運用周知（再徹底）を図る ② 外来における化学療法の初回導入の拡大を図る ③ 化学療法患者の口腔ケアの充実を図る ④ Infusion reaction 対応マニュアルの新規作成	△概ね達成	外来化学療法に携わるすべての医師に、運用マニュアル要約版（医師に関する内容のみに要約したもの）を配付した。 外来初回導入時の1日あたりの予約枠を15件から18件に拡大した結果、昨年度より年間合計が20件増加し、115件となった。 従来から、主治医が必要と判断した患者への化学療法前の口腔ケアは行っていたが、口内炎のリスクが低いレジメンの場合でも、患者のセルフケア能力が低い場合には、悪化するリスクがあるので、原則としてすべての化学療法を受ける患者に歯科を受けてもらうようにした。	△継続	2015年の外来化学療法センターのリニューアルから5年を迎え、外来化学療法センターの運用の見直しや改善の一環として、外来初回導入予約件数の増加や口腔ケアの充実に向けて、取り組みを始めた。新運用の周知に併せて、既存の運用の周知徹底もを行い、円滑な運用に努めた。今後も運用やマニュアルの適宜見直しや、運用の再確認を行い、安全な化学療法の実施に繋げたい。Infusion reaction 対応マニュアルの新規作成について、継続して取り組む。	No 27 へ引継ぎ
18	01 化学療法	2018年度	化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成	化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成	関係部署より担当者を選出してもらい、小チームを結成する。そのメンバーで検討、検証を行う。	① Infusion reaction 対応マニュアルの新規作成。 ② 各マニュアルを化学療法委員会においても検討、承認。 ③ 平成31年3月末まで作成し、順次運用開始。	△概ね達成	2017年度に「抗がん剤漏出マニュアル」の見直しと「抗がん剤アレルギー出現時の対応マニュアル」の作成を行ったので、2018年度は「Infusion reaction 対応マニュアル」の作成を計画したが、実行できなかった。ただ「Infusion reaction 対応マニュアル」という小項目は実行できなかったが、「化学療法に関するマニュアルの見直し」という大項目では、「外来化学療法センター運用マニュアル」の改訂や「外来化学療法センターの診察手順（中診察の書類処理）」の見直しを行い、より円滑な運用に努めた。また、安全な化学療法の実施のため、アルコールフリー製剤の採用といった薬剤の見直しや、医師によってばらつきがあった抗がん剤のオーダー方法をレジメンオーダーに統一するといった改善を行った。	△継続	Infusion reaction 対応マニュアルの新規作成について、継続して取り組むと共に、2015年の外来化学療法センターのリニューアルから5年を迎え、リニューアル当初に見直しした外来化学療法センターの運用を、改めて見直す時期になっているので、それ以外のマニュアルも適宜、見直したいと思う。また、安全な化学療法の実施のため、レジメンの見直しも継続したいと思う。	No 23 へ引継ぎ
13	01 化学療法	2017年度	化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成	化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成	関係部署より担当者を選出してもらい、小チームを結成する。そのメンバーで検討、検証を行う。	① 抗がん剤漏出時マニュアルの見直し。 ② Infusion reaction 対応マニュアルの新規作成。 ③ 各マニュアルを化学療法委員会においても検討、承認。 ④ 平成30年3月末まで作成し、順次運用開始。	△概ね達成	①の「抗がん剤漏出マニュアル」の見直しと③の「抗がん剤アレルギー出現時の対応マニュアル」の作成はできた。平成29年10月の委員会で承認されたので、平成30年3月末までの作成、運用開始という目標は達成できた。平成30年8月時点、問題なく運用されている。 ②の「Infusion reaction 対応マニュアル」は完成できなかったため、平成30年度の課題に繰り越す。	△継続	②の「Infusion reaction 対応マニュアル」は完成できなかったため、平成30年度の課題に繰り越す。進捗管理にも気を配るようにしたい。	No 18 へ引継ぎ

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
8	01 化学療法	2016年度	発熱性好中球減少症マニュアルにおける抗生剤選択の再検討	当院の発熱性好中球減少症における血液培養陽性例に即した抗生剤を検討、選択する。	感染防止対策委員会でも抗生剤選択の適確性の検討を依頼する。	①過去1～3年の血液培養陽性例の菌種を確認、検討。 ②上記で頻度の最も高い菌種に有効な抗生剤を選択。 ③発熱性好中球減少症マニュアルを化学療法委員会で検討、承認。 ④平成29年3月末までに実際に運用開始。	○達成	①血液培養陽性例の菌種で当院に特徴的（特異的）な傾向は認めなかった。 ②よって発熱性好中球減少症マニュアルは臨床腫瘍学会のガイドラインを当面使用する。 ③当院の現状に即さない事例が生じた場合は感染防止対策委員会とも協力し、適宜見直し等を行う。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	○完了	①新たな課題として、化学療法に関するマニュアルの見直しと新規作成を行う予定。 ②具体的には下記を検討予定。 1) 抗がん剤漏出時マニュアル 2) Infusion reaction 対策マニュアル ★改善内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	
6	01 化学療法	2015年度	発熱性好中球減少症マニュアルの作成	① 左記を作成し入院、外来、特に救急外来において研修医の診療指針として活用してもらう。 ② 医師のみならず薬剤師、看護師、他のコ・メディカルスタッフにも実践的な知識、技術を共有してもらう。	① マニュアル作成、活用前後の重篤な感染症（敗血症、菌血症）の発症頻度の比較 ② 救急外来における研修医の利便性の確認（聞き取り調査とする）	① 免疫血液内科スタッフで試案を作成。 ② 化学療法委員会で検討、承認。 ③ 最終案決定は平成28年3月までに行う。 ④ 実際の使用（運用）開始は平成28年4月とする。	△概ね達成	日本臨床腫瘍学会の発熱性好中球減少症診療ガイドラインに準じて当院のマニュアルの試案を作成した。しかし、抗生剤の選択が当院の血液培養陽性例の菌種に必ずしもそぐわないとの指摘を受けた。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価： [Do] 活動計画の予定の①の途中で留まっているので、今後に期待する。	△継続	当院の検出細菌種に即した抗生剤の再検討を行う。 ★改善内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：マニュアルが完成した暁には、マニュアルの活用を積極的に働きかける。	No.8へ引継ぎ
28	02 緩和ケア	2020年度	1 すべての患者・家族が基本的緩和ケアを受けることができる 2 患者・家族が質の高い専門的緩和ケアを受けることができる	1 ①つらさのスクリーニングシートをリンクナースと連携のもと活用し早期介入につなげ、運用方法の改善点を継続検討する。③院内・外の医療従事者の能力向上に努める。④緩和ケアマニュアルを改訂し実践での活用を図る。 2 ①緩和ケアチームのメンバーの能力向上・チーム機能の向上に努める。②定期的にチームの活動を振り返り評価する。③多職種連携を強化する。④がん以外の患者に対する緩和ケアを推進する。	1 スクリーニング件数の評価 2 緩和ケアチーム介入件数の評価	1 ①スクリーニングを院内で約2000件施行する。②スクリーニングによる介入年20件以上（前年度以上）を目標とする。③院内・外の医療従事者を対象に研修会を開催する（PEACE研修・ELNEC研修・オープンカンファレンス1回/年）。④緩和ケアマニュアルを改訂し院内職員がマニュアルを活用した実践をする。 2 ①チームメンバーの能力、チーム機能の向上に努める。（学会参加2回/年・発表1回/年）②定期的にチーム活動を振り返り評価する（院内3回/年、院外第三者チェック1回/年）。③緩和ケアチームと各診療科・部門で症例カンファレンスを行う（がんボード1回/年、合同カンファレンス1回/年、骨メタカンファレンス1回/週）。④がん以外の患者に対する緩和ケアを推進する。・非癌患者への疼痛・呼吸苦対応（50件/年）。循環器内科との協働（5件/年）					

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
24	緩和ケア	2019年度	①すべての患者・家族が基本的緩和ケアを受けられることができる ②必要な患者・家族が専門的緩和ケアを受けられることができる	①つらさのスクリーニングシートを普及していく。院内・外の医療従事者の能力向上に努める ②緩和ケアチームのメンバーの能力向上・チーム機能の向上に努める定期的にチームの活動を振り返り評価する。多職種連携を強化する。がん以外の疾患を持つ患者に対する緩和ケアを推進する。	①スクリーニング件数の評価 ②介入件数の評価	①スクリーニングを外来・病棟で約2000件施行する。スクリーニングによる介入を年20件以上を目標とする。院内・院外の医療従事者を対象に勉強会・研修会を開催する。 ②チーム回診・ミーティングを行う。チームメンバーの能力、チーム機能の向上に努める。定期的にチームの活動を振り返り評価する。	△概ね達成	スクリーニングを外来・病棟で約1800件（前年度1600件）施行した。スクリーニングシートを変更し患者にチーム介入希望の有無を尋ねるようにした。スクリーニングによる介入は約20件となっている。スクリーニング件数は目標に届かなかったがスクリーニングによる介入は増えてきている。緩和ケアチームから研究発表2回/年行った。チーム活動の評価を院内3回/年、院外第三者チェック1回/年実施した。緩和ケアチームと各診療科・部門でカンファレンス1回/年、骨メタカンファレンス1回/週で検討する機会をもった。 非癌患者への疼痛・呼吸苦対応50件/年実施した。循環器内科との協働はしているが診療報酬につながったのは1件/年であった。	△継続	スクリーニングシートの患者への説明方法や活用、チームとの連携についてリンクナース会で検討した。スクリーニング件数の増加につなげていきたいと考える。	No28へ引継ぎ
19	緩和ケア	2018年度	緩和ケア活動の発展	1. 延べ介入数：3500件/年 2. リンクナース、認定STAFFと連携しスクリーニングによるチーム介入が必要な患者への介入の徹底を図る：1400件/年 3. 医療従事者対象の研修等への参加後の実践力の把握 4. 緩和ケアの普及のための教室開催と課題の明確化	1. チーム介入数推移の分析 2. スクリーニングでのチーム介入数の分析 3. 参加者へのアンケート結果の比較 4. 参加者数：30～50名	1. チーム介入活動の継続 2. リンクナース等との連携の場の確保とスクリーニング運用強化の検討 3. 参加者へのアンケートの実施と分析 4. 緩和ケア関連のテーマでの教室の開催	○達成	チーム介入件数は増加している スクリーニング件数は増加している 緩和ケア関連のテーマでの教室を実施した 緩和ケア研修会を実施した リンクナース会を月に一度実施した	○完了	チーム介入数は450件/年と増加している スクリーニングの実施の拡大により早期の苦痛への対応へとつなげていきたい	
14	緩和ケア	2017年度	緩和ケア活動の発展	新たなスクリーニングシートを、リンクナースとの連携の下、病棟で普及させていく。 新たなスクリーニングシートを、外来化学療法センター、放射線治療外来で普及させていく。 スクリーニングチームを強化し、運用方法の改善点を継続検討する。	スクリーニングシートの集積と分析。 スクリーニングチームの活動状況の分析。	スクリーニングシートの集積と統計分析。 スクリーニングチームの定期ミーティング。 病棟リンクナース、外来担当者から提起される問題点の分析と対応。 つらさのスクリーニングの診療における効果の評価。	○達成	新たなスクリーニングシステムを平成29年11月より導入、スクリーニングの実施件数は、昨年度に比べ、16.6倍となった。（平成29年平均83件/月、平成28年平均5件/月）これまで一部の外来患者のみの実施であったが、入院患者・治療中の外来通院患者にも幅広く実施できるようになった。導入に至っては、各部署のリンクナースの協力や連携もえられた。 つらさのスクリーニングの診療における効果の評価では、緩和ケア介入数323件（平成29年4月1日～平成30年3月31日）のうちスクリーニングによる介入は10件であった。スクリーニングで能動的に患者の苦痛を拾い上げることが可能になるのは有用と考えられた。 スクリーニングチームの定期ミーティングはもてなかったが、シートの集積や分析は適宜共有した。	○完了	各部署でスクリーニング結果をタイムリーに把握できる方法を検討する。 スクリーニングチームでスクリーニングの実施状況を定期的に共有し、システムの改善点がないか検討する。	

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
9	02 緩和ケア	2016年度	緩和ケア活動の発展	新たに作成した「つらさ」の問診票を順次、他の診療科にも拡大し、緩和ケア介入患者数の増加をはかる。 問診票の内容、運用方法の改善点を継続検討する。	つらさのスクリーニングシートを集積し、統計解析を行う。	問診票の集積と統計解析 介入患者数の推移と介入内容の分析 スクリーニングシート運用に関する研修会への参加	△概ね達成	<p>改変した「つらさの問診票」は、全ての診療科への運用にはいたらなかった。以前より用いていた「つらさのスクリーニングシート」によるスクリーニング実施数は58例であり、昨年度（77例）より、25%減少した。スクリーニングにより、介入必要と判断された割合は、48.6%であった。スクリーニングによる介入基準と一致しなかった割合は19%であったが、つらさの程度が基準を満たし、患者が介入を希望するのにPCT介入とならなかったケースはなかった。スクリーニング実施数は増加しなかったが、緩和ケアチームの介入患者数は、3,348件と昨年度に比べ、1.58倍増加した。</p> <p>スクリーニング実施数が増加しない背景には、スクリーニングの対象の設定、スクリーニングの実施者が医師であることが考えられた。スクリーニングシートの形式や運用方法のさらなる見直しを行い、スクリーニングの実施数増加を図っていく必要がある。第7回兵庫県緩和ケアチーム研修会に参加し、当院のPDCAサイクルの進捗状況の確認や他施設との比較を行い、研修会課題の平成29年度の達成計画について検討した。</p> <p>★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：立て直した目標や計画に従って改善に取り組まれない。</p>	△継続	<p>スクリーニング運用方法およびスクリーニングシートを見直し、新たな方法で運用を開始する。病棟では、リンクナース会の立ち上げによるリンクナースの協力のもと、スクリーニングの普及・浸透をめざしていく。</p> <p>外来では、外来化学療法センターと放射線治療外来においても、新たに運用を開始する。</p> <p>★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：病棟へのスクリーニングシートの周知は、リンクナースを中心に行っているが、スクリーニングを行うのは、病棟看護師ではなく主治医であるので、チームから医師への周知をより充実させてはどうか。</p>	N014へ引継ぎ
4	02 緩和ケア	2015年度	緩和ケア活動の発展	「つらさのスクリーニングシート」が単一診療科を対象とした試行的な取り組みであるため、今後、新規がん患者全症例でスクリーニングが実施できるよう周知するとともに、その効果の検証作業を継続していく。	つらさのスクリーニングシートを集積し、統計解析を行う。	2015年6月より1か月ごとに対象診療科を拡大する。具体的には 6月～外科・消化器外科（7東病棟） 7月～消化器内科（7西病棟） 8月～泌尿器科（5西病棟）、呼吸器内科呼吸器外科（10東病棟） 9月～産婦人科（8東病棟）免疫血液内科（9東病棟）	△概ね達成	<p>対象診療科を広げながら外来、病棟においてスクリーニングシートを運用した。実施数は平成27年6月から平成28年5月までに93例と予測より少なく、方法の再検討の必要性が生じた。</p> <p>第6回兵庫県緩和ケアチーム研修会（兵庫県がん診療連携協議会緩和医療部会主催；平成27年11月14日）に参加した際の他院における実施状況を参考にしながら当院での方法を見直した結果、対象を入院患者に限定して、スクリーニング内容にも変更を加えることとした。</p> <p>★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：自己を適切に評価できており、立て直した目標や計画に従って改善に取り組まれない。</p>	△継続	<p>スクリーニングシート名を「つらさ」の問診票として、①つらさのある、なし、②つらさがある場合の内容の自由記入、③.緩和ケアサポートを希望するか、しないかの3項目に簡便化して、期間と対象診療科を限定して試行することとした。平成28年6月23日から7月6日までに、放射線科、免疫血液内科、泌尿器科、外科、乳腺外科、消化器内科に入院した悪性腫瘍の患者に対して主治医の了解を得た上で「つらさ」の問診票を試行したところ23例に実施でき、そのうち8例につらさがあり、緩和ケア介入の希望があった。</p> <p>★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：当委員会の委員が中心に、各診療科・院内への緩和ケアへの協力を促していく。</p>	N09へ引継ぎ
1	02 緩和ケア	2014年度	緩和ケア活動の発展	緩和ケアチームが介入する外来・入院患者数を増加させる。	2ヶ月ごとの介入患者数をみる。	苦痛のスクリーニングシート案をモデル病棟で施行後、院内統一型として運用する。病棟リンクナースと緩和ケアチームの連携体制を強化する。	△概ね達成	<p>チーム内で作成した「つらさのスクリーニングシートおよびその運用基準」が、がん総合診療部運用委員会において承認され段階的運用を開始することになった。職員への周知方法としては、医局会や師長会、院内メール等で活動の内容と意義を説明し、モデル部署の責任者に対してさらに具体的な運用方法を説明した。第1段階として2015年7月より外科・消化器外科外来と7階東病棟（外科・消化器外科入院患者）でスクリーニングを開始し、現在までに4件の回収があった。この中から緩和ケアチームへの介入依頼はまだ発生していない。実施件数が予測より少なく、新たにがんの診断を受けたすべての患者に対するスクリーニングが実施できていない現状にあると考えられる。</p> <p>★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。</p>	△継続	<p>単一診療科を対象とした試行であるが、がん新患者全例にスクリーニングが及んでいないと考えられるため、より徹底した周知体制が必要と思われる。現在までの実施率、実施できなかった原因を検証し、実施方法を再検討するとともに、スクリーニングシートの意義と方法を再度周知徹底していく必要がある。運用が軌道にのるまでの間は、定期的な検証作業を継続していく。</p> <p>★改善内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。</p>	N04へ引継ぎ

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
203	がんセンターボード	2014年度	治療方針に難渋する症例、原発不明症例のためのがんセンターボード方式の統一	がん総合診療部提案型のがんセンターボード方式を院内統一型として定着させる。	提案型がんセンターボード方式を一定期間運用して、内容を評価する。	H25年度提案型のがんセンターボード方式の実施回数が少なかったため、新たに機能別に3形式のがんセンターボード方式を作成し、一定期間運用する。	○達成	H26年度は従来の「オープン待機的方式」2回で、「クローズド迅速」1回、「オープン迅速」1回の合計4回開催された。3形式のがんセンターボードは適切に運用されており、方式としては問題ないと思われる。治療方針に難渋する症例、原発不明症例のためのがんセンターボードの実施回数が多くなっているのは、方式の問題ではなく、必要とする症例が少なくなっていると思われる。その理由として、① 腫瘍内科外来が開設され、適切な助言を得ることができるようになった。② 画像診断の発達により原発不明がんが少なくなり、早期に針生検などを施行するようになった。③ 診療科の垣根が低く、通常の診療体制でも複数の診療科と相談することが可能である。④ 多職種の各種チームが活動しており、通常の診療体制でも多職種が関与している。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	○完了	治療方針に難渋する症例、原発不明症例のためのがんセンターボードの形式として院内で周知統一されており、開催回数ともに問題ないと判断する。 ★改善内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	
204	がん教育・研究	2018年度	1. 研修医のがん医療の能力向上 2. がん看護研修修了者の能力向上 3. 看護師のエンドオブライフケアの能力向上 4. 自己の活動成果の検証	1. 研修医が院内のがん医療の実際を学ぶ 2. がん看護研修修了者の実践能力の維持向上のためのプログラムを構築する 3. 院内・院外の看護師を対象としたELNEC-J (エンドオブライフケア 看護師教育プログラム) を開催する 4. 学会発表を行う	1. 研修終了後に研修医にアンケートを実施する 3. 研修終了後に受講生にアンケートを実施する 4. 演題の数がいくつであったかを検証する	1. 神戸市立西神戸医療センター臨床研修プログラムの一環として、2年次研修医を受け入れる 2. がん看護研修修了者を対象としたプログラムを検討するための会議を開催する 3. 2018年11月にELNEC-Jを開催 4. 2018年10月に第56回日本癌治療学会学術集会で発表予定	○達成	1. 臨床研修プログラムとして2年次研修医を受け入れる事が出来た。 2. がん看護研修修了者を対象としたプログラムの構築は出来なかったが、緩和ケア、家族ケア、コミュニケーション、意思決定支援、事例検討などの研修を実施した。また、がん看護研修修了者と共同研究を行い第24回日本緩和医療学会学術大会にて発表した。 3. 2018年11月23、24日にELNEC-Jを開催し28名が修了した。アンケート結果からも講義の理解度や満足度は高かった。 4. 第56回日本癌治療学会学術集会で3名が発表した。	○完了	・がん看護における実践能力維持・向上のためのプログラムの構築。 ・看護ELNEC-Jの院内修了者数の向上。	
209	がん相談支援センター	2020年度	がん相談支援センターの認知度をあげ、相談者に適した質の高い支援を提供する	1. 相談が必要とする人が相談支援センターにアクセスでき、活用することが出来る 2. 相談者が質の高い支援を受けることが出来る	1. 相談件数 (600件) 2. 相談者アンケート結果 (相談して良かった: 95%以上) 3. 医療者からの相談件数 (全体の25%以上) 4. 社会保険労務士による「仕事と生活の相談会」利用者件数 (9件以上)	1. 各部署への広報活動 (5ヶ所) 2. ポスター掲示・リーフレット配置 (病棟・外来) 3. 院内広報誌への掲載 4. 相談員勉強会の実施 (モニタリング・ロールプレイング)、相談対応に質保証 (QA) 研修の受講 5. 相談対応資材の評価・更新 6. 認定相談支援センターの更新 (書類の作成)					

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
25	がん相談支援センター	2019年度	がん相談支援の機能の強化と質の担保	1. 相談を必要とされる人が相談支援センターにアクセスでき、活用することが出来る 2. 相談者が質の高い支援を受けることが出来る	1. 相談件数720件以上、アピアランスケアサロン参加者40名 2. 医療者からの紹介数27%以上 3. 社会保険労務士の導入が行え、相談員と共同した就労支援が行える	1. ポスターの掲示、リーフレット・パンフレットの配置 2. 各科・各部署への広報活動（前年度アンケート結果を参考にして） 3. 検診場での広報活動（行政等の連携強化を含む） 4. 学生（トライやるウィーク・ふれあい看護体験）を対象としたがん教育 5. 地域の医療・福祉関係者への広報活動 6. 社会保険労務士と共同しての支援体制の構築 7. 相談員勉強会：事例検討（ロールプレイ）1回 電話相談モニタリング1回	△概ね達成	各部署への広報活動が不足したこと、体制変更（マンパワー不足・アピアランスケアサロン実施）による相談支援センターclose日が多かったことから相談件数が709件、医療者からの紹介率21%と昨年度より減少した。 社会保険労務士による仕事とくらしの相談会の運用方法を作成し、10月から1回/月開始した。社会保険労務士の来院日以外で、相談員の知識より専門知識が必要な場合は電話での情報提供を求められることができ、より専門的な支援につなげることが出来た。 相談員の質の向上のために勉強会を実施し、相談対応の振り返りやより良い対応方法の検討を行うことが出来た。また、相談対応機会が少ない相談員にとっては疑似体験を行うことができた。	△継続	各部門への広報を強化し、医療者からの紹介が増え、相談者のがん相談支援センターの活用を増やす。 就労支援について相談者が専門的支援を受けられるように、社会保険労務士の相談会について広報活動を行う。 相談員の質の向上のために勉強会を継続して行う。	N o 2 9 へ 引 継 ぎ
21	がん相談支援センター	2018年度	がん相談支援の機能の強化と質の担保	1. 院内患者・家族、当院かかりつけではない方ががん相談支援センターを活用できるように広報活動を行う 2. 相談者の益となる支援ができるように相談支援の質の向上に努める	1. 相談件数：600件以上 2. 医療者からの紹介率UP（22%以上） 3. 国立がん研究センターのコールモニタリング（パイロット版）での評価：評価表を用いた確に評価ができている	ポスターの掲示、リーフレット・パンフレットの配置 各科・各部署への広報活動（がんに関連する診療科・コメディカル：目標10ヶ所） 広報誌への掲載（院内広報誌1回/年、がん総合診療部新聞1回/年） 関連施設へのパンフレット設置（図書館・区役所・地域包括センターなど） 検診場での広報活動（行政等の連携強化を含む） 学生（トライやるウィーク・ふれあい看護体験）を対象としたがん教育 相談員勉強会：事例検討2回 電話相談モニタリング1回 国立がん研究センターコールモニタリング（パイロット版）受審	○達成	<広報活動について> 活動計画1. 3. 5を実施した。4については神戸市保健福祉局の協力があり、図書館・区役所にがん相談支援センターのちらしの設置が行えた。2. については実施できていないが、全職員に対してがん相談支援センターの認知についてのアンケートを実施した。アンケートを実施することでがん相談支援センターの広報につながった。 相談件数は839件/年、医療者からの紹介27%と目標達成した。 <相談支援の質の向上> 事例検討2例、電話相談モニタリング1回を行い、国立がん研究センターのコールモニタリング（パイロット版）受審した。受審結果A評価を得ることが出来た。	○完了	次年度は職員へのアンケート結果を基に部署への説明を行っていく。相談支援の質の向上については、ロールプレイを用いた事例検討の実施、モニタリングの継続を行い、実践力の強化と客観的な評価を継続して行っていく。	
15	がん相談支援センター	2017年度	がん相談支援の質と認知度の向上	1. がん相談支援センターの院内認知度の向上 2. 相談支援の質の向上	1. 院内相談件数の増加 2. アンケート結果による満足度と全国共通相談員機能評価	1. 院内各部署・診療科カンファレンスへの参加 2. アンケート継続並びに国立がん研究センターコールモニタリング評価受審相談員対象のQ&A作成並びに研究への取り組み	○達成	入院前支援センターと連携し、がんに対しての気がある患者・家族の紹介があり支援を行った。広報活動としては、がんに関連する外来・各診察室・病棟にポスターの掲示、リーフレットの配置を行い、院内広報誌への掲載も2回行った。各科・各部署への広報活動としてカンファレンスへの参加を計画していたが1ヶ所しか行っていない。相談件数は653件（+87件）であったが、医療者からの紹介は143件（約22%）であった。 相談支援の質の向上のために国立がん研究センターが作成した「がん相談対応評価表」を使用し、電話相談のモニタリングを3回行い、相談者の真のニーズを的確に捉えられているか評価し、今後の支援方法について検討を行った。また、相談員の社会保障などの知識の確認を行い、正しい情報提供が行えるようにマニュアルQ&Aを作成した。相談支援の質の評価として、相談者にアンケートを実施しており、「必要な情報が得られた（98%）」「相談して良かった（100%）」「また相談に来ようと思う（100%）」と高い評価を得ている。	○完了	各科・各部署への広報活動を行い、医療者への認知度を上げ、紹介率をあげる。 相談支援の質の向上のための事例検討・相談支援モニタリングの継続を行う。	

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
10	がん相談支援センター	2016年度	がん相談支援の機能の強化と質の担保	1. がん相談支援センターの認知度の向上 2. 電話相談機能の強化 3. 相談員の質や機能の向上	1. 相談件数の増加 2. 電話相談件数の増加 3. アンケート結果による満足度の向上	1. 検診や地域への活動範囲の拡大 2. 電話相談の広報 3. アンケートの継続、研修参加の推奨、第三者からの評価	○達成	1. 認知度向上のため、外部に向け市民フォーラム等でのリーフレット配布、検診の場での啓蒙活動、学童学生への紹介を実施。院内に向け、ポスター掲示、院内講演会での紹介を実施。相談件数は566件（前年557件）であった。相談者の内訳は当院通院者422件（前年456件）、院外相談者72件（前年69件）、住民62件（前年21件）、不明10件（前年11件）であった。今後の課題は件数が減少している院内への啓蒙活動の強化が挙げられた。 2. 電話相談を実施していることの広報を強化し、より相談しやすい体制の強化を行い、61件（前年42件）と件数増加につながった。今年度は体制の整備を行ったため、今後は電話相談技能の向上を課題とする。 3. 再相談者が多いこと（約4割）や相談者のアンケート結果から90%以上が満足との主観的結果が得られた。今後は、相談員の客観的な相談技能（知識・技術）の評価を行い、具体的課題や強みの可視化を行い、改善・強化のための取り組みを行っていく。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	○完了	1. 院内広報強化として、医療従事者への後方活動の強化を行う（カンファレンス等への参加など）。 2. 3. 国立がん研究センターコールモニタリング評価票も用いたシミュレーショントレーニングの示指並びに受審。 3. 当院相談員の相談技術・知識の強み・弱みをアンケートで明確にし、その結果を基にQ&Aを作成。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	
5	がん相談支援センター	2015年度	がん相談支援センターの機能強化	1. 多職種で構成される相談員の人員を確保する。 2. 電話相談の対応方法を検討する。 3. 相談支援機能の評価を実施する。	1. がん相談員基礎研修Ⅱ以上を修了した看護師6名・MSW2名の確保を目標とする。認定がん専門相談員の誕生 2. 電話相談対応マニュアルに沿った相談支援の実現。電話相談件数のUP（具体的数値：120件/年） 3. 相談支援の質に関する客観的データのフィードバックから評価・改善への取り組み	1. がん相談員基礎研修Ⅰ～Ⅱのe-learning受講の推奨。がん相談員基礎研修Ⅲの受講申請を例年行う。認定がん専門相談員認定申請を行う。必要な自己研鑽を支援する 2. 電話相談マニュアルの作成。院内外への広報（HP、広報誌など） 3. 相談者を対象としたアンケートの実施・分析・評価。結果の公開を通して、第三者からの評価・意見を得、改善につなげる	○達成	1. がん相談員6名全員が基礎研修Ⅱを修了。また、毎年2名づつ基礎研修Ⅲを修了しており、27年度はMSWが1名Ⅲを修了。その中から2名が認定がん専門相談員の認定を受けた。目標は達成出来たと評価。 2. 現在は、5～10件/月である。複数の相談員がマニュアルに基づきかつ個別性に応じた電話相談が行えるようにマニュアルの作成を行った。今後は広報を行い、件数の増加と質担保が課題。 3. 相談者に対し、アンケートを実施。相談員の態度に対し90～100%、スキルに対し100%、情報提供・問題解決に対し80～90%が『満足』との回答を得た。院内の関連会議等で報告を行い、評価内容を相談員が参加する会議でフィードバックしたうえで課題等について検討を行い、質の担保に努めた。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：自己を適切に評価できており、立て直した目標や計画に従って改善に取り組まれない。	△継続	1. 退職や異動が理由で修了者が減少するため、安定した相談員体制を確保するために継続して研修受講は行っていく。看護師だけではなく、複数職種による幅広い相談支援体制の確保が必要。MSWや臨床心理士等の多職種へ研修受講を推奨していく。 2. 平成28年10月を目処に電話相談機能の整備を行っている。整備後は広報を重点的にを行い、普及を図る。 3. 相談者へのアンケートは継続する。国立がん研究センター実施のコールモニタリング受審を検討していく。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：当委員会の委員が中心に、患者さんへのがん相談支援センターの紹介・利用案内を促していく。	No10へ引継ぎ

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
3	05 がん相談支援センター	2014年度	がん相談支援センターの機能強化	がん総合診療部相談支援センターチーム内でシステム整備を継続審議する。相談対応の質向上のためのケース検討を定期的に実施する。	1. がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターとしての体制整備を図る 2. がん相談支援センターの周知・普及を行う 3. がん相談機能の質の向上を図る 4. がん相談支援を行う人材の育成	1-1) マニュアル等の活用による統一したがん相談支援の実施。・がん相談支援センター運用マニュアルの作成。・がん相談員マニュアルの作成。・電話相談への対応マニュアルの作成。・問診、記録フォーマットの作成。 1-2) がん相談員の複数体制の構築 1-3) 情報提供に必要なツールの整備 1-4) 院外からの相談者への対応体制の導入 2-1) 院内周知・普及方策。ポスター、パンフレット、院内メールの活用、院内広報誌等への掲載、関連会議・委員会での説明会、関連チームのラウンド等への参加、がん教室でのアナウンス 2-2) 院外周知・普及方策。当院HPへのUP、患者向け広報誌掲載、院外医療従事者向け広報誌掲載、地域医療施設へのアナウンス、学生（高校生）を対象にしたレクチャー、がん情報サービスHPへのUP 3-1) 認定がん専門相談員、認定がん相談支援センター認定取得に向けての準備 3-2) 相談者を対象にしたアンケートの実施とフィードバック 3-3) 相談員による定期的な相談支援の振り返り、事例検討会の実施 3-4) 患者サロンの企画・実施 4-1) 国立がん研究センター主催がん相談員基礎研修Ⅰ～Ⅲ受講の推進 4-2) 定期的な研修・勉強会の実施	△ 概ね達成	1-1) 各マニュアルは作成し、実践と照合しながら追加・修正を行い、マニュアルに基づいた相談支援を実施することができた。また、電話相談については対応方法について詳細を深める必要がある。1-2) 計6名（うち専従1名、専任1名、兼任4名）の基礎研修Ⅰ～Ⅱを修了した相談員で相談業務にあたるシフト体制を整えることができ、柔軟性をもった人的相談支援体制の構築を図った。今後は、多職種で構成される相談員体制を構築することが課題である。1-3) 院外の患者、医療従事者からの相談への対応を実施。年間、2割程度の相談を受けている。地域の医療従事者への相談支援を通して地域連携の強化が課題。 2. 院内、院外ともに計画通り、広報を実施。院内外からの相談者数が徐々に増加傾向。平成26年度相談者数：120件。引き続き、周知活動は行うが併行して、相談者数の評価（周知が十分なのか）を行うことが課題である。 3-1) 今年度認定相談員、28年度認定がん相談支援センターの認可を受けることを目標に人員確保と要件充足への取り組みを継続。3-2) 病院オリジナルの設問設定で準備を行ってきたが、全国的に統一したアンケート内容を活用して相談支援機能の評価を行う必要がある。3-3) 年間6回実施。今後も継続実施。3-4) コンサート+ミニサロンを実施（1回/年）平成27年度も実施予定。がん教室（年間6回実施）の時間枠を利用しての開催を平成27年度に企画。患者のニーズもあるため、上記内容での動向をみて具体的計画が必要。 4-1) 平成26年度基礎研修Ⅰ～Ⅲ受講者数2名（Ⅲ修了者計4名）毎年修了者増員が必要。4-2) 年間6回実施。今後も継続実施。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	△ 継続	1-1) 電話相談支援体制の充足を行う 1-2) 平成27年度MSWの基礎研修受講を予定 1-4) 地域の医療従事者への相談支援を通して地域連携の強化が課題。 2. 引き続き、周知活動は行うが併行して、相談者数等の評価・分析を実施。平成27年度は国の「統一相談件数カウント」「利用者調査」への参加を検討 3-1) 平成27年度、28年度に認定を受けるために要件充足を実施予定 3-4) 平成27年度以降に患者サロンの実施を計画 4-1) 平成27年度以降も年間2名以上の基礎研修Ⅰ～Ⅲの修了者を確保していく ★改善内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	N o 5 へ 引 継 ぎ
30	06 患者会	2020年度	がん患者支援体制の強化	1. ピアサポーターを養成しピアサポート体制を整える 2. 患者と協働しニーズに応じた満足度の高い患者サロンを運営する 3. 患者ライブラリーの充実を図る	1. ピアサポーター養成講座への受講人数、院内におけるピアサポーターとの連携・協働体制の構築への取り組みの有無 2. 感染症対策に留意した患者サロンの企画と患者・家族の反応 3. がん関連の図書の内容、冊数、DVDの内容、枚数、ライブラリーの活用状況	1. ピアサポーター養成講座に2名のがん患者の推薦を検討する 2. 患者サロンは新型コロナウイルス感染症のため中止とし密集せず患者・家族の癒やしとなる場を企画する 3. がん関連の図書450冊（ガイドライン関連の整備）、DVD30枚を配架する、書籍内容の見直し更新を行い、紛失防止の対策として掲示物を強化する 患者ライブラリーにおいて感染防止対策を図り快適に活用できる環境を整える、活用の充実化を図り広報を行う					

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
26	06患者会	2019年度	がん患者支援体制の強化	1. ピアサポーターを養成しピアサポート体制を整える 2. 患者と協働しニーズに応じた満足度の高い患者サロンを運営する 3. 患者ライブラリーの充実を図る	1. ピアサポーター養成講座への受講人数、院内におけるピアサポーターとの連携・協働体制の構築への取り組みの有無 2. がん患者の患者サロン講師担当回数、患者サロン参加人数、アンケート結果の分析 3. がん関連の図書の内容、冊数、DVDの内容、枚数	1. ピアサポーター養成講座に2名のがん患者を推薦する 2. 患者サロン5回/年、患者教育1回/年、クリスマスコンサート1回、ピアサポーター協働・連携体制構築に関する関連部署と交渉・調整 3. がん関連の図書400冊（ガイドライン関連の整備）、DVD25枚を配架する	○達成	1. ピアサポーター養成講座に1名が受講しており、患者サロンの中でピアサポート活動を行える機会の提供と支援を行った。 2. 患者サロン5回、患者教育1回、クリスマスコンサート1回実施がんサバイバーの方に講師を依頼しピアサポートの場となっている。毎回30名前後の参加者があり、アンケートの満足度も高く続けて参加したい声も多かった。 3. がん関連図書444冊、DVD28枚を配架している。多岐にわたる内容の充実を図り、図書の紛失防止にも取り組んでいる。	○完了	1. ピアサポーター受講者と今後の活動について相談し連携した活動を検討していく。 2. 患者と協働しニーズに応じた患者サロンを計画・運営していく。 3. がん関連・生活・生命観の図書450冊、DVD30枚を配架する。	
22	06患者会	2018年度	がん患者支援体制の強化	1. ピアサポーターを養成しピアサポート体制を整える 2. 患者サロンを患者主体の運営にシフトしていく 3. 患者ライブラリーの充実を図る	1. ピアサポーター養成講座への受講人数、院内におけるピアサポーターとの連携・協働体制の構築への取り組みの有無 2. がん患者の患者サロン講師担当回数、患者サロン参加人数・アンケート結果の分析 3. がん関連の図書の内容、冊数	1. ピアサポーター養成講座に3名のがん患者を推薦する 2. 患者サロン5回/年、患者教育1回/年、クリスマスコンサート1回、ピアサポーター協働・連携体制構築に関する関連部署と交渉・調整 3. がん関連の図書400冊を配架する	○達成	1. ピアサポーター養成講座に1名が受講した。患者サロンの中でピアサポート活動を担ってもらっている。 2. 患者サロン5回/年、患者教育1回/年、クリスマスコンサート1回実施。患者の講師担当回数4回、講師からは「人の力になれていることが支えとなっている」、参加者からは「勇気をもらえた」という意見があり、アンケートの満足度も高く続けて参加したい声も多かった。 3. がん関連図書386冊、DVD24枚を配架している。ニーズをもとに就労、社会資源、グリーフに関わる図書をさらに充実させた。	○完了	1. ピアサポーター受講者と今後の活動について相談し活動を検討していく。 2. 患者と協働しニーズに応じた患者サロンを計画・運営していく。 3. がん関連の図書400冊、DVD25枚を配架する。	
16	08がんリハビリ	2017年度	がんリハビリテーションの普及と充実	オープンカンファレンス、がんリハ回診を継続。 乳がんリハビリパス介入を開始する。 骨転移回診を開始する。 がん関連の学会などを通してがんリハビリチームの自己研鑽をはかる。 オープンカンファレンス、がんリハ回診を継続。 乳がんリハビリパス介入を開始する。 骨転移回診を開始する。 がん関連の学会などを通してがんリハビリチームの自己研鑽をはかる。	がんリハビリテーション施行件数を評価する。	回診を月に1回チームで継続して実施する。 オープンカンファレンスの実施を企画する。 乳がんパス介入を開始する。 骨転移回診を実施する。 前立腺癌に対するRALP予定患者に対する骨盤底筋体操を実施する。	○達成	がんリハ実施件数は7,822件であり、前年度7,927件(-1.3%)とほぼ同一の水準を保つことができた。 がんリハ回診継続できた。 平成29年6月23日にオープンカンファレンスを実施できた。 乳癌の小チームが結成されて、平成29年4月より作業療法士による乳癌パス介入が開始した。 呼吸器外科の肺がんに対するVATS実施予定患者の術前後の理学療法介入が開始した。 平成29年7月より整形外科朴副医長と理学療法士により骨転移回診を開始した。(毎週木曜日) 平成29年7月より理学療法士による前立腺癌に対するRALP予定患者に対する術前と術後の骨盤底筋体操指導を開始した。 第48回兵庫乳腺疾患研究会、第55回日本癌治療学術集会、第7回日本がんリハビリテーション研究会への参加、発表を実施した。	○完了	自己記載 平成30年度オープンカンファレンスの開催を企画する。 各疾患のがんリハ介入を継続する。 学会参加、発表を実施する。	

No	部署	実施年度	[Plan] 課題の内容	[Plan] 目標	[Do] 目標達成の検証方法	[Do] 活動計画の予定	[C] 評価区分	[Check] 評価内容	[A] 改善区分	[Act] 改善内容	備考
11	がんリハビリ	2016年度	がんリハビリテーションを立ち上げ、軌道に乗せ発展させる	がんリハビリテーションの普及と充実。 がんリハビリテーション介入のプロトコルの作成（まずは血液腫瘍から）。がん関連の学会などを通してがんリハビリチームの自己研鑽をはかる。	がんリハビリテーション施行件数を評価する。	カンファレンスと回診を月に1回チームで継続して実施する。 外部講師による講演。 リスク管理をする。骨転移のリスク管理は整形外科医との連携を強める。	○達成	平成28年度の延べ患者数は7,972人（平成27年度5,262人）の151%増加となった。 平成28年4月より血液腫瘍患者へのリハビリ介入が積極的に実施されて、件数増加がみられた。リハビリ中止基準作成した。 乳がんリハビリパス介入に向けて検討した。病棟の運動パンフレットを作成した。（運用開始は29年度） 平成28年6月にがんリハチーム主催のオープンカンファレンスを実施できた。 リハビリ回診月に1回のペースで取り組みできている。がんリハチームに整形外科の朴先生が入っていただき、リハビリを実施している骨転移患者の回診の開始を検討する。 がんリハビリチームの活動に関する学会発表を第51全国理学療法学会にて発表した。 「がんの理学療法」を分担執筆した。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	○完了	オープンカンファレンス、がんリハ回診を継続。 新たな課題として、乳がんリハビリパス介入指導していく。 骨転移回診を開始する。 ★改善内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：特に問題なし。	
7	がんリハビリ	2015年度	がんリハビリテーションを立ち上げ、軌道に乗せ発展させる	がんリハビリテーションの普及と充実	がんリハビリテーション施行件数を評価する。	がんリハビリテーションチームにより症例カンファレンスを行い、がんリハビリテーションの質を向上させる。 がんリハビリテーションチームによる病棟回診を行う。 外部講師による講演を開催し、がんリハビリテーションの啓蒙活動を行う。	○達成	平成27年度のがん患者リハビリ実施数は延べ5259人で、がんリハ普及率は30%前後から徐々に上昇して年度末には50%前後（医事統計より）となった。平成27年8月から、月に1回の頻度で医師、リハビリスタッフ、看護師がチームを編成して症例カンファレンスと病棟回診を開始した。介入内容はカルテに記載して、医師やメディカルスタッフと情報を共有し、重要な事項は病棟看護師に伝えるようにした。 外来講師による講演会は平成28年6月29日に実施して院内・外合わせて148名の参加を得た。次回以後のテーマの参考にするためアンケートを実施した。 がんリハビリチームで他施設に見学に行き、血液腫瘍のリハビリテーションや骨転移におけるリスク管理について情報を得た。 がんリハビリの需要が増加してきており、院内におけるがんリハビリの認知度も上昇していると考えられる。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：自己を適切に評価できており、立て直した目標や計画に従って改善に取り組まれたい。	△継続	カンファレンスと回診は現在と同様で月に1回チームで継続して実施する。 他施設などと情報共有をして、がんリハビリの介入のプロトコル（血液腫瘍など）を整理して実施いく。 外部講師による講演は多くの参加を得ているため来年度以降も計画していく。アンケートの結果、骨転移、リスク管理、リンパ浮腫、精神的フォローといった項目に興味が高くこれらの内容を取り入れた講演会を企画していく。骨転移のリスク管理は「整形外科医との連携とカンファレンスの強化」を考えている。 ★評価内容に対するがん総合診療部運用委員会からの評価：原発性腫瘍の診療科と転移性腫瘍の診療科の連携に大きく寄与されている。この連携が更に円滑になるよう、当委員会の委員を中心に協力する。	No.11へ引継ぎ