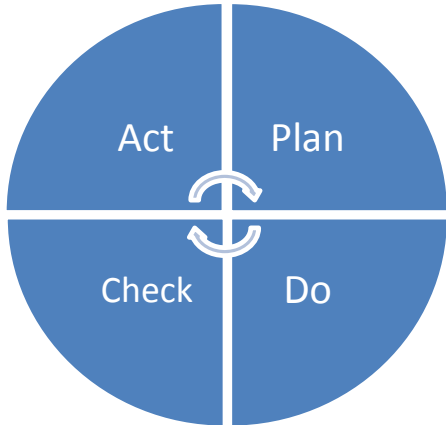


がん診療におけるPDCAサイクル

PDCAとは、医療の質や安全性を向上させるためのマネジメントサイクルの1つであり、計画(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Act)のプロセスを順に実施するものです。Plan、Do、Check、Actの頭文字をとりPDCAと呼ばれています。Checkの結果から最後のActを行い、最初のPlanの内容を練り直して、次回のPlanに結び付けます。このらせん状のプロセスを繰り返すことによって、医療の質の維持、向上および継続的な業務改善活動が推進されます。



P	計画	(Plan)	がん医療提供体制の整備のための計画立案
D	実行	(Do)	計画に基づくがん医療提供体制の整備
C	評価	(Check)	目標の達成状況の確認
A	改善	(Act)	評価に基づく改善

1.がん緩和ケア部門

P	計画	(Plan)	①「がん対策基本法」「がん対策推進基本計画」で規定されている、「がんと診断された時からの緩和ケア」を提供する。
D	実行	(Do)	①院内の医療従事者への「早期からの緩和ケア」の周知を行う。 ②患者さん・ご家族への「早期からの緩和ケア」の情報提供を行う。
C	評価	(Check)	①大森病院緩和ケアチームとの連携を図り、外部からの評価を受ける。 ②チーム運営会議にて現状につき確認を行う。
A	改善	(Act)	①院内勉強会を行い、緩和ケア研修会(PEACE)の再開を目指す。 ②患者さん、ご家族への情報提供手段を整備する。

2.がん化学療法部門

P	計画	(Plan)	①エビデンスに基づいたがん化学療法の実施に向け、レジメンの新規作成や内容の改定を行う。 ②地域の医療機関や保険薬局と連携を推進していく。
D	実行	(Do)	①レジメン審査委員会による新規レジメンの審査を継続する。 ②ガイドライン改訂に伴う定期的なブラッシュアップを実施する。 ③がんに関する研修会の実施、トレーシングレポートによる情報収集を継続する。
C	評価	(Check)	①院内レジメンの登録・使用状況を確認し、電子カルテのメンテナンスを実施する。 ②支持療法等の院内ガイドラインの改定の必要性を確認する。 ③連携充実加算の算定状況やトレーシングレポートの受診状況を確認する。
A	改善	(Act)	①レジメンの登録状況や運用に関する問題点や変更点について、がん治療委員会で定期的に報告・検討を行い、院内へ周知していく。 ②地域の医療機関や保険薬局への情報を発信していく。

3.がん相談支援部門

P	計画	(Plan)	①ホームページにおいて、がん相談支援センターが分かりやすく掲載され、周知される。
D	実行	(Do)	①ホームページの内容を確認し更新、適宜具体的な相談内容を掲載する。
C	評価	(Check)	①相談の紹介経路の動向把握を行う。
A	改善	(Act)	①ホームページを閲覧しての相談件数の動向を把握していく。

4.がん登録部門

P	計画	(Plan)	①登録対象100%を網羅出来るよう登録漏れをなくす。実務者の知識レベルの底上げを図る。 ②院内がん登録数やがん種別件数について情報提供を行う。 また、ホームページ・院内誌・掲示板などへの掲載を行う。
D	実行	(Do)	①がん登録実務者研修会や対象セミナーへの参加を行う。 ②部署全員が院内がん登録実務者認定（初級または中級）の資格継続を行う。 （4年に1度の更新試験の受験）
C	評価	(Check)	①院内がん登録データの分析、評価を行う。 ②公開する項目の見直しの必要性、ホームページでの閲覧性について評価を行う。
A	改善	(Act)	①登録精度の不十分な点を改めて認識し、登録精度の向上に努める。 ②評価をもとに内容の更新や変更、公開項目の追加を行う。

5.がん栄養部門

P	計画	(Plan)	①個人栄養指導件数の向上を図る。 ②食事摂取の増量目的での個別栄養管理加算の件数の向上を図る。
D	実行	(Do)	①入院中に初回栄養指導を終えた患者さんに対し、管理栄養士が再指導をかけて件数を増やす。 ②食欲不振の方向けに作成された緩和ケア食の月当たりの提供数を増やす。
C	評価	(Check)	①月末にその月の入院中に1回目の栄養指導を実施した件数、再指導をかけた栄養指導を実施した件数を集計し評価する。 ②月末にその月の緩和ケア食を提供した件数を集計し評価する。
A	改善	(Act)	①件数が少ない場合は、急な指導に対応出来るように栄養指導の枠を調整し、必要があれば病棟栄養士と連携し指導を行うことで実施漏れを少なくする。 また、該当患者の電子カルテ上で栄養指導依頼の啓発をする。 ②提供数が少ない場合は、訪問頻度を増やしてコミュニケーションを取り、患者さんが今必要としている食事のイメージを明確化する。必要に応じて個別に献立を作成するなど、当院で出来ることを模索し、理想の食事との距離を縮める。

6.がんリハビリテーション部門

P	計画	(Plan)	<p>①がんのリハビリテーションに関する知識を向上させ、充実したリハビリテーション医療を提供する。</p> <p>②緩和ケアチームが介入している患者さんへのリハビリテーション効果を検討する。</p>
D	実行	(Do)	<p>①-1がん関連の学会や研修会に参加し、自己研磨を図るとともにスタッフ全員が、がんリハビリテーション料を算定出来るようにする。</p> <p>①-2リハビリテーション部内でカンファレンス、勉強会を実施する。</p> <p>②-1緩和ケア対象患者の中で、リハビリテーションを実施している件数を調査する。</p> <p>②-2Barthel Index等を用いて、リハビリテーション開始・終了時の変化を調査する。</p>
C	評価	(Check)	<p>①-1参加者は学会や研修の内容を報告し、知識・知見の共有を図る。</p> <p>①-2カンファレンスで症例情報を共有し、スタッフ間でフィードバックを行う。</p> <p>②-1緩和ケア対象患者の中で、リハビリテーション対象者の割合を把握すると共に漏れなく実施出来ているか確認する。</p> <p>②-2適切な評価バッテリーの使用、運用が出来ているか確認する。</p>
A	改善	(Act)	<p>①-1令和4年度新入職員以外のスタッフ全員のがんリハビリテーション研修会の受講が完了。</p> <p>①-2カンファレンスは毎週実施し、部内でテーマを決めて勉強会を開催する。</p> <p>②データを解析し、リハビリテーション効果を検証する。</p>