

PDCAサイクル実施計画管理表

令和8年4月

兵庫県がん診療連携協議会

目 次

	(令和7年度)	(令和8年度)	
1 神戸大学医学部附属病院	1	44	国指定
2 神戸市立医療センター中央市民病院	3	45	"
3 神戸市立西神戸医療センター	6	47	"
4 神鋼記念病院	7	48	"
5 関西労災病院	8	49	"
6 兵庫医科大学病院	9	50	"
7 兵庫県立尼崎総合医療センター	10	50	"
8 市立伊丹病院	13	53	"
9 宝塚市立病院	13	54	"
10 兵庫県立がんセンター	15	55	"
11 加古川中央市民病院	17	58	"
12 北播磨総合医療センター	19	60	"
13 姫路赤十字病院	21	62	"
14 姫路医療センター	23	64	"
15 公立豊岡病院	25	66	"
16 兵庫県立丹波医療センター	25	66	"
17 兵庫県立淡路医療センター	27	68	"
18 赤穂市民病院	28	69	"
19 兵庫県立こども病院	29	70	"
20 神戸医療センター	31	72	県指定
21 兵庫県立西宮病院	32	74	"
22 明和病院	33	74	"
23 兵庫県立加古川医療センター	34	75	"
24 兵庫県立はりま姫路総合医療センター	34	76	"

	(令和7年度)	(令和8年度)	
25 神戸中央病院	36	77	準じる病院
26 川崎病院	36	77	"
27 神戸市立医療センター西市民病院	36	77	"
28 神戸海星病院	36	77	"
29 神戸労災病院	36	77	"
30 済生会兵庫県病院	36	77	"
31 新須磨病院	37	79	"
32 神戸赤十字病院	37	79	"
33 甲南医療センター	38	79	"
34 市立芦屋病院	38	79	"
35 西宮市立中央病院	38	-	"
36 三田市民・済生会病院	39	80	"
37 川西市立総合医療センター	40	80	"
38 兵庫中央病院	40	80	"
39 明石医療センター	40	80	"
40 明石市立市民病院	40	81	"
41 高砂市民病院	41	81	"
42 市立加西病院	41	82	"
43 西脇市立西脇病院	41	82	"
44 姫路中央病院	42	83	"
45 姫路聖マリア病院	43	83	"
46 ツカザキ病院	43	83	"
47 公立八鹿病院	43	83	"
48 神戸低侵襲がん医療センター	43	84	承認病院
49 県立粒子線医療センター	43	84	"

令和7年度

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸大学医学部附属病院	がん患者の役割強化	相談症例の少ない月がある。	がん患者の役割強化	通年	○	概ね達成	がん薬物療法早期死亡の症例について、定期的な症例検索と検討を実施することにより継続的な症例検討は実施できている。	継続	全体検討症例を中心に幅広く募集を行い、がん患者の役割強化に引き続き努める。
	がん患者・家族、医療従事者が必要な情報やケア用品にアクセスできる環境整備が必要	患者・家族、また医療従事者が必要な情報やケア用品にアクセスできる環境が十分でない。	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテの共有ページやHPを活用して、院内外の患者・家族、医療従事者に向けて最新情報やケアに関する情報発信を行う。 院内医療従事者に向けては、電子カルテの共有ページ上に公開している冊子等の周知や、国立がん研究センターが実施する医療従事者向け研修会の案内等を行う。 院内外の患者・家族に向けては、腫瘍センターHPの関連個所の見直しや、患者向けケア情報の提供や周知を行う。 ケア用品を年に1回見直し、整備する。 	1年間	○	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> がん相談室と合同で作成している「兵庫県内のウィッグ・乳房補正具の購入費用一部助成制度のご案内」について、情報を更新し、電子カルテの共有ページや腫瘍センターHPで、院内外の患者・家族、医療従事者に向けて情報発信を行った。 腫瘍センターHPや関連ML等で、医療者向け研修会の案内などを行って、院内外の医療従事者に向けた情報発信を行った。 院内医療従事者に向けて、国立がん研究センターが実施する医療従事者向け研修会の案内を行った。 ケア用品を見直し、追加購入を行った。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> 電子カルテの共有ページや腫瘍センターHPの掲載情報を更新し、院内外の患者・家族、医療従事者に向けて最新情報や、ケアに活用できる情報発信を行う。 ケア用品を年に1回見直し、整備する。
	「外来初診時から治療開始までを自処にがん患者及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」づくりのためのシステム作りが必要。	<ul style="list-style-type: none"> がん相談を担うための人材が少ない。 現状以上のがん相談件数に対応できない。 組織としてがん患者全員に相談できるためのシステムが構築できていない。 	<ul style="list-style-type: none"> 受付事務員の対応での相談窓口アクセスへのシステム化の構築 相談予約以外件数の把握 新規採用職員合同研修と院内全職員必須講習に「がん相談室(がん相談支援センター)について」の研修 がん相談員基礎研修終了者を増やす(有料OR無料) 	令和8年3月	△	概ね達成	<p>《システム化について》</p> <ul style="list-style-type: none"> 受付事務員システム化については、事務員3名中(がん以外も対応となる)2名が新入職であり、業務の理解をすることが優先となり、システム構築までには至らず。 2人相談員の対応キャパシティ把握確認のため、相談対応件数以外に、相談予約に至らない件数とキャンセルになった件数把握を行い、人材確保の状況理解を行った 認定がん相談支援センターオンラインサロンなどへ参加し、他院の現状把握を行った。 <p>《がん相談室の周知について》</p> <ul style="list-style-type: none"> がん相談室(がん相談支援センター)の周知や業務役割を目的に新規採用職員合同研修と院内全職員必須講習に「がん相談室(がん相談支援センター)について」の研修を実施した。 必須講習担当部署よりがん相談室必須講習の必要性有無などの問い合わせがあり、理由など文章に可視化し、必要性を伝え研修継続もできた。 2025年度 参加・体験型イベントを開催し、がん患者・ご家族・院内外医療者にもがん相談支援センターの周知に務めた。 <p>→他医療機関からのイベント視察の対応も行った。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「AYA世代がん患者応援フラッグ」の作成を行い、イベント開催時、市民公開講座開催時にがん患者・家族・一般参加者、院内外医療従事者へ理解と支援の輪を拡げることができた。 →AYA診療WGにがん相談員2名が公認心理師、社会福祉士の職種として参加し活動が始まった。 →院内アートギャラリー掲示申請を行い、過去3か年と今期・「AYA世代がん患者応援フラッグ」掲示を2月～3月行い、AYAについての周知・広報、がん相談室活動とした。 腫瘍センター市民公開講座を活用し(神戸新聞)周知を行う 	継続	<ul style="list-style-type: none"> がん相談室来所時の受付対応を考える。 がん相談室の院内外医療者・患者・家族への周知活動継続。 診療科に初診患者へがん相談室を案内いただける依頼を行う。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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
神戸大学医学部附属病院	院内がん登録を期限内に全件登録する	・登録数の増加 ・初級者の育成も含めた体制強化	・メンバー間の連携と綿密な情報共有で計画的に登録を進め、全件登録の達成を目指す ・初級者の育成について、比較的わかりやすい部位の登録からはじめ、徐々に負荷をかけながら登録スキルの向上を目指す	1年間	○	達成	・メンバー間のコミュニケーションを密にし、進捗をしっかりと把握したことで、期限内の全件登録を実現した	継続 ・次年度以降も、院内がん登録を期限内に確実に完了できるように、メンバー間の役割分担や情報共有の方法を見直し、より安定した運用体制を整備していくことに引き続き取り組む
	院内連携部署との情報共有・連携の強化	外来時に医師と患者で話された内容（希望連携先等）が患者支援センターに共有されず、確認のために患者の待ち時間が長くなっている。	診療科・医師事務との連携を強化し、スムーズな情報共有ができる運用フローの見直しを行い、患者の待ち時間の縮減等、ホスピタリティの向上に努める。	令和8年3月	○	概ね達成	医師事務とのコミュニケーションを深め、診療科で把握した患者の意向を事前に共有することで円滑な患者対応を実施できた。また、医師事務の担当者変更や担当医師の変更により一時的に円滑に対応できないケースが生じたが、診療科に現状並びに要望を伝えて対応した。患者対応予約時間前後にはいつでも対応可能な運用を整えた。	継続 引き続き診療科と連携し、患者の時間的・心理的負担がなるべく少なくなるよう努める。
	緩和ケアニーズのある患者・家族が早期に基本的/専門的緩和ケアにアクセスできる	病棟/外来でのスクリーニングの質を維持する取り組みが必要である。	1. 外来/病棟でのスクリーニングを、監査の実施や有用性のフィードバックを行いながら、継続実施する。 2. スクリーニングの結果を医療・ケアの質を高めることに貢献できる形でフィードバックする	令和8年3月	○	概ね達成	1. つらさのスクリーニングの実施は定着できている。 2. スクリーニングの結果をケアに活用することが、多くの部署できつつあったが、1月より看護記録システムの変更を機会に継続看護につながるような仕組みを作ることができた。今後は、外来で実施しているスクリーニングについて見直しが必要かを検討する。	継続 1. DX化の流れを活用し、実施負担が少ない、持続可能なスクリーニングの提供体制を維持する。 2. 外来でのスクリーニングの実施体制の見直し
	患者・家族が専門的緩和ケアにアクセスすることができる	1. 緩和ケアチームの介入方法の周知が不十分である。 2. 苦痛のスクリーニングが活用できていない	1. 医療者、患者・家族への広報を行う 1) 緩和ケアチーム(入院)と緩和ケア外来の案内を一括化して掲載する。5月までに掲示内容の変更がないか確認する。 2) 緩和ケアマニュアルの見直しは、12-2月に改定作業を行い、4月に配布する。 2. 入院中に緩和ケアチームで介入し、退院後も支援が必要な患者に対する支援体制を構築する。 3. 病棟での苦痛のスクリーニングを活用し、専門的緩和ケアが必要な患者への緩和ケアチーム介入をおこなう。	令和7年4月～	○	達成	1.1) 緩和ケアチーム(入院)と緩和ケア外来の案内を一括化して掲載する。5月までに掲示内容の変更がないか確認した。 2) 緩和ケアマニュアルの見直しは今年度は実施していない。 2. 必要な患者に対しては緩和ケア外来、在宅医・訪問看護につなぐことができています。 3. 今年度は常勤医師の人数が不足していたが、昨年度の件数の2/3程度は依頼があり、専門的緩和ケアが必要な患者への介入ができた。	継続 1.2) 次年度に実施する。
	承認後の治療計画(レジメン)を適切に管理する	登録レジメンの増加に伴う、処方時のレジメン選択誤りを防ぐための対策が必要。	DWHを用いて不使用レジメンを抽出する仕組みを用いて、一定期間使用されていない登録レジメンの整理を継続して行う	1年間	△	未達成	DWHを用いた抽出システムの検討を進めたが、まだ実用的な状況ではなく、引き続き運用の検討が必要である。従来の方法では時間を要するため、本年度においては不使用レジメンの整理は実施できなかった。なお、本対応は従前より概ね2-3年毎に実施しており、前回は2024年度に実施している。	継続 運用の改善を含めて、次年度も検討および実施を継続する。
	地域貢献を目指し、院外向けのがん看護師研修を実施する。	院外の受講者数を増やしていくために、広報の工夫が必要である。	・ 広報依頼窓口を再検討し、前年度より早め(8~9月頃)に広報を開始する。 ・ がん看護研修応用編の中で、院外と合同で研修を実施する。 ・ テーマは、アンケート結果より良い評価を得ているため、前年度に引き続きアドバンス・ケア・プランニングとし、講義・グループワークで構成する。	令和8年1月頃	○	達成	2026年1月8日がん看護研修応用編の1コマで実施 ・ テーマ: アドバンス・ケア・プランニング ～その人らしい意思決定を支援する～ ・ 講師: はりま姫路総合医療センター・坂下明大医師 ・ 内容: 講義、グループワーク 計90分 ・ 受講者: 院内13名、院外の病院・訪問看護6名 計20名 ・ アンケート結果(回答率100%) 「看護実践に活用できる」と満足度は高く、他院の受講者と意見交換ができてよかったという評価が得られた。	継続 ・ 地域貢献を目指して、院外看護師向けのがん看護教育を継続していく必要がある。 ・ 受講者から、グループワークの時間を欲しいと意見もあったので、時間配分やグループワークの方法など再度検討していく。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸大学医学部附属病院	患者の治療開始までの待ち時間の短縮を図る(12時台、13時台の待ち時間が60分以上になる患者数が減少する)	・患者来室時間が集中していることや静脈確保困難のため穿刺に時間を要し、スムーズな治療開始に至っていない。 ・治療の適応拡大により、通院治療室利用患者数の増加もあり、人員不足やベッド不足が生じている。	・更なる待ち時間短縮を図るべく、通院治療室のコアメンバーにより効果的な運用方法を継続的に検討する。;ロングレジメン枠の設定や1時間以内の治療患者の9時台入室を促すなど ・看護師・薬剤師の増員や増床の要望を継続検討とする。 ・Chemo IV Nurseの育成と効果的な活用を行う。	令和8年3月	○	概ね達成	・4月~12月までの待ち時間平均は、約20分だった(前年度は約19分)。ロングレジメン枠導入後の待ち時間平均を比較すると、導入後(10月-12月)約24分、導入前(24年10月-12月)約22分で、2分延長していた。 ・最も混みあう12時台、13時以降以降入室で60分以上の待ち時間を要した患者数は、12時台入室:353人(312人:2024年度)、13時以降の入室:450人(271人:2024年度)で、いずれも今年度は増加している。 ・要因としては、ロングレジメンの予約枠が、効果的に活用できていないこと、予約件数が多い日が長時間治療の多い日ではないためと考える。 ・chemo IV Nurseを4名育成できた。全体的に穿刺待ちの時間が短縮できたことと13時15分以降に治療開始となる患者の穿刺を看護師が担うことで、主治医による穿刺を待つことなく治療開始することができている。また、資格を取得した看護師がトレーニング中の看護師の教育役ができるように運用を変更し、育成を加速させることができた。	継続	・ロングレジメン枠運用から実施期間が短いため、次年度も継続実施し、その効果をChemo IV Nurseの育成と共に評価していく。 ・Chemo IV Nurseは、穿刺待ち時間の短縮には繋がっているため、今後も育成を続けていくが、同時にタスクシフトや業務整理もを行い、看護師の負担増を最低限にすることも検討する。
神戸市立医療センター中央市民病院	ケアニーズのある患者が基本ケアを受けられ、必要時は専門ケアにつながる事ができる	各部署での人員の入れ替わりなどによるスクリーニングの認識や実施意識が薄れやすい実情がある ・苦痛スクリーニング結果に基づいたケア提供が不十分である	・リンクナースへ苦痛スクリーニング教育と部署周知、適切な運用ができるようサポートする。 ・年2回以上実施率や陽性項目への対応を監査し、結果を各部署にフィードバックする。 ・質問票やトリアージ表などツールの見直しを行う ・各病棟カナルに週1参加しスクリーニング結果に基づく対応や専門ケアへの連携判断などサポートする。 ・がん看護相談外来やがん相談支援センターの広報を強化する。	令和8年3月	○	概ね達成	リンクナース教育後、全体として苦痛スクリーニングの運用は改善し、看護外来、特にがん相談支援センターの案内件数が増加した。一方でスクリーニング結果がケアに結びついていないケースがまだ存在し、特に社会面の課題の拾い上げや対応が弱い。ツールの見直しは今年度の結果を踏まえ次年度に行う予定。	継続	仕事や経済面など社会的な問題のつなげ先(MSWやがん相談支援センター等)を浸透させる。 質問票・トリアージ表の改定に取り組む
	緩和ケア提供体制の質の担保	外来で必要ながん患者・家族に専門的緩和ケアが提供されていないことがある	・緩和ケア外来への紹介を平日は毎日受け入れ、当日の緊急依頼に関しても介入率95%以上を維持する。 ・外来での苦痛スクリーニングを浸透させ緩和ケア外来への紹介につなげる。 ・緩和ケア外来が担える医師を2人に増やす。	令和8年3月	○	概ね達成	緩和ケア外来の当日緊急紹介20件(12月末時点)、100%介入した。緩和ケア外来が担える医師の増員体制はタイミングを見計画中。	継続	・引き続き緩和ケア外来の平日毎日応需・当日緊急依頼の対応 95%以上を維持する。 ・外来での苦痛スクリーニングを経た依頼には至っていない。 ・外来担当医を増員できる体制整備を行う
		非がん患者の緩和ケア提供の不足がある	・緩和ケアチームへの非がん患者の依頼件数を高水準で維持し、緩和ケアを必要とするすべての入院患者に適切な緩和医療を提供できるように努める。(非がん患者の介入件数100件以上を維持する) ・緩和ケアチームローテーションに対応し緩和ケアができる専攻医・研修医を育成する。	令和8年3月	○	達成	非がん患者の介入件数は78件(12月末時点)目標達成し、緩和ケアチームへ依頼がある診療科が広がっている。専攻医・研修医のローテーションで、緩和ケアが臨床に活かされており、チーム紹介にもつながっている。	継続	がん非がん領域の症状緩和と、ACP含めた意思決定支援を強化していく(特に心不全、腎不全領域)。
		医療従事者の医療用麻薬やレスキュー薬自己管理の知識・運用手順の周知が不十分である	・院内研修システム(KeLP)を活用し院内緩和ケアマニュアルの解説動画を作成し、医療用麻薬やレスキュー薬自己管理のポータルに向けた知識の普及を図る。 ・各部署が安全に適切にレスキュー薬の自己管理のサポートが行えるよう運用手順を見直し、リンクナースを通じて運用を周知する。	令和8年3月	○	概ね達成	動画を作成し、視聴してもらった。動画やリンクナース会を通じて医療用麻薬の取り扱いを伝えたことで、レスキュー薬の自己管理は適切な運用が行えていた。	継続	動画視聴の広報を強化し視聴率向上を図る。 レスキュー薬自己管理運用マニュアルの部分修正
地域の緩和ケアリソースとの円滑な連携推進	・緩和ケア地域連携カンファレンスの参加者の顔ぶれが限定しつつある ・連携支援課題を抱えることがある	・緩和ケア地域連携カンファレンスの月1回の開催を継続する。 ・施設紹介、レクチャー、事例検討など多岐テーマを通じ、地域連携課題を取り上げ意見交換を行う(当院発信4回) ・カンファレンス新規参加施設を意識し、当院と連携した地域リソースへ事例の振り返りを呼びかけ、ディスカッションを通じより円滑な連携体制を整えていく。	令和8年3月	○	概ね達成	地域連携カンファレンスは定期開催が維持され、医療機関・在宅支援機関・施設等との情報交換が継続した。参加者は一定数を維持し、事例検討を通して入退院支援の質向上につながったと考える。一方で、参加機関は固定化し、新規参加の広がりには課題が残った。	継続	・双方向的なカンファレンスを目指すためにも、主催病院だけでなく、地域側から取り上げたい連携事例やテーマを確認する ・カンファレンスのテーマ設定を考慮する	

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸市立医療センター中央市民病院	外来のがん患者家族支援の充実	がん診断時のサポート体制(苦痛スクリーニング、高齢者機能評価、がん看護を専門とした看護面談)は、消化器、呼吸器、婦人科に限定され、他の診療科ではサポート体制は整えられていない。多様な相談への対応不足がある。共通の困難事例における部署間の連携・協働支援が十分でない。外来間のカンファレンスの活用意識が乏しい。	・がん診断時サポート体制の整備として診療科の拡大を進め、がん患者指導管理員算定を400件以上に増やす ・がん診断期の支援からがん看護相談外来の継続支援対象者を増やし350件/年以上を目指す。 ・相談・支援内容の傾向を分析しより適切な支援提供に必要な知識・対応方法の整理を行う。 ・外来ラウンドで各部門のケアの困り事を拾い上げ、がん看護CNSが適宜ケア相談に乗る。 ・外来間でのカンファレンス(クロスミーティング)について再共有する。 ・外来間のカンファレンスでケアの方向性が導かれるようサポートし、検討後は必要に応じてがん看護のCNSやCNがケアのフォローアップを行う。	令和8年3月	○	概ね達成	・緩和ケアセンター看護師によるがん診断後支援は、3診療科(消化器、呼吸器・婦人科)に加え腫瘍内科、泌尿器科と曜日限定で拡大し、がん患者指導管理員410件(4月～11月)で目標値達成した。 ・がん看護相談外来も継続して活動できている。外来間カンファレンスは、年14回開催し部門間で話し合い協働につながっている。	継続	・外来ラウンドやカンファレンスで拾い上げた課題をもとに、支援ニーズの傾向分析を行い、特に多かったテーマに関して勉強会や専門研修の企画に反映させる ・がんの経過と経過別の看護の可視化(ケアマップ)の見直しを進める
	ACPを推進し、患者の意向が反映された療養方針	ACPIに関する認知や関心は広がっており、ACPのシステム整備、多職種カンファレンスの活性化がみられているが、診療科や部署間の認識の差と実践スキルが不足している。リンクナースが固定でなく知識や実践が積み重なりにくい。院内の記録共有ツールは構築され活用されているが地域医療・介護期間との情報共有が不十分である。	・診療科や部署、職種の希望をつのり教育・啓蒙活動を継続する。 ・リンクナース会でACPの知識のおさらいを行い、事例検討や実践の振り返り、ディスカッションを通じACP看護実践の知識・スキルの紐づけを強化する。 ・リンクナース会を通じ現行事例でのACP実践の相談に乗る。 ・ACPチームと協働し、推進課題を分析し次年度の取り組みにつなげる。	令和8年3月	○	概ね達成	ACP認知度は向上し、ACPIに関する学習会の依頼7件を受けた。ACPの本質の理解と実践ハードルを下げる教育に変えたことで、患者の意向や価値観に関する情報のカルテ記載が増加した。ACPテンプレート活用663件(前年度350件)。一方、地域と情報共有するツールは現在作成中。	継続	・院内でACP教育を継続し、リンクナースの育成、部署横断的な実践支援を体系的に整える ・地域と患者の思いが引き継がれるようツール運用を開始する ・患者の思いや価値観を多職種で共有し治療や療養への反映ができるように進める
	相談者のニーズにあった支援が実践できる	4月異動に伴い、相談内容によっては、相談員の知識不足がある	・異動者1名はがん相談員研修Ⅲを受講する。(申し込み済み) ・指導者研修受講に必要な、「がん相談対応の質保証を学ぶ研修(QA研修)」(6/28,7/12) ・相談員は、国立がん研究センターや地域主催の相談員を対象にした研修を受講し、自身の知識とスキルアップを図る(2回/年以上)。 ・症例が少ない内容(AYA・忍容性・希少がんなど)については、相談員自ら積極的に情報収集を行い、相談に活かすことができるようにする。 ・ゲノム関連の相談は、がん専門看護師と協働し、がんゲノム外来で患者対応・相談ができるシステムを構築する(3回/月対応予定)。 ・最新のガイドラインを整える。	令和8年3月	○	達成	・異動者1名はがん相談員研修Ⅲ終了。 ・「がん相談対応の質保証を学ぶ研修(QA研修)」は相談員2名受講終了 ・相談員は、兵庫県情報連携部会主催の研修を合わせ、少なくとも2回/年の研修を受講した。 ・AYA世代への対応では、院内のAYAチームの一員として、2例チーム内で検討を行った。希少がんでは、セカンドオピニオンの対応をすることも多いが、平滑筋肉腫などは、当院で治療を行っており、相談に来られることもあった。 ・ゲノム関連の相談は、当院のフローとして、主として遺伝カウンセラーが実施することとなった。がん相談支援センターに来られた相談者には、対応を行った。 ・最新のガイドラインは確認を行い、購入を依頼した。	継続	がん相談員として必要な研修は主体的に参加する。2月には、「がんサポートグループ企画運営者のための研修会」に1名、両立支援コーディネーター基礎研修は2名が受講予定。AYA世代へは、必要時に対応を行う。希少がんの治療については、引き続き自己研鑽を行い、知識のブラッシュアップをはかる。来年度からAYA世代のピアサポーター1名が参加予定。ピアサポーター個別面談やサロンを充実化させる。
	アピアランスケアのニーズが高く、支援が必要である	・相談員は、がん国立研究センターが開催しているアピアランス研修を受講する。 ・がんの教室で2回/年(7/21,1/19)アピアランスに関する内容を実施する(メ-カ-へも協力を依頼する) ・専門、認定看護師と協働し、がん看護専門研修でアピアランスに関する内容を定期的に盛り込む(2025年度は検討中) ・相談室内のウィッグやスキンケア用品を衛生的に適切に管理する	令和8年3月	○	達成	・がん国立研究センター開催のアピアランス基礎研修を相談員1名が受講した。 ・がんの教室は2回/年(7/21,1/19)アピアランスに関する内容を実施した(1/19はメ-カ-4社の協力があった。もう少し時間が長い方が説明に時間をかけることができたという意見があった) ・がん看護専門研修では、認定看護師が中心となり、ウィッグとカバーメ-クに関する内容を実施した。実際に手に取ってケアをしてみる事ができた。 ・相談室内のウィッグやスキンケア用品は年度初めに整理をし、必要な備品はあたらしいものと入れ替えをした。	継続	1/19人工乳房や補正下着、ウィッグメ-カ-から直接説明が聞けることができる外見ケアに関する教室を開催。18名参加でアンケート結果では、とても良かった。来年度も開催を希望するという意見が9割であった。来年度も主体的に研修に取り組む	

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)	
神戸市立医療センター中央市民病院	(前頁)	ピアサポートの人材育成と活用に貢献できていない	<ul style="list-style-type: none"> ・兵庫県がん診療情報連携部会員として、兵庫県疾病対策課と協同し、ピアサポート育成事業へ参画する ・ピアサポーター養成研修への協力、ピアサポーターフォローアップ研修の主体的な運営 ・6回/年開催予定のがんサロンへのピアサポーターへの参加依頼 ・ピアサポーター個別面談の設定を意識し調整。面談件数を維持する(R6年度7件) ・がんサロンやピアサポーター個別面談後の振り返りを、ピアサポーターと共に十分に行い(30分~1時間)、書面にて報告。拠点病院委員会で報告する。 ・ピアサポーター1名増員を目指す(希望者へ声掛け) ・兵庫県ピアサポーター養成研修の案内を当院ホームページに掲載し、募集要項をがん相談支援センターに掲示する 	令和8年3月	○	達成	<ul style="list-style-type: none"> ・県が主催するピアサポーター養成研修へは、運営を含めファシリテーターとして参加し、研修参加者が満足できる研修になるように取り組んだ。ピアサポーターフォローアップ研修は2026/2/28の開催に向けて準備中。 ・2025年度は5回がんサロンを実施した。振り返りを行い、書面にて報告を行っている。毎回2名のピアサポーターが参加しており今後も継続予定。また11月からは新たに1名のピアサポーターと契約を結ぶことができた。 ・ピアサポーター個別面談は2件(2025/12末)であった。 ・兵庫県ピアサポーター養成、フォローアップ研修の案内・募集要項はがん相談支援センターに掲示して周知をすようにした。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・フォローアップ研修は、開催に向けて準備も最終段階となっている。 ・がんサロンは3月に開催予定となっており、目標の6回は達成。来年度は開催回数を増やす方向で検討中。2月にはもう1名ピアサポーターとしての契約を結ぶ予定となっている。がん教室やサロンの報告をがん診療運営委員会の定期報告にできるように依頼していく。
	がん患者・家族が相談支援センターを適切な時期に利用できる	相談者(特に告知後)が必要なタイミングで相談支援センターを利用できていない	<ul style="list-style-type: none"> ・がん相談支援センターとして、統一性のある広報を継続する ・がん相談支援センターのリーフレットの適宜見直しと配布場所の検討 ・ホームページでの掲載内容の見直し ・デジタルサイネージの広報内容の見直し ・2025年度電子カルテ更新時に予約システムの導入を依頼する ・がん看護専門研修内でがん相談支援センターについて取り上げる(R5.R6実施) ・ハローワーク相談会、社労士相談会による就労支援の広報を継続し、相談件数を維持する(2024度はハローワーク22件、社労士52件) ・院内放送における来院者への告知(社労士、ハローワークの放送は実施済) ・(特に)相談者がAYA世代の場合は、初回相談時にタイミングをみてアナウンスを行う。がん看護専門看護師が行うがん看護外来との協力体制の検討 ・2025年度6回/年のがん教室・がんサロンの院内のチーム活動として位置づけることができる ・がん相談支援センターの相談件数の維持(R6年度1587件) ・外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及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検討し、整備する 	令和8年3月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> ・リーフレットの内容は、今年度は変更なしとして、配布を継続した。リーフレットを持って相談に来られる人も多いため、常に配架されているように意識した。ホームページは病院としての見直しのタイミングで確認し、変更なしとした。 ・院内放送、デジタルアイネージは内容はそのまま継続とした ・結果として、相談件数は922件(2025年12月末)であり、昨年度の75%程度となっている(同1218件)。 ・がん相談支援センターへ一度は訪問してもらうように、がん診療運営委員会での広報や直接医師への依頼などを行った。 ・就労支援では、ハローワーク相談会が13件、社労士相談会が25件(2025年12月末現在)であった。昨年度に比べ減少傾向にあるため、広報効果のありそうな予約外受付の壁にポスターを貼付した。 ・がん看護専門研修では相談支援センターについて取り上げることはできなかったが、リンクナース会では説明を実施。その後病棟スタッフが(スタッフ向けに)相談支援センターの説明リーフレットを作成したいとのことで支援をした。 ・がん教室・サロン活動は、管理者と相談の結果、チームではなく現在の担当者で、院内活動として継続することとなった。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・外来での告知時の案内周知については、フローはあるが、全診療科で対応はできていない。がん患者の多い診療科では確実に実施してもらえるように、がん看護外来との協力体制の確認、リンクナースの活用やスタッフへの周知など再検討する必要があると考える。 ・就労支援については、両立支援コーディネーターの研修の受講、相談会の広報などについて考えていく。
	相談支援内容を評価し、その質を高める	利用者からのフィードバック体制が構築されていない	<ul style="list-style-type: none"> ・2025年度患者満足度調査内容に、がん相談支援センターにおける内容の追加を依頼する(11月予定) ・利用者へのアンケート(直接記載による投函、あるいはGoogleによるアンケートなど)方法及び実施可能かどうかの検討を行い、可能であれば実施まで持ち込む ・緊急を要する案件は、速やかに管理者に報告し対処する(フィードバック体制を確認する) ・がん相談支援センター定例ミーティングを計画し、がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を相談、報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげる 	令和8年3月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> ・2025年度患者満足度調査内容に、がん相談支援センターにおける内容を追加した。結果は2月末ごろの予定。 ・利用者へのアンケートは実施できず。 ・緊急を要する案件は、速やかに管理者に報告し対処できた。 ・がん相談支援センター定例ミーティングを4回/年とした。課長2名、係長1名、相談員2名、事務部門1名とし、PDCAサイクルの実施状況や問題点について話し合った。「がん相談支援センターに一度は訪問してもらう」ためのフォローが十分に機能しておらず、確認・対応が必要であることがわかった。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・患者満足度調査の結果内容を確認し、利用者アンケートについて検討していく。がん相談支援センターへ訪問してもらうための対策を検討する。
	相談員教育に活用する、相談員業務についてまとめた手順が無い	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報の取り扱い(守秘義務・相談記録管理等)や相談員の役割・業務についてまとめたがん相談部門の手順を作成する。手順に基づき、相談員教育に活用し、年1回以上の頻度で更新する 	令和8年3月	×	未達成	<ul style="list-style-type: none"> ・手順の作成にはいたらず 業務に関する手順は5月に完成。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・来年度検討する 	

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)	
神戸市立西神戸医療センター	化学療法に関わるマニュアルの見直しと新規作成	化学療法に関わるマニュアルの見直しと新規作成 化学療法に関わ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外来化学療法センターの予約が取りにくくなっているため、運用を見直し、入院での化学療法の実施も検討する。 ②レジメン検討小委員会での審査や承認の際に、実運用との齟齬が生じないように、外来化学療法センター看護師との情報共有を図る。 ③免疫チェックポイント阻害薬マニュアルの作成:当直帯の受診時マニュアルの作成や、irAE対策として患者がセルフモニタリングができるようなツールの作成と医療者の患者指導力の向上を目指す。Infusion reaction 対応方法も盛り込んで作成する。 ④抗がん剤の血管外漏出マニュアルを改訂する。 ⑤末梢神経障害予防ケアの対象となる診療科の拡大に取り組み。	令和8年3月	△	概ね達成	① レジメンの種類や患者の状態によって、入院での実施にすることにより、化学療法の実患者数を増やすことができた。 ② レジメン申請の際、医師や薬剤師から看護師への連絡があり、意見交換をすることもあったが、全例で情報共有をするまでではなかった。 ③免疫チェックポイント阻害薬マニュアルを作成し、当直帯の受診時マニュアルの作成や、irAE対策として患者がセルフモニタリングができるようなツールの作成と医療者の患者指導力の向上を目指すことができた。Infusion reaction 対応方法も盛り込んで作成した。 ④「がん薬物療法に伴う血管外漏出に関する合同ガイドライン2023年版」が改訂されたため、血管外漏出マニュアル(フロー)の修正を行った。併せてアントラサイクリン系抗がん剤の血管外漏出時に使用するサビーンの使用マニュアルを作成した。 ⑤ 現在、呼吸器内科では化学療法を行う全患者に末梢神経障害予防ケアを行っているが、それ以外の診療科では患者自身から要請があった場合に実施している。末梢神経障害予防ケアは、患者には金銭的と身体的な負担が増えることがあり、化学療法センターには介助が必要な患者が増えることがあり、化学療法の導入に影響を及ぼすことが懸念されるため、診療科の拡大ではなく、現状維持が望ましいと判断した。	継続	レジメンの審査や承認の際に、実運用との齟齬が生じないように、外来化学療法センター看護師との情報共有を図る。レジメン完成前に、関係者で意見交換できる仕組みを整える。
	スクリーニングシートの活用 IPOS・STASJを用いてケアの質を評価し、チーム機能向上を図る 日頃診療で連携している医療機関とより連携を深める	1. 全ての患者・家族が基本的緩和ケアを受けることができる①つらさのスクリーニングを活用し早期介入につなげる②院内・外の医療従事者の能力向上③ACPIに関する普及・教育④医療用麻薬の自記式服薬記録の活用 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・地域連携を強化する	1. スクリーニング件数 研修会・勉強会の開催、ACPの認知度把握 2. 緩和ケアチーム介入件数 地域連携カンファレンス開催回数 他部門・多職種CF件数 1-①入院・外来でのスクリーニングを1500件。スクリーニングによる介入50件 1-②院内・外の医療従事者対象の勉強会・研修会の開催(PEACE、ACP勉強会) 1-③リカースと研修医に対してのACP勉強会の実施 1-④医療用麻薬の自記式服薬記録を活用する 2. 新規介入400件以上、チーム回診・ミーティングを行う(1回/週)。IPOSの実施。回収数150件 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8回/年・発表4回/年) 2-②チームの活動の院内評価(院内2回/年、院外第3者チェック1回/年) 2-③緩和ケアチームと各診療科・部門との症例カンファレンス 地域連携カンファレンス 1回/月	令和8年3月	○	達成	1-①入院・外来でのスクリーニング1746件 スクリーニングによる介入59件。 1-②院内・外の医療従事者対象に勉強会・研修会を開催した(PEACE、ACP勉強会) 1-③リカースと研修医に対してのACP勉強会の実施。 2. 新規介入396件、チーム回診・ミーティングは1回/週行った。IPOSの実施、回収数120件 2-①チームメンバーの能力、チーム機能の向上に努めた。(学会参加10回/年・発表3回/年) 2-②チームの活動の院内評価(院内2回/年、院外第3者チェック2回/年)今年度は兵庫県緩和ケアチーム部会のピアレビューを受審した。 2-③緩和ケアチームと各診療科・部門との症例カンファレンス。地域連携カンファレンスは18回/年実施、地域連携カンファレンスで連携アプリ等についても検討し、LINE WORKSも円滑に導入、活用できている。	継続	1 スクリーニングの実施と活用の継続 2 IPOS・STAS-Jを用いてのケアの質評価の継続 3 鎮静に関する教育の実施と緩和ケアチーム内での多職種カンファレンスの実施
	がん体験者支援体制の充実と維持	1. 患者サロン「あじさい」を開催し、ピアサポート(以下PiaS)の場を継続的に提供する。	・「あじさい」参加者の直接的な反応やアンケート結果 ・患者ライブラリーを活用した「あじさい」毎月開催の実績 ・患者ライブラリーを活用した「あじさい」開催やレクリエーション開催報告 ・「あじさい」開催時の蔵書紹介や院内外がん関連のイベント告知回数 【目標1】 ・「あじさい」の開催頻度を1ヶ月に1回とする ・PiaSを意図したレクリエーション「あじさい祭り(仮)」を開催する。 ・がん体験者と家族を対象に勉強会を開催する(テーマ:がんロコモ) ・12月開催のクリスマスコンサートで「あじさい」の広報を行う	令和8年3月	△	概ね達成	【目標1】患者サロンは毎月定期的に開催できた方がよいが、スタッフの業務調整もあり、次年度は年4回とする。あじさい祭りはピアサポートの場としても効果的であったため、継続	継続	【目標1】患者サロンは毎月定期的に開催できた方がよいが、スタッフの業務調整もあり、次年度は年4回とする。あじさい祭りはピアサポートの場としても効果的であったため、継続

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸市立西神戸医療センター	(前頁)	2. 患者ライブラリーを活用した情報提供の場の充実を図る。	【目標2】 ・患者ライブラリーで「あじさい」を開催し、ライブラリー活用を広げる ・「あじさい」開催時に蔵書紹介や院内外がん関連のイベント告知	令和8年3月	(前頁)	(前頁)	【目標2】ライブラリーでの患者サロン開催で参加者のライブラリーの認知はあがったが、情報提供の場の充実につながったとは評価しがたい。がん関連の情報やイベントについては、ライブラリーとサロン開催時にチラシの配架など継続する	(前頁)	【目標2】ライブラリーでの患者サロン開催で参加者のライブラリーの認知はあがったが、情報提供の場の充実につながったとは評価しがたい。がん関連の情報やイベントについては、ライブラリーとサロン開催時にチラシの配架など継続する
	1. 診断時～初回治療開始までに相談支援センターに繋がるシステムの構築 2. 医療の質の進歩に対応できる相談員の質の向上を継続する。 3. 就労支援体制の活用に対する周知活動が不十分である。	1. 相談件数:500件/年以上 医療者からの紹介率:30%以上 前年度からの診断時～治療開始までの件数増:100件/年以上('22 98件, '23 99件) 患者満足度調査結果、認知度:50%以上('22 46.1%, '23 43.6%) 2. 患者満足度調査 満足・やや満足90%以上('23 90%) 3. 社会保険労務士による「仕事と暮らしの相談会」相談件数:6件以上	1. 入院前担当と診断～治療開始までの患者・家族にセンター訪問(場所の確認も含む)につながるアナウンスについて検討する。 2. 相談が多い内容の対応について、実践対応マニュアルを作成する。・相談対応評価表を用いた対応評価を行う。(2回) 3. 入院前支援担当との協働を検討する。就労に関する相談ができるきっかけ作りを行う。困り事、気がかりに気付くことができるよう、基本情報紙に就労状況の項目の追加を検討する。・相談会当日のアナウンスについて検討する。	令和8年3月	○	達成	1. 総相談件数479件 医療者からの紹介率:24%(前年度20%) 診断時～治療開始までの件数:134件(前年度99件) 患者満足度調査結果 認知度:46% 入院前支援部門の朝の業務調整に参加し、相談に繋げる対象者を共有し紹介につなげてもらうようにした。結果、直接来室のケースもあり効果であった。困っている患者・家族をとりこぼさないよう、入院前オリエンテーションで使用する「患者基本情報紙」に困り事についての設問を追加した。 2. 患者満足度調査(相談後アンケート):満足・やや満足90%以上 3. 「仕事と暮らしの相談会」相談件数:12件	継続	1. 3. がん相談支援センターの運用要件である診断～治療開始までの患者の利用促進を行うために他部署との連携を強化する。 2. 相談対応表を用いた相談対応評価を行う(年2回以上)
神鋼記念病院	緩和ケア及びがん看護教育の更なる質向上	緩和ケア及びがん看護教育の更なる質向上	1)がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会、受講率90%以上維持 2025年10月4日(土)開催予定 2)緩和ケア委員会主催のがん看護教育を立案し実施 3)緩和ケアに関するミニレクチャー動画作成(2023年度から継続)	令和8年3月	○	達成	1)10月4日開催 受講率86.8% 2)今年度はキャリア支援委員会から研修担当者の協力あり。当委員会研修担当者中心に研修準備進め、問題なし。11月「がんゲム医療」、12月「放射線看護」開催した 3)7動画作成案内し、各所属の教育に活用してもらうよう周知した	継続	1)2026年10月3日(土)開催予定 2)次年度は「がんゲム医療」はキャリア支援委員会、「放射線看護」はがん看護支援委員会が担当予定 3)動画の視聴を促す取り組みを検討する。症状スクリーニング動画作成予定。
	緩和ケア及びがん看護教育を実施し、医療・看護の質向上	症状スクリーニングの質向上に向けた取り組みが不十分	1)質の調査:2024年7月～データ収集中。データ収集は2025年春頃までの見込み。その後、結果をまとめ、質向上のための対策を策定 2)質の向上:リンクナース、多職種とともにスコアの精度改善に向けての取り組みを検討	令和8年3月	△	概ね達成	1)10月委員会で結果を公表し、質向上に向けての検討材料とし、適宜委員会での話し合いを実施した 2)10月委員会で結果を公表し、質向上に向けての検討材料とし、適宜委員会での話し合いを実施した	継続	1)学会発表を行い、質の向上に向けての対策検討 2)委員会でGWや研修を取り入れつつ、各所属でのリンクナースの活動の支援を継続する。
		算定件数が少ない診療報酬について現状確認し、問題整理、他にできる対策があるかどうか検討 *緩和ケア個別栄養食事管理加算	緩和ケア個別栄養食事管理加算について現状確認し、問題整理、他にできる対策があるかどうか検討	令和7年12月	△	概ね達成	実施継続	継続	緩和ケア個別栄養食事管理加算について現状確認し、問題整理、他にできる対策があるかどうか検討
		プライマリチーム、地域の医療関係者等、サポートチームとの三者の連携が不十分	研修会などを通じてプライマリチーム、地域の医療関係者等、サポートチームの三者の連携を深められないか検討	令和8年3月	○	概ね達成	12月3日「訪問看護師・介護支援専門員・神鋼記念病院交流会」にて講演・GW実施。高評価であり、次年度以降も検討	継続	次年度以降も検討

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)	
神鋼記念病院	がん相談支援Cにおける就労支援に関する周知を図る	就労支援を必要としている人がタイムリーに相談できるよう、患者・家族、院内職員への周知を強化する必要がある	広報誌、掲示物やリーフレット、院内研修およびがん診療関連の委員会で定期的に周知活動を行う	令和8年3月	○	達成	院内研修および合同研究発表会、日本病院学会での報告、院内事務職員への周知、広報誌、神戸新聞社を通じて幅広く広報を行った。	継続	病院で行う就労支援について、より分かりやすく伝わりやすい媒体となるよう、リーフレットの内容を見直し改訂を行う
		がん相談支援センターに繋げるための初期段階の相談支援体制の周知不足	新しいナビゲーターの育成および外来／入院患者および病院職員への周知活動の強化することで、相談体制の強化とがん相談支援センターへの取り次ぎ強化を図る	令和7年10月	○	達成	ナビゲーターへの問合せからがん相談支援センターに繋いだ症例は少ないが、患者要望の情報提供は継続して実施している。新規3名が癌治療学会よりナビゲーターに認定された。	完了	
	AYA世代患者の支援強化に向けて院内周知を図る	・院内職員への周知の場(勉強会、広報誌など)を作ることが必要 ・対象者を拾い上げる体制づくり	・委員会の立ち上げ ・多職種による症例検討を実施する(20件/年) ・院内職員への周知強化、対象者を拾い上げる院内体制の調整	令和8年3月	△	概ね達成	委員会を立ち上げた。「AYAがんの医療と支援のあり方研究会」に団体会員として参画。症例検討数が目標数未達のため、次年度の体制を検討する。院内職員への周知強化、対象者拾いあげについては、今後も継続していく	継続	委員会メンバーを中心として、症例検討や勉強会などを開催し、院内スタッフのスキルアップを図るとともにAYA世代患者の早期介入の体制を強化する。院外への講演会や研修を通して当院の取り組みを地域にも周知する。
	化学療法における安全確保対策	新規治療薬や投与方法などの治療進歩に対する迅速な対応と柔軟な対策が必要	化学療法に関する情報提供パンフレットの充実と患者提供(HP/QRコード等の活用)方法の拡大による情報提供体制の充実を図る	令和7年10月	○	達成	化学療法に関する各種(治療、副作用、栄養、リハビリ等)患者用情報提供資料の充実を図った。患者さんにより使いやすくダウンロード可能な様式/QRコード使用などの工夫を行った。	継続	最新の治療、副作用対策など総合的な知見を踏まえ、都度、改訂を行うとともに、患者さんへの周知方法、利便性について活用状況を確認し、更なる充実を目指す
			当院におけるirAE症例の共有化を図ると共にICI投与患者の拾い上げなどirAE予防対策にも取組む	令和8年3月	△	概ね達成	irAEへの知識習得を目指し、院内講演会を実施(2025/11/10)。irAEWGにて実際の症例にて各専門医からの治療方針など共有し、予防/治療など情報交換を継続して実施した。	継続	がん薬物療法のKey DrugになりつつあるICIについて、irAEの早期発見、早期治療、継続したフォロー体制について医療関係者間での連携強化
がんゲノム医療提供体制の充実	院内におけるがんゲノム医療提供体制充実に対し、関連部署の更なる協力体制が必要	がんゲノム医療推進委員会を中心にがん診療に携わる診療科と協力し、癌種別のCGP検査の実践の手引きの更新によって均てん化を図る。また、血液疾患におけるCGP検査において、スムーズな検査体制を構築する	令和7年10月	○	達成	血液疾患におけるCGP(ヘムサイト)保険収載に伴い、連携施設である京都大学運用状況に遵守し、検査導入体制を整えた。また、委員会にて各診療科のがん種別のCGP導入基準など均てん化を図るための手引き更新を行った。	継続	・各がん種における最新の治療ガイドライン等を踏まえ、院内でのCGP実施の手引きを更新する。 ・検査件数の少ない消化管疾患を充実させるために、院内講演会を企画し、がんゲノム医療の知識習得の場を提供する。	
関西労災病院	がん相談支援センターの周知	がん相談支援センターの支援・活動内容の周知が不十分である	引き続き、「がんセンター紹介動画」を有効活用し、患者に対しては、市民公開講座、院外医療従事者に対しては、各種セミナーや勉強会、院内職員に対しては、新規採用オリエンテーションや院内研修会を通じて、がん相談支援センターの周知を図る。特に、院内職員に対しては、定期的な研修会や院内広報誌の作成を計画し、当院の役割や支援内容に対する理解を深める機会を設ける。	令和8年3月	△	概ね達成	対外的な周知は十分に行うことができたが、院内職員に対する研修会や院内広報誌を通した周知の機会を設けるまでには至らなかった。	継続	院内職員向けの研修会あるいは院内広報誌の発行を計画し、当院の役割や支援内容に対する理解を深める機会を設ける。
	就労支援(両立支援)の充実	支援を必要とする患者の抽出が不十分である。また支援内容についても更なる充実が必要である	多職種から構成される「両立支援チーム」を立ち上げ、支援を必要とする患者へのサポート体制を充実させる。また、現行の「社労士による相談会」を継続して開催する。「ハローワーク専門相談員による相談会」は、ハローワーク担当者とも相談のうえ、月1回の開催方式から、患者支援が必要な都度、介入する方式へ変更する。	令和8年3月	○	達成	両立支援チームを立ち上げ、就労支援(両立支援)を必要とする患者へのサポート体制の充実を図ることができた。	完了	

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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
関西労災病院	外部リソースを活用した相談支援	医療機関の職員のみでの相談支援体制ではマンパワー的に不足するため、外部リソースを活用した相談支援体制の充実を図る必要がある	・兵庫県認定がんピアサポーターを活用し、「ピアサポート相談室」を月1回程度開催する。 ・ソシオエステティシャンを講師として迎え、定期的(年4回程度)に「アピアランスケア個別相談会」を開催する。 ・将来的な連携体制の構築も見据え、「認定がん医療ネットワークナビゲーター制度」のシニアナビゲーターの実地研修を受け入れ、地域における社会的リソースの拡充に貢献する。	令和8年3月	○	達成	「ピアサポート相談室」、「アピアランスケア個別相談会」、「認定がん医療ネットワークナビゲーター制度のシニアナビゲーターの実地研修」において、外部リソースを活用した相談支援体制の拡充を図ることができた。	完了
	AYA世代支援チームの設置	AYA世代のがん患者への支援体制の整備が不十分である	多職種から構成される「AYA世代支援チーム」を設置し、支援を必要とする患者へのサポート体制を充実させる。	令和8年3月	×	未達成	AYA世代支援チームの立ち上げに向け、構成メンバーを選任し、複数会のWGを開催することはできたが、チームの設置までには至らなかった。	継続
	がん教育の充実	実施方法や講義内容について、継続的に教育委員会担当者と検討する必要がある	公立学校への「出張がん教育」を開始してから5年以上経過するため、教育委員会担当者と実施方法や講義内容(医師のみではなく多職種による講義など)を今一度検討し、がん教育の充実を図る。	令和8年3月	×	未達成	実施校と市教育委員会と開催に向け検討を行ったが、受入校の事情もあり、今年度は実施することができなかった。	継続
兵庫医科大学病院	がん患者に治療がつながるようなタイミングで室の高いゲノム医療の提供ができる	遺伝子パネル検査をがん患者に提供する診療科の医師に対して院内教育が不十分である。	継続して、各診療科の医師対象に、ゲノム診療・遺伝子パネル検査、エキスパートパネルについてセミナー等の院内教育を行う。	令和8年3月	△	概ね達成	2025年度はミニレクチャーを1回実施、eLearningシステムへアップロードし、院内教育を進めていくことができた。	継続
		造血器腫瘍遺伝子パネル検査が始まる為、システムを構築する必要がある。	院内での造血器腫瘍遺伝子パネル検査のための院内システムを調整し、スムーズにがんゲノム医療が提供できる体制を整える。		○	達成	院内で造血器腫瘍遺伝子パネル検査が実施できる体制を構築し、実装できた。	継続
	がん患者に安全・確実で質の高い薬物療法の提供ができる。	2026年に新病院へ移転するにあたり、外来化学療法室運用の整備が必要である	がん薬物療法に関わる病棟スタッフを加えた院内のがん薬物療法を統括管理し、院内のがん薬物療法の安全管理に務める。安全で確実に抗がん薬を投与できる環境、医療・ケアとしてがん薬物療法を充実するために新病院を見据えた体制を構築する。	令和8年3月	○	達成	委員会を通じて、院内のがん薬物療法の安全管理に務め、病棟管理者にも毎月定期的に開催する合同会議を開催しがん薬物療法を充実するために一元化を図った。また新病院に向けた体制整備を上記等を通じて行った	継続
がん薬物療法に関するマニュアルが院内で周知徹底されていない。	がん薬物療法を実施する可能性がある診療科、病棟の担当者を対象に、複数回勉強会を開催し理解促進と活用、周知徹底を図る。マニュアルの使用時など科毎に適正化をはかる	△	概ね達成		病院全体における勉強会の実施をがんプロフェッショナル養成プランと連携して行ったが、特別に院内で定期開催は行っていなかった。	継続		
がん医療・がん薬物療法に関わる医療スタッフの人材育成が十分ではない。	がん専門医療人材(がんプロフェッショナル)養成プランと連携しながら、院内講演会等を活用しがん医療・がん薬物療法に関する教育を推進する。厚生労働省の令和6年アピアランス支援モデル事業に基づき、相談支援、情報提供を実施する体制の構築と人材育成を行うとともに、アピアランスケアについて病棟外来と連携して医実施する体制を整備する	○	達成		呼吸器内科を中心にアピアランスケアにおけるチームを作成し、実際の症例に対する病棟～外来への対応についてを協議し、病院全体への普及の前段階へと繋げることができた。また相談支援センターにてアピアランス相談を積極的に行った	継続		
より多くのがん患者に5大がん全てのがん地域連携パスが提供できる	5大がん全ての地域連携システムの体制構築、パスの運用が不十分である。	がんパス担当の地域連携部とのがんセンターとの連携が不十分である。地域連携部から現状と課題を共有して頂き、各科のがんパス担当で改善点を検討していただき、件数アップにつなげる。	令和8年3月	×	未達成	地域連携パスの運用推進について話し合っているが、完全な実施へは至っていない	継続	

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)	
兵庫県立尼崎総合医療センター	抗がん薬IVナースの育成と対象病棟の拡大 がん薬物療法看護・放射線療法看護部会リンクナースの支援を行い、看護の質向上を目指す	がん薬物療法の進歩に伴い、治療は複雑化し対象患者も多様化しているが、看護師の知識不足により十分な患者支援が行えていない。	●抗がん剤IVナースの育成 1. 県立病院統一の研修プログラムに則った研修の実施 2. 抗がん薬IVナースは、2024年度16名が新規認定、44名が資格更新した。2025年度認定者15名の育成を目指す ●抗がん剤IVナースの役割拡大 1. 病棟に所属しているIVナースの役割拡大(外来化学療法室と同様の役割:血管確保)を行うことで看護師のスキルアップにつながり、最終的には患者への利益になる 2. 問題点の抽出と改善策の検討を行う(4~5月) 3. 他部門との調整(6月) 4. 病棟で開始し、評価後対象部署を拡大する(9月) 5. 拡大後の評価 ●がん薬物療法看護・放射線療法看護部会でリンクナースを育成する 1. 化学療法のグループ活動を継続し、セルフケア支援の質向上に取り組む ●研修会の実施と参加:研修会を通し、がん診療およびがん看護の質の向上を目指す 1. 年間計画に則り、院内がん看護研修会を実施する 2. 院内・院外で開催されるがん関連の研修会の案内を行い、最新の知識獲得の場を提供する	令和8年3月	○	概ね達成	2025年度は抗がん薬IVナースは、28名が新規認定ができた。抗がん薬の役割拡大は昨年度の8東のみで今年度は拡大できていない。次年度の課題とする。 薬物療法看護・放射線療法看護部会では、リンクナースによる部署での曝露対策の取り組み、事例を通してのセルフケア支援について取り組むことができた。 がんSTEP研修は、I16名、II15名が参加することができた。研修終了後の部署での役割支援が必要である。	継続	抗がん薬IVナースの育成を継続し、対象病棟の拡大を行う。 関連委員会のリンクナースの課題取り組みの支援を行い、看護の質向上を目指す。 院内がん看護研修会を継続し、看護の質向上を目指す。
	化学療法室における栄養相談について	栄養状態の悪化が予測される切除不能消化器がん患者を中心に栄養介入を行っているが、そのほかの患者に対しては、食欲不振や体重減少が認められてからの介入に止まり、予防的栄養介入ができていない。	昨年度に引き続き、術後化学療法患者や胃癌、大腸癌、膵臓癌以外の癌腫にも対象を拡大して、予防的栄養介入を行う。	令和8年3月	○	未達成	胃癌、切除不能大腸癌、膵臓癌患者を対象に、病棟担当管理栄養士と連携して栄養介入を実施できる体制を整えたものの、今年度は外来化学療法室での栄養指導実績が前年度の半分程度にとどまっており、対象拡大はできたが介入数は少ない。	継続	介入方法の再検討を行い、胃癌、大腸癌、膵臓癌以外の癌腫にも対象を拡大して、引き続き介入を行う。
	抗がん剤のバイオ後続品の導入及び保険薬局との連携について	抗がん剤のバイオ後続品が、特許切れに伴い順次発売されるが、先発品と一部適応の異なる場合がある。適応にあわせたレジメンの作成を行い、バイオ後続品使用の機会を増やす。 また、患者のQOL向上及び安全・安心ながん化学療法を実践するために、地域におけるシームレスな患者指導を実現するために、保険薬局との情報共有及び連携を強化する。	引き続き、がん薬物療法検討部会において、抗がん剤のバイオ後続品の導入についての検討を行う。また、薬剤師等が、患者にバイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品導入初期加算を算定する。また、保険薬局との連携をさらに推進するために、患者にレジメン(治療内容)等を提供し、保険薬局への提示を依頼する連携充実加算の取り組みを継続する。また、地域の薬局薬剤師を対象として研修会等を実施する	令和8年3月	○	概ね達成	バイオ後続品の導入は、適応取得後に最速で承認されるよう申請し承認を得ている。算定件数は12月末までに73件(前年度比52%)であった。 連携充実加算の算定は産休・育休の増加に伴い12月末940件(前年度比82%)に減少した。地域の薬局薬剤師を対象に、がん診療拠点病院医療者研修会、症例報告会を開催し、情報共有・交換を行った。	継続	がん薬物療法検討部会において、抗がん剤のバイオ後続品の導入を積極的に行う。薬剤師等が、患者にバイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品導入初期導入加算の算定を継続する。 保険薬局との連携をさらに推進するために、連携充実加算により患者にレジメン(治療内容)等を提供し、保険薬局への提示を依頼を継続する。また、地域の薬局薬剤師を対象として研修会等を実施する。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立尼崎総合医療センター	相談支援を必要とする患者・家族が相談支援センターを活用することができる	1. 相談支援を必要とする患者・家族に対し相談支援センターの周知ができていない 2. がん診療に携わる医療従事者ががん相談支援センターの役割を認識できていない	【周知活動】 ①外来初診時(診断時)から治療開始までに、がん患者およびその家族が一度はがん相談支援センターを訪問できる ・相談者がアクセスしやすいよう、HPの見直しを行う→院内広報委員会との協働 ・各診療科カンファレンスやがん関連の委員会を通し、がん相談支援センターの役割について紹介し、理解を促す ・がん登録データを活用し、アプローチの対象者を明確にする ③治療開始までの相談件数の把握 ④各診療科毎の相談件数の把握→相談記入シートの様式変更を行う 【多職種連携】 ⑤緩和ケアチーム、緩和ケアCN、患者サポートセンター、各科外来とカンファレンスを行い、連携体制を強化する ⑥他部門、他職種と連携した件数の把握 【予約に関すること】 ⑦予約方法の改善:Webからの予約取得の可能性について検討する ⑧結果、診断から治療開始までの相談件数割合が前年度比10%増となる	令和8年3月	○	未達成	【周知活動】 外来初診時(診断時)から治療開始までに、がん患者およびその家族ががん相談支援センターを訪れた割合は、前年度30%に対し今年度は33%で、微増をみとめた。院内リーフレットの配置や配布、院内掲示ポスター、担当医からの紹介、入院前面接での紹介、と情報入手経路を増やしており、特に入院前面接で案内され来訪された相談者の数が増加した。またホームページに記載しているがん相談支援センターの情報について見直しを行い、よりわかりやすくアクセスしやすくした。しかし、担当医からの紹介は前年度に比べ25%減少しており、その他の医療関係者からの紹介を加えても減少がみられるため、院内スタッフへの周知は今後も必要と考える。がん登録データを活用した対象者へのアプローチと、各診療科毎の相談件数把握のための相談記入シート様式変更は取りかかれず、次年度の課題とする。 【多職種連携】 緩和ケアチーム、緩和ケアCN、患者サポートセンター、各科外来とカンファレンスを行い、連携体制の強化を図ることができた。また、他部門、他職種と連携した件数の把握をすることができた。 【予約に関すること】 今年度もWEBからの予約はオンライン面談のみとなり、件数はほぼ横ばいであった。現在対面予約は電話のみとなっているため、予約画面で対面希望かオンライン希望かを選択できるようにし、より予約がとりやすい体制を検討していく。診断から治療開始までの相談件数割合は、目標達成には至らなかったが3%の増加があった。しかし、入院前面接からの紹介で来所する方が増えていることから、今後も部門間の連携を図っていくことで、診断から治療開始までの相談件数割合は増加していくと考える。	継続	外来初診時から治療開始までをめぐり、がん患者およびその家族が一度はがん相談支援センターに来所できるように体制整備をさらに強化・改善し、相談件数の増加をめざす。 ①がん関連の委員会等を通し、がん相談支援センターの役割について周知する。 ②院内外広報の充実、患者や家族等が必要な情報にアクセスできるよう、ホームページの改善や掲示物の改善に取り組む。 ③状況に応じた他職種・他部門連携を実施する。
	多様な相談ケースに対する、相談技術や知識を身につけ、相談対応能力の質の担保を図る	1. 相談対応の方法が確立しておらず、相談対応の質の担保ができていない	【体制構築】 ①がん相談支援センターマニュアルを年1回は見直し、改訂する ②がん相談部会会議を開催し、体制や課題について検討する(2ヶ月毎) 【質評価と向上】 ③相談対応の音声データを用いた評価を行う→がん相談対応評価等を用いた分析とフィードバック(チェックリスト41) ④利用者アンケートを用いた分析とフィードバックを行い、改善点を検討(チェックリスト31) ⑤相談員同士で定期的な介入事例の共有や振り返り、検討を行い、相談内容に応じて提供した医学情報の整理と共有を行い、スキルアップを図る ⑥がん相談支援に関わる院内外の研修や学会等に参加し自己研鑽を行うとともに最新情報等を部会で共有する (受講予定研修) ・がん相談対応の質(QA)研修 ・がん相談基礎研修③ ・がん相談指導者研修	令和8年3月	○	概ね達成	【体制構築】 ①相談員メンバーでがん相談支援センターマニュアルを見直し、変更ないことを確認した。 ②計画とおりにがん相談部会を開催し、他職種(医師・薬剤師・看護師・栄養士・MSW・PT)で体制や課題について検討を行った。対応困難事例などの情報共有や、治療と就労の両立支援など外部機関との連携を伴う支援体制について検討や報告を行った。 【質評価と向上】 ③相談対応の音声データを用いた評価は実施できず、次年度の課題とする。 ④年度末に利用者アンケートを用いた分析を行う予定である。 ⑤相談員同士で定期的な介入事例の共有や振り返り、対応内容の検討を逐次実施し、各相談員の専門分野を活かし相談内容の充実化やスキルアップを図られた。 ⑥がん相談員対象の研修や学会、セミナーなどに積極的に参加した。予定してた「がん相談対応の質保証(QA)研修」「がん相談指導者研修」はすべて参加することができた。	継続	院内(自部署)での評価と院外研修会への参加の双方に取り組み、多角的に研鑽する機会を確保し、品質を担保する。 1)会話記録とがん相談対応表を用いた分析を行い、自身の相談支援の質改善につなげる。 2)国立がん研究センターやがん相談教育ネットワーク事業が開催する研修、がんセンター主催の相談員指導者研修などを受講し知識の習得や質の改善を図る。 3)兵庫県がん診療連携拠点病院情報連携部会 相談員研修グループ活動に取り組み、研修目標の達成をめざす。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立尼崎総合医療センター	就労の問題を抱えた患者・家族が、より充実した就労支援を受けることができる	1. 患者・家族に療養との両立支援について周知できていない 2. 社会保険労務士、産業保健総合支援センター、公共職業安定所との協働が行えていない	【周知活動】 ①両立支援や離職防止について、院内掲示やホームページを利用し、がん患者及び家族への周知を図る ②離職防止、両立支援の必要性について院内スタッフへ教育を行う→がん診療教育部会と協働し研修会を開催する 【体制構築】 ③院内の専門家(MSWや看護師)との情報共有や連携を図る ④就労支援に関する専門家との連携体制を整備する(チェックリスト県オリジナル) ・社会保険労務士や公共職業安定所とのオンライン面談の実施 ・公共職業安定所用に相談希望票を作成する→相談内容がより明確になる ⑤「療養・就労両立支援指導料」算定に係る体制の見直し	令和8年3月	○	概ね達成	【周知活動】 ①院内掲示物の内容をよりわかりやすく更新し、患者および家族への周知を行った。また、QRコードを付け詳細な情報を閲覧できるようにした。 ②院内のMSWに向けて両立支援の必要性やそのプロセスについて勉強会を行った。 【体制構築】 ③相談内容に応じ、院内専門家と情報共有や連携を図ることができた。 ④就労支援に関し、システムを活用した社会保険労務士とのオンライン相談の実施が2件あった。また、長期療養者就労支援希望の方がありハローワークとのオンライン相談が1件あった。 ⑤「療養・就労両立支援指導料」算定に係る体制の見直しを行った。その上で、院内診療科や、さんぽセンター等と連携をとりながら両立支援を実施したケースが1件あった。	継続	①治療と就労の両立支援に関する周知活動を継続し、相談件数を増やす。掲示物の見直し、院内スタッフへの周知 ②両立支援に関する専門家や関係機関との協働を増やし、より充実した支援の実現をめざす。 ・さんぽセンターとの連携、協働、研修会への参加 ・ハローワーク両立支援担当者等との連携・協働 ・院内スタッフへの周知、教育として、就労支援に関する研修会の企画
	ピアサポートを必要とする人が、必要な資源(ピアサポーターや患者サロンなど)にアクセスでき、支援を受けることができる	1. ピアサポーターや患者サロンの活動が周知できていない	【患者サロン】 ①患者サロンの継続(毎月第4水曜日) ②ピアサポーターと共に患者のニーズに応じた内容を検討する(例:栄養士、理学療法士、音楽療法士などとの共同やコンサート開催など) ③必要に応じ、院外の患者会や患者サロンを紹介する等の支援を行う 【ピアサポーターの育成】 ①ピアサポーターがピアサポートを行う上での困りごとについて支援する ②ピアサポーター養成研修の参加者を募る(HPの活用や主治医からの推薦など) ③ピアサポーター養成研修やフォローアップ研修への協力	令和8年3月	○	概ね達成	【患者サロン】 ①計画に基づき、定期的なサロンの実施が行えた。月平均10名ほどの参加があり、今年度も他職種(理学療法士・薬剤師・管理栄養士)の協力を得、サロンでミニレクチャーの機会を設け、参加者からの高評価を得た。 ②毎回、事前にピアサポーターや協力者と共にサロンの内容の検討を行っており、話題提供をいただいている。また、ピアサポーターの提案により、開催月の見直しを行った。 ③相談者の要望によっては、院外の患者会やサロンについて情報提供を行っている。 【ピアサポーターの育成】 ①ピアサポーターに患者サロンに参加いただき、参加者の困りごとや不安に対して支援の協力をいただいた。 ②がん相談部会メンバーの医師にピアサポーター養成研修の内容や予定を伝え、参加者の呼びかけや推薦について協力を依頼したが参加者は出なかった。 ③患者サロンに参加しているピアサポーターにフォローアップ研修開催の案内をした。	継続	
	必要ながん患者にリハを提供できていない	当院のがん患者へのリハビリテーションが十分に提供できていない 腫瘍循環器に注目したリハビリテーションが十分に提供出来ていない	年間集計においてリハビリ新規処方量は微増した。しかし、リハビリスタッフの減少に伴い、リハビリ実施件数は微減した。本年度はリハビリスタッフが増加したため、実施件数を増やすとともに、介入域を拡大していく。特に周術期リハビリの充実、一部術前リハビリに取り組んでいく予定 腫瘍循環器リハビリテーションの分野においては、開始となつてから3年が経過したが、新規処方件数は減少傾向にある。特に立ち上げに寄与した医師が退任されたため、再度院内周知を図り、また継続的に研修会や事例報告会に参加する	令和8年3月	○	概ね達成	今年度はリハビリ新規処方量が増加、リハビリスタッフ増加もあり、リハビリ介入件数も増加した。今年度は新たにすい臓がんに対するERAS、術前介入の取り組みを試験運用している。 腫瘍循環器リハビリテーションにおける新規処方量は昨年度と同程度が見込まれる結果となった。	継続	がんリハビリ実績においてはスタッフ充足に伴い今後も向上していくことが目標。新たにERASの取り組みに関しては他のがんでも開始できるよう準備を図っていく。 腫瘍循環器リハビリテーションの分野においては、対外的には学会発表で優秀賞を頂くに至るなど積極的な発信が行えているが、新規処方件数の減少あり、今後再度周知を図っていく必要がある。また来期以降も継続的に研修会や事例報告会を開催していきたい。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫療養センター 立尼崎総合	骨関連事象の防止	がん患者のリハビリテーション中に起こりうるSRE(骨関連事象)を未然に予防する為の取り組みが必要	骨転移を有す、がんリハ処方患者が年々増加しているが、骨転移が疑わしい患者はリハ医がリスクを都度評価するシステムが機能している。今後も、リハビリテーション医および各診療科医師との連携を進めると共に、リハスタッフのリスク管理意識を維持・向上を図る。 特に、昨年度まで骨転移評価に対して中心的な役割を担っていた医師が退任されたため、滞りなく骨転移評価を新たなリハ医へ引き継げるよう体制を整える。	令和8年3月	○	概ね達成	昨年度まで骨転移評価に対して中心的な役割を担っていた医師が退任されたが、滞りなく骨転移評価体制を新たなリハ医へ引き継ぐことができた。 過去リハ介入患者において当該入院中に2件の予期せぬSRE発生事例があった事をきっかけに、骨転移患者の集計や研修を継続的に行っていることで、セラピスト個々の危険意識も高まり、骨転移が疑わしい患者はリハ医がリスクを都度評価するシステムが機能できている。	継続	来期以降も予期せぬSRE発生事例が生まれないよう、本年度体制の維持が目標となる。
	医師・薬剤師・看護師のがん化学療法に関する知識の向上	日々の実践に活かせるがん治療における知識を習得する	院内の化学療法委員会、医療安全委員会などと連携し、研修会や薬剤に関する注意事項など全職員(医師、看護師、薬剤師など)に向けて実施する(年1回程度)	令和8年3月	△	概ね達成	薬剤師のみの研修会や看護師のみの研修会などを施行した。また、カンサーボードで症例検討や副作用の注意点など多職種と協議、情報共有を行った。	継続	カンサーボードにて抗がん剤に関する注意事項や症例など継続して多職種と情報共有を行っていく。
市立伊丹病院	がん診療におけるチーム医療の推進	診療報酬改定に伴う変更点や医師、看護師、薬剤師などの研修や資格確認を行い、適切な算定を行える運用の構築および説明を行う	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」およびがん性疼痛指導管理料、外来がん患者在宅連携指導料を含め、がん患者に伴う診療報酬の算定向上に努める。	令和8年3月	△	概ね達成	がん患者指導管理料(医師、看護師または公認心理師が心理的不安を軽減するための面接を行った場合)200点の件数が11件→127件と飛躍的に増加した。がん患者指導管理料(医師と看護師の共同診療方針等を文書等で提供)500点も211件→256件に増加した	継続	今後、全医師にがん患者の指導の場に看護師の同席をお願いし、指導管理料などが算定できるように徹底していく。
	がん患者の療養支援に関する取り組み	化学療法を受ける患者の副作用指導が必要な場合、医師・薬剤師から依頼を受け化学療法室でセルフケア指導を実施する仕組みがなく、介入が不十分である	化学療法を受ける患者の副作用指導が必要な場合に、看護師からの依頼だけではなく、医師・薬剤師から依頼を受け、化学療法室でセルフケア指導を実施する仕組み作りを行う。 がん患者指導管理料「ロ」の算定が可能。	令和8年3月	△	概ね達成	化学療法を受ける患者家族に、副作用の重症度に関わらず、セルフケア指導が行える様がん薬物療法外来を開設した。本年度1月より入院センター、がん相談センター、各診療科で「ソ」ソットをお渡しし、予約を入れる形で利用を開始した。脱毛、爪障害、曝露対策など5名の患者に実施することができた。	継続	現在、外来日が3日/月の開設であり、対応出来る日時が限定しているため、より多くの患者が利用できるように、外来日を増やす必要がある。セルフケア指導を充実させるために、ケアグッズの準備なども行っていく必要がある。
	がん患者の栄養支援についての取り組み	入院中の化学療法患者に対して栄養管理体制の変更に伴い早期の栄養介入が可能となったが、外来での化学療法患者に対する栄養介入は未だ他職種に依存している	外来で栄養介入が必要な患者の抽出方法の構築と介入方法の構築	令和8年3月	△	達成	看護師による事前問診にて、毎週火・金は消化器症状のグレード2以上となる患者は即時 栄養介入の連絡を入れる運用とした。また、外来初回ケモの患者には、患者一覧にクランクが「☆」マークを記載する運用とし、抽出が容易となった。その他、聞き取りや体重の大幅な減少など確認された場合、必要に応じて介入出来ている。	継続	引き続き早期介入に向けて看護師、薬剤師との連携を強化し、件数増加にも繋げる。
	継続看護の確立	関連部署へ情報提供だけで終わっており、外来・病棟で継続した看護にはつながらないのが現状としてある	情報交換できる場を確保し、患者の情報を共有し外来・病棟で継続した看護をおこなうことで、患者のセルフケアを維持することができる	令和8年3月	△	概ね達成	昨年と同様に、サマリーや看護記録を用いて、病棟スタッフへは情報提供を実施することは出来た。患者に関しては継続したセルフケアの必要性についても理解の促進に努めた。	継続	継続看護の重要性を認識していることから、引き続き病棟を訪問し、機会の確保を行っていく。
宝塚市立病院	がん登録精度の向上	・2025年診断症例からのルールの変更点などを適宜把握し対応していく必要がある。 ・UICC 8版、2025年診断症例からのルール変更内容の理解を深め、登録実務者の技能向上が必要である。	兵庫県の実務者ミーティングや国立癌研究センターにて実施される院内がん登録研修などに積極的に参加し、がん登録の技能・精度向上を図る。SNSの活用、兵庫県健康財団と連携をとり、常に情報収集に努めスタッフ間で情報を共有する	令和8年3月	○	達成	・2025年診断症例からのルールの変更点などを適宜把握し、実務者間での情報共有を行った。2024年度症例全1414件、国がんより依頼の通り調査(2022年・2023年症例分)15件については期限内に提出した。 兵庫県の実務者ミーティングや国立癌研究センターにて実施される院内がん登録研修などに積極的に参加し、収集した内容をごん登録業務に活かしている。	継続	引き続き積極的にミーティング・研修に参加しがん登録の制度向上、情報収集に努める。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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
宝塚市立病院	専攻医・研修医向けのオンコロジー講義	2025年度新規採用の専攻医2名への講義と2025年度新規研修医への講義は現在3単位のみ実施	毎週木曜日に講義者が出張や学会で不在でない限り、16時から40分の講義を行なう。夕方は各医師が患者対応や家族への面談で時間が取りにくいので前もって講義時間を知らせておく。	令和8年3月	○	達成	木曜日の16:00-16:40分まで2025年度新規採用の専攻医2名へオンコロジー講義は17単位おこなった。前期研修医には肺がんを中心に3単位おこなった。	継続 前期研修医は呼吸器・腫瘍内科のローテーション期間が1-2ヶ月だけなのでこの間は、肺がんのオンコロジーの講義しか行えなかった。できるだけ毎週木曜日の回診の後で40分の講義を行う。
	安心、安全に患者同士の交流ができる環境を整備し、情報提供を行う。	参加者が固定してきているため、アナウンスの方法を見直し、新規の方も参加しやすいように工夫する。がんサロン入室前と開始前に会則を周知することで問題を生じ事象は生じていないが、参加者が安心、安全に交流できるよう継続していく。サロンの世話人は増えていないためサロンの運営を維持できるように研修修了生や地域の患者会との交流を維持する工夫が必要である。	がんサロンの案内は、院内ポスター、広報、病院HPで案内している。他施設に比べると手にとり持ち帰る物が少ないとの指摘もあるため、がんサロンの案内用紙を手にとり持ち帰れるようしたり、院内放送など周知の仕方を工夫していく。ピアサポーター研修修了生は、院内の患者2名が受講修了しているが、実際の活動に繋がっていないため、活動状況を確認し連携していく。年1回の情報連絡会議で交流会があるため参加する。また、福祉協議会のボランティアや市内で開催されている患者会も運営者の高齢化により変更があると思われるため、情報を得て、地域との連携を行なえる様にしていく。	令和8年3月	○	概ね達成	・毎月ハイブリット開催で実施できる体勢はできているが、オンラインで参加する方は固定された1名であり、新規で登録はあるものの当日参加がなく参加できなかった理由は不明。 現地参加で1~4人/回の参加があった。 院内の各診療科の受付や総合受付等に手に持ち帰ることのできるサロンの案内用紙を設置した。情報を入力した方法としては院内ポスターが最も多く、広報誌よりも優位に増えた。	継続 ハイブリットでの参加者が少なく継続していくか検討が必要である。過去に行っていたからってカフェの再開希望もあるため、次年度の開催方法について検討し、より多くの方に活用してもらえるように継続していく。
	相談者が自分のタイミングで相談支援センターを利用できるようにする	・苦痛のスクリーニングシート聴取時に相談支援センターのリーフレットを渡すなど、案内する機会を作っているが、統一されていない。 ・第4期がん対策基本計画では、治療開始前までに相談支援センターを案内するとあるが相談員の少なさから周知活動が進んでいない。検査入院など患者が不安を感じやすい時期に相談室を利用できるよう検討する必要がある。	事務や医療者の中にはがん告知をされていない段階の方に苦痛のスクリーニングや相談室の案内用紙を手渡すことに抵抗を感じるスタッフもいるため、検査科や中待合等に掲示物だけではなく、手にとりやすい紙面をおくなど周知方法を工夫する。	令和8年3月	○	概ね達成	・院内リーフレットの変更や新たに持ち帰りができるリーフレットを作成するなど変更した。設置場所を各科診察の受付や検査科に増やした。1階の会計周囲の補充件数が多かった。 実際、相談支援センターの利用状況を見ると、院内リーフレットでの案内よりも医療者からの紹介や病院HPをみて利用する方が多かった。 ・相談支援センターを利用される方の治療状況としては、<治療中>の方が最も多く、次いで<初回治療前>、<今後積極的な治療はしない>が多い。診察室で医師が冊子を渡したり案内ポスターを掲示する段階で準備を進めている。	継続 ・がんの疑いから初回治療までの不安が強い時期に相談支援センターを利用できるように診察内に冊子やポスターなどの設置を予定している。また、院内職員に向けた勉強会を実施し、設置した案内用紙をうまく活用していけるようにしていけるように継続していく。
	離職防止を促進し、治療と就労継続ができるように支援する	看護師1名、MSW3名の両立支援相談員はいるが実際の相談対応にはつなげられていない。マニュアルを製作段階にあるため、院内の動きに合わせて体制を構築していく必要がある。	相談記録や相談支援のフローまではできたが、実際の相談支援の流れやお金と仕事の相談会との動きに合わせてマニュアルの完成を目指していく。	令和8年3月	○	概ね達成	・治療と仕事の両立支援のフローチャート、マニュアルは作成できたが、対象者がおらず実施には至っていない。 お金と仕事の相談会での相談は実施できている。	継続 フローチャートの流れ、マニュアルが作成でき、両立支援ができる体勢は構築できた。今後運用していく。
	患者とその家族が入院、外来での部署において自身のつらさや気がかりを表現することが出来る	IPOSに対する理解が不十分であるが、現状のマンパワーではこれ以上の負担は難しい。緩和スクリーニングは継続するが、IPOSを緩和ケアチームで利用するかについて検討を行う	①現在のスクリーニングシートの使用を継続する ②緩和ケアチーム介入症例でIPOSが利用できるか検討を行う	令和8年3月	△	概ね達成	現在のスクリーニングシートの利用継続は出来ているが、利用方法に理解が不足している場合があったため、緩和ケアチーム委員会で再度使用意義・介入の方法について伝達を行った。 緩和ケアチーム介入症例においてもIPOSを取ることは難しい。	継続 緩和ケア病棟でIPOSを導入する

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
宝塚市立病院	医療用麻薬の自己管理ができ、自ら苦痛を軽減できる	昨年度マニュアルの作成は出来ているが、実際導入した症例はない。実際にマニュアルに不備等がないかの検証を行う	①マニュアルを安全、確実に実践できたか検証を行う ②使用後の評価を行い、改善点を明らかにする	令和8年3月	○	達成	4例導入ができた、1例は途中中断となった、3例は退院までつなげることができた。緩和ケア委員会で不安等の共有を行った。マニュアルの改訂は必要なかった。	継続	退院が見込まれる患者に対しては、導入の必要性を積極的に検討していく。自己管理症例を増やしていき、継続してマニュアルの改訂を行っていく。
	新規導入の進んでいない診療科に対しても啓発活動を継続する	現在、新規導入は消化器外科系および乳腺外科のみであり、診療科やがん種にバラツキがみられる。	がん地域連携バス委員会を通じて、現状の把握や課題解決にむけて、各診療科へ継続的に働きかけていく予定。	令和8年3月	△	概ね達成	がん地域連携バス委員会は開催出来ていないが、各科への働きかけにより今年度より新たに前立腺がんのパスが開始となった。	継続	委員会開催を今後行っていき、がん種の拡大と、件数の増加を行っていきたい。
兵庫県立がんセンター	県内の「院内がん登録情報」を収集・分析する体制整備(院外:都道府県がん拠点病院の役割)	1. 都道府県拠点病院の指定要件として、今年度は県内49病院の2023年症例施設別がん登録数と治療数の情報収集と部会で承認を得た協議会ホームページ広報の更新が未である 2. 院内がん登録のルール変更や5大がん以外の病期分類(中級者レベル)登録に困っている実務者が多い 3. 実務者が相談できる場が少ない	【院外業務】 1. 2023年症例の県内がん登録部会の登録数と5部位がん(大腸・肺・胃・乳・前立腺)治療法の収集と協議会のホームページに広報を行う 2. 年に2回院内がん登録実務者ミーティングを開催し研修や統計活用などを通し実務技能の習得と登録精度向上を目的に持ち回り当番病院と連携して会の企画・運営を行う (1) 第1回R7年11月28日予定(ハイブリッド 予定) 当番:西脇市立西脇病院 テーマ:がん登録精度向上について(リフト7等) (2) 第2回R8年2月3日(講義形式ZOOM) 予定 当番:兵庫医科大学病院 テーマ:食道・小腸・肛門管などの解剖とUICC TNM病期分類・演習含む3時間 予定 講師:国立がん研究センター 江森氏 3. 実務者有志のメーリングリストを活用し県内実務者の相談支援を行う	令和8年3月	○	達成	1. 「兵庫県がん登録情報」として49病院より2023年症例の部位別がん登録数と5部位がん(大腸・肺・胃・乳・前立腺)治療法の収集を行い統計を作成した・承認を得て協議会ホームページに広報した 2. 実務者ミーティングを計画通り当番病院と連携して開催した (1)開催日:第1回R7年11月28日 当番:西脇市立西脇病院 テーマ:公表案と還元情報利用検討 参加者:37施設(会場44名、Web14名 計58名参加) (2)第2回R8年2月3日(講義形式ZOOM) 当番:兵庫医科大学病院 テーマ:食道・小腸・肛門管などの解剖とUICC TNM病期分類・演習など3時間 講師:国立がん研究センター 江森氏 参加者:112施設270名 3. 県内実務者相談支援 21件実施した	継続	1. 部会で承認された2023年症例の兵庫県院内がん登録の収集と広報を行う 2. 県内持ち回りの当番病院と協力し年2回(11月、2月)院内がん登録実務者ミーティングを企画運営し実務者の知識向上、情報共有等を図る 3. 実務者相談対応で不明な点は、国立がん研究センターへの問い合わせや最新の情報共有・SNS質問回答把握等をしながら支援していく
	がん登録実務の精度向上(院内)	1. がん登録実務者の技能向上が求められる中、初級認定実務者1名減となりマンパワーが減少している 2. 指定要件「院内がん登録データを活用し、登録数や各治療法をホームページにて広報すること」が示されており集計・分析技能の向上が求められている 3. オンライン届出は、セキュリティ対応や品質管理チェックが登録改訂等に伴い作業が難しくなっている 4. 2016年症例以降の生存率集計(全国がん登録)が未定である	【院内業務】 1. 登録の精度とマンパワーを上げるために新人教育を行い認定者を育成する。新人は国がん主催のEラーニング視聴なども行いルールを把握する。それ以外の実務者は認定研修に参加し最新ルールを把握し日々の実務に反映させる 2. 国の公表時期に合わせ自施設ホームページ更新を目指す 3. オンライン届出がスムーズに行え登録保存性・機能性が高く、より経済的で効率のよいシステム構築に取り組んでいく 4. 運用管理規程に沿ってセキュリティ対策を継続し、全国がん登録の生存率集計に合わせ事後還元が受けられる準備をする	令和8年3月	△	概ね達成	1. 新規採用者の育成に取り組み、1名が初級認定を取得できた。また、中級認定者3名は認定研修に参加し、ルールの変更など最新情報を日々の実務に反映している 2. 国の2024年公表があり次第、自施設のホームページに5年統計2020～2024年症例の広報する予定で準備している 3. VPNやGTS機能を使用する届出方法にて安全に院内がん登録・全国がん登録の同時届出がスムーズに行えた。また、より経済的なシステム構築に取り組み2025年症例より新システムで登録を開始できた 4. 運用管理規程・セキュリティ対策に沿って入退室記録などセキュリティ強化を継続した。また、がん登録員会の承認を得て規程の改訂を実施し全国がん登録事後還元申請をする準備を行った	継続	1. 次年度も引き続き実務者の育成と登録の精度を上げるために国がん主催の研修に参加する 2. ホームページの最新データ更新を行う 3. 新システムで国立がん研究センターの届出が行えるよう開発を推進していく。また、届出方法の新たな改善点を理解し安全に期限内届出を行う 4. 運用管理規程に従いセキュリティ対策を行い、生存率調査の時期に合わせ事後還元が受けられるように準備する。また、入退室記録などセキュリティ強化を継続する。新病院の電子カルテシステムも考慮し経済的で効率のよいシステム構築に取り組んでいく
	地域の医療機関が安心して紹介できるよう返書管理の対応を図る	・返書管理が十分に行えていない。(返書率100%達しない)	○返書管理の担当者を決め、返書状況の全体像を把握する ○返書が滞る診療科には部長からアプローチを行う	令和8年3月	○	概ね達成	○返書の未作成について、定点でチェックをかけ督促をかけることで、毎月95%以上の返書が完了できた。	完了	○取り組みにより返書率が維持出来ているため、取り組みは継続とするが定着したため、一旦プラン終了とする。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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
兵庫県立がんセンター	医療機関訪問により患者や医療機関のニーズを把握する	・紹介実績がない、紹介が減っている医療機関があり、がんセンターでの治療の提供機会が減っている	○多くの患者に治療を受けてもらえるよう医療機関訪問を加速させる ○紹介数の増減から訪問先を選定し診療部と医療連携課長で訪問する。訪問先の診療内容やニーズを把握し、検査などケアとがんセンターの役割分担について提案や、現在のがんセンターの方針(診断前からの紹介可能、救急も受け入れて等)について紹介の機会とする。	令和8年3月	○	概ね達成	○医療機関訪問は198件実施できた。がんセンターの専門的治療を必要とする患者の紹介につながるよう、診療科の医師が訪問し診療内容をアピールできた。	継続 ○医療機関訪問の方法や評価は定着しつつある。がんセンターでの専門的治療が提供できる患者を増やす取り組みは継続していく。 ○今後は、よりがんセンターの役割を果たすため、診断前の患者(がん検診で要精密検査)となった患者が受診できるよう取り組みを追加していく。
	地域包括ケア構築へ向けた地域との連携の推進	・地域包括ケアシステム構築へ向け、より強固な連携の推進が求められている。 ・医療・介護の問題は地域で共通する部分があり、協力して解決していかなければならない	○地域包括ケア推進のため、近隣の保健医療機関に診療部と連携し計画的に訪問する ○明石市域訪問看護ステーション連絡会、明石市介護サービス事業所連絡会、あんしんネットワーク定例会など地域の会議に参加し課題を共有する。 ○近隣地域での共通の医療・介護に関する課題を分析し、がんセンター主催の地域交流会において、多職種で考えられる交流会を企画する。	令和8年3月	○	概ね達成	○医療機関訪問を計198施設実施し、医療機関のご質問や困りごとに対応した。 ○明石市域訪問看護ステーション連絡会、明石市介護サービス事業所連絡会、あんしんネットワーク定例会など地域の会議に予定どおり参加し、情報共有を行った。 ○地域交流会は2回実施し、身寄りのない患者の医療と介護、認知症患者のACPをテーマに行政や地域医療機関の協力を得て企画し、各約100名の参加者と意見交換ができた。	継続 ○R8年診療報酬改定により、医療機関のニーズは変化していると予測される。連携と協力体制を維持できるように訪問活動は継続する。 ○在宅ケアや医療と介護の連携について、引き続き会議や交流会で顔のみえる関係を築くためには、継続が必要である。
	がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成	1. がん医療・看護の均てん化に取り組んでいる今、最新のがん治療や専門的ながん看護、緩和ケアに関する研修を通し、更なるがん医療・看護の発展を目指す。そして、より専門的ながん医療・看護に関する知識やスキルを持った看護師を育成する必要がある。	○がん診療連携拠点病院として、「がん看護コアナース育成セミナー」をオンラインで開催する。加えて希望者には体験研修を受け入れる。 がん治療は日々進化し、治療の選択肢が拡大し、その組み合わせなども複雑化している。更に、がん患者も多様化し、個人のニーズに即した意思決定支援は難しく現場の看護師は日々困難さを感じている。よって、意思決定支援をテーマとし、より多くの看護師の育成につながる企画とする。 昨年度に引き続き、3日間のWEBでの講義とGWの構成を基本とし、体験研修をPRし、拡充を図る。受講できる日だけ単日で受講したいという声もあるため、単日での参加も可能とし、より多くの方が参加できる機会となるよう企画した。 研修テーマ:多様化するがん患者の一人ひとりの力を信じ、その力を引き出し、高める意思決定支援 講師:がん看護CNS×2名、緩和ケアCN、認知症看護CN	令和7年11月～12月	○	達成	・昨年度と同様にオンライン研修に加え、体験研修の受け入れを行った。がん看護に携わる看護師24名(院外15名、院内9名)が参加し、体験研修の希望者は9名であった。体験研修では全員が希望部署で研修を実施することができた。参加者からは、実際にかんセンターでの看護を体験でき、非常に有意義であったと前向きな意見が聞かれた。 ・オンライン研修は勤務終了後でも参加できるよう、ZOOMを使用して行った。参加者は最後まで熱心に聴講されていた。 ・今年度はオンライン研修全3回のうち1回のみへの参加も可能とし、24名の希望者があった。全ての研修に参加した15名に修了書を交付した。 ・参加者のがん看護の経験にはバラつきがあったが、第3回事例検討においては、各グループにファシリテーターを配置したことで、全員が発言し、活発なディスカッションができた。また、事前課題としていた事例を事前配布していたため、グループの事例紹介がスムーズに行えた。全体共有の時間を30分と昨年より長く設定したことで、各グループの具体策を全体で十分に共有することができた。以上より、参加者のがん看護実践能力の向上に役立つ研修になったと評価する。	継続 今年度と同様に、希望者の見学実習(1日)と遠方や仕事終わりの参加のしやすさを考慮し、リモートによる3回構成の研修として開催する。また、「日常ケアに潜む倫理的問題」を題材に、看護実践の中で感じる倫理的問題についてみんなで考える研修企画とする。
		2. がん専門病院として最新の治療に対する看護実践力を向上させる必要がある。	○専門・認定看護師が緊密に連携しその専門性を融合することでより質の高い看護を提供することを目指す 1)CNS・CN会を4グループ(教育委員会コラボ研修G、看護の質向上G、次世代育成G、ドレイン・ライン管理G)に分け、より活発な委員会活動を行う 2)CNS・CN会を活用し、がん患者指導管理料取得数増加をはかる 3)CNS・CNの活動を広報やシャドーイング研修を通して積極的にアピールすることで、スペシャリスト看護師を目指す人材を育成する	CNSCN会は年10回研修は9～11月	○	概ね達成	ジェネラリスト看護師のニーズに合った研修を企画・運営するために、CNS・CN会を活用し、より高度な知識と看護実践能力を持ったジェネラリスト看護師の人材育成に積極的に参画した。 「がん看護実践編研修」は院外看護師も受け入れ、ACP、口腔ケア、AYAをテーマに3つ開催し、延べ34名の看護師が参加した。また、アンケート結果から研修での学びを現場での実践につなげることができたと評価する。シャドーイング研修には5名の看護師が参加し、自身のキャリアを考える機会となった。	継続 CNS・CN会の活動は継続し、より高度な知識と看護実践能力を持ったジェネラリスト看護師の人材育成に参画していく。 また、令和8年度の診療報酬改定を鑑み、がん相談支援センターとの更なる連携強化に取り組む。そして、より質の高い患者支援を行うことで、がん患者指導管理料の取得増加に努めていく。
1. 症状緩和における現場のスキルアップを図る	・オピオイドの持続皮下注射や終末期鎮静に関するマニュアルは既にあるが、院内で浸透しておらず、現場の医療者が必要な時に活用できていない	・「睡眠薬」「オピオイドの持続皮下注射」「終末期鎮静」に関する学習会を企画する ・学習会における理解度を終了時にアンケートで確認する ・学習会後の現場の変化についてチームメイトで意見交換すると共にリクレスからも意見を集める	令和8年2月	△	一部達成	・睡眠薬:基本的な院内推奨指示薬の使用法のミニレクチャーを行う ・オピオイド持続皮下注射:病棟ごとに使用頻度や熟練度が異なるため、病棟ごとに講義内容の要旨を聴取し、ミニレクチャーを1月末から2月に実施予定 ・終末期鎮静:繰り返し視聴できるようにe-learningで3月に講義予定	継続 ・せん妄、睡眠薬:院内推奨指示の統一ができていないため、指示内容の見直し、パスや各科指示セットの見直しを行った上で、新入職員+既存の職員に向けての学習会 ・麻薬使用・減量に関する学習会 ・電子カルテ上の緩和に関する勉強会資料を刷新	

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立がんセンター	2. 連携体制を作っていくために、介護施設における緩和ケアや看取りの現状を明らかにする	近隣の介護施設における緩和ケアや看取りの現状がわからないため、高齢がん患者の地域連携に難渋することがある	・昨年度リストアップした近隣の介護施設に対して緩和ケアや看取りの状況に関するアンケートを実施し、現状を把握する	令和8年3月	△	一部達成	近隣の介護施設に看取りに関する問題をヒアリングした。ヒアリング内容を中心に講義とグループワークを行なった。終了アンケートでは良い評価を得た。	継続	近隣の介護施設に看取りや緩和ケアの問題をアンケートやヒアリングで抽出し、ニーズに応じて学習会など支援を行う
	3. 病棟薬剤師と緩和ケアチームの薬剤師が連携することで、入院患者の疼痛軽減および薬剤適正使用を図ることができる	・入院中に疼痛コントロールができないまま退院し、外来に移行している患者がいる ・HA®リドール注・リム®リドール使用による錐体外路症状等の副作用症状出現がある	・錐体外路症状出現や疼痛コントロール不良を含め症状緩和が困難な患者に対し、病棟薬剤師と情報共有し、必要時薬剤師の提案を主治医に行う ・経過を確認し症状緩和が難しい場合はPCTの介入を検討する	令和8年3月	△	概ね達成	・緩和ケアチームとして、ハロペリドール注など D ₂ 受容体遮断薬の使用の確認や減量提案を継続して実施している。 ・症状緩和について病棟薬剤師と情報共有を行い、連携はできている。病棟薬剤師から緩和ケアチーム薬剤師へ相談しており、症状緩和が必要な患者についてPCTラウンドに提案し、適切な介入につなげている。	継続	・ラウンドで抽出しきれない患者を把握するため、薬剤部内で薬剤部作成資料(薬剤部ニュース)を用いて「薬剤性錐体外路障害」について再度周知し、病棟薬剤師が早期発見に気づきやすい体制を強化する。 ・症状緩和が困難な患者に対し必要時薬剤師の提案を行い、病棟薬剤師と共に情報共有する。 ・経過を確認し症状緩和が難しい場合はPCTカワルツに挙げ、介入方法を多職種で検討する
	4. 希死念慮のある患者への介入を通じて、防げる自殺を防ぐ	医師、看護師、看護補助者など研修受講者各々が自身に期待される役割を実践し、患者の苦痛に気づき、声をかけ、適切な相談先につなぐ体制を定着させる必要がある	全職員に対し、safety plusの「命をつなぐ他職種連携講座～「死にたい気持ち」の理解と対応を学ぶ～」の受講についてアナウンスする ・新規採用者などの研修未受講者に対し、研修を企画し実施する ・希死念慮のある患者に対する関わり方だけでなく、家族への接し方について研修を検討する ・看護師が希死念慮のある患者と関わったときどんな困難感があったか、また関わるとしたらどんな困難が考えられるかをリクナルに確認し、フォローアップ研修に繋げる ・頻回の電話相談、受診をする患者はサポートケア介入しているため、身体症状が落ち着いた時点で希死念慮の有無の確認を継続的に行う	令和7年3月	△	一部達成	2021年から2022年に行ったゲートキーパー研修について質的検討を行っている。インタビュー調査内で看護師が希死念慮を抱える患者について関わる困難感や上記研修の不足点を聴取している最中である。看護師のニーズに即した研修内容を検討中である。	継続	ゲートキーパー研修を看護師のニーズに即して改訂し、実施予定。
	多様な相談ケースに対する相談技術・知識を身につけ、相談対応能力の質の担保を図る	認知機能の評価と高齢者の身体・こころ・暮らしの基本的なアセスメントの視点と知識技術を習得し実践する必要がある	1)65歳以上の相談事例には、高齢者特有の認知機能の変化に伴う生活への影響をアセスメントする 2)相談支援の終了時に、情報提供や助言の結果を確認する声掛けを行う。実践を内省しPDCAを展開する 3)アセスメントしたことを相談記録に書き、部内共有を通して自他のスキルアップを図る 4)院内リソースに相談した事例のアセスメント、実践について意見交換し活用した情報や資料を共有する	令和8年2月	○	達成	4月～2月の65歳以上の相談800件を月毎に分析し、高齢者特有の相談や連携が必要であった事例を部署で共有し、支援の検討と実践に繋げた。その結果として、家族からの相談は42%に増加し、がん治療、介護、緩和ケアなど多岐に渡る相談支援の必要性を確認できた。相談者より「治療を決められた」「身体が回復した」とフィードバックも得ている。今年度得られた情報と学びを元に、「高齢がん患者の意思決定支援」のツールを作成できたため、活用していく。	完了	
	相談支援を必要とする人が、必要なタイミングで、がん相談支援センターにつながる事ができる	院内従事者に、がん相談支援センターの役割、機能、相談内容の実際について、認知度の向上を図る必要がある	1)相談記録を電子カルテへ記録する運用を行い、院内従事者と情報を共有する 2)情報共有・連携例を各部門(外来・病棟・医師)と事例検討(不定期)を行い、課題を明確化し改善する 3)相談支援センターでのカンファレンス(週1回)の継続と、多職種カンファレンス(月2回)を活用し、患者サポート体制充実加算の施設基準を満たす体制の強化を図る	令和8年2月	○	達成	広報リーフレットを活用して、部署や診療科への周知活動を実施した。院内医療者からの依頼件数は、141件(4～2月)となり、前年度同月比58%増であった。依頼内容の内訳は、アピアランス、仕事との両立支援、傷病手当、社会保証制度の順に多かった。目標件数を上回る依頼があり、広報活動の成果と評価する。また、多職種カンファレンスを継続的にを行い、最新の治療情報や診療実績に関する知見を得て、対応に活かすことができた。連携が必要な事例に関しては、相談者の同意のもと該当部署に事例提供と問題となる情報の共有を行った。対応策の準備ができ安全に治療を進められたとの評価を得ている。相談記録をFileMakerに移行したことで、電子カルテに相談記録を記載できるようになり、医療者間での情報共有が強化できた。	継続	相談者からのフィードバックやモニタリングを行い質評価を可視化し、相談支援の質向上を図る
加古川中央市民病院	治療と仕事の両立支援の充実を図る	患者支援センターと協働し、両立支援に関する体制整備を図る	1)患者支援センターと両立支援における定期的な事例検討を行う 2)患者支援センターと協働し、事例検討で見た組織の課題をもとに両立支援に関するシステム整備に向けて検討を行う	令和8年3月	○	達成	患者支援センターと月1回両立支援についてカンファレンスを開始し、ケースやハローワークオンライン面談の課題を共有した。11月にはハローワーク加古川に訪問し、オンライン面談の進め方について協議することができた。	継続	患者支援センターとの定期的なカンファレンスをとおして、両立支援のあり方やシステム整備を検討する。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
加古川中央市民病院	患者や家族の不安に適切に対応できる	院内職員に支援体制について周知を図る	1)院内職員に患者の悩みの内容やがん相談の方法、当院の支援体制について動画配信研修を実施する 2)患者支援センター部署会でスタッフに対し、連携を図ることができるよう研修を実施する	令和8年3月	○	概ね達成	研修用動画を作成し、患者支援センター部署会の勉強会に限定せず、院内職員が誰でも視聴できるように配信予定とした。	継続	動画配信の反応を踏まえ、ひきつづき、院内職員に支援体制についての周知を図る
		増築棟移転後のがん相談支援室・がんサロンの認知度の向上を図る	1)昨年度、がん相談支援室・がんサロンの移転に伴い、アクセスシビリティ維持向上できるよう、移転後の場所、受付方法など、院内外に向けてポスターやリーフレットだけでなく、広報誌やホームページの改訂などとおして周知した。今年度はがん相談支援室・がんサロンの認知度や利用状況に関するがん患者対象アンケート調査を行い、課題を分析する 2)がん相談支援室・がんサロンから最も離れている泌尿器外来は、昨年度実績においてがん相談初回人数が16%減少しており、がん相談及び情報冊子の設置をとおして認知度の向上を図る	令和8年3月	○	概ね達成	1)がん相談支援室・がんサロンの認知度や利用状況に関するがん患者対象アンケートを作成し、年度内に実施予定である。 2)泌尿器外来と相談し、がん相談及び情報冊子を設置した。外来患者がパンフレットをもとに医師に質問する場面も観られており有効活用されている。	継続	アンケート結果を分析・評価し、今後のがん相談支援室・がんサロンのアクセスシビリティを向上させる方法を検討する
	ピアサポートの質の向上を図る	1)昨年度、がん種や世代の違いでピア同士の共感が困難な場面も見受けられたため、今年度は試験的に下記を実践し、参加者にニーズ調査と以降の定期開催について企画する。 (1)乳がんサロン (2)AYA世代サロン 2)がんピアサポーター募集のチラシを作成し、がんサロンの参加者やがん相談来訪者に対してアプローチする。	令和8年3月	○	達成	1)乳がんサロンを9/13(土)に開催し、13名の参加があった。AYAサロンを11/22(土)に開催し、2名の参加があった。いずれもアンケートでは「非常に満足」の回答が多かった。 2)ピアサポーター募集のチラシを作成、配布した結果、2名のピアサポーターが誕生した。	継続	1)今年度の乳がんサロン、AYAサロンの評価を踏まえて、乳がんサロンは4ヶ月毎、AYAサロンは6ヶ月毎を目安に次年度の定期開催のあり方を検討する。 2)ピアサポーター募集の周知は継続しピアサポートの充実を図る。またサロン内でピアサポーターが活躍できるよう支援する。	
	がん登録実務の精度向上	活用できる精度のデータを積み上げていけるよう実務の向上を目指す登録対象の抽出から登録まで、がん登録の過程には膨大な作業が必要とされており、実務者への負担が大きくなっている	県内の実務者ミーティングにて情報収集するとともに、他県が行っているセミナーや学会などにも参加し、実務者のスキルアップを図り、登録制度の向上を目指す引き続き、登録対象の見つけ出しを効率的に行なえるよう検討していく	令和8年3月	○	概ね達成	・県内の実務者ミーティングにおいて、実務者間の情報共有や問題点の再認識ができた。 ・今年度、実務者1名が国立がんセンターの分析研修に参加した。 ・登録対象の見つけ出しの効率化においては今年度後半に新たな見つけ出し方法へ変更した。	継続	県外のセミナーや国立がん研究センターが主催しているセミナーにおいて、登録精度向上やデータ活用について学ぶ。 令和7年後半より登録対象の見つけ出し方法を変更したため、初期段階の抽出数が膨大になってしまった。今後は、絞り込みを行い、登録の遅れを改善させることが課題である。
	がん登録統計の広報活動	がん診療連携拠点病院として、県内拠点病院とともに集計データを公開することが求められている。当院独自の最新のがん登録統計をホームページにて情報公開する必要がある。	兵庫県がん診療連携協議会ホームページでは全国集計されたデータを基に集計データを公開している。今年度も県内他施設と協力して、データの更新を図るとともに、自施設のホームページでは最新のデータを公開する	令和8年3月	○	概ね達成	・県内の拠点病院等とともに兵庫県がん診療連携協議会ホームページに集計値を掲載した。 ・自施設のホームページには最新のデータ集計を掲載している。	継続	引き続き兵庫県がん診療連携協議会ホームページにて県内の拠点病院との共同でデータを公表するとともに、自施設では最新の情報公開を目指す。
緩和ケアに関わる関係職種を育成し、基本的緩和ケアの質の向上を図る	緩和ケア科の新設、緩和ケア病棟の開設となり、緩和ケアセンター、緩和ケアチームの役割は大きい。現場では基本的緩和ケアと専門的緩和ケアについて十分に理解されていない状況が続いている。今年度はリカーンがほぼ入れ替わっているため、基本的緩和ケアの実践ができるように、緩和ケアチームの役割について動機づけを行い、リカーンを通して現場の基本的緩和ケアの底上げを図っていききたい。	リンクナースの育成 1)部署での活動のサポート【評価指標:各部署活動目標達成率80%以上】 ①緩和ケアにおける看護師の役割・腕められる能力について理解し、リンクナースの役割についての動機づけを行う ②動機づけ後、緩和ケアの現状・提供体制(リソース)について知り、各部署の課題、と取り組みを考慮してもらう(計画立案) ③年3回、緩和ケアセンター看護師と面談を行い、自部署での活動をサポートしていく。 ④緩和ケアチームカンファレンス・ラウンドに1回/年参加し、緩和ケアチームの役割や活動を知り、基本的緩和ケアの質向上へ繋げる	令和8年3月	○	概ね達成	2ヶ月に1回緩和ケアリンクナース会を開催。今年度のリンクナースは15名中12名が初めてリンクナースを担うスタッフであり、初回のリンクナース会では緩和ケアマニュアルを用いて、リンクナースの役割やIPOS運用についてなどを説明し動機づけを行った。リンクナースの活動サポートとして、年3回リンクナースとの面談を行っており、現在は全部署と2回目の面談を終了した。7月の緩和ケアチームカンファレンス・ラウンドにリンクナースが2~3名に分かれて参加した。リンクナースからは、「緩和ケアチームのカンファレンスなどのように行われているのかわかった」、「ラウンド時の患者とのコミュニケーションの取り方が参考になった」などの声が聞けた。緩和ケアチームのラウンド時も、時折部署の看護師がベッドサイドに来てくれるようになった。	継続	2月のリンクナース面談で目標達成率を出し、3月のリンクナース会で活動報告を行う予定としている。今年度は9割のリンクナースが初めての役割を担うこととなったこともあり、部署への伝達の仕方やリンクナースとしての活動に不慣れな点が見受けられた。病院としての役割や、リンクナースの役割について理解はできたと考えられるが、実践として動くことができるまでには日々繰り返しのリンクナースへのサポートが不可欠であると考えられる。今後も引き続き、リンクナースの育成を行い、各部署での基本的緩和ケアの実践が行っていけるようにしていく。	

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)	
加古川中央市民病院	患者の苦痛を把握し、つらさに対する適切な支援を行う(苦痛緩和)	IPOSの苦痛に対するアセスメント内容の充実に向けて昨年度から取り組んできた。リンクナースの中でもアセスメントをどのように行うのか、症状、つらさの原因、関連性について考えることが難しいと感じているスタッフも多く見受けられたため、引き続きリンクナース会を通して身体症状の原因、関連性、それに伴う心理面等への影響、患者の苦痛を捉えていけるようにサポートしていく。痛みのNRS評価率は上昇しているが、患者の苦痛の軽減につながり看護の質の向上にも繋がるよう、昨年度からの継続として痛みの評価が適切に行えているかを評価し、適切な支援に繋げていく。	1)IPOS取得後のアセスメントの内容の充実【IPOSのアセスメント評価指標2・3の合計評価80%以上】 ①アセスメントの内容の監査(把握した苦痛、苦痛に対する対応・ケアが記載されているか) ②4月、12月のIPOSアセスメントの監査を行う ③自部署でもアセスメント監査を毎月1件してもらい、リンクナース会で話し合う ④アセスメントの内容を前後比較する 2)痛みを評価し、適切な支援に繋げる【評価指標:NRS評価率 90%】 ①リンクナース会で痛みの評価について再度アナウンスする ②毎月のNRS評価率を全体、部署別で算出し、リンクナース、所属長と共有し、評価率上昇に向けた取り組みを検討してもらう	令和8年3月	○	達成	4月のIPOSアセスメントの監査結果は、評価指標2・3の合計84%であった。昨年度82%を上回りアセスメント内容の充実が継続されてきたと思われるが部署によっての差もみられた。リンクナースが部署で伝達できるように9月のリンクナース会では4月のIPOS監査結果を伝えた。また、リンクナース自身がアセスメントの実践が行えるようにIPOSアセスメントの事例検討を行った。2回目のアセスメント監査を11月分を12月に実施し、評価2.3の合計は84%であり横ばいであった。リンクナースの入れ替わりが多くあった年ではあるが、評価を維持できているのはリンクナースの活動があったからだ考える。 毎月痛みの評価(NRS)を部署ごとに行い、4月～11月までの平均は88.5%となった。7月以降、入院時に麻薬を使用している患者のNRS評価ができていないことや、麻薬の使用に不慣れた部署はNRSの評価を忘れていたことが散見された。リンクナースを通じて改善が図られるよう面談時やリンクナース会で部署ごとにフィードバックしている。	継続	IPOSの取得については、それぞれの部署にて認識していただけており、取得率も定着してきたと考えられる。IPOSアセスメントの充実として昨年度に引き続きアセスメントの評価を実施してきたが、昨年度よりも評価は良くなっていると考えられる。アセスメントを行うことで、基本的緩和ケアに繋がっていくと考えられるため、引き続き基本的緩和ケアの充実が図られるように取り組んでいきたいと考える。 NRS評価を実施することで、統一した評価が行えるとともに、基本的緩和ケアの質へも繋がると考えるため、継続して実施していきたいと考える。
	緩和ケアの診療体制の強化	当院は、地域がん診療連携拠点病院であり、集学的な治療が求められている。同規模レベルでの病院では緩和ケアチーム介入が200～300件が妥当であるとされているが、当院の昨年度の実績は222件で、がん患者の割合は128件(72%)と他院と比較しても少ない。一方で非がんに対する割合は全国的に高い。今年度、緩和ケア科も新設されているため緩和ケアの診療体制の強化も期待されることから、緩和ケアチーム介入の増加にも繋げていきたい。	1)緩和ケアチーム介入件数の増加への取り組み【評価指標:緩和ケアチーム介入件数220件/年】 ①緩和ケア病棟への転棟、転院を考慮する可能性がある患者のチーム介入依頼の検討について、診療科・診療支援部・看護部に広報する ②緩和ケアチームよりニュースレターを定期的に行い、チーム活動を周知していく ③緩和ケアチーム介入に至らない場合でも、ケアや関わりに現場が困難を感じている場合には、現場のスタッフをサポートし間接的に患者の苦痛に対応できる体制を確保する ④間接介入、個別対応などの状況についても把握する。 ⑤緩和ケアチームメンバーは、専門性を活かし主治医団へのチーム介入を提案するなど、多職種からのアプローチを行う	令和8年3月	○	達成	4月～12月までの緩和ケアチームの新規チーム介入件数は200件で、月平均23件の依頼をいただいている。緩和ケア病棟への入院を検討している患者のチーム介入も多いが、入院前の患者の状況が把握しやすいことや顔見知りになることで患者の安心感にもつながっていると思われる。 ニュースレターは、緩和ケア便りと名称を変更し5月に昨年度の実績、8月は薬剤師面談について11月には社会福祉士の役割を掲載した。	継続	昨年度より緩和ケア科が開設し、緩和ケア病棟の運用が開始となったこともあり、緩和ケアチーム介入件数は多くなっていると考えられる。病棟転棟前に患者の状態把握を行うことや、家族との関わりを行うことで心理的負担の軽減にも繋がると思われるため、引き続き行っていきたいと考える。
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	・がん診療におけるチーム医療の推進 ・がん診療におけるチーム医療の推進	・がん診療におけるチーム医療の推進 ・がん診療におけるチーム医療の推進	令和8年3月	△	概ね達成	・院内がん診療におけるチーム医療の推進 ・院内がん診療におけるチーム医療の推進	継続	・院内がん診療におけるチーム医療の推進 ・院内がん診療におけるチーム医療の推進
	ゲノム医療の提供	がん遺伝子パネル検査につき、必要な患者様は専門施設に送っている。当院で連携病院となり得ていない	がん遺伝子パネル検査につき、連携病院の資格を取得するよう働きかける	令和8年3月	△	未達成	カウンセリング件数は非癌疾患で増加、癌疾患で横ばい。カウンセリング加算は開始。連携病院未申請。	継続	今年度には連携病院申請を行う

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
北播磨総合医療センター	がん看護実践の質の向上	がん看護専門・認定看護師として、緩和ケア委員会やがん放射線療法看護リクナース会の活動や、がん研修会を通じ、地域がん診療連携拠点病院としての看護師を育成する。 また、がん看護ミーティングの継続やカンサードに参加し、外来や病棟、がん治療部門の連携を図りチーム医療を推進が必要である。	1. 緩和ケア委員会、がん放射線療法看護リクナース会でのリクナースの取り組みを発表する。 2. がん看護研修会を開催する。 3. がん看護ミーティングを実施し継続看護を行う。 4. がん看護専門・認定看護師として、カンサードに参加する。	令和8年3月	△	概ね達成	1. がん放射線療法看護リクナース会は予定通り開催し、取り組みと成果を看護部で共有した。 2. がん看護研修を令和6年10月から令和7年9月までに6回実施した。 3. がん看護領域のCN・CNSでがん看護ミーティングを1回/月実施し患者ケアを共有した。 4. カンサードに参加した。	継続	地域がん診療連携拠点病院としての看護師を育成を目標にがん看護研修の継続は必要である。 ELNEC-J・がん看護研修を開催する。 また、がん看護ミーティングの継続やカンサードに参加し、外来や病棟、がん治療部門の連携を図りチーム医療を推進が必要である。
	緩和ケア医療の推進	・緩和ケアチームを活性化し、がん診療におけるチーム医療の推進する。 カンファレンス方法を検討し、専門性を活かした活発な意見交換ができる場とする。 IOPS実施時期を見直し、IOPS結果を緩和ケアカンファレンスで共有し具体的なケア計画が必要である。	1. カンファレンス方法を検討し専門性を発揮できるカンファレンスの雰囲気を作る 2. IOPS実施時期を見直し、患者把握に努め、カンファレンスで共有する 3. 患者ごとに緩和ケアチームとしての見解と提案内容を具体的に設定できる	令和8年3月	△	概ね達成	1. カンファレンス方法を検討した。各メンバーの顔が見えるよう机の配置を変更した。司会の役割を見直し、各メンバーに問いかけ活発に発言できるようにファシリテーターとしたことで、発言しやすい雰囲気を作ることができた。 2. IPOSは介入時とその1週間後に実施し評価内容をカンサードで共有しケアにつなげることができた。 3. 1、2から緩和ケアチームとしての目標を定めることができた。	継続	各職種の専門性を活かした活発な意見交換ができるカンファレンスを行うことが課題である。また、カンファレンス内容を回診に反映することが必要である。 IPOS評価を継続し、より患者を全人的に捉えたケアにつなげることが必要である。
	がんリハビリテーションの推進	1.がんリハビリテーションに従事できる療法士の確保。2024年度研修に参加し従事要件を満たす療法士数 PT9名、OT2名、ST2名 2. がんリハビリテーションの充実を図る。	今年度 PT1名6月末退職 OT1名産休育休中となるため、PT・OTの従事者確保が必要 看護師 現在病棟勤務者1名 がん専門看護師1名が研修修了 → 調整できれば、研修への参加を検討し従事要件を満たす療法士の増を図る ○がんリハビリテーションの単位数増に努める	令和8年3月	○	概ね達成	1. がんリハビリテーション従事できる療法士の確保→調整はできず。前年度と比較しPT1名減。 PT8名、OT2名(内1名産休育休中)、ST2名 2. がんリハビリテーションの充実を図る。 がんリハビリテーション件数 2024年度と比較しPT、OT実患者数が半数に近い減少であったが、前年度を上回る単位数をPT・ST分野で増加することができた ・2024年度 PT4019単位(実患者数549名) OT720単位(実患者数113名)、ST290単位(実患者46名) ・2025年度 PT4761単位(実患者数346名) OT702単位(実患者数106名)ST431単位(実患者数28人)	継続	1. がんリハビリテーションの単位数の前年度の維持、できれば増加をはかる。 2. 令和7、8年度にてリハビリ室内で新人療法士が5名増員となり、緩和ケア病棟や緩和ケア病棟に入棟された方のリハビリがどういったものを提供しているのか、病棟との連携をどうはかっているかなどの啓蒙をおこなっていく。
	がん相談支援センターの周知を行う	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の強化が必要である	1. がん患者およびその家族へがん相談支援センターへの周知を行う。 -1)がん相談時に、情報入手経路について、アンケートを行う。がん相談時に、がん相談支援センター・がん患者サロン・社会保険労務士相談会のチラシ及び、がん情報サービス冊子等を持ち帰ってもらう。 -2)がん相談時にがん相談支援センターの、ラインアカウント及びQRコードについて説明を行う。 -3)外来案内掲示板の見直しを行う。	令和8年3月	○	概ね達成	1.-1)がん相談時に、情報入手経路について、アンケートを10月～12月の3か月間行った。集計結果・分析については会議で報告予定。 がん相談時に、がん相談支援センター・がん患者サロン・社会保険労務士相談会のチラシ及び、がん情報サービス冊子等を持ち帰ってもらうよう整備を行った。 -2)がん相談時にがん相談支援センターの、ラインアカウント及びQRコードの登録方法について説明を行った。 -3)外来案内掲示板の内容及び表示時間について、がん相談支援センター担当者で検討を行った。	継続	1. がん相談支援センターのチラシ及び冊子の配布を行い、継続して周知に努める。 がん相談支援センターの周知方法について、多職種で検討を行い、検討・実施につなげる。
	がんになっても、安心して暮らせるように、就労支援・両立支援に取り組む	2. 就労支援、離職防止への取り組みについて、院内スタッフへの周知が十分に行えていない	2. 就労支援・離職防止について、がん相談支援センターの取り組みを、院内スタッフへ周知する -1)院内向けがん相談支援センター便りを発行し、就労支援・離職防止についての記事を掲載する -2)各種委員会・カンファレンス等で「社会保険労務士相談会」についての周知を行う	令和8年3月	○	概ね達成	2. -1)院内向けがん相談支援センター便りを年に2回発行し就労支援・離職防止についての記事の掲載を行った。 -2)緩和ケア委員会・がん多職種ミーティング・血液腫瘍内科・カンファレンスで「社会保険労務士相談会」についての周知を行った。	継続	2. 継続して社会保険労務士会の周知に取り組みを行う。周知方法について、がん相談支援センタースタッフで検討し、実施・評価を行う。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
北播磨総合医療センター	様々な相談に対して、質の高い相談支援が提供できるようにスキルアップに努める	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	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)及び、認定がん相談員継続研修を受講できるように調整し、がん相談支援センタースタッフで共有する -2)国立がん研究センターや地域開催の相談員研修を受講し、知識や情報の更新を行う -3)がん患者に関わる多職種でカンファレンスを行う -4)「がん相談対応評価表」を用いた事例検討を企画する	令和8年3月	○	概ね達成	3.-1)基礎研修(1)(2)を2名受講、認定がん相談員継続研修を2名受講し、がん相談支援センタースタッフで共有した。 -2)国立がん研究センターや地域開催の相談員研修を受講し、知識や情報の更新を行う。「令和7年度兵庫県がん相談員研修14名受講」「遺伝性腫瘍症候群に関する相談セミナー」2名受講・「がんサポートグループ企画・運営者のための研修会」1名受講予定。 -3)血液腫瘍内科医師・消化器内科医師・がん専門看護師・がん相談支援センター看護師・MSWで多職種でカンファレンスを年5回行った。 -4)「がん相談対応評価表」を用いた事例検討を企画を行ったが、実施には至らなかった。	継続	3. 相談員研修(1)(2)の受講及び、相談員研修の受講を推進し、知識や情報の更新を継続して行う。
	院内がん登録実務の精度向上	・ 院内がん登録データを活用し、登録数や各治療を広報することが求められている。	・ 国がんの公表時期に合わせ当院のホームページの、2024年症例のデータ更新を目指す	令和8年3月	○	概ね達成	・ 2024年症例のがん統計を作成した。ホームページの掲載は現在準備中である。	継続	・ 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。
		・ 院内がん登録実務者のレベルアップが課題。	・ 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				・ 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)		・ 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。
	・ 予後情報の取得方法について検討が必要である。(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)	・ 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努める	・ 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努める			・ 2018、2019年度がん登録患者の、住民票照会による生存予後調査を実施準備中である。		・ 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)	
姫路赤十字病院	がんゲノム医療における体制整備	がんゲノム医療の拡充に伴い、院内医療体制の充実と、地域医療機関との更なる連携が必要である	1)院内でのがんゲノム医療対応可能な人材育成、地域医療機関との連携の充実、地域へのがんゲノム医療に関する啓蒙、ホームページの充実 2)遺伝性腫瘍と診断後の当事者支援体制の充実 3)遺伝カウンセリングの地域連携体制の構築と対応可能な疾患の拡充 4)エキスパートパネル自院開催にむけ、順次準備をすすめ体制を整え、エキスパートパネル実施可能連携病院の申請を目指す	令和8年3月	○	概ね達成	1)院内人材育成：関連部門・部署へ研修の案内し、CGMC研修には看護師6名、臨床検査技師5名、CRC1名、事務職員2名参加。 がん遺伝子パネル検査：地域医療機関からの紹介20件→17件へ減少。17件のうち、患者の体調にて検査中止や本人への結果開示に至らなかった症例6件。 2)遺伝性腫瘍診断後の定期フォローアップについて声をかけ、7割程度の該当者へ受診予約調整できた。 3)地域への研修会などにより周知をはかり、院外からの紹介例も増加してきた。 4)エキスパートパネル実施可能連携病院としての申請を行い、2025年11月に指定。院内でのエキスパートパネルの開催開始。	継続	・他院からの紹介患者で紹介後に受診キャンセルとなった理由を分析し、対策を検討する。 ・がん遺伝子パネル検査：先進医療Aでの試験が開始。必要時体制構築を行い当院で開始するのであれば、地域の医療機関への周知を検討。 ・院内のエキスパートパネルの質を担保し、今後も継続できるような、メンバーの人材育成を行う。 ・遺伝性腫瘍当事者の地域と連携したフォロー体制を更に構築していく。
	造血器腫瘍における遺伝子パネル検査の体制整備	現在、造血器腫瘍における遺伝子パネル検査は、製造販売承認がなされ、保険収載を待っている状況である。「診断」「予後予測」「治療法」において有用性が示されているが、C-CAT入力も含めた検査フローなど固形がんとの違いが想定されるため、院内で実施可能な体制整備を早急に整える必要がある	1)造血器腫瘍分野におけるゲノム医療体制に対応する人材育成 ・造血器腫瘍におけるパネル検査について学習の機会を持つ ・コーディネート業務、C-CAT登録などコメディカルも実施できるように血液内科医師による研修会 2)パネル検査フロー体制を整える ・血液腫瘍内科担当メンバーとの情報共有 ・検査フローの作成	令和8年3月	○	達成	1)造血器腫瘍に関する研修会に関して、関係部門・部署に案内を行い、受講した。 外来部門へは、検査導入時に研修会を実施、病棟へは検査導入後に血液内科医師とCGMCの研修会を実施した。 2)造血器腫瘍の検査に関する部門・部署と連携し、各部門の実施フローを作成・共有した。9月より運用を開始し、6か月で18件検査の提出を行った。	継続	・造血器腫瘍遺伝子パネル検査のスムーズな運用を継続するために、多職種で密に連携を図る。 ・造血器腫瘍に関するエキスパートパネルに関して、自院での開催に向け、引き続き体制作りをすすめる。
	がん登録実務の精度向上	中級認定者は2名となったが、うち1名は兼任のため、充足しているとはいえない	がん登録実務担当者の増員と育成を図る。兵庫県がん登録実務者ミーティングを主とし、がんに関する研修会を積極的に受講して情報収集を行い、技能向上に努める	がん登録実務担当者の増員と育成を図る。兵庫県がん登録実務者ミーティングを主とし、がんに関する研修会を積極的に受講して情報収集を行い、技能向上に努める	令和8年3月	○	達成	・院内がん登録実務初級認定者となった2名が登録を実施した。 ・兵庫県がん登録実務者ミーティングに参加した。 ・がんに関する研修会を積極的に受講して技能向上に努めた。	継続

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
姫路赤十字病院	がん診療情報を収集・分析する体制整備	ホームページで院内がん登録統計の広報を継続する	当院のがん治療の状況を表す統計を作成、ホームページで継続して広報し、院外への情報発信に努める	令和8年3月	○	達成	・ホームページ掲載用の統計を作成し、当院ホームページにて広報。	継続	ホームページで広報し、毎年統計を更新する
	がんサロン運営の充実	2023年6月～ハイブリッド形式で毎月開催しているが、参加者が月8名程度と少なく、ピアサポートを必要としている人がピアと語り合う場に参加し適切な支援を受けられる人が限られている。 2024年3月末で、世話人(ピアサポーター)の退任により、世話人にピアサポーター修了者がいない状況になっている。	1)がんサロンの充実 毎月第2水曜日14時～16時 ハイブリッド形式で開催 ①新規参加者の増加にむけてサロンのPRを行う ②サロンの内容検討 ・月1回世話人との振り返り ・ミニ勉強会の開催 2)新たな世話人を選出 ・ピアサポーター研修修了者の中から「世話人」役割を担って頂く新たな人材確保 ・新たな「世話人」役割を担って頂く方に、兵庫県がんピアサポーター養成研修の受講を促す	令和8年3月	△	概ね達成	1)がんサロンの充実 ・予定通り毎月ハイブリッドで開催できている。 ・参加者は4～14人/回、新規参加者は月1人程度である ・世話人と、新規参加者の気がかりや思いを聞かせていただくことを大切にわきあいとしたサロンの開催の継続を話し合った。 ・家族のみの参加は、0-1名/月である。患者・家族の立場から、双方の思いを語り合い良い気付きとなっている ・来院困難の参加者がハイブリッドで参加し、体調に応じて参加形態を選択でき会場の温かい場に力をもらっているとの声や生活上の工夫を見込んでいる。 ・勉強会を3回実施実施。「医師との付き合い方」「がんと栄養」「がんとお金」をテーマに開催した。勉強会をきっかけに新規参加があった。 2)新たな世話人の輩出した ・2025年ピアサポーター養成研修に1名が参加し、役割を担って頂いている	継続	1)がんサロンの充実 ・新規参加者増加に向けた広報 ・サロンの内容充実に向けた取り組み 2)ピアサポーター養成研修参加促進
	がん相談支援センターの周知とがん相談員の質の高い相談支援体制の整備	診断から治療開始までががん相談支援センターを訪問するように各科外来で【がんと診断されたあなたへ】の冊子配布しているが、配布数が月60部程度と少ない。 基礎研修(3)修了者が退職に伴い減少している。 2022年10名 ⇒2024年7名 がん相談を必要としている人に支援が届くように広報を強化し、質の高い相談対応ができるよう相互評価を継続し、結果を相談員で共有し修正していく必要がある	1)がん相談支援センターの広報 ①来訪システムの検討 ・がんと診断されて治療開始までががん相談支援センターの案内カード作成 ・名刺サイズの案内カード作成 ②職員向けに見学会の実施 ・新入職員(医師・看護師)へのオリエンテーション 2)基礎研修(1)(2)(3)の計画的な受講を促進する 3)がん相談対応表を用いたモニタリングを実施する: ・参加メンバーの増員を図る 4)利用者からのフィードバック方法の検討 ・効果的なアンケートの作成と回収方法を決定し実施す	令和8年3月	△	概ね達成	1)がん相談支援センターの広報 ・外来管理者会議やがん看護研修で広報し、「がんと診断されたあなたへ」の冊子を外来で配布できるようにしている。外来で冊子配布状況は、月平均60部前後を推移している。新入職員オリエンテーションでがん相談支援センターの見学会を実施した。 ・職員向けの「相談支援センターだより」とがん関連の診療部長会議で、多職種に向けて相談支援センターの案内を周知した。 ・来訪システムは、加付の記載や仕組みの再作成を検討し、相談支援センター会議内でも必要性を共有した。 2)基礎研修受講 ・新規:基礎研修(3)受講終了:1名/ (1)(2)受講終了:4名 ・合計:基礎研修(3)受講終了:8名/ (1)(2)受講終了:7名 3)がん対応表を用いたモニタリング:8,9,10,11,1月に実施参加メンバー:3名⇒5名QA研修模擬事例1件、相談対応時に困った症例4件の模擬事例を対面方式で行った 4)フィードバック ・紙媒体とQRコードを活用したアンケートを作成し、1月からフローに添って運用を開始した。	継続	1)がん相談支援センターの広報 ・相談支援センター利用者増加に向けた仕組み作り 2)がん相談表を用いたモニタリングの継続 3)利用者からのフィードバック ・QRコードを用いたアンケートの実施と評価
	治療と仕事の両立に向けた就労支援の充実	就労支援件数が減少しており、支援を必要とする人に当院の就労支援が伝わっていない。院内の職員、院外の関係者に向けた広報と就労支援の体制づくりが必要である。造血幹細胞移植地域拠点病院として移植患者が増加しているが就労に関するサポート体制の仕組みができていない	1)院内外の医療者に向けた教育 ・新入職員(医師・看護師)へのオリエンテーション ・地域で開催されている「がんサロン」での広報 2)オンラインハローワーク相談会マニュアル作成 3)造血幹細胞移植患者の就労支援体制づくり	令和8年3月	△	未達成	1)院内外の医療者に向けた教育 ・4月新入職員(医師・看護師)へのオリエンテーション ・9月がん看護研修Step①で就労支援の内容と活用について 2)オンラインハローワーク相談会マニュアルは作成途中である 3)造血幹細胞移植患者の就労支援 ・毎週実施している造血幹細胞移植チームカンファレンスに参加しているが、カンファレンス内での検討は難しかった。HCTCによる支援に就労支援を組み込めないか検討するとした。	継続	1)院内外の医療者へ向けた教育 2)市民向けの教育・広報

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
姫路赤十字病院	緩和ケアを必要とする患者・家族の苦痛が適切に対処される	入院患者に関して苦痛スクリーニングは定着できたが、見出された苦痛への対処が十分でない	1)緩和ケアチームと院内認定緩和ケアリンクナースの連携を強化する 2)緩和ケアリンクナースが各部署で緩和ケア実践におけるリーダーシップをはかれるよう支援し、院内全体の緩和ケアの質向上を目指す ・緩和ケアリンクナースは、各所属の患者の症状緩和、療養支援、意思決定支援に関してカンファレンスを開催する ・緩和ケアチームは、週1回の緩和ケアカンファレンスにおいて緩和ケア治療目標の達成状況評価や計画について依頼元スタッフと情報共有する ・緩和ケアチームは、緩和ケアリンクナースが自部署において緩和ケア提供において教育的役割を果たすことができるよう勉強会や事例検討等のサポートを行う 【評価指標】 ・緩和ケアチームメンバー以外の緩和ケアチームカンファレンスの参加率が上昇する	令和8年3月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> 各部署において患者の症状緩和、療養支援、意思決定支援に関してカンファレンスを開催。一部の病棟では、緩和ケアチーム介入していない患者についてもIPOS陽性患者のカンファレンスを行い緩和ケア紹介が必要か検討できた。 週1回緩和ケアチームカンファレンスを実施。依頼元スタッフがカンファレンスに参加できなかった場合には、各部署で担当看護師と情報共有を実施した。 10月に各部署毎の年間活動計画について進捗状況を共有した。実践できていない内容については、計画修正・見直しを実施。 	継続	7月に行った緩和ケアリンクナース活動に関するアンケート結果より、緩和ケアリンクナースの約3割が各部署において他スタッフへの教育的役割やリーダーシップを図ることについて「行っていない」「あまり行っていない」ことが明らかとなった。各部署の緩和ケアリンクナースと看護師間でIPOS結果を共有できていないケースがあると考えられるため、今後、各部署内での緩和ケアカンファレンスの実施状況や苦痛スクリーニング運用を適切に行っているか確認していく。
	医療用麻薬の適正使用を目的とし(外来・入院を通して)薬剤説明・薬の相談窓口として薬剤師による充実したサポートを行う	・入院患者の医療用麻薬指導内容に個人差ある ・緩和ケア内科を介さないオピオイド使用患者のアドヒアランス状況の確認が十分でない	1)麻薬使用患者の指導件数の実態調査を継続して行い現状を把握する。 2)医療用麻薬の指導項目テンプレートの内容をブラッシュアップして薬剤師個別の指導スキル定着を目指す。 3)外来化学療法センターと連携して医療用麻薬使用患者のピックアップと説明の充実を図れるよう、連携方法の構築を検討する	令和8年3月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> 1)入院評価指標を医療用麻薬の指導件数→指導率へ変更。入院実患者に対する実指導件数の割合で評価。2025年1月から3月までのデータより目標値を70%と設定。週初めに麻薬が処方されている患者をピックアップし、各病棟薬剤師へ伝達し算定を促す。併せて毎月医療用麻薬管理指導の指導率の調査を行い、現場へフィードバックを行った。 2)テンプレートのブラッシュアップは達成した。 3)課内の体制に変動があり積極的にオピオイドの使用患者へ介入するような体制を整えられなかった。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> 1)方策を毎週実施。1月から5月の指導率平均は65.3%→方策実施後の6月-12月の指導率平均は79.0%と増加。このまま継続する。 2)達成したが見直しは定期的に継続 3)各科外来へのアナウンスは引き続き行い、体制を整えた後、外来化学療法センターとの連携方法の構築を図る。
	院内外の緩和ケアに関する連携を強化し、患者家族の安心した療養生活を支援できる	・在宅療養に際して生じる様々な不安(関係性や環境変化)を軽減する必要がある ・外来患者の状況把握が不十分であり、介入が遅れる	・緩和ケアチームのラウンド前カンファレンスに地域医療連携課の患者担当者が参加し、情報共有する ・患者への早期介入のため、仕組み作りを進める。 ・二人主治医性について周知する(かかりつけリフレットの活用) ・在宅医などの特色をしり、顔の見える関係を構築するために、医療機関訪問を継続する	令和8年3月	△	概ね達成	<ul style="list-style-type: none"> ①13件中11件に介入中のスタッフと参加し患者情報の共有が出来た。 ②週1回、緩和ケアミーティングに参加し外来患者に関する情報を得て、地域医療連携課の担当者に共有する機会を持ち始めた。 ③2026年1月現在は24件医療機関訪問、他16件は訪問看護やナースングホーム等に訪問出来た。 	継続	院内でのカンファレンスや医療機関訪問を通して院内外の支援者と連携を深めている。その際に得た緩和ケアに関する情報を積み重ね、患者・家族の療養生活に対する支援に活かしていく。入院患者だけではなく外来患者の状況把握も今年度開始したため早期介入につながるよう継続していく。
姫路医療センター	緩和ケアの普及 1-1.医療者/地域の在宅・施設従事者の緩和ケアの知識向上を図る 1-2.院内の緩和ケアの質の向上を目指す 1-3.緩和ケアチーム連携・強化	・昨年度緩和ケアカンファレンスを実施し、多職種で様々な視点・知識を得ることで患者の治療やケアに活かすことができた。しかし、精神科分野の知識の質向上を求める課題があったため、今年度は強化していきたい。 ・症状緩和の薬剤調整について相談あり、2022年改訂の緩和ケアマニュアルを使用しているが、新規薬剤導入あり、ニーズに応じた改訂が必要。 ・リアルタイムでの症例検討を希望する声もあったので、ラウンドを実施し、早期よりチーム介入することで緩和ケアの質向上、連携強化に繋げる	1-1. 緩和ケアチーム主催の勉強会開催(年2回) ・精神科分野の研修会 ・がん患者における気持ちのつらさガイドライン(2024年度版)を活用 ※ビデオ撮影し、後で聴講できるようにする 1-2. 緩和ケアポケットマニュアルの改訂 ①院内スタッフへのニーズの確認 ②ニーズに応じて作成・使用評価 1-3. 緩和ケアチームメンバーで病棟ラウンド実施(月1回以上) 緩和ケアリンクナースが参加し、情報提供・ケア計画に反映	令和8年3月	○	達成	<ul style="list-style-type: none"> 1-1. 計画通り勉強会を開催し、各回60名程度参加あり。その後もビデオ聴講できるようにし、随時聴講可能にしている。参加者より精神疾患の鑑別方法やケア方法の知識が得られた等、意見があった。今後は、タイムリーな相談、症例検討を希望する声が多くみられた。 1-2. 院内スタッフへニーズを確認し、緩和ケアポケットマニュアルの改訂を行った。使用評価を今後行っていく。 1-3. 緩和ケアチームメンバーで月1回病棟ラウンドを行い、リアルタイムで多職種で症例検討を行うことができた。緩和ケアリンクナースが参加することで、患者の治療やケアに活かすことができた。 	継続	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科分野の事例検討会を行い、実践に即した勉強会を開催する。 ・緩和ケアポケットマニュアル改訂後の評価を行う ・緩和ケアチームメンバーでの病棟ラウンドは継続実施

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
姫路医療センター	ACP推進に向けた体制づくり 1-1.ACPIに関する院内システムの構築 1-2.ACP実践力に繋がる医療者の育成	・R5年度より看護師対象にACP推進に向けた体制作りを行っている。看護部についてはACPの理解は広がってきたが、病院全体としての取り組みはされておらず、部署・個々での認識・実践の差がある。また、ACP実践の定着、質的な関わりには至っていない	1-1. ACPIに関する普及活動 ※看護部倫理ワーキンググループ活動と協働し、ACP運用手順に沿った実施 ①人生会議啓発パンフレットの活用 ②意思決定支援指針の周知及び活用の検討 1-2. ACP実践に向けたスタッフ教育 ※緩和ケアリンクナース会活動と協働 ①継続性のみえるテンプレートの活用 ②事例を活用した勉強会 ※全職員対象とし、分散開催・ビデオ撮影し後で聴講できるようにする ③効果的な倫理カンファレンスの実施	令和8年3月	△	概ね達成	1-1.看護部倫理ワーキンググループ活動と協働し、人生会議啓発パンフレットや意思決定支援指針の周知及び活用を検討した。 1-2. 計画通り緩和ケアリンクナースに勉強会、事例の振り返りを行った。ACP実践数は上昇しており、倫理カンファレンス件数も増えている。テンプレート活用により継続支援に繋がってきている。	継続	・院内のACPの運用手順に基づいた実施 ・症例検討回数を増やし、事例を通した勉強会の実施 ・多職種でカンファレンス実施し、ケアの質の評価を行う
	相談支援を必要とする方が利用でき、そのニーズに合った質の高い支援が実施できる	・がん患者及びその家族等にかん相談支援室を認知してもらうシステムが定着していない ・利用者からのフィードバックを得る体制整備ができていない ・院内スタッフへのかん相談支援室活動の周知が不十分 ・相談対応に必要なとされる知識や情報を更新するために継続した学習をする必要がある	1)来訪システム定着への取り組み ①来訪システムのアナウンスの継続(各種研修など) ②来訪者数の把握、評価 2)患者・家族及び地域住民に向けた広報活動 ①がん相談支援室からの、地域住民に向けた広報誌の発行(1回/年) ②姫路医療センター公式YouTubeでの情報発信 3)利用者からのフィードバックを得られる体制整備 ①利用者へのアンケート内容の検討 ②アンケート方法の検討(QRコード、記述式など) ③アンケート回収方法の検討(記述式) 4)診断早期からがん相談支援室を案内できるように、院内スタッフへ周知 ①新採用者研修(医師、看護師、コメディカル)でがん相談支援室の活動概要について周知 ②初期研修医へのオリエンテーションの実施 ③がん看護研修会 5)認定がん専門相談員資格取得に必要な研修に計画的に参加 ①がん相談員研修(1)(2)受講(相談員3名) ②がん相談員研修の受講(相談員4名) ③相談対応の質保証(QA)研修の受講(相談員4名) ④各種学会・研修会への参加(相談員4名)	令和8年3月	○	概ね達成	1)2023年度から、がん診療を行う全診療科へ来訪システムを導入し、徐々に来訪数は増加している。2023年度(10月～3月):38件、2024年度:192件 2025年度:349件 院内スタッフへの周知を進めた結果、来訪数は徐々に増加してきている。 2)広報誌の発行、YouTube等での情報発信はできていない。 3)対面相談に対して利用者アンケートを実施した。(2025年9月～2026年3月) 配布数:49 回収数:32(QRコード:12、紙:20) 4)新採用者研修、初期研修医研修、がん看護研修にて、がん相談支援室の活動内容を紹介し、周知に務めた。 5)認定がん専門相談員資格取得のために必要な研修を受講し、相談員4名が認定がん専門相談員資格申請をした。申請者4名が審査に合格し、資格取得できた。	継続	1)患者数に対して来訪数が少ない診療科では、改善策を検討し、必要な働きかけを進めていく 2)情報発信については、院内インスタHPWGと連携し活動を計画していく 3)引き続き利用者アンケートを実施。電話相談者へのアンケートについて検討。調査結果をもとに相談業務の改善案を検討する 4)引き続き周知活動を行う 5)認定がん専門相談員資格維持・更新を目指し、相談支援の質の向上に務める
	がん患者が早期から離職防止、就労支援を受けることができる体制を整備する	・院内で就労支援が受けられることがスタッフに周知されていない ・就労支援及び両立支援に関する相談員のスキルアップが必要 ・両立支援のための情報のやり取りを行う体制が整っていない	1)院内スタッフへの周知を行う がん相談支援室で実施している就労支援について周知する(新採用者研修、初期研修医オリエンテーション、がん看護研修、広報誌など) 2)就労支援の実施 ①ハローワークとのオンライン面談の実施 ②長期療養者就職支援事業におけるハローワーク姫路の出張相談の継続(1回/月) ③兵庫医科大学病院との連携(仕事とお金のお悩み相談会) ③両立支援コーディネーター基礎研修の受講(相談員:1名) 3)職場復帰への支援 ①職場復帰に関する主治医の意見を記載する様式を検討する ②主治医とのタスク・シフトシェアを踏まえた運用方法を検討する	令和8年3月	○	概ね達成	1) 計画通り、各種研修で院内スタッフへ就労支援について周知を行った 2) ①0件、②5件、③0件 ④両立支援コーディネーター基礎研修に相談員1名が受講した 3) 職場復帰への支援として、院内での両立支援フローと、就労支援に活用する専用のシート(就労支援シート)を作成した。両立支援コーディネーターがこのシートを活用した相談支援を実施し、主治医と内容を共有、主治医意見書(診断書)へ反映できるように活動した。(消化器外科1件、乳腺外科1件)	継続	1)2)引き続き周知活動を行い、就労支援を強化していく 3)両立支援フローに基づき、運用件数を増やしていく

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
姫路医療センター	がんに関する情報を地域住民及び医療従事者に対し発信する	・医療従事者に対する継続した情報提供及び連携体制の整備が必要 ・情報が錯綜している中で、不確かな情報により正しい意思決定ができない場合がある	1)がんに関する研修会を実施する ①早期診断・副作用対応を含めた放射線治療・薬物療法の推進及び緩和ケア等に関する研修 ②PEACE研修 ③がん医療・ケアに関する活動報告会 2)地域住民を対象としたがんに関する講座の実施 ①がんナビ2025の開催 ②姫路医療センター公式YouTubeでの情報発信 3)就労及び患者会に関するチラシの見直し 4)アピアランスケアに関する支援の強化(グッズ、資料など)	令和8年3月	○	概ね達成	全て計画通り実施した。YouTubeでの情報発信は行っていない。 ①医療者向け研修会 3/19(木)開催 参加者:75名 ②PEACE研修 受講者:19名(医師14名、薬剤師3名、看護師2名) ③がん医療・ケアに関する活動報告会 1/29(木)開催 参加者:87名 ④がんナビ2025 4/26(土)開催 参加者:295名	継続	1)2)引き続き、研修会等を企画し情報提供や周知活動を行う
公立豊岡病院	医療情報部門の集約による体制強化	病歴やがん登録、電子カルテ等の医療情報を扱う担当が各課に分かれており、情報共有や連携面において課題を感じている。	令和7年4月より医療情報部を新設し、医療情報を扱う部門を一元化した。新しい体制のもと情報収集や業務計画の見直しを行い、効率的な運用を行うことで、より精度の高く正確な業務の遂行を図る。また、中級の取得に向けて学習に努める。	令和8年3月	○	概ね達成	組織一元化をにより情報共有の円滑化と意思決定の迅速化を実現した。既存業務の棚卸しと整理を行い、運用の集約化を図った。 がん登録中級試験については、要件の関係で今回は応募を見送ったが、県のがん登録ミーティングへ参加するなど継続的なスキルアップに注力している。	継続	業務の棚卸し結果に基づき、登録作業手順を見直す。 次回のがん登録中級者認定試験の合格を当面の到達点とし、部署全体での専門的知識を底上げする。県のがん登録ミーティング等で得られる最新情報を共有し、精度の向上と維持に努める。
兵庫県立丹波医療センター	がん医療に携わる医療従事者の育成の継続	人員の入れ替わりがありがんに関わる専門知識を有する医療従事者を継続して育成する必要がある。そのため引き続き地域医療を支える多施設・多職種連携強化、及び質向上に向けた研修会の開催や参加者の増加に向けた企画を行い、実施する必要がある。	以下の研修会等を継続開催する。 ①研修会 ・緩和ケア研修会(年間2回) ・がんの早期診断と治療についてセミナー ・化学療法についてセミナー ・がん看護緩和ケア研修会 ・がん患者自殺防止に関するセミナー ②多職種カンファレンス ・がん看護カンファレンス(うち2回をグループ指定先病院と実施) ・地域合同カンファレンス(症例検討会) ③研修会やカンファレンスの告知と参加の呼びかけ ・医師会や介護居宅事業所、訪問看護ステーション等へ広報 ・院内教育研修部会と協賛して日程調整	令和8年3月	○	達成	以下の研修会等を継続開催する ①研修会 ・緩和ケア研修会(8/23,3/14) ・がんの早期診断と治療(8/25) ・化学療法についてセミナー(1/8) ・がん看護緩和ケア研修会(2/17) ・がん患者自殺防止に関するセミナーが開催できていない ②多職種カンファレンス ・がん看護カンファレンス(うち2回をグループ指定先病院と実施) ・地域合同カンファレンス(2/5) ・在宅緩和ケア研修会(1/17) ③研修会やカンファレンス開催の告知と参加の呼びかけを促した ・院内教育研修部会と協賛して日程調整をし、医師会や介護居宅事業所、訪問看護ステーション等へ広報した。	継続	継続 人員の入れ替わりにも対応できるよう引き続き①②③を継続する。 R8年度 地域がん拠点病院となるためがんセンター院内開催回数を増やす。 合同がんセンターボード開催も継続していくか検討 がん患者自殺防止の研修会検討
	がん相談支援センターの認知度を上げる取り組みを継続すること、また様々な相談に応じた支援を行ない相談件数を増やす	地域住民や地域支援者、医療スタッフなどががん相談支援センターの存在や役割、業務内容など周知が十分でないため相談支援に繋がっていない	がん相談支援センターの認知度を上げる取り組みを継続すること、また様々な相談に対応し相談件数を増やす(前年度比2% 2件/月) ①周知活動 【院内】 ・対面方式や電子媒体活用し全職員に行なう ・入院センターで対象患者に案内する 【院外】・住民講話参加、地域支援者にリフレット郵送する がん相談支援センターだより発行(3回/年) ②相談支援の質向上 ・相談しやすい相談場所の提供ができる ・アンケート回収率向上に向けて取り組む ・相談支援の評価方法の検討を行なう ・社会保険労務士無料相談会(12回/年) ③当院の会員、患者会の意向に沿ったものを開催する ・アンケート用紙で意見確認 ・がん相談支援センター部会員と協働し運営できる	令和8年3月	○	達成	①実施済み ・相談件数849件/年 ・対面方式(院内5部署20名、新卒看護師研修後36名)や電子媒体(全職員)で行なった。予定入院患者には入院センターで案内した。また地域住民対象(1回)に行なった。 ・だより(400部/3回)発行 ②概ね予定通り実施 ・相談室の場所変更、入り口開放、廊下にも看板やチラシを設置した ・リーフレットに挟み患者アンケートを配布した(47件配布、回収7件) ・がん相談評価表で自己評価を行なった ・社会保険労務士相談会32件利用あり ・入院センターと連携し病室訪問を行いアピアランスケアの支援ができた(約40件) ③他職種がサロンに参加し、アロママッサージを行なうサロンなどが開催できた(7回)	継続	継続 がん相談支援センターの認知度を上げ、必要とする人に相談支援を提供出来る体制を構築する為①②③を継続する。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立丹波医療センター	早期から緩和ケアが提供できるよう、緩和ケアチーム活動の質を高める	緩和ケアチームの介入件数は同等の件数であるが、必要な時期に患者に適したケアの提供画布十分な可能性がある	①緩和ケアチーム介入依頼目標数値 130件/年 ②評価ツールの普及・活用、各部署リンクナースへの周知とスタッフへの啓蒙活動をおこない、使用定着につなげる。評価ツールを使用することで患者の問題点を明らかにし、早期からの問題解決に繋げる ③PCTカンファレンスの定期開催(毎週木曜日)患者の、問題点についてチームメンバーで検討、解決策を見出す。検討内容は主治医・スタッフと共有、日々のケアに活かせるよう支援する ④緩和ケアチームラウンド再開のための検討 ⑤緩和ケアマニュアル見直し ⑥がん診療に携わる医療者のための緩和ケア研修会開催(年2回開催予定) ⑦在宅緩和ケア医、訪問看護師との密な情報共有をおこない、患者の症状緩和に繋げる事が出来る ・がん看護緩和ケア研修会開催	令和8年3月	△	概ね達成	①2025年度のPCT介入依頼件数は141件。目標は達成できた。 ②リンクナース会で作成したスクリーニングシート使用手順は、対象患者への使用が出来るようになってきた。少しずつではあるが、必要性を感じた上で使用が出来ており、がん患者の苦痛への対応が出来てきたと考える。 ③介入依頼のあった患者についてはPCTカンファレンスで検討し、主治医・病棟スタッフと共有した。 ④未実施 次年度検討 ⑤病院機能評価に向けて見直し済 ⑥8月、2026年3月 計2回実施出来た。 ⑦緩和ケア病棟主催での在宅緩和ケア研修会済	継続	引き続き運用手順の周知が出来スクリーニングシートの適切な使用を行う。がん患者の苦痛を早期にキャッチし、必要なケアの提供が出来るように周知支援していく。また、緩和ケアチームへの介入依頼があった際には専門性を発揮した介入が出来るように取り組んで行く。
	がん免疫療法や、irAE、CRS/ICANSなどの有害事象への対応の標準化を図る	院内で二重得意性抗体薬が周知されておらず、CRS/ICANSの対応が標準化できていない	①がん薬物療法に関する研修会を少なくとも2回/年 開催する ②CRS/ICANSへの対応について、院内体勢を整備する	令和8年3月	△	概ね達成	①オープンセミナーでがん薬物療法の基礎知識、トピックス、今後の展望などについて講演(1/8 水谷医師) ②irAEに対する救急対応フローの修正、CRS/ICANSの対応フローの作成、対応に必要な薬剤の使用手順の整備を行ったが、今年度二重特異性抗体薬の院内使用はなかった。	継続	①院内でがん薬物療法について周知を図るため、必要なテーマを検討し研修会を実施する ②対応マニュアルの院内周知を図る
	シミュレーション、マニュアル等の整備により、技術継承を確実に実行	電子線治療など、年間数例以下程度の症例に対して、技術継承が問題である。人材確保においても、人事異動の結果により左右され、専門知識を有するスタッフの流失や、診断部門との兼務が必要なため、専門的に学ぶ機会も限られている	①専門知識を有するスタッフの要求(継続) ②放射線治療のニーズを確保(早朝照射に対応するなど、治療と仕事の両立面から患者を支援する) ③模擬治療シミュレーション等を行い、技術を継承する ④品質管理(線量管理)を行い、提供する医療レベルを担保する	令和8年3月	○	概ね達成	・マニュアル改訂(トラブル対応マニュアル、点検マニュアルなど)を行った。 ・常勤放射線科医師の就任 ・地域連携室と連携し、緊急照射への判断を迅速に行うためのフローを作成した。	継続	作成した緊急照射フローを実際に開始し、緊急照射を必要とする患者への治療提供において、地域連携室、放射線科医師、診療部との連携で問題が生じないか、運用を行いながら、適宜最適化する。
	適正なレジメンの審議、登録および管理を行い、安全な化学療法の実施に努める	①既存のレジメンと内容は同じであるが、適応が異なるレジメンの申請があった場合に、既存のレジメンへ適応を追加するか、新規にレジメンを作成するかを検討することに時間を要する ②オンライン会議の運用に部会員が慣れていないため、緊急にオンライン会議開催が必要な場合に迅速に対応できない可能性がある	①既存のレジメンと内容は同じであるが、適応が異なるレジメンの申請があった場合に、既存のレジメンへ適応を追加するか、新規にレジメンを作成するかを定める ②定期的にオンライン会議を開催し、運用手順の確認および問題点の抽出を行う	令和8年3月	○	達成	①既存のレジメンと内容は同じであるが、適応が異なるレジメンの申請があった場合の対応について令和7年度第1回レジメン部会にて審議し、がん化学療法レジメン管理マニュアルを改訂した。 ②令和7年第2回のレジメン部会をオンライン会議として開催した。	継続	①継続して適正なレジメンの審議、登録、変更および管理を行い、安全な化学療法の提供に努める。 ②今後もオンライン会議を定期的に開催し緊急レジメン審議時にスムーズにレジメン部会が開催できる体制を維持する。
	がん登録の精度向上	院内がん登録実務者の計画的な育成が求められる	文書担当の医師事務作業補助者などから候補者を選定し、業務として実務者研修を受講できる体制を整備する	令和8年3月	○	達成	各種研修会に参加し、必要な情報取得等に努めた。	継続	毎年度、継続した取組みが必要。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立淡路医療センター	化学療法の質と安全面の向上	入院・外来で化学療法を実施しているが、実施場所によって化学療法に対する理解度が違うため、医療従事者の(特に看護師と医師)の役割分担がことなる。	1. 化学療法に関わるすべての医師、コメディカルに十分な、化学療法の教育を施行する。2病棟IVナースを導入3病棟目は今年度中導入見込みなので、4病棟目のIVナースの養成・認定を実施していく 2. 院内がんセミナーの継続、前回達成できなかった内服化学療法におけるHBV再活性化の人的介入を進める 3. 多職種チームで化学療法に関するカンファレンスを行う事で意識を共有しより安全な化学療法を行う 4. 引き続き、毎月の化学放射線療法部会で、がん関連部門の活動を共有・検討する 5. 前回達成できなかった遺伝カウンセラーの配備	令和8年3月	△	概ね達成	1. 3病棟目のIVナース計画は、現在人員育成中で引き続き継続して行う予定 2. 院内がんセミナーは継続できている。ただ、内容の理解度や、臨床への有用性、協議時間・構成の適切性などが評価できていない。HBV再活性化対策に対する人的介入はマンパワーの問題あり 3. 多職種チームでの化学療法に関するカンファレンスは行っているが、質・量ともに不足している 4. 継続出来ている 5. マンパワーの問題で出来ていない	継続	1. 引き続き継続していく。 2. 院内がんセミナーの継続はもちろん評価で上げた問題点をアンケートでの確認や出席率(職種別・部署別)の評価を行いフィードバックする。内服薬のHBV再活性化対策の遵守状況のチェックシステムの人的介入は、マンパワーの問題もありできていないが、引き続き薬剤部と看護部で調整していく。 3. 現在は月1回外来化学療法室ナース、外来看護師長、薬剤師と化学療法部長での定期カンファレンスを行っている。入院部門での導入も検討している。 4. 化学放射線療法部会を各科の化学療法に関わる医師、薬剤師、看護師、リハビリ、放射線治療スタッフ、医療安全部長、倫理委員会責任者、化学療法部長及び必要と病院長が判断し任命したスタッフで月1回行っている。8年度より対面でもより活発な議論の展開の期待。 5. 引き続き候補者の選定をしていく
	基本的な緩和ケアの充実を図り、患者・家族が望む療養場所で安心して過ごせるよう地域医療施設と連携を強化する	1. 苦痛緩和において、部署間や担当者によって格差がある。知識・技術不足や緩和ケアマニュアルが効果的に活用されていない現状がある 2. ACP実践において、医療者の意識が向上傾向にあるが、導入のタイミングが計れず実施に至らない部署がある。また、主治医との連携が不十分で、情報共有が不足している場合がある。 3. 他病院や在宅療養との連携、顔の見える関係性の構築が希薄化し、率直な意見交換や相談ができる場が少ない	1・症状に対するアセスメント力を養い、患者中止の症状マネジメントができるよう支援する。 ①リンクナース会(LN会)を通じて苦痛緩和、ACPの実践が効果的に行えるよう検討、実施する。 ②ELNEC-Jコアカリキュラム研修会の開催 ③緩和ケアマニュアルの見直し、修正 2. 非がん患者も含めて、どの部署でもACPが必要な患者に効果的にACPの実践ができるよう院内全体で取り組む。 ①LN会で患者の希望や思いを共有できる工夫について検討する。 ②ACPの内容を主治医・他の医療者・患者・家族で共有し、院外医療施設とも患者の意向を尊重した支援ができるよう連携を図る。 3. PEACE、緩和ケア連携研究会など研修会を継続する。また、ケアカフェの開催は運営方法を見直し、母体を地域連携室として活動する。	令和8年3月	△	概ね達成	1.①リンクナースを通じて苦痛の把握、アセスメントにおいてテンプレートの活用や研修会の開催により知識・技術の向上に努めた ②ELNEC研修会は10名受講した ③緩和ケアマニュアルを一部改定をしたが、効果的な活用には至っていない 2. ①ACP実施における問題点を抽出しパンフレットの作成や問診票の見直しを行い医療者の意識向上に繋がり実施件数は増加した ②ACPの内容を多職種で共有したり、院外への連携が充実していない事例あり 3. 院内外を含めた研修会は計画通りに開催できた。院外の医療者との交流も図れた	継続	1. 症状マネジメントの知識・技術は部署間で差が生じる。リンクナース会の活動内容を見直し、リンクナースの意識を高めること、緩和ケアアドバンスナースなどコアナースを活用した活動を検討する 2. ACPの実践においては看護師が中心に実施しているが、患者・家族の希望に沿った支援を行うためには多職種での協働が必要であるため継続して取り組む 3. 顔の見える関係性作りに加え、カンファレンスの開催など、具体的な支援について検討したり連携できるような取り組みを行う
	がん相談支援センターの機能強化に努め、役割・相談の場を周知する	1. 情報不足から不安を抱える方が多く、治療の選択に戸惑う方がいる 2. がん相談支援センターの役割について十分理解されていない 3. 相談対応の質の管理、維持向上する必要がある	1. 外来・病棟等の院内掲示物、リーフレット、ホームページ等の広報は年1回見直しを行い、新しい情報を発信する。 2. 自施設の職員に対し、がん相談支援センターの役割、環境、設備などの情報を発信し、患者・家族の利用に繋げる(新人オリエンテーション、PEACE、Eラーニングなど)。 3. 相談員同士で事例の振り返りを行う。がん相談員基礎研修について関連部署に周知する。各相談対応の標準化に向け手順を作成する。社会福祉士の配置がないため社会福祉に関する相談について地域医療連携室MSWと連携を図る。	令和8年3月	○	概ね達成	1. 広報は見直しを行いHPIは修正済。がん診療市民公開を開催し市民へ肺癌治療の情報を発信した(3/7:参加者66名) 2. 新人ORラウンドで周知。PEACE研修の開催、E-learningでは相談室の紹介動画を全職員に配信した。 3. 事例毎に振り返りを実施。今後の方向性について検討。各相談内容ごとに手順・資料を作成。MSWとは密に連携し、各種社会福祉制度に関する対相談について専門的知識を元に患者・家族に対応を行った。	継続	1,2についてはそのまま継続 3についてはMSWが他部署配置のため業務によっては対応が難しい場合がある。兼任配置など要望していく。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
赤穂市民病院	必要な時期に相談支援及びピアサポートを受けることができる	<p>診断後の早い時点で、がん相談を利用できていない</p> <p>全がん種対象のがんサロンが開催できていない</p>	<p>【がん相談支援センター】</p> <ol style="list-style-type: none"> がん相談支援センターの周知を図り、昨年度より件数増加を目指す 1)院内放送でがん相談支援センターを案内する 2)Instagram・公式LINEで周知する(年度替わり4月) 3)デジタルサイン、ホームページ、パンフレットを1年に1回は見直し必要時は更新する(年度替り5月) 4)広報誌でがん相談支援センターを周知する(6月配布予定) 5)がん相談支援センターの活動内容を電子カルテ内の掲示板に掲載し、院内スタッフに周知し相談支援につなげる 6)ホームページに昨年度のがん相談内容および件数を掲載し、市民に周知する がん診断時に医療者が、がん相談支援センターを紹介する体制を構築する 1)各関連部署に「がん相談窓口ご案内」パンフレットを設置する 2)がん関連全科において、担当者が、がん診断時に「がん相談窓口ご案内」パンフレットを配布し説明する 3)患者支援センターに来院した患者・家族が必要に応じてがん相談員につなげる 4)緩和ケアチームが作成した、症状スクリーニングシートを活用してがん相談につなげる(各関連部署で担当する看護師が担当する) <p>【がん看護相談外来】</p> <ol style="list-style-type: none"> がん患者指導管理料イ(500点)算定件数が、院内がん登録件数に比べ少ないため、前年度より算定実績件数を増やす がん相談支援センターで初期相談対応した患者のうち専門的支援が必要な患者はがん看護相談外来へつなぐ <p>【がんサロン】</p> <ol style="list-style-type: none"> 全がん種対象のがんサロンを開催する 1)全がん種対象のがんサロンを企画・運営する 2)アンケートにより参加人数・満足度を把握し、質を担保する 3)ピアサポーターに取り組むがん患者の支援を行う 	令和8年3月	○	概ね達成	継続	<p>【がん相談支援センター】</p> <ol style="list-style-type: none"> がん相談支援センターの周知を図り、昨年度より件数増加を目指す 1)～6)は計画通りに実施できた。今年度は他町よりがん相談支援センターの活動について講演依頼を受け、周知することができた。また昨年度より引き続き、地域型がんサロンでも講演できた。 がん診断時に医療者が、がん相談支援センターを紹介する体制を構築する 1)～3)は主に外来・化学療法室において「がん相談窓口ご案内」パンフレットを配布し、がん診断時にパンフレットの配布ができた。一方で、全症例に配布できるまで至っていない。4)はがん相談員につなげるケースが少なかった。 <p>【がん看護相談外来】</p> <ol style="list-style-type: none"> 前年度より算定実績件数が増えた。 継続支援が必要な患者はがん看護相談外来へつなぐことができた。 	引き続き、がん患者および家族が一度はがん相談支援センターを来訪、あるいは知ることができる取り組みとして、がん診断時に「がん相談窓口ご案内パンフレット」を配布し、周知につなげる。また、継続支援が必要な患者・家族をがん看護相談外来へつなぎ、切れ目のない支援を継続していく。
				引き続き、全がん種対象のがんサロンを企画・運営していく。					
圏域内におけるがん診療病院としての役割を担保する	<p>兵庫県下で初めてのがん診療病院指定であり、グループ指定病院および地域医療機関と連携を強化する</p> <p>化学療法に関する知識の向上およびマニュアルの整備</p>	<p>【グループ指定および地域医療機関連携】</p> <ol style="list-style-type: none"> 確実な連携体制を確保するため、グループ指定病院と定期的ながん診療に関するwebカンファレンスを開催する(年2回) 地域医療支援委員会を開催する(年1回) 地域医療連携会議を開催する(年1回) 地域医療介護福祉懇談会を開催する(年2回) 定住自立圏構想内において講演する(年1回) れんけい通信で地域がん診療拠点病院を周知する(年1回) <p>【化学療法】</p> <ol style="list-style-type: none"> 血管外漏出マニュアル、重症過敏症発現時の対応マニュアル、皮膚障害対策のマニュアルを見直し、適正運用する 化学療法委員会にて化学療法マニュアルを検討する 	令和8年3月	○	概ね達成	継続	<p>【グループ指定および地域医療機関連携】</p> <p>グループ指定病院と年2回カンファレンス(消化器内科・外科)を開催できた。西播磨地域医療機関との連携については、1～6まで計画通り実施できた。</p> <p>【化学療法】</p> <p>今年度、化学療法委員会にて化学療法マニュアルを作成できた。</p>	引き続き、グループ指定病院と定期的ながん診療に関するカンファレンスを実施し、人材交流を図る。また、西播磨地域医療機関とがん診療において連携を推進する。	
来年度は、今年度作成した化学療法マニュアルを適正運用し、院内の安全な化学療法につなげる。									

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
赤穂市民病院	緩和ケアに関する連携強化	患者の苦痛を把握する症状スクリーニングシートより緩和ケアチームにつながる症例が少なく、早期から介入ができていない 終末期医療についてご希望調査票が活用されていない	【早期からの緩和ケア】 1. 緩和ケアチームの活動内容を電子カルテ内の掲示板に掲載し、スタッフに周知し症例件数の増加を目指す 2. 各部署の緩和ケアリンクナースがスタッフに症状スクリーニングシートの活用について再周知する 3. 緩和ケアチームカンファレンスで、スクリーニングシート項目が7点以上のものを精査し、積極的に介入を調整していく 4. 緩和ケアチーム依頼件数が少ないため、医師以外で看護師等のコメディカルからも介入依頼ができるようマニュアルを見直す 【ACPの普及・啓発】 1. 院内の「終末期医療についてのご希望調査票」が浸透していないため、周知ならびに活用し、ACPを推進する	令和8年3月	△	未達成	【早期からの緩和ケア】 2~4. は計画通りに実施できたが、1.は実施できなかった。しかし、来年度は地域医療機関向けに広報誌で緩和ケアチーム活動を広報予定である。 【ACPの普及・啓発】 緩和ケア担当医師より院内全体へDNAR記載方法の院内統一について周知された。ACPに関する「終末期医療についてのご希望調査票」についての周知はできていない。	継続	次年度は、院内外問わず緩和ケアチーム活動の周知・広報活動を積極的に行う必要がある。今年度、緩和ケアマニュアルの見直し(改定)することができたため、次年度はマニュアルを適正運用し、その一環としてACPの普及・啓発を発信していく。
兵庫県立こども病院	小児がん拠点病院として再発・難治例の診療(造血細胞移植推進含め)	診療圏内の再発・難治例の小児がん患者の集約化を進め、初発例は県内症例の約70%、再発症例の約90%の症例を受け入れている。難治・再発症例に対する造血幹細胞移植、CAR-T細胞療法、がんゲノム医療の実施基盤を整えたが、受け入れ実績は改善の余地がある	引き続き県内外の小児がん連携病院と強固に連携し、難治例の集約化に努める。同時にCAR-T細胞療法と造血細胞移植の推進に努め、連携施設の専門医育成については人材交流などを通じて貢献度を高める	令和8年3月	○	概ね達成	県内の小児がん連携病院と密に連携し、セカンドオピニオンや再発難治例の受け入れを行った。加えて県外の複数施設から造血幹細胞移植やCAR-T細胞療法目的紹介を受け入れるなど受け入れ実績を積み上げた。県外の連携病院の要請に応じて造血幹細胞移植の採取指導に専門医を派遣した。また連携施設との現地、web症例検討会などを通じて専門医育成に注力した。	継続	引き続き県内外の小児がん連携病院と強固に連携し、難治例の集約化に努める。同時にCAR-T細胞療法と造血細胞移植の推進に努め、連携施設の専門医育成については人材交流などを通じて貢献度を高める。
	小児・AYA世代がん患者に対する緩和ケア体制の拡充	緩和ケア外来のを開設したもの、他施設の患者受け入れについては課題がある。同時に小児緩和ケア加算の施設要件をクリアしたが、小児緩和ケアチームの稼働が低く、算定状況が低い水準のままである	日本緩和医療学会認定研修施設として緩和ケア専門医を育成を継続する。また緩和ケア外来の稼働を向上させ、他施設患者の受け入れを目指す。同時に小児緩和ケア加算の施設要件を維持しつつ、小児緩和ケアチームの稼働状況を向上させる	令和8年3月	○	概ね達成	日本緩和医療学会認定研修施設として、緩和ケア専門医の育成に取り組んだ。緩和ケア外来において、自施設患者を中心に外来における緩和ケアの提供を行った。	継続	新たに設置する緩和ケア内科及び緩和ケア病棟を活用しつつ、さらなる緩和ケア体制の拡充を進める。同じく、新設する緩和ケアセンターを中心に、小児がんを含め緩和ケアを必要とする全ての患者への対応を強化していく。
	小児がんに対するがんゲノム医療の積極的な展開	がんゲノム医療連携病院をになっておるもののがんゲノムプロファイリング検査の運用実績は少数にとどまっている。カウンセリング実施体制や出口戦略としての治験実施体制に乏しい	カウンセリング実施体制を強化し、稀少がんに対するがんゲノムプロファイリング検査の積極的な運用に努める。小児治験ネットワークと連携し、治験実施体制を強化し、小児がんに対する治験に積極的に参入する。新たに導入予定の造血器腫瘍に対するがんゲノムプロファイリング検査を契機に、がんゲノム医療を積極的に展開する。	令和8年3月	○	概ね達成	がんゲノムプロファイリング検査の実施に努めるとともに、薬剤部配置の治験コーディネーターと連携した研究推進に取り組んだ。	継続	引き続き、がんゲノム医療の積極的な展開及び治験実施体制の強化に努めていく。

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年3月末 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立こども病院	神戸陽子線センターとの医療連携による小児がん患者に対する陽子線治療の推進	要鎮静照射小児例、要化学療法併用小児例中心に、近畿圏及び陽子線治療空白地域を中心に積極的に陽子線治療の診療需要にこたえているが、一部の症例では照射時期の要望の応えられていない。 また、陽子線治療のエビデンス構築のために「小児頭蓋内陽子線治療後の脳機能フォローアップ研究」を実施しているが、同研究においては、一部症例ではフォローアップ検査の連携体制に課題がある。	引き続き要鎮静症例、化学療法併用症例について正しく広報し、難治再発例の陽子線併用化学療法患者を積極的に受け入れる。今年度更新となった新放射線治療装置は、強度変調放射線治療（IMRT）及び定位放射線治療にも対応できることから、引き続き施設優位性を生かして診療需要に応えていく。	令和8年3月	○	概ね達成	県内外から要鎮静照射小児例、要化学療法併用小児例中心に、陽子線治療目的の小児がん患者を受け入れ、神戸陽子線センター併設以来最多の患者を受け入れた。	継続	強度変調放射線治療（IMRT）及び定位放射線治療など、引き続き施設優位性を生かして診療需要に応えていく。

(注)実施管理・区分欄の記入について

C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。

兵庫県がん診療連携協議会

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸医療センター	がん相談支援センターの役割・相談について周知でき、必要とする人が活用できる	院内・院外がん患者や家族および職員へがん相談支援センターの役割について広報・周知活動が十分でない	1)院内掲示物や電子掲示板、病院HPの掲示・定期的な見直しを行う 2)定期的に相談センターの広報物を発信する 3)がん患者・家族に対し、外来初診時から治療開始までを目途に一度はがん相談支援センターを利用するよう院内体制の整備を行う 4)相談支援センターの認知度や活用状況を調査し、広報活動を評価・修正する	令和8年3月	○	達成	1)2)継続的に掲示・見直しできている。 3)4)外来診療の場だけでなく入院の場でのがん相談支援センターの認知度は向上している。	継続	引き続き院内・院外への広報について方法の検討や、評価を行い周知を働きかける。
	相談者が質の高い相談支援を受けることができる	質の高い相談支援を提供できる体制づくりや質の管理・保障に対する継続的な活動が必要である	1)相談員間での定期的に事例報告や事例検討を行い、相談について検討する時間を設ける 2)各科や通院治療センター・放射線治療室との看護師と情報共有し、継続的な支援を行う 3)相談支援センターが関わる患者の多職種カンファレンスに参加し、連携を深めて継続的な相談支援ができる 4)情報・連携部会等に参加して、情報収集を行う	令和8年3月	△	概ね達成	1)定期的に相談員間で相談や連携を行えている。 2)各科と相談室間で必要時には情報共有を行うようにしている。 3)各相談員が必要時病棟や他部門と連携し、多職種カンファレンスの参加や継続的な相談支援は実施できているが、評価は未実施。 4)参加・情報収集はできており、継続的に共有を行う。	継続	各科との情報共有や連携は行えているが、必要時の事例検討などを用い、振り返る必要がある。
	がん患者家族が安心して過ごせるような支援や、地域のネットワークを構築する	コロナ流行感染後、患者同士の支えあいの場のづくりの見直しが出来ていない	1)市民向けがん講演会の開催を継続する 2)ハローワーク、産業保健総合支援センターなどの社会資源に関する整備を行う 3)がんサロン、ピアサポートの開催・整備を行う	令和8年3月	△	概ね達成	1)今年度も講演会を開催、約80名の参加者が集まった。 2)対象者が十分でなく、整備途中である。 3)がんサロンは予定通り開催できている。	継続	社会資源に関する整備は適宜行う。がんサロンについては、必要な方に届くように周知や運営方法の見直しを行う。
	患者・家族のニーズに応じ、早期から基本的緩和ケアが提供され、適切な時期に緩和ケアチームへ繋がられる	令和6年度の依頼者割合では、医師41%、看護師59%であった。医師の依頼件数増加については研修などの広報活動の効果と評価できる。その反面、看護師からの依頼件数減少については、患者の症状を評価する役割が十分果たされず、苦痛への対応が遅れていることが懸念される。コロナ禍を契機に看護師のベッドサイドで行うケアの減少や患者とのコミュニケーションの希薄化も問題視されており、緩和ケアにおいても数年かけてケアの質低下が考えられる。そのため、昨年度、苦痛スクリーニングの見直しを実施し、定着に向け取り組んでいる。苦痛スクリーニングの定着化により、患者の苦痛評価が適切に行われ、早期に基本的緩和ケアが提供され、PCTへ繋がれるよう取り組みが必要である	1)苦痛スクリーニングの定着に向けた取り組み ・ブレ稼働：令和7年4月～8月末日 ・評価(アンケート)、修正：9月 ・評価・修正終了次第、本格稼働予定 2)緩和ケアチーム依頼件数目標 がん患者：100件以上/年 非がん患者：10件以上/年 ①緩和ケアチームラウンド・カンファレンス実施 1回/週(木曜日) ②コンサルテーション内容の評価を行い チーム活動の質向上を行う ③苦痛スクリーニング 加-活用の状況確認を行い、チーム内で苦痛症状評価状況共有を行う。さらに、症状緩和不十分な患者でPCTへ介入依頼されていない場合は、チームラウンド時に病棟看護師に状況確認、コンサルテーションを行い症状緩和につなげる。 3)緩和ケア内科外来再開の周知 ①広報活動 ・案内ポスターを作成し、各部署および外来診察室へ掲示 ・がん診療運営委員会およびがんボード等でアナウンスを行う ②苦痛スクリーニング 状況から苦痛緩和に難渋している患者を対象に緩和ケア内科外来受診を提案する	令和8年3月	○	概ね達成	1)苦痛スクリーニング運用については計画通り実施している。しかし、中間評価時点で13%程度の活用率となっており、定着には至っていない。活用の周知および質問票を簡素化するなど、定着に向けた取り組みは継続している。3月再評価予定。 2)定例のカンファレンスは計画通り実施している。12月末時点の依頼件数はがん患者63件、非がん患者9件とがん患者の依頼件数が目標値を下回る可能性がある。これは、今年度より緩和ケア内科外来の運営強化により、外来患者のコンサルが緩和ケアチームから緩和ケア内科外来へ移行したことが背景にある。緩和ケアチームへの依頼件数は減少しているが、その反面、緩和ケア内科医がメンバーとなったことで、より専門的緩和ケアのコンサルテーションが可能となった。 3)緩和ケア内科外来への紹介経緯の約8割が主治医判断であり、緩和ケア内科外来の周知は行えている。	継続	・苦痛スクリーニングの活用促進に向けた取り組みを継続していく。定期的に活用状況を報告し、各部署の意識を高めていく。 ・緩和ケアチームラウンド・カンファレンスは継続的に実施していく。コンサルテーション評価については検討必要。 ・緩和ケア内科外来への紹介促進に向けた取り組みを実施 →院内紹介の促進 →院外からの紹介受け入れについて検討

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸医療センター	基本的緩和ケアの質向上	毎年、看護師を対象にやが ん看護教育プログラムにて 緩和ケアに関する教育を 行っているが、年々受講者 が減少傾向にある。院内教 育では、定期的にがん看護 について集合研修を行う 機会が少なく、専門的内容 のがん看護教育プログラ ムのみであった。そのため、 昨年度、がん分野関連の認 定看護師で検討を行い、が ん看護の基礎強化を目的 として、がん看護教育のシ ステム再構築を行った	1)緩和ケア研修会の開催(2026/2/14) 広報活動を行い、医師や看護師、メディカルスタッフの 参加を募る 2)看護師の基本的緩和ケアのスキルアップを目指した 取り組みを行う ①がん看護教育プログラム ・がん看護の基盤:5講義 ・緩和ケア:4講義 がん分野認定看護師および他職種と共同で実施 ②苦痛症状のアセスメント、苦痛緩和の評価に関する 教育活動を行い、看護師のアセスメント能力を高める 活動を行う。下記のいずれかの方法で実施。 ・症例ごとに個別に教育 ・カンファレンス ・学習動画 3)緩和ケア ①アブストラク、メサペインの使用手順等掲載 ②メサペイン運用マニュアル作成 ③鎮静に関するマニュアル見直し ④その他、見直しにて修正・追加必要な項目があれば実施	令和8年 3月	○	概ね 達成	1)計画通り実施予定。 2)①計画通り実施中。年間受講数は10人に 満たない状況であったが、研修内容や受講 方法を変更することで、気軽に受講しやすい 環境となり、1講義平均約20人、総数65人 が受講した。②アセスメント能力に関しては、 日々のラウンドの際に指導を行っている。 3)現在、作成中	継続	・緩和ケア研修会開催予定 →看護部、メディカルスタッフの受講促進 について検討 ・がん看護教育プログラム研修 →ベーシックコースについては3月の評価を もとに必要な部分は修正等実施し、継続 →アドバンスコース(ベーシックコース受講修 了者対象)構築 ・看護師のアセスメント力低下は課題にて教 育方法検討。 ・マニュアル、手順等未完成のものを継続し て作成
	がん化学療法マニュアル、レジメナー の整備	新薬や新規レジメナーの登 録、ガイドラインの改訂な どに伴い、各部署のがん化 学療法に関するマニュアル や、レジメナーを更新し ていく必要がある	・各部署のマニュアルが現行のガイドラインに沿って いるか評価し、修正を行う ・カルテ内に参考資料として載せているレジメナー の修正を行い、安全で正確な抗がん剤の投与を 推進する	令和8年 3月	○	概ね 達成	・マニュアルの修正は現在行っているが、完 了はできていない。 ・新規登録レジメナーの情報を追加し、レジメ ナー一覧修正を行った。	継続	・引き続き、マニュアルが現行運用に沿って いるか評価、修正を行っていく。 ・今後も新規発売薬剤や、レジメナー追加の際 にレジメナー一覧修正を行う。
	通院治療センター の効率的なベッドコ ントロール	外来化学療法件数増加を 見据え、効率的にベッドコ ントロールを行える体制を 構築する必要がある	・通院治療センターへの患者入室状況を看護部・薬 剤部で情報共有できる体制を構築する。入室状況 に応じて調製優先順位をつけることにより、薬剤調 製に伴う待ち時間の短縮を図る ・予約枠の運用に関する意見を集約し、必要時、運 用について見直しを行う	令和8年 3月	○	概ね 達成	入室状況を通院治療センターから連絡用紙 が届く運用を開始した。また、薬剤部では無 菌室への薬剤搬入の時間および払い出し完 了が把握する運用を開始した。 運用開始後、大きな待ち時間なく、払い出し を行うことができている。 しかし、実施確定の集中、予約人数が多い場 合には待ち時間が発生している。	継続	連休の前後の予約人数の集中、また、実施確 定のタイミングにより、待ち時間が発生す ることがある。 予約枠の運用に関して、引き続き検討し ていく。
兵庫県立西宮病院	がん診療連携拠点 病院としての責務・ 役割を果たしていく ための適正な業務 運営を行う	1)各診療科における、手術 療法、化学療法、放射線療 法の質向上 2)地域住民への啓蒙	1)「がん総合センター運営委員会」において、各診療 科から治療内容、治療成績についての報告し、検討 を行う 2)県民公開講座がんフォーラムの開催(予定) 3)ホームページへの情報提供の充実	通年	○	達成	各疾患の治療例の推移を検討、手術につ いてはその治療成績、手術の合併症例の報告 次年度に向けての診療内容の質の向上を 目指した	継続	さらに合併症に対する認識の向上を図る
		3)がん相談支援業務の拡大 4)がん術後地域連携バスの 運用 5)入退院支援センターの円 滑な運用	4)担当育成のための研修充実等による体制強化 5)がん連携バス説明要員の拡充とスキルアップ 6)緩和ケア介入が必要ながん患者の積極的な支援	通年	△	概ね 達成	10月18日(土)がんフォーラム 「もっと知って欲しいすい臓がんのお話」 を開催した	継続	2026年度がんフォーラム開催検討 ホームページの充実を図る
				通年	△	概ね 達成	11月22日(土)PEACE緩和研修会を開催 した 連携バス策定件数33件 緩和ケアラウンド 155件	継続	引き続きがん相談支援等の質向上を図る

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
明和病院	緩和ケア提供体制の質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 院内、院外からの緩和ケアチーム介入の依頼件数が増えない 緩和ケア加算につながる件数が少ない 緩和ケアチーム活動の認知度が医師や医療従事者中で低い 緩和ケアに関する研修会が看護師以外で計画的に実施されていない 医師:PEACE研修会の修了者が100%ではない 	<ol style="list-style-type: none"> 基本的緩和ケアの知識が学習できる機会を作る <ul style="list-style-type: none"> 1)医師対象にしたPEACE研修会を実施する <ul style="list-style-type: none"> ・がん治療医修了者90%以上を目指す ・他施設での受講を促進する 2)医療従事者向けの研修会を実施する・相談実践例を内容に含める <ul style="list-style-type: none"> ・受講者20%以上を目指す(2~3年目途) ・緩和ケアチームのメンバーが講師となり基礎的な緩和ケアやがん治療について講義を実施する ・内容:がん治療の実際、緩和ケア概論、疼痛管理、精神症状、在宅医療、がんリハビリ 緩和ケアマニュアルの中の薬剤を電子カルテ内に登録し医師が使用できるようにする 地域のがん患者医療の症状緩和を積極的に行う <ol style="list-style-type: none"> 1)患者のかかりつけ医、地域の医療者からの相談を受ける 2)緩和ケアチーム介入患者の外来連携を行う 苦痛のスクリーニングの結果を基に緩和ケアの提供につなげる <ol style="list-style-type: none"> 1)苦痛のスクリーニング用紙の運用手順を見直す 2)緩和ケアチーム介入手順を見直す 3)陽性患者が緩和ケアを受けることができているか評価する 4)チーム介入依頼件数で評価する 	令和8年1月	×	未達成	<ol style="list-style-type: none"> PEACE研修会の参加状況 医師の参加率は80%以下であり、目標の90%には未達であった。受講促進を次年度も継続する 医療従事者向けの研修会の実施状況 医療従事者向けの研修会は1回実施した。緩和ケアチームの認知度向上と介入依頼につなげることを目的に緩和ケアチームが担う役割や対応可能な内容について周知した今年度実施した研修会を足掛かりとして、今年度実施できなかった研修企画については次年度の実施を検討する。 緩和ケアマニュアル及び苦痛のスクリーニング運用手順の見直し 緩和ケアマニュアルの電子カルテ登録および苦痛のスクリーニング運用手順の見直しは今年度実施できなかった。 地域のがん患者に対する支援 地域のがん患者に対する症状緩和の支援については継続して実施できている 	継続	<ol style="list-style-type: none"> 基本的緩和ケア教育体制の強化 (1) PEACE研修会受講率の向上 評価:研修終了率 (2) 医療従事者向けの研修会の計画的実施 評価:研修会の実施回数と受講者数 緩和ケアマニュアル、苦痛スクリーニング運用体制の整備 (1) 緩和ケアマニュアルの活用促進(薬剤を電子カルテに登録) (2) 苦痛スクリーニングの運用手順の見直し (3) 緩和ケアチームの介入手順の明確化 評価:緩和ケアチーム介入依頼件数、苦痛スクリーニング陽性患者の介入率 地域連携の継続と強化 必要に応じて地域向けの研修会や情報発信を検討する
	患者同士の交流の場をつくる相談できる場所を提示する	<ul style="list-style-type: none"> 患者会の人数が増えない がん相談ができる場があることを知っているスタッフが少ない 	<ol style="list-style-type: none"> 患者会の広報の方法を検討する <ul style="list-style-type: none"> ・外来掲示板に案内 ・案内カードを作る ・病院のLINE、ホームページに開催日時を掲示する ・年に1回 催し物(音楽会)を開催する ・患者会開催後に次回開催を案内 がん相談支援センターの周知方法を検討する <ul style="list-style-type: none"> ・がん診療にかかわる医師や看護師にがん相談支援センターの役割や連絡方法を提示する ・患者向けに案内ができるデバイス(冊子、パンフレット)の場所を増やす 	令和8年1月	△	概ね達成	<ol style="list-style-type: none"> 患者会の運営と集客 実施実績:年4回の開催を実施。運営の定例化は達成できた。 集客状況:参加者数は10名未満で推移。周知活動(掲示板、音楽会)は行っているものの、新規参加者数の獲得及び定着に結び付いていない。 院内連携と役割分担 現状:がん相談支援センターとの連携が不十分 周知媒体と環境 現状:医師、看護師、MSWへの役割提示、冊子・パンフレットの配置検討を実施。 条件:病院回収工事に伴い、物理的なパンフレット設置箇所の増設が困難。 	継続	<p>(目標)</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者会に毎回10人以上集まるようにする 相談窓口の人に1回は患者会にきてもらう <ol style="list-style-type: none"> 相談窓口の人員を増やす。 相談患者の傾向を口頭で共有する。 広報のやり方を再検討しアクセスを増やす。 名刺サイズカードのがん相談支援センターの案内を作成し、手渡しできるデバイス作成を検討する。 LINE、HP案内を文章を検討する。 参加者の声や今までの内容を案内の掲示に追加する。
	がん登録実務への取り組み	がん登録対象件数の増加への対応と、実務者の育成・精度向上のための継続的な取り組みが必要	室員の退職により、実務担当者の人員体制に変更が生じたため今後も継続的な人材育成に努める。また、関連するミーティングや研修には引き続き積極的に参加し、実務担当者間における情報共有を推進することで、がん登録の精度向上に向けた取り組みを継続する。	令和8年1月	○	概ね達成	<p>新入職員が院内がん登録実務者初級認定資格を取得し、がん登録体制の強化に寄与した。あわせて、がん登録に関するミーティングへも積極的に参加した。</p>	継続	がん登録実務中級認定者の確保を目的として、継続的な人材育成に取り組む。あわせて、関連するミーティングや研修へ積極的に参加・受講し、実務者間での情報共有を推進することで、登録精度の向上に努める。

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫 県立 加古 川医 療セ ンタ ー	がん相談支援の質の向上	がん相談支援センター運営に伴い、相談に対応する勤務体制や環境が整えられていない。	①がん相談員基礎研修修了者が柔軟に対応できる体制(人員確保)を他部署と調整して整える。 ②地域医療連携室、患者相談支援センターとのカンファレンスを継続し、相談内容の情報や課題を共有する。 ③がん相談員基礎研修受講者を計画的に育成する。 ④がん相談基礎研修修了者のがん相談に関連する研修参加を促す。	令和8年3月	△	概ね達成	①専従看護師とがん相談員基礎研修修了者等(外来・自部署を含む)で調整しながら運営できている。 ②月2回地域連携室カンファレンスで、患者相談支援センターと相談内容、実務者の困りごとを共有している。また、解決策につなげる検討を実施している。 ③がん相談員基礎研修3の受講決定が下りず、修了者は増えていない。 ④専従は研修会に参加し基礎研修修了者に伝達講習をしている。	継続	①地域医療連携室、患者相談支援センターとのカンファレンスを継続し、相談内容の情報や課題を共有し、課題については解決に向けた検討を行う。 ②がん相談員基礎研修修了者を育成する。 ③相談対応の質担保のため専従以外のがん相談基礎研修修了者ががん相談に関連する研修にできるよう発信及び調整をする。
	がん登録実務者の確保と技能の向上	・がん登録については、登録実務のみで、自院の特徴を把握するなどの統計の分析や他院との比較できていない。 ・がん登録実務者のさらなる技能向上を目指すことでより正確ながん登録を行いたい。	①がん診療連携協議会の実務者ミーティング等に積極的に参加し、自院のがん診療における特徴を分析し、情報を発信する。 ②院内がん登録初級実務者研修を確実に更新し、個々の実務者のさらなる技能向上を図る。中級の受講をできるようにする。	令和8年3月	△	概ね達成	①がん診療連携協議会の実務者ミーティング等に積極的に参加し、自院のがん診療における特徴を分析し、情報を発信できたが、統計の分析等はできなかった。 ②院内がん登録初級実務者研修を更新できた。	継続	①今後とも担当者ががん診療連携協議会の実務者ミーティング等に積極的に参加し、自院のがん診療における特徴を分析し、情報を発信していく。 ②予後調査の精度をあげるため、全国がん登録情報利用申請の環境整備に努める。 ③初級の更新を確実に行う。中級の受講をできるように申し込みを継続する。
	がん患者・家族の安心につながるよう相談業務を充実させる	・魅力ある患者サロンの運用に向けて、患者のニーズを捉えながら、多職種と共同してミニ講座を計画的に実施する ・他施設におけるがん相談体制について情報収集を行い、利用の推進を図る	①定期的な患者サロンにおける内容(患者の反応を含めた)の評価を行い、運用について検討をする ②他施設の状況や方法など実務者ミーティング等で情報を得る ③院内外の案内としてポスターやチラシ、HPを利用し更に広報活動を継続して行う ④相談内容に合わせた対応ができるよう多職種と連携を行う	令和8年3月	○	達成	①毎月のサロンの開催は定着し、参加者のアンケート結果を元に企画内容を見直している。参加者でピアサポーター養成研修受講あり。 ②サロン開始前にサロンの約束事の読み合わせを取り入れ和やかに語りあいがある。 ③ポスターの修正、掲示方法の見直し、ホームページを閲覧しやすいように修正した。R7年4月から12月まで月1回開催しのべ56名(男性10名、女性46名)が参加。 ④相談内容を吟味して専門家に相談し情報提供を行っている。	継続	①参加者に対するアンケート内容を、運営に活かせる内容に変更する。 ②研修会や実務者ミーティングに参加し情報を得て運営に活かす ③広報活動を工夫しながら、毎月のサロンの定期開催、がん相談者の増加を目指す。 ④多職種の協力を得てサロンのミニ講座を継続して開催する
総合 兵庫 県立 はり ま姫 路 医 療セ ンタ ー	がん診療に携わる医師のための緩和ケア研修修了率90%達成	年々医師は医師全体の1/3が入れ替わる状況にあり、新年度開始時の研修修了率は毎年低下する。今後も自施設で開催することで、研修修了率90%の目標を達成する。	今年度も自施設で開催することで、研修修了率90%の目標を達成する。	令和7年10月	△	概ね達成	今年度の緩和ケア研修会は2025/10/4に開催され、36名が参加した。これにより開催前の受講率74%が85%まで上昇したが、90%には達することができなかった。	継続	年々医師は医師全体の1/3(約100名)が入れ替わる状況にあり、新年度開始時の研修修了率は毎年低下することから、継続して行う必要がある。

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立はりま姫路総合医療センター	がん診療に対する職員全体特にコメディカルのレベルアップに向けた取り組み	年々初期研修医は20名前後入職し、他院から専門プログラムとして専攻医として入職する医師も含めると50名前後のがん診療の経験が少ない医師が入職する。さらに看護師も数百名の新規入職があり、がん診療の質の維持のためには教育が必要であり、研修会を開催しているが、参加率は高いとは言えない状況にある。	時間内に研修することには限界があり、時間外の自主的参加としての研修形式を継続するが、病院スタッフ用のホームページの中で動画の閲覧を可能にしたことで、この周知を推進し、多くの参加を促すことでがん診療にかんする教育を拡充する。	令和8年3月	△	概ね達成	今年度は計9回の研修会を開催した。1回あたりの当日参加者は平均37人で、最大は初回の5月開催の61人で以後は徐々に減少する傾向にあった。病院スタッフ用のホームページ上での動画閲覧数は把握できていない。新規入職者の数から換算するとまだまだ満足できる値ではないが、ホームページ閲覧を考慮するとそれなりの成果があったかと思われた。	継続	初期研修医も多く参加していることを考えると、継続するとともに、より多くの参加を促すことは必要である。
	がん地域連携パスの運用拡充	地域連携パスが乳がんを除いて運用がされていない現状にある	委員会を通じて、各診療科への働きかけを強化する。	令和8年3月	×	未達成	乳腺以外のパス運用は進んでいない。	継続	各診療科への働きかけをより強化する必要がある。
	がんゲノム医療について広報活動の強化	がんゲノム医療について拠点病院との連携を行っているが、さらなる拡充が必要と考える。ゲノム医療のニーズも拡大してきており、マンパワーが不足している。	委員会を通じて、連携に関する当院でのシステムを周知しているが、年度も変わり再周知とともに、拠点病院との連携を強化し、件数増加につなげたい。そのためにも、継続的に対処できるように人材育成にも努めていく。	令和8年3月	×	未達成	件数は増加したが、当院の診療規模からはまだまだ少ないと判断される。人材の育成もあまり進んでいない。	継続	さらなる推進強化が必要である。

(注)実施管理・区分欄の記入について

C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。

兵庫県がん診療連携協議会

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸中央病院	がんパスの件数を増加する	パスについての運用方法が周知できていない	院内スタッフへの運用の周知・確認を行い、積極的な連携パス使用への意識付けを行う。	令和8年3月	△	概ね達成	消化器外科の医師にパスを説明し、該当患者がいた場合の流れを説明できた。消化器内科のパスは、運用ができています。	継続	積極的な運用を行っていた医師の退職もあり再度パスの説明を行っていく必要がある。
川崎病院	(計画未提出)	事務担当者の引継ぎ不備	事務担当者を変更し、情報共有をスムーズにした。	令和8年3月	○	達成	速やかに目標を「大腸がん地域連携パスの運用」に設定。パスを作成し地域連携の会で周知。症例を選択し、開業医との連携を開始した。	継続	情報共有の徹底 症例数の増加 連携医の獲得
神戸市立医療センター西市民病院	がん登録実務の技能向上	当院において症例の少ないがんの登録をする上で登録経験不足や知識不足が起り得る	前年度同様、5大癌以外の知識、登録精度の向上を図るため、積極的に研修や講習会に参加し知識の習得にはげみレベルアップに努める。	令和8年3月	△	概ね達成	がん登録の担当者が変わっても、これまで通りスムーズに業務を続けられるように丁寧な引き継ぎを行った。さらに、データの精度や質を高めていくために研修にも参加して学びを深めた。	継続	引き続き、変化する登録情報をより早く修得する為にも、研修会には参加する。
神戸海星病院	質の向上	人員不足	人員補充 対象患者の全人的苦痛の緩和	未定	△	未達成	チーム再編成	継続	人員補充
神戸労災病院	がん患者の確保	がん診療は行っているががん患者自体が少なく、連携パスの使用に繋がるケースが少ない	人事異動により、外科医師の半数が交代したため、改めて医療機関訪問による新体制での診療内容のPRを行い、がん患者の確保に努めたい。令和5年度13件、令和6年度14件の訪問件数だったことを鑑み、目標を20件とする。	令和8年3月	○	達成	目標訪問件数20件に対し、令和7年度年間で43件の訪問を実施。	継続	新任医師の着任挨拶という目的もあったため、訪問件数は大幅に増加。外科手術症例も回復傾向。今後も手術症例数を延ばせるよう、継続して外科医師との訪問活動を行う。
済生会兵庫東病院	緩和STAS-Jを用いた緩和ケアの質評価	入院患者の緩和ケアニーズの把握が不十分である	①STAS-J勉強会を行い、苦痛評価と記録ができるように指導する ②記録記載率およびカンファレンス実施率を月2回土日祝日以外ランダム抽出(担当月 A:4・7・10・1月、B:5・8・11・2月、C:6・9・12月) ③スコア2以上の患者を病棟カンファレンスに取り上げ、苦痛緩和の方策やを話し合うよう周知する ④ブロックリーダーや総リーダーにカンファレンス時に呼び掛けてもらう ⑤緩和ケアの持ち方運用手順を作成する【アウトカム】 消化器がん患者に限定し統計スコア記載率:60%以上	令和8年3月	△	概ね達成	がん患者の看護計画立案時に、緩和STAS-Jを意図的に入力するように周知した。しかし、啓蒙が続けないと記載率が低下する状態が続いていた。本年度は、がん疼痛の看護計画のみに、緩和STAS-Jの項目を追加し、緩和ケアニーズの把握を行った。	継続	次年度はすべての、がん患者の標準看護計画に、緩和STAS-Jを組み込み、計画立案とともに、自動的に入力できるようにする。外科病棟以外の部署でも、緩和STAS-Jの評価ができるように勉強会を行い、周知していく。

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
済生会兵庫病院	意思決定支援 ACP啓蒙やスタッフ教育、多職種協働の体制を整備	緩和ケアチームが中心となりACP症例に取り組んでいるが、一部のスタッフのかかわりに留まっており、介入患者が少ない	①看護部スキルアップ研修を行い、患者やその家族の意向を尊重し意思決定支援を行うために必要な基本的緩和ケアを幅広く知ってもらう機会づくり。 ②多職種倫理事例検討が各部署で開催できるよう、CNやCNSによるラウンドを実施し、看護部倫理委員会リンクNSが管理者や前任者と協働し、症例検討の準備・実施が行える状態にする。 【アウトカム】 倫理的意思決定支援の事例検討会：10件以上/年実施	令和8年3月	○	達成	看護部倫理委員会の取り組みで、他職種の倫理事例検討会の運営手順を作成した。手順に沿って、倫理委員会リンクNSや各部署の管理者に協力を得て、年間19例を行った。そのうち、意思決定支援に関する事例検討会は、12例実施した。	継続	医師をはじめとする他職種が業務の合間に検討会に参加する事が難しいため、年間計画の中に組み込み、出来るだけ多くの職種が検討会に参加できるように調整していく。
	意思決定支援 意向に沿った選好を支援する	診断～終末期までの患者やその家族の意向や価値観を踏まえ、どのように対話し、多職種で意思決定支援を行ったかプロセスが見えない。(主に高齢認知症や意思表明が困難なケース)	患者の意向や価値観を対話の中から汲み取り、記録できる仕組みを看護部倫理委員会を通して行う。 【アウトカム】患者と対話からくみ取った意向や価値観を記録できる。各部署3例/月以上	令和8年3月	×	未達成	意思決定支援に関する内容を、緩和ケアスキルアップ研修を、シリーズで希望者(看護師45名申し込み)に行った。また、看護部倫理委員会においても、イーラーニングでACPの学習する機会を設け、本年度は意識づけまでを取り組んでいる。	継続	次年度は、緩和ケアリンクNS会を立ち上げる運びとなる。その中で、意思決定支援に関する教育を行う。(看護部倫理委員会では、次年度も継続する)意思決定支援に関する記録の取り決めは、他部門(入退院支援、記録委員会など)と共協働しながら進める必要がある。
	症状緩和(がん疼痛)の取り組み	スタッフの知識不足により苦痛評価にバラツキが生じ、症状緩和に難渋している	①全人的視点に沿った包括的アセスメントができるように事例検討会やCN・リンクNSによる勉強会を実施する。 (外科病棟、看護スキルアップ研修) ②標準看護計画(がん疼痛)を電子カルテ内に格納および運用手順を作成し、苦痛の評価やケアが標準的にできるようにする。 【アウトカム】オピオイド使用中のがん患者の半数以上に対して、がん疼痛緩和に向けたアロカドパリスを3日目・7日目の評価日に実践できる。	令和8年3月	△	概ね達成	がん疼痛の標準看護計画を作成し、定期評価は行えている。教育として、がん疼痛に関わる研修会を開催した。本年度は、緩和ケアマニュアルを作成し、症状別の対応の方策を整備した。	継続	スタッフが、痛みの評価や、レスキュー薬の効果的な使用ができるように、現場での実践力向上に向けた支援を行う。来年度も緩和ケアスキルアップ研修を継続していく。また、現場教育(カンファレンス)や、看護基準およびマニュアルの見直しを行う。
新須磨病院	がん登録実務者精度向上	登録者の資格取得を目指す	業務内容の整理を行い、資格取得に向けて時間を捻出する	令和8年3月	×	未達成	登録者の資格取得することが出来なかった	継続	業務内容の整理を行い、資格取得に向けて時間を捻出する
	がん登録実務者精度向上	がん登録実務者精度向上 院内がん登録の不備を改善していく	精度の高い情報の登録やデータ収集のため引き続き関連部署と連携を行っていく	令和8年3月	△	未達成	がん登録実務者精度向上院内がん登録の不備を見直し不十分であった	継続	精度の高い情報の登録やデータ収集のため引き続き関連部署と連携を行っていく
	緩和ケアの運営体制の整備	在宅医療のチームとの連携の強化 連携先、症例が少ない	地域の情報を収集。院内だけでなく、院外の関係事業所と定期的なカンファレンスを開催し、連携を強化する	令和8年3月	△	未達成	地域の緩和ケア有する病院への情報収集を行った	継続	
神戸赤十字病院	がん地域連携パスの積極的な推進	周辺地域の診療所クリニックとの連携件数が伸びない。	診療科にがん地域連携パスの意義、有用性を啓発し、その使用を促す。	令和8年3月	○	概ね達成	連携医療機関に向けて、施設訪問を行い、新たな連携構築に取り組んだ。また、院内での運用の見直し、対象診療科への働きかけを行った。	継続	引き続き、施設訪問と対象診療科への働きかけを行う。

《令和7年度PDCAサイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
甲南医療センター	がん登録実務の技能向上	初級認定者はおり更新も受けているが、登録及び集計・分析等の技能向上が求められている	技能向上にかかる研修に参加し、中級者認定試験の合格に向けて体制をお整えていく。集計や分析にかかる研修にも参加し能力の向上及び的確な情報提供を目指す。	随時	△	未達成	技能向上にかかる研修には参加しているが、中級者認定試験の受講まではいかなかった。	継続	引き続き院内の登録体制・集計・分析等の技能向上をめざす。
	相談支援の実施	がん専門の担当者が不在のため実施できていない相談件数も現状は少ない	他施設などにおける研修を行うとともに、当院の対象患者が求めているものを調査・把握し、要望に応じた相談ができるよう体制を整える。	随時	△	未達成	人員数は確保できたが、がん医療を専門的にできる人材は引き続き不在。	継続	引き続き人員配置を検討。
	がん地域連携パスの推進	乳がんパス以外も実施を検討したい	院内関係者への周知を行っていく。地域の医療機関へ向けての周知を行っていく。	令和8年3月	△	未達成	地域連携パスの運用はすこしずつ伸びているが、引き続きパスの実績を積み上げていきたい。	継続	他のがんパスの導入も検討していきたい。
市立芦屋病院	がん地域連携パスの運用	各パス稼働に向けて取り組み継続。院内職員へ啓発しパス運用を実施する必要がある。	医師、看護師、コメディカル向けに運用説明と勉強会の開催。地域連携パスに該当する対象者を院内医師と連携しパスの運用を増やしていく。	令和8年3月	×	未達成	パス件数を増加できなかった。説明用紙やシートの更新などは整えた。	継続	引き続きがん地域連携パスに向けて院内職員に運用の啓発と取り組みを行う。
	緩和の促進	在宅医療に携わる連携機関との促進緩和ケアを必要とする患者のスムーズな受け入れの促進	・芦屋緩和医療連絡協議会を通じて、地域の在宅医療に携わる多職種への啓蒙や連携を促進する。 ・緩和ケア病棟稼働率 85%以上を目標 ・市立芦屋病院主催阪神南圏域緩和ケア研修会の継続	令和8年3月	○	達成	・芦屋緩和医療連絡協議会を2回開催し地域の医療者、介護福祉職にも啓蒙や連携の強化ができた。 ・緩和ケア病棟稼働率 85.4% ・市立芦屋病院主催阪神南圏域緩和ケア研修会を開催した。 院内9名、院外21名(計30名)	継続	・芦屋緩和医療連絡協議会を通じて在宅医療の連携強化の継続する。 ・緩和ケア病棟稼働率87.5% ・市立芦屋病院主催阪神南圏域緩和ケア研修会の継続(30名)
西宮市立中央病院	相談支援を必要とする場面で、患者・家族が、相談窓口を活用できる	①がん患者・家族の相談窓口への認知が不十分である ②初診時やがん告知後に相談窓口を案内できていない ③医療者が患者・家族を相談窓口案内するタイミングが理解できていない ④適切な情報を相談室で準備できていない	・ホームページの見直しを行い、相談窓口を明確にし、必要な患者に活用してもらう ・院内スタッフが、相談窓口を周知し、必要な患者に提案できる ・外来初診時に、相談窓口リーフレットを配布し、全ての通院患者に相談窓口を周知してもらう ・各部署に、相談窓口で行える内容を広報し、相談支援が必要な患者を取り残さない ・患者がほしい情報を提供できるような環境作りを行う ・患者会と連携し、必要な情報を提供する	令和8年3月	△	概ね達成	本目標に対する取り組みにより、相談窓口の可視化と院内外への周知は一定程度進んだと評価できる。まず、ホームページの見直しやリーフレット配布により、患者・家族が相談窓口の存在を認識する機会は増加したと考えられる。特に外来初診時の案内を標準化したことで、「②初診時やがん告知後に案内できていない」という課題に対しては改善がみられた。また、院内スタッフへの周知や各部署への広報活動により、医療者側の相談窓口に対する理解は一定程度促進され、「③案内するタイミングが不明確」という課題にも変化がみられた。しかしながら、実際の運用においては、患者の状態や多忙な診療環境により、適切なタイミングでの案内にはばらつきが残っている。一方で、「①認知不足」については完全な解消には至っておらず、相談窓口の存在を知らない、または利用に至っていない患者・家族も一定数存在すると推察される。さらに、「④適切な情報提供」についても、相談内容の多様化に対して情報整備が追いついていない場面がみられた。加えて、患者会との連携については取り組みが進みつつあるものの、活用機会や具体的な紹介方法には課題が残る。	完了	・相談窓口の認知向上に向けて、ホームページやリーフレットに加え、診察室内掲示や電子カルテ上での表示など、多面的な周知方法を強化する ・医療者が適切なタイミングで案内できるよう、具体的な介入基準やフローチャートを整備し、実践的に共有する ・相談室で提供する情報の標準化と更新体制を構築し、患者ニーズに即した情報提供の質を向上させる ・患者会との連携を強化し、紹介のタイミングや方法を明確化することで、実際の利用につなげる ・相談利用状況のデータを継続的に収集・分析し、取り組みの効果を可視化する

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
西宮市立中央病院	多職種で緩和ケアを促進する	①それぞれの職種で患者への緩和ケアを進めているが、多職種で連携するケースが少ない ②意思決定支援やACPについて、困難だと感じている医療者が多い ③次年度の統合に向け、両院での緩和ケアのすり合わせが必要である	・緩和ケアチームカンファレンス以外にも、各部署で多職種で連携しながら緩和ケアを行うシステム作りを行う ・ACPを理解し推進することで、患者の意向に沿う支援を行う ・ACP研修会を開催し、スタッフがACPを理解する ・病院統合に向け、両院多職種で緩和ケアマニュアルの見直しなどを進めていく	令和8年3月	△	概ね達成	本取り組みにより、緩和ケアチームカンファレンス以外の場面でも、多職種で関わる意識は徐々に高まりつつある。しかし、実際の連携は限定的であり、各職種が個別に対応しているケースが依然として多い状況である。また、ACPや意思決定支援に関しては研修実施など一定の働きかけを行ったものの、「難しい」と感じる医療者が多く、実践への定着には至っていない。知識の習得と実践の間に乖離があることが課題である。さらに、病院統合に向けた取り組みについては、マニュアル見直し等の必要性は共有されているが、具体的な運用レベルでの統一には至っておらず、今後の調整が必要な段階である。	完了	今後は、多職種連携を「個人の意識」ではなく「仕組み」として機能させることが重要である。具体的には、各部署において多職種が関与する標準的な介入フローを明確化し、カンファレンス以外でも自然に連携が生まれる体制を構築する。ACPについては、単発の研修にとどまらず、事例検討やロールプレイを取り入れた実践的な教育を継続的に実施し、「理解」から「実践できる」レベルへの引き上げを図る必要がある。また、病院統合に向けては、両院の実践の違いを可視化し、共通の緩和ケアマニュアルや運用基準を段階的に整備することで、統合後も混乱なく質の高いケアが提供できる体制づくりを進めていく。
	安全ながん化学療法の提供と質の向上	①根拠に基づいた患者支援が必要である ②安全な化学療法の実施 ③多職種の支援の充実	①ガイドラインに基づき、治療・副作用マネジメントを行い、個人に合わせた支持療法を提供し、患者支援を行う ②・有害事象に対するマニュアルの周知、曝露対策の理解を深める ・化学療法IVナースの質の向上のためフォローアップ研修を実施 ③・副作用対策の支援、精神的ケアのための面談を継続する ・栄養士、薬剤師、看護師などのメディカルスタッフの連携	令和8年3月	△	概ね達成	①がん化学療法中の患者に面談を行い個別性を考えた支援を実施した ②化学療法IVナースのフォローアップ・実技研修を実施した ③面談にて、副作用対策・精神的支援を行い多職種で協働・共有した	完了	①引き続き、患者との面談を行い、エビデンスに基づいた患者支援を行う ②安全・確実な化学療法の継続を行う ③多職種連携で質の高い患者支援を進める
	がん登録における分析	実務者によるがん登録データの分析、情報共有	委員会を通じてがん登録データの共有と活用を図る ①提出前の確認 ②全国集計を活用した分析と共有		令和8年3月	○	概ね達成	①がん登録データの集計・分析を行い、登録数の推移や部位別治療法の集計等をホームページに掲載した ②全国集計を活用し、近隣施設との比較を委員会にて共有した	完了
三田市民・済生会病院	がん登録データの質の向上	がん登録データの質管理ができていない	マニュアルや研修資料等から最新の情報を把握し、がん登録の正しい知識を身に付け、登録データの質向上に努める。また、部位別の集計を行うなどして、登録内容の不備等に関するチェック機能を充実させ、質の管理にも力を入れる。	令和8年3月	△	概ね達成	登録内容の不備に関するチェック機能を強化し、質の管理に力を入れた。また、今年度より院内がん登録全国集計に参加した。	継続	公表データ等を活用するなどし、今後もがんの質向上に向けた取り組みを継続する。
	がん相談支援体制の強化	国立がん研究センターによる研修を修了した相談員が不足	国立がん研究センターが実施するがん相談員研修(基礎研修1、2等)へ看護師、社会福祉士が受講する。支援マニュアルの作成等支援体制の強化に取り組む。	令和8年3月	×	未達成	支援マニュアルについては、特に目立った取組はできていない。がん相談員研修についても今回は受講できていない。	継続	今後も国立がん研究センターが実施するがん相談員研修等に看護師、社会福祉士が受講についてのスケジュールや支援マニュアル等を作成できるように、がん診療やがん総合診療センターなどの委員会にて検討していく。

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
川西市立総合医療センター	がん登録	集計と分析の向上	2024年のがん登録統計について前年度を参考に集計するとともに、当院と近隣施設の比較を実施していく。引き続き院内ホームページにも、院内がん登録の情報を掲載していく。	令和8年3月	○	概ね達成	2024年の院内がん登録統計を集計し、当院のホームページに掲載することができた。当院と近隣施設の比較については、2023年は集計できたが、2024年データが公表されていないので未実施である。院内周知が未実施のため周知できるようにしていきたい。	継続	2025年症例も前年度に引き続き実施していく。また近隣施設との比較は内容を精査し、院内周知を実施していく。
		登録に対する技術の向上	前年度に引き続きがん登録に関する研修会に参加し、能力向上を図っていく。	令和8年3月	○	達成	今年度も積極的に院内がん登録の研修に参加することができた。来年度も継続していきたい。	継続	来年度も引き続き院内がん登録研修に積極的に参加していく。またUICC9版やICD-O4、多重がんルールなど、今後変更点が多いので勉強していく。
		院内がん登録の理解	前年度に引き続き院内がん登録の情報をがん登録委員会を通じて院内へ周知していく。	令和8年3月	○	達成	前年度に引き続き今年度もがん登録の様々な情報をがん登録委員会を通じて院内周知することができた。	継続	来年度も引き続きがん登録に関する統計や情報を発信していく。
兵庫中央病院	がん登録	がん登録に関しては継続して報告できたが、報告制度に関しては実務担当者が1名であり不十分である。	引き続き、がん登録実務初級者認定者を中心として、体制の充実を図ることとする。	令和8年3月	○	概ね達成	がん登録に関しては継続して報告できているが、体制の充実を図ることが出来なかった。	継続	引き続き、がん登録実務初級者認定者を中心として、体制の充実を図ることとする。
明石医療センター	外来がん患者の支援強化	病状・社会生活の両立支援強化	ハイリスク要因への早期アプローチ、治療環境の整備 →早期介入に向け、初回告知患者へのアンケート実施 ならびに評価、修正、標準化" →適切な情報提供に向けた患者向けハンドブックの活用 →IADL尺度（日常生活確認表）実施の標準化	令和8年3月	○	概ね達成	・初回告知患者、ギアチェンジ患者へのアンケート、ハンドブックの配布、その後のフォロー体制作りを外来部門、関連部署の協力のもと続けてきた活動が定着してきている。 ・また、入院支援看護師にてIADL調査を行い、生活状況等の患者情報を退院支援看護師と速やかに共有することで、活発な病棟カンファレンス活用ならびに治療方針の見直しを行うなど、適切な治療提供、支援につながっている。	継続	・患者アンケートの回答率が低いため、行っている事実の見直しが必要と考える。
	緩和ケア治療の強化 院内連携強化	PCTの強化・充実	多職種が参加しやすいラウンド&カンファレンス体制作り →緩和ケアチームのアピール方法について検討		△	概ね達成	継続	継続	・今年度は研修の開催ができていないため、次年度は改めて検討を行う。
		院内スタッフへの広報活動	医師に向けた緩和ケア研修会への参加促進 認定看護師IC同席依頼方法の周知 →医局への広報活動		△	未達成			
明石市立市民病院	がん登録	がん登録実務者の経験が浅く、登録できる部位が限られている	3人で登録を行っているが、昨年度とは違う部位の登録を行い、情報収集やお互い教え合うことで、知識・スキルの向上を図る。	令和8年3月	○	概ね達成			
	外部研修会への参加	研修参加を募るものの、参加者が集まらない	参加できる環境づくり。関係部署の管理者へ働きかけを行い、人選を行っていく。	通年	×	未達成	人員不足や業務が多忙であったため、参加できる環境を提供できなかった。	継続	参加できる環境づくり。関係部署の管理者への働きかけを行い、人選を行っていく。

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
高砂市民病院	がんに関する外部研修会への参加回数を増加させる	がんに関する外部研修会の案内は多数あるが、マンパワー不足による業務負担増となっており、意欲的に参加できていない状況である。	現在、研修会はハイブリッド形式が主流になっており、院内でズーム参加もできるため、引き続き、意欲的に研修会に参加するよう啓発していきたい。	通年	×	未達成	医師、看護師等、マンパワー不足は改善されておらず、通常業務負担が増加していることにより、外部研修会に参加できる余裕がない状態であった。	継続	現在、研修会はハイブリッド形式が主流になっており、院内でズーム参加もできるため、引き続き、意欲的に研修会に参加するよう啓発していきたい。
	市のがん検診を受託することに伴い、市民のがんに対する認識を高める	高砂市は県下において、がん検診の受診率が低い状況が解消されていない。	市のがん検診全面受託については、順調に運用できているが、県下比較では低い数値となっているため、がん検診の受診率向上に努めたい。	通年	△	概ね達成	受託している市の集団健診については順調に検査件数は毎年、伸びてきており、今年度の目標は概ね達成できた。	継続	令和8年度は協会けんぽも対象にする予定であり、さらに受診件数を伸ばす予定である。
市立加西病院	困難事例へのチームの対応力を向上させる	・標準的な緩和ケアにおいては主治医を中心に対応できている。一方で、困難事例でのコンサルテーションには緩和ケアチームでも対応が難しくなっている。 ・数年チームでの勉強会が行えておらず、チームメンバー個人での知識のアップデートが難しい。	・困難事例に関係するテーマについて、緩和ケアチームミーティングでのミニ研修会計画する(隔月) ・年一回地域の緩和ケア研修会に参加する。	令和8年3月	○	達成	7月 便秘のマネジメント 9月 神経障害性疼痛のマネジメント 11月 がん性疼痛のマネジメント 1月 評価 3月 次年度の計画 11月29日地域の緩和ケア研修会に参加し発表した。「全身倦怠感の緩和のためのミダゾラムの使用実績」	継続	今後もチームのマネジメント力の向上のための勉強会は継続する
西脇市立西脇病院	緩和ケアチームのコンサルテーションに対する質向上を図る	1 PCTメンバー個々の知識と技術の向上を図る機会がない 2 リンクナースとしての役割遂行が徹底して行えていない	1.PCTメンバーのレベルの向上を図る機会をつくる (1) PCTメンバーのための学習会を開催 PCTとしての麻薬投薬に関する知識の向上を目指した学習会の検討と実施(主催:緩和ケア委員会) (2) 研修会参加への促し 学会参加:参加し、内容を委員会で発表し共有する。 (9月委員会)研修会の紹介、受講への促し 2.リンクナースの役割遂行の徹底 (1) メンバーの再編に合わせた学習内容を検討し実施(学習会3回/年) (2) チームへの参加を促すための活動の継続と評価(評価:12月末)	令和8年3月	△	概ね達成	1. PCTのメンバーのレベル向上を図る機会をつくる ・学会等の参加の促し等は行い2名が参加 ・研修会の参加は保留 2. リンクナースの役割遂行の徹底 ・リンクナースが中心に症状(せん妄・便秘)を学ぶために事例検討を行うことができた ・リンクナースがPCTへつなぐための情報提供方法の定着とチームカンファレンスへの参加ができています	継続	1. チームのレベル向上に向けた働きかけの継続 2. リンクナースの活動の継続と徹底 ・学習会の継続 ・PCTとの連携体制の徹底
	ケア実施中の患者、告知を受ける患者に対して、早期に緩和ケアの提供ができる	ケモカンファレンス、告知担当看護師との連携について、組織化が不十分である	1.ケモカンファレンスを実践できるための組織を作り、昨年以上(5例以上)のカンファレンスを開催することができる。がん化学療法認定看護師を中心とした組織を立ち上げ(8月)開催方法の見直しと実施 2.告知担当看護師とPCTとの連携についての調整ができる。告知担当看護師のPCTカンファレンス参加のための調整(9月まで) PCTカンファレンスの参加を実践できる	令和8年3月	△	概ね達成	1. ケモカンファレンスを実践できるための組織を作り、昨年以上(5例以上)のカンファレンスを開催することができる ・今年度は2例の実施にとどまっている。ただ、現在時間確保のための体制の見直しを実施している。 2. 告知担当ナースとPCTとの連携についての調整ができる ・告知ナースが緩和ケア外来も担当し、必要な患者をPCTカンファレンスへ提案することができている(今年度6例)	継続	1. ケモカンファレンス開催に向けた体制の見直し 2. 告知ナースとPCTの連携を継続し外来からPCT介入できる体制を定着させる

《令和7年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
西脇市立西脇病院	がん患者・家族等に、がん相談支援センターの周知ができ、支援を提供できる	がん相談支援センターの役割や業務内容の周知が十分できていない	1.がん相談支援センター、がん情報コーナーの院外(一般市民等)向けの広報を拡充する。 (1) 広報資材の検討を行う (2) 病院広報紙等の活用を検討 (3) 市広報等の活用を検討 (4) 初めてがん相談支援センターを訪れた者について、効果的な数のカウント方法を検討し、認知度の継続的な改善に努める	令和8年3月	△	概ね達成	現状は、 【院内:外来部門】ポスター掲示や待合室のデジタルサイネージで表示 【院外】市の広報誌(偶数月)に「がん相談支援センター ひだまりサロン」の広報を行っている。また、ホームページ上で「がん相談支援センター」「ひだまりサロン」「がん情報コーナー」のページを作成している。 1)資材内容は、変更の必要はなかった。 2)院内の広報担当者と調整の場を持たなかったが、認定看護師との調整会の中で、化学療法オリエンテーション時にがん情報コーナーへ繋いでもらう仕組みにできないか相談したところ、希望者には情報コーナーの見学の連絡がもらえるようになった。 3)ひだまりサロン開催に合わせて広報を行った。 4)数のカウント方法は、引き続き研究会のカウント方法に準じて相談シート上で把握していくことが有効であることを確認した。 なお、周知、認知度については、以下の内容を確認した。 ①がん診断・告知後からセンターに繋がった:59件(前年度68件 前年比87%) ②がん相談:初めて支援した:143件(前年度214件 前年比67%) ③がん相談:アピアランスケア支援28件(前年26件 前年比108%) ④サロンの参加24人(前年度31人 前年比77%)。初めてサロンに参加した人は、R7年度10人/24人中、R6年度19人/31人中であった。 ⑤初回面会時は、がん情報コーナーの紹介を行い、がん図書についても情報提供しているが、自由閲覧も可能なため具体的な人数までは把握できなかった。	継続	がん相談支援センターの活動内容の広報を強化する。 1)院外誌(患者総合支援センターだより)への掲載 2)院内(入院棟掲示・がん治療の関連部署)等
姫路中央病院	パス利用者の増加	・運用実績の向上 ・パス運用記録の共有 ・院内/院外の認知度向上	・各部署で対象患者の拾い上げ継続 ・委員会での情報共有、活用 ・パス連携の機会増加 ・地域の医療機関訪問	令和8年3月	○	概ね達成	・対象となる紹介患者のスクリーニングの継続と患者への積極的なパス利用案内 ・地域の連携挨拶先でパス運用を案内 ・未登録の医療機関へのパス案内と導入サポート	継続	・パス説明のマニュアルの見直し ・対象患者の拾い上げのシステム化

《令和7年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和7年3月31日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
姫路聖マリア病院	バス利用者の増加	バス運用件数を増加し、院内の認知度を向上させる	他施設の運用状況を調査し、バス利用者の増加を図る。	令和8年3月	△	概ね達成	前立腺がんバス運用を途切れることなく継続的に取り組むことが出来た。	継続	
	研修会の実施	参加人数の向上	1 月1回開催するオープンセミナーにがん研修を取り入れる。 2 ハイブリッド研修を行う。 3 院内イントラネットを活用したより多くの職員を呼び掛ける。	令和8年3月	○	達成	2026,12.20開催 緩和ケア研修会開催 緩和ケア内科医師、がん看護専門看護師85名参加 ハイブリッド研修、Youtubeチャンネル掲載	完了	
ツカザキ病院	緩和ケアチームの立ち上げ	・認定看護師の育成 ・医師、看護師だけでなく多職種を含めたチーム編成を行う	・緩和ケア認定看護師教育課程へ進学 ・チーム立ち上げに向け定期的に会議を行う ・地域の医療機関との連携調整	令和9年3月	×	未達成	緩和ケア認定看護師教育課程へ進学予定の看護師が進学できなかったため、来年度へ。緩和ケアチームの立ち上げには至らず。	その他	来年度は、医師に協力を依頼する
	緩和ケア研修会	・がん診療に携わる医療従事者の知識・技術向上のため研修会へ参加する	・コアメンバーが緩和ケア研修会に参加し、がん診療に携わる医療従事者へ伝達講習を行う	令和9年3月	×	未達成	研修会への参加ができていない	継続	緩和ケア認定看護師の育成。
	がんの痛みに対する疼痛コントロール	・疼痛コントロールについて知識を深める	・がんによる疼痛を適切にアセスメントできるよう、認識の統一を図る	令和9年3月	×	未達成	病院全体でがん診療に関わることが認識できていない。医師の協力が必要である。	その他	
公立八鹿病院	がん登録の運用	業務スケジュールが確立しておらず定期的な作業が行えていない為、登録業務を行う際の負担が大きい。また、登録データの精度確認や活用ができていない。	がん登録業務の効率化のため、担当者における知識の底上げや運用方法等について見直しを行う。	通年	△	概ね達成	登録業務の負担軽減を目的として、診療情報管理士1名を新たに配置し、3名体制で登録業務を行う体制を整備した。これにより、業務分担を図りながら実務できた。	継続	R7年度は体制整備を優先したため、課題としていた年間業務スケジュールの確立や登録データの精度確認体制の構築までは至らなかった。今後は、年間を通じた業務スケジュールの作成と定期的なデータ精度確認の実施に向け、運用方法の整理および担当者間での業務共有を進める。
神戸低侵襲がん医療センター	(計画未設定)								
兵庫県立粒子線医療センター	粒子線治療の保険適用拡大について	令和6年度より新たに3種の粒子線治療が保険適用となったが、引き続き他の疾患についての適用拡大が求められる。	保険適応が見送られたがんについては、全国の粒子線治療施設において、より一層の連携を図り、今後の保険適用に向けた有効性・安全性を示すデータの蓄積や分析を行う。	令和8年6月	△	概ね達成	全粒子線治療施設において実施することとされた粒子線治療症例登録、先進Bをはじめとする他施設共同臨床試験や後ろ向き研究など、保険未適用の症例についてデータの蓄積及び分析を行い、令和8年において新たに1種に対する粒子線治療の保険適用が認められた。	継続	全粒子線治療施設において行われている実施症例の全例登録について継続するほか、他施設共同臨床試験などに引き続き取り組み令和10年の保険適用拡大を目指す。

(注)実施管理・区分欄の記入について

C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。

兵庫県がん診療連携協議会

令和8年度

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
神戸大学医学部附属病院	参加者数の増加	現状の参加者数が1回あたりおおむね10人程度にとどまる。	電子カルテシステムおよび院内のメーリングリスト等を利用して、幅広い診療科・職種に定期的な参加をいただくよう促す。	通年				
	がん患者・家族、医療従事者がアピアランスケアに関する必要な情報やケア用品にアクセスできるような環境整備が必要	患者・家族、また医療従事者が必要な情報やケア用品にアクセスできる環境が十分でない。	・電子カルテの共有ページや腫瘍センターHPの掲載情報を更新し、院内外の患者・家族、医療従事者に向けて最新情報や、ケアに活用できる情報発信を行う。 ・院内医療従事者に向けては、電子カルテの共有ページ上に公開している冊子等の周知や、国立がん研究センターが実施する医療従事者向け研修会の案内等を行う。 ・院内外の患者・家族に向けては、腫瘍センターHPの関連個所の見直しや、患者向けケア情報の提供や周知を行う。 ・ケア用品を年に1回見直し、整備する。	1年間				
	「外来初診時から治療開始までを目処にがん患者及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」づくりのためのシステム作りが必要。	・がん相談を担うための人材が少ない。 ・現状以上のがん相談件数に対応できない。 ・組織としてがん患者全員に相談できるためのシステムが構築できていない。	・がん相談室来所持の受付対応を考える。 ・がん相談室の院内外医療者・患者・家族への周知活動継続。 ・診療科に初診患者へがん相談室を案内いただける依頼を行う。	令和9年3月				
	院内がん登録を期限内に全件登録する	・登録数の増加 ・初級者の育成も含めた体制強化	・メンバー同士の連携を強化し、密な情報共有を行いながら計画的に登録作業を進め、全件登録の達成を目指す ・新規メンバーの育成については、まず取り組みやすい部位の登録から開始し、段階的に負荷を高めることで登録スキルの向上を図る	1年間				
	院内連携部署との情報共有・連携の強化	医師事務や医師の担当者変更により関係者間の運用認識が一時的に消失し、円滑に対応できなくなることがある。	診療科・医師事務との連携を維持し、運用の質を担保する。	令和9年3月				
	緩和ケアニーズのある患者・家族が早期に基本的/専門的緩和ケアにアクセスできる	・外来患者への専門的緩和ケアの提供体制が不十分である ・病棟/外来でのスクリーニングの質を維持する取り組みが必要である。	1.緩和ケア外来を週3回の診療を目指す 2.外来/病棟でのスクリーニングを、監査の実施や有用性のフィードバックを行いながら、継続実施する。 3.スクリーニングの結果を医療・ケアの質を高めることに貢献できる形でフィードバックする	令和9年3月				
	承認後の治療計画(レジメン)を適切に管理する	登録レジメンの増加に伴う、処方時のレジメン選択誤りを防ぐための対策が必要。	DWHを用いて不使用レジメンを抽出する仕組みを用いて、一定期間使用されていない登録レジメンの整理を継続して行う	1年間				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸大学医学部附属病院	患者・家族が専門的緩和ケアにアクセスすることができる	1. 緩和ケアチームの介入方法の周知が不十分である。 2. 苦痛のスクリーニングが活用できていない	1. 医療者、患者・家族への広報を行う 1) 緩和ケアチーム(入院)と緩和ケア外来の案内を一括化して掲載する。5月までに掲示内容の変更がないか確認する。 2) 緩和ケアマニュアルの見直しは、12-2月に改定作業を行い、4月に配布する。 2. 入院中に緩和ケアチームで介入し、退院後も支援が必要な患者に対しての支援体制を構築する。 3. 病棟での苦痛のスクリーニングを活用し、専門的緩和ケアが必要な患者への緩和ケアチーム介入をおこなう。	令和8年4月~					
	患者の治療開始までの待ち時間の短縮を図る(12時台、13時台の待ち時間が60分以上になる患者数が減少する)	・患者来室時間が集中していることや静脈確保困難のため穿刺に時間を要し、スムーズな治療開始に至っていない。 ・治療の適応拡大により、通院治療室利用患者数の増加もあり、人員不足やベッド不足が生じている。	・ロングレジメン枠の運用を継続し、効果的な運用方法を継続的に検討する。 ・通院治療室拡充を見据え、看護師・薬剤師の増員や増床の要望を継続検討とする。 ・chemo IV Nureseの引き続きの育成と効果的な活用を行う。	令和8年3月					
	地域貢献を目指し、院外向けのがん看護師研修を実施する。	・院外の受講者数を増やしていくための広報活動が必要である。 ・研修の時間配分やグループワークの方法など再度検討していく。	・広報活動は、前年度同様、8~9月頃から開始する。 ・がん看護研修応用編の中で、院外と合同で研修を実施する。 ・テーマは、アンケート結果より良い評価を得ているため、前年度に引き続きアドバンス・ケア・プランニングとし、講義・グループワークで構成する。グループワークの時間配分など検討する。	令和9年1月頃					
神戸市立医療センター中央市民病院	緩和ケア提供体制の質の担保	・苦痛のスクリーニングの実施漏れがある ・スクリーニング結果に基づくケア実践が不十分 ・スクリーニング後のケアの評価ができていない ・人員の入替わりで苦痛のスクリーニングの認識が薄れる 2025年度: 苦痛のスクリーニング実施79% 陽性項目や悩みの対応記載率62%	・スクリーニングの確実な実施に向け、実施率80%、ケア記載70%保持できるよう2回の実施状況の調査と結果の周知は継続する ・部署運用をリードできるようリカーズを育成する ・ケアの質を把握するため、患者のケア評価の声も得られる質問票に変更し、実施後の評価までを含めた運用方法に転換する ・ケアの力を高めるために、これまでのがん看護研修を見直し、基本的緩和ケアを含め体系化されたがん看護教育研修を構築し、院内全看護師の受講を進め、知識の標準化を図る	令和9年3月					
		緩和ケア外来を担当する医師が1名のみで、予定外の休み時に外来診療に影響が出る	・緩和ケア外来の平日毎日受け入れ・当日緊急依頼の対応 95%以上を維持する。 ・緩和ケア外来が担える医師を2人に増やす	令和9年3月					
		がん非がん問わず緩和ケアチーム依頼が増え、活動内容も多様化している。診療報酬改編によりさらに依頼件数の増加が予測される中で、ケアの質を落とさずより効率的な活動となるよう対策が必要	・緩和ケアチームを2チーム体制に整え、役割分担を明確にし、過不足ない緩和ケアを提供していく ・慢性呼吸不全、腎不全、心不全のケア力をつけながら、院内の非がんの緩和ケアの質を高める ・医療用麻薬の適切な使用をはじめ基本的緩和ケアが実践できる人材の育成(医師の緩和ケアローテーション・緩和ケア活動を通じた部署スタッフのOJT・ケアポート)	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸市立医療センター中央市民病院	地域緩和ケア連携の強化	緩和ケア地域カンファレンスを月1回開催しているが、参加メンバーの固定化や、双方向性が不足するなど課題があり、連携が促進・発展するような運営が求められる	・カンファレンスのあり方・テーマ設定など見直す ・地域リソースの意見を取り入れる ・無理なく継続可能な会を皆でつくっていく	令和9年3月					
	質の高い相談支援ができる体制を整備する	相談者(特に告知後やBSCを考えるタイミング)が必要なタイミングで相談支援センターを利用できない患者・家族もいる	がん患者・家族・スタッフへのがん相談支援センターの周知 ・がん相談支援センターとして、統一性のある広報を継続する ・がん相談支援センターのリーフレットの見直しと配布場所の検討 ・ホームページでの掲載内容の見直し ・がん診療運営委員会での活動内容の報告、紹介の周知を継続してアナウンスする ・がん看護専門研修でがん相談支援センターをアドバンス編に組み込むことでスライドを作成する(原則毎年その内容で研修ができるように) ・ハローワーク相談会、社労士相談会による就労支援の広報を継続し、相談件数を維持する(2025度はハローワーク 件、社労士 件) 2027年1月開催のがん教室に社会保険労務士による講義を開催する。がん看護専門看護師が行うがん看護外来との協力体制の検討。 ・2026年度6回/年のがん教室を開催、今年度からは9回/年のがんサロンを開催し、がん患者・家族の支援の場を広げるとともに広報の場とする。 ・がん相談支援センターの相談件数の維持(R7年度件) ・外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及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検討し、整備する。どこにアナウンスと協力を求めれば、必要な患者・家族ががんセンターへ立ち寄ることができるかを検討していく	令和9年3月					
	異動(専任登録の変更)に伴い、相談内容によっては、相談員の知識不足がある。	・異動者1名はがん相談員研修Ⅲを受講する(申し込み済み) ・指導者研修受講に必要な、「がん相談対応の質保証を学ぶ研修(QA研修)」への参加 ・相談員は、国立がん研究センターや地域主催の相談員を対象にした研修を受講し、自身の知識とスキルアップを図る(2回/年以上) ・相談員間で情報共有をはかり、得意分野はさらにブラッシュアップし、不足分野は補いあえるようにする。 ・最新のガイドラインを整える ・外来患者満足度調査の項目で、相談支援センターの満足度を昨年度と比較する。Googleアンケート、紙面など個別のアンケートを検討する。	令和9年3月						

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸市立医療センター中央市民病院	ピアサポート体制の充実をはかる	院内におけるピアサポート体制の充実をはかる必要がある	<ul style="list-style-type: none"> ・がんの教室を6回/年、がんサロンを9回/年実施する。回数を増やした初めての年度であり、アンケートも含めて年度末で評価をする。 ・2025年度に1名、2026年度からさらに1名ピアポーターの登録が増えた。新たな登録者へのフォローとともに、4名誰であっても、サロンでのグループファシリテーターを任せることができるように支援していく。 	令和9年3月					
		兵庫県下におけるピアサポーターの質保証への対応が必要となっている	<ul style="list-style-type: none"> 情報連携部会サロングループのリーダーとして役割を果たす ・兵庫県北部で開催予定のピアサポーター養成研修の協力 ・ピアサポーターフォローアップ研修にかかわるピアサポーターの質保証の体制を連携情報部会、県、グループメンバーと相談しながら検討する。 	令和9年3月					
	患者の価値観に沿ったACPを基盤にした意思決定支援の推進	患者・家族の価値観に基づく話し合いや多職種カンファレンスは年々増加しているが、診療科・個人間で実践の差が大きい。患者の意向を聴く文化が育っているが、ケアに活かすまでには十分でないこともある	<ul style="list-style-type: none"> ・ACPの院内普及と教育の継続 ・リンクナースの育成 ・ACPテンプレート活用の推進 ・複雑事例に対する院内リソース(臨床倫理コンサルテーションチーム・ACPチーム・緩和ケアチーム)の活用促進 ・多職種カンファレンスを推進し、患者の価値観を尊重した話し合いをファシリテートする 	令和9年3月					
神戸市立西神戸医療センター	化学療法に関わるマニュアルの見直しと新規作成	化学療法に関わるマニュアルの見直しと新規作成 抗がん剤の副作用への対応強化	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。レジメンの審査や承認の際に、実運用との齟齬が生じないように、外来化学療法センター看護師との情報共有を図る。レジメン完成前に、関係者で意見交換できる仕組みを整える。	令和9年3月					
	スクリーニングシートの実施と活用の継続 IPOS・STASJを用いてのケアの質評価の継続 鎮静に関する教育の実施と緩和ケアチーム内での多職種カンファレンスの実施	<ol style="list-style-type: none"> 1. 全ての患者・家族が基本的緩和ケアを受けることができる体制の整備①つらさのスクリーニングの活用②院内・外の医療従事者の能力向上③患者・医療チームでACPに取り組む④鎮静が適正に行えているか評価する 2. 患者・家族への質の高い専門的緩和ケアの提供①緩和ケアチームの能力向上・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・地域連携を強化する 	<ol style="list-style-type: none"> 1. スクリーニング件数 研修会・勉強会の開催、ACPの認知度把握 2. 緩和ケアチーム介入件数 地域連携カンファレンス開催回数 他部門・多職種カンファレンス件数 1-①入院・外来でのスクリーニングを1500件。1-②院内・外の医療従事者対象の勉強会・研修会の開催(PEACE、ELNEC、ACP勉強会)1-③リンクナースと研修医に対してのACP勉強会の実施。1-④鎮静の手引きについてリンクナース会で勉強会実施。患者の鎮静管理について多職種カンファレンスを実施。 2. 新規介入400件程度、チーム回診・ミーティングを行う(1回/週)。IPOSの実施。2-①チームの能力、チーム機能の向上に努める。(学会参加6回/年・発表2回/年)2-②チームの活動の院内評価(院内2回/年、院外第3者チェック1回/年)。2-③緩和ケアチームと各診療科・部門との症例カンファレンス。地域連携カンファレンス3回/月	令和9年3月					
	1. 診断時～初回治療開始までに相談支援センターに繋がるシステムの構築	1. 相談を必要とする人が、相談支援センターの役割を知り相談することができる	1. 実績報告(相談件数:500件/年以上 医療者からの紹介率:30%以上 前年度からの診断時～治療開始までの件数増:100件/年以上)	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸市立西神戸医療センター	2. 医療の質の進歩に対応できる相談員の質の向上を継続する。	2. 相談者が質の高い支援を受けることができる。	2. 患者満足度調査(相談後アンケート)指導者研修への参加と次年度の相談員研修企画。相談員基礎研修(3)研修、2025年兵庫県相談員研修への参加 がん相談対応評価表をもちいた部門内モニタリング(年2回) 1. 外来看護師向けの勉強会実施(9月頃) 2. 指導者研修6/19~6/20 10/2~10/3 相談員基礎研修(3)7/23~7/24 2025年兵庫県相談員研修 9/27 がん相談対応評価表をもちいた部門内モニタリング(前期・後期)	令和9年3月					
	がん体験者支援体制の維持	1. 患者サロン「あじさい」を開催し、ピアサポートの場を継続的に提供する 2. 患者サロン、患者ライブラリーを活用し、情報提供の充実を図る	・患者サロン「あじさい」参加者の直接的な反応やアンケート結果 ・患者サロン、患者ライブラリーでの院内外がん関連のイベント告知回数 【目標1】 ・イベントや勉強会も含め、患者サロン「あじさい」を年4回開催する ・イベント、患者サロンにピアサポートの要素を取り入れる 【目標2】 ・患者サロン、患者ライブラリーでの院内外がん関連のイベントを告知する	令和9年3月					
神鋼記念病院	緩和ケア及びがん看護教育を実施し、医療・看護の質向上	緩和ケア及びがん看護教育の質の向上	1)がん等の診療に携わる医師等に対する緩和ケア研修会、受講率90%以上維持 2026年10月3日(土)開催予定 2)緩和ケアマニュアル改訂(鎮静改訂含む) 3)オピオイド導入ガイド作成(ポケットガイド) 4)ミニレクチャー動画の活用を推進する 5)動画作成予定:症状スクリーニング、ACP	令和9年3月					
	緩和ケアに係る情報を把握・分析し、評価を行う	症状スクリーニングの質向上に向けた取り組みが不十分	1)質の調査:学会発表予定。院内でも結果を公表し、問題点の共有を図る 2)質の向上:委員会でGWや研修を取り入れ、リンクナース・多職種とともにスコアの精度改善に向けての取り組みを検討する	令和9年3月					
	プライマリチーム、地域の医療関係者等、治療・生活サポートチームとの連携を強化する	プライマリチーム、地域の医療関係者等、サポートチームとの三者の連携が不十分	1)質の調査:学会発表予定。院内でも結果を公表し、問題点の共有を図る 2)質の向上:委員会でGWや研修を取り入れ、リンクナース・多職種とともにスコアの精度改善に向けての取り組みを検討する	令和9年3月					
	病院全体として、患者や家族等の不安に適切に対応できる体制を整備する	初診時におけるがん相談支援センターの広報の強化をはかる	全外来初診者に対して院内の相談窓口に関するリーフレットを配布する	令和9年3月					
		病院で仕事の相談ができることを患者・家族に分かりやすく広報する工夫が必要である	就労支援に関するリーフレットの内容を見直し改訂する	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
神鋼記念病院	AYA世代患者の支援強化に向けて院内周知を図る	AYA世代患者の早期拾いあげの体制確立	1)事務職と連携し来院患者情報から抽出する体制を整える 2)院内他チームと合同カンファレンスを行い情報共有等連携を強化する	令和9年3月				
		院内職員のAYA世代に関するスキルアップ促進	1)コアメンバーによる症例検討(1回/月) 2)院内外における研修や学会への参加	令和9年3月				
	化学療法における実施体制の充実および安全確保対策	最新の治療、副作用対策など総合的な知見を踏まえ、都度、改訂を行うとともに、患者さんへの周知方法、利便性について活用状況を確認し、更なる充実を目指す	・最新の知見を踏まえ、化学療法のに関する情報提供パンフレットの充実を図る ・化学療法委員会を活用し、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士・事務など関係部門の意見を踏まえ、パンフレットの充実を図る	令和8年10月				
		がん薬物療法のKey DrugになりつつあるICIについて、irAEの早期発見、早期治療、継続したフォロー体制について医療関係者間での連携強化	・irAEWGの更なる活用 ・irAE症例などの情報収集方法の検討	令和9年2月				
		外来化学療法室における抗がん剤・皮下注患者の導入検討	診療報酬改定に伴う、外来化学療法診療料対象患者の皮下注患者拡大に伴い、外来化学療法室の人的配置/運用調整の早期対策	令和8年6月				
		頭皮冷却装置導入患者患者拡大	2026年1月に新規導入した頭皮冷却装置の導入患者拡大として周知方法や効果検証、応対者(冷却キャップの取付)のスキルアップを図る	令和8年10月				
	がんゲノム医療提供体制の充実	院内におけるがんゲノム医療提供体制充実に対し、関連部署の更なる協力体制が必要	・がんゲノム医療推進委員会を中心にがん診療に携わる診療科と協力し、癌種別のCGP検査の実践の手引きの更新によって均てん化を図る。 ・CGPをより多くの患者さんに提供できるよう、院内研修会を実施し、がんゲノム医療の知識習得の場を提供する。	令和9年2月				
	関西労災病院	がん相談支援センターの周知	院内職員に対しては、院内広報誌や院内研修会を通じて、がん相談支援センターの役割や支援内容に対する理解を深める機会を設ける。院外向けには引き続き、「がんセンター紹介動画」を有効活用し、患者に対しては、市民公開講座、院外医療従事者に対しては、各種セミナーや勉強会を図る。	令和9年3月				
AYA世代支援チームの設置		AYA世代のがん患者への支援体制の整備が不十分である	早期に多職種から構成される「AYA世代支援チーム」を設置し、支援を必要とする患者へのサポート体制を充実させる。	令和9年9月				
がん教育の充実		実施方法や講義内容について、継続的に教育委員会担当者と検討する必要がある	公立学校への「出張がん教育」を再開するため、市教育委員会担当者と実施方法や講義内容(医師のみではなく多職種による講義など)を今一度検討し、がん教育の充実を図る。	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫医科大学病院	がん患者に治療が つながるようなタイ ミングで室の高い ゲノム医療の提供 ができる	遺伝子パネル検査をがん 患者に提供する診療科の 医師に対して院内教育が 不十分である。	継続して、各診療科の医師対象に、ゲノム診療・遺伝 子パネル検査、エキスパートパネルについてセミナー 等の院内教育を行う。	令和9年 3月					
		新病院移転、ならびにがん ゲノム医療連携病院更新 のため、システムの最適化 が必要である	新病院移転後も、エキスパートパネル実施可能がん ゲノム医療連携病院としてエキスパートパネル開催 するための院内システムを調整し、来年度のゲノム 連携病院更新に向けて体制を整える。						
	がん患者に安全・確 実で質の高い薬物 療法の提供ができ る。	2026年に新病院へ移転 するにあたり、外来化学療 法室運用の最適化が必要 である	がん薬物療法に関わる病棟スタッフを加えた院内の がん薬物療法を統括管理し、院内のがん薬物療法の 安全管理に務める。化学療法室におけるスタッフの 配置や、がんセンター内での看護外来、薬剤師外来 を含めて適切に運用し、安全で確実に抗がん薬を投 与できる環境、医療・ケアとしてがん薬物療法を充実 させた新病院体制を構築する。	令和9年 3月					
		がん薬物療法に関するマ ニュアルが院内で周知徹底 されていない。	診療科、病棟の担当者を対象に、勉強会を開催す る。また、動画等作成を含めて、色々な方法にて理解 促進と活用、周知徹底を図る。						
		ケアの標準化、それに伴う がん医療・がん薬物療法に 関わる医療スタッフの人材 育成が十分ではない。	がん専門医療人材(がんプロフェッショナル)養成プ ランと連携しながら、院内講演会等を活用しがん医 療・がん薬物療法に関する教育を推進する。厚生労 働省の令和6年アピアランス支援モデル事業に基づ き、相談支援、情報提供を実施する体制の構築と人 材育成を行う。						
より多くのがん患者 に5大がん全てのがん 地域連携パスが 提供できる	5大がん全ての地域連携シ ステムの体制構築、パスの 運用が不十分である。	院内の関連部門における連携が不十分である。がん センター合同会議を含めて地域連携部と連携におけ る課題を協議し、各科のがんパス担当で改善点を検 討していただき、件数アップにつなげる。	令和9年 3月						
兵庫県立 尼崎総合 医療セン ター	院内インシデントの 把握と改善策の検 討	院内で発生したインシデン トの把握と改善策を検討す る体制が確立していない。	1.院内で発生しているがん薬物療法関連のインシ デントを毎月確認し、医療安全対策室と情報共有を行う。 2.がん薬物療法検討部会でインシデントの状況を周 知し、改善策について検討する。 3.組織として改善策が必要であれば、がん薬物療法 検討部会で提議し検討する。	令和9年 3月					
	①高齢者総合機能 評価の実施 ②病棟化学療法、ラ ウンドの実施 ③日帰り入院化学 療法の運用確立	①地域がん診療連携拠点病 院では、高齢者のがんに関 して、意思決定能力を含む 機能評価を行い、各種ガイ ドラインに沿って、個別の状 況を踏まえた対応をすること となっているが、当院では 着手できていない。 ②病棟化学療法の治療目 的や副作用について、職種間 で十分な情報共有ができて いない。 ③少数の診療科で日帰り入 院化学療法トライアルが始 まっているが、運用が十分 に確立していない。	①ワーキンググループを作成し高齢者機能評価(GA /CGA)法を行う手法を確立する。 ②固形癌に対して腫瘍内科医を中心に他職種で定 期的に病棟化学療法ラウンドを行う。 ③PFM、クリニカルパス運用を含めて、実施可能な レジメンを増やしていき日帰り入院化学療法の運用 を確立する。	令和9年 3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立尼崎総合医療センター	抗がん薬IVナースの育成と対象病棟の拡大 がん薬物療法看護・放射線療法看護部会リンクナースの支援を行い、看護の質向上を目指す	がん薬物療法の進捗に伴い治療は複雑化し対象患者も多様化しているが、看護師の知識不足により、十分な患者支援が行えていない。	<ul style="list-style-type: none"> ●抗がん薬IVナースの育成 <ol style="list-style-type: none"> 1. 県立病院統一の研修プログラムに則った研修の実施 2. 抗がん薬IVナースは、2024年度16名が新規認定、44名が資格更新した。2025年度認定者15名の育成を目指す。 ●抗がん薬IVナースの役割拡大 <ol style="list-style-type: none"> 1. 病棟に所属しているIVナースの役割拡大(外来化学療法室と同様の役割:血管確保)を行うことで看護師のスキルアップにつながり最終的には患者への利益になる。 2. 問題点の抽出と改善策の検討を行う。(4月～5月) 3. 他部門との調整(6月) 4. 病棟で開始し、評価後対象部署を拡大する(9月) 5. 拡大後の評価 ●がん薬物療法看護・放射線療法看護部会でリンクナースを育成する。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 化学療法のグループ活動を継続し、セルフケア支援の質向上に取り組む。 ●研修会の実施と参加: 研修会を通し、がん診療およびがん看護の質の向上を目指す。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 年間計画に則り、院内がん看護研修会を実施する。 2. 院内・院外で開催されるがん関連の研修会の案内を行い最新の知識獲得の場を提供する。 	令和9年3月					
	化学療法室における栄養相談について	栄養状態の悪化が予測される切除不能消化器がん患者を中心に栄養介入を行っているが、その他の患者に対しては、食欲不振や体重減少が認められてからの介入にとまり、予防的栄養介入ができていない。	昨年度に引き続き、術後化学療法患者や胃癌、大腸癌、膵臓癌以外の癌種にも対象を拡大して予防的栄養介入を行う。	令和9年3月					
	抗がん剤のバイオ後続品の導入やPBPMIによる薬剤費の削減及び保険薬局との連携について	<ul style="list-style-type: none"> ・抗がん剤のバイオ後続品が、特許切れに伴い順次発売されるが、先発品と一部適応の異なる場合がある。適応にあわせてレジメンの作成を行い、バイオ後続品使用の機会を増やす。 ・薬剤の端数切りをしないことで薬剤費が増加している。 ・患者のQOL向上及び安全・安心な、がん化学療法を実践するために、地域におけるシームレスな患者指導を実現するために、保険薬局との情報共有及び連携を強化する。 	引き続き、がん薬剤療法検討部会において、抗がん剤のバイオ後続品の導入について検討を行う。また、薬剤師等が、患者にバイオ後続品に係る説明を行い、バイオ後続品導入初期加算を算定する。薬剤費削減策として、治療に影響を及ぼさない範囲でのPBPMIによる薬剤の端数切りを実施する。また、保険薬局との連携をさらに推進するために、患者にレジメン(治療内容)等を提供し、保険薬局への提示を依頼する連携充実加算の取り組みを継続する。また、地域の薬局薬剤師を対象として研修会等を実施する。	令和9年3月					
	骨関連事象の防止	がん患者のリハビリテーション中に起こりうるSRE(骨関連事象)を未然に予防する為の取り組みが必要。	骨転移を有す、がんリハ処方患者が年々増加しているが、骨転移が疑わしい患者はリハ医がリスクを都度評価するシステムが機能している。今後も、リハビリテーション医および各診療科医師との連携を進めると共に、リハスタッフのリスク管理意識を維持・向上を図る。骨転移評価システムを継続しリハビリ介入中の骨関連事象発生を未然に防ぐ。	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立尼崎総合医療センター	1. 相談支援を必要とする患者・家族が相談支援センターを活用することができる	1. 相談件数が少ない 2. がん診療に携わる医療従事者ががん相談支援センターの役割を認識できていない	・告知後もしくは初回治療説明を受けた後、必ずがん相談支援センターに訪問する体制を作る。 ①対象者:新規がん登録患者数の多い消化器内科 ②PFMでのがん相談の案内は継続する。 ③治療開始までの相談件数の把握を行う。 ・周知活動(経営企画課主導) ④相談者がアクセスしやすいよう、HPの見直しを行う。 ⑤電子カルテのトップページを利用した医療従事者への周知を継続する。 ⑥医療従事者を対象として研修会の企画を行う。(両立支援の研修を含む) ・多職種連携 ⑦緩和ケアチーム、緩和ケアCN、患者サポートセンター、各科外来と必要時カンファレンスを行い、連携体制を継続する。 ・予約に関すること ⑧予約方法の改善:Webからの予約取得の可能性について検討する。 ⑨結果、診断から治療開始までの相談件数割合が計400件越えとなる。 (前年度360件・10%以上の増加)	令和9年3月					
	2. 就労の問題を抱えた患者・家族が、より充実した就労支援を受けることができる	1. 患者・家族に療養との両立支援について周知できていない 2. 院内の医療従事者が両立支援について理解できていない	・周知活動 ①両立支援や離職防止について、院内掲示やホームページを利用し、がん患者及び家族への周知を図る。 ②離職防止、両立支援の必要性について院内スタッフへ教育を行う→がん診療教育部会と協働し研修会を開催する。 ・体制構築 ③院内の専門家(MSWや看護師)との情報共有や連携を図る。 ④就労支援に関する専門家との連携体制を整備する(チェックリスト県オリジナル) ・社会保険労務士や公共職業安定所とのオンライン面談の実施。 ・公共職業安定所用に相談希望票を作成する→相談内容がより明確になる。 ⑤「療養・就労両立支援指導料」算定に係る体制の見直し。 ⑥両立支援コーディネーター研修を受講する。	令和9年3月					
	3. 多様な相談ケースに対する、相談技術や知識を身につけ、相談対応能力の質の担保を図る	1. 音声データを用いた質の評価ができていない	・質評価と向上 ①相談対応の音声データを用いた評価を行う→がん相談対応評価等を用いた分析とフィードバック(チェックリスト41) ②利用者アンケートを用いた分析とフィードバックを行い、改善点を検討(チェックリスト31):実施期間上半期3ヶ月 下半期3ヶ月 ③相談員同士で定期的に介入事例の共有や振り返り、検討を行い、相談内容に応じて提供した医学情報の整理と共有を行い、スキルアップを図る ④がん相談支援に関わる院内外の研修や学会等に参加し、自己研鑽を行うとともに最新情報等を部会で共有する	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
県立尼崎総合医療センター	(前頁)		・体制構築 ⑤がん相談支援センターマニュアルを年1回は見直し、改訂する ⑥がん相談部会会議を開催し、体制や課題について検討する(2ヶ月毎)					
	がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成	リハビリテーション部の全療法士が算定要件の研修に参加できておらず、全療法士ががんリハビリテーション料を算定できない。	リハスタッフ全員ががんリハ算定可能となるよう、『がんのリハビリテーション研修』に参加継続する。	令和9年3月				
		がんリハビリテーション研修で、がんリハの知識を幅広く学び、実践されているが、実臨床の内容の向上に必ずしも繋がっていない。	リスク管理などのがんリハに関する知識や技術の向上に向けて、リハビリテーション部における部内および部外での研修会を継続して実施する。					
	必要ながん患者にリハを提供できていない	当院のがん患者へのリハビリテーションが十分に提供できていない。	年間集計においてリハビリ新規処方、介入件数ともに増加傾向にある。今年度もさらに実施件数を増やすとともに、介入域を拡大していく。特に周術期リハビリの充実を図る。昨年度より試験的に開始している術前リハビリに継続して取り組んでいく予定。	令和9年3月				
腫瘍循環器に注目したリハビリテーションが十分に提供出来ていない		腫瘍循環器リハビリテーションの分野においては、開始となってから4年が経過したが、新規処方件数は減少傾向にある。再度院内周知を図り、また継続的に研修会や事例報告会に参加する。						
市立伊丹病院	地域の医療者に向けたがん治療の情報共有の取り組み	地域の診療所や保険薬局に向けてがん治療に対する情報提供ならびに情報共有を行う機会が少ない	地域連携推進室と化学療法部会が共同で、がん治療に関する研修会を地域のクリニックや診療所、保険薬局に向けて、定期的(年に2~3回程度)に開催する。	令和9年3月				
	がん患者の療養支援に関する取り組み	現在外来日が3日/月の解説であり、対応できる日時が限定しているため、より多くの患者が利用できるために外来日を増やす必要がある。	外来診療室、入退院センターと連携をとり対象患者がいれば、各部門の看護師、クラークと連携し、療養支援を行う。加えて、外来日以外に医師、薬剤師と連携を行い療養支援が行えることを伝え、セルフ指導を実施する。10日/月以上の実施を目指す。	令和9年3月				
	がん患者の栄養支援についての取り組み	外来化学療法患者における栄養介入対象者の抽出方法について構築したが、一部の診療科や曜日に限定されている。	昨年度の栄養指導状況から、栄養介入を必要とする患者群を調査し、標準的に介入していける方法を構築。	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
宝塚市立病院	ローテーションしてきた研修医向けのオンコロジー講義	ローテーション期間は1から2ヶ月と短期間で、講義側の都合から週1回しか講義できない	毎木曜の病棟回診の後で肺がんを中止とした講義を40分行えるように時間調整する	令和9年3月				
	安心、安全に患者同士の交流ができる環境を整備し、情報提供を行う。	ハイブリットでの参加者が少なく継続していくか検討が必要である。過去に行っていたふらっとカフェの再開希望もあるため、次年度の開催方法について検討し、より多くの方に活用してもらえるように継続していく。	・ハイブリット開催が行なえるように設定は行い、参加者の状況を確認する。 ・ふらっとカフェの再開や勉強会の開催について計画を立案していく。 ・広報誌と病院HP、院内掲示で案内をおこなっていたが、HPの更新が行なえていないため、毎回HPでの告知とデジタルサイネージでの告知方法について見直す。	令和9年3月				
	相談者が自分のタイミングで相談支援センターを利用できるようにする	・院内リーフレットの変更や設置場所を各科診察の受付や検査科に増やした。 ・院内リーフレットでの案内よりも医療者からの紹介や病院HPをみて利用する方が多かった。 ・相談支援センターを利用される方の治療状況としては、<治療中>の方が最も多く、次いで<初回治療前>、<今後積極的な治療はしない>が多い。診察室で医師が冊子を渡したり案内ポスターを掲示する段階で準備を進めている。	・がんの疑いから初回治療までの不安が強い時期に相談支援センターを利用できるように診察内に冊子やポスターなどの設置を予定している。また、院内職員に向けた勉強会を実施し、設置した案内用紙をうまく活用していけるようにしていけるように継続していく。	令和9年3月				
	離職防止を促進し、治療と就労継続ができるように支援する	・治療と仕事の両立支援のフローチャート、マニュアルは作成できたが、対象者がおらず実施には至っていない。必要な方に必要時に活用してもらえるように周知していく。 ・お金と仕事の相談会での相談は実施できている。事前予約していただいているが当日の飛び込み相談もあり対応できるように整備が必要である。	フローチャートの流れ、マニュアルが作成でき、両立支援ができる体勢は構築できたが、運用の実施ができていないため、活用してもらえるように周知していく。	令和9年3月				
	がん登録精度の向上	・SEER多重がんルール2025年版・UICC TNM分類9版への変更に対する情報収集・研修への参加を行い、適宜把握し対応していく必要がある。 ・がん登録に対する知識を深め、登録実務者の技能向上が必要である。	兵庫県の実務者ミーティングや国がんで実施される院内がん登録研修などに積極的に参加し、がん登録の知識習得・登録精度向上を図るとともに情報収集にも努める。SNSの活用、他病院と連携をとり、常に情報収集に努めスタッフ間で情報を共有する。	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
宝塚市立病院	医療用麻薬の自己管理ができ、自ら苦痛を軽減できる	レスキューの自己管理を実施できたが、症例はまだ少ない。退院後自己管理が見込まれる場合でも、自己管理が導入できていないこともある。	①マニュアルを安全、確実に実践できたか検証を行う ②使用後の評価を行い、改善点を明らかにする ③退院後自己管理できるように患者の選定を行う。	令和9年3月				
	患者とその家族が入院、外来どの部署においても自身のつらさや気がかりを表出することが出来る	緩和ケアチーム介入患者へのIPOSの導入を検討したが時間的に難しい現状である。緩和病棟でIPOSを使用する予定	①緩和病棟でIPOSを導入する ②外来・入院では現在のスクリーニングシートの利用を継続する。	令和9年3月				
	すべての患者・家族への基本的緩和ケアの提供	外来患者において疼痛コントロールに難渋しても緩和ケアチームが介入出来ないことがある	①入院時緩和ケアチームが介入し、疼痛が残存する患者に外来でも緩和ケアチームとして介入を継続する ②外来で疼痛コントロールに難渋症例について緩和ケアチームが介入可能であることを院内周知する	令和9年3月				
	新規導入の進んでいない診療科に対しても啓発活動を継続する	R7年度は前立腺がんのバスの拡大を行えたが、今年度は子宮体がんなど更なるがん種のバス拡大と件数アップが必要	がん地域連携バス委員会を通じて、現状の把握や課題解決にむけて、各診療科へ継続的に働きかけていく予定。	令和9年3月				
兵庫県立がんセンター	地域医療機関との連携の推進	・地域包括ケアシステム構築へ向け、より強固な連携の推進が求められている。医療介護連携強化を図る必要がある。	○R8年診療報酬改定により、医療機関のニーズは変化していると予測される。連携と協力を維持できるように積極的に医療機関訪問を行う。 ○明石市域訪問看護ステーション連絡会、明石市介護サービス事業所連絡会、あんしんネットワーク定例会など地域の会議に参加し情報交換を行う。 ○在宅ケアや医療と介護の連携では、共通の課題に対して多職種でディスカッションできる機会として地域医療連携交流会を年2回企画する。顔のみえる関係を築き、地域全体でスキルを高める機会としていく。	令和9年3月				
	多くの患者への専門的治療の提供	・紹介が少ない地域がある、また紹介が減っている医療機関があり、専門病院の治療の提供が限定的である	○診療科ごとの医療機関を訪問を積極的に行い、最新の治療についてアピールしていく ○返書管理を確実にし、地域医療機関が安心して紹介できる関係を維持していく ○新規開院の医療機関は開院後早期に訪問する	令和9年3月				
	診断から治療まで、一連の流れによるがん医療の提供	・疑い段階でも医療機関からは紹介可能となったが、さらなるアピールが必要 ・がん検診後の精密検査へのニーズはあったが体制はなかった。本年度体制が整ったため、利用推進が必要	○診断前の患者紹介について、広報誌や医療機関訪問を通して紹介する。 ○医療機関訪問は、過去の紹介を分析し広域にまた診療科ごとにターゲットを絞って訪問活動を行う。 ○健診後二次検査について、健診センター等と受診率や二次検査勧奨の情報交換を行いながら適切なアピールを行う。	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立がんセンター	がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成	1. がん医療・看護の均てん化に取り組んでいる今、最新のがん治療や専門的ながん看護、緩和ケアに関する研修を通し、更なるがん医療・看護の発展を目指す。そして、より専門的ながん医療・看護に関する知識やスキルを持った看護師を育成する必要がある。	○ がん診療連携拠点病院として、「がん看護コアナース育成セミナー」をオンラインで開催する。加えて、体験研修の希望者を受け入れる。 がん看護の現場においてしばしば直面する倫理的問題は、多くの価値観が絡み合うため複雑である。そのため、多くの看護師が難しさを感じているという現状がある。よって、「倫理」をテーマとし、がん看護に携わる看護師の育成につながる企画とする。 昨年度に引き続き、3日間のWEBでの講義とGWの構成を基本とし、希望者の体験研修をPRし、拡充を図る。受講できる日だけ単日で受講したいという声もあるため、単日での参加も可能とし、より多くの方が参加できる機会となるような企画とする。 テーマ: 日常ケアに潜む倫理的問題をみんなで考えてみませんか? 開催日程: 11月から12月頃 開催方式: 体験研修(希望者)1日+オンライン研修×3回	令和8年11月～12月					
		2. がん患者の療養生活の多様化に伴い、就労や経済面、外見の変化(アピアランス)に関する課題など、治療と生活の両立支援のニーズが高まっている。これらの課題は潜在化しやすく、早期に適切な支援介入が求められる。相談支援体制の充実および適切に対応できる看護師を育成する必要がある。	・院内医療従事者に対し、アピアランスケアの学習会や就労支援の周知を強化し、事例検討を通じて支援力の向上を図ると共に、「がん患者指導管理料口」や「療養就労両立支援指導料」の診療報酬の対象となる支援を効果的に行う。また、相談支援センター相談員および外来看護師を中心に、両立支援コーディネーター研修の受講を推奨し、専門的知識を有する人材の育成を行う。さらに、がん相談支援センターを中心に、ハローワーク・社労士・MSWとの情報共有会や制度改正の学習会を実施し、連携体制を強化する。	令和8年11月～12月					
	多様で複雑な課題を持つ患者・家族の相談支援の質向上と体制整備	相談者の課題は、再発不安、行動化の困難、医療者との関係性の問題、経済的問題など、多様かつ複雑である。そのため、相談者一人ひとりに応じた適切な支援を提供できる体制の強化が必要である。	事例検討および多職種カンファレンスを実施し、医師・看護師・MSW等の多職種間で支援方針を共有・統一する。特に、経済的・生活上の課題を持つ相談者に対しては、MSWとの連携を強化し、社会資源や制度に関する情報を活用できるよう整備し、支援の充実を図る。	11月～12月					
	相談支援は、多領域で専門性が高い。その支援は、相談員個人の経験や力量に委ねられており、組織として標準化された支援プロセスや判断基準が十分に整備されていない。	相談者の属性や相談内容等の結果報告を蓄積し、その結果から効果的な支援方法を見出し、整理する。また、困難事例については事例検討を行い、効果的な支援方法を見出し、整理する。整理した支援方法に基づき基準・手順・フローを作成し、相談内容や対応内容が明確かつ適正に記録される体制を整備する。さらに、受付用紙の運用方法も整備し、支援の可視化と標準化を図る。加えて、初診時のスクリーニングを活用し、就労・経済面の課題を早期に把握し相談支援につなげる体制を強化する。	11月～12月						

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)	
兵庫県立がんセンター	がん医療に携わる専門性の高い医療従事者の育成	がん患者の療養生活の多様化に伴い、就労や経済面、外見の変化(アピランス)に関する課題など、治療と生活の両立支援のニーズが高まっている。これらの課題は潜在化しやすく、早期に適切な支援介入が求められる。相談支援体制の充実および適切に対応できる看護師をはじめとする医療者を育成する必要がある。	・院内医療従事者に対し、アピランスケアの学習会や就労支援の周知を強化し、事例検討を通じて支援力の向上を図る。さらに、「がん患者指導管理料口」や「療養就労両立支援指導料」の診療報酬の対象となる支援を効果的に行う。また、相談支援センター相談員および外来看護師を中心に、両立支援コーディネーター研修の受講を推奨し、専門的知識を有する人材の育成を行う。また、就労や経済面においては、がん相談支援センターを中心に、ハローワーク・社労士・MSWとの情報共有会や制度改正の学習会を実施し、連携体制を強化する。	11月～12月						
	1. 症状緩和における現場のスキルアップを図る	・終末期鎮静に関するマニュアルは既にあるが、院内で浸透しておらず、現場の医療者が必要な時に活用できていない ・せん妄、睡眠薬の院内推奨指示がうまく活用されていない	・鎮静:職員に向けての学習会を継続して行う ・せん妄、睡眠薬:昨年度、院内推奨指示統一のため、指示内容とパスの見直しを完了したため、職員に向けての学習会を行う ・電子カルテ上の緩和に関する勉強会資料をスタッフがいいつでも閲覧できるように電子カルテ内に掲示する	令和8年6月以降						
	2. 連携体制を作っていくために、介護施設における緩和ケアや看取りの現状を明らかにする	近隣の介護施設における緩和ケアや看取りの現状がわからないため、高齢がん患者の地域連携に難渋することがある	当院の患者と近隣の介護施設の連携状況を地域連携室に確認し、看取りや緩和ケアの問題をヒアリングし、ニーズに応じて学習会など支援を行う	令和8年6月以降						
	3. 病棟薬剤師と緩和ケアチームの薬剤師が連携することで、入院患者の疼痛軽減および薬剤適正使用を図ることができる	・入院中に疼痛コントロールができないまま退院し、外来に移行している患者がいる ・ハロペリドール注・リスパリドン使用による錐体外路症状等の副作用症状出現がある	・ラウンドで抽出しきれていない患者を把握するため、薬剤部内で薬剤部作成資料(薬剤部ニュース)を用いて「薬剤性錐体外路障害」について再度周知し、早期発見しやすい体制を強化する。 ・症状緩和が困難な患者に対し、必要時薬剤師の提案を行い、病棟薬剤師と共に情報共有する。	令和8年6月以降						
	4. 希死念慮のある患者への介入を通じ、防げる自殺を防ぐ	医師、看護師、看護補助者など研修受講者各々が自身に期待される役割を実践し、患者の苦痛に気づき、声をかけ、適切な相談先につなぐ体制を定着させる必要がある	・「命をつなぐ他職種連携講座～「死にたい気持ち」の理解と対応を学ぶ～を年に1回開催する。 ・看護師研修プログラム内で希死念慮の訴えがあった際のスキルを伝達する ・事例を用いたフォローアップ研修を開催する。 ・自殺予防を念頭にした環境調整についての研修を開催する。 ・ゲートキーパー研修を看護師のニーズに即して改訂し、ラダーⅡ以上に効果的なプログラムを開発する。	令和8年6月以降						

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立がんセンター	県内の「院内がん登録情報」を収集・分析する体制整備(院外:都道府県がん拠点病院の役割)	1. 都道府県拠点病院の指定要件として、今年度は県内49病院の2024年症例施設別がん登録数と治療数の情報収集と部会で承認を得た協議会ホームページ広報の更新が未である 2. 院内がん登録のルール変更や5大がん以外の病期分類(中級者レベル)登録に困っている実務者が多い 3. 実務者が相談できる場が少ない	【院外業務】 1. 2024年症例の県内がん登録部会の登録数と5部位がん(大腸・肺・胃・乳・前立腺)治療法の収集/集計を行い、協議会のホームページで広報する 2. 年に2回院内がん登録実務者ミーティングを開催し研修や統計活用などを通し実務技能の習得と登録精度向上を目的に持ち回り当番病院と連携して会の企画・運営を行う (1)事務局会議を開催し次年度以降の当番病院や企画・運営を検討していく(開催日9~10月予定) (2)第1回R7年11月頃予定(ハイブリット予定) 当番:北播磨総合医療センター テーマ:施設別がん登録公表案と精度向上について 開催日:R8年9~10月予定(事務局会議と同日) (3)第2回R8年2月頃(講義形式ZOOM)予定 当番:公立豊岡病院 テーマ:実務に役立つ講義(国がん講師)予定 開催日:R9年2月予定 3. 実務者有志のメーリングリストを活用し県内実務者の相談支援を行う	令和9年3月					
	がん登録実務の精度向上(院内)	1. マンパワーが減少している中、推進法改正により医療DXの推進(がん登録データへの連結・仮名化情報の利用)が可能となり、今後の改修(被保険者番号の収集システム改修やルール改修)に対して実務者の知識や技能向上が求められている 2. 指定要件「院内がん登録データを活用し、登録数や各治療法をホームページにて広報すること」集計・分析技能の向上が求められている 3. オンライン届出は、セキュリティ対応や品質管理チェックが登録改訂等に伴い作業が難しくなっている 4. 2016年症例生存率集計(全国がん登録)が開始となる	【院内業務】 1. 登録の精度とマンパワーを上げるために新人教育を強化し認定者をスタッフ全員で育成する。新人は国がん主催のEラーニング視聴なども行いルールを把握する。学会や研修に参加し国の動向や最新ルールを把握し日々の実務に反映させる 2. 国がんの公表時期に合わせ自施設ホームページ更新を目指す 3. オンライン届出がスムーズに行え登録保存性・機能性が高く、より経済的で効率のよいシステム構築に取り組んでいく 4. 運用管理規程に沿ってセキュリティ対策を継続し、全国がん登録予後還元申請を行い、生存率集計の追跡率を上げる。また、還元情報を電子カルテに活用検討していく	令和9年3月					
加古川中央市民病院	より質の高い相談対応が可能ながん専門相談員の育成	国立がん研究センター認定がん相談支援センターとして質の維持・向上できるように、計画的ながん専門相談員の育成を図る必要がある	2)認定がん専門相談員の資格申請を行う 3)相談対応の質向上のため、「国立がん研究センターコールモニタリング」を受ける 4)計画的ながん専門相談員育成案を作成し、稼働に向けて看護部・患者支援センターと検討する 5)相談対応における困難事例の検討を行う 6)相談業務に関連する研修参加と参加後の部門内伝達を行う	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
加古川中央市民病院	がん相談のハードルが下がるような広報活動の再検討	昨年度、実施したがん相談支援室の認知度や利用状況等に関するがん患者対象のアンケート調査の分析結果から、がん相談の心理的・認知的ハードルが存在することが明らかになった	1)がんと診断された際に手渡しているパンフレット「がんと診断を受けた方へ これからの生活のために」、実際のがん相談利用者の体験談を具体例として掲載する 2)院内の目にとどまる場所での案内を増やす 3)がん相談支援室のポスターを身近に感じられるようなデザインに変更する 4)反復案内でできるような仕組みづくりについて緩和ケア室、外来看護師と検討する	令和9年3月					
	ピアサポーターが安心して活動・活躍できる	昨年度、乳がんサロン、AYA世代サロンを各1回開催したところ、好評であった。また養成研修受講後のピアサポーターが定期的に参加できる加など場の提供や、加に参加する際の規約、活動支援の仕組みを検討する必要がある。	1)乳がんサロンの定期開催について企画する 2)AYA世代がんサロンの定期開催について企画する 3)ピアサポーターが当院サロンに参加する際の規約、活動支援の仕組みを作成する(参加する際の役割、参加後の振り返し、交通費支給など)	令和9年3月					
	がん登録実務の精度向上	活用できる精度のデータを積み上げていけるよう実務の向上を目指す。登録対象の抽出から登録まで、がん登録の過程には膨大な作業が必要とされており、実務者への負担が大きくなっている	県内外のセミナーなどを通じて最新の情報を入手し、活用する 精度向上とともにデータ活用についても学ぶ 見つけ出しの効率化により漏れている症例がないか検証するとともに、さらに精度の高い見つけ出しの方法について模索していく	令和9年3月					
	がん登録統計の広報活動	がん診療連携拠点病院として、県内拠点病院とともに集計データを公開することが求められている当院独自の最新のがん登録統計をホームページにて情報公開する必要がある	兵庫県がん診療連携協議会ホームページでは全国集計されたデータを基に集計データを公開している。今年度も県内他施設と協力して、データの更新を図るとともに、自施設のホームページでは最新のデータを公開する	令和9年3月					
	緩和ケアに関わる関係職種を育成し、基本的緩和ケアの質の向上を図る	2024年度より、基本的緩和ケアの充実を図る目的をかねて、IPOSのアセスメントについて評価を行ってきたが、緩和ケアセンターが主体となり評価を行ってきた。リンクナースが毎年ほぼ全員入れ替わる中で、リンクナースの役割について動機づけを行い、リンクナースが主体となり部署へ働きかけができるように、意識付けを行っていきたい。	リンクナースの育成 1)部署での活動の支援を行う【評価指標:各部署活動目標達成率80%以上】 ①緩和ケアにおける看護師の役割・求められる能力について理解し、リンクナースの役割についての動機づけを行う ②自部署のIPOS取得率や、IPOSアセスメントの状況を把握するために、リンクナースが自部署のIPOSアセスメントの評価を行う ③自部署のIPOSアセスメントの状況を把握し、継続していきたいところ・改善が必要なところを明確にし、リンクナースとしての活動が行える ④緩和ケアチームカンファレンス・ラウンドに1回/年参加し、緩和ケアチームの役割や活動を知り、基本的緩和ケアの質向上へ繋げる	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
加古川中央市民病院	患者の苦痛を把握し、つらさに対する適切な支援を行う(苦痛緩和)	2021年度よりIPOSを導入し、IPOSを「取得する」ことは定着してきている。しかし、IPOSの取得が「業務」の一環となっており、看護ケアへ繋がっていない現状もある。IPOSの取得する意味や必要性についてもう一度周知していくことと、IPOSアセスメントを充実させていくことで基本的緩和ケアに繋がっていきと考える。リンクナースを主体としてアセスメントの評価を行うことで、より部署へのアプローチへ繋がると考える。	1)IPOS取得後のアセスメント内容の充実【IPOSアセスメント評価指標 2.3の合計が80%以上】 ①IPOS取得の動機づけのため、IPOS取得の必要性や取得方法などの動画を作成する。 ②4月12月のIPOSアセスメントの監査を行う(緩和ケアセンターは4月12月全部署分。リンクナースは12月の各部署分) ③リンクナースへの課題として事前にIPOSアセスメント評価を2人分を行い、リンクナース会で話し合いを行う ④アセスメント評価を4月12月で比較する	令和9年3月					
	緩和ケアの診療体制の強化	当院では2024年度に緩和ケア科・緩和ケア病棟が設立し緩和ケア病棟への希望患者の中で、入院中の患者は緩和ケアチーム介入も行き、病態の整理や病棟転棟前の介入を行ってきた。そのような経緯もあり、2025年度の緩和ケアチーム介入件数(見込み)は260件であり、件数は増加傾向にある。このことから、今後も外来・チームと病棟の診療体制を強化していく必要がある。	1)緩和ケアチーム介入件数の増加への取り組み【評価指標:緩和ケアチーム介入件数230件/年】 ①緩和ケア病棟への転棟・転院を考慮する可能性がある患者のチーム介入依頼を行っていく ②緩和ケアチーム介入に至らない場合でも、ケアや関わりに現場が困難を感じている場合には、現場のスタッフをサポートし間接的に患者の苦痛に対応できる対応を確保する。 ④間接介入、個別対応などの状況についても把握する ⑤緩和ケアチームメンバーは専門性を活かし主治医団へのチーム介入を提案するなど、多職種からのアプローチを行う	令和9年3月					
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	・ 診療科横断的なカンサーボードの充実。	・ 診療科横断的なカンサーボードについて、多診療科、コメディカル部門の積極的参加が望ましい。	令和9年3月					
	ゲノム医療の提供	・ 当院で連携病院の指定を受けていない。	・ 連携病院の申請を行う。	令和9年3月					
	がん看護実践の質の向上	・ 地域がん診療連携拠点病院として、看護師へのがん看護教研修を実施しているが実践で活かしていない現状がある。ELNEC-J・がん看護研修を行うだけでなく実践での活用の支援が課題である。また、がん看護ミーティングを継続はできているが情報共有のみとなっている現状である。外来や病棟、がん治療部門の連携を図りチーム医療の推進が課題である。	1. 令和8年度ELNEC-Jコアカリキュラム看護師教育を開催し、がん看護実践の質の向上を図る。 2. 令和8年度がん看護研修会を開催し、がん看護実践の質の向上を図る。 3. がん看護ミーティングで患者の症例や看護の取り組みを話し合い、連携した看護を実践する。 4. がん看護専門・認定看護師として、カンサーボードに参加しチーム医療を実践する。	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
北播磨総合医療センター	緩和ケア医療の推進	・各職種の専門性を活かした活発な意見交換ができるカンファレンスを行うことが課題である。また、カンファレンス内容を回診に反映することが必要である。 ・IPOS評価を継続し、より患者を全人的に捉えたケアに繋げることが必要である。	1. 専門性を発揮した活発な意見交換ができ、定期カンファレンスの充実を図る。 2. IOPS評価を行い、患者を全人的に捉えカンファレンスで共有し具体的なケアにつなげる。 3. 1、2から患者ごとに緩和ケアチームとしての見解と提案内容を具体的に設定できる。	令和9年3月					
	がんリハビリテーションの推進	1. がんリハビリテーションの充実をはかる。 2. 新人療法士に対して緩和ケア病棟の機能理解や緩和ケアのリハビリ業務の周知	1. がんリハビリテーションの単位数の前年度の維持、増加をはかる。 2. 令和7、8年度にてリハビリ室内で新人療法士が5名増員となり、緩和ケア病棟や緩和ケア病棟に入棟された方のリハビリがどういったものを提供しているのか、病棟との連携をどうはかっているかなどの啓蒙をおこなっていく。	令和9年3月					
	がん相談支援センターの周知を行う	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の強化が必要である	1. がん患者およびその家族へがん相談支援センターへの周知を行う。 -1)がん相談時に、情報入手経路について、アンケートを行う。がん相談時に、がん相談支援センター・がん患者サロン・社会保険労務士相談会のチラシ及び、がん情報サービス冊子等を持ち帰ってもらう。 -2)がん相談時にがん相談支援センターの、ラインアカウント及びQRコードについて説明を行う。 -3)外来案内掲示板の見直しを行う。	令和9年3月					
	がんになっても、安心して暮らせるように、就労支援・両立支援に取り組む	2. 就労支援、離職防止への取り組みについて、院内スタッフへの周知が十分に行っていない	2. 就労支援・離職防止について、がん相談支援センターの取り組みを、院内スタッフへ周知する。 -1)院内向けがん相談支援センター便りを発行し、就労支援・離職防止についての記事を掲載する。 -2)各種委員会・カンファレンス等で「社会保険労務士相談会」についての周知を行う。	令和9年3月					
	様々な相談に対して、質の高い相談支援が提供できるようにスキルアップに努める	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。	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)及び、認定がん相談員継続研修を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)国立がん研究センターや地域開催の相談員研修を受講し、知識や情報の更新を行う。 -3)がん患者に関わる多職種でカンファレンスを行う。 -4)「がん相談対応評価表」を用いた事例検討を企画する -5)がん相談支援センターのマニュアルの見直しを行う	令和9年3月					
	院内がん登録実務の精度向上	・ 院内がん登録データを活用し、登録数や各治療を広報することが求められている。	・ 国がんの公表時期に合わせ当院のホームページの2025年症例のデータ更新を目指す。	令和9年3月					
		・ 院内がん登録実務者のレベルアップ、実務者の育成が課題。	・ 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。また、有資格者の増員を行う。						
・ 予後情報の取得方法について検討が必要である。(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)		・ 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努める。							

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
姫路赤十字病院	がん遺伝子パネル検査におけるエキスパートパネルの質向上	自施設でのエキスパートパネルを開始したが、継続していくための特定分野に精通した専門的知識を持つ人材の不足	・がん遺伝子パネル検査に関する情報を院内へ広報する(リーフレットの配布、研修会の情報提供、院内広報誌への掲載依頼) ・エキスパートパネルの内容に関する質の向上を図るため、院外講師による勉強会の実施 ・患者への治療案内に関する資料の作成 ・定期的に運用について参加メンバーで問題点を検討を行う	令和9年3月				
	遺伝性腫瘍診療体制の充実	・遺伝性腫瘍症候群診断後の長期フォローアップにおける地域との連携不足 ・遺伝性腫瘍症候群診断後のピアサポートの不足 ・院内における遺伝専門職の人材不足	・地域における遺伝性腫瘍症候群の理解を深め、地域医療機関との連携を図る(市民講座、地域医療機関への情報提供、サーベイランスの連携) ・遺伝性腫瘍症候群当事者のピアサポートの場を設ける(当事者会の企画と実施) ・遺伝性腫瘍症候群に関する専門資格の取得支援(遺伝外来陪席、学会発表、研修参加)	令和9年3月				
	AYA世代患者ニーズに応じた支援内容の充実	・AYA世代患者への支援について教育の機会がない ・子どもをもつがん患者の支援が不足	・院内職員の知識を向上するための講演会の実施 ・がんの親をもつ子どものサポートプログラムを開催する ・子どものサポートプログラムと同時に、親のサポートプログラムを実施し、ピアサポートも兼ねて患者の支援を行う	令和9年3月				
	がん登録実務の精度向上	中級認定者は2名いるが、うち1名は兼任のため充足しているとはいえない。	・がん登録実務担当者の増員と育成を図る。 ・兵庫県がん登録実務者ミーティングを主とし、がんに関する研修会を積極的に受講して情報収集を行い、技能向上に努める	令和9年3月				
	がん診療情報を収集・分析する体制整備	ホームページで院内がん登録統計の広報を継続する	当院のがん治療の状況を表す統計を作成、ホームページで継続して広報し、院外への情報発信に努める	令和9年3月				
	緩和ケアを必要とする患者に適切な緩和ケアを提供することができる	早期からの緩和ケア提供が不十分	【目標】 院内スタッフとの連携を強化し、早期からの緩和ケア提供を推進できる 【方策】 ①広報(患者・家族、医療者) がん診断時に院内冊子「これからについて知って頂きたいこと」を配布 ②外来における苦痛スクリーニング実施の定着化 ・IPOS実施件数を定期的に把握する ・緩和ケアチーム運用マニュアル(苦痛スクリーニング活用について)の見直し・修正 ③緩和ケアチーム介入患者の継続看護 ・継続看護シートの記入活用 ・定期的に外来NSとカンファレンスを実施(IPOS陽性患者)	令和9年3月				
	医療用麻薬の適正使用を目的とし(外来・入院を通して)薬剤説明・薬の相談窓口として薬剤師による充実したサポートを行う	・入院患者の医療用麻薬指導内容に個人差がある ・緩和ケア内科を介さないオピオイド使用患者のアドヒアランス状況の確認が十分でない	【目標】 外来・入院における医療用麻薬の適正使用の推進 【方策】 1)麻薬使用患者の指導件数の実態調査を継続して行い麻薬指導率70%以上を目指す 2)医療用麻薬の指導項目テンプレートの内容をブラッシュアップして薬剤師個別の指導スキル定着を目指す 3)患者説明用の冊子の改訂を行う	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
姫路赤十字病院	緩和ケアを必要とする患者・家族が安心して在宅療養に移行できる	①急性期病院の機能上、病状に着目しがちで院内スタッフが緩和ケアを必要とする患者・家族の療養生活について知る機会が十分でない ②在宅機関(訪問診療・訪問看護・居宅介護支援事業所・緩和ケア病棟等)の支援の実際を知る機会が十分でない	【目標】 緩和ケアを必要とする患者を対象としたフィードバックカンファレンスを開催し今後の在宅療養支援に活かすことができる 【方策】 1)担当部署や緩和ケアチームが参加しフィードバックカンファレンスを実施 2)フィードバックカンファレンス後、1)で参加したスタッフとともに気づきを共有し支援策を検討 3)2)で検討した支援策を日々の業務に取り入れ実践していく	令和9年3月				
	がん相談支援センターの周知とがん相談員の質の高い相談支援体制の整備	診断から治療開始までにかん相談支援センターを訪問するように各科外来で【がんと診断されたあなたへ】の冊子配布しているが、配布数が月60部程度と少ない 基礎研修(3)修了者が退職に伴い減少している 2022年10名⇒2025年7名 がん相談を必要としている人に支援が届くように広報を強化し、質の高い相談対応ができるよう相互評価を継続し、結果を相談員で共有し修正していく必要がある	1)がん相談支援センターの広報 ①来訪システムの検討 ・がんと診断されて治療開始までにかん相談支援センターを利用する仕組みとして、診断時や再発時に『がんと診断されたあなたへ』を配布し、来訪の仕組みをつくる ②職員向けに見学会の実施 ・新入職員(医師・看護師)へのオリエンテーション ・緩和ケアリンクナースへの見学会実施 ③院内すべてのスタッフに向けて、がん対策、診療・連携体制等について年1回教育を行う ④市民向けに広報する ・市民講座広報時にかん相談支援センターを明示し広報する ・院内広報し「さわやかライフ」で広報する 2)基礎研修(1)(2)(3)の計画的な受講を促進 ・基礎研修(1)(2) 7名受講予定 ・基礎研修(3) 1名受講予定 3)相談支援に関する情報提供・評価を実施 ・がん相談対応表を用いたモニタリングを実施する：年4回 ・利用者からのフィードバック内容を年間を通じて評価し共有する ・AYA・妊孕性・希少がん・ゲノム医療等、対応経験が蓄積されにくい相談は、随時各専門家に相談し対応する。院内カンファレンスや会議で協議し対応を振り返る	令和9年3月				
	治療と仕事の両立支援や就職支援に向けた体制整備	就労支援件数が減少しており、支援を必要とする人に当院の就労支援が伝わっていない 院内の職員、院外の関係者に向けた広報と就労に関するサポート体制の仕組みができていない	1)院内外の医療者に向けた教育 ・新入職員(医師・看護師)へのオリエンテーション ・緩和ケアリンクナースへ離職防止や就労支援について勉強会を実施 ・医師の緩和ケア研修で、院内外の職員に向けてがん相談支援センターの役割と就労支援について講義 2)相談支援センターのマニュアル・オンラインハローワーク相談会マニュアルの整備 ・既存の院内冊子、ガイドラインの情報等を見直し、適切な情報資源について整理し、仕組みを検討する	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
姫路赤十字病院	がんサロン運営の充実	ハイブリッド形式で毎月開催しているが参加者が月8名程度と少なく、ピアサポーターを必要としている人がピアと語り合う場に参加し適切な支援を受けられる人が限られている	1)がんサロンの充実 :毎月第2水曜日14時~16時ハイブリッド形式で開催 ①新規参加者の増加にむけてPRを行う ・院内広報誌で案内継続 ・電光掲示板での案内内容の検討 ②サロンの内容検討 ・「世話人」役割を担って頂いた方に、ピアサポーターとして役割が発揮できるように、意見交換会を毎月1回行う。 ・ミニ勉強会企画を患者会で検討して開催する ③院内外のピアサポーターに向けて、当院のサロンへの参加をHPで広報する ④情報連携部会のがんサロンG活動を活かして支援に取り組む	令和9年3月				
姫路医療センター	相談支援を必要とする方が利用でき、そのニーズに合った質の高い支援が実施できる	がん患者及びその家族等へのがん相談支援室の周知体制のさらなる充実 利用者からのフィードバックを得る体制の強化 院内スタッフへのがん相談支援室活動の継続的な周知の充実 相談対応に必要とされる知識や情報の継続的な更新に向けた学習 希少がんに対する相談支援体制の充実	1)来訪システム定着への取り組み ①来訪システムのアナウンスの継続(各種研修など) ②来訪者数の把握、評価、各診療科への働きかけ 2)患者・家族及び地域住民に向けた広報活動 ①がん相談支援室からの、地域住民に向けた情報発信(YouTube、Instagram、HP、広報誌など) 3)利用者からのフィードバックを得られる体制整備 ①利用者へのアンケートの継続 ②電話相談者へのアンケート調査の拡大(HPへQRコードを掲載る) 4)診断早期からがん相談室を案内できるよう、院内スタッフへ周知①新採用者研修(医師、看護師、メディカル)でがん相談支援室の活動概要について周知 ②初期研修医へのオリエンテーションの実施 ③がん看護研修会 5)認定がん専門相談員資格更新に必要な研修に計画的に参加 ①がん相談員研修等の受講、各種学会・研修会への参加 6)ひょうご希少がんネットワーク活動と連携した取り組み ①データ集計と提出(1回/年) ②情報共有、課題抽出など ③知識向上のための情報収集、研修会参加 ④ネットワーク参加施設との連携	令和9年3月				
	がん患者が早期から離職防止、就労支援を受けることができる体制を整備する	院内スタッフへの就労支援に関する周知の強化 両立支援のための情報共有体制の整備	1)院内スタッフへの周知を行う がん相談支援室で実施している就労支援について周知する(新採用者研修、初期研修医オリエンテーション、がん看護研修、広報誌など) 2)就労支援の実施 ①ハローワークとのオンライン面談の実施 ②ハローワーク姫路の出張相談の継続(1回/月) ③兵庫医科大学病院との連携(仕事とお金のお悩み相談会) 3)職場復帰への支援(両立支援フロー参照) ①就労支援シートを活用し、就労相談支援を実施する ②就労支援シートの内容を主治医と共有し、主治医意見書(診断書)に反映できるよう支援する。	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
姫路医療センター	がんに関する情報を地域住民及び医療従事者に対し発信する	医療従事者に対する継続的な情報提供及び連携体制の充実 正確ながん情報を提供する体制の充実	1)がんに関する研修会を実施する ①早期診断・副作用対応を含めた放射線治療・薬物療法 法の推進及び緩和ケア等に関する研修 ②PEACE研修 ③がん医療・ケアに関する活動報告会 2)がんナビ2027の企画 3)薬物療法の患者指導用パンフレットの一元化 ・皮膚障害、爪障害、手足症候群、末梢神経障害に関するパンフレット ・電子カルテから閲覧及び印刷を可能にし、各部署で患者指導に活用できるよう整備する	令和9年3月				
	緩和ケアの知識・技術の向上 1.院内の緩和ケアの質の向上を目指す 2.緩和ケアチーム連携・強化	・昨年度、院内職員へニーズを確認し、緩和ケアポケットマニュアルの改訂を行った。職員へ使用周知し、評価する ・緩和ケアチームメンバーで月1回以上病棟ラウンドを行い、リアルタイムで多職種で症例検討を行うことができた。緩和ケアリンクナースが参加することで、患者の治療やケアに活かすことができた。ラウンド日以外にも症例検討を希望する声もあり、適宜多職種でカンファレンス実施し、ケアの質向上に繋げる	1-1.緩和ケアポケットマニュアルの普及啓発 ①各部署職員へ説明・周知(薬剤部・看護部) ②実践場面で職員に指導・活用 ③使用評価 1-2.ニーズに応じた事例検討、勉強会開催 2-1.緩和ケアチームメンバーで病棟ラウンド実施(月1回以上) 担当医・緩和ケアリンクナースが参加し、情報提供・ケア計画に反映	令和9年3月				
	緩和ケアの普及・啓発(院内外を含めた活動) 3.医療者/地域の在宅・施設従事者が連携し、緩和ケアの知識向上を図る	・院内の多職種カンファレンスの件数は少ない(カンファレンス:2職種約6.91%、3職種1.37%、倫理カンファレンス:2職種36.09%、3職種1.25%、4職種1.00%)。院外とのフィードバックカンファレンスは2件 ・がん看護事例検討会開催の担当病院であり、地域の医療機関の看護師と事例検討を通じて実践能力を高める、それぞれの役割を知る、ネットワークづくりの機会を目的としている。緩和ケア病棟を知り、紹介する上での参考にしていただく。また、紹介元へのフィードバックの機会とする ・R5年度より看護師対象にACP推進に向けた体制作りをしている。看護部のACPの実践率は上昇してきたが、部署・個人の認識・実践差がある。病院全体としての取り組みは不十分で、ACP実践の定着、質的な関わりに至っていない。	3-1.院内外スタッフを含めた多職種ケアカンファレンス実施し、ケア方針検討 3-2.院内外スタッフとフィードバックカンファレンスし、ケア振り返り評価(地域連携室) 3-3.がん看護事例検討会で近隣看護師と事例検討会実施。緩和ケア病棟の紹介・見学対応、紹介元へのフィードバック(D-2) 3-4.ACP実践を部署で中心となり担うスタッフの育成 ・緩和ケアリンクナース会で勉強会、事例検討会 ・実践時のOJT ・がん看護研修	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
公立豊岡病院	一元化体制の最適化と最新知見に基づくがん登録精度の向上	・組織の一元化により情報共有の土台は整ったが、実務レベルでのさらなる効率化の余地がある。また、がん登録の制度改正や分類の更新にあわせ、常に最新のルールを実務に反映し、組織全体で知識レベルを均一化していく必要がある。	・前年度に実施した業務棚卸しを踏まえ、登録手順書の改定を行う。また、がん登録中級者認定試験の合格を目標とするとともに、そこで得た専門知識や最新動向を部署内で共有し、全体の登録精度の向上と正確性の維持を図る。	令和9年3月				
	相談支援を必要とする人が、必要時に適切な相談窓口へつながることが出来、質の高い支援を受けられるよう支援体制を構築する	・がん相談支援センターについての院内スタッフの認知度が部署により差があり紹介につながりにくい ・専門知識を持つスタッフの相談対応につなげていない ・フィードバック体制が不十分	・がん相談支援センターの院内スタッフへの周知活動を強化する(勉強会の開催、デジタルサイネージ、リンクナース活用等) ・初診時からの来訪システムを構築する(外来との連携、リンクナース活用等) ・相談者へのアンケート回答をQRコード化し、運用、評価する(紙運用とQRコード選択の統一化を図る) ・専門職の相談対応フローを周知、活用する	令和9年3月				
	緩和ケアチームラウンドの質向上	・緩和ケアチームのラウンドが緩和ケア病床利用目的の患者抽出が主になっており、ラウンドを十分活用してもらえていない。 ・非がん患者への対応ができていない。	・ラウンドの目的の再定義と周知 緩和ケア病床への紹介を主目的としたラウンドではないことを繰り返し発信し、症状の緩和など、日常診療を支える役割を明確にする。 ・症状マネジメントに困難を抱える患者の早期発見 ラウンド時に、症状コントロールに難渋している患者がいまいか積極的に確認し、声かけを継続的に行う。麻薬出庫リストからのアプローチするなど ・ラウンドの方法を見直し、具体的な介入を実施 病床調整の確認にとどまらず、症状評価、薬剤調整の提案、ケア方法の助言など、症状緩和の介入を積極的に行うラウンドへと改善する。 ・非がん患者も対象に含める体制づくり 非がん患者もラウンド対象に加え、チームとして幅広い緩和ケアニーズに対応できる体制を整える。	令和9年3月				
	連携ノートを元にしたかかりつけ医との連携強化に向けた課題抽出	・5大がん地域連携パスを使用しているが、連携ノートを使用して開業医と連携できているか現状把握が必要である。	・外来での連携ノートの活用状況を把握する。 ・活用状況把握からみえてきた課題を抽出する。	令和9年3月				
兵庫県立丹波医療センター	がん医療に携わる医療従事者の育成の継続	人員の入れ替わりがありがんに関わる専門知識を有する医療従事者を継続して育成する必要がある。そのため引き続き地域医療を支える多施設・多職種連携強化、及び質向上に向けた研修会の開催や参加者の増加に向けた企画を行い、実施する必要がある	以下の研修会等を継続開催する ①研修会 ・緩和ケア研修会(年間2回) ・がんの早期診断と治療についてセミナー ・化学療法についてセミナー ・がん看護緩和ケア研修会 ・がん患者自殺防止に関するセミナー ②多職種カンファレンス ・がん患者自殺防止に関するセミナー ・がん患者自殺防止に関するセミナー ③研修会やカンファレンス開催の告知と参加の呼びかけ ・医師会や介護居宅事業所、訪問看護ステーション等へ広報 ・院内教育研修部会と協賛して日程調整	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立丹波医療センター	病院全体として、患者や家族等の不安に適切に対応できる体制の整備を継続して行なう。	<ul style="list-style-type: none"> ・外来初診時から治療開始までを目処にがん患者及び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システム作りが必要 ・がん相談を担うための人材が不足している 	<ul style="list-style-type: none"> ①周知活動継続 【院内】 ・院内スタッフへがん対策の目的の意義、がん患者および家族に起こりうる困りごとや課題への対応また、がん相談支援センターへのつなぎ方を学ぶ機会を提供する(対面方式、電子媒体利用) ・リーフレットの見直し ・院内掲示物の選定や場所の見直し ・サイネージでの広報活用 ・ポスター作成 【院外】 ・住民講話への参加 ・だより以外の院外周知方法を検討する ②相談支援の質向上についての取り組み継続 ・来訪システムを構築し、一部の外来で運用する ・患者アンケートの回収率向上について ・看護師・社会福祉士の強みを活かし、就労・アピアランス等患者ニーズに対応出来るようにする ・基礎研修(1・2)(3)受講者の増加 ③がん患者サロン開催継続 ・病状や世代が異なる患者がサロンに参加しやすいように患者会と役割を分担し土日開催を行なう ・兵庫県情報・連携部会(サロンG)の活動を行う 	令和9年3月					
	早期から緩和ケアが提供できるよう、緩和ケアチーム活動の質を高める	スクリーニングシート運用手順を作成し、がん患者の苦痛を早期にキャッチ出来るよう努めているが、入院患者の緩和ケアに対するニーズの把握が不十分。	<ul style="list-style-type: none"> ①緩和ケアチーム介入依頼目標数値 130件/年 ②スクリーニングシートの活用。各部署リンクナースへの運用手順の周知とスタッフへの啓蒙活動を引き続きおこない、使用定着につなげる。スクリーニングシートを使用することで患者の問題点を明らかにし、早期からの問題解決に繋げる。 ③PCTカンファレンスの定期開催(毎週木曜日) チーム介入中患者の問題点についてチームメンバーで検討、解決策を見出す。検討内容は主治医・スタッフと共有、日々のケアに活かせるよう支援する。 ④がん診療に携わる医療者のための緩和ケア研修会開催(年2回開催予定) ⑤がん看護の質向上・スタッフ育成 ・がん看護緩和ケア研修会開催 	令和9年3月					
	緊急照射フローの運用を開始し、安定運用を図る	地域紹介患者において、緊急照射が必要な患者に対して、該当診療部診察予約取得段階で、地域連携室で取得できる予約枠では初診予約が遅延してしまう問題があった。そこで、R7年度に、専従医師が就任したことから、緊急照射フローを策定したが、実運用をおこなっておらず、今年度から開始する。	地域連携室、放射線科医師、診療部との連携で問題が生じないか、運用を行いながら、適宜最適化する。	令和9年3月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
兵庫県立丹波医療センター	がん免疫療法や、irAE、CRS/ICANSなどの有害事象への対応の標準化を図る	院内で、CRS/ICANSやirAEの対応マニュアルが十分周知されていないため、救急対応が遅れる可能性がある	①院内でがん薬物療法について周知を図るため、必要なテーマを検討し研修会を実施する ・オープンセミナーでがん薬物療法に関する研修会を実施 ・院内研修でがん薬物療法に関する研修会を実施 ②irAE対応マニュアル、CRS/ICANSの対応マニュアルについて、救急外来部門を中心に院内周知を図る。	令和9年3月				
	適正なレジメンの審議、登録および管理を行い、安全な化学療法の提供に努める	①登録されている制吐薬が、最新の制吐薬適正使用ガイドラインに沿っていないレジメンがある。 ②オンライン会議の運用に部会員が慣れていないため、緊急にオンライン会議開催が必要な場合に迅速に対応できない可能性がある。	①最新の制吐薬適正使用ガイドラインに沿った制吐薬の見直しを、催吐リスクが高く使用頻度の高いレジメンから優先的に行う。 ②定期的にオンライン会議を開催し、運用手順の確認および問題点の抽出を行う。	令和9年3月				
	がん登録の精度向上	院内がん登録実務者の計画的な育成が求められる	文書担当の医師事務作業補助者などから候補者を選定し、業務として実務者研修を受講できる体制を整備する	令和9年3月				
兵庫県立淡路医療センター	基本的な緩和ケアの充実を図り、患者・家族が望む療養場所で安心して過ごせるよう地域医療施設と連携を強化する	1. 苦痛がある患者の対応について部署間や個人によっても格差がある。知識・技術の不足や緩和ケアマニュアルが認知されておらず効果的に活用されていない現状がある。非がん患者も含めた症状に対するアセスメント力を養い、症状マネジメントができるよう支援する必要がある 2. ACP実践において、医療者の意識が高まり浸透してきたが、部署間で格差がある。知識不足や導入のタイミングがわからないなどが理由で実施に至らない部署もある。また、主治医との連携が不十分で、情報の共有が不足している場合がある。 がん、非がん患者も含めて、どの部署でもACPが必要な患者にACPの実践ができるよう院内全体で取り組む必要がある 3. 他病院や在宅療養との連携、顔の見える関係性構築の機会が少ないため、率直な意見交換や相談ができる場が少ない	1. 1) リンクナースをはじめ看護師全体の知識・技術の向上に向け、ELNEC等の既存の研修会に加え教育方法の見直しを行う 2) リンクナース会でマニュアルを活用できるよう検討する 3) 緩和ケアラウンドで症状緩和に難渋する患者、非がん患者へのチーム介入を主治医に打診、また、非がん患者の緩和ケア診療加算の対象となる疾患・病状についてアナウンスし加算の増加を図る 4) PEACE研修会の開催(①院内受講率90%以上をキープを目指す 2. 1) ACP実践について、多職種で構成されたコアメンバーでACP導入から共有、連携の過程を検討し患者家族が主体のACPを目指す ①モデル部署でACPの実践を強化する 2) ACPに必要なコミュニケーション研修会を開催する 3. 1) ワールドカフェを共同開催し、院外の医療者の参加、多職種の参加により顔の見える関係性を作る 2) 緩和ケア連携研究会で、院内外の連携施設とカンファレンスを開催し具体的な支援について検討したり連携できるような取り組みを行う	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
兵庫 県立 淡路 医療 センター	がん相談支援センターの機能強化に努め、役割・相談の場を周知する	1.情報不足から不安を抱える方が多く、治療の選択に戸惑う方がいる 2.がん相談支援センターの役割について十分理解されていない(市民、多職種連携) 3.相談対応の質の管理、維持向上する必要がある	1.院内掲示物、資料、HP等の定期的な見直しを行い、新しい情報を発信する 2.がん相談支援センターの役割発信し、患者・家族の利用に繋げる(新人オリエンテーション、PEACE、Eラーニング、院内外研修など)患者会との連携についての周知。 3.相談員同士で事例の振り返りを行う。がん相談員基礎研修の研修受講を促す為、関係部署に周知する。相談員自身が各種研修に参加し最新の知識習得、自己研鑽を行う。 患者・家族に専門的知識を用いた対応ができるようMSW兼務もしくは配置を継続要望する	令和9年3月				
	「がんゲノム医療」への地理的障壁	1.当院の医療圏の高齢化にともなう患者の高齢化やがんゲノム拠点病院までの距離の問題と公共交通機関の脆弱性からこの治療へのアクセスが制限される危険性がある	1.がんゲノム医療の啓蒙 院内勉強会の実施 2.ゲノム医療のプロセスをパス化する体制整備 検査適応判断・時期の明確化・同意書取得・検体の量と質の検討、コンパニオン診断とエキスパートパネルの検査の優先順位の計画等 3.遺伝子カウンセラーの導入	令和9年3月				
赤穂 市民 病院	圏域内におけるがん診療病院としての役割を担保する	グループ指定病院および地域医療機関と連携を強化する 化学療法マニュアルを適正運用し、安全な化学療法を実施する	【グループ指定および地域医療機関連携】 1. 確実な連携体制を確保するため、グループ指定病院と定期的ながん診療に関するwebカンファレンスを開催する(年2回) 2. 地域医療支援委員会を開催する(年1回) 3. 地域医療連携会議を開催する(年1回) 4. 地域医療介護福祉懇談会を開催する(年2回) 5. 定住自立圏構想内において講演依頼する(年1回) 6. れんけい通信で地域がん診療拠点病院を周知する(年1回) 【化学療法】 1. 化学療法委員会にて化学療法マニュアルを院内に周知する	令和9年3月				
	緩和ケアに関する連携強化	患者の苦痛を把握する症状スクリーニングシートより緩和ケアチームにつながる症例が少なく、早期から介入ができていない 終末期医療についてご希望調査票が活用されていない	【早期からの緩和ケア】 1. 緩和ケアチームの活動内容を電子カルテ内の掲示板に掲載し、スタッフに周知し症例件数の増加を目指す 2. 各部署の緩和ケアリンクナースがスタッフに症状スクリーニングシートの活用について再周知する 3. 緩和ケアチームカンファレンスで、スクリーニングシート項目が7点以上のものを精査し、積極的に介入を調整していく 4. 緩和ケアマニュアルを院内に周知する 5. 広報誌で緩和ケアチーム活動を周知する(4月予定) 【ACPの普及・啓発】 1. 院内の「終末期医療についてのご希望調査票」が浸透していないため、周知ならびに活用し、ACPを推進する	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
赤穂市民病院	必要な時期に相談支援及びピアサポートを受けられることができる	<p>診断後の早い時点で、がん相談を利用できていない</p> <p>全がん種対象のがんサロンを運営する</p>	<p>【がん相談支援センター】</p> <p>1. がん相談支援センターの周知を図る</p> <p>1)院内放送でがん相談支援センターを案内する</p> <p>2)インスタグラム・公式LINEで周知する(4~5月)</p> <p>3)デジタルサイネージ、ホームページ、パンフレットを1年に1回は見直し必要時は更新する(4~5月)</p> <p>4)広報誌でがん相談支援センターを周知する</p> <p>5)がん相談支援センターの活動内容を電子カルテ内の掲示板に掲載し、院内スタッフに周知し相談支援につなげる</p> <p>6)ホームページに昨年度のがん相談内容および件数を掲載し、市民に周知する</p> <p>2. がん診断時に医療者が、がん相談支援センターを紹介する体制を構築する</p> <p>1)各関連部署に「がん相談窓口ご案内」パンフレットを設置する</p> <p>2)がん関連全科において、担当者が、がん診断時に「がん相談窓口ご案内」パンフレットを配布し説明する</p> <p>3)患者支援センターに来院した患者・家族を必要に応じてがん相談員につなげる</p> <p>4)緩和ケアチームが作成した、症状スクリーニングシートを活用してがん相談につなげる(各関連部署で担当する看護師が担当する)</p> <p>【がん看護相談外来】</p> <p>1. がん相談支援センターで初期相談対応した患者のうち専門的支援が必要な患者はがん看護相談外来へつなぐ</p> <p>【がんサロン】</p> <p>1. 全がん種対象のがんサロンを運営する</p> <p>2. ピアサポーターに取り組むがん患者の支援を行う</p>	令和9年3月				
兵庫県立こども病院	小児がん拠点病院として再発・難治例の診療(造血細胞移植推進含め)	<p>診療圏内の再発・難治例の小児がん患者の集約化を進めるとともに、難治・再発症例に対する造血幹細胞移植、CAR-T細胞療法、がんゲノム医療の実施基盤の強化を進める必要がある。</p>	<p>引き続き県内外の小児がん連携病院と強固に連携し、難治例の集約化に努める。同時にCAR-T細胞療法と造血細胞移植の推進に努め、連携施設の専門医育成については人材交流などを通じて貢献度を高める。</p>	令和9年3月				
	小児・AYA世代がん患者に対する緩和ケア体制の拡充	<p>他施設の患者受け入れや、小児緩和ケアチームの稼働推進を図っていく必要がある。</p>	<p>新たに設置した緩和ケア内科及び緩和ケア病棟を活用しつつ、更なる緩和ケア体制の拡充を進める。同じく、新設の緩和ケアセンターを中心に、小児がんを含め緩和ケアを必要とする全ての患者への対応を強化していく。</p>	令和9年3月				

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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
兵庫県立こども病院	神戸陽子線センターとの医療連携による小児がん患者に対する陽子線治療の推進	要鎮静照射小児例や化学療法併用小児例中心に、近畿圏及び陽子線治療空白地域を中心に積極的な陽子線治療の診療需要に応じていく必要がある。	引き続き要鎮静症例、化学療法併用症例について正しく広報し、難治再発例の陽子線併用化学療法患者を積極的に受け入れる。強度変調放射線治療(IMRT)及び定位放射線治療など、施設優位性を生かして診療需要に応えていく。	令和9年3月				
	小児がんに対するがんゲノム医療の積極的な展開	がんゲノムプロファイリング検査の増加に加え、カウンセリング実施体制や出口戦略としての治験実施体制の充実が求められている。	カウンセリング実施体制を強化し、稀少がんに対するがんゲノムプロファイリング検査の積極的な運用に努める。小児治験ネットワークと連携し、治験実施体制を強化し、小児がんに対する治験に積極的に参入する。新たに導入予定の造血器腫瘍に対するがんゲノムプロファイリング検査を契機に、がんゲノム医療を積極的に展開する。	令和9年3月				

(注)実施管理・区分欄の記入について

C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。

兵庫県がん診療連携協議会

《令和8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸医療センター	がん化学療法マニュアル、レジメナー一覧の整備	新薬や新規レジメナーの登録、ガイドラインの改訂などに伴い、各部署のがん化学療法に関するマニュアルや、レジメナー一覧を更新していく必要がある	・各部署のマニュアルが現行のガイドラインに沿っているか評価し、修正を行う ・カルテ内に参考資料として載せているレジメナー一覧の修正を行い、安全で正確な抗がん剤の投与を推進する	令和9年3月					
	通院治療センターの効率的なベッドコントロール	連休の前後の予約人数の集中および、実施確定集中により、待ち時間の発生や、点滴投与が時間内に終わらないことがある	・予約枠の運用に関して意見を集約し、見直しを行う。 ・薬剤部からの払い出しがスムーズにできるよう、調製・払い出し業務の若手育成を行う。	令和9年3月					
	センターの役割・相談について広報・周知ができ、相談支援を必要とする人が活用することができる	外来初診時から治療開始時までを目的としたがん相談支援センターの案内の充実を図る 院内スタッフへの相談支援センターの活動や活用方法に関する周知が不十分である	がん患者・家族に対して、外来初診時から治療開始時を目的に、一度はがん相談支援センターを案内できるよう院内体制を整備する ①がん相談支援センターの場に相談員の立場として参加する ②看護スタッフに対して、がん相談支援センターの役割、相談センターの活用方法について伝える機会を提供する。各診療科の看護師とも定期的に情報共有を図る ③院内での相談支援センターの認知度や活用状況を調査し、広報活動を評価・修正する ④院内掲示物や電子掲示板、病院HPの定期的な見直しを行う	令和9年3月					
支援を必要とする人がニーズのあった質の高い支援を受けることができる	1)質の高い相談支援を継続して行うために継続的な学習の取り組みが必要である 利用者からのフィードバックを得る体制整備ができていない 2)アピアランスケアや治療中の副作用のケアに対する相談のニーズが高い 3)就労支援・両立支援を必要とする対象への支援や多職種連携を充実が見直し必要がある	1)相談支援の質向上に努めた活動を行う ①定期的に相談員間での事例報告・検討を行い、相談について検討する時間を設ける ②がん相談支援センターのマニュアルや資料・資材の見直しを行う ③情報・連携部会等に参加して、情報収集を行う ④相談利用者からのフィードバックを得られる体制整備について検討する 2)①初回治療開始前から開始後までに1度は相談支援センターにてアピアランスケアを含めた相談が受けられるように病棟・外来と連携して体制整備を行う。 ②通院治療センターと連携してアピアランスケアの基本的な知識の習得を図る。 ③アピアランスケアに関連したリーフレット・パンフレットの整備を行う ④ウィッグやスキンケア用品の適切な管理を行う 3)就労支援相談体制の充実を図る ①院内スタッフへ離職防止の大切さについて伝える ②がん相談支援センターで就労支援・両立支援に関する相談が行えることを広報する ③必要に応じてハローワーク、産業保健総合支援センターなどの社会資源と連携を行う	令和9年3月						

《令和8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸医療センター	がん患者同士の交流の場づくりを行える	患者サロンが効果的に開催されていない 患者サロンの周知が不十分である	患者同士が語り合う場の周知・広報活動の充実を行う ①医療者主体のがんサロンを企画・運営を行う ②医療者主体のがんサロンを年5回開催する ③院内・院外へ院内掲示物や電子掲示板、病院HPを用いたがんサロンの広報活動を行う	令和9年3月					
	患者・家族のニーズに応じ、早期から基本的緩和ケアが提供され、適切な時期に緩和ケアチームへ繋げられる	・昨年度は苦痛スクリーニングの定着を目指し活動を行ったが、活用率は30%未満の結果となった。また、チームへの依頼件数も減少傾向にあり、さらには、介入患者のうち死亡に至った患者で介入期間が1週間に満たないケースが50%を上回った結果となり、介入時期の遅れも課題としてあげられた。 ・カンファレンスが年々チーム主体となっており、病棟看護師が問題把握が不十分となり、症状緩和の経過や前回カンファレンスからの評価が明確にされておらず、効果的なカンファレンスが行えていない。	1)苦痛スクリーニングの定着に向けた取り組み ① 苦痛スクリーニングの定着がされない背景を各部署毎で調査を実施(4月中) ② ①の調査結果分析、改善策の明確化(5月上旬) ③ 改善策の実施(5月下旬～) [改善策]※改善策の明確化後に記載 2)緩和ケアチーム依頼件数目標 がん患者:100件以上/年 非がん患者:10件以上/年 ① 緩和ケアチームラウンド・カンファレンス実施 1回/週(木曜日) ② コンサルテーション内容の評価を行いチーム活動の質向上を行う。 A. 評価内容の可視化 症状評価を行う際に、評価時の共有ツールとして、介入開始時より評価指標を可視化したものを使用し、経時的に患者自身も症状の変化が認識できるような体制を整える。 B. Aの情報から症状緩和状況を分析し、チーム内で評価を行う。 ③ 苦痛スクリーニングフロー活用の状況確認を行い、症状緩和不十分な患者でPCTへ介入依頼されていない場合は(STAS-J2以上)、チームラウンド時に病棟看護師に状況確認し、必要な患者はチーム介入を開始する。 ④ 効果的なカンファレンス実施 カンファレンス内容記録内に次回の評価内容を明確に記載し、経過・評価を当該看護師が記載できるよう修正、周知を行う。 3)緩和ケア内科外来の運用促進 ① 繰り返し広報活動を行う ・案内ポスターを作成し、各部署および外来診察室へ掲示 ・がん診療運営委員会・カンサーボード等で周知を行う。 ② 苦痛スクリーニング状況から苦痛緩和に難渋している患者を対象に緩和ケア内科外来受診を提案する。 ③ 緩和照射を行う患者の場合、同時に緩和ケア内科外来紹介を提案する。	令和9年3月					

《令和8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸医療センター	基本的緩和ケアの質向上	・昨年は、従来から行っていた、対象が限定された専門的ながん看護教育から、すべての看護師を対象とした基本的ながん看護教育が受けられる教育体制へ変更をしたことで、受講者が大幅に増加した。反面、部署内でリーダー的役割を担い、臨床で基本的緩和ケア実践の支柱となる経年別層の受講数は伸び悩んでいる。	1)緩和ケア研修会の開催(2027/2/13) 広報活動を行い、医師や看護師、メディカルスタッフの参加を募る。 2)看護師の基本的緩和の教育活動 ①がん看護教育プログラム [ベーシックコース]継続 ・中堅層の受講者獲得のための広報活動 ②苦痛症状のアセスメント、苦痛緩和の評価に関する教育活動を行い、看護師のアセスメント能力を高める活動を行う。 下記のいずれかの方法で実施。 ・症例ごとに個別に教育 ・カンファレンス 3)緩和ケアマニュアル整備 ①アブストラクト、メサペインの使用手順等掲載 ②メサペイン運用マニュアル作成 ③鎮静に関するマニュアル見直し ④その他、見直しにて修正・追加必要な項目があれば実施 4)院内ACPシステム構築に向けての検討 ・老人看護専門看護師と共同で実施	令和9年3月					
兵庫県立西宮病院	がん診療連携拠点病院としての責務・役割を果たしていくための適正な業務運営を行う	1)各診療科における、手術療法、化学療法、放射線療法の質向上	1)「がん総合センター運営委員会」において、各診療科から治療内容、治療成績についての報告し、検討を行う	通年					
		2)地域住民への啓蒙	2)県民公開講座がんフォーラムの開催(予定) 3)ホームページへの情報提供の充実	通年					
		3)がん相談支援業務の拡大 4)がん術後地域連携パスの運用 5)入退院支援センターの円滑な運用	4)担当者育成のための研修充実等による体制強化 5)がん連携パス説明要員の拡充とスキルアップ 6)緩和ケア介入が必要ながん患者の積極的な支援	通年					
明和病院	患者同士の交流の場をつくる 相談できる場所を提示する	・患者会の人数が増えない ・がん相談ができる場があることを知っているスタッフが少ない	①患者会の広報の方法について検討する ・外来掲示板に案内 ・病院のホームページに開催日時を掲示する ・年に1回 催し物(音楽会)を開催する ・患者会開催後に次回開催を案内 ・患者会の参加者の声や今までの内容を案内の掲示に追加する ②がん相談支援センターの周知方法を検討する ・がん診療にかかわる医師や看護師にがん相談支援センターの役割や連絡方法を提示する ・がん相談支援センターの案内を作成し、手渡しのできるデバイス作成を検討する ③がん相談員の経験を増やす 相談内容を共有する	令和9年2月					

《令和8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
明和病院	がん登録実務への取り組み	がん登録対象件数の増加への対応と、実務者の育成・精度向上のための継続的な取り組みが必要	がん登録対象件数の増加に対応できる体制整備と、実務者の育成・精度向上を両立させる継続的な取り組みが必要である。具体的には、業務分担の見直しや人員配置の最適化、定期的な研修・勉強会の実施、実務者間での情報共有の強化、マニュアルの整備・更新等を実施する。	令和9年1月					
	緩和ケア提供体制の質の向上	<ul style="list-style-type: none"> 院内、院外からの緩和ケアチーム介入の依頼件数が増えない 緩和ケア加算につながる件数が少ない 緩和ケアチーム活動の認知度が医師や医療従事者中で低い 緩和ケアに関する研修会が看護師以外で計画的に実施されていない 医師:PEACE研修会の修了者が100%ではない 	<ol style="list-style-type: none"> 基本的緩和ケア教育体制の強化 <ol style="list-style-type: none"> PEACE研修会受講率の向上 評価:研修終了率 医療従事者向けの研修会の計画的実施 ・緩和ケアチームのメンバーが講師となり基礎的な緩和ケアやがん治療について講義を実施する ・内容:がん治療の実際、緩和ケア概論、疼痛管理、精神症状、在宅医療、がんリハビリ ・評価:研修会の実施回数と受講者数 緩和ケアマニュアル、苦痛スクリーニング運用体制の整備 <ol style="list-style-type: none"> 緩和ケアマニュアルの活用促進 苦痛スクリーニング見直し、非がん患者対応を検討 緩和ケアチームの介入手順の明確化 地域連携の継続と強化 必要に応じて地域向けの研修会や情報発信を検討する 	令和9年2月					
兵庫県立加古川医療センター	がん相談支援の質の向上	がん相談支援センター運営に伴い、相談対応の質管理の充実が望まれる	①地域医療連携室、患者相談支援センターとのカンファレンスを継続し、相談内容の情報や課題を共有し、課題については解決に向けた検討を行う。 ②がん相談員基礎研修修了者を育成する。 ③相談対応の質担保のため専従以外のがん相談基礎研修修了者ががん相談に関連する研修にできるよう発信及び調整をする。	令和9年3月					
	がん登録実務者の確保と技能の向上	<ul style="list-style-type: none"> がん登録については、登録実務のみで自院の特徴を把握するなどの統計の分析や他院との比較できていない がん登録実務者の更なる技能向上を目指すことでより正確ながん登録を行いたい。 	<ol style="list-style-type: none"> がん診療連携協議会の実務者ミーティング等に積極的に参加し、自院のがん診療における特徴を分析し、情報を発信する。 依頼のあった予後調査は確実に実施する。 院内がん登録初級実務者研修を確実に更新し、個々の実務者のさらなる技能向上を図る。 	令和9年3月					
	がん患者・家族の安心につながるようピアサポートを充実させる	<ul style="list-style-type: none"> 新規参加者数の増員 参加者のニーズを捉え、魅力ある患者サロンの運用を行う 他施設におけるがん相談体制について情報収集を行い、利用の推進を図る 	<ol style="list-style-type: none"> 参加者に対するアンケート内容を運営に活かせる内容に変更する。 研修会や実務者ミーティングに参加し他施設の情報を得て運営に活かす。 広報活動を工夫しながら、毎月のサロンの定期開催、がん相談者の増加を目指す。 多職種の協力を得てサロンのミニ講座を継続して開催する。 	令和9年3月					

《令和 8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和 8年 4月 1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
兵庫県立はりま姫路総合医療センター	がん診療に携わる医師のための緩和ケア研修終了率について	毎年、医師全体の1/3が入れ替わり、研修医・専攻医も多数在籍するため、新年度開始時の研修修了率は毎年低下する。	まず、緩和ケア研修未受講の医師を把握し。全員に緩和ケア研修会受講を依頼する。また、今年度も自施設で緩和ケア研修会を開催することで、研修修了率90%以上達成を目指す。	令和8年10月					
	がん診療に携わる医療従事者の知識向上に向けた取り組み	年々初期研修医は20名前後入職し、他院から専門プログラムとして専攻医として入職する医師も含めると50名前後のがん診療の経験が少ない医師が入職する。さらに看護師も約70名の新規入職があり、がん診療の質の維持のためには教育が必要であり、がん診療運営委員会主催院内研修会を開催しているが、参加率が低い状態である。	対面での講義形式だけではなく、病院スタッフ用のホームページでの講義動画や講義スライドをいつでも閲覧できるようにすることで、より多くの医療従事者が学習できる機会を増やす。	令和9年3月					
	がんゲノム医療の拡充について	がんゲノム専従のスタッフがおらず、臨床の場での負担が大きい	がん遺伝子パネル検査依頼に障壁となっている問題を洗い出す。そのうえで、がんゲノム医療拠点病院へのがん遺伝子パネル検査を依頼するにあたり、必要最小限のマンパワーでできるよう高度に簡便化した手順書を作成する。	令和9年3月					

(注)実施管理・区分欄の記入について

C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。

兵庫県がん診療連携協議会

《令和8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
神戸中央病院	がんパスの件数を増加する	各科医師への周知ができていない。該当症例を抽出できていない。	外来受診時のクラーク、看護師による該当症例への関りと周りへの情報共有を進める。	令和9年3月					
川崎病院	がん地域連携パスの運用の向上	胃がんの地域連携パスの作成していたが、過去に運用実績がなかった。	胃がんだけでなく、症例数の多い大腸がんの地域連携パスを作成した。地域連携の会にて説明を行い、実際に適応患者が出た場合には、診療所を訪問するか、直接、電話で説明し、地域連携パスの内容について理解していただいた。情報共有の実績を重ねていく必要がある。	令和9年3月					
神戸市立医療センター西市民病院	がん登録	院内がん登録の理解	できうる限り実務者が院内がん登録に関する研修会に参加し能力向上を図る。実務者が参加できない場合は後日勉強会の時間を設ける等で知識の定着をはかる。研修への参加を通じて、がん登録に関する診療記録を読み解く臨床知識の更なる研鑽に努める。研修で学んだ精査手法を日々の実務に活かし「病期不明」症例の徹底的な見直しを行うことで院内がん統計としての有用性と信頼性を高める質的改善を推進する。	令和9年3月					
神戸海星病院	質の向上	認定看護師の退職 緩和ケア担当医師の退職	チーム再編成 緩和ケアチームのあり方の再検討(癌以外含む)	未定					
神戸労災病院	がん患者の確保	がん診療は行っているが、がん患者自体が少なく、連携パスの使用に繋がるケースが少ない。	昨年度は新任外科部長の着任挨拶の名目もあり、多数訪問したが、引き続き、パスに繋がるがん手術症例を増やせるよう、年間30件を目標に訪問活動を継続する。	令和9年3月					
済生会兵庫東病院	1.がんと診断された時からのがん相談	がん患者の相談窓口が明確化されておらず、相談導線が整備されていない	がん患者相談の導入に向けて、各部門の役割分担を行い、サービス提供方法を決定する。 1)がん相談を導入する目的を関連部署に説明し役割分担を行う 2)患者用案内文を作成し、相談できる内容や利用方法を明示する。 3)院内のコンサルテーションを通して、緩和ケア認定看護師が窓口となり、患者の気がかりを捉え、必要時にがん患者との面談を行う。 【アウトカム】 がん患者との面談(診断・告知、症状や気持ちのつらさ)30件/年	令和9年3月					

《令和 8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和 8年 4月 1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
済生会兵庫病院	2. 緩和ケア質の評価	がん患者の緩和ケアニーズや苦痛の把握が不十分である	苦痛スクリーニング(STAS-J)を全部署へ導入し、緩和ケアニーズのある患者を早期に同定し、緩和ケアチームと連携する。 1)スクリーニングの必要性や目的を関連部署に周知する。 2)啓蒙前と後で、記入率のランダム調査を行う。 3)がん標準看護計画にSTAS-Jを格納し苦痛評価を実施する。 【アウトカム】 ・スクリーニングに関する啓蒙を実施後に、STAS-J記載率が啓蒙前より上回る(60%以上となる)	令和9年 3月					
	3. 基本的緩和ケアを担う看護師の育成	がんの症状評価の方法に関するマニュアルがなく介入方法に差がある	1.リンクナースが包括的アセスメントの流れに沿い、症例検討ができるように運用ルールをつくる。 1)症例提示から決定、関係者調整の流れを可視化する。 2)がん関連部署で認定看護師を交えてカンファレンスを行う。 3)リンクナース会での毎月の症例検討を行う。 2.がん疼痛に関わるマニュアルを整備し、苦痛評価やケアが標準的にできるように、関連委員会と連携して行う。 1)症状緩和(主にがん疼痛)評価方法を統一する。 2)レスキュー使用時の効果判定と記録記載方法の統一する。 3)がん疼痛看護計画の観察項目を電子カルテに反映する。 【アウトカム】 ・各部署で緩和ケア認定看護師交えたカンファレンスが行える。 がん関連部署3例/年以上	令和9年 3月					
	4. がん患者やその家族の意向に沿った意思決定支援	がん患者やその家族の意向に沿った関連部門の切れ目のない支援体制	緩和ケアにおける意思決定支援が必要な症例に対して関連部門や職種との連携・介入の体制づくりを行う。 1)緩和ケア継続介入対象者の基準と介入フローを緩和ケア会議および看護部と連携して作成する。 2)継続介入者が入院となる際は方針の引き継ぎを行い、患者やその家族の意向や気がかりを対話を通して記録に残せるように、スタッフへの教育と啓蒙を行う。 3)患者や家族の意向や希望を踏まえて、カンファレンスを主治医を含む関係者を交えて行えるように調整する。 【アウトカム】 ・がんの意思決定支援に関する症例検討を緩和ケア会議で 7例/年	令和9年 3月					

《令和8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
新須磨病院	がん登録実務者精度向上	登録者の資格取得を目指す	業務内容の整理を行い、資格取得に向けて時間を捻出する	令和9年3月					
	がん登録実務者精度向上	がん登録実務者精度向上院内がん登録の不備を改善していく	精度の高い情報の登録やデータ収集のため引き続き関連部署と連携を行っていく	令和9年3月					
	緩和ケアの運営体制の整備	在宅医療のチームとの連携の強化 連携先、症例が少ない	地域の情報を収集。院内だけでなく、院外の関係事業所と定期的なカンファレンスを開催し、連携を強化する	令和9年3月					
神戸赤十字病院	がん地域連携パスの積極的な推進	周辺地域の診療所クリニックとの連携件数が伸びない。増加。	診療科にがん地域連携パスの意義、有用性を啓発し、その使用を促す。	令和9年3月					
甲南医療センター	がん登録実務の技能向上	初級認定者はおり更新も受けているが、登録及び集計・分析等の技能向上が求められている。	技能向上にかかる研修に参加し、中級者認定試験の合格に向けて体制をお整えていく。 集計や分析にかかる研修にも参加し能力の向上及び的確な情報提供を目指す。	随時					
	相談支援の実施	がん専門の担当者が不在のため実施できていない。相談件数も現状は少ない。	他施設などにおける研修を行うとともに、当院の対象患者が求めているものを調査・把握し、要望に応じた相談ができるよう体制を整える。	随時					
	がん地域連携パスの推進	乳がんパス以外も実施を検討したい。	院内関係者への周知を行っていく 地域の医療機関へ向けての周知を行っていく	令和9年3月					
市立芦屋病院	がん地域連携パスの運用	各パス稼働に向けて取り組み継続 院内職員へ啓発しパス運用を実施する必要がある	地域連携パスに該当する対象者を院内医師と連携しパスの運用を増やしていく	令和9年3月					
	緩和ケアの促進	在宅医療に携わる連携機関との促進 緩和ケアを必要とする患者のスムーズな受け入れの促進	・芦屋緩和医療連絡協議会を通じて、地域の在宅医療に携わる多職種への啓蒙や連携を促進する。 ・緩和ケア病棟稼働率87.5%以上を目標 ・市立芦屋病院主催阪神南圏域緩和ケア研修会の継続	令和9年3月					

《令和 8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和 8年 4月 1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
三田市民・済生会病院	疼痛アセスメントシートの見直し	疼痛アセスメントシートを使用する患者、使用するタイミングなどが病棟やスタッフにより異なり、運用にばらつきがある。また疼痛アセスメントシートが有効なアセスメントに繋がっていないことが多い。	1. 疼痛アセスメントシートを一から見直し、そのチェック項目を検討する。 2. 疼痛アセスメントシートを活用するための説明書を作成し、各項目をチェックする際のポイントや、そのチェックがどのようなアセスメントに繋がるのかを明記する。 3. 対象患者や使用を開始するタイミング等、運用方法を取り決める。 4. 研修会等で運用を周知する。	令和9年 3月					
	職員全体の緩和ケアに関する意識・知識の向上	緩和ケアの対象となる患者が多くなく、緩和ケアに対する意識や知識が定着しにくい。	緩和ケアチームメンバーの持ち回りで、各職種の視点から緩和ケアに関する情報を定期的に発信する。緩和ケアに関するアンケートも実施しながら、職員の意識・知識の向上に繋げる。	令和9年 3月					
	がん登録データの有効活用	登録データの活用ができていない	自院の登録データを用いて質の管理や他院とのベンチマーク等を行い、がん診療体制の充実を図る。	令和9年 3月					
川西市立総合医療センター	がん登録	集計と分析の向上	2025年のがん登録統計について前年度を参考に集計するとともに、当院と近隣施設の比較を実施していく。引き続き院内ホームページにも、院内がん登録の情報を掲載していく。	令和9年 3月					
		登録に対する技術の向上	前年度に引き続きがん登録に関する研修会に参加し、能力向上を図っていく。	令和9年 3月					
		院内がん登録の理解	前年度に引き続き院内がん登録の情報をがん登録委員会を通じて院内へ周知していく。	令和9年 3月					
兵庫中央病院	がん登録	がん登録に関しては継続して報告できたが、報告制度に関しては実務担当者が1名であり不十分である。	引き続き、がん登録実務初級者認定者を中心として、体制の充実を図ることとする。	令和9年 3月					
明石医療センター	予防的視点に基づく早期介入の推進 緩和治療と生活の両立支援	介入、支援が必要と思われる患者のスクリーニングが各職種のマンパワーに頼っている	限られたマンパワーであっても可能な継続性のある支援体制の構築 地域・外来・入院のシームレスな支援体制強化	令和9年 3月					

《令和8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
明石市立市民病院	緩和ケアチームの活動の評価と改善	① 介入が1回で終了した事例が全体の21%を占めていることからさらに早期からの介入できる体制 ② 身体・精神ともに改善が認められなかった事例が全体の約36%を占めていることからSTAS-Jなど客観的指標を用いて改善が困難な要因への介入の強化 ③ 身体的苦痛改善も気持ちの辛さが評価できなかった事例が19%あり、評価方法の見直し ④ スクリーニングから計画書作成・評価までのプロセス管理が不十分	緩和ケア委員会の開催(2ヶ月に1回)とチームの活動報告(介入件数等) 緩和ケアチームの活動の評価と改善	令和9年3月					
	緩和ケアの周知と教育	①緩和ケア普及啓発活動(緩和ケアパンフレット)の実施と評価 ②スクリーニングの確実な実施に向けた活動(入院時と途中のスクリーニング)	①パンフレットを設置だけでなく、手渡すといった能動的な啓蒙活動及び学会パンフレットであるため一般的な情報提供となっている。本院独自の情報(窓口や受け取られる場所・費用など)の追加、非がん疾患(心不全等)への展開 ②見直しを行った緩和ケアナビの使用状況の把握	令和9年3月					
	がん登録	がん登録実務者の経験が浅く、登録できる部位が限られている	昨年度に引き続き、昨年度とは違う部位の登録を行い、情報収集やお互い教え合うことで、知識・スキルの向上を図る。また、今年度より、提出期限が1カ月早くなるため進捗管理を細めに行う。	令和9年3月					
	外部研修会への参加	研修参加を募るものの、参加者が集まらない	参加できる環境づくり。関係部署の管理者へ働きかけを行い、人選を行っていく。	通年					
高砂市民病院	がんに関する外部研修会への参加回数を増加させる	がんに関する外部研修会の案内は多数あるが、マンパワー不足による業務負担増となっており、意欲的に参加できていない状況である。	受講については、移動の負担のない院内や家庭で受講できるZOOM形式での参加を促していきたい。	通年					
	市のがん検診を受託することに伴い、市民のがんに対する認識を高める	高砂市は県下において、がん検診の受診率が低い状況となっている。	市のがん検診全面受託については、順調に運用できているが、県下比較では低い数値となっているため、さらになん検診の受診率向上に努めたい。	通年					

《令和8年度 P D C A サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
市立加西病院	困難事例へのチームの対応力の向上と緩和ケアリンクナースの育成	・前年度緩和ケアチームにおいて研修会を実施した。緩和ケアリンクナースの育成(教育)の場がないという問題もある。	・緩和ケアチームと緩和ケアリンクナース共同でのミニ研修会を計画する(隔月)。 ・デスカンファレンス、倫理カンファレンス、困難症例等の症例検討を研修会後に行う(隔月)。	令和9年3月					
	がん患者・家族等に、がん相談支援センターの周知ができ、支援を提供できる	がん相談支援センターの役割や業務内容の周知が十分できていない	がん相談支援センターの活動内容の広報を強化する 1)院外誌(患者総合支援センターだより)への掲載 2)院内(入院棟掲示・がん治療の関連部署)等	令和9年3月					
	がん地域連携パスのさらなる運用・整備を検討する	現在、一部疾患についてパスの運用を行っているが、他の疾患への適用などの検討・整理ができていない	1)胃・大腸以外のパスについて、院内の関係者で運用について検討する場を設ける 2)パス自体の周知が進むよう、関係者への説明の場を設ける	令和9年3月					
西協市立西協病院	緩和ケアチームのコンサルテーションに対する質向上を図る	①PCTメンバー個々の知識と技術の向上を図る機会がない ②リンクナースとしての役割遂行が浸透していない ・リンクナースのメンバー変更に伴い新たな浸透の必要性がある	①PCTのメンバーのレベル向上を図る機会を作る ●PCTメンバーのための学習会開催 ・PCTとしての麻薬投与に関する知識の向上を目指した学習会の検討と実施 主催:緩和ケア委員会 ●研修会参加への促し ・学会参加 参加し内容を委員会で発表し共有する(9月委員会) ・研修会の紹介・受講への促し ②リンクナースの役割遂行の徹底 ●メンバーの再編に合わせた学習内容を検討し実施(学習会3回/年) ●チームへの参加を促すための活動の継続と評価 評価:12月末 ●リンクナースがPCTカンファレンスに参加するための新たな体制の構築(6月)	令和8年12月					
	早期緩和ケアの提供ができる	①ケモカンファレンス・告知担当看護師との連携について、組織化が不十分である。 ②緩和ケア外来患者が確実にPCTカンファレンスに対応	①ケモカンファレンスを実践できるための組織作りを継続し、昨年以上(5例以上)のカンファレンスを開催することができる。 がん化学療法認定看護師を中心とした組織の立ち上げ(8月) 開催方法の見直しと実施 ②告知担当ナースとPCTとの連携についての調整ができる。 告知担当ナースのPCTカンファレンスへ参加できる体制を調整し(9月まで)外来からチーム介入する体制を再構築する(12月)	令和8年12月					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
姫路中央病院	バス利用者の増加	・運用実績の向上 ・患者へのサービス向上	・対象患者の拾い上げ継続 ・マニュアルの改訂 (入退院支援時にバスの説明を追加) ・バス連携の機会増加 (バス参加の医療機関と患者の増加) ・地域の医療機関訪問時に広報活動	令和9年 3月					
姫路聖マリア病院	研修会の実施	参加人数の向上	1 院内開催する研修会を開催する。 2 ハイブリッド研修を行う。 3 院内イントラネットを活用したより多くの職員を呼び掛ける。	令和9年 3月					
	症状緩和の適切対応	1 患者の訴えの把握 2 標準的な治療法に基づく実施 3 麻薬の使用基準	緩和ケアマニュアルに沿って、疼痛や不快な症状の評価を行い、治療・ケア方法を選択するなど症状緩和に努めているため、患者の疼痛の訴えがある際にNRSとフェイススケールによるアセスメントを増やし、医師の指示のもと鎮痛剤と薬を徹底する。	令和9年 3月					
	バス利用者の増加	バス運用件数を増加し、院内の認知度を向上させる	他施設の運用状況を調査し、バス利用者の増加を図る	令和9年 3月					
ツカザキ病院	緩和ケアチームの立ち上げ	・認定看護師の育成 ・医師、看護師だけでなく多職種を含めたチーム編成を行う	・緩和ケア認定看護師教育課程へ進学 ・チーム立ち上げに向け定期的に会議を行う ・地域の医療機関との連携調整	令和9年 3月					
	緩和ケア研修会	・がん診療に携わる医療従事者の知識・技術向上のため研修会へ参加する	・コアメンバーが緩和ケア研修会に参加し、がん診療に携わる医療従事者へ伝達講習を行う	令和9年 3月					
	がんの痛みに対する疼痛コントロール	・疼痛コントロールについて知識を深める	・がんによる疼痛を適切にアセスメントできるよう、認識の統一を図る	令和9年 3月					
公立八鹿病院	がん登録の運用	R7年度に課題として挙げられていた年間業務スケジュールの確立および登録データの精度確認体制の構築について、十分な改善が図られていない。計画的な登録業務の実施やデータ精度の検証が十分に行えていない状況である。	年間業務スケジュールを作成し、登録業務を計画的に実施できる体制を整備する。また、定期的な登録内容の確認や精度点検を行う仕組みを構築するとともに、担当者間での情報共有や知識の向上を図り、登録データの質の向上に努める。	通年					

《令和8年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

令和8年4月1日 現在

施設名	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	今後の改善内容(計画)
がん 神戸 低侵襲 センター	(計画未設定)								
兵庫 県立 粒子線 医療 センター	粒子線治療の保険 適用拡大について	令和8年度より新たに1種 の粒子線治療が保険適用 となったが、引き続き他の 疾患についての適用拡大 が求められる。	保険適応が見送られたがんについては、全国の粒子 線治療施設において、より一層の連携を図り、今後 の保険適用に向けた有効性・安全性を示すデータの 蓄積や分析を行う。	令和10年 6月					

(注)実施管理・区分欄の記入について

C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。

兵庫県がん診療連携協議会