

《平成30年度 PDCA サイクル実施計画・管理表》

平成31年3月31日 現在

| 病院名 | 実施予定 | | | | 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) | P計画 | D実行 | C 評価 | A 改善 |
| | | | | | | | 区分 | 内容 |
| 北播磨総合医療センター | がん地域連携クリティカルパスの件数増加 | 運用を開始しているが件数が伸び悩んでいる。 | ・早期胃がんターゲットを絞る「がん地域連携クリティカルパス」の運用件数の増加に取り組む。 ・広報誌(地域連携だより)で特集を組み、地域の医療機関へPRを行い、理解の進展と連携医の増加を図る。 | H31.3 | ○ | ○ | 概ね達成 ・胃ESD対象者からパス導入のための院内のフローを構築し、パス適応者の増加に繋がった。 ・患者に対し、病院フェスタ、外来ミニ講座を活用し、パスについての説明・PRを実施した。 | 継続 ・地域の医療機関へ向けてのパスの広報活動の実施、患者向け広報活動の継続。 |
| | 緩和ケア研修の受講の推進 | 病院全体として受講率が低い | ・研修の受講者・未受講者を把握し、未受講者に対し受講を促す。 ・緩和ケア研修会を当院で開催する。 ・平成29年度実績(院外受講2名、院内受講14名)を上回る受講者数を目標とする。 | H31.3 | ○ | ○ | 達成 ・当院で開催する研修会においては、研修医へ案内資料の配付、院内ポータルサイトのナレッジに掲載し、受講を推進した。 ・今年度も当院で開催することができた。 ・平成30年度は院外受講2名、院内受講15名で平成29年度実績を上回った。 年度末時点ノ受講率 45.3% | |
| | セカンドオピニオン外来の設置 | セカンドオピニオン外来がない(現在開設に向け検討中) | ・5月開催のがん診療運営委員会においてセカンドオピニオン実施について協議する。 ・セカンドオピニオン実施にあたってはHP、広報誌等で患者及び地域の医療機関にPRを行い周知する。 | H30.9 | ○ | ○ | 達成 ・5月の院内委員会において協議、8月にセカンドオピニオン外来を開始した。平成30年度は5件の実績。 ・HP、広報誌、院内掲示を行い患者及び地域の医療機関に周知を行った。 | |
| | がん相談支援センターの充実 | 運用を開始したばかりで、相談件数の増加、相談体制の充実を図る必要がある | ・がん相談支援センターの活動について、院内掲示、広報誌、HP等でPRし、利用者の増加を図る。 ・国立がん研究センターによる研修(3)について、H30年度に2名の受講を行う。 | H31.3 | ○ | ○ | 達成 ・HP、広報誌、院内掲示、外来ミニ講座等により広報活動を行った。平成30年度は120件の相談があった。 ・国立がん研究センターの研修について、2名の受講ができた。 ・初回のがん患者サロンを12月に開催した。 | 継続 ・がん患者サロンの充実(5月、1月を除く毎月開催) |
| | 院内がん登録実務の精度向上 | 院内がん登録を行う運用体制等が確立されていない | ・がん登録対象データの抽出方法を確立する。 ・登録データの標準化を行う。 ・院内におけるがん登録情報の運用体制を整備する。 | H31.3 | ○ | ○ | 概ね達成 ・がん登録システムと検査データを利用した対象データの抽出方法を確立した。 がん登録件数1275件 ・他院の視察を行うなど、がん登録の運用体制を見直し、マニュアルを整備した。 | その他 ・院内がん登録実務中級者認定を取得する。 ・がん登録実務の精度向上のため、積極的に研修を受講する。 |

(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。