

# PDCAサイクルの構築体制について

記載の有無

あり

※「あり」とするとデータ抽出の対象となります。記載する内容がない場合は「なし」としてください。「なし」の場合は以下について記入の必要はありません。

病院名: 東京都立墨東病院

平成29年9月1日現在

■自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、患者QOLについて把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じる体制について、地域に対して行っている情報提供を記載してください。

- ①院内の見やすい場所に掲示している  いいえ (はい/いいえ)
- ②院内誌、チラシ等で広報している  いいえ (はい/いいえ)
- ③ホームページに掲載している  いいえ (はい/いいえ)
- ④ホームページに掲載している場合、該当するページのアドレスを記載してください

http://

- ⑤地域の広報誌等で広報している  いいえ (はい/いいえ)
- ⑥その他の方法で掲載している  はい (はい/いいえ)
- ⑦その他の方法がある場合、内容を記載してください

緩和ケア研修会でPDCAサイクルを紹介するチラシを配

■自施設の診療機能や診療実績、地域連携に関する実績や活動状況の他、患者QOLについて把握・評価し、課題認識を院内の関係者で共有した上で、組織的な改善策を講じる体制について、必要に応じて図表などを活用し、具体的に記載すること。

PDCAを使って改善することを想定している課題(いくつでも可)

課題の内容	目標	目標達成の検証方法(データ源)
例) 患者満足度の向上	退院患者の80%が入院治療環境に満足する	3カ月おきに日を設定して患者アンケートを行う。
1 緩和ケアスクリーニングの運用	平成29年度の実績を上げる	がん診療推進委員会(1回/月)において進捗度をチェックする
2 がん疼痛アセスメントシートの運用	平成29年度の実績を上げる	がん診療推進委員会(1回/月)において進捗度をチェックする
3 がん性疼痛クリティカルパスの運用	平成29年度の実績を上げる	がん診療推進委員会(1回/月)において進捗度をチェックする
4 東京都緩和ケア連携手帳の運用	平成29年度の実績を上げる	がん診療推進委員会(1回/月)において進捗度をチェックする
5 緩和ケアに関する満足度の向上	対象患者の満足度3.0以上(4段階評価)	患者アンケートの実施(2回/年)

上記の目標に向けた活動計画の予定(未定の場合には、未定と記入)

1	がん診療推進委員会において課題が出たら検証し、結果を院最高決定機関である運営会議に報告する
2	がん診療推進委員会において課題が出たら検証し、結果を院最高決定機関である運営会議に報告する
3	がん診療推進委員会において課題が出たら検証し、結果を院最高決定機関である運営会議に報告する
4	がん診療推進委員会において課題が出たら検証し、結果を院最高決定機関である運営会議に報告する
5	アンケートを9月と2月に実施する

このシートに貼付することが難しい場合、**ファイル名の頭に別紙46を付けた**電子ファイル、別添資料を提出すること。

- 別添資料の提出有無  なし (あり/なし)
- ファイル形式  (ワード/一太郎/リッチテキスト/エクセル/パワーポイント/PDF/その他)
- その他の場合ファイル形式を記載してください。

