

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: **国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院**

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
- ②院内誌、チラシ等で広報している
- ③ホームページに掲載している
- 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

いいえ	(はい/いいえ)
いいえ	(はい/いいえ)
はい	(はい/いいえ)

<http://www.hosp.ncgm.go.jp/QIC/index.html>

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

いいえ	(はい/いいえ)
いいえ	(はい/いいえ)

■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か月おきに日を設定して患者アンケートを行う。
1	患者満足度の向上	現状を評価し、満足度を向上させる	年1回患者アンケートを行う。
2	患者サービスの向上	患者サービスの改善	ご意見箱の内容の検討を行う。
3			
4			
5			

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	外来診療委員会により、分析評価を行い、順次完全を図る。
2	患者サービスボランティア接遇委員会で月に一度検討を行い、改善を図る。センター管理会議で報告を行っている。
3	
4	
5	

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。