

# 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: **独立行政法人国立病院機構災害医療センター**  
 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  はい (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  いいえ (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

■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 緩和ケア医療の充実	がん性疼痛緩和指導管理料、緩和ケア診療加算、外来緩和ケア管理料の算定件数の増加を図る。	がん診療連携委員会において、2ヶ月に1回、実績報告を行う。
2 周術期における口腔ケアの充実	周術期口腔機能管理料の算定件数の増加を図る。	がん診療連携委員会において、2ヶ月に1回、実績報告を行う。
3 がん患者指導管理料算定ルールの徹底並びに算定件数増加への取り組み	がん患者指導管理料の算定件数の増加を図る。	がん診療連携委員会において、2ヶ月に1回、実績報告を行う。
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	緩和ケアチーム及び各担当部門における部会等において、現状の把握、問題点の抽出、評価、改善等の取り組みを検討する。
2	がん診療連携委員会及び病棟・外来運営委員会当該委員会において、緩和ケアチーム、担当部門の報告を受け、全体の進捗管理等を行う。
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。