

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: 聖路加国際病院

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 はい (はい/いいえ)
- ②院内誌、チラシ等で広報している はい (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 口腔ケアの推進	①入院時にすべてのがん患者の口腔内観察・アセスメントを行い、観察が必要な患者にはアセスメントが継続されている。(80%以上) ②口腔ケアに介助が必要な患者にケアが実施されている。(85%以上)	①1か月おきに入院のがん患者の口腔内アセスメントテンプレート率(入院時と継続性アセスメントの実施率)を測定 ②1か月おきに口腔ケア実施率を測定する
2 がん患者統一の苦痛のスクリーニングを実施する	がん患者の90%に対して、電子カルテ上で統一した苦痛(身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的苦痛)のスクリーニングを実施する	1ヶ月おきに日を設定して実施率を測定する
3 広報活動の強化	病院HPのがんに関わるページ(①治療待ち日数、②聖路加式がん診療のページ)にアクセスされた件数が前年同月比で10%増	1か月おきにアクセス件数を集計する
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	院内の勉強会を開き、ケアの必要性、方法の普及に努める。
2	精神心理的苦痛、社会的苦痛のスクリーニングについての医療者に向けた講習会や広報活動を行う
3	拠点病院としてのページを作成し、患者・家族にとって必要で役に立つ情報をわかりやすく提供できるように整備する。院外広報誌で、がん相談支援センターおよび患者サロン等の特集を組む。
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 あり (あり/なし)
- ファイル形式 パワーポイント (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。