

# 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: 東京都立多摩総合医療センター

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
- 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.fuchu-hp.fuchu.tokyo.jp/about/cancer\_hosp

- 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 苦痛のスクリーニングシート実施率	がん患者へのスクリーニングシートの使用実績を伸ばし、QCLを高める。	月ごとの実績を分析し、評価・改善部会で検証を行う。
2 キャンサーボード出席者拡大(人数・職種)	できるだけ参加人数、職種を増やしていき、より良いものにしていく。	月ごとの実績を分析し、評価・改善部会で検証を行う。
3 がん患者指導管理料加算実績	有資格の医療者の介入数を増やしていく。	月ごとの実績を分析し、評価・改善部会で検証を行う。
4 高催吐リスク薬剤に対する制吐剤の使用状況	イメンド使用を推奨すべきだが使用していない場合に疑義照会を行う。	月ごとの実績を分析し、評価・改善部会で検証を行う。
5 がん登録部会設置要綱・がん登録実施規程の制定	平成29年度中の制定を目指す。	評価・改善部会およびがん診療推進委員会で検討し制定する。

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	9月27日(水)がん診療推進委員会評価・改善部会開催
2	11月15日(水)第4回がん診療推進委員会で評価・改善部会審議内容報告(予定)
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。

