

## PDCAサイクルの構築体制について

記載の有無

※表紙②に反映されます

あり

病院名: 琉球大学医学部附属病院

平成26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、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	がん診療の質の向上	標準治療実施率100%	1年ごとにがん医療の質指標(QI)を測定する
2	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	1年ごとに日を設定して患者満足度調査を行う
3	がん患者の痛みの軽減	除痛率が80%以上になる	毎月除痛率調査を行う

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	2013年症例を県内の全拠点病院でQIを測定する。測定済みの2009年および2011年症例の結果と合わせて各拠点病院にフィードバックする。
2	相談支援部会で県内統一のアンケート内容を決定し、今年度中に調査を開始する。
3	毎月各病棟で測定し、2012年および2013年の結果と比較し向上を図る。

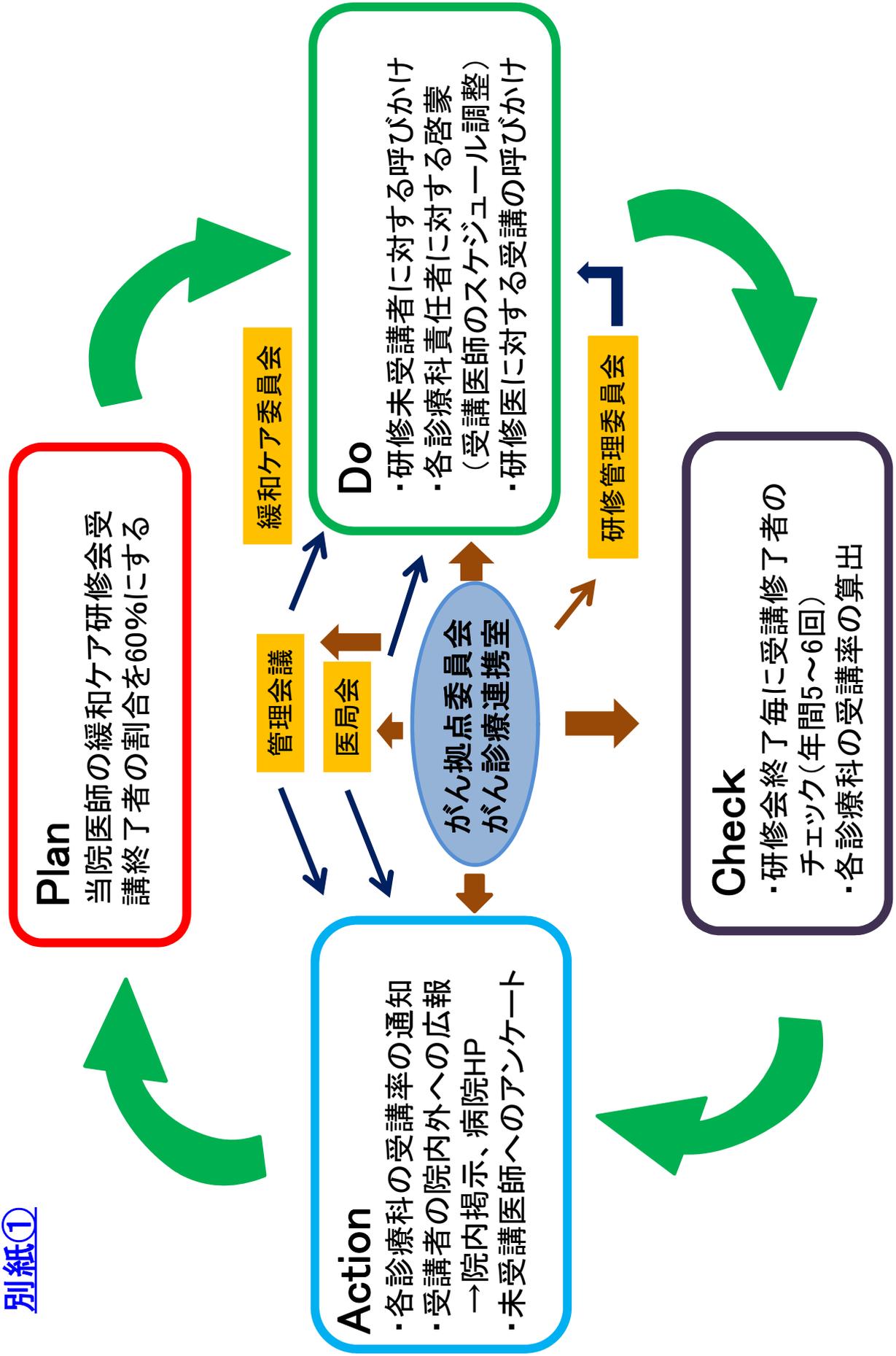
このシートに貼付することが難しい場合、ファイル名を別紙54とした電子ファイル、別添資料を提出すること。

別添資料の提出有無  (あり・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



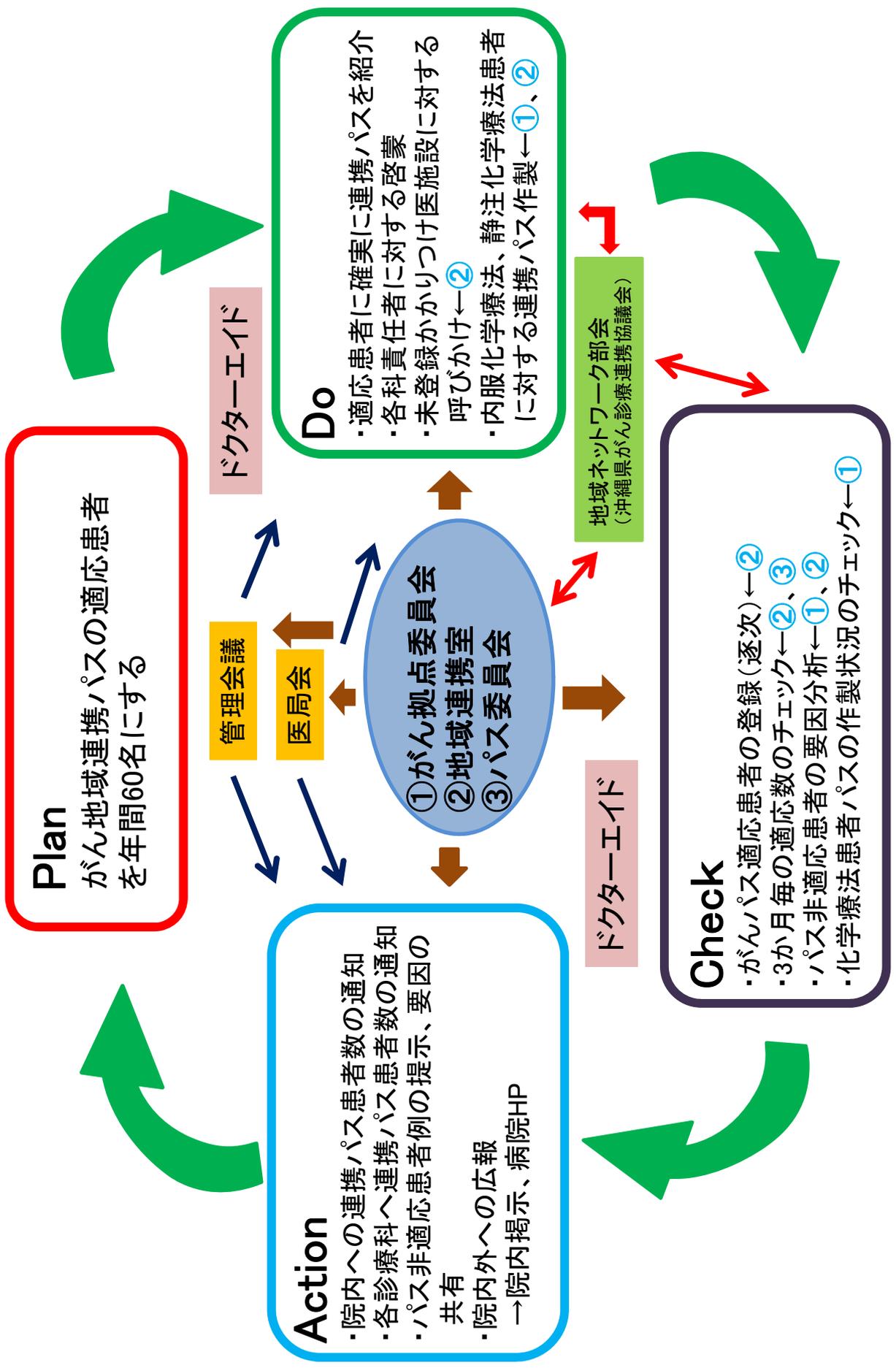
課題：当院のがんに関わるすべての医師が緩和ケアに関する知識を有する

別紙①



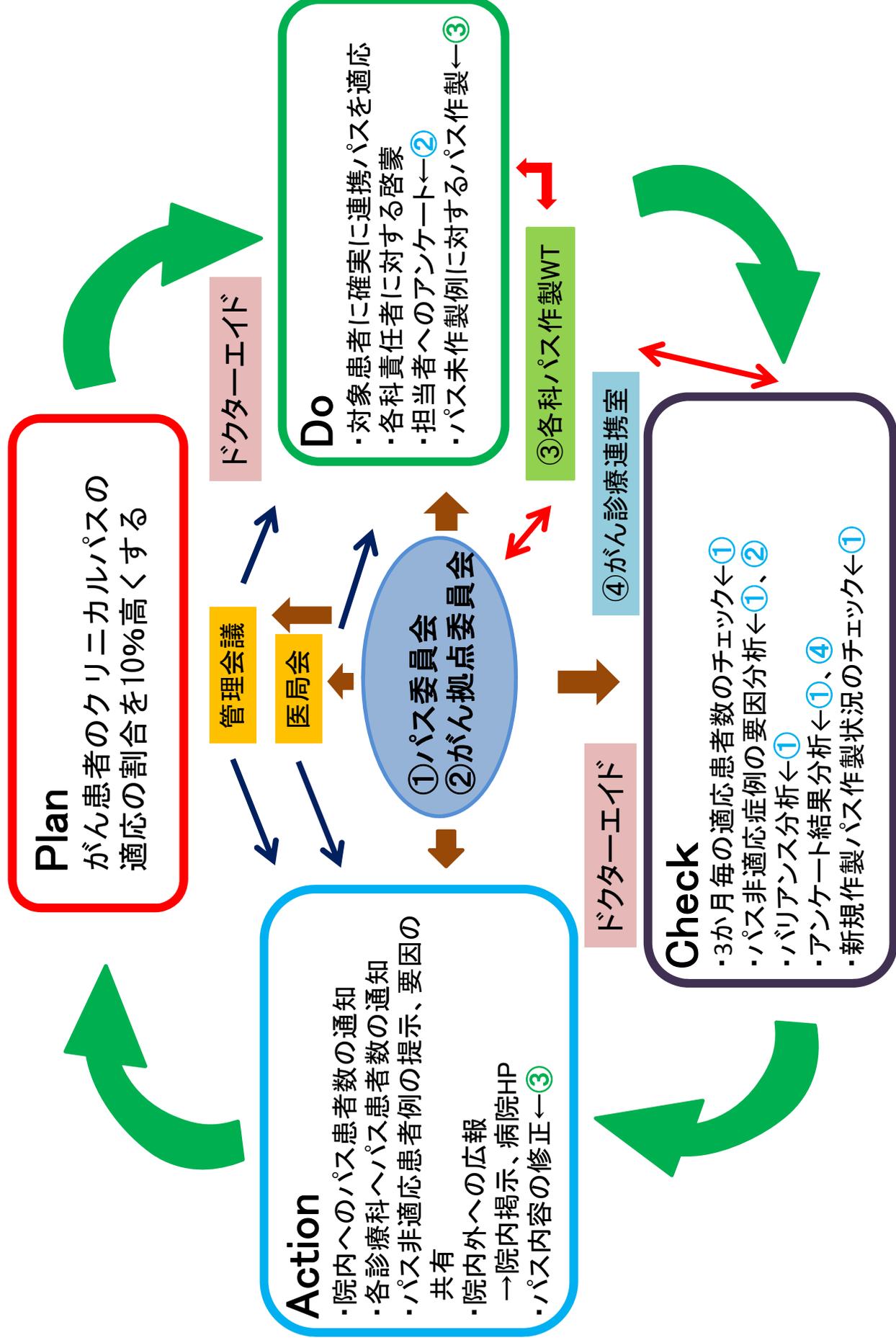
## 別紙②

### 課題：がん患者のかかりつけ医との診療連携の強化



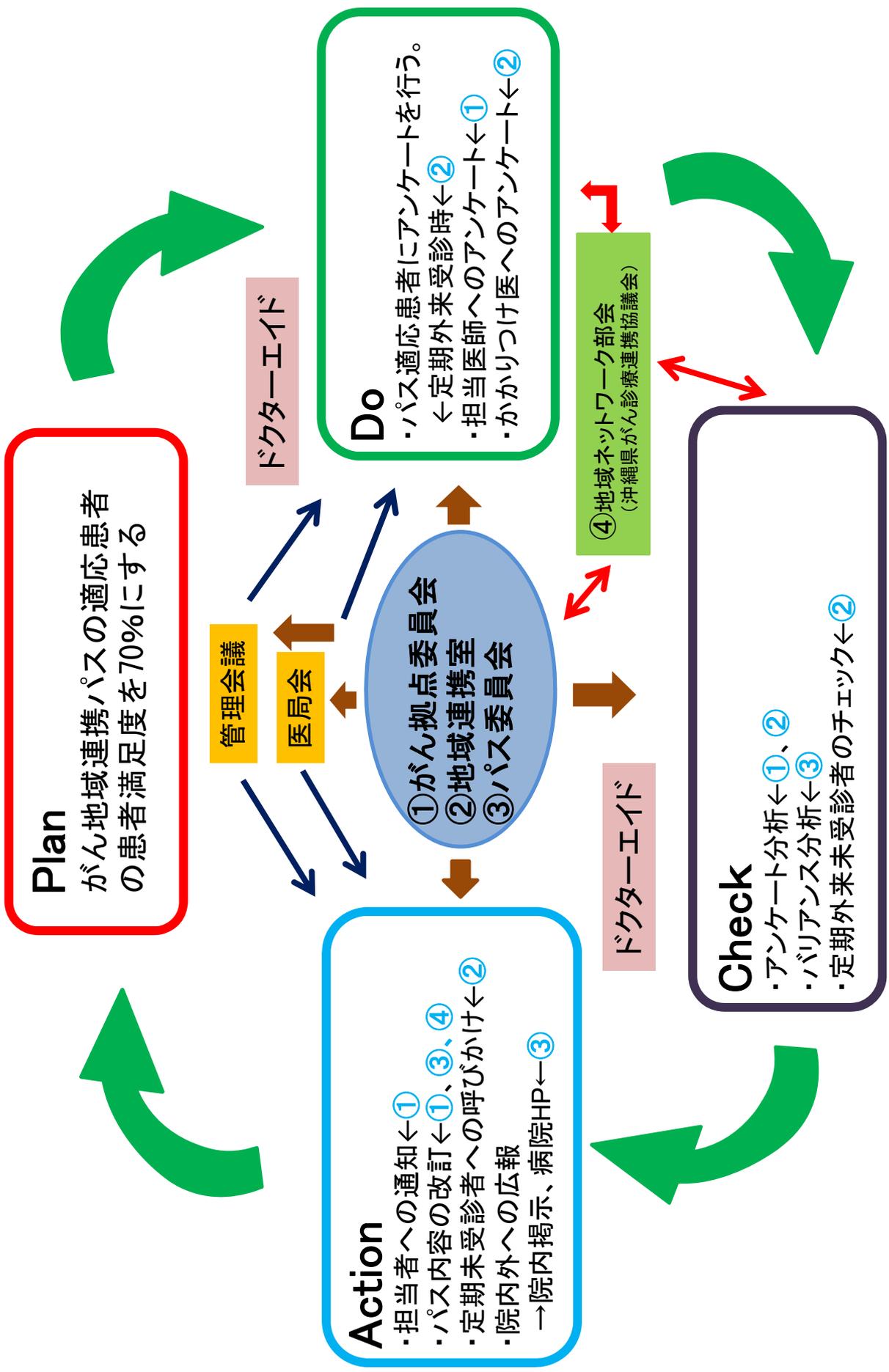
### 別紙③

課題：当院のがん診療の均点化、標準化、効率化



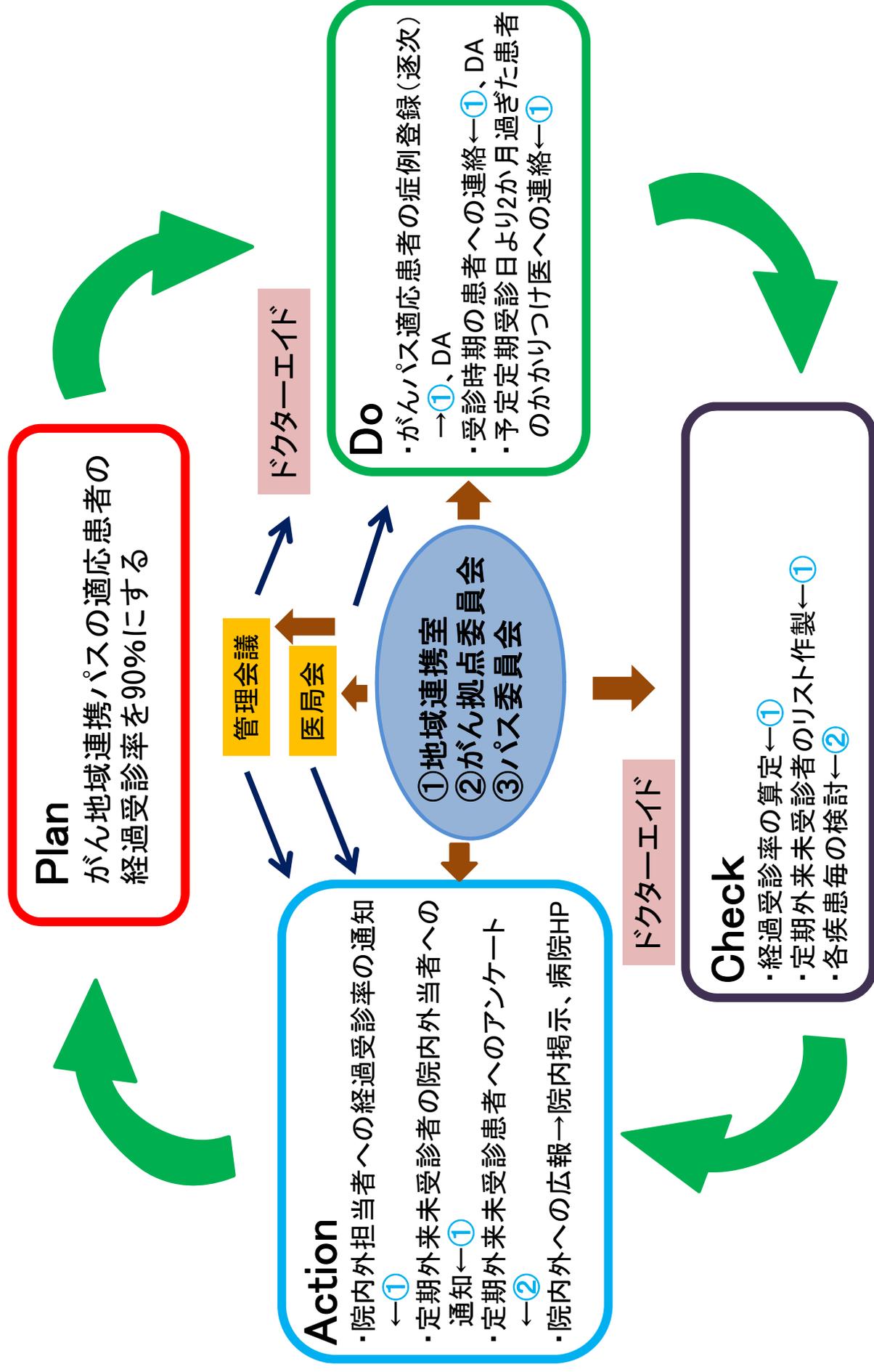
# 別紙④

課題：がん地域連携パスを適応した患者の満足度の向上



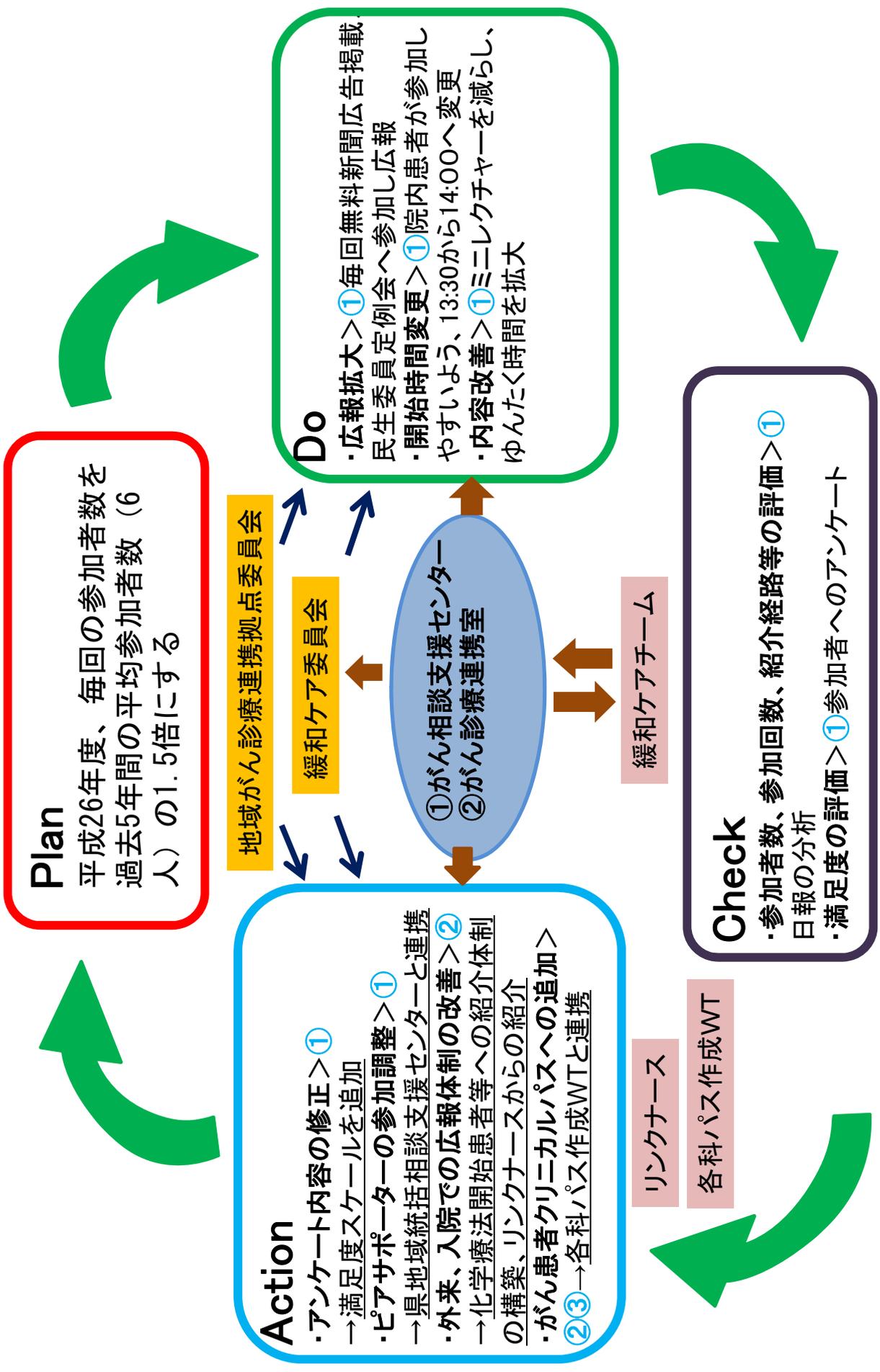
## 別紙⑤

課題：がん患者のかかりつけ医との診療連携の強化



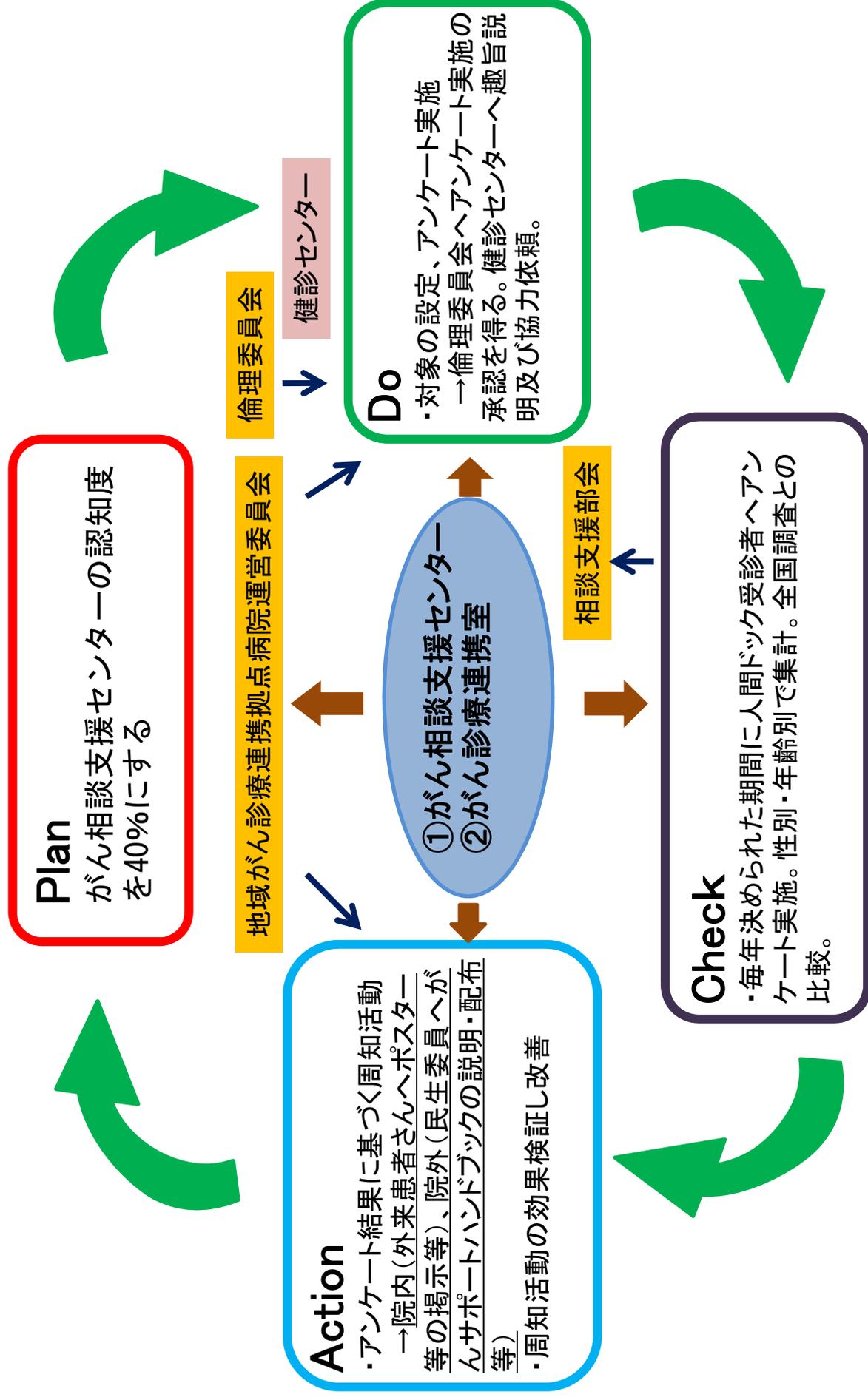
## 別紙⑥

課題：がん患者サロンの参加者数の増加を図る



## 別紙⑦

課題：がん相談支援センターの認知度の向上を図る



## 別紙⑧

平成26年度、在宅緩和ケア地域連携パスの運用を3例にする。(現在1例)

**P**lan  
計画

**D**o  
実行

在宅緩和ケア地域連携  
パス運用について

**A**ction  
改善  
普及

- ・パス内容の改善案・修正  
→在宅緩和ケアWG
- ・市民への啓発活動

- ・院内への周知活動  
→医局会での説明会

- ・在宅緩和ケア関係機関  
(訪問診療医・訪問看護師・  
居宅支援事業所等)への周  
知活動  
→浦添在宅医療ネット参加

- ・パスの運用

**C**heck  
評価

- ・パス使用感の評価  
→在宅緩和ケア関係者、本  
人家族へのアンケート
- ・パスの症例解析  
→在宅緩和ケアWG

## 別紙⑨ 安心・安全な外来化学療法を提供するためのPDCAサイクル

- 各診療科にレジメン登録率を通知する。
- 各診療科に制吐剤適正使用率を通知する。
- レジメン委員会で吐気・嘔吐出現率の高いレジメンの制吐剤の変更を検討する。

### 改善行動：Action

- 外来化学療法のレジメン登録率を100%とする。
- 制吐剤の適正使用率を95%とする。

### 計画：Plan

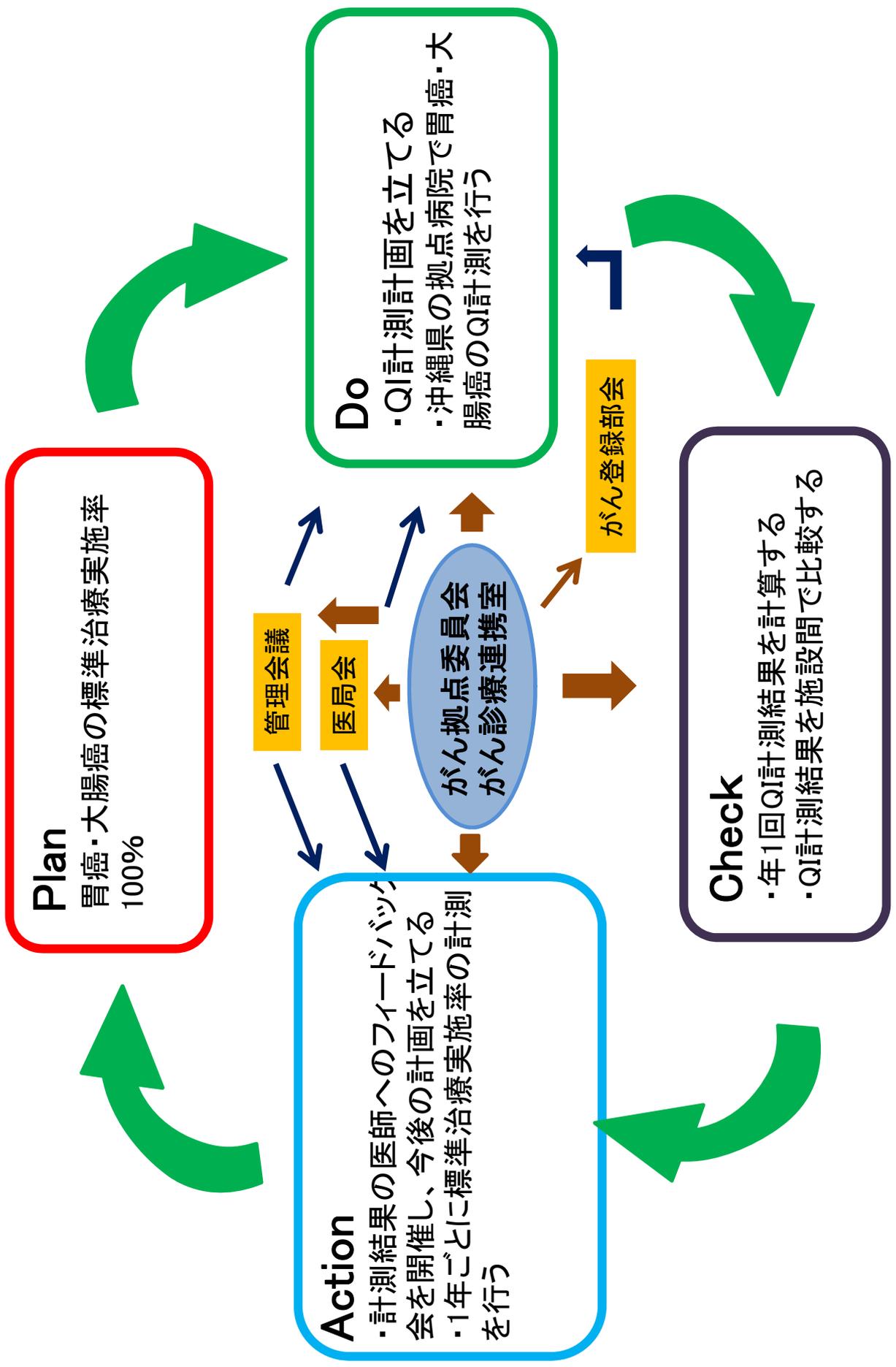
### 評価：Check

- 各診療科毎のレジメン登録率を算出する。
- 各診療科毎の制吐剤適正使用率を算出する。
- 各レジメンごとの吐気・嘔吐出現率を算出する。

### 実行：Do

- 定期的にレジメン委員会を開催し、新規レジメンを登録する。
- 点滴センターで施行されているレジメンで未登録のものは担当科へレジメン登録を勧める。
- 登録済レジメンの制吐剤がガイドラインの催吐性リスクに応じたものかどうかを再確認する。

課題：がん診療の質の向上をはかる



## PDCAサイクルの構築体制について

記載の有無  
※表紙②に反映されます

あり

病院名: 沖縄県立中部病院

平成26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、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ヵ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	退院患者の満足度の向上	毎年患者アンケートを実施し、問題点を抽出
2 外来待ち時間調査	外来待ち時間の縮減	毎年、日を設定し、受付から精算までの所要時間を計測し、問題点を抽出。
3 患者ご意見箱の公表	患者からの貴重な意見を病院改善に活かす	患者からの意見を毎日回収し、改善に務め、公開する。

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	未定
2	未定
3	毎週の管理者会議に諮り、改善・回答・公表等の実施。

このシートに貼付することが難しい場合、ファイル名を別紙54とした電子ファイル、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