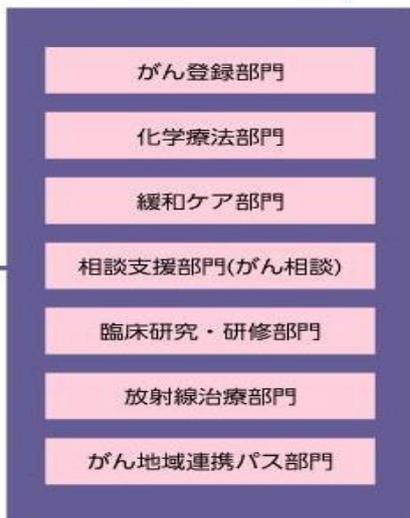
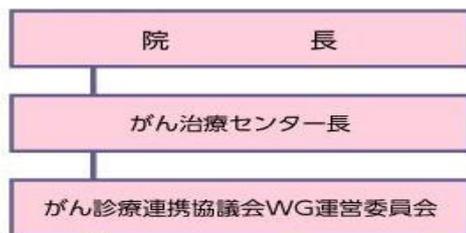


# PDCAサイクルの構築体制について



・7部門は改善目標に従って、各診療科や診療部と連携を図り、業務を遂行する。  
・診療内容・実績を検討、課題を抽出する。

## Plan

- ・年度ごとに病院の運営方針を提示
- ・診療内容・実績を検討、課題を抽出
- ・講演会・研修会の年間計画

## Action 公表⇒改善指示

- ・がん対策の進捗状況確認、見直し
- ・病診連携の強化
- ・広報活動

## Do ワーキンググループ(7部門)

- ・計画及び活動展開
- ・各診療科や診療部と連携を図り業務を遂行

## Check WG運営委員会

- ・各WG部門長、スタッフからの報告について協議

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

課題の内容	目標	目標達成の検証方法
ケースファインディングの精度向上	がん病名記載があるものはすべてあげる	死亡診断書を全件チェックし、がん病名記載があるものについては登録漏れがないかのチェックを行う。
化学療法のレジメン審査	レジメンの使用されていないものを整理	化学療法委員会でレジメンを審査し、整理する
がん患者の身体的苦痛のスクリーニングを院内で統一	緩和ケアチームと連携しがん患者の苦痛を緩和する体制を整備	スクリーニング用紙(生活のしやすさに関する質問票)を作成し、随時スクリーニングを行う
看護師を対象としたがん看護に関する研修会	定期的な開催	テーマを検討して、参加率をあげていく
がんボードの開催	月1回以上の開催、医療従事者の参加も	定期的にがんボードを開催、病理医、放射線治療医の参加