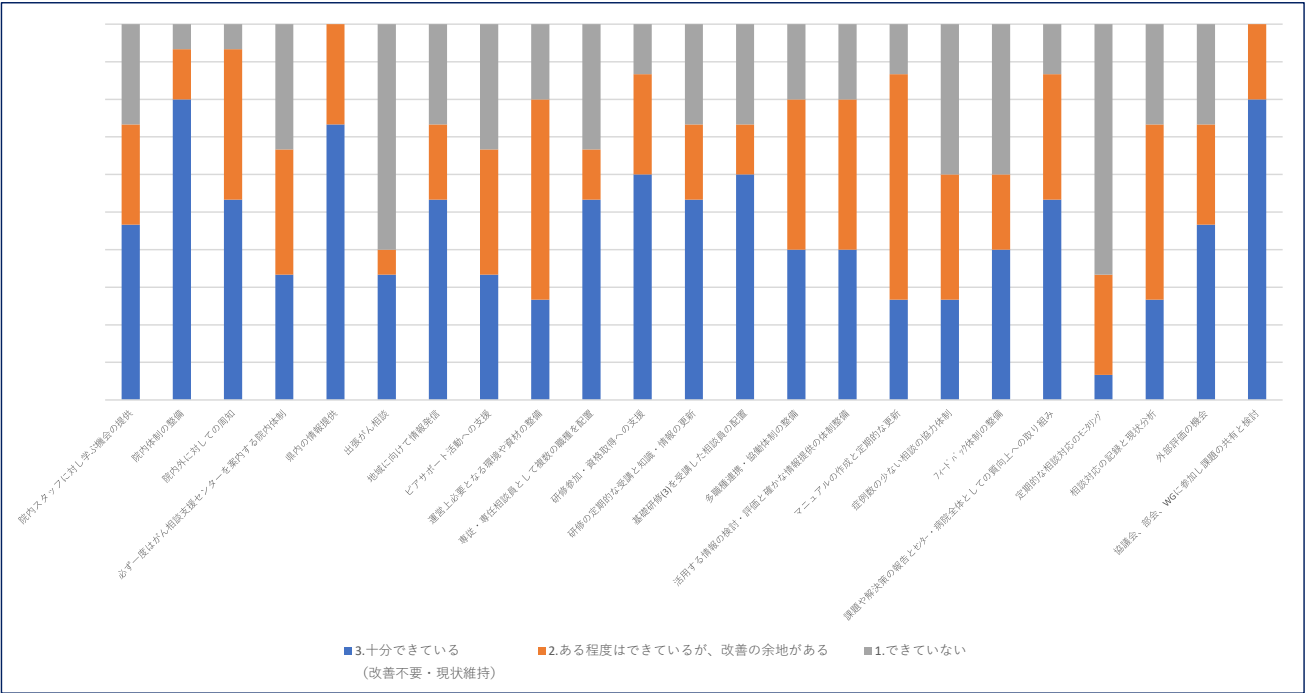


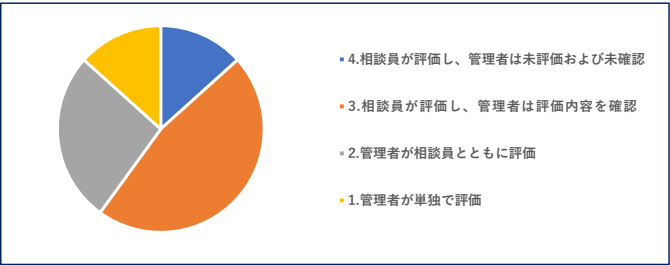
2024（令和6）年度 愛媛県がん相談支援センターの活動のPDCA実施評価表																								
評価項目		1.病院全体として患者や家族の不安に適切に対応できる体制を整備する								2.がん相談支援センターとして質の高い相談支援を提供できる体制を整備する														3.その他
		院内教育 スクリーニング体制の整備		相談支援センターの周知					ピアサポート 活動支援	環境整備	人員配置・人材育成				質の管理				質の保証					県内の 協力体制
		管理者	管理者	管理者	管理者	相談員	相談員	相談員	管理者	管理者	管理者	管理者	相談員	相談員	管理者	相談員	相談員	相談員	管理者	相談員	相談員	相談員	管理者	相談員
		院内スタッフ に対し学ぶ機 会の提供	院内体制の整 備	院内外に対し ての周知	必ず一度はが ん相談支援セ ンターを案内 する院内体制	県内の情報提 供	出張がん相談	地域に向けて 情報発信	ピアサポート 活動への支援	運営上必要と なる環境や資 材の整備	専従・専任相 談員として複 数の職種を配 置	研修参加・資 格取得への支 援	研修の定期的 な受講と知 識・情報の更 新	基礎研修(3)を 受講した相談 員の配置	多職種連携・ 協働体制の整 備	活用する情報 の検討・評価 と確かな情報 提供の体制整 備	マニュアルの 作成と定期的 な更新	症例数の少な い相談の協力 体制	フィードバック 体制の整備	課題や解決策 の報告とセン ター・病院全体 としての質向 上への取り組 み	定期的な相談 対応のモニタ リング	相談対応の記 録と現状分析	外部評価の機 会	協議会、部 会、WGに参 加し課題の共 有と検討
拠 点 病 院	A	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3
	B	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3
	C	3	3	3	2	3	1	3	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	3	3
	D	2	2	3	2	3	1	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3
	E	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3
	F	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
	G	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	1	2	3	3
推 進 病 院	H	3	3	2	2	3	3	2	2	1	1	2	2	3	3	3	2	2	1	2	2	2	1	2
	I	3	3	3	1	3	1	1	1	2	3	3	3	2	2	2	2	3	1	2	1	2	2	3
	J	2	3	2	2	2	1	2	1	2	2	3	2	1	3	2	3	1	2	3	1	2	3	2
	K	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	L	1	2	2	1	3	3	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	3
	M	1	3	2	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3
	N	1	3	2	2	2	2	2	1	2	1	3	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	3
O	2	3	2	1	2	1	1	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	2	1	1	3	

評価項目	1.病院全体として患者や家族の不安に適切に対応できる体制を整備する								2.がん相談支援センターとして質の高い相談支援を提供できる体制を整備する													3.その他	
	院内教育 スクリーニング体制の整備		相談支援センターの周知					ピアサポート 活動支援	環境整備	人員配置・人材育成				質の管理				質の保証					県内の 協力体制
	管理者	管理者	管理者	管理者	相談員	相談員	相談員	管理者	管理者	管理者	管理者	相談員	相談員	管理者	相談員	相談員	相談員	管理者	相談員	相談員	相談員	管理者	相談員
	院内スタッフ に対し学ぶ機 会の提供	院内体制の整 備	院内外に対し ての周知	必ず一度はが ん相談支援セ ンターを案内 する院内体制	県内の情報提 供	出張がん相談	地域に向けて 情報発信	ピアサポート 活動への支援	運営上必要と なる環境や資 材の整備	専従・専任相 談員として複 数の職種を配 置	研修参加・資 格取得への支 援	研修の定期的 な受講と知 識・情報の更 新	基礎研修(3)を 受講した相談 員の配置	多職種連携・ 協働体制の整 備	活用する情報 の検討・評価 と確かな情報 提供の体制整 備	マニュアルの 作成と定期的 な更新	症例数の少な い相談の協力 体制	フィードバック 体制の整備	課題や解決策 の報告とセ ンター・病院全体 としての質向 上への取り組 み	定期的な相談 対応のモニタ リング	相談対応の記 録と現状分析	外部評価の機 会	協議会、部 会、WGに参 加し課題の共 有と検討
3.十分できている (改善不要・現状維持)	7	12	8	5	11	5	8	5	4	8	9	8	9	6	6	4	4	6	8	1	4	7	12
2.ある程度はできている が、改善の余地がある	4	2	6	5	4	1	3	5	8	2	4	3	2	6	6	9	5	3	5	4	7	4	3
1.できていない	4	1	1	5	0	9	4	5	3	5	2	4	4	3	3	2	6	6	2	10	4	4	0



【管理者評価の方法と内訳】

管理者項目の評価は、誰がどのように行いましたか？	4.相談員が評価し、管理者は未評価および未確認	3.相談員が評価し、管理者は評価内容を確認	2.管理者が相談員とともに評価	1.管理者が単独で評価
	2	7	4	2
拠点病院	0	6	2	0
推進病院	2	1	2	2



具体的にどの立場の管理者が回答または確認しましたか？	がん相談支援センター管理者	病院管理者（病院長、副病院長など）	がん相談支援センターを含む部署のセンター長・副センター長・看護師長等
	4	8	1
拠点病院	4	3	1
推進病院	0	5	0

