

## I. 目的

2022 年 8 月改定のがん診療連携拠点病院等の整備指針において、指針Ⅱ-5-(5)-⑤「がん相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備すること。また、フィードバックの内容を自施設の相談支援の質の向上のために活用するとともに、都道府県協議会で報告し、他施設とも情報共有すること」が定められ、2023 年度、新整備指針への対応としてフィードバックを得る体制の整備に取り組み、一定の成果をあげることができた。

昨年度の PDCA サイクルを踏まえ、今年度は「相談者からフィードバックを得る体制」および「相談者からのフィードバックを基に自施設の相談支援の質の向上に取り組む」が一層充実する事、更に持続可能な取り組みとして定着するよう対策を講じることを目的とした。

## II. 対象

広島県内がん診療連携拠点病院 13 施設と 3 施設のがん相談支援センター

## III. PDCA サイクル

P (計画)	D (実施)
① 各病院 PDCA サイクル評価シートに「目標」と「P (計画)」を記入し、6 月 10 日までに分科会担当者へ提出。 ② 第 1 回部会にて、分科会担当者が各病院の PDCA サイクルシートを全病院へ配布し、中間評価と最終評価方法について検討する。 ③ 第 2 回部会にて、各病院の進捗状況報告や困難点などをグループ内で中間評価する。 ④ 広島県がん診療連携協議会(第 2 回)で報告 ⑤ 第 3 回部会にて、相互評価、全体検討・評価 ⑥ 全体検討・評価の内容を協議会に提出	① 計画通り提出された。 ② 第 1 回部会にて各病院の PDCA サイクルシート (P:計画) を配布した。最終評価については、ペア病院との相互評価という事で決定した。 ③ 第 2 回部会にて各病院の進捗状況の確認と中間評価を行い、グループ内で共有した。 ④ 広島大学病院より広島県がん診療連携協議 (12/20) へ報告した。 ⑤ 第 3 回部会にて、ペア病院と相互評価を行い、グループワークにて共有した。また来年度の PDCA サイクル評価のテーマについても協議した。 ⑥ 東広島医療センター・尾道総合病院がとりまとめ、広島大学病院へ提出した。
C (点検・評価)	
<p><b>フィードバック体制の整備:</b>昨年度と比較して、フィードバックを得る体制が整備・確立できた。</p> <p><b>アンケートの配布率・回収率:</b>強化月間を設けるなどの工夫により、配布率・回収率の向上が見られたが、総数にはばらつきがある。</p> <p><b>フィードバックの内容:</b>好意的なフィードバックが多く、相談員のモチベーションアップに繋がった。</p> <p><b>相互評価とグループワーク:</b>ペア病院との相互評価を通じて、他病院の取り組みを詳しく聞くことができ、今後の計画の参考にできた。グループワークで全体共有ができた。</p> <p><b>PDCAサイクル評価の継続:</b>来年度のテーマは別になるが、継続的に取り組めるよう定着しつつある。</p>	
A (改善)	
<p><b>アンケートの総数のばらつき:</b>アンケートの配布方法や回収方法を統一し、ばらつきを減らす。アンケートの重要性を強調するキャンペーンや説明会を開催し、回答率を向上させる。</p> <p><b>がん相談員への意識づけ:</b>定期的な研修やワークショップを開催し、相談員のスキルアップを図る。フィードバックの重要性を理解してもらうために、具体的な成功事例を共有する。</p> <p><b>相互評価のコメント欄の活用:</b>相互評価のコメント欄を活用して具体的な評価を行い、業務の見直しや質改善に繋げる。定期的な評価会議を開催し、改善策を議論する場を設ける。</p>	