

都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会  
がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト2019年作成版(全国部会作成版)

アウトカム				プロセス			
患者や家族および市民				がん相談支援センター			
最終目標	準最終目標	必要な条件	必要な条件・状態	番号	優先順位	実施状況の案および例示	3段階評価の案および例示
頼りにできる人、相談の場がある(寄り添う)	相談の場があると感じる人が増える 相談支援センターの役割を知っている人が増える 患者が孤立しない 情報や助けを求めている人に気づく人が増える 適切な相談窓口につながる人が増える	相談の場があると 感じる人が増える 相談支援センターの 役割を知っている 人が増える	その人にとってアクセスし やすい相談場所・相談の 入り口がある	1	A	病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、院内掲示や配布物(チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等)、病院ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示し、それを定期的に見直している	3:定期的(少なくとも1年おき)に見直しの機会を設けている 2:掲示をしているが、定期的な見直しの機会を設けていない 1:掲示していない、掲示する予定である
				6	A	ピアサポートの場をつづけている、またはピアサポートの提供が可能な場(患者会・患者サロン・ピアサポーターによる支援の場等)についての情報を提供することができる	3:ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、希少がんや若年世代のがん等も含めて幅広く情報提供することができる 2:ピアサポートの提供が可能な場について情報収集し、主要ながんに限っては情報提供することができる 1:ピアサポートの提供が可能な場について情報収集していない
				再掲(1)	A	病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、院内掲示や配布物(チラシ・診療案内・入院案内・院内広報誌等)、病院ウェブサイト等で、がん相談支援センターの窓口をわかりやすく提示し、それを定期的に見直している	
				9	A	病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの役割(質の高いがん相談支援に求められる基本姿勢「Core Values」を含む)や業務を、院内スタッフに対して周知する機会(例:新人オリエンテーション・医局会等)を定期的に設けている	3:定期的(少なくとも1年おき)に実施している 2:必要に応じて随時実施している(定期的な機会を設けていない) 1:実施していない
				10	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族等に対して、診断初期の段階から主治医等よりがん相談支援センターの案内がなされるよう院内の体制を整備している(例:リーフレットや案内カードを渡しセンターを案内するよう、各診療科長を通じて全てのがん診療を担当する医師に依頼する等)	3:体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている 2:体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている(例:一部の診療科にしか浸透していない等) 1:体制整備に取り組んでいない
				再掲(6)	A	ピアサポートの場をつづけている、またはピアサポートの提供が可能な場(患者会・患者サロン・ピアサポーター等)についての情報を提供することができる	
				18	A	基本計画や整備指針等ががん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例:ゲム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラニング・集合研修)に参加している	3:専従・専任以外も含め複数の相談員が参加している 2:専従・専任の相談員のみが参加している 1:参加していない
				19	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を業務の一環とみなし、参加を促している(例:研修参加や認定がん専門相談員の認定取得を促す、必要経費の支出、不在時職務代替者の調整等)	3:専従・専任以外も含め複数の相談員に対し、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなしている 2:専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了以降も、継続的な学習の機会を業務の一環とみなしている 1:専従・専任の相談員のみ、基礎研修修了までは学習の機会を業務の一環とみなしている(それ以降の研修受講・自己研鑽は業務外・自費扱い)
				21	都道府県拠点A 地域拠点B	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センター内に相談員指導者研修を修了した者を配置している	3:複数名配置している 2:1名配置している 1:配置していない
				26	A	がん相談支援センター内で情報共有や相談傾向の把握・課題抽出、他施設との比較ができるよう、相談記入シート(情報提供・相談支援部会で採用された「相談記録のための基本形式」)を用いて相談記録を作成している	3:現在相談記入シートに準拠している 2:現在相談記入シートに準拠していないが、今後準拠する予定である 1:現在相談記入シートを準拠しておらず、今後準拠する予定もない
患者が自分らしい生活ができるよう問題の解決ができる	相談員間、相談支援センター間で、起きている課題の共有や解決法の情報共有ができる	相談対応の質が担保されている ・困りごとの本質を見極め、困りごとに対する術や情報を提供できる	相談対応の質が担保されている ・困りごとの本質を見極め、困りごとに対する術や情報を提供できる	27	A	相談員からの相談内容や対応を分析し、改善しうる課題について検討している	3:分析し傾向把握し、改善しうる課題の検討を行っている 2:分析し傾向把握はしているものの、改善しうる課題の検討はできていない 1:医療者からの相談内容や対応については分析していない
				28	S	がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげる	3:病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実施床への還元サイクルを回すことができる 2:病院管理者等への報告は行っているものの、実施床への還元サイクルを回せていない 1:病院管理者等への報告は行っていない
				30	都道府県拠点または部会担当施設A	【都道府県拠点または部会担当施設】部会で検討して解決が困難な課題を、上部の協議会に挙げ、解決をはかる仕組みがある	3:協議会に挙げ解決をはかる仕組みが機能している 2:協議会に挙げ解決をはかる仕組みが機能していないため、体制整備に取り組んでいる 1:現在、協議会に挙げ解決をはかる仕組みはない
				31	S	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターで提供された支援に対する利用者からのフィードバックを得るための体制を整備している(例:センター利用者への満足度調査の実施、病院として実施する患者満足度調査に部門評価を含める等)	3:体制整備に取り組み、収集・評価・実施床への還元サイクルを回すことができる 2:体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている(例:収集はしているが、その内容を評価し実施床に還元することができていない等) 1:体制整備に取り組んでいない
				33	S	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、がん相談支援センターの体制や業務状況等について外部から評価を受ける機会を設けている(例:認定がん相談支援センターの認定取得、病院機能評価、他施設のがん相談支援センターとの間の相互評価等)	3:外部評価を受ける機会はあるものの、運用上の課題が残っている(例:評価は受けているが、その内容を実施床に還元することができていない等) 2:外部評価を受ける機会はない 1:外部評価を受ける機会がない
				再掲(18)	A	基本計画や整備指針等ががん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例:ゲム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラニング・集合研修)に参加している	
				再掲(19)	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を業務の一環とみなし、参加を促している	
				34	A	がん相談支援センター内で情報提供・相談支援に活用する情報についての検討を定期的に行い、科学的根拠に基づく情報・信頼できる情報の整備・更新に努めている	3:定期的(少なくとも1年おき)に行っている 2:必要に応じて随時行っている(定期的な機会を設けていない) 1:活用する情報についての検討・評価を行っていない
				36	S	がん相談部門のマニュアルや相談対応のQ&A等の対応時の参考資料をセンター内で作成し、定期的に更新している	3:定期的(少なくとも1年おき)に確認・更新している 2:作成したが更新していない 1:作成していない
				39	A	病院管理者は、がん相談支援センターの相談員をバックアップするための多職種連携・協働体制を整備している(例:相談員が相談対応で困ったときに助言を求められる担当者や定めるよう各診療科・部門に指示する等)	3:体制整備に取り組んだ結果、問題なく運用できている 2:体制整備に取り組んでいるものの、運用上の課題が残っている(例:一部の診療科にしか浸透していない等) 1:体制整備に取り組んでいない
41	A	相談対応した際の記録(音声データ等)とがん相談対応評価表等を用いて、定期的に相談対応のモニタリングを行っている	3:複数の相談員が参加する形の部門内モニタリングを、定期的(相談員あたり少なくとも1年1回)に行っている 2:自身の相談対応を各自で振り返る形のセルフモニタリングを用いている 1:事例検討は行っているが、評価表を用いたモニタリングは行っていない				
患者中心の(その人らしい)意思決定が可能になる	納得して治療を選択できる 意思決定に必要な情報が得られる 医療者とのコミュニケーションがうまくいく	相談対応の質が担保されている ・科学的根拠に基づく信頼できる情報が提供できる ・理解を促進する説明ができる ・医師や看護師等へ理解を促進するような橋渡しができる	相談対応の質が担保されている ・科学的根拠に基づく信頼できる情報が提供できる ・理解を促進する説明ができる ・医師や看護師等へ理解を促進するような橋渡しができる	再掲(18)	A	基本計画や整備指針等ががん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例:ゲム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラニング・集合研修)に参加している	
				再掲(19)	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、相談員に対し継続的な学習の機会を業務の一環とみなし、参加を促している	
				34	A	がん相談支援センター内で情報提供・相談支援に活用する情報についての検討を定期的に行い、科学的根拠に基づく情報・信頼できる情報の整備・更新に努めている	
				36	S	がん相談部門のマニュアルや相談対応のQ&A等の対応時の参考資料をセンター内で作成し、定期的に更新している	
				39	A	病院管理者は、がん相談支援センターの相談員をバックアップするための多職種連携・協働体制を整備している(例:相談員が相談対応で困ったときに助言を求められる担当者や定めるよう各診療科・部門に指示する等)	
				41	A	相談対応した際の記録(音声データ等)とがん相談対応評価表等を用いて、定期的に相談対応のモニタリングを行っている	
				43	A	がん相談支援センター内で個人情報の取り扱い(守秘義務遵守・相談記録管理等)方針について定め、遵守されている 例:相談者の同意なく、主治医など相談支援センター外に伝えたい等のルールが明文化されている	3:方針を定め、問題なく運用できている 2:方針は定められたものの、運用上の課題が残る方針となっている 例:相談内容について情報を伝えたい範囲を院外の者としており、院内の者(特に主治医)であれば相談内容を知ることができる状態となっている等 1:方針を定めていない
				再掲(9)	A	病院管理者およびがん相談支援センター管理者は、がん相談支援センターの役割(質の高いがん相談支援に求められる基本姿勢「Core Values」を含む)や業務を、院内スタッフに対して周知する機会(例:新人オリエンテーション・医局会等)を定期的に設けている	
				再掲(10)	A	病院管理者およびがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族等に対して、診断初期の段階から主治医等よりがん相談支援センターの案内がなされるよう院内の体制を整備している(例:リーフレットや案内カードを渡しセンターを案内するよう、各診療科長を通じて全てのがん診療を担当する医師に依頼する等)	
				再掲(27)	A	相談員からの相談内容や対応を分析し、改善しうる課題について検討している	
再掲(28)	S	がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて病院管理者等に報告し、がん相談支援センターや病院全体としての質向上につなげる					
(がんになっても)安心して暮らせる	社会に、がんに対する対応力が醸成される	情報啓発の場が確保される 地域ネットワークの構築	がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる 地域に相談支援センターが定期的に開催されている	44	A	情報提供・相談支援に活用するがんに関する図書・小冊子やリーフレットは、センター内で内容を精査し、正確な情報が掲載されているものを設置・配布し、活用している	3:明文化された判断基準の下、内容の精査を行っている 2:内容の精査は行っているが、明文化された判断基準がない 1:内容の精査を行っていない
				再掲(18)	A	基本計画や整備指針等ががん相談支援センターに新たに求められている事項や業務(例:ゲム医療・希少がん・AYA・生殖機能等)に関連する研修(エラニング・集合研修)に参加している	
				46	A	都道府県内のがん診療連携協議会または相談支援部会(部会下に設置されるワーキンググループ等を含む)に参加し、病院間での情報共有や役割分担を含む協働体制の構築を行っている	3:定期的に参加しており、情報共有や協力体制構築において、主体的に役割を果たしている 2:参加はしているが、主体的に関わることができていない 1:参加していない

注1) 全般に関連するが特に関連が深い目標のところに記載  
注2) 優先順位 S:(全国一律に)特に優先的に取り組むべき項目 A:(全国一律に)優先的に取り組むべき項目  
B:(SやA項目に比べて優先順位は低いものの)取り組むべき項目 C:施設の実情などに合わせて可能な範囲で取り組むべき項目