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）＊一部抜粋

施設名： 2021年度　福井県済生会病院

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				3段階評価		
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		取り組み事項
困っている患者・家族が減る	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	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 多様な相談先がある 複数の相談場所がある	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は設けていない 1：掲示できていない、掲示する予定である	3	
				6	A	ピアサポートの場をつくっている、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、主要ながんについ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	3	
				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（定期的な機会は設けていない） 1：実施していない	3	新入職員オリエンテーションで、集学的がん診療センター（がん相談支援センター含む）について説明している
				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	2	一部の診療科にしか浸透していないが、告知場面では認定看護師より相談支援センターの案内（冊子）を渡している
	患者が自分らしい生活が出来るよう問題の解決ができる	患者同士の交流が可能になる（がん罹患後の）生活の見通しが立つ 問題の解決法が対処法が増える 問題や困りごとの原因が減る	・患者サロンの運営や協力をする ・患者会活動の支援をする ・相談対応の質が担保されている ・（相談員が）相談者のがんや状況の理解を助けることができる ・（相談員が）相談者に適切な情報や支援を通じてエンパワメントすることが出来る ・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の情報共有ができる	18	A	基本計画や整備指針等で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：ゲノム医療・希少がん・AYA・生殖機能等）に関連する研修（Eラーニング・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	3	
				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）	3	
				20	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対応の質向上のための取り組みをしている者（例：認定がん専門相談員）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	2	
				23	B	がん相談支援センター内でカンファレンスや事例検討会を開催し、課題の共有や解決策の検討を行っている	3：定期的（少なくとも毎月）に行っている 2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない） 1：課題共有や解決策検討の機会を設けていない	3	
				25	B	都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で検討された課題や解決策を、自施設のがん相談支援センター内で共有している	3：定期的（部会や協議会のたび）に行っている 2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない） 1：共有の機会を設けていない	3	
				26	A	がん相談支援センター内での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	3	
				27	A	相談者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	3	事例検討会1回/月実施
				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ている	3：病院管理者等への報告を行い、その内容をふまえた実臨床への還元のサイクルを回すことができている 2：病院管理者等への報告は行っているものの、実臨床への還元の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	3	コロナ下での対応についての問題や、就労支援に関することを部門責任者会議で伝達している
				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・実臨床への還元のサイクルを回すことができている 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：収集はしているが、その内容を評価し実臨床に還元することができてない等 1：体制整備に取り組んでいない	2	県統一のアンケートに参加
				32	C	病院管理者やがん相談支援センターの管理者は、病院として実施する患者満足度調査に、中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）で示されている項目を含めている	3：中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）を考慮した項目を設けている 2：がんに関連する項目はあるが、中間評価指標（がんとの共生分野・相談支援）を考慮した項目ではない 1：病院が実施する患者満足度調査では、がんに関連する項目を設けていない	3	
				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での相互評価等）	3：外部評価を受ける機会があり、その内容をふまえた実臨床への還元のサイクルを回すことができている 2：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、その内容を実臨床に還元することができてない等 1：外部評価を受ける機会がない	3	
	患者中心の（その人なりの）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 医療連携が円滑に行われている	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（定期的な機会は設けていない） 1：活用する情報についての検討・評価を行っていない	3	
				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：作成し、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	3	新し情報が入ったとき。最低1回/年実施している
				38	B	院内他部署（例：緩和ケアチーム等）や地域の関係機関とのカンファレンスを実施している	3：定期的に行っている 2：必要に応じて随時行っている（定期的な機会は設けていない） 1：実施していない	3	
				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を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	3	
				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行っている 1：事例検討は行っているが、評価表を用いてのモニタリングは行っていない	3	国がんのモニタリングを受けている
		公平・中立な相談の場が確保される	だれでも相談できることを明示し、保障している 匿名で相談対応できることを明示し、保障している	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な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な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	3	
（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	社会の支えが感じられる	広報活動が行われている	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	3	グレードや設置に関してマニュアルに記載
		情報啓発の場が確保される	がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる	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含む）に参加し、病院間での情報共有や役割分担を含む協力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	3	