

2021年1月7日
情報提供・相談支援部会
部会長 大久保礼子

令和2年度第1回がん相談支援センター相互評価報告書

1. 目的

県内複数のがん相談支援センターとの相互訪問において外部評価を受ける機会を創出し、評価内容をふまえ、改善案等の提言および実施とともにがん相談支援センターの質の担保を図る。

2. 実施方法

- (1) 県内のがん相談支援センターの中から1か所を選定し、複数のがん相談支援センター構成員が訪問して、業務および運営等に関するヒアリングを実施する。
- (2) 評価指標は「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)」を使用する。チェックリストの全項目を、項目ごとに提示されている3段階で評価を行い、次にその3段階評価を点数化して合計点数で全体の達成度を測る。再掲を含む全部で62項目の指標186点満点とする。また、指標は達成すべき優先順位を目安として項目ごとにS・A・B・Cに区分されている*。今回はSからCのすべての項目において評価を実施した。
*) S項目：(全国一律に)特に優先的に取り組む項目、A項目：(全国一律に)優先的に取り組むべき項目、B項目：取り組むべき項目、C項目：施設の実情などに合わせて可能な範囲で取り組むとよい項目
- (3) 訪問に係る費用はそれぞれの所属機関の負担とする。

3. 実施日

令和2年12月22日(火)14時～16時30分

4. 場所

琉球大学病院がん相談支援センターおよびがんセンター

5. プログラム

- 14:00～14:30 部署訪問によるヒアリングおよび見学
14:30～14:50 講評および意見交換
 (1) 訪問施設へのコメント、改善点
 (2) チェック項目に対する要否
14:50～15:00 総括

6. 参加者

	氏名	所属	備考
1	傳道 聡子	県立中部病院	がん相談支援センター 実務者
2	喜舎場利恵	県立中部病院	がん相談支援センター 実務者
3	仲宗根 恵美	那覇市立病院	がん相談支援センター 実務者
4	知念 隼史	那覇市立病院	がん相談支援センター 事務
5	大久保礼子	琉球大学病院	がん相談支援センター 実務者
6	山田 綾美	琉球大学病院	がん相談支援センター 実務者
7	増田 昌人	琉球大学病院	がん相談支援センター 責任者

7. 結果

(1) 琉大病院の総得点は 148 点 (186 点満点) で、全体として 80%達成という結果になった。必須項目 (S 項目・A 項目) においては高評価となっており、総評はおおむね達成できているという結果だった。

(2) 未達成だった項目は、A 項目において 1 つ、C 項目において 5 つが評価 1 となった。

*A 項目のうち改善を要する項目

「指標 41.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」

評価 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。

評価理由: モニタリングを行うためにがん相談の内容を録音できる環境が未整備で、録音にあたって相談者からの同意をとることなど、運営についても検討されていない。

(3) 各項目の結果は、PDCA チェックリストを参照。

8. 主な質問や意見

- ・ 面談室の安全管理面から防犯ブザーなどの設置が必要ではないか。
- ・ アピアランス支援の一環のウィッグ展示は、以前は廊下に設置したが面談室内に変更した。設置場所については、感染症対策と併せて検討が必要。
- ・ 外来化療室など外来から介入依頼はどのタイミングで呼ばれるのか。予約が決まった時点で事前に連絡をもらえるのか。

→琉大では、患者さんが来院したタイミングで看護師等から連絡を受け、在室時間など確認し訪問する。特に外来化療室では運用が周知されており、初回利用者については全例、がん相談員の面談を実施している。

- ・ 電子カルテ上の相談記録について、誰でも閲覧できるのか。どこでも閲覧可能か。
→相談支援センターのフォルダを作成。ロックをかけており、パスワードは相談員のみ共有している。電カル PC であればどの端末からでも閲覧可能。
- ・ 病院で実施されている患者満足度調査にがん相談センターの部署の項目を組み込んでもらうことは可能か。
→それぞれの病院で検討
- ・ 相談対応への質評価のための音声録音の整備状況はどうか。
→琉大のがん相談支援センターでは未整備。那覇市立病院、中部病院では医療安全の面から自動録音機能がついた固定電話を1つ用意している。録音については自動音声でアナウンスが流し、患者同意を得ている。

9. 相互評価訪問スケジュール

那覇市立病院は今年度内、中部病院は次年度上半期での開催を検討することとなった。

10. 総括

各施設においてやるべきことを明瞭化し、がん相談支援センターでの設備に必要なことを情報提供・相談支援部会で検討し、がん診療連携協議会の議題として挙げていくことが求められる。

また、各施設による自己チェックを行い、チェックリスト自体に問題点がないかを併せて検討するように増田センター長より総括があった。

訪問時の様子



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）

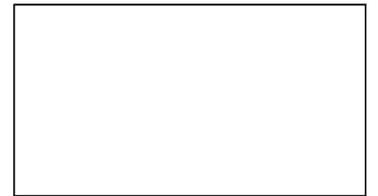
対象施設名：琉大病院

プロセス					施策		講評	
がん相談支援センター					整備指針の内容 ^{※1}		質問、改善点、コメント等	
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	2020年度実施状況	補足説明、コメント等		
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	掲示場所、数など ・院内掲示（外来3か所） ・がんセンターウェブサイト ・各科外来で配布チラシ設置	院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。 ②情報提供について コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘されている コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援	■看板や案内ボードの作成、設置場所どのようになっているか？ →看板は相談室入口横に設置。 →案内ボードは正面玄関入口等に設置した期間もあるが、共有スペースのため現在は撤去。
	2	C	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、病院ウェブサイトのトップページからがん相談支援センターのページに直接いくことができるよう、サイトを構成している。	3：トップページからがん相談支援センターのページへのリンクが貼られている 2：がん相談支援センターのページはあるが、トップページからのリンクはない 1：がん相談支援センターのページがない	2	・病院ウェブサイトからがんセンターリンク。がんセンターホームページ内に記載		
	3	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、地域の患者・家族・市民に対しての周知効果が見込まれる取り組み（例：センター外での出張がん相談・リレーフォーライフ等）に協力・参画している	3：現在、協力・参画している 2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない。または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、地域向け周知・広報の取り組みが行われていない	2	開催場所、開催数など ・今年度が地域活動ないが、過去に図書館まつりでの出張相談、リレーフォーライフ、ラジオ出演等に参加実績あり		
	4	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、すべての利用者が直接アクセスできる専用回線や窓口、相談室を用意している	3：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭であり、相談のための環境面（電話相談専用回線・対面相談のための相談室等）も整備されている 2：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭で、利用者がアクセスしようと思えばどりつくことができる 1：がん相談支援センターの場所や連絡先が不明瞭で、利用者がアクセスしようと思ってもたどりつけない場合がある	3		■相談室兼相談員事務室であるが、面談使用時に、他職員は在席しているのか。患者がプライバシーを気にすることはないか。 ■面談時は扉を閉めずカーテンのみ。外へ声が漏れることはないか。 →パーティション等で仕切り、声量にも配慮し対応し、今までトラブルはない。 ■相談室の安全管理面から防犯ブザーなどの設置が必要ではないか。 ■相談員不在時の対応について →固定電話回線はPHSへ転送し持ち運び対応 →予約なし来室者への対応として、急ぎの場合の連絡先をドアに掲示している。 ■多職種（薬剤師や栄養士）との連携はどのようになっているか。 →相談室は他部門、多職種の方とも共有している。面談同席が必要な場合は対応を依頼することはあるが、緩和専任看護師との連携が多い。栄養士・薬剤師へ面談依頼することは少ない。	
	5	B	病院管理者は、外国人や障害の関係でコミュニケーションに配慮が必要な患者に対応できる体制を病院として整え、それらの患者ががん相談支援センターを利用した場合に、相談員が対応（または既存の院内体制と連携・協働して対応）できるようにしている	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：一部の外国人や障害者への対応が困難等 1：体制整備に取り組んでいない	2	・外国語通訳アプリは運用されている。視覚・聴覚障害への対応は未整備	■中部病院は、通訳者を事前に病院側で予約手配 ■那覇市立病院は、聴覚障害者に対し「かきぼんくん」を利用	
	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	2	開催場所、開催数など ・院内でピアサポートを実施。 ・患者サロンを月1回開催 ・主要な患者会に関する冊子等を配布		
情報や助けを求めている人に気づく人が増える	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	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		院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。	
適切な相談窓口につながる人が増える	7	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している ・自施設の患者以外の相談者にも対応していること ・相談は無料であること ・匿名での相談も可能であること ・本人の同意のないところで、相談内容が第三者（担当医含む）に伝わることがないこと ・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること	3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している 2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である 1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない	3	掲示場所、数など ・チラシ、ウェブサイト、冊子などの媒体で、内容について明記周知している。	④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。 ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。 イ 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。	■相談記録の方法は？ →当院患者であっても相談者同意なければカルテ記載せず、がん相談員のみ閲覧可能な相談シート（日報を兼ねる）にのみ記録している。主治医等との共有が必要な場合は、同意を確認している。IDなし患者は相談シートのみ。
院内・外へセンターの周知が行われる ・医療従事者（院内・外）が相談支援センターの役割を知っている ・紹介元から紹介先へうまくつながれる（うまく連携がとれている）	8	B	病院管理者や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周知・広報活動（对患者・家族・市民向け、対院内スタッフ向け、対地域の関係機関向け）について、組織的な検討を行っている	3：定期的（少なくとも1年おき）に検討している 2：必要に応じて随時検討している（定期的な検討の機会は設けていない） 1：検討していない	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	2	開催場所、開催数など ・過去には医局会等での周知実績、院内会議等での周知（不定期）		
	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	対応件数など ・初診時配布用リーフレットを作成し外来診察デスクに設置し運用を開始した		

	11	C	病院管理者や相談支援センターの管理者は、苦痛や課題を抱えている患者・家族が、必要に応じてがん相談支援センターにつながる事ができるような院内の体制を整備している (例: 初診時や入院時にスクリーニングを行い、苦痛や課題の内容に応じて適切な部門・専門職につなぐしくみがある等)	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	・外来がん患者つらさのスクリーニングに相談支援センターへつなぐ項目がある ・入院患者は入院支援スクリーニングの実施		■相談センターへの案内は、痛みのスクリーニングとは別にオリジナルで作成しているのか。 →看護部が主に使用するものでおそらくオリジナル。外来と入院で活用状況は異なるが、外来のフローチャートには相談員の連絡先が記載されている。
	12	C	地域の関係機関(保健医療福祉機関・行政機関・図書館等)に対し、さまざまな方法(カンファレンス参加・講演会や勉強会の実施・挨拶回り・ポスターやチラシの配布等)でがん相談支援センターの役割・業務についての周知を図っている	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: 地域関係機関向けの周知活動を行っていない	1			■他院では地域連携室との共同で実施。(那覇市立毎年約20施設)
・患者のみの運営や協力をする ・患者会活動の支援をする	再掲(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	2		相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。 コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援	
	13	B	患者会の運営支援(運営上の相談への対応、講演会開催への協力等)を行っている	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: 運営支援を行っていない	3	・部会活動を通じた会議や講演会の共同開催		
	14	C	さまざまな方法(ポスター・チラシ・病院ウェブサイト・がんサポートブック「地域の療養情報」・院内スタッフへの周知活動等)で患者サロンや患者会についての周知を図っている	3: さまざまな方法で周知を行っている 2: 周知を行っているが、周知方法が限定的である 1: 周知を行っていない	3	・ポスター院内掲示、参加者への案内郵送、がんセンターウェブサイトでの周知等		
	15	B	国立がん研究センター主催の相談員研修(エラーニング・集合研修)を受けている	3: 専従・専任以外も含め複数の相談員が基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 2: 専従・専任の相談員のみが基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 1: 専従・専任の相談員のみが基礎研修を修了している(継続研修は未受講)	2	・継続的に研修受講 ※相談支援センター相談員は専従・専任相談員2名のみのため、評価2(以下Q15-18も同様)	⑦ 相談支援センターの支援員は、IVの2の(3)に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組	
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できる	16	B	院内のキャンサーボード・勉強会・研修会・事例検討会・カンファレンス・会議等に参加している	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	2	・院内委員会会議、カンファレンス、研修会へ参加		
	17	B	都道府県やブロックで開催されている相談員研修、地域相談支援フォーラム、事例検討会等に定期的に参加している	3: 専従・専任以外も含め複数の相談員が定期的(少なくとも1年おき)に参加している 2: 専従・専任の相談員のみが定期的(少なくとも1年おき)に参加している 1: 専従・専任の相談員のみが都合が合う場合に参加している	2	・毎年すべての相談員(2名)が参加。		
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	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(エラーニング・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	2	・継続研修(エラーニング受講)		
	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	・研修参加励行、必要経費補助や代休調整あり。		
相談員間、相談支援センター間で、起きていた課題の共有や解決法の情報共有ができる	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	3	・認定がん専門相談員2名在籍		
	21	都道府県拠点A地域拠	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	2			
	22	B	【都道府県拠点】 都道府県内で相談員研修を定期的に企画・開催している	3: 都道府県拠点病院だけでなく複数の病院が企画に参画する形で、定期的(少なくとも1年おき)に開催している 2: 都道府県拠点病院のみが企画する形で、定期的(少なくとも1年おき)に開催している 1: 定期的には開催していない、または開催していない	3	・県内拠点病院と協同し年3回の持ち回り開催方式で、必ず年1回は主催開催		
	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	2	・相談支援センターミーティング(毎週水曜)や不定期で課題共有している。	③相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。	■中部病院: 入院支援部門と共同で事例検討会。看護師や社会福祉士10~20名程度で約15~30分実施している。事例担当者は事前確認している
	24	C	がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて都道府県内の相談支援部会等(部会や協議会)に報告している	3: 自発的に提案・報告している 2: 部会等から依頼があった場合に報告している 1: 報告していない	3		⑤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が望ましい。	
	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)	3		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組	
	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	・相談記入シートを使用し、月別内容内訳も集計し、相談支援部会へ提出。課題共有している。	【都道府県拠点】 ・当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担う ・少なくとも1人は国立がん研究センター	■相談件数における、外来患者と入院患者の割合はどうか? →7~8割が当院外来患者

	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	・相談支援部および相談支援センター連絡会議で相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討している。	による相談員指導者研修を修了している		
	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	2	・相談支援センター連絡会議は病院運営委員会へ報告される仕組みとなっている。			
	29	C	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、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	2				
	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	3	・協議会内に部会報告や必要に応じて協議事項として提案を挙げるができる体制になっている。			
	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いない等 1：体制整備に取り組んでいない	2	・相談員単位では、相談対応時に利用者からの感想を聞き取る取り組みをし、収集している。			
	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	1			■どの病院でも、病院として年1回実施している患者満足度調査に相談支援センターに関する項目はない。	
	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いない等 1：外部評価を受ける機会がない	3	・病院機能評価受審、がん相談支援センター間の相互評価の実施			
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	2	・継続研修（Eラーニング受講）	②院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。		
	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 (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	・研修参加励行、必要経費補助や代休調整あり。	⑥患者からの相談に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、相談支援センターと院内の医療従事者が協働すること。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組 【都道府県拠点】 都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行う		
	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	・ガイドライン等の出版物や配布冊子は毎年更新の有無を確認し、設置している。	⑧ 地域拠点病院（高度型）の指定要件について ⑤相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること。	■配布冊子のうち廃盤になったものは継続利用しているか？ →情報が古くなっている可能性あり当院では使用していない ■配布冊子の設置場所は？ 補充はどこが担当しているのか。 →各外来待合室に設置しており、補充は相談センターにて対応。設置場所（外来NS）より補充の連絡を受け対応している ■アピアランス支援の一環のウィッグ展示はどうしているか？ →現在は感染症対策の観点から廊下展示スペースからは撤去した。今後検討。 ■がん冊子は発注しているか。 →琉大、中部病院は印刷対応。那覇市立病院は購入している ■パンフレットなどの郵便物は全て掲示・設置しているのか。 →随時精査し配置を決めている
	35	B	がん相談支援センター内で検討・承認された情報を活用して、相談に対応している	3：活用する情報について方針を定め、全ての相談員が方針に則って対応できている 2：活用する情報について方針を定めているが、運用上の課題が残っている 例：方針に則った対応ができていない相談員がいる等 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	2	・2019年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルは3年ごとに更新予定			

37	B	Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割（例：公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等）や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育（新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等）に活用している	<p>3：実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している</p> <p>2：がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている</p> <p>例：実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等</p> <p>1：がん相談部門のマニュアルを作成していない</p>	3	<p>・2019年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルの設置</p>
----	---	--	--	---	-------------------------------------



	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	2		
	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決めるよう各診療科・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		・相談支援センター連絡会議委員が相談役になることが承認されている。
	40	C	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多職種（看護職・福祉職・心理職）を配置している	3：看護職と福祉職に加え、それ以外の職種も配置している 2：看護職と福祉職を配置している 1：単一の職種しか配置していない	1		・社会福祉士のみ2名在籍。相談内容によっては医療専門職（医師・緩和NS・薬剤師等）へ確認をとり対応している。
	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	1		
	42	C	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相談員が相談対応のモニタリング（QA）を行うために必要となる体制を整備している（例：病院全体として電話の内容は録音する方針とする等）	3：がん相談に限らず、病院全体として電話の内容は録音する方針であり、録音内容の聴取権限の範囲等も厳密に定めた上で運用するとともに、サービスの質向上に役立っている 2：がん相談の内容を録音できる環境は整備したものの、運用上の課題が残っている 例：相談者から録音の同意を取ることが難しい等 1：がん相談の内容を録音できる環境を整備していない	1		■那覇市立病院、中部病院では医療安全（苦情対応）の面から自動録音機能附属の固定電話がある。PHSに繋がると録音はできない。那覇市立病院は録音する場合の自動音声の流れ患者の許可を得る。
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 個人の情報は保護され、適切に扱われる体制がある	再掲 (7)	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している ・施設の患者以外の相談者にも対応していること ・相談は無料であること ・匿名での相談も可能であること ・本人の同意のないところで、相談内容が第三者（担当医含む）に伝わることはないこと ・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること	3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している 2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である 1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない	3		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組 掲示場所、数など ・チラシ、ウェブサイト、冊子などの媒体で、内容について明記周知している。
	再掲 (37)	B	Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割（例：公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等）や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育（新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等）に活用している	3：実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している 2：がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている 例：実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等 1：がん相談部門のマニュアルを作成していない	3		・2019年度内規作成、がん相談支援部門マニュアルの設置
	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		
患者・家族が適切に相談窓口に行き着ける。またそのための流れや体制がある（院内・院外・地域から）	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	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	2		④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。 ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。
	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）	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		イ 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組
	再掲 (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		・相談支援部会および相談支援センター連絡会議で相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討している。
	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	2		・相談支援センター連絡会議は病院運営委員会へ報告される仕組みとなっている。
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	2		・相談支援センター職員で内容を精査し配布を決めている。
	45	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、がん関連情報の集約や発信の取り組み（例：がんサポートブック「地域の療養情報」・都道府県が作成するがん情報ウェブサイト等の作成）に協力・参画している	3：現在、協力・参画している 2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、がん関連情報の集約や発信の取り組みが行われていない	2		・過去作成実績あり。今年度より相談員個人への執筆依頼

がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる	再掲 (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	2	・継続研修（Eラーニング受講）	
	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的体制の構築を行っている	3：定期的に参加しており、情報共有や協力的体制構築において、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		
	47	C	がん診療連携拠点病院相談支援センターのMLを活用している	3：MLで流れているメールを活用するとともに、患者・家族・市民向けの情報発信に有用と思われるがん関連情報をMLに投稿している 2：MLで流れているメールのうち、患者・家族・市民向けに発信できる内容は積極的に活用している 1：MLで流れているメールの内容を把握していない	2		
	48	C	病院管理者ががん相談支援センターの管理者は、新しい話題を含めた講演会（患者・家族・市民向け、院内スタッフ向け）を実施する機会を設けている	3：患者・家族・市民向け、院内スタッフ向けいずれについても、がん領域における新しい話題を含めた講演会を定期的（少なくとも1年おき）に設けている 2：がん領域における新しい話題を含めた講演会を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：講演会のテーマ選定にあたり、がん領域における新しい話題を含めることを重視していない	1	・相談支援センターとしては講演会は開催していないが、病院としてはがんに関する院内スタッフ向けに講演会や研修会を開催している。	
地域に相談支援センターの周知が定期的に行われている	再掲 (46)	A	都道府県内のがん診療連携協議会や相談支援部会（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的体制の構築を行っている	3：定期的に参加しており、情報共有や協力的体制構築において、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	・相談支援部会事務局の運営、各事業の推進している。	(イ) 職場や地域における就労支援について医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保健総合支援センター等の有機的連携をより一層推進することが求められている
	49	B	就労支援で活用できる社会資源（社会保険労務士会、ハローワーク、産業保健総合支援センター等）を確認し、ネットワークを構築している	3：情報収集し、ネットワークも構築できている 2：情報収集はしているが、ネットワークは構築できていない 1：就労支援で活用できる社会資源について情報収集していない	3	・ハローワークと産保センターから出張相談の開催（月2回） ・定期的に研修会や連絡会に参加している。	③相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力的体制の構築を行う体制を確保すること。
	50	C	都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で取り決められた病院間の役割分担や協力的体制を把握し、そのネットワークを活用して適切な機関につなぐことができる	3：全ての相談員が対応できている 2：対応できていない相談員がいる 1：部会等でどのような取り決めがされているのか把握していない	3	・研修会の持ち回り開催や内規の整備等、部会での協議内容について自院で対応している。	
総得点（186点満点）					148		
80%達成 148点							
60%達成 116点							

注1) 全般に関連するが特に関連が深い目標のところ記載

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）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とよい項目

院長	副院長	看護部長	師長
			

令和3年4月12日

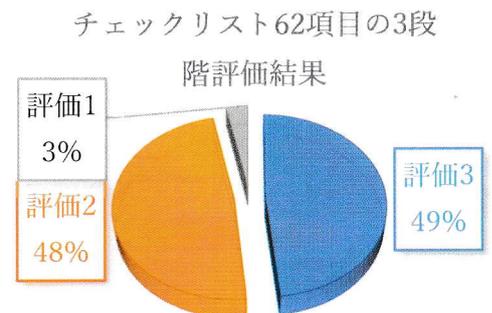
令和2年度 第2回がん相談支援センター相互評価報告書

令和3年3月22日(月)11時から13時30分に中部病院がん相談支援センターにおいて相互評価を行ったので、その結果について報告する。評価は、「がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト」¹⁾を用いて行った。評価項目は、達成すべき優先順位の目安として、S項目、A項目、B項目、C項目に区分されている。²⁾達成度が高い順から3、2、1の3段階で評価³⁾が行われ、次にその3段階評価を点数化して、合計点数で全体の達成度を測った。今回、初めて相互評価を行ったことから、がん相談支援センターの質の向上に必要な事柄を改めて確認することができた。

- 1) 資料1参照
- 2) S項目：(全国一律に)特に優先的に取り組む項目
A項目：優先的に取り組む項目
B項目：取り組むべき項目
C項目：可能な範囲で取り組むとよい項目
- 3) 評価3：できている・・・・・・・・・・(3点)
評価2：課題が残る・・・・・・・・・・(2点)
評価1：できてない/取り組んでいない・・(1点)

【結果】

中部病院の総得点は、
62項目の合計が152点(186点満点)であった。
評価3は49%、評価2は48%、評価1は3%であった。



1, 必須項目であるS項目、A項目の評価について

- 1) 評価2(課題が残る項目)は、Sにおいては2項目あり、Aでは、6項目(再掲除く)であった。資料2)として添付する。

指標 31 S項目 評価2：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
→課題への対応として、がん相談記入シートの項目に「役立ち度」を加え、評価の指標とする。

指標 36 S項目 評価2：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
→課題への対応として、相談対応のQ&Aを作成する

指標 6 A 項目 評価 2: ピアサポーター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

→今年度は、2月から患者会がコロナ禍の影響で開催できず、ピアサポーターの情報提供も滞っている

指標 18 A 項目 評価 2: 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

→課題への対応として、専従、専任の相談員のみ参加となっているため、専従専任の相談員以外も含め、複数の相談員が定期的に参加できる体制づくりを検討していく。

指標 27 A 項目 評価 2: 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。

→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。

指標 34 A 項目 評価 2: 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。

→定期的に行っていない。必要に応じて随時行っている。

指標 41 A 項目 評価 2: 相談対応した際の記録とがん相談対応評価表を用いて、定期的に相談対応のモニタリングを行っている。

→相談対応評価表は用いていないためはじめ評価 1 としたが、相談毎に反応をチェック項目に沿って記載しているため評価 2 となった。今後、相談対応表によるモニタリングを検討する。

指標 44 A 項目 評価 2: 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。

→内容の精査は行っているが、明文化された判定基準がない

2) 評価 1 の項目(できてない/取り組んでいない)はなかった。

2、評価 1 となった項目について

残念ながら B 項目と C 項目において評価が 1 の項目が 2 つあった。

指標 21 B 項目 評価 1: 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ものを配置している

→課題への対応として、がん相談員のスキルアップ研修への MSW の参加を検討していきたい。

指標 32 C 項目 評価 1: 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

→課題への対応として、患者満足度調査に①がん相談支援センターを知っているか ②利用したことがあるか ③利用してどうだったかの質問項目を入れての調査実施を検討する。

3. 参加者による主な質問や意見

- ・指標 40（他職種を配置している）の評価基準について 琉大病院および那覇市立病院は、福祉職のみの配置であるため評価 1 となる。しかし、実際は多職種と連携して相談業務を行っているため、配置ではなく実務的な評価基準で表記した方が良いのではないかとの意見があった。（例：評価 3 院内で多職種と連携しているなど）
- ・指標 44（情報提供・相談支援に活用するがん関連の図書はセンター内で内容を精査し、正確な情報に基づき作成されたものを活用している。それを設置している。）エビデンスレベル、ガイドラインでの根拠、個人の体験はダメなどの判断基準を情報提供部会で明文化された判断基準を作成してはどうかとの意見があった。
- ・初診時の相談体制整備では、各セクション（外来や化学療法室など）でニーズをキャッチして相談員や MSW につないでいる。院内におけるがん相談員の認知度は高い印象がある。がん相談支援センターへつなげたいとする各セクションの意識が高まっている強みを感じた。
- ・医師からも初診の段階でつなげる仕組みは、治療のために早まって仕事を辞めるなどの問題を未然に防ぐことにもつながり、十分取り組まれていると感じた。
- ・診療科ごとにがん相談へ案内している医師が一人はいることで、がん相談へつながることができ、ほかの医師へも広がっていくと感じた。
- ・外部への周知が課題となっているが、その前にやはり、院内での周知は必要と改めて感じた。
- ・患者になる前の方々へ周知をしていく必要性を感じていて、「地域と共に学ぶ会」など病院としての取り組みは大切と感じた。
- ・業務の課題として、職種の少なさ、人の少なさはある、MSW の増員などが望ましいと感じられる。
- ・耳鼻科の放射線カンファレンス（キャンサーボード）の参加は情報のキャッチもしやすくなると感じ参考にした
- ・コロナ禍での制約があり体制維持が難しい状況下で患者サービス維持されているのを感じた
- ・患者さんの立場からは、勉強会や患者会など、新しい情報提供を得るためのニーズがあるので、その場を早めに提供できるよう再開に向けて知恵を出し合っていければ思った。
- ・相互評価は、全国的に見ても先進的な取り組み、まずは、県内の拠点病院を一周し、次はどんな形でできるかも検討したい

4. 総括

玉城和光 院長より

- ・当院の外線受付は、録音体制が整っていない状況である
- ・多職種での支援体制で看護師・社会福祉士・心理士は配置しているが充実が課題である
- ・ハード面で、がん相談支援センターが狭いなどの課題がある
- ・病院間の役割分担や協力体制のネットワークづくりは重要である
- ・生活が困窮している方へのサポートでは治療ができていないのか気になる

上記の改善や取り組みが必要である。

- ・就労に関しては、女性の役職、地位やりがいなど職員の中にも治療と仕事の両立支援が必要なケースがあり、管理者として関わった過程をお話して頂いた。

照屋洋子 副院長より

- ・相談業務に就労支援なども加わり、相談員の人員自体が増えない中で、どのようなサポートができるかと管理者として関わっている
- ・人的にしっかり盤石なものにしないといけないと感じている
- ・相対的にマンパワーが足りないと感じている、MSWの増員は、急務と思っている
- ・相談の質が落ちることがないように、相談できる窓口を広くしていく必要はある
- ・相談できる場所があると地域への啓蒙は大切と感じる
- ・院内の患者相談窓口からもがん患者さんをごん相談へつなぐ体制はできてきている

皆さんから早めの体制が取られ、整えていると評価をいただいたが、裾野の広さにはまだまだ足りない、とても感じている。今回、評価を受けて、ここが弱い、ここできていると改めて考えられた。病院として、患者や職員も大切にしている。職場の中でも役割をきちんと担保し、やりがいを持てることが大切と感じる。

今後は、がん相談支援センターの相談機能の担保のためにも、次のがん相談員を組織として育成していかなければならないと思っている。

相互評価の様子



がん相談支援センター入口と向かいの図書コーナー



がん相談支援センター内



外来化学療法室 待合室



放射線治療棟



放射線治療室内



院長・副院長を交えた 講評の様子



文責：がん相談支援センター 専従相談員 傳道

2021年4月13日

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）

施設名：沖縄県立中部病院

プロセス					施策	講評			
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	2020年度実施状況	補足説明、コメント等	整備指針の内容 ^{注1}	評価	備考(改善点、コメント等)
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	院内掲示（外来入口、病棟掲示板） 中部病院ホームページ内 各科外来に掲示	院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。		
	2	C	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、病院ウェブサイトのトップページからがん相談支援センターのページに直接いくことができるよう、サイトを構成している。	3：トップページからがん相談支援センターのページへのリンクが貼られている 2：がん相談支援センターのページはあるが、トップページからのリンクはない 1：がん相談支援センターのページがない	2	中部病院ホームページから「がん治療を受ける患者さん・ご家族へ」リンクしこのページ内にある2段階	②情報提供について コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘されている		
	3	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、地域の患者・家族・市民に対する周知効果が見込まれる取り組み（例：センター外での出張がん相談・リレーフォーライフ等）に協力・参画している	3：現在、協力・参画している 2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、地域向け周知・広報の取り組みが行われていない	2	今年度はないが、過去に出張相談、リレーフォーライフ、ラジオ出演等に参加実績あり	コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援		
	4	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、すべての利用者が直接アクセスできる専用回線や窓口、相談室を用意している	3：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭であり、相談のための環境面（電話相談専用回線・対面相談のための相談室等）も整備されている 2：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭で、利用者がアクセスしようと思えばたどりつくことができる 1：がん相談支援センターの場所や連絡先が不明瞭で、利用者がアクセスしようと思ってもたどりつかない場合がある	2	相談専用回線なし			
	5	B	病院管理者は、外国人や障害の関係でコミュニケーションに配慮が必要な患者に対応できる体制を病院として整え、それらの患者ががん相談支援センターを利用した場合に、相談員が対応（または既存の院内体制と連携・協働して対応）できるようにしている	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：一部の外国人や障害者への対応が困難等 1：体制整備に取り組んでいない	2	外国語通訳アプリは運用されている。視覚・聴覚障害への対応は未整備			
	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	2	院内で月1回開催される患者会の場でピアサポートを実施。 安全に開催できる体制が整っていないため			
情報や助けを求めている人に気づく人が増える	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		3		院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。		
適切な相談窓口につながる人が増える	7	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している ・自施設の患者以外の相談者にも対応していること ・相談は無料であること ・匿名での相談も可能であること ・本人の同意のないところで、相談内容が第三者（担当医含む）に伝わることがないこと ・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること	3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している 2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である 1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない	3	病院ホームページ・ポスター掲示・チラシの配布による周知	④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。 ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。 イ 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。		
院内・外へセンターの周知が行われる・医療従事者（院内・外）が相談支援センターの役割を知っている・紹介元から紹介先へうまくつながれる（うまく連携がとれている）	8	B	病院管理者や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周知・広報活動（对患者・家族・市民向け、対院内スタッフ向け、対地域の関係機関向け）について、組織的な検討を行っている	3：定期的（少なくとも1年おき）に検討している 2：必要に応じて随時検討している（定期的な検討の機会を設けていない） 1：検討していない	3	がん診療運営委員会で必要に応じて検討			
	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	3	毎年行われる新人オリエンテーションで実施			
	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	3	「患者さんとご家族の皆様へ」（でいごパンフ）で案内			
	11	C	病院管理者や相談支援センターの管理者は、苦痛や課題を抱えている患者・家族が、必要に応じてがん相談支援センターにつながるよう院内の体制を整備している（例：初診時や入院時にスクリーニングを行い、苦痛や課題の内容に応じて適切な部門・専門職につなぐくみがある等）	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	スクリーニングの実施			
	12	C	地域の関係機関（保健医療福祉機関・行政機関・図書館等）に対し、さまざまな方法（カンファレンス参加・講演会や勉強会の実施・挨拶回り・ポスターやチラシの配布等）でがん相談支援センターの役割・業務についての周知を図っている	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：地域関係機関向けの周知活動を行っていない	3	がんサポートハンドブックの配布 過去に病院としてのイベントを地域で開催、公民会での講演会			

プロセス						施策	講評		
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	2020年度実施状況	補足説明、コメント等	整備指針の内容 ^{注1}	評価	備考(改善点、コメント等)
・患者サロンの運営や協力を ・患者会活動の支援をする	再掲 (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・ピアサポーター等）についての情報を提供することができる		2	院内で月1回開催される患者会の中でピアサポートを実施。 安全に開催できる体制が整っていないため	相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。 コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援		
	13	B	患者会の運営支援（運営上の相談への対応、講演会開催への協力等）を行っている	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：運営支援を行っていない	2	コロナ禍で現在は、患者会を中止 お手紙で患者会メンバーと交流を行っている			
	14	C	さまざまな方法（ポスター・チラシ・病院ウェブサイト・がんサポートブック「地域の療養情報」・院内スタッフへの周知活動等）で患者サロンや患者会についての周知を図っている	3：さまざまな方法で周知を行っている 2：周知を行っているが、周知方法が限定的である 1：周知を行っていない	3	チラシ、案内文の郵送、ポスターの掲示等			
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できる	15	B	国立がん研究センター主催の相談員研修（Eラーニング・集合研修）を受けている	3：専従・専任以外も含め複数の相談員が基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 2：専従・専任の相談員のみが基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 1：専従・専任の相談員のみが基礎研修を修了している（継続研修は未受講）	2	継続的に研修受講 専従・専任相談員2名と臨床心理師1名	⑦ 相談支援センターの支援員は、IVの2の(3)に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。		
	16	B	院内のキャンサーボード・勉強会・研修会・事例検討会・カンファレンス・会議等に参加している	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	2		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組		
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	17	B	都道府県やブロックで開催されている相談員研修、地域相談支援フォーラム、事例検討会等に定期的に参加している	3：専従・専任以外も含め複数の相談員が定期的（少なくとも1年おき）に参加している 2：専従・専任の相談員のみが定期的（少なくとも1年おき）に参加している 1：専従・専任の相談員のみが都合が合う場合に参加している	2	専従・専任相談員（2名）と臨床心理師、認定看護師が参加			
	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	2	専従・専任の相談員のみが参加			
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	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	相談員研修（3）に関しては出張扱い			
	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	緩和ケア認定看護師 公認心理師、社会福祉士は配置しているが、認定がん専門相談員はいない			
【都道府県拠点】 都道府県内で相談員研修を定期的に企画・開催している	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	1	相談員指導者研修を修了した者は配置していない			
	22	B	【都道府県拠点】 都道府県内で相談員研修を定期的に企画・開催している	3：都道府県拠点病院だけでなく複数の病院が企画に参画する形で、定期的（少なくとも1年おき）に開催している 2：都道府県拠点病院のみが企画する形で、定期的（少なくとも1年おき）に開催している 1：定期的には開催していない、または開催していない	3	県内拠点病院と協同し年3回の持ち回り開催方式で、必ず年1回は主催開催			
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	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	2		③相談支援について、都道府県協議会等での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。		
	24	C	がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）に報告している	3：自発的に提案・報告している 2：部会等から依頼があった場合に報告している 1：報告していない	3	確認したいことは相談支援部会で報告している	⑤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が望ましい。		
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	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	がん相談支援センター師長へ報告している	サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組		
	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		【都道府県拠点】 ・当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、P D C A サイクルの確保に関し中心的な役割を担う		
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	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	2	相談支援部会で相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討している。	・少なくとも1人は国立がん研究センターによる相談員指導者研修を修了している ・地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の相談支援に携わる者に対する継続的かつ系統的な研修を行う		
	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、実臨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	3	がん診療運営委員会へ報告し病院全体として還元するようにしている。			

プロセス						施策	講評		
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	2020年度実施状況	補足説明、コメント等	整備指針の内容 ^{注1}	評価	備考(改善点、コメント等)
	29	C	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、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	2	国がんからの内容を県内部会・協議会で検討し、院内がん診療運営委員会で報告しているが、臨床へ戻されていない			
	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	3				
	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いない等 1: 体制整備に取り組んでいない	2	がん相談シートにフィードバックの項目があるが、相談員の感覚での評価になっている 相談後の次の外来で評価しているが、院外の相談へは対応できない			
	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	1	患者満足度評価は、相談支援に関する項目はあるが、がん相談に特化したものではない			
	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があり、その内容をふまえた実臨床への還元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いない等 1: 外部評価を受ける機会がない	3	病院機能評価受審、がん相談支援センター間の相互評価			
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		2		②院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。		
	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(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、不在職務代替者の調整等)		3		⑥患者からの相談に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、相談支援センターと院内の医療従事者が協働すること。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組		
	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	2	必要に応じて、図書の購入でガイドラインなどを改訂	【都道府県拠点】都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行う		
	35	B	がん相談支援センター内で検討・承認された情報を活用して、相談に対応している	3: 活用する情報について方針を定め、全ての相談員が方針に則って対応できている 2: 活用する情報について方針を定めているが、運用上の課題が残っている 例: 方針に則った対応ができていない相談員がいる等 1: 活用する情報についての検討・評価を行っていない	3	がん情報サービスみるんしるんがんじゅうネット等の情報を活用(統一した見解であるように)	8 地域拠点病院(高度型)の指定要件について ⑤相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること。		
	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	2	相談員の配属が変更したときなど資料の更新は適宜行っている 相談対応のQ&Aはない			
	37	B	Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割(例: 公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等)や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育(新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等)に活用している	3: 実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している 2: がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている 例: 実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等 1: がん相談部門のマニュアルを作成していない	3	2019年度内規作成がん相談支援部会マニュアル			
	38	B	院内他部署(例: 緩和ケアチーム等)や地域と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	2				
	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決めるよう各診療科・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	がん診療運営委員会で多職種と連携・協働を行っている			
	40	C	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多職種(看護職・福祉職・心理職)を配置している	3: 看護職と福祉職に加え、それ以外の職種も配置している 2: 看護職と福祉職を配置している 1: 単一の職種しか配置していない	3	臨床心理師、社会福祉士、認定看護師			
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	2	がん相談対応評価表は用いていない				

プロセス						施策	講評		
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	2020年度実施状況	補足説明、コメント等	整備指針の内容 ^{注1}	評価	備考(改善点、コメント等)
	42	C	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相談員が相談対応のモニタリング(QA)を行うために必要となる体制を整備している(例:病院全体として電話の内容は録音する方針とする等)	3:がん相談に限らず、病院全体として電話の内容は録音する方針であり、録音内容の聴取権限の範囲等も厳密に定めた上で運用するとともに、サービスの質向上に役立っている 2:がん相談の内容を録音できる環境は整備したものの、運用上の課題が残っている 例:相談者から録音の同意を取ることが難しい等 1:がん相談の内容を録音できる環境を整備していない	2				
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 個人の情報は保護され、適切に扱われる体制がある	再掲(7)	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している ・自施設の患者以外の相談者にも対応していること ・相談は無料であること ・匿名での相談も可能であること ・本人の同意のないところで、相談内容が第三者(担当医含む)に伝わることがないこと ・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること		3		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組		
	再掲(37)	B	Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割(例:公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等)や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育(新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等)に活用している		3				
	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				
患者・家族が適切に相談窓口に行き着ける。またそのための流れや体制がある(院内・院外・地域から)	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		3		④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。 ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。		
	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)		3		イ 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。		
	再掲(27)	A	相談者からの相談内容や対応を分析し、改善する課題について検討している		2		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組		
	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ている		3				
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	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			
	45	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、がん関連情報の集約や発信の取り組み(例:がんサポートブック「地域の療養情報」・都道府県が作成するがん情報ウェブサイト等の作成)に協力・参画している	3:現在、協力・参画している 2:輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1:現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない または、県全体(部会、行政、都道府県拠点等)として、がん関連情報の集約や発信の取り組みが行われていない	2	要望に応じて協力している			
がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる	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		2				
	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				
	47	C	がん診療連携拠点病院相談支援センターのMLを活用している	3:MLで流れているメールを活用するとともに、患者・家族・市民向けの情報発信に有用と思われるがん関連情報をMLに投稿している 2:MLで流れているメールのうち、患者・家族・市民向けに発信できる内容は積極的に活用している 1:MLで流れているメールの内容を把握していない	2	がん関連情報をMLへ投稿はしていない			

プロセス						施策	講評		
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	2020年度実施状況	補足説明、コメント等	整備指針の内容 ^{注1}	評価	備考(改善点、コメント等)
	48	C	病院管理者が相談支援センターの管理者は、新しい話題を含めた講演会（患者・家族・市民向け、院内スタッフ向け）を実施する機会を設けている	3：患者・家族・市民向け、院内スタッフ向けいづれについても、がん領域における新しい話題を含めた講演会を定期的（少なくとも1年おき）に設けている 2：がん領域における新しい話題を含めた講演会を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：講演会のテーマ選定にあたり、がん領域における新しい話題を含めることを重視していない	2	がん事務局にて院内スタッフ向けの講演会を行っているが、患者・家族・市民向けには実施していない			
地域に相談支援センターの周知が定期的に行われている	再掲(46)	A	都道府県内のがん診療連携協議会や相談支援部会（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		(イ) 職場や地域における就労支援について 医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保健総合支援センター等の有機的連携をより一層推進することが求められている		
	49	B	就労支援で活用できる社会資源（社会保険労務士会、ハローワーク、産業保健総合支援センター等）を確認し、ネットワークを構築している	3：情報収集し、ネットワークも構築できている 2：情報収集はしているが、ネットワークは構築できていない 1：就労支援で活用できる社会資源について情報収集していない	3	産保センター、ハローワークとのネットワークを構築し、それぞれの担当者と密に連携している	③相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。		
	50	C	都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で決められた病院間の役割分担や協力体制を把握し、そのネットワークを活用して適切な機関につなぐことができる	3：全ての相談員が対応できている 2：対応できていない相談員がいる 1：部会等でどのような取り決めがされているのか把握していない	2				
総得点（186点満点）									
80%達成 148点					152	80%達成			
60%達成 116点									

注1) 全般に関連するが党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とよい項目

プロセス						
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	2020年度実施状況	課題と取り組み	
1	4	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、すべての利用者が直接アクセスできる専用回線や窓口、相談室を用意している	3：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭であり、相談のための環境面（電話相談専用回線・対面相談のための相談室等）も整備されている 2：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭で、利用者がアクセスしようと思えばたどりつくことができる 1：がん相談支援センターの場所や連絡先が不明瞭で、利用者がアクセスしようと思ってもたどりつけない場合がある	2	相談専用回線なし
2	5	B	病院管理者は、外国人や障害の関係でコミュニケーションに配慮が必要な患者に対応できる体制を病院として整え、それらの患者ががん相談支援センターを利用した場合に、相談員が対応（または既存の院内体制と連携・協働して対応）できるようにしている	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：一部の外国人や障害者への対応が困難等 1：体制整備に取り組んでいない	2	外国語通訳アプリは運用されている。視覚・聴覚障害への対応は未整備
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	2	ピアサポーターの手順について考える（マニュアル作成） 院内患者会を安全に開催できる体制を整える
4	11	C	病院管理者や相談支援センターの管理者は、苦痛や課題を抱えている患者・家族が、必要に応じてがん相談支援センターにつながるよう院内の体制を整備している (例：初診時や入院時にスクリーニングを行い、苦痛や課題の内容に応じて適切な部門・専門職につなぐしくみがある等)	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	スクリーニングの拡大
5	15	B	国立がん研究センター主催の相談員研修（Eラーニング・集合研修）を受けている	3：専従・専任以外も含め複数の相談員が基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 2：専従・専任の相談員のみが基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 1：専従・専任の相談員のみが基礎研修を修了している（継続研修は未受講）	2	基礎研修1.2： 心理師2名受講開始 リンクナース（名） 基礎研修3：
6	16	B	院内のキャンサーボード・勉強会・研修会・事例検討会・カンファレンス・会議等に参加している	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	2	参加予定（名）
7	17	B	都道府県やブロックで開催されている相談員研修、地域相談支援フォーラム、事例検討会等に定期的に参加している	3：専従・専任以外も含め複数の相談員が定期的（少なくとも1年おき）に参加している 2：専従・専任の相談員のみが定期的（少なくとも1年おき）に参加している 1：専従・専任の相談員のみが都合が合う場合に参加している	2	専従・専任相談員（2名）と臨床心理師、認定看護師が参加
8	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	2	専従、専任の相談員以外も含め複数の相談員が定期的に参加できる体制づくり
9	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	緩和ケア認定看護師 公認心理師、社会福祉士は配置しているが、認定がん専門相談員はいない
10	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	1	相談員指導者研修を修了した者は配置していない
11	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	2	
12	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	2	相談支援部会で相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討しているが、さらに部署での改善しうる課題への検討を行う

プロセス						
	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	2020年度実施状況	課題と取り組み
13	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いない等 1：体制整備に取り組んでいない	2	がん相談記入シートの役立ち度を記載する
14	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	1	患者満足度評価にがん相談支援センターを1.移用したことがあるか？2.利用してどうだったか？の質問項目を入れて調査を検討
15	34		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	2	必要に応じて、図書の購入でガイドラインなどを改訂
16	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	2	相談員の配属が変更したときなど資料の更新は適宜行っている 相談対応のQ&Aを作成する
17	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	2	定期的に行える方法を検討（リモート）
18	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	2	がん相談対応評価表は用いての評価を検討
19	42	C	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相談員が相談対応のモニタリング（QA）を行うために必要となる体制を整備している (例：病院全体として電話の内容は録音する方針とする等)	3：がん相談に限らず、病院全体として電話の内容は録音する方針であり、録音内容の聴取権限の範囲等も厳密に定めた上で運用するとともに、サービスの質向上に役立てている 2：がん相談の内容を録音できる環境は整備したものの、運用上の課題が残っている 例：相談者から録音の同意を取ることが難しい等 1：がん相談の内容を録音できる環境を整備していない	2	録音する承諾を得るためのアナウンスを管理者に確認する
20	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	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が、部会として検討
21	45	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、がん関連情報の集約や発信の取り組み（例：がんサポートブック「地域の療養情報」・都道府県が作成するがん情報ウェブサイト等の作成）に協力・参画している	3：現在、協力・参画している 2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、がん関連情報の集約や発信の取り組みが行われていない	2	要望に応じて協力している
22	47	C	がん診療連携拠点病院相談支援センターのMLを活用している	3：MLで流れているメールを活用するとともに、患者・家族・市民向けの情報発信に有用と思われるがん関連情報をMLに投稿している 2：MLで流れているメールのうち、患者・家族・市民向けに発信できる内容は積極的に活用している 1：MLで流れているメールの内容を把握していない	2	がん関連情報をMLへ投稿はしていない
23	48	C	病院管理者ががん相談支援センターの管理者は、新しい話題を含めた講演会（患者・家族・市民向け、院内スタッフ向け）を実施する機会を設けている	3：患者・家族・市民向け、院内スタッフ向けいずれについても、がん領域における新しい話題を含めた講演会を定期的（少なくとも1年おき）に設けている 2：がん領域における新しい話題を含めた講演会を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：講演会のテーマ選定にあたり、がん領域における新しい話題を含めることを重視していない	2	がん事務局にて院内スタッフ向けの講演会は行っているが、患者・家族・市民向けには実施していない

プロセス						
	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	2020年度実施状況	課題と取り組み
24	50	C	都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で決められた病院間の役割分担や協力体制を把握し、そのネットワークを活用して適切な機関につなぐことができる	3：全ての相談員が対応できている 2：対応できていない相談員がいる 1：部会等でどのような取り決めがされているのか把握していない	2	ネットワークを見直す それを活用して各役割について理解を深めるための場の検討（他施設訪問など）

地域がん診療連携拠点病院 那覇市立病院
がん相談支援センター相互評価訪問実施報告書

日 時 : 令和3年3月26日(金) 10時00分~12時30分

場 所 : 那覇市立病院

参加者 : 6名

那覇市立病院 : 宮里浩(副院長/がん診療連携室長)、仲宗根恵美(医療ソーシャルワーカー)、
伊禮智則(医療ソーシャルワーカー)、知念隼史(事務)

琉球大学病院 : 大久保礼子(医療ソーシャルワーカー)

沖縄県立中部病院 : 傳道聡子(連携室副看護師長)

(敬称略)

実施内容

- 1、10:00 【院内見学】
がん相談支援センター入口
点滴センター
図書コーナー
入退院支援センター
患者相談窓口
実務ツール(集計システム等)のレクチャー
- 2、10:30 PDCA実施状況チェックリストに沿った評価、講評及び意見交換
- 3、12:00 総括(副院長/がん診療連携室長 宮里浩)
- 4、12:30 終了

実施内容2について:別紙参照

○項目3(地域の患者に対するの周知に関する取り組み)自己評価3点 → 訂正2点

○項目30(課題を上部の協議会に挙げて、解決をはかる仕組み)自己評価2点 → 訂正3点
総得点:150点(186点中)

参加者からの意見

○キャンサーボードの取組に見られるように、課題解決に向けた部署間・職種間の連携がうまくいっているように感じる。

○正面玄関から入った時に相談窓口がわかりやすく、患者の導線も考えられている。

○事務職を含めた病院全体の協力体制の強さを感じる。

○ゲノム外来の運用フローや、院内の体制が参考になった。(担当者不在時でも対応出来る体制作りが出来ている)



プロセス						施策	講評	
がん相談支援センター						整備指針の内容 ^{注1}	評価	備考（改善点、コメント等）
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	2020年度実施状況			
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を設けていない 1：掲示できていない、掲示する予定である	2	院内掲示（待合フロア、外来、病棟掲示板） 那覇市立病院ホームページ	院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。	
	2	C	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、病院ウェブサイトのトップページからがん相談支援センターのページに直接いくことができるよう、サイトを構成している。	3：トップページからがん相談支援センターのページへのリンクが貼られている 2：がん相談支援センターのページはあるが、トップページからのリンクはない 1：がん相談支援センターのページがない	3	那覇市立病院ホームページから、がん相談支援センターのページへリンクしている。	②情報提供について コミュニケーションに配慮が必要な者や、日本語を母国語としていない者に対して、音声資料や点字資料等の普及や周知が不十分であること等が指摘されている	
	3	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、地域の患者・家族・市民に対する周知効果が見込まれる取り組み（例：センター外での出張がん相談・リレーフォーライフ等）に協力・参画している	3：現在、協力・参画している 2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない。または、県全体（部会、行政、都道府県拠点等）として、地域向け周知・広報の取り組みが行われていない	2	過去に出張相談、リレーフォーライフ、図書館まつりへの参加実績あり。	コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援	
	4	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、すべての利用者が直接アクセスできる専用回線や窓口、相談室を用意している	3：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭であり、相談のための環境面（電話相談専用回線・対面相談のための相談室等）も整備されている 2：がん相談支援センターの場所や連絡先が明瞭で、利用者がアクセスしようと思えばたどりつることができる 1：がん相談支援センターの場所や連絡先が不明瞭で、利用者がアクセスしようと思ってもたどりつけない場合がある	2			
	5	B	病院管理者は、外国人や障害者の関係でコミュニケーションに配慮が必要な患者に対応できる体制を病院として整え、それらの患者ががん相談支援センターを利用した場合に、相談員が対応（または既存の院内体制と連携・協働して対応）できるようにしている	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：一部の外国人や障害者への対応が困難等 1：体制整備に取り組んでいない	2	外国語対応タブレットを導入している。視覚・聴覚障害への対応は未整備。		
	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	2	今年度は患者サロン休止		
情報や助けを求めている人に気づく人が増える	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	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：掲示できていない、掲示する予定である	2		院内の見やすい場所に相談支援センターによる相談支援を受けられる旨や、相談支援センターの場所、対応可能な時間帯についての掲示をする等、相談支援センターについて積極的に周知すること。	
適切な相談窓口につながる人が増える	7	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域の関係機関に対しても周知している ・自施設の患者以外の相談者にも対応していること ・相談は無料であること ・匿名での相談も可能であること ・本人の同意のないところで、相談内容が第三者（担当医含む）に伝わることがないこと ・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること	3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している 2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である 1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない	3	入院の資料、チラシの配付にて周知している	④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。 ア 外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。 イ 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。	
院内・外へセンターの周知が行われる ・医療従事者（院内・外）が相談支援センターの役割を知っている ・紹介元から紹介先へうまくつながれる（うまく連携がとれている）	8	B	病院管理者や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周知・広報活動（対患者・家族・市民向け、対院内スタッフ向け、対地域の関係機関向け）について、組織的な検討を行っている	3：定期的（少なくとも1年おき）に検討している 2：必要に応じて随時検討している（定期的な検討の機会を設けていない） 1：検討していない	2			
	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	2	医局会にて周知実績有り。 2：必要に応じて随時実施している		
	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	3	待合ロビー、外来、救急にてリーフレット等による周知を行っている。		
	11	C	病院管理者や相談支援センターの管理者は、苦痛や課題を抱えている患者・家族が、必要に応じてがん相談支援センターにつながるができるよう院内の体制を整備している（例：初診時や入院時にスクリーニングを行い、苦痛や課題の内容に応じて適切な部門・専門職につなぐしくみがある等）	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	スクリーニングを実施している。		
	12	C	地域の関係機関（保健医療福祉機関・行政機関・図書館等）に対し、さまざまな方法（カンファレンス参加・講演会や勉強会の実施・挨拶回り・ポスターやチラシの配布等）でがん相談支援センターの役割・業務についての周知を図っている	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：地域関係機関向けの周知活動を行っていない	3			

・患者サロンの運営や協力を ・患者会活動の支援をする	再掲 (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	2		相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。 コ 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援		
	13	B	患者会の運営支援（運営上の相談への対応、講演会開催への協力等）を行っている	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：運営支援を行っていない	2	今年度は患者サロン休止			
	14	C	さまざまな方法（ポスター・チラシ・病院ウェブサイト・がんサポートブック「地域の療養情報」・院内スタッフへの周知活動等）で患者サロンや患者会についての周知を図っている	3：さまざまな方法で周知を行っている 2：周知を行っているが、周知方法が限定的である 1：周知を行っていない	3	院内電光掲示板、ホームページにて周知を行っている。			
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	15	B	国立がん研究センター主催の相談員研修（Eラーニング・集合研修）を受けている	3：専従・専任以外も含め複数の相談員が基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 2：専従・専任の相談員のみが基礎研修修了後、継続的に研修を受講している 1：専従・専任の相談員のみが基礎研修を修了している（継続研修は未受講）	3	専従・専任だけでなく、3年目以上のMSWは順次研修を受講している。	① 相談支援センターの支援員は、IVの2の(3)に規定する当該都道府県にある都道府県拠点病院が実施する相談支援に携わる者を対象とした研修を受講すること。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組		
	16	B	院内のキャンサーボード・勉強会・研修会・事例検討会・カンファレンス・会議等に参加している	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				
	17	B	都道府県やブロックで開催されている相談員研修、地域相談支援フォーラム、事例検討会等に定期的に参加している	3：専従・専任以外も含め複数の相談員が定期的（少なくとも1年おき）に参加している 2：専従・専任の相談員のみが定期的（少なくとも1年おき）に参加している 1：専従・専任の相談員のみが都合が合う場合に参加している	3				
	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	2				
	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				
	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	1				
	22	B	【都道府県拠点】 都道府県内で相談員研修を定期的に企画・開催している	3：都道府県拠点病院だけでなく複数の病院が企画に参画する形で、定期的（少なくとも1年おき）に開催している 2：都道府県拠点病院のみが企画する形で、定期的（少なくとも1年おき）に開催している 1：定期的には開催していない、または開催していない	3	県内拠点病院と協同し年3回の持ち回り開催方式で、必ず年1回は主催開催している。			
	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	2		③相談支援について、都道府県協議会等での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。		
	24	C	がん相談支援センター内で検討された課題や解決策を、必要に応じて都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）に報告している	3：自発的に提案・報告している 2：部会等から依頼があった場合に報告している 1：報告していない	3		⑤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が望ましい。		
	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		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組		
	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		【都道府県拠点】 ・当該都道府県におけるがん診療の質の向上及びがん診療連携協力体制の構築、PDCAサイクルの確保に関し中心的な役割を担う		
	27	A	相談者からの相談内容や対応を分析し、改善する課題について検討している	3：分析し傾向把握し、改善す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、改善す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	相談支援部会にて相談件数内訳を報告し、傾向や対応を検討している。	・少なくとも1人は国立がん研究センターによる相談員指導者研修を修了している ・地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の相談支援に携わる者に対する継続的かつ系統的な研修を行う		
	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、実臨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	2				
	29	C	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、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、実臨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	2				

	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	3			
	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：体制整備に取り組む、収集・評価・実臨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臨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	2			
	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	1			
	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サイクルを回すことができる 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いない等 1：外部評価を受ける機会がない	3	病院機能評価受審、がん相談支援センター相互評価訪問		
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	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	2		②院内及び地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。 ⑥患者からの相談に対し、必要に応じて院内の医療従事者が対応できるように、相談支援センターと院内の医療従事者が協働すること。 サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組	
	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 (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		【都道府県拠点】 都道府県内の医療機関で実施されるがんに関する臨床試験について情報提供を行う	
	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	ガイドライン・配布物は毎年度更新している。	8 地域拠点病院（高度型）の指定要件について ⑤相談支援センターに看護師や社会福祉士、精神保健福祉士等の医療従事者を配置し、相談支援業務の強化が行われていること。	
	35	B	がん相談支援センター内で検討・承認された情報を活用して、相談に対応している	3：活用する情報について方針を定め、全ての相談員が方針に則って対応できている 2：活用する情報について方針を定めているが、運用上の課題が残っている 例：方針に則った対応ができていない相談員がいる等 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	2	令和2年度にマニュアル整備、更新はしていない		
	37	B	Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割（例：公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等）や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育（新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等）に活用している	3：実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している 2：がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている 例：実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等 1：がん相談部門のマニュアルを作成していない	2	令和2年度にマニュアル整備、更新はしていない		
	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	2	多職種と連携・協働をおこなっている。		
	40	C	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多職種（看護職・福祉職・心理職）を配置している	3：看護職と福祉職に加え、それ以外の職種も配置している 2：看護職と福祉職を配置している 1：単一の職種しか配置していない	2	組織図上看護職と福祉職の配置となる。		
	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	1			
42	C	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相談員が相談対応のモニタリング（QA）を行うために必要となる体制を整備している（例：病院全体として電話の内容は録音する方針とする等）	3：がん相談に限らず、病院全体として電話の内容は録音する方針であり、録音内容の聴取権限の範囲等も厳密に定めた上で運用するとともに、サービスの質向上に役立てている 2：がん相談の内容を録音できる環境は整備したものの、運用上の課題が残っている 例：相談者から録音の同意を取ることが難しい等 1：がん相談の内容を録音できる環境を整備していない	2				

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 個人の情報は保護され、適切に扱われる体制がある	再掲 (7)	B	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、以下の情報が患者・家族・市民に伝わるよう、対外的に明示するとともに、院内スタッフや地域関係機関に対しても周知している ・自施設の患者以外の相談者にも対応していること ・相談は無料であること ・匿名での相談も可能であること ・本人の同意のないところで、相談内容が第三者(担当医含む)に伝わることがないこと ・整備指針で「相談支援センターの業務」として示されている相談内容に対応していること	3：記載の5項目を対外的に明示し、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知している 2：記載の5項目を対外的に明示しているが、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関の一部または全部に対する周知が不十分である 1：記載の5項目を対外的に明示しておらず、患者・家族・市民、院内スタッフ、地域関係機関いずれに対しても周知できていない	3		サ 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取組		
	再掲 (37)	B	Core Valuesに示されている内容を中心とした相談員の役割(例：公平・中立的姿勢、正確な情報に基づく支援、医療者との関係強化等)や業務をがん相談部門のマニュアルに明記し、相談員教育(新任者への引継ぎ、相談対応のモニタリングでの議論の観点等)に活用している	3：実臨床や相談員教育に活用できる実用的ながん相談部門のマニュアルを作成している 2：がん相談部門のマニュアルはあるが、運用上の課題が残っている 例：実臨床や相談員教育に活かせる形にはなっていない等 1：がん相談部門のマニュアルを作成していない	2				
	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				
患者・家族が適切に相談窓口に行き着ける。またそのための流れや体制がある(院内・院外・地域から)	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：新入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	2	対応件数など	④相談支援センターについて周知するため、以下の体制を整備すること。 ア外来初診時等に主治医等から、がん患者及びその家族に対し、相談支援センターについて説明する等、診断初期の段階から相談支援センターの周知が図られる体制を整備すること。		
	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て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	3	対応件数など	イ 地域の医療機関に対し、相談支援センターに関する広報を行うこと。また、地域の医療機関からの相談依頼があった場合に受け入れ可能な体制を整備することが望ましい。		
	再掲 (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				
	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サイクルを回すことができていない 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	2				
	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サイクルを回すことができていない 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	2				
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	2	相談支援センター職員で内容を精査して配付の可否を決めている。			
	45	C	都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、がん関連情報の集約や発信の取り組み(例：がんサポートブック「地域の療養情報」・都道府県が作成するがん情報ウェブサイト等の作成)に協力・参画している	3：現在、協力・参画している 2：輪番制のため、現在、協力・参画していないが、協力実績や今後の協力予定がある 1：現在、協力・参画しておらず、協力実績や今後の協力予定もない または、県全体(部会、行政、都道府県拠点等)として、がん関連情報の集約や発信の取り組みが行われていない	2	要請に応じて協力している。			
がん対策や治療に関わる新しい情報の発信ができる	再掲 (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(エラーニング・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	2				
	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				
	47	C	がん診療連携拠点病院相談支援センターのMLを活用している	3：MLで流れているメールを活用するとともに、患者・家族・市民向けの情報発信に有用と思われるがん関連情報をMLに投稿している 2：MLで流れているメールのうち、患者・家族・市民向けに発信できる内容は積極的に活用している 1：MLで流れているメールの内容を把握していない	2				
	48	C	病院管理者ががん相談支援センターの管理者は、新しい話題を含めた講演会(患者・家族・市民向け、院内スタッフ向け)を実施する機会を設けている	3：患者・家族・市民向け、院内スタッフ向けいずれについても、がん領域における新しい話題を含めた講演会を定期的(少なくとも1年おき)に設けている 2：がん領域における新しい話題を含めた講演会を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：講演会のテーマ選定にあたり、がん領域における新しい話題を含めることを重視していない	2	医療スタッフチームなどと協同して開催している。今年度は市民向けは開催していない。			

地域に相談支援センターの周知が定期的に行われている	再掲 (46)	A	都道府県内のがん診療連携協議会や相談支援部会（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		(イ) 職場や地域における就労支援について医療機関と企業だけでなく、都道府県、安定所、産業保健総合支援センター等の有機的連携をより一層推進することが求められている		
	49	B	就労支援で活用できる社会資源（社会保険労務士会、ハローワーク、産業保健総合支援センター等）を確認し、ネットワークを構築している	3：情報収集し、ネットワークも構築できている 2：情報収集はしているが、ネットワークは構築できていない 1：就労支援で活用できる社会資源について情報収集していない	3	産保センター、ハローワークとのネットワークを構築し、それぞれの担当者と連携している。	③相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。		
	50	C	都道府県内の相談支援部会等（部会や協議会）で取り決められた病院間の役割分担や協力体制を把握し、そのネットワークを活用して適切な機関につなぐことができる	3：全ての相談員が対応できている 2：対応できていない相談員がいる 1：部会等でどのような取り決めがされているのか把握していない	3				
総得点（186点満点） 80%達成 148点 60%達成 116点					150				

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とよい項目