

兵庫県 がん相談支援センターPDCA実施状況チェックリスト

2024年度 国指定(18施設回答):兵庫県立がんセンター、神戸大学医学部附属病院、神戸市立医療センター中央市民病院、神戸市立西神戸医療センター、神鋼記念病院、関西労災病院、兵庫医科大学病院、県立尼崎総合医療センター、近畿中央病院、市立伊丹病院、加古川中央市民病院、北播磨総合医療センター、姫路赤十字病院、姫路医療センター、赤穂市民病院、公立豊岡病院組合立豊岡病院、兵庫県立丹波医療センター、兵庫県立淡路医療センター

施策		プロセス				測定指標		構造	アウトカム			
整備指針の内容		拠点病院およびがん相談支援センター				測定関連指標	調査関連	体制	患者や家族および市民			
管理者/相談員	番号	評価項目	評点	回答数				必要な条件	分野別アウトカム	最終アウトカム		
1. 病院全体として、患者や家族等の不安に適切に対応できる体制を整備する												
院内教育・スクリーニング体制の整備	P14 (6) 自施設の診療従事者等に、がん対策の目的や意義、がん患者やその家族が利用できる制度や関係機関との連携体制、自施設で提供している診療・患者支援の体制について学ぶ機会を年1回以上確保していること。なお、自施設のがん診療に携わる全ての診療従事者が受講していることが望ましい。	管理者	★新1	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、院内スタッフに対し、以下の内容について学ぶ機会を年1回以上提供している。 ・がん対策の目的や意義 ・がんの療養過程で患者や家族に起こりうる困りごとや課題 ・患者や家族が利用できる制度や関係機関との連携体制 ・自施設で提供している診療・患者支援の体制 ・がん相談支援センターの役割や業務(がん相談支援の基本姿勢「Core Values」を含む)	3:十分できている(改善不要、現状維持)	5				(患者や家族等から見て)適切に対応できる医療者が増える	必要とき相談できたと感じる	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上
	P7 ③ 緩和ケアの提供体制 ア がん診療に携わる全ての診療従事者により、全てのがん患者に対し入院、外来を問わず日常診療の定期的な確認項目に組み込むなど頻回に苦痛の把握に努め、必要な緩和ケアの提供を行うこと。 イ がん患者の身体的苦痛や精神心理的苦痛、社会的な問題等の把握及びそれらに対する適切な対応を、診断時から一貫して経時的に行っていること。また、診断や治療方針の変更時には、ライフステージ、就学・就労、経済状況、家族との関係性等、がん患者とその家族にとって重要な問題について、患者の希望を踏まえて配慮や支援ができるよう努めること。	管理者	★11	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、苦痛や課題を抱えている患者・家族を把握し、適切な部門・専門職につなぐための院内体制を整備している。  (例) 初診時や入院退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	3:十分できている(改善不要、現状維持)	7	がんと診断されたから病気が療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	患者体験調査		治療や治療以外の心配・不安について表出しやすくなる		
	P15 ウ 院内の見やすい場所にごん相談支援センターについて分かりやすく掲示すること。 エ 地域の住民や医療、在宅・介護福祉等の関係機関に対し、がん相談支援センターに関する広報を行うこと。また、自施設に通院していない者からの相談にも対応すること。	管理者	★7	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 ・整備指針に関するQ&A(2022年9月22日発事連絡)で「がん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	3:十分できている(改善不要、現状維持)	15	治療法や病院についてがん相談支援センターで情報入手しようと思う人の割合	世論調査(仮)		がん相談支援センターの役割を知っている人が増える		
がん相談支援センターの周知	P15 ④ がん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 外来初診時から治療開始までを目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問(必ずしも具体的な相談を伴わない、場所等の確認も含む)することができる体制を整備することが望ましい(※)。	管理者	★10	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、がん患者・家族に対し、外来初診時から治療開始までを目処に、必ず一度はがん相談支援センターを案内するよう院内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	3:十分できている(改善不要、現状維持)	5	がん相談支援センターについて知っているがん患者の割合	患者体験調査 小児患者体験調査	相談支援センターに立ち寄ったがん患者数/院内がん登録患者数			
	P4 ④ 地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等間で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。 P10 ク 都道府県や地域の患者会等と連携を回り、患者会等の求めに応じてピア・サポート(注10)の質の向上に対する支援等に取り組むこと。	管理者	新6	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、行政や都道府県協議会と協働し、ピアサポート(患者サロン・患者会・ピアサポーター等)活動への支援を行っている。  (例) ・ピアサポートの場づくりへの支援(運営支援にあたる人材の確保、周知広報) ・ピアサポーター養成への協力(講師派遣) ・ピアサポートについて情報提供できる体制の整備	3:十分できている(改善不要、現状維持)	8	ピアサポーターについて知っているがん患者の割合	患者体験調査		患者同士の交流が可能になる		
	就労関連	QA P2 以下に示す項目等について、がん相談支援センターが窓口となり、病院全体で対応できる体制を整備すること  ③ がんとの共生に関する情報の提供・相談支援 イ 就労(産業保健総合支援センターや職業安定所等との効果的な連携)		兵庫県オリジナル	・就労に関する相談(社会保険労務士、産業保健総合支援センター、公共職業安定所等との効果的な連携による提供)を行っている。 ・院内掲示や配布物(チラシ、ポスター)、HPなどで、がん患者およびその家族に就労支援についてわかりやすく周知し、それを定期的に見直している	3:就職支援、両立支援の両方とも、専門家と連携して就労相談を行っている	9			就労支援が行われている		
				2:ネットワークを構築し、就職支援、あるいは両立支援のいずれかに取り組んでいる	6							
				1:就労支援を行っていることを、チラシ、ポスター、HPなどで広報しているが、就労相談の体制整備はできていない	3							
				・離職防止について、院内掲示や配布物(チラシ、ポスター)、HPなどで、外来初診時等の早い段階から、がん患者およびその家族に周知を図る体制を整備している	3:外来、入院とも、組織的に離職防止に対する取り組みが行われている	9				離職防止に取り組んでいる		
				2:外来、入院のどちらかで組織的に離職防止に対する取り組みが行われている	7							
				1:離職防止の取り組みが行われていないか、行われていても散発的で組織をあげたものではない	2							
				・就労両立支援や離職防止の大切さについて、院内スタッフへの教育を行っている	3:定期的(少なくとも1年おき)に教育の機会を設けている。または専用の教育ツール・資料等を作成している。	10						
				2:必要に応じて随時行っている	6							
				1:教育の機会を設けていない	2							

施策		プロセス				測定指標		構造	アウトカム		
整備指針の内容		拠点病院およびがん相談支援センター				測定関連指標	調査関連	体制	患者や家族および市民		
管理者/相談員	番号	評価項目	評価	回答数				必要な条件	分野別アウトカム	最終アウトカム	
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											
環境整備	P13 ① 患者とその家族が利用可能なインターネット環境を整備することが望ましい。 P14 必要に応じてオンラインでの相談を受け付けるなど、情報通信技術等も活用すること	管理者	新3	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、相談支援センターの運営上必要となる環境や資材の整備に取り組んでいる。  (例)・相談室、相談専用電話、オンライン環境 ・患者向け診療ガイドラインの解説などの書籍 ・相談対応モニタリングを実施するための録音環境等	3:十分できている(改善不要、現状維持)	8			プライバシーの保てる部屋数 直通電話、録音環境の有無 オンライン環境 患者向け診療ガイドラインの解説などの書籍数	公平・中立な相談の場が確保される  意思決定に必要な情報が得られる  問題や困りごとの原因が減る、解決法・対処法が増える  医療者とのコミュニケーションがうまくいく	不安・疑問を解消・軽減できる  患者中心の(その人なりの)意思決定ができる
					2:ある程度できているが、改善の余地がある	9					
					1:できていない	1					
人員配置・人材育成	P15 ① 国立がん研究センターによるがん相談支援センター相談員基礎研修(1)～(3)を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置すること。なお、当該相談支援に携わる者のうち1名は、社会福祉士であることが望ましい。 ② 患者からの相談に対し、必要に応じて速やかに院内の診療従事者が対応できるよう、病院長もしくはそれに準じる者が統括するなど、がん相談支援センターと院内の診療従事者が協働する体制を整備すること。	管理者	40	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専従・専任相談員として複数の職種(看護職・福祉職・心理職等)を配置している。	3:十分できている(改善不要、現状維持)	11	専従・専任相談員の人数と職種	現況報告別紙13(相談支援センター体制)			
					2:ある程度できているが、改善の余地がある	6					
					1:できていない	1					
	P14 4 人材育成等 (1)自施設において、2に掲げる診療体制その他要件に関連する取組のために必要な人材の確保や育成に積極的に取り組むこと。特に、診療の質を高めるために必要な、各種学会が認定する資格等の取得についても積極的に支援すること。また、広告可能な資格を有する者のがん診療への配置状況について積極的に公表すること。 (7)院内の看護師を対象として、がん看護に関する総合的な研修を定期的実施すること。また、他の診療従事者についても、各々の専門に応じた研修を定期的実施するまたは、他の施設等で実施されている研修に参加させること。	管理者	★19	病院管理者やがん相談支援センター管理者は、継続的な学習の機会を業務の一環とみなし、研修参加や各種認定資格(※)取得を積極的に支援している。(参加・取得の奨励、必要経費の支出、不在時職務代替者の調整等)  (※例)がん看護専門看護師、認定看護師、認定医療ソーシャルワーカー、認定がん専門相談員等	3:十分できている(改善不要、現状維持)	14	研修参加回数	現況報告別紙13(相談支援センター体制)			
2:ある程度できているが、改善の余地がある	4										
1:できていない	0										
P15 ② 相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的な知識の更新に努めること。	相談員	15	相談員は、国立がん研究センターや地域開催の相談員研修を定期的に受講し、知識や情報を更新している。	3:十分できている(改善不要、現状維持)	15						
				2:ある程度できているが、改善の余地がある	3						
				1:できていない	0						
質の管理	P15 ⑥ 患者からの相談に対し、必要に応じて速やかに院内の診療従事者が対応できるよう、病院長もしくはそれに準じる者が統括するなど、がん相談支援センターと院内の診療従事者が協働する体制を整備すること。	管理者	★39	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 ・がん相談支援センターの業務関連で発生する事務を担当する者、専従・専任相談員とは別に配置する等	3:十分できている(改善不要、現状維持)	12			相談員バックアップ体制の有無		
					2:ある程度できているが、改善の余地がある	4					
					1:できていない	2					
	記載なし	相談員	★34	相談員は、相談支援に活用する情報の検討・評価を、がん相談支援センター内で定期的に行い、確かな情報を提供できる体制を整えている。  (例) ・相談対応時に活用する情報や情報源のほか、図書、小冊子、リーフレットについても、がん相談支援センター内で内容を精査・評価する ・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、相談対応する	3:十分できている(改善不要、現状維持)	14	がん相談支援センターを利用したことのある人が役に立ったがん患者の割合	患者体験調査	相談対応に活用する情報や情報源を評価する場、評価基準の有無		
2:ある程度できているが、改善の余地がある	4										
1:できていない	0										
記載なし	相談員	36	相談員は、個人情報の取り扱い(守秘義務・相談記録管理等)や相談員の役割・業務についてまとめたがん相談部門のマニュアルを作成し、相談員教育に活用するとともに、年1回以上の頻度で更新している。	3:十分できている(改善不要、現状維持)	10			マニュアルの有無 更新頻度			
				2:ある程度できているが、改善の余地がある	8						
				1:できていない	0						
	P3 ① 地域の現状に応じて、以下のアからケを参考に医療機関間の連携が必要な医療等について、都道府県内の各拠点病院等及び他のがん診療を担う医療機関における役割分担を整理・明確化し、その内容を関係者間で共有するとともに広く周知すること。 ア 分野別に希少がん・難治がんの対応を行う体制 カ 小児がんの長期フォローアップを行う体制 キ AYA世代(注1)のがんの支援体制 ク がん・生殖医療(別途実施されている「小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法研究促進事業」におけるがん・生殖医療ネットワークと協働して実施) ケ がんゲノム医療 ④ 地域における相談支援や緩和ケアの提供体制・連携体制について協議を行い、拠点病院等の中で情報共有や役割分担を含む連携体制を整備すること。	相談員	★新11	相談員は、症例が少なく知識・対応経験が蓄積されにくい相談(※)について、都道府県協議会や相談支援部会等の場で課題を協議し、協力体制の構築(病院間での役割分担や連携を含む)を行っている。  (※例)小児・AYA、妊孕性、希少がん、ゲノム医療に関する相談等	3:十分できている(改善不要、現状維持)	10					
2:ある程度できているが、改善の余地がある	5										
1:できていない	3										

実施	プロセス				測定指標		構造	アウトカム				
	拠点病院およびがん相談支援センター				回答数	測定関連指標		調査関連	体制	患者や家族および市民		
整備指針の内容	管理者/ 相談員	番号	評価項目	評点			必要条件			分野別 アウトカム	最終アウトカム	
質の保証	P15 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。	管理者9	★31	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がん相談支援センターの評価を含める等	3:十分できている(改善不要、現状維持)	7	フィードバックを得る体制	現況報告別紙13(相談支援センター体制)				
					2:ある程度できているが、改善の余地がある	9						
					1:できていない	2						
	P15 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。	相談員	28	相談員は、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。	3:十分できている(改善不要、現状維持)	12						フィードバック内容を自施設の相談支援の質向上に活用する仕組みの有無
					2:ある程度できているが、改善の余地がある	6						
					1:できていない	0						
	P15 ② 相談支援に携わる者は、対応の質の向上のために、がん相談支援センター相談員研修等により定期的な知識の更新に努めること。	相談員	41	相談員は、がん相談支援センター内での定期的(※)な相談対応モニタリングを通じて、課題共有と解決策の検討を行っている。 また、モニタリングの際は、がん相談対応評価表、録音した自分自身の相談対応(ロールプレイ可)の音声を用いている。  ※全ての相談員(兼任含む)が年1回程度の頻度で実施	3:十分できている(改善不要、現状維持)	6						複数名が参加して開催したモニタリングの場の回数/相談員の人数(兼任含む)
					2:ある程度できているが、改善の余地がある	5						
					1:できていない	7						