

参考資料 1

目標・目指すもの	行動指針 対応レベル：①行政含レベル、②協議会レベル、③病院全体レベル、④相談支援部門レベル	提案書に 対応する 主な対策案	指標案（例として）
1. がん診療連携拠点病院としてすべてのスタッフが、患者や家族等の不安や困りごとに気づき、必要な情報提供や支援を行い、必要時には、がん相談支援センターにつながられるようになることを目指します。			
(1) 拠点病院全体として、スタッフが、情報や支援を必要とする人に気づけるように体制を整備する	1) 病院管理者は、院内スタッフに対し、がんの療養の過程で患者や家族に起こりうる困りごとや課題について学ぶ機会を提供し、必要な情報や支援につなげられるよう定期的に教育を行っている (③)	5	● 院内医療者から紹介された相談件数/割合
(2) 拠点病院全体として、患者や家族等の不安や困りごとに適切に対応できるように体制を整備する	1) 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 (③④) 2) 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）(③④) 3) 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）(③④) 4) 病院管理者は、患者・家族が自ら必要な情報や支援にたどり着けるよう院内図書または院内図書館の整備を行っている (③) 5) 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 (③④)	7 8 6 8 5, 6, 7, 8	● 患者・家族向けの図書室の設置状況、診療ガイドライン等の治療に関する図書数等 <患者体験調査 2018 より> ● 医療スタッフと十分な対話ができただ人（問 20-3） ● 医療スタッフが耳を傾け理解しようとしてくれていたと思う人（問 20-4） ● 主治医以外にも相談しやすい医療スタッフがいたと思う人（問 20-9） ● 治療決定までに医療スタッフから治療に関する十分な情報を得られた（問 15-1） ● 治療スケジュールの見通しに関する情報を十分得ることができた人（問 20-1） ● 治療による副作用の予測などに関し見通しを持てた人（問 20-2） ● 退院するまでに、生活上の留意点について医療スタッフから十分な情報を得ることができた人（入院したことがある

		人のみ) (問 20-11)	
2. 患者や家族等のがんによる不安や困りごとに適切に対応できるよう相談支援の場を利用しやすくするとともに、適切な支援につながることを目指します。			
(1) 院外に向けて広報・周知活動を行う	1) 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(③④)	8	● 院外医療関係者から紹介された相談件数/割合 ● 院外医療関係者からの相談件数/割合 ● 当院を受診していない人からの相談対応件数
	2) 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アクセスできるよう、サイトを構成している。(③④)	8	
	3) 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・リレフォーライフ等)に協力・参画している(②)	4	
	4) 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(③④)	4	
	・ 自施設の患者以外の相談者にも対応していること	11	
	・ 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	4		
・ 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	4		
5) 病院管理者やがん相談支援センター管理者は、相談や患者サロン等の利用者がオンラインでもアクセスできるよう、オンライン環境(部屋、周辺機器、回線、対応職員等)を整備している(③④)			
6) 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、組織的な検討を行なっている(③④)			
7) 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(④)			
(2) 利用者がアクセスしやすいがん相談の場を確保する	1) 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(③④)	8	● (「がん相談支援センター」の表記) ● プライバシーの保てる部屋数 ● 電話回線数 ● 直通電話の有無
	2) 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	8	

	<p>ようにしている (③)</p> <p>3) 相談支援センターを利用しやすくする工夫を行っている (ドアを開ける、がんの冊子やリーフレット等の配置、患者が利用できる図書の設定やレイアウト等) (④)</p>	8	<p><患者体験調査 2018 より></p> <ul style="list-style-type: none"> ●がん患者の家族の悩みや負担を相談できる支援・サービス・場所が十分あると思う人 (問 30-2)
(3) 院内での周知活動を徹底する	<p>1) 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) (③④)</p> <p>2) 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 (再掲) (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) (③④)</p> <p>3) 相談者や院内スタッフに対して、新たながん対策の体制や制度に伴う支援内容があることを方法があることを定期的に周知する。(③④)</p>	7 8 8	<ul style="list-style-type: none"> ●担当医から紹介された相談件数/割合 ●毎年実施する院内スタッフ向けのがん相談支援についての教育・周知講義受講割合 <p><患者体験調査 2018 より></p> <ul style="list-style-type: none"> ●がん相談支援センターを知っている人 (問 31)
(4) 当事者同士の情報共有の場 (ピアサポートの場) の運営やピアサポーターの養成に協力し、その活動の支援を行う	<p>1) 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 (③④)</p> <p>2) 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 (④)</p> <p>3) 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 (③④)</p> <p>4) 都道府県の要請に基づき、都道府県や都道府県協議会等と協働して、ピアサポーター等の活動や養成に協力・支援している (①②③④)</p>	3, 12 3, 12 1, 3 3	<ul style="list-style-type: none"> ●患者サロンの開催数 ●ピアサポート機能を紹介した相談件数/割合 <p>※施設単位でなく県単位での把握を考慮</p>
<p>3. 患者や家族などの相談者が安心して利用できるよう、公平で、中立な相談の場を確保し、患者や家族などの相談者が、科学的根拠に基づく信頼できる情報等をもとに、(その人なりの) 意思決定ができる体制を整備します。</p>			
(1) だれでも、匿名でも相談可能であること、個人情報の取り扱いや守秘義務を明示し、保障する	<p>1) 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 (再掲) ・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</p>	12	<ul style="list-style-type: none"> ●匿名での相談対応件数・割合 ●ID のない患者からの相談件数・割合

	<p>いること (③④)</p> <p>2) 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の相談支援を行う上での中心におく価値 Core Values) 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 (④)</p> <p>3) 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 (④)</p>	12	
		12	
(2) 科学的根拠に基づく情報および信頼できる情報の整備を行う	<p>1) 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 (④)</p> <p>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 (④)</p> <p>3) 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 (④)</p> <p>4) 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 (④)</p> <p>5) 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 (再掲) (④)</p> <p>6) 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 (③④)</p> <p>7) 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) (③④)</p>	12	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者や家族等が閲覧可能な診療ガイドライン数 ● 治療に関する図書の更新日付等の確認日 (年 1 回以上であること)、または更新日情報も閲覧・確認できる状況であること
		12	
		12	
		12	
		12	
		12	
		12	
(3) 必要な情報や支援につながるよう院内・職種間での連携を推進する	<p>1) 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 (③④)</p> <p>2) 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)</p> <p>3) 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医師</p>	6, 10	<p>< 患者体験調査 2018 より ></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 治療開始前に就労の継続について医療スタッフから話があった人 (がん診断時に収入のある仕事をしてきた人のみ)
		10	
		9	

	を含む（兼任可）、多職種（看護職・福祉職・心理職）を配置している（③④）		<p>（問 28）</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 担当医から就労について説明を行った患者の割合 ● 担当医から就労の件でがん相談支援センターに紹介された患者の数 ● 「がん治療」を決めるまでの間に、医療スタッフから治療に関する十分な情報を得ることができた（問 15-1） ● あなた（患者さん）のことにに関して治療に関係する医療スタッフ間で十分に情報が共有されていた（問 20-7） ● 最初の治療を受けて退院するまでに、生活上の留意点について（食事や注意すべき症状など）医療スタッフから十分な情報を得ることができた（入院のみ回答）（問 20-11）
(4) がん相談対応のプロセス評価・定期的なモニタリングを実施する	<p>1) 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（④）</p> <p>2) 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）（③④）</p>	12 12	<ul style="list-style-type: none"> ● 「がん相談対応のモニタリング」等に準じて、「がん相談対応評価表」等を用いて、定期的に自己評価を行った回数
4. 質の高い相談支援を提供する体制を整備します。			
(1) 相談支援センターには、医師を含む多様なスタッフが配置され、適切に協力・連携体制のもと、相談者が必要な情報や支援にたどり着けるよう体制を整備する	<p>1) 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医師を含む（兼任可）、多職種（看護職・福祉職・心理職）を配置している（再掲）（③④）</p> <p>2) 病院管理者は、患者の治療方針の決定の前までに、患者ががん相談支援センターに立ち寄る体制を構築している（③）</p> <p>3) 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（③④）</p>	10 8 6	<ul style="list-style-type: none"> ● 相談員数 ● 専従・専任・兼任人数 ● 研修修了相談員数 ● 相談対応を行う職種別人数 ● 治療方針の決定の前までに、がん相談支援センターで相談をした患者の割合

			<ul style="list-style-type: none"> ●入院中に、がん相談支援センターで相談をした患者の割合 ●退院時に、がん相談支援センターで相談をした患者の割合 ●外来化学療法室を利用する際に、がん相談支援センターで相談をした患者の割合
(2) 相談支援センターに配置される相談員は、相談対応の質の向上に努め、必要な知識やスキルを定期的に更新し、適切に相談対応できるようにする	<ol style="list-style-type: none"> 1) 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（③④） 2) 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（③④） 3) 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（再掲）（③④） 4) 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（再掲）（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）（③④） 5) 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（③④） 6) 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（③④） 7) 【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（②） 	12 1, 2, 12 12 12 12 12 1, 2, 12	<ul style="list-style-type: none"> ●相談員研修修了者数 ●継続研修受講者数 <p>【都道府県拠点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●県内相談員に対する研修提供数・参加人数 <p>※施設単位でなく県単位での把握を考慮</p>
(3) 地域内で課題や解決策の情報共有を行い、対応力や質の向上を行う	<ol style="list-style-type: none"> 1) 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（②③④） 2) 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（②③④） 3) 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（②③④） 4) 【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。また協議された内容を都道府県内の拠点病院等で共有している（再掲）（②③④） 	1, 2, 15 1, 2, 15 1, 2, 15 1, 2, 13, 16	<ul style="list-style-type: none"> ●県内の協議の場（部会等）の開催数 <p>※施設単位でなく県単位での把握を考慮</p>

<p>(4) 院内外で PDCA サイクルを回すことで、拠点病院としての情報提供や相談支援の目標達成状況を確認し、改善を行う</p>	<p>1) 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 (4)</p> <p>2) 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 (4)</p> <p>3) 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 (4)</p> <p>4) 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 (再掲) (34)</p> <p>5) 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) (34)</p> <p>6) 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 (34)</p> <p>7) 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) (34)</p>	<p>6</p> <p>12, 1, 2</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>12</p> <p>14</p> <p>12</p>	<p>● 県内の相互評価体制の有無/相互評価数</p> <p>● 相談者からのフィードバックを受けた回数</p>
<p>5. がんになっても安心して暮らせるよう、地域の関係者らと協力して、社会にがんに関する適切な理解を促すことを目指します。</p>			
<p>(1) 地域社会へのがんの正しい理解や対策に関する広報活動を行う</p>	<p>1) 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 (34)</p> <p>2) 地域で行われるがん教育等の活動に、講師派遣や資料作成等に協力している (34)</p> <p>3) 地域の図書館等の拠点病院以外の場所で、がんの正しい理解や支援に関する情報を入手できる場作りや活動に協力している (1234)</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>4</p>	<p>● 患者や市民向けの講演会の数 (院内・出前の両方)</p> <p>● 医療従事者向けの講演会の数 (院内・出前の両方)</p> <p>※施設単位でなく県単位での把握を考慮</p>
<p>(2) 地域のがん対策活動に協力する</p>	<p>1) 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 (234)</p> <p>2) 都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、相談支援センターの業務に必要な医療機関の対応状況等の情報の収集・公開・更新等の活動に、拠点病院として協力・参画している (234)</p>	<p>1</p> <p>1</p>	<p>● 実施状況 (チェックリストで状況把握のみ)</p> <p>※施設単位でなく県単位での把握を考慮</p>

	<p>3) 都道府県内の相談支援部会等の活動の一環として、症例が少なく知識・対応経験が蓄積されてにくい相談（小児・AYA、妊孕性、希少がん、ゲノム医療等）について、都道府県内の役割分担や連携方法について定期的に情報共有し、課題を協議している（②③④）</p>	2	
<p>(3)地域での連携体制づくりに貢献する</p>	<p>1) 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（②③④）</p> <p>2) 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（④）</p> <p>3) 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（①②③④）</p> <p>4) 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（①②③④）</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>1,2</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●実施状況（チェックリストで状況把握） ●就労に関する相談件数 ●（相談支援に関する情報共有や役割分担等の協力体制について） ●就労に関して他機関や専門職（社労士、ハローワーク）との協議を行った回数 ●希少がん ●臨床試験 ●がんゲノム ●妊よう性温存 ●就学等 <p>※施設単位でなく県単位での把握を考慮</p>