

実施状況の例示			3段階の評価及び例示								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9
			福島県立 医大病院	太田西/内 病院	総合南東北 病院	坪井病院	会津中央 病院	竹田総合 病院	白河厚生 総合病院	いわき市医 療センター	福島労災 病院
1	A	病院管理者及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	3	3	3	2	3	2	3	3
2	A	ピアサポートの場を作っている。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	3	3	2	3	2	2	2	3
3	A	病院管理者及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(質が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	3	3	3	2	2	3	3	3
4	A	病院管理者及びがん相談支援センターの管理者は、がんの患者・家族に対して、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)	2	2	3	2	2	2	2	2	3
5	福島Ver.	患者団体と協働して院内外で患者サロンを実施している。がん相談支援センター担当者は院内掲示やチラシ等配布の協力を行っている。	3	1	3	1	2	1	3	3	3
6	福島Ver.	e:患者団体と協働して院内外で研修会等を実施した。サロンの協働実施は行っていないが、チラシの配布等には協力している。	2	2	3	2	3	2	1	2	2
7	A	基本計画や整備指針など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	3	3	2	2	2	2	3	2
8	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保障し、参加を促している。	3	3	3	3	2	3	3	3	2
9	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	2	3	2	2	3	2	2	2
10	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	2	3	2	2	3	3	3	2
11	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	2	2	2	2	2	3	2	2
12	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などに報告し、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	2	3	2	2	2	2	1	3
13	A	【都道府県拠点又は部会担当施設】 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、解決を図る仕組みがある	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	S	病院管理者及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)	2	2	2	1	2	2	1	1	2
15	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内容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)	2	1	2	1	1	3	3	3	3
16	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	2	2	3	2	2	2	2	3
17	S	がん相談部門のマニュアルや相談対応のQ&Aをセンター内で作成し、定期的に更新している	3	2	1	1	2	1	1	2	2
18	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各診療科・部門に指示する)	2	3	2	1	2	2	3	1	3
19	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	1	1	2	1	1	1	1	1	1
20	A	がん相談支援センター内で個人情報の取り扱い(主事義務遵守・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などのルールが明文化されている)	3	2	3	2	2	2	3	1	2
21	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・配布している	3	2	3	3	2	2	2	2	2
22	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働体制の構築を行っている	3	3	3	3	3	3	3	3	3

S:全国共通でチェックするもの A:各都道府県の判断で行ってほしいもの(推奨レベルA) B:各都道府県の判断で行ってほしいもの(推奨レベルB)

※このチェックリストは相談支援の品質改善のために自己評価にて行っております。