

愛媛県がん診療連携協議会 がん相談支援専門部会  
令和2年度 がん相談支援センター活動のPDCA実施チェックリストに関する報告書

令和3年4月21日  
がん相談支援専門部会  
チェックリストWG

## I. 目的

がん相談支援センター活動のPDCAサイクルを確保し、県内全体のがん相談支援の機能強化と質向上を目指す

## II. 令和2年度の活動目標

1. 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会で提案された内容や新整備指針の内容を踏まえて、項目見直しを行う。
2. 今年度に修正したチェックリストを用いて、各病院で評価する
3. 各拠点・推進病院で評価した内容をまとめ、県内の現状を把握と昨年度との比較から、課題を明らかにする

## III. 活動内容

令和2年12月末	各施設でチェックリスト評価の実施 各施設で実施したチェックリスト実施結果を回収
令和3年2月	チェックリスト評価の集計および意見・感想のまとめ
令和3年3月	チェックリストWGで課題の抽出

## IV. 結果と分析内容

1. 新規追加項目についての結果概要（詳細は資料参照）
  - 1-1-2「診断初期の段階からがん相談支援センターの案内がなされるように体制を整備している」  
拠点病院全施設、推進病院2施設では取り組むことができている。各施設で各診療科の医師や看護師との連携、パンフレットの配置等工夫しながら診断初期からの介入体制整備が進められている。
  - 1-2-2「愛媛県がん相談員研修会に参加した」  
拠点病院全施設、推進病院4施設では取り組むことができている。  
研修受講状況は、推進病院も徐々に改善していたが、今年度は相談員研修が減り、推進病院の取り組みが減っている。
  - 1-2-3「整備指針などでがん相談支援センターに求められる事項や業務に関する研修に参加している」  
拠点病院全施設、推進病院4施設では取り組むことができている。

WEB 研修を活用し、参加している。

1-2-6 「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の向上につなげている」

拠点病院 1 施設、推進病院 1 施設では取り組むことができている。会議等を用い病院管理者への報告を行っている。

1-3-3 「がん相談部門のマニュアルや相談対応の Q&A・センター内規をセンター内で作成し定期的に更新している」

拠点病院 3 施設、推進病院 2 施設ではマニュアルを作成し更新している。

1-3-4 「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（少なくとも 1 年おき）に相談対応のモニタリングを行っている」

拠点病院 2 施設では取り組まれている。QA 研修に参加した施設では積極的に取り組まれている。

1-3-6 「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（認定がん相談支援センター・病院機能評価・他施設との相互評価など）」

拠点病院 5 施設、推進病院 1 施設では取り組むことができている。

## 2. 今後の課題

### ①チェックリスト項目の評価指標などの見直し

評価指標が曖昧で回答にばらつきがあった項目についての評価指標案

1-2-5 「相談記録のデータ分析を行った」

【指標案】環境、対応内容や方法など、何らかの取り組みの評価・改善に役立てていれば、1（取り組んでいる）と評価して良い。

1-3-3 「がん相談部門のマニュアルや相談対応の Q&A・センター内規をセンター内で作成し定期的に更新している」

【指標案】がん相談支援センター独自のマニュアルでなくとも、相談支援としてのマニュアルや相談対応の Q&A 等ががん相談に活用できるものとなっていれば 1（作成し定期的に確認・更新している）もしくは 2（作成したが更新していない）の評価をしてよい。

1-3-6 「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（認定がん相談支援センター・病院機能評価・他施設との相互評価などを含む）」

【指標案】定期的、計画的に病院機能評価を受けている場合は1（外部評価の受ける機会があり、実臨床への還元サイクルを回す事ができる）もしくは2（外部評価を受ける機会があるものの運用上の課題が残る）の評価をしてよい

1-3-7「個人情報の取り扱いについてセンター内で定め、遵守した」

【指標案】院内や部署で作成された規定に沿って個人情報の取り扱いが遵守できていれば1（取り組んでいる）の評価をしてよい。

②チェックリストから見えたがん相談支援センターの活動の結果に対してどう取り組んでいくかを部会で意見交換行う。

#### V. 活動全体の評価および次年度の課題

1. 前年度の評価結果と新整備指針、および都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会での提案内容をもとにチェックリスト項目の修正・削除・追加を行い、前年度評価項目数 34 項目から 28 項目へ変更した。

2. 新チェックリストでの評価結果からは、評価指標が曖昧で回答にばらつきがみられる項目があり、ワーキングで評価指標案を作成した。指標案については次年度の部会で承認をとる予定。

3. 評価結果からは、コロナ禍の影響による相談支援センターの活動の支障が顕著な項目があった。（患者家族サロン・地域との連携強化など）今後、コロナ禍での相談支援センター活動のありかたについての検討を行う必要がある。

4. チェックリストの評価結果を基に、各施設共通の課題を共有し、今後の各施設が取り組む努力目標（方向性）について検討する場を設ける。

5. 次年度も各施設で年1回チェックリスト評価を行い、担当者に提出する。実施時期・提出方法や提出期限等についてはワーキンググループで検討し各病院へ連絡する。