

「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」 2021年度募集要項（申請区分:新規・更新）

<発行記録>

| 発行日 | 版 | 内容 |
|------------|-----|---------------------------------------|
| 2021/03/22 | 第1版 | 2021年度募集要項発行（申請:2021年/認定開始2022年1月予定分） |

1. 本認定事業の主旨・めざすところ

「がん対策基本法(平成18年法律第98号)」で「がん医療に関する情報提供」「患者・家族に対する相談支援」の必要性が示されて以降、その体制整備が進められているところである。しかし、日進月歩で変化するがん医療の現場では、今まさに科学的根拠を集積している段階という領域も少なくなく、がん専門相談員には、「信頼性の高い」「安全な」情報を見極める力、また、その情報を用いて患者・家族がより良い意思決定や行動をとれるよう支援する力が求められている。

国立がん研究センターでは、本認定事業の実施（「認定がん相談支援センター」の認定）を通して、これらの力の向上につながる取り組みを確実に実施している施設を認定し、その質を保証する。「認定がん相談支援センター」では、相談者の気持ちに寄り添いつつ、科学的根拠に基づく情報の適切な活用を行う「情報支援」が、「認定がん相談支援センター」内のすべての相談員によって行われることを目指す。

さらに、個々の相談者に応じた確実な「情報支援」を行うことをはじめとして、全国のがん相談支援センターのモデルとなること、また、将来的には、相談支援の質の管理や保証、相談員の育成等について、全国のがん相談支援センターの中でも指導的な役割をとれるような施設となることを目指す。

2. 本認定事業の背景・目的

国民や患者のがん情報に対する不足感を解消するための施策の一つとして「がん相談支援センター」が誕生してから約15年が経過した。この15年の間に、がん医療、またがん患者や家族を取り巻く情報環境は大きく変化している。「第3期がん対策推進基本計画」の中でも触れられているとおり、がんに関する情報の中には、科学的根拠に基づいてはいえない情報が含まれていることがあり、国民が正しい情報を得ることが困難な場合もある。

心理的なサポートを行った上で、からだ・こころ・くらしの観点から対象者を総合的にアセスメントし、正確な情報による支援を行うことががん相談の基本であるが、昨今の状況の中では特に、正確な情報による支援を行うことの重要性が増しており、がん相談支援センターの相談員には、がん患者や家族が、あふれる情報の中から正確ながん情報を得て、意思決定・行動していくことができるよう支援する「情報支援」の力の向上が求められている。

しかし、質の高い「情報支援」を行う上で必要となる環境や体制の整備は、相談員個人で取り組むには困難や限界を伴うことも多く、組織としての取り組みが不可欠である。

そこで、国立がん研究センターでは、当センターが定める基準にそって、情報提供・相談支援体制の整備に積極的に取り組んでいる施設を「認定がん相談支援センター」として認定する。

以下は「認定がん相談支援センター」に求められている取り組みの一例である。

- どの相談員が対応しても一定の質の支援が提供できるようにするため、相談部門のマニュアルを整備すること。
- 実際の相談対応を録音できる環境を整備し、その音声データを用いて相談対応の評価・改善策の検討を相談部門内で定期的に行うこと（部門内モニタリング）。
- 相談対応に活用する情報の質を担保するため、相談部門で定めた評価基準に基づいて、活用する情報源（書籍やウェブサイト）を定期的に評価、見直しすること。

認定交付後は、当該施設においてより一層高い水準の「情報支援」が行われるよう、コールモニタリング・研修・ワークショップ等を通じて支援する。

3. 認定申請資格

以下の条件すべてを満たす施設を、認定申請資格を持つ施設とする。

3.1 以下1)～3)のいずれかに該当する施設であること。

- 1) 厚生労働大臣による指定を受けたがん診療連携拠点病院等(1号申請資格)
「都道府県がん診療連携拠点病院」「地域がん診療連携拠点病院」「特定領域がん診療連携拠点病院」「地域がん診療病院」「小児がん拠点病院」のいずれか
- 2) 上記1)以外の医療機関(2号申請資格)
- 3) その他の医療や福祉関連の法人等(3号申請資格)

3.2 当該都道府県内の都道府県がん診療連携協議会の情報提供・相談支援関連の部会等のメンバーの一員(予定も含む)である、または部会等に参加していること。

3.3 厚生労働省から出されている「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」またはそれと同等以上の規程に基づいて、個人情報を適切に取り扱っていること。

3.4 経営母体およびがん相談支援事業の資金源が明確であり、患者・家族に対し、がん対策の方針に反する治療や活動を推奨するような行為(※)を行っていないこと。

※「がん対策の方針に反する治療や活動を推奨するような行為」とは、科学的根拠が明らかではない医療(治験を含めた臨床試験、先進医療の枠組みで実施されるものは除く)の推奨等を指します。

4. 認定要件

認定申請資格を有する施設が、以下の要件全てを満たすと判断された場合に「認定がん相談支援センター」として認定する。満たしていない要件が 1 つでもある場合、認定申請を行っても承認されないため、全ての要件を満たすことができるようになった段階で認定申請を検討すること。

要件を満たしているかどうかは、申請施設から提出された各種申請書類により判断する。

以下に定める要件について、相談部門内の業務マニュアル等に具体的な運用状況を定め、組織として相談支援の質の担保を明文化して示せる状態を整えること。

4.1 情報公開

- 1) 認定された場合に、施設名および活動状況について情報を公開することを承諾していること。
- 2) 認定された場合に、活動状況等に関する最新情報を年 1 回提出することを承諾していること。

4.2 がん相談対応の実績

- 1) がんの相談対応を週に 20 時間以上行っていること。
- 2) がんの相談対応の実績が 6 カ月以上あること。

4.3 がん相談対応の体制

- 1) がん相談支援部門内に国立がん研究センターによる認定を受けた「国立がん研究センター認定がん専門相談員」を 2 名以上配置していること(専従、専任、兼任については問わない)。
- 2) がん相談支援部門内に、「がん相談対応評価表を用いた相談対応の質評価に関する研修」(別紙 1 参照)を受講した相談員を原則 2 名配置していること(新規申請時については、申請年度内に当該研修を受講させると承諾していることでも可)。
- 3) 当該都道府県内の都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、特定領域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院との情報共有を行っていること。
- 4) 当該都道府県および地域のがん相談支援体制を整備する一員として積極的に関わっていること。
- 5) 相談対応を適切かつ円滑に行うために、院内(施設内)の診療科や医療者、患者会等と協力・連携していること。
- 6) 相談対応を適切かつ円滑に行うために、地域の医療者、患者会等と協力・連携していること。
- 7) がん相談支援部門の機能について、担当医等から、がん患者及びその家族に対し、周知が図られる体制を整備していること。
- 8) がん相談支援機能を有していることについて院内(施設内)で積極的に周知活動を行っていること。
- 9) がん相談支援機能を有していることについて院外(施設外)で積極的に広報活動を行っていること。

4.4 相談者の情報の保護と無料、匿名でのサービスの保障
がん相談支援部門として以下の対応を行い、かつ明示していること。

- 1) がん相談を無料で提供していること。
- 2) 当該施設外の相談者からのがん相談にも応じていること。
- 3) 匿名でのがん相談にも応じていること。

がん相談支援部門の職員が以下の方針に則った対応を行うよう管理・監督していること。

- 4) 職務上で知り得た秘密(当該部門を利用したことを含め)を守り、相談者の情報を収集・利用する際には同意を得ること。
- 5) 個人情報保護法に則って対応すること、また、生命等の保護の必要性があると判断されたときなど、情報共有を行う必要がある場合には、専門的な判断を行うこと。
- 6) 教育、研究、質保証の取り組みを目的として、がん相談支援部門内で相談者の個人情報を利用する際には、個人情報の匿名化を行い、プライバシーを保護すること。
- 7) 相談者の記録(紙、電子データのいずれの場合も)を適切な環境で管理し、データへアクセスできる者等のアクセス制限を行った上で、適切に取り扱うこと。

4.5 がん相談支援センターがすべての相談者に対して守るべき価値観

がん相談支援部門の職員が以下の方針に則った対応を行うよう管理・監督していること。

- 1) すべての利用者に対して(属性による偏見や先入観を持たず)公平に対応すること。
- 2) 中立的な姿勢で、相談者に向き合うこと。
- 3) 様々な背景や環境により、その人なりのニーズがあることをふまえ、個別性を尊重して対応すること。

4.6 受ける医療について十分に情報を得た上で選択する権利の尊重

がん相談支援部門の職員が以下の方針に則った対応を行うよう管理・監督していること。

- 1) 医療者からの科学的根拠に基づく情報をもとに、自分の健康や生活について、その人なりの決定を行うことができるよう支えるとともに、その決定を尊重すること。
- 2) 相談者が自分で選択し、行動できるように、科学的根拠に基づく信頼できる情報を提供すること。
- 3) 相談者が知りたくない情報があることを認識し、それを尊重すること。
- 4) 必要な場合には、専門的で、信頼できる利用可能な院内外(施設内や地域)のサービスにつなぐこと。
- 5) 相談者がその人らしく主体的に決められるように、さまざまな機会や選択肢を提供すること。

4.7 患者・医師・医療者との関係のサポートと尊重

がん相談支援部門の職員が以下の方針に則った対応を行うよう管理・監督していること。

- 1) 医師が行うような診断を行わないこと。
- 2) がん相談支援部門で提供される情報は一般的な情報であり、医師が行うような診断や診察に代わるものではないことを明確に伝えること。
- 3) 相談者が抱えている問題(医療的、身体・心理・社会的問題等)や疑問・要望について、担当医や医療者と相談できるよう支援すること。
- 4) 相談者と担当医や医療者、もしくは患者、家族との関係を支援すること。
- 5) 適切と考えられるときには、相談者にセカンドオピニオンを求める選択肢があることを知らせること。

4.8 質の担保の取り組みとPDCA

- 1) すべての利用者に対して質の担保されたサービスを提供していること。
- 2) がんの情報提供や相談対応に関する日々の実践の振り返り、勉強会や事例検討会などを定期的に実施していること。
- 3) 「がん相談対応のモニタリング」(別紙 2 参照)をがん相談支援部門内で定期的に行っていること。

- 4) 「国立がん研究センターコールモニタリング」(別紙3参照)を定期的に受けていること(新規申請時については、コールモニタリングを定期的に受けることを承諾していること)。
 - 5) 「国立がん研究センターコールモニタリング」に参加することについて、相談対応にあたる可能性のある全ての相談員から同意を得ていること。
 - 6) 「国立がん研究センターコールモニタリング」のフィードバックを受けた際に、がん相談支援部門の課題改善に向けて建設的に取り組む体制を整えていること。
 - 7) 「がん相談対応のモニタリング」および「国立がん研究センターコールモニタリング」の結果をもとに、改善のための対応や活動を行っていること。
 - 8) 適切な教育を受けた相談員により質の保たれたサービスを提供することを保証している(できる)こと。
 - 9) 相談者から定期的にフィードバックを得られるようにしていること(ご意見箱等も含む)。
 - 10) 相談者から得たフィードバック内容について、吟味・検討し、改善方法について議論、報告する場があること。
 - 11) 相談者から得たフィードバック内容について、がん相談支援部門をはじめ、組織全体として対応方法の改善に役立っていること。
 - 12) がんに関するさまざまな分野において、最新の科学的根拠のある情報(各種診療ガイドラインの情報等)にアクセスできる状態にしていること。
 - 13) 相談業務に活用する情報や資材が、利用者にとって有用であり、かつ、科学的根拠に基づく信頼できる情報であるかどうかを、がん相談支援部門内で定期的に確認・評価していること。
 - 14) これまでに確認・評価を行ってきた相談業務に活用する情報や資材の名称、その評価結果、評価実施日等について提示できること。
 - 15) 新しい方向性や研究段階にある情報について、助言・情報提供を依頼・照会できる「医療専門家とのネットワーク※1」を持ち、がん相談支援部門として情報を得ることができること。
- ※1)「医療専門家とのネットワーク」とは、院内外(施設内外)専門職、都道府県内や全国のがん専門相談員、厚生労働省、国立がん研究センターがん対策情報センター等を指す。

4.9 がん専門相談員の役割

がん相談支援部門の職員が以下の方針に則った対応を行うよう管理・監督していること。

- 1) 相談者に対して、科学的根拠とがん専門相談員の実践に基づく信頼できる情報提供を行うことによって、その人らしい生活や治療選択ができるように支援している。

4.10 相談対応業務を行う際の指針と対応する業務

- 1) 「[がん専門相談員のための学習の手引き～実践に役立つエッセンス～](#)」に示された「がん相談10の原則」を業務の指針として、がん相談支援部門の運営・業務を行っていること。

4.11 相談支援センターの業務

- 1) 「[がん診療連携拠点病院等の整備について\(平成30年7月31日付け健発0731第1号厚生労働省健康局長通知\)](#)」に示されている相談支援センターの業務を行っている(行えるようにしている)こと。

なお、新たな整備指針が発出された場合には、認定取得後1年目の活動報告までに、新たな整備指針に示されている相談支援センターの業務を行えるように努めること。

5. 認定申請受付期間

申請受付期間は以下のとおりとする。

受付開始:2021年04月01日(木)

受付締切:2021年05月31日(月)※当日消印有効

6. 認定申請手続き

6.1 認定申請書類

申請様式の EXCEL ファイル(様式 1~7 が入力済みのもの)をメール添付のうえ提出すること。

また、同内容を出力した書類を含む、下記申請書類一式を認定事務局宛に郵送すること。

| No | 申請書類 | 書類記載上の注意点、その他留意点等 |
|----|------------------------------|--|
| 1 | 様式 1:認定申請誓約書 | 押印済みの書類を郵送すること。 |
| 2 | 様式 2:申請資格申告書 | |
| 3 | 様式 3:認定要件申告書 | |
| 4 | 様式 4:相談体制現状報告書 | |
| 5 | 一般向け公開資料 (ホームページ・パンフレット等) | 下記の情報が含まれていること。 A)運営曜日・時間 B)がん相談を無料で提供していること C)当該施設外の相談者からのがん相談にも応じていること D)匿名でのがん相談にも応じていること E)守秘義務を遵守していること 相談で知りえた情報を、相談者の同意なく第三者(担当医等を含む)に伝えることはない旨を明記すること。 |
| 6 | 相談部門のマニュアル | 下記の情報が含まれていること。 A)秘密保持・個人情報保護 相談部門の業務レベルまで落とし込んだ記述とすること。 (例:院内他部門・他職種との情報共有における注意点、院外連携先との情報のやりとりにおける注意点、相談対応時の環境面での配慮等) B)相談記録管理 相談記録の閲覧権限をどの範囲まで付与するかの記事を含めること。 C)相談員としての価値基準・姿勢 D)がん相談部門の業務 E)部門内モニタリングの実施体制 現状、どのような形式で部門内モニタリングが実施されているかが分かる記述を含めること。 (例:事例提供者の事前準備手順、部門内モニタリング参加者が守るべきルール、部門内モニタリングの開催頻度、参加者等) |

| | | |
|----|--------------------------------|---|
| | | <p>F)情報源評価の実施体制・評価基準</p> <p>現状、どのような形式で相談対応の際に用いる情報源に関する吟味・評価が実施されているかが分かる記述を含めること。</p> <p>(例:信頼できる情報源であるかを吟味・評価するための基準としてどのような評価基準を用いているか、情報源評価の実施頻度、実施者等)</p> |
| 7 | 部門内モニタリングの開催記録 (別紙5) | <ul style="list-style-type: none"> 別紙2に記載の方法でがん相談対応の評価・改善点の確認を行うこと。 部門内モニタリングの報告様式(別紙5)のみ提出すること。(個人情報を含む逐語録、モニタリング参加者各個人が記入した評価表の提出は不要) |
| 8 | 様式5:部門内モニタリング課題 取り組み状況 | 過去の部門内モニタリングで上げられた課題(特に組織としての課題)に対して、具体的にどのような取り組みを行ってきたか、その結果状況が変化したかが分かる記述を含めること。 |
| 9 | 様式6:勉強会・事例検討会開催 記録 | 部門内モニタリング以外に実施した勉強会・事例検討会の概要(開催日、開催経緯・目的、テーマ・内容、得られた学び等)を記載すること。 |
| 10 | 相談部門で使用する情報源のリスト | <ul style="list-style-type: none"> 各情報源に関する評価実施日、評価結果を含めること。 「がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供」を行う際に使用している情報源に関しては、各領域における最新の情報を得ることができる情報源(書籍・ウェブサイト等)を記載すること。 書籍については、所蔵場所が分かる記載を含めること。 少なくとも「一般向け診療ガイドラインの解説」については、相談対応時に活用できる体制を整備することが望ましい。診療ガイドラインリスト(認定交付後事務局より提供予定)を参照し、整備すべき体制について検討すること。 |
| 11 | 様式7:施設におけるがん相談支援 センターへの支援体制 | がん相談支援センターがより活用されるため、またより良く機能するために、施設として取り組んでいることを記載すること。 |
| 12 | (部会委員証明資料) | <ul style="list-style-type: none"> 国指定のがん診療連携拠点病院でない施設のみ提出すること。(国指定拠点病院は提出不要) 都道府県の相談支援部会に委員として参画していることが分かる資料。(部会委員名簿等) |
| 13 | (様式8:体制整備誓約書) | <ul style="list-style-type: none"> 認定後、活動報告または更新申請の時点で、申請資格・認定要件を満たしていない場合に使用すること。本様式の内容を考慮の上、認定の暫定継続・停止・取消について検討を行う。 新規申請時は使用不可。 |

6.2 書類作成および送付に関する注意事項

- 1) A4 サイズ、片面印刷とすること。
- 2) 複数枚の資料をまとめる必要がある場合には、クリップを使用すること。(ホチキスは使用しない)
- 3) 審査対象外の書類は添付しないこと。
- 4) 書類到着確認の問い合わせには対応していないため、到着確認が必要な場合は、配達記録や書留を利用すること。
- 5) 提出された書類は理由の如何を問わず返却しない。
- 6) 提出された資料に関する詳細確認のため、追加資料の提出を求める場合がある。

例)

- 1 院内外の医療者、患者会等との協力・連携がどのような形で行われているかが分かる資料
- 2 担当医等によるがん相談支援部門の周知がどのような形で行われているかが分かる資料
- 3 院内外での周知・広報活動がどのような形で行われているかが分かる資料
- 4 相談者からのフィードバックを得る仕組みや、相談者から得たフィードバックを元にどのような改善が行われてきたかが分かる資料
- 5 その他、申請資格・認定要件に関わる詳細資料

6.3 申請書類提出先

〒181-0013

東京都三鷹市下連雀3-35-1 ネオ・シティ三鷹

オスカー・ジャパン株式会社 内

認定がん相談支援センター 事務局

メールアドレス: ncc@oscar-japan.com

7. 認定申請料および認定登録料

認定申請を行う施設は、認定申請受付締切日以降に送付される請求書・払込用紙を受け取り次第、認定申請料の払込手続きを行うこと。また、認定審査の結果、認定を受けた施設は、認定登録料の払込手続きを行うこと。

7.1 金額(税抜き)

- 1) 認定申請料: 5,000円＋消費税
- 2) 認定登録料: 95,000円＋消費税

7.2 払込手続きに関する注意事項

- 1) 請求書の宛名は様式4に記載された申込担当者名と申請責任者(施設長)名を併記する。
- 2) 認定申請受付締切日以降、1ヶ月程度を目処に、認定申請料の請求書を申請施設の住所に送付する。
- 3) 申請書類に不備が確認された場合、請求書の代わりに、申請書類不備が確認され審査対象外となっている旨をメールにて通知する。
- 4) 認定申請料の入金が確認できた段階で認定審査の対象とする。請求書に記載されている指定の期日までに手続きが完了しない場合、申し込みをキャンセルしたものと見なす。また、払い込まれた認定申請料はいかなる理由があっても返金しない。
- 5) 認定審査の結果、「認定がん相談支援センター」として認定された施設には、認定審査結果通知と併せて認定登録料の請求書を送付する。
- 6) 認定登録料の入金が確認できた段階で、正式に「認定がん相談支援センター」として認定されたものと見なす。指定の期日までに手続きが完了しない場合、認定を辞退したものと見なす。また、払い込まれた認定登録料はいかなる理由があっても返金しない。
- 7) 認定申請料および認定登録料の払い込みは、必ず所定の手順で行うこと。他の方法で行った場合、入金が確認できず、認定審査対象外となる恐れがあるため注意すること。
- 8) 払い込み手続きの際に金融機関が発行する証票が領収証に相当する。別途「領収証」の発行には対応していないため、必要がある場合は各施設内にて事務処理対応を行うこと。

8. 認定証および認定有効期限

認定登録料の入金確認後、認定証を交付する。

認定の有効期限は、認定を受けてから4年間(2022年1月～2025年12月)とする。

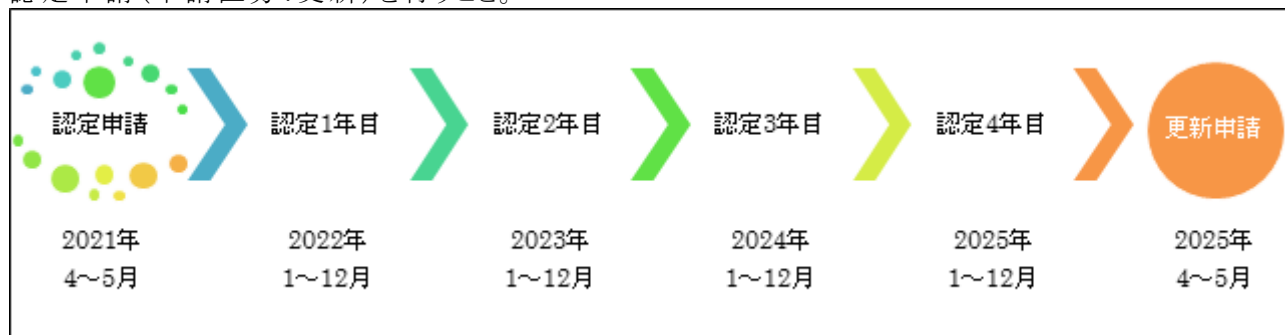
なお、認定証の再発行は有料(送料込み1,100円)とする。

9. 活動報告

「認定がん相談支援センター」として認定された施設は、認定有効期限を迎えるまでの間、毎年認定申請受付期間中に、活動状況等に関する最新情報を提出すること。(申請区分:活動報告)
提出する書類の内容、書類記載上の注意点は、最新年度の募集要項に準ずることとし、使用する書式は、最新年度の申請様式を用いること。

10. 認定更新申請

認定の更新を希望する施設は、認定の有効期限を迎える年(2025年)の認定申請受付期間中に、認定申請(申請区分:更新)を行うこと。



11. 認定の停止・取消

認定後、「認定がん相談支援センター」の申請資格および認定要件を満たしていない等、「認定がん相談支援センター」として質の保たれたサービスの提供が困難であると考えられる場合には、認定委員会で協議の上、認定の停止または取消の措置をとる場合がある。

また、施設のホームページ等において、認定がん相談支援センター認定取得状況等に関する情報を、がん対策基本法の理念に反する治療や活動を推進する目的で利用していると捉えられる記載が確認された場合には、当該施設に対し警告を行い、記載の削除を要請する。要請に応じない場合には、経緯と共に当該施設の施設名を公表する場合がある。

12. 認定申請の流れ(予定)

| | |
|-------------|------------------------|
| 2021年4月～5月末 | 認定申請受付期間 |
| 2021年6月下旬 | 認定申請料請求書の送付 |
| 2021年8月末まで | 認定申請料の払い込み |
| 2021年9月 | 認定申請料入金確認、書類審査、認定委員会開催 |
| 2021年10月 | 認定審査結果通知、認定登録料請求書の送付 |
| 2021年11月末まで | 認定登録料の払い込み |
| 2021年12月 | 認定登録料入金確認、認定証の発送 |
| 2022年1月1日 | 認定開始日 |
| 2022年4月～5月 | 活動報告提出(1年目) |
| 2022年6月以降 | コールモニタリングの実施(1年目) |
| 2023年4月～5月 | 活動報告提出(2年目) |
| 2024年4月～5月 | 活動報告提出(3年目) |
| 2024年6月以降 | コールモニタリングの実施(3年目) |
| 2025年4月～5月 | 認定更新申請または活動報告提出(4年目) |
| 2025年12月31日 | 認定終了日 |
| 2026年1月1日 | 認定開始日(認定更新された場合) |

「がん相談対応評価表を用いた相談対応の質評価に関する研修」について

募集要項「4. 認定要件 > 4.3 がん相談対応の体制 > 2)」にある「がん相談対応評価表を用いた相談対応の質評価に関する研修」には、以下の研修が該当する。

各施設、原則 2 名は以下のいずれかの研修を受講した相談員をがん相談支援部門内に配置すること。
(新規申請時については、申請年度内に当該研修を受講させると承諾していることでも可)

1. 国立がん研究センター主催研修

| 開催年度 | 研修名 | 開催日 | III 群研修 番号 |
|------------|---|--|-----------------|
| 1) 2015 年度 | 1 相談員スキルアップ研修 ～情報活用・相談対応モニタリング研修～ | | |
| | 2 相談員指導者フォローアップ研修 ～QA (Quality Assurance) を学ぶ～ | | |
| 2) 2016 年度 | 1 相談員指導者等スキルアップ研修 ～情報活用・相談対応モニタリング研修～ | | |
| | 2 相談員指導者等スキルアップ研修 ～相談対応の QA (Quality Assurance) を学ぶ～ | | |
| 3) 2017 年度 | 1 相談員指導者等スキルアップ研修 ～相談対応モニタリング研修～ | | |
| 4) 2018 年度 | 1 相談員指導者等スキルアップ研修 ～相談対応モニタリング研修～ | | |
| | 2 相談員指導者等スキルアップ研修 ～相談対応の QA (Quality Assurance) を学ぶ～ | | |
| 5) 2019 年度 | 1 相談員指導者等スキルアップ研修 ～情報支援・相談対応モニタリング研修～ | (1)2019/6/4 (3)2019/10/10 (5)2019/12/3 | 99201911 |
| | 2 相談員指導者等スキルアップ研修 ～情報支援・相談対応モニタリング研修～ | (2)2019/9/3 (4)2019/11/13 | 99201912 |
| 6) 2020 年度 | 1 がん相談対応の質保証 (QA) を学ぶ | 2020/08/25 | 99202005 |
| 7) 2021 年度 | 1 相談員指導者等スキルアップ研修 ～相談対応の QA (Quality Assurance) を学ぶ～ | 2021/08/03 | III 群番号 取得予定 |

2. 地域開催型研修

| 開催年度 | 研修名 | 開催日 | III 群研修 番号 |
|------------|----------------------------|------------|---------------|
| 1) 2013 年度 | 1 第 1 回神奈川県がん相談員研修 | 2013/11/26 | 14201302 |
| | 2 第 2 回神奈川県がん相談員研修 | 2014/01/08 | 14201401 |
| 2) 2014 年度 | 1 神奈川県がん相談員研修 | 2014/07/25 | 14201402 |
| | 2 地域相談支援フォーラム in 神奈川・東京・千葉 | 2014/11/08 | 99201405 |
| 3) 2015 年度 | 1 神奈川県がん相談員研修会 | 2015/10/24 | 14201502 |

| | | | | |
|------------|----|--|------------|----------|
| | 2 | 岡山県がん相談支援センター相談員研究会 | 2015/11/29 | 33201503 |
| | 3 | 沖縄県がん相談員実務者研修会「相談支援における質の向上を目指して～コアバリューを学び、がん相談対応評価票で相談の質を振り返る～」 | 2016/01/30 | 34201601 |
| 4) 2016 年度 | 1 | 神奈川県がん相談員研修会 | 2016/07/23 | 14201603 |
| | 2 | 滋賀県がん診療連携協議会相談支援部会 がん相談支援センター相談事例検討会 | 2017/02/24 | 25201701 |
| 5) 2017 年度 | 1 | 福岡県がん専門相談員研修「相談対応の QA(Quality Assurance)を学ぶ」 | 2017/06/24 | 40201703 |
| | 2 | 福岡県がん専門相談員研修「相談対応の QA(Quality Assurance)を学ぶ」 | 2017/06/25 | 40201704 |
| | 3 | 埼玉県がん診療連携協議会相談支援部会研修会「相談対応の QA (Quality Assurance)を学ぶ」 | 2017/07/08 | 11201701 |
| | 4 | 第 3 回神奈川県がん相談員研修会 | 2017/12/02 | 14201704 |
| | 5 | 福井県がん相談支援センター相談員研修「相談対応の QA (Quality Assurance)を学ぶ」 | 2018/01/21 | 18201801 |
| | 6 | 三重県がん相談員研修「相談対応の QA (Quality Assurance)を学ぶ」 | 2018/01/27 | 24201801 |
| 6) 2018 年度 | 1 | 宮崎県がん相談員研修「相談対応の質 (QA: Quality Assurance)を学ぶ」 | 2018/06/02 | 45201801 |
| | 2 | 栃木県がん相談員研修「相談対応の質保証を学ぶ」 | 2018/07/07 | 09201801 |
| | 3 | 埼玉県相談支援作業部会研修会「がん相談員の相談対応技術のスキルアップを図る～がん相談対応のQAを学ぶ～」 | 2018/07/14 | 11201801 |
| | 4 | 熊本県がん相談員研修「相談対応の質保証を学ぶ (QA: Quality Assurance)」 | 2018/07/14 | 43201801 |
| | 5 | 山口県がん相談員研修「相談対応の質保証 (QA) 研修」 | 2018/07/21 | 35201801 |
| | 6 | 第3回神奈川県がん相談員研修会 | 2018/10/06 | 14201803 |
| | 7 | 和歌山県がん相談員研修「がん相談支援センターの質の保証への取り組み～QA (Quality Assurance)を学ぶ～」 | 2018/10/13 | 30201802 |
| | 8 | 東京都がん相談員研修「相談対応の保証 QA (Quality Assurance)を学ぶ」 | 2018/10/17 | 13201803 |
| | 9 | 第 2 回愛知県がん診療連携拠点病院相談支援センター相談員研修会 | 2018/10/31 | 23201803 |
| | 10 | 高知県第 2 回がん相談員研修「相談対応の質保証 (QA: Quality Assurance)を学ぶ」 | 2018/11/03 | 39201803 |

| | | | | |
|-----------|----|---|------------|----------|
| | 11 | 福井県がん相談支援センター相談員研修「相談対応評価表を使ってみよう！」 | 2018/11/15 | 18201803 |
| | 12 | 福岡県がん相談員研修「相談対応の QA(Quality Assurance)を学ぶ」 | 2018/12/01 | 40201803 |
| | 13 | 福岡県がん相談員研修「相談対応の QA(Quality Assurance)を学ぶ」 | 2018/12/02 | 40201804 |
| | 14 | 第 8 回京都府がん医療戦略推進会議相談支援部会研修会～相談対応の質保証を学ぶ～ | 2019/03/22 | 26201901 |
| | 15 | 大阪府がん相談員研修「がん相談支援センターの質の向上に向けて QA(Quality Assurance)を学ぼう」 | 2019/03/23 | 27201901 |
| 7)2019 年度 | 1 | 長野県情報連携部会「長野県がん相談員スキルアップ研修」 | 2019/06/02 | 20201902 |
| | 2 | 鳥取県・島根県共催第 1 回がん相談員等研修会 | 2019/07/07 | 32201901 |
| | 3 | 静岡県相談支援部会「相談支援センター相談員ワークショップ」 | 2019/07/20 | 22201902 |
| | 4 | 宮城県・山形県・福島県共催 令和元年度「相談対応の質保証を学ぶ」研修 | 2019/07/27 | 04201902 |
| | 5 | 第 11 回香川県がん相談員交流・研修会「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2019/08/17 | 37201902 |
| | 6 | 広島県がん相談員研修会「相談対応の質保証を学ぶ」in 広島 | 2019/10/19 | 34201902 |
| | 7 | 第 2 回岡山県がん相談支援センター相談員研修会 | 2019/10/20 | 33201903 |
| | 8 | 千葉県相談支援専門部会相談員研修会「相談対応の質保証を学ぶ」 | 2019/10/26 | 12201902 |
| | 9 | 大分県相談支援専門部会「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2019/11/16 | 44201901 |
| | 10 | 令和元年度石川県がん相談研修会 | 2019/12/14 | 17201901 |
| | 11 | 徳島県がん相談員研修会～相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ～ | 2020/02/01 | 36202001 |
| 8)2020 年度 | 1 | 兵庫県がん相談員研修「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2020/09/12 | 28202001 |
| | 2 | 長崎県・佐賀県合同がん専門相談員研修「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2020/10/10 | 42202001 |
| | 3 | 山梨県がん専門相談員研修「相談対応の質保証を学ぶ」 | 2020/10/10 | 19202001 |
| | 4 | 愛媛県がん相談員研修「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2020/11/14 | 38202001 |

| | | | |
|-------------|---|------------|------------|
| 5 | 群馬県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会主催「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2020/12/12 | 10202001 |
| 6 | 奈良県「相談対応の質保証を学ぶ」 | 2021/01/23 | 29202101 |
| 7 | 岩手県がん相談支援センター相談員研修「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2021/02/13 | 03202101 |
| 8 | 茨城県がん相談従事者研修会「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2021/02/14 | 08202101 |
| 9 | 秋田県がん相談員研修会「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2021/02/20 | 05202101 |
| 10 | 北海道がん相談研修会「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2021/03/12 | 01202101 |
| 11 | 富山県認定がん専門相談員単位認定研修 III群認定研修会「相談対応の質保証(QA:Quality Assurance)を学ぶ」 | 2021/03/13 | 16202101 |
| 9)2021 年度以降 | 2021 年度以降に開催されるがん相談対応評価表を用いた相談対応の質評価に関する研修 | III 群リスト参照 | III 群リスト参照 |

「がん相談対応のモニタリング(部門内モニタリング)」について

募集要項「4 認定要件 > 4.8 質の担保の取り組みと PDCA > 3)」にある「がん相談対応のモニタリング(以下、「部門内モニタリング」とする)」とは、実際に行われた相談対応を、がん相談支援部門内で定期的に評価し、改善点などを確認することをいう。

相談対応の質を担保するためには、日々の実践の振り返りや「部門内モニタリング」による評価、評価に基づく改善活動が日常的に実施されていることが必要である。「部門内モニタリング」は、以下に定める要領で実施すること。

1. 「部門内モニタリング」の実施手順

1) 音声録音

- 1 相談者に録音の目的を説明し、録音についての同意を得る。
(録音した音声データの利用範囲、目的外の利用はしないこと、同意の有無により相談対応の質に差が生じることはないこと、一定期間内の同意撤回も可能であること等)

【同意取得にかかる説明の例】

「相談内容は、サービスの質向上のため録音させていただいております。ご同意いただけない方は、遠慮なく相談員にお申し出ください。なお、録音内容は、当相談部門の職員が参加する対応改善の検討の場でのみ利用いたします。部門外の職員等に録音内容が伝わることは一切ありません。」

- 2 録音機材は、電話機下に置く通話録音装置や、通話録音用マイク、IC レコーダー等を用いる。
- 3 実際の相談者からの相談を録音することを基本とするが、相談者から録音の同意が得られない状況が続き提出できる事例がないため、部門内モニタリングが実施できないという場合に限り、相談員同士で実施した模擬相談(ロールプレイ)の音声録音でも良いこととする。

※部門内モニタリングを一切行わない状況が続くよりは、模擬相談であっても実施した方が改善に結びつくと考えられるため。しかし本来は、実際の相談対応の音声データに基づいて客観的に評価を行い、改善に結び付けていくことが望ましいため、可能な限り、相談者からの同意取得や組織的な体制整備に努めること。

【組織的な体制整備の例】

- A) 病院全体として電話内容を録音する方針とできないか検討してもらう(代表電話での機械音声の導入等)
- B) 相談部門の直通電話で機械音声を導入できないか検討してもらう
- C) ホームページ・リーフレットなどへの掲載による黙示の同意の導入を病院組織として承認できるか検討してもらう
- D) 電話交換手や事務の方など相談員につながる前の段階で説明をしてもらう等の協力を得る

2) 逐語録作成

- 1 活発で有意義なディスカッションとするため、事例提供者は事前に音声データを聞き、逐語録を作成する。

3) 「がん相談対応評価表」(別紙 4 参照、以下「評価表」とする。)を用いての評価

- 1 部門内モニタリング参加者数分の逐語録と評価表を準備し、参加者に配布する。
- 2 事例提供者以外の参加者の中から、ディスカッションの進行役を決める。
- 3 進行役は、評価表を用いて評価を行う目的、ディスカッション上のルールを参加者全員が十分に認識できるような導入を行う。
- 4 音声データを参加者全員で聞く。
- 5 音声聴取終了後、参加者が各自評価表を記入するための時間を数分(15分程度)とする。
- 6 ディスカッションを始めるにあたり、この事例を取り上げた理由や特に学びたい点などを事例提供者から話してもらう。
- 7 相談の第一印象、全体的な印象を参加者から話してもらう。
- 8 評価表に示されている各項目・観点について、良かった点や、さらに良い対応とするための代替案を話し合う。評点をきっかけに話し合いをすすめるが、意見を一致させる必要はなく、そのように評価した理由を共有する。
- 9 ディスカッションを踏まえて、今後、組織として取り組んでいくべきことを参加者全員で検討する。
- 10 ディスカッションを通して得られた学び、今後自身の相談に活かしていきたいと思うことを参加者全員(一番最後に事例提供者)から話してもらう。

4) 「がん相談対応評価表を用いた部門内モニタリングの報告様式」(別紙 5 参照)を用いての記録作成

2. 「部門内モニタリング」実施時の留意事項

- 1) 施設内の個人情報保護の方針および「4. 認定要件 > 4.4 相談者の情報の保護と無料、匿名でのサービスの保障」に示した相談者の情報の保護と適切な取扱いに基づいて実施すること。

2) 事例提供者、相談者、モニタリング参加者への配慮

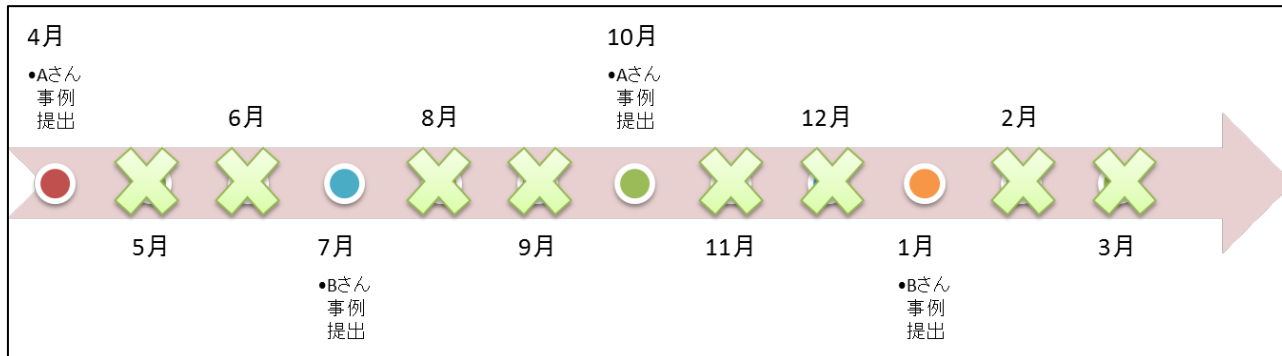
事例提供者およびモニタリング参加者全員が安全に安心して学び合える環境を整えること。

- 1 事例提供者の事例を取り上げた理由や特に学びたい点等を確認し優先する。
- 2 参加者は問題点の指摘や批判に終始せず、良かった点、参考になった点を積極的に言語化する。
- 3 なぜそのように対応したのか、背景や事例提供者のアセスメントについて共有する時間をもつ。
- 4 より良い対応へと改善できるような具体的、現実的な代替案を話し合う。
- 5 参加者全員がアセスメント能力の向上や対応方法の幅を広げるために多様な意見を尊重し合う。
- 6 相談者のプライバシーを保護し、相談者の差別・偏見につながるような発言は慎む。
- 7 音声データや逐語録は、モニタリング終了後に適切に処理する。
- 8 最後に、事例提供者の感想を述べてもらうと共に、労いと感謝の意を伝え合う。

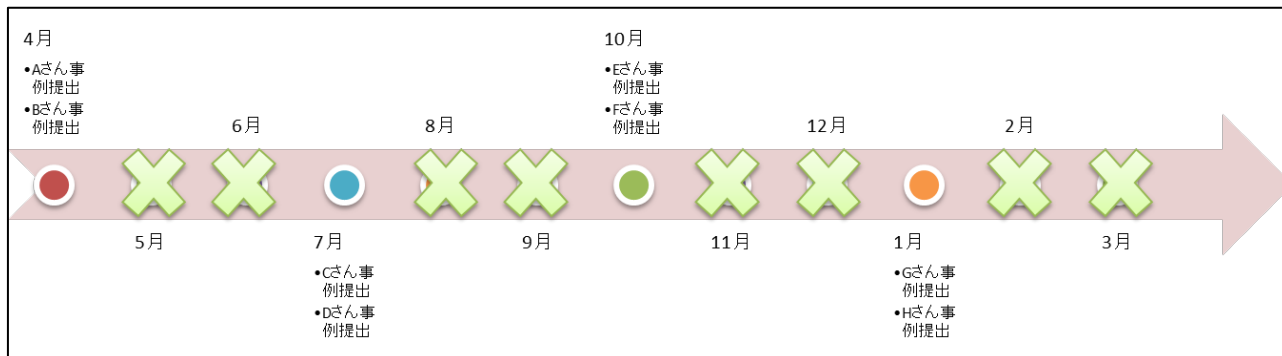
3. 事例提出頻度

がん相談支援部門内の全ての相談員(「国立がん研究センター認定がん専門相談員」の認定取得状況に関わりなく)が、少なくとも年1回以上の頻度で、自身のがん相談対応事例を提出し「部門内モニタリング」を受けること。「部門内モニタリング」は、概ね3ヶ月に1回以上の頻度で開催することが望ましい。

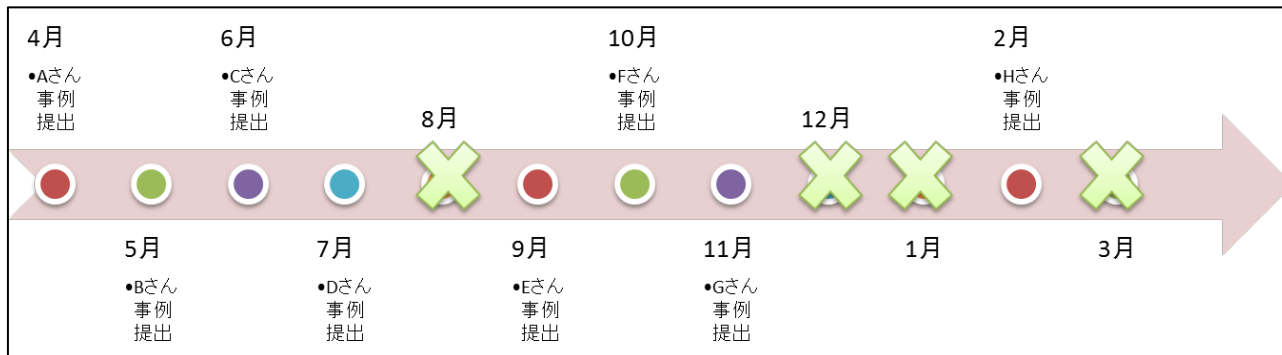
【例1】がん相談支援部門内の相談員が2名で、3カ月に1回の頻度で部門内モニタリングを開催する場合



【例2】がん相談支援部門内の相談員が8名で、3カ月に1回の頻度で部門内モニタリングを開催する場合(部門内モニタリング1回あたり、相談員2名の事例提出)



【例3】がん相談支援部門内の相談員が8名で、3カ月に1回以上の頻度で部門内モニタリングを開催する場合(部門内モニタリング1回あたり、相談員1名の事例提出)



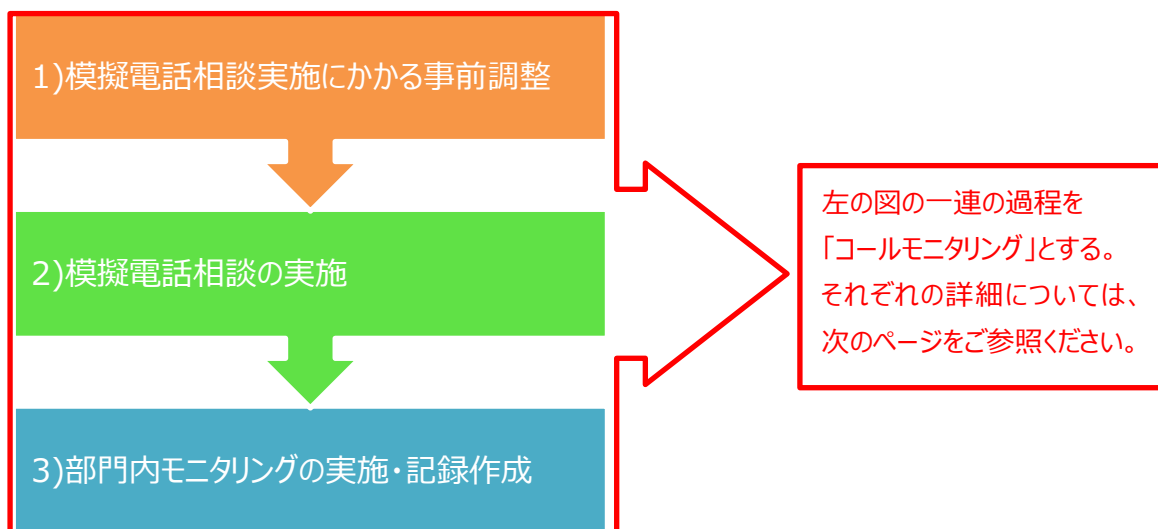
「国立がん研究センターコールモニタリング」について

募集要項「4. 認定要件 > 4.8 質の担保の取り組みと PDCA > 4)～7)」にある「国立がん研究センターコールモニタリング(以下、「コールモニタリング」とする)」とは、認定取得後1年目から2年に1回、国立がん研究センターがん対策情報センターが実施する模擬電話相談を受けること、並びに録音された相談対応についてフィードバックを受けることをいう。(該当年以外でも任意で可能)

「コールモニタリング」は、概ね以下の形での実施を標準とするが、がん対策情報センターと各認定がん相談支援センターとの間で相談する機会を設けた上で実施する。

1. コールモニタリングの位置づけ・概要

- 1 認定施設として認定がん相談支援センターに求められる情報支援の基準を意識した環境整備や相談対応ができているか、認定施設内で行われている部門内モニタリングが、がん相談部門の組織改善・業務改善につながるようなものとなっているかを、模擬電話相談とその後提出される部門内モニタリングの報告様式を通じて検討する。
- 2 日常的に「部門内モニタリング」とそれに基づく改善活動が行われていることが重要である。
- 3 模擬電話相談に対応した相談員個人の相談対応を国立がん研究センターが評価することが目的ではない。
- 4 部門内モニタリングが適切に行われているのかを確認するため、模擬電話相談の音声と「がん相談対応評価表」を使って部門内モニタリングを実施した結果の提出までをコールモニタリングの一連の過程とする。



2. コールモニタリングの実施方法

1) 模擬電話相談実施にかかる事前調整

- 1 連絡調整担当者(認定事務局とのやりとりを担当する方)の決定
- 2 「模擬であることをどのタイミングで伝えられるのがよいか」の希望確認
開始時 : 相談開始前に、模擬であることを伝える
終了直後 : 相談終了時に、模擬であった旨を伝える
- 3 実施候補日時の希望確認(原則、平日 9:00~10:00 または 15:00~17:00 の間)
- 4 模擬相談の内容(がん種や質問事項など)についての打合わせは行わない。

※連絡調整担当者の方は、模擬相談に対応される可能性のある全ての相談員の方、管理者の方や事務の方への周知とコールモニタリング実施にかかる同意意思確認をお願いします。

2) 模擬電話相談の実施

- 1 国立がん研究センターより電話をかけ、10分程度の模擬電話相談を実施する。
※普段通りの環境(対応場所、PC環境など)で対応してください。相談内容により、途中で相談員が交代するといった対応を普段から行っている場合には、そのような対応を取って構いません。
- 2 模擬電話相談の音声は国立がん研究センターにて録音し、音声送付準備が整い次第、音声と「模擬患者コメントシート(基本的な相談対応や情報支援に関するフィードバックおよび模擬患者としての感想をお伝えするシート)」をメールにて送付する。

3) 部門内モニタリングの実施・記録作成

- 1 模擬電話相談の音声受領後、逐語録を作成し、「がん相談対応評価表」を用いて部門内モニタリングを実施する。
- 2 相談対応した相談員の方に十分に配慮した場となるよう、部門内モニタリング参加者全員が留意する。
- 3 部門内モニタリングが一通り終了した時点で「模擬患者コメントシート」を開封し、確認する。
- 4 部門内モニタリングで出された意見、今後に向けての改善策や確認された方針を「部門内モニタリングの報告様式(別紙 5)」にまとめる。「模擬患者からのコメント」を読んで、新たに話されたことがある場合は、その内容も適宜追記する。
- 5 「部門内モニタリングの報告様式(別紙 5)」と逐語録を認定事務局にメールにて送付する。
- 6 部門内モニタリング報告を受領後、部門内モニタリングが適切に行われているかを認定事務局にて評価し、その内容をフィードバックする。

| | | | |
|--|---|--|---|
| 相談事例番号： | 相談日： 年 月 日 | 相談員名： | |
| | 評価日： 年 月 日 | 評価者名： | |
| I. 相談員の対応 | | 点数 | 評価の根拠を明記（優れていた対応や代替案も具体的に） |
| 1) がん相談支援センター（以下、センター）の方針を遵守しているか | | | 方針を守っている=1、方針を守っていない=0、非該当の場合には/ |
| 1. センター内で承認された情報を正確に提供している。 科学的根拠のある情報（診療ガイドライン、がん情報サービス、PDQ など）や、センター内で保有している情報（患者会、地域の社会資源など） | | 1 0 +--+ | |
| 2. （ある程度まとまった）情報を伝えるときに、免責事項および出典を伝えている。 免責事項の例：提供する情報は医学一般的な情報であり、主治医に代わる個別の医学的判断はできないこと、医学的判断が必要な場合には必ず主治医に確認すること。出典の例：「〇〇年発行、〇〇学会編集、〇〇ガイドラインによると…」など | | 1 0 +--+ | |
| 3. 医師が行うような診断や、特定の治療を勧めるようなことをしていない。 | | 1 0 +--+ | |
| 4. 主治医と患者・家族、医療機関との関係を妨げるような発言や行動をしていない。 | | 1 0 +--+ | |
| 5. 相談員の個人的な立場、好み、信条、意見を伝えていない。 | | 1 0 +--+ | |
| 6. 相談者の個人情報を不適切に扱ったり、不必要に聞いたりしていない。 | | 1 0 +--+ | |
| 7. 相談員の個人情報を伝えていない。 | | 1 0 +--+ | |
| 8. 次回の電話を促すような言葉かけをおこなっている。 | | 1 0 +--+ | |
| 【特記事項】 センター内の相談環境（例：周囲の雑音など）に関する改善点や、相談者の周辺環境など | | | |
| 2) 相談者の発言をアセスメントし、ニーズを捉え、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか（複数のトピックがあり評価がわかれるときには平均をとる） | | | できていない=3（改善する箇所がない）、概ねできているが改善できる箇所がある=2、あまりできていない=1、できていない=0、非該当の場合には/ |
| 相談者の体験や感情の表現を促進しているか ここはコミュニケーションが成り立っているかを評価する | 9. 相談者が話しやすいと思えるような話し方をしているか。 声のトーン、高さ、速さ、適切な相槌、適切な語尾、適切な言葉遣い、など | 3 2 1 0 +--+ | |
| | 10. 相談者の訴えを十分に聴き入っているか。 相談者が十分に話し終わっていない段階で相談員が話し始めていないか、相談者の発言に相談員の声がかぶっていないか、相談者の発言内容に構わず相談員が話し続けているか、など | 3 2 1 0 +--+ | |
| | 11. 相談者の体験やそれからくる感情を受けとめながら聴いているか。 「…と思われたのですね」など体験や感情に焦点を当て相談者が表現したそのままの言葉で返したり、別の言葉で言い換えたりして理解していることを伝えているか、相談者の体験や感情の表出に対し「でも」、「けれども」などの否定的な言葉を使って返していないか | 3 2 1 0 +--+ | |
| 相談者の状況を的確に把握し確認しているか ここはニーズにつながる広がりを聞き取ることができているかを評価する | 12. 相談者を適確に把握するための知識を十分に活用した対応ができているか。 がんに関する医学的知識、がん患者・家族の心理・社会的状況、医療者や家族等との関係で生じやすい現象等の知識を備え、それらを意識して活用し相談者を把握しようとしているか。また、相談員の役割や限界、自身の力量を自覚しつつ最善の対応をしようとしているか | 3 2 1 0 +--+ | |
| | 13. 相談者の状況を、直接相談者に確認しながら把握しているか（例：治療内容、療養環境、患者自身の意見、医療者との関係、家族関係など）。 5W1H（いつ、どこで、誰が、何を、なぜ、どのように）を用いたオープンクエスチョンを使い、相談者が自ら語るように促して支援に必要な情報収集ができているか | 3 2 1 0 +--+ | |
| | 14. 相談員が把握した相談者の状況や、感情を要約し、相談者に直接確認しているか。 例えば、「今までのお話から、〇〇ということなんですね」などポイントを整理し、相談の背景や質問の内容などを要約して確認する | 3 2 1 0 +--+ | |
| アセスメントを行い、相談者のニーズを的確に捉えているか | 15. 相談者の主訴（表面的な質問、単発的な質問など）とニーズ（相談者がこの相談の中で本当に聞きたいこと、相談者が困っている真の原因など）を右記に挙げてください。 ここでは、主訴を「相談者が語った質問、疑問、心配事」、ニーズを「語られなかった本当の困りごと、相談に至った真の原因」と定義する。相談のプロセスで相談者と相談員とがニーズを明確化、共有化できた場合には、ニーズが主訴として表現されると考える。 ※No. 15 の評価は、No. 16, 17 で行う | | 主訴 No1: 主訴 No2: 主訴 No3: 主訴 No4: ニーズNo1: ニーズNo2: |
| | 16. 相談員が把握した相談者の主訴とニーズを、相談者に直接確認しているか。 ※No. 15 で列挙した主訴とニーズの数だけ評価する (16. 評価基準) 相談者が使った言葉や言い換えを用いて確認している =3 同じ言葉では確認していないが、話題はお互いで共有され話し合っている =2 同じ言葉で確認しているが、話題がお互いで共有されていない =1 相談者が主訴やニーズを訴えているのにスルーしてしまっている =0 | 主1 3 2 1 0 +--+ 2 3 2 1 0 +--+ 3 3 2 1 0 +--+ 4 3 2 1 0 +--+ 二1 3 2 1 0 +--+ 2 3 2 1 0 +--+ | |
| 適切な情報支援を行っているか | 17. 主訴とニーズに対し適切に対応しているか。 ※No. 15 で列挙した主訴とニーズの数だけ評価する | 主1 3 2 1 0 +--+ 2 3 2 1 0 +--+ 3 3 2 1 0 +--+ 4 3 2 1 0 +--+ 二1 3 2 1 0 +--+ 2 3 2 1 0 +--+ | |
| | 18. 相談者が理解できる言葉で情報提供を行っているか。 相談者がどの程度の専門用語を理解できるかを判断し、言葉を選び情報提供を行っているか | 3 2 1 0 +--+ | |
| | 19. 主治医と患者・家族との関係を把握し、主治医との関係が良好になるような支援をしているか。 医師の言動や考え方の客観的な解釈、多忙な医師とのより良いつきあい方、他の家族と医師とのより良いつきあい方などの提案、など (19. 評価基準) 主治医との関係を確認して、関係を良好にするよう働きかけている =3 主治医との関係を確認はしているが、関係を良好にするための働きかけが不十分 =2 主治医との関係を確認していない =1 明らかに主治医との関係に問題があるにも関わらず改善するよう働きかけていない =0 | 3 2 1 0 +--+ | |
| | 20. 相談者自身が自力で行動したり判断したりするための情報支援を行っているか。 相談者が電話を切った後に何か行動できるような情報を伝える。例えば、医師に質問したほうが良い場合には、具体的に（いつ、どこで、誰と、何を、どのように）質問するかを伝える、など | 3 2 1 0 +--+ | |
| II. 相談者の反応 「1」以上なら相談場所としての存在意義があったという基準。著しい問題があれば「0」。 | | | |
| 1) 相談員に電話をかけた意図が十分に伝わり、満足がいく情報支援を受けたという反応があったか | | よい反応があった=2、特に反応はなかった=1、悪い反応があった=0 | |
| 相談員に受け入れられ、理解されたと感じたか | 1. 相談者の体験や感情、相談したい内容が相談員に十分に伝わったという反応があったか。 警戒心がなくなった、話がどんどん湧き出てきた、話が尽きた、感情表現が多数見られたなど。 十分に伝わっていない例として、同じ質問を何度も繰り返している、相談者と相談員との会話がかみ合っていない、相談員の発言の途中で話し始めている、などがある | 2 1 0 +--+ | |
| 抱えている状況や感情を相談者自身が整理でき、何らかの方向性を見出すことができたか | 2. 相談者が今おかれている状況を理解したという反応があったか。 「今の私は〇〇という状況なんです、だから〇〇という治療を受けたいんです」など | 2 1 0 +--+ | |
| | 3. 提供された情報に納得したという反応があったか。 メモを取る、何度も聞き返す、確認する、など | 2 1 0 +--+ | |
| | 4. 今後行うべき具体的な行動が述べられたか。 「主治医にこう聞くんすね、患者さんにこんなことをしてあげることが出来るんですね」など | 2 1 0 +--+ | |
| 2) 相談者は相談全体に満足できたか | | よい反応があった=2、特に反応はなかった=1、悪い反応があった=0 | |
| | 5. 声のトーンに変化があったか。 明るくなった、張りが出てきた、など | 2 1 0 +--+ | |
| | 6. この電話相談を利用してよかったという反応があったか。 表面的な感謝の言葉や、相談を早く終わらせようとするときのお礼の言葉などは除く | 2 1 0 +--+ | |
| | 7. 今後も相談しようという反応があったか。 再度電話するときの方法を尋ねる、次回の相談時に指名するために相談員の名前を尋ねる、など | 2 1 0 +--+ | |
| III. 相談の総合評価 本相談事例から見出された組織として取り組むべき課題、改善策を記載 | | | |

| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| 相談事例番号 | No. (相談時間: 分 秒) | 評価実施日 | 年 月 日 |
| 事例提供者 (氏名・職名) | | 相談の形式 | 対面相談 ・ 電話相談 |
| 録音した音声 | 実際の患者家族等からの相談 ・ 相談員同士での模擬相談 | 逐語録作成 | あり ・ なし |
| 部門内 モニタリング 参加者 (氏名・職名) | 1. 2. 3. 4. 5. | 6. 7. 8. 9. 10. | |
| 事例概要 ※事例提供者の方が記載してください | | | |
| 事例提出意図 検討したいこと ※事例提供者の方が記載してください | | | |

| | | |
|---|--|---|
| I. 相談員の対応 | | |
| 1) 相談機関の方針の遵守に関する事項 (No. 1~8) について、部門内で挙げた主な意見を具体的に記載してください。 1. センター内で承認された情報を正確に提供している。 2. (ある程度まとまった) 情報を伝えるときに、免責事項、および、出典を伝えている。 3. 医師が行うような診断や、特定の治療を勧めるようなことをしていない。 4. 主治医と患者・家族、医療機関との関係を妨げるような発言や行動をしていない。 5. 相談員の個人的な立場、好み、信条、意見を伝えていない。 6. 相談者の個人情報に不適切に扱ったり、不必要に開示したりしていない。 7. 相談員の個人情報を伝えていない。 8. 次回の電話を促すような言葉かけをおこなっている。 | (1) 良かった対応・続けていくと良いこと (2) 指摘事項 (3) 改善に向けての工夫・対策 | |
| | 2) 相談者の体験や感情表出の促進に関する事項 (No. 9~11) について、部門内で挙げた主な意見を具体的に記載してください。 9. 相談者が話しやすいと思えるような話し方をしているか。 10. 相談者の訴えを十分に聴き入っているか。 11. 相談者の体験やそれからくる感情を受けとめながら聴いているか。 | (1) 良かった対応・続けていくと良いこと (2) 指摘事項 (3) 改善に向けての工夫・対策 |
| | | 3) 相談者の状況の的確な把握と確認に関する事項 (No. 12~14) について、部門内で挙げた主な意見を具体的に記載してください。 12. 相談者を適確に把握するための知識を十分に活用した対応ができているか。 13. 相談者の状況を、直接相談者に確認しながら把握しているか（例：治療内容、療養環境、患者自身の意見、医療者との関係、家族関係など）。 14. 相談員が把握した相談者の状況や、感情を要約し、相談者に直接確認しているか。 |
| 4) アセスメント、相談者のニーズの的確な把握に関する事項 (No. 15~16) について、部門内で挙げた主な意見を具体的に記載してください。 15. 相談者の主訴（表面的な質問、単発的な質問など）とニーズ（相談者がこの相談の中で本当に聞きたいこと、相談者が困っている真の原因など）を右記に挙げてください。 16. 相談員が把握した相談者の主訴とニーズを、相談者に直接確認しているか。 ※列挙でかまいません。 | | |
| | 5) 適切な情報支援の実施に関する事項 (No. 17~20) について、部門内で挙げた主な意見を具体的に記載してください。 17. 主訴とニーズに対し適切に対応しているか。 18. 相談者が理解できる言葉で情報提供を行っているか。 19. 主治医と患者・家族との関係を把握し、主治医との関係が良好になるような支援をしているか。 20. 相談者自身が自力で行動したり判断したりするための情報支援を行っているか。 | |

| | |
|---|--|
| II. 相談者の反応 相談者の反応に関する事項 (No. 1~7) について、 部門内で挙がった主な意見を 具体的に 記載してください。 | |
| 1. 相談者の体験や感情、相談したい内容が相談員に十分に伝わったという反応があったか 2. 相談者が今おかれている状況を理解したという反応があったか。 3. 提供された情報に納得したという反応があったか。 4. 今後行うべき具体的な行動が述べられたか。 5. 声のトーンに変化があったか。 6. この電話相談を利用してよかったという反応があったか。 7. 今後も相談しようという反応があったか。 | |
| III. 相談の総合評価 | |
| 1) 個人としての課題・目標 課題解決に向けての目標、学習方法を事例提供者の方が記載してください。 | |
| 2) 参加者としての学び 今回の部門内モニタリングを通じて、どのような学びが得られたかを事例提供者以外の方が記載してください。 | |
| 3) 組織（部門・施設）としての課題・目標 今回の部門内モニタリングを通じて確認した、組織として取り組むべき課題、課題解決に向けての計画を記載してください。 ※どのような事例であっても適用できるような抽象的な記載ではなく、今回の事例に引き付けて具体的に検討された「組織として取り組むべき課題」「課題解決に向けての計画」についての記載であることが望ましい。 | |