

2018 (平成 30) 年度募集「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」  
認定申請募集要項 (申請区分: 新規)

<発行記録>

発行日	版	内容
2018/03/20	第 1 版	2018 (平成 30) 年度募集要項 発行

国立がん研究センターは、がん対策基本法（平成 28 年改正）の理念に基づき、国民が安心して活用できる全国のがん相談支援提供体制の充実をはかる目的で、全国ですでに活動実績がある施設について、申請に基づき「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」の認定を行い、広く公開します。

「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」の認定要件として、「国立がん研究センター認定がん専門相談員」を 2 名以上配置することが求められています。今後「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」の認定申請を予定している場合は、貴管理下の相談員が「国立がん研究センター認定がん専門相談員」の認定申請を行うことができるよう特段のご配慮をお願いいたします。

なお、本認定事業は国立がん研究センターが独自に実施する事業であり、現段階ではがん診療連携拠点病院等の指定要件において「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」の設置は求められていません。

## 1 認定申請資格

以下の条件すべてを満たす施設を「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」の認定申請資格（申請区分：新規）を持つ施設とする。

1.1 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）

1.2 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。

1.3 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。

1.4 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、公的枠組み（先進医療・患者申出療養）以外での高額な自費診療の推奨等を指します。

## 2 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「国立がん研究センター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の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。

## 2.1 情報公開

- 1) 「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」として認定された場合に、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) 「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」として認定された場合に、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

## 2.2 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 ヶ月以上あること

## 2.3 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、当該研修を受講させることを承諾していること）
- 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

## 2.4 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

- 2.5 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
- 2.6 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
- 2.7 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
- 2.8 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

## 2.9 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

## 2.10 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～(第 2 版)」  
[http://ganjoho.jp/data/hospital/consultation/files/gakushu\\_guide.pdf](http://ganjoho.jp/data/hospital/consultation/files/gakushu_guide.pdf) 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

## 2.11 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指針(平成 26 年 1 月 10 日付け健発 0110 第 7 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、2018(平成 30)年度中に新たな整備指針が発出された場合、認定取得後 1 年目の活動報告(2019 年 4 月～6 月中旬に報告書類受付)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。

## 3 認定申請受付期間

2018(平成 30)年度募集「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」の認定申請受付期間は以下の通りとする。

受付開始：2018 年 04 月 02 日(月)

受付締切：2018 年 06 月 15 日(金) ※当日消印有効

---

\*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 認定申請手続き

### 4.1 認定申請書類

以下のうち 1) ～4) のデータ (EXCEL) をメール添付のうえ提出するとともに、同内容を出力した書類 (押印済みのもの)、ならびに 5) ～9) を認定事務局に郵送すること。

- 1) 様式 1 : 認定申請誓約書
- 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) 部会委員証明資料 (部会委員名簿等、都道府県がん診療連携協議会の情報提供・相談支援関連部会の委員であることが証明できる資料)
  
- 6) 下記情報が含まれる一般の方向けに公開されている資料 (ホームページ・パンフレット等)
  - (1) 運営曜日・時間
  - (2) がん相談を無料で提供していること
  - (3) 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
  - (4) 匿名でのがん相談にも応じていること
  - (5) 守秘義務を遵守していること
  
- 7) 下記情報が含まれる相談部門の規程・マニュアル
  - (1) 秘密保持
  - (2) 個人情報保護
  - (3) 相談記録管理
  - (4) 相談員としての価値基準・姿勢
  - (5) がん相談部門の業務

【書類記載上の注意点】

「(1)秘密保持 (2)個人情報保護」に関しては、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。

また、「(3)相談記録管理」に関しては、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。
  
- 8) 部門内モニタリングの開催記録 (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。)
  
- 9) 相談部門で使用する情報源のリスト (情報源に関する評価実施日、評価基準、評価結果含む)

【書類記載上の注意点】

「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。
  
- 10) 様式 5 : 体制整備誓約書  
(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。新規申請時は使用不可。本様式の内容を考慮の上、認定の停止・取消について検討を行う。)

#### 4.2 書類作成および送付に関する注意事項

- 1) 原則、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こと)
- 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)

- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ 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
- ・ その他、申請資格・認定要件に関わる詳細資料

#### 4.3 申請書類提出先

〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1

国立がん研究センターがん対策情報センター

がん情報提供部 認定がん相談支援センター認定事務局

メールアドレス：[gansoudan-kensyu@ml.res.ncc.go.jp](mailto:gansoudan-kensyu@ml.res.ncc.go.jp)

### 5 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、料金徴収事業者（国立がん研究センターがん対策情報センターによる業務委託）より送付される請求書・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。

#### 5.1 金額（税込）

- 1) 認定申請料： 5,400 円（5,000 円＋消費税）
- 2) 認定登録料： 102,600 円（95,000 円＋消費税）

#### 5.2 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）名を併記する形で印字する。また、払込用紙の支払人名義欄には申請責任者（施設長）名を印字する。上記以外の形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。
- 2) 認定申請受付締切日以降、2 週間程度（7 月上旬～中旬）を目処に、認定申請料の請求書・払込用紙を施設・機関の住所に送付する。
- 3) 申請書類に不備が確認された場合、請求書・払込用紙の代わりに、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、支払わ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、「国立がん研究センター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・払込用紙を送付する。

- 6) 認定登録料の入金が確認できた段階で、正式に「国立がん研究センター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、「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」の認定を辞退したものと見なす。また、支払わ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) 必ず送付された所定の払込用紙を使用して振り込みを行うこと。他の方法（銀行振込・インターネットバンキング等）で振り込みを行った場合、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) 所定の払込用紙を利用できる収納代行機関はコンビニエンスストア・郵便局のみとなっている。上記以外の収納代行機関（銀行・信用金庫・農協系金融機関等）での払い込み手続き行わないこと。
- 9) 払い込み手続きの際に受け取る「払込受領証（払込用紙の右端部分／払込窓口店のタイムスタンプが押印されるもの）」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。

## 6 認定有効期限

認定の有効期限は、認定を受けてから 4 年間（2019 年 1 月～2022 年 12 月）とする。

## 7 活動報告

「国立がん研究センター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、新規申請時と同様の申請書類を用いて、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）

## 8 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（2022 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。



## 9 認定の停止・取消

認定後、「国立がん研究センター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、「国立がん研究センター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。

## 10 認定申請の流れ (予定)

2018年4月～6月下旬	認定申請受付期間
2018年7月上旬	認定申請料請求書・払込用紙の発送
2018年8月末まで	認定申請料の払い込み
2018年9月	認定申請料入金確認、書類審査、認定委員会開催
2018年10月	認定審査結果通知、認定登録料請求書・払込用紙の発送
2018年11月末まで	認定登録料の払い込み
2018年12月	認定登録料入金確認、認定証の発送
2019年1月	認定開始日
2019年4月～5月	活動報告提出(1年目)
2020年4月～5月	活動報告提出(2年目)
2021年1月以降	コールモニタリングの実施
2021年4月～5月	活動報告提出(3年目)
2022年4月～5月	認定更新申請または活動報告提出(4年目)
2022年12月	認定終了日
2023年1月	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「2 認定要件 > 2.3 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。

「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」の認定取得後 2 年間の間に、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。

## 1. 国立がん研究センター主催研修

## 1) 2015（平成 27）年度開催分

- (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（平成 28）年度開催分

- (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（平成 29）年度開催分

- (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（平成 30）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

- (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～

## 2. 地域開催型研修

- 1) 2013（平成 25）年度開催分
  - (1) 第 1 回神奈川県がん相談員研修（2013/11/26 開催、III 群研修番号 14201302）
  - (2) 第 2 回神奈川県がん相談員研修（2014/1/8 開催、III 群研修番号 14201401）
  
- 2) 2014（平成 26）年度開催分
  - (1) 神奈川県がん相談員研修（2014/7/25 開催、III 群研修番号 14201402）
  - (2) 地域相談支援フォーラム in 神奈川・東京・千葉（2014/11/8 開催、III 群研修番号 99201405）
  
- 3) 2015（平成 27）年度開催分
  - (1) 神奈川県がん相談員研修会（2015/10/24 開催、III 群研修番号 14201502）
  - (2) 岡山県がん相談支援センター相談員研修会（2015/11/29 開催、III 群研修番号 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～」（2016/1/30 開催、III 群研修番号 34201601）
  
- 4) 2016（平成 28）年度開催分
  - (1) 神奈川県がん相談員研修会（2016/7/23 開催、III 群研修番号 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（2017/2/24 開催、III 群研修番号 25201701）
  
- 5) 2017（平成 29）年度開催分
  - (1) 福岡県がん専門相談員研修「相談対応の QA(Quality Assurance)を学ぶ」(2017/6/24 開催、III 群研修番号 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」(2017/6/25 開催、III 群研修番号 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」(2017/7/8 開催、III 群研修番号 11201701)
  - (4) 第 3 回神奈川県がん相談員研修会（2017/12/2 開催、III 群研修番号 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」(2018/1/21 開催、III 群研修番号 18201801)
  - (6) 三重県がん相談員研修「相談対応の QA (Quality Assurance) を学ぶ」(2018/1/27 開催、III 群研修番号 24201801)
  
- 6) 2018（平成 30）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

## 「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「2 認定要件 > 2.8 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) 相談者に相談が録音されること、録音の目的などを事前にアナウンスする。

例)「相談内容は、サービスの質向上のため録音しております。ご不明な点は遠慮なく相談員にお知らせください。」

(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（テレフォンピックアップなど）を用いる。

#### 2) 逐語録作成

活発で有意義なディスカッションになるよう逐語録を作成する。

(1) 録音データを聞き、逐語録を作成し、部門内モニタリングの参加者に配布する。

#### 3) 「がん相談対応評価表」（別紙 4 参照）を用いての評価

(1) 「がん相談対応評価表」を用いた評価を行う目的、ディスカッション上のルールを共有する。

(2) 録音データを聴取後に参加者各自が A3 用紙に出力した「がん相談対応評価表」を記入する。

(3) 事例提供者がこの事例を取り上げた理由や特に学びたい点などを確認する。

(4) 参加者は、相談の第一印象、全体的な印象を語る。

(5) 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。

#### 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「2 認定要件 > 2.4 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) 事例提出者、相談者、モニタリング参加者への配慮

事例提出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。

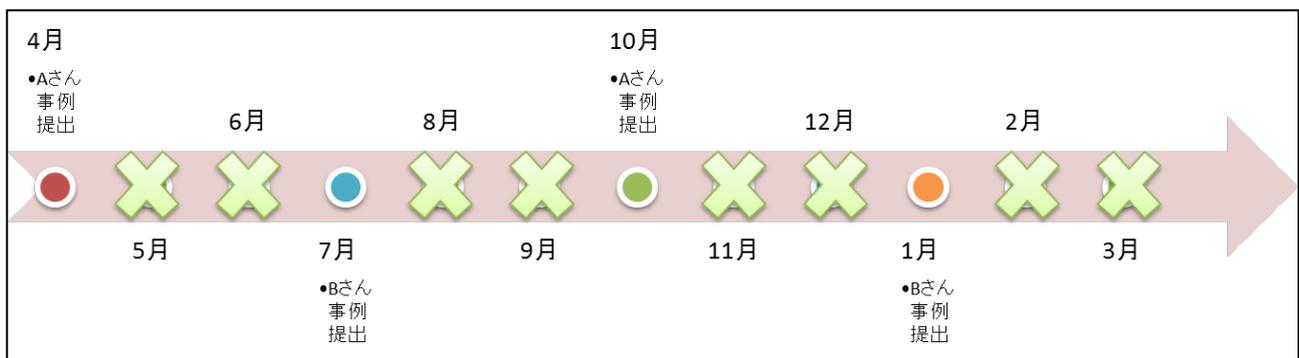
- ・ 事例提出者の事例を取り上げた理由や特に学びたい点等を確認し優先する。
- ・ 参加者は問題点の指摘や批判に終始せず、良かった点、参考になった点を積極的に言語化する。
- ・ なぜそのように対応したのか、背景や事例提出者のアセスメントについて共有する時間をもつ。
- ・ より良い対応へと改善できるような具体的、現実的な代替案を話し合う。

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 録音データや逐語録は、モニタリング終了後に適切に処理する。
- ・ 最後に、事例提出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。

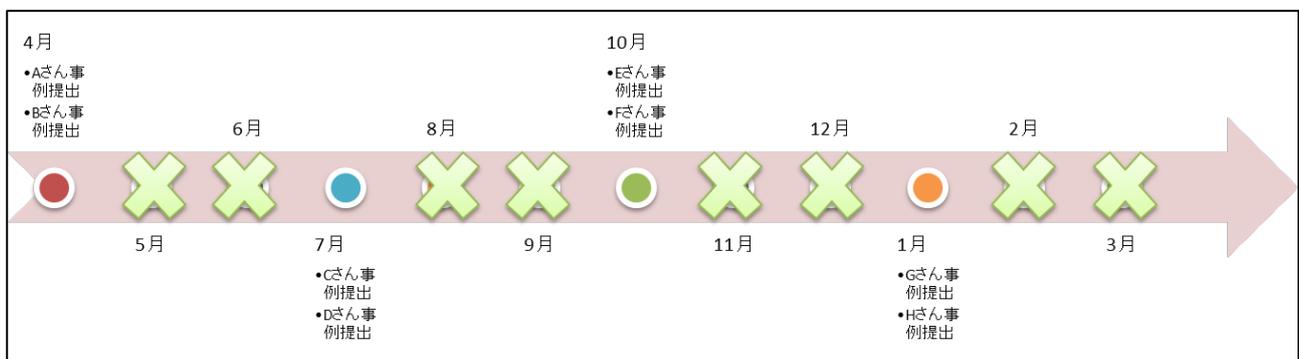
### 3. 事例提出頻度

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。

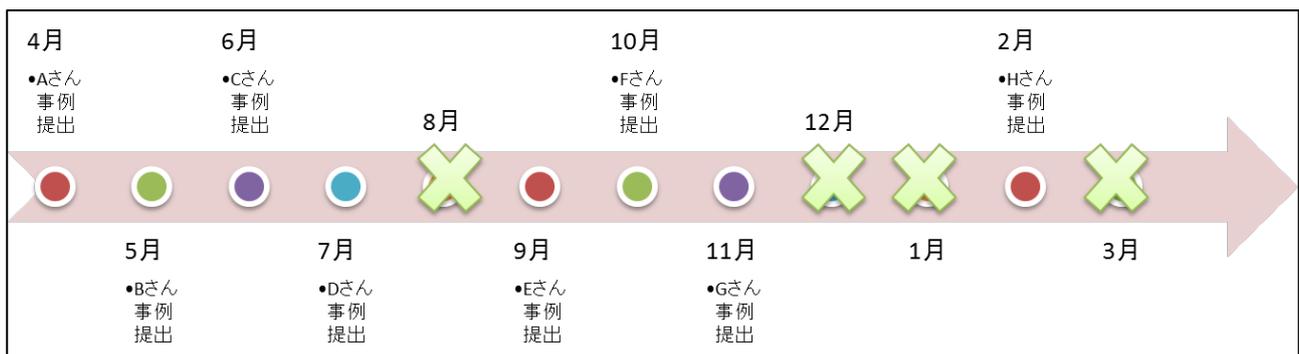
【例1】がん相談支援部門内の相談員が2名で、3ヶ月に1回の頻度で部門内モニタリングを開催する場合



【例2】がん相談支援部門内の相談員が8名で、3ヶ月に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ヶ月に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「2 認定要件 > 2.8 質の担保の取り組みとPDCA > 4)」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3年目以降に、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。

「コールモニタリング」の位置付けは、日頃の評価（モニタリング）および改善活動の成果確認を目的としたサンプル抽出であり、日常的に「部門内モニタリング」が行われていることが重要である。

「コールモニタリング」の方法については、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。

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：	
<b>I. 相談員の対応</b>		<b>点数</b>	<b>評価の根拠を明記（優れていた対応や代替案も具体的に）</b>
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 +--+	
<b>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」。</b>			
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ですね、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 +--+	
<b>III. 相談の総合評価</b> 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		評価実施日	年 月 日
事例提供者 (氏名・職名)			
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			

<b>I. 相談員の対応</b>		
<b>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。</b> 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、不必要に聞いたりしていない。 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	
	<b>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。</b> 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
		<b>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。</b> 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。
<b>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。</b> 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。		
	<b>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。</b> 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。	

<b>II. 相談者の反応</b>	
<p>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。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>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。</li> <li>3. 提供された情報に納得したという反応があったか。</li> <li>4. 今後行うべき具体的な行動が述べられたか。</li> <li>5. 声のトーンに変化があったか。</li> <li>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。</li> <li>7. 今後も相談しようという反応があったか。</li> </ol>	
<b>III. 相談の総合評価</b>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	
<p>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。</p>	