



# 認定がん相談支援センター

## 「国立がん研究センター認定がん相談支援センター」 2025 年度募集要項（申請区分：新規・更新）

募集期間：2025 年 4 月 1 日～5 月 31 日（必着）

< 発行記録 >

| 発行日 | 版 | 内容 |
|-----|---|----|
|-----|---|----|

|            |       |   |
|------------|-------|---|
| 2024/12/26 | 第 1 版 | 2025 年度募集要項発行（申請：2025 年／認定開始 2026 年 1 月予定分） |
|------------|-------|---|

### 目次

|      |                               |    |
|------|-------------------------------|----|
| 1.   | 本認定事業の主旨・めざすところ               | 3  |
| 2.   | 本認定事業の背景・目的                   | 4  |
| 3.   | 認定申請資格                        | 5  |
| 4.   | 認定要件                          | 6  |
| 4.1  | 情報公開                          | 6  |
| 4.2  | がん相談対応の実績                     | 6  |
| 4.3  | がん相談対応の体制                     | 6  |
| 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      | 6  |
| 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 | 7  |
| 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  | 7  |
| 4.7  | 患者・医師・医療者との関係のサポートと尊重         | 7  |
| 4.8  | 質の担保の取り組みと PDCA               | 7  |
| 4.9  | がん専門相談員の役割                    | 8  |
| 4.10 | 相談対応業務を行う際の指針と対応する業務          | 8  |
| 4.11 | 相談支援センターの業務                   | 8  |
| 5.   | 認定申請受付期間                      | 9  |
| 6.   | 認定申請手続き                       | 9  |
| 6.1  | 認定申請書類                        | 9  |
| 6.2  | 書類作成および送付に関する注意事項             | 11 |
| 6.3  | 申請書類提出先                       | 11 |
| 7.   | 認定申請料および認定登録料                 | 12 |
| 7.1  | 金額（税抜き）                       | 12 |
| 7.2  | 払込手続きに関する注意事項                 | 12 |
| 8.   | 認定証および認定有効期限                  | 12 |

|     |                     |    |
|-----|---------------------|----|
| 9.  | 活動報告 .....          | 12 |
| 10. | 認定更新申請のスケジュール ..... | 13 |
| 11. | 認定の停止・取消 .....      | 13 |

別紙 1 「がん相談対応評価表を用いた相談対応の質保証に関する研修」について

別紙 2 「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

別紙 3 認定がん相談支援センター取得後に受けられるサポート

別紙 4 がん相談対応評価表

## 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。

### ※情報支援とは

がん専門相談員の専門性である「情報支援」とは、傾聴や共感を含む心理的サポートを基盤に、相談者の真のニーズを共有して、ヘルスリテラシー（健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力）に応じて信頼できる情報を提供し、さらに対話を重ね、相談者主体の意思決定ができるよう支援することである。

「情報支援」を行うにあたっては、コミュニケーションスキル、対象者理解、他職種・他機関との連携を基本として、  
「1. 信頼できる医療情報を見極める力」、「2. 情報を理解、収集、整備する力」、  
「3. 相談者のニーズ・ヘルスリテラシーをアセスメントし、必要な情報を分かりやすく伝える力」、  
「4. 相談者自ら意思決定するプロセス全体を支援する力」が求められる。  
がん専門相談員が「情報支援」を行うには、相談員が自身のヘルスリテラシーを向上させることに加え、がん相談支援センターが組織として、ガイドライン等の信頼できる情報の収集、整備、他機関との円滑な関係構築ができるような体制整備、環境づくりをすることも重要である。

## 2. 本認定事業の背景・目的

全ての相談対応においては、傾聴、共感を含む心理的なサポートを基盤に、からだ・こころ・くらしの観点から対象者を全人的に理解、アセスメントし、相談者に必要で確かな情報提供を行うことが基本となるが、昨今のがん医療や情報環境では特に、確かな情報による支援を行うことの重要性が増している。

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継続的に情報提供・相談支援体制の整備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。

認定交付後も、当該施設においてより一層高い水準の質の保証が行われるよう、相談対応および部門内モニタリングの質を評価するコールモニタリングや活動報告におけるフィードバック、認定がん相談支援センター同士の繋がりを強化し課題共有・意見交換できる認定がん相談支援センターオンラインサロン（[別紙 3](#) 参照）の開催などを通して、その活動を支援する。

### 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。また業務マニュアルについては院内の公的文書として位置づけられていることが望ましい。

### 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定期的に提出することを承諾していること。  
。（「[9.活動報告](#)」を参照）

### 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保証に関する研修」（[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) 相談者について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、同意がない限り第三者（担当医等を含む）に伝えることはないこと。

- 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実施していること。
- 3) 実際の相談者からの相談を振り返る「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) 実際の相談対応の音声データに基づいた「がん相談対応のモニタリング」（別紙 2 参照）の効果的な実施を目指し、電話相談の録音環境整備に努めること。
- 5) 「国立がん研究センターコールモニタリング」（別紙 3 参照）を定期的を受けていること（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）。
- 6) 「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。

- 7) 認定施設間の相互支援の場（コールモニタリングや認定サロン等）への参加により知り得た情報は口外しないことについて、全ての相談員から同意を得ていること。
  - 8) 「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。
  - 9) 「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。
  - 10) 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。
  - 11) 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）。
  - 12) 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。
  - 13) 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。
  - 14) 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。
  - 15) 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。
  - 16) 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。
  - 17) 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研究所等を指す。

#### 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

「がん診療連携拠点病院等の整備について（令和4年8月1日付け健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）（p14～16）」および「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針に関するQ&Aについて（令和4年9月22日付け事務連絡）（p2～3）」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、新たな整備指針や事務連絡が発出された場合には、発出から1年以内をめぐり、それらの文書に示されている内容に対応できる体制を整えること。

※整備指針ならびにQ&Aは、認定がん相談支援センターページの「参考資料」に掲載しています。



## 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：2025 年 04 月 01 日（火）

受付締切：2025 年 05 月 31 日（土）※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、様式 1～8 含む下記に記した内容すべてを出力した下記申請書類一式を認定事務局宛に郵送すること。

| 様式番号 | 申請書類                                      | 書類記載上の注意点、その他留意点等   |
|------|---|---|
| 様式 1 | 認定申請誓約書                                   | 押印済みの書類を郵送すること。   |
| 様式 2 | 申請資格申告書                                   |   |
| 様式 3 | 認定要件申告書                                   |   |
| 様式 4 | 相談体制現状報告書                                 |   |
| —    | 一般向け公開資料<br>(ホームページの該当ページ・パンフレット等を印刷して提出) | 下記の情報が含まれていること。<br>A) 運営曜日・時間<br>B) がん相談を無料で提供していること<br>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<br>D) 匿名でのがん相談にも応じていること<br>E) 守秘義務を遵守していること<br>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。   |
| —    | 相談部門のマニュアル                                | 見やすさ・使いやすさが考えられ、相談対応時等にすぐ立ち戻れるような「現場で活用できるマニュアル」であることが求められる。<br><br>下記の情報が含まれていること。<br>A) 秘密保持・個人情報保護<br>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。<br>(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)<br>B) 相談記録管理<br>相談記録の閲覧権限をどの範囲まで付与するかの記述を含めること。<br>C) 相談員としての価値基準・姿勢<br>D) がん相談部門の業務 |

|      |   |   |
|------|---|---|
|      |   | <p>E) 部門内モニタリングの実施体制<br/>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。<br/>(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> <p>F) 情報源評価の実施体制・評価基準<br/>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。<br/>(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>  |
| －    | 部門内モニタリングの <u>評価表</u><br>( <a href="#">別紙 4</a> ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <a href="#">別紙 2</a> 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。</li> <li>・ 申請様式 4 に記載の相談員全員分の評価表を提出すること (詳細は<a href="#">別紙 2</a> 参照)</li> <li>・ モニタリングの場でも出された意見を、代表者 1 名の評価表 (<a href="#">別紙 4</a>) に可能な限り記載し、センター全体のディスカッションが見える形にして提出すること。</li> <li>・ 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。</li> <li>・ <u>評価表の改訂に伴い、「部門内モニタリング報告様式」の提出は不要。</u></li> </ul> |
| 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。   |
| 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。  |
| －    | 相談部門で使用する情報源のリスト                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各情報源に関する評価実施日、評価結果を含めること。</li> <li>・ 「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。</li> <li>・ 書籍については、所蔵場所を記載すること。</li> <li>・ 「一般向け診療ガイドラインの解説」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。</li> </ul>                                     |
| 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。   |

|      |                 |   |
|------|-----------------|---|
| 様式 8 | 申請前チェックリスト      | 書類提出上の注意点に抜けがないかをチェックリストにて最終確認し、合わせて提出すること。   |
| —    | (部会委員証明資料)      | <ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>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)</li> </ul>           |
| —    | (様式 9: 体制整備誓約書) | <ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>新規申請時は使用不可。</li> </ul> |

## 6.2 書類作成および送付に関する注意事項

- 2) A4 サイズ (片面印刷、両面印刷はいとわない)
- 3) 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)
- 4) 審査対象外の書類は添付しないこと。
- 5) 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。
- 6) 提出された書類は理由の如何を問わず返却しない。
- 7) 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

## 6.12 申請書類提出先

委託業者確定次第掲載

## 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）

- 8) 認定申請料：5,000 円＋消費税
- 9) 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（2026年1月～2029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。

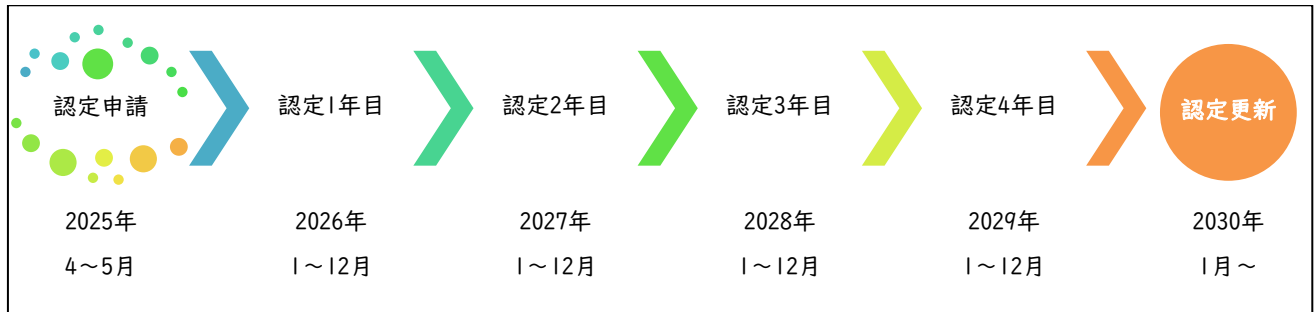
## 9. 活動報告

「認定がん相談支援センター」として認定された施設は、コールモニタリングを実施しない年（認定後偶数年）の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や書類記載上の注意点は、最新年度の募集要項に記載されている「6.1 認定申請書類」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. 認定更新申請のスケジュール

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（2029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。



### ■おもなスケジュール

| 認定申請 2025年                         | 認定1年目 2026年                  | 認定4年目 2029年                  | 認定更新 2030年                  |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 4月～5月末<br>認定申請受付                   | 1月1日<br>認定開始日                | 4月～5月<br>認定更新申請<br>または活動報告提出 | 1月1日<br>認定開始（認定更新<br>された場合） |
| 6月下旬<br>認定申請料請求書の送付                | 6月以降<br>コールモニタリング<br>実施（1回目） | 12月31日<br>認定終了日              |                             |
| 7月末まで<br>認定申請料の払い込み                | 認定2年目 2027年                  |                              |                             |
| 8月<br>認定申請料入金確認<br>書類審査<br>認定委員会開催 | 4月～5月<br>活動報告提出              |                              |                             |
| 9月～10月<br>認定審査結果通知<br>認定登録料請求書の送付  | 認定3年目 2028年                  |                              |                             |
| 11月末まで<br>認定登録料の払い込み               | 6月以降<br>コールモニタリング<br>実施（2回目） |                              |                             |
| 12月<br>認定登録料入金確認<br>認定証の発送         |                              |                              |                             |

## 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。

「がん相談対応評価表を用いた相談対応の質保証に関する研修」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保証に関する研修」は、国立がん研究センターウェブサイト内、認定がん相談支援センターページの「参考資料」に別途掲載する。

[https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cancer-info/project/certification/nintei\\_c/qalist.html](https://www.ncc.go.jp/jp/icc/cancer-info/project/certification/nintei_c/qalist.html)

各施設、原則 2 名は当該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。



## 「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。

日々の実践を振り返り個人の相談対応の質の向上に繋がれるとともに、「部門内モニタリング」による評価に基づいて施設レベルの改善活動を日常的に実施することが可能となる。「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 電話相談の録音環境整備に努めること。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く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。

### ※逐語録の作成について

昨今音声データから逐語録を自動生成するサービスが増えている。有料ものが多いが、院内会議等の議事録作成で活かせる場合もあり、必要に応じて組織内で検討するのもよい。

参考：「認定がん相談支援センター>3. 認定申請に必要な準備と取得の効果>認定がん相談支援センター申請準備の実際 鳥取県立中央病院 藤松氏 講義内」<https://www.youtube.com/watch?v=q0EZS2VJrn8>

### 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(事前に各自で音声を読み、評価表に記入しておいても可)
- 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) 提出用評価表の作成

モニタリングの場でも出された意見を、代表者1名の評価表(別紙4)に可能な限り記載し、センター全体のディスカッションが見える内容とする。

## 2. 「部門内モニタリング」実施時の留意事項

- 1) 「部門内モニタリング」は事例提供者ではない評価者による他者評価が基本となるため、事例提供者を含む2人以上で行うこと。原則として、相談部門に関わるスタッフで構成すること。
- 2) 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。

### 3) 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

申請様式の様式 4 に記載の実際に相談対応している相談員（「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らず、専従・専任・兼任を含む。）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用い「部門内モニタリング」を行うこと。「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。

## 認定がん相談支援センター取得後に受けられるサポート

### 1. 国立がん研究センターコールモニタリング

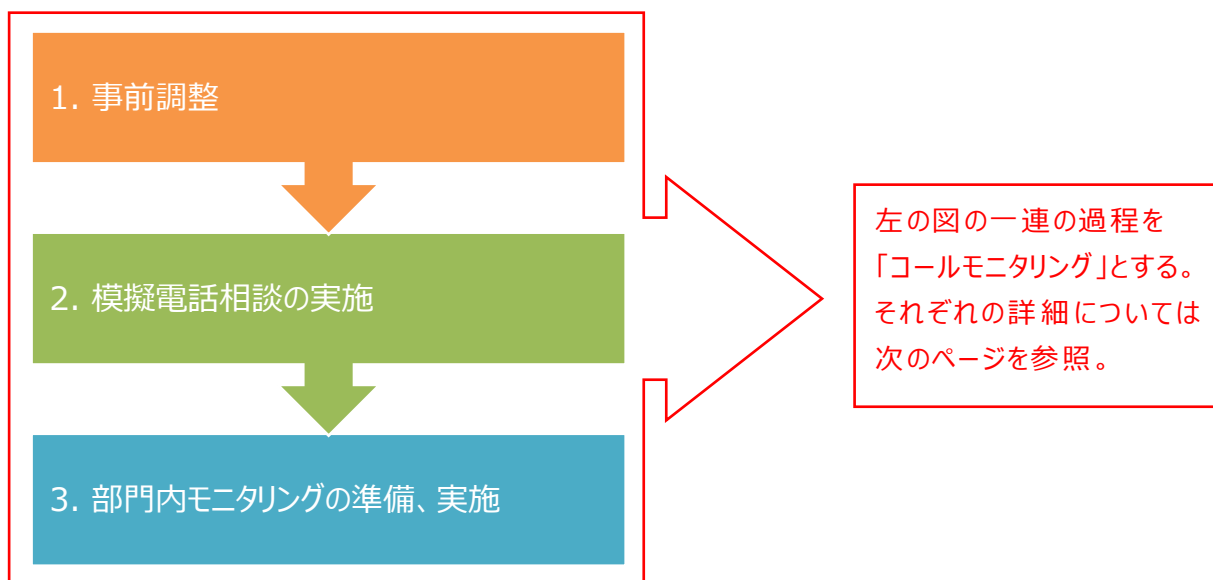
募集要項「4. 認定要件 > 4.8 質の担保の取り組みと PDCA > 4)～7)」にある「国立がん研究センターコールモニタリング（以下、「コールモニタリング」とする）」とは、認定取得後1年目から2年に1回、国立がん研究センター（以下 NCC）が実施する模擬電話相談を受けること、並びに模擬電話相談を基にした部門内モニタリングについてフィードバックを受けることをいう。

#### 1) 目的

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を意識した環境整備や相談対応ができていないか、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検討し、結果のフィードバックを通して、さらなる質の向上への取り組みを支援することを目的とする。「部門内モニタリング」とそれに基づく組織の改善活動が日常的に行われていることが重要であり、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。

#### 2) 概要

情報支援および部門内モニタリングが適切に行われているか否かを確認するため、模擬電話相談と「がん相談対応評価表」を使った部門内モニタリングへのフィードバックを受けることをコールモニタリングの一連の過程とする。



### 3) コールモニタリングの実施方法

「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、NCC と各認定がん相談支援センターとの間で調整した上で実施する。

#### - 1 流れ

| 1. 事前調整  |   |  |
|--|---|--|
| 実施の 2~3 か月前を目安に、コールモニタリング担当者（以下 CM 担当者）は、以下の内容を調整する。   |   |  |
| 1.1  | 模擬相談・部門内モニタリングの日時の決定  | 模擬相談については原則平日 15:00~16:30 の間、部門内モニタリングについては原則 15:30 開始とする。（必要時要相談）                   |
| 1.2  | コールモニタリングの周知と実施に対する同意取得   | 担当者は、模擬相談に対応する可能性のある全ての相談員の方、管理者の方や事務員への周知とコールモニタリングの実施に対する同意確認を行う。                  |
| 1.3  | 外部レビューアーの選出   | 他施設の部門内モニタリングに外部レビューアーとして参加する相談員を選出する（1 施設 2 名まで参加可能）。<br>下記の「4）外部レビューアーについて」を参照のこと。 |
| 2. 模擬電話相談の実施   |   |  |
| 2.1  | NCC もしくは他の認定がん相談支援センター相談員からの電話を受け、10~15 分程度の模擬電話相談を行う。<br>録音可能な施設は自施設で録音し、難しい場合は NCC が録音する。 |  |
| 2.2  | （NCC で録音した場合）模擬相談終了後、数日以内に録音データを受け取る  |  |
| ※普段通りの環境（対応場所、PC 環境など）で対応すること。ただし、相談員の交代や医師への確認は原則行わず、相談員 1 名が単独でその場で対応すること。（情報を調べる時間を設けてもよいが、当日中に相談は完結すること） |   |  |
| ※他の認定がん相談支援センター相談員が行う模擬相談者については「5）模擬相談者について」を参照のこと。  |   |  |

| 3. 部門内モニタリングの準備 |                                 |  |
|-----------------|---------------------------------|--|
| 3.1             | 録音データをもとに逐語録を作成する               | ※書式は問わないが、模擬相談終了後 NCC から送付する逐語録記入シートを使用してもよい。  |
| 3.2             | オンライン会議システムでミーティングを設定する         | ※有償契約をしていない等ホスト役が担えない場合、要相談  |
| 3.3             | ミーティング ID とパスワード、逐語録、録音データを送付する | <b>部門内モニタリング実施日の 1 週間前までに、NCC および外部レビューアーに送付する</b><br>※模擬相談のためパスワード設定などは原則不要。対象施設から音声等大容量のデータを送る場合は、施設が認めているファイル送信サービスを利用すること。 |
| 3.4             | 部門内モニタリング開催環境の準備を行う             | 下記の「2) 準備すること」を参照すること。   |
| 3.5             | がん相談対応評価表の記入                    | モニタリング参加者は事前に録音データを聴取し、評価表を記入しておく。   |
| 4. 部門内モニタリングの実施 |                                 |  |
| 4.1             | 部門内モニタリングについては右記の順番で進めていく       | ①全員の入室が確認でき次第 NCC より簡単に挨拶を行う。秘密保持についての確認を相互に行う。  |
|                 |                                 | ②部門内モニタリングの一連の流れを実施する。<br>※原則 NCC および外部レビューアーは、途中で発言をささない  |
|                 |                                 | ③NCC および外部レビューアーよりコメントを行う  |



- 2 準備すること

部門内モニタリング実施までに以下の物品準備・環境調整を行う。それぞれ準備が難しい場合は要相談。

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| Web 会議システム（zoom、webex など）のアカウント | Web 会議システムの指定はない。施設の有償契約（時間制限がないもの）のアカウントを用いてミーティングを設定する。                  |
| 安定したネット環境                       | 安定した wi-fi もしくは有線。ホストは 100Mbps 程度あると安心である。                                 |
| パソコン                            | できるだけスペックのよいパソコンを推奨。Web 会議システムや Windows update を事前に済ませておく。                 |
| Web 会議用カメラ                      | 参加者全員が映るよう調整する。  |
| 集音マイク                           | PC 内蔵のマイクは参加者全員の声を均質に集音できない可能性が高く、集音マイクを使用する。<br>難しい場合は、個別に 1 人 IPC で参加する。 |
| 静かな会議室、個室                       | 議論に集中できるような会議室、個室を確保する。  |

#### 4) 外部レビューアーについて

他施設の部門内モニタリングに参加し、ピアとして、支持的かつ多角的なフィードバックを行う。また、他施設の部門内モニタリングに参加した学びを自施設に還元する。

##### - 1 流れ

###### ① 当日までの調整

NCC より外部レビューアーとして参加する日程の連絡を受ける。他施設の部門内モニタリングに参加する相談員をセンター内から選出し（1施設2名まで参加可能）、対象施設に対する秘密を保持について同意する。

録音データ、逐語録および当日のミーティング ID およびパスワードは、対象施設（状況により NCC）より直接送付。事前に録音データと逐語録を確認し、評価表を記入した上で当日参加する。

###### ② 当日

部門内モニタリングを見学し、最後に代表者 1 名が以下の視点でコメントを述べる。基本的にはポジティブフィードバックを意識する。

- ・ 進行に関するよかった点、アドバイス
- ・ 内容に関する議論の中でよかった点、補足したい点、

##### - 2 必要物品

安定したネット環境、パソコン、カメラ（内蔵でも可能）、静かな環境、ヘッドセット

##### - 3 特記事項

依頼状の発行が必要な場合は NCC に申し出る。

#### 5) 模擬相談者について

2023 年度より、模擬相談は NCC の相談員の他にコールモニタリング非該当年（認定後偶数年の施設）より模擬相談者を募集（立候補制）する。模擬相談者を誰が行ったかは公表しない。

##### - 1 目的

相談者の立場からの学びを得ることや、他のがん相談支援センター相談員の対応を知ることによって自身の日々の実践を振り返る機会とする

##### - 2 流れ

###### ① 募集

該当年の CM に関する日程調整と同時期に、模擬相談者募集の案内を受ける。希望施設は募集フォームに入力する。

###### ② 担当施設の決定、説明会への参加

担当施設が決定したら、NCC より担当施設及び模擬相談日程と模擬相談者マニュアルを送付する  
事例の内容や意識する点について NCC が開催する説明会に参加する

###### ③ 模擬相談実施

実際に模擬相談を行う

###### ④ 模擬相談者コメントシートの作成

相談を受けた所感や、模擬相談者として伝えたいアドバイスをコメントシートに記載し NCC に 1 週間以内に送付する。

##### - 3 特記事項

謝金は発生しない。依頼状の発行が必要な場合は NCC に申し出る。

## 2. 認定がん相談支援センターオンラインサロン

認定がん相談支援センターオンラインサロン（通称「認定サロン」）は、コロナ禍においてがん専門相談員同士の気軽な意見交換の場が少なくなったことや、オンライン会議システムの利用が進んだ背景を受け、情報提供・相談支援体制の充実に向けて意欲的に取り組む認定がん相談支援センター同士の繋がり強化し、相互の活性化や改善活動のきっかけとすることを目的に、2022年度より開催している。

### 1) 目的

- ・認定がん相談支援センター相談員同士の繋がりを強化し、安心して日頃の悩みを相談したり思いを共有できるピアサポートの場とする。
- ・意見交換を通して自施設の課題に気づき、改善活動に取り組むなど相互活性化のきっかけとする。
- ・認定がん相談支援センターが目指すべき姿について様々な視点から考えを深める機会とする。

### 2) 概要

#### - 1 開催頻度

3か月に1回（年4回、原則として5月、8月、11月、2月）定期開催を基本とする。開催希望があった場合には適宜対応する。

#### - 2 開催時間

原則16時～全体で45分間とする。開始時間は話題提供施設の判断で変更可能とする。

#### - 3 参加者

認定がん相談支援センターの相談員  
国立がん研究センターがん対策研究所のスタッフ  
※話題に応じて、参加者を追加する可能性がある

### 3) 認定サロン開催までの流れ

「認定サロン」は、概ね以下の形での開催を標準とするが、話題に応じて開催体制を変更する場合もある。

#### - 1 話題提供施設の決定

年度初めに、定期開催のサロンにて話題提供する施設を決定する。

#### - 2 話題の決定

話題提供施設は以下のような視点で話題を決定する。

**例）**最近自施設で力を入れていることや上手く行かなくて悩んでいることなどについて他施設や他の相談員がどうしているのか知りたいこと、認定センターの関連で議論したいこと、研修や学会で得た情報の共有、研修や学会で発表予定の内容 等々

#### - 3 日程調整

話題提供施設は、通常開催予定月の1か月前にNCCと日程調整を行い具体的な開催日程を決定する

- 4 (必要な場合) 資料作成

資料の作成は必須ではない。話題提供のしやすさなどを考慮して、作成を検討し、**開催日 2 日前までを目途に認定センターメーリングリストに話題提供施設から送付する。**

- 5 当日の流れ

司会は基本 NCC が行う。話題提供施設と参加施設がそれぞれ有意義な学びになるよう、積極的に発言すること。

4) 認定サロンの今後について

2025 年度いっぱい開催を目途に、実施継続の必要性を評価する。

### 3. 国立がん研究センターがん情報サービスサポートセンター見学

がん情報サービスサポートセンターの見学等を通して自施設や自己の相談対応、情報支援、情報や内規の整備、モニタリング方法などを振り返る機会としたり、自施設以外の相談員と交流することを目的として、2023年度より開始している。

#### 1) 概要

##### - 1 対象

国立がん研究センター認定がん相談支援センターに所属するがん相談員

\*感染症に対する免疫を獲得していることを証明する記録を研修日の2週間前までに提出できること

##### - 2 場所

国立がん研究センターがん情報サービスサポートセンター（以下サポートセンター）

[https://ganjoho.jp/public/institution/consultation/support\\_center/guide.html](https://ganjoho.jp/public/institution/consultation/support_center/guide.html)

##### - 3 内容

- 相談環境の見学
- サポートセンター相談員の電話相談に同席（電話相談のみ）
- サポートセンターでの部門内モニタリングへの参加（実際の相談事例をがん相談対応評価表で評価し、サポートセンター相談員とともに討議を行う）
- 内規、ガイドライン、承認情報の閲覧、それらの整備に関する意見交換（施設内での課題等を踏まえて議論を行う）
- チャット相談の見学

##### - 4 費用

無料

##### - 5 その他注意点

本見学は推薦書不要だが、受講証の発行はない。

#### 2) サポートセンター見学までの流れ

##### - 1 希望日聴取

年度初めに見学希望日を聴取する。原則第4月曜日の9時～17時とする。2日間の見学希望は適宜対応可能。

##### - 2 見学日の決定

希望日聴取の翌月までに見学日を決定し、各施設へご案内。

## がん相談対応評価表

※こちらは見本です。

提出の際は原本 [qa\\_hyouka\\_2024\\_a4.xlsx](#) をダウンロードしてご利用ください。

### 国立がん研究センターがん対策研究所「がん相談対応評価表」(2023年改訂) A4サイズ

|               |  |   |  |   |     |     |  |       |  |   |  |   |
|---------------|--|---|--|---|-----|-----|--|-------|--|---|--|---|
| 相談員名          |  |   |  |   |     | 相談日 |  | 年     |  | 月 |  | 日 |
| 評価者名          |  |   |  |   |     | 評価日 |  | 年     |  | 月 |  | 日 |
| 相談時間          |  | 分 |  | 秒 | 逐語録 |     |  | 相談の形態 |  |   |  |   |
| 相談の概要         |  |   |  |   |     |     |  |       |  |   |  |   |
| 事例提供者が検討したいこと |  |   |  |   |     |     |  |       |  |   |  |   |
| 評価者が感じた相談の印象: |  |   |  |   |     |     |  |       |  |   |  |   |

| I. 相談員の対応  | 点数 | 評価と根拠を明記<br>* 逐語録の番号とともに良かった対応や代替案、改善案を具体的に挙げる |
|--|----|--|
| <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</b>  |    |  |
| 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/（スラッシュ）  |    |  |
| <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</b>  |    |  |
| <small>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）</small>  |    |  |
| <b>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</b>  |    |  |
| <small>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</small> |    |  |
| <b>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</b>   |    |  |
| <b>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</b>   |    |  |
| <b>5. 相談員の個人的な立場、好み、信条、意見を伝えていない</b>   |    |  |
| <b>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</b>  |    |  |
| <b>7. 相談員の個人情報を伝えていない</b>  |    |  |
| <b>8. 回数の電話を促すような言葉かけをおこなっていない</b>   |    |  |
| <b>【特記事項】</b> 相談環境（例：周囲の雑音、ネット環境、ガイドライン整備状況）の改善点など。相談者の環境で気になることもあれば   |    |  |
|  |    |  |



| 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<br>できている=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 <b>コミュニケーションが成り立っているかを評価する</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。   |  |
| 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  |  |
| 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るか、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   |  |
| 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 |  |
| 相談者の状況を的確に把握し確認しているか <b>ニーズにつながる広がりを取り取ることができているかを評価する</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   |  |
| 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)  |  |
| 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  |  |
| 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  |  |

| 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   |       |  |
|---|-------|--|
| <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</b><br><br>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。<br>※No.15の評価は、No.16,17で行う   | 主訴 1  |  |
|   | 主訴 2  |  |
|   | 主訴 3  |  |
|   | 主訴 4  |  |
|   | ニーズ 1 |  |
|   | ニーズ 2 |  |
| <b>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><br>※No.15で列挙した主訴とニーズの数だけ評価（16、評価基準）<br><br>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<br>同じ言葉では確認していないが、<br>話題はお互いで共有され話はかみ合っている =2<br>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<br>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   | 主訴 1  |  |
|   | 主訴 2  |  |
|   | 主訴 3  |  |
|   | 主訴 4  |  |
|   | ニーズ 1 |  |
|   | ニーズ 2 |  |
| 適切な情報支援を行っているか  |       |  |
| <b>17.主訴とニーズに対し適切に対応しているか</b><br>※No.15で列挙した主訴とニーズの数だけ評価する  | 主訴 1  |  |
|   | 主訴 2  |  |
|   | 主訴 3  |  |
|   | 主訴 4  |  |
|   | ニーズ 1 |  |
|   | ニーズ 2 |  |
| <b>18.相談者が理解できる言葉で情報提供を行っているか</b><br><br>相談者のヘルスリテラシーに合わせたわかりやすい言葉で情報提供している、反応を確認しながら情報の量を調整している、など   |       |  |
|   |       |  |
| <b>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</b><br>医師の言動や考え方の客観的な解釈、多様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）<br>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<br>主治医との関係を確認しているが、<br>関係を良好にするための働きかけが不十分 =2<br>主治医との関係を確認していない =1<br>明らかに主治医との関係に問題があるにも関わらず、<br>改善するよう働きかけていない =0 |       |  |
|   |       |  |
| <b>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><br><br>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   |       |  |
|   |       |  |

| II. 相談者の反応   |  | 点数 | 評価と根拠を明記 |
|--|--|----|----------|
| <p>「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」</p>   |  |    |          |
| <p>1) 相談員に電話をかけた意図が十分に伝わり、満足がいく支援を受けたという反応があったか</p> <p style="text-align: center;">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</p>   |  |    |          |
| <p>相談員に受け入れられ、理解されたと感じたか</p>   |  |    |          |
| <p>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。</p> <p>警戒心がなくなった、話がどんどん沸き出てきた、話が尽きた、感情表現が多数みられたなど。十分に伝わっていない例として、同じ質問を繰り返している、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</p> |  |    |          |
| <p>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</p>  |  |    |          |
| <p>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。</p> <p>「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ているんですね」など</p>   |  |    |          |
| <p>3.提供された情報に納得したという反応があったか。</p> <p>メモを取る、何度も聞き返す、確認する、など</p>  |  |    |          |
| <p>4.今後行うべき具体的な行動が述べられたか。</p> <p>「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</p>   |  |    |          |
| <p>2) 相談者は相談全体に満足できたか</p> <p style="text-align: center;">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</p>   |  |    |          |
| <p>5.声のトーンに変化があったか。</p> <p>明るくなった、張りが出てきた、など</p>   |  |    |          |
| <p>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。</p> <p>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</p>  |  |    |          |
| <p>7.今後も相談しようという反応があったか。</p> <p>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</p>  |  |    |          |

| III. 相談の総合評価                                    |
|---|
| <p>●本事例から得られた学び</p>                             |
| <p>●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、課題解決に向けた計画を記載</p> |