

実地研修を受けるための手続き

本学会あてに実地研修申請書に必要事項を記入し以下の書類を添付し提出する。

1. Aセッションの受講証明書、もしくはそれに代わりうる講習を修了したことを証明するもの。
2. Bセッションの受講証明書、もしくはそれに代わりうる講習を修了したことを証明するもの。
3. 所定のeラーニングを修了したことを証明するもの。
4. 本法人の定める地域がん医療ネットワークに所属していることを証明するもの。

提出書類に不備がないことを確認の上、学会は地域（都道府県）のがん医療ネットワークナビゲーター責任者と協議し実地研修施設を決定する。

* 研修者が所属しているネットワークが、本法人の定める地域医療ネットワークに該当するかについては、地域（都道府県）のがん医療ネットワークナビゲーター責任者に確認をすること。

実地場所：認定研修施設、及びその施設のがん相談支援センターを中心とした場所。

指導者：指導責任者、及びがん相談支援センターの相談員等の指導責任者の認める協力者。

研修期間：都合5日以上

* 半日の研修は0.5日と見なす。

相談症例：担当したがん患者の相談症例全てを報告書に記載し、指導者の評価を受ける必要がある。うち10例（面談、電話相談、ITを利用した相談、がん地域連携パスの運用支援等を含む）で評価。

実地研修時の責任：認定施設の施設長及び指導責任者

GIO

「実際のがん診療および地域のがん診療ネットワークを理解し、がん患者や家族等の相談者に科学的根拠と、倫理観に基づく信頼出来る情報提供を行い、その人らしい生活や治療選択が出来るように支援する。同時に相談者およびネットワークに属する他の支援者と適切なコミュニケーションを構築する。

* GIOの解説

1. 実際のがん診療および地域のネットワークの理解

「認定研修施設＝がんを診断し治療する病院」で行なわれているがん診療と、「がん相談支援センター」の役割の理解は必須。

ナビゲーターとして活動予定地域のがん医療に関わる地域がん医療ネットワークの具体的なリソースの存在を知り、検索、接触する方法の理解も必須。

2. 倫理観に基づく

最低以下の4項目の倫理性は必須。

- ① ナビゲーターの立場を明らかにする事。
- ② 個人情報の取り扱い。
- ③ 守秘義務。
- ④ 医療介入やこれに相当する可能性のある行為は行わない。

3. コミュニケーションを構築する

コミュニケーションは、相談者とナビゲーターの間だけではなく、他の支援者、具体的には、研修病院の主治医、看護師、相談員および地域のリソースに所属している人々とナビゲーターの間。二つのコミュニケーションを構築する事が必須。

SBO とその解説

以下の 10 個の SBO があり、各 SBO に即したチェック項目がそれぞれの項目に 3～4 個あります。それぞれ A 項目（知識があり説明出来る）B 項目（実践されているところを見聞する）C 項目（経験し実践する）に分類されており、研修報告書にチェックし、研修終了時に指導責任者に確認していただきます。一部認定研修施設の事情によっては見聞・実践が困難な項目がありますので、その項目は「必ず項目ではない」と記載してあります。

1. 地域のネットワークの情報を収集し理解する

- A 項目：がん相談支援センターの役割と業務を理解する。
- A 項目：がん診療連携拠点病院の役割と業務を理解する。
- A 項目：他のネットワークの情報を収集し理解する。

*地域の実情に応じて以下の情報を得る。

- ▷ がん地域連携バス
- ▷ 在宅支援診療所
- ▷ 訪問看護ステーション
- ▷ 緩和ケア病棟
- ▷ 居宅介護事業所
- ▷ 訪問介護事業所
- ▷ がん連地域連携バスに関わる医療機関
- ▷ 医科歯科連携に関わる医療機関
- ▷ 地域包括支援センター
- ▷ ハローワーク

2. 実際のがん診療の場面を見聞することで、がん診療への理解を深め、患者・家族の抱える困難への認知を深める。

- A 項目：外来に陪席し、がん患者さんの診療の実際を見聞した。
- A 項目：がんセンターボードに陪席し、EBM に基づく医療の実際を見聞した。（必ず項目ではない）
- A 項目：緩和外来に陪席し、がん患者さん・ご家族の抱える困難の実際を見聞した。（必ず項目ではない）

3. 相談者への情緒的なサポートを行いコミュニケーションを構築し継続的なアプローチを保証する

- A 項目：コミュニケーションの概念を理解し説明でき、継続的なアクセスを保障する重要性を理解出来ている。
- B 項目：相談者とのコミュニケーションの実際と継続的なアクセスを保障しているところを見聞した。
- C 項目：相談者とのコミュニケーションを実践し、継続的なアクセスを保障できた。（2 症例以上）

4. 相談者の情報の整理を助け、地域のネットワークを紹介し、つなぐ

- A 項目：相談者が求めるニーズの種類が理解でき、地域のネットワークが理解できている。
- B 項目：相談者の情報整理を助け、地域のネットワークの紹介の実際を見聞した。
- C 項目：相談者の情報整理を助け、地域のネットワークの紹介を適切に行い実践できた。（2 症例以上）

5. 臨床試験・治験に関する情報を適切に提供する
 - A 項目：地域にある臨床試験・治験の内容や種類の知識がある。
 - B 項目：臨床試験・治験に関する情報提供が実施されてところを見聞した。(必須項目ではない)
 - C 項目：臨床試験・治験に関する情報提供を適切に連携できた。(必須項目ではない)
6. 面談・電話・電子メールなどの各相談スタイルの特性と限界を認識する
 - A 項目：各面談スタイルの特性と限界を理解できる。
 - B 項目：各面談スタイルが実践されているところを見聞した。(電子メールは必須ではない)
 - C 項目：各面談スタイルを実践し適切に行えた。(面談2例、電話相談と電子メールは必須項目ではない)
7. 倫理的な側面（ナビゲーターの立場を明らかにする事。個人情報の取り扱い。守秘義務。）に配慮し、医療介入を行わない
 - A 項目：倫理的側面を理解し医療介入を行わないことを理解出来る。
 - B 項目：実際の面談で倫理的側面に配慮し医療介入を行わないことが実践されている所を見聞した。
 - C 項目：実際の面談で倫理的側面に配慮し医療介入を行わなかった。(全症例)
8. 認定指導施設やがん相談支援センターと相談・調整しナビゲーター活動を行う場の設定を行い関係を改善・強化する
 - A 項目：地域のネットワークの情報を収集しナビゲーターの活動の場を想定する。
 - A/B/C 項目：担当医療機関やがん相談支援センターと相談し・調整しナビゲーター活動を行う場を決定する。
 - C 項目：担当医療機関やがん相談支援センターと顔の見える関係を構築する。
9. がん地域連携バスの運用支援を行う
 - A 項目：地域連携バスの種類や内容が理解出来る。
 - B 項目：地域連携バスの運用支援が実践されている所を見聞した。
 - C 項目：地域連携バスの運用支援が実践できた (必須項目ではない)
10. ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションを構築する
 - A 項目：Bセッションで学んだ内容を理解出来る。
 - B 項目：多職種間で良好なコミュニケーションが構築されているところを見聞した。
 - B 項目：緩和回診に参加し多職種間で良好なコミュニケーションが構築されているところを見聞した。
 - C 項目：ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションが構築出来た。

地域（都道府県）のがん医療ネットワークナビゲーター責任者の業務

1. 地域の灾情に応じて実地研修施設の指導責任者と協議を行い、実地研修希望者の指定研修施設を決定する。
2. 実地研修希望者の問い合わせに応じて、希望者が所属しているネットワークが、本法人の定める地域医

療ネットワークネットワークに該当するかについて判断を行う。場合によっては制度委員会と協議を行う。

3. 希望者がネットワークネットワークに所属していないと判断された場合は、適切なネットワークに所属するように勧める。

指導責任者の業務

1. 地域（都道府県）のがん医療ネットワークナビゲーター責任者と協議し、実地研修希望者の受け入れを決定する。
2. がん相談支援センターの相談員等の指導責任者が認める協力者と連携する。
3. 実地研修希望者と研修スケジュールを調整する。その際、必要なら、外来部門、がんセンターボード、緩和ケアチームとの調整を行う。

報告書の解説

報告書は以下のシートで構成されています。

- ① 認定研修施設情報
- ② 担当症例一覧表 及び SBO チェック項目一覧表 認定指導施設長および指導責任者証明欄
- ③ 相談シート項目（厚労省委託調査対応版）
- ④ 相談シート記入要領
- ⑤ 症例報告書及び指導責任者指導内容

相談シートは相談者から得られた情報を記載するに止め、無理に効き出して項目全てを記入する必要はありません。

実地研修報告書様式

① 認定研修施設情報

(1) 基本情報

受付番号	(記入不用)	
施設種別		
施設名		
施設名(ふりがな)		
郵便番号		
都道府県		
住所		
医院長氏名		
代表指導責任者 氏名		
本学会との窓口 氏名		
本学会との窓口 所属部署名		
本学会との窓口 電話番号		
本学会との窓口 メールアドレス		

(2) 診療・教育体制詳細

1. 概要

診療科目	<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	精神科	<input type="checkbox"/>	診療内科
	<input type="checkbox"/>	外科	<input type="checkbox"/>	心臓血管外科	<input type="checkbox"/>	整形外科	<input type="checkbox"/>	形成外科
	<input type="checkbox"/>	脳神経外科	<input type="checkbox"/>	産婦人科	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>	耳鼻咽喉科
	<input type="checkbox"/>	皮膚科	<input type="checkbox"/>	泌尿器科	<input type="checkbox"/>	放射線科	<input type="checkbox"/>	麻酔科
	<input type="checkbox"/>	リハビリテーション科	<input type="checkbox"/>	病理診断科	<input type="checkbox"/>	救急科	<input type="checkbox"/>	感染症内科
	<input type="checkbox"/>	その他	()					
病床数								床
1日平均外来者数								名
常勤 医師数								名
常勤 歯科医師数								名
常勤 看護師数								名
常勤 薬剤師数								名
がん患者年間取扱件数 (入院・外来を問わず年間の実診療患者数)								名

2. IRB

施設IRB開催回数						回
審査課題数						件
承認課題数						件
添付議事録の開催日 (複数ある場合は直近)		年		月		日

3. 病理

病理学会認定 病理専門医数		名		
病理学会認定 口腔病理専門医数		名		
専門医認定証 病理医(1名)氏名				
上記病理医の所属施設	<input type="checkbox"/>	自施設	<input type="checkbox"/>	他施設
	他施設の場合は施設名			
術中迅速病理診断が実施可能	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
病理医との症例検討が実施できる	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
病理専門医が自施設に常勤していない場合は、右欄に具体的対応を入力してください。	術中迅速診断			
	症例検討			
剖検				

4. 緩和

緩和ケア診療加算に関する施設基準を満たしている	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
緩和ケア病棟	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
緩和ケアチーム	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
緩和医療体制について				

5. 救急

ICU	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
夜間・休日の血液・生化学検査の実施	<input type="checkbox"/>	可能	<input type="checkbox"/>	不可能
夜間・休日のレントゲン撮影	<input type="checkbox"/>	可能	<input type="checkbox"/>	不可能
夜間・休日のCT撮影	<input type="checkbox"/>	可能	<input type="checkbox"/>	不可能

6. 放射線治療

放射線治療設備	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし		
	<input type="checkbox"/>	放射線治療のみに従事する医師/歯科医師がいる				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療は、放射線診断医が兼務している				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療のみに従事する医師、兼務する放射線診断医、いずれも不在である				
放射線治療のみに従事する医師	常勤		名	非常勤		名
放射線治療のみに従事する歯科医師	常勤		名	非常勤		名
放射線治療設備「なし」で「基本的に同一の病院に紹介する」場合、右欄に入力してください。	放射線治療設備		<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし
	<input type="checkbox"/>	基本的に同一の病院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	ケースバイケースで他院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療は行わない				
	<input type="checkbox"/>	その他				
	紹介先施設名					
年間紹介患者数						名

放射線治療設備「なし」で「ケースバイケース」で他院に紹介する場合、右欄に入力してください。	放射線治療設備	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	<input type="checkbox"/>	基本的に同一の病院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	ケースバイケースで他院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療は行わない				
	<input type="checkbox"/>	その他				
	紹介先施設名1					
	紹介先施設名2					
	紹介先施設名3					
	施設1への年間紹介患者数					名
	施設2への年間紹介患者数					名
施設3への年間紹介患者数					名	
放射線治療設備「なし」で「その他」の場合、右欄に具体的対応を入力してください。	放射線治療設備	<input type="checkbox"/>	あり	<input type="checkbox"/>	なし	
	<input type="checkbox"/>	基本的に同一の病院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	ケースバイケースで他院に紹介する				
	<input type="checkbox"/>	放射線治療は行わない				
	<input type="checkbox"/>	その他				
	具体的な内容					

研修希望者

履歴書									
氏名									
フリガナ									
メールアドレス									
性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女					
生年月日		年		月		日			
がん医療ネットワークナビゲーターID									
所属ネットワーク									
所属ネットワーク郵便番号	-								
所属ネットワーク都道府県									
所属ネットワーク住所									
所属ネットワーク電話番号	-		-						
所属ネットワークメールアドレス									
活動場所									
活動場所郵便番号	-								
活動場所住所									
活動場所電話番号	-		-						
連絡先郵便番号	-								
連絡先都道府県									
連絡先住所									
連絡先電話番号	-		-						
連絡先メールアドレス									
学歴	最終学歴								
卒業年度		年		月		日			
資格									

日本癌治療学会制度委員会確認欄									
Aセッション		年		月		日	<input type="checkbox"/>		
Bセッション		年		月		日	<input type="checkbox"/>		
eラーニング		年		月		日	<input type="checkbox"/>		

指導責任者

履歴書									
氏名									
フリガナ									
メールアドレス									
性別	<input type="checkbox"/>	男	<input type="checkbox"/>	女					
生年月日		年		月		日			
勤務先									
勤務先 科目									
勤務先郵便番号	-								
勤務先 都道府県									
勤務先住所									
勤務先電話番号	-								
医籍登録番号									
医師免許 登録日		年		月		日			
送付先									
送付先郵便番号	-								
送付先住所									
学歴(医学部)	大学名								
			年		月		日		
資格									
日本がん治療認定機構	科目								
	認定No.				<input type="checkbox"/>	指導責任者			
日本癌治療学会	会員No.								

24

② 担当者一覧表及び SBO チェック項目一覧表 認定指導等施設長及び指導責任者証明欄

担当症例一覧

症例No	実施日時					相談内容(相談シート項目番号)もしくは地域連携バスの概要	指導責任者 確認欄
	平成	年	月	日			
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>
	平成	年	月	日			<input type="checkbox"/>

指導責任者 署名

認定指導施設長 署名

SBO	内容	実施確認欄
1	地域のネットワークの情報を収集し理解する	
	A項目:がん相談支援センターの役割と業務を理解する。	<input type="checkbox"/>
	A項目:がん診療連携拠点病院の役割と業務を理解する。	<input type="checkbox"/>
	A項目:他のネットワークの情報を収集し理解する。	<input type="checkbox"/>
2	2. 実際のがん診療の場面を見聞することで、がん診療への理解を深め、患者・家族の抱える困難への認知を深める。	
	A項目:外来に陪席し、がん患者さんの診療の実際を見聞した。	<input type="checkbox"/>
	A項目:がん診療連携拠点病院に陪席し、EBMに基づく医療の実際を見聞した。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
	A項目:緩和外来に陪席し、がん患者さん・ご家族の抱える困難の実際を見聞した。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
3	3. 相談者への情緒的なサポートを行いコミュニケーションを構築し継続的なアプローチを保証する	
	A項目:コミュニケーションの概念を理解し説明でき、継続的なアクセスを保障する重要性を理解出来ている。	<input type="checkbox"/>
	B項目:相談者とのコミュニケーションの実際と継続的なアクセスを保障しているところを見聞した。	<input type="checkbox"/>
	C項目:相談者とのコミュニケーションを実践し、継続的なアクセスを保障できた。(2症例以上)	<input type="checkbox"/>
4	相談者の情報の整理を助け、地域のネットワークを紹介し、つなぐ	
	A項目:相談者が求めるニーズの種類が理解でき、地域のネットワークが理解できている。	<input type="checkbox"/>
	B項目:相談者の情報整理を助け、地域のネットワークの紹介の実際を見聞した。	<input type="checkbox"/>
	C項目:相談者の情報整理を助け、地域のネットワークの紹介を適切に行い実践できた。(2症例以上)	<input type="checkbox"/>
5	臨床試験・治験に関する情報を適切に提供する	
	A項目:地域にある臨床試験・治験の内容や種類の知識がある。	<input type="checkbox"/>
	B項目:臨床試験・治験に関する情報提供が実施されてところを見聞した。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
	C項目:臨床試験・治験に関する情報提供を適切に連携できた。(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>

SBO	内容	実施確認欄
6	面談・電話・電子メールなどの各相談スタイルの特性と限界を認識する	
	A項目:各面談スタイルの特性と限界を理解できる。	<input type="checkbox"/>
	B項目:各面談スタイルが実践されているところを見聞した。(電子メールは必須ではない)	<input type="checkbox"/>
	C項目:各面談スタイルを実践し適切に行えた。(面談2例、電話相談と電子メールは必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
7	倫理的な側面(ナビゲーターの立場を明らかにする事。個人情報の取り扱い。守秘義務。)に配慮し、医療介入を行わない	
	A項目:倫理的側面を理解し医療介入を行わないことを理解出来る。	<input type="checkbox"/>
	B項目:実際の面談で倫理的側面に配慮し医療介入を行わないことが実践されている所を見聞した。	<input type="checkbox"/>
8	C項目:実際の面談で倫理的側面に配慮し医療介入を行わなかった。(全症例)	<input type="checkbox"/>
	認定指導施設やがん相談支援センターと相談・調整しナビゲーター活動を行う場の設定を行い関係を改善・強化する	
	A項目:地域のネットワークの情報を収集しナビゲーターの活動の場を想定する。	<input type="checkbox"/>
9	A/B/C項目:担当医療機関やがん相談支援センターと相談し・調整しナビゲーター活動を行う場を決定する。	<input type="checkbox"/>
	C項目:担当医療機関やがん相談支援センターと顔の見える関係を構築する。	<input type="checkbox"/>
	がん連地域連携バスの運用支援を行う	
9	A項目:地域連携バスの種類や内容が理解出来る。	<input type="checkbox"/>
	B項目:地域連携バスの運用支援が実践されている所を見聞した。	<input type="checkbox"/>
	C項目:地域連携バスの運用支援が実践できた(必須項目ではない)	<input type="checkbox"/>
10	ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションを構築する	
	A項目:Bセッションで学んだ内容を理解出来る。	<input type="checkbox"/>
	B項目:多職種間で良好なコミュニケーションが構築されているところを見聞した。	<input type="checkbox"/>
	B項目:緩和回診に参加し多職種間で良好なコミュニケーションが構築されているところを見聞した。	<input type="checkbox"/>
	C項目:ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションが構築出来た。	<input type="checkbox"/>

③ 相談シート項目（厚労省委託調査対応版）

項目		該当する選択肢に☑してください。	施設名： 選択肢で「その他」に☑した場合、()内に具体的内容を記入してください。	
1.受付日と症例番号		※症例番号は実施研修での連番を記入	平成 年 月 日/No.	
2.相談時間		※相談時間を記入	() 分	
3.ナビゲーター	●背景	1☐ 福祉職 3☐ 心理職 5☐ 薬剤師 8☐ その他(具体的に記載)	2☐ 看護職 4☐ 事務職 6☐ ピア ()	
	●指導者	1☐ 相談員 8☐ その他(具体的に記載)	2☐ 指導医 ()	
4.相談形式		1☐ 対面相談 8☐ その他	2☐ 電話相談 9☐ 地域連携/バス ()	
5.相談者	●年齢	※年齢(不明な場合は「999」)を記入 () 歳		
	●性別	1☐ 男 9☐ 不明	2☐ 女	
	●相談者の カテゴリー	1☐ 患者本人 3☐ 友人・知人 5☐ 医療関係者 8☐ その他	2☐ 家族・親戚 4☐ 一般 ()	
	●利用回数	1☐ 初めて 9☐ 不明	2☐ 2回目以上	
6.患者本人 の状況	●年齢	※年齢(不明な場合は「999」)を記入 () 歳		
	●性別	1☐ 男 9☐ 不明	2☐ 女 ☐()	
	●受診状況	1☐ 自施設入院中 3☐ 他施設入院中 5☐ 受診医療機関なし 8☐ その他	2☐ 自施設通院中 4☐ 他施設通院中 ()	
	●現在の 治療状況	1☐ 診断なし(精査中含む) 3☐ 治療中 5☐ 経過観察中(概ね治療3ヶ月以降) 8☐ その他	2☐ 治療前(診断後精査中含む) 4☐ 治療後 ()	
	●がんの状況	1☐ 初発 8☐ その他	2☐ 再発・転移 9☐ 不明 ()	
	●がんの部位 ※分類不明な 場合は、記入 要領及び ICD-10を参照 してください。	1☐ 眼・脳・神経 3☐ 食道 5☐ 大腸・小腸 7☐ 膝 9☐ 乳房 11☐ 前立腺・精巣 13☐ 甲状腺・副腎 15☐ 骨 17☐ 中皮腫 19☐ 原発不明	2☐ 耳鼻咽喉 4☐ 胃 6☐ 肝・胆 8☐ 肺・縦隔・心臓 10☐ 子宮・卵巣 12☐ 腎・尿管・膀胱 14☐ リンパ・血液 16☐ 皮膚 18☐ 肉腫・腹膜・後腹膜 99☐ 不明 () () ()	※ 複数ある場合には 主なもの3つの番号 を記入

項目	選択肢	実施したすべてに☑	最も比重の高いもの	
7.相談内容	1) がんの治療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2) がんの検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3) 症状・副作用・後遺症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4) セカンドオピニオン(一般)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5) セカンドオピニオン(受入)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6) セカンドオピニオン(他へ紹介)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7) 治療実績	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8) 受診方法・入院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9) 転院	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10) 医療機関の紹介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	11) がん予防・検診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	12) 在宅医療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	13) ホスピス・緩和ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	14) 症状・副作用・後遺症への対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	15) 食事・服薬・入浴・運動・外出など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	16) 介護・看護・養育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	17) 社会生活(仕事・就労・学業)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	18) 医療費・生活費・社会保障制度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	19) 補完代替療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	20) 不安・精神的苦痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	21) 告知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	22) 医療者との関係・コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	23) 患者-家族間との関係・コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	24) 友人・知人・職場の人間関係・コミュニケーション	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	25) 患者会・家族会(ピア情報)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	88) その他 ()に具体的な内容を記載	<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
	99)不明	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8. 対応内容	1) 傾聴・語りの促進・支持的な対応	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2) 助言・提案	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 情報提供		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) 自施設受診の説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) 他施設受診の説明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) 自施設他部門への連携 ()に具体的に記載		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
7) 他施設への連携		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8) その他 ()に具体的な内容を記載		<input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> ()	
9) 判断不明		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.評価	●相談支援センターに関する情報の入手経路	1 <input type="checkbox"/> 医療機関スタッフ 2 <input type="checkbox"/> バンフレット 3 <input type="checkbox"/> 家族・友人・知人 4 <input type="checkbox"/> インターネット 5 <input type="checkbox"/> 同病者やその家族・患者会 8 <input type="checkbox"/> その他 9 <input type="checkbox"/> 不明	()	
	●対応内容への評価	1 <input type="checkbox"/> 役に立つ 2 <input type="checkbox"/> 役に立たない 3 <input type="checkbox"/> どちらでもない 9 <input type="checkbox"/> 判断不明	()	
	●相談支援センターの今後の活動についての要望			

④ 相談シート 記入要領

1.受付日と受付番号	
平成22年 月 日 / No.	
2.相談時間	
相談時間	対応に要した時間(分)を記入。
3.相談員	
●職種	
1) 福祉職	福祉系の基礎資格(社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事任用資格)をもって、相談員として従事している場合を選択。
2) 看護職	看護系の基礎資格(看護師、保健師、助産師)をもって、相談員として従事している場合を選択。
3) 心理職	心理系の基礎資格(臨床心理士等)をもって、相談員として従事している場合を選択。
4) 事務職	事務系のスタッフが、相談員として従事している場合を選択。
8) その他	上記1)~4)に該当しない場合を選択。内容について()内に具体的に記入。
9) 不明	職種が不明な場合を選択。
●勤務形態	
1) 専従	※専従: その他診療等を兼任していても差し支えないものが、その就業時間の少なくとも8割以上当該業務に従事している場合を選択。
2) 専任	※専任: その他診療等を兼任していても差し支えないものが、その就業時間の少なくとも5割以上8割未満当該業務に従事している場合を選択。
3) 兼任	※兼任: その他診療等を兼任していても差し支えないものが、その就業時間の5割未満当該業務に従事している場合を選択。
8) その他	上記1)~3)に該当しない場合を選択。内容について()内に具体的に記入。
9) 不明	勤務形態が不明な場合を選択。
4.相談形式	
1) 対面相談	対面形式での相談に対応した場合を選択。
2) 電話相談	電話での相談に対応した場合を選択。
8) その他	上記1)、2)に該当しない形式での相談に対応した場合を選択。内容について()内に具体的に記入。
5.相談者	
●年齢	相談者の年齢を記入。相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合「999」と記入。
●性別	
1) 男	相談者が男性の場合を選択。
2) 女	相談者が女性の場合を選択。
9) 不明	相談者の性別が不明な場合を選択。

●相談者のカテゴリー	
1) 患者本人	がんの診断がついている患者本人からの相談の場合に選択。
2) 家族・親戚	がんの診断がついている患者の家族(親・子供・兄弟等)・親戚からの相談の場合に選択。
3) 友人・知人	がんの診断がついている患者の友人・知人からの相談の場合に選択。
4) 一般	がん患者やがん患者の家族等でない人(一般市民・地域住民等)からの相談の場合に選択。
5) 医療関係者	相談者が、自施設あるいは他施設の医療関係のスタッフであり、患者の問題やがん医療についての相談等の対応を行った場合に選択。
8) その他	上記1)～5)に該当しない相談者からの相談の場合に選択。内容について()内に具体的に記入。
9) 不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。
●利用回数	* 相談者の、相談支援センターの利用回数を知るための項目。
1) 初めて	当該相談支援センターへの相談が初めての場合に選択。
2) 2回目以上	当該相談支援センターへの相談が2回目以上の場合に選択。
9) 不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。

6.患者本人の状況

●年齢	患者の年齢を記入。相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合「999」と記入。
●性別	
1) 男	患者が男性の場合に選択。
2) 女	患者が女性の場合に選択。
9) 不明	患者の性別が不明な場合に選択。
●受診状況	* 相談者が「がん」医療を受けたことがあるかを確認する項目。
1) 自施設入院中	患者が自施設に入院中の場合に選択。
2) 自施設通院中	患者が自施設に通院中の場合に選択。
3) 他施設入院中	患者が他施設に入院中の場合に選択。
4) 他施設通院中	患者が他施設に通院中の場合に選択。
5) 受診医療機関なし	現在、受診している医療機関がない場合に選択。
8) その他	上記1)～5)に該当しない状況の場合に選択。内容について()内に具体的に記入。
9) 不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。

●現在の治療状況	
1) 診断なし(精査中含む)	患者が「がん」の診断を受けていない状態(診断前精査中含む)である場合に選択。
2) 治療前 (診断後精査中含む)	患者が「がん」の診断を受けているが、治療(対症療法含め)開始前の状態(精査中・治療開始待ち・経過観察中)である場合に選択。 ⇒治療中や治療後ではない状況。初回治療に限らず。
3) 治療中	患者が現在何らかの治療(対症療法含め)を受けている場合に選択。
4) 治療後	患者が現在何らかの治療(対症療法含め)が終了した段階である場合に選択。
5) 経過観察中 (概ね治療3ヶ月以降)	患者が定期的な検診などで経過観察中である場合に選択。
8) その他	上記1)～5)に該当しない状況の場合に選択。内容について()内に具体的に記入。
9) 不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。
●がんの状況	
1) 初発	がんが初発の場合に選択。
2) 再発・転移	がんが再発・転移の場合に選択。
8) その他	上記1)、2)に該当しない状況の場合に選択。内容について()内に具体的に記入。
9) 不明	相談者自らが明確にせず、また、相談員も確認を行わなかった場合に選択。
●がんの部位	
	* 主要5部位のがん(症例数の多いがん)についてはそれぞれの疾患名で分類。分類不明な場合には、ICD-10を参照のこと。複数回答可。
1) 眼・脳・神経	(眼・髄膜・脳・脊髄・中枢神経/C69-C72)
2) 耳鼻咽喉	(口唇・舌根・舌・歯肉・口腔底・口蓋・耳下腺・大唾液腺・扁桃・中咽頭・上咽頭・梨状陥凹・下咽頭/C00-C14) (鼻腔・中耳・副鼻腔・喉頭/C30-C32)
3) 食道	(食道/C15)
4) 胃	(胃/C16)
5) 大腸・小腸	(小腸・結腸・直腸S状結腸移行部・直腸・肛門・肛門管/C17-C21)
6) 肝・胆	(肝・肝内胆管・胆嚢・胆道/C22-C24)
7) 膵	(膵/C25)
8) 肺・縦隔・心臓	(気管・気管支・肺・胸腺・心臓・縦隔・胸膜/C33-C39)
9) 乳房	(乳房/C50)
10) 子宮・卵巣	(外陰部・陰・子宮頸部・子宮体部・卵巣・胎盤/C51-C58)
11) 前立腺・精巣	(陰莖・前立腺・精巣/C60-C63)
12) 腎・尿管・膀胱	(腎・腎盂・尿管・膀胱/C64-C68)
13) 甲状腺・副腎	(甲状腺・副腎・内分泌腺/C73-C75)