

Web版がんよろず相談 Q&A サイトの悩みと助言の Q&A コンテンツの基となった実態調査は、各医療機関の倫理審査委員会で審査し、対象者に説明と同意を得て実施したものであり、連結不可能匿名化としたうえで、悩みデータベースを構築し公開しており、個人情報に含まれていない。掲載している悩みは、自由記載された悩みを短文に要約したものであり、個人情報に含まれていない。また、この Web サイトの利用状況の分析で使用する質的データ（検索質問、アンケートの自由記載）で個人情報が含まれている場合は、匿名化した上で分析に用いた。

相談窓口の利用状況は、既存の業務資料の量的データを用いており、個人情報は含まれていない。

C. 研究結果

1. Web版がんよろず相談 Q&A サイトの助言 (Q&A) ページへのアクセス傾向

年間総ページビュー735,899 ページ、訪問者数 401,551 名、助言参照回数は、344,712 回で、前年に比べ 1.5 倍であった。サイト内の悩みデータベースに関する検索方法は、① 内容から探す（キーワード検索）、② 静岡分類から探す（4 階層の分類項目から選択）、③ 自由文検索（検索質問入力による検索）、④ 閲覧の多い悩みから探す、の 4 種類あるが、一番利用の多いのは、静岡分類から探す 72,743、以下、内容から探す、閲覧の多い悩みから探す、自由文検索の順であった。

サイト内コンテンツの中で利用が一番多い助言 (Q&A) ページのアクセス傾向を悩みの分類別にみていくと、大分類別では、

1 位 症状・副作用・後遺症 215,805、2 位 診断・治療 87,921、3 位 不安などの心の問題 65,443 の順であった。さらに、具体的にアクセスの多い悩みをみるために、参照した悩みの短文別の件数を紐付けている細分類でみていくと、一番多いのは細分類「検査を受けることが気がかり」に属する「骨シンチのときどんな検査なのかと不安になった」9,055 件だった。以下、20 位以内には、検査や治療への気がかりとして、検査結果やその動向が心配、民間療法や健康食品等の使用が入っており、また症状に関して、胃切除後のダンピング症状、抗がん剤による脱毛、繰り返されるイレウス（腸閉塞）によるつらさやストレス、抗がん剤による下痢や便秘、胃切除により食品の選択、献立、摂取方法への気がかりや悩み、抗がん剤による食欲不振や味覚変化、持続する傷跡とその周辺の痛み、しびれ、つっぱり感等、人工肛門装具の取扱い、抗がん剤による末梢神経障害（しびれ、違和感等）、今後の生活管理、経済的負担として、医療費が高額なことでの負担感、医療費の支払いができるか心配、があがっていた。

2. サイト利用者の検索質問

サイト訪問者の 8 割を占める検索エンジンからの訪問者が、本サイトを訪れるきっかけとして検索エンジンで入力した検索質問の年間 100 位以内の上位でみていくと、1 位：骨シンチ 3,215 件、2 位：腫瘍マーカー 数値:2,760 件、3 位：抗がん剤 副作用 1,610 件と続き、10 位以内のうち、7 つは症状・副作用に関する検索質問であった。不安などのこのころの問題に関

連した検索質問としては、励ましの言葉（72位）、気力がない(97位)のみで、経済的負担に関することでは、年金生活 生活費（22位）、子供の学費(58位)、がん治療費（79位）、がん 医療費（92位）であった。

サイト内検索の検索質問では、がんの種類（乳がん、肺がん、膵臓癌など）や治療法（放射線治療、粒子線、免疫治療など）、症状（白血球減少、脱毛、体重減少、食欲不振など）などが多くみられた。

3. アンケート結果

アンケート回答者は、1,000名（サイト全体の評価回答者40名、助言の評価回答者960名）。役立った、少し役立ったが834名、どちらでもない21名、あまり役立たない、役立たないが101名、NAが44名で、回答者の83.4%が肯定的な評価であった。

助言評価回答者960名に関して、『静岡分類』の大分類毎の評価傾向を示したのが、図1である。5段階スケールの役立った、少し役立ったを「役立った」、あまり役立たない、役立たないを「役立たない」に置き換えて示した。「症状・副作用・後遺症」、「診断・治療」の評価数が多いのは、助言参照回数が多いためと考えられる。どの分類項目でも肯定的な評価が多いが、閲覧参照した助言ページ件数に比べ、アンケート回答者数はわずかであった。

アンケートの自由記載欄に記載されていた意見は、サイト全体の評価自由記載欄に17件、助言の評価自由記載欄には189件あった。全体への意見のなかにも助言へ

の意見や感想が含まれているため、分析時は両データをあわせて用いた。

自由記載では、心のケアに役立った、理解や行動のきっかけとなった、わかりやすかった、参考になったなどのプラス評価や感想がある一方で、もっと

具体的な回答がほしい、一般的で抽象的な助言は逆効果、医療者の目線など

の評価もあった。また、意見や感想ではなく自由記載欄にQ&Aに関連して自分の状況や経過の説明を記載したものや、具体的

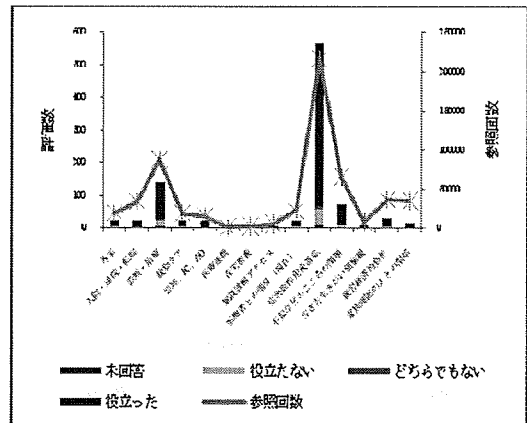


図1 助言評価と助言参照回数

に現在自分が悩んでいる事柄を記載しているものもみられた。

4. 相談窓口の相談傾向

静岡分類で分類された相談内容の傾向をみると、就労・経済的負担 8.0%（2003年度）→11.1%（2008年度）、在宅療養 2.2%（2003年度）→8.1%（2008年度）に関する相談が増加傾向にあり、在宅療養は、院内からの相談が多かった。電話相談、対面相談とも施設内の患者・家族の利用が増加しつつあるが、相談総件数は 8,293件（2003年度）→14,980件（2008年度）と

年々増加しており、院外からの相談は、年間5千件余りを維持している。院外からの相談は、電話相談が中心で、治療・検査やセカンドオピニオンに関する相談が多く、院内からの相談は、対面相談のほうが若干多く、就労・経済的負担、在宅療養に関する相談が多い傾向だった。

D. 考察

アクセス解析やアンケート結果、医療者や患者支援団体からの意見などに基づき、SEO対策、レイアウト・デザイン変更、コンテンツ追加、検索方法の追加などを実施し、年1回全面的なリニューアルを実施してきたが、サイトは一定のアクセス数を維持し増加傾向にあり、またアンケート結果においても肯定的な評価が多く、サイトの有用性が示唆された。

SEO対策後、サイト訪問者の8割は検索エンジンからの訪問者であるが、検索質問をみると、症状・副作用・後遺症に関する検索質問が目立っている。一方、サイト内検索では、がんの種類、治療法、症状や機能障害の名称等が多い。これは、本サイトの特徴と関係する。本サイトは、がん体験者の悩みや負担等の調査結果に基づいた悩みデータベースを中心としたコンテンツで形成されている。つまり、がんと診断されて以降のがん体験者が感じている悩みや負担がQ (Question) となっており、A (Answer) の助言も個別的な医療情報の提供ではなく、問題の整理や行動のきっかけとなるようなアドバイスが中心である。そのため、病気や治療、検査の情報を求めて検索エンジンを利用する人は、検索結果が出た時点で他のサイトを選択すると考え

られる。その一方で、本サイトのように、がん患者の悩みにそった助言や生活支援の情報を中心とした情報提供を行っているサイトにおいても、一定数の利用者が存在するという事は、求める情報が、病気、治療、検査などだけではなく、多様である実態を示唆すると考えられる。

サイト内検索の検索質問ではサイト公開時以降、現在もほとんどが疾患名、治療名、検査名など非常に漠然としたキーワードが多く、インターネット検索に不慣れで絞り込んでの情報入手がうまくできない利用者も一定数存在することが伺えた。

サイト内アンケートでは助言が一般的であるとの指摘があったが、一方向性のインターネット媒体による情報提供の場合、情報のやりとりができないため、問題の背景や潜在的な問題の抽出等ができず、誤解、間違った理解を起こす危険性がある。個別ケースにそった回答を求める利用者のニーズには対応できない限界がある。治療による副作用症状や機能障害などに関しては、できるだけ詳細で具体的な回答を求める傾向があるため、助言作成時に、理解し実行しやすいように、実際の生活や行動に反映できるような助言を提供していく必要がある。

また、相談窓口では就労・経済的負担、在宅療養の相談が増加傾向にあるが、同様にサイトのQ&Aでも経済的負担は4位にあがっており、経済的な側面で負担感を感じたり悩んでいる方が増加傾向にあるのではないかと示唆された。

サイト内アンケートは、回答数は少ないが全体へのご意見としてページを設けていたときに比べ、Q&Aの助言の最後に簡単

な選択式のアンケートと自由記載欄を配置することで、アンケート回答者の全体数は増えている。悩みの分類による評価の差異の有無の分析、自由記載による意見数が増加し具体的なニーズの集積と分析につながる事が可能となり、評価指標の一つとしての効果はみられていると考えられ、他のコンテンツにも情報の最後に同様に簡単な評価スケールと自由記載欄を配置することは有用ではないかと考える。

E. 結論

インターネットで患者や家族が求める情報は、疾患、治療、検査などの情報が多いが、同時に実際に生活していく中で直面する具体的な問題（長期間持続する症状や機能障害による日常生活への影響、医療費など経済的な負担など）に関連した情報へのニーズも存在していることが示唆された。しかし、これらの問題への対応は、個別性がありプライバシーへの配慮も必要となり、背景因子のアセスメント、利用者の問題にそった具体的な回答が求められる傾向にあり、一方向性の情報提供では限界がある。しかし、インターネットによる情報提供を相談員が参考にしながら相談対応をすることで、一般的な情報を個別化し、アセスメントしながら相談対応を行う補助ツールとしての利用が可能である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

雑誌

なし

書籍

①石川睦弓、北村有子. 患者・家族支援：がん看護研修マニュアル. 静岡県立静岡がんセンター（編）. 南江堂. 19-22. 2010

2. 学会発表

①石川睦弓. がん患者／家族が求める情報、抱える悩み. 第24回がん看護学術集会. 2010. 静岡

②石川睦弓、北村有子. <Web版がんよろず相談 Q&A>サイトの有用性と課題の検討. 第22回日本サイコオンコロジー学会. P99. 2009

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許の取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（第 3 次対がん総合戦略研究事業）
患者・家族・国民の視点に立った適切ながん情報提供サービスのあり方に関する研究
（研究代表者：高山智子）

分担研究報告書

がん情報サービスの質の維持・向上のための取り組みに関する検討 -相談員教育カリキュラム、電話相談運営手引き、質評価表の検討-

研究分担者

関由起子 埼玉大学 教育学部 准教授
高山智子 国立がん研究センター がん対策情報センター がん情報・統計部
診療実態調査室 室長
八巻知香子 国立がん研究センター がん情報・統計部
渡邊眞理 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室 室長兼看護局長

研究協力者

清水奈緒美 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室
小郷祐子 国立がん研究センター がん情報・統計部
河村洋子 熊本大学 准教授
山縣典子 NPO 日本臨床研究支援ユニット がん電話情報センター部門 責任者
橋本明子 NPO 日本臨床研究支援ユニット がん電話情報センター 相談主任
瀬戸山陽子 聖路加看護大学 大学院生

研究要旨

昨年度本研究にて作成した相談員教育カリキュラム、電話相談運営手引きの改訂、及び電話相談の質に関する評価表の信頼性、妥当性、実施可能性、利用可能性を検討した。教育カリキュラム、運営手引きの改訂は、対象となった電話情報センターの管理者、主任相談員、研究者 2 名によって、センターの運営方針を確認しながら、改訂を行った。評価表の信頼性、妥当性、実施可能性、利用可能性については、研究者 4 名が、電話相談事例 30 事例を評価表を用いて独立に評価した。さらに、利用可能性は、あるがん相談支援センターで実際に評価表を用いて検討を行った。信頼性は、test-retest 法による安定性、評価者間一致率、内部一貫性により検討し、おおむねあることが確認された。妥当性については、判別妥当性、収束的妥当性、因子妥当性によって検討した。判別妥当性は、主任相談員と新人相談員の間に有意な差が見られた。収束的妥当性は、Roter Method of Interaction Process Analysis System (RIAS) の情緒面での総合的評価によって検討し、弱い相関が確認された。因子構造は 1 因子であることが確認された。実施可能性については、電話相談の音声記録のみと、逐語録と音声記録の両方による評価が高い一致率であることが確認され、逐語録なしでの評価が可能であることが確認された。利用可能性では、がん相談支援センターでも評価および教育のツールとして活用可能であることが示唆された。信頼性、妥当性がおおむね確認されたため、評価を担当した研究者や相談員からの指摘を踏まえ、評価表を一部改訂し、さらに実施可能性、利用可能性の向上を図った。今後は、相談員教育カリキュラム、電話相談運営手引きによる教育の効果判定や、評価表の改訂版を用いて、質の評価や教育に用いるための、システム作りが課題となる。

A. 研究目的

世界各国には、公営や民営によるがん情報サービスが存在し、電話相談をはじめ、メール、対面等の様々な手段を用いたサービスが患者/家族、国民に提供されている。また、そのサービス内容のデータは様々な分析され、より相談者のニーズにあったサービスを提供するために活用されている(1-6)。一方、日本においては、今まで小規模ながん電話相談がNPO団体、患者支援団体、医療関係等によって行われており、サービスの質管理には十分検討されていなかった。がん医療の均てん化を戦略目標として、2004年に「第3次対がん10か年総合戦略」、2006年にがん対策基本法の成立を経て、「がん医療に関する情報の提供体制」にもようやく国が取り組み始めた。しかし、その情報提供のサービスを行うことになったのが、他国と異なり、全国に375あるがん診療連携拠点病院(2009年現在)に設置されたがん相談支援センターである。情報提供の分野における、均てん化を目指すためには、これら全てのがん相談支援センター相談員の能力やスキルを向上させる教育と、各相談支援センターの相談の質の向上をはかる仕組みを整備していくことが必須となる。諸外国では相談データを様々な評価し、質の維持・向上や相談員教育に取り組んでいるものの(6-8)、日本では個々の相談員への教育については、国立がん研究センターがん対策情報センター主催の基礎研修が行われているが、質管理については、まだ手つかずの状態である。

そのため、昨年度は、全国どこでも質の高いがんの相談支援を提供するために必須となる相談員教育カリキュラム、電話相談運営手引き、相談の質の評価ツールの開発を、NPOが運営するがん電話情報センターを研究対象として行った。本年度は、昨年度作成した相談員教育カ

リキュラム、電話相談運営手引きの改訂、及び評価表の信頼性、妥当性、実施可能性、利用可能性を検討したので報告する。

B. 研究方法

1. 相談員教育カリキュラム、電話相談運営手引きの改訂

NPO法人日本臨床研究支援ユニット がん電話情報センター(The Cancer Telephone Information Service:CTIS)にて、CTISの管理者、主任相談員、研究者2名によって検討された。検討内容は、CTISの運営の現状や、相談員のレベル、課題等を鑑みながら、追加・変更項目を加筆・削除・修正を行った。

2. 評価表の信頼性、妥当性、実施可能性、利用可能性の検討

1) 対象

評価表については、CTISに寄せられた相談事例のうち、30ケースを目的サンプリングにより抽出した。抽出の基準は、相談時間が10-30分(昨年度の平均相談時間22.2±17.2分を参考)であり、かつ、様々ながん腫、様々な相談員のレベル(主任相談員、中堅相談員(主任代行が可能)、新人相談員(経験1年未満))になるように行った(表1)。

2) 評価表

昨年度作成した電話相談の質の評価表を用いた。評価表の構成は、相談員の対応に関する評価項目として、「方針を遵守」の8項目と、「相談者の発言をアセスメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか」の13項目、及び相談者の反応に関する項目9項目である(表2参照)。測定方法は、「方針の遵守」の9項目は、「している」、「していない」の2件法、「相談者の発言をア

表1. 30 ケースの概要

平均相談時間	21.1±5.62		
がん腫	血液	12	
	肺	9	
	乳房	4	
	肝臓・胆管	2	
	甲状腺	1	
	子宮	1	
	原発不明	1	
相談員数と事例数	主任相談員	1名	計8事例
	中堅相談員	2名	計9事例
	新人相談員	5名	計13事例

セズメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか」は、出来ている=4、出来ていないところが数か所ある=3、半分ぐらいできていない=2、ほとんどできていない=1の4段階のリッカートスケールである。しかし、「相談者の発言をアセスメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか」のNo15は、4段階評価ではなく、相談者のニーズと思われる事項を挙げる項目であるため、本研究ではNo15を除く12項目で分析を行った。相談者の反応に関する項目は、同様に、十分にあった=4、かなりあった=3、すこしあった=2、全くなかった=1の4段階のリッカートスケールで評価した。さらに、相談の全体的な印象を、良くない相談=1から良い相談=4までの連続変数によって評価した。さらに、各項目に備考欄が設けられており、なぜこのような評価を行ったのか、その根拠の記述を求めた。

表2. 評価表の構成

相談員の対応	
方針の遵守 (方針に反している=0、方針に反していない=1)	
No1	相談員が承認された情報以外の情報を提供している。
No2	相談員が情報を伝えるときに、免責事項、および、出典を伝えていない。
No3	相談員が医学的な判断を行っている。
No4	相談員が主治医と患者・家族との関係を妨げるような発言をしている。
No5	相談員の個人的な立場、好み、信条、意見を伝えている。
No6	相談者の個人情報や不適切に扱ったり、不必要に聞いたりしている。
No7	相談員の個人情報を伝えている。
No8	次回の電話を促すような言葉かけをおこなっていない。
相談員の相談技術：相談者の発言をアセスメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか (出来ている=4、出来ていないところが数か所ある=3、半分ぐらいできていない=2、ほとんどできていない=1)	
No9	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。
No10	相談者の訴えを十分に聴き入っているか。
No11	相談者の体験や感情を受けとめながら聴いているか。
No12	相談者を適確に理解するための医学的知識を十分に備えているか。
No13	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。
No14	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。
No15	(評価者は相談内容を聞き、相談者のニーズと思われる事項を挙げてください。)
No16	相談員は相談者のニーズを、相談者に直接確認しているか。
No17	ニーズに対し適切に対応しているか。
No18	情報提供をする場合には、根拠のある適切で有用な情報 (科学的根拠など) を提供しているか。
No19	相談者が理解できる言葉遣いで情報提供を行っているか。
No20	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。
No21	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。

相談者の反応（十分にあった=4、かなりあった=3、すこしあった=2、全くなかった=1）

- No1 声のトーンに変化があったか。
- No2 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。
- No3 今後も相談しようという反応があったか。
- No4 十分に語れたという反応があったか。
- No5 相談者の体験や感情が相談員に十分に伝わったという反応があったか。
- No6 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。
- No7 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。
- No8 提供された情報に納得したという反応があったか。
- No9 今後行うべき具体的な行動が述べられたか。

相談の全体的な印象

良い相談 よくない相談
 ———— 4 ———— 3 ———— 2 ———— 1 ————

3) 評価項目

相談員の対応に関する「方針の遵守」に関する8項目と「相談者の発言をアセスメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか」の12項目、「相談者の反応」に関する9項目、及び「相談の全体的な印象」1項目の計30項目それぞれについて検討した。「相談者の発言をアセスメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか」のNo16（相談員が把握した相談者のニーズを、相談者に直接確認している）と、No17（ニーズに対し適切に対応している）は、複数のニーズがある場合には、それぞれ4件法で評価しているため、本研究ではそれらの評価の平均値をNo16, No17の評点として用いた。そのため、No16, No17のレンジは1-4の連続変数となった。

さらに、「方針の遵守」、「相談者の発言をアセスメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか」、「相談者の反応」の項

目毎に点数を合計し、合成変数を作成した。変数名は、「相談者の発言をアセスメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか」は、「相談員の相談技術」と変更し、他は変更せずに「方針の遵守」、「相談者の反応」、「相談の全体的な印象」とした。

表3. 分析に用いた変数の構成

	項目数	評価法	レンジ
相談員の対応に関する評価			
● 方針の遵守	8項目	2件法	0-8
● 相談員の相談技術	12項目	4件法*)	12-48
相談者の反応	9項目	4件法	9-36
相談の全体的な印象	1項目	1-4連続	1-4

いずれも点数が高い方が良い評価である。

*) : No16, No17の2項目は複数のニーズをそれぞれ4件法で評価した平均値を用いた。そのため、値のレンジは1-4の連続変数である。

4) 事例の評価者及び評価方法

計4名の評価者が信頼性、妥当性の検討方法により分担して事例の評価を行った。評価者の属性は、医療福祉の有資格者3名、がん電話情報センターの管理者1名である。

事例の評価は3つの方法で行った。30ケースそれぞれについて、第1に、録音された相談事例の音声のみを聴き評価する、第2に相談事例の逐語録と音声の両方を用いながら評価する、第3に、第2の評価から1週間以上経過した後に、音声のみを用いて再度評価する、である。

5) 分析方法

(1) 信頼性

安定性: 評価票の項目別に再テスト法を用いて検討した。第1の音声のみのデータを用いた評

価と、第3の1週間以上あけて行った評価を用いた(表4参照)。評価者は2名であり、対象事例は各30事例の計60事例である。相談員の対応項目のNo16とNo17、および全体的な印象の3項目は、1-4段階の連続変数であるため、ケンドールの順位相関係数によって一致度を見た。他の2値データと、リッカートスケール(4段階)については、カッパ係数を算出した。**評価者間一致率**:3名の評価者による評価がどれだけ一致するか、連続変数となった相談員評価のNo16、17を除く、計35項目をケンドールの一致係数によって検討した。用いた評価方法は、第2の音声+逐語録であり(表4参照)、分析に用いた事例数は3名評価者による各30事例の計90事例である。

内部一貫性:相談員の対応に関する評価の「相談員の相談技術」、及び「相談者の反応」に関する項目の内部一貫性を見るために、それぞれクンバック α 係数を算出した。用いた評価方法は第2の音声+逐語録であり(表4参照)、分析に用いた事例数は3名評価者による各30事例で、各評価者別にクンバック α 係数を算出した。

(2) 妥当性

判別妥当性:相談員のレベルの差によって得点が分かれるかを検討するために、主任相談員、中堅相談員、新人相談員の「相談員の相談技術」、「相談者の反応」、及び「相談の全体的な印象」の平均得点を比較した。用いた評価方法は、第2の音声+逐語録による評価の計30事例(相談主任8事例、中堅相談員13事例、新人相談員9事例)であり(表4参照)、3名の評価者による計90事例を分析に用いた。分析方法は、30事例を反復測定した1元配置分散分析を行い、その後の多重比較はBonferroni法を用いて検

討した。

収束的妥当性:構成概念に関係ある基準と正の相関を示すことを検討した。コミュニケーション関連のスケールして、RIAS(The Roter Method of Interaction Process Analysis System)の情緒面での総合的評価(9)を用いた。RIASは、医師と患者のコミュニケーションスタイルを測定するものであり、本評価表のコミュニケーション・スキル(特に共感面)と概念上関係がある。RIASの情緒面での総合的評価は、7段階のリッカートスケールによって評価され、医師用9項目と患者用11項目がある。本研究では、医師用を相談員の評価に、患者用を相談者用として用いた。RIASの情緒面での総合的評価による「相談員評価」は、高得点が良い評価となるように4項目は配点を逆転した(レンジ:相談員評価9-54点、相談者評価11-66点)。本評価表は、RIASの相談員評価に対応するものとして、「相談員の相談技術」、相談者用評価に対応するものとして「相談者の反応」をもちいた。RIASの情緒面での総合評価は、トランスクリプトに寄らず、録音テープから行えることに特徴があるため、本評価も、第1の音声による評価データを用いた(表4参照)。分析に用いた事例は、2名の評価者による計60事例である。分析は、RIASの相談員評価と本評価表の相談員の相談技術、及びRIASの相談者評価と本評価表の相談員の反応について、評価者と事例ナンバーを制御変数とした偏相関係数を算出した。

因子妥当性:本評価表の「相談員の相談技術」と「相談者の反応」に関する項目がどのような因子に分類されるか、主因子法による因子分析を行い検討した。分析に用いた評価方法は第2

の音声+逐語録である。後述するように、評価者間の一致率が高かったため、事例毎に評価者3名の平均値を算出し、その平均値で構成された30事例の評価を分析に用いた。

(3) 実施可能性

音声データの逐語録には、多大な時間と費用がかかる。そのため、質管理・危機管理上、常に録音されている音声データのみを用いた相談の評価は、評価の実施可能性を高め、利用可能性を広げることにもつなげる。そのため、第1の音声記録のみで評価した場合と、第2の音声記録と逐語録を用いて評価した場合との、各評価項目の一致率(ケンドールの一致係数)を算出した。用いた事例数は、2名の評価者による各30事例、計60事例である。さらに、評価にかかる時間がどの程度なのか、第1の音声のみの場合、及び第2の音声+逐語録の場合で検討した。評価者1名による30事例の評価時間を算出した。

(4) 利用可能性

本評価表が相談支援センターで活用出来るかどうか、あるがん相談支援センターの相談員3名に検討を依頼した。実際の電話相談終了後に評価表を用いた自己評価を行ってもらい、その感想について研究者がインタビューした。相談支援センターの相談員は全て看護師であり(1名はがん性疼痛認定看護師の資格有)、電話相談経験年数は2-3年である。

さらに、教育ツールとしての利用可能性をみるために、CTIS所属の4人の新人相談員の事例(計4事例)について、相談者本人評価と、評価者評価の結果の違いを検討した。第2の音声+逐語録によって評価した結果を用い、評価者4名の平均点と比較した。比較内容は、「方

針の遵守」、「相談員の相談技術」、「相談者の反応」、「相談の全体的な印象」である。

表4. 分析にもちいた評価方法の違い

	第1 音声	第2 音声+ 逐語録	第3 音声	RIAS 音声
1) 信頼性				
(1)安定性	○		○	
(2)評価者間一致率		○		
(3)内部一貫性		○		
2) 妥当性				
(1)判別妥当性		○		
(2)収束妥当性	○			○
(3)因子妥当性		○		
3)実施可能性	○	○		
4)利用可能性		○		

(倫理面への配慮)

1) 連結不可能匿名化データの入手

相談受付票および、相談の録音データ、および逐語録は、NPO 法人日本臨床研究支援ユニットの個人情報保護に関する方針・コンプライアンスプログラムに沿って、相談者の情報は連結不可能匿名化され、提供を受けた。

2) 対象者への説明および同意取得

「がん電話情報センター」では、相談者に対し、電話相談を受け付ける前に自動録音で「個人情報を完全に取り除き、研究用データとして利用させていただくことがあります。ご質問のある方は、相談員にお尋ねください。」と流し、さらにパンフレットやポスターでは、表記されている電話番号の横に「個人を特定できる情報を一切含まない形ではありますが、相談の音声記録を教育と学術研究目的のデータとして利用することがあります。研究への利用を拒否される場合は、その旨を相談員にお伝えください」という文章を付記することによって、研究利用に関する周知を図った。また、相談員には、「がん電話情報センター」の相談の質の向上のため

に、個人情報をもつた相談内容を研究利用に用いることがあると、口頭、および文書で伝え、了解を得た。

3) 倫理審査委員会の許可

国立がんセンターの倫理審査委員会において、「本研究は、『疫学研究に関する倫理指針』第1の4(3)の規定に基づき、倫理審査委員会への付議を不要とし、研究を行っても差支えない」との許可を受けた。

C. 研究結果

1. 相談員教育カリキュラム、電話相談運営手引きの改訂

運営手引きの目次(付録1)には大きな変更はないが、具体的内容はより詳細、具体的な記述になった。これらの改訂は、日々の相談活動の中で対応に苦慮した事例等から要素を導き出し、相談者に確認すべき事項や対応上の注意点を箇条書きにしたり、具体的対応例を示したりした。特に相談への対応をCTISの方針に具体的に添うように記述したことは(たとえば、セカンドオピニオンの項では、CTISの方針である「主治医・担当医療チームと相談者との関係を良好に保つ」ことを前提として、セカンドオピニオンの取り方の手順を具体的に示した)、CTISのミッションを常に意識しながらすべての相談活動ができるようになるために有効であったと思われる。

教育カリキュラムは、運営手引きの改訂点や、CTISの相談員が直面した困難等を検討し、改訂を行った。特に重要な点は、研修に入る前のオリエンテーション内容を充実させたことと、継続教育内容を多様化させたことである。さらに、具体的変化としては、録音データとして記録されている実際の相談事例や、質評価表を教育に活用できたことである。特にコミュニケー

ショントレーニングでは、相談内容やレベルごとに事例の聞き取り、評価表による具体的評価が可能になり、相談員の相談技術のレベルアップが飛躍的に向上したと思われる。

2. 評価表の信頼性、妥当性、実施可能性、利用可能性の検討

1) 信頼性

(1) 安定性

30事例の評価者2名による評価(計60事例)のtest-retestの結果を以下に示す。相談員の対応項目No1-No21(No15-17を除く)の κ 係数、及びNo16とNo17のKendallの順位相関係数は、全てp値が <0.001 と有意であった。相談者の反応項目No1-No9の κ 係数も全て $p<0.001$ で有意であった。「相談の全体的な印象」のケンドールの順位相関係数は0.522であり、 $p<0.001$ で有意であった。よって、安定性はあると言える。

表5. 安定性(test-retest)の結果

相談員の 対応項目	kappa coefficient	p-value
No 1	0.593	<0.001
No 2	0.633	<0.001
No 3	0.731	<0.001
No 4	0.848	<0.001
No 5	0.439	<0.001
No 6	0.773	<0.001
No 7	全て1で完全一致	
No 8	0.495	<0.001
No 9	0.495	<0.001
No10	0.462	<0.001
No11	0.331	<0.001
No12	0.520	<0.001
No13	0.478	<0.001
No14	0.374	<0.001
No16	0.522*	<0.001
No17	0.497*	<0.001
No18	0.501	<0.001
No19	0.468	<0.001

No20	0.403	<0.001
No21	0.476	<0.001
相談者の反応項目		
No 1	0.496	<0.001
No 2	0.682	<0.001
No 3	0.693	<0.001
No 4	0.599	<0.001
No 5	0.423	<0.001
No 6	0.426	<0.001
No 7	0.522	<0.001
No 8	0.502	<0.001
No 9	0.431	<0.001
相談の全体的な印象	0.522*	<0.001

*ケンドールの順位相関係数 (Kendall のタ b)

(2) 評価者間一致率

3名の評価者による30事例の評価結果の一致率を、ケンドールの一致係数を算出し、以下に示した。

表6. 3名の評価者間一致率

Case No	Kendall's W	p-value
1	0.213	0.002
2	0.243	0.001
3	0.304	<0.001
4	0.114	0.033
6	0.265	<0.001
7	0.015	0.634
8	0.332	<0.001
9	0.243	0.001
10	0.015	0.645
11	0.214	0.002
12	0.105	0.043
13	0.463	<0.001
14	0.450	<0.001
16	0.366	<0.001
17	0.214	<0.001
18	0.186	0.004
19	0.012	0.704
20	0.203	<0.001
21	0.441	<0.001
22	0.376	<0.001
23	0.456	<0.001
24	0.199	0.003
25	0.344	<0.001
26	0.394	<0.001

27	0.090	0.089
28	0.119	0.028
29	0.279	<0.001
30	0.145	0.017
31	0.405	<0.001
32	0.052	0.211

30事例中、25事例(83.3%)が有意に一致する結果となった。不一致であった5事例(No7, 11, 19, 27, 32)の「全体的な印象」を見ると、1-4段階の点数が評価者3名が同じであるのがNo19、その差が0.5であるのがNo7, 11, 27, 32であり、各評価項目にばらつきは見られるが、全体的な印象は大きく変わらなかった。また、不一致となった事例の相談員は、新人相談員が4事例、中堅相談員が1事例であり、主任相談員は含まれていなかった。

(3) 内部一貫性

相談員の相談技術(12項目)、相談者の反応(9項目)について、クロンバック α 係数を算出した。評価者3名による30事例の評価の α 係数は、相談員の対応の項目は評価者A=0.824、評価者B=0.893、評価者C=0.939 相談者の反応は、それぞれ0.870、0.950、0.943であった。高い一貫性が確認された。

2) 妥当性

(1) 判別妥当性

相談員のレベルの差によって得点が分かれるか、主任相談員(8事例)、中堅相談員(9事例)、新人相談員(13事例)の「相談員の相談技術」、「相談者の反応」「相談の全体的な印象」の3つの平均値を比較した。有意な差が見られたのは、「相談員の相談技術」と「相談の全体的な印象」(表6-1)であり、多重比較の結果、主任相談員と新人相談員で差が見られた(表6-2)。

表6-1. 相談員のレベルによる判別可能性
(ANOVA)

	推定値	F 値	p 値
相談員の相談技術		5.09	0.013
①主任相談員	34.41		
②中堅相談員	30.60		
③新人相談員	25.33		
相談者の反応		2.74	0.083
①主任相談員	24.33		
②中堅相談員	21.38		
③新人相談員	17.67		
相談の全体的な印象		3.41	0.048
①主任相談員	2.93		
②中堅相談員	2.51		
③新人相談員	2.11		

表6-2. 相談員のレベルによる判別可能性
(Bonferroni法による多重比較)

	p-value
相談員の相談技術	
主任相談員 vs 中堅相談員	0.493
主任相談員 vs 新人相談員	0.012
中堅相談員 vs 新人相談員	0.150
相談者の反応	
主任相談員 vs 中堅相談員	0.829
主任相談員 vs 新人相談員	0.084
中堅相談員 vs 新人相談員	0.474
相談の全体的な印象	
主任相談員 vs 中堅相談員	0.478
主任相談員 vs 新人相談員	0.044
中堅相談員 vs 新人相談員	0.494

(2) 収束的妥当性

RIAS の情緒面での総合的評価による「相談員評価」と本評価表の「相談員の相談技術」の、評価者と事例ナンバーを制御変数とした偏相関係数は、0.678 ($p < 0.001$) であり、有意に関連があるという結果であった。同様に、RIAS の情緒面での総合的評価による「相談者評価」と

本評価表の「相談者の反応」の偏相関係数は 0.275 ($p = 0.040$) であり、弱い関連がみられた。

(3) 因子妥当性

3名の評価者の平均値による30事例の評価結果を用い、「相談員の相談技術」12項目、「相談者の反応」9項目をあわせた21項目に対して、主因子法による因子分析を行った。固有値の変化は12.45、1.61、1.91であり、1因子構造が妥当であると考えられた。1因子で21項目の全分散を説明する割合は59.88%であった。21項目中、十分な因子負荷量を示さなかった1項目(相談員の相談技術 No18「情報提供がある場合には、科学的根拠のある情報を提供している、あるいは、医学的情報でない場合には、患者にとって有用な情報を根拠を示しながら提供している」)を分析から除外し、20項目で再度分析を行った。その結果、1因子で全分散を説明する割合は62.24%であり、この20項目すべてが、相談の質を評価する同一概念であると言える(表7)。

No18の「情報提供がある場合には、科学的根拠のある情報を提供している、あるいは、医学的情報でない場合には、患者にとって有用な情報を根拠を示しながら提供している」は、評価者から、『「方針の遵守」No2の「情報を伝えるときに、免責事項、及び出典を伝えていない」と同じではないか』、『どんなに冷たい対応していても、情報が正確で出典を示していれば高得点がつく』等の指摘を受けていた。因子分析の結果をもって、No18はNo2に統合し、「相談員の相談技術」は20項目とすることが妥当であると言える。

表7. 本評価 20 項目の因子分析結果
(因子行列)

	I
相談員の相談技術 No11	.913
相談者の反応 Mo6	.912
相談者の反応 Mo4	.898
相談員の相談技術 No17	.878
相談者の反応 Mo5	.861
相談員の相談技術 No20	.814
相談員の相談技術 No19	.813
相談者の反応 Mo2	.805
相談員の相談技術 No14	.794
相談者の反応 Mo7	.782
相談員の相談技術 No10	.778
相談者の反応 Mo8	.760
相談員の相談技術 No12	.756
相談者の反応 Mo3	.739
相談員の相談技術 No21	.724
相談者の反応 Mo1	.694
相談員の相談技術 No9	.681
相談員の相談技術 No13	.671
相談者の反応 Mo9	.670
相談員の相談技術 No16	.469
因子寄与	12.09
寄与率	60.44

主因子法による。

3) 実施可能性

逐語録を用いて評価した場合と、1週間以上をあけて音声記録のみで評価した場合との一致率(κ 係数、及びケンドールの順位相関係数)を算出した。その結果、すべての項目で有意に一致しているという結果となった。よって、音声記録のみによる評価は、逐語録を用いたと同等の結果を得ることが可能と言える。

表8. test-retest の結果

相談員の 対応項目	kappa coefficient	p-value
No 1	0.568	<0.001
No 2	0.564	<0.001
No 3	0.558	<0.001
No 4	0.651	<0.001
No 5	0.572	<0.001
No 6	0.706	<0.001

	全て1で完全一致	
No 7		
No 8	0.900	<0.001
No 9	0.315	<0.001
No10	0.402	<0.001
No11	0.308	<0.001
No12	0.439	<0.001
No13	0.349	<0.001
No14	0.415	<0.001
No16	0.622*	<0.001
No17	0.493*	<0.001
No18	0.480	<0.001
No19	0.436	<0.001
No20	0.474	<0.001
No21	0.426	<0.001

相談者の反応項目

No 1	0.547	<0.001
No 2	0.574	<0.001
No 3	0.546	<0.001
No 4	0.566	<0.001
No 5	0.382	<0.001
No 6	0.343	<0.001
No 7	0.553	<0.001
No 8	0.446	<0.001
No 9	0.529	<0.001

相談の全体的な印象 0.668* <0.001

*ケンドールの順位相関係数 (Kendall の τ_b)

評価者1名の30事例の評価にかかった時間をみると、事例を聴く時間を除くと、1事例平均24分であった。2度音声記録を聴くと仮定すると、相談時間の約3倍の時間が必要である。また、評価事例が増えていくにつれて、評価項目が記憶されるため、評価時間は短くなっていった。しかし、以上の時間は、備考欄に根拠を記載する時間が含まれており、評点のみの場合には、さらに時間短縮が可能と言える。

4) 実施可能性

がん相談支援センターの相談員3名の、評価表を用いてみた感想を表10に示した。この評価表の可能性として挙げられたことは、相談者のニーズを意識化するきっかけとなる、自己の

相談の客観的評価や検討会等の教育上のツールとして使えそうだという意見であった。課題としては、評価項目が多く時間がかかる、相談者の反応を捉えるのが難しい、項目内容の重複（No2とNo18）が挙げられた。

表 10. がん相談支援センターの相談員の意見

【評価表活用の可能性】

- ・ 項目があることで相談員として客観的評価ができる。
- ・ 相談者の相談ニーズについて「言葉で確認する」ことが意識化された。
- ・ 相談者の相談の真のニーズを確認することができる。
- ・ 相談員が自分自身で相談者のニーズを解釈して進んでしまう傾向がわかった。
- ・ 相談員は相談者のことを考えて表現したつもりでも逆効果になっていたことがわかった。
- ・ 評価の回数が増えると評価しやすくなった。
- ・ 精神的に悩んでいる場合は、相談員自身の精神状態も影響する。相談後も気になるケースの振り返りに使える。
- ・ 自己の相談の評価を聞くことは勇気が必要だが、第三者の意見は聞きたい。
- ・ 相談の評価として気になった事例について互いに検討することがある。そのツールとして用いることができる。

【相談表活用の課題】

- ・ 評価表の記載に時間がかかる
- ・ 評価項目が多い
- ・ 自己評価はどうしても中間的（無難な）評価になる
- ・ 相談によっては傾聴しているだけの場合もある
- ・ 反応しやすい相談者もいれば、反応が少ない相談者もいるため相談者の評価は難しい
- ・ 必ずしも言葉で相談の反応があるわけではない
- ・ 電話相談の限界（表情が見れない、口調や声のトーンのみ）
- ・ 内容が重複している項目がある

次に、自己評価と評価者評価の違いについて、

CTIS 所属の 4 名の新人相談員の自己評価と、評価者評価（4 名の平均値）を比較した。「方針の遵守」は、すべての新人相談員が全項目出来たと評価したが、評価者評価は遵守していない項目があると評価していた。相談員の相談技術、相談員の反応、相談の全体的な印象は、D さん以外は大きな差が見られなかった。

表 9. 相談員の自己評価と相談者評価の違い

	自己評価	評価者
方針の遵守 (レンジ 0-8)		
A さん	8	6.5
B さん	8	7.5
C さん	8	6.5
D さん	8	6.5
相談員の相談技術 (レンジ 12-48)		
A さん	30.0	27.1
B さん	32.5	35.4
C さん	26.3	25.9
D さん	33.2	17.8
相談員の反応 (レンジ 9-36)		
A さん	18.0	19.5
B さん	24.0	27.0
C さん	18.0	15.0
D さん	22.0	15.3
相談の全体的な印象 (レンジ 1-4)		
A さん	3	2.5
B さん	3	3.0
C さん	3	2.0
D さん	2.8	1.5

注) 評価者の値は 4 名の平均値を示した。

D. 考察

1. 相談員教育カリキュラム、電話相談運営手引きの改訂

教育カリキュラム、および手引きの見直しは、昨年度の報告書でも触れたように、計画（方針や運営手順が書かれた手引き書の作成）→実行（教育・相談の実施）→評価（相談状況の把握、相談の質評価）→改善（教育カリキュラム、手

引き書、質評価ツールの見直し)の一連のサイクル(PDCAサイクル(計画:plan)、実行:do、評価:check、改善:act))が重要である。そのサイクルの作業の中で重要と感じたことは、相談機関がもつ方針の大切さである。運営方針に沿ったカリキュラムや手引き書を、いかに忠実にわかりやすく手引き書やカリキュラム上に表現するかが、今回の改訂のポイントであった。後述する評価表も方針が定めてあるからこと作成できたのであり、質の管理のためには各々の機関がなにを目標、目的として運営していくのかを定めることが必須であると思われる。

2. 評価表の信頼性、妥当性、実施可能性、利用可能性の検討

1) 評価表検討の限界

全30項目の評価項目の妥当性、信頼性を、30事例の結果から検討しており、事例数が少ない点が限界としてある。相談事例の評価を行うために、録音された相談内容の匿名化、相談内容の逐語録作成、がんに関する知識が豊富な評価者によって、一人1事例最低3回以上相談を聴き評価しなければならない等、1事例を評価するために多大な時間を必要とした。そのため、4名の評価者で評価した結果は、30事例と少ないが貴重な結果であり、重要な示唆を与えられると思われる。

2) 信頼性

信頼性については、安定性、評価者間一致率、内的一貫性の3側面から検討した。安定性、内的一貫性は、全ての項目で確認できたが、評価者一致率の検討では、一致しない事例が5事例あった。その事例には、主任相談員の事例はなく、新人相談員4事例、中堅相談員1事例であ

ったことから、「出来ている」という評価は一致しやすいが、発展途上にある相談員の出来ている程度の評価は、評価者間で差が出たと思われる。しかし、83%の事例が一致しているとの結果であるため、おおむね信頼性はあると言えるであろう。

3) 妥当性

判別妥当性の結果では、評点のみを見ると、主任相談員>中堅相談員>は新人相談員であったが、統計上判別可能であったのは、主任相談員と新人相談員の「相談員の相談技術」、「相談の全体的な印象」であった。評価者からは、「相談者の反応」の項目については、相談者の反応を捉えて評価するのが難しいという声や、どんなに良くない相談でも相談者は話しを聞いてもらったという感謝から、少なからず良い反応があるという声が聞かれた。「相談者の反応」の曖昧さが、相談員のレベルの判別を困難にさせた可能性があると思われる。

RIASの情緒面での総合的評価との収束的妥当性の検討では、相談員評価、相談者評価ともに有意な関連性が見られたものの、相談者評価では $r=0.275$ と弱い相関であった。判別妥当性と同様に、相談者の反応を捉えることの難しさが現れた可能性がある。しかし、RIASの情緒面での総合的評価は、会話の文字通りの内容よりも声の質により直接的に結びついていると言われており(9)、本評価表の項目に含まれているニーズに沿った適切な情報提供という側面は含まれていない。以上を踏まえると、中程度から弱い相関は、コミュニケーションスキルに関連した要素のみの関連性を示したことと言える可能性もある。

因子妥当性では、1因子という結果になった。相談員の相談技術に関する項目と、相談者の反

応に関する項目間でも因子に分かれることはなかった。本評価表を作成する際、検討チーム内で、「相談員の評価が高いが、相談者の反応が低い事があり得るか」という議論があり、相談者のニーズに適切に対応している限り、両者が不一致することはないという結果になった。この1因子という結果は、この議論を踏まえて作られた評価表の適切さを表すものと言えるであろう。また、相談員の評価項目の抽出過程では、コミュニケーションスキル、適切な情報提供、ニーズへの対応などのサブカテゴリーが抽出されたが、それらを独立で項目立てすると、評価する際に大きなばらつきが見られた。このばらつきを改善するために取られた方策は、相談の流れに沿って、コミュニケーションスキル、適切な情報提供、ニーズへの対応等を統合した項目に組み直すことであった。そのため、相談員の相談技術の項目は相互補完的であり、因子分析の結果、相談員の相談技術に関する項目も一つの因子であるという結果は、以上の項目作成の意図が裏付けられた結果とも言える。

以上3つの検討によって、おおむね妥当性はあると言えるであろう。

4) 実施可能性

Cancer Research Campaign Interview Rating Manual (CRCIRM) や Medical Interview Aural Rating Scale (MIARS)、Rotter Interaction Analysis System (RIAS) 等のコミュニケーションスキルを測定する既存のツールでは、逐語録を作成した上に、15分程度の評価に2時間以上はかかるとの報告がある(10)。逐語録がある場合とない場合で評価結果に差が見られないという本結果は、逐語録作成にかかる時間と金銭が削減できる点で、臨床現場では必要不可欠

な条件である。また、評価にかかる時間も30事例の評価によって短くなっていくことが確認された。しかし、さらなる時間短縮を求めるとすれば、因子分析で1因子であったことから、相談員に関する評価項目のみにすることは可能である。また、International Cancer Information Service Group (ICISG) が提供している Quality Management のためのツール(11) (Annual performance review form (The American Cancer Society (ACS)), Call monitoring tool (Cancer Information Service (CIS) of the National Cancer Institute) Self-monitoring tool in German (German Cancer Research Center's Cancer Information Service (KID)) は、評点のみの記載であり、Quality Management のために多くの相談事例を評価するのであれば、備考欄の記入を省略し、評点のみにすることも可能である。

5) 利用可能性

がん相談支援センターへの活用としては、相談の客観的評価という質管理に関する側面と、ニーズの把握や、相談の振り返り等への活用という、相談技術向上という教育面が挙げられた。しかし、項目数が多い、評価に時間がかかる点は、臨床現場で継続的な質管理を行うには評価表の簡略化が必須であることが示唆される。特に、相談者の反応に関する項目の評価が難しいという意見は、評価者からも聞かれており、改善する必要がある。

教育面への活用としては、方針の遵守が評価者評価と自己評価と一致していなかったこと、相談員1名は評価者評価より自己評価が高かったことなどから、自己評価結果をスーパーバイザーと共に再評価する方法が望ましいと

思われた。自己評価と相談員評価が一致した項目で、かつ相談員の相談技術項目で3（出来ていない箇所が数カ所ある）以上の評価では、自己評価しながら相談技術を磨く自己学習のツールとしても活用可能と思われる。がん相談支援センターの相談員からも評価が難しいという意見があった、相談者の反応に関する項目に関しては、CTISの主任相談員から「相談は、相談者の反応を正確に捉えながら進めるのが鉄則。教育上は、たとえ評価が困難でも相談者の反応項目を残しておいた方が、その点を強調できる」との意見があった。そのため、評価表の改訂版では、相談者の反応項目を全面削除ではなく削減することとした。

6) 評価表の改訂

以上の結果、考察を踏まえ、以下のような改訂版評価表を作成した（表10、付録3）。

方針の遵守の8項目は、最低限守るべき相談マナーであることを印象づけるため、評点は方針を遵守している場合に高得点の1を、方針を遵守していない場合は0点をつけるようにした。また、設問表現も、すべき事項、あるいはしてはならない事項がはっきりわかるように変更した。

相談員の対応では重複との指摘があった項目の削除や改訂（No2とNo18が類似のため、No18を削除、No4とNo20では、No4の設問表現を変更）を行った。また、出来ていない場合には評点が0になるように統一するために、4段階評価を良い方から3点、2点、1点、0点と変更した。

つけにくいとの意見があった相談者の反応項目は2項目削減No1に統合し、7項目とした。また、ratingを4段階から3段階にし、反応や表現がすくない相談者の場合に0点がつか

ないような配点とした（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）。

また、教育用に用いる場合の使用となるように、「相談の全体的な印象」を「相談の全体的な評価」とし、必要な学習形態別の4段階リッカート評価とした。

さらに、質管理のために多数の相談を評価する場合には、相談員の対応項目（方針の遵守8項目、相談員の相談技術20項目）と、相談の全体的な評価の計29項目での利用も可能とした。さらに備考欄への根拠の記述を不要とした。そうすることで、CIS、ACS、KID(11)等で用いられている質評価表と同等程度に簡略化できる。

また、方針の遵守項目は、相談機関の方針の違いによって書き換え可能とすることで、各相談機関で方針を定めることを促す効果も狙うこととした。

表10. 改訂版評価表

相談員の対応	
相談機関の方針を遵守している (No1-No8は方針を列挙) (方針を遵守している=1、方針を遵守していない=0)	
No1	機関内で承認された情報を提供している。
No2	相談員が情報を伝えるときに、免責事項、および、出典を伝えている。
No3	相談員が医学的な判断を行っていない。
No4	相談員が主治医と患者・家族との関係を妨げるような発言をしていない。
No5	相談員の個人的な立場、好み、信条、意見を伝えていない。
No6	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。
No7	相談員の個人情報を伝えていない。
No8	次回の電話を促すような言葉かけをおこなっている。
相談員の相談技術：相談者の発言をアセスメントし、ニーズをとらえ、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか (出来ている=4、出来ていないところが数カ所ある=3、半分ぐらいできていない=2、ほとんどできていない=1)	

- No9 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。
- No10 相談者の訴えを十分に聴き入っているか。
- No11 相談者の体験や感情を受けとめながら聴いているか。
- No12 相談者を適確に理解するための医学的知識を十分に備えているか。
- No13 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。
- No14 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。
- No15 (評価者は相談内容を聞き、相談者のニーズと思われる事項を挙げてください。)
- No16 相談員は相談者のニーズを、相談者に直接確認しているか。
- No17 ニーズに対し適切に対応しているか。
- No18 相談者が理解できる言葉遣いで情報提供を行っているか。
- No19 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。
- No20 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提供や支援を行っているか。

相談者の反応 (よい反応があった=3、特に反応はなかった=2 悪い反応があった=1)

- No 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。
- No 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。
- No 3 提供された情報や相談員の対応に納得したという反応があったか。
- No 4 今後行うべき具体的な行動が述べられたか。
- No 5 声のトーンに変化があったか。
- No 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。
- No 7 今後も相談しようという反応があったか。

相談の全体的な評価

大きな問題なし=4
主任が不十分な箇所を指摘するのみで自己学習=3
不十分な箇所を主任と共に確認し再学習=2
業務から一旦外れ、主任と共にセンターの方針から再学習=1

E. 結論

昨年度作成した相談員教育カリキュラム、電

話相談運営手引きの改訂、及び評価票の妥当性、信頼性、実施可能性、利用可能性を検討した。その結果、教育カリキュラム、運営手引きは、センターの運営方針を確認しながら、相談の現状や相談員のレベルを検討し改訂を行った。評価表では、信頼性、妥当性共にあることが予想された。また、評価表は、利用可能性において、本研究対象のCTIS以外の、がん相談支援センターや、相談員教育にも利用可能であることが示唆された。しかし、実施可能性において、項目数の削減、相談者の反応項目評価の難しさがみられたため、この点を改善した改訂版を提案した。相談機関の運営方針を定め、それに沿った形での教育カリキュラム、運営手引き、評価表の改訂を行っていくことは、質の管理上重要であることが示唆された。

さらに発展すべき研究として、諸外国のように、教育カリキュラム、運営手引きによる教育の効果判定を行い、その有効性を明らかにしていく必要がある。

また、評価表の改訂版については、この評価表をもちいて、①電話相談員に教育(介入)を行い、その効果を検討する。②良い評価の電話相談が導き出す患者家族の情報・支援ニーズを検討する。③相談者の特徴別(終末期、高齢者、家族、親、遺族等)のニーズを明らかにする。④患者家族の情報・支援ニーズに沿った、相談員への情報教育プログラムを検討することが挙げられる。

G. 研究発表

1. 発表論文
なし

2. 学会発表

- 高山智子, 関由起子, 渡邊 眞理, 清水

- 奈緒美, 八巻知香子, 河村洋子. がん情報サービスの質の維持・向上のための取り組みに関する検討 第1報～諸外国の取り組みの分析から～. 第47回日本癌治療学会学術集会. 2009/10/23(22-24). 横浜.
- 関由起子, 高山智子, 渡邊 眞理, 清水奈緒美, 八巻知香子, 河村洋子. がん情報サービスの質の維持・向上のための取り組みに関する検討 第2報～日本における電話によるがん情報提供の質評価ツールの開発～第47回日本癌治療学会学術集会. 2009/10/23(22-24). 横浜.
 - Yukiko SEKI, Tomoko TAKAYAMA, Chikako YAMAKI, Yoko KAWAMURA, Evaluation criteria for the Telephone Cancer Information Service in Japan. The First Asia-Pacific Perspectives and Evidence on Health Promotion and Education, Chiba, Japan. July 18-20 (2009)
 - Yukiko SEKI, Tomoko TAKAYAMA, Chikako YAMAKI, Yoko KAWAMURA, Evaluation criteria for the Telephone Cancer Information Service in Japan, 11th World Congress of Psycho-Oncology, Vienna, Austria, 2009. June 23-25. Psycho-Oncology 18(Supple.2):S267.
- H. 知的財産権の出願・登録状況
なし
- 引用文献
1. Broadstock MJ, Hill D. Evaluation and impact of promotion of a cancer helpline to cancer patients through their specialists. Patient Educ Couns. 1997 Nov;32(3):141-6.
 2. Hardyman R, Hardy P, Brodie J, Stephens R. It's good to talk: comparison of a telephone helpline and website for cancer information. Patient Educ Couns. 2005 Jun;57(3):315-20.
 3. Jefford M, Black C, Grogan S, Yeoman G, White V, Akkerman D. Information and support needs of callers to the Cancer Helpline, the Cancer Council Victoria. Eur J Cancer Care (Engl). 2005 May;14(2):113-23.
 4. Marcus AC, Garrett KM, Kulchak-Rahm A, Barnes D, Dortch W, Juno S. Telephone counseling in psychosocial oncology: a report from the Cancer Information and Counseling Line. Patient Educ Couns. 2002 Apr;46(4):267-75.
 5. Squiers L, Finney Rutten LJ, Treiman K, Bright MA, Hesse B. Cancer patients' information needs across the cancer care continuum: evidence from the cancer information service. J Health Commun. 2005;10 Suppl1:15-34.
 6. Reubsaet A, Lechner L, De Vries H. The Dutch cancer information helpline: more critical patients after 10 years. Patient Educ Couns. 2006 Oct;63(1-2):215-22.
 7. Derkx HP, Rethans JJ, Knottnerus JA, Ram PM. Assessing communication skills of clinical call handlers working at an out-of-hours centre: development of the RICE rating scale. Br J Gen Pract. 2007 May;57(538):383-7.
 8. Byers LR, Vézina A, Campbell HS. Measuring the performance of telephone