

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 相談者の個人情報をも不適切に扱ったり、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、それぞれクワンバック $\alpha$ 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、各評価者別にクワンバック $\alpha$ 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に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として、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<br>音声 | 第2<br>音声+<br>逐語録 | 第3<br>音声 | RIAS<br>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、個人情報や伏せ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 $\kappa$ 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 $\kappa$ 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<br>対応項目 | kappa<br>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 | 27 | 0.090 | 0.089  |
| No21      | 0.476  | <0.001 | 28 | 0.119 | 0.028  |
| 相談者の反応項目  |        |        | 29 | 0.279 | <0.001 |
| No 1      | 0.496  | <0.001 | 30 | 0.145 | 0.017  |
| No 2      | 0.682  | <0.001 | 31 | 0.405 | <0.001 |
| No 3      | 0.693  | <0.001 | 32 | 0.052 | 0.211  |
| 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 |    |       |        |

\*ケンダールの順位相関係数 (Kendall の  $\tau_b$ )

## (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、ケンダ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  |

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 $\alpha$ 係数を算出した。評価者3名による30事例の評価の $\alpha$ 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( $\kappa$ 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<br>対応項目 | kappa<br>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  |

|               |            |        |  |
|---------------|------------|--------|--|
| No 7          | 全て 1 で完全一致 |        |  |
| 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<br>印象 | 0.668*     | <0.001 |  |

\*ケンドールの順位相関係数 (Kendall の  $\tau_b$ )

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】  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>項目があることで相談員として客観的評価ができる。</li> <li>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。</li> <li>相談者の相談の真のニーズを確認することができる。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>評価の回数が増えると評価しやすくなった。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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できる。そのツールとして用いることができる。</li> </ul> |
| 【相談表活用の課題】   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>評価表の記載に時間がかかる</li> <li>評価項目が多い</li> <li>自己評価はどうしても中間的（無難な）評価になる</li> <li>相談によっては傾聴しているだけの場合もある</li> <li>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</li> <li>必ずしも言葉で相談の反応があるわけではない</li> <li>電話相談の限界（表情が見れない、口調や声のトーンのみ）</li> <li>内容が重複している項目がある</li> </ul>   |

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<br>(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<br>(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<br>(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のであれば、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を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 相談者の個人情報を不適切に扱ったり、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

- information services: A literature review. Canadian Cancer Society. 2002.
9. 野呂 幾久子, 阿部 恵子, 石川 ひろの. The Roter Method of Interaction Process Analysis System (RIAS) 医療コミュニケーション分析の方法. 三恵社, 2007. p63.
  10. Caris-Verhallen W, Timmermans L, van Dulmen S. Observation of nurse-patient interaction in oncology: review of assessment instruments. Patient EducCouns. 2004 Sep;54(3):307-20.
  11. International Cancer Information Service Group(ICISG). ICISG Resources.Tool Box. Quality Management. (<http://www.icisg.org/resources/resources/resources.aspx?html=6>) (最終アクセス日: 2010年5月7日) .

## 付録1： 電話相談運営手引き目次

(2010年3月)

- 実状に合わせて随時改訂します。
- ケースライブラリも参考にして加筆・修正します

### II. CTISの教育カリキュラムと学習方法

1. 教育カリキュラム
2. 学習の注意事項

### III. 相談

1. 相談業務の基本的な流れ
  - 1) 事前準備
  - 2) 相談受付と電話の取り方
  - 3) 傾聴とニーズへの対応
  - 4) 終結と電話の切り方
  - 5) 相談完了後の対応
2. 注意事項
  - 1) 話し方と言葉遣い
  - 2) 相談員の個人情報
  - 3) 相談員の守秘義務／匿名性
  - 4) 相談員の個人的な思いや考え方の提供の禁止
3. 相談主任への相談と交替
4. CTISで提供できる情報と、その範囲と限界(免責事項)
5. 主治医・担当医療チームと相談者との関係
6. 相談の記録と報告
7. 相談への対応
  - 1) 検診・検査
  - 2) 診断・告知
  - 3) 治療
  - 4) 症状・副作用・後遺症
  - 5) 医療者との関係
  - 6) 受診方法
  - 7) 医療機関・医師の紹介
  - 8) セカンドオピニオン
  - 9) 入院・入院生活
  - 10) 転院
  - 11) 治療実績
  - 12) ドナー
  - 13) 臨床試験
  - 14) 漠然とした不安
  - 15) 心情吐露
  - 16) 疑問のある治療内容
  - 17) 医療事故の可能性
  - 18) 患者・家族間関係
  - 19) 友人・知人・職場の人間関係
  - 20) 食事・栄養
  - 21) 健康食品・補完・代替療法

- 22) 在宅医療
  - 23) 社会生活(仕事・就労・学業)
  - 24) 医療費・生活費
  - 25) 介護・看護・養育
  - 26) ターミナル
  - 27) ホスピス・緩和ケア
  - 28) 患者死亡後
  - 29) アスベスト(石綿)に起因するがん
  - 30) 患者会・患者支援団体
  - 31) 苦情
  - 32) セクシュアリティ
8. 対応に注を要するケース
    - 1) 未受診の場合
    - 2) 再発・転移の場合
    - 3) 第三者(恋人、部下、同僚、上司、親戚等)から相談を受けたとき
    - 4) 電話が突然切れてしまったときの対応
    - 5) 情報提供までに時間がかかる場合
    - 6) がん以外の質問を受けた場合
    - 7) 個人情報の取扱い・録音データについて質問を受けた場合
    - 8) CTISの役割、研究班の役割についての意見をもらった場合
  9. 危機管理
    - 1) 自殺をほのめかしている場合
    - 2) 対応困難な相談者への対応
    - 3) 頻回にかけてくる・電話がなかなか切れない相談者への考え方、対応法
    - 4) 特定の相談員を指名してきた場合
    - 5) 性的刺激を求めて電話をかけている感じがする場合
    - 6) 無言電話
    - 7) インシデントレポート
  10. 資料送付
    - 8) 文書による資料提供が必要と判断されたとき(郵送、FAX)
    - 9) 郵送・FAXの宛先記入票
    - 10) 免責事項の通知
  11. クリアリング
- ### IV. 運営
1. 説明責任
    - 1) 個人情報保護法について
  2. データの保管と廃棄について
    - 1) データ保管と個人情報の廃棄のタイミング
    - 2) 個人情報の含まれるデータ・記入票の廃棄手順
  3. 匿名化された相談データの提供について
    - 1) データの内容

## 付録2： 相談員教育カリキュラム

(2010年3月)

- 最低180時間を課します。
- 履修内容は、これまでの職務経験を考慮して決定します
- 各項目ごとに、講義(口演、DVD)、演習課題、実習、ディスカッション、クイズを行います
- 初期研修中は毎日フィードバックシートを記入し、適宜フィードバックミーティングを行います
- がん医療は日々進歩していくため、初期研修終了後は、継続教育を行います
- 過去の相談の音声記録や実際の相談のモニターを通して先輩の対応を学んだり、自分の対応の音声記録を聴いてふりかえりを行います
- スーパービジョンやケースカンファレンスは、音声記録からトランスクリプトを起こして、評価票を付けて行います。

### 【初期研修】

#### 0. オリエンテーション

- 0-1. 研修を始めるにあたって
- 0-2. CTISの一日の流れを知る・センター内の把握
- 0-3. 日本医療の時流を知る
- 0-4. 個人情報の取扱いについて
- 0-5. 電話対応のウォーミングアップ
- 1. 日本のがん対策とCTISがん専門相談員の役割
  - 1-1. 日本のがん対策とがん情報提供体制
  - 1-2. がん電話情報センター(CTIS)役割・目的・ミッションとがん専門相談員の役割
  - 1-3. がん電話相談の特徴と心構え
  - 1-4. CTISの目指すがん情報サービスと質の管理
  - 1-5. 日本におけるがん情報サービスの例
  - 1-6. 他国のがん情報サービスの例：アメリカのコールセンター
  - 1-7. クイズ
- 2. コミュニケーショントレーニング、および相談支援の実際
  - 2-1. コミュニケーションスキル
  - 2-2. 演習1： 相談事例の聴き取りとコミュニケーションスキルの確認
  - 2-3. 演習2： ロールプレイとふりかえり
  - 2-4. 演習3： スーパーバイザーについて実際の相談を受ける
  - 2-5. 演習4： 一人で相談を受ける

#### 2-6. スーパービジョン

#### 2-7. クイズ

### 3. 情報検索トレーニング

- 3-1. 情報の種類(信頼のおける情報とは、おけない情報とは)
- 3-2. CTISで承認された情報
- 3-3. 診療ガイドライン
- 3-4. 情報検索演習1 課題の情報を探す
- 3-5. 情報検索演習2 事例に合った情報を探す・ロールプレイ
- 3-6. クイズ

### 4. がんに関する医学的知識

- 4-0. 医学基礎
- 4-1. がんと発がんの生物学・免疫学
- 4-2. がんの遺伝学(家族性腫瘍を含む)
- 4-3. がんの疫学と予防・がんの早期発見
- 4-4. 治療について
  - ① 診断・告知
  - ② 手術
  - ③ 放射線療法
  - ④ 化学療法(分子標的薬)・未承認薬・臨床試験
  - ⑤ 造血幹細胞移植
  - ⑥ その他  
(温熱療法、免疫療法、ラジオ波、丸山ワクチン...)
- 4-5. 支持療法
- 4-6. 緩和医療
- 4-7. 精神腫瘍学
- 4-8. 補完・代替療法
- 4-9. 各論(リスク、スクリーニング、症状、診断、病理、治療、支持療法、臨床試験ほか)
  - クイズ
  - ① 肺がん
  - ② 消化器がん(食道、大腸、肝臓、胆のう、すい臓、胃)
  - ③ 乳がん
  - ④ 子宮がん・卵巣がん
  - ⑤ 血液がん(ALL、AML、CLL、CML、悪性リンパ腫、骨髄腫、ATL、骨髄異形成症候群)
  - ⑥ 脳・中枢神経
  - ⑦ 骨
  - ⑧ 小児がん
  - ⑨ 原発不明がん
  - ⑩ 腎臓

- ⑪ 口腔・咽頭・喉頭
- ⑫ 皮膚
- ⑬ 前立腺がん
- ⑭ アスベスト（中皮腫）
- ⑮ その他

## 5. がん患者・家族に関する理解

- 5-1. 患者・家族の心理
- 5-2. 告知について
- 5-3. ターミナル期にある患者・家族の心理
- 5-4. グリーフケアについて
- 5-5. 血縁ドナー
- 5-6. 女性とがん
- 5-7. セクシャリティ（卵子・精子保存を含む）
- 5-8. 子どもとがん

## 6. 社会支援について

- 6-1. 社会保障と社会福祉、医療・保険制度について  
（介護保険、民間保険、公的年金、を含む）
- 6-2. 経済的支援について
- 6-3. セカンドオピニオンについて
- 6-4. 製薬と臨床試験・未承認薬について
- 6-5. 移植
- 6-6. 患者会、患者支援団体の活動
- 6-7. 利用可能な社会資源について  
（地域・生活情報、医療事故関係）

### 【継続教育】

- 1. 相談の聴きなおしと対応の検討
- 2. がん医療と関連領域についての情報収集  
（新聞記事、雑誌、回覧物の閲覧）
- 3. 各種連携団体との市民活動への参加
- 4. がん関連学会・セミナーへの参加・受講
- 5. ケースカンファランス
- 6. オペレーション・マニュアルの検討・改訂

付録3. CTIS 相談事例評価表 (2010年3月改訂)

| 相談事例番号:  |  | 相談日:   | 年 月 日                | 相談員名:                         |                      |
|--|--|--|----------------------|-------------------------------|----------------------|
|  |  | 評価日:   | 年 月 日                | 評価者名:                         |                      |
| I. 相談員の対応  |  |  |                      | 点数                            | 備考 (教育に用いる場合は根拠等を記載) |
| 1) 相談機関の方針を遵守しているか (No1-No8は方針を列挙) (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提供している。(科学的根拠のある情報 (ガイドライン、がんセンターホームページ、FAQ、センター内で保有している情報 (患者会、社会資源など))   |  |                      |                               |                      |
| 2.   | 情報を伝えるときに、免責事項、および、出典を伝えている。(詳細はマニュアル参照 例) 提供する情報は一般情報であり、主治医の診察の代用となるものではないため、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。〇〇発行の〇〇学会による〇〇ガイドラインによると、・・・など。 |  |                      |                               |                      |
| 3.   | 医学的な判断を行っていない。   |  |                      |                               |                      |
| 4.   | 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。  |  |                      |                               |                      |
| 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.   | 相談者の個人情報厳重に扱ったり、不必要に開示していない。   |  |                      |                               |                      |
| 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。   |  |                      |                               |                      |
| 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 (出来ている=3、出来ていないところが数箇所ある=2、半分ぐらいできていない=1、ほとんどできていない=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   | 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、速さ、高さ、適切な相槌、適切な語尾、適切な言葉遣いなど。)   |                      |                               |                      |
|  | 10.  | 相談者の話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、相談員の発言内容に構わず相談者が話し続けていないか 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。(相談者の体験や感情に「でも」、「けれども」などの否定の言葉を使って返していないか、体験や感情を示す言葉をオウム返しする (たとえば、「・・・あきらめるしかないと思わねえですね」) などのスキルを用いているか。)   |                      |                               |                      |
| 相談者の状況を的確に把握し確認しているか   | 12.  | 相談者を適切に把握するための知識を十分に備えているか。(「わからない」等という発言はないか (なぜ「わからないのか」相談者に適切に説明できている場合は除く)、相談者の質問事項をはぐらかしたり、調べための時間を取らずに、頭の中にある情報だけを話したりなどの行為はないか。)  |                      |                               |                      |
|  | 13.  | 相談者の状況 (治療内容、療養環境、(家族の場合) 患者自身の意見、医療者との関係、家族関係など) を、直接相談者に確認しながら把握しているか。(「〜ですか」(オープンクエスチョン) などを用いて、相談者が自ら語るように促しているか、相談員が勝手に判断して相談者が「はい」、「いいえ」などで回答するような「・・・ですね」(クローズドクエスチョン) という問いかけはしていないか。) |                      |                               |                      |
|  | 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。(たとえば「今までのお話から、〇〇〇〇ということなんですね」など、オウム返しやポイント返しなどを用いて質問し、ポイントを整理し、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  | 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。(例えば何回も繰り返す質問がある、質問の中で感情表現があるなど) 判定者がニーズとその根拠をニーズの数だけ挙げてみてください (No.15の評価はNo.16,17で行う。)                        |                      | ニーズNo1:<br>ニーズNo2:<br>ニーズNo3: |                      |
|  | 16.  | 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か。(たとえば、「〇〇〇〇を知りたいということですね」を用いて、オウム返しやポイント返しなどを行い導くなど) (No.15で上がったニーズの数だけ点数をつける。)   | No1:<br>No2:<br>No3: |                               |                      |
| 適切な情報支援を行っているか   | 17.  | ニーズに対し適切に対応しているか (No.15で上がったニーズの数だけ点数をつける。)  | No1:<br>No2:<br>No3: |                               |                      |
|  | 18.  | 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。(相談者がどの程度の医学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。)   |                      |                               |                      |
|  | 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。(医師の行動や考え方の良い解釈、多忙な医師とのより良いつきあひ方、他の家族と医師とのより良いつきあひ方などの助言など。)  |                      |                               |                      |
|  | 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、何か行動できるように、肯定的、前向きな情報を伝える。たとえば、医師へ質問したほうが良い場合には、具体的に「いつ、だれと、なにを、どのように、どうやって質問するのかを伝える、など。)  |                      |                               |                      |
| II. 相談者の反応 (質管理のための評価時は省略可)  |  |  |                      |                               |                      |
| 1) 相談員に電話をかけた意図が十分に伝わり、満足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、特に反応がなかった=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、話が戻ってきた、感情表現が多数見られるなど、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、相談者と相談員の会話がお互い合っていないか、相談員の話の途中で話し始めているなどがある。)                             |                      |                               |                      |
| 相談者が抱えている状況やそれから来る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ねなど)   |                      |                               |                      |
|  | 3.   | 提供された情報が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。)   |                      |                               |                      |
|  | 4.   | 今後行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) 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。)  |                      |                               |                      |
|  | 6.   | この電話相談を利用した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。)  |                      |                               |                      |
|  | 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、次回相談に指名するために、相談員の名前を尋ねるなど。)  |                      |                               |                      |
| III. 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、主任と共に相談機関の方針から再学習=1)             |  |  |                      | 点数                            | その理由 (文章で)           |

(資料 16)

平成 20 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

がん患者のニーズに即した電話相談のあり方

|       |       |  |
|-------|-------|--|
| 研究分担者 | 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                 |
|       | 関由起子  | 埼玉大学 教育学部 准教授                              |
|       | 高山智子  | 国立がんセンター がん対策情報センター<br>がん情報・統計部 診療実態調査室 室長 |
| 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                        |
|       | 八巻知香子 | 国立がんセンター がん情報・統計部                          |
|       | 河村洋子  | 国立がんセンター がん情報・統計部 診療実態調査室                  |
|       | 上田まゆら | 日本女子大学 人間社会学部 専任助手                         |
|       | 大橋英理  | 国立がんセンター 中央病院 相談支援センター                     |
|       | 山縣典子  | NPO 日本臨床研究支援ユニット<br>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<br>がん電話情報センター 相談主任        |
|       | 白濱聡子  | 東京大学大学院 医学系研究科目的                           |

研究要旨

目的：本研究は、がん患者のニーズに即したがん電話相談の相談員のあり方の検討及び、相談員としての教育指針となる相談方法を検討することを目的とした。

方法：グランデッド・セオリーの手法を用いた質的研究を行った。2 件のがん電話相談の実際の相談過程の逐語録から、相談員の有効なまたは無効な対話手法を抜き出し、抽象化して意味づけをし、グランデッド・セオリーのパラダイム・モデルを利用して分析を行った。分析の際には、米国の National Cancer Institute (NCI) の Cancer Information Services (CIS) における 3 つの客観的な指標 (コミュニケーションスキル、正確な情報が伝わっているか、ポリシーにしたがっているか) をその基盤とした。

結果：2 つの事例では、明らかに相談者の満足度が異なったが、それぞれの相談に応じた相談員が用いた方法には違いがあった。相談者が高い満足度を得られたと感じられた相談に応じた相談員は相談業務従事の年数が長かった。しかし相談経験が少ない相談員であっても早期から学び、繰り返すことで、相談者のニーズにあった相談に結びついていくことができるスキルとして、基本的な「共感」や「傾聴」のほかに、本研究ではより具体的な方法を見出すことができた。