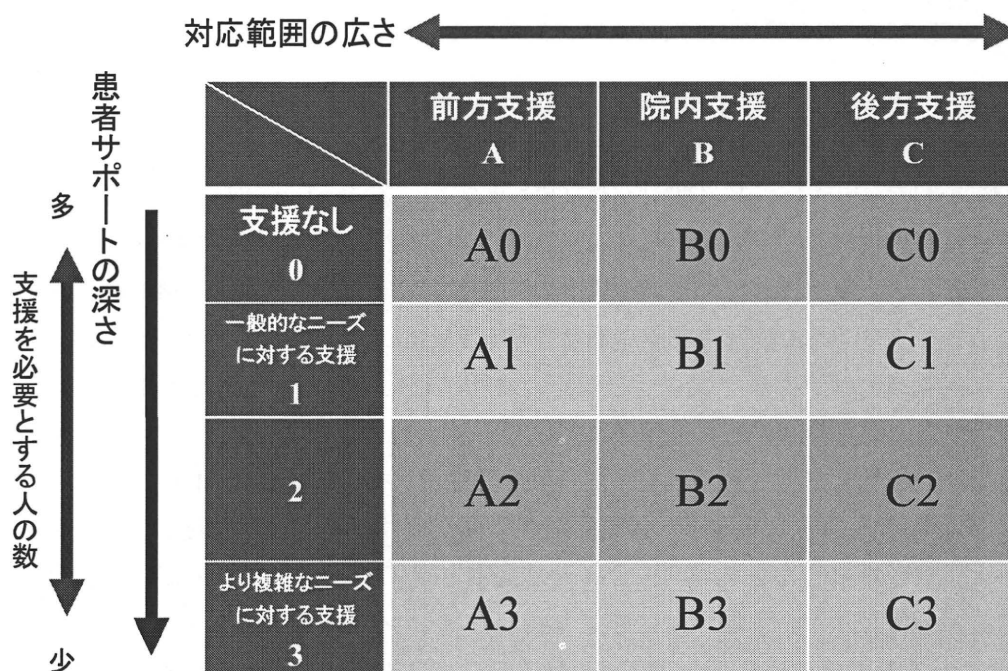


資料 6. 目指すべき役割と機能について支援の対応範囲と深さにより分類した模式図



注) 「対応範囲の広さ」は、拠点病院内相談支援センターからみた支援の範囲を示す

### 1.3. 相談支援センターの体制における当面の課題とその対応

#### 1) 個々の相談支援センターに課せられる役割と機能を明確にする

相談支援センターは、その病院を利用する患者や家族のがんに関する情報提供や相談窓口としてのみではなく、その地域の住民に対してもがんの情報提供や相談窓口になることを期待されて、平成 18 年のがん診療連携拠点病院の整備指針に盛り込まれた。こうした背景を考慮すると、がん対策として拠点病院に新たに位置付けられた相談支援センターの整備として進められるべきは、日常の診療機能を維持するために必要とされる連携調整機能ではなく、①の前方支援の部分に注力した活動である。すなわち病院内だけでなく、病院外に対するがん情報提供や相談の窓口となる相談支援機能である。

実際に、現在の多くの相談支援センターでは、院内からの相談が 8 割を占め、②院内支援のうち、とくに連携に関する業務が中心になっている状況が起きていると考えられる。退院支援や連携業務については、拠点病院でなくても（どんな病院でも）有する機能である。他の病院では再現できない機能を有するようしていくことこそ、拠点病院に求められている役割と言えるのではないだろうか。相談支援センターに課されている役割と機能を再度認識し直し、それに沿って整備が進められる必要がある。

また拠点病院の相談支援業務が補助金として提供されるのに対して、連携調整機能の中には、退院支援加算などの診療報酬がつくものが含まれることで、同じ部署内で両方の業務を行っている場合には、病院経営として、相談支援機能にはインセティブが働きにくい

状況になっていると考えられる。相談支援センターが適切に評価され、拠点病院として本来の相談支援機能が果たしやすくなるような仕組みが求められている。

## 2) 各拠点病院内の相談対応機能を充実させ、段階的な発展をめざす

現在多くの拠点病院の本来のあるべき相談支援センターの整備は十分とはいえない。その中でも、拠点病院の相談支援センターであれば、まずB1（資料 6）を起点として院内の相談対応機能を充実させることが必要だろう。全国罹患推計値によれば、年間 67.6 万人が新規にがんを罹患すると推定されており、そのうち約半数にあたる 42 万人が、拠点病院を利用しているとされる<sup>1</sup>（がん診療連携拠点病院 院内がん登録 2008 年全国集計 報告書）。拠点病院の利用者が、相談支援センターを知り、適切に利用できるようになることで、毎年約 6 割の新規罹患がん患者の情報や相談支援に対応できることになる。

院内の相談対応機能を充実させた上で、さらに病院によっては、B2 と C1 を充実させ、その後、A1 を追加で充実させるなど、相談対応の範囲を広げるのか、相談対応の深さを追求するのか、病院の特徴やめざす方向に合わせて発展させていくことが必要だろう。たとえば、対応範囲と患者サポートの深さに応じた相談支援センターで有すべき機能は、資料 7 のようになると考えられる。今後求められるニーズに沿ってこの内容も変わっていくことが予想されるが、目指す姿の参考になると思われる。

---

<sup>1</sup> 「がん診療連携拠点病院 院内がん登録 2008 年症例 全国集計 平成 21 (2009) 年度 実施 調査報告 (概数・速報版)」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 院内がん登録室 (H20 年(2008 年)1 月 1 日～12 月 31 日までの 1 年間に院内がん登録に報告された症例数は 421,806 症例 (H20 年度の全国の拠点病院 353 施設について) であった。 [http://ganjoho.ncc.go.jp/data/hospital/news/2010/files/20101008\\_4-2\(2\).pdf](http://ganjoho.ncc.go.jp/data/hospital/news/2010/files/20101008_4-2(2).pdf)

資料 7. 対応範囲と患者サポートの深さに応じた相談支援センターで有すべき機能の例

	① 前方支援 A がんと経験していない人	② 院内支援 B その施設を利用している人	③ 後方支援 C がんと経験した人すべて
0	A0 ・支援せず	B0 (・診断・治療のみ) ・支援せず	C0 ・退院後の支援なし
	A1 ・全国の相談支援センターの利用案内 ・自施設への受診案内 ・入院案内	B1 (・入退院の支援) (・施設の利用案内) ・相談支援センターの利用案内	C1 ・定期的受診勧奨
2	A2 ・(地域の人々への)がん情報の提供 ・(地域の人々への)がんに関する相談対応 ・(全国の)患者会の情報提供	B2 ・(院内利用者の)がんの情報提供 ・(院内利用者の)治療や療養の相談対応 ・(地域の)患者会の情報提供	C2 ・(地域の)治療や療養の相談対応
	・患者図書室の公開	・(院内利用者への)患者教育プログラム(勉強会、講義など)の提供 ・(院内利用者の)患者サロン(場)の提供/運営	・患者教育プログラム(勉強会、講義など)の(地域の体験者向け)公開 ・(地域への)患者サロンの公開
3	A3 ・受診相談	B3 ・(院内利用者の)心理サポート ・(院内利用者の)後方病院の紹介 ・危機介入の対応(院内連携を含む)	C3 ・(地域の体験者の)心理的サポート ・(地域の体験者の)後方病院の紹介 ・危機介入の対応(院外連携を含む)
	・地域での講演会(予防、検診等:がんと経験していない人向け) ・地域でのがんに関する啓発活動	・院内患者会(サポートグループ)の運営/運営支援 ・(院内利用者の)ピアサポート提供の支援	・地域の患者会(セルフヘルプグループ)の運営支援、立ち上げ支援 ・(地域の体験者の)ピアサポート提供の支援 ・地域での講演会(がん経験向け)

相談支援センターの活動状況には、すでに施設によっていくつかの特徴があること(表7)やがん専門病院や都道府県拠点病院において院外からの相談割合が高くなってことから、拠点病院ごとの特徴と地域の中での役割により、その病院ならではの強みを生かした取り組みをすることが必要である。

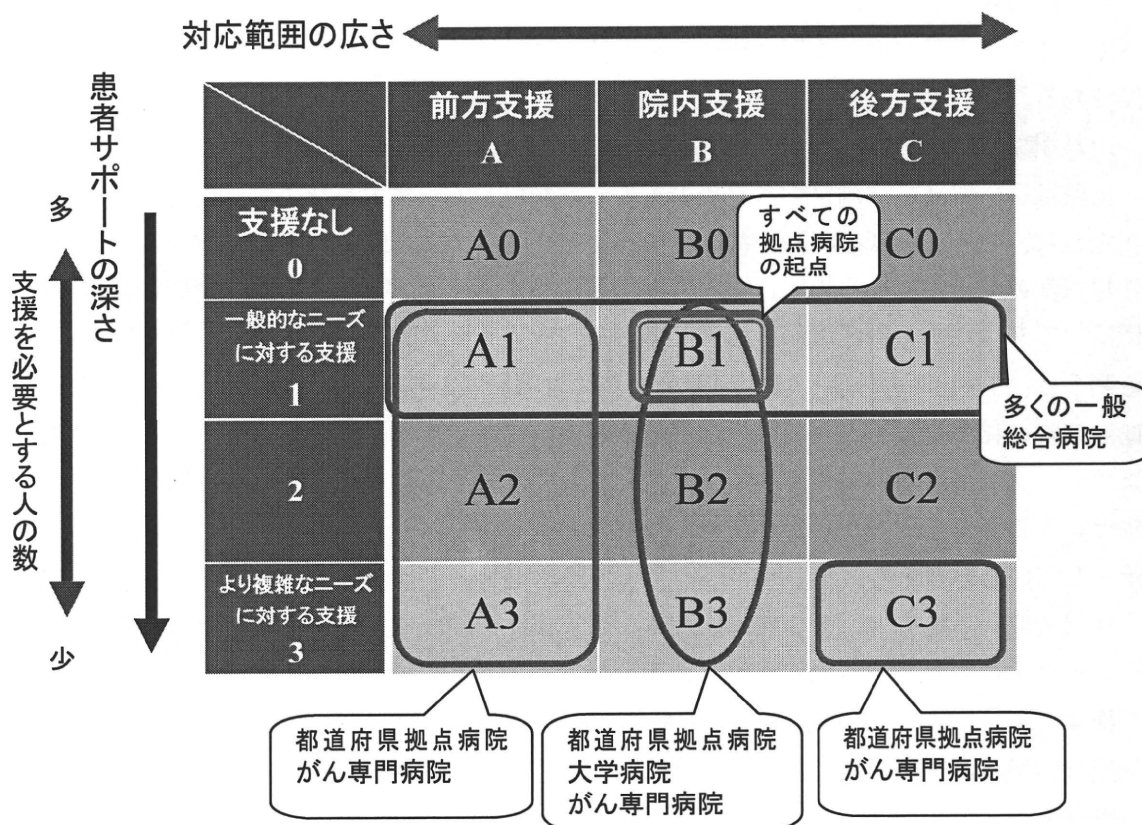
支援の対応範囲と深さの中で、病院種別や機能等によってより強みが発揮されやすいと考えられる領域を図示すると資料8のようになると考えられる。「すべての拠点病院」がまず担うべき範囲をB1として、さらにA1, C1については、多くの一般総合病院においてその地域にある強みを生かして、地域で療養する人々に情報や支援を提供しやすいと考えられる。情報提供やサポート提供の入り口になる前方支援のAの部分、情報やノウハウを

蓄積しやすい都道府県拠点病院やがん専門病院、また後方支援 C3 については、より複雑な情報や支援が必要とされることやがんに特化した支援をより広域な患者や家族にも提供する役割を担っていると考えられる都道府県拠点病院やがん専門病院、院内支援 B2,B3 については、都道府県拠点病院やがん専門病院に加えて、専門性を生かして大学病院でも強みを発揮しやすいと考えられる。

また相談員配置数が限られ（過半数以上の施設で専従スタッフ 1 名）、関連する多様な業務を同時にこなさなくてはならないなど、拠点病院単位でも、全国の体制としてみても、必ずしも効率的な相談支援提供体制になっていない。現在のようなすべての領域を小規模分散型の相談支援体制で行うのではなく、A1, A2 の領域など諸外国でも例があるように、部分的に大規模集中型の体制をとることにより、効率化や標準化をはかりやすくなるだろう。

また拠点病院以外の外部の窓口でも代替可能、あるいは、拠点病院以上に充実した支援が提供される領域もある。A1, A2 に相当する拠点病院外にある外部にあるワンストップ相談窓口（日本対がん協会のホットライン等）や、C の領域に相当するがん患者支援団体が提供する地域で展開しているさまざまな支援サービスは、より多くの人が必要とする支援であり、拠点病院以外で支援体制が充実されることは、拠点病院が院内でしか提供することができないその他のサポート領域に注力できることから重要であると考えられる。また、外部の支援機関は、その領域に特化してノウハウを蓄積できるという強みを発揮して、その領域においてより充実したサポート提供がなされると考えられる。

資料 8. 病院種別や機能等によってより強みが発揮されやすい領域



### 3) 活動状況を測定する指標を開発・検証し、活用できるようにする

#### (1) 指標の開発と検証

拠点病院（相談支援センター）の活動状況や特徴を把握する試みの一つとして、いくつかの指標を算出し比較したところ、相談件数の急な増減がみられる施設も散見された。現時点では、活動状況の活発度を反映したことによるのか、単なる数え方の違いによるのかは、不明である。全国で統一した考え方で相談件数を報告するという取り組みは、平成 19 年度に現況報告として報告が求められるようになってからであり、まだ日が浅いために、相談件数一つをとってもその数え方がまだ一定していないことが背景にあると考えられる。活動状況の一つの重要な指標である相談件数の数え方については、厚生労働省から事務連絡がなされているが、今後も定期的に確認することも重要であろう。

指標が安定した上で、あるいは安定しない場合でも、これらの指標が確かなものかを確認するためにも、詳細な相談支援センターの活動状況の調査が必要である。また相談支援センターが十分に機能していない（しきれていない）中で、活動状況を示す一つの指標としての相談件数が着実に伸びている施設では、どのような背景により、相談件数増加につながっているのかを探索し、全国の相談支援センター活性化のためのヒントにしていくことも必要である。また場合によっては、活性化の要因としてあがったものを相談支援セン

ターの整備条件として加えていくこともあるだろう。

さらに相談件数以外にも、患者サポートの深さや対応範囲に応じた活動を示す指標を作っていくことも、県内や全国での各々の相談支援センターの機能を明確にするためにも必要である。

## (2) 指標の活用

指標は単に開発し、測定するためのものではない。あくまでも活用するために開発し、測定され、そして現状把握や今後の方向性を定めるために活用されなければならない。院外相談件数が上位になる施設についてみたところ、上位施設に占める院外相談件数はほぼ横ばいであったが、割合は年々減少していた。一方で院外相談について、上位施設に占める割合は、5～10%の施設で4割程度の相談に対応しているという状況であった。これは、拠点病院の相談支援センターの周知が年々わずかずつでも進んだ結果として、一部の相談支援センターに限定的でなくなってきたという結果を示しているのと同時に、この病院ということで、周囲からがんに対して期待の高い病院は、ある程度限定していることを示唆していると考えられる。

利用者側からすると、その拠点病院や相談支援センターを知っているかどうかだけでなく、知っていたとしてもその施設へ何を期待するか（しているか）によっても利用の仕方が異なってくる。たとえば、身近で在宅療養に関する相談は近くの病院で、がんの”最新の”治療は、がんの専門病院で、という意識が働くことは、容易に想像ができる。都道府県拠点病院やがんセンター/成人病センターといった、規模が大きく、がんの専門性が高いと考えられる施設の院外相談件数が多くなっていたことは、こうした背景があるものと考えられる。理想としてのあり方と現実との乖離や方向性をみるためにも、指標を活用して定期的に確認していくことも重要である。

## 4) 責任所在を明確にし、活動範囲に見合った適切な活動評価を行う

相談支援センターの活動に対して適切な評価が行われることは、相談員のモチベーションの向上や相談支援体制をより充実させることにつながる。しかし、前方支援、つまりは、院外の利用者に対する相談支援の活動は、病院としてのインセンティブが働きにくい状況にあり、また評価が間接的にならざるを得ない（見えにくい）ことにより、相談員が適切に評価されない（されにくい）という状況が発生している。

相談支援センターに求められている役割は、「いつでも、だれでも、どこにいても、信頼できるがんに関する情報を（必要とするときに）安心して手に入れられるための相談窓口となっているか」であり、この視点に立って相談支援センターの評価をする必要がある。利用者は、全国どこの相談窓口を利用することも可能なため、院外の利用者への対応については、都道府県や全国レベルなどのより大きな単位で適切な評価が行われる必要がある。一方、多くの拠点病院においては、拠点病院で適切に評価することが可能であるのは、院内の利用者に対する対応が主とならざるを得ない。

活動評価を行うことは、継続的に活動改善を行っていくために必要なものであり、その責任所在を明確にすることが必要である。相談支援センターの活動は、相談支援センターのスタッフだけで進められるものではなく、がん対策を担う拠点病院としての役割である。がん対策推進基本計画 中間報告書（平成22年6月15日）においても、「相談支援センターを院長直屬的な組織と位置付けることが提案されている」と示されており、これは、相談支援センターの体制を強化する上でも評価されることである。今後は、さらに進めて、相談支援業務の量・質の向上をはかるためにも「年間相談件数が〇〇件以上あることが望ましい」や「がん診療における質の評価や向上を目的とした患者満足度調査の施行及び公表が望ましい」を施設標準化し、責任所在を病院管理者と明記するなど、国として望ましい方向性を示していくことが必要であろう。またそれによって、拠点病院としての役割や実際に行っていることを示しやすくなり、その地域のがん対策を牽引しやすくなると考えられる。

## 5) 相談支援センターの活動評価に及ぼす要因を考慮し総合的に評価する

### (1) 活動評価に及ぼす要因

相談件数は相談支援センターの活動評価の一つの指標であるが、相談件数が増えることが、相談支援センターの最終的なゴールではないことにも注意が必要である。相談件数に影響を与える要因は多数存在するため、それらの要因についても考慮して活動評価を行う必要がある。たとえば、病院内に、他の相談窓口があれば、相談支援センターの相談件数は増加しないであろうし、病院の機能全体で、患者や家族の不満や不安が生じにくい環境にあれば、その病院の相談支援センターの院内からの相談件数は増加しないと考えられる。またその地域の病院機能・がん相談機能全体が充実していて、患者や家族の不満や不安、情報ニーズがそれらで吸収されていけば、その地域の病院の相談件数は増加しないであろう。その他、相談件数に影響を与える要因としては、以下のようなものが考えられる。

#### 院内

- 相談支援センター以外の相談対応場所、窓口の存在
- 院内外の診療環境の充実の度合い
- 医師やその他の医療スタッフとの関係、対応、役割分担の意識など

#### 地域

- 他病院や他県への流出、地の利、交通の便
- その地域のがんに対する隠匿性（ニーズがあっても相談行動には至りにくい）
- ニーズが喚起されていない（相談することそのものに抵抗がある）など

### (2) 間接指標の評価の充実

このように考えると、拠点病院内の努力で達成しやすい②の院内支援の機能、地域を巻

き込んだ活動をしないと達成が難しい①の前方支援、③の後方支援の機能をいかに充実させるか、どうして機能の充実が進まないかについても、より広い視点で考えることが必要になる。とくに、①および③の機能については、地域内の関連諸機関や地域住民など、相手（しかも多数の）があることであり、効果が出るまでには時間がかかり、かつ、間接的な効果となるため測定そのものが難しい。しかし、長い目で見て地域の利用者増加やリピート率の向上、不適切なドクターショッピングの防止、然るべき必要なサービスまでのアクセス時間の短縮、地域の患者・家族や住民の安心などといった間接的な効果につながるものと考えられ、拠点病院や地域のインセンティブとなるように、地域の関係者や住民に対する働きかけや取り組みそのものを重要な活動評価の一つとして位置付けていくことも必要である。そしてその達成状況を地域でモニタリングし、しっかりと評価に結びつけていくことも重要である。

### **(3) 相談発生場所からの相談ニーズの把握**

さらに都道府県別の相談対応件数の開きがみられていたが、注意しなくてはならないのは、相談対応受付場所による相談件数の把握であることである。

相談支援センターでの相談は、全国どこでもアクセス可能であるため、その地域の利用者のニーズを把握するには、相談者の居住地による相談発生場所からみた相談発生状況を把握することが必要である。また全国における相談対応の均てん化の状況の把握には、より大きな単位（全国）での相談件数の推移や相談（疑問や不安など）の発生状況と対応状況をセットで把握し、それに応じて国レベルでの対策を講じていく必要がある。

## **1.4. さらなる課題と今後目指す方向性**

### **1) 施設内における業務の整理と役割分担、そして連携体制を構築する**

①前方、②院内、③後方支援の業務のうち、診療報酬がつく場合には、病院からのインセンティブが働きやすくなることはすでに述べた。それ以外にも①の院外に対する相談対応に比べ、②に関わる業務は院内利用者の訪問者の対応であることで、院外からの相談と重なった場合には、院内の利用者を優先せざるを得ない状況が発生しやすい。そのため、十分な対応スタッフがいない場合には、現場の相談員は対応の優先度に対してジレンマを抱えることになる。業務間での葛藤が起きないように体制を整備していくことが必要である。

利用者側からすると相談窓口は一本化されていることが望ましい。しかし近年の医療機能の分化とそれに伴う地域との連携の必要性等の理由からか、看護相談など関連類似の部門が、病院内に複数設置される傾向にあり、このような状況は、利用者からすると混乱を招きやすい状況となっていると考えられる。相談支援センター内、あるいは、院内で連携や相談対応部門など関連部門が複数ある場合には、少なくとも、それぞれの部門の役割を明確にするとともに、その上で十分な連携をとっていく体制が必要である。

また逆に、相談対応窓口が一つの場合にも、管理体制が複数になっていることにより、業務の記録や報告を複数箇所に行う必要があるなど、現場のスタッフに負担が生じている



ことが示唆された。患者や家族の相談窓口として、迅速な意思決定が求められることも多いことから、然るべき管理者（院長直属など）のもとで、混乱が生じないように管理体制を構築していくことが求められる。

## 2) 日本の中でがん相談のニーズを予測し体制整備を進める

本来は、最初に検討されることであるが、がんの情報提供や相談対応の体制をどのように構築するかについては、まずがんの情報や相談に対するどのようなニーズがどの程度あるのかについて把握することからはじまる。がんに関する情報やサポートのニーズには、健常者のがんに関する疑問や不安などから、がんの疑いがある状態、治療前、治療中、治療後、在宅療養中、社会復帰してからなど、その人の置かれた状況によって大きく異なること、窓口の置かれている場所や時間、媒体によっても発せられるニーズは異なることもあり、社会の状況を含めた治療方法の進歩など時間とともに変化するニーズを知るためには、定期的なニーズ把握をしていくことや日々の相談対応からニーズをくみ取るという作業も必要である。

がんに罹患したら必ず相談する訳ではなく、また相談したとしてその相談が1回だけで終わるとは限らない。がんに関連してその状況に応じた疑問や不安が出てきた場合に、医師や看護師など医療の中で身近にいる医療者や、その他さまざまな相談場所にアクセスするという状況が生まれる。したがって、どの程度のニーズがあるのかについて把握すること難しく、また相談窓口の周知が十分に行き届いていない、利用者のニーズも十分に喚起されていない現在の状況の中で予測することは非常に難しい。諸外国のがん対策で行っているがんの情報サービス対応件数を参考にすると（資料9）、がん情報サービスとして、ある程度周知が進んだ、長年の歴史を持った信頼された機関によるがんの相談窓口利用状況ということを前提とした場合、がん罹患割合に対する対応件数の割合は、約0.2～1.0となっていた。

日本の相談支援センターで対応している相談のうち、これらに相当するのは、院外からの相談ということになる。したがって、これらの情報をもとに試算してみると、0.15～0.22となる。相談支援センターの周知の状況だけでなく、利用者側の相談に対する親和性やがんに対する隠匿性の程度なども異なるため、そのまま日本の状況に当てはめるには限界があるが、少なくともH21年度現在の2倍から5倍の相談がなされていない潜在的な相談があると考えられる。

このように相談件数には、さまざまな要因が影響するため、周知が進んだとしてもすぐに数として反映されるかどうかはわからない。しかし当面は、倍の相談対応件数を想定して体制を整備するなど、計画的に体制整備を進めていくことが必要であろう。

資料 9. 諸外国のがん相談対応窓口の対応体制と対応件数

国名	米国		カナダ	フランス	日本
実施主体 (設立年～)	米国がん研 究所 <sup>1)</sup> (1975～)	米国がん協 会 <sup>1)</sup> (1997～)	カナダがん協 会 (1996～)	フランス国立 がんセンター (2005～)	日本相談支援 センター <sup>2)</sup> (2006～)
対応相談員数 <sup>3)</sup>	90名	220名	65名	5-10名	679名(専従)
対応時間	月～金 9-16:30 (local time)	7日/週 24時間	月～金 9-18	月～土 9-19	月～金 <sup>4)</sup> 午前・午後
対応件数 (年)	28万件 (2005)	120万件 (2005)	7万件 (2005)	2.5万件 (2006)	9.1万件 <sup>5)</sup> (2009)
対応件数 (人口10万人あたり)	469.8件		225.8件	42.7件	71.6件
がん罹患割合 (10万人あたり) IRAC(2002)	M: 536.8 F: 458.9		483.3 403.4	521.6 384.4	495.1 328.1
がん罹患割合に対する 対応件数の割合	約1.0		約0.5	約0.2	0.15～0.22

1) 当時の米国の NCI-CIS の認知度(2005):28.4%, 1-800-Cancer: 18.7%, ACS の認知度(2003): 96.8%, 1-800-ACS-2345: 4.3% (NCI Health Information National Trend Survey (HINTS))

<http://hints.cancer.gov/index.jsp> より

2) 相談支援センター「利用あり～言葉だけ知っている」29.9%(H21 年度世論調査より)

3) 対応相談員数は、いずれも対応件数把握年となる。

4) 全国の相談支援センター約 8 割での対応状況(現況報告の結果より)

5) 2009 年度厚労省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」より 1 週間分の相談件数から試算、院内外を含めた相談件数は、試算値(45.8 万件/年)から、院外相談件数(全体の約 2 割)を試算した。

### 3) 継続的に安定して情報を収集し、分析、評価、発信できる仕組みをつくる

残念ながらわが国では、がん罹患数も統計的に推定した数があるのみで、正確な実数は把握されていない。また院内がん登録で把握されたがん患者数についても、ようやく整備が進められるようになったところであり、数値そのものについても検証段階にあるもので、公開されている数値についても都道府県単位のみで、施設別ではない。したがって、推定がん罹患患者数に占める相談件数の割合や院内がん登録件数に占める院内がん相談の割合については、精度の高い指標というよりも一つの目安として捉えるしかない。しかし、継続的に推移をみていくことで、相談対応状況の何らかの傾向がみえてくる可能性もある。また院内がん登録の施設別の件数が公開されるようになれば、院内の相談対応状況についてよりの確に捉える指標となる可能性もある。

一方、本報告の中で扱った相談件数、院内外の相談件数、相談支援センターの整備状況に関する調査結果は、現況報告と厚労省委託事業で行われた医療水準調査で把握されたものであり、後者については、今後も引き続き調査が実施されるかどうかは不明な状況である。根拠に基づくがん対策を行い、がん対策の進捗状況を把握していくためには、継続的

に安定した方法で、実態を把握できる仕組みが必要である。イギリスでは、がん対策施行5年後に行われた中間評価によって、最も必要なものは情報収集の仕組みであると結論づけ、さまざまなタイプのがんや患者のタイプについて比較可能な診断、治療、アウトカムに関する国レベルの情報の収集、分析、発信を担う National Cancer Intelligence Network がつくられ、このしくみを中心にがん対策が進められている (Cancer Reform Strategy, 2007; 東, 2010)<sup>2</sup>。こうした継続的に情報を収集し、データに基づくがん対策を実施できるような仕組みが必要である。

## 2. 相談支援センターのスタッフおよび人材育成

相談支援センターの相談員については、基本計画に「すべての相談支援センターにおいて、5年以内に、がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置することを目標とする」ことが示され、また指定要件においても、「国立がんセンターがん対策情報センターによる研修を修了した専従および専任の相談支援に携わるものをそれぞれ1人以上配置すること」が示された。これを受けて、相談支援センター相談員を対象とした5日間（基礎研修(1)(2)(3)）合計33時間の研修が、がん対策情報センターにより提供されている。研修費用は無料、研修参加に伴う旅費は個人または施設負担である<sup>3</sup>。

また、厚生労働省総務課がん対策推進室長による事務連絡（H20年4月2日）で、平成22年3月31日までに、相談支援センターの相談員（複数配置）について、1名は「相談員基礎研修(2)」まで修了し、もう1名は「相談員基礎研修(3)」まで修了している必要があることが示され、拠点病院の研修修了者配置の整備が進められている。

### 2.1. 相談員の教育・研修の現状

#### 1) 研修受講状況

指定要件として示されたこともあり、現況報告では基礎研修(3)まで修了している者1名と基礎研修(2)まで修了している者1名の配置は、すべての拠点病院で満たされていた（現況報告 H21年10月末提出）。

全国の相談支援センターに携わる全スタッフ2,117名についてみると、研修を修了している者の割合は、基礎研修(3)までの修了者は465名<sup>4</sup>（22.0%）、基礎研修(2)までの修了者は1,079名（51.0%）で、基礎研修(3)まで修了した人数は、平成21年10月末現在で、1施設あたり平均 1.3±0.5人であった。施設別の配置状況をみると、1名のみ298施設（79.1%）、

<sup>2</sup> The Cancer Reform Strategy : NHS が2000年に Cancer Plan を発表後の改善を踏まえた上で、今後5年間（2012年までの）がんサービスの明確な方向性を決めるために作成された。10領域に関する活動計画 programme of action、がんのアウトカム改善のための6領域、提供を確実にするための4活動領域が計画されている。

<sup>3</sup> 基礎研修の内容の詳細については、がん対策情報センター「がん情報サービス」を参照 <http://ganjoho.ncc.go.jp/>

<sup>4</sup> 現況報告では2カ所報告欄があり、現況報告（別紙27）に報告された研修終了状況では、基礎研修1,2,3修了者は、480名となっていた。

2名71施設(18.8%)、3名7施設(1.9%)、4名1施設(0.3%)となっており、指定要件は満たしているものの、基礎研修(3)までの修了者は、8割以上の相談支援センターで、一人のみという状況であった。

## 2) 異動・離職の状況

国立がん研究センターがん対策情報センターが報告している修了者数の報告によると、H21年10月末現在のH22年度拠点病院所属の基礎研修(3)までの修了者数は、509名となっていた<sup>5</sup>。現況報告により報告されている研修修了相談員数との差分をとると、44名(8.6%)が、H21年10月末現在において相談支援センタースタッフとして登録されていないことが示された。つまり、44名は、H20,21年度中に受講した後に病院内他部署所属となるなどの異動や離職等となっていると考えられる。また本研究班で行ったH21年度末までに相談員基礎研修(3)を修了した638名について行った所属確認調査においても、相談支援センターに所属しているのは587名(92.0%)、出向または院外への移動2名、退職28名、無回答21名であり、異動または退職は、多くても8%にとどまっていることが示された。

## 3) スタッフの人数と構成の現状

本報告書の「1.1.1(2) 相談支援センターのスタッフ」に示したように、現況報告によると、全国の相談支援センターにたずさわる全スタッフ数は、2,117名であり、その内訳は、専従679名(32.1%)、専任479名(22.6%)、兼任959名(45.3%)となっていた。職種別では、社会福祉士等が858名(40.5%)と最も多く、続いて看護師738名(34.9%)、事務員217名(10.3%)となっていた(表2)。

一施設あたりの相談支援センターに関わる全スタッフ数は、平均 $5.6 \pm 3.6$ 名(range: 0~20名)、そのうち相談業務に携わるスタッフ数は、平均 $5.0 \pm 3.2$ 人(range: 0~20名)であった。事務業務やデータ処理等に携わるスタッフは、平均 $0.1 \sim 0.3$ 人(range: 0~5名)となっていた(表3)。

相談支援センターのスタッフ数を、施設割合で見ると(表4)、2名まで55施設(14.6%)、3~4名まで122施設(32.4%)、5~6名まで83施設(22.0%)、7~8名まで60施設(15.9%)、9~10名30施設(8.0%)、11~20名27施設(7.2%)であった。一施設あたりの専従の人数は、平均 $1.8 \pm 1.8$ 人(range 0-13、中央値1)、専任の人数は、平均 $1.3 \pm 1.3$ 人(range 0-8、中央値1)で、専従と専任を合わせた人数は、平均 $3.1 \pm 1.9$ 人(range: 0-14、中央値3)であった。

事務業務の業務を担当するスタッフは、全国に217名、事務業務担当のスタッフを置い

<sup>5</sup> H21年度10月末までの基礎研修(3)の修了者数は639名、H22年10月末までで1,101名であった。そのうち拠点病院の基礎研修(3)の修了者数はH21年10月末までで363名、H22年10月末までで合計872名が修了しているという結果であった(がん対策情報センターより)。

ている相談支援センターは、72 施設のみであり 8 割以上の相談支援センターで全く配置されていない状況であった。

医療水準調査により把握された相談支援センターの体制整備状況に関する調査項目と相談記入シートの提出状況、また現況報告で把握された相談件数との関連をみると、「専従スタッフの人数 (II.1)」は、H20,21 年度の相談件数、H19,20,21 年度の相談記入シート提出件数に有意な関連がみられていたが、専任、兼任のスタッフの数は、関連がみられなかった。また、「がん専門看護師の配置または支援」は、H19,20,21 年度の相談記入シート提出件数に関連がみられた。また、専従医療ソーシャルワーカーの数が多い場合には、同じく相談記入シート提出件数が多くなっていた (表 11)。

#### 4) 相談対応の質向上に向けた取り組みの状況

H21 年度医療水準調査の結果から、相談支援センターの研修・教育体制で、「相談対応について自施設でマニュアルとしてまとめている (VI.1) 6」は約 5 割、「相談対応マニュアルは、定期的に見直しを実施している (VI.3)」は約 4 割、「相談事例に対する対応内容について定期的に検討会を実施している (VI.4)」について毎週 1 回以上実施しているのは 3 割弱、「相談事例の傾向の分析から問題の抽出を行っている (VI.5)」についてある程度以上実施しているのは 6 割弱であった。また「院内の関係部署のスタッフと定期的なカンファレンスを実施している (VI.6)」について週 1 回以上実施しているのは 4 割弱、「相談業務に関連した学会・研究会等における活動をしている (VI.11)」について参加および発表で 7 割強であった。また、これらの相談対応の向上に向けた相談支援センターや院内での取り組みは、相談記入シートの数とも有意な関連がみられ、それぞれの活動をしている場合に、相談件数は多くなっていた (表 11)。

### 2.2. 相談支援センターのスタッフ充実のために、前提となる考え方

現在、がん対策として進められている相談支援センターの体制づくりは、国内ではこれまでに例がなく、諸機関で模索しながら進められている状況である。しかしながら諸外国のがん対策における情報提供体制をみると、参考にできる視点は数多くあると考えられる。

#### 1) 諸外国のがん相談対応窓口の設置方式

諸外国のがん対策の一環で行われている相談対応窓口の設置形態および国内の配置方式をみると (資料 10)、院外独立型の設置形式が主となっている。院内に設置している形態のカナダがん協会でも、組織は病院からは独立しているが、情報収集や継続教育等の機会確保のために、病院施設の一部を間借りして運営している。またそれぞれの国内の配置方式は、集中型である。なお 2005 年時点では 4 カ所だった米国 NCI が統括するセンター数は、2010 年より 1 カ所となっている。

6 「医療水準調査」 H21 年度調査票に示されている質問の番号を示す。

資料 10. 諸外国のがん相談対応窓口の設置方式

国名	米国		カナダ	フランス	日本
実施主体 (設立年～)	米国がん研究所 <sup>1)</sup> (1975～)	米国がん協会 <sup>1)</sup> (1997～)	カナダがん協会 (1996～)	フランス国立がんセンター (2005～)	日本相談支援センター <sup>2)</sup> (2006～)
設置形態	院外独立型	院外独立型	院内設置 組織独立型	院外独立型	院内一体型
全国の配置方式 センター数 (統括組織数)	集中 4 (1)	集中 1 (1)	集中 4 (1)	集中 1 (1)	分散 377 (377)
件数 (年)	28 万件 (2005)	120 万件 (2005)	7 万件 (2005)	2.5 万件 (2006)	9.1 万件 <sup>3)</sup> (2009)
件数 (人口 10 万人あたり)	469.8 件		225.8 件	42.7 件	71.6 件
がん罹患割合 (10 万人あたり) IRAC(2002)	M: 536.8 F: 458.9		483.3 403.4	521.6 384.4	495.1 328.1
がん罹患割合に対する 対応件数の割合	約 1.0		約 0.5	約 0.2	0.15～0.22

1) 当時の米国の NCI-CIS の認知度(2005): 28.4%, 1-800-Cancer: 18.7%, ACS の認知度(2003): 96.8%, 1-800-ACS-2345: 4.3% (NCI Health Information National Trend Survey(HINTS))

<http://hints.cancer.gov/index.jsp> より

2) 相談支援センター「利用あり～言葉だけ知っている」29.9%(H21 年度世論調査より)

3) 2009 年度厚労省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業」より 1 週間分の相談件数から試算、院内外を含めた相談件数は、試算値(45.8 万件/年)から、院外相談件数(全体の約 2 割)を試算した。

2) 国内の配置方式の違いによる特徴と運営上の差異

国内の配置方式の違いによる差異について資料 11 に示した。教育、知識・運営ノウハウの蓄積、相談対応に利用する情報・リソースの確保・整備、相談対応の質の担保について、分散型と集中型では、集中型の方が、さまざまな必要とされる機能にそれぞれの対応スタッフを確保しやすく、相談対応件数が多くなることで、全体としてノウハウの蓄積がしやすく、質の担保もしやすいという特徴があげられる。

資料 11. 国内の配置方式の違いによる差異

	分散型	集中型
人員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>少数</u></li> <li>・それぞれの機能は、同じスタッフが担う必要がある</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>多数</u></li> <li>・それぞれの機能に必要な担当スタッフを確保しやすい</li> </ul>
教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例検討は可能</li> <li>・自前研修する場合の<u>負担大</u></li> <li>・外部の教育・研修機会に<u>参加しにくい</u> (特に平日)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事例検討は可能</li> <li>・自前研修する場合の<u>負担少</u>(担当スタッフにより担うこと可能)</li> <li>・外部の教育・研修機会に<u>参加しやすい</u></li> <li>・<u>比較的短期間</u>でできる(事例数多・分析スタッフの確保)</li> </ul>
知識・運営ノウハウの蓄積	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>時間がかかる</u>(事例数少・分析スタッフの確保難)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>比較的短期間</u>で達成しやすい</li> </ul>
相談対応に利用する情報・リソースの確保・整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>時間がかかる</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>比較的短期間</u>で達成しやすい</li> </ul>
相談対応の質の担保	<ul style="list-style-type: none"> <li>・機関ごと(377 病院)の運営方針・理念に少なからず依存、研修/意識統一の機会を確保しにくい<u>ため標準化が難しい</u> ←全国の標準化に向けて充実させるためには、他機関との交流を通じた研修等の機会が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・標準化に向けた取り組みは、スタッフ間の交流・学習機会を担保することによりある程度可能</li> </ul>

### 3) 設置形態の違いによる特徴と運営上の差異

設置形態の違いによる起こりやすい運営上の差異について、資料 12 に示した。教育機会については、院内設置の場合には、病院内のさまざまな勉強会などを利用することにより、確保しやすいと考えられる。一方、院外設置の場合は、自前または外部の研修・教育機会を利用する必要がある。またスタッフについては、院内設置においては相談部門以外にもさまざまな機能を担う場合が多いことから、その役割を明確にしていけない場合には持つべき機能や役割においても不明確になりやすい。そのために、院内全体の意識統一が図れていない場合には、通常行われている院内外のローテーションによるスタッフの異動が起こりやすくなる。連携については、院内設置の場合には、より複雑なニーズに応えるためには、その相談対応窓口以外の役割や機能を有している場合には、(深さ)の連携体制をとりやすい。一方、院外設置の場合には、より複雑なニーズに応えるためには、他の機関との(広さ)の連携をとることが必要になる。

評価については、院内設置の場合には、院内への貢献とがん対策としての院外に対する貢献を期待されるが、院内と院外の評価の方向性は必ずしも一方向ではないことが多いこと、院内スタッフには院外の貢献が見えにくいことから、相談支援センターのスタッフに対する適切な評価が得られにくい状況が起きやすい。

資料 12. 設置形態の違いによる特徴と運営上の差異

設置形態	院内	院外
教育	・ <u>教育機会を確保しやすい</u> (院内のさまざまな勉強会を利用できる)	・ <u>教育機会を確保しにくい</u> (自前 or 外部の研修機会を利用する必要がある)
スタッフ	・院内ローテーションに組み込まれた場合は <u>異動が起こりやすい</u> ・本人希望でなく、配属による配置転換の場合には、相談対応のモチベーションが高くなることもある	・(離職以外の) <u>異動は起こりにくい</u> ・スタッフ募集～選考の過程で、モチベーションの高いスタッフを集めやすい
役割	・前方支援である相談対応以外に、院内連携、後方支援の役割が不明確になりやすい ・業務内容が複雑になりやすい ←そのための業務の整理や業務量の把握が必要である	・外部の相談対応に向けた役割は明確 業務内容が単調になりやすい ←そのための工夫が必要
相談者が他の支援を必要とする場合の連携とそのため の整備	・より複雑なニーズに応えるための <u>(深さの)連携がしやすい</u> ←そのためには院内に多様なサポート体制が構築されている必要がある	・より複雑なニーズに応えるために、他の機関と <u>(広さの)連携がしやすい</u> ←そのためには、全国や地域など対応範囲に応じた諸機関情報の収集が不可欠となる
評価単位	・院内と院外の <u>三方向の活動評価</u> となりやすい(院内評価と院外評価の乖離＝院外に向けたサービスは、院内では評価されにくい) ←そのため複数の視点でより広域な枠組みでの評価体制が必要	・機関外の <u>一方向活の活動評価</u> となる(機関内の評価＝機関外の評価は一致) ←そのため広域な枠組みでの評価体制が必要

2.3. 相談支援センターで求められる機能充実に向けて、当面の課題とその対応

ここでいうスタッフの充実とは、数だけでなく、相談支援センターのさまざまな機能に対応するために求められる適性やスキルなどの質的な充実も含む。

1) 相談支援センターの運営に必要なスタッフの充実をはかる

相談支援センターには、さまざまな機能が求められ、それらを支えるための人材が必要となる。

(1) 個別の相談対応を行うために必要な能力・条件等

相談支援センターが安心して利用できる相談対応窓口となるためには、全国の相談員が利用者のニーズに応じて適切な相談対応ができる必要がある。がんの相談窓口運営に関して35年以上の歴史を持つ米国国立がん研究センターがん情報サービスが示している相談員(情報提供専門家と呼ばれる)の条件には、がんについての知識、コミュニケーション・スキル、技術的な能力(パソコン、タイピング等)が必要とされており、これら3つすべての条件を満たすことが必須とされている(高山・山本, 2008)。さらに知識などを更新す



るために自己研鑽できることも必要な能力としてあげられている。こうした知識やスキルを身につけられる環境を整備するとともに、トレーニングだけでは身につけることが難しいコミュニケーション能力や相談対応の適性を見極めてスタッフを配置することも相談支援センターの管理者には求められる。

### **(2) 院内外の資源や支援を確保するために必要な能力・条件等**

相談支援センターにおいては、多くの院内外の関係づくりや調整、マネジメント・スキルも求められる。とくに院内外の情報収集や調整業務は、予期せぬ対応を求められる可能性も高く、状況に応じて対応することや他部署や他機関との交渉能力も必要である。

実務にあたるスタッフのレベルで、院内外の関係づくりや調整、マネジメント・スキルを持つ適切な人材を配置できるようにするとともに、相談支援センターや病院として他機関との関係づくりや調整が必要となることも多くあるため、相談支援センターの責任者や管理者レベルで、必要に応じて対応できるように体制を整備しておくことも必要である。

### **(3) 広報活動に対応するために必要な能力・条件等**

相談支援センターが地域のがんの相談窓口として機能するためには、医療機関や関連機関との関係づくりだけでなく、地域内の一般住民に向けた情報発信や広報活動が必要となる。対外交渉や広報資材の作成、関係機関への働きかけなどを含む幅広い院内外の対応が期待されるため、相談員が相談対応をしながらこれらの対応すべてを担うには限界がある。そのため、相談支援センターのみで行うというよりも、病院内の然るべき対応部署で行うなど拠点病院として広報のバックアップが求められる。

## **2) 全国の相談支援センターで一定水準以上の相談対応の充実をはかる**

相談支援センターの相談員の条件は、「がん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置すること」（基本計画）、「がん対策情報センターによる研修を修了した専従及び専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1名以上配置すること」（指定要件）と示されているのみで、現時点でその他の質的な条件については何も触れられていない。また現状についても、相談員の研修受講状況の把握のみで、全国の相談支援センターで均質な対応が提供されているかについては、把握されていない。全国の相談支援センターで一定水準以上の相談対応の充実をはかるためには、そのための条件と体制を整備していくことも必要である。

### **(1) 業務量に見合った適切なスタッフ配置**

さまざまな機能が求められる相談支援センターを担っているスタッフは、現在、社会福祉士、看護師などの職種が全体の約8割を占めており、医療や福祉の知識については一定水準以上の知識を有していると考えられる。しかし資格によっては医療や福祉制度、がんの知識などに対して強みの程度が異なることから、利用者の幅広いニーズに対応するためには、一つの職種ということではなく、さまざまな専門性を生かしたスタッフが協力して利用者の相談や情報提供に対応できることが必要である。そのためには複数の専門性をもつスタッフの配置がより理想的といえる。

### がん相談対応の専従スタッフの充実

専従スタッフの数は、H20、H21年度の相談件数、H19、20、21年度の相談記入シート提出件数の多さと関連がみられていたことから、相談支援の業務に専念できる環境であるかどうか、相談支援センターの利用件数を高めるためには重要であると考えられる。専従スタッフ数は、過半数を超える施設で1人の配置であり、相談員以外の専従事務スタッフの配置はないところが7割以上となっていた。相談支援センターとしての活動を高めるためには、相談員が相談業務に専念できるよう専従スタッフとして従事する事務のスタッフを配置することも必要である。

### がんの専門性をもつスタッフの充実

さらに、がん専門看護師といった、がんの専門性をもつスタッフの配置や支援が、相談件数とも関係がみられていた。がんの患者や家族からの期待や院内外の医療関係者からのがん専門看護師への専門的な対応に対する期待によるものか、あるいは、がん専門看護師から利用者に対してニーズを発掘しやすいためのものは、現時点での調査結果からは明らかではないが、相談支援センターに専念できるスタッフの数以外にも、専門性といった質的な側面が、相談支援センターの充実には必要だということを示唆しているものと考えられる。こうしたがんの専門性をもつ適切なスタッフの配置により、相談対応の数のみならず、より質の高い相談対応が行われるようになるのではないかと考える。このように考えると看護師の領域ではすでに存在するがん専門看護師だけでなく、がんの専門性をもつオンコロジーソーシャルワーカーの存在も今後重要になってくるのではないかと思われる。

### 事務業務、データ処理、広報などの対応をするスタッフの充実

相談対応を充実させるには、相談対応をバックアップする事務業務やデータ処理、広報等の対応をするスタッフの充実も不可欠である。スタッフが十分でない状況下においては、たとえば、事務作業に追われて相談対応に集中できない、広報活動が行えない、逆に、広報した場合に対応しきれないという不安により、広報活動を躊躇するという悪循環が起きやすい。実際に、8割以上の相談支援センターでは、相談業務担当以外のスタッフは全く配置されていない状況であった。拠点病院としての相談対応のバックアップ体制を充実させることも重要である。

#### **(2) 相談対応の質を維持・向上するために必要な対応件数**

相談員の相談対応の質を維持・向上するためには、一定数以上の相談対応を行うことが必要である。諸外国におけるがんの電話相談窓口（コールセンター）においては、3日/週は、質の維持向上には必要であり、質の担保のためには、12～15件/日程度とされている（ICISG 2010）。これをもとに試算すると、各相談員が10件/日程度（30件/週、120件/月、1440件/年程度）は、質を維持・向上するために相談対応に専念できる環境を作っていくことが望ましいと考えられる。

しかし、多くの相談支援センターでは、相談支援センターの利用者が少なく、とくに一般病院の場合には、がんの相談が必ずしも多いわけではないため、一定程度の件数をこな

すことそのものが難しい可能性がある。また専従と専任 2 名の体制では、相談対応以外の事務的な業務も同時にこなすという状況が発生するため、それにより相談対応が圧迫される可能性がある。けれども、全国の相談支援センターの専従・専任スタッフにより、その地域のがん相談を充実させていくためには、利用者が少ない場合には、利用が増えるよう院内外に働きかけをすることもその相談支援センター、相談員の役割であると考えられる。

また逆に一定以上の質を担保した相談対応を行うためには、相談員一人あたりの相談対応が、12~15 件/日を極端に超えないような配慮も管理者には求められる。がんの相談対応業務以外を担うスタッフについても、当然、その業務量を加味して、1 日の相談対応可能件数が決められる必要がある。

相談支援センターが対応できる相談件数は、対応するスタッフ数に依存する。また、その拠点病院や相談支援センターが、患者会の立ち上げ支援など、個別の相談対応以外の機能を充実させる場合には、この限りではない。いずれにしても、その拠点病院（相談支援センター）としての役割と機能を定める必要がある。

### **(3) 全国の相談支援センターのがん相談支援に関する理解や意識の共有**

全国の利用者が安心して相談支援センターを利用できるようにするためには、全国の相談支援センターのどこを利用しても、同じように相談対応が受けられるよう、全国で一定水準以上の相談対応ができるスタッフが配置されていることが求められる。現在行われている基礎研修は、がん相談支援の実務者で、医療または福祉の関係の有資格者あるいはそれに準ずる者を対象に、がんの相談対応における基本的な知識とスキルを学ぶことを目的として構成された研修である。今後、研修受講者の効果については確認していく必要があるが、がんの相談支援に関する共通の理解やスタンスを身につけるためには大事な機会の一つになると考えられる。

各拠点病院の指定要件の人数（基礎研修 3 までの修了者が 1 名いること）は満たしているが、現段階では、全国で相談支援に携わると報告された相談支援センターのスタッフのうち基礎研修(3)まで修了しているのは 2 割ほどにとどまっていた。少なくとも相談支援センターの約半数を占める専任と専従の 1,058 名については、基礎研修を受けられるようにすることが望ましい。また実質的な関わりの度合いが異なると考えられるが、兼任のスタッフについても、相談支援センターに関わるのであれば、全国レベル、都道府県レベルでの意識の共有のためにも受講できるようにすることが望ましいと考えられる。

研修修了者の数が十分でない原因の一つに、基礎研修ががん対策情報センターのみにより提供されていることから、十分な研修提供体制がないことが考えられる。そのためには、研修の一部を E-learning 化していくなど、提供方法の工夫と充実が図られる必要がある。

### **(4) 相談支援センターのノウハウの蓄積と相談対応の質向上のための体制づくり**

#### **異動・離職状況とその背景要因の把握と対策**

相談支援センターで相談対応や院内外の連携機能を維持し、さらに改善・強化していく

ためには、相談支援センターで積み上げていく知識やスキルのノウハウを蓄積することが不可欠である。現在の限られた人数の中での相談員の異動や離職は、ノウハウの蓄積、つまりは相談支援センターの体制づくりに多大な影響を及ぼしうる。

H21年10月末現在に把握された異動・離職の割合（2年間）は、約8%と考えられ、日本看護協会が実施している「病院における看護職員需給状況調査」の、常勤の離職率11.9%<sup>7</sup>と比較して低水準に抑えられていた。各拠点病院が相談員を専従、専任として配置すること、またそのスタッフについて、研修を受ける必要があることを認識して、異動をとどめていることが背景として効果的に働いたためと考えられる。しかし、養成人数が限られていることを考えると、1名が異動あるいは退職することのインパクトは大きい。

これらの異動や離職状況についても考慮に入れて、相談支援センターの機能や質的な向上のための取り組みを考える必要があるため、引き続き異動や離職状況を把握していくことは必要である。

#### ノウハウの蓄積と相談対応の量と質の確保

相談件数が増加することで、相談対応の経験も蓄積され、対応能力が向上することが期待される。また院内外の関係者との関係作りにもつながり、相談員や相談支援センターとしての相談対応リソースも充実すると考えられる。

相談対応についてマニュアルとしてまとめ、定期的に見直しをはかる、また検討会を行うといった相談対応のノウハウを蓄積するための取り組みや、相談事例の分析を行ったり、院内の関係部署との定期的なカンファレンスや相談業務に関連した学会・研究会等における活動といった質的な向上に対する取り組みを行っているところは、相談件数が多いという結果であった。これらの活動は、まだ十分とは言えない状況にあり、各々の相談支援センターで取り組んでいけるようにする必要がある。

相談対応の質の向上は、相談対応数を一定程度以上こなすことにより、質的な向上に関する活動への取り組みにも影響すると考えられ、相談対応の量と質を合わせた双方向性のよいフィードバックがかかっていると考えられる。したがって相談支援センターの質的な強化には、相談件数が一定数以上（多く）保たれること、それに対応してマニュアル整備や事例検討などの質的な向上に向けた活動が行われるという両側面を含む相談対応に焦点を充てた取り組みが推進されるようにしていく必要があると考えられる。

#### **(5) 継続学習・教育の機会の確保**

基本計画および指定要件の枠組みで提供されている研修は、基礎研修の33時間のみである。がんの治療方法や社会制度、また倫理的な課題についても、時間とともに変わるため、それに対応して相談員が利用する情報を更新できるようにすることが必要である。日々の相談対応をする中で個々に自己研鑽をはかることに加え、そうした個々の自己研鑽をバツ

<sup>7</sup> 社団法人日本看護協会「2009年病院における看護職員需給状況調査」によると、常勤11.9%、新卒8.9%で、前年比0.3ポイント減であった。News Release (2010/3/16), <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/press/2009pdf/0316sanko-2.pdf>