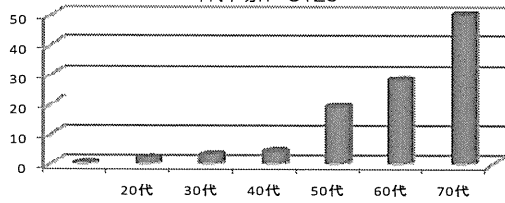


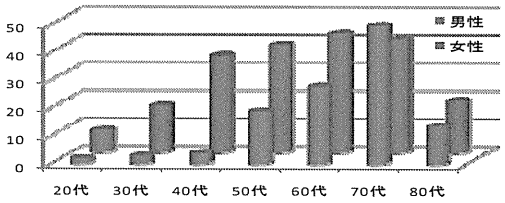
医療相談 詳細内容

20年度 総相談件数9451件

相談者の年代と性別 n=9451
年代不明 n=9120

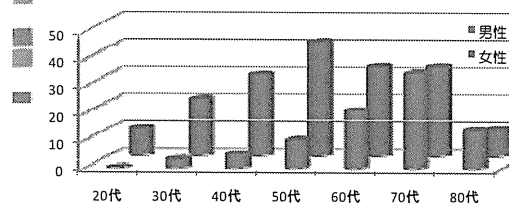
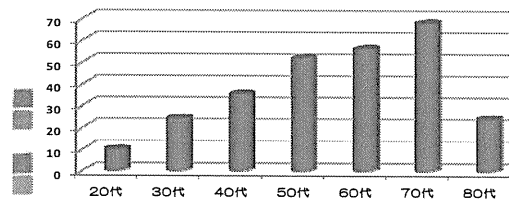


相談者の年代と性別



21年度 現在件数9003件

年代不明 n=8734

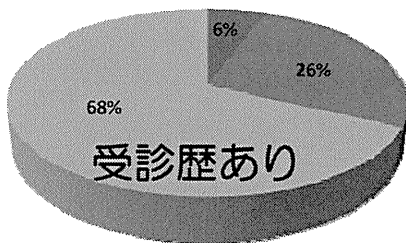


医療相談 詳細内容

20年度 総相談件数9451件

相談者の四国がん受診歴

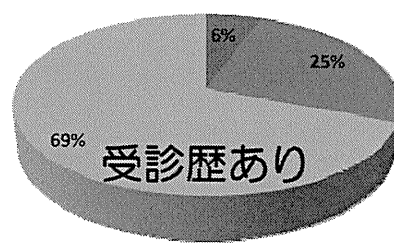
■ 受診歴不明 ■ 受診歴なし ■ 受診歴あり



21年度 現在件数9003件

相談者の四国がん受診歴

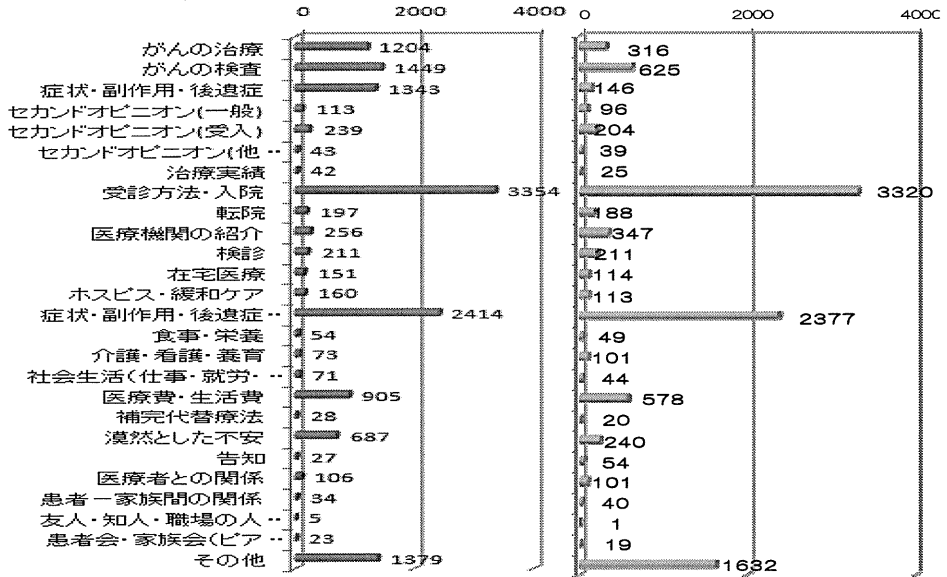
■ 不明 ■ 受診歴なし ■ 受診歴あり



医療相談 詳細内容

20年度 総相談件数9451件

21年度 現在件数9003件



(資料8)

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業)
相談支援センターの機能の強化・充実と地域における
相談支援センター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

がん専門相談員に求められる心理的な問題への対応スキルに関する検討

研究分担者

加藤 雅志 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援研究部長

研究協力者

吉田 沙蘭 国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援研究部
心理療法士

研究要旨

相談支援センターにおける相談者に対する心理的サポートの必要性が示唆されていることを踏まえ、がん専門相談員はある一定の水準の心理的サポートに関する知識や技術を習得していくことが求められている。MSW、看護師の認定資格の要件や関連カリキュラム、文献検索、精神保健の専門家の意見を基に、「相談支援センターに勤務するがん専門相談員が習得すべき知識及び技術」について抽出を行ったところ、がん専門相談員に求められる「心理的」な問題への対応スキルが明らかになった。今後、がん専門相談員が、がん患者やその家族の心理的な問題等に適切に対応していくために、必要な知識や技術の習得を旨とした研修等の充実が図られていくことが望まれる。

A. 研究目的

相談支援センターにおける相談者に対する心理的サポートについては、「がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査(2010年)」によると、相談内容として、「不安・精神的苦痛」に関して、対応したものとして19.6%、最も比重が高いものとして5.4%となっており、相談者に対する心理的サポートの必要性が示唆されている。

一方、相談支援センターの現場においては、がん専門相談員として、医療ソーシャルワーカーや看護師が担当していることが多く、がん専門相談員という新しい専門領域において、様々なバックグラウンドを有

した者が勤務している状況がある。そのため、必ずしもすべてのがん専門相談員が、相談者の心理的負担に対する基本的な対応について十分な知識や技術を習得しているわけではない現状となっている。

今後、相談支援センターにおいて、相談者に対して適切な心理的サポートを実施していくことができるよう、がん専門相談員はある一定の水準の心理的サポートに関する知識や技術を習得していくことが望ましい。

これらを踏まえ、本研究では、「相談者が抱える心理的負担への対応」に関して、がん専門相談員が習得していることが望ましい知識や技術について検討を行う。

B. 研究方法

MSW について、公益社団法人日本医療社会福祉協会が認定を行っている「認定医療社会福祉士」や、看護師について、公益社団法人日本看護協会が認定を行っている

「がん性疼痛看護認定看護師」「緩和ケア認定看護師」に求められている要件や関連カリキュラム、文献検索、精神保健の専門家の意見を基に、「相談支援センターに勤務するがん専門相談員が習得すべき知識及び技術」について抽出を行う。

(倫理面への配慮)

本研究では、個人が特定される情報について取り扱っていない。

C. 研究結果

【がん専門相談員に求められる「心理的サポート」の状況】

1. 患者（家族）との一般的なコミュニケーション
2. 患者のがん罹患に対する通常の心理的反応への対応
3. やや難しい心理的反応（否認、怒り、悲嘆等）への対応
4. 対人関係にともなう心理的反応への対応
5. 意思決定に関わる問題への対応
6. 精神保健の専門家の介入を必要とする精神医学的問題についてのアセスメントと専門家への紹介
7. スピリチュアルな問題への対応
8. 医療従事者とのコミュニケーション

【がん専門相談員に求められる「心理的」な問題への対応スキル】

1. 基本的なコミュニケーションスキル

- ・環境設定に関する基本的な知識
- ・基本的な話の聴き方に関するスキル（言語的／非言語的）
- ・基本的な質問の仕方に関するスキル

2. がん患者の一般的な心理的経過に関する知識

- ・診断から治療、寛解、再発、病状悪化までの過程における心理状態の変化に関する知識
- ・がん患者特有の心理的な問題（喪失等）に関する知識

3. やや難しい心理的反応（否認、怒り、悲嘆等）に関する知識およびアセスメントスキル

- ・やや難しい心理的反応（否認、怒り、悲嘆等）に関する知識と介入スキルが必要な患者に関する知識
- ・精神保健の専門家へ紹介すべきケースについての心理的苦痛の評価技術と紹介の手順についての知識、あるいは、具体的な対応方法に関する技術

4. がん患者によく見られる対人関係の問題に関する知識

- ・がん医療でしばしばみられる対人関係問題（家族内、医療者患者間）に関する知識
- ・適切な対応ができる者への紹介の手順についての知識、あるいは具体的な対応に関する技術

5. 意思決定に関する基本的な知識および基本的な意思決定スキル

- ・がん患者が経験する意思決定場面（治療

選択、治療中止、療養場所等)に関する知識

- ・意思決定支援(状況整理、選択肢の検討、関係する要因の検討等)に関する知識
6. うつ病やせん妄に関する基本的な知識およびアセスメントスキル
- ・うつ病やせん妄の診断基準に関する知識
 - ・精神保健の専門家へ紹介する手順についての知識
7. がん患者に生じるスピリチュアルペインについての知識
- ・がん患者に生じるスピリチュアルペインについての知識傾聴や共感を中心とした基本的なスピリチュアルケアについての基本的な技術
8. 医療従事者とのコミュニケーションについての知識およびスキル
- ・がん医療における携わるそれぞれの職種の専門性と役割に関する知識
 - ・相手の立場を尊重した基本的なコミュニケーションスキル

D. 考察

わが国のがん対策の方向性を定める「がん対策推進基本計画」が、平成24年度に見直しを行うこととされており、平成24年4月現在、その見直し案が「がん対策推進協議会」においてとりまとめられた。その中で、相談支援センターに関して、「がんに関する相談支援と情報提供」の取り組むべき施策として、「拠点病院は、相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対

して専門家による診療を適切な時期に提供できるよう努める」と記載されている。

これまでも、相談支援センターでは、がん患者や家族などの不安の軽減を図るための相談支援を行っていくことが求められていたが、見直しされるがん対策推進基本計画においては、さらに、がん専門相談員が対応困難な場合には、適切な者につないでいくことが求められることとなった。

現在、がん専門相談員の研修において、国立がん研究センターが作成した『がん専門相談員のための学習の手引き』が使用されており、そこに含まれている心理に関する内容は以下のとおりである。

1. がん患者の心理社会的側面に関する基本的な知識
2. 基本的なコミュニケーションスキル
3. 相談員に特有のコミュニケーション知識

今後、がん専門相談員が、がん患者やその家族の心理的な問題等に適切に対応していくために、さらに、以下の内容についても習得していくことができるよう検討していくことが望まれる。

- ・がん患者によく見られる対人関係の問題に関する知識
- ・やや難しい心理的反応(否認、怒り、悲嘆等)に関する知識およびアセスメントスキル
- ・うつ病やせん妄等の精神障害に関する基本的な知識およびアセスメントスキル
- ・意思決定に関する基本的な知識および基本的な意思決定スキル
- ・がん患者に生じるスピリチュアルペ

インについての知識。傾聴や共感を中心とした基本的なスピリチュアルケアについての基本的な技術

E. 結論

今回、がん相談支援センターにおいてみられる相談者の心理的な問題、がん専門相談員が習得すべき知識や技術について検討を行った。今後、心理的問題を抱えるがん患者やその家族に対して、適切な相談支援が提供できるように、がん専門相談員が必要な知識や技術の習得を目指した研修等の充実が図られていくことが望まれる。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし

(資料9)

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業)

相談支援センターの機能の強化・充実と地域における

相談支援センター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

相談支援センターの院内外を含めた機能と役割、位置づけに関する検討

ー相談員に求められる精神心理的ケアの検討ー

研究分担者 小川 朝生 国立がん研究センター東病院 臨床開発センター

精神腫瘍学開発部 室長

研究要旨：相談支援センターの役割の一つにがん患者のこころのケアがあげられている。がん患者の精神症状緩和を図り、療養生活の質の向上を目指すためには情緒的サポートに加えて、うつ病を同定し、専門支援につなぐ介入が重要である。本研究では、相談支援センターと支持療法・緩和ケアチームとの連携をさぐる上で、相談支援の実体を検討した。

A. 研究目的

がん患者は一般人口よりうつ病有病率が高く、自殺や QOL の全般的な低下など深刻な事態をもたらす。特に終末期がん患者のうつ病は身体的制約から抗うつ薬等一般的な抗うつ療法が難しく、新しい抗うつ療法の開発が望まれる。

この状況は、相談支援センターを訪れる患者・家族にも同様である。とくに社会的問題と精神心理的問題との関連は強く、社会的問題にさらされた患者は、社会的問題がない患者と比較して抑うつスクリーニング陽性の割合が 2 倍以上ともいわれている。今後相談支援センターが機能するためには、通常的情緒的支援に加えて、抑うつ・不安など精神症状へも十分な対応スキルを持つことが必要である。しかし、現状では相談員の実践のために求められるスキルが何か明らかになっていない。

そこで本研究では、相談員に求められる精神心理的ケアを明らかにするために、現状に関するレビューをおこなった。

B. 研究方法

国立がん研究センター東病院患者・家族相談支援センターおよび院外施設「がん患者・家族総合支援センター」の開設におこなわれたアンケート調査および相談記録をもとに相談支援の現状を記述的に解析した。

(倫理面への配慮)

研究への参加は個人の自由意思によるものとし、研究に同意し参加した後でも随時撤回が可能であること、研究に参加しない場合でも何ら不利益は受けないこと、個人のプライバシーは遵守されることを開示文書にて示し説明する。調査中に生じる身体・精神的負担についてはできるだけ軽減

することに努める。本研究は実施施設の倫理委員会にて審議を受け、研究実施計画の承認を得た後に実施する。参加者には開示文書を用いて研究の目的・内容に関して十分に説明し、参加者本人から文書にて同意を得られた後におこなわれる。

C. 研究結果

東病院外来にて行われた患者調査（2196名に配布し1510名より回収、回収率69%）では、相談支援センターの認知率は72%、利用率は8%であった。

相談支援センターで相談を希望する項目を併せて調査した結果、不安、抑うつ等の精神症状に関する相談は14.8%にあり、栄養（20.8%）や病状・治療に関する相談（19.3%）、薬物（15.9%）についており、身体症状（14.8%）やコミュニケーション（14.7%）、社会的問題（13.9%）と並んでいた。

院内・院外での相談窓口感での精神症状に関する相談内容の差異もあわせて検討した。院外（がん患者・家族総合支援センター）窓口では、相談方法の60%が電話、相談経路は自らが53%で相談時間は25分であった。院内相談窓口では、来訪が79%であり、医療者からの指示が57%をしめた。相談時間は21分であった。相談内容では、精神的な問題に関する相談の占める割合は、院外窓口では8.3%に対して、院内は看護師による相談では5.6%、医療ソーシャルワーカーを含めた相談では1%であった。

D. 考察

患者調査の結果から、患者家族が相談支援センターでの相談に期待する内容として、精神症状に関する相談も身体症状や治療に関する内容とほぼ同等の水準にあり、患者家族の関心が高いことが示唆される。

また実際の相談記録からも、精神的問題が院内外を問わず取り上げられている一方、院内相談窓口では職種により、精神的問題の取り上げる頻度に差が認められた。この差が生じた原因として、①職種により受ける相談内容が異なる、②職種により問題の同定能力が異なる、の2点の可能性ある。複数の職種が同じ窓口には並ぶ場合、相談内容により担当を振り分けることが可能である。しかし、がん診療連携拠点病院の現状を考えた場合、転院など後方連携業務の比重が大きく、相談支援に十分な人数を割くことは難しい。精神的問題に関しても、すべての相談員が同様のアセスメント技術を持つことが望ましく、職種を越えた教育プログラムが必要であろう。

E. 結論

相談支援センターの相談支援業務における精神的問題へのアセスメントは重要であり、相談員への教育方法の検討が必要である。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

1. Shimizu, K., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al : Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice. *Psychooncology* 19: 718-25, 2010
2. Asai, M., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al : Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary

- finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. Palliat Support Care 8: 291-5, 2010
3. Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al : Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital. Jpn J Clin Oncol 40: 1139-46, 2010
 4. 高橋真由美, 小川朝生, 内富庸介, 他: 【うつを診る】各領域におけるうつ病診療とその対策の実際 緩和ケア領域におけるうつ病. 総合臨床 59: 1224-1230, 2010
 5. 小川朝生: 精神科医への期待 いま進められている事業から. 精神神経学雑誌 112: 1010-1017, 2010
 6. 大谷恭平, 小川朝生, 内富庸介, 他: サバイバーにおける認知機能障害. 腫瘍内科 5: 202-210, 2010
 7. 小川朝生: 在宅ケア各論 第 5 回. 温第 5 号: 13-15, 2010
 8. 小川朝生: 【がんの告知と看護師の役割 看護師のコミュニケーション技術】医療者間のコミュニケーション. がん看護 15: 50-52, 2010
 9. 白井由紀, 小川朝生, 内富庸介, 他: がん治療中の患者の精神症状. エビデンスにもとづいた OncologyNursing 総集編: 163-167, 2010
 10. 小川朝生 :がんチーム医療におけるコミュニケーション・スキル. Oncology Nursing 1: 22-25, 2010
- 精神神経学会学術総会, 広島県広島市, 2010, シンポジウム 21
2. 鈴木真也, 小川朝生, 内富庸介, 他 : せん妄をきたしたがん患者における非定型抗精神病薬の高血糖, 第 48 回日本癌治療学会学術集会, 京都府京都市, 2010, 一般演題 (ポスター)
 3. 小川朝生: がん患者におけるコンサルテーションの実際, 第 2 3 回日本総合病院精神医学会総会, 東京都千代田区, 2010, GHP 精神腫瘍学研修会
 4. 小川朝生: 心理士のアセスメント・介入, 第 2 3 回日本サイコオンコロジー学会研修セミナー, 愛知県名古屋市, 2010,
 5. 小川朝生: 患者の意向に沿った治療を考える (意思決定能力), 第 2 3 回日本サイコオンコロジー学会, 愛知県名古屋市, 2010, JPOS シンポジウム 6
 6. 小川朝生: 緩和ケアチーム・フォーラム よりよい活動のためにー成熟期への道しるべー, 第 15 回日本緩和医療学会学術大会, 東京都千代田区, 2010, 職種別フォーラム 4 座長
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)
1. 特許取得
なし
 2. 実用新案登録
なし
 3. その他
特記すべきことなし

学会発表

1. 小川朝生: 精神科医への期待 いま進められている事業から, 第 106 回日本

(資料10)

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業)
相談支援センターの機能の強化・充実と地域における
相談支援センター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

がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発

研究分担者

八巻 知香子 国立がん研究センターがん対策情報センター 研究員
高山 智子 国立がん研究センターがん対策情報センター 室長
田尾 絵里子 国立がん研究センターがん対策情報センター 研究員

研究協力者

清水 奈緒美 神奈川県立がんセンター 医療福祉相談室 室長
大石 美穂 佐賀県立病院好生館 相談支援センター
橋本 久美子 聖路加国際病院 医療連携相談室
関 由起子 埼玉大学 教育学部 准教授
小郷 祐子 国立がん研究センターがん対策情報センター 社会事業専門員

研究要旨

【目的】患者、家族、地域住民からのがんに関する総合的な相談窓口である「相談支援センター」の設置を義務づけた「がん診療連携拠点病院の整備指針」の策定から 5 年が経過し、全国どこでも質の高いがんの相談支援を行っていくための安定した質の保証が強く求められる段階にある。本研究では、先行研究において作成した相談の質を評価する評価表を用いて相談支援センターの相談員との協働作業を行い、そのプロセスを通じてがん専門相談員による相談対応の質の確保に向けた教育介入プログラムを作成し、プログラムを試行する前後の現場の主観的評価を通じて、本プログラムの意義と効果について検討することを目的とする。

【方法】がん診療連携拠点病院に指定されている 3 施設の相談支援センターにおいて本プログラムを試行した。先行研究により作成されたがんの相談の質に関する評価表を用いて、評価の視点を学習し、また録音した自身の相談について自己評価を行う「教育介入①」、メンターと共に評価表を用いて相談を振り返る「教育介入②」の 2 回の教育介入を含むプログラムを作成した。本報告は、プログラム開始前および教育介入①が行われた後の 2 時点におけるメンターへのインタビューをデータとして検討を行った。

【結果および考察】メンターの主観的評価からは、本プログラムが「相談支援センターと

しての方針を確認する場となること」「他のスタッフに自分の相談対応について意見を求めるやりとりが増加すること」「プログラムに参加していることでのモチベーションの向上」「特に経験の浅いスタッフには直接の相談対応の改善効果がみられる」ことが明らかとなった。一方で学習時間の確保、相談事例の録音、録音された自身の相談をきくことに対する心理的負担については配慮が必要であり、効果的な学習のためにはプログラム導入にあたって雰囲気作り、実施の時期や方法についての検討が重要であると考えられた。

【結論】本研究で試行したプログラムは、相談の質の向上に相当程度寄与すると考えられたが、参加者に一定の負荷がかかるものであり、環境の整備とともに導入されることが重要であることが示唆された。

A. 研究目的

国際がん情報サービスグループ (International Cancer Information Service Group: ICISG) は、がんの情報提供サービスの品質を評価し、品質を保障することの必要性を運営ガイドラインの中で示している。わが国でも患者、家族、地域住民からのがんに関する総合的な相談窓口である「相談支援センター」の設置を義務づけた「がん診療連携拠点病院の整備指針」の策定から5年が経過し、全国どこでも質の高いがんの相談支援を行っていくための安定した質の保証が強く求められる段階にある。

相談の質を担保するための品質評価と品質保障のためには、サービスの特性を反映した質の評価尺度とフィードバックのためのツール、相談の質を向上させるための教育介入プログラムとその運営方法が確立され、共有されることが必要であると考えられる。よって本研究では、先行研究において作成した相談の質を評価する評価表を用いて相談支援センターの相談員との協働作業を行い、そのプロセスを通じてがん専門相談員による相談対応の質の確保に向けた教育介入プログラムを作成し、プログラムを試行する前後の現場の主観的評価を通じ

て、本プログラムの意義と効果について検討することを目的とする。ただし、本報告は実施の途中経過ではあるため、予定している2回の介入のうち、第1回目の介入までで得られた成果について報告する。

B. 研究方法

1. プロトコール

がん電話相談の質の評価ツールとして先行研究(1)にて開発された質の評価表(資料1)を用いて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターに適用可能であるか検討するワークショップを開催し検討を行った。ワークショップによる検討の結果、同評価表の利用が有効であることが一定程度確認できたため、同評価表を採用することとした。

プログラムの策定にあたっては、がん診療連携拠点病院の相談支援センターにて実務現場の責任者を務める相談員、相談員向け研修会の企画を担当するがん対策情報センタースタッフ、および情報提供・相談支援分野の研究を行う研究者、計8名により相談事例の分析とディスカッションを行い、下記プログラムを策定した。プログラムの策定にあたっては、一人の専門職が単独でケースを担当することが多く、他者からの

フィードバックが得にくい、支援そのものが会話の中で行われ、形として残すことが難しいサービスであるという相談業務の特殊性を鑑み、実際の相談を録音すること、相談員自身が自らの相談を評価すること、メンタリングの手法を採用したフィードバックを行うことを盛り込んだプログラムを作成した。

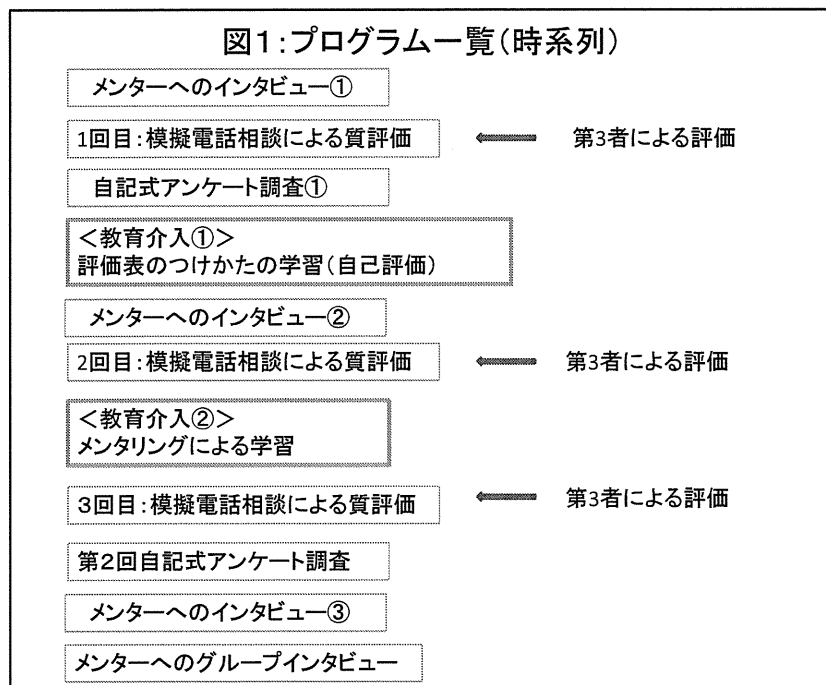
作成したプログラムは以下の通りである。

- 1) 教育介入①：評価表を用いて自身の相談を振り返るための方法を習得する。
- 2) 教育介入②：メンターと共に評価表を用いて相談を振り返る。
- 3) 相談の質の第三者評価：教育介入前、教育介入①後、教育介入②後の3時点において、模擬患者による電話相談を実施し、それぞれについて評価表による評価を行い、相談の質とその変化を把握する。関らによって作成された質評価表(1)について、昨年度、がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談に適用可能かどうかについて、当研

究班で検討した結果、適用可能であると判断できた(2)。よって、当プログラムにおける第三者評価については、関らの評価表を用い、3時点について評価を行うこととした。

- 4) 相談の質の主観的評価：本研究に参加する相談員に対して教育介入前後に質問紙調査を実施し、相談業務に対する意識とその変化を把握する。
- 5) 実施プロセスの検討：本研究への参加、実施、その後のフォローアップを含む全プロセスについて参加者の経験をインタビューやフォーカスグループディスカッションにより聞き取る。
- 6) プログラム化の検討：1～5を通じて、本研究が他施設でも提供可能なものとなるのかを検討し、提供可能と判断されればプログラム化をはかる。

これらのプログラムの実施計画を図1に時系列に沿って提示した。



2. メンタリングプログラムの作成

本研究で扱う相談の質の向上に向けた相談員による学習は、医療福祉専門職としての専門教育を終えた後の職場での学習であり、成人の学習理論に沿った学習者への支援が適していると考えられたため、成人の学習理論および専門職の学習についての選考研究をレビューし、自己/相互学習に関する理論的背景をまとめた。

その結果、「様々なレベルの経験と専門性をもつ個人と個人の間で生じる複雑で相互作用的なプロセス」「メンターと学習者とのコミュニケーションと相互信頼の上に成り立つアクティブな関係」を前提として行われるメンタリングの手法(3)を用いることとした。

また、教育介入プログラムにおいてメンター役を担う相談員に対するヒアリング調査では、下記の点が挙げられ、いずれも教育介入における指導者的役割を果たすスタ

ッフと、教育を受ける側のスタッフの対等性と相互コミュニケーションをメンタリングの手法に馴染むものと判断できた。

- 学習の場づくりが重要。日常の職場の雰囲気や、フランクに意見が言えるオープンな環境づくりが大切だと思う。
- 学習者にプレッシャーを与えないような、気楽な気持ちでできるような場をつくる。
- 実際の相談業務はお互い見る機会がないので、自分たちのやっていることをお互いに知り合える機会になるといいなという雰囲気にする。
- 何のために学ぶのか、なぜ学習の機会をもつのかについて、学習者と自分が相互に理解し、共有する必要がある。
- 相談員の職種背景は様々。自分自身と同じ対応をすることを求めず、各自の学習の目標に添えるようにする。
- 評価の結果をどのようにフィードバック

クし、フォローアップするか極めて重要。一緒に考えるスタイルをとっていききたい。

- 学習者と自分との相互作用の中で学ぶため、評価やコメントの返し方によっては、モチベーションを下げる可能性が内在している。配慮が必要である。
- 重箱の隅をつつくような返し方にならないように、ポジティブフィードバックも大事である。

以上をうけて、二度の教育介入プログラムの実施にあたってメンター役となるスタッフに向けた手引きを作成した（資料2）

3. 実施経過

3つのがん診療連携拠点病院において試行した。

A 病院は都道府県拠点に指定されているがん専門病院であり、メンターとなる相談員は看護職、そのほか看護職、福祉職あわせて計5名の相談員が相談対応にあっている。B 病院は地域拠点に指定されている総合病院であり、メンターとなる相談員は看護職、そのほか1名の看護職、6名の事務職（インテイクと手続き的な相談を担当）が配置されている。なお、相談業務にあたる福祉職は別部門となっており今回のプログラムには参加していない。C 病院は地域拠点病院に指定されている総合病院であり、メンターとなる相談員は福祉職、そのほか2名の福祉職と2名の事務職（インテイクを担当）が配置されている。3施設とも医療連携と相談業務の機能を併せ持つ相談支援センターとなっている。

2010年度下期に各施設のメンターとなるスタッフを含むワーキンググループにお

いて本プログラムを繰り返し検討し、それぞれのメンターが自施設での実施可能性な形態についても十分に吟味した上でプログラムを確定した。

2011年4月にプログラム実施前の状況として、各施設のメンターに対して、1) このプログラムに参加する上での自分、相談支援センター、参加するスタッフにとってのメリット・デメリット、2) 施設内で実施するまでの調整プロセス、3) 参加者（他のスタッフ）への伝え方とその反応、4) 進めていく上で留意したいこと、5) メンターの教育に対する考え方について電話インタビューを行った（インタビュー①）。

2011年5月～6月に質の評価のための第1回模擬電話相談を実施した。模擬電話相談の実施にあたっては、10例のシナリオを作成し、10名の模擬患者がそれぞれ担当するシナリオを用いて3施設に電話をかけ、相談者（模擬患者）の側で録音した。相談員は模擬電話が開始されたことは伝えられているが、いつかかってくるのか、どの相談が模擬相談であるのかについては知らされない方法である。

上記の第1回模擬電話相談の終了後、各施設においてプログラムの参加者が参加前の状態として自記式アンケートに記入した。

2011年7月～11月が教育介入①の実施時期である。メンターから他のプログラム参加者に対して評価表（資料1）の各項目の意図と使い方について説明した後、練習用の5事例（個人情報を除く処理をした上で提供された電話相談事例）を用いて評価表のつけ方を自己学習すること（教育介入①A）、ならびに個々の相談員が自らの相談を3件録音し、前出の練習用事例で学んだ

評価表を用いて自己評価を行う教育介入①Bを実施した。なお、この録音して自己評価する相談件数を当初は各人5件を予定していたが、プログラムの実施過程において参加者の負担が大きいことと、3件程度で一定程度の発見が得られることが明らかとなったため、各3件に変更した。

自己学習による教育介入①が終了した時点で、各施設のメンターに対し再度電話ヒアリングを行い、評価表を利用することへの参加者の反応、自己の相談を録音することに対する反応、教育介入①Aおよび①B実施にあたっての苦労や懸念について電話インタビューを行った（インタビュー②）

2012年12月～2012年1月に第2回模擬電話相談を実施した。10名の模擬患者の配役の分担は変更したが、それ以外については一切の変更を加えず第1回と同じシナリオを用い、同様の手順で実施した。

2012年1月～3月に録音した自分の相談事例3件について、メンターと共に評価表を用いて評価を行い、メンターからフィードバックを行う教育介入②を実施した。

2012年3月～4月に第3回模擬電話相談を実施した。実施の要領は第1回、2回と同様である。

2011年度期間中の実施事項は以上であり、2012年度には、プログラム参加者に対する自記式アンケート、および各施設のメンターに対しインタビューを行い、本プログラムに対する主観的評価を求めること、メンターに対するインタビューによりでは、教育介入②に対する参加者の反応、本プログラムを通じて感じられた意義と困難について尋ねることを予定している（インタビュー③）。

4. 本研究で用いるデータ

本プログラムの開始以前、自己学習による教育介入終了時、本プログラムの終了時の3時点におけるメンターへのインタビュー（上記インタビュー①、②）を検討対象とする。その他の評価指標については後続研究班にて検討を進め、全国的な適用可能性について検討する。

C. 結果

1. メンターが評価する本プログラムのメリット、デメリット

（1）取り組みの導入時点

3人のメンターからは参加する相談員や施設にとってそれぞれ下記のような利点が想定されると指摘された。

- － 一時間や業務量の負荷は増えるが、相談の質の担保、向上につながるのであればその負荷は還元できるものであると思う
- － 地域特性から、患者さんにとって情報源や相談窓口が限られていることもあり、相談窓口がスキルアップすることは地域の患者さんにとってもメリットのあることであると思う
- － 参加するスタッフにとっても、お互いがどのような相談をしているのかについて振り返り、共有できる場となると思う。価値観を共有し、チーム力を高めることに有効だと思う。
- － 相談支援が施設の中で根付く効果も期待できると思われる。

今後、この取り組みが全国的に定着した場合に得られる効果としては下記の点が期待できると指摘された。

- 評価表を用いた検討が広がることで、相談員が意識すべきチェックポイントが具体的になり、やるべきことが明確になる。経験や勘でやってきたことが、具体的に対応できるようになることで平均的にスキルアップでき、誰が対応しても一定上の質が担保できるようになると思う。
- よい雰囲気の設定では皆でやろうという雰囲気になるだろうが、そうでない設定ではやっても意味がないといった反応との悪循環が生じる可能性もあり、施設間の差が開いていく可能性がある。

予測されるデメリットとしては、3人のメンターから一様に、時間的、労力的な負荷が増えることが挙げられたが、いずれも得られるメリットが負荷を上回るだろうと語られた。また、本プログラムに参加する相談員からは、メンターが把握できる範囲において、この時点では不安に思うなどのネガティブな反応はなく、スキルアップできる機会として受け止められている様子であると語られた。

(2) 自己学習による教育介入①終了時

事前評価のための模擬電話相談、評価表のつけ方を学習用事例を使って学ぶ教育介入①A、および自身の相談を録音し、それを聞いて評価表をつける教育介入①B がほぼ終了した時点での行ったインタビューからは下記の要素が指摘された。

事前評価の模擬電話相談について

- どれが模擬コールなのかについては気にしている様子があったが、業務などに影響はなかった。誰かの目を

気にすることで気持ちを新たにするところがあったのではないかと。

- 模擬コールは本当の相談ではないので、相談プロセスで近づいていく感じが実感できないことによるやりにくさがあった。
- 最終的にはどれが模擬電話相談であったのかは不明だが、問題は解決しないが一定時間で終わってしまうような場合には、模擬電話だろうと感じていた。最初は興味をもって盛り上がり上げてやっていたが、特に忙しいときなどは、解決しない感覚、役に立てた感じがもてないことが徐々に負担になる雰囲気があった。
- 「これは模擬電話だったのではないか」などのスタッフの発言から、具体的な相談について部門内で話題になることが増え、そこから「どのように対応したの？」などのやりとりが行われよい振り返りの場をつくることにつながった。こうした話し合いができる程度に余裕がある状況では有効に働いた。

学習用事例を用いた評価表の学習について

- 各人が事例をきいて評価表をつけ、それを持ち寄ってどのように採点したか、その理由をディスカッションした。相談の過程において「相談の質を上げるとはどういうことか」「信頼できる情報を提供するとはどういうことか」「主訴とは異なる真のニーズに対応できる相談室であるためには」など、相談支援センターの方針

の確認の場となった。

- 互いの評価を出し合い、ディスカッションを重ねる中で評価の視点が見てきたような印象だった。相談のプロセスを評価的に見る視点というものを共有できた。
- 経験の浅いスタッフは、この学習後に、間合いの取り方や受け答えが丁寧になるなど、顕著に相談対応に変化がみられた。
- 評価表の学習とディスカッションを通じて病院としてどのように対応するのかについての方針の確認の場となった。また、相談のインテイク部分を中心として担当する事務スタッフには、専門職スタッフがどのように考えて相談対応をしているのかについて伝える場になった。
- 評価視点の学習の場であったが、その評価の力が自身の能力評価につながるように感じ、集団でのディスカッションが難しく、メンターとの個別の学習となった。
- 相談員からより相談内容についてより具体的な報告が行われるようになった。参加しているという意識により、モチベーションが高まったことと、相談員としてのスキルについて具体的に考えるようになったからではないか。
- この取り組みをしてみて、具体的な働きかけをしたことでスタッフのモチベーションが高まったことを感じ、これまで相談支援センターの実務責任者としてこうした働きかけが少なかったのではないかという気づきがあった。

あった。

自身の相談と自己評価について

- 全件録音ではないので、録音が大変だった。相談者に了解を得ることが一つのハードルであり、また、了解を得て録音しても事務的な手続きのみを確認する相談であったりと、一人3件の録音であっても大変で、志気が落ちた感がある。
- 嫌だ嫌だといいいながらやっている状況だった。録音が大変であったことと、録音した自身の相談をきくことに負担を感じている様子があったが、実際にやめるかと尋ねてもやめるとい判断にはならなかった。学習したいというニーズやモチベーションの高さ、この取り組みを提案したメンターへの気遣い等が影響していたと感じる。
- 負担はあったが、普段は”流していたこと”を素直に自分で反省する機会がもてた。うまく解決できないことを、やむを得ないと納得するか、気にかけてあきらめるのでは違う、など、振り返ることについて意義を話し合うことができていた。
- 相談内容について若年のスタッフから相談されることの質が変わった。これまでも相談者の環境に対するアセスメントについては質問されていたが、この介入以降、スタッフ自身の相談対応についての相談が増えた。自分の言葉の使い方や専門用語の使い方などについて、どのように言葉を選ぶのが適切か、などの質問が出

てきた。

学習効果を高めるための配慮について

- －メンターが正解を告げるのではなく、自由に発言できる環境づくりを心がけた。日常的にお互いに気遣いがあり、成り立つものだと思う。
- －学習のための時間が時間外にずれ込むことも多いので、弱音を吐かないスタッフが疲労や負担感をためないように気遣うことが重要だと感じる。

D.考察

1. 本プログラムの意義

本報告が扱ったのは、施設内でプログラムを開始することを決定して以降、教育介入①A および教育介入①B を終了するまでの段階であるが、メンターには以下のような点が本プログラムの意義として認識されていた。

まず、本プログラムを実施するに際して、「相談支援センターの質が向上する」「価値観を共有し、チーム力を高めることに役立つ」、といった指摘がなされ、業務量の負荷を上回る効果があると意識されていた。

また、実際に模擬電話相談が開始されるなど、実際のプログラムが始まって以降には、具体的な教育介入がなされる以前から「プログラムに参加していることでのモチベーションが向上すること」が感じ取られており、これはプログラムが進行する過程でも同様に認識されていた。すべてのメンターから「他のスタッフに自分の相談対応について意見を求めるやりとりが増加する」という指摘がなされ、それにより直接の対応方法について学ぶ機会が増えていること

が明らかになった。

練習用事例を用いて評価表のつけかたを学ぶ①A を通じては、3人のメンターから同様に相談支援センターとしての方針、相談の質とは何かといった価値観を確認する場となることが指摘された。これは、相談対応という「一人の専門職が独立して業務にあたる」という業務の特性上、意識的に機会を設けなければ相談支援センターとしての価値観が共有されにくい現状の反映でもあると考えられる。相談員から自身の対応事例についてメンターに対しより具体的な助言を求める例が増えた、経験年数の浅い相談員は顕著に相談対応に変化がみられたという施設もあり、これは相談の質に関する観点が共有され、身につけるべきスキルが明文化されたことによる効果であると考えられた。また、メンターからも、日常の対応業務に忙殺される相談支援センターでは、「通常は流してしまうこと」を振り返る機会として重要であると指摘された。

以上より、こうした意識的なプログラムの実施は、具体的なスキルや目標の提示による具体的な対応手法が改変されるだけでなく、施設内の価値観の共有、モチベーションの向上、相談員間の情報交換の質と密度の向上といった相談支援センターの姿勢ともいうべき要素にも好ましい変化をもたらしていることが示された。

2. 導入にあたっての課題と留意点

一方で学習時間の確保、相談事例の録音、録音された自身の相談をきくことに対する心理的負担については配慮が必要であることがすべてのメンターから指摘された。勤務時間外での作業が大きくなること、録音

システムが自動化されていない施設における録音作業は心理的にも大きな負荷となったことが指摘された。モチベーション高く取り組むためには、参加者の過度な負担とならないよう、施設の管理者の理解も得ながら時間等について配慮される環境が必要であろう。また、録音作業については、自動録音が可能となるような方法を導入することも検討の対象と鳴るであろう。

また、本研究の参加3施設は、「指導者とならないようにする」「互いに意見を言いやすい雰囲気」などについて、いずれもメンターが細かな配慮をしながらプログラムを運営したが、それには日常の相談支援センター内の良好な雰囲気が必要であり、またメンターの相当な力量が求められる。メンターの育成プログラムについても今後検討していく必要があるだろう。

E. 結論

本研究で試行したプログラムは、相談の質の向上に相当程度寄与すると考えられたが、参加者に一定の負荷がかかるものであり、環境の整備とともに導入されることが重要であることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

—八巻知香子, 田尾絵里子, 高山智子, 関由起子. がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発(1). 第

70 回日本公衆衛生学会総会. (2011.10.19-21. 秋田)

—田尾絵里子, 八巻知香子, 高山智子, 関由起子. がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発(2)-専門職の学習- 第70回日本公衆衛生学会総会. (2011.10.19-21. 秋田)

1. 関由起子, 高山智子, 八巻知香子, 渡邊真理, 清水奈緒美, 小郷祐子, et al. 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—. 2010.

2. 八巻知香子, 高山智子, 関由起子, 小郷祐子, 神田典子, 清水奈緒美, et al. 相談支援センターにおける相談の質の確保のためのツール作成に関する研究. 2011.

3. ピーター・ジャーヴィス【編著】、渡邊洋子、吉田正純【監訳】. 生涯学習支援の理論と実践: 明石書店; 2011.

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 |
| 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、PDQ、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、〇〇年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. 相談者の個人情報不適切に扱ったり、不必要に聞いたりしていない。 | | |
| 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 (出来ていない=3、出来ていないところが数か所ある=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、適切な言葉遣いなど。) | |
| | 10. 相談者の訴えを十分に聴き入っているか。 (相談者が十分に話し終わっていない段階で相談員が話し始めていないか、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員が話し続けているか など。) | |
| | 11. 相談者の体験やそれからくる感情を受けとめながら聴いているか。 (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ている(たとえば、「・・・あきらめられないかと思われたんですね。）」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、調べる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。) | |
| 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 | 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。) | |
| | 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。(例えば何度も繰り返す質問がある、質問の中に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: ニーズ No2: ニーズ No3: |
| 適切な情報支援を行っているか | 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尋ねるなど)(No.15で上がったニーズの数だけ点数をつける。) | No1: No2: No3: |
| | 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: No2: 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い方、他の家族と医師とのより良いつきあい方などの助言など。) | |
| | 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に、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、医師に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、満足が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、特に反応はなかった=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、話が尽きた、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かみ合っていないか、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ね、だから〇〇という治療を受けているんですねなど) | |
| | 3. 提供された情報に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. 今後行う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、涙が出てきたなど。) | |
| | 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。 (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. 相談を終えて思うこと、感じたことは何ですか? 自由にありのままの気持ちを書いてください。 | | |