

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%⁷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

⁷ 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>

クアップする機会や環境をつくることも必要である。

継続して学ぶ内容には、がんの最新の知識やがん対策の方針など、全国の相談支援センターで共有すべきもの、その施設や地域で課題となっている事柄、がんの相談支援についてさまざまな職種の専門性を高められるような学習の機会なども大事である。

身近でかつ有効な機会としては、院内での事例検討や勉強会などを定期的に行うことや近接する拠点病院や都道府県で合同で勉強会を企画することなどがあげられる。また、各種学会等とも協力して、研鑽できる場を複数用意するなど参加しやすい環境整備を行うこととともに、そうした場に参加しやすい職場環境（研修費用や旅費の支給、スタッフが交代で参加できるなど）を整備することも必要である。

2.4. さらなる課題と今後めざす方向性

1) 全国/地域で情報交換できる機会を確保する

全国レベルや地域レベルでの相談員どうしの情報交換の場や現場で発生している課題等について話合える場を確保することは、相談支援センターの方向性を確認し、よりよい相談対応を行うための足がかり的な機能を果たす。

現在、全国の拠点病院の相談支援センター担当者間での情報交換については、メーリングリスト（国立がん研究センターがん対策情報センターにより運営）によって現場の対応方法についての情報交換の場が設けられているだけである。当然これだけでは十分な情報交換や意見交換は難しい。都道府県によっては、各都道府県のがん診療連携病院協議会の下に相談部会等が設けられているところもあるが、意見交換や方向性の確認など実質的に機能しているところはまだ少ない。

相談員どうしの情報交換として、全国レベルでは、少なくとも年1回程度、また都道府県単位では、少なくとも年4回程度は、行われることが理想的であろう。こうした全国のがん対策に関わる専門家同士が、実質的な運営方法などについて議論でききる場をもつという活動は、イギリスにおいてもがん対策を推進するために重要なものとして位置づけられ、定期的に行われている（小川、2010）。地理的な条件により集まることそのものが難しい地域や、拠点病院や関連機関数が多い都市部では、段階的な情報や意見交換の場を持つなどの工夫が求められる。またこうした活動を活発に維持する事務局機能の支援や、またそれに見合ったインセンティブが働くようなしくみ、実際の活動費用の援助などの裏付けも必要である。

2) 相談支援センターの質を保証する取り組みと体制づくりを行う

相談対応の質の向上のためには、相談者のニーズを把握し、そのニーズに見合った情報を、その人に合った方法で提供する必要がある。そのためには、信頼できる情報を蓄積し、利用しやすくしておくとともに、適切な相談対応プロセスで対応できるよう、自分（個人）、グループ、組織等で、相談支援センターで使用する情報や相談対応について確認や評価が

できるようモニタリングの仕組みをもつことが必要である。相談支援センターで行う必要のある品質管理に含まれるもの（定期的に確認や見直しが必要なもの）には以下のようなものが含まれる。

相談支援センターにおいて定期的な確認や見直しが必要なもの

<ul style="list-style-type: none"> ● 相談対応の記録やコードが正確であるか ● 相談支援センターで提供する資料（作成資料や配布物を含む）の内容が正しいかどうか、提供する内容として適切かどうか ● 医療機関や施設内の部署の連絡先リストの内容が正しいかどうか ● がん専門相談員による面接や電話での対応や電子メールでの対応をモニターし、提供すべき質の基準が満たされているかどうか ● サイト上の情報やリンクが正確かつ最新のものであるかなど
--

また、このような質を判断する基準は、以下のような尺度によって患者や家族、一般市民などの利用者や提供者である医療関係者等により定義されることになる⁸。

相談支援センターの業務に関わる情報や相談対応の質を判断する基準

情報	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者に正確な情報が伝えられること ● 利用者に完全な情報が伝えられること（利用者が求める情報をカバーしているか、提供すべき情報をカバーしているか） ● 適切なニーズアセスメントを通じて利用者のニーズが特定されること ● 利用者に対して決められた方法で提示されること
提供	<ul style="list-style-type: none"> ● 礼儀正しく、丁寧に、専門家のマナーで情報が提供されること ● 信頼できる形式で情報が提供されること ● 利用者との信頼関係を築くこと
方針	<ul style="list-style-type: none"> ● がん情報提供ネットワークの基本方針に沿って情報を提供すること
充足度	<ul style="list-style-type: none"> ● 潜在的利用者の何割をカバーしているか

国立がんセンターがん対策情報センター編集・発行：「がん専門相談員のための学習の手引き～実践に役立つエッセンス」V-1. 品質管理（サービスの質）p98-104.

<http://ganjoho.ncc.go.jp/data/hospital/consultation/odjrh3000000hroa-att/20080901.pdf>

⁸ ICISG（International Cancer Information Service Group）は、がんの情報提供体制の構築の際の重要な要素として Quality Management について示している（ICISG, 2010）。また質の保証についての詳細は、「がん専門相談員のための学習の手引き～実践に役立つエッセンス」V-1. 品質管理（サービスの質）p98-104 を参照。

さらに情報や相談対応の質の測定や判断のための指標開発も必要である。モニタリングの方法には、自分（個人）、グループ、組織等で行うものがあるが、情報や対応内容について、客観的に判断できることが重要である。客観的に判断することで判断基準も明確になり、共有しやすく、また改善点を見つけやすくなる。たとえば、通話記録を質（サービス）の改善に利用するなど、すでにリスクマネジメントの領域で行われているような方法は、個人で通話記録を聞き返すことにより、対応のクセなど、改善につながる発見ができることが多く効果的である。また通常の相談対応の際に、定期的に複数名で相談対応にあたることで、相談員同士が改善点等についてお互いにフィードバックすることも可能である。相談対応の際の質の評価を行うツールについては、現在、「相談の質の評価ツール」の開発が進められており（関ほか、2010）⁹、今後こうしたツールを使うことによって相談対応の上達の度合いや相談員間での標準化等の判断につながるようになることも期待したい。

安心して利用できる情報や相談対応であるために行われる質の保証を計画的に行うことは、継続した情報サービスの発展には欠かせない。また、こうした質の保証に関する活動には、研修、定期的なカンファレンスや学習の機会、ストレス・マネジメントなど、組織として相談支援センターや相談員を支える仕組みの整備と併せて行われる必要がある。

3. 相談支援センターの運営を支える環境

全国の相談支援センターが標準的な相談対応の機能を継続してもち、かつ質を確保するためには、病院や拠点病院種類、病院規模等にかかわらず、相談員が利用する情報の管理と相談対応における質を確保するための環境整備が必要である。ここでは、相談対応の基盤となる環境として、パソコン端末、専用の電話直通回線、がんに関する冊子の配布といった物理的環境と人的なバックアップ体制といった人的環境について現状と課題について示していく。

3.1. 相談支援センターの運営を支える環境の現状

1) 物理的な環境の現状

(1) パソコンの端末設置状況

医療水準調査の結果から、相談支援センタースタッフ用の端末が、相談員全員にある施設は、平成 21 年度で、平成 20 年度よりも増加がみられるものの全体で 56.4% (I.8) となっていた。拠点病院の種類別にみると、都道府県がん診療連携拠点病院では 75.5% に配置が行われていたが、地域がん診療連携拠点病院では専用端末の相談員全員への配置率は 47.4% と半分程度であった。またスタッフの端末保有状況は、平成 19、20、21 年度の医療水準調査の相談記入シート提出件数と相関がみられ、スタッフの保有状況がよいほど、相談記入シート提出件数が多くなっていた（表 11）。

⁹ 電話相談についての質評価表として開発され、「方針の遵守」8 項目、「相談者の発言のアセスメントとニーズの把握、ニーズに沿った適切な情報支援」13 項目、「相談者の反応」9 項目で構成されている。

(2) 専用の直通回線設置状況

専用の直通回線設置（1回線以上設置）は全拠点病院の2/3（I.3）にとどまっておらず、残り1/3は施設の電話交換を通してアクセスする形となっていた。特に、がんセンター/成人病センター、大学病院と比較し、一般総合病院では直通回線設置率は、約5割にとどまっていた。専用回線の設置状況は、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および年次毎に算出した20件以上/週の増加とも関連がみられ、専用回線を設置している場合には、相談件数は多くなっているという関連が示された（表11）。

(3) がんに関する参考冊子の配布と管理状況

がんに関する参考冊子の配布では、平成21年度の結果では、ほとんど100%近くの施設で参考冊子の配布（I.11）を実施しており、さらに2/3の施設が30種類以上の冊子を常備していた。また、がんに関する参考図書の設置（I.10）でも、8割強の施設ががんに関する参考図書を設置しており、そのうちほぼ半分の施設が50種以上の図書を設置していた。しかし、利用状況の把握ができていない施設は7割（I.12）であり、冊子の利用状況・在庫管理は十分とはいえない状況にあった。このような紙媒体の情報ツールの供給・管理体制は、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および年次毎に算出した20件以上/週の増加とも関連がみられ、さらに、参考図書の設置および参考冊子の配布については、院外からの相談割合とも関連が見られた。つまり紙媒体の情報ツールの供給・管理体制があること、とくに供給があることは、相談件数の増加と関連していた（表11）。

2) 人的な環境の現状

同様に医療水準調査の結果から、相談支援センターの院内の支援体制については、相談支援センターへの院内各部署からの支援はH19年度の調査時点からH21年度まで、年々充実してきており、支援が「ある程度されている」という回答は、8～9割という結果となっていた（I.16-19）。また特に、病院長、腫瘍センター長、各診療科医師からの支援がある場合には（I.16,17）、相談記入シート提出件数が多くなっていた（表11）。

3.2. 相談支援センターの運営を支える環境の充実に向けて、前提となる考え方

相談支援センターにおいて基本となる「相談者への情報提供とサポート」の機能を、相談員が提供しやすい環境を整備するためには、相談支援センター、拠点病院、都道府県（地域）、国（全国）におけるそれぞれの関係者が役割を果たす必要がある。この場合に、それぞれの立場において、実施することがより適している支援やその立場でないと実施が難しい支援があることを考慮に入れる必要がある。役割分担の方法には、さまざまな考え方があると思われるが、ここでは、ソーシャルサポートの機能の分類として医療福祉の分野において最もよく活用される分類の一つであるHouse（1981）の4つの大きな支援的行動や活動による分類から、各々の関係者の役割について整理を試みた（資料13）。これら4つの分類は排他的なものではなく、互いに関連し合うものである。

ここにあげた情緒的支援、情動的支援、手段的（道具的）支援、評価的支援は、相談支援のプロセスの中で、相談員が相談者に対して行う支援と同じように、相談員や相談員を取り巻く環境に対しても必要な支援である。

相談員が相談者に対して行う相談支援のプロセスを円滑に進められるように、相談支援センター、拠点病院、都道府県、国（全国）からの支援（バックアップ）が必要である。資料 13 に示したように、支援の向きは下から上へ、適切な補助や支援が必要である。また、相談支援センター、拠点病院、都道府県、国（全国）がそれぞれの役割を担うことで、それぞれの労力やコストを集中することができる。

たとえば、現場への情動的サポートであれば、その拠点病院の診療などの情報は、病院あるいは相談支援センターで収集する必要があるが、地域の資源に関する情報は、各々の拠点病院や相談支援センターで集約するよりも都道府県単位で集約することがより効率的である。標準的な治療方法などの情報などであれば、国（全国）で整備されれば、共通の標準的な情報を活用するという点からも、医療者だけでなく相談者にとっても安心して利用できるものになる。現場ではそれをいかに使いやすくするかということであり、また学習の機会についても、その病院でできる範囲と、都道府県や全国でできる範囲は異なり、学べる内容も異なるため、各関係者がそれぞれの範囲にあった内容を充実させていくことが重要である。

資料 13. 相談対応機能の充実のために各関係者が実施していること、また期待される役割

～ソーシャルサポートの4つの機能別からみた各関係者の役割の検討～

支援・バックアップ

	情緒的サポート ¹⁾	情動的サポート ²⁾	手段的(道具的)サポート ³⁾	評価的サポート ⁴⁾
相談員	-対話の中で行われる利用者に対する情緒面のサポート	-利用者の個性性を考慮した情報提供	-情報ツール(冊子等)の提供	その人の行ったことに対しての適切な評価(フィードバック)の提供
相談支援センター	-院内勉強会等の学習の機会の提供(院内)	-その病院のサポート資源などの情報収集、作成、更新、評価等	-さまざまな媒体(Web, 紙媒体、DVD等)による情報ツールの準備 -相談支援センター内のスタッフ間の支援	-個別、ピアによるフィードバック、事例検討など学習の機会 -相談支援センタースタッフからの適切な評価やフィードバックの提供
拠点病院	-院内勉強会等の学習の機会の提供(院内)	-その病院及び地域のサポート資源の情報収集、作成、更新、評価等	-相談室、パソコン、電話回線等の整備 -情報ツールの調達 -院内スタッフの理解と情報提供源としての支援等	-学習の機会(院内) -院内からの適切な評価やフィードバックの提供
都道府県	-県内勉強会、研修等の学習の機会の提供(都道府県内)	-その地域のサポート資源などの情報収集、作成、更新、評価等 -県内拠点病院相談支援センター間の情報交換の場の提供	-必要に応じた情報ツール等の調達とそのため適切な補助	-学習の機会(都道府県内) -拠点病院に対する適切な評価やフィードバックの提供
国(全国)	-全国対象の研修会等の学習の機会の提供(全国)	-がんの標準的な治療法および全国のサポート資源の情報収集、作成、更新、評価等 -全国の相談支援センター間の情報交換の場の提供	-必要に応じた情報ツール等の調達とそのため適切な補助	-学習の機会(全国) -都道府県に対する適切な評価やフィードバックの提供

- 1) 情緒的サポート：共感したり愛したり信じてあげたりすること
- 2) 手段的(道具的)サポート：援助を必要としている人に直接手を貸すこと、仕事を手伝ったりお金や物を貸したりすること
- 3) 情動的サポート：個人的あるいは社会的問題に対処していくために必要な情報や知識を与えること
- 4) 評価的サポート：個人の業績に適切な評価を与えてやること、個人評価の目的に有用な情報を提供すること

3.3. 相談支援センターの運営を支える環境の充実に向けて、当面の課題とその対応

1) 物理的な環境を整備する

(1) 相談員全員のパソコン端末保有の必要性

情報を取り扱う部門である相談支援センターでは、情報を収集・集積・整理し情報提供を行うためのツールは、基本機能を果たすために必要不可欠なものである。端末は、情報のデータベース化、情報更新の容易性、情報の共有、電話相談を受けながら容易に必要な

情報を検索できるなどの利点がある。また端末を複数スタッフで共有することは、情報提供の即時性を障害したり、業務の効率化を妨げる可能性もあるため、スタッフに個別の端末環境が整備されることが望ましい。

(2) 専用の直通回線の設置

病院種別の専用回線の設置状況の違いについては、施設全体の中でのがん患者の占める比率の違い、直通回線をひく費用の捻出などの背景要因が考えられる。しかし、拠点病院の指定を受けていること、拠点病院に求められている役割、相談支援センターは院内外に開かれた情報の収集・情報の提供が行われる部門という特性を考えると、専用の直通回線配置が望ましい。

(3) 紙媒体の情報ツールの供給・管理体制の整備

紙媒体の情報ツールの供給・管理体制があること、とくに供給があることは、相談件数の増加につながっていた。冊子などの紙媒体資料は、保管場所の確保、(制度等の)情報更新時の対応、印刷費用、冊子の利用状況・在庫管理、書籍の紛失防止等の管理体制の整備が必要である。高齢者は、パソコンやインターネットを使えない場合が多いことから、紙媒体による情報ツールは、利用する患者・家族にとっては有用なツールの一つと考えられる。紙媒体の情報ツールの供給が十分に行われるよう、また、管理体制を整備する必要がある。

2) 人的な環境を整備する

(1) 相談員の働きやすい管理体制の整備

相談支援センターの機能を充実するためには、相談支援センターへの院内各部署からの支援は欠かせない。とくに施設の方針がはっきりせず、相談対応は相談員の自助努力にまかせられたような状況では、相談対応そのものに支障を来すことにつながる。特に、病院長、腫瘍センター長、各診療科医師からの支援は、相談件数の増加に寄与していたことから、特に施設の管理責任者のトップである病院長をはじめとして、医師等の理解と支援は、組織としての方針を示すものと現場においては受け止められることが多いと考えられ、このような組織的な支援によって、相談支援に専念しやすい環境になっているのではないかと推察される。相談対応を支援する現場の状況は年々充実してきているが、今後も引き続き充実していくことが望まれる。

3) 各関係者が相談支援をより充実させるための役割を認識し、後方支援を行う

相談員が相談者に対して行う相談支援のプロセスを円滑に進められるように、相談支援センター、拠点病院、都道府県、国(全国)からの後方支援が必要である。資料13に示したように、支援の向きは下から上へ、適切な補助や支援があってはじめて、相談支援の現場でのより充実した情報提供や支援が可能になる。また、相談支援センター、拠点病院、都道府県、国(全国)がそれぞれの役割を担うことで、それぞれの労力やコストを集中す

ることができる。

たとえば、現場への情動的サポートであれば、その拠点病院の診療などの情報は、病院あるいは相談支援センターで収集する必要があるが、地域の資源に関する情報は、各々の拠点病院や相談支援センターで集約するよりも都道府県単位で集約することがより効率的である。標準的な治療方法などの情報などであれば、国（全国）で整備されれば、共通の標準的な情報を活用するという点からも、医療者だけでなく相談者にとっても安心して利用できるものになる。現場ではそれをいかに使いやすくするかということであり、また学習の機会についても、その病院でできる範囲と、都道府県や全国でできる範囲は異なり、学べる内容も異なるため、各関係者がそれぞれの範囲にあった内容を充実させていくことが重要である。

3.4. さらなる課題と今後目指す方向性

1) 最低限必要な環境整備に差が生じないよう支援を行う

相談対応を取り巻く環境の整備状況そのものに、病院間の差が生じ始めている。これは、もともとのがん患者数や専門性、病院の相談対応や相談支援センターの位置づけ、地域に対するがん情報窓口としてのスタンスの表れであるとも考えられる。しかし、パソコン端末の設置や専用回線、冊子の供給や院内各部署からの支援については、相談対応の基盤になるものであり、拠点病院の特徴によらず、最低限すべての拠点病院で整備されるようにしていくことが必要である。このような相談対応の基盤として必要な環境整備において、病院間や地域間での差が生じないようにするために、拠点病院内での認識を高める必要がある。また適切な支援が行えるように、都道府県や国で環境整備の充実の度合いを確認していくことも必要である。

2) 環境整備のための財源の確保とそのための議論の場を持つ

とくに継続して経費がかかるものの一つに、紙媒体による情報ツールがあげられる。基本計画には、「インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにする必要があることから、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な冊子を取りまとめた患者必携を作成し、拠点病院等がん診療を行っている医療機関に提供していく」と示されている。理想的には、媒体による情報利用の差が生じないことだけでなく、費用が生じることで利用者に差が生じないよう保証することが望ましい。拠点病院においては、公的な財源を確保するとともに、拠点病院事業強化費の利用やその他の財源を調達するなどして、紙媒体の情報ツールの提供を維持できるようにすることが必要である。しかし一方で、財源が限られていることも確かであり、拠点病院によっては十分に経費を捻出できない可能性も高い。こうした持続して必要となる経費については、だれがどこまで保証するのか（できるのか）、公費だけにとどまらず、社会として何を担っていくことが望ましいのかについても、国民を巻き込んだ都道府県や国レベルでの議論が必要であろう。

4. 相談支援センターの認知度

4.1. 相談支援センターの認知度と広報活動の現状

1) 認知度の現状

平成19年度、21年度に行われた世論調査による相談支援センターの認知状況をみると(内閣府世論調査報告書平成19年9月調査および平成21年9月調査、「がん対策に関する世論調査」¹⁰⁾、相談支援センターを「利用したことある(2.1%)」、「利用したことないがよく知っている(5.2%)」、「利用したことはないが名前だけは知っている(22.6%)」であり、H18年に相談支援が設置されるようになって以降、十分に認知が進んでいない状況がうかがえる。相談支援センターの存在が知られなければ、利用者増加にはつながらない。相談支援センターの認知度を高めるためには、相談支援センターとして行う広報活動の他にも、拠点病院で行うもの、さらに県レベル、全国レベルでさまざまな発信源とチャンネルを使って行うことが必要である。

2) 広報活動の現状

医療水準調査によって把握されている広報活動の全国の対応状況は、平成19年度から21年度にかけて増加しており、病院内の案内について、「病院の入り口に『がん診療連携拠点病院』と記載している(Ⅲ.1)」、「病院入り口付近にがん相談を受けられる窓口(相談支援センター)の案内がある(Ⅲ.2)」、「案内に「誰でもがんの相談を受けられる旨が明記されている(Ⅲ.3)」、「相談支援センターの入り口に『がん相談を受けられることが明記されている(Ⅲ.4)」、「病院が発行する広報し等で広報を実施している(Ⅲ.5)」は、全国で8~9割は対応しているという状況になっていた。しかし、「自治体の広報誌等での広報の実施(Ⅲ.6)」および「地方紙等の取材を通じて実施(Ⅲ.7)」については、平成21年度調査時点現在、約3割の水準にとどまっていた。拠点病院別では、それぞれ「自治体の広報誌等での広報の実施(Ⅲ.6)」および「地方紙等の取材を通じて実施(Ⅲ.7)」について、都道府県がん診療連携拠点病院は37.3%、56.9%であったのに対して、地域がん診療連携拠点病院は25.2%、29.8%、病院種別では、それぞれがんセンター/成人病センターで35.5%、64.5%、大学病院で26.0%、31.2%、その他の一般総合病院で25.9%、31.1%というように、病院外に発信する広報活動に差が生じていた。また、「病院独自の相談支援センターの案内やがんの冊子を作成・配布している(I.13)」こと、「ホームページに相談支援センターについて記載がある(Ⅲ.11)」ことや「ホームページに『電話でもがんの相談を受けられること明記され、電話番号・受付時間等が記載されている』(Ⅲ.13)」ことは、相談記入シートの提出件数と関連がみられていた。さらに、「病院受診者が必ず立ち寄る仕組みとしている(I.23)」ところは、H21

¹⁰ 全国20歳以上男女3000名を層化2段無作為抽出法により抽出し実施。回収率は58.9%(H19年度)、64.5%(H21年度)。

H19年度 <http://www8.cao.go.jp/survey/h19/h19-gantaisaku/index.html>

H21年度 <http://www8.cao.go.jp/survey/h21/h21-gantaisaku/index.html>

年度の相談件数は「していない」場合に件数が多いという関連であったが、相談記入シート
の年次増加と関連がみられた（表 11）。しかし、平成 21 年度において「病院受診者が必
ず立ち寄る仕組みとしている（I.23）」ところは、わずか 25 病院（6.7%）であった。

4.2. 認知度向上、広報活動の充実に向けて、当面の課題とその対応

1) “仕組み”の中に相談支援センターを知る機会を位置づける

現在主に拠点病院（相談支援センター）行われている広報活動は、病院内の案内や掲示
による病院利用する患者や家族に対する広報に限局していることが示された。世論調査に
よる認知度が低水準にとどまっていることも、このような限局した広報活動の現状があっ
てのことで推察される。しかし病院内の仕組みとして、「病院受診者が必ず立ち寄る仕組み
としている（I.23）」ところは、わずか 25 病院（6.7%）にとどまっていた。病院には多くの
診療科が存在するなど多くの機能を担っており、地域や医療の重傷度別など病院として担
っている機能も多い。そのため、院内の掲示を充実させることも必要であるが、病院案内
の中に加えたり、書類の提出場所や説明場所にするなど、必ず立ち寄る仕組みにして、そ
の拠点病院を利用するがん患者や家族に、相談支援センターを知ってもらうことは重要で
ある。

また外からの利用者に対しては、ホームページにだれでも利用できる相談支援センター
があること、利用方法や時間などが記載されていることが利用者増加につながっていたこ
とからも、今後も各施設でホームページ上の情報を充実させて行く必要があるだろう。

2) 拠点病院の広報活動のバックアップ体制を充実させる

現在、広報活動が、病院内の案内や掲示による方法となっているのは、相談支援センター
の限られたスタッフに広報活動が委ねられているためとも考えられ、相談対応しながら、院
外に対して広報活動を行うには限界があると考えられる。また、全国の拠点病院 377 カ所の
小規模分散型の相談支援センターでは、それぞれのセンターに広報活動担当者を置くことは
非現実的であり非効率的でもある。また、相談支援センターが、広報した場合に相談対応が
十分に行えないのではないかという不安の中で、広報活動を躊躇している場合もある。地域
おける相談対応窓口として役割を担い機能するには、当然、相談支援センターだけではなく
拠点病院として地域の相談に対応するという姿勢が求められる。そのため、広報活動を行う
際には、病院としての相談対応のバックアップ体制についても充実しておくことも必要であ
る。

3) 広域的かつ継続的な広報活動と都道府県や国のバックアップ体制を充実させる

必要とする人に相談支援センターの存在を知ってもらうためには、施設を利用するもの
だけが知りうる広報活動ではなく、より広域に影響のある方法での広報が必要である。各々
の拠点病院で行う広報活動には、労力的にも十分に行えない可能性もあり、都道府県や国

レベルで広報活動をバックアップすることも必要である。例えば、がんの予防推進（検診事業等の推進）事業などと抱き合わせで広報を実施したり（がん検診のポスターに相談支援の案内を明示する、検診センターや検診の案内とともに相談支援センターの案内をおこなうなど）、相談支援センターの広報用ポスターを作成して、検診施設、市町村図書館、地域包括支援センター、県の広報課（テレビ・ラジオ枠を県で持っている場合もある）等を利用することが考えられる。また地方紙や自治体の広報誌等の積極的な利用やメディア等での広報も有効であると考えられる。

がんの疑いやがんと診断されてからはじめて、がんに関する情報の必要性が急激に高まることもよくある。必要とするときに目に触れられるところに情報があるなど、全国レベルで、がん対策として進められる患者必携の情報提供など、国として推進する活動と合わせて、継続的に相談支援センターを周知することは、潜在的な利用者を含めた国民に対する情報提供という意味でも重要である。そのためには、各々の拠点病院、地域とあわせて全国レベルでの広報を継続して実施する仕組みも必要である。

4.3. さらなる課題と今後目指す方向性

1) 地域の利用者の意識への働きかけと環境づくりを行う

相談支援センターがより多く利用されるためには、利用者側の意識への働きかけることも重要である。一般住民約 3,500 名を対象に行われた相談支援センターのイメージに関する調査¹¹（高山、2010）では、相談支援センターの「利用の仕方がわかりにくい（79.2%）」という情報発信者側の問題だけでなく、「心配や不安なことがあっても何を相談にのってもらえばいいかわからない(66.3%)」「他人に相談すること自体に抵抗がある(38.1%)」「人目が気になる（知っている人に見られるのではないかと心配）(30.7%)」など、相談者側（あるいは地域）に相談すること自体の抵抗があることが少なからずあることが伺えた。したがって、地域における相談をしやすい環境や風土を作っていくことも必要であり、そのためには、その地域に即したがん予防や検診、その他の健康に関わる教育や情報提供の機会を増やすなど、地道で継続的な活動も求められる。

2) 情報が届きにくい人々へ情報を届ける手段と体制の整備を行う

とくに、ほんとうに情報が必要であると考えられる人は、逆に情報を手にしにくい状況にあることが多い。またそうした人々こそ、がん対策として情報提供の取り組みに力を入れる必要がある集団であるとも考えられる。いわゆる情報弱者や生活弱者に日常的に接して支援している保健師や民生委員といった人たちに、相談支援センターを知ってもらい、「この人に必要」と思ったときにすぐに思い浮かべてもらえるようにする取り組み、たとえば、地域の保健師や民生委員などと定期的に連絡を取り合ったり、実際に利用してもらう機会をつくることも、単に相談支援センターの存在だけでなく、がんの相談窓口として頼れる存在とし

¹¹ 国内内全4地区の20歳以上の男女3447名に対して行われた無記名自記式質問紙調査。2010年2月～3月にかけて実施された。

て知ってもらうためにも重要である。

5. 患者団体等との連携協力の体制／がん患者支援の体制

がん対策基本計画（以下、基本計画と略す）では、相談支援センターにおいて「相談員を複数名配置すること」とともに、「相談支援に関し十分な経験を有する看護師等の医療従事者や患者団体等との連携について検討する」ことが示された。また、がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（以下、指定要件と略す）においても、「院内及び地域の医療従事者の協力を得て、院内外のがん患者及びその家族並びに地域の住民及び医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと」が示された。これを受けて、がん診療連携拠点病院の相談支援センターでは、がん患者団体等との連携を模索する活動が進められている。

がん対策基本計画にこのような「患者団体等との連携」が盛り込まれたのは、患者団体(等)との連携が、がん患者および家族らに対するよりよい支援を提供するために必要であると認識されたためと考えられる。

一方で現場では、目的も不明確なままに、単に連携することや患者サロンを作ることが目的化してしまい、混乱を来しているという状況がおきている。このように現に起きている混乱の原因や患者団体等との連携に関する問題や課題を明確にし、そのためにどのような対応が必要かどうかについて考えるために、まずがん患者団体（等）との連携協力体制の現状について示し、その前提となる定義、患者会（当事者団体）と専門家の関係のあり方についてこれまでに明らかにされていることを概観する。そしてその上で、現状における問題点、当面なすべきこと、めざすべき方向性について考察していく。

5.1. “がん患者団体等”との連携協力体制の構築の現状

平成 21 年度の現況報告結果（H22 年度指定病院）では、「ピアサポート（がんの経験者による支援活動）の有無」は、375 施設¹²中 71 施設（18.9%）が「あり」と回答していた。また「相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制構築の取り組みの状況（別紙 28）」で報告された患者団体数は、平均 1.1 (range: 1-15)、中央値 1.0 で、地域内の複数の拠点病院や相談支援センターとの関わりを持つ患者会も存在していた。

また相談支援センターを対象に、平成 22 年 1 月に実施された「がん診療連携拠点病院におけるがん当事者と専門職の連携に関する調査」（朝倉ら,2010）では、「相談支援センターと地域の患者会との交流」について、相談支援センターが「しばしば交流がある」「たまに交流がある」と回答したのは、302 施設中それぞれ 28 施設（9.3%）、143 施設（47.4%）であった。今後の意向については、189 施設（63.1%）が「今後、地域の患者会と交流を深めて

¹² H21 年 10 月末現在、国立がんセンター中央病院、東病院は、みなし拠点であったため報告がなく、375 施設となっている。

いきたい」と回答し、6割を超える相談支援センターが地域の患者会との交流について積極的な姿勢を示していた。

診療圏内のがんに関連した患者会の把握については、相談支援センターが「ほぼ完全に把握している」と回答したのは、302施設中17施設（5.6%）で、「おおむね把握している」126施設（41.7%）、「少し把握している」138施設（45.7%）、「全く把握していない」21施設（7.0%）で、相談支援センターが十分に地域の患者会について把握しきれてない状況が伺えた。

現況報告が義務づけられる以前には、相談支援センター（拠点病院）における患者団体との連携構築の取り組みについて把握されていなかったことを考えると、基本計画や指定要件、そして現況報告で報告されるようになったことで、各拠点病院や相談支援センターが患者会との連携について意識するようになったと考えられる。また相談支援センターが平成18年に始められてからまだ間もないこと、交流や関係構築には時間がかかることを考慮すると、がん患者団体との連携協力体制構築の活動はまだ十分ではないにせよ、連携のきっかけ作りがなされ、今後広がっていくと考えられる。

5.2. よりよい連携協力体制を構築するための前提として（定義とあり方、留意点）

患者団体（等）との連携の取り組みは、まだ始まったばかりである。そのため、ほとんどの拠点病院、相談支援センター、行政、そして、がん当事者や当事者団体も、試行錯誤の中で、その地域に合った、がん患者や家族のサポートを提供するための連携の方法を模索しているところであると言える。

1) 「患者団体」および「患者団体等」とは

「患者団体」については、一般化された定義はない。患者団体に相当する言葉として、形態による分類では、セルフヘルプ・グループやサポートグループがあげられる。セルフヘルプ・グループとは、なんらかの問題・課題を抱えている本人や家族自身のグループである。したがって「当事者であること」がまず最大の特徴であり、重要な意味を持つ（久保・石川、1998）。がんの患者会あるいは家族会として活動しているものの多くは、セルフヘルプ・グループに属するものと考えられる。またこうした特徴から、セルフヘルプ・グループは当事者団体と呼ばれることもある。一方、専門家が主体となって運営するプログラムは、サポートグループと呼ばれ、構造化されたプログラムの提供がなされることが多い。たとえば、医療専門家が企画・運営する患者教育や「院内患者会」などはこれに相当し、地域において活動する専門家が企画・運営する「患者支援団体」と呼ばれるものも、サポートグループに属するものと考えられる。これは形態による2つの分類である。

また患者団体等との連携においてよく使われる「ピアサポート」「ピアカウンセリング」の「ピア（peer）」とは、同等の、対等の、仲間などの意味を持つ言葉で、ピアサポートとは、同じ立場や同じ体験をした者がお互いに支えあることである。がんの領域に限らずさまざまな支援活動の場で使われる機能を表した言葉であり、セルフヘルプ・グループ、サ

ポートグループのどちらの活動の中でも使われる機能である（資料 14）。

資料 14. セルフヘルプ・グループとサポートグループの相違点¹³

	セルフヘルプ・グループ	サポート・グループ
中心となる企画・運営者	当事者(患者・家族)	非指示的専門家(医療従事者)
活動の構造化度	低い(活動内容はグループによってさまざま)	高い(プログラム進行がほぼ決まっている)
おもな活動の場所	特定の病院から独立した地域の施設が多い	病院内が多い
活動内容	講演、会員同士の情報交換、体験発表、親睦旅行、会報発行など	リラクゼーション訓練、専門家による情報提供、小グループ単位の体験の分かち合いなど
参加者とグループの関係	団体の会員になる(年会費)	プログラムに参加する(無料または実費)

季羽倭文子・丸口ミサエ監修、ホスピスケア研究会編集、がん患者と家族のサポートプログラム「がんを知って歩む会」の基本と実践 (p17) ,2005,青海社より引用。

2) 専門家の関与の仕方と度合い

相談支援センターと患者団体（等）が連携することにおいては、専門家が主体となるサポートグループと当事者が主体となるセルフヘルプ・グループとを分けて考える必要がある。特にセルフヘルプ・グループとの連携に際しては、その特徴から連携の取り方（専門家の関与の仕方と度合い）に留意する必要がある。セルフヘルプ・グループの特徴には、①メンバーが共通の問題を持っている「当事者」であること、②メンバーは専門家と素人というような「タテ」の関係ではなく、対等な立場で協力し合う関係にあること、③共通の目的（ゴール）があること、④専門家の関与が少ないこと、があげられている。またこのような特徴から、「セルフヘルプ」には個人による自助や専門家からの独立という意味と、同じ問題を共有するものによる相互支援や協同という 2 つの意味があると指摘されている（久保・石川、1998）。

したがって、ピアサポートが提供される際には、専門家による介入は最小限にとどめ、当事者の活動が主体的にできるような支援にとどめるべきである。そうでなければ、専門家ではなしえない、ピアだからこそできるピアによるサポートの最大の効用を減じてしまう危険性もある点に注意が必要である。

¹³ ここでは、がん患者を支援（サポート）するグループ全般としてではなく、アメリカがん協会の定義にならい、医療者がファシリテーターとして加わり構造化された支援を提供するグループをサポートグループとして記述されている。

3) 当事者活動の主体性の尊重と日本のがん当事者活動の特徴に関する留意点

セルフヘルプ・グループ（患者会等の当事者）による活動の内容は、個人間での情報交換やこころの支え、当事者に即した日常生活改善への働きかけ、また社会的な活動（政治的な活動を含む）までさまざまである。相談支援センターと患者会等の当事者による活動との連携に期待されているのは、当事者ならではの情報交換やこころの支えについても、十分に提供できる体制を持つことである。したがって、患者会がそうした支援活動を、自分たちだけの活動にとどまらず、地域や社会に対して提供できるか（貢献できるか）どうかにも関わってくる。患者会によっては、活動主旨から連携すること（支援を提供すること）ができない場合や好まない場合もあり、その意向についても十分に配慮する必要がある。

また、日本のがん患者会については、概して小規模なものが多く、がんの当事者が運営していることも多いこと、疾患の特徴（治療や病状の変化が起こりやすい等）のために、活動内容が時間とともに変化することが多いため、その点も考慮に入れて互いに連携関係を築いていく必要がある。

5.3. 連携協力体制における当面の課題とその対応

1) 「患者団体」「患者団体等」などの言葉の定義を明確にする

基本計画上示されている「がん患者団体等」は、「等」が示されていることから、おそらくセルフヘルプ・グループとサポートグループの両方を含むものとして使われていると考えられる。しかし、指定要件上示されている「がん患者団体」は、セルフヘルプ・グループのみを指していると考えられる。この時点ですでに、どのような関係者を想定するのか（するべきなのか）について齟齬が生じている可能性がある。「がん患者団体等」や「がん患者団体」が何を指すのか、どこまでの範囲を想定して使われているのか、それぞれの特徴から連携に際して考慮すべき範囲も異なるため、言葉の定義を明確にする必要がある。

また、がん対策推進基本計画中間報告（平成 22 年 6 月 15 日 厚生労働省）（以下、中間報告と略す）では、「相談支援センターについては、地域のがん患者およびその家族等と共同で、患者及びその家族を対象とするピアサポートを行い、これを国として支援すべきである。」とあり、基本計画において「がん患者団体等」とされていた相談支援センターの連携先は、中間報告では、共同する相手として「個々の患者や家族」までが対象となっているようである。多くの都道府県におけるがん対策推進計画においても、「患者会との連携」ではなく「患者との連携」となっている場合がある。そのため、患者サロンへの患者の参加が、連携と混同されている可能性がある。この点について言葉の定義を行い、本意を明確にして共通理解を図る必要がある。

さらに中間報告書では「・・・がん経験者支援部の設置による長期生存者(サバイバー)の相談支援も必要である。(p20)」と示されている。長期生存者(サバイバー)との連携を示唆しているようであるが、彼らの相談支援とは、彼らをサポーターとするという意味か、彼らへのサポートも行うという意味か、不明瞭で、誤解を招く恐れがある。

連携とは、「同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり、協力し合って物事を行うこと(広辞苑)」であり、“支援される”側になった場合には、当然、連携することは難しくなり、連携そのものができなくなる可能性も高い。したがって「患者団体」は、安定した社会的資源となりうるが、「個々の患者や家族」の場合には、病状の変化によってサポートの受け手となることもあり、安定した支援の提供資源になるのは難しい場合があることも認識しておく必要がある。

計画や実践にたずさわる関係者らが混乱せずに通理解の元に運用・活動できるように言葉の定義を明確にする必要がある。また不明確な場合においても、関係者間でどの範囲のどのような連携を行うのかについて、明確に通理解を促しながら計画を推進していく必要がある。

(1) 連携の目的

「患者団体(等)との連携」が、がん対策基本計画やがん診療連携拠点病院の指定要件に明記された背景には、がん患者および家族らに対するよりよい支援を提供するために必要な体制の一つとして考えられたからであると考えられる。しかし、実際には、このような記述は、がん対策基本計画にも、がん診療連携拠点病院の指定要件にも示されていない。そのため、多くの現場では、目的も不明確なままに、単に連携することや患者サロンを作ることが目的化してしまい、混乱を来しているという状況がおきていると考えられる。したがって、何のために連携し、連携して何をするのを再度認識することが重要である。

連携の仕方には、患者会を紹介することから、不特定多数を対象にした講演会での協力、さらに特定少数グループや個人を対象にしたピアサポートやピアカウンセリングまで、専門家と患者や患者団体等の関わりの度合いはさまざまである。患者同士のしゃべり場のような「患者サロン」あるいはサポートグループ¹⁴は、一つの連携のあり方であるが、医療者が主導で患者が参加しているだけの取り組みでは連携とはならない。連携の程度と中身を、その目的に沿って明確にして取り組む必要がある。

(2) 連携の相手～「患者団体等」「患者団体」「患者・家族」

言葉の定義が不明確なまま使用されていることは述べた。では、連携の相手が「患者団体等」「患者団体」「患者・家族」と異なることで、何が違い、留意する点異なるのだろうか。

「患者団体等」と言う場合には、セルフヘルプ・グループだけでなく、サポートグループ、

¹⁴ 専門技術を伴う、専門職が主導するものである。(例) 患者教育を目的とする院内患者会など

すなわち専門家が主体となって運営する「患者支援団体」¹⁵が含まれることになる。こうした団体は、患者支援に関してノウハウを蓄積している専門家集団であると考えられ、その団体の活動内容や経緯など信頼できるかについて確認する必要があるが、多くは安定した支援や資源の供給源となる。一方で、日本のがん当事者団体が小規模なものが多いため、患者会が安定した支援や資源の供給源として難しい場合も起こりやすい。

また相談支援センターのスタッフ数は限られ、情報提供や支援についてがん患者や家族に対するその他多くの役割を担うことを考えると、ノウハウを蓄積していると考えられる患者支援団体の協力を仰ぎ、一緒に活動することも十分考えられる。またこのような患者支援団体の活動の認知が地域の中で十分な場合には、相談支援センターを介さずに、直接支援や資源が利用されていることも多い。患者や家族によりよい支援を提供する体制を構築することが目的であれば、必ずしも相談支援センターと患者団体（等）との連携だけを推進するだけでなく、こうした患者支援団体もがん患者や家族への支援提供源の一つとして日本の中で盛り立てていくことも必要であろう。

しかし、地域によっては「患者団体」がん患者会が存在しない、また存在しても特定のがんの患者会のみの場合や、患者支援団体の活動も十分でない場合もあり、よりよい支援体制構築のスタートの段階は、がん患者個人との連携もあるのではないかと考えられる。しかし、がんという疾病の特徴（再発や転移、またそれによる病状の進行による体調の変化が起こりやすいこと等）を考えると、個人から集団、団体へ、さらに団体の連合体へとゆるやかに連携を発展させ、安定して継続的に支援や社会資源を提供できるようにしていく必要があるだろう。

2) 段階的に連携協力体制を構築する

連携をするには、連携をする互いの相手がそれぞれそれなりの力をつけることが必要である。また、連携の仕方によって、その地域における他の支援や資源の存在など、その前提となる条件も異なる。したがって地域の求めに応じた、互いの成長や準備状況の度合いに合わせた、また、連携協力体制を段階的に作っていくことが必要である。

(1) 地域の患者会の把握と紹介

相談支援センターにおいて、利用者の求めに応じた支援や資源の一つとして患者会を紹介することは、全国の拠点病院の相談支援センターの機能として不可欠である。そのためには、まずその地域にどのような患者会があるのかを、相談支援センターが把握していることが必要である。

しかし現状では、相談支援センターにおいて、地域の患者会についてまだ十分に把握できていない状況が示された。また、相談支援センターとの連携の状況において、一つの

¹⁵ 日本においては、財団法人日本対がん協会、財団法人がんの子供を守る会、NPO 法人ジャパンウェルネスなどがこれに相当する。

患者会が複数の相談支援センターと連携している場合もあった。複数の拠点病院や相談支援センターとの関わりを持つ患者会があることは地域や全国規模の患者会であれば当然考えられることであり、各拠点病院や相談支援センターによる地域内の患者会の把握は非効率となる可能性がある。がん患者団体（等）は、地域の社会資源でもあり、拠点病院や相談支援センターの単位で把握するのではなく、地域の自治体などのより大きな範囲や枠組みで把握することがより効率的であると考えられる。

把握する具体的な内容として、連携する患者会の活動目的、設立年、規模、がん種、活動内容などとともに、安心して紹介できるかどうか分かる資料なども収集する必要がある。また患者会の主体性の尊重のためには、活動内容として、がん患者や家族らよりよい支援をするために、ピアサポートなどの活動を社会資源として提供する意思（拠点病院や相談支援センターと連携する意思）があるかどうかや、患者会が小規模のため活動内容が安定しにくいことも多いため、定期的に情報を更新し、活動内容についても確認することが必要である。

(2) 連携相手（患者会等）の立ち上げ支援

ほとんどの都道府県のがん対策推進計画では、相談支援に関し十分な経験を有するがん「患者団体」の存在が前提とされている。しかし、地域に患者会が存在しない場合もあり、「患者会」の立ち上げを支援する役割をどこが担うのか、についても考える必要がある。

たとえば福岡県のがん対策推進計画には、「県内で組織されている患者会の数は少なく、その活動も病院内に留まるなど、より多くの人参加や協力が求められている。」と記載されており、県内の患者会が十分に存在しないことが認識されている。富山県においては、「乳がん以外の部位の患者の支援についても、がん診療連携拠点病院等が中心となって行うとともに、意向に基づき患者会の設立に向け支援を行っていきます。」と記載され、患者会の立ち上げ支援の必要性についても言及されている。このように、各地域で必要とされる患者会の立ち上げを実現できるように、当事者を含む関係団体（行政とがん診療連携拠点病院や相談支援センター、当事者、さらにそれを支援することが可能な患者支援団体やNPO団体など）で協議し、協力して立ち上げを図る必要があると考えられる。当然、この段階での当事者は、患者団体としてではなく、個人としての協働・連携となる。

しかし気をつけなければならないのは、患者会とは、セルフヘルプ・グループ“問題・課題を抱えた本人や家族が相互援助や特定の目的でつくるグループ”の一形態であり、当事者らが当事者ならでの活動を行うことであって、専門家や行政主導による活動とは異なるものである。したがって、医療専門家や拠点病院、行政が、患者会を立ち上げるのではなく、あくまでも患者会の立ち上げ支援を行うという立場で関わっていくことが必要である。そして将来的には、患者会が自立して当事者らによる主体的な活動が行えるよう、地域で育てていくことが求められる。

(3) ピアサポートを提供できる体制構築の支援

全国の取り組みの中で、ピアサポート、ピアサポーターとピアカウンセリング、ピアカ