

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くと、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改変を加えず第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。

上記のプログラムを終えた後、2012年5月に3施設のメンター計3名へのインタビュー（メンターへのインタビュー③）、6月にプログラムの参加者のうち計7名へのインタビュー（参加者へのインタビュー）を行った。

3回にわたって行った相談の質の第三者評価は、上記すべての項目を実施した後に、いつの時点の録音であるかが評価者にわからないようランダム化した上で評価を行っ

た。

4. 本研究で用いるデータ

1) メンターおよび参加者による主観的評価

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①、②、③」ならびにプログラム終了後に行った「参加者へのインタビュー」の記録を検討対象とする。

2) 第三者による相談の質の客観的評価

評価は、先行研究で作成され(1)、相談支援センターでの適応可能性について検討された(2)相談事例評価表(資料1)を用いた。評価を行ったのは7名の研究者であり、2事例については全員が評価を行った後、その評価を確認し得点の標準化を図った後、すべての事例について2名の研究者が評価を行った。評価者間で得点が異なった場合には、議論の上、合議により得点を決定した。

評価した模擬事例は89ケース（録音不備による欠損1ケースあり）であり、録音時間は6.7分～36.9分、中央値16.3分、平均値17.2分であった。3施設間および3時点間による録音時間の差異はなかった。

評価表の各カテゴリ（対応方針の違反、コミュニケーションの促進、アセスメント、ニーズの確認、ニーズへの支援、適切な情報支援）の得点の3時点における平均点の違いを施設ごとに検討した。対応方針の違反については、得点が低いほど、その他のカテゴリについては得点が高いほど相談の質が高いことを表す。

この3施設の録音データの中で、B病院については電話の中で相談員が名乗る方針

を取っているため相談員が特定できた。よって、B 病院についてはメンター以外の相談員が対応したケースを取り出した分析も行った。

C. 研究結果

1. メンターが評価する本プログラムの利点や効果

3 時点においてメンターから語られた本プログラムの利点や効果について表 1 に示した。メンターの主観的評価からは、教育介入を行った結果、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」ことが明示的に語られた。

2. メンターから示された配慮と懸念

このプログラムの実施にあたり、メンターが意識した配慮や懸念について表 2 に示した。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と感じられていたことが語られた。

3. 参加者による本プログラムの評価

本プログラムの意義や効果について参加者から語られた内容を表 3 に示した。インタビューに応じたすべての参加者から、本プログラムに参加したことは「自分の相談を客観的に振り返ることができ、意義があった」という趣旨の発言がみられた。そのほか、他者の事例を聞きディスカッションを行うプロセスが、他のスタッフの視点を学ぶことができた、評価表を用いたことで

より具体的なディスカッションができた、フィードバックによって改善すべき点がわかったり自信につながった、自分が受けた相談についてより職場内で意見を求められるようになった、相談員の役割が分かったなどの具体的な効果が挙げられた。特に経験の浅いスタッフからはそれぞれのプロセスで学びが大きかったという発言が目立った。

プログラムの限界や負担感について参加者から語られた内容を表 4 に示した。プログラムの限界としては、自分の対応の改善点が理解できても、電話相談という限界の中で具体的に相談者の支援につなげるところまで踏み込むことは難しかったという指摘がみられた。また、事務職として対応するにはこの評価表では対応の範囲を超えるものがあったという指摘があった。負担感としては、自分が対応した相談を録音して聞くということに対しての抵抗感は複数の人から挙げられたが、いずれも実際にやってみると利点の方が大きく、結果的にやってよかったという発言であった。手作業で録音した A 病院、C 病院の参加者からはいずれも録音作業の負担感が語られた。業務が多忙な中でプログラムを行うことの負担感は語られたが、自身のスキルアップとして負担に感じなかったという発言も見られた。

他施設または自施設で繰り返し実施するにあたり、改善できる点について尋ねた結果を表 5 に示した。すでに示したように、インタビューに応じた参加者は全員が本プログラムの意義・効果を語ったが、一方で負担も感じており、広範囲への適用や継続にあたっては負担を軽減する形で運用するのが望ましいという指摘がみられた。継続して実施する上では、負担の軽減と目に見

える成果が提示できることが重要であるという指摘が見られた。フィードバックについては、経験の浅いスタッフからは具体的な効果が語られたが、経験年数の長いスタッフからは効果は限られたものである印象が語られた。いずれも職場内のメンターからフィードバックが行われる場合、日常業務の中で良好な関係が必要であることが指摘された。今回は行わなかったが、第三者からのフィードバックを設定した際にどう思うかと尋ねたところ、職場内のメンターとは違う効果が期待できるのではないかと思うとの肯定的な評価が得られた。相対的に経験年数の短い参加者（職種としての経験は長いが相談業務にはじめてついた参加者、新卒後相談業務について3年目の参加者）は、いずれも自身が経験したタイミングは適切だったと回答した。

4. 評価表によって評価した得点の変化

各施設の3時点における模擬電話10ケース（C病院1回目は9ケース）のカテゴリごとの平均点を表6に示した。対応した相談員はメンターと参加者の両方が含まれるこの得点の平均値においては、時期による有意な変化は見られなかった。

対応した相談員が特定できるB病院において、メンターが対応したケースを除き、参加者のみの得点を算出した結果を表7に示した。ここでは、コミュニケーションの促進、ニーズへの支援のカテゴリについて、有意な変化が見られ、いずれも向上する傾向が見られた。

D. 考察

1. 本プログラムの意義

今回のプログラムに参加した3施設においては、いずれもメンターおよび参加者か

ら一定の負荷がかかるものの、効果があり実施する意義があるものと認識されていた。意義として具体的に指摘されたのは、大別して相談員のスキルの向上と職場内で相談について話し合う雰囲気促進の2点である。相談員のスキルの向上については、経験の浅いスタッフからはより直接的な効果が語られ、経験の長いスタッフからは「改めて見直すきっかけになった」など意識づけとしての効果が語られる傾向にあった。このことから、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うることが示され、長期的な質の向上にも資するものと考えられた。

また、模擬電話の評価得点による評価では、施設ごとの平均値によるプログラムの実施前後の変化は確認できなかったが、対応した個人を特定できたB施設においては、メンターを除く相談員の相談の質の平均が有意に向上した項目がみられた。施設ごとの平均値において有意な変化が見られなかった理由として、各10ケースという限られた中での検討であること、すでに対応が安定した状態にあるメンター自身が受けた電話相談が含まれること、より経験が長いスタッフはすでに一定以上のスキルを獲得しており本プログラムで具体的な改善には結びつきにくいことが考えられる。しかし、B施設においてメンターを除く2名の参加者が対応した模擬電話のみを取り出して検討したところ、有意な改善が見られた項目もあることから、客観的な評価の観点からも一定の効果が見込めるプログラムであると

考えられる。

2. 導入にあたっての課題と留意点

一方でメンターからは学習時間の確保、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指摘された。インタビューに応じた参加者からは自身の相談事例を聞くことについての心理的抵抗は実施後には解消されたことが語られたが、最初は抵抗を感じたという参加者も多く、不安なく取り組めるような配慮は必要である。また、録音作業については、手動で録音する方法をとった A 施設、C 施設においては参加者からも負担感が語られており、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なるであろう。

また、本研究に参加した 3 施設「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、フィードバックを効果的に行うことも含めたメンターの相当な力量が求められる。職場での直接の実施が難しい場合には、一定の環境を整えた施設でのプログラムに個人単位で参加する、外部のメンターがプログラムの実施を支援するなど、プログラムの運用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、導入にあたっては、参加者の状況に応じた負荷の調整および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，高山智子，関由起子，田尾絵里子，小郷祐子，清水奈緒美，橋本久美子，大石美穂．がん相談対応スキル向上のための学習支援方法に関する検討．～プログラムの意義と効果～．日本癌治療学会第 50 回学術集会．2012.10.25-27 日.横浜．

－清水奈緒美，佐野紀子，得みさえ，阿部友美子，菊池まどか，高山智子，八巻知香子，小郷祐子，田尾絵里子，橋本久美子，大石美穂．がん相談員教育プログラムを実施した結果（その 1）神奈川県立がんセンターの場合．日本癌治療学会第 50 回学術集会．2012.10.25-27 日.横浜．

－橋本久美子，岡田太郎，湯沢則子，中村真喜子，菅野歩，鳥越絵美子，中村修治，前田昭子，高山智子，八巻知香子，小郷祐子，田尾絵里子，関由起子，清水奈緒美，大石美穂．がん相談員教育プログラムを実施した結果（その 3）聖路加国際病院の場合．日本癌治療学会第 50 回学術集会．2012.10.25-27 日.横浜．

<参考文献>

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.

H. 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

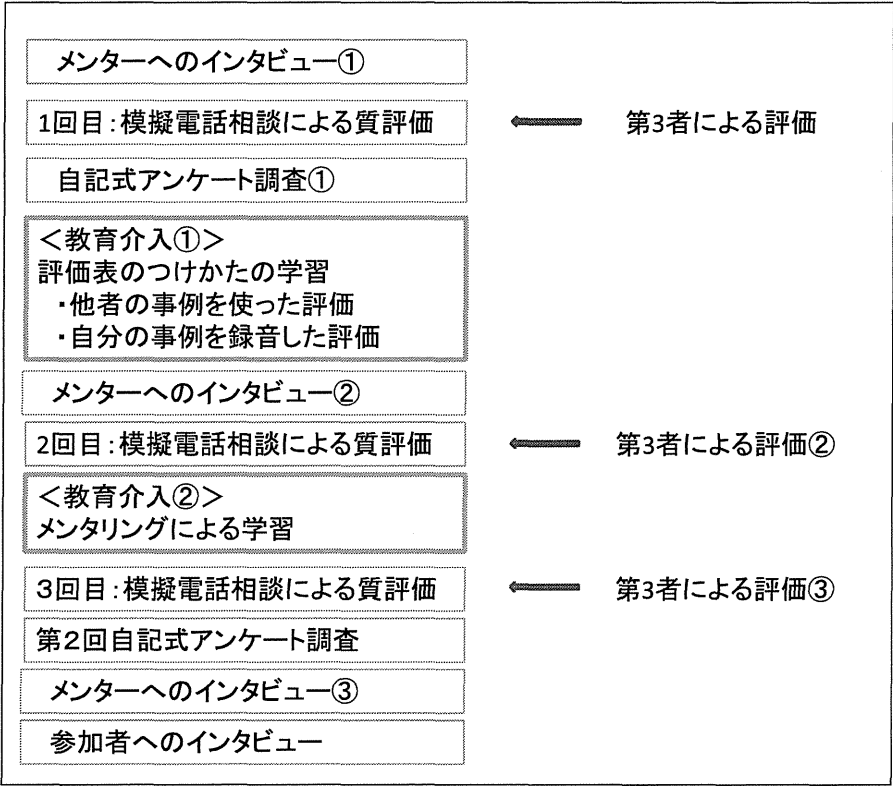


図 1：プログラムの流れ

表1.プログラムに対するメンターによる意義・効果についての評価

(1) 取り組みの導入時点	
●	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。
●	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。
(2) 介入①「自己学習による学習」終了時	
●	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」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がある。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。
●	相談のインテイク部分を主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。
●	相談員から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。モチベーションが高まったことを感じる。
(3) 介入②「自身の録音をメンターとともに振り返る」終了後	
●	インテイクを担当する事務スタッフでは対応できない事柄について専門職に代わる、かけ直す対応をとる基準が共有されるようになった。
●	メンターを含む同僚と共に録音事例を聞き、評価をのべ合う形式で学習した。プログラム開始当初はオープンに話し合うことに抵抗を感じているスタッフもいたが、相談の対応にあたって、流れとして漠として感じていたものに根拠が加わったことで、積極的にディスカッションに参加できるようになった様子があり、進んで自身の事例を共有したディスカッションを望むようになった。
●	インテイクを担当する事務スタッフも、相手が何を相談しようとしているのか、きちんと理解して対応する必要があることに気づいた。「これでずれていないか？」などを確認する意識が生まれた。
●	経験の浅いスタッフにとっては、匿名の練習要事例を使って評価する、自信の録音を聞いて評価するという2種類「介入①」のプロセスはとても有効だった。経験が十分なスタッフについては、介入②の中でメンターと共に互いに「これでいいのだ」という方針を確認できたことが収穫だった。
●	人から評価されフィードバックを受けることはネガティブなことではないことをみんなと共有できたことは大きな財産だった。

表2. メンターから示された懸念と配慮

<時間的制約>	
●	導入前時点から終了後を通じて、メンターからのもっとも大きな懸念として挙げられた。
●	時間外で対応した施設においても、今後は相談支援センターの質の向上に寄与することを幹部に説明し、業務の一環として実施できる体制を構築したいとの意見が寄せられた。
<録音の負荷>	
●	全件自動録音となっている1施設を除き、残り2施設では「録音作業が心理的・物理的負荷となった」と指摘された。
<評価の心理的負荷>	
●	介入①の評価視点の学習の場において、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を希望したスタッフがいた。後に後に懸念が払しょくされ、全員が同じ場での検討を自ら望むようになったが、参加者に懸念があるときに無理を強いないことの重要性が指摘された。
<メンターとして心がけた配慮>	
●	「いい加減」にやるのが大事。ある程度の加減のところで、全部を言わなかったり、「いい加減なところで止めておく」心構えの必要性が指摘された。
●	メンターが先に気づいているその人の課題を傷つけないように伝えるのは難しいこと、「指摘をするのは簡単だが、それを自分で気づいてもらうように投げかけることが必要」であると指摘された。
●	過度な緊張を生まないような配慮が必要であり、たとえばオープンスペースでやる方が、共有することで安心感があり、気づきにも繋がると思われたという指摘があった。

表3. プログラム参加者による評価1(プログラムの効果)

自分の相談を客観的に聞くことの有効性	● どうしてこういう聞き方をしなかったんだろう、もう少しこういう質問ができたのではないかな、など振り返りに紙に起こす機会があり、メンターからフィードバックしてもらったことで、自分がどういう言葉を発し、どのように聞けばよかったのか、次にどういふうにつなげていけばいいのかというのを客観的に見えたのはとてもよかった。 ● 自分が相談対応しているのを自分で聞くことは初めて。相談している人の内容をずっと聞くということもなかったのも、非常に学ぶことが多かった。自分の中に一番残ったことは、自分がどのように対応しているのかを客観的に聞くことにより、「電話相談は本当に気を付けてやらなければならない」という思いを新たにしたこと。このような機会がないと、電話相談が見えない患者さんと二人だけの相談となってしまう、どのような対応をされているか、しているか、誰も知らないところで曖昧になってしまう。客観的に相談を振り返ることはよい経験となった。 ● 繰り返し聞くことで気が付くこともあり、とても効果的であった。自分の中でも、ここができなかったとすることがあった。繰り返し聞く中で出てくるものがあり、さらにそれを皆で話し合う中でより深まった。自分の相談のパターン(どうしても答えを出したくなったり、医療的な視点に注目したくなったり)があるが、人の相談内容を聞き、他の人の意見を聞くことにより、「こんな風に対応するんだ」とか「このように対応していると患者さんのニーズが見えなくなってしまうんだ」など、自分の対応パターンを振り返りながら見えたかなと思う。実践につながったかは分からないが、そこは大事なプロセスだと感じた。 ● 「はいはい」とか、「ええええ」など、言っていないつもりでも、ああ結構言っているなということに気がつき、言葉の使い方とか、相づちの打ち方が変わったと思う。
他者の事例を聞くことの効果	● 最初に聞いた事例については、相談はこんなふうによればいいんだ、という参考になった。一人で聴いていると自分と比べるので、「ふんふん、そうだね、悪くないよね」と思って聞か、皆でディスカッションする中で、ほかの相談員から指摘されるのを聞きながら「こういう広がりていくのがいい展開かな」、というのが見えてきた。 ● 学習の最初のプロセスにおいて皆でディスカッションした際には、その場にはいない(関係のない人)の相談事例のため、率直な意見を出し合うことができ、良い学習の場となったと思う。 ● 他の方の相談録音を聞かせていただき、それを皆でディスカッションをするという最初のプロセスはとても新鮮だった。相談部門に所属したのは今回が初めてで、人の相談を聞く機会もなかったため、いい勉強になった。ケースワーカーと看護師の異なる視点を共有できたり、相談者の本当のニーズと、問題の本質をどのように捉えていくかということが非常に分かりやすかった。生の録音データにより、学べたことは大きい。自分の事例と他の施設の録音事例を聞いたことで、自分の傾向が非常に良く見えた。
評価表の有用性	● 一つ一つの項目が非常に細かく具体例まで書かれていて、どういうところが必要となるところなのか踏まえたうえで確認をすることができた ● 自分がみる時も同僚からコメントをもらうときにも、同じ評価表の観点で見たことで、自分はここが見えた、〇〇さんはここが見えた、という違いが明らかになった。物差しがあつたおかげで再発見することができたのではないかなと思う。 ● 患者さんにどういふ対応をしているかというところと点数をつけていくことが自分の振り返りになって、評価表をみて振り返って、ああこういうふうにするばいいんだというひとつの基準がわかり、気をつけながら話すことによって自然に対応することができるようになった ● 相談者の反応についての項目があることで、どういう反応をしているか気をつけないかが改めてわかった。いままでも情報提供をして、ああわかりましたと電話を切っていただけで、分かっていただいていたんだなと思っていたが、どういうふうに分かりましたと言ったのか、や、もう一回電話をしたいという言葉があったのかなどの反応をみながら対応するように心がけるようになった。これまで自分の技術だけで考えていたが、相手の反応をみながらそれに合わせてという視点が入っている評価表なのでとても、相談全体ひとり相談員だけの評価だけではなく相談全体の評価ができる評価表だと思った。 ● 受け入れの仕方や、相談の流れについて院内のマニュアルを作った時に直接参考にした。
フィードバックの効果と限界	● 普段、「これでよかったのかな」と思いながら相談対応をしている。フィードバックを受けることで、「それって病棟の看護師さんの発想だね」といった返しがあり、電話相談として何をしなければいけないか、相談員の役割がよくわかった。 ● 自分の相談と一緒に確認してもらえた、という安心感があった。フィードバックを受けることで、「これでいいのかな?」というのが、「これでいいんだ」、「このことについてはもう少し確認しながらやらなければいけないんだ」、といったことが分かったのが大きかった。 ● メンターから、最初のフィードバックの事例よりも、最後にフィードバックしたものは相談の内容が変わってきたよね、よくなってきたね、という言葉もらい、「ああ、よくなったのかな」とは思った。メンターからのフィードバックがあることで、普段、流してしまうようなことも、ちょっと立ち止まって「どういふふう考えたんですか」など、もう少し奥に入って聞けるようになったのかなと思う。この前はちゃんと聞けなくて不完全燃焼で終わってしまったけれど、「こういうことなんですかね」確認の作業をすることで広がっていくことが実感できると、自分の持ち駒というのか、聞き方が広がっていく感じはあった。 ● 通常であれば自分の相談についてフィードバックをもらう機会もなかなかないし、相談室内で事例検討をする時間もとれていなかったのも、最初の検討をはじめ、どういふ相談がいいのか話し合う機会、フィードバックの機会は、いずれも負担というより得られたものが多かったと思う。 ● メンターがほめてくれるので、こういう風にとってくれる人がいるのだという感覚は持てたが、今の部署に来てからずっとメンターから助言をもらっており、今までに既に学んだところが多いので、今回改めて何かを学んだという印象はない。
プログラムによる具体的な効果・改善点	● これまでがんの相談ですといわれたときに、自分に答えられなかったらどうしようとか、専門的知識をと求められたらどうしようとか不安で、地を這うような対応をしていたように思うのですが、いろいろアドバイスをもらいながら、電話することで患者さんとの距離が縮まるような会話ができるようになったのではと思う。自分が聞きたいことはこれとこれとこれと思いながら電話対応していて、話をしながら、後からになって思い出して、ういえば家族構成とか、お仕事とか、など、とても構成がバラバラな対応をしていたと思うが、会話の中で説明や提案ができるようになってい意識をするようになった。 ● 上司や同僚に質問を率直にすることができるようになった。あまりできてないなと思われたらどうしようとか、自分でできる範囲で調べてそれから聞けるところは聞こうという感じだったが、自分の気持ちも含めて質問できるようになったのではないかなと思う。また、上司だけではなく、同僚にも伺って、皆さんの意見を聞いてみようかな、という気持ちになった。いままでも自分が目を向けていなかった、向けることができなかった自分の未熟さと欠点を目の当たりにして、ちゃんと向き合って改善していこうという気持ちが出てきた。 ● この対応はどうだったのかと、人に意見をしたり話し合う機会はなかなか持てなかったが、今回このことを通して、この対応はこうだろうと意見を交わすきっかけになった。今困っている内容を相談するというのは多くあったが、一歩進んで、その内容に対してどうしていくかと皆で話し合いができるようになった。 ● 自分の傾向はなかなか変わらないが、自分や人の事例を振り返ることで、相談の本質について考えたり、立ち止まれたことは非常に有意義だった。相談対応で上手いかなかったり困ったときに、その原因について考えるいい機会になった。 ● 自分の振り返りができたことで、相談員の役割が自分の中でもはっきりした。振り返りやフィードバックがあって、そこを目指せばいいんだと分かったことは大きかった。 ● 以前のように、すぐに何も聞かないで専門職に受け渡すということがなくなって、みんなが同じくらいまで最低限のことはできるようになって、それが、バイトさんでも、職員でも、パートさんでも最低限聞かなくてはならないところまで、つながるようになっていけるようになった。そこから先は専門性などによる違いが出てしまうが、最低限引き継ぐために必要なところまでのことはきけるようになった。 ● お互いを理解し合う場にもなった。職種の違い、注目するところの違い、お互い理解する大事な時間だった。そこで満足してしまったところがある。そこから先は個人作業というスタンスで行っていた。共同で学ぶ場をいかに作るかが、学びの充実感にもつながったと思う。
模擬ロールの意義、特徴と弊害	● おそらく模擬ロールと思われるものに何回か対応する中で、似た内容のものがあり、以前対応してこういうふうにして学んで、ということ踏まえて、対応を考えることができた。同じような内容だったからこそ生かせることができたと思う。 ● 通常の対応の時は普段は電話の相談ということで模擬ロールも集中しているのですが、それが模擬ロールかもしれないと思った時点で、焦りというのか、他の患者さんが待っている時に焦りを感じたりもすることもあった。

表4. 参加者による評価2（プログラムの限界と負担感）

プログラム設定の限界	
	● 相手が見えないことによる電話相談の限界がある。面談では相手の顔を見ながら、本当のニーズは何だろうというところから背景を確認し、支援を構築していく。電話ではどうしても支援を構築するまでが遠い。ニーズは何だろうと思うが、いくつかのアドバイスで終わってしまう。最初の学習事例の対応を聞き、こうやるのだなという学びはあったが、相手をいかに支援していくかという大きな部分は、今回の学習では深められていないように感じる。 ● 自分のできない点が見つかったのは非常によかった。一方で、それをどういう風に改善していくかという点については、もちろんカンファレンスの中でアドバイスももらうが、それを実際に支援につなげていくかは難しかった。アドバイスされた内容を意識しながら対応はしているがそれを直接改善することができなかったという気がする。 ● 相談者が相談員の職種を尋ね、事務というと、ああ事務の方ならいいですという反応が結構あからさまに出ることが多い。今回の評価表は、医療従事者向き、看護師とか、ソーシャルワーカー向きなので、事務職が対応する際には、聞ける部分と聞かない部分がある。
自分の相談を聞くことへの心理的抵抗とその解消	
	● 新鮮な感じを受けた。最初はすごく嫌だなと思っていたけれど、実際やってみたら面白かった。でも、（自分の録音は）人には絶対聞かれない。 ● メンターから、こういうところを直した方がいいよ、だけではなくこういうふうに改善したらどう、肯定的にここはいいと思うよ、という意見をもらってみて、やはり他の人の意見も聞きたいな、と思うようになってきた。自分の至らなさを申し訳ない思いをさせてしまうことがなくなるように、良い対応ができるように、できれば他の方のご意見も伺いたいと思うようになって、えるようになりました。 ● 自分の話していること相手の話していることを録音にとってみんなで聞くというところには、恥ずかしさと、この対応が本当にあっているのかどうかあらわになることから、はじめは大丈夫なのだろうかというところはあったが、他の人の意見を聞ける機会はなかなかないので、これからも続けていけたらと思う。
録音の負担	
	● 煩雑な業務の中、録音するというひと手間をかけることと、自分の対応を振り返らなければならないこととの両方に重圧を感じてしまった。やってみれば、普段の自分の相談のスタイルになるが、変に「がんばらなきゃ」とか「上手にやらなきゃ」と身構えてしまった。取り組むまでにエネルギーが必要だった。 ● 自分で録音しなければならないところに構えてしまい、皆なかなか録音が進まなかった。自分の相談を聞くのが嫌という気持ちがあったのだと思う。システム的にもともと録音されているのであれば、問題なくできると思うが、自分で録音するとなるとついつい構えてしまう。しかし、自分の相談に対し「どうだったかな」と常に意識するようになり、意識付けという意味では非常にいい経験となった。 ● （録音するケースについては、相談者に説明して了解を得る方法で実施したため）相談者から了解が得られない場合があったり、相談のなかでも本当に深い内容を話さなかったかもしれないと思う。
時間的な負荷	
	● 業務しながら録音することが一番の負担で、業務が煩雑な中、録音すること自体に時間がかかってしまった。もう少し時間をかけないでステップを踏めたら、効果的な学習のプロセスにつながったと思う。皆で話し合ったプロセスから、録音するというプロセスが、忙しいため少し時間が空いてしまった。メンターのフィードバックにも時間が空いてしまい、自分の中で相談内容が現実から離れてしまったところがある。 ● 担当している業務は相談だけではないので、時間を作ってやるのが大変だった。ディスカッションを時間内にはできないので、業務が終わってからやるようになるため少し大変だった。 ● 最初にテープを聞いてディスカッションするのはそれほど大変ではなかったが、後半の自分の事例を録音して評価するのは大変だった。30分、1時間近い相談を聞き直して、評価し、何度か聞き直す時間がかかってしまう。最低2回は聞いた。 ● 自分では対応することは研修ということで回を重ねるごとに、自分のスキルアップにつながっていると感じられたので、自己学習という意味では時間外にする方が適切だろうと思っていたので、時間的なところでは特に問題はなかった。 ● 評価表の項目が充実しているので、細かく書こうと思えば時間はかかる。ただ、点数とか、備考欄に自分が気になったことを書くようにしていただいていたので、そんなに評価表をつけ続けることに対しては大きな負担は感じなかった。

表5. 参加者による汎用性・適用可能性への助言

自施設での継続意向	
	● 他の人の意見を聞けるというのはふだんなかなかとれないことなので、これからも続けていけたらと思う。普段ロールプレーとしてやるのとはまた違い、模擬コールという形で受けられれば一番スキルアップにつながる有意義なものだと思う。 ● 効果があることは分かっているのでやったほうがいいんだろうな、と思う。一例、二例をきく、ということであればあまり負担なくできる。自分の相談か…と思う気持ちはあったとしても、効果はあるのが分かっているののでできる。 ● 自分の伸び率が見えるような結果が得られるのであれば良いと思う。今回と次回の結果から伸び率が見え、自分やアドバイザー（メンター）にも分かるものをいただければ、やって無駄だとは思わない。5例は多いので、3例ぐらいだとよい。システムとして全件録音されているのであれば、問題なくできる。 ● いかに負担なくプロセスをふめるかということ、最終的なフィードバックのところでは次のステップにつながるような返し方ができるかということが課題と思う。自分の事例を他者に評価してもらうところは、人によっては大変な作業と思うが、そこがないと自己満足で終わってしまうように思う。自己評価と他者評価を比較することで気が付くこともあるし、安心できることもある。いかに本人の次のステップにつなげられるかが大事な点だろうと思う。 ● 今回のプログラムでは最初に他者の事例が準備しており、ある期間の中でそれについて検討してみようという流れで、それぞれ相談対応の合間の空いた時間に聞いたりしていた。皆で一緒に準備された同じ題材に取り組むことは非常にやりやすく、学習に入りやすいと思う。
フィードバックのあり方	
	● メンターとは、年齢がほとんど変わらず、経験としては課長が1年下なので、対等な感じで接してくれていた、気構えはなく上司として関わっていた。いいところをフィードバックしてくれ、「できている」という感じに言っていたので、モチベーション的には非常にいい形でフィードバックしていただけた。でも、もっと十分でなかったところがたくさんあったのではないかと、思った。関係性によっては、フィードバックの方法は異なり、人間関係がフィードバックには影響してくるのではと思った。職種の違いなどがあれば、また違う視点で気づいていただくことも多いと思う。ポジションパワーが働くといか様にもとられてしまうということがあるので、非常に難しいところと思うが、最後のフィードバックのところでは、今後の課題が明確になるような、必要性が相手に伝わるような時間になればより良かったと思う。 ● もし、外部の第3者から客観的にフィードバックしてもらえれば機会があるとすれば、それは非常に新鮮で、気が付けることもたくさんあると思う。そういった機会は非常に少ないので、もしあるとすれば大変貴重な機会とも思う。日頃の業務の関係性もありながらフィードバックしてもらう場合には、日ごろの業務との比較ができる良さがある。 ● 自分のところでは、方向を導いてくれる人がいてよかったが、一人職場であったり、同じような経験の人ばかりであったりすると、負担が大きくなってしまいうこともあるかもしれない。職場の雰囲気がよく、フィードバックを受ける相手が安心して聞いてもらえる、聞かせられる人でないと苦痛になってしまうかもしれない。 ● 基礎研修3で知らない人同士が集まってディスカッションするような形で、知らない人からコメントをもらうのもいいかもしれない。率直な意見が言いやすい面もあるかもしれない。 ● どのように模擬コールがあり、どのように評価していただいたか見てみたい。施設により対応方針など違うと思うが、言葉遣いなども含めて最低限ここは相談員として押さえるポイント集のようなものができたら良いと思う。初めて相談を受ける人たちの拠り所になり、それにのっとりながら、他の人のアドバイスを聞き、自分の色を出していけるようになるかもしれない。
負担軽減のための工夫が必要	
	● 電話をされるタイミングはとても難しい。時期を集中させないようなというか電話のタイミングがいいのではないと思う。最初の時期の模擬コールは模擬コールだろうなと思わせるようなのが短い期間に多くあった印象がある。1日に数回というのではちょっと、他の相談対応の合間を待って頂いていると感じるので、模擬コールは分散しての方が模擬コールかなと思わずに受け答えできるのではないと思う。 ● 作業量の問題はある。一年間で2ケースぐらいであれば、負担なくできる。今回のプログラムはやはり作業量が多く毎年続けるには負担に感じる。 ● 他者の事例を聞くのは5例あってもよいが、自分自身が録音して聞くものは時間的に難しい。途中で、自分の録音は3例となったので良かった。録音して評価もあるので、3例ぐらいがちょうどよいと思った。
プログラムを行うタイミング	
	● 1年目はほとんど相談も十分に受けられない状態だったのでその時点では早かったのではと思うが、2年目、3年目と経験を積み、基礎研修の1と2を受けた段階でこのプログラムに参加したので、今の自分に何が足りないかを学ぶ意味でよかったと思う。 ● 1年目は何もわからない状況で何でも質問できるという状況だったが、2年目後半、3年目に入り、ある程度できていて当たり前、これを知っていないと恥ずかしいという気持ちになっていた、3年目の時期にこういう成長できるような企画に参加できてありがたかったと思う。 ● 職種の経験は長い、相談業務はやったことがなかった、振り返る機会をつくってもらえるのはありがたかった。相談業務への着任早々であったが、この課題があったことでむしろやりやすくなった。

表6. 施設別評価表得点の推移												
	方針に違反した数(理論的範囲:0-9)				コミュニケーションの促進(理論的範囲:0-9)				アセスメント(理論的範囲:0-9)			
	平均値(±)		最小値	最大値	平均値(±)		最小値	最大値	平均値(±)		最小値	最大値
A病院1回目	1.30	0.45	0	4	6.00	0.42	4	8	4.50	0.45	3	7
A病院2回目	1.00	0.21	0	2	4.60	0.56	2	8	3.55	0.52	1	6
A病院3回目	1.70	0.54	0	5	4.80	0.96	0	9	3.60	0.62	0	6
B病院1回目	0.50	0.27	0	2	6.20	0.63	4	9	4.20	0.87	1	9
B病院2回目	0.60	0.27	0	2	7.90	0.38	5	9	5.50	0.58	3	9
B病院3回目	0.30	0.15	0	1	6.60	0.64	3	9	5.00	0.71	0	7
C病院1回目	1.11	0.56	0	4	6.33	1.13	0	9	5.56	1.28	0	9
C病院2回目	1.20	0.36	0	3	5.10	0.96	0	9	4.75	1.08	0	9
C病院3回目	1.30	0.50	0	5	4.60	1.10	1	9	3.80	1.36	0	9
平均	1.00	0.13	0	5	5.79	0.28	0	9	4.48	0.29	0	9

表6. 施設別評価表得点の推移(つづき)												
	ニーズの確認(理論的範囲:0-3)				ニーズへの支援(理論的範囲:0-3)				適切な情報支援(理論的範囲:0-9)			
	平均値(±)		最小値	最大値	平均値(±)		最小値	最大値	平均値(±)		最小値	最大値
A病院1回目	0.98	0.17	0	2	1.28	0.21	0.33	2.5	1.57	0.20	0.67	2.67
A病院2回目	0.65	0.18	0	1.5	1.06	0.22	0.33	2.5	1.62	0.19	0.67	2.5
A病院3回目	0.82	0.14	0	1.5	1.26	0.31	0	3	1.50	0.25	0.33	3
B病院1回目	1.06	0.34	0	3	1.14	0.32	0	3	1.30	0.28	0	2.67
B病院2回目	1.45	0.20	0.33	2.33	1.49	0.23	0.33	3	1.83	0.19	1	3
B病院3回目	1.43	0.28	0.4	3	1.59	0.29	0	3	1.57	0.21	0.33	2.33
C病院1回目	1.92	0.45	0	3	1.92	0.44	0	3	1.78	0.44	0	3
C病院2回目	1.19	0.38	0	3	1.66	0.41	0	3	1.97	0.31	0.67	3
C病院3回目	1.07	0.42	0	3	1.10	0.42	0	3	1.57	0.37	0.33	3
平均	1.16	0.10	0	3	1.38	0.11	0	3	1.63	0.09	0	3

表7. メンターを除く評価表得点の推移 (B病院)												
	方針に違反した数 (理論的範囲:0-9)				コミュニケーションの促進 (理論的範囲:0-9)				アセスメント (理論的範囲:0-9)			
	平均値 (±)	最小値	最大値		平均値 (±)	最小値	最大値		平均値 (±)	最小値	最大値	
1回目 (8ケース)	0.63	0.92	0	2	5.50	0.53	4	8	3.00	1.20	3	7
2回目 (8ケース)	0.63	0.92	0	2	7.63	0.42	5	8	4.75	1.04	1	6
3回目 (10ケース)	0.30	0.46	0	1	6.60	0.64	3	8	5.00	2.26	0	6

表7. メンターを除く評価表得点の推移(B病院)(つづき)												
	ニーズの確認(理論的範囲:0-3)				ニーズへの支援(理論的範囲:0-3)			適切な情報支援(理論的範囲:0-9)				
	平均値(±)		最小値	最大値	平均値(±)		最小値	最大値	平均値(±)		最小値	最大値
1回目(8ケース)	0.63	0.64	0	1.8	0.71	0.18	0	1.5	0.96	0.20	0	1.67
2回目(8ケース)	1.27	0.54	0.33	2	1.24	* 0.18	0.33	1.8	1.58	0.12	1	2
3回目(10ケース)	1.43	0.88	0.40	3	1.59	0.29	0	3	1.57	0.21	0.33	2.33

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評価と地域における活用に関する研究
（研究代表者 高山 智子）

平成 24-25 年度 総合研究報告書

がん専門相談員のやりがいと困難・負担感に関する研究

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

研究協力者

阿部 桂 鳥取県立厚生病院
新谷 明子 十和田市立中央病院 がん相談支援センター
上村 裕子 熊本大学医学部附属病院
織田 久美子 社会保険 田川病院
関根 知嘉子 京都大学医学部附属病院
高石 純子 公立置賜総合病院
竹内 潤子 埼玉県済生会川口総合病院
中田 千恵子 済生会横浜市東部病院
長谷部 陽子
松沼 晶子 群馬県立がんセンター

研究要旨

相談支援センターの相談員は、新しくつくられた機能を担うスタッフとして現場の相談員が業務のしづらさを感じていることは報告されてきた。対人援助サービスの質は、スタッフの職務満足と密接に関係することから、がんの相談支援の充実のためにも相談員が感じるやりがいや困難を把握し、より高い職務満足が得られる環境を整えていくことは極めて重要である。よって本研究では、全国のがん相談支援センターの現場で対応にあたる相談員の感じるやりがいや充実感と、困難感や不全感を把握するのに先立ち、質問紙を作成するための項目の抽出に必要な要素について、フォーカスディスカッションを通じて予想される要素を質的に検討することを目的とする。

がん診療連携拠点病院の相談支援センターのがん専門相談員により、がん専門相談員として感じるやりがいや困難、その背景にある状況について 2 回のフォーカスグループディスカッションを行った。ディスカッションの内容を録音し、作成した逐語録を質的に分析した。

フォーカスグループディスカッションの中で挙げられた内容は、「やりがい・充実感とそれが得られやすい場面」「困難・不全感」「困難や不全感の背景」「相談員の自発的な取り組みと、求める外的要件」の 4 つの次元に整理された。やりがいや充実感としては、若手、責任者のグループいずれにも共通して【人としてかわれたこと】が感じられることが挙げられた。困難・不全感としては、【相談ケースに対応する中で感じる辛さ】【相談者が期待する役割を果たせないための辛さ】【相談員の役割や対応方針に確信がもてない不安】【より望ましい対応に結び付けられないもどかしさ】【組織内で相談支援センターや相談員の役割が正當に理解・評価されていない】の 5 つの要素が挙げられた。「困難や不全感の背景」としては、病院の論理や組織の環境に

関するものとして、[病棟の多忙と力量不足][担当医の理解不足][「件数重視」の姿勢][マンパワー不足][相談対応の基盤が整わない院内環境][院内への直接の経済的貢献を重視する雰囲気][医療をめぐる社会情勢の変化・それに対応する院内ロジック]、より広い[疾患の特徴][社会におけるがんの状況]についての2つのレベルにおいて話題が及んだ。

相談員の主体的な取り組みとしては、[相談支援センター業務の自発的な取り組み][院内の関係をつくる・理解を広げる努力][地域の関係をつくる努力][行政との関係をつくる努力]が挙げられ、また、がん診療連携拠点病院の指定要件などにおいて人員配置などについて具体的かつ必須として要件が規定され、またその実施についても踏み込んだ精査が行われることを求める意見が多く出された。

がん専門相談員が感じるやりがいや充実感、困難や不全感については、看護職やソーシャルワーカーなどの職種で開発されている職務満足度によって捕捉される内容に部分的に共通するものの、がん専門相談員に特定の要素もあるものと考えられ、がん専門相談員の職務満足の把握にあたっては、従来の尺度や研究結果を参照しつつ、本研究で明らかになった要素を反映できる新たな尺度開発が必要であると考えられた。また、よりよいがん相談支援につなげるためには、その環境改善も必要であり、背景として考えられる要因についても合わせて把握することが望ましいと考えられた。

A. 研究目的

がん診療連携拠点病院に相談支援センターが設置されることが定められて6年が経過した。本年度に新たに閣議決定されたがん推進基本計画においても、就労など新たに重点課題とされたテーマについても相談支援体制の充実が謳われており、相談支援センターの重要性は認識されている。しかし、がん診療連携拠点病院の相談支援センターは、自院の患者のみならず、地域の住民を含むすべての人に対してがんに関する相談対応を無償で行うという従来の医療機関にはない機能が課されており、新しくつくられた機能を担うスタッフとして現場の相談員が業務のしづらさを感じていることは、相談員の意見が集約される場である「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会相談支援部会」においても報告されている。対人援助サービスの質は、スタッフの職務満足と密接に関係することは繰り返し報告されていることから、がんの相談支援の充実のためにも相談員が感じるやりがいや困難を把握し、より高い職務満足が得られる環境を整えていくことは極めて重要である。

がん診療連携拠点病院の相談支援センターでがん専門相談員として相談に応じるスタッフの多くは看護師またはソーシャルワーカーである。これらの専門職の職場環境や職務満足については、多くの概念やスケールが開発されているが、上述した通り、相談支援センターは従来にない機能を持ち合わせており、それゆえのやりがいや困難を感じていることが報告されており、既存のスケールにはない要素が含まれている可能性が高い。

よって本研究では、全国のがん相談支援センターの現場で対応にあたる相談員の感じるやりがいや充実感と、困難感や不全感を把握するのに先立ち、質問紙を作成するための項目の抽出に必要な要素について、フォーカスディスカッションを通じて予想される要素を質的に検討することを目的とする。

B. 研究方法

全国の拠点病院のがん相談支援センターの相談員が登録し、相互に情報交換が可能なメーリングリスト

(kyoten-cisc@ml.res.ncc.go.jp) にて、本研究の趣旨を説明し、フォーカスグループディスカッションへの参加を呼び掛けた(資料参照)。ディスカッションは2回に分けて行い、1回は現場の責任者の立場にある相談員7名(看護職5名、福祉職2名)、もう1回は若手の相談員3名(福祉職2名、心理職)で行った。ディスカッションはいずれも3時間で2013年2月に実施した。参加者の同意を得て録音し、逐語録を作成した。この逐語録で語られた内容を質的に分析した。逐語録より語られた内容から意味のあるエピソードを抽出した結果、のべ203個のエピソードが抽出された。このエピソードをコード化して整理した。

C. 研究結果

フォーカスグループディスカッションの中で挙げられた内容は、「やりがい・充実感とそれが得られやすい場面」「困難・不安全感」「困難や不安全感の背景」「相談員の自発的な取り組みと、求める外的要件」の4つの次元に整理された。

1. がん専門相談員が感じるやりがい・充実感とそれが得られやすい場面

グループディスカッションの中で挙げられたやりがい・充実感とそれが得られやすい場面について表1に示した。やりがいや充実感としては、若手、責任者のグループいずれにも共通して[人としてかかわれたこと]が感じられることが挙げられた。具体的には相談に来てよかったという言葉や安心した表情、退院後のフィードバックがあるなど、相談者の反応が感じられること、相談の原点を感じられるような中身のある

相談対応ができたと感じられること、患者の力を感じるような言動に触れることができたことが挙げられた。また、若手のグループの際にのみ話題となったが、やりがいや充実感を感じられる場面としては患者サロン、院内他部署との密接なかかわり、地域医療機関等とのかかわりが挙げられた。

2. がん専門相談員が感じる「困難・不安全感」

グループディスカッションの中で挙げられた困難や不安全感について表2に示した。ここで挙げられた内容は、精神疾患を抱えた人への対応であったり、相談者から怒りを向けられた場合など、関わった相談者が亡くなった場合など、[相談ケースに対応する中で感じる辛さ]、相談者が求めるような転院先がない、自身の知識不足を感じる、スキルアップに向かう取り組みができていないなど[相談者が期待する役割を果たせないための辛さ]、日常の相談対応の方針について相談できる相手がいらない、部署内で共有することができないために自分の対応や役割に不安を感じているという[相談員の役割や対応方針に確信がもてない不安]、相談に結び付けることが望ましいと思われる潜在的なニーズを拾えていない、相談者にとって最適と思われる対応をするための役割分担や対応時間がとれていないなどの[より望ましい対応に結び付けられないもどかしさ]、本来相談支援センターや相談員が果たすべき役割が軽視され、必要に応じて丁寧に対応したケースが評価されない、がん専門相談員がかかわるべきと思われたケースをつないでもらえない、組織の中で相談支援センターをバックアップしてもら

えない、雇用が不安定なため相談支援センターの運営に継続性が担保できないなど[組織内で相談支援センターや相談員の役割が正当に理解・評価されていない]の5つの要素が挙げられた。

これらの要素への言及は、若手グループ、責任者グループでそれぞれ異なる傾向が見られ、[相談ケースに対応する中で感じる辛さ][相談者が期待する役割を果たせないための辛さ][相談員の役割や対応方針に確信がもてない不安]については、若手グループで多く語られ、[より望ましい対応に結び付けられないもどかしさ][組織内で相談支援センターや相談員の役割が正当に理解・評価されていない辛さ]については、両方のグループで言及されたが、特に責任者グループでのディスカッションにおいて多くの発言がみられた。

3. がん専門相談員が感じる「困難や不全感の背景」

先に述べた困難や不全感の背景にある組織や社会の背景としてグループディスカッションの中で挙げられた内容を表3に示した。病院の論理や組織の環境に関するもの、より広いがんという疾患がもつ特徴や日本の医療政策や世論など社会状況に関するものの2つのレベルについて語られた。病院の論理や組織環境としては、病棟が忙しくて病棟で話を聞く余裕がない、病棟スタッフが話を聞くことに慣れていないといった[病棟の多忙と力量不足]、担当医が相談支援センターの利用について理解が不十分であり、ニーズがあると思われる患者を適切につないでもらえないという[担当医の理解不足]、相談の質ではなく件数のみで評価

されるという[「件数重視」の姿勢]、地域連携や救急対応等との兼務による多忙や業務が増えても定員が拡充されない[マンパワー不足]、相談支援センターの場所が目につかない場所であったり、対応のために必要な院内情報を収集する仕組みがないなどの[相談対応の基盤が整わない院内環境]、相談対応が直接収入に結び付かないことにより評価されないという[院内への直接の経済的貢献を重視する雰囲気]、診療報酬の改定や医療者間の関係の在りようの変化など社会の状況変化に対応して院内で重視される価値観や優先順位などの[医療をめぐる社会情勢の変化・それに対応する院内ロジック]が挙げられた。また、がんの疾患そのものがもつ特徴やがんを取り巻く社会状況の特徴としては、病状が多様で短期間で変化する、医療資源の情報収集が難しい、治療の選択肢が多い、必要とされる医療知識が多いなど、[疾患の特徴]、イコール死であるなどのがんのイメージ、圧倒的にがん患者数が多いこと、近年の患者数の急増や情報の流布など[社会におけるがんの状況]について挙げられた。

4. 目指す形に向けた対応や努力

上述した困難や不全感、その背景にある要因に対応するために相談員が主体的に取り組んでいることや、相談員個人や相談支援センターの部門としての活動では対応が難しいために外的基準として求めることについて表4に示した。相談員の主体的な取り組みとしては、相談支援センターの業務を行う中で掲示、声掛けや服装などを細やかに配慮・工夫する[相談支援センター業務の自発的な取り組み]、院内の様々な部署や

場面における[院内の関係を つくる・理解を 広げる努力]、地域の医療機関や住民との関係を つくっていく[地域の関係を つくる努力]、都道府県や市町村などと連携する[行政との関係を つくる努力]が挙げられた。一方、これらの努力を行ったとしても個人や部門としての努力では達成しにくい状況についても語られ、がん診療連携拠点病院の指定要件などにおいて人員配置を含めて具体的かつ必須として要件が規定され、またその実施についても踏み込んだ精査が行われることを求める意見が多く出された。

D. 考察

がん専門相談員の多くは看護職やソーシャルワーカーである。これらの医療専門職向けの職務満足度スケールはこれまでも開発され、継続意向、バーンアウト、利用者からのサービス評価等々との関連について検討がなされてきた。いずれも有意な関連が認められるとする報告が多数あり、高い職務満足を得て働けることの重要性が指摘されてきた。これらの職務満足度スケールは、いくつかの領域に分けて項目が作成されている。例えば、スタンプスらによって開発され尾崎らによって日本語版が開発された「看護婦の職務満足度尺度」は、給料、専門職としての自律、看護業務、看護管理、看護婦間相互の影響、職業的地位の6領域が設定されている¹⁾。安達らによって開発され、小原によって保健医療分野の社会福祉士に適応した際の因子の検討が行われた、「職場環境、職務内容、給与に関する満足感測定尺度」は、「職場待遇と給与」、「達成感とやりがい」、「組織内人間関係」の3因子の構造であったと報告されている²⁾。

本研究で相談員から挙げられたやりがい充実感については、小原らの「職場環境、職務内容、給与に関する満足感測定尺度」にいくつか関係すると考えられる項目（「私の仕事は「やりがいのある仕事をした」という感じが得られる」「私は、私のする仕事についてクライアントから感謝される」など）が見られるが、相談の原点を見た、患者さんの力を感じられたといった感覚や、院内外との関係を作っていく場面の充実感などについては、直接該当する項目が見られない。困難や不全感については、尾崎らの「看護婦の職務満足度尺度」の“一般的にこの病院の意思は看護職員が行っていることを理解し、評価している”“もっとたくさんさんの時間が、それぞれの患者に対してあったなら、もっと良いケアができるだろう”、小原らの「職場環境、職務内容、給与に関する満足感測定尺度」にある“私の上司は仕事以外の個人的なことで相談にのってくれる”などが本研究で見られた発言と共通する項目であると考えられるが、本研究で多く語られた相談支援センターの意義や役割が組織に十分に浸透していないことに関連する困難や不全感については直接あてはまるものが見られない。

がん診療連携拠点病院の相談支援センターは、通常の院内患者へのサービスだけでなく、すべてのがん患者を地域の住民を含めた国民のニーズに応えることが求められており、また、医療者や施設の論理とは合致しない患者の意向にも患者の立場にたって支援することが求められている。このことから、従来の医療専門職の職務満足とは異なる要素も含まれているのは自然なことであり、がん専門相談員の職務満足の把

握にあたっては、従来の尺度や研究結果を参照しつつ、本研究で明らかになった要素を反映できる新たな尺度開発が必要であると考えられた。

また、がんの相談支援の充実は多くの患者から求められているものであり、より質の高い相談支援が社会に提供されていくためには、職務満足度を高めることができる異様な環境整備が必要である。そのためには、職務満足の状態だけでなく、その高低に影響する要因も含めて把握する必要がある、本研究で背景として相談員が感じている組織や社会の状況についてもあわせて検討することが望ましいと考えられた。

E. 結論

がん専門相談員が感じるやりがいや充実感、困難や不全感については、看護職やソーシャルワーカーなどの職種で開発されている職務満足度によって捕捉される内容に部分的に共通するものの、がん専門相談員に特定の要素もあるものと考えられ、がん専門相談員の職務満足の把握にあたっては、従来の尺度や研究結果を参照しつつ、本研究で明らかになった要素を反映できる新たな尺度開発が必要であると考えられた。また、よりよいがん相談支援につなげるためには、その環境改善も必要であり、背景として考えられる要因についても合わせて把握することが望ましいと考えられた。

引用文献

1) 中村美知子, 福井里美. 看護婦の職務満足度尺度(尾崎・忠政, 1988). 堀洋道監修・松井豊編. 心理測定尺度集Ⅲ 心の健康をはかる<適応・臨床>. サイエンス社

(東京). 2001.

2) 小原眞知子. 保健医療分野におけるソーシャルワーク専門性と職務満足度の関連性について. 社会福祉. vol.51, 19-39. 2010.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

H. 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

表1: 相談員から語られたやりがい・充実感とそれを得られやすい場面

やりがい・充実感: 人として関わることができた	
相談で来てよかったという言葉、安心した表情、退院後のフィードバック	
●	自分たちのやりがいとして感じるのは、白衣であろうが、私服であろうが、人としてかわれたというそのところです。患者さんが喜んでくれたら自分のきつかったことも忘れるみたいなどころは確かにあるのです。(責任者)
●	何かできたというのはいわからないけれども、どこに相談していいかわからなかったけれども、今日は相談できてよかったですと言われると、こういうところでもあったからよかったと思ってもらえるのはやりがいにはつながっていると思うのです。(若手)
●	お話しして、結局決めるのはご自分でですからということで選ばれるんですが、セカンドオピニオンでよその病院に行くというのをすごくいけないことというふうにとらえている地域柄なので、大丈夫ですよと言ったときに、ほっとしてすごく安心されている顔を見ると、安心して治療を受けてもらえるなあと思ったりもします。(責任者)
●	退院を目指していたのに急に亡くなったりとか、目指していたとこでうまくいかなかったりというのはもちろん悲しくなったり、私じゃない人がやっていたら変わっていたのだからと思う部分があったりしますけれども、やり方自体がうまくいったかどうかは別として、家に帰れた人なんかで、帰ってみた結果がよかったという確認がとれたり、外来で来たときとか何かあったときに声をかけてくれる人というのは、ほかの一般ケースよりもがんの人のほうが多いんです。かわった家族の人も含めて、後から声をかけてくれたりとか、家で亡くなりましたという連絡をくれたりとか。(若手)
●	本当に困っているときに、話せてよかった、どこに行っても話していいかわからなかったけれども、話す場所があったということで、直接的な言葉が得られるので、やりがいだったり、役に立ったかなという感覚はあります。(責任者)
相談の原点を感じた	
●	相談支援センターに来る前は、退院とか転院の援助ということがすごく多かったのです。自分でもそれだけではないという意識を持って相談業務をやっていたつもりですが、やはりこちらに来て、社会資源がどう、退院がどう、転院がどうということだけではなくて、単に病気になったことがつらいとか、家族との関係、医者との関係がつかないということになっていくと、私は本当にこういう視点で今まで仕事をしてきたのかという自分の振り返りにすごくつながったところがあって、結局思っているよりも退院とか転院にとらわれていたのではないかということを思い始めたのです。転院ありき、退院ありき、社会資源ありきではなくて、しんどいことにぶち当たっているということをちゃんと理解することは大事だという原点をもう一回見せてもらえたような気がしていて、自分にとってですけれども、それはすごくよかったと思っています。(責任者)
患者さんの力を感じられた	
●	がん相談支援センターの相談員としての業務は、患者さんから相談に来ることが多いかと思います。通常、先生や看護師さんが、この心配だから入ってあげてと依頼が来て、実際に行ってみると、本人さんは別にそうでもなかったりして、何で来たのと言われることはあるんです。がんの方でも何で来たのと言う方はあるんですけれども、支援センターに来られる方というのは、何とかしたいとか、何とかしてほしいと思っておられる方が多いので、その人と面接をするというのは、人の力を感じているというか、そういう瞬間、瞬間に触れるのは自分自身すごく勉強になると思います。(若手)
●	(患者サロンについて) つくり上げていくことの大変さはもちろん最初はあったんですけれども、そこに自分たちがワーカーとしてあるいはファシリテーターとして参加していくときに、大変だったけれども頑張っているんだということをとてもよくお話ししてくださる方がたくさんいらして、日常生活に張りが出ましたということを語ってくださるその言葉に毎回私たちは胸を打たれながら、そんなふうにして毎日を過ごしていってほしいんだという、単に退院や転院の支援だけではわかってこない、生の声を聞けるのがこのがん相談のだいご味なのかと思いがちながらやっています。(責任者)
●	会(サロン)をしているときもそうですけれども、次の日、入院患者さんなんかですと、お疲れになりませんでしたかと言って参加者を巡回してみて、感想を聞いたりしているんです。化粧のこともなんかをしたことがありました。そうしたら、起きるとか寝るとかいった行動もやっとなで、不眠も続いていて、食べられなかった方が、もう食べられるようになって、その日に限って気分が高揚したのか、ちゃんと起きられたので、その変化にこちらもすごいねえなんて一緒に喜んで、ピアサポートの大事さというのすごく感じたことはことしの収穫でした。(責任者)
●	(患者サロンの場を設けたことで) 参加された方が、その会に来ることで元気をもらえるということで、今回は行けなかったけれども、今度は行くからねという感じで来られている姿とか、私たちは何をやるわけでもなく、場所の提供と会場の準備をするぐらいで、あとは皆さんで自由にお話をさせていただいて、その中で時々こんな情報が最近はあるみたいですよということを10分ぐらいお話しする程度ですが、患者さん同士で支え合っている姿を見たりすると、すごいなあと思います。そうした姿を見せていただくことで頑張らなければという気になりますし、少しでもこういう会があるのを知っていただいて、安心していただければいいなと思います。(責任者)
やりがいや充実感を感じられる場面	
患者サロン	
●	でもがん相談支援センターでよかったこととなると、(患者サロンなど) そういうところに落ち着きますね。私もがんの患者会とかをやっていること自体はプラスだし、そういった仕事というのは相談室だとなので。相談室では聞けない話をじっくり聞いて、結局、悩んでいることというのは実際そういうことなのかと気づくことが多いです。(若手)
●	(患者サロンで語られる) 生活は病院での面接室というよりはもうちょっと広い場面、背景情報も想像しやすいというか、聞きやすい。患者さん同士がしゃべっている話を横で聞いているだけでも相談室では出なかった話が出るので、それを聞くと、そう思っていたんだというのがわかって、サロンに参加させてもらってよかったなと。(若手)
院内他部署との密接なかわり	
●	各科横断的にかかわるので、院内の他部署とかかわる率は相談室だけにいたときよりは間違いにふえた気はします。拠点病院の関係の支援室とか、患者会とか、緩和ケアとかというのは、軒並みがんとつくものにはかかわるような状況にはなっているの、そういった意味では院内他部署の人のところに取っかかりをつくれるようになったかな。(若手)

地域の医療機関等とのかかわり
● 特にがんに特化して何が違ったかと思うと、地域の在宅の先生だったり、訪問看護師さんだったり、家で看取りをしていただく先生やその地域の方たちとのかかわりがすごく密になって。がんにお金がついているから在宅医の先生たちもふえてきて、診てくれる資源が多いんですけども、家に帰られた後の生活とか、そこからまた特に連携が密になっていると思うのは多分がんの患者さんですね。(若手)
● 私たちは幾ら地域連携センターといっても院内にいる職種ですから、退院後のおうちでの生活というのが実際どういうふうなのかということが、帰られるまでの調整までというのが今まで多かったと思うんですけども、帰られた後もがんの患者さんだけに入退院もあるし、また急変時はどうしようとか、今後、先々のことまで考えるとそれから先も関係が切れないから、選択された結果、どういうふうな生活をして最期を迎えられたかということのフィードバックがあるんですね。そこで反省することもあるし、カンファレンスをすることもあるんですけども、院外での患者さんの生活の場を知る、実際にはなかなか出てはいけないうんですけども、知るというのはいいですね。それをもってまた病棟のほうにも返せるし、家での生活とか、病院でないところでの生活ぶりとか考えている気持ちとか、そういったことを知ることは、サロンにしてもそうですけれども、できると思います。(若手)
● 地域でうまくつながってくると、訪問看護師さんだったり、診療の先生もその後のフォローをしてくれて、その後のご連絡もいただいたりするんで、直にここに来なくても逆にいいのかと思うところでもあります。そういった報告があるから、先生にもまた、こうだったみたいですとか、こういう連絡がありましたという形でお返しするところで、逆にそれがうまく、亡くなるということはある話ですけども、その亡くなり方だったり、それまでの経過だったりする部分が伝えられたり、戻ってくることで次の患者さんにまた話がつないでいけたり、この人がおうちに帰れたんだからこの人もおうちに帰れるかなといった話になってきたりするんで、ちょっとずつ影響はあるのかと思います。じわりじわりですけども。(若手)

表2: 相談員から語られた困難・不安全感

ケースに対応する中で感じる辛さ: 精神疾患などを抱えた人への対応、対応の中で感じる辛さを他のスタッフと共有できない	
● 精神的な疾患と言わないまでもそういうのを抱えた患者さんの支援というのは、がんに限らずつらいと感じます。そのところが多分私自身の課題というか、やむを得ないということを理解しなければいけないのじゃないでしょうか、そこがまだできていないのかと思います。自分の中での処理の仕方というのをまだ学ばないといけないのかなと思ったりはします。(同じケースを担当した精神科の)先生からはお褒めいただきありがとうございますと気にかけてはくれるんですけど、そういうのはつらいと感じるかなあ。その振り返りをどうしたらよかったのかなあというのも、結局悶々となってしまうのです。(分かち合う場がなく)しーんとしてしまって、誰も何とも言えない感じでしょう。かといって、個人情報で誰それというのもないし。(若手) ● (相談者から怒り向けられたりした場合)面接が終わった後はドーンとなるんですけど、同僚と話をしたり、自分の中でケースをまとめていくうちに消化するというか、違う形にはできているかなと。30分の予定だったのに3時間ぐらい話を聞いた後は疲労感があるケースもあります。(若手) ● 目に見えて元気になる人にかかわるというのがないので、今まではみんなで分散して受けていたのが、専従で私一人が電子カルテを見てチェックするものが、亡くなっていないかとか、急変していないかとか。どちらかというと、暗くなっている自分がいる。いいこともあるんですけどね。(若手) ● 1人で全部がんを受けていて彼女は大丈夫かと。それを中心の人からではなく外(相談支援センター以外の部門)から言われるというのが(あります)。中だとやはりウエートの部分とか、かかわっている部分が、がんに特化していることで、ほかの相談員とちょっとずれているところが見えないのかと思っています。こっちも1人でやっていると、共有する場がないので蓄積されている重いものというのとはわからないんですね。(若手)	相談者が期待する役割を果たすためせない辛さ: 相談者の求める形に解決する方法がないもどかしさ、自身の知識不足の実感、スキルアップに向かっていない不安全感
● 最近、自分の力でどうにもならないと思うのは、患者さんの病状だったり、今のADLの状況だったりというのは、病院の区分だったり、制度上と合致しなかったりすると、ベストだと思えるようなところにつなぐことができなかったり、おうちに帰れない状況ではないんだけれども、環境的なものとか、社会制度的なものとはずまになってしまっていてどうにもならないところがあるうまくつなげないと、それは私個人に力ではどうにかできないのではないと思いつつもふがいがないなと思うところ。がんの人の場合は、転院だったりおうちに帰ったりという話をすると、では亡くなったときはどうするのか、こういうときはどうするのかという話がまず前提として出てくるので、今の話だけでは進められないので、そのところがちょっと、本人も周りもこれがいいと思っているところに落ちていけないもどかしさというのがあります。(若手) ● 相談員としてとか、がんの相談支援センターとして受けると、患者さん側の要望だったり、希望だったりという部分を聞いて動きたいところ、病棟とか先生というのは、それも考えはするんだらうけれども、置かれている現場の事情があるんです。どちらかわかる分だけに動きようが。(若手) ● 病状のことや薬剤のことというのはその患者さんのことを知らないと多分医療者でも答えられない部分だと思うんですけど、やっぱり皆さんは、がんの支援センターという以上がんの治療のことは答えられるのじゃないかというスタンスで来られるので、そうすると(答えるのは)厳しいなと思いつつ、何かの機会ではほかの患者さん向けの相談で得た答えで対応していたり、そういうやり方にもなっていたりするのではありませんね。(若手) ● 去年入職した後輩ががん相談は初めてに近い状況に入ってきているのですが、それを部署内でどうこうというような余裕がないので、とりあえず机は私の横で、いつもああでもない、こうでもない言いながら話をしている感じで、果たしてこれでいいのかと日々思っているのです。まずいのではないかなとは思っているんですけど、言いわけになってしまうかもしれないんですけど、やはりそこが退院支援も一緒にやっているの、朝来たら依頼がずらっと並んでいて、それをみんなで振り分けるというのでもういっぱい、振り分けた上にまた途中でずっと入ってきてそれを振り分ける、電話が鳴る、相談の来室がある、という中でもう目が血走っている状態でやっている感じです。(若手) ● がん相談専門員という名前になっているけれども、本当に恥ずかしくて、専門とは言えないと思うのです。すごい人がいると思われて、電話相談でも、あなたは看護師さんですかとか聞かれたり、こっちも一生懸命調べながら電話に対応しているんだけど、それぐらいの知識を求められたり。わざわざそんなところにかけてくる人というのは期待度が高いんだらうなと思うと、専門的にもうちょっとやったほうがいいのかなという思いもあるけれども、比重的にはがんの患者さんよりもそれ以外のほうがどうも一日のうちの大半を多分占めている気はします。がん対策情報センターで開催されている基礎研修や、そういう研修で学ぶような内容を求められているんだなーと一応理解はしているのですけど、幅広いなというも思うのです。一個一個相談を受けるたびに、がん相談だから、こういう化学療法のことなどは本当は知っておかなければいけないのよねと言いながら、電話を切った後にみんなに言ったりするんです。、そういう情報もちゃんと収集しておかなければいけないな、と。(対応が)その都度、その都度なんですよ。(若手)	
相談員の役割や対応方針に確信をもてない不安: 方針の確証の機会がない	
● 悩んでいるケースが私もありまして、それぞれが持っていると思うんですけど、それはこうなんだよねというような場がないというのが一番の問題だと思っています。どういう対応をしたかというの、ほとんど相談業務としては、年齢はともかく新人に近い状況で、それを指導するという状況もなく、今までとりあえずクレームがないからこなしているといった感じで来ていると思うのです。多分、人によっても力量で差があるでしょうし、癖というのもあると思うのかもしれませんが、それを部署内で評価することもないです。だから自分が正しいと思ってやるしかないみたいな状況です。(若手) ● うちの場合は朝の申し送りと月に1回の連絡会議はあるんですけど、あくまでも相談室の連絡会議の中で、こういう人を受けていますと言うだけ。名前とか病棟とか、どんな病院に行く方向で今調整していることを、それぞれが今持っているケースの名前を挙げてちょっと言うだけで1時間ぐらいはかかってしまう状況ではあるので、深く突っ込んだ話はできていないです。それでちょっと困ったケースがあったとしても、もう去年1年(がん相談の担当を)やっていたのがんはあなたが一番わかるでしょうという感じで返されてしまうのです。内部で事例がわかってもらえる感じはしないです。作業部会(他施設の相談員に)かこつて聞いてみたりする感じです。特に、どこか相談しやすい場所があるわけではないです。悲しくなってきましたね。(若手) ● 同席してほしいと言われることがあって、本人が希望されていて、主治医の先生にも一言言ってからというケースが一回あったんです。先生にどういう立場で来たのかを説明するのに、心理士として入っているのか、がん専門相談員として入っているのかというのが自分の中ではっきりしていないと、先生に対して拒否を与えてしまうという、壁をつくってしまうと考えることがあって、自分がどの立場で患者さんや先生とかかかわっているのかと振り返ることがあるのですが、なかなか難しいと思っています。自分が今がん相談をしているのか、それとも心理士としてカウンセリングをしているのかというのがわからなくて、相談員研修だと、話を聞いてみるだけではなくて、問題解決型というようなことにも力を入れて、情報提供も積極的にされますね。そこをどういうふうにも兼ね合わせていくというか、本人さんの心の揺れに沿いながら、しっかり現実問題に触れるというか、本人さんが今抱えている問題解決にもっていくというところが、バランスというか、なかなか難しいなと思うところがあるのです。がん専門相談員の視点というのは何なんだろうなと思って。何をするのががん専門相談員なのかなあというの。(若手)	