

より望ましい対応に結び付けられないもどかしさ: 院内患者のニーズを拾えていない、望ましい役割分担や連携ができていない、適切な記録や情報共有ができていない	
●	そのキャッチの部分ですけれども、キャッチしたらそれぞれの部署で初期対応し、緩和につなぐとか、認定につなぐとか、ドクターにつなぐというのはできるのかもしれないですけれども、何割の方がその受け皿に引っかかるのだろう、まだまだこういった方がいらっしゃるんだろなという現状があり、(患者さんが亡くなってから相談支援センターを知ったという家族からの)その手紙を読ませていただいて、もっと早くかわれたらなあというところがあります。(責任者)
●	病棟の看護師は、相談支援センターができたことによって、患者さんや家族に、相談支援センターで相談してみてくださいという感じで、どんなことを悩んでいるのかとかをあまり聞かずに下に依頼してくるということがあり、相談支援センターを始めたときにそれをすごく感じました。相談支援センターができたのだからちゃんと相談に乗る者につなぐというのはいいのかもしれないけれども、本来それがなかったら、病棟の中でそこは聞いていたんだろなというのがありました。患者さんは相談センターに相談する時間はもちろんありますけれども、入院していれば病棟の看護師とか医師に接する時間が長いのです。(責任者)
●	相談支援センターに、何らかの形でそうやって来られる人たちはいいですけれども、物が言えなくて、相談支援センターにすら来られないでひとりで抱え込んでいる人たちに対して何かできないのかと思います。それは病棟から紹介されたり外来から言われたりしたことではなくて、私たちがもっと現場に出ていって掘り起こしていかなければいけない課題かと思います。(責任者)
●	明日退院なんですけれどもという依頼が来るのです。だけど、そういう(無理のある状況で)依頼が来たら遅くなるのは決まっているんだけれども、どうしてもそっちに相談すると稼働率が悪くなるみたいな感じ。結果がもうやりながらだから、患者さんのこともなかなか見られないし、そんなふうだから看護師さんと先生とのコミュニケーションもとれていなくて、車いすで明日退院だという人を、介護保険のこととかをばたばたしてやろうとすると、「自立です、介護保険なんか要らないんだよ」とか(担当医が)言って、退院は延ばせない。そしてこっちに落ち度があるみたいな感じで思っているから、認識がすごい。難しいですね。そこで、患者さんは追い出されたみたいな感じになるしね。(若手)
●	電話もやった件数だけ正の字をつけていくのが精いっぱい、本当は記録もちゃんと残しておいてほかの人間にもわかるようにしたいのです。何かあったときに、特に今は一人受け状態だし。不在のときに対応ができないと困るから対応をしておきたいんですけれども、1時間面談をしつとすると、その後それを残しておくのは結構大変だったりします。(若手)
●	うちは退院支援になるとワーカーさんにバトンタッチをせざるを得なくなってしまって、がん相談員の研修で退院支援の分野というのはなかったからしょうがないなと思うのですが、退院支援をしながら相談というのは並行して出てくと思うんですけれども、相談ではもうここでストップしてしまったりということで、パキッと分かれてしまって、何か不安全感があるなあという感じがします。例えばご家族とのコミュニケーションの問題で、この方は退院支援を事務的に進めていってもうまくいかないのではないかなと思うこともあるんですけれども、この方は気になりますとは伝えるものの、だから何するのという感じで、具体的に最後まで一緒にやっていくというところはまだないです。(若手)
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: 本来の形で対応した相談が評価されない、必要な時につないでもらえない、組織内のバックアップがない、不安定な雇用による継続性のなさ	
●	相談室に求められる以上に、がんのほうで統計とか件数という問い合わせや提出物がえらく多いので、割に合わないというか、頑張った相談が評価されないという。はたから見てもわからないじゃないですか。こちらが一生懸命やっても結局2件だったのと言われてしまう。何、あんなにしゃべってみたいなの雰囲気がたまに漂うときとか。でもこうだったんですと説明する機会もないですからね。(若手)
●	電話がかかってきたときに私につないでくればいいものを、さっきのような(不十分な)対応で相談事を終わらせてしまって、何回も口酸っぱく私に電話をくださいと言っているけれどもつなげてもらえなくて。でもがん相談については何があれば私に回ってくるのに、実際の本当の仕事を振ってくれないじゃないとすごく思うときもあります。ほかの2人が相談していて、私は何をしているんだらうと思うときもあります。変にみんなが遠慮して、本当の仕事をさせてもらえないというときは、何をしているんだらうという思いがたまに起きます。でもなるべく気持ちを切りかえるようにしています。(責任者)
●	院長なり事務管理者に直談判したいなという思いがここまであるんだけど、組織的には私たちは医事課の部署に属していて、課長がいるのですが、課長に言うんだけど、相談支援センターの業務はわからないし、俺は考えられないし、決定権がないと言うんですよ。これが現実なんです。(責任者)
●	(相談支援センターの場所が正面のわかりやすい場所にあるが)先生方はそのスペースがもったいないと思うらしく、初めはあのスペースをこっちによこせとか、研修医の部屋にしようとか、いろいろと言ってくるのです。言ってきたら、(資料の)中身をふやしていったりすると、見学の先生が来たときのご自慢になったりするのです。部屋をよこせと言ってくるのに、見学のときだけは自分がつくったみたい、すごいでしょうなんて言うのです。でもそれを頑張って継続すると、部屋をよこせと言いくくなっているのではないかとあって、この先はわからないですけれども、地道な取り組みをしているということがあります。(責任者)
●	患者さんのいろいろな苦悩とかを受けとめて私がきついというより、むしろ私たちがつらいと思うのは、院内の例えばソーシャルワーカーや看護師さんとのいろいろなトラブルのほうに疲れると私は感じます。(責任者)
●	有期雇用という形で、ソーシャルワーカーと看護師と事務の3人が相談支援センターのメンバーなんです。事務はパートみたいな扱い、ソーシャルワーカーと看護師は非常勤ではなくて、常勤の有期雇用という形なので、多分給与だけをいうと職員と変わらないか、退職金がない分高いぐらいだと思うのです。そうなんですけれども、5年以内、私は4年半の契約で入ったので、今年度末、ソーシャルワーカーも看護師も退職なんです。そうしたら、一気に相談員が真っ白になってしまうのです。同時に募集しているので同時にやめるんです。(責任者)

表3：困難や不全感の背景

病院の論理、組織の環境

病棟の多忙と力量の不足：病棟が忙しく、病棟で話を聞く余裕がない、話をきくことに慣れていない

- 例えば手術して結果が全く問題なければあつという間に退院という形になります。患者で、私は退院した後どうなるんだろうという不安をいっぱい抱えている人がいるのです。そのときに、ある程度の経験のある看護師だと「退院指導としてかわらなければいけないんだけど、退院がばたばた決まったので時間もなし、でも何かしゃべりたいことがありそうなので対応してくれませんか」と電話をよこすスタッフもいます。けれども、若いと言っては申しわけないのだけれども、そのイメージを持ってない人もいます。（責任者）
- 病棟にいと患者さんとゆっくり話すということがなかなかできないし、してはいけないことみたいにとらえてしまい、先輩から、何しているの、早く仕事をしなさいみたいに言われていたところがあるのです。本当はお話をするのが仕事なのに、しなければならないことを先にするのが看護師の仕事になっているのです。（責任者）
- それに気づいてくれる病棟の看護師さんというのがいて、ちょっと来てくれませんかというだけでもこちらが入れるんですが、それになかなか気づいてもらえない。多分気づいているんでしょけれども、死に直結するので、患者さんが死についてぽんと言われたときに、聞くことになれていないのですね。（責任者）

担当医の理解不足：担当医の間で相談支援センターの利用について一致した見解がない、否定的である

- 外科の先生は相談室に頼むのが負けみたいなどころがありますね。患者さんが相談に来たんですけどもと言うと、何で？ と言うのは外科の先生ですね。大体そうですね。自分たちでやれていないことを指摘されているみたいにとってしまうのか。患者さんに怒ったりするのです。（若手）
- 治療をいつまでやったほうがいいのかと家族はひそかに思っているけれども、本人につき添っていて、先生と一緒にときはそんなことは言えないし、看護師さんも忙しそうだしと思いながら、来ても外来に受診できなくて処置室で寝ていなければいけないぐらいの状態で、やっと来たけれどもやっぱり点滴ができなかった、ではもう本当に今日で終わりとか。何かそういう人が多いのです。緩和ケアチームに依頼をするということも負けたと思っているのか、自分でコントロールができないと思われるのか、依頼を出さない先生というのが科によってあるのです。（若手）
- 病院でありながら開業医みたいに、個人個人のやり方でもうのも変ですけども、自分の医院みたいにしていう方もありまして。その方（患者さん）をサポートしてくれというふうに流してくれる先生もいらっしゃいますけれども、告知した後、では2週間後ねといった感じでちゃんちゃんと終わって、何も先生もいらっしゃって。ナースも不足していますので、クタクタな人が常駐している外来なんかも、どこで告知されたのかもわからないような場面も多々あると聞きますので、そこら辺のキャッチの部分は不足していると思います。（責任者）

「件数重視」の姿勢：相談の質ではなく、件数のみを重視する院内の雰囲気

- <件数に対して強迫観念が>あります。件数が減ると補助金が減るみたいな。質よりも、中身よりも件数、1ヵ月、先月と比べたり、去年と比べたり。比べるものがたくさんあります。（若手）
- やはり件数が減っているとか、何件だったとか、件数をどうしても聞かれるんです。減っているのはヤバイみたいな感じだと思います。件数を言われるんだけど、相談の質というか、どういう支援をやったかということまでは全然いらないで、件数をいろいろなところから出せという話になってきているんだと思いますけれども、減っているといけないみたいな感じで、そこでとまってしまっている雰囲気はあるなと感じます。（若手）
- 相談室に求められる以上に、がんのほうで統計とか件数という問い合わせや提出物がえらく多いので、割に合わないというか、頑張った相談が評価されないという。はたから見てもわからないじゃないですか。こちらが一生懸命やっても結局2件だったのと言われてしまう。何、あんなにしゃべってみたい雰囲気はたまに漂うときとか。でもこうだったんですと説明する機会もないですからね。（若手）
- 内容は浅く、それで終わってしまったという話でも1件になってしまうわけですね。でもじっくり何だかんだとやっていても1件は1件でしょう。その差はどうなのよというのを見る人はいないですね。だったらさっさと終わって何件ですと言ったほうがいいということになるんですね。でも重たい相談のほうで絶対記録を残すのは大変だから後回しになってしまふし、私もシートを書いて、相談支援室の会議に報告で出そうとすると事務量が異様に多くなってしまうのです。そうすると、記録が書けないからウエートの重い相談のことがいつまでたっても反映されてこないということになっています。（若手）
- （どんな内容な相談であっても）もそれこそ1件じゃないですか。でも内容は全然違うのです。ご家族がいらっしゃるか、いらっしゃるかどうか、経済的なものを抱えているかどうか、いろいろな問題で同じ1件でも全然違うのに、内容を考えて担当振りがないから何か割に合わないなところがありますね。 質というか、そこまで考えて割り振る余裕はうちはないんですけども、相談もそうですね。結局どの程度やるかというのはその人にかかっているから、さっさと終わっても1件、じっくりアセスメントすればするほどいろいろな話が出てきて、あっちにつなげ、こっちにつなげてやっても1件ですものね。（若手）

マンパワー不足：地域連携業務や救急等との兼務、業務が拡大しても定員が増やせない

- がん相談支援室のところはそういった（短時間で対応するほうがよいという雰囲気）話ですし、退院支援のほうの会議に行くと、退院計画書がよその大学に比べてうちは少ないじゃないかと、何とか加算がとれていないじゃないかと、そっちの前方連携はどうなっているのかとか。そっちのほうのことはそっちのほうのことでまたおくれをとってしまっているから、メンバーが丸々重複しているけれども、結局、あっちではそう言われ、がんのほうではこう言われ、中途半端かなあという気はしています。みんながいっぱい、いっぱいだと、丁寧な相談を受けているよりも、もうちょっと要領よく、その暇があったらもう一つ転院調整ができるでしょうといった空気感になってしまうから、何か……。 （若手）
- うちも医事課の課長が上司になるんですけども、上司に相談すると、件数と時間外だけではだめだと言われて、では何をしたら人員要求ができるのか。そのノウハウを私たちに教えていただけたらいいな、人を要求する知識があるといいなと思います。時間外が出て、件数がふえているというだけでは、正規職員枠をふやすことができないということです。（責任者）

相談対応の基盤が整わない院内環境：設置場所、必要な情報の集約がなされない組織体制

- そのこの病院の設置の内容とか設備とかいろいろなことがあって簡単に一番目立つ場所にとはいえないですけども、要は、トップが一番利用しやすい場所という意識がないとはじかれてしまうのですね。そんなのは誰が利用するんだといった感じで奥の奥にやられたら誰も利用しないです。そこがすごく難しいところなんです。需要はほとんどふえているんだけど、利用する人がしやすいところにあるかどうかということをトップがどのように受けとめてそれを現実化するかどうかのやはり課題の一つになるのかと思います。
- 相談支援センターの業務で今の話があるじゃないですか。症例とか臨床試験のことが紹介できるとか何とかいっても、正直なところ、病院の中で、がん相談支援センター自体にそういう情報というのは集まってくるものではないのです。

院内への直接の経済的貢献を重視する雰囲気

- 相談というのは、患者さんのためを思ったら本当はそういうところ（一番利用しやすい場所）につくってほしいと私たち相談員は思うんですけども、病院からすると、これは昔の部長に言われてすごく傷ついたんですが、あなたたちの仕事はお金にならんからねと言われる部分がやはり病院のトップのほうにあるのです。例えば私が専従でそこに座っていたら、看護師1人もつけないという感覚で見られてしまうというのがあるので、それはやはり病院のトップがどう考えるかで難しいですね。（責任者）

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	
●	(退院調整に力を入れざるを得ないのは)昔ながらの先生の中には、大学病院から依頼しているんだから受けるだろうというぐらいの気持ちでいる先生がまだいて、前は医者同士でツーカーでいけたところに、必ず向こうの病院もガードのために連携室を入れるみたいなやり方が多いから、断りやすいのでしょうね。(若手)
●	患者さんが相談するタイミングというのが多分あると思うのです外来で告知されて、そのときは頭が真っ白なので、こう言われた、ああ言われたからこうしてというのは多分その日にはできない方が多い。ただ不安そうにしておられるので、大丈夫ですかと声をおかけすると、さっき先生が言ったことの意味がわからないという感じでのお話はあるんですが、では、その先どうしようというまでにはまだ及ばないのです。そうこうしているうちに日にちが過ぎて、うちの病院もそんなんですけれども、小さな手術室なので、早目、早目に予定を入れておかないといろいろな科が取り合いになるところがあるので、患者さんは息つく暇もなく術前検査、入院、手術という形になるのです。患者さんにはこの病院から逃げられないという思いにさせるようで、かえってそれが、今さらこんなことは言えないということになってしまっている状況があるようです。(責任者)
●	救急加算がすごく、1,000点でしたか、それで14日以内に転院させるとまた加算みたいなことがあって、救急が入ったらすぐにワーカーをつけるといったことが主流になりつつあるらしいのです。(若手)
●	病院の方針としては急性期をやっていく、急性期患者はほとんどとる、断りません。でもがん拠点ですと言われたときに、やっていることと言っていることが何かちぐはぐなことをいつも上からことを聞かされる。うちは急性期だという意識のほうが強いので、拠点病院だからがん相談も緩和も考えましようといったときに、急性期なのでそこまでは無理だという感覚はどういう思いに残っているの、意識が高くないのかという面があります。(責任者)
「がん」の疾患やがんを取り巻く社会状況の特徴	
疾患の特徴：病状が多様・変化する、治療選択枝の多さ、医療資源の情報収集が難しい、必要とされる医療知識が多い	
●	(他の疾患で)回復期などはある程度流れができていけるものというのは、流れに乗ってしまえば、よほど家族側に問題があったり、特殊なお薬などを使っていなければある程度見込みが、流れの動きが立つんだけど、がんの患者さんというのは病状が変わってしまうので、動いていたところでまた違う話になってしまいます。あとは気持ちの揺れの問題で、在宅を目指して動いたのが一転して無理となってしまうりとか、逆に、病院などを勧めていたところの人が家に帰るという気になったりして、一気に在宅に動き出したりします。あとは一生懸命家族と相談して進めているところで、患者さんが主導的に動くのがどうしても難しくなってしまうところがあって、病院としての事情、転院調整とか在宅調整が進まないといけないところと、患者さんたち側の気持ちの上での葛藤だったり、受け入れの部分に時間がかかることだったりというのが、うまく足並みがそろっていかなかったりする部分で、多分、はたから見るとちょっと時間がかかっているというふうにとられたりとか、あとは話が進むまでの気持ちの整理の部分に時間がかかることのあるのかと思います。職務的に時間がとられるのは、それこそ在宅に帰る場合なんかだと、準備するものが普通の方の退院に比べると段違いにふえるので、結構医療度が重たくなって帰ったりというところで手間取ってしまったりすることはあります。(若手)
●	うちの地域は医療的に少ないので、在宅に帰るということに県自体も手薄なところなんだと思うのです。地域的にも何も無いところがざらにあるのです。うちの場合はすごく遠方からかなり患者さんが来たりするので、その在宅をやろうとすると、まず社会資源がわからないところからスタートするので、毎回探すところから始まるみたいな感じがあります。(若手)
●	先生がいろいろと治療法を説明して、この中から選んでいいですか、あなたがどの治療法をするのか選んでいいですかというのがほかの疾患に比べて多いと思うのです。そのときに、選んでいいと言われても素人なのにといいところで結構患者さんとか家族がすごく悩まれるところを見ると、そういうことも関係があるのかと思います。素人ながら自分たちで自分の治療を選んではいかなければいけないという部分で、相談する方はより治りやすい部分を求めるんだけど、聞いていてもどれがどういのかかわからないし、あとはご自分の価値観で決めていくしかないんですと言われても、でもそれで決めてしまったらということもあって、結局そこら辺の苦悩もちょっとあるのかという気がするのです。(責任者)
●	ほかの相談員としての役目との違いというのは、病気のことにに関してある程度説明をしなければいけない範囲が広いのです。普通の相談員で相談の仕事をしているときというのは、病状とか治療のことは先生に聞いてください、先生に聞きにくかったら看護師さんに聞いてみるとかと言ってつなぎをつくることはあっても、がんの相談の人というのはある程度のところまで、相談員の段階でも伝えられたりとか、標準的なところをある程度話ができないと受けられないというところがあって、それが自分でも相談を受けている中でも思うところではあるのです。(若手)
社会におけるがんの状況：イメージ、絶対数、近年の変化	
●	がんというのはまだまだイコール死にすぐ結びつく意識がとても強くて、患者さんご家族も、外来で告知をされたときの第1回目の対応というのはすごく大切なところなんだろうと思います。もちろん脳血管疾患だって死に直面している患者さんはたくさんいらっしゃるし、糖尿病とかも進んでいけばもちろん死ということあるけれども、でもそれ以上に住民の皆さんの感覚というのはすぐ死に直結するというようなイメージがとても強い。だからこそ、そこはそうなんだと思って私たちも対応していかなければいけないだろうと思います。(若手)
●	私が実際やっていて思うのは、がんというのは絶対身近に誰かがいるから、患者さんがいろいろとアドバイスをされておられるのです。変な薬を勧められたり、このお茶がいいらしいと言われたりして、それを断るのがしんどいとか。例えば何か聞いたことのない難病だったら、へー、そうなのか、大変ですね終わるのが、がんはメジャーな疾患過ぎて、私の知り合いがこの病院にかかってよかったとか、新聞にこういう記事が載っていたというふうに情報が周りから入り過ぎて余計混乱するののかというのは思ったのです。(若手)
●	糖尿とか血圧とか、慢性疾患のメジャーなものは、今まで患者教育とかそういったものが徹底されているんですが、がんに関しては、で急速に年間死亡率がふえて注目されてきたというところでは、流れの中におそろくついていけない部分があります。ましてやがんは、がんを聞いたらイコール死だったのが今は違う、慢性疾患だというようなことで、そこにご本人が気持ちとしてついていけるような教育の段階かなというのがあります。そうであればそこはきちんと支えなければいけない。心臓とかで、この治療をしなければ死ぬと言われたら誰だって選択すると思うけれども、がんはそうではなくいろいろな選択の道がある。おそらく何年かたったらがんというのは今の糖尿病なんかと同じようなレベルになっていくのかな。今はその過渡期だから余計に。がん対策基本法とかもできて、がんの患者さんが声を上げたことによってこのように法律化されたというところの経緯もあるし、がんの体制が追い風という状況もある。(責任者)
●	副作用を気にする、副作用に対するイメージもすごく大きいですね。そこまでしてやりたくないという。初めからドラマとかいろいろな情報のイメージで、あんな思いまでしてやりたくないという方も結構いらっしゃるし。(責任者)

表4: 相談員の主体的な取り組みと、求める外的要件

相談支援センター業務の自発的な取り組み: 掲示、声掛け、服装

- カフェ風の看板を出してみたりとか、そこにパンフレットをつってみたりとか、今ならこんな催しがありますとか、がん相談受付中とか、事務員さんがいろいろとクレヨンで書いてくれるのです。そういうことをやってみたり、あと、おもしろいと私が思っているのは、私は緩和ケアチームのほうに行かせてもらうという時間をつくって、ここに来ない患者さんにも行けるようにというのをやっています。(責任者)
- もう一人の看護師のほうが情報コーナーに来てくれる方に物すごく声をかけるのです。待っていらっしゃる人に、どうしたの、今日は何の診察? といった感じで小まめに声をかけるのです。患者さんを見ていると、初めは、ええっ? この人は何なの? という顔をするんですけど、やはり話し出されるのです。実は、先ほどこう言われたけれども意味がわからなかったとか、こんな不安があるとか、大抵の人はお話になるのです。そのときはそれで終わっても、次に来たときに、あの人に報告したいとか、あの人にもう一回相談したいということで、結構リピーターの人があるようになってきているのがうちの特色の一つになっているのかと思います。とにかく物すごくよく声をかける。ナース服を着ているので、声をかけられても患者さんもしゃべりやすいということが非常にあるのかということがうちの今の特色かと思っています。(責任者)
- 化学療法室なんかには、出前相談といって、向こうから来るのではなくこちらから何かありませんかという感じで出向きました。初診の方にも声をかけていけるのはやはり看護職だろうということで、私服で、名札をつけた状態で自己紹介しながらやっていったのです。(責任者)
- 私服でも名札をつけたりして自己紹介から入っていくのです。そうすると、私服でも。相談員にと言われたときに、白衣を脱いで、そして看護職でありながら、看護師の目で見てもらおうのは大きいかなと言われて、私服になって、最初自分自身に非常に抵抗があった。でも受付からは、白衣を着ていると白衣に対して物を言っているようで抵抗を感じると言われた点は、私服でよかったかと思いました。(責任者)
- 私化学療法室に行ったり、外来に行ったりしている中で、私服で行くと、何、この人? という感じで、看護服を着ているので、ああ、看護師さんという形で受け入れてくださるんです。いろいろなところを回っていくときは白衣だと便利かなと思います。(責任者)
- 相談対応もどんどんPRして、どんどん来ればいいのかという、もうマンパワー的にも無理なので、本当に必要な人に本当にじっくり対応するというところがどういうふうにすればいいのかという業務の整理(が必要)。(責任者)
- うち(相談部門が組織上)ばらばらなので、2週間に1回集まったときに、こんなことがあったとか、あんなことがあったということをお互いに吐き出して、こういうときはこうしたいほうがいいよというのを聞いたり、専門看護師さんも理解してくるので、上から言われてこうしたんですよというところを聞いてもらう、それで少し発散しています。そして、つらいのは私だけじゃない、ワーカーさんはワーカーなりに連携してすぐ後方支援を抱えているし、お互いにこういうときはこうしてみようとか、そういうときはこうしたいほうがいいという話をするうちに少しストレスを発散するという形で。相談員でないとわからないというか、相談センターが何であるのかとか、どういうふうに回していったらいいのかというのは、私たちも年々相談センターというのはこういうために必要なんだとか、こういうことが大切なんだということがわかってきているので、対処できるというふうになるのかと思います。(責任者)

院内の関係をつくる・理解を広げる努力

- 自分では対処できなくても、相談室の人は話を聞いてくれたらどうだろうかとか、専門看護師さんに聞いてもらったらどうだろうかとか。それを一緒に考えていけたらいいと思う看護師がふえてくると、私たちも行きやすいところが出てくるんですが、そういう人たちがいない病棟にはやはり私も行きにくいところはあるので、動きつつもそういう人たちをふやすというのすごく重要かと思っています。(責任者)
- 病棟でも見落としてしまうような患者さん多くさんいらっしゃるし、外来もそうだというのは、確かにうちも言えるのです。ただ、さっき言った専門看護師は室長も務めながら、外来のケモ室に主にいるのです。ケモ室を回しながら、空き時間をつくって、病棟をラウンドして、自主的にカンファレンスを各病棟で開いて、そこで若い看護師さんたちを指導して下さっているのです。そこから見えてくる社会的な背景で、これは相談室に早くおろしたほうがいいよとか、まだ依頼が出ていないのだったら早くしたほうがいいよということで、結構、声がけをあちこちの病棟でしてくださっています。すぐおりてくる場合もあるし、それを必要と感じない病棟はおりてこないこともあって、ぎりぎりに明日退院というときになっておりてくる場合もまだあるんですけど、そうやって間を埋めてくれる人がうちは1人いて、非常にやりやすく、相談もしやすくなっているということを感じて仕事をしています。(責任者)
- 病棟の看護師が察知していてもゆっくり話す時間がつくれなくて、しゃべりかけられてもお話ができないので、ある程度シャットダウンしてしまうところを聞いたりするのです。そういうのを聞くと、専門看護師と私で、がん相談で病棟に行ったりしてお話しして、どんなことをして、どんな対応をしているかということカルテに記録を残すようにして、それを(病棟のスタッフに)見てもらうことで、また意識が変わればいいかなと思って書くんです。(責任者)
- 院内のキャンサーボードの中に、がん相談支援室や訪問看護ステーションもローテーションで必ず発表しなければいけないということを組み込んでくださったんですね。年に2回は回ってくるので、がん相談支援室の1年間の現状をまとめて発表する場と、それから事例検討というか、一例で発表して、こういうふうに相談支援室では対応しています、できます、先生たちともこういうふうに協働していっていますということをアピールする場にに使わせてもらっているのです。(相談支援センターに理解を示してくれる)その先生は、(相談室が報告する会議の場で)発表したことはまた違うんだけども言いながら、外の患者さんにはどういうふうに対応しているのか、電話で何分ぐらい話をするのかとかという質問をしてくださいます。多分あれは皆さんなるべく共有をしてくださっているのかと思うのですが、そんな場を病院側がつくってくれて、それに私たちもなるべくせっかくの場なので、アピールも含めて乗っていかねばいけないと思って頑張っているところです。(責任者)
- がん相談だけでは(人員の拡大を)やっていけないのです。やはり総合病院なので、一般相談から出前講座的な、例えば外の施設に行くとか、小さな病院に行くとか、そのようないろいろな活動がありますが、その相談部門と、前方連携で、あとは紹介だったり、在宅支援のときにネットでかかりつけ医や訪問看護師と情報をいろいろとやり取りして情報が見える化できるサービスがあるんですけども、そういうものにも広げていって、地域でやりましょうということで連携の部門を強化したし、相談の部門も強化したところで人をつけていただいたと思っています。その前は非常勤の方が相談員をやっていました。私は副看護部長だけれども、医療連携の事務医事課代表みたいな感じになってきて、事務長会なんかにも出るんです。そういうところで提言することで、こしの3月に、8人だったスタッフが11人に3人増していただき、(場所も)後ろにおいやられていたのですが、正面の待合室のところから連携と相談室がどーんと見えるようにするんです。そんなことでそれなりの立場の者が言うのと認めてもらえるのかと思ったりして、そういう体制が非常に大切なのかも知れません。(責任者)
- 病院のシステムとか組織とか、いろいろな問題があって、本当に広報をいろいろとしていってふえたときに今の人間で足りるのか、足りなかったら病院が入れてくれるのか、人を入れるためには実績とか人件費がどうか、そういうこともあるけれども、それをどこで私たちが考えて発するのかというのはまだ明確ではないというのは確かに悩みとしてはありますね。(責任者)

地域の関係をつくる努力	
●	地域の保健所の勉強会があると、顔を覚えてもらうとか、相談室があるということをわかってもらうためにわざわざ勉強会に行きます。そしてちょっと質問なんかして、相談室の何とかですと言って名前を出して、みんなにアピールします。それで地域包括の方とかに、がん相談の部分でもうちと一緒に連携をお願いしますとご挨拶はするんですけど、なかなかさっから言ってこれないです。(責任者)
●	同じ2次医療圏の中において(公立病院と自院の2施設が拠点病院であり)近いので、できれば、例えばビッグな患者さんと呼んで、2つの病院で一緒にできればどんなにいいか、労力も何もそれこそ連携でいろいろなことをやっていけるのではないかと、声には出すんだけど、何だいつもべしゃんとなってしまって、なかなかまだ実現はしていないことがあります。(責任者)
●	院外のつながりをつくるとか、PRというのは(相談部門が独立している場合には)大変難しいと私は思っているのです。ふだんは普通の退院支援という部署とは別ということはよかったと思っていますんですけど、府内とかでつながりをつくるといったときに、そういう部署と一緒にいるとすごくつながりやすいんですけど、がん相談だけをやっていると、相談の人は相談支援部会で会うんですけど、ほかの人と接触する接点がなかなかないんです。私が初めに赴任したときに、いくつかの病院に挨拶に回って、一緒に頑張りましょうといって、小さな会議を立ち上げたりやってみたりしました。それは続いているんですけど、すごくげげんな目で見られた病院もあって、その後挽回するチャンスがなかなかないのです。患者さんとのやり取りとか、それこそ包括にお願いするということをやっている、その中でまた、こういうときに連携しましょうねとか、こういうときに相談してくださいと言いやすいんですけど、その業務がない部署で、はて、どうやってつながりをつくるのかというと、アイデアはいろいろとあるんでしょうけれども、なかなか気持ちが積極的に向かないというのをすごく感じます。(責任者)
●	サービス課は前方連携で登録医制度をとっているんで、開業医さんたちのところに営業で回っている人がいるんですね。サロンは、当初は院内の患者さんだけに限ってやっていたのを、やはり地域への還元ということも考えると地域の患者さんへの呼びかけもしていこうとなりました。それで登録医のところ毎日出向いている営業の方につくってもらったチラシをお渡しして、まいてきてもらうというようなことで、すぐには結果は出ていませんけれども、そのうち、どなたかがいらっしゃる可能性だってあるだろうと思ってやっています。(責任者)
●	広報で知ってもらうという裏側には、1人の人に本当にかかわっていたときに、その人が受けたその思いというのを人に伝える、口コミというおかしいんですけど、それで伝わって、本当の信頼でつながっていくという厚さというのは大事かと思えます。いっぱい来てもらうのはありがたいんですけど、上面だけでかかわってしまったらかえって申しわけないので、今ある事例を大事にしながらつながっていく、その人が、あそこに行ったら何も心配なくていいよといった思いというのは伝えてもらったら、信頼性というのは地域につながっていく気がします。でも草の根は時間がかかるけれども大事なことだし、つらいけれども頑張らなければいけないですね。(責任者)
●	市民公開講座とか何かのときに、例えば拠点病院には相談支援センターがありますという掲示をもらっていると、あれを見たからと言って電話がかかってきたりするというのはあるんです。講演会だけではなくて、連携会議みたいなものに違う病院の代表者が来られところに同席しますので、包括の方だったり、地域連携だったり、病院間連携会議とかというところに出向くので、そういうところでは何かありましたらぜひとか、こういうサロンをしますのでぜひとかPRしていきます。なにかあったら相談くださいといったPRを最後にはつけ加えたりするので、包括とか支援センター、そのようなところからこういった場合はどうなんだろうとか、こういうパンフレットはあるんでしょうかとか、こういう場合どのようにアドバイスすればいいんでしょうかというふうなご相談を受けることがあります。でも一相談員として外部にどう働きかけるかというのは難しいので、施設がどのようにしているかはあるかもしれないです。個人的にはこういったところに行きながら、みんなで連携をとっておきながら、そういえばあそこにあの人がいたからあの人に聞いてみようという患者さんが来るというケースはちょこちょこあるので、つながっていくというのは大事。(責任者)
行政との関係をつくる努力	
●	30日に県の会議があって、話し合いをして、療養手帳みたいなものをつくろうと言いつたんですけど、県の行政は全くノータッチで、ふーんという感じで見ていただけです。(責任者)
●	地域のがん情報というのを、相談支援部会ではなくて、〇〇県のがんの県民会議みたいなものが立ち上がって、そこでやるということになって、そのワーキングチームをつくって、私も参加させてもらったんですけど、ほぼ行政が中心でつくったので、何ともしまらん内容になっているのです。生きた情報を載せないという意味がないという意見もたくさん出たんですけど、生きた情報を載せたら更新しなければいけないからやめておこうということです。では、国立がん研究センターがつくったものでいいというような内容をまた出しているという、非常につまらないものになってしまったのです。でも皆さんのお話を聞いていると、それでもまだ行政が動いたというのは大きいことなのかなと思いました。(責任者)
●	10月に相談支援作業部会の相談員の研修を開いたときに、その前にいろいろな就労支援とか何とかで、県の担当者から、うちには来なかったんですけど、県拠点のほうに、何度も電話でアンケート結果をくださいなどいろいろと問い合わせがあったんだそうです。それを契機とらえて、担当のワーカーさんがぜひこういったものをやるので、お顔を出してくださいと繰り返しお伝えをしていたら、何と作業部会の研修のときに一個人としてですけどもといって、30分ほど県の担当者が顔を出してくださいました。そのときはグループワークをしていたので、私たちはみんな出払ってしまって、対応するのが誰もいなかったんですけど、今、こういう状況でやっていますというのを30分ほどごらんになって、お帰りになった。これまで全然動かなかったのに、ちょっと心を動かした担当の方がいただけでも、相談員としてはちょっとうれいねというところで今います。(責任者)
●	誰が音頭をとって具体化するか。やはり行政も動かなければいけないし、ドクターも看護職も、いろいろな職種の人がその地域にとっての情報ということを発信するということすごく大事だと思ったのです。そこへ相談員として参加したときに、相談員一個人は何もできないのです。やはり中心になる人がいて働きかけをしないと、意見提案とか何かお手伝いということではできるけれども、それに関しては本当に行政に引っ張ってほしいと思いました。(責任者)

要件など外的な仕組みがほしい

- がん診療連携拠点病院の認定をとるためには相談員基礎研修1、2、3を受けた人を1人と、1、2を受けた人を1人というのは必須要件だけど、それでは足りないのですね。結局は組織的なものをちゃんと守ってもらうためには、配置要件とか、いざとった後のサポートのための研修要件とか、もっと条件を足してほしい。(病院は)それをとるため、あるいは毎年1回の更新のための書類提出、そのところとうたわれると必死になって条件を満たしますが、そのところがないと非常に弱腰なんですね。そこにあわせて、正職とか非常勤という要件もほしい。例えば研修会や情報収集に行くためにはやはり出なければいけないです。でも非常勤の立場は弱いですね。だから組織がきちんとバックアップするために、それを要件の中に最初から埋めこむと必死になるんですね。これからはそれが絶対必要ではないかと思っています。(責任者)
- 例えば配置要件の中には看護職とワーカーさんは絶対必要だと思うのです。やはり相談業務というのはコンビネーションみたいなもので成り立つ要素がすごくあるので、そこももしかしてうたわれると、ワーカーさんもがんの研修会にしてももっと積極的に参加できるのではないかという気もしています。今はワーカーが正職1人と非常勤2人の3人ですが、全部在宅と後方支援のほうに行っていて、このがん相談のほうに入っていないのです。入る余裕がないと言われるのです。ぜひ入ってもらって連携していくともっといいサービスができるのではないかという気がするのです。そういう指定が明確になれば組織としてもきちんと受けとめ方が違うのではないかと思います。(責任者)
- 指定要件で、最初は一生懸命相談室をつくらなければ、コンピュータも買わなければとしていたんですけども、機能評価とか保険の監査とかに比べて、相談室はどうですかと見に来たりすることもないので、最初にした部分から発展もせず、反対に削られながらしています。相談員が基礎1、2、3でいればいいみたいなのが病院のトップのほうの頭にあるのです。例えば、必ず年に1回現況調査は出しますが、それを本当に見に来るとか、実際どうなっているのかというのを見せるわけではないので、ある程度トップがもう大丈夫だろうと思っているみたいで、あまり改善しようとか、よくしようとかいう気にはななくて、点数がとれるところにお金をどんどんかけていこうとしているとしか私から見ると見えないのです。設備的なものでも、お部屋がちゃんとあって、インターネットができるということが要件にあれば、病院は絶対それはする、最低限のことなので絶対してくれるのです。こっちで一生懸命言ってもなかなか聞いてもらえないところなので、ある程度の要件があるといいなと私もいつも思っています。(責任者)
- 今の皆さんのお話を聞いていると、多分難しいのでしょうけれども、例えばこの病院のがんの件数はこれぐらいあって、このぐらいの内容をこのように話していると、この現場はワーカーが何人、看護師は何人が必要になってくるというおおよその目安みたいなものを打ち出していただけると、そこに満たなければ絶対必要というのでふやせるとか、そういうのがあったらすごく心強いというか、訴えやすい部分はあります。(責任者)

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

がん相談支援センターのアクセス状況の実態把握に関する研究

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
高山 智子 国立がん研究センターがん対策情報センター
研究協力者 松本 聡子 国立がん研究センターがん対策情報センター

研究要旨

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに電話をかけた相談者が、適切にがん相談支援センターの相談員につながれるかどうかについて現状を把握することを目的として調査を行った。全国がん診療連携拠点病院の 6 割にあたる 228 施設から参加の表明があり、9 割以上の施設では、2 回以内に相談員につながることができ、平均では 30 秒程度で相談員に到達した。一方で、つながらなかった場合には、平均で 2 分前後、場合によって 5 分以上の時間を要していた。長時間待たされた結果、相談できなかった場合には、相談者に強い不満が残り、またそれ以上のアクセスをあきらめる可能性もあり、改善が必要な状況があることが示唆された。

A. 研究目的

1. 情報および相談支援ニーズの社会的認知と相談支援センターの設置

2006 年に制定されたがん対策基本法、それに基づく国および都道府県のがん対策推進基本計画では、医療機関の整備、外来化学療法や放射線治療の強化、早期からの緩和ケアの実施などと共に適切な情報提供と相談支援を行うことが定められ、がん相談支援センターが設置されることとなった。がん相談支援センターは自院の患者のみならず、院外の患者や家族、地域住民に対しても広くがんに関する相談を受ける場所として位置づけられ、2013 年 10 月現在、全

国 397 箇所のがん診療連携拠点病院すべてに設置されている。

こうした施策の展開課程は、2006 年からはじまる最初のがん対策推進基本計画である第 1 期においては相談支援センターの量的拡充が図られ、2011 年からの第 2 期計画においては質的な充実が求められる時期にあると整理されている（今井 他, 2012）。すなわち、わが国のがん対策において相談支援のニーズが認知され、そのニーズに応える場所としてがん相談支援センターが制度化され、今からより一層の強化が図られる段階にある。

2. 相談支援センターの現状と課題

諸外国においてもがん患者や家族向けの相談機能の必要性は認識されており (Kinnane, 2012)、相談支援機能が患者や家族の主体的な対処能力を高めることは多数報告されている (Centre and Initiative, 2003)。わが国においても、患者、家族、国民からがんに関する相談を受け、情報を伝える最前線の窓口として重要視される「がん相談支援センター」であるが、認知度や利用のしやすさについては「実質上機能していない」「使いたくてもアクセスできない」(小川, 2013)、「一般市民や他の病院を利用している患者などには存在が知られにくい」「がんサバイバーや遺族など病院に行かなくなった人にとって利用しにくい」(秋月, 2009)ことが指摘されており、設置された相談支援センターが必要な人に活用されうる状況を整えることが喫緊の課題となっている。

こうした状況の中、2014年1月に発出された新しいがん診療連携拠点病院の指定要件には、広報、周知を行うことが明記されると共に、PDCA サイクルによって改善の取り組みを継続的に行うべきとも示されている。すなわち、より多くのニーズにこたえられるよう周知を広げ活用されうるための取り組みをすすめるとともに、その状況を把握し、改善を把握することががん対策として求められている。

3. がん相談支援センターにおける「電話」

がん相談支援センターは、地域の資源として院外の患者や家族、地域住民からの相談に対応することとなっているが、院外の

利用者にとっては最初のコンタクトは訪問より電話の方が敷居が低い可能性が高い。しかし、電話が適切に取り次がれなかったり、相談対応者（相談員）につながるまでに非常に時間がかかった場合、利用者に不適切に扱われた、アクセスできなかった、といった印象を与え、「がん相談支援センターは実際には使いづらい」といった患者の声としてしばしば紹介される事態を発生させていることが推測される。がん相談支援センターの機能や相談員の質の向上の必要性が強く意識されているが、それ以前の段階で利用を阻む事態が生じている可能性も考えられるのである。

4. 調査の目的

以上を踏まえ、電話をかけた相談者が、適切にがん相談支援センターの相談員につながれるかどうかについて現状を把握することを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査方法

1) 調査対象施設

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターの相談員が登録しているメーリングリスト (kyoten-cisc@ml.res.ncc.go.jp) および郵送で本調査の実施を案内し、参加施設受付期間(2014年2月12日～同28日)に調査参加の連絡のあったがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターを対象とした。

参加施設は合計 228 施設、うち都道府県拠点病院が 34 施設、地域拠点病院が 194 施設であった。

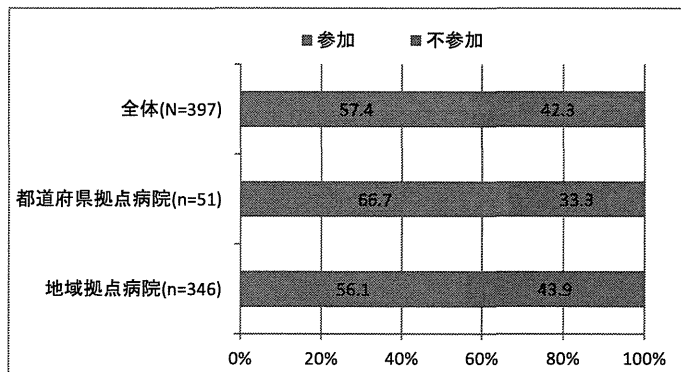


図 1：拠点病院種別ごとの参加施設割合

2) 調査対象回線

がん情報サービス (<http://ganjoho.jp>) 「病院をさがす」で公開されているがん相談支援センター情報に記載されている連絡先電話番号を調査対象とした。代表電話、直通電話の両方が記載されている場合にはそれぞれ 1 回線ずつを対象とした。

調査に参加した 228 施設のうち、代表回線と直通回線の両方が記載されていた施設は 111 施設 (49%)、代表回線のみ記載されていた施設は 106 施設 (46%)、直通番号のみ記載されていた施設は 11 施設 (5%) で、代表計 217 回線、直通計 122 回線を調査対象とした。

3) 調査内容

がん情報サービスに記載されているがん相談支援センターの電話回線 1 つにつき、2 回まで電話をかけ、がん相談支援センターの相談員につながるまでの時間およびその間に電話応対した人数を把握した。相談員につながった段階でその旨を相談員に伝えて調査は終了となるため、調査の電話においては相談対応は行っていない。当初は 1 つの回線につき 2 度つながるま

で電話をかけ、その平均値を算出する予定で募集を呼びかけたが、予想以上に多くの施設から参加の意向が示されたため、費用の制約上、1 回線について 2 回まで電話をかけ、相談に到達した時点で調査完了として実施した。

なお、4 施設については、がん情報サービスにおいて公開されていた代表電話番号に誤りがあることが判明し、正しい番号にかけなおすという処理が発生したが、番号違いの電話については本報告の調査結果から除外した。また、調査員の説明の不備によるかけなおしも集計結果からは除外した。また、実際には 3 回目の電話を行って到達が確認できた施設もあったが、その結果についても本集計からは除外した。

電話調査を行った期間は 2014 年 3 月 6 日から 13 日である。

※ がん情報サービスに掲載されている情報は、がん診療連携拠点病院現況報告書に基づくものであり、各施設からの申し出により随時情報が更新されている。

4) 倫理的配慮、調査結果のフィードバックおよび公開

調査結果として、当該施設の録音（呼び出し音が鳴ってから電話が切れるまで）データと、調査結果（時間および対応人数）を各施設の担当者あてに送付した。

下記の点をあらかじめ定めて調査を実施し、問い合わせがあった際には以下の点について回答した。

- ・本調査は施設を対象とした調査であるため、倫理審査の対象に該当しない。ただし、調査の過程で収集された情報の管理等については疫学研究に関する倫理指針に示された基準に沿って適切に扱う。
- ・本調査は調査内容を明らかにして参加施設を募集し、参加意向が表明された施設のみを対象とする。
- ・調査に参加した施設名および担当者名は公開しない。（参加した施設や担当者が自身が参加したことを明らかにすることは研究班としては管理できない）

- ・相談員等の個人情報扱わないが、調査の中で知りえた情報については厳重に管理し研究終了後には破棄する。
- ・電話調査の実務を委託する企業とは情報管理について文書により申し合わせ事項を締結する
- ・研究結果は学術雑誌、学会報告等において公開するが、その際には参加施設が明らかとならないよう十分な配慮を行う。

C. 研究結果

1. 相談員に到達した割合

1) 代表回線

代表回線の記載があった 217 施設のうち、1 回目の電話で相談員に到達したのは 163 施設 (75%)、2 回目の電話で相談員に到達したのは 35 施設 (16%) で、19 施設 (9%) は 2 度の電話では相談員につながらなかった。

1 回目の電話(n=217)

完了（相談員に到達）	163	(75%)	
未達	54	(25%)	
未達の内訳			
相談員不在・対応中		30	} 2 回目の電話
代表番号が通話中／かけ直すようテープ音声		8	
非通知設定から代表番号にかけられない*		13	
部署に回されず、直通を案内された		3	

2 回目の電話(n=54)

完了（相談員に到達）	35	(16%)	
未達	19	(9%)	
未達の内訳			
相談員不在・対応中		12	
代表番号が通話中／かけ直すようテープ音声		3	
部署に回されず、直通を案内された		2	
がん情報サービス上の対応時間だが時間外といわれた		1	
不通(2分以上つながらない)		1	

*については番号通知設定で発信

2) 直通回線

がん情報サービスに直通回線の記載があった122施設のうち、1回目の電話で相談員に到達したのは89施設(73%)、2回目の

電話で相談員に到達したのは26施設(21%)で、7施設(6%)は2度の電話では相談員につながらなかった。

1 回目の電話(n=122)			
完了(相談員に到達)	89	(73%)	
未達	33	(27%)	
相談員不在・対応中			12
通話中			9
非通知設定から代表番号にかけられない*			8
留守番電話			1
2分以上応答なし			3
			2 回目の電話
2 回目の電話(n=33)			
完了(相談員に到達)	26	(21%)	
未達	7	(6%)	
通話中			1
相談員不在・対応中(通常発信)			4
2分以上応答なし(通常発信)			2

*については番号通知設定で発信

2. 相談員につながるまでの時間

代表回線において相談員に到達したケースで、相談員につながったとわかるまでの時間は1秒から152秒、平均33秒、中央値は22秒だった。一方、相談員が不在・対応中であった42ケース(1回目で不在・対応中未達の30ケース、2回目で不在・対応中の12ケース)の総通話時間(電話をかけてから切るまで)は43秒から428秒、平均150秒、中央値は114秒だった。

直通回線において、相談員に到達したケースで、相談員につながったとわかるまでの時間は2秒から151秒、平均37秒、中央値は15秒だった。同様に直通回線において相談員が不在・対応中であった16ケース(1回目で不在・対応中12ケース、2回目で不在・対応中4ケース)の総通話時間は37秒から159秒、平均79秒、中央値65秒だった。

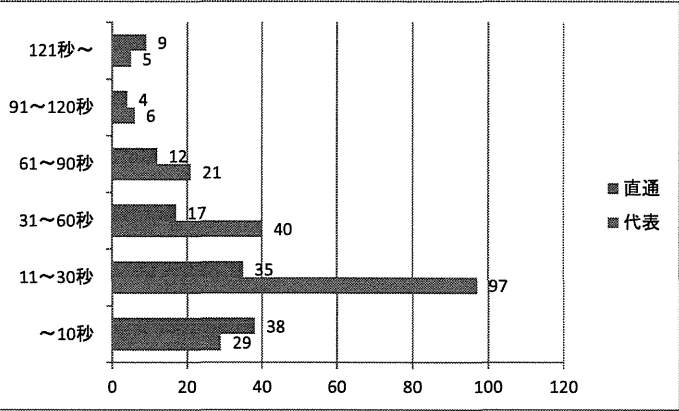


図2：相談員につながるまでの時間

3. 相談員につながるまでの対応人数

代表回線において相談員に到達した 198 ケースでは、相談員以外に 1 名の取り次ぎがあったケースが 169 (85%)、2 名の取り次ぎがあったケースが 29 (15%) だった。

直通回線において、相談員に到達したケースでは取り次ぎは皆無だった。

D. 考察

本調査を計画した段階では、全国のがん診療連携拠点病院の 2～3 割が参加するものと予想していたが、調査の参加を呼びかけたところ、実に 6 割近くの施設から参加の表明があり、がん相談支援センターの現場で予想以上に関心が高いことがうかがえた。平成 26 年 1 月に改定が示されたがん診療連携拠点病院に関する指定要件においては、PDCA サイクルをまわすこと、がん相談支援センターの広報の必要性などへの言及が見られるなど、施策としてより具体的な改善が求められる状況にあるが、現場でも何らかの対応が必要であると感じている施設が多いことが推察される。

今回の調査の参加施設では、代表回線、直通回線とも 7 割以上のがん相談支援センターが一度で相談員につながり、つながるまでの時間も 20～30 秒程度と比較的短時間であった。一方、1 割弱のがん相談支援センターには 2 度の電話では相談員につながらず、その場合には電話をかけてから切るまでの通話時間は平均で 2 分前後、場合によっては 5 分以上の時間を要していた。長時間待たされた結果、相談できなかった場合、相談者には強い不快感が残り、「やはり相談支援センターは使えない」といった声につながることも十分予想できる。また、

本調査への自主的な参加を表明した施設においてこうした状況があることから、全てのがん診療連携拠点病院でみた場合にはよりその割合が高くなることも予想できる。限られた人員であることなど、いつでも電話に対応できるとは限らない事情は多くあると考えられるが、相談ニーズのある人が不快な思いだけを残して相談支援の機会を逸することがないような対応が必要であると考えられる。施設ごとの対応にまかされる状況では、現時点でアクセスに問題のある施設ほど、対応がすすまないことも予想され、何らかの強制力のある方法での対応も必要となるかもしれない。

なお、本調査において、数%の施設が、代表電話についてもナンバーディスプレイ機能で番号費通知の設定になっている場合には着信が拒否される設定となっていた。利用者は必ずしも、通知の仕方などを知っているとは限らず、電話をかけることすらできていない場合もあるかもしれない。非通知拒否の設定をしている事情はさまざまにあると思われるが、少なくとも自院の設定がどうなっているのかを知り、かけるための方法についても周知する必要があるだろう。

E. 結論

本調査への関心は、予想以上に高く、現場の相談員にもがん相談支援センターへのアクセスの保障の重要性が認識されているものと考えられた。大多数の施設では、比較的短時間に相談員につながることができたが、数は少ないもののなかなかつながらず、かつ、つながらないことがわかるまでに長時間かかる施設もあり、相談者がアク

セスをあきらめる可能性があるケースも発生している可能性が示唆された。

施設ごとの事情もあり、人員配置の拡充等の体制確保は簡単ではないことが予想されるが、がん相談支援センターに求められている役割を考えると、アクセスを保障するための対応は今後より一層重要になると考えられる。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

八巻知香子、高山智子. がん診療連携拠点病院「相談支援センター」における院内外への周知の取り組みに関する検討. 医療と社会 vol24. No2. (印刷中：2014年7月刊行予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

【引用文献】

CENTRE, N. B. C. & INITIATIVE, T. N. C. 2003. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer.

http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp90.pdf:

National Health & Medical Research Council.

KINNANE, N. A. 2012. Evaluation of a hospital-based cancer information and support centre. Supportive Care in

Cancer, 20, 287-300.

秋月伸哉. 2009. 【緩和ケアの現在のトピックス】 地域における緩和ケア連携. がん患者と対症療法, 20, 116-121.

今井博., 中尾裕., 福田吉. 2012. 【新たながん対策の推進-第二期のがん対策基本計画を踏まえて-】 都道府県がん対策推進計画の現状と第二期への期待. 保健医療科学, 61, 584-589.

小川朝生. 2013. 【「精神疾患地域連携クリティカルパス」】 がん領域における精神心理的ケアの連携. 日本社会精神医学会雑誌, 22, 123-130.

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

相談支援センターの院内外の活用実態と新たな活用方法の検討

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
精神腫瘍学開発分野 分野長

研究要旨： わが国では、がん対策推進基本計画に基づき、患者家族の療養生活の質の向上を図るために、相談支援センターをがん診療連携拠点病院に設置し、施設内外での相談支援体制を整備している。しかし、相談支援センターが有効に機能していない現状がある。そこで、相談支援センターの支援プログラムが有効に機能しているか否かを評価する事を目的に、相談支援センターの役割や機能を整理して、プログラム評価法に沿って作成された調査票の開発を計画した。

A. 研究目的

海外の先行研究からは、がん患者・家族はがん治療に関する情報や疼痛、将来への不安、経済的問題などのさまざまな相談支援ニーズを持っていることが報告されている。この相談支援ニーズに応えるために、わが国においてはがん対策のマスタープランであるがん対策推進基本計画において、「患者とその家族のなやみや不安を汲み上げ、がんの治療や副作用・合併症に関する情報も含めて必要とする最新の情報を正しく提供し、きめ細やかに対応することで、患者とその家族にとってより活用しやすい相談支援体制を早期に実現すること」を目標に定め、がん診療連携拠点病院では相談支援センターを外来に、緩和ケアチームを入院組織におき、がん診療や医療機関に関する情報を提供し療養上の支援をおこなうよう義務づけている。

しかし、がん対策推進基本計画の中間報告や緩和ケア専門委員会報告でも指摘されたとおり、施

設内での相談支援や療養支援はまだ十分に機能を果たせていない。その背景には、相談支援機能の周知が進んでいないことに加えて、相談支援センターの用意している支援プログラムが有効に機能していない点も報告書で指摘されている。今後、施設内での相談支援・療養支援を充実させるためには、相談支援センターの用意した支援プログラムが有効に機能しているか否かを同時に評価し、各がん診療連携拠点病院それぞれの改善点を検討できるシステムを作る必要がある。

上記問題に対応するために、われわれは相談支援センターの役割や機能を整理し、相談支援センターがもつ支援プログラムとその効果を理論化し、そのプログラム評価法に沿って作成された調査票の開発を計画した。ここではその最初の段階として、全国規模の調査が可能かどうかを検討するために、少数施設において予備的検討をおこなうことを計画した。

B. 研究方法

1.1. 対象

研究施設において調査期間中に相談支援センターを訪れて、面談にて相談を利用した患者・家族

1.2. 適格規準

- ①年齢が 20 歳以上の患者
- ②研究施設において調査期間中に相談支援センターを訪れて、面談にて相談を利用した患者・家族
- ③調査に同意をした患者（アンケートへの記入、投函を持って同意とみなす）

1.3. 除外規準

- ①患者に明らかな意識障害がある場合
- ②患者または家族に重篤な身体症状があり、研究への協力が困難な場合
- ③患者または家族に重篤な精神症状（重度の認知機能障害、重度の抑うつ状態）があり、研究への協力が困難な場合
- ④患者家族が日本語の理解が困難な場合
- ⑤調査担当者が調査への参加を不适当と判断した場合

2. 調査項目と方法

2.1. 調査項目

2.1.1. 患者背景情報

年齢、性別、治療を受けている期間、治療状況、職業、同居している家族に関する情報を、調査票にあわせて記載して聴取する。

2.1.2. 質問票

①調査票

がん治療に関連する相談支援とその効果に関する調査票。

国立がん研究センターがん対策情報センターが拠点病院の現状報告用に定めた相談支援セン

ターの相談記入シート、および厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業が対策のための戦略研究課題「緩和ケア普及のための地域プロジェクト（研究代表者 江口研二（帝京大学））」にて作成された相談記録票をもとに、腫瘍内科医や精神科医、看護師、相談員を交えたフォーカスグループを開催し、相談支援センターで対応される相談支援内容を抽出した。その上で、相談支援の効果について、標準的なプログラム評価法に則り、評価のステークホルダー、プログラムへの投入資源、プログラム構成要因、アウトプット、アウトカム、最終アウトカムを設定し、その項目に沿って評価内容を選定し、質問票にまとめた。

2.2. 調査方法

①調査期間内に、それぞれの施設において相談支援センターを利用した患者・家族に調査担当者が趣旨説明書と調査票、各施設での相談支援に関するパンフレットを手渡しし、調査の内容を説明する。調査に同意をした対象者は、調査票に記入後、郵便にて返送する。調査期間終了後、記入内容を集計する。

②調査票を集計するとともに、研究員および研究実施施設の相談支援センター相談員にてフォーカスグループをおこない、調査内容、調査実施上の問題点、解決方法について検討し、本調査実施に向けた改善点を抽出記述的に解析する。

2.3. 調査期間

調査票の配布は計2週間とする。

3. 目標症例数と研究期間

3.1. 目標症例数

180 例

本調査は全国調査の施行に向けて、調査実施上の

問題点と課題を抽出するための予備的な検討であり、実施可能性を重視して設定した。各研究実施施設とも平日平均 20 件/日の相談件数がある。郵便にて返送を依頼する調査の場合、過去の事例より返送率が 30%と見積もられる。実施可能性を検討するために、全国調査で想定する調査期間 2 週間で設定すると、1 施設あたり 200 件の依頼が可能であるため、60 件の返送が見込まれる。また、調査票に関しても、項目間の関連性を検討するために一般的に項目数の 5-10 倍のサンプル数が求められている。今回使用する調査票は選択式が 14 項目あることから、目標症例数で検討できると判断した。

4. 評価項目

本調査実施に向けた予備調査の実施の要点、課題について記述的に解析する。

5. データ管理

調査票は無記名である。調査票は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分野の施設できる部屋の施設できるキャビネットに保管し、電子データは同施設内のパスワードで保護された PC 内で管理する。調査票集計後に調査票は廃棄する。結果の公表は事務局が数量的に集計して行い、個人の回答が明らかとなることはない。

(倫理面への配慮)

本研究は、任意の回答を求めるアンケート調査であり、人体から採取された試料等を用いないため、「疫学研究に関する倫理指針」に従うと、必ずしもインフォームドコンセントを必要としない。そのため、倫理指針にしたがった趣旨説明書による調査協力の依頼を行い、調査票への回答をもって調査への協力の同意とみなす。

6.1.1. 説明

趣旨説明書を添付して調査票を渡す。趣旨説明書には以下の事項について記載する。調査に協力いただける方のみ任意に記入し、同封した返信用紙を用いて返送を依頼する。

1. この調査（研究）の意義と目的
2. 研究の方法
3. 倫理的配慮について
4. 個人情報・データの扱い・結果の公表について
5. 参加の自由・同意撤回の自由
6. 参加により予想される利益・不利益（費用負担・健康被害への対応を含む）
7. 資金・利益相反
8. 研究組織・問い合わせ先

C. 研究結果

上記プロトコールを作成、2013 年 3 月に施設内倫理審査に申請を行った。2013 年 9 月 4 日に許可を得て、調査 2 施設での研究倫理審査に諮り順次開始した。2014 年 2 月末の段階で両施設の承認を得、調査を開始している。

D. 考察

相談支援センターの役割や機能を整理し、相談支援センターがもつ支援プログラムとその効果を理論化し、そのプログラム評価法に沿って作成された調査票の開発を計画し、その予備的検討を開始した。

E. 結論

相談支援センターの役割や機能を整理し、相談支援センターがもつ支援プログラムとその効果を理論化し、そのプログラム評価法に沿って作成された調査票の開発を計画した。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Shirai, Y., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al: Patients' perception of the usefulness of a question prompt sheet for advanced cancer patients when deciding the initial treatment: a randomized, controlled trial. *Psychooncology*, 21(7): 706-13, 2012
2. Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al: Availability of Psychiatric Consultation-liaison Services as an Integral Component of Palliative Care Programs at Japanese Cancer Hospitals. *Jpn J Clin Oncol*, 42(1): 42-52, 2012
3. Shimizu, K., Akechi, T., Ogawa, A., Uchitomi, Y., et al: Clinical biopsychosocial risk factors for depression in lung cancer patients: a comprehensive analysis using data from the Lung Cancer Database Project. *Ann Oncol*, 23(8): 1973-9, 2012
4. Kondo, K., Ogawa, A., et al: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. *Patient Educ Couns*, 93(2): 350-3, 2013
5. Asai, M., Ogawa, A., et al: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology*, 22(5): 995-1001, 2013
6. 上山栄子, 小川朝生, 他: 反復経頭蓋磁気刺激によるラット海馬における神経細胞新生の増加. *精神神経学雑誌*, 114(9): 1018-1022, 2012
7. 松本禎久, 小川朝生: がん患者の症状緩和. *Modern Physician*. 32(9): 1109-1112, 2012
8. 小川朝生: がん患者の精神心理的ケアの最大の問題点. *がん患者ケア*. 5(3): 55, 2012
9. 小川朝生: がん患者に見られるせん妄の特徴と知っておきたい知識. *がん患者ケア*. 5(3): 56-60, 2012
10. 小川朝生: 悪性腫瘍(がん). *精神看護*. 15(4): 76-79, 2012
11. 小川朝生: がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割. *PSYCHIATRIST*, 18: 54-61, 2013
12. 小川朝生: 一般病棟における精神的ケアの現状. *看護技術*, 59(5): 422-6, 2013
13. 小川朝生: せん妄の予防-BPSD に対する薬物療法と非薬物療法. *緩和ケア*, 23(3): 196-9, 2013
14. 小川朝生: 高齢がん患者のこころのケア. *精神科*, 23(3): 283-7, 2013
15. 小川朝生: がん患者の終末期のせん妄. *精神科治療学*, 28(9): 1157-62, 2013
16. 小川朝生: がん領域における精神心理的ケアの連携. *日本社会精神医学会雑誌*, 22(2): 123-30, 2013

2. 学会発表

1. 小川朝生: 患者が意思決定できないときの対応, 第 17 回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2012/6, パネルディスカッション
2. 小川朝生: 緩和ケアチームが精神心理的ケアを提供する工夫, 第 17 回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2012/6, シンポジウム
3. 小川朝生: 緩和ケアにおける介入エビデンス, 第 17 回日本緩和医療学会学術大会, 神戸市, 2012/6, シンポジウム
4. 小川朝生: Cancer Specific Geriatric Assessment (CSGA) 日本語版の開発, 第 77 回大腸がん研究会, 港区, 2012/7, 口演
5. 小川朝生: 臨床心理士へのサイコオンコロジー教育, 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会, 福岡市, 2012/9, シンポジウム
6. 小川朝生: 高齢者のサイコオンコロジー, 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会, 福岡市, 2012/9, シンポジウム
7. 小川朝生: がん相談支援センターとサイコオンコロジーとの連携, 第 25 回日本サイコオンコロジー学会総会, 福岡市, 2012/9, シンポジウム
8. 小川朝生: がん患者の有症率・相談支援のニーズとバリアに関する多施設調査, 第 50 回日本癌治療学会学術集会, 横浜市, 2012/10, ポスター
9. 小川朝生: ん診療におけるせん妄, 第 6 回日本緩和医療薬学会年会, 神戸市, 2012/10, シンポジウム
10. 小川朝生: 医療者の育成, 第 25 回日本総合病院精神医学会総会, 大田区, 2012/11, シンポジウム
11. 小川朝生: 高齢がん患者のこころを支える, 第 32 回日本社会精神医学会, 熊本市, 2013/3, シンポジウム
12. 小川朝生: 震災後のがん緩和ケア・精神心理的ケアの在宅連携, 第 4 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 仙台市, 2013/5, シンポジウム

ム

13. 小川朝生:がん治療中のせん妄の発症・重症化を予防する効果的な介入プログラムの開発, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, シンポジウム
14. 小川朝生:各職種の役割 精神症状担当医師, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, フォーラム
15. 小川朝生:不眠 意外に対応に困る症状, 第 18 回日本緩和医療学会学術大会, 横浜市, 2013/6, 特別企画演者
16. 小川朝生:がん領域における取り組み, 第 10 回日本うつ病学会総会, 北九州市, 2013/7, シンポジウム
17. 小川朝生:Cancer Specific Geriatric Assessment 日本語版の開発, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 一般口演
18. 小川朝生:がん患者の有症率・相談支援ニーズとバリアに関する多施設調査, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 一般口演
19. 小川朝生:チーム医療による診断時からの緩和ケア, 第 11 回日本臨床腫瘍学会学術集会, 仙台市, 2013/8, 合同シンポジウム
20. 小川朝生:がん治療と不眠, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, ランチョンセミナー
21. 小川朝生:緩和ケアチーム専従看護師を対象とした精神腫瘍学教育プログラムの開発, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, ポスターセッション
22. 小川朝生:個別化治療時代のサイコオンコロジーを再考する, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, 合同シンポジウム
23. 小川朝生:高齢がん患者と家族のサポート:サイコオンコロジーに求められるもの, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, シンポジウム
24. 小川朝生:サイコオンコロジー入門, 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 大阪市, 2013/9, 特別企画演者
25. 小川朝生:がん患者に対する外来診療を支援する予防的コーディネーションプログラムの開発, 第 51 回日本癌治療学会学術集会, 京都市, 2013/10, ポスター

なし。

3. その他

特記すべきことなし。

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

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

がん相談支援センターにおける「がん患者・家族」の理解に必要とされる
視点・要素に関する研究

研究分担者

高山 智子 国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報提供研究部 部長
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 がん情報提供研究部 研究員

研究協力者

高野 和也 株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院
池山 晴人 近畿中央胸部疾患センター
荻原 修代 北里研究所病院
田中 結美 京都第一赤十字病院
橘 直子 山口赤十字病院
橋本 久美子 聖路加国際病院
樋口 由起子 国立がん研究センター中央病院相談支援センター
福地 智巳 静岡県立静岡がんセンター
藤澤 陽子 千葉大学医学部附属病院
小郷 祐子 国立がん研究センターがん対策情報センター

研究要旨

相談支援において相談者を理解し適切なアセスメントを行うことは、実際の相談支援の実務においては相談員の個人の中で行われるプロセスであり、このプロセスが適切に行われることが極めて重要であるが可視化されにくいものである。よって本研究では、資質に富み、熟練した相談員がもつ相談支援のプロセスのうち、対象者の理解とアセスメントに関する相談員自身の内的な思考過程や注意を向けている要素について整理し、文章化した。がん相談支援センターの相談員ががん患者や家族を理解するにあたって考慮されている視点・要素は、がん医療をとりまく社会環境の変化を十分に認識したものであり、相談の質の維持向上のためには、これらを言語化して伝えること、研修の機会の確保など、継続的な教育機会も必要であると考えられた。

A. 目的

がん対策情報センターが行っている相談員基礎研修（３）においては、相談者をその人の心身の状態、社会生活の状態を理解しアセスメントすること、そのアセスメントを元にその場で最善と考えられる支援方法を導プロセスについて、グループワークを通じて学習するプログラムを提供している。

しかし、この複雑なプロセスは、実際の相談支援の実務においては相談員の個人の中で行われるプロセスであり、このプロセスが適切に行われることが極めて重要であり、相談支援の本質でありながら、可視化されにくいものである。そのため、資質に富み、熟練した相談員がもつ相談支援のプロセスを言語化し、相談員が理解できる文章として提示することは相談の質の向上にとって直接的に役に立つものである。

よって、本研究では、資質に富み、熟練した相談員がもつ相談支援のプロセスのうち、対象者の理解とアセスメントに関する相談員自身の内的な思考過程や注意を向けている要素について整理し、提示することを目的とする。

B. 方法

相談員基礎研修（３）のプログラムの開発にかかわる相談員によるディスカッションにより、がん相談支援センターにおいてがん患者、家族を理解する際に必要とされる視点、要素を抽出した。抽出された要素について、相談員が理解しやすい形で文章による記述を行った。

C. 結果

【１．相談者を「理解する」とは】【２．「全人的理解」について】【３．「全人的理

解」と「チームケア】【相談者が「家族」である場合】【５．がん診療の状況の変化にどのように対応するか】【６．患者・家族の価値観の多様化と意思決定の援助】【７．まとめ】の７節が作成され、資料のとおり文章化された。（資料参照）

D. 考察

がん相談支援センターの相談員ががん患者や家族を理解するにあたって必要となる視点・要素は、特にがん医療の急激な進歩、医療者－患者関係の変化、がんの告知をめぐる社会の受け止めをはじめとするがん医療をめぐる環境の変化を十分に理解しつつ相談員が日々の相談支援業務に携わることが重要であると考えられた。すべての対人援助職、専門職にも共通する要素ではあるが、高等教育において専門教育が終了した後も、継続的な研修を行い、状況認識とそれに伴う相談支援の留意点について共有することががん相談支援の質の維持に不可欠であると考えられた。

E. 結論

がん相談支援センターの相談員ががん患者や家族を理解するにあたって考慮されている視点・要素は、がん医療をとりまく社会環境の変化を十分に認識したものであり、相談の質の維持向上のためには、これらを言語化して伝えること、研修の機会の確保など、継続的な教育機会も必要であると考えられる。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし