

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**

平成 24-25 年度 総合研究報告書  
(H24-がん臨床-一般-003)

研究代表者 高山 智子

平成 26(2014)年 3 月

## 目 次

### ・総合研究報告

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

高山 智子 -----000

### ・資料

#### 1. 相談対応の質的な評価のあり方に関する検討

-----000

- 1.1 相談支援センターの教育・研修のあり方に関する検討(資料1)
- 1.2 電話でのがん相談における「相談の質評価表」を用いた事例検討と評価のあり方の検討(資料2)
- 1.3 「がん相談対応評価表」を用いた相談支援の質評価方法の普及と課題に関する検討 ～ワークショップ開催結果を通して～(資料3)
- 1.4 がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発(資料4)
- 1.5 がん専門相談員のやりがいと困難・負担感に関する研究(資料5)
- 1.6 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(資料6)
- 1.7 相談支援センターの評価に関する検討(資料7)

#### 2. 相談支援センター相談員用学習ツールの開発に関する検討

-----000

- 2.1 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(資料8)
- 2.2 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～の改訂に関する研究(資料9)
- 2.3 研修素材としての「がん相談事例」の作成と学習方法に関する検討(資料10)
- 2.4 がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発  
～「事例検討の方法を学ぶ」ワークショップ開催結果を通して～(資料11)

#### 3. 相談支援センターの地域における機能および役割の検討

-----000

- 3.1 相談支援センターの院内外を含めた機能と役割、位置付けに関する検討(資料12)
- 3.2 情報提供および相談支援機能の役割分担と連携のあり方  
～情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応(教育と専門性)を考慮した場合の全国での整備数の検討～(資料13)

- 3.3 ICT を活用した滋賀県がん相談支援センター相談員支援システムの開発・実施に関する研究（資料 14）
- 3.4 病院患者図書館と地域の公立図書館の連携とがん情報提供支援に関する研究( 資料 15 )

#### 4. 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

-----000

- 4.1 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（資料 16）
- 4.2 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（資料 17）
- 4.3 「臨床試験の情報」のがん相談の場面での活用における可能性と今後の課題  
～相談員向けの「臨床試験」ワークショップを通して～（資料 18）
- 4.4 がん相談支援センター“働くこと”および“療養生活”に関連する相談の対応  
状況に関する調査（資料 19）

#### 5. 患者団体等との連携のあり方に関する検討

-----000

- 5.1 患者団体等との連携を促進するための「相談員のためのがんサロンの設立と運営の  
ヒント集」の作成（資料 20）
- 5.2 がん診療連携拠点病院の相談支援センターとがん当事者の連携・協働の実態に  
関する調査研究  
- がんサロンの取り組みにおける相談支援センターの役割について - （資料 21）
- 5.3 患者団体等との連携のあり方に関する検討（資料 22）
- 5.4 HIV 陽性者のピアサポートの現状とがんピアサポートの比較に関する検討( 資料 23 )

#### 6. 小児がん拠点病院相談支援センターの教育、学習プログラムの開発に関する検討

-----000

- 6.1 小児がん拠点病院相談支援センター相談研修プログラム内容の検討（資料 24）
- 6.2 がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」の作成（資料 25）

#### 7. 相談支援センターの認知度等の国内推移に関わる検討

-----000

- 7.1 一般市民の相談支援センターの認知度とイメージ（利用に関する抵抗感）の経年推  
移に関する検討（資料 26）
- 7.2 国民の健康行動に関する調査と調査結果の新たな活用方法に関する検討  
～がん対策および国民生活に関する世論調査の年次推移から～（資料 27）

## **. 作成資料**

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～ 改訂

-----000

相談員のためのがんサロンの設立と運営のヒント集

-----000

がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」

-----000

## **. 研究成果の刊行に関する一覧表**

-----000

平成 24-25 年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

相談支援センターの機能の評価と地域における活用に関する研究  
班員一覧

（五十音順）

研究代表者

高山 智子 独立行政法人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

研究分担者

朝倉 隆司 東京学芸大学 教育学部 教授  
池上 俊彦 信州大学医学部附属病院医療福祉支援センター センター長  
石川 睦弓 静岡県立静岡がんセンター 患者・家族支援研究部 研究部長  
井上 洋士 放送大学 教養学部 教授  
岡本 直幸 地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター  
特任研究員  
小川 朝生 独立行政法人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  
加藤 雅志 独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター  
がん医療支援研究部長  
近藤 まゆみ 北里大学病院 看護部 師長補佐  
清水 奈緒美 地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター  
患者支援室 相談支援・地域連携パス担当科長  
鈴木 孝世 滋賀県立成人病センター（都道府県がん診療連携拠点病院）副院長  
八巻 知香子 独立行政法人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 医療情報サービス研究室 研究員  
郡司 篤晃 特定非営利活動法人医療の質に関する研究会 理事長  
熊谷 たまき 順天堂大学 准教授

研究協力者

阿部 桂 鳥取県立厚生病院  
阿部 友美子 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室  
新谷 明子 十和田市立中央病院 がん相談支援センター  
池上 俊彦 信州大学医学部附属病院  
池口 佳子 聖路加看護大学

|        |                                  |
|--------|----------------------------------|
| 池山 晴人  | 近畿中央胸部疾患センター                     |
| 石橋 嘉美  | 国立がん研究センターがん対策情報センター             |
| 石原 洋子  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室            |
| 一藤木 延子 | 小田原市立病院 地域医療相談室・がん相談支援センター       |
| 田部井 一世 | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室            |
| 岩本 純子  | 北里大学病院                           |
| 上村 裕子  | 熊本大学医学部附属病院                      |
| 内田 敦子  | 東海大学医学部付属病院 総合相談室                |
| 内丸 薫   | 東京大学医科学研究所付属病院                   |
| 浦崎 多恵  | 横浜市立大学附属市民総合医療センター がん相談支援センター    |
| 大石 美穂  | 佐賀県立病院好生館 相談支援センター               |
| 大松 重宏  | 兵庫医科大学                           |
| 大湯 宝子  | 横浜市立みなと赤十字病院 療養・福祉相談室/がん相談支援センター |
| 小笠原 利枝 | 横浜市立みなと赤十字病院 がん相談支援センター          |
| 小川 俊彦  | 逗子市立図書館                          |
| 小郷 祐子  | 国立がん研究センターがん対策情報センター             |
| 織田 久美子 | 社会保険 田川病院                        |
| 小保内 早苗 | 済生会横浜市東部病院 医療連携センター がん相談支援室      |
| 大谷木 靖子 | 昭和大学横浜市北部病院 総合支援センター             |
| 片山 佳代子 | 神奈川県立がんセンター                      |
| 金井 緑   | 横浜市立みなと赤十字病院 療養・福祉相談室            |
| 唐橋 美香  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室            |
| 河野 可奈子 | 国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部   |
| 菊池 まどか | 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室              |
| 日下 奈緒美 | 国立特別支援教育総合研究所教育支援部               |
| 倉戸 みどり | 関東労災病院 相談支援センター                  |
| 小糸 亜紀  | 藤沢市民病院 がん相談支援室                   |
| 小迫 富美恵 | 横浜市立市民病院 がん相談支援センター・患者相談窓口       |
| 小峰 晶子  | 大和市立病院 がん相談支援室                   |
| 近藤 まゆみ | 北里大学病院                           |
| 櫻井 雅代  | 国立がん研究センターがん対策情報センター             |
| 佐藤 美紀  | 北里大学病院                           |
| 佐野 紀子  | 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室              |
| 澤井 映美  | 国立がん研究センターがん対策情報センター             |
| 柴田 大朗  | 国立がん研究センター多施設臨床試験支援センター          |
| 嶋中 ますみ | 済生会横浜市南部病院 看護相談室                 |

|        |                            |
|--------|----------------------------|
| 下田 早百合 | 横浜市立大学附属病院 福祉・継続看護相談室      |
| 鈴木 幸一  | 福島労災病院                     |
| 鈴木 望   | 国立がん研究センターがん対策情報センター       |
| 隅田 直子  | 済生会横浜市南部病院 福祉医療相談室         |
| 清田 久美子 | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター  |
| 関 由起子  | 埼玉大学 教育学部                  |
| 関根 知嘉子 | 京都大学医学部附属病院                |
| 瀬下 星子  | 横浜南共済病院 医療社会福祉相談室          |
| 瀬戸山 陽子 | 国立がん研究センターがん対策情報センター       |
| セホ 佳子  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室      |
| 泉對 福江  | 昭和大学横浜市北部病院 総合支援センター       |
| 田尾 絵里子 | 国立がん研究センター中央病院             |
| 高石 純子  | 公立置賜総合病院                   |
| 高木 愛子  | 横浜市立大学附属病院 福祉・継続看護相談室      |
| 高野 和也  | 株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院        |
| 高橋 幸子  | 大和市立病院 がん相談支援室             |
| 高山 恵理子 | 上智大学                       |
| 竹内 潤子  | 埼玉県済生会川口総合病院               |
| 蓼沼 朝子  | 横浜市立市民病院 がん相談支援センター・患者相談窓口 |
| 田中 結美  | 京都第一赤十字病院                  |
| 田村 俊作  | 慶応大学                       |
| 塚越 美和子 | 埼玉県立岩槻特別支援学校               |
| 得 みさえ  | 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室        |
| 富永 亜紀  | 済生会横浜市東部病院 医療連携センター        |
| 中田 千恵子 | 済生会横浜市東部病院                 |
| 奈良 幸子  | 大和市立病院 がん相談支援室             |
| 西山 さくら | 佐賀県立病院好生館 相談支援センター         |
| 日塔 裕子  | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター  |
| 野地 由樹子 | 埼玉県立上尾かしの木特別支援学校           |
| 荻原 修代  | 北里研究所病院                    |
| 橋本 久美子 | 聖路加国際病院 医療連携相談室            |
| 波多江 優  | 相模原協同病院 患者総合支援センター         |
| 畠山 友香  | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター  |
| 橘 直子   | 山口赤十字病院                    |
| 原田 健作  | 佐賀県立病院好生館 相談支援センター         |
| 東 尚弘   | 国立がん研究センターがん対策情報センター       |

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| 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                    |
| 藤田 淑子  | 平塚共済病院 医療連携支援センター              |
| 細金 操   | 東海大学医学部付属病院 総合相談室              |
| 前田 景子  | 北里大学病院 トータルサポートセンター            |
| 松隈 愛子  | 聖マリアンナ医科大学病院 腫瘍センター がん相談支援センター |
| 松沼 晶子  | 群馬県立がんセンター                     |
| 松元 恵津子 | 平塚共済病院 医療連携支援センター              |
| 松本 聡子  | 国立がん研究センターがん対策情報センター           |
| 目黒 りう  | 横浜労災病院 がん相談支援室                 |
| 森 充子   | 川崎市立井田病院 がん相談支援センター            |
| 山口 雅子  | 横須賀共済病院 地域連携センター 医療福祉相談室       |
| 湯沢 則子  | 聖路加国際病院 医療連携相談室                |
| 横川 史穂子 | 長野市民病院                         |
| 吉川 幸子  | 川崎市立井田病院 がん相談支援センター            |

## .総合研究報告

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**  
**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**

**研究要旨**

【背景と目的】全国のがん診療連携拠点病院に相談支援センターが設置されて 7 年が経過した。しかし「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（平成 20 年 3 月改訂）」により相談支援センターの整備が進められているにも関わらず、相談件数は伸び悩み、十分に活用されていないことが指摘されている。本研究では、相談支援センターのさらなる可能性と発展に関する検討を行うために、これまでの相談支援センターに関する検討の成果を踏まえ、相談支援センターのとくに相談対応部分における質的な評価のあり方について検討すること、また各々の相談支援センターについて地域における機能および役割について明らかにし、相談支援センターの院内外における活用実態の把握と地域特性別の新たな活用方法のあり方を示すことを目的とする。また相談支援センターの現場で活用できるツールや手引きなどを作成することを意識した。

【方法】文献検討、質問紙調査、半構造化インタビュー調査、地域住民調査、既存調査結果を用いた二次分析と事例調査等の方法により、以下の 7 領域、27 の検討を行った。

1. 相談対応の質的な評価のあり方に関する検討
2. 相談支援センター相談員用学習ツールの開発に関する検討
3. 相談支援センターの地域における機能および役割の検討
4. 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
5. 患者団体等との連携のあり方に関する検討
6. 小児がん拠点病院相談支援センターの教育、学習プログラムの開発に関する検討
7. 相談支援センターの認知度等の国内推移に関わる検討

【結果および考察】相談支援センターの相談対応の質的な評価については、作成したプログラムをある相談支援センターだけではなく、より多く、複数の地域での展開というように、点から面への展開が必要である。評価そのものに慣れていない現場で効果的に学習の機会や質の評価を行っていくには、目的やその必要性を共有しながら、時間をかけて取り

組んで行くことが、実際には一番効率のよい方法であることが本研究の成果から示された。また、就労に関する相談支援などでの院内外との連携のあり方は、今後もおそらく相談支援センターに求められる役割が増えるたびに、取りざたされる課題であると考えられ、他職種との連携や役割分担をどのように進めるのか、考え方を整理することそのものが、今後より複雑化する医療現場での対応への示唆にもなると考えられる。小児がん拠点病院も指定され、がん対策をいかに総合的な観点から推し進めるか、そのためにも個々の相談支援センターや相談員が力をつけつつ、主体的に動ける環境をつくることで、情報や支援を必要とする人に、必要なときに届けられる体制の構築につながると考えられる。そのためにも、本年度作成した「がん専門相談員のための学習の手引き（改訂版）」、「相談員のためのがんサロンの設立と運営のヒント集」、「がん専門相談員のための『小児がん就学の相談対応の手引き』」の手引き類また学習用の相談事例は、現場の相談員にとって有用なツールとなることが期待される。

【結論】がん対策基本計画も二期目の中期にさしかかり、これまで行われてきた相談支援センターの機能強化がますます求められているとともに、評価の視点が重要になってきている。また、これまで力点が置かれていたツールやプログラムの開発そのものではなく、ツールやプログラムを地域においていかに相談員自身が主体性を持って関わり、活用できるかが重要である。またその検討過程そのものも均てん化に役立つものと考えられ、こうした取り組みの維持方法の検討も必要である。さらに、限られた資源を効果的に活かすためにも、地域での役割分担と連携もますます重要な課題となっている。そのためにも、昨年度から発展的に検討を加えてきた 7 領域について、現場に可能な限りフィードバックできるものにし、地域で活用できるものにしていくことも必要である。

#### 【研究分担者】

|        |                                                        |
|--------|--------------------------------------------------------|
| 朝倉 隆司  | 東京学芸大学 教育学部 教授                                         |
| 池上 俊彦  | 信州大学医学部附属病院医療福祉支援センター センター長                            |
| 石川 睦弓  | 静岡県立静岡がんセンター 患者・家族支援研究部 研究部長                           |
| 井上 洋士  | 放送大学 教養学部 教授                                           |
| 岡本 直幸  | 地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター<br>特任研究員                 |
| 小川 朝生  | 独立行政法人国立がん研究センター東病院 臨床開発センター<br>精神腫瘍学開発分野分野長           |
| 加藤 雅志  | 独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター<br>がん医療支援研究 部長             |
| 近藤 まゆみ | 北里大学病院 看護部 師長補佐                                        |
| 清水 奈緒美 | 地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立がんセンター<br>患者支援室 相談支援・地域連携パス担当科長 |

|        |                                                          |
|--------|----------------------------------------------------------|
| 鈴木 孝世  | 滋賀県立成人病センター（都道府県がん診療連携拠点病院）副院長                           |
| 八巻 知香子 | 独立行政法人国立がん研究センター がん対策情報センター<br>がん情報提供研究部 医療情報サービス研究室 研究員 |
| 郡司 篤晃  | 特定非営利活動法人医療の質に関する研究会 理事長                                 |
| 熊谷 たまき | 順天堂大学 准教授                                                |

【研究協力者】

|        |                                  |
|--------|----------------------------------|
| 阿部 桂   | 鳥取県立厚生病院                         |
| 阿部 友美子 | 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室              |
| 新谷 明子  | 十和田市立中央病院 がん相談支援センター             |
| 池上 俊彦  | 信州大学医学部附属病院                      |
| 池口 佳子  | 聖路加看護大学                          |
| 池山 晴人  | 近畿中央胸部疾患センター                     |
| 石橋 嘉美  | 国立がん研究センターがん対策情報センター             |
| 石原 洋子  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室            |
| 一藤木 延子 | 小田原市立病院 地域医療相談室・がん相談支援センター       |
| 田部井 一世 | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室            |
| 岩本 純子  | 北里大学病院                           |
| 上村 裕子  | 熊本大学医学部附属病院                      |
| 内田 敦子  | 東海大学医学部附属病院 総合相談室                |
| 内丸 薫   | 東京大学医科学研究所附属病院                   |
| 浦崎 多恵  | 横浜市立大学附属市民総合医療センター がん相談支援センター    |
| 大石 美穂  | 佐賀県立病院好生館 相談支援センター               |
| 大松 重宏  | 兵庫医科大学                           |
| 大湯 宝子  | 横浜市立みなと赤十字病院 療養・福祉相談室/がん相談支援センター |
| 小笠原 利枝 | 横浜市立みなと赤十字病院 がん相談支援センター          |
| 小川 俊彦  | 逗子市立図書館                          |
| 小郷 祐子  | 国立がん研究センターがん対策情報センター             |
| 織田 久美子 | 社会保険 田川病院                        |
| 小保内 早苗 | 済生会横浜市東部病院 医療連携センター がん相談支援室      |
| 大谷木 靖子 | 昭和大学横浜市北部病院 総合支援センター             |
| 片山 佳代子 | 神奈川県立がんセンター                      |
| 金井 緑   | 横浜市立みなと赤十字病院 療養・福祉相談室            |
| 唐橋 美香  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室            |
| 河野 可奈子 | 国立がん研究センターがん対策情報センター がん医療支援研究部   |
| 菊池 まどか | 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室              |

|        |                            |
|--------|----------------------------|
| 日下 奈緒美 | 国立特別支援教育総合研究所教育支援部         |
| 倉戸 みどり | 関東労災病院 相談支援センター            |
| 小糸 亜紀  | 藤沢市民病院 がん相談支援室             |
| 小迫 富美恵 | 横浜市立市民病院 がん相談支援センター・患者相談窓口 |
| 小峰 晶子  | 大和市立病院 がん相談支援室             |
| 近藤 まゆみ | 北里大学病院                     |
| 櫻井 雅代  | 国立がん研究センターがん対策情報センター       |
| 佐藤 美紀  | 北里大学病院                     |
| 佐野 紀子  | 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室        |
| 澤井 映美  | 国立がん研究センターがん対策情報センター       |
| 柴田 大朗  | 国立がん研究センター多施設臨床試験支援センター    |
| 嶋中 ますみ | 済生会横浜市南部病院 看護相談室           |
| 下田 早百合 | 横浜市立大学附属病院 福祉・継続看護相談室      |
| 鈴木 幸一  | 福島労災病院                     |
| 鈴木 望   | 国立がん研究センターがん対策情報センター       |
| 隅田 直子  | 済生会横浜市南部病院 福祉医療相談室         |
| 清田 久美子 | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター  |
| 関 由起子  | 埼玉大学 教育学部                  |
| 関根 知嘉子 | 京都大学医学部附属病院                |
| 瀬下 星子  | 横浜南共済病院 医療社会福祉相談室          |
| 瀬戸山 陽子 | 国立がん研究センターがん対策情報センター       |
| セホ 佳子  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室      |
| 泉對 福江  | 昭和大学横浜市北部病院 総合支援センター       |
| 田尾 絵里子 | 国立がん研究センター中央病院             |
| 高石 純子  | 公立置賜総合病院                   |
| 高木 愛子  | 横浜市立大学附属病院 福祉・継続看護相談室      |
| 高野 和也  | 株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院        |
| 高橋 幸子  | 大和市立病院 がん相談支援室             |
| 高山 恵理子 | 上智大学                       |
| 竹内 潤子  | 埼玉県済生会川口総合病院               |
| 蓼沼 朝子  | 横浜市立市民病院 がん相談支援センター・患者相談窓口 |
| 田中 結美  | 京都第一赤十字病院                  |
| 田村 俊作  | 慶応大学                       |
| 塚越 美和子 | 埼玉県立岩槻特別支援学校               |
| 得 みさえ  | 神奈川県立がんセンター 医療相談支援室        |
| 富永 亜紀  | 済生会横浜市東部病院 医療連携センター        |

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| 中田 千恵子 | 済生会横浜市東部病院                     |
| 奈良 幸子  | 大和市立病院 がん相談支援室                 |
| 西山 さくら | 佐賀県立病院好生館 相談支援センター             |
| 日塔 裕子  | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター      |
| 野地 由樹子 | 埼玉県立上尾かしの木特別支援学校               |
| 荻原 修代  | 北里研究所病院                        |
| 橋本 久美子 | 聖路加国際病院 医療連携相談室                |
| 波多江 優  | 相模原協同病院 患者総合支援センター             |
| 畠山 友香  | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター      |
| 橘 直子   | 山口赤十字病院                        |
| 原田 健作  | 佐賀県立病院好生館 相談支援センター             |
| 東 尚弘   | 国立がん研究センターがん対策情報センター           |
| 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                    |
| 藤田 淑子  | 平塚共済病院 医療連携支援センター              |
| 細金 操   | 東海大学医学部付属病院 総合相談室              |
| 前田 景子  | 北里大学病院 トータルサポートセンター            |
| 松隈 愛子  | 聖マリアンナ医科大学病院 腫瘍センター がん相談支援センター |
| 松沼 晶子  | 群馬県立がんセンター                     |
| 松元 恵津子 | 平塚共済病院 医療連携支援センター              |
| 松本 聡子  | 国立がん研究センターがん対策情報センター           |
| 目黒 りう  | 横浜労災病院 がん相談支援室                 |
| 森 充子   | 川崎市立井田病院 がん相談支援センター            |
| 山口 雅子  | 横須賀共済病院 地域連携センター 医療福祉相談室       |
| 湯沢 則子  | 聖路加国際病院 医療連携相談室                |
| 横川 史穂子 | 長野市民病院                         |
| 吉川 幸子  | 川崎市立井田病院 がん相談支援センター            |

## A. 研究目的

自院に通院するがん患者や家族のみならず、地域住民のがんに関する相談対応を行うことを目的として全国のがん診療連携拠点病院に相談支援センターが設置されて7年が経過した。しかし「がん診療連携拠点

病院の整備に関する指針(平成20年3月改訂)」により相談支援センターの整備が進められているにもかかわらず、相談件数は伸び悩み、十分に活用されていないことが指摘されている。

国や自治体からの補助金という枠組みの

中で、各医療機関が相談対応のサービスを提供、推進させるという取り組みは、諸外国においても国内においても例がなく、この新しい仕組みが有効に機能するためには、わが国の社会環境に合わせて発展させていく必要がある。

国内の相談支援センターの効果的な運用に関する全国的な研究は、平成 18～20 年度のがん臨床研究事業で開始され、平成 21～23 年度「相談支援センターの機能の強化・充実と地域における相談支援センターのあり方に関する研究（高山班）」において、相談支援ツールおよび教育プログラム開発や相談支援センターの機能強化のための要件（人的、物的、支援体制等）などの検討がなされ、相談支援センターの現状と課題が明確になってきた。今後、より効果的な機能の充実を図るためには、地域により状況が異なる、多様な機能を有する相談支援センターにおいて、相談対応の質を担保しつつ、全国各々の病院機能や地域での役割に応じて発展させていく必要がある。

本研究では、これまでの成果を踏まえ、相談支援センターのとくに相談対応部分における質的な評価のあり方について検討すること、また各々の相談支援センターについて地域における機能および役割について明らかにし、相談支援センターの院内外における活用実態の把握と地域特性格の新たな活用方法のあり方を示すことを目的とする。またこれまでの成果を可視化し、相談支援センターの活動を推進するためにも、相談支援センターの現場で活用できるツールや手引きなどを作成することを心がけた。

## B. 研究方法

平成 25 年度は、昨年度開始した検討を踏まえ、文献検討、質問紙調査、半構造化インタビュー調査、地域住民調査、既存調査結果を用いた二次分析と事例調査等の方法により検討を行った。

本研究で相談記録などのデータを扱う際には、データ取り扱い施設あるいは国立がんセンター倫理審査委員会の承認を得て実施するなど、取り扱いについては慎重に行い、情報保護を徹底した。

## C. 研究結果

### 1. 相談対応の質的な評価のあり方に関する検討

#### (1) 相談支援センターにおける相談員の教育・研修に関する検討（資料 1）

各相談支援センターにおいてがん専門相談員の教育方法を見出すことを目的に、神奈川県内の相談支援センター（23 施設）が参加してアクションリサーチを行った。平成 24 年度の研究成果で「がん専門相談員による相談対応の質の確保にむけた教育介入プログラム」（以下「教育プログラム」）を活用した研修方法に取り組みたいという希望は多く、平成 25 年度は「教育プログラム」の活用方法を検討し、最初のプログラムである「相談の質評価表を用いて他施設の事例を検討する」ことを、県単位の研修会で指導的立場にある相談員対象に実施し、その後スタッフ対象の研修について「県単位の研修会にスタッフを派遣」または「自施設で学習会を開催」を、施設ごとに選択できるように計画した。指導的立場にある相談員対象の研修会には 23 施設 / 23 施設、35 名のがん専門相談員が参加した。「教育プログラム」を活用した学習方法は、「相談

員のアセスメント向上に役立つ」「相談支援の活動に役立つ」と多くの相談員が評価し、今後、自施設での事例や自分の事例について検討を行ったり、ディスカッションしたりすることを「行ってみたい」と考える者が多くみられた。

## **(2) 電話でのがん相談における「相談の質評価表」を用いた事例検討と評価のあり方の検討（資料2）**

地域におけるがん診療拠点病院がん相談員のがん相談の質の向上および質の均質化を目的として、がん相談における質的な評価のあり方について、特に電話でのがん相談において、「相談の質評価表」を用いた事例検討を行い、この方法についてアンケート調査により検討した。その結果、「質の評価表」が教育ツールとして、また事例検討ツールとして有用であることが示された。「質の評価表」を用いた相談員が最も求める事例検討用の材料は事例検討が頻回に行われていない中では、第三者が実施した例を用いることが望ましいと考える相談員が多く、自分の施設内の事例、あるいは自分の事例の検討には抵抗感を感じる者が少なくなかった。

## **(3) 「がん相談対応評価表」を用いた相談支援の質評価方法の普及と課題に関する検討～ワークショップ開催結果を通して～（資料3）**

これまでに開発を行ってきた「がん相談対応評価表」について、今後全国に普及させて行く際の課題について検討を行うことを目的として、全国のがん診療連携拠点病院のがん専門相談員を対象に、「がん相談対応評価表」を用いた相談支援の質評価に関するワークショップを開催した。内容は、

講義、演習で構成した。演習では、実際の相談事例の教材を用いて参加者が評価を行い、グループ討議を行った。

その結果、40名の参加者によるアンケートの結果は、評価表の活用が相談支援の向上に90%の参加者が役立つと回答した。また、日々の相談支援において、振り返りや事例検討を行っている者が、41%と半数に満たない現状が明らかになった。

## **(4) がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発（資料4）**

先行研究において作成した相談の質を評価する評価表を用いて相談支援センターの相談員との協働作業を行い、そのプロセスを通じてがん専門相談員による相談対応の質の確保に向けた教育介入プログラムを作成した。本報告はこのプログラムを試行する前後の現場の主観的評価ならびに第三者による評価を通じて、本プログラムの意義と効果について検討することを目的とした。がん診療連携拠点病院に指定されている3施設の相談支援センターにおいて試行したところ、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得点が有意に向上した項目がみられた。

## **(5) がん専門相談員のやりがいと困難・負担感に関する研究（資料5）**

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。本研究では、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、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。

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。

#### **(6) 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（資料6）**

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。

#### **(7) 相談支援センターの評価に関する検討（資料7）**

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。本年度は予備的調査を開始した。プロトコルを作成、施設内倫理審査に承認を得て、2014年2月の段階で1施設のみ承認を得、調査を開始し、31部回収している状況である。

#### **2. 相談支援センター相談員用学習ツールの開発に関する検討**

##### **(8) 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（資料8）**

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、最も重要な要素として位置付けられるが、一方で、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。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。

##### **(9) 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～の改訂に関する**

## る研究（資料9）

がんを取り巻く環境は、刻々と変化し、それに呼応してがん相談支援センターに求められる役割も広がりつつある中で、がん専門相談員が共有すべき知識や技術の一部はより整理され、また学ぶべき範囲は拡大している。本研究では2008年8月に作成された「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～（以下「手引き」と記載）」を、がん患者や家族、医療者ならびに社会から求められているがん専門相談員の役割に沿って、1）「手引き」で扱うべきテーマを明らかにすること、2）挙げられたテーマについて相談員が学び共有すべき知識や技術について記述し、「手引き」を改定することを目的として、第2版を作成した。検討の結果、扱うべきテーマには、「サバイバーシップ」「就労支援」「HTLV-1」「がん登録」「家族性腫瘍」があげられた。

## (10) 研修素材としての「がん相談事例」の作成と学習方法に関する検討（資料10）

全国のがん相談支援センターにおいて、効果的に継続的な学習の場を提供していくためにも、現場の相談員にとって活用しやすい学習素材を提供することは重要である。本研究では、今後地域で学習機会を持つ際に活用できる研修素材を作成すること、またこうした研修素材を体系的に、より効果的に学べる素材提供方法について検討を行った。相談員が現場でよく遭遇する4つの相談事例について検討を行い、「認知症」のがん患者の家族からの相談、「緩和ケア」導入時の患者や家族からの相談、「電話」での最新の情報を求める相談、「職場復帰」の際の相談の4事例について、DVDの作成、学

習できるポイントの整理と提示、事例作成の意図についてまとめた。

## (11) がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発～「事例検討の方法を学ぶ」ワークショップ開催結果を通して～（資料11）

がん相談支援の事例検討方法と事例検討の学習方法を学ぶことを目的にワークショップを開催し、事例検討を各施設や地域で進めていく際の課題について検討を行った。全国のがん専門相談員に呼びかけ、1日プログラムのワークショップを開催した。内容は、講義、演習で構成した。演習では、参加者全員による模擬事例検討会、および事前提出された事例を基にした模擬事例検討を行った。11名の参加者によるアンケートの結果は、ほとんどの者が、事例検討の過程、限界、グループダイナミクスの重要性について理解を深め、自施設や地域で事例検討に取り組むことができそうであると回答した。

## 3. 相談支援センターの地域における機能および役割の検討

## (12) 相談支援センターの院内外を含めた機能と役割、位置付けに関する検討（資料12）

地域がん診療連携拠点病院は全国で397施設（平成25年3月）が指定されている。指定された病院は大学病院を中心とする特定機能病院、がん専門施設で構成される全国がん（成人病）協議会（全がん協）加盟施設などの特徴を有しており、がん医療に関しすべての拠点病院が同一のがん医療環境に在るわけではない。そのため、相談支援センターの機能や規模に関しても施設の開設目的に応じた内容に依存せざるを得ないと思われる。そのため、地域がん診療連

携拠点病院現況調査（2012 年調査）の資料を用いて解析を行った結果、とくに、B 群（全がん協加盟施設）以外では、入院がん患者割合が 30%以下と低く、日常業務の中心ががん患者ではない患者の対応が中心であることが推測された。電話相談に関しては、相談者の保護の観点からも直通電話の設置が望まれるが、C（病床 500 床未満）、D 群（病床 500 床以上）では 40%強の施設に留まっていた。

#### **(13) 情報提供および相談支援機能の役割分担と連携のあり方～情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）を考慮した場合の全国での整備数の検討～（資料 13）**

情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）の観点を考慮した上で、理想としての情報提供および相談支援機能の役割分担と連携のあり方、とくに全国での整備数について検討を行った。相談支援センターにおいて、現在情報提供と相談支援すべき内容として掲げられている情報の種類を、1)稀少がん、2)アスベスト、3)HTLV1、4)臨床試験、5)療養情報、6)就労支援の 6 つに分類し、それぞれの収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）と全国での整備数、さらに、集約可能な提供方法（媒体）についても、媒体（対面、電話、e-mail）についても同様に検討を行った。

その結果、情報の収集や整理の単位、提供と普及、その結果整備すべき全国での数については、それぞれ似ているところ（同様に分類してよいと考えられるところ）切り離して別に分類した方が良いところがより明確に示された。

#### **(14) ICT を活用した滋賀県がん相談支援センター相談員支援システムの開発・実施に関する研究（資料 14）**

質の高いがん相談を提供すること、ならびに相談員の効率よい業務遂行のために、「ICTを活用した滋賀県がん相談支援センター相談員支援システム（以下、システムという）」を平成24年度研究において開発した。試行期間を経て平成25年5月1日より本格的稼働を行った。システムの評価（成果の検証）を、PDCAサイクルを活用して行った結果、困難事例の共有、回答内容の整理等、相談支援センターならびに相談員の質の向上に資するシステムと考えられたが、システムを使用するに至る環境の整備、特に相談員のゆとり時間の確保が必要と思われた。

#### **(15) 「病院患者図書館と地域の公立図書館の連携とがん情報提供支援に関する研究」（資料 15）**

疾病に罹患し終末を迎える経過の段階ごとに情報ニーズが存在する。NPO 医療の質に関する研究会は 2008 年度から 5 年間で 50 病院に患者図書室を寄贈してきた。その中には 26 のがん拠点病院が含まれる。入室者数から見た図書室の利用のされ方には大きなばらつきが存在し、その差をもたらす要因は医療者の図書室の活用の差にあることがうかがわれた。

#### **4. 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**

#### **(16) 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（資料 16）**

相談支援センターに期待される役割については、「第 2 期がん対策推進基本計画」に記載されていたところ、平成 26 年 1 月には

「がん診療連携拠点病院等の整備に関する方針」の中でより具体的な業務内容が示された。本研究では、2014年1月までに発表された文献を分析し、効果的な相談支援センターのあり方を検討し、相談支援センターの現場における活動の内容・課題、更に解決の方向性を調査した。

2014年1月、210文献（原著論文、会議録、解説を含む）が、『がん』と『相談支援センター』のキーワードで医中誌から検索された。本研究で解析検討の対象となる相談支援センターの活動内容の記載のある文献197文献の内容別内訳の主なものは、相談内容について36件、サポートグループ及び患者会について29件、看護師について19件、医療ソーシャルワーカーについて11件、相談員研修及び評価について11件、他であった。

#### **(17) 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（資料17）**

本研究の目的は、相談支援センターの院内・院外での活用実態を明らかにし、相談支援センター（がん相談員）の新たな活用方法を検討することである。本年度は、A県内の相談支援センターの現状を明らかにするとともに、地域における協働のあり方を検討するために、アンケート調査を実施した。A県の拠点病院、県指定のがん診療連携推進病院とがん相談支援センターの相談員を対象に、1施設＝1調査票で無記名自記式アンケート調査を実施した。対象施設は22施設で回収数は14（回収率66.6%）だった。

退院調整、医療相談室、在宅支援の業務は、8-9割の施設で相談員が兼務していた。相談支援センターの相談対応以外の業務の

中で、がんサロン開催施設は2割で、患者・家族向け講演会や学習会は3割程度にとどまっていた。患者家族向け情報収集や情報共有に関しては、半数は機会があれば情報収集するが情報共有するツールはないと回答し、部門内で情報共有するツールがあるのは2割であった。地域の医療機関や医療従事者の情報収集は、相談支援センター内で共有するツールを持っている施設は4割だった。患者家族向け情報、地域の医療情報共に施設全体で共有するツールがある施設は1施設にとどまっていた。

地域ネットワーク内協働で可能と思われる患者家族支援で提案が多かったのは、情報収集・集積・情報ツール作成で、特に在宅療養支援関連の情報集積や情報ツール作成の意見が多かった。

#### **(18) 「臨床試験の情報」のがん相談の場面での活用における可能性と今後の課題～相談員向けの「臨床試験」ワークショップを通して～（資料18）**

がん専門相談員が臨床試験に関する相談対応のために身につける必要のある知識やスキルについて明らかにするために、ワークショップ「臨床試験の情報をがん相談の場面でどう活用するか」を企画し、参加者の事前事後のアンケートを通じて、相談支援センターの今後の支援体制整備について検討を行った。参加者の約9割が、相談支援センターにおける臨床試験に関する相談対応の経験があり、現場でのニーズは高かった。

#### **(19) がん相談支援センター“働くこと”および“療養生活”に関連する相談の対応状況に関する調査（資料19）**

就労に関する相談対応について、療養生活における相談対応との比較を通して、今後のがん診療連携拠点病院および相談支援センターの役割を整理することを目的として、全国のがん相談支援センターを対象に調査を実施した。がん診療連携拠点病院 397 施設の相談支援センターを対象として、平成 25 年 4 月～6 月にかけて「働くこと」および「療養生活」に関連する相談の対応状況に関する調査を行った。その結果、233 施設（58.7%）から回収が得られ、分析を行った。療養生活における相談対応や院内外の役割や連携に対する意識に違いが見られ、病状の見通しに比して、外部との連携や調整に関わる支援については病院で対応するという割合が低くなっていた。

## **5. 患者団体等との連携のあり方に関する検討**

### **(20)患者団体等との連携を促進するための「相談員のためのがんサロンの設立と運営のヒント集」の作成（資料 20）**

現場のがん相談員が活用できるための、がんサロンの設立と運営に関するヒント集を作成することを目的とした。作成にあたっては、本ヒント集作成の目的や背景を研究者でディスカッションした。その後、目次立て、執筆を行い、内容の検討を重ねた。全国のがんサロンに関わっている人々から査読を受け推敲を行った。結果として、ヒント集は「第 1 部：総論」「第 2 部：各論」「第 3 部：Q&A」で構成し、がんサロンの意義、相談支援センターの位置づけと役割、立ち上げ・運営・発展への支援、取り組む上での具体的な疑問とヒントについて記述することとなった。

### **(21) がん診療連携拠点病院の相談支援セ**

### **ンターとがん当事者の連携・協働の実態に関する調査研究 - がんサロンの取り組みにおける相談支援センターの役割について - （資料 21）**

がんサロンの立ち上げあるいは活動の維持を行なっていく上で、必要な取り組みを医療者の視点から明らかにすることを目的とした。日本各地の 7 つのがんサロンもしくは施設を対象とし、インタビュー内容を質的帰納的に分析した。その結果、がんサロンの立ち上げ、運営、継続、発展における困難や推進力となったことの分析から、がんサロンへの取り組みに必要な要素として以下の 14 のカテゴリー、がんサロンを作ることへのニーズがある、サバイバー、医療者、行政に推進力となる人がいる、がんサロンの目的・理念・イメージを作る、がんサロンをオフィシャルに位置づける、院内に承認を受けるために、相談支援センター・患者団体それぞれが行動する、都道府県の政策にがんサロンの取り組みを明示する、がんサロンを担当するサバイバーに対し、ピアサポート研修を推進し実施する、がんサロンの立ち上げ・運営のために、相談支援センターの役割を考え実行する、がんサロン推進のために課題を明確にし対処する、サバイバーでありかつ専門職である医療者の葛藤に配慮する、失敗を恐れず、そこから学ぶ、時代の流れのタイミングをつかむ、がんサロンに関心をもつ看護教員と協働する、がんサロンを都道府県内に広めていく、が抽出された。

### **(22) 患者団体等との連携のあり方に関する検討（資料 22）**

本研究は、がん患者団体の代表者やがん患

者会の連携やがん対策への参加に関与した行政、医療機関の関係者にインタビューを行い、相談支援センターと患者団体との連携のモデルを探索するために、それぞれの地域で患者団体がどのようにして生まれ、どのような活動を展開し、相談支援センターと連携しているのか、実情と課題を明らかにする。今年度はモデルとなりそうな団体と地域を選定するために、四国 2 県の医療機関・団体を訪問し、ベースラインの聞き取り調査を行った。そのインタビューを参考にして、問題設定と課題をまとめた。

#### **(23) HIV 陽性者のピアサポートの現状とがんピアサポートの比較に関する検討（資料 23）**

大阪地区の 4 名を対象として、HIV 陽性者のピアサポートのこれまでの経緯についてのヒアリング調査を実施した。その結果、いずれの会も、個人が、自身の経験に基づく強い思いから発生している状況にあることが明らかとなった。

#### **6. 小児がん拠点病院相談支援センターの教育、学習プログラムの開発に関する検討**

##### **(24) 小児がん拠点病院相談支援センター相談研修プログラム内容の検討（資料 24）**

平成 25 年 2 月に、全国で 15 医療機関が小児がん拠点病院に指定された。これを受け、相談支援センターに携わる専任の相談員にはどのような教育・研修が必要であるかを明確にし、相談員を対象に実施する研修プログラム内容と実施方法に関して検討を行った。海外の例を参考にするとともに、小児がんの相談支援に携わる相談員、教員、患者支援団体等からなるワーキンググループを組織し、協議を行った。小児がん拠点病院相談員の役割は『がん患者や家族等の相談者に、科学的

根拠とがん専門相談員の実践に基づく信頼できる情報提供を行うことによって、その子の発達段階に応じた生活が選択できるように支援する』ことと定義し、小児がん対策、小児がんに関する概要、親・家族、きょうだいへの支援、社会的資源に関する情報を研修プログラムの内容構成案として含めることとした。

##### **(25) がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」の作成（資料 25）**

がん専門相談員が、小児がんの子どもたちの就学の支援を行うときに、知っておくとい背景知識や具体的な支援の基本的な考え方をまとめた『がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」』に必要な要素について検討を行い、手引きの作成を行った。

小児がんの就学において重要な連携すべき専門家である特別支援教育の専門家らと共に、就学の支援に関して、相談員や病院のスタッフが知っておくべき要素の検討を行い、全体の構成案を作成した。構成案として、なぜ子どもにとって就学が大事であるのかを基本軸とするとともに、現場で使いやすい手引きとするために Q&A 集や地域で連携、相談できる特別支援学校（病弱）一覧についても掲載することとした。

#### **7. 相談支援センターの認知度等の国内推移に関わる検討**

##### **(26) 一般市民の相談支援センターの認知度とイメージ（利用に関する抵抗感）の経年推移に関する検討（資料 26）**

これまで内閣府世論調査により H19 年度および H21 年度に把握されていた相談支援センターの認知度の経年推移と H22 年度に厚労科研の研究班により把握されていた相談

支援センターの利用に関する抵抗感について、同様の調査を実施し、相談支援センターの認知度およびイメージの経年推移について検討を行い、今後のアプローチ方法について検討を行った。

相談支援センターの認知度は微増がみられた。相談支援センターの利用の阻害要因は、「利用の仕方がわかりにくい」というもので、H22 年度と理由としてあげられる項目の傾向は変わらなかった。さらに相談支援センターの利用のしにくさのイメージを高く持っているのは、利用したことのない人や属性では男性であった。

#### **(27) 国民の健康行動に関する調査と調査結果の新たな活用方法に関する検討～がん対策および国民生活に関する世論調査の年次推移から～（資料 27）**

がんの情報や支援体制の整備が進められているが、その進捗状況を把握するためにも、がんの情報普及の状況を俯瞰できるようにすることが必要である。そこで、日本においてもすでに実施されている健康関連情報に関わる調査である「がん対策に関する世論調査」、および、「国民生活に関する世論調査」の質問項目及び選択肢の一覧表の作成をおこない、さらに、米国 HINTS Study の分類法を参考にし、どのような健康行動が世論調査で把握されているのかについて状況の実態把握を行った。

今回一覧表の作成を行ったのは、1) がん対策に関する世論調査(平成 19 年 9 月調査、平成 21 年 9 月調査、平成 25 年 1 月調査)および 2) 国民生活に関する世論調査(平成 19 年 7 月調査、平成 21 年 6 月調査、平成 24 年 6 月調査)の健康行動や情報に関連があると考えられた 5 項目についてである。

その結果、世論調査 2 年ないし、3 年間で実施された項目をみると、質問項目そのものの意味が異なるもの(ちがう質問)として質問された項目、文言が異なる質問など、完全な比較が難しいものが散見された。

#### **D. 考察**

##### **1. 相談対応の質的な評価のあり方に関する検討**

###### **(1) 相談支援センターにおける相談員の教育・研修に関する検討（資料 1）**

アクションリサーチにより取り組んだ研究の結果、「相談の質評価表」を活用した「教育プログラム」の取り組みについて、多くの相談支援センターで関心が高く意欲もあることが明らかになった。取り組みの結果、23 施設中 23 施設が研修会に出席し、今後の自施設での取り組みを検討するに至った。

「教育プログラム」を地域単位で行うにあたっては、意思決定に全施設が関与すること、選択可能な学習・研修の方法が複数あることが重要であることが示唆された。また「教育プログラム」を活用した研修は、がん専門相談員の役割を学ぶ機会にもなることが示された。

###### **(2) 電話でのがん相談における「相談の質評価表」を用いた事例検討と評価のあり方の検討（資料 2）**

「質の評価表」が教育や事例検討ツールとして有用であることが示され、「質の評価表」を用いた電話相談の事例検討が相談員の相談の質の均霑化およびレベルアップに役立つ可能性があると考えられた。さらに、事例検討用に広めるためには、記入上の解説や簡略版の開発などを検討することも重要と考えられる。実施方法については、第

三者が実施した例を用いることが望ましいと考える相談員が多く、自分の施設内の事例、あるいは自分の事例の検討には抵抗感を感じる者が少なくなかった。相談の質の向上のためには他施設の第三者の事例の評価のみでなく、実際に自分達の施設の自分を含めた相談員が行った事例を検討することが、均霑化や施設の相談の質の底上げには役立つと考えられるため、今後、自施設内の事例を含めた電話相談事例の検討について、方法を検討して進める必要があると考えられた。

### **(3) 「がん相談対応評価表」を用いた相談支援の質評価方法の普及と課題に関する検討**

#### **～ワークショップ開催結果を通して～ (資料3)**

「がん相談対応評価表」を用いたワークショップが評価表の活用の契機となり、相談支援の質の向上に貢献する可能性が示唆された。相談対応を評価することそれらを複数名で討議すること、また他者評価を受けることの重要性が多くの参加者に認識された。相談者からの直接的な評価を受ける機会を得ることが難しい分野であり、その他の手段としての他者評価は、自己評価の質を高めるためにも重要であり、相談支援の質の向上に必要不可欠である。今後は、がん専門相談員が第三者から適切な評価が受けられるような場の提供、体制整備を行っていく必要があると考えられた。

### **(4) がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発(資料4)**

今回作成したがん専門相談員による相談対応の質の確保に向けた教育介入プログラムを3施設で試行的に行った結果、介入によ

る効果が認められ、プログラムが相談の質の向上に寄与すると考えられた。一方で、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行われることが重要であることが示唆された。

### **(5) がん専門相談員のやりがいと困難・負担感に関する研究(資料5)**

がん専門相談員が感じるやりがいや充実感、困難や不安全感については、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た。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。

### **(6) 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(資料6)**

調査の参加の呼びかけに対して6割近くの施設から参加表明があったことは、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った一方で、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、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る。今後、相談のアクセス状況について改善が必要な状況があること、またこうした状況を現場のものおよび管理者が認識する必要性が高いことが示唆された。

#### **(7) 相談支援センターの評価に関する検討（資料 7）**

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。現在、予備調査を進めている段階であるが、がん診療連携拠点病院の整備指針に、相談支援センターにおいて「相談者からのフィードバックを得る体制を整備することが望ましい」と示されていることから、現場においてより適切に利用者の声を把握できる方法の必要性は求められており、結果の示し方、分析方法も含めて、今後もさらなる検討が求められていると言える。

#### **2. 相談支援センター相談員用学習ツールの開発に関する検討**

##### **(8) 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（資料 8）**

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。

##### **(9) 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～の改訂に関する研究（資料 9）**

初版の作成から 5 年間の間に、がん診療連携拠点病院の指定に関する指針に示されるがん相談支援センターの役割は徐々に追加されてきた。同時に、現場のがん専門相談員による実践の積み重ねの中で必要と感じられる知識や技術は、それぞれのがん相談支援センター内で蓄積されるだけでなく、地域相談支援フォーラムなど各種研修会の場などで意見交換がなされ、体験的知識が共有される場が徐々につくられつつある。「手引き」で扱うべきと判断されたテーマや、それぞれの専門家により修正・追記がなされた箇所はこれらの状況を反映したものとなっていた。今後も、時代の変化に合わせて継続的に改訂していくことが、相談支援センターの基盤整備には必要であると考えられた。

##### **(10) 研修素材としての「がん相談事例」の作成と学習方法に関する検討（資料 10）**

今回は、地域で学習機会を持つ際に活用できる事例の作成と提供内容の整理のみであったが、今後、作成した事例をより多くの相談員に利用してもらうためにも、活用方法についてもより具体的に示しながら提

供していくこと、活用による相談対応への波及や効果等についても検証する必要があると考えられた。また、今後ますます複雑な背景をもつ相談者の相談事例は増えると予想され、より体系だった学び方ができるような素材作成・提供として、合併症あり（からだ）精神疾患あり（こころ）生活困難あり（くらし）+がん

といった観点からも学習素材の検討を行うことが必要であると考えられる。

#### **(11) がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発 ～「事例検討の方法を学ぶ」ワークショップ開催結果を通して～（資料11）**

がん相談支援の事例検討方法と事例検討の学習方法を学ぶことを目的に開催したワークショップのアンケートの結果から、事例検討に関する知識の獲得、模擬事例検討会の体験が、事例検討会開催の契機となり、相談支援のスキルアップに貢献する可能性が示唆された。また、事例検討の目的の明確化や、作法、限界などについて相談員が知識を得ておく必要性が明らかになった。このワークショップを通して得られた学習項目、内容、課題などを今後のがん相談支援センター相談員指導者研修など、より普及しやすい方法を検討して組み込む必要性が示された。

### **3. 相談支援センターの地域における機能および役割の検討**

#### **(12) 相談支援センターの院内外を含めた機能と役割、位置付けに関する検討（資料12）**

地域がん診療連携拠点病院に指定された施設は、各施設の設立母体・目的等によってその機能に大きな違いがあることが示された。拠点病院の施設に応じた相談支援セ

ンターの在り方を検討する必要性があることが明らかとなった。相談支援センターの役割や位置付けは、全国のがん診療連携拠点病院で一律の対応を実施するのではなく、設立母体やその医療機関の専門性、病床数ならびに年間がん患者治療割によって対応すべきであると思われた。

#### **(13) 情報提供および相談支援機能の役割分担と連携のあり方～情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）を考慮した場合の全国での整備数の検討～（資料13）**

情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）の観点から、全国の相談支援センターまた関連の情報提供や相談支援体制の役割分担を考えることは可能であると考えられた。ただし、実際には、地域の中でのこれまでの歴史や関係性、利害関係などの課題も生じてくると考えられ、こうしたあるべき姿、より効果的であり、効率的である方法を、さらに地域ごとに関係者が集って検討していくことが必要である。

#### **(14) ICTを活用した滋賀県がん相談支援センター相談員支援システムの開発・実施に関する研究（資料14）**

「とても良いシステム、でも、職場環境が・・・」、「時間的余裕があればもっと活用したいが、現場にゆとりがないので、システムへのアクセスもままならなかった」との感想が多く寄せられた。業務の質を向上させるためには、ゆとりのある作業形態を作り上げることが必須であることが理解された。

相談支援センターの質の向上には、病院管理者がその存在を十分に認識し、人材を

育成すると共に、職が環境を整えるために  
相応の原資をかけなければならないと考  
える。当該システムが真に活用される時期は、  
今少し先のこととなろう。

#### **(15)病院患者図書館と地域の公立図書館 の連携とがん情報提供支援に関する研究 (資料 15)**

近年、図書館は単に静かに本を読む場  
にとどまらず、各種のイベントを開催する  
など、地域の諸活動の拠点となりつつある。  
討論の結果から、人々が病を得て終末を迎  
えるそれぞれの場面で、更に残された家族  
に大きな情報ニーズが存在するが、特にわ  
が国では、いわば「周死期」に社会資本の  
減少に伴い大きな混乱がある。終末におけ  
る情報支援の在り方、具体的な方法として、  
たとえば、諸々のシステムの構築やコンテ  
ンツの充実・閲覧支援に関わる技術的な開  
発、イベントによる啓蒙・普及などを今後  
の取り組みの可能性としてまとめ、結論と  
した。

#### **4. 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**

##### **(16)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(資料 16)**

相談支援センターの多岐にわたる活動内  
容や相談支援業務を担う相談員の活動に関  
する文献が多く認めた。今後、相談支援セ  
ンターの現場にある課題を解決していくた  
めに、優先して取り組んでいくべき課題を  
明確にしていく必要があると考えられた。

##### **(17) 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(資料 17)**

通院治療、在宅緩和医療への移行など  
に伴い、在宅療養に関連した問題への対応  
などへの支援が、院内外から求められる傾向

が明らかになった。相談対応以外の業務に  
関連した広範囲にわたる情報の収集・集積、  
人材育成、地域内イベントなどは、一相談  
支援センターだけでは難しく、地域特性を  
いかし、さらに協働することで各施設・部  
門の相互利益となるように計画していく必  
要があると考えられる。

##### **(18)「臨床試験の情報」のがん相談の場 での活用における可能性と今後の課題～相 談員向けの「臨床試験」ワークショップを 通して～(資料 18)**

臨床試験に関する知識や検索のスキル、  
CRC などふだんはあまり接点を持たない  
関係職種との連携のきっかけづくりとして  
も今回のワークショップは非常に有用であ  
ったと考えられた。今後も本ワークショッ  
プのような相談員の学習機会を継続的に開  
催するとともに、相談員が現場で相談支援  
の現場で用いることができるような情報媒  
体の作成を行い、さらに、設内での連携強  
化のための関係者への働きかけなどが課題  
であると考えられた。

##### **(19) がん相談支援センター“働くこと” および“療養生活”に関連する相談の対応 状況に関する調査(資料 19)**

就労に関する相談対応および療養生活に  
おける相談対応の比較を通して、がんと就  
労に関する相談支援センターの役割の方向  
性について考察した。就労に関する相談で  
は、療養の相談と比較して、対応内容によ  
り、相談支援センターとしてできる範囲、  
院内で担える範囲、そして、院外に期待し  
たい範囲が異なっていた。しかし現状では  
必ずしも、互いの部署や院外との関係に於  
いて期待が合致しているわけではない。し

たがって、こうした他部署や院外との間でのお互いの期待を協議できる場こそが、今後必要になってくると考えられる。また、その人が就労に関して必要とする情報や支援は異なることから、まずは就労に関しての意向を確認することが必要であると考えられた。

## **5. 患者団体等との連携のあり方に関する検討**

### **(20) 患者団体等との連携を促進するための「相談員のためのがんサロンの設立と運営のヒント集」の作成（資料 20）**

がんサロンの主体はがんサバイバーや家族である。相談支援センターはがんサバイバー、医療者、行政担当者の関係性を構築し、人々のニーズを捉えながら、地域に開かれたがんサロンを目指すことが重要である。今後は全国の相談員に広報し、活用してもらいながら、現場の体験や実践知を集めて、さらにブラッシュアップしていく必要があると考える。

### **(21) がん診療連携拠点病院の相談支援センターとがん当事者の連携・協働の実態に関する調査研究 - がんサロンの取り組みにおける相談支援センターの役割について - （資料 21）**

がんサロンの取り組みは、がん対策への機運の盛り上がりや行政担当者の認識、相談支援センターの志や病院管理者の理解、そしてサバイバーの思いや行動力など、それぞれの要素が絡み合って推進力を強めていた。相談支援センターはサバイバーや患者団体、病院、行政の 3 者をつなぐパイプのような役割であり、黒子となってサバイバーを支援していることが示された。

### **(22) 患者団体等との連携のあり方に関**

### **する検討（資料 22）**

相談支援センターと患者あるいは患者団体との連携に関する研究を進めるには、現実根ざした適切な研究疑問を設定することが鍵となる。患者との連携の方法やサロン、ピアサポートの運営のノウハウではなく、そもそもがん医療において、患者会を設立することの意義と要因、医療機関が患者団体と連携することの社会的な意義、サロンを運営することの社会的意味を明らかにすることが必要である。

患者視点でサポート体制の社会的整備という課題は、今後、患者になるかもしれない人にとっても重要な課題であり、地域での関心や理解、取り組みが広がることが期待される。それにどのように相談支援センターが関わっているのか、可能性も含めて今後検討していく必要がある。

### **(23) HIV 陽性者のピアサポートの現状とがんピアサポートの比較に関する検討（資料 23）**

インタビューを行ったいずれの会も、個人が、自身の経験に基づく強い思いから発生している。会を存続させていくなかで、会の運営が個人として負担になり、そのために活動中止になる会が多い。患者会に対して、医療情報よりもむしろ、会のマネジメントについてスキルを獲得できる場を創出することが重要ではないかと考えられる。

HIV 患者での特性があらわれている可能性は大いに否定できないが、それでもなお、HIV 患者とがん患者との共通性もあると考えられ、患者会のマネジメントスキルに関する情報が得られるツールを作成することが有用とも考えられる。さらに、そうしたツールを作成することは、医療者が患者会

と目標を共有することにもつながるため、よりダイナミックなムーブメントとサポート体制を構築することにもつながるといえるだろう。

## **6. 小児がん拠点病院相談支援センターの教育、学習プログラムの開発に関する検討**

### **(24) 小児がん拠点病院相談支援センター相談研修プログラム内容の検討（資料 24）**

小児がん拠点病院相談支援センター相談員の研修プログラム案を作成するために、検討会を発足させメンバー間で意見交換を重ねた。検討会での議論によって初回研修プログラム案の枠組みを作成した。プログラムは成人がんにはない小児特有の発達段階に則した支援の必要性、また親やきょうだいへの支援の必要性も高いこと、さらに病気の経過とともに発生する晩期合併症や二次がんへの情報提供や支援といった継続的な長期フォローアップ、小児がん患者とその家族が日常生活を過ごすための社会的支援を取り入れること、が必要である。

以上を踏まえて、小児がん拠点病院の相談支援センターに携わる専任の相談員に必要な教育・研修には、病気に関する基礎知識と、小児がん患者の発達段階に合わせた支援ニーズに関する内容により構成し、特に保育・教育支援内容は教育分野との連携が必要な領域であり、相談員のための情報整備として重要であると考えられた。

### **(25) がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」の作成（資料 25）**

就学の支援は、地域のさまざまな関係者とともに進めることが大切である。小児がんの就学のための支援の拠点となる小児がん拠点病院の相談支援センターとして、地域内のさまざまな関係者とともにあるべき方

向を見極めながら、地域の就学の支援を充実させていくためのきっかけとなるためにも、共通に学べるツールは必要である。この「手引き」が、相談支援センターまた、地域の教育機関の連携の橋渡しにできるよう活用すると共に、さらなる内容の改善と工夫が今後も求められている。

## **7. 相談支援センターの認知度等の国内推移に関わる検討**

### **(26) 一般市民の相談支援センターの認知度とイメージ（利用に関する抵抗感）の経年推移に関する検討（資料 26）**

相談支援センターの認知度は、わずかであるが確実に拡大していると考えられた。また相談支援センターの利用に関する阻害要因と属性との関連から、とくに男性では、相談支援センターを紹介するときのメッセージの伝え方や相談支援センターの雰囲気などを特に留意していく必要があることが示唆された。この調査で明らかになった相談支援センターの利用のしにくさに上げられていた要因を改善していくことで、だれにとっても利用しやすい環境整備に繋がると考えられた。

### **(27) 国民の健康行動に関する調査と調査結果の新たな活用方法に関する検討～がん対策および国民生活に関する世論調査の年次推移から～（資料 27）**

今回の世論調査結果の整理により、年次推移の比較が難しい状況となっていることが、改めて確認された。また HINTS の分類で見直すことで、世論調査の年次比較からだけでは把握しにくい状況の把握がしやすくなると推察された。現段階では、まだ部分的な検討であるが、こうした分類を行うことよっての活用のしやすさなど、さ

らに検討を進めていくことが必要であると  
考えられる。

## E. 結論

本研究では、H24 年度から開始した 2 年  
目の研究として、相談支援センターの機能  
の強化と充実に関わる大別して以下の 7 領  
域の検討を行った。

1. 相談対応の質的な評価のあり方に関する検討
2. 相談支援センター相談員用学習ツールの開発に関する検討
3. 相談支援センターの地域における機能および役割の検討
4. 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
5. 患者団体等との連携のあり方に関する検討
6. 小児がん拠点病院相談支援センターの教育、学習プログラムの開発に関する検討
7. 相談支援センターの認知度等の国内推移に関わる検討

がん対策基本計画も二期目を迎え、これ  
まで行われてきた相談支援センターの機能  
強化がますます求められているとともに、  
評価の視点が重要になってきている。相談  
支援センターが活用されるためには、単に  
広報すればよいというのではなく、確実に  
そこを利用することで得られるメリットを  
示していくことも必要である。そのため  
にも、どのような効果が得られるのか、利用  
者の視点で評価されると共に、相談支援セ  
ンターを支えるがん専門相談員にも実感で  
きることが必要である。また、これまでは  
主に、ツールやプログラムの開発に力点が  
あったが、今後は、限られた資源を効果的

に活かすためにも、地域での役割分担と連  
携もますます重要な課題となっている。ツ  
ールやプログラムを地域においていかに相  
談員自身が主体性を持って関わり、活用で  
きるか、その検討過程そのものも均てん化  
に役立つものと考えられ、こうした取り組  
みの維持方法の検討も必要である。そのた  
めにも、昨年度から発展的に検討を加えて  
きた 6 領域について、現場に可能な限りフ  
ィードバックできるものにし、地域で活用  
できるものにできればと願っている。

## G. 研究発表

1. 論文発表  
(各分担報告参照)
2. 学会発表  
(各分担報告参照)

## 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

( 資料 1 )

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教育・研修のあり方に関する検討

研究分担者 清水奈緒美 神奈川県立がんセンター患者支援室 相談支援・地域連携パス担当科長

研究協力者

|        |                                  |
|--------|----------------------------------|
| 得 みさえ  | 神奈川県立がんセンター 患者支援室                |
| 佐野 紀子  | 神奈川県立がんセンター 患者支援室                |
| 近藤まゆみ  | 北里大学病院 トータルサポートセンター              |
| 前田 景子  | 北里大学病院 トータルサポートセンター              |
| 小糸 亜紀  | 藤沢市民病院 がん相談支援室                   |
| 小迫 富美恵 | 横浜市立市民病院 がん相談支援センター              |
| 蓼沼 朝子  | 横浜市立市民病院 がん相談支援センター              |
| 目黒 りう  | 横浜労災病院 がん相談支援室                   |
| 泉對 福江  | 昭和大学横浜市北部病院 総合支援センター             |
| 大谷木靖子  | （前）昭和大学横浜市北部病院 総合支援センター          |
| 下田 早百合 | 横浜市立大学附属病院 福祉・継続看護相談室            |
| 高木 愛子  | 横浜市立大学附属病院 福祉・継続看護相談室            |
| 金井 緑   | 横浜市立みなと赤十字病院 療養・福祉相談室/がん相談支援センター |
| 大湯 宝子  | 横浜市立みなと赤十字病院 療養・福祉相談室/がん相談支援センター |
| 小笠原 利枝 | 横浜市立みなと赤十字病院 がん相談支援センター          |
| 松隈 愛子  | 聖マリアンナ医科大学病院 腫瘍センター がん相談支援センター   |
| 森 充子   | 川崎市立井田病院 がん相談支援センター              |
| 吉川 幸子  | 川崎市立井田病院 がん相談支援センター              |
| 山口 雅子  | 横須賀共済病院 地域連携センター 医療福祉相談室         |
| 内田 敦子  | 東海大学医学部付属病院 総合相談室                |
| 細金 操   | 東海大学医学部付属病院 総合相談室                |
| 奈良 幸子  | 大和市立病院 がん相談支援室                   |
| 小峰 晶子  | 大和市立病院 がん相談支援室                   |
| 波多江 優  | 相模原協同病院 患者総合支援センター               |
| 一藤木 延子 | 小田原市立病院 地域医療相談室・がん相談支援センター       |
| 瀬下 星子  | 横浜南共済病院 医療社会福祉相談室                |
| 倉戸 みどり | 関東労災病院 相談支援センター                  |
| 藤田 淑子  | 平塚共済病院 医療連携支援センター室長 兼 入退院支援室長    |

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| 松元 恵津子 | 平塚共済病院 医療連携支援センター がん相談担当      |
| 隅田直子   | 済生会横浜市南部病院 福祉医療相談室            |
| 嶋中ますみ  | 済生会横浜市南部病院 看護相談室              |
| 小保内早苗  | 済生会横浜市東部病院 医療連携センター がん相談支援室   |
| 富永 亜紀  | 済生会横浜市東部病院 医療連携センター がん相談支援室   |
| 石原 洋子  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室         |
| 唐橋 美香  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室         |
| 田部井 一世 | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室         |
| セホ 佳子  | けいゆう病院 地域医療連携課がん相談支援室         |
| 畠山 友香  | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター     |
| 清田久美子  | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター     |
| 日塔 裕子  | 横浜医療センター 地域医療連携室・相談支援センター     |
| 浦崎 多恵  | 横浜国立大学附属市民総合医療センター がん相談支援センター |

**研究要旨：**各相談支援センターにおいてがん専門相談員の教育方法を見出すことを目的に、平成 24 年度から 2 年間の計画で神奈川県内の相談支援センター(平成 24 年度 18 施設、平成 25 年度 23 施設)が参加してアクションリサーチを行った。データ収集方法は、インタビュー、フィールドノーツ、研修参加者のアンケートで、質的データについては帰納的に、量的データについては素集計を行って分析した。

平成 24 年度の研究では、インタビューによって、各相談支援センターが自施設で行っている教育・研修の実態、「がん専門相談員による相談対応の質の確保にむけた教育介入プログラム」(以下「教育プログラム」とする)を活用した研修方法に対する考えなどを明らかにした。平成 25 年度は前年度の研究成果を踏まえて、「教育プログラム」の活用方法を検討し、研修会を企画し実施した。「教育プログラム」の最初のステップである「評価表のつけ方を学ぶ」(相談の質評価表を用いて他施設の事例を評価し検討すること)を、県単位の研修会で指導的立場にある相談員対象に実施し、23 施設 / 23 施設、35 名のがん専門相談員が参加した。研修に参加した多くの相談員は、他施設の相談事例を「聞くことは役立つ」(100%)、「評価しディスカッションすることは相談支援の改善に役立つ」(88%)と評価し、今後、自施設の事例を「評価してみたい」と 83%の人が、自分の事例を「自施設内で評価しディスカッションしてみたい」と 74%の人が回答した。この後のスタッフ対象の研修については「自施設で実施する」「県の研修会にスタッフを派遣する」いずれかを施設ごとに選択して進めていく計画である。

今回のように「教育プログラム」の取り組みを地域で行うにあたっては、意思決定に全施設が関与すること、選択可能な学習・研修の方法が複数あることが有効であること、「教育プログラム」を活用した研修は、がん専門相談員の役割を学ぶ機会にもなることが示唆された。

## A. 研究目的

全国どこでも良質ながん相談支援が受けられる体制や、相談支援の安定した質の保証が求められていれ、がん専門相談員の教育は重要な問題となっている。相談員の教育方法に関する本邦の研究としては、平成 23 年度「厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業「相談支援センターの機能の強化・充実と地域における相談支援センターのあり方に関する研究」<sup>3)</sup>によって、「がん専門相談員による相談対応の質の確保にむけた教育介入プログラム」（以下「教育プログラム」とする）（図 1）が開発された。このプログラムを実施することが、今後の施設での教育の選択肢の一つと考えられるが、各相談支援センターでの教育的な取り組みにどのように活用できるのか吟味した研究はない。

本研究は、神奈川県を例として、がん診療連携拠点病院およびがん診療連携指定病院の各相談支援センターにおいてがん専門相談員の教育方法を見出すことを目的とする。

## B. 研究方法

神奈川県内のすべてのがん診療連携拠点病院と神奈川県がん診療連携指定病院の参加によるアクションリサーチである。方法：平成 24 年度は、本研究について研究者より提案し、

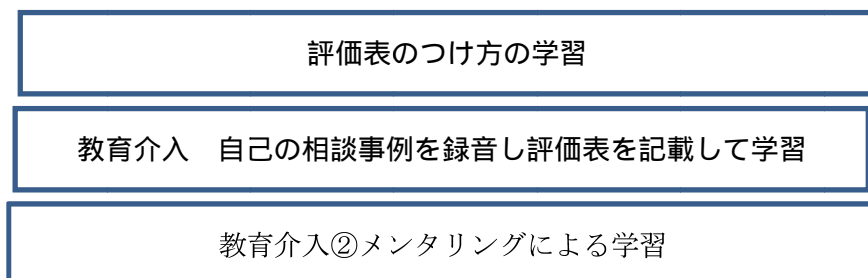
相談支援センターの相談員の質を向上させていきたいというねがいを神奈川県内のがん診療連携拠点病院および神奈川県がん診療連携指定病院の相談支援センター間で共有した上で、研究者が各相談支援センターにインタビューして、教育・研修の実態や考えを明らかにした。平成 25 年度は、平成 24 年度の研究結果を共有し、図 2 の方法で研修を実施した。

データ収集方法：平成 24 年度は半構成的インタビュー、平成 25 年度は研究の過程を記録したフィールドノート、研修会の参加者アンケートをデータとした。

分析方法：質的なデータについては類似した内容をカテゴリー化し、量的なデータは素集計して分析し、各相談支援センターが、適した教育・研修方法を見出す過程を分析した。

倫理的配慮：平成 25 年度から新たな指定をうけたがん診療連携拠点病院、神奈川県がん診療連携指定病院には、研究の目的や方法を説明し、参加不参加の自由、途中棄権の自由を保証した上で、研究参加の同意を得た。また、参加者アンケートについては、研究のデータとすることを予め伝え、無記名での記載とし、アンケートの提出をもって同意とみなした。施設および個人のプラバシーを守り、研究のすべての過程でデータを厳重に管理し、報告書作成において個人や施設が特定されない記述とした。

図 1 がん専門相談員による相談対応の質の確保にむけた教育介入プログラム



## C. 研究結果

### ・平成 24 年度の研究結果の概要

相談の質を維持・向上させるための各施設における取り組みとして、共通することとして「ミーティング」「事例検討」「学習会や研修会への参加」があげられた。一部の施設で「大学教員などによるスーパービジョン」「計画的な新人教育」や「部署内での役割分担を明確にした組織運営」があり、「患者や家族の本音を聞く機会」や「相談員同士のピアサポート」を相談支援の質を支えるものとしてあげる施設もあった。

先行研究で開発された「教育プログラム」の実施については、「取り組む時間を確保することに難しさ」を感じながら、実施してみようとする施設が多かった（16 施設）。実施上の課題には、「メンターの育成やメンターの負担」「パワーバランスへの配慮」「組織の了承を得る手続き」などがあげられた。

「がん相談の特徴と学ぶべき内容」などについての意見も出され、がん専門相談員の役割・機能などを総合的に明らかにしながら、相談員の教育を考える必要が示唆された。

### 平成 25 年度の研究結果

平成 24 年度の研究結果を共有し、教育プログラム」の活用方法を検討した。最初のステップである「評価表を学ぶ」（相談の質評価表を用いて他施設の事例を検討する）ことを、県単位の研修会で指導的立場にある相談員対象に実施し、その後スタッフ対象の研修について「県単位の研修会にスタッフを派遣」または「自施設で学習会を開催」を、施設ごとに選択できるように計画した。指導的立場にある相談員対象の研修会には 23 施設 / 23 施設、35 名のがん専門相談員が参加した。研修会参加者アンケートでは、「相談員の相談支援の改善に役立つ」（100%）他施設の事例を自分で評価し、ディスカッションすることは相談支援の改善に役立つ」（94%）と多くの相談員が評価し、今後、自施設の事例で検討したい（83%）、自分の事例について自施設で評価しディスカッションしてみたい（74%）と考える人が多かった。自身の事例について「第三者から評価を受けることは改善に役立つ」という回答は 94%で、「第三者から評価を受けたい」という回答は 82%であった。

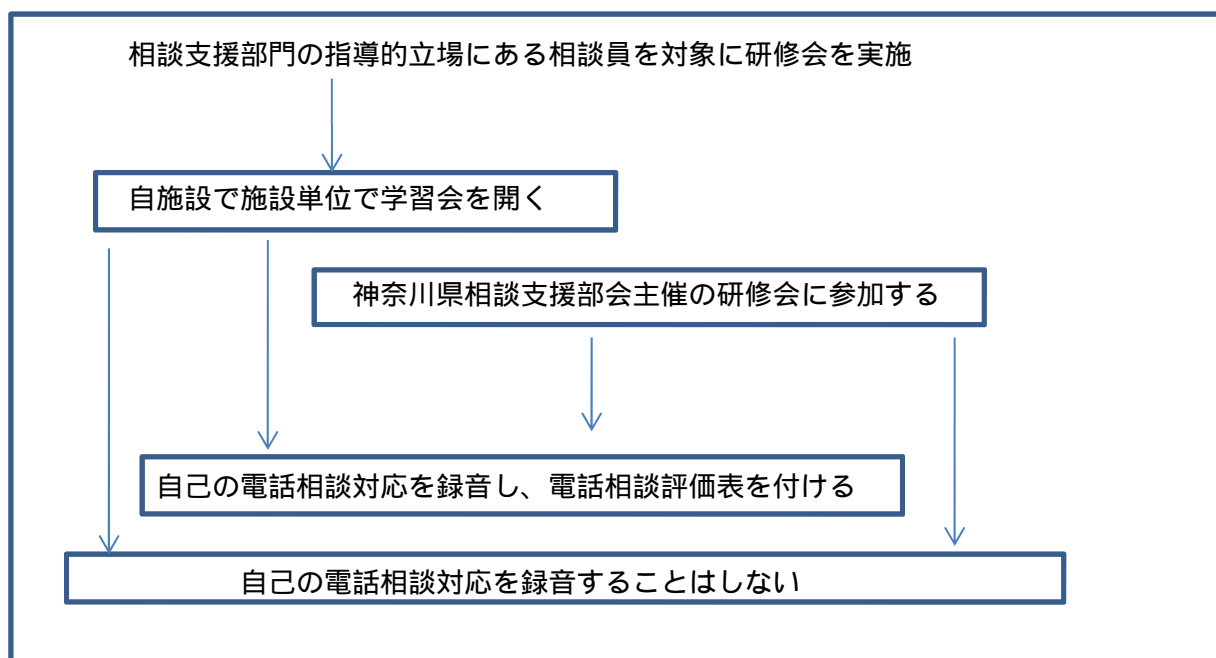


図 2 がん専門員相談員研修計画

#### D.考察

神奈川県内の相談支援センターで研究に取り組んだところ、「相談の質評価表」を活用した「教育プログラム」について、多くの施設で「部分的にでも取り組んでみたい」という考えを持っていることが明らかになった。

各相談支援センターに適した「教育プログラム」を活用した学習方法を見出すには、県単位の研修と各施設の学習会が連動する形であること、施設の状況にあわせて取り組みの方法を選ぶ自由があること、さらに施設の状況に合わせた選択肢は、現実的で具体的であることが有効と考えられた。これには、相談支援センターごとに配置されている職種や人数が異なり、内部でディスカッションすることが困難な状況も十分に起こりえることが背景にあると考えられた。

研修終了後アンケートで「第三者からの評価を受けたい」と応えた参加者は多かったが、メンターの負担や、関わりによって傷つく可能性を指摘する意見も複数あった。メンターの教育を行うプログラムの検討や、自施設以外でもメンタリングをうけることができるシステムの検討など、今後工夫していく必要が示された。

神奈川県内の全施設が研修会に参加するに至った要因は、全施設が検討段階から決定に関与したこと、施設の状況に合わせた取り組みの

選択肢が複数あったことと考えられた。

また、「教育プログラム」は相談員の役割を考える機会にもなること、研修会当日の運営方法に検討が必要であることが示唆され、これらについてさらに検討することで、より多くの成果を生むことが可能になると考えられた。

#### E.結論

研究の結果、次のことが明らかになった。

- 1 . 神奈川県内の多くの相談支援センターで「教育プログラム」に部分的にでも取り組んでみたいと考える施設は多かった。
- 2 . 「教育プログラム」を活用することは、相談支援の質の改善に役立つと多くの相談員が評価した。
- 3 . 「教育プログラム」の活用には、本研究で取り組んだように地域と各施設が連動して学習できる方法が効果的と考えられた。
- 4 . 今後の課題はメンタリングを効果的に受けられるシステムづくりや、「教育プログラム」の中で事例の理解を深めることができる研修の運営、がん専門相談員の役割を学ぶ研修の運営を検討していくことである。

#### F.研究発表

##### 学会発表

第 51 回日本癌治療学会，2014 年，京都

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

電話でのがん相談における「相談の質評価表」を用いた事例検討と評価のあり方の検討

研究分担者 池上俊彦 （信州大学医学部附属病院医療福祉支援センター センター長）

**研究要旨：** 地域におけるがん診療拠点病院がん相談員のがん相談の質の向上および質の均霑化を目的として、がん相談における質的な評価のありかたについて、特に電話でのがん相談において、「相談の質評価表」を用いた事例検討を行い、この方法について、アンケート調査により検討した。その結果以下の結論を得た。

- 1、「質の評価表」が教育ツールとして、また事例検討ツールとして有用である。さらに、事例検討用に広めるためには、記入上の解説や簡略版の開発などを検討することも重要かもしれない。
- 2、「質の評価表」を用いた電話相談の事例検討が相談員の相談の質の均霑化およびレベルアップに役立つ可能性がある。
- 3、「質の評価表」を用いた相談員が最も求める事例検討用の材料は事例検討が頻回に行われていない中では、第三者が実施した例を用いることが望ましいと考える相談員が多く、自分の施設内の事例、あるいは自分の事例の検討には抵抗感を感じる者が少なくない。
- 4、しかし、相談の質の向上のためには他施設の第三者の事例の評価のみでなく、実際に自分達の施設の自分を含めた相談員が行った事例を検討することが、均霑化や施設の相談の質の底上げには役立つと考えられるので、今後、自施設内の事例を含めた電話相談事例の検討について、方法を検討して進める必要がある

A. 研究目的

地域におけるがん診療拠点病院がん相談員のがん相談の質の向上および質の均霑化を目的として、がん相談における質的な評価のありかたについて、特に電話でのがん相談において、「相談の質評価表」を用いた事例検討を行い、相談員の立場からこの方法による評価のあり方を検討した。

B. 研究方法

方法 1：平成 24 年 4 月から平成 25 年 6 月までに長野県内のがん診療拠点病院および県委託がん相談支援センターが設置されている病院のがん相談支援センターのがん相談員を対象として下記のようにおこなった。なお、大きな相談支援センターでは病院毎に、相談支援センターでは集まってもらって事例検討を行った。

- 1、参加者に「相談の質評価表」を用いた相談の質の評価項目及びその評価方法につ

いて説明する。

- 2、 他施設の電話相談事例のテープを逐語録で確認しながら聴く。
- 3、 逐語録を見ながら「相談の質評価表」を用いて各自で事例の評価をおこなう。
- 4、 出席者全員で「相談の質評価表」に基づいて討論しながら評価する。
- 5、 「相談の質評価表」、事例検討を施行する事についてアンケート調査を行う。

方法2：当研究班が平成25年10月に東京で行った、「ワークショップ：相談対応の質をどう評価し、向上するか～個々の相談対応のスキルアップとがん相談支援センターのPDCA体制整備を考える～」においておこなった電話相談事例に対する検討の後に行ったアンケート調査結果と比較した。

方法3：1施設で自施設事例の検討会をおこなったが、対象数が少ないので、この結果については一部を考察に用いるにとどめた。

(倫理面への配慮)

アンケートに際してはその個人が特定されないよう無記名とした。

## C. 研究結果

結果1：長野県での調査結果

昨年度と併せて県内がん拠点病院7施設と県委託がん相談支援センター2施設の相談員の参加を得て、計21名からアンケートの回答を得た。アンケートの内容とその結果は以下のとおりであった。

### 1) 評価表について

- 1) 評価表Ⅰ 相談員の対応「相談機関の方針を厳守しているか」について あなたの機関での相談の方針を知っていますか

- |            |   |
|------------|---|
| A) よく知っている | 6 |
| B) まあ知っている | 5 |
| C) あまり知らない | 5 |

D) 全く知らない 2

E) わからない/無回答 3

- 2) 評価表Ⅰ 相談員の対応「相談機関の方針を厳守しているか」についてそれぞれの項目は、相談業務を行う上でのチェック項目として適切だと思いますか。

A) 全て適切である 3

B) まあ適切である 17

C) それほど適切でない 0

D) 不適切である 0

E) わからない/無回答 1

- 3) 評価表Ⅰ 相談員の対応「相談機関の方針を厳守しているか」についての改善点(自由記載)

- ・ センターで承認された情報、このセンター内のものがはっきりしているとよい
- ・ 私は最後に「○○(相談員の名前)です」と言います。わたしは出典まで伝えられたことはほとんどなくて、当院の先生は……している、当院では、その薬をよく使っているというような言い方をしてしまいます。
- ・ 承認された情報かどうか、というのは、やりとりの中ででてくるのでしょうか(実際は必ずは伝えていない)

- 4) 評価表Ⅰ 相談員の対応「相談員の発言のアセスメント」についてそれぞれの項目は、相談業務を行う上でのチェック項目として適切だと思いますか。

A) 全て適切である 5

B) まあ適切である 15

C) それほど適切でない 0

D) 不適切である 0

E) わからない/無回答 1

- 5) 評価表Ⅰ 相談員の対応「相談員の発言のアセスメント」について改善点(自由記載)

- ・ ニーズの順番は優先順位があるのか

- 評価の点数が難しい。0=ほとんどできてない=1コはできている。ととれる。普通「全くできてない」とかじゃないのかしら
- 主訴とニーズの欄が分かりにくかった。
- 相談者を的確に把握するための知識って何か分からない 15 主訴とニーズを分けて書くように
- 2 段階評価にして足りないところは記述式にした方が形成的評価には役立つと感じました
- 相談者に直接確認できない。又する必要があるか判断しにくいニーズもあると思われる。
- 17 の項目がつけづらい

6) 評価表 II 相談者の反応 についてそれぞれの項目は、相談業務を行う上でのチェック項目として適切だと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 全て適切である   | 7  |
| B) まあ適切である   | 12 |
| C) それほど適切でない | 1  |
| D) 不適切である    | 0  |
| E) わからない/無回答 | 1  |

7) 評価表 II 相談者の反応 についての改善点 (自由記載)

- わかりやすい問い
- 良い反応が1つでもあれば2なのか、悪い反応が1つでもあれば0なのか分かりにくい
- 相談者の主訴とニーズの項目は難しかった
- 理由までしっかり書いていけば適切と言えるかもしれないが、今回はそこまで記載してないので不明、現段階ではA
- 1)3 は何度も聞き返すことが納得した対応とは考えにくいと思います。

8) 評価表全体について評価表での評価のポ

イントの確認は、相談業務の改善に役立つと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変役に立つ    | 9  |
| B) まあ役に立つ    | 11 |
| C) それほど役立たない | 0  |
| D) 全く役立たない   | 0  |
| E) わからない/無回答 | 1  |

9) 評価表全体について改善点 (自由記載)

- トータル的にこの相談はどうであったかという視点もあったほうがいいと思う。又は、こうすれば良かったのという話を話し合えるようにした方がよいと思う。
- 「項目の確認」と「他の相談員の評価」を共有するには良い。面接の技術を必ず用いること、使うことを評価することには少し疑問がある。
- キーとなる相談者の発言を抽出する
- の全体的な評価はその判断のみで対処が決まってしまうのでどうかと思います。
- 具体的に各項目での対処があればと思います。

II) 相談事例の評価について

10) 「他の医療機関で行われた相談事例を聞いてみましょう」と聞いたときどう感じましたか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変役に立つ    | 10 |
| B) まあ役に立つ    | 11 |
| C) それほど役立たない | 0  |
| D) 全く役立たない   | 0  |
| E) わからない/無回答 | 0  |

11) 実際に他の医療機関で行われた相談事例を聞いてみることは、相談業務の改善に役立つと思いますか。

- |           |    |
|-----------|----|
| A) 大変役に立つ | 11 |
| B) まあ役に立つ | 10 |

- C) それほど役立たない 0  
D) 全く役立たない 0  
E) わからない/無回答 0

1 2 ) 11)でA)またはB)と答えた方で役に立つ理由(自由記載)

- 実際に相談を聞く機会がないので流れがわかる
- 他者の相談対応、評価の経験がなかったので新鮮です。基本姿勢対応(具体的に)等の振り返りにつながっていくと思った。
- 他ではどんな対応をしているかを知って自分を振り返ることができる点
- どういう対応をしているかが分かる(ライブ的な、感情に訴えられる)
- 押さえるべきポイントを意識できる。
- 他の医療機関というよりも、誰かの相談対応例から自身に引き寄せて考える機会を持つことに意義があると思う
- 相談事例が参考になる
- 自身の相談の振り返り。相談ポイントの再確認、理解
- 改善点(主訴、ニーズのフォーカスの仕方、満足のいく返答)
- 他の相談員の技術を盗める(学べる)良い機会だと感じるから
- 自分自身も相談援助にあたり意識しないといけないと自らのスキルトレーニングに役立ちそう
- 本当に自分の対応が良かったのか?不安が常にあるため他人の意見も聞いてみたい
- 相談員の受け答えも参考になるが、相談内容が聞けると言う点で役に立つ。(医療圏ごとのニーズの違い等)
- 相談者との受け答えの仕方、話の持っていく方など

- 実際の対応を録音されていて、それを聞いて評価したので実感として良く理解できた。

- 事例を通して相談の振り返りができ評価が行える

- 自施設と他施設との違い

- 第三者としての目線で検討できると思う(自施設では意見を言えないこともある)

1 3 ) 再度他の医療機関で行われた相談事例を聞いてみたいと思いますか。

- A) 大変思う 7  
B) まあ思う 14  
C) それほど思わない 0  
D) 全く思わない 0  
E) わからない/無回答 0

1 4 ) 実際に他の医療機関で行われた相談事例を聞いて自分で評価してみることは、相談業務の改善に役立つと思いますか。

- A) 大変役に立つ 9  
B) まあ役に立つ 10  
C) それほど役立たない 0  
D) 全く役立たない 0  
E) わからない/無回答 2

1 5 ) 14)でA)またはB)と答えた方で役に立つ理由(自由記載)

- 相談を受けた相談員の対応によって深まっていくか(広がっていくか)どうかの流れがわかり役立ちそう
- 他スタッフとの評価の違い(とらえ方等)の自己認識につながる。内容に対する対応の仕方も学ぶことができる。
- 相談員に必要なスキルを把握できる点
- 1回目の評価が他のメンバーと違うるので回数を重ねることが良いと思う。
- 押さえるべきポイントを意識できる。
- 評価基準を探ることにより、がん相談が

目指す相談のあり方気づくことができると思う

- 自分の対応の傾向などが他者の事例によって学べる
- 相談のポイントを意識できる
- 普段フィードバックする事が無い。トレーニングになると思いました。
- 客観的な視点で考えられ、普段は気づかない部分にも注目できるから自分の相談の癖や対応方法に気づける機会にもなるから
- 自分で評価することでその部分と自分はどうか当てはめる事ができるので意識して気をつけることができる
- 色々な考え方・見方の方がいてそれぞれの思いがあり答えは一つではないなと思える
- 自分では保守的に考えてしまうので厳しく考えないが、他人の相談内容を評価することでより厳しく自分に活かすことができる
- 個人の捉え方の違いがあるので意見が聞けて考え方の違いとかわかり役に立つ
- 相談内容によりどの様な情報を提供すれば良いか、どの様なニーズをとらえる必要があるか等相談における整理ができる
- 知識や技術を高めるためには役立つと思う、しかし、多様な業務の中で多くはできないのが現実

16) 再度他の医療機関で行われた相談事例を聞いて自分で評価してみたいと思いますか。

- |             |    |
|-------------|----|
| A) 大変思う     | 5  |
| B) まあ思う     | 11 |
| C) それほど思わない | 2  |

D) 全く思わない 0

E) わからない/無回答 3

17) 他の医療機関で行われた相談事例を自分で評価した後で、みんなでディスカッションしながら評価することは相談業務の改善に役立つと思いますか。

A) 大変役に立つ 14

B) まあ役に立つ 7

C) それほど役立たない 0

D) 全く役立たない 0

E) わからない/無回答 0

18) 17)でA)またはB)と答えた方で役に立つ理由(自由記載)

- 自分では気づかないことがわかる
- 視野が広がった
- 普段、個々で相談にのっているのですがどんなことに気をつけて、どこに重点を置いているかが分からないが、皆で話し合うことでそれが分かり、センター全体の相談の質の向上につながるのではないかと。
- 今まで、当センターで話し合ったことがない、振り返りしたことがない、他相談員の(評価)事例も聞いたことがないので。
- 他の人と比較できる。
- その機関の相談部門における相談対応の標準化につながる。相談員の相談対応スキルの向上につながる
- 効果的な言葉がけなどを学ぶことができる
- 一人だけの評価ではなく、複数でディスカッションすることにより視点が広がる。自分の傾向も明確になる。
- 自分だけでなく、他者の意見評価が参考になる。
- 捉え方の色々を伺える。
- 自分が気付いていない部分を他のメン

バーが気付いていることもあり、(その逆もあり)自分だけでなくみんなの相性の質向上につながると思うから。

- 他の人たちの視点や考え方が知れるということと、自分ではマイナスと思っていたところがプラスのとらえ方もできる
- 大変役に立つと思いました
- いろいろな方向性から事例を考えることができる
- 多くの考え方があることが分かりました
- 他の人の意見を聞く事で色々な〇〇で検討できる
- 多くの意見を聞き自分の傾向や他の視点も知ることができると思う

19) 再度他の医療機関で行われた相談事例をみんなで評価してみたいと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変思う      | 4  |
| B) まあ思う      | 15 |
| C) それほど思わない  | 2  |
| D) 全く思わない    | 0  |
| E) わからない/無回答 | 0  |

20) あなたの相談センター内の相談員の相談事例についてセンター内で評価をおこなうことは相談業務の改善に役立つかと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変役に立つ    | 5  |
| B) まあ役に立つ    | 14 |
| C) それほど役立たない | 0  |
| D) 全く役立たない   | 0  |
| E) わからない/無回答 | 2  |

21) 20)でA)またはB)と答えた方で役に立つ理由(自由記載)

- 前問に対する回答と同様
- 対応質の向上につながっていくかと思

います

- 同じ環境の中で、他の人がどんな対応をしているかを知って、自分の対応の仕方を改善できる点。
- センター全体の相談に対する考え方・方向性を知り見出せると思う。
- 実際にどのように相談業務を行っているかを知ることができる。
- がん相談研修のすべてを終了したときに求められている対応が分かるので良いと思う
- 相談内容が参考になる。相談員の背景なども分かっているため、お互いを高め合うこともできる
- 上記(前の回答)に同様
- 普段は気づけない問題に気づけるから。みんなと共有することでどんな相談が多いのかや、どんなことで困るかなども知ることができるから
- 他者がどのような対応をしているのか分かることは参考になる
- 事例検討を行う機会が少ないため
- どのようなべきかが身につく
- 

22) あなたと同じ相談センター内の相談員の相談事例を評価してみたいと思いますか。

- |              |   |
|--------------|---|
| A) 大変思う      | 5 |
| B) まあ思う      | 7 |
| C) それほど思わない  | 5 |
| D) 全く思わない    | 0 |
| E) わからない/無回答 | 5 |

23) あなた自身が実際に行った相談事例を所属する相談センター内でディスカッションしながら評価することは相談業務の改善に役立つかと思いますか。

- |           |   |
|-----------|---|
| A) 大変役に立つ | 6 |
|-----------|---|

- |              |   |
|--------------|---|
| B) まあ役に立つ    | 9 |
| C) それほど役立たない | 2 |
| D) 全く役立たない   | 0 |
| E) わからない/無回答 | 4 |

2 4 ) 23)で A)または B)と答えた方で役に立つ理由 (自由記載)

- 自分の対応の癖や弱いところ、または、良いところ (第三者的) が客観的に見えることでスキルの向上につながる。
- 勇気がある。くじけるかもしれないかも。
- 役に立つと思うが、先ずは他機関のものをういた方が評価しやすい。
- 相談支援業務のスキルアップにつながる
- ディスカッションの中から、より良い相談となる手口が見いだせるのではないのでしょうか
- 問題の共有と技術の向上につながるから
- 役に立つと思うが実際には無理かと思う
- 担当者ごとに対応が違ふと患者さんたちの中でも混乱してしまうため同じレベルで相談を受けるためにもディスカッションが必要
- 自分の傾向を知ることは自分の業務改善にはつながると思うが他の人の協力も必要と思う
- 現在は報告のみで終わっているのですがディスカッションになるかどうか……。ファシリテーター的な立場の力量によるかと思います

2 5 ) 23)で C)または D)と答えた方で役に立たない理由 (自由記載)

- 役立つかどうかは不明。実際するのは勇気がある。まず自分がやってみてから。
- 自己を知り、質の向上 (能力向上) につ

ながるかなと思いましたが、相談員としての経験が浅く、他スタッフの見本にはならないのではと感じています

2 6 ) あなた自身が実際に行った相談事例を所属する相談センター内で評価してみたいと思いますか。

- |              |   |
|--------------|---|
| A) 大変思う      | 4 |
| B) まあ思う      | 6 |
| C) それほど思わない  | 4 |
| D) 全く思わない    | 2 |
| E) わからない/無回答 | 5 |

2 7 ) あなた自身の実際の相談業務について自分自身のみで相談業務の評価をすることは相談業務の改善に役立つと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変役に立つ    | 5  |
| B) まあ役に立つ    | 11 |
| C) それほど役立たない | 2  |
| D) 全く役立たない   | 0  |
| E) わからない/無回答 | 3  |

2 8 ) 27)で A)または B)と答えた方で役に立つ理由 (自由記載)

- 相談を受けたときにどう対応しているかわかり改善点が見つかりそう
- 自己の振り返りをするにより、不足を知り、改善を試みる。修正により能力向上につながるのではないかと思う
- 自分の相談を客観的に見ることができ、改善点を発見できる点。
- 自分の相談業務を客観的に見ることができる。
- フィードバックを受けることができる
- 自身による振り返りも大切
- 常に評価し、内省しています。次に役立っています。
- フィードバックできる (冷静に)
- 役に立つと思うが難しいと思う

- 大勢で行なった方が良いが、自分だけでも勉強になる
  - 自分の対応の振り返りをするのは大切だと思う
  - 対処法までであるとさらに良いと思います
  - 他人の事例を聞いて評価するのと同様
- 29) 27)でC)またはD)と答えた方で役に立たない理由(自由記載)
- 評価が適切にできるか不安あり。

30) あなた自身が実際に行った相談事例を自分自身で評価してみたいと思いますか。

- |              |   |
|--------------|---|
| A) 大変思う      | 3 |
| B) まあ思う      | 8 |
| C) それほど思わない  | 3 |
| D) 全く思わない    | 0 |
| E) わからない/無回答 | 7 |

## 結果2

「ワークショップ：相談対応の質をどう評価し、向上するか～個々の相談対応のスキルアップとがん相談支援センターのPDCA体制整備を考える～」における事例検討後のアンケート調査結果のうち、長野県での結果と大きく異なるもののみ抜粋して報告する。

1) あなたの所属機関における相談の方針を知っていますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) よく知っている   | 6  |
| B) まあ知っている   | 21 |
| C) あまり知らない   | 9  |
| D) 全く知らない    | 0  |
| E) わからない/無回答 | 3  |

2) 相談員のアセスメントは、相談支援の質向上に役立つと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変役に立つ    | 25 |
| B) まあ役に立つ    | 13 |
| C) それほど役立たない | 0  |

D) 全く役立たない 0

E) わからない/無回答 1

3) 評価表全体について、評価のポイントの確認は、相談支援の改善に役立つと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変役に立つ    | 17 |
| B) まあ役に立つ    | 18 |
| C) それほど役立たない | 2  |
| D) 全く役立たない   | 0  |
| E) わからない/無回答 | 2  |

4) あなたのがん相談支援センターの相談事例を評価してみたいと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変思う      | 11 |
| B) まあ思う      | 20 |
| C) それほど思わない  | 2  |
| D) 全く思わない    | 0  |
| E) わからない/無回答 | 6  |

5) 上の質問1)にCあるいはDと答えた方は、なぜ評価したくないと思いますか。(複数回答可)

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 1 評価する時間がない                          | 0 |
| 2 面倒くさい                              | 0 |
| 3.1 施設(組織)の理解が得られない                  | 0 |
| 3.2 相談を録音する設備がない                     | 1 |
| 4 うるさい環境で録音ができない                     | 1 |
| 5 件数が少ない                             | 0 |
| 6 相談者から承諾を得なければいけない場合に、その承諾を得ることが難しい | 0 |
| 7 恥ずかしい                              | 0 |
| 8 自信がない                              | 1 |
| 9 必要だと思わない                           | 0 |

6) ご自身の相談事例をご自身のみで評価することは、相談支援の改善に役立つと思いますか。

- |              |    |
|--------------|----|
| A) 大変思う      | 6  |
| B) まあ思う      | 22 |
| C) それほど思わない  | 5  |
| D) 全く思わない    | 0  |
| E) わからない/無回答 | 6  |

7) ご自身の相談事例をご自身のみで評価してみたいと思いますか。

- |     |           |    |
|-----|-----------|----|
| A). | 大変思う      | 7  |
| B). | まあ思う      | 22 |
| C). | それほど思わない  | 1  |
| D). | 全く思わない    | 2  |
| E). | わからない/無回答 | 7  |

8) ご自身の相談事例を自施設内の相談員と評価し、ディスカッションすることは相談支援の改善に役立つと思いますか。

- |     |           |    |
|-----|-----------|----|
| A). | 大変役に立つ    | 12 |
| B). | まあ役に立つ    | 18 |
| C). | それほど役立たない | 0  |
| D). | 全く役立たない   | 0  |
| E). | わからない/無回答 | 9  |

9) ご自身の相談事例を自施設内の相談員と評価し、ディスカッションしてみたいと思いますか。

- |     |           |    |
|-----|-----------|----|
| A). | 大変思う      | 12 |
| B). | まあ思う      | 16 |
| C). | それほど思わない  | 4  |
| D). | 全く思わない    | 0  |
| E). | わからない/無回答 | 7  |

10) ご自身の相談事例について第三者から評価を受けることは、相談支援の改善に役立つと思いますか。

- |     |           |    |
|-----|-----------|----|
| A). | 大変役に立つ    | 12 |
| B). | まあ役に立つ    | 19 |
| C). | それほど役立たない | 1  |
| D). | 全く役立たない   | 0  |
| E). | わからない/無回答 | 7  |

11) ご自身の相談事例について第三者から評価を受けたいと思いますか。

- |     |           |    |
|-----|-----------|----|
| A). | 大変思う      | 8  |
| B). | まあ思う      | 21 |
| C). | それほど思わない  | 5  |
| D). | 全く思わない    | 0  |
| E). | わからない/無回答 | 5  |

#### D. 考察

がん相談において、質の向上と均霑化が求められている。がん相談の方法としては、面談によるもの、電話によるもの、メールや手紙によるものなどがあるが、面談によるものでは視覚的に相談者の表情などからも相談者の心理状態等を読み取れるのに対して、電話相談はより匿名性が高く、聴覚で得られる情報のみを用いて相談者の心理状態等を読み取りながら応えていかなければならず、より高度なスキルが求められる。そこで、筆者らは、電話相談によるがん相談事例での相談の質の評価法について、これまでに作成されている「相談の質評価表」の説明した上で電話相談事例検討をおこない、評価表の適否および今後の展開の可能性について長野県内のがん相談員を対象にアンケート調査を行った。

評価表の内容については、相談員の対応、相談者の反応の双方に関する項目について、長野県では90%以上が「全て適切」あるいは「まあ適切」と肯定的に回答しており、評価表で評価のポイントを確認することによって業務の改善に繋がるとの回答が長野県では95%で、ワークショップでは90%から得られており、日頃がん相談をおこなっている相談員の立場から見て、この「相談の質評価表」は相談の質の改善のために有用なツールであると考えられた。

ただし、研究班内の討論等では、多忙ながん相談支援センターで、毎回この「相談の質評価表」を用いて事例検討するのは時間的に厳しいのではないかと意見も出され、評価項目の中からより重要な項目をピックアップした簡略版を作成して、初回あるいは新人相談員の研修用には従来の「相談の質評価表」を用い、日常的には簡略版の「相談の質評価表」を用いるということも今後検討されるべきことかもしれない。

電話相談の事例検討は、この研究で実施するまで長野県内のがん相談支援センターでは行われておらず、そのためもあるのか、「第三者の電話相談事例を聞く」ことについて、全員が施行する前に「大変役立つ」あるいは「まあ役立つ」と肯定的に回答しており、大きな期待感をもって参加してもらったことがわかる。実際施行してみた後にも、聞くこと、自己評価すること、討論することについて90%以上が「大変役立つ」あるいは「まあ役立つ」と肯定的に回答した。同様に、ワークショップでもこれらの項目について90%以上から肯定的な回答が得られている。従って、「相談の質評価表」を用いて第三者の事例検討を行うことはがん相談員の立場から有用、すなわち、相談の質の向上や均霑化に役立つと考えられた。電話相談の事例検討は、他の事例検討と異なり、録音源の再生により相談の場をリアルに再現ができ、事例検討する者が、相談の場に存在しながら評価できるような気分になれることも高い評価の原因の一つになっていると考えられる。これらの事例検討を再度行いたいと肯定的に回答したのは、自己評価については76%でとやや低く、聞くことおよびグループでの討論については90%以上とやや高かったが有意差は無かった。役に立つ理由として、他者の相談の方法、他者の意見を聞く、他者と比べて自分を振り返るなど、他の相談員との比較できることの有用性を挙げる意見が多く、この点から、自己評価という点に肯定的回答が少なかったのかもしれない。

事例検討の評価よりも再度施行することに対する評価がやや低いことについては、アンケートには現れなかったが、相談員が多忙であり、実際にこのような事例検討を行う時間もなかなか作ることが困難であるという意見が聞かれた。長野県で施行した際には「相談の質評価表」の説明から事例検討終了までは2時間程度、

事例検討だけでも1時間以上は要しており、多忙のために、実際に行った事例検討の評価より、再度事例検討を施行することに対する期待が低くなっている可能性もあると考えられる。

一方自施設の事例を用いた事例検討を行うことについては、「大変役立つ」あるいは「まあ役立つ」との肯定的な回答が90%から得られたものの、実際に施行を希望するかについての肯定的な（「大変思う」あるいは「まあ思う」）回答は52%であり、第三者施設例の事例検討を行うことの希望的な回答に比べて有意に低かった。ワークショップのアンケートでは有用性については問うていないが、自施設事例の事例検討を行いたいかについては、長野県での回答より有意に( $p=0.029$ )高率(79.5%)に肯定的な回答が得られている。このような結果の差異については、一つには母集団の違いが挙げられる。ワークショップでは参加者自らが希望して、何らかの問題意識を持って全国から集まってきているのに対し、長野県の例では、研究者側から依頼して参加してもらっている。したがって、参加する動機付けに大きな違いがあり単純には比較できない。あるいは、長野県という地域性に関連しているのかもしれない。ただし、相談の質の向上や均霑化の対象となる相談員が必ずしも常に問題意識をもっているとは限らないことを考えると、長野県の結果の方が参考になるのかもしれない。長野県での研究において、自施設事例の検討を行いたいかどうかの理由について、自由記載を求めているために、アンケートからは明らかにすることはできない。ワークショップでのアンケートでは自施設事例の評価を行いたくない理由として選択方式で、施設の環境に関連したもの2例とともに1例「自信が無い」というのが選ばれている。研究者の印象では、今回事例検討した事例が第三者のものであることから、長野県においても、

ワークショップにおいても、事例検討の参加者は、自分たちのスキルを高めるために、事例中からあらゆる問題点を抽出して改善策を考えるべきである、という方向に走ることがしばしば見られ、ともすれば長所よりも短所に目が行き、極端な例では「良い所は何も無い」といった発言を聞くこともあった。自施設内の事例検討で同様の事になったとき、相談員同士の間関係にも影響するかもしれないといった問題を考慮して、役には立つが、リスクもあるという観点から肯定的な回答を出せなかった可能性がある。一方で、第三者の事例検討で検討の場にその相談員もいないならば、遠慮なく思った意見を出すことができるが、自施設内だと検討事例の相談員に対する配慮が必要であることで、自由な討論ができないので、第三者事例に比べると行いにくい、と考えた者もいたかもしれない。いずれにしても、長野県内では相談員にとって初めての電話相談事例の検討経験であり、同様のことを重ねることにより、回答も変わってくる可能性がある。

次に、自分の事例を施設内で検討することが役立つかについては肯定的な回答が 69%、実際に施行したいかについては 48%と肯定的な回答が設問の中で最も少ないのは、前述のような理由は、一つには前述のように否定的な評価を受ける可能性のために恐怖心がでたり、あるいはそもそも自分自身がまだ自信が無かったりすることによると考えられる。自由記載にあるような「役に立つと思うが、先ずは他機関のものを聞いた方が評価しやすい。」や「勇気がいる。くじけるかもしれない」というのはこれらのことを示しているものと考えられる。

1 施設で施行した自施設事例の検討会では事例を聞き終わってから、事例をおこなった相談員自身にも討論会に加わってもらった。討論では長所を述べた後に問題点を指摘するように

参加者にお願いした。これまでに行った例と異なり相談員を思いやった意見が出たように感じられた。また、そのときの状況について、相談員自身が説明できるので、相談員自身が参加しない場合に比べてストレスが少ないのではないかとの意見も有った。一方で、相談員に対する遠慮がおこるので、奥歯に物が挟まったような意見であったようにも感じられた。相談員自身はやはりいろいろな意見が聞けることは有用であると感じており、事例検討は有用であると考えられるが、方法についてさらに検討する必要が有る。

長野県でのアンケートでも、ワークショップの際のアンケートでも、自施設あるいは自分の事例に関する設問では「わからない」あるいは無回答者が第三者事例検討に関する設問の場合と比べて多くなっており、そもそも自施設事例の検討に関心が低い可能性もある。

## E. 結論

- 1、「質の評価表」が教育ツールとして、また事例検討ツールとして有用である。さらに、事例検討用に広めるためには、記入上の解説や簡略版の開発などを検討することも重要かもしれない。
- 2、「質の評価表」を用いた電話相談の事例検討が相談員の相談の質の均霑化およびレベルアップに役立つ可能性がある。
- 3、「質の評価表」を用いた相談員が最も求める事例検討用の材料は事例検討が頻回に行われていない中では、第三者が実施した例を用いることが望ましいと考える相談員が多く、自分の施設内の事例、あるいは自分の事例の検討には抵抗感を感じる者が少なくない。
- 4、しかし、相談の質の向上のためには他施設の第三者の事例の評価のみでなく、実

際に自分達の施設の自分を含めた相談員が行った事例を検討することが、均霑化や施設の相談の質の底上げには役立つと考えられる。

- 5、このための方法として、自分の行った事例を評価表に従って、自己評価する、ある相談員の事例を皆で検討する、相談対応している横で、メンタが評価する、などの方法が挙げられるが、今後、自施設内の事例を含めた電話相談事例の検討方法を検討して進める必要がある。

## **F. 研究発表**

### **1. 論文発表**

なし

### **2. 学会発表**

仁科直美、高橋まり子、犬飼清香、小竹美千穂、小林裕子、高山洋子、山上栄子、山田邦子、池上俊彦. 当センターの電話相談対応における質の均てん化と向上に関する検討—相談の質評価表を用いた事例検討会— 第2回がん相談研究会 2013.1 東京

高橋まり子、仁科直美、犬飼清香、小竹美千穂、小林裕子、高山洋子、山上栄子、山田邦子、池上俊彦. 「がん相談対応評価表」を用いた電話相談事例検討—長野県での活用例— 第3回がん相談研究会 2014.3 東京(予定)

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

「がん相談対応評価表」を用いた相談支援の質評価方法の普及と課題に関する検討  
～ワークショップ開催結果を通して～

|       |       |                      |
|-------|-------|----------------------|
| 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 |
| 研究協力者 | 池上俊彦  | 信州大学医学部附属病院          |
|       | 池山晴人  | 近畿中央胸部疾患センター         |
|       | 清水奈緒美 | 神奈川県立がんセンター          |
|       | 関由起子  | 埼玉大学教育学部             |
|       | 橋本久美子 | 聖路加国際病院              |
|       | 石橋喜美  | 国立がん研究センターがん対策情報センター |
|       | 小郷祐子  | 国立がん研究センターがん対策情報センター |
|       | 櫻井雅代  | 国立がん研究センターがん対策情報センター |

## 研究要旨

【目的】これまでに開発を行ってきた「がん相談対応評価表」について、今後全国に普及させて行く際の課題について検討を行うことを目的とした。

【方法】全国のがん診療連携拠点病院のがん専門相談員を対象に、「がん相談対応評価表」を用いた相談支援の質評価に関するワークショップを開催した。内容は、講義、演習で構成した。演習では、実際の相談事例の教材を用いて参加者が評価を行い、グループ討議を行った。

【結果】40名の参加者によるアンケートの結果は、評価表の活用が相談支援の向上に90%の参加者が役立つと回答した。また、日々の相談支援において、振り返りや事例検討を行っている者が、41%と半数に満たない現状が明らかになった。

【考察】本ワークショップが評価表の活用の契機となり、相談支援の質の向上に貢献する可能性が示唆された。相談対応を評価することそれらを複数名で討議すること、また他者評価を受けることの重要性が多くの参加者に認識された。相談者からの直接的な評価を受ける機会を得ることが難しい分野であり、その他の手段としての他者評価は、自己評価の質を高めるためにも重要であり、相談支援の質の向上に必要な不可欠である。今後は、がん専門相談員が第3者から適切な評価が受けられるような場の提供、体制整備を行っていく必要があると考えられた。

## A.研究目的

平成 24 年度より第二期がん対策推進基本計画が始まり、がん診療連携拠点病院やがん相談支援

センターの体制は、徐々に整備されてきた。昨今では、拠点病院やがん相談支援センターの対応の「質」に関心が寄せられている。しかし、個々の

がん専門相談員は、相談員基礎研修は修了したものの、日々の相談支援に悩んだり、迷ったりすることが少なくない。そこで、本研究は、ワークショップを開催し、相談支援の質の向上を目指した質評価方法を普及させていく際の課題について検討をすることを目的とした。ワークショップでは、「がん相談対応評価表」を用いた自己評価法を活用し、相談員個人（または各施設）が抱えている課題を明確化し、解決策を見出すこととして実施した。

## B. 研究方法

### 1. ワークショップの企画

**対象者：**全国のがん診療連携拠点病院のがん専門相談員を対象に、ワークショップの目的、方法についてメールリストを用いて配信し、参加を募った。相談員基礎研修(3)を修了した者で、がん相談支援センターにおいて実践を行っている30名に限定して募集した。

**開催日：**平成25年10月13日（日）

**開催時間：**10:30～17:00

**参加費：**無料

### 2. ワークショップの内容

ワークショップの学習目標（表1）を設定し、講義、演習を組み合わせ構成した（表2）。演習は、8グループを編成し、ファシリテータを1～2名配置して、十分な討議ができるよう試みた。

## C. 結果

### 1. ワークショップ

予定人数を超過する42名が応募し、当日は41名が参加した。

まず、「相談対応の質評価表」の作成経緯、目的の講演を行った。続いて、「相談支援の質を評価する目的、意義、方法」の講演、「『相談対応の質評価表』の特徴、使用方法の講演を行った。その後、具体的な使用方法を理解した上で、2事例を用いて実際に「相談対応の質評価表」を用いた

評価を行い、その後グループ討議を行った。評価のレベルが施設や個々の相談員により異なったり、多様な視点、意見を交換することができたり、評価表の付け方についての不明瞭な点を確認し合えたりした。

その後、「相談支援のプロセス」の講演を行い、既習の相談支援のプロセスがいかに重要であるのかについて、参加者が再確認する場を設けた。続いて、「相談対応の質評価表」を用いた地域での活用例1の講演、「相談対応の質評価表」を用いた地域での活用例2の講演を行った。これらの講演では、長野県と神奈川県における活用例が紹介され、評価表を用いた場合の方法、効果、留意点などが具体的に解説された。参加者にとって、自己評価はもちろん、施設や地域で評価表を活用する際の貴重な示唆を得ることができた。

最後に、本ワークショップを通して学んだことを基盤に、個々の参加者に対して「相談支援の質向上に向けた課題の明確化と解決策」の記述を求め、その後グループワークにて共有、討議を行った。個々の相談員の解決策としては、次のような意見があった。評価表を実際に自分の事例で活用したい、評価表を活用するには時間を確保する必要があるそれが課題である、相談支援のプロセスが重要であることを再認識するなどであった。施設、地域の解決策としては、評価表を継続して活用する機会となる場を設ける、新人のがん専門相談員の研修に評価表を活用するなどが挙げられた。

### 2. アンケート結果（表3）

アンケートの回答数は39名、回収率は97%であった。

評価表の活用が相談支援の向上に「大変役立つ（44%）」「まあ役立つ（46%）」であり、90%の参加者が役立つと回答した。また、自身の相談事例を自施設の相談員と評価し、ディスカッションしてみたいかの問いに対し、「大変思う（31%）」「まあ思う（41%）」であり、評価とそれらを討議した

り、他者評価を受けたりする重要性が多く参加者に認識されていた。

自身の相談事例を第三者から評価を受けたいと思うかの問いに対しては、「大変思う(20%)」「まあ思う(54%)」と、74%の参加者が、同僚ではない第三者からの評価を受けたいという希望があることがわかった。

#### D. 考察

評価表の活用に対して、90%の参加者が役立つと回答したことは、本ワークショップが評価表の活用の契機となり、相談支援の質の向上に貢献する可能性が示唆されたといえる。また、自身の相談事例を自施設の相談員と評価、ディスカッションすることに対しても、7割以上がしてみたいと回答した。今回のワークショップ参加者が非常に質を高めるための取り組みに対して意欲的なことが反映していると考えられる。一方で、相談支援センターに依っては、一人で担当している病院も少なくない。他の相談員から他者評価を受ける機会や、討議が不可能な状況もあり、そうした相談員に対する体制の強化も必要であると考えられる。自身の相談事例に対する第三者から評価を受けることに対しても、7割以上の参加者が肯定的に受け止め、希望していることが示された。相談者からの直接的な評価を受ける機会を得ることが難しい領域であり、そのためにも他者評価は、自己評価の質を高めるためにも重要であり、相談

支援の質の向上に必要不可欠である。今後は、がん専門相談員が第三者から適切な評価が受けられるような場の提供、体制整備が必要であることが示唆された。

#### E. 結論

これまでに開発を行ってきた「がん相談対応評価表」について、今後全国に普及させて行く際の課題について検討を行うことを目的に、「がん相談対応評価表」を用いた相談支援の質評価に関するワークショップを開催した。その結果、40名の参加者の9割が、評価表の活用が相談支援の向上に役立つと回答した。一方で、日々の相談支援における振り返りや事例検討を行っている者は、41%と半数に満たない現状が示された。

本ワークショップが評価表の活用の契機となり、相談支援の質の向上に貢献する可能性が示唆された。また、相談対応をとくに複数名で討議することや他者評価を受けることの重要性が示され、今後、こうした第三者からの適切な評価が受けられるような場の提供、体制整備を行っていく必要性が示された。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

**表1 学習目標**

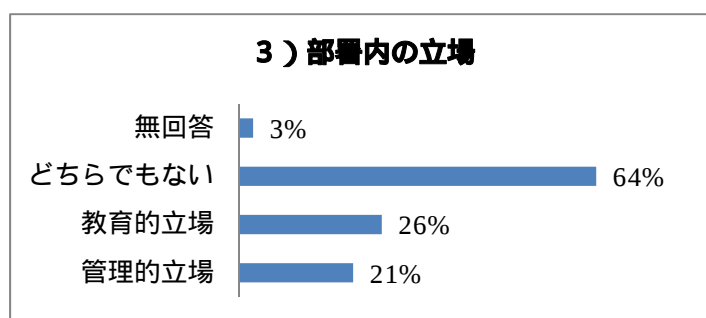
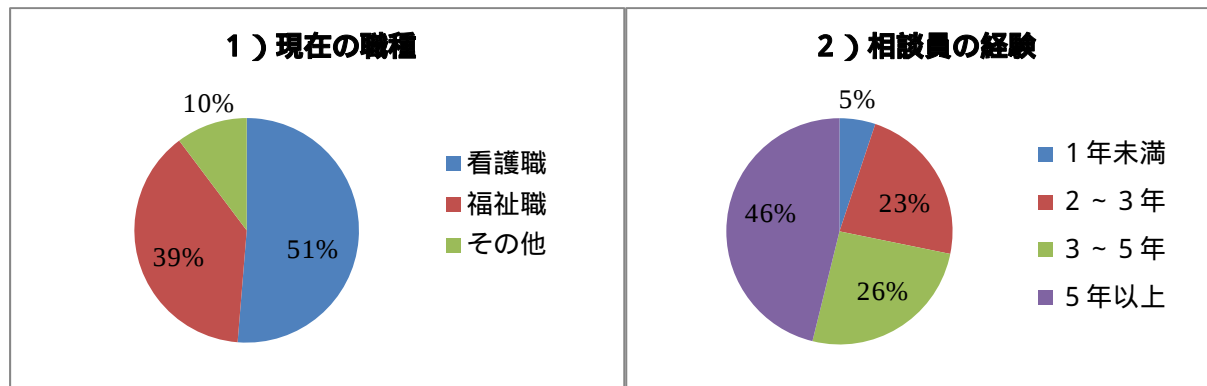
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・相談支援の質を評価する目的、意義、方法を明確に述べる。</li><li>・相談対応の質評価表の目的、特徴、使用方法を理解する。</li><li>・相談対応の質評価表を用いて事例の相談支援を実際に評価する(GW)。</li><li>・グループメンバー間の意見や他組織の状況を理解することの重要性を認め、積極的に討議に参加する(GW)。</li><li>・相談支援のプロセスにおける重要な点を再確認する。</li><li>・相談支援の質を評価する際に留意すべき課題を列挙する。</li><li>・自分自身や職場の相談支援の質向上に向けた課題を明確化し、解決策を列挙する(GW)。</li></ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**表 2 当日スケジュール**

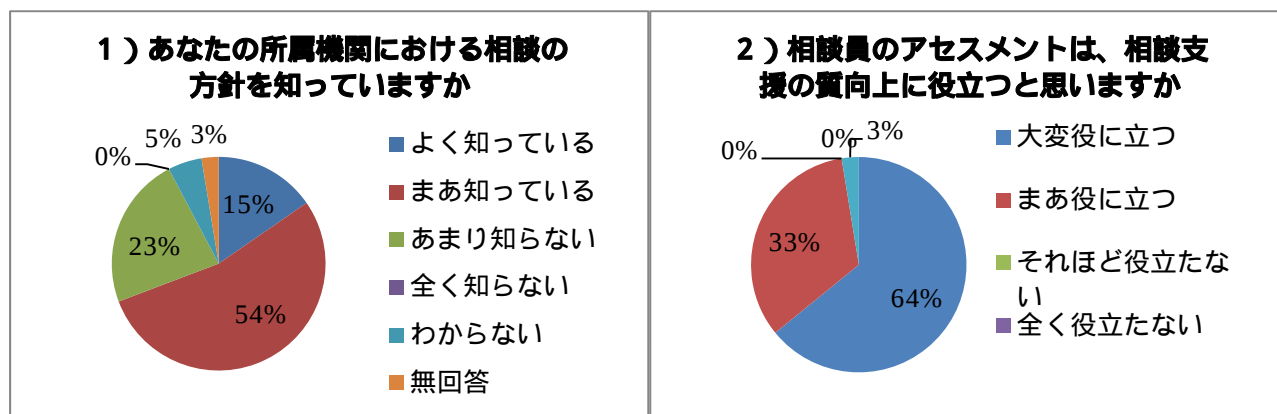
| 時 間   | 内 容                                       | 担当（敬称略）                                  |
|-------|-------------------------------------------|------------------------------------------|
| 10:30 | オリエンテーション 相談支援の質向上に関わる課題の記入               | 櫻井雅代                                     |
| 10:40 | 講義「相談対応の質評価表」作成経緯、意図<br>講義「相談支援の質を評価するとは」 | 高山智子<br>関由起子                             |
| 10:55 | 講義「相談対応の質評価表の記入のしかた・GWのすすめ方」              | 櫻井雅代                                     |
|       | グループワーク 1「相談対応の質評価表を実際に使ってみよう事例」          | ファシリテータ<br>池上、池山、清水、関、橋本、<br>石橋、小郷、高山、櫻井 |
| 12:40 | 昼食（50分）                                   |                                          |
| 13:30 | グループワーク 2「相談対応の質評価表を実際に使ってみよう事例」          | ファシリテータ<br>池上、池山、清水、関、橋本、<br>石橋、小郷、高山、櫻井 |
| 14:45 | 休憩（10分）                                   |                                          |
| 14:55 | 講義「相談支援のプロセス」                             | 池山晴人                                     |
| 15:10 | 講義「相談対応の質評価表」を用いた地域での活用例 1                | 池上俊彦                                     |
| 15:25 | 講義「相談対応の質評価表」を用いた地域での活用例 2                | 清水奈緒美                                    |
| 15:40 | 休憩（10分）                                   |                                          |
| 15:50 | グループワーク 3 相談支援の質向上に向けた解決策を考える、意見交換        | ファシリテータ<br>池上、池山、清水、関、橋本、<br>石橋、小郷、高山、櫻井 |
| 16:30 | まとめ                                       |                                          |

**表3 アンケート結果**

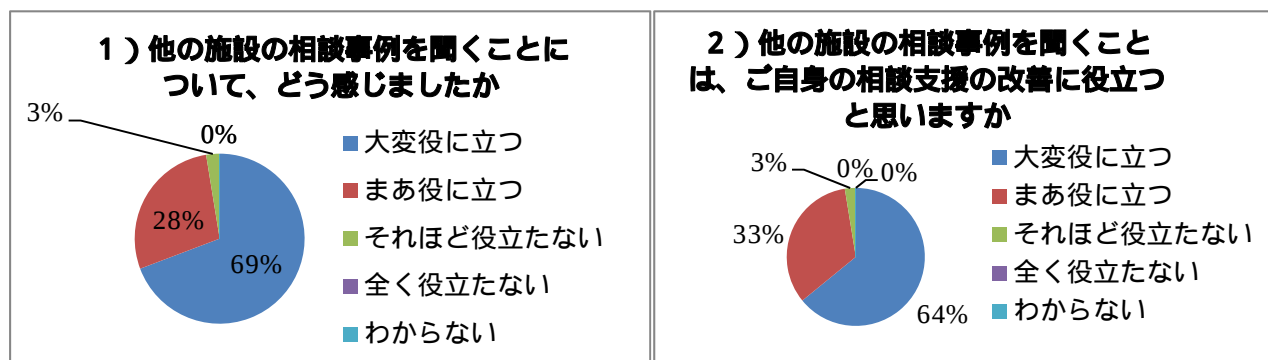
．はじめに、ご回答いただくあなたご自身のことについて、おたずねします。



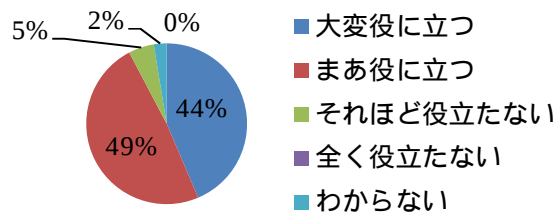
．「がん相談対応評価」に関連して、おたずねします。



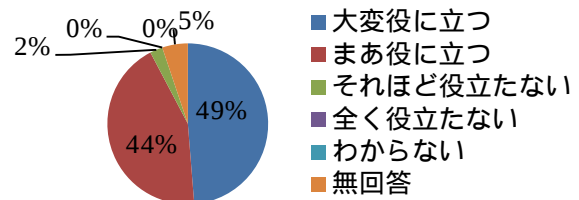
．相談事例の評価について、おたずねします。



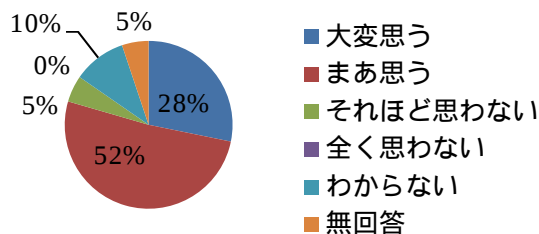
3) 他の施設の相談事例を自分で評価することは、相談支援の改善に役立つと思いますか



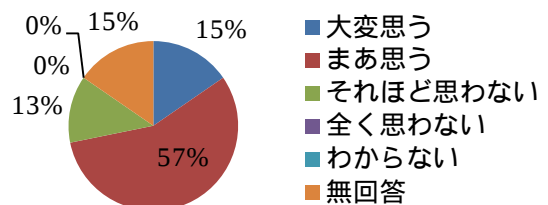
4) 他の施設の相談事例を自分で評価し、ディスカッションすることは相談支援の改善に役立つと思いますか



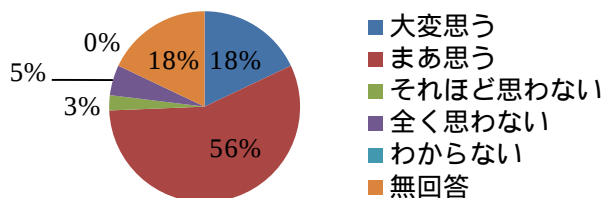
5) あなたのがん相談支援センターの相談事例を評価してみたいと思いますか



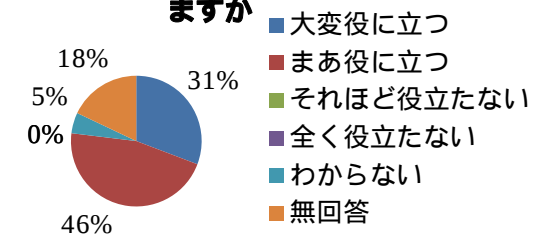
6) ご自身の相談事例をご自身のみで評価することは、相談支援の改善に役立つと思いますか



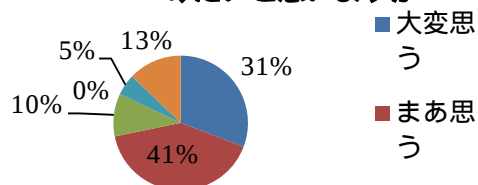
7) ご自身の相談事例をご自身のみで評価してみたいと思いますか



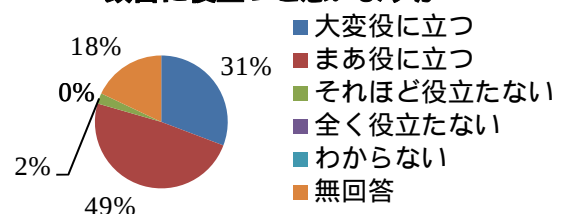
8) ご自身の相談事例を自施設内の相談員と評価し、ディスカッションすることは相談支援の改善に役立つと思いますか



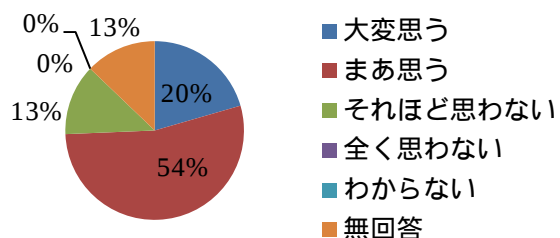
9) ご自身の相談事例を自施設内の相談員と評価し、ディスカッションしてみたいと思いますか



10) ご自身の相談事例について第三者から評価を受けることは、相談支援の改善に役立つと思いますか

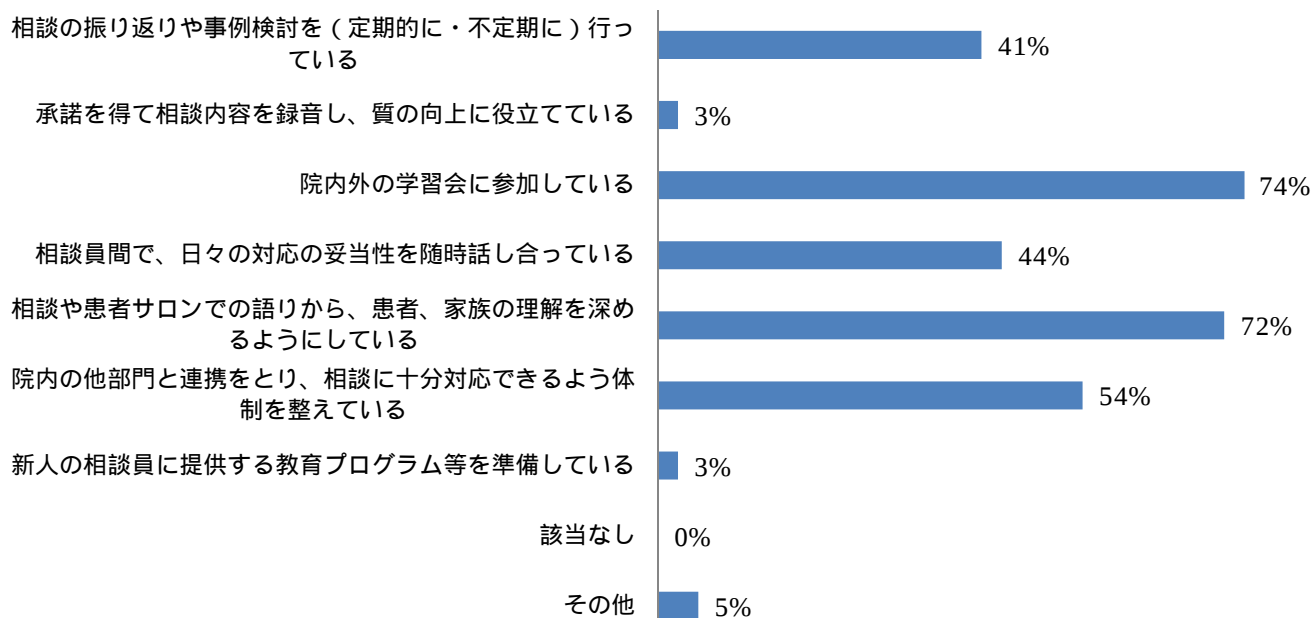


11) ご自身の相談事例について第3者から評価を受けたいと思いますか



. 相談支援の質評価に関する現状について、おたずねします。

あなたのがん相談支援センター内で、以下のような取り組みを行っていますか



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相談の質の向上プログラムの開発

研究分担者

|        |                      |          |
|--------|----------------------|----------|
| 八巻 知香子 | 国立がん研究センターがん対策情報センター | 研究員      |
| 高山 智子  | 国立がん研究センターがん対策情報センター | 室長       |
| 清水 奈緒美 | 神奈川県立がんセンター          | 看護局 看護科長 |

研究協力者

|        |                      |               |
|--------|----------------------|---------------|
| 大石 美穂  | 佐賀県立病院好生館            | 相談支援センター      |
| 橋本 久美子 | 聖路加国際病院              | 医療連携相談室       |
| 関 由起子  | 埼玉大学 教育学部            | 准教授           |
| 小郷 祐子  | 国立がん研究センターがん対策情報センター | 社会事業専門員       |
| 石橋 嘉美  | 国立がん研究センターがん対策情報センター |               |
| 瀬戸山 陽子 | 国立がん研究センターがん対策情報センター | 研究員（H24 年度）   |
| 田尾 絵里子 | 国立がん研究センター中央病院       | 外来研究員（H24 年度） |
| 得 みさえ  | 神奈川県立がんセンター          | 医療相談支援室       |
| 佐野 紀子  | 神奈川県立がんセンター          | 医療相談支援室       |
| 阿部 友美子 | 神奈川県立がんセンター          | 医療相談支援室       |
| 菊池 まどか | 神奈川県立がんセンター          | 医療相談支援室       |
| 湯沢 則子  | 聖路加国際病院              | 医療連携相談室       |
| 西山 さくら | 佐賀県立病院好生館            | 相談支援センター      |
| 原田 健作  | 佐賀県立病院好生館            | 相談支援センター      |

**研究要旨**

【目的】患者、家族、地域住民からのがんに関する総合的な相談窓口である「相談支援センター」の設置を義務づけた「がん診療連携拠点病院の整備指針」の策定から 6 年が経過し、全国どこでも質の高いがんの相談支援を行っていくための安定した質の保証が強く求められる段階にある。本研究では、先行研究において作成した相談の質を評価する評価表を用いて相談支援センターの相談員との協働作業を行い、そのプロセスを通じてがん専門相談員による相談対応の質の確保に向けた教育介入プログラムを作成した。本報告はこのプログラムを試行する前後の現場の主観的評価ならびに第三者による評価を通じて、本プログラムの意義と効果について検討することを目的とする。

【方法】がん診療連携拠点病院に指定されている 3 施設の相談支援センターにおいて本プログラムを試行した。先行研究により作成されたがんの相談の質に関する評価表を用いて、評価の視点を学習し、また録音した自身の相談について自己評価を行う「教育介入」、メンターと共に評価表を用いて相談を振り返る「教育介入」の 2 回の教育介入を含むプログラムを作成し、プロ

プログラムの開始前、教育介入 終了後、教育介入 終了後の3時点において模擬患者による電話相談（模擬電話）を行い、その相談を評価表による得点によって評価した。メンターおよび参加者の主観的な評価および模擬電話の評価得点の推移を検討した。

【結果および考察】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の共有の2点である。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。

【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行われることが重要であることが示唆された。

## A. 研究目的

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

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

教育介入プログラムを作成し、プログラムを試行する前後の現場の主観的評価、第三者による客観的評価を通じて、本プログラムの意義と効果について検討することを目的とする。

## B. 研究方法

### 1. プロトコール

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

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

策定にあたっては、一人の専門職が単独でケースを担当することが多く、他者からのフィードバックが得にくい、支援そのものが会話の中で行われ、形として残すことが難しいサービスであるという相談業務の特殊性を鑑み、実際の相談を録音すること、相談員自身が自らの相談を評価すること、メンタリングの手法を採用したフィードバックを行うことを盛り込んだプログラムを作成した。

作成したプログラムは以下の通りである。

- 1) 教育介入 : 評価表を用いて自身の相談を振り返るための方法を習得する。
- 2) 教育介入 : メンターと共に評価表を用いて相談を振り返る。
- 3) 相談の質の第三者評価: 教育介入前、教育介入 後、教育介入 後の3時点において、模擬患者による電話相談を実施し、それぞれについて評価表による評価を行い、相談の質とその変化を把握する。関らによって作成された質評価表(1)について、昨年度、がん診療連携拠点病院の相談支援センターの相談に適用可能かどうかについて、当研究班で検討した結果、適用可能であると判断できた(2)。よって、当プログラムにおける第三者評価については、関らの評価表を用い、3 時点について評価を行うこととした。
- 4) 相談の質の主観的評価: 本研究に参加する相談員に対して教育介入前後に質問紙調査を実施し、相談業務に対する意識とその変化を把握する。
- 5) 実施プロセスの検討: 本研究への参加、実施、その後のフォローアップを含む全プロセスについて参加者の経験をインタビューやフォーカスグループディスカッションにより聞き取る。
- 6) プログラム化の検討: 1 ~ 5 を通じて、

本研究が他施設でも提供可能なものとなるのかを検討し、提供可能と判断されればプログラム化をはかる。

これらのプログラムの実施計画を図1に時系列に沿って提示した。

## 2. メンタリングプログラムの作成

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

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

また、教育介入プログラムにおいてメンター役を担う相談員に対するヒアリング調査では、下記の点が挙げられ、いずれも教育介入における指導者的役割を果たすスタッフと、教育を受ける側のスタッフの対等性と相互コミュニケーションをメンタリングの手法に馴染むものと判断できた。

- 学習の場づくりが重要。日常の職場の雰囲気や、フランクに意見が言えるオープンな環境づくりが大切だと思う。
- 学習者にプレッシャーを与えないような、気楽な気持ちでできるような場をつくる。
- 実際の相談業務はお互い見る機会がないので、自分たちのやっていることをお互いに知り合える機会になるといい

なという雰囲気にする。

- 何のために学ぶのか、なぜ学習の機会をもつのかについて、学習者と自分が相互に理解し、共有する必要がある。
- 相談員の職種背景は様々。自分自身と同じ対応をすることを求めず、各自の学習の目標に添えるようにする。
- 評価の結果をどのようにフィードバックし、フォローアップするか極めて重要。一緒に考えるスタイルをとっていききたい。
- 学習者と自分との相互作用の中で学ぶため、評価やコメントの返し方によっては、モチベーションを下げる可能性が内在している。配慮が必要である。
- 重箱の隅をつつくような返し方にならないように、ポジティブフィードバックも大事である。

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

### 3. 実施経過

3つのがん診療連携拠点病院において試行した。

A 病院は都道府県拠点に指定されているがん専門病院であり、メンターとなる相談員は看護職、そのほか看護職、福祉職あわせて計5名の相談員が相談対応にあっている。B 病院は地域拠点病院に指定されている総合病院であり、メンターとなる相談員は福祉職、そのほか2名の福祉職と2名の事務職（インテイクを担当）が配置されており、本研究の参加者は2名の福祉職である。C 病院は地域拠点に指定されている総合病院であり、メンターとなる相談員は看護職、そのほか1名の看護職、6名の事務職（インテイクと事務的な相談を担当）

が配置されている。なお、相談業務にあたる福祉職は別部門となっており今回のプログラムには参加していない。3施設とも医療連携と相談業務の機能を併せ持つ相談支援センターとなっている。

2010年度下期に各施設のメンターとなるスタッフを含むワーキンググループにおいて本プログラムを繰り返し検討し、それぞれのメンターが自施設での実施可能性な形態についても十分に吟味した上でプログラムを確定した。

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

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

2011年7月～11月が教育介入の実施時期である。メンターから他のプログラム参加者に対して評価表（資料1）の各項目の意図と使い方について説明した後、練習用の5事例（個人情報を除く処理をした上で提供された電話相談事例）を用いて評価表のつけ方を自己学習すること（教育介入

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

自己学習による教育介入 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 A および B 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）

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 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）、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」、「」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場となること」「他のスタッフに自分の相談対応について意見を求めるやりとりが増加すること」「プログラムに参加していることでのモチベーションの向上」「特に経験の浅いスタッフには直接の相談対応の改善効果が見られる」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すことが示され、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

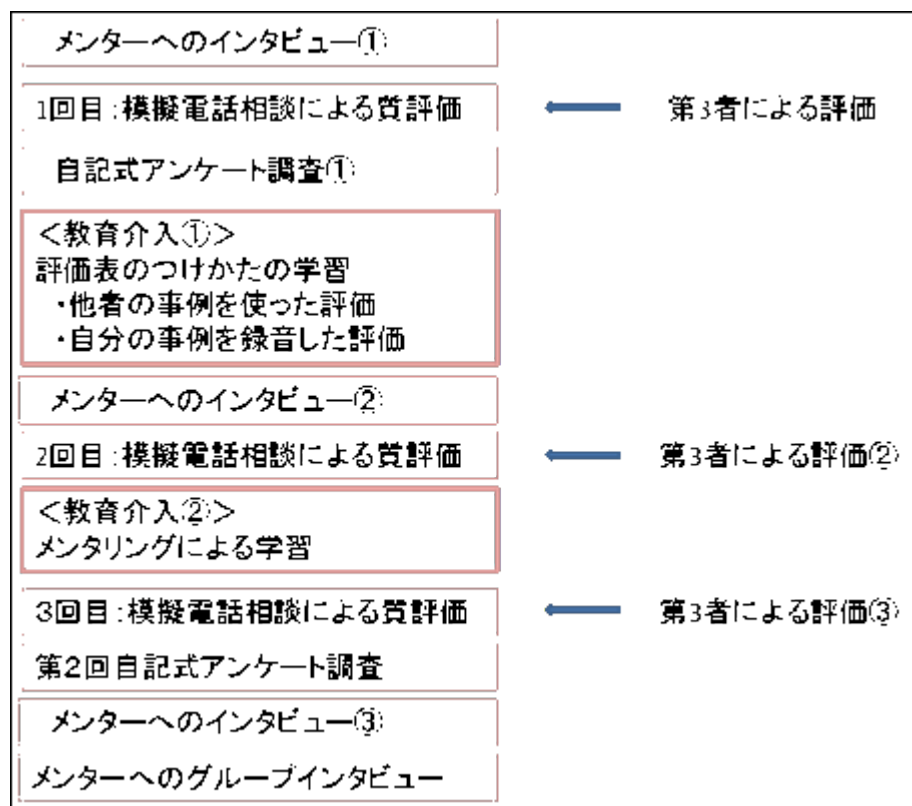


図1：プログラムの流れ

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

|                                       |                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>(1) 取り組みの導入時点</b>                  |                                                                                                                                                                                  |
|                                       | ● 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、思考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思考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。                                                 |
| <b>(2) 介入①「自己学習による学習」終了時</b>          |                                                                                                                                                                                  |
|                                       | ● 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。                                                                                                   |
|                                       | ● 互いの評価を話し合い、ディスカッションを重ねること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、問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。                                                                                                                           |
| <b>(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</b> |                                                                                                                                                                                  |
|                                       | ● 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のこと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

|                              |                                                                                                                                                               |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>&lt;時間的制約&gt;</b>         |                                                                                                                                                               |
|                              | ● 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。                                                                             |
| <b>&lt;録音の負荷&gt;</b>         |                                                                                                                                                               |
|                              | ● 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。                                                                                                       |
| <b>&lt;評価の心理的負荷&gt;</b>      |                                                                                                                                                               |
|                              | ● 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あった。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言を強いけないことの重要性が指摘された。 |
| <b>&lt;メンターとして心がけた配慮&gt;</b> |                                                                                                                                                               |
|                              | ● 「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か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。                                                                   |
|                              | ● 適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、共有でき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)

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>自分の相談を客観的に聞くことの有効性</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ●                         | 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、など振り返りで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使い、どのように聞けばよかったのか、次にどうしようかなとつなげていけばいいのかなというのを客観的に見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で、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暇味になってしまう、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思うことがあった、繰り返し聞く中で見えてくるものがあり、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、言葉の使い方というか、相づちの打ち方が変わったと思う。                                                                                                                                                                                                               |
| <b>他者の事例を聞くことの効果</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ●                         | 最初に聞いた事例については、相談はこんなふうによれればいいんだ、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」と思って聞くと、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。                                                            |
| <b>評価表の有用性</b>            |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ●                         | 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のか踏まえ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、物差しがあっ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。                                                                                                                                                                                 |
| ●                         | 患者さんにどう対応しているかというところで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よれれ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り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たいのが改めてわかった、いままでも情報提供して、ああわかりましたと電話を切っていたので、分かっていただけ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った。                 |
| ●                         | 受け入れの仕方、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。                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>フィードバックの効果と限界</b>      |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ●                         | 普段、「これでよかったのかな」と思いながら相談対応している、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」といった返しが返り、電話相談として向き合えなかったかな、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った、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、よくなったよね、という言葉をもらい、「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「どうしようかなと考えたんですか」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、最初の検討をはじめ、どう相談がいいのか話し合う機会、フィードバックの機会、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。                                                                                                                                                                 |
| ●                         | メンターがはめてくれるので、こういう風になってくれる人がいるのだという感覚は持てたが、今の部署にき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。                                                                                                                                                                                |
| <b>プログラムによる具体的な効果・改善点</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ●                         | これまでが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、専門的知識を求められたらどうしようとか不安で、池を渡る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ないかな、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、そ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、あまりできてい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ことは聞く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か欠点を目の当たりにして、ちゃんと向き合えて改善していこうという気持ちが出た。                                            |
| ●                         | 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、相談対応で上手く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、そこを目標にした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、バイさんでも、職員でも、パートさんでも最低限聞かなくてはいけなくていいところまで、つながってはいけなくていいところまでできるようになった、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、縦横の違い、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、共同で学びを深め合いに作るかが、学びの充実感にもつながったと思う。                                                                                                                                                                 |
| <b>模擬コールの意義、特徴と弊害</b>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| ●                         | おそらく模擬コ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感じて学んで、ということを経験して、対応を覚えていくことができた、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コールも兼用しているのですが、それが模擬コ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る。                                                                                                                                                                                          |

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ことから背景を確認し、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半ばはあったが、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良かった。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のは難しかった。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、実際に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たくない。                                                                                                                                          |
| ●                      | 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も改善したらどう、肯定的にここはいいと思うよ、という意見ももらって来て、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がどうかわらなくなることから、はじめは大丈夫なのだろうかということではあったが、他の人の意見を聞ける機会はないかながないので、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。取り組み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、苦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。                                                                                                                     |
| 時間的な負担                 |                                                                                                                                                                                                             |
| ●                      | 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。昔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。20分、1時間近い相談を聞き直して、評価し、何度も聞き直す時間がかかってしまう。最後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ことに、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**

- 他の方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。自分の相談が・・・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からできる。
- 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と、最終的なフィードバックのところで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あり、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のが、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、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、外部の第三者から客観的にフィードバックしてもらえる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かとと思う。
- 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充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ので、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。
- 職種の経験は長いですが、相談業務はやったことがなかったので、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. 施設別評価獲得点の推移 |                     |      |     |   |                         |      |     |   |                   |      |     |   |  |
|-----------------|---------------------|------|-----|---|-------------------------|------|-----|---|-------------------|------|-----|---|--|
|                 | 方針に違反した数「理論的範囲:0-3」 |      |     |   | コミュニケーションの促進「理論的範囲:0-3」 |      |     |   | アセスメント「理論的範囲:0-3」 |      |     |   |  |
|                 | 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 | 5.00                    | 0.42 | 4   | 5 | 4.50              | 0.45 | 3   | 7 |  |
| A病院2回目          | 1.00                | 0.21 | 0   | 2 | 4.50                    | 0.55 | 2   | 5 | 3.55              | 0.52 | 1   | 5 |  |
| A病院3回目          | 1.70                | 0.54 | 0   | 5 | 4.50                    | 0.55 | 0   | 5 | 3.50              | 0.52 | 0   | 5 |  |
| B病院1回目          | 0.50                | 0.27 | 0   | 2 | 5.20                    | 0.53 | 4   | 5 | 4.20              | 0.57 | 1   | 5 |  |
| B病院2回目          | 0.50                | 0.27 | 0   | 2 | 7.90                    | 0.55 | 5   | 5 | 5.50              | 0.55 | 3   | 5 |  |
| B病院3回目          | 0.30                | 0.15 | 0   | 1 | 5.30                    | 0.54 | 3   | 5 | 5.00              | 0.71 | 0   | 7 |  |
| C病院1回目          | 1.11                | 0.55 | 0   | 4 | 5.33                    | 1.13 | 0   | 5 | 5.55              | 1.25 | 0   | 5 |  |
| C病院2回目          | 1.20                | 0.35 | 0   | 3 | 5.10                    | 0.35 | 0   | 5 | 4.75              | 1.05 | 0   | 5 |  |
| C病院3回目          | 1.30                | 0.50 | 0   | 5 | 4.50                    | 1.10 | 1   | 5 | 3.50              | 1.35 | 0   | 5 |  |
| 平均              | 1.00                | 0.13 | 0   | 5 | 5.73                    | 0.25 | 0   | 5 | 4.45              | 0.23 | 0   | 5 |  |

| 表6. 施設別評価獲得点の推移(つづき) |                   |      |      |      |                    |      |      |     |                    |      |      |      |  |
|----------------------|-------------------|------|------|------|--------------------|------|------|-----|--------------------|------|------|------|--|
|                      | ニーズの鑑別「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:0-3」 |      |      |      |  |
|                      | 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               | 0.55              | 0.17 | 0    | 2    | 1.25               | 0.21 | 0.33 | 2.5 | 1.57               | 0.20 | 0.57 | 2.57 |  |
| A病院2回目               | 0.55              | 0.15 | 0    | 1.5  | 1.05               | 0.22 | 0.33 | 2.5 | 1.52               | 0.19 | 0.57 | 2.5  |  |
| A病院3回目               | 0.52              | 0.14 | 0    | 1.5  | 1.25               | 0.31 | 0    | 3   | 1.50               | 0.25 | 0.33 | 3    |  |
| B病院1回目               | 1.05              | 0.34 | 0    | 3    | 1.14               | 0.32 | 0    | 3   | 1.30               | 0.25 | 0    | 2.57 |  |
| B病院2回目               | 1.45              | 0.20 | 0.33 | 2.33 | 1.49               | 0.23 | 0.33 | 3   | 1.53               | 0.19 | 1    | 3    |  |
| B病院3回目               | 1.43              | 0.25 | 0.4  | 3    | 1.53               | 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   | 1.75               | 0.44 | 0    | 3    |  |
| C病院2回目               | 1.19              | 0.35 | 0    | 3    | 1.55               | 0.41 | 0    | 3   | 1.37               | 0.31 | 0.57 | 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                   | 1.15              | 0.10 | 0    | 3    | 1.35               | 0.11 | 0    | 3   | 1.53               | 0.09 | 0    | 3    |  |

| 表7. メンターを除く評価獲得点の推移(B病院) |                     |      |     |   |                         |      |     |   |                   |      |     |   |  |
|--------------------------|---------------------|------|-----|---|-------------------------|------|-----|---|-------------------|------|-----|---|--|
|                          | 方針に違反した数「理論的範囲:0-3」 |      |     |   | コミュニケーションの促進「理論的範囲:0-3」 |      |     |   | アセスメント「理論的範囲:0-3」 |      |     |   |  |
|                          | 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「5ケース」                | 0.53                | 0.32 | 0   | 2 | 5.50                    | 0.53 | 4   | 5 | 5.00              | 1.20 | 3   | 7 |  |
| 2回目「5ケース」                | 0.53                | 0.32 | 0   | 2 | 7.53                    | 0.42 | 5   | 5 | 4.75              | 1.04 | 1   | 5 |  |
| 3回目「10ケース」               | 0.50                | 0.45 | 0   | 1 | 5.50                    | 0.54 | 3   | 5 | 5.00              | 2.25 | 0   | 5 |  |

| 表7. メンターを除く評価獲得点の推移(B病院)(つづき) |                   |      |      |     |                    |      |      |     |                    |      |      |      |  |
|-------------------------------|-------------------|------|------|-----|--------------------|------|------|-----|--------------------|------|------|------|--|
|                               | ニーズの鑑別「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:0-3」 |      |      |      |  |
|                               | 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「5ケース」                     | 0.53              | 0.54 | 0    | 1.5 | 0.71               | 0.15 | 0    | 1.5 | 0.55               | 0.20 | 0    | 1.57 |  |
| 2回目「5ケース」                     | 1.27              | 0.54 | 0.33 | 2   | 1.24               | 0.15 | 0.33 | 1.5 | 1.55               | 0.12 | 1    | 2    |  |
| 3回目「10ケース」                    | 1.43              | 0.55 | 0.40 | 3   | 1.53               | 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当に理解・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わり、地域医療機関等との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「困難や不安全感の背景」

先に述べた困難や不安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[院内への直接的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

上述した困難や不安全感、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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。

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。困難や不安全感については、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”“もっとたくさんの方が、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安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 心の健康をはかる<適応・臨床>．サイエンス社

(東京)．2001．

2)小原真知子．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

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>やりがい・充実感: 人として関わることができた</b>           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>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</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ●                                        | 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、人としてかかわれたというそのことです。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せている顔を見ると、安心して治療を受けてもらえるなと思ったこともあります。(責任者)                                                                                                                                                                                                                                                   |
| ●                                        | 退院を目指していたのに急に亡くなったりとか、目指していたところでうまくいかなかったりというのはもちろん悲しかったり、私じゃない人がやっていたら変わっていたのだらうかと思う部分があったりしますが、やはり自分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、帰って来た結果がよかったという確認がとれたり、外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です。か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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>相談の原点を感じた</b>                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ●                                        | 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けども、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、医者ととの関係でつらいということを知ることができると、私は本当にこういう視点で今まで仕事をしていたのかという自分の振り返りにすごくつながったというところがあって、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な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、しんどいことにならざるを得ない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ども、それはすごくよかったと思っています。(責任者) |
| <b>患者さんの力を感じられた</b>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ●                                        | 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という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、その人と直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なと思います。(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ども、そこに自分たちがフ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よくお話しして下さる方がたくさんいらして、日常生活に張りが出たという話をし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るんだという、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醍醐味なのかなと思います。(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も、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、その変化にこちらすごくいいねなんて一緒に喜んで喜んで、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、あとは皆さんでご自主にお話をいただいて、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)                                                                                                |
| <b>やりがいや充実感を感じられる場面</b>                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>患者サロン</b>                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ●                                        | 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)生活は病院での直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)                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>院内他部署との密接なかわり</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ●                                        | 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段違いにふえた気がします。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、軒並みがんをつくものにはかかわるような状況にはなっているの、そういう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思考さんですね。（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思考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、院外での思考さんの生活の場を知る、実際にはなかなか出てはいけませんが、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、セコ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ので、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思考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ので、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・不快感

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、先生からは変わらないですかと氣にかけてはくれるんですけども、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、結局悶々となってしまうのです。(分かんない場合がなく、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)
- 相談員から怒りを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も、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時間く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限して受けていたのが、専任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、暗くなっている自分がいる。いいこともあるんですけど。(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ですね。(若手)

相談員が期待する役割を果たすためせない辛さ: 相談員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快感

- 最近、自分の方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ど、環境的なものとか、社会制度的なものはさびかなくなってしまっていてどうにもならないということもさうまくつなげないと、それは個人に力ではどうにかできないこと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とか、こういうときはどうするの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、そこがちょっと、本人も周りもこれがいいと思っているところに落ち着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と、病棟とか先生というのは、それも考えはするんだと思うけれども、置かれている現場の事情があるんです。どちらも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で多分医療者でも答えられない部分だと思うんですけども、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、難しいなと思いつつ、何かの機会では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か。(若手)
- 去年入職した後輩ががん相談は初めてに近い状況で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、こうでもないと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とはい思うのですけれども、言いわけになってしまうかもしれないですけども、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りと並んでいて、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。(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いか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と一応理解はしているのですけれども、幅広いなというつもりです。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については本当は知っておかなければいけない、と、対応が、その都度、その都度なんです。(若手)

相談員の役割や対応方針に確信をもてない不安: 方針の確信の機会がない

- 悩んでいるケースが私もありますし、それぞれが持っていると思うんですけども、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。どう対応したかというの、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態で、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続けているといった感じで来ていると思うのです。多分、人によって力量で差があるでしょうし、癖というのもあると思うのですけれども、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月に1回の連絡会議はあるんですけども、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。作業部会とき、他施設の相談員に、かこつけ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。(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ということを説明するのに、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、話を聞いているだけではなく、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、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、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と思うと、何をするのががん専門相談員なのかなあというのが、(若手)

**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らう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、もっと早くかかわれたらなあというところはあります。(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らう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っています。(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、介護保険なんかが要らないんだよ」とか(担当医が)言って、退院は延ばせないと。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結構いばいで、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時間面談をしたりすると、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)
- うちの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る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、だから何を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のはまだないです。(若手)

**組織内で相談支援センターや相談員の役割が正當に理解・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いてみたいな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)
- 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るのです。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はあるんですけど、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。言ってきたから、(資料の)中身をふやしていったらすると、見学の先生が来たときのご自慢になったりするのです。部屋をよこせとか言ってくるのに、見学のときだけは自分がつくったみたいに、すごいじゃないかと言うのです。でもそれを頑張るって継続すると、部屋をよこせと言いに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ついていこうというより、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が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が、退職金がない分高いく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ですけれども、そのイメージを持ってない人もいます。(責任者)
- 病棟にいる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うけれども、死に直結するので、患者さんが死についてほんとに言われたときに、聞くことになれないですね。(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ところがありますね。患者さんが相談に来たんですけれどもと言うと、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なってしまうのか。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、先生と一緒にの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つつ、来ても外来に受診できなくて加置室で寝ていなければいけないぐらいの状況で、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と思っているのか、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、個人個人のやり方というのも変ですけども、自分の医院みたいにしていてと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、何もなし先生もいらっしゃったりして、ナースも不足していますので、クラークなんかが常駐している外来なんか、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いていますので、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。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、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ところ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う感じが、そこでとまってしまっている雰囲気はあると感じます。(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件だったと言われてしまう。何、あんなにしゃべってみたい雰囲気かたまたま漂うときとか。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)
- 内容は深く、それで終わってしまったという話でも件数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っても件数は件数でしょう。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のかということになるんです。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うし、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」もそれこそ件数じゃないですか。でも内容は全然違うのです。ご家族がいらっしゃるか、いらっしゃらないとか、経済的なものを抱えているとか、いろいろな問題で同じ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いう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れども、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件数、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、あっらとなつた、こつらとなつたやっても件数ですものね。(若手)

**マンパワー不足: 地域連携業務や救急等との業務、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とか、何とか加算がとれていないじゃないとか、そちらの前方連携はどうなっているのかとか。そちらのほうのことはそちら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、あつちではそう言われ、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、その碧があつ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。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です。需要はどんどん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のかというのはやはり課題の一つになるのではないかと思います。
- 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といっても、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。

**院内への直接的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のですが、けれども、病院からすると、これは昔の部長に言われてすごく焦っていたんですが、あなたたちの仕事はお金にならないから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人もついたらい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)

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>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</b>                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ●                                                            | (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人から受けるだろうというく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、断りやすいのですね。(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りますが、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、うちの病院もそうなんですけれども、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ういろいろな料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点でしたが、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たらいい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、急性期患者はどんどんと、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しても残っているので、意識が高くないのかという面があります。(責任者)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>「がん」の疾患やがんを取り巻く社会状況の特徴</b>                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>疾患の特徴・病状が多様・変化する、治療選択肢の多さ、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</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ●                                                            | (他の疾患で)回復期などはある程度流れができていっているものというのは、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は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がだと、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こと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というが、あなたがどの治療法をするのか選んでいいです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いのかわからないし、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、病気のことにあってある程度説明をしなければいけない範囲が広いです。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ろはあっても、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、標準的なところある程度話ができないと受けられないということがあって、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)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>社会におけるがんの状況・イメージ、絶対数、近年の変化</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| ●                                                            | 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強く、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。変なお茶を勧められたり、このお茶がいいらしいと言われてたりして、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、大変ですねで終わるのが、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な情報が周りから入り過ぎて余計混乱するのかもしれないです。(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、急速に年間死亡率がふえて注目されてきたところでは、流れの中におそらくついていけない部分があります。ましてやがんは、がんが開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て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貼ってみたりとか、今ならこんな感じがありますとか、がん相談受付中とか、事務員さんがいそいそ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で情報コーナーに来てい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? といった感じで小さめに声をかけるのです。患者さんを見ると、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いっ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て入っ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。いそいそとそこ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とか、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ことがどういうふうになればいいのかという業務の整理が必要。〔責任者〕                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ● うちが相談部門が継続上、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ほうがいいのかというのを聞いたり、専門看護師さんも理解して下さるので、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ごく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ほうがいいのか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、どういうふうに戻していったらいいのかというのは、私たちが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〕 |

**院内の関係を築く・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ほしいなと思う看護師がふえてくると、私たちが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た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話ししたほうがいいのか、まだ依頼が出ていないのだったら早くしたほうがいいのかということで、結構、声がけをおもての病棟でして下さっています。すぐおきてくる場合もあるし、それを必要と感じない病棟はおきてこないこともあって、ぎりぎり明日退院というときになっておきてくる場合もまだあるんですけど、そうやって問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〕                                                                                             |
| ● 病棟の看護師が容知していてもやっぱり話す時間がつねなくて、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か、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のかということを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のか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、こういうふうに対応しています、できます、先生たちともこういうふうに対応していますということをアピールする場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とも言いが、外の患者さんとはどういうふうに対応しているのかとか、電話で何分ぐらい話をするのかとかいう質問をして下さいます。多分あれは皆さんとなるべく共有をして下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、それに私たちが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なんです。〔責任者〕                                                                     |
| ● がん相談だけではなく、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、前方連携ですか、あとは紹介だったり、在宅支援のときにネットでもかかりつけ医や訪問看護師と情報をいそいそ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、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いうことでも人を付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、事務長余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、ここの3月に、8人だったスタッフが11人に3人増えたことだし、場所も、後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しれません。〔責任者〕 |
| ● 病院のシステムとか経費とか、いろいろな問題があって、本当に広報をいそいそ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とか、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も、なかなかそっちから言ってくれないです。(責任者)
- 同じ2次医療圏の中にいて(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、努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ということがあります。(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にはよかったと思っているんですけども、府内とかでつながりをつくるといったときに、そういう部署が一緒になっているとすごくつながりやすいんですけども、がん相談だけをやっていて、相談の人は相談支援部会で会えるんですけども、ほかの人と接触する接点が少ないです。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、一緒に頑張ろうという、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も、すごくげんなり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ようねとか、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も、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あるんですけども、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に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に、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、口コミというとおかしいですけども、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も、上面だけが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かつたがって、その人が、あそこに行ったら何も心配し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で、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してもらっていると、あれを見たからと言って電話がかかってく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るとこに同席しますので、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向かうので、そういうところで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と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ってもいいです。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らうと言いつたんですけども、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も、ほぼ行政が中心でつくったので、何ともつ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も、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も、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というの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ったのです。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だけれど、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。これまでも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まで今います。(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のっての情報を発信することこそ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ません、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 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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<sup>1</sup>、2、3を受けた人を<sup>1</sup>人と、<sup>1</sup>、2を受けた人を<sup>2</sup>人というのは必須要件だけど、それでは足りないですね。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<sup>1</sup>回の更新のための書類提出、そこそことうたわれると必死になって条件を満たしますけれども、そこそこ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〕</li> </ul>                                                             |
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 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ピュ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<sup>1</sup>人と非常勤2人の3人ですけれども、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〕</li> </ul>                                                                                                                                                                            |
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 指定要件で、最初は一生涯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<sup>1</sup>、2、3でいれ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<sup>1</sup>回現況調査は出しますけれども、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らなくて、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。こっちで一生涯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〕</li> </ul> |
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 今の皆さんのお話を聞いていると、多分難しいでしょうけれども、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〕</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

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](mailto: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。

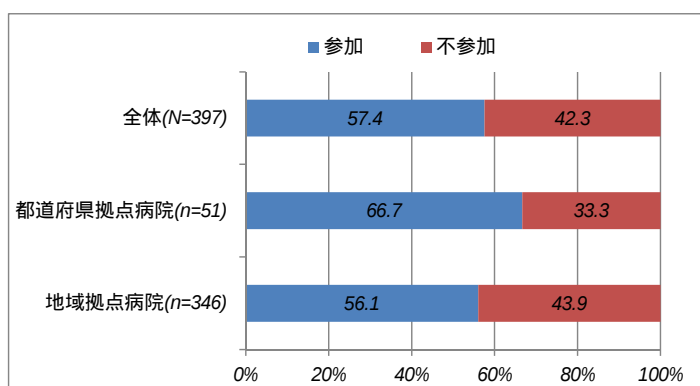


図 1：拠点病院種別ごとの参加施設割合

## 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は扱わないが、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 |
| 代表番号が通話中／かけ直そうテープ音声 |     |       | 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

### 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／かけ直そうテープ音声      | 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・対応中であった 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。

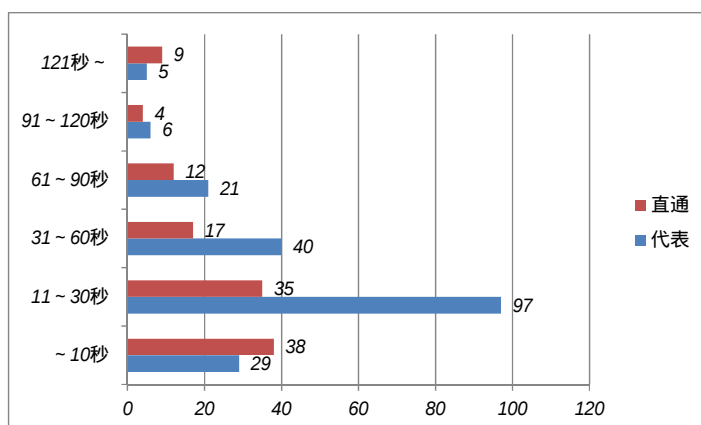


図 2 : 相談員につながるまでの時間

### 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、P D C A 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はできたが、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. 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

年齢が 20 歳以上の患者

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

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

患者に明らかな意識障害がある場合

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

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

患者家族が日本語の理解が困難な場合

調査担当者が調査への参加を不適当と判断した場合

## 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

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ん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

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。

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

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得  
なし。

2. 実用新案登録  
なし。

3. その他  
特記すべきことなし。

倫理的配慮

本研究において特段の配慮を必要とする  
事項はない

## 〔資料〕

### 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 ～相談支援センターの相談員に向けての発信～

#### 学習目標

「理解」という考え方や支援方法を理解し、相談支援の場面で活かすことができるようになる。

#### 内容

「理解」という行為は、一見受動的なものに思えるかもしれないが、何を理解しようとするのか、どのように話を聴こうとするのか、理解したことをどのように活かそうとするのか、と考えると、積極的にはたらきかける行為だといえる。また、相談員自身の価値観や生き方も「理解」とう支援に反映される。この章では、「理解」ということを中心に相談支援を考えてみたい。

#### 1. 相談者を「理解する」とは

がん相談支援のプロセスにおいて「理解」という行為は、支援の始まりにおいても、また、支援の途中や終結においても重要な行為である。相談者（クライアント）をどのように理解するかにより、目標設定の仕方も、目標を達成する方法も、評価の仕方も変わることになる。

相談支援の場面において「理解する」とはどのようなことであろうか。相談者（クライアント）の困りごと、辛さ、不安、困難などを軽減するために、相談員にとっては、少なくとも3つのレベルでの「理解」がある。

1 つ目は、相談者のことが「わかった」という相談員自身の感覚である。相談員は、たとえば相談者が患者である場合、患者ががんと言われたときの気持ちや死に対する不安、生い立ちなどのような患者の話を共感的に聞くことにより、言葉で説明しようとするのが難しいが、患者とつながりを持つことができたという感覚を持つことが多いのではないだろうか。この感覚は、信頼関係の構築やラポールの形成といわれる段階において相談員が感じ取るものであり、相談支援を行う上で基礎となる感覚ではないだろうか。

次の「理解」のレベルは、患者が困っていること、望んでいること、伝えたいことなどを相談員が言葉で理解し、相談員の理解内容が患者と共有できているということである。相談員の側の「つながりを持つことができた」という主観的な感覚ではなく、「私はあなたの話をこのように理解しました」という相談員の理解の仕方について、患者も同意し、お互いに言葉を用いて共通理解している、ということである。「目標を達成するためにはこういうことを解決しないといけないと思う」というやりとりが何らかの形で相談支援の場面で行われているはずであり、このレベルでの「理解」がないと、相談員が「誤解」したま

ま、的を外した支援を行うことになる。

次の「理解」のレベルは、相談者と相談員との間で理解されたことが、相談員と多職種との間で共有されているということである。共有」という表現を用いたが、これは、必要な職種に必要な量の情報が提供されていることである。相談員に話したことが、ほかのどの人にも筒抜けになってしまっていると相談者が思ってしまうような共有の仕方ではなく、プライバシーに配慮されながら必要な情報が伝わっているという感触を相談者が感じられるように、心がけなくてはならない。このレベルの「理解」は、多職種チームが共通の目標に向かって支援を提供するために必要なことであり、この理解が欠けていると、チームとしての関わりが成り立たない。相談員は、自分と相談者との関係での支援に加え、チームが提供しようとしている支援がどの程度達成されているかということにも目配りをする必要もある。

## 2. 「全人的理解」について

がんと告知されたばかりの患者を支援することを考えてみよう。

患者が相談員に、「自分の病名を知り頭が真っ白になってしまった。状況がのみ込めないうちに手術の日が決まり、来週には入院することになってしまった。」と相談をもちかけた。相談員は、患者が語る怖さや不安に共感的に耳を傾けようとするであろう。患者との信頼関係が築かれると、患者と相談員との間で、現状の困りごとを整理や目標設定や目標達成の方法などが話し合われ、1 つ目と 2 つ目のレベルまでの「理解が得られた」という状況になる。

しかしここまでの「理解」では、告知の内容が患者の病態をどのように反映しているのか、患者がどのような自覚症状を持っているのか、患者と主治医との関係がどのようなか、患者と家族の関係や生活状況がどのように変わりそうであるか、ということに視線が向けられていない。相談員の理解は一面的なものにとどまっている。相談員は、患者の気持ちに加え、病状や生活にも目を向けなくてはならない。

患者の気持ちと病状と生活に目を向けることは、別の言い方をすると、患者を「全人的に理解する」ということである。「全人的に」とは、「広い視野で」とか「多角的に」という言葉と置き換えることができる。相談員は、患者の一側面だけを見て断定するのではなく、後ろに回ったり、屈んだり、台の上に上ったりしながらさまざまな視点で患者を理解しようとするのが大切である。場合によっては、自分ひとりではなく、ほかのひとと一緒に患者を見ることが必要であろう。

私たち相談員は、患者を全人的に理解するにあたり、「身体」「心理」「社会」という視点をを用いている。

これらの視点は、患者の訴えや状況を多角的に理解するためのものであるが、一般的に生じやすい間違いは、患者の訴えや状況を、これらのキーワードで分類してしまうことである。つまり、「告知されて頭が真っ白になった」という訴えは、患者の心理に関するものであ

る」というように分類してしまうことである。

これらの視点を用いて多角的に理解するというのは、分類とは逆の作業であり、患者の言動や状況がどれにあてはまるかを考えることではない。「頭が真っ白になった」という発言は心理的なこと、「もっといい治療法はないか」という疑問は診療に関すること、「治療費用はいくらかかるのか」という質問は経済的なこと、とあてはめることではない。全人的理解とは、患者の言動や状況から、患者の病状や主治医の方針、患者の気持ち、患者の生活状況などに思考をめぐらすことである。私たちが理解や支援の対象にするのは、あくまでも患者自身である。「身体」「心理」「生活」というキーワードは、患者を理解する視点を表す言葉であり、対象を示すものではない。

### 3. 「全人的理解」と「チームケア」

相談支援は、相談員が単独で行うものではない。医療機関では、他の複数の専門職もそれぞれ患者と接点を持つ。そのため、相談員による患者についての理解内容が他の職種に理解されていることと同時に、その患者についての他の専門職の理解内容を相談員が理解していなくてはならない。各職種がお互いに患者をどのように理解しているかについて共通理解をしつつ、共通の目標を持って支援していることがチームケアであり、各職種がそれぞれ独自に患者を支援し、お互いにつながりがないのであれば、それはチームケアではない。

チームケアが成り立っているときは、患者の存在が多層的であり、「身体」「心理」「社会」という視点で見えてくる患者の状況はどこかでつながっていることがよくわかる。患者が多層的であることが理解できると、支援の目標も自ずと多角的になり、目標を達成するためには、必然的に多職種がチームとして関わることになる。

以上、患者の理解というテーマで述べてきたことは、後に述べる家族の理解においても活用できる考え方である。理解することは断定したり分類したりすることではなく、本来多層的な存在である患者を、多角的な視点で理解し、支援に生かすということである。支援の対象はあくまでも患者であり、対象と視点とを混同しないように留意していただきたい。

### 4. 相談者が「家族」である場合

相談者が患者の家族である場合、どのような特徴があり、どのようなことに留意したらよいかを考えてみたい。

医療の場においては、家族は患者の代弁者や代理者と見なされることも多い。患者に代わって患者の意思を医療職に伝える役割、患者に代わって医師の説明をきく役割、説明をきいたうえで患者の代わりに意思決定をする役割、などのように患者の代わりに家族が担わなくてはならない役割が多い。

患者への支援を充実させるために、家族の協力をどのように得るかということも支援を

提供する私たちにとっては重要なテーマであるが、ここでは家族も支援が必要な対象者であるという視点で、家族への支援についても考えてみたい。

患者ががんと診断され、家族もその事実を知った時、患者とともに家族の心身も影響を受ける。眠れない、食欲がわからない、興味があったものに興味がわからない、人と会いたくないなど、患者に起こりやすいことが家族にも生じやすい。このようなことは「悲嘆」あるいは「悲嘆反応」と呼ばれることが多い。これらの悲嘆の状況が、どのような形で、どの程度の強さで、どのくらいの期間続くのかは個人差があるが、状況によっては専門的な介入が必要な場合もある。ここで私たちが留意しておくべきことは、悲嘆はその人が弱いから体験するのではなく、健康な心身の自然な反応として生じるということである。また、私たちが支援する家族はみな、多かれ少なかれ、悲嘆の状態にあるということも理解しておく必要がある。

悲嘆体験をしている家族を支援するにあたって相談員が行うべきことは、まず家族の話をよく聞くということである。人によっては、自分がどのような状況におかれ、自分の気持ちがあるかを言語化し、相談員が理解できるように伝えることができるが、そのような家族はむしろ少ないと思われる。自分がどのような出来事を体験し、そのときの場面がどうであったかということの詳細に話し、この人は何を言いたいのだろう、と思わせられることもあるが、話の内容だけではなく、話し方や声のトーン、表情などに注意を向けてみると、その人の話の聞こえ方が変わってくることが多い。家族がある状況をこと細かに語っているとき、相談員は、家族が感情をかなり動かされ、今でも気持ちがそこに引き込まれるような状況を追体験しながら語っているのではないだろうかと思いながら共感的に話を聴いているであろうし、また、話があちこちに飛びながら話をする家族を目の前にしているときは、事実の説明よりも自分の中にあるものをとにかく吐露せずにはいられないという気持ちでいっぱいなのだろうと思いながら耳を傾けているだろう。相談者の話を分析的に聴きすぎることは避けなくてはならないが、話の内容とともに話し方に注目することも必要である。

## 5. がん診療の状況の変化にどのように対応するか

これまでのがん医療においては、患者ががんと診断されると、まず家族が病名を知らされ、家族が患者に対する医療の内容を決めることが多かった。病名を知った家族は、患者に余計な心配を抱かせまいとして、病状についての悪い知らせを患者に伝えないように（あるいは、患者に気づかれないように）し、患者は最後まで自分の病名について知らされないということは珍しくなかった。患者の中には、自分ががんであることや余命が短いことを自分なりに察していた人がいたとしても、それをあえて医療者や家族と共有することをしなかったのではないだろうか。

現在の医療では、患者に病名を伝え、治療方法や治療効果、予後についても患者に説明をし、患者とともに治療方針を検討することが多くなった。患者自身も、自分で調べよう

と思えば、病状や治療法についての一般的な知識はいくらでも得られるため、医療者や家族が患者に内緒で相談することが難しくなったともいえる。

このような変化が生じた一因として、自分の人生に関することは自分で決めたい、という患者の声が医療に反映されたと考えることができる。特に終末期のがん患者にとっては、治癒のための選択肢がなくなったという状況において、残された時間をどのように使うかということが大きな関心事になった。リスクがあってもできるだけ治療は受けたい、効果がわからない治療に時間やお金や体力を注ぐよりは、その時間を家族とともに過ごしたいと、できるだけ自宅で過ごしたい、家族に迷惑をかけないようにできるだけ入院していきたい、など考えたり、自分の死後の葬送に関することを自分で決めたいと思う人もいる。がん診療において、患者本人への病名や病状の説明は、治療方針を決める上でも、診断後の患者の生活を考える上でも、避けて通ることができないプロセスの 1 つになったといえるが、告知に関わる相談に対応できるように相談員としては準備しておく必要がある。

相談支援の場面では、「患者がひとりで外来受診をしたときに、何の事前連絡もなくがんの告知をされ、ひとりで落ち込んで帰ってきた。どうして家族にもひと声かけてくれなかったのか」「家族だけが呼ばれて主治医からがんであると聞かされたが、患者にも病名を知らせてしまっていないのか」というような相談が持ち込まれることが多い。相談員としては、こうしたらいい、ああしたらいい、というような助言をしようとするよりは、まず患者の病状をはじめ、患者や家族の気持ち、患者や家族の考え方、家庭状況などを理解し、そのうえで、それぞれの患者や家族が望んでいることで実現できそうなことをともに見つけるという支援を行うことが多い。

「個人情報」や「プライバシー」という用語が頻繁に使われるようになったが、個人情報だからまず患者にしか話せないという割り切った考え方だけでは、相談支援を行うことはできない。かといって、患者の人生に関わることにについて患者の知らないところで医療者と家族とだけで話が進んでいくことも避けなくてはならない。しかし、相談員にとって大切なことは、病名を伝えるかどうかということよりも、患者の残された人生の時間に、患者の病状がどのように変化していくのか、患者や家族の意思をどのように反映させるのか、ということを考えることである。

## 6．患者・家族の価値観の多様化と意思決定の援助

ここでは、「意思決定の援助」という視点で相談支援について考えてみたい。

「意思決定の援助」とは、選択の仕方を患者や家族とともに考えるということである。このような支援が必要になった背景には、価値観の多様化という社会状況がある。

かつては、がんと診断されたら病気と徹底的に闘い、どのような状態であってもできるだけ長く生きることが主流の考え方であった。長く生きることが価値のあることであり、医療者は長く生きることを医療の目標にし、患者と家族も長く生きることを目標に医療を受けていた。

しかし、「尊厳」や「QOL」というキーワードが出現することにより、「長く生きること」が必ずしも「尊厳のある生き方」や「QOL が高い生き方」ではないという意見が聞かれるようになった。長寿の達成度については、何歳まで生きたかという尺度で計測可能であるが、尊厳や QOL の高さについては、誰にでもわかりやすい尺度はなく、ある人にとって尊厳があるものは別の人にとってはそれほど尊厳があるものではないということが生じる。したがって患者や家族は「何を選択するか」ということが医療の場面で繰り返し問われるようになった。

相談員は患者や家族に「情報が欲しい」と言われることが多い。その意味は、病気についての情報、治療内容についての情報、病院についての情報を患者や家族は求めてくる。相談員が資料を提供したり、患者や家族が自分たちで調べたり、人づてに話を聞くことなどにより、患者も家族もかなりの情報を手にすることができる。患者や家族は、こういう治療がよいのではないかと周囲の人から勧められたり、こういう病院で治療を受けるのがよいのではないかと言われたり、場合によっては、具体的な食品の摂取を勧められることもあるだろう。

多くの情報を手にして、その中から自分たちにとって適切なものを選択できる患者や家族もいるが、中には「どうしたらいいでしょうか」と相談に来る方もいる。相談員は、患者の病状はどうであるか、家族の状況はどうであるか、経済的な余裕がどの程度あるのか、患者や家族がどのような生き方をよしと考えるのか、どのような地域に住んでいるのか、などを考慮しながら、相談者の個別性を重視して支援を行っているはずである。今後も意思決定に関わる支援は多くなるであろう。

## 7. まとめ

がん専門相談員が相談支援をするうえでの要点をまとめると

1. 相談者を全人的に理解すること
2. 理解した内容を多職種チームで共有すること
3. 患者だけではなく家族を含めた家庭全体が支援の対象であること
4. 意思決定の援助の仕方を工夫すること

ということになる。

相談員は、相談者を理解する視点、コミュニケーション技術、情報収集や整理をする力を身につけることに加え、尊厳のある生き方、豊かな生き方、その人らしい生き方ということについての考えを自分の中で育んでいくことが求められるであろう。

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

がん専門相談員のための学習の手引き～実践に役立つエッセンス～  
の改訂に関する研究

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

石川 睦弓 静岡県立静岡がんセンター  
岩本 純子 北里大学病院  
内丸 薫 東京大学医科学研究所附属病院  
小郷 祐子 国立がん研究センターがん対策情報センター  
近藤 まゆみ 北里大学病院  
佐藤 美紀 北里大学病院  
柴田 大朗 国立がん研究センター多施設臨床試験支援センター  
鈴木 望 国立がん研究センターがん対策情報センター  
田尾 絵里子 国立がん研究センター中央病院 外来研究員（H24 年度）  
高山 恵理子 上智大学  
橘 直子 山口赤十字病院  
橋本 久美子 聖路加国際病院  
東 尚弘 国立がん研究センターがん対策情報センター

**研究要旨：**がんを取り巻く環境は、刻々と変化し、それに呼応してがん相談支援センターに求められる役割も広がりつつある中で、がん専門相談員が共有すべき知識や技術の一部はより整理され、また学ぶべき範囲は拡大している。本研究では2008年8月に作成された「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～（以下「手引き」と記載）」を、がん患者や家族、医療者ならびに社会から求められているがん専門相談員の役割に沿って、1）「手引き」で扱うべきテーマを明らかにすること、2）挙げられたテーマについて相談員が学び共有すべき知識や技術について記述し、「手引き」を改定することを目的として、第2版を作成した。

## A. 研究目的

2006 年 2 月に、全国のがん診療連携拠点病院に相談支援センターが置かれることとなって 9 年が経過した。この間、がん対策基本法の施行（2007 年 4 月）やがん対策推進基本計画が出され（同 6 月、2012 年 6 月改定）、全国の相談支援センターの相談員に対する研修会（2007 年～）や地域でのがん相談関連のネットワークづくりなど、がんを取り巻く国内の相談体制の整備が進められている。

「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～」の初版は、2007 年 6 月の「がん対策推進基本計画」においてすべての相談支援センターにがん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置することが明記されたことを受け、2008 年 8 月に全国のがん専門相談員の共通理解とスタンスを確認すること、相談員の日々の相談支援業務に直接役立つ実践知を共有するための手引きとして作成された。がんを取り巻く環境は、刻々と変化し、それに呼応してがん相談支援センターに求められる役割も広がりつつある中で、がん専門相談員が共有すべき知識や技術の一部はより整理され、また学ぶべき範囲は拡大している。

よって本研究では、がん患者や家族、医療者ならびに社会から求められているがん専門相談員の役割に沿って、1)「手引き」で扱うべきテーマを明らかにすること、2)挙げられたテーマについて相談員が学び共有すべき知識や技術について記述し、「手引き」の改定版を作成することを目的とする。

## B. 研究方法

2012 年 6 月に閣議決定されたがん対策推進基本計画ならびに 2007 年以降に発出されたがん診療連携拠点病院の指定に関する指針、国立がん研究センターがん対策情報センターが行う相談員基礎研修のテキストを参考資料として、研究分担者が本書において取り扱うべきテーマを検討した。挙げられたテーマについて、各領域の専門家に依頼し、初版の原稿の修正または新規執筆を行った。一領域（アスベスト）についてのみ、専門家による執筆の依頼ができなかったため、原稿作成後、2 名の専門家による査読を行った。作成した原稿については、すべての章について看護職および福祉職のがん専門相談員による査読を行った。

## C. 研究結果

### 1. 扱うべきテーマ

検討の結果、表 1 に示した領域について扱うことが必要であると考えられた。初版に記述されていたテーマで、不要と考えられたものはなく、新たに「サバイバーシップ」「就労支援」「HTLV-1」「がん登録」「家族性腫瘍」を加えることが適切であると考えられた。

表 1:「がん専門相談員のための学習の手引き」全体構成案

|        |                              |
|--------|------------------------------|
| 第 I 部  | 日本のがん対策とがん専門相談員の役割           |
|        | 1. 日本のがん対策とがん情報提供体制の基盤整備     |
|        | 2. 相談支援センターがん専門相談員の役割        |
| 第 II 部 | がん相談支援のプロセス                  |
|        | 1. <b>がん患者・家族の理解</b>         |
|        | 2. <b>がんサバイバーシップの理解とその支援</b> |
|        | 3. がんの心理社会的側面                |
|        | 4. コミュニケーションと相談支援のプロセス       |

|                                    |
|------------------------------------|
| 5 . 医学的情報の収集と提供                    |
| 6 . 地域・生活関連情報の収集と提供                |
| 7 . セカンド・オピニオン                     |
| <b>8 . がんと「働くこと」～特に就労支援に焦点をあてて</b> |
| 第 III 部 地域のネットワークづくりと広報            |
| 1 . ネットワークづくり                      |
| 2 . 広報の方法                          |
| 3 . がん情報ニーズの把握                     |
| 第 IV 部 がんに関する医学的情報                 |
| 1 . 診療ガイドライン                       |
| 2 . 臨床試験                           |
| 3 . 未承認薬                           |
| 4 . アスベストによる肺がんおよび中皮腫と法律・制度        |
| <b>5 . HTLV-1 感染関連疾患</b>           |
| <b>6 . がん登録</b>                    |
| <b>7 . 家族性腫瘍(遺伝性腫瘍)</b>            |
| 第 V 部 がん相談支援の質の管理と維持               |
| 品質管理 (サービスの質)                      |
| 太字は新規に執筆された章                       |

## 2 . 原稿案の作成

1 で設定したテーマにあわせて「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～」第 2 版の原稿案を作成した。

1 で新たに扱うこととなったテーマの新規執筆に加え、既存原稿の修正では、主に「相談支援のプロセス」や「サバイバーシップ」、「セカンドオピニオン」概念の精緻化、法制度や情報源の更新、ネットワーク作りや広報やニーズ把握手法の実践例において加筆が行われた。

## 3 . 査読と最終原稿の確定

査読の結果、「相談者の理解」に関する章の一部については、差読者の一致した評価が得られなかったため掲載を見送り、全 160 ページからなる原稿を確定した。

最終的な目次について表 2 に示した。

表 2 : 「がん専門相談員のための学習の手引き」目次

|                                    |
|------------------------------------|
| 第 I 部 日本のがん対策とがん専門相談員の役割           |
| 1 . 日本のがん対策とがん情報提供体制の基盤整備          |
| 2 . がん相談支援センターがん専門相談員の役割           |
| 第 II 部 がん相談支援のプロセス                 |
| <b>1 . がんサバイバーシップの理解とその支援</b>      |
| 2 . がんの心理社会的側面                     |
| 3 . コミュニケーションと相談支援のプロセス            |
| 4 . 医学的情報の収集と提供                    |
| 5 . 地域・生活関連情報の収集と提供                |
| 6 . セカンド・オピニオン                     |
| <b>7 . がんと「働くこと」～特に就労支援に焦点をあてて</b> |
| 第 III 部 地域のネットワークづくりと広報            |
| 1 . ネットワークづくり                      |
| 2 . 広報の方法                          |
| 3 . がん情報ニーズの把握                     |
| 第 IV 部 がんに関する医学的情報                 |
| 1 . 診療ガイドライン                       |
| 2 . 臨床試験                           |
| 3 . 未承認薬                           |
| 4 . アスベストによる肺がんおよび中皮腫と法律・制度        |
| <b>5 . HTLV-1 感染関連疾患</b>           |
| <b>6 . がん登録</b>                    |
| <b>7 . 家族性腫瘍(遺伝性腫瘍)</b>            |
| 第 V 部 がん相談支援の質の管理と維持               |
| 品質管理 (サービスの質)                      |
| 太字は新規に執筆された章                       |

## D. 考察

初版の作成から 5 年間の間に、がん診療連携拠点病院の指定に関する指針に示されるがん相談支援センターの役割は徐々に追加されてきた。同時に、現場のがん専門相談員による実践の積み重ねの中で必要と感じられる知識や技術は、それぞれのがん相談支援センター内で蓄積されるだけでなく、地域相談支援フォーラムなど各種研修会の場などで意見交換がなされ、体験的知識が

共有される場が徐々につくられつつある。

「手引き」で扱うべきと判断されたテーマや、それぞれの専門家により修正・追記がなされた箇所はこれらの状況を反映したもののとなっていた。

#### E. 結論

本研究では 2008 年 8 月に作成された「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～(以下「手引き」と記載)」を、がん患者や家族、医療者ならびに社会から求められているがん専門相談員の役割に沿って、1)「手引き」で扱うべきテーマを明らかにすること、2)挙げられたテーマについて相談員が学び共有すべき知識や技術について記述し、「手引き」を改定することを目的として、第 2 版を作成した。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

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

なし。

##### 3. その他

特記すべきことなし。

#### 倫理的配慮

本研究において特段の配慮を必要とする事項はない

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

研修素材としての「がん相談事例」の作成と学習方法に関する検討

|       |        |                        |
|-------|--------|------------------------|
| 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   |
| 研究協力者 | 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                |
|       | 高野 和也  | 株式会社日立製作所ひたちなか総合病院     |
|       | 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   |
|       | 櫻井 雅代  | 国立がん研究センターがん対策情報センター   |

## 研究要旨

【目的】全国のがん相談支援センターにおいて、効果的に継続的な学習の場を提供していくためにも、現場の相談員にとって活用しやすい学習素材を提供することは重要である。本研究では、今後地域で学習機会を持つ際に活用できる研修素材を作成すること、またこうした研修素材を体系的に、より効果的に学べる素材提供方法について検討を行った。

【方法】相談員が現場でよく遭遇する 4 つの相談事例について検討を行い、「認知症」のがん患者の家族からの相談、「緩和ケア」導入時の患者や家族からの相談、「電話」での最新の情報を求める相談、「職場復帰」の際の相談の 4 事例について、DVD の作成、学習できるポイントの整理と提示、事例作成の意図についてまとめた。

【結果】4 事例のまとめ資料（資料 1 参照）

【考察】今回は、事例の作成と提供内容の整理のみであったが、今後、作成した事例をより多くの相談員に利用してもらうためにも、活用方法についてもより具体的に示しながら提供していくこと、活用による相談対応への波及や効果等についても検証する必要があると考えられた。

## A. 研究目的

がん相談支援センターの充実には、継続的な学習を行っていく必要がある。現在、がん対策推進

基本計画やがん診療連携拠点病院の整備指針のもとがん相談支援センターの相談員向けに行われている研修は、基礎的な研修を提供するにとどまっ

ている。また、地域でのがん相談の学習の機会は、各都道府県あるいは有志による活動となっている。学習の機会を持つ際に、どのような目的のもとに、どのような課題を克服し、研鑽を積むのかについては、各々の地域や施設の実状や課題に合わせて研修実施者に任せられているのが現状である。一方で、こうした学習素材を作成することは、非常に労力がかかることでもあり、多忙な臨床現場をもちながら、学習素材を準備することが難しい場合も多い。全国で効果的に継続的な学習の場を提供していくためにも、現場の相談員にとって活用しやすい学習素材を提供することは重要である。

そこで、本研究では、今後地域で学習機会を持つ際に活用できる研修素材を作成すること、またこうした研修素材を体系的に、より効果的に学べる素材提供方法について検討を行った。

## B. 研究方法

相談事例作成ワーキンググループを組織し、相談員が現場でよく遭遇する相談事例について検討を行った。

よく遭遇する事例で、かつ対応に苦慮する事例として、「認知症」のがん患者の家族からの相談、「緩和ケア」導入時の患者や家族からの相談、「電話」での最新の情報を求める相談、また第二期のがん対策基本計画でも取り上げられている「職場復帰」の際の相談、他の疾患や合併症をもつがん患者の相談があげられた。今回は、そのうち、合併疾患をもつがん患者からの相談を除く、4 事例について作成することとした。

作成にあたっては、それぞれの事例で、学習できるポイントを整理するとともに、事例からさらに発展的に考え、学ぶことができるように事例作成の意図をサマリーとしてまとめる形式とした。また、研修を企画する際には、これまでに行われている基礎研修の場面で用いられている DVD(つまり相談対応の画像があること)は、集団での学習素材として、効果的な学習素材であることが、経験上確認されていることから、それぞれの事例

の画像を作成することとした。さらに、基礎研修の場で一部学んでいる学習の仕方を踏襲する形で、事例ごとの相談の目的や主訴、心身の状態などについて、事実と予測されること、確認するポイント等をまとめたサマリーシートを作成した。

## C. 結果

資料 1 参照

## D. 考察

相談員が現場でよく遭遇する 4 つの相談事例を作成した。作成にあたっては、これまでに相談員が基礎研修等で学習している内容に基づいて、学習のポイント等を整理することに努めた。また、5 大がんに相当するがん種を 4 事例の中に盛り込むように努めたことで、限られた事例で、効率的かつ効果的に学ぶことにもつながると考えられる。

今回は、事例の作成と提供内容についての整理のみで、実際にこれらの事例が活用されることについての検討や評価は行うことができなかった。今後、作成した事例をより多くの相談員に利用してもらうためにも、活用方法についてもより具体的に示しながら提供していくこと、まあ活用による相談対応への波及や効果等についても検証する必要があると考えられる。

また今回は検討できなかったが、今後ますます複雑な背景をもつ相談者の相談事例は増えると予想され、より体系だった学び方ができるような素材作成・提供として、

- 合併症あり (からだ) + がん
- 精神疾患あり (こころ) + がん
- 生活困難あり (くらし) + がん

といった観点からも学習素材の検討を行うことが必要であると考えられる。

## **E. 結論**

各地域で学習機会を持つ際に活用できる研修素材を作成し、研修素材を体系的に、より効果的に学べる素材提供方法について検討を行った。相談員が現場でよく遭遇する4つの相談事例を、これまでに相談員が基礎研修等で学習している内容に基づいて整理し、提供することを心がけた。今回は、事例の作成と提供内容の整理のみであったが、今後、作成した事例をより多くの相談員に利用してもらうためにも、活用方法についてもより具体的に示しながら提供していくこと、活用による相談対応への波及や効果等についても検証する必要があると考えられた。

## **F. 研究発表**

### **1. 論文発表**

なし

### **2. 学会発表**

なし

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

がん相談支援における事例検討方法と事例検討の学習方法に関する検討  
～「事例検討の方法を学ぶ」ワークショップ開催結果を通して～

|       |        |                      |
|-------|--------|----------------------|
| 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 |
| 研究協力者 | 鈴木 幸一  | 福島労災病院               |
|       | 福地 智巳  | 静岡県立静岡がんセンター         |
|       | 橋本 久美子 | 聖路加国際病院              |
|       | 横川 史穂子 | 長野市民病院               |
|       | 小郷 祐子  | 国立がん研究センターがん対策情報センター |
|       | 櫻井 雅代  | 国立がん研究センターがん対策情報センター |

## 研究要旨

【目的】がん相談支援において、個々の対応方法の質を高めるための手段を学ぶこと、また学び方について普及することは重要である。そこで、がん相談支援の事例検討方法と事例検討の学習方法を学ぶことを目的にワークショップを開催し、事例検討を各施設や地域で進めていく際の課題について検討を行った。

【方法】全国のがん診療連携拠点病院のがん専門相談員を対象に、がん相談支援における事例検討の方法を学ぶワークショップの開催を呼びかけ、1 日プログラムのワークショップを開催した。内容は、講義、演習で構成した。演習では、参加者全員による模擬事例検討会、および事前に提出された事例を基にした模擬事例検討を行った。

【結果】11 名の参加者によるアンケートの結果は、ほとんどの者が、事例検討の過程、限界、グループダイナミクス的重要性について理解を深め、自施設や地域で事例検討に取り組むことができそうであると回答した。

【考察】事例検討に関する知識の獲得、模擬事例検討会の体験が、事例検討会開催の契機となり、相談支援のスキルアップに貢献する可能性が示唆された。また、事例検討の目的の明確化や、作法、限界などについて相談員が知識を得ておく必要性が明らかになった。このワークショップを通して得られた学習項目、内容、課題などを今後のがん相談支援センター相談員指導者研修など、より普及しやすい方法を検討して組み込む必要性が示された。

## A.研究目的

各都道府県において、がん相談支援に関する研修会が有志により企画され成果を上げている。そ

の企画の一つとして多くあげられるのが事例検討である。事例検討は、地域毎に他職種を交えて大規模に行われる場合、各がん相談支援センターの

相談員数名で小規模に行われる場合など様々に行うことが可能である。

事例検討は、具体的な相談事例を参加者で共有し、問題の本質を明らかにしたり、相談プロセスを多角的に分析したりすることにより、より良い解決策を見出したり、相談員の強みを発見できたりする。また、討議する中で、相談員それぞれの価値観を確認できたり、組織としての問題を明確化できたり、方向性の統一を図る好機となったりする場合もあり、大変有効である。

一方、事例検討を実際に行った担当者が、自己の相談支援内容を非難された、事例を提出することが憂鬱だと感じることも少なくない。事例検討を行うにあたり、教育学的な知識や留意点などを学習し、参加者皆で共有しなければ、有意義な事例検討にはならず、被害者を生み出すことになりかねない。

そこで、本研究は、がん相談支援の事例検討方法と事例検討の学習方法「がん相談支援のスキルアップを目指した事例検討の方法を学ぶ」ことを目的にワークショップを開催し、事例検討を各施設や地域で進めていく際の課題について検討を行った。

## B.研究方法

### 1.ワークショップの企画

**対象者：**全国のがん診療連携拠点病院のがん専門相談員を対象に、ワークショップの目的、方法等についてメーリングリストを用いて配信し、参加を募った。相談員基礎研修(3)を修了した者で、がん相談支援センターにおいて実践を行っている20~30名に限定して募集した。また、参加希望者には、事前に自身の事例提出を条件とした。

**開催日：**平成25年12月14日(土)

**開催時間：**10:00~16:30

**参加費：**無料

### 2.ワークショップの内容

ワークショップの学習目標(表1)を設定し、

講義、演習(模擬事例検討)を組み合わせ構成した(表2)。

事前に提出した事例には、ファシリテータ(当ワークショップを企画した研究協力者)が目を通し、具体的な助言を記して個別に返却した。

## C.研究結果

### 1.ワークショップ

12名の応募があり、当日は11名が参加した。

まず、オリエンテーションで学習目標を確認し、「事例検討の方法論、目的」について講義した。「事例」、「事例研究」、「事例検討」のそれぞれについて概説し、ケースメソッド法、インシデント・プロセス法、がん相談員にとっての事例検討の意義について解説した。また、スーパービジョンの種類、ピア・スーパービジョンの要素を取り入れた事例検討についても概説した。さらに、事例検討にあたり注意すべき点、事例検討のプロセス、エコマップの活用についても紹介した。

次に、「事例検討の作法、限界」について講義した。ここでは、対象者の同意を得る必要性、安全、安心して検討できる環境作りの重要性、資料の取り扱い、誰の問題、学びを優先するか、参加者の関係性や経験に影響される討議の成熟度、事例検討に必須の項目等を紹介した。

さらに、事例検討を適切に企画、運営できることを目的に、模擬事例検討を行った。司会役(1名)、事例提供者役(1名)、オブザーバー役(3名)、参加者役(その他全員)を決め、実際に体験し、それぞれの視点から意見交換を行った。

その後、事前に提出された事例を基に、3グループに分かれて上記同様に役割分担し、模擬の事例検討を行った。終了後には、同様に意見交換を行った。

加えて、地域の事例検討会を数年にわたり開催してきた経験者から、失敗談、工夫点などを紹介した。

### 2.アンケート結果(表3)

アンケートの回答数は 11 名（回収率 100%）であった。

事例検討の過程について理解が深まったに「とてもそう思う(73%)、ややそう思う(27%)」、構造や参加者属性の等により事例検討の場の作り方が変わることに理解が深まったに「とてもそう思う(91%)、ややそう思う(9%)」、事例検討の限界に関する理解が深まったに、「とてもそう思う(82%)、ややそう思う(18%)」、事例検討の場において、グループダイナミクスが重要であることへの理解が深まったに、「とてもそう思う(91%)、ややそう思う(9%)」、自施設や自分の地域（都道府県）で事例検討に取り組むことができそうであるに、「とてもそう思う(36%)、ややそう思う(55%)」と回答した。

#### D. 考察

事後アンケート調査の結果から、参加者は、「事例検討」という視点から教育的な知識を得て、模擬事例検討会を体験し、多角的な意見交換を行うことができたと考えられた。参加者の中には、自己の相談支援のスキルに悩むばかりでなく、がん相談支援センター内、地域の研修会の企画、運営に悩んでいる者も多いた。孤独に悩むばかりでなく、このようなワークショップで学術的に知識を得ること、模擬の事例検討会を体験すること、他職種、他の地域、組織の現状や意見を交換することは、より良い事例検討開催の契機となり、継続的な事例検討会の実現に有効であったと示唆される。

事例検討会の積み重ねは、個々の相談支援のスキルアップに貢献する。そのために、事例検討の目的の明確化や、作法、限界などについて相談員が知識を得ておくことで、安心できる環境において、学ぶ意欲を継続できる場の構築につながるこ

とが確認された。

今後さらに、がん相談支援の質向上に向けた取り組みの一つとして、事例検討を全国に普及させて行くために、今回行ったワークショップで確認された学習項目、内容、事例検討の課題の選定やフィードバック方法などを参考に、より利用しやすいものとして示していくことが必要である。また、がん相談支援センター相談員指導者研修等のプログラムとして提供することで、より効果的に全国に広めて行くことができると考えられ、国内の研修や学習の枠組みに組み込む必要性が示された。

#### E. 結論

がん相談支援の事例検討方法と学習方法を学ぶことを目的にワークショップを開催し、事例検討を各施設や地域で進めていく際の課題を明らかにすることを目的とした。その結果、講義および演習で構成されるワークショップの開催を通じて、事例検討に関する知識の獲得や模擬事例検討会の体験が、事例検討会開催の契機となり、相談支援のスキルアップに貢献する可能性が示唆された。また、事例検討の目的の明確化や、作法、限界などについて相談員が知識を得ておく必要性が明らかになった。このワークショップを通して得られた学習項目、内容、課題などを今後のがん相談支援センター相談員指導者研修など、より普及しやすい方法を検討して組み込む必要性が示された。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

**表1 学習目標**

|                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 「事例検討」の方法を学ぶ。</li><li>・ 相手（相談者・協働する関係者等）の立場に立って、ものを見る視点や考えに気づく。</li><li>・ 自分の専門性の強み・弱みに気づくとともに、自分の職場環境に活かすことができる。</li><li>・ 自分の見方・考え方・アセスメント力の幅を広げる。</li><li>・ 事例検討参加者全員が、お互いにピアであり、助け合える存在であることに気づく。</li></ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

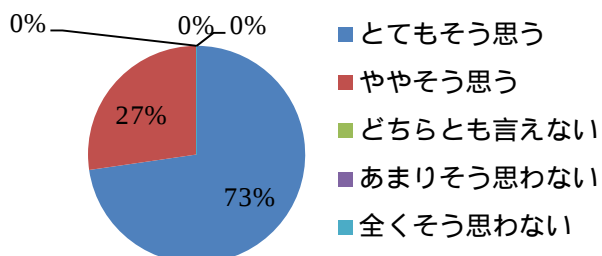
**表2 当日スケジュール**

| 時 間   | 内 容                                                                                  | 担当（敬称略）     |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 10:00 | オリエンテーション 「学習目標の確認」                                                                  | 高山智子        |
| 10:05 | 講義 「事例検討の方法論・目的」                                                                     | 鈴木幸一        |
| 10:55 | 休憩                                                                                   |             |
| 11:05 | 講義 「事例検討の作法・限界」                                                                      | 福地智巳        |
| 11:45 | 昼休み                                                                                  |             |
| 12:45 | アイスブレイク 「今年一番のマイニュース」                                                                | 橋本久美子       |
| 13:00 | グループワーク「参加者全員で事例検討の方法を模擬体験」<br>司会進行役：横川<br>事例提供者役：橋本<br>オブザーバー役：参加者3名<br>メンバー役：参加者9名 | 福地智巳 / 鈴木幸一 |
| 14:15 | 休憩                                                                                   |             |
| 14:25 | グループワーク 「グループ毎に事例検討の方法を体験」                                                           | 福地智巳 / 鈴木幸一 |
| 15:40 | 全体共有 「事例検討を体験したことでの気づきや課題」                                                           | 福地智巳 / 鈴木幸一 |
| 16:00 | まとめ アンケート記入                                                                          | 高山智子        |

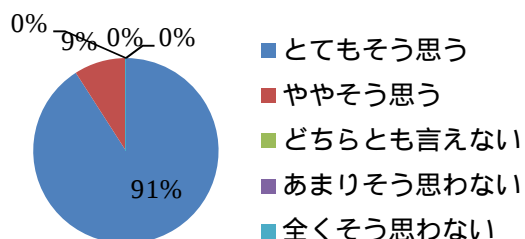
表3 アンケート結果

・ 本日のプログラムについて伺います。

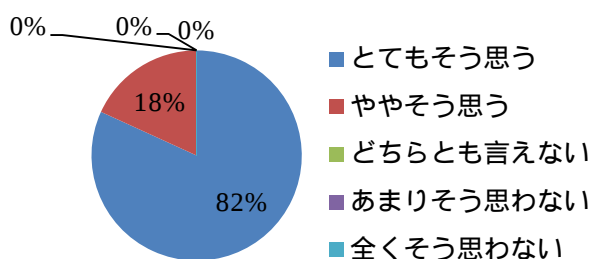
1) 事例検討の過程について理解が深まった。



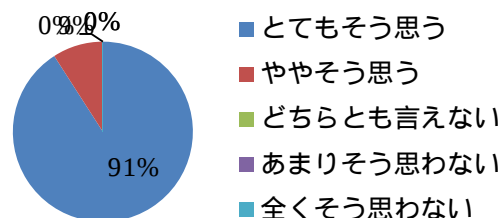
2) 構造や参加者属性等により、事例検討の場のづくり方が変わることへの理解が深まった。



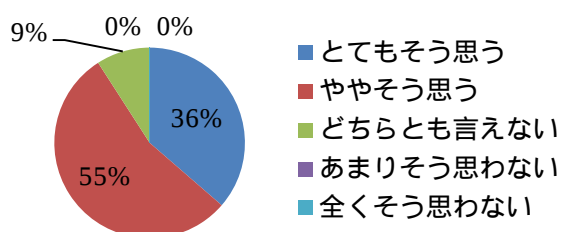
3) 事例検討の限界に関する理解が深まった。



4) 事例検討の場において、グループダイナミクスが重要であることへの理解が深まった。



5) 本日の内容を踏まえて、自施設や自分の地域（都道府県）で事例検討に取り組むことができそうである。



・その他、全体を通しての感想・意見などありましたらご記入ください。

|    |                                                                                                                                       |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 講義、グループワークが、日常業務の中での事例検討において、とても勉強になった。<br>質の向上につながると感じた。参加してよかった。                                                                    |
| 2  | 成熟したグループでの事例検討は、非常に進めやすく学びも多いということを認識した。<br>実際に地域で行うならば、ねらいや参加者の状況に合わせた組み立てが大事であると再認識した。<br>少しがんばれそうです。                               |
| 3  | 事例検討では客観的にできていることを認めていただき、とても励みになった。<br>明日から実践に活かそう。                                                                                  |
| 4  | 事例検討会で、根拠のある分かち合い、モチベーションの向上ができるよう努力していきたい。<br>事前の提出事例にアドバイス頂き、感謝。                                                                    |
| 5  | 多職種による事例検討は、より内容が深まると感じた。<br>講義の内容を振り返り、現場で活用していきたい。                                                                                  |
| 6  | 事例提供者のニーズに沿って事例検討を進めていくことが大切だと気づいた。<br>事例検討もエコマップが有効だと気が付いた。<br>相談支援のプロセスと同じだなと感じた。<br>有意義な時間を過ごすことができた。<br>自施設でも他職種と事例検討できるよう取り組みたい。 |
| 7  | 今後現場で事例検討する場面に、学んだ知識を生かしていきたい。<br>少人数で、顔が身近で、アットホームな研修会で、心強く思えた。                                                                      |
| 8  | 事例検討会の企画運営に即活用できそう。<br>同時に今までより十分な検討が必要であったと痛感。<br>ピア・スーパービジョンの3重構造を意識しゴール設定をすればより学びも大きくなるかと思った。                                      |
| 9  | 知識がほとんどない中で自分がこの研修に参加してよかったのか不安だった。<br>グループの討論が深まっていく過程が見えてよかった。<br>事例の書き方をもっと工夫して練習したいと思う。                                           |
| 10 | まずは少し小さな集まりから検討会ができればと思う。<br>司会も場数をこなし、場を回す余裕が生まれれば、事例検討を行うハードルを低くできると思った。                                                            |

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を含めた機能と役割、位置づけに関する検討

研究分担者 岡本直幸 神奈川県立がんセンター 特任研究員

**研究要旨：**全国で地域がん診療連携拠点病院に指定された397施設への2011年と2012年の調査結果資料をデータとして用いて、がん診療連携拠点病院における相談支援センターの体制や業務の在り方に関する検討を平成24年度研究、平成25年度研究として行ってきた。相談支援センターとしての体制や業務は、各施設の設立母体や目的、病床数、がん患者割合などを考慮し、全国一律ではない対応の必要性が示唆された。また、また相談支援センターのスタッフの中心は看護師、社会福祉士（SW）が中心で、臨床心理士や医療心理に携わる者の関与が少なかった。

**A. 研究目的**

全国で397施設が地域がん診療連携拠点病院として指定されており、当該地域におけるがんの診断・治療やがん患者・家族の支援を積極的に行うことが期待されている。しかし、各施設は設立母体やその目的によって同一に扱うことができないと思われることから、平成24年度の研究では2011年調査の地域がん診療連携拠点病院現況調査結果を、平成25年度は2012年調査の地域がん診療連携拠点病院現況調査結果を用いて、それぞれの拠点病院の施設状況に応じた相談支援センターの在り方を検討することを目的とした研究を行ってきた。

**B. 研究方法**

地域がん診療連携拠点病院現況調査2011年、2012年の報告書データをもとに解析を行った。現況調査のデータは、大学付属病院、全がん協加盟施設、一般病院（病床数499以下）、一般病院（病床数500以上）の4群に分けて集計・解析を行った。

（倫理面への配慮）

拠点病院の施設調査データを用いており、患者個人を特定する項目は全く使用していない。

表1 相談員の人数および職種数

| 相談員数<br>職種数 | 大学付属病院<br>(85施設) | 全がん協施設<br>(29施設) | 500床未満病院<br>(136施設) | 500床以上病院<br>(147施設) | 総計<br>(397施設) |
|-------------|------------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| 人数          | 7.8 ( 6.80 )     | 7 ( 3.10 )       | 4.9 ( 2.50 )        | 6.5 ( 4.20 )        | 6.3 ( 4.50 )  |
| 1職種         | 22 ( 0.26 )      | 3 ( 0.10 )       | 28 ( 0.21 )         | 37 ( 0.25 )         | 90 ( 0.23 )   |
| 2職種         | 26 ( 0.31 )      | 9 ( 0.31 )       | 51 ( 0.38 )         | 56 ( 0.38 )         | 142 ( 0.36 )  |
| 3職種         | 20 ( 0.24 )      | 9 ( 0.31 )       | 40 ( 0.29 )         | 30 ( 0.20 )         | 99 ( 0.25 )   |
| 4職種         | 9 ( 0.11 )       | 5 ( 0.17 )       | 7 ( 0.05 )          | 15 ( 0.10 )         | 36 ( 0.09 )   |
| 5職種以上       | 8 ( 0.09 )       | 3 ( 0.10 )       | 10 ( 0.07 )         | 9 ( 0.06 )          | 30 ( 0.08 )   |

## C. 研究結果

平成 24 年～25 年度の研究成果により、年間の全入院患者に占めるがん患者の割合が大学付属病院で 29%、全がん協加盟施設で 62%、その他の一般病院で 22～23%と異なることが明らかとなった。最もがん患者割合が低かった施設は一般病院で 7%であった。

相談支援センターの相談員について各施設の人数とその職種について分析をおこなったところ、相談員数は大学付属病院 7.8 人、全がん協 7.0 人、500 床未満病院 4.9 人、500 床以上病院 6.5 人であった（表 1）。また職種に関しては、2 職種の施設がもっとも多く、全施設中の 36%を占めていた。

相談員の職種に関しては（表 2）、看護師、社会福祉士（SW）が中心で、他の職種の関与は低かった。とくに臨床心理士、医療心理に携わる者の関与が低かった。

## D. 考察

地域がん診療連携拠点病院では相談支援センターの設置が義務付けられているが、その体制や業務に関しては定まったものがなく、基準的な体制や業務内容の構築が求められるが、本研究の結果、各施設の設立母体や目的等によって対象とするがん患者の数や処置等が異なっていることが推測されたことから、各施設の現状に応じた相談支援センターの構築が望まれる。

## E. 結論

地域がん診療連携拠点病院の現況に即した相談支援センターの体制整備や業務・運営が望まれることから、各施設に応じた対応策の構築が望まれる。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

- 岡本直幸：がん登録の来し方—歴史を知る—、JACR Monograph 17:1-5, 2012
- 片山佳代子、夏井佐代子、岡本直幸：神奈川県内における乳がん罹患の地域集積性の検討、JACR Monograph 17:51-52, 2012
- Ohe M, Yokose T, Sakuma Y, Miyagi Y, Okamoto N, et al.: Stromal micropapillary component as a novel unfavorable prognostic factor of lung adenocarcinoma. Diagnostic Pathology 7:3, 2012.
- Okamoto N: Use of “AminoIndex Technology” for cancer screening. Ningen Dock 26:911-922, 2012.

### 2. 学会発表

- K. KATAYAMA and N. OKAMOTO: 2012 Consideration of Regional Clustering of Breast and Stomach Cancer in Kanagawa Prefecture. 第 71 回日本癌学会学術総会、札幌、2012.
- 岡本直幸・片山佳代子・夏井佐代子・三上春夫：がん患者の医学的フォローは何年後まで必要か？ 地域がん登録協議会学術集会、高知、2012
- N. OKAMOTO, K. KATAYAMA, S. NATSUI, H. MIKAMI: Cancer survival rate: How long should cancer patients undergo medical follow-up? IACR Scientific Conference, Cork Ireland, 2012

表2 相談員の職種

| No   | 職種        | 大学付属病院<br>(85施設) | 全がん協施設<br>(29施設) | 500床未満病院<br>(136施設) | 500床以上病院<br>(147施設) | 総計<br>(397施設) |
|------|-----------|------------------|------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| 相談員1 | 保健師       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.03 )       | 3 ( 0.02 )          | 2 ( 0.01 )          | 6 ( 0.02 )    |
|      | 精神保健福祉士   | 2 ( 0.02 )       | 1 ( 0.03 )       | 4 ( 0.03 )          | 3 ( 0.02 )          | 10 ( 0.03 )   |
|      | 社会福祉士(SW) | 39 ( 0.46 )      | 9 ( 0.31 )       | 61 ( 0.45 )         | 62 ( 0.42 )         | 171 ( 0.43 )  |
|      | 事務員       | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )          | 1 ( 0.01 )          | 2 ( 0.01 )    |
|      | 看護師       | 35 ( 0.41 )      | 16 ( 0.55 )      | 53 ( 0.39 )         | 69 ( 0.47 )         | 173 ( 0.44 )  |
|      | 医療心理に携わる者 | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 1 ( 0.01 )          | 3 ( 0.01 )    |
|      | 医師        | 7 ( 0.08 )       | 2 ( 0.07 )       | 7 ( 0.05 )          | 6 ( 0.04 )          | 22 ( 0.06 )   |
|      | SW(上記以外)  | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )       | 7 ( 0.05 )          | 1 ( 0.01 )          | 8 ( 0.02 )    |
| 相談員2 | 臨床心理士     | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )          | 0 ( 0.00 )          | 1 ( 0.00 )    |
|      | 薬剤師       | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 4 ( 0.03 )          | 6 ( 0.02 )    |
|      | 保健師       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.03 )       | 2 ( 0.01 )          | 2 ( 0.01 )          | 5 ( 0.01 )    |
|      | 精神保健福祉士   | 8 ( 0.09 )       | 3 ( 0.10 )       | 10 ( 0.07 )         | 8 ( 0.05 )          | 29 ( 0.07 )   |
|      | 社会福祉士(SW) | 20 ( 0.24 )      | 10 ( 0.34 )      | 35 ( 0.26 )         | 40 ( 0.27 )         | 105 ( 0.26 )  |
|      | 事務員       | 4 ( 0.05 )       | 2 ( 0.07 )       | 3 ( 0.02 )          | 7 ( 0.05 )          | 16 ( 0.04 )   |
|      | 看護師       | 24 ( 0.28 )      | 6 ( 0.21 )       | 39 ( 0.29 )         | 35 ( 0.24 )         | 104 ( 0.26 )  |
|      | 医療心理に携わる者 | 2 ( 0.02 )       | 1 ( 0.03 )       | 7 ( 0.05 )          | 1 ( 0.01 )          | 11 ( 0.03 )   |
|      | 医師        | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 0 ( 0.00 )          | 2 ( 0.01 )    |
| 相談員3 | SW(上記以外)  | 2 ( 0.02 )       | 3 ( 0.10 )       | 10 ( 0.07 )         | 13 ( 0.09 )         | 28 ( 0.07 )   |
|      | 臨床検査技師    | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )          | 1 ( 0.01 )          | 1 ( 0.00 )    |
|      | 薬剤師       | 3 ( 0.04 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 3 ( 0.02 )          | 7 ( 0.02 )    |
|      | 保健師       | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 1 ( 0.01 )          | 3 ( 0.01 )    |
|      | 精神保健福祉士   | 4 ( 0.05 )       | 2 ( 0.07 )       | 6 ( 0.04 )          | 4 ( 0.03 )          | 16 ( 0.04 )   |
|      | 社会福祉士(SW) | 2 ( 0.02 )       | 2 ( 0.07 )       | 7 ( 0.05 )          | 5 ( 0.03 )          | 16 ( 0.04 )   |
|      | 事務員       | 6 ( 0.07 )       | 1 ( 0.03 )       | 9 ( 0.07 )          | 11 ( 0.07 )         | 27 ( 0.07 )   |
|      | 管理栄養士     | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )          | 0 ( 0.00 )          | 1 ( 0.00 )    |
|      | 看護師       | 8 ( 0.09 )       | 4 ( 0.14 )       | 15 ( 0.11 )         | 12 ( 0.08 )         | 39 ( 0.10 )   |
|      | 医療心理に携わる者 | 7 ( 0.08 )       | 3 ( 0.10 )       | 7 ( 0.05 )          | 8 ( 0.05 )          | 25 ( 0.06 )   |
|      | 医師        | 2 ( 0.02 )       | 1 ( 0.03 )       | 4 ( 0.03 )          | 4 ( 0.03 )          | 11 ( 0.03 )   |
| 相談員4 | SW(上記以外)  | 3 ( 0.04 )       | 4 ( 0.14 )       | 7 ( 0.05 )          | 5 ( 0.03 )          | 19 ( 0.05 )   |
|      | 薬剤師       | 2 ( 0.02 )       | 0 ( 0.00 )       | 2 ( 0.01 )          | 1 ( 0.01 )          | 5 ( 0.01 )    |
|      | 保健師       | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 1 ( 0.01 )          | 2 ( 0.01 )    |
|      | 精神保健福祉士   | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.03 )       | 0 ( 0.00 )          | 0 ( 0.00 )          | 1 ( 0.00 )    |
|      | 社会福祉士(SW) | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 2 ( 0.01 )          | 2 ( 0.01 )          | 5 ( 0.01 )    |
|      | 事務員       | 4 ( 0.05 )       | 3 ( 0.10 )       | 3 ( 0.02 )          | 5 ( 0.03 )          | 15 ( 0.04 )   |
|      | 管理栄養士     | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )          | 1 ( 0.01 )          | 2 ( 0.01 )    |
|      | 看護師       | 1 ( 0.01 )       | 2 ( 0.07 )       | 0 ( 0.00 )          | 4 ( 0.03 )          | 7 ( 0.02 )    |
|      | 医療心理に携わる者 | 5 ( 0.06 )       | 1 ( 0.03 )       | 5 ( 0.04 )          | 5 ( 0.03 )          | 16 ( 0.04 )   |
|      | 医師        | 1 ( 0.01 )       | 1 ( 0.03 )       | 2 ( 0.01 )          | 3 ( 0.02 )          | 7 ( 0.02 )    |
|      | SW(上記以外)  | 2 ( 0.02 )       | 0 ( 0.00 )       | 2 ( 0.01 )          | 2 ( 0.01 )          | 6 ( 0.02 )    |
| 相談員5 | 臨床検査技師    | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 1 ( 0.01 )          | 2 ( 0.01 )    |
|      | 薬剤師       | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )          | 0 ( 0.00 )          | 1 ( 0.00 )    |
|      | 精神保健福祉士   | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )          | 0 ( 0.00 )          | 1 ( 0.00 )    |
|      | 事務員       | 2 ( 0.02 )       | 1 ( 0.03 )       | 4 ( 0.03 )          | 3 ( 0.02 )          | 10 ( 0.03 )   |
|      | 管理栄養士     | 2 ( 0.02 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 0 ( 0.00 )          | 3 ( 0.01 )    |
|      | 医療心理に携わる者 | 1 ( 0.01 )       | 2 ( 0.07 )       | 1 ( 0.01 )          | 3 ( 0.02 )          | 7 ( 0.02 )    |
|      | 医師        | 0 ( 0.00 )       | 0 ( 0.00 )       | 1 ( 0.01 )          | 1 ( 0.01 )          | 2 ( 0.01 )    |
|      | SW(上記以外)  | 1 ( 0.01 )       | 0 ( 0.00 )       | 2 ( 0.01 )          | 1 ( 0.01 )          | 4 ( 0.01 )    |

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

情報提供および相談支援機能の役割分担と連携のあり方  
～ 情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）を考慮した場合の  
全国での整備数の検討～

|       |        |                  |            |        |
|-------|--------|------------------|------------|--------|
| 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 | 室長     |
|       | 岡本 直幸  | 神奈川県立がんセンター臨床研究所 | がん予防・情報学部  | 部長     |
|       | 清水 奈緒美 | 神奈川県立がんセンター      | 看護科        | 科長     |
|       | 近藤 まゆみ | 北里大学病院           | 看護部        | 看護師長補佐 |

研究要旨

情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）の観点を考慮した上で、理想としての情報提供および相談支援機能の役割分担と連携のあり方、とくに全国での整備数について検討を行った。

相談支援センターにおいて、現在情報提供と相談支援すべき内容として掲げられている情報の種類を、1)稀少がん、2)アスベスト、3)HTLV1、4)臨床試験、5)療養情報、6)就労支援、の 6 つに分類し、それぞれの収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）と全国での整備数について検討を行った。さらに、集約可能な提供方法（媒体）についても、媒体（対面、電話、e-mail）についても同様に検討を行った。

その結果、情報の収集や整理の単位、提供と普及、その結果整備すべき全国での数については、それぞれ似ているところ（同様に分類してよいと考えられるところ）切り離して別に分類した方が良いところがより明確に示された。今後は、実際の地域の中でのこれまでの歴史や関係性、利害関係などの課題もあり、あるべき姿、より効果的であり、効率的である方法については、さらに地域ごとに、関係者が集って検討していくことが必要であると考えられた。

## A. 研究目的

前任の研究班、厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「相談支援センターの機能の強化・充実と地域における相談支援センターのあり方に関する研究」の報告書としてまとめられた「相談支援センターの現状と課題、そして目指すべき方向性」（平成 23 年 5 月報告書）において、相談支援センターに課せられる役割と機能を明確にすること、拠点病院内の相談対応機能を充実させ、各々の病院の特性を踏まえた段階的な発展および充実を図れるようにすることが、さまざまな相談支援センターにおける検討事項の優先事項として示された。

H25 年 4 月現在 397 ある相談支援センターは、その母体となっているがん診療連携拠点病院の規模や地域での役割も異なり、それぞれに発展してきている現状である。当然ながら規模や専門性の異なる病院間で、たとえばがん専門病院と一般総合病院が同じような機能充実を図ることは難しく、それぞれの特徴に合った形で、役割分担をしていくことが最も現実に対応した機能充実につながると考えられる。

がん診療連携拠点病院における相談支援センターは、H18 年 2 月の拠点病院の指定要件として示された“新しい機能”である。したがって、すでにあった既存の枠組みの中で、各地域それぞれの医療機関の中で発展してきている“現状”からだけでは、今後のよりよいあり方について検討することが難しい。そこで、「相談支援センターの現状と課題、そして目指すべき方向性」の報告書の内容を踏まえ、さらに、情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）の観点を考慮した上で、理想と

しての情報提供および相談支援機能の役割分担と連携のあり方、とくに全国での整備数について検討を行った。

## B. 研究方法

相談支援センターにおいて、現在情報提供と相談支援すべき内容として掲げられている（話題に取りあげられていることも含む）内容について、まず情報の種類の分類を行った。その結果、情報の種類について、1)稀少がん、2)アスベスト、3)HTLV1、4)臨床試験、5)療養情報、6)就労支援、の 6 つに分類され、それぞれの収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）と全国での整備数について、検討を行った。また、情報の種類とは別に、提供方法（媒体）についても集約可能なものがあると考えられたため、媒体（対面、電話、e-mail）についても同様に検討を行った。

## C. 研究結果

検討結果を表 1 に示した。

表1. 全国のがん診療連携拠点病院 相談支援センターの役割と機能・情報提供種類別の情報収集、提供の役割分担

|              | 情報収集/整理の単位                  |                                                                 | 提供(普及)                      | 相談対応(=教育、専門性)                                                                            | 拠点病院別の役割(全国での数)                                                                          | 実施状況の把握(評価)                                           | その他備考                              |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 稀少がん         | 院内がん登録<br>(治療成績、治療<br>実施施設) | 院内がん登録により<br>集約                                                 |                             | 治療実績があり、かつ、相談対応ができる専門性をもつ施設の相談支援センターへ集約                                                  | 県で1つ以上/各都道府県の中で決定                                                                        | 情報提供件数は、全国単位で評価                                       |                                    |
| アスベスト        |                             |                                                                 |                             |                                                                                          |                                                                                          |                                                       |                                    |
| HTLV1        |                             |                                                                 |                             |                                                                                          |                                                                                          |                                                       |                                    |
| 臨床試験情報       | NCCのDB(UMIN, JAPIC)         | 主任研究者による実施医師、病院の情報収集                                            |                             |                                                                                          | 各拠点病院(397)                                                                               | 情報提供件数は、全国単位で評価                                       | 将来的には、がん種別の評価も                     |
| 療養情報         | 1) 各地域がん診療連携拠点病院            | 各病院の連携先(患者会も含む)の情報収集                                            | 各拠点病院で情報提供より詳しくは最寄りの拠点病院へ照会 | 1)2)3)段階の情報収集および提供については、国→県→市町村へ通知(文書)<br><br>患者サロン(医療機関提供のもの)については、二次医療圏内で、調整(開催日、開催場所) | 各拠点病院(397)<br>広報は各拠点および県(行政)<br><br>都道府県拠点病院(51)<br>広報は各県拠点および県(行政)<br><br>がん対策情報センター(1) | 療養情報提供件数は、県単位、全国単位で評価<br><br>参加人数は、二次医療圏?、県単位、全国単位で評価 |                                    |
|              | 2) 都道府県がん診療連携拠点病院(1)の集約     | 県内の全拠点病院の連携先の情報収集(1)より収集                                        |                             |                                                                                          |                                                                                          |                                                       |                                    |
|              | 3) がん対策情報センター(2)の集約         | 全国の拠点病院の連絡先の情報収集(2)より収集                                         |                             |                                                                                          |                                                                                          |                                                       |                                    |
| 就労支援         |                             | 制度や利用できる施設については、1カ所から提供(厚労省?)<br><br>就労支援、仕事を辞めないようにの心得など一般的な情報 |                             | 個別事例ごとに対応                                                                                | 各拠点病院(397)                                                                               |                                                       | (一般化しにくい) one on oneで各拠点病院で個別対応が必要 |
| 媒体<br>(提供方法) | 一般がん情報(対面)                  | がん情報サービス、できるだけ共通のものを共有することが望ましい                                 | できるだけ身近にあることが望ましい           |                                                                                          | 各拠点病院(397)                                                                               | 提供場所および全国単位で                                          |                                    |
|              | 一般がん情報(電話)                  |                                                                 | 1~数カ所                       |                                                                                          | 都道府県拠点病院(51)                                                                             |                                                       |                                    |
|              | 一般がん情報(e-mail)              |                                                                 | 1~数カ所                       |                                                                                          | 都道府県拠点病院(51)                                                                             |                                                       |                                    |

## D. 考察

1)稀少がん、2)アスベスト、3)HTLV1、4)臨床試験、5)療養情報、6)就労支援、の6つの情報の種類からさらにそれぞれの収集と整理、提供と普及、相談対応(教育と専門性)について検討を行ったところ、情報の収集や整理の単位、提供と普及、その結果整備すべき全国での数については、それぞれ似ているところ(同様に分類してよいと考えられるところ)、切り離して別に分類した方が良いところがより明確に示された。

たとえば、1)稀少がん、2)アスベスト、3)HTLV1については、情報収集や整理の単位は、まずは院内がん登録から集約することが現実的であると考えられる。また提供箇所(全国での数)については、疾患発生の分布を考えると、HTLV1については、九州ブロックにおいてより綿密に対応する必要がある。また4)臨床試験の情報については、国立がん研究センター「がん情報サービス」の臨床試験の検索サイトがH25年3月に公開になったところであり、院内での対応状況の情報収集は各病院別に行う必

要があるが、全国での情報収集や整理の単位は、UMIN や JAPIC それぞれのデータベースを通じて行うのが効率はよく、より具体的な情報収集は主任研究者から行うといったように、段階的に次のさらに詳しい情報につながる情報整備が必要と考えられた。

5)療養情報については、幅広く、また情報収集や整理の単位は、相談者の療養場所に近いところでないと情報収集が困難なことから、各病院のより小さい単位での情報収集が必要となる。一方で、転院や地域をまたいでの相談対応に応えるためには、そうした小さい単位で収集した情報を集約して、より広域でも対応できるような情報整理の流れを充実することも必要となってくる。

6)就労支援については、5)療養情報とほぼ重なると考えられる。ただし、制度や利用できる施策については、1カ所で集約可能であるが、「支援」までを視野に入れるならば、個別性が非常に高いことが考えられ、個別事例ごとに対応することが必要になる

と考えられる。

提供方法（媒体）については、ここでは一般がん情報の対応についてのみ取りあげたが、電話、e-mail は、場所依存でなくとも対応できることから、利用者が利用しやすいアクセスの確保ができ、1～数力所の提供場所に対応可能である。ただし当然ながら、対面に対応した場合と異なり、対応範囲の限界はあると考えられる。

また評価の単位については、こうした役割分担をしていくならば、分担された相談内容がそれぞれについて異なり、かつ、次の窓口や段階へつなげていく必要があることから、1 回では完結しない場合も多く出てくると考えられる。さらに、情報提供および相談支援の体制が、拠点病院のみならず地域で生じる相談について対応し、またどここの相談支援センターを利用してもよいことから、より広域で、最終的には全国の単位で評価できるような体制としていくことが望ましいと考えられる。

以上のように、情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）の観点から、全国の相談支援センターまた関連の情報提供や相談支援体制の役割分担を考えることは可能であると考えられた。ただし、実際には、地域の中でのこれまでの歴史や関係性、利害関係などの課題も生じてくると考えられ、こうしたあるべき姿、より効果的であり、効率的である方法を、さらに地域ごとに関係者が集って検討していく必要がある。

#### E. 結論

情報種別、収集と整理、提供と普及、相談対応（教育と専門性）の観点を考慮した

上で、理想としての情報提供および相談支援機能の役割分担と連携のあり方、とくに全国での整備数について検討を行った。今後は、実際の地域の中でのこれまでの歴史や関係性、利害関係などの課題もあり、あるべき姿、より効果的であり、効率的である方法については、さらに地域ごとに、関係者が集って検討していくことが必要である。

#### 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

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

ICT を活用した滋賀県がん相談支援センター相談員支援システムの開発・実施に 関する研究

研究分担者 鈴木孝世

滋賀県立成人病センター(都道府県がん診療連携拠点病院)副院長(がん医療担当)

滋賀県がん診療連携協議会企画運営委員会 委員長

滋賀県がん診療連携協議会相談支援部会 部会長

### 研究要旨

相談対応の質的な評価のあり方に関する検討においては、質の高いがん相談を提供すること、ならびに相談員の効率よい業務遂行のために、「ICTを活用した滋賀県相談支援センター相談員支援システム」を開発し稼働させた。

相談支援センターの地域における機能および役割の検討においては、

- ・外国人がん患者に対する相談支援体制提供の在り方の検討
- ・滋賀県版がん相談Q&A集の作成・編集・共有・公開
- ・情報提供・相談支援における滋賀県議会との連携

等について企画、実践を行った。

相談支援の領域においても多職種との連携、「チーム医療」がその質を高める必要条件であると考えられた。

### A. 研究目的

がん診療連携拠点病院に「がん相談支援センター」が設置され、地域住民に最新のがん情報の提供と、がんに係る包括的相談への対応が始まって5年が経過した。しかしながら、現在、その運用面での問題点が多く指摘されている。即ち地域住民へのがん情報の提供が地域によって偏りがあること、また、がんの相談件数が伸び悩んでいること等であり、がん相談支援センターが十分に活用されていないことが考えられる。

これらがん相談支援センターにおける運用面での課題に対応し、克服するために、

1) 情報提供ならびに相談対応部分における質的

な評価のあり方について検討すること、

2) 地域における相談支援センターの機能と役割について明らかにし、相談支援センターの院内外における活用実態の把握と地域特性別（ここでは滋賀県）の新たな活用方法のあり方を示すこと、以上2点を研究の目的とした。

### B. 研究方法と研究成果

1) 外国人がん患者に対する相談支援体制提供の在り方の検討

外国人に対して、主に通訳業務を通じ、臨床現場で診療支援を行っている公立甲賀病院を視察し、全県的な支援体制の構築を図った。現在継続

して取り組んでいるところである。

## 2) ICT を活用した滋賀県がん相談支援センター相談員支援システムの開発・実施に関する研究

2 年計画で研究を行った。1 年目にシステムの構築、2 年目にシステムの稼働を行った。平成 25 年度研究報告書に詳述したが、このシステムを活用することにより、相談支援センター間のチーム医療の推進、ならびに相談支援センター相談員の質の向上が期待できた。

## 3) 滋賀県版がん相談 Q&A 集の作成・編集・共有・公開

相談支援部会内にワーキンググループを置き、集中的に作業を行い平成 24 年 12 月に第 1 版を発行した。病院を始め、開業医院、保健所等の医療施設を始め、公官庁、学校に配置し、広く県民に配布できるようにした。

## 4) 情報提供・相談支援における滋賀県議会との連携

超党派である滋賀県がん対策議員連盟と、がん医療全般（特に就労支援やがん相談）にわたりその施策について連携し、その結果、滋賀県がん対策の推進に関する条例（平成 25 年 12 月 27 日公布、施行）に、当該項目が然るべく盛り込まれた。（倫理面への配慮）

本研究の実施に当たっては、個人情報の保護に万全の注意を払った。がん相談支援センター相談員事例検討会/研修会、ならびに相談支援関連の研究発表において、個人が特定されないように万全の措置を計った。また同様に、ICT を活用した滋賀県がん相談支援センター相談員支援システムの開発・実施に関する研究においても倫理面の配慮を十分に行った。

## **C. 考察**

がん相談支援の領域においても、議員を含めた多職種との連携、「チーム医療」がその質を高める必要条件であると考えられる。

がん医療・施策の中でも、特にこの相談支援の分野においては、条例・規則や制度等の公助も活用されるべきではあるが、地域住民が自らの共助の体制を作り上げることが重要であると思えた。

## **D. 結論**

1) 相談対応の質的な評価のあり方に関する検討と相談支援センターの地域における機能および役割の検討を、滋賀県という一つの地域で行った。

2) がん相談支援の質を高めるためには、多職種の連携と地域住民の共助が欠かせないと考えられた。

## **E. 研究発表**

### **1. 論文発表**

なし。

### **2. 学会発表**

なし。

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

病院患者図書館と地域の公立図書館の連携とがん情報提供支援に関する研究

研究分担者 郡司 篤晃 特定非営利活動法人医療の質に関する研究会 理事長  
研究協力者 田村 俊作 慶応大学文学部教授、慶応大学図書館長  
小川 俊彦 逗子市立図書館 館長

**研究要旨：** 疾病に罹患し終末を迎える経過の段階ごとに情報ニーズが存在する。NPO医療の質に関する研究会は2008年度から5年間で50病院に患者図書室を寄贈してきた。その中には26のがん拠点病院が含まれる。しかし、病院では死についての情報提供ははばかられる。そこで、公立図書館との連携が模索された。図書館の専門家である研究協力者との検討を重ね、終末における情報支援の在り方、具体的な方法についてまとめ、結論とした。

A. 研究目的

がんは発病から治療、そして終末までの経過のそれぞれ時点で情報ニーズが発生し、支援を必要とする。

NPO「医療の質に関する研究会」は、2007年度以来、全国の病院を対象に、患者図書室を寄贈すること、および同図書室を拠点としたヘルス・リテラシーの向上を通して「協働の医療」の文化の醸成に取り組んできた。しかし、病院では死を迎える、あるいは死後の情報ニーズには対応しにくい。また、公立図書館等では疾病についての情報ニーズには十分に対応しにくい。そこで、病院図書室と地域の公立図書館との連携が必要であり、その具体策を検討し、実施し、評価することを目的とした。

B. 研究方法

本研究は研究協力者らがおおよそ月に一度の討論を重ね、連携の必要性和具体策について検討を重ねてきた。

（倫理面への配慮）

個人を対象としないので必要なし

C. 研究結果

NPO 質研は 2013 年度に、50 の病院に図書室を寄贈した。その中には、26 のがん拠点病院が含まれている。入室者数から見た図書室の利用のされ方には大きなばらつきが存在し、その差をもたらす要因は医療者の図書室の活用の差にあることがうかがわれた。また、基礎的なリテラシーの向上により、医療者とのコミュニケーションの質と効率が向上することも示唆された。しかし、死についての書籍は希少であった。今後のさらなる分析が必要である。

近年、図書館は単に静かに本を読む場にとどまらず、各種のイベントを開催するなど、地域の諸活動の拠点となりつつある。

討論の結果から、人々が病を得て終末を迎えるそれぞれの場面で、更に残された家族に大きな情報ニーズが存在するが、特にわが国では、いわば「周死期」に社会資本の減少に伴い大きな混乱がある。

具体的には、多くの取り組みがその可能性として検討された。

- 1) 諸々のシステムの構築：例えば、図書館側の移動図書館、団体貸出しなど、病院図書室の具体的なシステム
- 2) 技術的な開発：例えば、いわば電子図書室である「しらべる君」の共同評価・開発・閲覧、携帯端末などを活用した種々のコンテンツの充実・閲覧
- 3) イベントによる啓蒙・普及：関係者や団体等との共同でシリーズ化したシンポジウムの開催など

#### D. 考察

このような連携の重要性は「がん」だけに限られない。また、関係者の連携が病院と図書館だけにとどまらないことは当然である。現在でも多くのボランティア組織やNPOや宗教団体が存在する。その中にあってNPO 質研が寄贈した患者図書室や、がん拠点病院の相談支援センターは多くの関係者間の連携のイニシアティブを担っていくべきであろう。

現在、NPO 質研は、コンテンツ化（講演などのDVD化支援など）、インフォームド・コンセント及び患者用パスのIT化、納得度の評価尺度の研究・開発など、いわばツールの研究開発を行っている。これ

らの有用性を示していくことも重要であると考え。しかし、最終的に目指すべきは我が国における「周死期」の文化の醸成であろう。

#### E. 結論

公立図書館と患者図書室との連携は、我が国における「周死期」の文化の醸成に寄与することが期待される。

#### F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

小村陽子、板垣貴志、郡司篤晃、河原和夫；「インフォームド・コンセント場面での患者における「納得度」の評価尺度開発に関する研究」、日本病院・医療管理学会（ポスター）、京都、2013.9.28.

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 石川 睦弓 静岡県立静岡がんセンター 研究部長

**研究要旨：**本研究の目的は、相談支援センターの院内・院外での活用実態を明らかにし、相談支援センター（がん相談員）の新たな活用方法を検討することである。

平成 24 年度は、相談支援センターの院内の活用方法を探るために、相談支援センターと院内他部門や他専門職との協働のあり方について、外来ケアに焦点をあてて検討した。平成 25 年度は、A 県に配置された相談支援センターの業務状況と相談支援センター相談員同士の協働による患者家族支援に関する相談員の考えを把握するために調査を実施した。

院内での活用方法を検討した結果、外来医療では、通院治療を受ける中で生じた症状などの状況に対する判断の難しさ、がんと診断後のさまざまな過程で生じる心の問題、経済・就労などの社会的問題を抱える患者がいる一方、外来看護師は業務量や人員、体制の問題から十分なケア体制をとれないジレンマを抱えている実態が明らかになった。

相談支援センターの業務実態では、相談員数は施設によりばらつきがあり、退院調整、医療相談室、在宅支援の業務は、8-9 割の施設で相談員が兼務していた。相談支援センターが業務として実施している催しでは、がんサロン開催施設は 3 施設しかなく、患者・家族向け講演会や学習会開催は 3 割程度にとどまっていた。患者家族向けの情報収集や情報共有に関しては、半数は機会があれば情報収集するが情報共有するツールはないと回答し、部門内で情報共有するツールがある施設は 5 施設だった。地域の医療機関や医療従事者の情報収集では、相談支援センター内で共有するツールを持っている施設は 4 割、また患者家族向け情報・地域の医療情報の両方とも施設全体で共有するツールがある施設は 1 施設にとどまっていた。地域における相談支援センター相談員の協働に関しては、提案が多かったのは情報収集・集積・情報ツール作成 9 件で、特に在宅療養支援関連の情報集積や情報ツール作成の意見が多かった。

通院治療の増加、入院期間の短縮化、在宅緩和医療への移行などに伴い、相談支援センターの院内外の活用に関して、在宅療養に関連した問題への対応、悩みや負担などへの支援が、院内外から求められる傾向が明らかになった。さらに、広範囲にわたる情報の収集・集積、人材育成、地域内イベントなどは、一相談支援センターだけでは難しく、地域特性をいかし、さらに協働することで各施設・部門の相互利益となるように計画していく必要があると考えられる。

## A. 研究目的

がん診療連携拠点病院における相談支援センターの業務は、対象により3種類に大きくわかれる。第一に地域の一般住民やがん患者（家族）を対象としたさまざまな相談への対応や情報提供、第二に地域の医療機関や医療者を対象とした在宅医療や地域連携にかかわる情報収集や情報提供、調整、第三にがん患者団体との連携協力体制である。このように、相談支援センターの業務は、非常に多種多様といえる。

そのため、配置されたがん専門相談員の職種としての専門性、それぞれの医療機関の患者状況、地域の在宅医療状況、施設内外で拠点病院の相談支援センターに何が期待されるかによって、業務の比重が異なってきているといえる。

一方で、がん患者や家族が置かれている状況を考えると、その特徴として、医療形態は、外来医療や在宅医療中心に移行してきており、そのため、医療者との対話や患者同士（家族同士）の対話の機会や時間が減少していることがあげられる。

本研究の目的は、このような状況をふまえたうえで、相談支援センターの院内・院外での活用実態を明らかにし、相談支援センター（がん相談員）の新たな活用方法を検討することである。

平成24年度は、相談支援センターの院内の活用方法を探るために、相談支援センターと院内他部門や他専門職との協働のあり方について、外来ケアに焦点をあてて検討した。平成25年度は、A県に配置された相談支援センターの業務状況と相談支援センター相談員同士の協働による患者家族支援に関する相談員の考えを把握するために調査を実施した。

## B. 研究方法

(1) 外来ケアにおける課題と患者の悩みや負担（平成24年度）

第一に、110施設のがん診療連携拠点病院の外来部門に勤務している看護師が参加した「外来が

ん看護、外来部門に関する実態調査」<sup>(1)</sup>結果から、外来ケアにおける課題を抽出した。

第二に、外来通院患者を対象に実施したB病院満足度調査のデータを用い、患者の悩みや負担等を整理した。満足度調査は、B病院で診療を受けている患者が、受けている診療や診療環境、患者家族支援に関して日頃感じていることや悩みや負担を調査し、患者視点での医療サービスに関する評価、患者のニーズを知り、診療と患者家族支援の改善や改革につなげることを目的に実施している。満足度調査では、外来診療一日平均患者数である1,000名を対象とし、新患患者30名、診療科グループと通院治療センターあわせて970名を診療科ごとの患者数に応じて割り付けて実施した。

(2) 相談支援センターの現状と新たな活用方法の検討（平成25年度）

地域における協働のあり方を検討するために、相談支援センターの現状と地域におけるネットワークや協働による相談支援センター活用方法に関する相談員の考えを把握するためにアンケート調査を実施した。A県において、がん相談支援センターが配置されている22施設（県指定含む）の相談員を対象に、メーリングリストで調査協力依頼をし、1施設=1調査票で無記名自記式アンケート調査を実施した。回収数は14（回収率66.6%）だった。

（倫理面への配慮）

本研究においては、研究対象者に対する危険性を生じる状況は想定されていない。患者を対象とした満足度調査に関しては、疫学研究の倫理指針にそって研究計画を作成し、倫理審査委員会承認を受け、研究対象者に対する不利益を避け、人権上の擁護に配慮した。調査は無記名で実施し、個人情報には含まれない。また、看護師・相談員に対する調査では、説明文書を読み調査票の回答と返送をもって同意とした。調査は無記名で実施した。

## C. 研究結果

### (1) 外来ケアにおける課題と患者の悩みや負担

110 施設のがん診療連携拠点病院の外来部門に勤務している看護師が参加した「外来がん看護、外来部門に関する実態調査<sup>(1)</sup>」では、放射線治療や化学療法の患者に対し、[治療開始前の説明や指導、副作用症状の観察やケア]は、すべての患者、もしくは必要な患者に実施している施設が多くを占めるが、[相談対応窓口を設置]、[計画的電話連絡等を行いフォローアップしている]とする施設はまだ少なく（化学療法患者＞放射線治療患者）。心理的サポートに関しては、[感情や気持ちの表出を助ける]、[話をゆっくり聴く時間をつくっている]、[意思決定支援を行なっている]の3項目では、すべての患者や必要な患者に実施するところまでいわず、できる範囲で実施しているとする施設が5-6割を占めている。

B がん専門病院の5年間の満足度調査結果の推移<sup>(2)</sup>をみると、全体として受けている治療やケアへの満足度は、外来・入院とも98%近くが満足、まあ満足としているが、外来の方が、満足よりまあ満足の割合が高い。職員の対応や患者支援に関しても同様の結果がみられている。また、悩んだり困ったりしたことについて、職員に相談したかどうかに関しては、ほぼ半分の患者が相談したと回答し、相談した職員は、担当医と看護師が、1位、2位を占めているが、看護師に関しては、入院では70.3%と1位であったが、外来の場合、2位であるが45.7%と低く、3位の相談支援センター43.7%とほぼ同数であった。

2012年度の満足度調査では、患者の悩みや負担等の自由記述に、気持ちの落ち込み、イライラ、不眠、再発の不安などの心の問題、副作用症状などの体の問題、医療費の負担感や休職や復職の問題などの就労・経済的負担、家族への気遣いや家族内での役割が果たせないことでのつらさなど

の家族・周囲の人との関係など多様な悩みや負担がみられた。

### (2) 院外における相談支援センターの実態と活用方法

人員配置に関しては、施設により大きくばらつきがみられた。平均人数をみていくと、専任相談員は平均1.7名、専従相談員は1.5名、兼任相談員1.5名であったが、最大人数、最小人数を見るとばらつきがみられ、専任相談員は、最大9名、最少1名、兼任相談員は最大14名、最小1名であった。

がん相談支援センターとしての機能を果たす部門では、がん相談だけではなくさまざまな業務を兼務している施設が大半を占めていた。特に、退院調整、在宅支援、医療相談室との兼務が多かったが、施設により業務全体における兼務している機能の割合には、ばらつきがみられた。その他がん相談以外の業務の自由記述では、院内教育（緩和ケア）、がん相談以外の相談、エイズ治療・肝疾患診療の支援、協議会庶務、がん対策事業の支援、出張相談の運営、経済的相談などがみられた。

相談支援センターの業務としてがんサロンや患者家族向け学習会や講演会を実施しているかどうかの設問では、サロン開催施設は3施設で、患者・家族向け講演会や学習会は5施設にとどまっていた。

患者家族向け情報の収集や情報共有に関しては、半数は[機会があれば情報収集するが情報共有するツールはない]と回答し、[部門内で情報共有するツールがある]のは2割であった。地域の医療機関や医療従事者の情報収集は、[相談支援センター内で共有するツールを持っている]施設は4割弱だった。患者家族向け情報と地域医療情報の両方とも[施設全体で共有するツールがある]施設は一施設にとどまっていた。

地域ネットワーク内協働で可能と思われる患者家族支援で提案が多かったのは、情報収集・集積・情報ツール作成で9件、特に在宅療養支援関連の情報集積や情報ツール作成の意見が多かった。他には、患者家族向け講演会や学習会（サバイバーを講師などの提案）、ピアサポート（ピアサポートのためのシステム作りや人材育成など）、サバイバー教育支援プログラム、地域での相談会などがあがっていた。

#### D. 考察

##### (1) 院内における相談支援センターの活用

現在のがん患者は、自宅を中心とした地域社会で過ごす時間が多くなり、患者としての役割以外に、社会的な役割、家族内での役割などさまざまな役割のなかに身を置くことでもある。さらに、医療と暮らしが互いに影響し合い、[患者]と[生活者]の2側面にそった悩みや課題が存在していると考えられる。

B 施設の満足度調査では、2003年の悩みの調査<sup>(3)</sup>同様、気持ちの落ち込み、イライラ、不眠、再発の不安などの心の問題、副作用症状などの体の問題、医療費の負担感や休職や復職の問題などの就労・経済的負担、家族への気遣いや家族内での役割が果たせないことでのつらさなどの家族・周囲の人との関係など多様で具体的な悩みの実態が明らかになった。その一方で、5年間実施した同一の調査票による満足度調査では、入院・通院患者とともに悩んだり困ったりしたときに、病院の職員に相談した割合はほぼ半数にとどまっており、こころの問題や暮らしの問題は相談しにくい現状が示唆される。

悩みや負担への対処は、人により、また経験等によりさまざまであるが、自力で対処できる患者（家族）とサポートが必要な患者（家族）が存在する。しかも、以前に比べ、医療者とのコミュニ

ケーションの機会や時間が減少していることを考えると、悩みや負担が潜在化し、対処行動がうまくとれないとQOL低下を招く恐れもある。

サポートを必要とする患者（家族）に早期に介入していくためのスクリーニング、診療や体の問題、こころや暮らしの問題の4側面全てに必要な支援を積極的に提供していくこと、そして困ったときに気兼ねなくアクセスし安心できる存在（部門）があることが、患者や家族のQOL向上につながると考えられる。

現在、がん患者カウンセリング等で、専門性を持つ看護師がその専門性をいかして対話を通じた心のケアや意思決定の支援が行われるようになってきた。相談支援センターの相談員も相談支援のトレーニングを積み、対話を通じた心のケアや情報提供、意思決定の支援を行っている存在である。また、ワンストップ窓口機能、振り分け機能を活用することで、他専門職と連携しながらの患者家族支援が可能になると考える。

##### (2) 院外における相談支援センターの実態と活用方法

A 県各施設の相談支援センターの業務実態と活用方法を検討するための調査を実施した。A県は、大学病院は2施設で、がん診療の拠点病院（県指定含む）の多くは一般総合病院である。多くの施設は、がん診療連携拠点病院（県指定のがん診療連携推進病院やがん相談支援センター）としての機能以外に、救急指定病院、地域医療支援病院、各種拠点病院指定など地域において多くの機能や役割を担っている。

このように地域において施設が求められ果たしている機能により、がん診療連携拠点病院としての相談支援センター機能を果たす部門ではがん相談だけではなくさまざまな業務を兼務している施設が大半を占めている。特に、退院調整、在宅支援、医療相談室との兼務が多いが、これは、

看護師や社会福祉士など相談員の職種の専門性に準じた役割も同時に担っているからと思われる。総合病院の場合、業務的にも医療相談室としての従来の機能と完全に分離するのは難しく、また利用する患者も、あえて一般的な医療相談室、がん相談支援センターとわけて相談に訪れる方が難しい一面もある。

症状の判断や対処、治療選択などの意思決定、さまざまな不安、動揺や衝撃などが悩みや負担からも抽出されていることから、がんサロン、患者家族向け学習会や講習会などは、患者や家族に対する[学ぶ]、[理解する]、[こころのケア]として意義ある催しである。しかし、人員配置、施設として地域内で果たす機能、相談員が施設内で果たす役割を考えると、すべてを一施設の相談支援センターでカバーするのは困難であると思え、ネットワークや協働が重要になると考える。

## E. 結論

通院治療の増加、入院期間の短縮化、在宅緩和医療への移行などに伴い、相談支援センターの院内外の活用に関して、在宅療養に関連した問題への対応、悩みや負担などへの支援が、院内外から求められる傾向が明らかになった。さらに、広範囲にわたる情報の収集・集積、人材育成、地域内イベントなどは、一相談支援センターだけでは難しく、地域特性をいかし、さらに協働することで各施設・部門の相互利益となるように計画していく必要があると考えられる。

### < 資料 >

(1) 外来がん看護、外来部門に関する実態調査報告書・国立がん研究センター、静岡県立静岡がんセンター、2010

(2) 静岡県立静岡がんセンター、平成 21 年度患者満足度調査報告書、2012

(3) 「がんの社会学」に関する合同研究班.がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書  
がんと向き合った 7,885 人の声.2004

<http://cancerqa.scchr.jp/sassi1.html#book>

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 石川睦弓、がん患者のピアサポート、Modern Physician、32(9):1169-1171、2012

### 2. 学会発表

1) 石川睦弓、松下千恵子、青木和恵.在宅療養中の困りごと.第 28 回がん看護学会学術集会.2014.2.9.新潟市(示説)

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 加藤 雅志

国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部長

研究協力者 河野 可奈子

国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部

研究要旨

相談支援センターに期待される役割については、「第 2 期がん対策推進基本計画」に記載されていたところ、平成 26 年 1 月には「がん診療連携拠点病院等の整備に関する方針」の中でより具体的な業務内容が示された。本研究では、2014 年 1 月までに発表された文献を分析し、効果的な相談支援センターのあり方を検討し、相談支援センターの現場における活動の内容・課題、更に解決の方向性を調査した。

相談支援センターの多岐にわたる活動内容や相談支援業務を担う相談員の活動に関する文献が多く認められた。今後、相談支援センターの現場にある課題を解決していくために、優先して取り組んでいくべき課題を明確にしていく必要があると考えられた。

A. 研究目的

がんに対する相談支援センター設置のあゆみは、平成 18 年の「がん診療連携拠点病院の整備指針」におけるがん診療連携拠点病院指定要件に相談支援センター設置が義務づけられたことから始まる。相談支援センターの機能は、病院内外のがん患者や家族への情報提供及び相談支援など多岐にわたる。具体的には、相談支援センターの相談員が、患者とその家族のために病院内・院外問わず様々な部門と連携をはかり患者や家族が安心して暮らせるよう日々活動している。一方、相談支援センターが担うべき役割については、それぞれの施設によって異なり、相談支援センターによって多様な現状にある。

本研究では、効果的な相談支援センターのあり方を検討していくことができるよう、相談支援センターが取り組んでいる研究を調査し、それぞれ

の現場における活動の内容・課題、更に解決の方向性を検討する。

B. 研究方法

2014 年 1 月時点まで、『がん』と『相談支援センター』のキーワードで医中誌を使い文献検索をした。検索で得られた全ての文献の内容分析を行い、研究内容毎に分けてカテゴリー別に分類し、相談支援センターの現状把握と課題及びその解決に向けて取り組むべき方策について検討した。

（倫理面への配慮）

本研究では、個人が特定される情報について取り扱っていない。

C. 研究結果

2014 年 1 月、210 文献（原著論文、会議録、解

説を含む)が、『がん』と『相談支援センター』のキーワードで医中誌から検索された。内容分析の結果、本研究対象文献は、197 文献(原著論文、会議録、解説を含む)であった。本研究対象外の 13 文献は、相談支援センターの実際の活動に関係がない基礎医学研究論文や緩和ケア部門の文献やたばこ対策の研究文献であったため本研究対象から外した。

本研究で解析検討の対象となる相談支援センターの活動内容の記載のある文献 197 文献の内容別内訳の主なものは、相談内容について 36 件、サポートグループ及び患者会について 29 件、看護師について 19 件、医療ソーシャルワーカーについて 11 件、相談員研修及び評価について 11 件、他であった。

#### D. 考察

第 2 期がん対策推進基本計画において、がん患者とその家族の精神心理的・社会的苦痛を和らげるため、新たに、がん患者とその家族を社会全体で支える取組を実施することにより、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」を実現することが全体目標として定められた。そのような中、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の構築が急務となっている。更に、平成 26 年 1 月に示された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」の中で、相談支援センターの業務内容の記載がより多岐に広がった。これらの行政の取り組みを踏まえつつ、研究論文で取り扱われていた相談支援センターの活動に関する考察を行う。

##### 【相談内容】

「がん罹患後の人生」を生活するがんサバイバーが増えており、相談内容は幅広いものであった。施設によっては、相談者の中でリピーターが 3 割

を超え、相談内容に経過報告も含まれているということも特徴である。また、相談内容を解析すると、相談者は複合的なニーズを抱えている一方、がんの治療を進めていくうえでの疑問や不安の背景には、医療者とのコミュニケーションの不足等の問題が存在していることが示されている。更に、病気の進行に伴い必要とされるサポートが変化していくことを意識して、適切な対応と情報提供をしていくことの必要性が報告されている。

今後、全国における質の高い相談対応ができるよう標準化を進めていくためには、相談員が一定水準の回答や情報提供を行なえるよう相談窓口業務マニュアルの整備、がん相談対応の質の評価/教育ツールの開発が求められており、今後の課題と考えられた。

##### 【サポートグループ・患者会】

がん患者サロンの参加者からは、安心して語り合うことにより、自らの生きる意味付けと希望を再確認できる等の高評価がある一方、患者や家族という共通する立場もありつつも、状況が異なることも多いことから互いに遠慮し、核心部分の話ができない場面もある現状が明らかになった。ボランティアが患者会運営の中心を担っていることも多いため、がん相談支援センターでは、これらの役割を担う長期的・継続的なボランティア育成が重要であることが指摘されていた。相談支援センターのスタッフと患者会等との信頼関係の構築も重要であるとされた。また、サポートグループ立ち上げや運営に対する研修・教材支援の必要が求められていた。

##### 【看護師】

がん性疼痛看護認定看護師が相談支援センターに専従となっていたある施設では、緩和ケアにお

ける地域との連携窓口として活躍している現状が報告されている。相談支援センターにおいて、がん看護専門看護師や認定看護師が多岐にわたる相談内容に対して調整役として重要な役割を担っていることも推測される。看護師が調整役として活動していくにあたり以下の能力が期待されると考えられた。

1. 症状と経過から現状を把握し今後の予測ができる。
2. 相談者の背景に応じて連携する部署や社会資源を選択し組み立てられる。
3. 医療知識を元にタイミングを図りつつ、状況に応じた相談形態がアレンジできる。

#### 【医療ソーシャルワーカー】

医療ソーシャルワーカーには、相談者の内外の資源を的確にアセスメントし、相談者の課題に対する考え方を理解し、心理社会的苦痛の緩和を図っていくことが期待されていた。今後、相談者の抱える真の課題を把握していくのに活用できるアセスメントツールの開発が望まれる。

#### 【相談員研修・評価】

相談員の業務が多岐にわたるため、相談員の業務の質を一定の水準以上に高めていくための「研修」と「適切な評価」が必要であると報告されている。研修については、国立がん研究センターがん対策情報センターが実施している相談員研修が全国的な取り組みとして知られている。その他には、2施設間の交流研修会などの報告もあり、研修の効果として学習効果の持続性についての報告もあった。今後も、がん相談支援センターの相談の質の向上を目指した更なる研修プログラムの開発や評価が必要と考えられた。また、施設により、相談員の職種背景が看護師や社会福祉士など様々であることから、個々の背景に合った対策も求め

られている。

#### E. 結論

全国のがん診療連携拠点病院等における相談支援センターの状況は多様であり、課題もまた多様である。相談支援センターの現場にある課題を解決していくために、今後優先して取り組んでいくべき課題を明確にしていく必要がある。特に、より効果的な相談支援体制を構築していくために、がん相談支援センター活動を適切に評価する方法を検討していくことが必要である。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記すべきことなし

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

「臨床試験の情報」のがん相談の場面での活用における可能性と今後の課題  
～相談員向けの「臨床試験」ワークショップを通して～

|       |        |            |            |       |
|-------|--------|------------|------------|-------|
| 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 | 室長    |
|       | 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 | 研究員   |
| 研究協力者 | 瀬戸山 陽子 | 国立がん研究センター | がん対策情報センター | 研究員   |
|       | 山崎 由美子 | 国立がん研究センター | がん対策情報センター | 研究員   |
|       | 小郷 祐子  | 国立がん研究センター | がん対策情報センター | 研修専門員 |

## 研究要旨

がん専門相談員が臨床試験に関する相談対応のために身につける必要のある知識やスキルについて明らかにするために、ワークショップ「臨床試験の情報をがん相談の場面でどう活用するか」を企画し、参加者の事前事後のアンケートを通じて、相談支援センターの今後の支援体制整備について検討を行った。

参加者の約 9 割が、相談支援センターにおける臨床試験に関する相談対応の経験があり、現場でのニーズは高いこと、またそのための知識や検索のスキル、関係職種との連携のきっかけづくりとしても今回のワークショップは非常に有用であったと考えられた。今後も本ワークショップのような相談員の学習機会を継続的に開催するとともに、相談員が現場で相談支援の現場で用いることができるような情報媒体の作成を行い、さらに、設内での連携強化のための関係者への働きかけなどが課題であると考えられた。

## A. 研究目的

がんの相談場面における標準治療以外の新しい治療方法についての相談対応は、がん相談支援センターの重要な役割の一つである。新しい治療方法について提供できる情報の一つが臨床試験に関する情報であるが、がん専門相談員が臨床試験に関する相談対応のために身につける知識やスキルとしてどのようなことがあるのか、現状は十分に把握できていない。そこで、2012 年 8 月に、相談支援センターに対して限定公開

された臨床試験に関する検索ページに関するがん専門相談員向けのワークショップを開催し、相談支援センターの今後の支援体制整備について検討を行った。

## B. 研究方法

### ワークショップの企画

2012 年 8 月に、国立がん研究センターがん対策情報センターのホームページ「がん情報サービス」で、新たに都道府県や実施状況ごとに、臨床試験や治験情報を検索で

きるデータベースが、相談支援センター限定で試験的に公開された。このデータベースの検索方法や使い方に関して情報提供するとともに、データベースの情報をがん専門相談員としてどのようなことに留意し、相談者に提供するのか、提供することが望ましいのかについて、参加者とともに検討する機会として、ワークショップ「臨床試験の情報をがん相談の場面でどう活用するか」を企画した（参考資料 1）。

当日は、臨床試験について知識を深めるとともに、検索方法など演習も交えながら、今後の課題などについても議論を行った。

事前の参加者アンケート（自由記載）と事後アンケートから、今後の臨床試験に関するデータベースを相談員で活用するための留意点やあり方について検討を行った。

#### 当日のワークショップ（参考資料 2：プログラム）

当日のワークショップ「臨床試験の情報をがん相談の場面でどう活用するか」のプログラムを参考資料 2 に示した。

ワークショップでは、2 名の講師による講演が行われた。まず、国立がん研究センター多施設臨床試験支援センター 柴田大朗氏 より、臨床試験そのものや登録制度の必要性、がん情報サービスのウェブサイト

内にある「がんの臨床試験を探す」という検索ページが作成された経緯が講義された（参考資料 3）。続いて、国立がん研究センター中

央病院の CRC である中山洋子氏より、臨床試験における CRC の役割や患者支援の実際の流れ、その際に留意している点等、具体的な報告がされた（参考資料 4）。その後、受講者に各 1 台用意されたパソコンを用い、「がんの臨床試験を探す」ページを実際に操作しながら検索方法について学ぶ演習が行われた。さらに、現場での事例や、今回の臨床試験情報を相談支援に活用する方法について、参加者全体でディスカッションが行われた。

実践講義と演習・ディスカッションを通じ、相談員らは、実際に患者や家族から臨床試験や治験に関する相談があった場合の対応方法や該当情報の探し方を学ぶ機会となった。

### C. 研究結果

#### 事前アンケート：ワークショップで学んだこと

当日の参加者は、全国の相談支援センター相談員向けのメーリングリストでワークショップの案内を行った結果、がん専門相談員 26 名から参加申込みがあり、希望者の全員が受講した。参加者の事前アンケートについて表 1 に示した。

事前の期待については、知識を深めることに関する期待、情報提供の仕方、相談支

表 1. 臨床試験に関するワークショップ参加者の事前期待・希望について

|                                          |
|------------------------------------------|
| 1. 知識を深める等の「知る」ことに対する期待                  |
| 臨床試験に関する知識を深めたい 3 件                      |
| 臨床試験を行っている医療機関や実質などの費用や制度、適応条件について 4 件   |
| 標準治療以外の治療方法 2 件                          |
| 地域情報 1 件                                 |
| 情報の検索、データベースの使いかた 5 件                    |
| 2. 情報提供の仕方等について「考える」ことに対する期待             |
| 臨床試験に関する電話相談の実際 2 件                      |
| 臨床試験情報の活用法                               |
| 情報提供の注意点や着眼点 2 件                         |
| 情報提供の際の主治医との連携 2 件                       |
| どこまで情報を知らせると良いのか 2 件                     |
| 希少がんや、抗がん剤の標準治療ができない患者様の相談時の対応 3 件       |
| 標準治療が終了した患者様の相談時の対応 2 件                  |
| 3. 相談支援センターとしての対応方法等について「共有する」ことに対する期待   |
| 相談員として姿勢、相談の質の向上や均てん化 2 件                |
| 病院間、相談員間の偏りのない情報提供 2 件                   |
| 4. 「その他」体制整備に関すること                       |
| がん情報サービスのなかに臨床試験に関する情報をどのように位置づけていくか 1 件 |

援センターとしての対応方法といった、一相談員としての知識やスキルのみならず、がん対策の一環として、全国の均てん化を進める中での役割といったことについても期待が寄せられていた。

### 事後アンケート

ワークショップ実施後のアンケートを参考資料5に示した。全参加者26名から回答が得られ、そのうち23名が臨床試験や治験に関する相談ニーズが「ある」と回答していた。だが、相談対応における課題としては、「情報がうまく探せない(12名)」、「情報を探すのに時間がかかる(15名)」、「情報を理解するための基礎知識が不足している(15名)」、「情報をどの程度提供するかなど、相談員として留意すべきこと・配慮すべきことがわからない(17名)」といったことが挙げられており、相談ニーズはあるものの、相談員側の準備が不十分である現状が示されていた。

しかし、今回のワークショップについて尋ねたところ、2名の講師による講演に対しては、すべての参加者が「参考になる内容があった」「今後の相談対応に生かせそうな内容があった」と肯定的な評価が見られた。また、データベースを利用した演習やディスカッションも、それぞれ20名程度が、「参考になる内容があった」「今後の相談対応に生かせそうな内容があった」と回答した。具体的には「データベースのアクセス方法など、実際の業務に使用できる内容」を習得できたという評価にとどまらず、「主治医との関係性を大切にしていこう」といった、相談において臨床試験情報を扱う際の方針や心得を理解したことがあらわされて

いた。これらから、本ワークショップは、限られた時間ではあるが、相談員が臨床試験や治験にまつわる相談を受ける際に課題とされることに対応する内容を、提供することができたものと評価できた。

また、参加者の所属施設において、相談支援部門に臨床試験関連の相談があった場合の連携体制について尋ねたところ、「いいえ(連携体制がない)」と回答した者が15名と過半数に上っていた。この結果からは、相談員向けの学習機会の充実と同時に、内部での連携体制の整備が今後長期的な課題であることがうかがえた。

さらに、参加者は、現場で臨床試験や治験に関する相談に効果的に対応するためには、「相談員が臨床試験や治験について学習できる教材(14名)」や、「患者さん向けに配布できるツール(20名)」などが有用であると考えており、今回の演習で用いたデータベースの他にも、相談の現場で活用できる情報源の整備が求められていることが示された。

### **D. 考察**

今回、臨床試験について集中的に講義を受け、また比較的少人数のグループで実際の検索演習と質疑応答で、臨床試験に関する相談についてディスカッションする機会を得られたことは、アンケート結果からも非常に有用であったと考えられる。実際に、参加者26名のうち23名(約9割)が実際に臨床試験に関する相談を受けたことがあるということでは、今回の参加者層が臨床試験に関して意識の高かった層であったとしても、比較的多くの臨床試験に関する相談対応を現時点においても多く、また今後

においても対応する状況は続いていくと考えられる。

またアンケート結果からこれまで受けた臨床試験に関する相談内容をみると、標準治療が終わった、あるいは適応がないと言われた患者からの実際に参加できる試験を探したいという内容が多いようであった。藁をもすがる思いで相談に来られた相談者の状況が想像され、実際の情報だけでなく、十分な心理的サポートも必要な場合において、相談員にとっても非常に心身ともに負荷の高い相談対応になることが予想される。そうした中で、まず相談員が臨床試験について、すくなくとも何がどこまで検索可能であるかについて知識を持っておくことは、今回のワークショップを通じた感想からも非常に重要であると考えられた。

今回のワークショップでは、CRC の実際の業務についての講義もあった。CRC の相談対応がどのような形で行われるかを知ることにより、相談員だけでは物理的に対応できないところや知識等に関しては、特に院内の CRC と連携することにより、より充実した相談対応に繋がる可能性も示された。またこのことは、相談員だけでない臨床試験に携わる職種とともに、臨床試験に関する課題や相談対応について話し合う機会を持つことは、相談者にとっても、相談員やそれ以外の医療従事者にとっても、拠点病院内の情報や相談支援体制の充実に有用であると考えられた。

以上から、今後は、本ワークショップのような相談員の学習機会を継続的に開催するとともに、相談員が現場で相談支援の現場で用いることができるような情報媒体の

作成を行い、さらに、設内での連携強化のための関係者への働きかけなどが課題であると考えられた。

## E. 結論

がん専門相談員が臨床試験に関する相談対応のために身につける必要のある知識やスキルについて明らかにするために、ワークショップ「臨床試験の情報をがん相談の場面でどう活用するか」を企画し、参加者の事前事後のアンケートを通じて、相談支援センターの今後の支援体制整備について検討を行った。

その結果、ワークショップは非常に有用であり、今後も本ワークショップのような相談員の学習機会を継続的に開催するとともに、相談員が現場で相談支援の現場で用いることができるような情報媒体の作成を行い、さらに、設内での連携強化のための関係者への働きかけなどが課題であると考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表
  2. 学会発表
- なし

## 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

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 “働くこと” および “療養生活” に関連する相談の対応状況に関する調査

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

## 研究要旨

【目的】就労に関する相談対応について、療養生活における相談対応との比較を通して、今後のがん診療連携拠点病院および相談支援センターの役割を整理することを目的として、全国のがん相談支援センターを対象に調査を実施した。

【方法】がん診療連携拠点病院 397 施設の相談支援センターを対象として、平成 25 年 4 月～6 月にかけて「“働くこと” および “療養生活” に関連する相談の対応状況に関する調査」を行った。

【結果】233 施設（58.7%）から回収が得られ、分析を行った。療養生活における相談対応や院内外の役割や連携に対する意識に違いが見られ、病状の見通しに比して、外部との連携や調整に関わる支援については病院で対応するという割合が低くなっていた。

【考察】対応内容により、相談支援センターとしてできる範囲、院内で担える範囲、そして、院外に期待したい範囲が異なっていたことを考えると、こうした他部署や院外との間でのお互いの期待を協議できる場こそが、今後必要になってくると考えられる。また、その人が就労に関して必要とする情報や支援は異なることから、まずは就労に関しての意向を確認することが必要であると考えられた。

## A.研究目的

第二期のがん対策推進基本計画において、がんと就労に関する対策が示された。計画では、取り組むべき施策に、「がん以外の患者へも配慮しつつ、がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取組を実施する。」と書かれており、相談支援センターにおける具体的な対応方法について現時点で示されている訳ではない。今後の対応内容について検討するためにも、現場の対応可能性についても踏まえて検討していくことが必要である。今回の就労に関する相談対応につ

いては、院外との連携、たとえば、社会保険労務士や産業カウンセラー、ハローワークなどの機関等との連携についても検討されている。一方で、外部との連携をとっている領域として、介護等の退院後の医療サービスとの連携については、すでに多くの医療機関で行っているものと考えられる。

そこで、本研究では、全国のがん相談支援センターを対象として、就労に関する相談対応について、療養生活における相談対応との比較を通して、今後のがん診療連携拠点病院および相談支援センターの役割を整理することを目的とした。

## B.研究方法

がん診療連携拠点病院 397 施設の相談支援セン

ターを対象として、平成 25 年 4 月～6 月にかけて「働くこと」および「療養生活」に関連する相談の対応状況に関する調査を行った。この調査においては、「働くこと」とは、収入を伴う仕事全般に従事することと定義した。

調査項目は、各施設的全相談件数に占める「働くこと」に関する相談の割合、「働くこと」に関する対応や支援内容における院内での対応状況、また院外の専門家やサービスを含めた相談等の対応に対する意識、社会保険労務士等の院外の専門家との連携状況（一緒に対応したことがあるか）についてである。

また同様に、「在宅医療や療養生活」については、各施設的全相談件数に占める「在宅医療や療養生活」に関する相談の割合、「在宅医療や療養生活」に関する対応や支援内容における院内での対応状況、また院外の専門家やサービスを含めた相談等の対応に対する意識についてである。

「働くこと」と「在宅医療・療養生活」について院内の対応状況と役割分担について質問した内容の対応表を表 1 に示した。

表 1. がん診療連携拠点病院における院外専門家との協働に関して、「働くこと」と「在宅医療・療養生活」について院内の対応状況と役割分担について質問した内容の対応表

| 「働くこと」について                                | 「在宅医療・療養生活」について |
|-------------------------------------------|-----------------|
| 1) 病状・見通しについて、本人の生活にどのように影響するかを伝える        |                 |
| 2) 病状・見通しについて、本人が理解しやすいように説明を補足する         |                 |
| 3) 病状・見通しについて、本人が理解しやすいように説明を補足できる人へつなぐ   |                 |
| 4) がんとその治療によって、本人の心身や生活にどのような影響が起こりうるか伝える |                 |

|                                                                                                                 |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5) がんとその治療によって、本人の心身や生活にどのような影響が起こりうるか、本人がイメージできるように伝える                                                         |                                                                                                                |
| 6) がんとその治療によって、本人の心身や生活にどのような影響が起こりうるか、本人が自分の言葉で他者(家族、友人、会社の人など)に伝えられるように支援する                                   |                                                                                                                |
| 7) 診断や治療に入る前など早期の段階での仕事に関連する悩みのスクリーニングを行う                                                                       | 1) 診断や治療に入る前など早期の段階での在宅での療養に関連する悩みのスクリーニングを行う                                                                  |
| 8) 本人が職場で情報収集できるように、情報収集のポイント(就業環境・就業規則、利用できる社内制度と公的制度、調整や交渉の仕方・ソーシャルスキル)を伝える                                   | 2) 本人が自分で情報収集できるように、情報収集のポイント(療養環境・在宅医療体制、介護保険などの公的制度、調整や交渉の仕方・ソーシャルスキル)を伝える                                   |
| 9) 本人が、仕事に関して、今後どうしていきたいのかを一緒に考える                                                                               | 3) 本人が、療養生活に関して、今後どうしていきたいのかを一緒に考える                                                                            |
| 10) 仕事に関連する事柄について、医療スタッフと本人の理解の間にずれがあれば、本人に了解を得た上で、院内スタッフ(医師・看護師など)から情報(病状の見立て・副作用の程度・回復の見込み・治療スケジュール等)を収集する    | 4) 療養に関連する事柄について、医療スタッフと本人の理解の間にずれがあれば、本人に了解を得た上で、院内スタッフ(医師・看護師など)から情報(病状の見立て・副作用の程度・回復の見込み・治療スケジュール等)を収集する    |
| 11) 仕事に関連する事柄について、医療スタッフと本人の理解の間にずれがあれば、本人と院内スタッフ(医師・看護師など)との間で情報(病状の見立て・副作用の程度・回復の見込み・治療スケジュール等)が共有できるように働きかける | 5) 療養に関連する事柄について、医療スタッフと本人の理解の間にずれがあれば、本人と院内スタッフ(医師・看護師など)との間で情報(病状の見立て・副作用の程度・回復の見込み・治療スケジュール等)が共有できるように働きかける |
| 12) 院外の就業に関する関係者(社会保険労務士、産業カウンセラー、産業医、産業保健師・看護師、人事・労務担当者等)との関係づくりを行う                                            | 6) 院外の療養に関する関係者(訪問看護ステーション、地域包括支援センター、在宅医、訪問看護師、介護支援専門員等)との関係づくりを行う                                            |
| 13) 院外の就業に関する関係者(社会保険労務士、産業カウンセラー、産業医、産業保健師・看護師、人事・労務担当者                                                        | 7) 院外の療養に関する関係者(訪問看護ステーション、地域包括支援センター、在宅医、訪問看護師、介護支援専門員                                                        |

|                                                                |                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 等)に必要な応じてつなぐ                                                   | 等)に必要な応じてつなぐ                                                      |
| 14) 院内の医師や看護師等のスタッフに対する啓発(患者から仕事についての話を聞くということを意識してもらうなど)活動を行う | 8) 院内の医師や看護師等のスタッフに対する啓発(患者から退院後の療養についての話を聞くということを意識してもらうなど)活動を行う |
| 15) 病気(がん)になったときに、病院で就労や仕事に関連する相談を受け付けていることについて広報する            | 9) 病気(がん)になったときに、がんの療養生活に関連する相談を受け付けていることについて広報する                 |
| 16) 本人の希望がある場合に、その人が働いている職場の上司や人事との調整や交渉の仕方を伝える                | 10) 本人の希望がある場合に、療養に関する相談機関や専門家への相談の仕方などを伝える                       |
| 17) 本人の希望がある場合に、その人が働いている職場の上司や人事との調整や交渉を行う                    | 11) 本人の希望がある場合に、療養に関する相談機関や専門家との調整や交渉を行う                          |
| 18) その他( )                                                     | 12) その他( )                                                        |

### C.研究結果

結果の概要を資料1に示した。回収は、233施設(58.7%)から得られ、そのうち都道府県がん診療連携拠点病院は、49施設(51施設中)とほとんどの施設から回答が得られた。

現在の相談支援センターの地域医療連携室との併設状況は、相談支援センター内で対応が、64施設(27.5%)、院内同部署内にあるが、別部門として対応80施設(34.3%)、院内他部署にあり、別部門として対応72施設(30.9%)とほぼ横並びの状況であった。

最近2ヵ月の患者や家族からの「働くこと」に関連する相談対応経験については、84%でありと回答したものの、その件数は、10件以下となっていた。また具体的に「働くこと」について言及はないが、潜在的に「働くこと」に関連すると考えられた相談は、約6割の施設でありとされていた。

病院内のスタッフが対応すべきと考える「働くこと」に関する対応や支援については、1)~5)の設問の「病状・見通し」等について本人がイメージできるようにするところまでは、9割以上で対応すべきと考えられていたが、6)本人がどのよう

に他者に伝えるか(82.4%)、7)早期の段階でのスクリーニング(69.5%)、8)本人の情報収集の支援(59.2%)と全体の中では低い割合となっていた。同様に、12)院外の就業に関する関係者との関係づくり(54.5%)、16)本人の希望がある場合に、その人が働いている職場の上司等との調整や交渉の仕方を伝える(54.1%)、17)本人の希望がある場合に、その人が働いている職場の上司等と調整を行う(36.9%)となっていた。

院内での対応状況については、対応すべきと考えている意識と同様に、特に外部との連携や調整に関わる内容になるとほとんど対応できていないとする割合が増えていた。

相談員が考える「働くこと」に関する院内外における望ましい対応者・場所については、1)~18)のそれぞれの患者の心身の状態や治療の見通しに近いところは、担当医や外来・病棟スタッフ、一方で職場に近いところは、院外の専門家・関係者と割合は異なっていた。相談支援センターの院外専門家(社労士等)との協働経験については、18施設(8%)でありと回答していた。

「在宅医療・療養生活」に関する相談対応経験については、99%の施設でありと回答していた。

病院内のスタッフが対応すべきと考える「療養生活」に関する対応や支援については、1)~11)のほぼ全ての項目において、9割以上が対応すべきと回答していた。

実際の対応状況についても、1)早期の段階でのスクリーニングについては、まったくできていないとする施設が30施設以上にのぼっていたものの、大半が5割以上対応していると回答していた。

さらに相談員が考える「在宅医療・療養生活」に関する院内外における望ましい対応者・場所についても、院内で対応することが望ましいとする回答となっており、1)早期の段階でのスクリーニング、3)本人が療養生活に関して今後どうしていきたいのかを一緒に考える、といった項目については、外来・病棟のスタッフの割合が最も多くな

っていたが、それ以外の項目では、相談支援センターとする回答が最も多くなっていた。

#### D. 考察

がん診療連携拠点病院の整備が始まった平成18年以降、がん相談支援センターに求められる役割は増えている。当然、必要とされる支援やサービスがあるから、相談支援センターへの期待があるから増えているのだと考えられるが、一方で、これまでの医療体制の中で、他の部門ではこれまでに担われていなかったり、担うことが難しかった領域が、徐々に明るみになってきたことで、そのサービスを対応する部門の必要性が出てきたことを考えると当然の流れとも考えられる。対応すべき役割が増えてくることで、限られたマンパワーでは対応しきれない状況も生まれかねないことを考えると、今後も増えるであろう期待やサービスに対して、どのように院内外での役割分担をしていくかについて、議論できる土俵を作っていくことも重要である。

まだ議論や検討段階にあるがんの就労に関する支援に対して、がん診療連携拠点病院や相談支援センターがどこまで役割を担うのか、院外の専門家とどのような連携体制を構築していく必要があるのかについて検討するために、本研究では、院外の専門家との連携が必要な在宅医療・療養生活に関する院内外の対応状況等と比較していくことで、連携の際のそれぞれのサービスの特徴についても明らかにできなかと考えて調査を行った。

がんの就労支援に関する院外との連携が、在宅医療・療養生活に関する院内外の連携と同じレベルまで目指すのか、目指すことができるのかは、今回の結果からは示すことはできないが、対応のそれぞれの段階において、相談支援センターとしてできる範囲、院内で担える範囲、そして、院外に期待したい範囲が異なっていたことを考えると、こうした他部署や院外との間でのお互いの期待を協議できる場こそが、今後必要になってくること

と考えられる。その人が就労に関して必要とする情報や支援は異なることから、まずは意向を確認することは必要である。今回の調査結果では、「働くこと」に関して早期の段階でスクリーニングを行うことは、7割に至っていなかったが、これに関しては、何らかの形で確認できるようにすることがのぞまれるのではないだろうか。“スクリーニング”としてイメージされることが異なるための低い割合であったのか、あるいは、どのように何をどの段階で聞くかといった体制がとられていないための回答分布だったのかさらに検討を深めて行く必要も今後あると考えられる。

#### E. 結論

全国のがん相談支援センターを対象として、就労に関する相談対応について、療養生活における相談対応との比較を通して、今後のがん診療連携拠点病院および相談支援センターの役割を整理することを目的とした。

その結果、療養生活における相談対応や院内外の役割や連携に対する意識に違いが見られ、病状の見通しに比して、外部との連携や調整に関わる支援については病院で対応するという割合が低くなっていた。対応内容により、相談支援センターとしてできる範囲、院内で担える範囲、そして、院外に期待したい範囲が異なっていたことを考えると、こうした他部署や院外との間でのお互いの期待を協議できる場こそが、今後必要になってくることと考えられる。また、その人が就労に関して必要とする情報や支援は異なることから、まずは就労に関しての意向を確認することは必要である。

#### F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

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

患者団体等との連携を促進するための  
「相談員のためのがんサロンの設立と運営のヒント集」の作成

研究分担者

近藤 まゆみ 北里大学病院 看護部 師長補佐  
朝倉 隆司 東京学芸大学 教育学部 健康社会学 教授  
井上 洋士 放送大学 教養学部 教授  
熊谷 たまき 順天堂大学 准教授  
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

大松 重宏 兵庫医科大学 准教授

**研究要旨**

【目的】現場のがん相談員が活用できるための、がんサロンの設立と運営に関するヒント集を作成する。

【作成プロセス】本ヒント集作成の目的や背景を研究者でディスカッションした。その後、目次立て、執筆を行い、内容の検討を重ねた。全国のがんサロンに関わっている人々から査読を受け推敲を行った。

【結果】ヒント集は「第 1 部：総論」「第 2 部：各論」「第 3 部：Q & A」で構成し、がんサロンの意義、相談支援センターの位置づけと役割、立ち上げ・運営・発展への支援、取り組む上での具体的な疑問とヒントについて記述した。

【考察】がんサロンの主体はがんサバイバーや家族である。相談支援センターはがんサバイバー、医療者、行政担当者の関係性を構築し、人々のニーズを捉えながら、地域に開かれたがんサロンを目指すことが重要である。

A．本ヒント集作成の背景と目的

全国のがん医療の整備が進んでいるなかで、がん相談支援センターが携わっている活動のひとつに「がんサロン」がある。が

んサロンは、がんを体験した人々（以下がんサバイバー）の気軽に集える場へのニーズや、お互い支え合える機会を求める思いが根底にあり、がんサバイバーのセルフヘ

ルプグループの場合でもある。現場の相談員はこれらのニーズに応えようと取り組んでいるが、「どう始めたらいいのかわからない」「人が集まらない」「組織の管理者の理解が得られない」など課題を抱えていることも少なくない。また、がんサロンの設立や運営における相談員の関わりとは何かを明文化しているものもほとんどない。

そのため、現場のがん相談員が活用できるための、がんサロンの設立と運営に関するヒント集を作成することとした。

## B. 作成のプロセス

これまでに行われた全国のがんサロンに関する研究結果やヒアリング等から、本ヒント集作成の背景や目的を研究者でディスカッションした。その後、ヒント集の目次立て、執筆を行い、研究者全員で内容の検討を重ねた。また、全国のがんサロンに関わっている医師、がん相談員、行政担当者から査読を受け推敲を行った。

## C. 結果

ヒント集の構成は「第1部：総論」「第2部：各論」「第3部：Q&A」とし、全40頁であった。以下に目次と内容の一部を記載する。

### 第1部：総論

- ・ がんサロンの意義と方向性
- ・ がんサロンの設立と運営におけるがん相談支援センターの役割と位置づけ
- ・ がんサロンの現状

### 第2部：各論

- ・ がんサロンの立ち上げへの支援
- ・ がんサロンの維持と発展への支援

### 第3部：Q&A

- ・ がんサロンの意義や考え方について
- ・ がんサロンの有効性や効果について
- ・ 運営の仕方と工夫について
- ・ 協力者への調整や理解を得ることについて
- ・ 参加の促進に関すること
- ・ 地域内の連携や地域への展開について

## D. 考察

ヒント集においては、以下のことに視点をおいて作成した。

### 1、がんサロンの主体

がんサロンの主体はがんサバイバーやその家族である。相談員や医療者は黒子として陰から支援する。立ち上げ時は医療者主導であっても、次第に主体をスライドしていくことが求められる。

### 2、相談員の立場と位置づけ

相談支援センターの相談員は、がんサバイバーと医療者（病院管理者等）、行政担当者との間に立って関係性を構築し、人々のがんサロンへの理解を高めるための調整を行う。

### 3、がんサロンは、がんサバイバーのニーズや地域性によって、あり方は様々である。「こうせねば」ではなく、色々ながんサロンがあってよいという考え方のもと、創造的に取り組むことを大事にする。

### 4、がんサロンは病院のなかに留まらず、地域のサバイバーや家族に開かれたがんサロンを目指すこと、すなわち、地域の資源のひとつとしてあることが求められる。

## E．まとめ

相談員のための、がんサロンの設立と運営に関するヒント集を作成した。今後は全国の相談員に広報し、活用してもらいながら、現場の体験や実践知を集めて、さらにブラッシュアップしていければと考える。

## 参考文献

1)

## F．研究危険情報

なし

## G．研究発表

なし

## 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

なし

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

がん診療連携拠点病院の相談支援センターとがん当事者の連携・協働の実態  
に関する調査研究

- がんサロンの取り組みにおける相談支援センターの役割について -

研究分担者 近藤 まゆみ 北里大学病院 患者支援センター 師長補佐

### 研究要旨

【目的】がんサロンの立ち上げあるいは活動の維持を行なっていく上で、必要な取り組みを医療者の視点から明らかにする。

【方法】日本各地の7つのがんサロンもしくは施設を対象とし、インタビュー内容を質的帰納的に分析した。

【結果】がんサロンの立ち上げ、運営、継続、発展における困難や推進力となったことの分析から、がんサロンへの取り組みに必要な要素として以下の14のカテゴリーが抽出された。がんサロンを作ることへのニーズがある、サバイバー、医療者、行政に推進力となる人がいる、がんサロンの目的・理念・イメージを作る、がんサロンをオフィシャルに位置づける、院内に承認を受けるために、相談支援センター・患者団体それぞれが行動する、都道府県の政策にがんサロンの取り組みを明示する、がんサロンを担当するサバイバーに対し、ピアサポート研修を推進し実施する、がんサロンの立ち上げ・運営のために、相談支援センターの役割を考え実行する、がんサロン推進のために課題を明確にし対処する、サバイバーでありかつ専門職である医療者の葛藤に配慮する、失敗を恐れず、そこから学ぶ、時代の流れのタイミングをつかむ、がんサロンに関心をもつ看護教員と協働する、がんサロンを都道府県内に広めていく

【考察】がんサロンの取り組みは、がん対策への機運の盛り上がりや行政担当者の認識、相談支援センターの志や病院管理者の理解、そしてサバイバーの思いや行動力など、それぞれの要素が絡み合って推進力を強めていた。相談支援センターはサバイバーや患者団体、病院、行政の3者をつなぐパイプのような役割であり、黒子となってサバイバーを支援していることがわかった。

### A. 研究目的

これまで、がん医療における医療者の関心は、病気を診断し治療する治療期や、再発期から終末期にかけての時期にあったと思う。しかし、近年ではがんサバイバーシップの新しい潮流とともに、維持治療期や社会復帰の時期、長期に安定している時期などにも目が向けられるようになった。特にこの時期は生活や仕事、人生の再構築、

再発への不安などに関する悩みが増え、医療サポートやソーシャルサポートは減少する。がんサロンは治療期や再発期だけではなく、そのようなサポートが減少する時期のがんサバイバーも参加できる大切な場である。

日本においてがんサバイバーが集うセルフヘルプグループやサポートグループの活動は年々増加している。両者は「その発起

人が、当事者性を持つかどうか」によって違ふとされ、グループの発起人がメンバーと同じ問題を共有している場合はセルフヘルプグループ、発起人が専門職者等である場合はサポートグループといわれている<sup>1)</sup>。しかし、がん領域におけるがんサロンの取り組みのなかでは、その概念が混乱して捉えられ表現されていることも少なくない。当事者と専門職が一緒になって発起人のような役割をとっていることも、その曖昧さに影響していると思われる。

平成 23 年度の当研究班の報告において、がんサロンを当事者性や形態の観点から＜患者会のサロン＞と＜協議会のサロン＞と表現している。＜患者会のサロン＞とは、文字通り患者会のなかに存在しセルフヘルプグループの要素を強く持つサロンだと思われる。＜協議会のサロン＞は病院や地域、行政に存在しているサロンで、患者やサバイバーが主体となっていてところと、医療者が主体となっていてところがあり、セルフヘルプグループとサポートグループの両方の要素が混在している状況であると考えられる。院内や地域に患者会がすでに存在し、その患者会が主催する＜患者会のサロン＞の支援を医療者が行うという活動は、比較的、仕組みがシンプルで相談支援センターの支援もわかりやすい。しかし、患者会や患者団体が存在していない、もしくは、あったとしてもがん種に限られどのような患者でも参加できる場がないような病院や地域は、患者や家族が集う場を新しく創造することから求められている。

これまで本研究班では、がん診療連携拠点病院の相談支援センターと院内外の患者会との連携や協働の実態と課題について調

査を重ねている。それによると、日本の 7 割弱の相談支援センターは、患者同士が話ができる場の設置や地域の患者会との交流や連携を深める必要性を感じているが、多忙、支援のための知識や技術の不足、地域患者会の情報不足という問題から、なかなか取り組みを促進することが難しい現状があった。

これらのことを踏まえ、本研究では＜協議会のサロン＞形態に注目し、がんサロンの立ち上げあるいは活動の維持を行なっていく上で、必要な取り組みを医療者の視点から明らかにした。

## B. 研究方法

調査対象は、がんサロンの活動に精力的に取り組んでいる日本各地の 7 つのがんサロンもしくは施設とした。今回は医療者ががんサロンに関わっている視点から、必要な取り組みを明確化することを念頭においたため、インタビュー対象者は医療の専門職とした。職種によってがんサロンへの関わり方にも相違があると考え、医師 2 名、相談支援センターの看護職 1 名、相談支援センターの医療ソーシャルワーカー 2 名、看護教員 2 名、事務職 1 名に個別にインタビューを行った。なお、1 つの施設のみ複数の職種に対し同時にインタビューを行った。

インタビューの内容はテープに録音し、逐語録にして質的帰納的に分析した。がんサロンの立ち上げ、運営、継続、発展に関する語りから、そこで起こったことや困難だったこと、推進力となったことに注目し、がんサロンへの取り組みに必要な内容を抽出してカテゴリー化した。

倫理的配慮として、研究参加者に本研究の主旨と目的について文書を用いて説明した。さらに個人の匿名性の確保とプライバシーの保護、守秘義務の厳守について口頭で説明し、研究参加の了解を得た。

用語の定義を以下のように行った。

がんサロン：がん患者やサバイバー、家族等が集い、お互いの悩みや体験を語り合う場である。その目的は、a)メンバーが抱える問題の解決や軽減、b)問題との付き合い方を学ぶ、c)安心していられる場所を作る、d)情報交換<sup>1)</sup>である。患者会の活動のなかに同じような機能があるが、今回はそれは含めず、病院、地域、行政に創られたものをいう。

## C. 結果

今回の対象となったがんサロンは、立ち上げから5年以下のものがほとんどで、ひとつだけ10年以上の歴史があった。がん対策推進基本計画において、がん患者や家族等が心の悩みや体験を語り合うことが推進された後の取り組みがほとんどであった。また、毎日がんサロンを開催しているところはなく、すべて1~2回/月程度の頻度であった。

がんサロンの立ち上げ、運営、継続、発展における困難や推進力となったことの分析から、がんサロンへの取り組みに必要な要素として14のカテゴリーが抽出された。これらの要素はすべて必須というわけではなく、都道府県や施設の特徴、患者団体や医療者の思い、がんサロンの特徴などから必要とされた要素は様々であった。以下に14のカテゴリーについて特徴を説明し、それぞれの具体的な内容を表1に示した。

## 1.がんサロンを作ることへのニーズがある

がんサロンの立ち上げには、患者やサバイバーもしくは医療者の誰かに、患者が集う場へのニーズがあり、それが表明されることから始まっていた。患者やサバイバーから発信された場合は、医療者への相談を経て両者の協働を通して立ち上げに向かっていた。医療者から発信された場合は、リーダーとなるサバイバー不在のもと医療者主導で立ち上げ運営する形態をとっていた。

## 2. サバイバー、医療者、行政に推進力となる人がいる

これは多くの研究対象者が語っており、がんサロンに関心を持ち取り組みに向けてリーダーシップを発揮していく人の存在が重要であることが示された。

患者やサバイバー、医療者、行政、それぞれに理解者や推進者が存在しているところは、同じような思いや価値を共有し、困難や課題を乗り越える力も強かった。特に、患者やサバイバーのなかにリーダーとなる推進者がいるところは、他のカテゴリーで示されている様々な取り組みについても、サバイバーや患者団体ががんサロンの主体として動いていた。ある研究対象者は「私たちはその方々におんぶに抱っこなんです」と語り、医療者は患者やサバイバーの希望や声を大切にしながら無理なく関わることができていた。しかし、推進者となる人は誰でもいいというわけではなく、リーダーとしての個人的資質はどうか、リーダーの交代が必要となったときの次のリーダー候補を誰に頼むのかなどを見極める視点を持っていた。

一方、患者やサバイバーにリーダーとなる人が不在で、がん拠点病院の使命だから

などの理由で医療者のニーズから始まったところは、その後の取り組みも医療者主導で行われていた。ある施設では企画・運営委員会等の話し合いにサバイバーの参加を依頼していた。また、ある施設では、がん体験を持つ医療者に声がかかり、がんサロンの立ち上げと運営のリーダーになっていた。

医療者のなかにがんサロンに関心を持ち、リーダーとして推進する医師がいるところは、行政や他施設を巻き込んで話し合いの場作りや決定をすみやかに行い、問題解決も鮮やかであった。また、行政に推進者がいるところは、都道府県の政策にがんサロンを積極的に取り上げピアサポート事業への取り組みも活発であった。さらに、都道府県内の相談支援センター同士が協働しあう体制が作られているところは、都道府県内のまとまりがみられていた。

### **3. がんサロンの目的・理念・イメージを作る**

がんサロンを始める上で最初に取り組むことのひとつが、会の目的や理念、イメージを話し合うことであった。文献を調べ資料を取り寄せたり、他県の先行的な取り組みをしている人から話を聞いたり、実際に見学に行ったりしながら次第にイメージを創っていた。この取り組みは、がんサロンに関わる人々が何を大事にするのかを共有し、会の哲学的基盤を創る大事な機会となっていた。

がんサロンを都道府県内に複数作っているところでは、「がん患者さんの行き場がないからがんサロンができた。どういう患者さんでも自分の行き場を見つけることができるためには色んながんサロンがあったほ

うがいい」「がんサロンの個性は大事」など、同じような会が生まれるなかで、敢えて違いを持たせる意味を語っていた。

### **4. がんサロンをオフィシャルに位置づける**

サバイバーが自ら集まりを始めた施設があったが、場所の確保や広報が難しく、参加者を募っても「怪しい集団」とみられ発展していかない状況がみられた。特に施設内でがんサロンを行う場合は、参加者の信頼や安心を得ていくためにも、また、医療者がボランティアではなく業務としてがんサロンの支援を行うことができるためにも、その施設の承認やオフィシャルな位置づけが必要とされていた。

### **5. 院内に承認を受けるために、相談支援センター・患者団体それぞれが行動する**

患者や患者団体、相談支援センターががんサロンを作ろうと動き始めても、院内の管理者や医療者に承認を受けなければ、場所の確保や資金面の援助、業務としての医療スタッフの派遣に理解が得られない。「総論的にサロンは患者さんのために必要だと皆が思っている、そのことで手出しが出たり時間がつぶされたりすると、各論では賛成できないということだろう」「院外の患者さんのことまで責任は持てないと言われる」「患者さんが集う患者会などがあると、色んな情報が飛び交って診療がスムーズにいかなくなる恐れがあると心配する医師もいた」など、院内の承認を得ることが最も困難な事柄だと語った研究対象者も少なかった。

そのために相談支援センターや患者団体

は様々な工夫をしていた。医療者側では、都道府県がん診療連携拠点病院協議会委員長名で「行政のがん対策推進計画の一端であり協力をお願いしたい」という内容の書類を作成し各拠点病院の病院長に提出したり、病院の管理者にがんサロンを実際に見てもらおうよう調整したり、院内に影響のある医師に発言を依頼したりしていた。患者団体側も自分たちの思いを知ってもらうために、院長に直接話しに言ったり、無理解を示している医師を敢えて自分たちの勉強会に呼び、コミュニケーションを図る場を意図的に作ったりしていた。

なかには、理解もしないが反対もしないという無関心という反応を示すところもあった。「誰もそういう知識がなく知らない、何かやってるな」という反応で何の反対もない」「がんサロンに誘ってくださいと言っても、自分の患者さんにはインフォメーションしてくれない」など、がんサロンを作るうえで障害にはならないが促進力にもなりにくい。そのため、地道に実績を作り意義を実感してもらう体験を積み重ね、がんサロンを理解してもらうプロセスを大事にしていた。

## **6. 都道府県の政策にがんサロンの取り組みを明示する**

がんサロンの取り組みを行政と協働して行っているところは、都道府県が策定するがん対策推進計画に「がんサロンを推進する」という項目を明示し、都道府県全体で取り組むシステムを作っていた。

このような都道府県は、患者の声を政策に生かすという基本方針を持ち、患者団体連絡協議会を設置したり、相談支援部会や緩和ケア部会などに患者団体の代表が出席

したりするなどの仕組みを作っていた。

## **7. がんサロンを担当するサバイバーに対し、ピアサポート研修を推進し実施する**

患者団体ががんサロンの運営を担当しているところでは、ピアサポート研修受講者ががんサロンを担当する仕組みを作っていた。その背景には、がんサロンを行うサバイバーの力量を高める必要性や、担当者の関わりの質を確保することがあった。

ピアサポート研修は患者団体や医療者がプログラム作り、企画、運営を担当し、都道府県が費用を出してピアサポート研修を推進していた。

## **8. がんサロンの立ち上げ・運営のために、相談支援センターの役割を考え実行する**

相談支援センターは患者が集う場を創りたいと考える人が相談できる所であった。「その方が主治医に相談したら、“あそこに行ったら何か力になってくれるかもしれないよ”と言われ、尋ねて来られたのがきっかけでした」など、最初の相談は現場の医師や看護師でも、その後相談支援センターに上手くつながることができていた。

患者や患者団体がイニシアティブを発揮し運営を行うサロンの場合、相談支援センターは場所の確保、広報、事務手続き、会場設営、講義の担当、具合が悪い人への対応など医療者は黒子となつてがんサロンが上手くいくように関わり、規定や要綱作成にも参加して患者団体やサバイバーの運営を後ろから支援していた。また、専門職が対応すべき医療的悩みがある方には、がんサロンの場だけではなく他の機会でもサポートを行っていた。さらに、がんサロンの

なかで何が起きているのか様子を見て、必要なことは会議等で伝えていた。

医療者主導のサロンの場合は、これらに加えさらに企画や運営にかかる労力や時間が求められ、役割の幅が大きかった。場所の確保や広報など開催がスムーズにいくための連絡調整支援だけでなく、参加者への実際の対応から将来的なビジョンにつながる検討まで、がんサロンを創り上げていくすべてに主体的に関わっていた。

どちらの場合も、臨床の多忙ななかで行っていることが多いため、活動が特定の人に偏らず責任や負担を分担することにも配慮していた。

## **9. がんサロン推進のために課題を明確にし対処する**

がんサロンを維持推進していくための課題は様々あると思われるが、今回の調査では主に以下の3点が示された。がんサロンのなかで起こる衝突、がんサロンの参加者が少ないもしくは減少すること、自分ががんであることを知られたくない人がいることである。後者の2点は相互に関連しているとも考えられた。

がんサロンには患者、家族、遺族など立場が色々な人が参加する。「会には皆さん辛さを吐き出しに来るので、“がんばれなくてもいいんだよ”ということにしています。たとえば辛さを語る患者さんがいて、そこに頑張っている家族が“もっと頑張って”というメッセージを送ると、お互いの気持ちを共有したいけどできない両者の関係が生まれてしまいます」など、立場や思いの違いによる衝突が起こることもある。このような問題に対しても医療者は患者団体やピアサポーターと協働しながら対処してい

た。がんサロンへの参加者を増やし維持する方法としては、ポスターやがんサロン便り、HP など広報の仕方を工夫すること、おしゃべりだけではなくミニレクチャーなどを組み入れ学習ニーズにも応えるという内容の工夫をすること、がん種を分けることでより自分の体験に近い人々との交流の場を作るなどの方法が示された。自分ががんであることを知られたくないことについては、その地域の生活や文化に根ざしたがんの受けとめ方とも関連しているためか、積極的な対応策は語られなかった。

## **10. サバイバーでありかつ専門職である医療者の葛藤に配慮する**

今回の調査では、がん体験がある医療者が、病院から患者会の立ち上げを依頼されて取り組んだ事例があった。その人が最も困難だと感じていたことのひとつが、サバイバーである自分と専門職である自分のアイデンティティの葛藤であった。「病院の職員が良かれと思って参加してくださるんですけど、そこでは患者体験は語りにくい」「病院の会議では医療者として参加し、実際のがんサロンでは患者として参加する、その使い分けは難しい」など、サバイバーとしてがんサロンに参加する役割と、医療者としてがんサロンを作る役割の2つを同時に持つことによる葛藤があった。

## **11. 失敗を恐れず、そこから学ぶ**

がんサロンは新しい取り組みでもあるため、企画や運営を工夫し変更したり、たまには冒険したりすることもある。しかし、すべてが成功ばかりではない。上手くいかなかったことを振り返り、必要だと思って取り組んだことの何がそうだった原因か、さらにどうすればいいかを考え、次に生か

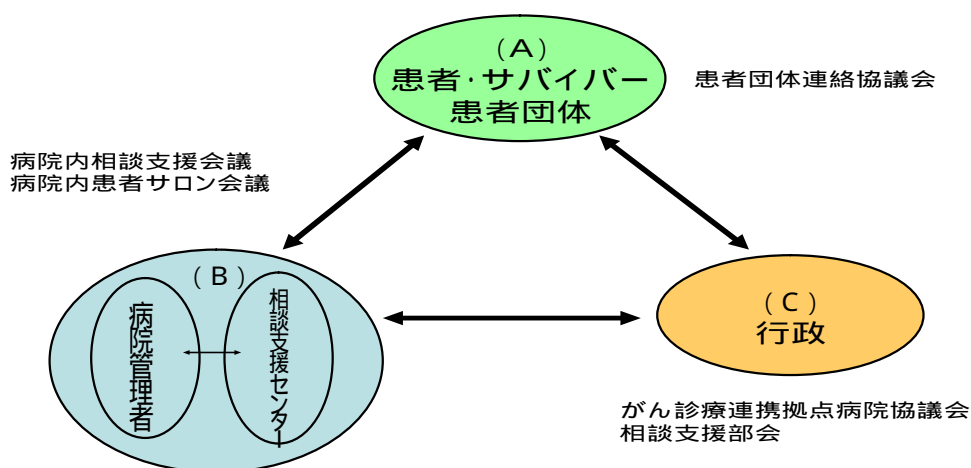
していく姿勢が大切であった。

## 12. 時代の流れのタイミングをつかむ

がんサロンの取り組みは、「ちょうど、サバイバーのニーズと病院の動き、行政の政

この差を問題として取り上げ、どの地域にいても参加できるがんサロンを作ることを目標としたところがあった。自分のところが良ければいいという発想ではなく、が

図1 がんサロンの立ち上げ・運営における患者・サバイバー、病院、行政の関係



策立案のタイミングが合っていて、全体がひとつの方向性を持てる機会を得ることが推進力となっていた。

## 13. がんサロンに関心をもつ看護教員と協働する

看護教員は教育研究を行う立場としてがんサバイバーシップに触れる機会が多いため、患者が集って体験を共有することに関心を持っている人がいる。自由裁量の勤務形態なので会の開催時間に合わせやすく参加しやすい。また、がんサロンで起こっていることや新しいアイデアなどを、教育者、研究者としての視点から深めていた。

## 14. がんサロンを都道府県内に広めていく

一つの都道府県内にも都市部と地方部があり、救急分野や在宅分野など医療の均てん化において根深い課題がある。がんサロンにおいてもしかりで、都道府県の会議で

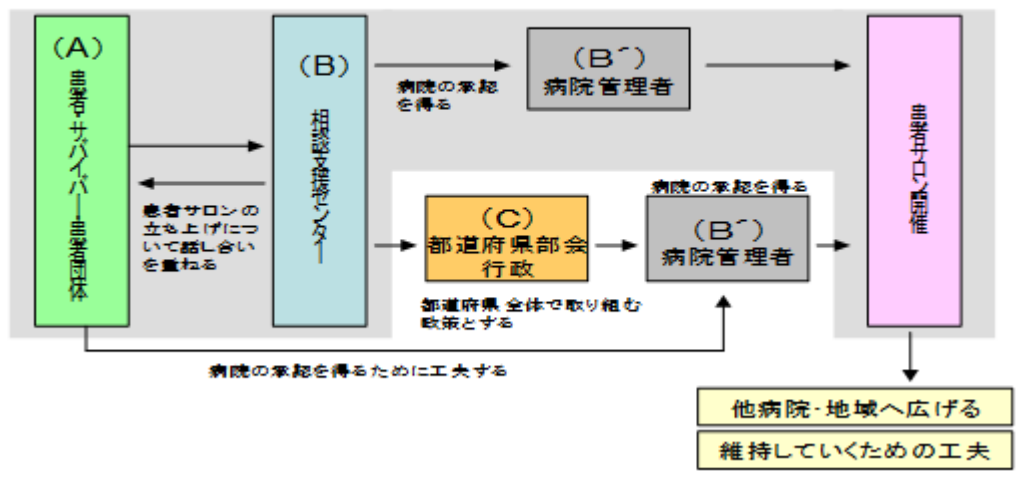
んサロンの開催を始めた地域がこれから取り組む地域にノウハウを伝授し、都道府県全体にがんサロンネットワークを作り同じ志を共有していた。

## D. 考察

今回の結果から、がんサロンの取り組みは、がん対策への機運の盛り上がりや行政担当者の認識、相談支援センターの志や病院管理者の理解、そしてサバイバーの思いや行動力など、それぞれの要素が絡み合っ

て推進力を強めていることがわかった。まず、がんサロンの立ち上げや運営において最も重要だと多くの研究対象者が語っていたことが「人材の存在」であった。図1のように(A)患者・サバイバー・患者団体、(B)病院医療者、(C)行政の3つの役割が調和し、それぞれにがんサロンへ

図2 患者サロンを始めるときのプロセス



の理解者・推進者が存在することが理想的である。特に、患者やサバイバーにリーダーとなり得る人が存在していたところは、

がんサロンの立ち上げや運営がスムーズで、

医療者をリードする状況をも作り出しており、医療者から見ても頼れる存在となっていた。しかし、立ち上げの最初の時期からこのような人の存在がない場合も多く、まずは医療者主導で始めることも少なくない。そのような場合でも、医療者だけで取り組むのではなく、サバイバーの有志に声をかけ一緒に話し合いながら作り上げることで、サバイバーの声を反映した企画も可能となるだろう。ある施設ではがん体験がある医療者がリーダーとして活動を始めており、現場の試行錯誤な様子が伺えた。しかし、医療者主導で始めた場合でも、がんサロンに集う人々の中にはリーダーとしての資質を備えた人がいたり、がんサロンの主体として活動する志を徐々に育てている人もいる。これらの貴重な人材を如何にみつけ、どう取り組みの主体をスライドさせていくのが今後の課題でもあろう。

相談支援センターと、(A) 患者・サバイ

バー・患者団体、(B) 病院、(C) 行政〔以下(A)(B)(C)と表す〕との関係性を考えると、図1のように相談支援センターは(B)のなかに含まれており、(A)(C)とともに、実務レベルで行われる様々な会議で検討を行っている。また、そこで話し合われた内容を(B)のなかで報告し協議している。

今回の研究結果から、がんサロンの取り組みを病院管理者から承認され、業務として位置づけられることの必要性が示唆されたが、それはすべての施設で容易にできることではない。相談支援センターや患者団体は様々な工夫をしながら対応しており、そのプロセスと内容を図2に表した。

まず、(A)と(B)のどちらかからがんサロンへのニーズが発信され話し合いが始まることが多い。その後、(B')の病院管理者の承認を得てがんサロンが開催される。このときに、(B')の承認が上手く得られ

ない場合は、がんサロンを（Ｃ）の都道府県全体で取り組む政策に位置づけたり、（Ａ）が自分たちのことを知ってもらうための工夫をしたりして対応していた。

ひとつの施設だけで取り組んでいるがんサロンは、院外に向けた活動に課題を感じている。自施設を受診している患者や家族だけでなく、地域のがん体験者や家族を対象に広げようと試みても、院外からの参加者が集まらないという現状もある。単独で院内がんサロンを運営するには限界もあるだろう。

都道府県全体で取り組んでいるところはがん医療の質の均てん化を目標に、（Ａ）（Ｂ）（Ｃ）が上手くつながって患者やサバイバーの居場所を創っていた。（Ａ）のサバイバーや患者のなかに推進者となるリーダーが存在していない地域にも人材を派遣することができ、共に課題や困難を検討する場も生まれているため協働の利点も多く、効果的なひとつの推進の形だと言えるだろう。このような取り組みは、これからがんサロンを創る地域や、活動を地域に広げていこうと考えている都道府県などにとって参考となると思われる。がんサロンの創造的取り組みのエッセンスをまとめ、日本全国に発信していく必要があると考える。

具体的な相談支援センターの役割は、がんサロンの性質や目的、理念、開催方法などにより若干の相違はあったが、押しなべて同じような役割をとっていた。特に病院という場は患者や家族が通院する場でもあるため、多くの人々が参加しやすく、たくさんの人々に広報できるという特徴がある。また、院内におけるポスター掲示やパンフレット設置は、院内の他の医療者へのアピ

ールにもつながり、理解を得ていく媒体にもなるであろう。

がんサロンのファシリテーターはサバイバーと医療者の両者があり、そのがんサロンが患者団体主導型か医療者主導型かによって異なっていた。セルフヘルプグループやサポートグループを運営するときには、必ずトレーニングを受けたファシリテーターが入ることが求められている。がんサロンにおいてもファシリテーターの存在は重要であるが、人は流動的であり、サバイバーでも医療者でも担当者が代わっていくことは避けられない。ピアサポート研修やサポートグループファシリテーター研修などを通して、人材の育成にも力を注ぐことが求められる。

今回、研究対象者に看護教員を含めたのは、患者が集う場の企画や運営に看護教員が関わっている事例を聞くことが度々あり、病院の職員ではないが同じ医療の専門家として看護教員の関わりからヒントを得ることができないかと考えたからである。今回の結果の至るところにその要素は反映されているが、看護教員は教育研究を行う立場としてがんサバイバーシップに触れる機会が多く、治療期や終末期のケアだけではなく社会復帰の時期も含めたサバイバーの全プロセスのサポートに関心を寄せている人もいる。（Ａ）（Ｂ）（Ｃ）のなかには入っていないが、協働することでさらに深い洞察が得られると思われる。

今回の調査から、病院や地域等のがんサロンのあり様は多様であることがわかった。ある都道府県でできることが他のところではできるとは限らず、言葉を変えて言えば、色々あって良いと言える。自分の地域の特

徴を知り、志を持つ人を見つけ、語り合い  
を重ねながら、創造することを楽しむのも  
良いのではないかと思う。

なし

今後は都道府県単位だけではなく、特に  
人口が多い大都市では地方自治体との連携  
も視野に入れて考える必要があるだろう。

## E. まとめ

がんサロンの取り組みは、がん対策への  
機運の盛り上がりや行政担当者の認識、相  
談支援センターの志や病院管理者の理解、  
そしてサバイバーの思いや行動力など、そ  
れぞれの要素が絡み合って推進力を強めて  
いた。相談支援センターはサバイバーや患  
者団体、病院、行政の 3 者をつなぐパイプ  
のような役割であり、黒子となってサバイ  
バーを支援していることがわかった。

## 参考文献

1) セルフヘルプ・グループとサポートグル  
ープ実施ガイド 始め方・続け方・終わり  
方：高松里著：金剛出版、東京、2012

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表
  2. 学会発表
- なし

## 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

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

患者団体等との連携のあり方に関する検討

研究分担者 朝倉隆司 東京学芸大学 教授

研究要旨

< 目的 >

本研究は、がん患者団体の代表者やがん患者会の連携やがん対策への参加に関与した行政、医療機関の関係者にインタビューを行い、相談支援センターと患者団体との連携のモデルを探索するために、それぞれの地域で患者団体がどのようにして生まれ、どのような活動を展開し、相談支援センターと連携しているのか、実情と課題を明らかにする。とりわけ、患者団体と相談支援センターの連携による患者支援活動に対する評価の観点を出し、ブレークスルーを図ることが目的である。

< 方法 >

今年度はモデルとなりそうな団体と地域を選定するために、四国 2 県の医療機関・団体を訪問し、ベースラインの聞き取り調査を行った。そのインタビューを参考にして、問題設定と課題をまとめた。今後の研究疑問に繋がるポイントを整理したので、必ずしも、インタビューで語られたことそのものを基にしているわけではない。

< まとめ >

相談支援センターと患者あるいは患者団体との連携に関する研究を進めるには、現実根ざした適切な研究疑問を設定することが鍵となる。

患者との連携の方法やサロン、ピアサポートの運営のノウハウではなく、そもそもがん医療において、患者会を設立することの意義と要因、医療機関が患者団体と連携することの社会的意義、サロンを運営することの社会的意味を明らかにすることである。

A . 研究の背景と目的

なぜ、相談支援センターと患者との連携について研究が進めにくいのか。「連携」という現象が、それほど広がっておらず捉えにくいことが考えられる。

われわれが 2009 年度に調査した結果では、がん拠点病院の診療圏内の患者団体は、「完全に」「おおむね」把握しているという回答は 47.3%であるが、「しばしば交流がある」との回答は全体の 9.3%に過ぎなかった。

病院と地域のがん関連の患者会との交流で見ても交流があったのは全体の 49.7%と約半数に過ぎない。

したがって、相談支援センターと患者あるいは患者団体との連携を考えるには、その現象を分析するために、現実根ざした適切な研究疑問を設定することが課題である。相談支援センターと患者との連携にかかわるモデル地域での展開事例を、いくつかのタイプに分けて示すことも、相談支援センターと患者あるいは患者団体との連携を検討する上で参考になると考えられる。

すでに 2012 年度の報告書では、13 の観点を示し、がん対策推進基本計画の実施やがん拠点病院の相談支援センターの活動における、がん当事者の参加と協働を分析し、課題を提示した。

そこで、今年度はモデルとなりそうな団体と地域を選定するために、四国 2 県の医療機関・団体を訪問し、聞き取り調査を行った。2013 年度は、すでに訪問した地域をフォローアップしながら、新たな地域の探索的な調査も実施していく予定である。

本研究の狙いは、大きく 2 つである。すなわち、1) 相談支援センターからみた患者団体との連携の在り方と支援のための組織・体制づくりの課題、2) 患者団体の組織化、相談支援センターとの連携の在り方、患者サロンの展開における現状と課題、を明らかにすることである。とりわけ、後者に焦点を当てて、研究疑問の生成に取り組んだ。

## B 患者団体へのインタビューから得た問題意識

### 1) なぜ患者会を立ち上げるのか、その意

義をどう理解するのか

患者会を理解するためには、まずその存在意義、患者会が作られる目的と今日における社会的意味を理解する必要がある。

患者会を立ち上げ組織化しようとする狙いや目的は、時々々の社会情勢の影響を受け、様々な要素を含んでいる。単に患者同士が支えあうセルフヘルプの側面に限らない。むしろ、がん対策基本法、それを受けた地方行政におけるがん対策条例など政治や行政ががんに取り組み始めたこと、医療が社会に開かれていく社会化のプロセス、医療情報の普及、患者の権利意識・消費者意識の高まり、国民の知的水準の高まりなどが背景となり、医療は国民にとって治外法権の場ではなく社会参加の対象となってきた。そこで、多くの患者の声を集めないと、行政や医療関係者に太刀打ちできない。患者の声を反映させたがん対策に向けて、行政や医療を動かさない、という意識が生まれてくる。そのために患者会が必要とされる。

このような性格の団体としての患者会は、すでに存在していたが、患者会も進化しており、対決姿勢ではなく、とくに政治（地方では議員）や行政職員と協力しながら政策提言もできる新たな世代の患者団体を目指そうとする姿勢が生まれている。

### 2) 「患者目線」とは何か、その在り方と重要性に対する理解

患者の声を届けるのは、相談支援センターにはできない患者会の使命であり、患者会の重要な存在意義であろう。この使命感の背後には、がん対策、がん医療だけに限らないが、患者自身が医療や健康政策における患者目線の必要性に対する当事者の強

い意識がある。では、患者目線とは何を意味するのであろうか。また、その視点の在り方と重要性を、医療者や行政が果たしてどこまで理解しているのであろうか。これらの研究疑問が存在している。

インターネット等で医療情報が普及し、社会における患者の権利意識・消費者意識が高まっており、また高等教育の普及で国民の知的水準も高まった現代において、当然ながら、患者が参加して医療を社会に開く社会化のプロセスを進展させていこうとする時代の要請がある。このことを行政、医療はどのように捉えており、どのように応えていくのかを問う必要があろう。

行政も医療も人は数年たてば異動するが、多くの患者は移動せず、住み続ける。この事実からも、その地域社会で病気を抱え、治療を受けながら生きていく質、すなわちクオリティ・オブ・ライフを高めるためにも、患者目線の重要性が理解できる。したがって、患者目線とはどのようなものか、をより深く理解する必要がある。

医療が発達し医療情報が普及した現代においても、国民のがんという病気に対する理解は、決して十分とはいえない。地域社会においては、がん患者であるとはとても言い出せない。まだまだ根強いがんに対するネガティブなまなざしの中で、患者は隠してがん治療を受けている。このような状況は、とても好ましいとは思えない。したがって、地域社会の理解を推進し、がん患者が堂々と治療を受け、生きていける社会にするためにも、表に出て行く患者を必要としている。

相談支援は相談支援センターに任せることができるので、患者の生き様を見せ、社

会に患者の声を浸透させるのが患者会の意義でもある。

### 3) 患者団体と行政の関係を融解させる条件は何か

患者の声を届けるためには、対決姿勢ではなく、患者会は政治や行政と協力しながら政策提言を目指す必要がある。しかし、最初から行政の理解が得られるとは限らない。行政との関係づくりには、時間と労力、戦略を要する。かつては、どちらも一方的な姿勢を持ち、要求と守りの対決がよく見られた。そこで、患者団体と行政が同席して話せる関係と機会づくりが必要である。

患者と行政の連携が成功するための社会的条件がいくつか考えられる。たとえば、行政における「女性」の役割である。必ずしも女性というジェンダーに限定されるわけではないが、健康政策やがん対策を担当する部署に、「女性がいること」に象徴される社会的条件がある。すなわち、なぜ患者達があることを実現したいのか患者の思いを理解する行政職員がいることであり、それがしばしば女性なのであろう。あるいは、行政内部にも、当然がん罹患した職員やその家族がいるはずである。がん患者の思いに理解があるその人達の存在が、行政内部でどのように意識されているかも重要である。「自分たちの職場の問題でもある」という捉え方ができると、協働は進みやすい。

これまでの職場は男性の論理で仕切られてきたが、女性の異なった視点や発想が、健康や福祉の政策では生きてくることがあるのではないか。いわゆる先進国の中で、日本は職場における女性の役職者が非常に少ない国であるが、地方行政の保健福祉部

のような部署で女性の役職者が増えることも、患者の声が届けられる一因となるのではないか。地方行政における女性人材の育成と登用と密接に関係している。よって、ジェンダーの問題との関連も研究疑問を立てる際の視点として挙げることができる。

また、行政を動かすには、議員と協働するのが有効である。議員が、がん対策に関心を持って行政に働きかけると行政は動きやすい。当然ながら、民主主義社会の選挙制度から考えれば、議員の声は、住民の声なのである。その声に応じて行政は動くという行政の論理とそれを動かす方法論を知っておく必要がある。

患者団体と行政との関係がうまくいくためには、このような社会の仕組みと論理にそった働きかけをして、風を起こし、その風を掴む必要がある。

これらができるリーダーの資質を持った人の出現と共に、その時の社会的条件に恵まれることが重要であろう。上記の社会的条件にさらに付け加えるとすれば、地元マスメディア（テレビと新聞）の関心の大きさと報道姿勢も推進する力となる。マスメディア関係で働いていた人ががんになり、患者会を作ろうとしたり、行政に働きかけようとしたりする場合は、ネットワークの広さ、働きかけ方のうまさ、問題意識の強さ、情報発信力の強さなどから、特に顕著に力が発揮される。

#### 4) 患者会のリーダーとは

少し触れたが、前節で述べた患者会の使命と問題意識を持って、行政や議員、医療者と関係づくりを実現できる患者会のリーダーの条件とは、具体的にはどのようなも

のが挙げられるであろうか。果たして、どのような人に患者会のリーダーが勤まるのだろうか。この点に関しては、これまでのインタビューでは、まだ多くのヒントは得られていない。この研究疑問については、さらに探求が必要である。

いくつか挙げるとすれば、がんになる前から、医療や行政とのネットワークや情報を持っている、地元社会において影響力の大きい人の存在が挙げられる。また、「患者の声を届ける」という社会意識の高い人がリーダーになりえる。そして、社会が動く仕組みや論理をよく理解している人であろう。このようにソーシャルアクションを起こすことを可能にする社会的資源と内的資源を兼ね備えていると同時に、自らのソーシャルアクションによる成功体験を有している人ではないかと思われる。

しかし、昨年度の報告書では、「より広い「患者の視点」で意見を述べる力も、代表となっているがん患者の力である。ここでも、病気や障害の当事者の社会参加と社会的に成熟した市民的責任と行動という課題があるように思われる。当事者のみならず、日本社会を構成する市民の成熟、生涯学習社会あるいは福祉社会における人材育成という課題である。」と指摘した。

このような患者のリーダーシップに関わる力は、必ずしも特定の人だけではなく、「ごく普通だった人」ががんという病気の当事者となってからリーダーに育っていく可能性がある。

このことは、がんの罹患をきっかけに生じる人間発達の有り様を明らかにするという、成人期における健康と人間発達に関する研究課題がある。

当然一人では患者会はできないので、患者会の運営を支えてくれる志の近い人達がいて、その人達がリーダーの存在を認めていることも重要な条件である。

一方で、現状の課題は、リーダー頼みとなり、リーダーが孤軍奮闘し、大きな犠牲を払うことになる。また、組織に属して就労しながら運営すること、自分の経済基盤が弱いまま運営するのは無理がある。そのためリーダーとなり得る人が限定される。このような基盤の脆弱さと限界のもとで患者会は運営されている。したがって、患者会も社会的支援がないと継続できない。ここに相談支援センターの役割を一部見て取ることができる。

#### 5) がん患者が患者サロンを開く社会的意義とは

現代医療の治療中心の価値観や企業の経済効率の観点からすると、患者サロンの価値は低い評価しか与えられないであろう。しかし、患者同士が悩みや気持ちを語り合う場として患者サロンがあり、患者の本音を話せる場所であり、時には医療者には話せないことを話す場として、価値と意義を持いる。また、患者が医療に社会参加する一形態でもある。しかし、この患者サロンが、どこの拠点病院でも開かれているわけではない。

その要因は、もちろん患者側にもあるが、医療側が患者サロンをどのように受け止めているのかに帰するとも考えられる。すなわち、がん医療における患者参加に対する医療者の本質的理解の不足、先に述べた医療者の価値観から見た場合の評価の低さに起因するのではないかと考えられる。

確かに、開かれていても、患者サロンの参加者は、それほど多くはなく、場合によっては参加者が固定化することも起こりうる。ボランティアならまだしも、国の指針に基づいた施策として行うには採算が取れず、効果も限定的と見られてしまう恐れがある。しかし、患者のがん医療への社会参加の意義を考えるには、このような患者サロンの社会的意義とは何かを考え、共通認識を形成する必要がある。

そのためには、がん医療において患者サービス、患者参加の評価をどのような観点から行うのか。従来の医療や治療評価に対する視点である科学性（例えば、エビデンスレベルの高さ）、経済効率性（投資に対し元が取れるか、収益が上がるかなど）とは異なった観点から評価することが医療者に可能なのか、を問う必要がある。社会福祉サービス、対人サービスプログラムをいかに評価するかと同じ問題がある。患者支援サービスにおける cost-benefit の benefit を評価する観点を、貨幣経済や生産性を基準とした評価の価値観から、いかに転換させることができるかが、課題である。

また、日本社会、日本人としてどのような幸福（well-being）を目指すのか、という社会的な理念枠組みを構築する必要もあろう。いったい日本社会は、国民の経験するがんによるサファリングをどう扱おうとしているのだろうか。それを人前に表出せず耐えることを美德としているのではないか。これまでの儒教的美德との関係で、これらの点についても吟味される必要がある。

さらに、社会的意義の観点からすれば、患者サロンは、患者の個人次元のみでなく、がん患者を多く抱える社会、特に地域社会

の在り方をどのように変えることができるのだろうか。この点も問う必要がある。さらに、患者サロンにおける体験を通して、人間として成長し成熟するという経済に還元できない価値を積極的に発見する必要がある。長命社会において病気や障害と共に生きる人生の時間の長さを考えると、成人期の人間の成熟において「病と障害」が果たす意味や意義を考えざるを得ない。今のところ、日本社会はがんという病気に向き合う社会と人間に対するビジョンを、描けていない。

#### C.医療機関へのインタビューから得た問題意識

##### 1) 変革が求められるがん拠点病院

相談支援というサービスは、患者視点に立ちがん患者のサポートニーズに応えようとする新たな社会サービスである。しかし、そのニーズに対応し切れないがん拠点病院組織の課題がある。このような意識と組織の変革は、必ずしも学問的なエビデンスが無ければ取り組めないものではなく、説得力を持った病院組織改革のビジョンを持つことである。そして、どれだけの人と同じ気持ちになり、同じ方向に進むかにかかっている。

患者視点でのサポートニーズに応えられる病院の組織化を図るには、これまでの患者数の多さが頼りの「診療」(採算部門)による収益中心の発想から、病院の目標やそれを決める価値観を変えていく必要がある。医療が経営的に厳しくなった時に組織を縮小して生き延びるか、発想を転換して、新たな患者のニーズに応えられるよう再編成して生き延びるかを考える必要がある。そ

のためには、いかに病院経営のトップ(特に事務系トップ)が経営問題として、患者視点でのサポートニーズに応えるという課題の重要性を認識するかにかかっている。

しかし、現実的には病院幹部の関心は、病院の経営、労働力の確保と効率化にあるため、相談支援という採算ベースではないサービスが、病院幹部にとってコストに見合うものと感じてもらえるかが重要である。先に述べたが、cost-benefitのbenefitを評価する軸を、貨幣経済的な観点から転換を図れるのかが問われている。日本では1980年代にquality of lifeの概念がアメリカから輸入され流行したが、評価指標としての側面のみが医療に広がり、根底にある量(経済、寿命など)から質(満足、幸福、生き甲斐など)への価値観の転換を具現化した社会や医療にはなっていないと思われる。

##### 2) がん拠点病院の組織改革を妨げている組織特性

さらに、がん患者のサポートニーズに応えられるがん拠点病院のあるべき組織とはどのようなものか、医療の現場がもっと悩み探求すべき課題である。国のがん政策の立案に関わるトップと医療の現場は、拠点病院においてがん患者のサポートニーズに応えていくことの必要性を理解しており、活動の意義もわかっている。しかし、中間層に当たる人達が、その意義やそのために何をすべきかを良く理解していない。この層は、決められたことをこなすのは得意であるが、新しく何をしたらよいかを考えるのは不得意である。官僚的で保守的であり、火中の栗は拾わない。新しい仕事を発想できにくい公務員的な病院の組織特性があり、

この点をどのようにすれば転換できるのだろうか。社会のニーズに応えられる組織となるように、改革を進めていける病院組織の在り方を社会科学的に検討する必要がある。

このように患者視点でサポートが提供できないのは、がん拠点病院というマクロな組織において、患者視点のサポートニーズに応える必要性、そのために適した病院組織の在り方に対する理解や価値付けへのコンセンサスが不十分だからであろう。

また、相談支援というサービスの実績を上げて、その必要性を実感してもらうためには、補助金を有効に活用する必要がある。しかし、補助金制度事業では期限が決められているため事業の継続性が懸念される。これが補助金政策の課題である。国の補助金政策が大局的観点を欠いているため、相談支援というサービスが医療機関に根付くのを妨げる一因となっているのではないか。

## 2) 相談支援センターの課題

相談支援センターががん拠点病院において患者団体のサポートを業務として十分に取り組めるようになるには、それを可能にする病院組織づくり、医療づくり、医療人材育成・人材確保が重要である。

そのためには、まず社会のニーズにマッチした医療者の医療観と病院観の転換が必要である。現実には、相談支援体制の導入により、広い支援が求められているが、医療者は医療観と病院観の転換どころか、余裕がなく仕事の範囲の広がりについていけない。

次いで、患者視点でのサポートニーズにどれだけ応えられるかは、人材確保に依存

しており、患者視点でのサポートニーズに応えられるがん医療の在り方を考えると、医療人材育成も変わってこななければならない。現実はそのような人材育成ができていないか人材を配置できないために、現場の問題を解決できるマネジメント力のある人材が不足することになる。

したがって、相談支援センターに人材投入できる病院組織づくりと人員の定員化が必要である。すなわち、患者視点に立ちがん患者のサポートニーズをマネジメントできる医療人材の育成や配置である。

これらが相談支援センターの課題である。

## 3) 患者視点で「援助する」とは、どういうことか

もっとさまざまな立場で、この課題の意味を深める必要がある。

たとえば、相談支援センターの支援として取り組めることは、患者団体を支援するための基盤整備、たとえば事務局として運営サポートなど黒子・裏方としてのサポートである。

また、相談支援センターで地域内の患者サロンの情報収集し、病院のサロンの横の繋がりを作るためにサロン担当者が集まる機会を設けネットワークをつくることも取り組める支援である。患者サロンにおけるサポーターのサポート体制を整備していくことも、相談支援センターが取り組める患者団体支援である。

患者団体は自主的で自律的な組織であるので、相談支援センターは、その自律性を尊重した患者団体支援を心がける必要がある。また、患者の力を弱めない仕掛け人になる必要がある。この点に十分配慮をして、

医療者による支援のさじ加減を調整する必要がある。

さらに、患者団体は運営基盤や目的など多様である。そのため各患者団体の在り方にそった支援(バックアップ)が肝要である。医療者が、患者会の特性を良く理解して、寄り添って活動できることである。すなわち、柔軟な活動、柔軟な活動拠点としての相談支援センターが求められている。

患者サロンやピアサポートという概念、その意義を医療者は必ずしも十分に理解していないのが現実である。したがって、がん患者が、ふっと寄れる場所としてのサロンをどう院内に作れるのか、それぞれのがん拠点病院の相談支援センターで工夫が求められている。しかし、先に述べた社会のニーズにマッチした医療者の医療観と病院観の転換の促進ができれば、実現は難しい。この課題相談支援センターとしてどのように関わることができるのかだろうか。これは、相談支援センターが担うには、大きすぎる課題である。そこで、「変革が求められるがん拠点病院」で述べた「患者視点でのサポートニーズに応えられる病院の組織化」をどのようにして進めていけるのかという課題に繋がるのである。

#### 4) がんという視点から患者支援に繋がる地域の社会資源を開拓する

相談支援センターと地域の社会資源との情報共有がもっと進めば、既存の地域のサポート資源をがんという視点からまとめることができる。患者支援の活動拠点となりうる地域の場所を探り、増やしていける。たとえば、図書館など地域の公共施設とのコラボレーションができれば、患者サロン

やそれ以外の患者視点に立った新たなサポートを開発できる可能性がある。このような可能性の探求に、患者団体と連携して、相談支援センターは取り組むことができる。相談支援センターが、情報を収集し提供することで、患者団体と社会資源をつなげることができるのである。

#### 5) 医療が患者視点でのサポートニーズに応えられるように行政・政治を動かすには

たいていの県の行政職員は、決められたことを淡々とする。仕事が出来行政マンが来ると、仕事の効率は変わるが、基本姿勢は変わらない。そこで、県の行政を動かすには、議員を動かす必要がある。県民の声は議員の声である。がん対策に関心のある議員の力によってがん対策推進条例が制定されたことで、社会状況が変わると、行政が現場の声を聞こうとするようになった。このような行政を動かす仕組み・方法論を知っておかなければ、相談支援というサービスの実績を上げるために、補助金を有効に活用することも難しくなる。

#### D. おわりに

##### 1) 相談支援センターの機能の評価に向け研究疑問をさらに探求する必要性

本研究では、相談支援センターと患者あるいは患者団体との連携に関する研究を進めるため、現実に根ざした適切な研究疑問を生成した。それらを手がかりに、2013年度は、引き続き相談支援センターの機能の評価と地域での展開を明らかにする研究を行っていく。

##### 2) 長命有病者・障害者社会とは

患者のニーズや声は、医療の次元に留ま

らないので、そもそも医療機関だけで対応できる範囲を越えている。「健康の定義」は医療のゴールだが、それを目指して協働できる社会化された医療組織と長命有病者・障害者社会のビジョンとそれを支える価値観を日本社会はまだ構想できていない。このことが、相談支援センターを機能させられる病院組織づくりや医療づくりの障壁となっている。また、患者サロンの広がりを妨げている一因ともなっている。社会のニーズにマッチした医療者の医療観と病院観に転換を促進するような、長命有病者・障害者社会のビジョンが日本社会の課題である。

患者視点でサポート体制の社会的整備という課題は、今後、患者になるかもしれない人にとっても重要な課題であり、地域での関心や理解、取り組みが広がることを期待したい。それにどのように相談支援センターが関わっているのか、可能性も含めて今後検討していく必要がある。

大都市の感覚では解決できない地方の社会基盤整備の乏しさの問題を考える必要がある。たとえば、地方における医療情報、交通手段の格差があり、がん医療の格差以前のサービスへのアクセスに関わるインフラ整備の格差である。既存の地域資源と連携した患者視点に立つ新たなサポートの開発なども必要であろう。

#### E . 研究発表

とくになし

#### F . 知的財産権の出願・登録状況

とくになし

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

HIV 陽性者のピアサポートの現状とがんピアサポートの比較に関する検討

研究分担者 放送大学 井上洋士

### 研究要旨

大阪地区の 4 名を対象として、HIV 陽性者のピアサポートのこれまでの経緯についてのヒアリング調査を実施した。その結果、いずれの会も、個人が、自身の経験に基づく強い思いから発生している状況にあることが明らかとなった。患者会に対して、医療情報よりもむしろ、会のマネジメントについてスキルを獲得できる場を創出することが重要と考えられた。

### A . 研究目的

特にピアサポートの課題が顕在化している大阪地区の HIV 陽性者ピアサポートの現状について焦点をあて、そのキーパーソンを対象にヒアリングを行い、その結果をもとにピアサポートや医療機関との連携における課題や問題を抽出する（2012 年度）。対照としてがん医療における患者サロンおよびピアサポートの運営状況や運営体制について比較検討し、以上の結果を踏まえたピアサポートの運営や推進に関する留意点集を検討する（2013 年度）。

### B . 研究方法

大阪地区の HIV 陽性者のうち、患者会活動のキーパーソン 4 名を対象にヒアリング調査を実施した。ヒアリング調査は、研究者と対象者の個別面接とし、場所は対象者の希望を聞き、選定した。面接時間は各々約 90 分。研究者側が用意したインタビューガイドに基づいて半構成的に質問し、関連した事項を自由に語ってもらう形をとった。ヒアリング調査内容は録音をせず、パソコンにその内容を打ち込み、フィールドノートとしてまとめ、分析対象とした。調査

対象者 4 名の概要は以下の通り。X 氏：男性、50 歳代、HIV 陽性判明後約 20 年、Y 氏：男性、30 歳代、HIV 陽性判明後約 8 年、Z 氏：男性、50 歳代、HIV 陽性判明後約 15 年、O 氏：女性、30 歳代。

分析は、全ケースをもとに横断的・経時的に整理しなおす形をとった。また、分析結果については全調査対象者に peer examination として確認をとり、妥当性確保につとめた。

（倫理面への配慮）

プライバシーの保護という観点からは、まず個人が特定されないように、フィールドノート作成の際には、匿名化を図るなどを通じて十分な配慮を行った。さらに、結果のまとめにおいても、継続して匿名化をした。

個人情報保護という観点からは、フィールドノートファイルにはパスワードをかける等の工夫を施した。また、極力印刷をしないものとし、やむをえず印刷する際には研究者所属機関から持ち出さず、鍵のついたロッカーに保管するものとした。

調査対象者に調査協力を依頼する際には、

研究目的などについて口頭およびメールにて十分な説明を行い、同意を得た場合に限り、ヒアリング調査を実施した。

## C . 研究結果

4 名の語りをもとに、再構成したものを以下に示す。

### 1 ) S 会

大阪地区での最初の患者会である。この会は、治療や生活に関する情報不足を強く感じ、それを解消したいと考えていた A 氏が中心となって数名で勉強会として始められた。1995 年当時、別の団体にも HIV 陽性者向けのミーティングがあったが、アメリカのものをそのまま持ち込んだという色彩が強く、それに違和感を持っていた人が中心となった。感染経路を問わず。広報は口コミオンリーであった。当事者 3 人で話し合っ方針などを決めていた。年に 5 回ほどの勉強会を開催し、だいたい毎回 15 人くらいが参加していたが、1998 年の勉強会を最後に途絶えることとなった。その理由として、個人情報の拡散防止のために A 氏がすべての情報を管理する一元化の形態をとったこと、そのため A 氏一人がマネジメントをすることとなり大きな負担になってきたこと、勉強会では新しい人が加わるたびに同じ治療の話を繰り返すので、結局また同じかと離れていく人が増えていき運営が難しくなってしまったこと、A 氏以外の当事者が運営から抜けてしまったことが原因であった。

A 氏以外の当事者から、勉強会ではなく、交流会を開いたらいいのではないかという動きがあり、S の名称を存続させるという動きもあった。しかしながら、実際には S という名称は使われず、また交流会も 3 回程度で終了した。

### 2 ) F 会

ネット上の個人ページが流行った時期であり、それらのオフ会から発展した。

創設は 2004 年に B 氏による。S 会以降、

情報不足の状態に陥り、他の陽性者とのつながりもなく孤独を感じていた B 氏が、交流会をやりたいと立ち上げたものである。B 氏がノウハウを持ち合わせていないため、当事者ではない O 氏が最初から側面支援をしていたが、あくまでも相談役・黒子の立場に留まっていた。東京の団体と立ち上げのときにコンタクトを取り相談しているなど、かなり入念な準備がなされていた。

当初 F 会の人は、国が予防にしかお金を出さない、陽性者支援にはお金が出ないと考えており、そういう流れから、メジャーにならずに、なおかつ自分たちの居場所を創ろうとしていた。

2 年ちょっとくらいで B 氏はやめて、その活動に来ていた人が 5 人くらいで継続運営することになった。現在も、その流れの中で活動を行っている。

### 3 ) B 会

B 会は、立ち上げ準備が 2006 年最初。F 会が若い人たちで占められ、ミドルの人が行きにくい環境にあったということで、ポップではない人が行ける雰囲気サポートグループを作ったほうがいいのではないかということで、C 氏が中心となり 5 人くらいで集まった。当時は、HIV 陽性者向けの SNS も立ち上がっており、そちらに行く人も多かったが、SNS と異なりグラドルルールを設けたピアサポートグループという位置づけを明確にして B 会が行われることになった。また F 会ではカバーできていないものを創ろうということが念頭にあった。最初は、少人数制のグループミーティングということで、車座になって好きなことを話しましょうという形式。お花見や勉強会、個別相談もやっていた。出席者は 15 人くらい。

しかしながら、C 氏が「自分探しをしている途上だった。活動をやっているうえで混乱が生じてきた」ということが引き金となり、C 氏が抜けて、残りで活動を続けていたものの、いったん活動をやめるという

ことになり、2008 年に終わっている。

#### 4) H 会

H 会は、PGM を似たようなものをやりたいと D 氏がかなり前から言っていたことから開設されることになった。D 氏には、HIV 陽性とわかった最初の時期の過ごし方が大事だという思いが強かった

これまでの経験から、D 氏は、個人商店にはしない、当事者だけにはしない・支援をするという人の中に入れてやる、個人に対する責任は限定させるということを、当初から念頭においていた。F 会立ち上げのときの C 氏も当初はかかわっていた。準備検討会で、東京のメンバーや、S 会にかかわりその後患者会とはかかわりを持っていなかった当事者なども参加することになった。

#### D . 考察

いずれの会も、個人が、自身の経験に基づく強い思いから発生している。したがって、個人の思いの表現法として患者会がそれぞれ存在する。その意味で、結果に詳細は示していないが、他の会に対する嫌悪感・排他的な感覚も少なからず生じている。会を存続させていくなかで、会の運営が個人として負担になり、そのために活動中止になる会が多い。しかし、各会発足までには、それまでの他の会の活動状況を見据えつつ、必然性を持って発足している。患者会に対して、医療情報よりもむしろ、会のマネジメントについてスキルを獲得できる場を創出することが重要ではないかと考えられる。

HIV 患者での特性があらわれている可能性は大いに否定できないが、それでもなお、HIV 患者とがん患者との共通性もあると考えられ、患者会のマネジメントスキルに関する情報が得られるツールを作成することが有用とも考えられる。さらに、そうしたツールを作成することは、医療者が患者会と目標を共有することにもつながるため、

よりダイナミックなムーブメントとサポート体制を構築することにもつながるといえるだろう。

#### E . 結論

大阪地区の 4 名を対象として、HIV 陽性者のピアサポートのこれまでの経緯についてのヒアリング調査を実施した。その結果、いずれの会も、個人が、自身の経験に基づく強い思いから発生している状況にあることが明らかとなった。患者会に対して、医療情報よりもむしろ、会のマネジメントについてスキルを獲得できる場を創出することが重要と考えられた。

#### F . 健康危険情報

#### G . 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

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

なし

##### 3. その他

なし

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

小児がん拠点病院相談支援センター相談研修プログラム内容の検討

|       |        |                          |
|-------|--------|--------------------------|
| 研究分担者 | 熊谷たまき  | 順天堂大学 准教授                |
|       | 高山智子   | 国立がん研究センターがん対策情報センター 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 研究員 |
| 研究協力者 | 関 由起子  | 埼玉大学 准教授                 |
|       | 池口 佳子  | 聖路加看護大学 助教               |
|       | 櫻井 雅代  | 国立がん研究センター 看護師           |
|       | 澤井 映美  | 国立がん研究センター 看護師           |
|       | 小郷 祐子  | 国立がん研究センター 社会事業専門員       |
|       | 松本 聡子  | 国立がん研究センター 研究員           |

**研究要旨：**平成 24 年 9 月 7 日に厚生労働省健康局長より、小児がん拠点病院の設備について、相談支援を行う機能を有する部門の設置ならびに当該部門が担う 7 つの業務に関する通達があり、平成 25 年 2 月 8 日に、全国で 15 医療機関が小児がん拠点病院に指定された。本研究では相談支援センターに携わる専任の相談員にはどのような教育・研修が必要であるかを明確にし、相談員を対象に実施する研修プログラム内容と実施方法に関して検討することを目的とした。

海外の例を参考にするとともに、小児がんの相談支援に携わる相談員、教員、患者支援団体等からなるワーキンググループを組織し、検討を行った。小児がん拠点病院相談員の役割として『がん患者や家族等の相談者に、科学的根拠とがん専門相談員の実践に基づく信頼できる情報提供を行うことによって、その子の発達段階に応じた生活が選択できるように支援する』と定義すること、研修プログラムの内容には、小児がん対策（拠点病院と相談支援センターの役割等）、小児がんに関する概要（疫学、主な小児がんの原因～予後まで、臨床試験、小児医療の特色、心理・発達段階に対する支援、保育・教育的支援、緩和ケア）、親・家族、きょうだいへの支援、社会的資源に関する情報が必要とされた。

#### A. 研究目的

平成 24 年 9 月 7 日に厚生労働省健康局長の通達の中で、小児がん拠点病院の整備と相談支援を行う機能を有する部門の設置、ならびに当該部門が担う 7 つの業務に関する事項があった。小児がん拠点病院の整備指針は、成人がんの「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」の予防・早期

発見等、アスベストによる肺がん・中皮腫、HTLB-1 に関する記述を除いた内容になっている。この整備指針に基づき平成 25 年 2 月 8 日、全国で 15 医療機関が小児がん拠点病院に指定された。15 施設のうち 9 施設はすでに成人がんの拠点病院であるが、6 施設は新規に指定を受けた小児医療を専門とする医療機関である。

小児がん拠点病院における相談支援センター相談員（以下、相談員とする）が7つの業務を遂行するために、本研究では相談支援センターに携わる専任の相談員にはどのような教育・研修が必要であるかを明確にし、相談員を対象に実施する研修プログラム内容と実施方法に関する骨子案の作成を検討した。

## B. 研究方法

### 1. 検討会の発足

相談支援センター相談員の研修プログラム検討会を発足するにあたり、はじめに小児がん拠点病院の相談員の現状を把握するために、2施設の相談支援員にヒアリングを行った。次に、実施したヒアリングの内容を踏まえて相談員研修プログラム内容を検討するために必要な職種として、小児がん専門医、小児専門看護師、がん専門看護師、メディカルソーシャルワーカー、特別支援学校教員、認定特定非営利活動法人として社会的支援を担っているメンバー13名によって検討会を発足させた。

### 2. プログラム案の作成

相談員研修プログラム案は、以下の手順によって作成した。

#### (1) 相談員の役割の定義について

はじめに、成人がん相談員の役割の定義を参考に小児がん拠点病院の相談員に求められる役割を明文化することを検討した。

#### (2) プログラムに必要な要素の抽出から項目立て・目的・内容の作成

プログラム案の作成のために具体的な方法としては、成人がんの「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～」ならびに海外の小児がん関連の情報として、American Cancer Society (<http://www.cancer.org/index>)等を参考にしながらプログラムに必要な要素をあげ、次に発達段階と病気の

経過を軸に抽出した要素を整理した。その資料を基にし、検討会メンバーで意見交換しプログラム案の枠組み、項目立てを図った。最後に、項目立てに沿って、各項目の目的と内容を設定することにした。

## C. 研究結果

### 1. 相談員の役割と研修の方向性

#### 1) 小児がん拠点病院相談員の役割の定義

小児がん拠点病院相談員の役割については、以下を暫定案とした。

『がん患者や家族等の相談者に、科学的根拠とがん専門相談員の実践に基づく信頼できる情報提供を行うことによって、その子の発達段階に応じた生活が選択できるように支援する』

#### 2) 研修の対象と方向性について

相談員研修の対象は、小児がん拠点病院の相談員である看護師、ソーシャルワーカー、心理士を想定し。研修の方向性は、医学的知識に関しては患者や家族が治療に伴う生活の再構築を支援できるために、また相談内容を理解するために必要な知識を得ることを目的にする、初回研修後の次の段階では、地域によって多様な現状にあることから現場の相談員のニーズを反映できる内容にする案が出された。研修会の日程に関しては、勤務状況から金・土・日の3日間（実質2、5日）の時間枠が一案としてあがった。

### 2. 初回研修プログラムの初案

#### 1) 小児がん患者と家族に必要な情報と支援に関して

研修の項目立てに、まず小児がん患者と家族にどのような情報が必要であるか、そして支援のニーズはどこにあるのかを患児の発達段階と病気の経緯を基軸に分類、整理した（図1）。

発達段階に合わせた支援には、「小児がん患者特有の心理発達課題に対する支援」「病気に関する説明」「保育・教育支援」「長期フォローアップに関する情報と支援」があり、発達段階に関係なく必要な支援としては病気の確定診断がつく前から終末期までの病気の経過に則して、「小児がんに関する情報提供」「親・家族への支援」「きょうだいへの支援」「社会資源に関する情報提供」「二次がん」「晩期合併症」「グリーフケア」が抽出された。以上のように整理した小児がん患者・家族に必要な情報と支援の項目を参考に、次に初回研修プログラム案の枠組みを作成した。

## 2) 初回研修プログラム案の項目

初回の研修は週末を含む3日間(2.5日)で実施する予定として、プログラムの内容構成の初案を作成した(表1)。

## 3) 手引きの作成

成人がんのがん専門相談員のための学習の手引きに相当する冊子の必要性について、現時点で講義の限られた時間の中で網羅できないと考えられる学習・教育制度に関する情報を手引きとして作成する方針となった。学習、教育制度は地域による特徴があることから、冊子の有効性・活用度は高いと考えられた。

## D. 考察

小児がん拠点病院相談支援センター相談員の研修プログラム案を作成するために、検討会を充足させメンバー間で意見交換を重ねた。検討会での議論によって初回研修プログラム案の枠組みを作成した。プログラムは成人がんにはない小児特有の発達段階に則した支援の必要性、また親やきょうだいへの支援の必要性も高いこと、さらに病気の経過とともに発生する晩期合併症や二次がんへの情報提供や支援といった継続的な長期

フォローアップ、小児がん患者とその家族が日常生活を過ごすための社会的支援を取り入れること、が必要である。

以上を踏まえて、小児がん拠点病院の相談支援センターに携わる専任の相談員に必要な教育・研修には、病気に関する基礎知識と、小児がん患者の発達段階に合わせた支援ニーズに関する内容により構成し、特に保育・教育支援内容は教育分野との連携が必要な領域であり、相談員のための情報整備として重要であると考えられた。

## E. 結論

小児がん拠点病院における相談支援センター相談員が業務を遂行するために、相談支援センターに携わる専任の相談員を対象に実施する研修プログラム内容と実施方法に関する骨子案を作成した。

## F. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

小児がん患者・家族に必要な情報と支援

対象者：・本人、家族(親・きょうだい・(祖父母・親類))、サバイバー・友人、社会

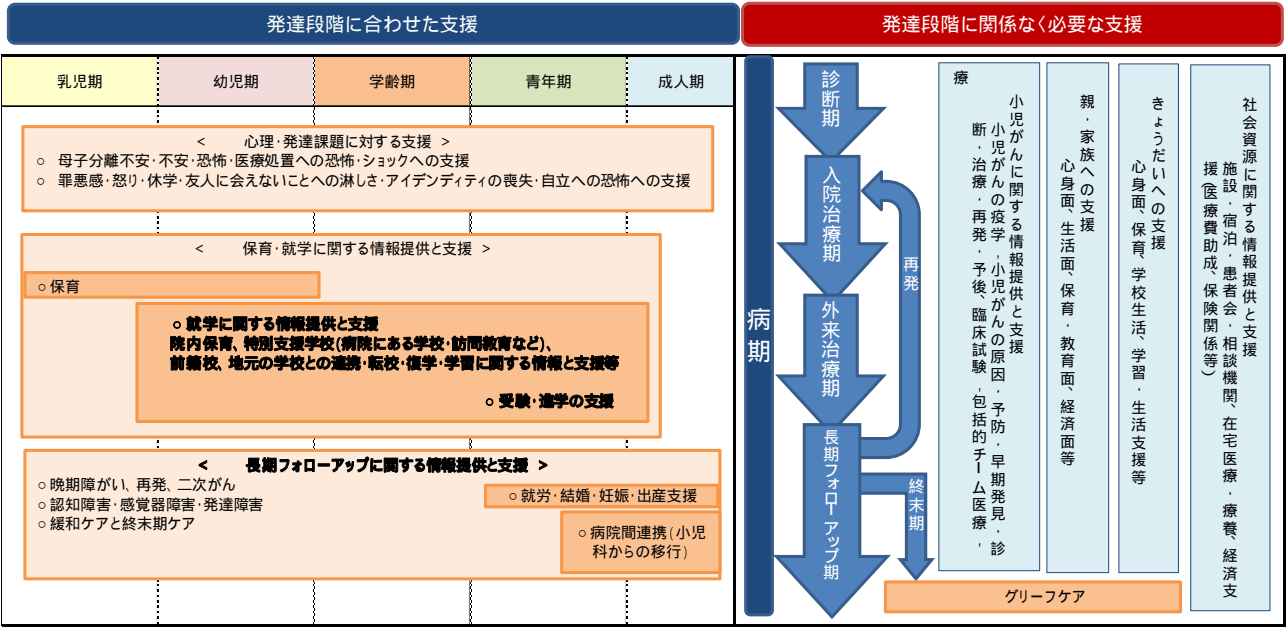


図 1 . 小児がん患者・家族に必要な情報と支援

表１．小児がん相談員研修プログラム内容案

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I. 小児がん対策     | 1. 小児がん対策<br>2. 現状とこれから<br>3. 小児がん診療連携拠点病院と相談支援センターの役割と機能                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| II. 小児がんを理解する | 1. 小児がんとは<br>1) 小児がんの疫学<br>2) 主な小児がんの原因・診断・症状・治療・再発・予後<br>白血球・悪性リンパ腫<br>脳腫瘍・神経芽腫<br>網膜芽腫・胚細胞性腫瘍<br>肝腫瘍・ウィルムス腫瘍<br>横紋筋肉腫・骨肉腫・ユーイング肉腫<br>3) 小児がんの臨床試験<br>4) 小児医療の特色<br>地域と連携した多職種による包括的チーム医療<br>小児がん拠点病院の役割と地域ネットワーク（病院間の連携も含めて）<br>2. 心理・発達段階に対する支援<br>1) 小児の発達段階と発達課題<br>2) 小児がんが発達に及ぼす影響、予測される状態<br>3) 病気に関する説明<br>4) 支援の具体的方法<br>3. 小児がん患者に対する保育・教育的支援<br>1) 通常教育<br>2) 病児教育（定義、制度）<br>3) 保育、入園、入学、復学、進学、受験の支援<br>4) 通院中に教育を受ける方法（通級）<br>4. 小児がん患者に対する長期フォローアップ<br>1) 晩期合併症と二次がんの理解と支援<br>病期・発達段階における晩期合併症の理解と支援<br>2) 社会で自立して生活することを支える<br>ライフイベント（就労、結婚、妊娠、出産など）<br>人生の節目における支援<br>5. 小児がんにおける緩和ケア<br>1) 小児がんにおける緩和ケアの特徴<br>2) ターミナルケア<br>3) グリーフケア |

|                                    |                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>III. 小児がん患者を理解する</p>            | <p>1. 親・家族への支援</p> <p>1) 社会心理的・身体的影響について<br/>確定診断前から終末期の病期によって<br/>患児・家族の発達段階によって</p> <p>2) 生活の変化（入院から、通院、在宅まで）</p> <p>2. きょうだいへの支援</p> <p>1) きょうだいに生じる心理的影響と生活変化を理解する</p> <p>2) 心身面・教育（学習）・保育・生活支援</p> |
| <p>IV. 小児がん患者の家族を支える社会資源に関する情報</p> | <p>社会的資源に関する情報</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施設情報、相談機関、患者会</li> <li>・ 宿泊（治療中の家族の宿泊場所、在宅医療への移行時、ターミナル期の場合として）</li> <li>・ 在宅医療・療養</li> <li>・ 経済支援</li> <li>・ 就労支援</li> </ul>               |

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

がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」の作成

|       |        |                      |         |
|-------|--------|----------------------|---------|
| 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 | 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 | 研究員     |
|       | 熊谷 たまき | 順天堂大学                | 准教授     |
| 研究協力者 | 日下 奈緒美 | 国立特別支援教育総合研究所教育支援部   | 主任研究員   |
|       | 塚越 美和子 | 埼玉県立岩槻特別支援学校         | 教諭      |
|       | 野地 由樹子 | 埼玉県立上尾かしの木特別支援学校     | 養護教諭    |
|       | 関 由起子  | 埼玉大学                 | 准教授     |
|       | 池口 佳子  | 聖路加看護大学              | 助教      |
|       | 櫻井 雅代  | 国立がん研究センター           | 看護師     |
|       | 小郷 祐子  | 国立がん研究センター           | 社会事業専門員 |
|       | 松本 聡子  | 国立がん研究センター           | 研究員     |

## 研究要旨

がん専門相談員が、小児がんの子どもたちの就学の支援を行うときに、知っておくとい背景知識や具体的な支援の基本的な考え方をまとめた『がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」』に必要な要素について検討を行い、手引きの作成を行った。

小児がんの就学において重要な連携すべき専門家である特別支援教育の専門家らと共に、就学の支援に関して、相談員や病院のスタッフが知っておくべき要素の検討を行い、全体の構成案を作成した。構成案として、なぜ子どもにとって就学が大事であるのかを基本軸とするとともに、現場で使いやすい手引きとするために Q&A 集や地域で連携、相談できる特別支援学校（病弱）一覧についても掲載することとした。

就学の支援は、地域のさまざまな関係者とともに進めることが大切である。小児がんの就学のための支援の拠点となる小児がん拠点病院の相談支援センターとして、地域内のさまざまな関係者とともにあるべき方向を見極めながら、地域の就学の支援を充実させていくためのきっかけとなるためにも、共通に学べるツールは必要である。この「手引き」が、相談支援センターまた、地域の教育機関の連携の橋渡しにできるよう活用すると共に、さらなる内容の改善と工夫が今後も求められている。

## A.研究目的

小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備を目指して、平成25年2月に全国で15の小児がん拠点病院（以下、拠点病院とする）が指定され、相談支援センターが置かれることになった。相談支援センターでは、「院内外の小児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関する体制を整備すること」が求められている（小児がん拠点病院の整備に関する指針 平成24年9月7日）。

相談支援センターのがん専門相談員の役割は、標準治療法等に関する一般的な情報の提供、地域の医療機関や医療従事者に関する情報収集や提供、小児がん患者の発育や教育、療養上の相談など、非常に多岐にわたる。中でも学校教育は、子どもにとってとても大切な生活の一部となるとともに、育ちの場となる。がん専門相談員は、どのように小児がんの子どもたちの就学に関する支援をしていくか、支援することができるのかを知っておくことが必要である。

しかし一方で、非常に支援する際の背景の幅の広さから、多くの相談員にとって苦手意識を生む要因になっている可能性があること、また地域や医療スタッフごとに異なる対応がなされている可能性が高いことが示唆された。今後小児がん相談支援センターでの対応が全国で均てん化されるためにも、小児がんに関する就学の支援についての概要を明らかにし、相談員が支援方法を学べるツールが必要であると考えられた。

そこで、がん専門相談員が、小児がんの子どもたちの就学の支援を行うときに、知っておくといふ背景知識や具体的な支援の基本的な考え方をまとめた『がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」』に必要な要素について検討を行い、手引きの作成を行った。

## B.研究方法

小児がんの就学において重要な連携すべき専門家である特別支援教育の専門家らと共に、就学の支援に関して、相談員や病院のスタッフが知っておくべき要素の検討を行い、全体の構成案を作成した。

## C.研究結果

構成案として、単に就学の支援を盛り込むのではなく、なぜ子どもにとって就学が大事であるのかを基本軸として、手引きを作成することとした。また、教育制度等の難しさ（難しいという印象）や現場で使いやすい手引きとするために、Q&A集として見やすくするとともに、地域で連携したり、相談できる特別支援学校（病弱）一覧についても掲載することとした。

『がん専門相談員のための「小児がん就学の相談対応の手引き」』構成案

はじめに

### 1. 病気の子どもにとっての教育の意義を理解する

- 1) 入院中の子どもにとっての医療と教育
- 2) 病気の子どもが抱える心理社会的困難
- 3) 入院中に教育を受ける意義
- 4) 退院後の生活を視野に入れた関わり
- 5) 医療と学校教育の連携

### 2. 小児がん拠点病院と相談支援センターに求められる役割

- 1) 小児がん拠点病院の設置
- 2) 相談支援センターとがん専門相談員の役割
- 3) 小児がん拠点病院の相談支援センター期待される地域における役割

### 3. 病気療養中／入院中・退院後の教育の制度や体制を知る

- 1) 日本の教育制度
- 2) 病気療養児に対する教育
- 3) 特別支援教育と特別支援学校
  - (1) 特別支援教育とは
  - (2) 特別支援学校とは
  - (3) 特別支援コーディネーターとは
- 4) 特別支援教育における「病弱・身体虚弱教育」
- 5) 病弱教育の意義
- 6) 「多様な学びの場」～病弱教育の形態
- 7) 特別支援学校の“センター的機能”の活用

### 4. 就学の支援方法の実態を知る

- 1) 就学・復学の支援
  - (1) 入院したときから始める就学／復学の支援
  - (2) 入院時の支援

( 3 ) 復学の支援  
2 ) 受験・進級の問題への支援  
( 1 ) 高校受験  
( 2 ) 「浪人する」という選択  
( 3 ) 高等学校への進学について  
( 4 ) 大学への進学について  
3 ) 転校するときの支援  
( 1 ) 小学校・中学校への転校  
( 2 ) 高等学校への転校  
4 ) 就学前の支援  
**5 . 就学の支援に関する Q&A**  
**6 . 特別支援学校 ( 病弱 ) 一覧**  
終わりに ( 編集後記 )  
編集・執筆者・協力者一覧

## D. 考察

病気の子どもたちの就学の支援が、多くの医療関係者にとって難しいと感じられる原因として、それぞれの自治体毎に定められている地域の教育の体制により、病気療養児に対する教育の考え方や対応が異なること、小児がんの疾患の特徴として、入院当初から療養が長期になることが想定され、入院した時点で、速やかな療養と教育のコーディネートが求められること、また、本人にとっても保護者にとっても、がんという疾患の診断を受けたことは大きな衝撃であることにより、本人および家族全体の生活が大きな影響を受けることがあげられる。

就学について適切な支援を行うには、このように多様に揺れ動く状況の中で、疾患の状態、治療の状況、通常的生活環境とは違う地域で治療をするという不安や不慣れな状況に子どもや家族が置かれていることも考慮して、その子どもの発達段階に合わせた速やかな対応が求められる。そのため多くの場合、就学の支援は、ケースバイケースで対応となる。

またケースバイケースの対応が求められるからこそ、支援する側は、基本的なことを押さえておく必要がある。病気の子どもにとっての学校の意義や意味を理解し、基本的な教育の制度や体制を理解し、活用できるようになること ( 病弱教育とその対応をだれがどこでどのように対応してくれるのか ) そして教育側の就学の相談窓口やコーディネーターとうまく連携することが求めら

れる。

## E. 結論

就学の支援は、地域のさまざまな関係者とともに進めることが大切である。小児がん拠点病院の整備に関する指針は、都道府県知事に対して出されている。つまり、患者が全人的な質の高い小児がん医療及び支援を受けることができる体制をつくるために、小児がん拠点病院を整備することが各都道府県に求められている。このたびの拠点病院は、地域ブロックごとの体制づくりを考慮した指定が行われている。したがって都道府県単位だけでなく都道府県を越えた連携やそのための体制をつくっていくことも必要である。

小児がんの就学のための支援の拠点となる小児がん拠点病院の相談支援センターとして、地域内のさまざまな関係者とともにあるべき方向を見極めながら、地域の就学の支援を充実させていくためのきっかけとなるためにも、共通に学べるツールは必要である。この「手引き」を、相談支援センターまた、地域の教育機関の連携の橋渡しにできるよう活用すると共に、さらなる内容の改善と工夫が今後とも必要である。

## F. 研究発表

- 1 . 論文発表  
なし
- 2 . 学会発表  
なし

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

一般市民の相談支援センターの認知度とイメージ（利用に関する抵抗感）の  
経年推移に関する検討

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 室長

### 研究要旨

一般市民を対象として、これまで内閣府世論調査により H19 年度および H21 年度に把握されていた相談支援センターの認知度の経年推移と H22 年度に厚労科研の研究班により把握されていた相談支援センターの利用に関する抵抗感について、同様の調査を実施し、相談支援センターの認知度およびイメージの経年推移について検討を行うとともに、イメージについては属性による利用に関する抵抗感について明らかにし、今後のアプローチ方法について検討を行った。

全国の満 20 才以上の男女 4000 名を対象とした 3 段無作為抽出法による個別面接聴取による調査を 2013 年 4 月に実施し、有効回答が得られた 1233 名（回収率 30.8%）に対して分析を行った。調査項目は、それぞれ認知度については、H21 年度の世論調査、イメージについては、H22 年度に実施した質問項目を踏襲した。

相談支援センターの認知度については、微増がみられ、割合としてはわずかであるものの意味ある認知度の拡大と言えると考えられた。また、相談支援センターの利用の阻害要因は、「利用の仕方がわかりにくい」というもので、H22 年度に実施した調査と比べ、割合は減ったものの理由として上げられる項目の傾向は変わらなかった。さらに相談支援センターの利用のしにくさのイメージを高く持っているのは、利用したことのない人や属性では男性であった。今後、この調査で明らかになった相談支援センターの利用のしにくさに上げられていた要因を改善していくことで、だれにとっても利用しやすい環境整備に繋がると考えられた。

### A. 研究目的

相談支援センターの認知度や利用者の少なさの課題が指摘されている。一方で、一般に日本人の場合に、相談そのものに対する敷居や抵抗感が高いことも指摘されており、必要とする人に適切な時期にがんの情報を届け、相談支援を行うためには、一般市民が相談支援センターに対してどのようなイメージを持っているかにより今後の対策が異なってくる。そこで、一般市民を対象として、これまで内閣府世論調査により H19 年度および H21 年度に把握されていた相談支援センターの認知度の経年推移と H22 年度に厚労科研の研究班により把握されていた相談支援センターの利用に関する抵抗感について、同様の調査を実施し、相談支援センターの認知度およびイメージの経年推移について検討を行うとともに、イメージについては属性による利用に関する抵抗感について明らかにし、今後のアプローチ方法について検討を行った。

### B. 研究方法

全国の満 20 才以上の男女 4000 名を対象とした 3 段無作為抽出法による個別面接聴取による調査を 2013 年 4 月に実施し、有効回答が得られた 1233 名（回収率 30.8%）に対して分析を行った。

相談支援センターの認知度については、H21 年度に内閣府世論調査と同じ選択肢を設け、「がん診療連携拠点病院の相談支援センターを利用したことがあるか」について、(ア)利用したことがある、(イ)利用したことはないが、よく知っている、(ウ)利用したことはないが、言葉だけは知っている、(エ)知らない、(オ)わからないの 5 つから一つだけ選択する形とした。また、相談支援センターの利用阻害要因としてたずねた項目は、(1) 利用の仕方がわからない(場所や利用時間などの情報がわからない)(2) 心配や不安なことはあっても、何を相談すればいいかわからない(3) 他人に相談すること自体に、抵抗がある(4) 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)(5) スタッフが忙しそうで相談しにくい(6) 医師のことなど相談すると、自分が相談したことがばれてしまうのではないかと心配(7) 相談に対して、的確に答えてくれないのではないかと、相談員の能力が心配の 7 項目である。また属性については、性別、年齢、学歴、がんに関する情報探索経験の有無、相談支援センターの認知等についてである。相談支援センターの阻害要因 8 項目の合計得点およびそれぞれの項目に関して、背景属性との関連について検討を行った。また、相談支援センターのイメージの推移については、同様の項目で 2010 年に国内全 4 地区の 20 歳以上の男女 3,447 名の結果と比較した。

### C. 研究結果

相談支援センターの認知度については、H21 年度調査と比べ、「利用したことがある」というものが 1.1%増加、「利用したことはないが、よく知っている」と回答したものが 0.5%増加、「利用したことはないが、言葉だけはよく知っている」は 0.3%の微増が見られたものの、ほぼ横ばいという結果であった(図 1)。

相談支援センターの利用阻害要因として上げられた割合は、高い順に、(1) 利用の仕方がわからない、(2) 心配や不安なことはあっても、何を相談すればいいかわからない(3) 他人に相談すること自体に、抵抗がある、であった(表 1, 図 2)。また経年推移では、2010 年時で全体に割合が高くなっていたが、頻度が高くなっていた項目の順位は、2010 年と 2013 年で変化はみられなかった(表 2, 図 3)。また背景属性との関連では、利用阻害のイメージを高く持っている人は、相談支援センターを知らない人、男性で有意に高いという結果であった。また個別の項目毎にみていくと、男性では、人目が気になる、スタッフが忙しそう、自分の相談がばれるのではないかと、といった項目で高いという傾向が認められた。

### D. 考察

相談支援センターの認知度については、「利用したことがある」、「利用したことはないが、よく知っている」、「言葉だけは知っている」人の割合は、微増はみられるものの大きく変化していないことが示された。総務省統計局の H23 年の日本人人口(127,799 千人)のうち、20 歳以上の人口(105,020 千人)に換算すると、1%は約 100 万人に相当する。したがって、ほぼ同様の方法によって実施した調査結果から、H21 年から H25 年にかけて、「利用したことがある」人が、1.1%増加したことは、約 110 万人が利用したことに相当し、「利用したことはないが、よく知っている」人についても、0.5%増加したことは、約 50 万人が認知したことに相当する。4 年間の間での微増ではあるが、この認知度の上昇は意味ある拡大と言えると考えられる。しかしながら、これら利用した人や知っている人の層が、実際に、すでにがん罹患した人なのか、していない人なのかは不明である。今後は、どういう人たちが、相談支援センターを知っているかも、適切に利用してもらうためには重要であり、実態と共に有効なアプローチ方法を検討していくことも必要であろう。

相談支援センターのイメージについては、調査地域と調査実施方法が異なるため単純な比較は難しいが、全体にどの利用阻害理由の割合も H25 年の調査では低くなっていることが示された。利用阻害要因となっていたのは、依然として「利用の仕方がわかりにくい」が最も高く、「そう思う、まあそう思う」の合計が 7 割を超えており、第 2,3 位の理由とともに同じで利用阻害となっている要因の傾向は、ここ 3 年程度ではほぼ変わっていないことが示唆された。

また相談支援センターの利用に関する阻害要因と属性との関連から、性別で異なり、とくに男性では、相談に関する内的な要因(利用の仕方がわからない、何を相談すればいいかわからない)よりも外的な要因(人目が気になる、スタッフが忙しそう)との関連が見られたことから、相談支援センターを紹介するときのメッセージの伝え方や相談支援センターの雰囲気などを特に留意していく必要があることが示唆された。一般市民ではすぐには難しい可能性は高いが、相談支援センターに足を運んでもらい、まずはよく知ってもらうことがその後のイメージの改善や利用に繋がることが改めて示されたと考えられる。

### E. 結論

相談支援センターの認知度については、微増がみられ、日本人の人口換算では、この4年間に「利用したことがある」人は、約100万人増え、「よく知っている」人も約50万人増加していることが示唆された。4年間の間での微増ではあるが、この認知度の上昇は意味ある拡大とも言えると考えられた。今後は、どういう人たちが、相談支援センターを知っているかについても、実態と有効なアプローチ方法を検討していくことが必要である。

また、今回の調査で明らかになった相談支援センターの利用のしにくさに上げられていた要因を改善していくことで、だれにとっても利用しやすい環境整備に繋がると考えられ、具体的な実践方法についてもさらに検討を行っていく必要があると考えられた。

## **F. 健康危険情報**

なし

## **G. 研究発表**

1. 論文発表

2. 学会発表

なし

## **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

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

国民の健康行動に関する調査と調査結果の新たな活用方法に関する検討  
～がん対策および国民生活に関する世論調査の年次推移から～

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 室長

## 研究要旨

がんの情報や支援体制の整備が進められているが、その進捗状況を把握するためにも、がんの情報普及の状況を俯瞰できるようにすることが必要である。そこで、日本においてもすでに実施されている健康関連情報に関わる調査である「がん対策に関する世論調査」、および、「国民生活に関する世論調査」の質問項目及び選択肢の一覧表の作成をおこなった。さらに、米国 HINTS Study の分類法を参考にし、どのような健康行動が世論調査で把握されているのかについて状況の実態把握を行った。

今回一覧表の作成を行ったのは、１）がん対策に関する世論調査（平成 19 年 9 月調査、平成 21 年 9 月調査、平成 25 年 1 月調査）および２）国民生活に関する世論調査（平成 19 年 7 月調査、平成 21 年 6 月調査、平成 24 年 6 月調査）の健康行動や情報に関連があると考えられた 5 項目についてである。

その結果、質問項目そのものの意味が異なるもの（ちがう質問）として質問された項目、文言が異なる質問など、完全な比較が難しいものが散見された。また HINTS の分類で見直すことで、世論調査の年次比較からだけでは把握しにくい状況の把握がしやすくなると推察された。

世論調査は、国民を対象とした貴重な調査結果であり、このように状況が俯瞰できるようになることで、収集したデータ活用の第一歩になると考えられる。

## A. 研究目的

平成 19 年度にがん対策基本計画が施行されて以来、がん対策そのものやがん対策に関わる調査が実施されている。しかしながら、その調査結果については十分に活用されているとは言い難い。その理由の一つに、これまでにどのような調査が行われ、どのような状況が明らかになっているのかについて、進捗状況など俯瞰できるものが存在していないことがあげられる。その中でもがんの情報や支援体制の整備について

は、がん対策の新しい動きの中で、これまでとは異なる新たなトピックスともなり、体制整備が進められているが、その進捗状況を把握するためにも、がんの情報普及の状況を俯瞰できるようにすることが必要である。

米国においては、2003 年から国立がん研究所が主導するかたちで、国民の健康関連の情報や情報利用に関する調査 Health Information National Trend Survey（HINTS）が、隔年で行われ、各州におけ

る人々の健康関連の情報活用などの実態把握とともに、健康政策にも利用しやすい形で提供されている。

そこで、日本においてもすでに実施されている健康関連情報に関わる調査である「がん対策に関する世論調査」、および、「国民生活に関する世論調査」の質問項目を、3年度分にわたり比較可能性を検討し、質問項目及び選択肢を一覧表の作成をおこなった。また比較が可能である項目について、回答の推移を検討できるよう、グラフを作成した。

さらに、米国 HINTS Study の分類法を参考にし、どのような健康行動が世論調査により把握されているのかについても一覧表を作成し、調査で把握されている状況の実態把握を行った。

## B. 研究方法

### 1. 対象

下記 1) 2) のがん対策に関する世論調査について、質問項目および選択肢の一覧を作成した。

1) がん対策に関する世論調査(平成 19 年 9 月調査、平成 21 年 9 月調査、平成 25 年 1 月調査)のうち、フェイス・シートを除く質問  
2) 国民生活に関する世論調査(平成 19 年 7 月調査、平成 21 年 6 月調査、平成 24 年 6 月調査)のうち、健康行動や情報に関連

があると考えられた 5 項目

情報源として、内閣府ウェブサイトにて提供されている調査票ならびに集計結果を用いた。下記にその URL を示す。いずれも平成 25 年 1 月から平成 25 年 4 月の間にアクセスした。

### 2. 方法

#### (1) 世論調査の質問項目の比較

「がん対策に関する世論調査」、「国民生活に関する世論調査」の調査票の質問文を 3 年度分検討し、文言が全く同じ、もしくは内容がほとんど同一であるものの文言が一部異なる質問文を抽出した。さらに、質問文の意味は異なるため直接比較はできないが選択肢なども検討し参照できると考えられる質問文を抽出した。それぞれ、比較可能な形式の表としてまとめた。

比較可能な年度分は同一グラフを作り、参照できるデータがあると思われる質問は別のグラフとして、同一ページに掲載した。以下では、表の表現について記述する。

### 表の見出しについて

実施年度、質問の項目番号、有効回収数、相違点、質問文、回答項目の順に表を作成。

#### ■今回の整理に用いた内閣府ウェブサイトの情報源 (H25 年 1~4 月にアクセスを実施)

- "がん対策に関する世論調査(平成 19 年 9 月調査)". 内閣府大臣官房政府広報室<http://www8.cao.go.jp/survey/h19/h19-gantaisaku/index.html>
- "がん対策に関する世論調査(平成 21 年 9 月調査)". 内閣府大臣官房政府広報室<http://www8.cao.go.jp/survey/h21/h21-gantaisaku/index.html>
- "がん対策に関する世論調査(平成 25 年 1 月調査)". 内閣府大臣官房政府広報室<http://www8.cao.go.jp/survey/h24/h24-gantaisaku/index.html>
- "国民生活に関する世論調査(平成 19 年 7 月調査)". 内閣府大臣官房政府広報室<http://www8.cao.go.jp/survey/h19/h19-life/index.html>
- "国民生活に関する世論調査(平成 21 年 6 月調査)". 内閣府大臣官房政府広報室<http://www8.cao.go.jp/survey/h21/h21-life/index.html>
- "国民生活に関する世論調査(平成 24 年 6 月調査)". 内閣府大臣官房政府広報室<http://www8.cao.go.jp/survey/h24/h24-life/index.html>

## 有効回答数

がん対策に関する世論調査の場合は N = 1,767 人( H19.9 )、N = 1,935 人( H21.9 )、N = 1,883 人( H25.1 )、国民生活に関する世論調査の場合は N = 6,086 人( H19.7 )、N = 6,252 人( H21.6 )、N = 6,351 人( H24.6 )であるが、質問項目ごとに有効回答数が異なる場合は表記した。

## 相違点

質問文の文言が違うものには「質問文言」、回答項目が違うもの「回答項目」、参考質問には「参考質問」と記載した。

## セルの色分けについて

質問および選択肢の文言を 2 年間もしくは 3 年間分で比較し、意味が異なる箇所は黒 + 白抜き文字に、文言が異なる箇所は青色とし、異なっている文言に下線を引いた。

### 【表示凡例】

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| (ア)ホームページ(Ww<br>b(ウェブ))の閲覧など<br>ではほぼ毎日利用してい<br>る |
| (ア)ほぼ毎日利用して<br>いる                                |

図 1: 意味が異なる

|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| あなたは、 <u>パソコンや携帯電話などで</u> 、日常、仕事・私的利用を問わずホームページ(Web(ウェブ))の閲覧や電子メール送受信など、インターネットを利用しますか。 |
| あなたは、日常、仕事・私的利用を問わずホームページ(Web(ウェブ))の閲覧や電子メール送受信など、インターネットを利用しますか。                       |

図 2: 文言が異なる

( 2 ) 世論調査項目の HINTS を参考にした分類

( 1 ) において検討した全年度分の質問項目を、HINTS を参考に分類を行った。分類に使用した HINTS は、National Cancer Institute 「Health Information National Trends Survey(HINTS)」

<http://hints.cancer.gov/> (2013/03/12 アクセス)をもとに行った。

HINTS の分類の中から該当項目が存在すると思われる分類をもちいて、H19,21,24 年度分の質問を 12 の項目に分類した。ない場合は、下記リンクを参考に分類をおこなった。内閣府大臣官房政府広報室 「調査結果概要」

<http://www8.cao.go.jp/survey/h19/h19-gantaaisaku/index.html> (2013/03/12 アクセス)

## C. 研究結果

### 1. 世論調査の質問項目の比較

今回比較を行ったがん対策と一部の国民生活に関する世論調査項目の比較を行った結果を「質問-01 ~ 03」ページに記載した。また、「質問とグラフ」については、表 1 のように整理し、図を作成した。

### 2. 世論調査項目の HINTS を参考にした分類

今回整理を行った世論調査における 125 の質問項目について、HINTS をもとに 12 項目に分類したところ、表 2 のように分類された。

## D. 考察

2 年ないし、3 年間で実施された項目をみると、質問項目そのものの意味が異なるもの(ちがう質問)として質問された項目、文言が異なる質問など、完全な比較が難し

いものが散見された。おそらく、そのときの状況や情勢を捉えようとした結果、質問や文言が変更されたと考えられる。今回の整理により、年次推移の比較が難しい状況となっていることが、改めて確認された。

なし

3. その他

特記すべきことなし

また HINTS の分類で見直すことで、世論調査の年次比較からだけでは把握しにくい状況の把握がしやすくなると推察された。現段階では、まだ部分的な検討であるが、こうした分類を行うことによる活用のしやすさなど、さらに検討を進めていくことが必要であろう。

## E. 結論

今回、世論調査で把握された既存データを、比較し、俯瞰しやすいように整理を試みた。世論調査は、国民を対象とした貴重な調査結果であり、このように状況が俯瞰できるようになることで、収集したデータ活用の第一歩になると考えられる。今後は、地域別の比較ができるかなど、具体的にどのような活用ができるかについても検討を行うことで、公的な施策へのより具体的な活用方法の提示が可能になると考えられる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

なし

## 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

表 1

|                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| 質問とグラフ <sup>a)</sup>                                                    |  |
| A-01：がん対策に関する世論調査 3 年分 H19.9.Q1, H21.9.Q1, H25.1.Q1 <sup>a)</sup>       |  |
| A-02：がん対策に関する世論調査 3 年分 H19.9.Q3, H21.9.Q3, H25.1.Q5 <sup>a)</sup>       |  |
| A-03：がん対策に関する世論調査 3 年分 H19.9.Q6SQ2, H21.9.Q6SQ2, H25.1.Q4 <sup>a)</sup> |  |
| A-04：がん対策に関する世論調査 3 年分 H19.9.Q7, H21.9.Q7, H25.1.Q7 <sup>a)</sup>       |  |
| A-05：がん対策に関する世論調査 3 年分 H19.9.Q10, H21.9.Q9, H25.1.Q8 <sup>a)</sup>      |  |
| A-06：がん対策に関する世論調査 3 年分 H19.9.Q11, H21.9.Q12, H25.1.Q12 <sup>a)</sup>    |  |
| A-07：がん対策に関する世論調査 3 年分 H19.9.Q12, H21.9.Q13, H25.1.Q13 <sup>a)</sup>    |  |
| A-08：がん対策に関する世論調査 3 年分 H19.9.Q13, H21.9.Q14, H25.1.Q15 <sup>a)</sup>    |  |
| A-09：がん対策に関する世論調査 2 年分 H19.9.Q2, H21.9.Q2 <sup>a)</sup>                 |  |
| A-10：がん対策に関する世論調査 2 年分 H19.9.Q4, H21.9.Q4 <sup>a)</sup>                 |  |
| A-11：がん対策に関する世論調査 2 年分 H19.9.Q5, H21.9.Q5 <sup>a)</sup>                 |  |
| A-12：がん対策に関する世論調査 2 年分 H19.9.Q6, H21.9.Q6 <sup>a)</sup>                 |  |
| A-13：がん対策に関する世論調査 2 年分 H19.9.Q6SQ1, H21.9.Q6SQ1 <sup>a)</sup>           |  |
| A-14：がん対策に関する世論調査 2 年分 H19.9.Q8, H21.9.Q8 <sup>a)</sup>                 |  |
| A-15：がん対策に関する世論調査 2 年分 H19.9.Q9, H21.9.Q10 <sup>a)</sup>                |  |
| A-16：国民生活に関する世論調査 3 年分 H19.7.Q5, H21.6.Q5, H24.6.Q5 <sup>a)</sup>       |  |
| A-17：国民生活に関する世論調査 3 年分 H19.7.Q5SQ, H21.6.Q5SQ, H24.6.Q5SQ <sup>a)</sup> |  |
| A-18：国民生活に関する世論調査 3 年分 H19.7.Q15, H21.6.Q15, H24.6.Q14 <sup>a)</sup>    |  |
| A-19：国民生活に関する世論調査 3 年分 H19.7.F9, H21.6.F9, H24.6.F10 <sup>a)</sup>      |  |
| A-20：国民生活に関する世論調査 2 年分 H21.6.F10, H24.6.F11 <sup>a)</sup>               |  |

表 2

■各分類の該当件数(全 125 項目)<sup>a)</sup>

|                                                |                  |
|------------------------------------------------|------------------|
| Cancer Perceptions and Knowledge <sup>a)</sup> | 51 <sup>a)</sup> |
| Health Status <sup>a)</sup>                    | 2 <sup>a)</sup>  |
| Patient-provider Communication <sup>a)</sup>   | 17 <sup>a)</sup> |
| Cancer Communication <sup>a)</sup>             | 26 <sup>a)</sup> |
| Risk Perception <sup>a)</sup>                  | 20 <sup>a)</sup> |
| Skin Protection <sup>a)</sup>                  | 2 <sup>a)</sup>  |
| Tobacco Use <sup>a)</sup>                      | 2 <sup>a)</sup>  |
| Demographics <sup>a)</sup>                     | 3 <sup>a)</sup>  |
| Health Services <sup>a)</sup>                  | 26 <sup>a)</sup> |
| Internet Use <sup>a)</sup>                     | 3 <sup>a)</sup>  |
| Nutrition and Physical Activity <sup>a)</sup>  | 11 <sup>a)</sup> |
| Social Networks <sup>a)</sup>                  | 8 <sup>a)</sup>  |

研究成果の刊行に関する一覧表（平成 24 年度）

書籍（日本語）

| 著者氏名 | 論文タイトル名                     | 書籍全体の編集者名                                          | 書 籍 名                      | 出版社名          | 出版地 | 出版年  | ページ    |
|------|-----------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------|---------------|-----|------|--------|
| 小川朝生 | 癌患者の心理的反<br>応・サイコオンコロジ<br>ー | 小川修<br>岡田裕作<br>荒井陽一<br>寺地敏郎<br>松田公志<br>笥善行<br>羽瀧友則 | ベッドサイド<br>泌尿器科学改<br>定第 4 版 | 南江堂           | 東京  | 2013 | 617-20 |
| 小川朝生 | 意識障害（せん妄）                   | 日本緩和<br>医療薬学会                                      | 緩和医療薬学                     | 南江堂           | 東京  | 2013 | 80-1   |
| 小川朝生 | がん領域における抑<br>うつ の 現 状 と 対 応 | 村松公美子<br>伊藤弘人                                      | 身体疾患患者<br>精神的支援ス<br>トラテジー  | N O V A<br>出版 | 東京  | 2013 | 23-7   |
| 小川朝生 | 入院患者の不眠に注<br>意              | 小川修<br>谷口充孝                                        | 内科医のため<br>の不眠診療は<br>じめの一步  | 羊土社           | 東京  | 2013 | 27-32  |
| 小川朝生 | せん妄を発症する疑<br>いがある場合         | 小川修<br>谷口充孝                                        | 内科医のため<br>の不眠診療は<br>じめの一步  | 羊土社           | 東京  | 2013 | 156-7  |
| 小川朝生 | せん妄になってしま<br>った場合           | 小川修<br>谷口充孝                                        | 内科医のため<br>の不眠診療は<br>じめの一步  | 羊土社           | 東京  | 2013 | 158-60 |

雑誌（日本語）

| 発表者氏名 | 論文タイトル名         | 発表誌名              | 巻号 | ページ | 出版年  |
|-------|-----------------|-------------------|----|-----|------|
| 岡本直幸  | がん登録の来し方—歴史を知る— | JACR<br>Monograph | 17 | 1-5 | 2012 |

|                          |                                |                  |        |           |      |
|--------------------------|--------------------------------|------------------|--------|-----------|------|
| 片山佳代子、夏井佐代子、 <u>岡本直幸</u> | 神奈川県内における乳がん罹患の地域集積性の検討        | JACR Monograph   | 17     | 51-52     | 2012 |
| 上山栄子、 <u>小川朝生</u> 、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 |
| 松本禎久、 <u>小川朝生</u>        | がん患者の症状緩和                      | Modern Physician | 32(9)  | 1109-1112 | 2012 |
| <u>小川朝生</u>              | 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 |
| <u>小川朝生</u>              | 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 |
| <u>小川朝生</u>              | 悪性腫瘍（がん）                       | 精神看護             | 15(4)  | 76-79     | 2012 |
| <u>小川朝生</u>              | 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 |
| <u>小川朝生</u>              | 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 |
| <u>小川朝生</u>              | 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 |
| <u>小川朝生</u>              | 高齢がん患者のこころのケア                  | 精神科              | 23(3)  | 283-7     | 2013 |
| <u>小川朝生</u>              | がん患者の終末期のせん妄                   | 精神科治療学           | 28(9)  | 1157-62   | 2013 |
| <u>小川朝生</u>              | 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 |
| <u>石川陸弓</u>              | がん患者のピアサポート                    | Modern Physician | 32(9)  | 1169-1171 | 2012 |

#### 雑誌（外国語）

| 発表者氏名                                                          | 論文タイトル名                                                                                                                                                             | 発表誌名                 | 巻号    | ページ       | 出版年  |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------|-----------|------|
| Ohe M, Yokose T, Sakuma Y, Miyagi Y, <u>Okamoto N</u> , et al, | Stromal micropapillary component as a novel unfavorable prognostic factor of lung adenocarcinoma.                                                                   | Diagnostic Pathology | 7     | 3         | 2012 |
| <u>Okamoto N</u>                                               | Use of “AminoIndex Technology ” for cancer screening.                                                                                                               | Ningen Dock          | 26    | 911-922   | 2012 |
| Shirai,Y., <u>Ogawa, A.</u> , 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) | 706-713   | 2012 |
| <u>Ogawa, A.</u> , 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 |
| Shimizu ,K., <u>Ogawa, A.</u> , 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) | 1973-1979 | 2012 |

|                         |                                                                            |                    |       |          |      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|----------|------|
| Kondo K, Ogawa A, et al | Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. | Patient Educ Couns | 93(2) | 350-3    | 2013 |
| Asai M, Ogawa A, et al  | Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients.      | Psychooncology     | 22(5) | 995-1001 | 2013 |