

2. メンタリングプログラムの作成

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

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

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

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

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

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

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

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

3. 実施経過

3つのがん診療連携拠点病院において試行した。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. 本研究で用いるデータ

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

C. 結果

1. メンターが評価する本プログラムのメリット、デメリット

（1）取り組みの導入時点

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

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

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

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

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

(2) 自己学習による教育介入①終了時

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

事前評価の模擬電話相談について

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

気にすることで気持ちを新たにするところがあったのではないかと。

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

学習用事例を用いた評価表の学習について

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

の確認の場となった。

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

あった。

自身の相談と自己評価について

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

てきた。

学習効果を高めるための配慮について

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

D.考察

1. 本プログラムの意義

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

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

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

が明らかになった。

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

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

2. 導入にあたっての課題と留意点

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

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

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

E. 結論

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

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

一八巻知香子, 田尾絵里子, 高山智子, 関由起子. がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発(1). 第

70回日本公衆衛生学会総会. (2011.10.19-21. 秋田)

一田尾絵里子, 八巻知香子, 高山智子, 関由起子. がん相談支援センターにおける相談の質の向上プログラムの開発(2)-専門職の学習- 第70回日本公衆衛生学会総会. (2011.10.19-21. 秋田)

1. 関由起子, 高山智子, 八巻知香子, 渡邊真理, 清水奈緒美, 小郷祐子, et al. がん情報サービスの質の維持・向上のための取り組みに関する検討-相談員教育カリキュラム、電話相談運営手引き、質評価表の検討-. 2010.

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

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

CTIS 相談事例評価表 (2010年3月改訂)

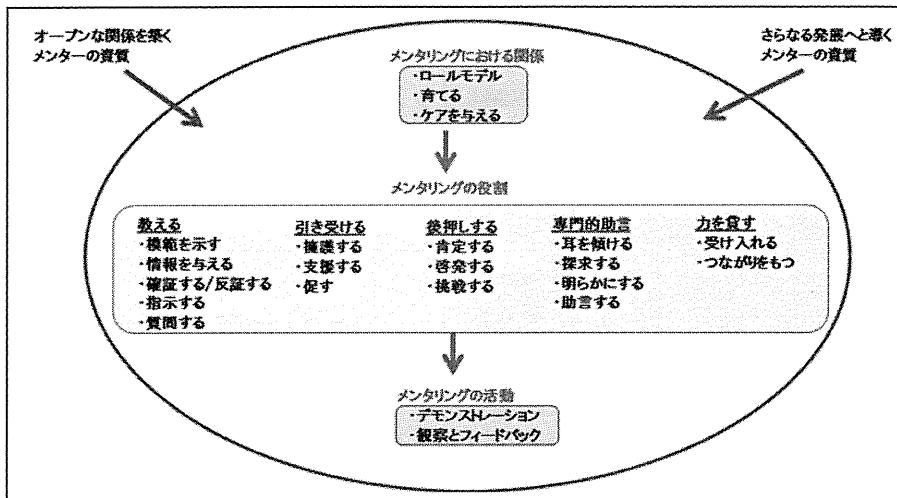
相談事例番号:	相談日: 年 月 日	相談員名:
	評価日: 年 月 日	評価者名:
I. 相談員の対応		
1) 相談機関の方針を遵守しているか (No1-No8 は方針を列挙) (方針を守っている=1、方針を守っていない=0、非該当の場合には/)		点数
1. センター内で承認された情報を提供している。 (科学的根拠のある情報 (ガイドライン、がんセンターホームページ、PDR、センター内で保有している情報 (患者会、社会資源など)))		
2. 情報を伝えるときに、免責事項、および、出典を伝えている。 (詳細はマニュアル参照 例) 提供する情報は一般情報であり、主治医の診察の代用となるものではないため、医学的判断が必要な場合には必ず主治医に確認すること、〇〇年発行の〇〇学会による〇〇ガイドラインによると、... など)		
3. 医学的な判断を行っていない。		
4. 主治医と患者・家族との関係を妨げるような発言をしていない。		
5. 相談員の個人的な立場、好み、信条、意見を伝えていない。		
6. 相談者の個人情報をご不適切に扱ったり、不必要に聞いたりしていない。		
7. 相談員の個人情報を伝えていない。		
8. 次回の電話を促すような言葉かけをおこなっている。		
2) 相談者の発言をアセスメントし、ニーズを捉え、ニーズに沿った適切な情報支援を行っているか (出来ている=3、出来ていないところが数か所ある=2、半分ぐらいできていない=1、ほとんどできていない=0、非該当の場合には/)		
相談者の体験や感情の表現を促進しているか	9. 相談者が話しやすいと思えるような話し方をしているか。 (声のトーン、速さ、高さ、適切な相槌、適切な話尾、適切な言葉遣いなど)	
	10. 相談者の訴えを十分に聴き入っているか。 (相談者が十分に話し終わっていない段階で相談員が話し始めていないか、相談者の発言に相談員の声がかがっていないか、相談員の発言内容に構わず相談員が話し続けているか など)	
	11. 相談者の体験やそれからくる感情を受けとめながら聴いているか。 (相談者の体験や感情に「でも」、「けれども」などの否定の言葉を使って返していないか、体験や感情を示す言葉をオウム返しする (たとえば、「あきらめしかないと思われたんですね」) のどのスキルを用いているか)	
相談者の状況を的確に把握し確認しているか	12. 相談者を適確に把握するための知識を十分に備えているか。 (「わからない」等という発言はないか (なぜ「わからないのか」相談者に適切に説明できている場合は除く)、相談者の質問事項をはぐらかしたり、譲るための時間を取らずに、頭の中にある情報だけを話したりなどの行為はないか)	
	13. 相談者の状況 (治療内容、療養環境、(家族の場合) 患者自身の意見、医療者との関係、家族関係など) を、直接相談者に確認しながら把握しているか。(「-ですか」(オープンクエスチョン) などを用いて、相談者が自ら語るように促しているか、相談員が勝手に判断して相談者が「はい」、「いいえ」などで回答するような「...ですね」(クローズドクエスチョン) という問いかけはしていないか)	
	14. 相談員が把握した相談者の状況や、感情を要約し、相談者に直接確認しているか。 (たとえば、「今までのお話から、〇〇〇ということなんですね」など、オウム返しやポイント返しなどを用いて質問し、ポイントを整理し、確認する)	
アセスメントを行い、相談者のニーズを的確に捉えているか	15. 相談者の主訴 (表面的な質問、単発的な質問など) とニーズ (相談者がこの相談の中で本当に聞きたいこと、相談者が困っている真の原因など) を右記に挙げてください。(例えば何度も繰り返す質問がある、質問の中に感情表現があるなど) 判定者がニーズとその根拠をニーズの数だけ挙げてみてください (No. 15 の評価はNo.16,17で行う)	No1: No2: No3:
	16. 相談員が把握した相談者のニーズを、相談者に直接確認しているか。(たとえば、「〇〇〇を知りたいということですね」を用いて、オウム返しやポイント返しなどを行い尋ねるなど) (No. 15 で上がったニーズの数だけ点数をつける)	No1: No2: No3:
適切な情報支援を行っているか	17. ニーズに対し適切に対応しているか (No. 15 で上がったニーズの数だけ点数をつける)	No1: No2: No3:
	18. 相談者が理解できる言葉遣いで情報提供を行っているか。(相談者がどの程度の医学用語を理解できるかを判断し、言葉を選び情報提供を行っているか)	
	19. 主治医と患者・家族との関係を把握し、主治医との関係が良好になるような支援をしているか。(医師の行動や考え方の良い解釈、多忙な医師とのより良いつきあい方、他の家族と医師とのより良いつきあい方などの助言など)	
	20. 相談者自身が自力で行動したり判断したりするための情報支援を行っているか。(相談者が電話を切った後に、何か行動できるように、肯定的、前向きな情報を伝える。たとえば、医師に質問したほうが良い場合には、具体的に「いつ、だれと、なにを、どのように、どうやって質問するかを伝える、など」)	
II. 相談者の反応 (質管理のための評価時は省略可)		
1) 相談員に電話をかけた意図が十分に伝わり、満足がいく情報支援をうけたという反応があったか。 (よい反応があった=2、特に反応はなかった=1、悪い反応があった=0)		
相談員に受け入れられ、理解されたか	1. 相談者の体験や感情、相談したい内容が相談員に十分に伝わったという反応があったか。 (警戒心がなくなった、話がどんどん湧き出てきた、話が尽きた、感情表現が多見られるなど、十分に伝わっていない例として、同じ質問を何度も繰り返している、相談者と相談員の会話がみ合っていないか、相談員の話の途中で話し始めているなどがある)	
相談者が抱えている状況やそれから来る感情を相談者自身が整理でき、何らかの方向性を見出すことができたか	2. 相談者が今おかれている状況を理解したという反応があったか。 (今の私は〇〇という状況なんですね、だから〇〇〇〇という治療を受けているんですねなど)	
	3. 提供された情報に納得したという反応があったか。 (メモを取る、何度も聞き返す、確認するなど)	
	4. 今後行うべき具体的な行動が述べられたか。 (主治医にこう聞くんですね、患者さんにこんなことをしてあげることが出来るんですね、など)	
2) 相談者は相談全体に満足できたか。 (よい反応があった=2、特に反応はなかった=1、悪い反応があった=0)		
	5. 声のトーンに変化があったか。 (明るくなった、張りが出たなど)	
	6. この電話相談を利用してよかったという反応があったか。 (表面的な感謝の言葉や、相談を早く終わらせようとするときのお礼の言葉などは除く)	
	7. 今後も相談しようという反応があったか。 (再度電話するときの方法を尋ねる、次回相談に指名するために、相談員の名前を尋ねるなど)	
III. 相談を終えて思うこと、感じたことは何ですか? 自由にありのままの気持ちを書いてください。		

相談員学習に用いるメンタリング手法のポイント

1. メンタリングとは

- 様々なレベルの経験と専門性をもつ個人と個人の間で生じる複雑で相互作用的なプロセス。
- メンターと学習者とのコミュニケーションと相互信頼の上に成り立つアクティブな関係。

2. メンタリングモデル (Anderson and Shannon, 1995) ¹⁾



3. 求められるメンターの資質 ¹⁾

専門職者としての特性	人間的な特性	様々な役割 (顔)
<ul style="list-style-type: none"> □ 建設的かつ批判的なコメントがで きる □ 十分な知識をもっている □ メンターの役割に必要なことをよ くわかっている □ 良心的である □ テーマについて説明できる □ ほめる 	<ul style="list-style-type: none"> □ 親しみやすい □ 励ましてくれる □ 助けになる □ 支援的である □ 快く時間をつくってくれる □ 気持ちを理解してくれる □ ケア的である 	<ul style="list-style-type: none"> □ 助言者 □ 信頼の対象 □ ロールモデル □ 評価査定者 □ 相談役 □ カウンセラー □ 友人

※参考文献 1) P.260「表 12.1 メンターの特性と役割の分類および順序 (Rothera 1995)」をプログラム用に一部改変。

4. メンタリングにおいて大切なこと

- メンターは、優位に立って判断を下し、批判的になりすぎないように心がける。
- メンターは、建設的な批判 (もっと良くなる点の指摘) を行い、学びを支援し、学習者の成長の余地を与えるような関係を築くように心がける。

5. 自己/相互評価査定 (アセスメント) において大切なこと

- 学習者が、学習活動に参画する権限をもつ。(自己決定的)
- 学習者が、自分は何を知らず、何を知る必要があるのかについて知ること。
- 学習者が、上手くできた点、上手くできなかった点の原因を見極める力をもつこと。

6. 自己／相互評価査定（アセスメント）の流れとその目的¹⁾

アセスメントの流れ	目的
①自己評価査定の開示	本人が自分の自己評価を行う
②質問の明確化	何ができて何ができなかったのか、メンターが問いかける。
③ネガティブ・フィードバック （より良くなる点）	メンターは、自己評価者に対して、より良くなると思われる改善点について指摘する。ただし、人格を否定しない形でおこなう。
④ポジティブ・フィードバック	メンターは、自己評価者に愛情をもって、良かった点についてコメントする（同意／支持）。教育目的に対しては厳しく、本人に対しては支持的な態度を崩さないようにおこなう。
⑤自己評価査定者による回答	自己評価者がどのように感じ、自己／相互評価プロセスをどのように経験したかを振り返る（言語化する）。
⑥質保証	自己／相互評価プロセスを評価する。質を保証し、必要な修正を確認する。

※参考文献 1) P.340-1 「付録 B：自己/相互評価査定—フォーマルな評価査定—」を本プログラム用に一部改変。

●参考文献

- 1) 生涯学習支援の理論と実践；ピーター・ジャーヴィス【編著】、渡邊洋子、吉田正純【監訳】明石書店、2011
- 2) 成人教育の現代的実践；マルカム・ノールズ【著者】、堀薫夫、三輪建二【監訳】、鳳書房、2002

●確認事項

※この「相談員学習に用いるメンタリング手法のポイント」は、がん相談支援センターの相談の質の向上を目的とした教育介入プログラムにおいて、指導者役を担うメンターの教育介入用資材として作成した。

H23 年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

相談支援センターの機能の強化・充実と地域における

相談支援センターのあり方に関する研究

（研究代表者：高山 智子）

分担研究報告書

相談支援センターと患者会の連携協力体制に関する現状と今後の体制作りに関する検討

研究分担者

田尾 絵里子 国立がん研究センター がん対策情報センター 研究員

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

研究要旨：全国のがん関連の患者会の実態把握を、公開情報を元に作成したリスト 395 団体について電話による事前調査と質問紙調査を実施した。事前調査で連絡不通または住所不明であった患者会は、66 団体（16.7%）にのぼり、体制の不安定な患者会情報の実態が示された。調査協力の得られた 329 団体の受付対応状況は、週 7 日（51%）、24 時間（32%）のところもかなりの割合で存在した。相談支援センターを「知っている」患者会は 131 団体（81.4%）、「利用したことがある」は 56 団体（34.6%）にのぼり、一般市民に比べ高い割合で認知や利用が進んでいることが示された。また、相談支援センターにおける患者会情報の活用可否については、「情報を利用してよい」は 142 団体（90%）である一方、「利用してほしくない」、「事前に確認してほしい」なども 15 団体（10%）見られ、情報活用や連携の際の配慮の必要性が示された。

A. 研究目的

相談支援センターによって提供が期待される情報の一つとして、「がんの患者会」があげられる。患者会の実態把握そのものが困難な段階で、相談支援センターと患者会との連携のあり方についての模索が続いており、建設的な検討を進めるためにも患者会の基礎的な情報の収集と全体像の把握が求められている。本研究では、1) 全国の患者会の活動状況および相談支援センターの利用状況の把握、2) 相談支援センター

における患者会との連携状況の把握を目的とした。

B. 研究方法

一般公開されている患者会および患者支援団体の情報をもとに、がんに関する患者会のリストを作成した。その際に、公開情報から判断できる範囲で、営利を目的としていないこと、特定の治療や代替医療について、推奨していないことをリスト作成の除外条件とした。リスト上の患者会 395 団

体に対し、電話（メール・FAXを含む）による事前調査の後、質問紙調査への協力に対し承諾を得られた患者会、および、電話連絡は不通だが住所が公開されている患者会に対し、郵送による質問紙調査を実施した。事前調査では、①連絡先と連絡がつながるか、②団体名、住所、連絡先、代表者名、運営時間の確認、③質問紙調査への協力依頼について質問した。質問紙調査では、①がん診療連携拠点病院および相談支援センターの認知、利用状況、②相談支援センターとの連携協力に対する意向について質問した。

また、相談支援センターにおける患者会との連携状況の把握は、がん診療連携拠点病院のH21年度およびH22年度現況報告を分析した。

C. 研究結果

今回事前調査を行った患者会 395 団体のうち、質問紙調査への協力承諾を得られた患者会は 204 団体（51.6%）であった。連絡は通じたが調査協力を拒否した患者会は 10 団体（2.5%）、活動休止が 2 団体（0.5%）、閉鎖が 12 団体（3%）、連絡先が現在使用されていない患者会が 18 団体（4.6%）、連絡不可かつ住所不明の患者会が 24 団体（6%）であった。（表 1）

調査協力の承諾を得られた患者会、および、連絡不通だが住所が公開されている患者会、329 団体へ質問紙を発送した。回答数は 167 団体、回収率は 50.7%であった。患者会の受付対応状況は、週 7 日（51%）、週 5 日（33%）であり、1 日 8 時間（35%）、1 日 24 時間（32%）であった。

1) がん診療連携拠点病院および相談支援センターの認知および利用状況について

質問紙調査の回答を得られた 167 団体において、がん診療連携拠点病院を「知っている」と回答した者は、144 団体（87.8%）であった。「知らない」と回答した者は、20 団体（12.2%）であった。

がん診療連携拠点病院の利用状況は、「利用したことがある」が 96 団体（58.9%）、「利用したことがない」は 67 団体（41.1%）であった。利用したことがある理由としては、「知事の推薦、厚労省の認可があり、がんの診療体制や医師の研修体制、情報提供などが整備されており、専門医や看護師などもいて、安心して治療が受けられる。」「家のすぐ近くにあるから。」などが挙げられ、利用したことがない理由としては、「術後 15 年以上たっているため現在必要としていない。」「自分はがんを発症していないため。」「相談したが情報が得られなかった。」「近くにないため。」「自分のがん種の専門医が拠点病院にいなかったため。」などが挙げられた。

地域のがん診療連携拠点病院を周囲の人に紹介したことがあるかどうかについては、「紹介したことがある」は 95 団体（59.7%）、「紹介したことがない」は 64 団体（40.3%）であった。紹介した理由としては、「セカンドオピニオンとして紹介した。」「緩和ケア施設を紹介した。」「様々な相談窓口があることのひとつとして紹介した。」「がんの診断治療を受けるのに信頼できるから。」「安心して紹介できる。」「拠点病院に入院中の患者さんから相談があったため相談支援センターで相談することをすすめた。」などが

挙げられ、紹介したことがない理由としては、「自分の選んだ病院で、通院できる範囲内で治療を受けているという事が一番の理由。(肺がん)」「それぞれが自分の主治医を信頼されているため。(乳がん)」「小児がんであることと、がんセンターも関連施設なので、直接医師などに相談している。」「当団体は小児がんを扱っている為、大人の拠点病院とは相違がある事がある為。」「特に相談することがない、必要性をかんじない。」「まわりに既に知っている方が多いため。」などが挙げられた。

がん相談支援センターの認知度については、「知っている」が 131 団体 (81.4%)、「知らない」が 30 団体 (18.6%) であった。また、利用状況については、「利用したことがある」は 56 団体 (34.6%)、「利用したことがない」は 106 団体 (65.4%) であった。利用したことがない理由としては、「相談の必要性を感じなかった (例：自分で調べるから、14 年前に手術をしたから今は必要ない、など。)」 「医療の相談は主治医にするから。」 「相談支援センターに相談した患者が、患者会に相談してくるケースが多い。少し患者のニーズと相談回答がずれている気がする。」「自分の病気に対して利用したことはないが患者会やがんサロンにおいては利用を勧めている。」「現在はそのサービスを必要としていないが、その状況になれば、積極的に利用するつもり。」などが挙げられた。

2) 相談支援センターおよび患者会の連携協力体制について

地域の相談支援センターと患者会の交流の有無については、「しばしば交流がある」が 37 団体 (23%)、「たまに交流がある」が

55 団体 (35%)、「まったく交流がない」が 67 団体 (42%) であった。「まったく交流がない」と回答した患者会の相談支援センターとの交流意向については、「今後交流を深めていきたい」20.9%、「要請があれば支援・協力する」が 31.3%、「どのように交流をもてばよいか分からない」が 16.4%、「交流する必要性を特に感じない」が 11.9% であった。患者会全体としては、44.4% が「今後交流を深めていきたい」と回答した。

一方、相談支援センターにおける患者会の対応数は、平成 21 年度現況報告では、1 施設平均 1.1 団体であり、373 施設中 152 施設では患者会の対応をおこなっていなかったが、平成 22 年度現況報告では、1 施設平均 2.2 団体と増加し、患者会の対応をおこなっていない施設は 388 施設中 2 施設と大幅に減少した (図 1)。また、地域の患者会に関する情報を提供している施設は 325 施設 (84%)、情報提供していない施設は 60 施設 (15%)、無回答が 3 施設 (1%) であり、情報提供が可能な地域の患者会数は、平均 6.5 団体、中央値 3 団体であった (平成 22 年度現況報告より)。

3) 患者会情報の活用について

本質問紙調査で得られた患者会情報を相談支援センターにおいて相談の際に活用することについては、「情報を利用してもよい」が 142 団体 (90.4%)、「情報を利用してほしい」が 1 団体 (0.6%)、「その他」が 14 団体 (8.9%) であった。「その他」の具体的な回答としては、「事前に連絡がほしい。情報公開はよいが、回答した内容では会のイメージが伝わらないため、内容を確認させてほしい」「電話・FAX は個人の電話番号の

ため非公開。住所・HP・E-mailは公開可。」
「どのように何を活用するのか具体的に示
していただいた上で検討する。」であった。

D. 考察

公開情報の連絡先が不通となっていた患者会は全体の16%であり、患者会の活動実態は時とともに変わることが多く、患者会情報の把握が困難であることが示唆された。相談支援センターが患者団体等と連携していくには、まず、患者会について把握できる継続的な情報更新システムの構築が重要である。一方、患者会で24時間対応している実態が多く見られたことは、患者会の規模からも、体制としてよりも個人として対応していることが多いと考えられ、今後相談支援センターと連携していく場合には、事前に各患者会の対応可能範囲の把握と調整がさらに必要であると考えられる。

がん診療連携拠点病院および相談支援センターの認知度においては、いずれも8割以上が知っていると回答しており、一般市民と比較し、高い割合で認知が進んでいることが示唆された。利用状況においては、回答者本人は必要としていないため拠点病院や相談支援センターを利用していないが、患者会での情報提供の際に、セカンドオピニオンとしてや専門的な相談窓口として紹介しているとの意見が複数得られた。また、拠点病院が近くにないため利用していないとの意見もあり、拠点病院が近隣にない患者家族への情報提供および相談支援のあり方についても今後検討が必要である。

相談支援センターと患者会の連携状況においては、既に交流があると回答した患者会は約5割であった。交流がない団体にお

いても、約7割が交流に対して前向きな意見であり、患者会の多くが相談支援センターと何かしらの形で交流をもち、連携協力体制を築くことを望んでいることが明らかとなった。連携のあり方は患者会の規模や活動内容により異なるため、患者会の意向を個別に把握する必要があると考える。

一方で、相談支援センターにおいては、各地域の患者会の把握を十分に行えているとはいえないが、患者会対応をおこなっている施設は経年ごとに増加し、地域の患者会を情報提供している施設も8割を超えており、患者会への関心が高まっていることが示唆された。

E. 結論

がん対策推進基本計画およびがん診療連携拠点病院の整備に関する指針において、相談支援センターの業務に「患者団体等との連携を検討すること」が示されており、連携を検討するには、患者会の実態把握が必須である。本研究において、患者会167団体の活動概要および相談支援センターとの連携協力体制に関する意識について明確になり、患者会の活動実態の基礎情報を把握することができたと考える。相談支援センターと患者会との連携はまだ十分ではなく、今後、更なる患者会情報の整備と共に、双方の連携に対する意識合わせが重要と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

日-29日、名古屋

2. 学会発表

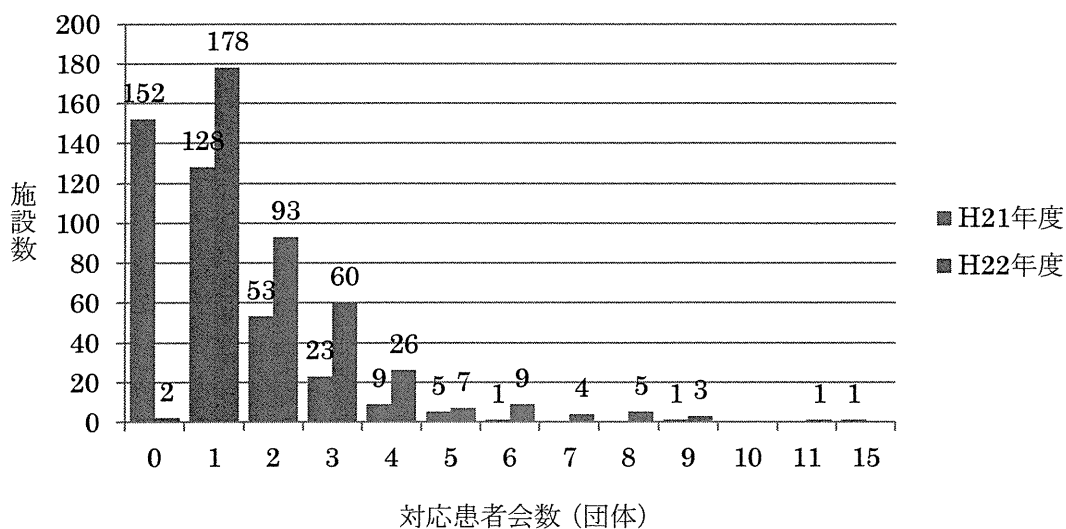
1. 田尾絵里子, 高山智子, 八巻知香子.
患者会の活動実態と相談支援センターとの
連携協力体制に関する意識調査. 第49回
日本癌治療学会学術集会. 2011年10月27

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

【表1】患者会の対応状況—事前電話調査—

公開連絡先の対応状況	件数	
連絡可（調査協力承諾）	204	質問紙調査対象
返信待ち（メール、FAXへ連絡）	125	
連絡可（調査協力拒否）	10	66
連絡可（活動休止）	2	
連絡不可（閉鎖）	12	
連絡不可（現在使われていない）	18	
連絡不可（住所不明）	24	
合計	395	

【図1】相談支援センターより報告された連携している患者会数
H21年度現況報告（373施設）、H22年度現況報告（388施設）より



患者会活動調査 集計表

作成日：2011年7月13日

設 問	選 択 肢	全体		会員数														
		度数	構成比	1~50人	51~100人	101~150人	151~200人	201~1000人	1001人以上	無回答	1~50人	51~100人	101~150人	151~200人	201~1000人	1001人以上	無回答	
⑥対象とするがんの種類／限定事項など	1. がん全般	167		33	29	21	16	28	8	32								
	2. 特定のがん種(がん種名:)	47	28.8	5	10	5	7	7	2	11	15.2	35.7	23.8	43.8	25.9	25.0	36.7	
	3. その他()	16	9.8	2	3	3	0	2	1	5	6.1	10.7	14.3	0.0	7.4	12.5	16.7	
	無回答	4		0	1	0	0	1	0	2								
⑦活動地域	1. 全国	45	27.4	4	5	2	9	10	6	9	12.5	17.2	9.5	56.3	35.7	75.0	30.0	
	2. 特定の地域	119	72.6	28	24	19	7	18	2	21	87.5	82.8	90.5	43.8	64.3	25.0	70.0	
⑧支部会の有無	1. あり	28	17.5	2	3	2	7	8	3	3	6.1	11.1	10.5	43.8	29.6	37.5	10.0	
	2. なし	117	73.1	28	21	14	8	15	4	27	84.8	77.8	73.7	50.0	55.6	50.0	90.0	
	3. 支部に属している	15	9.4	3	3	3	1	4	1	0	9.1	11.1	15.8	6.3	14.8	12.5	0.0	
	無回答	7		0	2	2	0	1	0	2								
支部会数	1. 1か所	8	34.8	1	1	0	3	2	0	1	50.0	50.0	0.0	50.0	28.6	0.0	50.0	
	2. 2か所	3	13.0	1	0	0	0	2	0	0	50.0	0.0	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0	
	3. 3か所	3	13.0	0	0	0	1	2	0	0	0.0	0.0	0.0	16.7	28.6	0.0	0.0	
	4. 4か所以上	9	39.1	0	1	2	2	1	2	1	0.0	50.0	100.0	33.3	14.3	100.0	50.0	
	無回答	144		31	27	19	10	21	6	30								
	1. 1,000円以下	16	12.9	5	3	3	0	3	0	2	19.2	12.0	15.8	0.0	12.5	0.0	22.2	
	2. 2,000円以下	33	26.6	9	8	2	3	7	0	4	34.6	32.0	10.5	20.0	29.2	0.0	44.4	
3. 3,000円以下	33	26.6	7	6	5	7	4	2	2	26.9	24.0	26.3	46.7	16.7	33.3	22.2		
4. 4,000円以下	27	21.8	1	7	6	4	6	2	1	3.8	28.0	31.6	26.7	25.0	33.3	11.1		
5. 5,000円以下	9	7.3	2	1	1	1	3	1	0	7.7	4.0	5.3	6.7	12.5	16.7	0.0		
6. 5,001円以上	6	4.8	2	0	2	0	1	1	0	7.7	0.0	10.5	0.0	4.2	16.7	0.0		
無回答	43		7	4	2	1	4	2	23									
⑩顧問医の有無	1. あり	90	55.9	14	19	13	7	16	6	15	43.8	65.5	65.0	43.8	61.5	75.0	50.0	
	2. なし	71	44.1	18	10	7	9	10	2	15	56.3	34.5	35.0	56.3	38.5	25.0	50.0	
	無回答	6		1	0	1	0	2	0	2								
⑪活動を支援する医療施設の有無	1. あり	91	58.7	20	17	10	7	13	5	19	62.5	63.0	50.0	50.0	52.0	62.5	65.5	
	2. なし	64	41.3	12	10	10	7	12	3	10	37.5	37.0	50.0	50.0	48.0	37.5	34.5	
	無回答	12		1	2	1	2	3	0	3								
⑫活動における医療従事者との関係性	1. 患者家族当事者が自律した活動をおこなっている	89	56.0	17	19	13	9	15	5	11	51.5	65.5	65.0	60.0	57.7	71.4	37.9	
	2. 医療従事者が側面的に活動を援助している	53	33.3	11	8	7	6	9	1	11	33.3	27.6	35.0	40.0	34.6	14.3	37.9	
	3. 医療従事者が全面的に活動運営を行っている	17	10.7	5	2	0	0	2	1	7	15.2	6.9	0.0	0.0	7.7	14.3	24.1	
	無回答	8		0	0	1	1	2	1	3								
2. 活動状況についておうかがいます。当てはまるものに○をお付けください。																		
【問3】実際に取り組んでいる活動についてご記入ください。(複数回答可)	①活動目的	1. からだや心、生活上の問題の解決や軽減をはかる	132	79.0	26	24	19	12	24	5	22	78.8	82.8	90.5	75.0	85.7	62.5	68.8
		2. からだや心、生活上の問題とのつきあい方を学ぶ	115	68.9	25	19	16	10	22	5	18	75.8	65.5	76.2	62.5	78.6	62.5	56.3
		3. 安心できる場所を作る(居場所作り)	77	46.1	18	7	11	9	17	2	13	54.5	24.1	52.4	56.3	60.7	25.0	40.6
		4. 情報交換をする	148	88.6	29	28	19	14	26	7	25	87.9	96.6	90.5	87.5	92.9	87.5	78.1
		5. 社会に対して働きかけをす	101	60.5	18	19	16	9	20	6	13	54.5	65.5	76.2	56.3	71.4	75.0	40.6
		6. その他()	42	25.1	12	5	6	4	9	1	5	36.4	17.2	28.6	25.0	32.1	12.5	15.6
②具体的な活動	1. 定例会、講演会の開催	150	89.8	30	27	21	14	26	7	25	90.9	93.1	100.0	87.5	92.9	87.5	78.1	
	2. 語りの場の提供(茶話会な	113	67.7	24	18	16	10	19	3	23	72.7	62.1	76.2	62.5	67.9	37.5	71.9	
	3. 相談事業(対面)	89	53.3	17	15	14	9	18	5	11	51.5	51.7	66.7	56.3	64.3	62.5	34.4	
	4. 相談事業(電話、メールな	97	58.1	15	14	16	10	25	6	11	45.5	48.3	76.2	62.5	89.3	75.0	34.4	
	5. 会員以外からの相談対応	95	56.9	16	17	15	11	21	5	10	48.5	58.6	71.4	68.8	75.0	62.5	31.3	
	6. ホームページでの情報提供	83	49.7	10	12	12	8	19	8	14	30.3	41.4	57.1	50.0	67.9	100.0	43.8	
	7. 会報、出版物の発行	109	65.3	16	22	19	11	23	8	10	48.5	75.9	90.5	68.8	82.1	100.0	31.3	
	8. 治療費や療養費の貸付・補	3	1.8	1	0	0	0	0	1	1	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	3.1	
	9. 治療や療養に必要な物品の貸出、提供(例:かつらの提供)	9	5.4	2	2	1	1	3	0	0	6.1	6.9	4.8	6.3	10.7	0.0	0.0	
	10. 調査研究事業の実施	22	13.2	2	3	3	1	5	4	4	6.1	10.3	14.3	6.3	17.9	50.0	12.5	
	11. 臨床研究事業への協力	16	9.6	2	3	1	2	3	4	1	6.1	10.3	4.8	12.5	10.7	50.0	3.1	
	12. 行政が主催する会議への参加	89	53.3	18	18	16	10	12	5	10	54.5	62.1	76.2	62.5	42.9	62.5	31.3	
	13. その他()	36	21.6	10	5	4	5	7	0	5	30.3	17.2	19.0	31.3	25.0	0.0	15.6	

