

2. 相談支援センターの現状と課題

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

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

3. がん相談支援センターにおける「電話」

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

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

4. 調査の目的

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

B. 研究方法

1. 調査方法

1) 調査対象施設

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

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

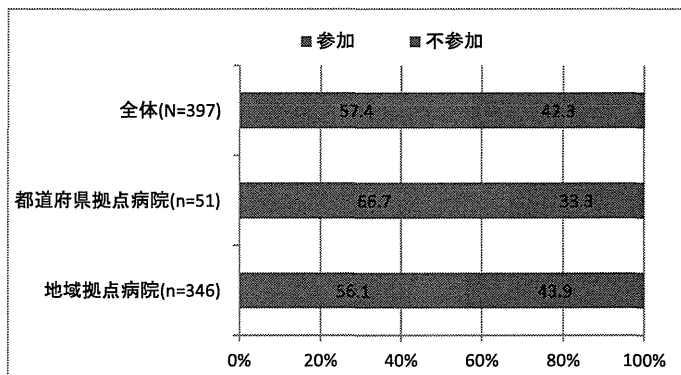


図 1：拠点病院種別ごとの参加施設割合

2) 調査対象回線

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

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

3) 調査内容

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

当初は 1 つの回線につき 2 度つながるま

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

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

電話調査を行った期間は 2014 年 3 月 6 日から 13 日である。

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

4) 倫理的配慮、調査結果のフィードバックおよび公開

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

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

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

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

C. 研究結果

1. 相談員に到達した割合

1) 代表回線

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

1 回目の電話(n=217)				
完了(相談員に到達)	163	(75%)		
未達	54	(25%)		
未達の内訳				
相談員不在・対応中			30	} 2 回目の電話
代表番号が通話中／かけ直すようテープ音声			8	
非通知設定から代表番号にかけられない*			13	
部署に回されず、直通を案内された			3	
2 回目の電話(n=54)				
完了(相談員に到達)	35	(16%)		
未達	19	(9%)		
未達の内訳				
相談員不在・対応中			12	
代表番号が通話中／かけ直すようテープ音声			3	
部署に回されず、直通を案内された			2	
がん情報サービス上の対応時間だが時間外といわれた			1	
不通(2 分以上つながらない)			1	

*については番号通知設定で発信

2) 直通回線

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

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

1 回目の電話(n=122)

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

2 回目の電話(n=33)

完了(相談員に到達)	26	(21%)	
未達	7	(6%)	
通話中			1
相談員不在・対応中(通常発信)			4
2分以上応答なし(通常発信)			2

*については番号通知設定で発信

2. 相談員につながるまでの時間

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

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

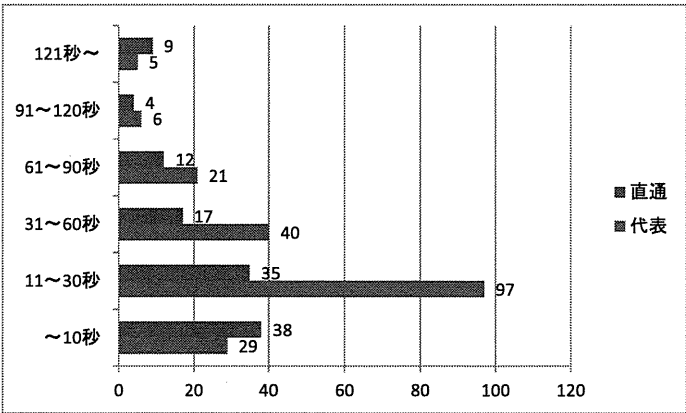


図2：相談員につながるまでの時間

3. 相談員につながるまでの対応人数

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

直通回線において、相談員に到達したケースでは取り次ぎは皆無だった。

D. 考察

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

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

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

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

E. 結論

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

セスをあきらめる可能性があるケースも発生している可能性が示唆された。

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

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

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

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

【引用文献】

CENTRE, N. B. C. & INITIATIVE, T. N. C. 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的ケアの連携. 日本社会精神医学会雑誌, 22, 123-130.

平成 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
（研究代表者 高山 智子）
分担研究報告書

相談支援センターの評価に関する検討

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。本年度は予備的調査を開始した。

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がはまだ十分に機能を果たせていない。その背景には、相談支援機能の周知が進んでいないことに加えて、相談支援

センターの用意している支援プログラムが有効に機能していない点も報告書で指摘されている。今後、施設内での相談支援・療養支援を充実させるためには、相談支援センターの用意した支援プログラムが有効に機能しているか否かを同時に評価し、各がん診療連携拠点病院それぞれの改善点を検討できるシステムを作る必要がある。

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

B. 研究方法

1. 1. 対象

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

1. 2. 適格規準

①年齢が 20 歳以上の患者

②研究施設において調査期間中に相談支援センターを訪れて面談にて相談を利用した患者・家族

③調査に同意をした患者（アンケートへの記入、投函を持って同意とみなす）

1. 3. 除外規準

①患者に明らかな意識障害がある場合

②患者または家族に重篤な身体症状があり、研究への協力が困難な場合

③患者または家族に重篤な精神症状（重度の認知機能障害、重度の抑うつ状態）があり、研究への協力が困難な場合

④患者家族が日本語の理解が困難な場合

⑤調査担当者が調査への参加を不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

①調査票

がん治療に関連する相談支援とその効果に関する調査票。

国立がん研究センターがん対策情報センターが拠点病院の現状報告用に定めた相談支援センターの相談記入シート、および厚生労働科学研究費補助金第3次対がん総合戦略研究事業が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

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

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

2. 3. 調査期間

調査票の配布は計 2 週間とする。

3. 目標症例数と研究期間

3. 1. 目標症例数

180 例

本調査は全国調査の施行に向けて、調査実施上の問題点と課題を抽出するための予備的な検討であり、実施可能性を重視して設定した。各研究実施施設とも平日平均 20 件/日の相談件数がある。郵便にて返送を依頼する調査の場合、過去の事例より返送率が 30%と見積もられる。実施可能性を検討するために、全国調査で想定する調査期間 2 週間で設定すると、1 施設あたり 200 件の依頼が

可能であるため、60 件の返送が見込まれる。また、調査票に関しても、項目間の関連性を検討するために一般的に項目数の 5-10 倍のサンプル数が求められている。今回使用する調査票は選択式が 14 項目あることから、目標症例数で検討できると判断した。

4. 評価項目

本調査実施に向けた予備調査の実施の要点、課題について記述的に解析する。

5. データ管理

調査票は無記名である。調査票は国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野の施錠できる部屋の施錠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. 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、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った。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。

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。予備調査を進めている段階である。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Kondo, K., Ogawa, A., et al: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. Patient Educ Couns, 93(2):350-3, 2013

2. Asai, M., Ogawa, A., et al: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology*, 22(5):995-1001, 2013
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
10. 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, ランチオンセミナー
11. 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
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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

2. 学会発表

1. 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
2. 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
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
- 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。

平成 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
（研究代表者 高山 智子）
分担研究報告書

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。)

特記すべきことなし。

1. 特許取得

なし。

倫理的配慮

2. 実用新案登録

なし。

本研究において特段の配慮を必要とする
事項はない

3. その他

〔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、目標を達成する方法も、評価の仕方変わるようになる。

相談支援の場面において「理解する」とはどういうことであろうか。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とるものであり、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ことであ

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、治療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の治療は受けたい、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たい、など考えたり、自分の死後の葬送に関する自分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るのか」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气と徹底的に闘い、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、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。

平成 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
（研究代表者 高山 智子）
分担研究報告書

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付属病院
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