

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のアクセス状況の実態把握に関する研究

研究分担者 八巻 知香子 国立がん研究センターがん対策情報センター
高山 智子 国立がん研究センターがん対策情報センター
研究協力者 松本 聡子 国立がん研究センターがん対策情報センター

研究要旨

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

A．研究目的

1．情報および相談支援ニーズの社会的認知と相談支援センターの設置

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

国 397 箇所のがん診療連携拠点病院すべてに設置されている。

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

2．相談支援センターの現状と課題

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

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

3．がん相談支援センターにおける「電話」

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

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

4．調査の目的

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

B．研究方法

1．調査方法

1) 調査対象施設

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

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

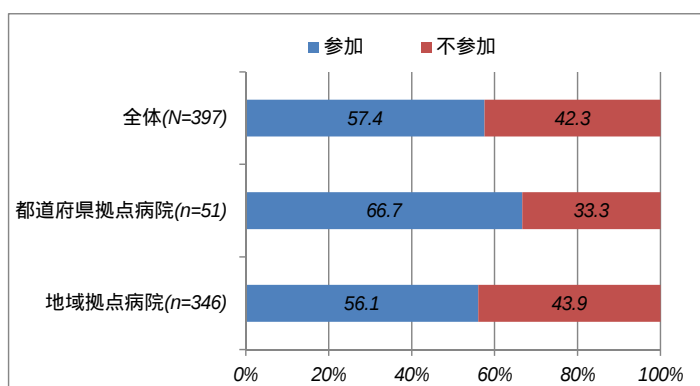


図 1：拠点病院種別ごとの参加施設割合

2) 調査対象回線

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

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

3) 調査内容

がん情報サービスに記載されているがん相談支援センターの電話回線 1 つにつき、2 回まで電話をかけ、がん相談支援センターの相談員につながるまでの時間およびその間に電話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。

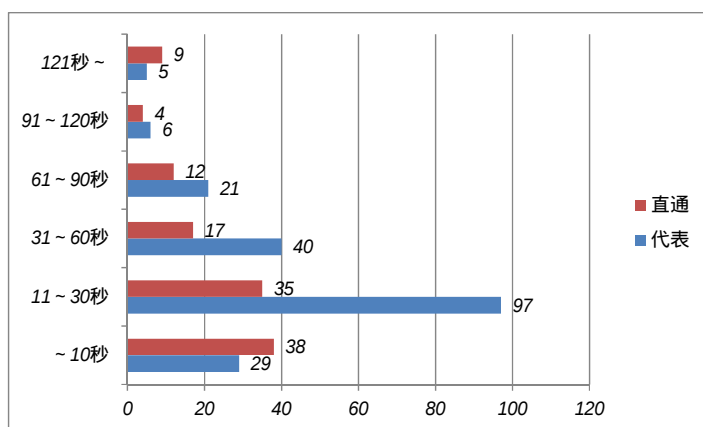


図 2 : 相談員につながるまでの時間

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．

