

## がん相談支援センターが担うべき役割に関するアンケート回答および ワーキンググループでの検討結果概要

### 目的

今後 5 年間のがん対策の推進にあたって重要なこの基本計画に、がん情報提供・相談支援の分野として盛り込むべき事柄について意見を集約することを目的として、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会において、全国のがん診療連携拠点病院がん相談支援センターにアンケートを行った。

### 調査方法

部会委員メーリングリストおよび拠点病院がん相談支援センター実務者のメーリングリストを通じて依頼し、都道府県拠点にて回答を取りまとめたうえで、部会事務局に回答した。

調査時期は 2016 年 7 月

### 質問項目（自由記載）

- ・貴院の患者さん、ご家族、市民のがんに関する困りごとのうち、現在対応されていない解決されていないと思われることはどのようなことですか。
- ・また、それは、がん相談支援センターを含め、どのような部門がどのように担うべきことだと思われませんか。

### 回答数

全 47 都道府県からの回答があり、回答総数として 746 件

回答内容の詳細は参考資料 3-4 参照

# がん相談支援センターが担うべき役割に関するアンケート回答およびワーキンググループでの検討結果概要

| 1 社会全般の状況と顕在化している困難 |  | 件数 |
|---------------------|--|----|
| 11                  | 市民や組織の知識、意識の不足、啓発の必要性<br>・地域住民の基礎知識(がん、健康、医療、社会保障制度等について)の不足<br>・市民が死生観・人生観を身に着ける必要があるができていない<br>・就労継続が困難:一般の人の考え方、サポートの仕方が知られていない、企業の応体制がない         | 20 |
| 12                  | 情報の氾濫<br>・情報があふれている、その一方で正確な情報を見つけれない<br>・介護保険等のサービスの利用を拒否される方への対応に苦慮する<br>・無治療、補完代替療法、明らかに不利益と思われる免疫療法等を希望する人への対応に苦慮する                              | 15 |
| 13                  | 孤立者・困難者の増加<br>・無治療で過ごしている人、治療を自己中断する人の存在(自己決定と社会的に放置された状態は紙一重)<br>・キーパーソン不在、認知症、精神疾患、生活困窮、老老介護等々の対応困難ケースの増加<br>・老健施設、特養などの施設での治療、施設からの通院、施設での看取りへの対応 | 26 |
| 14                  | 患者・家族のリテラシー不足・医療について知られていない・情報が得にくい人へサポート不足<br>・自分の病状や治療についての説明を理解できていない場合が多い<br>・緩和ケアが正確に理解されていない<br>・インターネットが利用できない人への情報提供の困難                      | 19 |
| 15                  | 来日者・来日希望者の増加<br>・海外(中国)からの問い合わせ・相談対応:現在首都圏のみからの指摘だが、今後、海外情勢の影響を受けることは増す可能性あり。  | 2  |

## 【WGでの検討】

- ・これらの課題はがん相談支援センターに持ち込まれる相談が社会の状況を映しており、社会全体として取り組むべき課題が表れているものと理解できる。
- ・困難ケースを適切に見つけ出し、支援に繋げる取り組みが必要であり、個々の地域・施設の状況にあわせて施設全体として方針を定め、取り組む必要がある。
- ・困難をもつ人が相談支援センターを利用しやすくするためには、がん相談支援センターの周知が必要であり、国、都道府県、施設それぞれのレベルでの周知活動が重要である。全国規模でのPR活動、マスメディアの協力も必要である。周知にあたっては、がん相談支援センターは各病院に設置されてはいるが、個々の施設のための機能ではなく、誰でも利用できる公的なものであることを周知していただきたい。
- ・がんに向き合うためには日ごろからの「死生観・人生観」「Advanced Care Planning」等が非常に重要だが、個々の施設では解決できず、国レベルでの市民教育が必要である。特定の死生観等を周知するということではなく、市民一人ひとりが考えていくことができるような風土の醸成について国レベルでの取り組みが必要である。
- ・社会状況の変化の中で、日本語以外の利用者への対応場面も増えており、医療通訳者等の紹介、連携がしやすい体制を国レベルで整える必要が出てきている。

| 2 社会保障制度上の困難 |   | 件数 |
|--------------|---|----|
| 21           | 経済的支援制度の限界<br>・経済的困窮者が増加<br>・働く世代、子育て世代の患者への生活支援、育児支援 | 35 |
| 22           | 介護保険制度の限界<br>・40歳未満の人が介護保険が使えない                       | 13 |

## 【WGでの検討】

- ・化学療法の場合に高額な医療費がかかること、そのための治療中断、若年者への支援がないことなどの言及は多い。医学の進歩により、長期にわたる化学療法が可能になったこと、それゆえに治療費の負担が深刻なケースが増えたのではないかと。
- ・経済的な理由により治療を中断せざるを得ない人の数や状況について、調査方法の検討も含めて進めていく必要があるのではないかと。
- ・制度面の変更については部会および拠点病院の取り組みによる解決は困難だが、医学の進歩に合わせた社会保障制度の変更の検討が必要であると考えられる。

### 3 医療体制の変化・ひずみによる困難

|    |  |    |
|----|--|----|
| 31 | 医師が十分に対応できない<br>・医師不足の多忙な状態<br>・進行がんの患者さんへの対応のばらつき(ずっと診る医師、他院に回す医師など様々)<br>・医師のコミュニケーション力不足<br>・セカンドオピニオンを未だに否定的に捉えている医師がいる<br>・医師の緩和ケアに関する理解不足、免疫療法等への考え方のばらつき  | 17 |
| 32 | 在宅資源・緩和ケア病床・地域資源の不足<br>・在宅で看取れる資源、訪問診療医の不足<br>・緩和ケアの質の施設間でのばらつき  | 27 |
| 33 | 医療資源の不足・偏在<br>・医療資源の偏在:遠くからの通院、相談機会の制約   | 15 |
| 34 | 病気の段階に応じた説明、情報提供不足<br>・治療が困難な患者さん・家族への事前の情報提供ができていない   | 14 |
| 35 | 現在の医療体制が生み出している患者さんの困難<br>・複合疾患への対応(精神疾患、ADL低下の高齢者)ができない<br>・標準治療でない治療を受けている患者さんの相談対応に苦慮<br>・複数科が対応する場合の連携不足<br>・退院先を自分で探すと言われる患者さんへの対応<br>・就労が継続できるような診療体制(夜間・休日対応)<br>・地域包括ケア、在宅ケアが推進されているにも拘らず、診療報酬が十分整備されていない。<br>・がん治療や緩和の連携パスが十分活用されていない | 17 |
| 36 | 医療の限界<br>・向精神薬を処方すると車の運転ができず、就労や生活上の困難が増す  | 1  |

#### 【WGでの検討】

・医師－患者のコミュニケーション不足については、医師のコミュニケーション力の問題、患者側の問題(きちんと説明していても動揺して理解できていないなど)の双方があると考えられる。施設として取り組むことが必要であり、また効果の見えやすい部分ではないか。

・外来での告知が増えるなど、サポートが必要なケースが見えにくくなっている。支援が必要なケースを見出し、支援につなげるよう、施設全体で取り組むことが必要である。そのためには、外来の人員配置を厚くできるような制度的措置(体制加算など)が必要ではないか。

・医療政策全体として、在宅医療への移行が進められているが、がん患者の在宅医療を支える資源は偏在が著しい。麻薬の取り扱い等がん患者の診療に必要な対応ができる在宅支援診療所がない、訪問看護の対応がないなど、希望しても在宅が不可能な地域が多数存在する。この問題が、地域医療計画の担当課などで十分に把握・対応されていない可能性がある。拠点病院によって構成されるがん診療連携協議会だけでは検討できない内容であり、在宅診療資源の把握や連携の基盤については都道府県行政の主導が求められる。

・精神疾患、認知症、重複疾患などを抱えるがん患者を治療可能な施設が極めて少なく、適切な治療が受けられていない患者も多数存在する可能性が高く、国レベルで対応を充実していく必要がある。

#### 4 地域・全国のネットワーク、機関連携に関わる課題

|    |  |    |
|----|--|----|
| 41 | 地域の情報不足・連携不足                             | 15 |
|    | ・拠点病院以外の情報がない、不十分、継続的な情報収集の仕組みがない        |    |
|    | ・拠点病院間の連携も不十分                            |    |
| 42 | 連携方法の模索                                  | 19 |
|    | ・介護、福祉分野との連携を深める必要があるが関係が築けていない          |    |
|    | ・地域包括ケア推進に向けて対応が必要だができていない               |    |
|    | ・切れ目のない医療提供のためのネットワークづくりが不十分(治療中、緩和ケア、等) |    |
| 43 | 他地域とのネットワーク、他県の情報                        | 8  |
|    | ・遠方から／への転院時の対応困難                         |    |
|    | ・あて先のない紹介状など、対応に苦慮するケースの増加               |    |

##### 【WGでの検討】

・拠点病院のがん相談支援センター間のネットワークは安定しつつある。全国規模では、このネットワークを活用し、都道府県単位においては、拠点病院以外の機関との連携、ネットワークを築けるよう、各地域、施設で働きかけていく必要がある。

#### 5 がん相談支援センターのアクセスに関わる課題

|    |  |    |
|----|--|----|
| 51 | 市民、患者、家族の認知度が低い                            | 64 |
|    | ・認知度が低い。個別の相談支援センターの努力では周知に限界がある。全国規模のPRを。 |    |
|    | ・院内からの相談が多く、院外・地域からの相談が少ない                 |    |
|    | ・がん相談支援センターがどのような対応ができるか知られ知恵ないので使われにくい    |    |
| 52 | 医療関係者の認知度が低い                               | 2  |
|    | ・医療者にも知られていない                              |    |
|    | ・拠点以外の医療機関の相談窓口からの相談が持ち込まれない               |    |
| 53 | がん相談支援センターの立地・設備・雰囲気                       | 36 |
|    | ・場所が分かりにくい、独立した場所がない、部署・窓口が複数あり分かりにくい      |    |
|    | ・利用のハードルが高い、がん患者数に比して相談件数が少ない              |    |
|    | ・気軽に立ち寄れる・相談できる雰囲気でない、適時の利用が難しい            |    |
| 54 | 相談に来ない患者・家族へのアプローチ不足                       | 20 |
|    | ・相談に来ない人のニーズすら把握できていない                     |    |
|    | ・拠点以外の患者さんをサポートできていない                      |    |
|    | ・担当医に伝えることを懸念して相談しない患者がいると思われる             |    |

##### 【WGでの検討】

・院内周知については各施設で対応していく必要がある。  
・拠点病院以外の患者、医療者向けの周知(がん相談支援センターの機能を含む)については、行政と協働しながら工夫していくことが必要。院外の相談については、都道府県拠点病院に集約することも検討してもよいのではないかと考える。  
・相談に来ない大多数の人たちに向けては、必要なときには利用してもらえるよう周知を徹底することがまず必要であると考えられる。

| 6 がん相談支援センターの院内における機能・立場 |   |    |
|--------------------------|---|----|
| 61                       | 活動が理解されていない<br>・院内については活動が理解されていない、中立的な立場が理解されていない<br>・ニーズのある相談者が適切に紹介されていない                            | 23 |
| 62                       | 人員配置が薄い<br>・人数が少ない、非常勤・有期雇用による権限・継続性のなさ<br>・不採算部門の扱いによる立場の弱さ<br>・職種が偏っていることでの対応困難(SWのみの配置など)            | 17 |
| 63                       | 退院調整機能による相談業務の実施困難<br>・急性期病院のMSWが担う在院日数短縮圧力=>相談支援の人材確保の困難   | 8  |
| 64                       | 支援が必要な人のスクリーニングや継続的な相談を確保する仕組みがない<br>・認知症の方のスクリーニングなど要対応事例のスクリーニングの仕組みができていない<br>・治療終了後の患者へ支援           | 39 |
| 65                       | 機能の線引き・役割が不明確<br>・他業務(有償)サービスとの差異、線引き(がん患者指導管理料との差)   | 8  |
| 66                       | 院内の他部署・他職種との連携不足<br>・病棟、薬剤部、診療科等と連携しなければ対応できないケースに協力を得る体制ができていない<br>・相談員をサポートする仕組みがない                   | 27 |
| 67                       | 中立を守ることと、連携の難しさ<br>・相談者からの同意がない場合にはカルテに記載しないことなどに院内から同意が得られない<br>・相談者からの同意が得られないが共有が必要と思われる場合の対応ルールが未整備 | 3  |

**【WGでの検討】**

- ・現況報告書に現況が反映されておらず、名目のみの配置となっている可能性については適正な対応が必要。
- ・特に都道府県拠点病院が行なうべき多数の事務局機能は、相談員だけで対応することは不可能な業務量になっており、事務職員の配置が必須の状況になっている。
- ・支援が必要なケースを適切に支援に繋げる必要ことが重要である。がん相談支援センターに持ち込まれる相談のうち、がん対策として無料で応じるべき相談の範囲、それを超えて通常の診療等の形で対応すべきものなどがあるが、いずれも各施設内で十分な連携体制をとること、外来に必要な人材を配置することで支援が必要なケースを見つけ出しやすくなるのではないか。
- ・がん相談支援センターで相談された内容は、相談者の了解なくカルテに記入したり、担当医等に伝えるべき内容ではないことを改めて周知すること、場合によっては整備指針にも明記することが必要ではないか。

## 7 がん相談支援センターの役割のうち、対応困難な点

|    |  |    |
|----|--|----|
| 71 | 専門的知識を必要とする相談・情報集約が追いつかない相談<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・希少がん、家族性腫瘍、妊孕性、小児がんの長期フォローアップ、臨床試験情報</li> <li>・治療情報に追いつけない</li> <li>・保険適用外の免疫療法</li> <li>・制度面(先進医療、患者申出療養等)、経済面</li> <li>・相談対応では不安が軽減しない人への対応</li> <li>・臨床試験情報を集めきれない(特に医師主導治験)</li> <li>・メディアで取り上げられた情報</li> </ul> | 47 |
| 72 | 予防検診<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・予防やがん教育への取り組み</li> <li>・検診・予防ニーズへの対応(役割が果たせていないと感じている)</li> </ul>  | 6  |
| 73 | 就労支援<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・就労相談: 専門外の対応・専門外の窓口との連携が必要、施設によって対応力の差がある、取り組みはあるが効果が上がっていない、社会全体の意識変革が必要。</li> <li>・就労支援の相談件数があまり伸びない。広報不足なのか、そもそもニーズがそれほどないのか、評価し、新たな就労支援の見直しが必要</li> </ul>  | 61 |
| 74 | 患者会・ピアサポーター支援<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・ピアサポーター支援、患者会支援について手が回らない</li> <li>・患者会が独力では運営できない、どこまで対応すべきか整理が必要</li> <li>・ピアサポーター、患者会のリソース不足で要望に応えられない</li> </ul>  | 37 |
| 75 | より細やかな個別サポートニーズがあるが応えられない部分<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・リンパ浮腫対応</li> <li>・アピアランス、かつら、下着</li> <li>・栄養相談、食事</li> <li>・患者さんの子どもへの対応</li> <li>・グリーフケア、遺族ケア</li> <li>・セクシャリティ、生殖に関する相談への対応</li> </ul>  | 29 |
| 76 | 「誰でも・全ての」総合相談窓口として気になっていること<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・障害のある患者さんの対応窓口がない</li> <li>・患者図書室の整備</li> </ul>   | 4  |
| 77 | 相談対応の質の担保<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・相談員による対応のばらつきあり、質の評価が必要</li> <li>・相談対応後どうなったのか、結果が見えていない</li> <li>・研修機会の確保</li> </ul>   | 18 |
| 78 | 他院患者への支援の困難<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・具体的な解決が難しい</li> <li>・フィードバックが困難(情報保護との兼ね合い)</li> </ul>  | 32 |

### 【WGでの検討】

- ・専門的な対応を必要とする内容については、院内および都道府県内各部門と十分に連携がとれる体制を築き、各専門家につなぐことが必要。院内については各部門と十分な連携がとれる体制とすることは病院長の責務である。
- ・患者会やピアサポーター支援については、各都道府県内の事情にあわせて検討する必要がある、都道府県内での対応方針の合意形成と好事例の共有が必要ではないか。
- ・がん予防や教育は行政の役割であり、行政との連携した対応が必要。
- ・就労支援に関しては、厚生労働省内でも各管轄において独立した施策が個別に立てられていることで現場に混乱がある。各施策が有効に、有機的に連動するような立案、提示を求めたい。

## 9 その他

2