
資 料

全国がん診療連携拠点病院における がん患者カウンセリングの実態と課題

黒木由里子¹, 生山 笑², 腰原麻衣子¹,
鏡 朋子¹, 武見 綾子³

Problem and realities of “Gankanjyakaunseringuryou”, in the Cancer cooperation hospitals of Japan

Yuriko Kuroki, Emi Oiyama, Maiko Kosihara,
Tomoko Kagami, Ayako Takemi

キーワード：がん患者、精神的ケア、意思決定支援

key words : Cancer Patient, moral support, Decision support

要 旨

2010年4月「がん患者カウンセリング料」が新設された。しかし、実際に取り組んでいる施設の現状や、看護師の役割は明らかではないため、全国のがん診療連携拠点病院を対象に、その実態と課題を明らかにすることを目的に調査した。その結果、緩和ケア研修を修了した医師や、要件に見合う看護師の不足があり、要件に見合う医師看護師共に業務が多忙である実態が明らかとなった。また、がん患者カウンセリング料は、一患者につき一回しか算定できないが、回答した看護師の78%は複数回介入し、86%が看護師単独での面談を実施していた。継続介入を行う場合の介入内容は、心理的支援が26%と最も多く、次いで24%が意思決定支援であり、治療選択の場面では、一度だけの介入では不足であることが示唆された。カウンセリング介入のきっかけは、登録看護師の判断が最も多いが、患者の選択は医師からの依頼が一番多く、多職種へのシステムの周知が重要である。

受付日：2014年9月2日 受理日：2015年2月5日

1. 日本赤十字社医療センター Japanese Red Cross Medical Center
2. 静岡県立静岡がんセンター Shizuoka Cancer Center
3. 川崎市立井田病院 Kawasaki Municipal Ida Hospital

I. 研究の背景

2006年がん対策基本法の制定により、がん医療の充実、質の向上に向けて様々な取り組みが行われている。がん医療の可視化や質の評価、更に、患者からみてわかりやすく納得できる医療の実現が求められている。がん患者や遺族を対象とした、がん患者意識調査（市民医療協議会、日本医療政策機構、2011、p.5）によると医療機関の診断、治療方針の決定過程、受けた医療に関する満足度については、5人に1人が不満足と回答しており、その理由の第一は「精神面に対するサポートが不十分」であった。これらの満足度を上げるために、精神面に対するサポートの充実が有効だという可能性が示唆されている。

一方診療報酬においても、充実が求められる領域としてがん医療の推進が挙げられ、2010年4月「がん患者カウンセリング料」が新設された。算定にあたっては、患者の心理状態に十分配慮された環境で、特定の研修を修了し、がん診療の経験を有する医師、及びがん患者の看護に従事した経験を有する専任の看護師が、適宜必要に応じてその他の職種と共同して、診断結果及び治療方法等について患者が十分に理解し、納得した上で治療方針を選択できるように説明及び相談を行うことになっている。しかし、具体的な方法論に関しては、各施設に任されているのが現状である。

先行研究では、がん患者カウンセリング料算定の問題状況として、患者と話し合いをする場所（個室など）の確保などの要因や、各診療科の「緩和ケア研修会」に参加した医師への情報提供不足のため算定が出来ていないという問題点をあげている。また、忙しい勤務のなか、医師は準夜勤務帯で説明することもあり、その時間帯に当該看護師の確保が困難であることも問題となっている（田中・小川・安東、2011）。がん患者カウンセリングにおいて、病状説明に同席する看護師へは、「告知後のフォローをお願いしたい」という要望が最も多く、患者の心理的な配慮とともに病状の正しい理解を助けることについても求められていた。（大路・大塚・後藤、2011）。しかし、これらは各1施設における研究であり、実際に取り組みを始めている多数の施設がどのような現状にあるのか、十分に明らかになっていない。

また、算定できる回数は施設で1回のみとなっているが、研究者らの取り組みにおいては、がんと診断されたり、これまで行ってきた治療方針の変更を迫られたりするなど衝撃の段階にある患者が、1回のカウンセリングで治療方針を選択することは困難なことも多く、2回目のカウンセリングを実施した経験がある。また、カウンセリングとは「クライアントが自分の問題への洞察を深め、自分自身の解決策を見つけ出す作業を進める間の支援」（Perter & Nicky, 1993, p.40）

と考えられており、1回のカウンセリングで十分な支援となるかどうかは、患者によって異なると考えられる。このような状況の中、がん患者カウンセリングにおける課題は、日々がん患者カウンセリングに従事している看護師が感じているものと推察される。しかしながら、がん患者カウンセリング料の現状に関する文献はほとんどなく、多施設における取り組みは十分に明らかになっていない。がん患者カウンセリング料の算定が可能となって2年が経過し、2010年度の届出医療機関数は病院が572施設、診療所が16施設（厚生労働省、2011）となっているが、2011年度以降はさらに増加していることが予測される。これらのことから、がん患者と家族にとってがん患者カウンセリングを有益なものにしていくために、現状における課題を明らかにし、がん患者カウンセリングにおける看護師の役割を検討する必要があると考えた。

II. 研究目的

がん患者カウンセリング料算定における多施設の現状と課題を明らかにすることである。

III. 研究方法

A. 研究対象者

全国のがん診療連携拠点病院397箇所（2012年4月1日現在）所属のがん患者カウンセリング料算定担当看護師で、複数名を登録している施設では一番算定が多い者とした。

B. 研究協力の依頼

全国のがん診療拠点病院の看護部長宛に研究施設への依頼文、研究の概要、研究対象者への依頼文と質問紙を送付し、自施設で算定が一番多い対象者に配布していただくよう依頼文に記載した。

C. 研究期間

2012年6月～2014年2月

D. データ収集期間

2013年1月～2月

E. データ収集方法

1. 無記名自記式質問紙法

研究対象者の自由意思による個別返送により回収した。

2. 質問紙の作成

プレテストは、施設概要・記入者の背景に加え、がん患者カウンセリング算定に関する既知の研究・報告から得られた項目を設定した。また、既知の研究・報告から得られなかった内容に関しては、がん患者カウンセリング料に携わる専門家複数名で検討した項目と、自由記載を設定した。プレテストは、がん診療連携拠点病院以外の施設で、がん患者カウンセリング料

を算定している看護師をネットワーク法にて抽出し、協力の同意が得られた5名に郵送し、2012年9月から11月の間に施行した。プレテストで得られた結果から項目の妥当性を検討し、自由記載から得られた項目を新たに追加した。更に、がん患者カウンセリング料に携わる専門家複数名で妥当性を検討して完成した。

F. データ収集内容

1. 回答者の属性

(所属施設の病床数、看護師経験年数、がん看護の専門性、所属部署)

2. がん患者カウンセリング料算定の実態

a. システムの状態 (カウンセリング登録看護師の人数、登録されている看護師の専門性、緩和ケア研修を修了した医師のリストの作成の有無、がん患者カウンセリング料算定登録医師リストの作成の有無、がん患者カウンセリング料介入のきっかけ、がん患者カウンセリング料算定介入患者の選択方法)

b. がん患者カウンセリングにおける介入の実際 (医師の面談での同席時間、看護師単独での面談実施の有無、看護師単独での平均介入回数、看護師単独面談の平均時間、継続介入を行っている場合の介入内容、医師の面談に同席したが算定しなかったことの有無、医師の面談に同席しても算定しなかった場合の理由)

3. がん患者カウンセリング料の算定を困難と感じる理由

G. データ分析方法

1. 回答者の属性、がん患者カウンセリング料算定の実態については、単純集計を行った。

2. がん患者カウンセリング料の算定を困難と感じる理由については、単純集計及び、択一回答式質問項目より得られた情報と自由記述の回答から得られたデータをコーディングし、記述統計を行った。

H. 倫理的配慮

研究対象施設へは、直接質問紙を送付したが、依頼文内に研究参加者や施設が特定されないことを明記し、対象施設の看護部長から研究対象者に配布していただくため、強制力を働かせないよう依頼した。研究対象者に対しては、文書にて研究の趣旨、研究への参加は自由意志であること、不参加や中断により不利益を被ることはないこと、質問紙は無記名であり質問紙の返送を以って研究参加の同意とすること、得られた情報はプライバシーが保護される環境で保管し、研究終了後に再現できない形で破棄すること、研究結果は第15回日本赤十字看護学会にて発表予定であるが、施設名や個人は特定出来ないことを明記した。また、質問紙の記入には20分程度の時間的負担があるため、負担の少ない時間に記載していただくよう依頼した。両者への依頼文には、調査に対する疑問や不明点に対応する為、研究者の連絡先を記載し、研究代表者の所属施設の看護研究倫理審査にて承認後に開始した。

IV. 結果

A. 回収率

50.3% (n=200) そのうち算定施設37.8% (n=150)、非算定施設12.5% (n=50) で、算定施設のデータを分析対象とした。

B. 算定施設における実態と課題

1. 回答者の属性

a. 所属施設：500床未満39% (n=58)、500～700床未満37% (n=56)、700床以上24% (n=36)

b. 看護師経験：6～10年2% (n=3)、11～15年23% (n=35)、16年以上75% (n=112)

c. 専門性：専門看護師27% (n=41)、認定看護師73% (n=109) で、緩和ケア33% (n=51)、がん看護24% (n=40)、がん性疼痛看護17% (n=25) の順に多かった。(表1)

表1. 回答した看護師の専門性

	分野	%	n
専門看護師 27% (41)	がん看護	26	40
	精神看護	1	1
認定看護師 73% (109)	緩和ケア	33	51
	がん性疼痛看護	17	25
	化学療法看護	13	19
	乳がん看護	6	9
	皮膚排泄ケア	3	4
	放射線看護	1	1

d. 所属部署：病棟15% (n=25)、外来26% (n=42)、がん相談支援センター20% (n=32)、緩和ケアチーム29% (n=47)、その他10% (n=16) で、複数の部署に所属しているものが12名含まれた。

2. がん患者カウンセリング料の状態

a. システムの実態

1) カウンセリング登録看護師の人数：1～4名の施設54% (n=80)、5～9名の施設37% (n=56)、10名以上の施設8% (n=12)、無回答1% (n=2)

2) 登録されている全看護師の専門性：がん看護13% (n=91)、リエゾン精神看護1% (n=8)、緩和ケア21% (n=153)、がん性疼痛12% (n=86)、化学療法看護24% (n=172)、乳がん看護5% (n=40)、放射線看護3% (n=24)、皮膚排泄ケア17% (n=123)、嚥下障害4% (n=31)

3) 緩和ケア研修を修了した医師のリストの作成の有無：作成あり93% (n=140)、作成なし6% (n=9)、無回答1% (n=1)

4) がん患者カウンセリング料算定登録医師リストの作成の有無：作成あり67% (n=101)、作成なし31% (n=46)、無回答2% (n=3)

5) がん患者カウンセリング料介入のきっかけ：患者からの要望22% (n=55)、登録看護師の判断42% (n=107)、医師からの判断25% (n=64)、その他11% (n=29)

6) がん患者カウンセリング料算定介入患者の選択方法：医師からの依頼47% (n=120)、担当者の努力20% (n=51)、看護スタッフからの依頼20% (n=50)、対象選出のシステムが構築されている7% (n=17)、その他6% (n=16)

b. がん患者カウンセリングにおける介入の実際

1) 医師の面談での同席時間：15分未満1% (n=2)、15分以上30分未満19% (n=28)、30分以上1時間未満67% (n=100)、1時間以上8% (n=12)、無回答5% (n=8)

2) 看護師単独での面談実施の有無：行っている86% (n=129)、行っていない9% (n=13)、無回答5% (n=8)

3) 看護師単独での平均介入回数：1回のみ15% (n=23)、2～5回60% (n=90)、6～10回11% (n=16)、11回以上6% (n=9)、無回答8% (n=2)

4) 看護師単独面談の平均時間：15分未満6% (n=9)、15分以上30分未満48% (n=72)、30分以上1時間未満30% (n=45)、1時間以上1% (n=2)、無回答15% (n=22)

5) 継続介入を行っている場合の介入内容：心理的支援26% (n=133)、意思決定支援24% (n=121)、身体症状コントロール18% (n=93)、家族支援19% (n=99)、医療費の相談10% (n=48)、その他3% (n=17)

6) 医師の面談に同席したが算定しなかったことの有無：あり71% (n=106)、なし25.3% (n=38)、記載なし4% (n=6)

7) 医師の面談に同席しても算定しなかった場合の理由：患者に告知がされていなかった2.5% (n=3)、がんの診断がついていなかった1.7% (n=2)、認知症、あるいは意思決定の出来ない状態であった10.7% (n=13)、同じ疾患で2度目以降の面談の場合6.6% (n=8)、家族のみへの説明の場合6.6% (n=8)、医師の説明が不十分と感じた、説明書を渡さなかった場合7.4% (n=9)、医師が研修に出ていない時7.4% (n=9)、医師が研修に出ても登録していない時5.8% (n=7)、看護師が介入する必要性や効果が感じられなかった時10.7% (n=13)、看護師が支援を十分出来ないと考えた時5.0% (n=6)、登録看護師とは別の看護師が介入する方が望ましい時1.7% (n=2)、算定を忘れた時6.6% (n=8)、算定の説明が出来ない時、同意を署名で得ていない時16.5% (n=20)、システムが未定・周知されておらず算定の意識がない時7.4% (n=9)、経済的困難がある患者の場合2.5% (n=3)、適切な個室が準備出来ない時0.8% (n=1)

3. がん患者カウンセリング料の算定を困難と感じる理由

医師の要因、看護師の要因、システムの要因に分けられた。

a. 医師の要因：研修修了医が少ない8% (n=32)、研修を受講していない7% (n=27)、医師がカウンセリングに関する知識がない27% (n=101)、医師の業務多忙が52% (n=195)、その他10% (n=23)であった(図1)。医師が研修を修了していない理由の記述としては、インフォームド・コンセントを行う立場の上級医師が研修に興味を持たない、研修を修了した科の医師に偏りがある、医師が他の登録との兼ね合いで登録できないがあった。

b. 看護師の要因：要件を満たす看護師が少ない16% (n=54)、登録している看護師が少ない13% (n=42)、看護師の業務多忙33% (n=109)、専任で従事できる看護師が少ない32% (n=107)、その他6% (n=18)であった。(図2)

c. システムの要因：プライバシーを確保する場所がない21% (n=45)、医師と看護師の時間が合わない54% (n=117)、面談内容をタイムリーに渡せない15% (n=33)、その他10% (n=22)であった。(図3) 場所に関しては、病状によっては個室などへの移動が困難な場合があること、確保している場所が分かりにくいことがあった。また、医師と看護師の時間が合わない例としては、医師の説明が時間外になりがちである事や看護師が通常業務が多忙であり、面談に同席出来な

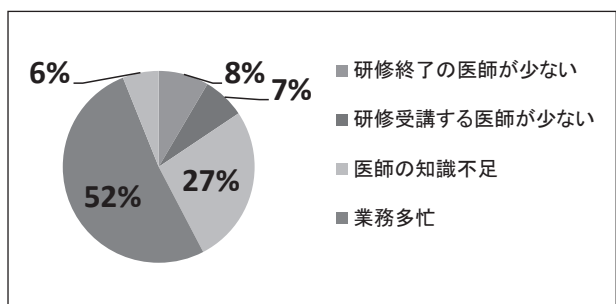


図1. カウンセリング料算定が困難な理由
医師の要因

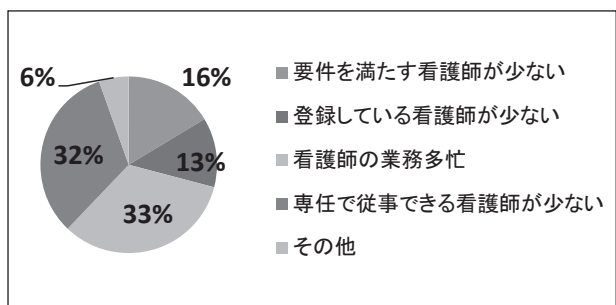


図2. カウンセリング料算定が困難な理由
看護師の要因

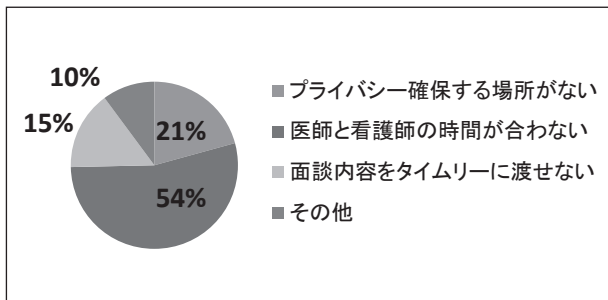


図3. カウンセリング料算定が困難な理由システムの要因

いこと、面談が同じ時間に重複しがちなこと、外来では面談時間がずれるため計画的に行いづらいこと、院内にシステムが周知されていないことがあった。

V. 考察

A. がん患者カウンセリングの実態と課題

がん患者カウンセリングに登録している看護師は、1～4名の施設が54%を占めるが、全体では728名に及び、多くの施設に複数名登録されていると考えられる。しかし、複数の部署に所属していたり、所属部署の業務があったりする中で、がん患者カウンセリングにも従事していることから、多重勤務となっていることが予測される。がん患者カウンセリング料は、一患者につき一回しか算定できないが、回答した看護師の78%は複数回介入し、86%が看護師単独での面談を実施していた。また、医師との面談に同席しても、その後十分支援できないと考えた時や医師の説明のみで意思決定出来、介入の必要性を感じられなかった時には算定しないことがあった。これらのことから看護師らは、自らが貢献できたかどうかを重要視していると考えられた。

カウンセリング料の算定を困難と感じる理由としては、医師、看護師共に算定要件に見合う人材の不足と多忙さが課題としてあがっている。医師との面談への同席所要時間については、30分から1時間以上が75%に達しており、また、その後看護師のみの支援時間は15分から30分が48%、30分から1時間が30%と、医師の面談後にも時間が必要となり、その時の医師との時間調整だけでなく、長時間の確保が困難の要因であると考えられる。

一方で、算定における医師の研修要件は、厚生労働省指定の緩和ケア研修であり、多くは2日間の集中研修で習得できる。しかし、算定を困難と感じる理由からは、患者に説明を行うことが多い上級医師が研修に興味を持たず、研修に出ていないことが示された。面談に同席し、支援した場合でも算定にはつながらない状況があると考えられる。緩和ケア研修を修了した医

師のリストの作成については、93%が作成しているが、登録医師リストの作成は67%であり、医師の面談に同席した後に、登録していないことが分かり算定できないこともあげられていた。医師が算定のシステムを知らないこともあり、システムの構築や周知体制が重要となると考えられる。

“悪い知らせ”とは、患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう知らせと定義されている。(Buckman, 1984) がん患者カウンセリングの場面では、まさにこ“悪い知らせ”が伝えられ、治療の選択を迫られることになる。看護師が継続支援を行う場合の介入内容は、心理的支援が26%と最も多く、次いで意思決定支援24%であり、悪い知らせへのこころのケアが重要なことや、一度だけの介入では不足であることが示唆される。その他に家族支援、身体症状コントロール、医療費の相談などがあるが、これらの要因が解決しないと意思決定が行えないためなのか、所属部署の業務内容をきっかけに支援体制を築くためなのかは、今回の調査では詳しく聞いておらず、検証できなかった。カウンセリング介入のきっかけは、登録看護師の判断が最も多く、当該看護師が介入を必要とする患者を事前に判断するためには、所属部署や他の部門からの介入を必要とする患者の選定体制が必要と考えられる。患者の選択は医師からの依頼が一番多いことから、多職種へのシステムの周知が重要と考えられる。

また、介入したが算定しなかった経験については、経済的に困難がある患者の算定は見送った、など、介入から報酬を得ることへの戸惑いも見受けられた。算定要件のない受け持ち看護師の介入が望ましいと判断したために同席しなかったケースもあり、要件を満たす看護師が多忙な中、より良い介入になることを一番に考え、介入するケースや、タイミングの選定を行っていくことも課題になることが示唆される。

VI. 結論

がん患者カウンセリング料の算定において、算定要件に見合う医師看護師共に業務が多忙である実態が明らかとなった。また、がん患者カウンセリング料は、一患者につき一回しか算定できないが、看護師は複数回介入し、看護師単独での面談を実施していた。継続介入を行う場合の介入内容は、心理的支援、次いで意思決定支援が多く、治療選択の場面では、一度だけの介入では不足であることが示唆された。カウンセリング介入のきっかけは、登録看護師の判断が最も多いが、患者の選択は医師からの依頼が一番多く、多職種へのシステムの周知が重要であると考えられた。

Ⅵ. 謝辞

本研究の調査にご協力いただいたがん拠点病院の皆様、ご指導くださいました日本赤十字看護学会の皆様
に感謝いたします。本研究は平成24年～25年度「日本赤十字看護学会」の助成を受け、第15回日本赤十字看護学会にて発表した調査の一部に加筆修正をおこなった
ものです。

文献

- Buckman, R (1984). Breaking bad news : why is it still so difficult? *British Medical Journal*. 288, 1597-1599.
- 厚生労働省 (2011). 中央社会保険医療協議会総会 (第198回) 資料 (総-4-1), 9.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001qd1o-att/2r9852000001qd1o.pdf>
- 大路貴子, 大塚典子, 後藤たみ, 中村一郎 (2011). がん患者カウンセリング料算定に伴う現状と課題. *日本癌治療学会誌*, 46 (2), 1038.
- Perter, S. & Nicky, H. (1993) / 依田明&福田幸男訳 (1996). *人間理解のための心理学辞典*. 東京: ブレーン出版.
- 日本医療政策機構市民医療協議会 (2010). 患者が求めるがん対策～1,600人のがん患者意識調査～.
- 田中俊行, 小川哲史, 安東立正, 富澤直樹, 荒川和久, 清水尚, 濱野郁美, 榎田泰明, 池谷俊郎, 竹吉泉 (2011). 消化器外科医の「がん患者カウンセリング料」コミュニケーションの重要性, *日本消化器外科学会総会*. 66回, 434.