

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～

第2版

編集・発行 • 独立行政法人  
国立がん研究センターがん対策情報センター

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～

第2版

編集・発行 • 独立行政法人  
国立がん研究センターがん対策情報センター

# はじめに

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、早8年が経過しようとしています。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）、全国の相談支援センターの相談員に対する研修会（2007年～）や地域でのがん相談関連のネットワークづくりなど、がんを取り巻く国内の相談体制の整備が進められてきました。2014年4月からは、さらに拠点病院の体制強化を図ることを目的として、都道府県および地域がん診療連携拠点病院のほかにも、特定領域がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院が必ずがん相談支援センターも併設した形で、全国に配置されるようになります。

がんを取り巻く環境は、刻々と変化しています。その期待に応えるために、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ります。この『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～』は、全国のがん専門相談員の共通理解とスタンスを確認するために、また相談員の日々の相談支援業務に役立てていただくために必要な基本的な知識と技術の概要についてまとめたものです。第2版では、変わりつつあるがんを取り巻く環境や期待に応えるために、改訂を加え、新しい章（「がんサバイバー」「就労支援」「HTLV-1」「がん登録」「家族性腫瘍」）を追加しています。

がん専門相談員は多くの業務や役割を抱えています。その中でまず求められるのは、目の前のがん患者さんやご家族の方の相談にのることです。そして、相談される方たちに科学的根拠等と、がん専門相談員の実践に基づく信頼できる情報提供を行うことによって、その人らしい生活や治療選択ができるように支援することです。

本書では、基本的な相談の受け方、その他診療や医療機関の情報収集や提供の方法など、必要となる知識や技術の全体像を示し、その基礎知識のエッセンスをまとめました。エッセンスですので、本書だけで相談業務に必要な内容を全てカバーできるわけではありません。また、がんの相談では、各種がんに関する内容は盛り込んでいませんが、がんの疾患に関する知識や理解は不可欠です。本書に含められていない内容については、がん対策情報センターの提供する基礎研修会や、各施設や地域で開かれる勉強会等で学んでいくことも求められます。

本書は、全国のがん相談支援センターでご活躍の方々のご協力のもとに作成しました。日本全国のがん患者さんやご家族の方々が安心して利用できるがん相談支援センターが実現することを目標として、がんの相談に関する知識と技術を身につけるために本書が役立つようにと願っています。不十分な点はまだまだ多く残されていますが、順次改訂してより良いものにしていきたいと考えています。

平成26年7月

独立行政法人 国立がん研究センターがん対策情報センター

本冊子は、厚生労働科学研究費補助金「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」（H24-がん臨床-一般-003）の一環として作成されました。

# 本書の概要

より良い援助を展開するためには、(1) 目の前のがん患者やその家族との関係のレベル、(2) 私たちががん専門相談員が所属する「相談支援センター」と組織（がん診療連携拠点病院）との関係のレベル、そして、(3) がん診療連携拠点病院とその地域との関係のレベル、この3つのレベルを視野に入れたシステムを構築することが必要です。つまり、目の前の対象者にだけ良い援助ができていればよいのではなく、組織の中で十分に認知され、多職種でのチームアプローチを可能にし、地域からは、がん患者や家族である住民のより良い社会資源となることができるような「がん相談支援センター」を構築することが、がん専門相談員の責務でもあります。

そう考えると、かなり広範な勉強が必要です。もちろんこの『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～』だけで、網羅できるものではありません。ここでは優先順位の高いものだけをとり上げています。第I部では、日本のがん対策とがん専門相談員の役割をまとめています。なぜがん相談支援センターが置かれるようになったのか、どのようなことが国民から求められているのかを知っておくことは、がん相談支援センターの中で必要とされる、多くの創り上げる作業や関係づくりにとても大切です。第II部では、相談支援のプロセスをテーマに、対象者理解からより良い「がん相談支援センター」を作るための準備までをまとめています。第III部では、地域ネットワークづくりと広報をテーマに、より良い援助を展開するためのシステム構築として、院内・院外との連携に焦点を絞ってまとめています。第IV部では、がんに関する医学的情報をテーマにしていますが、ここでは全ての疾患をあげるのではなく、私たちががん専門相談員、バックグラウンドが看護師であれ、ソーシャルワーカーであれ、がん相談の中で、また科学的根拠に基づく信頼できる情報提供を行うには欠かせない領域として、「診療ガイドライン」「臨床試験」「未承認薬」「アスベスト」「HTLV-1」「がん登録」「家族性腫瘍（遺伝性腫瘍）」に限定してまとめています。第V部として、がん相談支援の質の管理と維持をテーマに、私たちががん専門相談員自身の振り返りとして、まず自分たちが展開した援助を分析し質を高めるスキルについてまとめています。このことは私たちががん専門相談員が異動や退職で入れ替わっても「がん相談支援センター」のレベルの高い援助が継続的に提供できる基本となることでもあります。

初めてがん相談支援センターに配属された方には、がん専門相談員の最初の一步として、本書でとり上げた基礎的な内容から学習されること、そして、すでに経験を持たれている方には、がん専門相談員の基本的なスタンスを確認するためにも、本書をご活用いただければ幸いです。

# 目次

はじめに

本書の概要

## 第Ⅰ部 日本のがん対策とがん専門相談員の役割..... 9

### 第1章 日本のがん対策とがん情報提供体制の基盤整備..... 10

1. 日本のがん対策の概要..... 10
2. 現行のがん対策を裏づける法律と基本計画..... 11
3. 現在進められているがん情報提供の体制整備..... 14
4. がん対策情報センターとがん相談支援センターの連携と役割分担..... 20

### 第2章 がん相談支援センターがん専門相談員の役割..... 22

1. がん専門相談員の行うべき役割とその留意点..... 22
2. がん専門相談員に必要なスキルと責任を持つべき業務..... 25

## 第Ⅱ部 がん相談支援のプロセス（各論）..... 33

### 第1章 がんサバイバーシップの理解とその支援..... 34

1. がんのサバイバーシップ..... 34
2. がんの苦痛とその回復過程で必要とされるサポート..... 37

### 第2章 がんの心理社会的側面..... 41

1. がんの心理社会的側面とは..... 42
2. 心理社会的側面について理解する意義..... 42
3. がんが患者やその家族の心理社会的側面に与える影響の特徴とその内容..... 42
4. 心理社会的側面の課題に関する面接の際の留意点..... 45

### 第3章 コミュニケーションと相談支援のプロセス..... 48

1. 相談支援におけるコミュニケーション..... 48
2. 相談支援のプロセス..... 50
3. コミュニケーション技術..... 52
4. 相談方法により異なるコミュニケーション上の留意点..... 53

|   |    |
|---|----|
| 第4章 医学的情報の収集と提供 .....                   | 57 |
| 1. 情報収集と情報提供する際の事前の留意点 .....            | 57 |
| 2. 事前に収集しておくべき医学的情報 .....               | 58 |
| 3. 情報収集の手段 .....                        | 58 |
| 4. 各ツールについて .....                       | 59 |
| 5. 参考になる医学情報・がん関連情報源 .....              | 60 |
| 6. 相談者への適切な情報提供の方法 .....                | 63 |
| 7. 相談者への適切な紹介先の提供方法 .....               | 63 |
| 8. 相談者と情報について議論をすることの有用性と限界 .....       | 64 |
| 9. 情報の見極め（信頼できる情報の見極め方、どう判断するかなど） ..... | 65 |
| 第5章 地域・生活関連情報の収集と提供 .....               | 67 |
| 1. はじめに .....                           | 67 |
| 2. 医療費・生活費に関する制度 .....                  | 67 |
| 3. 地域生活を支える医療資源・福祉資源 .....              | 69 |
| 4. 生活の諸問題に対応する相談窓口 .....                | 70 |
| 5. 死に関わるもの .....                        | 71 |
| 第6章 セカンドオピニオン .....                     | 73 |
| 1. セカンドオピニオンとは .....                    | 73 |
| 2. 手続き方法 .....                          | 74 |
| 第7章 がんと「働くこと」～特に就労支援に焦点を当てて .....       | 77 |
| 1. はじめに .....                           | 77 |
| 2. がん患者と就労 .....                        | 78 |
| 3. がん患者の就労支援の現状 .....                   | 79 |
| 4. 国や地方自治体のがんと就労に関する取り組み .....          | 81 |
| 5. がん相談支援センターとして、がん専門相談員としてできること .....  | 83 |
| 第III部 ネットワークづくりと広報 .....                | 87 |
| 第1章 ネットワークづくり .....                     | 88 |
| 1. がん相談支援センターにとってのネットワークとは .....        | 88 |
| 2. 院内のネットワークづくり .....                   | 89 |

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| 3. 地域のネットワークづくり .....              | 90         |
| 4. 相談者から見た必要なネットワークの構築 .....       | 93         |
| <b>第2章 広報の方法 .....</b>             | <b>95</b>  |
| 1. 伝えるべきメッセージと留意点 .....            | 95         |
| 2. 対象を誰に設定するか .....                | 96         |
| 3. 広報の手法 .....                     | 96         |
| 4. 広報を行う際に利用できる資源 .....            | 96         |
| 5. 費用対効果 .....                     | 97         |
| 6. 効果的な事例 .....                    | 98         |
| <b>第3章 がん情報ニーズの把握 .....</b>        | <b>99</b>  |
| 1. 「調査」によって見えてくるものとは .....         | 99         |
| 2. 既存の資料を利用する .....                | 99         |
| 3. 日常業務記録をデータ化して利用する .....         | 100        |
| 4. がん相談支援センターが調査を行う必要となる場面の例 ..... | 101        |
| <b>第IV部 がんに関する医学的知識 .....</b>      | <b>105</b> |
| <b>第1章 診療ガイドライン .....</b>          | <b>106</b> |
| 1. 診療ガイドラインとは何か .....              | 106        |
| 2. 診療ガイドラインはなぜ必要なのか .....          | 107        |
| 3. ガイドラインの種類 .....                 | 107        |
| 4. 科学的根拠に基づくガイドライン策定とは .....       | 108        |
| 5. 診療ガイドラインについての注意 .....           | 109        |
| 6. 先端医療と標準医療 .....                 | 110        |
| 7. ガイドラインを手軽に見るには .....            | 110        |
| 8. 診療ガイドラインの評価 .....               | 111        |
| <b>第2章 臨床試験 .....</b>              | <b>113</b> |
| 1. 臨床試験とは、どのようにして実施されるか .....      | 113        |
| 2. 臨床試験はなぜ必要なのか .....              | 114        |
| 3. 臨床試験によってがんの治療法はどのように進歩するか ..... | 114        |
| 4. 臨床試験に参加すること .....               | 115        |

|   |            |
|---|------------|
| 5. 臨床試験でどのように参加者は守られるか .....                | 115        |
| 6. 臨床試験・開発段階にある治療法についての情報提供の際の留意点 .....     | 115        |
| 7. ニュースの読み方、解釈の仕方 .....                     | 116        |
| <b>第3章 未承認薬 .....</b>                       | <b>118</b> |
| 1. 未承認薬とは何か：「未承認薬」の定義を確認せずに議論をすることは危険 ..... | 118        |
| 2. 「未承認薬」を求める動機 .....                       | 119        |
| 3. 医薬品の製造・販売と保険の関係 .....                    | 120        |
| 4. 医薬品の開発の実態 .....                          | 120        |
| 5. ニュースの読み方、解釈の仕方 .....                     | 120        |
| 6. 未承認薬を使用する際の注意点 .....                     | 121        |
| <b>第4章 アスベストによる肺がんおよび中皮腫と法律・制度 .....</b>    | <b>123</b> |
| 1. アスベストが原因で発症する疾患とその症状 .....               | 123        |
| 2. アスベストへの曝露が推測される職業と建築物（事務所、店舗、倉庫等） .....  | 125        |
| 3. 検診の受け方・検査法 .....                         | 125        |
| 4. 石綿工場周辺の住民など、環境と中皮腫や肺がんの発症との関連性 .....     | 126        |
| 5. アスベストに関する相談 .....                        | 126        |
| 6. アスベストによる健康被害に対する法律・制度 .....              | 127        |
| 7. アスベストに関する専門相談機関 .....                    | 128        |
| <b>第5章 HTLV-1 感染関連疾患 .....</b>              | <b>131</b> |
| 1. HTLV-1 とは何か .....                        | 131        |
| 2. HTLV-1 と感染 .....                         | 132        |
| 3. HTLV-1 キャリアの日常生活管理 .....                 | 133        |
| 4. HTLV-1 が原因で発症する疾患とその症状 .....             | 133        |
| 5. 活用できる社会資源・情報源 .....                      | 134        |
| <b>第6章 がん登録 .....</b>                       | <b>136</b> |
| 1. がん登録とは .....                             | 136        |
| 2. 日本のがん対策とがん登録 .....                       | 139        |
| 3. がん登録でわかること、わからないこと .....                 | 139        |
| 4. がん専門相談員による活用の仕方 .....                    | 139        |



---

|  |     |
|--|-----|
| 第7章 家族性腫瘍（遺伝性腫瘍） .....                 | 141 |
| 1. 家族性腫瘍（遺伝性腫瘍） .....                  | 141 |
| 2. 家族性腫瘍に関する相談外来—遺伝カウンセリング— .....      | 144 |
| <br>                                   |     |
| 第V部 がん相談支援の質の管理と維持 .....               | 147 |
| 品質管理（サービスの質） .....                     | 148 |
| はじめに .....                             | 148 |
| 1. 品質、管理とは .....                       | 149 |
| 2. がん相談支援センターにおける品質管理のアプローチ .....      | 150 |
| 3. がん情報提供ネットワークで行う情報提供・相談対応の基本方針 ..... | 151 |
| 4. 品質管理のための具体的な方法 .....                | 151 |
| <br>                                   |     |
| 編集後記                                   |     |
| 執筆者一覧                                  |     |

## 図 一 覧

|           |                                 |    |
|-----------|---------------------------------|----|
| 図 I-1-1   | がん対策基本法の概要 .....                | 12 |
| 図 I-1-2   | がん対策推進基本計画の概要.....              | 13 |
| 図 I-1-3   | 第 2 期がん対策推進基本計画 .....           | 13 |
| 図 I-1-4   | 新たながん診療提供体制の概要 .....            | 14 |
| 図 I-1-5   | がん情報提供ネットワーク .....              | 15 |
| 図 I-1-6   | 情報提供・相談支援部会からの提案の流れ.....        | 20 |
| 図 I-2-1   | がん専門相談員の業務のバランス .....           | 27 |
| 図 I-2-2   | 相談支援のプロセスの全体像.....              | 28 |
| 図 II-2-1  | 全人的苦痛（トータルペイン）をもたらす背景 .....     | 41 |
| 図 II-3-1  | 相談支援のプロセスの要素.....               | 50 |
| 図 II-3-2  | 相談支援のプロセスの全体像.....              | 51 |
| 図 II-7-1  | 企業の種類 .....                     | 79 |
| 図 III-1-1 | 地域のネットワーク（在宅緩和ケアの場合）イメージ図 ..... | 91 |

## 表 一 覧

|          |                                      |     |
|----------|--------------------------------------|-----|
| 表 I-2-1  | がん相談の 10 の原則 .....                   | 24  |
| 表 II-5-1 | 主な医療費・生活費の制度.....                    | 68  |
| 表 II-5-2 | 地域生活を支える主な資源.....                    | 69  |
| 表 II-5-3 | 地域の主な相談窓口 .....                      | 70  |
| 表 II-5-4 | 死に関わる情報.....                         | 71  |
| 表 II-7-1 | 国や地方自治体で取り組まれている施策や研究等 .....         | 82  |
| 表 IV-7-1 | 遺伝子診断の取り扱い .....                     | 142 |
| 表 IV-7-2 | 主な家族性腫瘍.....                         | 143 |
| 表 V-1    | がん相談対応評価表（2012 年 8 月 24 日一部修正） ..... | 153 |

# 第 I 部

## 日本のがん対策と がん専門相談員の役割

# 日本のがん対策と がん情報提供体制の基盤整備

## SUMMARY

### 学習目標

がん専門相談員として相談業務を実施するために前提となる、わが国のがん対策の現状について初歩的な知識を身につける。

### 内容

がん対策については、昭和 59 年度から開始された「対がん 10 か年総合戦略」をはじめ、さまざまな政策が打ち出され、各種がんの早期発見の技術や標準的治療法も目覚ましい進歩を遂げている。そして、平成 18 年 6 月に成立した「がん対策基本法」に基づき策定された「がん対策推進基本計画」においては、がんに関する情報の提供や予防・治療といった専門的研究の推進、医療従事者の教育研修の実施など、がんによる死亡率の減少、およびがん患者や家族の生活の質向上に向けた今後の取り組みが掲げられた。その後 5 年ごとに見直しが行われるがん対策基本計画は、第 2 期を迎え、新たにがんになっても安心して暮らせる社会の構築が全体目標の 1 つに加えられ、動き出した。がん相談支援センターは、がん対策情報センターやがん診療連携拠点病院の他の機能、また他のがん相談支援センターと相互に連携しつつ、これらの目標の実現に向かって取り組むことが求められている。がん専門相談員においても、これらの基本方針を理解し、日々の業務の中で実践していくことが求められる。

## 1. 日本のがん対策の概要

### 1. これまでのがん対策

#### ——「対がん 10 か年総合戦略」～「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」

日本のがん対策は、昭和 58 年、がんの制圧を図ることが、単にわが国だけでなく、広く人類の幸福につながるものとの考えから、「対がん 10 か年総合戦略（昭和 59 年度～平成 5 年度）」が立てられ、そしてそれに引き続き「がん克服新 10 か年戦略（平成 6 年度～平成 15 年度）」が進められた。この間、遺伝子レベルで病態の理解が進む等がんの本態解明の進展とともに、各種がんの早期発見法の確立、標準的な治療法の確立等診断・治療技術も目覚ましい進歩を遂げた。胃がん、子宮がん等による死亡率は減少し、胃がん等の生存率は向上したが、一方で、大腸がん等の欧米型のがんは増加を続け、がんは昭和 56 年以降、日本人の死亡原因の第 1 位を占めている（「がんの統計」参照 <http://ganjoho.jp/professional/statistics/>

index.html)。このような背景を受け、平成 16 年度からの新たな 10 か年の戦略として、がんの罹患率と死亡率の激減を目指して「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」が定められ、がんの研究、予防および医療の総合的な推進に全力で取り組んでいくことになった。

平成 25 年度末で第 3 次がん 10 か年総合戦略が終了するのを受け、第 4 次の対がん戦略についての構想が練られているところである（「今後のがん研究のあり方について」今後のがん研究のあり方に関する有識者会議、平成 25 年 8 月 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000014994.html>）。今後は、がん研究もがん対策基本計画とより連動する形で進められると考えられる。

## 2. がん対策基本法成立とがん対策推進基本計画ができるまで

### — 「がん対策推進アクションプラン 2005」～「がん対策推進基本計画」

このようながん対策が進められている一方で、国民や患者のがん医療に対する不満感、その中でもがん情報が不足しているという声は次第に大きなものとなり、これが引き金の 1 つとなって、「がん対策推進アクションプラン 2005」（平成 17 年 8 月 25 日）が出され、国立がんセンター（当時）に「がん対策情報センター」が開設された（平成 18 年 10 月 1 日）。このときに、がん情報提供ネットワークと、がん診療拠点病院（平成 17 年当時）に「相談支援センター」をおくことによって、「患者・家族に対して正確な情報に基づいて支援を行う」というがん診療連携拠点病院構想が出された。またこのような流れは、政治的な動きにも波及し、議員立法として、がん対策基本法（平成 18 年 6 月 23 日法律第 98 号）が平成 19 年 4 月 1 日から施行されることになった。また、がん対策基本法に基づいて、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、「がん対策推進基本計画」が平成 19 年 6 月 15 日に策定された。

一方、「第 3 次対がん 10 か年総合戦略」では、全国どこでも質の高いがん医療を受けることができるようにがん医療の「均てん化」を図ることを戦略目標として掲げており、がん医療水準均てん化のためのがん医療の地域格差の要因などについての検討を経て、平成 13 年に「地域がん診療拠点病院の整備に関する指針」が出されるに至った。その後、「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」（平成 18 年 2 月 1 日）には、緩和ケアチームの詳細な記述とともに、「がん対策推進アクションプラン 2005」で出された「相談支援センター」の構想が盛り込まれることになった。

## 2. 現行のがん対策を裏づける法律と基本計画

### 1. がん対策基本法（平成 18 年 6 月 23 日法律第 98 号）

この法律は、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、がん対策に関する基本理念を定め、国、地方公共団体、医療保険者、国民および医師等の責務を明らかにするとともに、がん対策の推進に関する計画の策定とがん対策の基本となる事項を定めたものである。平成 19 年 4 月から施行された。

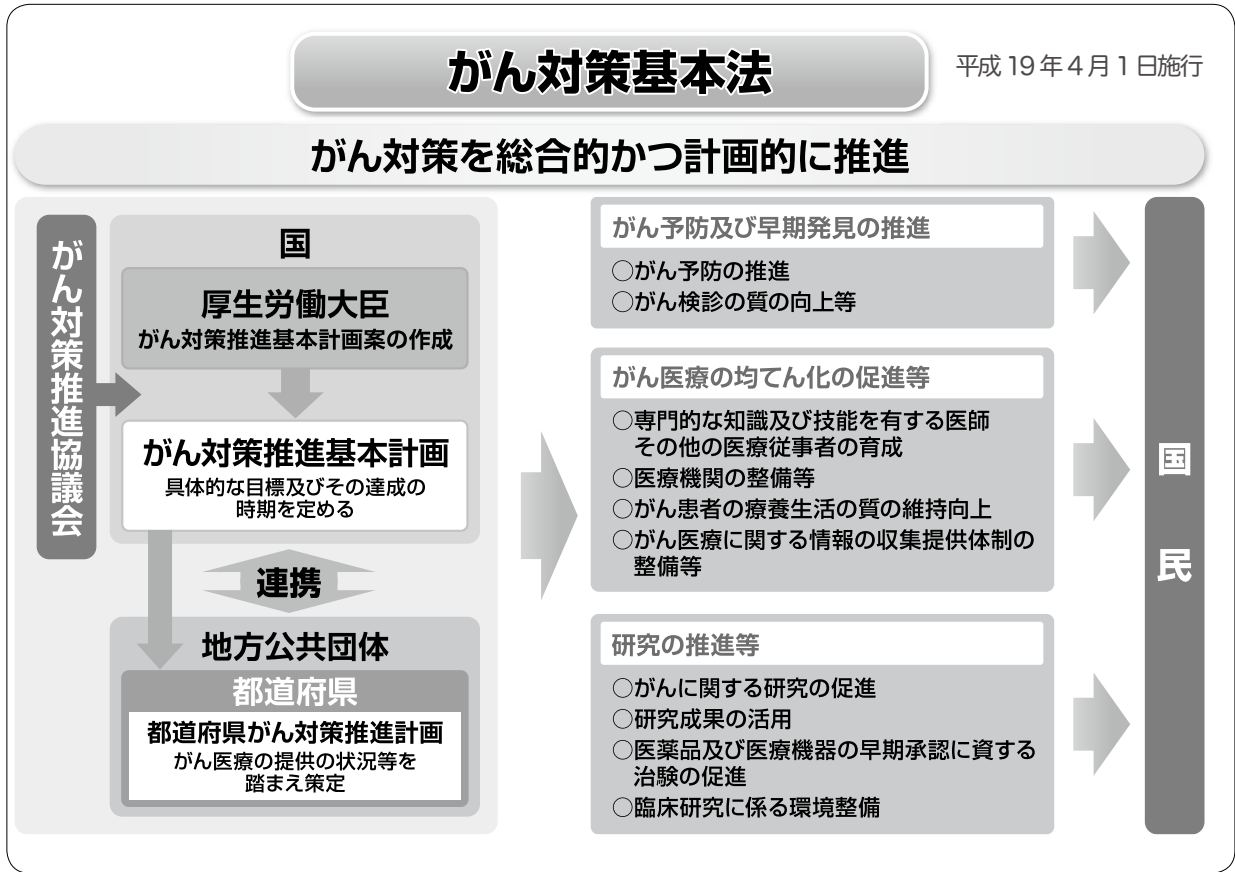


図 I-1-1 がん対策基本法の概要

## 2. がん対策推進基本計画

がん対策基本法に基づき平成 19 年 6 月 15 日に策定された、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めたものが「がん対策推進基本計画」であり、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。またこの「がん対策推進基本計画」は、5 年ごとに見直しがされることが、がん対策基本法により定められており、計画期間が終了する前であってもがんに関する状況の変化やがん対策の進捗状況と評価を踏まえ、必要があるときにはこれを変更することが定められている。平成 24 年 6 月には、第 2 期のがん対策推進基本計画が策定され、これに基づいて各都道府県においてもがん対策推進計画が更新されている。

第 2 期のがん対策推進基本計画においては、図 I-1-2 に示されたとおり、全体目標に「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が加えられ、分野別施策においても小児がん、がんの教育・普及啓発、がん患者の就労を含めた社会的な問題について加えられた。

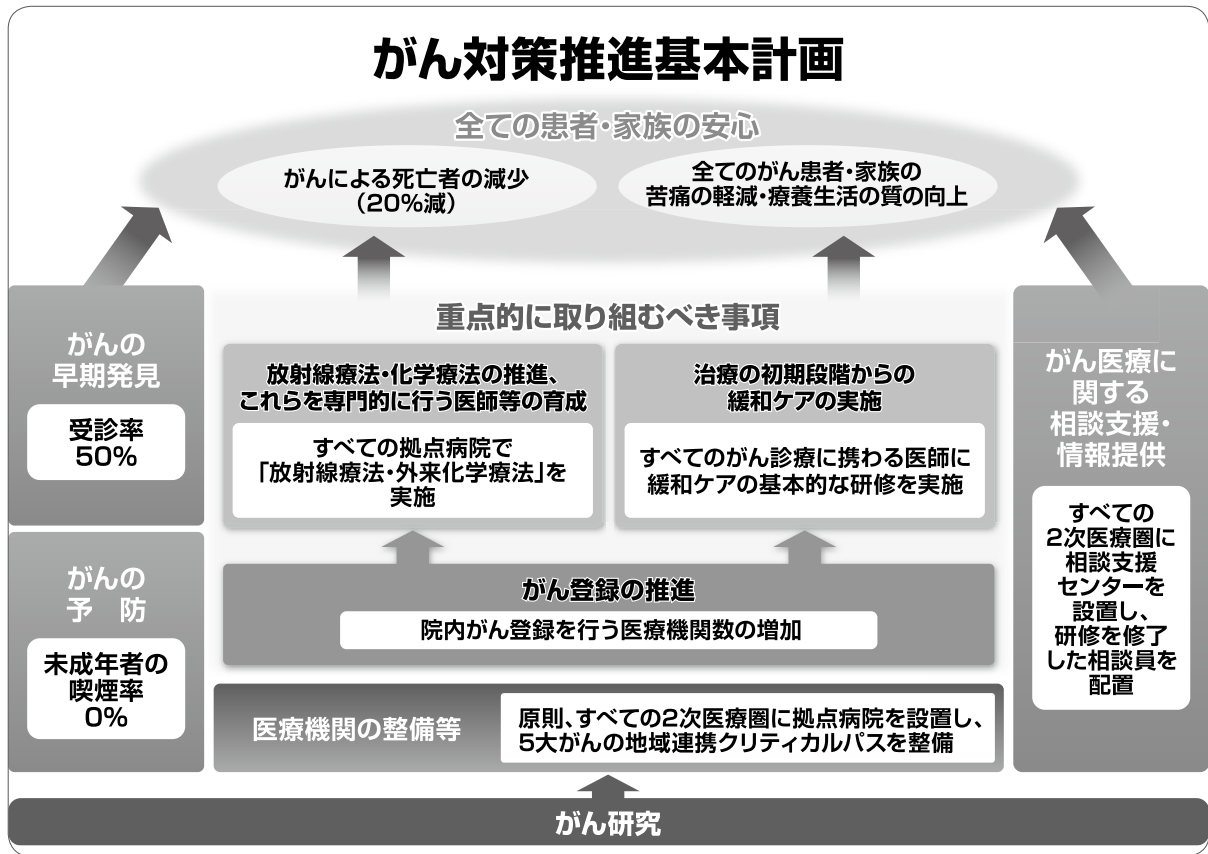


図 1-1-2 がん対策推進基本計画の概要



### 3. 現在進められているがん情報提供の体制整備

#### 1. がん情報提供ネットワーク

日本のがん情報提供体制の整備は、がん対策情報センターと相談支援センターを柱としたネットワーク構想により進められている。がん対策情報センターは、さまざまながん対策に関連する情報の効果的・効率的な収集、分析、発信等を進める中核的組織である。また、全国の2次医療圏に1ヵ所程度のがん診療連携拠点病院が指定され、各拠点病院にがん相談支援センターが設置されている。これら2つを大きな柱として「がん情報提供ネットワーク」のがん情報提供体制の整備が進められている。全国のがん診療連携拠点病院は平成26年3月現在397施設である。

平成18年2月から体制整備が行われてきたがん診療連携拠点病院を取り巻く現状として、拠点病院間に病院規模、診療実績、人的配置、地域連携、相談支援、人材育成等に関して大きな差があること、また全ての拠点病院が必ずしも十分な診療実績を持っていないことが課題としてあげられるようになった。さらに、平成25年度現在、いまだに108の2次医療圏で拠点病院が整備されていないことなどの課題があげられた。このような課題に対応するために、新たながん診療提供体制の構築として、PDCAサイクルを確保し、がん診療等の状況についての情報を収集、分析、評価し、改善を図ることや相談支援の機能強化に向けた要件が追加されることとなった。また拠点病院が整備されていない2次医療圏の解消を図ることを目指し、地域がん診療連携拠点病院や特定のがん種において優れた医療機関を体制に組み込むために、特定領域がん診療病院が設置されることが定められた（厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」健発0110第7号（平成26年1月10日））。

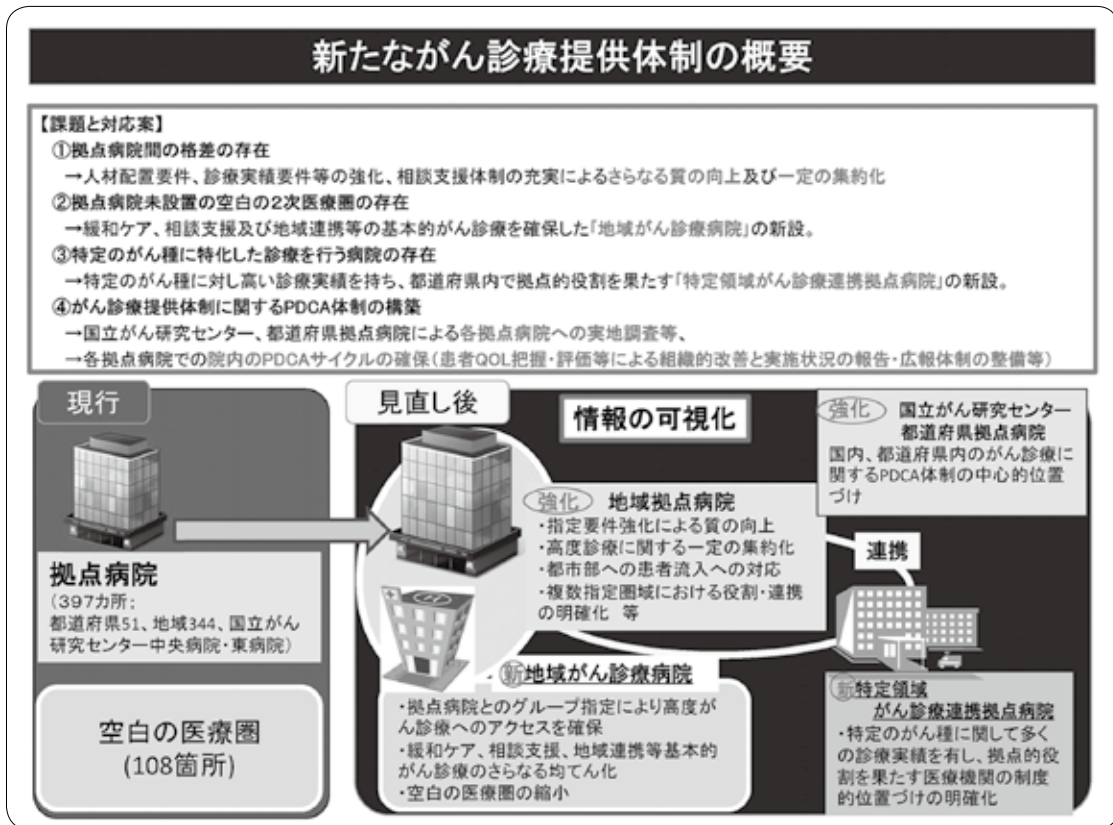


図1-1-4 新たながん診療提供体制の概要

厚生労働省健康局長通知「がん診療連携拠点病院等の整備について」健発0110第7号 参考資料（平成26年1月10日）



## 現在進められている日本のがん情報提供ネットワーク

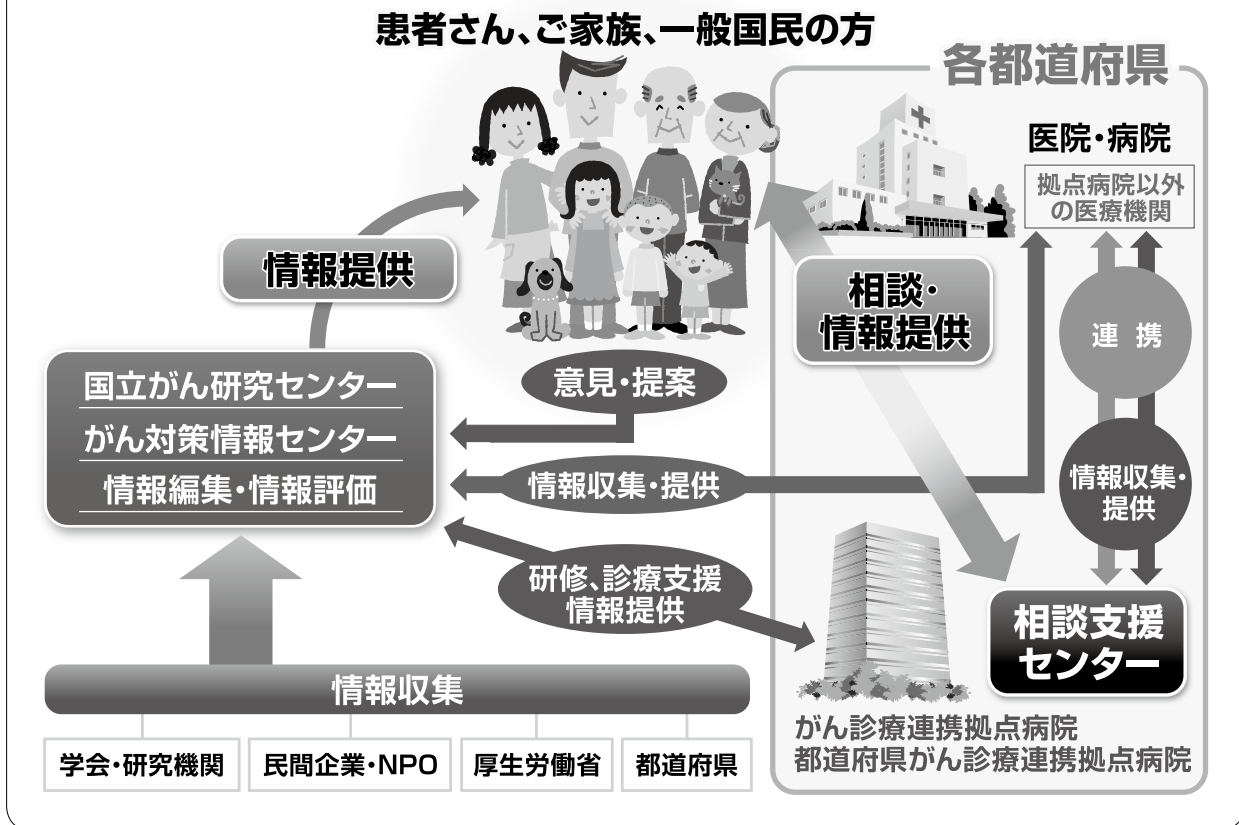


図 1-1-5 がん情報提供ネットワーク

「がん情報提供ネットワーク」にも描かれているように、がん対策情報センターとがん相談支援センターがそれぞれの役割を果たし、相互に補完し合う体制をとることで、国民や患者にとって有用な情報提供を行い、がん対策推進基本計画に掲げられている3つの全体目標「がんによる死亡率の減少」「全てのがん患者およびその家族のQOLの維持向上」「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」に貢献することが重要である。

## 2. がん対策情報センター

がん対策情報センターは、日本のがん対策を総合的かつ計画的に推し進めるために必要な情報を整備し、厚生労働省を中心とする関係各者ならびにがん診療連携拠点病院等と協働して、がんに関する専門的、学際的、総合的な研究を推進し、教育研修、情報の普及、そして、予防、診断、治療、緩和医療、リハビリテーション、患者やその家族の継続的なケア、がんになっても安心して暮らせる社会の構築に資するための企画、調整、評価、提言など、わが国のがん対策を推進する中心的役割を果たすことを使命としている。

その活動目標は、がんにかからない、かかっても適切な治療を受けられる、またがんになっても安心して暮らせる社会を目指すことである。

平成26年3月現在、以下の6部により構成され、日本のがん対策の体制整備のための活動を行っている。

- がん情報提供研究部

- がん統計研究部
- がん医療支援研究部
- がんサバイバーシップ支援研究部
- がん政策科学研究部
- たばこ政策研究部

がん情報提供ネットワークにおけるがん対策情報センターとがん診療連携拠点病院との連携体制においては、がん対策情報センターに拠点病院に関する情報が集められ、情報の編集や評価を経た上で、公開情報として拠点病院に情報提供される。また、拠点病院に対しては、研修や診療支援という形態で、がん対策情報センターから情報や教育、研修、実質的支援が提供されている。

がん対策情報センターによるがん専門相談員の教育・研修は、がん情報提供ネットワークの基盤となる体制整備を目指して行われている。がん対策情報センターがん情報提供研究部の以下に掲げた使命と活動目標に連動する形で、がん専門相談員が相談員としての役割「がん患者や家族等の相談者に科学的根拠と、がん専門相談員の実践に基づく信頼できる情報提供を行うことによって、その人らしい生活や治療選択ができるように支援する」ことを遂行できることを目指して実施されている。

#### ● 使命 (Mission)

国民に対して、がんに関する信頼のおける情報をわかりやすく提供し、適切かつ効果的に活用できるようにするための支援を行う。

#### ● 活動目標 (Vision)

1人でも多くの国民が、がんをおそれることなく、自分らしい生き方ができる。

#### ● 活動計画 (Action Plan)

この目標に向けて私たちは、患者、家族、一般市民、メディア、保健医療従事者、政策担当者、研究者に対し、がんの予防、早期発見と治療に関する医学関連の知識を普及するとともに、がんに対する地域・組織的な対策についての情報を集積し、その信頼性について科学的な根拠のレベルなどの評価を行った上で提供する。

また提供した情報を利用して、患者と医療者がより良い関係を構築し、国民が自らの意思決定を行う上で必要となる支援を行う。さらになんに関する情報の整備状況および活用状況の把握と評価を行い、がんの情報提供や支援をより効果的に推進するための研究を行う。

### 3. がん診療連携拠点病院

---

#### (1) 【情報の収集提供体制】

平成26年1月10日に改定された「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」では、情報の収集提供体制として、(1) 病院固有の名称との併記を認めた上で、必ず「がん相談支援センター」と表記した、相談支援を行う機能を有する部門の設置、(2) 院内がん登録の実施、(3) その他、として4点、1) わが

国に多いがん以外のがんについて、集学的治療等を提供する体制があり、標準的治療等を提供している場合は、そのがんの種類等を広報すること、2) 院内がん登録数や各治療法についてのがん種別件数について、ホームページ等での情報公開に努めること、3) 地域を対象として、緩和ケアやがん教育をはじめとするがんに関する普及啓発に努めること、4) 地域がん診療病院とグループ指定を受ける際には、連携先の地域がん診療病院名やその連携内容、連携実績等について病院ホームページ、パンフレット等でわかりやすく公表することとされた。したがって、がん診療連携拠点病院では、これらの情報を積極的に提供していくことになる。

また、今回の改定において、がん相談支援センターは以下の体制を確保することとされた。

- 1) 国立がん研究センターがん対策情報センター（以下「がん対策情報センター」という）による「相談支援センター相談員研修・基礎研修」（1）～（3）を修了した専従および専任の相談支援に携わる者をそれぞれ1人ずつ配置すること。
- 2) 院内および地域の診療従事者の協力を得て、院内外のがん患者およびその家族ならびに地域の住民および医療機関等からの相談等に対応する体制を整備すること。また、相談支援に関し十分な経験を有するがん患者団体との連携協力体制の構築に積極的に取り組むこと。
- 3) 相談支援について、都道府県協議会等の場での協議を行い、都道府県拠点病院、地域拠点病院、特定領域拠点病院、地域がん診療病院の間で情報共有や役割分担を含む協力体制の構築を行う体制を確保すること。
- 4) 相談支援センターの機能について、主治医等から、がん患者およびその家族に対し、周知が図られる体制を整備すること。
- 5) 相談支援センターの業務内容について、相談者からフィードバックを得る体制を整備することが望ましい。
- 6) 地域がん診療病院とグループ指定を受ける場合には、連携協力により相談支援を行う体制を整備すること。

## (2) 【がん相談支援センターの業務】

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターでは、がん患者や家族、国民に対しての情報提供の担い手として、がん相談支援センターの業務の中で、上記の拠点病院に関する情報提供を求められることになる。さらに、「がん対策推進基本計画」（平成24年6月）では、以下にあげるような記述が加えられ、がん相談支援センターでは、患者団体等との連携に関する検討やがん患者や家族等同士の自主的な活動支援のための検討も行っていく必要がある。

## 2. がんに関する相談支援と情報提供

(現状)

……患者とその家族のニーズが多様化している中、がん相談支援センターの実績や体制に差がみられ、こうした差が相談支援や情報提供の質にも影響していることが懸念されている。また、相談に対応可能な人員に限られる中、最新の情報を正確に提供し、精神心理的にも患者とその家族を支えることのできる体制の構築などの課題が指摘されている。

(取り組むべき施策)

国・地方公共団体・拠点病院等の各レベルでどのような情報提供と相談支援をすることが適切か明確にし、学会、医療機関、患者団体、企業等の力も導入した、より効率的・効果的な体制構築を進める。

拠点病院は、がん相談支援センターの人員確保、院内・院外の広報、がん相談支援センター間の情報共有や協力体制の構築、相談者からフィードバックを得るなどの取り組みを実施するよう努め、国はこうした取り組みを支援する。

拠点病院は、がん相談支援センターと院内診療科との連携を図り、特に精神心理的苦痛を持つ患者とその家族に対して専門家による診療を適切な時期に提供するよう努める。

がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、国と地方公共団体等は、ピア・サポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポートをさらに充実するよう努める。

……

### (3) がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（平成26年1月10日改定）

#### <がん相談支援センターの業務>

- 1) がんの病態、標準的治療法等がん診療及びがんの予防・早期発見等に関する一般的な情報の提供
- 2) 診療機能、入院・外来の待ち時間及び医療従事者の専門とする分野・経歴など、地域の医療機関及び医療従事者に関する情報の収集、提供
- 3) セカンドオピニオンの提示が可能な医師の紹介
- 4) がん患者の療養上の相談
- 5) 就労に関する相談（産業保健等の分野との効果的な連携による提供が望ましい。）
- 6) 地域の医療機関及び医療従事者等におけるがん医療の連携協力体制の事例に関する情報の収集、提供
- 7) アスベストによる肺がん及び中皮腫に関する医療相談
- 8) HTLV-1 関連疾患である ATL に関する医療相談
- 9) 医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援
- 10) 相談支援センターの広報・周知活動

- 11) 相談支援に携わる者に対する教育と支援サービス向上に向けた取り組み
- 12) その他相談支援に関すること

#### 4. 都道府県がん診療連携協議会情報提供・相談支援部会

---

全国の都道府県がん診療連携拠点病院の機能強化や全てのがん診療連携拠点病院間の連携強化について協議するため、「都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会」が平成 20 年度より年 1 回開催されている。さらに、個々のがん対策を推し進めるためには機能強化のための全国レベルの組織が必要であるとの認識から、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会のもとに部会が整えられるようになり、平成 24 年には「情報提供・相談支援部会」が、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会における 3 つ目の部会として誕生した。

この部会では、設置要領にあげられているように、拠点病院で実施されている情報提供および相談支援体制の機能強化と質的な向上を図ることを目的としている。

##### 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会 情報提供・相談支援部会設置要領

###### (設置)

第 1 条 拠点病院で実施されている情報提供および相談支援体制の機能強化と質的な向上を図ることを目的とする。また、各都道府県や地域単位での取り組みを支援するため、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会の下部機関として、情報提供・相談支援部会（以下「部会」という。）を設置する。

###### (検討事項)

第 2 条 部会は、次の事項について、情報を共有・検討する。

- (1) 都道府県、施設単位で行われている情報提供・相談支援の取り組みに関する現状把握と分析、情報共有に関すること。
- (2) 情報提供や相談支援体制の機能強化や質的向上を果たす上で必要となる全国、地域レベルで整備すべき体制とサポート要件の整理
- (3) 現場のみでは解決が難しい施策・制度面の改善等の必要事項の整理と（連絡協議会を通じて発信することを想定した）提言に向けた素案の作成

また、図のように、現場であげられた問題や課題等について対応可能な体制のもとで順次検討していけるような仕組みとして、今後さらに機能させていくことが期待されている。全国のがん診療連携拠点病院の状況把握やそれぞれの PDCA サイクルの確保の場として、平成 26 年の整備指針において、都道府県がん診療連携協議会の位置づけが新たに記載された。各都道府県の都道府県がん診療連携拠点病院が設置する「がん診療連携協議会」のもとには、すでに多くの都道府県で、情報提供や相談支援に関わる部会や連絡会の場が設置されている。実務者らを含んだメンバーで構成される各都道府県の部会の活動がさらに活

性化されることではじめて、都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会情報提供・相談支援部会からの提案や提言が生きたものになり、国レベルのしかるべき検討会の場に届けられることになる。

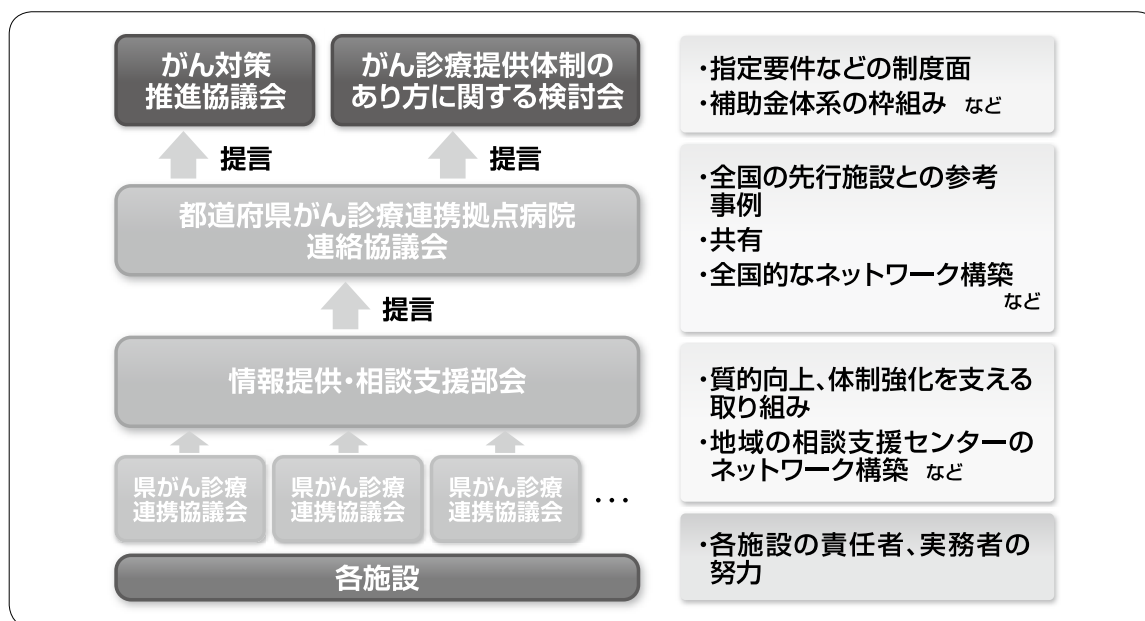


図1-1-6 情報提供・相談支援部会からの提案の流れ

#### 4. がん対策情報センターとがん相談支援センターの連携と役割分担

がん対策情報センターで整備が進められている情報として、がん対策情報センターがん情報サービスから提供される情報には、大別して「一般向け」「医療関係者向け」「がん診療連携拠点病院向け」の情報がある。

がん対策情報センターから提供される患者・家族、国民向けのがん情報は、個々人の求めに応じた情報発信ではなく、がん種別の情報といったように患者や家族、国民のある集団を単位とした一般化された情報である。しかしながら、がんに関してどのような情報を求めているか、疑問に思うこと、解決策など、その人にとって必要な情報は、非常に個人的なものであり、その個に即した情報提供が必要である。個々の患者や家族に対して、一般化された標準的な情報を使いつつ、さらに、その個人が必要とする情報が何であるのかをアセスメントして、その人に適した方法で必要な情報を提供する場が、がん相談支援センターとなる。そのため、がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターのがん専門相談員は、個別の相談に対応する知識やスキルなどを習得していくことが重要である。

一方で、がん相談支援センターの業務として掲げられている地域の情報整備については、個々のがん相談支援センターのスタッフだけが取り組むものではなく、「がん情報提供ネットワーク」に含まれる当事者全て、国、都道府県、がん診療連携拠点病院、地域の医療機関などが、「がんによる死亡率の減少」と「全てのがん患者およびその家族のQOLの維持向上」そして「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」の目標に向けて体制整備を進めていくものである。

## <情報リンク集>

- 新たながん診療提供体制について（報告書）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000021958.html>
- がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（平成 20 年 3 月 1 日）  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html>
- がん診療連携拠点病院の整備に関する指針の一部改正について（平成 23 年 3 月 29 日）  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_byoin02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf)
- がん対策推進基本計画（平成 19 年 6 月 15 日閣議決定）  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/s0615-1.html>
- がん対策推進基本計画（平成 24 年 6 月 8 日閣議決定）  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan\\_keikaku.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html)  
注）各都道府県のがん対策推進基本計画を参照すること
- がん対策基本法（平成 18 年 6 月 23 日法律第 98 号）（平成 19 年 4 月 1 日施行）  
<http://law.e-gov.go.jp/> より検索できます
- がん対策推進アクションプラン 2005（平成 17 年 8 月 25 日）  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan01/01.html>
- がんの統計（がん対策情報センター「がん情報サービス」統計）  
<http://ganjoho.jp/professional/statistics/index.html>
- 国立がん研究センターがん対策情報センターについて  
<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/about.html>
- 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」  
<http://ganjoho.jp/>
- 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「使命と活動目標」  
<http://www.ncc.go.jp/jp/cis/mission.html>
- 今後のがん研究のあり方に関する有識者会議報告書  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000014994.html>
- 第 3 次対がん 10 か年総合戦略  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/07/h0725-3.html>
- 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会  
[http://ganjoho.jp/hospital/liaison\\_council/index.html](http://ganjoho.jp/hospital/liaison_council/index.html)
- 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  
[http://ganjoho.jp/hospital/liaison\\_council/bukai/index.html](http://ganjoho.jp/hospital/liaison_council/bukai/index.html)

# がん相談支援センター がん専門相談員の役割

## SUMMARY

### 学習目標

がん相談支援センターがん専門相談員の役割、がん相談支援のスキルやプロセスを理解する。業務の詳細について把握する。また、相談支援業務を行うに当たり、自己覚知や学習機会創出の重要性を理解する。

### 内容

がんに関する相談は、他の相談に対する対応と共通する部分もあれば、がん相談において特に留意するべき点もある。例えば、がん関連の情報は日進月歩で更新され、かつ多様な情報が世の中に氾濫している。そのため、がん専門相談には、信頼できる最新の情報を整備しておく必要がある。また、セカンド・オピニオンを受けることを望む人が増えており、利用を希望する人への支援が多い傾向にある。さらに、患者や家族は、がんという未知の病に不安を募らせており、個々人に応じた相談や情報の提供が必要となってくる。ここでは、がん専門相談員に必要なスキルや求められる業務、業務の手順等の基本について解説する。

## 1. がん専門相談員の行うべき役割とその留意点

がん専門相談員の役割とは、「がん患者や家族等の相談者（クライアント）に科学的根拠と、がん専門相談員の実践に基づく信頼できる情報提供を行うことによって、その人らしい生活や治療選択ができるように支援すること」である。この役割を果たすために、コミュニケーションスキル、対象者理解、他の専門職や他機関等との連携が必要とされる。この大原則から、以下の「がん相談 10 の原則」と、より詳しく実践に有効なレベルで「行うこと、行ってはいけないこと」を説明する。

### 【がん相談 10 の原則】

#### (1) 相談者にとって良い治療のアクセスを保護・促進する

相談者の主訴として具体的な情報が欲しいという内容であっても、その情報が本当に相談者に必要なものかどうかを見極めることが必要である。情報提供の前に、担当医から病状説明を再度してもらい、病状の理解を深めるよう提案することなどは、結果として納得できる治療選択に結びつくことにもなる。



## (2) 担当医との関係を改善・強化する

担当医の言ったこと、またその結果として理解できなかったことを相談者と相談員と一緒に考えることで、担当医との関係が好転することは多い。治療方針等を自分で決めなければならないときに、自分で決められない困難状況が、担当医に対するネガティブな感情となって表れることもある。相談員がセカンド・オピニオンに準じた意見は絶対にしてはならない。しかし、相談者の理解の深化や、担当医との関係改善、強化を目的に、発言の補足説明、背景説明を行うことは可能である。担当医を変更することは最終的な解決方法である。

## (3) 相談者の情報の整理を助ける

相談者が何かの情報を欲していても、言語化できないことは多い。その場合に、担当医が説明した内容を整理し、疑問点を確認した上で、より適切な情報源を伝えることが必要である。(1)と同様に、主訴ばかりにとらわれ、相談者の理解の状況や相談の背景を整理しないまま、次の情報源へとつなげても問題の解決にはならない。

## (4) 行動に結びつく決定を促す

相談者が実際に行動することで理解が促進されることは多い。必要だからといって、情報を多く提供するだけでは、その場は相談者が感謝して相談を終えても、相談室を出た後すぐに、実際には何を行動するのかわからないこともある。例えば、セカンド・オピニオンについて説明した後、住まいの近くのがん診療連携拠点病院に連絡してくださいと口頭でアドバイスするだけにとどまるよりは、連絡先をメモして渡すことで相談者の行動が促される。

## (5) 面談、電話、電子メールなどの各相談スタイルの特性と限界を認識する

実際に顔を合わせて話す場合と、声だけの場合では、相談者が訴えることが事実であるのかどうか判断する上での難しさが違う。面談は、相談者の発言内容だけでなく、表情や視線などからも理解を深めることができる。電話の場合、声だけが頼りであり、相談者の話した内容が事実であるのかどうかを判断したり、相談者の背景を理解することがより困難になることも多い。また、得てしてニーズや相談の背景を十分にアセスメントすることを省き、質問に即応することを重視しがちになる傾向がある。電話の場合、非言語的な部分（声色、声のトーン、話すスピード等）にも注意が払えるとよい。電子メールは、相談者のアセスメントがさらに難しい場合も多く、電話以上に適切な情報提供が難しいことも多い。

## (6) 相談者の情緒的なサポートを行う

相談者のニーズに応えるためにはどんな内容であっても、全て情緒的サポートを伴うことが基本である。心情を受け止め、理解してもらえたと相談者が感じることで、提供した情報が相談者に届くものとなる。しかし、情緒的なことに対して過度に触れ、巻き込まれることは、相談員自身のバーンアウトなどにもつながる。適切な距離を持つことも必要である。

## (7) 相談者を他部門・他機関に円滑に依頼する

多様な相談の全てを、相談員ひとりで解決することは困難である。他部門・他機関との連携の中で相談者の課題解決をはかる必要がある。より良い連携を維持するためには、丸投げするのではなく、次の

紹介先のためにも、相談者のためにも、その紹介先で相談者のニーズを明確にし、どのような対応を希望するのか具体的に伝えることが大切である。ただし、相談内容を他部門、他機関に伝える際には必ず相談者の同意を得る必要がある。

**(8) 継続的なアクセスを保証する**

相談者のニーズが1回の面談で解決できることのほうが少なく、何度も話し合うことで解決へと進んでいくものである。そのためには、「今度はいついつお話し合いしましょう」と次の相談日程を提示することも必要である。他部門・他機関へ紹介した場合などは、その結果を相談員も聞きたいと伝えることで、相談者の行動へのモチベーションも高まる。

**(9) 組織としての相談窓口を保護し、改善する**

各々のがん相談支援センターの目標、位置づけ、役割範囲を共有し、スタッフ同士の力量や特性を正確に認識する。最初から全てがうまく機能するわけではないし、全ての相談に対応できるわけでもない。例えば、スタッフの力量によっては、相談の時間的枠の設定（例：直接面談40分、電話20分を原則に）が効果的な場合もある。ミスは責めずに相互にフォローし、フィードバックを組織の改善に結びつける。提供すべき情報の整備や教育機会の確保、相談員同士が気軽に話し合える環境も重要である。

**(10) データを蓄積・分析しながら、相談業務の改善に役立てる**

相談内容、解決方法をデータベース化し、蓄積・分析できるとよい。分析したデータを示すことで、スタッフだけではなく、関係する他部門にも有効な情報提供ができ、全員の知識やスキルが向上することにもつながる。ただ記録を残さなければならないというレベルでは、相談業務の改善とはならない。

表1-2-1 がん相談の10の原則

| 行うべきこと                                      | 行ってはいけないこと                               |
|---|--|
| <b>(1) 相談者にとって良い治療のアクセスを保護・促進する</b>         |  |
| 今後のアクション（行動）の方向性の明確化。                       | 相談者の主訴への即時解決の最優先。                        |
| <b>(2) 担当医との関係を改善・強化する</b>                  |  |
| 担当医の判断や振る舞いの解釈を相談者と一緒に考える。                  | 相談者の主治医に対する不満や疑念に同意。セカンド・オピニオンに準じるような判断。 |
| <b>(3) 相談者の情報の整理を助ける</b>                    |  |
| 主訴の背景にある客観的な情報をアセスメント。相談途中で、適時内容を確認・整理する。   | 主訴にあった情報源へのアクセス方法の具体的提示。                 |
| <b>(4) 行動に結びつく決定を促す</b>                     |  |
| 「次にまずしなければならないこと」の具体的提示。                    | 優先順位を考えない多数の選択肢の提示。                      |
| <b>(5) 面談、電話、電子メールなどの各相談スタイルの特性と限界を認識する</b> |  |
| 相談者の主訴、主観と、事実の差異を常に判断。対応困難なことの明言。           | 相談者の情報は<常に真>で<現状で最大限の情報>として位置づける。        |
| <b>(6) 相談者の情緒的なサポートを行う</b>                  |  |
| 相談者の感情を受け止めると同時に、適切な距離を取り、中立的な立場を維持する。      | 一体感を感じられるまで相談者と波長を合わせ同情する。               |

|  |   |
|--|---|
| <b>(7) 相談者を他部門・他機関に円滑に依頼する</b>   |   |
| 紹介先に対し、必要な情報、解決すべき課題など依頼を明確化し伝達する。<br>紹介先で解決できることと限界をあらかじめ相談者に伝える。   | 相談者、他部門、他機関にとってネガティブな情報を不用意に伝える。  |
| <b>(8) 継続的なアクセスを保障する</b>   |   |
| 必要に応じ次回相談日程を決め、相談者の状況を継続的にアセスメントする。  | 資料等をまとめて渡し、1度の相談で済ませる。  |
| <b>(9) 組織としての相談窓口を保護し、改善する</b>   |   |
| 相談窓口の目標、位置づけ、役割の範囲を共有し、スタッフ同士の力量や特性を正確に認識する。<br>相談の時間的枠の設定（例：直接面談 40 分、電話 20 分を原則に）。<br>ミスは責めずに相互にフォローし、フィードバックを組織の改善に結びつける。<br>クレームには誠実かつ慎重に対応する。 | 役割の範囲を超えて過度にサポートをしようとする。<br>あるいは過剰に防衛的な対処をとる。<br>相談者の対応を中断して別の相談者に対応する。 |
| <b>(10) データを蓄積・分析しながら、相談業務の改善に役立てる</b>   |   |
| 他部門と共有することを念頭に、相談内容、解決方法をデータベース化する等加工する。   | 記録は業務終了後まとめて作成する。   |

大松重宏氏と服部洋一氏の協働制作

## 2. がん専門相談員に必要なスキルと責任を持つべき業務

がん専門相談員は対人援助の専門職であると考え、面接技術としてのカウンセリングは重要なスキルの1つである。しかし、その責任を持つべき業務の第一は「がん医療やそれに関連する情報を提供することを通じて相談者の困難を軽減すること」ことであり、そのためのアセスメントにつながるカウンセリングである。以下、そのポイントについて説明する。

### 1. 必要なスキル

#### (1) 基本スキルとしての傾聴

- 相談支援は相談者が現れることによって始まるものである。カウンセリングの技術・知識を活用しながら聴く。以下のねらいがある。
  - 1) 相談者が自身の考え、想いを自由に述べることのできる雰囲気をつくる。
  - 2) より質の高い情報収集を行い、アセスメントに生かす。
  - 3) 「受け止められる」「聴いてもらう」プロセスを通じて、相談者が自身の気持ちを整理し、主体的に意思決定に関わっていくことができるようサポートする。
- 心理的サポートを求めていると考えられる場合もある。相談を受ける者の力量と専門によって、他の心理専門職等への依頼を考慮する。

## (2) アセスメントするスキル

- 相談者ががん相談支援センターにアクセスしたとき、複合的なニーズを抱えている可能性は高い（その意味では、単なる心理相談、振り分け、情報提供で終わってしまっただけでは不十分である）。
- 主訴のみにとらわれることのないよう注意する。  
どこを探してもそのような情報は見当たらないという情報を求めている場合、話をよく聞いてみると現状にまったくそぐわない情報を求めている場合、情報を求めるべき相手・手段が異なっている場合などもある。
- 意思決定に際して、相談者が留意すべきポイントを知った上で、選択ができるようサポートする。この留意すべきポイントとは、例えば、セカンド・オピニオンや臨床試験などそれぞれの相談内容について、確認しておかなければならないことがある（「がん専門相談員の業務手順の詳細」参照）。

## (3) 情報提供、専門家へ依頼するスキル

- アセスメントに基づき、がん専門相談員自身で対応できる範囲は対応し、他職種につないだほうが相談者にとってメリットがあると判断する場合は、適切に振り分けを行う。
- 他職種につなぐ場合には丸投げではなく、依頼先で何の情報が得られるのか、何が解決するのかを明確にすること、つまり、相談者がうまく話を聞くことができるよう、一緒に焦点整理を行う。可能であれば依頼先にも、相談者のニーズについて根回しをしておく（ただし、個人情報であることを忘れてはならない。依頼先と情報共有することの了解を相談者から得ておく必要がある。ネガティブな情報を不用意に事前に伝えない）。

## 2. 責任を持つべき業務

がん専門相談員は相談者からの相談や主訴を十分に傾聴し、また得られた内容からアセスメントをして、相談者が適切な情報を得られ、資源を活用でき、専門家につながることで支援することが主要な業務である。また、がん専門相談員がいる相談支援センターは院内の患者や家族が利用できる1つの社会資源であり、それ以外にも院内多職種のスタッフも利用できるものにしなければならない。さらに、地域の住民もアクセスできるようにすることも大きな使命である。そういう意味では、相談者、所属するがん診療連携拠点病院、また地域に対して、より良い援助をする社会資源となる責務を担っている。その第一段階として、院内から認知されるためにバランスの取れたがん専門相談員にならなければならない。

### 【がん専門相談員の業務のバランス—3つの価値軸の認識】

がん専門相談員は、「相談者」「組織」「専門性」の3つの価値軸を常に認識しバランスをとることが必要である。相談者の訴えに寄り添い、共感を示しながら、課題解決に向かってともに歩む姿勢で相談者との信頼関係を構築していくことは重要である。その一方で、相談者に寄り添う姿勢のみにとらわれると、過剰な同調により相談員自身が燃え尽きたり、組織からの逸脱が生じ、結果的に相談者の課題を解決する機会を逸することもある。組織の論理に従順すぎるような場合には、専門性の形骸化が生じたり、相談者からの訴えに過剰に防衛的な関わりをとることもつながる。専門性のみを偏重した場合、対応が硬直化

したり、相談支援部門を孤立させたりすることで組織内での問題解決がより困難になる場合もある。

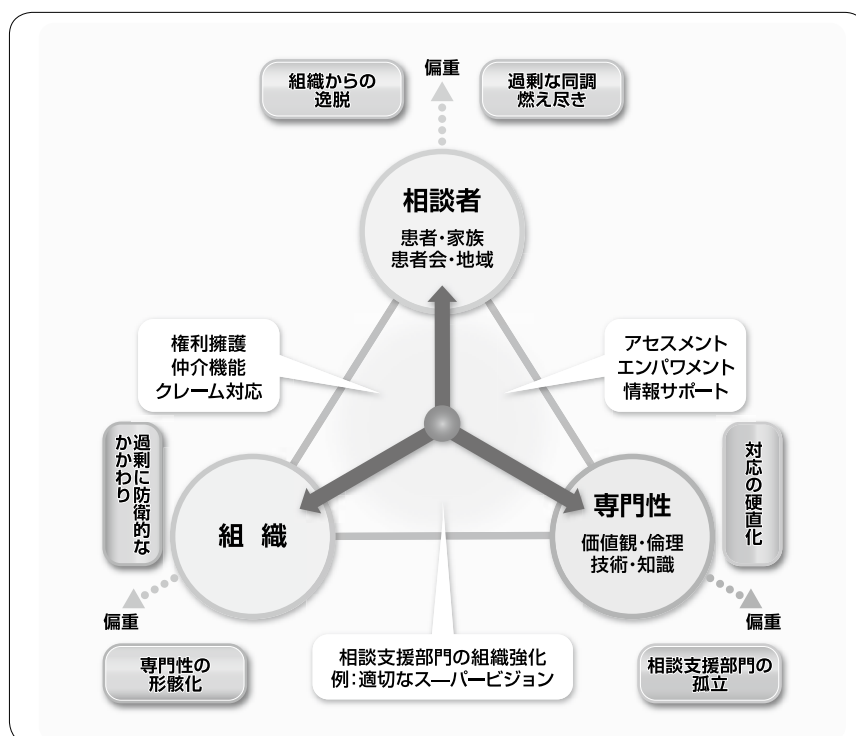


図1-2-1 がん専門相談員の業務のバランス

出典 大松重宏氏と服部洋一氏の協働制作

### 3. がん相談支援のプロセス

相談者が電話をかけてきたり、実際ががん相談支援センターに来室したときは、まず傾聴することからスタートする。しかし、その前段階として、その人ががんという病気に罹っていること、また、家族ならば身内にがん患者がいることの意味、またがんに罹って生活することの意味を、がん専門相談員は絶えず考える必要がある。つまり、がん患者・家族の心理社会的側面の理解である。ただ情報を欲してがん専門相談員の前にいるのではない。よって、まずは傾聴し、相談者との信頼関係を築くこと（ラポールの形成）からスタートする。傾聴とは、ただ受動的に話を聞くことではなく、相談者が伝えようとする、また伝えたい感情がうまく語られるように、カウンセリングのスキルを駆使しながら、言語的にも非言語的にもコミュニケーションを持つことである。しかし、はじめは、何の目的で電話してきたのか、来室したのが重要である。適宜、その目的を質問することも必要であるが、かえって相談者の訴えを止めてしまう危険性もあることを意識する。

主訴が理解できてきたら、次の段階としてその主訴に合った情報は何か、また課題解決の方法は何かを明確にする作業に入る。しかし、ここで重要なことは、訴えの中で語られていることを吟味することである。それがアセスメントである。述べられた内容、例えば、患者会、臨床試験など、それぞれに固有のアセスメントポイントがある。後述するセカンド・オピニオンを例に出して考えると、その相談者が何の目的でセカンド・オピニオンを受けたいのか、そもそも自分のがん種、病期、治療方法を知っているのか、また、表面的な主訴の裏に何らかの心理的な問題があるかなどを確認しながら、セカンド・オピニオンの方法や実際にセカンド・オピニオンを行っている医療機関の情報提供をしなければならない。

つまり、このアセスメントができて、問題を明確にしていく中で、どのような情報を提供し、課題の解決に向かうべきかについて検討を進めていくことになる。述べられた主訴に直接的には応えられなくても、相談者の課題を整理しつつ、整理した内容を相談者と共有しながら進めることが大切である。矛盾するようだが、あえて情報提供することよりも、課題を整理することのほうが良い場合は多い。また、適切な情報源や専門職にアクセスできるようにすることを考えるべき場合もある。それは、その相談者のニーズとがん専門相談員の力量、それにその相談支援センターの役割範囲を吟味して方向性を出す必要がある。例えば、セカンド・オピニオンの場合は、実際にセカンド・オピニオンを受ける前に、自分の病気について十分に主治医から聞くことの必要性を一緒に考えることになる。つまり、セカンド・オピニオンの前段階の課題整理である。

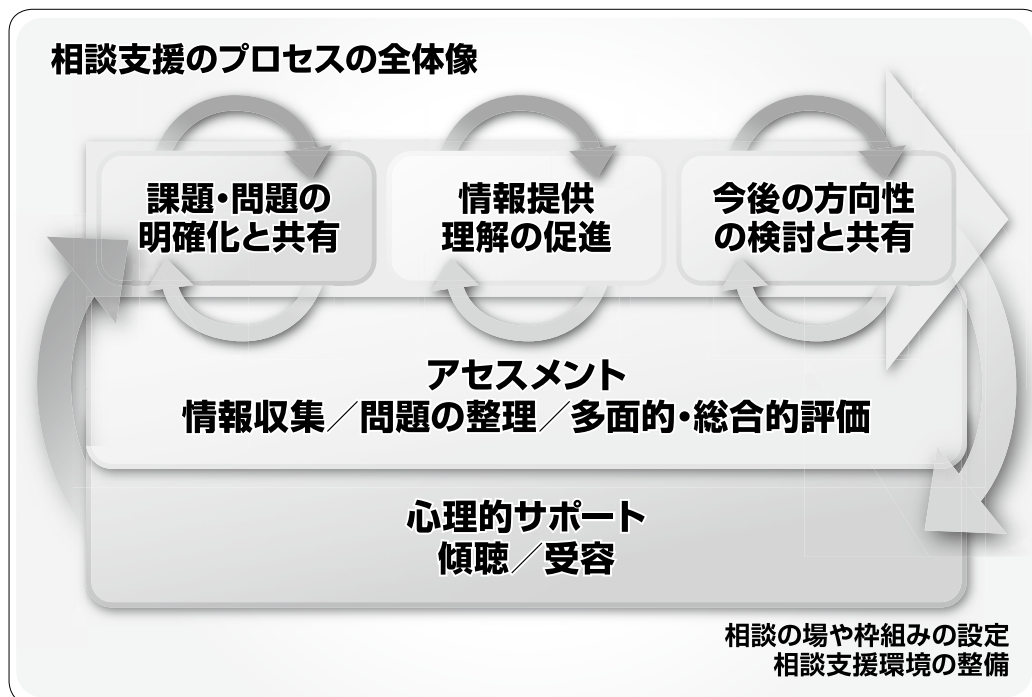


図1-2-2 相談支援のプロセスの全体像

「“相談支援プロセス”を学ぶ効果的研修プログラムのあり方の検討」

平成21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検討」報告書（研究代表者：高山智子）p29-44, 2010.5.

次に、整理された課題と、相談者のおかれた状況、相談者の行動力や理解力を総合的に判断しながら、相談者にとって有意義となる情報を提供する。また、一方的に情報を渡すのではなく、それが相談者に理解しやすいよう必要に応じて説明を補足し、適切に理解されたのかどうか確認することも忘れてはならない。提供すべき情報はその相談があった段階で収集するのではなく、がん専門相談員全員が同じレベルの情報をうまく迅速に提供できるような準備が必要である。インターネットは大きな情報収集ツールであり、迅速に対応できるとはいえ、その信憑性や商業ベースの問題も事前に評価する必要がある。がん相談支援センターのスタッフ全員で共有し、確認できるような情報の評価や仕組みを作り、継続的に見直し、更新を続けることが非常に重要である。また、相談者の属する地域の特性を考慮することも不可欠である。介護保険に代表される種々の福祉サービスをはじめとする社会資源なども地域性が大きく反映されているのである。相談者個々人のニーズと地域性に富んだ社会資源が適切に結びつくような情報収集を心がけ、また日常業務の中で蓄積されていくものを次の相談支援へ生かしたいものである。

相談の終結に当たっては、相談の終了後に相談者が具体的にとるべき行動や他の専門職、他機関等と調整すべき事項など、その後の動きについて相談者と共有し、いつでもまた相談に応じられることを伝え相談の継続的なアクセスを保証することは、相談者の安心感にもつながる。

この一連の相談支援のプロセスは図にも示すとおり、何度も行きつ戻りつしながら課題解決へと向かうものである。

## 4. がん専門相談員の自分自身の気持ちや考えへの気づきの重要性

---

### (1) 自分を知ることの重要性

人は、これまで生きてきた経験や育った文化から身についた、さまざまな価値観や考え方を持つ。相談員自身の感情の持ち方や考え方の傾向が、一人一人の相談者の相談内容に何らかの影響をもたらし、また相談員自身やその家族の闘病や介護の体験もプラスにもマイナスにもなるものであることを知っておくことが重要である。その他、相談員自身の当日の体調や精神的状態も相談対応の質に影響することは意識しておく必要がある。例えば、相談員自身が家族の介護経験がある場合などは、そのことが相談者への共感につながる場合もあるが、その反対に、「自分もがんばれたのだから、あなたもできるし、がんばってほしい」とのメッセージを過度に伝えてしまう危険性もある。相談に対応する前に、自分自身の考え方、感情など、以下の点に関して1つずつ吟味しておくことが望ましい。

### (2) 自己覚知とは

自分自身を知り理解すること、自分自身の考え方の傾向に気づくことを「自己覚知」という（無意識の意識化）。例として、以下のものがあげられる。

- 自分自身の感情や考え方、とりがちな態度、人間関係の持ち方
- 自分自身の性格、弱さや強さ、ストレスを感じやすい場面、自己防衛の構造
- 自分自身が育った文化に基づく価値観や死生観
- 自己の能力、技量、得意な領域、不得意な領域、援助姿勢や援助態度
- 自分の闘病体験、介護体験がもたらした考え方や感情

### (3) 自己覚知の必要性

適切な自己覚知には以下のような効果がある。

- 相談者に対する理解を広げる
- 言動や判断基準などが歪まないようにする
- 専門性の維持・向上や成長の契機となる
- ストレスに対処し、バーンアウトを防ぐ

#### (4) 自己覚知の方法

スーパービジョンや研修が有効である。相談記録の振り返り等により、がん専門相談員自身で自己覚知をすることはある程度可能である。

### 5. がん専門相談員としての専門性の成長と発展のための生涯学習機会創出の必要性

---

#### (1) 専門能力の維持・開発

患者や家族のニーズは、がん治療の進歩や医療制度の改革、人々の意識の変化などの相互作用によって多様化してきた。相談支援に必要な知識や技術も、従来以上に高度なものが求められている。相談支援の質を向上させるためには、最前線にいるがん専門相談員が相談を受ける中で患者や家族の課題やニーズを絶えず把握する感覚を持たなければならない。ニーズに即した研修や学習会などの継続教育を受けることも重要である。

#### (2) 継続教育の資源となるもの

標準的なものとしては、がん各種の学会、関連する専門職種の職能団体による講習会などがある。その他、厚生労働省や自治体によるアンケート結果や研究報告書、患者会の調査資料なども参考になる。具体的な教育・研修の方法については、「V 品質管理（サービスの質）」p148を参照のこと。

#### (3) がん専門相談員に求められていること

専門職として社会から期待されている役割を果たすためには、生涯を通して専門能力の維持・向上に自らの責任のもとで取り組む必要がある。

この支援の一環として、国立がん研究センターでは相談支援センターにおけるがん専門相談員が担当する最低限必要な共通部分の業務に関する研修会を開催している（基礎研修Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）。また、多くの都道府県で独自の研修も企画されている。より実践的な内容にするためには、がん患者や家族からのニーズを受け取る最前線に位置しているがん専門相談員らが中心に企画・開発し、教育体制を整備していくことが求められる。

#### <参考文献>

- ・ 大塚達雄・井垣章二・沢田健次郎・山辺朗子編著『ソーシャル・ケースワーク論—社会福祉実践の基礎』ミネルヴァ書房，1994年。
- ・ 大松重宏著「相談支援センターのあるべき姿」スライド（2006年9月20日）
- ・ 尾崎新著『ケースワークの臨床技法—「援助関係」と「逆転移」の活用』誠信書房，1994年。
- ・ 北川清一・相澤譲治・久保美紀監修，北川清一著『ソーシャルワーク実践と面接技法—内省的思考の方法』相川書房，2006年。
- ・ 國分康孝著『カウンセリングの技法』誠信書房，1979年。
- ・ 國分康孝著『カウンセリングの理論』誠信書房，1980年。



- 
- ・ 佐治守夫・岡村達也・保坂亨著『カウンセリングを学ぶ―理論・体験・実習』東京大学出版会，1996年。
  - ・ 平岡蕃・宮川数君・黒木保博・松本恵美子著『対人援助―ソーシャルワークの基礎と演習』ミネルヴァ書房，1988年。
  - ・ 渡部律子著『高齢者援助における相談面接の理論と実際』医歯薬出版，1999年。



# 第Ⅱ部

## がん相談支援の プロセス（各論）

# がんサバイバーシップの 理解とその支援

## SUMMARY

### 学習目標

がんサバイバーが抱く苦痛を知るとともに、サバイバーが持つ力とソーシャルサポートについて知り、医療機関におけるがん患者・家族への相談支援に生かせる。

### 内容

がんサバイバーはがんの診断から治療、社会復帰のそれぞれの段階でさまざまな困難を抱えるが、それを乗り越えようとする力も持っている。がんサバイバーが自分らしく生きること、家族も同様にサポートを受けるには、同じ体験者同士の支え合いが必要不可欠である。医療者のサポートと同じがんサバイバーによるサポートが組み合わさり、がんとどのように向き合うか、がんとともにどのように生きるかという大きな問題に向かう力が増す。医療者にはサバイバーの持つ困難を解決しようとするだけでなく、サバイバー自身がその力を発揮できるような環境を整える役割がある。

## 1. がんのサバイバーシップ

### 1. がんサバイバーとは

がんサバイバーとがんサバイバーシップは、1986年に米国で、アドボカシー（政策提言）団体NCCS：National Coalition for Cancer Survivorshipが定義した。がんを乗り越えて生きていくために権利を主張した25名の市民運動から始まり、世界に広まった。日本では1997年にホスピスケア研究会で紹介され、学会、製薬会社や非特定営利活動法人が運営するサイト、書籍などでも紹介されている。

「全てのがんと診断された人」が、がんサバイバーであり、家族もまたサバイバーである。がんサバイバーシップとは「診断時から命の終わりのときまで、がんとともに生ある限り自分らしく今を生きること」を意味する。これは、がんという困難な状況で自己のコントロール感覚を取り戻し、情報収集し、必要な支援を求めて自己主張し、自分らしい生き方を意思決定していくことである。

がんサバイバーシップについて理解することは、従来とは違う患者の捉え方と支援につながる。すなわち医療者が与える、助けるという支援から、患者ががんを持ちながらも自分らしく生きていく力を持つ存在である者として捉えることで、患者自身がその力を高めるための支援をする、というように支援の在り方も変わってくる。

## 2. 自分らしく生きるとは

---

自己のコントロール感覚を保つこと、つまり状況や出来事に対して自分が優勢を保っているという感覚、がんに対する無力感やがんの罹患に伴う絶望感など困難な体験を受け入れたり、折り合ったりする感覚である。この感覚の低下はセルフモニタリング機能を低下させ、身体症状への対処を難しくし、自尊心の低下や再発への不安を強める。逆にコントロール感覚を維持、高めることは生活の質の向上、より良い適応、がんとの共存につながり、自らの力で自分らしい生活を築き上げることに繋がる。

## 3. サバイバーシップの4つの時期

---

がんサバイバーがたどる過程は「急性の生存の時期」「延長された生存の時期」「長期的に安定した生存の時期」「終末の生存の時期」の4つの時期に表される。患者がどの時期か判断することにこだわるのではなく、患者の体験を理解して、患者ががんとともに生きていく過程を支援することが求められる。

### (1) 急性期の生存の時期

がんの診断を受けて初期治療が終了するまでの時期である。がんになった衝撃から全人的な苦痛を体験し、医療者のサポートを受けながらがんサバイバーとしての一步を踏み出す。その際、がんの受け止めなど患者の体験に影響を与えるものの1つが情報の量と質となる。

#### 【支援】

- 意思決定や身体的変化に適応していくために必要な情報、利用可能な資源の情報を提供する
- 患者がさまざまな情報をどのように認識し、取り組んでいるか知る
- 社会的支援ネットワークの構築に向けて支援する

### (2) 延長された生存の時期

治療が一区切り、もしくは維持療法に入った時期であり、がんによる影響と折り合いをつけて社会復帰へ一步を踏み出す。治療に伴う身体の変化や機能喪失など限界に直面するときであり、将来への不確かさを感じる。医療者との接触が減り、生活上のさまざまな問題に自分で対処しなければならない。

この時期は、さまざまな限界の中から治療前の今までの自分らしさを手放し、選択した治療を肯定的に受け止め、変化した身体に適した生活の手立てを知り、社会復帰の方法を具体化でき、がんを持ちながら生きていく新しい自分を見いだすための支援が大切になる。

#### 【支援】

- 治療を続けながら社会生活を送るコツ、体調の整え方など生活に即した具体的な情報提供と自分なりの対処法を獲得できるような支援をする

- 患者が努力していることや社会的な背景に関心を向け、必要としている支援を見い出す（例えば、患者が生活していく上で獲得した自分なりの方法は、医療者として正しい方法やスムーズな方法ではないと感じ、修正したくなるかもしれない。しかし、明らかな間違いでなければ、患者がその方法を選択した背景や理由を聞き、患者が選択した方法を尊重し、患者の力、つまり自分で見いだせたことを承認するのも大切である。そのことによって患者は自分の力を意識することになり、行動が持つ意味も変わってくる）

### (3) 長期的に安定した生存の時期

治療効果が持続し、生活する上で直面するさまざまな出来事に、自分の考えや価値観を変容させて乗り越えている。その一方で長期にわたって再発の不安を抱いている。治療の後遺症や2次がん、生殖、雇用、高額な治療費や保険の問題などの新たな課題が浮上してくる。普通に生活ができるため、以前ほど周囲の人が心配しなくなることや、心配をかけたくない、気持ちをわかってもらえないという理由で患者が沈黙を選択することにより社会支援が減少する。

またサバイバーとしてがんと向き合ってきた人々が、自分の体験やアイデアの「情報を発信するニーズを持つようになるときでもある。がんサロン、患者会、サポートグループへの参加を通して、がん体験者同士の情報交換や感情表出ができ、他者を支援することで自己の存在感や肯定感が増す。政策提言や講演など社会に向けた活動に取り組む人もいる。これらはがん体験への肯定的な意味づけにつながり、新たな課題を乗り越える力となる。

#### 【支援】

- 患者の孤独や不安の理解者になることで、患者の社会資源の1つとなる
- 患者が必要なときに必要な人から支援を得られるように社会支援ネットワークを広げるよう支援する
- がんや治療による長期障害、新たな知見、社会資源など最新の情報を提供する

### (4) 終末の生存の時期

再発や転移をして死にゆく時期であるが、最期のときまでがんとともに生きているサバイバーである。この時期は、より個別的な症状緩和や全人的な苦痛への支援が重要になる。

#### 【支援】

- 患者が最期を過ごす療養先の意思決定を支援する
- 家族の悲嘆を支援する
- 患者によっては残される家族のための相続や社会支援の調整、遺書の作成を望む場合があるので支援する

## 4. がんサバイバーの支援

---

### (1) 情報提供

自分の価値観と照らし合わせて納得した意思決定をするためには、サバイバーの4つの時期を通して情報が重要である。患者の体験や直面する課題を知ることで予測した支援や効果的な情報提供が可能となる。

- がんの特性や治療、今後の見通しを正しく理解できているか確認する
- がんによる体験が患者にとってどのような意味を持ち、生活に影響するかを理解する
- 患者が必要な情報を適切な量を判断しながら提供する
- 医療者が必要と判断しても、患者がまだ必要としていない場合もあるため、その情報が患者にとって脅威にならないように配慮しながら、患者が必要になったときに必要な情報や資源にアクセスできるように支援する

### (2) 情報を探求し活用することへの支援

現在はインターネットの活用などで、質が高い情報から広告目的の情報まで幅広い情報に容易に触れることができる。その中で患者は信頼でき、自身に適した情報を選別していかなければならない。しかし、中には情報を集めすぎて混乱したり、必要な情報が得られないということも起きており、患者が情報を探求し活用する過程での支援が求められる。

- 患者が何を求めているかを知る
- 患者が言葉で話す関心事の裏に、真のニーズが隠れていることがあるため、じっくり話を聴く
- 話を聴きながら、患者が考えを整理して関心事を焦点化できるように支援する
- 患者によっては情報を得すぎることによって不安になったり、情報を処理できず混乱することがあるため、その人の理解度や求めている情報の量を見極め、個々に合った必要な量の情報を得られるように支援する
- 信頼できる情報の探し方を伝える
- 得た情報を患者が正確に解釈して活用できているか、確認し、支援する  
(例えば、医師とのコミュニケーションに課題を抱えている場合、患者は得た情報を基にどのようなことを知りたいと思っており、そのためにはどのような質問の仕方をするか、患者の意図が医師に伝わるのか、患者とともに具体的に考える)

## 2. がんの苦痛とその回復過程で必要とされるサポート

### 1. がんによる苦悩

---

がんという病気はその人の身体面や情緒面に多くの苦悩を与え、長期にわたってサバイバーの社会生活に関わる疾患である。サバイバーやその家族にとって、がんの診断は脅威であり、健康だった自分ががん

になったというショックや外見を変えてしまうような治療や身体的苦痛などによって、否認や無力感が増強し自己イメージが変容する。がんの治療による副作用や喪失体験によって“できなくなる”ことを体験し、これまでの社会生活を維持することが困難となり、自分の生き方を再考する岐路に立つ。また、周りの人々に頼ることが増えるため、病気が家族や職場に及ぼす影響についても気がかりとなる。あふれる情報の中から自分に必要な情報を得る難しさと、生命に関わる重要な選択や自己決定も課題となる。さらに、長期に持続する治療による痛みや晩期障害、性の問題、就労の問題、生活費や治療費の心配、医療者とのコミュニケーションの問題、再発への不安などもあり、孤独感や抑うつ感が増強することもある。そのため、サバイバーにはがん体験後の新しい状況への身体的・情緒的な反応のコントロールや、人生の優先順位の見直し、社会支援ネットワークの構築などが課題となる。

## 2. 必要とされるサポート

サバイバーに対するサポートは多岐にわたるが、ここでは特に当事者活動におけるソーシャルサポートについて言及する。サバイバーが抱える大きな苦悩に対しては、医療者などの専門家の支援だけではなく、同じ体験をした者同士の相互扶助が不可欠である。

### (1) セルフヘルプグループ

- セルフヘルプグループは、生活上何らかの困難を抱える人びとが自分たちの手で自分たちのために活動する当事者活動であり、一般的には患者会や家族会と呼ばれている
- サポートする人とサポートされる人の区別がなく、同じ立場で参加する
- 主な活動の目的は、長期間にわたってがんと付き合っていく中で起こるさまざまな問題に、自分自身で立ち向かい、折り合いをつけていくために、サバイバー同士で体験を共有し援助し合うことである
- グループの主催および参加者はサバイバーであり、運営の中心となる世話人はいるがファシリテーターはいないことも多く、自分たちの力で相互に理解し支え合うという特徴がある
- 問題解決を目指したり、社会に対して働きかけるためにサバイバーの声を発信する活動にも発展しているグループもあるが、解決できない問題（障害や死別など）とどうつきあっていくかを考えるのもセルフヘルプ・グループの大きな特徴である
- サバイバーにとって長期的サポートを得るために有効で自律する力を得やすいが、一方では参加者の増加に伴い、それぞれのニーズが多様化する、他のサバイバーに意見することで軋轢が生じる、運営資金の問題が生じるなどの問題が起こることがある

### (2) サポートグループ

- サポートグループは、サバイバーが自分が抱える問題や自己の思いについて話し合い、仲間や医療者からアドバイス等を得ていくことを通して、問題を解決し、状況に折り合いをつけていくことを目指した小グループの活動である



- 活動の目的は、抱えている問題に立ち向かうために学ぶこと、自分の存在価値を実感すること、自己効力感が増すこと、行動が変化することなどである。
- 専門家あるいは当事者以外の人々によって主催されるが、参加者の自主性・自発性が重視される相互援助グループである
- 短期間（4～8回程度）に構造化されたプログラムで開催されることが多いが、非構造化型で行われるものもあり、短期で行われるもの、長期にわたって行われるものもある
- プログラムには医療者も関わるため、医療者との関係の改善や構築にも効果があると言われる
- とり上げられたテーマが自分とは合わずに参加しにくい、ファシリテーターがグループの力動をどのようにみるかで進行が変化しやすい、参加するサバイバーに自律する力がどの程度得られるかは不明、などの特徴もある

### (3) ピアサポート・ピアカウンセリング

- ピアとは仲間、同士という意味がある。ピアサポートやピアカウンセリングとは、がん体験という同じ境遇や似たような体験を持つサバイバー同士が支え合い、サポートし合う相談活動のことである
- ピアサポートの場はセルフヘルプグループやサポートグループなどさまざまな場で行われるが、1対1で行われるものやがんサロン、行政やNPO法人が支援するピアカウンセリング等も増えつつある
- ピアサポートやピアカウンセリングの特徴として、誰にも話せなかった体験が話しやすい、具体的なアドバイスを得られやすい、お互いが仲間同士であるため、批判や批評されずに安全・安心して話せる場で相手を信頼して話せることなどがある
- ピアサポーターは相談活動を通して自分自身の価値をより高めることが可能な反面、相談者の体験を自分のことのように感じる、自分の対処方法を押しつけてしまう、相談者に代わって自分が対処しようとするなどの可能性があり、ピアサポーターとしての姿勢や役割を学ぶ養成の場も作られている

## 3. ソーシャルサポートを求めるサバイバーへの支援

サバイバーが困難を乗り越える中で、ソーシャルサポートは重要な資源の1つである。がん専門相談員は、サバイバーが自分に合ったサポートを受けられるように、ソーシャルサポートに関する情報探求への支援や情報提供を行うことが必要である。

- サバイバーが抱えている課題やニーズを理解し、その人がソーシャルサポートを求めているかどうかアセスメントする
- サバイバーが情報を探求していくことを支援する。その場合、その人の情報を収集し理解する力やインターネットや家族などの情報探求環境をアセスメントし、その人に合った情報探求支援を行う
- そのサバイバーが在住している地域の情報、インターネット情報など利用できるサポート資源について具体的な情報を提供する

- どのようなサポートを求めているかを、その人自身が気づいていくことを支援する
- 悩んでいる問題によっては、専門家の支援が必要な状況もあるため、その場合は適切な部署や機関につなぐ
- 患者会やがんサロン、ピアサポートの場などをつくりたいというニーズがある場合は、他の医療者や病院管理者、行政担当者らとともにサバイバーの思いが実現できるようにサポートする

### <引用・参考文献>

- 国立がん研究センターがん対策情報センター編著『がんになったら手にとるガイド』学研メディカル秀潤社，2011年。
- 近藤まゆみ・嶺岸秀子編著『がんサバイバーシップーがんとともに生きる人びとへの看護ケアー』医歯薬出版株式会社，2006年。
- 桜井なおみ著『がんサバイバーシップ活動を通して』がん看護17(4)，p445－448，2012年。
- 高松里著『セルフヘルプ・グループとサポート・グループ実践ガイドー始め方・続け方・終わり方』金剛出版，2012年。
- 高松里著『サポート・グループの実践と展開』金剛出版，2009年。
- 田村英人著『患者会の立ち上げとピアサポート活動』がん看護17(4)，p 449－452，2012年。
- 中村浩著『がん患者・家族のセルフヘルプグループの活動〜つくしの会〜』がん看護5(3)，p 198-201，2000年。
- Spiegel,D., Klassen,K. 著，朝倉隆司・田中祥子訳『がん患者と家族のためのサポートグループ』医学書院，2003年。

### <サイト>

- キャンサーソリューションズ株式会社（CANSOL）  
<http://www.cansol.jp/>
- NPO 法人キャンサーネットジャパン  
<http://www.cancernet.jp/>

# がんの心理社会的側面

## SUMMARY

### 学習目標

がんに伴って生じる心理社会的側面の課題を理解する。心理社会的側面を考慮し、患者・家族の相談に対応できるようになる。

### 内容

がんに向き合うということは、個人による差はあれ苦痛を伴うものである。苦痛には、痛みなどの身体的なものはもちろんのこと、不安、恐怖、怒り、葛藤などの平静を保てない精神的・心理的苦痛も含まれる。また、人間は通常社会とのつながりの中で、自分の役割を確立し生活を営んでいる。がんになるということは、そのような「社会の中の自分自身の役割」を果たしていくことができないことにつながる。このことは、社会的苦痛と表現できる。そしてそれはさらなる実存感の喪失などスピリチュアル面での苦痛につながる。つまり、がんによって起こるさまざまな苦痛は相互に関連し合っているものである。

ここでは、身体的苦痛以外の苦痛を心理社会的苦痛と捉えて考察していきたい。

患者自身や家族によっては、そのような心配、不安、悩みを相談員に直接的に表現しない場合もある。相談を受ける側は、がん患者や家族のほとんどが心理社会的な苦痛や悩みを抱えることを理解し、それを考慮して相談者（クライアント）個別のケースに合った対応をしていくことの大切さを

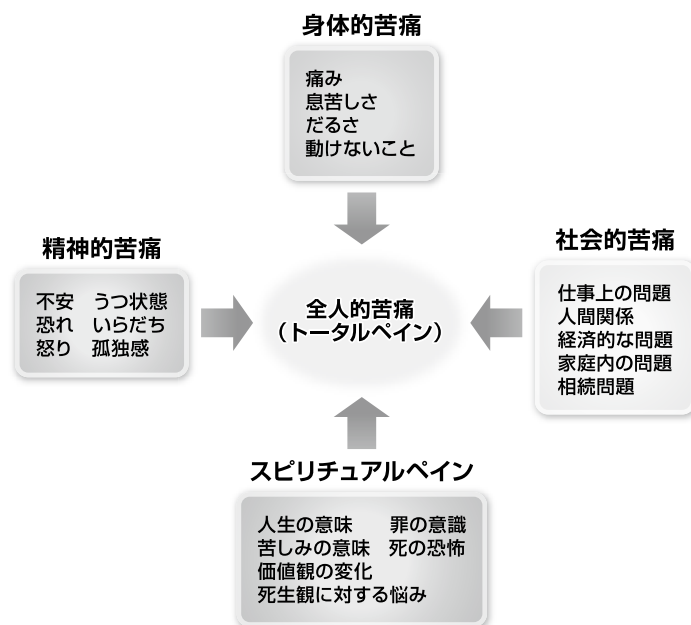


図 II-2-1 全人的苦痛（トータルペイン）をもたらす背景

「国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」より  
[http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative\\_care.html](http://ganjoho.jp/public/support/relaxation/palliative_care.html)

理解しなければいけない。

## 1. がんの心理社会的側面とは

「心理社会的側面」とは、表現を変えると、患者の「こころ（心理）とくらし（社会）の側面」ということができる。がんとともに生きる時、「この病はどのような経過をたどるのだろうか」「からだの働きにどのような支障を来すだろうか」という身体的側面（からだ・疾患）について不安を抱く。同時に「がんをうまく受け止めることができない」といった悩みや「今後、病を抱えながら生活していけるのだろうか」「仕事や学校はどうしたらよいのだろうか」というような心配も大きい。このような不安はこころとくらしに関わるものということができる。人が病を抱えたとき、このような心理社会的側面への支援は不可欠である。

## 2. 心理社会的側面について理解する意義

心理社会的側面について理解することによって相談者の以下のような側面への認識が深まる。

- 相談者のおかれている状況をより広い視野からの確にアセスメントし、支援する手立てを持つことができるようになる
- 患者を、病人としてではなく、病を抱えながら「生活を営んでいる人」として捉える視点を持つことができる。また、家族に対しても、家族＝（イコール）介護者・患者の支援者というような一面的な捉え方ではなく、患者同様に「生活を営んでいる人」と捉えることができ、がんによってさまざまな苦痛を背負い得る対象者といえ、『第2の患者』と表現できる

## 3. がんが患者やその家族の心理社会的側面に与える影響の特徴とその内容

### 1. 特徴

#### (1) こころ（心理）とくらし（社会）の関連

こころ（心理）とくらし（社会）は密接に関わっており、切り離すことができない。

- 心理社会的側面における「心理」と「社会」は、それぞれが単独で存在するのではなく、相互に強く関わり合っている。例えば、がんであることがわかって何も考えられない状況のとき、生活上の課題にうまく対応できないかもしれない。その結果、生活上困難が生じることが考えられる
- 逆に、生活に関わる課題を主体的に達成する経験を持てることで、自信を取り戻し自尊心を再構築できたり、主体的な取り組み姿勢につながる可能性もある

## (2) 家族への影響

がんは、患者だけでなく家族に影響を及ぼす。

- 患者のとってきた役割を代替しなくてはならない場合、家族にとっては新たな課題が生じることとなる
- 看護者・介護者としての新たな役割が生じる場合、これまでの生活上の役割との間でバランスをとることが必要となる
- 告知を受けた場合、患者と同様に家族も深い悲しみや無念の感情を抱く。また、今後の生活に対して不安を感じたり、いずれ訪れるであろう死について悲嘆を抱く場合もある（予期悲嘆）

## (3) 個別性の高さ

心理社会的側面の課題はさまざまな要因の影響を受けるものであり、また、個別性が高い。課題に影響を与える要因として以下のものがある。

- 患者・家族の持つ価値観
- 年齢や年代によって期待される役割
- 他の家族との関係における患者の位置（親／兄弟／子ども）
- 家族に特有な文化や歴史
- 患者・家族が属する地域や社会に特有な文化や歴史
- 性差

## 2. がんによって患者や家族にもたらされる心理社会的側面の課題とその変化

---

### (1) 患者や家族の心理社会的側面に課題をもたらす「がんの特性」

がん特有な懸念として、以下のものがあげられる。

- ステレオタイプな疾病に対するイメージや社会的なスティグマ：死に至るイメージが強い／遺伝する／生活習慣に起因する疾病である
- 治癒の不確かさ：再発・転移のおそれ
- 進行すれば死に至る疾患である
- 医療機関の選択の難しさ：治療に大きな侵襲を伴うなど影響が大きい／施設によって治療の選択肢が異なる場合がある／がんの種類によっては治療できる医療機関が極めて限られる、など
- 進行の遅延、慢性疾患のような経過の長期化（がん種によって）：終わりの見えない治療／終わりの見えない医療費
- がんおよびその治療による喪失感：健康／仕事／地位／収入／家庭内役割／就学／就職／結婚／出産（子ども）／ボディイメージ／自己像（自分らしさ）

## (2) がんにより引き起こされる患者の感情

がんになった患者が示す感情には以下のものがある。

- 不安・恐怖
- 怒り・敵意
- 孤立
- 罪の意識
- 拒絶
- 抑うつ
- コントロールの喪失
- 嘆き 等

## (3) 心理社会的課題の特性

疾病を持ちながら生活することに起因する心理社会的側面の課題には以下が含まれる。

- 医療費・生活費等の経済的な問題
- 家族内、地域内における役割の継続・変更
- 療養と復職（職種変更等）等仕事との両立・関わり
- 自宅での療養体制づくり
- 疾病を持ったことによる漠然とした不安 等

## (4) 心理社会的課題の変化

心理社会的側面の課題は、疾病を持ちながら生活することに起因するものに加えて、制度を含めた社会的側面からの影響が大きい。例えば、以下のような課題があげられる。

- 医療者との関係：病状をうまく相談することができない／セカンド・オピニオンを得たいが、話を切り出せない
- 療養の場の移行：重篤な病状（末期の状態）にもかかわらず必要となる転院（退院）しなくてはならないことへの疑問

## (5) 疾病の進行に伴う課題の変化

疾病の進行により心理社会的側面の課題は以下のように変化する。

- 診断確定期：診断への疑念／今後の生活への不安／家族にとって患者との接し方
- 療養期：経済的負担／雇用・復学等、社会生活とのバランス／家族内での役割の交替
- 再発期：予後への不安感、おそれ
- 療養の場の移行期：（転院）転院に伴う“見離され感”／転院先の選定  
（在宅）病院を出ることに対する不安／看護・介護に関わることにに対する不安感／自宅療養の具体的な準備
- ターミナル期：人生の意味
- 死別後：遺された家族の悲嘆／遺された家族の生活の問題

## 4. 心理社会的側面の課題に関する面接の際の留意点

### 1. 側面から支援するという立場を意識する

患者や家族にとって、問題や課題にうまく取り組むことができたかどうかは、療養生活に大きな影響を与える。うまく取り組むことができれば、がんを受け止め、療養生活に主体的に取り組む動機になる。一方、逆の場合もある。

がん専門相談員はこの点を理解し、患者・家族が問題に主体的に取り組んでいくことができるようにエンパワメントを促し、側面から支援するという立場を意識することが必要となる。具体的には、「患者・家族自身が課題を整理できるように促す」「患者・家族が適切に意思決定できるように情報を提供する」「意思決定に関わる迷いに寄り添い、問題を整理するプロセスを補助する」などの支援を行う。

### 2. 患者のみではなく、家族も支援の対象として理解する

家族は患者を支援する立場にあると考え、がん専門相談員が理想としている家族像を求めがちとなる。しかし、患者ががんになったことにより、家族も深い悲しみを感じ、生活の変化も余儀なくされており、心理社会的な側面で問題を抱えることになる。家族も相談者である（「第2の患者」である）ということ意識することが必要である。

また、家族は患者の療養を生活の中心におくべきであると考えがちであるが、家族が疾患に伴う課題に過度に巻き込まれることがないように、がん専門相談員は家族の生活も尊重されるものであることを理解することは重要である。

### 3. 相談者の話をしっかりと聴く

患者の抱えている問題は個別性が高いことを認識し、相談者の話をしっかりと聴くことが必要である。性急に結論を提示することは適切な支援につながらない。話を聴く際には、これまでの生活体験や尊重してきた価値観によって成立する、相談者のコミュニケーションスタイルやコーピングスタイル（問題への対処の仕方）を理解し対応することから、今、抱えている問題や課題をアセスメントすること、そして相談者自身が問題と感じている点を理解し尊重すること、その上で、その問題を取り巻く背景について理解することが重要である。

#### 4. 相談の背景にある心理社会的側面を配慮する

---

患者や家族は、がんになったことを受け止めるプロセスで、先述したように悲しみや後悔などの感情を持つ。このような感情は、例えば医療スタッフに対する怒りのように姿を変える場合がある。表面に現われた相談内容のみではなく、その背後に、特有な心理社会的側面の課題が潜在する可能性があることを理解することで、的確な支援が可能になる。

#### 5. がん専門相談員が対応すべきこととできないことを区別する

---

がん専門相談員のみでの対応が困難な事例においては、抱え込むことなく相談内容によっては関係機関や他の専門職と適宜連携していくことも重要である。相談者をともに支援できる資源としての活用もさることながら、多職種で協働することはがん専門相談員には不可欠であり、その協働するプロセスの中で、新たなアセスメントの視点に気づけたり、支援のあり方が深まることもある。特に、他の病院で治療を受けている相談者による医療者との関係や医療機関の移行に伴う相談などの場合、がん専門相談員が直接介入することで、かえって患者が混乱することがある。そのような場合には、しっかりと話を聞いた上で、適切な窓口を紹介することがより望ましい支援であるといえる。その際、窓口に向いたときに困惑しないように問題を整理し、場合によっては、どのように相談したらよいかなどの質問の仕方についても考えたり、紹介先の窓口と連携をとることが必要となる。その際は、相談者の病状を含む個人情報を取り扱うことへの了解を相談者から得ておく必要がある。

#### 6. がん専門相談員も支援を必要とする存在であることを意識する

---

がん専門相談員は、相談対応の過程で患者・家族の心理社会的問題に直面し、実に多様で個別的な事情を聞き、情報を共有する場面は多い。とりわけ、死や死別に通じるような問題は、社会的また心理的な緊張や変革をもたらす重大な社会的転機である。このような患者や家族の持つ心理社会的緊張は、支援の場においてがん専門相談員にも伝わるものである。すなわち、援助者であるがん専門相談員もまた、喪失感を味わうなどの体験を通してストレスを抱えることもあり得る。これらの状況に際し、がん専門相談員自身の自己認識（自己覚知）や組織的な支持的体制が、ストレスを解決できる糸口につながる。また、自らも支援を求めてよい存在であると意識しておくことは、バーンアウトを防ぎ、より良い援助関係の構築や支援などにおいて大切である。



## <参考文献>

- ・ 青山こずえ・田村里子・田邑泉著「がん患者の在宅療養の支援を考える在宅療養の選択をめぐるソーシャルワーク援助」『医療と福祉』No.77 Vol.38-No.2 2005-3.
- ・ NHK がんサポートキャンペーン事務局編「がんを生き抜く実践プログラム NHK がんサポートキャンペーン」(生活実用シリーズ) 日本放送出版協会, 2006 年.
- ・ 大松重宏・御牧由子著「末期がん患者・家族の意思決定への支援」『医療と福祉』No.81 Vol.40-No.2 2007-3.
- ・ 日本社会福祉士会・日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク実践』中央法規出版, 2004 年.
- ・ 日本ホスピス・在宅ケア研究会編著『退院後のがん患者と家族の支援ガイド』プリメド社, 2004 年.
- ・ Mari Lloyd-Williams 編 若林佳史訳「緩和ケアにおける心理社会的問題」星和書店, 2011 年.

## <サイト>

- ・ がんナビ  
<http://cancernavi.nikkeibp.co.jp/>
- ・ がん情報サイト  
<http://cancerinfo.tri-kobe.org>
- ・ 静岡県立静岡がんセンター (特に「がんの情報を得る」)  
<http://www.scchr.jp/>
- ・ 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団  
<http://www.hospat.org/>

# コミュニケーションと 相談支援のプロセス

## SUMMARY

### 学習目標

専門的な相談支援に必要なコミュニケーションの概念を理解する。実際の業務の中で役に立つ具体的な技術を認識し、活用できるようになる。

### 内容

「コミュニケーション」とは言葉による会話だけを意味するものではない。どのような形でも個人の思っていること、感じていること、考えていることを表現することにより、コミュニケーションが始まり、その表現が受け止められて成立する。そのためにも相談員の相談支援における聴く姿勢は非常に大事である。相談員がコミュニケーションのポイントを意識し、「相談支援のプロセス」の構造を意識しながら相談者（クライアント）の話を聴くことによって、相談対応を効果的に進めることができる。また相談方法（面談、電話、メール）による特徴や留意点をよく理解して、相談対応に望むことが大切である。

## 1. 相談支援におけるコミュニケーション

### 1. コミュニケーションとは何か

Communication の動詞形 communicate の原義は「他人と共有する」である。医療現場におけるコミュニケーションは、伝達、通信、連絡といった、ただ単に伝えるだけでなく、むしろ原義にある「他人と共有する」という医療者と患者が共同して行うプロセスであるといえよう。相手を尊重し、相談者の抱えている不安や悩みを共有することを通して信頼関係をつくることが大切である。

相談者は知りたいと思うことをわかるように説明されたいと考えている。情報を共有するためには働きかける側から働きかけられる側への一方的な行為ではなく、会話のキャッチボールが必要である。それによって互いに作用し合ったり、情報を分け合ったり、理解し合えるような環境が形成される。

臨床の場では、相談者の声に耳を澄まし、がんとともに生きることの多様な側面を知ることが、生きることの意味を広げ、それを深めることを教えてくれる。臨床におけるコミュニケーションはそこから始まる。

## 2. 相談支援における聴く姿勢とその効果

---

なぜきちんとした聴く姿勢で相談に臨むことが大切なのだろうか。相談対応に必要な情報収集を聴くことを繰り返し行うことによって、相談者の困っていることがどのようなことか、また相談者が抱えている課題や問題が明確になる。相談員は、相談者が語った／語らなかった内容などの情報収集された内容をもとに、相談者がおかれた状況や潜在的なニーズ（真のニーズ）を明らかにしていくことになる。

相談員が「きく」という作業を行うことによって、相談者が自分の考えや想いを自由に語るができる雰囲気をつくったり、信頼関係の構築（ラポール形成）につながる。また、相談者自身のことを相談者から教わることになり、支援に必要な情報収集ができる。さらに、「受け止められる」「聴いてもらう」というプロセスを通して、相談者自身が気持ちを整理し、相談者が主体的に意思決定できるようサポートすることにつながる。つまり、「きく」という作業を繰り返し行うことにより、相談者の自尊感情の回復やエンパワメントにもつながっていく。

## 3. 相談支援のプロセスにつながるコミュニケーションのポイント

---

相談支援を行う過程において、コミュニケーションは重要である。その中でもいくつかのポイントを意識しておくことが必要である。

### (1) 相談者の心理状況を整理すること

心理（精神）状態はどうか、心理（精神）状態について、相談者本人はどのように認識しているか、相談者の今ある「こころ」（感情・認知・思考）の状態を観察する。また受け止められる、聴いてもらうプロセスを通じて相談者の自尊感情（self-esteem）を高め、相談者自身が主体的に意思決定をし、解決していくことができるように支援する。

### (2) 情報収集と情報提供の場面で工夫できること

情報収集においては、相談理由を尋ね（相談目的は何か、何を望んでいるか、解決したいかなど）、現在起きていることについて整理する。もし治療に関連したことであれば、治療の流れを整理し、病気（からだ）のこと（がんの種類や病期、治療状況、身体的な状況、状況についての認識、治療において相談者が大切にしたいことなど）を共有する。

一方、情報提供は、その相談者に合った方法で、また相談者の理解できる方法で伝える。例えば、メモを利用する、絵や動画で示す、繰り返し伝えるなど伝え方を工夫したり、今必要な情報を抜粋してポイントを絞って伝えたりすることも、場合によっては必要になる。また、次の面談で伝えるなど、時間を効果的に利用するなど工夫することが大切である。

### (3) 個別的な情報を相談者から得ること

個別的な情報を相談者から得ることによって、相談者の真の懸念事項やニーズが浮き彫りになってくる。こうした真の懸念やニーズが明らかになれば、その相談者に適した情報や支援につなげやすくなる。例え

ば、個別的な情報には、医師との関係や、家族との関係、経済状態、仕事・生活環境などにおける懸念、今後問題になりそうなことなどがあげられる。「がん」と診断されることによって、これまで当たり前と考えていた生活が脅かされたり、維持できなくなるといった状況が起こり得る。こうした「がんとともに生きる人」「がんを抱えながら生活する人」という視点から「暮らし」に着目して情報を得る中で、今後の具体的支援を見いだすことができる。

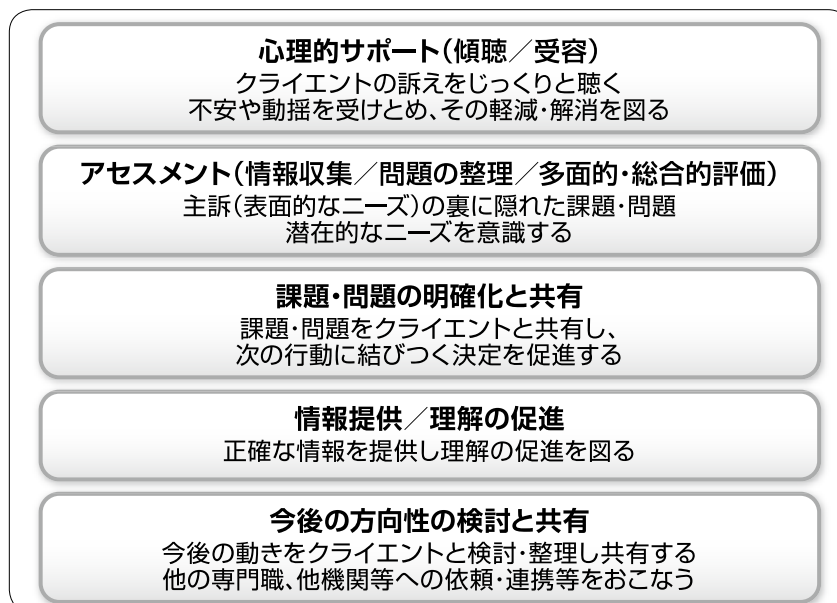
#### (4) 円滑な関係性を構築する ～コミュニケーションスキルの活用

相談者自身が主体的に意思決定をし、解決していくことができるように支援する。例えば、医師と十分なコミュニケーションがとれていない場合には、医師とのコミュニケーションのとり方や具体的に何をどう質問したり、切り出したらよいのか、相談者ができる方法を一緒に考える。また場合によっては、相談員が医師につないだり、相談者に代わって質問したり交渉したりすることが必要になることもある。その場合には、『どう調整するか』といった、コーディネーションの技術が相談員には必要になる。しかしこのとき、相談者が何をどこまでできるのか見極め、結果として相談者の行動に結びつくように支援することが必要である。

また相談員は、相談支援を行う環境を整備し、強化するために、院内や院外も含めた他の専門職や他機関等との連携において自らの立ち位置を効果的に活用できるように取り組むことが求められる。その際には、チーム医療（組織）の一員であることを意識し、ネゴシエーションといった『どう交渉するか』のコミュニケーション技術の活用も必要である。

## 2. 相談支援のプロセス

では実際に、相談員が相談を受ける中では、どのようなプロセスを頭に描きながら、相談対応しているだろうか。これまでにあげてきたポイントにも照らし合わせて考えると、図II-3-1に示したような要素がある。そして、相談支援のプロセスの全体像を示すとすると図II-3-2のようになるだろう。



図II-3-1 相談支援のプロセスの要素

心理的なサポートを行いながら、アセスメント\*し、相談者の課題や問題を明確にしつつ、その内容を相談者と共有しながら、必要な情報を提供する。また情報提供を行う中で、不十分だと考えられた情報を提供し、理解を促しながら、今後の方向性を相談者とともに検討する。

### \*アセスメント

相談支援のプロセスにおけるアセスメントとは、相談支援の全てのプロセス（課題・問題の明確化、情報提供・理解の促進、今後の方向性の検討と共有）において、相談者から得た情報をもとに、がん専門相談員の持つ専門的知識や技術・資源と照らし合わせることによって、相談者が抱える問題を整理し、相談者と問題を取り巻く環境を多面的・総合的に評価することである。

大小の矢印が複数あるように、アセスメントは1回限りのものではなく、相談者とのやりとりを通じて継続的に繰り返す必要がある。こうして繰り返すことによって、相談者の課題や問題が明確になっていく。

また、相談支援のプロセスの5つの要素の外枠に、「相談の場や枠組みの設定、相談支援環境の整備」と示されているように、相談支援のプロセスは、相談の場や枠組み、相談支援の環境によって左右される。例えば、相談員1人でできることと、2人でできることは異なる。がん相談支援センターで活用する信頼できる情報の収集や医師などの他のスタッフのサポートや他機関との連携の状況、関係の強さによって、できることとできないことが異なってくる。つまり、がん相談支援センターの環境によって限界があるということを相談員が知っておくことが大事であり、その限界についても相談者と共有しながら、然るべき部署や他の専門職につないでいくことやその見極めも相談員の判断として大事な点である。

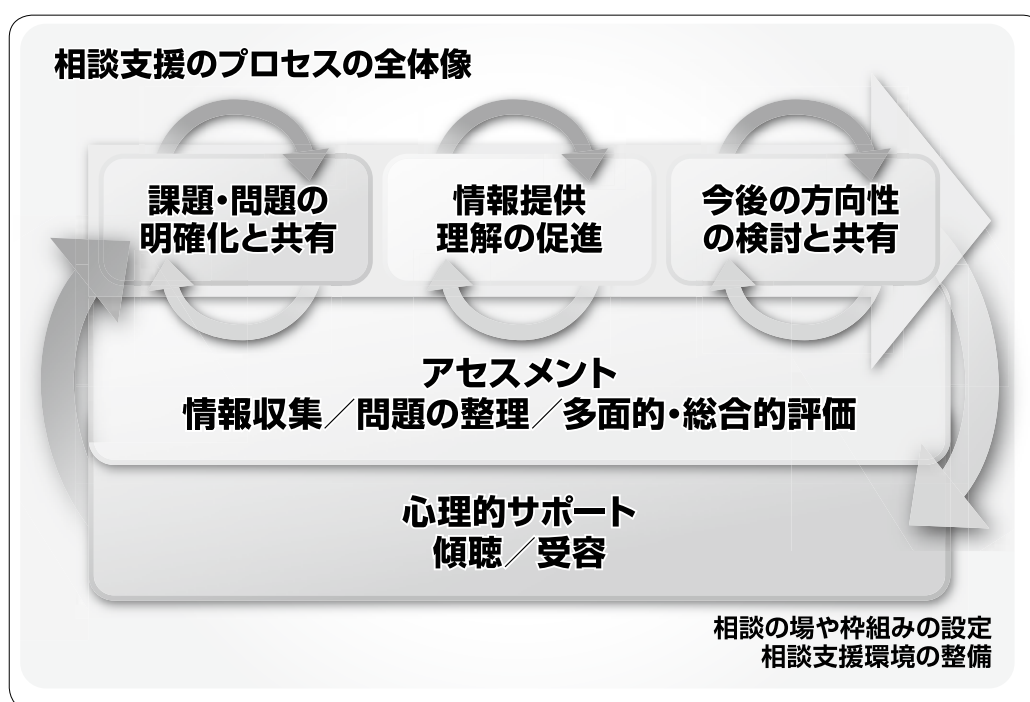


図 II-3-2 相談支援のプロセスの全体像

「“相談支援プロセス”を学ぶ効果的研修プログラムのあり方の検討」

平成 21 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検討」報告書（研究代表者：高山智子）p29-44, 2010.5.

### 3. コミュニケーション技術

専門的相談支援における面接は、相談者を尊重する「姿勢（倫理観）」と的確なコミュニケーション「技術」に裏づけされたものでなければならない。また、コミュニケーション「技術」は単なるテクニックではなく、がん専門相談員の基本的態度を具現化するものであることに注意が必要である。

#### 1. 非言語的コミュニケーション

---

面接では、言語によるコミュニケーションだけでなく、態度、服装、表情、姿勢、視線、身振り、声の大きさ等の非言語的コミュニケーションにも留意する必要がある。相談支援としての面接は、「言語を媒介とする『意図的な会話』<sup>▶1</sup>」によって構成されるが、言語だけではなく態度、表情、姿勢、口調といった非言語的メッセージも相談者との関係に大きな影響を与える。

#### 2. 面接における基本的姿勢とコミュニケーション技術

---

##### (1) コミュニケーションの準備

相談者との出会いとなるので、良い関係性を構築するためにも、身だしなみを整え、自己紹介など、あいさつをきちんと行う。また、話しやすい環境の設定やプライバシーを保ち、座る位置にも配慮し、相談者が自己表出しやすいようにする。

機能的なインタビューを行うためには、構造化した論理的な会話や時間を有効活用するマネジメントも大切である。

##### (2) 傾聴

相手を受容し、わかろうとする積極的な聴き方。

視線、表情、姿勢、応答の仕方、相づちなどを活用し、傾聴し、受け止めたことを伝え返す。傾聴には相談者を受容し共感できる能力が必要。

##### (3) 受容

条件づけをせず、相談者があるがままに受け止めること。

##### (4) 共感

相談者の内的世界をあたかも自分自身のこととして感じとり、理解すること。共感を示すということは、相談者自身の感情を示すことではなく、相談者によって表出された感情を反映（reflect）することであることに注意。

## (5) 感情の反映

相談者の感情に焦点を当て、相談者が表現したそのままの言葉で返す。相談者の感情を理解していることを伝え、相談者の語りを促進する働きもある。単なるオウム返しではなく、いったんがん専門相談員のからだを通して出てくる言葉で対応する。

## (6) 言い換え

相談者の訴えを別の言葉で言い直し、意味や問題点を明確にして相談者の話したいことを確認する技術。単なる言い換えではなく、相談者のメッセージの意味することに焦点を当て、正しく理解したかを確認するための技術。

## (7) 要約

相談者が述べたことを短く要約して伝え返し、相談者が述べたかったことの要点を相談者自身に確認する技術。

## (8) 質問

「はい」「いいえ」など応答の幅が限定される質問方法（閉ざされた質問）は、意見、考え、感情ではなく事実の確認に有効な方法。

一方、相談者が自由に語ることを促す質問方法（開かれた質問）は、相談者がおかれている状況の細部や背景、相談者自身の意見や考え、感情について聴くことができる。しかし、質問があいまいすぎると相談者の困惑や不安が生じ、その防衛として表層的な会話になる危険性もある。

## (9) 沈黙

対面面接での沈黙は否定的に捉えず、その意味を見極め、活用することが重要。

## (10) 保証

相談者の気持ちを理解していることを明確に示し、例えば「みなさんもそのように思われるですよ。多くの方が同じような経験をされています」など、共感しながら相談者の気持ちや気がかりを知りその気持ちを保証することが、サポートにつながる。

# 4. 相談方法により異なるコミュニケーション上の留意点

相談方法にはさまざまなものがあるが、それぞれの特徴を踏まえて相談者とのコミュニケーションをとることを心がけたい。ここでは直接対面を伴わない「電話相談」「電子メール相談」「FAX相談」の長所や短所、留意点等についてあげる。

## 1. 電話相談

---

### (1) 長所と短所

電話相談の特徴は、利便性や匿名性があり、相談者がかけたいときにかけ、切りたいときに切ることができるためかけ手に主導性がある。また、音声による非対面コミュニケーションによって成り立つため、視覚による情報がないことの不安と不自由さをカバーする工夫が必要である。

### (2) 留意点

- 電話相談は原則1回で完結するものであることを自覚する
- 相談者の呼吸、口調、トーンに合わせて、スピードや声の調子、言葉の選び方などに注意しながら適切なアプローチを探ることが大切である
- 相談者は現実の生活の中で問題を抱えて相談しているのであり、現実の困っている問題に役立つ情報提供が必要になる

### (3) ポイント

- 相談者の状態が好転するにはどうすればよいかに話の焦点を当てていく。がん専門相談員の聴こうとする意欲が効果的に伝わる話し方が求められる
- 相手の話の間に「ウン」「ハイ」「エエ」といった聞いていることを示す短い言葉を入れる
- 相談者には不安や混乱、孤独感など電話相談に駆り立てられた状態があるはずである。問題が整理されるような聞き方をすることや気持ちを受け止めることで、次の展開が得られるよう具体的な方法をともに考えていく

## 2. 電子メール相談

---

### (1) 長所と短所

電子メールは時間制限もなく、情報発信したいときにできるという点では大変利便性が高い手段である。しかし、電子メールは開かなければ見られることはなく、回答までに時間がかかることを事前に案内しておく。さらに複雑な内容については文章よりも口頭のほうが効率的な場合がある。

### (2) プロセス

#### 1) 始まり（電子メール受信）

- 電子メールから読み取れる相談者の立場を特定する
- 電子メールから相談内容や相談者が何を求めているのかを明確に把握し、どのような情報を提供すべきか特定化する
- 回答に数日を要する場合には、その旨を先に返信しておく



## 2) 主部

- 求められている情報の検索と提供方法を検討、実行する

## 3) 結び

- 複雑な内容や個別の情報を要する場合には電子メールでは対応できないので、できる限り、前もってのアポイントをとってもらい、電話等で対応することを了解してもらう
- 電子メールでの問い合わせへの感謝を忘れずに

### (3) 留意点

- 個人情報保護の観点から、メールアドレスなどの入力間違いがないよう細心の注意をする
- 医療機関の住所や連絡方法などの簡単な情報提供は可能だが、電子メールは情報の制限がかからず、全引用や部分的引用などされることにより情報が一人歩きする危険性があることに留意すべきである
- 個別対応の情報提供の方法としては適切ではない

## 3. FAX 相談

---

### (1) 長所と短所

書面で伝えたほうがよい情報の場合や、電子メールを使用しない、あるいはできない場合、相談者に電子メールに類似した方法で情報の提供ができる。ただし家庭用 FAX に大量の情報を一挙に送信することはできない。

### (2) プロセス

#### 1) 始まり (FAX 受信)

- FAX から読み取れる相談者の立場を特定する
- 文面から相談内容とニーズを明確に把握し、提供できる情報の特定化をする
- 回答までに数日を要する場合には、その旨を先に返信しておく

#### 2) 主部

- 求められている情報の検索と提供方法を検討、実行する

#### 3) 結び

- FAX では複雑な内容や個別の情報を要する場合には対応できないので、できる限り前もってのアポイントをとってもらい、電話等で対応することを了解してもらう
- 返信には問い合わせへの謝意を表す文章を入れる

### (3) 留意点

- 個人情報保護の観点から、FAX 番号に間違いがないよう細心の注意をする。間違えた場合の対応策も考えておく
- 個別対応の情報提供の方法としては適切ではない

#### <引用文献>

- ▶ 1：北川清一・相澤譲治・久保美紀監修，北川清一著『ソーシャルワーク実践と面接技法 内省的思考の方法』相川書房，2006年，41ページ。
- ・「“相談支援プロセス”を学ぶ効果的研修プログラムのあり方の検討」平成21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検討」報告書（研究代表者：高山智子）p29-44.2010.5.

#### <参考文献>

- ・ 内藤庸介・大西秀樹・小川朝生編『サイコオンコロジーを学びたいあなたへ』文光堂，2011年。
- ・ 内富庸介・藤森麻衣子編『続・がん医療におけるコミュニケーション・スキル』医学書院，2011年。
- ・ F. P. バイステック著，尾崎新・福田俊子・原田和幸訳『ケースワークの原則援助関係を形成する技法』誠信書房，2006年。
- ・ 大塚義孝編『心理面接プラクティス』（現代のエスプリ別冊）至文堂，1998年。
- ・ 北川清一・相澤譲治・久保美紀監修，北川清一著『ソーシャルワーク実践と面接技法内省的思考の方法』相川書房，2006年。
- ・ 北島英治他編『ソーシャルワークの実践の基礎理論』有斐閣，2002年。
- ・ 國分康孝著『カウンセリングの技法』誠信書房，1979年。
- ・ 齊藤清二著『はじめての医療面談』医学書院，2000年。
- ・ 清水哲郎著『医療現場に臨む哲学』勁草書房，1997年。
- ・ 保健医療ソーシャルワーク研究会編『保健医療ソーシャルワーク・ハンドブック理論編』中央法規出版，1990年。
- ・ 保坂亨・中澤潤・大野木裕明編著『面接法』（心理学マニュアル）北大路書房，2000年。
- ・ 町田いづみ・保坂隆著『医療コミュニケーション入門コミュニケーション・スキル・トレーニング』星和書店，2001年。
- ・ 村瀬嘉代子・津川律子編『電話相談の考え方とその実践』金剛出版，2005年。
- ・ 渡部律子著『高齢者援助における相談面接の理論と実際』医歯薬出版，1999年。

# 医学的情報の収集と提供

## SUMMARY

### 学習目標

がんの医学的情報を収集する重要性を理解し、情報収集するスキルを身につける。相談者（クライアント）の求めに応じて情報資源を用い、情報提供を行う方法と手順を身につける。

### 内容

患者や家族は、一般的には医療の専門家ではない。しかし、がんの診断を受け、身体的・心理的・社会的な苦悩を経験しながら、治療や療養に関するさまざまな選択を求められる。患者や家族にとって、医療・療養における満足度は、どのくらい選択に関与できたか、自己決定を尊重されたかに左右されるといっても過言ではない。しかし、自己決定を可能にする材料となる医学情報やがん関連情報には精通していないために、選択に迷う患者は少なくない。

一方で、テレビやインターネットなどのメディアを通して、がん関連情報が容易に入手できるために、多量な情報を前に根拠や信頼性をめぐってかえって混乱している場合も散見される。情報提供の業務には、多かれ少なかれ、治療の方向性や療養の場の選択など、患者・家族が意思決定をするための支援が含まれるので、この支援に生かすことができる情報が選別されていなくてはならない。そのためには、まずがん専門相談員が医学情報、がん関連情報にある程度精通している必要がある。がん相談支援センターが、がん情報の情報源として機能するためには、がん相談支援センターにがん情報が収集され整理されていなければならない。ここでは、がん情報のうち、「疾病に関する情報」と「検査や治療に関する情報」の収集に焦点を当て、情報収集スキルについて学習する。

## 1. 情報収集と情報提供する際の事前の留意点

### 1. 情報検索に移る前の留意点

- なぜ情報を必要としているのかをしっかりと聞き、直接訴えている内容に答えるだけでよいのか、背後に存在する要因への支援が必要なのか判断をする

## 2. 情報提供の前の留意点

- 相談者がどのような情報を知りたいのか一緒に整理する  
※相談者の立場（患者本人か家族なのか）により、得たい情報に相違があることも考えられる
- 相談者が情報を得ることによって、どのようなことを期待しているか（期待できるか）について共有し目線を合わせておく  
※情報を得たことによる効果（結果）の推測ができる
- 相談者の心理的状況を把握し、情報提供後の心理的変化を予測する  
※情報が提供されることによって事態が展開することが予測され、その前後の関わり方（心理的支援）を整理できる

## 2. 事前に収集しておくべき医学的情報

- (1) 各種がんの解説（部位・臓器別）
- (2) 予防と検診
- (3) 診断（検査）と治療法
- (4) がんと生活
  - 1) 食生活 2) 症状への対応 3) 後遺症・副作用後の生活グッズ
  - 4) セクシュアリティ 5) コミュニケーション 6) 心のケア
  - 7) 代替療法・補完療法（両者は区別して考える必要がある）
- (5) 緩和ケア
- (6) がん統計
- (7) 用語

## 3. 情報収集の手段

- 公的機関、各医学系学会、専門職能団体・協会等のホームページや書籍・会報誌、あるいは直接問い合わせで情報を得る。定期的に内容を確認し、不明な点は直接問い合わせ、情報を更新する
- 都道府県・市町村窓口にお問い合わせの場合は、問い合わせ内容によって窓口になる部署について把握しておく必要がある。市町村窓口の電話番号などを資料として整理しておくことよい
- 収集した情報は、診療科・疾患・検査・治療・生活等の項目ごとに整理しておくこと便利である。また、電子データにして独自にデータベースを構築したり、ファイリング機能ソフトや検索機能ソフトを活用するのも有効である
- 提供する際の優先度（例：(1) 情報元が明確で、(2) 情報の信頼性があり、(3) 最新の情報である等）を踏まえて整理しておくことも必要である

- 情報元に使用の許可を得なければいけないものも少なくないので、情報元に問い合わせ、許可を得る

## 4. 各ツールについて

### 1. インターネットによる検索

---

インターネットはそれだけで情報源であると同時に、他の情報源（書籍・報告書・雑誌または学会や協会の事務局等）を調べるためのツールにもなる。

#### 【留意点】

ヒット数が多いサイトがその情報の信頼性・妥当性に十分であるとは限らない。がん専門相談員としては、内容の吟味を十分に行う必要があり、内容によっては各専門職への確認も必要である。

各サイトで扱っている情報がどのように入手され、いつの時点のものであり、更新がいつ行われたかを確認することは必須である。例えば、民間療法などの情報サイトは、中には効果があるように見せるために数字を提示して、エビデンスがあるかのように作成されているものもある。また、国内ではなかなか商品を手入れしにくいという印象を与え、商品に付加価値をつけるために、意図的に海外の利用状況を示すデータを掲載している情報サイトもある。商業ベース中心のサイトではないか、デメリットについての情報も提示されているか等を確認しなければならない。

### 2. 書籍、報告書、雑誌、冊子、新聞記事

---

インターネットの利用人口は年々増えているが、高齢者などインターネットに不慣れな人、インターネット環境が近くにない人などのために、紙媒体による情報提供が必要となることも多い。また、インターネットを利用できる人であっても、内容によっては書籍などの紙媒体の方が利用しやすい場合もある。書籍類に関しては、執筆者、発行元、対象読者などを把握し、相談が多い内容、マスメディアでとり上げられた情報などは、施設内の図書室などを利用し、積極的に目を通しておく。患者向けに書かれた冊子類は、わかりやすい表現を用いたものが多く、相談者が理解しやすい言葉で情報提供する際の参考にもなる。また、数が確保できれば相談者への配布も可能である。がん対策情報センター、医療機関以外にも製薬会社でも発行している。

#### 【留意点】

書籍や海外の論文が翻訳されたものは、発行までの時間差があるので留意する必要がある。新聞に掲載された新しい治療法や検査法に関する情報は、最新の情報であっても、エビデンスや副作用・合併症の情報に乏しいことがある。最新の医学・がん関連記事には目を通し、スクラップしておくことが望ましいが、

それぞれの情報の限界についても整理しておく必要がある。

### 3. 各学会や協会

---

各学会や協会も情報源となる。各機関の設立趣旨や主な事業内容等を把握し、整理しておく必要がある。

### 4. その他（人的ネットワーク）

---

がん専門相談員にとって、拠点病院間の人的ネットワークの構築が必要不可欠である。人的ネットワークにより、より良い相談支援が可能になるとともに、相談員としてもお互いに支え合ったり協力し合える効果生まれる。また、相談者を支援するためには、他の分野の専門職の意見や助言を得やすいネットワークが構築されていることが望ましい。例えば、入院中のがん患者の在宅療養への移行を支援する場合、相談員がケアマネジャーと連携し、介護保険サービスの情報を提供する場合もある。その際に、地域のケアマネジャーとのネットワークが構築されていると、担当ケアマネジャーの決定や在宅療養移行後の暫定的なケアプランを事前に案内することができるなど、在宅療養移行に向けて充実した支援が可能となる。

また、地域の在宅療養支援診療所とのネットワークが構築されている場合は、在宅療養移行後の主治医の決定や、在宅医療の計画などについても、事前に検討しやすくなる。地域ネットワークの視点に立てば、診療所だけでなく、中核病院や訪問看護ステーション、薬局といった機関との連携も重要である。

## 5. 参考になる医学情報・がん関連情報源

### 1. インターネット

---

#### (1) がん情報サービス

がん情報サービス (<http://ganjoho.jp/>) は、独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターが運営するサイトで、がん患者や家族をはじめとする一般の人、医療関係者、がん診療連携拠点病院などが必要とするがんに関する情報を網羅的に収集し、発信している国内最大のがんに関する情報サイトである。

一般向け情報には、各種がんに関する情報や医療機関の情報はじめ、臨床試験に関する情報等が掲載されている。また、医療関係者向けの情報には、統計情報やがん対策に関する情報、また、がん診療連携拠点病院向けの情報には、研修情報などが掲載されている。

特に一般向けの情報には、視覚障害をはじめとする障害のある方向けの音訳資料の提供も行っており、

後述するがんの冊子やがん患者必携などの情報が、mp3形式のオーディオファイルや見出し付きのデジタル録音図書（DAISY版）形式でも提供されている。

## (2) PDQ 日本語版（がん情報サイト）

PDQ (Physician Data Query) は、米国国立がん研究所 (NCI) が運営するがんに関する包括的データベースである。PDQには世界中の進行中の臨床試験、遺伝子サービスに関わる専門家などを検索できるデータベースがあり、また NCI が作成するがんに関わる用語や薬剤に関する辞書も掲載されている。

PDQ 日本語版は、財団法人先端医療振興財団 臨床研究情報センター (TRI) が NCI と契約を結び、「がん情報サイト (<http://cancerinfo.tri-kobe.org/index.html>)」上で PDQ を日本語訳した情報を公開している。このがん情報サイトは「PDQ 日本語版がん情報要約」「PDQ 日本語版臨床試験検索」「PDQ 日本語版がん用語辞書」「薬剤情報」の4つの検索システムが利用可能である。TRI は、米国の21の主要ながんセンターのネットワーク (National Cancer Center Network: NCCN) により作成されたガイドラインの一部についても日本語訳を行い、NCCN ガイドライン日本語版 (<http://www.tri-kobe.org/nccn/guideline/index.html>) にて公開している。

利用に当たっては、米国の医療情報に基づく情報も多いこと、翻訳等に伴う正確な情報伝達の難しさなどに十分留意し、同サイトに明示されている注意事項を確認した上で利用することが重要である。

## (3) 医療情報サービス (Minds)

公益財団法人日本医療機能評価機構が厚生労働省委託事業 (EBM 普及推進事業) により運営する情報サイトで、各学会や研究班が作成した専門家向けおよび一般向け診療ガイドラインを公開している (診療ガイドラインについては IV-1 「診療ガイドライン」 p106 参照)。

## (4) Web 版がんよろず相談 Q&A (静岡県立静岡がんセンター)

静岡県立静岡がんセンターが運営するサイトで、全国調査の結果をもとに、総数約1万件のがん体験者の悩みや負担がデータベース化されており、専門家による助言が付記されている。

そのほか、悩みに沿って作成された診療、からだ、こころ、暮らしに関わる情報冊子の PDF 版や EPUB 形式の電子書籍版を公開しており、利用可能である。

### <医学情報・がん関連情報>

- 「がん情報サービス」(独) 国立がんセンターがん対策情報センター  
<http://ganjoho.jp/>
- PDQ 日本語版(がん情報サイト) アメリカ国立がん研究所 (NCI) がん診療指針(日本語訳)  
(公財) 先端医療振興財団 臨床研究情報センター  
<http://cancerinfo.tri-kobe.org/>
- 「Minds 医療情報サービス」(公財) 日本医療機能評価機構  
<http://minds.jcqhc.or.jp/n/>
- 「Web 版がんよろず相談 Q & A」静岡県立静岡がんセンター  
<http://cancerqa.scchr.jp/>

- 「がん対策推進基本計画」厚生労働省  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan\\_keikaku.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html)
- 「ワムネット」(独)福祉医療機構  
<http://www.wam.go.jp/>
- 「がん診療ガイドライン」(財)日本癌治療学会  
<http://jsco-cpg.jp/top.html>
- 「日本骨髄バンク」(公財)日本骨髄バンク  
<http://www.jmdp.or.jp/>
- 「小児がんの情報」(公財)がんの子どもを守る会  
[http://www.ccaj-found.or.jp/cancer\\_info/](http://www.ccaj-found.or.jp/cancer_info/)
- 「がんに関するサポート・ご相談」(公財)がん研究会  
<http://www.jfcr.or.jp/hospital/conference/>
- 「日本対がん協会(公財)日本対がん協会」  
<http://www.jcancer.jp/>
- 「健康食品の安全性・有効性情報」(独)国立健康・栄養研究所  
<http://hfnet.nih.go.jp/>

## 2. 書籍、報告書、雑誌、新聞記事

---

### (1) がん対策情報センター発行の冊子

がん対策情報センターでは、がん患者や家族が必要とする情報をコンパクトにまとめた各20ページ前後の冊子を発行している。冊子は、「各種がん」「小児がん」「がんと療養」「社会とがん」の4つのシリーズで計55種(2013年12月現在)ある。がん情報サービスから自由にダウンロード、印刷することができる。

またがん診療連携拠点病院をはじめとする医療機関などの組織対応のがんの冊子発注システムがあり、50冊単位で購入することが可能である。詳しくは、がん情報サービスサイト内の、がんの冊子のご案内、がん情報サービス刊行物発注システムのご案内を参照([http://ganjoho.jp/hospital/consultation/info\\_brochure.html](http://ganjoho.jp/hospital/consultation/info_brochure.html))。

### (2) がん患者必携

がん患者必携は、がん対策推進基本計画に基づき、がん患者が必要な情報を1冊にとりまとめ、その情報を全てのがん患者、家族に普及することを目標として作成し、活用されているものである。がん患者必携は患者が必要とする知識を掲載した「がんになったら手にとるガイド」と、患者が自分の状態を書き込むための「わたしの療養手帳」が対になっている。書籍は市販されていて購入可能だが、ウェブからも同じ情報をPDF形式でダウンロードでき、印刷して利用することが可能である。また、「がんになったら手にとるガイド」はがん情報サービス上でウェブ版も公開されており、関連した情報へのリンクが充実しているため、ウェブを使いこなせる人にとっては便利なサイトとなっている。出版社へのページのリンクからは電子書籍(無料)も利用できる。

患者必携シリーズとして刊行されている「もしも、がんが再発したら」は、再発という非常に困難な状



況に直面した患者にも、また再発を心配する初発の患者やその周囲の人たちにも利用できる冊子である。同様に PDF や電子書籍でも利用できる。

### (3) その他の書籍

- 『今日の治療指針』 医学書院
- 『検査・疾病早見表』 サンライズ
- 『今日の治療薬』 南江堂
- 『診療と新薬』 医事出版社
- 『レセプト事務のための薬効・薬価リスト』 社会保険研究所
- 『別冊がん安心読本』 暮らしの手帖社
- 『がん患者の在宅療養サポートブック』 日本看護協会出版会
- 『インフォームド・コンセントのための図説シリーズ』 医薬ジャーナル社
- 『がんの教科書』 三省堂
- 『DSM- IV 精神疾患の分類と診断の手引き』 医学書院
- 『病院の言葉を分かりやすく－工夫の提案－』 頸草書房
- その他（各医学会誌、医学専門書、協会誌など関連書籍）等

## 6. 相談者への適切な情報提供の方法

- 資料を渡すだけでなく、口頭で補足説明したり、相手の反応を確認したりしながら情報提供する。難しい専門用語はできるだけ用いずに平易な言葉に置き換えて説明する
- パンフレットなどを有効に活用する。視覚的に、資料を用いることはとても効果的である
- メモ用紙などに直接書いて説明する。情報提供した内容、相談日やがん専門相談員の氏名を書き加えておくと、次に何か相談があったときにもつながりやすい
- 提供する情報が不明確な場合には、その場で確認する（電話、インターネット、資料など）か、または確認がとれた上で、改めて情報提供する旨を約束する。個人情報に関わることは、情報の提供・収集について同意を得る
- 疾患・検査・治療などの医学情報は、情報源を明確に伝え、情報を提供する
- 必要に応じて、次回の「約束」の時期、内容について共有するなど、継続して相談できることを補償する

## 7. 相談者への適切な紹介先の提供方法

### 【留意点】

- 紹介先は可能であれば複数提示されることが望ましく、1つしかないとしてもそれを利用するしないは相談者の任意であることを確認する。がん専門相談員の経験による紹介先の印象を伝える場合には、その情報が相談者にどのような影響を与えるのかを考慮して伝え

る。「過度に“おすすめ”すること」や、「できればやめたほうがよいのだが……」など、がん専門相談員の価値観による判断を避ける（あくまでも、相談者の選択と自己決定であることを保障する）

- 公開されていること、公になっていること（なって構わないこと）など、適切な情報を適切な時期に提供することを心がける（がん専門相談員が提供した情報に対して責任を持つ）
- 紹介先が相談者の希望することを必ず「受け取って」くれるとは限らないことがある。紹介先へ出向くことが結論ではなく、まず取りかかりの一歩であることを共有する。もしも、そこで「受け取って」もらえなかった場合には、次の方法をともに考えていくことを保証する
- 紹介先の窓口（地域医療連携室、医療相談室など）と連絡をとることについて、相談者の同意を得ておき、事前に窓口にコンタクトをとっておく。そこで得た情報で相談者にとって必要なこと（紹介先に来院可能な日時、来院方法、紹介先の地図など）は、きちんと伝える。紹介先での“水先案内人”を確保することは、安心感につながる
- 紹介先に出向くまでに、悩んだり揺らいだりすることがあるのは当然であるという前提のもとに、何かあれば再度相談にのることができる旨を伝える

## 8. 相談者と情報について議論をすることの有用性と限界

### 【留意点】

相談者が、なぜ、今、自分（がん専門相談員）とその情報について議論しようとするのかを考えながら、相談者の話を十分に傾聴することから始める。

### 【有用性】

情報についての議論は、情報が相談者にとってどういう意味を持つかを確認したり共有したりする作業であるだけでなく、この議論をきっかけに、治療や暮らし、生き方についての思いや悩みや迷いが「語られる」場ともなることが多い。情報についての議論が、相談者にとって最も大切な気持ちや気がかりへの気づきをもたらす。より深い相談や支援に展開される可能性も考え、情報提供を単なる情報のやりとりで終わらせず、相談者の情報に関する思いのありかを十分に共有しようとするのが重要である。そのためにも、がん専門相談員は相談者のペースに巻き込まれて自分の考えを述べすぎないように気をつける。

### 【限界】

がん専門相談員は多くの場合、情報の内容について専門の立場にはない。情報の内容の正確さ、信頼性などが相談者の関心の中心であるとすれば、相談で結論にたどり着くことは不可能である。相談者の疑問点をともに整理した上で、より良い情報を提供できる情報源につないでいく必要がある。

## 9. 情報の見極め（信頼できる情報の見極め方、どう判断するかなど）

情報提供の際には、その情報が、(1) 信頼性、(2) 公平性、(3) 客観性があるかどうかを見極めた上で、相談者のニーズに合わせて、わかりやすい表現で、あるいは情報同士のつながりを整理しながら提供していく必要がある。特に疾患・症状、検査・治療等に関する医学的な情報には細心の注意を払わなければならない。

インターネットは、手軽な情報検索ツールであるが、同時に玉石混交の情報が溢れている。そこで、インターネットから医学的な情報を入手する際には、情報の質、信頼性を評価する基準や尺度を参考にして判断する方法もとれる。この場合、あらかじめ基準や尺度を通読し、時間のあるときに、保健・医療分野のサイトをチェックし、お気に入りに登録しておくが良い。

例として、以下のようなものがある。

- Honcode (The Health On the Net Foundation Code of Conduct)  
インターネットで提供される医療／保健情報の質や信頼性を第三者機関が認証するシステムで、8つの倫理基準を提示している
- eヘルス倫理コード ([http://www.jima.or.jp/ehealth\\_code/ehealth\\_code20.pdf](http://www.jima.or.jp/ehealth_code/ehealth_code20.pdf))  
日本インターネット医療協議会が提供している。医療／保健分野におけるウェブサイトの信頼性と質を確保し、さらに個人情報保護を求める自主的な基準である
- ウェブサイト評価インベントリー Website Evaluation Inventory (WEI) (<http://sumi.web.nitech.ac.jp/WEI/WEI.html>)  
知りたい情報を入手するために利用するウェブサイトの質を評価するために作成された尺度である。ヘルスケア分野に限定した評価尺度ではない

相談員の職種や経験によって、医学情報に関する知識の量や深さが異なる点にも注意しなければならない。がん対策情報センターが提供しているがん相談員基礎研修で学ぶことはあくまでがんに関する基本的な知識であること、その知識をどのように理解したか、咀嚼できたかも人によって異なっている。相談者と同じように、情報を入手しても、情報の意味するところ、情報のつながりを間違っ解釈したり、理解してしまう危険性もある。

相談者に信頼できる情報を適切に提供するためには、前述している「5. 参考になる医学情報・がん関連情報源」を中心に使用しながら理解を深めていく。慣れないうちは、がんの部位別詳細、症状、検査・治療などに関しては、がん情報サービス、がん情報サイト、ガイドラインに関しては、癌治療学会のがん診療ガイドライン、もしくは、Minds サービスを利用する。さらに、日々の相談を通じて、相談内容に応じて提供した医学情報を整理し、信頼できるサイトで提供した情報を再確認すること、また相談支援センター内でその情報の共通理解を確認することもまた重要である。

## <参考文献>

- ・ 鷺見克典・四谷あさみ著「調べる目的で利用する情報源としての Web サイトに対する評定尺度の作成と信頼性および妥当性の検討」情報処理学会論文誌, 45(3), 1032-1040, 2004 年.

## <サイト>

- ・ eヘルス倫理コード  
[http://www.jima.or.jp/ehealth\\_code/ehealth\\_code20.pdf](http://www.jima.or.jp/ehealth_code/ehealth_code20.pdf)
- ・ ウェブサイト評価インベントリー Website Evaluation Inventory (WEI)  
<http://sumi.web.nitech.ac.jp/WEI/WEI.html>
- ・ Honcode  
<http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html?HONConduct453255>

# 地域・生活関連情報の 収集と提供

## SUMMARY

### 学習目標

がん専門相談員として地域生活を送る上で有用な諸制度に対する理解を深め、患者・家族への的確な情報提供ができるよう、必要な情報の収集と提供のための準備を整えられるようになる。

### 内容

がん患者や患者を支える家族にとって、地域の医療制度や社会福祉サービスは住み慣れた地域での生活を続けていく上で、大変重要な意味を持つ。したがって、がん専門相談員が、これらの特徴を熟知し、的確に紹介できるようにしておくことは不可欠である。

ここでは、患者の抱えやすい問題別に、(1) 医療費・生活費に関する制度、(2) 地域生活を支える医療資源・福祉資源、(3) 生活の諸問題に応じる相談窓口、(4) 死に関わるものについて理解を深めるとともに、情報収集時・情報提供時の留意点を確認する。

## 1. はじめに

がんを抱える人が地域で生活していく際に、地域の医療や福祉の制度やサービスは大きな力となる。療養に伴う出費や就労中断等に伴う生活費の問題、自宅での療養上の困難、死に関わる問題等、患者・家族にはさまざまな問題が出現するが、それらの問題に対して適切にサービスを活用し、より充実した療養生活を送ることが可能となるように、がん専門相談員として必要な情報を収集することは不可欠である。

ここでは、どのような情報を収集する必要があるか、その際の留意点、そして情報を提供する際の留意点について、詳述する。

## 2. 医療費・生活費に関する制度

### 1. 概要

がん罹患することで、生活が大きく変わる場合がある。特に、医療費・生活費等の経済的問題は生

活への影響が大きい。表II-5-1に、医療費・生活費に関わる主な制度をあげる。経済面の制度紹介は、生活の支援、心理社会的な問題の軽減に有効であるので、必要に応じて制度を紹介できるよう、日頃から概要を理解しておくことは重要である。

## 2. 情報収集と提供時の留意点

- 各制度によって、支給要件、支給開始時期、支給内容が異なる。主要制度については、詳細な解説を加えた文献を常備するとよい。また、制度自体が変わるので、制度の概要は各行政等に適時確認し、情報を更新する
- 患者・家族への説明のために、主要な制度については、あらかじめパンフレットを作成しておく

表II-5-1 主な医療費・生活費の制度

|   |
|---|
| 医療費に関わるもの   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・高額療養費、高額療養費限度額適用認定：医療保険による給付</li> <li>・医療費一部負担金減免制度：一部市区町村の国民健康保険による給付</li> <li>・公費負担制度               <ul style="list-style-type: none"> <li>特定疾患治療研究事業：難病に対する制度</li> <li>小児慢性特定疾患治療研究事業：小児の慢性特定疾患に対する制度</li> <li>自立支援医療：障害者総合支援法による制度</li> <li>重度心身障害者医療費助成：各自治体による重度障害者に対する制度</li> <li>石綿〔アスベスト〕健康被害救済給付</li> </ul> </li> </ul> |
| 生活費に関わるもの   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・傷病手当金：被用者の健康保険による給付</li> <li>・障害年金：各種年金保険による給付</li> <li>・重度障害者手当、特別児童扶養手当等の手当</li> <li>・生活保護</li> </ul>   |
| その他   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療費控除：所得税等の軽減</li> <li>・医薬品副作用被害救済制度／生物由来製品感染等被害救済制度等</li> </ul>  |

- 自治体独自に実施している制度、対象を拡大している制度、生活状況が要件を満たしていても申請しなくては支給されない場合などがあるので、特に注意が必要である
- 制度紹介により、患者・家族の不利益を回避することは、がん専門相談員の役割である。給付の可能性のある場合に適切な窓口につなぎ、無駄足にならないようにする

- 経済問題に関する制度の利用は、他のサービスとは異なった心理的作用をもたらす可能性がある  
 (例えば、自己評価の低下、疾患・障害の受け止めの困難、社会的役割と現状との葛藤などである。相談者(クライアント)の気持ちに十分配慮し、がん専門相談員が受容的に関わる姿勢を示す必要がある)

### 3. 地域生活を支える医療資源・福祉資源

#### 1. 概要

地域生活を支える資源は、医療や福祉の制度やサービスをはじめとして、企業による商品など多様である。日常的に情報収集を十分に行い、データベースを整えておくことが必要である。

また、生活を支える資源は、制度化されたサービスのみではなく、ボランティア・近隣者等によるものもある。地域に存在するあらゆる資源をキャッチできるようにアンテナを張ることが重要である。特に、いわゆるインフォーマルな資源の重要性についても、認識する必要がある。

表II-5-2 地域生活を支える主な資源

|                             |                    |
|-----------------------------|--------------------|
| 医療に関するもの                    |                    |
| ・病院・診療所：訪問医療・訪問看護等の訪問医療実施機関 |                    |
| ・在宅療養支援診療所                  | ・訪問看護ステーション        |
| ・鍼灸、マッサージ                   | ・療養通所介護等           |
| 福祉に関する制度やサービス               |                    |
| ・ホームヘルプサービス                 | ・デイサービス            |
| ・ショートステイ                    | ・配食サービス(社会福祉協議会)   |
| ・訪問理容、訪問美容等                 | ・民生委員等             |
| 企業による商品・サービス                |                    |
| ・商品配達サービス(生協、スーパー等)         | ・食材宅配、宅配弁当等        |
| インフォーマルな支援                  |                    |
| ・近隣・親族・ボランティアによる介護・生活支援・見守り |                    |
| ・患者会・家族会・自治会等               |                    |
| 生活施設                        |                    |
| ・医療機関(療養病床、緩和ケア病棟)          | ・特別養護老人ホーム、グループホーム |
| ・サービス付高齢者向け住宅               | ・有料老人ホーム、高齢者マンション等 |

## 2. 留意点

---

- 的確なサービス提供には、各サービスが持つ独自性と強みと限界を知っておくことが不可欠である。関係機関とネットワークを組み、多様な情報源から草の根的に情報を収集する体制をとること、相談員自身が訪問等を通じて理解を深めることが重要である。同時に、このような非公式の情報の公表範囲については十分検討する必要がある
- 同様のサービスが、異なった制度のもとで実施されている点に留意が必要である。(1) 介護保険制度、(2) 障害者総合支援制度、(3) 身体障害者手帳に基づく制度、(4) 精神障害者保健福祉手帳に基づく制度、(5) 療育手帳に基づく制度等がある
- 介護保険は、通常 65 歳以上をサービス給付の対象としているが、がん末期（回復の見込みがない状態）の場合は、40 歳以上であれば給付の対象となる
- 収集した情報は、データベース化する。その際、更新年月日記載欄を設けておく
- 親族やボランティア、患者会などインフォーマルな資源を介した個別の対面的な関わりは、患者の生活に充足感や自己肯定感をもたらすことができる。良好な関わりが持続するように、専門職が側面から支える観点は重要である
- 相談者が価値をおいているものや時間を理解し尊重する。それらを失うことは喪失感につながることを理解する観点を持つ
- ターミナル期は急激に病状が変化するため、タイムリーに資源を紹介することが求められる。それが困難な場合、本人や家族の後悔につながる場合があることに留意する必要がある

## 4. 生活の諸問題に対応する相談窓口

### 1. 概要

---

相談員が対応する範囲を超える場合は、適切な相談機関を紹介し、機関間で連携をとりながら支援していくことが必要となる。そのため、相談員は地域の相談窓口について知っておくことが必要である。このような場合に活用できる窓口を表Ⅱ-5-3としてあげる。

表Ⅱ-5-3 地域の主な相談窓口

---

- ・ 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所（介護保険）
- ・ 指定相談支援事業所（障害者）
- ・ 児童相談所（児童）
- ・ 福祉事務所（福祉に関する全般的な問題）
- ・ 市役所福祉課等（介護保険・国民年金保険・生活全般の相談）
- ・ 年金事務所（年金についての相談）



- ・全国健康保険協会（被雇用者の医療保険に関する相談）
- ・法律相談センター
- ・労働基準監督署（労働者災害補償保険）
- ・家庭裁判所（成年後見制度）
- ・社会福祉協議会（ボランティア・日常生活自立支援事業等）

## 2. 情報収集の方法と提供時の留意点

- 関係機関への紹介や連携は、患者支援のための地域のネットワーク形成という視点を持つことが必要である
- 相談者の状況に応じて、紹介に当たり相談員から機関に連絡をとる等、配慮する必要がある

## 5. 死に関わるもの

### 1. 概要

がんは、死という誰もがいつかは経験する事実との直面を余儀なくされる疾病である。がん専門相談員は、相談者が死と直面することによって生じるさまざまな不安や思いを確かめながら支える。その際、死に関わる手続きについて適切な情報提供を行うことが重要となる。情報を提供する中で、この事実の受容が進むように配慮して関わるのが重要である。表 II-5-4 に、死に関わる情報を示す。

表 II-5-4 死に関わる情報

- ・ 献体
- ・ 臓器提供
- ・ 遺言、遺産分割
- ・ 葬儀

### 2. 留意点

- 患者や家族が後に振り返ることができるようリーフレット等にまとめる
- 死後のことについて考えて何かを行うということは、患者の意思が患者の死後も生き続けるということでもあることを理解し、患者の死の受容につなげられるように関わる
- 患者本人と家族の両方の思い、特にスピリチュアルな側面に十分配慮し、両者の死の受容や悲嘆のプロセスの歩みを支援する視点が必要である
- 遺言については、患者の意志を示し、相続における無用のトラブルを防ぐという本来の目的を認識することが大切である。単に制度を導入するだけでなく、患者が安心して死のときを迎えられるように支援し、家族等にとってもより良い看とりができるような関わりを持つようにすることが重要である

## <参考文献>

- ・ 介護保険の概要：各市区町村のパンフレットを参照
- ・ 社会保険研究所，社会保険の手引き
- ・ 社会保障の手引き，中央法規出版
- ・ 障害年金と診断書，年友企画
- ・ 身体障害者認定基準 解釈と運用，中央法規出版
- ・ 生活保護手帳，全国社会福祉協議会
- ・ 日本ソーシャルワーク研究会編『医療福祉総合ガイドブック 2007 年度版』医学書院，2007 年.
- ・ 日本ホスピス・在宅ケア研究会編『退院後のがん患者と家族の支援ガイド』プリメド社，2004 年.
- ・ プリメド社編『患者家族会：全国患者会障害者団体要覧第3版』プリメド社.
- ・ 労災補償障害認定必携，労災年金福祉協会.

## <サイト>

- ・ 厚生労働省：高額療養費  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuuhoken/juuyou/kougakuiryuu/index.htm](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/juuyou/kougakuiryuu/index.htm))
- ・ 厚生労働省：生活保護  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/seikatsuhogo.html>
- ・ 全国健康保険協会  
<http://www.kyoukaikenpo.or.jp/>
- ・ 財団法人テクノエイド協会：福祉用具  
<http://www.techno-aids.or.jp/>
- ・ 社団法人日本臓器移植ネットワーク：臓器提供  
<http://www.jotnw.or.jp/>)
- ・ 財団法人日本篤志献体協会：献体  
<http://www.kentai.or.jp/>
- ・ 日本年金機構：障害年金  
<http://www.nenkin.go.jp/n/www/service/detail.jsp?id=5172#shogai>)
- ・ 日本年金機構：全国の相談・手続き窓口（年金事務所一覧）  
<https://www.nenkin.go.jp/n/www/section/>
- ・ 独立行政法人福祉医療機構  
<http://www.wam.go.jp/>

# セカンドオピニオン

## SUMMARY

### 学習目標

がん医療におけるセカンドオピニオンの重要性を認識し、相談者が、その意向に応じて、セカンドオピニオンを適切に活用することができるよう、相談員の立場から支援できるようになる。セカンドオピニオンの提示が可能な医療機関および専門医についての情報を収集し、情報提供を行えるようになる

### 内容

セカンドオピニオンとは、診断や治療法について、主治医以外の別の医師から「第2の意見」を得ることであり、患者が納得して治療に臨む上で有効であると考えられている。

相談員は、相談者がセカンドオピニオンを希望するに至った背景を把握し、その状況に応じて、相談者と医療者の間の関係調整を行ったり、効果的にセカンドオピニオンを活用することができるよう支援する必要がある。

## 1. セカンドオピニオンとは

### 1. 定義

セカンドオピニオンとは、診断や治療法について、主治医以外の別の医師が提示する医療上の意見のことを指す。

がん診療連携拠点病院には、手術・放射線療法・化学療法等に携わる専門医によるセカンドオピニオン提供体制を整えることが求められている。また、がん相談支援センターの業務としても、セカンドオピニオンの提示が可能な医師について情報提供を行うことが求められている。

### 2. 意義

がん治療は多岐にわたっており、複数の治療法を比較した結果、治療成績に大きな差がない場合などには、医師によって治療方針が異なることもある。また、がんの種類や性質・進行状況等により、適応とな

る治療法が細かく分かれているため、患者・家族にとって理解しにくい状況が生じている。

主治医以外の別の医師から「第2の意見」を得ることで、同じ治療方針が提示された場合には、病気に対する理解が深まる、主治医の提示する治療方針に対する信頼感・安心感が増す等の効果が期待される。

一方、別の治療方針が提示された場合も、選択の幅が広がる等の利点があり、患者が納得して治療に臨む上で有効であると考えられている。

### 3. 留意点

- まれに、セカンドオピニオンという言葉が、診療を受ける病院や医師を変更することであると誤認されている場合がある。相談者がセカンドオピニオンという言葉を用いた際には、どのような意味でその言葉が用いられているのか把握し、誤って用いられている場合、セカンドオピニオンでは診療は行われなことを、セカンドオピニオンを受けた後は、現在、診療を受けている医療機関に戻り、主治医と今後の治療方針を検討するという流れになることを伝える必要がある
- 主治医の説明が不足している、主治医が信頼できない、訴訟のために意見を聞きたい等、病院や主治医との関係がもととなり、セカンドオピニオンを求める相談者もいる。セカンドオピニオンを希望するに至った背景を把握し、相談者の想いを受け止めつつ、一方で、今、必要なことが本当にセカンドオピニオンであるのか判断することも大切である

## 2. 手続き方法

### 1. ファーストオピニオン（主治医の意見）をしっかりと聞く

- 主治医からの説明を十分に受け、病状や治療方針について理解できているかを確認する
- 病状や進行度によっては、時間的な余裕がなく、なるべく早期に治療を開始した方がよい場合もあることから、セカンドオピニオンを検討する前提として、現在の病状と治療の必要性について主治医に確認することが求められることへの理解を促す
- 主治医に聞きにくい、十分に説明を受けていないなど、主治医との関係に問題がある場合には安易にセカンドオピニオンを勧めず、主治医への確認事項や質問の仕方を一緒に考える等、主治医とのコミュニケーションが円滑にとれるように支援する

### 2. 主治医から必要な情報提供を受ける

- セカンドオピニオンを希望していることや、セカンドオピニオンの際、必要となる診療情

報・検査データ提供の要望を主治医に切り出すことができるか確認する

- 躊躇している場合には、患者にとって当然の権利であること、診療情報を持たずにセカンドオピニオンを受ける場合に被る不利益、患者がセカンドオピニオンを受けることで医師側にもメリットがあることなどを伝える

また、必要に応じて、依頼の際の言い回しを一緒に考える等、主治医とのコミュニケーションが円滑にとれるよう支援する。

### 3. 医療機関の選定

---

- セカンドオピニオンを希望しているものの、何を基準にセカンドオピニオン先となる医療機関を選択すればよいか悩んでいる場合には、相談者がセカンドオピニオンで知りたいポイントやセカンドオピニオン先に求めることを把握し、そのニーズに対応できる医療機関や診療科の情報を提供する

なお、医療機関の情報を提供するに当たっては、選択肢を複数提示できることや、当該医療機関を選定した根拠（症例数・専門医の有無・特定の治療法の実施の有無等）を提示できることが望ましい。

- セカンドオピニオン外来の実施状況、予約の有無、待機期間、準備すべき資料、費用、本人が出向けない場合の対応など、セカンドオピニオン先となる医療機関の状況を事前に確認しておくように伝える

### 4. セカンドオピニオンを有効に活用するために

---

- セカンドオピニオンの時間は限られているため、質問事項や治療経過をメモするなどして、整理しておくことを提案する
- セカンドオピニオンを受けた後は、速やかに主治医に報告し、その内容を踏まえて治療方針を検討していくよう勧める

#### <参考文献>

- キャンサーネット・ジャパン編『あなたのがん治療本当に大丈夫？セカンドオピニオン Q & A』三省堂、2005年。
- 杉町圭蔵・古川俊治監修『これからのセカンドオピニオン外来—現状と展望』診断と治療社、2006年。

## <サイト>

- ・ 国立がん研究センターがん対策情報センター がん情報サービス  
<http://ganjoho.jp/public/support/index.html>  
[http://ganjoho.jp/data/public/qa\\_links/hikkei/hikkei\\_02/files\\_01/18\\_066-068.pdf](http://ganjoho.jp/data/public/qa_links/hikkei/hikkei_02/files_01/18_066-068.pdf)
- ・ セカンドオピニオン・ネットワーク  
<http://www.2-opinion.net/>

# がんと「働くこと」 ～特に就労支援に焦点を当てて

## SUMMARY

### 学習目標

相談者（クライアント）にとっての「働くこと」の意味を全人的な視点で捉え、主訴にあげられない場合にも潜在的な就労の課題があることを理解する。雇用関係が発生する場において、がん相談支援を行う上での必要な知識や資源を知り、相談支援センターの相談員が担うべき役割を考えることができる。

### 内容

第2期のがん対策推進基本計画に、がん患者の就労を含めた社会的な問題に対する分野別施策が盛り込まれ、がん相談支援センターにおいても、がん患者の就労に関する相談対応が求められている。仕事の意味の多義性や就労環境の多様性を理解すること、そして、相談者を全人的にアセスメントすることが必要である。また相談支援センターや病院施設でできる支援の限界を知り、必要な支援へとつなぐことが求められる。そのためにも、連携し得る専門職や機関の特徴や特性を知り、その留意点についても情報収集するとともに、必要なときに連携できるように準備しておくことも大切である。

## 1. はじめに

第2期のがん対策推進基本計画には、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が3つめの全体目標として、また分野別施策の1つに「がん患者の就労を含めた社会的な問題」が盛り込まれた。がん相談支援センターにおいても、がん患者の就労に関する相談対応が求められている。では、がん相談支援センターとして、がん専門相談員としてできることはどのようなことだろうか。そしてがん専門相談員として身につけておくべき知識やスキル、またがん相談支援センターの体制とはどのようなものであろうか。

「就労」に関連する言葉として、「仕事」「労働」「働くこと」などさまざまなものがあり、それぞれのニュアンスや意味合いも異なる。ここでは相談者にとっての「就労」に関連して起こることをより広く捉えるために、必ずしも賃金の授受が生じない、社会とのつながりや日々の生活におけるその人の営みを含む言葉として、「仕事」「働くこと」という言葉を用いる。また「就労支援」については、雇用・被雇用関係に基づくものに限定して述べる。

## 2. がん患者と就労

### 1. がん患者が直面する「困りごと」

はじめに、がん患者が就労に関連することでどのような「困りごと」を体験しているのかについて、これまでの調査結果から概観する。

2006年に実施された「がんと向き合った7,885人の声」の報告書によると、がんの種類別による悩みや負担のうち、各がん種別にみると約6～9%の人々が就労に関わる困難や経済的負担があると回答していた。

一般社団法人CSRプロジェクトの「がん患者の就労と家計に関する実態調査2010」の報告書によると、就労者の3人に1人が仕事に影響を受け（就労者の24%が依願退職、解雇または廃業、休職・休業を含めると就労者の34%にのぼる）、定期的な収入のあった就労者の67%が減収を経験し（男性の80%、女性の64%が減収）、個人事業主の72%が仕事に影響を受け、17%は取引先との関係に影響があり、また8～9%は治療方法を変更または中止したという結果であった。

厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究「がんの医療経済的な解析を踏まえた患者負担の在り方に関する研究」（研究代表者：濃沼信夫、平成24年度報告書）では全国の大学病院、がんセンター等39施設のがん患者の家計簿や領収書を参照した支出額等に関する患者調査と担当医による診療情報調査のデータリンケージを行った調査が行われた。データリンケージが実施できた1,933件の解析した結果、回答者の62%は経済的な困りごとがあること、その内容は医療費、貯蓄の目減り、収入の減少などであること、また30%はがん罹患によって収入が減少しており、経済的理由による治療への影響があった者も6%にのぼることが報告された。

これらの調査結果から言えることは、質問や調査の仕方によって差はあるが、約3分の1から3分の2に当たるがん患者が、経済的な影響を受け、収入の減収等で困りごとを抱えているということである。そして場合によっては、治療の継続にも影響を及ぼしているということである。当然ながら、こうした個々人の経済的な状況は、国内の経済状況にも影響を受け、相談者が暮らす地域や家族など周囲の状況、がんの種類や進行状態を含むからだの状態などによっても異なってくる。したがってがん専門相談員としては、経済的な影響を受けるがん患者の状況や背景に敏感に対応することが求められている。

### 2. 全人的にアセスメントする視点と連携の必要性

調査結果から明らかになったように、多くのがん患者やその家族が、がん罹患したことで仕事や経済的な側面で困難を感じていることは、おそらく多くの相談員にとって感覚的に納得できる状況ではないだろうか。がん相談支援センターに、「就労のことで相談があります」と相談が寄せられることは少ないかもしれない。しかし、最初に語られる主訴として、経済的なことが語られることは比較的多い。そして経済的な相談の裏側には、「就労」の問題が隠れていることが多い。つまりがん患者や家族にとって「就労」と経済的課題は表裏一体をなすことが多いと言える。



相談員として、最初に語られた主訴だけではなく、主訴の背景にあることにしっかりと耳を傾け、全人的に捉えてアセスメントしていくこと、そしてがんには、がん特有の懸念や心理が、がん患者本人にも社会にもあることを理解し、相談に対応する必要がある。

就労に関わる課題の多くは、医療のみでは完結しない支援が求められ、多職種、多職域の連携が必要である。これらを念頭において、がん専門相談員は相談対応に望む必要がある。

### 3. 仕事の性格と意義の多様性

こうして主訴として「就労」そのものが語られにくい背景には、「就労」や「仕事」には、いろいろな意味があることがあげられる。収入のため、生き甲斐、人や社会とつながること、自己実現のためなど、人によってさまざまである。また1人の人の中でもこうした意義や価値観は同時に存在する。実にさまざまな意味を持つものが「就労」であり「仕事」であると言える。

またその人にとっての「就労」や「仕事」とは、必ずしも金銭的な収入と関わるものとは限らない。例えば、家の中で食事を作ることや風呂掃除をすること、小学生の通学時間に交通整理や安全確認をするために毎日立つことも、その人にとっての大事な「仕事」となる。つまり、がんと「就労」「仕事」を考える際には、その人にとって、その仕事がどのような意味を持つかということを全人的に捉えていくことが不可欠である。

## 3. がん患者の就労支援の現状

このように「就労」「仕事」「働くこと」は、その人らしいさまざまな意味を持っているが、具体的な「就労支援」について考えるに当たって、主として「雇用・被雇用関係」に基づく就労について考える。

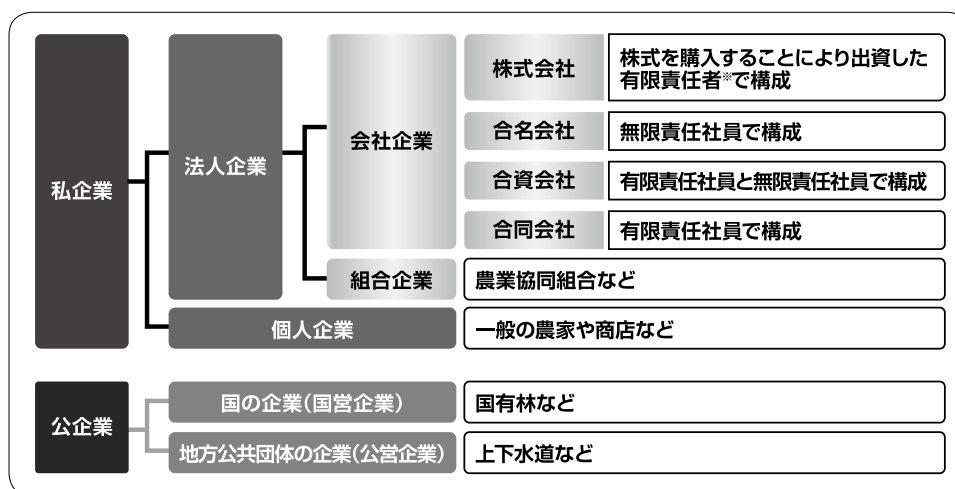


図 II-7-1 企業の種類

「中学生教材 わたしたちの生活と金融の働き」内閣府政府広報室

## 1. 就労環境の多様性

---

### (1) 「職場」の種類

就労環境には、企業、国、自治体、各種法人、NPO などさまざまな場があり、種類がある。また一概に企業といっても、図Ⅱ-7-1に示したように、さまざまな種類がある。そして日本の全企業数の99.7%は中小企業である。

### (2) 雇用条件の違い

正社員、派遣労働者、契約社員、パートタイム労働者、短時間正社員、業務委託契約を結んで働いている人、家内労働者、在宅ワーカー等、雇用形態はさまざまである。雇用形態によって保証されている休暇や休業の期間、その間の賃金の支払いの有無や利用できる手当などが異なる。

### (3) 相談窓口・スタッフの有無

就労環境下における相談窓口やスタッフの有無もさまざまである。例えば、産業医、産業保健師や産業看護師の有無や社会保険労務士、産業カウンセラーがいるかどうか、そうした人にアクセスしやすい環境にいるかについても違いがある。

さらにこれら以外にも、相談できる上司がいるか、同僚がいるかによっても多様性がある。また、就業規則等の制度や企業風土によってもその人の働き方、支援の仕方にも違いが出てくる。

## 2. がん以外の領域～障害者や療養者の就労支援

---

就労に関する課題は、がんという疾患だけに起こるものではない。例えば、障害者の就労や雇用に関する支援では、障害者雇用促進法により、従業員50人以上の民間企業:2.0%、国・地方公共団体等:2.2%、都道府県教育委員会:2.3%(平成25年4月改訂)とったように、法定雇用率の設定がなされている。

また療養者の就労支援では、肝炎やうつ等が先行して行われている。肝炎では、「職域におけるウイルス性肝炎対策に関する協力の要請」が平成23年7月28日付け健康局長・労働基準局長・職業安定局長連名通知でなされている。その中に、「肝炎治療のための入院・通院や副作用等で就労できない労働者に対して、休暇の付与等、特段の配慮をすること」や「職場や採用選考時において、肝炎の患者・感染者が差別を受けることのないよう、正しい知己の普及を図ること」が盛り込まれ、事業主団体等に対して理解と協力が要請された。

心の健康に関する問題では、「労働者の心の健康保持増進のための指針」(平成18年3月31日)に職場復帰における支援が示されており、こうした職場復帰をさらに強化するために「労働安全衛生法の一部を改正する法律案」も検討されている。

こうした他の領域の就労支援の状況をみると、がんの就労環境における施策整備の遅れがあると考えられる。

## 4. 国や地方自治体のがんと就労に関する取り組み

「がん対策推進基本計画」のがんの就労に関して記載された取り組むべき施策をはじめ、現在さまざまながんと就労に関する国や地方自治体等の取り組みがはじめられている。全てを網羅することはできないが、主立ったものについて紹介する。

就労に関する施策では、厚生労働省内の健康局、労働基準局、職業安定局の3つが連携をとって行われているという特徴がある。がん対策に関する条例を定めている都道府県も増加しており、就労支援に関して記載がなされている場合もある。自身の自治体の条例の内容についても確認しておきたい。

### がん対策推進基本計画（平成24年6月閣議決定）より抜粋

#### 「がん患者の就労を含めた社会的な問題」

##### （取り組むべき施策）

- がん以外の患者へも配慮しつつ、がん患者・経験者の就労に関するニーズや課題を明らかにした上で、職場でのがんの正しい知識の普及、事業者・がん患者やその家族・経験者に対する情報提供・相談支援体制のあり方等を検討し、検討結果に基づいた取り組みを実施する
- 働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、医療従事者、産業医、事業者等との情報共有や連携の下、プライバシー保護にも配慮しつつ、治療と職業生活の両立を支援するための仕組みについて検討し、検討結果に基づき試行的取り組みを実施する
- がん患者も含めた患者の長期的な経済負担の軽減策については、引き続き検討を進める
- 医療機関は、医療従事者にとって過度な業務負担とならないよう健康確保を図った上で、患者が働きながら治療を受けられるように配慮するよう努めることが望ましい
- 事業者は、がん患者が働きながら治療や療養できる環境の整備、さらに家族ががんになった場合でも働き続けられるような配慮に努めることが望ましい。また、職場や採用選考時にかん患者・経験者が差別を受けることのないよう十分に留意する必要がある

### 京都府がん対策推進条例（平成23年3月18日）より抜粋

#### 第6条 事業者の役割

事業者は、次に掲げる環境の整備に努めるものとする。

- (1) 従業員ががんを予防し、又は早期に発見することができる環境
- (2) 従業員ががん患者となった場合に、当該従業員が勤務を継続しながら、治療し、又は療養することができる環境
- (3) 従業員の家族ががん患者となった場合に、当該従業員が勤務を継続しながら、当該家族を看護することができる環境

表 II-7-1 国や地方自治体で取り組まれている施策や研究等

| 厚生労働省による事業としての取り組み  |   |
|---|---|
| がん患者の就労に関する総合支援事業 (H25 年度)<br>厚生労働省 健康局がん対策・健康増進課                 | がん診療連携拠点病院の相談支援センター等に就労に関する専門家を配置し、がん患者が抱える就労に関する問題をくみ上げ、就労に関する適切な情報提供と相談支援を行うことを目的とする  |
| 長期にわたる治療等が必要な疾病を持つ求職者に対する就職支援モデル事業 (H25 年度)<br>厚生労働省 ハローワークおよび労働局 | 全国 5 カ所 (東京、神奈川、静岡、兵庫、愛媛) の労働局およびハローワークで、がん等の診療連携拠点病院等との連携のもと、長期にわたる治療等のために離職を余儀なくされた求職者等に対する個々の希望や治療状況を踏まえた就職支援を実施   |
| 「がん患者における治療と職業生活の両立支援モデル事業」<br>厚生労働省委託事業 (H24 年度)                 | 企業における両立支援の取り組みのヒアリング、企業向けセミナー、治療と仕事の両立支援モデル事業を組み合わせた委託事業。モデル事業には、国立がん研究センター中央病院、聖路加国際病院、東京臨海病院の 3 施設の参加で行われた<br><br>委託事業実施報告書<br><a href="http://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_ryoritsu2013.pdf">http://www.mizuho-ir.co.jp/case/research/pdf/mhlw_ryoritsu2013.pdf</a><br><br>国立がん研究センター中央病院<br><a href="http://ganjoho.jp/pub/support/work/vol4/page3.html">http://ganjoho.jp/pub/support/work/vol4/page3.html</a>  |
| 厚生労働科学研究費による取り組み  |   |
| 厚生労働科学研究費補助金<br>がん臨床研究事業 (H22 年度～)                                | 働くがん患者と家族に向けた包括的就業支援システムの構築に関する研究 (平成 22 年～ 24 年)<br>がん患者・職場関係者・医療者に向けた就業支援カリキュラムの開発と普及啓発手法に関する研究 (平成 25 年)<br>研究代表者：高橋 都 (国立がん研究センターがん対策情報センター)<br>研究班ホームページ「がんと就労」 <a href="http://www.cancer-work.jp/">http://www.cancer-work.jp/</a><br><br>キャンサーサバイバーシップ 治療と職業の両立に向けたがん拠点病院における介入モデルの検討と医療経済などを用いたアウトカム評価～働き盛りのがん対策の一助として～ (平成 24 年～ 25 年)<br>研究代表者：山内 英子 (聖路加国際病院)<br>研究班ホームページ「キャンサーサバイバーシップ」<br><a href="http://survivorship.info/index.html">http://survivorship.info/index.html</a> |
| 独立行政法人労働者健康福祉機構 労災疾病等 13 分野医学研究・開発、普及事業 (平成 21 年度～)               | 「がん罹患勤労者の就労に関する研究・開発、普及」の研究 (平成 21 年～)<br>研究代表者：門山 茂 (東京労災病院 脳神経外科)   |
| 当事者・団体の取り組み   |   |
| 一般社団法人 CSR プロジェクト (平成 19 年 9 月～)                                  | サバイバーシップラウンジ、就労セカンドオピニオンなどの取り組みプロジェクトホームページ「CSR Project」<br><a href="http://workingsurvivors.org/">http://workingsurvivors.org/</a>   |

## 5. がん相談支援センターとして、がん専門相談員としてできること

相談員として、相談支援センターとして、医療機関として、私たちはどのような支援ができるのだろうか。

### 1. 私たちにできる・すべき就労支援を行うためにまず必要とされること

---

前提として、相談員そして医療者が、労働・社会保障に関する（一定の）知識をもつ必要がある。

「知って役立つ労働法～働くときに必要な基礎知識」は、厚生労働省が、就職する際に必要な労働法に関する基本的な知識をわかりやすくまとめたもので、相談先の情報もまとめられている。相談員として最低限身につけておく知識として利用したい。

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudouzenpan/roudouhou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudouzenpan/roudouhou/index.html)

### 2. がん専門相談員としてできること、すべきこと

---

がん専門相談員として、相談支援のプロセスに基づいて全人的にアセスメントし、相談者とともに、今後の方向性を検討することである。この基本姿勢は他の相談対応と変わらない。このとき、就労に関する支援のあり方が非常に幅広いことを踏まえ、がん専門相談員としての限界はないかどうかの判断を行い、必要な場合には、他部署・他職種につなぐことが大切である。

がんと診断されて仕事のことについて、不安ばかりが先立って、具体的に何が気にかかるのか、相談者自身がこれから起こることがイメージできないことも多い。その際には、適切な情報提供を行うことも、がん専門相談員としてできることの1つである。

- 「がんと仕事の Q&A」（提供形態：Web 版、冊子）……がんと診断されたとき、就労に関してどんなことを知りたいかについて体験談をもとにまとめられており、その回答や体験談コラムが掲載されている

<http://ganjoho.jp/public/support/work/qa/index.html>

- 「わたしも、がんでした。」がんと共に生きるための処方箋（提供形態：Web 版、書籍）……がんとともに生きるとは、働くとは実際にどういうことなのか。がんに関わる当事者による話がまとめられている

<http://ganjoho.jp/pub/support/work/index.html>

- その他、前述の国や地方自治体で取り組まれている施策や研究等で作成されている情報や冊子が随時誕生しているので、そうした情報やツールも相談者に合わせて活用するとよいだろう

## がん専門相談員としてできることの例

## ○ 診断後～治療開始前後

- がん患者が早まって退職しないように助言する  
致死的ながんのイメージが強い場合には、起こりがちである
- 治療に向けての就労を含む生活課題が整理できるように支援する
- 診断を受けたことによる精神的ストレスが最も高い場合、全人的な側面から捉えた患者のアセスメントを行って、さらなる混乱を招かない程度に介入する
- 現在の就労状況や雇用形態を踏まえ職場の就業規則等を確認し、治療開始にむけて調整すべき点を一緒に考える。職場に伝える際には、どのタイミングで誰に伝えるか等を検討する
- 継続的に相談支援が可能であること（保証）を伝える

## ○ 治療中～職場復帰の準備に向けて

- 治療や起こり得る症状の見通しに関する情報を主治医や看護師等から集められるよう支援する
- これまでの仕事内容と照らし合わせて、復帰後同じようにできるのか、軽減すればできるのか具体的にできる範囲を必要であれば一緒に考える。またそれを職場に伝えられるように支援する  
職場に提出する診断書の書き方の工夫など、実例を用いるとよい
- 生活上起こり得ること、利用できる制度などを紹介する
- 治療と仕事を両立するに当たって必要があれば、治療時間や間隔の調整を働きかける
- 希望があれば、がん専門相談員など病院スタッフが、職場関係者や産業保健スタッフと治療の見通しなどについて情報交換することも可能であることを伝える。

## 3. 相談支援センターや機関としてできること、すべきこと

病院内だけでは対応しきれないことも多い。相談支援センターとして対応する際の限界はどこかを見極め、必要であれば、院外専門職（機関）につなぐことが大切である。そのためにも、自分たちの地域の院外専門職（機関）にはどのようなものがあり、どのような対応が可能であるのかを知っておくこと、そして積極的にコンタクトを取り、顔の見える関係づくりを心がけておく必要がある。

## 4. 相談員が知っておきたい連携先

- 産業医
- 産業保健師 / 産業看護師

- 社会保険労務士  
全国社会保険労務士会連合会  
<http://www.shakaihokenroumushi.jp/>  
都道府県社会保険労務士会連合会の連絡先や会員リスト、無料で相談できる総合労働相談所の連絡先も掲載されている。
- 産業カウンセラー  
一般社団法人日本産業カウンセラー協会  
<http://www.counselor.or.jp/>  
全国の相談室一覧も掲載されている。
- 産業保健推進センター  
産業保健推進センターは、労働者の健康の確保に携わる産業保健関係者（産業医、産業看護職、事業主、衛生管理者等）を支援するために全国 47 都道府県に設置されている。運営は、厚生労働省所管の独立行政法人労働者健康福祉機構である。事業内容は、産業保健に関する各種研修会の開催および支援、情報の提供、窓口相談・実地相談、広報・啓発活動、地域産業保健センターの支援等を行っている。ほとんどの事業は無料で提供されている。
- ハローワーク
- 職業訓練校
- 独立行政法人 高齢・障害・求職者雇用支援機構  
<http://www.jeed.or.jp/>

## <参考文献>

- ・ 厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究『がんの医療経済的な解析を踏まえた患者負担の在り方に関する研究』（研究代表者：濃沼信夫）平成24年度報告書。

## <サイト>

- ・ 『「がんと向き合った7,885人の声」がん体験者の悩みや負担等に関する実態報告書概要版』がんの社会学に関する合同研究班（研究代表者：山口建）平成16年1月。  
<http://cancerqa.scchr.jp/sassil.html>
- ・ 『知って役立つ労働法～働くときに必要な基礎知識』厚生労働省  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudouzenpan/roudouhou/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudouzenpan/roudouhou/index.html)
- ・ 『がん患者の就労と家計に関する実態調査2010の報告書』一般社団法人CSRプロジェクト，2011年2月15日。  
<http://workingsurvivors.org/img/110215re-20120416.pdf>
- ・ 全国社会保険労務士会連合会  
<http://www.shakaihokenroumushi.jp/>
- ・ 『中学生教材 わたしたちの生活と金融の働き』内閣府政府広報室。  
<http://www.fsa.go.jp/fukukyouzai/>
- ・ 一般社団法人日本産業カウンセラー協会  
<http://www.counselor.or.jp/>





# 第Ⅲ部

ネットワークづくり  
と広報

# ネットワークづくり

## SUMMARY

### 学習目標

がん患者の療養生活の継続、質の維持・向上のための院内ネットワーク、地域のネットワークの役割を理解する。既存のネットワークを活用するとともに、必要に応じてネットワークを構築・整備できるよう、ネットワークづくりの実際を学ぶ。

### 内容

相談支援の基本である相談者（クライアント）自身が問題を解決していくプロセスを支えるためには、相談員が病院内外とのネットワークを持つことは不可欠である。相談ニーズを持つ人が、がん相談支援センターを自ら訪ねることができるとは限らないため、院内外の医療スタッフなど支援者が相談ニーズに気づき、紹介してくれる環境を整えるためにも、また、相談者のニーズに応じて課題を解決していくためにも、ネットワークは極めて重要である。相談員自身が院内外のネットワークをつくり、相談者のニーズに応じたネットワークを活用し、関係職種との連携により、相談者自身が行動できるように支援することが大切である。ネットワークづくりに当たっては、互いの専門性を理解・尊重し協働すること、連携する先の情報収集とともに、がん相談支援センターの役割・業務等の周知・情報発信にも努めること、相手にも相談者のニーズに対応する資源としての役割を認識してもらうことができるように働きかけることが重要である。

## 1. がん相談支援センターにとってのネットワークとは

### 1. ネットワークの必要性

各専門職がそれぞれバラバラに活動しても、患者・家族に対して十分に有効な支援はできない。情報・問題意識の共有や継続性のある医療の確立のため、ネットワークの形成が必要である。ネットワークの形成によって、医療機関や地域の社会資源（かかりつけ医、訪問看護、ケアマネジャーなど）は、本来的な機能（専門性）を発揮でき、患者・家族は、病状に応じた適切な医療が保障されるといったメリットがある。しかし、ネットワークは、自然発生的に形成されるものもあるが、たいていは意図的に構築していく必要がある。がん専門相談員にも、ネットワークづくりの役割が期待されている。

## 2. 定義

---

- 社会福祉支援を必要とする人や状況に対応するためにつくられる、人・組織などの公式、非公式な複合的な連携▶<sup>1</sup>
- 個人や団体・機関を問わず、他者との網の目のようなつながりといった1つの社会資源▶<sup>2</sup>

ネットワークとは単に顔見知りの関係になることではなく、資源として生かしていけるような関係を構築することである。また、ネットワークはあくまでも相談者（患者・家族）のためのものであるということを常に念頭におくことが重要である。

## 3. ネットワークの連携相手

---

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターが対象とする相談者は自施設の患者やその家族だけではない。がん診療連携拠点病院ではない医療機関にかかっている患者やその関係者、医療機関と関わりのない住民も含む全ての人が、がん相談支援センターの潜在的相談者である。そのため、下記の2種のネットワークを十分に形成することが必要不可欠である。

- 同じ機関内の職員（院内のネットワーク）
- 他の関係機関、関係職種、非専門職（地域のネットワーク）

## 2. 院内のネットワークづくり

### 1. 院内ネットワークの必要性

---

がん相談支援センターが、相談者（がん患者・家族、地域住民、地域の医療機関など）からの多方面にわたる相談に応えるためには、院内の関連職域の協力、連携が不可欠である。また、相談ニーズを持つ人が、がん相談支援センターを自ら訪ねることができるとは限らないため、院内の医療スタッフが相談ニーズに気づき、紹介してくれる環境を整えるためにも院内ネットワークは極めて重要である。

院内ネットワークの構築には、各専門職の役割を明確にし、互いの専門性を理解・尊重し協働することが大切である。院内のネットワークには、緩和ケア委員会や各種カンファレンスなど、すでにシステム化されている場合（公式のネットワーク）と、未整備の場合（非公式のネットワーク）とがある。このような、公式・非公式のネットワークを活用して、がん医療相談の質を高めていくことが、がん相談支援センターには求められる。

## 2. 院内ネットワークづくりの実際

- 各専門職の業務内容を理解・尊重し、協働する
- 日常的なやりとりの積み重ねがネットワークを構築していく上での基礎となることを意識し、こまめな情報共有に努める
- 相談者の早期把握・早期対応のシステムを構築する（患者スクリーニングシートやクリニカルパスなどの導入）
- 緩和ケア会議、各種カンファレンス、回診などに参加する
- 研修会・勉強会・広報誌などの企画・運営サポートを行う（医療従事者や患者・地域住民向けなど）
- 会議・委員会等しかるべき場での業務報告等を通じて、がん相談支援センターの役割・業務への理解を促すとともに、相談業務を遂行する上で必要となるバックアップ体制を組織全体として整備してもらうよう働きかける

## 3. 留意点

- 院内ネットワーク構築には、スタッフのがん医療連携ネットワーク（院内・院外）に対する意識向上（意識改革）が不可欠である。
- 所属組織や相談援助者のがん医療に関するサービス提供力（スキル）の限界を把握し、必要に応じて院外ネットワークにつなぐことが必要である（トリアージ）。
  - ※トリアージとは、相談内容の緊急対応性を判断し、その優先度に応じて対応可能な医療機関などにつなぐ必要があるのかをより分けること
- がん相談支援センターの業務評価（対象：がん患者や家族だけではなく地域住民や各医療機関など）を実施し、「相談者の声」をがん相談の質（医療の質）向上に生かすことが重要である。

## 3. 地域のネットワークづくり

### 1. がんに関する組織とネットワーク

#### 【設置主体】

国、地方自治体、法人、職能団体、保健医療福祉機関、企業、NPO、当事者など

#### 【設置目的】

医療、治療研究、啓発・予防、セルフヘルプ、相談支援および情報提供など



### 3. 地域のネットワークづくりの実際

---

- 地域のがん患者、家族のニーズを調査、把握、分析する
- 地域の保健医療機関、介護、福祉等の機関の情報の収集、地域のがんに関連する組織や既存ネットワークの情報を収集し、理解する
- 情報収集や理解を深めるに当たり、どのような方法がとれるかという点についても検討する。例えば、頻繁に連携をとる医療機関を訪問し、実際に自分の目で療養環境を確認したり、地域生活を支える立場にある機関（訪問診療・訪問看護等）で了承が得られるようであれば、訪問に同行させてもらうなどの方法も考えられる
- 情報収集とともに、がん相談支援センターの役割・業務等の周知・情報発信にも努め、地域のがん患者・家族が利用できる相談先として認識してもらうことができるように働きかける
- がん患者、家族のニーズに応じて既存ネットワークを活用し、さらに関係機関と連携し、ネットワークを構築・整備する。具体的には、地域緩和ケア、地域連携パス等の目的に応じ、関係機関、支援団体等に呼びかけて情報交換会、研究会、事例検討会を開催するなどの活動を通してネットワークを構築する
- 都道府県がん診療連携協議会のもとに組織される相談支援に関する部会等、がん相談の実務者が集まる場に出向き、他の地域の取り組みなどから自らの地域に応用可能なものを探す。また、がん相談の実務者同士、あるいは行政等と協働することにより、各地域・各施設の実践に還元できそうな取り組みがあれば、部会等の活動の中で積極的に実施していく
- ネットワークが有効に機能し、維持できるよう、定期的に評価する

### 4. 留意点

---

- ネットワークの目的、各組織の特徴、役割を明確にし、役割分担する
- 各組織、職種の主体性を尊重し、協働する
- 円滑に連携するために、会議やメーリングリスト等を通してネットワーク内のコミュニケーションを図り、「顔の見える」連携システムをつくる
- がん患者、家族の視点に立ったネットワークづくりをするように常に心がける

## 4. 相談者から見た必要なネットワークの構築

### 1. 相談者主体のネットワークの必要性

---

相談員は、相談者が抱える苦痛や困難の軽減・解決を目的として、他の専門職や外部機関と相談者を引き合わせたり、良好な関係性を構築・維持できるように、両者の間に立って関係調整を行っている。ネットワークづくりを、人と人、人と組織、人と地域社会を結びつけていくことであると捉えると、相談員が行っていることは、相談者を中心に据えた、相談者をサポートするためのネットワークづくりであると考えられる。

ネットワークは、支援を必要とする人や状況に対応するために構築・活用されるものであり、相談者不在のまま援助者の考えのみでネットワークを構築しても、相談者にとって有効に機能するとは限らない。

特に、特定のネットワークを活用した支援が定着して日常業務と化すと、一人一人の相談者が抱える苦痛や困難、生活状況やニーズの把握が十分に行われないまま、既存のサービス体系や定型化された支援パッケージに相談者を当てはめるといような状況に陥る危険性もある。相談者の生活状況やニーズ、価値観、相談者を取り巻く周囲の環境などはそれぞれ異なっているため、画一的な支援に陥ることなく、今、目の前にいる相談者がおかれている状況から考え始めることが重要である。

その結果、従来は十分に活用できていなかった資源の存在とネットワーク構築・強化の必要性に気づく場合もあるかもしれない。あるいは相談者のニーズを満たすために活用できる資源そのものが存在しないことに気づき、資源開発に向けての取り組みや働きかけを新たに始めることもできるかもしれない。

### 2. 相談者主体のネットワークづくりの実際

---

- 個々の相談者のニーズ、あるいはそれら個々の事例の積み重ねの中から見いだされる集団・地域としてのニーズを把握し、どのようなネットワークを構築・強化していく必要があるか判断する
- 院内外に存在する資源・ネットワークを把握する。それぞれの領域で、一定の力・広い人脈・多くの情報を持っているキーパーソンは誰かという点についても意識する
- ネットワーク構成メンバーとの間で、目的意識の共有や方針の確認を定期的に行う

### 3. 留意点

---

- 相談者を中心に据えた、相談者をサポートするためのネットワークづくりを心がける
- ネットワークを構築する第一義的な目的は、患者・家族の療養生活の質の維持・向上に役立てるためであり、病院組織や援助者のため（例えば在院日数の短縮化や業務の効率化等）ではないことを念頭におく

### <引用文献>

- ▶ 1：橋本篤孝・古橋エツ子編集代表『介護・医療・福祉小辞典（第2版）』法律文化社，195 ページ，2006 年。
- ▶ 2：辻井誠人著「多専門職とのチームワーク」岡村正幸・川田誉音編『個別援助の方法論ケースワークを超えて』みらい，181 ページ，1998 年。

### <参考文献>

- ・ 有賀悦子編『緩和ケアネットワークミーティング PC ネット地域ネットワークでの症状緩和とサポーターケアの実際』真興交易医書出版部，2007 年。
- ・ 大熊由紀子・開原成允・服部洋一編著『患者の声を医療に生かす』医学書院，2006 年。
- ・ 小笠原浩一・島津望著『地域医療・介護のネットワーク構想』千倉書房，2007 年。
- ・ 神奈川新聞社編集局報道部編『がんと向き合う神奈川の医療現場から』神奈川新聞社，2006 年。
- ・ 日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク原論（新訂）』相川書房，2006 年。
- ・ 日本医療ソーシャルワーク研究会監修，荒川義子・村上須賀子編『実践的医療ソーシャルワーク論』金原出版，2004 年。
- ・ 日本社会福祉士会・日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク実践』中央法規出版，2004 年。
- ・ 「特集一病院と地域のよりよい連携を求めて」『看護展望』Vol.32 No.10，メヂカルフレンド社，2007 年。

### <サイト>

- ・ 『千葉県在宅がん患者緩和ケア支援ネットワーク指針』  
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/gankanwa/kanwa-shishin.html>



# 広報の方法

## SUMMARY

### 学習目標

がんの情報や相談を必要とする人が、がん専門相談員やがん相談支援センターなどの存在を知り、利用できる環境をつくるための広報の方法について学ぶ。

### 内容

がんの情報や相談のニーズを持っていても、必ずしも全ての患者や家族が、がん相談支援センターに電話をしたり、訪れたりするわけではない。ニーズがあっても、相談にたどり着けないケースも多い。ニーズのある人が、実際の支援につながるためには、がんになる前から、がん相談支援センターの存在と活動内容を知らせる媒体に接していること、相談ニーズがあるときに、医療・福祉などの支援者や周囲の人々に、がん相談支援センターの利用を促してもらえることが重要になる。「相談できる場がある」こと、「相談してもよい」こと、「相談する先」「相談窓口」に足を運ぶ方法をパンフレットなどの媒体や広報誌、院内外の関係者とのネットワークを生かして繰り返し伝えていくことなどが考えられる。

## 1. 伝えるべきメッセージと留意点

がん相談支援センターの存在と役割を広く知ってもらうために以下の内容を伝えていく。

- 病気に対する理解を助けること（ただし、主治医に代わって医学的な判断はしない）
- 問題や悩みに対する解決の糸口を一緒に探していくこと
- 相談者それぞれに合った情報を提供すること
- ところを支えていくこと
- 生活を支援すること
- 患者だけでなく、家族も支援していくこと
- その病院にかかっていなくても、だれでも無料で相談できること
- 匿名で相談を受け、守秘義務を厳守すること

「がん」は「死」を想起させ、診断された患者・家族は大きな衝撃を受け、動揺する。これまでの生活がまったく変わってしまったように見え、精神的にも孤立してしまうことが少なくない。がん相談支援センターは、このような患者・家族を支えるため、誰からの相談でも受け付ける地域の資源であることも意識して

広報を進める必要がある。

## 2. 対象を誰に設定するか

がん相談支援センターの利用者は、まず第一にがんの治療中、療養中の患者・家族であるが、予防、早期発見などを視野に入れば、広く地域の一般市民も利用者となる。広報の対象を分類すると以下のようになる。

### 【広報の第1の対象】

- 院内外のがん患者・家族
- 一般市民

### 【広報の第2の対象】

- 院内医師、看護師などの医療関係者、その他職員
- 地域外の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所などをはじめとする医療・福祉関係者

## 3. 広報の手法

限られた人員、予算で広報を行う場合、広報活動を日常業務に効果的に組み込むことが必要となる。日常の医療連携業務、相談援助活動が広報活動そのものとなることを忘れてはならない。相手に合わせて、その人に届くメッセージを、その人にとって身近な手段を使って発信していく必要がある。

## 4. 広報を行う際に利用できる資源

- がん相談支援センターのリーフレット  
例：院内の外来受付、病棟各フロアなどに常時設置する。  
外来、入院にてがん治療を開始する患者・家族に渡す案内資料に必ず入れる
- 病院のホームページ  
例：がん相談支援センターの案内をトップページに置き、内容は定期的に更新する。  
がん相談支援センターニュースなどを定期的に掲載する
- ポスター  
例：多くの患者さん、家族の目に触れるところにポスターを掲示する。ポスターの作成に当たっては、がん相談支援センター共通のロゴを使うなど、見た人が「ああ、あの場所だ」と想起できるようなものが望ましい

- 院内外のがんに関する市民公開講座／院内外医療関係者対象のがん相談支援センター活動報告会  
例：市民公開講座や活動報告会を定期的を開催する。  
開催時にリーフレットを配布、がん相談支援センターの紹介アナウンスを行う
- 医療福祉の相談窓口：市区町村役場の窓口（介護保険申請窓口など）、保健所の窓口（小児慢性特定疾患、身体障害者手帳申請窓口など）  
例：リーフレットやポスターをおいてもらう
- 院外医療福祉機関への周知  
例：医師会、在宅療養支援診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、社会福祉協議会など。潜在的なニーズを持つ人が利用するこれらの機関のスタッフに、がん相談支援センターについて知ってもらえるように積極的に出向き、顔の見える関係づくりができることが望ましい。がん相談支援センターのリーフレットやニュースレターなどを持参し、定期的にメールやFAX、郵送などで情報を配信するなどの交流ができるとうい
- 自治会、民生委員など  
例：市区町村を通じてアプローチできる場合には、リーフレットなどを配布する
- 患者会・家族会など  
例：口コミは大きな力を発揮する場である。患者会・家族会の参加者のがん相談支援センターの活動をよく理解してもらい、必要な人に紹介してもらえるような信頼関係を築くことが必要になる
- 都道府県や市区町村の広報誌など  
例：イベントを開催する折や新しい取り組みを始めたとき、がん征圧月間など、記事になりやすいきっかけを見つけて都道府県や市区町村の広報誌に紹介記事を掲載してもらう。短い記事であっても効果的な場合が多い
- マスメディアの利用  
例：市民公開講座など、地方版やケーブルテレビなどでとり上げやすい記事になる場合には、積極的にとり上げてもらえるようにFAXなどで情報を送る

## 5. 費用対効果

広報の効果とは、がん相談支援センターの存在、機能、活用の仕方について周知徹底され、がん患者・家族を中心に利用者数が増加することである。その際、限られた資源を効率的に使って効果を上げる方法を工夫することも重要である。

## 6. 効果的な事例

各拠点病院では院内外に向けてそれぞれに工夫した広報活動が行われている。それらの活動全てを一覧にすることはできないが、工夫のある取り組みが開催されているその様子のがん情報サービスに掲載されている各地域の「地域相談支援フォーラム」でも紹介されており、参考になる。

拠点病院のがん相談支援センターで使用できる全国共通ロゴはがん情報サービスに問い合わせれば入手できるので、ポスターやパンフレットの作成に当たっては積極的に利用したい。



がん相談支援センター

### <参考文献>

- ・ 日本社会福祉士会・日本医療社会事業協会編『保健医療ソーシャルワーク実践1～3』中央法規出版，2004年。
- ・ 季羽倭文子著『がん家族はどうしたらよいか—告知・医療・ホスピス・看取り—迷い、悩んだとき』池田書店，2002年。
- ・ 平方眞著『がんになっても、あわてない』朝日新聞社，2005年。
- ・ 堀越由紀子著「病院にソーシャルワーカーがいる意味」日本医療社会事業協会編『新訂 保健医療ソーシャルワーク原論』相川書房，2006年。

### <サイト>

- ・ 地域相談支援フォーラム（がん情報サービス）  
[http://ganjoho.jp/hospital/consultation/chiiki\\_forum/index.html](http://ganjoho.jp/hospital/consultation/chiiki_forum/index.html)
- ・ 日本対がん協会  
<http://www.jcancer.jp/>

# がん情報ニーズの把握

## SUMMARY

### 学習目標

がん診療連携拠点病院として、がん相談支援センターの利用者がニーズを満たせたかどうかを知るために、またがん相談支援センターにアクセスしていない潜在的ユーザーのニーズを知るために、調査を活用する方法を知る。日常業務の改善の糸口を発見するために、調査者の視点を身につける。

### 内容

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターは、自院で診療を受けている患者や家族だけでなく、地域住民全てに向けたサービスを提供し、地域内でのニーズを満たす調整が求められている。そのため、日常業務では見えにくいニーズや資源の実態についても調査結果を利用して把握に努める必要がある。また日常的に対応する個々の事例を整理・集計、分析することによって、がん相談支援センターでの対応範囲の見直しや地域の資源開発に必要な部分などが明らかになってくる。また、相談員が協力してこうした検討を重ねることにより、質のそろった対応が可能となる。

## 1. 「調査」によって見えてくるものとは

通常、調査といわれているものには、全国民を対象としている5年に1度の国勢調査や、私たちの知らない文化・地域に住む人々とともに暮らし、その生活や文化を記述するものなど、さまざまな種類がある。がん専門相談員にとっての調査とは、日々接する相談者（クライアント）とのやりとりだけでは見えない点を知る手がかりを得ることである。例えば、日常の臨床場面がどのような背景によってつくられているのか、自分が接している臨床場面は地域社会のどの範囲を映しているのか、ニーズとして表面化していない潜在的ニーズは何か、まだ利用できていない地域の資源は何か、資源開発が必要な要素は何かなど、さまざまな課題があげられる。

## 2. 既存の資料を利用する

「住民の多くはどんなニーズを抱えているのだろうか」「〇〇市の高齢者のみ世帯のうちどのくらいの人が、がん相談支援センターの存在を知っているのだろうか」など、地域住民の全体像を捉えたい場合には、

多数の人を対象とした量的調査結果が必要である。調査方法には、郵送法や面接法、留置法などいくつかの方法があるが、調査費用や回答者、調査者の負担もあるので、まずこれまでにどのような調査が行われてきたのかを調べるのが重要である。

中央省庁や地方自治体によって毎年多くの調査が行われている。がんに対する意識や療養上の希望・ニーズなどに関わる調査も一定数行われている。必ずしも全ての結果が公表されているわけではないが、近年ではインターネット上に公開されている場合も多いので、それらを利用することは効果的である。中央省庁によるさまざまな統計データについては、政府統計のポータルサイト (<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>) で検索し、見ることができる。例えば、平成19年、21年、24年に行われた「がん対策に対する世論調査」の結果は内閣府のホームページから見ることができる。地方自治体によって行われた調査リストの一部は「世論調査年鑑」「統計調査総覧」等に掲載されているが、必ずしも全てが掲載されているわけではない。がん相談支援センターがサービスを提供している地域の地方自治体によって行われた調査がないかどうか、役所の担当機関に問い合わせ、情報を得ることも重要である。もし、必要な調査結果がなく、新規に調査を計画する必要がある場合は、調査費用や労力を考慮する上で、地方自治体や地域の大学等と連携し、効果的な調査を行うことが望ましい。

### 3. 日常業務記録をデータ化して利用する

相談員は日々多くの相談に応じる中で、「これはよくある質問」「最近はこのような相談が増えた」と感じることもあるであろう。個々の相談事項に最善を尽くすことはもちろんだが、個々の事例を全体として捉え、自分のがん相談支援センターに持ち込まれる相談内容や対応の結果をまとめる機会もまた重要である。全体の傾向を捉えることで、その地域に不足している資源や構造的な課題が明らかになってくることもある。例えば、ある芸能人の乳がんの罹患報道をきっかけに、乳がんに対する不安や検診についての質問が毎日のように寄せられるとすれば、市町村で行われているがん検診等についての周知が不足しているのかもしれない。地方自治体や保健所と連絡をとりながら、がん検診についての啓発情報を発信していくなどの対応策に進むこともできるであろう。

質的に掘り下げることもまた調査である。相談対応が困難と感じた事例を取り上げ、なぜ相談員が困難だと感じたのか、その構造や文脈を分析してみると、共通した傾向がわかることもあるだろう。分析を通じて問題の構造が見えれば、困難な感覚、悩みとしてではなく、意識的に対処すべき相談員の共通した課題として捉えることができるようになる。

またすでに対応した事例を蓄積し相談室内で共有し、複数事例の検討やその対応方法を検討することにより、相談員間で質のそろった相談対応につなげることにもなる。例えば対応事例のフィードバック内容を蓄積することで、「セカンド・オピニオンを受けたいが、どこに行ったらいいだろうか」「〇〇がんの専門の先生や治療はどこでやっているか」といった質問に対して、個々に対応した検索結果を蓄積することで相談員が利用できる情報資源が増え、相談員同士で共有できる。相談者にとっても、このがん相談支援センターに行けば、十分な情報が得られる、という評価につながっていく。

## 4. がん相談支援センターが調査を行う必要となる場面の例

あくまで仮定の例であるが、既存の資料や日々の記録によるデータでは対応できず、実際ががん相談支援センターが調査を行う必要が出てくるのは例えば次のような場面であろう。

- (1) 院内のスタッフはがん相談支援センターを知っているか、がん相談支援センターについてどう思っているか
- (2) がん相談支援センターを利用した人は対応に満足したか
- (3) 県内のがん専門相談員の研修ニーズはどのようなものか
- (4) 地域の相談窓口を網羅した資料をつくりたい（がん患者や家族はどんな地域の窓口情報を知りたいか）

(1) は院内スタッフを対象とした調査、(2) はがん相談支援センターの利用者を対象とした調査、(3) は県内相談員を対象とした調査を行うことになると想像できるが、それぞれに明らかにしたいことが把握でき、かつ実施に無理のない調査方法を選ぶことが重要となる。

例えば、(1) の院内スタッフへの調査を考えた場合、全ての職員に向けてアンケート調査を実施するというのも1つの選択肢である。しかし、どのくらいの職員が回答してくれそうか、また本当に全職員の回答が必要であるのかも検討する必要がある。どの病棟も同様の傾向だろうと考えられるときには、いくつかの病棟のみをとり上げた調査でもよいかもしれない。また入職後1年目、5年目、10年目の人に聞けばおおよその傾向がつかめるかもしれない。調査は回答者にも負担がかかるため、本当に必要なスタッフのみを対象とした調査設計を行う必要がある。ただし、「がん相談支援センターの認知度」といった院内調査の場合、調査をきっかけに、がん相談支援センターを知ってもらおうという教育的効果を求めて、パンフレットの配布などと併せて全職員を対象に調査を行う場合も考えられる。

(2) のがん相談支援センターの利用者を対象とした利用者評価を行うような場合、特に倫理的配慮が必要となる。患者さんや家族は、病院やスタッフに対して遠慮を感じている場合も多く、病院に対して批判的な意見を書くことで先生に伝わってしまうのではないかと、治療が受けられなくなるのではないかなど不利益が生じるのではないかと不安を感じる人も多い。そうした不安を軽減するために、例えば県内全域で同様の調査を行うような機会を設け、調査票の返送先を個々の病院ではなく県のがん対策担当の部署とすることで、回答する人の気持ちの負担が軽減され、より率直な意見が寄せられる可能性もある。また、対応に満足した人ほどこのような調査に回答する傾向が高いため、何人に調査票を配布し、何人から回収できたのかを正確に把握しておくこと、回答率を踏まえて結果を解釈することが必要である。

(3) のように県内の相談員のニーズについて情報収集を行いたいという場合、必ずしも調査票による意見集約が有効とは限らない。「何か研修の機会があったらいいな」「スキルアップできるような機会が欲しい」といった思いは多くの相談員が感じていたとしても、「この点を学べるこういう研修が必要」と明確に気づいている人はほとんどいない可能性がある。そのような場合、顔を合わせて議論する中でニーズの内容を明確にしていくことが必要になるだろう。また実施可能な研修プログラムの中から応えられるニーズは何か、という現実の制約から考えていくことが必要な場合もある。調査は実施する側にも回答する側にも負担のかかるものであり、どんな回答が寄せられると予測できるか、その回答が今の計画をうまく進めることに役立つと考えられるかをきちんと見積もり、必要かつ効果的と思われるときにのみ調査を行うべきである。

(4) は(1)～(3)とはやや手法の異なる調査も含めた総合的な情報収集が必要となるであろう。まず、

がん患者や家族が地域で必要になる情報はどのようなものか、調査やヒアリングによって明らかにする必要があるだろう。その結果、例えば「がん患者に対応している・対応したいと思っている在宅支援診療所や訪問看護ステーションのリスト」を掲載することが有効だと考えられた場合、どういう経路で情報収集をしたらよいか（医師会を通じて会員となっている全ての診療所にアンケートを行うことができるか、それともがん診療連携拠点病院と連携のある診療所を個別に確認するほうがよいか、等）、依頼元をどのような形にするのが一番多くの協力が得られるか（行政から依頼してもらうほうが適切か、それとも都道府県のがん診療連携協議会から依頼するのが適切か等）など、調査の方法それ自体も重要になる。

なお、(1)～(4) 全ての場合において、調査票や調査方法をどのように設計するかはとても重要である。また、答えてほしい内容がはっきりしないときに自由回答を設けることは、方法としては容易だが、回答をどのようにまとめるか（得た回答がどのように役に立つのか）を事後に分析することは難しくなる場合が多い。その調査では何を聞きたいのか、その結果から何を確かめたいのかについてはあらかじめよく検討しておくことが必要である。

### コラム：研究としての調査

レストランやホテルの満足度調査など、日常生活のさまざまな場面で、いわゆるアンケートは実施されており、誰でも簡単にできそうに思う人も多い。しかし、的確に実態を把握するにはそれなりの知識と技術が必要である。多くの大学や研究機関には、調査の手法に精通した研究者が所属しているので、新たな調査が必要となった場合には、大学や研究機関の研究者と連携することが勧められる。

#### 1. 「調査」をすること

古谷野亘は『実証研究の手引き調査と実験の進め方・まとめ方』（共著、ワールドプランニング、1992年）の中で、研究のプロセスを、「問題意識や関心を持ちそれを整理する（発酵期）」から、(1) モデルの構築、(2) データ収集方法・分析方法の決定、(3) データの収集、(4) データの分析、(5) 結果の解釈、レポート・論文の執筆、という流れで示している。意識調査の企画にも研究のプロセスを踏んで進めていくことを推奨する。古谷野は、発酵期には「問題意識の明確化」「先行研究のレビュー」「同僚との議論」の作業を要するとまとめているが、「研究」としての調査には、この発酵期の準備およびモデル構築の作業を通じて、調査しようとしている事象について洞察を深めていくことが重要である。尋ねたいことを羅列して場当たりに調査するのではなく、この段階で調査の目的や意義を十分に吟味し、検討を重ねることが大事である。また、発酵期から(2) データ収集方法・分析方法の決定までの各プロセスは相互依存的な関係で、流動的である。調査目的・意義がモデル構築につながり、データ収集方法や分析方法が決定される一方で、調査の目的を達成できる対象者が確保できない場合や調査方法に制限がある場合などは、調査目的やモデルも変更せざるを得ない。ゆえに、調査者はプロセス全体を見通して計画を立てていくことが必要である。そのために、実際に調査対象となる相手から聞き取り調査を実施したり、文献を調べたり、専門家と議論するなど、調査の全体像をより具体化していく、調査実施前までの作業が重要である。



## 2. 調査実施方法

### (1) 調査方法

調査方法には、郵送法や面接法、留置法などいくつかの方法がある。インターネットを使った方法も、対象者のADLが低い場合などには有効である。調査主体側の予算に依存する面もあるが、対象者の年齢や健康状態、また、調査の内容等に照らし合わせて、対象者ができるだけ回答しやすい方法を選ぶことが望ましい。特に医療機関の場合は、調査者と対象者が医療提供者側と患者の関係にあることも多い。倫理的配慮は下に記すが、調査対象者の回答にバイアス（偏向）が生じない率直な回答を得る取り組みが求められる。

### (2) 対象

新聞社や官公庁などが、全国民の総意を知るために行う世論調査では、どのように対象者が選ばれているだろうか。面接法による一般的な世論調査では、全国の市町村を地域と人口規模によりブロック化し、各ブロックから市町村を無作為に抽出する。そして、抽出された市町村から割り当てられた人数を無作為に抽出する。そのようにして選択された調査対象者（標本）の回答から、全国民（母集団）の意見が推定されることになる。つまり、母集団の意見の推定は、母集団から標本を無作為に抽出して、その標本という小集団から効率的に母集団の意見の推定を行うということである。なお、標本数の大きさは、(1) 母集団の大きさ、(2) 分析方法、(3) 推定の精度によって決められるが、詳しくは、東京大学教養学部統計学教室編の『基礎統計学 自然科学の統計学』（東京大学出版会、1992年）等を参照されたい。

各医療機関において、患者を対象とする意識調査を実施する場合の対象者の選択も同様で、意見を聞きたい対象者集団（母集団）を代表する一部の集団（標本）を選択することが、知りたいことを適切に知る近道となる。現実には対象者を無作為に選択することは難しいが、可能な限り、母集団から選ばれる対象者になんらかの偏りが生じない配慮をすることが望ましい。

### (3) 調査項目

調査項目の内容は、調査の企画段階で十分に吟味して作られるべきである。特に、「意識」や「意見」というあいまいなものを調査票上で捉えるのは簡単なことではない。「妥当性：測りたいことを適切に測れているか」と「信頼性：測りたいことをぶれずに（小さい誤差で）測れているか」などが、適切な測定の基準になる。

### (4) 倫理的配慮

「個人情報保護法」の遵守はもとより、「疫学研究に関する倫理指針」や学会等の倫理指針には目を通しておくべきである。特に患者を対象とする場合は、その匿名性が保たれることや、調査協力または非協力に関連して治療上の不利益を被らないことを保障し、それを調査票に明記しておく必要がある。なお、組織内に研究倫理委員会を有している場合には、その審査を経てから調査を行うことが必要である。

### 3. 分析方法

分析方法は、「調査」をすること」で述べたように、企画段階でおおむね検討されているべき事項である。データが集まった段階で分析方法がはっきりしていない場合は、企画段階で調査目的やモデル構築が十分に検討されていないことに問題があるといえる。分析方法については、市原清志の『バイオサイエンスの統計学正しく活用するための実践理論』（南江堂、1990年）を参照していただきたいが、チェックポイントとしてあげられるのは、(1) 時系列データであるか（同一対象に複数回の測定を実施）、(2) 分析したいデータはどのような類いのデータであるか（名義尺度・順序尺度・間隔／比率尺度）、(3) 群間比較か、変数間の（相関）関係を検討したなどで、分析方法の選択そのものはそれほど難しくはない。統計パッケージは、2変量間の単純な分析であればMicrosoft社のエクセルでも十分対応が可能である。多変量解析となると、高価な操作性のよい市販の統計パッケージから、フリーのソフトウェアまで使えるものがあるが、専門家の支援を受けながら分析を進めるのがよいだろう。

### 4. 結果のまとめ方

報告書は簡潔にまとめられ、読んだ者が手早く理解できる内容と分量にしておくことが望ましい。図表等で結果をできるだけ視覚化し、図表だけを見れば調査結果の概要がわかるようにしておくのがよい。報告書では、調査結果の事実（結果）と結果から考えられること（考察）は明確に区別し、考察においても、結果に基づいて述べるができることと、調査者が主観で述べること、調査結果に基づく示唆などは、明確に区別して記述するのが望ましい。

#### <参考文献>

- ・ 市原清志著『バイオサイエンスの統計学—正しく活用するための実践理論』南江堂，1990.
- ・ 小田利勝著『社会調査法の基礎』プレアデス出版，2009.
- ・ 古谷野 亘・長田 久雄著『実証研究の手引き—調査と実験の進め方・まとめ方』ワールドプランニング，1992.
- ・ 東京大学教養学部統計学教室編『基礎統計学 自然科学の統計学』東京大学出版会，1992.
- ・ 盛山和夫著『社会調査法入門』有斐閣ブックス，有斐閣，2004.

#### <サイト>

- ・ 厚生労働省、研究に関する指針について  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/index.html>

# 第 IV 部

がんに関する  
医学的知識

# 診療ガイドライン

## SUMMARY

### 学習目標

診療ガイドラインについての理解を深め、相談者（クライアント）への相談対応時に適切に診療ガイドラインを活用できるようになる。

### 内容

診療ガイドライン（以下ガイドライン）は、医療者と患者が適切な診療の意思決定を行うことを助ける目的で、科学的根拠に基づいた知見を集積し、専門家間の意見を集約し、現時点での標準の治療法について系統的にまとめられたものである。ガイドラインに書かれている内容やガイドラインがどのように作成されているかの背景を知っておくことは、がん専門相談員が、医師と患者の関係をサポートし、コミュニケーションを促進する際には欠かせない知識である。現在、がん種によっては、医療者向けだけでなく、患者向けのガイドラインも発行されており、相談者がガイドラインの情報を適切に活用するために、ガイドラインを利用する際の注意点や限界について知っておくことは重要である。

がん専門相談員は全てのガイドラインをそらんじる必要はないが、相談に有用と思われる場合には適切に活用できるよう、どのようなガイドラインが発行されているのかを知っておく必要がある。

## 1. 診療ガイドラインとは何か

診療ガイドライン（以下ガイドライン）の正式な定義として、最も頻繁に引用される定義は米国医学研究所（Institute of Medicine）による定義であり、以前は、「医療者と患者が個々の臨床状況での適切な診療の意思決定を行うことを助ける目的で系統的に作成された文書」とされていたが、2011年に改訂があり、「科学的根拠の系統的なレビューと、それぞれの診療における選択肢の利益・不利益に対する評価に基づき、患者への医療を最適なものとするための推奨を含む文書」とされた。この改訂は、医療を最適なものにする意味合いは保ちつつ、より科学的根拠と、利益・不利益、両者のバランスに力点がおかれており、今後のガイドラインの動きをリードするものであると考えられる。

現在さまざまな分野（乳癌、肝癌、大腸癌、胃癌など）についてガイドラインが作成されており、その種類は年々充実しつつある。そのほとんどが医療者向けであるが、胃癌、大腸癌など患者向けに解説したガイドラインも存在する。

## 2. 診療ガイドラインはなぜ必要なのか

ガイドラインには以下のような効果がある。

### 1. 標準診療の普及

---

医学は進歩するものであり、その進歩は通常、研究発表という形で表れてくる。しかし、臨床現場は、通常、非常に忙しいため、全ての研究発表を常に情報収集していくのは至難の業である。そのため、その場で最新の知見をわかりやすい形でまとめて、個々の医療者が情報を探し回る非効率を改善することで、最新の標準に関する情報が現場へ行き渡りやすくすることが診療の質を保つために重要である。

### 2. 標準策定の機会

---

ガイドラインの策定という場で、専門家間においても標準を明確に決める機会が提供されるという一面がある。それまであいまいに結論を出さずに診療がなされていた部分についての議論が深まる。

### 3. 標準の可視化

---

高度な専門家以外にも、現時点での標準がどのようなものであるかが明確になり、非専門医、医師以外の医療者、患者にも標準医療がどのようなものであるかが簡単に理解できるようになる。

## 3. ガイドラインの種類

ガイドラインには、(1) 臨床的課題（リサーチクエスチョン／クリニカルクエスチョン）形式のものと、(2) 教科書形式のものがある。(1) は、現場においてよく遭遇されると思われる疑問や課題（〇〇な患者に対して、△△をした方がよいのか）をまず設定し、その疑問に答えるべく文献検索などを行って回答をもってその推奨とするものである。(2) は系統的に、病期（ステージ）ごとに知見をまとめる、という形式をとる。前者は疑問に対しては明確な答えが出るものの、対象とする臨床状況の範囲に限られる傾向にあるのに対し、後者は包括的であるが、推奨が確定していないことも対象範囲に含まれることが多くなり、あいまいになってしまう傾向がある。前者の例に乳癌、肝癌、後者の例に、肺癌、大腸癌、胃癌がある。

## 4. 科学的根拠に基づくガイドライン策定とは

### 1. 具体的手順

ガイドラインの中には、科学的根拠（エビデンス）に基づく医療、EBM（Evidence Based Medicine）の手法と意識して表題に記載してあるものがある。現在公開されているガイドラインは必ずしも科学的根拠に基づいたものばかりではないが、その手法に基づいて策定されるのが望ましいとされてきている。さらに、冒頭で紹介した定義の改訂からもうかがえるように、「科学的根拠を系統的に収集する手法」を用いたものをガイドラインという、と昨今はそれが必須と考えるのが流れである。この手法は、一般に、(1) 発表されている研究を文献データベースから網羅的に拾い上げ、(2) それを専門家が研究方法などについて吟味することで取捨選択してまとめ、(3) それらの根拠に基づいて、さまざまな臨床状況における推奨を決定する、というものである。

### 2. エビデンス・レベル

この(2)の研究吟味において重視される研究方法をわかりやすいように類型化して信頼度の目安を作ったのがエビデンス・レベル（証拠のレベル）、と呼ばれるものである。一般にランダム化比較試験といって、コインを振って出た表裏の面で治療群・非治療群を決めて比較する研究デザインの研究は、エビデンス・レベルが高いとされ、そのランダム化比較試験を複数集めて検討した系統的レビューが最もレベルが高く、そのような科学的データによる根拠に基づかない専門家の意見が低いとされる。しかし、これも、さまざまな団体が、さまざまな基準を作っているため、エビデンス・レベルの記述のある文献を読む場合にはどのような基準で作成されているのかを確認する必要がある。下記はエビデンス・レベルの1つの例である。

|    |                                  |
|----|----------------------------------|
| 1a | 複数のランダム化比較試験の系統的レビュー、メタ分析による総合結果 |
| 1  | 良質のランダム化比較試験                     |
| 2  | ランダム化割り付けを伴わない比較介入研究             |
| 3  | 比較群を伴う観察研究                       |
| 4  | 比較群のない観察研究                       |
| 5  | 明確な吟味のない専門家の意見、生物学的研究結果          |

### 3. 推奨グレード、推奨度

エビデンス・レベルに加えて、この推奨の確信度合いについても、わかりやすいように分類したものが「推奨グレード」と呼ばれるものである。このグレードの付け方は、ガイドラインによって異なるが、通常はA～Dまでに分類され、グレードAはある治療法を行うことを「強く勧める」、Bは「勧める」、Cは「勧

められるかどうかあまりはっきりしない」、Dは「行わないように勧められる」という分類がされている。ただし、全てのガイドラインがこの定義を採用しているとは限らないので、それぞれのガイドラインの注意書きを読む必要がある。

## 4. 推奨グレードとエビデンス

一般にエビデンス・レベルの高い事柄ほど、確信をもって推奨できるとされている。しかしながら、推奨グレードはエビデンス・レベルと必ずしも1対1に対応するわけではない。エビデンス・レベルは、研究のデザインを中心に決定され、アウトカムの適切性、測定の適切性、効果の大きさ、効果と弊害のバランス、対象者の適切な選択などについて総合的に検討した上で、推奨の強さ（推奨グレード）を決める必要があるからである。

つまり、高いレベルのエビデンスがあれば信頼できるというわけではない。例えば、デザインはよくても海外の研究しかなく、人種的な違いなどから日本人には当てはまらないと考えられている事柄などもある。逆にエビデンス・レベルの高い研究がないからといって知見が信頼できないわけではない。上述のとおり、コインを振った表裏で治療を割り付けて検証するランダム化比較試験はエビデンス・レベルが高いとされるが、コインなどで治療を決めることが倫理的に許されるのは、研究前に治療効果が確定しない場合のみであり、例えばタバコを吸うと肺癌が増えるかどうか、ということについては、タバコを吸う群と吸わない群をくじ引きで決めることは許されないため、そのような研究は不可能である。この場合であっても、さまざまな状況の観察研究で一致した結果が出ていて、生物学的な検討からもその結果を支持すると考えられる場合には、十分推奨に耐えると考えられる。

## 5. 診療ガイドラインについての注意

### 1. 強制ではない

「例外のない規則はない」といわれるが、ガイドラインの推奨は「規則」ですらなく、比較的緩やかな標準であるといえる。そのため、ガイドラインとは診療を縛るものではない。ガイドラインは、現場において医療者と患者が参考にしながら診療方針を考えていくもの、いわば診療の「出発点」であって「到達点」ではないことに注意が必要である。一説によると、ガイドラインの推奨がそのまま当てはまるのは、対象となる患者の60%程度ではないかといわれている。ガイドライン推奨の実施率が計算されて検討されることがあるが、これも診療を検証するための出発点であって、診療の質を最終判定するものではないことは十分に認識すべきである。

## 2. 標準は時代とともに変化する

医療は進歩するものである。そのため、ガイドラインに記された標準診療も時がたつにつれて変化する。ある研究によると、ガイドラインの約半数が6年弱で時代遅れになるといわれている。そのため3～5年ごとに定期的に改訂されるべきものであるが、大変な労力を要するために、それが必ずしも可能とは限らない。そのため、古いガイドライン推奨には注意が必要である。海外のガイドラインでは期間を定め、食べ物の賞味期限のように、「本ガイドラインの推奨は何年経過した後は自動的に無効とする」と明記されているものもある。

## 6. 先端医療と標準医療

標準医療よりも、先端医療の方が響きはよく、何か治る確率が高いかのように響く。これは、先端医療がそもそも現在の医療では不可能な分野を可能にすることを目標に挑戦しているわけであるから、当然である。しかし公平な目で見れば、先端医療はいわば「挑戦者」であり、果たして「王者」になれるかはわからない。したがって、その時点での「王者」は「標準医療」であることは常に留意すべきである。つまり、先端医療は必ずしも効果が証明されておらず、後からこの方法は良くなかったと結論されることもある。平たくいえば「挑戦者、実は弱かった」ということである。

## 7. ガイドラインを手軽に見るには

出版されたガイドラインは医学書を扱う書店で入手できる。インターネット書店でも取り扱っている。また、医療機能評価機構が、医療情報サービス（MINDS：Medical Information Network Distribution Service）というデータベースを作成しており、そこにがんに限らず、さまざまな疾患に関してガイドラインが電子的に掲載されており、参照可能である。

また同様に、がん情報サービスの中の「医療関係者の方へ」⇒「医学情報」の中で、「各種がんのエビデンス・データベース」のページの中にもガイドライン等へのリンク集が掲載されている。さらに、がん情報サービスの編集方針によって選択し、評価したガイドラインを「エビデンス・データベース」と呼び、リンク先などの情報を掲載している。ガイドラインの評価には、下記の AGREE 評価基準を用い、掲載用にはより簡便な5段階評価が用いられている。がん情報サービスの編集方針については以下に記載がある。

<http://ganjoho.jp/plan.html>

しかし、以上のガイドラインは旧版のみが公開されていたりすることもあり、注意が必要である。逆に、肺癌のように最新版を出版物で販売するのをやめ、全てインターネットで公開している部位もある。



## 8. 診療ガイドラインの評価

欧米ではガイドラインを作成・報告・評価する共通の仕組みを確定することによって、ガイドラインの質向上を目指す AGREE Collaboration と呼ばれる共同研究が行われている（AGREE：Appraisal of Guidelines Research and Evaluation）。ここでは、ガイドライン作成の手法の検討や実態調査、同じ疾患分野のガイドライン推奨の比較など、さまざまな活動が行われているが、そのうちの1つとして日本でも幅広く紹介されて有名なのは AGREE 基準（Instrument）というガイドラインの評価基準である。ここでは下表の23項目について7段階（非常に当てはまる～まったく当てはまらない）でガイドラインを評価する。23の項目は6つの視点をそれぞれ表しており、それぞれの視点における得点を計算してガイドラインを評価することが想定されている。また逆にガイドラインを作成する際に、良いガイドラインを作るための目安となるものであると考えられる。

項目も、2009年5月に改訂され、AGREE II と呼ばれている。以下はその新版を参考のために独自和訳したものである。

### AGREE II 項目一覧

（以下は参考のための独自和訳。詳細は原文をご確認ください）

#### 視点1：目的と範囲

- ・当該ガイドラインの全体の目的が明確に記述されている
- ・当該ガイドラインのカバーする健康課題が明確に記述されている
- ・当該ガイドラインの対象集団（患者、一般国民他）が明確に記述されている

#### 視点2：利害関係者の関与

- ・当該ガイドライン作成者に全ての関連専門団体から出された委員が含まれている
- ・当該ガイドラインの対象集団（患者、一般国民他）の視点と好みが検討されている
- ・当該ガイドラインの想定する使用者が明確に定義されている

#### 視点3：作成時の方法論

- ・エビデンスを探索する系統的な方法がとられている
- ・エビデンスの採用基準が明確に記述されている
- ・エビデンスの長所・限界が明確に記述されている
- ・推奨を決定する方法が明確に記述されている
- ・推奨決定に際して健康への効果、副作用、リスクが考慮されている
- ・推奨とそれを指示する推奨との間に明示的な関連がある
- ・公表に先だって外部専門家による評価がなされている
- ・ガイドライン改訂の手続きが示されている

#### 視点4：表現の明確さ

- ・推奨が明確であいまいでない
- ・患者の状態に対して、異なる選択肢が明確に示されている
- ・主要な推奨を容易に見つけることができる

#### 視点5：適用可能性

- ・当該ガイドラインの推奨を現場で適用するためのアドバイスやツールが提供されている
- ・当該ガイドラインの適用のための障害・促進要因に関して検討が加えられている
- ・推奨を適用するに当たって考えられる必要な資源に検討が加えられている
- ・当該ガイドラインがモニター・監査のための基準を提供している

#### 視点6：編集の独立

- ・資金提供者の考え方が当該ガイドラインの内容に影響していない
- ・ガイドライン作成委員の利害相反に関して記録があり対策がとられている

## <参考文献>

- ・『ガイドライン・サポートブック ー大腸癌ー』医薬ジャーナル社，2007年。  
ガイドラインの解説本という位置づけであるが、巻頭にガイドラインの基本理念や海外のさまざまなガイドラインに関する解説があり、参考になる

## <サイト>

- ・ がん情報サービス・各種がんのエビデンスデータベース  
[http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/med\\_info/cancer/index.html](http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/med_info/cancer/index.html)  
がんの分野でのガイドラインや米国国立癌研究所（National Cancer Institute）が配信している医療者向けデータ（PDQ）を翻訳したものへのリンクが掲載されている。また、それぞれのガイドラインに関する評価も併せて掲載している
- ・ 医療情報サービス MINDS <http://minds.jcqh.or.jp/>  
ガイドラインをデータベースとして電子的に提供している
- ・ AGREE TRUST <http://www.agreetrust.org/>  
AGREE 共同研究のホームページ

# 臨床試験

## SUMMARY

### 学習目標

がん治療の臨床試験に関する基礎的な知識を修得し、それらを相談時に提供することができるようにする。

開発段階にあるがんの治療法に関する質問に回答する際に注意すべき点を理解する。

### 内容

がんの治療法は日進月歩といっても過言ではなく、次々と新たな治療法・医薬品の候補が開発されつつある。標準的な治療法では完治が望めない患者の中には、まだ臨床試験段階にある有効性が証明されていない治療法や、国から承認される前の医薬品の候補を試したいと考える人も多い。それらは、有効性・安全性の確認がまだ不十分な段階にあるがゆえに臨床試験が行われているものであり、当然リスクがある。しかし、患者の中には、有効性と安全性が検証される前の段階にある新しい治療法・新しい医薬品の候補を「効果が証明されたもの」と思い込むなど、世間で伝えられる情報を誤解している人も少なくない。まず患者が訴えている状況・患者の状況認識を正しく把握し、納得できる十分な説明が得られる場に再度つなぐことが大切である。

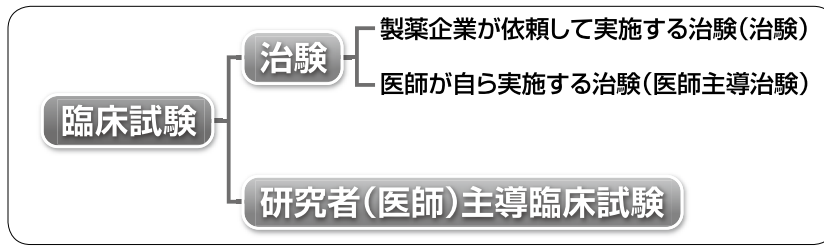
## 1. 臨床試験とは、どのようにして実施されるか

臨床試験とは、医学的な知見や基礎研究・前臨床試験の結果に基づき、人を対象として新たな治療法（場合によっては診断法）の性能を評価する方法論であり<sup>1</sup>、ある特定の医学的条件に合致する将来の患者に対して最適な治療法を明らかにすべく企図された「計画的実験<sup>2</sup>」である。つまり、その臨床試験に参加する患者にとって利益となる可能性は十分にあるものの、その利益を保証するものではない。

大きく分けて薬事法のもとで行われる「治験」と臨床試験に関する倫理指針等に従って行われる「(研究者/医師が実施する)臨床試験」に分かれる。なお、臨床試験という用語は、「(研究者/医師が実施する)臨床試験」を指す場合と、「治験」と「(研究者/医師が実施する)臨床試験」の両者を含めた一般的なものとして用いられる場合とがある。

「治験」は、製薬企業が実施するものと、医師が実施するものがあり、後者を特に「医師主導治験」と呼ぶ。

治験（医師主導治験を含む）とは、厚生労働省から医薬品や医療機器の製造販売承認（以下、承認）を受けするために実施される臨床試験のことをいう。



がんの領域の治験・臨床試験では、一般に単一施設（あるいはごく少数の施設）で 10 人前後を対象として安全性や用量を確認する第 I 相、複数施設で数十人を対象として主として有効性が期待できるかどうか（多くの場合はがんが小さくなるかどうか）・毒性はどのようなものかを確認する第 II 相、多数の施設で数百人（場合によっては 1000 人以上）を対象として効果を検証する第 III 相と段階的に試験が進められる。

治験以外の臨床試験の例としては、厚生労働省から承認を受けた医薬品や医療機器を使い、他の治療法との組み合わせなどによってより効果の高い治療法を確立するために、既存の治療法との比較を行うケースなどがある。

がんの診療は薬物療法のみではなく、手術や放射線治療、あるいはそれらの組み合わせで行われるので、薬事法のもとで行われる治験（医師主導治験を含む）ではカバーできないものに関する治療開発が必要であり、それらは「(研究者/医師が実施する) 臨床試験」として実施されている。

## 2. 臨床試験はなぜ必要なのか

新しく開発された医薬品の候補のほとんどは、効かない、あるいは効いても安全性に問題があって使えないなどという理由から臨床現場に出てこない。第 I 相試験として人を対象とした試験が行われるようになった薬のうち、20 に 1 つ程度しか医薬品として世に出てこない。さらにさかのぼって基礎研究で見つかった薬の候補のうち、本当に薬として使えるものは 1 万に 1 つ程度といわれている。

不十分な情報から誤った判断を下してしまったせいで、効果がないのに副作用だけ出てしまう治療に苦しむ患者、副作用で亡くなる患者がたくさん出たという過去の苦い経験がある。

薬に限らず、外科治療、放射線治療、あるいはこれらの組み合わせについても、法律で臨床試験による有効性・安全性の評価が求められているわけではないが、効果と安全性をきちんと確認しなければ、患者に苦痛だけを与えてしまう可能性がある。

## 3. 臨床試験によってがんの治療法はどのように進歩するか

臨床試験によって新しい治療法の有効性・安全性を確認し、リスクとベネフィットを明らかにした上でその治療法の臨床的な有用性を評価することができる。

臨床試験の最終段階、特に第 III 相では、現在の標準治療と新しい治療を比較することで、新しい治療法の効果があることを証明する方法が採られることが一般的である。これは、ランダム化比較試験（無作為化比較試験）と呼ばれる。

## 4. 臨床試験に参加すること

治験・臨床試験の中にはプラセボを用いた試験もあるが、全ての試験がプラセボを使うわけではない。また、ランダム化試験の場合も、プラセボと実薬を比較する試験もあれば、実薬同士を比較する試験もある。それぞれ詳しい情報を確認することが大切である。

治験・臨床試験に参加することで、現在開発中の治療法を受けることができる場合があるが、新しい治療法には未知のリスクもあり、現在広く使われている治療法を受けた方が結果として良かったということになる場合もある。

治験・臨床試験に参加する場合には、未知のリスクもあること、ランダム化を伴う試験の場合は、必ずしも希望する治療法を受けられるとは限らないことについて留意してもらう必要がある。

治験・臨床試験に参加する場合には、ベネフィットとリスク、わかっていることとわかっていないことについて十分な説明を受けるが、疑問や不安に思うことがある場合は医師や臨床研究コーディネーター(CRC)に質問することが大切である。

## 5. 臨床試験でどのように参加者は守られるか

より良い治療法を見つけ出す・確立するためには、基礎研究のみでは不十分で、多くの患者の協力によって行われる臨床試験が必要である。臨床試験は人を対象とした試験であるため、より良い治療法の開発に役に立たない非科学的な試験や、倫理的に問題のある試験が行われないようなルールが必要である。

治験の場合には、薬事法、GCP（「医薬品の臨床試験の実施に関する基準」厚生労働省令）によって、被験者の人権と安全性を守り、データの信頼性を確保するよう求められている。

治験以外の臨床試験の場合も、臨床研究に関する倫理指針等に沿って試験が行われている。

## 6. 臨床試験・開発段階にある治療法についての情報提供の際の留意点

新聞・テレビ等で紹介される新しい治療法・医薬品に関する情報は、必ずしも人を対象とした臨床試験の結果に基づく根拠があるものばかりとは限らない。逆に、基礎研究・動物実験の結果から医薬品になる可能性があるという研究成果を伝えているにすぎないケースが多いことに注意が必要である。

治験・臨床試験は医薬品の安全性（副作用の種類や発現頻度など）を確認するためだけに行われるわけではない。多くの医薬品はその有効性（効果があること）を証明できずに終わる。すなわち、メディア等でとり上げられる“まだ安全性が確認されていないために厚労省に承認されていない”という説明では、有効性も確認されていないという点があいまいになり、一般の方に誤解を与えてしまっている可能性がある。そういった点に留意した上でコミュニケーションをとることが重要である。

逆に、小規模な治験や臨床試験で効果が期待できたとしても、より多くの患者に使ってみた場合に、それまで予期されていなかった副作用が発現することもある。新しい治療法はその治療を受けた患者が少ない治療法であり、現在広く使われている治療法に比べて未知の問題が隠れている可能性が非常に高いこと

を知っておくこと・伝えることが重要である。

海外のニュースで副作用がとり上げられないことは、その薬に副作用が存在しないことを意味しない。同じ医薬品でも、国によって、文化によって、そのリスクとベネフィットを天秤にかけてその医薬品を使うことを許容するかどうかの判断結果が変わり、また、副作用に対する受け止め方も国によってまちまちであるため、外国で広く使われているからといって、重篤・致命的な副作用のない薬とは限らないことに十分な注意が必要である。

がん専門相談員は、相談者が臨床試験への参加を検討するにあたり、患者にとって不利益となる意思決定とならないよう、担当医や家族とも十分に相談し、納得できる選択ができるよう支援していくことが重要である。

## 7. ニュースの読み方、解釈の仕方

ニュースは新規性の高い情報を伝えることを主としているため、同じ医薬品等を取り上げる場合でも、その時期によって有効性にのみ注目される報道がなされたり、安全性・毒性にのみ注目される報道がなされたりすることがある。「夢の新薬」などというキーワードでニュースが提供されている場合には、特に注意が必要である。どのような医薬品、どのような治療法にも必ずリスクや負の側面がある。ニュースは必ずしもそのようなリスクとベネフィットの両面を伝えるものではないことを十分に理解し、患者に伝える必要がある。

### \* チェックポイント

治験（臨床試験）はプラセボ対照試験とは限らない。また、治験は厚生労働省に提出する書類を作成するためだけに行われるわけではなく、有効性・安全性に関する情報が足りないために行われるという視点を持つことが必要である。新たに開発された治療の候補・医薬品の候補を有効性や安全性に関する情報が蓄積されない状況、特に被験者の安全性確保のための仕組みが講じられていない状況でやみくもに使用することは、患者に対して健康被害をもたらす可能性があるために、倫理性・科学性の両面からルールに則った治験や臨床試験が行われる。

相談者（クライアント）が「治験」「臨床試験」という言葉をどのような意味で使っているか、誤解していないか、話をよく聴いた上で、情報提供を行う。

### <引用文献>

- ▶ 1：日本臨床腫瘍学会編『新臨床腫瘍学がん薬物療法専門医のために 改訂第3版』南江堂，116 ページ，2012 年。
- ▶ 2：Pocock SJ, Clinical Trials : A Practical Approach, John Wiley & Sons Ltd, (Chichester), 1983. (コントローラー委員会監訳『クリニカルトライアルよりよい臨床試験を志す人たちへ』篠原出版，1・2 ページ，1989 年)

## <参考文献>

- ・ 大橋靖雄・荒川義弘編『臨床試験の進め方』南江堂，2006年。
- ・ John I. Gallin 編，井村裕夫監修，竹内正弘・藤原康弘・渡辺享監訳『NIH 臨床研究の基本と実際』丸善，2004年。
- ・ Mayer M., 患者さんが90年代の米国の動向を振り返り臨床試験の必要性を説いている文献（英語）  
Clinical Trials 3(2):149-153, 2006. (<http://ctj.sagepub.com/cgi/content/abstract/3/2/149>).
- ・ Stephanie Green, Jacqueline Benedetti, John Crowley, 福田治彦他訳『米国SWOGに学ぶがん臨床試験の実践 第2版』医学書院，2013年。

## <サイト>

- ・ がん情報サービス「臨床試験（治験）について」（一般の方向けサイト）  
[治験・臨床試験に関する一般向け解説]  
[http://ganjoho.jp/public/dia\\_tre/clinical\\_trial/index.html](http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/index.html)
- ・ がん情報サービス「国内で行われている臨床試験（治験）の情報」（一般の方向けサイト）  
[国内で公開されている治験・臨床試験に関する情報]  
[http://ganjoho.jp/public/dia\\_tre/clinical\\_trial/ct\\_menu.html](http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/ct_menu.html)
- ・ 独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）「治験関連情報」  
<http://www.pmda.go.jp/operations/shonin/info/chikenkanren.html>
- ・ 厚生労働省「医学研究に関する指針一覧」  
[臨床研究・臨床試験に関する指針など]  
<http://www.mhlw.go.jp/general/seido/kousei/i-kenkyu/index.html>
- ・ 厚生労働省「治験ホームページ」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/chiken/index.html>
- ・ 日本医師会治験促進センター  
[治験に関連する通知、治験に関する一般向け解説など]  
<http://www.jmacct.med.or.jp/index.html>

# 未承認薬

## SUMMARY

### 学習目標

未承認薬を取り巻く社会的な環境や制度に関する基礎的な知識を習得する。さらに、開発段階にあるがんの治療法のうち、とくに医薬品に関する質問に回答する際に注意すべき点を理解する。未承認薬を求める相談には、相談者（クライアント）側が「未承認薬」という表現で指す内容がさまざまであること、および未承認薬を求める動機がさまざまであることを理解し、情報の一方的な押しつけにならないよう、それらを相談時に適切に提供できるようにする。

### 内容

「〇〇というのが、すごくよく効くと聞いたんです。でも主治医に聞いてみたら『未承認であるから、処方できないし、効くかどうかはわからない』と言われたんです。何とか試してみる方法を紹介してくれませんか」という相談者からの相談にあなたはどのように対処すべきか。まずは、どうしてそこまで試してみたいと思っているのかを知ることが重要である。今使用している薬が効かないと思っているとしたら、どういうところで効かないと判断しているのかも知る必要があるであろう。また、相談者が未承認薬という表現でどのような薬を想定しているのか（動物実験での成績しかない薬、海外では承認されているが日本人での使用経験がなく日本で承認されていない薬、日本で承認されているが自分自身のがんに対する適応がない薬など）を確認することも重要である。わらにもすがりたい思いがあることは想像に難くないが、未承認薬について誤った理解を持っていることが原因で現在受けている治療や医師の説明に納得できていない場合には、正しい知識を提供し、場合によっては裏に隠された別の問題を明らかにし、解決に導く必要があるであろう。

## 1. 未承認薬とは何か：

「未承認薬」の定義を確認せずに議論をすることは危険

「未承認薬」という表現を使う場合に、話をする人によって想定しているものが異なる。これらの区別をつけずに話をする、伝えなければならない事項を誤って選択してしまうことになる。それぞれの区分によって、未知の危険性の程度も異なる。



- 世界中のどの国でも承認されていない開発途中にある医薬品の候補で、人を対象とした臨床試験も基礎研究も十分に行われていないもの  
⇒ 有効性・安全性の根拠がない治療法
- 世界中のどの国でも承認されていない開発途中にある医薬品の候補で、人を対象とした臨床試験を行う前段階の基礎研究の結果に基づき、効果が期待されているもの  
⇒ 人に使った場合の有効性・安全性が確認されていない治療法
- 世界中のどの国でも承認されていない開発途中にある医薬品の候補で、人を対象とした臨床試験を実施中のもの  
⇒ 人に使った場合の有効性・安全性を確認している途中にある治療法
- 外国（米国や欧州）で承認されているが、日本では薬事法上の承認がないもの  
⇒ 日本人や日本の医療環境における有効性・安全性がまだ評価されていない、あるいは一定の評価はされているが厚生労働省がその医薬品の製造・販売を認めていない治療法
- 日本でも薬事法上の承認を得て流通してはいるものの、別の疾患に対する承認しかないために治療に用いることができないもの  
⇒ 別の疾患での日本人や日本の医療環境における有効性・安全性は評価されているものの、ある疾患に関して有効性・安全性がまだ評価されていない、あるいは一定の評価はされているが厚生労働省がそのある疾患を対象として医薬品の製造・販売を認めていない治療法

## 2. 「未承認薬」を求める動機

未承認薬を求める動機には以下のようなものがあげられる。

- 本当は有効性も安全性も確認されていない治療法であるにもかかわらず、当該治療法に関してどの程度の有効性・安全性の評価がなされているかを知らずに、（誤って）効く薬が使えないと思い込んでいるケース
- 未承認薬とは、有効性・安全性が確認されていない開発途中の治療法であることは理解した上で、合理的な期待が持てなくとも、わらにもすがる思いでその医薬品候補を使いたいと考えているケース
- 未承認薬とは、有効性・安全性が確認されていない開発途中の治療法であること、およびそのリスク・ベネフィット（利益）を十分に理解して、合理的な期待が持てるから治験（臨床試験）下、あるいは治験（臨床試験）に準じる環境でその医薬品候補を使いたいと考えているケース

一番上のケースに、未承認薬とはどのようなものであるかを伝えずに、形式的にその未承認薬に関する情報を提供した場合、意図したとおりの治療効果が得られなかった場合や、予期しない副作用で苦しんだ場合に情報を提供された側（患者・患者を支える人々）が「こんなはずではなかった」と苦しむ可能性がある。

日本、米国、欧州、その他のどのような国が承認したものであっても、医薬品には必ずリスクが伴うが、これに医療関係者ではない人々の理解を得ることは非常に難しい。国による承認に至っていない「未承認薬」はなおさらリスクがあるが、これを伝えること・理解を得ることがさらに難しいことを十分に認識しておくことが重要である。

### 3. 医薬品の製造・販売と保険の関係

薬事法上の承認の有無と保険適用の可否とは本来異なる次元の問題である。例えば、世界の標準治療と呼ばれるがんの多剤併用療法のうち、米国 FDA では承認されていない。1例をあげると、膀胱がんに対して標準的に用いられる MVAC 療法（メトトレキサート、ビンブラスチン、ドキソルビシン、シスプラチンを組み合わせた治療法）に用いられる4つの抗がん剤のうち、米国 FDA が膀胱がんの適応を承認しているのは2剤のみである。米国に限らず欧米各国も同様に4剤中1剤か2剤の承認のみにとどまっている。逆に、この4つの抗がん剤全てに対して膀胱がん薬事法上の承認を与えているのは世界中で日本のみであった（2004年時点）。これは1例だが類似の状況は多々生じている。

日本では薬事法上の承認の有無と保険適用の可否とがほぼ1対1に対応しているため、薬事法上の承認のない適応に関して保険が使えないというケースが発生することがある。ただし、日本においても、実態として適応外使用が黙認されているケースもある。例えば、小児領域で用いられる医薬品の多くで、薬事法上の承認がない（あるいは薬事法上の承認範囲に含まれるのか否かが明確でない）いわゆる「適応外使用」が行われている。この件については、米国でも薬事当局である FDA からの承認がない使用法に関する off-label use が公的保険制度下で困難であったことが日本と同様に問題視され、1990年代中ごろ以降、対策がとられてきた。

国内でどのような適応に対しても承認されていない医薬品と、一部の適応に対しては承認されている医薬品とを同列に扱うことは危険である。医薬品を使う場合に注意しなければならないこと、医薬品に関する情報提供をする際に注意しなければならないことが、日本での使用経験がまったくない場合と、そうでない場合とで異なるためである。

### 4. 医薬品の開発の実態

新しく見いだされた薬のほとんどは効かない、効いても安全性に問題があつて使えないなどという理由から臨床現場に出てこない。第Ⅰ相試験として人を対象とした試験が行われるようになった薬のうち、20に1つくらいしか薬として世に出てこない。基礎研究で発見された薬の候補のうち本当に薬として使えるものは1万に1つ程度といわれている（「臨床試験」の項 p113 参照）。

### 5. ニュースの読み方、解釈の仕方

新聞、雑誌、テレビ等で紹介される新しい医薬品（候補）の情報は、提供できる情報量に限りがあることから、リスクのみ、あるいはベネフィットのみの偏った情報であったり、対象となる患者の状態の説明があいまいであったりすることに注意が必要である。

このような情報に接した患者が、主治医は勉強不足で新しい治療法について知らないと感じることもあり得るが、その場合、

- 真に主治医が勉強不足で十分な情報を持っていないケース

- 主治医は新しい治療法について知識を持っているが、その患者には適切でないから使用しないケース

これらのいずれであるのかは、患者の側からは通常は判断できない。しかし、新聞、雑誌、テレビ等の影響は大きく、また、信頼されていることから、前者であると誤解してしまい、主治医に対する不信感を持つ可能性がある。

新聞、雑誌、テレビ等は医療・医学に関する情報を提供することや、受け手の医学知識を向上させることを専門としているわけではないこと、ニュースを伝えることがその役割の多くを占めていることに注意が必要である。これは、ニュースにならない情報は一般の人々に伝わりにくいということでもあり、基礎研究の結果、有望な新薬の候補とニュースになった医薬品候補が、その後の臨床試験で効き目がない・毒性が強いなどの理由で開発中止になっても、そのことは一般の人々には伝わらない（開発中の薬が「効くかもしれない」という情報はニュースになり得ても、ほとんどの薬が開発に失敗する現状にあれば、開発中の薬が効かなかったことはニュースになりにくい）。このような、情報が流通する際のバイアス（傾向）、あるいは全体像の把握を難しくしてしまう偏った情報のみに注目してしまいがちであることに注意する必要がある。

リスク・ベネフィットのバランスのとり方は、国により、文化により異なる。海外ですばらしいといわれている医薬品が、日本では厚生労働省から承認されても、世間一般の人からは毒性が強くて良くない医薬品であると批判的に評価されることもある。また、米国で承認されたがんの医薬品が、欧州ではリスク・ベネフィットのバランスが悪いため承認されない等ということもある。

## 6. 未承認薬を使用する際の注意点

未承認薬のうち、海外で承認されているものの日本では承認されていない医薬品の場合は、一定の手続きを経て個人輸入をするなどして使用することは可能である。ただし、基本は治験下での使用が大前提である。

開発途中にある医薬品や承認された直後の医薬品には未知の副作用等が起きる危険性が高いが、仮にこのような問題が生じた場合であっても、治験であれば企業等からこのような情報が提供される。一方、個人輸入等で使用している場合、このような情報から隔離された状況で使用されることになる。

海外で承認されている医薬品を個人輸入して使用できる日本の制度は、米国に比して規制が緩い制度である。米国ではこのような輸入は原則として認められていない一方、日本は手続きに煩雑さがあるとの指摘はあるものの原則認められている。

日本では治験（医師主導治験を含む）や先進医療 B として実施される（研究者／医師が実施する）臨床試験の場合には、保険外併用療養費制度が適用となるが、それ以外の臨床試験や日常診療下での使用の場合、保険診療上の問題が生じ得る。ただし米国においても臨床試験に参加する場合に、公的保険・民間保険を問わず、保険診療外の自費診療になってしまうという状況が問題視され、現状では、公的保険制度の対象者では一定の条件を満たす臨床試験の場合は保険診療下で試験に参加でき、民間保険加入者の場合も（全てではないが）保険診療下で試験に参加できる場合がある。

以上のように、日本の制度、米国の制度、いずれにも一長一短がある。日本の制度の場合は患者が治療法を選択する自由度が高い一方でリスクを個人として受け入れる必要がある。

## \* チェックポイント

未承認薬に関する情報を提供する前に、まずは立ち止まって上記の点を確認しよう。相談者の話をよく聴き、その人が「未承認薬」という表現で何を指しているのか、「未承認薬を使いたい」という表現の裏に、どのような理解・動機があるのかをきちんとアセスメントすることが重要である。

## <サイト>

- ・ がん情報サービス「国内未承認薬に関する情報」（医療関係者向けサイト）  
[薬剤名称の50音順リスト]  
[http://ganjoho.jp/professional/med\\_info/drug/index.html](http://ganjoho.jp/professional/med_info/drug/index.html)  
[がんの領域疾患別リスト]  
[http://ganjoho.jp/professional/med\\_info/drug/index2.html](http://ganjoho.jp/professional/med_info/drug/index2.html)  
[開発状況別リスト]  
[http://ganjoho.jp/professional/med\\_info/drug/index3.html](http://ganjoho.jp/professional/med_info/drug/index3.html)
- ・ がん情報サービス「臨床試験（治験）について」（一般の方向けサイト）  
[治験・臨床試験に関する一般向け解説]  
[http://ganjoho.jp/public/dia\\_tre/clinical\\_trial/index.html](http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/index.html)
- ・ がん情報サービス「国内で行われている臨床試験（治験）の情報」（一般の方向けサイト）  
[国内で公開されている治験・臨床試験に関する情報]  
[http://ganjoho.jp/public/dia\\_tre/clinical\\_trial/ct\\_menu.html](http://ganjoho.jp/public/dia_tre/clinical_trial/ct_menu.html)
- ・ 厚生労働省「医薬品の個人輸入に関する注意喚起について」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/iyaku/kojinyunyu/050609-1.html>
- ・ 厚生労働省「医薬品等を海外から購入しようとする方へ」  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/0104/tp0401-1.html>

# アスベストによる 肺がんおよび中皮腫と法律・制度

## SUMMARY

### 学習目標

アスベスト（石綿）による肺がんおよび中皮腫に関する基本的な知識を修得し、それらを相談時に提供することができるようにする。医学的な側面と、法律・制度について理解することが重要である。

### 内容

アスベストによる健康被害は潜伏期が長いために、これまでの社会状況から、リスクの曝露に対して十分に認識されない状況が続いてきた。近年、マスコミ等でもアスベストがとり上げられる機会も増え、存在は徐々に知られてきたが、知っていても相対的にまれな疾患であるため、情報が偏在しているのが現状である。アスベストによるがんが疑われる相談者（クライアント）が訪れた場合には、アスベスト専門外来など適切な医療機関に結びつけること、自覚症状がなくても曝露の可能性が高い場合には検診につなげることが重要である。また、補償、救済制度についての情報提供のニーズも高く、専門の相談窓口につなぐ支援が重要である。

## 1. アスベストが原因で発症する疾患とその症状

### 1. アスベストとは

アスベスト（石綿）とは、天然に産する繊維状の鉱物で工業的に利用してきたものの総称である。繊維が極めて細いため、飛散して人が吸入するおそれがある。糸や布に紡ぐことができ、断熱・防音効果に優れる、安価である等の利便性から広く使用され、かつては「奇跡の鉱物」とも呼ばれていた。しかし、アスベストによる疾患の発症が知られるようになり、その潜伏期間の長さから「静かな時限爆弾」と呼ばれるようになっている。

アスベストには大別して「白石綿」「茶石綿」「青石綿」があり、より直線性が強い「青石綿」が最も発がん性が高いことが知られている。アスベストが建築物内などにあること自体が問題なのではなく、飛散すること、吸入することが問題である。

## 2. アスベスト曝露によって発症する疾患

腫瘍性の疾患、非腫瘍性の疾患に大別される。

- (1) 肺がん
- (2) 中皮腫（胸膜中皮腫、腹膜中皮腫、心膜中皮腫など）：肺を取り囲む胸膜、肝臓や胃などの臓器を囲む腹膜、心臓および大血管を覆う心膜等にできる悪性腫瘍
- (3) 石綿肺：肺が線維化して硬くなる病気（肺線維症の1つ）
- (4) 円形無気肺：画像診断において鑑別が必要になる病態
- (5) 胸膜プラーク：主として壁側胸膜に生じる両側性の不規則な白板状の肥厚アスベストを吸った人に特異的な病変
- (6) びまん性胸膜肥厚：アスベストによって胸膜に炎症が起こり、胸膜が癒着して厚くなる病気
- (7) 良性石綿胸水：アスベストによって胸膜に炎症が起こり、胸水が貯留する病気

これらの疾患は初めてアスベストを吸入してから、長い潜伏期（原因から発病するまでの期間）を経て発症することが特徴である。アスベストを吸入してから20～30年間は症状も病気もまったく出ない人が多い。(1)、(2)は悪性の腫瘍性疾患である。

石綿肺、アスベストによる肺がんは曝露量が多い場合にのみ発症すると考えられるが、胸膜プラーク、中皮腫は比較的曝露量が少なくても発症する場合がある。

表 IV-4-1 石綿関連の疾患・病態

|                | 肺            | 胸膜                                |
|----------------|--------------|-----------------------------------|
| 腫瘍性疾患          | 肺がん          | 胸膜中皮腫<br>(腹膜などの中皮腫)               |
| 非腫瘍性疾患<br>(病態) | 石綿肺<br>円形無気肺 | 胸膜プラーク（肥厚斑）<br>びまん性胸膜肥厚<br>良性石綿胸水 |

(平成25年度相談員基礎研修(2)テキストP34 戸島洋一氏講義)

## 3. 症状

疾患に特異的な症状はなく、いずれの疾患でも発病し、ある程度進行するまでは無症状であることが多い。疾患の進行に伴い、呼吸困難、咳、喀痰、胸部圧迫症状、胸痛などが出現してくる。悪性中皮腫、肺がんでは無症状でも進行していることがある。

## 【留意点】

肺がんはアスベストが原因なのか、喫煙など別の原因なのかは判断が難しい。また、アスベストに曝露した人が喫煙をしている場合、肺がんとなる可能性が飛躍的に高くなることが知られている。

中皮腫は、画像所見のみでは診断することはできない。また、細胞診検査や経皮的な組織診を行っても、肺がん（肺腺がん）やびまん性胸膜肥厚との鑑別が困難なことがあり、確定診断のために手術（開胸生検）が必要となることがある。

## 2. アスベストへの曝露が推測される職業と建築物(事務所、店舗、倉庫等)

高濃度のアスベストに曝露する職業として、(1) 石綿紡織製品（石綿糸、石綿布等）の製造作業、(2) 石綿セメントまたはこれを原料として製造される石綿スレート、石綿高压管、石綿円筒などの石綿セメント製品の製造工程における作業、(3) 石綿の吹きつけ作業があげられる。

アスベストを利用した建築物には、(1) 耐火被覆材等として吹き付けアスベスト、(2) 屋根材、壁材、天井材等としてアスベストを含んだセメントなどを板状に固めたスレートボード等が使用されている可能性がある。露出して吹き付けアスベストが使用されている場合、劣化等によりその繊維が飛散するおそれがあり、一般市民が吸入する危険性もある。

吹き付けアスベストは、比較的規模の大きい鉄骨造の建築物の耐火被覆として使用されている場合がほとんどである。板状に固めたスレートボードや、天井裏・壁の内部にある吹き付けアスベストからは、通常の使用状態では、室内に繊維が飛散する可能性は低いと考えられる。アスベストは、防火用材、電気絶縁材料、建築用材、自動車部品と用途が広い。そのため、その他、注意したい職業としては、造船業、倉庫業、港湾労働者、船員、ボイラーマン、断熱・保温・配管業、自動車修理業、鉄道車両修理、ビル建築業（鉄骨・内装等）、一般住宅大工・左官・内装業、ビル解体業、廃棄物処理業、ビルメンテナンス、エレベータ設置・メンテナンス、電気配線業、プラスチック形成などがある。

アスベストによる疾患が疑われる相談については、本人および家族がこれらの職業への従事経験がないか、また該当する工場の近くに居住した時期がないか、丁寧に曝露歴を確認する必要がある。

## 3. 検診の受け方・検査法

### 1. 検診の受け方

各市町村の行う肺がん検診など、胸部 X 線検査を定期的を受け、病気の早期発見、早期治療に努めることが重要である。

特にアスベスト曝露歴があり、呼吸困難、咳、胸痛などの症状がある場合は、近隣の労災病院等の専門医療機関への受診を勧める。

## 2. 検査法

---

問診（職歴、住居歴、症状など）、診察、胸部単純 X 線検査、胸部 CT 検査、呼吸機能検査などを行う。

## 4. 石綿工場周辺の住民など、環境と中皮腫や肺がんの発症との関連性

胸膜プラークや胸膜中皮腫は、比較的低濃度の石綿曝露によっても生じるため、石綿工場周辺住民への近隣曝露が問題となる。環境省は尼崎市、大阪泉南地区、横浜市鶴見地区など全国 7 ヶ所で住民に対する石綿健康リスク調査を行っている。胸膜プラークや胸膜中皮腫が認められた場合、職業歴とともに、居住歴についても詳細に問診する必要がある。一方、石綿肺がんや石綿肺は近隣曝露によって発症することはまずないと考えられる。

石綿工場周辺の住民で心配な場合や石綿工場勤務者の家族で石綿による健康障害が懸念される症状が現れた場合には、近隣の労災病院等の専門医療機関への受診を勧める。

## 5. アスベストに関する相談

アスベストに関する相談は大きく以下の 4 つに整理できる。

- アスベストに曝露したことに対する健康診断について
- アスベストによる健康被害に対する治療について
- アスベストによる健康被害に対する法律・制度について
- アスベストに起因した疾患にかかる心理・社会的問題について

### 【留意点】

相談は当事者・家族のほか、事業主（雇用者）や会社からも寄せられる。内容は、アスベスト曝露防止対策について、労働者（被雇用者）の健康被害に関する健診、治療、労災認定等についての相談・問い合わせも考えられ、相談者の立場・主訴を十分に考慮した上で適切な支援を行うことが重要である。

相談する家族の中には、アスベストによる健康被害で当事者を亡くしている場合もあり、家族の感情、疾患そのものがまれであることから、誰にも心情を吐露できていない場合も多く、そうした心理面への配慮にも留意する。



## 6. アスベストによる健康被害に対する法律・制度

### 1. アスベストによる健康被害に対する制度

---

#### 【健康管理手帳制度】

- 過去にアスベストを取り扱う作業に一定期間以上従事していた、もしくは、健康診断で、一定の所見（両肺野にアスベストによる不整形陰影があり、またはアスベストによる胸膜肥厚があること）が認められる場合には、都道府県労働局に健康管理手帳の申請をすることにより、健康管理手帳が交付される
- 手帳が交付された場合、定期的に無料で健康診断を指定の医療機関で受けることができる
- 所属していた事業所が倒産等により現在存在していなくても、申請可能である
- 窓口は都道府県労働局

#### 【労働者災害補償保険制度（労災保険）】

- 業務上、アスベストを吸入し、それが原因でアスベスト関連疾患にかかったり、死亡したりした場合には、労災認定を受ければ、保険給付の対象となる
- （主な給付）療養補償給付、休業補償給付、障害補償給付、遺族補償給付など
- アスベストによる労災認定は、労働者の死亡から5年を経過すると時効となり、労災保険の対象とならない
- 対象となる疾患は中皮腫、肺がん、石綿肺、びまん性胸膜肥厚、良性石綿胸水の5疾患でそれぞれ認定基準がある
- 窓口は労働基準監督署

#### 【石綿健康被害救済制度】

- 石綿による健康被害救済制度で給付を受けるのは、石綿工場などの近辺に居住していた人（近隣曝露）、石綿を扱う事業場に勤めていた人の家族（家庭内曝露）、労働災害保障制度（労災保険）に加入していなかった自営業者、資料が見つからない等の理由で労災保険の給付を受けられない人などである
- 窓口は、独立行政法人環境再生保全機構、環境省地方環境事務所、保健所（同機構と委託契約を結んでいる場合）
- 指定疾病はアスベストによる中皮腫と肺がん、著しい呼吸機能障害を伴う石綿肺、びまん性胸膜肥厚

## 2. アスベストに関する相談の留意点

アスベストに関する相談では、当事者・家族から「以前、仕事でアスベストを扱っていたが労災になるのか」「肺がんと診断されたが、自宅近隣に石綿工場があった。医療費は保障されるのか」といった、法律・制度適用に関するものが多い。

相談の際には以下の点に留意する。

- 労災認定の基準を熟知する。厚生労働省ホームページを参照のこと
- アスベスト曝露歴確認の要点を理解する
- 「アスベスト曝露によって発症する疾患」にあげられた5疾患以外は原則として労災補償の対象とならないが、アスベスト曝露作業への従事歴および曝露歴の証拠となる医学的所見が認められる事案で、上記5疾患以外の発症があるときは、厚生労働省に照会する
- 平成18年3月に施行された石綿健康被害救済法律は、平成23年8月に改正され、特別遺族給付金の請求期限が延長されるとともに、支給対象が拡大された。改正前の法律では時効により補償の対象とならなかった遺族も給付対象になる場合がある
- 次にあげる相談機関、章末の参考文献、サイトにより、法律・制度の特徴を理解し、あらかじめ最新情報の入手に努める

## 7. アスベストに関する専門相談機関

アスベストに関する相談窓口は、以下のとおりである。紹介に際しては、アスベストに関する相談内容について十分に主訴を聴取し、内容に応じて専門相談機関を紹介、または連携を行い、支援する。

### 【労災病院】

独立行政法人 労働者健康福祉機構

<http://www.rofuku.go.jp/shisetsu/tabid/573/Default.aspx>

### 【石綿健康診断等を実施している機関】

公益社団法人 全国労働衛生団体連合会

<http://www.zeneiren.or.jp/ishiwata/index.html>

### 【産業保険に関する相談窓口「産業保健推進センター」の紹介】

産業保健推進センターおよび産業保健推進連絡事務所一覧

<http://www.rofuku.go.jp/shisetsu/tabid/578/Default.aspx>

## 【労災請求に関する情報提供窓口】

(財) 労災保険情報センター本部・地方事務所

<http://www.rousai-ric.or.jp/Default.aspx>

## 【「健康管理手帳」および労災認定に関する相談窓口】

都道府県労働局

<http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shozaiannai/roudoukyoku/index.html>

労働基準監督署

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/location.html>

## 【「石綿による健康被害の救済に関する法律」の給付について】

独立行政法人 環境再生保全機構 石綿健康被害救済部

フリーダイヤル 0120-389-931 (平日 9:00 ~ 17:30)

<http://www.erca.go.jp/asbestos/>

## <参考文献>

- ・ 天海三郎著『アスベスト（石綿）障害の補償と救済がわかる本』PHP 研究所，2006 年。
- ・ 亀井敏昭・三浦溥太郎・井内康輝・森永謙二・石川雄一著『アスベストと中皮腫』篠原出版新社，2007 年。
- ・ 国政情報センター編『一目でわかる！アスベスト新法〈Q&A 編〉—石綿による健康被害の救済に関する法律』国政情報センター，2006 年。
- ・ 森永謙二著『石綿関連疾患—予防・診断・労災補償（産業保険ハンドブック） 第4版』産業医学振興財団，2006 年。
- ・ 森永謙二著『アスベスト汚染と健康被害 第2版』日本評論社，2006 年。
- ・ 労災保険情報センター『改正石綿の労災認定のしくみ—新認定基準に対応』（RIC 労災保険シリーズ3）労災保険情報センター，2006 年。
- ・ 労働者健康福祉機構監修，岸本 卓巳編『アスベスト関連疾患 早期発見・診断の手引—中皮腫の早期発見率の向上をめざして』日本労務研究会，2008 年。
- ・ 労働者健康福祉機構編『アスベスト関連疾患日常診療ガイド—アスベスト関連疾患を見逃さないために』労働調査会，2006 年。

## <サイト>

- ・ 厚生労働省発表（平成 18 年 11 月 2 日）「石綿ばく露歴把握のための手引」について  
[http://www.jaish.gr.jp/information/mhlw/sekimen/h18\\_tebiki.html](http://www.jaish.gr.jp/information/mhlw/sekimen/h18_tebiki.html)
- ・ 厚生労働省「アスベスト（石綿）情報」  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/sekimen/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/sekimen/index.html)
- ・ 東京都環境局「東京都アスベスト情報サイト」（各地方自治体にも同様の情報あり）  
[http://www.kankyo.metro.tokyo.jp/air/air\\_pollution/asbestos/index.html](http://www.kankyo.metro.tokyo.jp/air/air_pollution/asbestos/index.html)
- ・ 環境省「石綿（アスベスト）問題への取り組みをご案内します」  
<http://www.env.go.jp/air/asbestos/>
- ・ 社団法人 日本石綿協会  
<http://www.jati.or.jp/>

# HTLV-1 感染関連疾患

## SUMMARY

### 学習目標

HTLV-1 (Human T-cell Leukemia virus type I: ヒト T 細胞白血病ウイルス I 型) の感染とそれに起因する ATL (Adult T-cell leukemia: 成人 T 細胞白血病・リンパ腫) に関する基礎的な知識を身につける。

HTLV-1 に関する相談対応時に活用できる情報源を知り、適切に活用できるようになる。

### 内容

がん相談支援センターの業務として、平成20年3月のがん診療連携拠点病院の指定要件に「HTLV-1 関連疾患である ATL に関する医療相談」が新たに加えられた。日本国内における HTLV-1 キャリアの分布は、九州、沖縄地方に多いとされてきたが、近年、若者を中心とした大都市への人口の流入から、大都市、特に首都圏への HTLV-1 キャリアの拡散が起きていることが明らかになり、そのための総合対策も国家プロジェクトとして開始されている。がん専門相談員は、HTLV-1 に関する基本的な知識を身につけるとともに、HTLV-1 関連疾患を持つ人の不安や懸念事項を理解し、相談者（クライアント）が適切な情報を活用することができるように支援する必要がある。

## 1. HTLV-1 とは何か

HTLV-1 は Human T-cell leukemia virus type I の略語であり、日本語ではヒト T 細胞白血病ウイルス I 型と呼んでいる。このウイルスは「4. HTLV-1 が原因で発症する疾患とその症状」(p133) で述べるいくつかの疾患の原因ウイルスである点で重要である。HTLV-1 はレトロウイルス科に属し、遺伝情報を RNA の形で持っており、宿主に感染すると逆転写酵素の働きで DNA に翻訳され標的細胞の染色体 DNA に組み込まれる。このような感染細胞の形でこのウイルスは宿主の体内に生涯存在するが、大多数の感染者は生涯にわたって、ただ感染細胞が体内にいるというだけで無症状である。このような、感染はしているが無症状の人のことを無症候性キャリアという。日本は世界的に見て HTLV-1 感染者が多い地域であり、2007 年の厚生労働科学研究山口班の全国調査では、日本全国の HTLV-1 キャリア数は約 108 万人と推定された。日本国内における HTLV-1 キャリアの分布には大きな偏りがあり九州、沖縄地方に多く、1988 年の全国調査では半数強が九州、沖縄地区に在住していた。この九州・沖縄に多いということが強調されすぎているきらいがあり、それ以外にも四国の太平洋側から豊後水道沿岸、紀伊半島沿岸部、伊豆、東北地方の特に三陸地方沿岸部、北海道の一部などが HTLV-1 キャリアの多い高浸淫地域 (endemic area)

として知られている。

今回の2007年の全国調査で目立った傾向はHTLV-1キャリアの分布の大都市、特に首都圏への拡散という現象である。1988年の調査で日本全国の10.8%を占めるにすぎなかった関東地区在住HTLV-1キャリアが2007年の調査では全国の17.3%と大きく比率を上げ、中部地区、近畿地区も同様の傾向にあった。これはこれまでHTLV-1キャリアが多いとされていた地域がいわゆる地方であり、若者を中心に大都市に移住している人口の流れから当然予測されることであり、これらの移住者の次の世代は大都市出身のキャリアになる。平成22年からHTLV-1総合対策が開始されたが、その背景の1つは、HTLV-1キャリア、関連疾患患者への対応はもはや疾患の流行地域 endemic area のみの問題ではなく、全国的な問題であるという認識である。

## 2. HTLV-1 と感染

HTLV-1の感染経路は主に2つで、1つは母乳を介した母子感染、もう1つは性交渉による感染である。かつては輸血による感染という第3の感染ルートがあったが、1986年以降日赤血液センターで献血血液の抗HTLV-1抗体のチェックが開始され、それ以降の輸血による感染はなくなった。日本のHTLV-1キャリアのうち60～70%は母子感染、20～30%程度が性感染と推定されている。

主要な感染ルートである母子感染は、長崎県における疫学研究などにより母乳を介したものが主であることが明らかになっている。すなわち、HTLV-1キャリアの母が通常どおり母乳哺育をした場合の児のHTLV-1キャリア化率が約20%であるのに対して、完全人工栄養（断乳）で哺乳した場合の感染率は3%程度で有意に低い。一方、まったく授乳をしなくても感染率が0ではないことから母乳以外の母子間感染のルートが存在することになる。産道感染などいくつかの可能性が考えられるが、現時点では明らかではない。母乳を介した感染の予防（リスクを下げる）のためにとられる方法として、断乳のほかに短期授乳と凍結母乳法がある。短期授乳は母乳の授乳を3ヵ月までとし、それ以降を人工乳に切り替える方法であり、これまでの疫学調査データを集計すると、母乳の授乳期間を3ヵ月以内にした場合、児の感染率は断乳とほぼ同じで3%以下のデータが得られている。凍結母乳は母乳を搾乳し、家庭用冷凍冷蔵庫で24時間以上凍結後解凍して児に与える方法で、理論的には感染リンパ球が破壊されて感染が防げると考えられる。これまでの小規模な研究では、完全断乳と感染率は変わらないというデータが得られている。いずれの方法もデータが少ないので感染率のデータは信頼性にやや劣るとされており、現在厚生労働科学研究板橋班において検証がなされている。短期授乳の場合、途中で母乳から人工乳に切り替えるための手順、それに伴う困難、凍結母乳の場合の搾乳など必要な処置のことなど、授乳婦の対応に慣れた専門家からのサポートは必須であり、上記の感染率のデータだけがひとり歩きしないように配慮する必要がある。

2011年から、公費負担による全妊婦の抗HTLV-1抗体検査が始まっている。通常粒子凝集法（PA法）または化学発光法（CLEIA法など）でスクリーニングが行われるが、これらには少数であるが偽陽性があり、特に真の陽性者が多くない非浸淫地域においては、スクリーニング陽性者の中で偽陽性が占める割合が高くなるので、必ず確認検査を行うことが求められている。確認検査としてはウエスタンブロット法が行われる。しかし、ウエスタンブロットまで施行しても判定保留となるケースも少なからずあり、これらのケースにどう対応すべきか、PCR法などの新しい対応が検討されている。

もう1つの感染ルートである性感染については男性から女性への感染のほうが起こりやすいと考えられているが、女性から男性への感染例も報告されている。コンドームを使用することで感染は防げると考え

られるが、性感染例は成人 T 細胞白血病・リンパ腫（ATL）を発症しないと考えられており、現在積極的に HTLV-1 の性感染を防ぐ対策はとられていない。

### 3. HTLV-1 キャリアの日常生活管理

HTLV-1 キャリアの日常生活管理として2つの視点から考える必要がある。すなわち、ATLを発症しないために気をつけること、および感染症としてHTLV-1 ウイルスを他人に感染させないために気をつけることということであるが、結論からいえばどちらも特別なものはない。生活習慣上、特にATL発症と相関が示されているものではなく、発症リスクを下げるために行うべきこと、避けるべきことは特になし。必ずしも定期的に医療機関にかかる必要性もない。急性型、リンパ腫型（「4. HTLV-1 が原因で発症する疾患とその症状」p133 参照）など典型的なATLは比較的急激な発症をするため、年に1～2回程度の定期受診は早期発見につながらず、むしろ症状が出たときにきちんと受診するよう指導することのほうが重要である。感染予防という観点でも、HTLV-1 キャリアの体内にウイルス粒子そのものは事実上存在せず、ましてキャリアからウイルス粒子そのものが出てくることはない。感染ルートは事実上授乳と性交渉のみであり、それ以外、例えば風呂で感染しないかとか、食器を介して感染しないか等の質問が出ることもあるが、もちろん感染しない。性感染については「2. HTLV-1 と感染」（p132）でも述べたようにコンドームの使用により防ぐことができると考えられるが、一方性感染はATL発症の原因にならないと考えられており、積極的な介入は行われていない。

HTLV-1 キャリアからの相談対応の1つのポイントは、これまでの生活を何ら変える必要はないと納得し、安心して生活できるように導くことである。

### 4. HTLV-1 が原因で発症する疾患とその症状

HTLV-1 感染が原因と確実に証明されている疾患は、成人 T 細胞白血病・リンパ腫（Adult T-cell leukemia: ATL）、HTLV-1 関連脊髄症（HTLV-1 associated myelopathy: HAM）、HTLV-1 ぶどう膜炎（HTLV-1 uveitis: HU）の3つである。このうちHAMは胸髄レベル中心に脊髄にHTLV-1 感染細胞が浸潤し炎症を起こすことで主に下肢の痙性対麻痺を起こす疾患で、HUはHTLV-1 感染者に見られるぶどう膜炎であるが、詳細は本稿では割愛する。

ATLはHTLV-1 感染細胞の腫瘍化であるが、ウイルスが直接的に腫瘍化を引き起こすわけではなく、感染細胞に遺伝子変異が蓄積して発症する。したがって、感染してから発症するまでにはかなりの長期間を要し、2009年の前記山口班の調査では患者年齢中央値は67歳であり、40歳以前での発症は非常にまれである。年間の発症数は1,100人程度と推定されている。発症するのはキャリア全体の5%程度とされているが、男性のほうが女性より発症率が高い。ATLは下山分類と呼ばれる分類により、くすぶり型、慢性型、リンパ腫型、急性型の4つの病型に分けられる。後の2つは急激な経過をとり、一般に診断と同時に直ちに治療が必要な病型でATL全体の約80%を占める代表的な病型である。初発時の症状として頻度が高いのは全身リンパ節腫脹、皮疹、発熱、（高カルシウム血症による）嘔気、意識障害などである。皮疹は結節腫瘍型などが多いが、あらゆるタイプの皮膚病変があり得る。治療としては多剤併用化学療法による強力な治療の対象となる。現在最も成績が良いとされ、標準療法になっているのはJCOGによるmLSG15

療法であるが、それでも生存期間中央値は13ヵ月、3年生存率24%と決して好ましい治療成績は得られていない。適応のあるケースでは造血細胞移植が試みられる。ATLは比較的高齢者に多い疾患であり、通常の移植の対象とならない55歳以上の場合は、骨髄非破壊的移植（ミニ移植）が行われる。前の2つの病型は比較的ゆっくりした経過をとる。診断時、末梢血中異常リンパ球増加、白血球数増加など、検査異常のみで本人の自覚症状がないケースが多く、あっても皮膚症状のみというケースが多い。最終的には急性転化するケースがほとんどであるが、それまでは無治療で経過を診るのが標準である。ただし、これらの病型の診断後生存期間中央値は4.1年と決して良好ではないため、新しい治療戦略が求められている。

ATLの治療方針を考える上で重要なことは、施設によって治療方針が非常にばらつくのが現状であるということである。2011年厚生労働科学研究渡邊班で行われた全国実態調査では、例えば急性型ATLを95%の血液内科施設が造血細胞移植の対象としているが、対象年齢上限は45歳から75歳まで非常にばらつき、受診した医療機関によって移植対象になったりならなかったりということが起こり得る。ほかの治療方針があり得ないか、情報を集めることも重要と考えられる。

## 5. 活用できる社会資源・情報源

HTLV-1の感染と、それに起因する疾患群への対策に総合的に取り組むため、わが国では平成22年9月に内閣総理大臣の指示により、「HTLV-1特命チーム」が設けられた。ここで、患者や専門家を交えた検討が行われ、「HTLV-1総合対策」が取りまとめられた。詳しくは厚生労働省の下記のページに掲載されている。

- HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）に関する情報  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou29/>

このサイトには、HTLV-1について相談できる施設や医療機関の検索やHTLV-1に関するQ&Aや、HTLV-1とHTLV-1によって起こる病気についての詳しい情報に関するポータルサイトとして情報が集められているほか、HTLV-1情報サービスサイト（運営：厚生労働省科学研究費補助金 がん臨床研究事業「HTLV-1キャリア・ATL患者に対する相談機能の強化と正しい知識の普及の促進」班）が開設されている。

さらに、医療関係者や支援に携わる人向けの手引きやマニュアル、患者や家族向けの冊子「HAMと診断された患者さまへ」「成人T細胞白血病の治療を受ける患者さん・ご家族へ」も用意されている。

### <引用文献>

- ・ 厚生労働科学研究費補助金新興・再興感染症研究事業「本邦におけるHTLV-1感染及び関連疾患の実態調査と総合対策」（研究代表者 山口一成）平成20年度研究総括報告書
- ・ 同上 平成21年度総括研究報告書
- ・ Tsukasaki K et al., VCAP-AMP-VECP compared with biweekly CHOP for adult T-cell leukemia-lymphoma: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG9801. J Clin Oncol. 2007;25: 5458-5464.



- ・ Takasaki Y et al., Long-term study of indolent adult T-cell leukemia-lymphoma. Blood 2010; 115: 4337-4343.

## <参考文献>

### 総合的テキスト

- ・ 渡邊俊樹・上平憲・山口一成編『HTLV-1 と疾患』文光堂，2007年。

### 指導者用手引

- ・ 厚生労働科学研究『本邦における HTLV-1 関連疾患の実態調査と総合対策』（研究代表者：山口一成）「HTLV-1 キャリア指導の手引」

### キャリア、患者用パンフレット

- ・ 厚生労働科学研究補助金 HTLV-1 関連研究班合同委員会『よくわかるくわしくわかる HTLV-1』
- ・ 厚生労働科学研究『成人 T 細胞白血病のがん幹細胞の同定とそれを標的とした革新的予防・診断・治療法の確立』（研究代表者：渡邊俊樹）「成人 T 細胞白血病の治療を受ける患者さん・ご家族へ」

### 母子感染予防に関連して

- ・ 厚生労働科学特別研究事業『HTLV-1 の母子感染予防に関する研究』報告書（改訂版）（研究代表者：齋藤滋）「HTLV-1 母子感染予防対策 医師向け手引き」
- ・ 厚生労働科学特別研究事業『ヒト T 細胞白血病ウイルス - 1 型 (HTLV-1) 母子感染予防のための保健指導の標準化に関する研究』（研究代表者：森内浩幸）「HTLV-1 母子感染予防対策 保健指導マニュアル」

## <サイト>

- ・ 「HTLV-1 情報サービス」  
<http://www.htlv1joho.org/>
- ・ 厚生労働省「HTLV-1 について」  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou19/htlv-1.html>

# がん登録

## SUMMARY

### 学習目標

「地域がん登録」「院内がん登録」「臓器がん登録」の3つのがん登録と、平成25年12月に法制化された「全国がん登録」の概要を理解する。また、がん登録の活用方法やがん登録についての患者や家族、住民からの問い合わせに対応できるようになる。

### 内容

がん登録とは一定の範囲のがんの情報を患者の基礎情報とともにデータベース化しておく仕組みのことである。平成26年1月現在、がん登録といわれる場合、「地域がん登録」「院内がん登録」「臓器がん登録」の3つがあげられる。

2007年のがん対策基本法成立以後、がん対策の動きは活発化してきた一方で、日本には、がん患者数を把握する仕組みが整っておらず、長年の懸案事項となっていた。こうしたがんに関する基礎情報を整備する必要性から、「がん登録推進法」が平成25年12月に成立し、これに従って今後体制整備が進むことになる。

院内がん登録や一部の臓器がん登録では、施設ごとの部位別登録数情報を報告書などで見ることができ、相談の内容によってはこれらの統計情報が活用可能である。3つのがん登録について理解を深めるとともに、がん登録でわかること、わからないことを知り、また、どのような統計情報が、患者や家族の相談対応に活用できるかを知っておくことは、相談者（クライアント）に適切に情報提供するためにも重要である。

## 1. がん登録とは

がん登録とは一定の範囲のがんの情報を患者の基礎情報とともにデータベース化しておく仕組みをいう。わが国には「地域がん登録」「院内がん登録」「臓器がん登録」という3種類のがん登録があり、それぞれの特徴がある。以下にそれぞれについて説明する。また、一般に「がん登録」という場合、政府関係者や都道府県の健康政策担当者は地域がん登録を思い、医師や学会などは臓器がん登録のことを考え、また、がん診療連携拠点病院という文脈では、院内がん登録を指すことが多いため、区別には注意が必要である。

## 1. 地域がん登録

---

地域がん登録は各都道府県によって運営されており、その都道府県で発生（診断）されたがんを全て登録（「悉皆登録」という）することで、がんの発生数や罹患率、生存率といった統計を作成することを目的としている。項目は「標準登録票項目」と呼ばれる 25 項目を基本としているが、標準化がなされていない地域では、独自の項目を使っている。標準項目では、発見経緯、がんの部位、組織型、進展度、治療法などが収集されている。進展度とは、地域がん登録に独自に定めた「上皮内」「限局」「所属リンパ節転移」「隣接臓器浸潤」「遠隔転移」といった分類であるため、通常の医療現場で扱うものとは異なることに注意しなければならない。

他の 2 つのがん登録と異なり、都道府県の個人情報保護条例などの規定に沿った措置を講じることで患者の個人情報を扱っており、重複登録を検出して防ぐことができるのが大きな特徴である。また、同じく人口動態統計に基づく死亡情報、さらには市区町村役場が管理する住民票と照合して、登録症例の予後情報を保持している。しかしながら、他の都道府県の医療施設での受療患者の診断情報の入手には限界があり、個別に協定を結んで情報交換を行っている県もある。

平成 26 年 1 月現在、医療機関に法的な登録への報告義務はなく、自主的な協力によって成り立っているため登録率が課題である。分母が不明であるため登録率を直接求めるのは不可能であるが、代替指標として、死亡診断書から初めてがんと認知されて登録される Death Certificate Notification (DCN)、および、そこから医療機関に問い合わせをして情報収集し登録する症例を除き、死亡情報のみの登録である Death Certificate Only (DCO) の症例の割合があげられる。DCO の割合は一般に 10% 未満が、国際的に良好な登録率とされているが、後述の国立がん研究センターで集計された「全国がん罹患モニタリング集計」2008 年症例の集計に算入された 34 道府県では、この条件を満たしているのは、9 県だけであり、平均 18.5% の DCO が存在する。しかし、院内がん登録の整備や、DPC の調整係数の算出基準に「地域がん登録への届出を行っているか」が含められたことから、登録率は今後向上していくことが期待されている。また、法的に届出を医療機関に義務化する運動もあり、今後状況が変わるかもしれない。

厚生労働省第 3 次対がん総合戦略研究事業「がん罹患・死亡動向の実態把握に関する研究」班（研究代表者：祖父江友孝）では、全国がん罹患モニタリング集計（Monitoring Cancer Incidence in Japan、MCIJ）を行っており、各都道府県の集計を定期的にまとめている。ここでは提出データから一定の精度条件を満たした地域の罹患数などをもとに、全国データの推計を行うとともに、県ごとの罹患数・率や生存率を算出している。わが国においてがんの発生数などの統計値はこの値をもとにしている。もっとも上記のとおり、データの精度が各県で異なることから、そのまま他県と比較するには注意が必要であるとされている。

平成 25 年 12 月に「がん登録推進法」が成立したことにより、今後、早ければ平成 28 年 1 月より、地域がん登録は「全国がん登録」として一元化される。全国の医療機関は原則がんの届け出が義務化され、今後はより網羅的にがんの発生が捕捉され、正確な統計が可能になる。また、法的にデータの利用についても制度化され、データに基づくがん対策が可能になることが期待されている。

## 2. 院内がん登録

---

それぞれの施設が病院で判明したがんを全て登録するのが院内がん登録である。全国のがん診療連携拠点病院(以下、拠点病院)ではその指定要件として、(1)院内がん登録を行うこと、(2)国立がん研究センターの行う初級実務者研修を終了した者1名以上を配備すること、(3)国立がん研究センターにデータを提出すること、が定められており、拠点病院では義務化されているといえる。また、国に指定されている拠点病院以外でも、県の定める拠点病院に準ずる施設などでもデータの収集を始めている施設も増加しつつある。

項目は標準項目として49項目が定められており、発見経緯、来院径路とともにがんの部位、組織型などがICD-O-3でコードされるとともに、主要な5がん(胃・大腸・肺・乳腺・肝臓)については国際分類(UICC)による治療前・病理病期や初回治療の情報が収集されている。このUICCの病期分類は、わが国の臨床現場で使用されている「癌取り扱い規約」による分類とは微妙に異なるものであるが、多くのがんで「癌取り扱い規約」の内容も改訂されUICCに近いものとなってきている。登録項目は全てのがんで共通のため、治療情報は「外科手術」「化学療法」「内視鏡」といった大きな分類のみであり、また、自施設で行われた初回治療、つまり、診断時に計画され、自施設で行われた治療のみであり、自施設で手術をした後、他施設で放射線治療を行った場合には、手術のみがコードされる。また、手術の結果によって予定外の化学療法が追加された場合なども、化学療法はコードされないというルールを採用していることに注意が必要である。

予後情報については、今後収集することが予定されているものの、漏れなく予後情報を収集するためには、住民票照会などの役場照会が必要となり、施設では大きな負担となることが予想される。そのため、具体的な方策については平成26年1月現在未定である。

上述のとおり、国立がん研究センターで全国のデータを集計することが定められており、2007年症例より集計が毎年発表されている。2011年症例については全国395施設58万件のがん症例が国立がん研究センターに収集され、一部項目については施設別のデータが公表された。一方で収集されたデータは全て匿名化された後のデータであり、同一の患者が2つ以上の拠点病院を受診した場合には、複数症例として登録されている可能性も否定できないため、今後の検証が必要である。

## 3. 臓器がん登録

---

各臓器の学会が独自に運営しているがん登録を総称して「臓器がん登録」という。1960年台に胃がんで始まり、他のがんにも広がった。それぞれの登録を「胃癌登録」「乳癌登録」などとしており、総称としての「臓器がん登録」という言葉はあまり浸透しておらず、一部に「学会がん登録」と呼ぶ向きもある。学会ごとの独自の運営であることから、項目もそれぞれのがん種の実情に合わせて各運営主体が決定しており、ステージと治療内容、予後のみといった限定した臓器から、術前腫瘍マーカーの値や併存症、術式などまで詳細にデータを収集するものまでさまざまである。また、項目の改訂もそれぞれのタイミングで行われている。

学会の自主的な登録という位置づけにより、現場の医師が登録をしていることが多いが、協力の得られた施設のみの登録であり、カバー率も特に数の多いがんについてあまり高くないことが多い。また、個人

情報保護の機運が高まった時期に登録が一時的に中断した登録も多い。現在は匿名化することで個人情報の問題を解決し、ほとんどの登録が再開している。また院内がん登録と同様、匿名化による重複登録検出が困難であるが、個人情報を匿名化するハッシュ化と呼ばれる方式を統一することで、同じ個人には同じ匿名番号がつくシステムを採用し、重複検出を試みている登録もある。

各臓器の学会が外科関連学会中心であったこともあり、外科症例の登録に偏りがちである側面もある。また、意欲的な専門施設からの登録が主であること、予後判明率が全体として80%前後であることが多いため、治療成績などは真の日本全体の値よりもよい傾向があると推測される。

## 2. 日本のがん対策とがん登録

がん対策に密接に関わる国や都道府県が運用に関与しているのは、地域がん登録、院内がん登録である。地域がん登録でがんの罹患（発生）を捉えることから、特にがん予防対策の効果などを評価できると考えられる。また、がん検診の実施主体が、都道府県、市区町村であることから、がん検診実施後、検診発見がんの増加や早期がんの割合の増加などから、一定の効果を地域がん登録で検証する動きもある。（注：最終的な検診の効果判定は、がん死亡の減少であることから「一定の」効果検証であるとした。）

院内がん登録では、拠点病院のデータの集計により、地域の中での拠点病院の役割（特定の地域では乳がんは拠点以外で治療される割合が多い傾向）や施設的な特性（高齢者の多い施設や特殊ながんが多い施設など）が比較データとして判明するようになってきている。

## 3. がん登録でわかること、わからないこと

がん登録は今のところ、がんの発生と初期の治療といった始まりの部分と、そして予後の検証といった終わりの部分を情報収集する仕組みとして構築されている。そのためその間の再発や症状コントロールといった中間部分についての情報が希薄である。これは、全てのがんで一律に再発を定義することが困難であることが主な原因である。そのため、再発がんに対する治療内容や受療行動などの情報をがん登録で分析するのは不可能である。

また、医療の質に関して施設ごとの比較情報を得るのは困難である。例えば標準医療の実施などの検証に関しては、院内がん登録では項目数が足りないため、臓器がん登録の情報等が必要と考えられている。また、生存率については、比較しようとしても、生存率に影響を与えられと考えられる併存症などのデータがないために、十分なリスク調節は不可能である。しかし、限界を十分に理解した上で、より詳細な分析のための一定の傾向を得ることは可能であり今後のシステム構築が期待される。

## 4. がん専門相談員による活用の仕方

がん相談支援センターでの相談に対して、これらの統計情報が活用可能である。院内がん登録や一部の臓器がん登録では施設ごとの部位別登録数情報を報告書などで見ることができる。これらの数をもとに、

施設の優劣を決定することはできないが、数の少ない稀少がんについては診療実績のある施設とない施設の区別がつく。例えば喉頭がんなどでは、施設別、部位別の院内がん登録症例数が報告書に掲載されているため、患者がセカンドオピニオンを聞きたいときの受診先など、行くべき場所がわかる。また、同様な活動は臓器がん登録でも行われている。例えば骨軟部腫瘍については、日本整形外科学会のホームページ上に登録症例数や主な治療医の連絡先などの情報が公開されている。院内がん登録の報告書は拠点病院の情報のみであるが、日本整形外科学会では拠点に限らず診療実績のある施設を見ることができる利点がある。また、悪性腫瘍だけではなく良性骨軟部腫瘍の診療実績も知ることができる。

また、地域がん登録はその登録症例をもとに生存率を算出し、「がん情報サービス」上で公開している。あくまで平均値であるが、がんの種類と「限局」「領域リンパ節転移あり」「遠隔転移あり」といった、おおまかな進行度から、5年生存率を知ることが可能である。ただ、計算の原理上、5年生存率の値は5年以上前の医療状況のものであることも念頭におく必要がある。

#### <参考文献>

- ・ 東尚弘・西本寛・祖父江友孝著「臓器がん登録の現状—臓器がん登録の実態についての調査報告—」『外科治療』104(2):169-176;2011.

#### <サイト>

- ・ がん診療連携拠点病院 院内がん登録 2011 年全国集計 報告書  
[http://ganjoho.jp/professional/statistics/hosp\\_c\\_registry.html](http://ganjoho.jp/professional/statistics/hosp_c_registry.html) (Accessed on Jan 4, 2014)
- ・ 全国がん罹患モニタリング集計 2008 年罹患数・率報告書  
<http://ganjoho.jp/professional/statistics/monita.html> (Accessed on Jan 4, 2014)
- ・ 日本整形外科学会ホームページ 骨・軟部腫瘍相談コーナー  
[http://www.joa.or.jp/jp/public/bone/pdf/born\\_121219.pdf](http://www.joa.or.jp/jp/public/bone/pdf/born_121219.pdf) (Accessed on Jan 4, 2014)

# 家族性腫瘍（遺伝性腫瘍）

## SUMMARY

### 学習目標

家族性腫瘍（遺伝性腫瘍）についての理解を深め、相談者（クライアント）の必要に応じて、参考となるウェブサイトや遺伝カウンセリング外来などの情報が提供できるようになる。

### 内容

「うちは“がん”家系だから…」 「親が“がん”だと、子どもも“がん”になりやすいのではないか…」 など、ただ漠然とがんは遺伝要因が大きいと思っている人は多い。過度に「遺伝」を心配している相談者には、がんは必ずしも遺伝する病気ではなく、環境や偶発的な要因も大きく関わっていることを伝えることが大切である。一方で、家族集積性（家族内にがん患者が多発していること）を示すがんは約5%から10%存在するといわれており、ほぼ全てのがん種において見られるのも事実である。臨床的特徴から家族性腫瘍が疑われる場合でも、対応方法があり、相談できる場所（遺伝カウンセリングなど）があることを伝える必要がある。

## 1. 家族性腫瘍（遺伝性腫瘍）

### 1. 家族性腫瘍とは

同じがん種、または、ある特定の複数のがん種など、がんを発症している患者が家系内に多発している場合を「家族集積性」がみられるといい、集積した腫瘍を「家族性腫瘍」と称する。一般に家族集積を認める悪性腫瘍は約5～10%存在するといわれている。家族性腫瘍は「遺伝」「環境」「偶発」により引き起こされると考えられており、必ずしも遺伝によるものだけではなく、食生活や生活環境をともしることから家族集積性がみられる場合もある。また、家族性腫瘍の中で「遺伝」の要因が強い場合を「遺伝性腫瘍」と称することもある。

## 2. 家族性腫瘍の臨床的特徴

疾患ごとに詳細な診断基準は定められているが、多くの家族性腫瘍において下記のような共通の臨床的特徴が見られる。

- 若年で発症する傾向がある
- 同時性・異時性に多発・両側のがんを発症する
- 発症しやすいがんのグループや症状の組み合わせがある
- 血縁者に集積する
- 特徴的な臨床所見がある

## 3. 家族性腫瘍の遺伝子診断

家族性腫瘍には、単一の遺伝子変異が原因である場合（単因子遺伝性腫瘍）や、複数の遺伝子変異が原因である場合（多因子遺伝性腫瘍）がある。単因子遺伝性腫瘍の原因遺伝子には、(1)がん抑制遺伝子、(2)がん遺伝子、(3)ミスマッチ修復遺伝子（DNA修復に関わる遺伝子）があり、これらの生殖細胞系列変異（卵や精子が由来する細胞系列の変異）が原因となる。

表 IV-7-1 遺伝子診断の取り扱い

| 原因遺伝子  | 内容  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● グループ 1</li> </ul> APC（家族性大腸腺腫症）、RET（多発性内分泌腫瘍症 2 型）、RB1（網膜芽細胞腫）、VHL（フォン・ヒッペル・リンドウ病）など        | 原因遺伝子が明確に同定されており、検査の結果によって医療方針を決めることができるような疾患で、遺伝子検査も標準的な医療の一部と見なされているもの。 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● グループ 2</li> </ul> MSH2、MLH1、PMS1、PMS2（リンチ症候群）、BRCA1、BRCA2（遺伝性乳がん・卵巣がん症候群）、P53（リ・フラウメニ症候群）など | 原因遺伝子と特定のがんへの易罹患性との関係がかなりの程度明らかになっているもの。                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● グループ 3</li> </ul> ATM（末梢血管拡張性運動失調症）など   | 疾患と突然変異との関係が明らかでない場合、あるいは原因遺伝子との関係がごくわずかな家族でしかわかっていないもの。                  |

新川詔夫 監修「遺伝カウンセリングマニュアル 改訂第 2 版」p308 を参考に一部改変

原因遺伝子が判明している遺伝性腫瘍では遺伝子診断が可能となっている。相談者が本当に遺伝性腫瘍なのか、その相談者の子どもに原因遺伝子の変異が遺伝していないかなどを調べることができる。家族性



腫瘍の予防や治療選択への有用性が期待されているが、これらは研究段階のものから実用的なものまでさまざまである。米国臨床癌学会（American Society of Clinical Oncology：ASCO）では、遺伝性腫瘍の遺伝子診断を下記のように3つのカテゴリーに分類して取り扱うことを提唱している。

#### 4. 主な家族性腫瘍

家族性腫瘍としては以下のようなものが知られている。

表 IV-7-2 主な家族性腫瘍

| 家族性腫瘍（遺伝性腫瘍）の疾患名              | 主な腫瘍                | そのほかに併発しやすい腫瘍                     |
|-------------------------------|---------------------|-----------------------------------|
| 遺伝性乳がん・卵巣がん症候群                | 乳がん                 | 前立腺がん、膵がん                         |
| リンチ症候群／遺伝性非ポリポーシス性大腸がん（HNPCC） | 大腸がん                | 子宮体がん、卵巣がん、胃がん、小腸がん、腎盂・尿管がん       |
| 家族性大腸腺腫症／家族性大腸ポリポーシス（FAP）     | 胃がん、十二指腸がん、デスモイド腫瘍  |                                   |
| リ・フラウメニ症候群                    | 骨軟部肉腫               | 乳がん、急性白血病、脳腫瘍、副腎皮質腫瘍              |
| 遺伝性黒色腫                        | 皮膚がん                | 膵がん                               |
| ウィルムス腫瘍（腎芽腫）                  | 泌尿器がん               |                                   |
| 遺伝性乳頭状腎細胞がん                   |                     |                                   |
| フォン・ヒッペル・リンドウ病（VHL）           | 脳腫瘍                 | 網膜血管腫、小脳・延髄・脊髄の血管芽腫、腎・膵・副腎等の嚢胞・腫瘍 |
| 網膜芽細胞腫                        | 眼のがん                | 骨肉腫、肉腫                            |
| 多発性内分泌腫瘍症（MEN）1型              | 内分泌系腫瘍              | 下垂体・膵ランゲルハンス島・副甲状腺腫瘍              |
| 多発性内分泌腫瘍症（MEN）2型              | 甲状腺髄様がん、副甲状腺腫、褐色細胞腫 |                                   |

宇都宮讓二 監修「家族性腫瘍遺伝カウンセリングー理論と実践ー」を参考に一部改変

その他の家族性腫瘍には、遺伝性悪性黒色腫、ポイツ・イエガース症候群、若年性ポリポーシス、コウデン病などがある。各疾患の詳細な臨床像および治療方法、遺伝子検査の適応については、〈サイト〉(p145) に紹介している国立がん研究センターがん対策情報センターのウェブサイト「がん情報サービス」などに掲載されているので、参照してほしい。

## 2. 家族性腫瘍に関する相談外来—遺伝カウンセリング—

### 1. 遺伝カウンセリングとは

遺伝カウンセリングとよばれる相談外来では、家族性腫瘍を含む遺伝性疾患に対してさまざまな悩みや、不安を抱えている人を対象に、適切な医療情報の提供、遺伝子検査の検討および実施、心理社会的問題に対する心理支援などを行っている。遺伝子検査を実施するかどうかは、その疾患や相談者個人により必要性が異なるため、慎重なカウンセリングが行われなければならない。わが国ではまだ数は少ないが、「臨床遺伝専門医（医師）」および「遺伝カウンセラー」と呼ばれる専門職が遺伝カウンセリングを行っている施設もあり、大学病院やがん専門病院に、「遺伝相談外来」「遺伝子診療部」「家族性腫瘍相談室」といった名称で設置されている。

### 2. 遺伝カウンセリング実施施設の検索

遺伝カウンセリング実施施設が年々増加していることから、最新の全実施施設のリストを入手することは困難だが、主な遺伝カウンセリング実施施設を検索することは可能である。ただし、全ての臨床遺伝専門医が家族性腫瘍に詳しいわけではないので、希望の相談内容に応じてもらえるか、事前の確認が必要である。また、遺伝カウンセリングおよび遺伝子検査は自費診療である場合が多いため、診療費についても事前に確認するとよい。

- 京都大学医学部附属病院 遺伝子診療部 「臨床遺伝医学網（いでんネット）」  
<http://idennet.jp>
- 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん情報サービス」  
TOP > 病院を探す > がん診療連携拠点病院を探す > 専門職から探す >  
[[【い】（遺伝）日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医]] を選択し検索する。

### 3. 留意事項

遺伝に関わる情報は究極の個人情報であり、相談者のプライバシーは通常以上に厳守されなければならない。また、相談者にとっても重要かつ繊細な情報であるため、不用意に家族性腫瘍の可能性を判断し、中途半端な情報提供を行うことがないように細心の注意を払う必要がある。がん専門相談員だけの対応には限界があることを知り、必要時は速やかに専門家につなぐことも重要である。

### <参考文献（医療従事者向け）>

- ・ 宇都宮譲二監修，恒松由記子・湯浅保仁・数間恵子・田村智英子編集『家族性腫瘍遺伝カウンセリング—理論と実際—』東京，金原出版，2009年，ISBN 4307701577.
- ・ 新川詔夫監修，福嶋義光編集『遺伝カウンセリングマニュアル 改訂第2版』東京，南江堂，2003年，ISBN 4524235035.
- ・ Katherine Schneider 著 “Counseling about cancer – second edition – Strategies for genetic counseling”, NY., Wiley-Liss, 2002, ISBN 0471370363.

### <サイト>

- ・ 国立がん研究センターがん情報サービス 「遺伝性腫瘍・家族性腫瘍」  
<http://ganjoho.jp/public/cancer/data/genetic-familial.html>
- ・ 京都大学医学部附属病院 遺伝子診療部 「臨床遺伝医学網（いでんネット）」  
<http://idennet.kuhp.kyoto-u.ac.jp/w/index.php?Top>
- ・ 四国がんセンター 「家族性腫瘍（がん）相談室」  
<http://www.shikoku-cc.go.jp/hospital/guide/krankel/outpatient/support/genetic-familial/>
- ・ 株式会社ファルコバイオシステムズ 「遺伝性乳がん・卵巣がん症候群の情報サイト」  
一般向け：<http://www.familial-brca.jp/index.html>  
医療従事者向け：<http://www.falco-genetics.com/brca/medical/index.html>

### <患者会>

- ・ すくすく（網膜芽細胞腫の子どもをもつ家族の会）
- ・ ハーモニー・ライフ（家族性大腸腺腫症の患者会）
- ・ ハーモニー・ライン（家族性大腸腺腫症の患者会）
- ・ ほっと Chain（フォン・ヒッペル・リンドウ症候群の患者会）
- ・ むくろじの会（多発性内分泌腫瘍症の患者会）

### <関連学会>

- ・ 日本家族性腫瘍学会  
<http://jsft.umin.jp/>
- ・ 日本遺伝カウンセリング学会  
<http://www.jsgc.jp/>
- ・ 日本人類遺伝学会  
<http://jshg.jp/>



# 第 V 部

## がん相談支援の質 の管理と維持

# 品質管理（サービスの質）

## SUMMARY

### 学習目標

がん相談支援センターで提供する情報やサービスの質を保ち、向上させるための基本的な知識を得る。また、その知識を現場の品質管理に役立てる方策を学ぶ。

### 内容

がん専門相談員には情報提供・相談対応における品質の管理・向上が欠かせない。がん情報の正確性、相談者（クライアント）の状況に合わせた適時性、がん専門相談員への信頼性など、相談業務における品質はさまざまな要素で構成される。ここでは、国際がん情報サービスグループで提案されている品質を評価し、保証するための手法を参考に、それぞれのがん相談支援センターにおいて整えるべき方針、相談対応の質を安定させるための留意点や具体的な手法、カンファレンスや研修による学習機会の確保、ストレス・マネジメントなど、相談支援に関わるサービスの質向上のためのアプローチと具体的な取り組みについて概観する。

## はじめに

平成 18 年から全国のがん診療連携拠点病院の整備が進められてきた。しかし、拠点病院間の実績や対応状況の差が生じはじめていることへの懸念から、その対応策の 1 つとして新たながん診療提供体制の構築が検討されている（「新たながん診療提供体制」報告書（平成 25 年 9 月 5 日））。報告書には、量的な充実だけでなく“PDCA サイクルを確保し、がん診療等の状況についての情報を収集、分析、評価し、改善を図ること”といった質的な充実の重要性や、国レベル、都道府県レベル、拠点病院レベルでそれぞれ具体的な手順等を示していくことが示された。

質の高いがん情報サービスを提供するために、がん情報サービスに関する国際的な組織である国際がん情報サービスグループ（International Cancer Information Service Group: ICISG）では、品質を評価し、品質を保証することの必要性を運営ガイドラインの中に示している。本項では、ICISG で引用されている米国国立がん研究所のがん情報サービス（National Cancer Institute, Cancer Information Service）で行っている品質管理・保証の方法に基づいて、がん情報提供ネットワークにおけるがん情報や相談対応の品質をどのように保証すべきかを概説する。

# 1. 品質、管理とは

品質の意味はいくつもの観点から考えることができる。どのような観点から捉えるかについては組織の中の状況や認知のされ方によって異なる。つまり、品質は、各々の組織が独自の意味づけを行うという意味で主観的なものである。

品質の意味として共通にあげられるものには、以下のようなものがある。

- 要求に合致していること
- 仕様に沿っていること
- 欠陥のないサービスや製品を提供すること
- 利用者の期待に沿う、またはそれを越えること
- 利用者を満足させること
- 競合他社のものより優れたサービスや製品を作り出すこと

製品とサービスにはそれぞれ品質特性がある。製品（モノ）の場合、品質は以下のような特性で決まる。

- 信頼性
- 正確性
- 有効性
- 使いやすさ
- 利用者の意図に対して適切であること

一方、相談業務などのサービスの品質は以下のような特性で決まる。

- 信頼性
- 正確性
- 完全性
- 信憑性
- 能力（能力が十分に備わっているか）
- アクセス性
- 適時性（タイムリーであるか）
- 反応性（求めに対して迅速に対応しているか）
- 礼儀正しさ
- コミュニケーション
- 利用者に対する理解

「管理」という言葉は、品質管理、生産管理、在庫管理、人事管理などの業務においてよく使われる。

管理についての考え方の1つとして、「ある目標を達成するために計画を立て、計画を実施し、実施結果を確認し、計画と実施との差異を是正する処理を行うという、4つのステップを繰り返していくこと」がある。この4つのステップを繰り返して目標を達成し、さらに目標をステップアップしていくことを「管理のサイクル」を回す、あるいは英語の頭文字をとって「PDCA」サイクルを回すという。

- (1) Plan（計画）：従来の実績や将来の予測などをもとにして業務計画を作成する。
- (2) Do（実施・実行）：計画に沿って業務を行う。
- (3) Check（確認・評価）：業務の実施が計画に沿っているかどうかを確認する。
- (4) Act（処置・改善）：実施が計画に沿っていない部分を調べて処置をする。

つまり品質を管理するということは、ここにあげたような質を維持し、向上していくための継続的なプロセスを実施していくことである。

## 2. がん相談支援センターにおける品質管理のアプローチ

がん相談支援センターにおける品質管理というアプローチは、利用者に対して、質の高い資料やサービスの提供を保証するためには欠かせない。相談支援というサービスを提供しながら品質管理を行うためには、現実的な取り組むべき基準を設定する必要がある。つまり基準を達成するために必要な資源と具体的な方法について可視化し、その進捗状況について評価する必要がある。より少ないコストや資源で利用者の満足度が最大になるように改善を続ける。そして現状に合わせて取り組むべき基準の見直しを行い、より質の高い基準の中でサービスを提供する、という現在進行形のプロセスである。このプロセスがうまく回り続けることで、結果的にがん相談支援センターの利用者が有益な情報を得、満足し、また利用者が増えることにもつながる。また、人的資源や物的資源を効率的に活用するというような経済的な面においても、成果が得られると考えられる。

「品質管理(QC)」と「品質保証(QA)」は、どちらも品質についてマネジメントすること、つまり作成資料・サービス・プロセスの品質を確かなものにするための活動である。品質管理においては、品質に対して求められ、それを満たすためのプロセスをうまくコントロールすることに焦点がおかれる。間違いを事前に防いだり、欠陥品を避けたり、誤った情報を提供しないようにといった、ミスの防止という点に重点をおいた活動である。がん相談支援センターに当てはめると、古い医療情報を提供しないようにするための活動や新人が十分に対応しきれないことに対応するため、カバーできるスタッフを常に用意しておく等の活動が含まれる。一方、品質保証は、計画的で体系化された活動のことで、利用者ががん相談支援センターを安心して利用し、かつ満足してもらえる資料やサービスを提供することを保証するための活動である。

例えば、がん相談支援センターで行う品質管理や品質保証の活動には以下のようなものがあげられる（もちろんこれだけに限ったことではない）。

- がん相談支援センターで提供する資料（作成資料や配布物を含む）の内容が正しいかどうか、提供する内容として適切かどうかについて見直すこと
- 医療機関や施設内の部署の連絡先リストの内容が正しいかどうか確認し直すこと
- がん専門相談員による面接や電話での対応や電子メールでの対応をモニターし、品質基準が満たされていることを確実にすること
- サイト上の情報やリンクが正確かつ最新のものであるか監査を行うこと



### 3. がん情報提供ネットワークで行う情報提供・相談対応の基本方針

がん対策情報センターでは、がん情報を提供するに当たって、誰に対して、どのようながん情報を、どのように提供するか、についての基本方針を、がん医療情報提供機能の使命 (Mission) と活動目標 (Vision) として定めている。これは、がん情報提供ネットワークの主要な組織であるがん対策情報センターとがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターが、人々にがん情報を提供し、それによってがんの死亡率の低下や QOL を向上させることに貢献するという使命を果たす上で、共有すべき考え方を示すものである (がん対策情報センターの「がん情報提供研究部」の「使命」と「活動目標」p16 参照)。

また、がん対策情報センターでは、「がん情報サービス」の編集方針 (「がん情報サービス」編集方針 v1.0 <http://ganjoho.jp/plan.html>) を定め、信頼できる情報を提供するために、内容審査を経た上で情報の提供を行っている。医療に関する情報については、科学的根拠に基づいた情報であるか、また、科学的根拠を検討することが難しい情報 (補助下着やかつらなど) については、利用者にとって有用であるかという視点を含め、いくつかの基準に従って判断している。

がん専門相談員が、がん情報提供ネットワークの一員として担うべき役割は、がん患者や家族等の相談者に科学的根拠等に基づく情報提供を行うことによって、その人らしい生活や治療選択ができるように援助することである。

各がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターにおいても、がん情報提供ネットワークで行う情報提供や相談対応の基本方針を踏まえ、提供する情報やサービスとしてどのようなものを提供し、また、品質を保ち、向上させていくためには、どのような基準が必要であるのかについて確認することで、がん相談支援センターとしての考え方を共有しておくことが必要である。

## 4. 品質管理のための具体的な方法

### 1. 品質基準

がん情報提供ネットワークで提供する資料やサービスの品質基準は、ネットワークに関連している全ての人たち (がん対策情報センター、がん相談支援センターの監督者やスタッフ、ネットワークの利用者である患者や家族、一般市民) から繰り返し行われるフィードバックを通して定義される。それによって提供しようとしている情報やサービスが受け手にとって信頼に足るものか、役に立つものかが定義されていく。つまり品質の基準は、がん情報提供ネットワークから利用者に提供されるサービスの有効性 (役に立つものか) と品質の評価 (信頼できるものか、安心できるものか等) で構成される。がん情報提供ネットワークで提供されるサービスの品質の尺度は以下のとおりである。

#### 【情報】

- 利用者に正確な情報が伝えられること
- 利用者に完全な情報が伝えられること (利用者が求める情報をカバーしているか、利用者

に提供すべき情報をカバーしているか)

- 適切なニーズアセスメントを通じて利用者のニーズが特定されること
- 利用者に対して決められた方法で提示されること

#### 【提供】

- 礼儀正しく、丁寧に、専門家のマナーで情報が提供されること
- 信頼できる形式で情報が提供されること
- 利用者との信頼関係を築くこと

#### 【方針】

- がん情報提供ネットワークの基本方針に沿って情報を提供すること

#### 【充足度】

- 潜在的ユーザーの何割をカバーしているか

## 2. 品質管理活動

---

品質管理は、間違いを未然に防いだり、欠陥品を避けたり、誤った情報を提供しないようにミスを防止するための活動である。前述したように、提供している資料や作成している情報や資料の内容が正しいかどうか、定期的なチェックがこの活動の中に含まれる。また、このようなチェックは定期的に行われる必要があるため、より効率的にその確認作業ができるような手順やスケジュールなどを工夫する必要がある。

## 3. 品質保証活動

---

品質保証活動とは、ある資料やサービスが既定の要求に合っているかどうかについて、適切に証明していくための計画的で体系的な活動のことをいう。具体的には、上に述べられた品質基準に基づいて利用者に提供されたサービス水準の評価が行われる。

継続して情報サービスを発展させていくには、提供する情報や受けた相談に対してどのように対応したかについて行う品質保証は欠かせないものである。各がん相談支援センターで、がん情報提供ネットワークの基本方針に沿いながら品質保証を行うことは、監督者の責任である。また、ここで行う品質保証活動は、がん情報提供ネットワークで提供する情報やサービスの水準や傾向を明らかにし、どのような研修や継続的な改善が必要であるのかについて特定することにつながる。

#### 【がん相談対応評価表】

受けた相談に対して相談員がどのように対応したか、その品質保証を行う取り組みとして、「がん相談対応評価表」の開発が行われている。これは、がん相談対応の質を評価し、日々の相談対応の改善に役立つ

てるためのツールで、実践場面でどのように活用できるかについて、現在モデル地域での介入研究が進められている（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（独）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）

「がん相談対応評価表」による受けた相談に対する品質をチェックする視点は2つで、（1）相談機関の方針を遵守しているか、（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、全部で20項目から構成される。これらの項目を前述した品質の尺度に照らしてみると、品質尺度の方針、提供、情報に対応する内容がカバーされていることがわかる。この評価表を使うことによって、例えば、自己の振り返り（セルフモニタリング）や仲間同士の振り返り（ピアモニタリング）、また指導的な立場の者からのフィードバック（第三者モニタリング）など、おかれた状況によってさまざまに活用することができる。

表 V-1 がん相談対応評価表

(2012年8月24日一部修正)

### 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)

- 1) センター内で承認された情報を正確に提供している。(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、PDQ、センター内で保有している情報 (患者会、社会資源など))
- 2) (ある程度まとまった) 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) 医師が行うような診断や、特定の治療を勧めるようなことをしていない。
- 4) 主治医と患者・家族、医療機関との関係を妨げるような発言や行動をしていない。
- 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) 相談者の個人情報に不適切に扱ったり、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行っている。

【特記事項】(録音環境に関する改善点など)

#### (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

- 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、適切な相づち、適切な語尾、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ぶっていないか、相談者の発言内容に構わず相談員が話し続けているか など。)
- 11) 相談者の体験やそこからくる感情を受け止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にする (例えば、「……あきらめるしかないと思われたんですね」)、などのスキルを用いているか。)
- 12) 相談者を的確に把握するための知識を十分に活用した対応ができていないか。(「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、調べるための時間をとらずに、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」（オープンクエスション）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」（クローズドクエスション）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。（例えば、「今までのお話から、○○○ということなんですね」など、話の経過をまとめて返し、ポイントを整理し、確認する。）
- 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）を右記にあげてください。（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あげてみてください（No.15の評価はNo.16, 17で行う。）主訴で拾われていないニーズがあれば、書き出す。
- 16) 相談員が把握した相談者の主訴とニーズを、相談者に直接確認しているか。（例えば、「○○○を知りたいということですね」を用いて、話の経過をまとめて返すなど。）（No.15であがった主訴とニーズの数だけ点数をつける。）  
3= しっかり相談者が使った言葉や言い換えを用いて確認している。2= 同じ言葉では確認していないが、話題はお互いで共有されていて、話がかみ合っている。1= 同じ言葉では確認しているが、話題がお互い共有されていない。0= 相談者が主訴やニーズを訴えているのにスルーしてしまっている。
- 17) 主訴とニーズに対し適切に対応しているか（No.15であがった主訴とニーズの数だけ点数をつける）。
- 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専門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。）  
3= 主治医との関係を確認して、関係を良好にするよう働きかけている。2= 主治医との関係を確認はしているが、関係を良好にするための働きかけが不十分。1= 主治医との関係を確認していない。0= 明らかに主治医との関係に問題があるのに改善するように働きかけていない。
- 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。例えば、医師に質問したほうが良い場合には、具体的に、いつ、誰と、何を、どのように、どうやって質問するのかを伝える、など。）

---

注) 文字色グレーの部分は、評価する際の留意事項

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

(独) 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

連絡先：CISC-research@ml.res.ncc.go.jp

---

## 4. 研修

---

堅実に研修プログラムを行っていくことは、がん専門相談員の実績を上げ、専門的な発展をしていくために重要である。研修と品質は密に絡み合っている。基礎的な研修と継続的な教育は、がん情報提供ネットワークとしての理想の姿に近づけるための基盤となるものである。

がん対策情報センターで提供される基礎研修は、がん専門相談員となった新しいスタッフが、がんの基本的な知識を身につけ、がん情報の入手方法や提供方法、コミュニケーションのとり方などについて、基本的な考え方を学ぶものである。継続的な教育は、基礎的な知識を身につけた上で、がん専門相談員が、さらに知識やスキルを向上させ、時宜にかなった対応ができるような話題とプログラムが含まれる。相談対応の質を向上させるための継続的な教育では、その必要性を個人ごとに特定していくことやがん相談支援センター全体（集団）として特定していくこと、また特定された課題を克服していくことが求められる。必要性の特定には、以下のような内容が含まれる。

- 継続的にスタッフの（品質保証とモニタリングを通した）実績をチェックすることで見つかった課題
- がん相談支援センターの各種研修会で集められた受講者からのフィードバック
- がん情報提供ネットワークに関わっている人たちからあげられた課題やトピックス

## 5. 定期的なカンファレンスや学習の機会

---

がん相談支援センターのスタッフ間で、定期的カンファレンスや学習の機会を設け、事例検討などを行うことは、参加者にとって有用な学習の機会となる。相談者の抱えるニーズは多様である。一方、1人の相談員が持つ知識やスキルは限られており、それにより対応できる情報提供や支援の範囲も限られる。複数名でカンファレンスや学習の機会を持つことは、個人の持つ知識やスキルの幅を広げることになる。また、情報提供や相談の対応が十分できなかった場合に、原因が何であったのかを解明し、その対応策についてスタッフ間で共有することにつながる。さらに繰り返し行うことで、どのスタッフが対応しても同じように対応できるといったような基準づくりにつながる。解決困難だと思われていた課題についても、知恵を出し合うことで、新たな対応方法を発見することになることもある。

また、1つのがん相談支援センター内に限らず、都道府県単位で、あるいはブロック単位で、事例検討などのカンファレンスや学習の機会を設けることは、利用者に対して提供する資料やサービス、またそれらの評価基準の解釈の際に生じる差異を最小限にすることを助ける品質保証活動にもなる。相談の対応の仕方や対応時の解釈の水準が一貫したものになり、がん専門相談員の対応を一定水準以上に保つことにつながる。

## 6. ストレス・マネジメント

---

がんの相談対応の多くは、単にがんに関する情報を提供するだけでなく、利用者の悩みや苦痛などについて対応するというように、精神的に非常に大きな負担を伴うものである。また、多くの場合、院内外との交渉も必要になり、がん専門相談員の心身の負担も大きくなりがちである。がん専門相談員の相談業務の質を維持、向上していくためには、何よりも相談を受ける側のスタッフが心身ともに健康であることが大切である。

以下は、ストレス対応やストレス・マネジメントのためのいくつかの例である。各がん相談支援センターでまずできることから工夫していきたい。

### 【リラックスできる空間や時間を確保する】

いかにトレーニングを積んだ医療や福祉の専門家であったとしても、相談内容に動揺したり、精神的ショックを受けることもある。気持ちを落ち着けるためには、しばらく利用者から見えないところで落ち着ける場所を確保することが望ましい。

また、定期的に休憩時間を設けたり、連続して相談対応しない、あるいはしなくてもよいように、相談対応の合間に、書類や資料の整理などの別の業務を入れることも大切である。

### 【相談対応のサポート体制を確保する】

スーパーバイザーをおいたり、スタッフ同士で相互扶助を行う。定期的にカンファレンスを設けることは、相談対応の質の維持・向上にも役立つだけでなく、対応困難事例（スタッフの対応時の負担が大きかった事例など）について、原因を解明し、その対応策について考えることで、対応者のストレス緩和や、将来、同じような事例が起きた場合のスタッフの負担を未然に予防することにもつながる。また、まだ起きていない組織的な問題・課題の特定や対策をとることにもつながる。

## 7. 組織として、がん相談支援センターを支える仕組み、がん相談支援センターが組織を支える仕組み

---

がん相談支援センターだけで、全ての相談に対応できるわけではない。がん相談支援センターにおいて円滑に相談業務を運営していくためには、院内のさまざまな職種のスタッフのバックアップ体制や地域の情報を集める仕組みなど、組織としてがん相談支援センターを支える仕組みの整備が不可欠である。また、すでに医療機関に受診している患者や家族が、医療やケアを受けている医療スタッフに直接言えない不満を、がん相談支援センターに訴えてくることも多く、がん相談支援センターで受けるストレスは計り知れない。こうした患者や家族を含む利用者の声を、事後処理の形でがん相談支援センターで受けるのではなく、事前に防げるように、適切に医療現場へフィードバックし、改善に結びつけていけるような体制作りも、組織として、また監督者として担うべき責務である。

がん相談支援センターのほとんど全ての活動は、相談窓口につながるまでの院内外に発せられる情報や連携体制があって初めて成り立つ。相談者からのフィードバックというと、とかくクレーム的な内容や

改善点の指摘といった面だけに焦点が当てられがちである。利用者からのフィードバックのよい面を、積極的に院内外の連携体制の中に取り入れることも、スタッフのやりがい高め、疲弊を防ぐことにつながる。例えば、窓口につながるまでに関わったスタッフに、相談者がどのように相談窓口につながり、役に立ったかを伝えることは、ふだん相談者の声を聞くことができないスタッフの日頃の活動の大事なフィードバックとなる。相談者の真のニーズを明らかにするように努めるとともに、その相談者の強みを見つけ、その人らしい意思決定ができるようにすることががん専門相談員の役割であることを考えると、がん相談支援センターの相談対応の関わりの中で、また患者支援活動の中で、働くスタッフ各々の良い面や強みを発見して、それを体制の中にフィードバックしていくことも、がん相談支援センターが組織のスタッフに対してできる大事な役割の1つである。

### <参考文献>

- ・ 関由起子他「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—」患者・家族・国民の視点に立った適切ながん情報提供サービスのあり方に関する研究，平成21年度 総括・分担研究報告書（H19-3 次対がん - 一般 -035）研究代表者：高山智子，平成22年（2010年）5月。

### <サイト>

- ・ 新たながん診療提供体制について（報告書）  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000021958.html>
- ・ 国際がん情報サービスグループの「基本理念」International Cancer Information Service Group, CORE VALUES OF A CANCER INFORMATION SERVICE  
[http://www.icisg.org/become\\_standards.htm](http://www.icisg.org/become_standards.htm)
- ・ 国際がん情報サービスグループの「がん情報サービス」運営ガイドライン International Cancer Information Service Group, Operating Guidelines  
[http://www.icisg.org/become\\_guidelines.htm](http://www.icisg.org/become_guidelines.htm)
- ・ 米国国立がん研究所がん情報サービス使用「がん情報スペシャリスト用教育モジュール」（内部資料）National Cancer Institute, Cancer Information Service, Educational Modules for Cancer Information Specialist.  
<http://www.cancer.gov/>

# 編集後記

本書は国立がん研究センターがん対策情報センター編集・発行、財団法人正力厚生会後援による「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～」(2008年8月)の改訂版です。

2007年6月の「がん対策推進基本計画」において全てのがん相談支援センターにがん対策情報センターによる研修を修了した相談員を配置することが明記されたことを受け、本書の初版は全国のがん専門相談員の皆様の協力を得て2008年に作成されました。それから5年半が経過し、がん相談支援センターの活動は確実に広がりを見せています。がんの「がん相談支援センター」が何をすれば患者さんやご家族、そして地域の方たちみんなにとって支えとなる場所になれるのか、全国の相談員の方たち初めての試みに苦勞しながら誠実に取り組んでこられた結果です。

がん相談支援センターの役割は何か、がん相談はどのように行っていくのが望ましいのかという最も基本的な部分については5年前と変わってはいませんが、多くの実践の積み重ねで徐々に洗練され、明確に言語化され、共通理解となってきました。がん対策情報センターで行う相談員基礎研修は、この「がん相談とは何か」「がん相談支援センターの役割は何か」を共有していくスタートラインとして重要な機会ですが、そこでお伝えする内容は全国の相談員の皆さんのご協力で毎年精練されてきました。本書の改訂に当たっては、この基礎研修のプログラムの検討の過程で育てられた要素が盛り込まれています。また、この5年の間にがん相談支援センターで行うべき事項として加えられたテーマ、社会的に重要であるという社会の認識が高まったテーマについては、新たに章を起こしました。第Ⅱ部の「就労支援」、第Ⅲ部の「HTLV-1感染関連疾患」「がん登録」「家族性腫瘍(遺伝性腫瘍)」がそれに当たります。また、第Ⅱ部に新しく加わった「がんサバイバーシップの理解とその支援」の章は、対象者理解のあり方を検討する中で重要性を改めて認識し、執筆を依頼した章です。

本書の改訂は、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)によって行いました。改訂に当たって執筆、加筆にご協力をいただきました方々に厚く御礼申し上げますとともに、初版の執筆に関わってくださったがん専門相談員の皆様、各分野の専門家の方々に改めて御礼申し上げます。

2014年3月

高山 智子

八巻知香子



# 第2版執筆者一覧

## 編集

高山 智子 国立がん研究センターがん対策情報センター  
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

## 執筆または加筆

|       |                         |                                    |
|-------|-------------------------|------------------------------------|
| 石川 睦弓 | 静岡県立静岡がんセンター            | 第II部-4                             |
| 岩本 純子 | 北里大学病院                  | <u>第II部-1</u>                      |
| 内丸 薫  | 東京大学医科学研究所附属病院          | <u>第IV部-5</u>                      |
| 小郷 祐子 | 国立がん研究センターがん対策情報センター    | 第II部-6, 第III部-1                    |
| 近藤まゆみ | 北里大学病院                  | <u>第II部-1</u>                      |
| 佐藤 美紀 | 北里大学病院                  | <u>第II部-1</u>                      |
| 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 | 第IV部-2, 第IV部-3                     |
| 鈴木 望  | 国立がん研究センターがん対策情報センター    | 第III部-3                            |
| 田尾絵里子 |                         | 第IV部-7                             |
| 高山恵理子 | 上智大学                    | <u>第II部-5</u>                      |
| 高山 智子 | 国立がん研究センターがん対策情報センター    | 第I部-1, <u>第II部-7</u> ,<br>第V部-1    |
| 橘 直子  | 山口赤十字病院                 | 第II部-2                             |
| 橋本久美子 | 聖路加国際病院                 | 第II部-3                             |
| 東 尚弘  | 国立がん研究センターがん対策情報センター    | 第IV部-1, <u>第IV部-6</u>              |
| 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    | 第I部-2, 第III部-2,<br>第III部-3, 第IV部-4 |

※細字は初版原稿への加筆修正、太字下線は新規執筆

## 作成協力

浦山 晶子 長崎医療センター  
大賀 有記 国立がん研究センターがん対策情報センター  
櫻井 雅代 国立がん研究センターがん対策情報センター  
澤井 映美 国立がん研究センターがん対策情報センター  
品田 雄市 東京医科大学病院  
鈴木 幸一 福島労災病院  
高野 和也 株式会社日立製作所ひたちなか総合病院  
戸島 洋一 東京労災病院  
中矢 晃子 香川大学医学部附属病院  
橋口 周子 兵庫県立がんセンター  
福井 里美 首都大学東京  
萬谷 和広 大阪南医療センター  
若尾 文彦 国立がん研究センターがん対策情報センター

# 第1版執筆者一覧（2008年8月時点）

## 編集

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| 高山 智子  | 国立がんセンター がん対策情報センター      |
| 大松 重宏  | 国立がんセンター がん対策情報センター      |
| 森 文子   | 国立がんセンター がん対策情報センター      |
| 八巻 知香子 | 国立がんセンター がん対策情報センター      |
| 河村 洋子  | (財)がん研究振興財団 (リサーチ・レジデント) |

## 執筆（50音順）

|        |                       |
|--------|-----------------------|
| 新井 良子  | 埼玉県立がんセンター            |
| 池山 晴人  | 近畿中央胸部疾患センター          |
| 石井 泰三  | 倉敷中央病院                |
| 石橋 京子  | 岡山大学病院                |
| 井田 茂樹  | 東京医療センター              |
| 井上 祥明  | 別府医療センター              |
| 井上 洋士  | 放送大学                  |
| 植竹 日奈  | まつもと医療センター 中信松本病院     |
| 白倉 幹枝  | 東京海上日動メディカルサービス       |
| 浦山 晶子  | 長崎医療センター              |
| 大賀 有記  | さいたま赤十字病院             |
| 大橋 英理  | 国立がんセンター中央病院          |
| 大松 尚子  | 日本対がん協会               |
| 小郷 祐子  | 国立がんセンター中央病院          |
| 金田 美佐緒 | 岡山済生会総合病院             |
| 川田 美也子 | 大阪府立成人病センター           |
| 北嶋 晴彦  | 大牟田市立総合病院             |
| 柴田 大朗  | 国立がんセンターがん対策情報センター    |
| 東 尚弘   | 国立がんセンターがん予防・検診研究センター |
| 北見 知美  | 日本対がん協会               |
| 小松 美智子 | 武蔵野大学                 |
| 志水 陽子  | 高槻赤十字病院               |
| 高野 和也  | (株)日立製作所水戸総合病院        |
| 高山 恵理子 | 上智大学                  |
| 橘 直子   | 山口赤十字病院               |
| 田部 佳子  | 呉医療センター               |
| 玉置 安芸子 | 信愛クリニック               |
| 田村 里子  | 東札幌病院                 |
| 徳山 磨貴  | 兵庫県立西宮病院              |
| 軒原 浩   | 国立がんセンター中央病院          |
| 福地 智巴  | 静岡県立静岡がんセンター          |
| 藤井 かおる | 京葉病院                  |
| 松岡 暖奈  | 大阪医療センター              |
| 村本 ゆう子 | 東京女子医大病院              |
| 山本 武志  | 千葉大学看護学部              |
| 若尾 文彦  | 国立がんセンターがん対策情報センター    |



『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～』

2008年9月発行 第1版

2014年7月発行 第2版

---

編集・発行：独立行政法人 国立がん研究センターがん対策情報センター

(禁無断転載)



National Cancer Center  
Center for Cancer Control and Information Services