

平成 29 年度

TEXT BOOK

テキストブック がんライフステージケア

～がんサバイバーに対するサポーターシップケア～

平成29年度大学教育再生戦略推進費

多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材(がんプロフェッショナル)」養成プラン

未来がん医療プロフェッショナル養成プラン

実施概要

多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プラン
未来がん医療プロフェッショナル養成プラン
平成 29 年度 がん看護学教育国際セミナー

『がんサバイバーに対するサポータティブケア』

2017 年 12 月 9 日（土）13 時 30 分～16 時 50 分
丸ビルコンファレンススクエア M+（エムプラス）

平成 29 年度 未来がん医療プロフェッショナル養成プランによるがん看護学教育国際セミナーは、Winnie K.W. SO 准教授 The Chinese University of Hong Kong を招聘し、Supportive care for cancer survivors に関するセミナーを行いました。

スケジュール

開会挨拶

小松 浩子

（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授）

講演 1

Power of Nursing:

先の見えない道を歩む患者を導く看護の力

講師：小松 浩子（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科・教授）

講演 2

Supportive Care for Cancer Survivors

がんサバイバーを支えるサポータティブケアの確立を

Dr. Winnie So PhD, RN

Associate Professor,

The Nethersole School of Nursing,

Faculty of Medicine,

The Chinese University of Hong Kong

質疑応答

テキストブック 「がんライフステージケア」の刊行にあたり



平成 29 年度 未来がん医療プロフェッショナル養成プランによるがん看護学教育国際セミナーでは、Winnie K.W. SO 博士 (The Chinese University of Hong Kong) を招聘し、「Supportive care for cancer survivors」をテーマにした講演を行いました。講演後には参加者との Q & A が活発に行われました。

この度、セミナーの講演および Q & A を基にテキストブック「がんライフステージケア」を作成致しました。本テキストブックには、がんサバイバーを支えるためのサポーティブケアに関する動向やがん患者のニーズ、がんサバイバーを支えるケアおよびケアの効果について、エビデンスが示されています。

サポーティブケアはがん患者の Qaulity of Life 向上に欠かせないものです。本テキストブックが、がん医療に携わる専門職者のみならずがん患者、ご家族の皆様にもご活用いただければ幸いです。

未来がん医療プロフェッショナル養成プラン

小松 浩子 (慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授)

Supportive Care for Cancer Survivors

がんサバイバーを支える サポーターケアの確立を

Dr. Winnie So PhD, RN

Associate Professor,
The Nethersole School of Nursing,
Faculty of Medicine,
The Chinese University of Hong Kong



本講演は5つの部分から構成されている。まず、がんの現状について、世界、香港、日本の現状を話したい。次のがんのサバイバーシップの動向についてふれたい。各国でサバイバーシップが盛んに議論されるようになり、医療従事者もがん患者の健康ニーズに注目しなくてはならない。さらにはがんサバイバーを支えるケアを取り上げ、最後にサバイバーシップケアの効果について、エビデンスを示す。

がんの現状：大半の国でがんの発症率は増加

最初に国内外のがんの現状について紹介する。各国のがん発症率を見ると、ほとんどの国でがんの発症率は一定の速度で増えている。ただ、中国や香港では男性がマイナスに転じた。政府の禁煙対策、がん検診率を高める取り組みなどが奏功し、男性が減ったとみられている。日本では1985年以来、がんの発症率は増え続けている。2016年には100万人以上ががんと診断された。

がんの部位は男性の場合、胃がんが最も多く、直腸結腸、肺、前立腺、肝臓がんが続いている。女性は乳がんが最も多く、直腸結腸、胃、肺、子宮がんの順が多い。

日本では医療費の約10%ががんに費やされている。しかも、日本の医療費は1995年から2014年の間に85%も増加している。がんの負担が経済的な面も含めて、いかに大きいかが理解できる。

サバイバーシップの動向：

1980年代半ばにサバイバーシップという考え方が誕生

次に、がんのサバイバーシップの動向について説明したい。がんのケアは予防に始まり、診断、治療、緩和ケア、サバイバーシップケアと生涯に渡って継続することが必要である。この中でどの段階が一番重要だろうか？

Cancer survivorship

- Trajectory of cancer care:



香港中文大學醫學院
Faculty of Medicine
The Chinese University of Hong Kong

新訂南護理學院
The Nethersole School of Nursing

10

これまで病院は診断と治療に焦点をあててきた。特に、これまでは診断や治療に不十分な点が多く、力を注がざるを得なかったといえる。現在では医学の進歩により、がん患者も長く生きられるようになってきた。サバイバーシップのケアに関する話題や関心が高まっているのはそういう理由である。

サバイバーシップの背景については、残念ながら香港や日本では適切な資料が見つからず、欧米の資料を中心に説明を進めたい。

アメリカでは1985年、若い医師のドクター・フィジューヒューが『New England Journal of Medicine』に掲載された論文でがんのジャーニーについてふれ、「生存のシーズン」と表現した。その1年後、全米がん経験者連合ががんのサバイバーシップという用語を使用、そこからがんサバ

イバーの定義などが生まれた。治療を受けてから少なくとも5年間生きた人をがんサバイバーと呼ぶようになった。

診断や治療の精度があがるにつれ、がんサバイバーは急速に増加した。1990年代になるとがんサバイバーの団体（アドボケートグループ）が誕生、乳がんのアドボケートグループがリーダーシップをとるようになった。白血病や他のタイプのがんのアドボケートグループも生まれた。

患者やサバイバーを支援する団体が増え、サバイバーシップリサーチにフォーカスがあたりやすくなった。米国国立がん研究所にもサバイバーシップを研究するセクションが設立された。

サバイバーシップの動向：

2000年代、サバイバーシップの本格的な研究が始まった

2001年、米国がん協会がサバイバーシップの研究に助成金をつける事業を開始した。それはとても大きな一歩であった。研究費がないとその分野の研究は、なかなか進展しない。サバイバーシップという新しい研究分野が現れた。

2005年、米国医学研究所が『From Cancer Patients to Cancer Survivors: Lost in Transitions』という本を出版した。サバイバーシップ関係の文献には必ず、この本からの引用がある。

2009年には疾病管理予防センターや欧州がん協会といった欧米のがん団体がサバイバーシップケアのニーズにスポットライトをあてるようになった。重要性やニーズが高まるとともに、いろいろな団体がサバイバーシップに関与するようになり、大きな動きとなった。

がんサバイバーの定義も変わった。当初の定義は治療後5年以上、生存している人だったが、いまは初期治療から再発または死亡までの臨床的な期間と見なされている。タイムフレームが変わり、がん診断の段階から始まるようになった。

なぜタイムフレームが変化したのか。それは治療の選択肢が増えたことが大きく関係している。ただし、以前の定義も使われており、「治療期間の人はサバイバーではない」と考えている人もいる。新しい定義は治療当初からサバイバルニーズに応えることが必要であることを強調している。

男女のがんの発症率と死亡率を見ると、発症率は増えているが、死亡率は減っている。すなわち、世界各国でがんサバイバーは、非常に増加しているといえる。中国、香港でも同様であり、また日本でも1990年代の中盤から死亡率は減少している。

がんの種類別の5年生存率を見ると、ここに取り上げたすべての種類で1993～1996年より2006～2008年のほうが増加した。日本の5年生存率は70%近く、10年生存率は58%以上である。がんの発症率は増え、死亡率は低下したことで、サバイバーが増加している。

サバイバーには、どのような健康ニーズがあるのか

次にサバイバーには、どのような健康ニーズがあるのかを考えてみたい。ニーズの1つはがんの治療に関することで、それには治療選択、副作用や、その対処法なども含まれる。

2つは、がんのディスパリティ（格差、不等）である。人によって受けられる治療が異なる問題である。治療を受けやすい人、受けにくい人がある。がん治療を受けるのが難しいのは経済的に問題がある人である。

香港では比較的、医療制度が整っており、香港市民であれば治療を受けやすい。ただ、新しい治療法や新薬を使うとなると安くはない。政府の支援も限られ、自己負担も増える。低所得層は自己負担が大きい治療は受けられず、より劣る治療を受けざるを得ない。

3つはがんの再発である。がんサバイバーにとっては最もつらい状態だといえる。

4つは生活改善である。一部のがんは予防が可能で、サバイバーは再発を防止するため生活スタイルを変える必要がある。



ヘルスシステムのインフォメーション（情報）に対するニーズが強かった

治療から1年後のがんサバイバーのニーズに、どんなものがあるのか、私たちのチームが研究を行った。構造化された質問紙を使い、400人以上に質問、その結果を分析・評価した。身体的・心理的なケア、ヘルスシステム・ヘルスケアシステム、セクシャリティ、情報、受診のしやすさなど5つの領域に分類した。

最も強いニーズが3つ明らかになった。第1に、結果がわかっただけ早く知らせしてほしい（47%）、第2にがんが、きちんとコントロールされているのかどうか、縮小しているのかどうかについて知りたい（46%）、第3に自分ができることについて、もっと教えてほしいということであった。

3つのニーズは、いずれもヘルスシステムのインフォメーション、情報の領域に入っている。しかも、63%の人がヘルスシステムの情報に関連した、満たされないニーズがあると回答した。患者やサバイバーが情報を待ち望み、切実に欲しいと思っていることがわかる。

医療従事者は患者のニーズに応えた情報を提供していない。つまり医療従事者が提供していることは患者の真のニーズに応えていないという課題があるといえる。

経済的な懸念、予後の不安を抱えている人に積極的に介入を

では現在のシステムを改善するために何が必要か。ヘルスシステムのインフォメーションに関するニーズが満たされていないということがヒントになる。もちろん患者によっても違うニーズがある。

もう1つ、別の調査を行った。中国人がんサバイバーにQOLと情緒的・精神的な問題について調べた。使ったツールの1つはHospital Anxiety and Depression Scaleで、不安やうつを測るスケール、もう1つはQOLを計るスケールで、Functional Assessment for Cancer treatmentを用いた。

300人以上のがんサバイバーのQOLと精神的苦痛(emotional distress)を調べた。精神的苦痛は全体として比較的安く、QOLも悪くはない。このグループではQOLと精神的苦痛の状態は矛盾がないことが明らかになった。しかし、変数を変えて分析したところ、経済的な負担が大きい点、予後が不透明な点についてはQOLと情緒的状态に相関関係が見られた。経済的な問題がある人や、予後が不確かな人に焦点をあててケアを行う方がよいといえる。

臨床は資源が限られており、こうした情報は臨床看護師にとっても重要である。どのような患者に力点を置いて関わればいいのかわかるからである。全ての患者に同じ介入をする必要はない。

病状がどのようになっているのかわかりにくい。がんが本当に切り切れたのかどうかわからない。状態がよくなっているのかどうか、今一つわからない。腫瘍マーカーは下がっているが、治療の効果が、はっきりわからない。予後が、これからよくなるとは断言できない。こうした人たちへ手を差し伸べる必要がある。

乳がんサバイバーは医療者との効果的なコミュニケーションを望んでいる

がんの種類によってニーズに違いはあるのか。乳がんのサバイバーのQOLや満たされていないニーズについて調査した研究があり、その成果は日本と香港で論文として発表された。この2つの論文のタイトルの共通点は、1つは満たされていないニーズ、もう1つは乳がんのサバイバーということである。一方、相違点の1つは年齢が異なること、もう1つはタイムフレームである。日本の論文の対象者が若い乳がん患者であるのに対し、香港の論文は治療後1年後の人を対象にしたものである。なぜ違いに注目するか。両論文とも乳がんのサバイバーのQOL、満たされないニーズに関する研究論文であるが、日本のほうは満たされないニーズに限られ、香港のほうはQOL一般を取り上げている。

データを解釈するとき、違いがあることを認識しておくことは非常に重要である。日本と香港の論文の結果を直接比較することはできない。対象者も若干異なる。ただし、全体的な乳がんサバイバーのニーズはわかる。日本では多くの若い乳がん患者・サバイバーが医療従事者とのコミュニケーションに満足していないことがわかる。香港では医療情報へのニーズがとて強く、乳がんサバイバーの大半が新しい治療法などに関する情報を欲していた。

結果を比較することはできないが、乳がんサバイバーが、もっと良質の情報提供を希望していること、医療者との効果的なコミュニケーションを望んでいることが明らかになった。

ケアを提供する前に、どのようなニーズがあるのかを明らかにする

また、私たちは、系統的レビューを行った。治療から1年後の頭頸部がんサバイバーについて調べ、37本の論文をレビューした。サバイバーの多くは1年経つと、かなり回復していたが、いくつかの問題があることが明らかになった。身体機能の低下や治療後1年経っても倦怠感が続いたり、口が渇いたりという問題点を抱えていることが浮かび上がった。

頭頸部がんの手術後に患者の不安や抑うつ状態を調査した日本の論文では、患者の4分の1が不安や抑うつ状態を感じていた。

香港での私たちの研究でも、ヘルスシステム、情報、患者のケア、心理的な側面でのニーズが多いことが明らかになった。たとえば、鼻水が出ても健康な人は気にしないが、患者にとってはとても心配な現象である。少しの不調でも、再発の不安がよぎるからである。

予後に不透明感があるため、長期的な計画を立てることが難しい。家族に対しても、以前と同様の責任を果たすことが難しい場合もあり、家族の負担になるのではないかとこの心配もある。そうしたことが患者へのインタビューの結果明らかになった。

次の研究ではサバイバーとQOLの関係で調整的な役割をする因子について調べた。調整因子を明らかにすればサポーターケアを行う上で大きな示唆が得られる。調整因子がうまく働くようなサポーターケアを行えば、病状が改善しなくてもQOLを上げることができるからである。

これらの研究によって、患者によって異なるニーズがあることが明らかになった。大きく身体的なニーズ、情報に対するニーズ、倫理的ニーズ、社会的ニーズに分けることができる。看護師は個別のケアを提供する前に、どのようなニーズがあるのかを明らかにする必要がある。



がんサバイバーの QOL を改善するためのサポ ーティブケア

次にがんサバイバーのためのサポティブケアを考えてみたい。サポティブケアとは「深刻な、生命を脅かす疾患を有する患者の QOL を改善するためのケア」「サポティブケアの目的は疾患の症状、疾患の治療によって引き起こされる副作用、疾患や治療に関連する心理的・社会的・精神的問題を可能な限り早期に予防・治療することである」と定義されている。

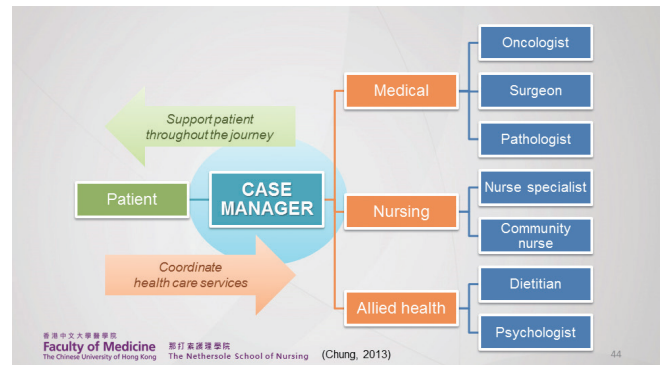
National Institute of Medicine は「サバイバーシップケアには 4 つの核となる要素がある」と発表した。がん・再発がんの予防と発見、がん・再発がんのサーベイランス、後で生じるだろうがんやその治療によって生じる影響の管理、専門家とプライマリーケア提供者の間の調整という 4 つの要素があげられている。

4 つの要素は 3 層に分けられる。第 1 層は、すべてのがんサバイバーに提供されるべきもの、第 2 層は高度な需要のあるがんサバイバーに提供されるべきもの、第 3 層は可能な限り、提供されるべきものである。

4 つの要素と 3 つの層をかけあわせると、第 1 層ではがんの予防としてヘルスプロモーション教育、がんのサーベイランスとしてがんの検診、後で起こる影響の管理として症状管理、ケアのコーディネーションとしてサバイバーシップのケアプランがあげられる。これらのサービスを、すべての人に提供する。

第 2 層ではニーズが強い人たちに包括的な医療のアセスメントや心理的ケア、家族のサポート、リハビリテーション、総合医療サービスを提供する。

第 3 層では自己啓発スキル訓練やカウンセリング、専門的なサービスの紹介などがあげられる。



日本では 2006 年に「がん対策基本法」が成立、拠点病院と一般病院との連携を深めるためにケアパスウェイが開発された。また、がん患者の QOL の維持向上のためにサバイバーケアの研究を支援するようになった。

香港の「ケースマネジメントプログラム」は看護師 主導のプログラム

香港ではサバイバーケアのサービスは、まだ確立していない。2010 年以來、がんのケースマネジメントプログラムが公的な病院で導入されている、看護師主導のプログラムである。シームレスなケアを提供するために、看護師のケースマネジャーが横断的にチームをコーディネートする。

香港には公的な医療機関と民間の医療機関がある。公的な医療機関としては 40 以上の病院があるが、がんの専門病院はなく、大半が総合病院である。がん患者が複数のケアを受ける必要がある場合、例えば乳がん患者が外科手術を受け、さらに放射線療法を受ける場合は、まず外科に行き、次に、がんの専門科にかかる必要がある。

公的な病院のうち、6 病院だけ、がんの専門科を置いている。医療機関同士の連携が不可欠で、連携がスムーズに進むよう、ケースマネジメントプログラムが用意された。

がんの診断を受けると患者はケースマネジャーに紹介される。がんとの生活（ジャーニー）で必要となるのが医療、看護、メディカルケアである。ケースマネジャーは、いつ、どのようなかたちでケアが必要になるのかを判断する。治療の過程で何かあったら、患者は、まずケースマネジャーに連絡する。ただ、ケースマネジャーが、すべての質問に



答えられるわけではないので、その場合は必要な機関・人に紹介することになる。

パイロットスキームを見ると、効果が上がっていることがわかる。QOL や心理的な状態、がんについての知識、患者の満足度などに大きな効果があった。いろいろな支援団体が継続的なケアを提供し、カウンセリングを行ったり、ウェルビーイングのプログラムを用意したりしている。経済的にバックアップするための基金もある。

香港のサバイバーシップケアの限界：時間、資金、知識・スキルなどの資源が不足

私たちは香港のサバイバーシップケアの限界についても調査を行った。問題として、①特定のがん患者しかカバーしていない、②サバイバーシップに割く時間がない、③知識やスキルが不足している、④専用の教材がなく、患者や家族への教育が不足している点などがあげられた。

問題解決のためには、ひとつは制度的なレベルで考えていかなければならない。サバイバーシップケアが重要であるというコンセンサスが得られたら、制度・システムレベルで、どのように資源を使って適切にサービスを提供するかを判断する必要がある。もうひとつは個人レベルでも限られた時間をやりくりして、どのようにケアを提供していくのかを常に考え、実行していくことである。

医療従事者に対する教育も必要である。まずはサバイバーシップケアに関する看護師のトレーニングプログラムを開発しなければならない。患者や家族向けの教材の開発も不可欠である。

サバイバーシップケアの効果に関するエビデンス：質の高い研究が求められる

最後にサバイバーシップケアの効果に関してエビデンスを紹介する。サバイバーシップケアがサバイバーにとって重要だということが明らかになった。では効果はどうだろうか。効果を検討するために先行研究を調べた結果、2つの系統的レビューが見つかった。2つの論文の違いはサバイバーシップケアの定義だった。『BJC』のレビューでは明確な定義がなく、『Health Care Delivery』のレビューでは Institute of medicines の4つの核となる要素に基づいた定義がされていた。

『BJC』のレビューは5つのRCT(ランダム化比較試験)を含んでいた。「(患者の) がんに関連する心配ごとが減って来た」「ドクターの責任意識が増した」といった成果があり、医療資源と満足度の関係なども明らかになった。サイバーシップケアを採用したケースと採用しなかったケースの有意差があった。

(Brennan et al., 2014)

Survivorship care plans

• 5 RCTs were included:

	Populations	Intervention vs. control	Outcomes
Hershman et al., 2013	Breast cancer (n=126)	Standard FU plus SCP vs. standard	Decreased cancer-related worry at 3 months (p<0.05) No difference in other outcomes (treatment satisfaction, QoL, depression, cancer symptoms)
Brothers et al., 2013	Gynaecological cancer (n=121)	Standard FU plus LIVESTRONG SCP vs. standard	No difference in satisfaction with healthcare services
Grunfeld et al., 2011	Breast cancer (n=408)	Usual FU plus SCP vs. usual	Increased awareness of doctor responsible for FU care (p<0.05) No difference in other outcomes (distress, QoL, patient satisfaction)
Grunfeld et al., 2006	Breast cancer (n=968)	Primary care FU with SCP vs. hospital FU	No difference in recurrence rate, event rate, death rate, QoL, distress
Grunfeld et al., 1996	Breast cancer (n=296)	Primary care FU with SCP vs. hospital FU	Patients with SCP utilized less healthcare resources and had higher satisfaction (p<0.05) No difference in other outcomes (recurrence rate, time to recurrence, QoL, distress)

49

『Health Care Delivery』のレビューは3つのRCTを含んでいた。その結果を示したい。

(Halpern et al., 2014)

Survivorship care model

• 3 RCTs were included:

SCP = Survivorship care plan,
FU = Follow-up, QoL = Quality of life

	Populations	Intervention groups	Outcomes
Grunfeld et al., 2011	Breast cancer (n=408)	SCP-based • Usual FU plus SCP • Usual FU	Increased awareness of doctor responsible for FU care (p<05)
Watchow et al., 2006	Colon cancer (n=203)	Physician-led • Primary care FU • Hospital FU	• No significant difference in QoL, anxiety and depression • General practitioner utilized less health care services
Kokko et al., 2005	Breast cancer (n=472)	Physician-led • FU every 3 months with routine diagnostic test • FU every 6 months with routine diagnostic test • FU every 3 months with necessary diagnostic test • FU every 6 months with necessary diagnostic test	• No significant difference in patient disease-free or overall survival between groups • Groups with routine diagnostic test increased costs 2.2 times

もっとも、サバイバーシップケアの効果を正確に云々できるまでには至らない。エビデンスが足りないことが明らかになった。研究者によってサバイバーシップケアのモデルの捉え方が異なっており、結果の解釈も違う。しかも一部の研究結果は感度が高いとはいえない。

NCCN(National Cancer Comprehensive Network)のウェブサイトは、とても役に立つ。エビデンスに基づいたガイドラインが提供されており、登録すれば無料で見ることができる。そのなかにはサバイバーシップも含まれている。ただ、エビデンスが限られているため、がんの種類別ケアのモデルは、まだ示されていないが、サバイバーシップケアの6つのスタンダードは示されている。

現在は文献が限られ、エビデンスを示すには限界がある。早急に研究に取り組む必要がある。例えばがんや、その治療後の影響がどのくらいあるのか、効果的なサバイバーシップケアとは、どういうものか、サバイバーのための最適なフォローアップのスケジュールは、どういうものかといったことを明確にしなければならない。今のところ、質の高いエビデンスは、ほとんどない。エビデンスをじっくり積み上げるためにも、質の高い研究が求められている。

**国際的な共同研究を実施、
1700人以上のがんサバイバーにインタビュー**

そこで、最近、サバイバーシップケアに関する研究:「STEP study」という国際的な共同研究を実施した。小松浩子先生が日本、私が香港のとりまとめをした。この研究は2つに分かれており、ひとつは日本、香港を含む10カ国の1700

人以上のがんサバイバーに満たされていないニーズ、QOL、症状などについて調査した。世界銀行の基準による低所得、中所得の国も含まれている。がんのタイプ別に見ると、乳がん患者が多い傾向にあった。

満たされていないニーズのトップは再発の懸念への対処、次に地元のヘルスサービス、最新の医学的ケア、医師同士の対話、チームで健康をコントロールすることであった。症状の上位5位は倦怠感、体力低下、痛み、睡眠障害、体重の変化であった。

QOLについては10点満点中3以下とした人は全体の26%だった。QOLの平均点が最も高かったのはオーストラリアだった。ただし、オーストラリアが最も高かった理由はわからない。サバイバーシップケアが充実しているだけが理由ではないと考えている。

高所得の国と低中所得の国で比べたところ、QOLの平均スコアは有意差が示された。この結果から、どんなことがいえるだろうか。国・地域によって、満たされないニーズの違いがあるということである。

こうした結果は医療従事者や関係者にとって、大いに参考になる。ある国では高かったニーズが他の国では低いことも理解できた。その国のサポータティブケアの強み・弱みも判明した。他の国から学び、自国の弱いところを強化する。がんサバイバーの置かれている状態への理解を深め、QOLを高める参考にもなったといえる。

**アジア諸国でサバイバーシップケアに対する強い
需要が**

「ステップスタディ (STEP Study)」のもうひとつの柱は医療従事者へのインタビューである。10カ国の病院勤務の医療従事者1500人以上にインタビューを行い、責任の感じ方、自信、頻度という3つの点で国別、職種別に測定した。

特徴的な結果として、ひとつはオーストラリアが3つの領域すべてで高い点数をつけたこと、もうひとつは、低中所得の国のほうが高所得の国よりもサバイバーシップケアに自信があり、頻度も高かった、と非常に興味深い結果が示された。

高所得の国と低中所得の国に共通する障壁をまとめた。共通の障壁として、まず時間がないこと、次いでサバイバー



シップケアに焦点をあてた治療のコンサルテーションには終わりがなく、患者への教育資源が不足しているということだった。

香港での問題点と照らし合わせると、国を問わず、教材が不足していることは明らかである。アジア諸国の患者と医療従事者向けに教材開発を一緒に行う案も出ており、ひとつの可能性として考えられる。

結論として、日本、香港を含めたアジアでサバイバーシップケアに対する需要が高まっている。がんサバイバーには、さまざまなヘルスニーズがある。なかでも情報に関するニーズが特に顕著であったといえる。QOLを改善するために、また多様なヘルスニーズに応えるために必要なサービスを提供していかなければならない。サバイバーシップケアに関するエビデンスを支援する研究は、まだ限られている。複数の国が共同して、この領域の研究に取り組み、より発展させていく必要がある。

Q&A :

ケースマネジャーがインフォーマルに支援することはあるのか？

ナースケースマネジャーはプラクティスナースの資格がある人たちで、がん専門の診療科もしくは外科に勤務しており、がんの専門科と外科の共同プログラムである。現在のところ、ナースケースマネジャーのサービスは限られ、対象は乳がん患者と大腸がん患者のみである。

このプログラムは患者にとって効果的だが、いろいろな限界も抱えている。ひとつは資源の問題である。ケースマネジャーは診断から治療の終わりにまで患者をフォローする。通常は治療終了1カ月後にはフォローも終わることになっており（病院や政府としても、それ以上の延長は資源的に難しい）、大きな問題がない限り、ケースマネジャーは役割を終える。

ところが、プラクティスナース（特定看護師）がケースマネジャーになると、サバイバーとの人間関係ができる。よく見られる例として、関わりは終わっているのに、患者は何かあるたびに担当したケースマネジャーに連絡するようになる。「この人に聞けば問題を解決してくれる」という信頼関係が構築され、ケースがクローズになっても連絡をとることが多い。連絡を受けた看護師は邪険には扱わないので、インフォーマルに患者を支援することになる。そうした仕事にも、きちんと評価・対価が得られるのが望ましい。もっと資源をつけてもらえるよう、このプログラムの効果を明らかにしていきたいと考えている。

発行：慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科看護学専修
平成29年度大学教育再生戦略推進費
多様な新ニーズに対応する「がん専門医療人材（がんプロフェッショナル）」養成プラン
「**未来がん医療プロフェッショナル養成プラン**」