厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
（総合研究報告書）

科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備に資する研究
（23EA1026）

研究代表者　国立がん研究センターがん対策情報センター　若尾文彦（副本部長）

研究要旨
本研究では、がんを心配して情報を探し始める場面から適切にがん拠点病院等で、患者らが正しい情報を入手できるよう、
1．がん関連機関の情報連携環境の構築をもとにした“信頼できる情報群”からなる相談員や医療者向け情報支援データベースの整備、2．患者や国民が必要な情報にアクセスしやすい情報検索システムの検討及び検証、3．がん診断時等の患者にがん診療施設で適切に情報提供する方策の検討　の3つの観点から、科学的根拠に基づく情報の提供及び均てん化に向けた体制整備と方策を提言することを目的とした。
1．では、まず、診療ガイドライン等の知識情報が、遅延なくweb上に公開されることが大前提であること。さらに、がん情報提供におけるAIの応用では、AIの生成パラメータの最適化に加え、Web診療ガイドライン等のAIの情報ソースとなるコンテンツの標準化に加え、公開様式の標準化も検討してく必要があることが重要で、これらの実現によりAIによる正しいがんの情報の提供が促進されると考えられる。
2では、診断直後の患者向けに適切な文章量とイラスト量やナラティブ情報提供の望ましい在り方、医療機関検索の際に求められるユーザーインターフェイスなどが明らかにされる一方、SNSやAI検索・AI overviewなどの普及の動向にわせた情報提供のあり方に対して、望ましい対策の在り方を総合的に検討していくことが重要である。
3．では、各地域や施設ごとに置かれた状況はさまざまであるなか、好事例となる事例を収集し、それらをオンライン講演会のような場で提示する事により、自施設に役立てられる方策も見つけやすくなり、がん診療連携拠点病院内外における適切な情報提供の方策が検討できると考えられた。

研究分担者氏名・所属機関名・職名

長谷川 潔　東京大学医学部附属病院　教授
下井　辰徳　国立がん研究センター中央病院
腫瘍内科　医長
中島　信久　琉球大学病院地域・国際医療部
特命准教授（診療教授）
関根 郁夫　筑波大学医学医療系　臨床腫瘍学
教授
藤　也寸志　国立病院機構九州がんセンター
名誉院長
中山　健夫　京都大学大学院　医学研究科
教授
奥村　晃子　公益財団法人 日本医療機能評価機構 EBM 医療情報部　部長
高山　智子　静岡社会健康医学大学院大学
社会健康医学研究科 教授
東 尚弘　東京大学大学院医学系研究科
公衆衛生学分野　教授
八巻 知香子　国立がん研究センター
がん情報提供部　部長
平野 公康　国立がん研究センター
たばこ政策情報室 室長　23、24 年度
石川　文子　国立がん研究センター
がん対策情報センター本部
副本部長補佐　25 年度
鈴木 斎王　宮崎大学医学部　患者支援センター
特別教授　23、24 年度
東 美菜子　宮崎大学医学部医学部附属病院
副病院長 25 年度～
坪井　正博　国立がん研究センター東病院
呼吸器外科科長　～R8.2.27
鈴木 克典　山形県立中央病院　消化器内科
院長

A．研究目的

科学的根拠に基づく情報を迅速に国民に提供し、適切な活用につなげるには、持続可能な作成体制、質が担保された情報にたどり着きやすくする仕組み、正しい情報の活用を促す支援環境の整備が必要であり、一部のみではなし得ない。先行研究班（厚労科研 20EA1008）では、がん関連機関の連携による持続可能な情報作成体制の構築に必要な諸条件の検討を行ってきた。この中で、情報作成では「がん情報サービス」の基本的かつ広範な情報、学術団体の専門性の高い情報、製薬企

業の迅速かつ正確な薬剤情報、公益財団の公益性に基づく情報収集と提供等といった得意領域がある一方で、情報の提供・普及に関して各々が課題を抱えていること、科学的根拠に基づく情報が散在し、利用者の検索や情報評価に負荷がかかっていることが示された。この状況を解消する情報作成から提供・活用・普及までを視野に入れたがん関連機関の情報連携環境を構築し、実装案を示していくことが必要である。
本研究では、がんを心配して情報を探し始める場面から適切にがん拠点病院等で、患者らが正しい情報を入手できるよう、
1. がん関連機関の情報連携環境の構築をもとにした“信頼できる情報群”からなる相談員や医療者向け情報支援データベースの整備
2. 患者や国民が必要な情報にアクセスしやすい情報検索システムの検討及び検証
3. がん診断時等の患者にがん診療施設で適切に情報提供する方策の検討
の 3 つの観点から、科学的根拠に基づく情報の提供及び均てん化に向けた体制整備と方策を提言することを目的とする。

B. 研究方法

(1) 医療者向けの情報支援データベースの整備

（原型となるプラットフォーム案の作成）

【若尾（代表者）、長谷川・下井・中島・関根・藤・中山・奥村・高山・東（尚）・八巻（分担者）、松本・堀田・垣添・秋月・石川恵・堀拔・西迫（協力者）他】

がん関連機関の間で、既に提供している情報の連携（リンク）を密にした情報支援の原型となるプラットフォーム案を作成する。
1 年目）これまで開発・改修してきた「がん情報データベース基盤試作システム」をがん関連学会、民間企業を含む情報提供者等の協力により拡充し、相談員/医療者が利用すると有用と考えられる Web 情報を収集・整理し、リンクを貼る（①）。関連機関同士の情報収集・共有、組織間の継続的な連携の取決め等に関する方法を検討する（②）。また関連機関間の継続的な協力方法や内容について検討する（②）。
（2 年目）診療ガイドライン等に含まれる薬剤情報について、さらに詳細な作用機序等の薬剤情報（製薬会社や PMDA 提供の薬剤情報、公益財団法人提供の情報等）への連携・リンク貼付方法を検討する（①）。相談員/医療者向けのワークショップを開催し、「基盤施策システム」利用の使い勝手、有用性を検討、課題を抽出する（②）。関連機関間の継続的な協力方法や内容について（1～2 事例）を試行する（②）。
（3 年目）それぞれの課題等の整理と対策方法をまとめ（①②）、“信頼できる情報群”から検索しやすい情報支援環境の原型となる継続性のあるプラットフォーム案の提案をまとめる。

(2) 患者や国民が必要な情報にアクセスしやすい情報検索システムの検討及び検証

【平野・坪井・石川（分担者）大槻（協力者）他】

情報検索会社 Y 社と協力して、検索用語の特徴と「がん情報サービス」上の情報閲覧状況から必要な情報に辿り着きやすい方法の検討を行う。
（1 年目）既存の調査および追加調査より、患者・家族のがん情報に関するニーズやたどり着きやすさの課題を抽出する（①）。検索数の多いがん関連のキーワードを「がん情報サービス」及び Y 社それぞれで抽出し、検索者の行動特性や検索場面・状況に合わせた環境を Y 社および「がん情報サービス」で用意する（内容によりテストサイトでの検討も想定）。条件の違いによる情報検索パターン（アクセス数）の変化について検討・考察を行う（②）。
（2 年目）1 年目の検討結果に基づき、検索エンジン側および「がん情報サービス」で対応可能な内容、行動特性について分析・検討を行う(②)。
（3 年目）それぞれの課題点や改善方法のまとめ、提言案の作成を行う（①②）。
※「がん情報サービス」との連携がある Y 社から研究協力者として参加予定である。

(3) がん診断時等の患者にがん診療施設（がん非拠点病院を含む）で適切に情報提供する方策の検討

【高山・鈴木（克）・藤・鈴木（斎）・東（美）（分担者）、他研究協力者】

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（以下、部会）と「がん情報サービス編集委員会」で 2022 年に共同作成された「診断されたあなたに知ってほしいこと」（冊子・Web・動画）を用いて、病院特性および地域の拠点病院状況が異なる複数のがん診療連携拠点病院（以下、がん拠点病院）の院内医療スタッフの周知方法（院内周知体制）および複数県内のがん拠点病院以外のがん診療施設への周知方法の検討を行う（山形県、福岡県、宮崎県で実施予定）。
※本分担課題については、「(23EA1025) がん相談支援の質および持続可能な体制構築班（高山班）」とも連携して検討を行う。
（1 年目）3 地域の現行の院内および地域のがん診療病院の周知体制について状況を可視化し、課題とさらなる周知に向けた対応策について検討を行う。
（2 年目）院内および地域のがん診療施設への周知体制の具体的な方法およびポイントについて、各施設や地域の状況の観点から整理し、好事例の背景となる条件や課題を整理する。また周知活動前

後での医療スタッフの患者への情報提供に関する変化についてヒアリング調査を行い、利点や課題を整理する。
（3 年目）2 年目までに整理された、患者に適切に情報提供する方法についての好事例の背景となる条件や課題と医療スタッフからみた利点や課題をもとに、がん診断時に適切に情報提供する方策の提言をまとめる。

C. 研究結果

（1）医療者向けの情報支援データベースの整備

がん診療に携わっている医師が、告知時・診察時などにがん患者・家族から相談・質問対応に活用する媒体・ツールについて、医師 501 名に web アンケートを実施し、利用している情報源を確認した（資料 1)。その結果、製薬企業が作成している患者向け説明資料（236 件)、自施設で作成している患者向け説明資料（208 件)、各学会発行のガイドライン（患者向け含む）（191 件)、手書きの図・メモなど（157 件）が多いことを確認した。また、がん診療に携わる医師において、がん相談支援センターの利用を患者に促すなど活用している者は、23.8%に留まり、存在自体を知らない者が 29.9%に及んでいた。

がんに関する診療ガイドラインの Web 公開状況を調査し、ガイドライン公開の実態と課題について整理した。
2025 年 3 月時点で入手可能な過去 5 年以内に発行されたがん診療に関する 73 編のガイドライン（医療者向け 60 編・患者向け 13 編）であり、うち、74%にあたる 54 編（医療者向け 48 編・患者向け 8 編）が最新版で、残りの 9 編がインターネット上での公開無し、10 編が旧版のみの公開でその多くは書籍または有料電子版として提供されていた。最新版については、発刊 2 年以降に web 公開される例を複数認めた（資料 2)。

ガイドライン参照システムのプロトタイプとして、「頼れるがんの情報館」サイト（https://rs.ganjoho.jp/）を改修した。研究利用が承認された 15 編の各種ガイドラインが検索用データとして格納され、がんに関する検索ワードに対してどのような検索結果が得られるかを検証した。その結果、関係するガイドラインの該当するページが検索結果のリストとして提示されたが、検索結果の内容は、ガイドライン中の章や CQ のトップページが表示された。その中には、文字数カウントで 10 万語を超えるページが表示されたものもあった。これらは、知りたい情報を包括的に含んでいる一方で、検索ワードに対する情報がどの部分に該当するのかを瞬時に判断することが難しかった。その対応として、再度、検索されたページ内での検索し、検索ワードをハイライト表示させることにより該当箇所を把握することは可能であった。

生成 AI を含む ICT 技術が著しく進歩する状況を鑑み、ガイドライン横断検索システムを代替するシステムとして、生成 AI システムを活用した生成情報検索システム（＝生成 AI チャットボット）の開発・評価を実施した（資料 3, 4)。具体的には、国立がん研究センター「がん情報サービス」を参照情報源とする Retrieval-Augmented Generation（RAG）型 AI チャットボットを構築し、複数の大規模言語モデル（LLM ; GPT-4、Claude-3.5、Gemini-2.0）および異なる知識利用条件における応答特性を比較検討した。評価は、がん情報サービス内に情報が存在する質問 31 問、および存在しない質問 31 問の計 62 問を使用し生成された 372 件の回答について、「参照情報のみに基づく応答（RAG-only)」と、「参照情報に加えて LLM 内部知識を併用した応答（Hybrid RAG)」について、応答可能性および hallucination 発生との関連を解析した。その結果、RAG-only 条件では hallucination 発生率は低く（3–6%)、高い安全性が認められた。一方、回答不能（No Answer）が増加し、特に参照情報に存在しない質問では有意に回答生成率が低下した。これに対し、Hybrid RAG 条件では応答生成率が向上し、Claude-3.5 および GPT-4 では 98%の質問に回答を生成した。しかし、hallucination 発生率は 16–24%へ増加し、参照情報に存在しない内容について LLM 内部知識を用いて補完的回答を生成する過程で誤情報が発生していることを確認した。

国民へのがん関連情報の提供のためには、がん対策推進基本計画の遂行の中心となるがん診療連携拠点病院等の活動実態を公表することも求められており、その情報源となる「現況報告」について、特に相談支援・情報提供に関わる部分（窓口体制と相談内容、患者サロン・患者会の開催回数、各種がん関連外来の設定状況、チーム医療の提供体制、専門とするがんの診療状況の自己申告）の意義や問題点を検討した。その結果、病院区分間、病院種間、都道府県間で比較可能で、結果を見える化することが出来た一方、毎年収集される現況報告においては、解析に際して問題となる点も多くあり、患者への情報ソースとして注意が必要であることが分かった。

（2）患者や国民が必要な情報にアクセスしやすい情報検索システムの検討及び検証

がん患者 1017 名へのインターネット調査で 45%が情報取得に困難を感じていること、世代別の利用媒体の状況等を明らかにした。

診断直後の患者向けに適切な文章量とイラスト量とナラティブ情報提供の望ましい在り方につい

て、検討を行った。がん情報サービスの「がんと診断されたあなたに知って欲しいこと」ページでは、情報を大幅に要約しイラスト中心に提示することが、必ずしも情報理解や情報認知の向上につながるわけではないことが示された。また、イラストのテイストによって評価が異なったことから、イラスト表現そのものも情報理解に影響する可能性が考えられた。

がん患者へのナラティブ情報提供には、医療者の客観的判断の介入、患者自身が情報を整理・解釈できるための支援、多様なナラティブ情報の整備が重要であることが示された。特に、熟練看護師の実践知を共有することや、患者が経験談を読む前に考えや気持ちを整理するためのガイドの必要性が示された。

情報検索会社と連携し、がん検診・検査・検索時にがん情報サービスへのアクセス増加を促す表示モジュールの効果検証を行い、信頼情報への流入増加を確認した。

がん患者が医療機関を検索する際に求める情報、ユーザーインターフェイスについて、モックアップを作成し、患者・家族を対象としたヒアリングを行なった結果を Python を用いたテキスト解析をおこなった。その結果、患者は単なる病院情報の掲載だけではなく、「必要な情報へ迷わず到達できること」「専門性や診療実績が理解できること」「安心して受診につながること」を重視していることが明らかとなった。また、「情報が多すぎると分かりにくい」「どこを見ればよいかわからない」といった発言も多く認められ、患者は情報の量的な充実だけでなく、「自分に必要な情報へ適切に到達できること」を重視していることが示された（資料 5)。

患者が病院を選ぶ際に有用な視点をまとめた国立がん研究センターがん情報サービスのコンテンツ「病院選びを考えるときに」「病院選び Q&A」について、読みやすさ・わかりやすさ・有用性・実用性・満足度の観点から評価を実施した結果、各観点で高い評価を得た一方、視覚的に理解を助ける工夫や、より具体的で実践的な内容の充実などの改善点も示された。

(3) がん診断時等の患者にがん診療施設（がん非拠点病院を含む）で適切に情報提供する方策の検討

各地域や施設ごとに置かれた状況はさまざまであるなか、好事例となる事例を収集し、提示する事により、がん診療連携拠点病院内外における適切な情報提供の方策が検討できると考えられた（資料 6)。

相談支援センターの運営上の困りごとを分析し、センター周知や来院時訪問の課題が多いことを確認した。山形県での取り組みでは冊子の適切配置や医療者と相談員の連携、院内広報活動により相談件数の増加を得た。福岡県遠賀中間医師会おんが病院ではがんケアセンターと多職種チームを設置し、情報提供体制を整備、超高齢者患者が多い地域での継続診療ニーズの増加を確認した。宮崎県ではピアサポーター養成や講演会を通じて正確ながん情報提供の普及を図った。

全国のがん相談支援センターにおける「希少がん」の情報や相談対応の特徴および「希少がん」に関して現在利用できる情報について、がん相談に携わる調査協力者を募り、匿名の自己記入式 Web アンケートを実施した。調査項目には、「希少がん」の情報や相談対応の特徴・整備状況に関する情報を取り上げ、国立がん研究センターがん情報サービスに掲載された『まれながんや希少がんと言われたときに知っておきたい情報や病院の探し方』の情報コンテンツ（2026 年 2 月 24 日掲載）に含まれる内容を参考に、相談員として知っておく必要がある内容を設定した。結果として 179 名の相談員から協力が得られ、希少がんの情報や相談対応の特徴は、14 項目中「よく知っていた」との回答が 5 割を超えたのは、「セカンドオピニオンの選択肢がある」「仕事や家庭のことなどの情報にも利用できる」「医師からの言葉に不安になることがある」「希少がんホットラインの窓口がある」「希少がんホットライン」は本人だけでなく家族や医療者が利用できる窓口である」「希少がんの診断名を正確に知ることが大事である」の 6 項目のみであった。

D. 考察

(1) 医療者向けの情報支援データベースの整備

製薬企業の薬剤に関する情報は、非常に充実したものであるが、薬機法で該当薬剤を使用する者に対してのみ、医師から提供に限定されている。2023年度に患者に対して実施した「がん情報サービス上で営利企業が運営するサイトを紹介すること」に関するアンケートにおいて、「詳しい情報が得られるならよいと思う」が54.6%、紹介の際に適切と判断した基準を示すことは「必要／どちらかと言えば必要」が95%の結果を得ており、患者としても、一定の基準のもと製薬企業が有する情報を活用することを求めていｒをり、使用する可能性がある患者に対しても十分な補足説明とともに情報提供の対象を拡大することについて、しっかりと検討する必要があると考える。

RAG型AIチャットボットによるがん情報提供では、「hallucination抑制」と「応答可能性」の間に明確なトレードオフが存在すること確認した。そこで、安全性と実用性を両立した医療AIシステムを実現するためには、LLM性能のみならず、知識利用方法、回答制御、出力長を含めた統合的なシステム設計が重要であると考えられれた。

(2) 患者や国民が必要な情報にアクセスしやすい情報検索システムの検討及び検証

診断直後の患者向けに適切な文章量とイラスト量とナラティブ情報提供の望ましい在り方について、検討では、現行のがん情報サービスの文章とイラストの群が最も対象者の情報理解度と情報認知が高かった。このことから、情報を要約したり見出しのみにしたりし、インフォグラフィック的にイラストで視覚的に情報を与えることが理解につながるとは限らないことが示された。このような結果となった理由には、可能性として、イラストに含めた情報が多かったことが考えられた。イラストによって補完される情報は、多いと直感的理解を促進せず、文章のみで情報を全て記載した場合よりも理解を妨げる可能性があることが考えられる。

情報の入り口となる検索エンジンに適切な情報への誘導する仕組みの有用性について検証できたが、2024年8月より検索結果一覧画面に「AIによる概要（AI overview）の掲載が開始され、拡大されていることから、自動化バイアス（Automation Bias）に基づいて「ゼロクリック検索」のようにAI概要のみで、検索結果に掲出される1次情報にアクセスしない利用が増加している。一方、2025年5月に実施されたNHKの調査では、医療に関するAI概要において、問題あり10.8%、要注意28.9%と39.7%にリスクがあると報道されており、リスクがあることの周知や、一次情報確認について、情報源・公開日を含めて確認する情報リテラシーの普及が必要であると考える。

(3) がん診断時等の患者にがん診療施設（がん非拠点病院を含む）で適切に情報提供する方策の検討

相談支援センターの周知には、相談支援を取り巻く環境を運営者側の立場として施設内で整理し、体制づくり行うかという視点も不可欠である。好事例を含む具体的な取組みを互いに共有し合える環境を継続的に設けるとともに、好事例を病院全体で取り組めるような機会をつくることもまた重要であると考えられた。

「希少がん」の情報や相談対応の特徴および「希少がん」に関して現在利用できる情報の相談員の現時点での認知状況は、必ずしも十分とは言えず、これは相談員の「希少がん」の情報認識が十分でないという現状を反映していると考えられた。

E. 結論

科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備について、以下の 3 つの観点で検討を行った。（1）医療者向けの情報支援データベースの整備、(2) 患者や国民が必要な情報にアクセスしやすい情報検索システムの検討及び検証 (3) がん診断時等の患者にがん診療施設（がん非拠点病院を含む）で適切に情報提供する方策の検討。

当初、想定していた診療ガイドラインを横断的に検索する医療者向けの情報支援データベース、情報検索会社と連携した、がん関連検索時にがん情報サービスへのアクセス増加を促す表示モジュールについては、検索時に表示さえるAIによる概要、生成AIによる情報検索が急速に広がる中、活用が大きく制約されるという事態を迎え、AIチャットボットの開発・評価に大きくシフトし、安全性と実用性を両立した医療AIシステムを実現するためには、LLM性能のみならず、知識利用方法、回答制御、出力長を含めた統合的なシステム設計が重要であると考えられれた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

1. 論文発表

1). Nishisako S, Higashi T, Wakao F. Reducing Hallucinations and Trade-Offs in Responses in Generative AI Chatbots for Cancer Information: Development and Evaluation Study. JMIR Cancer. Sep 11 2025;11:e70176. doi:10.2196/70176

2). Nishisako S, Higashi T, Wakao F. Design and Development of an AI Chatbot System Referencing Web-Based Cancer Clinical Practice Guidelines, J Vis Exp. under review.

3). 藤也寸志. 都道府県におけるがん対策・がん診療連携拠点病院. 「がん診療2025」日本医師会雑誌 154特別号(1)：49-52, 2025

4). 藤也寸志. がん医療における働き方改革--タスクシフト/タスクシェアのあり方と考えておくべきこと-- 癌と化学療法 52(10)： 699-709, 2025

5). Booka E, Takeuchi H, Kikuchi H, Miura A, Kanda M, Kawaguchi Y, Hamai Y, Nasu M, Sato S, Inoue M, Okubo K, Ogawa R, Sato H,Yoshino S, Takebayashi K, Kono K, Toh Y, Katori Y. A nationwide survey on the safety of cricothyrotomy: a multicenter retrospective study in Japan. Esophagus. 22(1):19-26, 2025

6). Ozawa S, Omura N, Koyanagi K, Oguma J, Kazuno A, Kitagawa Y, Kakeji Y, Toh Y, Matsubara H. Nationwide survey of the surgical treatment for hiatal hernia in Japan. Ann Gastroenterol Surg. 10(1):113-127, 2025

7). 若尾文彦 がん対策の目標とアクションプラン 日本医師会雑誌 153（1）:29－33. 2024

8). 若尾文彦 解説健康日本21（第三次）.「がん」について. 健康づくり. 557.10-13.2024

9). Kawaguchi Y, Ito K, Hayakawa T, Hayashi Y, Fukuda K, Abe S, Ichida A, Akamatsu N, Kaneko J, Hasegawa K. A data-informed timeline for hospital discharge with a reasonably low risk of unplanned readmission after open and minimally invasive liver resections. J Hepatobiliary Pancreat

Sci. 31(4). 243-250. 2024
10). Joliat GR, de Man R, Rijckborst V, Cimino M, Torzilli G, Choi GH, Lee HS, Goh BKP, Kokudo T, Shirata C, Hasegawa K, Nishioka Y, Vauthey JN, Baimas-George M, Vrochides D, Demartines N, Halkic N, Labgaa I. Long-term outcomes of ruptured hepatocellular carcinoma: international multicentre study. Br J Surg. 111(4). znae093. 2024
11). Krenzien F, Schmelzle M, Pratschke J, Feldbrügge L, Liu R, Liu Q, Zhang W, Zhao JJ, Tan HL, Cipriani F, Hoogteijling TJ, Aghayan DL, Fretland ÅA, Siow TF, Lim C, Scatton O, Herman P, Coelho FF, Marino MV, Mazzaferro V, Chiow AKH, Sucandy I, Ivanecz A, Choi SH, Lee JH, Gastaca M, Vivarelli M, Giuliante F, Valle BD, Ruzzenente A, Yong CC, Chen Z, Yin M, Fondevila C, Efanov M, Morise Z, Di Benedetto F, Brustia R, Valle RD, Boggi U, Geller D, Belli A, Memeo R, Gruttadauria S, Mejia A, Park JO, Rotellar F, Choi GH, Robles-Campos R, Wang X, Sutcliffe RP, Hasegawa K, Tang CN, Chong CCN, Lee KF, Meurs J, D'Hondt M, Monden K, Lopez-Ben S, Kingham TP, Ferrero A, Ettorre GM, Pascual F, Cherqui D, Zheng J, Liang X, Soubrane O, Wakabayashi G, Troisi RI, Cheung TT, Kato Y, Sugioka A, Dokmak S, D'Silva M, Han HS, Nghia PP, Long TCD, Hilal MA, Chen KH, Fuks D, Aldrighetti L, Edwin B, Goh BKP; International robotic and laparoscopic liver resection study group investigators. Propensity Score-Matching Analysis Comparing Robotic Versus Laparoscopic Limited Liver Resections of the Posterosuperior Segments: An International Multi-Center Study. Ann Surg. 279(2). 297-305. 2024
12). Oyama H, Hamada T, Nakai Y, Tanaka M, Takagi K, Fukuda R, Hakuta R, Ishigaki K, Kanai S, Kawaguchi Y, Kurihara K, Nishio H, Noguchi K, Saito T, Sato T, Suzuki T, Suzuki Y, Takaoka S, Tange S, Takahara N, Hasegawa K, Ushiku T, Fujishiro M. Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm Surveillance Leads to Early Diagnosis and Better Outcomes of Concomitant Cancer. Ann Surg Published online doi:10.1097/SLA.0000000000006268. 2024
13). Holzner ML, Mazzaferro V, Busset MDD, Aldrighetti L, Ratti F, Hasegawa K, Arita J, Sapisochin G, Abreu P, Schoning W, Schmelzle M, Nevermann N, Pratschke J, Florman S, Halazun K, Schwartz ME, Tabrizian P. Is Repeat Resection for Recurrent Intrahepatic Cholangiocarcinoma Warranted? Outcomes of an International Analysis. Ann Surg Oncol Published online. doi:10.1245/s10434-024-14975-w. 2024
14). Akahoshi K, Shindoh J, Tanabe M, Watanabe S, Takamizawa H, Eguchi S, Endo I, Kubo S, Taketomi A, Nagano H, Nakamura M, Hasegawa K, Hatano E, Yoshizumi T, Kokudo N. Questionnaire survey of Japanese board-certified expert hepatobiliary and pancreatic surgeons and instructors on the surgical indications for hepatocellular carcinoma J Hepatobiliary Pancreat Sci. 31. 143-151. 2024
15). Okushin K, Tateishi R, Hirakawa S, Tachimori H, Uchino K, Nakagomi R, Yamada T, Nakatsuka T, Minami T, Sato M, Fujishiro M, Hasegawa K, Eguchi Y, Kanto T, Yoshiji H, Izumi N, Kudo M, Koike K. The impact of COVID-19 on the diagnosis and treatment of HCC: analysis of a nationwide registry for advanced liver diseases (REAL). Sci Rep. 14. 2826. 2024
16). Chu KJ, Kawaguchi Y, Wang H, Jiang XQ, Hasegawa K. Update on the Diagnosis and Treatment of Combined Hepatocellular Cholangiocarcinoma. J Clin Transl Hepatol. 12. 210-217. 2024
17). Gorris M, van Bodegraven EA, Abu Hilal M, Bolm L, Busch OR, Del Chiaro M, Habib J, Hasegawa K, He J, van Hooft JE, Jang JY, Javed AA, Kazami Y, Kwon W, Lee M, Liu R, Motoi F, Perri G, Saiura A, Salvia R, Sasanuma H, Takeda Y, Wolfgang C, Zelga P, Castillo CF, Marchegiani G, Besselink MG.Outcomes after distal pancreatectomy with or without splenectomy for intraductal papillary mucinous neoplasm: international multicentre cohort study. Br J Surg. 111. znad424. 2024
18). Amano K, Okamura S, Matsuda Y, Baracos VE, Mori N, Miura T, Tatara R, Kessoku T, Tagami K, Otani H, Mori M, Taniyama T, Nakajima N, Nakanishi E, Kako J, Morita T, MiyashitaM. Associations of nutrition impact symptoms with depression in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 19;32(7). 445. 2024
19). Amano K, Baracos VE, Mori N, Okamura S, Yamada T, Miura T, Tatara R, Kessoku T, Matsuda Y, Tagami K, Otani H, Mori M, Taniyama T, Nakajima N, Nakanishi E, Kako J, Morita T, Miyashita M. Associations of nutrition impact symptoms with dietary intake and eating-related distress in patients with advanced cancer. Clin Nutr ESPEN Apr;60. 313-319. 2024
20). Kurisu K, Inada S, Maeda I, Nobata H, Ogawa A, Iwase S, Uchida M, Akechi T, Amano K, Nakajima N, Morita T, Sumitani M, Yoshiuchi K. Effectiveness of antipsychotics for managing agitated delirium in patients with advanced cancer: a secondary analysis of a multicenter prospective observational study in Japan (Phase-R). Support Care Cancer. 8;32(3). 147. 2024
21). Agatsuma N, Utsumi T, Nishikawa Y, Horimatsu T, Seta T, Yamashita Y, Tanaka Y, Inoue T, Nakanishi Y, Shimizu T, Ohno M, Fukushima A, Nakayama T, Seno H. Stage at diagnosis of colorectal cancer through diagnostic route: Who should be screened? World J Gastroenterol. 30(10). 1368-1376. 2024
22). Miyazaki K, Ikenaga M, Sato T, Ueshima K, Nawata S, Horimatsu T, Komori E, Kirishima T, Kawabata K, Kawamura T, Kasai H, Suzukamo Y, Matsuzaki K, Kuwabara Y, Nakayama T; PASQol Study Group. A Randomized Controlled Trial of Betamethasone on Fatigue in Patients With Advanced Cancer. J Pain Symptom Manage. 67(5).393-401. 2024
23). Nishikawa Y, Agatsuma N, Utsumi T, Funakoshi

T, Mori Y, Nakamura Y, Hoshino N, Horimatsu T, Saito T, Kashihara S, Fukuyoshi J, Goto R, Toi M, Takahashi Y, Nakayama T. Medical care costs according to the stage and subtype of breast cancer in a municipal setting: a case study of Hachioji City, Japan. Breast Cancer. 31(1). 105-115. 2024
24). Booka E, Takeuchi H, Kikuchi H, Miura A, Kanda M, Kawaguchi Y, Hamai Y, Nasu M, Sato S, Inoue M, Okubo K, Ogawa R, Sato H, Yoshino S, Takebayashi K, Kono K, Toh Y, Katori Y. A nationwide survey on the safety of cricothyrotomy: a multicenter retrospective study in Japan. Esophagus. 22. 19-26. 2025
25). Sugimachi K, Shimagaki T, Tomino T, Onishi1 E, Mano Y, Iguchi T, Sugiyama M, Yasue Kimura Y, Morita M, Toh Y. Patterns of venous collateral development after splenic vein occlusion associated with surgical and oncological outcomes after distal pancreatectomy. Ann Gastroenterol Surg. 8. 1118-1125. 2024
26). Sugiyama M, Nishijima T, Kasagi Y, Uehara H, Yoshida D, Nagai T, Koga N, Kimura Y, Morita M, Toh Y. Impact of comprehensive geriatric assessment on treatment strategies and complications in older adults with colorectal cancer considering surgery. J Surg Oncol. 130. 329-337. 2024
27). Horinuki F, Saito Y, Yamaki C, Toh Y, Takayama T. Healthcare professionals roles in pancreatic cancer care: patient and family views and preferences. BMJ Supportive & Palliative Care 14. e2922-e2929. 2024
28). Committee for Scientific Affairs, The Japanese Association for Thoracic Surgery, Yoshimura N, Sato Y, Takeuchi H, Abe T, Endo S, Hirata Y, Ishida M, Iwata H, Kamei T, Kawaharada N, Kawamoto S, Kohno K, Kumamaru H, Minatoya K, Motomura N, Nakahara R, Okada M, Saji H, Saito A, Tsuchida M, Suzuki K, Takemura H, Taketani T, Toh Y, Tatsuishi W, Yamamoto H, Yasuda T, Watanabe M, Matsumiya G, Sawa Y. Shimizu H, Chida M Thoracic and cardiovascular surgeries in Japan during 2021: Annual report by the Japanese Association for Thoracic Surgery. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 72. 254-291. 2024
29). Mine S, Tanaka K, Kawachi H, Shirakawa Y, Kitagawa Y, Toh Y, Yasuda T, Watanabe M, Kamei T, Oyama T, Seto Y, Murakami K, Arai T, Muto M, Doki Y. Japanese Classification of Esophageal Cancer, 12th Edition: Part I. Esophagus. 21. 179-215. 2024
30). Doki Y, Tanaka K, Kawachi H, Shirakawa Y, Kitagawa Y, Toh Y, Yasuda T, Watanabe M, Kamei T, Oyama T, Seto Y, Murakami K, Arai T, Muto M, Mine S. Japanese Classification of Esophageal Cancer, 12th Edition: Part II. Esophagus. 21. 216-269. 2024
31). 嶋本正弥、藤也寸志. 痛みの治療　がん疼痛. 臨牀と研究. 101. 43-50. 2024
32). 西嶋智洋、藤也寸志　高齢者機能評価のあり方と治療選択～認知機能評価も含めて～. 日本臨牀. 82(3). 525-531. 2024
33). Horinuki F, Saito Y, Yamaki C, Toh Y, Takayama T. Healthcare professionals roles in pancreatic cancer care: patient and family views and preferences. BMJ Support Palliat Care Published online. doi: 10.1136/spcare-2024-004921 2024
34). Higashi T, Kurokawa Y. Incidence, mortality, survival, and treatment statistics of cancers in digestive organs—Japanese cancer statistics 2024. Annals of Gastroenterol Surg. 2024;8(6). 958-965. 2024
35). Fujishita M, Sakakibara N, Higashi T, Watanabe T, Kumamaru H, Miyata H. The accuracy and characteristics of gastric cancer treatment information in the national data of the hospital-based cancer registry. Jpn J Clin Oncol. 54(6). 630-636. 2024
36). Suzuki S, Nagumo Y, Kandori S, Kojo K, Nitta S, Chihara I, Shiga M, Ikeda A, Kawahara T, Hoshi A, Negoro H, Bryan MJ, Okuyama A, Higashi T, Nishiyama H. The prognostic impact of treatment centralization in patients with testicular germ cell tumors: analysis of hospital-based cancer registry data in Japan. Int J Clin Oncol. 29(3). 318-324. 2024
37). Hirano T. Opinion advertisement by Philip Morris Japan on the tobacco tax imposed on heated tobacco products Tob Control. 34(3). 406-407. 2025
38). Hirano T. A battle of heated tobacco sales: transfer discount promotions in Japan. Tob Control. 34(1). 133-134. 2025
39). 竹村 信行, 稲垣 冬樹, 三原 史規, 市田 晃彦, 金子 順一, 長谷川 潔, 國土 典宏. 門脈圧亢進症状を伴う肝細胞癌患者に対する周術期のマネジメントと短期・長期成績(総説). 日本門脈圧亢進症学会雑誌　29. 215-219. 2023
40). 市田 晃彦, 長谷川 潔 【薬物療法によって変貌する肝細胞癌治療:2023 Update】Early stage 肝細胞癌　Phase 3 adjuvant試験(IMbrave050 trial)の結果とその解釈. 肝胆膵. 87. 389-395. 2023
41). 赤松延久、市田晃彦、長谷川潔. 【再発肝細胞癌：再肝切除vs.サルベージ生体肝移植】. ルベージ生体肝移植の立場から. 消化器外科. 46. 1122-1127. 2023
42). 市田 晃彦, 長谷川 潔. 【外科医によるこれからの癌薬物療法-最新知識と安全で効果的な遂行のコツ-】. 肝癌における薬物療法(解説) . 日本外科学会雑誌. 124. 404-409. 2023
43). 河口 義邦, 赤松 延久, 長谷川 潔.【肝疾患-診療のチェックポイント2023】(第II部)治療のチェックポイント(第13章) . 肝細胞癌の外科治療と生体肝移植のチェックポイント(解説) . 臨床消化器内科. 38. 974-980. 2023
44). Oyama H, Hamada T, Nakai Y, Tanaka M, Takagi K, Fukuda R, Hakuta R, Ishigaki K, Kanai S, Kawaguchi Y, Kurihara K, Nishio H, Noguchi K, Saito T, Sato T, Suzuki T, Suzuki Y, Takaoka S, Tange S, Takahara N, Hasegawa K, Ushiku T, Fujishiro M. Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm Surveillance Leads to Early Diagnosis and Better Outcomes of Concomitant Cancer. Ann Surg. Published online. doi:10.1097/SLA.0000000000006268. 2024

45). Holzner ML, Mazzaferro V, Busset MDD, Aldrighetti L, Ratti F, Hasegawa K, Arita J, Sapisochin G, Abreu P, Schoning W, Schmelzle M, Nevermann N, Pratschke J, Florman S, Halazun K, Schwartz ME, Tabrizian P. Is Repeat Resection for Recurrent Intrahepatic Cholangiocarcinoma Warranted? Outcomes of an International Analysis. Ann Surg Oncol. Published online. doi:10.1245/s10434-024-14975-w. 2024
46). Kanai S, Fujiwara H, Mizuno S, Kishikawa T, Nakatsuka T, Hamada T, Tanaka M, Arita J, Nakai Y, Isayama H, Kasuga M, Tateishi R, Tateishi K, Ushiku T, Hasegawa K, Koike K, Fujishiro M. Increased expression of TNFRSF14 and LIGHT in biliary epithelial cells of patients with primary sclerosing cholangitis. Dig Liver Dis. 56. 305-311. 2023
47). Akahoshi K, Shindoh J, Tanabe M, Watanabe S, Takamizawa H, Eguchi S, Endo I, Kubo S, Taketomi A, Nagano H, Nakamura M, Hasegawa K, Hatano E, Yoshizumi T, Kokudo N. Questionnaire survey of Japanese board-certified expert hepatobiliary and pancreatic surgeons and instructors on the surgical indications for hepatocellular carcinoma. J Hepatobiliary. Pancreat Sci. 31. 143-151. 2024
48). Okushin K, Tateishi R, Hirakawa S, Tachimori H, Uchino K, Nakagomi R, Yamada T, Nakatsuka T, Minami T, Sato M, Fujishiro M, Hasegawa K, Eguchi Y, Kanto T, Yoshiji H, Izumi N, Kudo M, Koike K. The impact of COVID-19 on the diagnosis and treatment of HCC: analysis of a nationwide registry for advanced liver diseases (REAL). Sci Rep. 14. 2826. 2024
49). Chu KJ, Kawaguchi Y, Wang H, Jiang XQ, Hasegawa K. Update on the Diagnosis and Treatment of Combined Hepatocellular Cholangiocarcinoma. J Clin Transl Hepatol. 12. 210-217. 2024
50). Gorris M, van Bodegraven EA, Abu Hilal M, Bolm L, Busch OR, Del Chiaro M, Habib J, Hasegawa K, He J, van Hooft JE, Jang JY, Javed AA, Kazami Y, Kwon W, Lee M, Liu R, Motoi F, Perri G, Saiura A, Salvia R, Sasanuma H, Takeda Y, Wolfgang C, Zelga P, Castillo CF, Marchegiani G, Besselink MG. Outcomes after distal pancreatectomy with or without splenectomy for intraductal papillary mucinous neoplasm: international multicentre cohort study. Br J Surg. 111. znad424. 2024
51). Maki H, Kawaguchi Y, Nagata R, Mihara Y, Ichida A, Ishizawa T, Akamatsu N, Kaneko J, Arita J, Hasegawa K. Conditional Recurrence Analysis of Intrahepatic Cholangiocarcinoma: Changes in Recurrence Rate and Survival after Recurrence Resection by Disease-free Interval. Hepatol Res. 53. 1224-1234. 2023
52). Takao M, Kawaguchi Y, Matsumura M, Kazami Y, Tanimoto M, Abe S, Maki H, Ishizawa T, Arita J, Akamatsu N, Kaneko J, Kokudo N, Hasegawa K. Probe-based confocal laser endomicroscopy for real-time evaluation of colorectal liver metastasis in resected surgical specimens. Hum Cell. 36. 2066-2073. 2023
53). Kokudo T, Kokudo N, Hasegawa K. Oncological benefit of anatomic resection for patients with hepatocellular carcinoma. Surg Today. 53. 1216. 2023
54). Lim C, Scatton O, Wu AGR, Zhang W, Hasegawa K, Cipriani F, Sijberden J, Aghayan DL, Siow TF, Dokmak S, Herman P, Marino MV, Mazzaferro V, Chiow AKH, Sucandy I, Ivanecz A, Choi SH, Lee JH, Prieto M, Vivarelli M, Giuliante F, Ruzzenente A, Yong CC, Yin M, Fondevila C, Efanov M, Morise Z, Di Benedetto F, Brustia R, Dalla Valle R, Boggi U, Geller D, Belli A, Memeo R, Gruttadauria S, Mejia A, Park JO, Rotellar F, Choi GH, Robles-Campos R, Wang X, Sutcliffe RP, Pratschke J, Lai ECH, Chong CCN, D'Hondt M, Monden K, Lopez-Ben S, Kingham TP, Ferrero A, Ettorre GM, Cherqui D, Liang X, Soubrane O, Wakabayashi G, Troisi RI, Cheung TT, Sugioka A, Han HS, Long TCD, Liu R, Edwin B, Fuks D, Chen KH, Abu Hilal M, Aldrighetti L, Goh BKP; International robotic and laparoscopic liver resection study group investigators. Impact of liver cirrhosis and portal hypertension on minimally invasive limited liver resection for primary liver malignancies in the posterosuperior segments: An international multicenter study. Eur J Surg Oncol. 49. 106997. 2023
55). Kataoka K, Takahashi K, Takeuchi J, Ito K, Beppu N, Ceelen W, Kanemitsu Y, Ajioka Y, Endo I, Hasegawa K, Takahashi K, Ikeda M. Author response to: Comment on: Correlation between recurrence-free survival and overall survival after upfront surgery for resected colorectal liver metastases. Br J Surg. 110. 1407. 2023
56). Masugi Y, Takamatsu M, Tanaka M, Hara K, Inoue Y, Hamada T, Suzuki T, Arita J, Hirose Y, Kawaguchi Y, Nakai Y, Oba A, Sasahira N, Shimane G, Takeda T, Tateishi K, Uemura S, Fujishiro M, Hasegawa K, Kitago M, Takahashi Y, Ushiku T, Takeuchi K, Sakamoto M; GTK Pancreatic Cancer Study Group in Japan. Post-operative mortality and recurrence patterns in pancreatic cancer according to KRAS mutation and CDKN2A, p53, and SMAD4 expression. J Pathol Clin Res.9. 339-353. 2023
57). Coelho FF, Herman P, Kruger JAP, Wu AGR, Chin KM, Hasegawa K, Zhang W, Alzoubi M, Aghayan DL, Siow TF, Scatton O, Kingham TP, Marino MV, Mazzaferro V, Chiow AKH, Sucandy I, Ivanecz A, Choi SH, Lee JH, Gastaca M, Vivarelli M, Giuliante F, Ruzzenente A, Yong CC, Dokmak S, Fondevila C, Efanov M, Morise Z, Di Benedetto F, Brustia R, Valle RD, Boggi U, Geller D, Belli A, Memeo R, Gruttadauria S, Mejia A, Park JO, Rotellar F, Choi GH, Robles-Campos R, Wang X, Sutcliffe RP, Pratschke J, Lai ECH, Chong CCN, D'Hondt M, Monden K, Lopez-Ben S, Liu R, Ferrero A, Ettorre GM, Cipriani F, Cherqui D, Liang X, Soubrane O, Wakabayashi G, Troisi RI,

Yin M, Cheung TT, Sugioka A, Han HS, Lon g TCD, Fuks D, Abu Hilal M, Chen KH, Aldr ighetti L, Edwin B, Goh BKP; International Ro botic and Laparoscopic Liver Resection study g roup investigators are coauthors of this study. Impact of liver cirrhosis, the severity of ci rrhosis, and portal hypertension on the outcome s of minimally invasive left lateral sectionecto mies for primary liver malignancies. Surgery. 1 74. 581-592. 2023

58). Ichida A, Kokudo T, Shimada S, Hatano E, K ubo S, Kato Y, Ishikawa Y, Mori A, Baba H, Matsuyama Y, Endo I, Yamaue H, Yamamoto M, Kokudo N, Hasegawa K. Liver Resectio n for Hepatocellular Carcinoma with Tumor Th rombus in the Inferior Vena Cava or Right Atr ium: A Large-scale Multicenter Survey Conduct ed in Japan. Ann Surg. 278. e549-e555. 2023

59). Yoshizaki Y, Kawaguchi Y, Seki Y, Sasaki S, Ichida A, Akamatsu N, Kaneko J, Arita J, Has egawa K. Posthepatectomy but not prehepatecto my chemotherapy was associated with a longer time to recurrence in patients with resectable c olorectal liver metastases: Inverse probability of treatment weighting analysis. J Hepatobiliary P ancreat Sci. 23. 780. 2023

60). Okuno M, Ishii T, Ichida A, Soyama A, Take mura N, Hirono S, Eguchi S, Hasegawa K, Sa saki Y, Uemura K, Kokudo N, Hatano E. Protocol of the RACB study: a multicenter, single-arm, prospective study to evaluate the e fficacy of resection of initially unresectable hep atocellular carcinoma with atezolizumab combin ed with bevacizumab. Abdom Radiol (NY) . 23. 780. 2023

61). Nakaya M, Nakai Y, Takahashi M, Fukukura Y, Sato K, Kameda A, Tashiro Y, Kageyama S, Sofue K, Nakano T, Yoshimitsu K, Maruga mi N, Takeyama N, Tanaka M, Hasegawa K, Watadani T. Intraductal oncocytic papillary ne oplasm of the pancreas: clinical and radiologica l features compared to those of intraductal papi llary mucinous neoplasm. Abdom Radiol (NY). 48. 2483-2493. 2023

62). Kanemaru N, Nakai Y, Watadani T, Nakao T, Hinata M, Nakazawa A, Akamatsu N, Ushiku T, Hasegawa K, Abe O. Multimodal im aging findings of intrahepatic cholangiocarcino ma arising from a biliary adenofibroma: a case report with radiological-pathological correlation. Hepatol Commun. 48. 2469-2476. 2023

63). Yamada T, Fujiwara N, Kubota N, Matsushita Y, Nakatsuka T, Kurosaki S, Minami T, Tateis hi R, Ichida A, Arita J, Hasegawa K, Koike K, Fujishiro M, Nakagawa H. Lenvatinib recr uits cytotoxic GZMK+CD8 T cells in hepatocel lular carcinoma. Clin Gastroenterol Hepat ol. 7. e0209. 2023

64). Hamada T, Oyama H, Nakai Y, Tange S, Arit a J, Hakuta R, Ijichi H, Ishigaki K, Kanai S, Kawaguchi Y, Kogure H, Mizuno S, Saito K, Saito T, Sato T, Suzuki T, Takahara N, Tanak a M, Tateishi K, Ushiku T, Hasegawa K, Fujis hiro M. Clinical Outcomes of Intraductal Papill ary Mucinous Neoplasms With Dilatation of th e Main Pancreatic Duct. J Hepatobiliary Pancre at Sci. 21. 1792-1801. 2023

65). Kataoka K, Takahashi K, Takeuchi J, Ito K, B eppu N, Ceelen W, Kanemitsu Y, Ajioka Y, E ndo I, Hasegawa K, Takahashi K, Ikeda M. Correlation between recurrence-free surviva l and overall survival after upfront surgery for resected colorectal liver metastases. JCEM Case Rep. 110 864-869. 2023

66). Horikoshi H, Arita J, Hasegawa K, Makita N. "A Novel Pathogenic MEN1 Gene Variant Iden tified in a Family with Multiple Pancreatic Neu roendocrine Tumors. Liver Cancer. 1. luad078. 2023

67). Kawaguchi Y, Tateishi R, Kokudo N, Hasegaw a K.Surgical Resection or Radiofrequency Abla tion for Small Hepatocellular Carcinoma. J Hep atobiliary. Pancreat Sci. 17. 117-125. 2023

68). Beppu T, Yamamura K, Sakamoto K, Honda G, Kobayashi S, Endo I, Hasegawa K, Kotake K, Itabashi M, Hashiguchi Y, Kotera Y, Yama guchi T, Natsume S, Tabuchi K, Kobayashi H, Yamaguchi K, Morita S, Kikuchi K, Miyazaki M, Sugihara K, Yamamoto M, Takahashi K; J oint Committee for Nationwide Survey on Colo rectal Liver Metastasis. Validation study of the JSHBPS nomogram for patients with colorectal liver metastases who underwent hepatic resectio n in the recent era - a nationwide survey in Ja pan. Biosci Trends. 30. 591-601. 2023

69). Karako K, Mihara Y, Hasegawa K, Chen Y. I mproving the sensitivity of liver tumor classific ation in ultrasound images via a power-law sho t noise model. Hepatol Res. 17. 117-125. 2023

70). Hasegawa K, Takemura N, Yamashita T, Wata dani T, Kaibori M, Kubo S, Shimada M, Naga no H, Hatano E, Aikata H, Iijima H, Ueshima K, Ohkawa K, Genda T, Tsuchiya K, Torimura T, Ikeda M, Furuse J, Akahane M, Kobayashi S, Sakurai H, Takeda A, Murakami T, Motos ugi U, Matsuyama Y, Kudo M, Tateishi R. Clinical Practice Guidelines for Hepatocell ular Carcinoma: The Japan Society of Hepatolo gy 2021 Version (5th JSH-HCC Guidelines). H PB (Oxford). 53. 383-390. 2023

71). Sakamoto K, Beppu T, Honda G, Kotake K, Y amamoto M, Takahashi K, Endo I, Hasegawa K, Itabashi M, Hashiguchi Y, Kotera Y, Kobay ashi S, Yamaguchi T, Natsume S, Tabuchi K, Kobayashi H, Yamaguchi K, Tani K, Morita S, Miyazaki M, Sugihara K. Comprehensive data of 4502 patients newly diagnosed with colorect al liver metastasis between 2015 and 2017, and prognostic data of 2427 patients newly diagno sed with colorectal liver metastasis in 2013 and 2014: Third report of a nationwide survey in Japan. Abdom Radiol (NY). 30. 570-590. 2023

72). Kiritani S, Iwano T, Yoshimura K, Saito R, N akayama T, Yamamoto D, Hakoda H, Watanab e G, Akamatsu N, Arita J, Kaneko J, Takeda

S, Ichikawa D, Hasegawa K. ASO Visual A bstract: New Diagnostic Modality Combining Mass Spectrometry and Machine Learning for t he Discrimination of Malignant Intraductal Papi llary Mucinous Neoplasms. Ann Surg Oncol. 3 0. 3158-3159. 2023

73). Kiritani S, Iwano T, Yoshimura K, Saito R, N akayama T, Yamamoto D, Hakoda H, Watanab e G, Akamatsu N, Arita J, Kaneko J, Takeda S, Ichikawa D, Hasegawa K. New Diagnosti c Modality Combining Mass Spectrometry and Machine Learning for the Discrimination of Ma lignant Intraductal Papillary Mucinous Neoplas ms. Ann Surg Oncol. 30. 3150-3157. 2023

74). Takahashi R, Ishizawa T, Inagaki Y, Tanaka M, Ogasawara A, Kuriki Y, Fujita K, Kamiya M, Ushiku T, Urano Y, Hasegawa K. Real-Time Fluorescence Imaging to Identify Cholang iocarcinoma in the Extrahepatic Biliary Tree Us ing an Enzyme-Activatable Probe. Liver Cancer. 12. 590-602. 2023

75). Otani H, Amano K, Morita T, Miura T, Mori N, Tatara R, Kessoku T, Tokoro A, Tagami K, Mori M, Taniyama T, Nakajima N, Nakanishi E, Kako J, Miyashita M. Difficulty swallowing and food bolus obstruction in advanced cancer: association with the cachexia-related quality of life. Ann Palliat Med. 12. 717-728. 2023

76). Sekine I. Clinical development of immune chec kpoint inhibitors in Japan-the same goal, differe nt paths. Jpn J Clin Oncol. 3. hyad085. 20 23

77). Nakamura M, Ishikawa H, Ohnishi K, Mori Y, Baba K, Nakazawa K, Shiozawa T, Sekine I, Maruo K, Okumura T, Sakurai H. Effects of l ymphopenia on survival in proton therapy with chemotherapy for non-small cell lung cancer. J Radiat Res. 23;64(2). 438-447. 2023

78). Naito Y, Mishima S, Akagi K, Hayashi N, Hir asawa A, Hishiki T, Igarashi A, Ikeda M, Kad owaki S, Kajiyama H, Kato M, Kenmotsu H, Kodera Y, Komine K, Koyama T, Maeda O, Miyachi M, Nishihara H, Nishiyama H, Ohga S, Okamoto W, Oki E, Ono S, Sanada M, Sek ine I, Takano T, Tao K, Terashima K, Tsuchih ara K, Yatabe Y, Yoshino T, Baba E. Japanes e Society of Medical Oncology/Japan Society o f Clinical Oncology/Japanese Society of Pediatr ic Hematology/Oncology-led clinical recommend ations on the diagnosis and use of tropomyosin receptor kinase inhibitors in adult and pediatri c patients with neurotrophic receptor tyrosine ki nase fusion-positive advanced solid tumors. Int J Clin Oncol. 28(7). 827-840. 2023

79). Mishima S, Naito Y, Akagi K, Hayashi N, Hir asawa A, Hishiki T, Igarashi A, Ikeda M, Kad owaki S, Kajiyama H, Kato M, Kenmotsu H, Kodera Y, Komine K, Koyama T, Maeda O, Miyachi M, Nishihara H, Nishiyama H, Ohga S, Okamoto W, Oki E, Ono S, Sanada M, Sek ine I, Takano T, Tao K, Terashima K, Tsuchih ara K, Yatabe Y, Yoshino T, Baba E. Japanes e Society of Medical Oncology/Japan Society o f Clinical Oncology/Japanese Society of Pediatr ic Hematology/Oncology-led clinical recommend ations on the diagnosis and use of immunother apy in patients with high tumor mutational bur den tumors. Int J Clin Oncol. 28(8). 941-955. 2023

80). Mishima S, Naito Y, Akagi K, Hayashi N, Hir asawa A, Hishiki T, Igarashi A, Ikeda M, Kad owaki S, Kajiyama H, Kato M, Kenmotsu H, Kodera Y, Komine K, Koyama T, Maeda O, Miyachi M, Nishihara H, Nishiyama H, Ohga S, Okamoto W, Oki E, Ono S, Sanada M, Sek ine I, Takano T, Tao K, Terashima K, Tsuchih ara K, Yatabe Y, Yoshino T, Baba E. Japanes e Society of Medical Oncology/Japan Society o f Clinical Oncology/Japanese Society of Pediatr ic Hematology/Oncology-led clinical recommend ations on the diagnosis and use of immunother apy in patients with DNA mismatch repair defi cient (dMMR) tumors, third edition. Int J Clin Oncol. 28(10). 1237-1258. 2023

81). Nishijima TF, Shimokawa M, Esaki T, Morita M, Toh Y, Muss HB. Comprehensive geriatric assessment: Valuation and patient preferences i n older Japanese adults with cancer. J Am Ger iatr Soc. 71:259-267, 2023

82). Watanabe M, Toh Y, Ishihara R, Kono K, Mat subara H, Miyazaki T, Morita M, Murakami K, Muro K, Numasaki H, Oyama T, Saeki H, T anaka K, Tsushima T, Ueno M, Uno T, Yoshi o T, Usune S, Takahashi A, Miyata H, Regi stration Committee for Esophageal Cancer of th e Japan Esophageal Society. Comprehensive reg istry of esophageal cancer in Japan, 2015. Esop hagus. 20: 1-28, 2023

83). Okamura A, Endo H, Watanabe M, Yamamoto H, Kikuchi H, Kanaji S, Toh Y, Kakeji Y, Do ki Y, Kitagawa Y. Influence of patient position in thoracoscopic esophagectomy on postoperati ve pneumonia: a comparative analysis from the National Clinical Database in Japan. Esophagus. 20: 45-54, 2023

84). Murakami K, Akutsu Y, Miyata H, Toh Y, To yozumi T, Kakeji Y, Seto Y, Matsubara H. Es sential risk factors for operative mortality in el derly esophageal cancer patients registered in th e National Clinical Database of Japan. Esophag us. 20:39–47, 2023

85). Sakai M, Saeki H, Sohda M, Korematsu M, M iyata H, Murakami D, Baba Y, Ishii R, Okam oto H, Shibata T, Shirabe K, Toh Y, Shiotani A. The Japan Broncho-Esophagological Society. Primary tracheobronchial necrosis after esopha gectomy: A nationwide multicenter retrospective study in Japan. Ann Gastroenterol Surg. 7: 23 6-246, 2023

86). Kitagawa Y, Ishihara R, Ishikawa H, Ito Y, O yama T, Oyama T, Kato K, Kato H, Kawakub o H, Kawachi H, Kuribayashi S, Kono K, Koji ma T, Takeuchi H, Tsushima T, Toh Y, Nemo to K, Booka E, Makino T, Matsuda S, Matsub ara H, Mano M, Minashi K, Miyazaki T, Mut o M, Yamaji T, Yamatsuji T, Yoshida M. Eso

phageal cancer practice guidelines 2022 edited by the Japan esophageal society: part 1. Esophagus. 20: 343-372, 2023
87). Kitagawa Y, Ishihara R, Ishikawa H, Ito Y, Oyama T, Oyama T, Kato K, Kato H, Kawakubo H, Kawachi H, Kuribayashi S, Kono K, Kojima T, Takeuchi H, Tsushima T, Toh Y, Nemoto K, Booka E, Makino T, Matsuda S, Matsubara H, Mano M, Minashi K, Miyazaki T, Muto M, Yamaji T, Yamatsuji T, Yoshida M. Esophageal cancer practice guidelines 2022 edited by the Japan Esophageal Society: part 2. Esophagus. 20: 373-389, 2023
88). Nishijima TF, Shimokawa M, Komoda M, Hanamura F, Okumura Y, Morita M, Toh Y, Esaki T, Muss HB. Survival in Older Japanese Adults With Advanced Cancer Before and After Implementation of a Geriatric Oncology Service. JCO Oncol Pract. 19: 1125-1132, 2023
89). Yamamoto H, Nashimoto A, Miyashiro I, Miyata H, Toh Y, Gotoh M, Kodera Y, Kakeji Y, Seto Y. Impact of a board certification system and adherence to the clinical practice guidelines for gastric cancer on risk-adjusted surgical mortality after distal and total gastrectomy in Japan: a questionnaire survey of departments registered in the National Clinical Database. Surgery Today. 54: 459-470, 2023
90). Shimagaki T, Sugimachi K, Mano Y, Onishi E, Iguchi T, Nakashima Y, Sugiyama M, Yamamoto M, Morita M, Toh Y. Cachexia index as a prognostic predictor after resection of pancreatic ductal adenocarcinoma. Ann Gastroenterol Surg. 7: 977–986, 2023
91). Agatsuma N, Utsumi T, Nishikawa Y, Horimatsu T, Seta T, Yamashita Y, Tanaka Y, Inoue T, Nakanishi Y, Shimizu T, Ohno M, Fukushima A, Nakayama T, Seno H. Stage at diagnosis of colorectal cancer through diagnostic route: Who should be screened? World J Gastroenterol. 30(10). 1368-1376. 2024
92). Miyazaki K, Ikenaga M, Sato T, Ueshima K, Nawata S, Horimatsu T, Komori E, Kirishima T, Kawabata K, Kawamura T, Kasai H, Suzukamo Y, Matsuzaki K, Kuwabara Y, Nakayama T; PASQol Study Group. A Randomized Controlled Trial of Betamethasone on Fatigue in Patients With Advanced Cancer. J Pain Symptom Manage. 67(5). 393-401. 2024
93). Nishikawa Y, Agatsuma N, Utsumi T, Funakoshi T, Mori Y, Nakamura Y, Hoshino N, Horimatsu T, Saito T, Kashihara S, Fukuyoshi J, Goto R, Toi M, Takahashi Y, Nakayama T. Medical care costs according to the stage and subtype of breast cancer in a municipal setting: a case study of Hachioji City, Japan. Breast Cancer. 31(1). 105-115. 2024
94). Morimoto K, Moriwaki K, Shimozuma K, Nakayama T. Cost-effectiveness analysis of nivolumab plus chemotherapy vs chemotherapy for patients with unresectable advanced or metastatic HER2-negative gastric or gastroesophageal junction or esophageal adenocarcinoma in Japan. J Gastroenterol. 58(12). 1188-1197. 2023
95). Hinata M, Miyazaki K, Nakayama T, Tokunaga M, Watanabe T, Nawata S. Encouraging outpatients in an acute hospital for the relief of cancer-related pain: a qualitative study. BMC Palliat Care. 22(1). 109. 2023
96). Shimamoto T, Tateyama Y, Kobayashi D, Yamamoto K, Takahashi Y, Ueshima H, Sasaki K, Nakayama T, Iwami T. Survival and medical costs of non-small cell lung cancer patients according to the first-line treatment: An observational study using the Kyoto City Integrated Database. Thorac Cancer. 14(17). 1574-1580. 2023
97). Sakakibara A, Nakayama T, Uchida H, Odagiri Y, Ito Y, Katayama T, Ueda Y, Higuchi T, Terakawa K, Matsui K, Miyazaki K, Konishi I. Trends and future projections of cervical cancer-related outcomes in Japan: What happens if the HPV vaccine program is not implemented? Int J Cancer. 152(9). 1863-1874. 2023
98). 奥村 晃子. がん診療ガイドラインの普及・評価と問題点について. 腫瘍内科. 31(5). 586-592. 2023
99). 高山 智子,齋藤 弓子,奥野 順子,花出 正美,髙橋 朋子,小郷 祐子,若尾 文彦. がん専門相談員の診療ガイドラインの利用状況と利用に及ぼす背景要因の検討. 医療の質・安全学会誌. 18(4). 399-4132023
100). John T, Grohé C, Goldman JW, Shepherd FA, de Marinis F, Kato T, Wang Q, Su WC, Choi JH, Sriuranpong V, Melotti B, Fidler MJ, Chen J, Albayaty M, Stachowiak M, Taggart S, Wu YL, Tsuboi M, Herbst RS, Majem M. Three-Year Safety, Tolerability, and Health-Related Quality of Life Outcomes of Adjuvant Osimertinib in Patients with Resected Stage IB to IIIA EGFR-Mutated NSCLC: Updated Analysis from the Phase 3 ADAURA Trial. J Thorac Oncol. 18. 1209-1221. 2023
101). Tsuboi M, Herbst RS, John T, Kato T, Majem M, Grohé C, Wang J, Goldman JW, Lu S, Su WC, de Marinis F, Shepherd FA, Lee KH, Le NT, Dechaphunkul A, Kowalski D, Poole L, Bolanos A, Rukazenkov Y, Wu YL; ADAURA Investigators. Overall Survival with Osimertinib in Resected EGFR-Mutated NSCLC. N Engl J Med. 389. 137-147. 2023

102).

2．学会発表

1). 西迫宗大、東尚弘、若尾文彦. Webガイドライン参照型AI-Chatbotの開発 ~標準的なサイト構造の有用性~ 第62回日本癌治療学会学術集会, 横浜市, 2025/10/16.

2). 藤也寸志. クリティカルパスと組織運営. 2025年度クリティカルパス実務者養成講習会. 日本医療マネジメント学会. 1/15/2026

3). 藤也寸志、東尚弘、高山智子、力武諒子. がん医療の均てん化と集約化～今後のがん診療連携拠点病院に求められるもの～. 会長企画シンポジウム「人口減少、高齢化を見据えたがん医療提供体制の在り方について」. 第63回日本癌治療学会各術集会. 10/16/2025 横浜

4). 西迫 宗大、東 尚弘、若尾 文彦. 参照する情報源を限定したChatGPTによるがん情報提供のハルシネーション排除の可能性 第61回日本癌治療学会学術集会, 福岡市, 2024/10/26

5). 西迫 宗大、東 尚弘、若尾 文彦. 正しい情報源を参照し返答する生成AIによるがんの情報提供～ハルシネーションと返答割合のトレードオフ～ 第9回築地キャンパス若手職員研究発表会, 東京都, 2025/2/20

6). 若尾文彦 オンラインにおけるがん情報入手に関する現状と課題～オンライン患者調査から見えてくること～ サポーティブケア学会.2024.5.浦和

7). 西迫宗大, 齋藤弓子, 堀拔文香, 瀬崎彩也子, 八巻知香子, 髙山智子, 若尾文彦. 一般市民におけるがんと診断された場合の補完代替療法の利用意向に関する実態, 第61回日本癌治療学会学術集会, 横浜市, 口頭発表, 2023/10/19-21

8). 堀拔文香、齋藤弓子、平野公康、八巻知香子、髙山智子、若尾文彦. 情報は利用者に届いているか？:「がん情報サービス」利用者調査アクセス目的別の検討. 第61回日本癌治療学会学術集会, 2023. 10. 横浜

9). 堀拔文香、齋藤弓子、瀬崎彩也子、西迫宗大、八巻知香子、髙山智子、若尾文彦. 公的機関のがん情報提供webサイトで営利企業webサイトを紹介することへの利用者の意識. 第82回日本公衆衛生学会総会, 2023. 10. つくば

10).

3．書籍

1). 藤也寸志. クリティカルパスが組織運営に及ぼす効果. 第 7 章 クリティカルパスと組織運営・経営. 1 部:『院内クリティカルパス』. 「最新クリティカルパス教本 初心者から指導者まで現場の悩みを解決する！」メディカ出版、大阪.p85-88, 2025

2). 藤也寸志. がん地域連携クリティカルパス. 第 2 章:地域連携クリティカルパスの作成と運用.2 部『地域連携クリティカルパス』. 「最新クリティカルパス教本 初心者から指導者まで現場の悩みを解決する！」. メディカ出版、大阪. p191-200, 2025

3). Sharon E.Straus/Paul Glasziou/W.Sott Richardson/R.Brian Haynes（中山健夫：監訳）. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM, Fifth Edition Sharon E. Straus/Paul/lasziou/W.Sott Richardson/R.Brian Haynes. EBM:根拠に基づく医療 実践と教育の方法. インターメディカ. 東京 2023年

H.知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む）

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

第 16 回がん診療提供体制のあり方に関する検討会（令和 6 年 12 月 20 日）にて、厚生労働省より、研究班の報告書より、「がん患者とその家族及び一般市民ががん治療病院選択にあたって、求めている情報」が報告された。

資料集

資料1

オンラインでのがん情報入手に関する課題と対策案

がん情報の均てん化を目指す会 ディスカッション・ペーパー
がん情報の均てん化に向けて
～がん患者がオンライン上でがん情報を入手・活用する際の課題と提言～　より

国立がん研究センターがん対策情報センター本部
若尾 文彦

7

「がん情報の均てん化を目指す会」結成趣旨
がん情報の均てん化を目指す会は、「がん患者が適切なタイミングで適切な情報にアクセスすることで、治療や周辺情報に関する知識を高め、適切に治療を受け、がんと共生できる環境を目指す」ことを目的に2024年4月に発足した。

● 参加メンバー
（五十音順、敬称略）

産	官	学	民（患者団体）
【アストラゼネカ株式会社】 **齋藤 直一** コーポレートアフェアーズ本部 ガバメントアフェアーズ（政策渉外部） 部長 **山本 貴紀** コーポレートアフェアーズ本部 ペイシェント アドボカシー部 部長 【武田薬品工業株式会社】 **小笠原 明子** 日本オンコロジー事業部 ペイシェントアドボカシー・コミュニケーション部 部長 **清水 聡** ジャパンファーマビジネスユニット 医療政策・ペイシェントアクセス統括部 患者・疾患啓発ヘッド **馬目亜紀子** 日本オンコロジー事業部 ペイシェントアドボカシー・コミュニケーション部 課長代理 【ファイザー株式会社】 **小栗 知世** オンコロジー部門 メディカルアフェアーズ泌尿器癌チーム 部長	【神奈川県】 **津島 志津子** がん・疾病対策 課長 **白沢 薫** がん・疾病対策 副主幹 【広島県】 **山根 一人** 健康福祉局 健康づくり推進課がん対策担当監 **田中 雄太** 健康福祉局 健康づくり推進課 主任	**藤 也寸志** 国立病院機構九州がんセンター 名誉院長 遠賀中間医師会おんが病院がんケアセンター長 **東 尚弘 （ファシリテーター）** 東京大学大学院医学系研究科 社会医学専攻公衆衛生学分野／公共健康医学専攻健康医療政策学分野 教授 **横山 太郎** 横山医院 在宅・緩和クリニック 院長 **若尾 文彦** 国立がん研究センター がん対策情報センター本部 副本部長	**天野 慎介** 一般社団法人 全国がん患者団体連合会(全がん連) 理事長 **轟 浩美** 一般社団法人 全国がん患者団体連合会(全がん連) 理事

事務局
武田薬品工業株式会社
日本オンコロジー事業部 ペイシェントアドボカシー・コミュニケーション部 馬目 亜紀子
ジャパンファーマビジネスユニット 医療政策・ペイシェントアクセス統括部 患者・疾患啓発 井上 智子
ジャパンファーマビジネスユニット 流通・地域アクセス統括部 地域アクセス戦略グループ 瀬川 文里

8

調査概要

2023年12月11日～25日にネット調査を実施。がん診断後10年未満、3年以内にがん治療、オンラインでがん情報を収集した経験がある20歳から79歳のがん患者1,017人が対象

結果概要

1. 約半数がオンラインでがん情報を入手する際に、困難を感じた経験があると回答
2. 困難を感じた経験がある人の約8割が、「情報の分散」「不確かな情報の多さ」「古い情報の掲載」「専門用語の多さ」「自分に合った情報が見つからない」などの不便を感じていた。
3. 利用者側の課題として、「どの情報を信用してよいかわからない」、「自分に合っている情報なのかわからない」、「情報の理解が難しい」との回答が多かった。
4. Patient Journeyでは、一貫して「病気」や「治療選択肢」に関する情報が求められていた。
5. 情報の入手や精査に際して相談した相手として、高かったのは、主治医、家族、看護師であった。一方、相談支がん援センター、がん患者会に「相談したいと思うが、相談したことはない」と回答した割合が約3割であった。
6. 検索は、Google、Yahoo!(約7割)、次いで、YouTube(3割)であった。40代以下では、XやInstagramでも検索されていた。
7. よく利用されていたサイトは、医療機関のサイト(47%)、がん情報サービス(44%)、患者さん個人のサイト(24%)、がん関連学会のサイト(20%)であった。
8. 流入経路は、「検索エンジンで上位に出てきた」「検索をしている中でたどり着いた」がほとんどを占めていた。

9

がん情報の均てん化に向けた課題

情報源

- **患者にとってわかりやすい情報発信の課題**
  - 専門用語が多い
  - 確かな情報が分散
  - デザインが見づらい
  - 情報量過多
- **情報が少ない分野への対応の課題**
  - 増悪・再発時の情報
  - AYA世代の情報
  - 希少がんの情報　　等
- **科学的根拠に基づかない情報への対応の課題**
  - 自由診療
  - 民間療法
  - 一部のSNS

リーチ

- **患者が適切なタイミングで適切な情報へアクセスできる体制の整備の課題**
  - 自分に合った情報の見つけづらさ
  - 検索エンジン・広告による根拠のない情報への誘導
  - 治療選択前の情報提供ルールの厳しさ（製薬企業）
- **SNS/動画の利用拡大による弊害への対応の課題**
  - 検索アルゴリズム整備が不十分
  - 関連動画・広告による不確かな情報への誘導
  - 医療従事者や学会による患者への情報発信のあり方に関するガイドラインが存在せず

情報の活用

- **患者が医療情報を活用することへの課題**
  - どの情報を信じて良いかわからない
  - 自分に合っている情報かわからない
  - 情報の理解が難しい
  - 相談先がわからない、相談できていない
  - （医師働き方改革・拠点病院マンパワー不足の影響・医療者の知識、情報の不足）
- **患者がインターネット上の情報を理解することへの課題**
  - どの情報を信じて良いかわからない
  - 最適な検索方法がわからない

情報源

◎がん情報の均てん化に向けた提言

1．患者にわかりやすい情報を届けるための基盤整理

- **患者にとってわかりやすい情報発信の課題**
  - 専門用語が多い
  - 確かな情報が分散
  - デザインが見づらい
  - 情報量過多
- **情報が少ない分野への対応の課題**
  - 増悪・再発時の情報
  - AYA世代の情報
  - 希少がんの情報　　等
- **科学的根拠に基づかない情報への対応の課題**
  - 自由診療
  - 民間療法
  - 一部のSNS

① 情報提供者向けに「患者目線の情報提供」への意識向上を目的とした活動を展開

A） 情報提供者側に対する情報提供ガイドを作成

② 既存Webサイト上の優良情報の活用

A） 国立がん研究センター『がん情報サービス』の疾患ページに各学会の患者向け治療ガイドラインWebページをリンク

a. 疾患基本情報から治療の詳細情報までを網羅するネットワークを構築し、確かな情報源のもと情報収集を完結できるようにする。

③ 公的機関等の確かな情報の活用促進

A） アニメーションや動画の利用

B） 専門用語で難しくなりがちな情報をやさしく解説

④ 優良な情報提供を目指す情報提供者の連携強化

A） わかりやすい情報提供への取り組みの強化

B） 不足している情報の相互補完

C） エビデンスに基づく情報提供への認識向上を加速

リーチ

◎がん情報の均てん化に向けた提言
2. 患者が適切なタイミングで適切な情報へアクセスできる体制の整備

- **患者が適切なタイミングで適切な情報へアクセスできる体制の整備の課題**
  - 自分に合った情報の見つけづらさ
  - 検索エンジン・広告による根拠のない情報への誘導
  - 治療選択前の情報提供ルールの厳しさ（製薬企業）
- **SNS/動画の利用拡大による弊害への対応の課題**
  - 検索アルゴリズム整備が不十分
  - 関連動画・広告による不確かな情報への誘導
  - 医療従事者や学会による患者への情報発信のあり方に関するガイドラインが存在せず

※追記：2024年12月よりPMDAによる「患者向医薬品ガイド検討会」が始まり、「患者向医薬品ガイド」などの薬品情報提供について、その位置付けや内容、提供方法などについて検討する。25年2月までに3回開催され、夏頃にとりまとめ予定

① 複数のWebサイトの連携

A) インターネット上の信頼できる情報をキュレーションしたポータルサイトを作成。

a. 専門家、患者や経験者などが選定したよい情報を1つのプラットフォームにまとめ提供し、適切な情報にリーチしやすくする。
参考の例:『防がんMAP 神奈川県版』

② 適切なWebサイトへの誘導策の強化

A) 『がん情報サービス』と産官学民の優良なWebサイトに相互リンクを貼り、その情報へと患者を誘導

B) 相互リンクの際にはリンク先にどのような人に向けたどのような情報があるのかを示し、個々の患者をそれぞれが求める適切なWebサイトに誘導する。

12

情報の活用

◎がん情報の均てん化に向けた提言

3. 患者のがん関連情報の活用力の向上支援

- **患者が医療情報を活用することへの課題**
  - どの情報を信じて良いかわからない
  - 自分に合っている情報かわからない
  - 情報の理解が難しい
  - 相談先がわからない、相談できていない
  - （医師働き方改革・拠点病院マンパワー不足の影響・医療者の知識、情報の不足）
- **患者がインターネット上の情報を理解することへの課題**
  - どの情報を信じて良いかわからない
  - 最適な検索方法がわからない

① 患者のサポート体制の強化

A） がん相談支援センターや日本癌治療学会認定がん医療ネットワークナビゲーターを始めとしたがん相談支援を担う人材により患者の情報活用をサポートする

a. 患者の情報活用のサポートまで医師等の限られた医療従事者のみで対応することは困難

b. 医師等の役割をがん相談支援センターやピアアサポーター、新しい支援者が代わりに担う

c. これら人的資源の認知促進や新たな人材育成は不可欠

B） 案内チラシなどのツールを活用して医療従事者が適切な情報を患者に伝え、その情報の活用を促すことも有用

② 患者への普及啓発・教育

A） 「わからないことがあれば、医療従事者等に相談してよい」ことを患者に理解してもらうことが最も重要な啓発

B） 患者向けオンラインユーザーガイドを作成し、情報活用力を高めていく等

13

◎がん情報の均てん化に向けた提言

4. 提言の実現に必要な事項① 資金面・実行性・規制面の検討

① 課題に持続的に取り組むためには、資金面や実行性の観点を合わせた検討が必要。

② 患者への情報提供や広告に対して、現状の各種規制に関する議論も必要。

A) 製薬企業から患者への情報提供に関してはルールが厳しく規定され、製薬会社からは治療選択前に薬剤関連情報を望む患者に薬剤の情報提供ができない。

B) 一方で、科学的根拠に基づかない医療情報の広告が制限なく存在する状況は是正されるべきと考える。

5. 提言の実現に必要な事項② ステークホルダー間での協働体制の確立

A) オンラインにおけるがん関連情報の発信は様々なステークホルダーのもと実施されている。

B) がん患者の日常生活においては多様なステークホルダーが患者をサポートしている。

C) これまで挙げた課題を個々で解決していくことは困難。

a. 情報発信や患者サポートに携わる産官学民の各ステークホルダーが、がん患者が情報を収集すべき適切なタイミング・適切な情報内容に関して理解を共有し、共に患者目線で課題に取り組んでいくことが非常に重要。

資料2

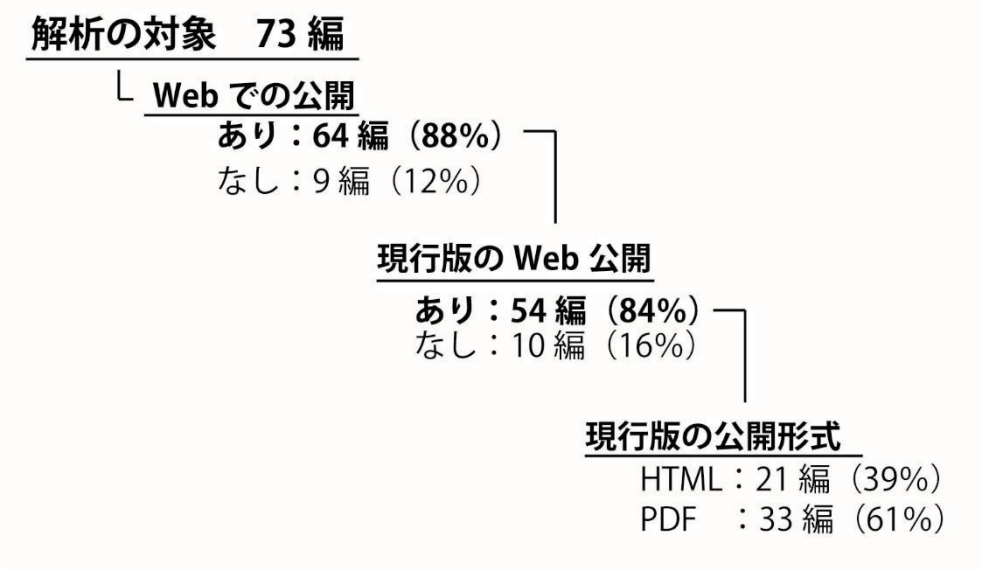


図. がんに関するガイドラインのWeb公開状況（2026年3月現在）

表1. Web上において無料・HTMLファイル形式で掲出されているガイドライン；21編（2026年3月現在）

	ガイドライン名称	表示形式	部位	対象	内容	編著
1	患者さんのための肺がんガイドブック 2024年度版	HTML	胸部	患者	個別がん	日本肺癌学会
2	患者さんのための乳がん診療ガイドライン 2023年版　第7版	HTML	胸部	患者	個別がん	日本乳癌学会
3	遺伝性乳がん卵巣がんを知ろう！ みんなのためのガイドブック 2022年版	HTML	女性特有	患者	個別がん	ゲノム情報を活用した遺伝性腫瘍の先制的医療提供体制の整備に関する研究班 ／日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療機構 (JOHBOC)
4	患者さんのための大腸癌治療ガイドライン 2022年版　第4版	HTML	消化管	患者	個別がん	大腸癌研究会
5	大腸癌治療ガイドライン 医師用 2024年版	HTML	消化管	医師	個別がん	大腸癌研究会
6	脳腫瘍診療ガイドライン　成人脳腫瘍編　２０２４年	HTML	脳・神経	医療者	個別がん	日本脳腫瘍学会/編 日本脳神経外科学会/監修
7	脳腫瘍診療ガイドライン 小児脳腫瘍編 2021年版	HTML	脳・神経	医療者	個別がん	日本脳腫瘍学会
8	肺癌診療ガイドライン -悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む2024年版　Ver.1.1	HTML	胸部	医療者	個別がん	日本肺癌学会
9	乳癌診療ガイドライン2022年版　治療編	HTML	胸部	医療者	個別がん	日本乳癌学会
10	乳癌診療ガイドライン 2022年版　疫学・診断編	HTML	胸部	医療者	個別がん	日本乳癌学会
11	GIST診療ガイドライン 2022年版	HTML	消化管	医療者	個別がん	日本癌治療学会
12	膵・消化管神経内分泌腫瘍（NEN）診療ガイドライン2019年（第2版）	HTML	肝胆膵	医療者	個別がん	日本神経内分泌腫瘍研究会（JNETS）/膵・消化管神経内分泌腫瘍診療ガイドライン作成委員会編
13	腎盂・尿管癌診療ガイドライン　2023年版	HTML	腎・尿管・膀胱	医療者	個別がん	日本泌尿器科学会
14	造血器腫瘍診療ガイドライン 第3.1版（2024年版）	HTML	血液・リンパ	医療者	個別がん	日本血液学会
15	成人・小児進行固形がんにおける臓器横断的ゲノム診療のガイドライン　第3版	HTML	その他	医療者	横断的	日本臨床腫瘍学会 ／ 日本癌治療学会 ／ 日本小児血液・がん学会
16	高齢者のがん薬物療法ガイドライン	HTML	その他	医療者	横断的	日本臨床腫瘍学会/日本癌治療学会
17	がんのリハビリテーション診療ガイドライン（第2版）	HTML	その他	医療者	横断的	日本リハビリテーション医学会 / がんのリハビリテーションガイドライン策定委員会編
18	G-CSF適正使用ガイドライン2022年10月改訂　第2版	HTML	その他	医療者	横断的	日本癌治療学会
19	乳癌患者の妊娠・出産と生殖医療に関する診療ガイドライン　2021年版　第3版	HTML	その他	医療者	横断的	特定非営利活動法人日本がん・生殖医療学会
20	遺伝性乳癌卵巣癌（HBOC）診療ガイドライン　2024 年版	HTML	女性特有	医療者	個別がん	日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療機構 (JOHBOC)
21	遺伝性大腸癌診療ガイドライン 2024年版	HTML	消化管	患者	個別がん	大腸癌研究会

表2. Web上において無料・PDFファイル形式で掲出されているガイドライン；33 編　(2026年3月現在)

	ガイドライン名称	表示形式	部位	対象	内容	編著
1	患者さんと家族のためのがんの痛み治療ガイド　増補版	PDF	その他	患者	横断的	日本緩和医療学会　ガイドライン統括委員会
2	2024度版甲状腺腫瘍診療ガイドライン	PDF	頭頸部	医療者	個別がん	日本内分泌外科学会/日本甲状腺外科学会
3	肝癌診療ガイドライン　2021年版　第5版	PDF	肝胆膵	医療者	個別がん	日本肝臓学会
4	肝内胆管癌診療ガイドライン2021年版	PDF	肝胆膵	医療者	個別がん	日本肝癌研究会
5	転移性肝がん診療ガイドライン	PDF	肝胆膵	医療者	個別がん	日本肝胆膵外科学会
6	前立腺癌診療ガイドライン2023年版	PDF	男性特有	医療者	個別がん	日本泌尿器科学会編
7	腹膜播種診療ガイドライン　2021年版	PDF	その他	医療者	個別がん	日本腹膜播種研究会
8	後腹膜肉腫診療ガイドライン	PDF	その他	医療者	個別がん	日本サルコーマ治療研究学会，日本癌治療学会
9	子宮頸癌治療ガイドライン 2022年版　第4版	PDF	女性特有	医療者	個別がん	日本婦人科腫瘍学会
10	子宮体がん治療ガイドライン2023年版　第5版	PDF	女性特有	医療者	個別がん	日本婦人科腫瘍学会
11	卵巣がん、卵管癌、腹膜癌治療ガイドライン　2025年版	PDF	女性特有	医療者	横断的	日本婦人科腫瘍学会
12	皮膚悪性腫瘍診療ガイドライン　第4版　メラノーマ診療ガイドライン2025	PDF	その他	医療者	個別がん	日本皮膚科学会 / 日本皮膚悪性腫瘍学会
13	原発不明がん診療ガイドライン　改訂第2版	PDF	その他	医療者	個別がん	日本臨床腫瘍学会編
14	軟部腫瘍診療ガイドライン2020　改訂第3版	PDF	その他	医療者	個別がん	日本整形外科学会
15	原発性悪性骨腫瘍診療ガイドライン2022	PDF	その他	医療者	個別がん	日本整形外科学会診療ガイドライン委員会，原発性悪性骨腫瘍診療ガイドライン策定委員会
16	骨転移診療ガイドライン改訂第2版	PDF	その他	医療者	個別がん	日本臨床腫瘍学会
17	高齢者がん診療ガイドライン2025年版	PDF	その他	医療者	横断的	高齢者がん診療ガイドラインとその普及のための研究研究班
18	進行性疾患患者の呼吸困難の緩和に関する診療ガイドライン 2023年版　第3版	PDF	その他	医療者	横断的	日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会
19	がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン 2020年版　第3版	PDF	その他	医療者	横断的	日本緩和医療学会
20	がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2023年版　第3版	PDF	その他	医療者	横断的	日本緩和医療学会 ガイドライン統括委員会
21	がん薬物療法に伴う末梢神経障害診療ガイドライン 2023年版　第2版	PDF	その他	医療者	横断的	日本がんサポーティブケア学会
22	がん患者の消化器症状の緩和に関するガイドライン2017年版	PDF	消化管	医療者	横断的	日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会編
23	がん薬物療法に伴う血管外漏出に関する合同ガイドライン 2023年版　第3版	PDF	その他	医療者	横断的	日本がん看護学会/日本臨床腫瘍学会/日本臨床腫瘍薬学会
24	がん治療におけるアピアランスケアガイドライン 2021年版　第2版	PDF	その他	医療者	横断的	日本がんサポーティブケア学会
25	がん医療における患者-医療者間のコミュニケーションガイドライン 2022年版	PDF	その他	医療者	横断的	日本サイコオンコロジー学会 / 日本がんサポーティブケア学会
26	遺族ケアガイドライン 2022年版	PDF	その他	医療者	横断的	日本サイコオンコロジー学会 / 日本がんサポーティブケア学会
27	小児白血病・リンパ腫の診療ガイドライン	PDF	その他	医療者	横断的	日本小児血液・がん学会
28	小児がん診療ガイドライン	PDF	その他	医療者	横断的	日本小児血液・がん学会
29	小児・AYA世代の腫瘍に対する陽子線治療の診療ガイドライン　2019年版	PDF	その他	医療者	横断的	日本小児血液・がん学会
30	がん薬物療法時の腎障害診療ガイドライン2022	PDF	その他	医療者	横断的	日本腎臓学会
31	精巣癌診療ガイドライン　2024年	PDF	男性特有	医療者	個別がん	日本泌尿器科学会編
32	よくわかるがん免疫療法ガイドブック患者さんとご家族のために	PDF	その他	患者	横断的	日本ﾊﾞｲｵｾﾗﾋﾟｨ学会「よくわかるがん免疫療法ｶﾞｲﾄﾞﾌﾞｯｸ」作成WG
33	がん患者診療のための栄養治療ガイドライン 2024年版 総論編	PDF	その他	患者	横断的	日本栄養治療学会

表3. 無料のWeb公開が無い・旧版のみ掲載されているガイドライン （2026年3月現在）

	ガイドライン名称	状況	編著
1	患者さんのための胃がん治療ガイドライン 2026年版　第3版	Web上公開無	日本胃癌学会
2	市民のための膵がん診療ガイド 2023年版	Web上公開無	日本膵臓学会 膵癌診療ガイドライン改訂委員会
3	患者さんとご家族のための子宮頸がん・子宮体がん・卵巣がん治療ガイドライン 第3版	Web上公開無	日本婦人科腫瘍学会
4	患者さんと家族のための放射線治療Q&A 2025年	Web上公開無	日本放射線腫瘍学会
5	患者さんのためのがんのリハビリテーション診療Q&A	Web上公開無	日本リハビリテーション医学会 日本がんサポーティブケア学会
6	十二指腸癌診療ガイドライン 2025年版	Web上公開無	十二指腸癌診療ガイドライン作成委員会
7	がん患者における気持ちのつらさガイドライン 2024年版	Web上公開無	日本頭頸部癌学会
8	口腔癌診療ガイドライン 2023年版	Web上公開無	日本臨床腫瘍学会
9	がん免疫療法ガイドライン　第3版	Web上公開無	日本サイコオンコロジー学会 ／ 日本がんサポーティブケ
1	食道癌診療ガイドライン　2022年版	旧版のみ	日本口腔腫瘍学会、日本口腔外科学会
2	リンパ浮腫診療ガイドライン　2025年版	旧版のみ	日本食道学会
3	小児・AYA世代がん患者等の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2024年12月改訂 第2版	旧版のみ	日本リンパ浮腫学会
4	胃癌治療ガイドライン 医師用　2025年3月 第7版	旧版のみ	日本癌治療学会
5	腎癌診療ガイドライン　2026年版	旧版のみ	日本胃癌学会
6	膀胱癌診療ガイドライン2019年版増補版 2025年アップデート	旧版のみ	日本泌尿器科学会編
7	胆道癌診療ガイドライン　改訂第4版	旧版のみ	日本泌尿器科学会/編
8	膵癌診療ガイドライン 2025年版　第7版	旧版のみ	日本肝胆膵外科学会/胆道癌診療ガイドライン作成委員会　編
9	がん患者におけるせん妄ガイドライン 2025年版	旧版のみ	日本膵臓学会膵癌診療ガイドライン改訂委員会
10	頭頸部癌診療ガイドライン 2025年版	旧版のみ	日本サイコオンコロジー学会 / 日本がんサポーティブケア学会

表4. Web公開で偏移が見られたガイドライン（2024年から2026年での比較）

	ガイドライン名称	2024年	2025年	2026年	状況(2026年)
1	大腸癌治療ガイドライン 医師用 2024年版	○	×	○	改定後の新刊掲載 (HTML)
2	遺伝性大腸癌診療ガイドライン 2024年版	○	×	○	改定後の新刊掲載 (HTML)
3	精巣腫瘍診療ガイドライン　2024年版	○	×	○	改定後の新刊掲載 (PDF)
4	よくわかるがん免疫療法ガイドブック患者さんとご家族のために 第２版	○	×	○	改定後の新刊掲載 (PDF)
5	がん患者診療のための栄養治療ガイドライン 2024年版 総論編		×	○	新規で公開 (PDF)
1	膀胱癌診療ガイドライン2019年版増補版 2025年アップデート	○	○	×	新刊発行（旧版閲覧可能）
2	頭頸部癌診療ガイドライン 2025年版	○	○	×	新刊発行（旧版閲覧可能）
3	胆道癌診療ガイドライン　改訂第4版	○	○	×	新刊発行（旧版閲覧可能）
4	膵癌診療ガイドライン 2025年版　第7版	○	○	×	新刊発行（旧版閲覧可能）
5	がん患者におけるせん妄ガイドライン 2025年版	○	○	×	新刊発行（旧版閲覧可能）
6	リンパ浮腫診療ガイドライン2024年版　第４班	○	×	×	新刊発行（旧版閲覧可能）
7	小児思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン2024年12月改定	○	×	×	新刊発行（旧版閲覧可能）
8	腎癌診療ガイドライン　2026年版	○	×	×	新刊発行（旧版閲覧可能）
9	患者さんと家族のための放射線治療Q&A 2025年版	○	×	×	新刊発行（旧版Web削除）

○:Webガイドラインの利用可能・×：利用不能

資料3

演題名

和文

Web ガイドライン参照型 AI-Chatbot の開発 ～標準的なサイト構造の有用性～

英文

Optimization of the directory structure of cancer web-based guidelines for the development of a guideline-referencing chatbot system

著者

西迫 宗大[1]、東 尚弘[1,2]、若尾 文彦[3]

Nishisako Sota[1], Higashi Takahiro[1,2], Wakao Fumihiko[3].

所属機関

[1] 国立がん研究センターがん対策研究所

[2] 東京大学大学院医学系研究科

[3] 国立がん研究センターがん対策情報センター本部

【目的】正確な情報を参照し返答する検索拡張生成 AI (RAG-AI Chatbot) は、医療情報の提供手段として有用とされる。本研究では、Web 上に公開されているがんのガイドラインを参照し返答するパイロットシステムを構築し、将来的な一般化に向けて必要な開発要素を検討した。【方法】Web ガイドラインの目次ページから、質問に関連する Clinical Question (CQ) を抽出し、その内容を AI に渡し返答を得る RAG-AI Chatbot を構築した。医師向け・患者向けのガイドライン 5 編のサイト構造を確認し、各目次ページを対象に Python (BeautifulSoup library) でページ内の全 URL を取得するスクレイピング処理を行った。取得した URL ごとにページ内容を確認し、CQ が含まれているページとそれ以外に分類した。各ガイドラインの取得 URL の総数に対する CQ の割合を算出し、最も割合が高いガイドラインを開発に用いた。ユーザーの質問文から ChatGPT を用いてキーワードを抽出し、事前に取得した CQ とのコサイン類似度を計算した。類似度の高い順に並べた CQ のリスト上位から本文を連結し参照情報とした。この参照情報と質問文をあわせて AI (GPT, OpenAI API) に渡し返答を得た。【結果】目次ページのスクレイピングにより得た全 URL のうち、CQ が含まれる割合はガイドラインによって異なっていた。「患者さんと家族のための肺がんガイドブック 2024 年版」では CQ の含有割合が 5 編の中で最も高く (105/106, 99%) CQ の抽出が容易であり、肺がんに関する質問に対して関連性の高い CQ のリストが得られた。一方、外部リンクや章ページのアンカーにより CQ を提示しているサイト構造のガイドラインでは、CQ を含む割合は低く (0-10%) CQ 単位の抽出が困難であった。構築したシステムは AI がガイドラインを参照し回答を生成した。一方で、ガイドライン範疇外の質問に対しては「十分な情報がありません」と生成し回答は得られなかった。【考察】本システムを多くのがん種に応用するには、複数のガイドラインを横断的に読み込む必要がある。しかし現在の Web ガイドラインは、学会ごとに独自のサイト構造で運用されており、AI による参照を目的とした CQ の抽出には個別の対応が必要となる。将来的に Web ガイドラインのサイト構造が標準化されれば、同一のコマンドで複数のガイドラインから同時に情報を取得する事が可能となり、RAG-AI Chatbot によるがん情報の横断的な提供が現実的になると考えられる。

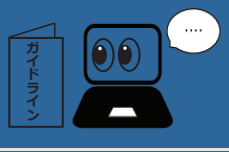
P16-7

Webガイドライン参照型AI-Chatbotの開発

～標準的なサイト構造の有用性～

西迫 宗大[1]，東 尚弘[1,2]，若尾 文彦[3]

[1] 国立がん研究センター がん対策研究所
[2] 東京大学大学院 医学系研究科
[3] 国立がん研究センター がん対策情報センター本部



背景

がん情報取得の課題と生成AIの可能性

誤情報は、患者から適切な医療機会を奪う*
- Evidenceに基づく情報は取得が困難
- Web情報の量が多く、信頼性の判断も難しい
- ChatGPT (-3.5) は約40%ハルシネーションを生成†
  ⇒ 参照型AI Chatbotは，誤情報の生成を軽減できる†

Webガイドラインと AI活用の壁

課題：Web構造の標準化の必要性
- ガイドラインは「人が読むこと」を前提に設計
- AIが読みやすい構造は検討されていない‡

*Ogasawara R, *et al. JMIR cancer*. 2018;e10031.
† Nishisako S, *et al. JMIR cancer*. 2025;11:e70176.
‡ Lichtner G, *et al. J Biomed Inform. 2023;139:104305.*

Webガイドライン参照型AI-Chatbot§を試作して

RQ 1．サイト構造はAIの返答に影響するのか？
RQ 2．サイト構造別に返答はどう変わるのか？
を定量化する

§Retrieval-Augmented Generation により（検索拡張生成/"ラグ"）外部データをLLM（大規模言語モデル）へ連結させ生成させる方法

方法

フロー

① サイト構造の把握と分類
② 取得URLの内容の検討
③ 参照情報の内容確認
④ Chatbotの返答特性
↓
Webガイドライン参照型AI-Chatbotの特徴を把握
AI可読性の高い、標準的なサイト構造を考察する

アウトライン

Chatbot開発

質問（ガイドライン範疇内/範疇外・診断・治療に関する4問）
↓
質問文からのキーワード生成（ChatGPT）
↓
ガイドライン目次の全URLの抽出（BeautifulSoup）
↓
キーワードと全URLの類似判定（TF-IDFベクトル化、コサイン類似度）
↓
参照作成（4096トークン以内、コサイン類似度0.2以上）
↓
参照のみに基づいて回答（RAG, LLM; GPT-3.5-turbo）

評価事項

医療情報（参照となる）CQ, BQ*, 質問集など
その他の情報（参照にならない）リンク・学会情報など
重複（ノイズ）異なるURLで同一のコンテンツ
返答有無の確認

* Clinical Question/ Background Question

ガイドライン（Web版；13編）

略称	名称
肺がん患者	患者さんと家族のための肺がんガイドブック 2024年版
肺癌診療	肺癌診療ガイドライン-悪性胸膜中皮腫・胸腺腫瘍含む 2024年版
GIST	GIST診療ガイドライン 2022 年4月改訂 第4版
乳癌診療	乳癌診療ガイドライン 2022年版　治療編総説・治療編
甲状腺腫瘍	甲状腺腫瘍診療ガイドライン 2024
乳がん患者	患者さんのための乳がん診療ガイドライン 2023年版
脳腫瘍	脳腫瘍診療ガイドライン
遺伝性乳卵巣	遺伝性乳がん卵巣がんを知ろう！
高齢者薬物	高齢者のがん薬物療法ガイドライン
リハビリ	がんのリハビリテーション診療ガイドライン (第2版)
G-CSF	G-CSF適正使用ガイドライン 2022年10月改訂　第2版
リンパ浮腫	リンパ浮腫診療ガイドライン 2018年版 (第3版)
妊孕性	小児，思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017 年版

結果

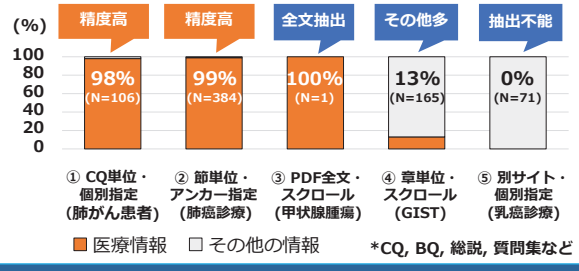
① サイト構造の把握と分類

タイプ	収納場所	構造単位	CQの指定	形式	該当ガイドライン
① CQ単位・個別指定	目次フォルダ内	CQごと	ハイパーリンク	HTML	肺がん患者*，乳がん患者，遺伝性乳卵巣
② 節単位・アンカー指定	目次フォルダ内	節ごと	アンカーリンク	HTML	肺癌診療*
③ PDF全文・スクロール	目次フォルダ内	全文	なし	PDF	甲状腺腫瘍*，リハビリ
④ 章単位・スクロール	目次フォルダ内	章ごと	なし	HTML	GIST*，高齢者薬物，G-CSF，リンパ浮腫，妊孕性
⑤ 別サイト・個別指定	目次フォルダ外	CQごと	ハイパーリンク	HTML	乳癌診療*，脳腫瘍

*解析に使用

② 取得URLの内容

（医療情報*を含むURL数/全抽出URL数）



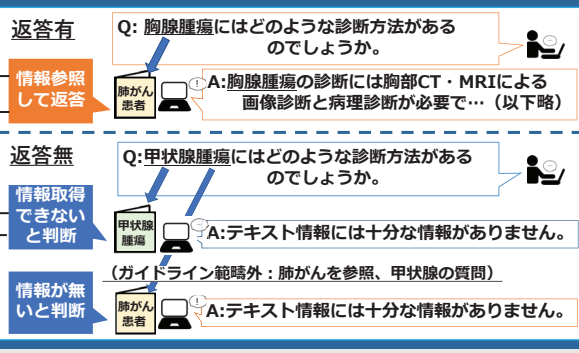
③参照情報の内容および 返答*の有無

タイプ（ガイドライン, 全抽出数）	参照した項目数, *n*, range	†実質的参照項目, *n*, range (%)	Chatbot返答有無
① CQ単位・個別指定（患者向け肺がん, N = 106）	3-15	3-14 (93-100)	全て返答 → 100% (4/4)
② 節単位・アンカー指定（肺癌診療, N = 384）	40-75	12-18 (24-31)	情報を得られない場合有 → 75% (3/4)
③ PDF全文・スクロール（甲状腺腫瘍, N = 1）	1	‡11%	全文抽出＝情報を得られない → 0% (0/4)

重複が多く参照の精度が悪い

＊ガイドラインの範疇内で、診断・治療に関する4つの質問をした結果
† 同一内容が複数URLにある場合、「重複」を除きかつ、「その他の情報」を除いた数
‡ 文字数での換算

④Chatbotの返答概要



考察

Q:サイト構造はAIの返答に影響するのか？

A: ・CQ単位に整理された構造 ⇒ 参照（作成）可
・章単位や外部リンク形式 ⇒ 参照困難

Q:サイト構造別にAIの返答はどう変わるのか？

A: ・「高精度に抽出し参照」できれば、応答が可能
・「ノイズ（重複、その他の情報多）」，「参照情報の特定不能（全文抽出）」，「ガイドライン範疇外の質問」は返答しない要因

本Chatbot の特徴

簡単にシステム構築ができ、ガイドラインのみに基づく返答が可能。返答はAIから見たガイドラインの読みやすさに左右される

✦ AIが読みやすいディレクトリ構造（標準的なサイト構造）案 ✦

- 収納場所：同一フォルダ内
（必要な医療情報の収集・抽出を容易にする）
- 構造：CQ単位
（質問文と参照との類似性を担保し、的確な参照情報の作成が可能となる）
- ファイル指定：ハイパーリンク
（アンカー指定、全文表示では参照の精度が低下する）

26

結語：Take-home message

Webガイドライン参照型AI-Chatbotの開発において「AIから見た読みやすいWebガイドラインの構造」が重要。そのための要素を特定した

今後、多くのWebガイドラインが，「標準化された構造で公表」される事により、多くのがん種について、「横断的な情報提供が可能」となる！

厚生労働科学研究費；科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備に資する研究（23EA1026:情報若尾班）にて実施された

Speaker： Sota NISHISAKO
snishisa@ncc.go.jp

Original Paper

Reducing Hallucinations and Trade-Offs in Responses in Generative AI Chatbots for Cancer Information: Development and Evaluation Study

Sota Nishisako[1], MSc; Takahiro Higashi[1,2], MD, PhD; Fumihiko Wakao[3], MD

[1]Institute for Cancer Control, National Cancer Center, Tokyo, Japan

[2]Department of Public Health and Health Policy, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan

[3]Headquarter for Cancer Information Services, National Cancer CenterTokyo, Japan

Corresponding Author:

Sota Nishisako, MSc
Institute for Cancer Control
National Cancer Center
5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku
Tokyo 104-0045
Japan
Phone: 81 3 3547 5201
Fax: 81 3 3547 8577
Email: sotanishisako@gmail.com

Abstract

Background: Generative artificial intelligence (AI) is increasingly used to find information. Providing accurate information is essential to support patients with cancer and their families; however, information returned by generative AIs is sometimes wrong. Returning wrong information is called hallucination. Retrieval-augmented generation (RAG), which supplements large language model (LLM) outputs with relevant external sources, has the potential to reduce hallucinations. Although RAG has been proposed as a promising technique, its real-world performance in public health communication remains underexplored.

Objective: This study aimed to examine cancer information returned by generative AIs with RAG using cancer-specific information sources and general internet searches to determine whether using RAG with reliable information sources reduces the hallucination rates of generative AI chatbots.

Methods: We developed 6 types of chatbots by combining 3 patterns of reference information with 2 versions of LLMs. Thus, GPT-4 and GPT-3.5 chatbots that use cancer information service (CIS) information, Google information, and no reference information (conventional chatbots) were developed. A total of 62 cancer-related questions in Japanese were compiled from public sources. All responses were generated automatically and independently reviewed by 2 experienced clinicians. The reviewers assessed the presence of hallucinations, defined as medically harmful or misinformation. We compared hallucination rates across chatbot types and calculated odds ratios (OR) using generalized linear mixed-effects models. Subgroup analyses were also performed based on whether questions were covered by CIS content.

Results: For the chatbots that used information from CIS, the hallucination rates were 0% for GPT-4 and 6% for GPT-3.5, whereas those for chatbots that used information from Google were 6% and 10% for GPT-4 and GPT-3.5, respectively. For questions on information that is not issued by CIS, the hallucination rates for Google-based chatbots were 19% for GPT-4 and 35% for GPT-3.5. The hallucination rates for conventional chatbots were approximately 40%. Using reference data from Google searches generated more hallucinations than using CIS data, with an OR of 9.4 (95% CI 1.2-17.5, $P<.01$); the OR for the conventional chatbot was 16.1 (95% CI 3.7-50.0, $P<.001$). While conventional chatbots always generated a response, the RAG-based chatbots sometimes declined to answer when information was lacking. The conventional chatbots responded to all questions, but the response rate decreased (36% to 81%) for RAG-based chatbots. For questions on information not covered by CIS, the CIS chatbots did not respond, while the Google chatbots generated responses in 52% of the cases for GPT-4 and 71% for GPT-3.5.

Conclusions: Using RAG with reliable information sources significantly reduces the hallucination rate of generative AI chatbots and increases the ability to admit lack of information, making them more suitable for general use, where users need to be provided with accurate information.

JMIR Cancer 2025;11:e70176; doi: 10.2196/70176

Keywords: artificial intelligence; AI; generative AI chatbot; generative pretrained transformer; GPT; retrieval-augmented generation; RAG; hallucination; medical information provision; cancer information service

Introduction

Misinformation on the internet may cause harm to people with cancer, and this needs to be addressed. Currently, most patients with cancer face difficulties in obtaining accurate and reliable information from websites [1-3]. In Japan, many websites and social media platforms contain misinformation, and search engines display results based on access frequency, not accuracy [2,3]. Most patients with cancer do not verify the accuracy of the information owing to their health-related anxious psychological state [4]. Patients who receive complementary and alternative medicine with insufficient evidence have been reported to have poorer prognoses compared with those who receive standard cancer treatment, highlighting the potential impact that access to accurate information can have on cancer outcomes [5]. Now that many patients obtain information about their health from the internet [6-8], there is a pressing need to create a system that enables easy access to accurate medical information. Advances in artificial intelligence (AI) have been applied to medicine to assist in diagnosis [9], particularly in interpreting medical images in areas such as radiology, pathology, gastroenterology, and ophthalmology [10-16]. In information retrieval, generative AI chatbots using natural language processing have been reported to have advantages over traditional search engines [17-21]. Using generative AI chatbots in searching for cancer-related information has the potential to provide patients with easily accessible and understandable health information.

A major issue with generative AI responses is their potential to provide incorrect yet seemingly plausible information, known as hallucination [22,23]. To reduce the rate of hallucinations, a method called retrieval-augmented generation (RAG) has been developed [22,24,25]. RAG combines nonparametric memory (external knowledge bases), specialized databases, and internet information with the training data of large language models (LLMs) [24-26]. This approach provides up-to-date knowledge and generates responses based on relevant evidence, minimizing hallucinations [26]. Therefore, we hypothesized that an AI chatbot with RAG that uses text from the cancer information service (CIS) [27] could provide accurate cancer-related information to the general public and patients. CIS is a reliable cancer information website operated by the National Cancer Center of Japan. The content is developed by medical professionals, including physicians, and is thoroughly reviewed before publication.

This study aims to examine how generative AI chatbots that refer to reliable information respond and explore the potential of AI in providing trustworthy cancer information. We developed a prototype of a generative AI chatbot that uses specific reference information and compared it to a traditional generative AI chatbot that relies only on its pretraining data, without any references. We investigated how RAG can help reduce these hallucinations in LLMs when delivering cancer-related medical information by assessing the characteristics of their responses and hallucination rates.

Methods

Ethical Considerations

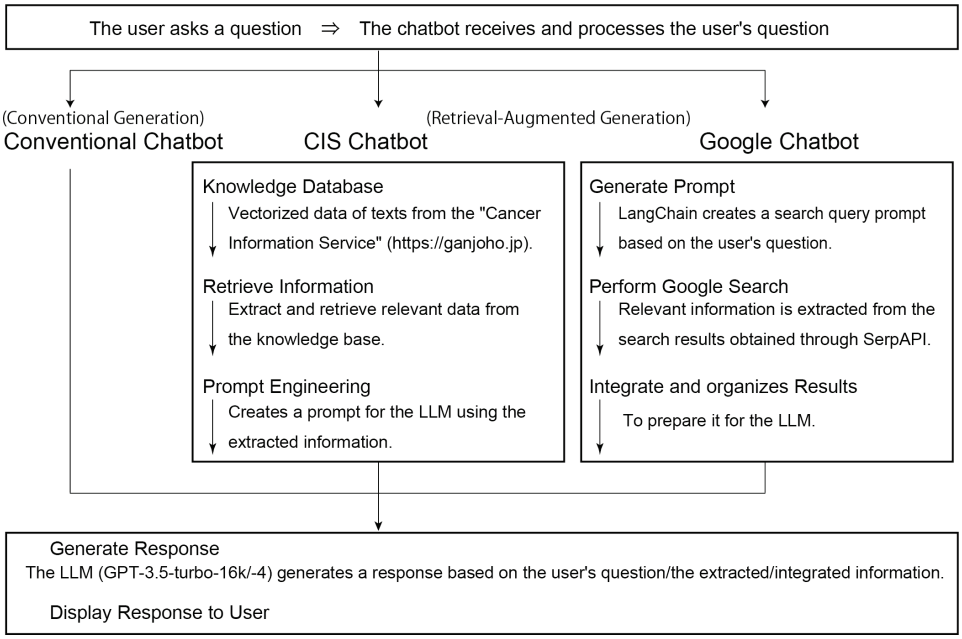
This research does not involve human participants who require protection from risks involved in research. Therefore, it does not need a review by an institutional review board, according to the Japanese ethics guidelines for medical research involving human participants [28]. This study was reported in accordance with the TRIPOD (Transparent Reporting of a Multivariable Prediction Model for Individual Prognosis or Diagnosis)-LLM [29].

Development of Generative AI Chatbots

As useful methods to reduce hallucinations, RAG, fine-tuning, and prompt engineering have been reported [25]. This study adopted RAG, which has the advantage of shorter development time, being simpler and more cost-effective than fine-tuning, and being easier to develop [25]. Additionally, the concept of the developed RAG is considered to be more easily applicable to other areas compared with prompt engineering [24,25]. We developed 6 types of generative AI chatbots by combining 2 versions of LLMs (GPT-4 and GPT-3.5 turbo-16k, referred to as GPT-3.5) with 3 reference information sources using RAG (CIS, Google search, and none) (Figure 1). Accordingly, the resulting chatbot types were as follows: CIS-based chatbots using GPT-4 and GPT-3.5, Google-based chatbots using GPT-4 and GPT-3.5, and conventional chatbots without RAG using only LLM, GPT-4, and GPT-3.5. The CIS chatbot system used CIS as the reference information source. We selected CIS as the RAG information source because its content is highly accurate and user evaluations indicate a sufficiently high overall satisfaction, even when compared with global standards [30]. All web page data from CIS was converted to text using Python for Windows (version 3.12; Python Software Foundation) and processed using the BeautifulSoup library (version 4.12.3), on a per-page basis. The data was then vectorized using text-embedding-ada-002 (OpenAI, Inc, accessed between March 15 and 20, 2024) and stored in a knowledge database (Azure AI Search, Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA). To retrieve similar texts in response to user queries, a vector search was conducted using the Best Matching 25 algorithm and the Hierarchical Navigable Small World algorithm. The retrieved text was then processed by passing it to the LLM via RAG with prompt engineering, using an application programming interface (API) (OpenAI, Inc.) to generate responses. The Google chatbots were developed to compare responses generated by chatbots using accurate information sources (CIS) with those generated based on results

from traditional search engines. These chatbots generated responses based solely on information retrieved from Google search results. The system used SerpAPI (integrated via LangChain, New York, NY, USA) to execute search queries and obtain relevant search results, including top-ten ranking websites. The conventional chatbots used GPT without any specific references, generating responses through the API. The system environment was developed using Python and Google Colaboratory (Google LLC, Mountain View, CA, USA), with the project development commissioned to Pipon Inc. (Tokyo, Japan).

Figure 1. Overview of 3 artificial intelligence (AI) chatbots. Six types of AI chatbots using retrieval-augmented generation (RAG). In the CIS chatbot system, reference information sources include "Cancer Information Service", a reliable cancer information website operated by the National Cancer Center. In the Google chatbot system, responses are generated based solely on information retrieved from Google search results. The conventional chatbot uses the generative pretrained transformer without RAG. All generative AI chatbots used GPT-4 and GPT-3.5-turbo-16k. CIS: cancer information service; GPT: generative pretrained transformer; LLM: large language model.



Datasets

The questions were designed with the assumption that they would be used by the general public; thus, they did not cover specialized medical knowledge. Questions related to clinical matters and daily life were selected. One of the authors (SN) collected 80 cancer-related questions from 2 sources—the CIS website and Yahoo! Answers [31], a general opinion-based, community-driven platform provided by Yahoo Japan Corporation that is used to obtain information and resolve inquiries—between May and June 2024. All collected questions were reviewed by the authors. The questions were selected based on the following criteria: information availability, practical relevance to daily life, and simplicity of structure. These questions were generated by converting CIS and Yahoo! Answers content into interrogative forms, such as "What is…?" or "Could you explain…?." After removing duplicates and integrating similar items, the final set comprised 62 cancer-related questions written in Japanese (Multimedia Appendix 1). Of these, 31 questions were based on information available on the CIS website. The remaining 31 questions addressed topics not covered by the CIS website. These were created by referencing posts on Yahoo! Answers. Questions were formulated by analyzing multiple user-submitted entries to capture common concerns and frequently asked issues among the general public. For each question from Yahoo! Answers, the absence of corresponding information on the CIS website was confirmed before inclusion. Each question was entered as a prompt, including the original full text in Japanese, along with a standardized instruction: "Use the following pieces of context to answer the question. If you don't know the answer, just say that you don't know; don't try to make up an answer." Only one response was generated per question without regeneration or manual revision. AI chatbot responses to these questions were generated by entering prompts (including the full original text of the questions). All 62 questions were fed into the 6 chatbots, yielding a dataset of 372 entries, and results were recorded in a data spreadsheet and linked to the corresponding questions. Access to all AI chatbots was provided between May and September 2024. For the English version presented in this paper, the responses in the dataset were translated from Japanese using GPT-4o and manually checked for technical terms by the authors. The original Japanese texts are shown in Multimedia Appendix 1.

Data Analysis

All generated responses were reviewed for accuracy and absence of hallucinations by one of the authors with 8 years of work experience at a university hospital, with practical involvement in patient support and medical communication that includes patients with cancer. Any ambiguity was resolved by consulting another author, a physician with more than 20 years of cancer information experience with the

National Cancer Center of Japan. Chatbot responses were primarily classified into 5 types (Table 1): "No response," "No response but provided additional information," "Unclear response," "Response containing hallucinations," and "No issues." Under no response, the chatbot responded, "Unable to respond due to text not containing information," which was categorized as "No response." In contrast, the case where some additional information was provided as "Unable to respond, please consult your doctor or cancer consultation and support center" was categorized as "No response but provided additional information." Some of the responses provided were observed as unclear, including phrases like "It is not clear..." or "It is said to...," which were categorized as "Unclear responses," while others presented unsupported statements, including names that do not exist. Responses that included fictional names or terms, as well as incorrect information—such as nonevidenced answers or errors regarding surgical indications—were categorized as "Responses containing hallucinations." We defined hallucinations as responses that included nonexistent events, names, or terms, and unsubstantiated answers, distinguishing them from unclear responses. It is important to provide accurate information in the medical field; therefore, we defined a hallucination as a response that risks causing medical harm. Even when a response did not explicitly make a statement, if it could potentially cause medical harm, for example, "Consuming a lot of sugar may potentially increase the growth of cancer…," it was classified as a hallucination. Conversely, if the response was unlikely to have significant effects, such as "Exercising while having cancer can be effective if done under proper guidance and the supervision of a physician…," it was classified as an "Unclear response." All other responses were classified as "No issues."

Table 1. Examples of responses to chatbot queries and classification.

Questions and responses[a]	Classification
Q: "I live in the Kita Ward of Sapporo City. A friend has been diagnosed with bile duct cancer. Which hospital would be recommended for treatment?"	
A: "The provided text does not contain information about hospitals in Kita Ward of Sapporo City." (Generated by Google Chatbot GPT-4, CIS[b] Chatbot GPT-4)	No response
A: "The provided text does not contain information about hospitals in Kita Ward of Sapporo City. However, contacting the 'Cancer Consultation Support Center' may be helpful, as their staff can assist in finding hospitals with experience in treating bile duct cancer." (CIS Chatbot GPT-3.5)	No response but provided additional information
A: "There are hospitals and clinics in Sapporo City, Hokkaido, that specialize in the diagnosis and treatment of bile duct cancer." (Google Chatbot GPT-3.5)	Unclear response
A: "Here are some hospitals in the Sapporo City Kita Ward area that are known to provide treatment for bile duct cancer: • Hokkaido University Hospital • Sapporo Medical University Hospital • Sapporo City Hospital" (nonexistent name) (Conventional Chatbot GPT-4,-3.5)	Response containing hallucinations
Q: "Can garlic treat cancer?"	
A: "While it is not clear whether garlic is effective in the treatment of cancer, it is said to have potential cancer-preventive effects." (Google Chatbot GPT-3.5)	Unclear response
Q: " Could you tell me which mushroom is most effective against cancer?"	
A: "The mushroom known to be effective against cancer is the Turkey Tail mushroom." (Nonevidence-based information) (Conventional Chatbot GPT-4, Google Chatbot GPT-4,-3.5)	Response containing hallucinations

[a]The response was given in Japanese and presented in English in the table.
[b]CIS: cancer information service.

The response rate for model output and the hallucination rates of different chatbots were compared using a Fisher exact test, and the subgroup analysis was conducted with questions on and not on the CIS website. To assess the effect of RAG in reducing hallucinations, a generalized linear mixed-effects model (GLMM) assuming a binomial distribution on all datasets was applied. In this model, the reference data (ie, CIS vs conventional/Google) and versions of LLMs (ie, GPT-4 vs GPT-3.5) were included as fixed effects. The model was adjusted for whether the question content was covered on the CIS website, and both the presence of CIS-covered questions and response length were included as random effects. In the process of constructing the model, it was confirmed via Akaike information criterion comparison that these 2 random-effect factors did not significantly influence the model outcome. Odds ratios (OR) for hallucinations associated with the explanatory variables included as fixed effects were estimated using GLMM. Sample size calculations were based on a pilot dataset comprising 1000 simulation runs. The effect size assumed was an OR of 9.54, which was derived from the pilot testing with the preliminary samples of 240. The statistical power was set to β=.8, and α=.05. The calculation showed that we needed a sample size of 372. Although the observed OR was 9.4, a little smaller

than the assumed effect size, we had a power of β of 85.6% (95% CI 83.3-87.7). In this analysis, the collected categorical data were transformed into dummy variables, and continuous variables were dichotomized with the median for use as categorical data. The normality of the data was assessed using the Shapiro-Wilk test and a normal Q-Q plot. Statistical analyses were conducted using Stata/IC for Windows (version 16.0; StataCorp LP). We used R for Windows (version 4.2.1; R Foundation for Statistical Computing) for the sample size calculation in GLMM (*simr* package) and modeling (*lme4* package). All reported *P* values were 2-sided, and *P*<.05 was considered statistically significant.

Results

Chatbot Response Rates and Patterns

Responses to 372 questions were classified according to the definitions described in the methods section. Of these responses, 116 (31%) were categorized as "No response," with 18 (5%) being "No response but provided additional information." Of the remaining 256 (69%) responses, 35 (10%) were "Unclear response," and 72 (19%) were "Responses containing hallucinations." Furthermore, 149 (40%) of all responses did not contain any issues and were classified as "No issues" (Figure 2).

Figure 2. Categorization of AI chatbot responses to all questions. Chatbot responses were categorized as follows: "No response" for cases where it stated, "Unable to respond due to text not containing information," and "No response but provided additional information" for responses like, "Unable to respond, please consult your doctor or cancer consultation and support center." "Unclear responses" included phrases like, "It is not clear." or "it is said to.," while "Responses containing hallucinations" referred to fictional names, unsupported claims, or incorrect information, such as errors about surgical indications. All other responses were classified as "No issues."

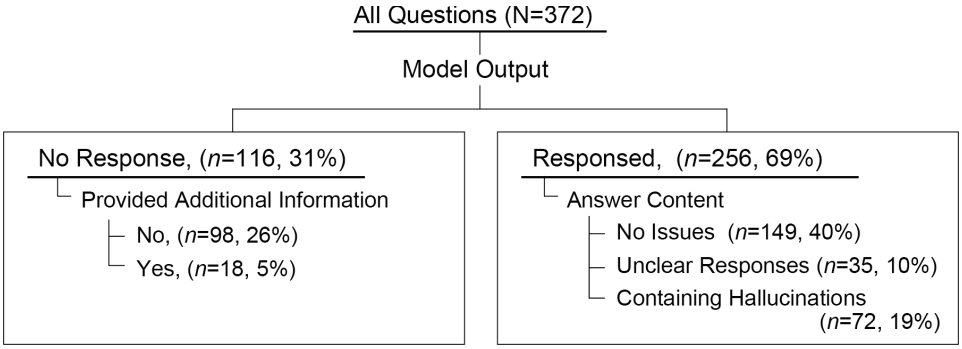


Table 2 shows the proportions of responses/nonresponses to the questions. The response rates varied significantly across the 6 chatbots, ranging from 22 (36%) to 62 (100%) responses out of 62 questions. The chatbots with RAG (ie, CIS chatbot and Google chatbot) had lower response rates than the conventional models. For 31 questions on information on the CIS website, the responses of the CIS chatbots were 22 (71%) for GPT-4 and 30 (97%) for GPT-3.5; however, they correctly returned nonresponse for questions not covered by CIS (0% response). On the other hand, Google chatbots responded to both questions on information covered and not covered by CIS more closely—14 (45%) and 16 (52%) for GPT-4, and 28 (90%) and 22 (71%) for GPT-3.5. The conventional chatbot responded to all questions regardless of the LLM versions.

Table 2. Response rates to questions by generative artificial intelligence (AI) chatbots for information covered/not covered by the cancer information service (CIS).

AI chatbot /LLM[a, b]	Total (N=62), answered, n (%)	Covered by the CIS (n=31), answered, n (%)	Not covered by the CIS (n=31), answered, n (%)	*P* value[c]
CIS GPT-4	22 (36)	22 (71)	0 (0)	<.001
CIS GPT-3.5	30 (48)	30 (97)	0 (0)	<.001
Google GPT-4	30 (48)	14 (45)	16 (52)	.80
Google GPT-3.5	50 (81)	28 (90)	22 (71)	.11
Conv. GPT-4	62 (100)	31 (100)	31 (100)	>.99
Conv. GPT-3.5	62 (100)	31 (100)	31 (100)	>.99

[a]The data referenced by the tested chatbot is as follows: CIS refers to a custom database with the National Cancer Center's "Cancer Information Service;" Google refers to websites ranked highly by the Google search engine; Conventional GPT is based on conventional training data with no specific reference. GPT-3.5 refers to GPT-3.5-turbo-16K.
[b]LLM: large language model.
[c]Analyzed with Fisher exact test.

Chatbot Hallucinations

Table 3 shows the proportions of responses with hallucinations for the six chatbots. AI chatbots with RAG showed fewer hallucinations than conventional chatbots. Chatbots that reference CIS generated the lowest rate of hallucinations. For 31 questions on information on the CIS website,

hallucinations seldom occurred: 0 (0%) and 2 (6%) for CIS chatbots and 2 (6%) and 3 (10%) for Google chatbots with GPT-4 and 3.5, respectively. For 31 questions on information not covered by CIS, Google chatbots generated more responses containing hallucinations: 6 (19%) with GPT-4 and 11 (35%) with GPT-3.5. The conventional models generated hallucinations in approximately 40% of their responses. Significant differences in the proportion of responses containing hallucinations were observed between the six types of chatbots (all *Ps*<.001).

Table 3. Rate of responses containing hallucinations (defined as text containing fictitious names, nonexistent terms, or incorrect information) by generative artificial intelligence (AI) chatbots for questions about information covered/not covered by the Cancer Information Service (CIS).

AI Chatbot /LLM[a, b]	Total (N=62), occurrence, n (%)[c]	Covered by the CIS (n=31), occurrence, n (%)[c]	Not covered by the CIS (n=31), occurrence, n (%)[c]
CIS GPT-4	0 (0)	0 (0)	N/A[d]
CIS GPT-3.5	2 (3)	2 (6)	N/A
Google GPT-4	8 (13)	2 (6)	6 (19)
Google GPT-3.5	14 (23)	3 (10)	11 (35)
Conv. GPT-4	23 (37)	12 (39)	11 (35)
Conv. GPT-3.5	25 (40)	15 (48)	10 (32)

[a]LLM: large language model.
[b]The data referenced by the tested chatbot is as follows: CIS refers to a custom database with the National Cancer Center's "Cancer Information Service;" Google refers to websites ranked highly by the Google search engine; Conventional GPT is based on conventional training data with no specific reference. GPT-3.5 refers to GPT-3.5-turbo-16K.
[c]*P*<.001 (analyzed with Fisher exact test).
[d]Not applicable due to no response.

Factors Associated With the Generation of Hallucinations

In bivariate analysis based on 256 questions that received responses (Figure 2), hallucinations differed significantly in their rate of occurrence depending on the RAG reference data (Table 4): the lowest rate was observed in the CIS chatbot, with hallucinations occurring in 2 (2%), followed by the Google chatbot with 22 (18%) and conventional chatbot with 48 (39%) (*P*<.001). The occurrence of hallucinations was not related to the content of questions being covered or not covered by CIS, output length, and versions of LLM (All, *P*≥.05). In multivariate analysis, adjusting for other factors, models with RAG reference data from Google search results were more likely to generate hallucinations compared with those with RAG reference data from CIS, with an OR of 9.4 (95% CI 1.2-17.5; *P*<.01). Similarly, conventional GPTs had an OR of 16.1 (95% CI 3.7-50.0; *P*<.001) compared to those with RAG reference data from CIS. Differences in LLM versions did not contribute to hallucination generation.

Table 4. Factors associated with the generation of responses containing hallucinations.

Prognostic factor[a]	Bivariate models[b]		Multivariate models[c]	
	n (%)	*P* value	OR[d] (95% CI)	*P* value
Questions that received responses (n=256)	72 (19)	—[e]	—	—
Content of questions		.60	—	—
Covered by the CIS[f]	34 (18)			
Not covered by the CIS	38 (20)			
The length in the output[g] (words, n)		.05	—	—
5-216	29 (23)			
217-784	43 (34)			
Versions of LLM[hi]		.19		.54
GPT4	31 (17)		1 (reference)	
GPT3.5	41 (22)		1.2 (0.6-2.0)	
Reference data[j]		<.001		
CIS	2 (2)		1 (reference)	—
Google	22 (18)		9.4 (1.2-17.5)	<.01
Conv. GPT	48 (39)		16.1 (3.7-50.0)	<.001

[a]Mean variance inflation factor is 1.2 (range 1.0-2.4).
[b]Analyzed with the chi-square test.
[c]Analyzed with a generalized linear mixed-effect model adjusted for the type of LLM and reference data (fixed effect), content of question and the length in the output (random effect).

[d]OR: odds ratio.
[e]Not applicable.
[f]CIS: cancer information service.
[g]Count of characters in Japanese.
[h]GPT-3.5 refers to GPT-3.5-turbo-16K.
[i]LLM: large language model.
[j]The data referenced by the tested chatbot is as follows: CIS refers to a custom database with the National Cancer Center's "Cancer Information Service" ; Google refers to websites ranked highly by the Google search engine; Conventional GPT is based on conventional training data with no specific reference.

Discussion

Principal Findings

We focused on reducing misinformation by avoiding hallucinations. By testing generative AI chatbots with RAG on different referencing datasets, our study showed that incorporating reliable cancer information significantly reduced the occurrence of hallucinations compared with using conventional GPT models or Google searches as reference sources. Conversely, when no reference information was available, the system correctly returned no response.

Comparison to Prior Work

In this study, nonparametric memory LLMs (CIS Chatbot/Google chatbot) had fewer hallucinations than the parametric memory LLM (conventional chatbot) (2%-18% vs39%, $P<.001$, Table 4). This highlights the importance of the quality of nonparametric knowledge sources, as indicated by the Google chatbot with the odds of hallucination 9.4 (95% CI 1.2-17.5, $P<.01$) times as large as that of the CIS chatbot (Table 4). Many websites that provide information on cancer treatment have a higher proportion of harmful information compared with those offering reliable information in Japanese [2,3]. In this study, the responses by the Google chatbot to information that lacks evidence (not covered by CIS) and its higher incidence of hallucinations compared with those of the CIS chatbot suggest that misinformation or evidence-lacking information existed within the reference sources. Since LLMs generate responses based on reference information without assessing the accuracy of that information, the accuracy of the RAG information source is crucial for providing accurate information. The use of AI chatbots on various cancers has been reported, including head and neck cancer [32], prostate cancer [33], liver cancer [34], kidney cancer [35], breast cancer [36,37], lung cancer [20], colon cancer, pancreatic cancer [38], cervical cancer [39], as well as topics like cancer treatment [13,40], ophthalmic information [11,41,42], and cardiovascular disease prevention [43]. In these studies, RAG was not used. In situations where the definitions and extent of hallucinations are not clearly established, AI chatbots generally lack expertise and accuracy, despite containing hallucinations and significant gaps in information [15,44]. Clinical acceptability can be influenced by many factors, including social expectations of the AI, the extent of damage the potential inaccuracy can cause, and the support system to check and correct hallucinations. Additionally, previous studies in which national medical licensing examination questions were answered by a chatbot have reported that the accuracy of AI responses varies depending on the complexity of the questions [45]. The potential influence of clinical informatics and cancer-related topics, which could be more prone to hallucinations compared with other clinical, medical, and health informatics topics, could not be thoroughly examined in this study. The RAG-AI chatbot could enable the bridging of these gaps if it obtains accurate information. Overall, our findings support that in RAG-based systems, the reliability of reference information plays a key role in reducing hallucination generation.

Generally, questions from patients with cancer span a wide range of topics and are not limited to evidence-based content [46]. In this study, a trade-off was observed between the hallucination rate and response rate across different types of chatbots. The conventional chatbot responded to all inquiries, the RAG chatbot, especially with CIS reference, exhibited an increased rate of unanswered questions (100% vs 36-81%, $P<.001$, Table 2). Not providing misinformation suggests that developing RAG-AI chatbots has the potential to prevent patients from being harmed by misinformation. We need to consider how such systems should address responses that lack scientific evidence during their development for general use. Conversely, we observed that the CIS chatbot at times did not respond to questions about information that existed in the CIS references. Cases in which the chatbot does not respond despite the presence of relevant information in the reference data represent a technical challenge that must be addressed. These problems may have been caused by errors in data retrieval by the LLM or by vectorization or structuring in the knowledge database [22]. However, these could be minimized through LLM fine-tuning and prompt engineering [22]. When developing RAG-AI chatbots, information from reliable data sources can be used to explain the reasons for lack of evidence or to issue warnings by combining a scenario-based chatbot with standardized responses [47]. Further, the AI chatbot search style used in this study could display only relevant content according to the user query and has the added benefit of simplifying the information retrieval process, improving efficiency, and saving time [15].

Limitations

This study has several limitations. First, the evaluated LLMs were limited to GPT-3.5-turbo-16k and GPT-4. AI advances are rapid, and as of 2025, many new capable versions, such as GPT-4.5 [48], Gemini 2.0 Pro [49], and Claude 3.7 Sonnet [50] have been developed. While there were no statistically significant differences in hallucination rates between the LLM versions, each LLM has its own characteristics,

and there may be models better suited for RAG-AI chatbots. Second, we did not verify the accuracy of the data referenced by the RAG of the Google chatbot. Because the Google chatbot references the Google search results, the information referenced by the Google chatbot naturally included treatments not approved by the Japanese regulatory authorities and did not exclude sites that made exaggerated claims without relevant clinical evidence. A report showed that advertisements constitute 10% of the information accessed in search results in Japan [3]. In the future, analyzing the relationship between the original reference data and the generated responses could provide insights into the hallucination generation process. Third, all questions and responses were conducted in Japanese. Reports indicate that GPT-4 has improved capabilities for languages other than English compared with GPT-3.5 [51]. However, since we did not compare responses in English, some hallucinations may have been caused by simple errors in translation into Japanese. Nonetheless, the results indicate that RAG, using accurate information sources, can generate high-quality responses even in languages other than English. Fourth, in this study, a wide range of CIs were observed in the multivariate model (eg, conventional GPT OR 16.1, 95% CI 3.7-50.0). This may reflect that the sample size was relatively small. A model excluding the length of the generated text and quality of the questions showed that the Akaike information criterion remained almost unchanged compared with the final model. Investigating a larger sample size in the future may lead to more robust results. Finally, having a single reviewer for response classification may have introduced some misclassification bias. Of the 76 detected hallucinations, 51 clearly contained factually incorrect information, such as nonexistent events, names, or terms. These errors were objectively confirmed by cross-checking with the CIS website and medical guidelines. The remaining 25 cases included statements presented with certainty despite lacking medical evidence, raising concerns about their reliability. These cases were reviewed by a physician with extensive experience in cancer information to ensure the validity of the assessments. Accordingly, it is reasonable to assume that the risk of misjudgment associated with single-reviewer classification was minimal within the scope of this study.

Future Directions

The development of RAG-AI chatbots such as the CIS chatbot in this study, which is linked to highly reliable information, like medical guidelines and scientific papers, has the potential to address these issues. Such systems have the potential to bridge the current gaps in accessing medical information for patients with cancer and their families.

Conclusions

This study demonstrates that using RAG to incorporate accurate medical information into generative AI chatbots can reduce hallucinations. We believe that the results of this study are encouraging. Advances in both generative AI technology and better information sources can generate optimal responses for topics that lack scientific evidence while preventing hallucinations due to inferior data use, enabling accurate information provision by AI chatbots.

Acknowledgments

The authors thank Mingxin Liu, MA (Department of Health Communication, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo, Japan), Chikako Yamaki, PhD, and all research team members (Institute for Cancer Control, National Cancer Center, Tokyo, Japan) for providing valuable advice on the topic treated in this paper. We also thank the Editage company for English language editing. Supported by grants from a Health and Labor Sciences Research Grant (R6-Cancer Control 23EA1026). No conflicting relationship exists for any author. Presented at the 62nd Annual Meeting of Japan Society of Clinical Oncology, Fukuoka, Japan, October 2024.

Data Availability

The data used or analyzed in this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Authors' Contributions

FW and TH designed the concept of this study. SN and FW collected the data. SN and TH performed the data analysis and interpretation. SN wrote the main manuscript and prepared the tables and figures. All authors reviewed the manuscript.

Conflicts of Interest

None declared.

Multimedia Appendix 1

All Responses to Chatbot Queries.
[PDF File (Adobe File), 1020 KB-Multimedia Appendix 1]

References

1. The Lancet Infectious Diseases. The COVID-19 infodemic. Lancet Infect Dis. Aug 2020;20(8):875. [doi: 10.1016/S1473-3099(20)30565-X] [Medline: 32687807]
2. Ogasawara R, Katsumata N, Toyooka T, Akaishi Y, Yokoyama T, Kadokura G. Reliability of cancer treatment information on the internet: observational study. JMIR Cancer. Dec 17, 2018;4(2):e10031. [doi: 10.2196/10031] [Medline: 30559090]

3. Goto Y, Sekine I, Sekiguchi H, et al. Differences in the quality of information on the internet about lung cancer between the United States and Japan. J Thorac Oncol. Jul 2009;4(7):829-833. [doi: 10.1097/JTO.0b013e3181a76fe1] [Medline: 19550244]
4. Buckner CA, Lafrenie RM, Dénommée JA, Caswell JM, Want DA. Complementary and alternative medicine use in patients before and after a cancer diagnosis. Curr Oncol. Aug 2018;25(4):e275-e281. [doi: 10.3747/co.25.3884] [Medline: 30111972]
5. Johnson SB, Park HS, Gross CP, Yu JB. Complementary medicine, refusal of conventional cancer therapy, and survival among patients with curable cancers. JAMA Oncol. Oct 1, 2018;4(10):1375-1381. [doi: 10.1001/jamaoncol.2018.2487] [Medline: 30027204]
6. Helft PR, Hlubocky F, Daugherty CK. American oncologists' views of internet use by cancer patients: a mail survey of American society of clinical oncology members. J Clin Oncol. Mar 1, 2003;21(5):942-947. [doi: 10.1200/JCO.2003.08.007] [Medline: 12610198]
7. Hesse BW, Nelson DE, Kreps GL, et al. Trust and sources of health information: the impact of the internet and its implications for health care providers: findings from the first health information national trends survey. Arch Intern Med. 2005;165(22):2618-2624. [doi: 10.1001/archinte.165.22.2618] [Medline: 16344419]
8. Chen X, Siu LL. Impact of the media and the internet on oncology: survey of cancer patients and oncologists in Canada. J Clin Oncol. Dec 1, 2001;19(23):4291-4297. [doi: 10.1200/JCO.2001.19.23.4291] [Medline: 11731511]
9. Levin G, Horesh N, Brezinov Y, Meyer R. Performance of ChatGPT in medical examinations: a systematic review and a meta-analysis. BJOG. Feb 2024;131(3):378-380. [doi: 10.1111/1471-0528.17641] [Medline: 37604703]
10. Rajpurkar P, Chen E, Banerjee O, Topol EJ. AI in health and medicine. Nat Med. Jan 2022;28(1):31-38. [doi: 10.1038/s41591-021-01614-0] [Medline: 35058619]
11. Huang AS, Hirabayashi K, Barna L, Parikh D, Pasquale LR. Assessment of a large language model's responses to questions and cases about glaucoma and retina management. JAMA Ophthalmol. Apr 1, 2024;142(4):371-375. [doi: 10.1001/jamaophthalmol.2023.6917] [Medline: 38386351]
12. Ueno Y, Oda M, Yamaguchi T, et al. Deep learning model for extensive smartphone-based diagnosis and triage of cataracts and multiple corneal diseases. Br J Ophthalmol. Sep 20, 2024;108(10):1406-1413. [doi: 10.1136/bjo-2023-324488] [Medline: 38242700]
13. Chen S, Kann BH, Foote MB, et al. Use of artificial intelligence chatbots for cancer treatment information. JAMA Oncol. Oct 1, 2023;9(10):1459. [doi: 10.1001/jamaoncol.2023.2954]
14. Ayers JW, Poliak A, Dredze M, et al. Comparing physician and artificial intelligence chatbot responses to patient questions posted to a public social media forum. JAMA Intern Med. Jun 1, 2023;183(6):589. [doi: 10.1001/jamainternmed.2023.1838]
15. Cè M, Chiarpenello V, Bubba A, et al. Exploring the role of ChatGPT in oncology: providing information and support for cancer patients. BioMedInformatics. 2024;4(2):877-888. [doi: 10.3390/biomedinformatics4020049]
16. Chakraborty C, Pal S, Bhattacharya M, Dash S, Lee SS. Overview of chatbots with special emphasis on artificial intelligence-enabled ChatGPT in medical science. Front Artif Intell. 2023;6:1237704. [doi: 10.3389/frai.2023.1237704] [Medline: 38028668]
17. Xu R, Feng Y, Chen H. ChatGPT vs. Google: a comparative study of search performance and user experience. arXiv. Preprint posted online on Jul 3, 2023. URL: https://doi.org/10.48550/arXiv.2307.01135
18. Hristidis V, Ruggiano N, Brown EL, Ganta SRR, Stewart S. ChatGPT vs Google for queries related to dementia and other cognitive decline: comparison of results. J Med Internet Res. Jul 25, 2023;25:e48966. [doi: 10.2196/48966] [Medline: 37490317]
19. Hopkins AM, Logan JM, Kichenadasse G, Sorich MJ. Artificial intelligence chatbots will revolutionize how cancer patients access information: ChatGPT represents a paradigm-shift. JNCI Cancer Spectr. Mar 1, 2023;7(2):pkad010. [doi: 10.1093/jncics/pkad010] [Medline: 36808255]
20. Rahsepar AA, Tavakoli N, Kim GHJ, Hassani C, Abtin F, Bedayat A. How AI responds to common lung cancer questions: ChatGPT vs Google Bard. Radiology. Jun 2023;307(5):e230922. [doi: 10.1148/radiol.230922] [Medline: 37310252]
21. Van Bulck L, Moons P. What if your patient switches from Dr. Google to Dr. ChatGPT? a vignette-based survey of the trustworthiness, value, and danger of ChatGPT-generated responses to health questions. Eur J Cardiovasc Nurs. Jan 12, 2024;23(1):95-98. [doi: 10.1093/eurjcn/zvad038] [Medline: 37094282]
22. Ji Z, Lee N, Frieske R, et al. Survey of hallucination in natural language generation. ACM Comput Surv. Dec 31, 2023;55(12):1-38. [doi: 10.1145/3571730]
23. Huang L, Yu W, Ma W, et al. A survey on hallucination in large language models: principles, taxonomy, challenges, and open questions. ACM Trans Inf Syst. Mar 31, 2025;43(2):1-55. [doi: 10.1145/3703155]

24. Lewis P, Perez E, Piktus A, et al. Retrieval-augmented generation for knowledge-intensive NLP tasks. arXiv. Preprint posted online on 2020. [doi: 10.48550/arXiv.2005.11401]
25. Gao Y, Xiong Y, Gao X, et al. Retrieval-augmented generation for large language models: a survey. arXiv. Preprint posted online on Dec 18, 2023. [doi: 10.48550/arXiv.2312.10997]
26. Jeong M, Sohn J, Sung M, Kang JJB. Improving medical reasoning through retrieval and self-reflection with retrieval-augmented large language models. Bioinformatics. Jun 28, 2024;40(Supplement_1):i119-i129. [doi: 10.1093/bioinformatics/btae238]
27. National Cancer Center Japan. Cancer Information Service [Article in Japanese]. URL: https://ganjoho.jp/public/index.html [Accessed 2024-09-30]
28. Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Ministry of Health, Labour and Welfare, and Ministry of Economy, Trade and Industry. Ethical guidelines for medical and biological research involving human subjects [Article in Japanese]. Ministry of Health, Labor and Welfare. URL: https://www.mhlw.go.jp/content/000757566.pdf [Accessed 2024-04-30]
29. Gallifant J, Afshar M, Ameen S, et al. The TRIPOD-LLM reporting guideline for studies using large language models. Nat Med. Jan 2025;31(1):60-69. [doi: 10.1038/s41591-024-03425-5] [Medline: 39779929]
30. Yamaki C, Takayama T, Hayakawa M, Wakao F. Users' evaluation of Japan's cancer information services: process, outcomes, satisfaction and independence. BMJ Open Qual. Dec 2021;10(4):e001635. [doi: 10.1136/bmjoq-2021-001635] [Medline: 34949579]
31. Yahoo! Answers. URL: https://chiebukuro.yahoo.co.jp [Accessed 2024-06-30]
32. Kuşcu O, Pamuk AE, Sütay Süslü N, Hosal S. Is ChatGPT accurate and reliable in answering questions regarding head and neck cancer? Front Oncol. 2023;13:1256459. [doi: 10.3389/fonc.2023.1256459] [Medline: 38107064]
33. Zhu L, Mou W, Chen R. Can the ChatGPT and other large language models with internet-connected database solve the questions and concerns of patient with prostate cancer and help democratize medical knowledge? J Transl Med. Apr 19, 2023;21(1):269. [doi: 10.1186/s12967-023-04123-5] [Medline: 37076876]
34. Cao JJ, Kwon DH, Ghaziani TT, et al. Large language models' responses to liver cancer surveillance, diagnosis, and management questions: accuracy, reliability, readability. Abdom Radiol (NY). Dec 2024;49(12):4286-4294. [doi: 10.1007/s00261-024-04501-7] [Medline: 39088019]
35. Choi J, Kim JW, Lee YS, et al. Availability of ChatGPT to provide medical information for patients with kidney cancer. Sci Rep. 2024;14(1):1542. [doi: 10.1038/s41598-024-51531-8]
36. Haver HL, Ambinder EB, Bahl M, Oluyemi ET, Jeudy J, Yi PH. Appropriateness of breast cancer prevention and screening recommendations provided by ChatGPT. Radiology. May 1, 2023;307(4):e230424. [doi: 10.1148/radiol.230424]
37. Sorin V, Klang E, Sklair-Levy M, et al. Large language model (ChatGPT) as a support tool for breast tumor board. NPJ Breast Cancer. May 30, 2023;9(1):44. [doi: 10.1038/s41523-023-00557-8] [Medline: 37253791]
38. Moazzam Z, Cloyd J, Lima HA, Pawlik TM. Quality of ChatGPT responses to questions related to pancreatic cancer and its surgical care. Ann Surg Oncol. Oct 2023;30(11):6284-6286. [doi: 10.1245/s10434-023-13777-w]
39. Hermann CE, Patel JM, Boyd L, Growdon WB, Aviki E, Stasenko M. Let's chat about cervical cancer: assessing the accuracy of ChatGPT responses to cervical cancer questions. Gynecol Oncol. Dec 2023;179:164-168. [doi: 10.1016/j.ygyno.2023.11.008] [Medline: 37988948]
40. Johnson SB, King AJ, Warner EL, Aneja S, Kann BH, Bylund CL. Using ChatGPT to evaluate cancer myths and misconceptions: artificial intelligence and cancer information. JNCI Cancer Spectr. Mar 1, 2023;7(2):pkad015. [doi: 10.1093/jncics/pkad015] [Medline: 36929393]
41. Bernstein IA, Zhang YV, Govil D, et al. Comparison of ophthalmologist and large language model chatbot responses to online patient eye care questions. JAMA Netw Open. Aug 1, 2023;6(8):e2330320. [doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.30320] [Medline: 37606922]
42. Antaki F, Touma S, Milad D, El-Khoury J, Duval R. Evaluating the performance of ChatGPT in ophthalmology: an analysis of its successes and shortcomings. Ophthalmol Sci. Dec 2023;3(4):100324. [doi: 10.1016/j.xops.2023.100324] [Medline: 37334036]
43. Sarraju A, Bruemmer D, Van Iterson E, Cho L, Rodriguez F, Laffin L. Appropriateness of cardiovascular disease prevention recommendations obtained from a popular online chat-based artificial intelligence model. JAMA. Mar 14, 2023;329(10):842-844. [doi: 10.1001/jama.2023.1044] [Medline: 36735264]
44. Wang A, Qian Z, Briggs L, Cole AP, Reis LO, Trinh QD. The use of chatbots in oncological care: a narrative review. Int J Gen Med. 2023;16:1591-1602. [doi: 10.2147/IJGM.S408208] [Medline: 37152273]

45. Liu M, Okuhara T, Dai Z, et al. Evaluating the effectiveness of advanced large language models in medical knowledge: a comparative study using Japanese national medical examination. Int J Med Inform. Jan 2025;193:105673. [doi: 10.1016/j.ijmedinf.2024.105673] [Medline: 39471700]
46. Holmes MM, Bishop FL, Calman L. "I just googled and read everything": exploring breast cancer survivors' use of the internet to find information on complementary medicine. Complement Ther Med. Aug 2017;33:78-84. [doi: 10.1016/j.ctim.2017.06.007] [Medline: 28735830]
47. Harel D, Katz G, Marron A, Szekely S. On augmenting scenario-based modeling with generative AI. arXiv. Preprint posted online on Jan 4, 2024. URL: https://doi.org/10.48550/arXiv.2401.02245 [Accessed 2025-09-04]
48. ChatGPT. OpenAI. URL: https://chat.openai.com/chat [Accessed 2025-03-31]
49. DeepMind. Gemini. URL: https://deepmind.google/technologies/gemini/pro/ [Accessed 2025-03-31]
50. Anthropic. Claude. URL: https://claude.ai/login?returnTo=%2F%3F [Accessed 2025-03-31]
51. Takagi S, Watari T, Erabi A, Sakaguchi K. Performance of GPT-3.5 and GPT-4 on the Japanese medical licensing examination: comparison study. JMIR Med Educ. Jun 29, 2023;9:e48002. [doi: 10.2196/48002] [Medline: 37384388]

Abbreviations

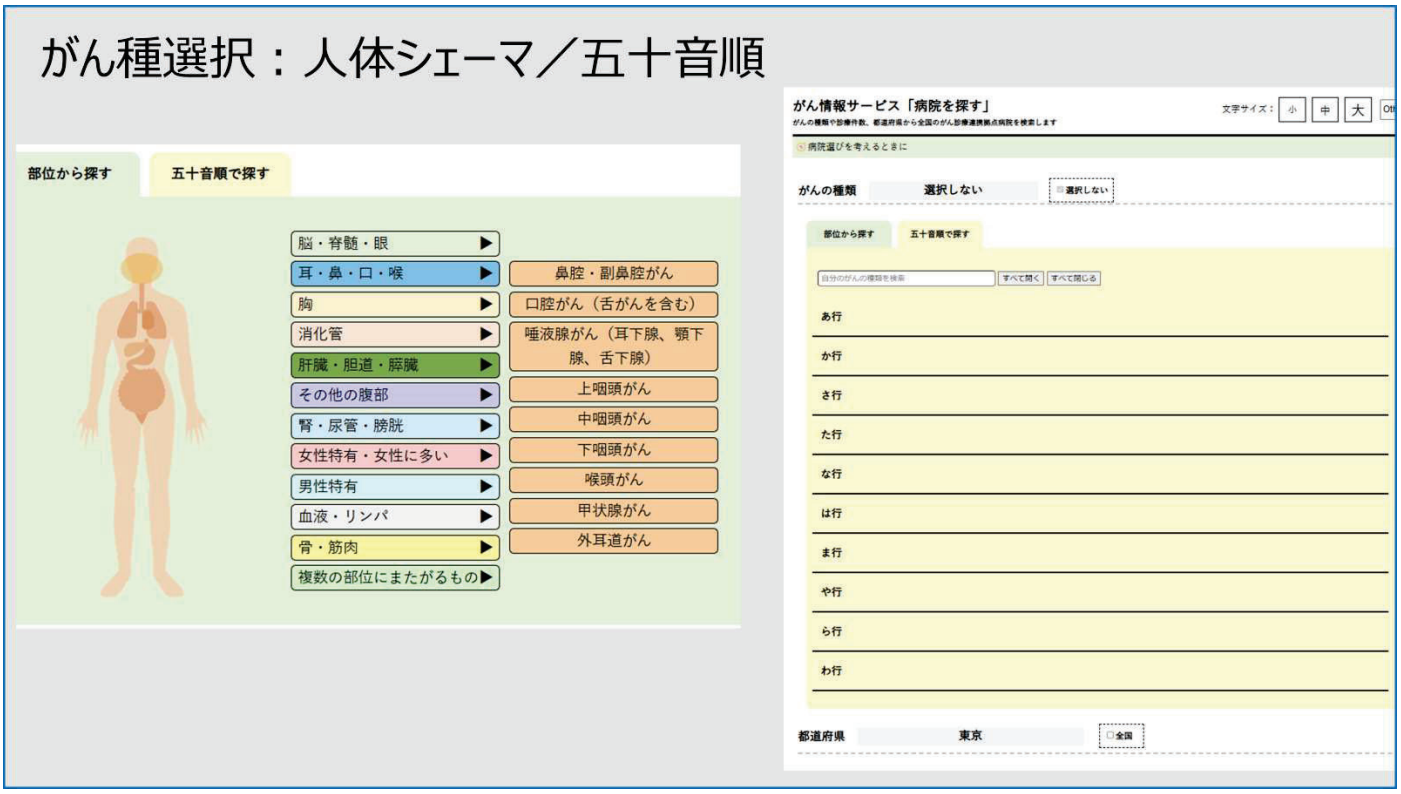
AI: artificial intelligence
CIS: cancer information service
GLMM: generalized linear mixed-effects model
LLM: large language model
OR: odds ratio
RAG: retrieval-augmented generation
TRIPOD: Transparent Reporting of a Multivariable Prediction Model for Individual Prognosis or Diagnosis

Edited by Naomi Cahill; peer-reviewed by Dillon Chrimes, Shinichi Matsuda, Yuki Kataoka; submitted 17.12.2024; final revised version received 04.07.2025; accepted 07.07.2025; published 11.09.2025

Please cite as:
Nishisako S, Higashi T, Wakao F
Reducing Hallucinations and Trade-Offs in Responses in Generative AI Chatbots for Cancer Information: Development and Evaluation Study
JMIR Cancer 2025;11:e70176
URL: https://cancer.jmir.org/2025/1/e70176
doi: 10.2196/70176

© Sota Nishisako, Takahiro Higashi, Fumihiko Wakao. Originally published in JMIR Cancer (https://cancer.jmir.org), 11.09.2025. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work, first published in JMIR Cancer, is properly cited. The complete bibliographic information, a link to the original publication on https://cancer.jmir.org/, as well as this copyright and license information must be included.

資料


がん種選択：人体シェーマ／五十音順
部位から探す
五十音順で探す
脳・脊髄・眼
耳・鼻・口・喉
胸
消化管
肝臓・胆道・膵臓
その他の腹部
腎・尿管・膀胱
女性特有・女性に多い
男性特有
血液・リンパ
骨・筋肉
複数の部位にまたがるもの
鼻腔・副鼻腔がん
口腔がん（舌がんを含む）
唾液腺がん（耳下腺、顎下腺、舌下腺）
上咽頭がん
中咽頭がん
下咽頭がん
喉頭がん
甲状腺がん
外耳道がん
がん情報サービス「病院を探す」
文字サイズ：小 中 大
病院選びを考えるときに
がんの種類
選択しない
部位から探す
五十音順で探す
すべて開く
すべて閉じる
あ行
か行
さ行
た行
な行
は行
ま行
や行
ら行
わ行
都道府県
東京
全国


検索ページ　（都道府県・診断年・施設）
診断年
2023
～
2023
年　（症例数の結果が少ない場合、条件変更で年数を広げて再検索してください）
以下の施設を検索する
リンパ浮腫外来
遺伝性腫瘍外来
アスベスト外来
緩和ケア病棟
検索する

図1．検索画面



図2．検索画面　（結果はすべて架空のデータである）

結果：クラスター分類

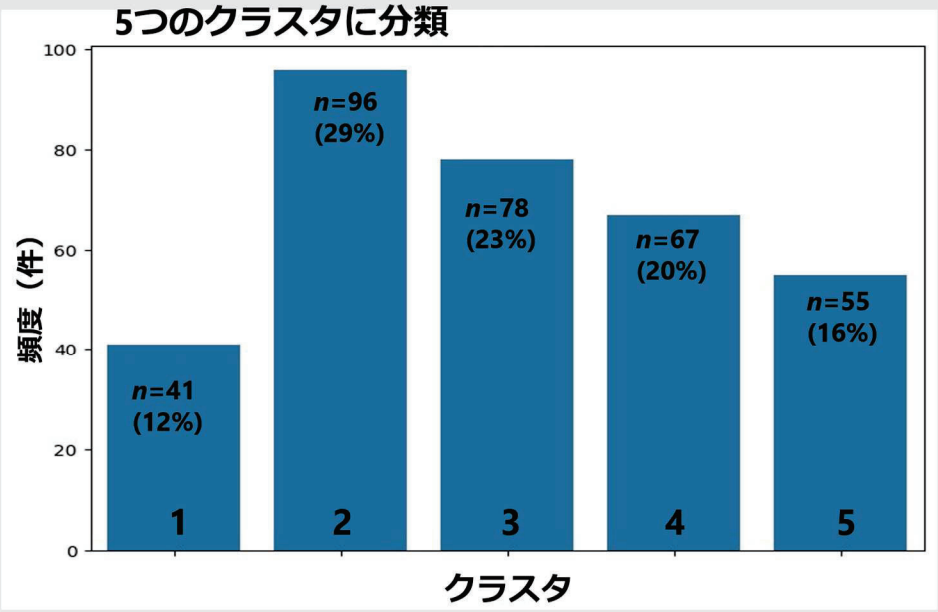


図3．各クラスタの頻度

結果：クラスター分類
（理解と意思決定を支援する導線設計）

第1クラスタ　（情報の整理, 患者支援, 手順の明示, 医療リテラシー）

「病院によっては提供している情報というのがあったりなかったりということで、バラつきがあったりして、だから完全には、同じ情報で、同じレベルの情報を、比較するということが難しかったりはするんです。」

「やっぱりリンク先に飛んだときにやっぱり戸惑う、急に情報がワッと増えるっていうのがちょっと辛かったかなっていうのはありました。」

「開いたときに、例えばWi-Fiの設備が整っているとか整っていないとか、そういうのが実は非常に意外なことに心に来たんですね。」

「ここの本棚を出すとこういう情報が分かるというような、そういう形のものだったら分かりやすいのかなと。」

図4-1．クラスタ分類と内容（理解と意思決定を支援する導線設計）

結果：クラスター分類
（心理的不安を軽減するUI）

第2 クラスタ（デザインのフレンドリーさ, 情報の過多, 患者の安心感, 日常感覚）

「この絵は非常にいいと思うんですね。どの部分が該当しているよということで直感的にわかって、それがサポートティブな感じがします。」

「自分の日常性に非常に関わることで、例えば売店やカフェがあるとか、こういうのと自分の日常に非常に関わっていて、Wi-Fiとかカフェというような言葉というのは日常的な感じがして、これは非常にありがたいなと、変なところかもしれないですけど、予期しないところというのはこういうことですね。決済サービスがクレジットとか、日常感覚、思いがけず すごくといいなと、配慮があるなと思いました。」

第5 クラスタ（使いやすさ, 地図, 部位検索, 病院比較, 親しみやすさ）

「画面を見た時に本当に優しい色合いで見やすいなっていうのを思いました。 」

「私みたいに部位がはっきりしているような場合はすごくこれで検索できるなというところが思いました。」

「子どもたちが使ってもわかりやすいような情報検索をまた引き続き考えていただければ 」

図4-2．クラスタ分類と内容（心理的不安を軽減するUI）

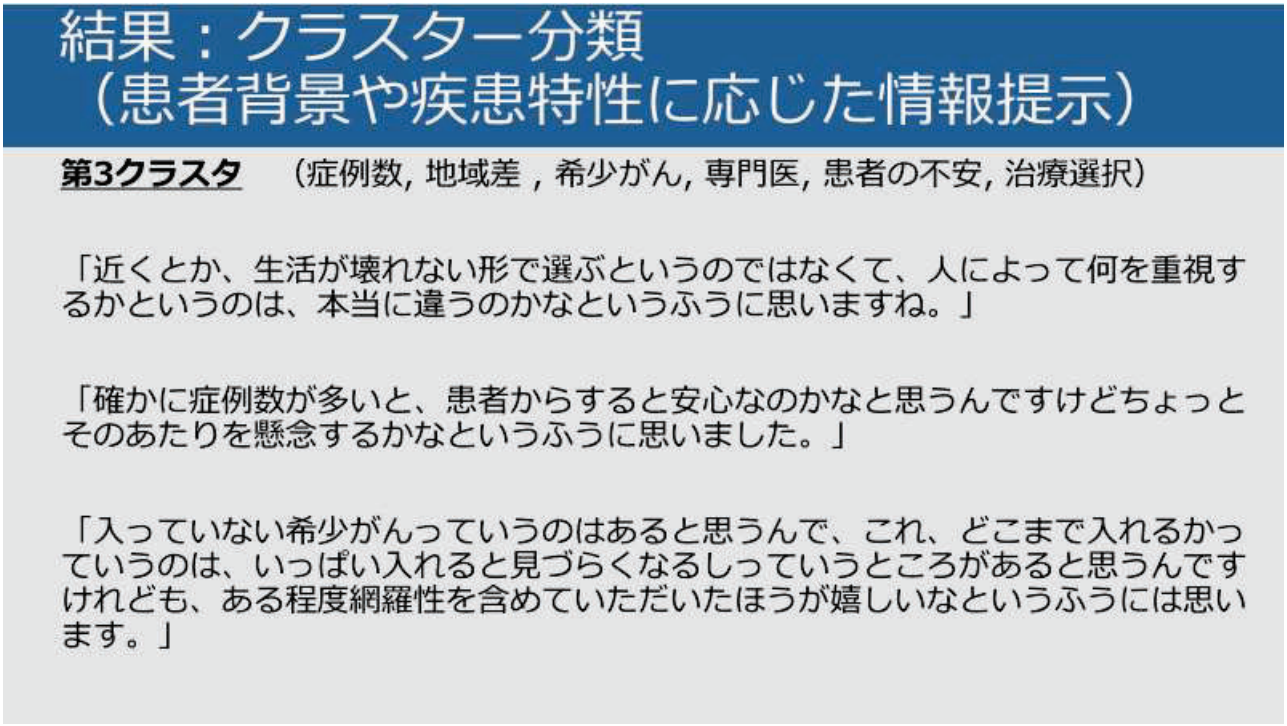


図4-3．クラスタ分類と内容（患者背景や疾患特性に応じた情報提示）

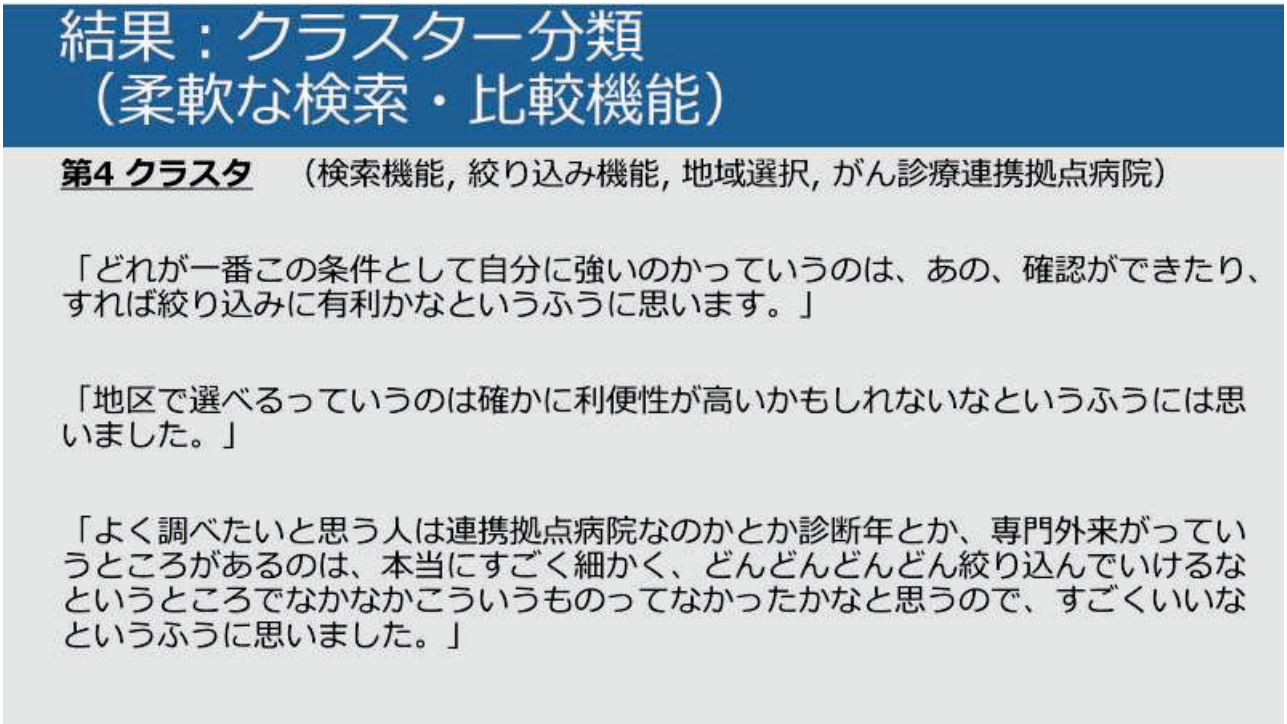


図4-4．クラスタ分類と内容（柔軟な検索･比較機能）

表．各クラスタにおける発言頻度の割合

分類/内容 因子	全体	Cluster 1 意思決定の導線設計	Cluster 2 不安を軽減するUI	Cluster 3 患者特性に応じた情報提供	Cluster 4 柔軟な検索、比較機能	Cluster 5 不安を軽減するUI	*p* 値*
コメント数 N	337	41	96	78	67	55	
希少がん, *n* (%)	155 (46)	**28 (68)**	30 (31)	**51 (65)**	22 (33)	24(44)	**<0.001**
患者, *n* (%)	279 (83)	36 (88)	84 (88)	58 (74)	54 (81)	47 (85)	0.18

* Fisher正確確率検定

資料6

がん相談支援センターの周知と持続可能な体制づくりに向けて

厚生労働科学研究費補助金研究班主催　がん相談支援センター向け　講演会　記録集

「多様ながん相談への対応―相談員の育成と周知成功の鍵」

編集・発行：令和7年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
「がん相談支援の質の確保及び持続可能な体制の構築に資する研究」班
「科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備に資する研究」班

はじめに

がん相談支援センターを『いかに、診断後間もない患者さんやご家族に知ってもらい、利用してもらうか』。がん相談支援センターの長年の課題です。令和４年８月に出された「がん診療連携拠点病院等の整備について（以下、整備指針）」には、“外来初診時から治療開始まで”を目処に、がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問する事ができる体制を整備することが望ましい」と示されました。整備指針に書かれているように、相談員だけの努力だけでは難しく、病院を挙げて、体制として“相談”を受けやすく（がん相談支援センターを利用しやすく）していくことが必要です。では、どうやっていくか。“外来初診時から治療開始前まで” って、いったいどう体制を組んでいったらいいの？そんな声も現場からは聞こえてきます。

また、がん相談支援の現場からは、さまざまな役割を担う相談員の育成を、どう行うか。がん相談支援センターを維持し、発展させていくためにはとても重要ですが、どうしたらいいか悩んでいるという声も方々から聞こえてきています。がん相談支援センターでは、個々の相談対応に応じることに加え、がんサロンの運営や院内外のスタッフや施設等とのネットワークの構築等、非常に多岐に渡る役割が求められています。こうした役割に対応するための知識やスキルを身につけることはもちろんですが、これをいかに新たに配属されるスタッフに継承していくか、教育や研修をどう行い、がん相談支援センターの対応力の質を継続的に保っていくかも、施設や地域内で数が限られる相談員だからこその難しさもあります。

本厚生労働科学研究費補助金による研究班では、このような長年の課題に取り組む中で見えてきた課題や運営上の工夫について紹介するオンライン講演会を2024年度に引き続き2025年度も、2025年12月９日に、『がん相談支援センターの周知と持続可能な体制づくりに向けて「多様ながん相談への対応：相談員の育成と周知成功の鍵」』を開催いたしました。診断後早期から、がん相談支援センターの利用につなげる取り組み、継続的な院内周知に取り組む中で見えてきた課題、また施設の管理者の立場からの体制構築の工夫についてもお話いただきました。さらに、“多様ながん相談”に対応できるがん専門相談員の育成をどう行ったらいいのかといった課題に対して、相談員の知識やスキルの可視化を図る取り組みや教育の取り組み等についても紹介させていただきました。

この講演会記録集は、2025年度開催の講演会でご紹介した内容を、広く関係者の皆様に知っていただき、ご活用いただくために内容をまとめ、編集したものです。講演会をご覧になった方だけでなく、見逃してしまった方々にもヒントにしていただくなど、各施設そして地域のがん相談支援センターの関係者の皆様に、ご活用いただければ幸いです。

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「がん相談支援の質の確保及び持続可能な体制の構築に資する研究」班　研究代表者
高山　智子

「科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備に資する研究」班　研究代表者
若尾　文彦

目次

第１部　がん相談支援センターの周知：見えてきた課題と周知成功の鍵

P.01　**大学病院のがん相談支援センターの周知度向上の継続的な取組み**
～成果と見えてきた課題

日本大学医学部附属板橋病院　がん相談支援センター長／医師：櫻井裕幸
相談員：吉田優子、野村浩明

P.11　**がん相談支援センターの“顔の見える周知”による‘仕事の相談’の変化**

青森県立中央病院　がん相談支援センター　相談員：坂本周子

P.23　**がん相談はなぜ増えたのか**
～青森県立中央病院がん相談での取り組みを振り返る

東京西徳洲会病院　顧問／前青森県立中央病院　副院長：的場元弘

第２部　“多様ながん相談”に対応できるがん専門相談員の育成の取り組み

P.39　**がん専門相談員の知識・スキルの可視化と達成度確認ツールの開発と活用**

北里大学病院　師長：近藤まゆみ

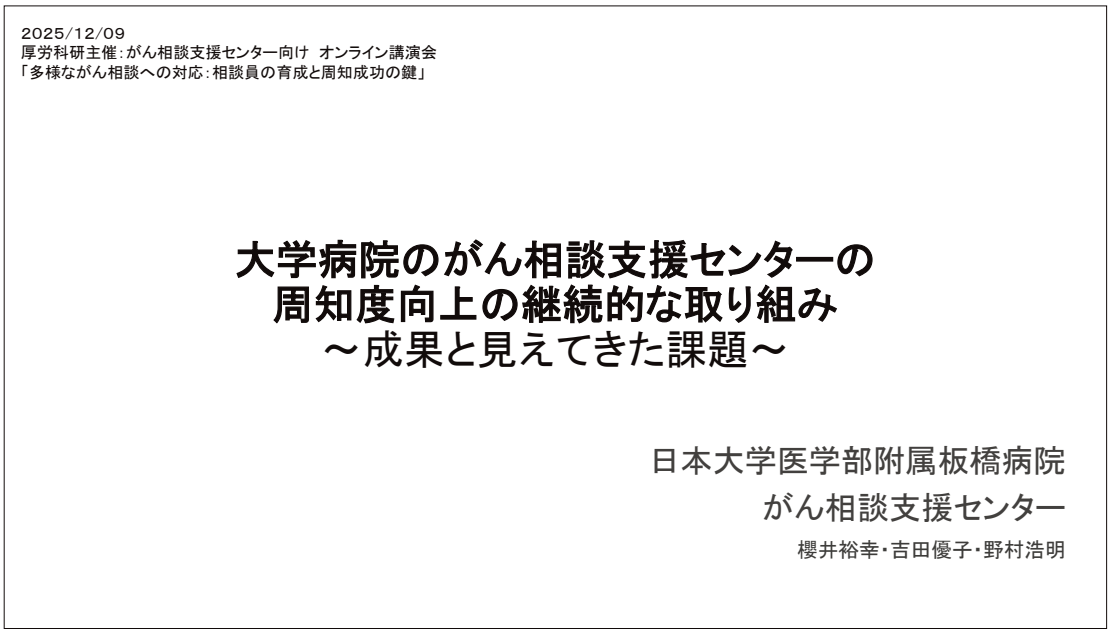
P.57　**がん専門病院としての持続可能ながん相談支援体制の構築に向けた取り組み**
～がん相談員教育体制の整備とシニアナビゲーター実地見学の効率化

九州がんセンター　院長：森田　勝、　同がん相談支援センター　相談員：北川善子

file:01

大学病院のがん相談支援センターの周知度向上の継続的な取り組み
～成果と見えてきた課題～

●櫻井裕幸（日本大学医学部附属板橋病院 がん相談支援センター）
●吉田優子（日本大学医学部附属板橋病院 がん相談支援センター）
●野村浩明（日本大学医学部附属板橋病院 がん相談支援センター）


2025/12/09
厚労科研主催：がん相談支援センター向け　オンライン講演会
「多様ながん相談への対応：相談員の育成と周知成功の鍵」

大学病院のがん相談支援センターの
周知度向上の継続的な取り組み
～成果と見えてきた課題～

日本大学医学部附属板橋病院
がん相談支援センター
櫻井裕幸・吉田優子・野村浩明

資料１

はじめに

日本大学医学部附属板橋病院で相談員を務めております、吉田です。

本日は、当院が推進している院内外への周知活動のうち、特に「院内（患者様・ご家族・医療スタッフ）」に向けた取り組みについてご報告いたします。

昨年の報告会と内容が重複する部分もございますが、今回は前回の講演以降の新たな進捗状況や、実践を通じて得られた新しい視点を加えてアップデートいたしました。当院における周知活動の全体像を改めて共有させていただきます。（資料１）

日本大学医学部附属板橋病院の紹介

➤ **地域がん診療連携拠点病院**
・東京都小児がん診療病院
・がんゲノム医療連携病院

➤ 病床数：990床

➤ がん診療実績

患者数（令和5年1月1日～12月31日）
年間新入院患者数　20,037人
年間新入院がん患者数　4,985人
がん患者の割合　24.9%
年間外来がん患者のべ数　107,374人

担当二次医療圏：区西北部
（豊島、北、板橋、練馬）





交通網の発達により、
都道府県や二次医療圏を
越えて受診

悪性腫瘍の手術件数　1,770件
がんに係る薬物療法のべ患者数　2,405人
放射線治療のべ患者数　537人

資料２

日本大学医学部附属板橋病院の概要とがん診療の現状

まず初めに、当院の概要をご紹介いたします。

東京都板橋区に位置する当院は、「地域がん診療連携拠点病院」「東京都小児がん診療病院」「がんゲノム医療連携病院」の指定を受けております。

当院が担当する二次医療圏は東京都の区西北部に位置し、埼玉県とも隣接しています。交通網が発達している地域であるため、都道府県や二次医療圏の枠を超え、広域から多くの患者様にご来院いただいているのが特徴です。

がん診療の実績については、総合診療を行う大学病院という特性もあり、令和５年度におけるがん患者様の割合は24.9%（約４分の１）を占めております。（資料２）

当院の相談部門

〈病院　１階〉

がん相談支援センター
独立部門
看護師　1名（専従）
MSW　1名（専任）

医療福祉相談室
MSW　1名
（がん相談支援センター専任）
MSW　5名
（兼任：精神保健福祉士・社会福祉士）

患者支援センター
入退院支援
退院調整看護師

〈病院　地下１階〉

診療支援センター
入退院支援
入院支援看護師



病院8階：**腫瘍センター**
外来化学療法室
（がん領域の専門/認定薬剤師・看護師）
外来：**がん看護外来**
（がん看護専門看護師）

資料３

相談窓口についての紹介

次に、当院の相談部門についてご紹介いたします。

病院１階には「がん相談支援センター」を設置しており、独立した部門として専従１名・専任１名の体制で対応にあたっています。

同じく１階には、ソーシャルワーカーが在籍する「医療福祉相談室」や、退院調整看護師のいる「患者支援センター」が近接しています。さらに、初診の患者様が手続きを行う「新患フロント」も同じフロアにあるため、非常に分かりやすく、立ち寄りやすい場所に位置しています。

病院の地下１階には「診療支援センター」があり、入院手続きの際などに患者様のご不安をキャッチした場合、速やかに「がん相談支援センター」へとつなぐ体制を整えています。

このほかにも相談窓口として、腫瘍センター所属の看護師や薬剤師、そして「がん看護外来」を設置しています。（資料３）

周知度向上への取り組み背景

令和4年8月交付「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」

・外来初診時から治療開始までを目処に、**がん患者及びその家族が必ず一度はがん相談支援センターを訪問すること**

・がん相談支援センターを初めて訪れた者の数を把握し、**認知度の継続的な改善に努めること**が求められた

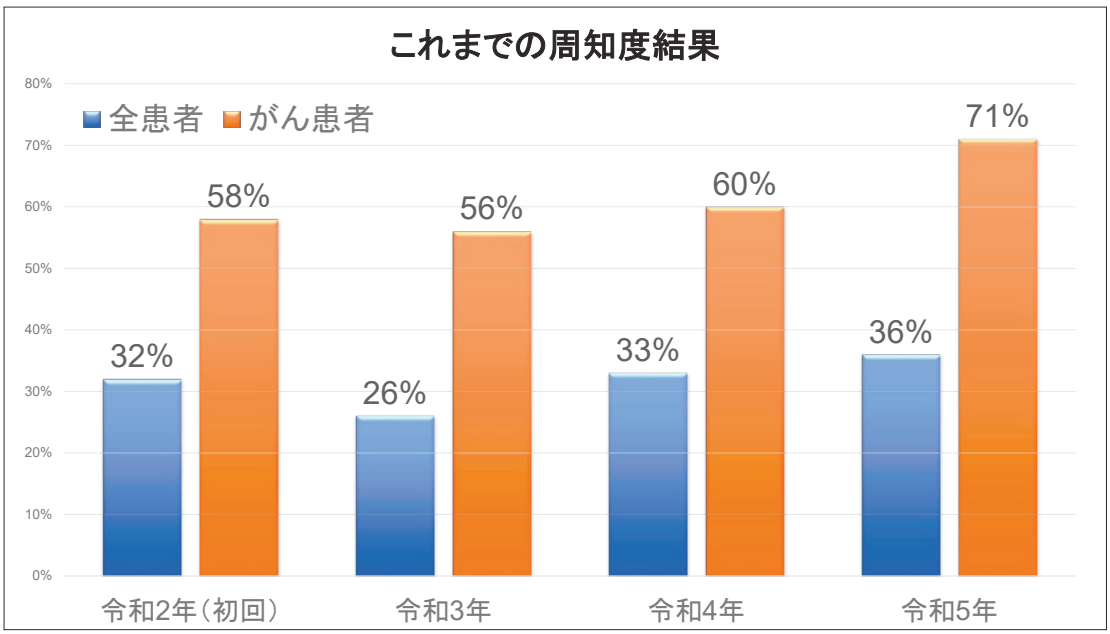
・がん相談支援センターの業務内容について、相談者から**フィードバックを得る体制を整備**すること。

資料４

取り組みの背景と当院の課題

これまでの取り組みの背景として、がん相談支援センターの周知が十分になされていない点が大きな課題となっていました。当院においても、相談に訪れた方から「もっと早い段階で相談できることを知りたかった」という声が、少なからず上がっていた現状があります。

こうした中、令和４年８月に改定された国の整備指針では、がん患者様やご家族が「必ず一度はがん相談支援センターを訪問すること」が明記されました。あわせて、認知度の継続的な改善に努めることや、相談者からのフィードバックを得る体制を整備することが、各施設に強く求められるようになりました。（資料４）



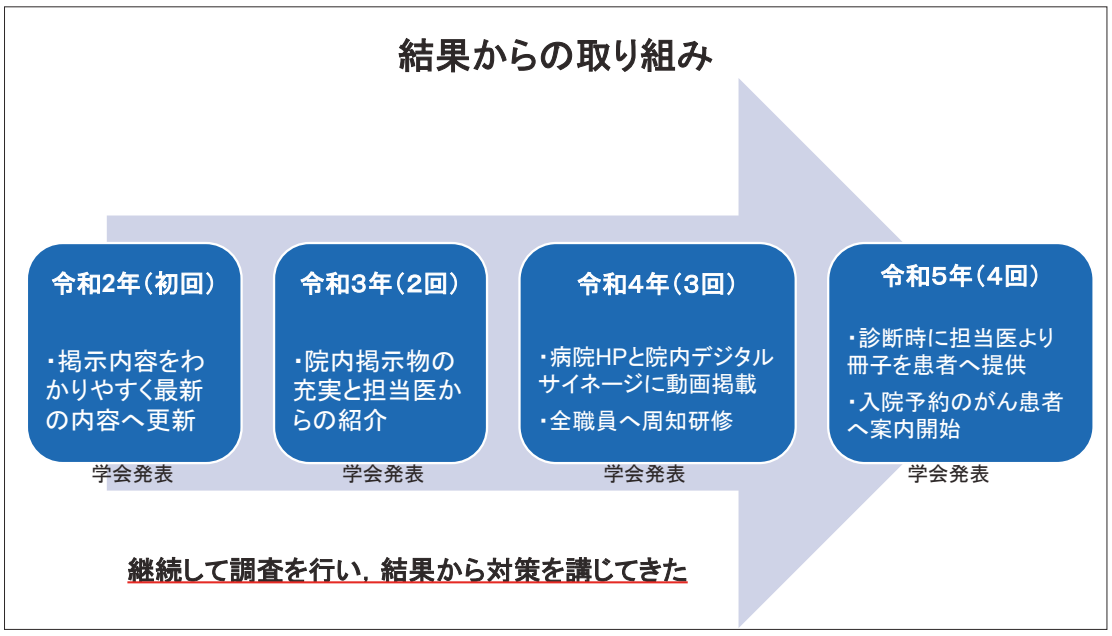
資料５

現状把握のための継続的なアンケート調査

当院では、がん相談支援センターの周知度や現状の課題を把握し、活動へのフィードバックを得ることを目的として、令和２年度より継続的なアンケート調査を実施しています。

当院は大学病院であり、幅広い疾患の患者様が来院されます。そのため、調査結果については「全患者」と「がん患者」のそれぞれを対象として数値を抽出しています。

掲示しているグラフの通り、調査開始の初年度から比較して、がん相談支援センターの周知度は着実に向上してまいりました。これまでの周知活動が、一定の成果として現れ始めていると考えています。（資料５）



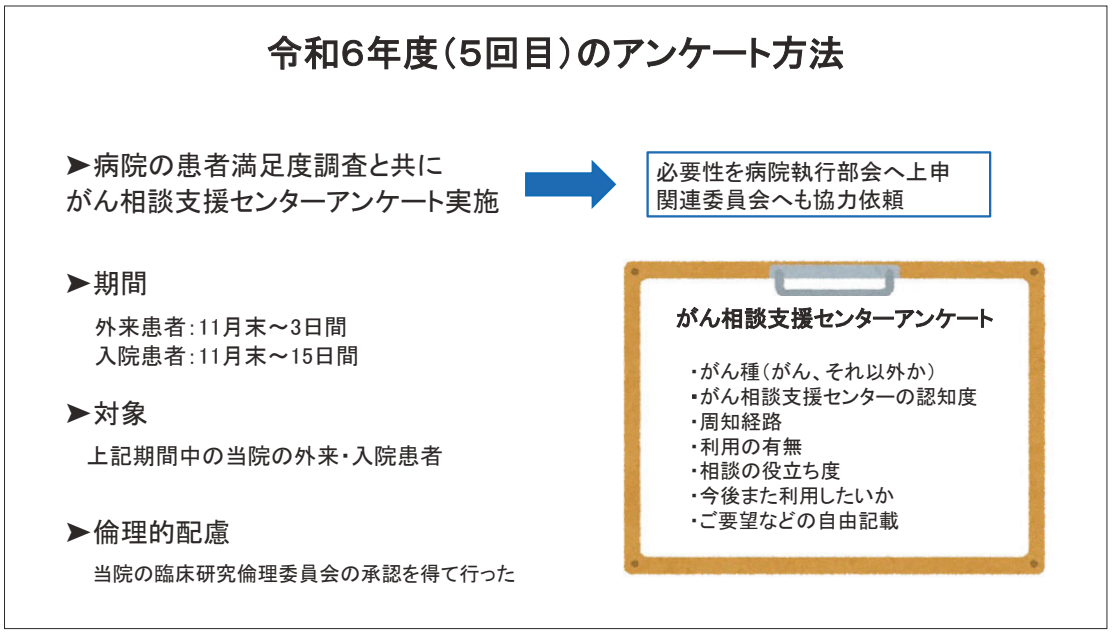
資料６

アンケート結果に基づく周知活動の強化

アンケート調査で得られた課題を評価し、患者様やご家族への周知活動を多角的に展開しています。具体的には、院内掲示の最適化、配布資料のリニューアル、病院ホームページの刷新、および院内デジタルサイネージでの情報送出など、視覚的なアプローチを強化してまいりました。

令和５年度からは、より確実に情報を届けるための新たな試みを開始しました。がんの診断時に担当医から直接パンフレットを手渡す取り組みや、入院予約のある患者様への個別案内を導入しています。

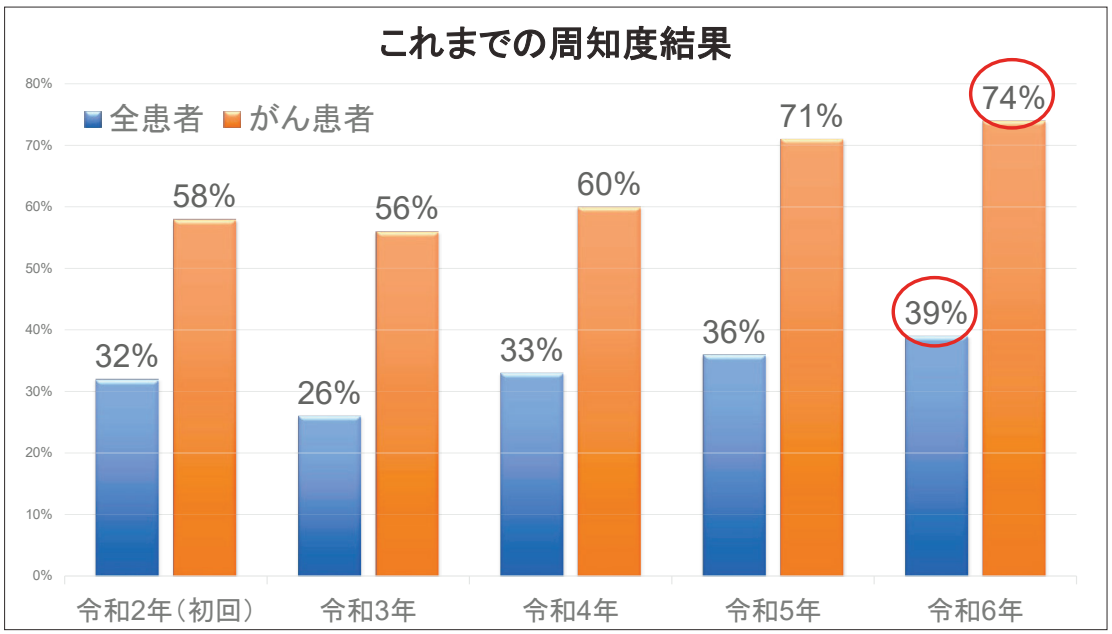
特に入院予約時の案内については、後ほど発表される青森県立中央病院様の「顔の見える周知」というコンセプトを参考にさせていただきました。入院という不安の大きいタイミングで直接お声がけをすることで、相談支援センターをより身近に感じていただけるよう努めています。（資料６）



資料７

令和６年度も例年と同様に、病院の患者満足度調査と併せて「がん相談支援センターアンケート」を実施いたしました。本調査の実施にあたっては、病院執行部会へ必要性を上申するとともに、関連委員会にも協力を依頼しております。また、当院の倫理審査委員会の承認を得たうえで実施いたしました。

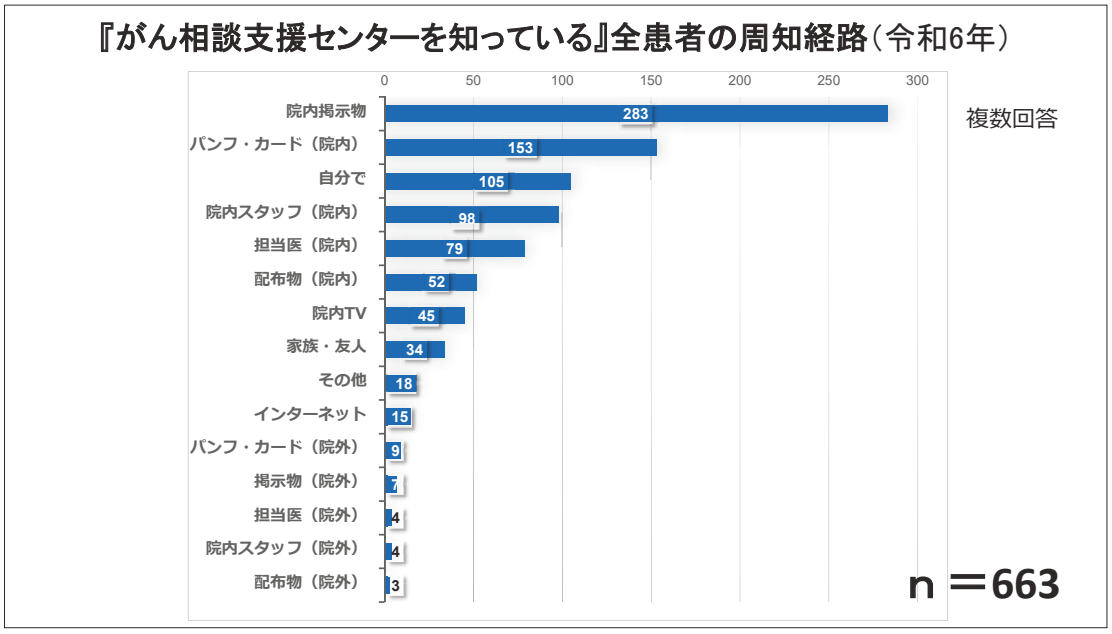
アンケートの構成と質問内容は資料７の通りで、当院は大学病院であり、全患者様を対象に調査を行うため、アンケートの冒頭では「がんであるか、それ以外か」というがん種を問う項目を設けております。それに続いて、がん相談支援センターの認知度や周知経路、利用の有無、相談の役立ち度、今後の利用意向について伺う構成としております。また、患者様のご要望などを記入していただける自由記載欄も設けております。（資料７）



資料８

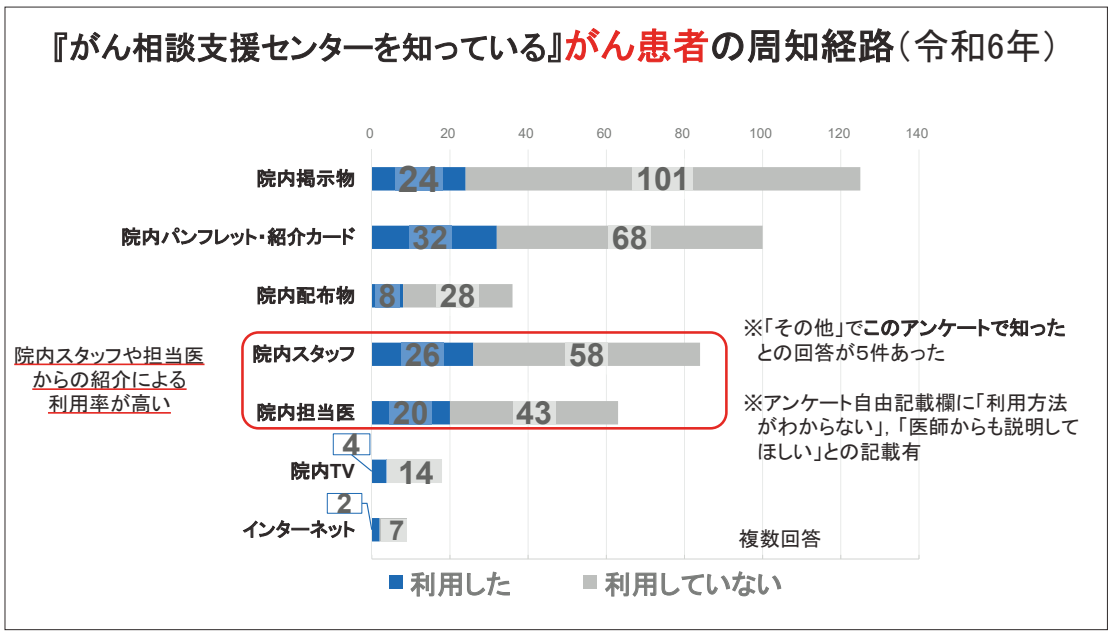
令和６年度の調査結果（グラフ内赤丸部分）では、がん相談支援センターの周知度がさらに向上していることが確認されました。

具体的には、全患者様を対象とした周知度は39%、がん患者に限定した周知度は74%に達しました。いずれの数値も、前年度（令和５年度）を上回る結果となっています。（資料８）



資料９

全患者様を対象とした周知経路の内訳を分析したところ、「院内の掲示物」が最も多いという結果になりました。次いで「院内備え付けのパンフレット」や「紹介カード」となっており、紙媒体による視覚的な情報提供が依然として大きな役割を果たしていることが分かります。（資料９）



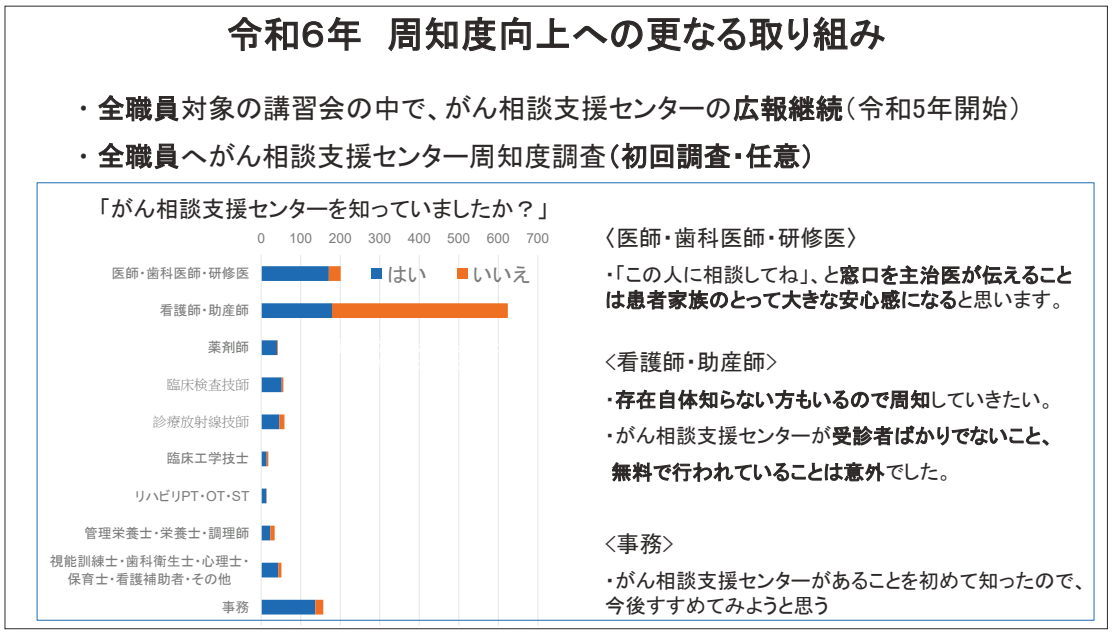
資料10

がん患者様を対象とした周知経路を分析すると、図の赤枠で示した通り、「院内スタッフや担当医からの紹介」による利用率が高いという結果が得られました。このことから、パンフレット等の媒体だけでなく、医療従事者からの直接的な働きかけが、実際の利用に強く結びついていることが分かります。

興味深い点として、「今回のアンケートで相談支援センターの存在を初めて知った」という回答も５件寄せられました。アンケート調査の実施自体が、患者様にとっての認知・啓発の一助となっている側面があると考えています。

一方で、自由記載欄には「利用方法が分からない」「医師からも説明してほしい」といった切実なご意見も寄せられています。

これまで、患者様・ご家族を対象とした調査を通じ、「どうすれば知っていただけるか」という周知経路の確保に重点を置いて活動してまいりました。これらの調査結果という確かな基盤が新たな取り組みの出発点になります。（資料10）



資料11

新たな取り組み。
医療スタッフへの周知と認知度調査

昨年度からの新たな取り組みとして、全職員を対象とした受講必須の「医療安全講習会」の場を活用し、がん相談支援センターの広報を行っています。令和５年度に続き、令和６年度も継続して実施しております。

患者様からの「医師から案内してほしい」という要望や、医療者からの紹介による利用率の高さを受け、今回初めて「職員の認知度調査」を実施いたしました。当院の全職員を対象に任意で行った調査の結果、私たちにとって非常に大きなインパクトのある事実が判明しました。

調査結果（グラフ参照）によると、医師やコメディカルでは「知っている」という回答が一定数あったものの、看護師・助産師については、実に71%が「知らない」と回答する結果となりました。

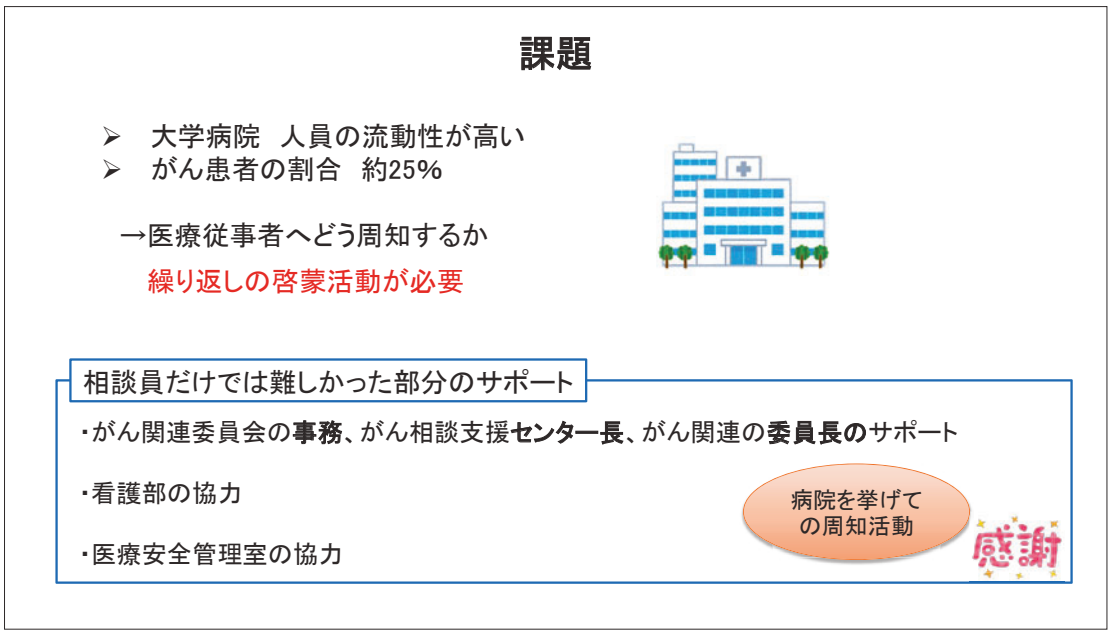
当院のがん患者様の割合は約25%ですが、二人に一人ががんになる時代において、がん診療連携拠点病院に勤務する看護職の認知度としては、深刻な課題であると捉えています。

実は前年度、全看護師を対象にセンターの役割について講義を行い、非常に良い手応えを感じていた矢先の結果でした。このことから、教育は「一回きり」では不十分であり、継続的に伝えていくことの重要性を痛感いたしました。

医師からは、「相談できる窓口があることを主治医から直接伝えることは、患者様やご家族にとって大きな安心感につながるはずだ」との意見が寄せられました。

看護師や助産師からは、「院内に周知されていない現状を知り、まずは自分たちが存在を正しく認識し、伝えていこうと思う」という声が上がりました。

また、事務職からも「初めて存在を知った。今後進めていきたい」という前向きな回答がありました。（資料11）



資料12

相談員単独から病院全体へ
多職種連携による周知度向上の取り組み

当院のような大学病院の課題として、どうしても人員の流動性が高いことや、全患者様に占めるがん患者様の割合が約25%であり決して高くはないという状況が挙げられます。このような環境下で、がん相談支援センターの存在を医療従事者にどう周知していくかが大きな課題となっており、これまでの経験からも、繰り返しの啓蒙活動が必要であると考えております。

今回のウェブ講演会の事前アンケートにおきましても、皆様から院内への周知や協力体制に関するお困りごとが寄せられていると伺っております。当院においても、院内周知や協力体制の構築は相談員単独では難しく、様々なサポートをいただきながら進

めてまいりましたので、その点をご紹介させていただきます。

まず初めに、当院のがん拠点病院委員会の幹事であり、事務局を担当している事務職員からの提案がありました。それは、全職員の受講が必須となっている「医療安全講習会」の中で講演をしてはどうかというものでした。さっそく事務職と相談員で医療安全管理室へ交渉に赴きましたが調整が難航し、最終的にはがん相談支援センターの櫻井センター長に交渉していただきました。

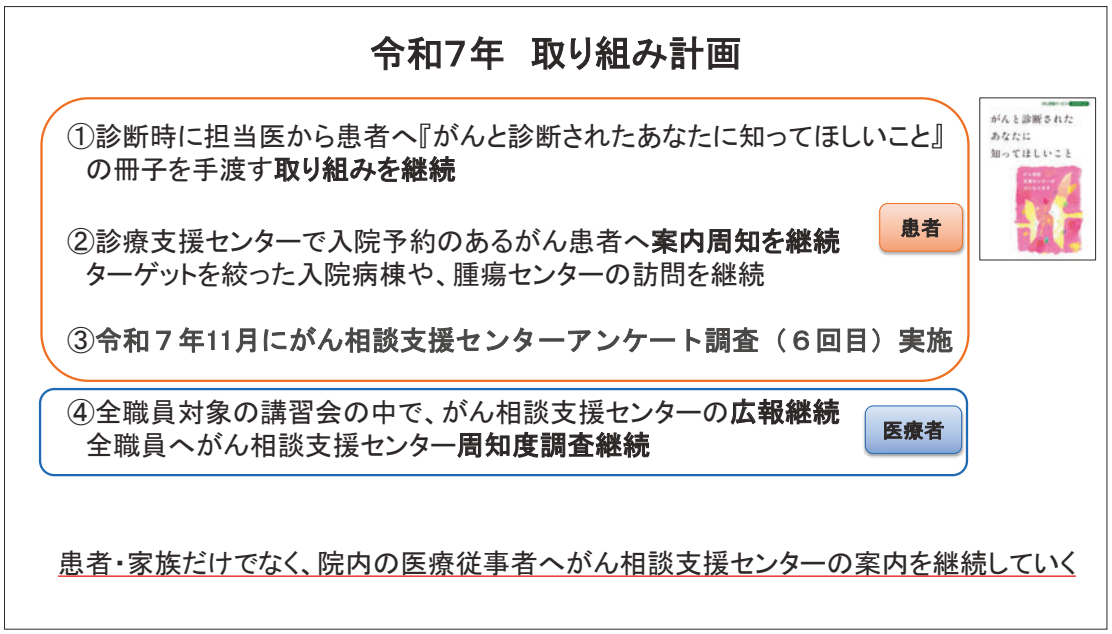
その際、「がん診療と医療安全の関連性」をどう位置づけるかが焦点となりました。そこで、がん拠点病院の要件にある「がん患者様の自殺リスクに対して、院内で共通したフローを作成する」という点に着目しました。当院のがん拠点委員会と精神科が連携して自殺リスクに対する院内フローチャートを作成し、その案内を含めることで、医療安全講習会の中で講演する機会につなげることができました。

また、看護部からの協力も得られました。令和５年度には全看護師を対象とした研修会の機会を設けていただき、現場からは非常に良い反応が得られております。

そして、医療安全管理室の協力も不可欠でした。当院のように組織規模が大きい中で、全職員受講必須の講習会に一部署の時間を設けていただくことは非常にハードルが高いことでした。しかし、先述の「自殺対策の院内フローチャートの啓蒙」も兼ねるという形で、プログラムに組み込んでいただくことができました。

これら一連の取り組みは、がん相談員だけでは成し得なかったことです。多くの方々のサポートが「病院を挙げての周知活動」につながっており、相談員として心から感謝しております。

相談支援センターの存在をより多くの患者様、ご家族に知っていただくためには、やはり病院全体での取り組む周知活動が重要と考えています。（資料12）



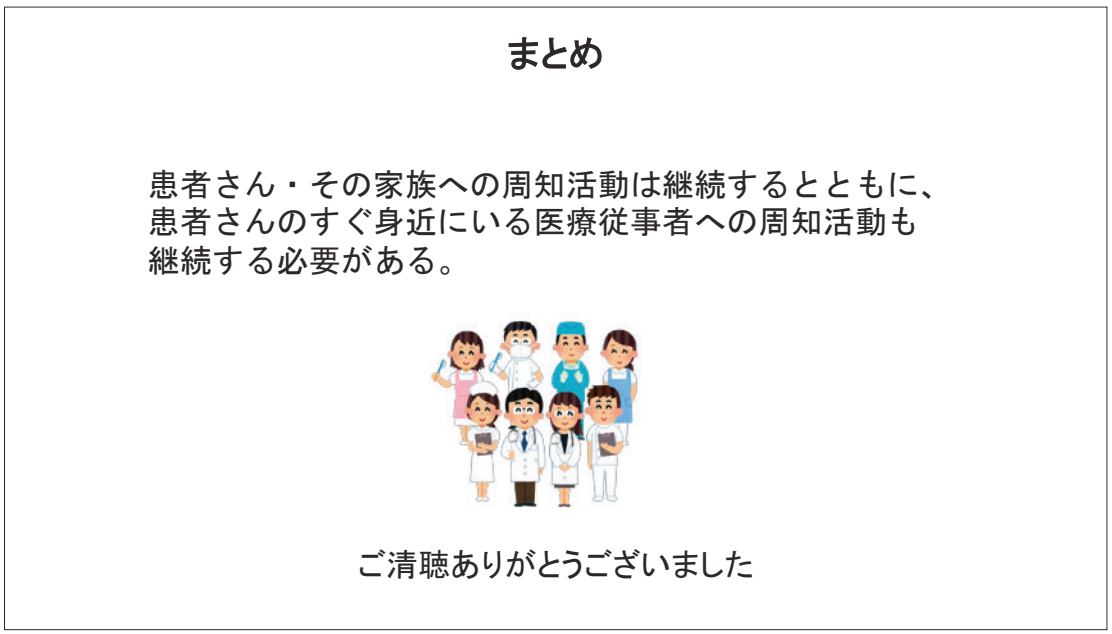
資料13

令和７年度の継続的な取り組みと今後の展望

今年度も引き続き、診断時に担当医から直接冊子を手渡す取り組みを継続しています。また、診療支援センターでの案内に加え、がん患者様が多く入院される病棟や、腫瘍センターへの定期的な訪問活動も継続して実施していきます。

また令和７年11月には、患者様・ご家族を対象とした通算６回目となるアンケート調査を実施いたしました。

職員向けの活動として、受講必須の「医療安全講習会」における広報活動を今年度も継続いたしました。あわせて、昨年度大きな反響があった職員対象の認知度調査についても継続して実施してもらいっています。（資料13）



資料14

患者様と医療従事者、双方への継続的なアプローチ

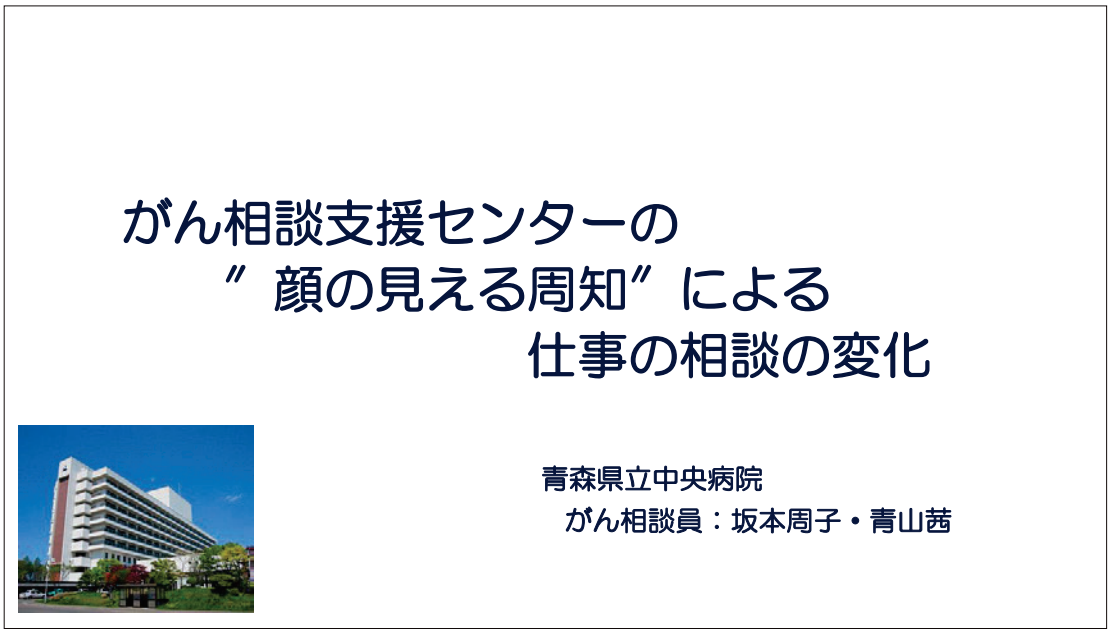
まとめになります。患者様やそのご家族に向けた周知活動を継続していくことはもちろんですが、患者様のすぐ身近にいる医療従事者、特に看護師や担当医に対する周知活動も継続していく必要があります。これまで継続してきた取り組みに新たな挑戦を組み合わせることで、一歩一歩ではありますが着実に前進していると感じております。

患者様やご家族が「がん相談支援センター」の存在を知っておくことの重要性は、日頃の相談業務を通じても痛感しております。今後も、本日ご参加いただいているがん専門相談員の皆様とのつながりを力に変えながら、より一層の周知活動に取り組んでまいりたいと思います。（資料14）

file:02

がん相談支援センターの ”顔の見える周知”による 仕事の相談の変化

●坂本　周子（青森県立中央病院 がん相談員）
●青山　　茜（青森県立中央病院 がん相談員）

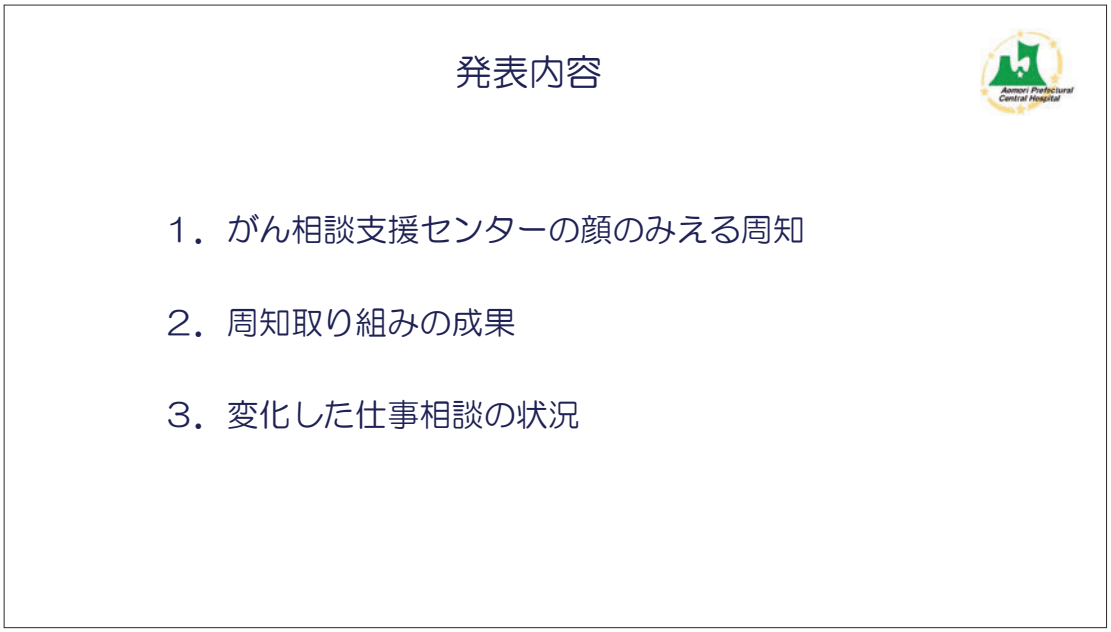


資料１

はじめに

ご紹介にあずかりました坂本です。昨日の地震の際、当院は幸いにも通常診療を継続することができております。また、揺れの大きかった八戸地域の拠点病院についても、通常どおり診療を続けていると伺っております。

こうした状況下ではありますが、本日予定通り皆様に当院の取り組みをご報告させていただけることを、大変ありがたく存じます。それでは、よろしくお願いいたします。（資料１）



資料２

発表内容について

本日の発表内容についてご説明いたします。昨年も「がん相談支援センターの『顔の見える周知』」というテーマで当院の取り組みを発表させていただきましたが、その際「具体的にどのように対象を拾い上げ、周知につなげているのか」というご質問を多くいただきました。

そこで今回は、周知プロセスの具体的な仕組みをより明確にお伝えするとともに、周知活動によって得られた成果､そして最も大きな変化が見られた｢仕事に関する相談状況」について詳しくご報告いたします。（資料２）

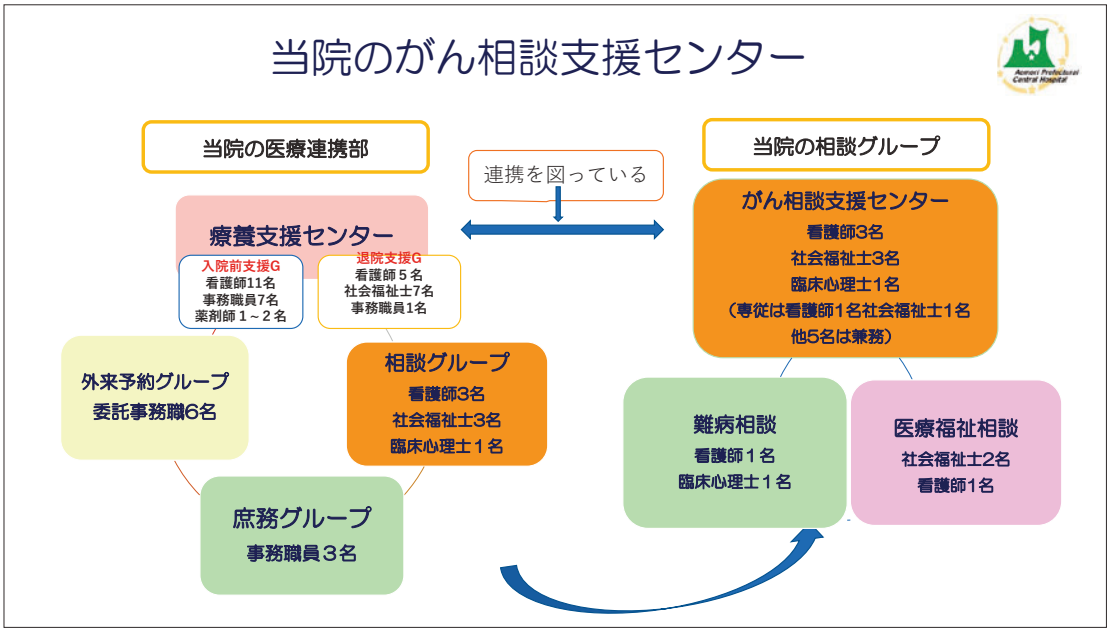


資料３

施設概要とがん診療の現状

まず、当院の概要をご紹介します。当院は都道府県がん診療連携拠点病院に指定されており、病床数は584床を有しています。また、年間の院内がん登録数は2,585件（2023年度実績など）となっており、

地域のがん診療において中核的な役割を担っており
ます。（資料３）



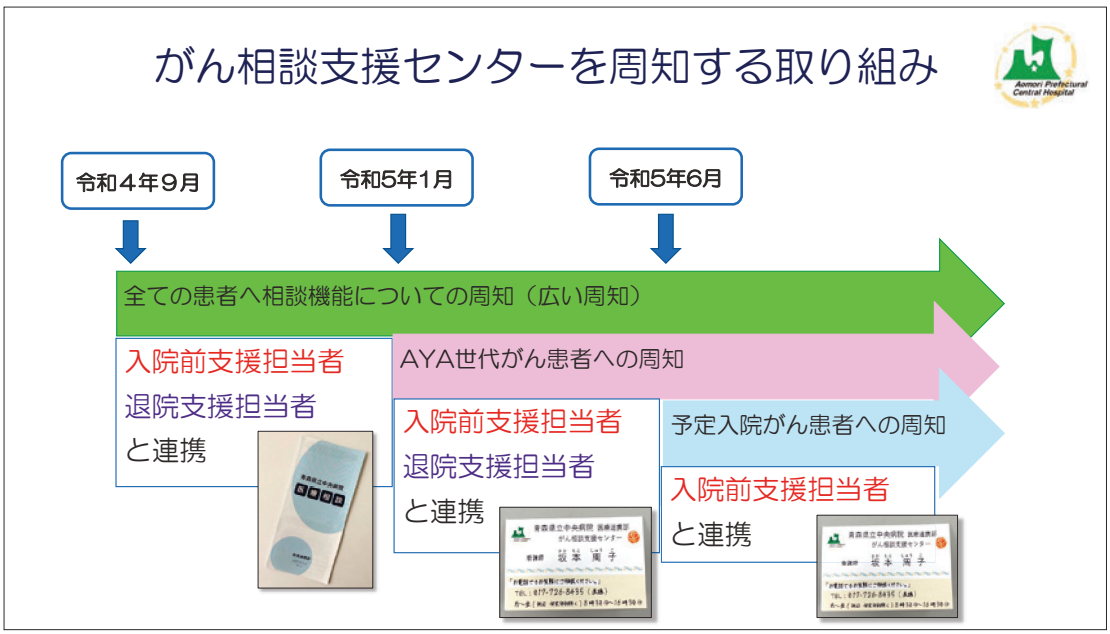
資料４

部門横断的な連携を支える医療連携部の組織構造

当院の医療連携部は、役割の異なる４つのグループによって構成されています。具体的には、入院前支援や退院支援を担う「療養支援センター」、外来の予約管理を行う「外来予約グループ」、そして事務全般を司る「庶務グループ」に加え、私たち「相談グループ」が所属しています。

この相談グループは、総合病院として多種多様な疾患に対応する「医療福祉相談」の機能を備えているだけでなく、青森県からの委託事業である「難病相談」の窓口も担っています。このように、当グループは「がん相談」「難病相談」「一般医療福祉相談」という、専門性の異なる３つの相談機能を併せ持っているのが大きな特徴です。

現在、がん相談支援センターとしての専従スタッフは私（看護師）と社会福祉士の２名のみです。しかし、専従だけではすべてのニーズに対応しきれないため、他の相談機能を担う５名の相談員も兼務という形で加わり、一丸となって対応にあたっています。（資料４）



資料５

『知っている』から『相談できる』へ AYA世代の声をきっかけとした周知の転換

ここからは、がん相談支援センターの周知に向けた取り組みの変遷についてお話しします。当院のような総合病院では、膨大な患者さんの中から「がん患者さん」だけを特定して周知を行うことが、運用上非常に困難でした。そこで令和４年９月からは、まず「診療科を問わず全ての患者さん」に対し、院内に相談機能があることを広く周知する方針をとりました。この活動は、私たち相談員だけでなく、療養支援センターのスタッフが協力して担っています。

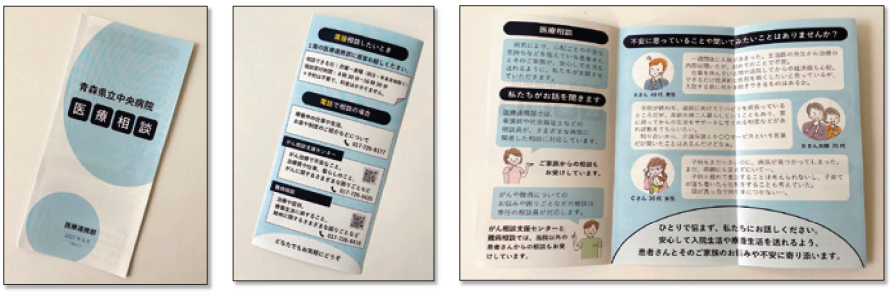
しかし、広く浅い周知を続ける中で、AYA世代のがん患者さんからの相談がなかなか増えないという課題に直面しました。ある時、相談に来られたAYA世代の方に伺うと、「窓口があることは知っていたが、どんな人がいて、ちゃんと話を聞いてくれるのか分からず、一歩が踏み出せなかった。こんなに話しやすいなら、もっと早く来ればよかった」という切実な声をいただいたのです。

この言葉を受け、「誰が対応するのか」という顔の見える安心感が必要だと痛感しました。そこで令和５年１月から、AYA世代の患者さんに対して「対面での直接周知」を開始したところ、相談件数は以前の6倍にまで増加しました。この劇的な効果を肌で感じた私たちは、AYA世代に限らず全ての世代のがん患者さんにも同様の支援が必要であると確信し、令和５年６月からは、全てのがん患者さんへの直接的な対面周知へと活動を拡大しています。（資料５）

がん患者への周知開始（R４年９月～）

医療相談リーフレットで広く周知

- 医療連携部療養支援センターグループへ協力を依頼
- 初診の問診時または、初回入院説明時に入院前支援担当者が直接説明して渡す。
- 緊急入院患者には、退院支援担当者が直接説明して渡す。



資料６

『置くだけ』から『手渡す』へ
１分間の説明が変えた周知の質

こちらが、広く周知を行う際に活用している医療相談のリーフレットです。これ一冊に、がん相談だけでなく、医療福祉相談や難病相談といった当院の持つ全ての相談機能を集約して掲載しています。

以前から同様のリーフレット自体は存在していましたが、かつてのように単に窓口へ置いておくだけでは、十分な周知にはつながりませんでした。現在は、入院前の説明などの機会の際に、担当スタッフが「１分程度の短い説明」を添えて、患者さんお一人おひとりに直接手渡す運用を徹底しています。この「一言を添えて手渡す」という丁寧なプロセスこそが、患者さんの記憶に残り、結果として質の高い周知につながっているのだと感じています。（資料６）

AYA世代がん患者への周知開始（R５年１月～）

がん相談員が直接対面でAYA世代がん患者へ相談員カードを渡して窓口周知

初診、入院前説明時、初回入院時のいずれかでAYA世代がん患者へ相談員から声掛けし、がん相談支援センターで対応できることを直接伝えて担当者カードをお渡しする。

毎朝入院前支援から初診患者･予定入院患者一覧表をもらう → 相談グループで当日介入するAYA世代患者をチェックする → チェックしたリストを入院前支援グループに渡す → 対象患者が来たら入院前支援担当者が相談員に知らせる → 初診や入院前説明に来た患者へ、相談員が対面で周知

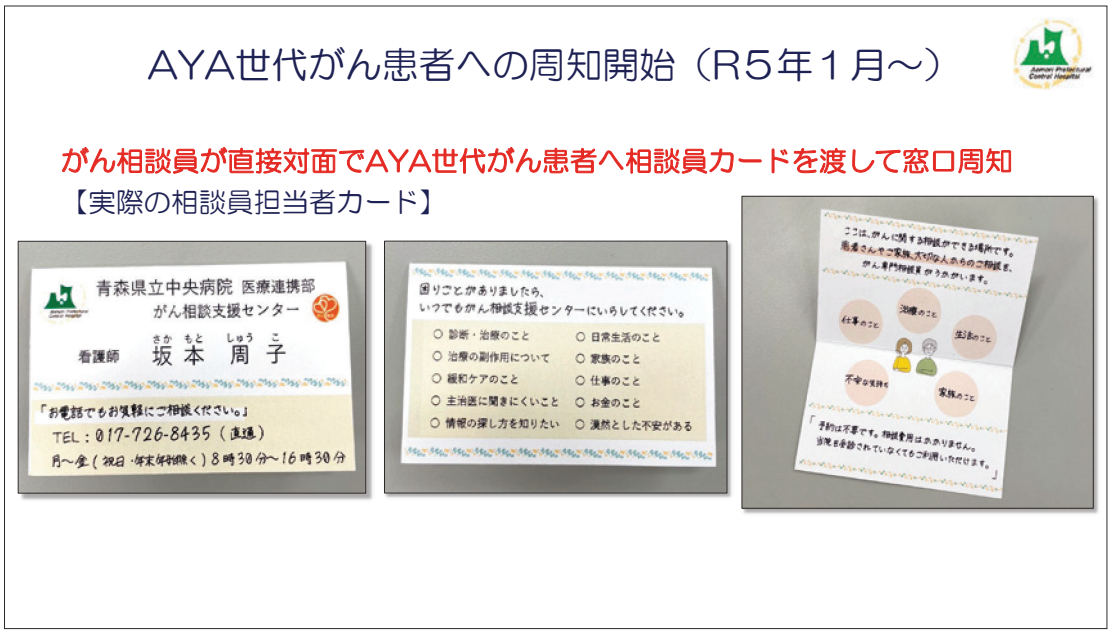


資料７

年間100名の試算に基づく、多部署連携による対象患者の抽出システム

AYA世代のがん患者さんへの周知を開始するにあたり、まずはどのように対象者を特定（拾い上げ）するかが課題でした。当院のがん登録データから試算したところ、対象となる患者さんは年間100名ほどであることが判明しました。

この規模であれば全数対応が可能であると考え、具体的な仕組みを構築しました。まず毎朝、入院前支援の担当部署から「初診患者および予定入院患者の一覧表」を受け取ります。私たち相談グループはそのリストの中から当日介入すべきAYA世代の患者さんを抽出し、その情報を再び入院前支援グループへ共有します。そして、実際に対象の患者さんが来院・来局されたタイミングで相談員に連絡が入るようになっており、即座に対面での周知に駆けつけることができる体制を整えています。（資料７）



資料８

現場のアイデアを凝縮した『見開き型担当者カード』。部署を超えた共同制作

実際に対面周知の際にお渡ししているのが、こちらの「相談員担当者カード」です。当初は一般的な名刺サイズで、表面と裏面のみの構成を考えていました。しかし、他の相談員から「ポイントカードのような見開き形式にすれば、より多くの情報や伝えたいメッセージを盛り込めるのではないか」というアイデアが出され、現在の見開き型のカードが誕生しました。

このカードのデザインについては、医療連携部内の庶務グループが担当しており、現在も作成・更新を担ってくれています。このように、相談グループ内だけの発想に留まらず、現場の声を反映し、他グループの特技を活かしながら作り上げたツールであることが、私たちの強みになっています。（資料８）



資料９

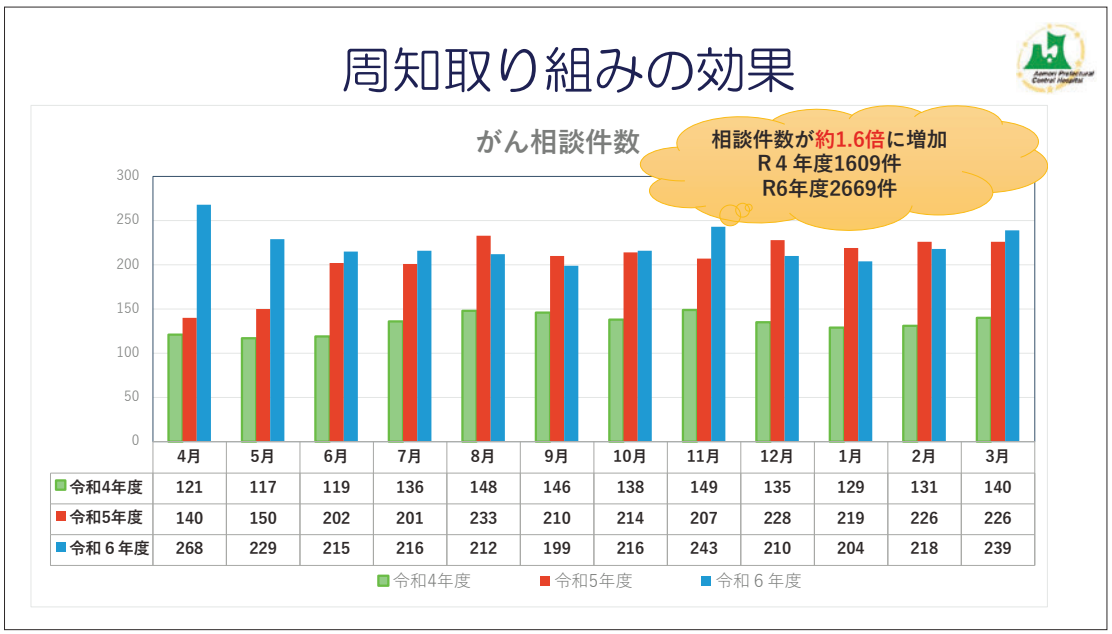
デジタルとアナログを融合させた『全数周知』の舞台裏。現場の機転で繋ぐ連携フロー

AYA世代での成功を受け、いよいよ対象を「全てのがん患者」へ拡大するステップへと進みました。当初、全数への対面周知には膨大な業務負荷が懸念されましたが、年間の院内がん登録数約2,500件を年間の稼働日数で割ると、１日あたり10名強という試算が出ました。「この人数であれば対応可能だ」という見通しを立て、私たちは全面展開へと踏み切りました。

具体的な運用では、まず前方支援部門から提供される「初診・入院前説明患者一覧」を活用しています。このリストには、どの診療科に何歳の方が何時に来院されるかが網羅されています。私たちはこの一覧を確認し、介入すべき対象者に赤丸を付け、誰が担当するかを明記した上で入院前支援グループへ渡しています。

また、周知の重複を防ぐために電子カルテの「ホワイトボード機能」を活用しています。「医療相談」という独自のタブを作成し、担当者カードを配布した患者さんには「周知済み」の付箋をデジタル上で貼付することで、支援の漏れや重複をひと目で把握できる仕組みを整えました。

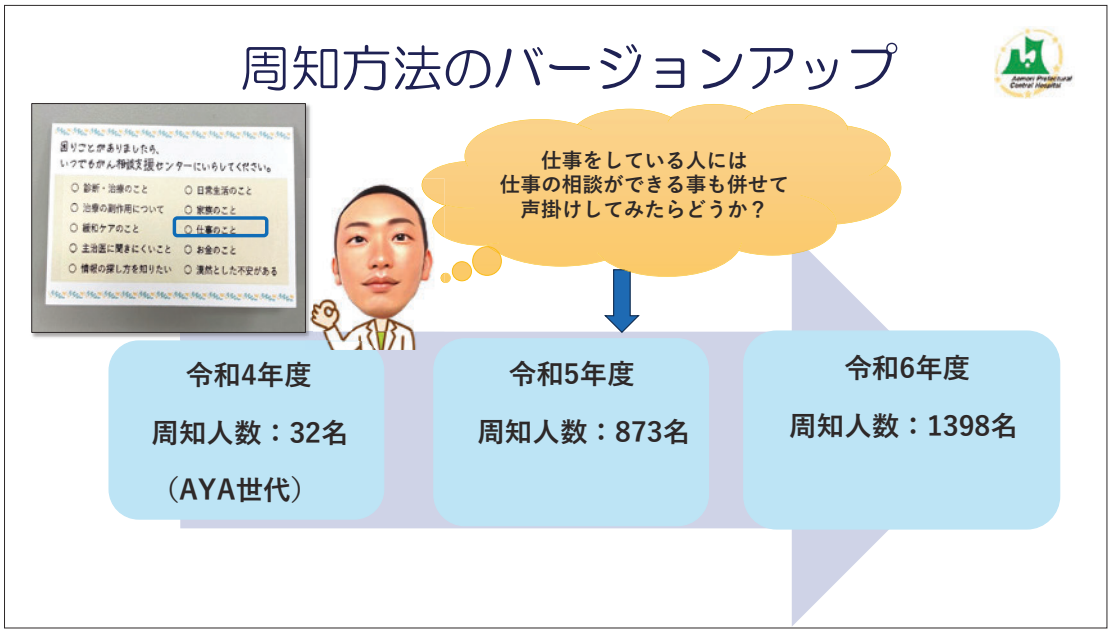
さらに、運用を進める中で「当日外来から急遽依頼される予約外の入院説明」も多いことが判明しました。これらはシステム上のリストには載りませんが、現場のホワイトボードには手術や化学療法（ケモ）などの目的が掲示されています。そこで私たちは、アナログながらも確実な方法として「相談員につなぐ」という専用のハンコと付箋を作成しました。対象となる患者さんの書類にこの付箋を貼っておくことで、現場スタッフから確実に相談員へと連絡が届くようになっています。（資料９）



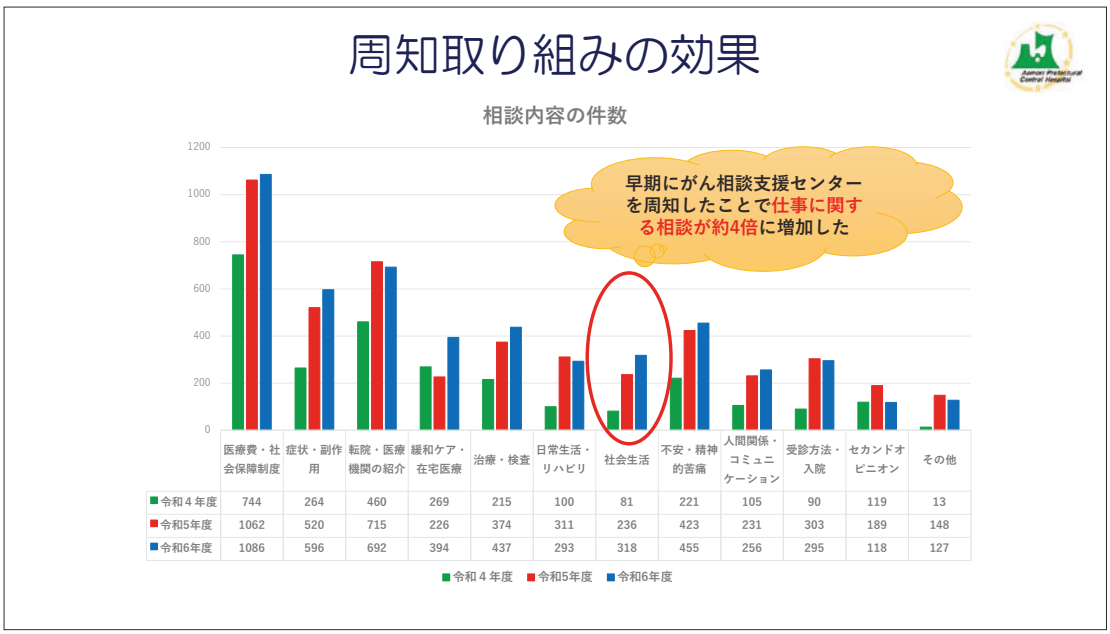
資料10

周知の徹底がもたらした成果
相談件数は1.6倍の2,669件へ

こうした周知の取り組みを継続した結果、相談支援センターの相談件数は劇的に増加しました。取り組みを開始する前の年間1,609件に対し、昨年度は2,669件に達し、件数自体は実に1.6倍へと伸長しています。（資料10）



資料11



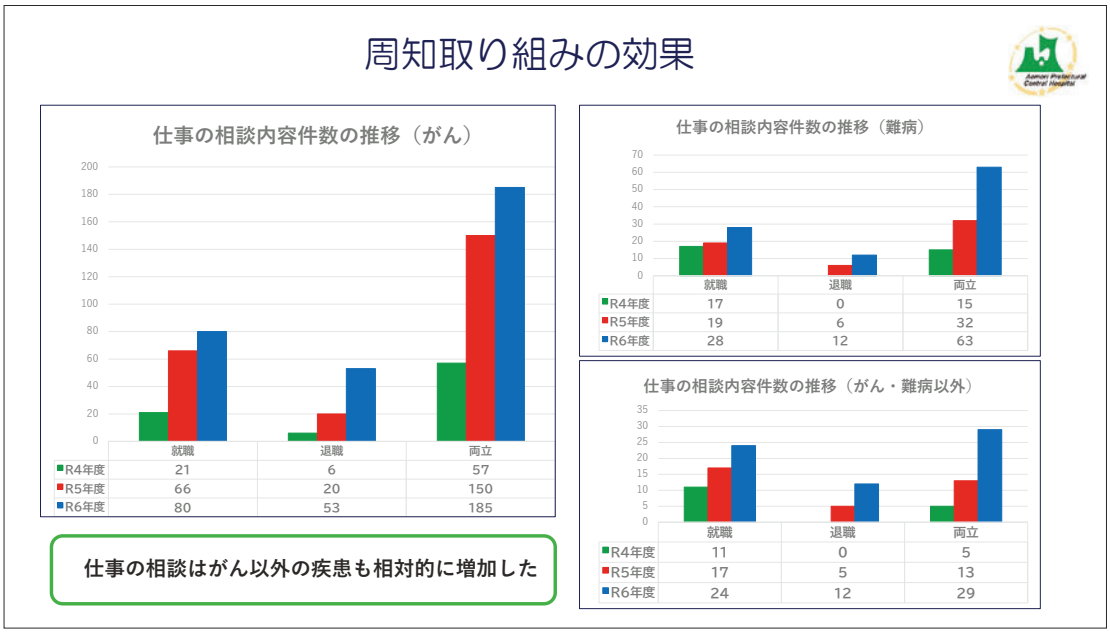
資料12

一言の声掛けがニーズを掘り起こす 仕事の相談件数が約４倍に急増

対面での周知活動は着実に浸透し、昨年度には年間で1,398名もの方々に直接、相談窓口の案内を行うことができました。（資料11）

こうした活動を続ける中で、ある社会福祉士のスタッフから「現在お仕事をされている方に、『ここでは仕事継続の相談もできるんですよ』と一言添えてお伝えすると、非常に高い確率で具体的な相談につながるんです」という気づきが共有されました。

そこで、その手法をスタッフ全員で実践してみることにしました。単に窓口を紹介するだけでなく、仕事への不安に寄り添う具体的な声掛けを徹底した結果、驚くべきことに、仕事に関する相談件数は以前の約４倍へと増加しました。（資料12）

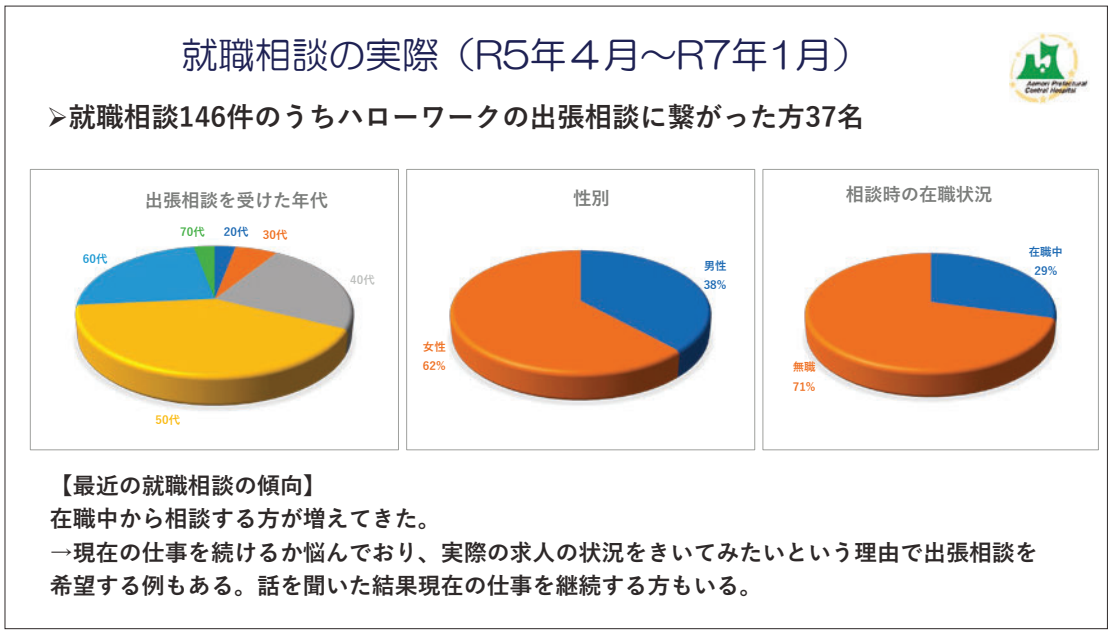


資料13

がん・難病を問わず広がる支援の輪
全疾患で高まる『働くこと』への相談ニーズ

仕事に関する相談件数の推移を見ると、単なる件数の増加にとどまらず､「再就職」「退職の検討」「仕事と治療の両立」といったあらゆる項目において、相談が活発化していることが分かります。

特筆すべきは、この効果ががん患者さんだけに留まっていない点です。実は、担当者カードを作成する際、がん相談だけでなく難病相談や医療福祉相談の案内も一体化させていました。このカードを広く活用し、適切な声掛けを行ったことで、その他の疾患を抱える方からの仕事に関する相談も、相対的に増加しています。（資料13）



資料14

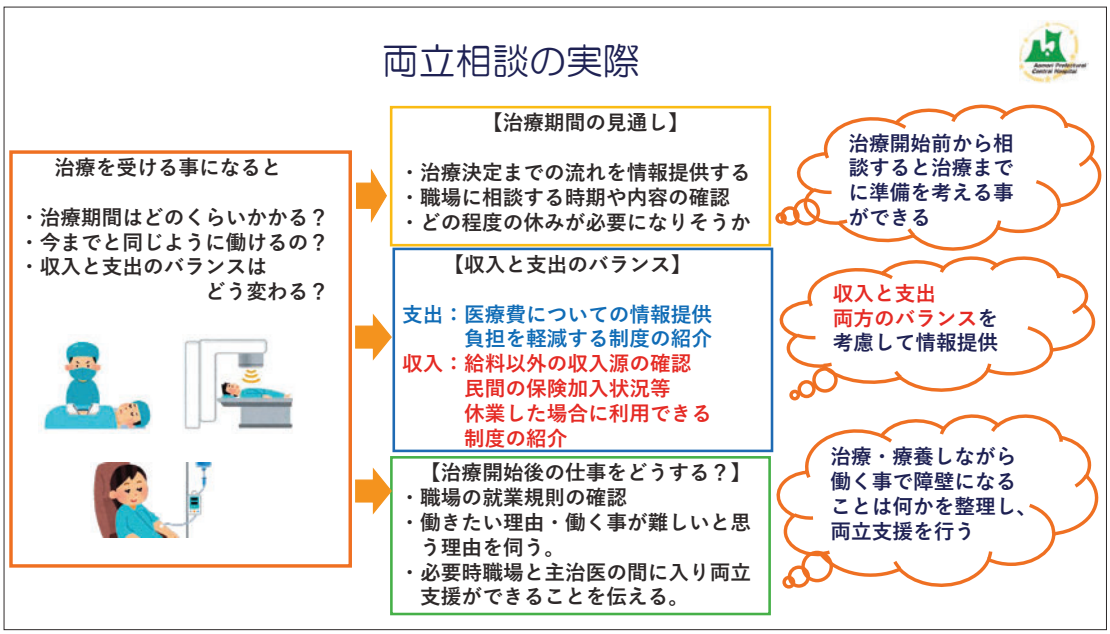
※訂正:資料に「令和７年１月」とあるのは「令和７年３月」の誤りです。

在職者の不安にも応えるハローワーク連携
求人状況の把握から生まれる『継続』の選択

続いて、就職相談の具体的な実績についてご報告します。

この２年間で受けた就職相談は146件に上り、そのうちハローワークの出張相談へとつながった方は37名いらっしゃいました。出張相談を利用された方の年代は、40代から60代が全体の８割を占めており、性別では女性がやや多い傾向にあります。

利用者の在職状況については、現在仕事に就いていない方だけでなく、約３割の方が在職中から相談に訪れているという点が特徴的です。「今の仕事を続けるべきか悩んでいるが、まずは実際の求人状況を知った上で判断したい」という動機で出張相談を希望されるケースも少なくありません。その結果、ハローワークの専門員と対話することで状況を整理し、最終的に「今の仕事を継続する」という前向きな選択をされる方もいらっしゃいました。（資料14）

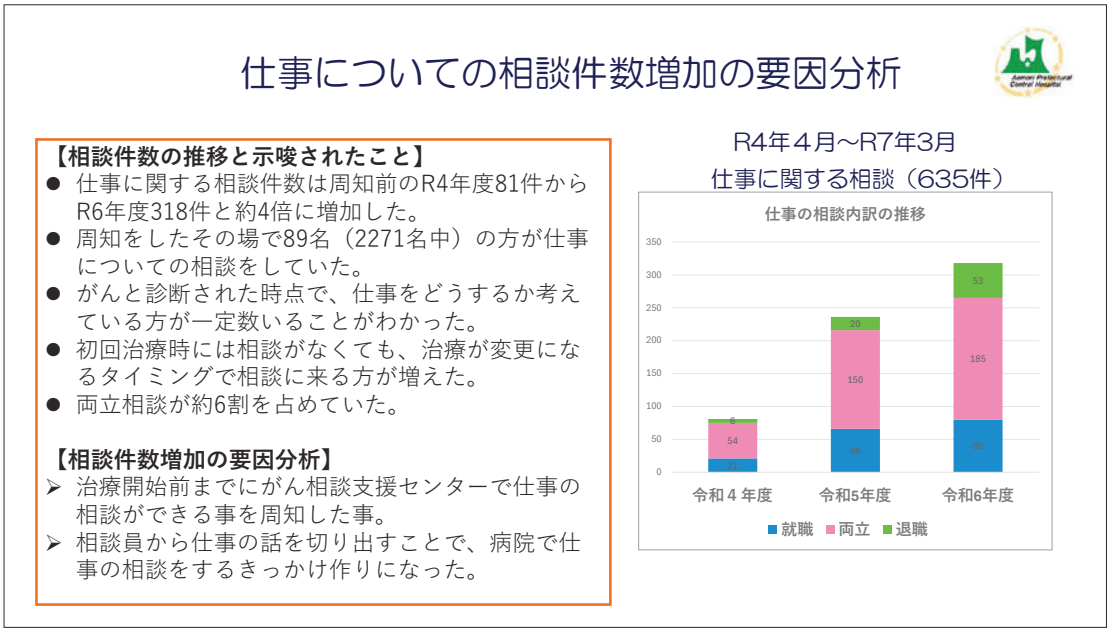


資料15

早期介入による収支の可視化と障壁の整理
治療前から始める両立支援のメリット

仕事と治療の両立支援において、治療開始前の早い段階から相談を受けることには大きな意義があります。早期の介入により、治療が始まる前に十分な準備期間を確保できるだけでなく、今後の「出ていくお金（医療費）」と「入ってくるお金（傷病手当金や給与など）」を可視化し、収支のバランスを考慮した具体的な情報提供が可能になります。

また、単に「仕事を続ける」という目標を立てるだけでなく、治療や療養を続けながら働く上で、具体的にどのようなことが障壁になるのかをあらかじめ整理できるようになりました。（資料15）



資料16

病院で仕事の話をしてもいい。相談員からの切り出しが潜在的ニーズを呼び起こす

仕事に関する相談件数が約４倍に増加した要因を分析したところ、いくつかの重要な事実が見えてきました。まず、周知を行ったその場で、実に89名もの方が仕事についての相談を始められました。この結果から、「がん」と診断された直後の非常に早い段階で、すでに今後の仕事について不安を抱き、考え始めている方が一定数いらっしゃることが明確になりました。

また、初回の治療時には具体的な相談がなかったとしても、治療方針の変更時や、治療が一段落したタイミングで改めて相談に訪れる方も増えています。相談内容の内訳としては、仕事と治療の「両立相談」が全体の約６割を占めています。

こうした増加の背景には、二つの大きな要因があると考えています。一つは、治療開始前の段階で「がん相談支援センターで仕事の相談ができる」という事実を確実に周知できたことです。そしてもう一つは、相談員の側から仕事の話を切り出したことです。この問いかけが、患者さんにとって「病院で仕事の話をしてもいいんだ」という安心感に繋がり、相談のきっかけを後押ししたのだと分析しています。（資料16）

まとめ

- **顔のみえる周知は相談のハードルを下げ、相談する機会を広げている可能性がある**
- **早期にがん相談支援センターで仕事の相談ができる事を周知した事は、治療開始前までに仕事の事を考えたり準備する事に繋がったと考えられる。**
- **相談員から仕事の話を切り出すことは、病院内で仕事の相談ができる周知に繋がっていると考えられる。**
- **仕事の相談に対応する機会が増え、相談員の対応力も少しずつ向上してきていると感じている。**

資料17

『お守り』がつなぐ患者さんとの絆 多職種連携で育む相談支援の未来

今回の取り組みを通じて、改めて「顔の見える周知」は相談への心理的ハードルを下げ、支援の機会を広げる確かな力になると確信しています。

周知を継続することで、確かに業務量は増加しました。しかし、半年以上も前にお渡ししたカードを大切に持ち続け、「これを見て相談に来ました」と訪ねてくださる方や、「お守り代わりに持っておくよ」と声をかけてくださる方など、周知が患者さんの元へ届き、活用されている実感を日々得ることができています。その一つひとつの出会いが、私たちの何よりのモチベーションとなっています。

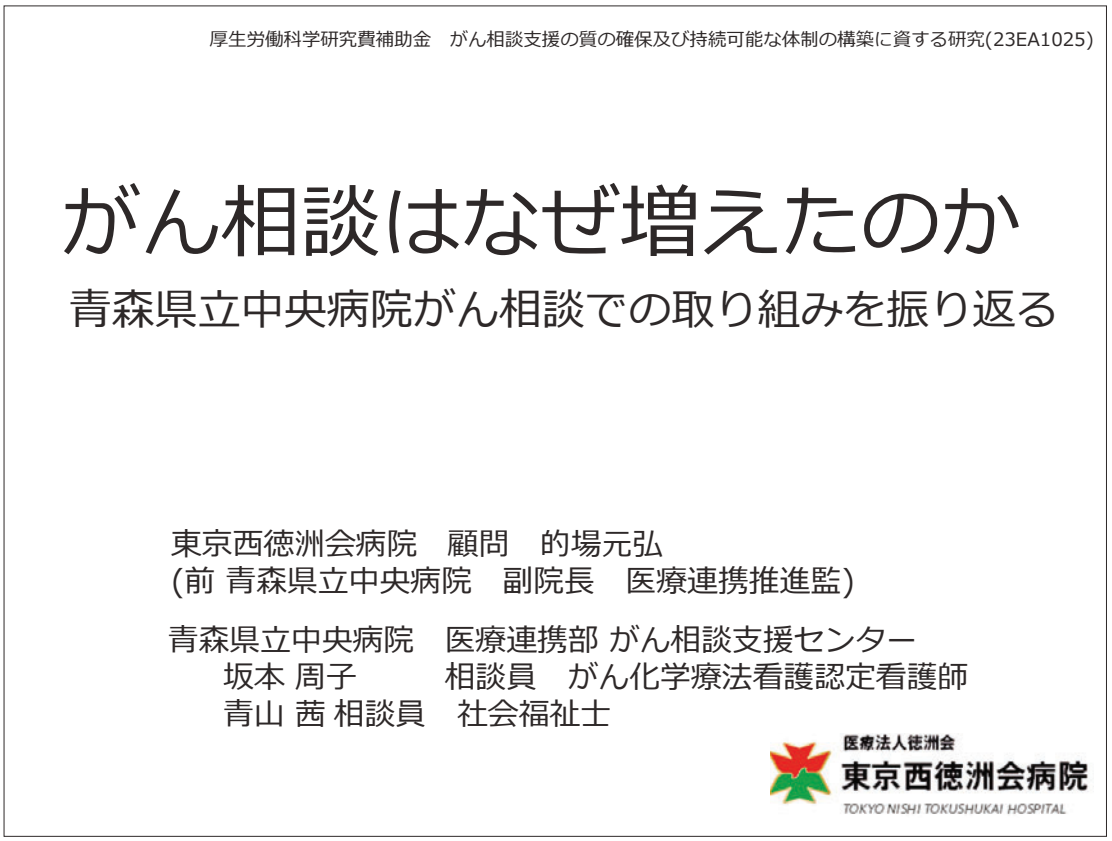
特に仕事の相談に関しては、病院スタッフの側から話題を切り出すことが、相談を促す極めて重要な鍵（キーワード）であると感じています。「病院で仕事の話をしてもいいんだ」という気づきを提供することが、患者さんのその後の生活を守ることにつながります。

また、相談に対応する機会が増えたことで、相談員自身の経験値も積み上がり、対応力も着実に向上しています。この周知活動は、私たち自身にとっても大きな学びの機会となりました。がん相談のスタッフだけでは成し得なかったこの取り組みを、他部署との協力をさらに深めながら、これからも大切に続けていきたいと考えています。（資料17）

file:03

がん相談はなぜ増えたのか
青森県立中央病院がん相談での取り組みを振り返る

●的場　元弘（東京西徳洲会病院 顧問 / 前 青森県立中央病院 副院長 医療連携推進監）
●坂本　周子（青森県立中央病院 医療連携部 がん相談支援センター / 相談員 がん化学療法看護認定看護師）
●青山　　茜（青森県立中央病院 医療連携部 がん相談支援センター / 相談員 社会福祉士）

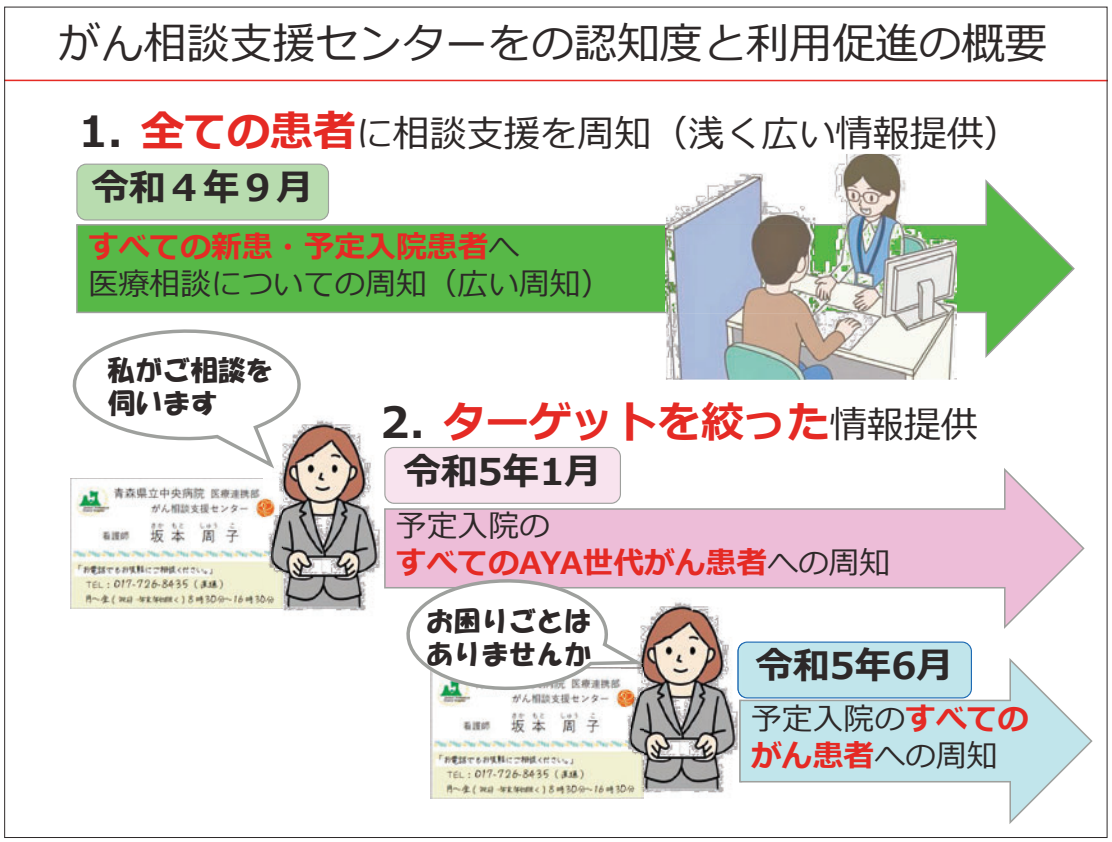


資料 1

はじめに

ご紹介いただきました的場です。私は３月まで青森県立中央病院に在籍しており、離任してから半年以上が経過しました。本日は、その後の坂本さんたちの活躍を伺うことができ、大変嬉しく思っております。

現在の体制に至るまでには、がん相談支援が入院前支援や療養支援とうまく連携できておらず、独立してしまっているという課題がありました。「もっと協力して支援を広げられないか」と当時から考えておりましたので、本日はそういった背景を含めてお話しさせていただきます。（資料１）



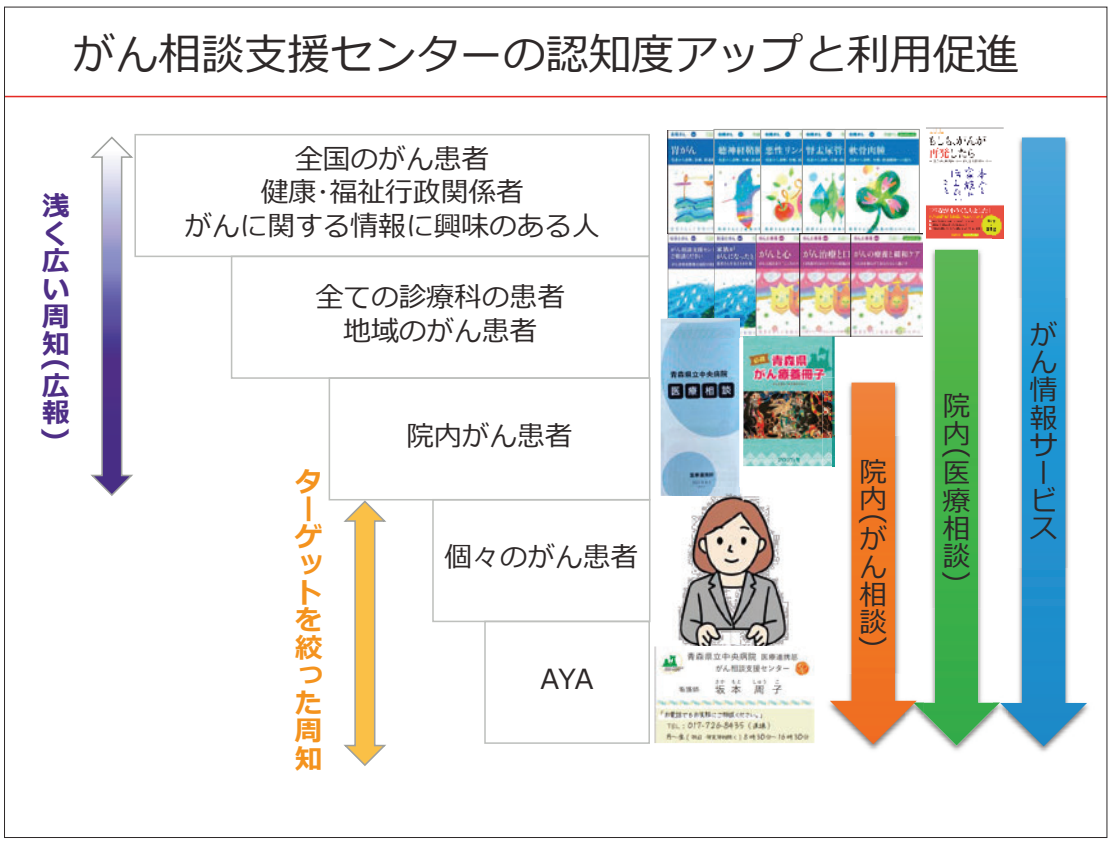
資料２

AYA世代支援への熱意と土台作りとしての全体周知

本日は、坂本さんと共に仕事を進めてきた舞台裏についての報告となります。そのため、先ほどの発表と似たスライドが登場することをご容赦ください。

令和４年に坂本さんが医療連携部に異動し、がん相談を担当することになった際、まず初めに何に取り組みたいか意向を伺いました。当時はちょうど国の方針としてもAYA世代（思春期・若年成人）への支援が動き出した時期であり、坂本さんもそこに着手したいという熱意を持っていました。

しかし、そもそも当院におけるがん患者さん全体への相談支援の普及や利用状況を見ると、コロナ禍などの影響も重なり、決して順調とは言えない状況でした。当初私からは、「まずはがん患者さん全体への周知と利用促進を図り、その基盤が安定した上で、AYA世代への特化した支援へ進むべきではないか」と考えていましたが、対象人数やターゲットを絞りやすかったこともあり、AYA世代から開始することになりました。（資料２）



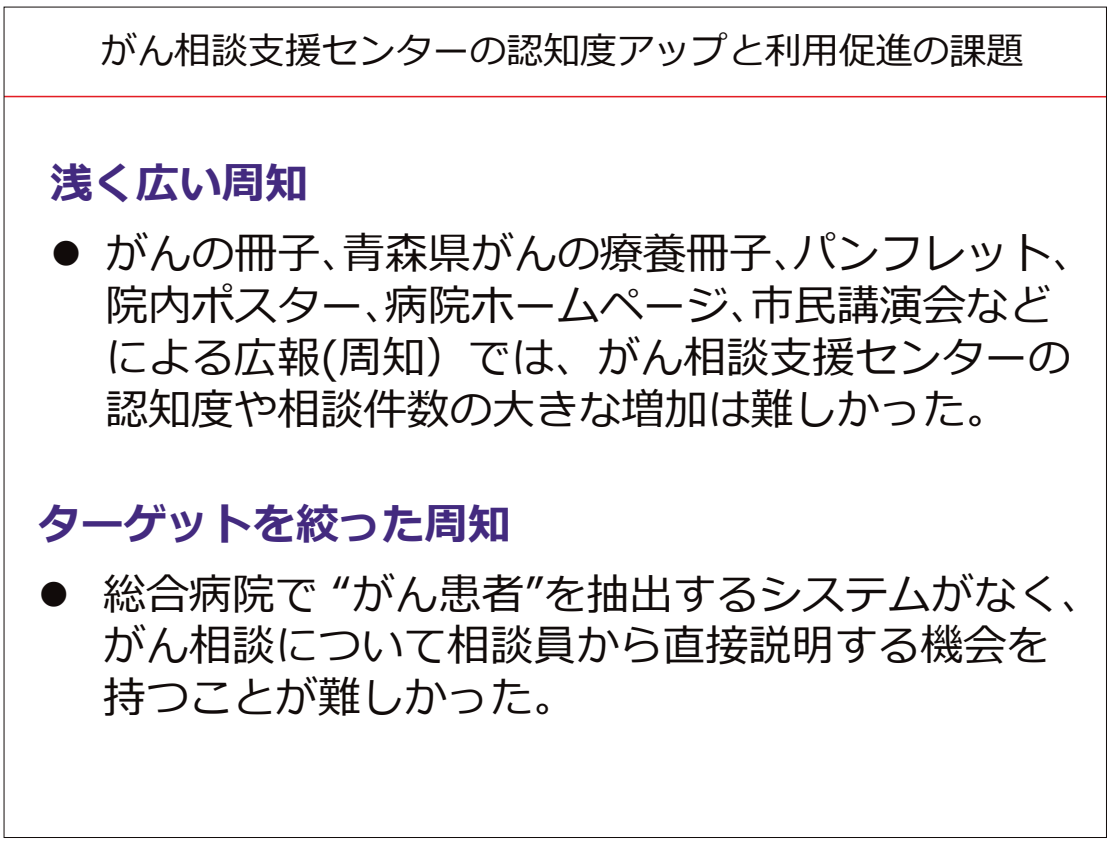
資料３

情報周知における課題と「直接認知」の必要性

国立がん研究センター（若尾先生の下）で広報活動に携わり、冊子作成などを行う中で、「情報は自ら求めて内容を理解する人には届くが、ただ渡されただけでは十分に活用されない」という現実を経験しました。その一方で、こうしたツールが存在することで救われる人々がいることも事実です。

国やがんセンターが発信する資料は、全国や地域という広い範囲の不特定多数の患者さんを対象としています。しかし、私たちのような病院の現場では、まず「院内のがん患者さん」にいかに利用を促すかが課題でした。本来、がん相談は地域全体をカバーすべきものですが、院内患者への周知さえも、患者の入れ替わりが激しい中で十分に行えていないという現状がありました。

試みとして、青森県のがん療養冊子の刷新や、院内での設置場所を増やすなどの対策を行いましたが、目立った利用者増にはつながりませんでした。この経験から、単に物を置くだけではなく、個々の患者さんに対する認知度を直接上げていく必要があると考えるに至りました。（資料３）



資料４

「浅く広い周知」の必要性と、総合病院に潜む「がん患者特定」の壁

坂本さんと最初に話した際、私は「浅く広い周知」という言葉を使いました。これまでの様々な取り組みでは相談件数の大幅な増加は困難でしたが、まずはここを解決しなければ先には進めず、ターゲットを絞ることもできないと考えたからです。

しかし、総合病院には大きな課題がありました。漠然と患者さん全体を見渡した際、「この中のどこにがん患者さんがいるのか」という問いに答えられる仕組みが、実は存在しなかったのです。検査中や疑い段階の方など、様々な状況の患者さんが混在しているため、がん患者さんだけを特定・抽出し、確実に情報を伝えるための仕組みもタイミングも明確ではない、というのが実情でした。（資料４）

STRATEGY

治療前早期に認知度を上げて利用者を増やしたい

1. いったん“がん患者” に絞ることを忘れよう。“すべての診療科の患者” に, 院内にいろいろなことを相談できる“医療相談” があることを知らせよう。
2. “すべての患者に医療相談を伝える仕組み”が定着したら “AYAを含むすべてのがん患者” に,具体的に“がんに特化した窓口”の情報提供を始めよう。
3. “すべてのがん患者” を把握するために、紹介受診(初診）や予定入院の情報を活用しよう。
4. 初診や入院の入り口で“がん相談”の説明を確実に行えれば、認知度と利用が増える（といいなぁ）。

資料 5

「もっと早く」の後悔をなくすために。治療開始前からのアプローチ

「もっと早く相談に来ればよかった」という患者さんの後悔をなくすためには、治療開始前の早い段階で認知度を上げ、利用につなげることが不可欠です。そこで私たちは、あえて「がん患者」に対象を絞るという考えを一旦脇に置くことにしました。

まず第一段階として、診療科を問わず全ての患者さんに対し、「院内に様々なことを相談できる医療相談窓口がある」という事実を周知することから始めました。そして、この全患者への案内システムがある程度定着した段階で、AYA世代を含むすべてのがん患者さんへ、具体的に「がんに特化した窓口」の情報提供へとシフトしていく方針を立てました。

では、どのように患者さんを把握するか。着目したのは「紹介受診（初診)」や「予定入院」のリストです。入院前支援を行う「前方支援」部門や、予約担当部署はこれらの確実なデータを持っています。この既存データを活用し、病院の「入り口」となる初診や入院手続きのタイミングで、がん相談について確実に説明を行う仕組みを作りました。

これにより、徐々に認知度と利用者は向上していくはずです。課題は残りましたが、最終的にはほぼ全ての患者さんに情報が行き渡ることを目指して、このように考えました。（資料５）

いったんがんを忘れて　TACTICS

前方支援と退院支援スタッフから全員に“**医療相談**”を説明

1. 対面の説明タイミングは、初診患者の事前聞き取りと入院前説明の2回！
2. 説明担当は,初診と入院前は前方支援のスタッフ,緊急入院患者は退院支援のスタッフが担当！
3. 医療相談の説明は短くポイントを絞って１分程度。説明するスタッフと説明を受ける患者の負担を抑えたい。
4. １分程度で“医療相談” を印象的に伝えられる資料を作ろう！

資料６

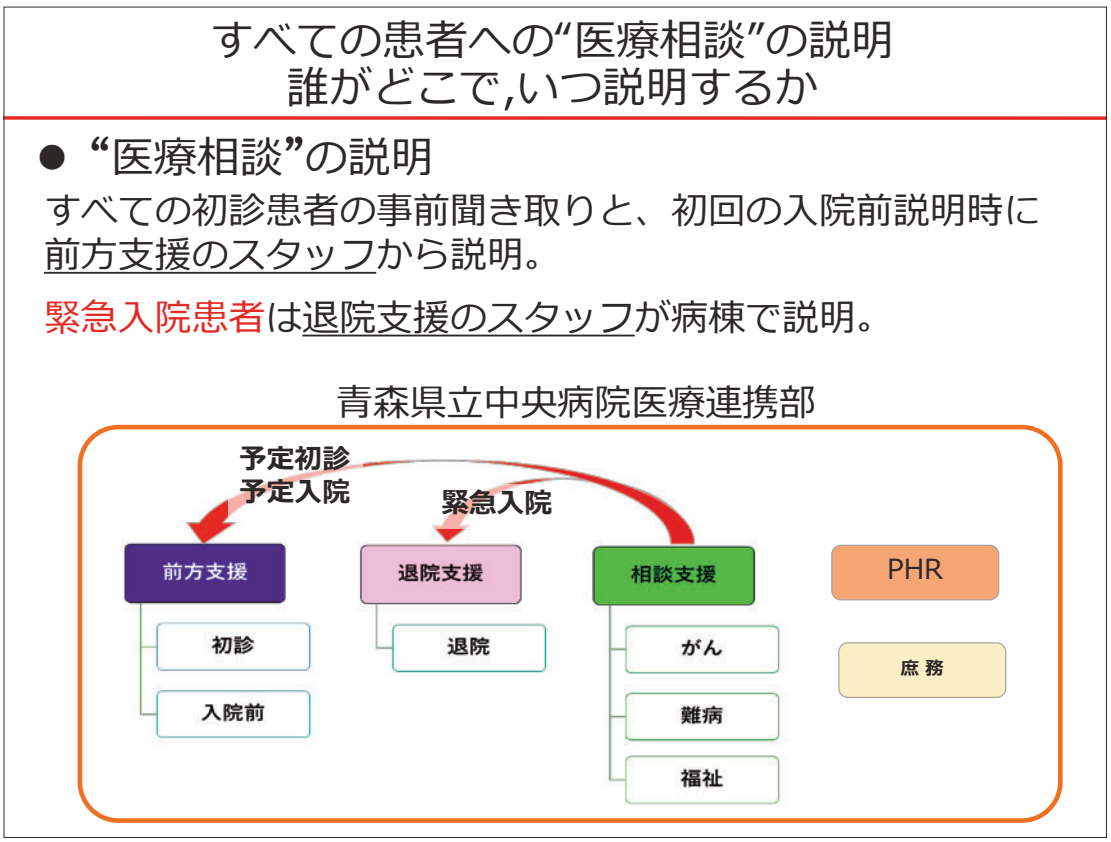
「仕事を増やさないで」をどう突破したか？負担軽減のための「1分説明」

「一旦『がん患者』という限定を外し、前方支援と退院支援のスタッフから『全患者』に向けて医療相談の案内をしてほしい」と医療連携部の会議で提案しましたが、当初はなかなか色よい返事をいただけませんでした。

その背景には、入院前支援（前方支援）における業務効率化の努力がありました。以前は入院初日に看護師が聞き取りやデータ整理に断続的に１時間半から２時間程度を費やしていました。それを入院前に実施することで30分程度まで短縮するなど、分刻みで業務時間を削る努力をしていたのです。そのような状況で「新たな説明業務を増やしてほしい」という依頼は、「仕事を減らしているのになぜ増やすのか」という反発を招き、説得には時間を要しました。

患者さんへの介入のタイミングは、基本的に「初診時の事前聞き取り」と「入院前説明」の２回しかありません。これらは前方支援スタッフが担当します。また、緊急入院などでこの「入り口」をすり抜けてしまった患者さんについては、退院支援スタッフが入院中にカバーする（簡単な説明を行う）体制を目指しました。

そこで、全患者さんに対して「医療相談で何でも相談できますよ」と伝えるにあたり、時間をかけずポイントを絞って「１分程度」で説明することにしました。これは説明するスタッフの負担軽減だけでなく、入院に関する多くの説明を受けて疲れている患者さんの負担も考慮した結果です。単に早口で説明するのではなく、短時間でもしっかりと情報が伝わるよう、「１分程度で医療相談を印象的に伝えられる専用資料」を作成することになりました。（資料６）

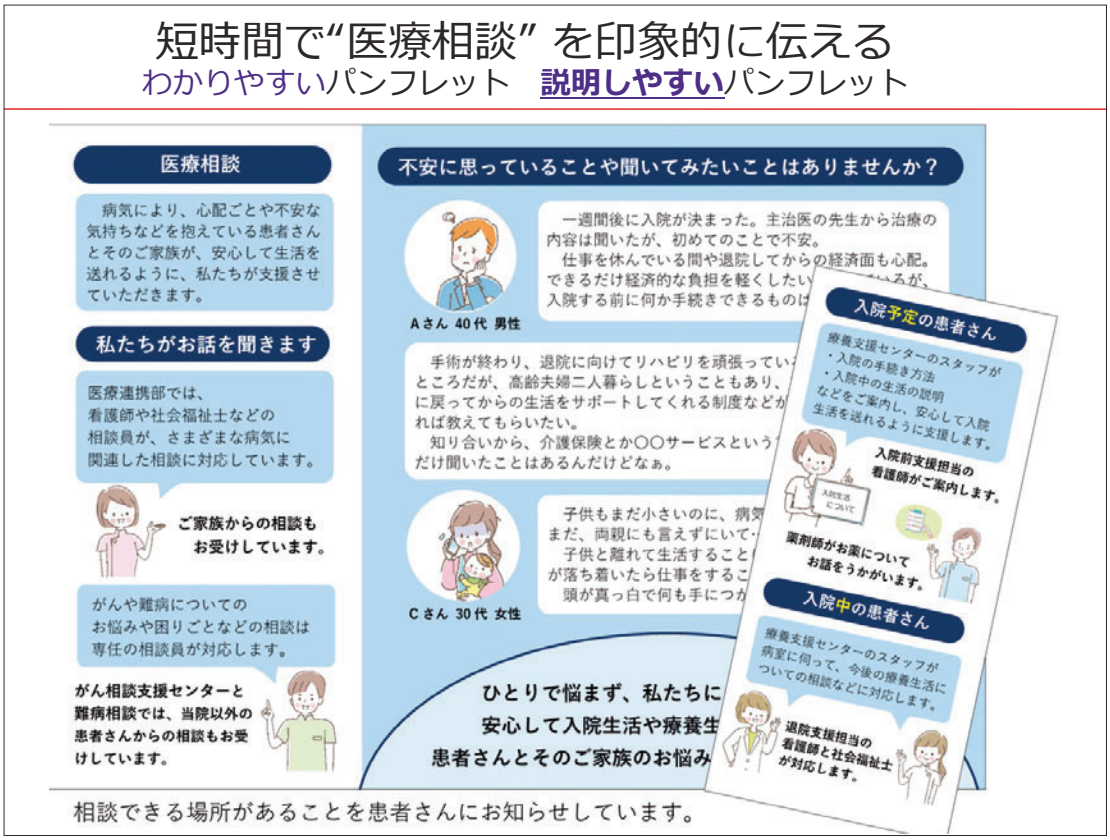


資料７

部門横断的な協力体制の構築とリソースの最適化

先ほど坂本さんからも説明がありましたが、当院の組織図についてです。ここには「予約」グループの記載はありませんが、私たちは「前方支援（入院前支援）」と「退院支援」のスタッフに協力を依頼しました。

私たち相談支援グループの人員だけで、すべての患者さんに相談窓口の説明を行うことは到底不可能です。そのため、どうしても協力が必要であるとお願いをし、了承を得て実施することになりました。（資料７）



資料８

現場の視点を取り入れた「医療相談パンフレット」の開発

短時間で医療相談を印象的に伝えるためのツールが必要となり、相談支援グループに起案してもらいました。作成にあたっては、実際に説明する側の視点も考慮しなければなりません。そこで、前方支援や退院支援のスタッフも含めて部内で共有・レビューを行い、「これなら良い」という形で完成したのがこのパンフレットです。これを用いることで、スタッフが患者さんやご家族へ手短に説明できるツールとして仕上がりました。（資料８）

毎月の医療連携部グループ合同会議で共有

リーフレット配布　実績

年　月	説明配布		相談ブース	がん相談でリフレットを見た人
	前方	後方		
令和４年９月	473	22	75	10月から確認
10月	594	30	56	2
11月	572	59	46	6
12月	562	38	73	8
令和５年１月	566	31	72	1
2月	594	16	71	8
3月	690	19	41	4
4月	613	36	34	7
5月	629	45	25	5
6月	680	21	58	5
7月	605	34	110	7
8月	643	2	40	4
合計	**7221**	**353**	**701**	**57**

資料９

配布実績の推移と、相談利用における「認知の下地」としての役割

作成したリーフレットの配布状況や反応については、医療連携部の各グループ代表が集まる週次合同会議（通称「ワイガヤ」）にて、必ずデータを共有するようにしました。

主な配布ルートは入院前支援や初診時であるため、必然的に配布数は多くなります。ただ、運用が定着してくると配布数は入院・初診患者数に比例して推移するため、極端に増加し続けるようなことはありませんでした。その他、退院支援スタッフが病棟で配布するルートや、相談ブースへの設置も行いましたが、ブース設置分はご家族が気づいて手に取る程度で、それほど多くの数が出るわけではありませんでした。

効果についてですが、がん相談に来られた方にきっかけを尋ねると、「リーフレットを見て来た」という方はそれほど多くないのが実情です。予定入院の方は全員が入院前支援で説明を受けているはずですが、直接的な動機としては、先ほどの日大板橋病院の報告にもあった通り、病棟スタッフの後押しで来談される方が圧倒的に多いです。しかし、スタッフに勧められた際に「そういえば入院前にも説明を聞いたな」と思い出し、その事前説明が下地となって相談につながった方もかなりいらっしゃったのではないかと推察しています。（資料９）

LOCK-ON

すべてのがん患者” に“がん相談” を知らせる

“すべてのがん患者”を対象にしたい。
がん相談員が対応できる患者数(業務量)か？

1.“AYA世代のがん患者数” の把握から始めよう。
→他の業務も含めて実行可能な感触→**実行**

2.“何となく相談できる窓口” ではなく、どこの誰に相談したらよいか明確なほうが、患者さんは必要なときに相談がしやすいのでは？

3.“私がご相談を伺います” のような “担当者カード” はどうかな？

4.次のステップは、すべてのがん患者数を把握。
→他の業務も含めて実行可能な感触→**実行**

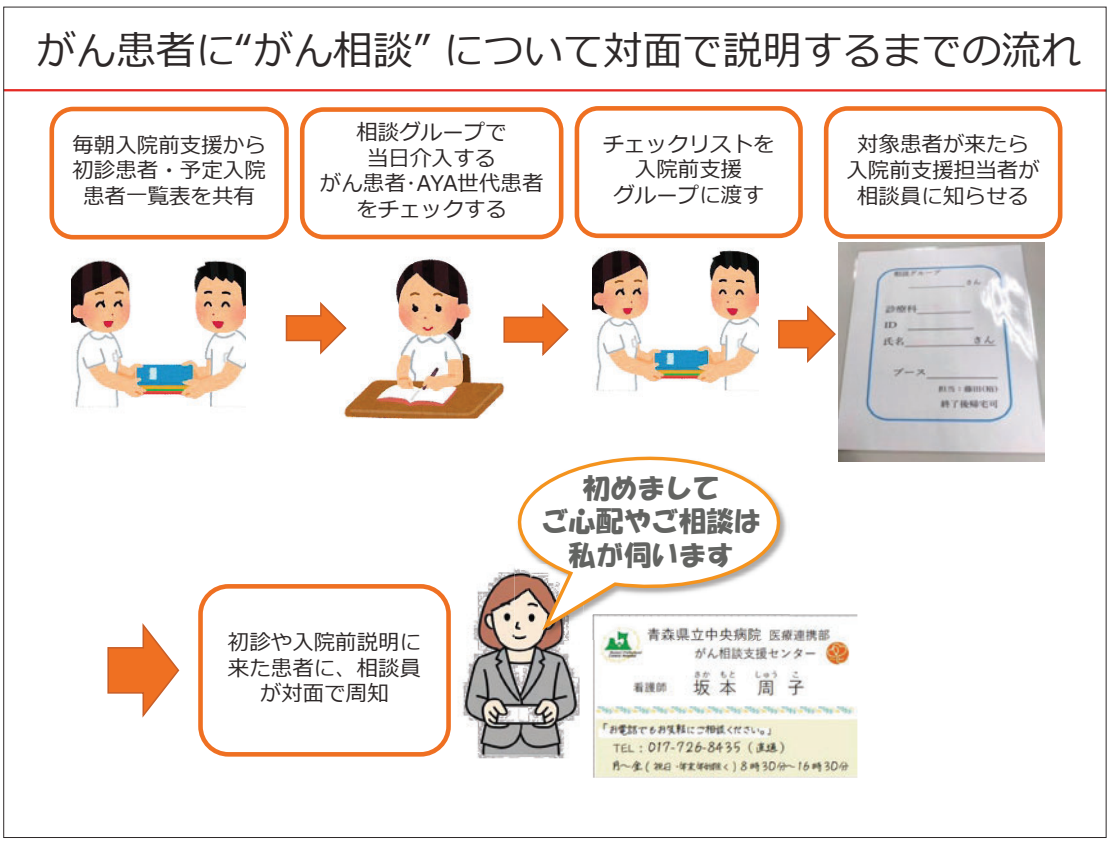
資料10

AYA世代での先行実施と、担当者明示による個別支援モデルの構築

「すべてのがん患者さんに相談支援を周知する」という目標についてですが、当初、坂本さんはAYA世代への支援を希望していました。私としても、本音では最初から「すべてのがん患者さん」を対象にしたいと考えていました。しかし、いきなり「すべて」と言われると、現場は対象数がどれほどになるか予測できず、対応しきれるのか不安を感じてしまいます。

そこで、まずは対象数が比較的少ないであろうAYA世代から始めてみようということになり、坂本さんに実際の数を調べてもらいました。すると、週に数名程度であることが分かりました。「この人数であれば、AYA世代の予定入院患者さん全員と対面で関わることができる」という感触を得て、実行に移しました。

実行にあたっては、単に「なんとなく相談できますよ」と伝えるのではなく、「どこの誰に相談すればよいか」が明確な方が、患者さんも必要な時にアクセスしやすいはずです。そこで、「私が相談を承ります」という旨を記載した「担当者カード」を導入することにしました。まずはこのAYA世代での運用フローを確立し、その後に全年齢のがん患者さんの数を把握して、対応可能そうであれば全面展開しようという計画でした。その結果については、先ほど坂本さんから報告があった通りです。（資料10）



資料11

初診・入院前支援における相談支援への動線確立

具体的な運用フローについては先ほどの報告と重複するため省略しますが、重要な点は、入院前支援や初診の段階で前方支援スタッフから説明を受けた際、その場でがん相談への動線（リンク）を確立していたことです。

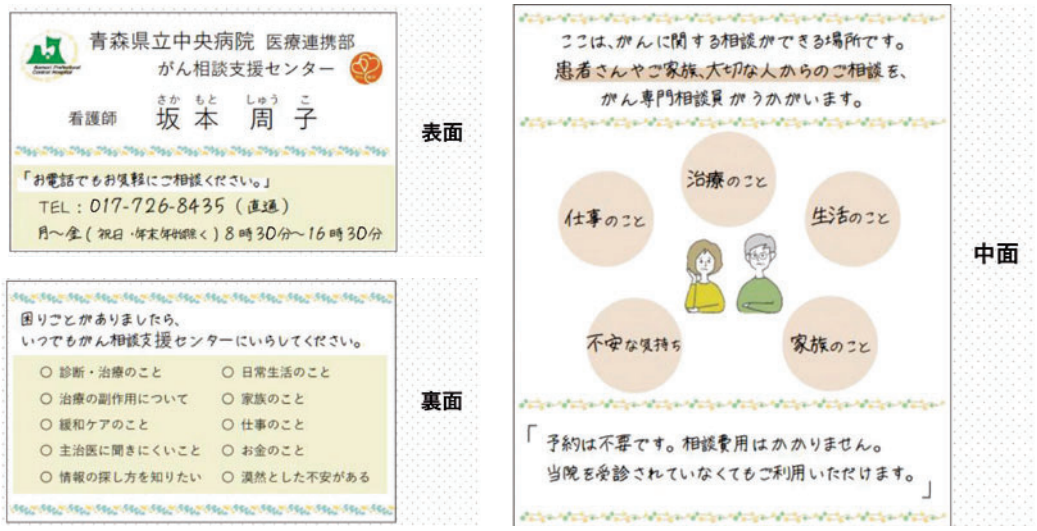
具体的には、「手続きが終わりましたらスタッフがこちらへ参ります」、あるいは「相談担当者の場所へお越しください」といった形で案内し、確実に相談員とつながるような仕組みをとっていました。（使用11）

ターゲットを絞った情報提供（R５年１月～）

がん相談員が直接対面でAYA世代がん患者へ相談員カードを渡して説明

がん相談員が直接対面でがん患者へ相談員カードを渡して窓口周知

初診・入院前説明時・初回入院時のいずれかで、「AYA世代がん患者」や「予定入院患者」に、がん相談支援センターの相談員にさまざまな相談ができることを、がん相談員から直接伝えて担当者カードを手渡す。



資料12

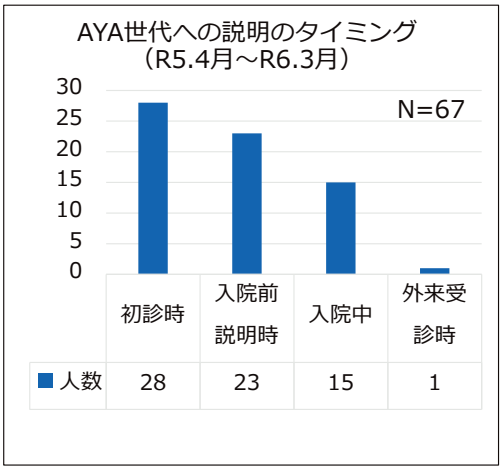
「担当者カード」の設計思想と、実効性を支える過去の知見

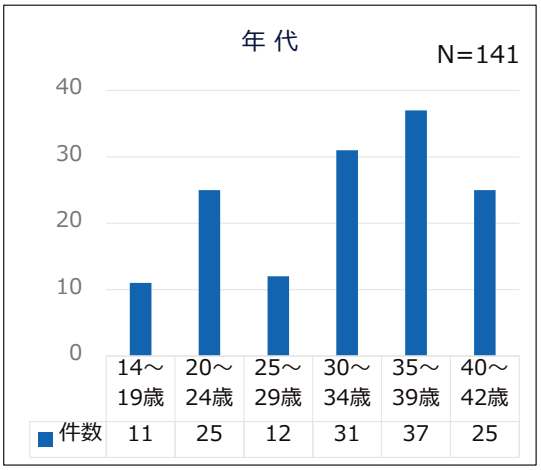
先ほど坂本さんのスライドでも紹介された「担当者カード」についてですが、実はカードを開いた面と裏面とで、記載されている情報量に大きな差はありません。むしろ、文字情報を大きく引き伸ばしただけとも言えます。あえて詳細な情報を詰め込む必要はないと考えたからです。 文字で項目を羅列するよりも、イラストなどを交えて視覚的に「こんな雰囲気で相談できる」というイメージが伝わること、そして何よりスタッフが説明しやすいことを重視しました。

当初、このようなカードが本当に効果的かどうか確信はありませんでした。しかし、導入の背景には、私が国立がん研究センターにいた際、高山先生が作成されたオレンジ色の名刺大カードの事例があります。 そのカードは細かい文字で情報が書かれており、当時は「高齢の患者さんに読めるだろうか」と懸念していました。しかし実際には、多くの方がお財布や名刺入れに入れて大切に持ち歩き、いざという時に活用されていました。その光景を見ていたため、「これは有効な手段ではないか」と考えスタートさせました。 実際、先ほどの報告にもありましたが、このカードを半年以上大切に持っていて、それを見て相談に来られた方もいらっしゃったと聞いています。（資料12）

AYA世代がん患者の相談件数の比較

●1年間で67名のAYA世代がん患者に相談員が対面で説明。
●初回説明の場面で28名（約4割）が相談された。
●令和５年度のAYA世代の相談件数は141件（患者数62名）
●対面での説明開始前（23件）と比べて約6倍に増加！





資料13

相談件数が驚異の「6倍」に。対面説明が引き出した潜在的ニーズ

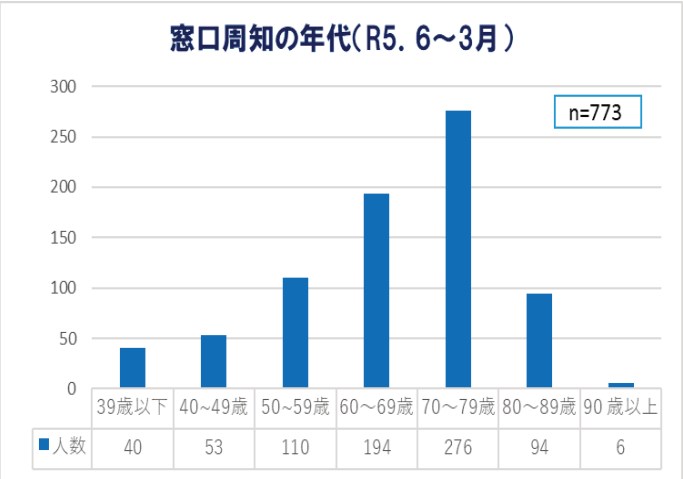
AYA世代がん患者さんの相談件数については、以前に坂本さんが報告した通りです。 具体的には、予定入院時や初診時に前方支援スタッフが説明を行い、がん相談スタッフへとつないだ患者さんのうち、約４割の方が初回の面談で何らかの相談をされています。 これは、対面での説明を開始する前と比較すると、約６倍に増加したことになります。（資料13）

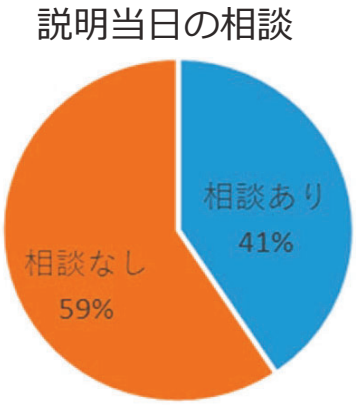
全てのがん患者の相談件数の比較

●Ｒ５年６月～Ｒ６年３月までに773名の患者に相談員が対面で説明。

●初回説明の場面で313名（約4割）が相談された。
（内訳　患者:291名　家族:20名　施設職員:2名）

●当日相談された313名中83名はリピーターとなった。



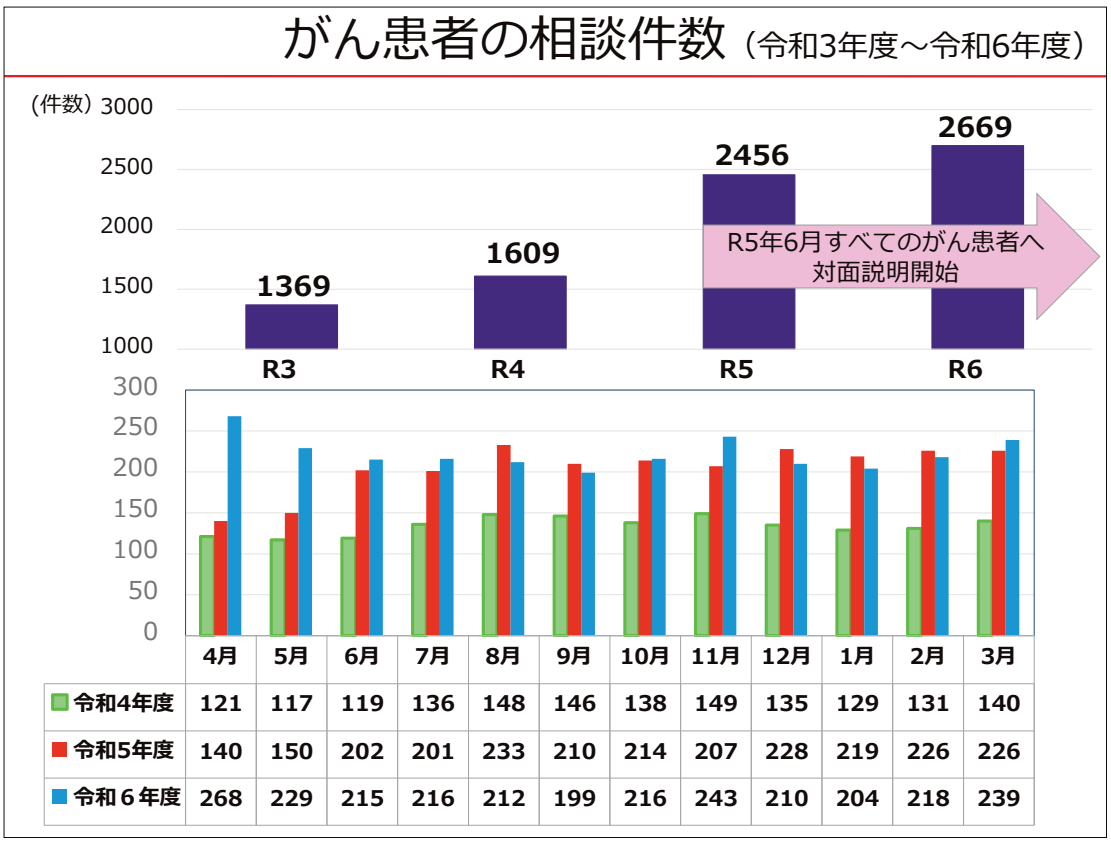


資料14

全がん患者への対象拡大
利用率の維持とリピーターの定着

対象を「すべてのがん患者さん」へ拡大した際にも、AYA世代と同様の傾向が見られました。初回の説明を受けた患者さんの約４割が、実際に何らかの相談をされています。

これは非常に重要な結果です。適切なタイミングでつなぐことさえできれば、４割もの方が相談サービスを体験するということであり、裏を返せば、それだけ多くの方が潜在的な困りごとを抱えていることの証でもあります。また、その後の経過を見ると、相談された方の約４分の１はリピーターとして継続的に利用されているという結果も出ています。（資料14）



	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
令和4年度	121	117	119	136	148	146	138	149	135	129	131	140
令和5年度	140	150	202	201	233	210	214	207	228	219	226	226
令和６年度	268	229	215	216	212	199	216	243	210	204	218	239

資料15

相談件数の推移と、対面説明による具体的な相談ニーズの掘り起こし

先ほど坂本さんが提示したデータからも、令和３年以降の相談件数の推移が見て取れますが、特に令和５年６月から「すべてのがん患者さんへの対面説明」を開始して以降、令和４年と比較して件数が飛躍的に増加していることがお分かりいただけるかと思います。

これは非常に地道で労力を要する対応ですが、わずか２名の専従スタッフと兼任スタッフが尽力し、これだけの規模をカバーしてくれていることに深く感謝しています。

また、先ほどお話しした「担当者カード」には、「仕事についても相談できます」と明記されています。理屈の上では「読めば分かる」ことかもしれません。しかし実際には、カードを見せながら「お仕事のことでお困りではありませんか？」と直接声をかける方が、相談につながるケースが増えるという結果が出ています。 本日の発表を聞いて、改めて「コミュニケーションを取りながら説明すること」の重要性を強く感じました。（資料15）

まとめ

1. 総合病院において、がん患者のみに“がん相談”の情報提供し、利用者を増やすことは難しかった。
2. 全ての診療科の新患や初回入院患者に“相談できる仕組み”を伝えることは“広く浅く”相談支援への認識の醸成に貢献した。
3. 同じタイミングで、がん患者をキャッチすることができれば、相談員から直接“がん相談”について説明ができる機会となる。
4. 多くの患者には相談したいことはあるものの、どこの、誰に、何時、どうやって相談するのかは知るまで“謎”。
5. 今回の取組は、がん治療の入り口で、がん相談員と直接コミュニケーションを取る体験となり、以降の相談に繋がりやすくなった。
6. “全てのがん患者”への説明は対応可能な患者数であった。
7. 院内の情報や患者対応の連携体制が整えば、当院と同規模程度の医療機関では、がん相談についての認知や利用促進には効果的と考えられた。

資料16

相談支援の最適解と今後の展望

総合病院において、がん患者さんのみに対象を絞って情報提供を行っても、利用者の大幅な増加は困難でした。そこで、全ての診療科の患者さんに「相談の仕組み」を伝えることで、まずは「この病院には相談できる場所がある」という認識を広めることができました。

その流れの中で、がん患者さんであることをキャッチできれば、直接がん相談について説明する絶好の機会となります。多くの患者さんは何らかの相談したいことを抱えていますが、大きな病院であるほど「いつ、どこで、誰に相談すればよいか」が不明確になりがちです。 今回の取り組みは、がん治療の入り口で相談員と直接コミュニケーションを取るという「体験」を作ることにより、その後の相談につながりやすくなったのではないかと考えます。

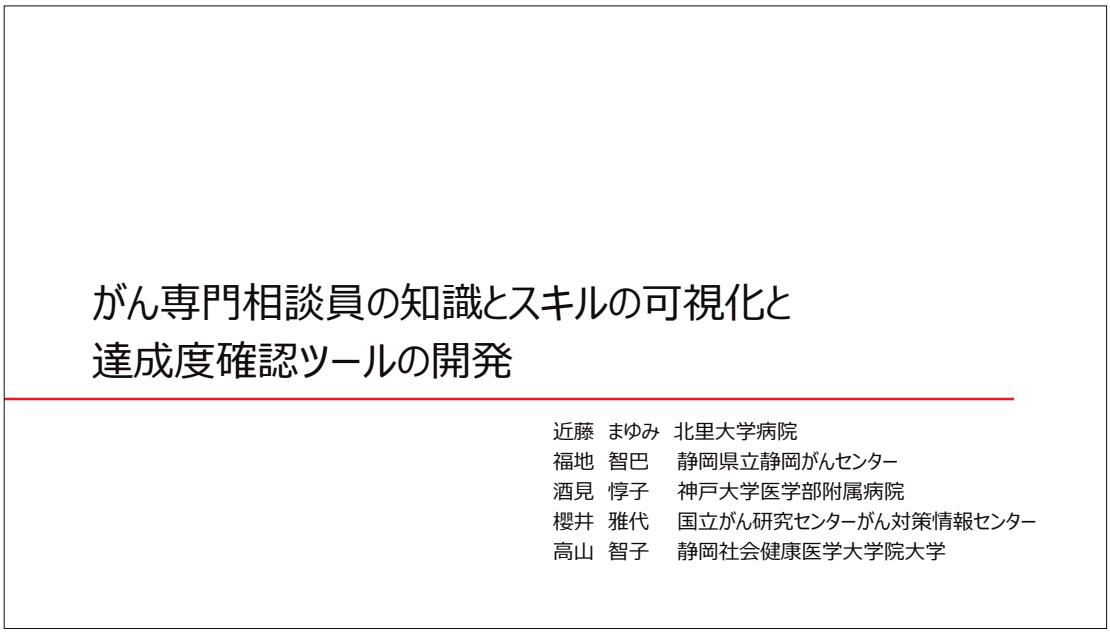
「すべてのがん患者に対応する」と聞くと、その業務量に驚かれるかもしれません。確かに決して楽な業務ではなく、場合によっては人員体制の強化も必要かもしれませんが、実績として対応可能な患者数ではありました。院内の情報共有や連携体制さえ整えば、当院と同規模の医療機関において、相談の認知向上や利用促進に極めて効果的な手法であると言えます。

また、相談支援の質についても変化がありました。以前は相談員個人の対応に留まりがちでしたが、現在では定期的な症例検討などを通じて、日常的に情報や経験が共有されるようになったと聞いています。こうしたチームでの取り組みが、相談支援の質の向上につながっているものと考えています。（資料16）

file:04

がん専門相談員の知識とスキルの可視化と達成度確認ツールの開発

●近藤 まゆみ（北里大学病院）
●福地　智巴（静岡県立静岡がんセンター）
●酒見　惇子（神戸大学医学部附属病院）
●櫻井　雅代（国立がん研究センターがん対策情報センター）
●高山　智子（静岡社会健康医学大学院大学）



資料１

はじめに

皆様、こんにちは。北里大学病院の近藤です。本日は「がん専門相談員の知識とスキルの可視化と達成度確認ツールの開発」と題し、相談員の皆様の人材育成にご活用いただける「がん専門相談員学習ルーブリック評価票」についてお話しいたします。

がん専門相談員は、多様化・複雑化する相談の第一次窓口として、幅広い知識とスキルが求められています。また、多種多様な背景を持つ人材が相談業務を担っている現状があります。こうした状況下において、学習を支える共通の基盤が必要であると考え続けてきました。（資料１）（資料２）

がん専門相談員

1. がん専門相談員は、多様化・複雑化する相談に対する第一次窓口として、がんにまつわる幅広い知識や相談スキルが求められている

2. 多種多様な背景を持つ人々が、がん相談の役割を担っている
   - ●がん相談を担っている**看護職、福祉職、心理職**は、**職種の専門性や役割、教育背景**に相違がある
   - ●専門職としての**経験年数**や**がん相談活動経験**においてビギナーからベテランまで幅がある
   - ●がん診療連携拠点病院だけではなく非拠点病院など、**所属施設の状況が様々**である

資料２



「先輩、がん相談って大変ですね」

先輩。今日の電話相談では、相談者からの話を、1時間、ずっと聞いてました。何だか、どっと疲れてしまって…
がん相談って大変ですね

先日、がん相談支援センターに電話してみたけど、僕の話に「うん、うん」「それはお辛かったですね」と言うだけで、相談事は全く解決しませんでしたよ。
僕は話に共感してもらいたいために　電話したんじゃないんだけどな…

- ■ がん専門相談員に求められる能力とは…
- ■ どのような段階で育っていくのだろう
- ■ どのように学習を積み重ねるといいんだろう

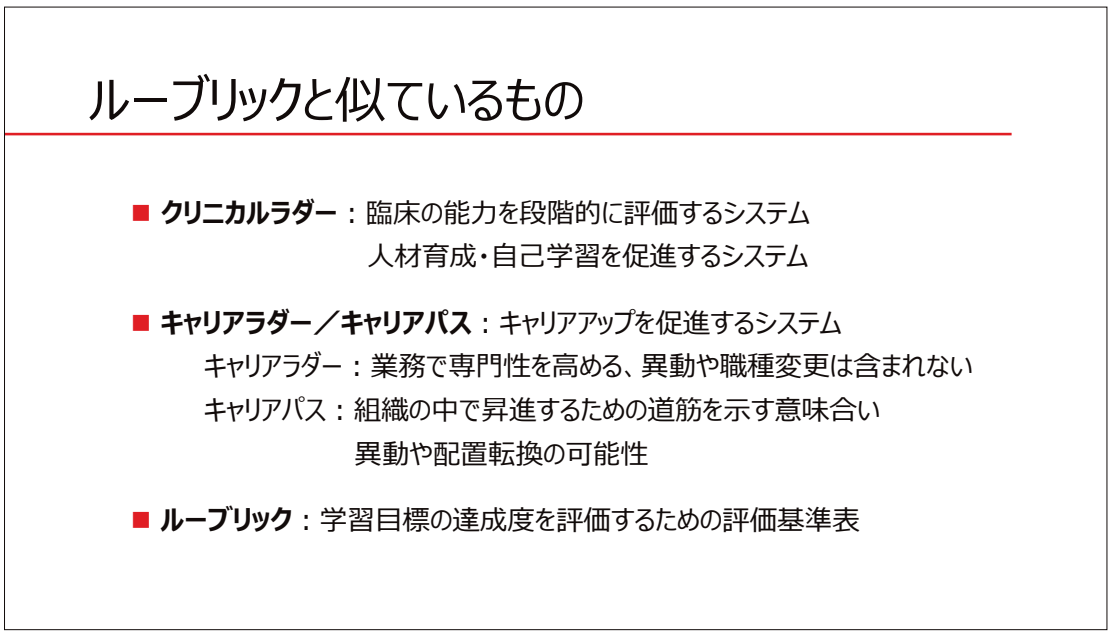
道標となるもの
「ルーブリック」の活用

資料３

開発の背景：相談の質の向上を目指して

ルーブリック作成のきっかけは、ある患者さんの言葉でした。その方は「がん相談室に行ったが、『それはお辛かったですね』と言われるだけで、相談事は全く解決しなかった。私は共感してほしくて相談したわけではない」と仰いました。 一方で、対応した看護師は「１時間ずっと話を聞いて疲弊した。がん相談は大変だ」と述べていました。経験の浅い看護師であったため、相談者が何を求めているのかという「問題の本質」を捉えることが難しかったのだと推測されます。

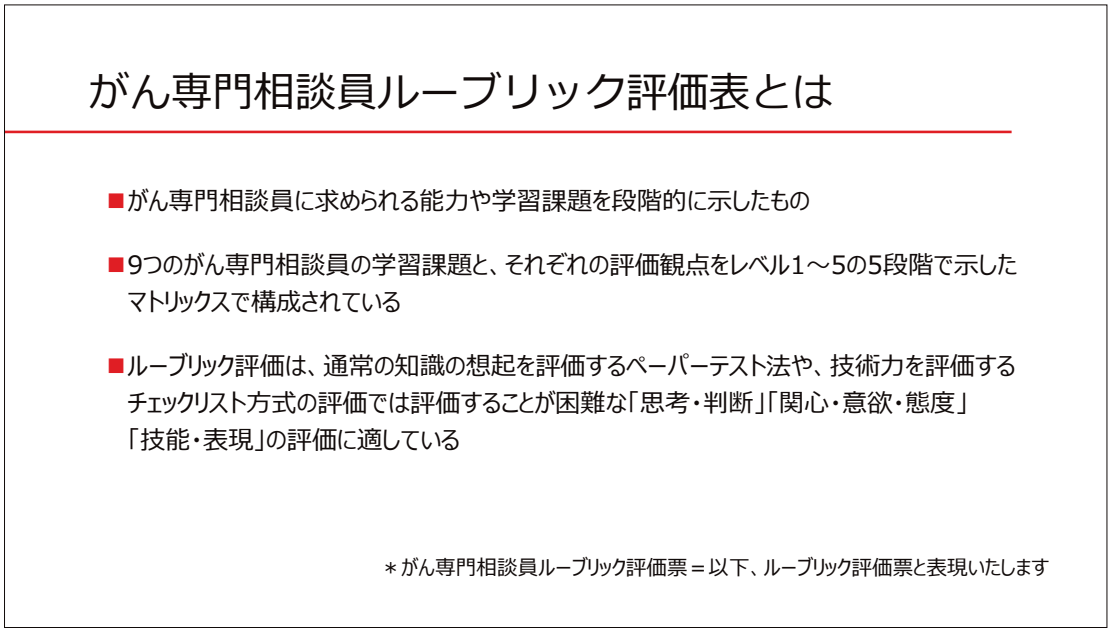
より良いがん相談を目指すためには、対応の質の向上が不可欠です。「相談員に求められる能力とは何か」「その能力はどのような段階を経て育つのか」を考えた際、その道しるべとしてルーブリックが活用できるのではないかと考えました。（資料３）



資料４

ルーブリックとは何か

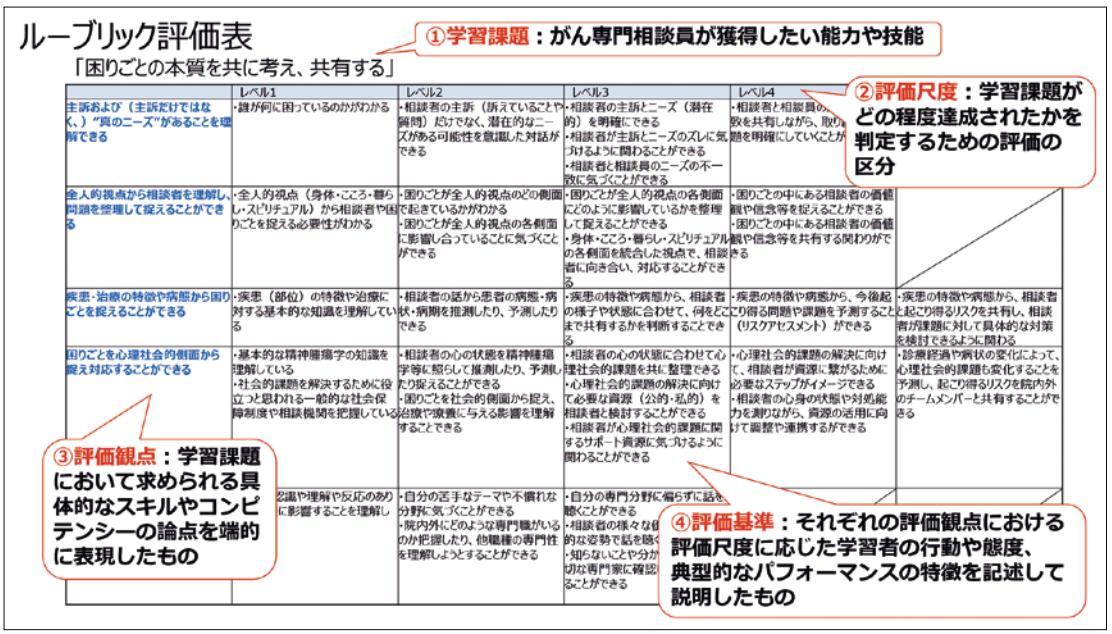
能力を段階的に示すツールとして、医療現場では「クリニカルラダー」や「キャリアラダー（キャリアパス）」が一般的です。これらは人材育成や昇進などの「システム」までを含みます。対して今回の「ルーブリック」は、主に学校教育で使用されるもので、学習目標の達成度を評価するための「評価基準票（ツールそのもの）」を指します。 今回はこの手法を、がん専門相談員の能力開発に応用しました。（資料４）



資料５

評価票の構造と構成要素

「がん専門相談員学習ルーブリック評価票」は、求められる能力や学習課題を段階的に示したものです。９つの学習課題と、それぞれの評価観点を５段階で示したマトリックスで構成されており、思考・判断・態度などの表現に適しています。（資料５）



資料６

ここに示したのはルーブリックの１つで、「困りごとの本質を共に考え、共有する」という項目です。ルーブリックは、①学習課題・②評価尺度・③評価観点・④評価基準のこの４つの要素で構成をされています。

まず①学習課題は「がん専門相談員が獲得したい能力や技能」であり、今回９つ設定しました。

次に②評価尺度です。これは「学習課題がどの程度達成されたかを判定するための評価の区分」で、レベル１～レベル５の五段階で示しています。

③評価観点は、この「学習課題として求められる具体的なスキルやコンピテンシーの論点を端的に表現したもの」です。

そして最後に④評価基準「それぞれの評価観点における評価尺度に応じた学習者の行動や態度、典型的なパフォーマンスの特徴を記述して説明したもの」です。

これがルーブリックの構造になります。（資料６）

ルーブリック評価票「学習課題」

	学習課題
1	がん対策、がん診療における相談支援の役割について知り、発展的に役割を担う
2	相談方法・ツール（対面、電話、オンライン等）の違いによる相談対応の特徴を踏まえて対応する
3	想いを受け止め対応する（姿勢・態度・スキル）
4	困りごとの本質を共に考え、共有する
5	患者・家族・医療者との関係の強化や改善のために働きかける
6	信頼できる情報を見極め、相談者に合わせた情報支援を行う
7	相談者のその人らしい意思決定を支援する
8	相談対応の質を担保し、相談対応力の向上に努める
9	相談員のストレス・マネジメントを行う

資料７

①学習課題の９項目は上記の通り分類されます。１～２は相談支援の役割や特徴を踏まえた対応について、３～５は相談対応の基本的スキルについて、６～７は情報支援・意思決定支援ついて、８～９は

質の担保・ストレスマネジメントについてです。（資料７）

ルーブリック評価票「評価尺度」

■ レベルが示す時期と内容の特徴

	レベル１	レベル２	レベル３	レベル４	レベル５
レベルが示すがん相談専門員の時期	相談対応の導入	基礎(3)受講前終了時期	基礎(3)受講後、実臨床に戻って目指す活動	さらに発展的に個人で目指す最終目標	• 教育的関わりを行う • 発展的に用いる • 組織的な対応につなげられる
内容の特徴	がん相談に関する**要素を知る**	• **基本姿勢**を持つ • **具体的アクション・行動**がとれる	具体的な**人の言動や関係性などを適切に捉え対応**する	**人の言動や関係性などの背景、見えないものを捉え対応**する(例：予後予測、リスク、価値観等含)	**複雑性・困難性が高い状況**を捉え対応する

資料８

５段階の評価尺度は、相談員の時期と内容の特徴が制定されています。

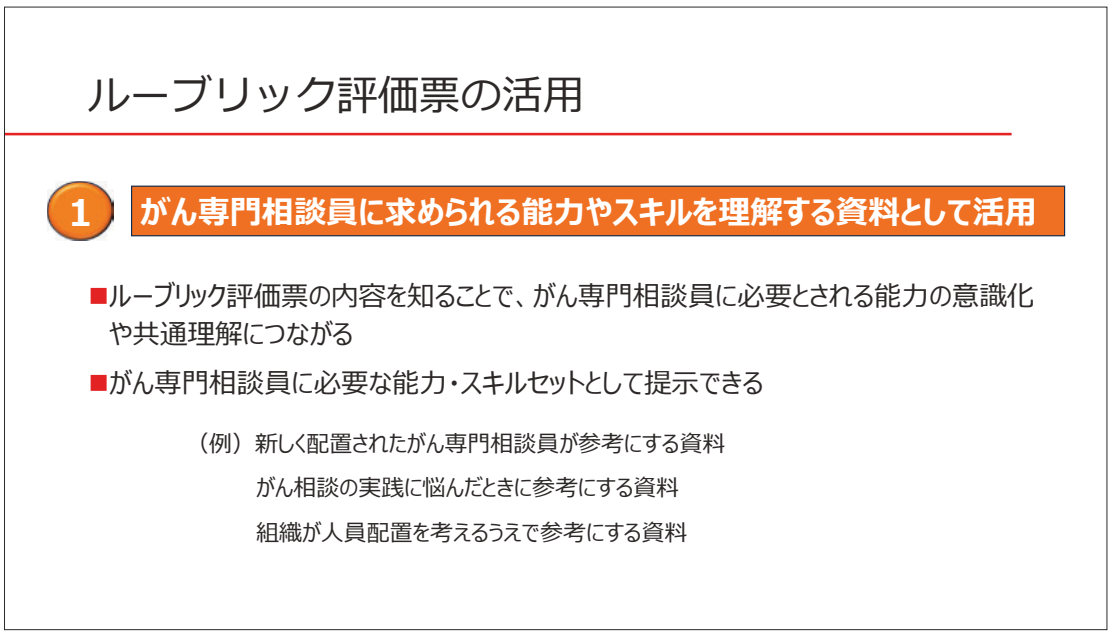
レベル１が相談対応の導入期。レベル２が基礎研修（３）受講前または受講修了時期。レベル３が基礎研修（３）受講後、実臨床に戻って活動を目指す時期。レベル４が発展的に個人で目指す最終目標。そしてレベル５が教育的・発展的・組織的な対応ができる時期です。（資料８）

ルーブリック評価票の使用方法

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
主訴および（主訴だけではなく、）"真のニーズ"があることを理解できる	レベル（　　） 理由	・誰が何に困っているのかがわかる	・相談者の主訴（訴えていることや質問）だけでなく、潜在的なニーズがある可能性を意識した対話ができる	・相談者の主訴とニーズ（潜在的）を明確にできる ・相談者が主訴とニーズのズレに気づけるように関わることができる ・相談者のニーズと相談員が捉えたニーズの不一致に気づくことができる	・相談者のニーズと相談員が捉えたニーズの不一致を共有しながら、取り組むべき課題を明確にしていくことができる	
全人的視点から相談者を理解し、問題を整理して捉えることができる	レベル（　　） 理由	・全人的視点（身体・こころ・暮らし・スピリチュアル）から相談者や困りごとを捉える必要性がわかる	・困りごとが全人的視点のどの側面で起きているかがわかる ・困りごとが全人的視点の各側面に影響し合っていることに気づくことができる	・困りごとが全人的視点の各側面にどのように影響しているかを整理して捉えることができる ・身体・こころ・暮らし・スピリチュアルの各側面を統合した視点で、相談者に向き合い、対応することができる	・困りごとの中にある相談者の価値観や信念等を捉えることができる ・困りごとの中にある相談者の価値観や信念等を共有する関わりができる	
疾患・治療の特徴や病態から困りごとを捉えることができる	レベル（　　） 理由	・疾患（部位）の特徴や治療に対する基本的な知識を理解している	・相談者の話から患者の病態・病状・病期を推測したり、予測したりできる	・疾患の特徴や病態から、相談者の様子や状態に合わせて、何をどこまで共有するかを判断することできる	・疾患の特徴や病態から、今後起こり得る問題や課題を予測すること（リスクアセスメント）ができる	・疾患の特徴や病態から、今後起こり得るリスクを課題に対して具体できるように関わる
困りごとを心理社会的側面から捉え対応することができる	レベル（　　） 理由	・基本的な精神腫瘍学の知識を理解している ・社会的課題を解決するために役立つと思われる一般的な社会保障制度や相談機関を把握している	・相談者の心の状態を精神腫瘍学等に照らして推測したり、予測したり捉えることができる ・困りごとを社会的側面から捉え、治療や療養に与える影響を理解することできる	・相談者の心の状態に合わせて心理社会的課題を共に整理できる ・心理社会的課題の解決に向けて必要な資源（公的・私的）を相談者と検討することができる ・相談者が心理社会的課題に関するサポート資源に気づけるように関わることができる	・心理社会的課題の解決に向けて、相談者が資源に気がるために必要なステップがイメージできる ・相談者の心身の状態や対処能力を測りながら、資源の活用に向けて調整や連携ができる	・診療経過や病状心理社会的課題予測し、起こり得るチームメンバーと共
相談員が自分の認識・理解・反応のあり様が、相談者や支援に与える影響について自覚することができ	レベル（　　） 理由	・自分の認識や理解や反応のあり様が支援に影響することを理解している	・自分の苦手なテーマや不慣れな分野に気づくことができる ・院内外にどのような専門職がいるの	・自分の専門分野に偏らずに話を聴くことができる ・相談者の様々な価値観に中立的		

資料９

使用する際は、評価観点の横にある自己評価欄に、現在のレベルとその「理由」を記載します。重要なのはレベルの数値そのものではなく、「なぜそのように評価したのか」という理由を考え、自身の現状や課題に気づくことです。（資料９）



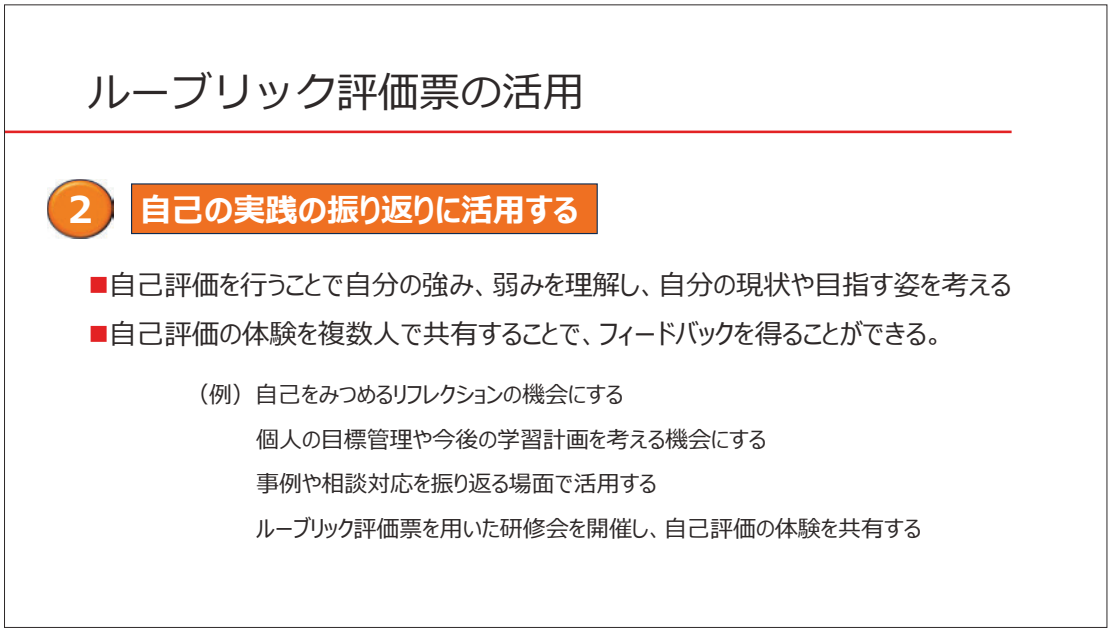
資料10

ルーブリックの５つの活用方法

本評価票には、大きく分けて５つの活用方法があると考えています。

① がん専門相談員に求められる能力やスキルを理解する資料として活用

がん専門相談員に求められる能力やスキルを理解する資料として活用できます。がん専門相談員に必要とされる能力の意識化や共通理解につなげたり、必要な能力・スキルセットとして提示したりすることが可能です。活用の例としては、新しく配置された人が参考にする資料にしたり、組織が人員配置を考える上で参考にするなどが考えられます。（資料10）



資料11

② 自己の実践の振り返りに活用する

自己の実践の振り返りが最も基本的な活用方法です。ルーブリックを自己評価に活用することで、自分の強み弱みを理解して今後に向けて目指す姿を考えることができます。

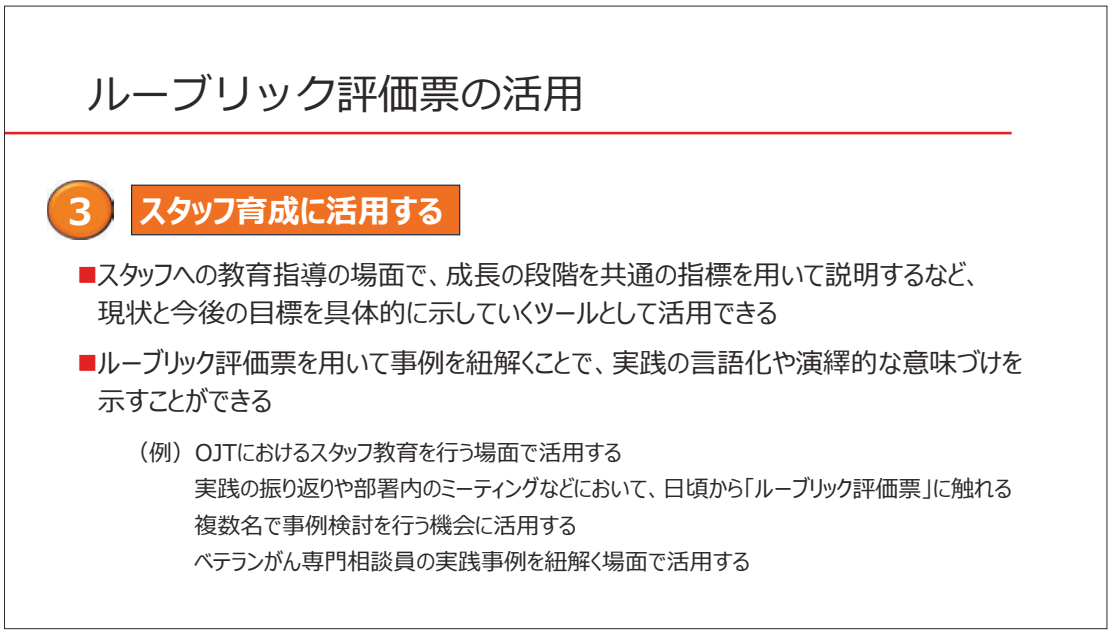
実践においては悩むことも多く、このような

ツールを活用することで、自分を客観的に見つめたり具体的な行動レベルで対応を振り返ることが可能です。

また、自己評価を複数人で共有することで、周りの人たちからフィードバックを得ることもできます。

活用例としてはリフレクションや目標管理などがありますが、ルーブリックを用いた研修会を開催することも考えられます。

今回この評価票を作成する過程で、皆様にもご協力いただき研修会を開催しました。振り返りを行うことで、今後の学習に活用できるというようなご意見もたくさんありました。（資料11）

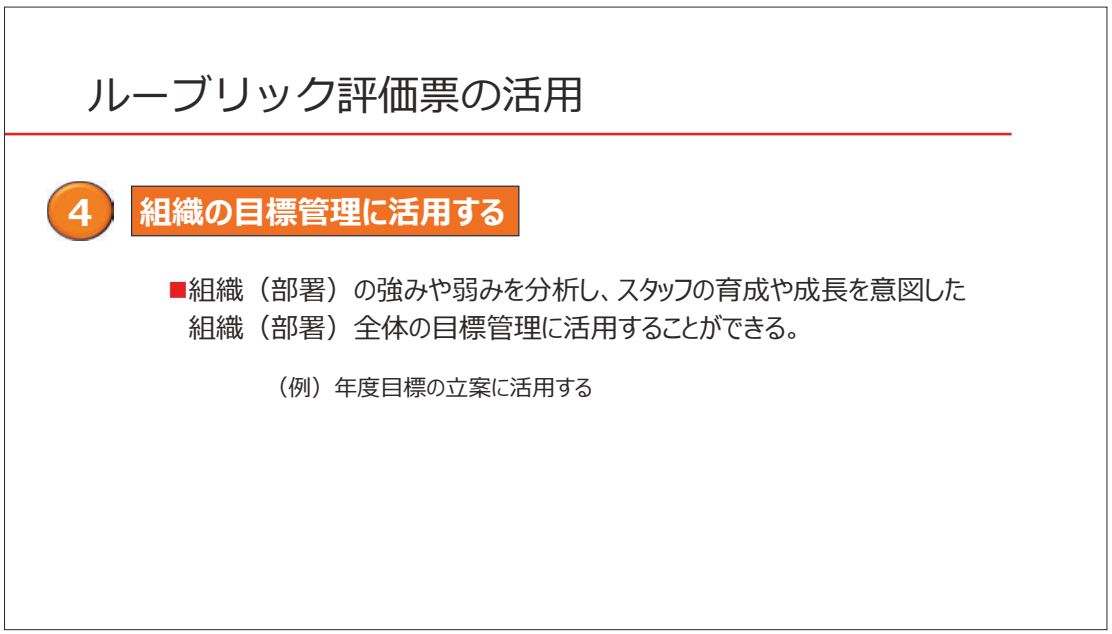


資料12

③ スタッフ育成に活用する

日常のＯＪＴやミーティング・事例検討の場において、成長段階を共通の指標を用いて説明することで、スタッフ育成に活用できます。現状の立ち位置と今後の目標を具体的な表現で示すことができるため、目標管理ツールとしても有用です。

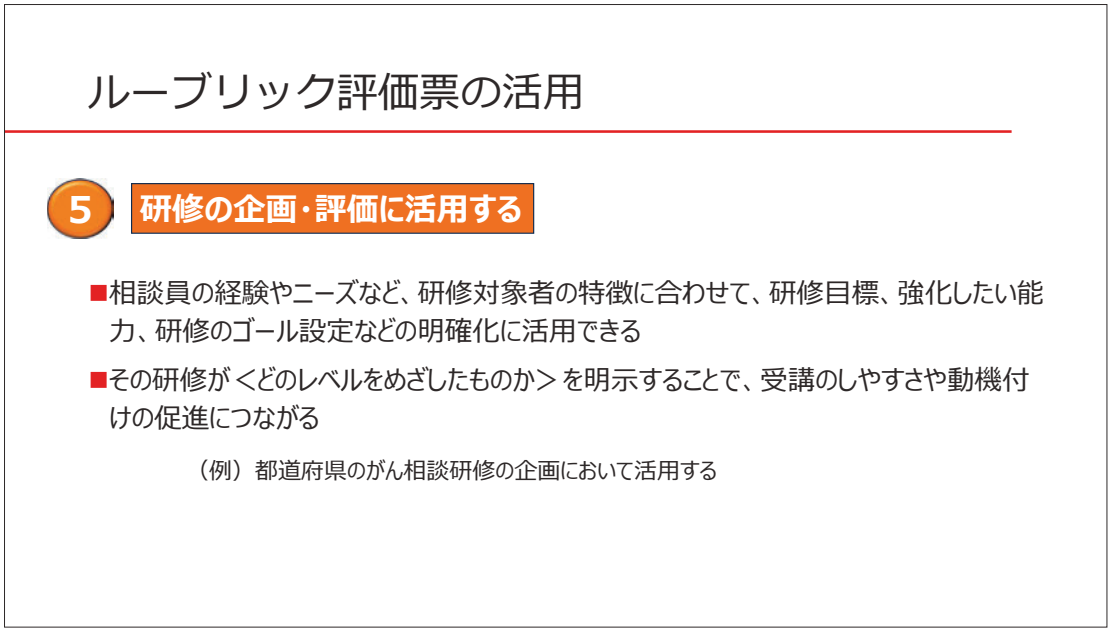
また、ルーブリックを用いて実践事例を紐解くこともこともできます。例えば、ベテラン相談員の事例を分析することで、これまで主観的になりがちだった実践知の言語化や、演繹的な意味付けを明示することが可能になると考えられます。（資料12）



資料13

④ 組織の目標管理に活用する

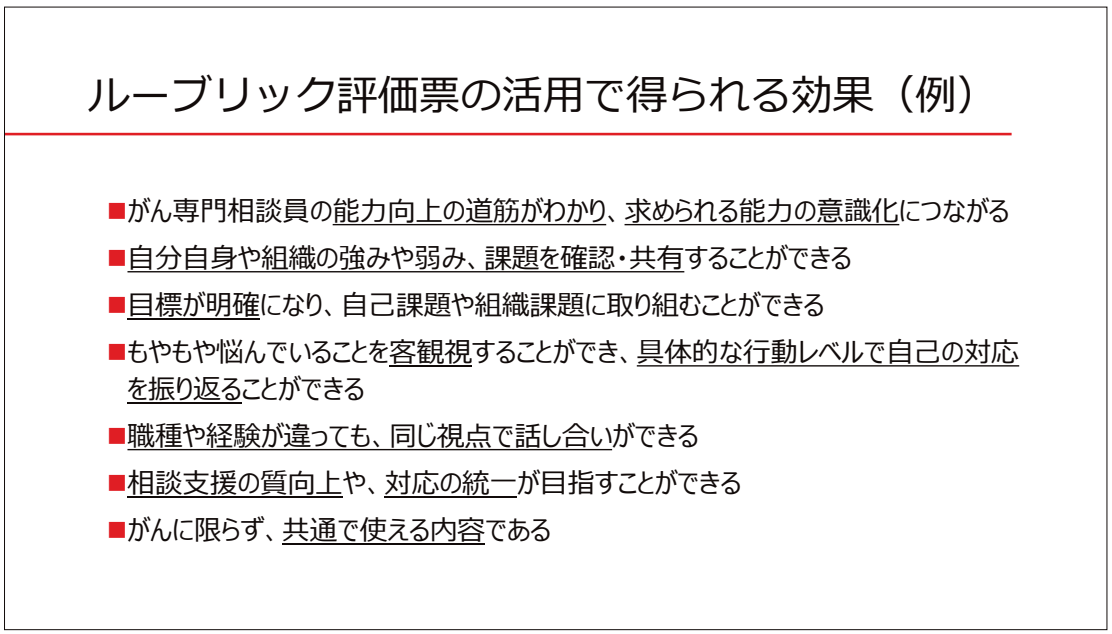
ルーブリックの評価は個人単位だけではなく、部署の強みや弱みを分析することにも使えると考えています。スタッフ育成や成長を意図した組織全体の目標管理に活用することができます。（資料13）



資料14

⑤ 研修の企画・評価に活用する

研修の企画や評価にも活用できると考えています。ビギナーからベテランまで、対象者のニーズや経験・特徴に合わせて、研修目標や強化したい能力、研修のゴール設定などを明確にできると考えています。（資料14）

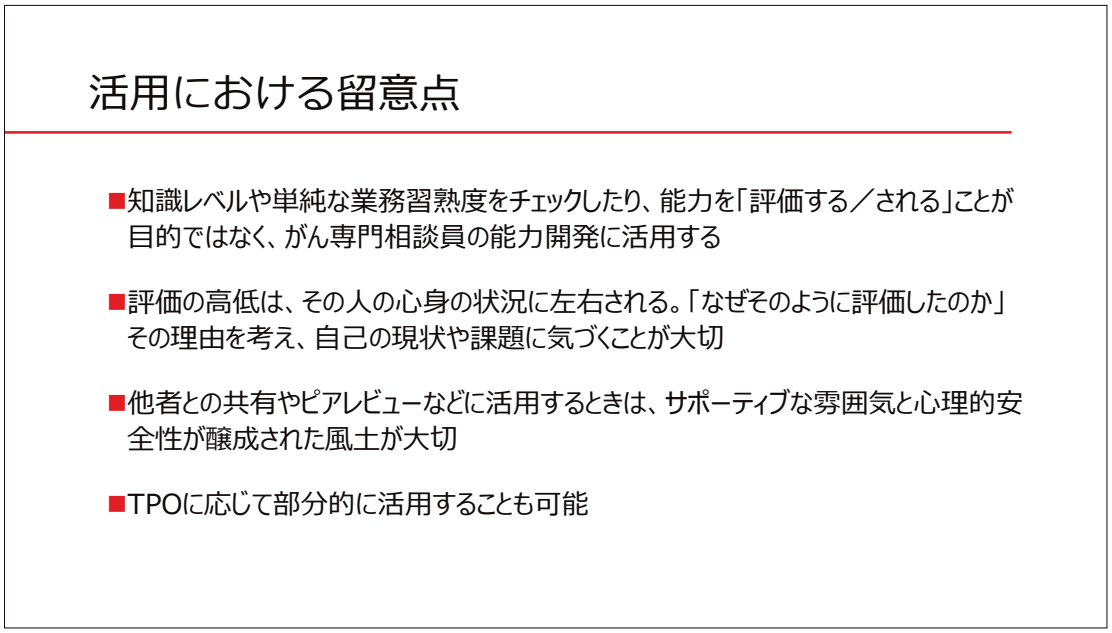


資料15

ルーブリック評価票の活用の効果

研修会に参加いただいた皆様からは、本ツールの活用について多くの肯定的な意見が寄せられています。

特に、これまでに触れていない主な効果として、「職種や経験が異なっていても、同じ視点に立って議論ができる（資料15の５つめ）」という点が挙げられます。共通の指標があることで、多職種間での円滑な対話が可能になります。また、「がんに限定されず、相談支援全般において共通して活用できる内容である（資料15の７つめ）」といった、汎用性の高さを評価する声もいただいています。（資料15）



資料16

活用における留意点

活用にあたっては、「できる・できない」といった数値評価だけに固執しないよう注意が必要です。評価は心身の状況によって変動する可能性があります。

ルーブリックは、がん専門相談員の能力開発に活用することで「なぜそのように評価したのか」ということを考えて自分の現状や課題に気づくことが大切になります。この点を押さえて活用の推進を考えています。

また、他者との共有やピアレビューを行う際は、心理的安全性が確保されたサポーティブな環境が不可欠です。相手を尊重し、承認するためのポジティブな活用が望まれます。

なお、ルーブリック全体はＡ３用紙両面ほどの分量がありますが、ＴＰＯに応じて「学習課題を１つだけ評価してみる」といった部分的な活用も可能です。（資料16）

「がん専門相談員学習ルーブリック評価票　活用に関するガイド」





資料17

おわりに

本評価票の活用に関するガイドもご用意しておりますので、合わせてご活用ください。 以上で説明を終わります。ありがとうございました。（資料17）

「がん専門相談員ルーブリック基本評価票」の説明

●ルーブリック評価票は①学習課題、②評価尺度、③評価観点、④評価基準で構成される
①学習課題：がん専門相談員が獲得したい能力や技能
②評価尺度：学習課題がどの程度達成されたかを判定するための評価の区分
③評価観点：学習課題として求める具体的なスキルやコンピテンシーの論点を端的に表現したもの
④評価基準：それぞれの評価観点における評価尺度に応じた学習者の行動や態度、典型的なパフォーマンスの特徴を記述して説明したもの
●本ルーブリックの評価尺度毎の特徴を青字で、それぞれのレベルが示すがん専門相談員の時期を★で記載している

学習課題 ○○

評価尺度 ★レベルが示す時期 内容の特徴 評価観点	レベル1 ★相談対応の導入 要素を知る	レベル2 ★基礎研修3の目標・終了時期 基本姿勢を持つ 具体的アクション・行動がとれる	レベル3 ★研修後に実臨床に戻って目指す活動 具体的な人の言動や関係性などを適切に捉え対応する	レベル4 ★さらに発展的に個人で目指す最終目標 人の言動や関係性などの背景、見えないものを捉え対応する (例：予後予測、リスク、価値観など)	レベル5 ★教育的関わりができる／発展的に用いることができる／組織的な対応につなげられる 複雑性、困難性が、より高い状況を捉え対応する
	評価基準を記載				

がん専門相談員　ルーブリック基本評価票　（2024年度版）

2025/12/9

R7年度厚生労働科学研究費補助金「がん相談支援の質の確保及び持続可能な体制の構築に資する研究(23EA1025)研究代表者：高山智子」（分担研究者：近藤まゆみ）

★レベルが示す時期 内容の特徴	**レベル1** ★相談対応の導入 要素を知る	**レベル2** ★基礎研修3の目標・終了時期 基本姿勢を持つ 具体的アクション・行動がとれる	**レベル3** ★研修後に実臨床に戻って目指す活動 具体的な人の言動や関係性などを適切に捉え対応する	**レベル4** ★さらに発展的に個人で目指す最終目標 人の言動や関係性などの背景、見えないものを捉え対応する(例：予後予測、リスク、価値観など)	**レベル5** ★教育的関わりができる／発展的に用いることができる／組織的な対応につなげられる 複雑性、困難性が、より高い状況を捉え対応する

1　がん対策、がん診療における相談支援の役割について知り、発展的に役割を担う

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
がん対策基本法、がん対策基本計画、「がん診療連携拠点病院等の整備について」の指針（指定要件）で求められる役割や相談支援センターで持つべき機能がわかり、対応できる	レベル（　　） 理由	・がん対策基本法、がん対策基本計画、「がん診療連携拠点病院等の整備について」の指針（指定要件）で求められている役割や相談支援センターで持つべき機能を知っている、または理解している。 ＊がん診療連携拠点病院について ＊がん相談支援センターについて ＊指定要件で求められていることについて ・上記における組織の中での自分の立場、立ち位置を意識している	・がん専門相談員が行う相談対応について理解している ＊がん相談支援センターがめざすもの ＊がん専門相談員の役割 ＊Core Values ＊がん相談10の原則 ＊相談支援のプロセス	・Core Valules/相談支援のプロセス/相談対応の10の原則 を意識しながら相談対応を行うことができる ・行った相談対応について、客観的に振り返ることができる/機会を持つことができる -部門内カンファレンス -QA検討会 -メンタリング等	・整備指針で求められている相談対応ができているか検討することができる ・行っている相談対応等の課題を整理することができる ・新たな（これまでに経験のない）相談内容であることや、対応方法に課題があることに気づくことができる ・新たに生じた課題について整理することができる ・国の動きや法律の改正など社会の動きに関心を持ち、積極的にがん対策の流れを捉えることができる	・相談対応現場で起きていることを把握し、新たな体制づくりにつなげられる ・整理された課題について、検討することができる -部門内 -施設内 -県内/広域/全国等 ・課題に対する対応策を提案できる -部門内 -施設内 -県内/広域/全国等
相談員が総合的にやるべき課題（本ルーブリック学習課題3～7）を理解し、その目的と必要性を意識して対応できる	レベル（　　） 理由		・相談者のニーズに沿った相談支援業務を行うために、相談員として意図した役割発揮（学習課題3～7）があることを知る ・相談対応に必要な知識、予測、意図を意識して使う必要があることを知る	・相談者のニーズに沿った相談支援業務を行うために、相談員として意図した役割発揮（学習課題3～7）があることを意識して対応できる ・相談対応に必要な知識、予測、意図を意識して対応できる		

2　相談方法・ツール（対面、電話、オンライン等）の違いによる相談対応の特徴を踏まえて対応する

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
相談の形式、相談者のいる場所、対象による対応方法や範囲の違いを理解し、対応する	レベル（　　） 理由	・相談対応ツールの特徴、メリット、デメリットがあることを知る	・相談対応ツールの特徴、メリット、デメリットを理解する	・相談対応ツールの特徴を踏まえて、対応する		
社会の変化に伴い、新たに活用するツールを理解し、対応する	レベル（　　） 理由	・相談対応に利用できる既存/新たな支援ツールがあることを知る	・既存/新たな支援ツールを利用する際の留意点がわかる	・組織内のルールや方針に照らし合わせて、既存/新たな支援ツールを導入できる ・必要な場合には、既存/新たな支援ツールの導入を提案できる	・組織内のルールに照らし合わせて、既存/新たな支援ツールを導入できる ・必要な場合には、既存/新たな支援ツールの導入を提案できる	・導入した既存/新たな支援ツールの利用状況の分析や課題を整理し、維持/発展的に利用できる

3　想いを受け止め対応する（態度、姿勢、スキル）

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
相談者が自身の考えや想いを自由に述べることのできる雰囲気を作ることができる	レベル（　　） 理由	・相談対応を行う上で話しやすい場や雰囲気が大事であることに気づくことができる	・話しやすい場を作る方法が分かる ＊プライバシーが保てる場の確保 ＊面談室内のレイアウトの配慮 ＊同意を得ず相談内容を外部に漏らさないことを保障する ＊匿名での相談を受け付ける	・話しやすい雰囲気を作ることができる ＊言葉遣い、声の大きさ、トーン ＊沈黙や間を効果的に使う ＊相談者の発言に被らないように発言する		
相談者に関心を持ち、先入観を持たず相談者の語りを聞くことができる	レベル（　　） 理由	・相談者の語りを関心を持ってきく	・相談員自身が相談者を評価したり先入観を持つ可能性があることを自覚する	・先入観を持ったりレッテルを貼らずに話を聞くことができる ・最初から結論を持たずに話を聞くことができる	・相談員に対する期待を把握することができる ・相談者の人となりを、相談者の視点で捉えることができる	
相談者の感情を受け止めることができる	レベル（　　） 理由	・相談者の感情を理解する	・相談者の感情に合わせた話し方や聞き方が分かる（姿勢、トーン、話し方など）。	・相談者の感情に合わせた話し方、聞き方ができる。	・情緒的なことに巻き込まれ客観性を失わないよう、適切な距離を保つ	・怒りや深い悲しみなど、難しい場面にも対応できる ・感情が見えにくい場面や表出されない感情にも対応できる
相談者の状況や感情を受け止め、相談者に確認することができる	レベル（　　） 理由	・相談者が話しやすいと思うような話し方、聞き方ができる。 ＊受け止める・聞く ＊遮らずに話を聞ける ＊適切に相づちできる	・相談者をあるがままに受け止め、伝え返す方法が分かる。 ＊オウム返し、言い換え ＊要約する ・相談者をあるがままに受け止め、伝え返すことができる。	・相談員の反応を通して相談者自身が気持ちや状況に気づけるように対応することができる。 ＊適切に要約する ＊聞いたことを適切にフィードバックする		
相談者の反応に合わせた対応ができる	レベル（　　） 理由	・相談者の話を聴こうとすることができる	・相談者の反応に合わせた意図的な対応の必要性を理解できる ・理解してくれる人がいることで、相談者は一歩前に進むことができることを理解する	・相談者の反応に合わせた意図的な対応ができる ・理解してくれる人がいることで、相談者は一歩前に進むことができる。このことを意識して、コミュニケーションスキルを駆使した対応ができる		

4　困りごとの本質を共に考え、共有する

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
主訴および（主訴だけではなく、）"真のニーズ"があることを理解できる	レベル（　　） 理由	・誰が何に困っているのかがわかる	・相談者の主訴（訴えていることや質問）だけでなく、潜在的なニーズがある可能性を意識した対話ができる	・相談者の主訴とニーズ（潜在的）を明確にできる ・相談者が主訴とニーズのズレに気づけるように関わることができる ・相談者のニーズと相談員が捉えたニーズの不一致に気づくことができる	・相談者のニーズと相談員が捉えたニーズの不一致を共有しながら、取り組むべき課題を明確にしていくことができる	
全人的視点から相談者を理解し、問題を整理して捉えることができる	レベル（　　） 理由	・全人的視点（身体・こころ・暮らし・スピリチュアル）から相談者や困りごとを捉える必要性がわかる	・困りごとが全人的視点のどの側面で起きているかがわかる ・困りごとが全人的視点の各側面に影響し合っていることに気づくことができる	・困りごとが全人的視点の各側面にどのように影響しているかを整理して捉えることができる ・身体・こころ・暮らし・スピリチュアルの各側面を統合した視点で、相談者に向き合い、対応することができる	・困りごとの中にある相談者の価値観や信念等を捉えることができる ・困りごとの中にある相談者の価値観や信念等を共有する関わりができる	
疾患・治療の特徴や病態から困りごとを捉えることができる	レベル（　　） 理由	・疾患（部位）の特徴や治療に対する基本的な知識を理解している	・相談者の話から患者の病態・病状・病期を推測したり、予測したりできる	・疾患の特徴や病態から、相談者の様子や状態に合わせて、何をどこまで共有するかを判断することできる	・疾患の特徴や病態から、今後起こり得る問題や課題を予測すること（リスクアセスメント）ができる	・疾患の特徴や病態から、相談者と起こり得るリスクを共有し、相談者が課題に対して具体的な対策を検討できるように関わる
困りごとを心理社会的側面から捉え対応することができる	レベル（　　） 理由	・基本的な精神腫瘍学の知識を理解している ・社会的課題を解決するために役立つと思われる一般的な社会保障制度や相談機関を把握している	・相談者の心の状態を精神腫瘍学等に照らして推測したり、予測したり捉えることができる ・困りごとを社会的側面から捉え、治療や療養に与える影響を理解することできる	・相談者の心の状態に合わせて心理社会的課題を共に整理できる ・心理社会的課題の解決に向けて必要な資源（公的・私的）を相談者と検討することができる ・相談者が心理社会的課題に関するサポート資源に気づけるように関わることができる	・心理社会的課題の解決に向けて、相談者が資源に繋がるために必要なステップがイメージできる ・相談者の心身の状態や対処能力を測りながら、資源の活用に向けて調整や連携ができる	・診療経過や病状の変化によって、心理社会的課題も変化することを予測し、起こり得るリスクを院内外のチームメンバーと共有することができる

相談員が自分の認識・理解・反応のあり様が、相談者や支援に与える影響について自覚することができる	レベル（　　） 理由	・自分の認識や理解や反応のあり様が支援に影響することを理解している	・自分の苦手なテーマや不慣れな分野に気づくことができる ・院内外にどのような専門職がいるのか把握したり、他職種の専門性を理解しようとすることができる	・自分の専門分野に偏らずに話を聴くことができる ・相談者の様々な価値観に中立的な姿勢で話を聴くことができる ・知らないことや分からないことは適切な専門家に確認したり、相談することができる		

5　患者・家族・医療者との関係の強化や改善のために働きかける

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
関係性を評価し適切な情報提供ができる	レベル（　　） 理由	・相談者の対話のなかから、相談者および相談者を取り巻く人とのコミュニケーションのあり方を把握したり想像したりできる ・相談者の他者との相互理解の程度（ズレとか一方通行など）を推測したり確認することできる ・医療者との良好な関係が治療や療養に影響することを共有できる	・関係性に影響を与えている要因が推測できる（病態、体制、個性、過去の体験等） ・必要に応じてセカンドオピニオンや他職種の介入について情報提供できる	・相談者（患者・家族等）の了解を得た上で、他職種・他機関との橋渡しができる	・関係の強化、改善の可能性、相談員として関われる限界等を踏まえて具体的な対応策を検討したり実施できる	
医療機関の機能や体制を理解している	レベル（　　） 理由	・患者の所属する医療機関の機能や体制を推測し調べたりすることができる ・自分の医療機関の機能や専門性、体制を理解している	・相談者に関わりのある医療チームメンバーを推測し相談者に確認することができる ・相談者から見たキーパーソンとなる医療チームメンバーを推測し相談者に確認することができる	・相談者の思いや期待を受け止めながら、できること・できないことを適切に説明することができる。また、そのためのツールを準備できる	・院内の各チームにおけるチームリーダーになる人を把握し、関係を構築していく意識を持つことができる	・日頃から医療スタッフと情報共有やフィードバックし合える関係を築く努力をする ・チームが育つのを信じて待てる
橋渡し役や代弁者となる	レベル（　　） 理由	・チームの一員としての認識を持っている ・相談者にとって適切な利益になるためにはどうしたら良いかを考えられる ・それぞれの言い分を中立的な立ち位置で聴くことができる	・誰と誰、何と何の関係性の中で齟齬が生じているのかに気づくことができる ・患者・家族・医療者間のパワーバランスを推測したり把握することができる	・相談者が全体を俯瞰して自分の状況を理解できるように関わることができる ・齟齬が生じている点を患者側・医療者側のそれぞれの立場から意訳して伝えることができる ・必要に応じて相談者（患者・家族等）の了解を得た上で代弁者になれる	・相談者の橋渡しや代弁者としての役割を遂行する上での留意点や限界を把握し、行動できる	

6　信頼できる情報を見極め、相談者に合わせた情報支援を行う

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
正しい適切な情報を得るための情報支援の必要性がわかる	レベル（　　） 理由	相談者のもつ知識や情報の量や関心、情報へのニーズを知る	・相談者への情報支援の必要性を理解している	・情報探求において、相談者が陥りやすい点を述べることができる	・主訴の内容から、相談者が正しい適切な情報を得る必要があることがわかる	・主訴には表現されていない内容でも、相談者が正しい適切な情報を得る必要があることがわかる
信頼できる情報かどうかを精査し、正しい情報を提供できる	レベル（　　） 理由	・基本的なPCスキルを習得し、情報検索ができる ・がん情報サービスや診療ガイドラインなど、信頼できる情報があることを理解している ・信頼できる情報と不確かな情報があることを理解している	・信頼できる情報の伝え方がわかる	・信頼できる情報と不確かな情報を極める方法について理解している ・信頼できる正しい情報を提供することができる	・氾濫する情報のなかで、信頼できる正しい情報は何かを見極めることができる ・新しく入手した情報を、その後の相談活動に活かすことができる	・信頼できる情報の管理・運用に組織的に取り組むことができる
相談者が必要としている情報を、相談者の状況に合わせて提供する	レベル（　　） 理由	・やたらめったら情報を提供しないことを知っている 提供する情報には、情報の量や質、タイミングなどを考慮することを知っている	・相談者の主訴について情報提供ができる ・院内外の資源を活用し、適切な情報提供先につなぐことができる ・相談者が必要としている情報を、その人の状況に合わせて提供する必要性を理解している	・相談者の"真のニーズ"について情報提供ができる ・相談者の今後の状況を予測し、状況に合った情報の提供ができる ・相談者の反応、不足している情報や誤解している情報を確認し、ギャップを減らす（埋める）	・相談者の状態（心理状態・理解力・持っている情報の量や質など）に合わせて、伝える情報の量・内容・伝え方を調整することができる ・相談者に知りたくない情報があることを理解し、相談者の状況に配慮しながら情報提供ができる	・主訴や"真のニーズ"に表現されていない内容でも、相談者の困りごとへの対応に必要な情報がわかり、相談者と共有できる。また、その情報を提供することができる
相談者が情報を探求する力を高めることを支援する	レベル（　　） 理由	・情報はその人の力になることを知っている	・相談者の話から、相談者がどのように情報を収集しているのか理解できる	・相談者がどのように情報を収集しているかを意識して対応できる ・相談者が必要としている情報を収取できるよう支援できる	・相談者のヘルスリテラシーを意識することができる ・相談者の情報探求の特徴やヘルスリテラシーをアセスメントすることができる	・相談者が必要としている情報を探求できるよう、相談者の情報探求の特徴やヘルスリテラシーに合わせて支援できる

7　相談者のその人らしい意思決定を支援する

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
意思決定を行う相談者の状況を理解することができる	レベル（　　） 理由	・意思決定支援を行ううえで、相談者の状況を理解する必要性がわかる	・相談者の話から、意思決定に影響する状況/要因を理解する ＊身体的状況（例：治療状況とその効果、苦痛症状等） ＊精神的状況（例：脳転移、うつ・心理的状態、認知症、精神疾患等） ＊社会的状況（例：経済状況、独居、地域等） ・相談者に意思決定ができる能力があるかどうかわかる	・意思決定に影響する身体的、精神的、社会的な状況を全人的・統合的に捉えることができる ・相談者の意思決定への猶予が、どの程度であるのかわかる	・相談者の今後の状況を予測し、相談者の意思決定における優先順位がわかる ・相談者の意思決定の能力や価値観を理解し、その人に合わせた支援ができる	
意思決定に影響を及ぼす周囲の状況を理解することができる	レベル（　　） 理由	・意思決定支援を行ううえで、周囲の状況を理解する必要性がわかる	・意思決定に関わる人がわかる ・意思決定のキーパーソンがわかる ・意思決定に関する他者からの手助けやアドバイスの状況がわかる	・意思決定における周囲の意向、力動、パワーバランス等がわかる ・意思決定における周囲の状況が、相談者の意思決定に与える影響を捉えることができる	・意思決定における周囲の状況が、相談者の意思決定に与える影響について相談者と共有し、その後の支援につなぐことができる	
相談者の状況に合わせ意思決定支援ができる	レベル（　　） 理由	・相談者の話から、意思決定に関する困りごとの内容を明確化する必要性を理解している ・相談者の状況に合わせた意思決定支援の必要性がわかる	・意思決定の大きさにかかわらず、相談者の主訴から、意思決定に関する困りごとの内容がわかる ・相談者が意思決定に必要な情報を十分に得ているかどうかわかる	・相談者の主訴やニーズから、意思決定に関する困りごとの内容と、その選択肢に関するメリット・デメリットがわかる ・意思決定に必要な情報を提供することができる ・相談者の意思決定スタイルを理解することができる ＊パターナリズムモデル、 ＊インフォームドディシジョンモデル、＊シェアードディシジョンモデル	・相談者も気づいていない意思決定に関する課題を顕在化させ、相談者と共有することができる ・相談者が意思決定に影響する自己の価値観に気づくことを支援できる ・相談者が自己の価値観に基づいて意思決定することを支援できる ・相談者の意思決定スタイルに合わせて支援できる	・意思決定を通して、相談者がエンパワーされることを支援できる

8　相談対応の質を担保し、相談対応力の向上に努める

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
相談支援センターの活動や対応について、客観的に把握する機会を持つことができる	レベル（　　） 理由	・相談支援センターとしての対応力を維持・向上するために、自分の活動や対応を客観的に把握する必要性を理解する	・相談支援センターの組織としての活動内容について、振り返る場に参加することができる ＊施設内フィードバック ＊利用者フィードバック	・相談支援センターの組織としての活動内容について、振り返る場を持つことができる ＊施設内フィードバック ＊利用者フィードバック ・振り返りの内容を、今後の活動の改善に活かすことができる	・相談支援センターの組織としての活動内容について、振り返る場を持つことができる ＊施設間フィードバック ＊第三者フィードバック ・振り返る場において、心理的安全性に配慮した環境を作ることができる	・組織内に建設的にディスカッションする風土を作り、スタッフの成長を意図して教育的に関わることができる

自らを振り返り、がん相談の対応能力を向上させていくことができる	レベル（　　） 理由	・相談員としての対応力を維持・向上するために、学ぶ必要性を理解する	・自分の強みと弱点がわかる ・自分の能力を高めるために、何を学ぶか、課題がわかる ＊1つとしてルーブリックを使う ・相談員が学ぶための環境、ツールがあることを知っている ＊QA評価ツール ＊都道府県やNCCが提供する研修 ＊がん関連の学術集会等	・学ぶ機会を持つことができる ・自分の強み・弱みに対応した学習ができる	自分の学習目標をもち、強み・弱みを認識した上で、効果的に学ぶことができる ＊自分の学習目標を立てられる ＊計画的に学ぶことができる	

9　相談員のストレス・マネジメントを行う

	自己評価	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
自分や所属組織のストレスマネジメントを行える		・自分やチーム、組織に生じやすいストレスやその解消が必要なことがわかる ・自分が感じているストレスに気づくことができる	・自分のまわりにあるサポート資源に気づくことができる	・自分が感じているストレスについて、対処方法を知っている ・自分のまわりにあるサポート資源を活用することができる -組織内 -組織外	・他の相談員/スタッフが感じているストレスに気づくことができる ・ストレスを感じている他の相談員/スタッフの話を聞いたり、サポート資源につなぐことができる	自分や相談員に必要なサポート資源を、組織内外でつくることができる（ネットワーク化も含む） -組織内 -組織外

R7 年度厚労科研（高山班）　　2025 年 12 月作成

がん専門相談員学習ルーブリック基本評価票
活用に関するガイド

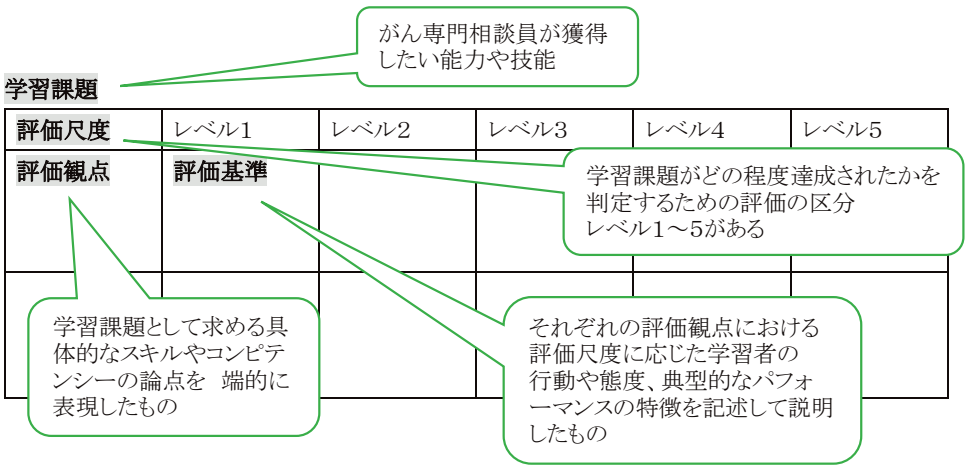
本ガイドの目的

がん専門相談員は、多様化・複雑化する相談に対応するために、幅広い知識や相談スキルが求められている。がん専門相談員が能力を維持向上していくためには、求められる知識やスキルを理解し、自己を振り返りながら、日常の実践の中にある個人的・組織的な学習や振り返りが大切である。「がん専門相談員学習ルーブリック基本評価票（以下ルーブリック評価票）」は、がん専門相談員に必要な知識やスキル全体の可視化と個々人の到達度を把握することができ、がん専門相談員の能力の向上において活用できる資料として作成された。本ガイドは、このルーブリック評価票を効果的に活用していただくためのポイントが記載されている。一人ひとりのがん専門相談員の成長と、より良いがん相談の実践を目指し活用していただければ幸いである。

1　がん専門相談員学習ルーブリック基本評価票とは

ルーブリック評価票は、教育領域等で広く用いられているルーブリックの特徴を用いて、がん専門相談員に求められる能力や学習課題を段階的に示したもので、9 つのがん専門相談員の学習課題と、それぞれの評価観点をレベル 1～5 の 5 段階で示したマトリックスで構成されている。

1）　ルーブリック評価票の構造は以下の通りである。



2）　がん専門相談員の学習課題は、以下の 9 項目がある

①　がん対策、がん診療における相談支援の役割について知り、発展的に役割を担う

②　相談方法・ツール（対面、電話、オンライン等）の違いによる相談対応の特徴を踏まえて対応

する

③ 想いを受け止め対応する(態度、姿勢、スキル)
④ 困りごとの本質を共に考え、共有する
⑤ 患者・家族・医療者の関係の強化や改善のために働きかける
⑥ 信頼できる情報を見極め、相談者に合わせた情報支援を行う
⑦ 相談者のその人らしい意思決定を支援する
⑧ 相談対応の質を担保し、相談対応力の向上に努める
⑨ 相談員のストレス・マネジメントを行う

3) 評価尺度(レベル1～5)が示すがん専門相談員としての時期、内容の特徴は以下の通りである。

評価尺度	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
★レベルが示す時期 内容の特徴	★相談対応の導入時期 要素を知る	★基礎研修3の目標・終了時期 基本姿勢を持つ具体的アクション・行動がとれる	★研修後に実臨床に戻って目指す活動 具体的な人の言動や関係性などを適切に捉え対応する	★さらに発展的に個人で目指す最終目標 人の言動や関係性などの背景、見えないものを捉え対応する(例：予後予測、リスク、価値観など)	★教育的関わりができる／発展的に用いることができる／組織的な対応につなげられる 複雑性、困難性が、より高い状況を捉え対応する

2 活用方法(活用例)

1) がん専門相談員に求められる能力やスキルを理解する資料として活用する

ルーブリック評価票の内容を知ることで、がん専門相談員に必要とされる能力の意識化や共通理解につながる。また、がん専門相談員に必要な能力・スキルセットとして提示することができる。

(例)新しく配置されたがん専門相談員が参考にする資料
がん相談の実践に悩んだときに参考にする資料
組織が人員配置を考えるうえで参考にする資料

2) 自己の実践の振り返りに活用する

自己評価*を行うことで自分の強み、弱みを理解し、自分の現状や目指す姿を考えることができる。また、自己評価の体験を複数人で共有することで、フィードバックを得ることができる。

(例)自己をみつめるリフレクションの機会にする
個人の目標管理や今後の学習計画を考える機会にする
事例や相談対応を振り返る場面で活用する
ルーブリック評価票を用いた研修会を開催し、自己評価の体験を共有する

3）**スタッフ育成に活用する**

スタッフへの教育指導の場面で、成長の段階を共通の指標を用いて説明するなど、現状と今後の目標を具体的に示していくツールとして活用できる。また、ルーブリック評価票を用いて事例を紐解いていくことで、実践の言語化や演繹的な意味づけを示すことができる。

（例）OJT におけるスタッフ教育を行う場面で活用する

実践の振り返りや部署内のミーティングなどにおいて、日頃から「ルーブリック評価票」に触れる

複数名で事例検討を行う機会に活用する

ベテランがん専門相談員の実践事例を紐解いていく場面で活用する

4） 組織の目標管理に活用する

組織（部署）の強みや弱みを分析し、スタッフの育成や成長を意図した組織（部署）全体の目標管理に活用することができる。

（例）年度目標の立案に活用する

5） 研修の企画や評価に活用する

各種研修の企画運営において、相談員としての経験やニーズなど研修対象者の特徴に合わせて、研修目標、強化したい能力、研修のゴール設定などの明確化に活用できる。また、その研修が＜どのレベルをめざしたものか＞を明示することで、受講のしやすさや動機付けの促進につながる可能性がある。

（例）都道府県のがん相談研修の企画において活用する

＊ *自己評価とは*

自己評価とは、自己学習の際に学習者が自分自身を振り返り、それを以降の学習に生かしていくことです。自己学習の文脈においては、自己の理解状況を把握したり、課題を遂行した後にそのでき具合を見る、といった意味で用いられます。また、心理学においては学習に限らず、自己の精神状態や自分をどういう人間だとみているかなどにも用いられます。自己評価は効果的で主体的な学習を目指すには欠かすことのできないもので、学習へのフィードバックが大いに期待できます。

（東京大学大学院教育学研究科資料より　一部改変）

3 ルーブリック評価票を活用することで得られる効果（例）

これまでの使用経験から、ルーブリック評価票を活用することで得られる効果として、以下のような意見が収集された。

- がん専門相談員の能力向上の道筋がわかり、求められる能力の意識化につながる
- 自分自身や組織の強みや弱み、課題を確認・共有することができる

R7 年度厚労科研（高山班）　　2025 年 12 月作成

- 目標が明確になり、自己課題や組織課題に取り組むことができる
- もやもや悩んでいることを客観視することができ、具体的な行動レベルで自己の対応を振り返ることができる
- 職種や経験が違っても、同じ視点で話し合いができる
- 能力開発の一助となる
- 相談支援の質向上や対応の統一が目指すことができる
- がんに限らず、共通で使える内容である

4 活用における留意点

1) 「ルーブリック評価票」は、知識レベルや単純な業務習熟度をチェックするものではなく、相談対応をするうえで求められる質的な内容が示されている。＜評価する／される＞ことが目的ではなく、**がん専門相談員の能力開発に活用するもの**であることを押さえ、効果的な活用につなげていく。（評価は手段であり、活用の目的は気づきの促進である）
2) 活用・評価のタイミングによっては、同じ項目でも評価を高くつける場合も低くつける場合もあり、その人の心身の状況に左右されるという特徴がある。活用においては、**自分がなぜそのように評価したのかその理由を考え、自己の現状や課題に気づくことが大切**である。また、それを他者とディスカッションすることで、さらに深い気づきにつながることが期待される。
3) 他者との共有やピアレビューなどに活用するときは、**サポーティブな雰囲気と心理的安全性が醸成された風土**が大切である。その人の弱い部分に触れる可能性があることに配慮し、承認のためのポジティブな活用を心がける。
4) 対象者の特性、課題、ニーズや時間的制約など、TPO に応じて「ルーブリック評価票」を**部分的に使用することも可能**である。
5) 「ルーブリック評価票」は、がん専門相談員に求められる能力や学習課題を段階的に示した基本的なツールである。活用にあたっては、**施設や職種の特徴に合わせて変更し使用することも可能**である。この場合、変更した旨を明示して使用する。
6) 「ルーブリック評価票」は、見る人によって様々な意見が出るツールである。今後も表現やレベル設定などの検討を重ねる必要がある。また、がん専門相談員に求められることは、時代の変化によって変わる可能性があるため、「ルーブリック評価票」の内容も変わることが予想される。これらの点も踏まえ活用する。

以上

作成：R7 年度厚生労働科学研究費補助金「がん相談支援の質の確保及び持続可能な体制の構築に資する研究(23EA1025)研究代表者：高山智子」（分担研究者：近藤まゆみ）

作成：2025 年 12 月 4 日
2025 年 12 月 11 日更新

file:05

がん専門病院としての持続可能な がん相談支援体制の構築に向けた取り組み

～がん相談員教育体制の整備とシニアナビゲーター実地見学の効率化～

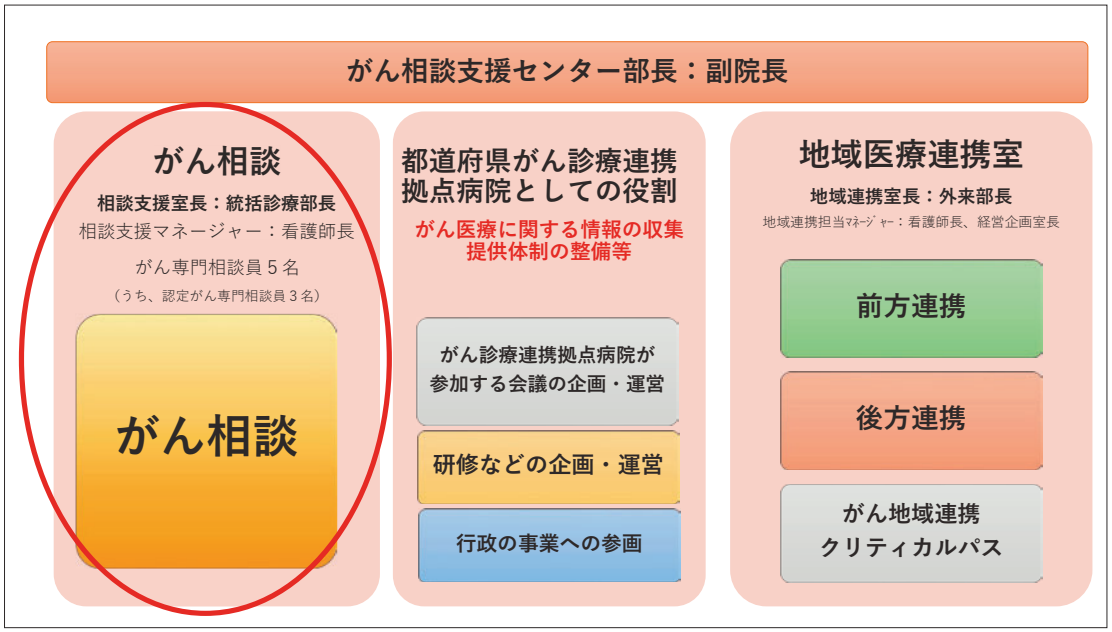
●森田　　勝（九州がんセンター 院長）
●小野　菊世（がん相談支援センター）
●北川　善子（がん相談支援センター）



資料１

はじめに

九州がんセンターの森田です。本日は、当院が九州大学病院と共に都道府県がん診療連携拠点病院を担っているというがん専門病院の立場から、がん相談員の教育体制と、日本癌治療学会の「がん医療ネットワークナビゲーター制度」における実地見学の取り組みについてお話しします。（資料１）



資料２

がん相談支援センターの体制

前半は私、森田がイントロダクションとして、当院のがん相談支援センターの体制についてお話しします。

当院のセンターには大きな三つの柱があります。「がん相談」、「がん診療連携拠点病院としての業務」、そして「地域医療連携室としての業務」です。

本日特に関係の深い「がん相談」については、統括診療部長および看護師長をリーダーとし、５名のがん専門相談員がいます。そのうち３名が認定相談員という状況です。また、拠点病院としての会議の企画や研修、行政対応といった業務、さらには連携室の業務も並行しており、かなりの仕事量を担っています。（資料２）

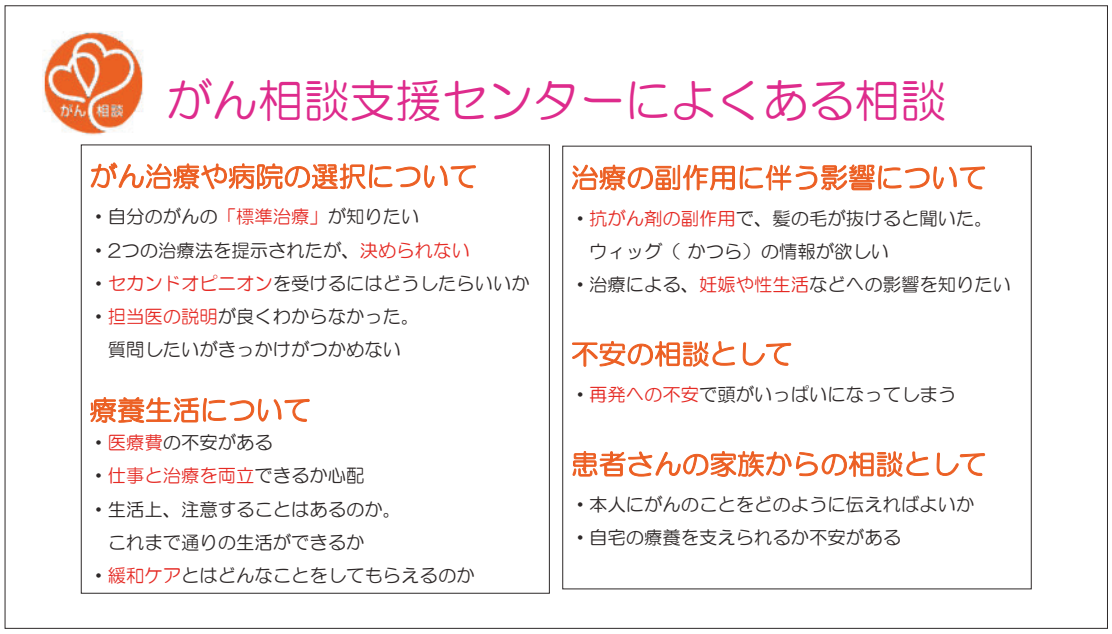


資料３

当センターは「患者家族支援センター」という大きな組織の中に位置しています。拠点病院の要件として「がん相談の周知」が求められているため、デジタルサイネージを活用し、仕事内容を患者さんやご家族へ分かりやすく説明しています。

対応件数は全体で約6,000件ですが、そのうち純粋

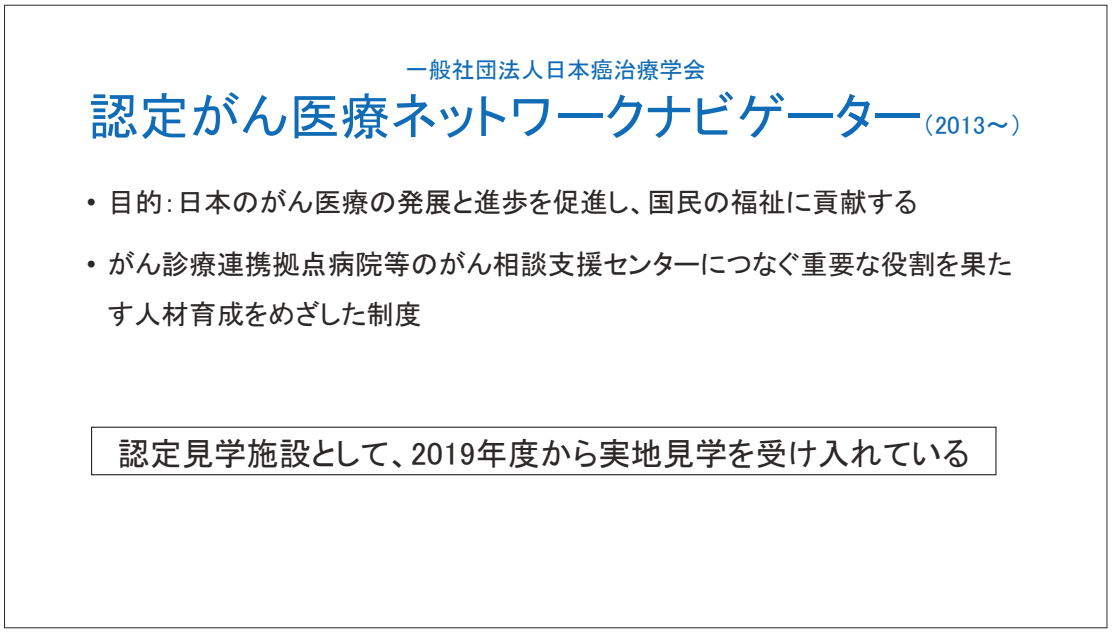
ながん相談は年間1,200件ほどです。当院の特徴として、相談の７割から８割が院外からのものであり、それに伴って電話相談が非常に多いことが挙げられます。対面相談は比較的少なく、主に院内の患者さんを対象としています。（資料３）



資料４

よくある相談内容

相談内容は、標準療法の確認や治療法の選択といった病院選びに関するものから、医療費や仕事との両立などの療養生活、副作用（特にアピアランスケアに関わる脱毛など）、妊娠や性生活への影響など多岐にわたります。また、患者さんご本人の不安だけでなく、ご家族から「本人にどう伝えればよいか」「自宅療養をどう進めるか」といった相談も多く寄せられています。（資料４）

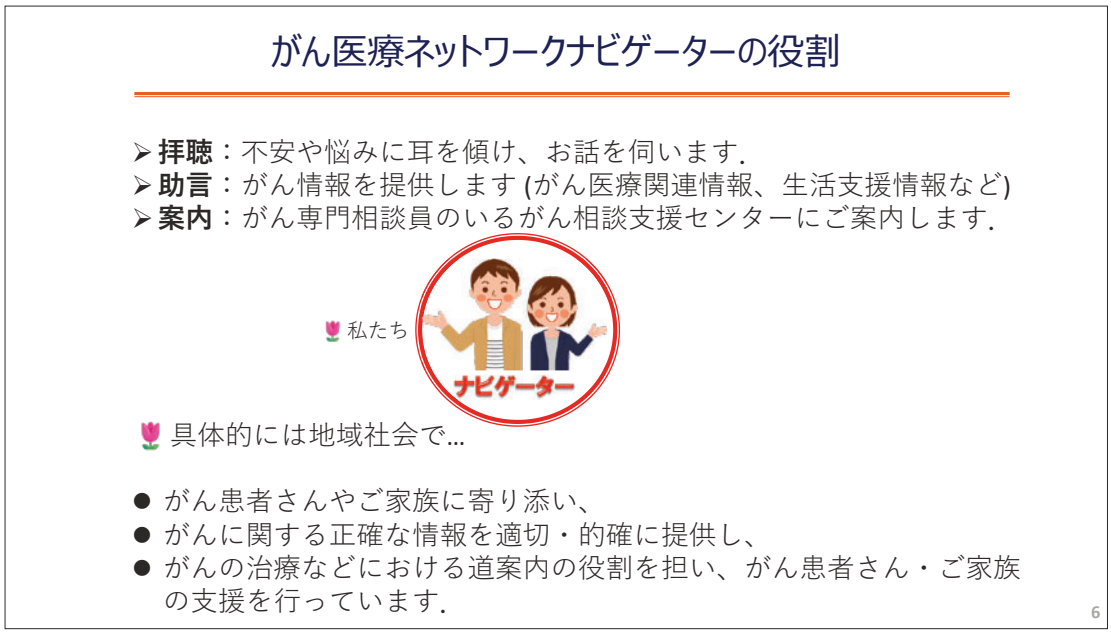


資料５

認定がん医療ネットワークナビゲーター制度

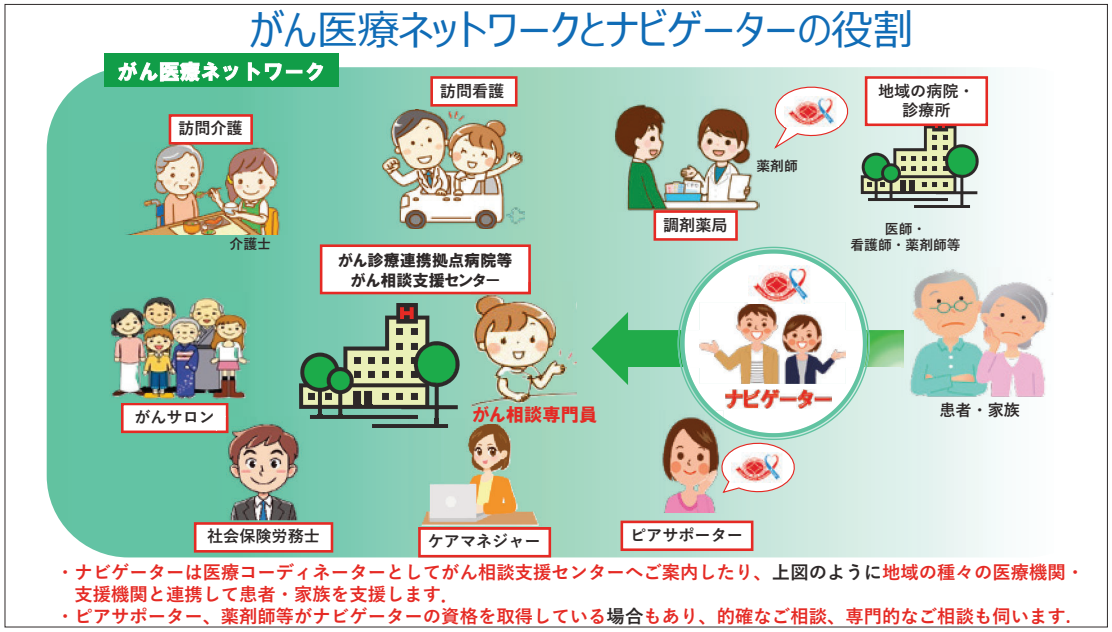
次に、日本癌治療学会が2013年から開始した「認定がん医療ネットワークナビゲーター制度」についてお話しします。これは患者さんとがん相談支援センターをつなぐ重要な役割を果たすものです。通常の「ナビゲーター」に加え、コミュニケーションスキルセミナーや実地見学を経た「シニアナビゲーター」という区分があります。

当院はシニアナビゲーター認定のための実地見学施設として、2019年度から受け入れを行ってきました。この実地見学は相談支援センターにとって労務負担が大きいため、いかに簡略化しつつ効率的に教育するかが課題となっています。（資料５）



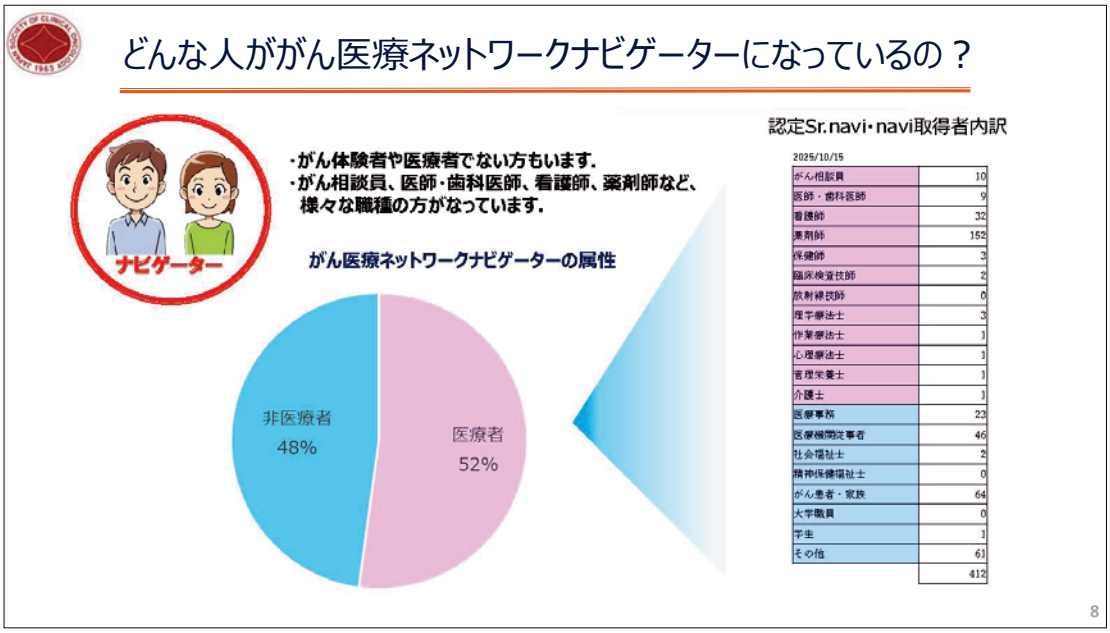
資料６

ネットワークナビゲーターの役割は、適切な場所への配置や助言、案内などを通じて、地域社会の中でがん患者さんやご家族に寄り添い、実際に活動していくことにあります。（資料６）



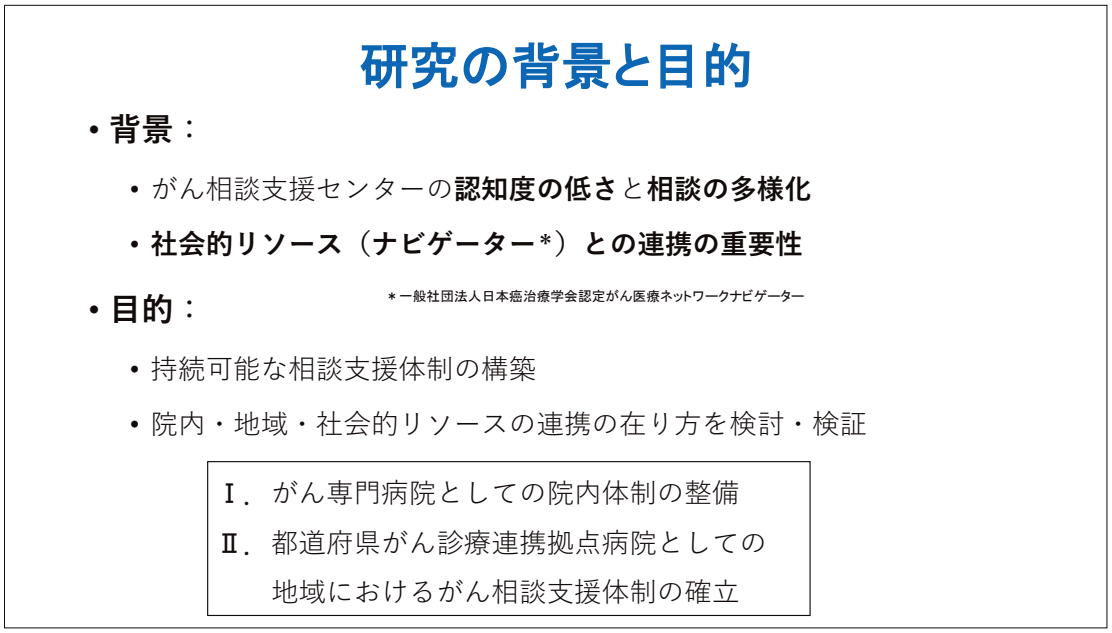
資料７

こちらは模式図です。（資料７）ナビゲーターは、がん専門相談員と患者さんをつなぐ「橋渡し」の役割を担っています。さらに、患者さんの身近な相談役となったり、正しい情報を提供したりすることも重要な役割の一つです。



資料８

現在412名が登録されており、職種は薬剤師や看護師などの医療者が約半分を占めますが、患者会の方などの非医療者も48％と、ほぼ同数です。（資料８）



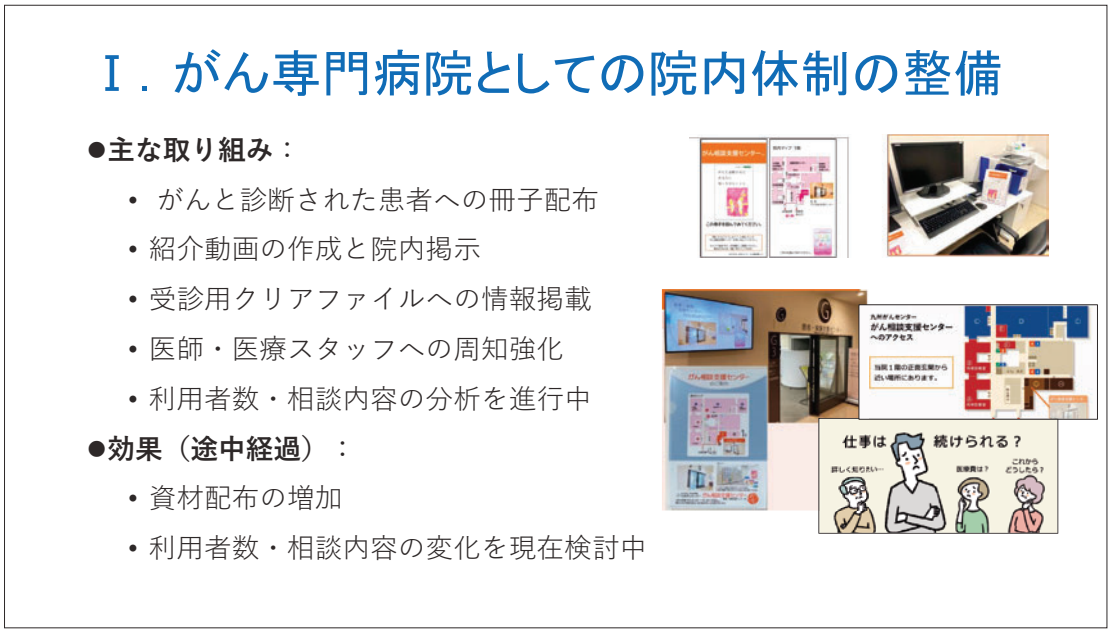
資料９

ここからは、当院が行っているがん相談員の教育およびナビゲーター実地見学の工夫について、北川相談員より報告します。

院内体制の整備と相談員の育成

九州がんセンターのがん専門相談員、北川です。私からは現在までの取り組みと活動計画についてご

報告します。主な柱は「がん専門病院としての院内体制の整備」と「拠点病院としての地域におけるがん相談支援体制の確立」の二点です。（資料９）



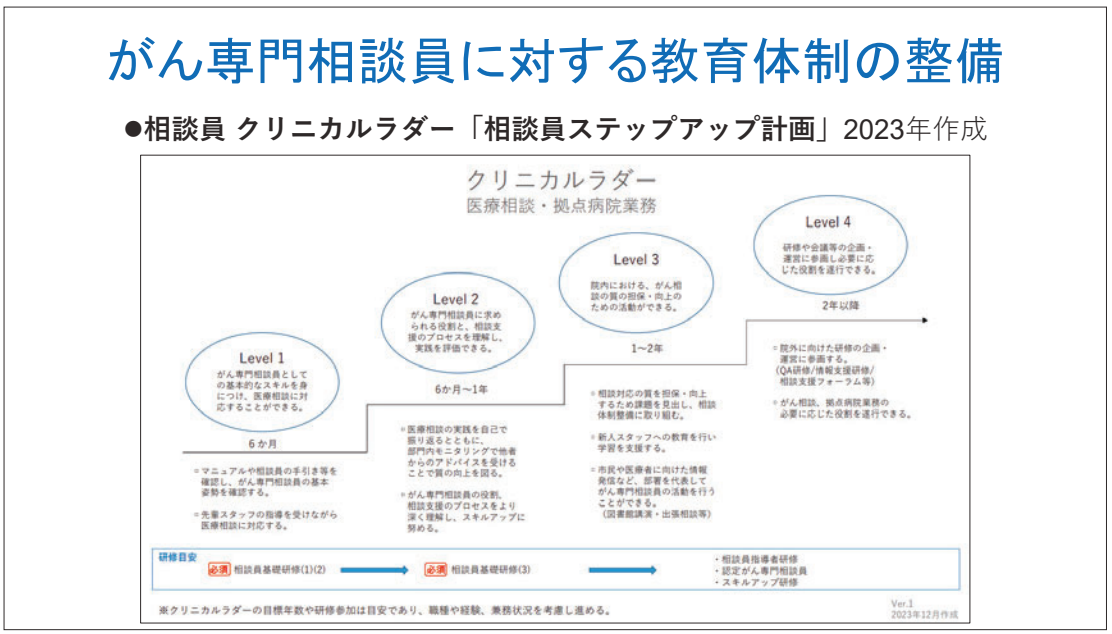
資料10

がん専門病院としての院内体制の整備

まず「Ⅰ.専門病院としての院内体制の整備」についてですが、こちらに関してはこれまでの報告会でも一部触れてきました。

主な取り組みとして、当院では外来診察室にて冊子『がんと診断されたあなたに知ってほしいこと』をお渡しし、情報支援やコミュニケーションの促進を図っています。また、がん相談支援センターの周知については、先ほど院長からも紹介があった動画作成のほか、外来基本表を入れるクリアファイルにセンターの地図や案内を印字するといった工夫を行っています。

さらに、医師をはじめとする院内職員に対しても、毎年動画などを活用してがん相談支援センターの役割や取り組みを紹介しています。こうした活動の成果として、パンフレット等の資材配布数が増加しており、それらを見て実際にがん相談支援センターへ立ち寄る方も増えています。今後は、利用者数や相談内容の変化についても評価を行うことを検討しています。（資料10）



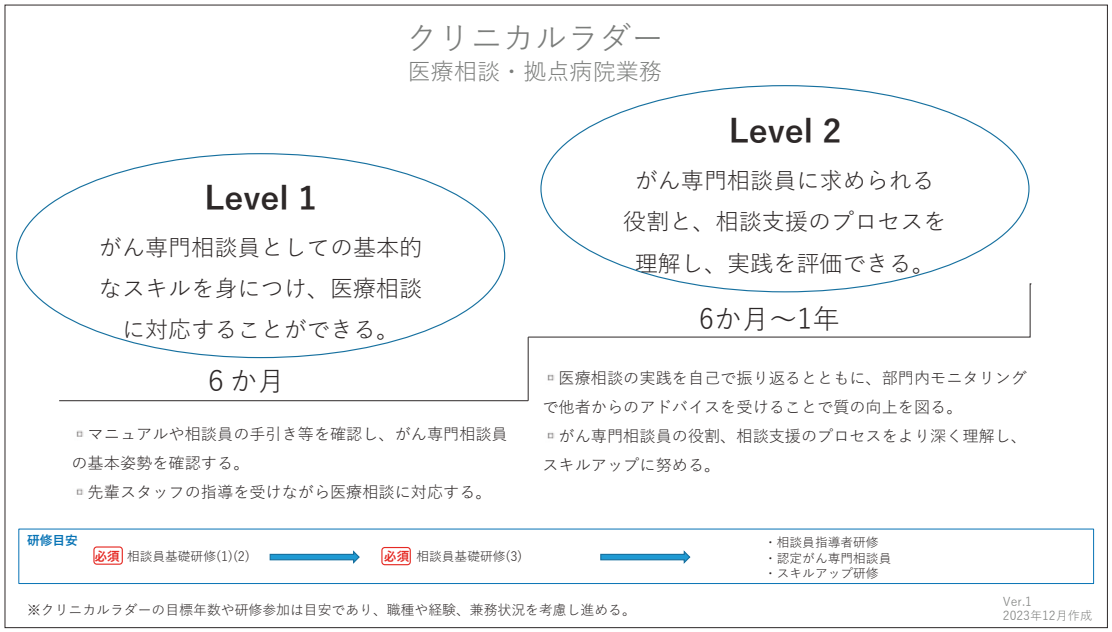
資料11

がん専門相談員に対する教育体制の整備

がん相談支援センターには、一定の臨床経験を持つスタッフが配属されることが多いですが、外来や病棟といった診療現場とは環境が大きく異なります。そのため、配属直後や数年間は戸惑いを感じるスタッフも少なくありません。がん相談支援センターが担う業務内容が増加する中、相談員にはがん医療への関心を持ち続けながら、相談者のニーズに即した高い相談スキルを習得していくことが求められています。

また当院は、都道府県がん診療連携拠点病院として、県内の相談員全体の質の維持・向上を目指した学びや交流の機会、研修の企画運営なども担っています。こうした現状を踏まえ、当院では看護師の現任教育で用いられている「クリニカルラダー」を参考に、独自の相談員用ラダーを作成しました。

これを「相談員ステップアップ計画」と命名し、相談員としての能力やキャリア開発を段階的に育成・向上させる取り組みを2023年から開始しています。これは、そのステップアップ計画の全体像です。（資料11）



資料12

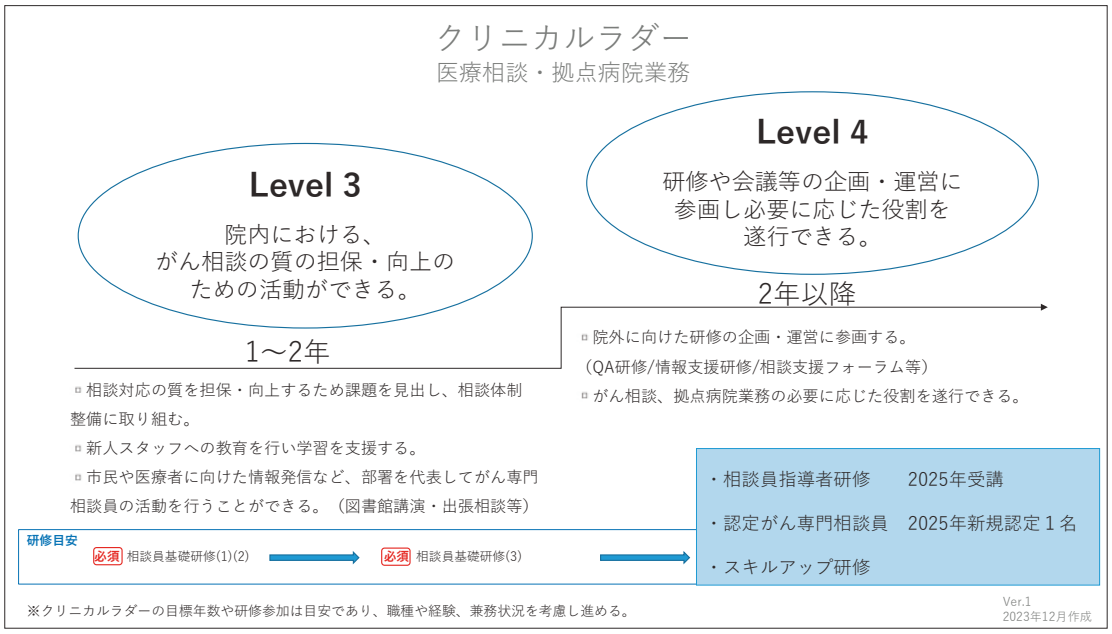
こちらはステップアップ計画の前半部分である、レベル１・２を拡大したものです。

レベル１

配属後半年間は、相談員としての基本姿勢を学びます。この期間は先輩相談員の指導を受けながら、段階的にがん相談の実務に対応していきます。

レベル２

配属から半年が経過するとレベル２へ移行します。部門内モニタリングでの事例提供や、自身の相談対応の振り返りを行うことで、相談支援のプロセスをより深く理解し、スキルの定着を図っていきます。（資料12）



資料13

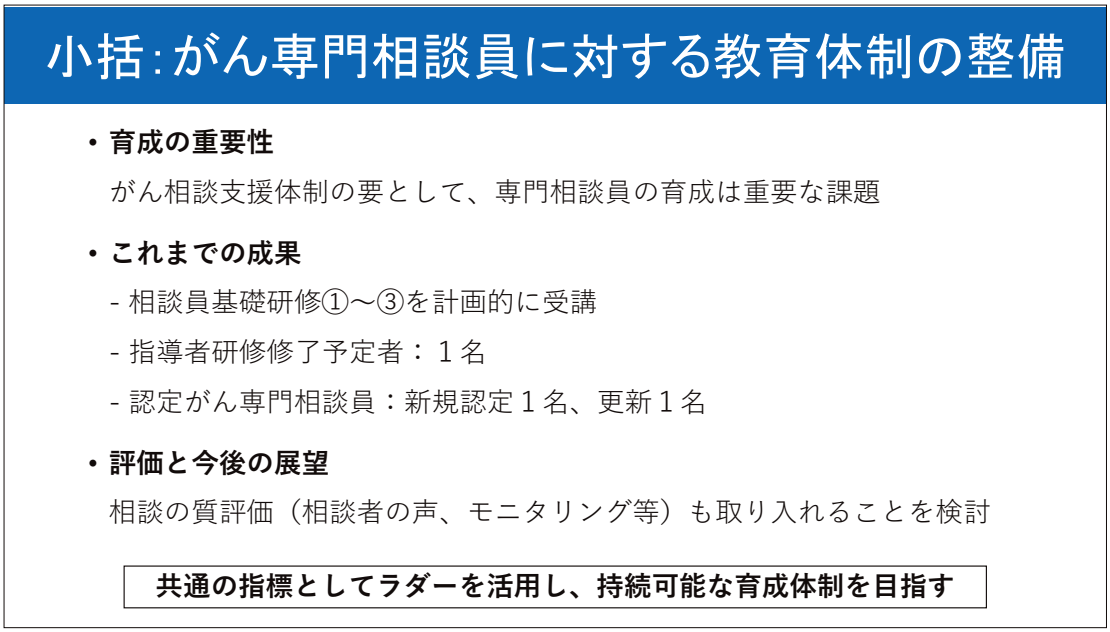
レベル３

主体的に相談体制の整備に取り組むほか、地域の図書館での講演会や出張相談など、市民や院外の医療者に向けた情報発信を経験していきます。

レベル４

県内の相談員を対象とした研修の企画運営、さらには「福岡県がん診療連携協議会」の会議運営への参画にも携わります。これにより、院内のみならず県内における相談員としての役割を遂行・経験していきます。

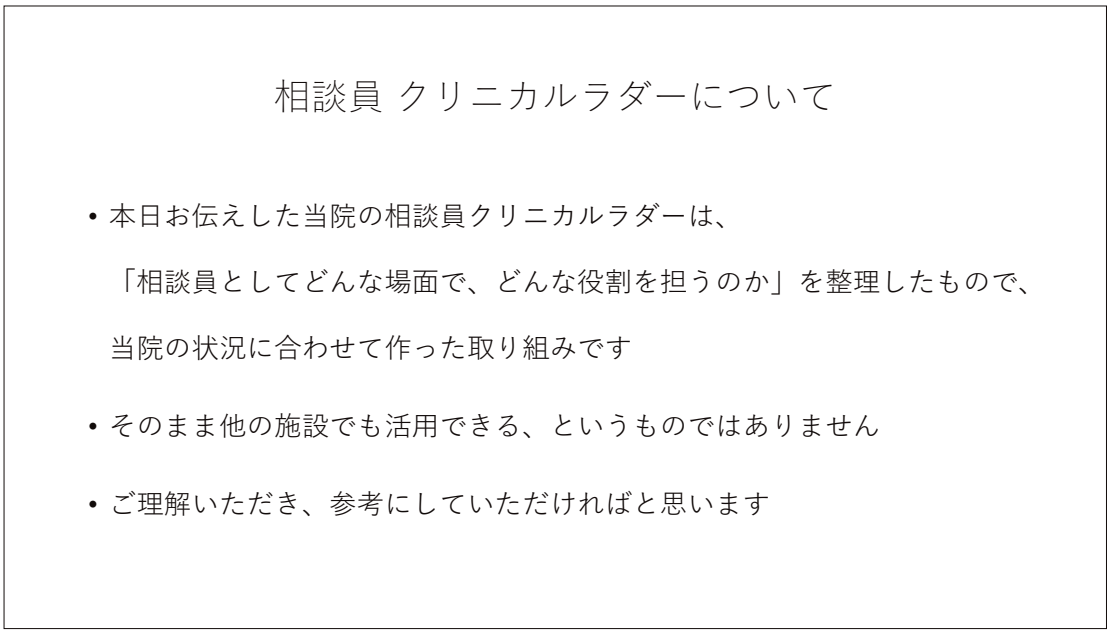
これらのラダーを進める過程では、対象スタッフと教育担当部署の管理者が定期的に面談を行い、進捗状況を共有しています。2023年からこの取り組みを開始し、現時点での成果としては、指導者研修の受講完了や、新たに「認定がん専門相談員」の資格を取得するスタッフが出るなど、着実な進展が見られています。（資料13）



資料14

小括：がん専門相談員に対する教育体制の整備

がん相談支援体制を支える要として、専門相談員の育成は極めて重要な課題です。当院では、この「相談員ステップアップ計画（クリニカルラダー）」を活用することで、個々の能力を最大限に引き出し、持続可能な育成体制の整備に努めています。（資料14）



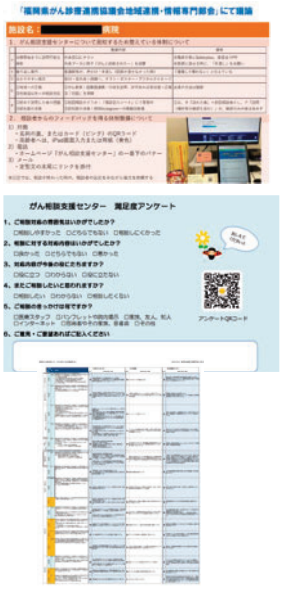
資料15

ここで、当院で運用している「相談員クリニカルラダー」に関する留意点をお伝えします。

本日ご紹介したラダーは、相談員がどのような場面でどのような役割を担うべきかを整理し、あくまで当院の実情に合わせて作成したものです。そのため、他の施設にそのまま適用できる汎用的なものではありません。一つの事例・取り組みとしてご理解ください。（資料15）

Ⅱ．都道府県がん診療連携拠点病院としての地域におけるがん相談支援体制の確立

- **福岡県がん診療連携協議会での検討：**
  - 「必ず一度訪問する体制」「フィードバック体制」
- **同協議会でのPDCAチェックリスト活用：**
  - 各施設での自己点検→結果共有→共通課題の抽出
- **ナビゲーターとの連携促進：**
  - 実地見学の課題抽出、実地見学計画の再構築



資料16

都道府県がん診療連携拠点病院としての地域におけるがん相談支援体制の確立

次に、都道府県がん診療連携拠点病院としての「地域における相談支援体制の確立」についてご報告いたします。

この取り組みについても、過去の研修会等で継続してご報告してきました。主な活動としては、県内の協議会における意見交換や事例検討の継続などが挙げられます。今回はその中から、先ほども触れました「日本癌治療学会 認定がん医療ネットワークナビゲーター」の育成に関する取り組みについて詳しくご紹介していきます。（資料16）

シニアナビゲーター育成に向けた実地見学の効率化

日本癌治療学会がん診療ネットワークシニアナビゲーター　実地見学

GIO（一般目標；General Instructional Objective）

「実際のがん診療および地域のがん診療ネットワークを理解し、がん患者や家族等の相談者に科学的根拠と、倫理観に基づく信頼できる情報提供を行い、その人らしい生活や治療選択が出来るように支援する。同時に相談者およびネットワークに属する他の支援者と適切なコミュニケーションを構築する。

引用：日本癌治療学会：認定がん医療ネットワークシニアナビゲーター実地見学要項V5　https://www.jsco.or.jp/Portals/0/3_Kouhou/navi/kengaku_vol_5.pdf

資料17

シニアナビゲーター育成に向けた実地見学の効率化

「ネットワークナビゲーター」とは、地域においてがん医療に関する基本的な情報提供や支援を担う役割を指します。そのアドバンスコースとして「シ

ニアナビゲーター」が設定されており、この認定を受けるためには、がん診療連携拠点病院などでの「実地見学」が必須要件となっています。（資料17）

シニアナビゲーター育成に向けた実地見学の効率化

日本癌治療学会がん診療ネットワークシニアナビゲーター　実地見学

SBO（行動目標；Specific Behavioral Objectives）

1. 地域のネットワークの情報を収集し理解する
2. 実際のがん診療の場面を見聞することで、がん診療への理解を深め、患者・家族の抱える困難への認知を深める
3. 相談者への情緒的なサポートを行いコミュニケーションを構築し継続的なアプローチを保証する
4. 相談者の情報の整理を助け、地域のネットワークを紹介し、つなぐ
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
6. 臨床試験・治験に関する情報を適切に提供する
7. 倫理的な側面（ナビゲーターの立場を明らかにすること。個人情報の取り扱い。守秘義務。）に配慮し、医療介入を行わない
8. 認定見学施設やがん相談支援センターと相談・調整しナビゲーター活動を行う場の設定を行い関係を構築・強化する
9. がん連地域連携パスの運用支援を行う
10. ネットワークの他の人々と良好なコミュニケーションを構築する

資料18

実地見学では、10個の行動目標が定められています。

当院のような受け入れ施設側は、見学者がこれらの目標をすべて経験できるよう、各部署との調整を行う必要があります。しかし、実際の運用においては、受け入れ施設側に相応の負担がかかっているのが現状です。（資料18）

シニアナビゲーター育成に向けた実地見学の効率化


一般社団法人日本癌治療学会
認定がんネットワークナビゲーター実地見学
期間
2025/06/4~06/06
実習生：A 氏（所属・職種）
B 氏（所属・職種）

時刻	水 6/4	木 6/5	金 6/6
8:40			
9:00			
9:30	がん相談 朝ミーティング	がん相談 朝ミーティング	がん相談 朝ミーティング
10:00	オリエンテーション（診療） SBO1-A 講義（診療） がん相談支援センター設計・運営 がん診療連携拠点病院設置・運営 他のネットワークの情報	SBO2-B 外来見学	SBO2-B 外来見学
10:30			
11:00	SBO3-A 講義（相談員） コミュニケーションの概念		
11:30	SBO9-C 講義・見聞（パス担当） 地域連携パス 運用		
12:00			
12:30			
13:00	SBO2-B 緩和ケアチーム回診 （チームカンファレンス）参加見学 緩和ケアセンターGM	SBO4 相談者が求めるニーズ SBO5 各相談スタイルの特性と限界 SBO7 倫理的側面	SBO4 相談者が求めるニーズ SBO5 各相談スタイルの特性と限界 SBO7 倫理的側面
13:30			
14:00			
14:30	SBO6-A,B 臨床試験・治験		
15:00			SBO10 総合討議 ネットワークスタイル 良好なコミュニケーション構築
15:30	個人ワーク		
16:00			SBO2-B キャンサーボード参加 見学 6/6 16:00
16:30			
17:00			

- COVID-19で中止していたが、2025年度から受け入れ再開
- 再開をきっかけに、実地見学プログラムを改良

：期間短縮（10日⇒3日）

資料更新（講義、音声資料）

資料19

当院では2019年から実地見学を受け入れてきました。コロナ禍により一時休止していましたが、今年度の受け入れ再開にあたり、先述した施設側の負担を考慮してプログラムの改良を行いました。

主な改良点としては、まず見学日数の短縮が挙げられます。さらに、学習資料を更新することで、より効率的に学べる体制を整えました。資料では、改良後の「３日間の見学スケジュール」をご紹介しています。（資料19）

実地見学後アンケート結果　n=2

1. 当院を希望した理由	• がん専門病院だから　2
2. 今回の満足度	• 満足　2
3. 実地見学のなかで有益な内容	• 実際の相談対応を見聞し、具体的なナビ活動のイメージが湧いた • ナビゲーターとしての気づき・発見は、「聞きすぎない」「薬剤師との区別」「情報の取り方の必要性を学んだ
4. 実地見学に対する意見・感想	• 3日間にナビ活動に必要なエッセンスを組み込んでくださり、とても有意義だった • とても良かった
5. 実地見学前・後で、ナビゲーターに対する認識が変わるようなことがあったか	• 看護師とナビの違いをしっかり認識することができた。実際の相談を見聞し、相談員と質疑応答できたことでナビ活動のイメージがしやすくなった • 「つなぐ」の重要性を再確認できた

資料20

こちらは今年度の実地見学終了後に行ったアンケートの結果です。今年度は2名の方を受け入れました。

当院はがん専門病院ということもあり、実地見学の希望を多くいただく傾向にあります。見学者を受け入れる際は、関わる院内スタッフ間で目標や方向性をその都度共有するように努めてきました。アンケートの回答を拝見すると、スタッフが統一した姿勢で見学者に対応できていることが確認でき、非常に手応えを感じています。（資料20）

小括:シニアナビゲーター実地見学受け入れ体制の再構築

- **背景と課題**
  実地見学は受け入れ施設に負担がある
- **2025年度の受け入れ再開と成果**
  - COVID-19後、見学日数・内容を凝縮（10日⇒ 3日）し、受け入れ再開
  - 今年度2名を受け入れ、見学者・院内双方から好評価
- **今後の展望**
  - 見学受け入れの継続と体制の評価・改善
  - 日本癌治療学会等での報告・検討

地域と深くかかわり、がん相談支援体制の拡大・充実を図る

21

資料21

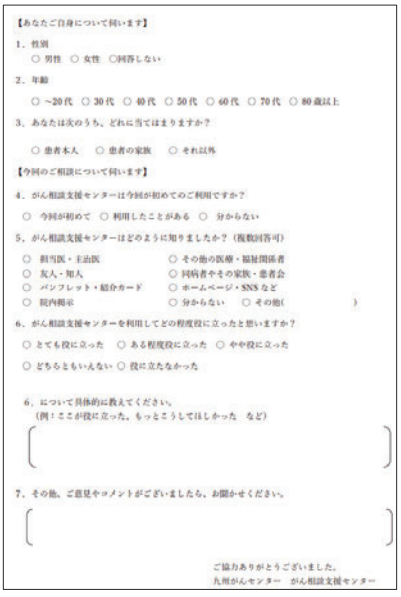
シニアナビゲーター実地見学受け入れ体制の再構築

ナビゲーターやシニアナビゲーターといった「社会的人材リソース」との連携は非常に重要ですが、これまでは受け入れ施設側にも少なからず負担があったのが実情です。

当院では、受け入れ側の負担を軽減しつつ質を維持できるよう、見学プランの改良を重ねてきました。今後の展望としては、今後も実地見学の受け入れを継続し、体制の評価と改善を積み重ねていきたいと考えています。（資料21）

2025年度の活動計画

- **「相談者からフィードバックを得る」に対応するアンケート調査**
- 目的：相談者の認識、有益性等を評価し、相談対応の質向上、利用促進の示唆を得る
- 項目：①相談者の属性、②支援センターの認知度、③利用状況、④役立ち度、⑤自由記載（相談者の声）


【あなたご自身について伺います】
1．性別
○ 男性 ○ 女性 ○回答しない
2．年齢
○ ～20代 ○ 30代 ○ 40代 ○ 50代 ○ 60代 ○ 70代 ○ 80歳以上
3．あなたは次のうち、どれに当てはまりますか？
○ 患者本人 ○ 患者の家族 ○ それ以外
【今回のご相談について伺います】
4．がん相談支援センターは今回が初めてのご利用ですか？
○ 今回が初めて ○ 利用したことがある ○ 分からない
5．がん相談支援センターはどのように知りましたか？（複数回答可）
○ 担当医・主治医 ○ その他の医療・福祉関係者
○ 友人・知人 ○ 同病者やその家族・患者会
○ パンフレット・紹介カード ○ ホームページ・SNS など
○ 院内掲示 ○ 分からない ○ その他（ ）
6．がん相談支援センターを利用してどの程度役に立ったと思いますか？
○ とても役に立った ○ ある程度役に立った ○ やや役に立った
○ どちらともいえない ○ 役に立たなかった
6．について具体的に教えてください。
（例：ここが役に立った、もっとこうしてほしかった など）
7．その他、ご意見やコメントがございましたら、お聞かせください。
ご協力ありがとうございました。
九州がんセンター がん相談支援センター

資料22

2025年度の活動計画

最後になりますが、現在進行中の活動計画についてご紹介します。

今年度は、拠点病院の整備指針に基づき、相談者からフィードバックを得るためのアンケート調査に取り組んでいます。調査項目については、これまで皆様が会議や学会誌、学術集会等で報告された知見を参考に作成しました。

すでに研究倫理審査の承認も得ていますので、今

後は収集したデータを分析し、院内外の相談支援の
取り組みに広く活用していきたいと考えています。
当院からの報告は以上です。（資料22）

あとがき

このたびの講演会では、２つの厚労科研研究班の分担研究者および研究協力者として関わられている演者の先生方に、がん相談支援センターの周知と相談員の育成について２つの内容をテーマに取り組みをご紹介いただきました。講演会にご協力いただきました先生方、そして講演会にご参加いただきました皆様、活発にご議論くださいましてありがとうございました。全国のがん相談支援センターには、今回ご紹介させていただいた以外にも、さまざまな工夫をされて、うまく回せている、利用者が増えている、そして教育の継承が上手くいっているところもまだたくさんあるのではないかと思います。今後も、このような皆様の取り組み事例を共有していくことで、現場で働かれているがん相談支援センターの皆様にとっても働きやすく、そして利用者の皆様にとっても、安心して、信頼して利用できるがん相談支援センターになり、がん相談支援センターが発展していきますよう願っています。

2026年３月吉日

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
「がん相談支援の質の確保及び持続可能な体制の構築に資する研究（23EA1025）」
研究代表者：高山　智子

※本講演会記録集は、2025年12月９日㈫ 15:30-17:00に開催されたオンライン講演会『がん相談支援センターの周知と持続可能な体制づくりに向けて「多様ながん相談への対応：相談員の育成と周知成功の鍵」』の内容をまとめたものです。

厚生労働科学研究費補助金研究班主催　がん相談支援センター向け　講演会　記録集

がん相談支援センターの周知と持続可能な体制づくりに向けて

「多様ながん相談への対応－相談員の育成と周知成功の鍵」

編集・発行

令和７年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「がん相談支援の質の確保及び持続可能な体制の構築に資する研究」班　研究代表者
静岡社会健康医学大学院大学　教授　高山　智子

「科学的根拠に基づくがん情報の提供及び均てん化に向けた体制整備に資する研究」班　研究代表者
国立がん研究センター　がん対策情報センター本部　副本部長　若尾　文彦

発行　2026年3月