がんゲノムプロファイリング検査に関するご説明と

長野赤十字病院がんゲノム医療外来受診申込書

**◆がんゲノム医療外来の受診を希望される方へ**

がんゲノム医療外来とは、がんゲノムプロファイリング検査についての詳細な説明をさせていただき、患者さんが検査を受けられるか判断される際や検査後の対応の手助けになる外来です。

**◆がんゲノム医療外来受診前に知っておいていただきたいこと。**

1. がんゲノムプロファイリング検査の目的
2. がんゲノムプロファイリング検査の利点と限界
3. がんゲノムプロファイリング検査の保険適用について
4. がんに関する遺伝の情報が判明する可能性について
5. がんゲノム医療外来の時間と費用
6. お問い合わせ先

**１．がんゲノムプロファイリング検査の目的**

　あなたのがん細胞の特徴をゲノム解析によって網羅的に調べ、がんと関連する多数の遺伝子の状態を確認することを通して、あなたのがんの特徴を調べ、適切な薬剤や治療法、あなたが参加できる可能性がある臨床試験・治験の有無を専門家チームが検討し、その結果をお伝えする検査です。

**2．がんゲノムプロファイリング検査の利点と限界**

　この検査の結果により、あなたの今後の治療に役立つ情報が得られる可能性があります。がんにかかわる遺伝子の研究は日進月歩であり、その結果の解釈も複雑なため、専門家が最新かつ確かな情報を用いて検討します。しかし、この検査を受けた方のうち、検査結果に基づいた治療を受けられるのは現時点で約1割程度に留まると想定されます。現在のところ約9割の患者さんはこの検査を受けても、検査の結果がご自身の治療に直接つながらない可能性があります。解析に用いる検体は各検査会社の基準を満たしたものを提出しますが、それでも検体の品質や量によっては、解析自体が不成功に終わる可能性があります。また、あなたに適した薬剤が見つかった場合でも、以下のような場合には、あなたの治療法として選択できないことがあります。

　　・日本国内では販売が承認されていない薬剤の場合

　　・あなたのがんへの適応が認められていない薬剤の場合

　　・あなたが参加条件を満たさない臨床試験・治験でのみ使用されている薬剤の場合　など

検査結果から何らかの治験や患者申出療養（臨床試験）などにつながる場合のほとんどにおいて転医が必要となり、場合により実費負担が高額となる可能性があります。尚、提案される薬剤は研究論文等で報告されている事実から推測されたものであり、個々の患者さんに対する効果を保証するものではないことにご留意ください。

**3．がんゲノムプロファイリング検査の保険適用について**

当院では保険が適用される２種類の検査を施行できます。費用はどちらも560,000円です。そのうち自己負担額は以下の通りになります。高額療養費制度の対象になります。

１割負担の方　 56,000円

　　　 ２割負担の方　112,000円

　　 　３割負担の方　168,000円

　保険適用の対象となる患者さんは、**1〜3**のすべてを満たす方です。

1. **下記のいずれかの診断を受けた方**

○標準的な治療法が確立されていない固形がんの方

○標準治療が終了となった、あるいは終了が見込まれる固形がんの方

1. **検査に必要な検体がある方**

検査には一定量のがん組織検体が必要です。検査会社から指定された検体量があるか事前に確認する必要があります。がんゲノム医療外来紹介前に主治医の先生にご確認をお願いしてください。

1. **検査結果が出るまで良好な全身状態が保たれている方**

検体提出後、最終的な結果が出るまでに2か月前後かかることが予測されます。有効な治療薬がみつかったとしても結果が出た際に患者さんの全身状態が悪化されていては使用することはできません。詳細はがんゲノム医療外来でご説明いたします。

**4．がんに関する遺伝の情報が判明する可能性について**

　がんゲノムプロファイリング検査をした結果、あなたのがんの治療に役立つ情報の有無とは別に、あなたのがんが、あなたの生まれ持った遺伝子変化と関連している可能性（遺伝性腫瘍）が判明することがあります。その場合はご自身だけでなく、血縁関係のあるご家族も同じ遺伝子の変化をもっている可能性があります。予防法や治療法が存在するなど、あなたやあなたの血縁者の健康管理に有益な結果はお知らせしたいと考えていますが、あなたのご希望を尊重します。情報開示の希望の有無につき検査同意書のチェック欄に記載をお願いすることになります。情報開示を希望された場合でも、撤回はできますので、その場合には検査結果説明時までに当院担当医までお知らせください。情報開示をご希望されない場合、治療薬によってはその後の診療に影響することがあります。さらに詳細な情報を得たい場合には、別途、遺伝カウンセリングや遺伝学的検査を受けていただく必要があり、追加の費用が発生します。また、これらの検査で判明する体質に関する情報は、あくまでも可能性を示す参考情報であり、確定診断にならない可能性があることをご承知おきください。がんゲノム医療外来受診時には可能な限りご家族の同席をお願いいたします。

**5．がんゲノム医療外来の時間と費用**

　がんゲノム医療外来は専門的な情報提供の外来で、以下の通りとなっております。

●外来日

毎週月〜金曜日　午前　　※完全予約制

●費用

保険診療（60分以上かかる場合は後日とさせていただく場合があります）

**６．お問い合わせ先**長野赤十字病院がん相談支援センター

tel：026-226-4131(代表) 対応日時：月〜金（当院休診日を除く）9:00〜17:00

わからないことや心配なことがありましたら、担当看護師に遠慮なくお尋ね下さい。

**長野赤十字病院がんゲノム医療外来受診申込書(②)**

上記内容について

　□　理解できました　　□　理解できない部分がありました（がんゲノム医療外来でその旨お話ください）

私は説明書の内容を確認した上で、がんゲノム医療外来受診を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名（自筆）

住所

電話番号

　対応日　　　　　　　　年　　　月　　　日

対応医師(医療者)

＊患者さんへ

申し込んでいただいた場合、家族歴の詳しい調査をさせていただきますので、「家族歴調査のお願い」をお読みいただき調査にご協力をお願いいたします。

--------------------------------------以下医療者用--------------------------------------

\*この申込書を受け取った**主治医**の先生へ

長野赤十字病院ホームページ: [www.nagano-med.jrc.or.jp](http://www.nagano-med.jrc.or.jp)をご参照いただいたうえで①「**診療情報提供書**(通常のもの)」、②「長野赤十字病院癌ゲノム医療外来**受診申込書**(本書式、患者さんの署名のあるもの)」、③「**治療歴**(当院書式ダウンロード必要)」、④「**検体情報提供書**(当院書式ダウンロード必要、「**検体情報**」に記載したもの)」を地域連携室経由でFAXをお願いいたします。「**検体情報**」の欄に提出できそうな検体の採取日と採取部位等必要事項を記載した「**検体情報提供書**(当院書式)」の**コピー**を、を**貴院病理部門**にご送付をお願いいたします。

尚、①「**診療情報提供書」、②**「長野赤十字病院癌ゲノム医療外来**受診申込書**(本書式、患者さんの署名のあるもの)」、③「**治療歴**(当院書式)」、④「**検体情報提供書**(当院書式、「**検体情報**」に記載したもの)」の4点が長野赤十字病院に届き次第、当院病理部から貴院病理部門にご連絡をさせていただき、検体を確認させていただきます。

**家族歴調査のお願い(患者さん用）**

長野赤十字病院ではご自身やご家族の病気について詳しくお伺いするために、家族歴調査票の記入をお願いしております。がんの遺伝的リスクがある場合には、それに対する対策を実施することにより、発症予防(一次予防)や早期発見・ 早期治療(二次予防)に役立たせることができると考えられているからです。いただいた情報をもとに、必要に応じて医療スタッフが直接お伺いさせて頂くことがあります。

ご記入日 年 月 日

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 年齢\_\_\_\_歳 ID\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

○あなたが今までにかかった病気を教えてください。例：○才△△

〇喫煙歴　　　　本　　　　歳から　　　　歳まで　　　　年間

〇飲酒歴　　　　週　　　　日　　　　年間

○家族歴について

父親/父方の家系

母親/母方の家系　　に、がんの方がいらっしゃるか、いつかかったかを伺います。

兄弟姉妹/子供

祖父母、おじおば、甥姪までは性別、大きな病気になられた方はその年齢（亡くなられた方は年齢とその理由）をあらかじめ調べていただくようになっていますのでおわかりになる範囲でご協力をお願いいたします（参考：下の図の例で□は男性、○は女性を表しています）。



（一部改正：2024/1/16）