厚生労働科学研究費補助金

がん対策推進総合研究事業

高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

令和７年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　小川　朝生

令和8（2026）年 3月

目　　次

Ⅰ．　総括研究報告書
高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究
----------3
国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科　小川　朝生

Ⅱ．　分担研究報告書
1.　高齢がん患者の治療・療養・介護に関する支援を提供する上での課題の把握と提言の作成
----------11
国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科　小川　朝生
国立がん研究センター東病院 サポーティブケアセンター・ソーシャルワーカー室
坂本　はと恵
国立がん研究センター中央病院 呼吸器内科　水谷　友紀

2.　高齢がん患者の療養生活に関する支援課題の質的検討　----------15
国立がん研究センター東病院 サポーティブケアセンター・ソーシャルワーカー室
坂本　はと恵

3.　地域で生活する高齢がん患者の生活上の問題と支援に関する研究　----------19
湘南医療大学 保健医療学部 看護学科　渡邉　眞理

資料　（表１）対象者の概要----------31
（表２）対象者が語った事例の概要
（表３）地域で生活する高齢がん患者の生活上の課題　カテゴリーとコード
（表４）地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援　カテゴリーとコード

4. 高齢がん患者の治療・療養・介護に関する支援を提供する上での課題の把握と提言の作成
----------35
国立大学法人東北大学　大学院文学研究科　田代　志門

5.　NDBと介護総合データベースを活用した高齢がん患者における死亡前の治療・療養生活の実態把握　----------37
一般社団法人臨床疫学研究推進機構　奥村　泰之

資料　（図１）デザインダイアグラム----------40
（図２）流れ図
（表１）患者背景
（表２）診断日から特定時点における要介護認定の新規申請あるいは死亡の累計発生割合
（表３）診断日から特定時点における新規の訪問看護利用の累積発生割合
（表４）新規の要介護認定日から特定時点における死亡の累積発生割合

6.　忘れられる権利とがんサバイバーの定義への影響　―EU加盟国の動向から―　--------45
認定特定非営利活動法人がんサポートコミュニティー　大井　賢一

Ⅲ.　研究成果の刊行に関する一覧表　----------51

Ⅰ．総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
総括研究報告書

高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

研究代表者　小川　朝生　国立研究開発法人国立がん研究センター
東病院　精神腫瘍科　科長

研究要旨　本研究は、日本における高齢がん患者の治療・療養・介護に関する課題を多面的に把握し、支援体制の改善に資する提言を導くことを目的とした。昨年度に続き、①医療・介護現場における質的調査、②全国データベースを用いた実態分析、③社会倫理的視点による課題整理、④欧州の制度を踏まえた国際比較を通じて実施した。質的調査では、医療・介護保険の調整や経済的問題、住まい・療養場所の問題、支援者の課題、死後の事務手続、本人が自ら手続ができないことがからむことが明らかになった。全国規模のデータ分析からは、がん患者の介護保険の利用内容が一般の高齢者と異なること、介護保険の認定から死亡までの期間が年齢に依存しないことが明らかとなった。これらの成果は、高齢がん患者の尊厳ある療養生活の実現と支援の制度的整備に向けた基盤となるものである。

研究分担者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

小川　朝生	国立がん研究センター・東病院精神腫瘍科　科長
坂本　はと恵	国立がん研究センター・東病院サポーティブケアセンター・ソーシャルワーカー室・副サポーティブケアセンター長・ソーシャルワーカー室長
渡邉　眞理	湘南医療大学・保健医療学部看護学科・教授
田代　志門	東北大学・大学院文学研究科・教授
水谷　友紀	国立がん研究センター・中央病院　呼吸器内科・外来医長
奥村　泰之	一般社団法人臨床疫学研究推進機構・代表理事
大井　賢一	認定特定非営利活動法人がんサポートコミュニティー・事務局・事務局長

A. 研究目的

高齢がん患者は、その約 47%に併存症、42%に身体精神機能低下、30%に独居や高齢夫婦世帯などの社会的な課題がある(NCCN 2024; JCO 2023)。高齢がん患者の治療を進める上で医療と介護支援の連携が欠かせない。

しかし介護ニーズが高いにもかかわらず支援が不適切であると指摘されている。われわれは死亡前 6 ヶ月間に看護保険を利用していた割合は、がんで 56.6%と低いことを明らかにした (2024 厚生の指標)。介護保険サービスを十分に利用できたと回答した割合は 78-81%と高い一方、介護保険の運用が未だに周知されていない地域があることや、ストマ等の装具に対応できずに施設退所に至る介護施設の課題もある。介護支援員からは、がん患者の 70%に耐えがたい疼痛が残存しているとの報告もあり、医療・介護の連携の不十分さも指摘されている(Neuropsychopharma 2024)。患者家族の療養生活の質の向上を図るために、医療・介護の連携を深めるベストプラクティスの形成が重要である。

こうした背景から本研究では、全国レベルのビッグデータ分析、現場職種への質的調査、社会倫理的分析、さらには欧州における「忘れられる権利」とがんサバイバーの概念の変化に関する国際比較研究を組み合わせ、包括的な課題把握と提言の作成を進めた。

B. 研究方法

本年度は医会の項目を中心に検討を進めた。

① 質的調査
医療ソーシャルワーカー、看護師、介護支援専門員ら 21 名を対象にフォーカスグループ・インタビューを実施し、支援上直面する医療・介護・生活支援に関する課題、認知症やセルフネグレクト、などの意思決定支援における問題を質的に検討した。

② 患者・家族の治療・療養に関する体験の質的調査
高齢のがん患者 31 名、介護者 28 名を対象にがんの療養に関する体験を質的に検討した。

③ NDB と介護総合データベースを活用したこうれいがん患者への医療・介護サービスの提供上に関する研究
2018 年 4 月から 2022 年 3 月までの間に初めて悪性腫瘍の傷病名を付与された患者を対象として、NDB と介護 DB を突合したコホート研究を実施した。評価項目は、要介護認定の新規申請日までの期間および死亡日までの期間とした。

④ 社会倫理的検討
文献レビューに基づき、従来の意思決定支援に加え、「セルフネグレクトへの対応」「死後の支援」「死期を早める要望（VSED 等）への対応」といった新たな倫理課題を抽出。倫理的ジレンマに対する指針の必要性を論じた。
⑤ 国際制度比較
EU27 カ国のうち 9 カ国に導入された「忘れられる権利」の法制度とその背景を調査。「がんサバイバー」という用語自体への批判や、経済的差別の解消を目的としたアドボカシーの広がりを検討した。

（倫理面への配慮）
本研究は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。

C. 研究結果

(1) 高齢がん患者の支援上の課題

医療ソーシャルワーカー6 名（がん診療連携拠点病院所属 3 名、在宅療養支援診療所所属 3 名）、看護師 12 名、介護支援専門員 3 名に対して、インタビューを実施した。地域特性や生活支援等については、職種や支援活動を基盤に分析をおこなった。あわせて、医療機関側から高齢がん患者の治療・療養・介護に関する支援を提供する上での課題については、がん診療にあわせて、社会資源を調整する観点から、課題を抽出・分析した。
分析の結果、高齢がん患者の治療・療養・介護の関する課題は、社会資源の調整に関するカテゴリー5 つ、患者本人の認知機能に関するカテゴリー1 つに分類できた。

(1) 医療・介護の調整
がん医療に応じた介護保険サービスの調整課題であり、以下の内容を含んだ。
- 必要な医療・介護サービスを本人が断り導入できない（セルフネグレクトに関する事例）
- 身元保証人がいないため適切なサービスが利用できない
- 本人のニーズに合致した支援がない
- 医療・介護サービス利用をめぐって本人・家族間に意見の対立がある
- 介護認定・区分変更の申請・手続をめぐるトラブル

(2) 経済的問題・金銭管理の問題
医療費や生活費に関する課題と本人の日常生活の金銭管理に関する課題があがった。
- 医療費・介護費が払えない（医療者が気づかない、周囲の人に本人に代わっての支払いなど金銭的負担が生じる）
- 毎日の生活費や金銭管理ができない（預金の引き出し、現金管理、必要な物品の購入、家賃・光熱費の支払い）
- 浪費の問題
- 住まいの管理ができない
- 貴重品を紛失する（カードや免許、印鑑など）
- 契約手続が進められない

(3) 住まい・療養場所のずれ
がん医療や身体・精神機能の状態と本人の居住環境が適合しない課題があがった。
- 住まいと身体機能・精神機能、医療処置が合わない
  - 住まいを変更できないため医学的な管理ができない
  - 身体機能・精神機能が低下したため、療養場所を変更せざるを得ない
  - 認知症があり緩和ケア病棟に入ることができない
  - 老人ホーム、介護施設のため、オピオイドの管理や医療的な処置の管

理ができない
- 住まいや療養場所を調整するための手続の問題
（療養環境の調整を進めようとするが、本人の身体機能の低下や認知機能の低下により手続が進められない）

(4) 支援者・家族の問題
本人の身の回りの介護や本人が意向を表明することが困難な場合の意思決定支援に携わる者の調整があがった。
- 治療・療養に関わる意思の推定や身元引き受け、直接の介護の支援に関わる者がいない
- 本人と家族の間での意向が異なる
- 家族間で意向が異なる
- 成年後見制度の手続に時間を要する

(5) 死後の事務手続
死後の事務手続について、医療者間で知られておらず、対応が遅れる点が指摘された。
- 遺言の問題
- 死後の事務手続
- 遺骨・埋葬の問題

(6) 認知機能の低下により本人が手続や調整を行えない

(2) 高齢がん患者・家族の医療・療養の体験に関する質的調査
高齢がん患者・家族の体験から、生活課題は【住まい】【経済】【介護保険】【家族支援負担】の 4 領域に整理された。これらの背景には、認知機能低下による自己調整能力の喪失が横断的に存在し、患者本人のみでは治療継続・生活維持が困難となっていた。結果として家族が生活管理者、介護者、意思決定支援者として多重役割を担っていた。

(3) NDB と介護総合データベースを活用した高齢がん患者への医療・介護サービスの提供状況に関する研究
適格基準に該当した患者数は 1,881,506 名であった。診断日から要介護認定の新規申請までの累積発生割合は、1 年時に 10%、3 年時に 18%、5 年時に 26%であった。死亡の累積発生割合は、1 年時に 15%、3 年時に 26%、5 年時に 33%であった。また、要介護認定日からの死亡の累積発生割合は、3 か月時に 16%、6 か月時に 26%、12 か月時に 36%であった。

(4) 倫理的論点の拡張
高齢がん患者の治療・療養生活で抱える課題に対する支援の提供に際して生じる社会倫理的問題に関して、「セルフネグレクトへの対応」「死後の問題のサポート」「死期を早める要望への対応」の 3 点から今後求められる対応の方向を検討した。その結果、自律原則の再定義、死の捉え方の刷新、従来の緩和ケアが限界を迎えた際の複数の選択肢についての包括的な検討の必要性が示唆された。

(5) 国際的動向とがんサバイバーの定義
2026 年 3 月現在、EU 加盟 27 か国のうち 10 か国が、がんサバイバーに対する金融上の差別に対抗するために「忘れられる権利」としての法規制を講じており、5 か国では、政府と保険会社との間の協定や自主規制といった法規制ではない枠組みが採用されていた。採択された規制は実施国によって異なるため、「忘れられる権利」について EU 全体で統一された定義はないが、共通する目的は変わらず、一定期間が経過した後、がんサバイバーが経済的な差別を受けることのないよう保護することであった。

D. 考察
(1) 高齢がん患者の支援上の課題
本研究で、高齢のがん患者の診療における支援上の課題の抽出を行った。その結果、社会資源の調整に関するカテゴリー5 つ、患者本人の認知機能に関するカテゴリー1 つに分けることができた。

高齢がん患者の支援は複数の課題がからむことから、課題の整理とともに、それぞれの課題に応じた対応を多職種で提供する必要がある。今回、課題の整理が明らかになったことにより、支援者が課題を扱う上で必要となる能力を定めることができ、教育・研修への落とし込みが可能となった。

(2) 高齢がん患者・家族の医療・療養の体験に関する質的調査
本インタビューでは、高齢がん患者の課題

は**がん治療そのものより、認知機能低下を背景とした生活調整能力の喪失**により深刻化していた。家族は介護者であると同時に、治療理解の代行者・制度調整者・生活維持者として機能しており、**高齢がん診療では患者個人ではなく「患者 - 家族単位」で支援設計する必要性**が示唆された。

(3) NDB と介護総合データベースを活用した高齢がん患者への医療・介護サービスの提供状況に関する研究

がん診断時には介護保険を利用していなかった患者であっても、診断後に要介護認定の新規申請を行う患者が一定数存在し、その累積発生割合は診断後の経過とともに上昇していた。また、死亡の累積発生割合も時間経過とともに上昇していた。これらの結果は、高齢のがん患者では、診断時点で介護保険サービスを利用していない場合であっても、その後の経過の中で生活機能の低下や死亡に至る患者が一定数存在することを示している。

要介護認定の新規申請および死亡の累積発生割合には、年齢による違いが認められた。特に高年齢層では、診断後早期から要介護認定の新規申請割合が高かった。このことは、加齢に伴う身体機能や認知機能の低下を背景として、がん診療と並行して介護ニーズが顕在化しやすい可能性を示している。

新規の訪問看護利用については、介護保険による訪問看護よりも、医療保険による訪問看護の累積発生割合が高かった。このことは、がん診断後の在宅療養支援において、介護サービスによる日常生活支援よりも、医療的管理を目的とした支援が先行して導入される患者が少なくない可能性を示している。

さらに、新規の要介護認定後の死亡の累積発生割合は比較的高く、要介護認定が死亡前の限られた時期に行われている患者が少なくないことが示唆された。特に、要介護認定後 12 か月時点で 36%が死亡していたことは、介護保険の申請・認定が、療養生活の早期からの支援というよりも、病状が進行し支援ニーズが顕在化した後に行われている事例が一定数含まれている可能性を示している。

要介護認定後の死亡の累積発生割合が 65～74 歳で相対的に高かった点も重要である。65～74 歳では、要介護認定を受ける患者が高年齢層に比べてより重症例に偏っている可能性や、介護保険の申請・認定に至る時点がより病状進行後である可能性がある。

(4) 倫理的論点の拡張

昨年の報告書で指摘したように、1 つ目のセルフネグレクトへの対応が課題になってきた背景には、倫理的に本人の意向の尊重が重視されるようになるにつれて、本人の意向に反する介入の正当化が困難になっている、という問題がある。本年度の検討から、こうした状況での介入を正当化する論理を検討する上で、一つの可能性として自律原則の再定義を行うという方向が見いだされた。具体的には、O’Neill らが提唱した「原理としての自律（principled autonomy)」がそれである。ここでの自律概念は、自己決定ではなく、他人が受け入れ可能な原理（基準や理由）に従うという意味で用いられている。そのため、「原理としての自律」は従来の「個人的な自律」とは異なり、本人だけの自律尊重ではなく関係者全員の義務としての自律を掲げる。こうした方向で自律概念を再定義することにより、セルフネグレクトに対する介入の正当化が図られる可能性がある。ただし、日本の生命倫理学における「原理としての自律」概念に関する専門的な検討は限定的であり、今後さらに詳細な検討を進めていく必要がある。

2 つ目は死後の事務手続きや遺体の引き取り、葬儀といったテーマである。特に身寄りのない人の場合を念頭に置き、生前から死後まで一貫した支援体制を構築するためには、その前提として死の捉え方を変化させていく必要があるとの結論に至った。従来のように、生物学的な死を死と捉え、死を点で区切る場合には、この一連のプロセスを連続的なものとみることは難しい。それゆえ、死はプロセスであり、医師以外にも多くの人が関わって「生者から死者への移行を支える」ものとして捉える見方を確立する必要がある。

(5) 国際的動向とがんサバイバーの定義

現在、日本において「忘れられる権利」の法制化に向けた動きは見られない。日本には治療終了から一定期間後に加入できる引受基準緩和型保険や、告知の必要がない無選択型保険のように、がんの既往歴があっても加入できる保険もあるが、「忘れられる権利」について法規制や自主規制している EU 加盟国のように、がんの経験を自分の人生史の一部とみなしているとの国民全体の理解に至ってはいないと考えられる。今後、日本において長期

無症候状態にあるがんサバイバーが増えることを踏まえ、EU 加盟国での「忘れられる権利」の動向を注視しながら、がんサバイバーそのものからの“卒業”も視野に入れた、日本版「忘れられる権利」のあり方を検討すべきである。

E. 結論

本研究により、高齢がん患者の治療・療養生活における課題は、単なる医療提供上の問題にとどまらず、医療・介護・生活支援・意思決定支援・社会制度・倫理的課題が複雑に絡み合う包括的課題であることが明らかとなった。特に、認知機能低下や生活調整能力の喪失を背景として、医療・介護サービスの調整、経済的問題、住まい・療養場所の不適合、家族・支援者間の調整、死後の事務手続といった多面的課題が生じており、従来の疾患中心型支援のみでは十分に対応できない実態が示された。

また、高齢がん患者では、診断後に新たな介護ニーズが顕在化する患者が少なくなく、要介護認定や訪問看護導入が比較的病状進行後に行われている可能性が示唆された。これらの結果は、がん診療早期から医療・介護・生活支援を統合的に導入する必要性を支持するものであり、特に認知機能低下や生活機能低下を早期に把握し、介護保険や在宅支援を適切に接続する体制整備が重要であることを示している。

さらに、本研究では、セルフネグレクト、死後支援、死期を早める要望への対応など、高齢化社会における新たな倫理的課題が浮き彫りとなった。本人の自己決定尊重のみでは十分に対応できない場面が存在し、関係者間の責任共有や「関係性の中での自律」を踏まえた新たな支援原理の必要性が示唆された。また、EU 諸国における「忘れられる権利」に関する制度的動向は、高齢がん患者・がんサバイバーの社会的包摂を考える上で重要な示唆を与えるものであり、日本においても社会的・制度的支援のあり方を検討する必要がある。

以上より、高齢がん患者の尊厳ある療養生活を実現するためには、医療・介護・福祉・法・倫理を横断した支援体制の構築と、多職種連携による継続的支援が不可欠である。今後は、本研究で明らかとなった課題を踏まえ、地域特性に応じた支援モデルの構築、人材育成、制度改善、および実装可能な支援プログラムの開発を進めることが求められる。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表（英語論文）

1. Tomonori Mizutani, Funato Sato, Kohei Uemura, Yukari Shimizu, Tsuguo Iwatani, Satoshi Kobayashi, Masataka Sawaki, Shimon Tashiro, Tetsuya Tsuji, Hiroshi Yamamoto, Asao Ogawa, Tetsuya Hamaguchi, on behalf of the Geriatric Study Committee of the Japan Clinical Oncology Group, Japan. Primary endpoints in randomized controlled trials for older adults with cancer: A scoping review. Journal of Geriatric Oncology. 2026;17(2):102895.
2. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y, Okumura Y, Kawagoe S, Yamamoto H, Takeuchi E, Yamazaki R, Ogawa A. End-of-life discussions, preference concordance, and good death: insights from a nationwide mortality follow-back survey. Supportive Care in Cancer.2025;33(9):768.
3. Hamano J, Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Okumura Y, Kizawa Y, Kawagoe S, Yamamoto H, Takeuchi E, Yamazaki R, Ogawa A. Factors related to the quality of death and family satisfaction among cancer patients at home: an analysis using death certificate data and a national bereaved family survey. Supportive Care in Cancer. 2025;33(9):817.

論文発表（日本語論文）

1. 小川朝生. 精神・心理的フレイル. 臨床雑誌　内科. 2025;136(6):1178-82.
2. 小川朝生. 意思決定支援ガイドラインの解説と臨床現場での活用方法. がん看護. 2025;30(2):146-50.

学会発表

1. 小川朝生, 治癒不能ながんを持つ認知症機能が低下した高齢患者への薬物療法と多職種連携. 第 23 回日本臨床腫瘍学会

学術集会（シンポジウム）；2026 /3/7；パシフィコ横浜.

2. 小川朝生，地域とつなごう、多職種で挑むせん妄ケア．第 7 回日本緩和医療学会関東・甲信越支部学術大会（シンポジウム）；2025 /10/18；幕張メッセ国際会議場（千葉市）．
3. 小川朝生，がん総合相談に携わる者に対する研修事業 ピアサポートの養成と活用に向けて．第 63 回日本癌治療学会学術集会（社会連携・PAL 委員会企画シンポジウム）；2025 /10/18；パシフィコ横浜（横浜市西区）．
4. 小川朝生，Onco-dementia:高齢乳癌患者の ACP．第 33 回日本乳癌学会学術大会（イブニングセミナー）；2025 /7/11；京王プラザホテル（東京都新宿区）．
5. 小川朝生，私たちは老いをどのように捉え、向き合うのか．第 30 回日本緩和医療学会学術大会（大会長企画シンポジウム）；2025 /7/4；福岡国際会議場（福岡県福岡市）．
6. 小川朝生，高齢者がん診療 2025～がんをわずらう高齢者が歩む cancer journey～．第 67 回日本老年医学会学術集会（シンポジウム）；2025 /6/28；幕張メッセ・東京ベイ幕張ホール（千葉県美浜区）．
7. 田代志門．高齢がん患者の治療選択における倫理的課題．第 23 回日本臨床腫瘍学会学術集会（於 パシフィコ横浜）2026 年 3 月 27 日

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
特記すべきことなし。

Ⅱ．分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

高齢がん患者の治療・療養・介護に関する支援を提供する上での課題の把握と提言の作成

研究分担者　小川　朝生　　国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科　科長
坂本　はと恵　国立がん研究センター東病院 サポーティブケアセンター・ソーシャルワーカー室・副サポーティブケアセンター長・ソーシャルワーカー室長
水谷　友紀　　国立がん研究センター中央病院 呼吸器内科　外来医長

研究要旨　わが国の高齢のがん患者の診療において、どのような社会支援上の課題があるかを包括的に把握することを目的に、医療ソーシャルワーカーや看護師、介護支援専門員を対象とした質的調査を計画した。関連調査とあわせて、支援に関する提言、手引きの作成を進める予定である。

A. 研究目的

超高齢社会を迎えたわが国では、がんに罹患する者の 73%が、がんで亡くなる者では 87%が 65 歳以上の高齢者である。高齢者では、加齢に伴う身体機能の低下に加え、社会経済的な課題を伴うことが多い。高齢がん患者では、治療上配慮を要する併存症をもち、身体・精神機能の低下に加え、独居や高齢者夫婦世帯など社会的な支援を必要としている。高齢がん患者の治療を安全・確実に進める上で、医療と社会的支援の連携が欠かせない。
しかし、介護ニーズが高いにもかかわらず、その支援が適切に提供されていないとの懸念がある。がん患者の死亡前 6 ヶ月間において、介護保険を利用していた割合は 57%に留まり、他の死因よりも低かった。介護支援を要するがん患者に対する介護保険の運用方法について、未だ周知されていない地域があるとの指摘や、支援をしているがん患者の 70%に耐えがたい痛みが残存しているとの報告もある。その背景にはがん医療と介護との連携が十分に図れていない課題がある。がん患者・家族の療養生活の質の向上を図るためには、医療と社会支援の連携上の課題を明らかにし、適時適切な支援を提供するための体制整備や関連職種の技術の向上が重要である。
今回、わが国の高齢のがん患者の診療において、どのような社会支援上の課題があるかを包括的に把握することを目的に質的調査を計画した。

B. 研究方法

（1）研究のデザイン
フォーカスグループ・インタビュー調査

（2）予定する研究対象者数
医療ソーシャルワーカー、看護師、介護支援専門員約 20 名を予定する。本研究は、インタビューを元に、関連する要因を抽出することを目的とした質的調査である。このような質的調査では、データが飽和した時点（新たなインタビューを加えても、類型化を新たに変更する必要がなくなる）で抽出を終了する。経験的にデータが飽和する人数が 20 名前後とされていることから、上記のように設定した。
なお、研究対象者数の設定は統計学的な根拠によらない。

(3) 観察及び検査項目
添付のインタビューガイドに基づきインタビューを実施する。インタビューの所要時間は約 90 分程度を予定している。インタビューの様子を対面の場合は IC レコーダー、zoom 等オンラインの場合は録画機能を用いて記録する。逐語録に起こす際に個人を識別できる情報については、伏せ字または記号に置き換える。
項目としては以下を想定した。

（ア）医療全般に関連する課題
・在宅医療との連携
・病院選びの問題（併存疾患の病院とがんの治療病院との連携など）

（イ）特にがん医療において認識している課題
・治療に関連した課題
・患者本人に関連した課題
・家族に関連した課題
・支持療法、緩和ケアに関する課題
・サバイバー、経過観察、晩期障害、併存症などに関する課題
・その他

（ウ）介護に関する課題
・患者・家族に介護保険を説明する
・介護保険の申請
・認定のプロセス
・利用や調整
・居宅サービスについて
・施設サービスについて
・地域密着型サービスについて

（エ）患者本人に関連した課題
① 患者本人が認知症・認知機能障害が疑われる場合について
・特にセルフネグレクトの場合

② 患者本人が発達の特性を持つなど自ら支援を求めることが難しい場合について

③ 患者本人の経済的な問題がある場合
・がんの治療費（たとえば高額療養の上限額でも支払いが難しい場合、治療に関連する費用が年金額を上回り、貯蓄が減っていく場合など公的扶助の限界を超えている場合）

（オ）家族や同居者が課題を持つ場合
・家族や同居者の疾病、身体的な問題
・家族や同居者の精神的な問題（子供が知的障害、引きこもりなど）
・家族や同居者の社会的な問題
・別居している家族の課題
・遺産や相続（本人の死亡前の意思決定能力）
・虐待

（カ）社会的な課題
① 虐待が疑われる場合
・成人の本人が親からの虐待を恐れる
・配偶者からの虐待

② 独居の場合の課題
③ 身寄りのない場合の課題
・支援者の有無
・死後の事務手続き、遺体の引き取りや埋葬
・代理意思決定者のこと

④ 自殺や自殺企図
・自殺企図への対応
・VSED（死を意識した自発的な飲水・摂食の中止）への対応

（キ）医療・介護保険でカバーできていない領域の課題
（ク）意思決定支援に関する課題
（ケ）行政との連携に関する課題（他の制度との連携）
・生活保護
・障害者自立支援
（コ）個別性の高い課題（LGBTQ+など）
（サ）その他地域や施設の課題として認識している課題について

（倫理面への配慮）
本研究は「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施した。

C. 研究結果

医療ソーシャルワーカー6 名（がん診療連携拠点病院所属 3 名、在宅療養支援診療所所属 3 名）、看護師 12 名、介護支援専門員 3 名に対して、インタビューを実施した。地域特性や生活支援等については、職種や支援活動を基盤に分析をおこなった。あわせて、医療機関側から高齢がん患者の治療・療養・介護に関する支援を提供する上での課題については、がん診療にあわせて、社会資源を調整する観点から、課題を抽出・分析した。

分析の結果、高齢がん患者の治療・療養・介

護の関する課題は、社会資源の調整に関するカテゴリー5 つ、患者本人の認知機能に関するカテゴリー1 つに分類できた。

(1) 医療・介護の調整
がん医療に応じた介護保険サービスの調整課題であり、以下の内容を含んだ。
- 必要な医療・介護サービスを本人が断り導入できない（セルフネグレクトに関する事例）
- 身元保証人がいないため適切なサービスが利用できない
- 本人のニーズに合致した支援がない
- 医療・介護サービス利用をめぐって本人・家族間に意見の対立がある
- 介護認定・区分変更の申請・手続をめぐるトラブル

(2) 経済的問題・金銭管理の問題
医療費や生活費に関する課題と本人の日常生活の金銭管理に関する課題があがった。
- 医療費・介護費が払えない（医療者が気づかない、周囲の人に本人に代わっての支払いなど金銭的負担が生じる）
- 毎日の生活費や金銭管理ができない（預金の引き出し、現金管理、必要な物品の購入、家賃・光熱費の支払い）
- 浪費の問題
- 住まいの管理ができない
- 貴重品を紛失する（カードや免許、印鑑など）
- 契約手続が進められない

(3) 住まい・療養場所のずれ
がん医療や身体・精神機能の状態と本人の居住環境が適合しない課題があがった。
- 住まいと身体機能・精神機能、医療処置が合わない
  - 住まいを変更できないため医学的な管理ができない
  - 身体機能・精神機能が低下したため、療養場所を変更せざるを得ない
  - 認知症があり緩和ケア病棟に入ることができない
  - 老人ホーム、介護施設のため、オピオイドの管理や医療的な処置の管理ができない
- 住まいや療養場所を調整するための手続の問題
  （療養環境の調整を進めようとするが、本人の身体機能の低下や認知機能の低下により手続が進められない）

(4) 支援者・家族の問題
本人の身の回りの介護や本人が意向を表明することが困難な場合の意思決定支援に携わる者の調整があがった。
- 治療・療養に関わる意思の推定や身元引き受け、直接の介護の支援に関わる者がいない
- 本人と家族の間での意向が異なる
- 家族間で意向が異なる
- 成年後見制度の手続に時間を要する

(5) 死後の事務手続
死後の事務手続について、医療者間で知られておらず、対応が遅れる点が指摘された。
- 遺言の問題
- 死後の事務手続
- 遺骨・埋葬の問題

(6) 認知機能の低下により本人が手続や調整を行えない

D. 考察
本研究で、高齢のがん患者の診療における支援上の課題の抽出を行った。その結果、社会資源の調整に関するカテゴリー5 つ、患者本人の認知機能に関するカテゴリー1 つに分けることができた。

高齢がん患者の支援は複数の課題がからむことから、課題の整理とともに、それぞれの課題に応じた対応を多職種で提供する必要がある。今回、課題の整理が明らかになったことにより、支援者が課題を扱う上で必要となる能力を定めることができ、教育・研修への落とし込みが可能となった。

E. 結論
高齢がん患者の支援上の課題を同定した。今後、支援のプロセスを整理し、教育・研修プログラムの開発が望まれる。

F. 健康危険情報
特記すべきことなし。

G. 研究発表
論文発表（英語論文）

1. Tomonori Mizutani, Funato Sato, Kohei Uemura, Yukari Shimizu, Tsuguo Iwatani, Satoshi Kobayashi, Masataka Sawaki, Shimon Tashiro, Tetsuya Tsuji, Hiroshi Yamamoto, Asao Ogawa, Tetsuya Hamaguchi, on behalf of the Geriatric Study Committee of the Japan Clinical Oncology Group, Japan. Primary endpoints in randomized controlled trials for older adults with cancer: A scoping review. Journal of Geriatric Oncology. 2026;17(2):102895.
2. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y, Okumura Y, Kawagoe S, Yamamoto H, Takeuchi E, Yamazaki R, Ogawa A. End-of-life discussions, preference concordance, and good death: insights from a nationwide mortality follow-back survey. Supportive Care in Cancer.2025;33(9):768.
3. Hamano J, Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Okumura Y, Kizawa Y, Kawagoe S, Yamamoto H, Takeuchi E, Yamazaki R, Ogawa A. Factors related to the quality of death and family satisfaction among cancer patients at home: an analysis using death certificate data and a national bereaved family survey. Supportive Care in Cancer. 2025;33(9):817.

論文発表（日本語論文）
1. 小川朝生. 精神・心理的フレイル. 臨床雑誌　内科. 2025;136(6):1178-82.
2. 小川朝生. 意思決定支援ガイドラインの解説と臨床現場での活用方法. がん看護. 2025;30(2):146-50.

学会発表
1. 小川朝生, 治癒不能ながんを持つ認知症機能が低下した高齢患者への薬物療法と多職種連携. 第 23 回日本臨床腫瘍学会学術集会（シンポジウム）; 2026 /3/7; パシフィコ横浜.
2. 小川朝生, 地域とつなごう、多職種で挑むせん妄ケア. 第 7 回日本緩和医療学会関東・甲信越支部学術大会（シンポジウム）; 2025 /10/18; 幕張メッセ国際会議場（千葉市）.
3. 小川朝生, がん総合相談に携わる者に対する研修事業 ピアサポートの養成と活用に向けて. 第 63 回日本癌治療学会学術集会(社会連携・PAL 委員会企画シンポジウム); 2025 /10/18; パシフィコ横浜（横浜市西区）.
4. 小川朝生, Onco-dementia:高齢乳癌患者の ACP. 第 33 回日本乳癌学会学術大会（イブニングセミナー）; 2025 /7/11; 京王プラザホテル（東京都新宿区）.
5. 小川朝生, 私たちは老いをどのように捉え、向き合うのか. 第 30 回日本緩和医療学会学術大会（大会長企画シンポジウム）; 2025 /7/4; 福岡国際会議場（福岡県福岡市）.
6. 小川朝生, 高齢者がん診療 2025～がんをわずらう高齢者が歩む cancer journey～. 第 67 回日本老年医学会学術集会(シンポジウム); 2025 /6/28; 幕張メッセ・東京ベイ幕張ホール（千葉県美浜区）.

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
   特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

高齢がん患者の療養生活に関する支援課題の質的検討

研究分担者　坂本 はと恵　国立がん研究センター東病院サポーティブケアセンター・
ソーシャルワーカー室・副サポーティブケアセンター長・
ソーシャルワーカー室長

研究要旨　高齢がん患者では、併存疾患や身体・認知機能低下に加え、独居、家族介護力不足、経済的課題などが治療継続や療養生活に影響する。本研究では、拠点病院および在宅療養支援診療所の MSW5 名にインタビューを行い、支援課題を質的に整理した。その結果、診断から治療初期における生活課題の把握困難、地域・家族・生活基盤の脆弱性が受療に与える影響、医療・介護・福祉を横断する連携体制の未整備が課題として抽出された。今後は詳細分析を進め、医療・介護・福祉等の連携を促進する実践的手引きの作成につなげる予定である。

A. 研究目的

高齢がん患者は、併存疾患や身体・認知機能の低下に加え、独居や高齢者のみ世帯、家族介護力の不足、経済的課題など、複合的な社会的課題を抱えやすい。そのため、治療の継続や安全な療養生活環境の確保には、医療と介護・福祉を含む社会的支援との連携が不可欠である。

そこで本研究では、医療と介護・福祉等の社会資源をつなぐ立場にある医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）を対象としたインタビュー調査を通じて、治療・療養・介護の各場面で生じている課題を整理し、今後の支援体制整備に資する基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

がん診療連携拠点病院の医療ソーシャルワーカー3 名、在宅療養支援診療所の医療ソーシャルワーカー2 名に対してインタビューを実施した。対象者の勤務地は、関東、東海、四国、九州であり、地域特性および医療機関機能の違いを踏まえて情報収集を行った。

インタビューはインタビューガイドに基づき実施した。主な項目は、対象者の背景情報、高齢がん患者への支援経験、医療およびがん治療の各時期における課題、介護に関する課題、患者本人および家族・同居者に関連する課題、社会的課題、医療・介護保険制度では対応が困難な課題、意思決定支援、行政・地域資源との連携、個別性の高い課題等である。

なお、インタビューで得られた内容は、逐語録をもとに整理し、高齢がん患者の治療・療養・介護に関する支援課題について、質的・記述的に分析した。

（倫理面への配慮）

国立がん研究センター研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（研究課題番号：2024-369）。

C. 研究結果

現在、詳細の分析を進めているところであり、本報告では令和 8 年 2 月末時点での中間報告として記す。

医療ソーシャルワーカーへのインタビューから、地域特性や医療機関の機能に差異はあるものの、高齢がん患者の治療・療養・介護に関する支援課題には共通性が認められた。得られた内容は、①診断から治療初期における生活課題の把握困難、②地域・家族・生活基盤の確保が受療に与える影響、③医療・介護・福祉の組織横断的な連携体制の未整備、の 3 つの大カテゴリーに整理された。

1. 診断から治療初期における生活課題の把握困難

がん診療連携拠点病院の MSW からは、非同

居家族が主たる支援者となるケースの増加が指摘された。診察や治療説明の場に家族が同席できない場合が少なくなく、また同席が実現した場合でも、家族が患者の日常生活を十分に把握していないことがあった。そのため、医療者側は患者の生活状況を踏まえた治療説明や在宅サービス導入の動機付けに困難を感じていた。その結果、患者・家族側においても、治療内容の理解やセルフケアの習得が十分に進まず、通院継続や在宅サービス導入に影響が生じている可能性が示された。

加えて、全ての MSW が、高齢がん患者への診断初期から生活課題や介護ニーズを把握し、必要に応じて MSW が早期に介入する必要性を認識していた。一方で、現行の診療報酬制度では、MSW の支援に対する評価は、入退院支援加算等、主に入院患者の支援であり、外来患者に対する支援の評価は就労支援などに限定されている。このような制度上の構造が、外来領域における早期介入を困難にしている一因であることが確認された。

2. 地域・家族・生活基盤の脆弱性が受療に与える影響

都市部以外の地域では、交通手段の乏しさが継続的な通院を困難にする要因として挙げられたほか、家族内に複数の疾病を抱えるケースでは、患者本人の治療継続意欲の低下に関する相談もみられた。これらの課題は、がん治療の継続が単に医学的適応のみで決定されるものではなく、地域資源、移動手段、家族全体の生活状況に少なからず影響することが示唆された。

さらに、在宅療養支援診療所の MSW からは、退院後の生活場面で顕在化する課題が示された。独居や身寄りのない高齢者、精神障害・知的障害等を有する家族が同居する世帯では、介護保険サービスのみで生活全体を十分に支えることは難しく、看護小規模多機能型居宅介護、障害福祉サービス、地域のボランタリーな支援資源との連携が不可欠であることが示された。

3. 医療・介護・福祉の組織横断的な連携体制の未整備

障害福祉領域等、医療領域以外のソーシャルワーカーと医療機関の MSW との間では、がん医療に関する情報や知識に関し、教育の経緯と経験の蓄積において違いがある。その結果、支援展開に際して、患者の急速な病状変化に対応し得る支援体制の構築に困難を感じる場面があることが課題として挙げられるとともに、支援者間でがん医療に関する基礎知識を共有し、疾患や病状変化への共通認識を高める必要性が示唆された。

D. 考察

本調査では、高齢がん患者の支援において、治療や介護サービスの調整にとどまらず、患者本人の療養生活全体を支える視点の重要性が示唆された。高齢がん患者では、医学的には治療継続が可能であっても、通院手段、家族介護力、経済的負担、介護サービス利用の可否など、生活上の課題が治療や療養生活の継続に影響を及ぼしていた。

また、これらの課題は診断時点で明確に表面化しているとは限らず、治療経過や病状変化、家族の支援状況、退院後の生活場面において顕在化することが確認された。そのため、支援ニーズが明確になってから対応するのではなく、診断時や治療方針決定時から生活課題や介護ニーズを経時的に把握し、必要に応じて MSW や看護師、介護支援専門員、地域包括支援センター等につなぐ支援導線を整備することが重要である。

さらに、独居や身寄りのない患者、家族にも疾病や障害等の課題がある患者では、介護保険サービスのみで生活全体を支えることが困難な場合がある。このような生活基盤の脆弱性に対応するためには、既存制度の適用範囲や運用上の課題を整理するほか、インフォーマルな支援資源も含めた地域資源の把握と活用を強化する必要性が示唆された。

加えて、それを下支えする機能として、がん医療、介護、障害福祉、行政等の共通言語や前提知識の異なる分野間で連携を強化するための研修機会の創出も期待される。

E. 結論

今後は、さらに詳細な分析を行った上で、高齢がん患者・家族の希望に沿った治療継続と療養生活を支えるため、医療・介護・福祉・行政・地域資源の連携を促進する実践的手引きの作成につなげていく予定である。

F. 健康危険情報

特記すべき事項はなし。

G. 研究発表

なし。

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

特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

地域で生活する高齢がん患者の生活上の問題と支援に関する研究

研究分担者　渡邉眞理　湘南医療大学　保健医療学部　看護学科1）　教授
研究協力者　清水奈緒美1)，岡　多恵1)，三堀いずみ1）

研究要旨　本研究では、地域で生活する高齢がん患者を支援する看護師・訪問看護師・介護支援専門員等、計16名のインタビューを通して、高齢がん患者の生活課題と支援の実態を質的に明らかにした。
分析の結果、14カテゴリー・59サブカテゴリー・154コードが抽出された。
カテゴリーは、「地域で生活する高齢がん患者の生活上の課題」と「地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援」に大別され、1)「地域で生活する高齢がん患者の生活上の課題」では、【高齢者がん患者に特徴的な課題】【高齢者がん患者の家族に特徴的な課題】【支援者側の課題】【様々な制度や地域サービスの壁】【外来受診の課題】カテゴリーが抽出された。
2)「地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援では、【高齢者がん患者に特徴的な課題への支援】【高齢者がん患者の家族に特徴的な課題への支援】【化学療法の意思決定支援】【地域サービスを活用することの意思決定支援】【人生の身じまいの意思決定支援】【外来受診時の支援】【患者・家族への個別的な支援】【医療福祉従事者による高齢者の地域サービス活用への支援】【高齢がん患者の支援のためのシステム強化】のカテゴリーが抽出された。　高齢がん患者は、がんと老いが重なることで生活の脆弱性が顕著となる特徴が明らかになった。対象者である看護師、訪問看護師、介護支援相談員等は、患者や利用者の個別状況に合わせた支援を行っていた。課題として、制度や地域資源のミスマッチが支援の継続性を阻害していること、支援者側には意思決定支援のスキルの向上や情報共有体制の整備の必要性、個別性を重視した多職種連携の必要性、病院と地域をつなぐ新たなシステム整備の必要性が示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、地域で生活する高齢がん患者を支援する看護師や介護支援相談員等にインタビューを行い、高齢がん患者の支援上の課題を質的に明らかにすることである。

B. 研究方法

質的記述的研究
がん診療連携拠点病院 相談支援センターの相談員のネットワークによる機縁法より選定した全国に勤務する看護師、訪問看護師、介護支援相談員であり、次のいずれかに該当する者で、地域で生活している高齢がん患者の支援に複数年携わっている者

（1）　病院に勤務し、通院中の高齢がん患者の相談支援・地域連携を担当している看護師
（2）　地域の訪問看護ステーションに勤務する看護師
（3）　地域の事業所や、高齢者福祉施設に勤務する介護支援専門員

除外基準
（1）勤務経験が1年未満の者

（2）高齢がん患者の支援経験が無い者

調査期間：2025 年 3 月～2025 年 11 月末日

1）研究の説明

①研究対象者に行う書面での研究説明については、研究協力のお願い、研究参加の同意、撤回等の下記内容を含める。

・研究目的・方法
・研究に協力する利益と不利益
・研究成果の取り扱い
・研究成果の発表
・研究についての相談や質問などの方法
・研究のご協力の有無は自由意思のもと決定していただき、研究に参加しなくても何ら不利益は生じないこと
・一度同意いただいた後、途中で研究参加を取りやめることも可能である。
・研究参加同意書撤回書の説明

1） 研究の同意

研究対象者に研究について再度口頭で説明し、同意書にサインをしていただき、同意書の写しを研究対象者に渡し、原本を研究者が保管する。

3）研究対象者へのインタビューの方法

①研究の同意が得られた研究対象者にインタビューを開始する。

② インタビューは、対象者の都合に合わせた日時と場所を設定する。対象者の希望に合わせて WEB を活用したインタビューも行う。

C. 研究結果

1．対象者の特性：インタビューの対象者は 16 名で、表 1 に示すとおりである。年齢は 30 代～60 代で、資格取得後の年数は、8 年～38 年（平均 19.5 年）で、高齢者支援の経験年数は 8 年～38 年（平均 20.7 年）であった。高齢者を支援する立場は「訪問看護師」5 名、「病院の専門的な緩和ケア」4 名、「病院医療連携部門」「ケアマネージャー」が各 3 名「特別養護老人ホーム相談員」1 名であった。職種は看護師が 12 名、介護支援専門員が 3 名、社会福祉士が 1 名であった。このように様々な立場の対象者から高齢がん患者の支援についてインタビューを行った。

2. 対象者が語った事例の概要：事前調査用紙に書かれた事例について表 2 に概要を示した。2 事例語ることを希望した対象者が 1 名おり、事前調査用紙に書かれた事例は計 17 例であった。年代は、後期高齢者が 11 名、前期高齢者 4 名、超高齢者が 2 名、認知症の診断は「無」が 13 名、「有」が 4 名であった。治療期から関わった事例が 7 例、終末期に関わった事例が 10 例であった。がん種は、胃がん（稀少がん）、大腸がん、前立腺がん、乳がん、膵臓がん、食道がん、肺癌が各 2 例、腎がん、口腔がんが 1 例であった。

3. **分析結果**：インタビュー内容を分析した結果、14 カテゴリー、59 サブカテゴリー、154 のコードが見出された。

カテゴリーは、「地域で生活する高齢がん患者の生活上の課題」と「地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援」に大別され、表３と表４にそれぞれ示した。

「地域で生活する高齢がん患者の生活上の課題」として抽出されたカテゴリーは、【高齢者がん患者に特徴的な課題】【高齢者がん患者の家族に特徴的な課題】【支援者側の課題】【様々な制度や地域サービスの壁】【外来受診の課題】の５つであり、「地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援」として抽出されたカテゴリーは　【高齢者がん患者に特徴的な課題への支援】【高齢者がん患者の家族に特徴的な課題への支援】【化学療法の意思決定支援】【地域サービスを活用することの意思決定支援】【身じまいの意思決定支援】【外来受診時の支援】【患者・家族への個別的な支援】【医療福祉従事者による地域サービス活用への支援】【高齢がん患者の支援のためのシステム強化】の９つであった。

以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを≪≫、コード『　』、語りは“*斜体*”で示す。

１）「地域で生活する高齢がん患者の生活上の課題」

（１）【高齢者がん患者に特徴的な課題】

高齢がん患者に特徴的な課題は《服薬管理が困難である》《疼痛コントロールが困難である》《通院手段に困難を抱える》《金銭管理が困難である》《治療費が支払いきれない》《併存疾患、老化の進行とがんの悪化の鑑別が難しい》《高齢がん患者は家族に迷惑をかけたくないという思いが優先する》《高齢がん患者は変化を受け入れがたい》《高齢がん患者は情報リテラシーや認知機能、理解力が低下している》《地域サービスにつながないケースがある》があった。

（２）【高齢者がん患者の家族に特徴的な課題】

高齢がん患者の家族にも課題の特徴があり、《介護者である家族に体力低下があり、介護力が低下している》《高齢がん患者が認知症の配偶者の介護をしている》《高齢がん患者の家族が遠方に暮らしている》《家族への対応に苦慮するケースがある》ということが見出された。

《家族への対応に苦慮するケース》として語られたのは『介護者は高齢がん患者の元気だった頃をゴールにしがちであり、ADL や認知機能の低下の原因は病院にあると認識していることが多い』『家族が病状を受け止められず、怒りが関係者に向けられるケースでは対応が難しい』などがあった。

（３）【支援者側の課題】

支援者側の課題として《医療者が意思決定支援のスキルを高める必要がある》《支援者間の情報共有に難しさがある》《病院内で高齢がん患者の意思決定支援のスキルを持っている人につなげるシステムが必要である》《支援が必要な人を見出すために多くのマンパワーを要する》があった。

（４）【様々な制度や地域サービスの壁】

高齢者支援に関する様々な制度やがん患者についての制度の間に《高齢者支援に関する

制度が高齢がん患者支援の壁になっている》があり、提供される地域サービスと高齢がん患者の間に《高齢者がん患者のニーズと地域資源の間にミスマッチがある》ということが見出された。

《高齢者支援に関する制度が高齢がん患者支援の壁になっている》には『厚労省の通達を総合すると、安定した状態の入所者にしか高齢者福祉施設では職員が服用させることができない』『高齢者に代わって金銭管理をする行政サービスは手続きが複雑で、がん患者には役立たない』などがあり、《高齢者がん患者のニーズと地域資源の間にミスマッチがある》のは『認知症患者の緩和ケア病棟入棟が実現しない』『高齢がん患者が高齢者福祉施設に入所しながら外来通院で治療を受けようとすると、施設の利用の条件が厳しい』ため入所が困難になるなどがあった。

（5）【外来受診の課題】

高齢がん患者は外来受診における課題があり、《患者の話から病院医療者が在宅の様子が把握できない》《外来で医師が説明したことを患者が理解できない》《外来の受診結果を患者が訪問看護師等に伝えられない》があった。

2）「地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援」

地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援では、課題に対して実際に取り組んでいることの語りと、今はできていないが、今後求められるという語りがあった。

（1）【高齢者がん患者に特徴的な課題への支援】

高齢がん患者に特徴的な課題への支援は次のとおりであった。

《服薬管理を支援する》《疼痛コントロールを支援する》《通院困難について支援する》《金銭管理を支援する》《負担しきれない治療費について支援する》《併存疾患や老化の進行とがんの悪化の鑑別が難しい中で支援する》《情報リテラシーが低く、認知機能や理解力が低下している高齢がん患者を支援する》であった。

たとえば《情報リテラシーが低く、認知機能や理解力が低下している高齢がん患者を支援する》では『外来で看護師が説明した内容は、患者の記憶に残るようにできるだけ短い言葉で説明したポイント必ず紙に書いて渡す』『患者に理解してもらう必要があることは、1回にすべてを話さず、複数回にわけて細切れにして伝える』『説明しているときの患者の反応をみて集中力にかけているときには説明を無理に続けず、すべて伝え終わらずともその回は切り上げる』と工夫した実践が行われていた。

（2）【高齢者がん患者の家族に特徴的な課題への支援】

高齢がん患者の家族に特徴的な課題への支援として、《高齢で体力、理解力が低下している家族を支援する》《認知症の家族を介護している高齢がん患者・家族を支援する》《家族が遠方に暮らしている高齢がん患者、家族を支援する》があった。

たとえば《高齢で体力、理解力が低下している家族を支援する》では、『高齢がん患者の家族が休息が取れるよう患者の症状緩和を図る』『訪問看護師は高齢がん患者の家族に対して、物事を整理していけるような話の聞き方をしていき、全体像を掴み、出来事を明確にしていく』があった。

（3）【がん薬物療法の意思決定支援】

化学療法の意思決定支援には、《意思決定能力を把握する》《治療の選択肢を医療者間でよく吟味して提示する必要がある》《できるだけ時間をかけて繰り返し意向を確認する》があった。

高齢がん患者の化学療法の意思決定支援では、『選択肢を示す前に、医療者間で身体的な状況を総合的に評価して、治療の影響を細かく吟味する必要がある』があり、語りでは“*(高齢がん患者は治療で) どうしても ADL が下がってしまうので、意思決定支援も介入とセットで考えたほうがいいなっていうところがすごくあります。例えば絶対に ADL 落ちるとわかっているケースには最初からリハビリや栄養チームと共同して、栄養と筋力のサポートをしつつ、緩和ケアチームを絡んでみたいな感じの介入をセットにして、これがあるからあなたは 2 カ月後に、がん自体はどこまで効くかは分からないけれども、生活はこれぐらい保証できるかもしれませんよというのを保証した上で、意思決定支援ができれば、もうちょっと安心して意思決定できるかな、と最近思うのです*”と語られていた。

（4）【地域サービスを活用することの意思決定支援】

地域サービスを活用することの意思決定支援では《地域で支援する職種が高齢がん患者最終的な療養先の意思決定を支援する》《地域で支援する職種が高齢がん患者の地域サービスの活用の意思決定を支える》があり、地域サービスを提供する関係職種が意思決定支援にかかわっていた。

（5）【人生の身じまいの意思決定支援】

身じまいの意思決定支援には、《身じまいについて経過を見越した情報支援や話し合いをする》《身じまいについて親族の関わりを希望しない背景を知り、最初に示された意向を鵜呑みにしない》《身じまいの意思決定支援では亡くなるまでの過程や身じまいのイメージへの支援を先行して行う》《身じまいに関して侵襲的にならないような情報提供の仕方をする》《身じまいについて MSW と連携する》《身じまいの支援について施設の状況に応じた関係職種の役割分担がある》があった。

（6）【外来受診時の支援】

外来受診時の支援には、《高齢がん患者を介して状況を把握することで生じる齟齬を回避する》《外来受診結果の情報が得られない状況でも、訪問した時の観察結果から在宅での支援を行う》があった。

《高齢がん患者を介して状況を把握することで生じる齟齬を回避する》には『医師と高齢がん患者の間でやり取りに齟齬が生じないよ

うに、外来看護師が医師の診察に同席し、支援する』『訪問看護師からがん治療病院へFAXで在宅の状況を情報提供し、地域連携室を介して外来看護師から訪問看護師へ外来での状況を情報提供する』があり、《外来受診結果の情報が得られない状況でも、訪問した時の観察結果から在宅での支援を行う》には、『高齢がん患者や家族から正確な結果を知ることは出来ず、訪問看護師は患者の症状からアセスメントを行う』があった。

（7）【患者・家族への個別的な支援】

患者・家族への個別的な支援としてプロセスが見いだされた。すなわち《高齢者と支援者の間で認識がずれているという知覚を》起点とし、《高齢者がどのような考えでいるか知る過程を大事にする》。そのうえで、《高齢者が大事にしていることや希望していることを医療者が丁寧に患者から聞く》。必要な情報を提供したら『老いを受け入れられない気持ちを思い、急かさない』ことや『人の手を借りなければならないことは、受け入れがたいことであることを踏まえ、尊厳を守る意味で』《患者や家族の心情に配慮して、タイミングを計る》。《患者・家族の強みに応じて理解できる方法での情報提供、実施できる方法や手技の提案を行う》ということであった。

（7）【医療福祉従事者による高齢者の地域サービス活用への支援】

医療福祉従事者による高齢者の地域医療サービス活用への支援は、《がんの診断を機に地域での支援が必要になった高齢がん患者の地域サービスへの連携はがん治療病院から始まる》《併存疾患と認知症があり、地域サービスを活用しながら生活していてがんを発症した高齢がん患者の地域サービスの連携はケアマネージャーから始まる》ことが見いだされた。また、医療福祉従事者による高齢者の地域医療サービス活用への支援では、《患者・介護者にあった事業所のマッチングが鍵を握る》ことも明らかになった。『介護者の価値観や求めにあった在宅チームを作れるよう訪問看護事業所や在宅支援診療所をマッチングしていくことが在宅での生活を成功させる鍵になる』であり、*“最初に利用してた訪問診療の先生が女医さんだったんですけど、その先生の性格とスピード感と奥さまの波長が合わなくて・・(中略)・・(一時入院のあと)奥様は同性相手だとちょっと気張っちゃう。駄目な自分を、あんまり心を吐露できない。男性のすごく話しやすい先生に主治医を依頼して、お願いしたのがすごく良かった。「いい先生、紹介してくれてありがとう」って、最後そういう言葉をいただけた。このご家族、ご夫婦にどういう看護師さんや、セラピストさんや、先生を依頼して、チームを組んでいくかっていうのがすごく大事なんだって思いました。フィーリングとか、価値観とか、スピード感とか、そういうのってすごい大事なんだなって思いました“*と語られていた。

（8）【高齢がん患者の支援のためのシステム強化】

高齢がん患者の支援のためのシステムの強化は、《高齢がん患者の意思決定支援のスキル

を持っている人につなげられる病院内のシステムが必要である》《がん治療病院と地域の医療職が治療期のがん患者を支える情報共有のシステムが必要である》《地域で暮らす高齢がん患者を支えるために地域の医療と、福祉職がタイムリーに情報共有することが効果的である》《福祉施設と病院の連携を強化する必要がある》があった。

《高齢がん患者の意思決定支援のスキルを持っている人につなげられる病院内のシステムが必要である》には、『高齢がん患者の意思決定支援のスキルをもつ看護師が、外来のジェネラリストナースから依頼を受けて対応するシステムが必要である』『高齢がん患者の意思決定支援のスキルをもつ看護師が対応できるシステムを生かすには、外来のジェネラリスト看護師が、意思決定支援が必要な高齢がん患者をアンテナ高くキャッチすること、スキルがある看護師の連絡先を知っていて、連絡できることが必要である』があり、実際にそのような仕組みを整えて実践している例として見いだされた。《がん治療病院と地域の医療職が治療期のがん患者を支える情報共有のシステムが必要である》は、『がん治療病院へ患者の治療や検査結果、治療方針について訪問看護師は個別に問い合わせる必要がある現状で、地域での支援に困難があり、タイムリーに情報共有できることが必要である』、《福祉施設と病院の連携を強化する必要がある》では『高齢がん患者が施設で入所しながら外来通院で治療を受けられるように、施設の困りごとを拾い上げ、病院と施設のよりよい連携につなげる取り組みが必要である』があった。後者の２つは現状の困りごとから、今後必要とされる仕組みとして見いだされた。

D. 考察

本研究では、地域で生活する高齢がん患者を支援する看護師・訪問看護師・介護支援専門員等へのインタビューを通して、高齢がん患者の生活課題と支援の実態を質的に明らかにした。

分析の結果、14 カテゴリー・59 サブカテゴリー・154 コードが抽出され、以下の点が明確となった。結果を要約すると下記の視点が、高齢がん患者の課題や必要な支援のポイントとなる点である。

１．　高齢がん患者の生活課題は、加齢・疾患・社会的背景が複雑に絡み合う多層的な問題である。

服薬管理、疼痛コントロール、通院困難、認知機能低下、金銭管理など、がんと老いが重なることで生活の脆弱性が顕著となる。

２．　家族機能の低下など、家族側の課題が支援の大きな制約となっている。高齢者同士の介護や、家族の病状理解の困難など、家族の介護負担の軽減等の支援の必要性が高い。

３．　制度や地域資源のミスマッチが、支援の継続性を阻害している。

施設入所中の外来治療の困難、金銭管理支援の制度的限界、緩和ケア病棟の受け

入れ制約など、制度の狭間に落ちるケースが多い。

4．　支援者側には意思決定支援スキルや情報共有体制の不足があり、支援の質に影響している。

5．　支援の実践では、個別性を重視した工夫、多職種連携、家族の価値観に合わせたチームづくりが重要である。

6．　病院と地域をつなぐ新たなシステム整備が必要である。

特に、意思決定支援スキルを持つ看護師につなぐ仕組み、外来と訪問看護の情報共有、高齢者施設と病院の連携強化が求められる。

以上より、高齢がん患者の支援は、個別支援とシステム整備の両輪で進める必要があることが示された。

以下、地域で生活する高齢がん患者・家族の生活上の問題と制度上の課題、必要な支援、人生の身じまいに必要な支援について焦点を当てて考察する。

1）地域で生活する高齢がん患者の生活上の問題

がんの進行に伴う症状や高齢であることから心身の衰えやからくる≪服薬管理≫≪清潔の保持≫≪通院手段≫≪金銭管理≫≪疼痛コントロール≫≪医療処置≫への支援の必要性があげられた。また、家族もまた体力が低下」しており、≪家族の介護負担軽減を必要とする≫という特徴も明らかになった。

一方で、経済的な問題から必要なサービスに繋がらないケースや、他者が自宅に入ることを嫌がるケースもあり必要なサービスに繋がらないこともある。こういった背景には、高齢がん患者とその家族が病状の理解や今後のリスク、がん特有の終末期の ADL の急激な低下が認識できずに必要なサービスに繋がらないことが特徴的であった。まずは高齢がん患者の個々にあった意思決定支援と活用可能なサービスの情報提供が重要である。

国の第 4 期がん対策推進基本計画では、高齢のがん患者の身体的状況や社会的背景に合わせた配慮や、家族等に対する 早期の情報提供・相談支援体制等が必要であるとし、高齢のがん患者の課題の把握、地域における療養の在り方や再発・二次がん・併存疾患のフォローアップ体制の構築、意思決定支援等の取組の検討が必要であるとしている（厚生労働省，第 4 期がん対策推進基本計画，2023.）。

がん治療に関わらず日本の平均在院日数は、一般病床で 15.0 日と減少しており（厚生労働省 病院報告，2025.）、外来通院治療が増加している（厚生労働省　令和 5 年患者調査の概況，2023)。このことにより、がん治療中、治療後に地域で生活する高齢がん患者が増えている。高齢がん患者・家族には、併存症やフレイル、独居や施設入所、地域による医療資源の偏り等の複合的な課題が関連する。このように高齢がん患者・家族の支援には、医療と介護の連携は不可欠である。

高齢がん患者に対する在宅緩和ケアの年齢別特徴として、超高齢者群（85 歳以上）で

介護者不在の割合が 18%と高く、介護者の負担に関する問題は、後期高齢者群（75～84歳）32%、超高齢者群 33%と高かった。また訪問看護や訪問介護の利用は、後期高齢者群（それぞれ、86%、30%）、超高齢者群（それぞれ 89%、35%）と利用されていた（高林他，2018）。しかし高齢者のがん患者の地域における療養の在り方において、75歳以上のがん患者が死亡前 6 ケ月の間に介護保険を利用した割合が 56.6%と低いことも明らかにされている（厚生の指標　2024）。

２）制度上の課題

インタビューの結果から、介護認定が早いと見合った収益に繋がらずケアマネージャーが見つかりにくい、特別養護老人ホーム入所中のがん患者に処方や処置を配置医が実施すると薄利になる、等の制度上の課題があった。厚労省の通達（厚生労働省医薬局　監視指導・麻薬対策課：医療用麻薬適正使用ガイダンス 令和 6 年）によると、『がんの痛みの治療は、自宅や介護施設等でも行うことができる。患者の療養場所が介護施設等自宅以外の場所であっても、医療用麻薬の保管・管理は基本的に自宅と同様である。』『介護施設等において、医療用麻薬によるがんの痛みの治療を受けている方（患者）を受け入れることについて、法的な制約はない。』また、ストーマ装具の交換については、介護施設の職員が医師または看護師と密接な連携を図り、管理の安定した状態の入所者に実施することが認められている。（厚生労働省老健局振興課、老人保健課、高齢者支援課：介護保険最新情報 平成 23 年 7 月 14 日）、しかし一方で、『医行為』については、高齢者介護や障害者介護の現場において、『患者の状態が以下の 3 条件を満たしていることを医師、歯科医師、看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬法の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき（中略）、皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く。）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服（舌下錠の使用も含む）、肛門からの座薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助することを認めている。その条件として、①患者が入院・入所して治療する必要がなく様態が安定していること、②副作用の危険性や投与量の調整のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと。

③内服薬については誤嚥の可能性、座薬挿入については肛門からの出血の可能性など当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要ではないこと』（医師法第 17 条、歯科医師法第 17 条及び保健師助産師看護師法第 31 条）とされている。高齢がん患者に限らず、終末期患者は 『容態が安定した状態』であることは困難である。介護施設等での高齢がん患者の看取りについては、訪問診療や訪問看護を導入することが増加しつつあるが、特別養護老人ホームでは看護師は日中のみの勤務であり、配置医も週 1 回勤務で、前記のように配置医が処方や処置を行うと薄利になる等の制約がある。また「高齢者に代わって金銭管理をする行政サービスは手続きが複雑で（急激に症状が進行する）がん患者には役

立たない。」「サービスの範囲外でも必要なら対応せざるを得ない現状がある。」等の現状も明らかになった。

高齢者福祉施設では2006年に『看取り介護加算』、2009年に『ターミナルケア加算』が介護報酬改定されたことを背景に、高齢者の死亡場所別割合が介護老人福祉施設（2005年0.7%→2020年3.9%）、老人ホーム（2005年2.1%→2020年11%）と増加している。がんは日本の死因1位であり、がん患者の高齢者福祉施設等での死亡数は今後増加することが予測される。在宅で療養する高齢がん患者も含め、『医行為』を必要とする高齢がん患者を支援するためには、医療職の患者個々にあった意思決定支援能力の向上、地域・施設・病院の多職種の継続的な関わりと情報共有のあり方、診療報酬や介護報酬や関連する制度をより充実させる必要がある。

3）地域で生活する高齢がん患者に必要な支援

上記の制度上の課題の他、退院支援スクリーニングやG8の活用、がん相談支援センターでの要支援患者家族の把握と継続した情報共有、必要なサービスのアセスメントと調整・連携、患者・家族を中心とした多職種との継続した協働が示された。一方でマンパワー不足についても明らかになった。前記のように今後も病院では平均在院日数がより減少し、地域で生活する高齢がん患者の療養場所は、病院のみならず在宅や高齢者福祉施設の利用が増加することが予測される。国の今後のがん対策推進基本計画において、高齢のがん患者の身体的状況や社会的背景に合わせた配慮や、家族等に対する 早期の情報提供・相談支援体制等の意思決定に関するさらなる充実と、地域における療養の在り方の検討が必要である。

4）人生の身じまいに関する意思決定支援

特徴的なカテゴリーとして【人生の身じまいに関する意思決定】が加わった。高齢であっても自身の人生が最終段階にあるという事実は受け入れがたい、またその原因ががんであり、全人的苦痛を伴う。インタビューでは、患者の心身の状態を見極め、侵襲的な情報提供をしないよう配慮がされていた。このことについては、患者・家族への個別的な支援としてのプロセスが見いだされていた。すなわち《高齢者と支援者の間で認識がずれているという知覚を》起点とし、《高齢者がどのような考えでいるか知る過程を大事にする》。そのうえで、《高齢者が大事にしていることや希望していることを医療者が丁寧に患者から聞く》。必要な情報を提供したら『老いを受け入れられない気持ちを思い、急かさない』ことや『人の手を借りなければならないことは、受け入れがたいことであることを踏まえ、尊厳を守る意味で』《患者や家族の心情に配慮して、タイミングを計る》。《患者・家族の強みに応じて理解できる方法での情報提供、実施できる方法や手技の提案を行う》ということについては、実践の場で具体的な支援方法として活用できる内容である。

また看護師とMSWの連携の必要性が示唆された。高齢がん患者の特徴を理解し、対象の

価値観や受け止め等を尊重し、段階的な ACP（Advance Care Planning）の実践について多職種による情報共有と専門家の介入が必要である。

E. 結論

本研究では、地域で生活する高齢がん患者を支援する看護師・訪問看護師・介護支援専門員等へのインタビューを通して、高齢がん患者の生活課題と支援の実態を質的に明らかにした。

分析の結果、14 カテゴリー・59 サブカテゴリー・154 コードが抽出され、以下の点が明確となった。

その結果、１）「地域で生活する高齢がん患者の生活上の課題」として、

【高齢者がん患者に特徴的な課題】
【高齢者がん患者の家族に特徴的な課題】
【支援者側の課題】
【様々な制度や地域サービスの壁】
【外来受診の課題】

２）「地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援」として、

【高齢者がん患者に特徴的な課題への支援】
【高齢者がん患者の家族に特徴的な課題への支援】
【化学療法の意思決定支援】
【地域サービスを活用することの意思決定支援】
【人生の身じまいの意思決定支援】
【外来受診時の支援】
【患者・家族への個別的な支援】
【医療福祉従事者による高齢者の地域サービス活用への支援】
【高齢がん患者の支援のためのシステム強化】

のカテゴリーが抽出された。

高齢がん患者は、がんと老いが重なることで生活の脆弱性が顕著となる特徴が明らかになった。また特徴的なカテゴリーとして【人生の身じまいの意思決定支援】が抽出され、対象の価値観や受け止め等を尊重し、段階的な ACP（Advance Care Planning）の実践について医療・介護の多職種による情報共有と専門家の介入が必要であることが示唆された。

また制度や地域資源のミスマッチが支援の継続性を阻害していること、支援者側には意思決定支援のスキルや情報共有体制の整備の必要性、個別性の重視した多職種連携の必要性、病院と地域をつなぐ新たなシステム整備の必要性が示唆された。

研究の限界

本研究は、地域で生活する高齢がん患者の生活上の問題と支援を明らかにするために、訪問看護師、病院の専門的な緩和ケア担当者、病院医療連携部門担当者、ケアマネージャー、特別養護老人ホーム相談員担当者 16 名を対象としたが、職種は看護師が 12 名、介護支援専門員が 3 名、社会福祉士が 1 名と介護職の割合が少ないという結果となった、そのため結果に偏りがあることは否めない。今後も継続して高齢がん患者の包括的な支援について検討していきたい。

文献

1.厚生労働省，第 4 期がん対策推進基本計画，2023.

2.厚生労働省 病院報告，2025.

3．厚生労働省　令和 5 年患者調査の概況，2023

4．厚生労働省．厚生の指標（2024 年）：75 歳以上のがん患者の介護保険利用率に関するデータ．

5．厚生労働省医薬局 監視指導・麻薬対策課．医療用麻薬適正使用ガイダンス．令和 6 年.

6．厚生労働省 老健局振興課・老人保健課・高齢者支援課．介護保険最新情報（ストーマ装具交換に関する通知）．2011 年 7 月 14 日.

7.高林幸司，他(2018)．高齢がん患者に対する在宅緩和ケアの年齢別比較―多施設共同研究.Palliative Care Research．13(2)，129-138.

8.日本老年医学会（2019）．高齢者のがん診療ガイドライン．日本老年医学会.

9.井上由美，佐藤美香（2018）．高齢がん患者の療養生活における困難．老年看護学雑誌，23(2)，112-120.

10．厚生労働省（2020）．高齢者の認知機能と医療意思決定に関する報告書．厚生労働省.

11.石田恵子，山本真理（2017）．高齢者の服薬管理における困難と支援の実際．日本地域看護学会誌，20(1)，45-53.

12.介護保険制度研究会（2019）．介護保険制度と医療制度の接続に関する課題．介護保険制度研究会報告書.

F．健康危険情報

特記すべきことなし。

G．研究発表

論文発表

1．今後検討予定

学会発表

1．第 41 回日本がん看護学会学術集会発表予定

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

特記すべきことなし。

表１．対象者の概要

	年齢（才代）	支援の立場	職種	職位	資格取得後の経験年数（年）	高齢者支援の経験年数（年）	認定資格の有無（資格名）	インタビュー時間（分）
A	60	ケアマネージャー	介護支援専門員	管理者	24	24	無	39
B	40	病院医療連携部門	看護師	スタッフ	28	10	無	41
C	50	特別養護老人ホームの相談員	社会福祉士	スタッフ	18	22	無	50
D	50	訪問看護師	看護師	管理者	32	31	有（緩和ケア認定看護師）	40
E	30	ケアマネージャー	介護支援専門員	主任ケアマネージャー	10	17	無	40
F	30	病院で専門的な緩和ケアを担う者	看護師	スタッフ	13	10	有（がん看護専門看護師）	39
G	60	病院で専門的な緩和ケアを担う者	看護師	師長	38	38	有（がん看護専門看護師）	66
H	40	病院で専門的な緩和ケアを担う者	看護師	スタッフ	24	24	有（がん看護専門看護師）	33
I	50	病院で専門的な緩和ケアを担う者	看護師	スタッフ	11	11	有（がん看護専門看護師）	50
J	50	ケアマネージャー	介護支援専門員	管理者	16	9	主任介護支援専門員	47
K	40	訪問看護師	看護師	スタッフ	15	20	有（がん看護専門看護師）	38
L	50	訪問看護師	看護師	副管理者	16	25	有（がん看護専門看護師）	45
M	50	訪問看護師	看護師	管理者	17	30	無	42
N	50	退院支援看護師	看護師	主任	8	8	無	73
O	60	訪問看護師	看護師	法人代表	17	37	無	66
P	50	地域連携室	看護師	スタッフ	25	15	有（緩和ケア認定看護師）	66
最小					8	8		33
最大					38	38		73
平均					19.5	20.6875		48.4

表２　対象者が語った事例の概要

	年代	認知症の診断	病期	がん腫
A	超高齢者	無	終末期	胃がん
B	後期高齢者	無	治療期～終末期	大腸がん
C	後期高齢者	無	終末期	乳がん
D	後期高齢者	有	治療期～終末期	胃がん
E	後期高齢者	無	終末期	乳がん
F	前期高齢者	有	治療期～終末期	肺がん
G	前期高齢者・超高齢者	無・無	終末期・終末期	大腸がん・膵がん
H	後期高齢者	無	治療期～終末期	肺がん
I	前期高齢者	無	終末期	胃がん（希少がん）
J	後期高齢者	有	終末期	口腔がん
K	後期高齢者	無	治療期～終末期	食道がん
L	後期高齢者	無	治療期～終末期	食道がん
M	後期高齢者	無	終末期	前立腺がん
N	前期高齢者	無	治療期～終末期	腎がん
O	後期高齢者	有	終末期	前立腺がん
P	後期高齢者	無	終末期	膵がん

表3　地域で生活する高齢がん患者の生活上の課題　カテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー
高齢者がん患者に特徴的な課題	服薬管理が困難である
	疼痛コントロールが困難である
	通院手段に困難を抱える
	金銭管理が困難である
	治療費が支払いきれない
	併存疾患、老化の進行とがんの悪化の鑑別が難しい
	高齢がん患者は家族に迷惑をかけたくないという思いが優先する
	高齢がん患者は変化を受け入れがたい
	高齢がん患者は情報リテラシーや認知機能、理解力が低下している
	地域サービスに繋がらないケースがある
高齢者がん患者の家族に特徴的な課題	介護者である家族に体力低下があり、介護力が低下している
	高齢がん患者が認知症の配偶者の介護をしている
	高齢患者の家族が遠方に暮らしている
	家族への対応に苦慮するケースがある
支援者側の課題	医療者が意思決定支援のスキルを高める必要がある
	支援者間の情報共有に難しさがある
	家族の喪失への支援に難しさがある
	病院内で高齢がん患者の意思決定支援のスキルを持っている人につなげるシステムが必要である
	支援が必要な人を見出す仕ために多くのマンパワーを要する
様々な制度や地域サービスの壁	高齢者支援に関する制度が高齢がん患者支援の壁になっている
	高齢者がん患者のニーズと地域資源の間にミスマッチがある
外来受診の課題	患者の話から病院医療者が在宅の様子が把握できない
	外来で医師が説明したことを患者が理解できない
	外来の受診結果を患者が訪問看護師等に伝えられない

表4　地域で生活する高齢がん患者の生活上の支援　カテゴリーとコード

カテゴリー	サブカテゴリー
高齢者がん患者に特徴的な課題への支援	服薬管理を支援する
	疼痛コントロールを支援する
	通院困難について支援する
	金銭管理を支援する
	負担しきれない治療費について支援する
	併存疾患や老化の進行とがんの悪化の鑑別が難しい中で支援する
	情報リテラシーが低く、認知機能や理解力が低下している高齢がん患者を支援する
高齢者がん患者の家族に特徴的な課題への支援	高齢で体力、理解力が低下している家族を支援する
	認知症の家族を介護している高齢がん患者・家族を支援する
	家族が遠方に暮らしている高齢がん患者、家族を支援する
化学療法の意思決定支援	意思決定能力を把握する
	治療の選択肢を医療者間でよく吟味して提示する必要がある
	できるだけ時間をかけて繰り返し意向を確認する
地域サービスを活用することの意思決定支援	地域で支援する職種が高齢がん患者最終的な療養先の意思決定を支援する
	地域で支援する職種が高齢がん患者の地域サービスの活用の意思決定を支える
人生の身じまいの意思決定支援	身じまいについて経過を見越した情報支援や話し合いをする
	身じまいについて親族の関わりを希望しない背景を知り、最初に示された意向を鵜呑みにしない
	身じまいの意思決定支援では亡くなるまでの過程や身じまいのイメージへの支援を先行して行う
	身じまいに関して侵襲的にならないような情報提供の仕方をする
	身じまいについてMSWと連携する
	身じまいの支援について施設の状況に応じた関係職種の役割分担がある
外来受診時の支援	高齢がん患者を介して状況を把握することで生じる齟齬を回避する
	外来受診結果の情報が得られない状況でも、訪問看護師は訪問した時の観察結果から在宅での支援を行う
患者・家族への個別的な支援	高齢者と支援者の間で認識がずれているという知覚を大事にする
	高齢者がどのような考えでいるか知る過程を大事にする
	高齢者が大事にしていることや希望していることを医療者が丁寧に患者から聞くことを大事にする
	患者や家族の心情に配慮して、タイミングを計る
	患者・家族の強みに応じて理解できる方法での情報提供、実施できる方法や手技の提案を行う
医療福祉従事者による地域サービス活用への支援	がんの診断を機に地域での支援が必要になった高齢がん患者の地域サービスへの連携はがん治療病院から始まる
	併存疾患と認知症があり、地域サービスを活用しながら生活していてがんを発症した高齢がん患者の地域サービスの連携はケアマネージャーから始まる
	患者・介護者にあった事業所のマッチングが鍵を握る
高齢がん患者の支援のためのシステム強化	高齢がん患者の意思決定支援のスキルを持っている人につなげられる病院内のシステムが必要である
	がん治療病院と地域の医療職が治療期のがん患者を支える情報共有のシステムが必要である
	地域で暮らす高齢がん患者を支えるために、地域の医療・福祉職がタイムリーに情報共有することが効果である
	福祉施設と病院の連携を強化する必要がある

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

高齢がん患者の治療・療養・介護に関する支援を提供する上での課題の把握と提言の作成

研究分担者　田代　志門　国立大学法人東北大学 大学院文学研究科　教授

研究要旨　高齢がん患者の治療・療養生活で抱える課題に対する支援の提供に際して生じる社会倫理的問題に関して、「セルフネグレクトへの対応」「死後の問題のサポート」「死期を早める要望への対応」の 3 点から今後求められる対応の方向を検討した。その結果、自律原則の再定義、死の捉え方の刷新、従来の緩和ケアが限界を迎えた際の複数の選択肢についての包括的な検討の必要性が示唆された。

A. 研究目的

高齢がん患者の治療・療養生活で抱える課題に対する支援の提供に際して生じる社会倫理的問題に関して、昨年度リストアップした論点に即して、今後求められる対応の方向を検討する。

B. 研究方法

関連する文献の網羅的収集と分析。研究班内部でのディスカッションによる検討。

C. 研究結果

昨年度の検討から、高齢がん患者の治療・療養生活で抱え得る倫理的課題に関して、意思決定支援以外の重要な論点として「セルフネグレクトへの対応」「死後の問題のサポート」「死期を早める要望への対応」の 3 点が見出され、本年度はこの 3 点について更なる検討を進めた。

D. 考察

昨年の報告書で指摘したように、1 つ目のセルフネグレクトへの対応が課題になってきた背景には、倫理的に本人の意向の尊重が重視されるようになるにつれて、本人の意向に反する介入の正当化が困難になっている、という問題がある。本年度の検討から、こうした状況での介入を正当化する論理を検討する上で、一つの可能性として自律原則の再定義を行うという方向が見いだされた。具体的には、O’Neill らが提唱した「原理としての自律（principled autonomy)」がそれである。ここでの自律概念は、自己決定ではなく、他人が受け入れ可能な原理（基準や理由）に従うという意味で用いられている。そのため、「原理としての自律」は従来の「個人的な自律」とは異なり、本人だけの自律尊重ではなく関係者全員の義務としての自律を掲げる。こうした方向で自律概念を再定義することにより、セルフネグレクトに対する介入の正当化が図られる可能性がある。ただし、日本の生命倫理学における「原理としての自律」概念に関する専門的な検討は限定的であり、今後さらに詳細な検討を進めていく必要がある。

2 つ目は死後の事務手続きや遺体の引き取り、葬儀といったテーマである。特に身寄りのない人の場合を念頭に置き、生前から死後まで一貫した支援体制を構築するためには、その前提として死の捉え方を変化させていく必要があるとの結論に至った。従来のように、生物学的な死を死と捉え、死を点で区切る場合には、この一連のプロセスを連続的なものとみることは難しい。それゆえ、死はプロセスであり、医師以外にも多くの人が関わって「生者から死者への移行を支える」ものとして捉える見方を確立する必要がある。

3つ目としては､近年新たに注目されているVSED（voluntary stopping eating and drinking）という選択肢について検討した。国内では法的･倫理的検討が進んでいないが、積極的安楽死（voluntary active euthanasia, VAE）、医師による自殺幇助（physician assisted suicide, PAS)、生命維持治療の差

し控え・終了(いわゆる日本でいう「尊厳死」)、緩和的鎮静（palliative sedation）といった選択肢と並列に置かれ、通常の緩和ケアが限界を迎えた地点での選択肢の一つと捉えられている。

他の選択肢と比較した場合に、日本では専門職が関与しない「断食」に近いものが想定されることがあるが、実際には実施の過程で直接的・間接的な専門職による支援が求められることもあり、その場合にどう振る舞うべきかについては倫理的・法的課題がある。また、英語圏では事前指示書により意思決定能力を失った場面での飲食中止（SED by AD）についても論じられており、この点も将来的には検討課題となりうる。

E. 結論

高齢がん患者の治療・療養生活で抱え得る倫理的課題に関して、従来必ずしも中心的には取り上げられてこなかった問題として、「セルフネグレクトへの対応」「死後の問題のサポート」「死期を早める要望への対応」の3点について昨年度の検討を踏まえてさらに詳細な文献検索を行い、倫理面での課題整理を行った。

その結果、自律原則の再定義、死の捉え方の刷新、VSEDを含む従来の緩和ケアが限界を迎えた際の選択肢についての包括的な検討の必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表

なし。

学会発表

1. 田代志門. 高齢がん患者の治療選択における倫理的課題.第23回日本臨床腫瘍学会学術集会(於 パシフィコ横浜)2026年3月27日

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

特記すべきことなし。

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

NDB と介護総合データベースを活用した高齢がん患者への医療・介護サービスの提供状況に関する研究

研究分担者　奥村　泰之　一般社団法人臨床疫学研究推進機構　代表理事

研究要旨　【目的】本研究は、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）および介護保険関連情報データベース（介護 DB）を用いて、65 歳以上でがんの診断を受けた患者における医療・介護サービスの提供状況を記述することを目的とした。【方法】2018 年 4 月から 2022 年 3 月までの間に初めて悪性腫瘍の傷病名を付与された患者を対象として、NDB と介護 DB を突合したコホート研究を実施した。評価項目は、要介護認定の新規申請日までの期間および死亡日までの期間とした。【結果】適格基準に該当した患者数は 1,881,506 名であった。診断日から要介護認定の新規申請までの累積発生割合は、1 年時に 10%、3 年時に 18%、5 年時に 26%であった。死亡の累積発生割合は、1 年時に 15%、3 年時に 26%、5 年時に 33%であった。また、要介護認定日からの死亡の累積発生割合は、3 か月時に 16%、6 か月時に 26%、12 か月時に 36%であった。【結論】本研究により、日本全国における高齢がん患者の医療・介護サービスの提供状況が明らかになった。

A. 研究目的

高齢のがん患者では、がんや治療の影響に加えて、加齢に伴う併存疾患、身体機能・認知機能等の低下、介護依存度などが療養生活に影響し得る。高齢者がん診療ガイドラインでも、高齢がん患者ではこれらを含めた評価が必要とされている[1)]。

こうした日常生活機能の低下や支援ニーズに対応する制度の一つとして、介護保険制度がある。しかし、高齢のがん患者が、どの時期に介護保険を申請し、どのような介護サービスを利用しているのかについては、十分に明らかにされていなかった。

また、高齢のがん患者では状態が急速に変化し、要介護認定や介護サービスの利用開始が支援ニーズに間に合わないことが懸念されると指摘されているものの[2)]、その頻度や実態については十分に検討されていなかった。

そこで本研究では、65 歳以上でがんの診断を受けた患者を対象として、医療・介護サービスの提供状況を記述することを目的とした。

B. 研究方法

１．データ源

2012 年 4 月から 2024 年 3 月診療分までの、65 歳以上を対象とした公費単独を含む医科、DPC、調剤および歯科レセプト情報を抽出した NDB データの提供を受けた。また、2024 年 3 月時点の受給者台帳情報、および 2012 年 4 月から 2024 年 3 月サービス提供分までの 65 歳以上の介護レセプト情報を抽出した介護 DB データの提供を受けた。

２．患者特定（図１）

以下の適格基準により患者を特定し、コホート研究を実施した。

１）2018 年 4 月から 2022 年 3 月までの間に、疑い病名を除く悪性腫瘍の病名（ICD-10：C00-C98）を付与された 65 歳以上の患者。なお、当該レセプトの月内初回診療日を基準日とした。

２）少なくとも基準月の前 12 か月間に、疑い病名を除く悪性腫瘍の病名を含むレセプトを有さない患者。

３）少なくとも基準日の前 365 日間に、抗悪性腫瘍薬、放射線療法、または悪性腫瘍に関する手術の算定を有さない患者。

４）基準月より 12 か月以上前にデータを有

する患者。
５）基準日の前に要介護認定を受けていない患者。
６）介護レセプトと突合可能な ID4 または ID5 を有する患者。

３．評価項目
要介護認定の新規申請日までの期間および死亡日までの期間を評価項目とした。なお、死亡特定のロジックは昨年度の報告書に準拠した[3)]。

４．下位集団１：新規の訪問看護利用
基準日の前に訪問看護に関する算定を有さない患者を下位集団とした。評価項目は、初回の訪問看護（医療・介護）に関する算定までの期間とした。

５．下位集団２：新規の要介護認定
基準日後に要介護認定を受けた患者を下位集団とした。評価項目は、初回の要介護認定日から死亡までの期間とした。

（倫理面への配慮）
本研究計画は、国立がん研究センター倫理審査委員会の審査および承認を受けた。国立がん研究センター（手続担当者：小川朝生）が主体となって NDB および介護 DB の利用申出を行い、厚生労働省よりデータ利用の承諾を得た。なお、解析の委託先である臨床疫学研究推進機構と国立がん研究センターとの間で秘密保持契約を締結した。

C. 研究結果
適格基準を満たしたがんの新規診断患者数は、1,881,506 名であった（図２、表１）。85 歳以上の割合は 14.1%、男女比は 1.4：1 であった。がん種は、大腸（18.9%）、結腸（15.0%）、胃（13.4%）、肺（13.0%）、前立腺（11.9%）の順に多かった。要介護認定の新規申請の累積発生割合は、診断日から 1 年時に 10%、3 年時に 18%、5 年時に 26%であった（表２）。また、死亡の累積発生割合は、診断日から 1 年時に 15%、3 年時に 26%、5 年時に 33%であった。加えて、要介護認定の新規申請および死亡の累積発生割合には、年齢依存性が認められた。
がんの新規診断日前に訪問看護の利用実績がない患者数は、1,855,730 名であった（表２）。介護保険による訪問看護の新規利用の累積発生割合は、診断日から 1 年時に 1%、3 年時に 3%、5 年時に 5%であった（表３）。また、医療保険による訪問看護の新規利用の累積発生割合は、診断日から 1 年時に 5%、3 年時に 10%、5 年時に 13%であった。加えて、訪問看護の新規利用の累積発生割合にも、年齢依存性が認められた。
がんの新規診断日後に要介護認定を受けた患者数は、345,816 名であった（表２）。死亡の累積発生割合は、要介護認定日から 3 か月時に 16%、6 か月時に 26%、12 か月時に 36%であった（表４）。なお、65～74 歳における死亡の累積発生割合は、75～84 歳および 85 歳以上に比べて高かった。

D. 考察
本研究では、NDB と介護 DB を用いることにより、日本全国の高齢がん患者における医療・介護サービスの提供状況を記述した。その結果、がん診断時には介護保険を利用していなかった患者であっても、診断後に要介護認定の新規申請を行う患者が一定数存在し、その累積発生割合は診断後の経過とともに上昇していた。また、死亡の累積発生割合も時間経過とともに上昇していた。これらの結果は、高齢のがん患者では、診断時点で介護保険サービスを利用していない場合であっても、その後の経過の中で生活機能の低下や死亡に至る患者が一定数存在することを示している。
要介護認定の新規申請および死亡の累積発生割合には、年齢による違いが認められた。特に高年齢層では、診断後早期から要介護認定の新規申請割合が高かった。このことは、加齢に伴う身体機能や認知機能の低下を背景として、がん診療と並行して介護ニーズが顕在化しやすい可能性を示している。
新規の訪問看護利用については、介護保険による訪問看護よりも、医療保険による訪問看護の累積発生割合が高かった。このことは、がん診断後の在宅療養支援において、介護サービスによる日常生活支援よりも、医療的管理を目的とした支援が先行して導入される患者が少なくない可能性を示している。
さらに、新規の要介護認定後の死亡の累積発生割合は比較的高く、要介護認定が死亡前の限られた時期に行われている患者が少なくないことが示唆された。特に、要介護認定後

12 か月時点で 36%が死亡していたことは、介護保険の申請・認定が、療養生活の早期からの支援というよりも、病状が進行し支援ニーズが顕在化した後に行われている事例が一定数含まれている可能性を示している。

要介護認定後の死亡の累積発生割合が 65～74 歳で相対的に高かった点も重要である。65～74 歳では、要介護認定を受ける患者が高年齢層に比べてより重症例に偏っている可能性や、介護保険の申請・認定に至る時点がより病状進行後である可能性がある。

E. 結論

NDB と介護 DB を用いた本研究により、日本全国の高齢がん患者における医療・介護サービスの提供状況が明らかとなった。がん診断後には、要介護認定の新規申請および死亡の累積発生割合が経時的に上昇し、これらには年齢による違いが認められた。また、訪問看護は介護保険よりも医療保険での新規利用割合が高く、要介護認定後の死亡割合も高かった。これらの結果は、高齢がん患者に対して、がん診療と並行して早期から介護保険の申請や在宅療養支援を見据えた連携体制を整備する重要性を示唆している。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

（この情報については、主任研究者がとりまとめて総括研究報告書内に記載することになっておりますが、情報の有無を把握する為、情報が有る場合はその内容をご記載下さい。無い場合は「特記すべきことなし。」とご記載下さい。）

G. 研究発表

論文発表

なし。

学会発表

なし。

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

なし。

引用文献

1) 高齢者がん診療ガイドライン作成員会: 高齢者がん診療ガイドライン 2022: 修正・増補版 2025 (http://www.chotsg.com/saekigroup/cpg2025.pdf), 2025, 閲覧日: 2026 年 4 月 29 日.

2) 全国がん患者団体連合会: 要介護認定の迅速化と適正化 (https://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/kisei/meeting/wg/2310_04medical/240314/medical03.pdf), 2024, 閲覧日: 2026 年 4 月 29 日.

3) 奥村泰之・小川朝生: NDB と介護総合データベースを活用した高齢がん患者における死亡前の治療・療養生活の実態把握. 厚生労働行政推進調査事業費補助金 (がん対策推進総合研究事業), 2025.

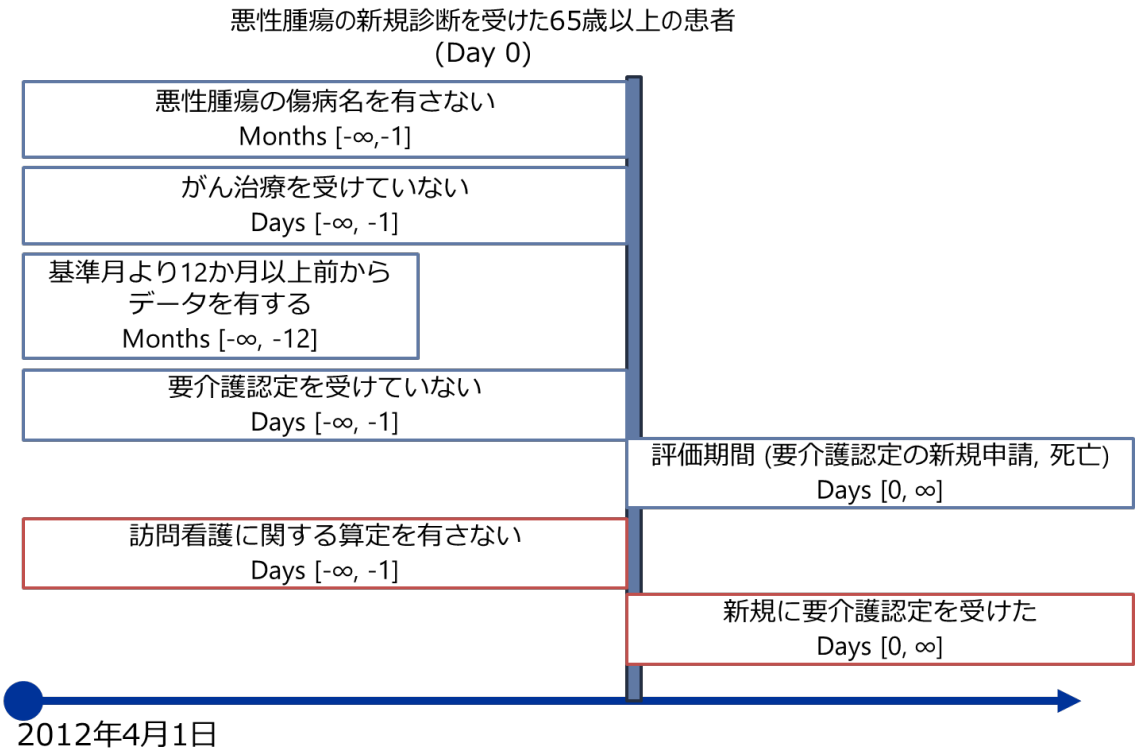


図１．デザイン・ダイアグラム

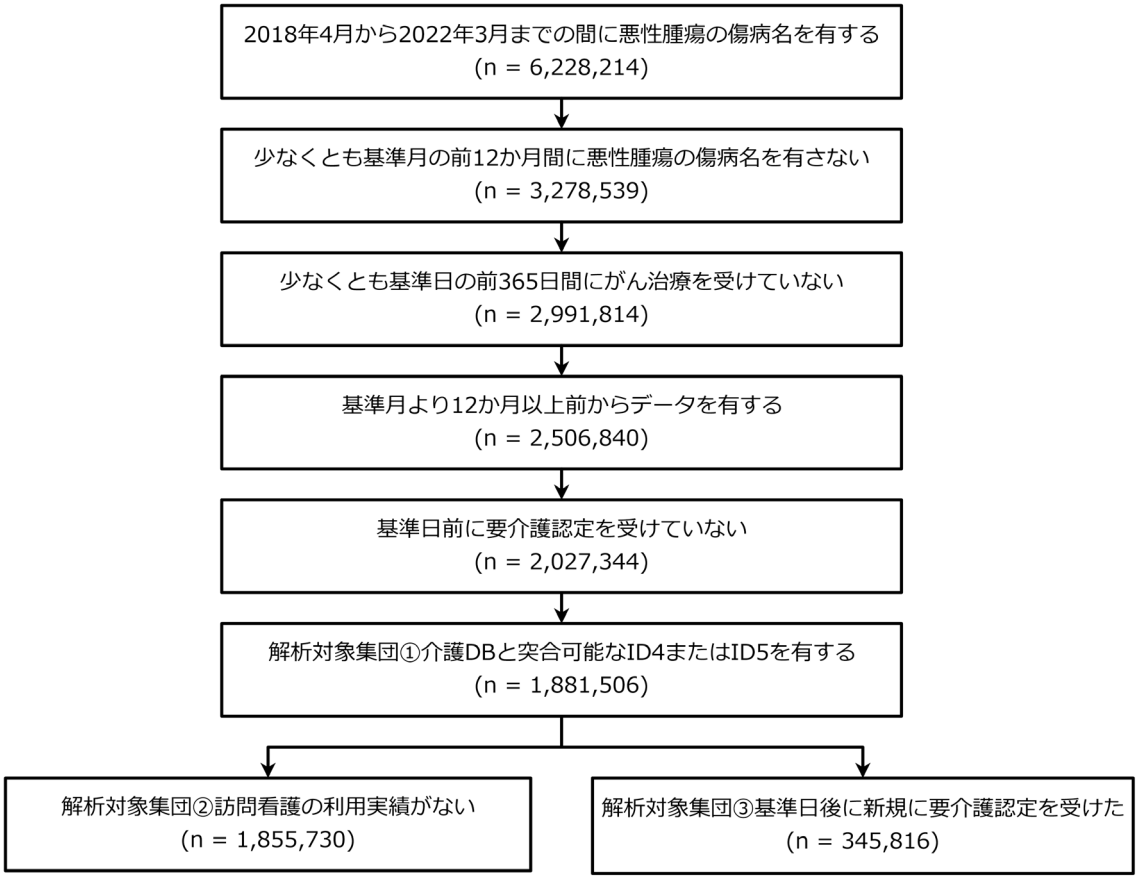

2018年4月から2022年3月までの間に悪性腫瘍の傷病名を有する
(n = 6,228,214)
少なくとも基準月の前12か月間に悪性腫瘍の傷病名を有さない
(n = 3,278,539)
少なくとも基準日の前365日間にがん治療を受けていない
(n = 2,991,814)
基準月より12か月以上前からデータを有する
(n = 2,506,840)
基準日前に要介護認定を受けていない
(n = 2,027,344)
解析対象集団①介護DBと突合可能なID4またはID5を有する
(n = 1,881,506)
解析対象集団②訪問看護の利用実績がない
(n = 1,855,730)
解析対象集団③基準日後に新規に要介護認定を受けた
(n = 345,816)
図２．流れ図

表１．患者背景

患者背景	解析対象集団１		解析対象集団２		解析対象集団３	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
全体	1,881,506		1,855,730		345,816	
性別						
男性	1,110,613	59.0	1,098,943	59.2	196,477	56.8
女性	770,893	41.0	756,787	40.8	149,339	43.2
年齢						
65~74 歳	855,440	45.5	850,782	45.8	83,903	24.3
75~84 歳	760,066	40.4	751,815	40.5	181,568	52.5
85 歳以上	266,000	14.1	253,133	13.6	80,345	23.2
がん種						
口腔・咽頭（C00～C14）	27,267	1.4	26,864	1.4	5,413	1.6
食道（C15）	44,883	2.4	44,447	2.4	9,362	2.7
胃（C16）	251,360	13.4	248,395	13.4	46,913	13.6
結腸（C18）	282,155	15.0	278,207	15.0	48,850	14.1
直腸（C19～C20）	82,699	4.4	81,762	4.4	15,727	4.5
肝臓（C22）	62,843	3.3	61,469	3.3	12,678	3.7
胆嚢・胆管（C23～C24）	44,327	2.4	43,415	2.3	10,259	3.0
膵臓（C25）	86,060	4.6	84,637	4.6	20,818	6.0
咽頭（C32）	8,484	0.5	8,413	0.5	1,473	0.4
肺（C33～C34）	244,120	13.0	240,066	12.9	49,765	14.4
皮膚（C43～C44）	46,465	2.5	45,595	2.5	8,235	2.4
乳房（C50）	123,450	6.6	121,817	6.6	18,237	5.3
子宮（C53-～55）	34,613	1.8	34,066	1.8	5,952	1.7
子宮頚部（C53）	11,264	0.6	11,115	0.6	2,180	0.6
子宮体部（C54）	19,349	1.0	19,147	1.0	3,011	0.9
卵巣（C56）	13,132	0.7	12,906	0.7	2,636	0.8
前立腺（C61）	223,742	11.9	222,207	12.0	31,294	9.0
膀胱（C67）	90,103	4.8	89,062	4.8	15,675	4.5
腎・尿路（C64～C66、C68）	49,607	2.6	48,892	2.6	9,309	2.7
脳・中枢神経系（C70～C72）	5,735	0.3	5,619	0.3	2,281	0.7
甲状腺（C73）	21,233	1.1	21,000	1.1	2,566	0.7
悪性リンパ腫（C81～C85、C96）	71,516	3.8	70,651	3.8	13,970	4.0
多発性骨髄腫（C88～C90）	26,112	1.4	25,735	1.4	6,289	1.8
白血病（C91～C95）	27,172	1.4	26,738	1.4	5,134	1.5
大腸（C18～C20）	355,338	18.9	350,531	18.9	62,768	18.2
基準年度						
2018	478,413	25.4	472,399	25.5	100,239	29.0
2019	482,292	25.6	475,815	25.6	91,086	26.3
2020	446,175	23.7	439,665	23.7	79,850	23.1
2021	474,626	25.2	467,851	25.2	74,641	21.6

表２．診断日から特定時点における要介護認定の新規申請あるいは死亡の累積発生割合

	要介護認定の新規申請				死亡			
観察月	全体	65~74 歳	75~84 歳	85 歳以上	全体	65~74 歳	75~84 歳	85 歳以上
0	0.2	0.0	0.2	0.6	0.1	0.0	0.1	0.2
1	2.7	1.0	3.2	6.9	2.6	1.2	2.3	7.7
2	4.5	1.9	5.5	10.5	4.9	2.4	4.5	14.0
3	5.6	2.4	6.9	12.6	6.6	3.3	6.2	18.5
4	6.3	2.7	7.9	14.1	8.0	4.1	7.6	21.9
5	6.9	3.0	8.7	15.4	9.2	4.7	8.8	24.6
6	7.4	3.3	9.3	16.4	10.2	5.4	9.9	26.9
12	10.0	4.6	12.5	21.7	15.0	8.7	14.9	36.1
18	12.1	5.8	15.3	26.4	18.6	11.3	18.7	42.0
24	14.1	6.8	17.8	30.6	21.4	13.4	21.8	46.5
30	16.0	7.9	20.4	34.8	23.7	15.1	24.3	50.3
36	18.0	8.9	23.0	39.0	25.9	16.7	26.7	53.7
42	19.9	9.9	25.6	42.9	27.9	18.1	28.9	56.8
48	21.8	11.0	28.2	46.8	29.8	19.6	31.0	59.8
54	23.7	12.1	30.8	50.5	31.6	20.9	33.1	62.6
60	25.7	13.3	33.6	54.2	33.4	22.2	35.1	65.4

表３．診断日から特定時点における新規の訪問看護利用の累積発生割合

	新規の訪問看護（介護保険）				新規の訪問看護（医療保険）			
観察月	全体	65~74 歳	75~84 歳	85 歳以上	全体	65~74 歳	75~84 歳	85 歳以上
0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.1	0.4
1	0.1				0.7	0.3	0.7	2.4
2	0.2	0.1	0.3	0.6	1.6	0.8	1.7	4.7
3	0.4	0.2	0.5	1.1	2.4	1.2	2.5	6.3
4	0.6	0.3	0.7	1.4	2.9	1.5	3.0	7.4
5	0.8	0.4	0.9	1.7	3.3	1.7	3.5	8.2
6	0.9	0.5	1.1	2.0	3.6	2.0	3.9	8.9
12	1.4	0.8	1.7	3.1	5.2	3.1	5.7	12.1
18	1.8	1.0	2.2	4.0	6.5	4.1	7.1	14.4
24	2.2	1.2	2.7	4.9	7.7	4.9	8.3	16.4
30	2.6	1.4	3.2	5.9	8.6	5.7	9.5	18.2
36	2.9	1.5	3.6	7.0	9.6	6.4	10.5	19.9
42	3.3	1.8	4.2	8.1	10.4	7.1	11.4	21.4
48	3.7	1.9	4.7	9.3	11.2	7.7	12.4	22.9
54	4.2	2.2	5.3	10.5	12.1	8.3	13.3	24.4
60	4.6	2.4	5.9	11.9	12.9	8.9	14.2	26.0

表４．新規の要介護認定日から特定時点における死亡の累積発生割合

観察月	全体	65~74 歳	75~84 歳	85 歳以上
0	0.0	8.1	3.9	3.8
1	4.9			
2	11.3	17.2	9.4	9.3
3	16.2	23.8	13.7	14.0
4	20.1	28.5	17.2	17.8
5	23.2	32.2	20.0	20.9
6	25.8	35.1	22.4	23.5
12	36.1	45.7	32.4	34.5
18	42.6	51.7	38.7	41.8
24	47.5	55.9	43.6	47.6

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

忘れられる権利とがんサバイバーの定義への影響
―EU 加盟国の動向から―

研究分担者　大井　賢一　認定特定非営利活動法人がんサポートコミュニティー
事務局長

研究要旨　「忘れられる権利」は、欧州がん撲滅計画の優先分野のひとつであるだけでなく、2023 年 11 月 19 日に採択し、2026 年 11 月 20 日までに EU 加盟国各国の国内法に移管される第 2 次消費者信用指令(Consumer Credit Directive)にも盛り込まれた。本研究は、欧州連合(以下「EU」とする)加盟国における「忘れられる権利」の動向を明らかにする目的で、2026 年 3 月までに EU 加盟 27 カ国で制定された「忘れられる権利」に関する法律を調査した。2026 年 3 月現在、EU 加盟 27 か国のうち 10 か国が、がんサバイバーに対する金融上の差別に対抗するために「忘れられる権利」としての法規制を講じており、5 か国では、政府と保険会社との間の協定や自主規制といった法規制ではない枠組みが採用されていた。採択された規制は実施国によって異なるため、「忘れられる権利」について EU 全体で統一された定義はないが、共通する目的は変わらない。それは一定期間が経過した後、がんサバイバーが経済的な差別を受けることのないよう保護することである。現在、日本において「忘れられる権利」の法制化に向けた動きは見られない。日本には治療終了から一定期間後に加入できる引受基準緩和型保険や、告知の必要がない無選択型保険のように、がんの既往歴があっても加入できる保険もあるが、「忘れられる権利」について法規制や自主規制している EU 加盟国のように、がんの経験を自分の人生史の一部とみなしているとの国民全体の理解に至ってはいないと考えられる。今後、日本において長期無症候状態にあるがんサバイバーが増えることを踏まえ、EU 加盟国での「忘れられる権利」の動向を注視しながら、がんサバイバーそのものからの“卒業”も視野に入れた、日本版「忘れられる権利」のあり方を検討すべきである。

A. 研究目的

がん治療が終わると、患者は職場に復帰する、将来の計画を立てるなど「当たり前の生活」を取り戻したいと願う。しかし多くの場合、身体的に回復をしても、その既往歴が思わぬ場所で障壁となる。その一例が民間保険の健康状態に関する質問項目である。がんの既往歴があることで、保険加入を断られたり、広範囲にわたって保障対象外とされたり、保障を受けるために高額な保険料を求められる。

「忘れられる権利」は、こうした事態が起こらないようにすることが目的である。中核にあるのは、保険や金融商品の引受査定において、再発なく一定の期間が経過していれば、がんの既往歴は考慮されるべきではないというものである。

EU では、欧州がん撲滅計画の優先分野のひとつとして、がんサバイバーの金融サービスの利用を促すため、がん既往歴に関する「忘れられる権利」の認識を高めている。

本研究の目的は、EU 加盟国における「忘れられる権利」の動向を明らかにし、今後の日本における「忘れられる権利」のあり方への示唆を得ることである。

B. 研究方法

2026 年 3 月までに EU 加盟国 27 カ国で制定された「忘れられる権利」に関する法律等を調査した。また、様々な政府機関や組織を通

じて現在入手可能な出版物、政府機関や機関が作成した報告書も対象とした。さらに、EU全域における忘れられる権利に関する法律をよりよく理解するために、欧州がん機構(ECO)に確認を行った。

（倫理面への配慮）

本研究では、分析のために特別に収集されたものではない、一般にアクセス可能な情報を使用したものであり、人を対象とする研究の規制上の定義には合致せず、機関内倫理委員会の審査を免除された。

C. 研究結果

「忘れられる権利」は、欧州がん撲滅計画の優先分野のひとつであるだけでなく、2023年11月19日に採択し、2026年11月20日までにEU加盟国各国の国内法に移管される第2次消費者信用指令(Consumer Credit Directive)[1]にも医療処置の終了から算定される一定期間を経過した後、消費者信用契約に関連する保険契約において個人のがん病歴を利用することを禁止することが盛り込まれた。

2026年3月現在、EU加盟27か国のうち10か国が、がんサバイバーに対する金融上の差別に対抗するための法規制を講じていた。フランスがこの問題に最初に着手し、2016年1月にがんサバイバーのための「忘れられる権利」に関する法律を可決し、ベルギーが2020年2月にフランスに続いた。2021年1月からは、オランダが施行し始め、ポルトガルも2022年1月に採択した。ルーマニアは2022年7月に可決し、中東欧（CEE）地域における先駆的な国となった。その後、スペイン（2023年7月）、キプロス(2023年11月)、イタリア(2023年12月)、スロベニア（2024年11月)、およびマルタ（2026年3月）で導入された。他のEU加盟の5か国では、政府と保険会社との間の協定(ルクセンブルク)や自主規制（ギリシャ、アイルランド、デンマーク、チェコ）といった法規制ではない枠組みが採用されていた。アイルランドおよびポーランドでは立法作業が進められており、ドイツでは2026年4月26日を締め切りとして「忘れられる権利」に関する請願の署名活動が行われていた。また、EU加盟のブルガリア、クロアチア、オーストリア、エストニア、フィンランド、ハンガリー、ラトビア、リトアニア、スロバキア、およびスウェーデンの10か国では、「忘れられる権利」に関する取り組みはなされていなかった。

「忘れられる権利」が法規制されているEU加盟10か国において、成人になってからがんの診断を受けた人で再発や転移の兆候が見られない無症候状態の場合、がんの既往歴は10年（オランダ、ポルトガル、イタリア、キプロス、マルタ)、7年(ルーマニア、スロベニア)、または5年（ベルギー、フランス、スペイン）経過すると抹消されると規定されていた。

また、若年層を対象に「忘れられる権利」について特別な条件が設けられ、適用までの待機期間が短縮されている国もあった。ルーマニアでは 18 歳未満でがんの診断を受けた場合、「忘れられる権利」は治療終了から5年後に適用されていた。ベルギー、オランダ、ポルトガル、キプロス、スロベニアでは、21歳未満での診断に対して同様の短縮期間が適用されていた。

さらに、フランス、ベルギー、イタリア、オランダ、ポルトガルでは、非浸潤性がんに対する具体的な条件を定めた基準リストが作成されており、このリストにより治療終了から「忘れられる権利」の適用期間が短縮されていた。このリストには、予後が極めて良好ながんについて、具体的な条件とより短い期間が定められていた。これらの例外リストは、医学の進歩や統計（死亡率）に基づき、毎年または2年ごとに見直されると規定されていた。

D. 考察

EU加盟27か国のうち10か国で、「忘れられる権利」についての取り組みがなされていなかった。その背景には、「忘れられる権利」が保険業務上、多額のコストを発生させる可能性があるとする保険業界の悲観的な予測があると考えられる。2023年にザンクト・ガレン大学保険経済学研究所が発表した報告書[2]によると、競争市場では、「忘れられる権利」によるコストは最終的に保険料に反映され、がんの既往歴のない人の保険加入時において、がんの既往歴のある人と支え合う保険資金のために、より多くの保険料を支払う意思があることを示す信頼できる研究はまだ存在しないと述べている。しかし、この悲観的な予測に反し、「忘れられる権利」の最も先駆的なフランスの市場で「忘れられる権利」の導入後、保険業界は崩壊しなかった。

この悲観的な予測についての解消が難しい

理由の 1 つに、がんには実に多様なリスク発生の可能性と影響の全体像、いわばリスク・プロファイルが存在する点があると考えられる。保険業界がこの複雑さを実行可能なルールに落とし込むのは困難と想像する一方で、医療者やがんサバイバーには、過去の診断が恒久的なリスクとして扱われるのは苛立たしく思うかもしれない。

他方、がんサバイバーがより「当たり前の生活」を取り戻すために、「忘れられる権利」に積極的に取り組むフランス[3]、ベルギー[4]、イタリア[5]、オランダ[6]、およびポルトガル[7]では、がんの種類やステージ、治療歴ごとに、再発なく何年間が経過すればリスクが無視できる程度になるかを示す基準リストを作成し参照表として運用している。これらのリストは、医学の進歩や死亡率などの統計に基づき、毎年または 2 年ごとに見直されている。

日本ではがん登録等の推進に関する法律（平成 25 年法律第 111 号）に基づき、がん対策全般を科学的知見に基づき実施する上で基礎となるものとして、全ての病院及び都道府県に指定された診療所から、2016 年以降にがんと診断された方の罹患や治療の情報及び予後情報を登録・管理し、がん対策等に資する研究に利用されている。厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課「平成 30 年全国がん登録 5 年生存率報告」[8]によると、2018 年に新たにがんと診断された AYA・成人（15 歳以上）の全国の 5 年生存率は、前立腺 92.5%、乳房（女性）88.4%、子宮頸部 71.4%、大腸（結腸・直腸）68.0%、胃 64.4%、肺 39.6%、肝および肝内胆管 34.4%、膵臓 13.5%であり、小児（15 歳未満）の全国の 5 年生存率は、リンパ腫・リンパ網内系腫瘍 96.6%、胚細胞性腫瘍・絨毛性腫瘍・性腺腫瘍 95.5%、白血病・リンパ増殖性疾患・骨髄異形成疾患 84.3%、神経芽腫・その他類縁疾患 74.9%、中枢神経系・その他頭蓋内・脊髄腫瘍 65.2%であった。

日本には治療終了から一定期間後に加入できる引受基準緩和型保険や、告知の必要がない無選択型保険のように、がんの既往歴があっても加入できる保険もある。しかし、日本において、がん登録が示すように多くのがんで生存率の向上が認められていることから、がんサバイバーがより「当たり前の生活」を取り戻すために、「忘れられる権利」について積極的な EU 加盟国のように、がん登録から同様の基準リストを検討することも必要であると考えられる。

がんという言葉は、長い間、恐怖と不安を呼び起こしてきた。これまでがんのレッテル（Stigma）が社会的な孤立や就労・日常生活での不安を引き起こしてきた。

しかし、世界的ながん生存率は、過去 20 年間で免疫療法や分子標的薬の進歩、早期発見技術の向上により着実に改善していることで、長期無症候状態にあるがんサバイバーの金融サービス利用への障壁を生み出している。その障壁を解消するため、EU 加盟 27 か国のうち、「忘れられる権利」を法規制として導入した 10 か国、自主規制として導入した 5 か国、立法作業を進める 2 か国では、長期無症候状態での経済的差別から「がんサバイバー」であるということが新たなレッテルとして認識されはじめ、がんサバイバーの定義が変わり始めている。

「忘れられる権利」が導入された EU 加盟 10 か国のなかでもイタリアは、「がんサバイバー」という用語に特出した意見を持っている。イタリアの患者支援団体は、イタリアのがん患者はがんサバイバーと呼ばれることを好まず、むしろ治癒と呼ばれる権利があると主張している。イタリアの腫瘍医の多くも、患者を「治癒した」あるいは「がんでない」と宣言することの利点を強調している[9]。

少なくとも「忘れられる権利」を法規制および自主規制として導入した EU 加盟 15 か国の長期無症候状態にあるがんサバイバーにとってのがんの経験は、自分を定義あるいは分類するものではなく、自分の人生史の一瞬の出来事とみなしていると考えられる。

E. 結論

私たちは、日本において EU 加盟国での「忘れられる権利」の動向を注視しながら、長期無症候状態にあるがんサバイバーを活動的で生産的な社会の一員とみなすべきと考える。がん治療を終えて、がんサバイバーが職場に復帰する、将来の計画を立てるなど「当たり前の生活」を取り戻そうとするときに、がんの既往歴がいつまでもがんサバイバーに影響を及ぼすべきではない。

がんはもちろんのこと、がんサバイバーのレッテル（stigma）をなくすというのであれば、それはすべての人の差別をなくすということであり、がんサバイバーそのものからの“卒業”も視野に入れた、日本版「忘れられる権利」のあり方を検討すべきである。

(参考文献)
1 Directive (EU) 2023/2225 of the European Parliament and of the Council of 18 October 2023 on credit agreements for consumers and repealing Directive 2008/48/EC
2 Institute of Insurance Economics, University of St. Gallen: The Implications of the “Right to be Forgotten for Cancer Survivors” September 2023 (https://www.ivw.unisg.ch/wp-content/uploads/2023/10/Study_The-Implications-of-the-Right-to-be-Forgotten-for-Cancer-Survivors.pdf)
3 「忘れられる権利」待機期間の短縮条件が定められたフランスの参照表 (https://www.aeras-infos.fr/sites/aeras/accueil/la-convention-aeras/documents-de-reference/la-grille-de-reference-aeras.html)
4 「忘れられる権利」待機期間の短縮条件が定められたベルギーの参照表 (https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2019052603&table_name=loi)
5 「忘れられる権利」待機期間の短縮条件が定められたイタリアの参照表 (https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/04/24/24A02057/SG)
6「忘れられる権利」待機期間の短縮条件が定められたオランダの参照表 (https://www.kanker.nl/gevolgen-van-kanker/verzekeringen-en-kanker/algemeen/schone-lei-regeling-voor-ex-kankerpatienten)
7 「忘れられる権利」待機期間の短縮条件が定められたポルトガルの参照表 (https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/79-2026-1073088591)
8 厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課:平成30年全国がん登録5年生存率報告. 2018 (https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/001654816.pdf)
9 A. Surbone, M. A. Annunziata, A. Santoro, U. Tirelli, P. Tralongo: Cancer patients and survivors: changing words or changing culture? Ann Oncol. 24(10):2468-2471,2013

F. 健康危険情報

特記すべきことなし。

G. 研究発表

論文発表
なし。

学会発表
なし。

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
特記すべきことなし。

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍（日本語）

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書　籍　名	出版社名	出版地	出版年	ページ
小川朝生	3.意思決定支援	小川朝生	高齢者のがん診療ハンドブック	中外医学社	新宿区	2025	108-18

雑誌（外国語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Tomonori Mizutani, Funato Sato, Kohei Uemura, Yukari Shimizu, Tsuguo Iwatani, Satoshi Kobayashi, Masataka Sawaki, Shimon Tashiro, Tetsuya Tsuji, Hiroshi Yamamoto, Asao Ogawa, Tetsuya Hamaguchi, on behalf of the Geriatric Study Committee of the Japan Clinical Oncology Group, Japan.	Primary endpoints in randomized controlled trials for older adults with cancer: A scoping review	Journal of Geriatric Oncology	17(2)	102895	2026
Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y, Okumura Y, Kawagoe S, Yamamoto H, Takeuchi E, Yamazaki R, Ogawa A.	End-of-life discussions, preference concordance, and good death: insights from a nationwide mortality follow-back survey	Supportive Care in Cancer	33(9)	768	2025
Hamano J, Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Okumura Y, Kizawa Y, Kawagoe S, Yamamoto H, Takeuchi	Factors related to the quality of death and family satisfaction among cancer patients at home: an analysis using death certificate data	Supportive Care in Cancer	33(9)	817	2025

E, Yamazaki R, Ogawa A.	and a national bereaved family survey				

雑誌（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
小川朝生	精神・心理的フレイル	臨床雑誌　内科	136(6)	1178-82	2025
小川朝生	意思決定支援ガイドラインの解説と臨床現場での活用方法	がん看護	30(2)	146-50	2025
井上智香，菅野雄介，林ゑり子，小川朝生，渡邉眞理	高齢がん患者の治療選択における意思決定支援に対する看護師の実践状況	日本がん看護学会誌	40巻	1－15	2026
谷島和美，相馬麻美，馬場薫，清水奈緒美，渡邉眞理	がん診療連携拠点病院における リエゾン精神看護専門看護師による看護外来の運営と意義	日本高度看護実践学会	9巻	9-15	2026
三堀いずみ，岡多恵，清水奈緒美，渡邉眞理	終末期ケアにおける看護	Clinical Sutady	47 (2)	58-65	2026

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　東病院　精神腫瘍科・科長

（氏名・フリガナ）　小川　朝生・オガワ　アサオ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター東病院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）東病院　サポーティブケアセンター・ソーシャルワーカー室

（氏名・フリガナ）坂本はと恵　サカモト　ハトエ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター東病院	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年　3 月　30日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名 湘南ふれあい学園 湘南医療大学

所属研究機関長　職　名　副学長

氏　名　寺本　明

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　　高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　　保健医療学部看護学科・教授

（氏名・フリガナ）　　渡邉 眞理・ワタナベ マリ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	湘南医療大学	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和８年３月１７日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立大学法人東北大学

所属研究機関長　職　名　総長

氏　名　冨永　悌二

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　　高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　　大学院文学研究科・教授

（氏名・フリガナ）　　田代　志門・タシロ　シモン

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 ■　無 □（有の場合はその内容：研究実施の際の留意点を示した）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026年04月01日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

機関名　国立研究開発法人国立がん研究センター

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　間野　博行

次の職員の（令和）７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　　高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院
呼吸器内科・外来医長

（氏名・フリガナ）　水谷　友紀　（ミズタニ　トモノリ）

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学･医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）

当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

令和 8 年　3 月　31 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

一般社団法人
機関名　臨床疫学研究推進機構

所属研究機関長　職　名　代表理事

氏　名　奥村 泰之

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　　高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　一般社団法人臨床疫学研究推進機構

（氏名・フリガナ）　奥村 泰之 ・ オクムラ ヤスユキ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	■　□	■	国立がん研究センター	□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

2026 年 3 月 25 日

厚生労働大臣
~~（国立医薬品食品衛生研究所長）~~ 殿
~~（国立保健医療科学院長）~~

認定特定非営利活動法人
機関名　がんサポートコミュニティー

所属研究機関長　職　名　理事長

氏　名　渥美　隆之

次の職員の令和７年度厚生労働科学研究費の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管理については以下のとおりです。

１．研究事業名　　がん対策推進総合研究事業

２．研究課題名　高齢がん患者の治療・療養生活の実態把握と地域や特性に応じた支援の提言と実装に資する研究

３．研究者名　（所属部署・職名）　事務局長

（氏名・フリガナ）　大井　賢一・オオイ　ケンイチ

４．倫理審査の状況

	該当性の有無	左記で該当がある場合のみ記入（※1）		
	有　無	審査済み	審査した機関	未審査（※2）
人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針（※3）	□　■	□		□
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	□　■	□		□
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	□　■	□		□
その他、該当する倫理指針があれば記入すること（指針の名称：　　）	□　■	□		□

（※1）当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他（特記事項）

（※2）未審査に場合は、その理由を記載すること。
（※3）廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

５．厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 ■　　未受講 □

６．利益相反の管理

当研究機関におけるＣＯＩの管理に関する規定の策定	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究機関におけるＣＯＩ委員会設置の有無	有 ■　無 □（無の場合は委託先機関：　　）
当研究に係るＣＯＩについての報告・審査の有無	有 ■　無 □（無の場合はその理由：　　）
当研究に係るＣＯＩについての指導・管理の有無	有 □　無 ■（有の場合はその内容：　　）

（留意事項）　・該当する□にチェックを入れること。
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。