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。