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。