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

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、地域や患者特性に応じた支援体制の提言と、その実装に資する支援モデルの構築を目的として実施した。高齢がん患者では、認知機能低下、独居、経済的困難、家族支援不足などの社会的脆弱性が重複して存在することが知られている。しかし、現行のがん診療体制では、こうした社会的脆弱性が診断時に十分把握されておらず、治療開始後に問題が顕在化し、支援困難や退院困難につながる事例が少なくない。
本研究では、①医療・介護現場における質的調査、②高齢がん患者・家族へのインタビュー調査、③NDB および介護 DB を活用した全国規模の実態分析、④社会倫理的視点からの検討、⑤欧州諸国における「忘れられる権利」に関する国際比較研究を統合的に実施した。
質的調査では、高齢がん患者の支援上の課題として、医療・介護調整の困難、経済的問題、住まい・療養場所の不適合、支援者・家族の問題、死後の事務手続き、認知機能低下に伴う手続き困難など、多面的かつ複合的な課題が明らかとなった。また、高齢がん患者・家族へのインタビューでは、認知機能低下による自己調整能力の低下が生活維持を困難にし、家族が生活管理者、制度調整者、意思決定支援者として多重役割を担っている実態が示された。
全国データベース解析では、死亡前 30 日以内の ICU 入室や心肺蘇生が一定割合で実施される一方、在宅療養期間は短く、要介護認定や介護保険サービス利用が病状進行後に開始される傾向が明らかとなった。また、介護認定後 12 か月以内の死亡割合が高いことから、介護支援導入が十分早期化されていない可能性が示唆された。
これらの研究成果を踏まえ、本研究では、高齢がん患者の診断時から社会的脆弱性を抽出し、意思決定支援および療養生活支援へつなげるための提言をまとめた。高齢がん患者の尊厳ある療養生活を支えるための、医療・介護・福祉・倫理を横断した包括的支援体制の構築が重要である。

提言：

- 高齢がん患者の支援上の課題は、①医療と介護の調整、②経済的問題・金銭管理、③住まいと療養場所の調整、④支援者、⑤死後の事務手続の課題である
- 高齢がん患者を支援する多職種連携の課題は、「情報の活用構造」の問題である
- 情報を利活用できる簡便な構造を作り、「連携を具体化する」ことが課題解決に資する

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、認知機能低下、身体機能低下、独居、経済的困難、家族支援不足など、複数の社会的脆弱性を有していることが知られている。高齢がん患者の約 47%に併存症、42%に身体・精神機能低下、30%に独居あるいは高齢夫婦世帯などの社会的課題が存在するとされており、高齢化の進展に伴い、こうした複合的課題を抱える患者は今後さらに増加すると考えられる。

高齢がん患者では、治療継続や療養生活を支える上で、医療のみならず介護・福祉との連携が不可欠である。しかし、現実には介護ニーズが高いにもかかわらず、適切な支援につながっていない患者が少なくない。われわれは先行研究において、死亡前 6 か月間に介護保険を利用していた割合が、がん患者では 56.6%にとどまることを明らかにした。また、介護保険制度の運用が十分周知されていない地域が存在することや、ストマ等の医療処置に対応できないため介護施設利用が困難となる事例など、医療・介護の連携不足も指摘されている。

さらに、高齢がん患者では、認知機能低下や社会的脆弱性を背景として、意思決定支援が困難となる場合が多い。治療開始後に社会的問題が発覚することで、治療方針の混乱、退院調整困難、不適切な長期入院などが生じ、患者・家族のみならず医療者側の負担増大にもつながっている。

一方、現行の高齢者機能評価（GA: Geriatric Assessment）では、認知機能や身体機能の評価は行われているものの、社会的脆弱性や支援体制を実装可能な形で把握する仕組みは十分ではない。そのため、診断時から社会的脆弱性を抽出し、支援困難リスクを早期に把握して、相談支援センターや介護・福祉資源へ接続する実装可能なツールが必要である。

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、医療・介護現場への質的調査、患者・家族体験調査、社会倫理的分析、国際比較研究を組み合わせ、高齢がん患者の治療・療養生活を支える包括的支援モデルの基盤を構築することを目的とした。また、研究成果を基盤として、診断時から社会的脆弱性を抽出し意思決定支援へつなげる「標準フォーマット」および支援導入のための研修パッケージ開発に向けた基礎資料を整備することを目指した。

B. 研究方法

1. 医療・介護現場における質的調査

医療ソーシャルワーカー、看護師、介護支援専門員らを対象として、フォーカスグループインタビューおよび半構造化インタビューを実施した。対象者は、がん診療連携拠点病院、在宅療養支援診療所、地域支援機関等で高齢がん患者支援に携わる専門職とした。

インタビューでは、以下の項目について検討を行った。

・高齢がん患者の治療・療養生活支援における困難
・医療・介護・福祉制度との調整上の問題
・認知症および認知機能低下に伴う意思決定支援
・セルフネグレクトへの対応
・家族支援および支援者調整
・死後支援および死後事務
・VSED 等を含む倫理的課題

得られたデータは逐語録化し、質的帰納的分析を行った。

2. 高齢がん患者・家族への質的調査

高齢がん患者 31 名および介護者 28 名を対象として、療養生活および治療継続に関する体験について半構造化インタビューを実施した。分析では、患者・家族が経験する生活上の困難、介護保険利用、経済的問題、住まいの問

題、支援者負担、意思決定支援に関する体験を抽出し、カテゴリー化を行った。

3. NDB および介護 DB を活用した全国実態分析
2018 年 4 月から 2022 年 3 月までに悪性腫瘍の傷病名が初めて付与された患者、あるいは 2018 年 4 月から 2021 年 3 月に死亡した 65 歳以上のがん患者を対象として、NDB (National Database) および介護 DB を用いた後方視的コホート研究を実施した。
主な評価項目は以下とした。
・要介護認定の新規申請率
・要介護認定から死亡までの期間
・死亡前 30 日間の積極的医療 (ICU、CPR 等)
・在宅療養日数
・医療費・介護費
・訪問看護利用状況

4. 社会倫理的検討
文献レビューおよび研究班内討議を通じて、高齢がん患者支援における社会倫理的課題を整理した。
特に、以下のテーマについて検討した。
・セルフネグレクトと介入の正当化
・死後支援および遺骨・埋葬問題
・VSED 等、死期を早める要望への対応
・自律概念の再検討

5. 国際制度比較
EU 加盟国を対象として、「忘れられる権利 (Right to be Forgotten)」に関する法制度および自主規制について調査を行った。
あわせて、がんサバイバー概念の変化、金融差別への対応、社会的包摂に関する政策的動向について検討した。

6. 提言の検討
研究成果を基盤として、診断時から社会的脆弱性を把握し、改善と社会実装の概念を整理した。

(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. 高齢がん患者支援における多面的課題
医療ソーシャルワーカー、看護師、介護支援専門員等への質的調査から、高齢がん患者支援では、複数の社会的課題が重層的に存在していることが明らかとなった。
分析の結果、課題は主として以下の 6 カテゴリーに整理された。
(1) 医療・介護の調整
・必要な医療・介護サービスを本人が拒否する
・セルフネグレクトにより支援導入が困難となる
・身元保証人不在によりサービス利用が制限される
・本人と家族の意向対立
・介護認定・区分変更手続きの困難
(2) 経済的問題・金銭管理
・医療費・介護費の支払い困難
・預金管理や生活費管理ができない
・浪費、貴重品紛失
・契約手続きが進められない
・家賃・光熱費支払い困難
(3) 住まい・療養場所の問題
・住環境と身体・認知機能が適合しない
・医療処置に対応できる施設不足
・認知症により緩和ケア病棟入院が困難
・療養場所変更手続きが進められない
(4) 支援者・家族の問題
・意思決定支援に関与する家族不在
・家族間の意向対立
・介護負担集中
・成年後見制度利用の遅れ
(5) 死後の事務手続き
・遺言問題
・死後事務支援不足
・遺骨・埋葬問題
(6) 認知機能低下による自己調整困難
認知機能低下により、制度利用、金銭管理、療養調整などを本人自身で行えないことが、多くの問題の背景として存在していた。

2. 高齢がん患者・家族の療養体験
患者・家族インタビューから、生活課題は以下の 4 領域に整理された。
・住まい
・経済
・介護保険
・家族支援負担
認知機能低下や身体機能低下により、患者

本人のみでは治療継続や生活維持が困難となっており、家族が介護者、生活管理者、制度調整者、意思決定支援者として多重役割を担っていた。
また、患者本人の意思を尊重したい一方で、家族が安全確保や治療継続との間で葛藤している状況も認められた。

3. 全国データベース解析
（1）終末期医療・介護利用の実態
死亡前 30 日以内の ICU 入室は 4.9%、心肺蘇生は 4.4%であった。オピオイド使用率は 49.8%、入院率は 87.8%であり、在宅療養日数中央値は 7 日間と短かった。
死亡前 365 日間の医療・介護費は平均 453 万円であり、その約 20%が最終 30 日間に集中していた。
また、60%以上の患者が死亡前に要介護認定を受けていなかった。
（2）要介護認定と死亡までの期間
診断後の要介護認定新規申請割合は、1 年時 10%、3 年時 18%、5 年時 26%であった。
要介護認定後の死亡累積発生割合は、3 か月 16%、6 か月 26%、12 か月 36%であり、介護認定導入時には既に病状が進行している患者が少なくないことが示唆された。
（3）訪問看護利用
医療保険による訪問看護利用が、介護保険による訪問看護利用を上回っていた。これは、生活支援よりも医療管理目的の支援導入が優先されている可能性を示していた。

4. 倫理的課題
セルフネグレクトへの対応では、自己決定尊重と安全確保の間で支援者が大きな葛藤を抱えていた。
検討の結果、「個人的自律」だけではなく、関係者全体の責任や義務を含む「原理としての自律（principled autonomy）」の視点が、介入正当化の理論的基盤となる可能性が示唆された。
また、死後支援については、「死」を点ではなくプロセスとして捉え、生前から死後までを連続した支援として構築する必要性が示された。
VSED など死期を早める要望についても、従来の緩和ケアだけでは整理困難な倫理的課題として認識された。

5. 国際的動向
EU 加盟国では、「忘れられる権利」により、一定期間経過後のがん既往歴について金融サービス等で申告不要とする制度が広がっていた。
この制度は、がんサバイバーを「永続的患者」として扱わず、社会的差別から保護する取り組みとして位置づけられていた。
日本では現時点で法制化は行われていないが、長期サバイバー増加を踏まえ、社会的包摂を支える制度設計の検討が必要である。

6. 提言の検討
本研究では、対応困難事例の背景に、「情報不足」ではなく「情報活用構造の不備」が存在することを明らかにした。
すなわち、
・役割分担が曖昧で情報を取得しない
・確認方法が分からず聞けない
・評価できず活用できない
・多職種間で認識共有できない
という問題が存在していた。
そのため、診断時から社会的脆弱性を短時間で確認し、多職種間で共有する必要性が示された。

提言：
- 高齢がん患者の支援上の課題は、①医療と介護の調整、②経済的問題・金銭管理、③住まいと療養場所の調整、④支援者、⑤死後の事務手続の課題である
- 高齢がん患者を支援する多職種連携の課題は、「情報の活用構造」の問題である
- 情報を利活用できる簡便な構造を作り、「連携を具体化する」ことが課題解決に資する

D. 考察
本研究により、高齢がん患者の治療・療養生活における困難は、単なる医療提供上の問題ではなく、認知機能低下、社会的孤立、経済的脆弱性、家族支援不足、制度利用困難などが複雑に絡み合った包括的課題であることが明らかとなった。
特に重要であったのは、これらの問題が「診

断後に発覚する」構造である。現行のがん診療では、社会的問題が治療開始後に顕在化し、その結果、退院困難、治療継続困難、在宅移行遅延、不適切な長期入院などが生じていた。
高齢がん患者では、認知機能低下により自己調整能力が低下している場合が多く、患者本人だけで制度利用や療養調整を行うことが難しい。その結果、家族が生活管理、介護、制度調整、意思決定支援を同時に担う構造が生じていた。これは、高齢がん診療において「患者個人」ではなく、「患者－家族単位」で支援設計を行う必要性を示唆している。
また、全国データ解析では、介護保険利用や要介護認定が病状進行後に導入される患者が少なくないことが示された。特に、要介護認定後 12 か月以内の死亡割合が高いことは、介護支援導入が「予防的支援」ではなく「危機介入」として行われている可能性を示している。
本研究ではさらに、支援困難の背景には「情報不足」ではなく、「情報活用構造」の問題が存在することを指摘した。医療機関には診療録、看護記録、退院支援記録、MSW 記録など多くの情報が存在するが、それらが統合的に活用されず、単なる転記作業に留まっている場合が少なくない。
そのため、本研究で構想した標準フォーマットは、新たな評価尺度を作成するものではなく、既存情報を整理・共有し、社会的脆弱性を診断時から可視化する実装ツールとして位置づけられる。
倫理的検討では、セルフネグレクトや死後支援、VSED など、従来の意思決定支援では十分対応できない課題が浮き彫りとなった。特に、本人意思尊重が重視される中で、介入をどのように正当化するかは重要な論点である。
この点について、「原理としての自律（principled autonomy)」は、本人のみの自己決定ではなく、関係者全体が受け入れ可能な原理に基づく支援を重視する概念として、高齢がん患者支援における新たな理論的基盤となる可能性がある。
また、死後支援や埋葬支援の問題は、医療が「生物学的な死」で終わるのではなく、生前から死後までを含む連続的支援として再構成される必要性を示している。
国際比較研究では、EU 諸国の「忘れられる権利」が、がんサバイバーの社会的包摂を支える制度として機能していることが確認された。日本では依然として「がん既往歴」が社会的制約につながる場合があり、今後、長期サバイバー増加を踏まえた制度的検討が必要である。
さらに、本研究成果は、がん診療連携拠点病院における相談支援体制やがん患者指導管理料算定場面へ実装可能である点でも重要である。標準フォーマット、支援の手引き、研修プログラムを組み合わせることで、多職種が診断時から社会的脆弱性に気づき、支援導入につなげる体制整備が期待される。

E. 結論

本研究では、高齢がん患者の治療・療養生活における多面的課題を、質的調査、全国データ解析、倫理的検討、国際比較研究を通じて包括的に明らかにした。
高齢がん患者では、認知機能低下、社会的孤立、経済的問題、住まいの問題、家族支援不足などの社会的脆弱性が重複して存在しており、これらが意思決定支援や療養生活維持を困難にしていた。また、介護保険利用や支援導入が病状進行後に開始される患者が少なくなく、医療・介護・福祉連携の早期化が重要であることが示された。
さらに、セルフネグレクト、死後支援、VSED など、従来の医療・介護制度では十分対応されていない新たな倫理的課題が存在することが明らかとなった。これらに対応するためには、本人意思尊重のみではなく、関係性や支援責任を含めた新たな支援原理の構築が必要である。
また、EU 諸国における「忘れられる権利」は、がんサバイバーの社会的包摂を支える制度として重要な示唆を与えており、日本においても長期サバイバー支援の制度的検討が求められる。
本研究で得られた知見を基盤として、提言をまとめた。
今後は、これらの成果を基に、がん診療連携拠点病院等への実装を目指したプログラム開発を進め、高齢がん患者の尊厳ある療養生活を支える包括的支援体制を構築していくことが求められる。

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.
4. Takahashi R, Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Okumura Y, Kizawa Y, Ogawa A, et al. Enhancing end-of-life care quality and achieving a good death for the elderly in Japan. Arch Gerontol Geriatr. 2024;124:105471.
5. Hatta K, Kishi Y, Wada K, Takeuchi T, Taira T, Uemura K, Ogawa A, et al. Suvorexant for Reduction of Delirium in Older Adults After Hospitalization: A Randomized Clinical Trial. Jama Network Open. 2024;7(8):e2427691.
6. Okuyama A, Takei J, Ogawa A. Perioperative treatments for and postoperative activity of daily living of patients with early-stage breast cancer according to age group: A retrospective observational study. Ejso. 2024;50(2):107323-.
7. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Okumura Y, Kizawa Y, Kawagoe S, Ogawa A, et al. Dying Patients' Quality of Care for Five Common Causes of Death: A Nationwide Mortality Follow-Back Survey. Journal of Palliative Medicine. 2024;27(9):1146-55.
8. Kurisu K, Inada S, Maeda I, Nobata H, Ogawa A, Iwase S, et al. 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). Supportive Care in Cancer. 2024;32(3):147-.
9. Ayako Okuyama TM, Keisei Tachibana, Takahiro Higashi, Asao Ogawa. Authors' Response to Letter to Editor from Rongrui Zhao, Xinyue Ma, and Jiacui Zhang. Ann Surg Oncol. 2024;Online ahead of print.

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.
3. 小川朝生. 急性期病院における認知症の緩和ケアの課題と対策. 看護. 2024;76(13):54-8.
4. 小川朝生. 認知症のある患者の心のケア. カレントテラピー. 2024;42(10):24-9.
5. 小川朝生. 高齢者の評価. 乳癌の臨床. 2024;39(1):19-27.
6. 小川朝生. 9)COVID-19 脳症. 精神科治療学. 2024;39 巻(増刊号):94-7.
7. 小川朝生. 認知症のある患者の心のケア. カレントテラピー. 2024;42(10):24-9.
8. 小川朝生. がんサバイバーを支える-栄養・身体活動の充実に向けて 特集にあたって. 臨床栄養. 2024;145(5):569.
9. 小川朝生. サバイバーシップとは何か. 臨床栄養. 2024;145(5):570-575.

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. 小川朝生, 認知機能障害を有するがん患者の診療のヒント. 第２２回日本臨床腫瘍学会学術集会（Meet the Experts）; 2025 /3/7; 神戸ポートピアホテル(兵庫県神戸市中央区港島）.
8. 小川朝生, 臨床現場での葛藤～良くある場面でどう考えるか. 第２２回日本臨床腫瘍学会学術集会(シンポジウム）; 2025 /3/7; 神戸ポートピアホテル（兵庫県神戸市中央区港島）.
9. 小川朝生, 高齢がん患者への意思決定支援. 第２２回日本臨床腫瘍学会学術集会（ランチョンセミナー）; 2025 /3/7; 神戸コンベンションセンター（兵庫県神戸市中央区港島）.
10. 小川朝生, 認知症をもつがん患者の治療. 第 38 回日本老年泌尿器科学会(シンポジウム）; 2025 /7/12; 御茶ノ水ソラシティカンファレンス（東京都千代田区神田駿河台）.
11. 三堀いずみ、渡邉眞理、清水奈緒美、岡多恵、小川朝生, 多職種による認知症高齢がん患者の意思決定支援研修会の評価. 第 39 回日本がん看護学会学術集会; 2025 /2/23; グランドメルキュール札幌大通公園、札幌教育文化会館.
12. 岡多恵、渡邉眞理、清水奈緒美､、三堀いずみ、日塔裕子、山内桂子、井上智香、池田恵理、古矢尚子、高瀬由佳、川越久実子、谷村美希、小笠原利枝、小川朝生, 認知症高齢がん患者の意思決定支援（意思の推定)研修会の評価 一意思決定支援の取り組みと今後の課題認識の質的分析一. 第 39 回日本がん看護学会学術集会; 2025 /2/23; グランドメルキュール札幌大通公園、札幌教育文化会館.
13. 小川朝生,認知症者における併存疾患の管理. 第 44 回日本認知症学会学術集会（シンポジウム）; 2025 /11/23; 朱鷺メッセ新潟コンベンションセンター（新潟市）.
14. 小川朝生, なくせる？へらせる？身体拘束～一般病床での実践を考えましょう～. 第 11 回日本医療安全学会学術総会; 2025 /3/15; ウインクあいち（愛知県産業労働センター）愛知県名古屋市.
15. 三堀いずみ、渡邉眞理、清水奈緒美、岡多恵、小川朝生, editor 多職種による認知症高齢がん患者の意思決定支援研修会の評価. 第 39 回日本がん看護学会学術集会; 2025 /2/23; グランドメルキュール札幌大通公園、札幌教育文化会館.
16. 岡多恵、渡邉眞理、清水奈緒美､、三堀いずみ、日塔裕子、山内桂子、井上智香、池田恵理、古矢尚子、高瀬由佳、川越久実子、谷村美希、小笠原利枝、小川朝生, editor 認知症高齢がん患者の意思決定支援（意思の推定）研修会の評価 一意思決定支援の取り組みと今後の課題認識の質的分析一. 第 39 回日本がん看護学会学術集会; 2025 /2/23; グランドメルキュール札幌大通公園､札幌教育文化会館.
17. 小川朝生, がん患者の精神症状と対応. 第 46 回日本疼痛学会サテライトシンポジウム; 2024 /11/15; 国立がん研究センター研究所（東京都中央区）.
18. 小川朝生, がん専門病院における倫理的な課題と対応. 第 37 回日本総合病院精神医学会（ワークショップ 5）; 2024

/11/29；熊本城ホール.

19. 小川朝生，　がん（在宅緩和医療）における地域連携．　第 37 回日本総合病院精神医学会(シンポジウム 28)；2024 /11/30；熊本城ホール.
20. 小川朝生，高齢がん患者に対する意思決定支援を実装することを目指した多職種教育プログラム．　第 62 回日本癌治療学会学術集会（がん医療の基盤整備に対する助成プロジェクト（2023 年度日本癌治療学会/ファイザー）；2024 /10/25；福岡国際会議場.
21. 小川朝生，高齢がん患者への意思決定支援．第 62 回日本癌治療学会学術集会(領域横断ワークショップ 1)；2024 /10/24；福岡サンパレス.
22. 小川朝生，認知症高齢者の緩和ケアとは．日本老年看護学会第 29 回学術集会(教育セミナー）；2024 /6/29；高知市文化プラザかるぽーと.
23. 小川朝生，高齢者に対するがん診療のあり方を考える　意思決定支援．　第 29 回日本緩和医療学会学術大会･第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会 合同学術大会（シンポジウム 4）；2024 /6/14；神戸コンベンションセンター.
24. 小川朝生，認知症の緩和ケア　意思決定支援．　第 29 回日本緩和医療学会学術大会･第 37 回日本サイコオンコロジー学会総会 合同学術大会（シンポジウム 9）；2024 /6/14；神戸コンベンションセンター.

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。