

高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおける 効果的な「連携」のあり方に関する見解

Ver.1.2

令和 8 年 5 月 26 日

令和 5-7 年度厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
患者・市民参画を推進しビッグデータを活用した高齢がん患者の在宅療養環境の
実態と課題の把握、及び高齢がん患者のフォローアップ体制の構築に資する研究
(2 3 E A 1 0 2 7)

目次

見解作成関係者一覧	1
はじめに	3
高齢がん患者の効果的な「連携」にむけた 5 つの提案	4
総論：本見解の基本的考え方	7
各論：第 1 部 現場のヘルスケア提供者向け具体的方策	9
各論：第 2 部 政策立案者向け具体的方策	27
参考資料：	38

見解作成関係者一覧

<厚生労働科学研究関係者>以下 50 音順

安藤 雄一	(名古屋大学医学部附属病院/日本臨床腫瘍学会)
梅垣 宏行	(名古屋大学大学院医学系研究科/日本老年医学会)
金井 文彦	(ちとせクリニック)
佐々木 哲哉	(国立がん研究センター中央病院)
田中 千恵	(名古屋大学医学部附属病院)
津端 由佳里	(岐阜大学大学院医学系研究科/日本がんサポーターブケア学会)
寺田 智祐	(京都大学医学部附属病院/日本医療薬学会)
長島 文夫	(杏林大学医学部/日本癌学会・日本癌治療学会)
眞島 善幸	(NPO パンキャンジャパン)
柳川 まどか	(名古屋大学医学部附属病院)
山中 崇	(東京大学医学部附属病院)
山本 寛	(東京都健康長寿医療センター)
横山 太郎	(横山医院 在宅・緩和クリニック)

<見解作成に関するワーキンググループメンバー>

有富 一哉	(ファーマシィ出雲居宅介護支援事業所)
井関 千裕	(大阪暁明館病院)
岡村 理	(滋賀県立総合病院)
奥 公明	(松江赤十字病院)
春日 みゆき	(島根大学医学部附属病院)
カストロ沙織	(訪問看護ステーションにこ)
木澤 義之	(筑波大学医学医療系/日本緩和医療学会)
小寺 泰弘	(名古屋医療センター)
櫻井 公恵	(NPO GISTERS)
佐藤 静	(函館市医療・介護連携支援センター)
杉浦 弘明	(すぎうら医院)
田中 陽子	(なかさと訪問看護ステーション)
中島 朋子	(東久留米白十字訪問看護ステーション/全国訪問看護事業協会)
原田 保	(ケアプランナーみどり)
福本 和彦	(磐田在宅医療クリニック/日本在宅医療連合学会)
間部 奈都子	(居宅介護支援事業所 ソーシャルワークス)
望月 泉	(八幡平市立病院/全国自治体病院協議会)
渡邊 眞理	(湘南医療大学/日本がん看護学会)

<研究代表>

国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部 藤森 麻衣子

<研究事務局>

国立がん研究センターがん対策研究所サバイバーシップ研究部 松岡 歩
綾田 美紗姫

はじめに

1. 現状と課題、目標と必要性

高齢がん患者が、がんと共に生きる過程において、望んだ場所で、望んだ医療・ケアを受けることは、我が国のがん対策における重要な目標である。第4期がん対策推進基本計画においても、高齢者のがん対策の推進が重要な柱として位置付けられており、多職種での連携や地域の医療機関との連携を強化し、患者が望んだ場所で適切な医療を受けられる体制の構築が求められている。

高齢者は、身体機能、認知機能、併存疾患、ポリファーマシー、社会的背景など、加齢に伴う個体差が大きく、がん治療そのものに加えて、生活全体を視野に入れた医療・介護・福祉サービスの調整が不可欠である。その実現のためには、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）を中心に、かかりつけ・訪問診療医療機関、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等、様々なヘルスケア提供者が効果的に「連携」する体制の構築が求められている。しかし、各医療圏における在宅療養環境やフォローアップ体制の実態、ならびに連携の課題は十分に明らかにされてこなかった。

本見解は、高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおける効果的な「連携」を実現するために必要な要素を明らかにし、現場のヘルスケア提供者および政策立案者が取り組むべき具体的な方向性を示すとともに、第4期がん対策推進基本計画における「高齢者のがん対策」および「ライフステージに応じた療養生活の支援」に資する知見を提供することを目的とする。

2. 本見解作成の過程

厚労科研（高齢者）藤森班では、拠点病院、かかりつけ・訪問診療医療機関、居宅介護支援事業所など、高齢がん患者の在宅療法・フォローアップに関わるヘルスケア提供者の効果的な「連携」に必要な要素について調査を行い、先行研究レビュー、好事例へのインタビュー調査、および専門家（班員）によるディスカッションにより、効果的な「連携」に必要な要素（Best Practice）案を作成した（参考資料1）。そのBest Practice案の実施状況について、拠点病院、かかりつけ・訪問診療医療機関、居宅介護支援事業所において「連携」の調整に携わるヘルスケア提供者を対象としたアンケート調査を実施した（参考資料2）。このアンケート調査の結果に基づいて、各関連学会・団体の代表、患者市民代表を含む多職種から構成されるワーキンググループ(WG)にてディスカッションを行い、必要であるが実施できていない項目や、ヘルスケア提供者間で実施率の差が大きい項目を中心に、現場のヘルスケア提供者および政策立案者向けの本見解を作成した。

3. 対象

本見解の対象は、「連携」に携わるヘルスケア提供者（拠点病院、かかりつけ・訪問診療医療機関、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等）および、政策立案者（連携体制の整備、患者啓発、人材育成に関わるもの）である。

高齢がん患者の効果的な「連携」にむけた5つの提案

1. 外来通院期を連携開始の適切な時機と位置づけ、在宅療養準備を担うハブ機能を中心とした連携体制を構築する

入院中の高齢がん患者に対しては、入院時の機能評価や退院支援を起点として、早期連携に向けた体制が一定程度構築されてきた。一方で、療養調整は「患者・家族が意思決定してから開始するもの」「在宅医療の導入が決まってから始めるもの」という認識が依然として根強く、これが外来期からの連携開始を妨げる要因となっている。

近年、入院期間の短縮化や外来化学療法の普及により、高齢がん患者のフォローアップの多くは外来期に置かれている。外来通院中は治療が継続される一方で、生活機能の低下、介護負担の増大、意思決定能力の変化などが徐々に進行する。しかし現行の連携体制では、こうした変化を系統的に捉える仕組みが十分ではなく、在宅療養や介護の検討が退院直前や急変時に集中しやすい構造となっている。

本研究班の調査およびWGでの議論からも、外来期からの準備的連携が十分に実施されていないことが確認された。

したがって、高齢がん患者の療養調整は、入院中に限定した退院前対応としてではなく、外来期から始まる準備的な連携プロセスとして再設計する必要がある。その際、連携開始を判断し、必要な関係者をつなぐハブ機能を明確化し、外来期から継続的に関与できる体制を構築することが不可欠である。

2. 「生活・予測・価値・ACP」を軸とした情報交換と双方向コミュニケーションによる共有モデルへ転換する

診療情報提供書等を通じて、診断・治療歴・検査結果などの医療情報は一定程度共有されている。一方で、在宅療養や介護の現場で意思決定や支援判断に直結する情報、すなわち「生活をどのように継続できるか」「今後何が起こり得るか（予測）」「本人は何を大切にしているか（価値・ACPの進捗）」は十分に共有されていない。

その結果、患者・家族は説明を受けたにも関わらず生活の具体像を描けない状況に陥りやすく、在宅医療・介護従事者は、生活支援や急変時対応の判断に必要な情報が不十分なまま支援を開始せざるを得ない。

本研究班での調査およびWGでの議論から、連携において真に必要なのは、医療情報を単に伝達することではなく、生活を破綻させずに継続するための判断材料を次の支援者に引き継ぐことであることが確認された。

したがって、情報共有は医療情報中心モデルから脱却し、「生活・予測・価値・ACP」を軸とした共有モデルへ再設計する必要がある。その際、未確認事項は未確認として明示し、在宅側で更新する前提を共有すること、また一方向性の情報交換と双方向コミュニケーションを適切に使い分けることが重要である。

3. 連携を成立させる「ハブ機能」を再現可能な調整機能として制度的に位置づけ、人材育成と制度化を進める

高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおける連携は、医療・介護・福祉といった異なる領域を横断するため、専門職種間の情報や判断を翻訳・調整し、適切な時機に必要な関係者をつなぐ役割が不可欠である。

しかし現状では、この役割は訪問看護師や MSW など特定の職種や個人の努力に依存しており、業務としての位置づけ、育成・評価、継続配置の仕組みが十分に整備されていない。その結果、担当者の異動や退職により連携が途切れ、地域間・施設間で連携の質の差が生じている。

本研究班の調査および WG での議論から、連携が比較的円滑に機能している地域では、職種を問わず、医療と介護の双方を理解し、連携開始の時機を判断し、関係者をつなぐ「ハブ機能」が実質的に果たされていることが確認された。

したがって、連携の質を安定的に担保するためには、ハブ機能を特定の個人に依存するのではなく、再現可能な機能として定義し、人材育成・評価の対象として制度的に位置づける必要がある。

4. 患者・家族への継続的な情報発信と意思決定支援・ACP を、地域の連携体制の中で支える

高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおいて、患者・家族への情報発信は不可欠である。しかし現状では、医療者から患者・家族への一方向的な説明として位置づけられ、急性期医療機関での一度きりの説明で完結している場合が少なくない。

高齢がん患者では、情報量の多さや心理的負荷、認知機能の変化や生活環境の制約により、説明内容を十分に理解・記憶することが困難な場合も少なくない。その結果、医療者側は説明したと認識していても、患者・家族側は十分に理解できず、生活の具体像が描けないという乖離が生じる。

本研究班の調査および WG での議論から、患者・家族への情報発信は単発の行為ではなく、連携を成立させるための継続的プロセスとして、地域全体で支える必要があることが確認された。

特に ACP は、結論の有無を確認する行為ではなく、療養の経過に沿って更新される意思決定支援のプロセスである。がん患者では、診断・再発・転移など明確な転機が存在するため ACP の契機が生じやすく、患者も生命に関わる疾患であるという認識を持ちやすいことから、非がん患者と比較して実施率が高い傾向にある。

このような特性を踏まえ、がん診療の過程を ACP の自然な開始・継続機会として活用し、ACP を連携の中心的構成要素として地域へ引き継ぐ体制を整えることが合理的である。

5. ICT は段階的整備を前提とし、「使える連絡手段」を基盤とした連携インフラを確立する

ICT は情報共有とコミュニケーションを支える重要な基盤であることは現場で広く認識

されている。しかし実態としては、必要性の認識と実装の困難さの間に大きな乖離がある。インフラ整備、運用コスト、情報セキュリティ要件、責任所在の不明確さ、地域差などが導入の大きな障壁となっている。

本研究班の調査およびWGでの議論から、現場が真に求めているのは高度な全国統一プラットフォームではなく、「誰に、どのように連絡すればよいかが明確で、確実につながる双方向の連絡手段」であることが確認された。

したがって、本提案におけるICTは、網羅的な情報集約システムではなく、「生活・予測・価値・ACP」といった文脈情報を、適切な時機に、必要な関係者で、双方向で共有できる実用的な連絡基盤と位置づける。

そのため、ICTは連携手段の高度化の象徴ではなく、連携を止めないためのインフラとして、地域差や実装可能性を前提に、段階的かつ現実的に整備・評価する必要がある。

高齢がん患者の在宅療養を支える「効果的な連携」の5つの提案

1. 外来期を連携の中核に



外来通院期を連携開始の適切な時機と位置づけ、在宅療養準備を担う体制を構築する

2. 情報共有内容の再設計



医療情報中心から「生活・予測・価値・ACP」を軸とした情報交換とコミュニケーションによる共有モデルへ転換する

3. ハブ機能の確立



特定の個人に依存しない連携調整機能を確立するため、人材育成・教育と制度化を進める

4. 地域で支える意思決定支援



患者・家族への継続的な情報発信と意思決定支援・ACPを、地域の連携体制の中で支える

5. 連絡手段としてのICT



確実につながる双方向コミュニケーション手段を整備し、ICTを連携を支える基盤（体制）として活用する

総論：本見解の基本的考え方

高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおいては、がん治療そのものに加え、加齢に伴う身体機能低下、認知機能の変化、併存疾患、ポリファーマシー、さらには家族構成や社会的背景といった複合的課題への対応が不可欠である。そのため、拠点病院のみならず、かかりつけ・訪問診療医療機関、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、介護・福祉サービスを担う関係機関等、様々なヘルスケア提供者が継続的かつ効果的に「連携」する体制の構築が求められている。本見解は、高齢がん患者の在宅療養・フォローアップに関する現状と課題を整理するとともに、今後の対応の方向性について提案するものである。

本研究班による調査および WG での検討から、日本における高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおける連携は、在宅移行後や再入院時、急変時対応といった事後的な連携については一定程度機能している一方で、外来期からの準備的連携、生活情報や価値観の共有、連携を担う人材や仕組みの制度設計については十分とは言えないことが確認された。

とりわけ、以下のような構造的課題が、連携の質と持続性を損なう要因となっている

- 療養調整は「在宅医療導入が決まってから始めるもの」という根強い認識
- 情報共有が診療情報中心に偏り、生活支援や意思決定に必要な情報が引き継がれていない現状
- 連携が特定の個人の経験や善意に依存している体制
- 患者・家族への情報発信や意思決定支援が、地域の連携の中で継続的に支えられる仕組みとして十分に機能していない現状
- ICT が理想像を前提に議論される一方で、現場で確実につながる手段として十分に機能していない実態

これらの課題は、個々の医療者や介護従事者の努力不足に起因するものではなく、連携の開始時期、共有内容、調整機能、患者支援、運用基盤が制度として十分に設計されていないことに由来する構造的問題である。

本見解は、連携の機会や調整者間のやりとりを単に増やすこと、あるいは ICT 化によって手段を高度化すること自体を目的とするものではない。誰が、いつ、何を、どのように共有・調整するのかを明確化し、現場の善意や属人性に依存しない、再現可能かつ持続可能な連携モデルを制度的に構築することを目的とする。

そのため本見解では、高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおける連携を制度的に支えるため、連携の時間軸、共有情報、人材機能、患者支援、運用基盤の 5 つの視点から整理した。

1. 外来通院期を連携開始の適切な時機と位置づけ、在宅療養準備を担う体制を外来期から構築するという時間軸の再設計
2. 医療情報中心の共有から、「生活・予測・価値・ACP」を中核とした情報交換と双方向コミュニケーションによる共有モデルへの転換
3. 連携を成立させる調整機能を特定の個人ではなく「機能」として定義し、人材育成・教育と制度化を通じて再現可能な連携体制を構築する人材設計

4. 患者・家族への継続的な情報発信と意思決定支援・ACP を、地域の連携体制の中で支える仕組みとして位置づける支援モデルの再整理
5. 確実につながる双方向コミュニケーション手段を基盤とし、ICT を連携を支えるインフラとして段階的に整備・活用する実装前提の ICT 戦略

本見解が目指すのは、高齢がん患者が療養場所や支援の選択肢を失うことなく、生活と治療を安心して継続できる環境を、医療・介護・福祉が協働して支える仕組みを構築することである。

本見解が、現場実践における具体的な行動指針として、また制度設計における共通の指針として活用され、わが国における高齢がん患者支援の質の向上につながることを期待する。

各論：第1部 現場のヘルスケア提供者向け具体的方策

要約

1. 現状と課題

高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおける連携は、在宅医療導入や退院が近づいてから開始されることが多い。その結果、外来通院中に進行する生活機能の低下や支援ニーズの変化が十分に捉えられず、急変時や退院直前に調整が集中しやすい構造が生じている。また、診療情報は一定程度共有されているものの、生活状況、今後の見通し（予測）、価値観、意思決定の背景、ACPの進捗といった情報が十分に引き継がれず、次の支援者が判断に迷う場面も少なくない。

本見解は、連携を個々の努力や経験に委ねるのではなく、「いつから始めるか」「何を共有するか」「誰が調整するか」「どのようにつながるか」を整理し、日々の実践の中で無理なく継続できる連携の形を示すことを目的としている。

2. 本見解が現場に求める5つの方向性

(1) 外来期を連携の起点とする

在宅療養の準備は、在宅導入が決定してから始めるものではない。外来通院中から、将来に備えて生活リスクや支援ニーズを把握し、必要に応じて共有を開始する準備期間として外来期を位置づける。直ちに在宅に移行しない場合でも、つながり始めること自体が連携の第一歩となる。

(2) 診療情報だけでなく、「生活・予測・価値・ACP」も共有する

次の支援者に引き継ぐべき情報は、治療内容や検査結果に限られない。「生活をどのように継続できるか」「今後何が起こり得るか（予測）」「本人が何を大切にしているか（価値観・ACPの進捗）」は、支援判断の基盤となる。結論が出ていない場合でも、その進捗や迷い、未確認事項を含めて共有することが、支援の連続性を担保する。

(3) 連携は人ではなく「機能」として担う

連携の成否を、特定の個人の経験や善意に依存させるべきではない。医療と介護・福祉をつなぎ、連携開始の時機を判断し、必要な関係者をつなぎ、情報共有の質を担保する「ハブ機能」を、職種を限定せず組織機能として位置づけることが重要である。

(4) 患者・家族を「連携の当事者」として支える

患者・家族への説明は一度きりで完結するものではなく、地域全体で繰り返し補完される連携プロセスである。ACPは結論を急ぐものではなく、療養の経過に応じて継続する意思決定支援である。話したくない時期も尊重しながら、いつでも再開できる関係を維持することが重要である。患者・家族を説明の受け手ではなく、「連携の当事者」として位置づける視点が求められる。

(5) ICTは使える連絡手段から整える

高度で統合的なシステムの導入よりも、誰に連絡すればよいか明確で、確実につながる双方向の連絡手段がある状態を優先する。既存ツールを含め、地域で合意された運用ルール

のもとでICTを段階的に整備することが、実効性と持続性を高める。ICTは目的ではなく、連携を止めないためのインフラである。

3. おわりに

本見解が目指すのは、完璧な連携モデルではなく、連携が途切れず、患者・家族が療養の選択肢を失わずに済むことである。外来期から緩やかにつながり、「生活・予測・価値・ACP」といった情報と役割を引き継ぎながら支えるための共通の考え方として、本見解が日々の実践に活用されることを期待する。

高齢がん患者の在宅療養を支える「効果的な連携」の5つの方向性

本見解は、連携を個々の努力に委ねるのではなく、「いつから始めるか」「何を共有するか」「誰が調整するか」「どうつながるか」を整理し、日々の実践の中で無理なく継続できる連携の形を示すことを目的としている。

1 外来期を連携の起点とする



在宅導入が始まる前から、将来の生活リスクや支援ニーズを緩やかに共有し始め、外来期を準備期間と捉える。

2 生活・見通し・価値観を共有する



診療情報だけでなく、生活のこと、今後の見通し、本人が大切にしている価値感を次の支援者に引き継ぐ。

3 連携は人ではなく「機能」で担う



特定の個人の経験や善意に頼らず、組織として連携を調整する「ハブ機能」を確立する。

4 患者・家族を連携の当事者として支える

患者・家族への説明は、地域全体で繰り返し補完されるプロセスである。ACPは結論を急ぐものではなく、療養の経過に応じて続ける意思決定支援である。



5 ICTは使える連絡手段から整える



高度で総合的なシステムより「誰に連絡すればよいかが分かり、確実につながる」状態を優先する。既存ツールを含めて、地域で合意された運用ルールのもとでICTを段階的に整備する。

■ 本見解を読んだらまず行うべきこと

(1) 病院管理者（拠点病院）

- ・ 外来期を「在宅療養準備期間」として明確に位置づける
- ・ 連携窓口とハブ機能を明示し、連携の属人化を防ぐ
- ・ 「生活・予測・価値・ACP」を共有する標準様式の導入を進める

(2) 外来主治医（拠点病院）

- ・ 生活リスクの兆候に気づいた時点で、連携開始を判断する
- ・ 医学的見通し（予測）を、在宅側が理解できる形で共有する
- ・ ACP を結論確認ではなく、継続的な話題として提示する

(3) 看護師・MSW（拠点病院）

- ・ 外来期から生活状況と価値観を整理する
- ・ 未確認事項を含めて、次の支援者に引き継ぐ
- ・ 連携が開始されていない場合は、ハブ機能に接続する

(4) 訪問看護師・在宅医・ケアマネジャー

- ・ 受け取った情報を「更新前提の情報」として扱う
- ・ ACP を再確認し、生活場面に即して具体化する
- ・ 状況変化があれば、双方向で速やかに共有する

本見解では、ヘルスケア提供者が各現場で具体的な行動に移しやすくなるよう、実践の段階に応じた行動内容を整理して示している。

最小要件：最初に取り組むべき最低限の事項

発展要件：最小要件を実践した後、段階的に達成を目指す事項

さらに【付表】として、各提案の本文で記載した標準フォーマット案を添付している。これらが、各現場における効果的な連携の実現に向けた実践の一助となることを期待する。

提案 1. 外来期を連携の起点とする

(1) 外来期を「在宅療養準備期間」と捉える共通認識を形成する

高齢がん患者の療養調整は、在宅医療導入や退院調整の直前から開始するものではなく、外来通院中から、将来の療養の在り方を見据えて準備的に行う連携プロセスとして位置づける必要がある

本提案における「在宅療養準備期間」とは、直ちに在宅移行を決定する段階ではないが、将来的な在宅支援や療養場所の選択に備え、医療・介護・福祉が緩やかにつながり、患者・家族が選択肢を失わないよう準備を進める期間を指す。

この考え方を、拠点病院内の多職種のみならず、患者・家族、地域の在宅医療・介護・福祉従事者と共有することが、外来期連携を成立させる前提となる。

(2) 外来期から老年医学的リスクを加味した評価を行い、連携判断の起点を持つ

拠点病院は外来通院中から、がん治療の状況に加え、在宅療養に影響を及ぼす生活状況や老年医学的リスクに目を向ける必要がある。想定される評価項目は、高齢者機能評価を含む以下の通りである。

- ・ フレイル、ADL/IADL の低下
- ・ 認知機能の変化、意思決定能力
- ・ 独居・老老介護などの家族背景
- ・ 併存疾患、ポリファーマシー
- ・ 通院負担、生活環境の制約

これらの評価は、主治医個人に過度な負担を求めるものではなく、外来期連携を担う体制の中で実施されることが重要である。評価の目的は診断や加算取得ではなく、生活リスクの兆候を早期に把握し、必要な支援や連携につなげる判断材料とすることである。

評価時期は、外来初診から治療・療養に関する意思決定が話題となる時期までに一度実施されることが望ましい。加えて、治療開始や治療内容の変更など状況の変化に合わせてその都度、適宜実施されることが理想である。

さらに、以下の兆候が認められる場合には、外来期から在宅領域のヘルスケア提供者との情報共有を開始することが望ましい【付表 1】。

- ・ 生活支援や服薬管理に不安が生じている
- ・ 家族が将来の療養場所や介護体制について迷いを示している
- ・ 再発や治療変更により生活の見通しが変化し得る
- ・ 日常生活動作に軽度でも変化がみられる
- ・ 本人が将来への不安を言語化している

また、「在宅療養準備期間」における情報共有では、疾患名や治療内容に加え、予測される症状変化、想定される支援内容、生活上のリスクなど、共有項目を一定程度標準化することが重要である。併せて、共有範囲を患者が選択できる仕組みを設けることで、安心して連携を開始できる環境を整える。

(3) 外来期連携を起動する「ハブ人材（連携調整の担い手）」を明確化する

外来期の連携は、これまで主治医や一部の看護師、MSW 等の個人努力に依存してきた。この構造では、担当者の異動や業務多忙により情報の連続性が途切れやすく、連携の開始時期や質にばらつきが生じやすい。

そのため、外来期からの在宅療養準備を実効的に進めるには、「誰が連携を立ち上げ、誰が窓口となるか」を明確にし、院内外に周知する必要がある。具体的には、外来期から患者の生活リスクを把握し、「今この段階で連携を開始すべきか」を判断し、必要に応じて地域の在宅医療・介護職種への相談・情報共有を行うハブ機能をはたす人材（連携調整の担い手）を設定する。このハブ人材は単なる連絡係ではなく、連携の時機を判断し、関係機関への接続を開始する役割を担う。なお、ハブ人材に求められる具体的な機能・要件、育成および評価の考え方については、提案3で詳述する。

【最小要件／発展要件】

■最小要件

- ・ 外来期を「在宅療養準備期間」として位置づけることを組織内で共有する
- ・ 連携窓口（担当部署・担当者）を明確化し、院内外に周知する
- ・ 外来診療の中で、生活リスク兆候を確認する視点を持つ

例：ADL 低下、通院困難、家族の不安、意思決定能力の変化

※在宅導入が決まっていなくても、「相談できる状態」を作ることを最低ラインとする。

■発展要件

- ・ 老年医学的リスク評価を簡便に組み込む
- ・ 外来期から地域への準備的相談を一定割合で実施する
- ・ 外来期から連携を開始できた割合を可視化する

【付表1】外来期連携開始の目安

開始のきっかけ	最初の行動	主体	共有すべき情報
初診時（高齢・併存疾患）	生活背景の確認	外来看護師、主治医	生活状況・家族構成
治療開始時	通院負担・ADL 確認	外来看護師	通院可能性・支援必要性
ADL/IADL 低下	ハブへ情報共有	主治医	生活変化・見通し
フレイル兆候	高齢者機能評価	看護師、薬剤師	転倒・服薬管理リスク
家族が不安を表明	ハブへ相談	外来看護師	家族の不安内容
再発・治療変更	予測される情報の整理	主治医	病状の見通し
緊急入院後の外来復帰	在宅側へ事前共有	ハブ	退院後のリスク
本人が将来不安を言語化	ACP 話題化	看護師、MSW	話題テーマ
通院困難が出現	在宅医へ準備的相談	ハブ	通院負担
独居・老々介護	介護側へ情報共有	ハブ	家族の介護力

提案2. 診療情報だけでなく、「生活・予測・価値・ACP」も共有する

(1) 共有すべき情報の中核に「生活・予測・価値・ACP」を位置づける

次の療養先へ提供する情報の中核に、生活状況、今後の見通し（予測）、価値観・意向（ACPの進捗）を位置づける。これらを診療情報提供書に一律に網羅することを求めるのではなく、医師の診療情報提供書、多職種サマリー、在宅側サマリーなどに分担して反映し、連携先で参照可能な形で共有されることを基本とする。

その際、未確認情報は未確認であることを明示し、在宅側で継続的に確認・更新する前提を共有する。

ア. 医師の診療情報提供書で最低限明確にする事項

(ア) 今後起こり得る変化の見通し（予測情報）

- ・ 病状・治療経過から想定される短期・中期的変化
- ・ 体力低下、通院困難、症状悪化等の可能性
- ・ 「いつ」「何が起こり得るか」の不確実性を含めた記載

(イ) 急変時の判断目安と連絡先

- ・ どのような症状が出た場合に連絡すべきか
- ・ 誰に、どの順番で連絡するか
- ・ 夜間・休日の対応方針

イ. 多職種サマリー・在宅側サマリーで基本とする事項

(ア) ADL・生活上の注意点

- ・ 日常生活動作で注意すべき点
- ・ 転倒リスク、食事・服薬上の留意点
- ・ 医療者以外にも理解可能な表現

(イ) 家族の介護力や支援上の留意点

- ・ 主な介護者、介護負担の程度
- ・ 家族の不安や限界、支援上の課題
- ・ 独居・老老介護などのリスク

(ウ) 患者・家族の価値観や意向（ACPの進捗）

- ・ 話し合われているテーマ
- ・ まだ話し合われていないテーマ
- ・ 意向の揺れや迷い

(2) 理解しやすい用語で、標準フォーマットにより記載する

診療情報提供書や各職種サマリーは、医療者向けの専門用語を過度に多用せず、介護職にも理解可能で、必要に応じて患者・家族への説明にも転用できる表現を基本とする【付表2】。記載にあたっては、以下を原則とする。

- ・ 簡潔な文章、箇条書き
- ・ 確定事項と予測・見通しの区別
- ・ 判断の前提条件や不確実性の明示

重要なのは、正確性だけでなく、次の支援者がそのまま使える情報であることである。患者・家族への説明に活用できる表現を意識することが、連携の質を左右する。

(3) 情報交換と双方向性コミュニケーションを使い分ける

情報交換（一方向性の情報提供）とは、閲覧のみで理解可能な情報提供を指し、本提案で示す標準化フォーマットによる共有を基本とする。診療情報、生活状況、予測情報、ACPの進捗等は、原則として一方向性で情報提供され、誰が見ても同じ理解に至ることを目指す。

一方、双方向性のコミュニケーションは、連携の時機の調整や、文書のみでは十分に伝わらない文脈の補完を目的とする対話である。病状説明・告知の文脈、価値観・意向の揺れ、意思決定に至る迷いなどは、双方向での調整が不可欠である。

連携においては、

- 情報交換だけで完結させない
- すべてを対話に依存しない

という共通認識を持つことが重要である。情報交換（一方向性の情報提供）を基盤とし、必要な場面で双方向性コミュニケーションを組み合わせることで、過度な負担を生じさせることなく、効率性と質の両立が可能となる。

【最小要件／発展要件】

■最小要件

- 生活状況、今後の見通し（予測）、価値観・意向（ACPの進捗）のいずれかを、共有情報に必ず含める
- 未確認事項は「未確認」と明示する
- 医療者以外（介護職・家族）が理解可能な表現で記載する

※「すべて揃えてから送る」ではなく、「共有しながらの更新」を基本とする。

■発展要件

- 標準テンプレートを導入する
- 共有内容の充足率を定期的に振り返る
- 地域で様式をある程度共通化する

【付表2】標準テンプレート

1. 基本情報	氏名	年齢
	主疾患	
	治療状況	
	主治医	連携窓口（担当者・連絡先）
2. 生活情報	1. 生活状況	
	独居 / 同居（続柄： ） その他（ ）	
	2. ADL・生活上の留意点 （例：歩行不安定 / 入浴介助必要 / 服薬管理不安あり 等）	
	3. 家族・支援状況 - 主介護者 - 介護状況、介護負担状況 - 支援上の課題	
3. 予測情報 （見通し）	1. 今後起こりえる変化 - 体力低下の可能性 - 通院困難の可能性 - 症状悪化リスク - 再発・治療変更の可能性 - 未確認	
	2. 急変時対応の目安 - 連絡すべき症状 - 連絡先 - 夜間休日対応方針	
4. 価値観・意向 （ACP の進捗）	1. 話し合われたテーマ - 療養場所：医療機関 / 緩和ケア病棟 / 在宅・施設（ ） - 治療の継続・中止 - 本人が大切にしたいこと・家族への思い - 緊急時対応 - 未実施	
	2. 未着手テーマ	
	3. 意向の揺れ・迷い	
	4. 話したくない意向の有無 現時点では話したくない / 今後検討可能 / 不明	
	5. 未確認事項（あれば必ず記載）	
	6. 次の支援者へのメッセージ（任意） （判断背景、補足説明、配慮事項など）	

運用原則

1. すべてを埋める必要はない
2. 未確認は「未確認」と明示して共有する
3. 結論がなくても共有可能
4. 更新前提で運用する
5. 医療者以外にも理解できる表現を用いる

提案3. 連携は人ではなく「機能」として担う

(1) ハブ人材を職種ではなく「機能」として定義し、役割を明確化する

高齢がん患者の在宅療養・フォローアップにおける連携では、専門性を単に共有するだけでは不十分であり、医療と介護の視点を相互に翻訳し、適切な時機に必要な関係者を調整する機能が必要である。

ハブ人材とは特定の職種を指すものではなく、以下の機能（翻訳・判断・調整）を担う存在として定義する【付表3】。

- ・ 医療情報を在宅・介護の文脈で理解可能な形に翻訳する
- ・ 生活情報や価値観を医療の文脈で理解可能な形に翻訳する
- ・ 状況変化に応じて「いつ・誰と・何を」連携すべきかを判断する
- ・ 一方向の情報提供と双方向コミュニケーションを使い分け、連携の時機を調整する

このように「機能」として明確化することで、連携は個人の資質や善意に依存するものではなく、組織として担うべき役割となる。

(2) 必要な能力を「判断力・調整力」として整理し、段階的に育成する

ハブ人材に求められるのは、すべての専門知識を網羅することではない。重要なのは、連携を成立させるための判断力と調整力である。具体的には、以下の能力が挙げられる。

- ・ がん医療と老年医学・在宅医療に関する基本的理解
- ・ 医療・介護それぞれの役割と限界の理解
- ・ 緊急性・重要性を踏まえた優先順位の判断
- ・ 文書による情報提供と、対話による調整を使い分けられる能力

これらを個人の経験や資質に委ねるのではなく、院内教育・地域研修・OJTを通じて、到達目標を明確にした段階的育成として設計することが重要である。

(3) ハブ機能を業務として位置づけ、時間・窓口・引き継ぎを確保する

ハブ機能は、通常業務の合間に「善意」で担えるものではない。連携調整に必要な時間が確保されなければ、情報共有は後回しになり、結果として連携の質が低下する。

そのため、拠点病院および地域の関係機関においては、以下を整備することで、ハブ機能を属人的な活動から組織機能へ転換する。

- ・ 連携調整を業務として明確に位置づける
- ・ 担当者に一定の時間的余裕を確保する
- ・ 窓口を明確化し、問い合わせ先を集約する
- ・ 担当交代時の引継ぎ（判断の経緯・関係者・未完事項等）を仕組み化する

(4) 訪問看護等が担うハブ機能を評価しつつ、固定化と過重負担を避ける

本研究班の調査およびWGでの議論から、訪問看護が医療と介護の橋渡し役として重要な役割を果たしている実態が確認された。一方で、訪問看護にハブ機能を過度に依存すると、地域差や事業所差が拡大し、無報酬・過重負担を招く可能性がある。

したがって、訪問看護が担うハブ機能は正当に評価しつつも、特定職種への固定化を避け、地域特性や療養段階に応じて、誰がハブ機能を担うかを柔軟に設計することが重要である。

【最小要件／発展要件】

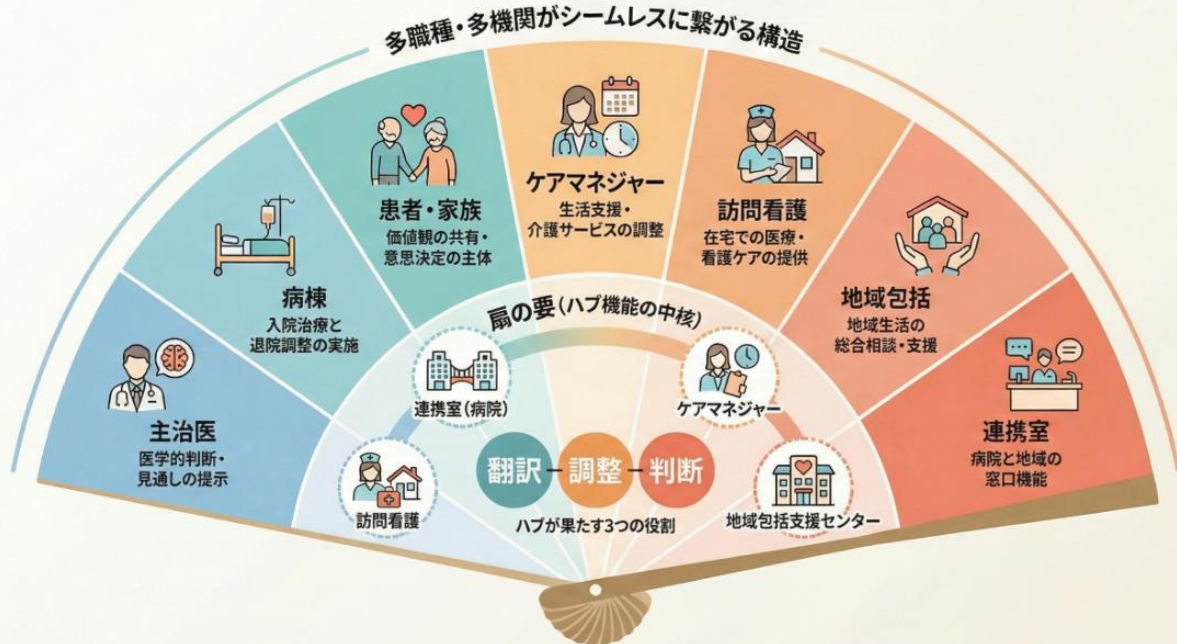
■最小要件

- ・ 連携窓口を明示する
- ・ 「連携開始を判断する人」を明確にする
- ・ 引継ぎルール（担当交代時を含む）を明文化する

■発展要件

- ・ ハブ機能を職種ではなく機能基準で評価する
- ・ 到達目標を明確化した研修を設ける
- ・ 専任配置または時間確保を行う
- ・ ハブ機能の活動内容を可視化する（連携開始相談件数、相談対応件数）

高齢がん患者の在宅療養を支える「扇の要（かなめ）」：ハブ機能による連携図



【付表3】ハブ機能の要件

1. ハブ機能の基本定義

ハブ機能とは、連携開始の時機を判断し、必要な関係者を接続し、情報共有の質を担保し、連携を途切れさせない調整機能を指す。特定の職種ではなく、機能要件を満たす体制を評価対象とする。

2. ハブ機能の要件

最小要件（開始当初に最低限満たしているとよい要件）	
1. 連携開始判断機能	
	外来期における生活リスク兆候を把握できる
	「今、連携を始めるべきか」を判断できる
	ACP 開始・再確認トリガーを認識している
2. 窓口集約機能	
	院内外に明示された連携窓口がある
	地域からの問い合わせを受け取れる
	担当不在時の代替ルートがある
3. 接続機能	
	必要な関係機関を把握している
	連絡方法・順番を理解している
	双方向連絡を成立させられる
4. 情報翻訳機能	
	医療情報を生活文脈に翻訳できる
	生活情報を医療側に伝えられる
	専門用語を平易に置き換えられる
5. 引継ぎ・継続機能	
	未完事項を明示できる
	担当交代時に判断経緯を引き継げる
	ACP 進捗を更新前提で共有できる

発展要件（ハブ機能が安定したら次の段階で実践したい要件）	
1. 質管理機能	
	外来期における生活リスク兆候を把握できる
	情報不足時に補完依頼できる
	連携プロセスを振り返る仕組みがある
2. 院内トリアージ機能	
	問い合わせを適切な専門職へ振り分けられる
	緊急度を判断できる

	ICT と連動できる
3. 教育・育成機能	
	新任者への OJT 体制がある
	到達目標が明確である
	地域研修と接続している
4. 可視化機能	
	連携開始件数を把握できる
	ACP 進捗共有率を把握できる
	外来期開始割合を把握できる
5. 負担分散設計	
	特定職種に固定化していない
	時間確保が制度化されている
	過重負担をモニタリングできる

3. 評価の視点（制度・管理者向けにも使用可能）

ハブ機能の評価は以下の観点で行う。

- 窓口が明確であるか
- 連携開始判断が行われているか
- 接続ルールが文書化されているか
- 引継ぎが機能しているか
- 属人化していないか

4. ハブ機能の誤解を避けるための補足

- すべてを担う「スーパー人材」を求めない
- 拠点病院の医師に介護制度の詳細理解を求めない
- 訪問看護に固定化しない
- 無報酬善意業務にしない

提案4. 患者・家族を「連携の当事者」として支える

(1) 情報発信を説明業務から連携プロセスへ再定義する

患者・家族への情報発信は、急性期病院での一度きりの説明で完結するものではない。外来期から在宅療養期にまたがる多職種連携の一部として再設計し、分担しながら繰り返されるプロセスとして位置づける。

情報発信は、以下の二段階プロセスとして整理する。

ア. 第1段階：拠点病院における「入口の説明」

在宅療養という選択肢があること、ACP は今すぐ結論を求める話ではないこと、今後どのような支援者が関わる可能性があるかを概要レベルで伝える。この段階では、詳細な制度説明や意思決定を求めない。

イ. 第2段階：在宅側での「具体化と再確認」

実際の在宅生活のイメージ、利用可能なサービス、生活上の工夫や支援内容、ACP の具体的テーマについて、生活の場に近い環境で、繰り返し確認・補足する。

この二段階プロセスにより、患者・家族が情報を受け止める時間的余裕を確保し、理解を生活に結び付けやすくする。

(2) 患者・家族を受け身ではなく「連携の当事者」として位置づける

患者・家族は、説明を受ける存在にとどまらず、連携の中で情報を受け取り、選択し、伝える当事者である。そのため、以下を明確に伝えることが重要である。

- 困ったときの相談窓口と連絡手段
- 伝えるべき情報（症状変化、生活上の困りごと、意向の変化等）
- 今後起こり得る療養・生活上の変化と、相談すべきタイミング

これにより、「相談先が分からない」「何を伝えればよいかわからない」という状態を減らし、主体的な関与を可能にする。

(3) ACP を継続的な意思決定支援プロセスとして運用する

ACP は、DNAR 確認や終末期医療の選択を目的とした単発の面談ではなく、治療・療養の経過に応じて繰り返し行われる意思決定支援のプロセスである。連携における ACP を継続的な意思決定支援として再定義し、結論の有無ではなく進捗情報として共有することを基本とする。

共有対象は、最終結論や事前指示の文書化の有無ではなく、以下の進捗情報である。

- 話し合われたテーマ（療養場所、治療の考え方、家族への思い等）
- 本人・家族の受け止め方
- まだ話し合われていないテーマ
- 意向の揺れや迷い

これにより、在宅移行時や再入院時にも、どこから対話を再開すべきかが明確となり、ACP が途切れずに継続される。

(4) ACP 開始・再確認のトリガーを設定し、多職種リレー方式で行う

ACP を個人の裁量に委ねると、開始が遅れやすく実施率も低下する。そのため、病状や療養の節目を「トリガー」としてあらかじめ設定し、一定のルールに基づいて ACP を開始・再確認する。結論を出すことなく、話題にすることを重視する。

想定されるトリガーとしては、以下が挙げられる。

- がん告知時
- 治療方針変更時
- 再発・病状進行時
- 緊急入院後
- 退院・在宅移行前
- 外来通院中の明らかな生活変化時

役割を単一職種に集中させず、リレー方式を基本とする。

- 看護師・MSW（拠点病院）：患者・家族の思いや不安の聴取、価値観の把握、生活環境や家族関係の把握、制度的課題の整理（MSW）
- 医師（拠点病院）：医学的見通し、治療選択肢の説明
- 在宅医・訪問看護師・ケアマネジャー：生活の場での継続的確認・更新

(5) 情報発信と意思決定支援の進捗を、地域で共有・可視化する

医療者は説明したつもりでも、患者・家族は理解していないという認識のズレを減らすため、情報発信と意思決定支援の進捗について次の支援者につなぐ可視化が必要である。目的は理解度の評価ではなく、次に誰が何を補うのかを明確にするためである。

可視化する項目例：

- 説明したテーマ／未説明のテーマ
- 理解が不十分な点（補足が必要な点）
- ACP の進捗（話したテーマ、未着手、揺れ）

ACP については、急性期医療機関・在宅医療・訪問看護・ケアマネジャー等の間で、結論の有無に関わらず追記・更新ができ、専門用語を避け誰でも理解できる表現で記載した共通フォーマットで共有する。これにより ACP は個人の記憶に依存するものから、地域で共有される支援情報となる。

(6) 患者・家族の心理的準備に配慮し、話したくない選択も尊重する

ACP や療養に関する話題は、患者・家族の心理的準備が整っていない段階では受け止めるのが難しい場合がある。すべての患者・家族に一律に実施するのではなく、「今は話したくない」「もう少し後で考えたい」選択があることを明示する。

重要なのは、話さない選択があっても、いつでも再開できることを保証し、ACP が不安や押しつけとして受け取られないようにすることである。

【最小要件／発展要件】

■最小要件

- ACP を「結論確認」ではなく「進捗共有」として扱う
- 二段階説明モデル（入口説明／具体化）を採用する
- 話したくない選択枝も尊重する
- 話したテーマ・未着手テーマを共有する

■発展要件

- ACP 開始トリガーを明文化する
- 多職種リレー方式を採用する
- ACP 進捗共有率を可視化する
- 地域共通フォーマットを使用する

提案 5. ICT は使える連絡手段から整える

(1) ICT を高度化の目標ではなく、連携インフラとして位置づける

ICT は、連携を高度化するための特別なツールではなく、医療・介護・福祉の日常的連携を支える基盤である。ツール導入以前に、以下の運用条件が満たされていることが前提となる。ICT はつながる仕組みが明確であって初めて機能する。

- 地域からの問い合わせを受ける連携窓口（部署・担当者）が明確である
- 平日・時間外を含め、連絡方法と対応範囲が整理されている
- 定型的な情報共有と、緊急・判断を要する連絡の手段が区別されている

(2) 高度 ICT よりも、タイムリーで双方向な連絡手段を優先する

完成された高度システムを待つのではなく、現場で実際に使える双方向連絡手段（医療用 SNS、セキュアチャット、地域で普及しているツール等）を核とする。重要なのは、診療情報を全て共有することではなく、状況変化・判断背景・ACP の進捗・支援上の留意点など、患者の支援に直結する情報をタイムリーに共有できることである。拠点病院は、地域で使用されている手段を尊重しつつ、アカウント管理や運用責任を明確化する体制を整える。

(3) 拠点病院内に地域連携 ICT 窓口を設け、院内トリアージを可能にする

在宅側から最も多く挙げられた障壁は「誰に連絡すればよいかわからない」である。ICT 導入の前提として、拠点病院内での一次受付窓口を明確にし、連絡を受けた後の院内ルート（誰に繋ぐか）を定める。これにより、送ったが返事がない、担当者不在で止まるといった状況を防ぐ。

(4) ICT は 24 時間対応を前提とせず、日中の連携を主眼にする

時間外対応を ICT で一律に担保する設計は、過重負担と形骸化を招きやすい。急変時対応は従来どおり電話・救急対応を基本とし、ICT は平日日中の事前共有・認識合わせ・調整を主目的とするなど、地域合意に基づく現実的な運用設計を行う。

(5) 共有する情報を絞り、標準化により運用負担を下げる

診療情報の全量共有を目指すのではなく、標準フォーマット（提案 2 参照）を単位として定型化する。ICT で送る情報の粒度を揃え、必要最小限の共有項目を明確化し、未確認事項は未確認と明示する。標準化が進むほど、ツールが変更されても連携は維持可能となる。

(6) 運用ルールを明文化し、属人化を防ぐ

ICT は導入するだけでは機能しない。運用ルールが不明確な場合、特定の個人に依存した運用となりやすい。そのため、以下をあらかじめ明文化する。

- 誰が情報を受け取り、一次対応を行うのか
- どの情報を、どのタイミングで共有するのか
- 時間外・休日の対応範囲

- 記録・保存・引継ぎ方法

誰が使っても同じ判断・同じ動線になる運用を整えることで、ICT を個人の便利ツールから組織の連携基盤へ転換する。

(7) 段階的導入モデルを前提とする

ICT 活用は、以下のような段階的導入を想定する。

- 第1段階：連携窓口の明確化、電話・メール等による即時連絡
- 第2段階：標準サマリー・ACP フォーマットの電子共有
- 第3段階：地域連携ネットワークや共有基盤への統合

すべてを一度に求めないことが、現場での定着と持続可能性につながる。

【最小要件／発展要件】

■最小要件

- 連携窓口を明確にする
- 双方向連絡手段を確保する（高度 ICT でなくてよい）
- 運用ルールを明文化する
- ICT は日中連携を主目的とする

■発展要件

- 標準フォーマットを電子共有する
- 段階的導入モデルを採用する
- 運用実態（使われているか）を評価する
- ICT をハブ機能と連動させる

各論：第2部 政策立案者向け具体的方策

要約

1. 現状と課題

高齢がん患者の在宅療養・フォローアップを支えるためには、がん治療に加え、加齢に伴う生活機能低下、認知機能の変化、併存疾患、家族・社会的背景といった複合的課題に対応する必要がある。このため、拠点病院、在宅医療、訪問看護、介護・福祉を含む多職種・多機関による連携体制が不可欠である。

しかし現行制度では、在宅療養支援は主として退院調整や在宅医療導入と結び付けて設計されており、外来期から生活リスクや支援ニーズを共有する準備的連携を十分に支える枠組みとなっていない。その結果、支援開始が遅れ、急変時や退院直前に調整が集中しやすい構造となっている。

また、制度上評価されやすいのは紹介状作成や ICT 導入の有無といった形式的要件であり、生活状況、今後の見通し（予測）、価値観、意思決定の背景、ACP の進捗といった支援判断に直結する情報の共有状況は十分に評価されていない。さらに、医療と介護・福祉を横断して連携の時機を判断し関係者をつなぐ役割は、制度上明確に位置づけられておらず、特定の個人や職種に依存しやすい。

このように、高齢がん患者の連携の課題は、連携の開始時期、共有内容、調整機能、運用基盤が制度として十分に設計されていないことに由来する構造的問題である。

2. 本見解が政策に求める5つの方向性

本見解では、連携の質を現場の過度な負担なく評価できるよう、外来期連携開始、情報共有の質、ハブ機能、ACP 進捗共有、ICT 運用といった連携プロセスに着目した最小評価指標（KPI）を整理し、付表として提示した【付表4】。これらの指標は、連携が完璧であるかを評価するものではなく、外来期から開始された連携が更新されながら途切れず機能しているかを確認することを目的としている。

（1）外来期を含む「在宅療養準備期間」を制度上明確に位置づける

療養調整を退院直前や急変時に限定する現行構造を見直し、外来期から将来に備えた生活リスクや支援ニーズを共有する準備的連携を、独立した支援フェーズとして制度上明確に位置づける必要がある。

（2）情報共有を手段ではなく内容で評価する

現行制度では、紹介状作成や ICT 導入の有無といった形式的側面が評価されやすい。一方で、生活状況、今後の見通し、価値観・意向（ACP の進捗）といった支援判断に直結する情報内容は十分に評価されていない。連携の質を担保するためには、連携の中核となる情報内容を明示し、それらの共有状況を評価対象とする制度設計へ転換する必要がある。

（3）連携を担う役割を職種ではなく「機能」として評価・育成する

医療と介護・福祉を横断し、連携の時機を判断し、必要な関係者をつなぐ役割は、現行制度では十分に評価されていない。その結果、特定の個人や職種の努力に依存し、地域差が生

じている。連携調整を「ハブ機能」として明確に定義し、機能基準による評価、人材育成プログラムの整備、継続配置を可能にする制度設計へ転換する必要がある。

(4) 患者・家族への情報発信と意思決定支援を連携の構成要素として位置づける

患者・家族への説明や ACP は、単発の医療行為ではなく、地域で引き継がれる継続的なプロセスである。情報発信と意思決定支援を連携の構成要素として明確に位置づけ、外来期からの継続的関与、進捗共有型 ACP の評価、地域横断的支援体制の整備を制度的に後押しする必要がある。

(5) ICT を連携インフラとして段階的に整備・評価する

高度で統合的な ICT 基盤を一律に求める制度設計は、地域差や運用能力の差を拡大させる可能性がある。ICT は目的ではなく、連携を止めないためのインフラである。連携窓口の明確化、双方向連絡手段の確保、運用実態の評価を優先し、既存ツールの活用も含めた段階的導入モデルへ転換することが望ましい。

3. おわりに

本見解が目指すのは、高度な連携を一律に求めることではなく、途切れない連携を制度として支えることである。外来期から将来の療養生活を見据え、「生活・予測・価値・ACP」といった情報と役割を引き継ぎながら、患者・家族が療養の選択肢を失わずに済む環境を整備することが、政策の果たすべき役割である。

本見解が制度設計における共通の方向性として活用され、実装可能かつ持続可能な連携体制の構築につながることを期待する。

高齢がん患者の在宅療養を支える政策に求める5つの方向性

現行制度は、在宅療養支援を主として「退院調整」や「在宅医療導入」と結び付けて設計しており、外来期から始まる準備的な連携や生活リスクや支援ニーズへの先行的対応を十分に支えられていない。その結果、連携が事後対応に偏り、支援の開始が遅れやすい構造となっている。

1

「在宅療養準備期間」を制度上明確に位置付ける



外来期から生活リスクや支援ニーズを共有する「準備的連携」を、独立した支援フェーズとして制度上位置付ける。

2

情報共有を内容で評価する



現行制度では、支援判断に直結する情報が十分に評価されていない。連携の中核となる情報（生活・予測・価値）を明示し、評価対象とする。

3

連携を担う役割を「機能」として評価・育成する



現行制度では、連携の時機を判断する役割が、個人・職種に依存している。連携調整を「ハブ機能」として定義し、機能標準型で評価・育成する人事政策へ転換する。

4

情報発信と意思決定支援を連携の構成要素として位置付ける

患者・家族への説明や ACP は、地域で引き継がれる継続的なプロセスである。情報発信と意思決定支援を連携の構成要素として明確に位置付け、継続的な支援を制度的に後押しする。



5

ICT を連携インフラとして段階的に整備・評価する



総合的な ICT 基盤を一律に求める制度設計は、地域差や運用能力の差を拡大させやすい。既存ツールの活用や簡易運用も含め、運用実態を評価する段階的導入モデルへ転換する。

提案 1. 外来期を含む「在宅療養準備期間」を制度上明確に位置づける

(1) 「在宅療養準備期間」を制度上の支援フェーズとして明確に位置づける

現行制度では、在宅療養支援が退院調整や在宅医療導入と強く結びついて整理されており、外来期から行う生活リスクの把握や準備的連携は、制度上の位置づけが明確ではない。その結果、外来期の療養調整は個々の裁量に委ねられやすく、体系的に実施されにくい。

そのため、外来期から始まる在宅療養準備的連携を、退院調整とは異なる独立した支援フェーズとして概念化し、拠点病院の役割として明確に位置づける必要がある。これにより、外来期からの生活リスク把握や連携準備が、任意の活動ではなく、正当な医療・支援活動として制度的に認識される。

(2) 外来期における連携・調整をインセンティブで評価する

外来期における多職種連携調整、生活状況の把握、関係機関との事前相談は、時間と労力を要するが、現行の診療報酬体系では十分に評価されていないとの意見もあり、その成果も可視化されにくい。そのため、これらの活動は担当者の善意や個人的努力に依存しやすく、外来診療の中で優先順位が下がり、連携開始が遅れる要因となっている。

そのため、外来期における多職種連携調整、在宅医療・介護職種への準備的相談、生活課題や ACP の早期整理等について包括的な制度設計を検討し、何らかのインセンティブが付されるよう検討すべきである。評価にあたっては、単純な件数ではなく、連携体制の整備状況や運用実態を重視する設計が望ましい。

(3) 拠点病院における外来期連携体制の整備を人的・財政的に支援する

外来期の連携を実効的に行うためには、生活リスク評価や関係機関との調整が、外来診療の流れに組み込まれている必要がある。しかし現状では、体制整備は各病院の自主努力に委ねられ、人的・財政的制約から十分に実施できていない施設も多く、実施状況や質にばらつきが生じている。

そのため外来期連携を担う専任・兼任人材の配置、がん相談支援センター等の機能拡充、医療と介護をつなぐ調整機能の強化について、人的・財政的支援を行うことが必要である。

(4) 外来期連携を担うハブ人材の配置を制度的に後押しする

外来期から生活リスクを把握し、必要に応じて在宅医療・介護職種との相談や接続を開始するハブ機能は、連携の成否を左右する。しかし現行制度では、その役割は明確に位置づけられておらず、業務として十分に評価されていないため、属人的努力に依存しやすい。

そのため、拠点病院において、外来期の在宅療養準備連携を担うハブ人材の配置・活用を制度的に評価・支援することが必要である。その際、雇用形態を自院雇用に限定せず、地域の在宅医療・介護従事者等の連携体制も含め、実際に機能している体制そのものを評価対象とする柔軟な設計が望ましい。

提案 2. 情報共有を手段ではなく内容で評価する

(1) 情報共有の内容を制度上の必須要素として明確に位置づける

現行制度では、紹介状作成や ICT 活用など、共有の有無やその手段の評価に偏り、共有内容の質や範囲は十分に評価されていない。その結果、形式的には連携していても、生活支援や急変時対応の判断に必要な情報が不足しやすい構造となっている。

そのため、がん診療情報に加え、①生活情報、②予測情報（見通し）、③価値観・意向（ACP の進捗）を含む情報共有を、在宅療養・フォローアップにおける連携の必須要素として制度上明確に位置づけるべきである。内容を必須要素として定義することで、連携の質を制度として担保することが可能となる。

(2) 職種横断で使用可能な標準フォーマット整備を国として支援する

現在、地域・施設・職種ごとに独自の情報共有様式が用いられており、情報の抜けや重複が生じやすく、現場の負担増につながっている。また、地域を超えた連携や異動時の情報継続性を担保することが困難である。

個人努力による改善には限界があるため、全国共通の最低限項目（「生活・予測・価値・ACP」等）を定義した標準フォーマットを国として整備・支援する必要がある（付表 2 参照）。これは画一的な全国統一様式を強制するのではなく、共通理念と最低限項目を全国で共有し、地域特性に応じた追記や柔軟な運用を許容するという、二重構造での制度設計とすることが望ましい。

(3) 未確認情報を含む共有を否定しない評価体系を構築する

現行制度では、情報が揃っていないこと、結論が明示されていることが暗黙の前提となり、未整理・未確認の情報は共有されにくい。このため情報が揃ってから共有するという判断が働き、連携開始そのものが遅れる傾向がある。

そこで、未確認事項を明示したうえで共有し、次の支援者が継続的に確認・更新していくプロセス自体を評価対象とする制度設計が求められる。情報の完成度ではなく、引継ぎと更新を前提とした共有プロセスを正当に評価する視点への転換が必要である。

(4) 情報共有を ICT 活用と一体で段階的に支援する

高度で統合的な ICT 基盤を前提とした制度設計は、導入・運用ハードルを上げ、結果として現場で実際に使われる情報共有を停滞させる可能性がある。

このため、まず共有すべき内容を定義し、その上で段階的に ICT 化を進めるという順序を明確にすべきである。紙媒体や PDF、既存ツールによる共有を否定せず、標準フォーマットを基盤として徐々に電子化・連携基盤へ移行する現実的な設計が望ましい。

(5) 情報共有の質を医療・介護資源の適正利用と結びつけて評価する

情報共有は手間を要するが、その成果は制度上可視化されにくく、「手間がかかるが評価されにくい業務」となり、優先順位が下がりやすい。「生活・予測・価値・ACP」を含む情

報共有は、不要な救急受診・再入院の減少、本人意向に沿った療養場所の選択、支援の早期介入、医療・介護資源の適正配分といったアウトカムと結びつく可能性が高い。情報共有の質を、医療・介護資源の適正利用および患者アウトカムと関連づけて制度評価に組み込む視点が重要である。

提案3. 連携を担う役割を職種ではなく「機能」として評価・育成する

(1) ハブ人材を機能基準型で制度上評価する

現行制度では、連携調整は、医療・介護サービスの提供とは異なる業務として扱われ、外来期からの相談対応、関係機関との事前調整、情報の翻訳・引継ぎ、連携開始の時機判断といった実務に対して、十分なインセンティブが付与されていない。その結果、連携調整は現場の裁量や善意に委ねられ、継続性や再現性が確保されにくい。

このため、ハブ人材については、特定の職種や雇用形態を指定するのではなく、必要な機能・役割を満たしているかを基準とする機能基準型の包括的な制度設計とする必要がある（付表3参照）。例えば、配置人数ではなく、連携窓口の明確化、連携調整の実施体制、関係機関との接続ルールの整備、引継ぎ・継続運用の仕組みといった機能要件の充足状況に基づく評価体系とすることが望ましい。

(2) ハブ人材育成を人材政策として位置づけ、研修・キャリアパスを整備する

現行制度では、連携調整を専門的役割として担う人材育成や継続配置を前提とした設計が弱く、単発研修や兼務に依存しやすいため、経験の蓄積や引継ぎが進まず、担当者の異動や退職により機能が断絶しやすい。

ハブ機能を制度として定着させるためには、到達目標を明確化した研修・教育プログラムの体系化、OJTが成立する配置・時間確保、役割と評価を可視化したキャリアパスの整備、拠点病院と地域との人事交流・兼務を可能とする制度的支援等を含めた、中長期的な人材施策が必要である。ハブ機能は偶発的に育つものではなく、育成・定着を前提とした人材施策の対象とすべきである。

(3) 医師に求める役割を連携判断に明確化し、チームで担う体制を後押しする

現行制度では、外来期における連携の起点が主治医の裁量に委ねられる場面が多く、医師に介護制度や地域資源の詳細理解まで暗黙に求められる結果、医師の負担増や連携開始の遅れを招いている。

そのため、拠点病院の医師の役割を、生活・療養上のリスクに気づくこと、連携が必要な時機を判断することに明確化し、その後の調整・接続は、ハブ機能を担う人材が担当する体制を制度として後押しすることが重要である。

(4) 連携調整業務を評価する制度設計を整備する

外来期の連携調整は、支援の質や医療・介護資源の適正利用に大きく影響するが、現行制度では、診療報酬・施設要件上の位置づけが弱いとの意見があり、属人的努力に依存する結果、施設間・地域間の差が拡大している。

このため、外来期の連携調整、関係機関との事前相談、情報整理・引継ぎ等の業務に対して十分なインセンティブが付与され、安定的に実施できる環境を整備する必要がある。件数や形式的実施ではなく、体制整備および運用実態といったプロセスを重視する包括的な制度設計とすることが望ましい。

提案4．患者・家族への情報発信と意思決定支援を連携の構成要素として位置づける

■ACP（意思決定支援）に関する提案

(1) ACP を連携の基盤として制度上明確に位置づける

現行制度では、ACP は終末期医療や DNAR と結び付いて理解されやすく、外来期からの継続的な話し合いや、地域での共有・引き継ぎが、制度上明確に位置づけられていない。その結果、ACP の必要性は理解されているが、誰が開始するのか、どこまで行うのか、どう引き継ぐのかが曖昧なまま、個人努力に委ねられている。

そのため、ACP を終末期医療の一要素として限定的に扱うのではなく、在宅療養・フォローアップにおける多職種連携を支える継続的意思決定支援プロセスとして制度上明確化し、拠点病院（入口の説明）と在宅側（具体化・更新）の役割分担を整理する必要がある。

(2) ACP のプロセスを評価する制度設計へ転換する

現行制度では、面談実施や文書作成など単発の行為は評価され得るが、継続的な話し合い、状況変化に応じた更新、多職種間の共有・引継ぎといったプロセスは十分に評価されていない。その結果、結論を急ぐ圧力、更新されない ACP、在宅移行時の断絶が生じやすい。

結論の有無ではなく、継続支援の実施、多職種関与、在宅移行時・再入院時の共有、進捗の更新といったプロセスをインセンティブの対象とする包括的な制度設計が望ましい。

(3) 職種横断で使用可能な ACP 共有フォーマット整備を推進する

現行では、ACP 様式が施設・職種・地域で分断され、医療者には理解できるが介護・福祉職には使いにくい、結論のみが強調され進捗や気持ちの揺れが伝わらない、といった問題が生じている。

最低限の共通項目（話し合われたテーマ・進捗・未着手・意向の揺れ）を定めた基本仕様を国として整備し、地域運用を妨げない柔軟性を併せ持つ設計とすべきである。ICT 活用を前提としつつ、紙媒体での運用も否定しない段階的整備が望ましい。

(4) 医療・介護・市民への ACP 教育・啓発を一体的に展開する

現行では、ACP 教育がヘルスケア提供者向けに偏在しており、市民に対する体系的な啓発は限定的である。その結果、縁起が悪い、不利益につながるといった誤解が生じている。

医療者向け研修に加え、介護・福祉職研修、地域住民向け啓発、住民健診・介護保険申請時等での情報発信を一体的に進め、ACP を特別な行為ではなく、日常的な意思決定支援の一部として社会的に位置づける必要がある。

■患者・家族への情報発信に関する提案

(1) 患者・家族への情報発信を連携の必須構成要素として制度上明示する

患者・家族への説明は実施して当然の行為とされ、連携として引き継がれたか、次の支援者につながっているかが評価されにくい。拠点病院要件や地域連携指針の中で、拠点病院での入口説明と在宅側での具体化・再説明を、一連の連携プロセスとして明示的に位置づける

必要がある。

(2) 二段階説明モデル（入口説明、具体化・反復）を制度的に後押しする

現行制度では、情報発信は急性期医療機関内で完結する前提で制度設計されており、在宅側での再説明・具体化は評価されにくい。急性期病院での概要説明（入口説明）と、在宅側での具体化・反復説明という二段階モデルを、診療報酬、拠点病院要件、地域連携指針など制度上に位置づけ、連携の運用（引継ぎ・再説明の実施）を評価対象に組み込む。

(3) 患者向け基礎資材整備を全国レベルで支援する

動画・冊子・Web 資材といった患者向け資材の整備は、現在各施設の自主努力に委ねられており、質・内容にばらつきがあり、地域格差につながる。在宅療養の選択肢、ACP の位置づけ等について、全国共通の基礎資材整備を支援し、地域特性に応じた活用を制度的に支援する。

(4) 理解の継続支援を評価する仕組みを検討する

現行制度では、説明を行ったかどうかは評価され得るが、理解が十分であったか、再説明が行われたか、生活に結びついたかといった点は評価されていない。説明回数や文書配布の有無ではなく、理解確認、再説明、生活に即した具体化を含む継続的支援プロセスを評価する制度設計が必要である。

(5) 医療外の場における普及活動を拡充する

現行の在宅療養に関する情報発信・啓発は、診断後・入院後に集中しており、考える余裕のないタイミングに偏っている。在宅療養に関する理解は、診断後・入院後では遅い場合がある。住民健診、介護保険申請時、地域包括支援センター、自治体の相談窓口等など、医療外の接点での普及啓発を拡充し、早期からの理解形成を支える必要がある。

提案5. ICT を連携インフラとして段階的に整備・評価する

(1) ICT 整備を段階的導入モデルとして制度上明確に位置づける

現行の ICT 関連施策や補助制度では、電子カルテ間連携や統合プラットフォーム等の完成形が暗黙の前提となりやすく、導入要件の高さが障壁となって、ICT 活用を断念する、あるいは形式的導入にとどまる事例が生じている。

そのため、ICT 整備を一律の完成形で評価するのではなく、

- 第1段階：窓口明確化、連絡ルール整備、簡易ツール活用
- 第2段階：標準フォーマットの電子共有
- 第3段階：地域連携ネットワークや共有基盤への統合

といった、既存ツールの活用と地域特性に応じた段階的整備を前提とした段階的導入モデルとして制度上明確に位置づける。初期段階も正当に評価対象とすることで、実装可能な ICT 活用を促進できる。

(2) ICT の導入ではなく運用を評価する制度設計へ転換する

現行制度では、ICT の有無や導入件数、システム要件といった導入実績が評価されやすく、実際に連携が機能しているかどうかという運用実態は十分に評価されていない。

そのため、評価軸を導入から運用へ転換し、連携窓口の明確化、双方向連絡の実施状況、情報共有の継続性、判断や支援につながる運用実態を評価対象とする制度設計が求められる。これにより、形骸化した ICT 導入を防ぎ、実効性のある連携を促進できる。

(3) 責任所在とガイドラインを明確化し、導入判断の不確実性を低減する

現場では、ICT は「使いたいが使えない」「便利だがセキュリティが不安」という認識が広く共有されている。いわゆる 3 省 2 ガイドライン適合や情報漏洩時の責任所在が不明確であることが、導入抑制の要因となっている。

目的・運用条件・留意点・責任分界を整理した実務ガイドライン（好事例集を含む）を整備し、拠点病院や地域の意思決定コストを低減する必要がある。ICT 活用を自己責任的判断に委ねるのではなく、制度として判断基準を提示することが重要である。

(4) ICT の維持・運用を前提とした包括的支援へ転換する

現行の ICT 関連支援は初期導入費に偏りがちであり、運用・更新・人材対応に要する継続的コストが十分に考慮されていない。その結果、導入後の運用負担が現場に集中し、ICT が持続的に活用されない要因となっている。

そのため、初期導入費に加え、継続運用費、連携・相談部門の人材配置、運用ルール整備・教育コストを含めた包括的支援を検討する必要がある。ICT を設備整備政策ではなく、連携インフラ政策として位置づけ、維持・運用を前提とした支援策へ転換することが求められる。

(5) ICT 活用の好事例を集約・可視化し、横展開を進める

ICT 活用に関する情報は断片的で、体系的な整理がされておらず、現場が自地域に適した

実践モデルを参照しにくい状況にある。完成形のみを提示するのではなく、小規模地域で機能している簡易運用、中規模圏域での段階的発展事例、高度連携を実現している医療圏など、成熟段階別に整理・可視化し、横展開を促進する仕組みを整備すべきである。完成形を一律に示すのではなく、段階的な成熟を支える政策展開が求められる。

【付表 4】連携プロセス評価指標案

本見解の KPI は、「連携が完璧か」ではなく、「連携が外来期から開始され、更新されながら途切れず機能しているか」を評価する。

提言 1：外来期連携開始		
1. 外来期連携開始率		外来期に連携相談または準備的情報共有が記録された割合
2. 連携窓口明示率		患者向け説明資料または紹介状に連携窓口が記載されている割合
3. 生活リスク確認実施率		外来期に生活リスク兆候（ADL 低下・通院困難・家族不安等）の確認記録がある割合
4. 退院直前連携集中率の推移		連携開始が退院直前に集中する割合の経年変化
5. 外来期地域事前相談率		外来期に地域側（在宅医・訪問看護等）へ準備的相談が行われた割合
提言 2：情報共有の質		
1. 中核情報記載率		生活・予測・価値・ACP 進捗のいずれかが共有文書に記載されている割合
2. 未確認事項明示率		未確認情報が「未確認」と明示されている割合
3. ACP 進捗型記載率		ACP が「進捗情報」として記載されている割合
4. 地域共通フォーマット利用率		
5. 情報更新率		引継ぎ後に追記・更新が行われた割合
提言 3：ハブ機能		
1. 公式連携窓口設置率		院内外に明示された窓口が存在する割合（運用実績確認）
2. 引継ぎルール整備率		文書化された引継ぎルールが存在し、実際に使用されている割合
3. 連携開始判断記録率		連携開始の判断理由が記録されている割合
4. ハブ機能研修受講率		
5. 連携の平均応答時間		問い合わせから一次対応までの中央値
提言 4：ACP・意思決定支援		
1. ACP 話題提示率		トリガー発生時に ACP が話題として提示された割合
2. 二段階説明実施率		入口説明と具体化説明の双方が記録されている割合
3. 話したくない選択明示率		「現時点で話したくない」という選択肢提示が記録されている割合
4. ACP 再確認率		病状変化時に ACP 再確認が実施された割合
5. 在宅移行時 ACP 共有率		
提言 5：ICT 運用		
1. 双方向連絡手段運用率		実際に双方向連絡が月 1 回以上使用されている割合
2. 連絡ルール明文化・周知率		
3. ICT 実使用率		導入済ツールが実際に使用された症例割合
4. 標準サマリー電子共有率		
5. 連絡応答時間中央値		

参考資料：

1. 「効果的な連携」に必要な要素（Best Practice）

カテゴリー	定義
体制	ヘルスケア提供者間で「効果的な連携」を実現するための体制（仕組み、システム）
情報交換	一方向性の情報共有
コミュニケーション	双方向性の情報共有
時機	「効果的な連携」を実現するのに適したタイミング
人材育成・教育	自己学習、自己研鑽を含めた、「効果的な連携」を可能とするヘルスケア提供者の育成・教育
情報発信（啓発）	「効果的な連携」に向けて必要な情報の患者・家族への提供、および選択に向けた教育支援

2. 全国質問紙調査結果の概要

本見解の背景として、2025 年 7 月から 9 月の期間に、拠点病院（Designated Cancer Care Hospitals: DCH）、訪問診療機関（Home-Visit Medical Facilities: HVMF）、居宅介護支援事業所（Long-Term Care Management Agencies: LTCMA）を対象とした全国質問紙調査を実施し、1,156 施設から回答を得た。本調査では、各連携実践項目について実施率 75%以上を「Basic（全国的に概ね実装されている状態）」、75%未満を「Advanced（さらなる整備を要する状態）」と定義し、さらに機関間で 20%以上の差が認められた項目を「構造的ギャップ」として整理した。

全体として、退院時のがん関連情報共有、再入院時の情報共有、緊急時の電話連絡、患者の意向に応じた調整開始といった、明確な移行点や危機を契機とする連携は高い実施率を示し、多くが Basic に分類された。例えば、入院患者を在宅医療へ紹介する際のがん関連情報共有は DCH から HVMF へ 96.7%、DCH から LTCMA へ 86.6%と高水準であり、退院および急性期移行に関わる文書中心の連携は全国的に成熟していることが示された。

一方で、**提案 1 で示した外来期を起点とする連携**については未成熟であった。外来期に在宅医療機関と情報共有を開始していると回答した DCH は 55.5%にとどまり、在宅依頼前に生活情報等を共有している割合は 27.8～39.8%とさらに低水準であった。すなわち、連携は依然として退院直前や急変時に集中しており、外来期を「在宅療養準備期間」として活用する体制は全国的に十分定着していないことが明らかとなった。

また、**提案 2 で再設計を求めた「生活・予測・価値・ACP」を軸とする情報共有**についても課題が示された。ACP 情報を紹介時に共有していると回答した DCH は 47.4%にとどまり、価値や意向の共有においては DCH から HVMF への共有が 80.4%であったのに対し、HVMF から DCH への共有は 56.5%であり、23.9%の差が認められた。さらに、生活・機能情報を共有していると回答した DCH は 92.3%であったが、LTCMA で実際に受領していると回答した割合は 62.3%にとどまり、30.0%の構造的ギャップが確認された。これは、

医療側の「共有している」という認識と、在宅側の「届いていない」という認識との間に乖離が存在する可能性を示唆している。

提案 3 で位置づけたハブ機能の必要性は、入院早期からの在宅調整に関する結果において顕著であった。DCH の 89.5%が早期調整を実施していると回答した一方、HVMF で早期相談を受けていると回答した割合は 40.0%にとどまり、49.5%という最大のギャップが確認された。この差は、連携開始の判断や接続機能が組織的に定義されていないことを示唆しており、属人化を超えた「ハブ機能」の制度的位置づけの必要性を裏付けるものである。

提案 4 で示した ACP の進捗共有型運用に関しても、実施率は十分とは言えなかった。ACP はがん患者において比較的契機が明確であり実施しやすい特性を有するにもかかわらず、紹介時共有率は 47.4%にとどまり、結論確認型に偏る傾向が示唆された。また、患者・家族への在宅生活の具体像の説明や介護保険制度の説明についても、DCH 側の実施認識と在宅側の受領認識との間に約 30%の差が認められ、説明と理解・共有との間に断絶が存在する可能性が示された。

提案 5 で段階的整備を求めた ICT 活用については、実施率の低さが顕著であった。ICT を用いた診療情報共有は DCH から HVMF への共有が 16.8%、DCH から LTCMA への共有が 5.7%にとどまり、制度的整備は進みつつあるものの実運用は限定的であることが明らかとなった。さらに、問い合わせ対応体制については DCH で 94~97%が対応可能と回答した一方、LTCMA では 63%にとどまり、約 30%の差が存在した。これは「連絡できる体制」と「実際につながる体制」との間の乖離を示している。

人材・知識面においても課題が認められた。拠点病院医師の在宅医療や介護制度への理解は 29.2%と低水準であり、連携研修への参加も 24.9%にとどまった。一方で、ケアマネジャーのがんに関する知識については自己評価 73.3%であったが、他職種からの評価は 50%前後にとどまり、相互理解の不足が連携の質に影響している可能性が示唆された。これらは、連携を職種ではなく機能として育成・評価する必要性を裏付ける結果である。

以上の結果から、日本のがん医療連携は退院や危機対応といった移行点を中心とする連携については一定の成熟を示しているものの、外来期からの予測的連携、生活・価値・ACP を含む文脈情報の共有、双方向的コミュニケーション、ICT の実質的活用、機能としての連携調整人材の制度的位置づけといった領域では未成熟であることが明らかとなった。本見解は、これらの実証的知見を踏まえ、提案 1 から 5 に示した再設計を行うものである。

<参考文献>

1. 内閣府. 令和6年版高齢社会白書（概要版）. 東京: 内閣府; 2024.
2. 国立がん研究センターがん情報サービス. がん統計（全国がん登録）.
3. 厚生労働省. 第4期がん対策推進基本計画. 2023.
4. 厚生労働省. 地域包括ケアシステム.
5. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018.
6. Dale W, Klepin HD, Williams GR, et al. Practical assessment and management of vulnerabilities in older patients receiving systemic cancer therapy: ASCO guideline update. *J Clin Oncol*. 2023;41:4293–4312.
7. Kent EE, Park EM, Wood WA, et al. Survivorship care of older adults with cancer: Priority areas for clinical practice, training, research, and policy. *J Clin Oncol*. 2021;39:2175–2184.
8. Gorin SS, Haggstrom D, Han PKJ, et al. Cancer care coordination: A systematic review and meta-analysis of over 30 years of empirical studies. *Ann Behav Med*. 2017;51:532–546.
9. Weaver SJ, Jacobsen PB. Cancer care coordination: opportunities for healthcare delivery research. *Transl Behav Med* 2018;8(3):503-08.
10. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care* 2013;13:e010.
11. Hasegawa T, Yamagishi A, Sugishita A, et al. Integrating home palliative care in oncology: A qualitative study to identify barriers and facilitators. *Support Care Cancer*. 2022;30:5211–5219.
12. Mashiro E, Arao H, Aoki M, et al. What are the barriers to medical collaboration in community-based integrated care supporting cancer patients? *Jpn J Clin Oncol*. 2023;53:1162–1169.
13. Tanimoto M, Okamura N, Sawada K, et al. Barriers and facilitators of advance care planning practices in multidisciplinary, multi-facility palliative care for Japan's aging population: A qualitative analysis. *PLoS One*. 2025;20:e0323976.
14. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2010;363:733–742.
15. Matsuoka A, Ayata M, Tanno K, et al. Six key elements for effective coordination in home-based care for older adults with cancer in Japan: A qualitative interview study. *J Geriatr Oncol*. 2026;17:103020.