OUKA
The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	併存症を持つがん患者を支援するための地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携 : 質的研究
Author(s)	間城, 絵里奈; 青木, 美和; 松本, 禎久 他
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2026, 32(1), p. 10-18
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/103928
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

大阪大学看護学雑誌 Vol.32 No.1（2026）

併存症を持つがん患者を支援するための地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携：質的研究

Optimal Cancer Care Collaboration in Community-based Integrated Care for Cancer Patients with Comorbidities: A Qualitative Study

間城絵里奈[1)]・青木美和[2)]・松本禎久[3)]・荒尾晴惠[2)]

Erina Mashiro[1)], Miwa Aoki[2)], Yoshihisa Matsumoto[3)], Harue Arao[2)]

要　旨

本研究は、併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携について、医療・介護従事者がどのように認識しているのかを明らかにすることを目的とした質的記述的研究である。2017 年 11 月～2018 年 1 月、医療・介護従事者に、併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携について尋ねる半構造化面接を行った。語りの得られた者を対象者とし、分析は内容分析を用いた。対象者は 75 名、職種は医師 23 名（30.7%）、看護師 14 名（18.7%）であった。望ましいがん診療連携は、5 カテゴリー【】に集約され、診断時から終末期にかけてがんの治療経過に応じた【がんと併存症の治療主体の明確化】、終末期の【がんと併存症を包括的に支える地域緩和ケアにおける多職種連携】が特徴的であった。治療経過に応じて併存症の治療主体を明確にするための連携調整、地域の緩和ケアチームを含めた連携体制構築の重要性が示された。

キーワード：がん、併存症、地域包括ケア

Keywords：cancer, comorbidity, community-based integrated care

Ⅰ.緒言

がん患者の 68.7%が併存症を有しており、併存症の有病率は加齢と共に増加する[1)]。わが国では今後高齢者が増加するため[2)]、併存症を持つがん患者のさらなる増加が予測される。

併存症とは、基礎疾患に共存する 1 つ以上の別の疾患を指す[3)]。併存症はがん患者の Quality of Life に大きな影響を及し、がん診断やがん治療の遅れ、副作用や併存症の増悪といった問題に加えて、がん治療の選択肢の制限、再入院率の増大、経済的負担を引き起こす[4,5)]。また、がんはがん治療病院、併存症はかかりつけ医で診療が行われる場合が多く、がんと併存症診療が分断されることで、これらの問題への対処がより複雑となる。そのため、がん治療病院、併存症の診療を担う医療機関（以下、併存症診療機関）、生活を支える地域の医療・介護の関係施設が連携し、併存症を持つがん患者の診療を行うことが重要である。

地域の医療・介護連携を基盤とした支援体制の一つに地域包括ケアシステムがある。地域包括ケアシステムは、主に認知症高齢者やフレイル状態の高齢者を対象としており、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを送るために、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に確保するものである[6)]。併存症を持つがん患者において、がん治療と並行した併存症の長期的管理や副作用対応、併

[1)]武庫川女子大学看護学部，[2)]大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻，[3)]がん研究会有明病院緩和治療科

[1)]Mukogawa Women's University, Department of Nursing, School of Nursing, [2)]The University of Osaka Graduate School of Medicine, Division of Health Sciences, [3)] Department of Palliative Therapy, Cancer Institute Hospital of Japanese Foundation for Cancer Research

存症を踏まえた緩和ケアを生活の場である地域で提供する必要がある。そのためには、がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）を中心としたがん診療連携では限界があり、がん診療連携と地域包括ケアを組み合わせた体制が必要である。

併存症の管理においてはかかりつけ医が中心的な役割を担うことから[6]、がん診療とプライマリケアの統合やケアの調整に関する研究が進められている[4]。しかし、がん治療医や併存症を診るかかりつけ医（以下、かかりつけ医）の役割、がん治療病院と併存症診療機関の情報共有の在り方は明確にされておらず、がん診療とプライマリケアの間での情報共有システムの未構築、リーダーシップを担う施設や職種の問題、連携調整を担う人材不足、医療従事者の知識不足等の問題により[7,9]、がん診療と併存症診療の連携を妨げている。そのため、併存症を持つがん患者に対して地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携を明らかにすることによって、がん診療に応じた併存症管理が可能となり、がんと併存症の治療調整により安全ながん治療を提供し、さらに、終末期ではがんと併存症に伴う苦痛を軽減し、希望する療養生活の実現に寄与できると考えられる。なお、地域包括ケアにおけるがん治療中の望ましいがん診療連携、およびがん診療連携の障壁については、他誌にて報告済である[10,11]。がん診療に関わる医療・介護従事者を対象とした調査を行うことによって、実情に沿った望ましい連携を把握することに繋がると考える。

そこで、本研究は、併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携について、医療・介護従事者がどのように認識しているのかを明らかにすることを目的とした。

Ⅱ.研究方法

本研究は、地域包括ケアシステムを基盤とした診断・治療・併存症の治療・終末期ケアまでを含む包括的ながん診療連携モデルの開発のために収集された、地域包括ケアにおけるがん診療連携に関する質的記述的研究の一部である。

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

2. 対象者

A 医療圏の医療機関・介護施設・行政機関に所属する医療・介護従事者を対象とした。A 医療圏は地域包括ケアシステム構築モデル例となっており、地域包括ケアが積極的に進められている地域である。選定基準は、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員のいずれかの者であった。研究者 1 名が各回の面接内容をもとに、理論的飽和が達成されるように次の対象者を職種、経験年数、専門分野等から決定し、新たな視点や情報が出現しないと判断されるまで、そのプロセスを繰り返した。理論的飽和が達成された段階で面接を終了した。併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携について尋ね、併存症を持つがん患者のがん診療連携に関する語りが抽出された者を対象者とした。

3. データ収集方法

2017 年 11 月～2018 年 1 月の期間に、個別に半構造化面接を実施した。面接内容は、対象者の同意を得て IC レコーダーに録音した。がん患者および併存症を持つがん患者を支援するための、がん診断時から終末期・看取りまでの地域包括ケアにおける望ましい連携、障壁・問題点・課題、各施設に期待される役割や他施設に望む役割、理想的な連携等について尋ねた。そのうち、本研究では、併存症を持つがん患者に対する望ましいがん診療連携の語りを抽出した。対象者の基礎情報は、現在の職種、職種の経験年数および所属機関とした。

4. 分析方法

本研究では、併存症を持つがん患者に対して、どのようながん診療連携が望ましいと認識しているかについて詳細に記述するため、質的内容分

析を用いた。分析は、Graneheim のプロセスに沿って実施した[12]。逐語録の中から併存症を持つがん患者に対する望ましい連携が語られている内容を抽出した。次に、抽出した記述内容の背景を表現する語句や文章を意味単位として、前後の文脈から意味内容を損なわないように主語や目的語を補足し、一文化した。抽出した意味単位をコード化し、コードの類似性や相違性に着目しながらサブカテゴリー、カテゴリーに抽象度をあげて集約した。

分析結果の真実性を確保するために、元の語りを繰り返し読みながら分析を行い、全ての分析過程を記録に残した。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究対象者の健康情報を扱わないため、調査時は人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に則り、個人情報保護に留意して実施した。分析にあたっては、大阪大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会（承認番号：19489）の承認を得て実施した。対象者には、自由意思に基づく研究参加、研究の主旨および意義、匿名性、守秘性について、口頭および文書で説明し、研究参加の同意を得た。面接は、プライバシーが確保される環境で実施した。

Ⅲ.結果

1. 対象者の概要

医療・介護従事者 88 名に半構造化面接を実施し、併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおけるがん診療連携に関する語りが抽出された者 75 名を対象者とした。対象者の概要を表 1 に示す。対象者の現在の職種の平均経験年数[標準偏差]は、16.9[8.2]年であった。対象者の職種は医師 23 名（30.7%）が最も多く、次いで、看護師 14 名（18.7%）であった。対象者の所属施設は、がん診療連携拠点病院 24 名（32.0%）が最も多く、次いで、一般病院 13 名（17.3%）であった。

表 1. 対象者の概要

n=75

			n	(%)
平均経験年数［標準偏差］			16.9［8.2］	
職種	医療従事者	医師	23	(30.7)
		看護師	14	(18.7)
		薬剤師	7	(9.3)
		社会福祉士	7	(9.3)
		理学療法士	5	(6.7)
		保健師	4	(5.3)
		歯科医師	2	(2.7)
		作業療法士	1	(1.3)
		言語聴覚士	1	(1.3)
		その他	2	(2.7)
	介護従事者	介護支援専門員	7	(9.3)
		介護福祉士	2	(2.7)
所属機関		がん診療連携拠点病院	24	(32.0)
		一般病院（拠点病院以外）	13	(17.3)
		訪問診療専門クリニック	5	(6.7)
		診療所	5	(6.7)
		市役所	5	(6.7)
		訪問看護ステーション	4	(5.3)
		居宅介護支援事業所	4	(5.3)
		地域包括支援センター	4	(5.3)
		調剤薬局	3	(4.0)
		高齢者向け住まい・施設	3	(4.0)
		地域密着型サービス事業所	2	(2.7)
		訪問リハビリ事業所	2	(2.7)
		保健所	1	(1.3)

2. 併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携

併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携として、237 コードが抽出され、22 サブカテゴリ―、5 カテゴリーに集約された（表 2）。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリ―を＜＞、対象者の語りを「」で示す。

対象者は、診断時から終末期にかけて、がんの治療経過に応じた【がんと併存症の治療主体の明確化】を行うことが望ましいと捉えていた。そのために、診断時から終末期までの【がん治療病院と併存症診療機関の間の情報共有】のもと、【がん治療病院による併存症診療のための相談・連携体制の構築】と【併存症診療機関からがん治療病院へがん診療を引き継ぐ連携】を必要としていた。さらに、終末期では【がんと併存症を包括的に支

表 2. 併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携

カテゴリー	サブカテゴリー
がんと併存症の治療主体の明確化	がん治療医とかかりつけ医の間の治療主体の明確化
	抗がん治療中も継続したかかりつけ医による併存症の管理
	がん治療病院による一時的な併存症の管理
	抗がん治療終了後にかかりつけ医への併存症の診療移行
	在宅医や緩和ケア医が担うがんと併存症の診療
がん治療病院と併存症診療機関の間の情報共有	がんと併存症の診療情報の共有
	生活情報の共有
	治療や療養生活への思いに関する情報共有
	患者を介した情報共有
	ツールを用いた情報共有
	ハブとなる施設や職種を介した情報共有
がん治療病院による併存症診療のための相談・連携体制の構築	がん治療病院と併存症診療機関が専門外の疾患について相談し合える体制
	併存症の診療について連携できる医療機関の確保
	がんと併存症の診療に関わる職種間の顔の見える関係性の構築
併存症診療機関からがん治療病院へがん診療を引き継ぐ連携	かかりつけ医による継続した診療関係の維持
	併存症に関わる地域の医療従事者が必要時にがん診療に繋ぐ連携
がんと併存症を包括的に支える地域緩和ケアにおける多職種連携	がんと併存症を包括的に診る地域緩和ケアチームの構築
	在宅で症状緩和を図るための医師と看護師の連携
	家族の介護負担を軽減する療養支援サービスのための多職種連携
	患者の希望する在宅療養を実現するための医療・介護連携
	併存症の診療も含めて早期から地域に繋ぐ連携
	多職種間の終末期における治療目標の共有

える地域緩和ケアにおける多職種連携】が望ましいと捉えていた。

1)【がんと併存症の治療主体の明確化】

対象者は＜がん治療医とかかりつけ医の間の治療主体の明確化＞のもと、＜抗がん治療中も継続したかかりつけ医による併存症の管理＞、もしくは併存症に応じて＜がん治療病院による一時的な併存症の管理＞を行い、＜抗がん治療終了後はかかりつけ医への併存症の診療移行＞を行うことが望ましいと捉えていた。さらに、終末期では、症状緩和や併存症管理を包括的に行うための＜在宅医や緩和ケア医が担うがんと併存症の診療＞を重視していた。

「非がん疾患に関して、合併症に関しては、こういう疾患はわれわれで診ていきますというのを地域で決めておく。がんはがんセンターが診ますとしたら、脳梗塞の急性疾患はどこで診るのかというのを決めとくとか、神経疾患はどこで診るとかというのを、あったほうが望ましいなというふうに思ってます。」（ID76,医師,がん診療連携拠点病院）

2)【がん治療病院と併存症診療機関の間の情報共有】

対象者は、がん治療病院と併存症診療機関の間で＜がんと併存症の診療情報の共有＞、＜生活情報の共有＞、＜治療や療養生活への思いに関する情報共有＞が必要であると認識していた。がん治療病院と併存症診療機関の間で双方向の情報共有を実現するために、＜患者を介した情報共有＞、＜ツールを用いた情報共有＞、＜ハブとなる施設や職種を介した情報共有＞を行うことが望ましいと認識していた。

「非がん疾患に関して高齢の方とかプレッシャー（高血圧）持っていることの方が多いと思うので、こういうこと（治療）をやっていますという部分が双方にあった方が望ましいとは思います。」（ID2,社会福祉士,がん診療連携拠点病院）

3)【がん治療病院による併存症診療のための相談・連携体制の構築】

対象者は、地域包括ケアにおいて抗がん治療中は、がん治療病院ががんと併存症の診療を担いながらも＜がん治療病院と併存症診療機関が専門外の疾患について相談し合える体制＞を基盤として、がん治療病院で併存症管理が困難な場合に備えた＜併存症の診療について連携できる医療機関の確保＞が望ましいと捉えていた。そのために＜がんと併存症の診療に関わる職種間の顔の見える関係性の構築＞が必要であると認識していた。

「がんに関しては専門病院が（治療の主体となり）、（併存症についても相談できる）かかりつけ病院のコンサルテーション機能を持つのがいいと思います。」（ID60,看護師,一般病院）

4)【併存症診療機関からがん治療病院へがん診療を引き継ぐ連携】

対象者は、がん治療病院で抗がん治療中も＜かかりつけ医による継続した診療関係の維持＞を行い、再発兆候や再発不安等の問題に対して＜併存症に関わる地域の医療従事者が必要時にがん診療に繋ぐ連携＞が望ましいと捉えていた。

「がんの診られてる先生の判断で 6 カ月後っていうことだから、何もなければ 6 カ月後で良くて、その間、ちょっと調子が悪いとか、だるいとか、風邪ひいたりとか、そういう時は診せていただいて、必要とあれば採血して、そこで肝機能障害とか見つけた場合は速やかに（がんの治療病院に）紹介したり。」（ID52,医師,診療所）

5)【がんと併存症を包括的に支える地域緩和ケアにおける多職種連携】

対象者は、地域包括ケアにおいて＜がんと併存症を合わせて診る地域緩和ケアチームの構築＞のもと、＜在宅で症状緩和を図るための医師と看護師の連携＞、＜家族の介護負担を軽減する療養支援サービスのための多職種連携＞、＜患者の希望する在宅療養を実現するための医療・介護連携＞が望ましいと捉えていた。さらに、患者の希望に沿った治療を行うために＜併存症の診療も含めて早期から地域に繋ぐ連携＞を行い、＜多職種間の終末期における治療目標の共有＞が必要であると認識していた。

「がんだけじゃなく精神疾患をお持ちの方とか、認知症が進んでいくと、向精神薬とかを処方される場合が多い。・・・痛みを和らげて安心して暮らせる時間を作ってあげたいところで、本人の生活を考えての治療方針を一緒に考えてもらったりとか。一緒はなかなか難しいのでそこは連携ですよね。介護側からの言葉をケアマネジャーが受けとめて、ケアマネジャーがそれを専門的に訪問看護師に言って、それを訪問看護（師）が看護という立場で先生（かかりつけ医）に提案をしていただくという（連携ができるといい）。」（ID19,看護師,訪問看護ステーション）

Ⅳ.考察

本研究結果より、併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携とは、1）診断時から終末期にかけて、がんの治療経過に応じて併存症の治療主体を明確にしたがん治療病院と併存症診療機関の連携、2）がんと併存症を包括的に支える地域緩和ケアのための連携であった。本研究は地域包括ケアが積極的に進められている地域の医療・介護従事者を対象としているため、地域特性が結果に影響を及ぼした可能性があることは考慮すべき点である。しかし、併存症を持つがん患者のさらなる増加が予測されるため、重要な知見と言える。そのため、これらの 2 つの点について以下に考察する。

1）がんの治療経過に応じて併存症の治療主体を明確にしたがん治療病院と併存症診療機関の連携

【がんと併存症の治療主体の明確化】より、医療・介護従事者が認識する望ましいがん診療連携とは、抗がん治療中や治療終了後、終末期とがん診療が経過する中で、時期に応じて併存症の治療主体を移行することであったことは、本研究の新たな知見であった。抗がん治療中の地域包括ケアにおける望ましい連携に関する調査では、拠点病院と一般病院の連携体制の構築の重要性が示されている[10]。しかし、併存症を持つがん患者の場合、抗がん治療中はがん治療病院が主体となってがんと併存症の治療を行い、治療終了後はかかりつけ医に併存症管理の役割を移行することが求められていたことが特徴であると考えられた。がん治療医とかかりつけ医の間で役割が不明確な場合、がんと併存症の治療調整が十分に行われず、副作用の重篤化や併存症の増悪といった問題が生じる可能性がある[8]。安全ながん治療を提供するためには、地域包括ケアにおいてがん治療医とかかりつけ医の連携を強化し、併存症の治療主体を明確にするための連携体制の必要性が示された。

医療・介護従事者は、併存症の治療主体を移行するために【がん治療病院と併存症診療機関の間の情報共有】を重視していた。先行研究では望ましいがん診療連携の障壁としてがんの診療情報の共有不足が挙げられているが[12]、本研究では、＜がんと併存症の診療情報の共有＞を必要としていたことが新たに示された。併存症を持つがん患者の場合、がん治療病院でがん治療と併存症診療を同時に行うこと、もしくは、がん治療病院でがん治療を行いながらかかりつけ医が併存症診療を行うことがあるため、疾患に関する情報を互いにタイムリーに情報を得ることが困難となる。そのため、双方向的に診療情報を共有することを必要としていたと考えられた。特に本研究では、双方向の情報共有を行うためにツールの活用や患者・職種を通した情報連携を重視しており、＜患者を介した情報共有＞では、患者が医師の手紙や紹介状を持参し、患者自身が医師に情報提供することの重要性が語られていた。地域包括ケアのもと、患者を介した双方向の情報共有が重要と言える。

さらに、医療・介護従事者は、【がん治療病院による併存症診療のための相談・連携体制の構築】より、抗がん治療中はがん治療病院ががんと併存症の診療を担いながらも、専門外の診療については互いに相談し、必要時には連携できる体制の構築を必要としていた。がん治療病院の中でも、拠点病院は地域の医療機関から治療方針についてコンサルテーションの役割を担っているが、迅速に相談できる体制は整っていない。また、がん治療病院と併存症診療機関との連携体制は、施設ごとの対応に委ねられている。そのため、地域の医療・介護体制や実情に応じて、互いに相談できる体制の構築が課題である。

2）がんと併存症を包括的に支える地域緩和ケアのための連携

【がんと併存症を包括的に支える地域緩和ケアにおける多職種連携】より、医療・介護従事者は、がんの進行に伴う身体的苦痛や経済負担に配慮して、がんと併存症の診療を１つの在宅医療機関に集約し、地域緩和ケアを提供するための多職種連携を重視していた。終末期は、がんの進行と併存症の増悪に伴い、出現する症状も複雑化するため[4]、がんの進行に由来する症状と併存症に由来する症状との鑑別が困難なことが要因であると考えられた。先行研究より、がんと併存症の症状マネジメントの調整が不十分であることが、がん診療連携の障壁であると示されており[11]、緩和ケア提供に関わる医療機関の間で調整が必要である。地域において、がんと併存症を包括した緩和ケアを提供することができるように、がん治療病院の緩和ケアチーム、在宅医療機関、併存症診

療機関を繋ぐ連携が重要である。

近年では、非がんの緩和ケアも進展しており、心不全や非がん性呼吸器疾患の緩和ケア等の研究も行われている。先行研究では、非がん疾患の緩和ケアにおいて、予後予測や終末期かどうかの判断が難しく、意思決定支援が困難であることが報告されていた[13]。併存症を持つがん患者の場合は、がんと併存症両方の視点から意思決定支援を行う必要があるため、より困難であると考えられる。がんと併存症それぞれの疾患の軌跡を踏まえて、患者の治療や療養生活への希望や思いを捉えて共有し、がん診療と併存症診療の間でアドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）を途切れず継続して行うことも重要である。

3）臨床への示唆

治療経過に応じてがんと併存症の治療主体を明確化するために、がん治療病院が主体となって地域の医療機関と連携を強化し、併存症に応じて関わる医療機関を調整することが必要である。施設間の連携調整を担う職種の一つに専門看護師（Certified Nurse Specialists；以下、CNS）や認定看護師（Certified Nurse；以下、CN）がある。がん治療中から CNS や CN に繋ぎ、治療主体の調整や診療情報の共有を行うことが重要である。また、患者を介した情報共有のために、患者と医療従事者が連携内容に関する情報共有を行うこと、患者を介した情報共有を行うためのツールの活用も課題である。さらに、がんと併存症を包括した緩和ケア提供のために、患者の価値観や生活背景を踏まえて ACP を繋ぐこと、地域緩和ケアチームに相談できる体制構築の重要性が示された。

4）研究の限界と今後の課題

本研究は、地域包括ケアのモデルとなった特定の医療圏の医療・介護従事者を対象としていた。地域によって医療や介護の環境は異なり、地域包括ケアの形も異なるため、選択バイアスが生じている可能性がある。また、職種によってがん診療連携に対する認識も異なる可能性があるが、職種の違いによる望ましい連携を明らかにすることはできていない。結果の一般化には限界を有するため、今後は、地域特性を検討した上で、対象者数および施設数を増加し、施設や職種ごとにさらなる調査を行う必要がある。

Ⅴ.結語

本研究より、併存症を持つがん患者に対する地域包括ケアにおける望ましいがん診療連携とは、診断時から終末期にかけて、がんの治療経過に応じて併存症の治療主体を明確にしたがん治療病院と併存症診療機関の連携、がんと併存症を包括的に支える地域緩和ケアのための連携であった。治療主体を明確にするための連携調整、患者を介した双方向の情報共有、地域の緩和ケアチームを含めた連携体制の構築の重要性が示された。

謝辞

本研究にご協力くださいました対象者の皆様ならびに関係者の皆様に心より御礼を申し上げます。本研究は、厚生労働省科学研究費より助成を受け、がん対策推進総合研究事業「地域包括ケアにおけるがん診療連携体制の構築に資する医療連携と機能分化に関する研究（課題番号：H29-がん対策-一般-023）」の一部として実施しました。

利益相反

本研究に開示すべき COI 状態はない。

引用文献

1) Ogle, K.S., Swanson, G.M., Woods, N., & Azzouz, F.（2000）: Cancer and comorbidity: Redefining chronic diseases, *Cancer*, 88（3）, 653–663.
2) 内閣府.令和 5 年版高齢社会白書(全体版）第 1 章高齢化の状況.https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w2023/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf （検索日：2025 年 9 月 12 日）

3) Feinstein, A.R.（1970）: The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease, *Journal of Chronic Diseases*, 23（7）, 455–468.
4) Sarfati, D., Koczwara, B., & Jackson, C.（2016）: The impact of comorbidity on cancer and its treatment, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 66（4）, 337–350.
5) Gurney, J., Sarfati, D., & Stanley, J.（2015）: The impact of patient comorbidity on cancer stage at diagnosis, British journal of cancer, 113（9）, 1375–1380.
6) 厚生労働省．地域包括ケア .https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（検索日：2025 年 9 月 12 日）
7) Bossert, J., Forstner, J., Villalobos, M., Siegle, A., Jung, C., Deis N., Thomas, M., Wensing, M., & Krug K.（2020）: What patients with lung cancer with comorbidity tell us about interprofessional collaborative care across healthcare sectors: qualitative interview study, BMJ Open, 10（8）, e036495.
8) Balasubramanian, B.A., Higashi, R.T., Rodriguez, S.A., Sadeghi,N., Santini N.O., & Lee, S.C.（2021）: Thematic analysis of challenges of care coordination for underinsured and uninsured cancer survivors with chronic conditions, *JAMA network open*, 4（8）, e2119080.
9) Duthie, K., Strohschein, F.J., & Loiselle, C.G.（2017）: Living with cancer and other chronic conditions: Patients' perceptions of their healthcare experience, *Canadian Association of Nurses in Oncology*, 27（1）, 43–48.
10) 間城絵里奈, 荒尾晴惠, 青木美和, 市原香織, 松本禎久（2021）: がん治療中の患者を支援するための地域包括ケアにおける望ましい医療連携,大阪大学看護学雑誌,27（1）,1-8.
11) Mashiro, E., Arao H., Aoki M., & Matsumoto, Y.（2023）: What are the barriers to medical collaboration in community-based integrated care supporting cancer patients? A qualitative analysis of healthcare and long-term care providers' perceptions, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 53（12）, 1162–1169.
12) Graneheim, U.H., & Lundman, B.（2004）: Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24（2）, 105–112.
13) 大坂巌, 坂下明大, 木澤義之, 細川豊史（2018）: わが国における非がん疾患に対する緩和ケアの現状:日本緩和医療学会代議員を対象とした実態調査,*Palliative Care Research*,13（1）,31-37.

Optimal Cancer Care Collaboration in Community-based Integrated Care for Cancer Patients with Comorbidities: A Qualitative Study

Erina Mashiro, Miwa Aoki, Yoshihisa Matsumoto, Harue Arao

Abstract

Objectives: This study aimed to describe the optimal cancer care collaboration in community-based integrated care for cancer patients with comorbidities from the perspectives of healthcare providers (HCPs) and long-term care providers (LCPs).

Methods: Semi-structured interviews about the cancer care collaboration in community-based integrated care for cancer patients with comorbidities were conducted with HCPs and LCPs. We analyzed the interview data of participants regarding what would contribute to achieving optimal cancer care coordination for patients with comorbidities, using content analysis. This study was approved by the Research Ethics Committee.

Results: The study participants were 75 HCPs and LCPs. Participants comprised 23 doctors (30.7%), 14 nurses (18.7%) and others. The optimal cancer care collaboration was integrated into five categories, including “clarifying the primary focus of treatment for cancer and comorbidities” according to the course of cancer treatment from diagnosis through the terminal stage, and “multidisciplinary collaboration in community palliative care to comprehensively support cancer and comorbidities” during the terminal stage.

Conclusion: This study shows the importance of coordinating collaboration to clarify the primary treatment responsibility for comorbidities based on the course of cancer treatment. Moreover, the study shows the importance of establishing a collaborative system that includes regional palliative care teams.

Keywords：cancer, comorbidity, community-based integrated care