

リーニングツールの導入を目指して、G8 を試行し、その実施可能性を検証した。

## B. 研究方法

### 1. G8

G8 は Bellera が MNA 質問紙から 7 項目と年齢を組み合わせて構成した質問紙である (Bellera, et al., Ann Oncol 2012)。G8 は MNA short form と共通質問を持ち、栄養状態 (MNA item A)、体重減少 (MNA item B)、BMI (item F)、motor skills (item C)、心理状態 (item E)、内服中の薬剤数 (item H)、自己健康感 (item P) を含む。また、上記とは別に、frailty と関連する年齢を組み込み、MNA との相同性を確保している。

MNA 質問紙については、すでに日本語訳があるため、今回はその日本語訳から相当する質問項目を抽出し、構成することとした。

#### (倫理面への配慮)

本研究のプロトコールは、倫理審査委員会の審査を受け、研究内容の妥当性、人権および利益の保護の取り扱い、対策、措置方法について承認を受けることとする。インフォームド・コンセントには十分に配慮し、参加もしくは不参加による不利益は生じないことや研究への参加は自由意思に基づくこと、参加の意思はいつでも撤回可能であること、プライバシーを含む情報は厳重に保護されることを明記し、書面を用いて協力者に説明し、書面にて同意を得る。

## C. 研究結果

### 1. 対象

#### 1) 対象

国立がん研究センター東病院に入院中の患者

#### 2) 適格基準

(1) 国立がん研究センター東病院に入院中の患者

(2) 65 歳以上の患者

(3) 日本語の読み書きが可能である患者

(4) 本人からの同意が得られた患者

#### 3) 除外基準

(1) 担当医が本研究の対象として不相当と判断した患者

#### 4) デザイン

横断研究

### 2. 評価項目と方法

#### 1) 調査項目

(1) 医学的、心理・社会的背景情報の収集  
以下の情報を、カルテおよび面接にて調査する。

① 背景情報：年齢、性別、教育歴、婚姻状況、同居家族の有無、身長、体重、BMI

② 治療に関する情報：病名、(がんの組織型、病期)、既往歴、これまでの治療内容、内服薬調査、臨床検査データ、喫煙・飲酒歴

③ 全身状態：Performance Status (ECOG 基準による)

(2) Comprehensive geriatric assessment (CGA)

CGA の調査項目として、下記の 6 検査を施行する。これらの調査を行い、1 検査以上

で陽性（障害あり）となった場合を、CGA 陽性（障害あり）と判断すると定義した。

#### ①Activities of daily living (ADLs)

#### ② Instrumental activities of daily living (IADLs)

ADLs は食事・排泄・歩行・入浴・更衣などの身の回りの動作を中心とし、IADLs は、買い物や食事の準備・公共の交通機関を利用した外出など、自立した社会生活に必要な活動を中心とした評価法である。世界的によく普及し、日本をはじめ各国で翻訳し、使用されている。

#### ③ Cumulative Illness Rating Scale in Geriatrics (以下 CIRS-G)

CIRS-G は、高齢者の身体疾患を評価するツールである。13 臓器について、「0：障害なし」から「4：生命を脅かす恐れのある障害がある」の 5 点法で評価し、各 13 項目の点数を合計する。

#### ④Mini Nutritional Assessment (以下 MNA)

MNA は、65 歳以上の高齢者のための栄養評価ツールである。4 つの簡単な質問と体重変化、BMI からなるスクリーニング用チェック項目を行い、スクリーニング合計得点 14 点のところ、得点が 12-14 点では、栄養状態良好、0-7 点では低栄養と診断する。得点が 8-11 点の場合は、低栄養の恐れあり (At risk) とする。

#### ⑤Mini Mental State Examination 日本語

#### 改訂版 (MMSE-J)

MMSE は、世界で最も普及している簡易知能スケールであり、記銘・計算・文章構成能力・描画などを総合的に評価可能である。合計 30 点中、カットオフ値は 23/24 点である。日本語改訂版 (MMSE-J) の妥当性・信頼性は、既に示されている。

#### ⑥Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Patient Health Questionnaire-9 は、うつ病の存在・重症度を計測する自記式調査票である。質問は 9 項目の症状からなり、それぞれを最近 2 週間の間頻度を「全くない」から「数日」「半分以上」「ほとんど毎日」までの 4 点法で記入する。「半分以上」「ほぼ毎日」に相当する項目が 5 項目以上ある場合、感度 88%、特異度 88%でうつ病を検出可能であった。日本語の妥当性・信頼性は、既に示されている。

### 3. 調査方法

3.1. 国立がん研究センター東病院にて抗がん治療を予定している患者に研究の趣旨を説明し、書面にて同意を得る。同意を取得後、記載に関する調査をおこない収集した。

### 4. 調査結果

#### 4.1. 対象・背景

国立がん研究東病院にて手術予定の肺癌を中心に連続的にサンプリングをおこない、同意の得られた者に対して総合的機能評価を実施した。144 名より同意を得て、CGA を実施し、調査を完遂した。

#### 4.2 G8 の性能評価

CGA において、ADL5 点以下、IADL7 点以下、MNA11 点以下、CIRS-G grade3 以上、MMSE 23 点以下、PHQ-9 陽性のいずれかに該当するものを CGA 陽性と定義し、G8 の総得点と比較した (表 1)。

表 1

|       | 17点   | 16点   | 15点   | 14点   | 13点    |
|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| 感度    | 92.1% | 77.2% | 54.4% | 33.3% | 22.8%  |
| 特異度   | 12.9% | 54.8% | 83.9% | 83.9% | 100.0% |
| 陽性適中率 | 79.5% | 86.3% | 92.5% | 97.4% | 100.0% |
| 陰性適中率 | 30.8% | 39.5% | 33.3% | 28.3% | 26.1%  |
| 正診断率  | 75.2% | 72.4% | 60.7% | 46.9% | 39.3%  |

#### D. 考察

わが国において、高齢がん患者に対して G8 を試行した。海外の cut off 値 14-15 で設定すると、感度 54%、特異度 84%であった。

わが国の高齢者のがん医療を充実させるためには、高齢者医療で問題となる frailty をどのように扱うかが問題となる。CGA は、臨床的な障害を評価する方法として重要であるが、評価に時間を要する問題があった。今回、G8 を試行し、実施可能であったこと、あわせてスクリーニングとして、基本的な性能を持つことが明らかになった。

スクリーニングについては、海外でも検討が始まったばかりである。NCCN では、Mini-Cog と ADL、IADL を組み合わせたスクリーニングツールを推奨している。今後、CGA の判定方法とあわせて、VES-13、G8 その他のスクリーニングツールを比較検証し、cut off 値の最適化を進め、臨床応用を

討する必要がある。

#### E. 結論

高齢がん患者に対して CGA のスクリーニングツールである G8 を実施し、その性能を検証した。その結果、実用に耐えうることが明らかとなった。

#### 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. Kondo K, Ogawa A, et al: Characteristics associated with empathic behavior in Japanese oncologists. Patient Educ Couns, 93(2):350-3,2013
2. Asai M, Ogawa A, et al: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. Psychooncology,22(5):995-1001,2013
3. 小川朝生: がん領域における精神疾患と緩和ケアチームの役割. PSYCHIATRIST,18:54-61,2013
4. 小川朝生: 一般病棟における精神的ケアの現状. 看護技術,59(5):422-6,2013
5. 小川朝生: せん妄の予防-BPSD に対する薬物療法と非薬物療法-. 緩和ケア,23(3):196-9,2013
6. 小川朝生: 高齢がん患者のこころのケア. 精神科,23(3):283-7,2013
7. 小川朝生: がん患者の終末期のせん妄. 精神科治療学,28(9):1157-62,2013
8. 小川朝生: がん領域における精神心理的ケアの連携. 日本社会精神医学会雑誌,22(2):123-30,2013

学会発表

1. 小川朝生: 高齢がん患者のこころを支える, 第 32 回日本社会精神医学会, 熊本市,2013/3/7, シンポジウム演者
2. 小川朝生: 震災後のがん緩和ケア・精神心理的ケアの在宅連携, 第 4 回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会, 仙台

- 市,2013/5/19,シンポジウム座長
3. 小川朝生:がん治療中のせん妄の発症・重症化を予防する効果的な介入プログラムの開発,第18回日本緩和医療学会学術大会,横浜市,2013/6/21,シンポジウム演者
  4. 小川朝生:各職種の役割 精神症状担当医師,第18回日本緩和医療学会学術大会,横浜市,2013/6/22,フォーラム演者
  5. 小川朝生:不眠 意外に対応に困る症状,第18回日本緩和医療学会学術大会,横浜市,2013/6/22,特別企画演者
  6. 小川朝生:がん領域における取り組み,第10回日本うつ病学会総会,北九州市,2013/7/19,シンポジウム演者
  7. 小川朝生:Cancer Specific Geriatric Assessment 日本語版の開発,第11回日本臨床腫瘍学会学術集会,仙台市,2013/8/29,一般口演
  8. 小川朝生:がん患者の有症率・相談支援ニーズとバリアに関する多施設調査,第11回日本臨床腫瘍学会学術集会,仙台市,2013/8/29,一般口演
  9. 小川朝生:チーム医療による診断時からの緩和ケア,第11回日本臨床腫瘍学会学術集会,仙台市,2013/8/31,合同シンポジウム司会
  10. 小川朝生:がん治療と不眠,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9/20,ランチョンセミナー演者
  11. 小川朝生:緩和ケアチーム専従看護師を対象とした精神腫瘍学教育プログラムの開発,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9/20,ポスターセッション
  12. 小川朝生:個別化治療時代のサイコオンコロジーを再考する,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9/20,合同シンポジウム司会
  13. 小川朝生:高齢がん患者と家族のサポート:サイコオンコロジーに求められるもの,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9/20,シンポジウム
  14. 小川朝生:サイコオンコロジー入門,第26回日本サイコオンコロジー学会総会,大阪市,2013/9/21,特別企画演者
  15. 小川朝生:がん患者に対する外来診療

を支援する予防的コーディネーションプログラムの開発,第51回日本癌治療学会学術集会,京都市,2013/10/24,ポスター発表

#### 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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

高齢化学療法患者を対象とした多施設臨床試験における日本語版 CSGA の  
有用性に関する研究

研究分担者 濱口 哲弥 国立がん研究センター中央病院消化管内科 医長

研究要旨 わが国は超高齢社会となり、世界に類を見ない速度で高齢化が進んでいる。高齢者では生理機能の低下や合併症/併存疾患のために治療効果が減弱し、かつ治療による有害事象が増加することが全生存期間に影響しうる。よって若年者を対象とした臨床試験より得られたエビデンスをそのまま高齢者に外挿することは不適切である。そこで高齢者化学療法患者を対象とした多施設臨床試験により標準治療を確立することを目指すとともに、日本語版 **Cancer-specific Geriatric Assessment (CSGA)** の評価により予後や副作用の重篤性が予測可能かを評価し高齢者化学療法の個別化治療に資することを目指す。今年度は臨床試験の登録を進め 52 例となった。登録スピードを高めるためにプロトコル改訂をおこなう。一方、臨床試験附随研究では対象とならないより脆弱な高齢者の評価をおこなうための研究体制整備も必要である。

**A. 研究目的**

切除不能大腸癌の高齢患者に対する国際的標準治療の確立を目的に、後期高齢者(75歳以上)および 70-74 歳の脆弱高齢者における治癒切除不能な進行/再発大腸癌(mCRC: metastatic colorectal cancer)患者を対象に、標準治療群であるフルオロピリミジン(5-FU/LV またはカペシタビン) + BEV(ベバシズマブ)療法に対する、試験治療群のフルオロピリミジン + オキサリプラチン(mFOLFOX7、または CapeOX) + BEV 療法の無増悪生存期間(PFS: progression-free survival)における優越性をランダム化比較第 III 相試験にて検証する。当該臨床試験に附随して日本語版 CSGA を行い、将来の高齢者 mCRC 患者の治療方針決定ツールの開発を行う。

**B. 研究方法**

JCOG 大腸がんグループを中心とした多施設共同第 III 相試験として行う。臨床試験の概要は、切除不能大腸癌と診断された 75 歳以上の患者を対象に、FOLFOX+ bevacizumab (BV)療法の有用性を、5-FU/LV +BV 療法とランダム化比較し、無増悪生存期間の優越性の検証により、神経障害を来すオキサリプラチンの併用が高齢者にも有用か否かを確認する。附随研究として、患者自己評価式有害事象(PRO-CTCAE)、CSGA および Vulnerable Elders Survey (VES-13)、QOL 調査も行う。平成 24 年度より登録開始し、登録数は 380 名、登録期間は 2.5 年、を予定する。

(倫理面への配慮)

「臨床研究の倫理指針」およびヘルシンキ宣言等の国際的倫理原則に従い、研究実施計画書を作成する。説明同意文書には、病状説明、臨床試験の説明、予想される利益と可能性のある不利益について、人権保護など、について患者本人から文書で自発的同意が得られるよう、高齢者にもわかりやすい説明文書を作成する。

### C. 研究結果

3 施設で行われた日本語版 CSGA の feasibility study により使用上の大きな問題はなく多施設臨床試験の附随研究として使用可能であることが示された。平成 25 年 11 月末日までに IRB 承認施設が 56 施設、未承認施設がゼロとなった。また、平成 26 年 2 月 28 日までに計 52 例が登録された。今後、さらなる症例集積スピードの改善が期待している。さらなる改善を目的に経口剤適応の範囲を広めるなどプロトコル改訂をおこなう予定である。定期モニタリングにより有害事象発現状況および投薬状況においてプロトコル改訂を要する問題点はみられなかった。VES-13, QOL 調査をおこなっており、いずれも回収率は良好である。CSGA 日本語・電子版を用いた附随研究の試験計画書作成が進んでおり、JCOG データセンターと調整しているところである。

### D. 考察

米国において同様の試験デザインで行われていた N0949 試験と本試験との統合解析により全生存期間の優越性の検証を行う予定であったが、N0949 試験の登録が 2 年

で 30 例と進まなかったために NCI から中止勧告がだされ登録終了となった。結果として高齢者における切除不能進行再発大腸癌の標準治療の確立を目指した本試験の重要性がより増すこととなったが、当試験の進捗も厳しいものがあり、高齢者を対象としたランダム化比較試験施行の困難さに直面している。高齢者対象の試験の特殊性を臨床試験終了後に VES-13 や CSGA が実臨床で使用されるよう簡便に使用できるツールの開発も大変重要である。JCOG 大腸がんグループによる多施設共同試験にて使用することでツールの有用性を検討することが可能となるとともに、参加施設の中でも high volume center で使用経験を積むことにより、このようなツールの実用化がより現実味を帯びてくることになる。JCOG 試験に参加する少しでも多くの施設に CSGA をおこなえるような体制整備作りが今後の課題である。また臨床試験の附随研究としての CSGA では、臨床試験に登録できない、より脆弱な高齢者の評価ができないことになる。よって、より一般的な、臨床試験の適格性にマッチしない患者も含めた高齢者機能評価研究を行う体制作りが必要である。

### E. 結論

切除不能高齢者大腸がんの標準治療の確立を目指して多施設臨床試験を開始し、その附随研究として高齢者機能評価を準備している。同様の試験デザインで行われていた米国 N0949 試験は登録不良の為に試験中止となり、当試験も 1.5 年で 52 例と登録

に苦戦している。今後、登録が進むようプロトコール改訂を行うとともに、CSGA を附随研究として進めていくための体制作りが急務である。また臨床試験の適格条件にマッチしない、より脆弱な高齢者を対象とした CSGA 研究を別途行えるよう体制整備することが必要である。

#### 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

なし

学会発表

1. 小川朝生、長島文夫、濱口哲弥. Development of Cancer Specific Geriatric Assessment Japanese version. 第 11 回日本臨床腫瘍学会 : O1-050, 2013 8 月仙台
2. 長島文夫、小川朝生、濱口哲弥、古瀬純司、安藤昌彦、北村 浩、春日章良、高須充子、成毛大輔、岡野尚弘. Feasibility of Computer-Based Self-Administered Cancer-Specific Geriatric Assessment for Japanese elderly patients. 第 11 回日本臨床腫瘍学会 : WS10-7, 2013 8 月仙台

#### 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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

高齢がん患者における QOL 評価

研究分担者 安藤 昌彦 名古屋大学医学部附属病院  
先端医療・臨床研究支援センター 准教授

研究要旨 リスク/ベネフィット・バランスが一般に小さい高齢者がん治療では、若年者と比べて QOL を重視する傾向にある。本研究班では、高齢進行大腸がん患者に対する全身化学療法第 III 相試験（JCOG 1018）における附随研究として QOL 評価を実施中である。1/25 時点で全登録数 46 例、登録時 QOL 回収 45 例、治療開始 3 か月後 QOL 回収 30 例、6 か月後 QOL 回収 18 例、9 か月後 QOL 回収 12 例、12 か月後 QOL 回収 4 例とデータ収集を進めており、QOL の治療群間比較とともに、治療前の高齢者機能評価が治療アウトカムとしての QOL 悪化を予測可能かどうか、探索的に検討する予定である。

A. 研究目的

高齢者がん治療では、若年者に比べると、生存期間の延長効果は小さくなる一方で、有害事象出現頻度および程度が高くなる傾向にあるために、リスク/ベネフィット・バランスが小さくなる。そのような中で高齢者がん治療における治療選択は、若年者と比べて、より QOL を重視する傾向にあるといえる。例えば生存期間の延長が得られても副作用が強いため有意に QOL を低下させるような治療法を選択しない高齢者も中には存在すると考えられる。

こうした背景のもと、本研究班における研究の一環として、JCOG 1018(高齢切除不能進行大腸癌に対する全身化学療法に関するランダム化比較第 III 相試験)において、EQ-5D を用いた QOL 評価を行っている。EQ-5D は、さまざまな臨床現場で使用されているバリデーションされた標準的な QOL

に関する自己報告評価項目で、日本語版としてもバリデーションされている。本試験では、EQ-5D を治療前、治療開始 3 か月後、6 か月後、9 か月後、12 か月後に評価し、治療開始後の EQ-5D 効用値が治療前と比較して改善した患者の割合(QOL 非悪化割合)を群間で比較する。

B. 研究方法

JCOG 1018 において登録時 QOL 調査を行うことのできた患者を対象とし、治療開始後 12 か月時点までの QOL 評価を行う。QOL 調査票は EQ-5D を用いる。

<EQ-5D の設問内容>

1) 移動の程度

- ①歩き回るのに問題はない
- ②歩き回るのにいくらか問題がある
- ③ベッド（床）に寝たきりである

2) 身の回りの管理

- ①身の回りの管理に問題はない
  - ②洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
  - ③洗面や着替えを自分でできない
- 3) ふだんの活動（例：仕事、勉強、家事、家族・余暇活動）

- ①ふだんの活動を行うのに問題はない
- ②ふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
- ③ふだんの活動を行うことができない

4) 痛み／不快感

- ①痛みや不快感はない
- ②中程度の痛みや不快感がある
- ③ひどい痛みや不快感がある

5) 不安／ふさぎ込み

- ①不安でもふさぎ込んでもいない
- ②中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる
- ③ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

上記回答結果に基づき、EQ-5D 効用値（日本版）を算出し、QOL 改善割合を治療群間で比較する。

本試験では QOL 調査のコンプライアンスを保つために QOL 調査事務局を設置し、下記の手順に基づいて郵送方式で QOL 調査の進捗管理を行う。

<登録時調査票>

本試験の開始前にあらかじめ、各参加施設の施設コーディネーター宛に 20 部程度を一括して郵送しておくので、それを各施設で保管しておき適宜使用する。

<治療開始後調査票>

各々の調査予定日から 2 週間前の時点において、QOL 研究事務局が担当医もしくは QOL 調査を担当する CRC 宛に郵送する。この調査票には登録番号がプレプリントされているため、QOL 研究事務局より指定された患者以外の調査には使用できない。

<調査票記入と返信>

調査票への記入は患者自身が行い、返信用の封筒に封をして投函してもらう。ただし、患者が封をした後の調査票は担当医もしくは QOL 調査を担当する CRC が受け取って投函してもかまわない。

（倫理面への配慮）

QOL 調査票には個人情報記入欄を設けず、匿名化されたデータを集計に用いるなどの配慮を行った。

C. 研究結果

2014 年 1 月 25 日時点での進捗状況は、以下の通りである。

【全登録数】46 例

【登録時】回収済 45 例、未回収 1 例

【3 か月後】回収済 30 例、予定日前 10 例、未回収 2 例、評価欠損 4 例（死亡または全身状態悪化 4）

【6 か月後】回収済 18 例、予定日前 21 例、未回収 0 例、評価欠損 7 例（死亡または全身状態悪化 6、その他 1）

【9 か月後】回収済 12 例、予定日前 26 例、未回収 0 例、評価欠損 8 例（死亡または全身状態悪化 7、その他 1）

【12 か月後】回収済 4 例、予定日前 33 例、未回収 1 例、評価欠損 8 例（死亡または全

身状態悪化7、その他1)

#### D. 考察

QOL 評価が予後因子となりうるかどうかの探索的な検討も併せて行う予定である。具体的には治療開始前の QOL 評価と奏効割合、全生存期間、無増悪生存期間、有害事象との関連を検討する。また、高齢者や脆弱高齢患者では無増悪生存期間および全生存期間が短く、全般に Grade 3 以上の毒性が増加し、QOL が悪化するとされており、本試験の登録時に行う高齢者機能評価結果が QOL 悪化の予測因子となるか否かについても探索的に検討を行う。

#### E. 結論

高齢がん患者における QOL 評価を、JCOG 1018 試験における附随研究として実施中である。データ収集完了後、高齢者機能評価結果のアウトカム予測能評価の一つとして QOL 悪化を指標とする探索的な検討を行う予定である。

#### 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

1. Kanazu M, Maruyama K, Ando M, Asami K, Ishii M, Uehira K, Minomo S, Matsuda Y, Kawaguchi T, Atagi S, Ogawa Y, Kusunoki Y, Takada M, and Kubo A. Early pharmacodynamic assessment using 18F-fluorodeoxyglucose-positron emission tomography on molecular

targeted therapy and cytotoxic chemotherapy for clinical outcome prediction. Clin Lung Cancer (in press)

2. Satouchi M, Kotani Y, Shibata T, Ando M, Nakagawa K, Yamamoto N, Ichinose Y, Ohe Y, Nishio M, Hida T, Takeda K, Kimura T, Minato K, Akira Y, Atagi S, Fukuda H, Tamura T, and Saijo N. A phase III study comparing amrubicin and cisplatin with irinotecan and cisplatin for the treatment of extensive-disease small cell lung cancer (ED-SCLC): JCOG0509. J Clin Oncol (in press)
3. Fukata S, kawabata Y, Fujisiro K, Katagawa Y, Kuroiwa K, Akiyama H, Terabe Y, Ando M, Kawamura T, and Hattori H. Haloperidol Prophylaxis is not Effective for Preventing Postoperative Delirium in Elderly Patients: A Randomized, Open-label Prospective Trial. Surg Today (in press)
4. Kawaguchi T, Ando M, Asami K, Okano Y, Fukuda M, Nakagawa H, Ibata H, Kozuki T, Endo T, Tamura A, Kamimura M, Sakamoto K, Yoshimi M, Soejima Y, Tomizawa Y, Isa S, Takada M, Saka H, and Kubo A. Randomized phase III trial of erlotinib versus docetaxel as second- or third-line therapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: Docetaxel and Erlotinib Lung cancer Trial (DELTA). J Clin Oncol (in press)
5. Tsujino K, Kurata T, Kawaguchi T, Kubo A, Takada M, and Ando M. Role of Consolidation Chemotherapy after Concurrent Chemo-Radiotherapy in Locally Advanced Non-Small-Cell Lung Cancer. J Thorac Oncol (in press)
6. Hasegawa Y, Ando M, Kubo A, Isa S, Yamamoto S, Tsujino K, Kurata T, Ohashi S, Takada M, and Kawaguchi T. Human papilloma virus in non-small cell lung cancer in never smokers : A systematic review of the literature. Lung Cancer (in press)
7. Yokoyama Y, Ebata T, Igami T, Sugawara G, Ando M, and Nagino M. A predictive power of prothrombin time and serum total bilirubin for postoperative mortality

- after major hepatectomy with extrahepatic bile duct resection. Surgery (in press)
8. Kawaguchi T, Ando M, Ito N, Isa S, Tamiya A, Shimizu S, Saka H, Kubo A, Koh Y, and Matsmura A. Rationale and design of JME study: Japan Molecular Epidemiology for lung cancer study. Clin Lung Cancer14:596-600, 2013
  9. Tsujino K, Kurata T, Yamamoto S, Kawaguchi T, Kubo A, Isa S, Hasegawa Y, Ou SH, Takada M, and Ando M. Is consolidation chemotherapy after concurrent chemo-radiotherapy beneficial for patients with locally advanced non-small cell lung cancer? A pooled analysis of the literature. J Thorac Oncol 8:1181-1189, 2013
  10. Yoshioka H, Okamoto I, Morita S, Ando M, Takeda K, Seto T, Yamamoto N, HideoSaka, Asami K, Hirashima T, Kudoh S, Satouchi M, Ikeda N, Iwamoto Y, Sawa T, Nakanishi Y, and Nakagawa K. Efficacy and safety analysis by histology of S-1 in combination with carboplatin as first-line chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: Updated results of a West Japan Oncology Group LETS study. Ann Oncol 24:1326-1331, 2013
  11. Oki M, Saka H, Kitagawa C, Kogure Y, Murata N, Adachi T, and Ando M. Rapid On-Site Cytologic Evaluation during Endobronchial Ultrasound-Guided Transbronchial Needle Aspiration for Diagnosing Lung Cancer: A Randomized Study. Respiration 85:486-492, 2013
  12. Kogure Y, Ando M, Saka H, Chiba Y, Yamamoto N, Asami K, Hirashima T, Seto T, Nagase S, Otsuka K, Yanagihara K, Takeda K, Okamoto I, Aoki T, Takayama K, Yamasaki M, Kudoh S, Katakami N, Miyazaki M, and Nakagawa K. Histology and smoking status predict survival of patients with advanced non-small-cell lung cancer: Results of West Japan Oncology Group (WJOG) Study 3906L. J Thorac Oncol 8:753-758, 2013
  13. Nakamura K, Katai H, Mizusawa J, Yoshikawa T, Ando M, Terashima M, Itoh S, Takagi M, Takagane A, Ninomiya M, Fukushima N, and Sasako M. A phase III study of laparoscopy assisted versus open distal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA/IB gastric cancer (JCOG0912). Jpn J Clin Oncol 43:324-327, 2013
- 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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

血液がん患者における高齢者総合的機能評価に関する研究

研究分担者 明智 龍男  
名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野 教授  
研究協力者 奥山 徹  
名古屋市立大学病院緩和ケア部 副部長  
研究協力者 菅野 康二  
名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野

研究要旨 本研究の目的は、高齢血液がん患者の初回化学療法前に高齢者総合的機能評価を実施し、どのような問題がどの程度の頻度で存在するかを明らかにすることである。新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された65歳以上の患者に対して、日常生活活動度、抑うつ、認知機能障害などを含む総合的機能評価を行った。平成25年度は、86名より有効データを得た。平均年齢は74歳、診断時のECOG PSが2またはそれより不良である患者は29%であった。総合的機能評価の結果、頻度の高い問題として、日常生活活動度の低下（51%）、合併症（47%）、栄養状態（36%）、抑うつ（20%）などがあげられた。また6評価領域のうち2領域以上に障害があった場合を脆弱性ありと定義した場合、52%の患者がそれに該当した。以上より、初回治療開始前の時点において、半数以上の高齢血液がん患者が脆弱性を有しており、高齢がん患者において総合的機能評価を実施する重要性が示唆された。

A. 研究目的

高齢がん患者の急増にも関わらず、相応しい医療やケアのあり方に関する知見は乏しい。高齢者は抗がん治療の副作用などに脆弱であることも多いことから、身体機能、精神・認知機能などに関する包括的評価を行うことで、そのような脆弱性を有する患者を同定する試みが行われるようになってきている。本研究の目的は、高齢血液がん患者の初回化学療法前に高齢者総合的機能評価を実施し、どのような問題がどの程度の頻度で存在するかを明らかにすることで

ある。

B. 研究方法

対象は、名古屋市立大学病院に入院した新規に悪性リンパ腫または多発性骨髄腫と診断された65歳以上のがん患者とした。適格性を満たす患者に対して、抗がん治療開始前に下記の項目より構成される高齢者総合的機能評価を行った。

・日常生活動作(ADL)、手段的日常生活動作(IADL): Barthel Index によって日常生活動作を、Lawton Index によって手段的日常生活動作を、

生活動作を評価した。Barthel Index では 90 点以下、Lawton Index では 3 点以下を障害ありとした。

・合併症：Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics (CIRS-G)を用いて評価を行った。14 領域について 5 段階で各領域の重症度を評価するもので、総得点を問題が存在していた領域の数で除した値を重症度指数とし、2 点以上を障害ありとした。

・栄養状態：Body Mass Index (BMI)を用いて評価し、22 未満を障害ありとした。

・抑うつ：自記式質問票 Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)を用いて評価した。抑うつ症状を尋ねる 9 項目と、気持ちの問題による日常生活への支障を問う 1 項目からなる。各症状について直近 2 週間にどの程度の頻度で症状が出現するかを問うており、「半分以上」または「ほとんど毎日」という回答が 5 項目以上であった場合を障害ありとした。

・認知機能障害：客観的評価尺度 Mini-Mental State Examination (MMSE)を用いた。30 点満点であり、低得点ほど認知機能障害が重篤であることを示す。24 点未満を障害ありとした。

・脆弱性：ADL、IADL、合併症、栄養状態、抑うつ、認知機能障害の 6 項目のうち 2 項目以上で障害ありとされる場合を脆弱性あり定義した。

(倫理面への配慮)

本研究は名古屋市立大学大学院倫理審査委員会の承認を得て行った。本研究への協

力は個人の自由意思によるものとし、本研究に同意した後でも随時撤回可能であり、不参加・撤回による不利益は生じないことを文書にて説明した。また、得られた結果は統計学的な処理に使用されるもので、個人のプライバシーは厳重に守られる旨を文書にて説明した。本研究への参加に同意が得られた場合は、同意書に参加者本人からの署名を得た。また同意能力がないと判断される場合は、患者から口頭での同意と代諾者からの文書による同意を得た。

### C. 研究結果

86 名の患者より有効データを得た。平均年齢は 74 歳、男性 47 名 (54%)、診断は悪性リンパ腫が 64 名 (74%)、多発性骨髄腫が 22 名 (26%)であった。診断時の ECOG PS が 2 またはそれより不良である患者は 25 名 (29%)であった。

総合的機能評価の結果、頻度の高い問題として、日常生活活動度の低下 (51%)、合併症 (47%)、栄養状態 (36%)、抑うつ (20%)、認知機能障害 (17%)などがあげられた。また 52% (95%信頼区間: 42-63) の患者が脆弱性の定義に相当した。

### D. 考察

高齢血液がん患者は、初回治療開始前の時点において、様々な問題を有していることが示唆された。また約半数の患者が脆弱性を有していると考えられる状態にあることが示された。

## E. 結論

高齢血液がん患者が様々な問題を有していることが明らかになったことから、日常臨床においても高齢者総合的機能評価を実施し、これらの問題を同定し、また問題に応じた対応を行うことが、高齢がん患者への医療やケアとして重要であると考えられる。

一方で多忙な日常臨床においてこのような包括的評価を全例に実施することは困難であると推測されることから、今後、高齢がん患者の高齢者総合的機能のスクリーニング方法の確立などが望まれると考えられた。

## 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. Akechi T, et al.: Assessing medical decision making capacity among cancer patients: Preliminary clinical experience of using a competency assessment instrument. *Palliat Support Care*:1-5, 2013
2. Asai M, Akechi T, et al.: Impaired mental health among the bereaved spouses of cancer patients. *Psychooncology* 22:995-1001, 2013
3. Fielding R, Akechi T, et al.: Attributing Variance in Supportive Care Needs during Cancer: Culture-Service, and Individual Differences, before Clinical Factors. *PLOS ONE* 8:e65099, 2013
4. Furukawa TA, Akechi T, et al.: Cognitive-behavioral therapy modifies the naturalistic course of social anxiety disorder: Findings from an ABA design study in routine clinical practices. *Psychiatry Clin Neurosci* 67:139-47, 2013
5. Inagaki M, Akechi T, et al.: Associations of interleukin-6 with vegetative but not affective depressive symptoms in terminally ill cancer patients. *Support Care*

6. Kawaguchi A, Akechi T, et al.: Group cognitive behavioral therapy for patients with generalized social anxiety disorder in Japan: outcomes at 1-year follow up and outcome predictors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9:267-75, 2013
7. Nakaguchi T, Akechi T, et al.: Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. *Jpn J Clin Oncol* 43:369-76, 2013
8. Nakano Y, Akechi T, et al.: Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychol Res Behav Manag* 6:37-43, 2013
9. 明智龍男: がん患者の抑うつの評価と治療. *NAGOYA MEDICAL JOURNAL* 53:51-55, 2013
10. 明智龍男: 一般身体疾患による気分障害, 今日の治療指針, 山口徹., 北原光夫., 福井次矢. (編), 医学書院, 868, 2013
11. 明智龍男: 精神症状マネジメント概論, 緩和医療薬学, 日本緩和医療薬学会 (編), 南江堂, 79, 2013
12. 伊藤嘉規, 奥山徹, 中口智博, 明智龍男: 小児がん患者とその家族のこころのケア. *精神科* 23:288-292, 2013
13. 明智龍男: がんこころのケア-サイコオンコロジー. *精神科* 23:271-275, 2013
14. 明智龍男: がん患者の自殺に関する最新データ. *緩和ケア* 23:195, 2013
15. 明智龍男: せん妄の向精神薬による対症療法と処方計画. *精神科治療学* 28:1041-1047, 2013
16. 明智龍男: 緩和医療とせん妄. *臨床精神医学* 42:307-312, 2013
17. 明智龍男: 希死念慮を有する患者のアセスメントとケア. *緩和ケア* 23:200, 2013
18. 明智龍男: 術後せん妄. *消化器外科* 36:1643-1646, 2013
19. 明智龍男: 抑うつとがん. *レジデントノート* 15:2440-2443, 2013
20. 明智龍男, 森田達也: 臨床で役立つサイコオンコロジーの最新エビデンス-特集にあたって. *緩和ケア* 23:191, 2013
21. *Cancer* 21:2097-106, 2013

学会発表

22. Nagashima F, Akechi T, et al: Successive comprehensive geriatric assessment (CGA) can be prognostic factors of elderly cancer patients; in 13th Conference of the International Society of Geriatric Oncology. Copenhagen, 2013 Oct
23. Yamada M, Akechi T, et al: A pragmatic megatrial to optimise the first- and second-line treatments for patients with major depression: SUN(^\_^)D study protocol and initial results; in American Society of Clinical Psychopharmacology. Hollywood, FL, 2013 May
24. Kawaguchi A, Akechi T, et al: Hippocampal volume increased after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with social anxiety disorder (SAD): A case report; in The 4th Asian Cognitive Behavior Therapy (CBT) Conference. Tokyo, 2013 Aug
25. 山田光彦, 明智龍男, 他: 抗うつ薬の最適使用戦略を確立するための実践的多施設共同ランダム化比較試験 SUN◎D study: メガトライアル実践のための工夫と挑戦. 第 34 回日本臨床薬理学会, 2013 年 12 月, 東京
26. 明智龍男: がんと心のケア-がんになっても自分らしく過ごすために. 第 27 回日本泌尿器内視鏡学会総会市民公開講座, 2013 年 11 月, 名古屋
27. 明智龍男: がん患者の精神症状のマネジメント-特に前立腺がんを念頭に. 第 27 回日本泌尿器内視鏡学会総会ランチョンセミナー, 2013 年 11 月, 名古屋
28. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学. 平成 25 年度東海オンコロジー応用セミナー2「緩和ケア」 特別講演, 2013 年 11 月, 名古屋
29. 明智龍男: 精神腫瘍学 (サイコオンコロジー). 2013 年度 がん治療認定医教育セミナー, 2013 年 11 月, 幕張
30. 伊藤嘉規, 明智龍男, 他: シンポジウム 小児がん患者とその家族への心理社会的支援の在り方を考える 小児がん患者における good death. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013 年 9 月, 大阪
31. 久保田陽介, 明智龍男, 他: がん看護の専門性を有する看護師を対象としたがん患者の精神心理的苦痛に対応するための教育プログラムの有用性: 無作為化比較試験. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013 年 9 月, 大阪
32. 菅野康二, 明智龍男, 他: 高齢がん患者における治療に関する意思決定能力障害の頻度と関連因子の検討. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013 年 9 月, 大阪
33. 内田恵, 明智龍男, 他: 放射線治療中のがん患者における倦怠感と抑うつ・不安の関連. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013 年 9 月, 大阪
34. 平井啓, 明智龍男, 他: 術後早期乳癌患者に対する問題解決療法の有効性に関する前後比較. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013 年 9 月, 大阪
35. 北村浩, 明智龍男, 他: 継続的な高齢者総合機能評価は高齢がん患者の予後予測因子となりうる. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013 年 9 月, 大阪
36. 明智龍男: サイコオンコロジー入門 「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013 年 9 月, 大阪
37. 明智龍男: 特別企画 サイコオンコロジー入門 「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第 26 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2013 年 9 月, 大阪
38. 近藤真前, 明智龍男, 他: 慢性めまいに対する前庭リハビリテーションと内部感覚曝露. 第 13 回日本認知療法学会学術総会, 2013 年 8 月, 東京
39. 小川成, 明智龍男, 他: 認知行動療法によるパニック障害の症状変化が社会機能や QOL に及ぼす影響. 第 13 回日本認知療法学会, 2013 年 8 月, 東京
40. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学. Psycho Oncology Seminar 特別講演, 2013 年 8 月, 京都
41. 明智龍男: 身体疾患の不安・抑うつ-特にがん患者に焦点をあてて. 第 8 回不

安・抑うつ精神科ネットワーク 特別講演, 2013年8月, 松江

42. 明智龍男: シンポジウム がん緩和ケアにおけるうつ病対策-がん患者に対する精神療法. 第10回 日本うつ病学会総会, 2013年7月, 北九州市
43. 伊藤嘉規, 明智龍男, 他: 小児緩和ケアにおける家族の心理的負担. 第18回日本緩和医療学会総会, 2013年6月, 横浜
44. 中口智博, 明智龍男, 他: 化学療法中のがん患者のニードと心身の症状に関する看護師の認識度. 第157回名古屋市立大学医学会, 2013年6月, 名古屋
45. 明智龍男: がんサバイバーに対する精神的ケア. 第62回東海ストーマ・排泄リハビリテーション研究会 特別講演, 2013年6月, 名古屋
46. 明智龍男: サイコオンコロジー-がん医療におけるこころの医学. 第6回南区メンタルフォーラム 特別講演, 2013年6月, 名古屋
47. 明智龍男: 特別企画 サイコオンコロジー入門「がん患者・家族との良好なコミュニケーションのために」. 第18回日本緩和医療学会総会, 2013年6月, 横浜
48. 明智龍男: 乳がん患者に対するこころのケア-特に再発後に焦点をあてて. 第21回日本乳癌学会 モーニングセミナー, 2013年6月, 浜松
49. 川口彰子, 明智龍男, 他: 薬物治療抵抗性うつ病への電気けいれん療法の反応性と海馬体積の関連の検討. 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013年5月, 福岡
50. 白石直, 明智龍男, 他: 青年期の女性の体重とその認知、ダイエット行動は、暴力行為と関連するか?. 第109回日本精神神経学会学術総会, 2013年5月, 福岡
51. 明智龍男: がんの患者さんのこころを支援する: 心理療法的アプローチを中心に. 第4回北海道がん医療心身ネットワーク研究会・講演会 特別講演, 2013年2月, 札幌
52. 中口智博, 明智龍男, 他: 化学療法に伴う予期性悪心嘔吐と学習性食物嫌悪. 第3回東海乳癌チーム医療研究会,

2013年1月, 名古屋

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。

厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）  
分担研究報告書

急性期病院入院がん高齢患者の現状-治療法選択と総合機能評価に関する研究

研究分担者 須藤 紀子 杏林大学医学部高齢医学科 非常勤講師

研究要旨 癌に対するそれぞれの治療方針を選択した高齢癌患者の予後調査を行い、選択した治療方針にたいする医療的意義、本人・家族の満足度などを検討した。前年度までのカルテ調査では、治療方針の決定は癌種にかかわらず保存的治療の65%は家族により決定されており、本人意向によるのは20%にとどまるという結果だった。しかし今年度のアンケート調査の結果を加味すると、家族による治療方針の決定には、それまで家族に伝えてきた本人の希望が反映されていることが判明した。急性期病院入院後、担癌患者の自宅復帰率は約45%と低く（一般患者では65%）、多くは入院を契機に自宅に戻れず介護施設や一般病院に移るというのが前年度までの結果であった。しかし前立腺癌患者では一般病院や介護施設を経由して自宅に戻った例もあった。また、自宅に戻った症例では癌種に関わらず、最後を自宅で迎えていた。退院後の生存期間は前立腺患者で約8ヶ月、他の癌患者で約4ヶ月である。介護施設とりわけ療養型病床群などの終末期担癌患者が入所可能な施設が減少している現在、急性期病院入院後、高齢癌患者が在宅生活に戻ることが可能かどうかをどう判断するのか、またどうすれば在宅に戻ることが可能なのか、高齢癌患者の最後の数ヶ月を在宅でどう支えていくかが今後の検討課題となる。総合機能評価や寝たきり度、老年症候群の評価は今後担癌患者の在宅サポートを組み立てる上で重要なツールになると考えられる。

A. 研究目的

前年度まで急性期病院に入院となった高齢担癌患者の主に現状調査、入院時のCGA7およびJABCランクと治療法選択との関係を調べてきた。その結果有癌超高齢者ではCGA7総得点が高く、ADLの保たれている群で積極的治療が行われる傾向があったが、担癌患者の60%は緩和・保存療法が選択されていること、治療法選択は65%が家族により決定されており、患者本人の意向によるのは20%という現状が浮かび上がった。今年度はこのような治療方針を選択した高

齢癌患者の予後調査を行い、選択した治療方針にたいする医療的意義、本人・家族の満足度などを検討する。

B. 研究方法

2009年1月1日から2012年10月31日までに当科入院となった患者1,363名中担癌患者89名中、入院中の死亡例と2013年2月28日時点で当院への継続通院が確認された患者を除いた64例を対象に、下記の項目についてアンケート調査を行う。  
①生存/死亡の確認、②生存者についてはア

ンケート調査時の居住場所、③死亡者では死亡年月日、死亡場所の確認、④今回のがん治療に関する本人・家族の意見等の4項目。調査にあたっては本人が告知されていない場合を考慮し、あらかじめカルテに記載されていたキーパーソンに電話連絡し、アンケート用紙送付け許可の得られた症例を対象に予後調査を行った。

(倫理面への配慮)

情報はすべて匿名化し、プライバシーの保護には十分配慮している。またカルテ調査であり、有害事象としての身体的問題は生じないと考える。またアンケート調査については当院の倫理委員会の承認を得た上で、アンケート用紙送付け前に本人あるいはご家族に電話連絡し、了解の得られた方にのみアンケート調査を行った。

### C. 研究結果

予後調査の対象となった64例中電話連絡のついた58例にアンケート用紙を送付けた。返答のあったのは41例(前立腺癌患者17例、前立腺癌以外の癌患者24例)だった。生存例は前立腺癌患者が4例(全例ホルモン治療継続例：積極的治療群)、その他の癌患者が5例(積極的治療群3例：胃癌術後、食道癌ESD後、膀胱癌術後、保存的治療群2例：肺癌、乳癌)だった。退院後死亡例の生存日数の中央値は前立腺癌患者(17例)が252日、その他の癌患者(19例)が130日だった。癌種に関わらず死因の

65%は癌死だが、35%は誤嚥性肺炎や心不全、脳梗塞など老年症候群によるものだった。急性期病院入院後自宅に退院した例は前立腺癌患者が2例最後を自宅迎えた例は4例、その他の癌患者では自宅に退院したのが4例で全員が自宅で最後を迎えていた。残りの症例は急性期病院入院後一般病院あるいは介護施設に移り、そこで最後を迎えていた。

入院中の癌治療方針の決定に対する本人・家族の意見の中でもっとも多かったのは「高齢なので本人に負担のかかる(つらい)治療は望まなかった」という意見で、次いで「今回の治療はつねづね本人が望んでいた方針である」という意見が多く、また「高齢のため手術などの治療は困難と医師より言われたため」という意見も寄せられていた。

### D. 考察

前年度までの検討より、高齢者では癌の治療方針決定に当たり癌種(前立腺癌 vs 前立腺以外の癌)によって分けて考える必要があると考えられたため、今回の予後調査でも前立腺癌と前立腺癌以外の癌にわけて検討を行った。調査時点での前立腺癌患者の生存者は24%、全例が積極的治療群であり、その他の癌患者の生存者は21%、その60%は積極的治療群に属しており、癌種に関わりなく積極的治療群の方が生存者が多い、と考えられた。この中でその他の癌患者の生存者は、比較的早期の癌に対して治療を行った症例と考えられた。

前年度のカルテ調査から、前立腺癌患者では治療方針決定に本人の意志が反映される一方、前立腺癌以外の癌患者では本人の意志よりも家族によって治療方針が決められているケースが多いという結果が得られていたが、アンケート調査の結果を加味すると、家族による治療方針の決定には、それまで家族に伝えてきた本人の希望が反映されていることが理解できた。

急性期病院入院後担癌患者の自宅復帰率は約 45%と低く（一般患者では 65%）、多くは入院を契機に自宅に戻れず介護施設や一般病院に移るとというのが前年度までの結果であったが、前立腺癌患者では一般病院や介護施設を経由して自宅に戻った例もあった。また、自宅に戻った症例では癌種に関わらず、最後を自宅で迎えていた。退院後の生存期間は前立腺癌患者で約 8 ヶ月、他の癌患者で約 4 ヶ月である。介護施設とりわけ療養型病床群などの終末期担癌患者が入所可能な施設が減少している現在、急性期病院入院後、高齢癌患者が在宅生活に戻ることが可能かどうかをどう判断するのか、またどうすれば在宅に戻ることが可能なのか、高齢癌患者の最後の数ヶ月を在宅などでどう支えていくかが今後の検討課題となる。総合機能評価や寝たきり度、老年症候群の評価は今後担癌患者の在宅サポートを組み立てる上で重要なツールになると考えられる。

## E. 結論

高齢癌患者でも癌種、癌の時期により積

極的治療は生存延長につながる。また治療方針の決定については家族の意見の中に本人の意志が含まれていると考えられた。総合機能評価や寝たきり度、老年症候群の評価は急性期病院入院後の高齢癌患者の在宅復帰を目指すにあたり、社会的サポートを組み立てる重要なツールとなりうる。

## 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

1. Nagai K, Sudoh N et al; Efficacy of combined use of three non-invasive atherosclerosis tests to predict vascular events in the elderly; carotid intima-media thickness, flow-mediated dilation of brachial artery and pulse wave velocity. *Atherosclerosis* 231(2) 365-70, 2013
2. Tanaka T, Nagai K, Sudo N et al; Weight loss and homeostatic imbalance of leptin and ghrelin levels in lean older adults. *J Am Geriatr Soc.* 61(12) 2234-6, 2013
3. 永井久美子, 小柴ひとみ, 須藤紀子 他; 老年症候群把握のためのもの忘れセンター予診票の作成と検証. *日老医誌*, in press

学会発表

1. 宮城島 慶, 須藤紀子 他; 高齢者重症肺炎に対する High flow nasal cannula oxygen therapy(HFNC)の経験. 第 57 回日本老年医学会関東甲信越地方会 2013. 3, 東京
2. 柴田茂貴, 須藤紀子 他; 器質化肺炎が先行し関節リウマチと診断された高齢女性患者の 1 例. 第 57 回日本老年医学会関東甲信越地方会 2013. 3, 東京
3. 輪千督高, 須藤紀子 他; 食思不振を症状に有し緊急入院した高齢患者の背景因子に関する検討. 第 55 回日本老年医学会学術集会・総会 2013.6, 大阪
4. 小柴ひとみ, 永井久美子, 須藤紀子 他;

- 老年症候群の適切な把握のための、もの忘れ外来予診表の活用. 第 55 回日本老年医学会学術集会・総会 2013.6, 大阪
5. 井上慎一郎, 永井久美子, 須藤紀子; 急性期病院へ入院した高齢者の入院時評価と転帰についての検討. 第 55 回日本老年医学会学術集会・総会 2013.6, 大阪
  6. 須藤紀子, 永井久美子, 神崎恒一; 急性期病院入院がん高齢患者の現状 治療法選択と総合機能評価. 第 55 回日本老年医学会学術集会・総会 2013.6, 大阪
  7. 永井久美子, 須藤紀子 他; 高齢者における非侵襲的動脈硬化検査法の有用性 組み合わせ診断によるイベント予測能の向上. 第 55 回日本老年医学会学術集会・総会 2013.6, 大阪
  8. 田中政道, 須藤紀子 他; もの忘れセンター通院患者におけるサルコペニアの実態調査と臨床測定値に関する検討. 第 55 回日本老年医学会学術集会・総会 2013.6, 大阪

#### 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。