

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

高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発  
に関する研究

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  
先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長

**研究要旨** 高齢がん患者のがん治療上の課題の解決を図り、がん診療連携拠点病院において実施可能な簡便で効果的な意思決定支援プログラムを開発する事を目指して検討を行った。最終年度は、高齢者のがん診療の現状をがん診療連携拠点病院のがん登録+DPC データを用いて実態把握を行い、レセプトデータより特に問題となる認知症併発例を検討した。あわせて、意思決定支援の問題解決を図るための介入プログラムを開発し、実施可能性の評価方法を検討した。

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先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野 分野長
長島文夫	杏林大学医学部腫瘍内科学 教授
濱口哲弥	埼玉医科大学国際医療センター 医学部・教授
海堀昌樹	関西医科大学 外科学講座 診療教授
奥村泰之	公益財団法人 東京都医学総合研究所 精神行動医学研究分野 心の健康プロジェクト 主席研究員
田代志門	国立大学法人東北大学大学院文学研究科 部長
平井 啓	大阪大学人間科学研究科 准教授
渡邊眞理	公立大学法人横浜市立大学 医学部看護学科 がん看護学 教授
稲葉一人	中京大学法務総合教育研究機構 教授
松井礼子	国立がん研究センター東病院 薬剤部 副薬剤部長
五十嵐隆志	国立がん研究センター東病院 薬剤部 薬剤師
奥山絢子	国立がん研究センターがん対策情報センターがん登録センターがん登録センター院内がん登録分析室（がん臨床情報部併任） 室長
水谷友紀	杏林大学医学部 総合医療学/腫瘍内科学 講師

A. 研究目的

超高齢社会を迎えたわが国では、65歳以上人口が3459万人（総人口比27.3%）、75歳以上人口も1685万人（総人口比13.5%）（2016年10月1日現在 総務省調べ）となった。今後団塊の世代が後期高齢者に入る2025年までには、都市部を中心に高齢者の人口が1.5-2倍程度に急増することが推測されている。特に、後期高齢者は、何らかの医療を受けつつも、比較的自立した社会生活を営む（Vulnerable Elders）場合が多く、どのような支援方法望まれるのか、治療が必要となった場合には治療の適応はどのようにすればよいのか、等議論の焦点となっている。

従来、がん医療を検討するうえで、がんという疾病を中心に検討がなされ、加齢の問題については意識されることが少なかった。しかし、がんの本態は、遺伝子変異であることから、がんの罹患と加齢には強い相関がある。2015-2019年に想定されるわが国のがん罹患患者数では、男性の80%、女性の70%が65歳以上である（国立がん研究センター がん情報サービス がん登録・統計）。今後がん罹患患者数の増加も見込まれるが、それは高齢者が中心であることも併せて考えると、がん医療は高齢者医療でもあることは明らかである。

2017年に策定された第3期がん対策推進基本計画において、高齢者のがん対策は2項目、高齢者のがん診療に関する診療ガイドラインを策定した上で、診療ガイドラインを拠点病院等に普及することを検討する、

### ライフステージに応じたがん対策

国は、認知症等を合併したがん患者や看取り期における高齢のがん患者の意思決定の支援を図るための方策を策定する、高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点病院等に普及することを検討する

に分けて示された。今後、本基本計画をもとに、がん治療ならびに意思決定に関する指針を定め、治療の標準化を目指した取り組みが検討されている。

本研究では、高齢がん患者のがん治療上の課題ならびに、患者・家族の医療ニーズを網羅的に明らかにするとともに、がん診療連携拠点病院において実施可能な簡便で効果的な意思決定支援プログラムを開発し、実施可能性を確認し標準化する事を目的とし、以下の検討を進めた。

## B. 研究方法

高齢者のがん診療の現状と課題の把握と対応を目的に、

高齢者のがん診療の実態把握と診療の質の改善に関する検討

高齢者のがん診療を支援する看護師・ソーシャルワーカーが捉える困難感と課題  
高齢者の服薬アドヒアランスに関する調査

レセプトデータを活用した高齢がん患者の入院治療における実態把握

高齢がん患者に対する意思決定支援に関する実態の検討

高齢者のがん治療に関連する診療ガイドラインの検討

療養生活に関する簡便な意思決定支援プログラムの開発

について調査・検討を進めた。

高齢者のがん診療の実態把握と診療の質の改善に関する検討

全国のがん診療連携拠点病院等をはじめとするがん診療病院 424 施設の院内がん登録とリンクさせた DPC 導入の影響評価に係る調査データを用いた。2014 年にがんと診断され当該施設で初回治療を開始した例でかつ診断時の年齢が 40 歳以上の胃癌・大腸癌・肺癌・前立腺癌・膀胱

癌の患者を対象に、診断日以降の最初の入院について分析を行った。診断時の年齢を用いて 75 歳未満と 75 歳以上の二群にわけ、入院から退院までの ADL 変化、退院後の施設入所、初回入院から 6 ヶ月以内の再入院の状況を分析した。

高齢者のがん診療を支援する看護師・ソーシャルワーカーが捉える困難感と課題  
高齢がん患者を支援する看護師の教育プログラムについて、昨年度までの知見を参考に研究者間で協議し構成した。

意思決定支援の枠組みは「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」を参考にした。

グループワークは、事例について 人的・物的環境の整備 意思決定支援の枠組み（意思形成支援・意思表示支援・意思実現支援）に沿って検討した。

研修会に参加し研究協力の得られた看護師を対象に、研修前に実践を、研修後に教育プログラムの評価を、尋ねる自記式質問紙調査を実施した。

高齢者の服薬アドヒアランスに関する調査

高齢者における経口抗がん薬治療のアドヒアランス低下に影響する要因とその実態を明らかにすることを目的として、全国のがん診療連携拠点病院の薬剤師、看護師を対象としたアンケート調査を実施した。Google フォームを用いてアンケートを作成し、URL 及び QR コードを記載した依頼状を各外来化学治療室へ送付した。

アンケート内容は、薬剤師及び看護師が経験した高齢者のアドヒアランス不良患者の事例に対して、考えられる要因と望ましい対策方法とした。

レセプトデータを活用した高齢がん患者の入院治療における実態把握

認知症を有する人は、痛みの訴えを十分にできないことから、疼痛管理をする必要がある場合であっても、オピオイド等の鎮痛薬が十分に処方されていない可能性がある（Shen et al: *Alzheimers Dement* 4: 661-668, 2018）。しかし、これまでの研究では、オピオイド等の鎮痛薬の処方状況は不透明であった。

メディカル・データ・ビジョン株式会社 (MDV) の DPC データベース (366 病院を含む) から、匿名加工情報の提供を受けた。抽出定義は、2013 年 4 月から 2018 年 3 月の間に退院した患者、対象期間中の最終受診月時点の年齢が 65 歳以上の患者、対象期間中に、医療資源を最も投入した傷病名として、直腸肛門の悪性腫瘍 (060040)、肺の悪性腫瘍 (040040)、あるいは股関節・大腿近位の骨折 (160800) を有する患者、とした。

本研究における適格基準は、大腸がんに対する Miles 手術 (腹腔鏡手術を含む)、肺がんに対する手術 (腹腔鏡手術を含む)、あるいは大腿骨頭置換術を受けた入院、入院日は 2014 年 4 月 1 日から、退院日は 2018 年 3 月 31 日までの入退院、入院時年齢は 65 歳以上、とした。

曝露として、認知症の診断名を有する、抗認知症薬の処方率を有する、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準が I 以上を、認知症を有する患者とみなした。

主要評価項目は、術後在院日数に占める術後の注射剤による鎮痛薬 (オピオイドとアセトアミノフェン) の処方率とした。

高齢がん患者に対する意思決定支援に関する実態の検討

本研究では、意思決定支援に必要である診察行動を具体化し、診察場面を横断的に観察することによって、医療者の行動とそれに対する患者の反応を明らかにすることを目的とする。

対象：調査協力が得られた医療機関 X を調査期間中に受診した 70 歳以上の高齢がん患者

手続き 事前に実施したインタビュー調査の結果を精査し、コアとなるアセスメントスキルと意思決定支援に関わる説明スキルに関する行動項目をリスト化した。また、開発した教育プログラムの内容を見直し、アセスメントの前提となる患者情報や家族要因に関しても観察項目に加えた。これらから構成される調査票をもとに、看護師を調査員とし、実際の診察場面を観察した。

実施時期 2019 年 11 月から 1 年以内

評価項目 A リスト化された医師・看護師の診察行動 (自身の状態確認・理解に関する質問 < 病状・IDAL >、治療に関する説明の工夫、情報量の調整、理解に関する再確認) の実施有無とその患者反応、B 患者の身体機能 (診察室内での観察)、C 患者家族ならびに第三者の反応、D 最終的な意思決定の結果について記録した。

高齢者のがん治療に関連する診療ガイドラインの検討

RAND バージョンの Nominal Group Technique (NGT) に準じて推奨策定を行った。具体的には、日欧米で主に用いられている GA ツールに関する情報を網羅的に収集し (生活機能、併存症、薬剤、栄養、認知、気分、社会、老年症候群、スクリーニングツール、その他)、その情報をファシリテーターが専門家にメール配信する、各専門家が「もっとも推奨できると考えるツール」および「その理由」を (ファシリテーター「のみ」にメールする他の専門家の意見にひっぱられないために) 全ての案が出尽くされたら、ファシリテーターがとりまとめ、専門家にメールにて配信する (必要に応じて、) メールまたは WEB 上で、各専門家が自分の意見を説明し、全ての案について順に議論する。各専門家が独立して、個々人の案について、また各項目について投票をし、その結果をファシリテーター「のみ」にメールで報告する (本人も自分に投票可能) 必要に応じて、さらなる議論をする、こととした。

療養生活に関する簡便な意思決定支援プログラムの開発

日常診療や日常生活上重要な領域 (生活上の支援、特に独居が可能かどうかの判定) を中心に、意思決定支援場面で使用可能な、支援の手引きの作成を目指した。

まず、実態把握のインタビュー結果から、日常診療場面において、能力評価に沿った支援方法の検討がほとんど実施されていないことを踏まえ、

臨床において高い頻度で行われる場面で使用可能なこと

簡便に標準的なアセスメントが実

施できること

単なる評価に留まらず、具体的な支援が実現できることを満たすことを目標とした。また、2018年6月に厚生労働省が「認知症の人の日常生活及び社会生活における意思決定支援ガイドライン」を公開したことを受けて、ガイドラインに沿った4要素モデルで機能的能力を評価することとした。

(倫理面への配慮)

本研究のプロトコルは、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した。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、書面にて同意を得た。

本研究では、高齢者を対象としており、研究参加のインフォームド・コンセントにおいて意思決定能力が低下をしている場面が生じうる。しかし、これらの患者を本研究から除外することは、軽度の認知症をもつ患者のみの登録となるなど偏りが生じ、臨床上の課題が抽出されない危険性が生じうる。一方、対象とする調査はインタビュー調査等観察研究が主であり、予測される有害事象として身体的問題が生じる可能性はない。

以上の理由により、本研究に対する患者の理解が不十分と研究者が判断したときは、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(平成26年文部科学省・厚生労働省告示第3号)第5章第13代諾者等からのインフォームド・コンセントを受けられる場合の手続等」および「代諾者からのインフォームド・コンセントに関する細則」研究対象者が認知症等により有効なインフォームド・コンセントを与えることができないと客観的に判断される場合」に則り、代理人から文書による同意を得て調査を実施する。あわせて、調査までの待機中および調査期間中にも、本人に説明する機会を持ち、インフォームド・アセントを得るよう努めた。

## C. 研究結果

高齢者のがん診療の実態把握と診療の質の改善に関する検討

初回治療開始例として147,578例が抽出された。男性が104,979例(71.1%)、75歳以上が55,475例(37.6%)、大腸癌が46,001例(31.2%)であった。入院時のADLを見ると、75歳以上の約10%が食事や入浴に介助が必要であった。外科的処置を受けた者が、75歳未満では68.6%、75歳以上では62.4%であった。入院から退院までのADLの変化をみると、75歳未満で3.1%、75歳以上で9.1%にADLの低下が認められた。退院後の施設入所についてみると、75歳未満では転院・転棟が1.5%、75歳以上では4.9%、介護施設への入所は75歳未満では0.3%であったのに対し、75歳以上では1.5%であった。初回入院に続く6ヶ月以内の再入院の割合についてみると、75歳未満の28.8%、75歳以上の25.2%が再入院していた。入院理由をみると、75歳未満では79.2%が計画入院であったのに対し、75歳以上では計画入院が68.5%であった。予期せぬ再入院は、75歳未満では12.5%、75歳以上では19.9%であった。

高齢者のがん診療を支援する看護師・ソーシャルワーカーが捉える困難感と課題

対象者は、120名中、専門看護師15名、認定看護師63名計78名(65%)とがん看護や高齢者看護の専門家が占めていた。また全体の看護師経験年数は10年以上が104名(86.7%)と最も多かった。

高齢がん患者の意思決定支援を実施している専門・認定看護師の傾向として、高齢がん患者の意思決定支援の実践で評価できる点は、診療録や本人の言動から疾患や苦痛症状の把握、ADL、認知機能、サポート状況の有無の把握と本人との信頼関係の構築ができていた。

一方で評価が低かった項目として、IADLの把握、高齢者の特徴の把握、意思決定支援のプロセスを経て、それを記録に残す、チーム医療で意思決定支援に取り組む等の実践が低かった。

対象者は限られた時間の中でも高齢者やがん患者の特徴をいかした意思決定支援を実施する必要性が理解できていた。また全体として研修の満足度は、「良かった

た」「非常に常に良かった」を合わせると119名(99%)の満足度であった。

#### 高齢者の服薬アドヒアランスに関する調査

アドヒアランス不良患者を経験したことがあると回答したのは薬剤師87%、看護師88%だった。アドヒアランス不良患者で経口抗がん薬治療に影響が出た経験があると回答した薬剤師は64.8%、看護師は81.8%、アドヒアランス不良が原因で副作用が発現・増悪した経験があると回答した薬剤師は45.3%、看護師は59.6%であった。

経験したアドヒアランス不良の要因として、「患者に関連した要因」が薬剤師、看護師共に最も多く、次に「治療法に関連した要因」が多かった。「患者に関連した要因」が問題と考えられた経験について、薬剤師、看護師共に「認知機能」が問題との回答が最も多く、次に「疾患と治療についての知識」が多かった。実施することが望ましいと考える対応があると回答した薬剤師は69.0%、看護師は77.6%であった。具体的な内容として、経口抗がん薬の継続には周囲のサポートを必要とする回答が多く、地域連携や多職種連携、家族への協力要請が望ましいという回答が多かった。「治療法に関連した要因」が問題と考えられた経験について、薬剤師、看護師共に「服用期間などが複雑」との回答が最も多く、次に「内服困難につながる副作用の発現」が多かった。実施することが望ましいと考える対応があると回答した薬剤師は67.1%、看護師は76.8%であった。具体的な内容として、テレフォンプォロアップや継続的な介入が望ましいという回答が多い結果であった。

#### レセプトデータを活用した高齢がん患者の入院治療における実態把握

適格基準を満たした解析対象集団は32411名であり、Miles手術が2115名、胸腔鏡下Miles手術が5148名、肺悪性腫瘍手術が2481名、胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術が14784名、大腿骨頭置換術が7883名であった。認知症の有病割合は、Miles手術が6.2%、胸腔鏡下Miles手術が5.1%、肺悪性腫瘍手術が6.4%、胸腔鏡下肺悪性

腫瘍手術が3.5%、大腿骨頭置換術が47.8%であった

術後オピオイド処方率を検討した。Miles手術を受けた患者100人1日あたりの術後処方率は、認知症を有さない患者と比べ、認知症を有する患者の方が、15%低かった(11.4 vs. 9.6; incidence rate ratio: 0.85)。また、肺悪性腫瘍手術を受けた患者100人1日あたりの術後処方率は、認知症を有さない患者と比べ、認知症を有する患者の方が、20%低かった(14.2 vs. 11.3; incidence rate ratio: 0.85)。他の術式でも、術後処方率は、認知症を有する患者の方が低い傾向は認められたものの、その差は相対的に小さく、統計的有意性は得られなかった。

術後アセトアミノフェン処方率は、Miles手術を受けた患者100人1日あたりの術後処方率は、認知症を有さない患者と比べ、認知症を有する患者の方が、24%低かった(6.4 vs. 4.9; incidence rate ratio: 0.85)。また、肺悪性腫瘍手術を受けた患者100人1日あたりの術後処方率は、認知症を有さない患者と比べ、認知症を有する患者の方が、52%低かった(6.9 vs. 3.4; incidence rate ratio: 0.48)。胸腔鏡下手術では、認知症の有無による術後処方率の差が、開腹・開胸術と比べると、相対的に小さかった。

#### 高齢がん患者に対する意思決定支援に関する実態の検討

開始からおよそ1ヶ月半の間に152件の観察データが収集された。

「医療者の診察行動の実施有無」については、医師と看護師の実施率に差がみられ、全体として看護師の実施率は低い状態であった。各カテゴリについては、<状態確認に関する説明>において、疾患・治療についての質問はほとんどの医師が実施しているものの、IDALに関する質問(日常生活と薬の管理状況についての2点を含む)は2割程度の医師のみが実施していた。<理解に関する質問>は7割以上(医師:98%、看護師:70%)の医療者が実施していることが確認された。<治療に関する説明>は医師が実施することが多く、看護師は半数程度の実施にとどまった。その内容によって医師の実

施率が異なり、病状や治療についての説明を多くが行われているものの、予後や見通しについての説明は全体の3割に満たない割合で実施された。〈情報量の調整〉では、項目による違いはあるものの、五割以上が実施されており、高齢患者に対して理解しやすいような工夫(話し方、表現の変更)を医師が行なっていることが確認された。

また、「患者家族ならびに第三者の反応」については看護師の実施率が、医師に比べると高い結果となった。心配事やサポートの依頼などは半数近くの看護師が行なっていた。しかし、他の専門的サービスについての情報提供を行う医療者は2割以下であった。

高齢者のがん治療に関連する診療ガイドラインの検討

日欧米で主に用いられているGAツールについての情報を網羅的に収集した。研究方法の手順に沿って研究を進め、最終的に以下を推奨GAツールとした。

生活機能：「OARS-ADL および OARS-IADL」併存症：推奨なし(「詳細な病歴聴取(併存症)」または「CCI」のいずれかを勧める)

薬剤：「推奨なし(「処方薬数」を第一に推奨するが、「処方薬リスト」、「Beers criteria および高齢者の安全な薬物療法ガイドライン」、「処方薬リストおよび高齢者の医薬品適正使用の指針」も勧める)

栄養：「推奨なし(「体重減少およびBMI」または「MUST」を第一に推奨するが、「体重減少」、「BMI および MNA-SF」も勧める)

認知：「Mini-Cog」

気分：「推奨なし(「PHQ-9」または「GDS-15」を勧める)

社会：「独居および介護者の有無」  
老年症候群：「推奨なし(「転倒歴」または「転倒歴およびせん妄の既往」を第一に推奨するが、「転倒歴、せん妄の既往、視覚障害・聴力障害」、「転倒歴、せん妄の既往、聴力」も勧める)

スクリーニングツール：「G8」  
その他：「CARG スコア」  
日常診療で最低限実施すべきGAツールの組み合わせ：G8、詳細な病歴聴取(併存症)、処方薬数または処方薬リスト、

独居の有無

療養生活に関する簡便な意思決定支援プログラムの開発

意思決定支援のプロセスに関する知識が普及していないことから、まずは適切なプロセスを踏まえた支援はどのようなものかを伝えることを優先して扱うこととした。

がん対策推進基本計画(第3期)の個別目標である「高齢のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドラインを策定し、拠点病院等に普及することを検討する」への反映を目標に、高齢者のがん診療における意思決定支援に関する手引き(ガイド)の作成を進めた。

厚生労働省が公開した意思決定支援に関するガイドライン4本をもとに、高齢者のがん診療の場面を想定し、臨床倫理の専門家の助言を得つつ、

- 1)意思決定支援のプロセスの確認や支援の工夫、
- 2)支援をしても困難な場合の意思の推定に関する方法や注意点の提示、
- 3)支援を尽くしたとしても意思の推定すら困難な場合の主観的最善の利益の議論について、各段階のポイントについて解説を加えた。

## D. 考察

高齢者のがん診療の実態把握と診療の質の改善に関する検討

今回の解析対象をみると、75歳以上群においても6割以上が何らかの外科的処置を受けていたこと、また入院時のADLはほとんどの患者が自立していたこと等からみると、高齢患者であっても比較的的身体状況等がよい患者が多かったのではないかと推測される。こうした点を踏まえると、治療を受けられると判断された75歳以上の高齢のがん患者であっても、75歳未満の患者と比較して、ADLの低下や施設への入所等に至るリスクが75歳未満より高い可能性が考えられる。

高齢者のがん診療を支援する看護師・ソーシャルワーカーが捉える困難感と課題  
教育プログラムは、時間の制約はあるものの構成や講義、グループワークは一

定の評価ができる内容であった。

今後、教育プログラムをより充実させるためには、高齢者への看護の実践家の視点として、高齢者自身の意思を尊重し、支援者としての能力を身に着けることを強化する必要がある。

#### 高齢者の服薬アドヒアランスに関する調査

高齢者のアドヒアランス不良患者を経験したことがある薬剤師や看護師はいずれも9割近くと高かった。その要因として、「認知機能」や「疾患や治療についての知識」、「服用期間などが複雑」、「内服困難につながる副作用の発現」が問題となることが多いことが明らかとなった。どの要因に対しても、患者へのサポート体制の強化が必要であるとの回答が多く、院外が多職種との地域連携やテレフォンプォローアップ、継続的な介入といったアクティブアセスメントの実施が望ましいという結果であった。

しかし、施設外との多職種連携を実施できている施設は少なく、実施のための体制整備が必要と考えられた。

#### レセプトデータを活用した高齢がん患者の入院治療における実態把握

認知症を有する患者は、認知症を有さない患者と比べ、術後に鎮痛薬の処方を受けることが少ないことが示された。特に、開腹・開胸術において、その傾向が大きいことが明らかとなった。

#### 高齢がん患者に対する意思決定支援に関する実態の把握

観察の結果、医師の診察行動の実態が明らかとなった。治療や疾患についての情報提供や理解度の確認が重点的に行われている対応と比べると、今後の見通しについての説明や、治療方針決定への参加を促すといった長期的な視点が必要な行動は実施率が低いことが示された。高齢であったり、認知症をもっていたりする患者が理解できる情報量が少ないための調整（配慮）とも考えられるが、患者自身が今後の人生を検討するのに必要不可欠な支援についての支援を念頭においた診察が望まれる。また、看護師は医師に比して、行動の実施率が低い状態であ

った。これは診察が医師对患者、またはその家族といった状況となりやすい場面性質が反映されていると考えられる。たとえば入院時や退院支援時であれば、また異なった結果が得られる可能性が考えられる。つぎに、聞き取りの結果、このような診察場面観察では行動の意図性についての検討は難しいことが指摘された。しかしながら、熟練した医療者らのもつ意思決定支援ノウハウは、その意図性の有無にかかわらず、その他の医療者にも共有される意義は高く、患者にとってのベストチョイスが可能となるような関わりのあり方について詳細検討を行う必要がある。

#### 高齢者のがん治療に関連する診療ガイドラインの検討

欧米の老年腫瘍学のガイドラインでは日常診療でGAを実施することが求めているが、日本のがん医療現場では、老年腫瘍学に詳しい医療者がいない、臨床腫瘍学を相談できるような医療者（老年科医など）がいない、日常診療が多忙であり研究活動にそれほど時間がとれない、高齢者機能評価を実施する人的余力がない、どのGAツールを使用して良いか分からない、などの問題から、ほとんどGAは実施できていない。今回、日常診療で使用する際に推奨される高齢者機能評価について、エキスパートのコンセンサスを策定したものの、他の阻害因子があることから、今回の結果だけで日常診療でGAが実施されるとは限らない。しかし、本研究により、ひとつのハードルが取り除かれた。

#### 療養生活に関する簡便な意思決定支援プログラムの開発

本検討では、現場のニーズにあわせて、上記プロセスをガイドするための手引きを開発した。今回、基本的なツールが作成されたことで、がん領域のみならず、他の領域においても応用することが期待できる。

## E. 結論

高齢がん患者の意思決定支援の現状を質的量的に検討し、その結果から、わが国の意思

決定支援の質の向上に資する支援技術の開発を行った。その結果、わが国のがん治療の中核をなくがん診療連携拠点病院において、高齢者においてもがん治療は実施されていること、高齢者の場合 10%以上に ADL の低下が併存しつつ治療を行っていること、治療後の ADL 低下や予期しない再入院が比較的高い割合で生じている実態が明らかとなった。これは、治療開始前の時点で、治療後の経過について予め十分に検討し、本人の価値観に沿う治療であることをより丁寧に確認する必要があることを示している。

加えて、高齢がん患者の意思決定支援の困難さに関しても質的・量的に検討し、治療や疾患についての情報提供や理解度の確認は比較的行われているのに対して、今後の見通しの説明や治療方針決定への参加を促すと言った長期的な視点での支援が薄いことが明らかとなった。従来より、意思決定支援の課題は指摘されていたが、その困難の構成要素を検討し、意思決定支援のプロセスと組み合わせで解析を行ったのは初めてである。

上記の検討をふまえ、がん診療連携拠点病院での意思決定支援の質の向上を目的に、意思決定支援の手引きを開発し、あわせて支援プログラムの実施可能性を検討した。プログラムの時間的制限はあるものの、満足度は高く、実施可能性は示された。今後、本手引きならびに支援プログラムの有効性を検討する予定である。

## 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（英語論文）

1. Okuyama T, Yoshiuchi K, Ogawa A, Iwase S, Yokomichi N, Sakashita A, Tagami K, Uemura K, Nakahara R, Akechi T. Current Pharmacotherapy Does Not Improve Severity of Hypoactive Delirium in Patients with Advanced Cancer: Pharmacological Audit Study of Safety and Efficacy in Real World (Phase-R). *The Oncologist*. 2019. 24:e574-e582
2. Kaibori M, Nagashima F, Ogawa A, et al. Resection versus radiofrequency

ablation for hepatocellular carcinoma in elderly patients in a Japanese nationwide cohort. *Annals of Surgery*. 2019:in press.

3. Shibayama O, Yoshiuchi K, Inagaki M, Matsuoka Y, Yoshikawa E, Sugawara Y, et al. Long-term influence of adjuvant breast radiotherapy on cognitive function in breast cancer patients treated with conservation therapy. *Int J Clin Oncol*. 2019;24(1):68-77.
4. Mori M, Shimizu C, Ogawa A, Okusaka T, Yoshida S, Morita T. What determines the timing of discussions on forgoing anticancer treatment? A national survey of medical oncologists. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(4):1375-82.
5. Mizutani T, Nakamura K, Fukuda H, Ogawa A, Hamaguchi T, Nagashima F. Geriatric Research Policy: Japan Clinical Oncology Group (JCOG) policy. *Japanese journal of clinical oncology*. 2019;49(10):901-10.
6. Hirooka K, Fukahori H, Taku K, Izawa S, Ogawa A. Posttraumatic growth in bereaved family members of patients with cancer: a qualitative analysis. *Supportive Care in Cancer*. 2019;27(4):1417-24.
7. Nakanishi M, Ogawa A, et al. Availability of home palliative care services and dying at home in conditions needing palliative care: A population-based death certificate study. *Palliative Medicine*. 2019.inpress.
8. Matsuda Y, Maeda I, Morita T, Yamauchi T, Sakashita A, Watanabe H, Ogawa A, et al. Reversibility of delirium in III-hospitalized cancer patients: Does underlying etiology matter? *Cancer Medicine*. 2020;9(1):19-26.
9. Kitamura H, Nagashima F, Andou M, Furuse J. Feasibility of Continuous Geriatric Assessments as a Prognostic Indicator in Elderly People with Gastrointestinal Cancer. *Intern Med*.

- 2019 Sep 3. doi: 10.2169/internalmedicine.2856-19. [Epub ahead of print]
10. Kaibori M, Yoshii K, Yokota I, Hasegawa K, Nagashima F, Kubo S, Kon M, Izumi N, Kadoya M, Kudo M, Kumada T, Sakamoto M, Nakashima O, Matsuyama Y, Takayama T, Kokudo N. Impact of Advanced Age on Survival in Patients Undergoing Resection of Hepatocellular Carcinoma: Report of a Japanese Nationwide Survey. Liver Cancer Study Group of Japan. Ann Surg. 2019 Apr;269(4):692-699
  11. Hirai K, Ohtake F, Kudo T, Ito T, Sasaki S, Yamazaki G, Eguchi Y. (2020) Effect of different types of messages on readiness to indicate willingness to register for organ donation during driver's license renewal in Japan, Transplantation. DOI: 10.1097/TP.0000000000003181.
  11. 小川朝生. 知っておきたい非がん患者の緩和ケア第6回認知症. 月刊 薬事. 2020;62(4):93-102.
  12. 小川朝生. 適切なアセスメントとケアで予防できる 医療者が知っておくべきせん妄への対応. 病院安全教育. 2020;7(4):59-62.
  13. 小川朝生. 患者支援で知っておきたい眠りの話. ホスピスケア. 2019;30(2):36-66.
  14. 長島文夫, 公益社団法人日本臨床腫瘍学会編 高齢者のがん薬物療法ガイドライン 南江堂 2019.
  15. 平井啓: 行動経済学の医療安全への応用 (第1回)患者と医療者は見ている景色が違う. Risk Management Times, 55:6, 2019.
  16. 平井 啓: 医療へ貢献する心理学教育・研究の考え方. 学術の動向, 24(5):52-57, 2019.
  17. 水谷友紀. 外科治療における高齢者と老年者の違い. 外科. 82 巻 3 号: 202-207, 2020.

#### 論文発表 (日本語論文)

1. 小川朝生. 弁護士側証人が考える乳腺外科医裁判とせん妄. 診療研究. 2019;549:19-26.
2. 小川朝生. 抗うつ薬・抗精神病薬. 薬局. 2019;70(6):67-72.
3. 小川朝生. 精神症状を有する患者. 臨床泌尿器科増刊号 泌尿器科 周術期パーフェクト管理. 2019;73(4):298-9.
4. 小川朝生. いまはこうする! 急性期・一般病院の認知症対応 特集にあたって. 月刊薬事. 2019;61(3):25.
5. 小川朝生. Patient Reported Outcomeの臨床現場での取り組み. MONTHLY ミクス 2019;47(2):54-6.
6. 小川朝生. 認知症対応の現状. 月刊薬事. 2019;61(3):27-32.
7. 岩田有正, 小川朝生. 頭頸部癌患者における認知症ケア. ENTONI. 2019;233(1346-2067):75-82.
8. 小川朝生. 高齢者のがんと精神科急性期医療. 精神医学. 2019;61(9):1049-56.
9. 小川朝生. まなざしを知ること、生を学ぶこと. 明日への希望をつなぐがん治療情報. 2019;3:26.
10. 小川朝生. 精神科医と心理士の違い. 緩和ケア. 2020;30(2):102-8.

#### 学会発表

1. 菅野雄介, 榎戸正則, 岩田有正, 桑原芳子, 前川智子, 田中久美, 木野美和子, 内村泰子, 小川朝生, 認知症機能が低下した高齢がん患者の看護ケアに対する知識・自信尺度の開発と妥当性の検証. 第24回日本緩和医療学会学術大会(ポスター); 2019/6/21; パシフィコ横浜.
2. 小川朝生, 予防方略の実効性を高める発症予測: せん妄のリスク因子から. 第115回日本精神神経学会学術総会(シンポジウム); 2019/6/22; 新潟市.
3. 小川朝生, がんにおける意思決定支援. 第115回日本精神神経学会学術総会(シンポジウム); 2019/6/20; 新潟市.
4. 小川朝生, コンサルテーション活動を振り返る. 第24回日本緩和医療学会学術大会(シンポジウム); 2019/6/21; パシフィコ横浜.
5. 小川朝生, サイコオンコロジー、アドバンス・ケア・プランニング. 第17回日本臨床腫瘍学会学術集会(教育講演); 2019/7/18; 国立京都国際会館.
6. 榎戸正則, 近藤享子, 武井宣之, 藤澤大介, 小川朝生, 新たに進行肺がんと診断された高齢がん患者の治療同意能力及びそ

- の関連因子の評価。第 24 回日本緩和医療学会学術大会(ポスター); 2019/6/21; パシフィコ横浜。
7. 關本翌子、小川朝生、前川智子、小林直子、葉清隆、武藤正美、坂本はと恵、遠矢和希、がん専門病院における倫理コンサルテーションチームの立ち上げ。日本臨床倫理学会第 7 回年次大会(ポスター); 2019/3/30,31; 東京都医師会館(東京都千代田区)。
  8. 菅澤勝幸、白石あかり、國岡りんご、北澤和香奈、前川智子、小林直子、關本翌子、中島裕理、塚田祐一郎、小川朝生、坂本はと恵、遠矢和希、倫理コンサルテーションチームと協働の示唆。日本臨床倫理学会第 7 回年次大会(ポスター); 2019/3/30,31; 東京都医師会館(東京都千代田区)。
  9. 松田能宣、前田一石、森田達也、所昭宏、岩瀬哲、小川朝生、吉内一浩せん妄に対して薬物治療を受けたがん患者における主治医の予後予測とせん妄改善との関連の検討: Phase-R せん妄研究副次解析。第 32 回日本サイコオンコロジー学会総会(ポスター); 2019/10/11; タワーホール船堀(江戸川区)。
  10. 小川朝生、65 歳以上が 3000 万人を超える超高齢社会でがん患者にどのように対応すべきか?。第 30 回日本医学会総会 2019 中部(口演); 2019/4/29; 名古屋国際会議場。
  11. 小川朝生、意思決定能力評価 最近の流れ。第 32 回日本サイコオンコロジー学会総会(シンポジウム); 2019/10/11; タワーホール船堀(江戸川区)。
  12. 小川朝生、認知症の人の症状マネジメントと意思決定支援。第 43 回日本死の臨床研究会年次大会(シンポジウム); 2019/11/3; 神戸国際展示場。
  13. 奥山徹、吉内一浩、小川朝生、岩瀬哲、横道直佑、坂下明大、田上恵太、上村恵一、中原理佳、明智龍男、日常臨床で行われている進行がん患者の低活動型せん妄に対する薬物療法は有用でない。第 32 回日本サイコオンコロジー学会総会(ポスター); 2019/10/11; タワーホール船堀(江戸川区)。
  14. 長島文夫、高齢者における癌治療について(本邦における老年腫瘍学), 第 107 回日本泌尿器科学会総会, 2019 年 4 月 18 日, 名古屋。
  15. 長島文夫, 岡野尚弘, 河合桐男, 前園知宏, 西岡真理子, 杉浦ちとせ, 小林敬明, 水谷友紀, 古瀬純司, 日本における老年腫瘍学の現状, 第 57 回日本癌治療学会学術集会, 2019 年 10 月 24 日, 福岡。
  16. Matsuoka A, Tsubata Y, Mizutani T, Takahashi M, Shimodaira H, Hamamoto Y, Nagashima F, Ando Y, Development and Distribution of the Japanese Edition of SIOG Educational Materials, 19th Conference of the international Society of Geriatric Oncology (SIOG 2019), 14-16 Nov 2019, GENEVA Switzerland .
  17. 長島文夫, 高齢がん患者の治療選択について考える, 教育講演 2, 第 34 回日本がん看護学会学術集会, 2020 年 2 月 22 日, 東京。
  18. 海堀昌樹, 他, 多発肝細胞癌に対する肝切除の多施設共同研究(長期予後が期待できる新たな切除基準) 第 119 回日本外科学会定期学術集会(2019 年 4 月 18 日 大阪)
  19. 海堀昌樹. 障害肝併存肝癌切除術における周術期運動能力の維持による長期生存への影響. 第 55 回日本肝臓学会総会(2019 年 5 月 30 日 東京)
  20. Masaki Kaibori, et al. Comparison of anatomic and non-anatomic hepatic resection for hepatocellular carcinoma. 第 31 回日本肝胆膵外科学会学術集会 2019 年 6 月 13 日 香川)
  21. Dong-Sik Kim, Masaki Kaibori, et al. Surgical Outcomes of Hepatocellular Carcinoma with Bile Duct Trombus: A Korea-Japan Multicenter Study. 第 31 回日本肝胆膵外科学会学術集会 (2019 年 6 月 13 日 香川県)
  22. Takeo Nomi, Masaki Kaibori, et al. Laparoscopic versus open liver resection for hepatocellular carcinoma in elderly patients: A multi-center propensity score-based analysis. 第 31 回日本肝胆膵外科学会学術集会 (2019 年 6 月 13 日 香川県)
  23. Hiroya Iida, Masaki Kaibori. New Criteria of hepatotomy for multiple hepatocellular carcinoma to be expected for long-term survival.

- Multicenter collaborative research.  
第 31 回日本肝胆膵外科学会学術集会  
(2019 年 6 月 13 日 香川県)
24. Hideyuki Matsushima, Masaki Kaibori. Risk factors for abdominal drainage requirement after liver resection. 第 31 回日本肝胆膵外科学会学術集会 (2019 年 6 月 13 日 香川)
25. 海堀昌樹、他 肝悪性腫瘍を有する高齢者に対する肝切除にフレイルが及ぼす影響に関する多施設共同研究. 第 55 回日本肝癌研究会 (2019 年 7 月 4 日 東京)
26. 海堀昌樹. 高齢者肝細胞癌に対する肝切除後感染性合併症に関する検討. 第 32 回日本外科感染症総会学術集会 (2019 年 11 月 30 日 横浜)
27. 水野 篤, 平井啓, 佐々木周作, 大竹文雄: 乳がん検診受診行動におけるフレミング効果の検討-インターネットランダム化比較試験の結果の考察. 行動経済学第 13 回大会, 2019.11.9 愛知
28. 大塚 侑希, 平井啓, 福森 崇貴, 八木麻美, 上田豊, 大竹文雄: 若年女性における子宮頸がん検診受診の関連要因に関する検討. 第 32 回日本サイコオンコロジー学会総会, 2019.10.11 東京
29. 平井啓, 足立浩祥, 原田恵理, 藤野遼平, 小林清香, 谷向仁, 立石清一郎: 両立支援において復職後のパフォーマンスに影響を与える要因について~抑うつ状態並びに脳疲労状態の観点から~. 第 26 回日本行動医学会学術総会, 2019.12.7 東京
30. 小林清香, 平井啓, 谷向仁, 小川朝生, 原田恵理, 藤野遼平, 立石清一郎, 足立浩祥: 身体疾患患者の復職における適応状態の特徴に関する研究: 脳疲労状態は身体疾患に伴う休職後の職場適応と関連する身体疾患治療からの復職後に生じる職場不適応に関する研究. 第 32 回総合病院精神医学会, 2019.11.15 岡山
31. 平井啓: 医療現場の意思決定はなぜ不合理になるのか: 行動経済学から意思決定支援を考える. 第 43 回日本臨床研究会年次大会, 2019.11.4 兵庫
32. 平井啓: 医療現場の行動経済学: 患者と医療者のすれ違いのサイエンス. 日本医療・病院管理学会. 日本医療・病院管理学会 (日本医学会分科会), 2019.11.3 新潟
33. 平井啓: 行動経済学の観点からみた意思決定支援. 日本循環器看護学会, 2019.11.3 東京
34. 平井啓: がん医療における行動経済学的意思決定支援の方法. NPO 婦人科腫瘍の緩和医療を考える会第 8 回総会・学術集会, 2019.10.12 兵庫
35. 平井啓: 急性・慢性心不全診療における意思決定と行動変容-行動経済学的アプローチの可能性-. 第 23 回日本心不全学会学術集会, 2019.10.5 広島
36. 平井啓, 原田恵理, 藤野遼平, 足立浩祥: 高ストレス状態の測定ツールとしての認知機能アセスメント尺度の開発. 日本心理学会第 83 回大会, 2019.9.13 大阪
37. 山村麻予・平井啓・村中直人・上木誠吾・原田恵理・藤野遼平: 成人期における生活・業務の認知行動特性尺度の開発, 日本発達心理学会第 31 回大会, 2020.3.2.大阪
38. 渡邊眞理, 長野県がん診療連携拠点病院情報連携部会 長野市在宅医療・介護連携支援センター 他職種連携推進講座「高齢がん患者の意思決定支援から意思決定支援のポイントを学ぼう」, 2019 年 11 月 9 日, 長野市.
39. 渡邊眞理, 第 15 回看護職のための神奈川緩和ケア研究会「高齢がん患者の意思決定支援『はじめの一歩』」, 2019 年 12 月 21 日, 横浜市.
40. 渡邊眞理, 第 34 回日本がん看護学会学術集会 交流集会「今からやってみよう高齢がん患者さんの意思決定支援」, 2020 年 2 月 23 日, 東京. (COVID-19 にて中止).
41. 稲葉一人. ガイドライン上の枠組みの検討-意思決定ガイドラインの構造化. 日本臨床倫理学会「透析シンポジウム」. 東京 (順天堂大学) 2019 年 5 月 18 日

## H. 知的財産権の出願・登録状況

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。

