

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
分担研究報告書

日常診療で使用する際に推奨される高齢者機能評価に関する研究

研究分担者 水谷 友紀 杏林大学医学部 総合医療学/腫瘍内科学 講師

研究要旨 欧米の老年腫瘍学ガイドラインでは、高齢がん患者を診療する際に高齢者機能評価（Geriatric Assessment：GA）を実施することが推奨されている。しかし、GA ツールは多種多様であり、どの GA ツールが日本で正しく利用できるのかは知られていない。このため、日常診療で使用する際に推奨される GA ツールを策定することを目的として本研究を実施した。RAND バージョンの Nominal Group Technique（NGT）に準じて推奨策定を行った。結果、日常診療で GA を実施していない日本のがん医療現場において、最低限、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、を評価することを推奨することとした。本推奨を一般化するためには、今後は専門家の職種や人数を増やし、より適切な手法で推奨 GA ツールを策定することが必要である。

A．研究目的

高齢者機能評価（geriatric assessment：GA）は、患者が有する身体的・精神的・社会的な機能を多角的に評価する手法である。具体的な評価項目（ドメイン）としては、身体機能、併存症、薬剤、栄養、認知機能、気分、社会支援、年齢、老年症候群（転倒、せん妄、失禁、骨粗鬆症など）などが挙げられる。

欧米の老年腫瘍学ガイドラインでは、高齢がん患者を診療する際に高齢者機能評価（Geriatric Assessment：GA）を実施することが推奨されている。しかし、GA ツールは多種多様であり、どの GA ツールが日本で正しく利用できるのかは知られていない。このため、日常診療で GA を実施したいと思っても、どの GA ツールを使用して良いか分からないため GA を実施しない、ということが

以上より、日常診療で使用する際に推奨される GA ツールを策定することを目的として、本研究を実施した。

B．研究方法

GA の専門家として、老年腫瘍学のオピニオンリーダーである腫瘍内科医 2 人（松岡歩（名古屋大学医学部）、高橋昌宏（東北大学医学部））、老年科医 2 人（山本寛（東京都健康長寿医療センター）、西嶋智洋（九州がんセンター））、精神腫瘍科（小川朝生（国立がん研究

センター東病院））、理学療法士 1 人（原田剛志（国立がん研究センター東病院））とした。また、ファシリテーターとして研究分担者（水谷友紀（杏林大学医学部））が担当した。

RAND バージョンの Nominal Group Technique（NGT）に準じて推奨策定を行う。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。

（倫理面への配慮）

本試験は患者を対象とした研究ではな

いため、「臨床研究法」や「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」の適用範囲外である。

C. 研究結果

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。

1. 生活機能：「OARS-ADL および OARS-IADL」
2. 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）
3. 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）」
4. 「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）」
5. 認知：「Mini-Cog」
6. 気分：「推奨なし（「PHQ-9」または「GDS-15」を勧める）」
7. 社会：「独居および介護者の有無」
8. 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）」
9. スクリーニングツール：「G8」
10. その他：「CARG スコア」
11. 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

D. 考察

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と確信している。

今回、日常診療で最低限実施すべき GA ツールの組み合わせは、G8（スクリーニングツール）、詳細な病歴聴取（併存症）、「処方薬数または処方薬リスト」、独居の有無に決まった。議論当初では、スクリーニングツールである G8 のみを推奨すれば良いといった傾向があったものの、一人の専門家から、G8 のみを推奨した場合、病歴聴取などは推奨しないように理解されてしまう可能性があるとの意見がでたため、日常診療で一般的に収集されているであろう情報も含めて推奨 GA ツールとした。このため、各医療機関で詳細な病歴聴取（併存症）、「処方薬数または処方薬リスト」、独居の有無などを標準的に収集している場合は、G8 を追加で実施すれば良いという推奨となった。

推奨 GA ツールはおおむね決まったものの、いくつかの領域では「推奨なし」となった。これは、多くの GA ツールからひとつの推奨を選択するという研究に対しては、本研究で用いた RAND バージョンの NGT が適切でなかった可能性がある。公式な合意形成法にとらわれず、議論をさらに重ねることで 1 つの推奨ツールを決定することができた可能性はある。

本推奨を一般化するためには、今後は専門家の職種や人数を増やし、より適切な手法で推奨 GA ツールを策定することが必要である。とはいえ、現時点では、妥当な推奨が提案できたと考える。

E. 結論

日常診療で GA を実施していない日本のがん医療現場において、最低限、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、を評価することを推奨する。

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. Mizutani T, Nakamura K, Fukuda H, Ogawa A, Hamaguchi T, Nagashima F; Geriatric Study Committee/Japan Clinical Oncology Group. Geriatric Research Policy: Japan Clinical Oncology Group (JCOG) policy. Jpn J Clin Oncol. 2019 Oct 1;49(10):901-910.

論文発表（日本語論文）

1. 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.

学会発表

1. 未定

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

