

## 地域がん診療連携拠点病院

## 「高齢者がん診療ガイドライン」研修会

～高齢者機能評価の実践に向けた研修を中心に～

(高齢者のがんを考える会議 8)

がんは高齢者の慢性疾患になって久しく、がん医療の進歩により治療効果が向上する一方で、がんを患いながらほかの併存疾患の治療を受けたり、加齢に伴う心身の機能低下のもとでがんの治療を継続したりすることも多くなってきています。質の高いがん医療やケアを高齢がん患者さんに届けていくためには、私たちはどんなことに取り組みればよいのでしょうか。このたび新たに作成された「高齢者がん診療ガイドライン」を踏まえ、高齢者のがん医療を多職種でどのように実践していくのか、ガイドラインの背景や高齢者機能評価（GA：geriatric assessment）を学ぶ、高齢者のがん医療やケアの実践に向けた研修会を開催します。

ぜひご参加いただき、ご意見ご提案をお寄せください。

開催日

2023年

3月4日

10:00～12:00

オンライン開催

Zoomウェビナーを使用します

## PROGRAM

全体司会：渡邊 清高（帝京大学医学部内科学 腫瘍内科）

## 開会あいさつ

佐伯 俊昭（埼玉医科大学国際医療センター 病院長）

## 第1部 研修会の背景と目的

渡邊 清高（帝京大学医学部内科学 腫瘍内科）

## 第2部 基調講演

## ① 高齢者がん診療ガイドラインの紹介と解説

CQ1：高齢がん患者における高齢者機能評価（GA もしくは CGA）  
二宮 貴一郎（岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター）

## ② 質の高い高齢者のがん医療の普及に向けて

津端 由佳里（島根大学医学部内科学 呼吸器・臨床腫瘍学）

## ③ 高齢者のがんガイドラインへの期待

桜井 なおみ（キャンサー・ソリューションズ株式会社）

## 第3部 ディスカッション

司会：田村 和夫（高齢者がん医療協議会）、渡邊 清高

パネリスト：二宮 貴一郎、津端 由佳里、桜井 なおみ

指定発言

CQ2-4：高齢がん患者におけるリハビリテーション治療  
辻 哲也（慶應義塾大学医学部リハビリテーション医学教室）CQ5：高齢がん患者における栄養療法およびサルコペニア対策  
内藤 立暁（静岡県立静岡がんセンター呼吸器内科）

## まとめ・開会あいさつ

石黒 洋（埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科）

## この研修会の目的

がんを患う高齢者に質の高い医療とケアを提供するために高齢者がん診療ガイドラインを活用し、高齢者機能評価を実践できること

## この研修会の到達目標

- ① 高齢者のがん医療の実践に必要な要素を説明できる
- ② 高齢者機能評価を医療やケアの場で活用するための取り組みを提案できる
- ③ がんを患う高齢者の支援に向けた多職種チーム医療の意義を説明できる

## 申込方法

## 【事前申し込みが必要】

ウェブフォームにてお申し込みください

[https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN\\_RTdipmG0QFi\\_8SzXvAxW9g](https://us02web.zoom.us/webinar/register/WN_RTdipmG0QFi_8SzXvAxW9g)

2月25日までに名前、所属、メールアドレスを登録ください。  
二次元バーコードからスマートフォンで申込みいただけます。



## 【参加費】無料

【対象】医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション職、栄養士、心理師などの医療従事者、介護・福祉職の方、高齢者のがん医療に関心のある方

ご参加の皆様へ

## 【Zoom（オンライン会議システム）の使用】

受講に際しての情報端末（パソコン等）ならびに通信手段は各自でご準備ください。  
通信環境の不具合（受講者側・講師側）で視聴できない事象が発生しても一切の責任を負いかねます。

## 【アンケート調査のお願い】

研修前と終了後に簡単なアンケートにご協力をお願いします。

主催：厚生労働科学研究 がん対策推進総合研究事業  
「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」（研究代表 佐伯 俊昭）  
共催：高齢者がん医療協議会（議長 田村 和夫）  
がん患者のための多職種チームケアと地域医療連携を推進するプロジェクト（リーダー 渡邊 清高）  
後援：日本がんサポーターケア学会

お問い合わせ：  
「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」福岡事務局  
担当：安部・生駒（nikoma@fukuoka-u.ac.jp）

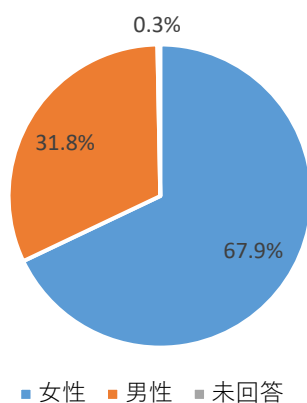
- タ イ ト ル : 地域がん診療連携拠点病院  
「高齢者がん診療ガイドライン」研修会  
～高齢者機能評価の実践に向けた研修を中心に～  
(高齢者のがんを考える会議 8)

## アンケート【開催後】

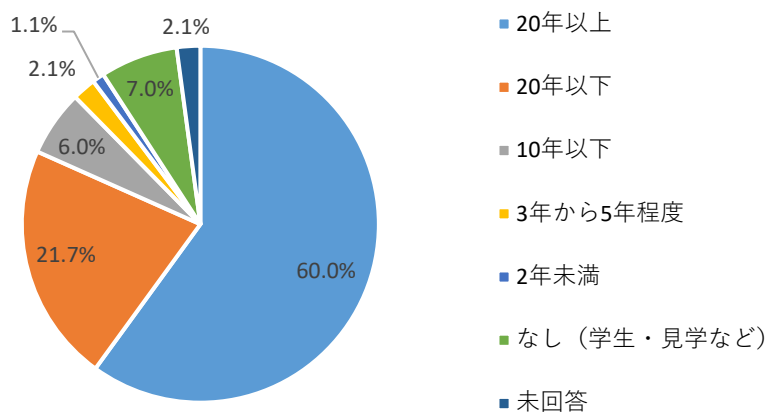
- 日 時 : 2023年3月4日(土)10:00～12:00
- 会 場 : オンライン開催(Zoomウェビナー、YouTubeを使用)
- 対 象 : 医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション職、栄養士、心理師などの医療従事者、介護・福祉職の方、高齢者のがん医療に関心のある方
- 参 加 費 : 無料
- 参加者数(講師含) : 1,351名(Zoomウェビナー571名、YouTube780名)(最多)
- アンケート回収数 : 655件

- 主 催 : 厚生労働科学研究 がん対策推進総合研究事業「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」(研究代表 佐伯 俊昭)
- 共 催 : 高齢者がん医療協議会(議長 田村 和夫)  
がん患者のための多職種チームケアと地域医療連携を推進するプロジェクト(リーダー 渡邊 清高)
- 後 援 : 日本がんサポーターブケア学会

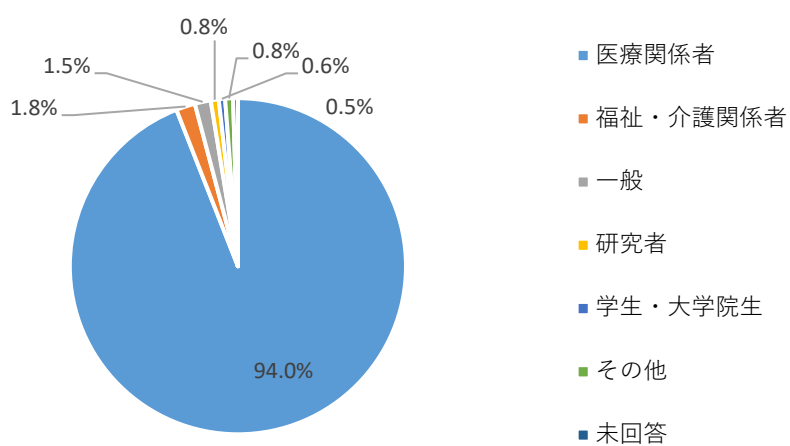
### 1. 性別を教えてください



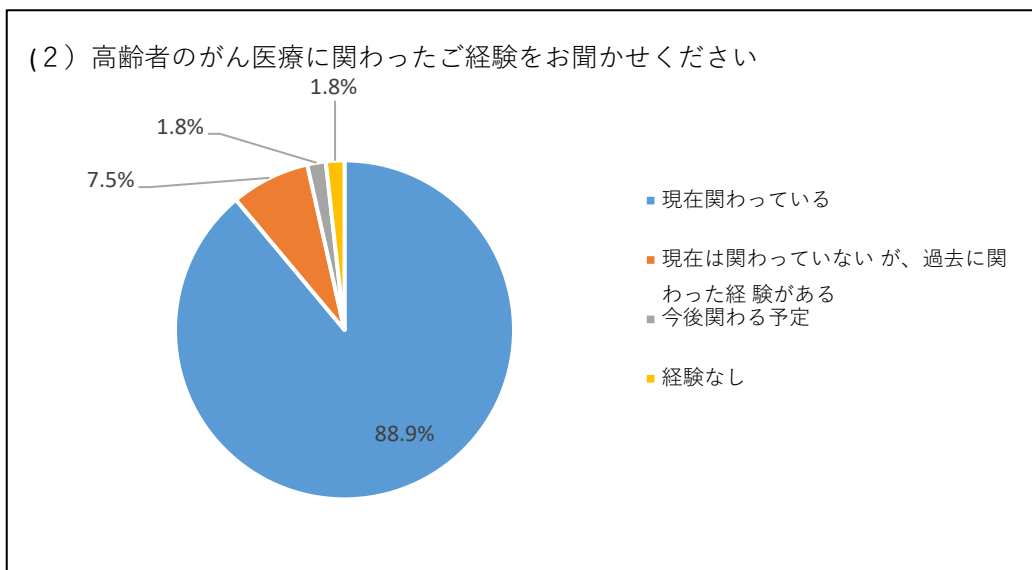
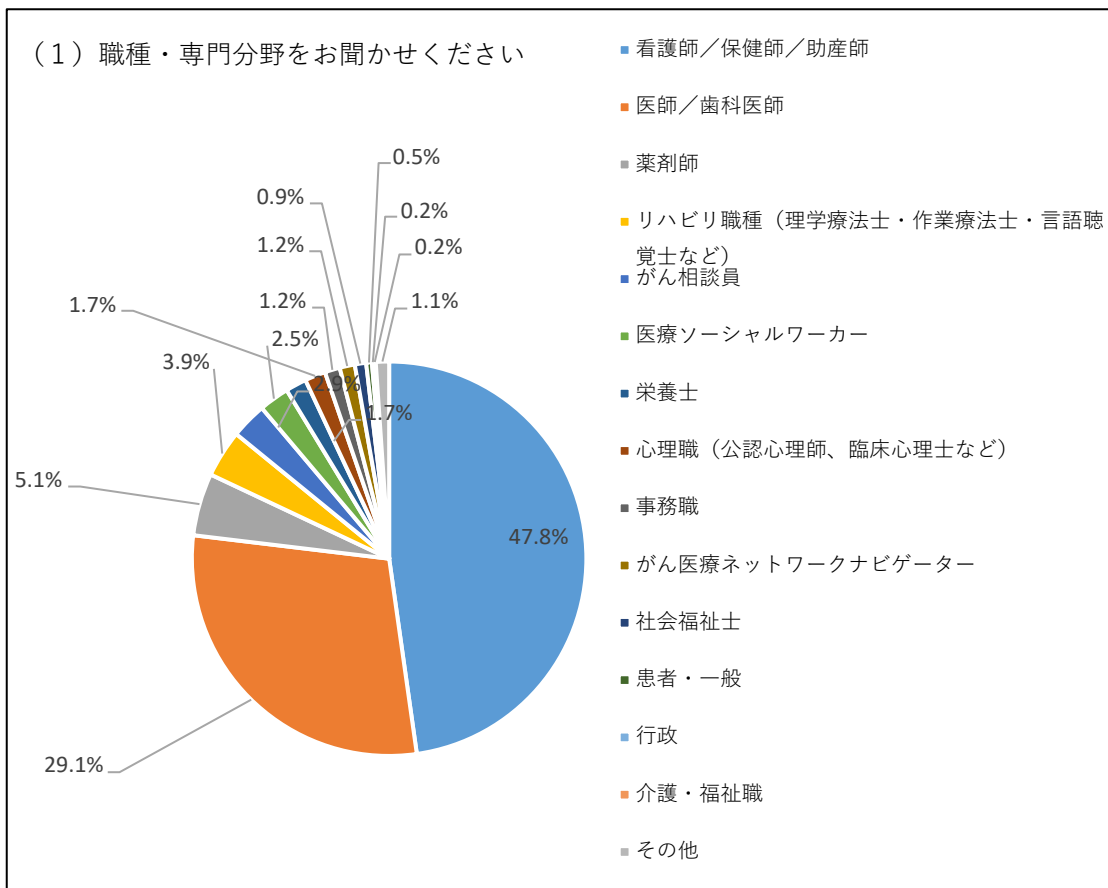
### 2. 診療経験をお選びください

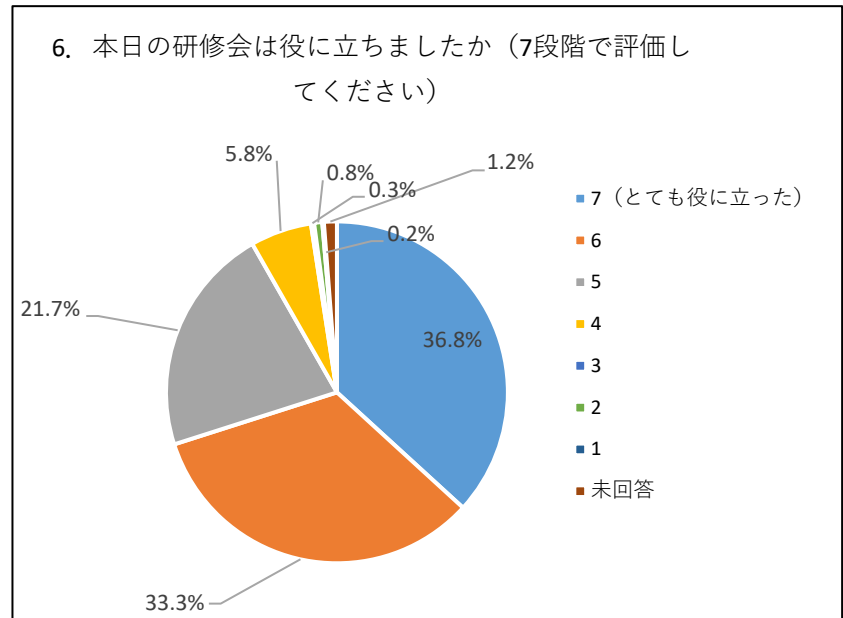
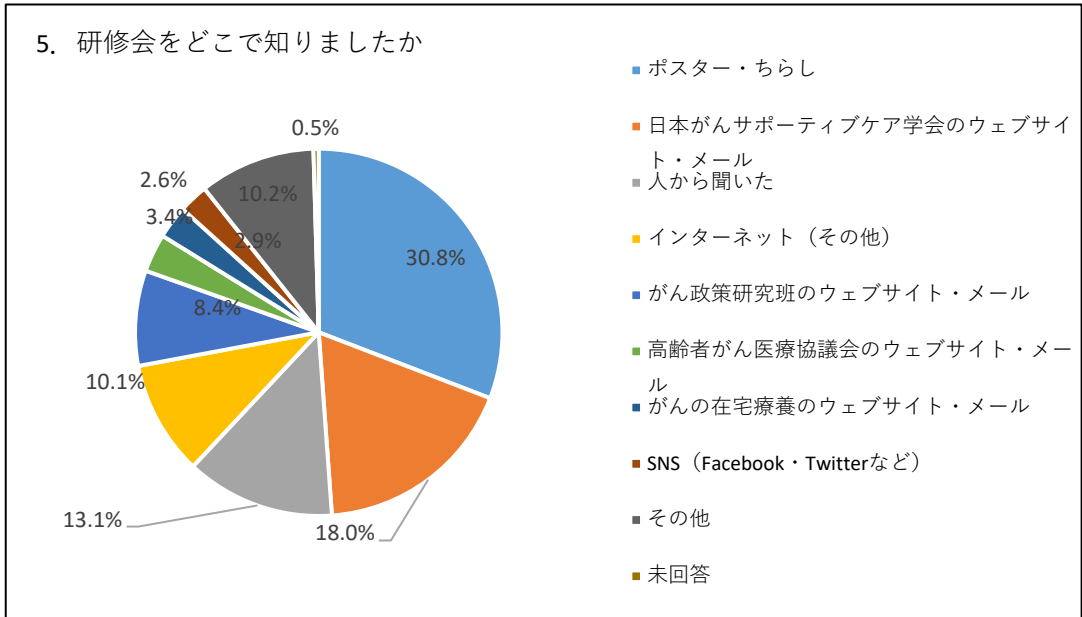


### 3. 職種をお聞かせください



4. 上記で医療関係者および福祉・介護関係者にチェックされた方にお尋ねします。





7. 研修会のご感想、ご意見をお書きください。（自由回答）

勉強になった、役に立った、参考になった …69件
今後の業務に活かしていきたい（導入に向けて取り組んでいきたい） …21件
高齢者機能評価の重要性（高齢者医療）がよく理解できた、理解が深まった …21件
必要性（重要性）を感じた …9件
わかりやすかった …7件
実際に導入するのは難しい …6件
実臨床でどう使ってゆくか、検討したい（試してみたい） …6件
エビデンスを確立するのは難しい（難しい現状を知った） …5件
今後も継続してもらいたい、また受講したい …5件
課題が明確になった …5件

今後も勉強していきたい、勉強の必要性を感じた …3件
具体例を知りたかった …3件
当たり前のように考えていても、当事者の方からすると、困難が多いと改めて思いました。
入院時にフレイルなどの機能評価は行っていますが、今後はG8、GAなどの評価を行い、多職種でしっかりと対策を立てケアを提供することが重要であると感じました。特に高齢者の意思決定支援においては、日々、難しさを感じており、意思決定能力の評価も今後は必要であると感じました。しかし、サポートする家族がいる方はいいのですが、高齢独居患者は今後ますます増加すると考えます。その場合の意思決定能力が乏しい患者に、看護師としてどのように介入していくかいつも悩んでいます。
当院では入院時にフレイルなどのアセスメントを行っていますが、栄養面などの評価項目はないため、G8やGAアセスメントは有要であると思いました。一部の診療科では、外来化学療法を行う患者を対象に行なっていますか、外科領域でも、それらのアセスメントツールを活用することにより、術後のプランがより個別性が高くできると思いました。
「高齢者」と年齢でひとくくりにはできないことを再確認しました。高齢者が7割を占める病院のため、CGAを入院時のみでなくもっと有効活用できるようにしていく必要性を感じました。ただ、現状は看護師の手間でもあり、患者ケアより評価書類優先になっては本末転倒とも思います。
現行の患者statusの評価では、高齢者において使える評価とは言えないことから、まず評価を行い共有していこうという考えを学べてよかったと思います。高齢者でなくても、さまざまな身体的な状況があると思います。現行の患者status評価への個別判断・配慮をどう組み合わせていくのが現場のお仕事になるのでしょうか。
外来治療に携わっています。高齢者の治療が増えていると感じています。どこで治療するか、入院なのか外来なのか。機能評価と関連して外来治療の基準もあればと思いました。
きちんと高齢者の機能評価を実施することで、その方に合わせたケア介入や、フレイルの予防など、生活の質を低下させない関わりを社会全体でつくる必要があると思う。
高齢者のがん医療においては、介護との連携が重要であることを学んだ。
評価ツールの基準(カットオフ値)が明確になればより良いかと感じました。
拠点病院の要件とガイドラインの意図と立ち位置がわかった様な気がします。いずれも具体的な活用はこれからで、拠点病院で試行錯誤しながらevidenceを構築して行くと理解しました。まずはG8から始めています。
G8を肺がん患者さんに実施始めています。しかし、G8だけでは意思決定支援の難しさもまた感じています。
ガイドラインやいくつかのツールの紹介をいただき、存在を知っていても現場で使い切れなかったり、実践に落とし込んでいく難しさも感じていました。使用できているものも含めて、また、見直し実践への活かし方を考えたいと思いました。
高齢のがん患者が増加している中、標準的な治療が受けられるということで、侵襲の高い手術療法や化学療法を受けられる患者様がいます。しかし、治療を受けることでADLが低下するなど予測できないため、治療を受けて公開される方が、当センターでも散見されます。本日の研修を聴講し、今後の対策を検討する必要があると感じました。

近年 患者様に対応するとき、気になっていてもなかなか対応実践できず業務に追われていました。本日のような活動が広まり自院での行動もしやすくなると思いますので少しでも検討していきたいと思っています。

医学の進歩によりがんになっても長く生きていくことができる時代になりました。次はC A Y A世代への支援と、今日の研修会のテーマでもありました高齢者がいかにがんと向き合って穏やかに生きていけるかが大きな課題であると感じました。

高齢者のがん治療で老老介護をされている高齢夫婦も多く、化学療法でのセルフケア向上への支援や緊急時連絡が不足していることでの状態悪化など、日々悩みながら携わっております。ツール評価については課題がありますが現場での実施がないと次に繋がらないと思いますので、積極的に使用を検討し、PDCAを繰り返していきたいと思いました。高齢者機能評価の実状がよく分かりました。

がん診療において治療は特に高齢者に侵襲性のとても強い医療行為になりましたので、身体的、心理的、社会的評価や治療の有効性-有害性の判断、不確実性など、患者とともに意思決定していく重要性と実践する難しさを再認識しました。

まさに現場での困りごとに対応して頂いた研修会でした。

具体的な解説を頂きました。今後、評価後の介入に関するリコメンドツールをぜひ共有頂けるとありがたいと思いました。

高齢者機能評価は現在行っておらず、それぞれ関わっている職種の主観で介入の必要性を評価して関わっています。共通の評価ツールを使用する事で、患者に本当に必要な支援を考えていけると感じました。

高齢がん患者の治療において、高齢者総合評価・栄養評価がとても重要だと感じ、臨床疑問から臨床研究に発展させようと大学院に進みました。本研修に参加することで気持ちを新たにすることができ、研修会の内容を踏まえてもう一度論文を練り直そうと思います。ありがとうございました。

多忙な日常臨床の中で効率よく高齢患者のfrailtyを評価することの難しさを改めて感じました。

診療報酬の加算が広まることにつながると実感します。

今回の研修に参加させていただき、現在高齢者に対する抗がん剤開始時の意思決定支援にも関わっていますが、評価基準なども用いながら、ご本人・ご家族が納得できる方針を共に考えていけるようになりたいと思いました。

本人の意思決定を大事にしており、それに向けて評価もしっかりされていることを知れて良かった。それが診療報酬に反映されるともっと良いと思いました。

臨床で治療方針を決定する際などに倫理的にどうなんだろうともやもやする場面によく遭遇しますが、その時に考えていく際の指標となるものを教えて頂きました。ありがとうございました。

高齢者の機能について多角的に評価していくのは容易ではないと考える。立場上、告知などで初対面に対応する場面が多く、短時間の外来の中で考えていくことの困難さを感じるが、学習を深めていきたい。

高齢者の認知、理解、意思表示力に合わせた情報提供、意思決定支援が必要と感じています。そのためにも他職種で正しい評価を行う体制整備に取り組みたいと思いました。

がん相談員として、認知症の方（意思決定支援が困難な方）、身寄りのない方、家族関係のよくない方（価値観の相違等）など、日頃から支援の難しさを痛感しております。業務や活動を振り返りながら、拝聴し大変参考になりました。ありがとうございました。

評価表を用いて多職種と協働できることが必要と感じました。個人的には高齢者の意思決定支援についてが気になることです。

高齢者機能評価とがん診療、意思決定支援が密接に関連していることから、がん相談支援においても、機能評価を適切に行っていきたいと思いました。

もう少し意思決定に関わる情報が聞きたかったです。

本人主体を忘れないように心がけていきたい。

がん診療に関しては初心者ですので、的外れでしたらご容赦ください。当院は多くの高齢の方が「大きな病院では出来なかった」という状態で、化学療法を希望して来られます。出来なかった、には例えば遠方に通う体力が無い、独居で家族の協力が得られない、年齢的な適応がないと言われた、などさまざまな理由があるようです。このような患者さんに化学療法を行う際に、なるべく苦痛の無いように、かつ治療効果を出せるようにしたいと考えますが、わからないことが沢山あります。今回の研修会で、最前線で治療している先生方のお考えを聞くことができ大変勉強になりました。

GAがOS（全生存期間）に影響しないということに驚いた、事実を示すことは非常に大事なので世界のデータを知ることは有益でした。

大変有用な論点の提示とディスカッションでした、ぜひこうした研修会が、全国あらゆる現場や地域で開催され、関係する方のつながりが強くなることを期待します。

情報の共有が大切だと思いました。

具体的に自施設でどのように実装していくかについてはまだ考えるのが難しいですが、新しい要件がどういう意図性のもとに成り立っているのか、また機能評価の大まかなアウトラインを知る事が出来たので、改めて院内の多職種で話し合っていきたいと思います。

ガイドラインをめぐりながら拝聴しました。日本人向けのGAが早く確立するとういなと思います。

「苦痛のスクリーニング」実施の上、高齢者機能評価実施の定着は困難かもしれない。しかし、緩和ケアチーム支援患者から実施していき、必要性の認識を高めていきたい。

ツールで評価するだけでなく、課題に対して多職種チームで介入することが大切だということが大事なことだと改めて理解できた。

現在病院によっては70歳を超えたら手術はしないなど規定して、元気な高齢者であっても治療をしないところもありますが、自施設は元気な高齢者、治療可能な方にはご本人やご家族と共に話し合いながら方針を決めています。ただ、来院時には難聴や認知症が疑われる方も多々含まれるため、大変日常診療には時間を要し、伝わるように配慮しています。スクリーニングなど実装の話が出ていましたが、1人の方に長時間かかるスクリーニングは現実的ではないと思います。現場が過密業務にならないような工夫をお願いしたいです。

スクリーニングツールについては、各施設の判断にゆだねられており、普及しづらい原因の一つになっていると思いますが、学会からの推奨があれば導入しやすいと感じました。モバイルでのスクリーニングにも期待したいと思います。



具体的な指標や方策としてはまだ弱いですが、どこに向かって進めばよいかという方向性については、しっかり見定めてくれていたと思います。

大病院の門前の調剤薬局にて勤務しています。がん治療を行っている高齢者患者もいらっしゃいます。高齢者の場合、患者自身の病気に対する認識・理解の差が大きく、それを支えるご家族などの周りの影響も大きく、精神面にも影響していると思っています。患者の基本的状態が複雑ゆえ機能評価が難しいですが、ムラのない評価ができれば、患者サイドの意識にも変化が出てくると思います。

高齢者のがん患者と関わることも多く、治療に伴うリスクとその方のQOLなどを考えると本当に治療することがベストなのか悩むこともあります。

外来化学療法を受ける患者さんと関わる部署に勤務しています。副作用マネジメントや在宅調整、意思決定支援の面など、さまざまな面で悩むことが多い状況です。今回の研修に参加させてもらい各御施設での取り組みや、先生方のディスカッションを聞き、当院でもできる取り組みを少しずつはじめて行きたいと思いました。GAで評価してどのようにそこからサポート体制を広げるのか考えていきたいと思っています。ありがとうございました。

高齢者がん患者さん機能評価をどのように行っていけばよいか、実際におこなっている病院があることを知ることができました。評価をもとに病院と在宅で連携し、患者さんや家族が治療や生活の意思決定ができるようにしていきたいと考えました。在宅リハビリスタッフが職場にいるのでこういった評価を病院と連携しているか聞いてみたいと思いました。

在宅医療に従事しているが、地域のがん診療拠点病院からの患者さんの紹介時にはGA等の観点からの共有はこれまでほとんどなかった。しかし、当院では現在もリハビリや栄養の点から介入を試みている。

栄養士として、エビデンスを発信していけるよう努力しなければと思いました。

患者に関わるメンバー全員が情報を共有し支援に関われる事が重要だと思います。話し合う機会を設ける事が難しい中、統一したアイテム、シートで評価していくことは、目的を統合させるためには良い方法かと思います。とても学びになりました 参加してよかった。

高齢者のがん治療の根拠が早く確立できるといい。

医療者、患者、研究者としての発表や意見交換を通じて、これからの高齢者のがん対策、支援が少しずつでも発展するのではないかと期待を持ちました。次世代のがん患者さん達に間に合うように研究が進むことを祈ります。

自分の職場で現段階でどこまで高齢者機能評価が行われているのか医師サイド、看護師サイドで実情を知り、少しでもより良い状況になれるよう自分自身もブラッシュアップしていきたいと思っています。

当院でも高齢者が、がん治療を多数行っています。そして実際に本人だけではなく家族を含めて治療を続けられるか、悩むこともあります。今回の研修で、治療前から評価を行い治療に取り組む必要性を再認識できました。

現在高齢者のがんリハビリで、回復が早い方は基礎運動の有無、栄養状態また他の疾患があるかないかでかなり左右されると感じています。今回の栄養の講義は今の現状を改善していけるといいなと思いました。

<p>高齢者診療ガイドラインの利用普及が問題で、大病院は診療報酬につながらないと広がらない。また、診療報酬が付いたとしても形骸化しやすい。そうすると、高齢者機能評価は看護師の新しい業務負担になるだけだと思う。大病院から地域の診療所に転職し、その辺りが医療者の意識の問題ではないかと思われ、そもそもの意識改革の教育の必要性を強く感じている。患者さんの苦しみの状態を私事として捉えられれば、より良い医療の提供を自ら探すわけで、その時に存在するガイドラインが上質なものに改編するのは非常にありがたい。</p>
<p>高齢者に対する高度な治療はどうあるべきか、解決に向けてCGAなどの取り組みがされている事がわかった。しかし、間に合うのか心配でもある。</p>
<p>厚生労働省のガイドライン作成メンバーの先生方の方針や桜井さんのご意見がとても参考になりました。</p>
<p>『高齢者がん診療ガイドライン』の内容を理解するきっかけとなりました。また、桜井先生のお話は、患者・家族の視点から語られる内容で、気づかされる思いで聴講することができました。ありがとうございました。</p>
<p>がん患者の中でも特に高齢者ではプラスの視点を持って関わる必要があるということを学びました。緩和ケアに携わっているのですが、桜井先生がおっしゃっていたように、手術・化学療法・放射線療法など実施している診療科とNST、認知症チーム、リハビリテーション部、緩和ケアチームなど個別に介入はしているけど、情報共有や介入の検討など連携が取れていない現状があると感じました。今後の介入の方向性を考えていく上でとても参考になりました。ありがとうございました。</p>
<p>理解が深まったことと、桜井さまのお話は特に、実感をもって聞くことができ、高齢患者さんやご家族へのケアに活かしていきたいと思います。</p>
<p>介護に関わっている方のプレゼンがとっても良かったです。がんに関わっている診療科は各先生方のおっしゃる通りにがん高齢者に対して診ていただいているように見受けられます。認知症も増えている高齢者の方々に対してのサポートを介護者だけでなく、医療に関わる関係者、地域の方々と共に関わっていければ、本人・家族が困らないようになるのではと思いました。また、このような研修を企画していただければ、とても参考になります。今回は、たまたま医療機関で勤務していて、ポスターで気づきましたが、介護現場にもこのような機会があれば、宣伝をしていただくようお願いします。</p>

8. 「高齢者機能評価の実践」に向けた ご提案をお書きください、今後の企画の参考にさせていただきます。（自由回答）

<p>具体的な取り組みの提示（他院での取り組み）と情報共有 …66件</p>
<p>診療報酬の改定 …19件</p>
<p>継続的な勉強会、研修会の実施 …18件</p>
<p>現場の負担増にならない仕組み、ツールの作成 …14件</p>
<p>啓発活動 …13件</p>
<p>多職種の連携 …13件</p>
<p>院内システムの整備、教育 …10件</p>
<p>実際の導入は難しい …8件</p>

臨床試験によるエビデンスの構築、データ集積 …7件
タブレットの活用、アプリの開発 …5件
多職種で記入する評価ツールの作成と情報共有 …3件
多職種連携のため院内外を問わず、インフォーマルサービスも活用しながら支援をされている機関などの情報があれば是非地域住民へも知っていただく機会をつくっていただきたいです。
評価、リハ、栄養療法など、多職種が関わって保険点数が取得できる包括的なシステムを構築いただきたい。
がんセンターの取り組みが実施可能性高く、実践的で参考になるかと思います。既存の問診票にさり気なく高齢者機能評価質問が入り込み、その後の多職種の有機的な支援につながっています。開発過程を尋ねるとよいかと思います。
現実には、意志の尊重と其々の価値観の擦り合わせから実行することになる。が、主治医の考え方や説明の仕方に左右される。また、医師への患者の信頼度は高く、パターンリズムの傾向ももやむ得ない。機能評価は、誰がどのタイミングで時間を取って行うのがベストか、結局形だけになってしまわないのか。
簡潔に評価できる評価表の開発・診療報酬がつくこと・拠点病院の要項に明確に実施することを明文化すること・評価及びケアについて専門的知識について研修修了者の認定や、資格制度
高齢患者の家族への支援。
桜井さんが仰った「歳をとるということに希望が感じられる社会」が来ることを望んでいます。私たち患者や家族にとってエビデンスが全てではありません。何を大切にし、何を選ぶか。歩くなどして、身体年齢を若く保つ努力も大切です。
津端先生が研究されたようなツールがあれば、診療補助者(医療クラーク)でも入力できるのではないかと感じました。看護師は生活の視点で機能評価するのですが、その方その方で生き方が大きく反映されると感じています。チェックリスト式な評価では時間短縮ができてよいのですが、身体的な評価に偏るかもしれないと思いました。
必要なガイドラインを示して欲しい。
周術期評価についてもっと詳しくデータを知りたいです。
栄養評価も絡めて他職種で実践できるとより良いと思います。
緩和ケア病棟でもがん拠点病院からの診療情報提供書、看護サマリーからの情報に高齢者機能評価に関する情報を読み取れるようにしたいと参加しました。今後連携する上で重要な視点が情報提供、連携されることを期待しています。
当院では緩和ケアチームで組織的にACPに取り組んでおり、病気の経過の中でGAも評価していけるのでは無いかと考えている。
G-8、できればCGA7での導入を検討したい。
個人差が大きい高齢者ではありますが、やはり機能評価としてやる方もやられる方も身構える傾向があるのではないかと思います。プライドが高く嫌がる方もおり、当たり前やるものであるという認識を広げるためには、診療プロトコルの中に組み込んでしまうのが良いのかなと考えました。

<p>看護師が行うのであれば、がん薬物療法、放射線治療前の外来で行うがん患者指導管理料イロで、STAT-JやDCSの評価は不要、および専任の要件が外れれば、可能となるのではないかと思います（がん相談支援センターの専従は算定できないため）。周術期前の入退院センターで、行っている施設もあると思います。</p>
<p>認知症の強い事例では、自己意志決定能力が極めて乏しい例では、家族による医療方針の決定が必要となり、その具体的な対応について次回にでも研修に加えていただきたい。</p>
<p>外来でのフォローアップについて、薬剤師の視点からどうすべきか、知りたい。</p>
<p>高齢者機能評価の実践に関して看護師の役割を考えるために研究を推進しています。しかし、特に多くの医師はPSなどの評価で問題ないという認識が強く、我々の説明では不十分で必要性が理解してもらえず大変困っております。この動画を長期的に一般に公開いただければ、今後の研究の推進に役立つと強く感じております。何卒御検討の程お願い申し上げます。</p>
<p>院内普及のための具体例を挙げたりハビリ含むADL維持のための治療と、がん治療の実践の各職種、チームを入れた合同カンファレンスの実践。</p>
<p>G8 をスクリーニングだけではなくGAとして活用できないか考えています。</p>
<p>現在G8しか使用できておらず、詳しい評価ツールの方法を具体的に知りたいです。</p>
<p>G8からでも始めていきたいと思います。評価した上での次のステップ、スコアリングしたものをどのように臨床に活かして行くか具体的なところを今後知りたいと思いました。</p>
<p>全国の地域がん診療拠点病院を対象として、幅広いがん種で高齢者機能評価スクリーニング(G8やiADL、mini-COGなど、JCOGのサイトで紹介されているようなもの) を実施、術後合併症、化療の完遂率などを前向きに集積する観察研究を企画されてはどうか？</p>
<p>がん診療において必要な高齢者の機能評価等について、今回のようにがん診療連携拠点病院の指定要件として取り入れても、現場では責任医師や診療に携わる医師が前向きに取り組まないことが多い。看護職だけでは院内の体制を変えられないことも多く、医師の理解を得るためにまず労力をはらわなければ進まない。このような研修は任意では参加しない医師が多いため、医師の必須研修として開催するなどの工夫が必要だと考えます。</p>
<p>電子カルテで、ある程度機会的に情報を集めるのも一つの方法と思った。患者さんとの対話の中で得た情報を多職種でいかに共有するかも重要と思った。</p>
<p>電子カルテの診察記事を記載する箇所に前もって定型の書式を作成、共有しておく。</p>
<p>やはりいつもそうですが、拠点要件になってからいろいろ施設により差が出たり、何をを使えばいいかというのが定まらずにいるというのが常です。研究で明るい方には判断もできるでしょうが、日々多忙な現場で実施するには、ツールの作成から教育とさまざまな支障が起こります。現場丸投げではなくどこでも活用できるようなツールの作成やIT活用まで提供いただけると嬉しいです。また入院評価が中心のように感じましたが、意思決定支援は実際に外来で起きています。現場はまったなしです。マンパワー不足の折、外来看護師配置に診療報酬改訂が急務と思います。</p>
<p>日本版意思決定を含めた機能評価を作成してほしい。</p>
<p>高齢者機能評価の際に、対象者が高齢者全員になるのか、年齢で限定されるのか。また失礼のない事前の説明や、質問の仕方が実施するにあたり、内容検討が必要と感じました。</p>
<p>ツールやアセスメントの具体的な方法を提示していただけると手間が省けていいです。</p>

<p>医師がこの評価の必要性と意義を理解しなければ現場では進まないように感じます。医師が関与できるような取り組みを検討してほしい。</p>
<p>リハビリスタッフがかなり充実してきており、入院後にはなるが、リハスタッフに詳細な評価を依頼するのが現実的かと考えています。また、入院前に、スクリーニングを入院センターで実施しておくのが良いように感じました。</p>
<p>GA結果やCGA経過を、病院間で共有するためのパスやフォーマットのようなものがあると良いと感じます。たとえば、A病院で化学療法導入が検討されていたなかイベントが起きB病院へ入院。GA、リハ実施のうえ自宅退院し、今後転医して化学療法検討、しかしPS：3など…情報共有できると良いと思う場面がたびたびあります。また、外来で運動や栄養など指導するためのパンフレット用紙を作成いただけると配布しやすいです。</p>
<p>入院時のアセスメント（褥瘡、転倒転落等）に組み込んで実施する。</p>
<p>治療選択時に評価を行い、不足が予測される場合はセルフケアへの支援体制を強化するために早めに在宅医療と連携をはかる。入院時のせん妄リスク評価のように年齢や治療内容で区切り実施していく。</p>
<p>外来化学療法前のスクリーニングや入院前面談でのスクリーニング等。</p>
<p>患者の状態に合わせたスクリーニングの活用。</p>
<p>つらさのスクリーニングと一緒にできたら良いと思いました。</p>
<p>急性期病院ですが、入院支援での介入は可能かと考えます。</p>
<p>入退院支援の一環で65歳以上はCGA7を評価している。そこからスクリーニングをかけることができるか。</p>
<p>当院も高齢者機能評価は取り入れているが、チェックすることのみで実践との乖離を感じます。一方で高齢者支援は実施しており、入退院支援スクリーニング（退院困難要因）で該当する場面が多いため、高齢者機能評価項目はアセスメントする中に包括され、実践されていると思います。</p>
<p>専門家がいなくても実装していくための方法を学びたいです。</p>
<p>化学療法施行前のICの際に65歳以上の全症例行い、1クール終了し2クール目に入る前など時期を決めて比較などしながら方針を決定（ありきたりの答えですみません）。</p>
<p>使用する評価表などを指定して、全国的に運用する方がデータ収集できる。</p>
<p>これまで高齢者機能を評価できていない自分のような人々に、少しずつステップアップしていけるロードマップの提示があればありがたいです。</p>
<p>複数の機能評価を行うのは実臨床上容易ではありません。やはり専門家間で1つ、せいぜい2つまでに絞って頂かねばまとまったdataも出てこないかと思います。その上で、その機能評価に応じて実臨床上どのように診療内容を調整すべきか、そこに繋げていくことが肝要かと考えます。</p>
<p>治療開始時に全例実施しないとレジメン登録できないようなシステム。</p>
<p>高齢者に日常的に関わっているであろう地域の基幹病院の実態など、また、GA導入が医療者にとってどの程度の負担になるかなどについての情報があるとありがたいと思います。</p>
<p>看護師としては、ベストプラクティスを共有、蓄積していくことがまずはできることであると思っています。</p>

<p>高齢者に関わらない施設は殆どないと思うので、高齢者機能評価を行うことが標準化し、高齢者の診療やACPに活用されることに期待したいし貢献したいと思う。全ての施設でがん診療を行う上での要件とし浸透を進めていかなければさらに5年後もあまり変わらない現状と高齢者の支援には結びつかないと思う。</p>
<p>ACPの観点</p>
<p>施設ではACPへの取り組みが進んでおります。意思決定能力の判定に活かしていけることですが、今は、代理意思決定の引きずられがちなので、現場で使用できるツールを記録設定などに落とし込んでいければと思いました。</p>
<p>ACPを早めに進める。介護保険申請時に資料を渡す。</p>
<p>治療の意思決定の際に実施したほうが良いと思う。</p>
<p>意思決定、病識、理解力など曖昧にせず、情報から個別の支援を検討するアイテムとして有効だと思いました。統一した見解ができチーム医療にはとても良いと思います</p>
<p>高齢者機能評価を使用し、治療前の状況とその後予測できることを検討する。患者に情報提供する。そのうえで、治療に臨むかを意思決定していただけるようなフロチャートを作成して対応できればと考えています。</p>
<p>GA8は薬物療法のリスク評価が主であって、意思決定支援はCGAであっても評価できない患者の生きがい・価値観と関わりますので、直接的な連結を強調しない方が良いのかとは思っています。</p>
<p>現在、当院では化学療法を行う患者さんに対し、外来で診療科を限定し行っていますが、手術や放射線治療などの集学的治療を受ける高齢患者に対し行うことが必要であると思います。そのためには院内のシステムの整備や人材育成などが必要であると考えます。</p>
<p>臨床現場で困難に感じていることなど、共有できたらいいのではないかと思います。</p>
<p>評価ツールはあっても、それを適切に活用してプランの立案、ケアの実践までいかなければ、ただ、やってるだけになってしまいます。本来は適切にアセスメントができ、プランニングができる、一定水準のスキルと知識があるスタッフの育成が重要だと思いますし、早急な課題だと思います。</p>
<p>種々の段階で関わっている医療従事者がGA等の結果の共有が必要であると考えられる。</p>
<p>臨床に組み込む。</p>
<p>理論的には実施の必要性を理解出来るが、現場での継続的な実施がマンパワーの問題で困難。</p>
<p>90歳以上の患者の看護問診時に活用できるよう既存の問診ツールを改良する。</p>
<p>現在、当院がんサポートチーム主導で臨床研究を検討していますが、評価ツールのカットオフ値が不明瞭な部分もあり、プロトコル作成に苦慮しています。評価ツールやその利用方法についてご教授いただけると有難いです。また評価に時間を要することから勘弁なデジタルツールがあればと思います。</p>
<p>認知症ケア加算などの評価とリンクできればすっきりするのに縦割りにになっているものを整理していきたい。</p>
<p>誰がどのタイミングで評価するのが重要かを検討したい。</p>

<p>栄養評価の部分に物足りなさを感じています。特に肺がんなどの領域ではBMIパラドックスが報告されていて、BMI評価では筋肉量減少・筋力低下・フレイルをきちんと反省しているとは言い難く、GNRIなどのスコアリングが良いと考えています。ぜひ、ご検討ください。</p>
<p>問診に頼らない、より客観性が高くデータ収集が簡単な評価項目の創案に向けた研究。</p>
<p>有効な評価実践の実際。</p>
<p>嚥下機能について オーラルフレイルについて。</p>
<p>高齢者が今後も増加するなかで、共通言語として定期的に各施設で実施できるような施策が必要ではないかと感じた。（がん拠点病院での「症状確認」のように）</p>
<p>講演であった、がん治療の対応を判断する補助ツールが知りたいと思いました。</p>
<p>がん治療も低侵襲、副作用が軽減されたものが増えてきていますので、従来の治療におけるCGAの役割もまた変わっていくのではないかと思います。治療別でCGAの役割をさらに検討していく必要があるのではないかと。</p>
<p>先生方のお話の中でもありましたが、高齢者の機能評価に使われている評価法はそれぞれにメリット・デメリットがあると感じました。地域がん診療連携拠点となっているような病院の規模で高齢者機能評価を実践していくためには評価法への理解度を深めることの重要性が高いと感じました。</p>
<p>ディスカッションでも話題になりましたが、患者を地域で生活している生活者という視点でとらえると、病院だけで実践を完結することは困難と思われ、地域との連携が不可欠。評価や必要な介入の検討に医療者の関与は必要ですが、すでに介護予防などの介入をしている地域包括支援センターや介護保険ケアプランへの反映など医療と福祉（高齢者施策）を組み合わせる現実的ではないでしょうか。</p>
<p>がん拠点連携病院でない一般医でもできるような評価方法とその実践の具体例をブラッシュアップしてもらえると良いと思う。</p>
<p>各学会や全国のがん登録での機能評価入力ハードルが高いでしょうが必要と感じました。</p>
<p>高齢者機能評価をとっているが全くケアに活かせていないことがわかった。今後、活かせるように検討が必要だと感じた。</p>
<p>がん患者の機能評価をまず標準化し、その中で高齢者にはアディショナルで実施する。</p>
<p>各施設での検討になると思いますが、いつ、だれが行うのか、どのタイミングでチームとしての介入がいいのか、また再評価のタイミングについても考えたいです。</p>
<p>治療の有害事象によるQOLの低下を問題に感じていますが、現状では対象全員を評価して介入することは困難に感じます。取りれやすく、広く周知できる方法があるといいなと感じます。</p>
<p>治療開始時や問診の度に取り組みやすい指標から使用していけそう。</p>
<p>病院の中からだけでなく在宅の時から使用して共通言語となれば治療の開始、変更の時、再発時などのACPにも役立つと思う。</p>
<p>評価の必要性は常日頃より必要性は感じていますが、生活の状況など問診だけでは見えないところなど在宅の支援者と連携をどう取っていくのか、まだ病院との垣根を感じることがあります。</p>
<p>評価方法の統一と結果のアウトカム評価を行いたいと思います。</p>
<p>化学療法ガイドラインにあるFit、Vulnerable、Frailの判断基準があいまいなのでCGAが使えるのかどうか。</p>

誰が評価し評価結果をどのように現場に活かすか、診療報酬の加点についても触れられたが1回の評価で良いかどうかも含め広く実践されるにはまだまだ検討課題はあると思う。

コメディカル毎の活動報告が知りたいと思いました。

介護予防事業・啓発に取り組んでいるが、がん治療においてもそれまでの基礎体力がどれくらいあるかによって、高齢者の場合はかなり違いが出るのではないかと感じた。フレイル予防が大事だと感じた。

評価後のツールが重要。

専任のスタッフが必要かと思います。

津端先生の実践はとても有効だと思いました。経費面の問題、診療報酬の問題は、もっと声を上げないといけないと思いました。介護の現場との連携で日常動作などのアセスメントはデータ活用できないでしょうか？

がん薬物療法を導入する場面でどのような支援をすればよいか、そのアセスメントツールを早急に考えていく必要があると思いました。

プライマリケアというプランはかなり、いい未来になりそうな予感がするので、早期な実現をしていただきたいと感じました。

今は、テーラーメイド医療の時代だと認識しております。医師と患者の相互信頼に基づく個人別の疾患のリスクを把握した上で、その個人に合った適切な治療を施すことが必要とも言われており、正にこれらを推進していく事が、今後の高齢者医療に必要不可欠ではないでしょうか？私はその様に考えております。



## 地域がん診療連携拠点病院「高齢者がん診療ガイドライン」研修会 2023 開会あいさつ

佐伯 俊昭さん（埼玉医科大学国際医療センター 病院長）

私は厚生労働科学研究の下に行っております「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」の研究代表者を務めております埼玉医科大学国際医療センターの佐伯と申します。本日はお忙しいところ、お集まりいただき本当にありがとうございます。私もだんだん高齢になってまいりましたが、今後日本は75歳以上の人口がどんどん増えていきます。その中で、残念ながら日本人が一番悩んでいる「がん」について死亡率も非常に高いのですが、そうなったときに、高齢者の方々のがん医療をどのように進めていったらよいか、ということをご一緒方と一緒に考えていく必要があると思います。もちろん、これは医療だけの問題ではなく、介護や社会全体が取り組んでいかないといけない大きなテーマですが、具体的にどのようにしていったらよいかについては、まだまだわれわれは十分に理解できていないということがございます。

今回の研修会は、先ほど申し上げましたように厚生労働省の研究班主催ではございますが、今後、日本のがん医療を中心的に行っているがん診療連携拠点病院の中で、支持医療あるいは高齢者のがん医療などを積極的に進めていく必要がございます。この研究班としては厚生労働省の研究資金をいただいておりますので、拠点病院の方々にご案内したという経緯がございます。本来ならばこうした単一の研修会だけでは高齢者のがん医療をどのようにして取り組んだらよいか、どのようにして実践したらよいかというのはすぐにはわからないこと、答えが出ないことだと思いますので、このような研修会を積み重ねながら、地域あるいは都道府県の拠点病院の先生方と将来的にしっかりとタッグを組んでやるべきと考えております。ぜひその際には皆さん方、同じ目的で高齢者のがん患者さんを支えていこうということでご協力よろしくお願ひしたいと思ひます。会のごあいさつということで研究代表者としてお話しさせていただきました。どうぞよろしくお願ひいたします。

# 地域がん診療連携拠点病院「高齢者がん診療ガイドライン」研修会 2023

## 【第1部 研修会の背景と目的】

渡邊 清高さん（帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科）

### 研修会の到達目標

今回の研修会の司会進行をさせていただきます帝京大学腫瘍内科の渡邊と申します。まず、私のほうから簡単に研修会の背景と目的について、お話しさせていただきます。この研修会の目的といたしましては、「がんを患う高齢者の方に質の高い医療とケアを提供するために『高齢者がん診療ガイドライン』を活用し、『高齢者機能評価』を実践できること」としております。研修到達目標としては、こちらにお示ししている「高齢者のがん医療の実践に必要な要素を説明できる」「『高齢者機能評価』を医療やケアの場で活用するための取り組みを提案できる」「がんを患う高齢者の支援に向けた多職種チーム医療の意義を説明できる」の3点になります。

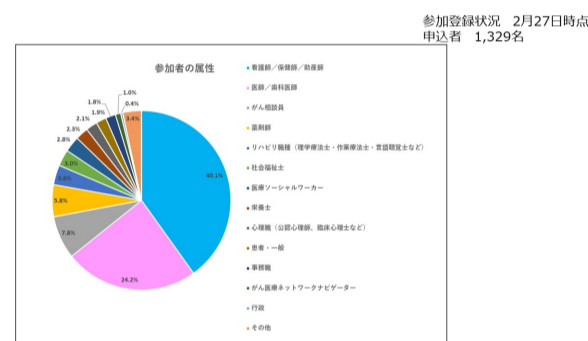
### 多職種のご参加による研修会

事前の登録で、1,300人を超える方にお申し込みいただきました。本日はライブストリーミングを併用するかたちで実施しております。看護師、医師、がん相談員の方、薬剤師など、本当に多職種の方々にご参加いただきましてありがとうございます。

地域がん診療連携拠点病院  
「高齢者がん診療ガイドライン」研修会  
～高齢者機能評価の実践に向けた研修を中心に～  
(高齢者のがんを考える会議 8)

**研修会の目的**  
がんを患う高齢者に質の高い医療とケアを提供するために高齢者がん診療ガイドラインを活用し、高齢者機能評価を実践できること

**到達目標**  
#1. 高齢者のがん医療の実践に必要な要素を説明できる  
#2. 高齢者機能評価を医療やケアの場で活用するための取り組みを提案できる  
#3. がんを患う高齢者の支援に向けた多職種チーム医療の意義を説明できる



研修会のテーマについて 関心、ご提案、ご意見

- ・ 高齢者の意思決定支援、治療中止の決断 (12件)
- ・ 高齢者のがん診療の動向、特徴、支援 (9件)
- ・ 高齢者機能評価 (8件)
- ・ 診療ガイドラインと活用方法 (7件)
- ・ 認知症患者の治療の在り方 (4件)
- ・ 緩和ケア・ACP・在宅支援・疼痛緩和 (各2件)
- ・ 多職種連携
- ・ 患者に寄り添った、患者のQOLを高めるがん医療・ケア
- ・ 意思決定の話し合い
- ・ 栄養管理、リハビリテーション
- ・ がん診療連携拠点病院と地域の医療機関・ケア施設の連携

研修会のテーマについて、こちらにあげさせていただいておりますけれども、「意思決定支援」「がん診療」そして「ガイドラインの内容」「研修会のあり方」や「活用方法について」も、広くご意見をいただいているといった状況でございます。

では早速、基調講演ということで進めさせていただきたいと思っております。基調講演ではお三方から、「『高齢者がん診療ガイドライン』についての解説」、そして「普及に向けてのお話」、そして「患者さん、当事者の立場からのお話」をいただきたいと思います。

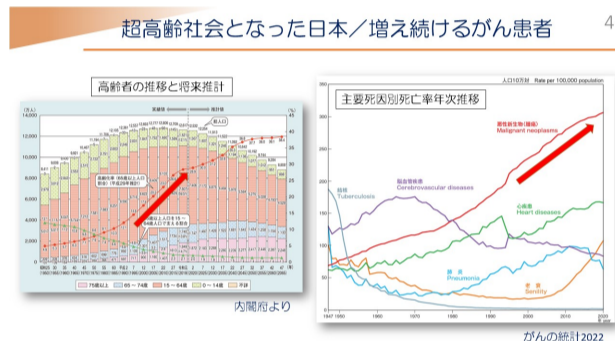
では、第1席として「高齢者がん診療ガイドラインの紹介と解説」ということで、二宮貴一朗先生からお話をいただきたいと思います。

地域がん診療連携拠点病院「高齢者がん診療ガイドライン」研修会 2023  
 【第2部 基調講演】高齢者がん診療ガイドラインの紹介と解説  
 CQ1：高齢がん患者における高齢者機能評価（GAもしくはCGA）

二宮 貴一郎さん（岡山大学病院 ゲノム医療総合推進センター）

ご紹介ありがとうございます。岡山大学の二宮と申します。本日は、「**高齢者がん診療ガイドライン**」の研修会として、私のほうからは、2022年末に発表させていただきました「**高齢者がん診療ガイドライン**」の内容と解説について、ご紹介させていただければと思います。初めに、私の自己紹介を簡単にさせていただければと思います。私は岡山大学病院で現在、ゲノム医療総合推進センターというがんゲノム医療を主に担当させていただいている部署で、活動させていただいております。私は、日本肺癌学会のガイドライン委員会の委員を長く務めておりました関係で、高齢者がん医療協議会のコンソーシアムから、今回のガイドラインの作成に携わってまいりました。

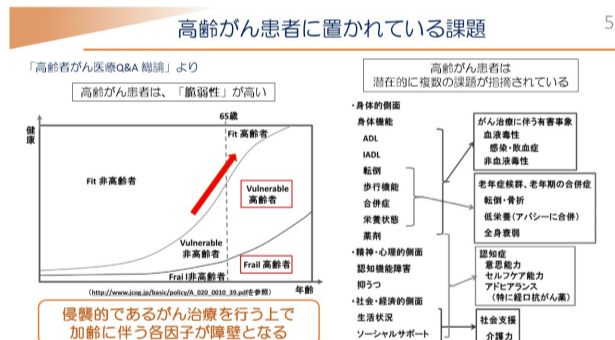
**超高齢社会の日本と増え続けるがん患者さん**



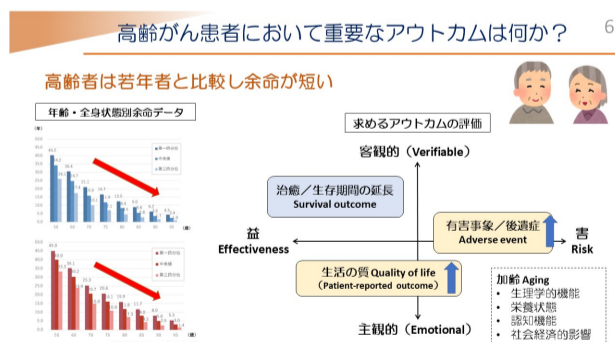
まず、高齢者についておさらいさせていただければと思います。皆さま、すでにご承知のとおりかと思いますが、今、日本は超高齢社会だと示されていまして、こちらは内閣府から提示された資料ですけれども、現在、令和の時代、65歳以上の高齢者の割合が約3割に届くほど、非常に高齢化が進んでおります。

こちらもよくご覧になるデータだと思いますけれども、「**がんの統計**」の最新版では、ご覧のとおり、がん死亡が非常に増加傾向にありまして、がんを診ないということは、今の医療において、ほばないような状況になっております。その高齢者について治療する上で、皆さまも困りの点が非常に多くあるかと思っております。

**高齢がん患者さんにおける課題**



こちらは「**高齢者がん医療Q&A**」といわれます、コンソーシアム等から発表された内容ですが、高齢者は脆弱（ぜいじゃく）性が非常に高く、Vulnerable（元気な非高齢者と同一標準治療は受けることはできないが、何らかの治療を受けることはできる状態）であるとかフレイル（加齢により心身が老い衰え、積極的な治療の適応にならないと思われる状態）の患者さんが、非高齢者と比べると非常に増加することが知られています。それはなぜかと言いますと、がん治療にかかわらず高齢者について問題点は多くございますが、特にがん治療においては、治療自体が侵襲的であることから、加齢に伴う身体的側面や精神的側面、また社会・経済的問題点という各因子が非常に治療に障壁となるからです。



また、がんに対しての考え方というのが、若い方と高齢者では変わってくるだろうということがいわれていて、それはなぜかと言いますと、こちらは、「**がん情報サービス**」から持ってきておりますけれども、高齢者は若年者と比較して、当然ながら残された余命が短いことが知られていて、その中で治療に対する考え方が、やはり高齢者と若年者で変わってくるのが予想されるからです。

**有害事象・後遺症の軽減および生活の質の担保が重要**

がん治療の最大のゴールは、われわれ医師の間では、当然「**予後を延ばすこと**」「**治癒**」を期待するわけでありまして、一方で「**有害事象や治療が終わった後の後遺症の軽減**」「**治療中の生活の質の担保**」というのが、より重要となってきます。これはもちろん高齢者にかかわらず全体にいえることですけれども、加齢に伴ってさまざまな問題点があげられて、アウトカムの重み付けというのが変わってくるのが想定されます。

そういった考え方を患者さんと皆さまに共有することが重要だと、われわれは考えていて、今回の「**高齢者がん診療ガイドライン**」で示されたものを、ぜひ患者さんと家族の情報共有に使っていただければと思っています。先ほど申し上げたとおり、高齢がん患者さんにおけるアウトカム評価というのは、若年者と異なる可能性があって、治療介入において医療者と患者さんの価値観の擦り合わせをしながら、治療を進めていくことが重要だと思います。これまでの報告でどのようなアウトカムが示されているかというのを確認す

ることが重要でありまして、われわれガイドラインメンバーとしては「臨床疑問」、高齢がん患者さんに対する、いわゆる生存の結果や治療の合併症、後遺症、有害事象がどのようなものかを、エビデンスを収集して、皆さまにお伝えすることを今現在も目指して作成しております。

## 「高齢者がん診療ガイドライン」の作成にあたり、まず「臨床疑問」を設定

「高齢者がん診療ガイドライン」は、2022年に、こちらの先生方、また患者さんの代表、看護師さんや薬剤師さんも含めて、さまざまな方にご参加いただき、Minds（厚生労働省委託事業であるEBM〔根拠に基づく医療〕普及推進事業）のご指導もいただきながら作成を進めてまいりました。

最初にわれわれが取りかかったものは、どのような「臨床疑問」を設定して、皆さまにお伝えするかというところでありました。

がんの治療に対して高齢者の患者さんに、どのようなアウトカムを改善させるのかという「臨床疑問」の作成を進める過程で、特にがんの中では非常に多くのがん種があって、多種多様な治療がある中で、がん種横断的に考える「CQ（Clinical Question：臨床疑問）」をまず設定させていただきました。

それは「高齢者機能評価」について、どのようなことが示されているのか、また、リハビリテーションや栄養状態について、どのようなことが示されているのか、まずその点をCQとして設定して作成を進めることにしました。今回はCQ1である高齢がん患者さんに対して、「高齢者機能評価」を行うことで、どのようなことが示されているのかということをもとめさせていただいております。

## 「高齢者機能評価」は生活機能障がいに関連する脆弱性を特定できる可能性がある

その前におさらいになりますけれども、「高齢者機能評価」は、「高齢者がん医療Q&A」において、「『高齢者機能評価』は身体機能、併存症、抑うつ、認知機能、栄養などのさまざまな生活機能障がいに関連する脆弱（ぜいじゃく）性を特定できる可能性があって、『高齢者機能評価』を行うことが望ましい」とすでに示されております。ただ、これが示された頃には、行うことによってどのような根拠、どのようなアウトカムが示されているのかというのが、まだ十分でなかったのですね。

そこで、ほかのガイドラインでどのようなことが示されているのか。欧米ではASCO（American Society of Clinical Oncology：米国臨床腫瘍学会）のガイドラインで、65歳以上は、がん治療において「高齢者機能評価」をするべきであると、2018年にすでに示されておりました<sup>(1)</sup>。日本のガイドラインは、日本臨床腫瘍学会から発出された「高齢者のがん薬物療法ガイドライン」として、こちらにも「高齢者機能評価」を実施するよう提案するという記載でしたが、2020年の米国臨床腫瘍学会においては、「これからは、やはり『高齢者機能評価』を行うことによりアウトカムが改善することを示さなければならない」「忙しいがん診療の中で、これをどのように導入するかというのを考えていかなければならない」というように、ディスカッション参加者もコメントしておりました。

われわれは今回、2021年度から取り組んでおりまして、どのような結果、アウトカムが示されているのかというのを、システムティックレビューとしてまとめております。「PICO（P：治療の対象となる患者さんの特性や範囲、I：検討したい治療法、C：比較となる治療法、O：アウトカム）」は、先ほど示されておりましたとおり、高齢がん患者さんに対して、「高齢者機能評価」を行う上で、どのような結果が示されているのかというのを文献検索して、エビデンスの収集に努めてまいりました。

ここで、皆さまもまだあまりご存じのない方は注意していただきたいところがありまして、この「高齢者機能評価」、英語で言いますと「Geriatric Assessment」と言いますが、C、いわゆる「Comprehensive」という字体が付くこともございます。この2つ（CGAとGA）の違いとしては、高齢者に対してのさまざまな問題点を多面的に評価して、さらに介入も加えて経時的に評価するものが「CGA」であって、一方で特にがん治療においては、治療前の評価のみにとどまることが比較的多かったため、治療前のスクリーニング評価を「Geriatric Assessment」と呼ぶことが多くなっています。

「高齢者機能評価」をがん治療において評価してきました。エビデンスが確立されているものは、薬物療法にとどまってしまう点において、今回はその薬物療法に特化してCQを設定させていただいております。

### 高齢者がん診療ガイドライン 作成委員会（Steering Committee）

8

石黒洋（委員長）	埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科（腫瘍内科）
井上大晴	福井大学 産婦人科
今村知世	昭和大学先端がん治療研究所（薬剤師）
奥山徹	名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 精神腫瘍学
坂井大介	大阪大学 腫瘍内科・消化器内科
桜井なおみ	一般社団法人CSRプロジェクト（患者代表）
杉本研	川崎医科大学 総合老年医学
田中千恵	名古屋大学 消化器外科
二宮貴一朗	岡山大学病院 グラム医療総合推進センター（呼吸器内科）
室伏景子	国立がん研究センター 放射線診療科
渡邊清高	帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科
綿貫成明	国立看護大学校 老年看護（看護師）
アドバイザー	
吉田雅博	国際医療福祉大学（消化器外科学、MINDs）：作成指導
中山健夫	京都大学大学院医学研究科 健康情報学

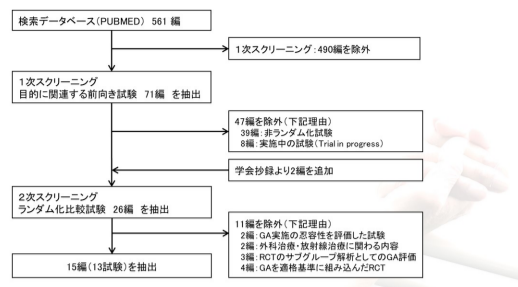
### Clinical QuestionとPICO

13

CQ：高齢がん患者に対する治療に際して、  
高齢者機能評価（GA/CGA）を行うことは推奨されるか？

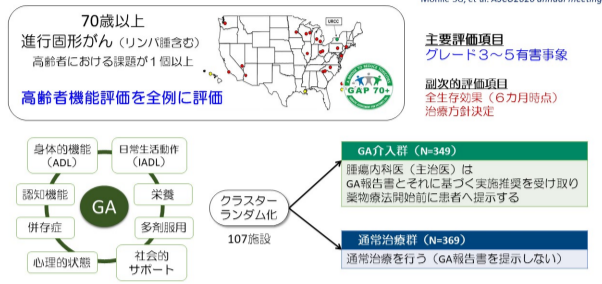
対象（Patient）	高齢がん患者（主に進行期） 暦年齢は問わない
介入（Intervention）	薬物療法の際にGA/CGAを実施すること（それによる介入を含む）
対照（Control）	薬物療法の際に通常実施する支持療法
結果（Outcome）	生存効果、有害事象（薬物療法による）、Quality of Life（QOL）、その他

・GA/CGAの定義に関して  
CGA：ADL、認知機能、情緒、意欲、社会性、栄養状態を多面的に評価すること  
検出された問題点に対して、介入を行うまでの経時的・総合的な評価を指す  
GA：がん領域では経時的な評価や介入が一般的でないため、  
高齢者機能評価（上述した項目）のスクリーニングをGAと呼ぶことが多い



先ほどの「PICO」に基づいて文献検索を561編行いまして、最終的には「ランダム化比較試験（研究の対象者を2つ以上のグループに無作為に分け、治療法などの効果を検証すること）」を計13試験、15編を抽出しております。

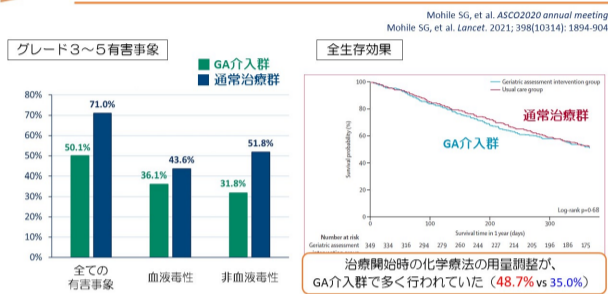
GAP70+試験



代表的なものを今回提示させていただきますけれども、「GAP70+試験」という、米国で70歳以上の進行固形がんに対して、「高齢者機能評価」を全例に行いまして、どのようなアウトカムが改善するのを見た試験であります<sup>(2)</sup>。こちらは「ランダム化比較試験」ですけれども、クラスターランダム化といまして、施設ごとに「GA」の介入を行うか、行わないかを見ております。

「GA」は、こちらにあげられるとおり8項目を、患者さんにアンケート調査をするようなかたちで行っておりまして、その結果、腫瘍内科医（主治医）に対して報告書と実施すべき推奨を提示させていただき、通常治療を行う、いわゆる報告書を提示しない群で比較を行いました。主要評価項目は有害事象であります。

GAP70+試験：GA介入により毒性が軽減される

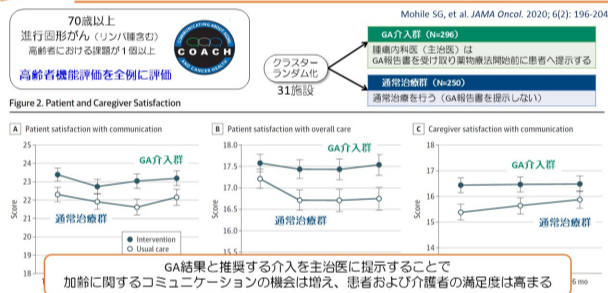


左側がその結果ですけれども、この「高齢者機能評価」を行って介入することによって、通常治療と比較して、こちらにあげられるとおり、薬物療法の有害事象を有意に抑制することが示されました。また、全生存効果に関しては、ほぼ変わらないので、生存に影響は与えないということが示されました。

その理由については、「高齢者機能評価」を行うことによって、治療前から主治医、治療チームによる化学療法の用量調整、有害事象の評価が多く行われた結果であるといわれています。

「高齢者機能評価」を行うことにより患者さん・介護者の満足度は高まる

COACH試験：GA結果の提供により患者・介護者の満足度は高まる



また、もう一つの同じような試験で「COACH試験」というもので、こちらもクラスターランダム化で同じように、「高齢者機能評価」を与える群と与えない群で比較したところ、患者さんのコミュニケーションの頻度、あとは、日本であれば家族であることが多いと思いますが、介護者のコミュニケーションの頻度が増えることが知られていて、患者さんといわゆる介護者の満足度が高まることもすでに示されています<sup>(3)</sup>。

今日は駆け足になりますので、全てのお話ができないのですが、高齢がん患者さんの薬物療法について、「高齢者機能評価」を行う上で、生存効果に与える影響は低く、また化学療法の有害事象は有意に軽減されることが、ほかの臨床試験でも多く示されていて、どちらもエビデンスの強さはBとして示されていることが、今回わかりました。

QOL（クオリティー・オブ・ライフ：生活の質）については、調べている臨床試験が少なかったのですが、これも改善もしくは維持させる傾向にあって、ここ最近の臨床試験でこういった益のアウトカムとして得られていることがわかりました。

また、「高齢者機能評価」は質問票として時間がかかるという点も、先生方ご存じの方もおられますけれども、患者さん本人に与える害、負担は少ないと思われるので、それらの結果、どのような推奨を提示するかを、われわれガイドラインメンバーで話し合っていました。

害のアウトカムとしてあげられるものは、やはり複数あります。患者さんに対して非侵襲的だけでも、臨床に与える影響は大きく、詳しく調べようと思うと1時間程度、誰か評価者が必要となってしまって、なかなかがん診療で忙しい方々の診療内で行うことが難しいのではないかとということもあげられております。

「高齢者機能評価」の課題

「高齢者総合的機能評価」は、診療報酬が認められてはおりますけれども、今50点しか入らないということも問題点としてございますし、がん診療を多くされている先生方、病院の施設で、当然ながら老年医の先生方がおられないという所もありますので、どう介入をしていくかということも、今後の問題点としてあげられております。

CC1. 高齢がん患者に対する治療（薬物療法）に際して、  
高齢者機能評価（GA/CGA）を行うことは推奨されるか？

**推奨**  
高齢者機能評価（GA/CGA）を行うよう提案する。  
〔推奨の強さ：2、エビデンスの強さ：B、合意率：73%〕

エキスパートパネルの議決された委員の意見  
<強く推奨する>  
・時間をかけてでも実施する利点が大いのであれば、  
診療レベルを向上させることにつながる

行うことを 推奨	行うことを 弱く推奨（留意）
27% (3/11)	73% (8/11)

<弱く推奨する>  
・GA/CGAを実施した際にどのような医療が提供されるべきか、  
支持療法や薬物療法の減量などの具体的な処法の検討は未だ十分でない  
・有害事象や患者の満足度における利点は示されたが、  
QOLやADL/IADLの改善にはエビデンスが不十分である

また、推奨に関しては、ガイドラインの主な作成方法として、GRADE Grid法を用いて、先ほどのご参加いただいたガイドラインの委員の先生方で話し合いを行いまして、最終的には「高齢者機能評価」をがん診療において、特に薬物療法においては行うよう提案する、推奨の強さ2、エビデンスの強さは先ほどあげましたとおりBということで、今回、2022年末にこれを発表させていただきます。

委員の先生方のご意見としては、時間をかけてでも、これを行うことによって、有害事象を軽減させる効果が強いのであれば、また、将来的にも診療レベルを向上させることにつながることを考えられるので、ぜひ推奨すべきだと、強く推奨するご意見もありましたけれども、やはりまだまだエビデンスが十分でない領域、特にQOLや患者さんの生活の質の改善には、まだまだ十分なエビデンスがないところもございますので、今回は弱い推奨にとどまっております。これからも先生方と一緒に考えていきたいと思っております。

薬物療法以外の「高齢者機能評価」についても、少しエビデンスがありまして、外科治療については、同じように周術期（術前～術後の一連の期間）に老年医に介入いただくか、介入いただかないかの群において、通常治療と比較して「GA」介入することによって、有意差は認められておりませんが、術後入院期間の短縮や有害事象、また利益が改善する可能性があって、こちらも今後、有益性が認められてくるのではないかと予想しております。

「高齢者機能評価」を先生方がどのように評価していくかというのが、これからの課題であります。先ほどありました8つの「GA」について、さまざまな側面から評価されたツールがありますけれども、決められたものというのは、まだ明らかになっておりません。代表的なスクリーニングツールは、「Geriatric 8」や「VES-13」、例えば「CGA7」といわれるさまざまなものがあって、「G8 (Geriatric 8)」は栄養を中心に評価するツールであったり、「VES-13」はADL (Activities of Daily Living：日常生活動作)、IADL (Instrumental Activities of Daily Living：手段的日常生活動作)を中心に評価するツールであったり、いろいろなツールが一長一短あります。これらを行ったら、どのように利益があるかというのもまだ明らかになっておりません。これから皆さんと協議して考えていくべきだと思っております。

## 高齢者を客観的に評価する診療体制の構築と多職種の連携が大切

「高齢者機能評価」の介入については、例えば身体機能については、われわれ医師だけでなく、理学療法士や作業療法士、または看護師、ソーシャルワーカーなどの介入が当然ながら必要ですし、高齢者はポリファーマシー（多くの薬を服用することにより副作用などの有害事象を起こしやすくなること）の問題もありますので、薬剤師やかかりつけ医の先生方のご協力も当然必要になってまいります。

認知機能、うつ、また栄養もさまざまな職種の介入を必要とする領域でありますので、医師や看護師だけでなく、チームとなってさまざまな多職種でかかわっていく問題だと思っております。

最後になりますが、「高齢者がん診療ガイドライン」が今回公開されました。日常診療において、「高齢者機能評価」の重要性が高まっていると、われわれも感じております。高齢者を客観的に評価する診療体制の構築と、先ほども申し上げたとおり多職種の連携によって、特に侵襲的になりますがん治療に対して、高齢者を支持していく取り組みが、今後必要だと思っております。以上です。ご清聴ありがとうございました。

渡邊：二宮先生、「高齢者がん診療ガイドライン」がカバーする大変広い領域について、エビデンスの現状や、今回、高齢者のがん診療ガイドラインをまとめる経緯についてお話をいただきました。ありがとうございました。

1) SG Mohile, et al., J Clin Oncol 2018; 36(22), 2326-2347

<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2018.78.8687>

2) SG Mohile, et al., Lancet 2021; 398(10314), 1894-1904

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01789-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01789-X)

3) SG Mohile, et al., JAMA Oncol 2020; 6(2), 196-204

<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2019.4728>

## Take Home Message

26



- ▶ 高齢者がん診療ガイドラインが公開されました
- ▶ 日常診療において  
高齢者機能評価（GA/CGA）の重要性が高まっています

- ▶ 高齢者を客観的に評価する診療体制の構築と  
高齢者を支援する多職種連携により  
がん治療の質の向上に  
引き続き努めていくことが重要です



# 地域がん診療連携拠点病院「高齢者がん診療ガイドライン」研修会 2023

## 【第2部 基調講演】質の高い高齢者のがん医療の普及に向けて

津端 由佳里さん（島根大学医学部内科学 呼吸器・臨床腫瘍学）

島根大学の津端です。よろしくお願いいたします。まず自己紹介をさせていただきたいと思っております。私は現在、島根大学で肺がんの薬物療法を中心に診療をしております。本日は、主にがん診療連携拠点病院の皆さまがご出席というふうに伺っておりますけれども、この度の新しい指定要件に関するワーキングの構成員の一員に、私も実は加えていただいております。おそらくここにいらしていただいた理由といたしましては、今、日本臨床腫瘍学会の理事を拝命しております。薬物療法や集学的治療（2つ以上の治療方法を組み合わせて行う治療）などの観点から、お声がけいただいたのではないかとこのように思っております。

一方、私は老年科の指導医も持っております。高齢者の機能評価に関しては、AMED（Japan Agency for Medical Research and Development：国立研究開発法人日本医療研究開発機構）の研究班も持っているということで、いったいどの立場からお話しするのがよいかというふうに非常に悩んだのですが、今日は連携拠点病院の先生方のご出席ということですので、連携拠点病院における診療というところから、お話をさせていただければと思います。

### がん診療連携拠点病院は何のために存在するのか

まず、そもそもがん診療連携拠点病院というのは、何のために存在するのかということ、新しい整備要件を検討するに当たりまして、ワーキングのメンバーでは、お話をいたしました。現在、この拠点病院は、全国に453施設存在するのですが、ワーキングで議論を重ねた結果、やはり最終的には国から出ております「がん対策基本法」「がん対策推進基本計画」というものを実現していくために、そういった役割を担うのが拠点病院であろうという考えにたどり着いております。

では、この基本法、基本計画推進のために拠点病院に必要なこと、基本計画に盛り込まれているのに、整備指針に盛り込まれていないテーマは何なのかということをお話ししてまいりまして、その結果、今回のような新しい整備要件に至ったということになるのですが、議論の詳細につきましては、[厚生労働省のウェブサイト](#)から確認できますので、ぜひ一度ご確認くださいというふうに思っております。

### がん診療連携拠点病院として必ず対応が必要な要件

基本計画に記載されているのに、整備要件の記載が少し薄いかなというところが複数あったのでピックアップして、その中に今回の研修会のテーマであります、この「高齢者のがん診療」というのがございました。その結果、こちらの新しい整備要件には、この2の「診療体制」、1の「診療機能」、6の「それぞれの特性に応じた診療等の提供体制」というところで、「高齢者のがんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保すること。また、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること」というふうに記載されるに至っております。

こちらの記載の文言といたしましては、この「機能評価」という言葉を、先ほど二宮先生のお話でもありましたけれども、がん領域では一般的に評価だけすることが多いので、「GA」という言葉を用いることが通常かなと思うのですが、そういった「GA」であったり、Cを付けた「CGA」であったり、そういった言葉とするかということに関しても議論がございました。

しかしながら、やはりまだこの「GA」という言葉に関しても、一般化されているとは少し言い難いかなと思いますし、どのツールを「GAツール」と呼んでよいのか、その結果をどのように生かしていくのかということに関しては、明確なところも、明確でないところも多いということで、その辺りについては、もちろん個々の拠点病院でご検討いただいてよいと思っております。最終的には、こちらのような「意思決定能力を含む機能評価」という言葉に落ち着いたというふうに、私自身理解をしております。

こちらの文言ですけれども、「原則として」という言葉や「望ましい」という言葉が、

#### II 地域がん診療連携拠点病院の指定要件について

2 診療体制  
(1) 診療機能

令和5年度から新たに追加

⑥ それぞれの特性に応じた診療等の提供体制

オ 高齢者のがんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保すること。また、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること。

「原則として」も「望ましい」もついてない  
すなわち、がん診療連携拠点病院として、必ず対応が必要

「がん診療連携拠点病院等の整備について」厚生労働省健康局長通知 第14年8月1日  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000972121.pdf>

時々整備要件には付いているわけですが、こちらの文章には付いていないということで、すなわち、がん診療連携拠点病院というところに関しては、必ず対応が必要な内容になっているかと思えます。

## 医療だけでなく看護・介護のケアが同時に必要な「老年症候群」

さて、ここからは、そもそもなぜ高齢者は、がん治療において特別扱いされなければならないのかということを考えてみたいと思います。高齢者と非高齢者の一番大きな違いというのは、「老年症候群」の合併があるかないかということになります。「老年症候群」というのは、加齢に伴って出現する身体的および精神的な諸症状のことで、医療だけではなく、看護や介護のケアが同時に必要で、対応しなければ寝たきりにつながるような諸症状ということになります。

具体的には、視力の低下、聴力の障がい、もしくは認知機能低下など、50項目以上が存在するというふうにいわれておりまして、これらに配慮しながら治療を進めることが必要になってくるのが、高齢者のがん治療ということになります。

## 「老年症候群」を拾い上げるツール「高齢者機能評価」「GA」「CGA」

次に老化の定義ですけれども、加齢という言葉自体は年を重ねること、時間と共に個体が変化していくことになるわけで、こちらの加齢の指標というのは、「暦年齢」ということになります。一方で老化、エイジングというのは、加齢によって起こる生物学的な変化ですので、「暦年齢」だけでは測れず、生理機能の低下に関しても加味して考える必要があります。

このように「暦年齢」と「身体年齢」というのは一致しませんので、この「身体年齢」を評価するためには、何らかの方法で、先ほどご紹介しました「老年症候群」というものを拾い上げて、そちらに対応しつつ、疾患に対する専門的な診療を行っていく必要があります。この「老年症候群」を拾い上げる方法というのが、何らかの「アセスメントツール（対象の評価や査定の際に利用する支援ツール）」ということになりまして、今回テーマとなっております「高齢者機能評価」「GA」「CGA」ということになるわけです。

臨床腫瘍学の領域では、患者さんの状態をアセスメントするツールとしまして、最も有名なものは、この「Performance status (PS)」ということになるかと思えます。臨床試験登録の指標になったり、あるいは積極的な治療が可能かどうかという判断にも用いられたり、非常に重要な「アセスメントツール」でありまして、0～4の5段階で評価されるわけです。

日常生活についての記載というのは、随所にあるわけですが、認知機能の低下、あるいは「老年症候群」、それからキーパーソンの有無といった社会的背景というものを、こちらで確認することはできません。したがって、高齢者のがん治療においては、この「PS」だけで評価していると、いろいろ見逃す部分がたくさん出てくるということで、「PS」だけでは不十分であるということがいえるかと思えます。

## 高齢がん患者さんの治療方針決定に関する米国NCCNガイドライン

ここで、米国がん団体「NCCN (National Comprehensive Cancer Network)」から出ております「高齢がん患者の治療方針決定」というフローチャートをご紹介したいと思います。NCCNのガイドラインでは、まず予後や余命を予測しまして、その後に意思決定能力を含む認知機能の評価等を行います。この意思決定能力に関しましては、「理解」と「認識」「論理的思考」「選択の表明」という、この4つが重要だといわれています。この次のスライドで、もう少し詳しく紹介いたしますが、その後に、がん治療の目標や価値観が医療従事者と患者さんとで一致しているかどうかという確認を行います。

例えば、私は肺がんの内科的な治療をメインとして担っておりますので、残念ながら、根治をするということが難しい場合が多いのですが、そういった目標がきちんと患者さんと同じページにいられるかどうかということを確認しまして、その後に行おうと思っている薬物療法のリスクを評価するといったような流れで書かれております。

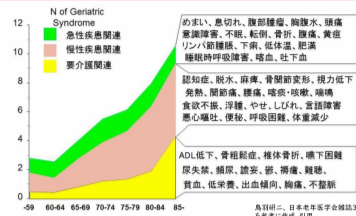
## 意思決定能力の評価に4つのステップ「理解」「認識」「論理的思考」「選択の表明」

この意思決定能力のところを、もう少しだけ詳しく追加でお話をしておきたいと思えます。この意思決定能力の評価、サポートが要るかどうかに関して、いろいろなガイドライン、ガイダンスが厚生労働省から出ておりますので、そちらもまたご確認いただければと思うのですが、通常この意思決定能力があるかどうかということに関しましては、この「理解」「認識」「論理的思考」「選択の表明」、この4つのステップをクリアできるかどうか重要であるといわれております。

すなわち、がんであるということが、ご自身の言葉で、もう一度説明できる程度に理解さ

### 高齢者は何が違うのか? : 老年症候群

老年症候群とは、加齢に伴い出現する身体的及び精神的な諸症状  
視力聴力の障害、認知症など50項目以上が存在



のぼい、息切れ、腹部腫痛、胸膜炎、頭痛、腰痛、不眠、転倒、骨質、腰痛、黄斑、リンパ腫腫痛、下痢、低体温、肥満、神経精神学的障害、痔瘻、吐血

認知症、脱水、肺炎、骨質低下、視力低下、発熱、関節痛、腫瘍、呼吸器、喉嚨、嘔吐、食欲不振、浮腫、やせ、しびれ、言語障害、悪心嘔吐、便秘、排便困難、体重減少

ADL低下、骨粗鬆症、褥瘡、骨折、嚥下困難、尿失禁、便秘、肺炎、鬱病、癱瘓、難聴、貧血、低栄養、出血傾向、褥瘡、不整脈

高齢者三：日本老年医学会雑誌34(12):981-986,1997  
©老年学研究会,日本

医療だけでなく、介護・看護のケアが同時に必要で、対応しなければ寝たきりにつながる

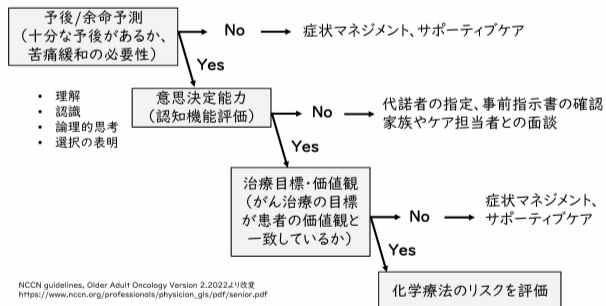
### ECOG Performance status (PS)

Score	定義
0	全く問題なく活動できる。発病前と同じ日常生活が制限なく行える。
1	肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。 例：軽い家事、事務作業
2	歩行可能で自分の身の回りのことはすべて可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド上で過ごす。
3	限られた自分の身の回りのことしかできない。日中の50%以上をベッドで過ごす。
4	全く動けない。自分の身の回りのことは全くできない。完全にベッドか椅子で過ごす。

JCOGホームページ <http://www.jco.jp/>

臨床腫瘍学上、非常に重要なアセスメントだが老年症候群に関する評価はできない

### 高齢がん患者の治療方針決定



NCCN guidelines, Older Adult Oncology Version 2.2022.1/改定  
[https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/older.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/older.pdf)

### 意思決定能力の評価

> 4つの構成要素

- ① **理解**  
自分の言葉でもう一度説明できるか
- ② **認識**  
自分のこととして認識しているか
- ③ **論理的思考**  
選択肢の良い点、悪い点を論理的に比較できるか
- ④ **選択の表明**  
自分の選択を表明できるか

Appelboom PS et al. N Engl J Med 1988;319(25):1635-8. J-9318



れているか、そして、それが自分のことであるということが認識できているか、その上で、こういった治療をしたら、どうなるかというところを論理的に考えて比較ができるか、そして、最終的にこの3つのステップを踏まえて、ご自身の選択を表明できるかという、このステップが踏める方であれば、意思決定能力はあるというふうに判断するわけですが、こういったステップを頭の中に置きながら、患者さんと接していくことが重要であるというふうに思います。

## 米国では高齢がん患者さんには「高齢者機能評価」が必須

さらに、NCCNのガイドラインには、高齢がん患者さんの治療前の評価についても、フローチャートで示されており、高齢者の場合、がん治療の忍容性（薬を患者さんに投与した際に現れる副作用の程度を示したもの）に不安がある方がほとんどかとは思いますが、ある方か、ない方かというところで分かれておられて、不安がなくてもスクリーニング、簡単な「GA」を行うことになっております。不安がある場合には、もう少し細かなところの「GA」を行って、その結果、脆弱（ぜいじゃく）な項目が抽出されてくれば、そちらに介入をするというところが示されております。

すなわち、スクリーニングか包括的、詳しいものかという違いはあるのですが、何らかの「GA」というものが、必ず高齢者は必要であるというのが、NCCNのガイドラインの立場というふうに理解しております。

## どのような「高齢者機能評価」を行うか

一方で、では、こういった「GA」を行っていけばよいのかということで、**米国臨床腫瘍学会（ASCO [American Society of Clinical Oncology]）のガイドライン**をご紹介します（1）。二宮先生もご紹介されていらっしゃると思いますが、ASCOのガイドラインは、高齢がん患者さんの化学療法を受ける方を対象としておりますけれども、有害事象の予測のためには、エビデンスベースで強く「GA」を行うということを、推奨度Bとして推奨しております。

ASCO guideline: 推奨されるGAツールと介入方法の例

GA項目	推奨されるGAツール	GA結果に基づく介入(サポート)方法の例
身体機能(転倒)	Instrumental Activities of Daily Living (IADL) 「過去6ヶ月間で何回転倒しましたか?」	PT/OTへ紹介、転倒予防 家庭での安全性の評価
併存症 ポリ ファーマシー	詳細な病歴聴取、または Charlson Comorbidity Index (CCI) Cumulative Illness Rating Scale (CIRS)	併存症のマネジメントに家族の参加を促す プライマリーケア医や老年医との協働を検討 薬剤数をできるだけ減らすよう薬剤師が介入
認知機能	Mini-Cog Blessed Orientation Memory Concentration Test	意思決定能力を評価、必要に応じて代理人を選定 老年医、認知機能専門家との協働 せん妄の予防(薬剤整理など)
うつ状態	Geriatric Depression Scale (GDS)	心療内科、精神科への紹介 社会活動への参加 薬物療法を考慮
栄養	10%以上の体重減少、 またはBMI<21kg/m <sup>2</sup>	栄養士への紹介 食事の準備にサポートを提供
社会的サポート	推奨GAなし	ソーシャルワーカーとの協働

全ての項目を評価し、結果に基づいて介入できればベスト

### 身体機能の評価法 (ADL/IADL)

- 基本的ADL (Activities of daily living: **ADL**)  
身の回りの日常生活動作 (食事、整容、移動、排泄)  
◎Barthel index  
整容、食事、排便、排尿、トイレの使用、起居移乗、移動、更衣、階段、入浴 (10項目)  
◎Katz index  
入浴、更衣、トイレの使用、移動、排泄、食事 (6項目)
- 手動的ADL (Instrumental ADL: **IADL**)  
地域社会で自立して生活するために必要な生活動作  
◎Lawton scale  
電話をかける、買い物、食事の準備、家事、洗濯、公共交通機関の利用、服薬管理、金銭管理 (8項目)

多くの病院で入院時に  
看護師さんが確認し  
「看護OB」へ入力している

介入も「エキスパートコンセンサス（専門家の合意）」というところですが、推奨されているのですが、では、こういった「GA」を使うべきかということに関しても、ASCOのガイドラインからは紹介がありまして、ここに書いてあるような項目を、真ん中に書いてあるようなツールを使って、一番右に書いてあるようなサポートの方法で、このツールが異常であった場合に行うということが書いてあります。  
例えば身体機能（転倒）という項目については、IADL（Instrumental Activities of Daily Living：手段的日常生活動作）もしくは「過去6カ月間で何回転倒しましたか」という質問をして、ここで「脆弱性がある」と判断されれば、リハビリテーションの施設への紹介を検討したり、ご家庭での安全性をソーシャルワーカーさんに介入していただいて評価したりというような、「これを行う」ということがASCOのガイドライン上、推奨されております。これは、全部できればベストなのですが、なかなかこれを全てがん診療の中で行うということは難しいので、皆さまも悩まれているのではないかと思います。

そこで、もう少しステップを踏んでご紹介してまいりたいと思います。基本的にまず、これは高齢者の方だけではないと思うのですが、入院患者さんには、おそらく看護師の皆さん、身体機能の評価としまして、Activities of Daily Living (ADL：日常生活動作) ですが、これらの生命を維持するために必要な動作というものの、バーセルインデックス (Barthel index) やカツツインデックス (Katz index) というのが有名ですが、こういった10項目もしくは6項目のチェックリストを、チェックしていただいているのではないかと思います。

そこにプラスして、Instrumental ADL (IADL)、この生命を維持するADLだけでは社会生活を行えませんので、そこに地域社会で自立して生活するために必要な生活動作というものを加えたスケール、ロートンスケール (Lawton scale) というのが有名だと思えますが、こちらの8項目になります。多くの病院では、入院時におそらく看護師さんが確認して、名前はいろいろあると思いますが、看護データベースや患者データベースといったところに入力されているのではないかと思います。ただ、それがきちんと医療従事者の間で情報共有されているかというところは、一つ問題かなというふうに個人的に考えております。

このロートンのIADLスケールですが、8項目から成っておりまして、電話をかける、買い物、食事の準備などがあります。これは何点だったらよいか、悪いとか、そういったカットオフはなく、失点した項目に対して何らかのサポートを検討します。例えば買い物や食事の準備ができないという方がいらっしゃった場合には、配食サービスを検討するというようなかたちで使うものになります。

以前は、男性には食事の準備や家事、洗濯などの質問は省略するといったような流れがあったのですが、現在は男性でもこういったことをされることは、とても重要ですし、一人暮らしの方もいらっしゃるの、これは省略せず、性別問わず、全員に全ての質問をする

というのが、スタンダードかなというふうに思っております。

したがって、こういったことをたぶん入院時にやっていただいているのではないかと思いますので、これを皆さんで情報共有して、活用していくということをするれば、それはそれでもう機能評価になるというふうに思っています。ただ、これだけでは意思決定能力があるかどうかということは、判断ができないので、もう少し「GA」というものを追加する必要があるのでないかと思えます。

## 追加が必要な「高齢者機能評価」ツール

追加する「GA」として、まずはおそらく簡単なツールとして出てまいりますものが

「Geriatric 8」になります。やってらっしゃらないご施設では、まずこのツールを始めていただくのがよいかと思うのですが、二宮先生もご紹介されておりますが、がん領域でいろいろなエビデンスが多く出ております、この「Geriatric 8」は、もともとは栄養状態を見ていくものなのですが、8というだけあって、8項目の簡便なものであります。こちらに関しては、患者さんに紙を渡していただいて、患者さんにつけていただくのが、基本的なやり方のツールとなっております。

スクリーニングツールの例

Geriatric (G) 8 17点満点、14点カットオフ 高齢者のがんを考えると <https://www.chugoku-u.ac.jp/geriatric/g8.pdf>より改定

質問	答え(点数)
過去3か月間で食欲不振、消化器系の問題、もしくは地下困難などで食事が減少しましたか	0: 悪い食事量の減少 1: 中等度の食事量の減少 2: 食事量の減少なし
過去3か月間で体重の減少がありましたか	0: 3kg以上の減少 1: 1kg以上2kg未満 2: 1~3kgの減少 3: 体重減少なし
自力で歩けますか	0: 寝たきりまたは歩けずを常時使用 1: 歩けずを時々使用するが、歩いて外出できない 2: 自由に歩いて外出できる
神経・精神的問題の有無	0: 高度の認知症または鬱状態 1: 中等度の認知症 2: 精神的問題なし
BMI値	0: 19未満 1: 19以上21未満 2: 21以上23未満 3: 23以上
1日に4種類以上の処方薬を飲んでいますか	0: はい 1: いいえ
同年齢の人と比べて、自分の健康状態をどう感じますか	0: 良くない 1: 分からない 1: はい 2: いいえ
年齢	0: 86歳以上 1: 80歳~85歳 2: 80歳未満

臨床腫瘍学の領域では有害事象の予測、予後予測にも有用との報告あり

スクリーニングツールの例

CGA7 日本老年医学会 [https://www.jpgeriat-soc.or.jp/hoel/pdf/hoel\\_04.pdf](https://www.jpgeriat-soc.or.jp/hoel/pdf/hoel_04.pdf)より改定

項目	評価	スコア
1. 日常生活機能 (ADL)	自立、軽度障害、重度障害	3, 2, 1
2. 認知機能 (MMSE)	正常、軽度障害、重度障害	24, 18, 10
3. 栄養状態 (MUST)	良好、軽度不足、重度不足	0, 1, 2
4. 転倒リスク	低リスク、中リスク、高リスク	0, 1, 2
5. 薬剤管理	適切、不適切	0, 1
6. 社会資源	豊富、不足	0, 1
7. 介護者負担	軽度、中程度、重度	0, 1, 2

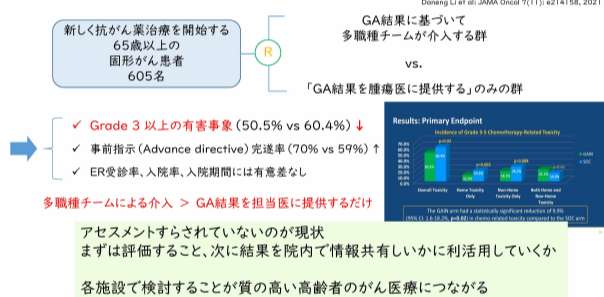
がん以外の高齢者の評価にも用いられる

もう一つ、老年医学会からつくられて非常に古くから使われております、この「CGA7」というものがございます。こちらは「Geriatric 8」との違いとしましては、医療従事者がつけるということを想定してつくられたものでありまして、特に「3単語再生」、言葉を覚えてもらって、あとでもう一回聞いてみるといったようなところで、認知機能等の評価も簡単なものではあります、できるということでもあります。

そして、それが異常だったときに、次に何をしたらよいかということが、こちらに記載されているということがありますので、私は非常に使いやすいツールではないかというふうに思っておりますし、がん以外の高齢者の方にも用いられますので、もし何もやっていないというご施設は、こちらのツールというものもご検討いただくとよいかと思います。

## 評価・情報共有・利活用を各施設で検討し「質の高い高齢者のがん医療」へ

何らかのツールで評価するだけでよいのか？



では、ツールで評価するだけでよいのかということになるのですけれども、これはやはりツールで評価するだけではなくて、各メディカルスタッフで結果を共有して、どのように患者さんのために生かしていくかということが重要だと思っておりますが、それに関して1つエビデンスがございますので、ご紹介したいと思います。こちらは、アメリカで行われた「GAIN Trial」と呼ばれる試験ですけれども、抗がん剤治療を開始する患者さんを対象といたしまして、「GA」の結果、レポートを腫瘍担当医に提供するだけの群と、その結果に基づいて多職種チームが介入する群をランダム化比較している臨床試験になります (2)。

結果といたしまして、グレード3 (有害事象の評価基準で重い段階) 以上の有害事象が、多職種チームが介入するほうが減っていたということ、そして事前指示 (Advance directive) の完遂率も、多職種チームが介入するほうが増えていたというような結果になっております。したがって、「GA」を評価するだけではなくて、しっかりそれを介入までつなげる、多職種チームで行っていくということが、重要であるということが証明されたわけです。

そのため、こういったことを行うことが理想ではございますけれども、まずアセスメントすらされていないのが、おそらく多くの病院、日本の一般診療の現状かなというふうに思っておりますので、まずは何らかのツールで評価をすること、そして、その結果を院内で情報共有していただくこと、そして、それを活用することをいかにやっていくかということ、各ご施設で検討いただくということが、おそらく拠点病院の整備要件の目的とするところかなと思えますし、それを行っていただくことが、「質の高い高齢者のがん医療」につながるというふうに信じております。

実際、新しい整備要件が出たときに、連携拠点病院にアンケートを行っておりまして、先日のPDCAサイクルフォーラムで発表されておりまして、この参考資料も共有されておりますので、ご確認いただければと思います。こちらの高齢者のがん治療に関する記載の部分で、どのようなアンケートの結果があったかと申しますと、「高齢者の定義が不明である」「全ての高齢者に行うべきか、対象を限定するのか」「機能評価の具体的な方法が不明である」ということで、まさにこういった疑問をお持ちの方が、今日ご参加されているのではないかと思いますので、これは整備要件の中に細かく記載するものではないかと思いますが、個人的には考えておりまして、疾患によっても高齢者の定義はもちろん異なりますし、どういった方にまず行っていくのかということ、ぜひ各ご施設でご検討いただけたらなというふうに思っている次第です。

## 「高齢者機能評価」に関するエビデンスを日本から発信するために

日本医療研究開発機構 革新的がん医療実用化研究事業 (AMED) (領域4-3) 高齢者がんに関する臨床研究 採択課題  
**ENSURE-GA study** Tsubota Y et al. BMC Geriatr. 2020

高齢非小細胞肺癌患者の患者満足度に対する機能評価 (Geriatric Assessments) の有用性を検討するクラスターランダム化第3相比較臨床試験 (NEJ041/CS-Lung001)

**【ENSURE-GA study】**  
The cluster randomized trial for elderly NSCLC patient using geriatric assessments.

根治的な治療が困難な75歳以上の非小細胞肺癌患者1020名 (症例登録施設数の目標 60施設)

GA結果に基づいて介入する群 (施設) vs. GAは実施するが結果は提供しない群 (施設)

Primary endpoint: HCCQ質問票に基づく患者満足度  
Medical Oncology & Respiratory Medicine Shimane University Faculty of Medicine

最後に少しお時間を頂戴いたしまして、私の行っております活動について、ご紹介できればと思います。私はAMED (国立研究開発法人日本医療研究開発機構) のサポートをいただきまして、「高齢者機能評価」に関する日本からのエビデンスを発信するという目的で、「ENSURE-GA study」というものを行っております。肺癌を対象としておりまして、患者さん1,020人を登録するというを行っております。施設をクラスターランダム化いたしまして、「『GA』は実施するけれどもレポートを提供しない施設」と、「『GA』結果に基づいて介入する施設」というところで行っています。プライマリーエンドポイント (Primary endpoint: 臨床試験において目的とする評価項目であり、薬理的、臨床的に意味のある客観的評価可能な項目が用いられる) を患者さんの満足度としておりまして、非常に大規模な試験だったので、完遂できるか不安だったのですが、本当に皆さまにご協力いただきまして、2022年の秋に症例登録を完遂しております。

それから、満足度だけではなくて、有害事象の発症率やOS (Overall Survival: 全生存期間) も見る予定にしておりますので、2023年のASCOを皮切りに、いろいろなデータを公開していく予定にしておりますので、日本からも「GA」の実施に関するエビデンスが、これから出していけるのではないかと考えておりますので、ご注目いただくと幸いです。

### 「第1回 高齢者がん診療向上のための国際セミナー」開催

#### 第1回 高齢者がん診療向上のための国際セミナー



開催概要: 2023年8月5日 (土) 10時~16時  
会場: 浜松町コンベンションホール  
主催: AMED津端班  
後援: 日本臨床腫瘍学会、日本老年医学会、高齢者がん診療コンソーシアム  
共催: 中外製薬株式会社、武田薬品工業株式会社 他

予定参加者数: 現地、WEB参加合わせて約300名  
開催形式: ハイブリッド方式、日本語/英語同時通訳あり

ご登壇予定の先生:  
東京大学大学院医学系研究科老年病学 教授  
日本老年医学会 理事長 秋下雅弘 先生  
Prof. Supriya Mohile & Dr. Allison Magnuson  
University of Rochester, USA  
福島県立医科大学医学部肝胆腫瘍・移植外科学  
九條 繁 先生  
放射線治療: 郡立駒込病院 放射線科 (治療部) 医長  
室伏 景子 先生  
他

お申込みはこちらまで  
URL: <https://ext-req.com/go-seminar2023/>

【画像をクリックするとセミナー申し込みページに移動します】

さらにもう一つ、今日あまり「GA」の「こういった方法で使っていただいて、具体例こうですよ」といった詳しいお話ができなかったのですが、さらに、もう少し高齢者がん診療における「高齢者機能評価」といったようなところを、知りたいなと思っていた方には、国際セミナーということで、海外演者もお呼びしておりますが、同時通訳も入れておりますし、ウェブも現地参加もできるようにさせていただいております。おいしいお弁当も用意しております。二宮先生からご紹介がありました「COACH」もしくは「GAP70」の臨床試験のPrimary investigator (主任研究員) でありますSupriya Mohile教授も、現地にお呼びしておりますので、2,000円かかってしまうのですが、ぜひとも診療連携拠点病院で、がん診療を行っていただくためトピックといったようなものも、散りばめさせていただきたいと思っておりますので、ぜひお申し込みいただければと思います。2023年の8月5日 (土曜日) に、浜松町のコンベンションホールになります。参加のご検討のほど、よろしく願いいたします。ということで、私からのお話は以上となります。ご清聴いただきましてありがとうございました。

渡邊: 津端先生、ありがとうございました。実診療における運用というところで、現状の臨床試験ですでに取り入れられ始めているというところで、拠点病院でどのように実践していくか、そして地域でどのように普及していくかということについて、お話をいただきました。

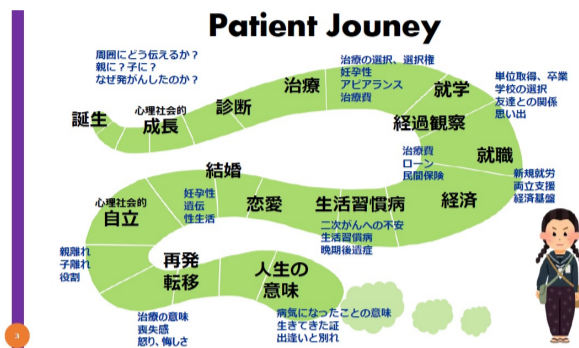
- 1) SG Mohile, et al., J Clin Oncol 2018; 36(22), 2326-2347  
<https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2018.78.8687>
- 2) Daneng Li, et al., JAMA Oncol 2021; 7(11), e214158  
<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.4158>

# 地域がん診療連携拠点病院「高齢者がん診療ガイドライン」研修会 2023 【第2部 基調講演】 高齢者のがん診療ガイドラインへの期待

桜井 なおみさん（一般社団法人CSRプロジェクト）

## 高齢者のがん医療の難しさ

それでは私から、今回の**高齢者のがん診療ガイドライン**に対して期待を述べさせていただきます。患者さんの旅路というところを見てきたときに、小児がんやAYA世代（Adolescent and Young Adult [思春期・若年成人]）のがんなどだと、Patient journeyということで語って、「このタイミングの中で病気と出合っていきますよ」というようなことを言いますが、高齢者のがん医療は、何が難しいかなと思ったときに、生まれてからのいろいろな流れの中で、最後の時間。つまり、凝縮されたところで病気に出合っ、そして医療の方たちといろいろな話をしていかななくてはならない。その不確かさと、それから歩んできた人生の長さや時代性みたいなところが、意思決定支援にも影響しているなというふうに思っています。



## 義母に現れた生活の変化

これは私の家のケースですけれども、今、義母が少し入院をされていて、がんもたぶん抱えているのですが、ちょっとどうしようもない状態になっています。どんなところから始まったかということ、ちょっとお話しさせていただきます。最初に「ん？」と、何か生活の中で少しだけ変化が起きてきたのが、10年ほど前になります。どんなことが起きてきたかというと、冷蔵庫の中の野菜が腐っているということです。これは、私の家だったら恥ずかしながら当たり前にある事件なのですが、義母は、戦後を生き抜いてきた人なので、とてもものを大切にします。そのため、冷蔵庫の中のものが腐るなんてことは絶対に起きなかった。それが起きている。本人に聞くと、「いや、買った記憶がない」、冷蔵庫のそこに入れたという「存在自体を記憶していない」と言うので、ちょっとこれは単純な物忘れとは違うということがわかってきたのが、この始まりでした。

では、このあとどうしようかということで、家族で「まずは何か問題（病気）があると困るよね」と病院に行ったところ、いろいろな科を紹介されました。脳神経外科、脳外科、精神科。違いがわからないですね。私もがんの治療を終えて、もう18年たっているので、医療に関しては、結構ヘビーユーザーなのではないかなと思っているのですが、あまりにも今まで通っていた場所とは、なじみのない場所に行かなくてはならないし、それぞれの診療科の違いというのが、まったくわかりませんでした。

次に、やっぱり医療者の方たちというのは、治療をしていくためには、それがどういう原因から始まっていくのかということが必要になってきますので、原因探しをするわけです。それぞれの科で、いろいろな検査を受けていくということになってきます。実は家族のサイドは、その度に休みを取って、分担して通うというようなことがあって、本人自身も行ったあとに、ぐったりして帰ってくるので、大変だったと思うのですが、家族側もすごく大変でした。病名は、それぞれの科に行くと、それぞれの科で「何とか疑い」のような感じで診断が出てきてしまうのです。でも、「治療方法はあるんですか」と言うと、「いや、ないです」というような感じになってしまうので、どうすればいいのだろうなと思いました。

そんなときに、下血が少し起き始めて。これは何だろうと思っていても、下血がずっと続くのです。最初は「痔（じ）ではないか」というような話もしていたのですが、「いや、ちょっと何か様子が違う」という話になって、「検査を受ける？ 受けない？ 大腸の内視鏡の検査はどうする？」というような感じにもなったり、「もし、この先がんだとわかったときに、手術を受けたほうがいいのか？ 受けないほうがいいのか？ 抗がん剤治療をすることになってしまったら、どうするの？ いや、大腸がんだったら、抗がん剤で手足がしびれて大変だね」というようなことを、私なんかパパッと思い付いてしまったりするわけです。では、この高齢の義母に、まずは内視鏡の前処置をどうするのか。それをどうやって認識してやってもらうのだろうということで、とても悩みました。

## コロナ禍、認知症、高齢者・・・対応できる病院は限られる

それで、2022年のある日のことですが、義母がベッドの横で倒れていて、何だろうと思って近づいたら、骨折が起きていたのです。高齢者にはとても多いものだと思いますけれども、当時、コロナ禍で認知症を抱えた老人を、こういう救急の状態でも、受け入れている病院はなかなかなくて。やっぱり病気がいろいろ重なってくると、対応できるところというのが限られてきてしまうのだなと思いました。

唯一受け入れていただいた外科の病院へ行きましたけれども、このときに外科的にはこの手術はパーフェクトだということだったのですけれども、家族としては、「認知症とかこのあとどうするの？リハビリとかどうするの？」など、いろいろなことをやっぱり悩みました。こういうところが、いろいろ高齢者というのは、今までのようにガイドラインにのって、どんどんやっていけばよいという、私が受けたがん医療のような状態とはまったく違うわけです。

## 放置されてきた高齢化に伴う医療の問題

私は、「高齢化の推移と将来推計」というこのグラフをたぶん日本人の98%ぐらいいは、何回も見せられていると思っているのですよね。「高齢化率が28%になっていく」「今はもう高齢化ではなくて高齢社会だ」などと、いろいろといわれています。テレビでもこの話を聞かない日はないのに、今までこの問題、この医療の本質的な問題というのは放置されてきたまま、あまり考えられてなかったのではないかなと思いました。

これは英語でいうところの比喩ですが、「Elephant in the room」という言葉があって、部屋の中に象さんがいたら、体は大きいし、においもあるので、こういう問題があるということに絶対気がついてはいるはずなのです。けれども、「気づかないふりをしていきますね」というのを、英語で「Elephant in the room」というふうに、揶揄（やゆ）しています。私は、高齢者のがん医療というのは、まさにこれに近いなというふうに思いました。エビデンスもないですし、それから、「どこの病院で治療を受けたらよいか。また治療が終わったあと、家の中でどうするの？在宅医の先生はどうするの？」と、全てがまったくなかった、情報もなかったというのが現状だったなと思っています。こんなに高齢社会、高齢社会と毎日のようにニュースで話題になっているにもかかわらず、です。

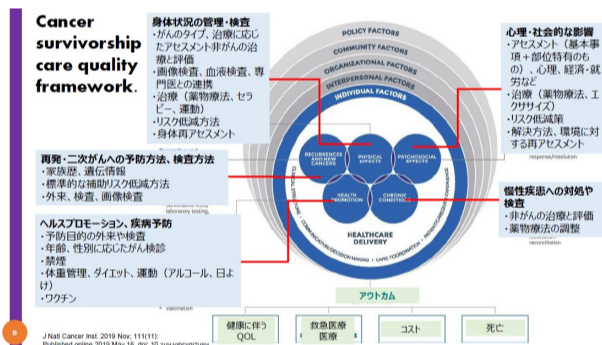
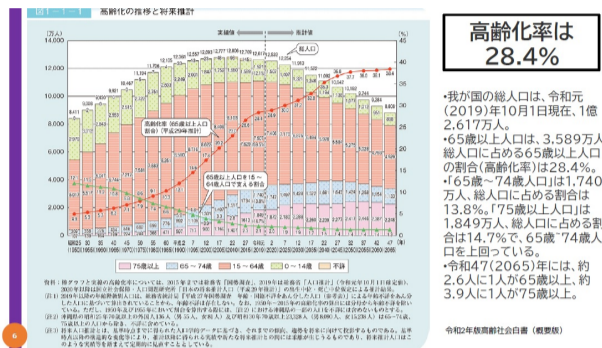
これまで、いろいろサバイバーシップ（がんを経験した方が、生活していく上で直面する課題を、家族や医療関係者、ほかの経験者と共に乗り越えていくこと。また、そのためのサポート）やたくさんのガイドラインなどもあって、割とこういう心理・社会的なものなども、いろいろな所で討議されてきたのではないかなと思っています。例えばこれは Cancer survivorship care quality framework ということで、がん領域のサバイバーシップを語る上では、今一番まとまっている図なのかな、と思っていますけれども、こういう中のいろいろな項目を見てきても、「高齢者という考えがないのでは？」、ということをやっと思いました。

この中でたぶん出てくるのは、この辺りの健康に伴うQOL（クオリティ・オブ・ライフ：生活の質）になりますけれども、その手前で高齢者に関する記述の止まっている部分がたくさんないですかということです。

ガイドラインといっても、こうやってたくさんのものがありますけれども、では、こういう臨床研究といったときに、そもそも普通の人でも日本はあまりデータがないのに、高齢者と普通の人を比較をするなんてこともまったくないわけで。いやいや、何でこれだけ高齢化が進んでいる国といわれているながら、この問題を放置してきたのだろうというふうに個人的には思っています。

## 高齢者のがん医療における課題が顕在化、大きな転換期に

ですから、今回こういう研究班が田村先生のご尽力で立ち上がって、そこからずっと継続して、いろいろな課題が出てきてわかってきたということは、非常に大きな一歩、二歩だと思っていますし、これが病院の中、急性期の病院の中だけではなくて、サバイバーシップの概念の中で、地域の中や医療政策の中でも、高齢者のがん医療をどう考えていくのかというところに目が向いていったのは、非常に大きな転換期になってくるのではないかなと思っています。



がんサバイバーシップの課題	国外	国内
三大がん(乳がん、肺癌、大腸がん)の最新治療の迅速な普及	○	○
がん専門職と他職種(薬剤師、放射線科、病理)の連携・調整	○	×
健康的な生活様式(食・運動・禁煙・節酒)	○	×
ワクチン接種	○	×
遺伝的リスク	○	×
他職種	○	×
痛み	○	×
性的健康	○	×
認知機能障害	○	×
更年期障害	○	×
抗がん剤副作用性神経障害	○	○
ホリゾン/アピラス	○	○
消化器症状	○	○
抗がん剤による毒性な心血管系への影響	○	△
聴覚障害	○	×
妊孕性	○	○
口腔ケア	○	△
泌尿器症状	○	○
呼吸器腫瘍	△	△

家族としては、やっぱり手術がいいのか、それとも薬物療法なのか、放射線なのか、それとも治療はもう受けないほうがいいのか、こういうことをエビデンスで語っていきたいです。ある程度参照点というものが欲しいです。でも、今回のこのガイドライン検討に参加させていただく中で、先生方の議論などを聞いていても、その先生自体の人生観をもって語られることなどもあって、定型なガイドラインとしてまとめることが非常に難しいなということを感じました。

それから、この前の先生方からお話がありましたけれど、いろいろな「高齢者機能評価」があります。これは家族、それから患者さん本人にとっても、治療をどういうふうに考えていくのかということを考える上で、とてもよい参考になるなと思ったのですが、では、いつ、どこで、ここにアクセスできるのだろう。そのチャンネルはどこにあるのだろうと思うと、人材も診療報酬の評価も不足しているなど、まだまだそういう情報が広がっていないということも現状なのかなと思っています。

## ガイドラインを実装化していくことが求められる

ですから、ガイドラインができたところから、今後はやはりこういう課題というのを実装化していかないといけないのではないかなと思っています。また、その中で患者さん本人が持っている、先ほどのPatient journey、人生観や世相、やっぱりこういうところも違いますし、家族の側もいろいろな価値観の違いなどがありますので、意思決定がとても困難というところもあります。

また、治療がいざ決まったとしても、投薬もリハビリテーションも、本人が病識を持って治そうという気持ちがないと、なかなか難しいなと思っています。どのように本人に病識を持ってもらうか、そして、家族あるいは医療者が、ケアも含めて、みんなでサポートしていくのかということが、まだまだ議論されていないなと思っています。今後、こういうガイドラインを実装化していく上では、デジタルなども一つの手段なのかなとは思っています。

例えばデータが地域のほうは自治体のものとは突合ができないですね、といったところもありますし、そもそも介護保険のデータなどが、どういうふうに患者さんの医学的状況と関与しているのかなということも、私たちは、これだけ高齢化社会といいつつ、あまりデータがないなと思っています。今からでも遅くないので、こういう患者さんたちのデータというようなものを合わせていくということ、一つにまとめていくということが、未来の高齢者の医療というものを考えていく上で、とても重要なのではないかなと思っています。そういう点では、がん登録のデータなども、その一つかなと思っています。

## 議論の場に高齢者を代弁できる人が参加していくことが大切

患者さんを日々サポートする「プライマリ・ケア（身近にあって、何でも相談にのってくれる総合的な医療）チーム」ということで、こういうところをデータでやっていこうということが、今、推し進められておりますけれども、こうした議論の中にも、実は高齢者自身が参加していくということが、なかなかないので、ぜひこういう政策を議論するところにも、高齢者の方を代弁できるような方が、今後は入って行くことが非常に重要なのではないかなと思っています。私からは以上です。年を取ることに何か希望が感じられるような社会というのを、私たちは、これからつくっていききたいなと思っております。ありがとうございます。

渡邊：桜井さん、患者さん当事者の視点ということで、「高齢者のがん診療ガイドラインへの期待」ということをお話しいただきました。やっぱり当事者の視点でないと、なかなか気づかないことというのも多くあると思いますし、現場で、また、患者さんや支援者の方がいらっしゃる場所で、反映されていくというか、そこが取り入れられていくということも大事ですし、そこに当事者の方の視点が入るということは、本当に大切だなということ、改めて聞かせていただくことができました。ありがとうございます。

## ディスカッション (1)

司会：田村 和夫さん（高齢者がん医療協議会）、渡邊 清高さん

パネリスト：二宮 貴一朗さん、津端 由佳里さん、桜井 なおみさん

渡邊：3人の登壇者の皆さま、ありがとうございました。

それでは、これからパネルディスカッションということで、いただいたご質問はすでにオンラインでご回答いただいているものもありますが、登壇の皆さまには、これからディスカッションに加わっていただければと思います。これからは共同司会ということで、「高齢者のがんを考える会」の代表世話人の田村和夫先生にもご参加いただきまして、二宮先生、津端先生、そして桜井さんの5人で進めてまいりたいと思います。

事前にいただいたプレアンケート、開始時に皆さま方からいただいたアンケートで、『「高齢者機能評価 (GA)」について、どのくらいご存じですか』ということで、「よく知っている」という方が、だいたい5%ですか、「おおまかに知っている」方は38%、「あまり知らない」「まったく知らない・わからない」という方が合わせて56%という結果でした。

また、「どのくらい活用していますか」ということについて、「日常的に活用している」方が、やはりおよそ5%でしょうか、「時々活用している」も合わせると2割弱、「ほとんど活用していない」が3割、「まったく活用していない」という方が4割弱、「わからない・該当しない」という方も合わせると5割という結果でした。この辺りが今回のディスカッションのスタートラインかと思いますが、では田村先生からお話いただきまして、進めてまいりたいと思います。よろしく願いいたします。

田村：皆さま、こんにちは。福岡の田村です。「高齢者がん医療協議会」は、佐伯班、この研究班と共同でガイドライン作成、あるいはテキストブックの作成などをやってきました。その議長として、今日、司会をさせていただきたいと思います。今日、お三方から大変貴重なお話をいただいて、「GA (Geriatric Assessment) : 高齢者機能評価」「GA」とこれからは省略して言わせていただきますけれども、「GA」は、すべきだろうというのが、だいたいの方向性だろうと理解しましたが、では、それを実際にどう利活用するのか。

それから、もう一つその手前に、津端先生からも示していただきましたけれども、「病院内での共有が十分されていない」というのも、大変重要なポイントになると思うのです。いくつか質問をいただいていますので、そういったところをパネルの先生方と議論していきたいと思います。

「Geriatric 8」は手術または放射線治療をする高齢者に使えるか

田村：では、質問をいくつかいただいておりますが、まず、『「G8 (Geriatric 8)」は抗がん剤を使う予定の高齢者に対してツールと理解していますが、手術や放射線治療をする予定

の高齢者に対しても使えるのか」というご質問です。一部は二宮先生からもお話しいただいたのですが、この辺りは二宮先生、いかがでしょうか。薬物療法はいくつかデータがありますので、たぶん「皆さんやりましょう」ということになると思うのですが、手術療法あるいは放射線療法もあるかと思いますがいかがでしょうか。

二宮：ありがとうございます。手術療法や放射線療法に対する「高齢者機能評価」のエビデンスで言いますと、介入に与えるアウトカムの結果は、まだまだこれから示されてくるところで、エビデンスは実は少ない領域であります。「G8 (Geriatric 8)」は栄養を中心とした評価ツールでありますので、手術の前の評価としては有用である可能性があります、それ以外に手術の前の評価と言いますと、身体的な評価、また IADL (Instrumental Activities of Daily Living : 手段的日常生活動作) などの評価が必要でありますので、それらも可能であればしていくべきだと思います。

例えば肺がんの手術の前にリハビリテーションをすることで、術後のアウトカムが改善することは、高齢者に限らず示されているわけですので、そういったものも使いながら、身体評価をしていくことというのは、重要だと思います。ただ、なかなかこれがよいというツールが、まだまだ開発が進んでいる状況で、エビデンスが示されていないところでありますので、これから十分評価していく必要があると思います。

田村：ありがとうございました。津端先生、追加するところがございますか。

津端：ありがとうございます。二宮先生が今おっしゃったのは、たぶん質の高いエビデンスというところ、いわゆる「RCT (randomized controlled trial : ランダム化比較試験 [研究の対象者を 2 つ以上のグループに無作為に分け、治療法などの効果を検証すること])」があるか、ないかという意味で言うと、たぶんないと思うのですが、「Geriatric 8」はやっぱり栄養状態を見るということなので、後ろ向き（過去と現在のデータを扱う研究）であったり、あるいは最初に「Geriatric 8」を測っておいて、「良かった人」「悪かった人」で、その手術の合併症はどうだったといったような単施設の研究といったものは、たぶん山ほど存在しますので、放射線療法に関しても確かあったと思うのですが、そういったものはおそらくあるかなと思います。

田村：ありがとうございます。そのほかどうでしょうか。

桜井：私からもいいですか。逆に先生方にお聞きしたいのですが、そういう単施設の研究はいっぱいデータがありますよね。それはどこかに突合されたり、ためたりしてないのですか。何かデータベースがあると、すごくいいなと思っているのですが、もったいないですよ、せっかく患者さんたちは治療を受けたので、それを次の世代の人たちにも役立つ



てていけたらなと思うのですけれども、どうなのでしょう。

渡邊：実診療ベースだと結構そういうデータをスクリーニングとして取っていることはあると思うのですけれども、それが、ではどう共有されて、また、それをもとにどのような意思決定がなされているかといったところ、例えば手術の前や抗がん剤治療の前などという、目的に応じて実施はされていても、では、その後のリハビリテーションにつなげたり、栄養管理までつなげたりという継続性というところは、結果としてないかなとは思いますが。私も質問に乗っかってしまいましたけれど、二宮先生、津端先生、いかがでしょうか。

二宮：ありがとうございます。非常に難しいところで、もちろん治療前の評価も含めて、そういった結果を多く広く、論文などでも発表していくことが重要だと思います。その発表されたものの評価をするのが、われわれガイドライン作成メンバーの仕事でありますし、それをまとめて、できれば示していきたいと思っておりますけれども、今後の課題とさせていただきます。

津端：ありがとうございます。おっしゃるとおりで、論文で発表されると、同じような研究をやっているから、データをガチャッと一緒にして検討してみようということは進むと思うのですけれども、年代が違ったり、あるいは登録されている患者さんの背景が違ったりすると、どこまでの研究を含めてデータを統合するかというところが非常に難しく、何でもかんでも入れてしまうと、エビデンスの質としては少し下がってしまいますし、そもそも RCT ではないので、出てきたデータの質の担保というところが少し難しくなるという問題点はあるかと思えます。

桜井：ありがとうございます。国がそういうところのデータベースをきちんと持っていないのも、すごく不思議だなと思いました。一人一人の高齢者の Patient journey みたいなものがデータになっていると、すごく参考になるのになんていうことを、今ぼんやりと思っています。

#### 地域における課題

田村：よろしいでしょうか。それでは次の課題、地域格差の問題が質問に出ています。これはなかなか難しい問題ですが、「今、所属している地域での課題をそれぞれ教えてください」と書いてあります。その地域、地域で何か違いがあると思うので、それをご存じでしたら、少しご披露いただくと参考になるかなと思いますが、いかがでしょうか。島根の場合ということでもよろしいかと思うのですけれど。

津端：ありがとうございます。「GA」で評価するということには、たぶん地域格差はない

というか、その病院が取り組むかどうかの差なので、ないかなと思っておりますけれども、それをどのように生かして、地域の各病院さん、終末期を診ていただけるような病院の方々、メディカルスタッフの方々と、どう連携していくかというところは、おそらく地域差はあるのかなとは、私も感じます。島根は非常に高齢化が進んでいる県なので、私がこういったところに興味を持ってやっていることもありまして、うちの診療科は、患者さんで高齢の方は100%「GA」も行って、それを生かして治療方針も決めたりはしているのですけれども、地域もそういったところでバックアップといたしますか、非常にサポート体制が充実しているので、割と高齢者の診療に関しては、どのがん種もサポートいただいているのではないかなというイメージがあります。ですので、逆にどうでしょう、都会で患者さんがたくさんいるほうが、もしかしたら問題が多いのかなと、個人的には感じているのですけれど、岡山はどうですか、患者さんがたくさんいらっしゃると思うのですけれど。

二宮：ありがとうございます。私は岡山大学のほうで仕事をしておりますので、患者さんは、そこまで超高齢という方があまり来れない環境にはあるのですけれども、ただ、岡山県は非常に広いので、県北から、非常に遠くから高齢の方が来られて、治療に難渋することもございます。遠方で、高齢化が進んでいる地域であればあるほど、がん専門医が少ないという現状にあって、われわれ専門病院と地域の病院と、がん診療に主に取り組んでいない病院と、こういった知識を共有しながら、病診連携をつくっていくことも、やはり地域によっては重要だというふうに、岡山県としては考えております。

田村：ありがとうございます。そのほか、コメントがありましたら、お願いします。

渡邊：今回参加された方の中にも、がんの診療をされていらっしゃる、必ずしもがん診療を専門としてはいない、がん治療ではなくて、どちらかというところと患者さんのケアや緩和・在宅という場で支援されている方のご参加もありますので、そういった方の共通言語になって、何らかの連携をするときの課題を共有したり、リスクをスクリーニングして、早めに予防的な介入をしたり、そういったところに研究ベースのところから実診療や、あとは患者さんとのやりとりで活用していけたらよいですね。そこで患者さんが行き来しても、質の高いケアが地元で受けられたり、データが結合できたりするということにつながってくると、さらによいと思います。結構ニーズとしてはあるのですが、そこをでは、いつ、誰が、どこでやるかというところが、工夫が必要かと思います。

高齢者機能評価は「Geriatric 8」あるいは「CGA7」から導入の検討を

田村：では、いつ、どこで、何をやるかというところが難しいという話がずっと出ていますので、その辺りで地域格差の問題ももちろんあるし、各施設の違いもあるしというところで、共通といいますか、「このぐらいのベースはやりましょうよ」というところ、「これぐらいは

体制を整えましょう」というところの最低のラインというような、その辺りがある程度見えてくると、皆さんやりやすいのではないかなと思います。そこの中にも結局、「時間がかかると困りますよ」ということもあると思うので、「GA」の中のどういうツールが一番「適切」という言葉はあり得ないのだろうと思いますけれど、「実際的でそれなりの情報が得られて、それが診療の中で使える」というようなものを、たぶん1つ2つ、先生によっても違うかもしれませんが、ちょっとご披露していただくと、視聴者の方には参考になるかと思えます。二宮先生、いくつかスクリーニングツールを出されましたけれども、先生でしたら、どのようなツールをお使いなさいますか。

二宮：ありがとうございます。エビデンスという言葉、今までいろいろ多く語ってまいりましたけれども、ただ、やはりがん診療においては、皆さまの診療の中で実現可能性を考えないといけないと思いますので、先ほどありました最も簡便なものから、導入するのがよろしいかと思っております、「G8 (Geriatric 8)」を用いるのが導入としては簡単ではないかと考えています。

田村：ありがとうございます。あと「CGA7」ですね。老年医学会から出していますけれども、津端先生、紹介されていましたが、その辺りをもう一度、たぶんご存じない方も結構いるのではないかなと思いますので、お話ししたいと思えます。

津端：ありがとうございます。確かに「Geriatric 8」は簡単なのですが、患者さんに渡して書いてもらうというのが、基本的なやり方のツールとして、認知機能の問題をご自身で申告するというタイプの質問票なので、正確に認知機能低下や意思決定能力があるか、ないかの評価というのが、ちょっと「Geriatric 8」では難しい場合が多いと感じています。そのため、第一歩としては「Geriatric 8」はとてもよいと思うのですが、意思決定支援が必要かどうかということに関しては、できたらそこにプラス、Mini-Cog (3つの単語を思い出したり、時計を描いたりする能力を評価する簡単な認知機能テスト) や MMSE (Mini Mental State Examination : ミニメンタルステート検査 [世界中で最も用いられている認知症の検査]) もしくは長谷川式 (改訂長谷川式簡易知能評価スケール) といったようなものを、「Geriatric 8」をやる場合は追加するのが、私としてはお勧めと言いましょうか、よいのではないかと考えています。

一方で「CGA7」につきましては、日本でつくられて日本語のものなので、ちゃんとそういった validation (検証) もされておりまして、3単語再生が入っていて、基本的には医療従事者が評価するものなので、意思決定能力については、少し「Geriatric 8」よりは評価しやすいと思いますので、「CGA7」であれば「CGA7」だけで、だけでという言い方がよいかわからないのですが、「CGA7」のほうが、私は少し判断力が強く、よいのかなと感じております。

田村：ありがとうございます。「G8 (Geriatric 8)」あるいは「CGA7」といったところを、検討いただくところから始めたらどうかというところだと思います。

高齢者機能評価ツールを利活用できるシステムの構築が重要

桜井：先生方にもお聞きしたいのですが、そういういくつかの評価ツールに、例えば患者さんも、家族も誰かが書いて行くわけですが、たぶん評価を入れることだけでは簡単かもしれません。それを総合的に解釈することがすごく難しいと思っているのですが、そういう人材は、今どのぐらいいらっしゃるのか、あと、いないときには、例えばオンラインでそういうカンファレンスを持てるのでしょうか。また、たぶん実装化していく上では、質問でも入っていますけれど、診療報酬みたいなもので評価していかないと、全国に広がらないと思っているのですが、その辺りはいかがでしょうか。

津端：ぜひ回答させていただきたいと思います。本当におっしゃるとおりで、こういったことを進めていくに当たっては、整備要件も一つそうだと思うのですが、診療報酬も含めた制度の問題を進めていくことのほかに、やっぱり「GA」を簡便化して、「GA」の結果を理解して、介入にはどのようなものが必要かということをご提案することが、専門家がいなくて難しいので、そういったシステムをどうつくるかということが、とても重要だと思っています。それで、実は私は、行っておりました臨床試験につきましては、iPad で最後に推奨する介入まで出るようなシステムを導入して、各施設に使っていただきました。

臨床研究後のアンケートを皆さんに取りましたら、一番よいのは結果の解釈まで、「患者さんにどのような介入が推奨されるか、説明をするか」というところまで出るということが、使っていた先生に非常に好評だったので、そういったシステムを広げることで、ミニマムな知識で「GA」を利活用できるというような、そのシステムの構築、推進というのが、非常に重要だなと感じております。ありがとうございます。まったく同感です。

田村：よろしいでしょうか。誰が、どこで、どうするのかというのは、各施設のリソースに依拠することになると思いますけれど、これからは IT を使ってのいろいろな工夫も考えていかなければならないということと、それから診療報酬の中で、それを認めてもらうということも、われわれの一つの重要な活動ではないかと思います。

では、この「GA」に関しましては、この辺りで一応終えまして、次の指定発言に移りたいと思います。これは、先ほどお話ししました「GA」で抽出されました、いろいろな脆弱（ぜいじゃく）な部分をサポートする一つの運動療法、あるいは栄養療法に関するものでありまして、極めて重要だと思います。指定発言として、辻先生、よろしくお願ひいたします。

## ディスカッション (2)

司会：田村 和夫さん、渡邊 清高さん

パネリスト：二宮 貴一朗さん、津端 由佳里さん、桜井 なおみさん

指定発言者：辻 哲也さん、内藤 立暁さん

運動療法に関して各病院のスタッフ数に応じた対応を

田村：お二方の指定発言に対しまして、質問がいくつか来ておりますけれども、多岐にわたるのでなかなか難しいのですが、まず運動療法に関しまして、リソースによって違うと思うのですよね。各施設、あまりリハビリの専門職員がいないという、そういったところでの対応の仕方と、それから非常にそろっているところの対応の仕方というのは、いろいろあるかと思うのですけれども、その辺りの地域差、あるいはリソースの違いというところに関しまして、辻先生、何か論文のリサーチなどをされている中で、気づかれたところがございますでしょうか。

辻：今回のガイドラインの作成にあたって抽出された論文は、高齢者を対象に入院中や外来でのがんリハビリテーションの効果を示した研究ですので、施設の環境や質が整った施設での取り組みになります。しかし、確かに、がんリハビリテーションは全国的に均てん化は十分ではなく、地域性や病院によっても格差はあるのも事実です。論文に記載されたがんリハビリテーションは理想ではありますが、現状では、それぞれの病院のスタッフ数に応じた対応を考えていかないといけないと思います。

栄養療法に関して特定のサプリメントを推奨できる段階ではない

田村：ありがとうございます。それから栄養療法に関しましても、こういうサプリメントとか、こういうのがよいとか、これはしないほうがよいのではないかというような、そういうところは、内藤先生、レビューされている中で、何かありましたでしょうか。

内藤：ありがとうございます。特定のサプリメントを推奨できるほどのエビデンスはなかなかないのですけれども、一般高齢者に対しては、がんのエビデンスよりも少し進んでいて、分岐鎖アミノ酸（筋肉中のたんぱく質に含まれ、運動時に重要な役割を果たす必須アミノ酸）を含むサプリメントと運動療法をしっかりとやると、フレイル（加齢により心身が老い衰え、積極的な治療の適応にならないと思われる状態）、転倒、そういったものを防ぐことができるのではないかというエビデンスは、ちょっとがんの領域よりも多くあります。それを、がんにも応用できるかもしれないです。

田村：お聞きになっている視聴者の方々は、結構いろいろな所からアクセスされていると思いますので、今のような状況でリソースに応じた対応をするしかないというのが現状かと

思いますが。

あと、桜井さん、今、リハビリと栄養療法をお聞きになって、患者さんの立場からはいかがでしょうか。同じように都心部におられる方と地方にいらっしゃる方と話は違うとは思うのですけれども。

桜井：ありがとうございます。リハビリや栄養は日常生活なんですよ。その日常をやっぴりしっかりキープしていくということは、本当に人として生きていくベースラインなのではないかなと思っています。特にリハビリテーションなどは、できることがだんだん限られていく中で、本当に身近な目標になったりするんですよ。ですから、私もリハビリテーションに関しては、もっと病院の中で浸透していくといいなと、特に高齢者に関しても思うところですよ。

栄養なども、私は、別で栄養のほうのガイドラインに加えさせていただいているのですけれども、やっぱりいろいろなディスカッションをしていると、高齢者と一緒でまったくエビデンスがないです。それからアメリカだと食品医薬品局で、食品も薬品と一緒にいろいろ考えてくださるのですけれども、日本では医薬品は承認とかそういうのがないんですよ。そのため、すごく不確かな中で、試行をするという感じになるしかないのかなというところも、すごく残念だなと思っています。

田村：ありがとうございます。渡邊先生、質問が非常に多岐にわたるので、これはぜひディスカッションしておいたほうがよいというところがあれば、選択いただけますか。

#### 高齢者がん医療の普及に向けての課題

渡邊：先ほどのディスカッションの中でも、エビデンスをつくることから、それをどう実践していったらいいかというところで、今、辻先生、内藤先生から、それぞれリハビリテーションと栄養について、具体的な課題や工夫をお話いただきました。先ほどのディスカッションの中でも、どう評価するか、あとはそれをどう伝えていくかというところですよ。がんの治療病院から、例えばリハビリの処方を地域で継続できるようにしていく、あとは栄養に関する介入を、病院が変わっても、施設が変わっても、継続できるように関連職種でちゃんと引き継いでいく、というところで制度上のバリアもあるし、あとはそれにかかわるスタッフ側のバリアもあると思います。

どう普及していくかというところの課題が伺えればと思うのですが、この辺り、辻先生、内藤先生、そして津端先生にもお話しいただければと思うのですけれども、いかがでしょうか。

辻：リハビリテーションの立場からは、「G8 (Geriatric 8)」等でスクリーニングをして、必要な方にはリハビリテーションサービスを提供する体制を構築することが必要と考えます。治療の前からその高齢者の方のフレイリティ（筋力や活力が衰えた段階）を評価して、

それをリハビリにつなげていただくフローができるというのが、非常に大事だと思います。ただ、どのような状態の方でも、特に高齢者であれば、がん治療の前にはしっかりからだのコンディションを整えることは大事なので、そこはリハビリの専門職ではなくても、その担当診療科のスタッフ、看護師さんを中心に運動や栄養管理も含めた生活指導を実施していただいたり、パンフレットを、院内のリハビリテーション科など関連科や部門と協働でつくっていただいたりすることは、非常に大事だと思います。

また、治療終了後に地域とつなげるところもとても大事で、リハビリや運動の継続性は、先ほども桜井さんがおっしゃったように、生活のベースになるので、サバイバー（がん経験者）の方も終末期の方も含めて、しっかり運動習慣を在宅療養の中でもつくっていくような、その連携は大事だと思います。

それから、高齢者は介護保険が使えますので、その中でケアプランを立てるときに、病院のスタッフと介護保険の地域のスタッフがしっかり連携を取って、今、退院時にはカンファレンスなども行って加算もできますし、それでうまく情報共有していくというのが大事です。特にがんの患者さんの場合には、治療の経過など、その辺りが十分に在宅のスタッフと共有されていないと、例えば骨転移がある方や、悪液質（著しい筋組織の減少を特徴とする代謝障がい）でかなり脆弱（ぜいじゃく）な方などが、リハビリや運動をやる上でもリスクもあるので、そういう双方向の連携をしっかり取っていくようなことも、非常に大事だと思います。

内藤：栄養に関しましては、スタッフ、栄養士さんが、いろいろな加算、糖尿病や心臓病などの特別食加算が取れば、多くの栄養士さんを雇用できるのだと思うのですが、例えばがんセンターのような例ですと、リハビリも外来の加算が取れないですし、栄養士さんもいろいろな加算が取れないので、とても少ない人数で回しています。そして、そのほとんどは周術期（術前～術後の一連の期間）の栄養と運動の介入に取られてしまうので、進行がんの方や高齢者の栄養の入院には、なかなか手が回らないというような現状はあります。彼らが働きやすいような、そこに病院がお金をかけられるようなシステムは、やっぱり必要かなと思います。

あと、スクリーニングについては、抗がん剤治療などをやっている間は、一生懸命「食欲はどうですか」などと食についての問診をしたり、体重の記録をしたりするのですが、それが終わってしまったり、治療が一段落したりすると、途端にまったくカルテの中に、そういうことが記載されなくなってしまう医療者の認識というか、「がんと共に生きるときに、栄養をいつも気にしてなくてはいけない」ということを、知っている人が非常に少ないものですから、そういう認識も変えていかないといけないかなと思います。

津端：私も、リハビリが非常に重要なのはよくわかっているのですが、がん患者さん以外の方たちも診なければいけない、リハビリテーションの領域が非常に広いので、高齢のがん患者さんだけに力はかけられないのです。術前の方のリハビリの流れなどは、決まったものがある程度あると思いますので、食道がんであったり、肺がんであったり、そういったものは術前の方であれば割と依頼しやすいと思うのですが、私などはステージ 4 の肺がんの患者さんということになりますと、なかなかリハビリテーションに依頼することが難しいです。

それで、「Geriatric 8」もステージ 4 の肺がんにつけると、8 割以上が陽性・脆弱性ありというふうに出ますので、それを全てリハビリテーションの方に紹介することはできないということがありますので、もし「Geriatric 8」が陽性になった場合には、栄養状態などに気をつけないといけない、運動をしっかりしないといけないということを、まずは主治医から口頭でしっかりお話をした上で、自宅でできるような簡単な運動、リハビリのパンフレットを渡す、というようなところから始めているというのが現状です。

渡邊：ありがとうございます。たくさんご質問をいただいでいて、大ぐりにするのは、少し乱暴かなというところはあると思いますが、「どう現場で使っていくか」ということ、「どうつないでいくか」というところが、非常に重要だと思いますので、まずは周術期からスタートして、今後、場合によっては、この GA の活用と支援を広げていくなど、いろいろな戦略的なアプローチが必要かと思って伺っておりました。

田村先生、ご登壇された方から一言ずついただいて、いきましょうか。

田村：そうですね。だいたいわれわれがメッセージとして伝えたいところは、押さえたつもりなのですが、まだ細かいところがたくさんあります。それらについて質問がございましたらいただいて、あとでまた答えられるものは答えるというかたちでいきます。

渡邊：そうですね。では、二宮先生から、お願いいたします。

一つのツールとしてガイドラインの活用を

二宮：私のほうからは、高齢者のがん医療における「高齢者機能評価」の重要性について、ガイドラインをまとめさせていただいて、今回、発表させていただきました。今回、ご質問でも多くの課題をご指摘いただいております。評価をすることだけで、今回初めてエビデンスが示されつつある中で、日本人にどう外挿（ある既知の数値データをもとにして、そのデータの範囲の外側で予想される数値を求めること）していくかということや、その介入をど



う行っていくかというのは、まだまだこれから皆さまと協議していかないといけない課題だと思います。

また、多くご質問でいただきましたけれども、がん種によってそれぞれの課題が異なります。先生方と周りの看護師さんやチーム医療のスタッフと、あとは患者さんと家族で、情報共有を行い、一つのゴールに向かって行くことがやはり重要だと思います。よくよく皆さまと相談する中での GA が一つのツールになって、ガイドラインが一つのツールとして活用いただければと思います。今回の発表以外にも、多くの課題が示されているところもありますので、またガイドラインをご活用、ご覧いただければと思います。ありがとうございました。

その地域、病院に合った高齢者のがん治療の実装を

津端：まず本日こういった発言の機会をいただいたことに、関係者の皆さま方に深く御礼を申し上げたいと思います。今日、がん診療連携拠点病院の方々がメインで参加しているということでしたので、拠点病院のところから、私はお話しさせていただいたのですが、突然、「意思決定支援を含む機能評価」という言葉が出てきて、たぶん慌てられた先生方が多かったのではなかろうかと思います。けれども、今日少しお話しさせていただいた中で、どうしてそうなったかということが、少しお伝えできたのではなかろうかと思います。

ただ、そのような文言が書かれて、どのようにしておけば合格といいますか、そういうところはたぶんなくて、ぜひ各ご施設、地域でも違いがあるかと思いますが、その地域、その病院で、どのようにして高齢者のがん治療、機能評価を含めて行っていくかということ、関係者の皆さまとご相談いただいて、その地域、病院に合ったものを実装していただけたらと思います。まず何もやっていないという場合には、今日いくつかご紹介させていただきました、最初のステップというものを試していただけたらよいのではないのかなと思っております。今日は本当にありがとうございました。

ガイドラインが橋をかけていく第一歩に

桜井：私も今回こういう検討の場所に参加させていただいたこと、本当に感謝しております。私では不十分な部分もあったかなとは思いますが、それでもこういう学びの機会を得ることで、やっぱりガイドラインに参加して地域と地域や、急性期と在宅、制度の間や人材など、情報もそうですし、患者さんと家族の間もそうですし、いろいろなところに、言い方は悪いですが、デスバレー（死の谷）があるなというのはすごく思ったんですね。谷があるなと思っています。

一つ、このガイドラインは、そこにちょっとずつでも橋をかけていく第一歩になったのではないかなと思っていますけれども、つくったことが決してゴールではないと思っています。つくったことでいろいろな課題が見えてきたかなと思っていますので、今後はこれをどう

やって実装化していくのか、広めていくのか、当たり前にしていくのか、ということを引き続き考えて、一緒に学んでいければいいなと思っております。ありがとうございます。

さらなるエビデンスの蓄積を

辻：今回ガイドラインをまとめさせていただいて、一応3つのCQで、そのうち2つからは推奨がいただけたということは、とてもよかったと思います。ただ、がん種や介入方法など、ばらつきがあったり、がん種が限定されていたりということで、まだまだ十分ではないので、次の改訂では、質の高い論文がさらに増えて、エビデンスの確実性が高まればと願っています。一方では、今回のガイドラインにより、世界的に高齢者のがんリハビリテーションに関して具体的にどのようなアプローチがされているか、現在の状況を理解することはできます。ぜひガイドラインを参考にいただき、今後の実臨床や臨床研究に生かしていただければと思います。ありがとうございました。

内藤：この場にお呼びいただきまして、ありがとうございます。診療ガイドラインといえ、  
「これを読めば実地医療が迷わずできます」というようなものになるのが望ましいのですが、私を担当した部分は、むしろ混沌（こんとん）としてしまって、まだエビデンスがないという結論になってしまいました。けれども、これは現状がわかったということで、桜井さんがおっしゃっていたように、これをもとにいつかはクリアカットなお答えができるようなものになっていくのではないかと期待して、私は一研究者として、何かエビデンスを少しでもつくっていきこうと努力していきたいと思います。ありがとうございます。

渡邊：ありがとうございます。では、田村先生、まとめの一言をお願いします。

高齢者機能評価ツールの普及を目指し活動していく

田村：皆さんもおっしゃったのですが、「GA」をこれからぜひやっていただきたいです。元気でいっぱいの方は、もしかしたら要らないかもしれません。その辺りは各施設で各担当の先生が考えられることだと思います。それから、リソースが違いますし、地域によってずいぶんいろいろと違いますけれども、その地域、そのリソースに合った「GA」、そして何よりも情報を院内で共有し、そして、それを利活用していくという、その流れをぜひ考えながら、「GA」をやっていただければありがたいなと思っています。われわれの調査研究でも、8割のがん拠点病院、地域関連拠点病院の先生方といいますか、チームは、この「GAをやっていない」、あるいは、そのうちの半分は、「GAをあまり知らない」という結果を持っていますので、それをぜひ100%に近いものに早く普及させていきたいと思っています。今後も、この活動を続けていきますので、ぜひご参加いただければと思っています。

渡邊：田村先生、ありがとうございます。冒頭にも佐伯研究代表者からお話があったように、やはり全国均一では必ずしもないということが、この課題の難しいところでもあり、可能性の多いところでもあると思います。今回の研修会はウェビナーというかたちではあったのですが、ぜひ地域で、施設で、こういったディスカッションが進んで、どう役割分担していく、どう連携していくか、というところが始まるのが、まず重要なのではないかなと思って聞かせていただきました。ぜひまた、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。では、パネリストの皆さま方、先生方、ご発言いただきまして、ありがとうございました。以上をもちまして、ディスカッションパートを終了させていただきたいと思います。それでは、まとめと閉会のごあいさつということで、埼玉医科大学国際医療センター、乳腺腫瘍科の石黒先生から、お話しさせていただきたいと思います。石黒先生、よろしくお願いいたします。

まとめ・閉会あいさつ

石黒 洋さん（埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科）

高齢者がん診療ガイドライン作成委員会を代表して、閉会のごあいさつをさせていただきます。埼玉医科大学国際医療センター、乳腺腫瘍科の石黒と申します。COI（Conflict of Interest：利益相反）はございません。今日は本当にたくさんの方、そして多くの職種の方に参加いただきました。事前申込者だけで1,329名、その後の申込の方もいらっしゃいましたけれども、看護師さん・保健師さん・助産師さんが4割で、医師・歯科医師が24%、患者さん、家族そして行政の方も含めて、本当に多種多様の方にご参加いただきました。日本がんサポーターズケア学会のご協力もあり、わかりやすく優しい感じのポスターにさせていただいて、インパクトがあったのではないかなと思っております。

さて、今回ガイドラインということで、やはりガイドラインである以上、臨床試験に基づく高いエビデンス、一定以上のエビデンスがあって初めてガイドラインはつくられるわけですが、エビデンスのほとんどはPS（Performance status）、全身状態であったり、あとは年齢による適格基準というものがあったりして、その臨床試験の結果に基づいてガイドラインがつけられてきたということがあります。

最近では、年齢制限は撤廃したほうがよいのではないかなということで、年齢制限が外れているような臨床試験もあると思いますけれども、ただ、そうした臨床試験であっても、若年者と同じような治療ができる、そういったことが前提となっていますので、非常に状態のよいfit（80歳未満で、日常生活動作の障がい、問題となる併存症、老年症候群の症候がいずれもない）な高齢者が主に入っていて、一般的な高齢者は、そういった臨床試験の中には含まれないということがほとんどかと思えます。

一方、暦年齢で見たときの高齢者というのは、非常に個人差が大きなポピュレーション（母集団）でして、ただ、その高齢者の患者さんを、われわれは「年齢相応ですよ」と言ったり、「年齢よりも若く見えますよ」と言ったり、何となく曖昧なかたちで表現して、ディスカッションをこれまでしてきたわけですが、ここはやはりしっかりと点数化という客観的な指標、それが「高齢者総合機能評価」という包括的な評価になると思うのですが、まずはこういったところを利用して評価をするということが第一歩ではないかなと思えます。

その包括的な評価の中には、ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）、IADL（Instrumental Activities of Daily Living：手段的日常生活動作）、認知機能、栄養、併存症、社会的サポート、あとポリファーマシー（多くの薬を服用することにより副作用などの有害事象を起こしやすくなること）の状況、心理的状況とさまざまなものが包括的にあって、

さまざまな評価方法がありますけれども、やはりこの辺もまずはやってみる、そして、できるようになるという前提があって初めて、エビデンスをつくる臨床試験を行えるということで、今は海外からの臨床試験がほとんどですけれども、拠点病院の先生方、皆さまには、こういったエビデンスを日本国内からも出して行けるよう、まずは「GA」ができるように、定着していければよいかなと思っております。

この「GA」に関して、二宮先生から報告がありましたけれども、今回の推奨度というのは、実は患者さんの視点に基づいて作成をしております。確かに診療報酬がないと難しい、誰がやるのかなど、提供側の視点というのは、まだまだ課題が多いということもありますけれども、患者さんの視点に立てば、「行うことを推奨」、もしくは「弱く推奨」、「提案」まで含めて、11人のパネルメンバー全員が、その方向については合意をしているということになります。

ただ残念ながら、エビデンスの高い臨床試験の数が少ないので、「強い推奨」というところには至らず、推奨の強さは「2」ということで、エビデンスが不十分であることが課題ではありました。高齢者がん医療に関して、これは事前にいただいたご意見で、その中から一部ピックアップをさせていただきましたけれども、認知症高齢者の方への告知の仕方だったり、拠点病院から地域の病院に最終的には移動される方が多いと思いますけれども、地域の病院で高齢者のがん終末期を診ざるを得ないというような課題であったり、あとは依頼時期の問題など、さまざまな問題に関しては、今回は一部のところしかカバーできずに、あまり触れることができずじまいでした。

われわれの班研究も2022年度でいったん終わりますけれども、今後、医療と介護の連携、もしくはその体制整備に関する研究なども進めていく予定ですので、また皆さま方と一緒に学んでいければというふうに思っております。まずは、津端先生からお話がありましたけれども、「第1回 高齢者がん診療向上のための国際セミナー」、こういった機会でもたご一緒できればと思いますので、よろしく願いいたします。以上で私から閉会のごあいさつとさせていただきます。ありがとうございました。

渡邊：石黒先生、ありがとうございました。研究班の活動は、活用と普及というところですので、ぜひ身近なところで、どう活用していくか、どう連携していくかということの議論が、今回の研修会をきっかけに生まれたいと思います。

今後、この「高齢者がん診療ガイドライン」が普及、活用されて、高齢者の皆さま方、がん患者さんに等しく質の高い医療、ケアができることを願いながら、この会を閉じさせていただきます。本日はご参加いただきましてありがとうございました。