

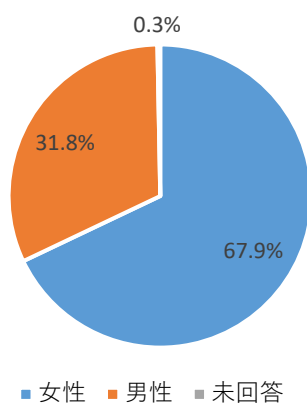
- タ イ ト ル : 地域がん診療連携拠点病院
「高齢者がん診療ガイドライン」研修会
～高齢者機能評価の実践に向けた研修を中心に～
(高齢者のがんを考える会議 8)

アンケート【開催後】

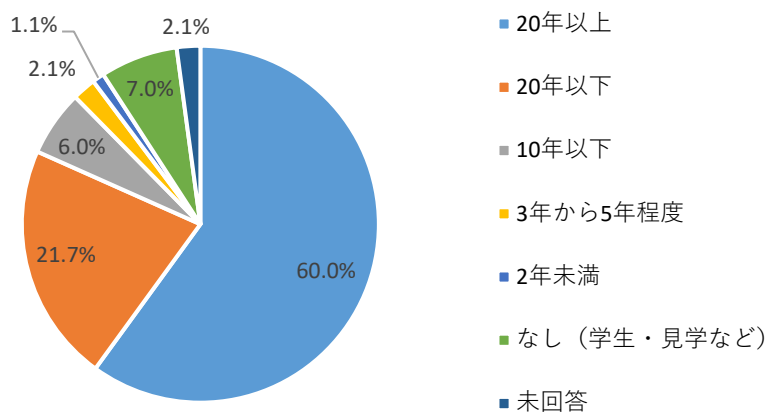
- 日 時 : 2023年3月4日(土)10:00～12:00
- 会 場 : オンライン開催(Zoomウェビナー、YouTubeを使用)
- 対 象 : 医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、リハビリテーション職、栄養士、心理師などの医療従事者、介護・福祉職の方、高齢者のがん医療に関心のある方
- 参 加 費 : 無料
- 参加者数(講師含) : 1,351名(Zoomウェビナー571名、YouTube780名)(最多)
- アンケート回収数 : 655件

- 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

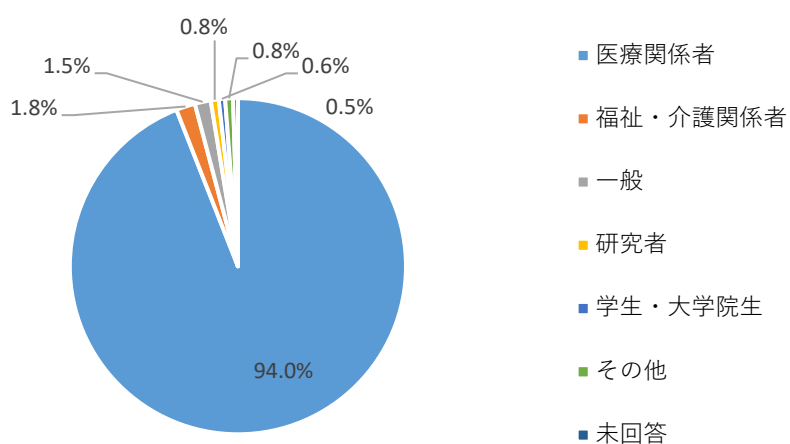
1. 性別を教えてください



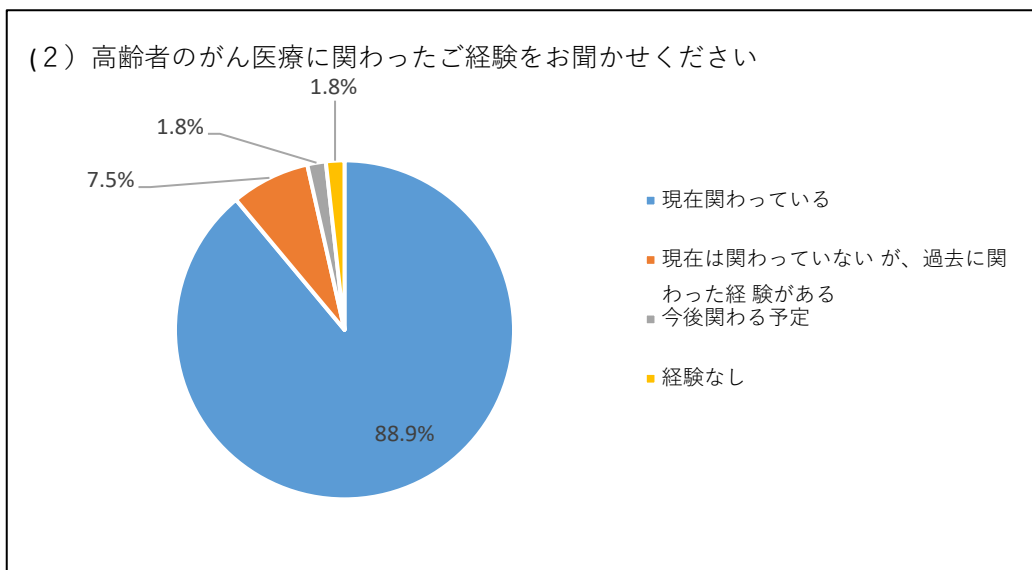
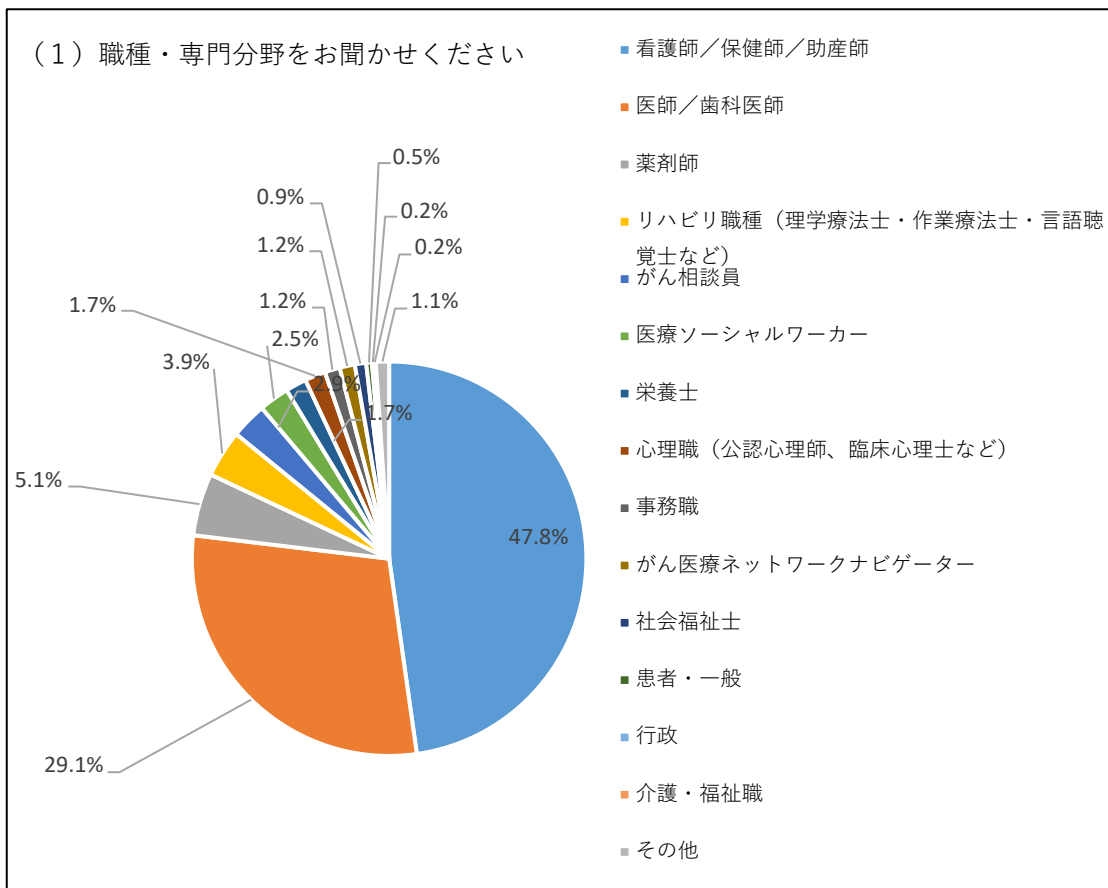
2. 診療経験をお選びください

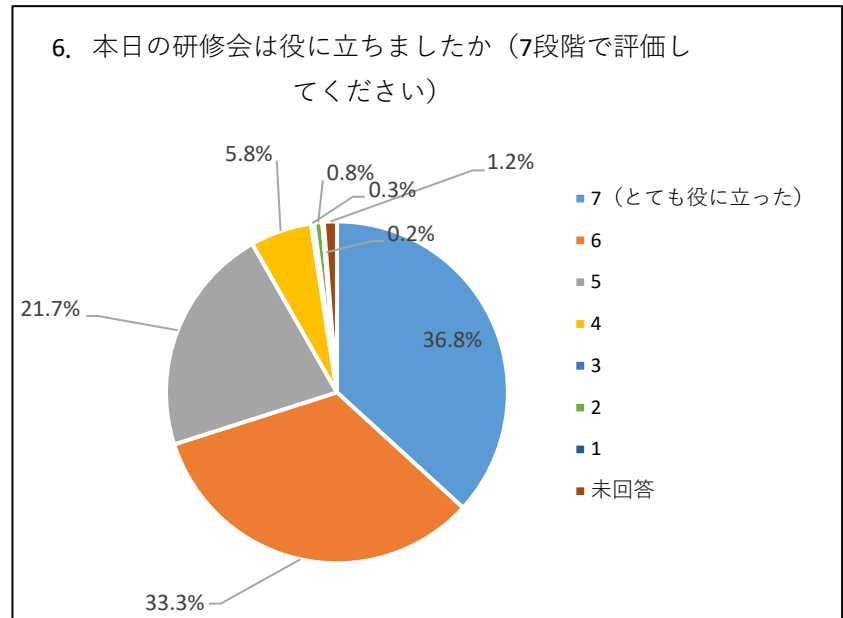
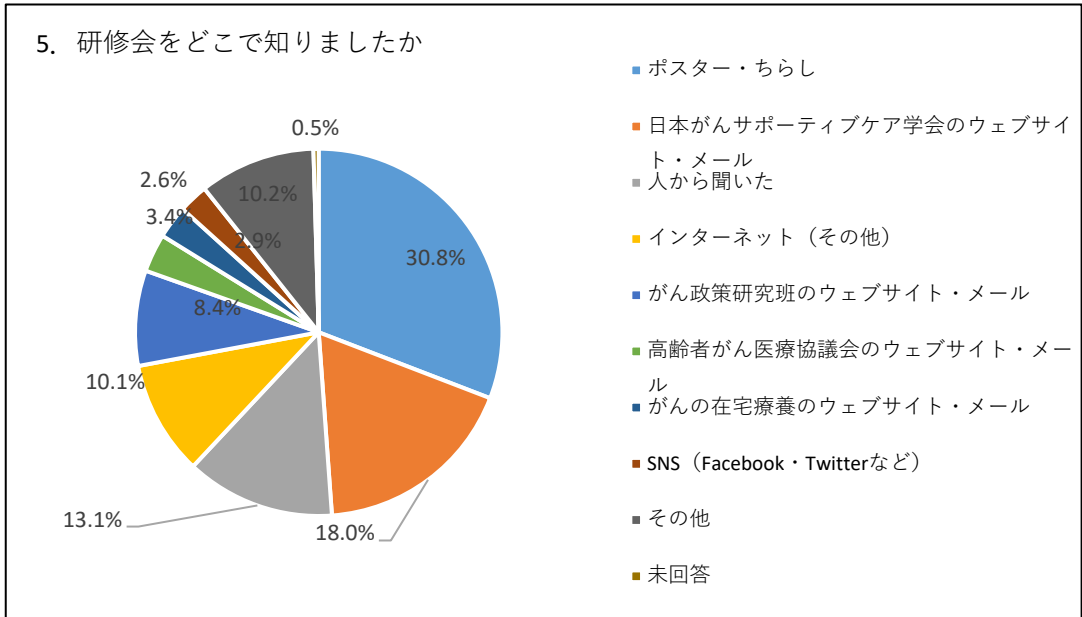


3. 職種をお聞かせください



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お学びました。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えます。</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いたします。</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CGA 7 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し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。