

高齢者のがん医療における 患者本人とその家族の共有 意思決定を支えるために

報告書

2024年2月



エグゼクティブサマリー



2023年10月12日、高齢化に関する世界連合(GCOA)は、日本、アメリカ、カナダ、アイルランドおよびイギリスの医療従事者、患者団体代表者、有識者を招集し、高齢者に対するがん治療や高齢者とその家族を含めた共有意思決定(Shared Decision Making:以下SDM)による治療体験の向上について議論するラウンドテーブルを開催しました。このラウンドテーブルは、日本におけるがん対策に関する政策の改定を受けて、高齢者のがん治療分野の専門家がSDMに関するアイデアやチャレンジを議論する機会を設けることを目的に開催されたものですが、本ラウンドテーブルのテーマは日本に限らず世界のどの国にも共通する、医療・ケアにおける重要なテーマです。本報告書では、高齢患者とその家族のがん治療に関する意思決定をより良く支援する方法について有識者の見識を共有することを目的に、ラウンドテーブルでの議論をまとめています。また、関係者の過去の経験や考察を要約し、高齢者のがん医療・ケア成果の向上に向けた提言も含まれています。ファイザー株式会社の協賛でラウンドテーブルを開催し本報告書を作成しました。

がんの最大のリスク因子は加齢であり¹、世界のがん患者の約半数が65歳以上となっています。高齢者のがん医療には高齢者特有の課題があり、それが生活の質や健康寿命を大きく左右します。寿命の延伸に伴い、医療には高齢がん患者とその家族のニーズに応えることがますます求められるようになってきています。日本でがんと診断される人は年間約100万人、そのうち約75%が高齢者です。したがって、日本でがんを診るということはすなわち高齢者を診ることであり、高齢者医療の充実は今後、ますます重要になってきます。

このような高齢者のニーズに応えるため、2022年、「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」が改定され、高齢がん患者の意思決定支援に向けた体制整備や地域の医療機関や介護事業所との連携体制の整備が拠点病院指定の要件として盛り込まれました。さらに、2023年に策定された「第4期がん対策推進基本計画」では、多職種連携および地域内の医療機関間連携の推進という目標を掲げ、適切な医療を患者が希望する場所で受けられる体制の充実を目指しています。同計画はこの目標の達成に向けて「国は高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療を受けられるよう、高齢のがん患者やその家族の意思決定支援にかかる取り組みを推進する」としています。今、求められているのが、この目標に沿ってSDMをどう推進していくかという議論です。

本ラウンドテーブルでは、高齢がん患者とその家族によるSDMを推進していくにあたっての課題と解決の方策について、患者や家族、医療・ケア提供者、高齢者にやさしい地域社会、ヘルスケアイノベーションという各視点から議論が行われました。各国におけるSDMに関しても情報交換が行われ、議論を通じて各国に共通する課題やその解決に向けた考察が共有されました。

主な課題と その解決に向けた考察

課題	考察
<p>高齢がん患者は多様であり、がん以外にも認知症をはじめとするさまざまな併存疾患を抱えています。意思決定プロセスでは、このような多様性を尊重すべきです。</p>	<p>高齢者機能評価やその他意思決定能力を評価するツールは、医師や患者が治療の利害を検討するのに役立ちます。</p>
<p>老年医学と腫瘍学両分野のトレーニングを受けた医師はごくわずかしかいません。現在、高齢がん患者への対応は、異なる専門分野の医師による分業体制が取られています。これは、治療を行う上では有益な面がある一方、患者にとっては治療に関する意思決定の主たる担当窓口が分かりづらい状況を生み出すことにもつながっています。</p>	<p>老年腫瘍医を増やすための教育・訓練の充実に向けてさらなる取組が必要です。医療従事者が治療に関するコーディネーションを行うことで、患者やその家族との効率的なコミュニケーションが可能になります。老年医学医以外による高齢者機能評価の実施を支援するツールも必要です。</p> <p>ケアマネージャー、ケアワーカー、薬剤師、看護師、その他の患者代弁者の意思決定プロセスへの参加を促し、保健医療分野のデジタル化やオンラインを活用した相談支援等を推進していく必要があります。</p>
<p>医療従事者や患者が持っているエイジズム(高齢者に対する偏見・先入観)によってSDMが阻害される可能性があります。</p>	<p>高齢患者のSDMを取り巻くカルチャーの変容や教育を継続していくことが重要です。また、患者や患者代弁者を含む、この取組の推進役となる人材の育成も必要です。</p>
<p>現行の保健医療制度の制度設計または診療報酬体系は、患者や医師に最適な治療の選択肢を提供できていない可能性があります。</p>	<p>SDMを成功させるためには、今後、患者がより自由に治療を選択できるような保健医療制度や診療報酬体系に変えていく必要があります。</p>

提言

上記の知見に基づく以下のような方策がSDMの推進と高齢者に対するがん医療の充実に向けて有効だと考えられます。

1.

保健医療制度の中で、1) 高齢者機能評価や意思決定支援のさらなる推進、2) それらの活用法に関する医療従事者向けの教育や研修の充実、3) ケアにおけるツールの活用に向けた支援等の取組を推進すべきです。ファイザー株式会社等民間セクターの関係者は、意思決定支援ツールを開発し、医療従事者のための継続的な教育機会を促進するために取り組んでいます。患者ケアの向上に役立つ活動であり、政府はこのような取り組みを奨励・支援すると望ましいです。

2.

医学教育において、老年医学と腫瘍学の両分野におけるクロストレーニングや老年腫瘍学の専門科目化を促進し、支援すべきです。がんと診断される高齢者が今後ますます増えていくことを考えると、老年腫瘍学を専門とする医師の数は圧倒的に不足しており、この不足を解消することが重要です。

3.

多職種の医療従事者の意思決定プロセスへの参加を促進し、そのためのインセンティブ付与を行うとともに、診療記録等のデジタル化をさらに推進し、患者・医療者双方にとってシームレスな医療・ケアを実現することが求められます。

4.

エイジズムといった主観的な考え方を変えていくことは簡単ではありませんが、治療に関する情報提供や相談支援等で意思決定支援や高齢者機能評価等のツールを活用し、ケアマネージャーや患者代弁者の参加を広げていくことで、より客観的な意思決定を行うことが求められます。がん予防や啓発の取り組みが強化されれば、医療システムに対する信頼が向上され、この問題にも貢献できるでしょう。すでに医療提供者に対して高い信頼感を抱いている患者は、SDMに参加しやすくなると思われます。

5.

SDMが未実施の地域において、その実践を支援するとともに、患者自身が最適な治療法を選択できるよう、より広範ながん治療オプションへのアクセスを提供するための診療報酬体系や医療保健制度の見直しが必要です。

以下は、上記の点に関してラウンドテーブルで議論された内容を取りまとめた報告書です。

“

「日本は他の先進国とは違い、30年前まで医師が患者本人にがんの告知をすることはありませんでした。患者や患者の家族を交えて終末期医療やがん治療について話すようになったのはここ5年ぐらいのことであり、その過程ではさまざまな課題がありました」

—梅村 聡

“

「日本では認知症が増えており、医療を必要とする高齢者の数が増加しています。85%の医療機関で、半数以上の患者が適切な支援を受けられていないと考えられています。共有意思決定支援と包括的な高齢者機能評価によって、この状況を改善することができます」

—小川 朝生

“

「“Nothing for us without us” (私たちのことを私たち抜きで決めないで) —患者は医療スタッフや意思決定代行者が下す決定に関与する必要があります。特に、患者が認知症や理解力が不十分である場合、保健医療制度にこの実現をサポートするしくみが備わっていることが重要です」

—ドロシー・シニア

有意思決定— その効果と重要性

共有意思決定 (SHARED DECISION MAKING: 以下SDM) とは、患者とその家族、そして医療従事者が診断、検査、治療、療養計画等に関して共同で意思決定を行うことです。この概念は、1980年代、アメリカの保健政策として、治療法の選択にあたり患者から倫理的に適切な同意を得ることを推進する取組の中で提唱されるようになりました²。SDMには、標準化された手法があるわけではありませんが、医療従事者と患者との間のコミュニケーションを円滑化し、治療法に対する患者の理解を深めるために、何らかの意思決定支援ツールを活用するのが一般的です。意思決定支援ツールには、パンフレットや動画、ウェブ上のツール、その他のメディアなどさまざまなものがあります。100例以上のランダム化比較試験の結果、SDMに意思決定支援ツールを使用すると、治療や治療法の選択に対する患者の関与度、満足度、理解度が高まることになりました³。意思決定支援ツールは、がん治療や高齢者に限定されるものではなく、どのような患者であっても治療に関する意思決定をする際に使えるツールです。

SDMは、患者の価値観に合わせた治療計画の作成や患者の個別的な要求を満たすケアの提供を可能にします。これまでの研究で、高齢者のがんは若年者のがんとは異なる点があるということがわかっています。認知症やその他の併存疾患を抱えているため、高齢患者の意思決定には複雑さが伴います。高齢のがん患者の4人に1人は意思決定能力が低下しているという研究結果もあります⁴。このような高齢患者の意思決定の難しさをどう克服していくかを医療従事者が考えていくことは極めて重要です。新たにかんと診断される患者の大多数は高齢者です⁵。日本は人口の3分の1がすでに65歳以上という超高齢社会であり、新たにかんと診断される患者の4人に3人が高齢者です⁶。2050年までに世界の60歳以上の人口は現在の2倍になると予測されており⁷、がんは今後も高齢者の疾患であり続けるでしょう。そして、高齢者人口の増加とともにがん患者の人数も増えていくことが予測されます。したがって、高齢患者の希望やニーズに寄り添ったがん医療の充実に向けて、ベストプラクティスを実践し、共有していくことが不可欠です。

高齢がん患者を理解する

課題

高齢がん患者は多様であり、がん以外に認知症をはじめとするさまざまな併存疾患を抱えています。意思決定プロセスでは、このような多様性を尊重すべきです。

一口にがんと言ってもまったく同じものではなく、すべての高齢者に共通する特性があるわけではありません。高齢者の間では共通点よりも相違のほうが大きいのです。生態学的には、ある程度の一般化が可能なデータはあります。一般的な傾向がすべての患者に当てはまるとは限りませんが、たとえば高齢者はより侵襲性の低い治療を受ける傾向があります。また、高齢者は軽微な副作用や身体機能の低下を避けたい傾向もあります。高齢者の3分の2が、それまでの人生経験ががんを受け入れる助けになったと感じています⁸。認知症など高齢者により多く見られる併存疾患は、意思決定をより難しくする可能性があります。しかし、認知症であることイコール意思決定能力が欠如しているというわけではありません。高齢患者は多様であるからこそ、SDMが重要なのです。SDMは、医療従事者や患者とその家族にとって、個々の患者の最適な意思決定を阻害するコミュニケーションバリアや情報バリアを克服する助けとなるでしょう。

ヘルスコミュニケーションはそれ自体が難しいものです。世界各国における基本的なヘルスリテラシーはそれほど高くありません。複数の国を対象にした研究報告では、一般人口の3分の1から3分の2は健康情報を理解することに困難があるという結果が出ています。十分なヘルスリテラシーを備えている人でも⁹、医療情報や医師からの指示を後からきちんと思い出すことは難しいと言われています¹⁰。がんを告知され、その現実と向き合うことは恐ろしいことであり、それらの情報から受ける感情的な打撃だけでも理解を妨げる要因となります。しかし、患者が治療計画を理解することは重要です。研究によれば、治療に対する理解が低い患者は、アウトカムも低下するという結果が出ています¹¹。

66

「高齢者は単一ではないということを強調したいと思います。人は年齢を重ねるごとに、個人間の違いが大きくなっていきます。高齢者は共通点よりも相違点のほうがはるかに多いのです。医療で目指すべきは、患者一人一人に個別にアプローチしていくことです」

—ハーヴィー・コーエン

「私自身のがん治療では、どのような治療オプションがあるのかガイドラインを参照することができました。しかし、私の父をはじめとする高齢患者には、同じようなエビデンスがありませんでした。私の父もがんと診断され、認知症の症状も出ていたために、いろいろと大変でした」

—桜井 なおみ

考察

高齢者機能評価や意思決定能力を評価するその他のツールは、医師や患者が治療計画にどの程度SDMを組み込むべきかを判断するのに役立ちます。

高齢者機能評価は、医療従事者が患者の日常生活動作、認知機能、情緒・気分、コミュニケーション能力、問題行動、特別なニーズ、家庭環境などを総合的に評価するためのツールです。この評価を通じて、医療従事者は患者の状態を正確に把握し、患者とその家族を適切な情報につなぐことができます。しかし、日本における調査によれば、高齢がん患者の大多数はこのような評価を受けていません¹²。今後、高齢者機能評価の活用を広げていくことが、高齢がん患者に対する医療・ケアの充実につながると考えられます。また、意思決定支援ツールへのアクセスを改善し、高齢者機能評価とSDMに関する医療専門家へのさらなる教育を提供するのにも役立つでしょう。

医療従事者をめぐる課題とその解消に向けた支援

課題

老年医学と腫瘍学両分野の訓練を受けた医師はごくわずかしかいません。現在、高齢がん患者への対応は、異なる専門分野の医師による分業体制が取られています。これは、治療を行う上では有益な面がある一方、患者にとっては治療に関する意思決定の主たる担当窓口が分かりづらい状況を生み出すことにもつながっています。

SDMは、患者とその家族にとって理解が難しいというだけでなく、医師にとっても治療法の特徴や予測されるアウトカムについて効果的に伝えることが難しいという問題があります。腫瘍学と老年医学の両方に通じた医療従事者は世界的に不足しており、それが一層SDMを難しくしています。老年腫瘍学教育を行っている国はほとんどありません^{13,14}。日本でも老年腫瘍学を専門とする医師はごくわずかであり、全国で約32万人いる医師のうち、老年医学に加えて他の領域の専門知識を有している医師は1200人程度に留まっています¹⁵。このような教育・訓練の欠如に加えて、高齢がん患者に関するエビデンスも多くはありません。がん患者の大多数は高齢者であるにもかかわらず、高齢者ががん関連の臨床試験の対象になることは非常に稀です¹⁶。高齢者のがん専門家の数、そしてエビデンスも不足していることから、医療従事者が個々の患者に合わせた情報提供や相談支援を行うためのリソースがないというのが現状なのです。さらに、多くの医療従事者は教育学の専門知識も持っていません。

患者とその家族をSDMに必要な情報につなげ、高齢患者に関する医療従事者の理解を深めることができるツールや手法がいくつかあります。たとえば、高齢者機能評価、チーム医療、タスクシェアリング、デジタル化などがそうです。

66

「臨床医に対する教育が重要です。老年腫瘍医や増腫瘍学を専門とする医師のほとんどはがんについては詳しいですが、老年医学やこの2つの学問分野がどう関連しているかについてはよくわかっていません。老年腫瘍医の数を増やすことや腫瘍医と老年医学医の連携体制を構築していくことが必要です。しかし、日本には老年医学医は非常に少なく、腫瘍医と連携する機会も非常に限られています」

— 荒井 秀典

「医師と患者が話す時、常に医師は患者が知らないことを教える形になります。つまり、医師には教育学の知識が重要なのです。現場の医師は患者にとっての教師のようなものであり、医学教育の中で教育学にもっと力を入れる必要があります」

— ドン・デサルツド

考察

老年腫瘍医を増やすための教育・訓練の充実に向けてさらなる取組が必要です。医師やケアマネージャーが治療に関するコーディネーションを行うことで、患者やその家族との効率的なコミュニケーションが可能になります。老年医学医以外による高齢者機能評価の実施を支援するツールも必要です。

チーム医療やタスクシェアリングを通じて老年医学と腫瘍学それぞれの専門家が一緒に治療にあたることは、医療従事者にとってもメリットがあります。たとえば、医療の質の低下につながるという問題になっている医療従事者の業務負担を軽減することにつながります。一方、患者とその家族は、チーム医療では担当医との信頼関係を築くことが難しいと感じることがあり、それが治療に関する意思決定においてコミュニケーションを阻害する要因になる可能性があります。日本の全てのがん診療連携拠点病院は、厚生労働省への報告でチーム医療を行っているとしていますが、これらの施設で治療を受けている患者のうち、周りにはいる医療従事者の中に相談しやすい人がいると答えたのは約半数のみでした¹⁷。チーム医療は極めて重要ですが、患者にとってどういう治療体験になるのかという点を考慮しながら実践する必要があります。

考察

ケアマネージャー、ケアワーカー、薬剤師、看護師、その他の患者支援者の意思決定プロセスへの参加を促し、保健・医療分野のデジタル化やオンラインを活用した相談支援等を推進していく必要があります。

日本でも他の国でも、ケアマネージャー、薬剤師、看護師はSDMにおける患者との接点として重要な役割を果たすことができます。これらの医療従事者は、患者が相談しづらい時でも患者の希望やニーズを聞き取り、複数領域にまたがる治療をコーディネートし、患者の意思決定に影響を与える環境的な要因を取り除き、患者の入退院をサポートし、長期療養施設への転院に関する相談に乗るなど、患者に寄り添った支援を提供しています。

デジタル化は、医療従事者と患者とのコミュニケーションの向上につながるもう1つの重要なツールです。患者向けの健康情報ポータルを通して、患者と医療従事者がいつでもオンラインでつながることができ、治療について質問することができる場合、治療に対する患者の満足度やアドヒアランスが向上することを示すエビデンスがあります¹⁸。オンライン相談も患者とその家族が医療従事者とつながることができる便利なツールであり、特に患者が医療機関に出向くことが難しい場合に有効です。日本ではデジタルツールの活用が進んでいないというデータが出ています。アメリカ保健福祉省の報告によれば、アメリカの成人の5人に1人は毎月遠隔医療を利用しているのに対し¹⁹、日本では遠隔医療を提供している病院は全体の15%に過ぎません²⁰。

治療をサポートする仕組みを構築する

課題

医療従事者や患者が持っているエイジズム(高齢者に対する偏見・先入観)によってSDMが阻害される可能性があります。

これまでに述べてきた課題に加え、患者と医療従事者の双方が高齢者の意思決定能力に関する先入観も課題の1つです。それはしばしば患者のがん治療体験に影響を与えることがあり、結果として患者と医療従事者のどちらもSDMに参加することを躊躇する状況になってしまっています。患者は、自分が抱えている問題は単に加齢によるものだろうと考え、相談しようとしなかったり、治療に対する希望はあっても治療方針は医師が決定すべきだと考えていたりすることもあります。一方、医療従事者側も、患者が機能的な問題や認知症などの認知機能の問題を抱えている場合、その患者には自己決定能力がないと決めつけてしまっている可能性もあります。

考察

高齢患者とのSDMを取り巻くカルチャーの変容や教育を継続していくことが重要です。また、患者や患者代弁者を含む、この取組の推進役となる人材の育成も必要です。

保健医療制度において、医療従事者による患者の意思決定能力の評価を支援すべきです。支援の形としては、ガイドラインの策定、包括的高齢者機能評価や意思決定支援のためのツールの提供などが考えられます。また、SDMの肯定的な側面を伝えていくため、高齢患者とのSDMに関するデータの収集とアウトカムの評価も保健医療制度の中で行うべきです。このような支援を提供することで、患者は安心してSDMに参加し、積極的に治療に関する意思決定を行えるようになるでしょう。

保健医療制度に対する不信感は、SDMに関連する課題の原因であります。健康や予防に関するより良いコミュニケーションや啓発は、がんと診断される前から保健医療制度に対する患者の信頼を高めることができ、また、患者が持つ保健医療制度に対する信頼感は、患者と医療従事者の双方にとっても、SDMをより容易なものにする可能性があります。



「高齢者は、社会が期待する高齢者像やステレオタイプを内面化してしまう傾向があります。つまり高齢者自身がエイジズムによる偏見を持っているのです。これは治療に関する意思決定や受ける医療にマイナスに働く可能性があります」

—ジョン・ピアード

「日本の病院は、がんを治療することには熱心ですが、その他の取組は必ずしも十分ではありません。現在、第4期がん対策推進基本計画に基づいて体制の整備が進められています。患者、特に高齢患者をその中心に据える必要があります。患者を全人的に支援し、治療・ケアを提供しなければなりません。社会的側面にも配慮が求められます。高齢がん患者には、療養や生活の支援を中心とした計画が必要です」

—田村 和夫

課題

保健医療制度はその制度設計または診療報酬体系のせいで、患者や医師に最適な治療の選択肢を提供できていない可能性があります。

患者と医療従事者がSDMに参加し、福祉サービス、薬剤師、がん以外にかかわる保健医療サービスとも協調的な連携をとって患者に対する全人的なケアを可能にする医療提供体制を構築する必要があります。そのためには、ケアにかかわるさまざまな主体が孤立しないよう制度設計を見直すことが必要となります。これには、複数の医療機関から診療記録を参照できるようデジタル化に投資することや、老年腫瘍医など複数領域の教育・訓練を受けた専門家を増やしていくことなどが含まれます。これは、それぞれの患者にとって最も適切な治療法へのアクセスを確保することにつながります。

考察

SDMを成功させるためには、今後、保健医療制度や診療報酬体系を患者がより自由に治療を選択できるようなものに変えていく必要があります。

高齢がん患者のニーズに合った治療計画を作成するためには、選択肢があることが極めて重要です。高齢がん患者に関する臨床試験やその他の研究データがほとんどないこともあり、必ずしも高齢者を念頭に置いてがん医療の整備が進められているわけではありません。保健医療制度に関しても、高齢者を対象とする治療に適切な診療報酬を設定できるだけのデータが揃っていません。仮にコミュニケーションが十分に取れて、SDMが実施できたとしても、患者の価値

観に合った治療法にアクセスできない場合（たとえば、保険適用外であったり技術的にまだ難しかったりする場合）、SDMによって設定したがん治療の目標を達成できないこととなります。この問題を解消するためには、新規医薬品の開発等において、高齢者の多様性を考慮に入れた製品開発を進めることが求められます。

製品開発に加え、診療報酬体系に関しても、SDMをより一般化し、多様な治療法の選択肢を提供できるような体系の構築を検討すべきです。これはつまり、高齢者機能評価、意思決定支援ツールを使った相談支援、あるいはSDMそのものに対して診療報酬を新たに設定するということです。このような政策的基盤があれば、医療従事者はSDMに十分な時間をかけることが可能になり、SDMの実践も促進されていくと考えられます。

結論 一方策と提言

SDMには、多面的なアプローチと複数領域間の協力が必要とされます。同様にSDMの実践の支援に関しても複合的な戦略が必要となります。現場の医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャーといった医療従事者、保健医療制度、政策立案者、患者とその家族など、すべてのステークホルダーからの情報や意見は重要であり、それぞれ果たすべき役割があります。さらに、患者中心で現実的かつ実効性のあるがん医療を提供するためには、これらのステークホルダーが連携していくことが必要です。

今回のラウンドテーブルでは、このようなさまざまな立場の専門家や患者団体代表が集い、がん患者、特に高齢のがん患者とのSDMを効果的に実践するにはどうしたらよいかについて議論しました。議論された内容は、以下のように整理され、それぞれの考察に基づく日本の医療政策への具体的な提言がなされました。

1.

高齢者機能評価や意思決定能力を評価するその他のツールは、医師や患者が治療の利害を検討するのに役立ちます

提言

保健医療制度の中で、1) 高齢者機能評価や意思決定支援のさらなる推進、2) それらの活用法に関する医療従事者向けの教育や研修の充実、3) ケアにおけるツールの活用に向けた支援等の取組を推進すべきです。ファイザー株式会社等民間セクターの関係者は、意思決定支援ツールを開発し、医療従事者のための継続的な教育機会を促進するために取り組んでいます。患者ケアの向上に役立つ活動であり、政府はこのような取り組みを奨励・支援することが望ましいです。

2.

老年腫瘍医を増やすための教育・訓練の充実に向けてさらなる取組が必要です。医師やケアマネージャーが治療に関するコーディネーションを行うことで、患者やその家族との効率的なコミュニケーションが可能になります。老年医学医以外による高齢者機能評価の実施を支援するツールも必要です。

提言

医学教育において、老年医学と腫瘍学の両分野にまたがる研修や老年腫瘍学の専門科目化を促進し、支援すべきです。がんと診断される高齢者が今後ますます増えていくことを考えると、老年腫瘍学を専門とする医師の数は圧倒的に不足しており、この不足を解消することが重要です。

3.

ケアマネージャー、ケアワーカー、薬剤師、看護師、その他の患者支援者の意思決定プロセスへの参加を促し、保健医療分野のデジタル化やオンラインを活用した相談支援等を推進していくことが必要です。

提言

多職種の医療従事者の意思決定プロセスへの参加を促進し、そのためのインセンティブ付与を行うとともに、診療記録等のデジタル化をさらに推進し、患者・医療者双方にとってシームレスな医療を実現することが求められます。

4.

エイジズムや高齢患者とのSDMを取り巻くカルチャーの変容や教育を継続していくことが重要です。また、患者や患者代弁者を含む、この取組の推進役となる人材の育成も必要です。

提言

エイジズムといった主観的な考え方を変えていくことは簡単ではありませんが、治療に関する情報提供や相談支援などの中で意思決定支援や高齢者機能評価等のツールを活用し、ケアマネージャーや患者代弁者の参加を広げていくことで、より客観的な意思決定を行う必要があります。がん予防や啓発の取り組みが強化されれば、医療システムに対する信頼が向上され、この問題にも貢献できるでしょう。すでに医療提供者に対して高い信頼を抱いている患者は、SDMに参加しやすくなると思われます。

5.

SDMを成功させるためには、今後、患者がより自由に治療を選択できるような保健医療制度や診療報酬体系に変えていく必要があります。

提言

SDMが未実施の地域において、そのSDMの実践を支援し、より広範ながん治療オプションへのアクセスを提供して患者自身が最適な治療法を選択できるような診療報酬体系や医療保健制度の見直しが求められます。

謝辞

2023年10月12日に開催されたラウンドテーブルの参加者は以下のとおりです。参加者の皆様には大変貴重なご意見・ご助言をいただき、深く感謝申し上げます。本報告書は、このラウンドテーブルで議論された内容を整理してまとめたものであり、個々の参加者の見解を正確に表現したものではないことをご了承ください。

秋月 玲子

ファイザー株式会社メディカルアフェアーズオンコロジー部門 統括部長

荒井 秀典

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長/日本老年学会 理事長

ジョン・ピアード

国際長寿センターアメリカセンター 理事長

ハーヴィー・ジェイ・コーエン

デューク大学医学部 内科学教授

ドン・デサルツド

カナダがん研究連合

ホリー・エチェガリー

カナダ・ニューファンドランドメモリアル大学医学部 准教授

マイケル・ホーディン

高齢化に関する世界連合CEO、ハイ・ランタン・グループ マネージング パートナー

ソナリ・ジョンソン

国際対がん連合知識・提言・政策責任者

根田 一成

白十字訪問看護ステーション ケアマネジャー

スチュワート・M・リクトマン

メモリアルスローンケタリングがんセンター 専門医/ワイルコーネル医科大学内科学教授

ジョゼフ・マズグレーヴ

ホーム&コミュニティ・ケア・アイルランド CEO

小川 朝生

国立がん研究センター東病院精神腫瘍科長/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長

ジョンポール・プリシーノ

ファイザー株式会社オンコロジー部門長

桜井 なおみ

キャンサー・ソリューションズ株式会社 代表取締役社長/一般社団法人CSRプロジェクト 代表理事

マーラ・ショーンバーク

共有意思決定研究ディレクター/ハーバード大学医学部一般内科&プライマリケア部門リサーチフェロープログラム共同ディレクター/先端老化研究研修講座共同ディレクター

ドロシー・シニア

カナダ・ニューファンドランド・ラブラドル州保健局ヘルスアコード・ニューファンドランド パイシエントパートナー

清水 久範

公益財団法人がん研究会有明病院薬剤部 副部長

デイヴィッド・シンクレア

国際長寿センターイギリスセンター 理事長

田村 和夫

福岡大学 名誉教授

豊田 郁子

患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋

梅村 聡

参議院議員

参考文献

1. National Institutes of Health. Age and Cancer Risk. <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/age> (2023).
2. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Making Health Care Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship.* (1982).
3. Stacey, D. *et al.* Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* vol. 2017 Preprint at <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub5> (2017).
4. Herck, Y. V *et al.* Is cancer biology different in older patients? *Review Lancet Healthy Longev* vol. 2 www.thelancet.com/ (2021).
5. Ogawa, A. *et al.* Decision-Making Capacity for Chemotherapy and Associated Factors in Newly Diagnosed Patients with Lung Cancer. doi:10.1634/theoncology.
6. Higashi, T. Cancer epidemiology and treatment patterns for older persons in Japan: A review of nationwide data and statistics. *Japanese Journal of Clinical Oncology* vol. 52 303–312 Preprint at <https://doi.org/10.1093/jjco/hyac011> (2022).
7. World Health Organization. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (2022).
8. Ipsos MORI. *Exploring the attitudes and behaviours of older people living with cancer.* <http://www.ipsos-mori.com/terms>. (2015).
9. Nakayama, K. *et al.* Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: A validated Japanese-language assessment of health literacy. *BMC Public Health* 15, (2015).
10. McCarthy, D. M. *et al.* What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. *Med Care* 50, 277–282 (2012).
11. Holden, C. E., Wheelwright, S., Harle, A. & Wagland, R. The role of health literacy in cancer care: A mixed studies systematic review. *PLoS ONE* vol. 16 Preprint at <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259815> (2021).
12. Toshiaki Saeki. *Geriatric Oncology Guideline-establishing & spreading (GOGGLES) Study FY2021-2022.* <https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/kourei-sha-gann/gann-toukei.html> (2022).
13. Hsu, T. *et al.* Educating healthcare providers in geriatric oncology – A call to accelerate progress through identifying the gaps in knowledge. *Journal of Geriatric Oncology* vol. 11 1023–1027 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.10.020> (2020).
14. Khoury, E. G. *et al.* Geriatric Oncology as an Unmet Workforce Training Need in the United Kingdom—A Narrative Review by the British Oncology Network for Undergraduate Societies (BONUS) and the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) UK Country Group. *Cancers* vol. 15 Preprint at <https://doi.org/10.3390/cancers15194782> (2023).
15. Ministry of Health, Labour and Welfare. *2020 Ishi/Hakaishi/Yakuzaishi Tokei no Gaikyo.* (2022).
16. Sedrak, M. S. *et al.* Older adult participation in cancer clinical trials: A systematic review of barriers and interventions. *CA Cancer J Clin* 71, 78–92 (2021).
17. Ministry of Health, L. and W. J. *Gan Taisaku Suishin Kihon Keikaku: Chukan Hyouka Hokokusho.* (2023).
18. Carini, E. *et al.* The impact of digital patient portals on health outcomes, system efficiency, and patient attitudes: Updated systematic literature review. *Journal of Medical Internet Research* vol. 23 Preprint at <https://doi.org/10.2196/26189> (2021).
19. US Health and Human Services. Updated National Survey Trends in Telehealth Utilization and Modality (2021–2022). (2023).
20. Ministry of Internal Affairs and Communications, J. *Jyoho Tsushin Hakusho.* (2021).



GCOA represents a cross-section of global business including technology, pharmaceuticals, healthcare, home care, financial, transportation, and consumer sectors. We engage global institutions, policymakers, and the public to drive debate on, create, and promote innovative policies and actions to transform challenges associated with the aging of the global population into opportunities for social engagement, productivity and fiscal sustainability.

For more information, visit

www.globalcoalitiononaging.com

and contact

Matt McEnany

mmcenany@globalcoalitiononaging.com