

高齢者のがん診療ガイドライン作成のための工程について（仮）2020年4月23日版
田村班（文責：長島文夫）

【はじめに】

高齢者のガイドラインがこれまでに乏しかった理由は、高齢者を対象とした臨床研究による質の高いエビデンスが乏しかったことに加えて、高齢者が抱える生活機能障害等の特徴的な事項を加味した医療提供の在り方に関する議論が乏しかったことが挙げられる。実地診療では、臨床試験の適格基準等を満たさなくても高齢者がん患者に対してがん薬物療法を実施せざるを得ない場合も多い。高齢者の多様性に配慮したエビデンスの確立とその一般化の両面に配慮して医療を構築する必要がある。

日本臨床腫瘍学会と日本癌治療学会は2019年7月に「高齢者のがん薬物療法ガイドライン」を公開した。CQは15個と限られているが、Mindsに則った本邦初の高齢者がん治療のガイドラインである。がん薬物療法に特化していて、代表的な5癌腫のみを対象としている。エビデンスレベルAの推奨はなく、外科療法や放射線療法、支持療法、対症療法などについては触れていないため、今後の課題である。また、ガイドラインの位置づけではないが、日本がんサポーターブケア学会が中心となって高齢者がん医療Q&Aを準備した。

これら、本邦における高齢者のがん診療に関するガイドライン等の作成状況を踏まえて、今後の高齢者のがん診療ガイドライン作成のための工程について提案する。

【高齢者のがん診療ガイドライン作成の基本的考え方】

(1) ガイドライン作成法については、Mindsに則り作成するという方法が一般的である。Mindsの考え方は常にアップデートされていることから、Minds専門家の意見を参考にしながら作成することが基本となる。

(2) 高齢者のがん診療の特殊性を考慮すると、従来のがん診療の考え方に加え、高齢者医療の観点を取り入れる必要がある。老年医学や老年腫瘍学の考え方を反映するために、国内外の老年医学、老年腫瘍学領域の研究者と協力し、取り込むべき観点を標準的方法に従いまとめる作業が必要である。2019年11月28日に第1回日本老年医学会「高齢者のがん診療小委員会」が開催され、今後は高齢者のがん診療の在り方を検討し、関係諸学会との連携をはかることが確認されたので、協力して対応する。

(3) 本邦の診療ガイドラインの多くは臓器別の各学会が主体となって作成している。老年医学・老年腫瘍学の視点をどのように盛り込み、反映させるかについては、総論としての共通部分はあるにせよ、各論については各学会のガイドライン作成部会等が判断することである。この場合に、高齢者医療の観点が不足しないよう、国内の老年腫瘍学あるいは老年

医学の研究者が支援し、これまでに作成されている国内外のガイドライン等を参照できるように調整することが望ましい。

(4) 高齢者医療の観点を議論するにあたり、多様な意見を反映させるため、医療従事者のみならず多様な立場の参加を促す。2019年度には、がん患者代表3名(一般社団法人全国がん患者団体連合会加盟団体代表者等)と意見交換を行い、フィードバックすべき意見も得られており、今後の議論に反映する。

(5) 本工程で作成されるガイドラインは、エビデンスの乏しい領域・内容が多いため、推奨度では弱い推奨にとどまる可能性が高い。弱い推奨であっても、理解を深めるための工夫として、エキスパートオピニオンなどを補足追加し、内容の補完に努める。

【具体的な工程について】

前項の基本的考え方に従い、ガイドラインを作成するにあたっては各学会のガイドライン委員会等と密接に協議、調整する必要がある。具体的な進め方としては 田村班で設置予定の「高齢者がん診療ガイドライン作成のための統括委員会」で対応する、各学会のガイドライン委員会等に協力するといった二つの方法を用意する。

田村班「高齢者がん診療ガイドライン作成のための統括委員会」による対応

田村班「高齢者がん診療ガイドライン作成のための統括委員会」では、がん腫ごとのガイドライン作成委員会の設置や予算立てなど準備運営する統括委員会を設置予定である。2020年度に田村班では高齢大腸がんおよび高齢頭頸部がん診療に対する臨床的提言(PCO)作成を進める予定である。それぞれ担当学会のガイドライン委員会の担当者と十分に協議しながら進めていく。

各学会の個別性を重視する対応

各学会の個別性を重視した体制で、老年腫瘍学や老年医学の観点を必要に応じて盛り込み反映させる立場である。例えば治療強度の弱い薬物療法が標準治療である場合は高齢者や脆弱者でも推奨されると考えられ、各臓器の個別性が重視される。その場合、老年腫瘍学や老年医学の専門家がオブザーバー等として参加してガイドライン作成をめざす。

【今後も研究開発を進めるべき事項】

A. 癌腫横断的な作業

高齢者に対する治療のアウトカムの指標を癌腫横断的につくる、さらに併存症・ADL・認知機能・サポート体制など高齢者機能評価に包含されている評価項目のアウトカムとしての指標の標準化を行う。これらの作業を踏まえないと、高齢者医療自体が何を重要視すればいいのかあいまいになる可能性があり、ガイドラインや指針があやふやな方向に向かう可

能性が危惧される。

B．癌腫別の作業

治療強度が弱い治療が標準治療(免疫チェックポイント阻害薬など)の癌腫では高齢者を区別する必要性は低い可能性がある。リスクと副作用の関係などから癌腫別の対応が必要な視点も考慮する。薬物療法以外の外科治療などにおいても同様と考えられる。

【今後の課題】

高齢者や脆弱な対象に対する臓器横断的な指標や効率的なガイドライン策定の手順が確立していない現状では、上記の癌腫横断的作業および癌腫別の作業を継続推進することが重要である。既存のガイドラインにおいて高齢者関連の CQ を追加する、解説文にエキスパートオピニオンを追記する、標準治療が安定している治療手技(外科治療など)の領域から手掛けることも併せて考慮すべきである。本邦では、国際老年腫瘍学会のような老年腫瘍学の基盤となる学会が存在せず、学会付置の組織としては現時点では日本がんサポーターブケア学会の高齢者がん治療部会のみである。恒常的な機能を持つ組織の確立がのぞまれ、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会、日本がんサポーターブケア学会、日本老年医学会、国際老年腫瘍学会などが協力して診療・教育・研究開発の基盤構築が重要である。