

2019年1月28日

高齢者がん医療を考える会議（第1回）の開催

高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）

厚生労働科学研究費 補助金（がん対策推進総合研究事業）

「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」

研究代表 田村和夫

日 時： 2月16日（土）13時00分~17時00分

会 場： TKP 東京駅セントラルカンファレンスセンター10B

東京都中央区八重洲 1-8-16 新槇町ビル

タイトル： 高齢者がんの診療方針を立てるにあたって PS と年齢だけでよいか？

参加者： 医療関係者とがん関連団体代表 30名~40名

班員

高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）メンバー

老年医学会代表

がん患者の代表

JSMO ガイドライン委員会委員

高齢者がん医療 Q&A 執筆者

目 的：

高齢のがん患者は、加齢に伴う心身機能の低下、認知機能の低下、社会・経済的な問題を抱えている。一方、非高齢がん患者はその治療方針を決定するにあたって Performance Status(PS)が重要な指標として使用される。日常診療のなかで、種々の問題を抱える高齢がん患者を前にして、非高齢者同様 PS のみを指標とした治療方針の決定が妥当かどうか、その他の指標を応用すべきかどうか異なる stakeholder が一同に会し議論し、コンセンサスを得ることを目的とする。その成果は、高齢者がん医療のガイドライン作成にあたって有用な情報となるものである。

第1回会議の到達目標

- ① 加齢に伴う人体の変化を理解する
- ② 高齢者の機能評価を理解し、臨床に応用できる
- ③ 高齢者がん診療の現状と課題を理解する
- ④ 患者・家族の求める高齢者がん医療を理解する

プログラム

司会 田村和夫（研究代表、福岡大学）

1. 本会の趣旨 田村和夫 5分
2. 第3期がん対策推進基本計画と高齢者がん医療
（本邦の老年腫瘍学の流れを含めて）
長島文夫（研究分担者、杏林大学） 30分/35
3. 老年医学の立場から
 - ・ sarcopenia の病態 45分
重本和宏先生 東京都健康長寿医療センター研究所 自然科学系副所長
 - ・ 高齢者機能評価の開発経緯と応用、その成果 45分/125
秋下雅弘先生 老年医学会 副理事長（東京大学 老年病科教授）
 - ・ 質疑・応答 10分/135

休憩 15分/150

司会 長島文夫

4. 腫瘍医の立場から
 - ・ 高齢がん患者に関する研究はどこまで進んでいるか？
～ASCOのガイドラインの紹介を含めて
津端由佳里（研究分担者、島根大学） 30分/180
5. 認知障害と意思決定支援
 - 小川 朝生（国立がん研究センター東） 20分/200
 - 長島 文夫（研究分担者、杏林大学）
6. 患者・家族、サバイバーの立場から
 - ・ 高齢者のがんの診療にあたって考えること・望むこと 20分/220
天野慎介 全国がん患者団体連合会理事長
7. 参加者全員による質疑・応答、ディスカッション 20分/240

高齢のがん患者さんの治療をどうしますか？

～患者・家族、市民のみなさんと医療者との公開討論～

会議日時

2019年3月16日(土)

13:30～16:30(受付:13:00～)

会場

TKP 東京駅八重洲カンファレンスセンター
5F ホール5C(東京都中央区京橋1-7-1)

申込締切

3月11日(月)

参加費

無料

定員

160名

(事前登録制)

※申込み方法は裏面をご覧ください。

高齢のがん患者さんは、体力や認知能の低下、社会・経済的に弱い立場といった多くの問題を抱えながら、がんの治療をどうするかを考えなければなりません。若い人と同じ基準でがん治療を考えてよいのでしょうか？患者さんだけでなく、我々、医療者も悩んでいます。

本公開討論会では、患者・家族、市民、マスコミの方々の意見をうかがい、今後高齢のがん患者さんの医療をどうしていったらよいのか、医師・看護師・薬剤師ら医療者と語らうなかで、その方向性を見つけていきたいと思えます。その趣旨を理解いただき、討論会に参加くださるようお願いいたします。

プログラム

第一部 医療者からの問題提起

司会 田村 和夫(福岡大学)

- ・本会の趣旨 田村 和夫(研究代表)
- ・高齢者がん医療の現状と課題 西嶋 智洋(老年腫瘍科 九州がんセンター)

第二部 患者・家族、マスコミからの問題提起

司会 松本 陽子(愛媛がんサポートおれんじの会 理事長)

- ・眞島 義幸(パンキャンジャパン 理事長)
- ・三好 綾(がんサポートかごしま 理事長)
- ・田中 秀一(読売新聞東京本社 調査研究本部 主任研究員)

第三部 総合討論

総合司会 長島 文夫(研究分担者 杏林大学)

- ・第一部・二部演者、パネリストと本会参加者全員による討論
- ・今後の高齢者のがん医療の進め方・あり方についてまとめ

主催

高齢者がん医療協議会、厚生労働科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業
「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」 研究代表 田村 和夫

後援

一般社団法人 日本がんサポーターブケア学会

事務局/
連絡先

株式会社インタープラン・コーポレーション 〒150-0046 東京都渋谷区松濤 1-28-4 松濤六番館 4階
TEL: 03-5489-4910 / FAX: 03-3461-8181 E-mail: tanaka@inter-plan.co.jp 担当: 坂口 真浪、星野 英二、田中 涼平

事前参加登録申込書

申込先 FAX: 03-3461-8181
E-mail: tanaka@inter-plan.co.jp

■ 概要

「高齢のがん患者さんの治療をどうしますか？
～患者・家族、市民のみなさんと医療者との公開討論～」

日 時：3月16日（土）13時30分～16時30分

会 場：TKP 東京駅八重洲カンファレンスセンター 5F ホール5C

定 員：160名 参加費：無料

■ お申込方法

下記申込欄に必要な事項を記入のうえ、事務局へ
FAX または E-mail にてお申し込みください。

■ 参加登録申し込み締め切り：2019年3月11日(月)

ご記入日： 年 月 日		※ご記入いただきました個人情報は厳正な管理のもと、研修会に関する連絡事項および商品情報の発送以外の用途には使用いたしません。	
お名前 (代表者)	フリガナ	職 種	1. 医師 2. メディカルスタッフ 3. 患者会 4. その他()
		所 属	
ご連絡先 (代表者)	〒 都 道 府 県		
	TEL.	FAX.	E-mail.
	※ご連絡先が勤務先と異なる場合は、勤務先名と勤務先部署もご記入ください。		
	勤務先名	勤務先部署	

一緒に参加される方のお名前	職 種	所 属
	1. 医師 2. メディカルスタッフ 3. 患者会 4. その他()	
	1. 医師 2. メディカルスタッフ 3. 患者会 4. その他()	
	1. 医師 2. メディカルスタッフ 3. 患者会 4. その他()	
	1. 医師 2. メディカルスタッフ 3. 患者会 4. その他()	

■ 会場周辺地図

参加される方は、「日本がんサポ
ーティブケア学会」のホームペ
ージに2月20日以降に掲載され
る「高齢者のがん医療Q&A」を参照
ください。<http://jascc.jp/>

■ 申込先・お問い合わせ先

運営事務局：

株式会社インタープラン・コーポレーション
〒150-0046東京都渋谷区松濤1-28-4 松濤六番館4階
担当：坂口 真浪、星野 英二、田中 涼平

TEL：03-5489-4910

FAX：03-3461-8181

E-mail：tanaka@inter-plan.co.jp

高齢のがん患者さんの治療をどうしますか？ 公開討論会

～高齢者がん医療Q&A（以下Q&A）総論編に対する意見・コメントを含む～

目的

がん患者・家族、一般市民、マスコミの方が、高齢のがん患者さんの治療にあたり、何を考え、医療者に何を求めているかを医療者が学ぶ

- ・ 承諾を得たいこと：ビデオならびに写真を撮ります。本研究以外の目的では使いません
- ・ 回答用紙記載について：体調不良あるいは、質疑を聞くなかででしんどくなったりつらい気持ちになったときは、すべてにお答えいただく必要はありません。

パネリスト

医療側のパネリスト

老年腫瘍科	西嶋	智洋
内科系	相羽	恵介
外科系	佐伯	俊昭
放射線治療	唐澤	久美子
精神腫瘍	榎戸	正則
検診	中山	富雄

患者・家族、マスコミ（一般市民）側のパネリスト

松本 陽子
眞島 義幸
三好 綾
田中 秀一（読売新聞）

今日の参加者もパネリストです。
一言は意見を述べて帰ってください

高齢者がん治療に関して次の3つの話題について、みなさんのご意見ををお願いします。今回は個々のがん種についての議論はしません。今秋、個々のがん種における治療についてQ & Aが出る予定です。

- ① 高齢者の治療（手術、がん薬物療法、放射線治療）前の評価と治療適応、効果・副作用、予後について
- ② 認知障害を持つがん患者さんの意思決定
- ③ 高齢者がん検診：治療ではありませんが、問題の多い領域ですので取り上げる

Q&A 序章

高齢の定義

生理的な老化

30～35歳（成熟期）以降

徐々に身体機能の低下

65歳 老化現象が顕著になってくる年齢

65～74歳 前期高齢者（老年前期）

准高齢者（老年医学会）

75～89歳 後期高齢者（老年後期）

高齢者（老年医学会）

90歳以上 超高齢者

質問1

みなさんにとって高齢者とは何歳からですか？

回答

- ① ≥ 65 歳
- ② ≥ 70 歳
- ③ ≥ 75 歳
- ④ ≥ 80 歳

高齢者のがん治療にあたって考慮すべき事項

腎臓 **Q&A 序章**

- 寿命が短い
- 様々な併存疾患(合併症)を有している
多種類の薬剤を服用している(多薬)
- 生理的に機能が低下している(老化現象)
ぜい弱性(容易につまづく)
とくに、85歳以上で生理的機能の低下による
ぜい弱性の増加
- 認知機能に制限がある
- 社会的・経済的に制限がある

http://www.jsn.or.jp/guideline/

$GFR = 175 \times (\text{年齢})^{0.203} \times (\text{血清クレアチニン値})^{-1.154}$
x0.741男性 または x0.742女性

骨髄

一番大きな特徴は、個人差が極めて大きいこと⇒診療ガイドラインが存在せず、非高齢者ガイドラインを参考に、医療者の経験則で診療が行われている

年齢別・健康別平均余命(日本)

Q&A 序章

上位4分の1、中央、下位4分の1をグラフにプロット、それぞれ
「年の割に比較的健康」な高齢者
「平均的」な高齢者
「年の割に状態の悪い」高齢者

この間に3倍の開きがある

Iwamoto, Nakamura, Higahi. Cancer Epidemiology 2014;38:511-4

Q&A 序章

質問2 早期のがん:非高齢者では根治的治療がある。平均余命が、がんの進行によって亡くなるまでの期間より短い場合(すなわちがんで亡くなるより先に寿命が尽きる)、どのような治療を受けたいですか?

ご自分が高齢で、上記に直面した時を想定し、下記番号を選択ください。以下同じです

回答

- ① 治癒を目指す治療(強い副作用が出るリスクあり)
- ② 治癒率は低い副作用の少ない弱い治療なら受ける
- ③ 支持・緩和医療(症状をとる治療)のみ

Q&A 序章、第2, 4, 5章

がん患者 ≥ 65歳(急性白血病 ≥ 60歳)

高齢者機能評価(GA)

```

    graph TD
      A[がん患者 ≥ 65歳(急性白血病 ≥ 60歳)] --> B[高齢者機能評価(GA)]
      B --> C[フィット  
非高齢者と変わらぬ  
良好な健康状態]
      B --> D[アンフィット:心身に問題がある  
心身の問題を改善するための治療]
      D --> E[改善あり]
      D --> F[改善なし]
      E --> G[①標準がん治療+  
積極的な  
支持・緩和医療]
      F --> H[ぜい弱な状態]
      F --> I[フレイルな状態]
      H --> J[②弱い抗がん治療+  
支持・緩和医療]
      I --> K[③抗がん治療なし  
+  
負担の少ない  
支持・緩和医療]
    
```


Q&A 序章、第2、4、5章

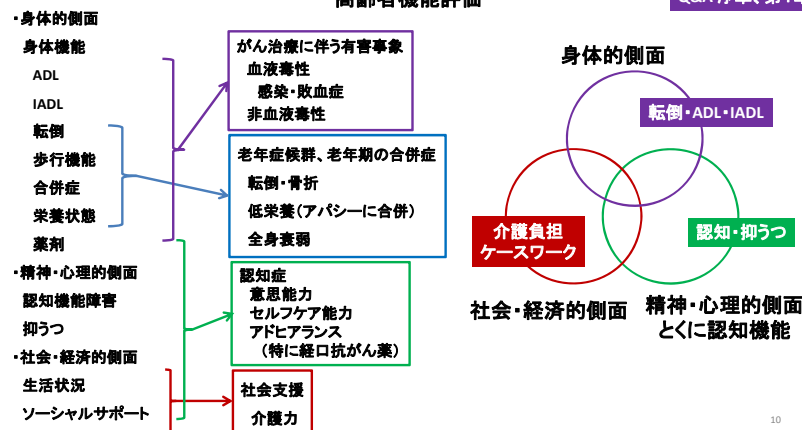
質問3 質問2で、治療をすることを選択した場合、この治療方針を受け入れますか？

回答

- ① 受け入れる
- ② 受け入れられない
- ③ 分からない

高齢者機能評価

Q&A 序章、第1章



Q&A 第1章

質問4 高齢者機能評価で、次の3つの項目のどれが一番がん治療の障害になると考えられますか？

回答

- ① 身体的側面： 転倒、身の回りのことができない
- ② 精神・心理的側面： 認知障害、うつ
- ③ 社会・経済的側面： 独居、年金生活

Q&A 第1章

質問5 抗がん治療を受けるにあたって、もっともつらいと思われるものは何ですか？

回答

- ① 身体的側面： 吐き気・嘔吐、口内炎、下痢・便秘、痛み
- ② 精神・心理的側面： 不安・恐怖、うつ
- ③ 社会・経済的側面： 家族の負担、高額医療

Q&A 序、第1、2、4、5、章

質問 6-1 抗がん治療の効果、予後（生存期間）を考え
治療法の選択について望むものは何ですか？

早期がん：根治的な治療（手術、放射線治療、薬物療法）
がある場合

回答

- ① 身体への負担が大きくても治癒を目指す治療をうける
- ② 身体への負担が小さければ治癒を目指す治療をうける
- ③ 身体への負担の大小にかかわらず治癒を目指す治療はうけない

Q&A 序、第1、2、4、5、章

質問 6-2 抗がん治療の効果、予後（生存期間）を考慮し、
治療法の選択について望むものは何ですか？

進行・再発がん：治癒を目指せる治療は無いが、腫瘍縮
小、

延命が望める場合

回答

- ① 身体への負担が大きくても延命を目指す治療をうける
- ② 身体への負担が小さければ延命を目指す治療をうける
- ③ 身体への負担の大小にかかわらず延命を目指す治療はうけない

Q&A 第6章

質問 7 ご自分に認知障害があります。そして「がん」になりまし
た。治療で根治できる状態です。治療を開始する時点で、自分の認
知症がどの程度であれば治療をうけたいと思いますか？

回答

- ① 軽度 : もの忘れはそれほどひどくないが、
薬の飲み忘れがでてきた
- ② 中等度 : もの忘れが目立ち、着替えや入浴に介助が必要
- ③ 重度 : もの忘れが目立ち、家族の顔もわからない

質問 8 ご自分に認知障害があります。そして「がん」にな
りました。薬物治療での延命をはかる状況です。自分の認知
症がどの程度であれば治療をうけたいと思いますか？

回答

- ① 軽度 : もの忘れはそれほどひどくないが、
薬の飲み忘れがでてきた
- ② 中等度 : もの忘れが目立ち、着替えや入浴に介助が必要
- ③ 重度 : もの忘れが目立ち、家族の顔もわからない

Q&A 第6章

質問9 ご自分に認知障害があります。そして「がん」になりました。治療方針を決める際、どの程度の認知障害であれば自分の意思を確認してほしいと思いますか？

回答

- ① 軽度 : もの忘れはそれほどひどくないが、薬の飲み忘れができた
- ② 中等度 : もの忘れが目立ち、着替えや入浴に介助が必要
- ③ 重度 : もの忘れが目立ち、家族の顔もわからない

Q&A 第6章

表1「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針(平成28年一部改正)」で定められたがん検診の内容

対象臓器	効果のある検診方法	対象者	受診間隔
胃	問診に加え、胃部エックス線または胃内視鏡検査のいずれか	50歳以上※1 ※1: 自分の胃、胃部エックス線検査に照しては40歳以上に実施も可	2年に1回※2 ※2: 自分の胃、胃部エックス線検査に照しては年1回の実施も可
子宮頸部	問診、視診、子宮頸部の細胞診、および内診	20歳以上	2年に1回
乳房	問診および乳房エックス線検査(マンモグラフィ)	40歳以上	2年に1回
肺	質問(医師が自ら対面により行う場合は問診)、胸部エックス線検査および喀痰細胞診(ただし喀痰細胞診は、原則50歳以上で喫煙指数が600以上の方のみ。過去の喫煙者も含む)	40歳以上	年1回
大腸	問診および便潜血検査	40歳以上	年1回

https://ganjoho.jp/public/pre_scr/screening/about_scr.html

がん検診

対策型検診(健康増進法)

- ・対象集団全体の死亡率を下げる
- ・予防対策として行われる公的な医療サービス
- ・無料あるいは一部少額を自己負担

**住民検診
任意型検診**

- ・個人の死亡リスクを下げる
- ・医療機関・検診機関などが任意で提供する医療サービス
- ・全額自己負担
- ・人間ドック
がんスクリーニング検査

18

質問10 「高齢者がん医療Q&A」第7章
高齢者がん検診の現状と課題

Q&A 第7章

Q1 高齢者へのがん検診にメリットはあるのか？

A1 後期高齢者に対して、がん検診が有効であるというエビデンスはない

と記載がありますが、何かご意見はありませんか？

選択肢

- ① 賛同する
- ② 賛同しない
- ③ どちらとも言えない

Q&A 第7章

質問11 がん検診を何歳まで受けますか？

選択肢

- ① 65歳まで
- ② 75歳まで
- ③ 80歳まで
- ④ 85歳まで
- ⑤ 90歳まで
- ⑥ 制限なし

Q&A 第7章

質問 1 2 上部消化管内視鏡（胃カメラ）による検診を何歳まで受けますか？

選択肢

- ① 65歳まで
- ② 75歳まで
- ③ 80歳まで
- ④ 85歳まで
- ⑤ 90歳まで
- ⑥ 制限なし

質問は以上です。別紙回答用紙に記入し、受付にお渡しください。

（本会の目的以外に使用することはありません）

おうちに帰られたあと、質問や意見があれば遠慮なく、手紙、FAX、e-mail等で下記まで連絡ください。

ただ、この会の性質上、個人的な相談は応じかねます。

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」研究代表、高齢者がん医療Q&A 編集委員長
田村和夫
〒810-0180 福岡市城南区七隈7-45-1、福岡大学医学部総合医学研究センター
Phone: 092-801-1011, Fax: 092-406-8356, e-mail: ktamura@fukuoka-u.ac.jp

22

22

厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業
「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」
「高齢者のがんを考える会議3」議事録

テーマ： 「高齢者のがん医療 Q&A、各論」から vulnerable 高齢がん患者のマネジメントガイドライン作成に向けて

日時：2019年12月21日（土曜日） 13時00分～16時30分（180分）

場所：フクラシア東京ステーションD会議室

参加者：別紙参照

招聘者：吉田雅博、阿部信一、奥山徹、室圭

1. 本会議の目的と進め方について

研究代表者の田村より以下の説明があった。

・高齢者のがん医療について継続的に教育・研究・診療についての課題を議論し、解決するための事業を展開する組織として1月19日、2019年に高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）を設置した。

・同年2月16日、3月16日、高齢者のがん診療ガイドライン（GL）作成に向けて必要な基本的な知識・技術ならびに非医療者からの意見を聞くために研修会ならびに公開討論会を開催した。

・高齢者がん医療に関し、現時点で得られる情報を収集・解析し、臨床的な課題をQ&Aの形にまとめた総論を、2019年5月公開し、各論（各がん種における治療）のパブリックコメントの公募が終了した。

・以上より高齢者のがん診療指針を作成する基盤が整備できたことから、現在、医療の現場で課題となっている vulnerable（脆弱）な高齢のがん患者のための診療指針作成にとりかかることにした。

ただ、個人差の大きい高齢者の診療指針の作成には、多くのハードルが立ち上がるのが予想されることから、モデルケースとして「脆弱な高齢大腸がん患者のための診療ガイドライン」を研究分担者、協議会委員を中心にして作成することを提案したい。本日はその kick off 会議である。

2. GL 作成の考え方、作成方法

その基本、とくにエビデンスの乏しい領域に focus をあてて講演をいただいた。資料は別添。

・デルファイ法～がん患者におけるせん妄ガイドライン作成の経験から
名古屋市立大学病院 緩和ケア部 奥山 徹

- ・エビデンスの少ない領域のガイドライン作成～Minds の作成プロセス
国際医療福祉大学市川病院、Minds 客員研究主幹 吉田雅博

3. 「高齢者がん医療 Q&A 各論」～大腸がんの治療

執筆を担当した 3 氏から下記それぞれの治療法について解説があった。

外科治療 司会 海堀昌樹（関西医科大学）

執筆者 吉田陽一郎（福岡大学）

放射線治療 司会 唐澤久美子（東京女子医科大学）

執筆者 室伏景子（筑波大学）

薬物治療 司会 相羽恵介（戸田中央総合病院）

執筆者 高橋昌宏（東北大学）

4. 「vulnerable」高齢大腸がん患者の診療指針に向けて症例提示と

ワークショップ

司会：田村和夫

1) 症例提示と論点 松岡 歩（名古屋大学）

症例が提示され、論点がまとめられた。

2) 提示された患者のマネジメントについて各グループ内での討論と成果発表

唐澤委員から放射線治療については、提示された症例には適応がないので議論する必要がないことを指示された。

E グループから吉田陽一郎、高橋昌宏両委員からそれぞれ外科、薬物療法の CQ が提案された。

CQ（外科治療）：根治手術がどのような患者に推奨されるか？

CQ（薬物治療）：術後化学療法がどのような患者に推奨されるか？

3) 総合討論・コメント

Q:松岡 DR：

エビデンスの無い領域で CQ を立てる場合、clinical research question ばかりになる可能性があるが、それでも GL と言えるのか？

A:吉田雅博 DR (Minds)

エビデンスがほとんど無い領域でも、将来解決すべき臨床上重要な課題があるなら clinical research question を CQ として議論し、コンセンサスを得て回答、解説をすることは可能である。

・佐伯班員からのコメント

大腸癌ガイドラインを手にして、患者の診療指針を考えると、必ずしも我々の疑問に答えてはくれない。高齢者の場合、エビデンスも少なく、個人差も大きいことから、多くの臨床的な重要課題が考えられる。Minds のみにのっとなって作成しようとする、無理があるので、フレキシブルに対応して、患者のニーズに応えられるものを作ってはどうだろうか？たとえば、90歳の乳癌の患者で、局所麻酔でも腫瘍は取ることはできるが、術後のアジュバントが難しいと考えたときには、むしろ腋窩リンパ節の廓清を実施して、術後は何もしないという考え方もある。本症例も、術後のアジュバントをしないことを前提に積極的にリンパ節廓清をすることも考えられる。

Q:松岡 DR

脆弱の定義、患者の背景、治療モダリティーら多くの組み合わせの患者を対象とするとなると、無限大の CQ が存在し、GL と言えるものができるのか？そういった不明な、不透明なところを多々含んだ GL はそもそも科学的と言えるのか？

A:田村

それは、非高齢者であっても同じで、RCT で取り扱われる患者は、eligibility に合致した単純な症例だけである（通常、PS と臓器機能が良い例）ので話しは分かりやすそうだが、実は、右側の大腸癌と左側の大腸癌を層別して治療成績を検討しているかとなるとそれは無い（室 DR に確認）。また、社会経済的な側面や精神・神経的な側面について evaluate したうえでの試験は稀有である。

高齢者、非高齢者と異なる点は、そういったバックグラウンドを含め個人差が大きいことである。今回、そのところを GA で調査して診療指針に応用しようとしているわけである。無限大の CQ を立てることは不可能だし、診療の役には立たない。個人的には、GA のあと障害に応じて大きくいくつかのカテゴリーに分けて検討することは可能ではないかと考えているし、非高齢者の試験よりもより診療の現場のニーズに応えることができるのではないかと考える。いままで誰もやったことがないので challenging であるが、経験豊富なエキスパートのコンセンサスを得ることで、科学性、妥当性、透明性・不偏性をできるだけ担保していくことを考えている。

一つの例として、

「脆弱性」には、フレイルに近いものから、健康なフィットに近い例まである。また、質・量とも GA の 3 ドメインによって異なる。次の 3 つのレベルあるいは大きく 2 つのレベルでも良いが検討し、決定し、それぞれに応じた対策を検討することは可能ではないかと思われる。

・身体的脆弱：認知・情動に問題のない身体的に柔弱な例

- 身体的脆弱性の程度 ⇒ 重度・中度・軽度
- ・認知・情動に障害：身体的に問題の無い例
 - 認知・情動の程度 ⇒ 重度・中等度・軽度
- ・上記2ドメインの混合した脆弱 ⇒ 重度・中等度・軽度

田村のコメント：

非高齢者でバックグラウンドをほとんど無視して臨床試験をしているのとは比べ、本研究ではそれをできるだけ取り入れてカテゴライズして課題に応える姿勢はむしろ評価できると考える。ご存じのように Temel らの転移非小細胞がんを対象とした治療研究で、緩和ケアの積極的な介入と通常の介入では、うつの発症頻度の半減と OS の延長がみられている。ところが、通常の薬物療法の RCT では、緩和ケアがどこまでされているか不明である等、言い出すと切りはない。そのあたりを無視しても有用かどうかを検討しているのがもっとも科学的な手法で行われる質の高い「臨床試験」とされているところは理解すべきである。

A：室 圭 DR（愛知県がんセンター）、大腸癌治療ガイドライン 2019（大腸癌研究会編）」作成委員からのコメント

脆弱な高齢大腸がん患者のための GL 作成は重要である。エビデンスが少なく、ガイドラインと呼びにくいとの意見が出ているが、臨床的提言、手引きといった呼び方も良く使われるので検討されてはどうか？

・唐澤班員からのコメント：

高齢者がん患者が治療を選択するにあたっては、自分の人生観や今後どのような生活、人生を送っていきたいかを良く聞いて、それをもとに診療指針を決定してはどうか？

A（コメント）：田村

とても大切な大事にしないといけないことである。ただ、本 GL 作成の方針としては、医療者として患者に接する際、患者の状態からまず、医療者側がその患者にもっとも合った診療指針をいくつか用意し、患者の思いや人生観を尊重しながら議論のうえ、お互いに理解の上（納得は難しいかもしれない）最終決定をすることが良いのではないかと考える。（情に流され、当該患者の‘適正’と考えらえる診療指針を患者に提示できない可能性がある）。

・石黒 DR からのコメント

OS だけではなく、QOL や QALYs を含めたものが良いのではないか

相羽班員コメント：

典型的な症例をあげてそれに対して CQ を立てて回答、解説を行うのは一つの良いモデルとなる。また、個人差が大きいことから、9つのカテゴリーに分けてはどうかとの案がでていたが、そういった枠組みで検討していくのもありではないか？いろいろ検討しながら5年、10年して適切な GL ができていくのではないかと思う。

・山本寛協議会運営委員（東京都健康長寿医療センター）老年医学の観点からのコメント：

高齢者は、原疾患の治療の検討だけではなく、患者が持っている背景を知り、その問題の解決に努力することも重要である。たとえば、先ほどの症例提示では、転倒がしばしばあるケースである。その原因を調査してそれに対して対応する必要がある。患者の住宅環境を調査し、四肢の筋力低下患者には、手すりや風呂の段差の解消、低いベッドの使用といった介入が必要である。すなわち GA を含めて評価は大事だが、それだけではなく改善できるところに対して介入をすることが重要である。

4) 阿部信一氏（東京慈恵会医科大学学術情報センター）日本図書館協会

文献検索（検索データベース：PubMed、医中誌 Web、The Cochrane Library；CDSR、CCRCT）について概説があった。これは、高齢がん患者の治療を対象とした文献検索であり、vulnerable の key word は入っていないことを指摘された。

5. スケジュール

2020年

1月 GL作成実施要項（スコープ、原則 Minds に沿って）を完成

2月～ 実施要項に基づいて GL を作成

8月

9月 内部評価、論文作成（日本語、英語）開始

10月 関連学会に意見を求める、パブリックコメント

11月 コンセンサス会議

12月 論文提出（日本語版、英語版）

2021年度 厚生労働省科学研究補助金事業 公募課題が合致すれば
新規申請（他のがん種 GL の作成と検証）を試みる

2021年

1月以降 論文採択後

ASCO、ESMO ガイドライン委員会に endorsement 依頼

6. 「高齢がん患者のための診療ガイドライン」作成委員会設置

Guidelines Committee for elderly cancer patients

1) 高齢者がん診療ガイドライン作成のための統括委員会

がん種ごとの GL 作成委員会の設置や予算立てなど、質の高い GL を作成するために必要な準備運営する統括委員会を設置する。

(1) 統括委員会の構成

委員長 田村和夫

委員

外科系 海堀昌樹、佐伯俊昭

放射線治療 唐澤久美子

内科系 相羽恵介

その他関連領域から委員を検討

(2) 事務局

「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」事務局

福岡大学医学部総合医学研究センター (2020年3月31日まで)

NPO 法人臨床血液・腫瘍研究会内 田村研究室 (2020年4月1日より)

〒810-0004 福岡市中央区渡辺通1丁目8-17-204

Phone+81-(0)92-406-4166, Fax+8-(0)92-406-8356

2) 「脆弱な高齢大腸がん患者のための診療ガイドライン」作成委員会の設置

Guidelines committee for the vulnerable elderly patients in colorectal cancer

日本のがん診療において、もっとも重要な課題の一つは、脆弱な高齢がん患者のマネジメントである。上述のように、GL 作成のための基盤整備を行ってきた延長上で、脆弱な高齢がん患者を対象とした診療指針を作成することにする。しかしながら、この領域はエビデンスが極めて少なく、系統だった指針は日本にはなく、海外でも限定的であることから、モデルケースとして大腸がんをとりあげ、Minds に沿った手順を参考に、患者・家族、診療の現場に役に立つ GL 作成を目指す。

(1) 作成にかかわる委員の選任

田村班班員・協力委員、高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）委員

研究班、協議会の研究協力者（推薦者）

から統括委員会が選任

(2) 作成にかかる費用

「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」厚労科学研究費

(3) 作成委員会委員とその役割

作成委員会は、6つのワーキンググループ (WG) から成る。前述のプロトコール作成に応じて、WG 委員の追加、入れ替え等が必要となるので、各 WG 内で協議のうえ適宜、追加や他 WG への変更、兼任を検討いただきたい。また、「大腸癌研究会」からの委員については同研究会で選考中である。

① 高齢者機能評価 (Geriatric assessment, GA) Working group (WG)

GL 総論：「脆弱」の定義、GA ツールの選択を協議・決定する。

田村和夫	腫瘍内科	WG 長、研究代表者、Q&A 編集委員長 統括委員会
津端 由佳里	腫瘍内科	班員 2月16日 会議1でGAについて講演
西嶋智洋	老年腫瘍科	班員 3月16日 会議2で「高齢者がん医療の現状と 課題」について講演、Q&A 執筆者
山本 寛	老年医学	協議会運営委員、老年医学の立場から
小川朝生	精神腫瘍科	班員 高齢者の認知障害について研究

② 内科治療 WG

GL のポイント：がん薬物療法

相羽恵介	消化器内科	WG 長、班員、Q&A 編集委員、 統括委員会委員
高橋昌宏	腫瘍内科 (消化器)	班員、Q&A 大腸がんの薬物療法執筆
松岡 歩	腫瘍内科	協議会運営委員 症例検討
西嶋智洋	老年腫瘍科	班員 SR の支援のみ担当

西嶋智洋は、上記の GA-WG に参加いたしますので、内科治療 WG については SR を実際におこなうことは担当できません。もし SR の内容、方法論等で支援ができることがありましたら助言をさせていただきます。

今村知世	薬剤師	班員、Q&A 執筆者 (高齢者、臓器障害者における FU、Oxaliplatin、Irinotecan の PK/PD)
濱口哲弥	消化器腫瘍科	班員

大腸がん研究会(橋口陽二郎 GL 委員長)からの推薦委員 1-2 名

③ 外科治療 WG

GL のポイント：手術療法

吉田陽一郎	消化器外科	WG 長、Q&A 執筆者
田中千恵	消化器外科	協議会外科委員会委員

吉田好雄 婦人科 協議会外科委員会委員

手術侵襲度評価と合併症

水野 樹 麻酔科 協議会外科委員会委員

西嶋智洋 老年腫瘍科 班員 SR の支援のみ担当

大腸がん研究会(橋口陽二郎 GL 委員長)からの推薦委員 1-2 名

④ 放射線治療 WG

GL のポイント：放射線化学療法、転移巣に対する放射線治療

唐澤久美子 放射線腫瘍学 班員、Q&A 編集委員、統括委員会委員

室伏景子 放射線腫瘍科 WG 長 Q&A 執筆者

全田貞幹 放射線治療科 Q&A 執筆者

西嶋智洋 老年腫瘍科 班員 SR の支援のみ担当

大腸がん研究会(橋口陽二郎 GL 委員長)からの推薦委員 1-2 名

⑤ 支持・緩和医療 WG

GL のポイント：腸閉塞、出血、リハビリテーション、食事療法、疼痛対策

石黒洋 腫瘍内科 WG 長、SR 支援

石橋英樹 消化器内科（内視鏡） Q&A 執筆者

山口 崇 緩和医療 協議会委員

辻 哲也 リハビリテーション科 班員

綿貫成明 看護師 協議会委員

桜井なおみ がんサバイバー（全がん連副理事長） 班協力者

⑥ 医療経済 WG

GL のポイント：がん治療にかかる費用対効果から検討

清水久範 薬剤師 協議会医療経済委員会委員長

医療経済委員会委員、外部から数名選任

2020年11月28日

高齢者のがん医療を考える会議4

2020年11月28日、土曜日 14:00～17:00

Web会議 (ZOOM)

厚生労働省科学研究 がん対策推進総合研究事業
「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」

研究代表 田村和夫

参加者 田村和夫 長島文夫 相羽恵介 齊藤光江 唐澤久美子 高橋孝郎 海堀昌樹
作田裕実 今村知世 辻哲也 小寺泰弘 小川朝生 津端由佳里 高橋昌宏
西嶋智洋 桜井なおみ 吉田雅博 二宮貴一郎 吉田好雄 上田倫弘 綿貫成明
井上順一郎 田中千恵 松尾宏一 水谷友紀 山本寛 森本真宗 齊藤達也
室伏景子 村上祐司 吉田陽一郎 水野樹 村田幸平 石黒洋 華井明子
清水久範 橋本幸輝 青木隆幸 市村丈典 大橋邦央 小川千晶 坂田幸雄
村田勇人 渡邊清高 荒井秀典 高山智子 片岡伸介 生駒規子 安部元子
(49名)

欠席者 佐伯俊昭 内富庸介 中山健夫 濱口哲弥 室圭 菅谷誠 米田光宏 伊勢雄也
森脇俊和 中島貴子 松田圭二

議事

田村研究代表者の開会のあいさつの後、プログラム(資料1)に沿って会議が開始された。

1. 本会議の目的は下記3点であることを確認した。

- ①「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」の確定
- ②医療と介護の連携の重要性について学ぶ
- ③今後の研究の方向性～「高齢者がん診療ガイドライン」策定に向けて

2. 厚生労働省、健康局 がん・疾病対策課、本研究のPOである片岡伸介課長補佐より、厚生労働省科学研究 がん対策推進総合研究事業における高齢者がん医療についての厚生労働省の方針と本事業の意義について紹介があった。

3. 「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」作成に至る経緯について田村より解説の後、診療に直接かかかわる、総論-高齢者機能ワーキンググループ (WG)、外科治療 WG、放射線治療 WG、内科治療 WG、支持・緩和医療 WG の5つの WG それぞれによる、臨床的課題 (CQ) と回答 (A) ならびに解説が行われた。質疑応答が行われたが大きな修正や追記なく承認された (資料 2)。

4. 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 荒井秀典理事長より特別講演 「高齢者がん医療におけるフレイルの意義を考える」が行われ、老年医学におけるフレイルの定義、フレイル・サルコペニアの診断・予防・介入ならびにがん治療におけるフレイル、サルコペニアの意義について学習した。

5. 今後の予定と研究の方向性について研究代表者より下記提案があった。

- ① 「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」の論文化と関連学会での公表
- ② がん医療と介護の連携に向けての後ろ向きならびに前向き研究

資料 1

プログラム

14:00-14:05

開会の挨拶 田村和夫 研究代表

厚生労働省 健康局 がん・疾病対策課からご挨拶 片岡伸介 課長補佐

14:05-14:20 (10 分解説、5 分質疑応答)

「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」に至った経緯と
総論—高齢者機能評価 WG の提言

14:20-14:45 (20 分解説、5 分質疑応答)

外科治療 WG の提言 吉田陽一郎 WG 長

14:45-15:00 (10 分解説、5 分質疑応答)

内科治療 WG の提言 相羽恵介 WG 長

休憩 10 分

15:10-16:00 (40 分講演、10 分質疑応答)

特別講演 「高齢者がん医療におけるフレイルの意義を考える」

国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 理事長 荒井秀典先生

休憩 10 分

16:10-16:25 (10 分解説、5 分質疑応答)

放射線治療 WG の提言 室伏景子 WG 長

16:25-16:40 (10 分解説、5 分質疑応答)

支持・緩和医療 WG の提言 石黒 洋 WG 長

16:40-16:55 今後の研究についての提案 田村和夫

16:55-17:00 事務連絡

事務局 生駒規子、安部元子

資料 2

総論—高齢者機能

CQ1 高齢プレフレイル大腸がん患者のがん治療の目標は何か？

A1 大腸がん患者に限らず全生存期間だけでなく健康寿命の延伸が重要である。

CQ2 高齢がん患者の診療にあたって医療がとるべき基本的な姿勢は何か？

A2 患者の意思と価値観を尊重し、医療提供の目標設定の合意形成を行うことが重要である。

CQ3 認知障害の疑いがある場合の意思決定能力の把握とその対応をどうするか？

A3 認知機能評価ツールを利用して認知機能障害の有無と程度を推定し、本人の残存能力を最大限活かして本人が意思決定できるように支援する。

CQ4 当該年齢の平均余命が診療方針を検討するにあたって参考になるか？

A4 当該病期の大腸がんの累積生存期間が当該年齢における推定平均余命よりあきらかに短い場合は、がん治療による延命が得られる可能性があり、積極的ながん治療を提案する。一方、推定平均余命が合併疾患等で明らかに短い場合は、がん治療によって得られる延命に限界がある可能性があり、より保存的な対応も検討する。

CQ5 プレフレイルの治療目的が健康寿命の延伸であれば治療前後で生活の質（QOL）をはかる必要がある。評価尺度としてどのようなものがあるか？

A5 治療前後で PHQ-9、EORTC-QLQ、FACT、「つらさと支障の寒暖計」等を用いて評価すべきである。

CQ6 高齢大腸がん患者の治療前評価に高齢者機能評価は有用か？

A6 がん治療による有害事象リスク、死亡リスク、入院期間の延長といった予測が可能であり有用である。

外科治療

CQ1 認知症の高齢患者の場合、誰の承諾があれば治療が可能か？

A1 本人には意思があり、意思決定能力を有するということを前提にするが、家族・親族、福祉・医療・地域近隣の関係者と成年後見人等がチームとなって、本人の意思や状況を継続的に把握し必要な支援を行う体制が必要である。救急治療を要する状況で家族と連絡が取れない場合は、本人にとっての最善の方針をとることを基本として柔軟な対応をす

る必要がある。

CQ2 早期がんに治療は必要か？

A2 通常の大腸内視鏡前処置が可能な患者に関しては、年齢にかかわらず内視鏡切除は安全に施行できる。ただし、内視鏡切除で根治できる可能性のある T1 がんに対する過大手術は避けるべきである。

CQ3 高齢の進行大腸癌症例に標準手術は可能か？

A3 高齢者の切除可能進行大腸癌に対する標準手術については周術期合併症頻度、標準手術後の予後、標準手術をしなかった場合の再発率および予後を考慮し、患者の状態を踏まえた上で術式を決定すべきである。

CQ4 ステージ IV 大腸癌の手術適応は？

A4 ガイドラインに準じて、遠隔転移巣、原発巣ともに切除可能であれば両方の切除、遠隔転移巣が切除不能である場合は、原発巣による症状がある場合に限って原発巣の切除を行う。

CQ5 高齢の大腸癌患者に腹腔鏡下手術は有用か？

A5 高齢大腸癌患者に対する腹腔鏡下手術は、開腹手術と比べて手術時間は長い、出血量が少ない。また、術後心合併症、肺炎や創感染の発生率は低く、縫合不全の発生率には有意差を認めないことから、有用であると考えられる。

CQ6 直腸癌根治切除術の際に高齢者には人工肛門を積極的に造設すべきか？

A6 人工肛門造設をしても患者の QOL を保てることが多く、周術期合併症である縫合不全を回避する目的においては一時的人工肛門や永久人工肛門、腫瘍の部位によって肛門温存ができないと判断した場合、もともとの便失禁を伴う症例の場合などは永久人工肛門を考慮したほうがよい。なお、人工肛門の管理に関しては家族や医療従事者の支援や社会福祉制度の活用が必要となる。

CQ7 術後の重篤な合併症を予測できるか？

A7 Frailty Index、高齢者機能評価により、合併症頻度の予測は可能と考えられるが、日本のデータは不足している。

CQ8 術中評価は、出血量・手術時間だけで良いか？

A8 術中評価は、推定出血量・推定手術時間のみならず、体温、血圧、心拍数、麻酔深度、輸液量や患者体位・皮膚の観察を含めた総合的な評価を行う。

CQ9 高齢の大腸癌患者に対する適切な麻酔法は何か？

A9 硬膜外麻酔を併用した全身麻酔は、術中および術後の血行動態を安定させ、麻酔からの覚醒を早め、術後鎮痛に優れ、機能回復を早めつつ回復の質を高める

内科治療

CQ1 プレフレイルな高齢大腸がん患者に術後再発予防の薬物療法の適応はあるか？

A1 ・治療目的は治癒、再発の遅延であるので、適切な治療強度による最善の効果発現に務める。

- ・原則フツ化ピリミジン系薬剤単独療法を考慮する。
- ・capecitabine, UFT+d, l-LV, 5-FU+l-LV, S-1 を候補として検討する。
- ・いずれも肝機能・腎機能が保たれていることを確認する。
- ・経口薬の場合は、アドヒアランスに留意する（認知能、家族・同居者の補助など）
- ・特に S-1, capecitabine は、腎機能に留意する。
- ・特に UFT+d, l-LV は、8 時間毎の内服が遵守できるか否かを判断する。
- ・アドヒアランス不良または不安がある場合、毎週の通院が可能であれば、5-FU+l-LV 静注も検討する。
- ・闘病意欲が旺盛で、糖尿病・低栄養の合併がなく、CGA で良好なスコア、深部知覚が保持されているフィットに近いプレフレイル症例では、l-OHP の使用も検討の余地はある。ただし、使用の場合には、慎重な深部知覚のモニタリングを励行し、治療期間は3ヶ月を目処とする(CAPOX、FOLFOX)。
- ・2 サイクル開始時には、初回開始時以上に心身および諸臓器機能とその予備能を十分チェックし、必要に応じて投与用量、投与スケジュールの減量・延期など調整し、安全に万全を期す。

CQ2 進行・再発のプレフレイルな高齢大腸がん患者に対してがん薬物療法は有用か？

A2 ・治療目的は症状緩和や延命であるので、その範囲内における最大の恩恵享受に務める。

- ・高齢者は個人差が大きく、臓器の予備能も非高齢者より劣ることから、リスクとベネフィットを勘案し、患者および家族・後見人と十分な話し合いのもとで治療法を決定する。
- ・フツ化ピリミジン系薬剤の単剤療法あるいは、適応があり、諸状況が適合すれば bevacizumab との併用療法(capecitabin+bevacizumab など)を考慮する。
- ・治療レジメンは、capecitabin、 S-1、UFT+d, l-LV、 5-FU+l-LV、 de Gramont、FTD/TPI などである。
- ・適応がある場合には、cetuximab、 panitumumab、 entrectinib、 regorafenib など分子標的治療薬単独療法も慎重に検討する。

- ・適応がある場合には nivolumab、pembrolizumab も慎重に検討する。
- ・治療開始時の各薬物の投与用量は標準量の減量での開始も考慮する。例えば 80%の薬剤量から開始し、副作用と効果を勘案しながらの調整も勧められる。
- ・2 サイクル開始時には、初回投与時以上に心身および諸臓器機能とその予備能を十分チェックし、必要に応じて投与用量、投与スケジュールを調整する。
- ・アドヒアランスが不良だった場合には、静注製剤の使用も検討する。
- ・無治療観察・BSC も選択肢とする。

放射線治療

CQ1 プレフレイル高齢大腸がん患者で放射線治療が困難なのはどのような状態か？

A1 照射部位の正常組織の耐容線量が放射線治療効果を得る線量より低いなどで治療が有用でない場合、いかなる支援を行っても治療の同意取得が困難な場合、治療室に通うことが困難な場合、放射線治療中の静止体位を保てない場合には放射線治療は難しい。

CQ2 プレフレイル高齢大腸がん患者の放射線治療で標準治療と治療強度減弱治療の分岐点は何か？

A2 患者の想定余命、併存疾患、全身状態、身体機能、生活習慣、認知機能、がんの病状などを踏まえて、標準治療への忍容性がないと考えられる場合は、治療強度減弱治療が選択される。

CQ3 高齢がん患者の放射線治療で推奨される高齢者機能評価は何か？

A3 Geriatric-8 (G8)や Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) を含む高齢者総合的機能評価 (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA) における‘脆弱性 (Vulnerability)’と、放射線治療耐性の低下、有害事象や死亡リスク増加との関連を示す報告は散見される。しかし、これらは単施設での検討や後方視的研究が多く、高齢がん患者に対する放射線治療の耐性や有害事象、死亡リスクを予測し得る有用な高齢者機能評価法は、特定されていない。

CQ4 プレフレイル高齢大腸がん患者の放射線治療による有害事象において注意すべき点は何か？

A4 高齢者は放射線治療に伴う有害事象により大きな影響を受けやすく、またこれによる入院期間の延長を余儀なくされる可能性が高い。高齢者に対して放射線治療を行う場合にはこのことを念頭においた方針決定と、有害事象の予測、対応が重要になる。

CQ5 プレフレイル高齢局所進行下部直腸がん患者の術前化学放射線療法による有害事象において注意すべき点は何か？

A5 生じうる有害事象は非高齢患者と同様であるが、高齢患者では、その頻度・重症度が高まる可能性がある。特にプレフレイル高齢患者では、併存疾患と加齢に伴う身体機能・臓器機能・認知機能低下の増悪に伴い、要介護状態に移行するリスクが高まることに注意が必要である。

CQ6 R0 切除可能なプレフレイル高齢局所進行下部直腸がん患者に対して術前(化学)放射線療法は推奨されるか？

A6 プレフレイルな高齢大腸がん患者において、若年者と比べ、術後合併症が重篤化しやすいため、全ての R0 切除可能な局所進行下部直腸がん患者に対して、術前(化学)放射線療法は推奨しない。しかし、耐術能を有する局所再発リスクの高い局所進行下部直腸がん患者に対しては、術前化学放射線療法と比し、術前放射線治療単独 (25 Gy/5 回) を推奨する。本邦では、術前化学放射線療法と比し術前放射線治療単独の経験は乏しいが、術前化学放射線療法による G3-4 の有害事象の増加が懸念されるためである。プレフレイルな高齢局所進行下部直腸がん患者において、予後や側方郭清の有無など術式も考慮し、慎重に術前照射自体の適応や照射スケジュールを決定する必要がある。

CQ7 遠隔転移のない切除不能なプレフレイル高齢局所進行再発直腸がん患者に対する化学放射線療法は推奨されるか？

A7 腫瘍縮小により R0 切除可能になると期待される腫瘍に関しては、切除を指向した術前化学放射線療法が検討されるが、放射性腸炎を含む G3 以上の有害事象に十分留意する必要がある。腫瘍縮小により R0 切除が可能になると期待されるが耐術能のない症例や、縮小しても切除不能な症例においては、安全に高線量を投与できる腫瘍に対しては、局所制御目的の放射線治療も考慮される。

CQ8 プレフレイル高齢大腸がん患者の術後骨盤内再発における緩和的放射線治療の適応は何か？

A8 非高齢患者と同様、CQOL 低下をきたす疼痛、出血、腫瘍の圧排などによる症状がある場合に適応となり、年齢が治療適応の除外因子となることは少ない。プレフレイル高齢患者では、患者の身体機能・臓器機能・認知機能などを考慮し、短期の照射スケジュールも選択肢となる。

CQ9 プレフレイル高齢大腸がん患者の肝転移における放射線治療の適応は何か？

A9 病変制御目的、症状緩和目的のいずれにおいても高齢者大腸がん肝転移に対する放射線治療は若年者同様の適応があると考えられる。

CQ10 プレフレイル高齢大腸がん患者の肺転移における放射線治療の適応は何か？

A10 病変制御目的、症状緩和目的のいずれにおいても高齢者大腸がん肺転移に対する放射線治療は若年者同様の適応があると考ええる。

支持・緩和医療

CQ1 手術がQOL低下につながる場合もしくはストーマ管理が難しい場合はステント挿入を優先すべきか？

A1 精神的・社会的サポートが難しく、ストーマケアが困難な場合には、ステント挿入を優先するほうが望ましい。

CQ2 レフレイル高齢者に対して大腸ストーマを造設した場合の問題点とは？

A2 プレフレイル高齢者におけるストーマ管理は、認識機能や視力の低下、手指巧緻性の問題により、困難な場合があるため、家族・医療者のサポート、社会的支援が必要である。

CQ3 プレフレイルな高齢大腸癌患者に対して、オキサリプラチン含む抗がん薬を施行する（している）場合、配慮すべきことは何か？

A3 ・末梢神経障害、特に感覚性には推奨できる有効な対処法はない。

・身体機能の客観的評価を投与前と投与早期から経時的に実施することで末梢障害悪化リスクが予測できる。

・神経症状が重篤化し身体機能が低下する前から、在宅での自主トレーニング（筋力増強訓練、ストレッチ、ウォーキングなど有酸素運動）による運動習慣の確立や活動的なライフスタイルを促進する。

・必要に応じてリハビリテーション治療を実施する。

・冷感過敏症状が進行すると、手洗いにも支障が出る。