

厚生労働省科学研究 がん対策推進総合研究事業

「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」

Geriatric Oncology Guideline-establishing & spreading (GOGGLES) Study

研究代表 佐伯俊昭

第3回班会議

2022年1月29日（土）13時～ Web会議

議事次第

1. 研究代表者挨拶（佐伯俊昭）

2. 研究分担者の研究進捗状況と今後

- ・ 高齢者がん診療ガイドライン進捗状況（石黒洋・二宮貴一郎）
- ・ 高齢者がん患者の手術療法（小寺泰弘⇒担当 田中千恵）
- ・ 高齢がん患者に対する術前高齢者機能評価（GA）と術後合併症との関連解析研究（吉田好雄）
- ・ よくわかる老年腫瘍学テキスト（唐澤久美子）
- ・ 他学会ガイドライン委員会との連携（石川敏昭）
- ・ 普及・評価委員会（渡邊清高）
- ・ 介護と医療の連携に関する観察研究（吉田陽一郎）
- ・ パネルデータを用いた悪性腫瘍入院治療と高齢者の死亡に関連する要因の分析（松田晋哉）

3. 高齢者がん医療協議会について（田村和夫）

4. 今後の予定

1. 研究代表者挨拶

埼玉医科大学国際医療センター病院長

佐伯 俊昭

2. 研究分担者の研究進捗状況と今後

「高齢者がん診療ガイドライン」進捗状況

石黒 洋

埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科

二宮貴一郎

岡山大学 血液・腫瘍・呼吸器内科

高齢者がん診療ガイドライン作成委員会

委員会報告・進捗状況

岡山大学学術研究院医歯薬学域
血液・腫瘍・呼吸器内科学

二宮 貴一郎

高齢者がん診療ガイドライン委員会
高齢者がん診療ガイドライン作成委員会
Steering committee (ST)

作成委員長

石黒洋

埼玉医科大学 (乳腺科、腫瘍内科)

運営委員会

二宮貴一郎 (代表)

岡山大学 血液・腫瘍・呼吸器内科学 (前田嘉信教授)

坂井大介

大阪大学 腫瘍内科 (佐藤太郎教授)

田中千恵

名古屋大学 消化器外科 (食道・胃) (小寺泰弘教授)

井上大輔

福井大学 婦人科 (吉田好雄教授)

室伏景子

東京都立駒込病院 放射線科 (唐澤久美子 東京女子医科大学教授)

今村知世

昭和大学 先端がん治療研究所

奥山徹

名古屋市立大学 精神腫瘍

杉本研

川崎医科大学 老年医学

綿貫成明

国立看護大学校 老年看護学

アドバイザー

吉田雅博

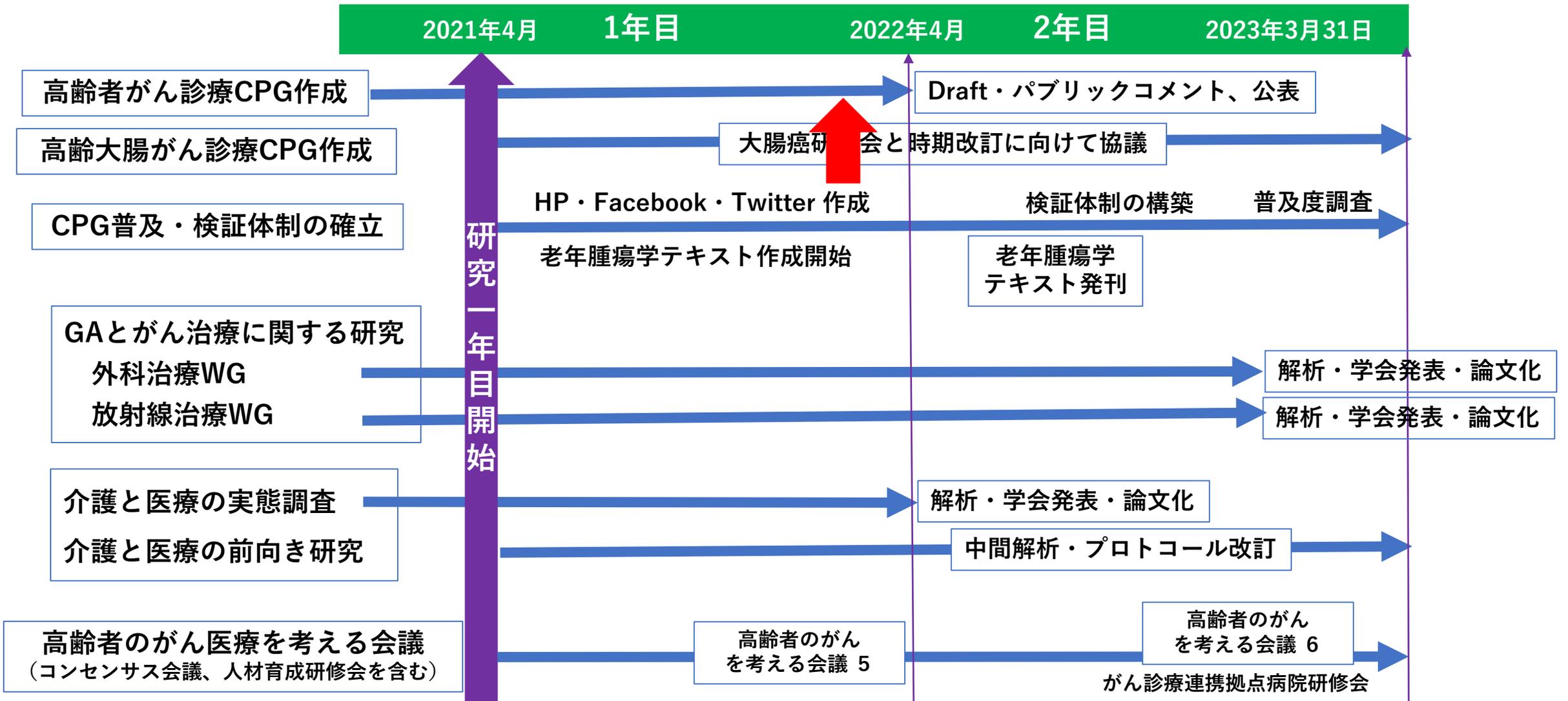
国際医療福祉大学 (消化器外科学、MINDs) : 作成指導

中山建夫

京都大学 健康情報学

ロードマップ

「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」



CPG：ガイドライン、GA：geriatric assessment（高齢者機能評価）、WG：working group

1. 診療ガイドラインがカバーする内容に関する事項	
(1) タイトル	高齢者がん診療ガイドライン
(2) 目的	<p>高齢がん患者がおかれている臨床的諸問題を正しく理解すること・適切な介入を行うことなどで、下記のアウトカムを改善することを目的としている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 益のアウトカム：治癒／生存期間の延長 ● 害のアウトカム：有害事象／後遺症など ● 生活の質（Quality of Life）
(3) トピック	高齢がん患者の機能評価と治療介入
(4) 診療ガイドラインがカバーする視点	本診療ガイドラインは、individual perspective（個人視点）で作成する。
(5) 想定される利用者、利用施設	がん診療に携わるすべての医療機関およびその従事者
(6) 既存の診療ガイドラインとの関係	<p>本ガイドラインは、2020年に「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」事業により日本がんサポーターズケア学会から公表された「高齢者がん医療Q&A」の発展形として、ガイドライン作成が進められているものである。既知の各種がん治療ガイドラインと異なり、高齢がん患者において共通する「重要臨床課題」を取り上げる。</p>
(7) 診療ガイドラインがカバーする範囲	<p>本ガイドラインがカバーする範囲</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高齢がん患者 (65歳以上を基本とするが、年齢は明確に規定しない) <p>本ガイドラインがカバーしない範囲</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 特定のがん領域に対する管理・治療

高齢者がん診療ガイドライン（背景）

1. 高齢がん患者とは？（Background）

a. 高齢がん患者とフレイル

福井大学

井上大輔先生

岡山大学

二宮貴一郎

b. 高齢がん患者におけるアウトカム評価

川崎医科大学

杉本研先生

c. 高齢がん患者の身体的・精神的変化（高齢者機能評価；CGA）

d. 高齢がん患者と意思決定能力

名古屋市立大学

奥山徹先生

e. 高齢がん患者と介護・福祉（介護保険制度）

国立看護大学校

綿貫成明先生

f. 高齢がん患者が抱える社会的問題

帝京大学

渡邊清高先生

高齢者がん診療ガイドライン（スコープ）

重要臨床課題の設定

1. 「高齢がん患者における高齢者機能評価（CGA）」

高齢がん患者には、潜在的に複数の課題が指摘されているが、日常的な診療内ではそれを十分に拾い上げることが困難とされる。高齢者機能評価（CGA）を行うことで問題点を見極め、それらに介入を行うことでアウトカムの改善につながることを期待される。

2. 「高齢がん患者に対する抗がん治療の目的」

若年がん患者では「治癒」や「延命」が抗がん治療の主目的となるが、高齢がん患者には当てはまらないことが多い。身体的側面（身体・臓器機能の低下・併存症）、精神・心理的側面（認知・うつ）、社会・経済的側面と早期・晩期有害事象がこれらに与える様々な影響を適切に評価する指標が必要であり、患者の価値観とすり合わせながらゴールを設定するためのShared decision makingのツールとなりうる。

3. 「高齢がん患者に対する予防/支持/緩和医療・臨床諸問題」

高齢がん患者の健康状態を改善・有害事象を軽減させる方法として、高齢者で起こりやすい疾患の予防と、リハビリなど高齢者により必要とされる支持/緩和医療が挙げられる。治療介入別（手術・放射線治療・薬物療法）でその項目が異なるものや治療横断的なものがあり、それぞれの重要課題をCQとして取り上げる。

重要臨床課題に対応したClinical Question設定

Clinical Question

1. 「高齢がん患者における高齢者機能評価（CGA）」

CQ1. がん治療（薬物療法）に際して、高齢者機能評価（CGA）を行うことは推奨されるか？

CQ2. 高齢がん患者に対して、CGAを用いて治療強度を弱めたがん治療（薬物療法）を行なうことは推奨されるか？

2. 「高齢がん患者に対する抗がん治療の目的」

CQ3. 高齢がん患者に根治的外科治療を行うことは推奨されるか？（外科治療に関するCQ）

CQ4. 高齢がん患者に根治的放射線治療を行うことは推奨されるか？（放射線治療に関するCQ）

CQ5. 高齢がん患者に抗がん薬物療法を行うことは推奨されるか？（薬物療法に関するCQ）

CQ6. 高齢者特有の問題に関するCQ（腎機能[薬剤クリアランス] etc）

3. 「高齢がん患者に対する予防/支持/緩和医療・臨床諸問題」

CQ7. 高齢がん患者にリハビリテーション治療を行うことは推奨されるか？

CQ8. 高齢がん患者に栄養療法およびサルコペニアの対策を行うことは推奨されるか？

重要臨床課題に対応したClinical Question設定

Clinical Question

1. 「高齢がん患者における高齢者機能評価（CGA）」

CQ1. がん治療（薬物療法）に際して、高齢者機能評価（CGA）を行うことは推奨されるか？

CQ2. 高齢がん患者に対して、CGAを用いて治療強度を弱めたがん治療（薬物療法）を行なうことは推奨されるか？

SR・推奨文完成
(福井大学 井上先生, 他)
3月パネル会議予定

2. 「高齢がん患者に対する抗がん治療の目的」

CQ3. 高齢がん患者に根治的外科治療を行うことは推奨されるか？（外科治療に関するCQ）

CQ4. 高齢がん患者に根治的放射線治療を行うことは推奨されるか？（放射線治療に関するCQ）

CQ5. 高齢がん患者に抗がん薬物療法を行うことは推奨されるか？（薬物療法に関するCQ）

CQ6. 高齢者特有の問題に関するCQ（腎機能[薬剤クリアランス] etc）

SR実施中
(名古屋大学 田中先生)

SR実施中
(都立駒込病院 室伏先生)

SR実施中

3. 「高齢がん患者に対する予防/支持/緩和医療・臨床諸問題」

CQ7. 高齢がん患者にリハビリテーション治療を行うことは推奨されるか？

CQ8. 高齢がん患者に栄養療法およびサルコペニアの対策を行うことは推奨されるか？

SR・推奨文完成
今後パネル会議を計画
(慶應義塾大学 辻先生)
(静岡がんC 内藤先生)

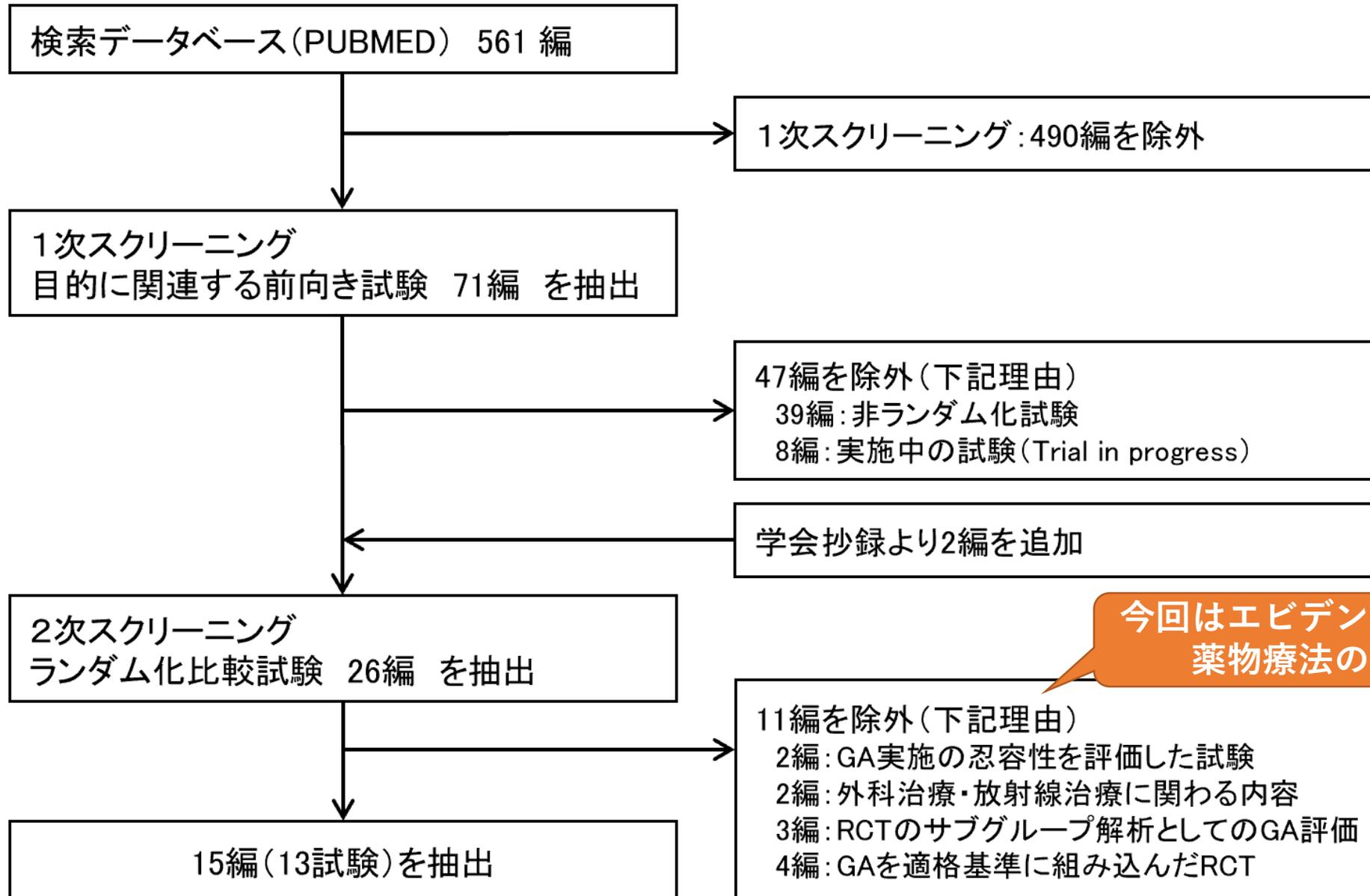
高齢がん患者におけるCGA：システマティックレビューの実施

検索データベース:PUBMED 検索式(検索日:2021年8月9日)

実施：井上大輔先生、二宮貴一郎
査読：石黒洋先生、田村和夫先生、他

#1	"Neoplasms/diagnosis"[Majr]
#2	"Vulnerable Populations"[Mesh] OR "Aged"[Mesh]
#3	"Geriatric Assessment"[Mesh]
#4	#1 AND #2 AND #3
#5	(neoplasm*[TI] OR cancer*[TI] OR tumo*[TI] OR carcinoma*[TI]) AND (Assessment*[TI] OR Evaluation[TI]) AND (vulnerable[TI] OR aged[TI] OR elderly[TI] OR old[TI] OR geriatric*[TI])
#6	#4 OR #5
#7	#6 AND (JAPANESE[LA] OR ENGLISH[LA])
#8	#7 AND ("Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "meta-analysis"[TIAB])
#9	#7 AND ("Cochrane Database Syst Rev"[TA] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[Mesh] OR "systematic review"[TIAB])
#10	#7 AND ("Practice Guideline"[PT] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Consensus"[Mesh] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[Mesh] OR "Consensus Development Conference"[PT] OR guideline*[TI] OR consensus[TI])
#11	#8 OR #9 OR #10
#12	#7 AND ("Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR (random*[TIAB] NOT medline[SB]))
#13	#7 AND ("Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Observational Study"[PT] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR ((clinical trial*[TIAB] OR case control*[TIAB] OR case comparison*[TIAB]) NOT medline[SB]))
#14	(#12 OR #13) NOT #11

高齢がん患者におけるCGA：システマティックレビューの実施



高齢がん患者におけるCGA：定性的システマティックレビュー

系統的文献検索

P：薬物療法（主に化学療法）を含む治療を受ける高齢がん患者

I：高齢者機能評価（CGA）を介入として施行

C：CGAを行わない

ランダム化比較試験
全15編（13試験）を採用

アウトカム評価

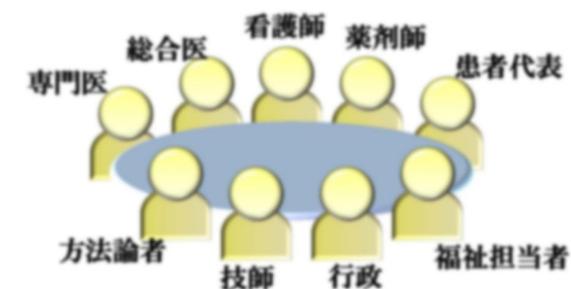
- ① 生存効果に与える影響は低い（エビデンスの強さ：C）
- ② 化学療法の有害事象を軽減させる（エビデンスの強さ：B）
- ③ 健康関連QOLを改善もしくは維持させる傾向にある（エビデンスの強さ：C）

なお、害のアウトカムとしてCGA評価は侵襲性が低いため患者に不利益（時間的拘束を除く）は生じない。しかし、CGA評価に時間（40～60分、ツールによって異なる）を要することから、通常診療を越えて評価者などの人的ソースが必要となる。

高齢がん患者におけるCGA：パネル会議

推奨を決定するため、多職種でのエキスパートパネル会議を実施予定

氏名	ご所属
井上 大輔	福井大学 婦人科
杉本 研	川崎医科大学 老年医学
田中 千恵	名古屋大学 消化器外科
室伏 景子	東京都立駒込病院 放射線科
奥山 徹	名古屋市立大学 精神腫瘍学
綿貫 成明	国立看護大学校 老年看護学
今村 知世	昭和大学 先端がん治療研究所
坂井 大介	大阪大学 腫瘍内科
桜井 なおみ	全国がん患者団体連合会
渡邊 清高	帝京大学 腫瘍内科
二宮 貴一郎	岡山大学 血液・腫瘍・呼吸器内科学
石黒 洋	埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科



高齢がん患者におけるCGA：論文投稿を計画

Title Page[←]

Systematic Review[←]

←

Significance of Comprehensive Geriatric Assessment in the Chemotherapy for Elderly Cancer Patients: Systematic Review and Recommendation by the Japanese Geriatric Oncology Guideline[←]

←

Authors[←]

Kiichiro Ninomiya, Daisuke Inoue, Ken Sugimoto, Chie Tanaka, Okuyama, Shigeaki Watanuki, Chiyo K Imamura, Daisuke Kiyotaka Watanabe, Kazuo Tamura, Toshiaki Saeki and Yoh Is

←

Author affiliation[←]

Kiichiro Ninomiya, M.D., Ph.D., Department of Hematology, Oncology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences, Okayama, Japan.[←]

Daisuke Inoue, M.D., Department of Obstetrics and Gynecology, Univer

Table 1. Study Characteristics[←]

Study [←]	Design [←]	No. [←]	Patient [←]	Intervention [←]	Comparison [←]
Corre R et al, 2016 [←] (ESOGIA-GFPC-GECP 08-02) [15] [←]	RCT [←] (Phase 3) [←]	494 [←]	Stage IV NSCLC, ↓ aged ≥70 years and ECOG-PS 0 to 2 [←]	Chemotherapy allocation ↓ on the basis of CGA [←]	Chemotherapy allocation ↓ on the basis of PS and age [←]
Rao AV et al, 2005 [16] [←]	Randomized 2 x 2 trial [←] (subgroup) [←]	(99) [←]	Hospitalized, frail cancer patients, ↓ aged ≥65 years, after stabilization [←]	Care in ↓ 1) a geriatric inpatient unit ↓ a) a geriatric outpatient clinic [←]	Care in ↓ 2) a usual inpatient unit ↓ b) a usual outpatient clinic [←]
Nadaraja S et al, 2020 [19] [←]	RCT [←]	96 [←]	Patients with cancer, ↓ aged ≥70 years [←]	Treatment decision based on the G8 screening and MDT [←]	Treatment decision based on the oncologist's clinical judgement [←]
Lund CM et al, 2021 [←] (GERICO) [20] [←]	RCT [←] (Phase 3) [←]	142 [←]	Aged ≥70 years with CRC, ↓ vulnerable (G8 score ≤14 points) [←]	CGA-based interventions [←]	Standard of care [←]
Mobile SG et al, 2021 (GAP70+) [21] [←]	Cluster-randomized trial [←]	718 [←]	Aged ≥70 years with incurable solid tumors or lymphoma, at least 1 impaired GA domain [←]	Oncologists received a tailored GA summary and recommendations [←]	GA summary or recommendations were not provided [←]
Li D et al, 2021 [←] (GAIN) [22] [←]	RCT [←] (Phase 3) [←]	600 [←]	Aged ≥65 years with a solid malignant neoplasm, completed GA [←]	Geriatrics-trained MDT reviewed GA results and implemented interventions [←]	Standard of care [←]
Magnuson A et al, 2018 [23] [←]	RCT [←]	71 [←]	Patients with stage 3/4 solid tumor malignancies [←]	GA with management interventions [←]	Usual care [←]
Soo WK et al, 2020 [←] (INTEGRATE) [24] [←]	RCT [←]	154 [←]	Aged ≥70 years with solid cancer or DLBCL, [←]	Integrated oncogeriatric care [←]	Usual care [←]
Puts M et al, 2021 [←] (5C) [25] [←]	RCT [←] (Phase 3) [←]	351 [←]	Aged ≥70 years referred for chemotherapy, ↓ ECOG-PS 0 to 2 [←]	CGA plus follow-up by geriatric trained team [←]	Usual care [←]
Puts MTE et al, 2018 [←] [26][27] [←]	RCT [←]	61 [←]	Aged ≥70 years with stage 2-4 gastrointestinal, genitourinary, or breast cancer [←]	GA and integrated care [←]	Usual care [←]
Mobile SG et al, 2020 (COACH) [28][29] [←]	Cluster-randomized trial [←]	541 [←]	Aged ≥70 years with an advanced solid tumor or lymphoma, at least 1 impaired GA domain [←]	Oncologists received a tailored GA summary with recommendations [←]	Alerts only for patients meeting criteria for depression or cognitive impairment [←]
Jolly TA et al, 2020 [←] (GARRT) [30] [←]	RCT [←]	138 [←]	Aged ≥70 years with malignancy, ↓ non-electively hospitalized, [←]	GA report provided to their treating clinicians [←]	GA report not provided [←]
Ørum MA et al, 2021 [31] [←]	RCT [←]	363 [←]	Aged ≥70 years with HN, lung cancer, UGI cancer, and CRC. [←]	Tailored follow-up by MDT [←]	No geriatric follow-up [←]

Abbreviations: RCT, randomized controlled trial; NSCLC, non-small cell lung cancer; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; PS, performance status; CGA, comprehensive geriatric assessment; MDT, multidisciplinary team; GA, geriatric assessment; CRC, colorectal cancer; DLBCL, diffuse large B-cell lymphoma; HN, head and neck cancer; UGI, upper gastrointestinal tract.[←]

重要臨床課題に対応したClinical Question設定

Clinical Question

1. 「高齢がん患者における高齢者機能評価（CGA）」

CQ1. がん治療（薬物療法）に際して、高齢者機能評価（CGA）を行うことは推奨されるか？

CQ2. 高齢がん患者に対して、CGAを用いて治療強度を弱めたがん治療（薬物療法）を行なうことは推奨されるか？

2. 「高齢がん患者に対する抗がん治療の目的」

CQ3. 高齢がん患者に根治的外科治療を行うことは推奨されるか？（外科治療に関するCQ）

CQ4. 高齢がん患者に根治的放射線治療を行うことは推奨されるか？（放射線治療に関するCQ）

CQ5. 高齢がん患者に抗がん薬物療法を行うことは推奨されるか？（薬物療法に関するCQ）

CQ6. 高齢者特有の問題に関するCQ（腎機能[薬剤クリアランス] etc）

SR実施中
（名古屋大学 田中先生）

SR実施中
（都立駒込病院 室伏先生）

SR実施中

3. 「高齢がん患者に対する予防/支持/緩和医療・臨床諸問題」

CQ7. 高齢がん患者にリハビリテーション治療を行うことは推奨されるか？

CQ8. 高齢がん患者に栄養療法およびサルコペニアの対策を行うことは推奨されるか？

SR・推奨文完成
今後パネル会議を計画
（慶應義塾大学 辻先生）
（静岡がんC 内藤先生）

高齢がん患者におけるリハビリ：システマティックレビューの実施

検索データベース:PUBMED 検索式(検索日:2021年8月25日)

#1	"Neoplasms/therapy"[Majr]
#2	"Neoplasms/rehabilitation"[Mesh] OR "Rehabilitation"[Mesh] OR "Physical Fitness"[Mesh] OR "Exercise"[Mesh]
#3	"Vulnerable Populations"[Mesh] OR ("Aged"[Mesh] AND (vulnerable[TI] OR aged[TI] OR elderly[TI] OR old[TI] OR geriatric*[TI])) OR "Geriatric Assessment"[Mesh]
#4	#1 AND #2 AND #3
#5	(neoplasm*[TI] OR cancer*[TI] OR tumo*[TI] OR carcinoma*[TI]) AND (aged[TIAB] OR elderly[TIAB] OR old[TIAB] OR geriatric*[TIAB]) AND (rehabilitation*[TI] OR Exercise[TI] OR Fitness[TI])
#6	#4 OR #5
#7	#6 AND (JAPANESE[LA] OR ENGLISH[LA])
#8	#7 AND ("Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "meta-analysis"[TIAB])
#9	#7 AND ("Cochrane Database Syst Rev"[TA] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[Mesh] OR "systematic review"[TIAB])
#10	#7 AND ("Practice Guideline"[PT] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Consensus"[Mesh] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[Mesh] OR "Consensus Development Conference"[PT] OR guideline*[TI] OR consensus[TI])
#11	#8 OR #9 OR #10
#12	#7 AND ("Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR (random*[TIAB] NOT medline[SB]))
#13	#7 AND ("Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Observational Study"[PT] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR ((clinical trial*[TIAB] OR case control*[TIAB] OR case comparison*[TIAB]) NOT medline[SB]))
#14	(#12 OR #13) NOT #11

高齢がん患者における栄養・サルコペニア：システマティックレビューの実施

検索データベース:PUBMED 検索式(検索日:2021年8月25日)

#1	"Neoplasms/therapy"[Majr]
#2	"Sarcopenia"[Mesh] OR "Cachexia"[Mesh] OR "Nutrition Therapy"[Mesh]
#3	"Vulnerable Populations"[Mesh] OR ("Aged"[Mesh] AND (vulnerable[TI] OR aged[TI] OR elderly[TI] OR old[TI] OR geriatric*[TI])) OR "Geriatric Assessment"[Mesh]
#4	#1 AND #2 AND #3
#5	(neoplasm*[TI] OR cancer*[TI] OR tumo*[TI] OR carcinoma*[TI]) AND (aged[TIAB] OR elderly[TIAB] OR old[TIAB] OR geriatric*[TIAB]) AND (sarcopenia*[TI] OR cachex*[TI] OR "Nutrition*" [TI])
#6	#4 OR #5
#7	#6 AND (JAPANESE[LA] OR ENGLISH[LA])
#8	#7 AND ("Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "meta-analysis"[TIAB])
#9	#7 AND ("Cochrane Database Syst Rev"[TA] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[Mesh] OR "systematic review"[TIAB])
#10	#7 AND ("Practice Guideline"[PT] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Consensus"[Mesh] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[Mesh] OR "Consensus Development Conference"[PT] OR guideline*[TI] OR consensus[TI])
#11	#8 OR #9 OR #10
#12	#7 AND ("Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR (random*[TIAB] NOT medline[SB]))
#13	#7 AND ("Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Observational Study"[PT] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR ((clinical trial*[TIAB] OR case control*[TIAB] OR case comparison*[TIAB]) NOT medline[SB]))
#14	(#12 OR #13) NOT #11

リハビリ・サルコペニア：システムティックレビューの実施

高齢がん患者に対するリハビリテーション

系統的文献検索において、
高齢がん患者に対するリハビリテーション治療を介入として実施された
ランダム化比較試験15編を評価した。

実施：慶應義塾大学 辻哲也先生
協力：国立がん研究C東病院 土方奈奈子先生

がん治療の状況や患者背景の違いによってリハビリテーション治療の目的や
得られるアウトカムが異なるため、CQを下記の3つに分けて評価した。

1. がん手術前のリハビリテーション治療
2. がん薬物療法中のリハビリテーション治療
3. がん治療後生存者のリハビリテーション治療

実施：静岡がんC 内藤立暁先生

高齢がん患者に対する栄養療法・サルコペニア対策

系統的文献検索において、
高齢がん患者に対する栄養療法もしくはサルコペニアの対策を介入として実施された
ランダム化比較試験4編を評価した。

今後パネル会議を計画

重要臨床課題に対応したClinical Question設定

Clinical Question

1. 「高齢がん患者における高齢者機能評価（CGA）」

CQ1. がん治療（薬物療法）に際して、高齢者機能評価（CGA）を行うことは推奨されるか？

CQ2. 高齢がん患者に対して、CGAを用いて治療強度を弱めたがん治療（薬物療法）を行なうことは推奨されるか？

2. 「高齢がん患者に対する抗がん治療の目的」

CQ3. 高齢がん患者に根治的外科治療を行うことは推奨されるか？（外科治療に関するCQ）

CQ4. 高齢がん患者に根治的放射線治療を行うことは推奨されるか？（放射線治療に関するCQ）

CQ5. 高齢がん患者に抗がん薬物療法を行うことは推奨されるか？（薬物療法に関するCQ）

CQ6. 高齢者特有の問題に関するCQ（腎機能[薬剤クリアランス] etc）

SR実施中
(名古屋大学 田中先生)

SR実施中
(都立駒込病院 室伏先生)

SR実施中

3. 「高齢がん患者に対する予防/支持/緩和医療・臨床諸問題」

CQ7. 高齢がん患者にリハビリテーション治療を行うことは推奨されるか？

CQ8. 高齢がん患者に栄養療法およびサルコペニアの対策を行うことは推奨されるか？

高齢がん患者に対する外科的治療：システマティックレビューの実施

検索方法：

国内の癌腫別ガイドラインにおける採用文献から抽出

(本邦の実臨床に即した治療法の抽出という意味では有意義)

統括：名古屋大学 田中千恵先生

腹部手術：田中先生、福井大学 井上先生

乳腺手術：がん研有明病院 大野先生ら

胸部手術：二宮貴一郎

系統的文献検索

P：根治的外科的治療を受ける高齢がん患者

I：根治的手術療法

C：根治的手術療法を行わない

O：生存効果、術後合併症

I vs C比較が理想だが
多くは観察研究における
暦年齢のサブグループが抽出される

文献抽出結果によってCQ設定を変更する必要あり
鋭意作成中

高齢がん患者における放射線治療：システマティックレビューの実施

検索データベース:PUBMED 検索式(検索日:2021年12月8~)

統括：都立駒込病院 室伏圭子先生

#01	子宮頸癌、前立腺癌、頭頸部癌、肺癌、膀胱癌、膠芽腫、悪性リンパ腫、のそれぞれ
#02	"Neoplasms/radiotherapy"[Mesh] OR "Radiotherapy"[Mesh]
#03	"Vulnerable Populations"[Mesh] OR ("Aged"[Mesh] AND (vulnerable[TI] OR aged[Assessment])[Mesh])
#04	#1 AND #2 AND #3
#05	疾患別 AND (aged[TIAB] OR elderly[TIAB] OR old[TIAB] OR geriatric*[TIAB]) irradiation*[TIAB])
#06	#4 OR #5
#07	#6 AND (JAPANESE[LA] OR ENGLISH[LA])
#08	#7 AND ("2011/1"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])
#09	#8 AND ("Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "meta-analysis"[TIAB])
#10	#8 AND ("Cochrane Database Syst Rev"[TA] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[Mesh] OR "systematic review"[TIAB])
#11	#8 AND ("Practice Guideline"[PT] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Consensus"[Mesh] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[Mesh] OR "Consensus Development Conference"[PT] OR guideline*[TI] OR consensus[TI])
#12	#9 OR #10 OR #11
#13	#8 AND ("Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR (random*[TIAB] NOT medline[SB]))
#14	#8 AND ("Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Observational Study"[PT] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR ((clinical trial*[TIAB] OR case control*[TIAB] OR case comparison*[TIAB]) NOT medline[SB]))
#15	(#13 OR #14) NOT #12
#16	#8 AND ("Epidemiologic Methods"[Mesh] OR "Comparative Study"[PT] OR "Multicenter Study"[PT] OR ((cohort*[TIAB] OR comparative stud*[TIAB] OR follow-up stud*[TIAB] OR prospective stud*[TIAB] OR Retrospective study*[TIAB]) NOT #15))
#17	#16 NOT (#12 OR #15)

膠芽腫：青山先生（北海道大学）
 頭頸部：安田先生（北海道大学）
 肺癌：大西先生（国際医療福祉大学成田病院）
 子宮癌：若月先生（QST病院）
 前立腺癌：中村和正先生（浜松医科大学）
 膀胱癌：石川仁先生（QST病院）
 悪性リンパ腫：江島先生（獨協医科大学）

鋭意SR実施中

高齢がん患者における薬物療法：システマティックレビューの実施

検索方法：

統括：二宮貴一郎

国内の癌腫別ガイドラインにおける採用文献から抽出？

(本邦の実臨床に即した治療法の抽出という意味では有意義)

CQ設定 (薬物療法・介入別)

細胞傷害性抗癌薬

JSMOがん免疫療法ガイドラインから抽出を考慮
(現在、JSMOにて改訂版を作成中)

免疫チェックポイント阻害薬

ゲノム情報に基づく分子標的治療

肺癌、乳癌・胃癌 (HER2)、などから抽出可能

鋭意SR実施中

Back Up

高齢者がん患者の手術療法

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科
田中 千恵

第3回佐伯班会議-進捗報告

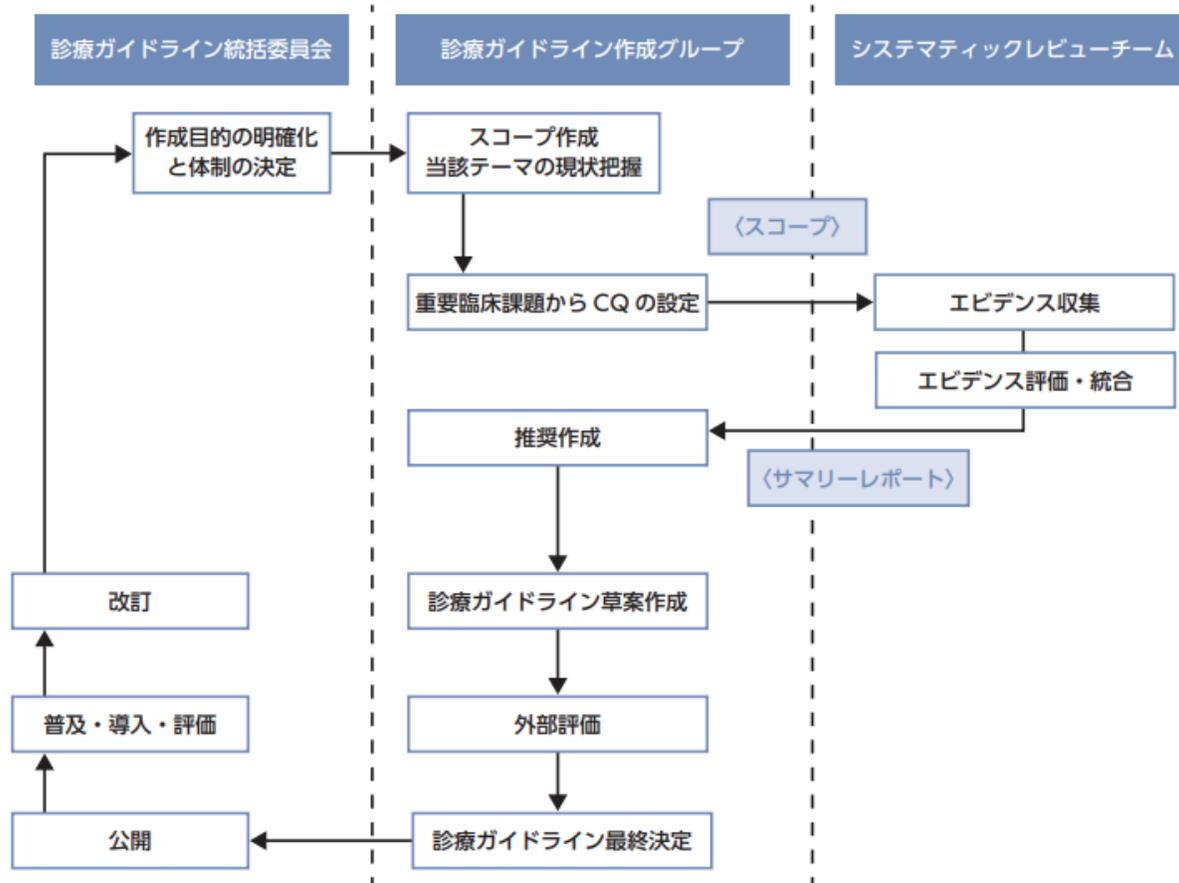
「高齢者がん治療ガイドライン」外科領域



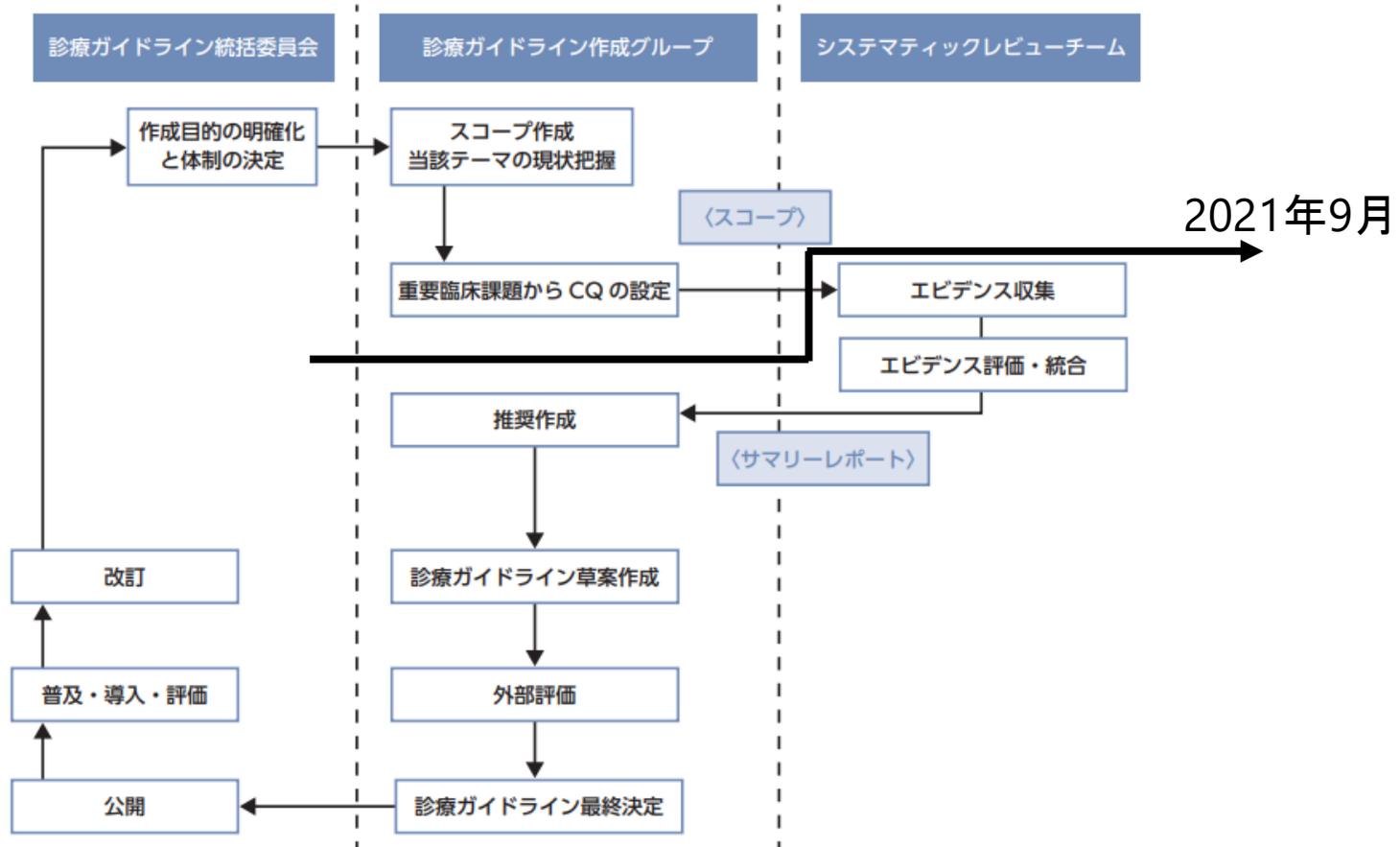
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科

田中 千恵

診療ガイドライン作成過程



診療ガイドライン作成過程



外科領域 Clinical Questionの設定

- 高齢がん患者に根治的切除を行うことは推奨されるか？
→ 作成へ
- 高齢がん患者に腹腔鏡下手術は推奨されるか？
→ エビデンスが不足
RCTは存在しており, 将来的なガイドラインにおけるCQとなるか)
- 高齢がん患者に縮小手術を行うことは推奨されるか？
ハンドサーチによる文献検索は？
→ 癌腫により判断が異なる(胃癌, 肺癌など)

外科領域 Clinical Questionの設定

- 高齢がん患者に根治的切除を行うことは推奨されるか？
- 高齢がん患者に腹腔鏡下手術は推奨されるか？
 - エビデンスが不足
 - RCTは存在しており, 将来的なガイドラインにおけるCQとなるか)
- 高齢がん患者に縮小手術を行うことは推奨されるか？
 - ハンドサーチによる文献検索
 - 癌腫により判断が異なる(胃癌, 肺癌など)

システマティックレビュー

CQ. 高齢がん患者に根治的切除を行うことは推奨されるか？

No.	検索式	検索件数
#01	"Neoplasms/surgery"[Mesh]	560,867
#02	"Vulnerable Populations"[Mesh] OR "Aged"[Mesh] OR "elderly"[tiab]	3,359,004
#03	#1 AND #2	217,243
#04	#3 AND (JAPANESE[LA] OR ENGLISH[LA])	34,534
#05	#4 AND ("Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "meta-analysis"[TIAB])	727
#06	#4 AND ("Cochrane Database Syst Rev"[TA] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[Mesh] OR "systematic review"[TIAB])	676
#07	#4 AND ("Practice Guideline"[PT] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Consensus"[Mesh] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[Mesh] OR "Consensus Development Conference"[PT] OR guideline*[TI] OR consensus[TI])	940
#08	#5 OR #6 OR #7	1,980
#09	#4 AND ("Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR (random*[TIAB] NOT medline[SB]))	6,963
#10	#4 AND ("Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Observational Study"[PT] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR ((clinical trial*[TIAB] OR case control*[TIAB] OR case comparison*[TIAB]) NOT medline[SB]))	16,919
#11	(#9 OR #10) NOT #8	16,622
#12	#4 AND ("Epidemiologic Methods"[Mesh] OR "Comparative Study"[PT] OR "Multicenter Study"[PT] OR ((cohort*[TIAB] OR comparative stud*[TIAB] OR follow-up stud*[TIAB] OR prospective stud*[TIAB] OR Retrospective study*[TIAB]) NOT medline[SB]))	123,779
#13	#12 NOT (#8 OR #11)	107,743

システマティックレビュー

CQ. 高齢がん患者に根治的切除を行うことは推奨されるか？

No.	検索式	検索件数
#01	"Neoplasms/surgery"[Mesh]	560,867
#02	"Vulnerable Populations"[Mesh] OR "Aged"[Mesh] OR "elderly"[tiab]	3,359,004
#03	#1 AND #2	217,243
#04	#3 AND (JAPANESE[LA] OR ENGLISH[LA])	34,534
#05	#4 AND ("Meta-Analysis"[PT] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "meta-analysis"[TIAB])	727
#06	#4 AND ("Cochrane Database Syst Rev"[TA] OR "Systematic Review"[PT] OR "Systematic Reviews as Topic"[Mesh] OR "systematic review"[TIAB])	676
#07	#4 AND ("Practice Guideline"[PT] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Consensus"[Mesh] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[Mesh] OR "Consensus Development Conference"[PT] OR guideline*[TI] OR consensus[TI])	940
#08	#5 OR #6 OR #7	1,980
#09	#4 AND ("Randomized Controlled Trial"[PT] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR (random*[TIAB] NOT medline[SB]))	6,963
#10	#4 AND ("Clinical Trial"[PT] OR "Clinical Trials as Topic"[Mesh] OR "Observational Study"[PT] OR "Observational Studies as Topic"[Mesh] OR ((clinical trial*[TIAB] OR case control*[TIAB] OR case comparison*[TIAB]) NOT medline[SB]))	16,919
#11	(#9 OR #10) NOT #8	16,622
#12	#4 AND ("Epidemiologic Methods"[Mesh] OR "Comparative Study"[PT] OR "Multicenter Study"[PT] OR ((cohort*[TIAB] OR comparative stud*[TIAB] OR follow-up stud*[TIAB] OR prospective stud*[TIAB] OR Retrospective study*[TIAB]) NOT medline[SB]))	123,779
#13	#12 NOT (#8 OR #11)	107,743

エビデンス収集

主な癌腫（胃，大腸，肝臓，肺，婦人科，乳腺）の
手術に関するkey articleから高齢者データを抽出し
有効性・安全性のアウトカムを収集する

エビデンス収集

主な癌腫（胃，大腸，肝臓，肺，婦人科，乳腺）の
手術に関するkey articleから高齢者データを抽出し
有効性・安全性のアウトカムを収集する

主な癌腫の最新診療ガイドラインから
手術に関するarticleを抽出

エビデンス収集

系統的文献検索

P：根治的的外科的治療を受ける高齢がん患者

I：根治的手術療法

C：根治的手術療法を行わない

O：生存効果、術後合併症

エビデンス収集

	胃	大腸	肝臓	肺	卵巣	子宮 体部	子宮 頸部	外陰・ 膣	乳腺
根治手術に 関する論文数	123	95	97	218	59	113	79	51	129
一次 スクリーニング	10	13	22	58	4	10	1	0	29
二次 スクリーニング	4	2	10	27	4	3	0	0	

↑
名古屋大学 消化器外科
林真路先生

↑
がん研究会有明病院
大野真司先生 片岡明美先生
稲垣均先生 中平詩先生

エビデンス収集

	胃	大腸	肝臓	肺	卵巣	子宮 体部	子宮 頸部	外陰・ 膣	乳腺
根治手術に 関する論文数	123	95	97	218	59	113	79	51	129
一次 スクリーニング	10	13	22	58	4	10	1	0	29
二次 スクリーニング	4	2	10	27	4	3	0	0	2/10

↑
名古屋大学 消化器外科
林真路先生

↑
がん研究会有明病院
大野真司先生 片岡明美先生
稲垣均先生 中平詩先生

エビデンス評価における問題点

- 後ろ向き観察研究やデータベース研究がほとんど
I (手術) vs C (非手術)の論文はほとんど存在しない
RCT、前向き研究は稀
- 年齢のカットオフ値のばらつき
連続変数, カテゴリー変数(48, 50, 55, 60, 65, ……)
- アウトカム(臓器ごとに異なる)
OS, DFS, 再発率, 術後合併症, 便失禁, 性機能障害, リンパ浮腫,
QOLスコア

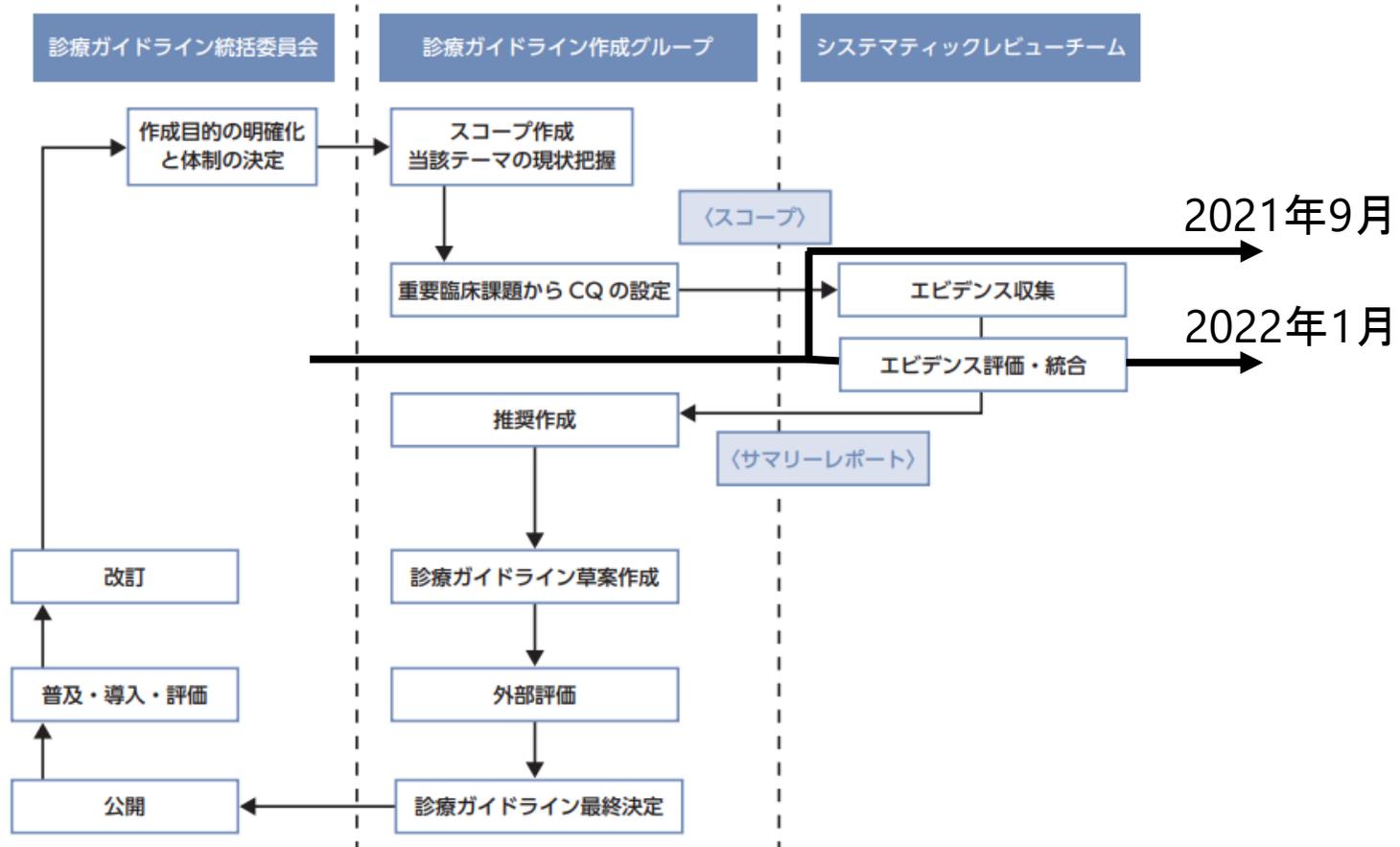
外科領域 Clinical Questionの設定

- 高齢がん患者に根治的切除を行うことは推奨されるか？
→ 作成へ
- 高齢がん患者に腹腔鏡下手術は推奨されるか？
→ エビデンスが不足
RCTは存在しており, 将来的なガイドラインにおけるCQとなるか)
- 高齢がん患者に縮小手術を行うことは推奨されるか？
ハンドサーチによる文献検索は？
→ 癌腫により判断が異なる(胃癌, 肺癌など)

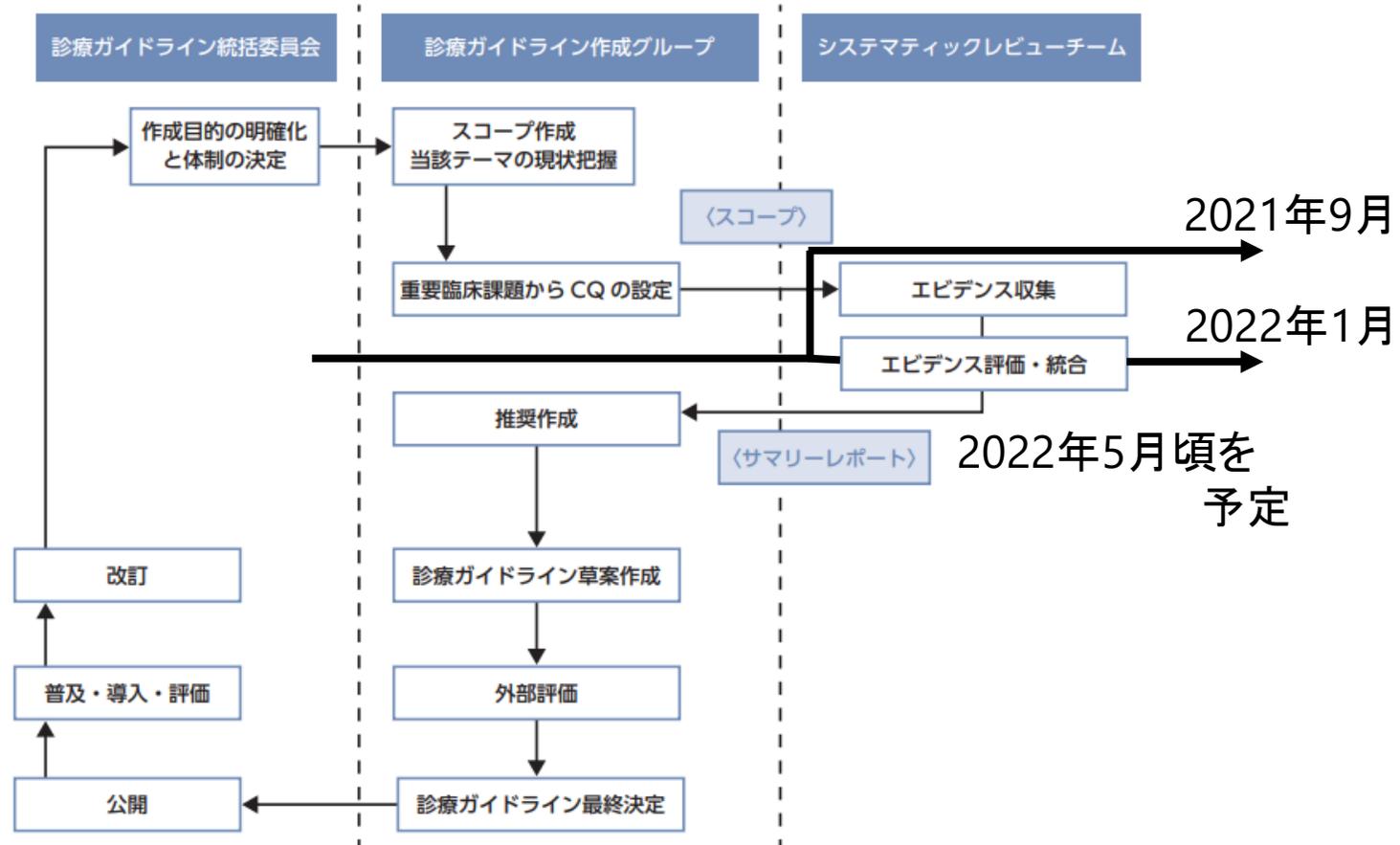
外科領域 Clinical Questionの設定

- 高齢がん患者に根治的切除を行うことは推奨されるか？
→ 作成へ

診療ガイドライン作成過程



展 望



福井大学 学術研究院医学系部門

厚生労働省科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」

高齢がん患者に対する術前高齢者機能評価（GA）と
術後合併症に関する観察研究

福井大学 学術研究院医学系部門
吉田 好雄

厚生労働省科学研究費補助金（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」2018-2020年

●2020年度 外科WGの調査研究

> [Sci Rep.](#) 2021 Nov 23;11(1):22789. doi: 10.1038/s41598-021-02319-7.

A nationwide web-based survey of oncologic surgeons to clarify the current status of preoperative assessment for elderly cancer surgery patients in Japan

[Daisuke Inoue](#)¹, [Makoto Yamamoto](#)¹, [Hisatomi Arima](#)², [Kazuo Tamura](#)³, [Yoshio Yoshida](#)⁴

本邦における高齢がん手術患者診療の実態調査(本邦初・大規模調査)

対象：全国がん拠点病院（436施設、12診療科）

2018年の1年間に手術療法を行った65歳以上高齢がん患者

方法：Webアンケート調査

2020年度調査研究の収穫と課題

- 外科系診療科でGAが普及していない実態が明らかに
- 市中病院に比べ、大学病院でGA認知度が低い($p=0.006$)

GA認知度：21% (195/919)

GA実施率：11% (103/919)

GA実施と有害事象の関連については欠損データが多く、検討できなかった

課題：本邦でのGAに基づいた術前評価の有用性を明らかにする必要



GA実施と術後重篤な合併症発生率に関する後向き研究を計画

高齢がん患者に対する術前高齢者機能評価 (GA) と術後合併症に関する観察研究 多施設共同研究

消化器系、婦人科系がんと診断され、初回治療として標準術式が実施された75歳以上の症例

胃がん	定型手術(幽門側胃切除/胃全摘+D2郭清)
結腸がん	根治手術(D2,D3郭清)
直腸がん	TME, TSME
膵臓がん	膵頭十二指腸切除
卵巣がん	Staging laparotomy(後腹膜リンパ節郭清/生検を伴う) Primary debulking surgery
子宮体がん	Staging laparotomy(後腹膜リンパ節郭清/生検を伴う)
子宮頸がん	広汎子宮全摘

目標症例数：850例
福岡大学有馬教授と検討

術前評価

①GAツール使用

GAツール(G8, VES-13)

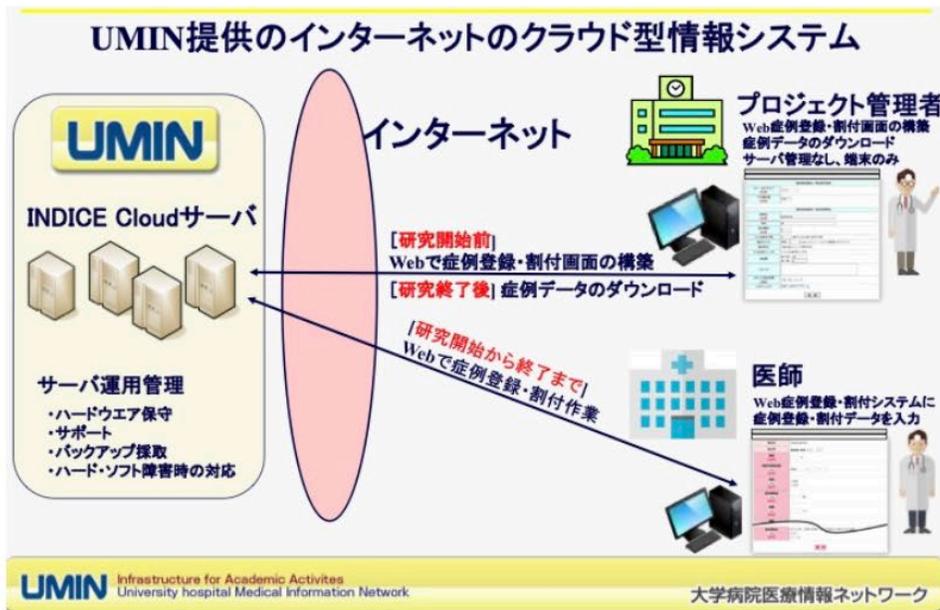
②GAツール非使用

(GAドメイン6項目中の実施項目数)
A 身体機能 B 転倒転落 C 併存症
D うつ E 認知機能 F 栄養

Primary endpoint：術後有害事象発生率(Clavien-Dindo分類 \geq Grade III以上)

Secondary endpoint：術後30日以内の有害事象発生率(grade \geq II)、死亡率、
術後在院日数、退院後30日以内の再入院率

症例登録方法：UMIN, INDICE cloud system



ご負担の少ないよう、ほとんどの項目はチェックボックスのクリックで設定しております。

症例登録画面

術前評価：
GAツール
(G-8,
VES13)使用の有無
【必須】

有
無

*G-8、VES13以外のツールを使用している場合は「無」にチェック

使用しているGAツール

G-8
VES13

GAに基づく介入の有無

有
無

GAに基づく介入方法

術前評価項目
【必須】

術前に評価している項目をチェックしてください。

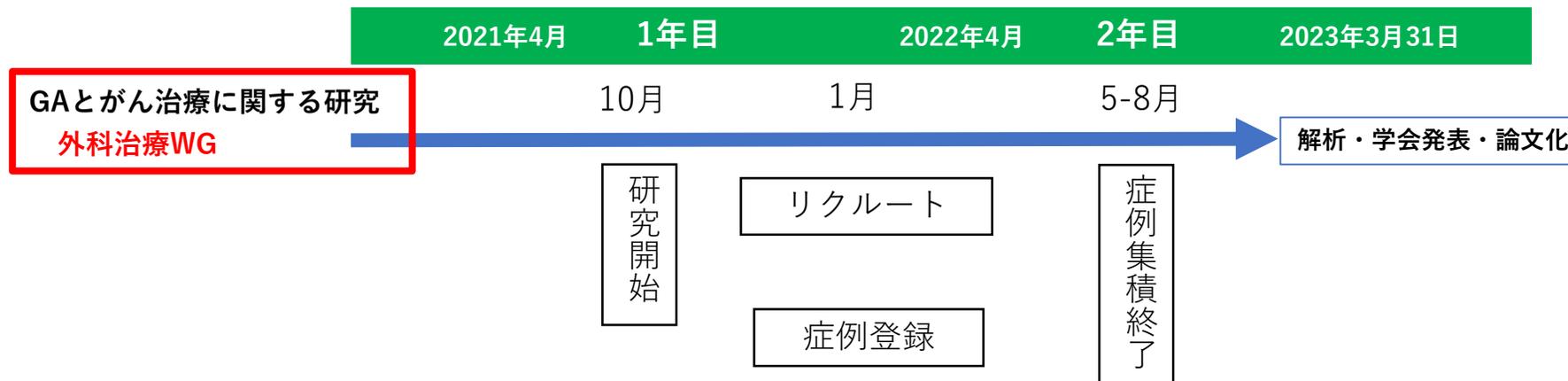
身体機能
併存症
転倒転落リスク
抑うつ
認知機能
栄養状態

合併症：脳卒中
【必須】

無
Grade I；臨床所見のみで治療を要さない
Grade II；抗凝固薬などの内科的治療を要する
Grade III；IVR、全身麻酔下での治療(ドレナージ、クリッピング)する
Grade IV；準集中治療室/ICU管理を要する

「高齢がん患者に対する術前高齢者機能評価（GA）と術後合併症に関する観察研究」

ロードマップ



リクルート状況・・・現在 **6** 施設・診療科が参加同意

所属施設名	代表		
外科			
肝胆膵			
九州がんセンター	先生	△	-
新潟大学	先生	△	
長崎県島原病院	先生	△	
消化管			
愛知県がんセンター	先生	△	
岡山大学病院	先生	△	
九州がんセンター	先生	△	
恵佑会札幌病院	先生	△	
広島市立安佐市民病院	先生	△	
大垣市民病院	先生	△	
長野県立木曽病院	先生	△	
福岡大学	吉田 陽一郎	先生	○
名古屋大学	田中 千恵	先生	○
福井大学	五井 孝憲	先生	○
婦人科			
いわき市医療センター	西山 浩	先生	△
金沢医科大学	佐伯 吉彦	先生	△
九州がんセンター	岡留 雅夫	先生	○
鳥取大学医学部附属病院	佐藤 慎也	先生	△
名古屋大学	梶山 広明	先生	○
福井赤十字	田嶋 公久	先生	○

参加	○
検討中・未返答	△
不参加	×

本研究の実施体制

研究代表者:

吉田好雄 福井大学産科婦人科学教室 教授

研究協力機関:

田村和夫 福岡大学 名誉教授
高齢者がん医療協議会（コンソーシアム） 議長

佐伯俊昭 埼玉医科大学国際医療センター病院長（乳腺腫瘍科）
日本がんサポーターブケア学会（JASCC） 理事長

研究分担者:

井上大輔 福井大学産科婦人科学教室 医員

統計解析アドバイザー:

有馬久富 福岡大学公衆衛生学(生物統計学) 教授

事務局：福井大学医学部附属病院産科婦人科

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3

電話：0776-61-8392 E-mail：koreisya@ml.u-fukui.ac.jp

「よくわかる老年腫瘍学テキスト」

唐澤 久美子 東京女子医科大学 放射線腫瘍学

【書名】 よくわかる老年腫瘍学（仮）

【編集】 一般社団法人 日本がんサポーターブケア学会（JASCC）

【作成】 厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）

「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」班

【編集委員】 [敬称略]

田村和夫（監修），唐澤久美子（委員長），杉本 研（副委員長），

石黒 洋，海堀昌樹，重本和宏，中山健夫，吉田好雄

【出版の経緯】

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」班が作成し，その成果物であるテキストブックをJASCCが引用する形で出版します。JASCC教育委員会の企画案検討から査読までの協力を得て，協働で作成します。

【本書のねらい】

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」（2018～2020年度，研究代表：田村和夫）が過去3年間にわたり実施した事業の結果，診療指針策定にあたり基盤となる学問としての老年腫瘍学のテキストブックの必要性が浮き彫りになりました。

本テキストを参照することにより，以下の項目を理解できるようになることが本書のねらいです。

- ・加齢による分子・細胞，臓器の変化
- ・加齢に伴う心身・社会・経済的な問題
- ・高齢者のがんならびにがん患者の病態生理 含）カケキシー
- ・適切な併存症・合併症治療 含）リハビリテーション，栄養療法
- ・がんの予防，診断，治療（治療選択，治療の止め時）
含）Clinical outcome（がん治療の目標）の設定
- ・必要に応じて関連するがん専門医や包括ケアセンター（介護・福祉サービス）を紹介できる
- ・医療経済（費用対効果，quality adjusted life year[QALY]）
- ・終末期医療（quality of death，良い死に方，ACP）

【執筆項目・執筆者】

別紙の目次をご参照ください。

【読者対象】

研修医，一般医を主な対象とします。

医学部，看護系，薬学系の教員が学生教育において参照できる内容とします。

また，メディカルスタッフも参照できる内容とします。

【体裁】 B5判，300頁程度，2色（予定）

【脱稿期日】 2022年2月25日（金）

[分担執筆ですので，何卒ご協力をお願い申し上げます]

【刊行予定】 2022年11月

【ご執筆にあたってのお願い】

1. 理解が深まるよう，視覚的に訴える図表を豊富にご使用ください。
2. 適宜，見出しや箇条書きを入れ，読みやすいレイアウトにご協力ください。

執筆見本もあわせてご覧ください。

【記載上のルールなど】

1. 見出しの順序：1 A 1) a) (1) ① 以下は見出しのみゴシックとします。
2. 文体は「…である」調とし，原則として常用漢字，新仮名遣いとしますが，専門用語などはこの限りではありません。
3. 本文各項目に「はじめに」「おわりに」を記載いただく必要はありません。
4. ご依頼の原稿分量（原稿文字数）には，図・表・文献を含めます。図・表はおおよその大きさに応じて，小さいものは400字（出来上がり1/4頁相当），大きいものは800字（出来上がり1/2頁相当）とし，文献は1文献あたり60字と換算します。
5. お原稿は，デジタルデータにて，メール添付またはオンラインストレージ等でお送りください（メール添付の場合は80MB以内としてください）。メール送信が難しい場合は，CD-Rや返信用封筒を送付いたしますので，必要に応じて出版社にご連絡ください。
6. 本文中の用語に欧文を併記する場合は，カッコ()でくくってください。
7. 見出しならびに表題の欧文はすべて大文字開始としますが，文中では固有名詞以外は小文字で開始してください。また，ラテン語学名はイタリック体としますので，イタリック表記もしくは下線を引いてください。（例：*Helicobacter pylori*）
8. 外国人名は原則として原語で記載します。ただし，慣用のものはカタカナでも結構です。

9. 数字は算用数字，単位はSI（国際単位系）を使用，年号は西暦を原則とします。ml, dl, lなどは，日本薬局方にならい，mL, dL, Lと表記します。

10. 医学上，広く慣用されるabbreviation（例：GOT, BSP など）以外は極力略語を使用しないようお願いします。略語を使用する場合は，最初に必ずフルスペルを入れてください。

11. 図・表について

A) 図・表はできるだけ自作のものを使用し，他から転載する場合は，必ず著者の承諾を得たうえで，かつ出典を明記してください。引用の場合も，出典は必ず明記してください。

B) 洋書から引用した表などは，できるだけ日本語に翻訳してください。

C) 図・表の挿入箇所を本文中にご記載ください。

D) シェーマは出版社でトレースしますので，鉛筆画でも結構です。

E) 図・表には必ずタイトルと説明を付けてください。

F) 写真はデジタルデータでお送りください。できるだけ解像度の高いもの（wordやパワーポイントに貼り付ける前のTIFFやJPEG）をご提出ください。

G) カラー写真の掲載かモノクロ変換かの判断は編集者において検討させていただきます。原図がカラーのものはそのままお送りください。

12. 文献について

A) 文献のまとめ方

本文中に引用した箇所の右肩に，出所順に¹⁾²⁾のように番号を付し，本文末に，引用順に一括してご記載ください。

A) 文献記載方法

原則として，表記法はバンクーバースタイル（論文での出典の示し方で，参考文献と本文を引用順の文献番号で関連付け，参考文献の列挙を引用順に行うもの）に準じ，下記のように統一した書き方としてください。著者名は3名まで（3名, et al. または3名,他.）の記載とします。

誌名の略記は，本邦のものは日本医学図書協会編：日本医学雑誌略名表により，外国のものはIndex Medicus所載の省略法などに準拠してください（欧文文献は略語のあとのピリオドが省略された形になります。また，論文表題は文頭文字以外を小文字としてください）。

<雑誌> 著者名.論文名-副題-.略誌名.西暦発行年；巻数：起始頁-終頁.

<書籍> 著者名.書名.版数.発行所名；西暦発行年.引用頁.

<電子版> 著者名.論文名.誌名.西暦発行年；巻数：起始頁-終頁.URL. 閲覧日 (年月日の順)

【査読】

JASCC教育委員会

※お原稿をいただいたあと、出版社経由で査読を依頼します。著者校正まで少々お時間を頂戴いたしますので、ご了承ください。なお、査読結果によっては著者校正前に修正・追記をお願いする場合がございます。

【校正・その他】

1. 著者校正は再校正までとします（初校正は紙媒体，再校正はPDFで確認予定）。
2. 全体の統一のため，必要に応じて編集段階でレイアウトおよび内容の調整，用字用語・文体の統一をさせていただく可能性がございます。あらかじめご了承くださいますようお願い申し上げます。
3. 別刷の作製はご容赦願います。
4. 奥付への検印は省略させていただきます。

【出版社・契約・印税・執筆料・寄贈】

1. 金原出版から出版予定です。
2. 日本がんサポーターズケア学会と出版社（金原出版）間の出版契約とします。
3. 印税（本体価格の10%）は出版社から日本がんサポーターズケア学会に支払われます（個々の執筆者への印税支払いについては予定していません。何卒ご了承くださいますようお願い申し上げます）。
4. 非会員の執筆者には日本がんサポーターズケア学会から執筆料（3万円）が支払われます。
5. 執筆者には出版社から完成書籍を1部謹呈申し上げます。またご執筆者からのご注文には20%引きでおわけします。

【本書の刊行までのスケジュール（予定）】

2022年

2月 原稿〆切。以降，順次査読者へ原稿を発送

5月 査読後の最終原稿完成

11月 刊行

他学会ガイドライン委員会との連携

石川 敏昭 東京医科歯科大学 総合外科学分野

報告：他学会ガイドライン委員会との連携

2022.01.29

東京医科歯科大学大学院 総合外科学分野
石川敏昭

「がん関連のガイドラインにおいて、高齢者がん診療ガイドラインが普及するための方策を検討し、調整する。」

- ①各ガイドラインに本ガイドラインが記載されるための条件の確認
- ②各ガイドラインに記載されている高齢者診療に関する内容と本研究のガイドラインとの比較し相違を確認し、調整方法を検討する

大腸癌治療ガイドライン医師用が改定されましたので、報告します。



大腸癌治療ガイドライン 医師用 2022年版

2) 切除不能進行・再発大腸癌に対する薬物療法

- ・薬物療法を考慮する際には、最初にその適応可否について判断する。
- ・薬物療法の適応となる (fit) 患者とは、全身状態が良好で、かつ主要臓器機能が保たれ、重篤な併存疾患がなく、一次治療のOX, IRI や分子標的治療薬の併用療法に対する忍容性に問題はない、と判断される患者である〔一次治療の方針を決定する際のプロセス参照〕。
- ・薬物療法の適応に問題がある (vulnerable) 患者とは、全身状態や、主要臓器機能、併存疾患などのため、一次治療のOX, IRI や分子標的治療薬の併用療法に対する忍容性に問題がある、と判断される患者である〔一次治療の方針を決定する際のプロセス参照〕。
- ・薬物療法の適応とならない (frail) 患者とは、全身状態が不良、または主要臓器機能が保たれていない、重篤な併存疾患を有するなどのため、薬物療法の適応がないと判断される患者である〔一次治療の方針を決定する際のプロセス参照〕。

ガイドラインの主な改訂点～補助化学療法

◆70歳以上の高齢者に対する術後補助化学療法

CQ 17 : 70 歳以上の高齢者に術後補助化学療法は推奨されるか？

PS が良好で主要臓器機能が保たれており，化学療法に対してリスクとなるような基礎疾患や併存症がなければ，70 歳以上の高齢者にも，術後補助化学療法を行うことを推奨する。

**ただし，oxaliplatin のフツ化ピリミジンに対する上乗せ効果が小さくなることを考慮する。
(推奨度1・エビデンスレベルA)**

PS が良好で主要臓器機能が保たれており，化学療法に対してリスクとなるような基礎疾患や併存症がなければ，70 歳以上の高齢者にも，術後補助化学療法を行うことを強く推奨する。

70 歳以上に対するOX 併用療法は，一貫した結果が得られていないことを考慮すると，70 歳未満の患者でのリスクベネフィットバランスと異なると考えられ，その適用は慎重に判断する必要がある。

ガイドライン普及・評価委員会

渡邊 清高 帝京大学 腫瘍内科

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

(厚労科研佐伯班) 2022/1/29

ガイドラインの普及・検証、体制整備 (渡邊)

- ・ **編集作業中** JASCC高齢者部会・佐伯班・高齢者協議会
「よくわかる老年腫瘍学テキスト」
- ・ **校正作業中 (5月頃?)** 「がんの支持医療
サポーターケアとサバイバーシップ」
- ・ **ガイドラインの普及・検証 (モデルテーマの選定)**
 - 研修プログラム開発
 - モデル研修会・セミナーの企画
 - 効果の検証と体制整備に向けた提案
- ・ **認定制度に向けた教育プログラムの策定**
 - SBO (学修到達目標) の策定
- ・ **支持医療教育に関するツールの開発**
 - (動画・ちらし・スケールなど)

研究計画書より

1) ガイドラインの普及

高齢者がん診療GLについて、冊子体・HP・関連学会/団体への紹介、各学会のGL委員会にがん種ごとGL策定を働きかける。SNSを使った紹介、拠点病院と研修会を実施し現場での活用を促す。

2) GLの評価・検証、均てん化に向けた検討

公表後一定の期間を経てアンケートツール（Survey Monkey等）を利用してその普及度を調査するとともに、評価委員会を設置してGLを検証する体制を整える。

JASCC教育委員会

委員長 : 渡邊清高
副委員長 : 西森 久和
大野 真司 岡本 禎晃 桜井 なおみ 篠崎 勝則
新小田 雄一 辻 晃仁 松井 優子 安本 和生

活動概要 :

がんの支持医療に関する**教育・研修**の**企画立案と実施支援**
がんに関する**情報**、がん治療の**有害事象とマネジメント**、
支持医療に関する情報の収集、発信および評価分析

・ SBO (specific behavioral objective) **学修到達目標) 策定【イメージ】**

1. 支持医療に求められる基本的な資質 (10項目程度)
心構え・患者視点・コミュニケーション・チーム医療・科学的根拠・支持医療の
実践能力・研究能力・自己研鑽・教育能力

2. 支持医療コアカリキュラム

基本事項・がん支持医療総論・各論・医療と社会・支持医療研究

3. SBO (学修到達目標)

例) テキストブック: CINV・FN・地域包括ケア・Team STEPPs

- ・ 支持医療におけるチームアプローチの必要性を**説明できる**
- ・ 当事者・支援者・経験者のニーズを多面的に**評価できる**
- ・ 患者の心理・社会的背景を踏まえ、関係性を築き意思決定を**支援できる**
- ・ 医療の質と安全の管理の面から、良質で安全な支持医療を**提案できる**
- ・ 医療人として求められる社会的役割を**説明できる**
- ・ 患者と家族との対話を通じて、**人間関係を構築できる**
- ・ さまざまな専門職種と連携し良質な**医療を提供できる**
(医師・看護師・薬剤師・スタッフの視点で) **提案・実践できる**

4.進め方 (案) SBOの叩き台を研究班内の関連委員会と連携して作成

→関連する委員会でレビューいただき完成版

→支持医療学修プログラム (仮称) 公開

→教育技法・評価・認定を、継続して議論 (教育委・将来構想委など)

到達目標に使う動詞の例（知識・理解の領域）

列記する	列挙する			
述べる	具体的に述べる	説明する	記述する	
分類する	比較する	例を挙げる	類別する	
関係づける	解釈する	予測する	選択する	同定する
弁別する	推論する	公式化する	一般化する	使用する
応用する	適用する	演繹する	結論する	批判する
評価する	命名する	計画する	見つける	区別する
指摘する	選択する	測定する	分析する	配列する
系統化する	正当化する	合成する	分離する	計算する
質問する	帰納する	検証する	結合する	決定する
対応する	対照する	選別する	適合する	概括する
要約する	解釈する	描写する	叙述する	推論する
対比する	使用する	識別する	指示する	収集する
賛同する	発表する	報告する	暗唱する	再生する
判定する	確認する	求める	定式化する	証明する
仮説を立てる				

類型・関係付け・統合・解釈・説明・証明

到達目標に使う動詞の例（技能の領域）

感じる	始める	模倣する	熟練する	工夫する
実施する	行う	創造する	操作する	動かす
手術する	触れる	触診する	調べる	準備する
測定する	実施する	解剖する	注射する	
操作する	打診する	聴診する	反復する	止める
組み立てる	調整する	混ぜる	配合する	書く
描く	修正する			

技能・創造・聴取・調整・支援

到達目標に使う動詞の例（態度・習慣の領域）

行う	話す	書く	読む
尋ねる	助ける	コミュニケーションする	
寄与する	協調する	示す	見せる
表現する	始める	系統立てる	相互に作用する
参加する	反応する	応える	配慮する
討議する	始める	配慮する	相談する
受容する	協力する		

対話・表現・受容・支援・協調

当面の計画(案)GLの普及に向けた研修プラン

2022年内発行予定のJASCCテキストブック、高齢者がん医療QAをもとに、テーマを、(FN、CINV)、コミュニケーション、栄養、高齢者医療、チーム医療、CIPN、がんリハとして(前2者は全田班で研修に向け調整)患者向けのコンテンツ作成を意識しつつ、医療者向けの研修プログラムとしての提案として作成することを検討しております。

QA集は、患者家族向けに読んでいただくことが最終的なゴールですが、研究班の目的と対象を鑑み「医療者や支援者が、患者家族から寄せられる質問に対して応え、対応するための事例集」という位置づけにします。

進め方について、研究代表者(佐伯先生)、協議会(田村先生)と関連の分野のとりまとめ担当の先生に了解を取れ次第、取材とレビューを始めていただくイメージです。

ヒアリングや査読作業は代表者の先生や関連の先生方への打診次第(22年度)と想定しています。

会計年度を想定して、レビュー前にできる限り渡邊にて作業を進め、査読作業に応じて細部を詰めるかたちのほうが、手数が少なくて済むかもしれません。

工程表(案)

(1) ヒアリング…研究班関係者あるいはご推薦いただいた方のご都合のつく日時に1.5時間ほどお時間をいただき、事前に仮立てしたQ(別紙参照)に沿って、A(回答)となる部分をお答えいただくヒアリング(取材)を行わせていただきます(なお、Qは、サポーティブケア学会のテキストブックや、高齢者GLに沿って、患者さん目線で再構築した形としています)。取材にお答えいただく際には、実際に患者さんから質問されたことに答えるつもりでご回答いただければ幸いです。

(2) 原稿作成…(1)でお伺いした内容に沿って、Q&Aの原稿(草稿)を作成します。

(3) 査読①…順次(2)で作成した原稿の内容確認(内容の誤り、不適切な表現等の修正、および必要に応じて内容の加筆・加筆指示)をお願いします。

(4) 原稿修正①…(3)を受けて、原稿の修正を行います。

(5) 査読②…順次(4)で修正した原稿の再確認をお願いいたします。

(6) 原稿修正②…(5)を受けて、原稿の再修正・最終校正を行います。

(7) 納期…納品となります。

【抗がん剤による吐き気や嘔吐（CINV）】	主な対象	サブ対象	到達目標	評価手法	備考
Q1 がん治療による吐き気や嘔吐が心配です。吐き気・嘔吐はなぜ起こるのでしょうか？	本人	医療者	嘔気嘔吐が起こるメカニズムを 説明できる	テスト	
（まずは一般的な心配ごとや不安への回答から。当事者だけでなく、支援者を含めた一般的な知識を説明）					
Q2 なぜ抗がん剤によって吐き気や嘔吐が起こるのですか？	本人	医療者	抗がん剤によって起こる嘔気嘔吐のメカニズムを 説明できる	テスト	
Q3 抗がん剤による吐き気について、どのように伝えればよいのでしょうか？	本人	家族・医療者	CINVの伝え方の要点をもとに 伝達できる	ワーク	模擬面談や仮想症例の事例検討など（多職種との関与が望ましい）
（伝え方や相談の仕方について取り上げる。誰に相談するかも含める）					
Q4 抗がん剤の点滴を見るだけでも気持ちが悪くなります。なぜでしょうか？（予期性嘔吐について）	本人	医療者	予期性嘔吐が起こるメカニズムを 説明できる	テスト	
Q5 抗がん剤によって吐き気の起こりやすさは違うのでしょうか？	本人	医療者	CINVの催吐性リスクについて 説明できる	テスト	
Q6 抗がん剤による吐き気を軽くしたりする工夫や、自分で防ぐ方法はありますか？	本人	医療者	CINVのセルフケアについて 提案できる	ワーク	傾聴、食事や環境の提案を含む
（予防の概要と嘔気が起こったときの対応の概要を記載）					
Q7 抗がん剤による吐き気を防ぐための薬はありますか？	本人	医療者	CINVへの薬物療法について 説明できる	テスト	
（外来ベースの飲み薬、通院治療や入院治療での点滴による制吐薬の説明）					
Q8 抗がん剤による吐き気を予防できる薬があると、安心して治療できそうです。副作用はないのでしょうか？	本人	家族・医療者	CINVへの薬物療法に伴う有害事象について 説明できる	テスト	
Q9 吐き気止めの薬を使っても、吐き気や嘔吐がおさまりません。どうすればよいのでしょうか？	本人	家族・医療者	CINVの対処方法（緊急時を含めて）について 提案できる	ワーク	模擬症例や仮想症例の事例検討など（多職種との関与が望ましい）

QA 原稿案（抗がん剤による吐き気や嘔吐：CINV）

Q1 がん治療による吐き気や嘔吐が心配です。吐き気・嘔吐はなぜ起こるのでしょうか？

Answer

がん治療による吐き気・嘔吐は、主に化学療法（抗がん剤治療）に伴って起こります。しかし、適切な吐き気止め（制吐薬）を使うことで、症状を抑えたり軽減したりすることができます。

吐き気や嘔吐がなぜ起こるのか、いまだ十分に解明されていない部分もありますが、脳（延髄）にある「嘔吐中枢」と呼ばれる部分は何らかの刺激を受けることで、神経を介して胃の内容物を外へ出そうとする体内の働きが生じ、嘔吐が起こると考えられています。このとき、冷や汗が出たり、唾液が多く出たり、めまいや顔面蒼白、頻脈などの自律神経症状が起こることもあります。

吐き気も同様に、嘔吐中枢が刺激された結果として起こるものと考えられていますが、嘔吐と異なるのは、感じているご本人にしかわからない自覚症状であるという点です。

がん治療による吐き気や嘔吐の多くは、化学療法で使う薬（抗がん剤）の影響によって生じます。また、医療用麻薬（鎮痛薬）や、手術療法、放射線療法の影響によって起こることもあります。がんが消化器（胃や腸など）や脳に影響を及ぼして起こる吐き気や嘔吐もあります。

このほか、治療に対する強い緊張や不安などの心理的・精神的なストレスが吐き気や嘔吐につながることもあります。

【支持医療の担い手とコミュニケーション（チーム医療）】	主な対象	サブ対象	到達目標	評価手法	備考
Q1 医師や看護師さんとよい関係をつくるには、どのようなことを心がけたらよいですか？	本人	家族、医療者	支持医療におけるチーム医療の意義について 説明できる	テスト	総論的な知識の確認
Q2 思っていたより多くの医療者の方が治療に関わってくれますが、だれにどのようなことを聞いたり相談したらよいのかわかりません。（チーム医療と、担い手について、各々の役割を含めて）	本人	家族、医療者	支持医療に関わる医療職種の役割について 概説できる	ワーク	医療体制や地域により異なる状況がありうる
Q3 医療者に率直に自分の意見や希望を伝えてもよいものでしょうか？	本人	家族	患者・家族の希望や考えに対して共感的に 傾聴できる	ワーク	コミュニケーションの技法を適用できる
Q4 身体の痛みについて医療者に伝えたいとき、伝え方のコツはありますか？	本人	家族	身体の痛みについて、適切に 問診できる	ワーク	問診の技法を適用できる
薬の副作用について医療者に伝えたいとき、伝え方のコツはありますか？	本人	家族	薬剤による副作用について、適切に 情報を得られる	ワーク	問診の技法を適用できる
Q5 病気や治療の説明で難しい専門用語が出てきたとき、聞き返すのは失礼ですか？	本人	家族、医療者	病気や治療について分かりやすい用語で 説明できる	ワーク	
Q6 治療や療養の方針を決めるときに大切にすべきことはどんなことでしょうか？	本人	家族	治療や療養の 意志決定を支援できる	ワーク	模擬症例を用いたワークを想定
Q7 医師に直接相談しにくいことを相談できる先はありますか？	本人	家族	患者・家族の問題に対して適切な 相談先を提案できる	ワーク	模擬症例を用いたワークを想定
Q8 提案された治療に積極的になれないとき、その気持ちを素直に伝えても大丈夫ですか？	本人	家族	治療や療養における不安に対して共感的に 傾聴できる	ワーク	模擬症例を用いたワークを想定

【がんのリハビリテーション】	主な対象	サブ対象	到達目標	評価手法	備考
Q1 がん治療でもリハビリテーションがあると聞いたのですが、誰がどんなことをするのですか？	本人	家族、 医療者	がんのリハビリテーションに関わる医療職種を 説明できる	テスト	
Q2 がんのリハビリテーションはどんなときに必要になるのですか？	本人	家族、 医療者	がん医療におけるリハビリテーションの意義を 説明できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q3 がんの手術を受けることになったのですが、手術の前後にリハビリテーションを行うことを提案されました。なぜ手術の前にもリハビリテーションが必要なのですか？	本人	家族、 医療者	手術前リハビリテーションの目的を 説明できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q4 がん手術の後にはどのようなリハビリテーションを行うのですか？	本人	家族、 医療者	手術後リハビリテーションの意義と内容を 説明できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q5 抗がん剤の治療中に、有酸素運動をするよう勧められました。体調が優れず、あまり乗り気になれません。なぜ必要なのでしょうか？	本人	家族	治療中の有酸素運動の意義を 説明できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q6 放射線治療を受けていますが、体がだるいです。自分でできる工夫や対処法はあるのでしょうか？	本人	家族	放射線治療中の倦怠感へのリハビリテーションによる対応について 説明できる	テスト	
Q7 がんの治療が終わった後も、継続して行ったほうがよいリハビリテーションはありますか？	本人	家族	がん治療後のリハビリテーションの意義について 説明できる	テスト	
Q8 リハビリテーションと緩和ケアは違うのですか？	本人	家族	リハビリテーションと緩和ケアの違いについて 説明できる	テスト	
Q9 呼吸が苦しいときがあります。リハビリテーションでよくなることはあるのでしょうか？	本人	家族	呼吸困難に対するリハビリテーションについて 説明できる	テスト	
Q10 在宅療養に移行する予定なのですが、自宅でも病院にいるときのようにリハビリテーションを受けることはできますか？	本人	家族、 医療者	在宅でのリハビリテーションの目的と意義を 説明できる	ワーク	模擬症例によるワーク

【高齢者がん医療】	主な対象	サブ対象	到達目標	評価手法	備考
Q1 高齢だと受けられない治療があると聞きました。がん治療を受けるのに、年齢制限はあるのでしょうか？	本人	家族、医療者	高齢者におけるがん医療の意義について 説明できる	テスト	
Q2 高齢者は若い人に比べてがんが進行しにくいと聞いたことがあります、本当でしょうか？ 治療しないこともありますか？	本人	家族、医療者	高齢者におけるがん診療の特徴を 説明できる	テスト	
Q3 高齢の母ががんと診断されましたが、本人は十分に状況を理解していないようです。家族はどのように関わればよいでしょうか？	家族	本人、医療者	高齢者のがん医療における家族の関与について 相談に対応できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q4 一人暮らしの高齢の父ががん治療を終えて退院するのですが、父の生活を支えるために利用できるサービスはあるのでしょうか？	家族	本人、医療者	高齢者がん患者と家族が利用できるサービスを 提案できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q5 高齢の父は、高血圧や糖尿病など、ほかの病気も抱えているのですが、がんの治療を受けられるのでしょうか？	家族	本人、医療者	高齢者がん患者における併存疾患への対応を 説明できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q6 持病があり、複数の病院から何種類かの薬をもらっていますが、がんの治療でさらに薬が増えたら、管理しきれません。薬を減らせないでしょうか？	家族	本人、医療者	高齢者がん患者における薬剤管理の意義を 説明できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q7 高齢のため、できればつらい治療は受けずに、家でゆっくり過ごしたいのですが、こうした希望を担当医に伝えてもよいですか？	家族	本人、医療者	高齢者がん医療における 治療方針を提案できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q8 がんと診断されましたが、まだまだ元気ですし、孫の成長を見守りたいと思っています。がんを治すため、治療以外に自分のできることはあるのでしょうか？（リハビリ）	家族	本人、医療者	高齢者がん医療における 意思決定を支援できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q9 母は認知症で、がんの治療についてどうしたいか、はっきり聞き出すことができません。こうしたとき、家族が治療の方針を決めてしまってよいものでしょうか？	家族	本人、医療者	高齢者がん医療における家族による 方針決定を支援できる	ワーク	模擬症例によるワーク
Q10 がんと診断されてから、祖母の元気がなく、「早く死んでしまいたい」とつぶやいたりして心配です。誰に相談したらよいで	家族	本人、医療者	高齢者のがん医療における支援者のもつ 問題に対応できる	ワーク	模擬症例によるワーク

・ SBO（学修到達目標）に対応した教育技法と認証【案】

5. SBO（学修到達目標）

例) CINV・FN・チーム医療・高齢者医療・栄養・リハ・緩和医療など

・説明できる	知識	技能	
・評価できる	知識	技能	
・支援できる		技能	態度
・提案できる	知識	技能	態度
・人間関係を構築できる		技能	態度
・提供できる	知識	技能	態度
・提案・実践できる	知識	技能	態度



教育技法

- テキスト・座学・E-learning
- 事例検討・グループワーク
- 実地研修・実技試験

◎

○

○

○

○

◎

△

○

○

評価・認証方法

- ペーパーテスト・CBT
- 実地試験・面接

◎

○

△

○

△

○

教育プログラムの対象と有効性評価と考え方（現時点）

*今後の研究班の進捗により見直しを行う

対象	モニタ指標の例	介入	評価・検証
個人（医療従事者）	知識・技能 意識 コンピテンシー	教育コンテンツ 研修参加	テスト・インタビュー （PEACE、自己評価、困難感など）
チーム（院内・院外）	意欲・関心 効用力	研修参加 プログラム実施	研修・インタ ビュー・ピア評価
地域 （市区町村・医療圏）	修了者・認知 連携の意向	プログラム普及 連携の提案	研修プログラム インタビュー 実施計画
広域 （都道府県・国）	利用者評価 認知度・利用者 関連プログラム	プログラム普及	研修プログラム インタビュー 実施計画・診療報酬 施策への組み入れ
患者・家族	有害事象、合併症 、 QOL、HRQOL 、 満足度・信頼度 安心感など	評価・医療・ケ ア・継続的支援	短期プログラム 中長期の施策 継続評価

研修試行・普及・体制整備に向けて要検討事項

- 実際のフィールドをどうするか？ 地域？ 領域？ 協力者公募形式？
- 実現可能性や、実施準備を考えると、オンライン形式が現実性が高い（Zoom MeetingあるいはWebinar）
- 学術集会でモデル研修
- リアルとのハイブリッド開催

研修効果の評価方法、検証の方法

- どのように均てん化を図るか
（研究班・モデル研修・委託事業化？）

第3回佐伯班会議 — 進捗状況の報告

2022年1月29日

福岡大学病院 医療情報部・消化器外科

吉田陽一郎

がん医療と介護の連携

介護と医療の連携に向けて

- ① 高齢者機能評価（G8・ADL/IADL等）の現状
- ② 自施設における介護と医療
- ③ モバイルセンサーとAIを用いた取り組み

① 高齢者機能評価の現状

【独自のシステムを開発】

デジタル問診票

—G8・ADL・IADL・CCIを問診票にルーチン化—

iPadで入力



入力したものを
QRコードに変換



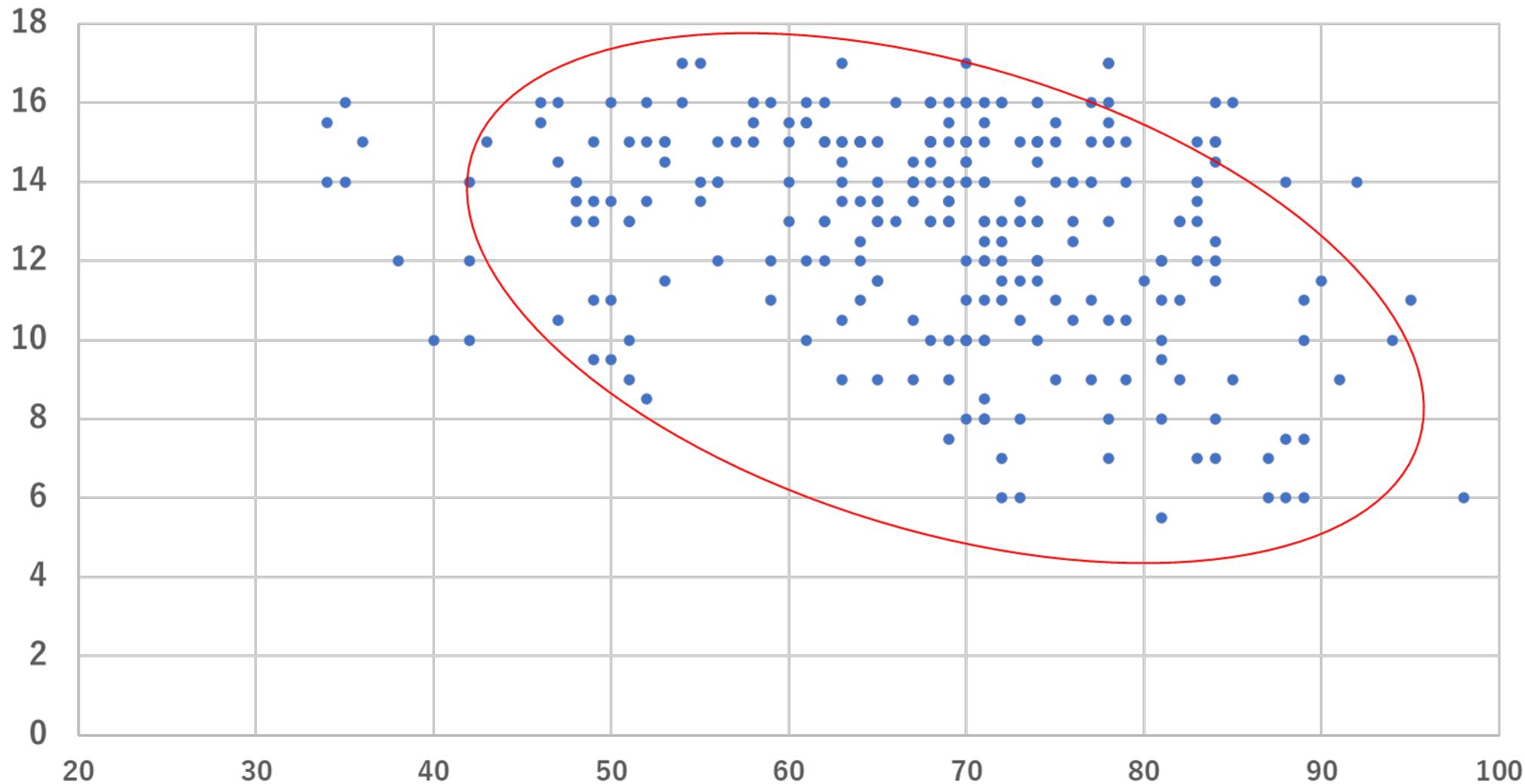
iPadには個人情報が残らないシステム



バーコードリーダーで
QRコードを読み取り、
電子カルテに取り込みます。

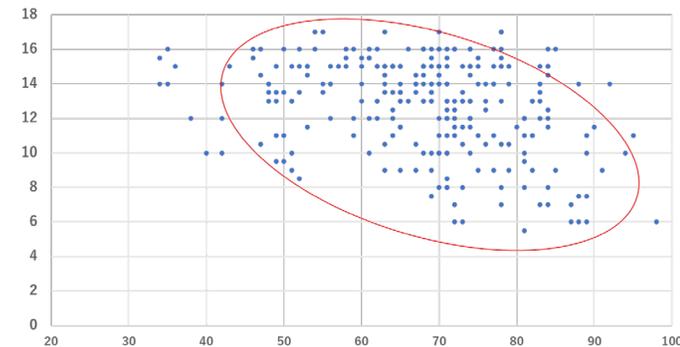
がん患者のG8分布 (年齢を問わずに実施) N=272

G8スコア



年齢

G8スコアから見た高齢者



年齢	年齢未満のG8スコア	年齢以上のG8スコア	差
50	13.5	12.7	0.8
55	13.4	12.7	0.7
60	13.6	12.6	1.0
65	13.7	12.4	1.3
70	13.6	12.1	1.5
75	13.2	11.7	1.5
80	13.2	10.8	2.4
85	13.0	9.5	3.5

ADL/IADLから見た高齢者

年齢	年齢未満ADL/IADL	年齢以上ADL/IADL	差
50	0.52	0.65	0.13
55	0.30	0.71	0.41
60	0.22	0.77	0.55
65	0.22	0.85	0.63
70	0.15	1.11	0.96
75	0.44	1.17	0.73
80	0.42	1.70	1.28
85	0.43	3.82	3.39

ADL:入浴 着替え トイレ 移動させる 排尿排便 食事

IADL:電話 買い物 食事の準備 家事 洗濯 交通の利用 内服管理 金銭管理

CCIスコアから見た高齢者

Score	疾病や症状
1	心筋梗塞・うっ血性心不全・末梢血管疾患・脳血管疾患・痴呆 慢性肺疾患・結合組織疾患・潰瘍性疾患・軽度の肝疾患・合併症のない糖尿病
2	合併症のある糖尿病・片麻痺・中等度～重症の腎疾患・何らかの悪性腫瘍（白血病 やリンパ腫を含む）
3	中等度または重症の肝疾患
6	転移性充実性腫瘍、エイズ

年齢	年齢未満のCCI	年齢以上CCI	差
50	0.24	0.75	0.51
55	0.30	0.79	0.49
60	0.47	0.77	0.30
65	0.47	0.82	0.35
70	0.52	0.88	0.36
75	0.66	0.81	0.25
80	0.68	0.83	0.15
85	0.69	0.88	0.19

G8やADL/IADLでは約80歳に境界

平均寿命・医療水準・食料事情・世界情勢などに影響されるため、年齢は絶対的ではない

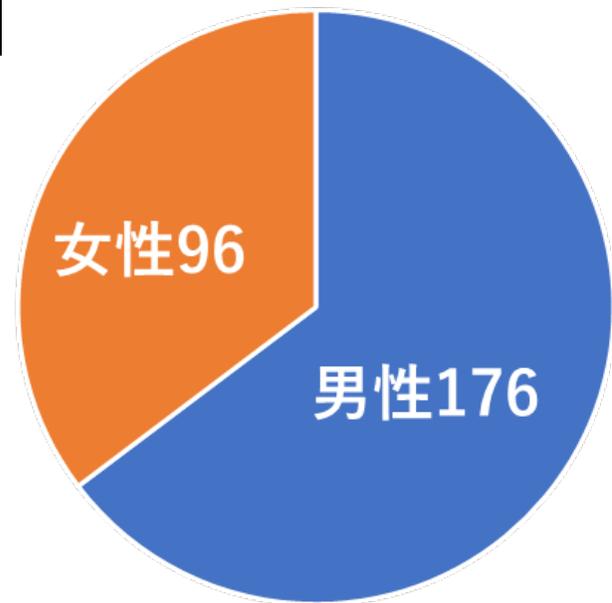
**入院時のデータのみ（G8・ADL/IADL・CCIなど）を
使って、手術目的のがん患者の在院日数・転倒・
せん妄・転院をAIで予測可能か？**

対 象

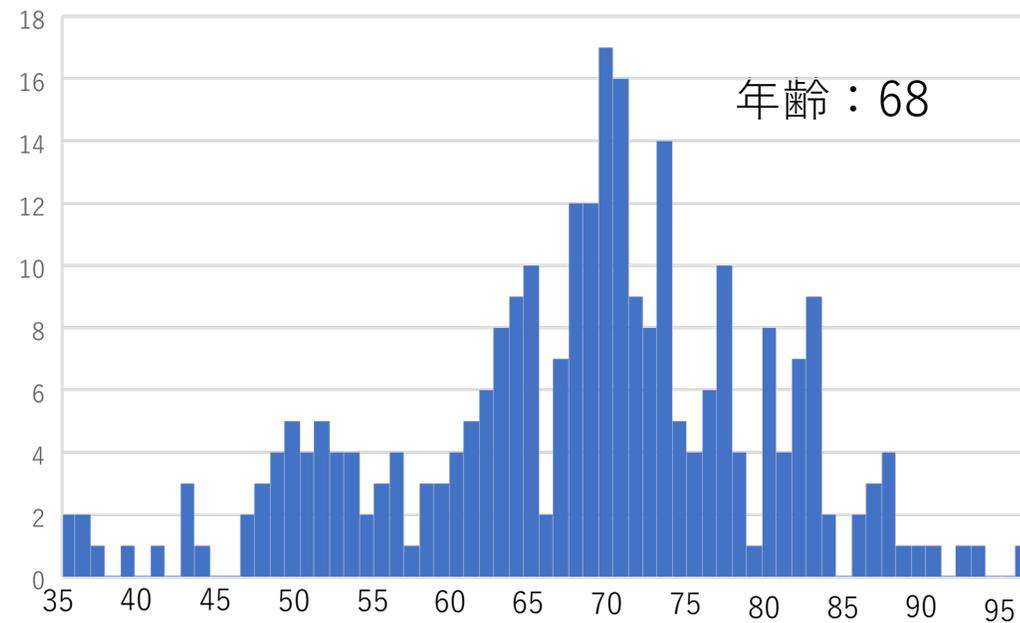
- 消化器癌の診断
- 手術を施行
- G8・ADL/IADL・CCIの評価

年齢は問わない

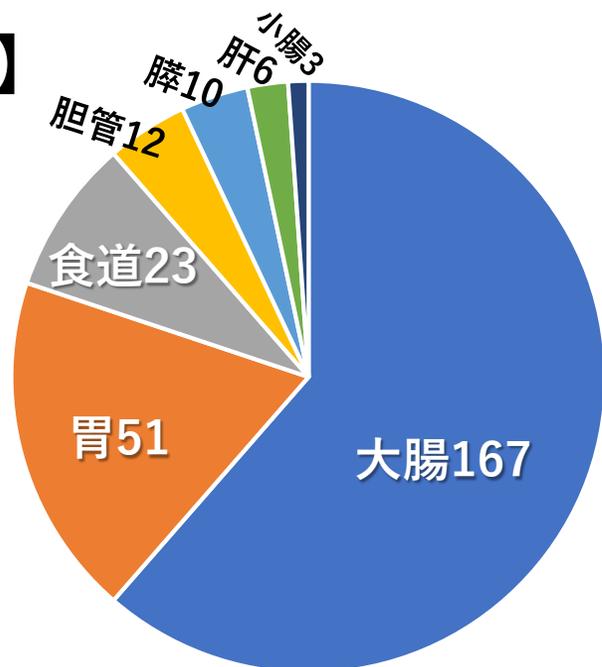
【性別】



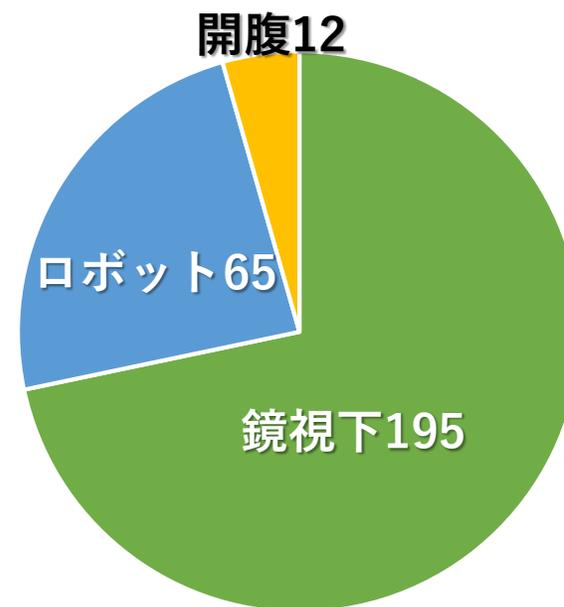
【年齢】



【癌腫】



【術式】



解析に使用する因子

年齢・性別・緊急入院

診断名・ステージ (0-IV) ・治療 (開腹手術・腹腔鏡・ロボット)

G8合計点 (過去3カ月の食事・過去3カ月の体重・歩行・神経精神・BMI・内服薬・健康状態・年齢分類)

ADL/IADL (入浴・着替え・トイレ・移動させる・排尿排便・食事・電話・買い物・食事の準備・家事・洗濯・交通の利用・内服管理・金銭管理)

CCI合計点 (心筋梗塞・うっ血性心不全・末梢血管疾患・脳血管障害・片麻痺・認知症・慢性肺疾患・軽労作で呼吸困難・膠原病・消化性潰瘍・肝疾患・糖尿病・腎機能障害・固形癌・白血病・リンパ腫・AIDS)

血液検査や心電図・肺機能検査などの生理機能検査を用いずに解析

在院日数

予測精度

② 予測精度を上げるには



決定係数	精度の評価
0.9~1	★★★★★ 非常に高い
0.6~0.9	★★★★☆ 高い
0.3~0.6	★★★☆☆ 標準
0.1~0.3	★★☆☆☆ 低い
~0.1	★☆☆☆☆ 非常に低い

まだ予測精度は良くありません。
予測結果を利用するには、もう少し精度を上げる必要があります。
入力項目の追加やデータ数を増やすことを検討してください。

精度の詳細

項目の寄与度 (上位)

■ 予測値減少への寄与度 ■ 予測値増加への寄与度



転倒

予測精度

② 予測精度を上げるには



分類精度 (AUC)	精度の評価
88~100%	★★★★★ 非常に高い
74~88%	★★★★☆ 高い
63~74%	★★★☆☆ 標準
56~63%	★★☆☆☆ 低い
0~56%	★☆☆☆☆ 非常に低い

まだ予測精度は良くありません。
予測結果を利用するには、もう少し精度を上げる必要があります。
入力項目の追加やデータ数を増やすことを検討してください。

精度の詳細

項目の寄与度 (上位)

■ 0への寄与度 ■ 1への寄与度



退院・転院

予測精度

① 予測精度を上げるには



Accuracy	精度の評価
92.5~100%	★★★★★ 非常に高い
67.5~92.5%	★★★★☆ 高い
40~67.5%	★★★☆☆ 標準
20~40%	★★☆☆☆ 低い
0~20%	★☆☆☆☆ 非常に低い

予測モデルの精度はかなり良いです。
予測の利用効果が出る可能性が高いです。

精度の詳細

項目の寄与度 (上位)

歩行	
年齢	
膠原病	
G8合計点	
診断名	

術後せん妄

予測精度

① 予測精度を上げるには



分類精度 (AUC)	精度の評価
88~100%	★★★★★ 非常に高い
74~88%	★★★★☆ 高い
63~74%	★★★☆☆ 標準
56~63%	★★☆☆☆ 低い
0~56%	★☆☆☆☆ 非常に低い

予測モデルの精度はかなり良いです。
予測の利用効果が出る可能性が高いです。

精度の詳細

項目の寄与度 (上位)

■ 0への寄与度 ■ 1への寄与度



②自施設における介護と医療

【2016年1月～2021年3月】

福岡大学病院で「がん」と診断され、介護認定を受けた人：約1300人

【平均年齢】：78.9（40-100）65歳以下70人

【男女比】 51：49

【治療】 外科手術245 鏡視下215 内視鏡109 放射線105

化学療法287 内分泌療法47 その他56

【要介護度】 要支援1：292(23.7%) 要支援2：199(16.2%)

要介護1：300(24.4%) 要介護2：213(17.3%)

要介護3：113(9.2%) 要介護4：71(5.8%) 要介護5：42(3.4%)

認定時期と治療日の関係、癌腫・ステージ・介護度・予後との関係

②自施設における介護と医療

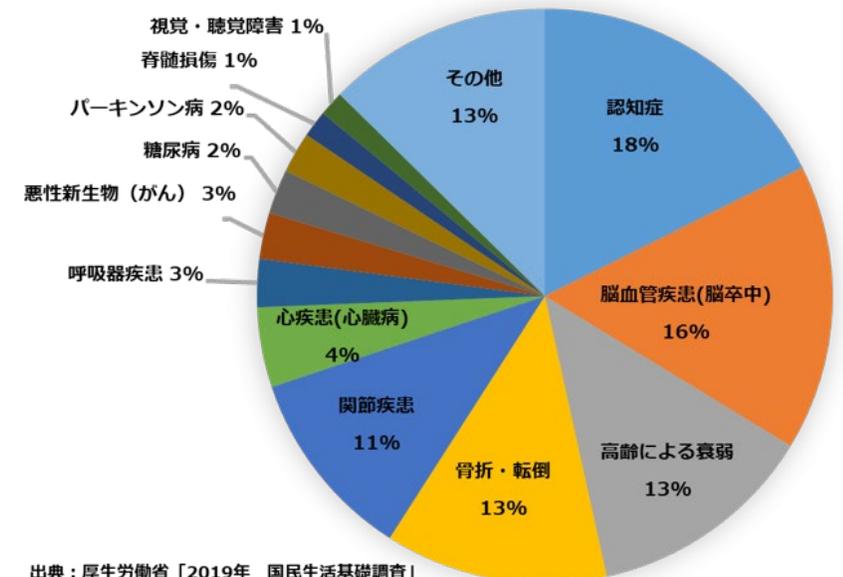
福岡大学病院で「がん」と診断され、介護認定を受けた人：約1300人

【2016年1月～2021年3月】がんと診断された人：約11000人 **約12%**

データ解析における問題点

- ・介護認定を受けた日が分からない。
- ・診療科によってはステージの記載がない。
- ・保険診療のための記載・日付がある。

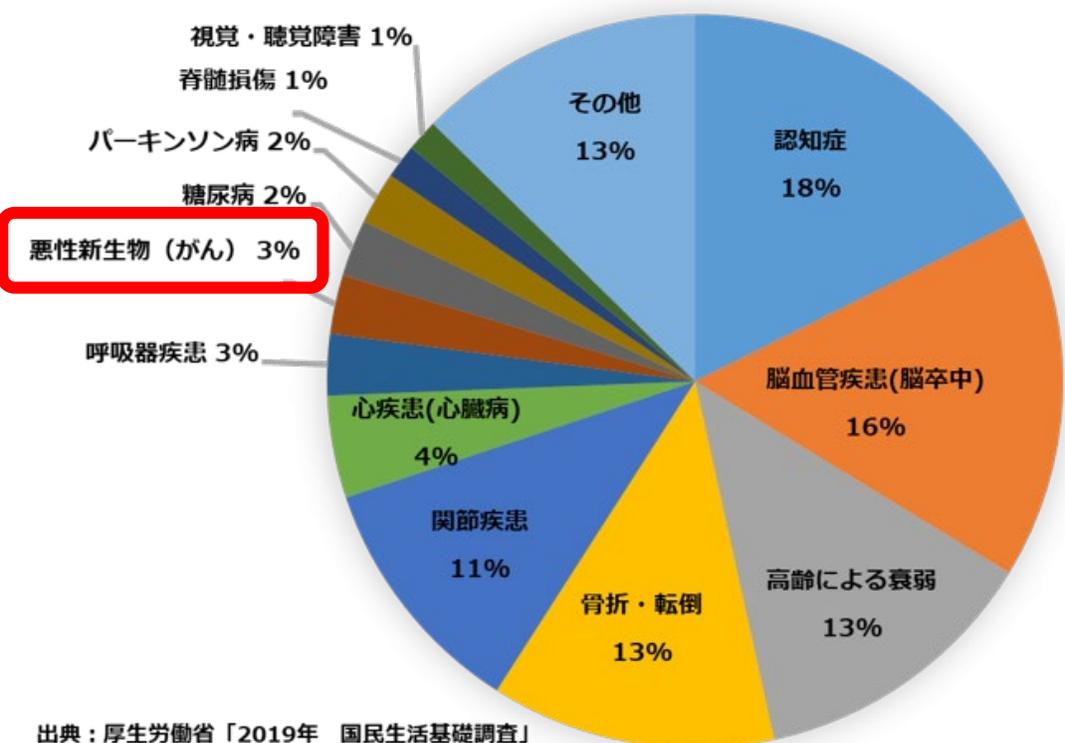
図1 介護が必要になった原因



出典：厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査」

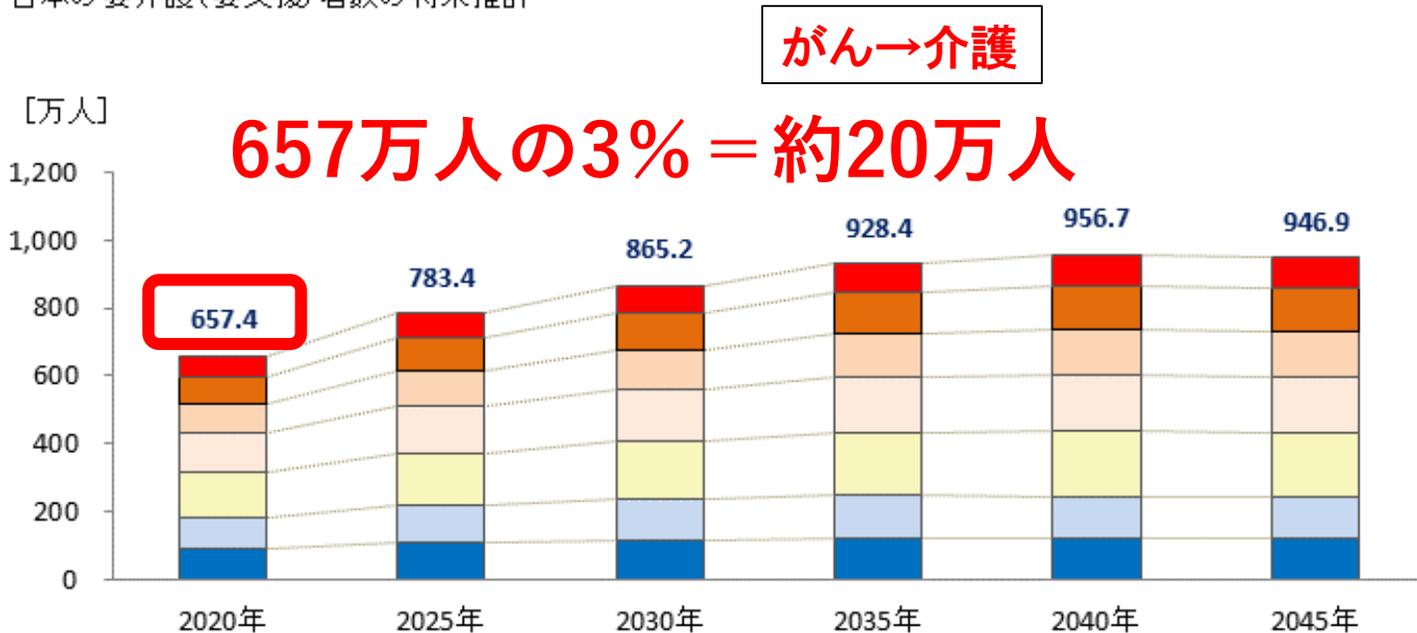
第15表 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合 2019年より

図1 介護が必要になった原因



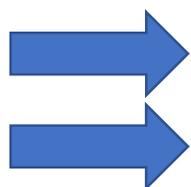
出典：厚生労働省「2019年 国民生活基礎調査」
第15表 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合 2019年より

日本の要介護(要支援)者数の将来推計



出所：実績値は「介護事業状況報告(暫定版)」(厚生労働省, 2020年6月)。推計値は「全国又は都道府県の男女・年齢階層別 要介護度別平均認定率を当域内人口構成に当てはめてGD Freakが算出。」

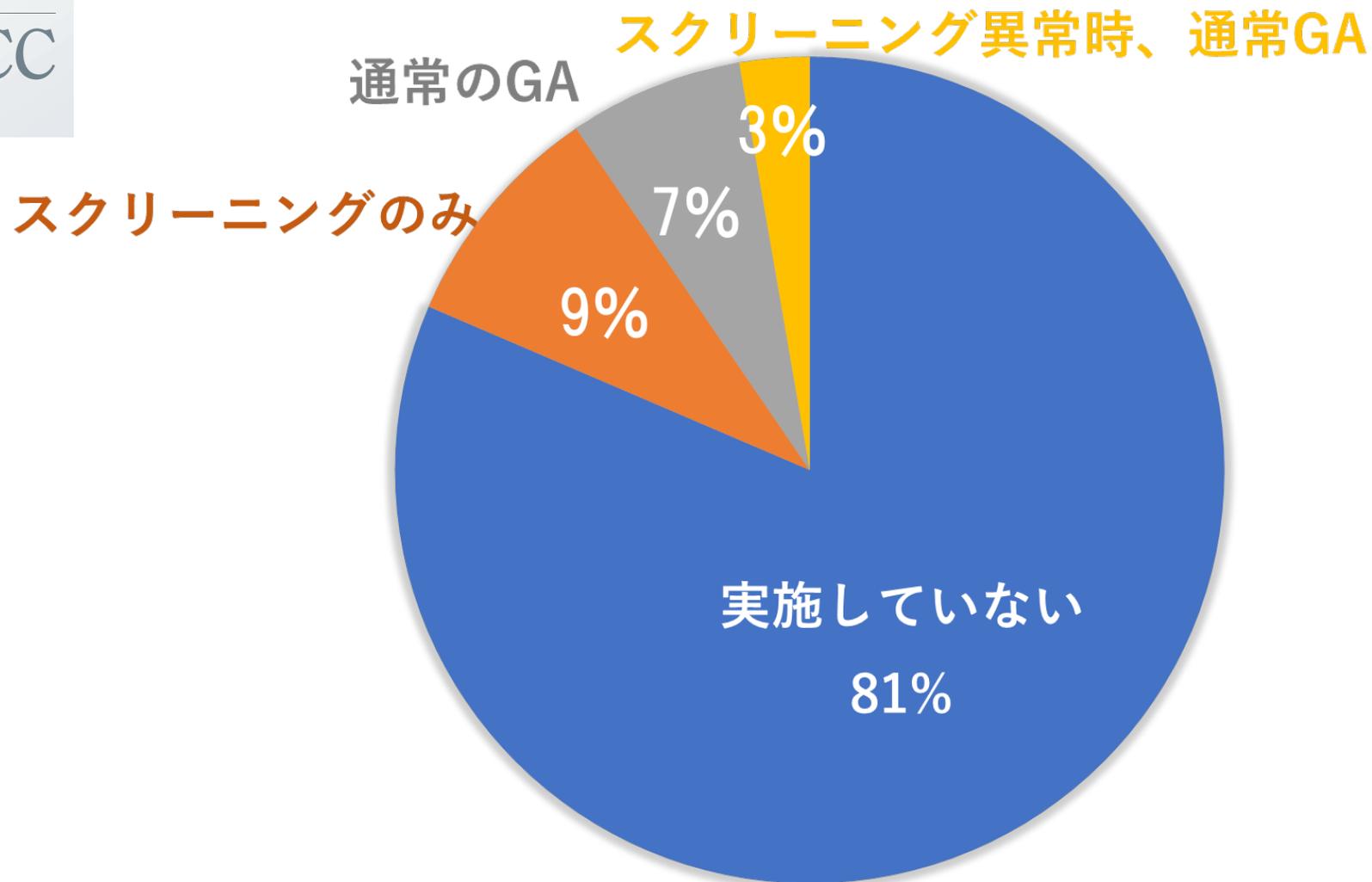
2018年に新たに診断されたがんは980,856例 (男性558,874例、女性421,964例) **約100万人/年**



がん患者の約20%が介護認定。介護認定を受けた人→がんは？
大学病院が把握できているのは一部にすぎない

③モバイルセンサーとAIを用いた取り組み

高齢者機能評価（geriatric assessment, GA）を実施していますか？



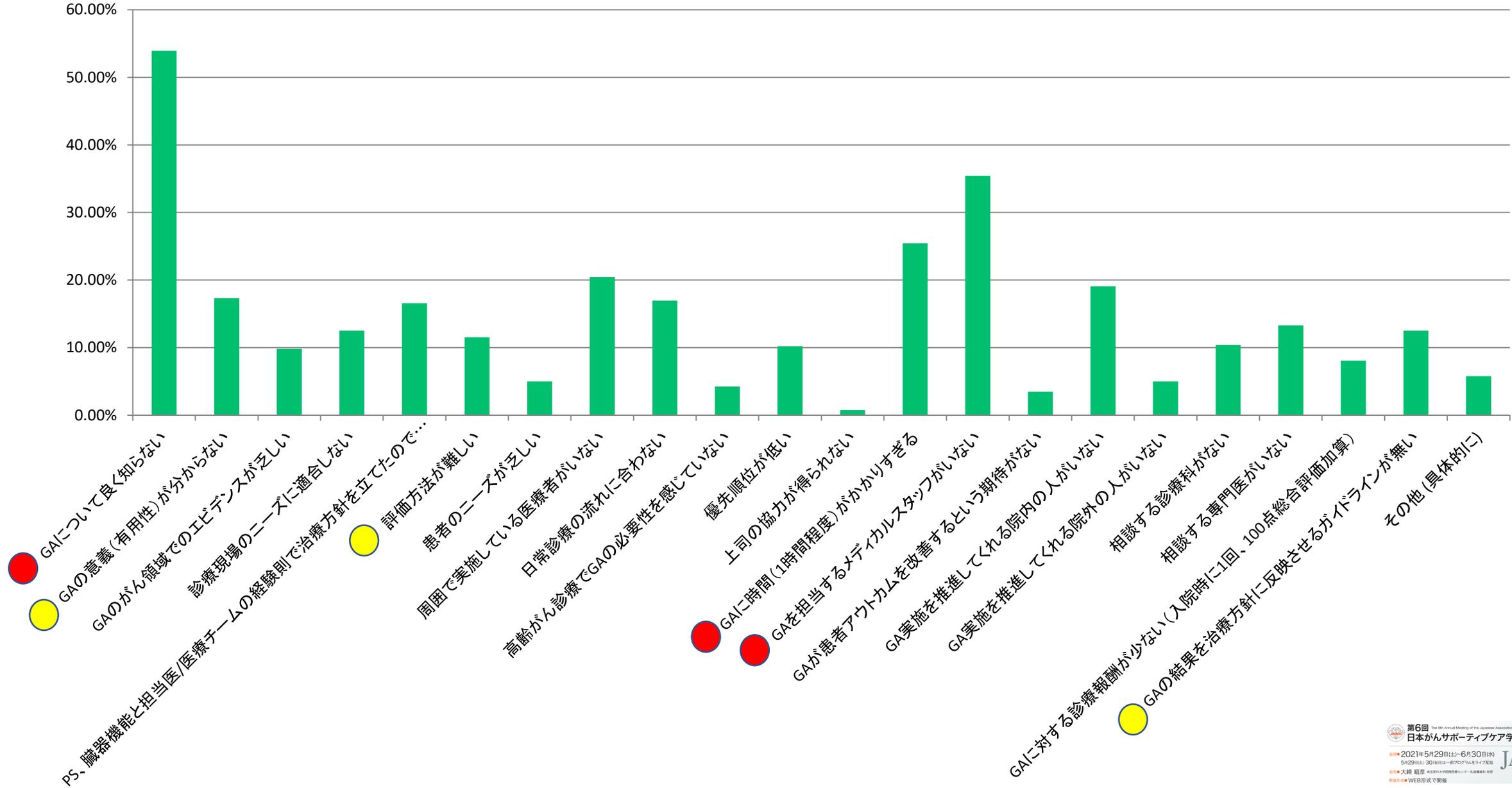
第6回 The 6th Annual Meeting of the Japanese Association of Supportive Care in Cancer
日本がんサポーターズケア学会学術集会

会期●2021年5月29日(土)~6月30日(水)
5月29日(土)・30日(日)は一部プログラムをライブ配信

JASCC

会長●大崎 昭彦 埼玉医科大学国際医療センター乳癌腫瘍科 教授
開催形式●WEB形式で開催

GAを実施しない理由（複数回答可）



医療イノベーション アイデア公募

最新モバイルセンサー 「amue link」活用

COMPASS Project



「最新のモバイルセンサーとAIを用いた高齢者機能評価」



サイズ	約60 x 26 x 12.3 [mm]
重さ	約23.7 [g]
通信方式	LTE-M
SIM	内蔵SIM
プロセッサー	ARM® Cortex®-M4F x 6 cores
測位衛星システム	GPS, みちびき, GLONASS
搭載センサー	加速度・ジャイロ・気圧・地磁気・温度
充電端子	USB Type C
音声出力	スピーカー
音声入力	マイク
動作条件	温度 5°C~35°C 湿度 35%~85%
防水/防塵	防水 (IPX8)、防塵 (IP6X)

日常生活そのものを評価

SONY

モバイルセンサーチーム
AIチーム

倫理委員会：承認済み

SONY子会社



医療ポータルサイト

m3子会社



医薬品開発業務受託機関

m3子会社



医師主導臨床研究サポート企業

m3子会社



治験施設支援機関

この体制で高齢者機能評価を目指す：2021年11月より症例登録開始

臨床試験は50%登録済

- 介護認定を受けた人も対象
- アルゴリズム、デバイスの修正点の抽出
- 次の臨床試験
- AMEDへ再チャレンジ

パネルデータを用いた悪性腫瘍入院治療と 高齢者の死亡に関連する要因の分析

松田晋哉 産業医科大学 医学部

高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）について

高齢者がん医療協議会 議長 田村 和夫

高齢者がん医療協議会（コンソーシアム） 運営規程

（目的）

第1条 高齢者がん医療協議会（以下「協議会」という。）は、高齢者のがん医療における教育・診療・研究の向上を目指して合理的かつ科学的な企画・事業を実践し、有効かつ適切な高齢者のためのがん医療の普及をとおして、公共の福祉に貢献することを目的とする。

（構成）

第2条 協議会は、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、以下班研究）に賛同するがん関連学会・団体、老年医学関連の学会・団体から推薦される委員により構成される。

高齢者がん医療協議会（コンソーシアム） 運営規程

(協議会の業務)

第3条 協議会は、班研究を支援するために、班の依頼に応じ以下の業務を行う。

- (1) 高齢者のがん医療に関する情報を収集・解析する。
- (2) 有効かつ適切な高齢者のがん治療・支持療法を確立するための教育・診療・研究について検討し、その向上を目指し企画・事業を行う。
- (3) **高齢者がん診療ガイドライン委員会等、班が設置した委員会や研究事業を支援**する。
- (4) 高齢者がん医療を担う人材育成のための事業を企画・実施する。
- (5) 患者・家族および一般市民啓発を目的とした**公開講座、シンポジウム等を開催**する。

2. 前項第1号の業務を遂行するにあたってワーキンググループや委員会を設置することができる。

その構成、業務等は細則で規定する。

「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」2021-2022 研究体制

研究代表：統括

佐伯俊昭 埼玉医科大学国際医療センター病院長（乳腺腫瘍科）

研究分担者

- ・高齢者がん診療ガイドライン（GL）作成
石黒洋* 埼玉医科大学 乳腺腫瘍科（腫瘍内科）
二宮貴一郎** 岡山大学 血液・腫瘍・呼吸器内科
小寺泰弘 名古屋大学 消化器外科
吉田好雄 福井大学 産科婦人科（臨床研究）
唐澤久美子1) 東京女子医科大学 放射線腫瘍学（臨床研究）
杉本 研2) 川崎医科大学 総合老年医学

・ガイドラインの普及・検証、体制整備

石川敏昭 東京医科歯科大学大学院 総合外科学分野
がん種別GLの他学会との調整
渡邊清高 帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科
GL普及・検証体制確立

・がん医療と介護の連携

吉田陽一郎 福岡大学 医療情報学・腫瘍学（臨床研究）
松田晋哉 産業医科大学 公衆衛生学（臨床研究）

研究協力者

有馬久富 福岡大学 公衆衛生学（生物統計）
桜井なおみ 全国がん患者団体連合会理事

*：GL作成委員長、**：GL作成副委員長（運営委員長）

1)老年腫瘍学テキスト編集委員長、2)2022年度より班員副編集委員長

・高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）
議長 田村和夫
・日本がんサポーターブケア学会（JASCC）
理事長 佐伯俊昭

特定非営利活動法人 臨床血液・腫瘍研究会（CHOT-SG）
理事長 田村和夫 埼玉医科大学客員教授、福岡大学名誉教授

高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）2021年

学会・研究会名	氏名	所 属	
日本がんサポーターケア学会	海堀昌樹	関西医科大学	外科
日本癌治療学会	長島文夫	杏林大学	腫瘍内科
日本臨床腫瘍学会	津端由佳里	島根大学医学部附属病院	呼吸器・化学療法内科
日本血液学会	千葉 滋	筑波大学医学医療系	血液内科
日本放射線腫瘍学会	橋本弥一郎	東京女子医科大学	放射線腫瘍科
日本緩和医療学会	山口 崇	甲南医療センター	緩和ケア内科
日本肺癌学会	二宮貴一郎	岡山大学	血液・腫瘍・呼吸器内科
日本婦人科腫瘍学会	吉田好雄	福井大学医学部	産婦人科
日本乳癌学会	石黒 洋	埼玉医科大学国際医療センター	乳腺腫瘍科
日本皮膚悪性腫瘍学会	竹之内辰也	新潟県立がんセンター	皮膚科
日本口腔腫瘍学会	上田倫弘	北海道がんセンター	口腔腫瘍外科
日本泌尿器科学会	久米春喜（担当：中村真樹）	東京大学医学部	泌尿器科学
日本サイコオンコロジー学会	小川朝生	国立がん研究センター東病院	精神腫瘍科
日本臨床腫瘍薬学会	鈴木賢一	星薬科大学	実務教育研究部門
日本がん看護学会	綿貫成明	国立看護大学校	老年看護学
日本がんリハビリテーション研究会	井上順一郎	神戸大学医学部附属病院	リハビリテーション部
日本胃癌学会	田中千恵	名古屋大学医学部附属病院	消化器外科
日本ペインクリニック学会	山口重樹	獨協医科大学	麻酔科
日本慢性疼痛学会	福井 聖（副：西木戸修）	滋賀医科大学附属病院（昭和大学病院）	ペインクリニック科（緩和医療科）
日本対がん協会	野村由美子		
日本緩和医療薬学会	佐野元彦	星薬科大学	実務教育研究部門
日本医療薬学会	松尾宏一	福岡大学筑紫病院	薬剤部
日本老年医学会	山本寛	東京都健康長寿医療センター	呼吸器内科
全国がん患者団体連合会	眞島喜幸	全国がん患者団体連合会	NPO PanCAN Japan
日本造血・免疫細胞療法学会	査読等に協力はするが委員はなし		
日本頭頸部癌学会	査読等に協力はするが委員はなし		
日本癌学会	査読等に協力はするが委員はなし		

第2回班会議に続いて設立のための協議会行われてから、血液学会と癌学会から上記の回答があった

高齢者がん診療ガイドライン エキスパートパネルメンバー依頼

氏名	ご所属
井上 大輔	福井大学 婦人科
杉本 研	川崎医科大学 老年医学
* 田中 千恵	名古屋大学 消化器外科
室伏 景子	東京都立駒込病院 放射線科
奥山 徹	名古屋市立大学 精神腫瘍学
* 綿貫 成明	国立看護大学校 老年看護学
今村 知世	昭和大学 先端がん治療研究所
坂井 大介	大阪大学 腫瘍内科
桜井 なおみ	全国がん患者団体連合会
渡邊 清高	帝京大学 腫瘍内科
* 二宮 貴一郎	岡山大学 血液・腫瘍・呼吸器内科学
* 石黒 洋	埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科

* 協議会メンバー

「よくわかる老年腫瘍学」の協議会メンバーへの査読依頼（案）

項目		著者名 査読者候補
1. 高齢がん患者の特徴－非高齢者と何が違うのか？	1) 疫学	A. 病因 長島 文夫（杏林大学） 山本寛（日本老年医学会）
		B. 高齢者に多いがん， 予後 高山 智子（国立がん研究センター）
	2) 症状 ※共著でご執筆	中澤 潤一（鹿児島市立病院） 久保 寿夫（岡山大学病院） 石黒洋（日本乳癌学会）
	3) 個人差	山本 寛（東京都健康長寿医療センター） 吉田好雄（日本婦人科腫瘍学会）
	4) 臓器・細胞レベル	A. 細胞老化・免疫老 化とがん化の関係 杉本 昌隆（国立長寿医療研究センター 研究所）
		B. がんが及ぼす影 響－カヘキシア 小野 悠介（熊本大学）
		C. PK/PD 今村 知世（昭和大学 先端がん治療研究所） 松尾宏一（日本医療薬学会）
	5) 社会・経済的背景	高橋 孝郎（埼玉医科大学国際医療センター）

項目	著者名 査読者候補		
2. 高齢がん患者の主治医になったら？	症例提示		
	コアメンバー		
	1) 機能評価	杉本 研 (川崎医科大学)	
	2) 診断・検査	平井 郁仁・船越 禎広 (福岡大学)	
	3) 機能評価に基づく目標設定	津端 由佳里 (島根大学)	
	4) 機能評価に基づく治療法の選択	A. 意思決定支援	小川 朝生 (国立がん研究センター 東病院)
		B. 手術	吉田 好雄 (福井大学) 田中千恵 (日本胃癌学会)
		コラム：外科での評価の実例	海堀 昌樹 (関西医科大学)
C. がん薬物療法		澤木 正孝 (愛知県がんセンター病院) 津端由佳里 (日本臨床腫瘍学会)	
D. 放射線治療		中村 直樹 (聖マリアンナ医科大学) 橋本弥一郎 (日本放射線腫瘍学会)	

項目		著者名 査読者候補	
2. 高齢がん患者の主治医になったら？	5) 治療による悪化を防ぐアプローチ	A. 栄養面 (NST)	若林 秀隆 (東京女子医科大学) 鈴木賢一 (日本臨床腫瘍薬学会)
		B. 運動面 (リハビリ)	井上 順一郎 (神戸大学医学部附属病院)
		C. 心理・精神面	藤澤 大介 (慶應義塾大学) 谷向 仁 (京都大学大学院) 小川朝生 (日本サイコオンコロジー学会)
		D. 歯科口腔ケア	渡邊 裕 (北海道大学) 上田倫弘 (日本口腔腫瘍学会)
	6) 高齢者に多い併発症への対応	A. 糖尿病	大橋 健 (国立がん研究センター 中央病院)
		B. 循環器疾患	藤田 雅史 (大阪国際がんセンター)
		C. 腎臓病	和田 健彦 (東海大学)
		D. その他	石井 正紀 (東京大学医学部附属病院)

項目	著者名 査読者候補		
3. がんを抱えながら生きる高齢者への対応	1) QOL (quality of life)	A. 栄養療法	内藤 立暁 (静岡県立静岡がんセンター) 海堀昌樹 (日本がんサポーターズケア学会)
		B. 運動療法	辻 哲也 (慶應義塾大学) 上野 順也 (国立がん研究センター東病院) 土方奈奈子 (国立がん研究センター東病院) 井上順一郎 (日本がんリハビリテーション研究会)
		C. 緩和療法 (痛み)	高橋 孝郎 (埼玉医科大学国際医療センター) 山口 崇 (日本緩和医療学会)
	2) QOD (quality of death)	A. ACP (advance care planning)	会田 薫子 (東京大学大学院) 綿貫成明 (日本がん看護学会)
		B. NBM (narrative based medicine)	田村 学 (おおさか往診クリニック) 眞島喜幸 (全国がん患者団体連合会)
		C. 保険制度の利用	津下 一代 (女子栄養大学) 野村由美子 (日本対がん協会)
4. 老年腫瘍学の教育・研修制度		渡邊 清高 (帝京大学)	
5. 老年腫瘍学領域における研究手法	1) 老年腫瘍学領域における評価項目		水谷 友紀 (杏林大学) 二宮貴一郎 (日本肺癌学会)
	2) 実例紹介		松岡 歩 (国立がん研究センター) 長島文夫 (日本癌治療学会)

高齢がん患者の医療と介護の連携に関する研究

～介護を必要とする悪性リンパ腫（DLBCL）患者の治療に関するアンケート調査～
調査期間：1月11日～2月11日、2022年

研究実施体制

- ・ 照井康仁 埼玉医科大学病院 血液内科教授
研究代表、研究総括
- ・ 吉田陽一郎 福岡大学病院 医療情報部 診療部長、消化器外科 診療教授
医療と介護に関する研究の立案
- ・ 田村和夫 埼玉医科大学客員教授、福岡大学名誉教授
研究事務局、アンケート調査作成、データ集積・クリーニング
- ・ 高野裕士 鞍手町介護老人保健施設 鞍寿の里 施設長
介護保険、介護認定審査、介護度に関する情報提供とアドバイス
- ・ 有馬久富、阿部真紀子 福岡大学医学部、衛生・公衆衛生学教授、同助教
調査結果の解析

高齢がん患者の医療と介護の連携に関する研究

～介護を必要とする悪性リンパ腫（DLBCL）患者の治療に関するアンケート調査～

調査期間：1月11日～2月11日、2022年

質問1.施設名、所属名

質問2.回答者、回答者の職名

質問3.回答者の連絡先（メールアドレスか電話番号）

以下、介護度別に回答

非該当、要支援1、要支援2、要介護1、要介護2、要介護3、要介護4、要介護5

質問4.治療の有無

①あり

②なし

質問5.治療なしの場合 選択理由

①患者が希望（意思決定が可能な例）あるいはACP（advance care planning）

より決定

②脆弱性が強いため侵襲性のある治療に耐えられないと医療者が判断

③家族等がこれまでの患者の言動（選好）から治療を希望しないと判断

④家族等が希望しない場合

⑤その他

質問6. 治療ありの場合 限局期（1期、2期）の治療

6-1 限局期の治療内容

- ①局所放射線治療単独
- ②局所放射線治療 + 薬物療法
- ③薬物療法
- ④その他

6-2 6-1-②の薬物療法

- ①標準治療（R-CHOP）を選択（標準治療群）
- ②減量標準治療群（①と同じ治療レジメンだが減量する）
- ③毒性の弱い治療薬を選択して投与（緩和薬物治療群）

上記②③の治療選択理由

- ①毒性が強くて予測される
- ②患者・家族が標準治療を希望しない
- ③腫瘍死より他病死の可能性が高い
- ④その他

6-3 6-1-③の薬物療法

- ①標準治療（R-CHOP）を選択（標準治療群）
- ②減量標準治療群（①と同じ治療レジメンだが減量する）
- ③毒性の弱い治療薬を選択して投与（緩和薬物治療群）

上記②③の治療選択理由

毒性が強くて予測される
患者・家族が標準治療を希望しない
腫瘍死より他病死の可能性が高い
その他

質問7 治療ありの場合 進行期（3期、4期）の治療

7-1 薬物療法

- ①標準治療（R-CHOP）を選択（標準治療群）
- ②減量標準治療群（①と同じ治療レジメンだが減量する）
- ③毒性の弱い治療薬を選択して投与（緩和薬物治療群）

上記②③の治療選択理由

- ①毒性が強くて予測される
- ②患者・家族が標準治療を希望しない
- ③腫瘍死より他病死の可能性が高い
- ④その他

7-2これまでの質問は、**年齢**の要素を入れていません。年齢の要素を検討する（治療強度の変更等）としたら何歳からですか？

- ① 65歳以上
- ② 70歳以上
- ③ 75歳以上
- ④ 80歳以上
- ⑤ 85歳以上
- ⑥ 90歳以上
- ⑦ 年齢無関係

年齢を考慮に入れた理由

- ① 毒性が強くて予測される
- ② 患者・家族が標準治療を希望しない
- ③ 腫瘍死より他病死の可能性が高い
- ④ その他

7-3これまでの質問は**平均余命**を要素に入れていません。余命の要素を検討する（治療強度の変更等）としたら何年からですか？

- ① 患者が担がんではないとしたときの推定平均余命が2年
- ② 同5年
- ③ 同7年
- ④ 同10年
- ⑤ 平均余命無関係

余命を考慮に入れた理由

- ① 毒性が強くて予測される
- ② 患者・家族が標準治療を希望しない
- ③ 腫瘍死より他病死の可能性が高い
- ④ その他

6-4 これまでの質問は、**年齢の要素**を入れていません。年齢の要素を検討する（治療強度の変更等）としたら何歳からですか？

- ① 65歳以上
- ② 70歳以上
- ③ 75歳以上
- ④ 80歳以上
- ⑤ 85歳以上
- ⑥ 90歳以上
- ⑦ 年齢無関係

年齢を考慮に入れた理由

- ①毒性が強くて予測される
- ②患者・家族が標準治療を希望しない
- ③腫瘍死より他病死の可能性が高い
- ④その他

6-5 これまでの質問は**平均余命を要素**に入れていません。余命の要素を検討する（治療強度の変更等）としたら何年からですか？

- ① 患者が担がんではないとしたときの推定平均余命が2年
- ② 同5年
- ③ 同7年
- ④ 同10年
- ⑤平均余命無関係

余命を考慮に入れた理由

- ①毒性が強くて予測される
- ②患者・家族が標準治療を希望しない
- ③腫瘍死より他病死の可能性が高い
- ④その他

原著

- Fukutake M, Takahashi T, Gondo Y, Kamide K, Masui Y, Matsuda KI, Enoki K, Takeshita H, Mihara Y, Hatta K, Sato H, Murotani Y, Hagino H, Kabayama M, Ishizaki T, Sugimoto K, Rakugi H, Maeda Y, Moynihan P, Ikebe K. Impact of occlusal force on decline in body mass index among older Japanese adults: Finding from the SONIC study. J Am Geriatr Soc. 2021 Jul;69(7):1956-1963.
- Inoue D, Yamamoto M, Arima H, Tamura K, Yoshida Y. A nationwide web-based survey of oncologic surgeons to clarify the current status of preoperative assessment for elderly cancer surgery patients in Japan. Sci Rep. 2021 Nov 23;11(1):22789.
- Yoshida Y, Inoue D. Clinical management of chemotherapy for elderly gynecological cancer patients. J Obstet Gynaecol Res. 2021 Jul;47(7):2261-2270.
- Matsuda S, Goi T, Yoshida Y, Yoshimura H. Periodontal disease in preoperative patients with digestive cancer: a retrospective, single-institution experience in Fukui, Japan. BMC Oral Health. 2021 Jan 6;21(1):3.
- Yamamoto M, Kurata K, Asai-Sato M, Shiomi M, Ueda Y, Aoki Y, Yoshida Y. Low surgical Apgar score in older patients with gynecological cancer is a risk factor for postoperative complications and 1-year mortality: A multicenter retrospective cohort study. Mol Clin Oncol. 2021 Jan;14(1):21.
- Yoichiro Yoshida, Kazuo Tamura, On behalf of the Geriatric Oncology Guideline-establishing Study Group: Implementation of geriatric assessment and long-term care insurance system by medical professionals in cancer treatment: A nationwide survey in Japan. Jap J Clinical Oncology, Accepted

- 田村和夫：老年腫瘍学の現状と将来。老年内科2021；4：524-530
- 田村和夫・他：「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」総論・高齢者機能評価に関する提言 Part1.
日本大腸肛門病学会雑誌 2021;74：269-275
- 田村和夫・他：「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」総論・高齢者機能評価に関する提言 Part2.
日本大腸肛門病学会雑誌 2021;74：276-286
- 石黒 洋・他：「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」支持・緩和医療に関する提言 日本大腸肛門病学会誌 2021;74：349-356
- 田中千恵・他：「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」外科治療に関する提言－総論－ 日本大腸肛門病学会雑誌 2021;74：391-400
- 西村潤一・他：「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」外科血用に関する提言－クリニカルクエスチョン－
日本大腸肛門病学会誌 2021;74：401-412
- 室伏景子・他：「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」放射線治療に関する提言 Part I：Clinical Question 1～5
日本大腸肛門病学会雑誌 2021;74：413-421
- 室伏景子・他：「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」放射線治療に関する提言 Part II：Clinical Question 6～10
日本大腸肛門病学会雑誌 2021;74：422-429

- 松田晋哉：ビッグデータ：がん医療への応用－パネルデータを用いた悪性腫瘍入院治療後の高齢者の死亡に関連する要因の分析－腫瘍内科 2021；28：189-194

学術集会 発表

Yoshida Y, Tamura K and Geriatric Oncology Guideline-establishing(GOGGLE) Study Group:
Results of a survey on medical professionals' recognition of geriatric assessment, nursing care
and welfare in Japan. MASCC/ISOO Annual Meeting 2021, June 24-26, Web meeting

吉田陽一郎、田村和夫,「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」作成委員会:
高齢者機能評価ならびに介護・福祉に対する医療者の認知度に関する調査結果。
第6回 日本がんサポーターブケア学会学術集会 5月29-30日、2021年 Web開催

田村和夫：エビデンスの少ない脆弱な高齢がん患者のがん薬物療法に関し腫瘍内科医の役割は？
～老腫瘍内科医の見解～ 第18回日本臨床腫瘍学会学術集会学術集会、2月18-20日、2021年
Web開催

高齢者のがんを考える会議 6

～介護とがん医療の連携についての公開討論～

日時：2022年2月26日（土）10:00～12:00（Zoom会議）

プログラム

1. 講演

司会 佐伯俊昭 埼玉医科大学国際医療センター 病院長

- ・介護保険制度について

村上文 帝京大学法学部法律学科 教授

- ・介護認定がん患者の入院治療（DPC）と退院後の介護サービスと診療について

松田晋哉 産業医科大学公衆衛生学 教授

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）

2. パネルディスカッション

司会 佐伯俊昭 埼玉医科大学国際医療センター 病院長

杉本研 川崎医科大学総合老年医学 教授

・悪性リンパ腫の治療方針～アンケート調査中間報告

照井康仁 埼玉医科大学血液内科 教授

・介護認定患者の外科治療～中間成績

吉田陽一郎 福岡大学病院医療情報部 診療部長、消化器外科 診療教授

・患者・家族の立場から

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

全国がん患者団体連合会 理事

・高齢者のがん医療、支持医療

高橋孝郎 埼玉医科大学国際医療センター支持医療科 教授

・在宅医療、介護サービス

廣瀬哲也 ひろせクリニック 院長

今後の予定

2022年1月30日～3月31日

2022年度（最終年度）

- ・ 高齢者のがんを考える会議7 2022年11月26日 土曜日（案）
- ・ ガイドライン、老年腫瘍学テキスト完成に向けて支援と普及活動
普及・評価委員会（渡邊委員長）と協働
- ・ 2022年度 班会議 2023年1月28日 土曜日（予定）
高齢者がん医療協議会 総会 班会議後（予定）
- ・ 協議会として、研修会や研究の提案があれば検討・実施
高齢者のがんを考える会議8（仮）

4.今後の予定

2022年

4月中旬 交付申請書提出（2022年度の申請）

5月末 研究報告書提出
(2021年度の報告、各班員ごとに報告書作成)

厚生労働省科学研究 がん対策推進総合研究事業

「高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究」

Geriatric Oncology Guideline-establishing & spreading (GOGGLES) Study

第3回班会議

2022年1月29日(土) 13時~ Web会議

1. 研究代表者挨拶 (佐伯俊昭)

2. 研究分担者の研究進捗状況と今後

・高齢者がん診療ガイドライン進捗状況 (石黒洋・二宮貴一郎)

二宮先生からスライドを利用して進捗状況に関する報告があった。

・高齢者がん患者の手術療法 (小寺泰弘⇒担当 田中千恵)

田中先生からスライドを利用して進捗状況に関する報告があった。

(以下、質疑応答の概要)

<用語の統一に関して>

フレイルやCGAなど用語の定義についてガイドラインで統一すべきではないか(吉田)?

リスクマネジメントと介入の違いについても明確にすべきではないか(吉田)?

GA自体が介入であるとの認識(二宮)。

渡邊先生に用語の統一をお願いしている(佐伯)。

用語は背景情報も含めて現状把握し検討(渡邊)。

<進捗に関して>

2年目までに最低限ドラフトは出して欲しい(佐伯)。

理想は11月の癌治療学会までにドラフトを仕上げ学会でパブコメ(佐伯)。

全てを同時進行は困難、先行して走っているCGAからではどうか(石黒)?

纏まった領域から関連学会のシンポジウムなどでパブコメをお願いしたい(佐伯)。

<CGA普及のハードルに関して>

CGA普及のハードルは医療側負担(人員と時間)に見合った診療報酬が得られないことであり、医療者の手間や時間も重要な情報ではないか(石黒)?

現枠組みで対応可能であれば指導料や加算は不要だが、より重点的に行うことで患者メリットになり医療経済的コスト削減や介護連携などが進むのであれば重要である(佐伯)。

100点の加算が入院時に1回だけあるが医療側の負担に見合っておらず、現状では8割の施設で高齢者評価は行われていない。出口は診療報酬加算で厚労省に提言として出したい(田村)。

特定の医療行為を推奨するには、Benefit が Cost や Risk を上回ることが求められるが、GA の場合に Benefit は明らかで Cost (医療側負担) とのバランスが重要なので、GA にかかる医療者側の負担 (時間と人員) など Cost の具体的記載が本文中に欲しい (石黒)。

ガイドラインは、Individual perspectives (個人視点) または Population perspectives (社会的視点) で作成する (二宮)。

個人視点で CGA が有用であることは自明だが政策提言には社会的視点が重要 (石黒)

日本の保険診療において社会的視点でのガイドライン作成に耐える指標が少ない (二宮、渡邊)

個人視点で纏めて社会的視点 (個々の評価に必要な時間など) の記載を入れる (田村、石黒)

診療 Guidelines は複数の Guideline を集めたもので、一つ一つ作成すれば良いがガイドライン間での整合性など微調整は必要 (田村、石黒)。

<ガイドラインの英文化>

ガイドラインは英文化して欲しい。日本語版が出来上がった後でも良い (佐伯)。

同時進行が望ましいが領域によって個別で検討 (田村)。

同時進行も可能 (二宮)。

・ **高齢がん患者に対する術前高齢者機能評価 (GA) と術後合併症との関連解析研究 (吉田好雄)**

吉田先生からスライドを利用して進捗状況に関する報告があった。

・ **よくわかる老年腫瘍学テキスト (唐澤久美子)**

唐澤先生からスライドを利用して進捗状況に関する報告があった。

(以下、質疑応答の概要)

<用語の統一に関して>

老年腫瘍学と支持医療のテキストブックで調整を行う (渡邊)。

・ **他学会ガイドライン委員会との連携 (石川敏昭)**

石川先生からスライドを利用して報告があった。

(以下、質疑応答の概要)

<大腸癌研究会との連携に関して>

大腸癌研究会の会長が杉原先生から味岡先生に交代となる (石川)。

今後も大腸癌研究会との協力関係を継続していく必要がある (佐伯)。

・ **普及・評価委員会 (渡邊清高)**

渡邊先生からスライドを利用して進捗状況に関する報告があった。

(以下、質疑応答の概要)

<QA 集に関して>

QA 集作成に研究費を活用して欲しい (佐伯)

・介護と医療の連携に関する観察研究 (吉田陽一郎)

吉田先生からスライドを利用して研究結果の報告があった。

・パネルデータを用いた悪性腫瘍入院治療と高齢者の死亡に関連する要因の分析 (松田晋哉)

松田先生から進捗の報告があった。

3. 高齢者がん医療協議会について (田村和夫)

4. 今後の予定

田村先生より、スライドを利用して今後の予定について発表があった。

高齢者のがんを考える会議 7 2022 年 11 月 26 日 土曜日 (案)

ガイドライン、老年腫瘍学テキスト完成に向けての支援と普及活動

2022 年度 班会議 2023 年 1 月 28 日 土曜日 (案)

高齢者がん医療協議会 総会 同日の班会議後 (案)