

厚生労働科学研究費補助金（がん対策推進総合研究事業）
総合研究報告書 2021～2022年度

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
研究代表者 佐伯俊昭 埼玉医科大学 教授

研究要旨

本研究では研究計画に基づき次の5つの課題について検討した。

- I. 高齢者のがん診療ガイドライン作成委員会、ならびにそのコアメンバーから成る運営委員会は、高齢者のがん診療に関する臓器横断的な重要臨床課題（高齢者機能評価、がんリハビリテーション、栄養・サルコペニア）を抽出し、5つの Clinical Question を設定し systematic review を行った。その結果を踏まえ回答と解説をメールによる審議・エキスパートパネル会議を経て、ガイドラインを作成した。ガイドラインは高齢者がん医療協議会（以下、協議会）、日本がんサポーターブケア学会（JASCC）、がん関連学会・団体による review、パブリックコメントを得て、修正ののち Web 上で公開した。
 - II. 本ガイドラインの基盤となる学問としての老年腫瘍学を発展させるために、腫瘍学と老年医学の専門家による共同作業で「よくわかる老年腫瘍学」を作成し、テキストブックとして発刊した。
 - III. 普及・評価委員会は、ホームページ、Twitter、Facebook を通してガイドラインの普及をはかると共に、がん診療拠点病院を対象に Web 研修会を開催した（参加者 1350 名）。また、がん関連学会が作成したガイドラインから高齢者に関する記述や CQ の設定があるかを調査した。またガイドライン委員から意見を聴取した。
 - IV. 本ガイドラインの推奨する高齢者機能評価（GA）とがん治療成績、とくに有害事象との関連について後ろ向き研究を開始し、登録が進行している。
 - V. 脆弱な高齢患者のがん診療を適正に進めていくためには生活基盤の確立は必須であり、介護との連携が重要である。そこで公開討論会を開催し、両者の有機的な連携や介護保険制度について議論し、理解を深めることができた。がん医療と介護に関する実態を知るために、①DPC 病院治療後の在宅診療について big data の解析、②1 大学病院で介護認定を受けた高齢がん患者の治療移行割合や予後についての調査、③介護認定を受けた悪性リンパ腫モデルケースに対する血液内科の診療指針を調査する 3 つの研究を行った。介護を必要とする患者の予後が悪く、がん治療も毒性が強く出る懸念から控える傾向を示した。脆弱な患者のがん治療前の評価、治療後のケアは今後の課題であり、そのリスク要因の詳細な検討が必要と考えられた。
- 以上、これらの研究を通して人材育成がはかられている。

はじめに

本研究では研究計画に基づき次の5つの課題について検討したので、その成果を報告する。

- I. 高齢者のがん診療において臓器横断的ながん種共通のガイドラインを策定する。
- II. ガイドラインの基盤となる学問としての老年腫瘍学のテキストブックを作成する。
- III. 作成されたガイドラインの医療現場への周知のために IT を使って研究成果の提供や研修会を開催する。また、がん関連学会作成ガイドラインを review し、各委員会への紹介について検討する。
- IV. 高齢者のがん診療における高齢者機能評価（GA）の応用を促進するために、GA の有用性に関するエビデンスの蓄積を行う。
- V. 医療と介護の適正な連携について現状を把握し連携の有り方について検討する。

これら5つの課題を検討するために、以下の研究組織のもと研究を遂行した。

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作成

石黒 洋 埼玉医科大学 乳腺腫瘍科（ガイドライン作成委員会委員長）

二宮貴一朗 岡山大学 血液・腫瘍・呼吸器内科（運営委員会委員長）
 小寺泰弘 名古屋大学 消化器外科（協力者 田中千恵）
 吉田好雄 福井大学 産科婦人科（臨床研究、協力者 井上大輔）
 唐澤久美子 東京女子医科大学 放射線腫瘍学（老年腫瘍学テキスト編集委員長）
 杉本 研 川崎医科大学 総合老年医学（老年腫瘍学テキスト副編集委員長）

・ガイドラインの普及・検証、体制整備

石川敏昭 順天堂大学医学部 腫瘍内科（がん関連学会作成ガイドラインへの普及）
 渡邊清高 帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科（ガイドライン普及・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・消化器外科（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

また、上記5課題はお互いに関連しているが、課題ごとに研究成果を A. 目的、B. 研究方法、C. 研究結果、D. 考察、E. 結論、G. 研究発表、H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）をあげて記載する。

I. 高齢者がん診療ガイドライン
 （石黒、二宮、小寺研究分担者）

A. 研究目的

高齢者がん診療において臓器横断的ながん種共通のがん診療ガイドライン（clinical practice guideline, CPG）の策定を行うことである。

B. 研究方法

1) 研究体制の構築

本研究を遂行するための組織作りと関連学会・団体との共同体制を整えた。

まず、多診療科、多職種、患者代表から構成される「**高齢者がん診療ガイドライン作成委員会**」とそのコアメンバーからなる「**運営委員会**」を設置した。さらに、24 のがん関連学会・団体、老年医学会から推薦された委員による**高齢者がん医療協議会**（コンソーシアム、以下、協議会）を組織し、ガイドライン委員会と協働でガイドライン作成・査読に関わった。同様に日本がんサポーターブケア学会からもガイドライン作成・査読、ガイドライン広報（ホームページ、Twitter、Facebook）に関して支援を得た。

【高齢者がん診療ガイドライン作成委員会】

専門/役割	委員	所属
委員長	石黒洋	埼玉医科大学（乳腺科、腫瘍内科）
作成指導	吉田雅博*	国際医療福祉大学 (消化器外科学、MIND s)
内科治療	二宮貴一朗*	岡山大学（腫瘍・血液内科）
	坂井大介	腫瘍内科
	石川敏昭	東京医科歯科
外科治療	小寺泰弘	名古屋大学 消化器外科（食道・胃）、 担当：田中千恵
	吉田陽一郎	福岡大学 消化器外科（大腸）
	吉田好雄*	福井大学 婦人科、

担当：井上大輔

吉野一郎 千葉大学 呼吸器外科

放射線治療 唐澤久美子* 東京女子医科大学

担当：室伏景子 東京都立駒込病院

精神腫瘍 小川朝生* 国立がんセンター東病院

奥山 徹 名古屋市立大学精神・認知・行動医学

支持・リハ# 辻哲也* 慶応大学リハビリテーション医学

華井明子 国立研究開発法人理化学研究所

松尾宏一 福岡大学 薬学部

桜井なおみ キャンサーソリューションズ（株）

老年医学 山本寛* 東京都健康長寿医療センター

杉本 研 川崎医科大学 総合老年医学

薬学 今村知世* 昭和大学薬学部

看護 綿貫成明* 国立看護大学

生物統計 有馬久富* 福岡大学

内部評価 相羽恵介* 戸田中央総合病院

海堀昌樹 関西医大 肝臓外科

野村由美子 対がん協会

鈴木賢一 星薬科大学

作田裕美 大阪市立大学

#：リハビリテーション *：リーダー

【運営委員会】

作成委員会委員より多領域、多職種よりコアメンバーを選任し、運営委員会を設置。ガイドライン作成にあたり作成委員会と協働で企画・作成にあたった。

委員	所属
二宮貴一朗（代表）	岡山大学 血液・腫瘍・呼吸器内科学
坂井大介	大阪大学 腫瘍内科
田中千恵	名古屋大学 消化器外科（食道・胃）
井上大輔	福井大学 婦人科
室伏景子	東京都立駒込病院 放射線科
今村知世	昭和大学薬学部
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
石黒洋 (作成委員長)	埼玉医科大学	乳腺腫瘍科
アドバイザー		
吉田雅博	国際医療福祉大学 (消化器外科学、MIND s)	
中山健夫	京都大学	健康情報学

【高齢者がん医療協議会 (コンソーシアム)】

がん関連学会・団体、老年医学会から推薦された委員24人による協議会が本研究班と協働でガイドライン作成やその他の研究にかかわり、さらに3つのがん関連学会がガイドラインの評価等で協力する協力団体として参加した。

学会・研究会名	氏名	所	属
日本がんサポーターティブケア学会	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	神戸大学医学部附属病院	緩和支援診療科
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	久米壽喜 (担当：中村真樹)	東京大学医学部	泌尿器科学
日本サイコロロジ学会	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	東京薬科大学	臨床薬理学教室
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	瀧岡医科大学	麻酔科
日本慢性疼痛学会	福井 聖	滋賀医科大学医学部附属病院	ペインクリニック科
	(副：西木戸修)	昭和大学横浜北部病院	緩和ケアセンター
日本対がん協会	服部 尚		
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	浜島喜幸	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	董統等に協力はするが委員はなし		
日本頭頸部癌学会	董統等に協力はするが委員はなし		
日本癌学会	董統等に協力はするが委員はなし		

【日本がんサポーターティブケア学会】

一般社団法人日本がんサポーターティブケア学会 (Japanese Association of Supportive Care in Cancer, JASCC, <http://jascc.jp/>) は、執筆者・査読者の選定、本研究班の成果物の広報に際し協力した。また、同学会 COI 委員会によりガイドライン作成委員、運営委員ならびに老年腫瘍学テキストブック執筆者・査読者の利益相反マネジメントが行われた。老年腫瘍学テキストブックは本研究班が執筆・査読し、JASCC の編集協力を得て上梓した。

2) Clinical Practice Guidelines 作成

本CPGは、高齢がん患者の課題を理解する上での背景疑問 (Background Question) をもとにした総

論の項と、臓器横断的に挙げられた臨床疑問 (Clinical Question; CQ)、の2つの項で作成される。

高齢者がん診療ガイドライン作成委員会・運営委員会において、本PCGの背景疑問・臨床疑問が議論され、下記の項目が挙げられた。

(1) 背景疑問 (Background Questions)

運営委員会による作成委員それぞれの専門性により担当別に執筆された。

1. 高齢がん患者とフレイル
2. 高齢がん患者におけるアウトカム評価
3. 高齢がん患者の身体的・精神的変化 (高齢者機能評価; CGA)
4. 高齢がん患者と意思決定能力
5. 高齢がん患者と介護・福祉 (介護保険制度)
6. 高齢がん患者が抱える社会的問題

(2) 臨床疑問 (Clinical Questions)

個人差の大きい高齢者がん診療ガイドラインを作成するにあたって多くの重要な臨床課題が挙げられたが、臓器横断的で高齢がん者のマネジメントに重要な課題、「高齢がん患者における高齢者機能評価 (CGA)」「高齢がん患者に対する抗がん治療の目的」「高齢がん患者に対する予防/支持/緩和医療・臨床諸問題」を抽出し、それぞれに対応するCQをあげて検討した。

検討の結果、運営委員会にて次の5つの臨床疑問があげられCPG作成に進んだ。

- CQ1. 高齢がん患者に対する治療 (薬物療法) に際して、高齢者機能評価 (GA/CGA) を行うことは推奨されるか?
- CQ2. 高齢がん患者に対して、術前のリハビリテーション治療 (Prehabilitation) を行うことは推奨されるか?
- CQ3. がん薬物療法中の高齢がん患者に対して、リハビリテーション治療を行うことは推奨されるか?
- CQ4. がん治療後の高齢がん生存者に対して、リハビリテーション治療を行うことは推奨されるか?
- CQ5. 高齢がん患者に対する治療に際して、栄養療法もしくはサルコペニアの対策を行うことは推奨されるか?

高齢がん患者における課題である各臨床疑問 (CQ) に対する網羅的文献検索 (システムティックレビュー) と推奨決定までの作成の流れについて記載する。その手順は、MIND s のガイドライン作成マニュアルを参考にした。

まず、日本医学図書館協会の協力を得て作成された検索式により医学データベースを用いて網羅的文献検索が実施される。検索結果を用いて、各担当委員において一次・二次スクリーニング評価が行われ、本CPGの各CQ (PICO) に評価可能な文献の客観的評価が行われる。ただし、本CPGは臓器横断的な作成手法をとっており、網羅的文献検索に

において適切な検索ができないことや、検索数が膨大になる傾向にある問題点が挙げられた。そのため一部のCQでは、本邦や国外の主要な臓器別ガイドラインをもとに代表的な文献の抽出を行うこと、などで対応を行っている。また、システムティックレビューの担当者に関しては、臓器別や分野別でそれぞれの専門家が適切であると判断されたため、がん薬物療法領域・外科領域・放射線領域・リハビリテーション領域など各領域において、高齢者がん医療協議会（JAGO）や日本臨床腫瘍学会・日本放射線腫瘍学会・日本リハビリテーション医学会に所属する委員の協力により、文献検索が行われた。

C. 研究結果

1) 総論（資料①）

高齢がん患者の特徴や評価について各担当者より記載された。

「フレイル」に関しては、日本老年医学会が定めている「フレイル」（老年医学）とがん患者の薬物療法を考える上での「フレイル」（老年腫瘍学）との規準が明らかに異なっていることが問題点として挙げられた。それに関する差異を可能な限り少なくすることが本CPGの役割であり、解説に加えた（二宮・杉本委員）。

「高齢がん患者におけるアウトカム評価」に関しては、若年者で求められるアウトカムが高齢者では異なっている可能性がある点において、治療に当たる医療従事者の理解を深める点で重要であり、解説でまとめられた。また、高齢がん患者に関わる臨床諸問題について、「身体的・精神的変化（高齢者機能評価：GA/CGA）」（二宮委員）

「意思決定能力（小川委員）、5. 介護・福祉（綿貫委員）、社会的問題（渡邊委員）」と、それぞれ担当者が執筆し、それぞれの課題をまとめた。

2) Clinical practice guidelines

重要な臨床課題に答えられるだけのエビデンスが得られる可能性のある次の5つのCQについて回答と解説を加えてガイドラインとしてWeb上に公表した（石黒・二宮・小寺（田中千恵）研究分担者）。

CQ1：高齢がん患者に対する治療（薬物療法）に際して、高齢者機能評価（GA/CGA）を行うことは推奨されるか？

担当者（二宮、井上委員）の元、システムティックレビューが実施された。その結果、がん薬物療法を行う上で高齢者機能評価（GAもしくはCGA）を行うことで、生存期間に影響を及ぼさないこと、がん薬物療法の有害事象を有意に軽減させること、患者のQOLを軽減させる傾向にあること、がそれぞれ示された。

上記の結果を受けて、運営委員会を主とした多職種によりエキスパートパネル会議が実施された。高齢がん患者がおかれている医療の実情や、高齢者機能評価の実施状況／実現可能性、保険診療上の問題なども加味された。最終的に、推奨度とし

て推奨2（弱く推奨）となることが決定された。

- ・ 生存効果に影響を与えない（エビデンスの強さ：B）。
- ・ 化学療法の有害事象を軽減させる（エビデンスの強さ：B）。
- ・ 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）。

推奨：高齢者機能評価（GA/CGA）を行うよう提案する。[推奨の強さ：2，エビデンスの強さ：B，合意率：73%]（資料②）

CQ2-4は担当者（辻委員）を主とし、日本リハビリテーション医学会の協力の元、文献抽出およびシステムティックレビューが実施された。その結果、がん手術前、がん薬物療法中、がん治療後生存者のそれぞれに対するリハビリテーションの有用性について文献的な考察が行われた。その結果を受けて、運営委員会を主とした多職種によりエキスパートパネル会議が実施された。

術前リハビリテーション治療については、エビデンスが乏しく推奨決定はなされなかった（Future research question）。ただし、肺がんに対する呼吸器リハビリテーションは高齢者によらずエビデンスが示されていることから補足された。がん薬物療法中のリハビリテーション治療については、薬物療法へのコンプライアンスの向上やQOLの改善が示されていることから、推奨2（弱い推奨）と決定された。最後に、がん治療後の生存者に対するリハビリテーション治療については、一般的な高齢者に対する効果を評価しているのみであるとの指摘もあったが、アウトカムの改善が示されていることから、推奨2（弱い推奨）と決定された。

CQ2：高齢がん患者に対して、術前のリハビリテーション治療（Prehabilitation）を行うことは推奨されるか？

推奨：高齢がん患者に対して、術前のリハビリテーション治療（Prehabilitation）を行うよう勧めるだけの十分なエビデンスが現時点で示されていない。[推奨の強さ：なし（Future Research Question），エビデンスの強さ：C]

ただし、がん治療におけるリハビリテーション診療ガイドライン（第2版）に基づき、肺がんの手術予定の患者に対しては、高齢者であっても術前に呼吸リハビリテーションを行うことが勧められる。

CQ3：がん薬物療法中の高齢がん患者に対して、リハビリテーション治療を行うことは推奨されるか？

推奨：がん薬物療法中の高齢がん患者に対して、リハビリテーション治療を行うことを提案する。[推奨の強さ：2，エビデンスの強さ：B，合意率：100%]

CQ4：がん治療後の高齢がん生存者に対して、リハビリテーション治療を行うことは推奨されるか？

推奨：がん治療後の高齢がん生存者に対して、リ

ハビリテーション治療（運動療法）を行うことを提案する。〔推奨の強さ：2，エビデンスの強さ：C，合意率：92%〕（資料③）

CQ5：高齢がん患者に対する治療に際して、栄養療法もしくはサルコペニアの対策を行うことは推奨されるか？

担当者（内藤委員）の協力の元、文献抽出およびシステマティックレビューが実施された。その結果、栄養療法に関しては有用性が示された結果は認められなかった。また介入試験においては、いずれの試験でも介入群がサルコペニアに与える有用性は評価できなかった。

上記の結果を受けて、運営委員会を主とした多職種によりエキスパートパネル会議が実施されたが、エビデンスが乏しく推奨決定はなされなかった。

推奨：高齢がん患者に対する治療に際して、栄養療法もしくはサルコペニアの対策を行うよう勧めるだけの十分なエビデンスが現時点で示されていない。〔推奨の強さ：なし（Future Research Question、エビデンスの強さ：D）〕

ただし、米国臨床腫瘍学会（ASCO）ガイドライン：がん悪液質のマネジメントに基づき、体重が減少している高齢の進行がん患者に対しては、栄養の評価とその対策を行ってもよい。（資料④）

3) 公表

作成されたCPGは外部評価委員による評価、パブリックコメントを得て修正・追記を行い、さらに2022年11月26日コンセンサス会議、「高齢者のがん医療を考える会7：高齢者がん診療ガイドライン～コンセンサスと普及・評価」を開催し、CPGを紹介・議論を行い、コンセンサスを得た。

（資料⑤）2022年12月、1）2）を本研究班のホームページに掲載した。（資料⑥）またsocial mediaを使って広報した。

CQ1はがん種横断的に広く利用されることが予測され、ガイドラインとして国際的に利用されるように英語で論文化し、国際老年腫瘍学会誌、Journal of Geriatric Oncologyにacceptされ、2023年オンラインで掲載された。（資料⑦）

4) エビデンスが十分でない重要な臨床課題の検討

重要な臨床課題ではあるが、ガイドライン（CPG）として発信することが困難なものについては、Good practice statement（GPS）の作成を目指している。CQとして検討中のものは、以下の6つのカテゴリー、モダリティ別をいれて9つであり、それぞれ運営委員が中心になって担当し、関連する専門家の協力を得てステートメント提示の検討を行っている。

（1）高齢がん患者に根治治療は推奨されるか？

外科治療 田中千恵、井上大輔

放射線治療 室伏景子

薬物療法（免疫療法を含む） 二宮貴一郎

（2）GA/CGAは外科治療に有用か？ 井上大輔

GA/CGAは放射線治療に有用か？ 室伏景子

（3）PK/PDあるいは臨床研究結果に基づく抗がん薬の減量は推奨されるか？ 今村知世

（4）介護保険と医療保険の同時利用は可能か？ 綿貫成明

（5）高齢がん患者のがん治療にあたり介護保険制度下、介護サービスは推奨されるか？

吉田陽一郎

（6）高齢患者のがん治療にあたって歯科口腔のケアは推奨されるか？ 上田倫弘

いずれもrandomized control trial(RCT)による質の高いエビデンスが無い、あっても極めて少ないため、がん関連学会が発信しているガイドラインや観察研究を含め、広く文献的検索を行い、メール審議、エキスパートパネルによる議論を経て、外科ならびに放射線治療において根治治療の有用性について、またGA/CGAと外科、放射線治療についてstatementが出せないか検討している。（資料⑧）

CQ. 高齢がん患者に根治手術を行うことは勧められるか？

担当者（田中委員）を主とし、網羅的文献検索が難しい状況を踏まえ、本邦や国外の主要な臓器別ガイドラインをもとに代表的な文献の抽出を行った。外科治療を行うか行わない（BSC）かを比較するRCTは実施困難であることが想定され、主にそれぞれの癌腫の主な臨床試験における年齢サブグループ解析を採用・抽出した。その結果、高齢がん患者に対する手術治療においては、①術後合併症や後遺症が多い傾向にある、②術後死亡率への影響に関しては術式によっても異なり様に結論づけることはできない、③全生存期間が短い傾向にある、の3つのアウトカムが明らかとなった。

上記の結果を受けて、運営委員会を主とした多職種によりエキスパートパネル会議が実施された。高齢がん患者に対しても非高齢がん患者と同様に根治手術を行うことが治療方針の基本となるが、上述したアウトカムを踏まえて、術前機能と手術侵襲の程度を勘案した上で、その実施の可否を総合的に判断する必要がある、とするステートメントを提示するに至った。（資料⑨）

CQ. 高齢がん患者に対する外科治療の際に、高齢者機能評価（GA/CGA）を行うことは有用か？

担当者（井上委員）を主とし、文献抽出およびシステマティックレビューが実施された。外科治療における高齢者機能評価の意義を評価したRCTは少なく、主に観察研究を抽出した。それにより、複数の試験で術後合併症を予測することが可能であるとの結果が得られた。一方で、実施することによる術後合併症の改善効果までは示されていない。

上記の結果を受けて、運営委員会を主とした多職種によるエキスパートパネル会議が実施されたが、エビデンスが乏しく具体的な記載までは難しいとの結論であったが、（Future research

question)、術後合併症を予測することから行うことの意義は高いと評価された。(資料⑩)

CQ. 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?

CQ. 高齢がん患者に対する放射線治療の際に、高齢者機能評価 (GA/CGA) を行うことは有用か?

担当者(室伏委員)を主とし、日本放射線腫瘍学会の協力のもとシステマティックレビューを現在行っている。また、高齢者がん医療協議会(JAGO)および日本放射線腫瘍学会(JASTRO)を介して、各領域(膠芽腫・頭頸部がん・肺がん・膀胱がん・子宮頸がん・前立腺がん)の専門家への文献検索・作成依頼を行っている。外科治療と同様に、放射線治療においても行うか行わない(BSC)かを比較するRCTは実施困難であることが想定され、主にそれぞれの癌腫の主な臨床試験における年齢サブグループ解析を採用・抽出した。(資料⑪)

今後、抽出文献のシステマティックレビューが実施され、その結果を元に推奨決定議論が行われることが見込まれる。

D. 考察

臓器横断的で高齢がん患者のマネジメントに重要な臨床的課題を3つ抽出し、それに基づいて多くのCQをあげて検討したが、がん種共通の課題でエビデンスが明確に検討できる臨床研究や論文が限られており、とくに各治療法に直接関連したCQに対して回答することは困難であった。そのため文献の検索はもちろんであるが、がん関連学会が出しているガイドラインのreviewから得られた情報も利用した。このことは高齢者、とくに脆弱な高齢者を対象とした研究がほとんど行われてこなかったことが一因ではあるが、その裏には老年腫瘍学が確立しておらず老年腫瘍医が極めて少ないこと、さらに老年科専門医も少ないこともあって腫瘍医と老年科専門医の連携が、日本ではほとんどなされてこなかったことが主たる原因ではないかと考えられる。

今回、CQ1でがん治療を実施するにあたって高齢者機能評価(GA)を弱い推奨度で薦められるとの結論を得た。弱い推奨となった大きな理由は、がん種や治療内容、背景の異なる個人差の極めて大きい患者群に対し、異なるGAツールを使って得た結果をもとに解析され、その有用性が論じられていたからである。ただ、この数年、多数例でのRCTでGA/CGAが化学療法の合併症を軽減し、健康関連QOLを改善する傾向があることを示すことができた。医療安全上のリスクマネジメントの面からもGA/CGAは役に立ち、有用であるはずである。従来、RCT至上主義の考え方でその有用性を示すことが難しかったものと考えられる。今後のreal worldのデータによる検証を待ちたい。また、外科、放射線治療領域においてもGA/CGAについて検討中であり、明確な結論は出ない可能性はあるが、方向性は出せるのではないかと考える。

リハビリテーション治療、運動療法に関しては、日本リハビリテーション医学会より「がん治療におけるリハビリテーション診療ガイドライン 第2版」(金原出版、2019年)があつて参照することができ、外挿できるものがあった。ただ、高齢者を対象としたものは限られており、再度、がんリハビリテーションについてはsystematic reviewを行い、Mindsの手順に則ってCPGを作成した。結果として呼吸器領域の術前呼吸器リハビリテーション、がん薬物療法中ならびにがん治療終了後のリハビリテーション治療(運動療法)を行うことを提案した。

栄養は、高齢者を対象としたRCTや大きなコホート研究がないため推奨することができず、future research questionとなった。栄養は生存に必要な基本的な要素であり、ASCOのガイドラインから「栄養の評価とその対策を行ってもよい」との提言を引用することにとどまった。高齢者は、担癌の有無にかかわらず、加齢に伴って食事とくに蛋白摂取量の低下があり、運動量の減少と相まってサルコペニアの状態がある患者が多くみられる。栄養療法の有用性を検討するにあたり、担癌の高齢患者を対象に、多数例で前向きなRCTをことはかなり困難であるが、栄養療法やサルコペニアの対策などの介入を行うことにより、様々なアウトカムを改善させることが期待される。今後の検証的な研究の成果が期待される。

E. 結論

高齢がん患者を診療するにあたってGA/CGA評価、がん薬物療法中、治療後のリハビリテーション・運動療法を推奨する。術前リハビリテーション、栄養については将来の研究に待たなければならないとされたが、呼吸リハビリテーション、栄養評価とその対策を行ってもよいとの但し書きをつけた。

G. 研究発表

「高齢者のがん診療ガイドライン 2022年版」

2022年12月公表

<http://www.chotsg.com/saekigroup/cpg.html>

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

II. 老年腫瘍学テキストブック

(唐澤・杉本研究分担者)

A. 研究目的

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った。そこで、本研究では、老年腫瘍学のテキストブックを、班員、研究協力者及び日本がんサポーターティブケア学会教育委員会と協議し、テキストブックの内容と執筆者、査読者を決定し、研究成果を日本がんサポーターティブケア学会が引用する形で出版を行うこととした。(資料⑫)

B. 研究方法

老年医学、腫瘍内科学、腫瘍外科学、婦人科腫瘍学、放射線腫瘍学、社会医学、老年病態研究を専門とする7名からなる編集委員会を結成し、監修を田村前研究班代表と佐伯本研究班代表が務めた。

前研究班で作成した「高齢者がん医療Q&A、臓器別編」で編集委員として臓器横断的な治療である放射線腫瘍の立場から企画から編集に至るまでリード役をした唐澤久美子研究分担者が編集委員長、老年科専門医、杉本研研究分担者が副編集委員長になり、臨床腫瘍学と老年医学の融合を目指し、腫瘍医と老年科医が協力する体制を整えた。さらに、日本がんサポーターティブケア学会(JASCC)の教育委員会に本研究への協力を要請し、共同体制を確立した。

執筆者は、「高齢者がん医療 Q&A、総論、臓器別編」関係者、高齢者がん医療協議会委員、JASCC 高齢者がん治療部会、教育委員会から募った。また、老化のメカニズムなど上記のメンバーではカバーできない領域は、専門の研究者に依頼した。査読は協議会委員をはじめ各領域の専門家に依頼し、reviewを受けて修正・追記し、編集委員会で最終の編集を行った。

テキストブックの内容を協議・検討し、①加齢による分子・細胞や臓器の変化、②加齢に伴う心身・社会・経済的な問題、③高齢者のがんならびにがん患者の病態生理、④適切な併存症・合併症治療、⑤がんの予防・診断・治療(治療選択・治療の止め時)、⑥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)を紹介できること、⑦医療経済(費用対効果・quality adjusted life year[QALY])、⑧終末期医療(quality of death・良い死に方, ACP)を理解できる書籍とすることとした。

また、テキストブックではあるが、腫瘍医にとっては馴染みの薄い、高齢がん患者の脆弱性に応じたアプローチの理解を助けることを目的に、症例提示も入れた。

さらに高齢者のがんを考える会議5(2021年11月)では、「老年腫瘍学の確立を目指して:老年科と腫瘍科の密接な連携」について執筆者を含む本研究分担者、協議会、JASCC、老年医学会の委員、会員が参加して議論した。両診療科とも人材の確保が問題としながらも、協力して学問の確立

と診療における協力体制の確立が必要であることを確認した。(資料⑬)

【編集委員会】

〔監修〕

佐伯 俊昭 埼玉医科大学 国際医療センター病院長
田村 和夫 福岡大学 名誉教授

〔委員長〕

唐澤久美子 東京女子医科大学 放射線腫瘍学

〔副委員長〕

杉本 研 川崎医科大学 総合老年医学

〔編集委員〕

石黒 洋 埼玉医科大学国際医療センター
乳腺腫瘍科

海堀 昌樹 関西医科大学 外科学講座

重本 和宏 東京都健康長寿医療センター研究所
自然科学系副所長

中山 健夫 京都大学大学院医学研究科 健康情報学

吉田 好雄 福井大学医学部 産科婦人科

C. 研究結果

老年腫瘍学のテキストは2022年秋に原稿が集まり編集作業を行った。研修医と一般医を主な対象とし、医療系の教員が学生教育で参照できる内容として、336 ページからなる「よくわかる老年腫瘍学」を作成した。執筆は、老年医学科・腫瘍関連各科・支持療法専門家などそれぞれの分野の専門家が協力して当たった。章立ては5章とし、第1章では、高齢がん患者の特徴、何が非高齢者と違うのかを細胞レベルから社会・経済的背景まで記述し、第2章では、高齢がん患者の主治医として考慮すべき点を、機能評価、機能評価に基づく目標設定と治療法の選択、治療の支持療法、併存症への対応に渡って記載した。第3章では、がんを持つ高齢者への対応を、QOL と QOD(quality of death)の視点から記載し、第4章では教育研修制度、第5章では老年腫瘍学領域の研究手法について記載した。原稿は、高齢者がん診療ガイドライン委員、高齢者がん医療協議会委員、関連学会の会員の協力により内容のチェックを受けた。

本テキストが学部の医学教育、若い医師や看護系、薬学系大学の教員が学生教育に利用されるには、冊子体として発刊することが望ましいと考えられた。さらに本テキストが継続してupdate・改訂していくために、出版社の協力を得て、JASCCと共同で編集作業を行い、JASCC 編集、「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」研究班・著と言う形で、2023年3月「よくわかる老年腫瘍学」を出版社より発刊した。(資料⑭)

【よくわかる老年腫瘍学～目次】

第1章 高齢がん患者の特徴

1) 疫学

A. 病因

B. 高齢者に多いがん、予後

- 2) 症状
 - 3) 個人差
 - 4) 臓器・細胞レベル
 - A. 細胞老化・免疫老化とがん化の関係
 - B. がんが及ぼす影響－カヘキシア
 - C. PK/PD
 - 5) 社会・経済的背景
- 第2章 高齢がん患者の主治医になっ
たら？

Case 症例提示

- 1) 機能評価
- 2) 診断・検査
- 3) 機能評価に基づく目標設定
- 4) 機能評価に基づく治療法の選択
 - A. 意思決定支援
 - B. 手術
 - C. がん薬物療法
 - D. 放射線治療
- 5) 治療による悪化を防ぐアプローチ
 - A. 栄養面 (NST)
 - B. 運動面 (リハビリ)
 - C. 心理・精神面
 - D. 歯科口腔ケア
- 6) 高齢者に多い併発症への対応
 - A. 糖尿病
 - B. 循環器疾患
 - C. 腎臓病
 - D. その他

第3章 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
 - B. 運動療法
 - C. 緩和療法 (痛み)
- 2) QOD (quality of death)
 - A. ACP (advance care planning)
 - B. NBM (narrative based medicine)
 - C. 保険制度の利用

第4章 老年腫瘍学の教育・研修制度

第5章 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
- 2) 実例紹介

D. 考察

日本の医学部や医学系大学院には老年腫瘍学講座や専攻科が無い。そのため、日本にはこれまで老年腫瘍学のテキストブックが無く、これが日本で初めて公表された老年腫瘍学のテキストであり、老年医学、腫瘍学の講義や実習で利用されることが期待される。また、看護系、薬学系、リハビリテーション学の教員が講義等で参考になることも考慮して本テキストが作成されたので、それぞれの学部・学科で利用されることも想定される。

これまで腫瘍医と老年科専門医が協働で研究、教育、診療を行うことは殆ど無かった。今回両者が協働で教育ツールとして、またガイドラインや診療の基盤となる学問としてのテキストが作成されたことは画期的な事である。

今回の共同作業の一つに、本書では老年医学と腫瘍学の間用語の相違などにも配慮した。例えば、フレイルという用語は老年医学分野では、加齢に伴う生理的予備能の低下によって心身機能障害に陥りやすい状態、要介護状態の前段階として位置付けられ、介入によって再び健常な状態に戻るという可逆性がある状態とされている。しかし、腫瘍学においては、積極的な治療介入が困難な治療に unfit の状態として使われる。本書では、腫瘍学における unfit の状態は frail と記載して、老年医学領域のフレイルと区別した。

これを機会に教育だけでなく研究や診療、とくに高齢がん患者を併診で診られる体制が地域がん診療連携拠点病院等のがん治療病院の中にできるよう推進していくことが望まれる。

E. 結論

テキストブック「よくわかる老年腫瘍学」を腫瘍医と老年科医が協働で作成し上梓した。

- G. 研究発表、無し、
- H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)
1. 特許取得、無し
2. 実用新案登録、無し
3. その他、無し

III. ガイドラインの普及・評価

1. 高齢者がん診療ガイドラインの普及・検証、体制整備に向けた研修会の実施 (渡邊研究分担者)

A. 研究目的

身体的、精神心理的そして社会的にさまざまな背景を持つ高齢者において、がんを患ったときに、ハイリスク・脆弱で機能障害を抱える患者から、心身の状態が良好な患者まで幅広い。高齢者における質の高いがん医療の普及には、高齢者の特性を踏まえた高齢者機能評価 (GA) と、非高齢者を対象とした臨床研究によって提示されることの多いエビデンス、そして医療・介護・福祉を取り巻く社会的環境に基づく議論が必要である。高齢者のがん診療ガイドラインが普及し、がん診療がなされるがん診療連携拠点病院などのがん治療施設、慢性期や療養期を支える医療機関や介護福祉施設、自宅など在宅環境において、さまざまな医療・介護・福祉に関わる専門職のもとで実践されるには、普及や浸透のプロセスが重要である。

ガイドラインの普及にあたっては冊子体による公表だけでなく、ウェブサイトでの公開、がん関連学会・団体への紹介、それをもとにした各学会のガイドライン委員会にがん種ごとの高齢者に関するガイドラインやコンサル

サス策定を働きかけることが重要となる。がんに携わる医療者にガイドラインの周知・普及を図るには、オンデマンド形式でいつでも誰でも視聴できるようなe-learningプラットフォームの活用や、ソーシャルネットワーク・サービス（Facebook、Twitter、YouTubeなど）の利用も効果的である。がんを診療しているがん診療連携拠点病院にとどまらず、高齢者の慢性疾患の診療を行っている医療機関へのアプローチも、患者の診療やケアの道筋を考えると重要と言える。本検討では、令和3年度までの検討および新たに作成された高齢者がん診療ガイドラインに基づき、研修会を開催し、その効果を分析、その結果に基づくガイドライン普及に向けて必要な要素、および高齢者がん医療の現場での普及や浸透プロセスに求められる要点をまとめることとした。

B. 研究方法

作成されたガイドラインの普及ならびにその応用に伴う効果を評価するために「普及・評価委員会」を設置した。

委員長 渡邊清高 帝京大学

委員 西森久和 岡山大学病院

大野真司 がん研究会有明病院

岡本禎晃 市立芦屋病院

桜井なおみ 一般社団法人CSRプロジェクト

篠崎勝則 県立広島病院

辻晃仁 香川大学医学部

松井優子 公立小松大学

安本和生 金沢医科大学

1) ガイドラインを紙媒体だけでなく HP, social media を利用してガイドラインやその関連情報の提供を行う。

2) オンラインでのガイドラインの普及に向けた研修会

地域がん診療連携拠点病院は、日本の新規がん登録患者の **71.5%を診療**している（2021年）

（https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/hosp_c_registry.html、

https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/hosp_c/pdf/2021_shisetsubetsu_report00.pdf）。そのがん診療チームに本ガイドラインを周知・実践

してもらうことが必要である。

当研究班主催の「高齢者のがんを考える会議8～がん診療連携拠点病院「高齢者がん診療ガイドライン」研修会（2023年3月開催）」における議論では患者・家族の立場のパネリストを交えて、高齢者におけるがん医療提供体制、介護・福祉を含めた支援体制について議論した。

3) 高齢者がん医療ガイドライン普及に向けた研修プログラムに必要な要素

高齢者がん医療ガイドライン、および上記議論を踏まえ、高齢者のがん診療に加え、高齢者全般の医療やケアに関わる関係者に向けたガイドラインが普及するための研修プログラムのあり方、必要な要素についての検討を

行った。

C. 研究結果

ガイドラインを研究班の HP（http://www.chotsg.com/saekigroup/goggles_cpg_2022.pdf）、日本がんサポーターケア学会（<http://jascc.jp/>）の HP、Twitter、Facebook に紹介・掲載した。

ガイドラインの地域がん診療連携拠点病院への普及のため、拠点病院 453 施設に呼びかけ、2023年3月、研修会を開催したところ 1350名の参加者があり、ガイドラインの解説、パネルディスカッション、視聴者からの質問に答える形でガイドラインの理解・周知を図った。

1) オンラインでのガイドラインの普及に向けた研修会

「高齢者のがんを考える会議8 がん診療連携拠点病院「高齢者がん診療ガイドライン」研修会（2023年3月開催）」では、本研究分担者、高齢者がん医療協議会、JASCC、老年医学会の委員、会員が参加して議論した。2022年に公開した、高齢者がん診療ガイドラインのうち、CQ1：高齢がん患者における高齢者機能評価（GAもしくはCGA）に関する解説に続き、質の高い高齢者のがん医療の普及に向けた取り組みの紹介、さらに、患者・当事者の視点から、ガイドラインへの期待が寄せられた。関連診療科が連携し、老年腫瘍学・高齢者のがん医療領域の確立と診療における協働体制の確立が必要であることを確認した。

内容はZoomウェビナーで開催するとともに、YouTubeでのライブ配信およびオンデマンド配信がなされた。（資料⑮）

2) 高齢者がん診療ガイドライン普及に向けた研修プログラムに必要な要素

高齢者のがん医療ガイドライン普及にあたっては、高齢者におけるがんの現状、病態や病状の特徴（特に非高齢者との対比において）、老化に伴う身体的・精神心理的・認知的な課題、診断や治療の基本的な考え方、社会・経済的背景などを認識することが第一歩となる。さらには、高齢者機能評価（GA）とGAに基づくがん診療の実践について、具体的な事例を含めて提示することが求められる。こうしたことから、高齢者のがん医療テキストブックでは、以下の項目を研修に必要な要素としてまとめた。

テキストブック「よくわかる老年腫瘍学」の項目を踏まえ、高齢者のがん診療に携わる医療者が修得すべきコンピテンシー（高齢者がん診療に求められる基本的な資質・能力）およびカリキュラム（教育研修プログラム）として、以下の要素が挙げられる。

●高齢者がん診療に求められる基本的な資質・能力

- ・高齢者がん診療の心構え
- ・患者の視点

- ・コミュニケーション
- ・チーム医療
- ・科学的根拠
- ・高齢者がん診療の実践能力
- ・研究能力
- ・自己研鑽
- ・教育能力
- 高齢者がん診療のカリキュラムの構成要素
 - ・高齢者がん医療の基本的事項
 - ・高齢者がん医療総論・各論
 - ・高齢者を取り巻く医療と社会
 - ・高齢者がん医療の研究

質の高い高齢者のがん医療を提供する専門職の到達すべき目標を策定し、必要なプログラムを企画・立案することが求められる。以下に、例を挙げる。

- 高齢者のがん医療の実践に求められるコンピテンシーの例
 - ・高齢者がん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、良質で安全な高齢者がん医療を提案できる
 - ・専門職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・メディカルスタッフの視点で）がん医療を提案・実践できる

D. 考察

2023年度から新たに追加された地域がん診療連携拠点病院の指定要件のなかに「高齢者のがんに関して、併存症の治療との両立が図れるよう、関係する診療科と連携する体制を確保すること。また、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること」が記載されており、本ガイドラインのCQ1で推奨されたGA/CGAを実施し適正に対応することが求められている。

拠点病院を対象としたガイドライン研修会では、高齢者機能評価（GA/CGA）に関しては実施していない施設が多いこともあって、機能評価ツールの選択、その結果の応用といった基本的な質問が多数寄せられた。次回は一歩進んでワークショップ等を開催し、具体的にGA/CGAの演習やロールプレイを通して医療の現場に速やかに応用できるようにすべきと考えられた。

高齢者のがん診療のコンピテンシーに関する到達目標に基づき、教育研修プログラムの立案が可能となる。今後は具体的なテーマ

（大腸がん医療、介護と医療の連携、など）において、どのようなアウトカムが求められるか、関係者による議論と試行プログラムでの評価検証をもとに、均てん化に向けた検討や議論が進むことが望まれる。これによって、医療現場でのガイドラインの活用が促される。最も重要なことはガイドラインの周知ばかりでなく、実際に使われ評価を受け、今後の改善（ガイドライン改訂、教育プログラムの精緻化）、普及につなげることである。今後アンケートなどを活用してその普及度を調査するとともに、評価・検証の枠組みが重要と考えられる。

E. 結論

地域がん診療連携拠点病院の医療チームへの研修、HPやsocial mediaを利用してガイドラインや関連する情報を発信した。また、高齢者がん診療ガイドライン普及に向けた研修プログラムに必要な要素を検討した。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

2. 高齢者がん診療ガイドライン2022年版の がん関連学会診療ガイドラインへの応用（石川研究分担者）

A. 研究目的

本邦のがん診療では、臓器別のがん診療ガイドラインが普及し、診療の向上と均てん化に寄与している。本研究で策定する高齢者診療ガイドラインを普及する上で、これらのがん診療ガイドラインにおいて本研究のガイドラインの有用性が記載されることは非常に重要である。また、本ガイドライン2022年版においても、その一つの役割として「全がん種共通の診療指針を各学会のガイドライン委員会に提示し、高齢者のマネジメントについて検討いただくよう提案し、可能であればそれぞれのがん関連学会のガイドラインに盛り込んでもらうことである。」と記載している。本研究では、各種のがん診療ガイドラインに精通し高齢者医療の研究を行っている協力メンバーによる研究グループを立ち上げ、がん関連ガイドラインにおける本ガイドラインの記載を促進するための方策を検討した。

B. 研究方法

1) 各種のがんの治療ガイドラインに精通し、高齢者医療の研究を行っている協力メンバーを選定し、研究グループを立ち上げた

2) 各種のがん診療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を確認し、ガイドラインにおける取り扱いの現状と問題点を検討した。

高齢者に関する記載の有無、具体的な治療方針に関する記載の有無、高齢者総合的機能評価 (CGA/GA) に関する記載の有無を検証した。

3) 2022年11月に公開された高齢者がん診療ガイドライン 2022年版の内容と一般的な普及度を検証し、各種がんのガイドラインに普及するための方策を検討した。

C. 研究結果

1) 研究グループの立ち上げ

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、調整する研究グループを立ち上げた。

石川敏昭 順天堂大学 (代表)

篠崎英司 がん研有明病院

高張太亮 がん研有明病院

石黒めぐみ 東京医科歯科大学

木庭幸子 信州大学医学部

2) 臓器別がん診療ガイドラインの内容検討

(1) 26の診療ガイドラインを検証した (表)。
肺がん診療ガイドライン、乳癌診療ガイドライン1 治療編、食道癌診療ガイドライン、大腸癌診療ガイドライン、GIST診療ガイドライン、膵癌診療ガイドライン、腎癌診療ガイドラインの7つのガイドラインについては2022年に改訂版が出版された。14ガイドライン (54%) において高齢者診療に関する記載があり、そのうち12ガイドライン (46%) では高齢者の治療方針を具体的に記載していた。高齢者総合的機能評価 (CGA/GA) について記載していたガイドラインは4つ (15%) であった。

(2) CGA/GAに関する記載

乳癌、胃癌、膀胱癌、前立腺癌のガイドラインにおいてCGA/GAに関する記載があった。これらでは、現在、CGA/GAの使用が提唱されており今後一般化していくこと、および、CGA/GAの有効性のさらなる検証の重要性が述べられていた。膀胱癌診療ガイドラインでは、G8による評価でシスプラチン治療の適応を具体的に記載していた。

(3) 各種のがん関連診療ガイドラインにおける高齢者に関する記載の概要

① 脳腫瘍診療ガイドライン2019年度版 (改訂版) 成人脳腫瘍編

・成人膠芽腫 (GBM) ガイドラインのCQ7「高齢者初発膠芽腫に対して手術後どのような治療が推奨されるか？」において高齢者の定義はないが、高齢者に対する放射線化学療法や放射線治療、テモゾロミド単独療法の選択について記載されていた。

・中枢神経系悪性リンパ腫ガイドラインの CQ-12「(高齢者治療) 高齢者PCNSLに対してどのような治療法が推奨されるか？」において「大量メトトレキサート (HD-MTX) 療法を基盤とした導入化学療法後完全奏効 (CR) となった症例については、全脳照射を減量ないし待機とした治療法を考慮する。」と具体的な記載あったが、高齢者の定義は無かった。

② 頭頸部癌診療ガイドライン2018年版
高齢者に関する明確な記載はなかった。

③ 『口腔癌診療ガイドライン』2019年版
高齢者に関する明確な記載はなかった。

④ 『甲状腺腫瘍診療ガイドライン』2018年版

高齢者に関する明確な記載はなかった。

⑤ 肺癌診療ガイドライン2022年版

2020年からの毎年の改訂において高齢者に関する記載が増え、具体的にになっていく傾向があった。2022年版では下記の5つのクリニカルクエスチョン (CQ) で取り上げ具体的な治療方針の記載があった。

CQ41. 切除不能局所進行非小細胞肺癌, シスプラチン一括投与が不適な高齢者に対して, 連日カルボプラチン投与による化学放射線療法は勧められるか?

BQ2. 75歳以上に対する一次治療においてプラチナ製剤併用療法は勧められるか? 暦年齢のみで薬物療法の対象外とするべきではない。

BQ3. 非扁平上皮癌においてプラチナ製剤併用療法を受ける場合にベバシズマブの上乗せは勧められるか? ⇒b. 75歳以上の症例に対して, ベバシズマブを併用した治療は有効性のエビデンスが限定的である。

CQ10. 進展型小細胞肺癌 (PS 0-2, 71歳以上) における最適な一次治療は何か?

CQ11. PS 0-2の高齢者の悪性胸膜中皮腫に対する薬物療法は勧められるか?

⑥ 乳癌診療ガイドライン1 治療編 2022年版
2022年の改訂により高齢者診療に関する具体的な記載が増え、CGA/GAに関する記載も加えられていた。CQとしては下記の4つのCQで取り上げ記載があった。

CQ15. 高齢者のHER2陽性早期乳癌に対する術後薬物療法として、トラスツズマブのみによる治療は勧められるか・

FRQ7. 巣お気高齢者乳癌患者に対して周術期薬物療法は勧められるか?

FRQ16. 転移・再発高齢者乳癌に対する薬物療法として何が推奨されるか?

BQ6. 高齢者の乳癌に対しても手術療法は勧められるか?

⑦ 食道癌診療ガイドライン2022年版

2022年の改訂に伴い、高齢者に関する記載が増え、具体化していた。

下記の3つのCQで高齢者に関する治療方針を記載していた。

CQ6. 表在癌の内視鏡治療後の追加治療について。

CQ8. Stage II, III食道癌に対する術前治療選択について。

CQ31. 全身状態不良で手術困難な局所食道癌の化学放射線療法について

⑧ 胃癌治療ガイドライン医師用 2021年7月改訂 [第6版]

下記の様に2つのCQで高齢者に対する治療について記載があり、CGA/GAについても記載があった。

CQ18「(年齢の切除進行・再発胃癌症例に対して) 化学療法は推奨されるか?」において「高齢の切除不能進行・再発胃癌症例では、患者の状態を慎重に評価したうえで、状態良好 (fit) であれば、化学療法を行うことを強く推奨する (エビデンスレベルB)

それ以外の場合 (vulnerable/unfit) は状況が多彩であるため、明確な推奨はできない。」とさ

れ、高齢者総合的機能評価 (comprehensive geriatric assessment, CGA) について、「これら

の評価指標による治療選択の有用性が検証される必要がある。」と言及されていた。
CQ 31「高齢者に対する内視鏡的切除は推奨されるか？」において「治療に伴う偶発症リスク (特に肺炎) に留意した上で、実施することを強く推奨する。」とされていた。

⑨ 大腸癌治療ガイドライン医師用2022年版
切除不能進行・再発大腸癌に対する薬物療法の適応として一次治療の方針を決定する際のプロセスにおいてfit、vulnerable、frailに分けたプロセスが記載されているが、高齢者としての言及はなかった。しかし、CQ17「70歳以上の高齢者に術後補助化学療法は推奨されるか？」において「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並存症がなければ、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のフッ化ピリミジンに対する上乗せ効果が少なくなることを考慮する。」とされていた。

⑩ GIST診療ガイドライン 2022年4月改訂 第4版

高齢者に関する明確な記載はなかった。

⑪ 肝臓診療ガイドライン2021年版

CQ19「肝切除はどのような患者に行うのが適切か？」において「高齢は肝切除の制御因子とはならない」と記載されていたが、高齢者の評価などは記載がなかった。

⑫ 胆道癌診療ガイドライン第3版 (2019年)

高齢者に関する明確な記載はなかった。

⑬ 膵癌診療ガイドライン2022年版

膵癌診療ガイドライン2019年版ではR09「80歳以上の高齢者膵癌に対して外科的治療は推奨されるか？」において「本人が外科的治療を希望し、全身状態が許せば、80歳以上の高齢者膵癌に対して外科的治療を行うことを提案する。」とし、術前の患者選択が重要とされていた。2022年の改訂で、下記の2つのCQで手術治療と薬物療法についてより具体的記載されるようになっていた。

RQ9. 80歳以上の高齢者膵癌に対して外科治療は推奨されるか？

LC3. 高齢者の進行膵癌に対して一次化学療法は何が推奨されるか？

⑭ 膵・消化管神経内分泌腫瘍 (NEN) 診療ガイドライン2019年版【第2版】

高齢者に関する明確な記載はなかった。

⑮ 腎癌診療ガイドライン2017年版2022年アップデート

高齢者に関する明確な記載はなかった。

⑯ 腎盂・尿管癌診療ガイドライン2014年版

高齢者に関する明確な記載はなかった。2023年に改訂版が発刊される予定である。

⑰ 膀胱癌診療ガイドライン2019年版

下記のように総論およびCQで高齢者診療について記載し、CGA/GAについても言及していた。

Stage II, Stage III 膀胱癌の治療についての総論・・・「高齢者やフレイル患者の定義に関しても確立されたものはないが、その治療に際しては慎重な配慮が求められる。現時点では、合併症のない全身状態良好な高齢者に対する膀胱

全摘除術は推奨されるが、フレイル患者のための術前評価法は確立されておらず、その適応に関しては個々の症例で慎重に検討する必要がある。」と記載があった。

Stage IV 膀胱癌の治療の全身化学療法の総論・・・「高齢者 (または超高齢者) のStage IV膀胱癌に対する全身化学療法」という項目があり、「高齢者 (WHO では65歳以上と定義) へのシスプラチン投与を考慮する際には、まず高齢者機能評価を行うべきでありG8で14点未満は異常、すなわちvulnerable またはfrailとなり、原則としてシスプラチン治療は勧められない。」と具体的に記載されていた。

CQ18で筋層浸潤性膀胱癌 (MIBC) に対する膀胱温存集学的治療が高齢者、肝・呼吸器・心不全などの基礎疾患のため膀胱全摘除術が適応にならない症例に対する選択肢として推奨されている。

⑱ 精巣腫瘍診療ガイドライン (2015年版) 2017年アップデート

CQ13. 初回化学療法としてBEP療法は推奨されるか？において、比較的高齢者 (40-50歳以上) についてEP療法4コースがBEP療法3コースの代替として適応しうると記載されていた。

⑲ 前立腺癌診療ガイドライン2016年版 2018年アップデート

前立腺全摘除術の総論において「適応決定には期待余命が大きな因子になることから、高齢者においては併存症を含む健康状態の評価が重要である」とされ、さらにCQ1「前立腺全摘除術が推奨されるのはどのような患者か？」において「期待余命が10年以上の低～中間リスク限局性前立腺癌症例に推奨される。」とされ、「適応年齢の上限についてのコンセンサスはない。期待余命と腫瘍の特徴によってその利益が異なることが示されており、適応決定には期待余命が大きな因子になることから、高齢者においては併存症を含む健康状態の評価が重要となっている9-11)。Charlson Comorbidity Index, Geriatric 8等の種々の評価ツールが提唱されている。今後、高齢者の客観的な健康評価法の確立が望まれる。」と記載されていた。また、検診に関するCQ3「前立腺がん検診の受診が推奨される対象者の年齢や健康状態の条件は？」において「高齢者におけるPSA検診継続の判断をするための、余命を予測する正確なモデルは現時点ではないが、将来の方向性として、健康状態評価手段 (G8 geriatric screening tool等) を検診受診推奨判定に用いることは、方策の1つである。」と記載されている。

⑳ 子宮頸がん治療ガイドライン2017年版
診療において高齢を考慮することは記載されているが、具体的な治療方針についての記載はなかった。

㉑ 子宮体がん治療ガイドライン2018年版
診療において高齢を考慮することは記載されているが、具体的な治療方針についての記載はなかった。

㉒ 卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン2020年版

高齢者に関する明確な記載はなかった。

㉓ 外陰がん・膣がん治療ガイドライン2015年版

高齢者に関する明確な記載はなかった。

②④ 皮膚悪性腫瘍ガイドライン第3版 メラノーマ診療ガイドライン 2019

高齢者に関する明確な記載はなかった。

②⑤ 『軟部腫瘍診療ガイドライン2020』

高齢者に関する明確な記載はなかった。

②⑥ 造血器腫瘍診療ガイドライン 2018年版補訂版

下記のように各疾患のCQで高齢者に対する治療選択について記載されていた。

急性骨髄性白血病 (AML) では「CQ4. 高齢者AMLに対して推奨される寛解導入療法は何か」と「CQ9. 移植適応のない高齢者AMLに寛解後療法を施行するメリットはあるか」

急性前骨髄球性白血病 (APL) では「CQ9. 高齢者APLの至適な治療方法は何か」

急性リンパ芽球性白血病/リンパ芽球性リンパ腫 (ALL/LBL) では「CQ3. 高齢者 (≥65歳) Ph陽性ALLに対する初期治療はTKI+ステロイド療法が推奨されるか」と「CQ6. 高齢者 (≥65歳) Ph陰性ALLの治療は何が推奨されるか」

慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫 (CLL/SLL) では「CQ3. 標準治療実施不可能 (unfit) な未治療進行期CLLに対して化学免疫療法は勧められるか」

マンツル細胞リンパ腫 (MCL) では「CQ6. 66歳以上、あるいは65歳以下でも強力な化学療法の適応とならない初発進行期MCLに対する標準治療は何か」

びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL, NOS) では「CQ5. 高齢者DLBCLに対する標準治療は何が推奨されるか」

多発性骨髄腫 (MM) のCQで「高齢骨髄腫患者にデキサメタゾン投与する場合は少量投与方法が推奨されるか」

3) 研究グループによる高齢者がん診療ガイドライン 2022年版 (2022年11月公開) の検討

内容についてのコメントとして「高齢者診療ガイドラインは今後増加する高齢癌患者の診療において必須なものであった」、「これを元に各診療科での研究が進み、更なるデータが蓄積されるものと思う」、「前向き試験でCGA評価を行うのでガイドラインを引用する予定」、「各がん種のガイドラインで取り上げられる可能性があるが、可能性を高めるには臓器別の内容を充実する必要があるように思えた」、「GA/CGAを治療方針決定の前に確実に行えるよう整備することが重要。GA/CGAの実施普及が、このガイドラインの有用性を高める」、「実臨床でGA/CGAを行える体制の整備として、サポートツールの開発、メディカルスタッフが行える体制構築、診療報酬加算の整備などが重要」、「この診療ガイドラインは昨年11月にWEB公開され各学会にも案内されているが、認知度が低い可能性がある」などがあった。普及への方策として、各種ガイドラインの作成委員会へ本ガイドラインを送付し、周知することが提案された。

薬物療法に際してCGA/GAを用いた介入は生存期間に影響を与えることなく、化学療法の有害事象を軽減させ、健康関連QOLを改善もしくは維持させる傾向があり、肯定的に捉えるべき結果であるが、臨床現場では「生存期間に影響がな

い」ことを「CGA/GAを行っても生存期間の延長に寄与しない」と否定的に捉える意見も聞かれ、認識の違いが存在することが報告された。

D. 考察

高齢者に関する記載の有無や内容の具体性は、各種ガイドライン毎に差異があった。高齢者に対するがん診療の重要性は認識されており、研究の進展に伴いエビデンスも蓄積され始めていることから、ガイドラインの改訂に伴い、高齢者診療に関する記載が増え、内容も具体的になっていった。複数のガイドラインにおいて、高齢者に対するがん診療についてのエビデンスが不足していることを指摘され、さらなる研究の必要性が記載されていた。

エビデンスの構築には時間が必要であり、エビデンスの基盤となるGAを用いたがん診療を普及させつつ、高齢者ががん診療への意識を高めることが重要と考えられた。

本ガイドラインはWEB上で公開され、各学会にも周知されていたが、認知度が低い可能性があり、各種ガイドラインでの普及には各ガイドライン作成委員会の担当者への本ガイドライン配布などが方策の一つと考える。

実臨床において高齢者機能評価が実施されることが本ガイドラインの実用性を高め普及促進にもつながると考えられ、サポートツールの開発やメディカルスタッフが評価を行える体制の構築、診療報酬加算の工夫なども併せて進めることが重要であると考えた。

E. 結論

高齢者がん診療ガイドライン 2022年版の普及は、高齢者がん診療の向上に有用であり、本邦で普及している臓器別がん診療ガイドラインへの記載を目指すことは重要である。ガイドライン作成において高齢者に関する記載が重要であることは認識されており、本ガイドラインも含め最新のエビデンスや適切な情報の周知することが今後、必要である。また、実臨床においてCGA/GAが実施しやすい環境を整備することは本ガイドラインの推奨する診療を実践することに関連しており、ガイドラインの普及活動と並行して行われるべきと考えられた。

F. 健康危険情報

(分担研究報告書には記入せずに、総括研究報告書にまとめて記入)

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

		高齢者に関する記載	高齢者の治療方針に関する記載	GAに関する記載
1	脳腫瘍診療ガイドライン 2019年度版(改訂版)成人脳腫瘍編	あり	あり	なし
2	頭頸部癌診療ガイドライン 2018年版	なし	なし	なし
3	口腔癌診療ガイドライン 2019年版	なし	なし	なし
4	甲状腺腫瘍診療ガイドライン 2018年版	なし	なし	なし
5	肺癌診療ガイドライン 2022年版	あり	あり	なし
6	乳癌診療ガイドライン 1治療編 2022年版	あり	あり	あり
7	食道癌診療ガイドライン 2017年版	なし	なし	なし
8	胃癌治療ガイドライン医師用 2021年7月改訂 [第6版]	あり	あり	あり
9	大腸癌治療ガイドライン医師用2022年版	あり	あり	なし
10	GIST診療ガイドライン(第3版 2014年)	なし	なし	なし
11	肝癌診療ガイドライン 2021年版	あり	あり	なし
12	胆道癌診療ガイドライン第3版	なし	なし	なし
13	膵癌診療ガイドライン2019年版	あり	あり	なし
14	脳・消化管神経内分泌腫瘍(NEN)診療ガイドライン 2019年版【第2版】	なし	なし	なし
15	腎癌診療ガイドライン 2017年版2022年アップデート	なし	なし	なし
16	腎盂・尿管癌診療ガイドライン 2014年版	なし	なし	なし
17	膀胱癌診療ガイドライン 2019年版	あり	あり	あり
18	精巣腫瘍診療ガイドライン(2015年版) 2017年アップデート	あり	あり	なし
19	前立腺癌診療ガイドライン 2016年版 2018年アップデート	あり	あり	あり
20	子宮頸がん治療ガイドライン 2017年版	あり	なし	なし
21	子宮体がん治療ガイドライン 2018年版	あり	なし	なし
22	卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン 2020年版	なし	なし	なし
23	外陰がん・膣がん治療ガイドライン 2015年版	なし	なし	なし
24	皮膚悪性腫瘍ガイドライン第3版 メラノーマ診療ガイドライン 2019	なし	なし	なし
25	軟部腫瘍診療ガイドライン2020	なし	なし	なし
26	造血器腫瘍診療ガイドライン 2018年版補訂版	あり	あり	なし

IV. 外科領域の高齢者機能評価

1. 「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」(吉田好雄研究分担者)

A. 研究目的

高齢がん患者に対する術前評価法として、GAの有用性を検討し、本邦におけるGAのエビデンスを蓄積する。

先行研究「本邦における65歳以上高齢者がん手術患者における現状と問題点の調査研究」は、全国がん拠点病院を対象とした大規模調査であったが、外科領域では高齢者総合機能評価(GA)の認知度20%、実施率10%と極めて低いことが明らかになった。しかし、GAの実施と術後有害事象の関連については検討できなかった(Inoue D et al. Sci Rep 2021 Nov 23;11:22789) (資料⑯)。

B. 研究方法

本研究は高齢がん手術患者を対象とし、GA実施と術後合併症出現の関連性を調査する後向きコホート研究である。共同研究施設の消化管外科、婦人科において対象疾患に対する外科手術前後の観察項目に関する情報を診療録より収集する。GA実施群と非実施群における術後有害事象を中心に、術後予後を比較検討する(資料⑰)。

【選択基準】以下の基準をすべて満たす患者を対象とする。①2018年4月1日から2021年3月31日までの期間に、共同研究施設で初回治療として全身麻

酔下に手術療法が実施された、胃がん、大腸がん、子宮がん、卵巣がん症例、②年齢：65歳以上、③性別：不問

【除外基準】以下のうち一つでも該当する患者は、対象として除外する。①本研究への患者登録拒否を申し出た患者、②手術療法前後の情報が全て欠損している患者、③術前抗がん治療(化学療法、放射線治療)が行われた症例、④他のがんに対する化学療法、放射線治療歴のある症例、⑤活動性の重複がん(上皮内癌除く)を有する症例、⑥試験開腹や腫瘍生検のみが行われた症例

【観察項目】①症例数、②患者背景：年齢、性別、身長、体重、BMI、併存症、③疾患：病名、進行期、組織型、④治療：術式(開腹、腹腔鏡)、出血量、手術時間、⑤術前評価法：GA実施の有無、⑥GAツール(G-8, VES13)使用の有無、⑦GAに基づく介入の有無、⑧術前評価項目(GAドメイン)：身体機能、併存症、転倒転落リスク、うつ、認知機能、栄養状態、⑨術後30日以内の有害事象発症率(Clavien-Dindo分類)、⑩術後30日以内の死亡率、⑪在院日数(手術日から退院までの術後在院日数、入院から退院までの総在院日数)、⑫退院様式：自宅、療養施設、転院、⑬再入院率(有害事象で再入院した場合、退院後30日以内の最初の再入院)

【主要評価項目】術後30日以内の重篤な有害事象発症率(Clavien-Dindo分類gradeⅢ以上)

【副次的評価項目】術後30日以内の全有害事象発症率、術後30日以内の死亡率、術後在院日数、退院後30日以内の再入院率

【目標症例数】850例

【症例登録方法】登録、調査(CRF)記入はUMIN、INDICE cloud systemを利用する。

【統計解析方法】調査結果の収集と解析は主研究員が実施する。調査項目より得られた情報を基に、高齢がん手術患者において以下の事項を中心に解析を行う。高齢がん手術患者におけるGA実施の有無と①術後30日以内の有害事象発症率、②術後30日以内の死亡率、③術後在院日数、④退院日から30日以内の再入院率の関連など。2群間の割合の比較にはPearsonのカイ2乗検定を用いる。共変量の調整のためにLogistic回帰モデルなどを行う。2群間の平均値の比較にはt検定を用いる。共変量の調整のために共分散分析などを行う。

(倫理面への配慮)

本研究で実施される調査研究は、後ろ向きの観察研究であり、新たに試料・情報を取得することではなく、既存情報のみを用いて実施する研究である。本研究は福井大学医学系研究倫理審査委員会での審議と了解のもと実施し、オプトアウトにより研究対象者が拒否できる機会を保障する(整理番号20210058)。

C. 研究結果

2021年10月より登録が開始された。2023年4月時点で13施設の参加が得られ、登録症例数は315例である。目標症例数には到達していない。

D. 考察

この研究により本邦におけるGAと外科手術に関する実態を明らかにし、将来的な臨床応用を見据えた前向き研究を企画する。本邦におけるGAのエビデンスを創出していく。

当初登録が少なく、現状に合わせてプロトコル改訂を行った。登録に時間がかかっている理由の一つは、先行研究で示されたようにGAの実施設が少ないこと。さらに施設単位というだけでなく、各施設の医療チームのGAに対する認識度に濃淡が大きいことが考えられる。本研究班で作成したガイドラインが普及することで、登録のさらなる加速が期待される。外科手術領域でのGAの有用性についてsystematic reviewでgood practice statementを検討中であるが、本研究がその提言を支持する有用な情報となる可能性がある。

E. 結論

高齢がん患者の術前の高齢者機能評価が術後合併症や経過の予測に寄与することが観察研究を通して得られる可能性がある。

G. 研究発表

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

Inoue D, Yamamoto M, Arima H, Tamura K, Yoshida Y. Sci Rep. 2021 Nov 23;11(1):22789.

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

2. 「自施設における高齢者機能評価と消化器がん術後の経過についての後ろ向き観察研究」（吉田陽一郎 研究分担者）

A. 目的

手術目的の消化器がん患者を対象に術前高齢者機能評価が術後の経過に与える影響について検討する。

B. 研究方法

消化器がんと診断された手術例を対象とし、通常の術前検査に加えてGAとしてG8、ADL/IADL、CCIの評価を行う。GAツールの入力は、患者・家族が外来等で空いている時間に入力アプリケーションソフトウェアを搭載したタブレットを使って入力した。入力されたデータは診療録で参照できるようにシステムを整えた。

基本情報として年齢、性別、身長、体重、緊急入院の有無、診断名、疾患名、ステージ、術式を得た。Outcomeとして在院日数、転倒、せん妄、転院を取り上げ、GAの結果とoutcomeの相関係数からartificial intelligence (AI) にヒートマップを描かせるパイロット研究を実施した。（資料⑱）

C. 研究結果

対象となった患者は756例、平均年齢68歳（21-98歳）、男453例、女性303例、大腸がんが半数以上を占め、胃、肝胆膵がそれに続いた。基本情報、GAの結果と調査項目との連関では、ADL/IADLは退院先、G8は3か月後の体重減少、CCIは固形癌ともっとも相関、年齢はせん妄と弱い相関を示すpreliminaryな結果を得た。

D. 考察

極めてpreliminary段階の研究で中間解析ではあるが、年齢だけでなくGAが術後の体重減少や退院先などと相関する可能性がAIを応用して示唆された。GAに使用される評価ツールが標準化されていない現状で、術前の患者の状態を年齢やPSだけでなく、種々のGAツールによる結果をAIに解析させることにより臨床に役立つ情報が得られることが期待される。消化器がんだけでなく他のがん種でも検討し、より汎用性のあるものにしていくことが必要である。

E. 結論

GAと術後のoutcomeについてAIを使って予測ができる可能性があり、さらに詳細な解析をしてGAの有用性、AIの利活用について検討する。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

k 2)

V. 医療と介護の連携

高齢がん患者は脆弱な例が多く、彼らのがん診療にあたっては、その生活基盤を支える介護サービスなしでは成り立たない。医療と介護の連携について現状を把握し連携の有り方について検討す

ることを目的とする。

1. DPC病院退院後の介護認定がん患者の予後に関する研究（松田晋哉、研究分担者）

A. 研究目的

わが国では、がん治療の進歩により担がん状態で長い高齢期を過ごす患者が増加している。担がん高齢患者は高齢に伴う心身機能の低下に加えて、がん治療に伴う心身機能の低下、さらには死への不安等があり、継続的な医学的管理に加えて、日常生活の支援が必要となる。このため近年介護保険サービスを利用する担がん高齢患者が増加している。他方で、介護サービス提供者は担がん高齢患者の特性に合わせたケアの方法論に関する体系的な研修が不十分であるという意見がある。担がん高齢患者の介護サービスのあり方は、人生の最終段階で課題となる。そこで、本研究では DPC 対象病院退院後に訪問診療に移行した高齢患者について、サービス利用状況と予後について記述疫学的検討を行った。

B. 研究方法

分析に用いたデータは東日本の 1 自治体の 2015 年 4 月から 2021 年 3 月までの医科レセプト、介護レセプトである。これらのレセプトを個人単位で連結したデータベースを作成し、このデータベースから 2015 年 4 月から 2019 年 3 月までの間に DPC 対象病院退院直後に訪問診療に移行したがん患者で介護保険サービスを追跡期間中に利用した者を抽出して、訪問診療利用後 24 か月までの医療介護サービス利用状況及び生存率を追跡した。

なお、上記分析をがんの種類別、要介護度別、性・年齢階級別、DPC 病院に入院した医療資源病名（DPC6 桁）別に行った。

研究にあたっては産業医科大学倫理委員会の審査承認を受けた（承認番号： R4-068 号）。なお、統計学的分析は IBM Statistics SPSS ver. 28.0（東京、IBM 社）を用いて行った。

C. 研究結果

表 1 に分析対象者 3,784 名の年齢階級別分布を示した。80-84 歳が最も多く（23.2%）、次いで 75-79 歳が 20.8%、85-89 歳が 19.8%となっている。

表 2 に対象者の性別の分布を示した。男性が 58.6%と多くなっている。

表 3 に対象者の訪問診療開始時の要介護度の分布を示した。要介護 4 が 22.3%と最も多く、次いで要介護 2（19.8%）、要介護 5（18.4%）となっていた。要介護 3 以上が 55.8%と半数以上となっている。

表 1 対象者の年齢分布

年齢階級	
対象者数	3,784
65-69歳	9.9%
70-74歳	13.7%
75-79歳	20.8%
80-84歳	23.2%
85-89歳	19.8%
90-94歳	9.6%
95-99歳	2.8%
100歳以上	0.3%

表 2 対象者の性別

性別	
対象者数	3,784
男性	58.6%
女性	41.4%

表 3 対象者の訪問診療開始時の要介護度の分布

開始時要介護度	
対象者数	3,784
介護認定なし	9.9%
要支援 1	1.6%
要支援 2	2.1%
要介護 1	10.8%
要介護 2	19.8%
要介護 3	15.1%
要介護 4	22.3%
要介護 5	18.4%

一般病床退院後に訪問診療に移行した担がん高齢患者の、退院後の医療介護サービス利用状況を見てみると、訪問診療に移行した患者の 80%以上が退院直後は介護保険サービスを利用しているが、生存者については訪問診療及び介護保険サービスともに利用割合が徐々に低下し、24 か月後では、訪問診療の利用率が 33.3%、介護サービスが 45.1%となっている。利用サービスの中では訪問介護の

利用率が最も高い。次いで訪問看護の利用が多い。通所系サービス利用は少ない。

以下表4以降は、資料⑨を参照する。

表4は一般病床退院後に訪問診療に移行した担がん高齢患者の、退院後の医療介護サービス利用状況を見たものである。1年累積死亡率82.8%、2年累積死亡率87.5%と生命予後は非常に悪い。この結果は、退院直後に訪問診療に移行するがん患者の多くはターミナルステージを在宅で過ごすことを前提にしていると考えられる。訪問診療に移行した患者の80%以上が退院直後は介護保険サービスを利用しているが、生存者については訪問診療及び介護保険サービスともに利用割合が徐々に低下し、24か月後では、訪問診療の利用率が33.3%、介護サービスが45.1%となっている。利用サービスの中では訪問介護の利用率が最も高い。次いで訪問看護の利用が多い。通所系サービス利用は少ない。

表5はDPC対象病院から退院後訪問診療に移行した患者2,272名について、退院後の状況を見たものである。生命予後は全体より悪く、1年後に89.7%、2年後に92.3%が死亡している。サービスの利用状況等は全体と同じ傾向である。

表6は表5の対象者について、がん種別をDPC6桁で見た結果を示したものである。最も多いのは肺がんで15.5%、次いで膵臓・脾臓の腫瘍(10.4%)、胃の悪性腫瘍(10.2%)、結腸の悪性腫瘍(7.6%)、肝・肝内胆管の悪性腫瘍(7.2%)、胆嚢・肝外胆管の悪性腫瘍(5.0%)となっている。

表7はDPC対象病院退院後訪問診療に移行した65歳以上肺がん患者352名の退院後のサービス利用状況を見たものである。352名中、DPC対象病院入院中に手術治療を受けた者は37名(10.5%)で、その他は非手術症例であった。生命予後は非常に悪く、退院月に27.6%、翌月までに54.5%、12か月後までに92.0%が死亡している。退院直後は86.1%が介護保険サービスを利用しており、内容としては訪問介護を受けている者が25.9%と最も多い。介護保険の訪問看護の利用は10.5%にとどまっているが、医療保険の訪問看護については退院直後に72.7%が利用している。訪問診療、介護保険サービスともに、生存者については観察期間が長くなるほどその利用割合は減少し、24か月後には訪問診療は4.2%、介護保険サービスは12.5%となっている。

表8は表7におけるDPC対象病院入院中のDPC定義表における処置2の状況を見たものである。定義表に薬剤名が明記されているものも含めて化学療法を受けた者は11.4%、放射線治療を受けた者は12.8%、処置2なしの者は66.5%で、積極的な治療の対象になった者は少ないことが分かる。

表9は悪性腫瘍治療以外の傷病でDPC対象病院に入院した担癌患者1,512名の医療資源病名を頻度

順に見たものである。最も多いのは誤嚥性肺炎(8.9%)で、次いで肺炎(誤嚥性以外)が8.5%、胆管結石・胆管炎が6.9%、心不全が6.0%、腎臓または尿路の感染症が5.6%、ヘルニアの記載のない腸閉塞が3.6%、間質性肺炎が3.4%となっている。表中網掛けをしている傷病名は感染に関係した傷病である。

表10は誤嚥性肺炎の治療目的でDPC病院に入院し、退院後に訪問診療に移行した担がん高齢患者の、退院後の医療介護サービス利用状況を見たものである。1年累積死亡率74.5%、2年累積死亡率82.5%と生命予後は非常に悪いが、がん治療を目的として入院した患者よりは若干生命予後が良い。訪問診療に移行した患者の90%以上が退院直後は介護保険サービスを利用しているが、生存者については訪問診療及び介護保険サービスともに利用割合が徐々に低下し、24か月後では、訪問診療の利用率が44.0%、介護サービスが48.0%となっている。利用サービスの中では訪問介護の利用率が最も高い。次いで訪問看護の利用が多い。通所系サービス利用は少ない。

表11は尿路感染症の治療目的でDPC病院に入院し、退院後に訪問診療に移行した担癌高齢患者の、退院後の医療介護サービス利用状況を見たものである。1年累積死亡率58.8%、2年累積死亡率75.3%と生命予後は悪いが、がん治療を目的として入院した患者及び誤嚥性肺炎治療目的で入院した患者よりは生命予後が良い。訪問診療に移行した患者の90%以上が退院直後は介護保険サービスを利用しているが、生存者については訪問診療及び介護保険サービスともに利用割合が徐々に低下し、24か月後では、訪問診療の利用率が45.5%、介護サービスが59.1%となっている。利用サービスの中では訪問看護の利用率が最も高い。次いで訪問介護の利用が多い。通所系サービス利用割合も18.2%と高い。

D. 考察

本分析の結果明らかとなった主な点は以下のとおりである。

- ・ 一般病棟退院後、特にDPC病院退院後に訪問診療に移行した担がん高齢患者の生命予後は悪い(1年累積死亡率82.8%、2年累積死亡率87.5%)。
- ・ 悪性腫瘍治療目的でDPC病院に入院した患者は、それ以外の傷病の治療でDPC病院に入院した患者よりも予後が悪い。悪性腫瘍以外の傷病の治療では、誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、胆管結石・胆管炎、心不全、ヘルニアの記載のない腸閉塞などが多かった。
- ・ 退院後訪問診療に移行する高齢担癌患者のほとんどは入院中に積極的ながん治療を受けていない。

- ・ 訪問診療に移行した患者の 80%以上が介護保険サービスを利用している。なお、対象者の半数以上が要介護 3 以上であった。
- ・ 利用サービスの中では訪問介護の利用率が最も高く、次いで訪問看護の利用が多かった。通所系サービス利用は少ない。

上記より、在宅医療に移行する担癌高齢患者の多くが、ターミナルステージにあり、早期に死に至ることが明らかとなった。ただし、核家族化の進んだ今日の状況では、短期間ではあるがターミナルステージの生活を支える介護サービスを 80%以上の患者が利用しており、訪問介護サービス関係者を対象としたターミナルステージの担癌高齢患者の介護サービスの在り方に関する研修の必要性が示唆された。

要介護度が 3 以上の者が半数以上となっていることから、排泄や身体清潔保持のケアニーズが高いと考えられる。訪問介護の利用割合が最も高いことから、訪問介護事業者に対するターミナル時の対応に対する研修の強化とともに、利用者の状態像の不安定性を考慮して、訪問看護との同時訪問など、ケアプランについても工夫する必要もある。なお、分析結果には示さなかったが、今回分析対象とした患者では定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用している者がほとんどいなかった。状態の不安定性を考えれば、これらのサービスがもっと利用されるべきである。この過少利用の理由については、例えばサービスの認知度、サービス提供体制なども含めて検討する必要がある。

また、担がん高齢患者の入院につながる誤嚥性肺炎、肺炎、尿路感染症、心不全等の予防についても十分な配慮が必要であると考えられる。具体的には肺炎予防のための口腔ケアなどに配慮すべきだろう。この視点からのケアプラン作成に関するガイドラインが必要である。

いずれにしても、今後在宅で看取られる高齢担癌患者が増加することは不可避である。こうした患者の人生の最終段階における療養生活の質を向上させるために、医療と介護の複合的なサービスが必要である。心身の状態が不安定な高齢患者のケアを行うことの心理的負担は大きい。個々のケアワーカーがこうした心理的不安を抱え込みすぎないようにするためにも、チームでケアを行うための体制づくりを各地域で行う必要がある。そのためにはそれを促進する診療報酬及び介護報酬の在り方を工夫する必要がある。また、そうした連携が機能するためのマニュアルやガイドラインも必要であろう。ガイドライン等を作成するためには、事例の収集とその分析、そして類型化が必要である。そのような研究の推進も今後の課題であろう。

A. 結論

東日本の一自治体の医療保険と介護保険のレセプトを患者単位で連結したデータベースを作成し、一般病棟を退院後、訪問診療に移行した担癌高齢患者のサービス利用状況及び予後について分析した。担癌高齢患者の生命予後は悪く、1 年累積死亡率は 82.8%、2 年累積死亡率は 87.5%であった。ただし、80%以上は退院直後から介護保険サービスを利用していた。このことは人生の最終段階における医療と介護の複合的なサービスの体系的提供の必要性を示している。

今後、在宅で看取られる高齢担癌患者が増加することは不可避である。こうした患者の人生の最終段階における療養生活の質を向上させるために、医療と介護の複合的なサービスが必要であり、そのためのガイドライン作成、およびそれを用いたケアワーカーの研修体制の充実に関する研究の推進が求められる。

B. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

C. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他

2. 「がん患者における介護認定の現状に関する研究」(吉田陽一郎 研究分担者) (資料⑩)

A. 研究目的

がん患者における介護認定状況を調査することにより、医療と介護の連携を目指すにあたり課題となることを抽出し、また、連携するメリットを明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

1 大学病院でがんと診断され介護認定を受けた外科手術患者 1045 例を対象に介護度を治療法・臓器別に評価し、生存期間との相関を検討する。

C. 研究結果

平均年齢は 79.6 歳 (40-98 歳) で介護認定患者ががんに罹患した例が 736 名 (介護先群)、がんと診断がついたのち介護認定を受けた例 (介護後群) が 309 名であった。中間報告ではあるが、前者の生存中値は約 1 年、後者のそれは約 2 年であった。介護先群の病期 3, 4 期例は 29%、介護後群のそれは 48%である。手術を受けた例はそれぞれ 51%、50%であった。

中間解析結果であるが、介護度が高いほど治療へ移行する割合が低く、がんのステージが高いほど治療へ移行する割合が低かった。体表のがんであれば介護認定による治療移行への影響は少なかった。手術と比較して化学療法は介護認定を受けた患者の治療移行割合が低かった。介護度が高いほうが生存率が悪かった。

D. 考察

介護認定の有無が治療選択に影響を与えていると考えられ、実際に介護度が高いほうが生存率が悪く、介護認定が治療指標として機能していることが考えられる。とくに、高齢期にあるリンパ腫患者の特徴や留意事項を導き出す予定である。日本における高齢者機能評価を施行している施設は少なく、介護認定の審査プロセスでは、ケアマネジャーによる高齢者機能が行われており、主治医の意見と合わせて総合的に評価されることから介護度がGAのsurrogateとなる可能性がある。

データ解析が集結していないため、最終結果をみて結論付けたい。

E. 結論

高齢者機能評価を施行している施設は少なく、介護認定が高齢者機能評価の代用となる可能性が示唆された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表

データ取得・解析中のため未発表

2. 学会発表

データ取得・解析中のため未発表

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

3. 介護認定リンパ腫患者の治療指針についてのアンケート調査 (吉田陽一郎 研究分担者、照井康仁 研究協力者) (資料②)

A. 研究目的

悪性リンパ腫は高齢で発症する例が多く、心身機能の低下のため臓器障害のみならず、生活支援の必要性から治療が限定的になることがある、あるいは治療が始まって介護サービスの必要性が出てくる例も稀ではない。そこで、潜在的に薬物療法のみで治療が可能でびまん性大細胞B細胞性リンパ腫 (DLBCL) モデルケースを心身の機能低下の程度、すなわち介護保険制度のもと審査会で決定される介護度に応じて、血液内科がとる診療方針について調査し、介護度が与える診療方針への影響について調査する。

B. 研究方法

びまん性大細胞B細胞性リンパ腫 (DLBCL) 患者で、介護認定を受けたモデルケースに対し、介護度ごとの血液内科 (血液学会専門研修認定施設、専門研修教育施設) の治療方針を Web アンケート調査し、解析する。2022年1月、全国425研修施設

に郵送で調査依頼をした。診療方針決定に関わる担当医に、DLBCL 限局期または進行期に対し、非該当 (自立)、要支援1~2、要介護1~5の8段階の介護度の患者それぞれに、標準療法、減量標準療法、治療無し、いずれかを選択・その理由を問うた。さらに年齢や平均余命が治療方針決定に影響を与えるかもオンラインで回答を得た。

C. 研究結果

100施設 (23.5%) から有効な回答を得て解析を行った。要介護1以上で「治療しない」が有意に増え (要介護1:16%, 2:22%, 3:53%, 4:73%, 5:83%), 理由としては「脆弱性が強いため」が最多であった。限局期では、局所放射線治療+薬物療法 (53.5%), 薬物療法単独 (35.3%) が上位を占め、薬物療法としては、いずれも減量標準療法 (各65.3%, 47.9%) が最多であった。進行期でも、減量標準薬物療法が多く (61.7%), 理由として「毒性が強くなる」が予測される」が多かった。年齢、平均余命が方針決定におよぼす影響は、限局期・進行期ともに「80歳以上が影響」「平均余命は無関係」が最多であった (年齢:各39.8%, 38.5%; 平均余命:各55.0%, 54.6%)。理由として年齢は、限局期・進行期ともに「毒性が強くなる」が多く、平均余命は、限局期が「腫瘍死より他病死の可能性が高い」、進行期が「毒性が強くなる」が最多であった。

本研究結果を2022年10月、福岡国際会議場で開催された第84回日本血液学会学術集会 (赤司浩一会長) で発表した

D. 考察

悪性リンパ腫の一つDLBCLは、潜在的には薬物療法のみで治療が得られる疾患である。介護認定を受けたDLBCL患者において介護度の上昇に比例して、標準治療から治療強度を減弱した治療へ、さらに抗リンパ腫治療はしない、という血液内科医の治療方針が示された。その大きな理由の一つは薬物療法に伴う重篤な副作用である。予測された回答ではあったが、施設間で診療方針に大きなばらつきがあり、今後、これらの方針が適正か、すなわち過少診療 (治療) あるいは過剰治療となっていないか前向き検証的試験が必要と考えられた。

そこで「高齢悪性リンパ腫患者の治療と自立性喪失、介護度悪化に関する前向き観察研究」を計画しプロトコールを作成した。埼玉医科大学病院倫理委員会承認を2023年2月、UMIN研究登録番号取得 (000050770)、UMIN IINDICE登録システム完了2023年4月、参加施設リクルート開始を4月下旬より開始した。その中で、未治療例を含み自立性の喪失や介護度の悪化を検討し、リンパ腫治療開始例では、寛解率、合併症率とその重症度、生存期間を検討する予定である。

E. 結論

脆弱な高齢悪性リンパ腫患者の診療にあたっては、脆弱性に応じた治療・マネジメントが行われていることが示唆された。ただ、その治療成績は明らかでなく、介護との密な連携のもと、より適正な治療が実施できる可能性があり、医療と介護についての連携の実態やたちはだかる課題、その改善に向けた取り組みが必要と考えられた。

G. 研究発表

照井康仁、阿部真紀子、高野裕士、吉田陽一郎、有馬久富、田村和夫：高齢悪性リンパ腫患者の診療方針に対し介護度が与える影響：学会研修認定施設に対するアンケート調査。第84回日本血液学会学術集会、福岡市、2022年10月15日

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得、なし
2. 実用新案登録、なし
3. その他、

（倫理面への配慮）

本研究で実施される調査研究は、V-3）を除き後ろ向きの観察研究であり、新たに試料・情報を取得することはなく、既存情報のみを用いて実施する研究である。また、アンケート調査も実際の患者や家族を対象とした研究ではない。いずれの研究も研究代表者の所属する施設の倫理審査委員会での審議と了解のもと実施し、オプトアウトにより、研究対象者が拒否できる機会を保障する。

【全体の総括】

高齢がん者のマネジメントにおいて重要である臓器横断的な臨床的課題を3つ抽出し、それに基づく多くのCQの中から5つ挙げてそれぞれのエビデンスを検討しClinical Practice Guidelinesとして公表した。がん種共通の課題に対しては、薬物療法に対する高齢者機能評価（GA/CGA）やがんリハビリテーション治療や運動療法の実施、栄養/サルコペニアに関して指針を示した。一方で薬物以外の治療モダリティとGAや治療方針に関する課題でエビデンスが明確に検討できる臨床研究や論文は限られており、とくにがん治療についてのCQは答えることが難しいことが分かり、RCTだけでなく観察研究や少ない症例数の報告を含めreviewし、臨床的提言としてまとめることにし、現在整理中である。

このことは、加齢だけではない様々な要因を含んだ脆弱な高齢者を対象とした研究がほとんど行われてこなかったことが一因ではあるが、その裏

には学問としての老年腫瘍学が確立しておらず、老年腫瘍医が極めて少なく、さらに老年科専門医、とくに高齢がん患者のケアに取り組む老年科医は限定的であり、腫瘍医と老年科専門医の有機的な連携がほとんどなされてこなかったことが大きな要因であったと考えられる。これは、日本で顕著であるが、世界的にも質の高い臨床研究が少ないことから同様のことが考えられる。

今回のガイドラインでは、がん治療を実施するにあたって（薬物療法において）高齢者機能評価（GA/CGA）を弱い推奨度で薦められるという結論を得た。弱い推奨にとどまったことの大きな要因は、加齢に伴う心身の変化、がん種や治療内容などの背景の異なる個人差の極めて大きい患者群に対して、試験間で異なる高齢者機能評価

（GA/CGA）ツールを使って得た評価をもとに、有用性を解析した論文が多かったことにあった。また、薬物療法などの評価が比較的容易な治療法に限定されていたことも要因のひとつであった。

GA/CGAは、通常診療で見落としがちな患者の心身の機能や社会・経済的な問題点を包括的に治療前から治療経過中、その後も発見できる点から早期発見・治療につながり、また、転倒転落などの医療安全上のリスクマネジメントでも重要である。ただ、従来のRCT至上主義の考え方では、その有用性に関するエビデンスを示すことの困難さを痛切に感じた。すなわち、良くデザインされた観察研究やクラスターランダム化試験、がん登録、外科系NCD（日本外科学会）、診療報酬の包括評価制度であるDPC/PDPや介護保険レセプト情報（厚生労働省）、いわゆるビッグデータを利用した解析といった研究をもっと推し進めるべきであると考えられた。

その一例として医療と介護に関する研究では、松田らが実施した、急性期病院で行われた医療内容をDPC情報から収集し、介護保険レセプトから得た介護サービス情報と突合した調査は数千例のbig dataの検討であり、今後の臨床研究の方向性を示すものとなるはずである。今回の解析では、DPC病院退院後に在宅診療に移行した担がん高齢患者の生命予後が短いことから、訪問介護サービス関係者を対象とした終末期の担がん患者の介護サービスの在り方に関する研修等の必要性が示唆された。

ただ、こういった研究は地道な長期にわたる研究である。本研究成果は、「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年—2020年、研究代表 田村和夫）「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年—2022年、研究代表 佐伯俊昭）5年間の研究の集大成とも言うべきものであるが、これを推進するにあたって、腫瘍医をはじめとする臨床医、その所属する医療機関の高齢者医療に対す

る取り組みが極めて限定的であることが際立っていた。老年科の設置、老年科専門医の配置は少なく、老年腫瘍科が設置されているところは、1施設のみである。これからも増え続ける高齢がん患者を前にして即効性のカンフル剤は無いが、医系学部・大学院教育、総合病院やがん診療連携拠点病院の診療体制、そして老年医学・腫瘍学の基礎・臨床研究の推進に文部科学省、厚生労働省、経済産業省による体制整備に期待したい。

その期待を垣間見ることができたのは、本ガイドライン普及のために、がん診療連携拠点病院を対象にGA/CGAを中心に勉強する目的で研修会を開催した時のことである。予想を超える多くの参加者（1350名）を得た。これはがん診療連携拠点病院の指定要件の中に、「高齢者のがんに関して、意思決定能力を含む機能評価を行い、各種ガイドラインに沿って、個別の状況を踏まえた対応をしていること」が入ったことが大きく影響したものと思われる。研修会後も多くの質問が寄せられた。これまでGA/CGAを実施してこなかった拠点病院が多いこともあり、どのようなツールを使って誰が高齢者の機能評価を行い、それを臨床に応用していくべきか、不明な点が多くあり明らかに戸惑いと不安を持っているように見受けられた。今後もGA/CGAを中心に研修会を継続して実施していく必要があることは明らかで、がん診療拠点病院連絡協議会等が主体となり、本ガイドラインの普及を推進していくことが望まれる。

次に日本における外科、放射線治療領域のGA/CGAの有用性であるが、検討した研究が少なく、世界的にもRCTの検討は少ない。吉田好雄らが2021年10月に開始した、850例登録を目的に実施するGAと手術に伴う有害事象に関する研究は、良くデザインされた観察研究であり、その有用性を示すものとして期待される。

老年腫瘍学のテキストは、老年医学と腫瘍学の専門家による共同作業で、他の職種も参加し研修医や若手の医師を対象とした理解しやすい内容となっている。日本で初めて発刊されるテキストであることから、企画から執筆、査読にいたるまで、編集委員、執筆者、査読者の新しい学問体系を確立していくための普段の研鑽が成果として出たものと考えられる。老年腫瘍学は新しい分野であり、教育・研究・臨床の基盤となる学問として第一歩を踏み出した段階と考えられる。また、医学部教育だけではなく薬学系、看護系、理学療法、社会・福祉の大学教育、専門教育に携わる教員の参考となるものと期待される。ガイドラインは医療の現場での診療方針に必要なものであるが、その基盤となる学問としてさらに発展させなければならない。今後も継続して検討・改訂していくことが求められている。

今回、腫瘍医と老年科専門医が協働し、さらに

他の職種も参加してガイドラインやテキスト作成にあたったことは画期的な事であり、医療の現場での協力関係や、推奨度をもって提案できるようなエビデンスの創出にむけて共同研究が進むはずであり、その結果として人材育成につながる事が期待される。

最後に、高齢がん患者に対する各種ガイドラインや老年腫瘍学のテキストが公表された場合、それが医療の現場で周知・応用され、患者・家族、医療者にとって医療の改善につながらなければならない。したがって、これらのガイドラインを普及させ、患者・家族、そして医療者にとっても有用であったことを検証する必要がある。患者・家族、医療者らすべてのstakeholderが使って良かったというガイドラインにしていくために継続して研究、教育、診療、そして介護・福祉サービスの向上に向けて努力が必要である。ガイドラインを筆頭に、本研究成果をアップデートし、発展させていく組織体として、本研究を協働で推進してきた日本がんサポーターズケア学会が引きついでいくことを検討している。

【まとめ】

高齢者のがん診療ガイドラインを作成し総論、高齢がん患者に対する高齢者機能評価、リハビリテーション、栄養・サルコペニアについてCQを設定し、推奨をつけて公表した。今後、ガイドラインの医療の現場での実践・普及が必要である。また、高齢者のがん診療に関する情報が極めて限定的であり、エビデンスの創出を目的とした研究の推進とそれを実施する人材育成が喫緊の課題である。医育・医療機関、介護機関、行政をはじめとする全てのstakeholderの高齢者・高齢がん患者に関する教育、研究、臨床に対する意識改革と前向き姿勢が求められる。