

令和4年9月20日 第82回がん対策推進協議会 プレゼンテーション

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

2021年度～22年度

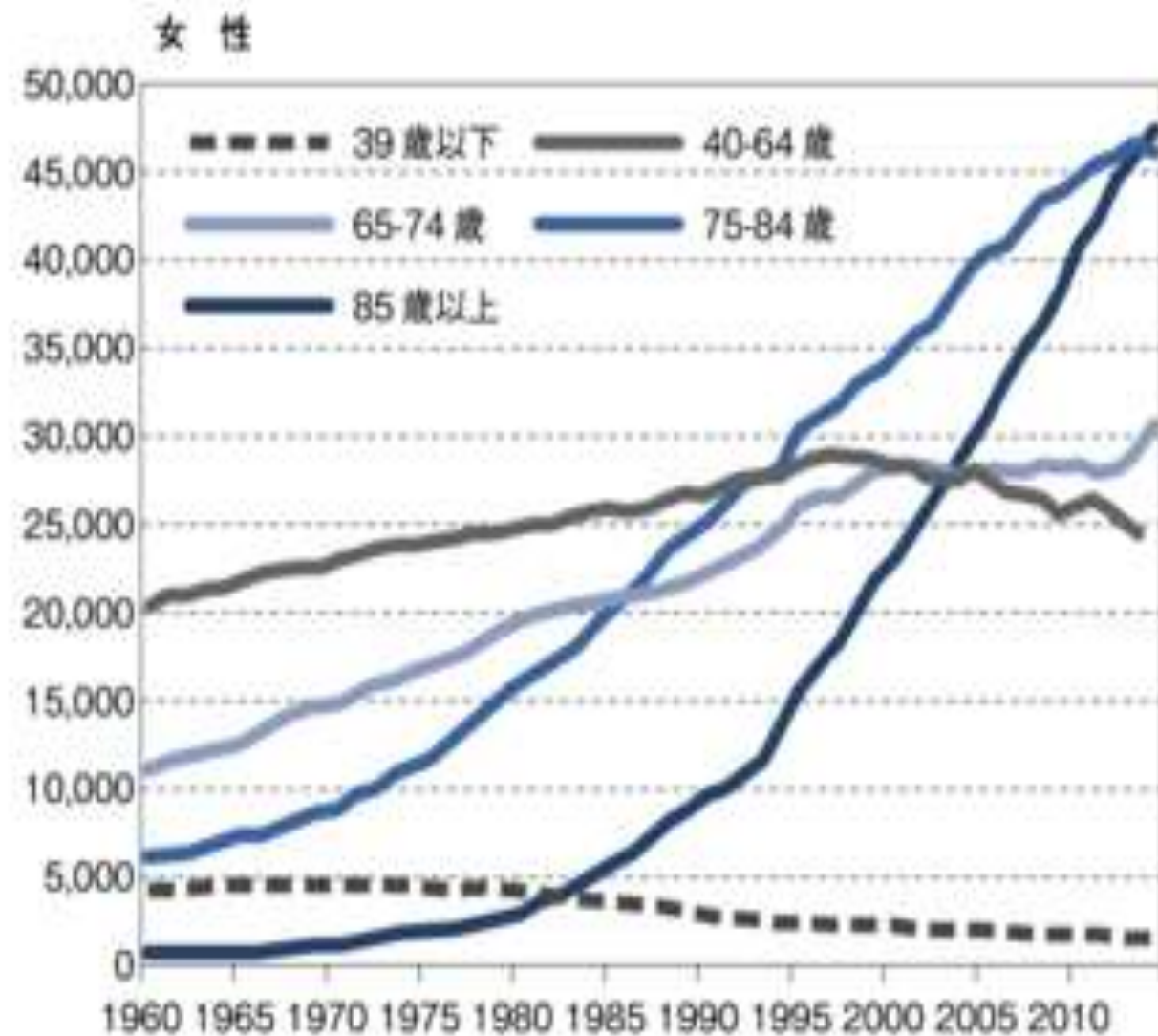
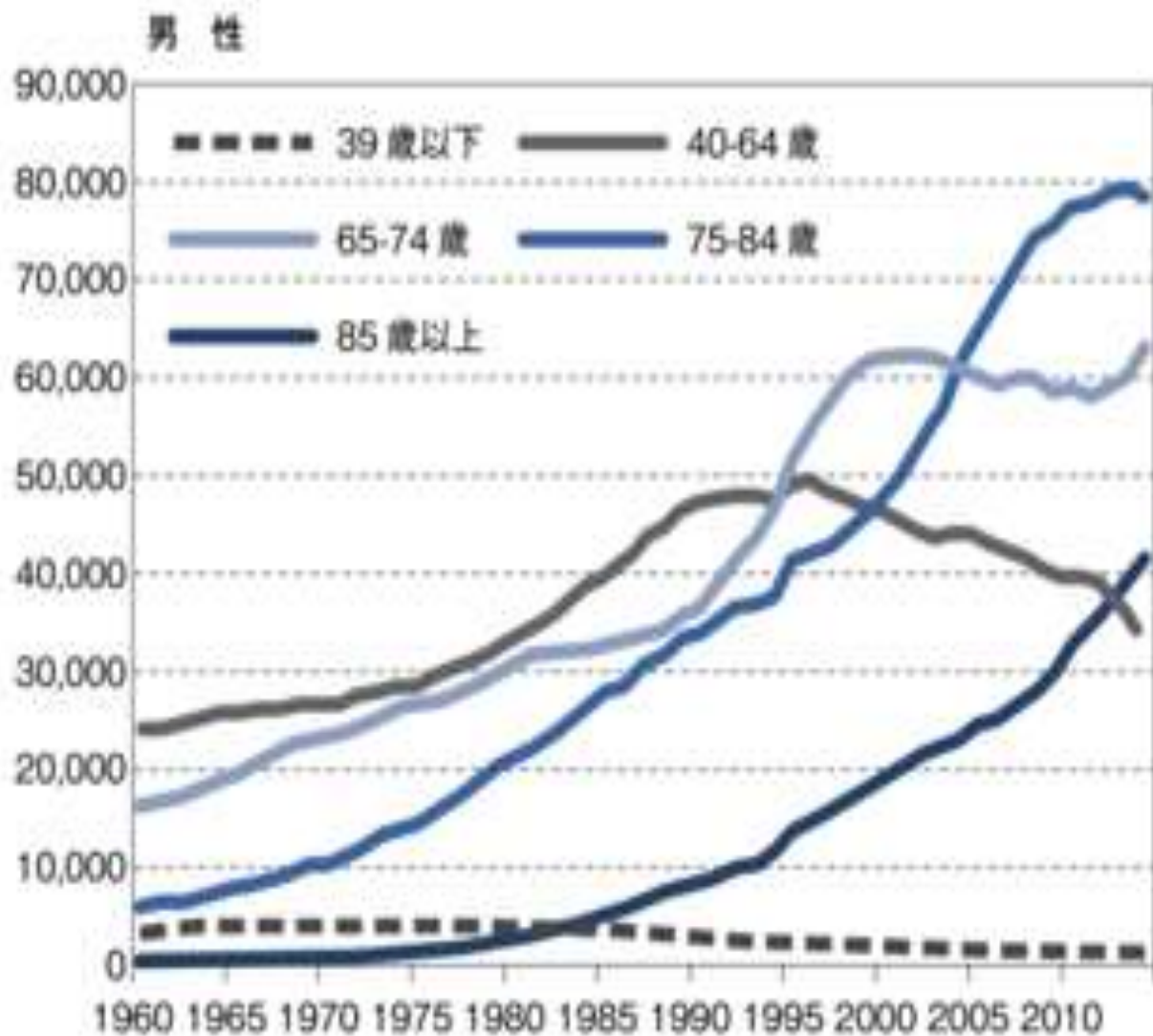
高齢者の適正ながん診療を目指して

Aiming for providing the appropriate treatment to the elderly in cancer

研究代表 佐伯俊昭

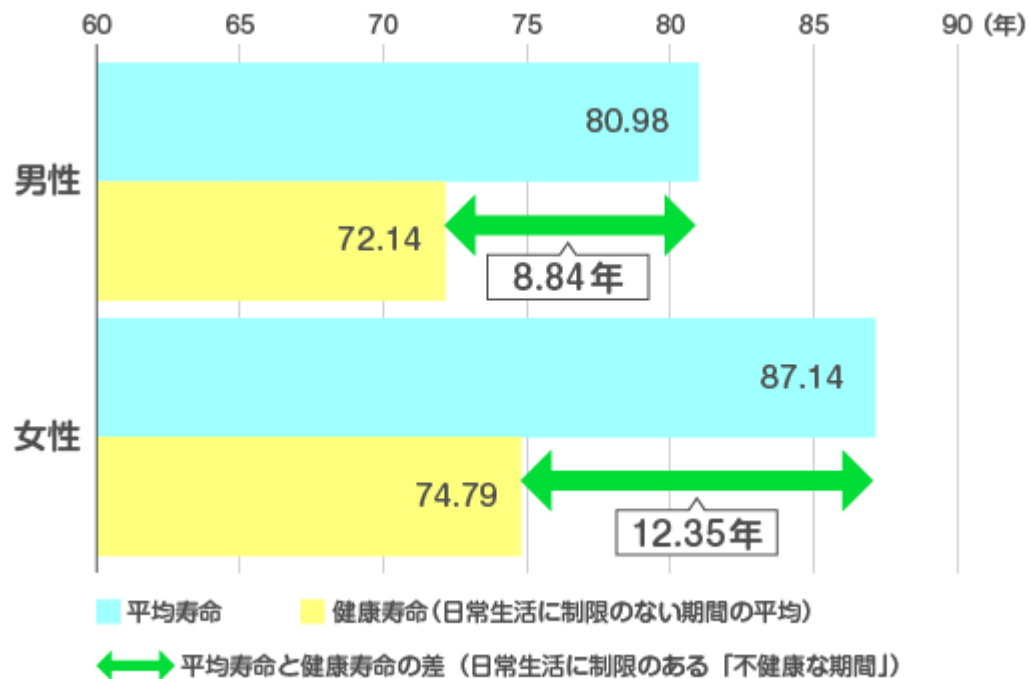
埼玉医科大学 国際医療センター病院長

疫学：がん罹患患者も急速に高齢化



年齢階級別がん死亡数の推移

生存期間延長よりも健康寿命延長



2016年 平均寿命と健康寿命の差

出典

厚生労働省.

平成28年簡易生命表の概況.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life16/dl/life16-15.pdf>

厚生労働省.

令和2年版 厚生労働白書.

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/19/dl/all.pdf>

我が国の高齢化が急速に進む中、国民一人ひとりの生活の質を維持し、社会保障制度を持続可能なものとするためには、健康寿命の延伸とともに平均寿命との差を縮小することが重要です。

そこで国では、「健康日本21(第二次)」や「健康寿命をのばしましょう。」をスローガンとする国民運動「スマート・ライフ・プロジェクト」、「健康寿命延伸プラン」などでは、健康寿命の延伸が前面に出ていますが、もう一つの真の目標は平均寿命との差の縮小なのです。

佐藤 敏彦 (青山学院大学大学院 社会情報学研究科 特任教授)

<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/hale/h-01-002.html>

「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 東京女子医科大学 放射線腫瘍学（臨床研究）

杉本 研 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 総合外科

がん種別GLの他学会との調整

渡邊清高 帝京大学 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）

・高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）

議長 田村和夫

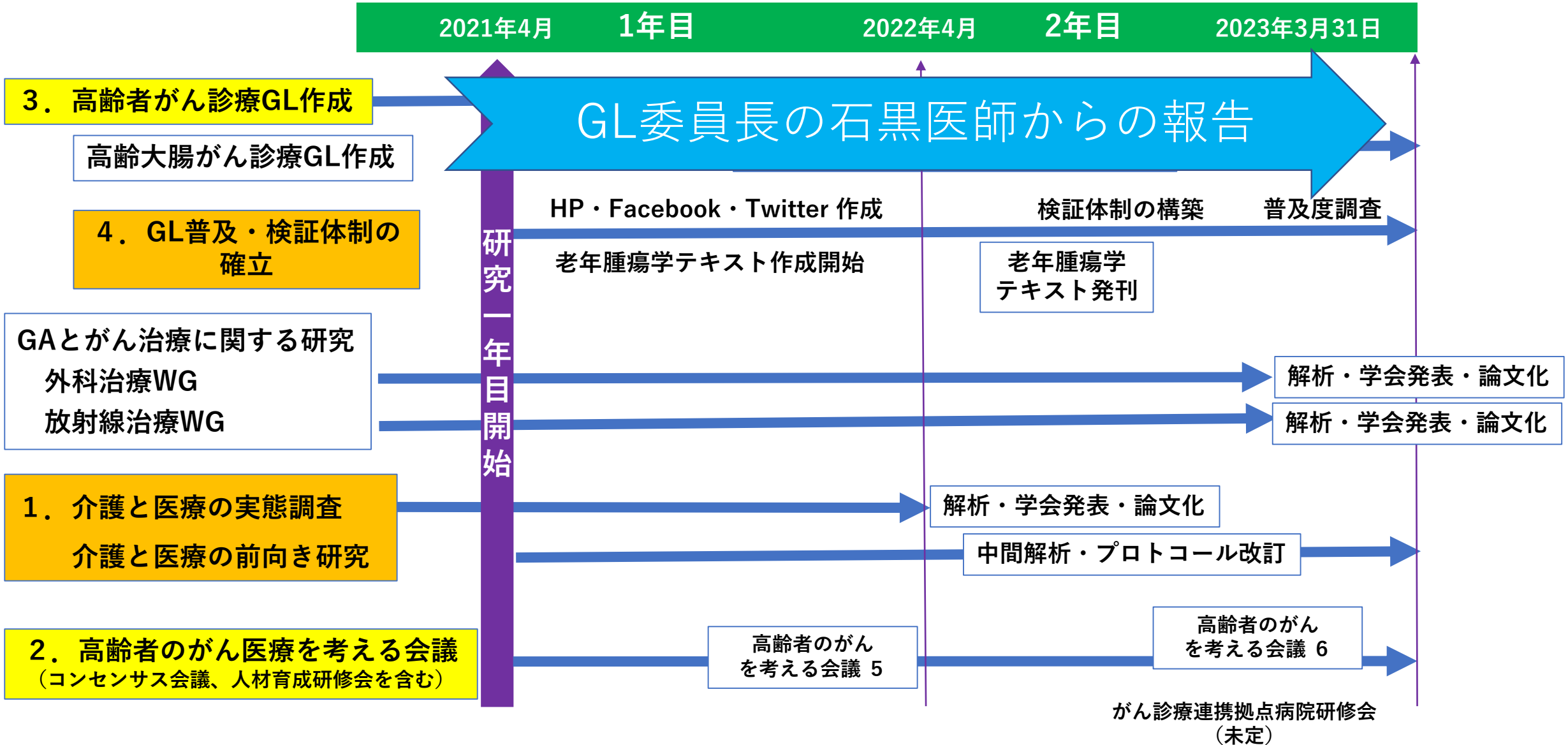
・日本がんサポーターズケア学会（JASCC）

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

研究活動のロードマップと組織の概略



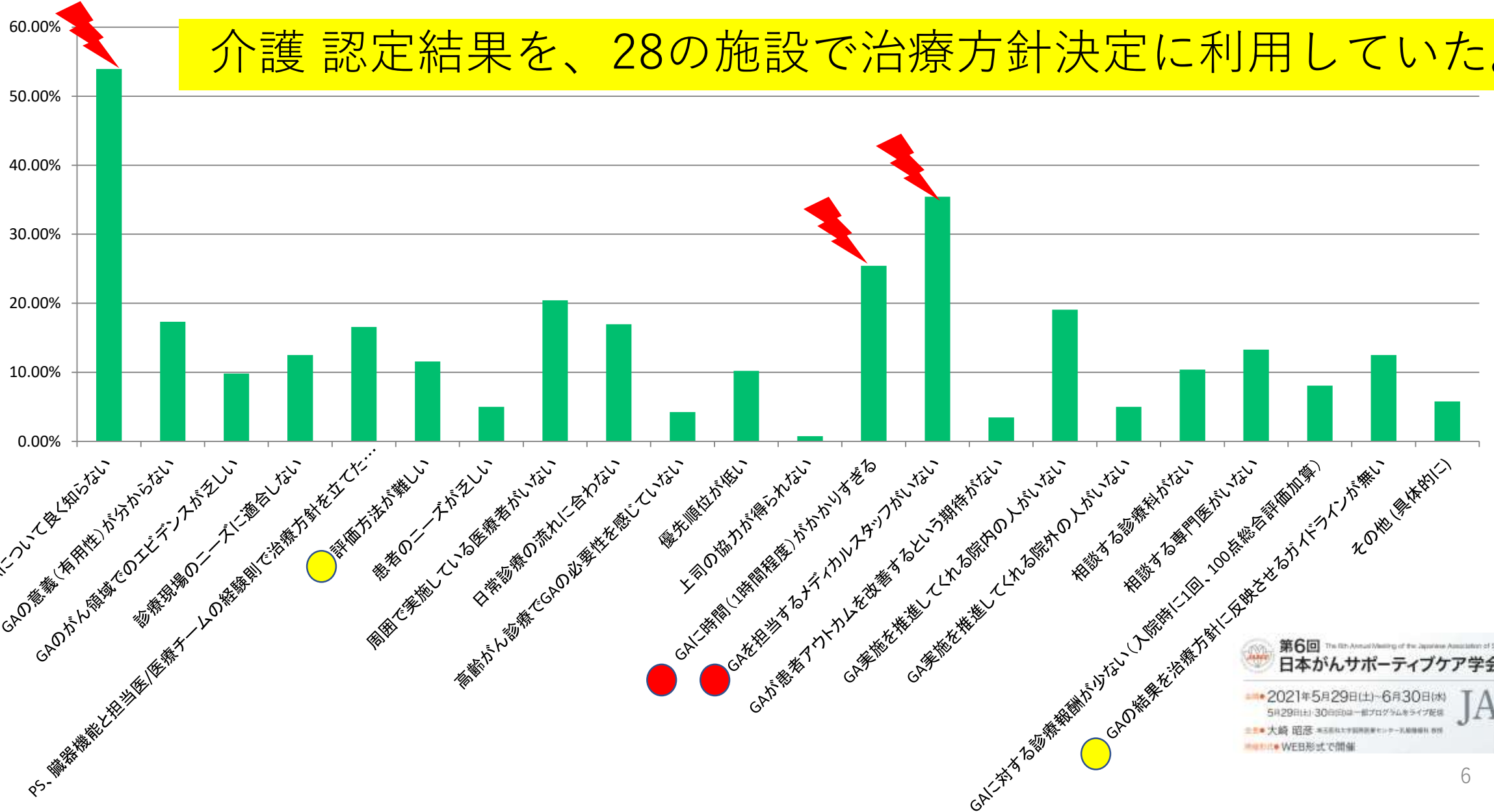
GL：ガイドライン、GA：geriatric assessment（高齢者機能評価）、WG：working group

診療現場での高齢者機能評価の現状

2020年の病院の現状（全国340施設）

Yoshida Y, Jpn. J. Clin. Oncol, 2022

介護認定結果を、28の施設で治療方針決定に利用していた。



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ケア学会学術集会
 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
 大崎 昭彦 東京医科大学国際医療センター がん診療科 部長
 WEB形式で開催

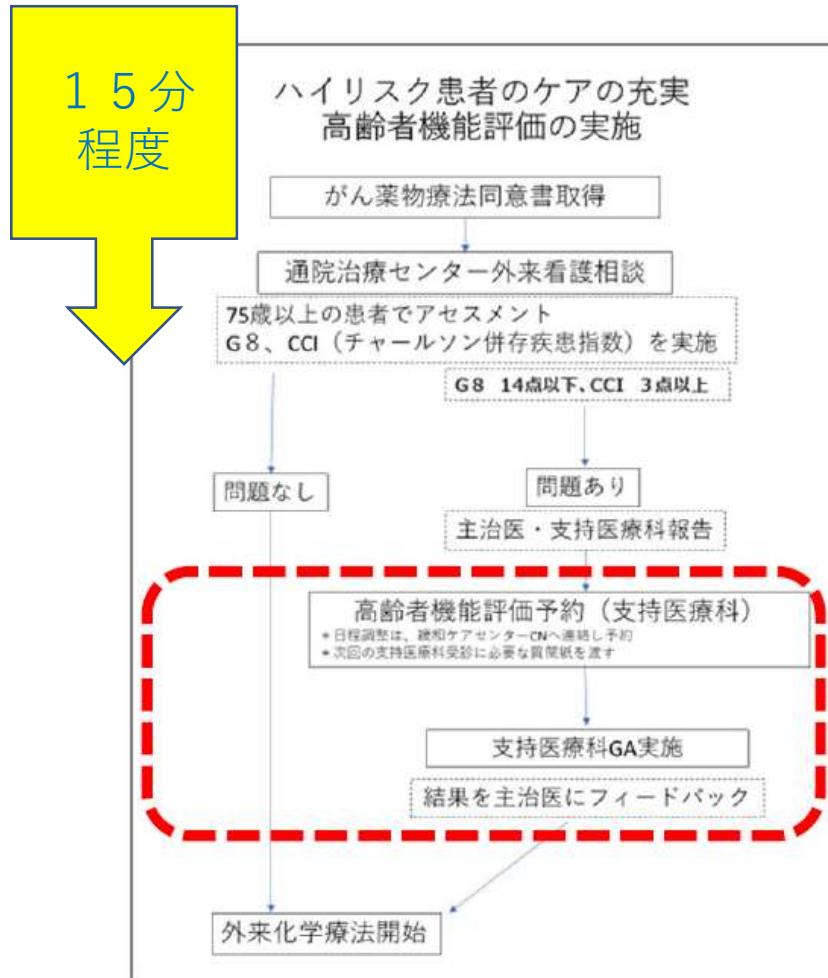
JASCC

診療現場での高齢者機能評価の現状

患者と家族の現状（埼玉医大での探索的研究）



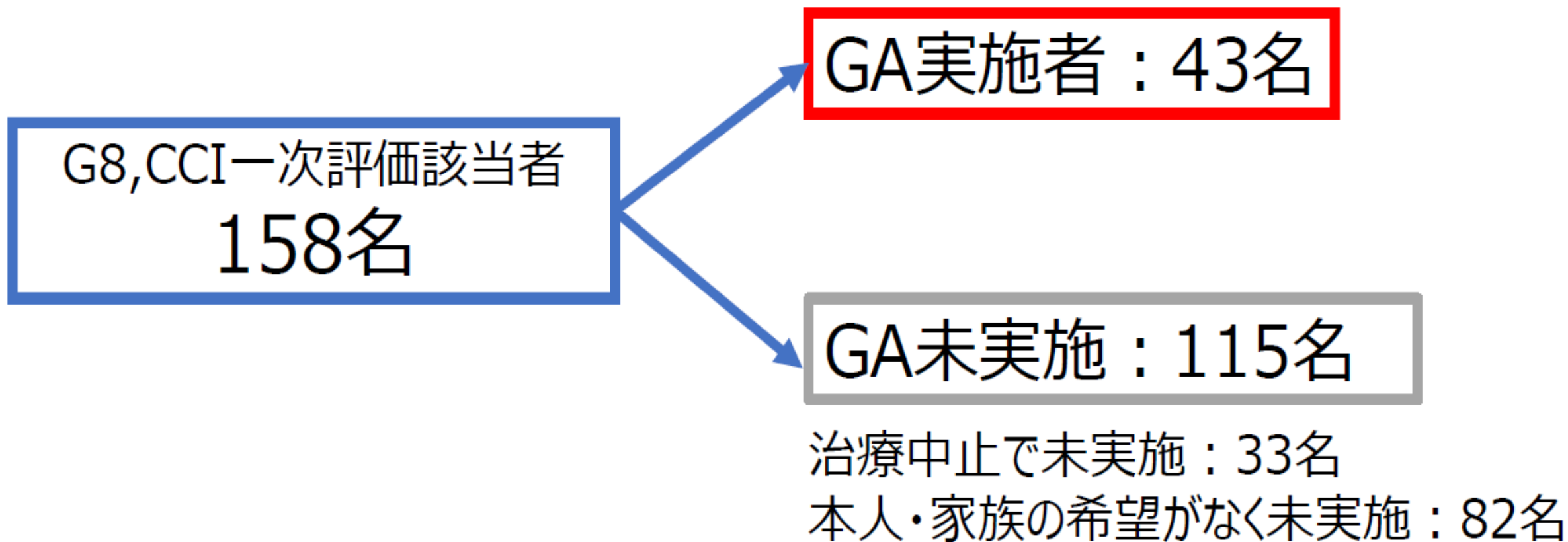
1. リスク評価：高齢者機能評価



- 当院は老年医学を専門とする診療科がないため、支持医療科の医師が高齢者機能評価（geriatric assessment：GA）を実施
- 所要時間：40～60分/一人

意思決定能力・本人の申告による元気さ（ECOG PS, KPS）・機能状態（転倒歴, 視力・聴力, ADL, iADL, Time UP & Go）・併存疾患・認知機能（miniCOG, MMSE, せん妄）・栄養（MNA, BMI）・骨粗鬆症・精神状態（GDS）・社会的サポート状況・内服薬・余命予測（ePOGNOSIS）
・QOL（EQ5D-5L）・CARG-score

期間：2020.06.01～2021.8.31



医療現場における老年腫瘍学領域の教育と診療の実態

医学部： 81校中回収率 48校 (59.3%)

- ・ 老年医学講座： 14校 (29%)
- ・ 老年医学の系統だった教育： 23校 (48%)
- ・ 授業時間：10コマ以下 10校 (44%)
- ・ 複数の講座が担当： 16校 (70%)
- ・ 腫瘍学講座内で老年腫瘍学担当：3校 (6%)
- ・ 老年腫瘍学カリキュラムあり：1校

医学研究科： 81校中 42校 (52%)

- ・ がんプロに参加：33校 (79%)
- ・ 高齢者がん医療に関する研究：2校 (5%)
- ・ 教育カリキュラム：0校
- ・ 老年医学に関する専攻科：6校 (14%)
- ・ 教育・研究プログラム：5校 (12%)

がん診療連携拠点病院： 437施設 151施設 (35%)

外来患者 \geq 65歳： 50%
入院患者 \geq 65歳： 77%

老年科設置：3%

老年病専門医：13%

高リスク高齢患者カンファランス無し：24%

キャンサーボード無し：7%

高齢者の機能評価無し：22% いつも実施：26%

老年腫瘍科：0

診療課題

安全管理 (転倒・転落)	80.7%
意思決定	78.6%
家族との調整	69.0%
コミュニケーション	64.1%
検査・治療に対するコンプライアンス	60.0%
診療方針	54.5%
検査・治療関連の有害事象	46.9%
診療費	18.6%
その他	15.2%

全国の大学、基幹病院に老年腫瘍科・講座がないので
まずは、がん領域の医師、薬剤師、看護師の学会とネットワーク

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～

開催日 2022年2月26日、土曜日、10:00～12:00

Web開催（Zoom会議）

高齢者のがん医療を考える会議
（コンセンサス会議、人材育成研修会を含む）

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

10:00～10:30

・「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

10:30～11:00

・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
産業医科大学公衆衛生学 教授 松田晋哉

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

11:00～12:00

・悪性リンパ腫の治療方針～アンケート調査中間報告

埼玉医科大学血液内科教授 照井康仁

・介護認定患者の外科治療～中間成績

福岡大学病院医療情報部・診療部長、消化器外科・診療教授 吉田陽一郎

・患者・家族の立場から

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 桜井なおみ

・高齢者のがん医療、支持医療

埼玉医科大学国際医療センター 支持医療科 教授 高橋孝郎

・在宅医療、介護サービス（医師会の立場から）

ひろせクリニック 院長 廣瀬哲也

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～

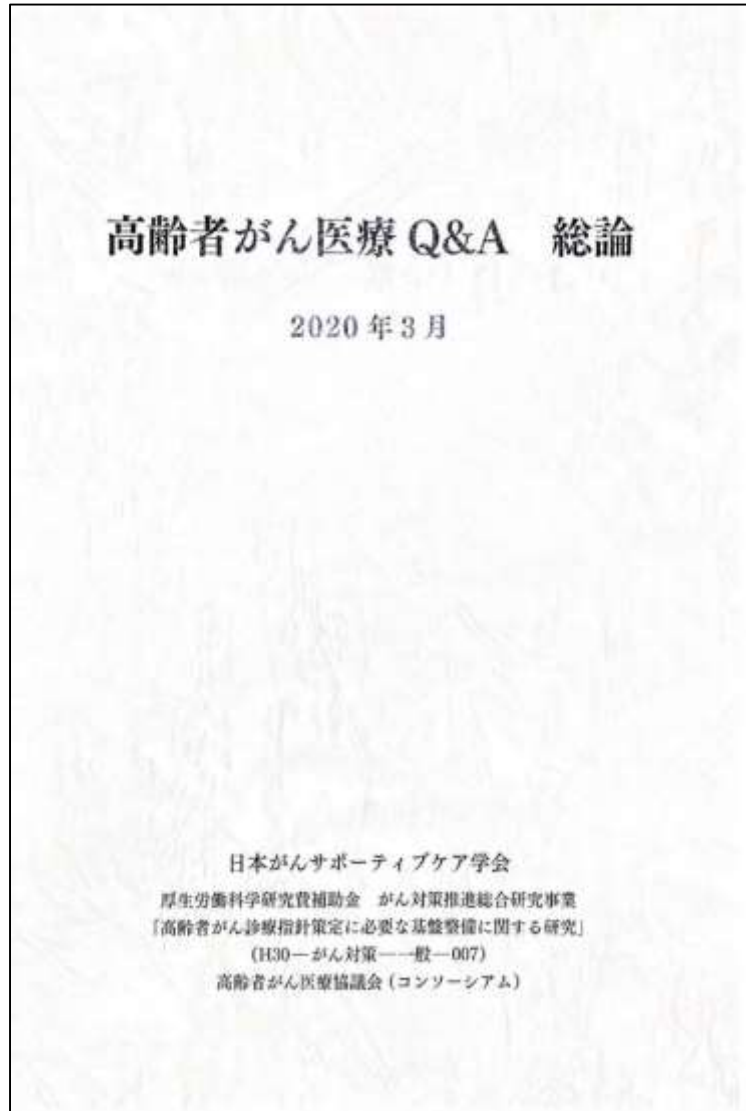
開催日 2022年2月26日、

土曜日、10:00～12:00

Web開催（Zoom会議）

高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）		2021～2022年度	参加団体：24	協力団体：3
学会・研究会名	氏名	所 属		
日本がんサポーターズケア学会	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			

高齢者がん診療GL作成
までの過程



<http://jascc.jp/>

- 序文 高齢者のがん診療の
基本的な考え方」
- 第1章 高齢者がんの特徴と評価
- 第2章 内科系治療総論
- 第3章 支持・緩和医療
- 第4章 外科系治療総論
- 第5章 放射線治療総論
- 第6章 低侵襲治療
(IVRと内視鏡治療) 総論
- 第7章 精神科的治療
- 第8章 高齢者がん患者の社会・
経済的サポートケア
- 第9章 高齢者の臨床薬理



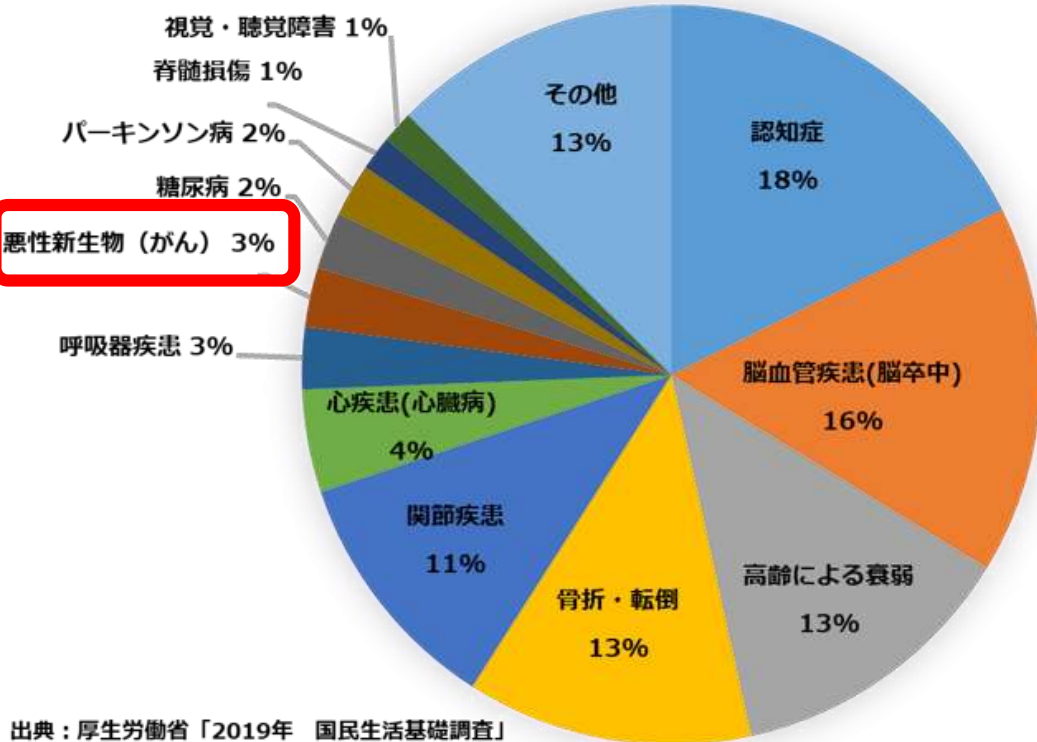
高齢者がん診療ガイドライン策定とその普及のための研究

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「がんの支持医療・サポーターシップ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（日本がんサポーターシップケア学会 支持医療専門職認定制度）
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）

医療と介護を包括的に、かつ適正に提供する ガイドラインが必要

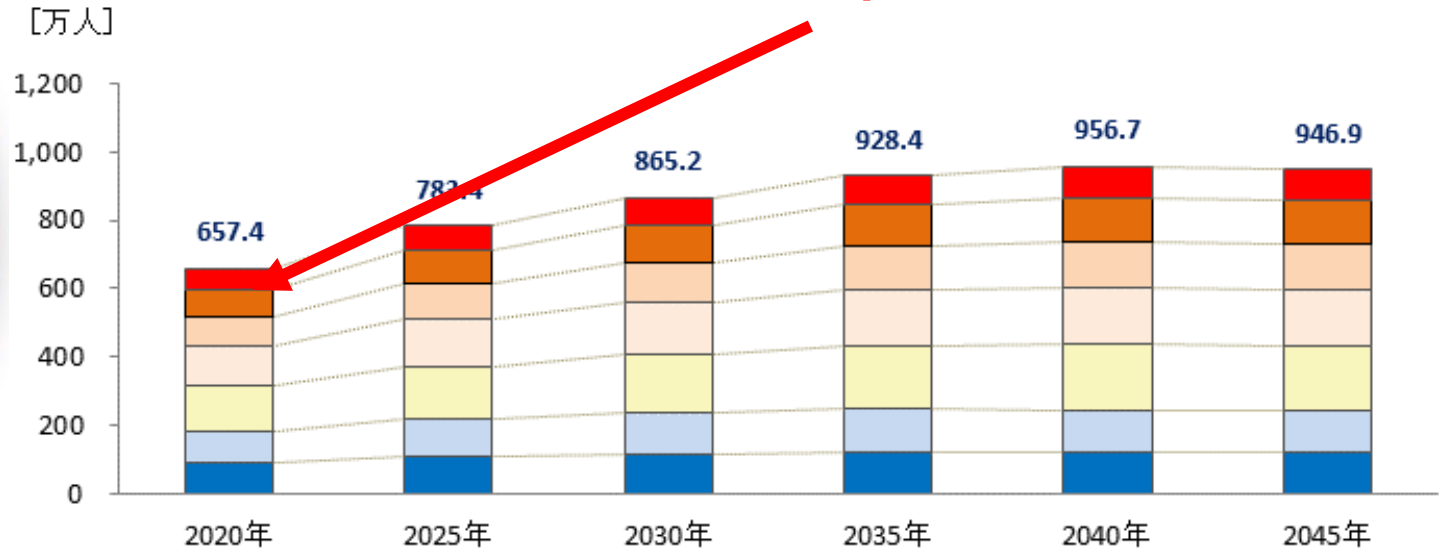
図1 介護が必要になった原因



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

657万人の3% = 約20万人



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)



75歳以上は35.9万件 (全がん罹患の41.5%)、85歳以上は10.8万件 (全がん罹患の12.5%)

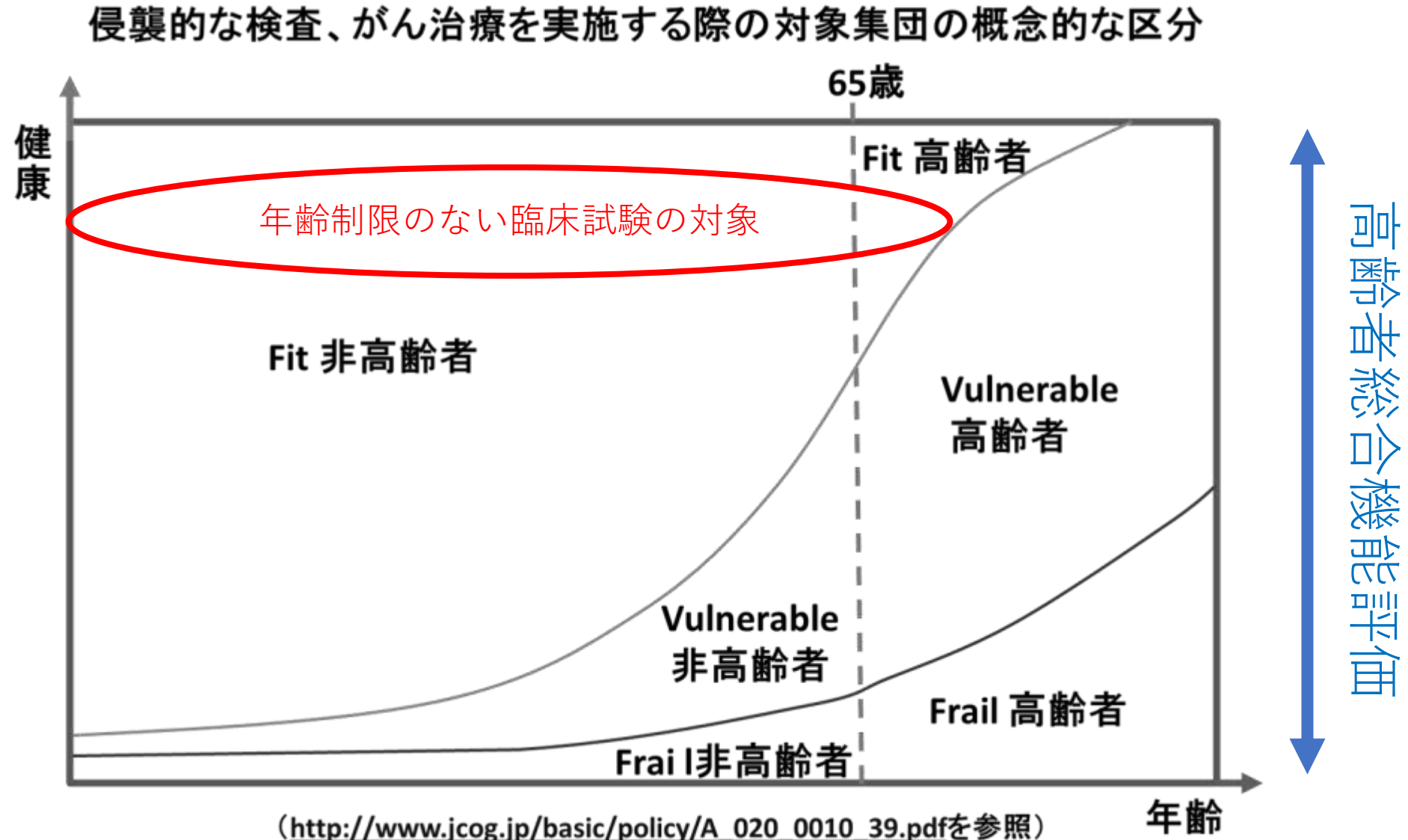
2012年 約50万人の75歳以上高齢がん患者で介護認定を受けている割合が不明

高齢者がん診療ガイドライン（GL）作成委員会

石黒洋

埼玉医科大学国際医療センター 乳腺腫瘍科

臨床試験のエビデンスが有用なのは、高齢者の限られた集団



Comprehensive geriatric assessment (CGA、高齢者総合機能評価)

・身体的側面

身体機能

ADL

IADL

転倒

歩行機能

合併症

栄養状態

薬剤

・精神・心理的側面

認知機能障害

抑うつ

・社会・経済的側面

生活状況

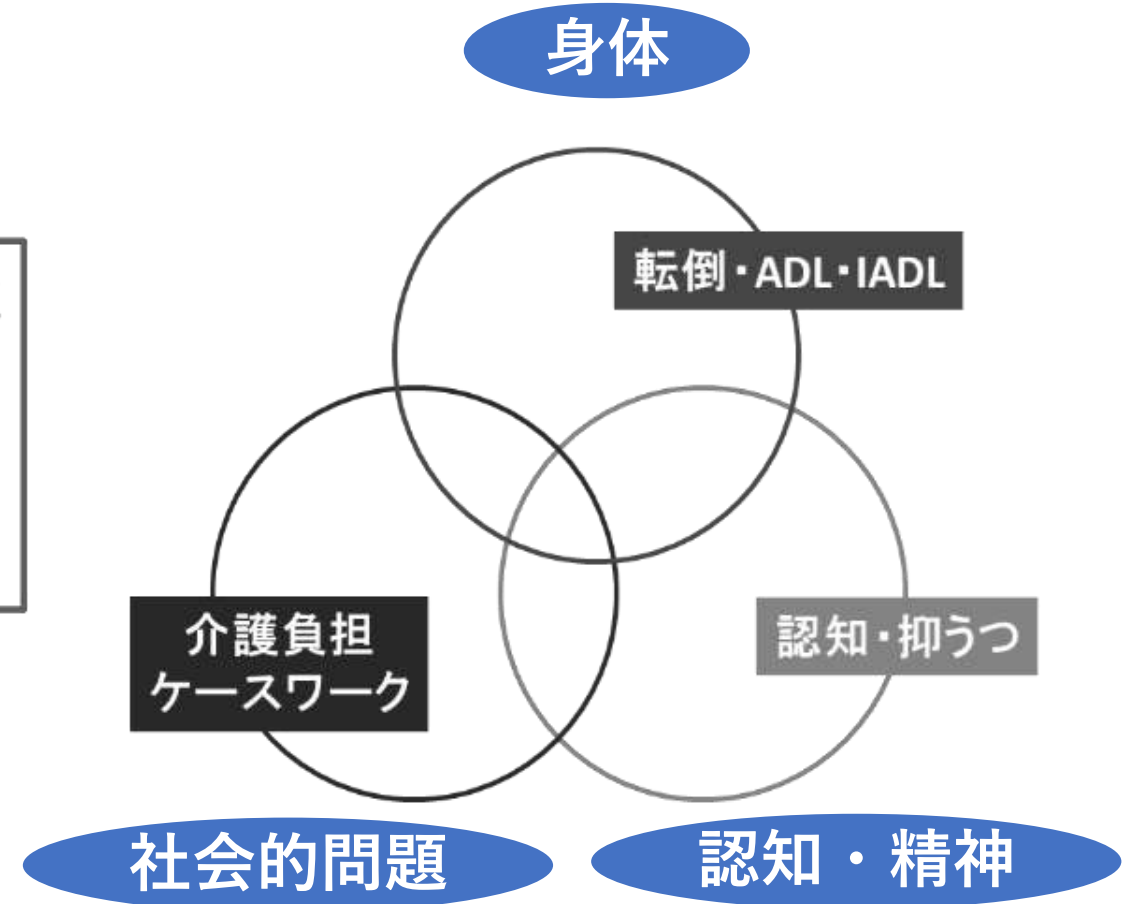
ソーシャルサポート

がん治療に伴う有害事象
血液毒性
感染・敗血症
非血液毒性

老年症候群、老年期の合併症
転倒・骨折
低栄養(アパシーに合併)
全身衰弱

認知症
意思能力
セルフケア能力
アドヒアランス
(特に経口抗がん薬)

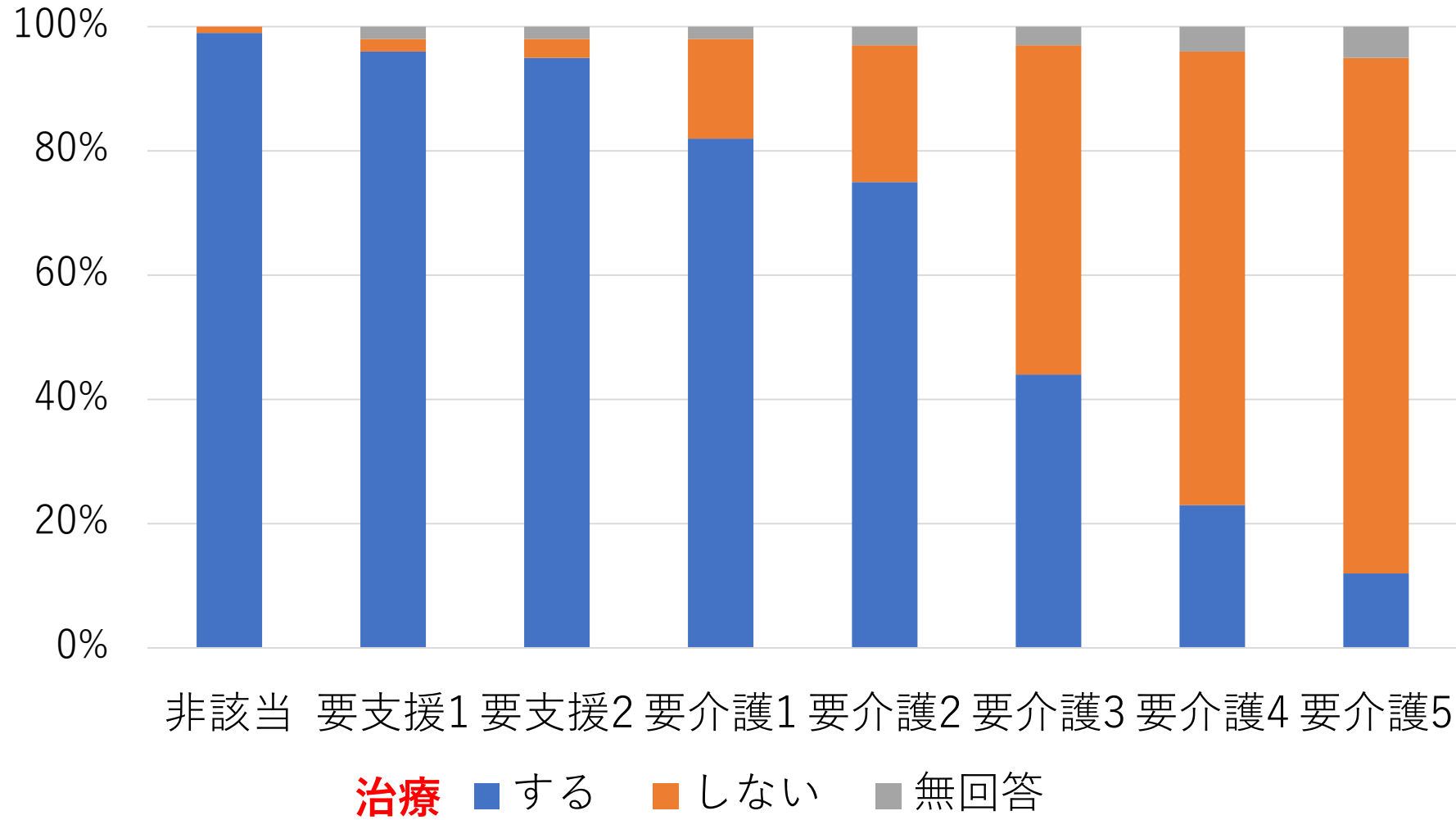
社会支援
介護力



(一般的な) がん治療 (研究開発) における評価項目
(Strength of Endpoints)

1. Total **mortality**
2. Cause-specific **mortality**
3. (Carefully assessed **quality of life**)
4. Indirect **surrogates**.
 - i. **Event-free survival.**
 - ii. **Disease-free survival.**
 - iii. **Progression-free survival.**
 - iv. Tumor response rate.

高齢悪性リンパ腫患者の診療方針に、介護度が与える影響



高齢がん患者の受け止め

- がんに抵抗しないで **成り行き** に任せる

vs. 生存期間延長

- がんは人生のほんの一部
- この歳まで生きてきたのだから

- 弱っていく自分への苦悩と **周囲に気兼ね** した意思表示

- 治療の意思は自分がない

要支援・介護, QOL

- 最後まで人生を全うしたい

- **寿命が許すかぎり** 生き抜きたい

vs. 生存期間延長

- **不透明な先行き** への焦り

要支援・介護, QOL

今後、高齢がん患者に適した**エンドポイント**を確立

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。

高齢者機能評価に関するCQ

CQ. 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？

推奨

高齢者機能評価（GA/CGA）を行うよう提案する。

individual perspective
(患者視点)

〔推奨の強さ：2，エビデンスの強さ：B，合意率：73%〕

系統的文献検索において、CQに該当するランダム化比較試験を主に評価し、15編（13試験）を採用した。

薬物療法に際してGA/CGAを用いた介入を行うことで、下記のアウトカムが示されている。

- ① 生存効果に与える影響は低い（エビデンスの強さ：B）。
- 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GA/CGA評価は侵襲性が低いため患者に明らかな不利益は生じえない（時間的拘束や精神・心理的負担は伴う可能性はある）。しかし、GA/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。

また、高齢者総合的機能評価の実施における診療報酬が低い（入院中に1回限り算定：100点）、老年医が常駐している施設が少ない、などの問題点も挙げられる。

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。

栄養、歯科口腔

リハビリテーションに関するCQ2：薬物療法中

CQ2. 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%〕

系統的文献検索において、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介入として実施されたランダム化比較試験7編を評価した。

がん薬物療法におけるアウトカムの改善という観点で、直接的に与えた影響（薬物療法へのコンプライアンスの向上など）は非高齢者において示されており、高齢者にも外挿することができるという指摘があった。強く推奨する理由として、「QOLを改善させた点は重要である」という意見がみられた。一方、弱く推奨する理由として、「対象（癌腫）や介入方法にばらつきがあり、強く推奨するまでには至らないのではないか」、「色々な立場の患者さんがおられる中で、特に高齢がん患者の中にはリハビリテーション治療を負担に感じられる方がいるのも事実であり、強く推奨するのを憚られる場合がある」という意見が挙げられた。

がん治療における外来でのリハビリテーションは、保険上の算定ができないため、臨床的な適応性に問題があるという意見もあった（Individual Perspective（患者視点））。