

# 「高齢者のがん医療を考えよう」 公開シンポジウム

主催：厚生労働科学研究費補助金「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」班  
共催：一般社団法人全国がん患者団体連合会

# ご挨拶

福岡大学 名誉教授  
田村和夫先生

がんは高齢者に多く発症し、これからも罹患者、がん死とも増え続けることが予想されます。その特徴は、加齢とともに身体機能、認知機能・情動（うつ）、社会・経済の3つの側面において種々のレベルで障害があり、しかも個人差が大きいことです。我々は暦年齢にとらわれず、次の3つのグループ、すなわち非高齢者と同等の治療ができるきわめて元気な方（フィット）、全面介護が必要でがん治療が困難な方（フレイル）、減弱した治療なら可能な脆弱な方（プレフレイル）に分け、適正な診療は何かについてこの3年間議論してまいりました。議論のなかで、非高齢者に比し高齢者は余命が短く、豊富な人生経験から個々人の人生観、考え方、選好があり、また全生存期間の延長だけでなく健康寿命の延伸を望む患者さんも多く、認知障害のある例では意思決定支援が必要であることなど非高齢者では検討に上ることが少ない問題もあります。本シンポジウムでは、これまでの議論をみなさんに聴いて頂き、高齢がん患者さんのマネジメントについて一緒に討論し、我々の議論の方向について違和感、異論がないかご意見を頂ければと思います。

## 目次

1. シンポジウム概要	3
2. プログラム	
基調講演	4
ディスカッション①	12
ディスカッション②	15
ディスカッション③	22
総合討論	28

※本レポート内の資料・画像等の内容の転載及び複製・再配布等の行為は厳禁

# 1. シンポジウム概要

## 高齢者のがん医療を考えよう 公開シンポジウム

- 日 時 : 2021年3月6日(土) 13:30~15:30
- 開催方法 : オンライン(ZOOMミーティング)
- 参加人数 : 103名
- 参加費 : 無料



心身機能が衰えてくる高齢がん患者の治療…元気な高齢がん患者であれば、非高齢者と同等の標準治療を受け、がん治療のベネフィットを得ることができます。全身状態の悪いがん患者ではベネフィットを享受できない可能性があります。どういった方が、どこまでの治療を受けるかを考える際には、医学的な情報だけではなく、社会や家庭環境など患者が歩いてきた人生の背景や価値観なども考慮した検討が必要です。

そこで、本公開シンポジウムでは、先般検討された「プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言」をもとに、提言にいたった背景や内容(ポイント)、そして、そこでの課題などを学び、患者、家族とともに、これからの中高齢者医療について議論したいと思います。

時間	演者	テーマ
13:30-13:35 <b>注意事項の説明</b>		
13:35-14:10 <b>挨拶・基調講演</b>	田村和夫先生(福岡大学名誉教授)	「高齢者のがん医療」～厚労科研研究事業、みんなのWeb調査から学んだこと～
14:10-14:30 <b>ディスカッション①</b>	唐澤久美子先生(東京女子医科大学放射線腫瘍科教授)	「がん医療の目標と医療者の基本姿勢」
14:30-14:50 <b>ディスカッション②</b>	田村和夫先生(福岡大学名誉教授) 小川朝生先生(国立がん研究センター東病院精神腫瘍科)	「心身の機能と“適正な”がん診療」 指定発言 「認知症の方のがん治療」
14:50-15:10 <b>ディスカッション③</b>	海堀昌樹先生(関西医科大学外科)	「高齢癌患者に対する手術について」 ～肝臓癌での検証～
15:10-15:30 <b>総合討論</b>	田村和夫先生(福岡大学名誉教授) 山本寛先生(東京都健康長寿医療センター呼吸器内科)	全体のまとめ 指定発言 「老年医学の立場からコメント」
15:30 <b>閉会の挨拶</b>	田村和夫先生(福岡大学名誉教授)	

※パネルディスカッション登壇者:  
一般社団法人全国がん患者団体連合会 天野慎介氏・櫻井公恵氏・松本陽子氏・桜井なおみ氏

# 2. プログラム

## 基調講演

テーマ：「高齢者のがん医療」

～厚労科研研究事業、みなさんのWeb調査から学んだこと～

演者：福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

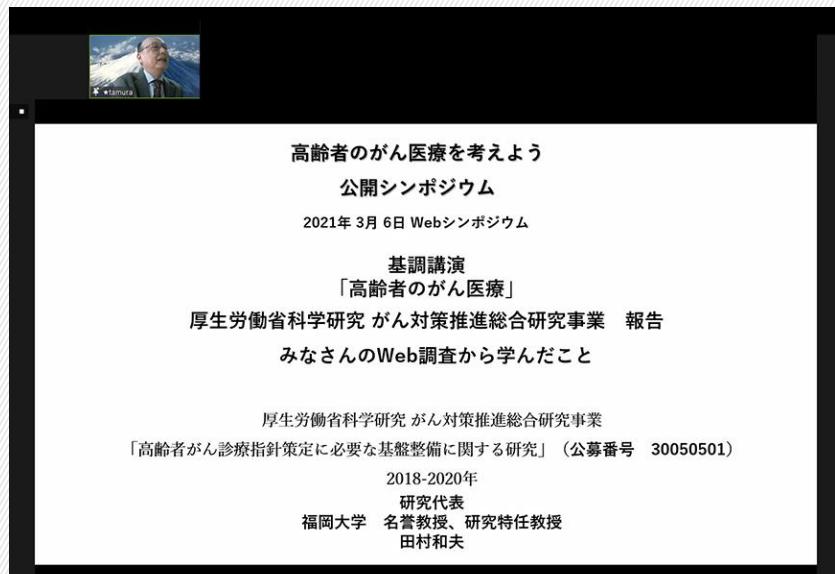
### 講演内容

がん対策推進総合研究事業の成果の紹介。

日本人は、寿命の延長と心身の若返り現象が起きており、一方で高齢者の個体差はますます拡大している中で、高齢がん患者の標準治療の確立の障害になっていたもの、現状の取り組み、高齢者のがん医療を支える学問としての老年腫瘍学、がん医療に関するアンケート調査とその現状をQ&Aの形でまとめたこと、議論をする場としてのプラットフォーム（高齢者がん医療協議会）、高齢者のがんを考える会などのご紹介と、高齢者のがん治療が十分にできるかどうかの評価方法等について説明頂いた。

続いて、シンポジウム参加者への事前アンケートの結果の紹介、本シンポジウムの議論のポイント（総論・高齢者機能評価）などを説明頂いた。

事前アンケートでは、自由記載欄にも多くの参加者から記入があり、座長の桜井氏からも、高齢がん患者にとって、身体への負担と治療効果、家族との意見の違いで悩まれている方が多いのでは？という質問があり、田村先生から、がん種によってさまざまなケースが考えられるが、しっかりと話し合うことが大切であり、基本的には本人の意向が重要といった回答がなされた。



高齢者のがん医療を考えよう  
公開シンポジウム  
2021年3月6日 Webシンポジウム  
基調講演  
「高齢者のがん医療」  
厚生労働省科学研究 がん対策推進総合研究事業 報告  
みなさんのWeb調査から学んだこと

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」（公募番号 30050501）  
2018-2020年  
研究代表  
福岡大学 名誉教授、研究特任教授  
田村和夫

# 2. プログラム

## 基調講演

## 講演資料

### 「高齢者のがん医療」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

#### 高齢者のがん医療を考えよう

##### 公開シンポジウム

2021年3月6日 Webシンポジウム

##### 基調講演

##### 「高齢者のがん医療」

厚生労働省科学研究 がん対策推進総合研究事業 報告

みなさんのWeb調査から学んだこと

厚生労働省科学研究 がん対策推進総合研究事業

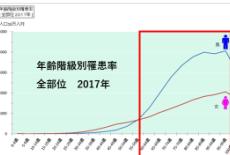
「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」（公募番号 30050501）

2018-2020年

研究代表  
福岡大学 名誉教授、研究特任教授  
田村和夫

#### 日本人のがんの罹患・死亡率

年齢階級別罹患率 全部位 2017年



元データ：全国がん登録による全国がん登録データ  
・男女とも50歳代から80歳代くらいまで増加する。  
・20歳代から50歳代前半で女性が男性よりやや高く、  
60代以降は男性が女性より頻度に高い。

がん罹患者数

83% ≒ 60歳
75% ≒ 65歳
59% ≒ 70歳
44% ≒ 75歳
28% ≒ 80歳

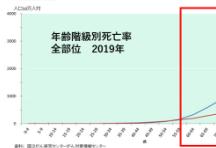
がん死亡者数

92% ≒ 60歳
87% ≒ 65歳
77% ≒ 70歳
63% ≒ 75歳
47% ≒ 80歳

がんは高齢者の疾病であって  
若年者のがんは少ない

・男女とも60歳から増加、  
高齢になるほど高い  
・60歳以上は男性が女性より頻度に高い

年齢階級別死亡率 全部位 2019年



元データ：人口動態統計による全国がん死亡データ

1

2

#### 人の一生



人は30歳前後に心身ともに身体的な機能はもっとも成熟した時期である。

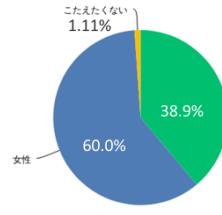
その後、加齢とともに右肩下がりで機能が低下し、事故や何の疾患にも罹患しないとすると110歳前後で老衰死する人が人の一生である。

しかし、多くの人は、事故や病気により不可逆性の機能障害が残り、それが積み重なって110歳よりも前に死んでしまう。その原因疾患の多くは生活習慣病をはじめとする慢性疾患の進行である。

3

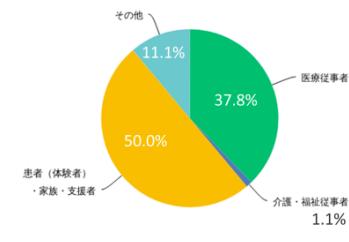
#### 「高齢者のがん医療を考えよう」事前アンケート調査

Q1: あなたの性別をお答えください



回答数: 90 スキップ数: 0

Q2: あなたのお立場をお答えください



回答数: 90 スキップ数: 0

4

#### 高齢の定義

#### 質問3

みなさんにとって高齢者とは  
何歳からですか？

#### 回答

- ①  $\geq 65$ 歳
- ②  $\geq 70$ 歳
- ③  $\geq 75$ 歳
- ④  $\geq 80$ 歳

#### 生理的的老化

30～35歳（成熱期）以降

徐々に身体機能の低下

65歳 老化現象が顕著になってくる年齢

65～74歳 前期高齢者（老年前期）

准高齢者（老年医学会）

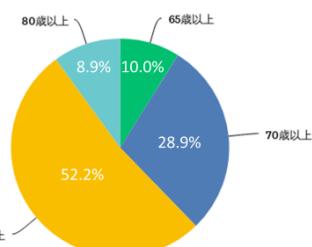
75～89歳 後期高齢者（老年後期）

高齢者（老年医学会）

90歳以上 超高齢者

質問3

Q3: みなさんにって高齢者とは何歳ぐらいからですか？



回答数: 90 スキップ数: 0

5

6

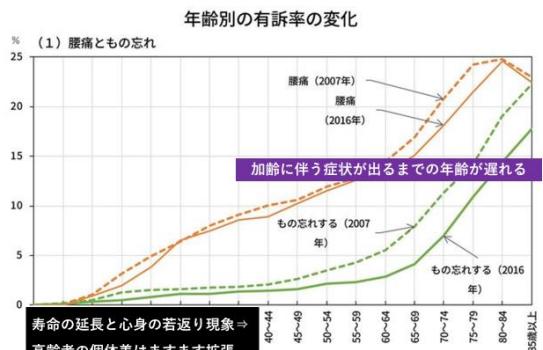
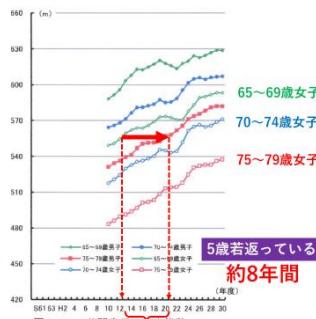
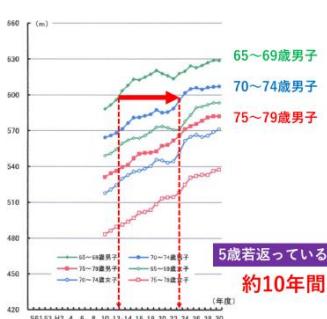
# 2. プログラム

## 基調講演

## 講演資料

### 「高齢者のがん医療」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

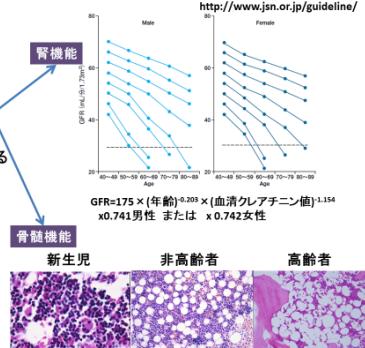


### 標準治療創出障害因子 ディスカッション

- ・寿命が短い
  - ・様々な併存疾患を有している
  - ・多種類の薬剤を服用している(多薬)
  - ・生理的に機能が低下している(老化現象)
  - 脆弱性
  - とくに、85歳以上で生理的機能の低下による  
脆弱性の増加
  - ・認知機能に制限がある
  - ・社会的経済的に制限がある
- もっとも大きな特徴は、個人差が極めて大きいこと

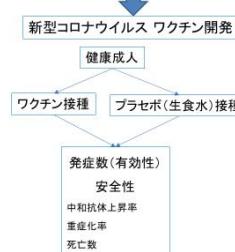
Kennedy BJ. Aging and cancer.  
Comprehensive Geriatric Oncology, Taylor & Francis,  
London 2004, p3-10.

### 高齢者の特徴



### ディスカッション

高齢がん患者の標準治療(その時点でもっとも適正な治療)は確立しているか?  
科学的な手法で実施された臨床試験により標準治療を確立 ⇒ 高齢がん患者では限られる



臨床における臨床試験

日本人の健常成人1人を対象に、ワクチンを接種する人とブラセボを接種する人に分け、約3週間の追跡しました。その後、2回目の接種から1ヶ月後の、血液中の新型コロナウイルスに対する中和抗体の濃度を測定しました。結果、ワクチン接種群はブラセボ接種群に比べて、中和抗体の濃度が有意に高いことが示されました。

つまり、日本人でも、海外における臨床試験で得られたワクチン群の結果(血清後平均中和抗体値31.1、正立上昇率31.1)と同程度以上の効率が得られています。

ワクチン接種群	測定した人数		血清中和抗体値(2回接種後1ヶ月)	血清中和抗体値(1ヶ月/1回接種後)
	ワクチン接種群	ブラセボ接種群		
ワクチン接種群	19,965	9 - 6	3,232 - K	94.6%
ブラセボ接種群	20,172	169 - G	2,345 - H	1 - K(F)(P)(G)

(注) 接種期間(1,000人年): 人年とは解析対象者の追跡期間(観察期間) (年) を合計した数値。

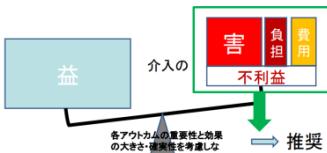
では何が障害になっているのだろうか?

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakuunitsuite/bunya/vaccine\\_pfizer.html#001](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakuunitsuite/bunya/vaccine_pfizer.html#001)

### 標準治療創出障害因子

#### 高齢者のがん薬物療法

- がん治療は、100%副作用があり、重篤な副作用も一定の割合で起こる。  
非高齢者に比し、副作用発現頻度・重症化率が高く、臨床試験脱落率も高い。  
⇒ 抗がん薬の有効性の評価が難しい



Mindsガイドライン作成マニュアル2017-「推奨jp178

#### 高齢者

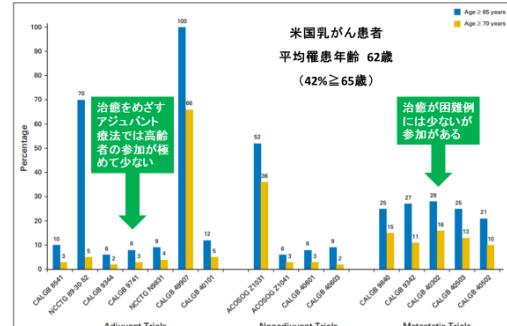
- ・多くの臨床試験で除外されている
- ・年齢制限のない研究でも、高齢者の登録が少なく、得られる情報が限られる
- ・心身の機能障害のある高齢者を対象とした研究が完遂できなかった歴史がある

標準治療が確立してこなかった

9

### ディスカッション

#### 高齢がん患者が臨床試験に参加する割合



11

8

10



# 2. プログラム

## 基調講演

## 講演資料

### 「高齢者のがん医療」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

#### ③高齢者のがんならびにがん医療を議論する場は？

- ・日本には老年腫瘍学を専門とする学術団体はない  
日本がんサポートケア学会 「高齢者のがん治療部会」  
日本臨床腫瘍学会 「老年腫瘍学ワーキング」
- ・専門雑誌やテキストブックが無い
- ・国際老年腫瘍学会  
(International Society of Geriatric Oncology, SIOG)

#### 高齢者のがん医療を検討するプラットフォーム

##### 田村小班 所属団体

研究者	田村和夫 長島文夫 相羽恵介 芦藤光江 佐伯俊昭 湯堀昌樹 唐澤久美子 内富庸介 高橋孝郎 作田裕美 今村知世 辻 哲也 西崎智洋
日本がんサポートケア学会 日本臨床腫瘍学会 日本癌治療学会 日本乳癌学会 日本癌治療学会、日本乳癌学会 日本消化器外科学会 日本放射線腫瘍学会 日本サイコソーシャル学会 日本緩和医療学会 日本がん看護学会 日本癌治療学会 日本がんリハビリテーション研究会 国際老年腫瘍学会（SIOG）	
協力者	有馬久富 二宮利治 桜井なおみ
日本疫学会 日本老年医学学会 全国がん患者団体連合会	

##### 所属団体

#### 高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）

学会・研究会名	氏名
日本がんサポートケア学会	相羽惠介
日本臨床腫瘍学会	長島文夫
日本癌治療学会	安藤雄一
日本放射線腫瘍学会	森澤久美子
日本乳癌学会	山口一郎
日本癌治療学会	二宮貴一郎
日本婦人癌治療学会	内田好輔
日本がん看護学会	佐伯俊昭
日本がん看護学会	西崎智洋
日本疫学会	菅谷誠
日本臨床腫瘍学会	上田倫弘
日本消化器外科学会	久米秀喜
日本放射線腫瘍学会	米田宏史
日本サイコソーシャル学会	小川朝生
日本緩和医療学会	鈴木繁一
日本がんリハビリテーション研究会	猪瀬成明
国際老年腫瘍学会（SIOG）	竹上博一郎
日本胃癌学会	田中千景
日本大腸癌学会	山口重由
日本慢性和癥学会	福井 聰
日本がん協会	伊藤英子
日本癌治療学会	伊勢雄也
日本老年医学学会	松尾宏一
日本血癌細胞移植学会	山本 嘉
日本映像診断学会	吉崎等に協力する委員会はな
日本映像部会	吉崎等に協力する委員会はな

19

「高齢者のがんを考える会」

Japan Organization for Geriatric Oncology (JOGO)

高齢者のがんを考える会

高齢者がん医療Q&A 総論、各論

高齢者のがん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究

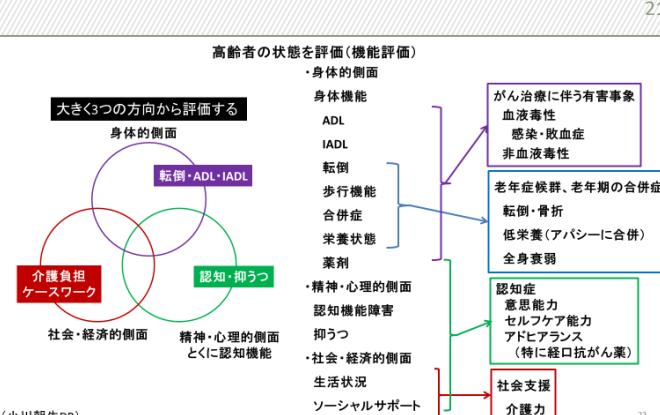
厚労省研田村班 研究概要

高齢者のがん医療協議会（コンソーシアム）

活動内容

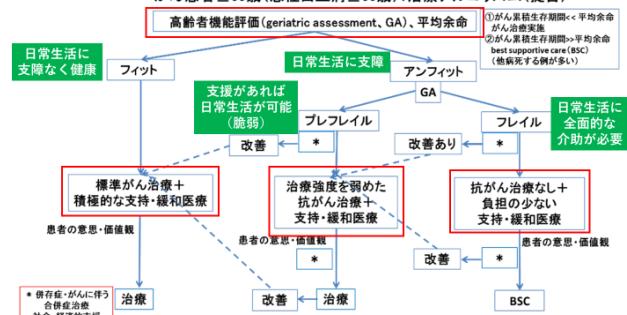
高齢者の状態を評価（機能評価）

http://www.chots.com/jogo/



21

#### がん患者≥65歳(急性白血病≥60歳):治療アルゴリズム(提言)



23

20

22

# 2. プログラム

## 基調講演

## 講演資料

### 「高齢者のがん医療」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

#### プレフレイル（脆弱な）高齢のがん患者のためのガイドライン作成の試み

2019年12月21日「高齢者のがん医療を考える会議3」を開催

- 推奨度を提示した診療指針（ガイドライン）を出すことは困難
- ガイドラインではなくまず複数の専門家による意見（臨床的提言）としてまとめる

モデルケースとして

「**『プレフレイル高齢大腸がん患者のための臨床的提言』**

6つのワーキンググループを設置して提言をまとめる

- ①総論、高齢者機能評価
- ②内科治療
- ③外科治療
- ④放射線治療
- ⑤支持・緩和医療
- ⑥医療経済ワーキンググループ

#### ディスカッション1

##### 総論—高齢者機能ワーキンググループからの提言1

田村和夫 唐澤久美子 山本寛 小川朝生 海堀昌樹 渡邊清高 桜井なおみ 津端由佳里 上田倫弘

- CQ1. 高齢プレフレイル大腸がん患者のがん治療の目標は何か？  
A1. 大腸がん患者に限らず全生存期間だけでなく**健康寿命の延伸**が重要である。

- 一般的に高齢者の適切な治療・ケアについてのキーワードは、生活機能の保持、症状緩和などによりQOLの維持・向上を目指すとなっている<sup>1)</sup>。基本的にはがん患者も同様である。
- ・高齢プレフレイルがん患者の平均余命は、元気な同年代の患者に比べて短い。
- ・がん治療に伴う有害事象が、長期に続く可能性のある場合、QOLを維持しながら治療後の生活を継続することは難しい。

- ・高齢・脆弱性の進行により非がん死が増加<sup>2)</sup>。
- ・**身体、認知機能の障害が残る場合、治療を希望する高齢者は少ない<sup>3)</sup>。**

1) 日本医誌;51: 89-96, 2014

2) Antonio et al. Oncologist 22: 934-943, 2017

3) Fried TR et al. N Engl J Med: 346: 1061-1066, 2002

TABLE 2. TREATMENT PREFERENCES ACCORDING TO THE PRIMARY DIAGNOSIS\*

DIAGNOSIS	NO. OF PARTICIPANTS	SCENARIO 1 — HIGH BURDEN, RESTORATION OF CURRENT HEALTH		SCENARIO 2 — HIGH BURDEN, RESTORATION OF CURRENT HEALTH		BODY FUNCTION IMPAIRMENT RECEIVED TREATMENT PREFERENCES ARE RECEIVED
		percent of participants choosing treatment	percent of participants choosing no treatment	percent of participants choosing treatment	percent of participants choosing no treatment	
がん 慢性心不全 既往歴疾患 慢性呼吸器疾患	79	83.5	16.5	27.9	72.1	11.4
既往歴疾患 慢性呼吸器疾患	66	98.5	1.5	93.9	6.1	1.6
既往歴疾患 慢性呼吸器疾患	81	97.5	2.5	86.4	13.6	25.9

\*In each scenario, the likelihood of the outcome (restoration of current health or impairment) was 100 percent. Treatment preferences in each scenario did not differ significantly according to the diagnosis.

25

26

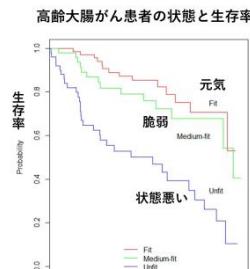
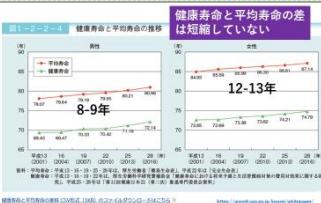


Figure 1. Kaplan-Meier curves of five-year overall survival in total sample ( $n = 129$ ) of patients with colorectal cancer by oncographic categories: fit ( $n = 83$ ), medium-fit ( $n = 57$ ) and unfit ( $n = 53$ ).  
Antonio et al. Oncologist 22: 934-943, 2017

#### ディスカッション1

##### 総論—高齢者機能ワーキンググループからの提言2

田村和夫 唐澤久美子 山本寛 小川朝生 海堀昌樹 渡邊清高 桜井なおみ 津端由佳里 上田倫弘

- CQ2. 高齢がん患者の診療にあたって医療者がとるべき基本的な姿勢は何か？  
A2. 患者の意思と価値観を尊重し、**医療提供の目標設定の合意形成**を行うことが重要である。

高齢者医療では想定される優先目標が立場や価値観の違いによって異なっており、医療提供の方針に関して合意形成が必要である。合意形成において最も重視すべきことは患者本人の意思・価値観である。治療に関するエビデンス、予後に関する情報を提供することによって意思決定を支援し、患者本人と家族の価値観を尊重しつつ目標に関して合意形成を行う事が重要である<sup>1)</sup>。

1) 「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」(H22-長寿-指定-009)研究班:  
高齢者に対する適切な医療提供の指針. 日本医誌; 51: 89-96, 2014

27

28

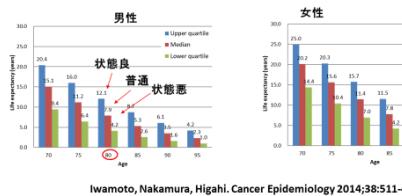
#### ディスカッション1

##### 総論—高齢者機能ワーキンググループからの提言4

田村和夫 唐澤久美子 山本寛 小川朝生 海堀昌樹 渡邊清高 桜井なおみ 津端由佳里 上田倫弘

- CQ4. 当該年齢の平均余命が診療方針を検討するにあたって参考になるか？

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



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

#### ディスカッション1

##### 総論—高齢者機能ワーキンググループからの提言 5

田村和夫 唐澤久美子 山本寛 小川朝生 海堀昌樹 渡邊清高 桜井なおみ 津端由佳里 上田倫弘

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

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

患者が望む治療の目標が健康寿命の延伸だとすると、QOLをPHQ-9らでスクリーニングし、必要な処置をとりながら経過をみていくことが望ましい。すべての患者は治療中・後にQOLが下がる。一過性に下がったQOLが回復し、治療前の状態、あるいはそれ以下だとしても満足できる生活の質が維持できることが望まれる。近年QOLは医療者からの評価だけではなく、患者自身あるいはケアガバーナーの支援をうけてpatient reported outcome (PRO) から情報を得ることが推奨されている。

Andersen BL et al. J Clin Oncol; 32: 1605-1619, 2014

日本がんサポートブリア学会編：高齢者がん医療Q&A総論。191p. <http://jascce.jp/> 2020年

29

30

# 2. プログラム

## 基調講演

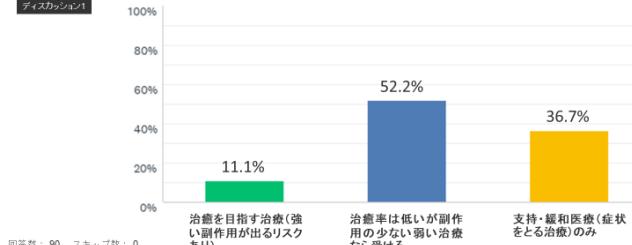
## 講演資料

### 「高齢者のがん医療」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

Q4: 【早期のがん・非高齢者では根治的治療があります】平均余命ががんの進行によって亡くなるまでの期間より短い場合（すなわち、がんで亡くなるよりも先に寿命が尽きる場合）、どのような治療を受けたいですか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。

ディスカッション1

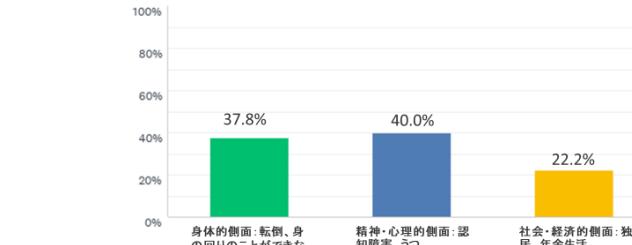


Powered by SurveyMonkey

31

Q6: 高齢者機能評価で、次の3つの項目のどれが一番がん治療の障害になると考えられますか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。

ディスカッション1, 2

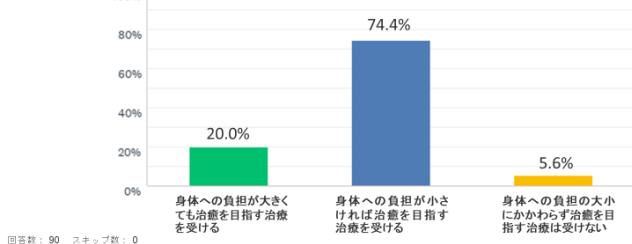


Powered by SurveyMonkey

33

Q8: 【早期がん】根治的な治療（手術、放射線治療、薬物療法）がある場合抗がん治療の効果、予後（生存期間）を考え、治療方法の選択について望むものは何ですか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。

ディスカッション1

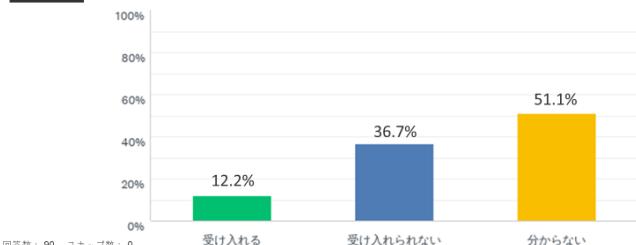


Powered by SurveyMonkey

35

Q5: 医師が、あなたが望んだ治療方法をすすめない場合、あなたはそれを受け入れられますか？（例えば治療をしたくないのに、医師や家族から治療をすすめられた場合、あるいは反対に徹底的に治療したいのに弱めた治療を勧められた場合など）

ディスカッション1

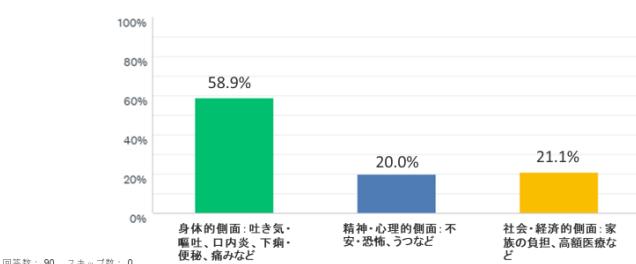


Powered by SurveyMonkey

32

Q7: 抗がん剤治療を受けるにあたって、もっともつらいと思われるものは何ですか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。

ディスカッション1, 2

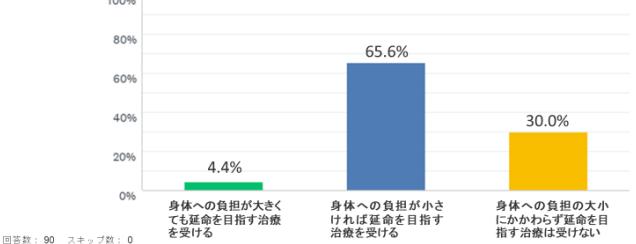


Powered by SurveyMonkey

34

Q9: 【進行・再発がん】治療は目指せる方法はないが、腫瘍縮小、延命が望める場合、抗がん治療の効果、予後（生存期間）を考慮し、治療方法の選択について望むものは何ですか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。

ディスカッション1



Powered by SurveyMonkey

36

## 2. プログラム

基調講演

講演資料

「高齢者のがん医療」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

### 自由記載

「高齢者のがん医療について、困難と感じていることがあれば、記載願います」

記載内容を大きくまとめると次の4点になる

- ・ 認知障害－意思決定
- ・ 本人、家族、社会・周囲の間で、想いや考え方方が異なる
- ・ 個人差が大きいのでガイドライン作成・応用が難しい
- ・ 介護の問題（本人、家族）

37

# 2. プログラム

## ディスカッション①

テーマ：「がん医療の目標と医療者の基本姿勢」

演者：東京女子医科大学 放射線腫瘍科教授

唐澤久美子先生

パネルディスカッション：一般社団法人全国がん患者団体連合会

櫻井公恵氏（モデレーター） 天野慎介氏 松本陽子氏 桜井なおみ氏

### 講演内容

医療の目的は「健康の増進を通じて受益者の人生を良いものにすること」。 医療のエンドポイントについて、臨床試験と患者個人の治療のプライマリーエンドポイントの違いや健常成人と高齢者の考えの違いについて説明頂き、医療者はそのがん医療は誰のためのものか・何のためのものかを常に念頭に置いて、患者の考えを尊重しなくてはならないと説明があった。また「物語と対話による医療」についての説明と、エビデンスによる圧政による失敗例を紹介頂いた。

### ディスカッションポイント

ディスカッションでは、「誰のための治療なのか」というテーマを中心に、高齢者の方へのアプローチ方法や、ケアマネージャーなどの第三者の介入、キーパーソンの考え方と患者本人の考え方の違いなどについて討論された。



# 2. プログラム

## ディスカッション①

### 講演資料

「がん医療の目標と医療者的基本姿勢」

東京女子医科大学 放射線腫瘍科教授

唐澤久美子先生

ディスカッション1

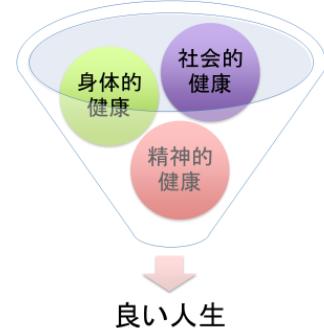
#### がん医療の目標と医療者的基本姿勢

東京女子医科大学 放射線腫瘍科  
唐澤久美子

1

医療の目的は「健康の増進を通じて受益者の人生を良いものにすること」

WHO憲章では、  
「健康とは、病気でないとか、弱っていないというこ  
とではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会  
的にも、全てが満たされ  
た状態であること」と定義している。



良い人生

2

#### 医療のエンドポイント設定

- 臨床試験と違い、患者個人にとっての治療のプライマリーエンドポイントは「生存時間の延長」であるとは限らない。
- 健康寿命の延長であったり、生きがいとしていることができる時間の延長であったり、自分らしく生きることができる時間の延長であったりする。
- QOL(生活の質/人生の質)に重きを置いて、有害事象の少ない医療を選択する高齢者は少なくない。
- 人生における仕事を成し遂げ、穏やかな時を過ごしながら人生のしまい方を考えていた高齢者は、健常成人とは違う考えを持つことが多いかもしれない。

3

#### 医療のエンドポイント設定

- エビデンスレベルは高いが生活に障害を来す有害事象の可能性が高い医療、人生の目的である社会的な役割を重視すると受け入れがたい医療、高額な医療、それらを受けるか決定する権利は患者にある。
- 医療者や家族は、患者の人生を良いものにするための推奨や助言はできるが、己の考えを押し付けることはできない。
- どのようながん治療を受けるかは、人生の重要事項である。医療の決定権は患者にあり、医療者にはない。
- 医療者はそのがん医療は誰のためのものか、何のためのものかを常に念頭に置いて、患者の考えを尊重しなくてはならないと思う。

4

##### CQ1. 高齢がん患者のがん治療の目標は何か？

A1. 全生存期間だけでなく健康寿命の延伸が重要である。

- 一般的に高齢者の適切な治療・ケアについてのキーワードは、生活機能の保持、症状緩和などにより QOL の維持・向上を目指すとなっている<sup>1)</sup>。基本的にはがん患者も同様である。
- 高齢プレフレイルがん患者の平均余命は、元気な同年代の患者に比べて短い。
- がん治療に伴う有害事象が、長期に続く可能性のある場合、QOLを維持しながら治療後の生活を継続することは難しい。
- 高齢・脆弱性の進行により非がん死が増加<sup>2)</sup>。
- 身体、認知機能の障害が残る場合、治療を希望する高齢者は少ない<sup>3)</sup>。

1) 日老医誌.51:89-96, 2014

2) Antonio et al. Oncologist 22: 934-943, 2017

3) Fried TR et al. N Engl J Med. 346: 1061-1066, 2002

##### CQ2. 高齢がん患者の診療で医療者がとるべき基本的な姿勢は？

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

- 高齢者を尊重し、その想い、人生観、希望を聴き、上から目線でなく、患者目線で対応することが求められる。
- 高齢者医療では想定される優先目標が立場や価値観の違いによって異なっており、医療提供の方針に関して合意形成が必要である。
- 合意形成において最も重視すべきことは患者本人の意思・価値観である。
- 治療に関するエビデンス、予後に関する情報を提供することによって意思決定を支援し、患者本人と家族の価値観を尊重しつつ目標に関して合意形成を行う事が重要である。

# 2. プログラム

## ディスカッション①

### 講演資料

「がん医療の目標と医療者の基本姿勢」

東京女子医科大学 放射線腫瘍科教授

唐澤久美子先生

- CQ2. 高齢がん患者の診療で医療者がとるべき基本的な姿勢は？  
A2. 患者の意思と価値観を尊重し、**医療提供の目標設定の合意形成**を行うことが重要である。

- ・終末期や認知機能障害等により患者本人から意思、価値観を確認することが困難にみえる場合であっても、まず本人が決められるように支援することが求められる。
- ・それでも難しいと判断された場合は、患者本人の価値観を家族や医療チームが推定し、合意形成を目指すことになる。
- ・高齢がん患者から患者の想い、人生観、希望といった情報を得る方法としては、患者・家族と医療者の相互の話し合い(narrative medicine)のなかで情報を取得・共有する。
- ・原則として患者自らの希望を文書で記載することを提言する(Advance care planning、Advance directives)。

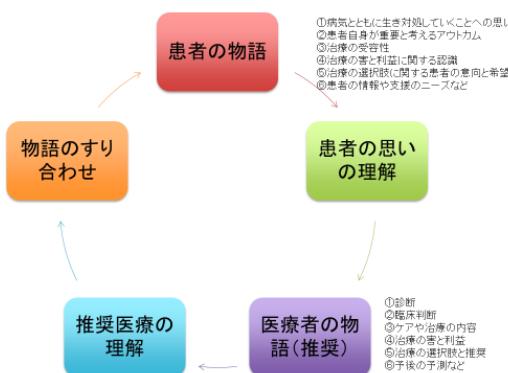
1 「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」(H22- 長寿 - 指定 - 009)研究班:高齢者に対する適切な医療提供の指針. 日老医誌;51: 89-96. 2014

### 患者の方が「専門」である事項

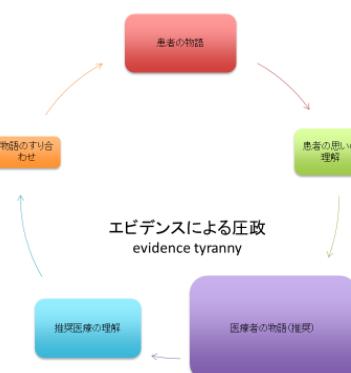
- ・病気とともに生き対処していくこと
- ・自分にとっての重要なアウトカム
- ・治療の受容性
- ・治療の害と利益に関する認知
- ・治療の選択肢に関する意向と希望
- ・情報や支援のニーズ

Director of PIU at UK NICE, Dr. Marcia Kelson

### 「物語と対話による医療」 Narrative Based Medicine



### 「物語と対話による医療」の失敗 Failure of Narrative Based Medicine



### 治療方針の決定

最適な治療方針

共有意思決定  
Shared Decision making

医療者による病状把握  
根拠に基づく推奨治療  
利用可能な医療資源

患者が重視する事項  
人生に対する考え方  
希望する治療

### 共有意思決定

Shared Decision making (SDM)

Shared Decision makingは、不確実性の高低と命のリスクの2つの軸から4タイプに分けられるが、高齢者では、不確実性が高いと考えられる。

A領域	B領域
高いリスク 低い不確実性 インフォームド コンセント Shared decision making不要	高いリスク 高い不確実性 インフォームド コンセント Shared decision making 必要
C領域	D領域
低いリスク 低い不確実性 シンプル コンセント Shared decision making 不要	低いリスク 高い不確実性 シンプル コンセント Shared decision making 必要

命のリスク  
不確実性  
高い確実性(最良の選択肢が一つ)  
不確実(二つ以上の代替案あり)

## 2. プログラム

### ディスカッション②

テーマ：「心身の機能と“適正な”がん診療」

演者：福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

指定発言：「認知症の方のがん治療」

国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科 小川朝生先生

パネルディスカッション：一般社団法人全国がん患者団体連合会

桜井なおみ氏（モデレーター） 天野慎介氏 松本陽子氏 櫻井公恵氏

#### 講演内容

2020年米国臨床腫瘍学会で発表のあった、高齢者機能評価（GA）とがん薬物療法や手術療法に関する前向き割り付け臨床試験結果を基に、がん治療におけるGAの有用性を解説。すなわち、GAに基づき介入すると副作用軽減、QOL改善、入院期間の減少といった良い結果が得られることが報告された。ただ、全国のがん診療連携拠点病院を中心とする施設に対するアンケート調査によれば、GA実施率が極めて低く、その理由としてGAが周知されていない現実、実施するスタッフ不足などの問題点について解説があった。

同アンケートで介護・福祉についても調査が行われ、介護認定を治療方針決定に利用している施設があることから、介護認定の調査項目や介護サービスの内容に触れ、医療者の介護・福祉制度の認識の改善が、すなわち地域包括ケアセンターや介護保険制度の周知が必要である旨、説明があった。

次に、高齢がん患者の最適医療、認知障害の疑いがある場合の意思決定能力の把握との対応について提言があり、それを引き継いだ形で、指定発言として高齢者がん診療における意思決定支援に関して小川先生の講演があった。

#### 指定発言

高齢のがん患者の意思決定に関する小川先生の取り組みについて、認知症のステップマや認知機能障害と認知症の診断は全く別のものであるという観点から、意思決定支援の基本的な考え方や目標をわが国の現状と照らし合わせて報告された。そして、どのようにサポートし、どう実現させていくか、認知症の意思決定を支援する具体例などを交えて説明頂いた。

#### ディスカッションポイント

高齢者機能評価を周知させるにはどうすれば良いか。各医療職種間の情報共有と連携や、システムの構築方法などを話し合った後、東病院と福岡大学病院の取り組みと現状の話があり、研究が不足している現状や、主治医の意識の改革、患者会の役割についても議論があった。

## 2. プログラム

### ディスカッション②





# 2. プログラム

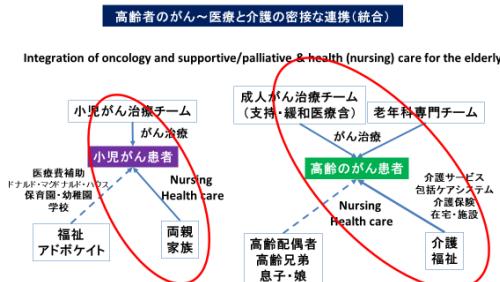
## ディスカッション②

### 講演資料

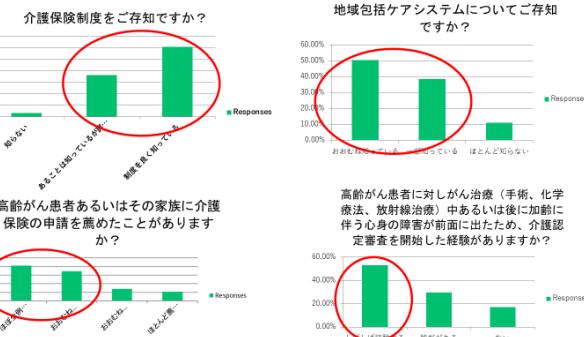
#### 「心身の機能と“適正な”がん診療」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

脆弱な高齢者のがん診療には、介護・福祉の視点も必要



#### 医療者の介護・福祉制度の認知度



8

This is a sample page from the 'Assessment of Care System Recognition Results' (介護認定審査結果実績調査) form. It includes a red circle highlighting the section where respondents indicate if they have used the care system to treat elderly cancer patients.

This is a sample page from the 'Assessment of Care System Recognition Results' (介護認定審査結果実績調査) form. It includes a red circle highlighting the section where respondents indicate if they have used the care system to treat elderly cancer patients.

This is a sample page from the 'Assessment of Care System Recognition Results' (介護認定審査結果実績調査) form. It includes a red circle highlighting the section where respondents indicate if they have used the care system to treat elderly cancer patients.

介護認定審査会資料  
[https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009\\_3.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/text2009_3.pdf)

#### 審査項目 57

包括的な高齢者機能評価そのものであり  
心身の機能、社会生活への適応が評価されている

日常生活自立度  
障害高齢者自立度  
認知症高齢者自立度

介護度に応じて、介護保険の枠組みで介護サービス  
が受けられる ⇒ 運動療法、作業療法、弁当(栄養管理)

9

10

文部科学省プロジェクトがんプロフェッショナル養成基盤推進プラン  
「都市型がん医療連携を担う人材の実践的教育プログラム」（2012年選定）

Natsume M et al. Factors Influencing Cancer Patients' Choice of  
End-of-Life Care Place. J Palliat Med 2018;21:751-765  
(帝京大学、杏林大学、東京女子医科大学共同研究)

東京にある3大学病院で診療を受けているがん患者971人を対象とした調査。  
終末期を過ごす場所として58%は在宅（医療）を希望している。  
80%以上がヘルスケアサービスの詳細を知らない。

医療者の介護・福祉制度の認識の改善が求められる  
地域包括ケアセンターへの紹介  
保険制度の周知の努力

11

#### 高齢がん患者の最適医療

- ・高齢者機能評価から必要な介入を行い、個々の患者に合った医療（個別化医療）を検討し、患者・家族の想い、価値観、人生観を尊重し、話し合いのうえで診療方針を決定（インフォームドコンセント、説明と同意）・実施することにより、がん治療による有害事象を軽減し、QOLを維持しながら目的とする治療効果を得る。
- ・高齢がん患者の治療目的は、必ずしも高い奏効率・治癒率、生存期間の延長とは限らず、健康寿命や生活の質の維持・改善であったり、「孫の結婚式出席」といった精神的な満足度等さまざまである。
- ・介護・福祉制度の利用をがんと診断された時から検討する。

12

18

# 2. プログラム

## ディスカッション②

### 講演資料

#### 「心身の機能と“適正な”がん診療」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

##### 総論—高齢者機能ワーキンググループからの提言 3

田村和夫 唐澤久美子 山本寛 小川朝生 海堀昌樹 渡邊清高 桜井なおみ 津端由佳里 上田倫弘

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

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

意思決定能力の要件には、自分が病気であることを認識でき、自分の病気について理解し、治療選択枝の良い点、悪い点について論理的に比較でき、自分の選択を表明できることがあげられる。

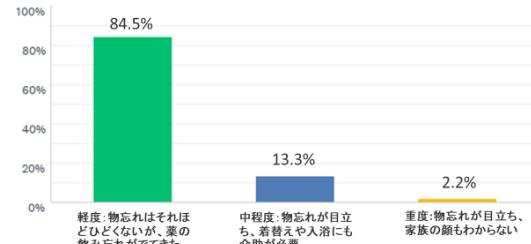
高齢がん患者のなかで一定の割合で、意思決定が困難な例がある。高齢入院患者で2割がそういった例であるとの報告もある。

意思決定支援は、本人の意思（意向・選好あるいは好み）の内容を支援者の客観的な視点で評価する。本人の表明した意思・選好、あるいは、意思決定支援をしてもなおその確認が難しい場合には推定意思・選好を確認し、それを尊重することから始める。

【高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発に関する研究】班（研究代表、小川朝生）：  
高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き、2020年

回答数：90 スキップ数：0

Q10: ご自身に認知障害があります。そして「がん」になりました。**治療で根治できる**状態です。治療を開始する時点で、自分の認知症がどの程度であれば治療を受けたいと思いますか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。



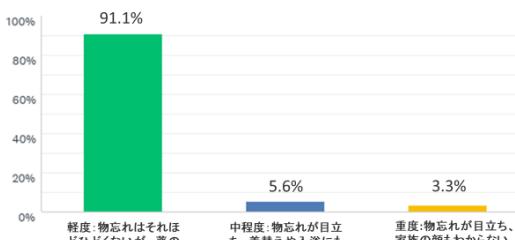
Powered by SurveyMonkey

13

14

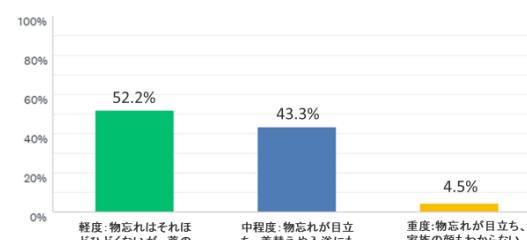
Q11: ご自身に認知障害があります。そして「がん」になりました。進行がんで、薬物治療での**延命をはかる**状況です。自分の認知症がどの程度であれば治療を受けたいと思いますか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。

回答数：90 スキップ数：0



Q12: ご自身に認知障害があります。そして「がん」になりました。治療方針を決める際、どの程度の認知障害であれば**自分の意思を確認して欲しい**と思いますか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。

回答数：90 スキップ数：0



15

16

「高齢者のがん医療の質の向上に資する簡便で効果的な意思決定支援プログラムの開発に関する研究」（研究代表、小川朝生）  
高齢者のがん診療における意思決定支援の手引き、2020年

小川朝生DRの指定発言

17

# 2. プログラム

## ディスカッション②

## 指定発言講演資料

「認知症の方のがん治療」

国立がん研究センター東病院

精神腫瘍科 小川朝生先生

### 認知症をもつ患者さんのがん治療

CQ3：認知障害の疑いがある場合の意思決定能力の把握とその対応をどうするか

国立がん研究センター 先端医療開発センター  
精神腫瘍学開発分野  
小川 朝生

### 認知症とは（定義）

- 一度正常なレベルまで達した精神機能が、  
何らかの脳障害により、回復不可能な形で損なわれた状態  
⇒ 単なる「もの忘れ」ではない、一人暮らしできなくなってしまった状態



### 認知症の人の困りごと

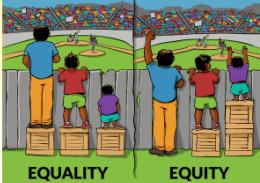
認知機能障害により意思決定が難しい場合がある

- 記憶障害：必要な情報の記憶が難しい
- 実行機能障害：見通しがたてづらい
- 複雑性注意の障害：集中が難しい
- 言語障害：言葉の理解が難しくなる
- 社会的認知：表情や場の雰囲気がつかみにくい

- 進行肺癌患者で抗がん治療の方針決定時、24% (27/114)に意思決定能力の低下

1

### 合理的配慮？



#### 合理的配慮

(reasonable accommodation)

(合理的な助け、便宜)

障害者から何らかの助けるを求める意思の表示があった場合に、過度な負担にのりきれない範囲で、社会的障壁を取り除くために必要な便宜

#### 障害者権利条約 第二条

障害者与其他の者と平等にすべての人権及び基本的自由を享有し、又は行動するなどを確保するための必要な通常な変更及び調整であって、特別の場合において必要となるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう。  
リレーショント法(米国 1977)始まりとされる

公平と公正

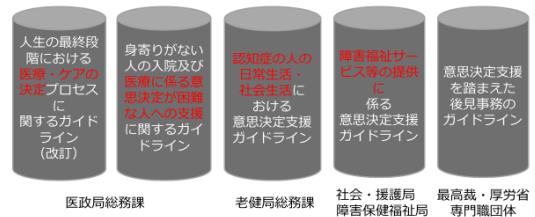
Interaction Institute for Social Change  
から引用

- 支援のあり方の転換：
- 障害のある人の側に負担を求めるではなく社会の側に負担を求める
- 「保護の客体」から「権利の主体」へ

3

### わが国の意思決定支援の現状

- 障害者の権利に関する条約  
(第12条 障害者の権利、意思及び選好を尊重)
- 成年後見制度利用促進法
- 成年後見制度利用促進基本計画（2017年3月閣議決定）



5

# 2. プログラム

## ディスカッション②

## 指定発言講演資料

「認知症の方のがん治療」

国立がん研究センター東病院

精神腫瘍科 小川朝生先生

### 意思決定支援（広義）の流れ

①可能な限り本人が自ら意思決定できるように支援

↓ 支援をしても意思決定が難しい

②本人の意思の確認や意思及び選好を推定

↓

③支援を尽くしても本人の意思及び選好の推定が困難な場合、最後の手段として本人の最善の利益を検討

### どのようにサポートするのか

#### ・選択肢の提示の工夫

- 紙に重要な点を箇条書きする
- 比較のポイントを表で示す
- ケアを図で示す

#### ・医療者、家族との「理解の相違」はないかを確認する

- 理解の相違を本人の言葉で確認する（今日の話をご家族にどのようにお伝えになりますか？）
- その都度説明する
- 時間をおいて確認する、繰り返し確認する
- 人を代えて説明する

7

8

### どう実現するのか

#### ・意思決定支援は

- 医療現場に負担がかかる
- 家族の負担はどうするのか

#### ・人権の保障、多様性の確保は手間とコストがかかる

#### ・多様性、個別性への配慮（人権）は、「手間とコストがかかる」と批判されつつも、現実的な施策を重ねながら確立してきた



### 認知症の意思決定を支援する

- ・話しやすい場面で、わかりやすい言葉で選択肢を提供する
- ・リラックスできる環境で説明する
- ・言葉以外のコミュニケーション、うなづくことや手振り、笑顔からも読み取る
- ・友人や家族と一緒にいるときに話し合う
- ・繰り返し確認する（時間をおいて確認する）
- ・複数の人から尋ねる



(国立がん研究センター 先端医療開発センター精神腫瘍学開発分野のHP)

9

10



ご清聴いただきありがとうございました  
ご意見・ご質問ございましたら  
E-mail: asogawa@east.ncc.go.jpまで気軽にお願いいたします

11

# 2. プログラム

## ディスカッション③

テーマ：「高齢癌患者に対する手術について」

～肝臓癌での検証～

演者：関西医科大学 外科 海堀昌樹先生

パネルディスカッション：一般社団法人全国がん患者団体連合会

天野慎介氏（モデレーター） 松本陽子氏 櫻井公恵氏 桜井なおみ氏

### 講演内容

75歳以上の高齢者の肝細胞癌治療について、高齢者肝細胞癌の治療法の成績比較と高齢者肝細胞癌と非高齢者肝細胞癌の手術成績の比較についての解説と今後の課題について説明があった。続いて高齢者への積極的ながん治療で注意することについて挙げて頂き、高齢者総合的機能評価について説明があった。

### ディスカッションポイント

高齢がん患者の治療による合併症への理解や、認知症への対応について討論された。並存疾患の確認の重要性や、目の前の「がんの治療」だけに目がいってしまうが、患者や家族に対してインフォームドコンセントだけでなく、広い視野で話してくれる人や、ゆっくり話ができる環境の重要性についても討論された。海堀先生より「歩いて病院に来た方が、元気に歩いて帰れることが重要。そのために高齢者機能評価などを使って、適切な治療を選択できるように研究を続けているのが現状」と話があった。



# 2. プログラム

## ディスカッション③

## 講演資料

### 「高齢癌患者に対する手術について」

関西医科大学 外科 海堀昌樹先生

高齢者のがん医療を考えよう  
公開シンポジウム

### 高齢癌患者に対する手術について ～肝臓癌での検証～

関西医科大学外科学講座

海堀昌樹

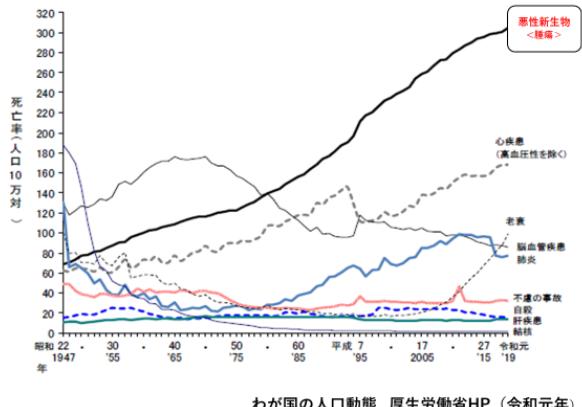
主催：厚生労働科学研究費補助金「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」班

共催：一般社団法人全国がん患者団体連合会

日時：2021年3月6日（土）14時50分～15時10分

会場：Web配信

### 主な死因



わが国の人口動態 厚生労働省HP（令和元年）

1

### 部位別罹患率(全国推計値) 年次推移 男女計・全年齢



資料：国立がん研究所センター「がん対策情報センター」「がん登録・統計」

Source : Cancer Information Services, National Cancer Center , Japan

### どの部位の罹患が多い? ～年齢による変化～

男性：40歳以上で消化器系のがんの罹患が増加。  
高齢になると前立腺がんと肺がんが増加。

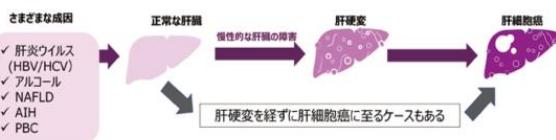
女性：40歳代では乳がん、子宮がんの罹患が多い。  
高齢になると消化器系のがん割合が増加する。

消化器系のがん＝胃、大腸、肝臓



### 肝臓がんへの経過

- 慢性肝炎⇒肝硬変⇒肝細胞癌に至るケースが多いが、肝硬変を経ずに肝細胞癌となるケースもある<sup>1)</sup>
- 本邦のホット調査では、肝細胞癌の38-65%が肝硬変を合併していた<sup>2)</sup>
- ほとんど自覚症状がないまま、肝炎から肝硬変に進展し、最終的には肝細胞癌へ移行する

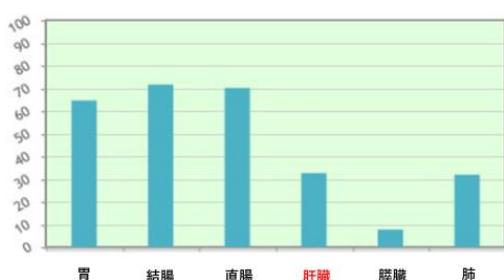


NALD：非アルコール性脂肪肝炎  
AH：自己免疫性肝炎  
PBC：原発性胆汁性肝硬変

1) 日本肝癌研究会編：臨床・病理・治療実際別冊第3回 第6版「総訂版」、企画出版

2) 日本肝癌研究会治療部委員会：第20回全国原発性肝癌治療調査会（2008-2009）

部位別5年相対生存率  
2006-2008年診断例  
【男女計 全臨床進行度】



資料：国立がん研究センター「がん対策情報センター」「がん登録・統計」  
Source : Cancer Information Services, National Cancer Center , Japan

# 2. プログラム

## ディスカッション③

## 講演資料

### 「高齢癌患者に対する手術について」

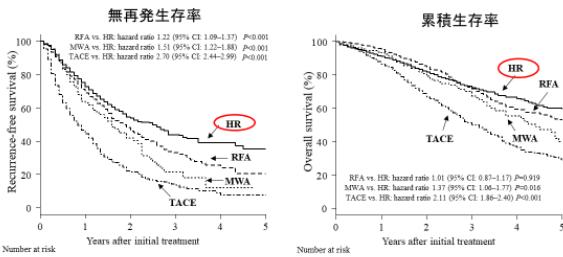
関西医科大学 外科 海堀昌樹先生

#### 75歳以上高齢者の肝細胞癌治療

##### 1. 高齢者肝細胞癌の治療法の成績比較

##### 2. 高齢者肝細胞癌 Vs. 非高齢者肝細胞癌 手術成績の比較

高齢者への外科手術は大丈夫?  
治療の方法による実績は?



無再発生存期間は肝切除(HR)群が他の3群と比べ有意に良好でした。

全生存期間では肝切除(HR)群およびラジオ波焼灼療法(RFA)群が経カテーテル動脈化学塞栓術(TACE)群と比べて有意に良好でした。

##### 対象と方法

75歳以上肝癌6,490例より

- ①肝切除(HR; n=2,020)
- ②ラジオ波焼灼療法(RFA; n=1,888)
- ③マイクロ波焼灼療法(MWA; n=193)
- ④経カテーテル動脈化学塞栓術(TACE; n=2,389)

の4群に分類し、術後生存期間を比較した。

#### 肝癌手術成績の年齢別比較検討

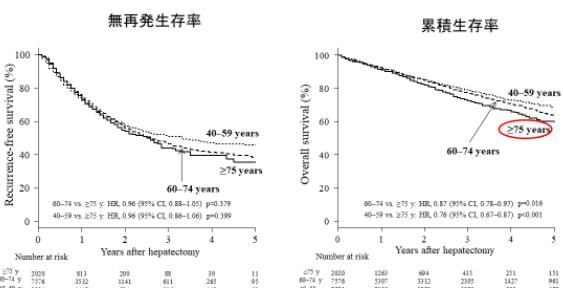
##### 対象と方法

肝癌研究会追跡調査に2000–2007年に登録されたChild-Pugh Cあるいは肝外転移を除いた肝癌12,587例より、手術時年齢での

- |            |         |
|------------|---------|
| ≥75 yrs群   | n=2,020 |
| 60–74 yrs群 | n=7,576 |
| 40–59 yrs群 | n=2,991 |

の3群に分類した。

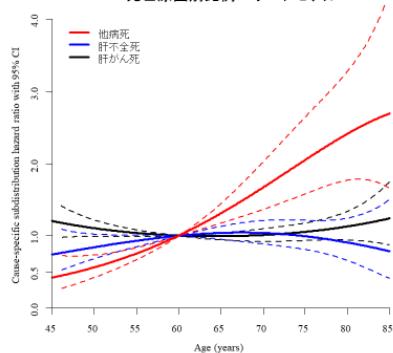
これら3群における術後生存期間、死亡原因を比較検討した。



無再発生存期間はどの年齢層でも有意差を認めない。

手術後の生存期間では75歳以上高齢者が有意に不良であった。

##### 死亡原因別比例ハザードモデル



死亡原因別ハザード比に対する年齢の影響の検討を行ったところ肝癌死、肝不全死は年齢によらず60歳に対するハザード比は1倍前後であるが、他病死は年齢が上昇するに連れ、ハザード比が著しく上昇した。

# 2. プログラム

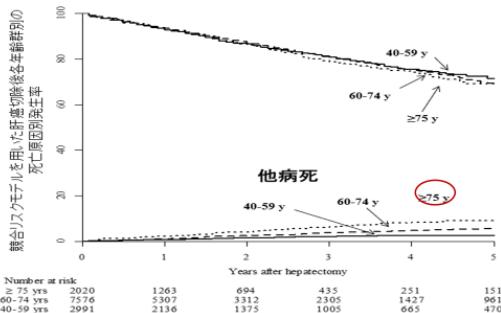
## ディスカッション③

## 講演資料

### 「高齢癌患者に対する手術について」

関西医科大学 外科 海堀昌樹先生

#### 肝癌関連もしくは肝不全死



肝癌手術後の高齢者の死因は他病死発生が多いことがわかった。

## 結論

- ✓ 高齢者肝癌肝切除後の生存期間は、**他病死発生が有意に多い**ことが判明した。
- ✓ 高齢患者に対する手術適応は肝機能だけではなく、併存疾患を厳重に評価し、術後長期間に渡り**併存疾患増悪に注意**しなければならない。
- ✓ 75歳以上高齢肝細胞癌における腫瘍系3cm以下に対する**肝切除術**は、肝癌再発のリスクを減少させ、**生存期間延長へ関与**していると考えられた。

Ann Surg. 2017 Sep 15; doi: 10.1097/SLA.00000000000002526. [Epub ahead of print]  
Impact of Advanced Age on Survival in Patients Undergoing Resection of Hepatocellular Carcinoma: Report of a Japanese Nationwide Survey.  
Kaihori M, Yoshii K, Yokota I, Hasegawa K, Nagashima F, Kubo S, Kou M, Izumi N, Kadoya M, Kudo M, Kumada T, Sakamoto M, Nakashima O, Matsuyama Y, Takayama T, Kokudo N; Liver Cancer Study Group of Japan.

## 今後の課題

高齢者肝癌切除は

■術後ステージ別生存率よりみて、手術により患者年齢の平均余命と同等近くになり得るか？

■術後合併症に耐えられるか？

■手術により患者自立性やQOLが障害されないか？

年齢(歳)	男性(年)	女性(年)
0	79.59	86.44
5	74.87	81.69
10	70.50	76.79
15	64.93	71.75
20	60.04	66.81
25	55.39	61.89
30	50.37	57.00
35	45.55	52.11
40	40.76	47.28
45	35.98	42.54
50	31.51	37.70
55	27.09	33.04
60	22.99	28.45
65	18.88	23.97
70	15.10	19.61
75	11.63	15.46
80	8.68	11.68
85	6.27	8.41
90	4.48	5.86

などを総合的に判断した治療方針が必要。

13

14

## 高齢者への積極的ながん治療で注意すること

- ✓ 患者さん本人やご家族は、治療に伴う副作用、合併症などへの理解力が必要です。
- ✓ 高齢の患者さんでは、療養生活における転倒等、危険性も伴います。
- ✓ 高齢者は、環境が急変すると精神状態が不安定になることがあります。



## 高齢者総合的機能評価

### Comprehensive Geriatric Assessment; CGA

高齢者の生活機能障害を総合的に評価する方法

がん薬物療法・緩和医療・がん手術 など治療の選択肢を検討します。

### 高齢者総合的機能評価

#### Comprehensive Geriatric Assessment -スクリーニング検査CGA7-

質問1 A 調査票	名前	誕生日 年 月 日	
*質問に答えて、まずはお年頃のことを記入して回答へ			
1. お年頃で何が一番困ったことがありますか？	(はい)	いいえ	
2. お年頃で何が一番楽しかったですか？	(はい)	いいえ	
3. お年頃で何が一番つらかったですか？	(はい)	いいえ	
4. お年頃で何が一番困ったことがありますか？	(はい)	いいえ	
5. お年頃で何が一番楽しかったですか？	(はい)	いいえ	
6. お年頃で何が一番つらかったですか？	(はい)	いいえ	
7. お年頃で何が一番困ったことがありますか？	(はい)	いいえ	
8. お年頃で何が一番楽しかったですか？	(はい)	いいえ	
9. お年頃で何が一番つらかったですか？	(はい)	いいえ	
10. お年頃で何が一番困ったことがありますか？	(はい)	いいえ	
11. お年頃で何が一番楽しかったですか？	(はい)	いいえ	
12. お年頃で何が一番つらかったですか？	(はい)	いいえ	
13. お年頃で何が一番困ったことがありますか？	(はい)	いいえ	
14. お年頃で何が一番楽しかったですか？	(はい)	いいえ	
15. お年頃で何が一番つらかったですか？	(はい)	いいえ	
16. お年頃で何が一番困ったことがありますか？	(はい)	いいえ	
17. お年頃で何が一番楽しかったですか？	(はい)	いいえ	
18. お年頃で何が一番つらかったですか？	(はい)	いいえ	
19. お年頃で何が一番困ったことがありますか？	(はい)	いいえ	
20. お年頃で何が一番楽しかったですか？	(はい)	いいえ	
21. お年頃で何が一番つらかったですか？	(はい)	いいえ	
22. お年頃で何が一番困ったことがありますか？	(はい)	いいえ	
23. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
24. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
25. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
26. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
27. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
28. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
29. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
30. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
31. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
32. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
33. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
34. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
35. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
36. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
37. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
38. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
39. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
40. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
41. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
42. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
43. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
44. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
45. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
46. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
47. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
48. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
49. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
50. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
51. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
52. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
53. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
54. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
55. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
56. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
57. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
58. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
59. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
60. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
61. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
62. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
63. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
64. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
65. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
66. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
67. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
68. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
69. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
70. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
71. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
72. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
73. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
74. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
75. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
76. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
77. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
78. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
79. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
80. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
81. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
82. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
83. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
84. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
85. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
86. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
87. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
88. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
89. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
90. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
91. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
92. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
93. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
94. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
95. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
96. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
97. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
98. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
99. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
100. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
101. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
102. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
103. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
104. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
105. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
106. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
107. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
108. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
109. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
110. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
111. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
112. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
113. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
114. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
115. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
116. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
117. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
118. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
119. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
120. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
121. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
122. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
123. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
124. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
125. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
126. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
127. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
128. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
129. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
130. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
131. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
132. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
133. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
134. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
135. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
136. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
137. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
138. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
139. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
140. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
141. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
142. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
143. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
144. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
145. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
146. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
147. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
148. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
149. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
150. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
151. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
152. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
153. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
154. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
155. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
156. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
157. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
158. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
159. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
160. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
161. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
162. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
163. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
164. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
165. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
166. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
167. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
168. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
169. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
170. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異常に悪い
171. お年頃の調子はどうですか？	○ 善い	△ 普通	□ 異



## 2. プログラム

### ディスカッション③

### 講演資料

「高齢癌患者に対する手術について」

関西医科大学 外科 海堀昌樹先生

#### 患者さんへ

治療方法や医師の技術、抗がん剤やそれらの組み合わせなどは日々進歩しています。

ご自身の状況と照らし合わせてみて、もし生存率が低かったとしても決して悲観的にならずに、医師、ご家族、セカンドオピニオン等、情報を集めて、冷静にがん克服に挑んでください。

高齢者のがん治療では、実年齢によって治療方針が変わることはありませんが患者さんの

「併存疾患」「身体状況」「検査所見」「理解能力」「精神状態」等を把握しながら担当医と治療方針を決定します。



25

# 2. プログラム

## 総合討論

**テーマ：**「全体のまとめ」

**演者：**福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

**指定発言：**「老年医学の立場からコメント」

東京都健康長寿医療センター 呼吸器内科 山本寛先生

**パネルディスカッション：**一般社団法人全国がん患者団体連合会

桜井なおみ氏 天野慎介氏 松本陽子氏 櫻井公恵氏

## 指定発言

総合討論に先駆け、山本先生より老年病専門医の立場から指定発言が行われた。介護が必要になる原因が「がん」以外の疾病であることが多いが、高齢がん患者がどういう困難を感じているか、患者本人や家族・介護者の視点から考えることが重要であるとした上で、日本老年医学会で提案している「フレイル」という言葉と、がん治療における「フレイル」との違いを解説。これからの高齢者がん治療戦略についても説明があった。

## 総合討論

日本は超高齢化社会であるにも関わらず、老年医学の専門家ががん拠点病院にいるケースは非常に少ないという現状について、がん治療に限らず他の疾病に関しても高齢者が「人生を良いものにする」ために何をすべきかなどが討論された。

今後の課題については、高齢者機能評価のスクリーニングだけに終わらせずに、適切な治療方針を決定できるような流れを作ることが大切であると山本先生、田村先生から説明があった。

最後に本日のまとめとして、田村先生より高齢がん患者の最適医療・これから高齢者のがん医療（医療と介護・福祉の連携）について話があり閉会となつた。



# 2. プログラム

総合討論

指定発言講演資料

「老年医学の立場からコメント」

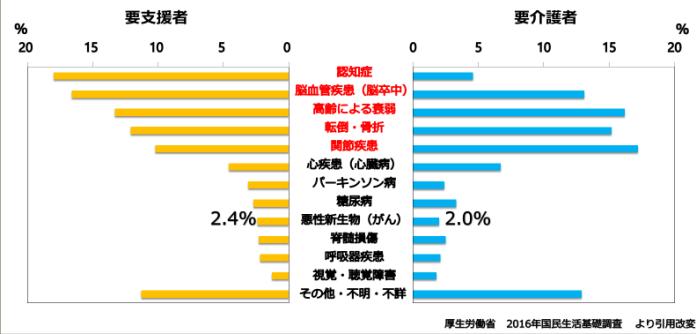
東京都健康長寿医療センター 呼吸器内科

山本寛先生

高齢者のがん医療を考える公開シンポジウム\_指定発言  
2021年3月6日



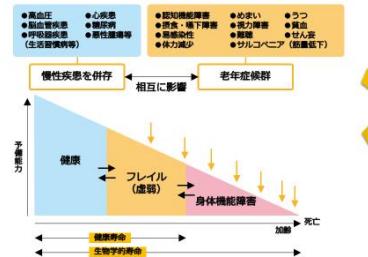
## 介護が必要になる原因



1

2

## 「フレイル」

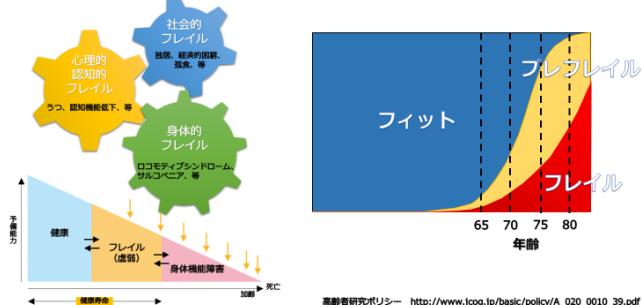


高谷雅文: 日本老年医学会雑誌. 2009; 46(4): 279-285.より作成

3

4

## 「フレイル」とがん治療の「フレイル」



# 2. プログラム

## 総合討論

## 講演資料

### 「本日のまとめ」

福岡大学 名誉教授 田村和夫先生

#### 高齢者のがん医療を考えよう

##### 公開シンポジウム

2021年3月6日 Webシンポジウム

#### 本日のまとめ

##### 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」（公募番号 30050501）

2018-2020年

研究代表  
福岡大学 名誉教授、研究特任教授  
田村和夫

#### 高齢がん患者の最適医療

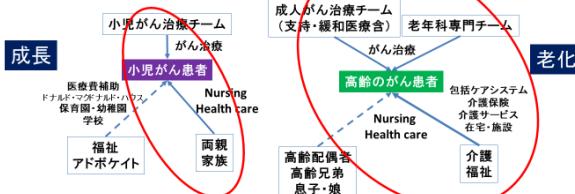
- ・**高齢者機能評価**から必要な介入を行い、個々の患者に合った医療（**個別化医療**）を検討し、患者・家族の想い、価値観、人生観を尊重し、話し合いのうえで診療方針を決定（インフォームドコンセント、説明と同意）・実施することにより、がん治療による**有害事象**を軽減し、QOLを維持しながら目的とする**治療効果**を得る。
- ・高齢がん患者の**治療目的**は、必ずしも高い奏効率・治癒率、生存期間の延長とは限らず、**健康寿命や生活の質の維持・改善**であったり、「孫の結婚式出席」といった**精神・靈的な満足**等さまざまであることを考慮する。
- ・**介護・福祉制度の利用**をがんと診断された時から検討する。

1

2

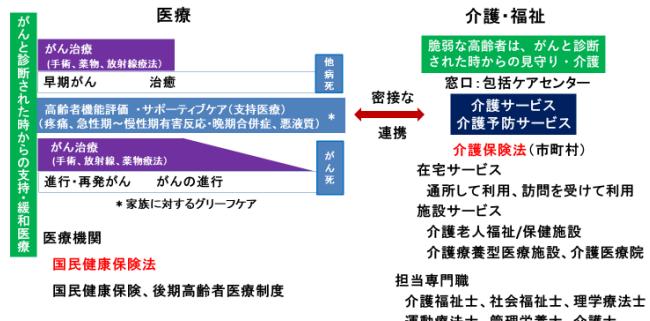
#### 脆弱な高齢がん患者の診療～医療と介護の密接な連携（統合）

老化が目立つようになった段階からの**全人的な評価と適切な介入**（介護認定を含む）  
がんと診断された時からの支持療法とがん治療ならびに介護の密接な連携



3

#### これからの高齢者のがん医療



4

企画・運営：キャンサー・ソリューションズ株式会社