

「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
3. 事後アンケート結果	31

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が、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。こういった方が、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、これから的高齢者医療について議論したいと思えます。

時間	演者	テーマ
13:30-13:35 注意事項の説明		
13:35-14:10 挨拶・基調講演	田村和夫先生（福岡大学 名誉教授）	「高齢者のがん医療」～厚労科研究事業、みなさんのWeb調査から学んだこと～
14:10-14:30 ディスカッション①	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 ディスカッション②	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 ディスカッション③	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 総合討論	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 閉会の挨拶	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」

～厚生労働科学研究事業、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

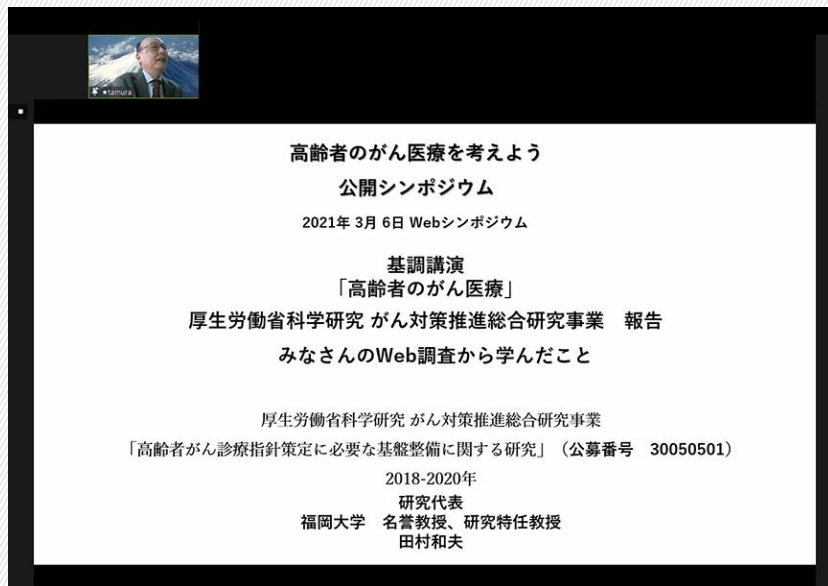
講演内容

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。



高年齢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
「高年齢のがん医療」

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
「高年齢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

1

日本人のがんの罹患・死亡率



元データ：全国がん登録による全国がん罹患データ

・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歳代前半で女性より男性がやや高く、
60代以降は男性が女性より顕著に高い。

がん罹患率
83% ≧ 60歳
75% ≧ 65歳
59% ≧ 70歳
44% ≧ 75歳
28% ≧ 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歳代から増加、
高齢になるほど高い
・60歳代以降は男性が女性より顕著に高い



元データ：人口動態統計による全国がん死亡データ

がん死亡率
92% ≧ 60歳
87% ≧ 65歳
77% ≧ 70歳
63% ≧ 75歳
47% ≧ 80歳

2

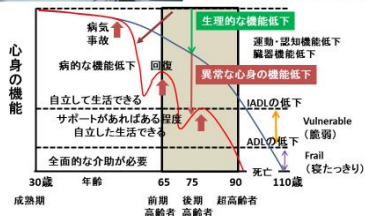
人の一生



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のが人の一生である。

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リ、それが積み重なって110歳より前に死亡する。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。

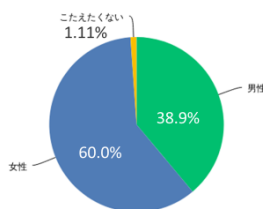


3

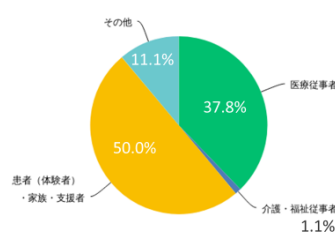
「高齢者のがん医療を考えよう」事前アンケート調査

Q1: あなたの性別をお答えください

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



回答数: 90 スキップ数: 0

3

4

高齢の定義

生理的な老化

30～35歳 (成熟期) 以降

徐々に身体機能の低下

65歳 老化現象が顕著になってくる年齢

65～74歳 前期高齢者 (老年前期)

准高齢者 (老年医学会)

75～89歳 後期高齢者 (老年後期)

高齢者 (老年医学会)

90歳以上 超高齢者

質問3

みなさんにとって高齢者とは何歳からですか？

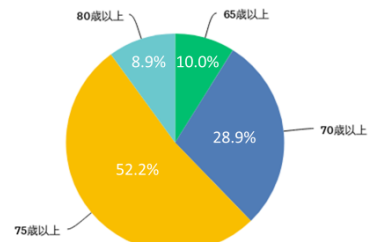
回答

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

5

質問3

Q3: みなさんにと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

6

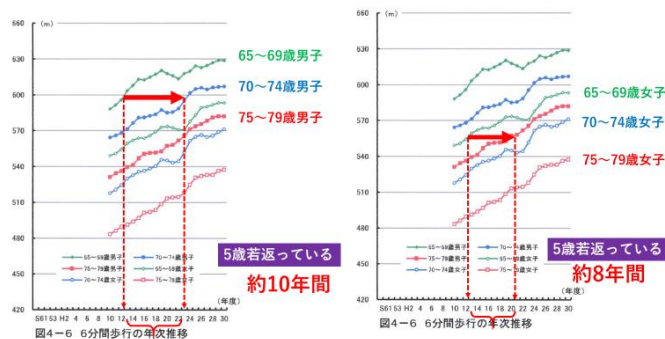
2. プログラム

基調講演

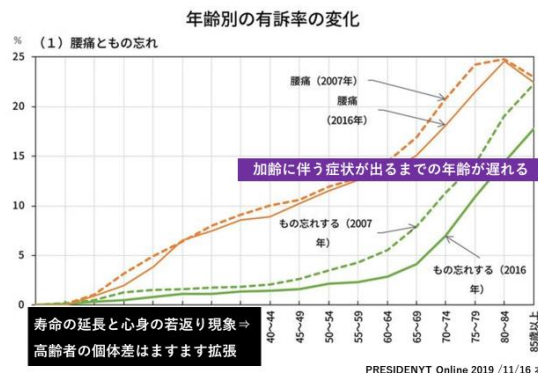
講演資料

「高齢者のがん医療」

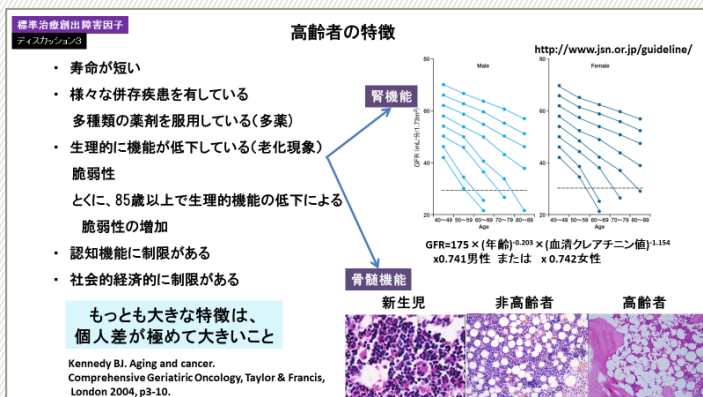
福岡大学 名誉教授 田村和夫先生



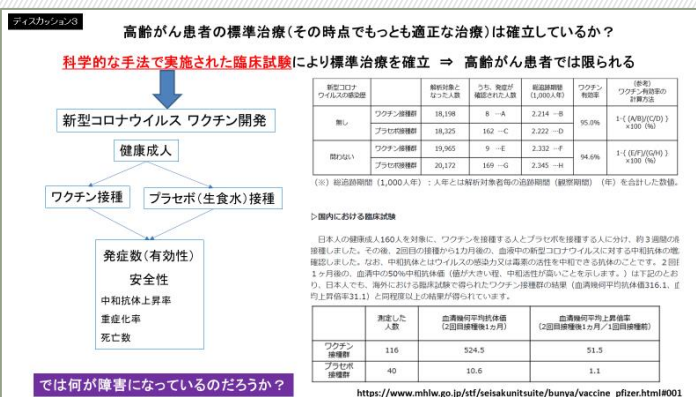
7



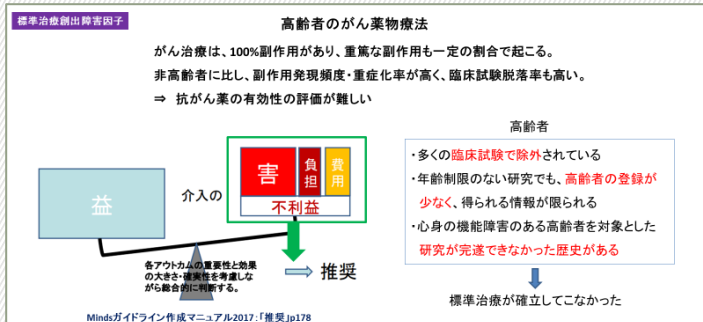
8



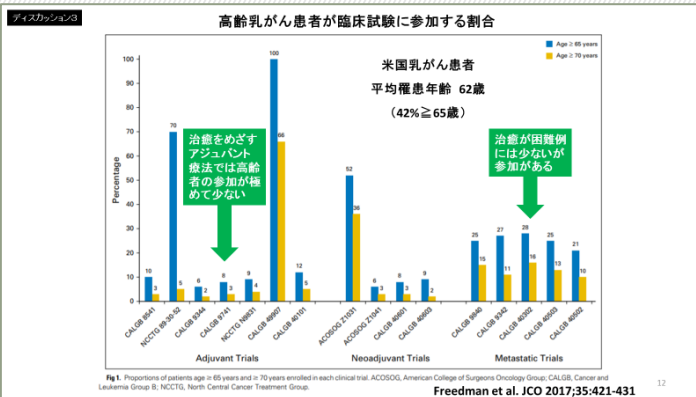
9



10



11



12

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

臨床試験に参加できる元気な高齢がん患者の治療成績

1. 有効性

- 心身に障害が無ければ非高齢者と同等の効果が得られる
- がん薬物療法(＋支持療法):成人の用法・用量に十分耐えられ、予想される効果も得られる (Goldberg RM et al. J Clin Oncol 2008; 24: 4085)
- 放射線治療: がん関連の効果に差なし
- 外科治療: がん関連の効果に差なし

心身機能障害のある(脆弱)患者さんの診療は?

2. 副作用・合併症発生率

高い傾向がある

- がん薬物療法: 骨髄抑制、粘膜障害が多い (Du XL et al. J Clin Oncol 2002; 20: 4636)
- 放射線治療: 照射技術の進歩 (強度変調放射線照射、定位放射線治療) 体重減少、急性反応回復遅延、入院期間遅延
- 外科治療: 緊急手術の場合、合併症、死亡率が年齢とともに上昇
手段的日常生活活動に制限 ⇒ 30 日合併症発生率上昇
基本的日常生活活動に制限 ⇒ 術後入院期間の延長
せん妄の発症率高い

(ESMO Handbook of cancer in the senior patient, Informa Healthcare 2010)
(高齢者のがん医療Q&A総論, <http://jascc.jp/> 2020)

13

脆弱な高齢者のがん診療の現状

- ・非高齢者や元気な高齢者のがん治療成績(標準治療)を参考に、各医療チームの経験則から治療方針を決定
- ・医療者と患者・家族との話し合いによってインフォームドコンセント(説明と同意)のもと治療が行われている

14

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)

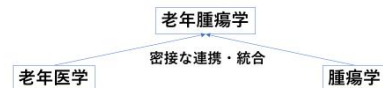
高齢者のがん医療に関して

- ① 教育・研究ならびに診療の実態を知る
- ② エビデンスや情報を集積し、Q&Aの形で整理する
- ③ みんなで議論する場を作る
- ④ プロフェッショナルを育成する
- ⑤ ガイドライン作成のための工程を示す

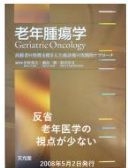
今日は、本研究班の成果を紹介・議論する中で、参加したみなさんの考えや感覚・印象とずれていないかを確認したい

15

高齢者のがん診療を支える学問は?



高齢者のがんの生物学ならびにがん予防・診断・治療、患者・家族を支援する体制(介護・福祉)について包括的かつ系統的に研究する学問。
教育、診療に応用され、老年腫瘍専門の医療者の育成、健康増進、医療・介護・福祉の充実・発展に寄与する。



16

①日本の高齢者がん医療の現状：アンケート調査

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%)

・老年腫瘍学講座: 3校 (6%)
授業時間: 1校 (2コマ)

医学研究科: 81校中 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≧65歳: 50%
入院患者≧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%
カンサボード無し: 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%

Nishijima et al. Jpn J Clin Oncol 2019; 49: 1114-1119. 17

17

②高齢者のがん医療Q&A



<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



18

18

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
 - 日本がんサポーターブクケア学会 「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

高齢者がん医療協議会（コンソーシアム）

田村小班	
研究者	所属団体
田村和夫	日本がんサポートティブケア学会
長島文夫	日本臨床腫瘍学会
相羽恵介	日本癌治療学会
佐藤光江	日本乳癌学会
伏保俊昭	日本癌治療学会、日本乳癌学会
海堀昌樹	日本消化器外科学会
藤澤久美子	日本放射線腫瘍学会
内富康一	日本サイコソシオロジー学会
高橋孝郎	日本緩和医療学会
作田裕美	日本がん看護学会
今村知世	日本医療実学会
辻 哲也	日本がんリハビリテーション研究会
西嶋洋洋	国際老年腫瘍学会（SIOG）
協力者	所属団体
有馬久生	日本疫学会
二宮利治	日本老年医学会
桜井なおみ	全国がん患者団体連合会

学会・研究会名	氏名
日本がん研究振興会	相澤正典
日本癌協会学友会	西田文彦
日本癌治療学会	安藤雄一
日本放射線診療学会	唐澤久美子
日本緩和医療学会	山口 崇
日本結核学会	二宮貴一朗
日本婦人科腫瘍学会	吉田好雄
日本乳癌学会	佐野昭徳
日本胃癌学会研究学友会	高橋 隆夫
日本口腔腫瘍学会	上原昌弘
日本泌尿器科学会	久米香苗
日本小児消化・がん学会	東田光生
日本サイコロジカル・学会	小川朝雄
日本脳神経腫瘍学会	鈴井一真
日本がん看護学会	篠塚成明
日本がんリハビリテーション研究会	山本 樹
日本腎臓学会	田中孝幸
日本ペプチド学会	山中重樹
日本毒性疫学学会	藤井 聖
日本対がん協会の学友会	村岡由美子
日本緩和医療学会	伊勢雄志
日本皮膚学会	松本宏一
日本老年医学会	山本 隆
日本呼吸器病学会	山本浩二
日本泌尿器病学会	山本浩二
日本遠隔医療学会	山本浩二

19

20



「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」

(430—法人対策—一般—007)

- [illegible]

21

高齢者のがん治療

がん治療が十分できるかどうか？

患者さんの状態を評価しておおよその見当をつけることが必要

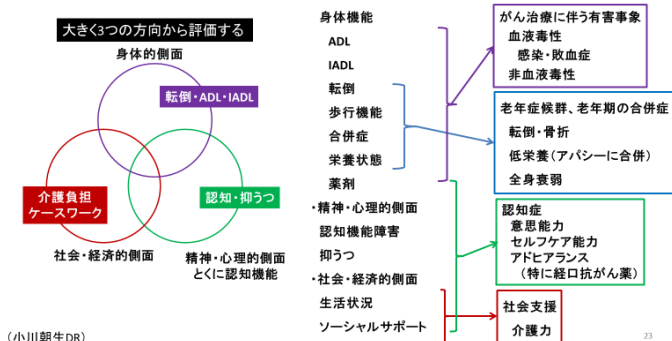
簡便な分類

- ・心身共に健康で家族の支援もあって標準治療ができる ⇒ フィット
- ・心身の機能や支援に問題があり標準治療が難しい ⇒ アンフィット
 - 治療の強度を弱めたり、より優しい治療ならできる ⇒ プレフレイル
 - がん治療が困難で、支持・緩和医療が中心となる ⇒ フレイル

22

高齢者の状態を評価(機能評価)

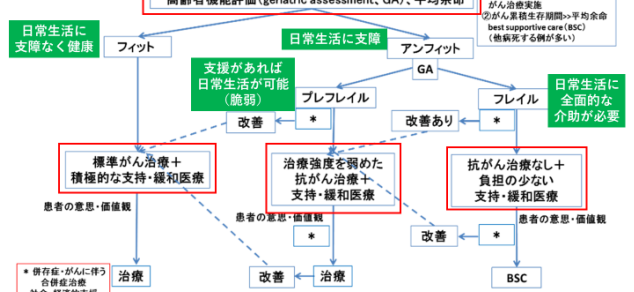
- ・身体的側面



23

がん患者 ≥ 65 歳(急性白血病 ≥ 60 歳):治療アルゴリズム(提言)

高齡者機能評價(geriatric assessment, GA)、平均余命



24

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¹⁾。基本的にはがん患者も同様である。
- ・高齢プレレイルがん患者の平均余命は、元氣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²⁾。
- ・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³⁾。

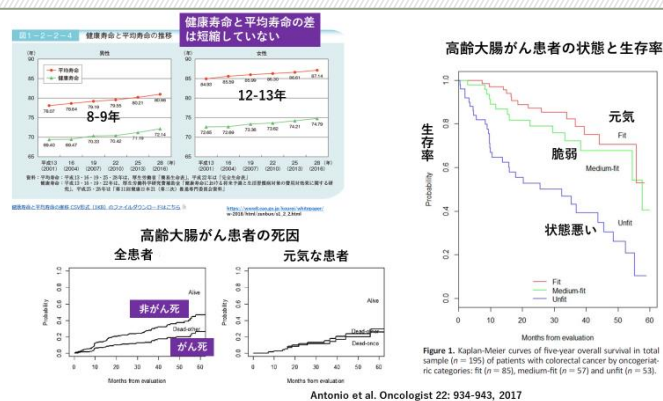
TABLE 2. TREATMENT PREFERENCES ACCORDING TO THE PRIMARY DIAGNOSIS.*

Diagnosis	No. of Participants	Scenario 1—Low Burden, Restoration of Current Health	Scenario 2—High Burden, Restoration of Current Health	身体障害が持続する治療を受けるのは少数
がん				
慢性心不全	79	100	83.5	27.9
閉塞性肺疾患	66	98.5	91.9	21.8
pulmonary disease	81	97.5	80.4	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



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

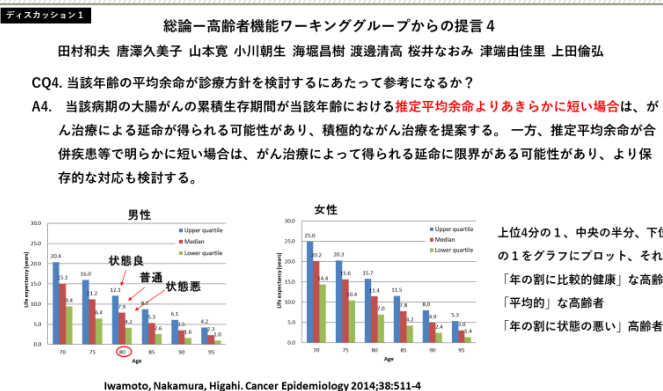
- CQ2. 高齢がん患者の診療にあたって医療者がとるべき基本的な姿勢は何か？
A2. 患者の意思と価値観を尊重し、**医療提供の目標設定の合意形成**を行うことが重要である。

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¹⁾。

- 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

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 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ギバーの支援をうけて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
日本がんサポートティブケア学会：高齢者ががん医療Q&A総論。191p. <http://jasc.jp/> 2020年

29

30

2. プログラム

基調講演

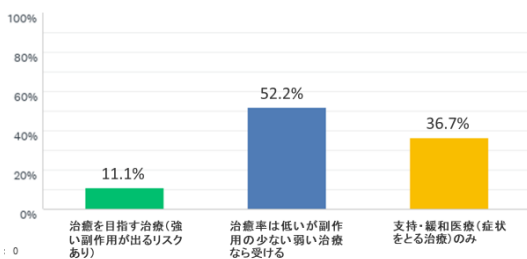
講演資料

「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。

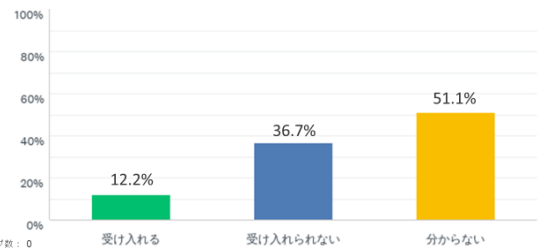
ディスカッション1



31

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）

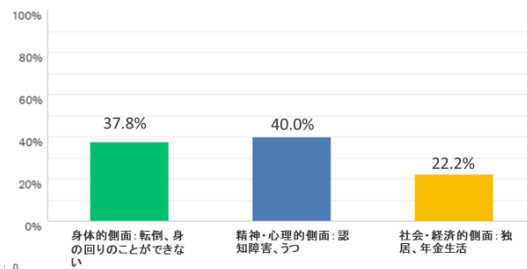
ディスカッション1



32

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。

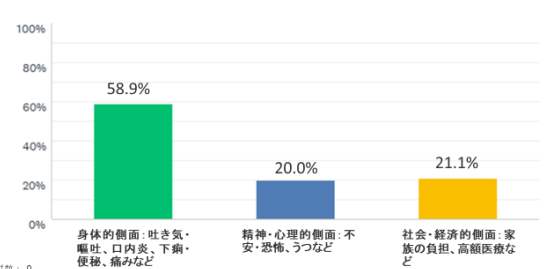
ディスカッション2



33

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。

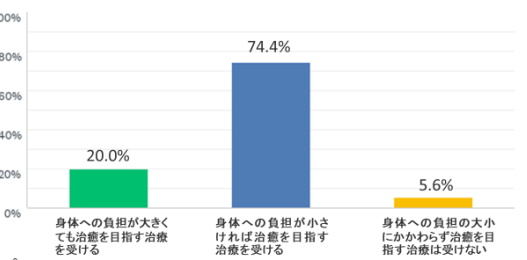
ディスカッション2



34

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。

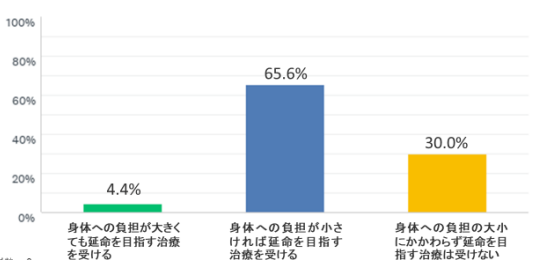
ディスカッション1



35

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



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

- ・ 認知障害一意思決定
- ・ 本人、家族、社会・周囲の間で、想いや考え方が異なる
- ・ 個人差が大きいためガイドライン作成・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、ケアマネジャーなどの第三者の介入、キーパーソンの考えと患者本人の考え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

ディスカッション1

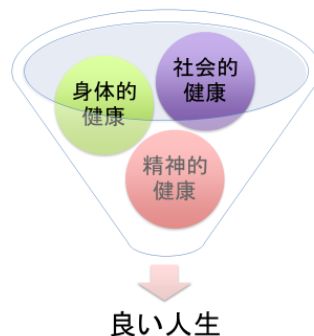
がん医療の目標と医療者の基本姿勢

東京女子医科大学 放射線腫瘍科
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。



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、生きがいとす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、有害事象のより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人生のしまい方を考えていた高齢者は、健康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支障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¹⁾。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²⁾。
- 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³⁾。

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

5

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、患者目線に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。

6

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を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)。

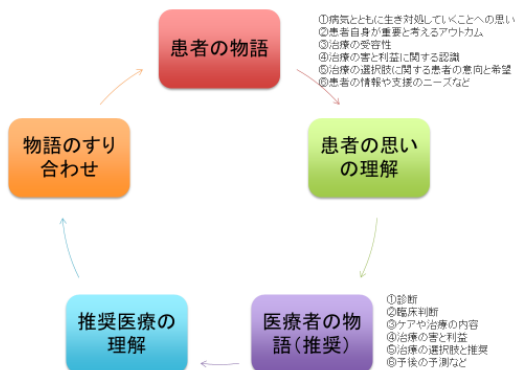
1) 「高齢者に対する適切な医療提供に関する研究」(H22-長寿-指定-009)研究班:高齢者に対する適切な医療提供の指針。日老医誌; 51: 89-96, 2014

患者の方が「専門」である事項

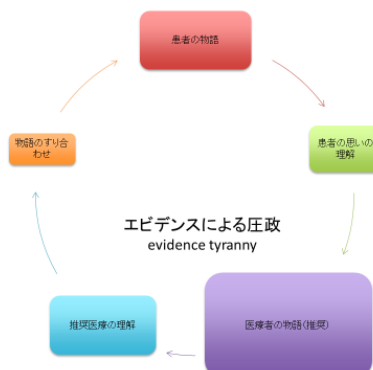
- ・ 病気とともに生き対処していくこと
- ・ 自分にとっての重要なアウトカム
- ・ 治療の受容性
- ・ 治療の害と利益に関する認知
- ・ 治療の選択肢に関する意向と希望
- ・ 情報や支援のニーズ

Director of PIU at UK NICE, Dr. Marcia Kelson

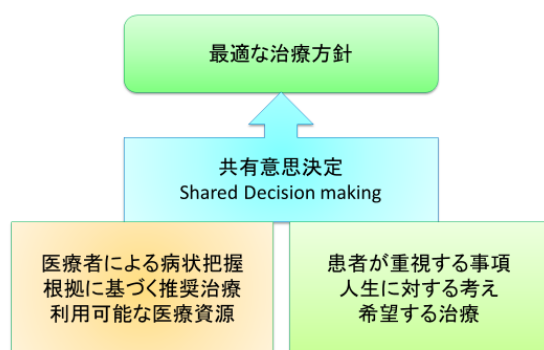
「物語と対話による医療」 Narrative Based Medicine



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



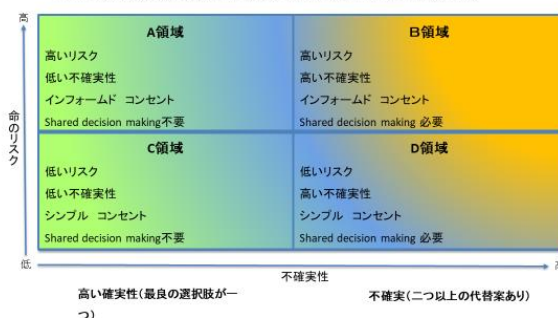
治療方針の決定



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。



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そ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の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、認知症のスティグ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

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

ディスカッション2

心身の機能と“適正な”がん診療

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

総論—高齢者機能ワーキンググループ

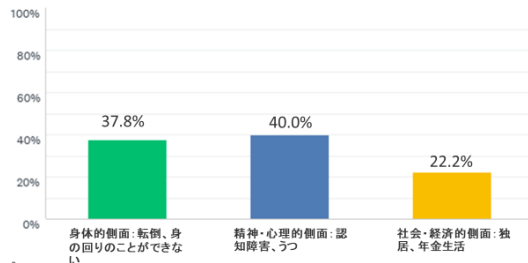
田村和夫 唐澤久美子 山本寛 小川朝生 海堀昌樹 渡邊清高 桜井なおみ 津端由佳里 上田倫弘

CQ6. 高齢大腸がん患者の治療前評価に高齢者機能評価は有用か?

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

化学療法においては
高齢者機能評価によって
有害事象・予後が予測できる
CARG score
CRASH score

- ・通常の診察では見逃している機能障害を半数の例で発見できる:
転倒と外傷・骨折、認知症、栄養状態
- ・化学療法に関連した合併症(毒性、副作用)を予測できる:
IADL、転倒、併存症、認知症、CRASH、CARG、VES-13
- ・治療耐容能低下、化学療法の完遂率: 抑うつ、併存症
- ・化学療法開始早期からみられる機能障害の低下を予測できる:
ADL、IADL、抑うつ、VES13
- ・死亡リスクの高い高齢がん患者を同定/生存率低下:
MNA、併存症、IADL、認知症、抑うつ、G8、VES-13
- ・入院期間: 併存症
- ・入院: 抑うつ状態、IADLs、併存症

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。

回答数: 90 スキップ数: 0

Powered by SurveyMonkey

4つの高齢者機能評価とがん薬物療法に関する前向き割り付け試験結果 (ASCO2020)

研究	介入	体制	患者	介入群の結果
GAIN (Lancet)	・介入群 評価に基づく介入 (+) ・通常群 評価あり、介入 (-)	単施設 (米国) 老年病医を含む多職種 医療チーム	629例 ≥65歳 全機能を対象 固形がん 新薬 新規化学療法開始	重症毒性軽減 50% vs 60% p=0.02 Advance directive完遂率 24% vs 10% p<0.01
GAP-70 (Mobile)	・介入群 評価に基づく推奨を担当医へ 知らせる ・通常群 評価結果を担当医へ知らせず	41地域医療機関 老年病専門医不在 Cluster randomization	718例 ≥70歳 ≥1評価できる障害 治療困難固形がん リンパ腫 新規治療	重症毒性軽減 50% vs 71% p<0.01 介入群で1サイクル目の抗がん剤の用量の減量が多い (49% vs 35%, p<0.001) 6ヶ月生存率の差なし
INTEGRATE (Soc)	・介入群 老年病専門医と腫瘍医による がん治療 ・通常群 腫瘍医単独	老年病専門医がいる 3家州のがんセンター	154例 ≥70歳 固形がん、リンパ腫 全身療法開始予定	QOL良好 (ELFI score 72 vs 59 at 6mo) 緊急入院減少 (-1.2入院/人・年, p<0.001) 早期治療中断 (33% vs 53.2%, p=0.01)
Qian (Ch)	・介入群 周術期に評価に基づく介入 ・通常群 評価を担当医に知らせるのみ 介入なし	単施設 (米国) 老年病医のいる多職種 医療チーム	160例 ≥65歳 消化器がん手術例 全病期 全機能障害例 対象	プロトコル 入院期間減少 8.2日 vs 7.2日 p=0.02 ICU入室率減少 32% vs 13% p=0.05

大きなハードルがある。

Soto-Perez-Celis E et al. Oncologist 2020;25:909-912

高齢者機能評価

評価に応じた介入

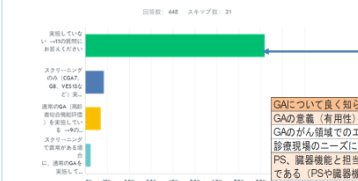
通常の対応

- ・脆弱性に対する介入 (運動療法等) vs 介入無し
重症毒性↓、事前指示完遂率の改善
- ・評価に基づき担当医に対応を推奨 vs 担当医に評価結果を知らせない
重症毒性↓、1サイクル目の抗がん剤の用量の減量が多い、6ヶ月生存率の差なし
- ・老年病専門医・腫瘍医が協働で治療 vs 腫瘍医のみで治療
QOL良好、緊急入院↓、早期治療中断↓
- ・周術期に評価に基づく介入 vs 担当医は周知、しかし介入なし
入院期間↓、ICU入室率↓

高齢者機能評価に基づき介入することによりは副作用軽減、QOL改善、入院減少

高齢者機能評価と介護に関するアンケート調査2020～中間集計

Q7 高齢者機能評価 (geriatric assessment, GA) を実施していますか?



- ・GAを知らない
- ・実施診療科が少ない

解決策

- ・教育・研修
- ・担当できるスタッフを雇用できるだけの診療報酬改訂
- ・臨床研究によるエビデンス創出
- ・実効性のあるガイドライン作成と検証

GAについてよく知らない	53.94%	212
GAの意義 (有用性) が分からない	16.67%	65
GAのどの領域でエビデンスが乏しい	10.18%	40
診療現場のニーズに合っていない	12.21%	48
PS、臓器機能と担当医/医療チームの経験則で治療方針を立てたので十分である (PSや臓器機能などに基づく判断と比較して有用とは感じない)	17.30%	68
評価方法が難しい	11.45%	45
患者のニーズが乏しい	5.85%	23
画面で実施している医療者がいない	20.61%	81
日常診療の流れに全く合っていない	15.78%	62
高齢がん診療でGAの必要性を感じていない	4.58%	18
優先順位が低い	9.41%	37
上司の協力が得られない	0.76%	3
GAに時間 (1時間程度) がかりすぎる	24.68%	97
GAを担当するメディカルスタッフがない	34.10%	134
GAが患者アクトカムを改善するという期待がない	3.05%	12
GA実施を推進してくれる院内の人がいない	19.34%	76

2. プログラム

ディスカッション②

講演資料

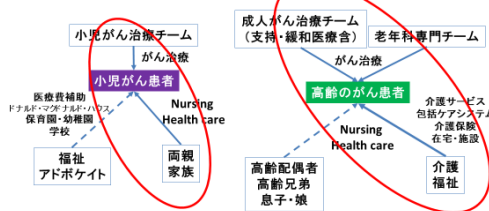
「心身の機能と“適正な”がん診療」

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

高齢者のがん～医療と介護の密接な連携(統合)

Integration of oncology and supportive/palliative & health (nursing) care for the elderly



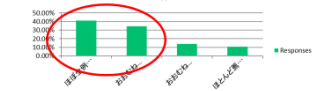
7

医療者の介護・福祉制度の認知度

介護保険制度をご存知ですか？



高齢がん患者あるいはその家族に介護保険の申請を薦めたことがありますか？



地域包括ケアシステムについてご存知ですか？



高齢がん患者に対しがん治療(手術、化学療法、放射線治療)中あるいは後に加齢に伴う心身の障害が前面に出たため、介護認定審査を開始した経験がありますか？



8

The screenshot shows a document titled "要介護認定審査結果表(加齢注意)". It contains a table with columns for patient information (Name, Date of Birth, Sex, etc.) and review results (Review Date, Reviewer, etc.). A red circle highlights the title "要介護認定審査結果表(加齢注意)".

9

The screenshot shows a document titled "介護認定審査会資料". It contains a table with columns for patient information (Name, Date of Birth, Sex, etc.) and review results (Review Date, Reviewer, etc.). A red circle highlights the title "介護認定審査会資料".

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

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、自分が病気になることを認識でき、自分の病気について理解し、治療選択の良い点、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。

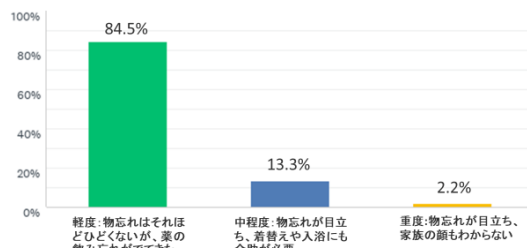
高齢がん患者のなかで一定の割合で、意思決定が困難な例がある。高齢入院患者で2割がそういった例であるとの報告もある。

意思決定支援は、本人の意思（意向・嗜好あるいは好み）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・嗜好、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・嗜好を確認し、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

13

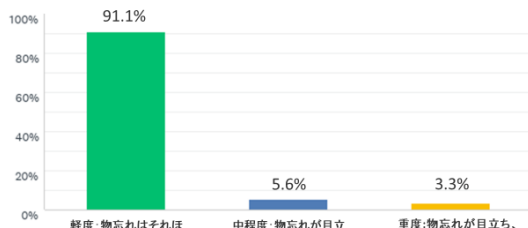
Q10: ご自身に認知障害があります。そして「がん」になりました。治療で根治できる状態です。治療を開始する時点で、自分の認知症がどの程度であれば治療を受けたいと思いますか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。



回答数: 90 スキップ数: 0
Powered by SurveyMonkey

14

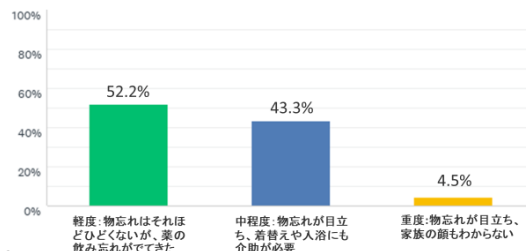
Q11: ご自身に認知障害があります。そして「がん」になりました。進行がんで、薬物治療での延命をはかる状況です。自分の認知症がどの程度であれば治療を受けたいと思いますか？ご自身がご高齢でこのような状況に直面したことを想定し、回答願います。



回答数: 90 スキップ数: 0
Powered by SurveyMonkey

15

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
Powered by SurveyMonkey

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、一人暮らしができなくなった状態
- 認知症とは、特定の「病名」ではなく、**症候群**
→治療可能な認知症（たとえば慢性硬膜下血腫、正常圧
水頭症、甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏）も存在する



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

成年後見制度利用促進基本計画の概要

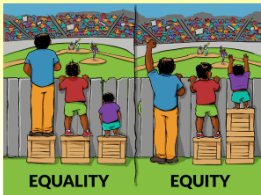
基本計画について

- (1)成年後見制度の利用の促進に関する法律（平成28年法律第29号）に基づき、成年後見制度の利用促進に関する施策の総合的・計画的な推進を図るために策定。
 - (2)計画の対象期間は概ね5年間を念頭（平成29年度～33年度）。
 - (3)国・地方公共団体・関係団体等は、工程表を踏まえた各施策の段階的・計画的な推進に取り組む。
- ※市町村は国の計画を勘案して市町村計画を策定。 <別紙1参照>

基本的な考え方及び目標等

- (1)今後の施策の基本的な考え方
 - ①「ローマライゼーション（個人としての尊厳を重んじ、その尊厳にふさわしい生活を保障する）」
 - ②自己決定権の尊重（意思決定支援の重視と自発的意志の尊重）
 - ③財産管理のみならず、身上保護も重視。
 - (2)今後の施策の目標
 - ①利用者がメリットを実感できる制度・運用へ改善を進める。
 - ②全国どの地域においても必要な人が成年後見制度を利用できるよう、各地域において、権利擁護支援の地域連携ネットワークの構築を図る。
 - ③後見人等による横断等の不正防止を徹底するとともに、利用しやすいとの調和を図り、安心して成年後見制度を利用できる環境を整備する。
 - ④成年後見人等の権利制限に係る措置（次掲条項）を見直す。
 - (3)施策の進捗状況の把握・評価等
- 基本計画に盛り込まれた施策について、国においてその進捗状況を把握・評価し、目標達成のために必要な対応について検討する。

合理的配慮？



公平と公正

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を求める意思の表示があった場合に、過度な負担にならない範囲で、社会的障壁を取り除くために必要な便宜

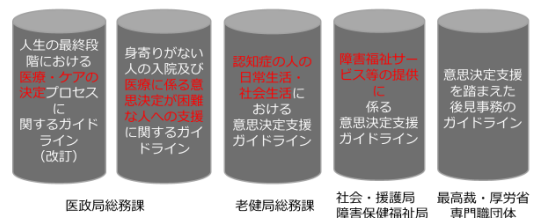
障害者権利条約 第二条
障害者が他の者と平等すべての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう。
リビエラ・ジョナソン氏（米国 1977年に生まれる）の例

支援のあり方の転換：

- 障害のある人の側に負担を求めるの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

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、意思及び嗜好を尊重）
- 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）



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嗜好を推定

↓

③支援を尽くしても本人の意思及び嗜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

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

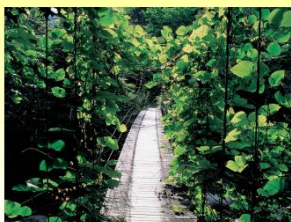


認知症の意思決定を支援する

- 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、うなずくことや手振り、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)



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

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 桜井公恵氏 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、広い視野で話をしてくれる人や、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

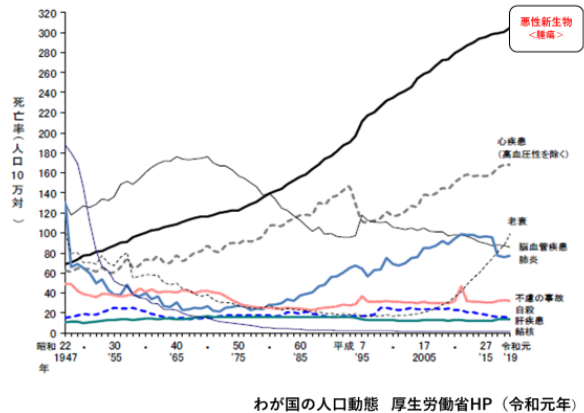
高齢者のがん医療を考えよう
公開シンポジウム

高齢癌患者に対する手術について ～肝臓癌での検証～

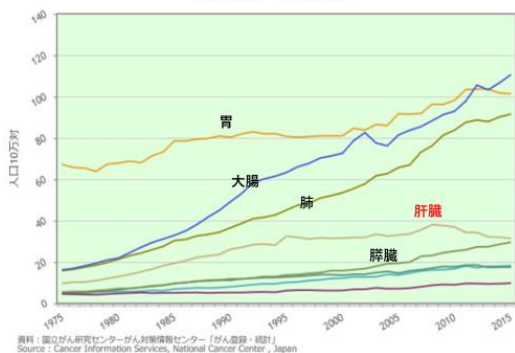
関西医科大学外科学講座
海堀昌樹

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



部位別罹患率(全国推計値) 年次推移 男女計・全年齢



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

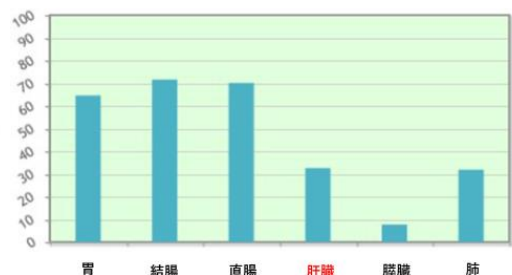


肝臓がんへの経過

- ✓ 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¹⁾
- ✓ 本邦のコホート調査では、肝細胞癌の38-65%が肝硬変を合併していた²⁾
- ✓ 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



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？



7

高齢者肝細胞癌に適した**治療法**の選択は？

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。

8

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

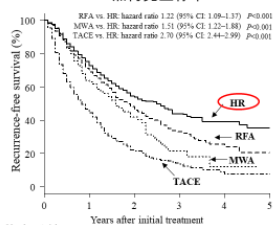
- ≥75 yrs群 n=2,020
- 60-74 yrs群 n=7,576
- 40-59 yrs群 n=2,991

の3群に分類した。

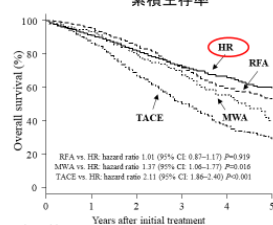
これら3群における術後生存期間、死亡原因を比較検討した。

10

無再発生存率



累積生存率

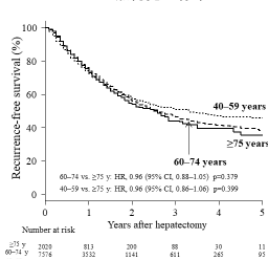


無再発生存期間は肝切除(HR)群が他3群と比べ有意に良好でした。

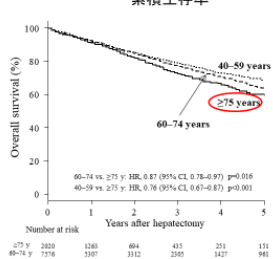
全生存期間では肝切除(HR)群およびラジオ波焼灼療法(RFA)群が経カテーテル動脈化学塞栓術(TACE)群と比べて有意に良好でした。

9

無再発生存率



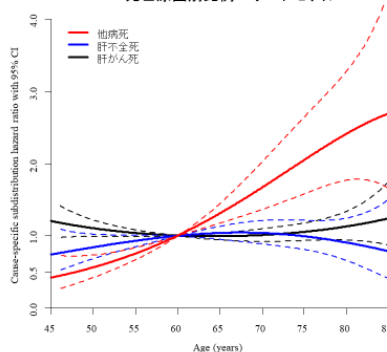
累積生存率



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。

12

24

11

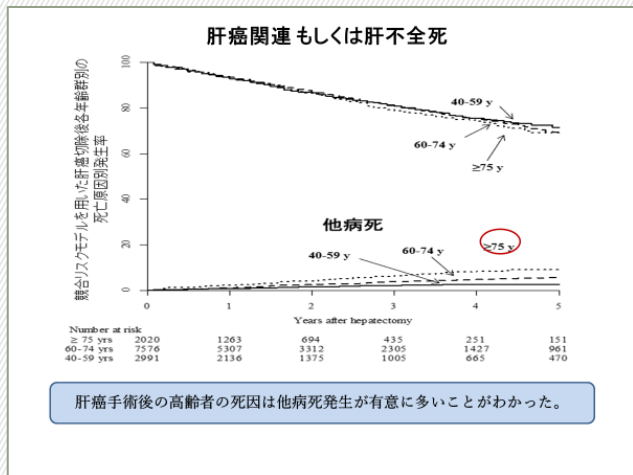
2. プログラム

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



13

結論

- ✓ 高齢者肝臓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、肝臓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.0000000000002526. [Epub ahead of print]
Impact of Advanced Age on Survival in Patients Undergoing Resection of Hepatocellular Carcinoma: Report of a Japanese Nationwide Survey.
Kishimoto M, Yoshida 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 T. Liver Cancer Study Group of Japan.

14

今後の課題

高齢者肝臓切除は

■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)	術後(年)	生存(年)
0	79.59	80.44
5	74.87	81.69
10	69.90	76.73
15	64.93	71.76
20	60.04	66.81
25	55.20	61.90
30	50.37	57.00
35	45.55	52.11
40	40.73	47.25
45	35.90	42.44
50	31.07	37.70
55	27.09	33.04
60	22.87	28.46
65	18.88	23.97
70	15.10	19.61
75	11.63	15.46
80	8.66	11.50
85	6.27	8.41
90	4.48	5.06

などを総合的に判断した治療方針が必要。

15

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



16

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。

CGA評価には具体的にどのような項目があるのでしょうか？

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

質問項目	回答	評価
1. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
2. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
3. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
4. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
5. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
6. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
7. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
8. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
9. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
10. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
11. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
12. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
13. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
14. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
15. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
16. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
17. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
18. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
19. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
20. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
21. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
22. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
23. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
24. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
25. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
26. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
27. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
28. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
29. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
30. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
31. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
32. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
33. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
34. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
35. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
36. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
37. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
38. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
39. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
40. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
41. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
42. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
43. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
44. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
45. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
46. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
47. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
48. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
49. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
50. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
51. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
52. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
53. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
54. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
55. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
56. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
57. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
58. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
59. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
60. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
61. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
62. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
63. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
64. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
65. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
66. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
67. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
68. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
69. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
70. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
71. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
72. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
73. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
74. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
75. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
76. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
77. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
78. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
79. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
80. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
81. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
82. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
83. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
84. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
85. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
86. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
87. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
88. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
89. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
90. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
91. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
92. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
93. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
94. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
95. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
96. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
97. 日常生活機能(ADL)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
98. 認知機能(認知力)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
99. 精神状態(うつ病)を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点
100. 睡眠障害を評価して問題点がないか？	問題点あり	1点

- 介護有無 Caregivers
- 抑うつ Depression
- 睡眠障害 Sleep disorder
- 基本的活動動作 Activities of Daily Living
- 脆弱性 Vulnerability
- 手段的日常生活活動 Instrumental Activities of Daily Living (IADL)
- 栄養状態 Nutrition
- 併存症 Comorbidity
- 多薬 polypharmacy
- 幸せ度 (10点満点) Level of well-being
- 体調 (10点満点) Physical condition

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 桜井公恵氏

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・これからの高齢者のがん医療（医療と介護・福祉の連携）について話があり閉会となった。



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

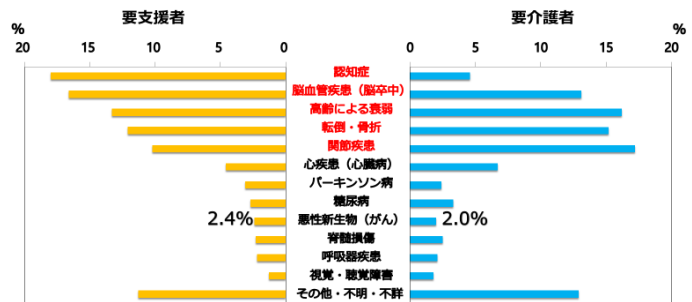
山本寛先生

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

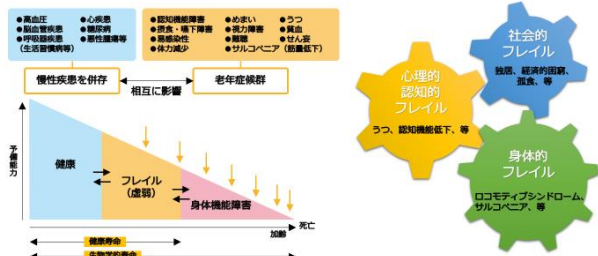
高齢者のがん医療 ～老年病専門医の視点から～

東京都健康長寿医療センター呼吸器内科
部長 山本 寛

介護が必要になる原因

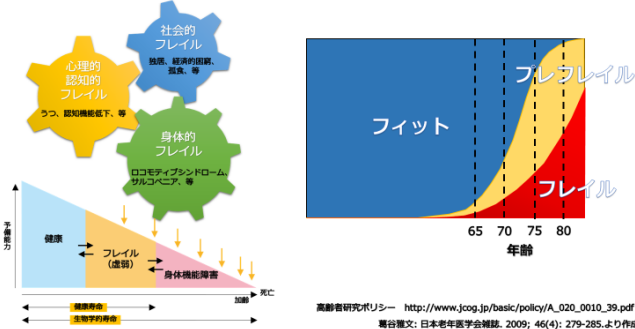


「フレイル」



寄稿論文：日本老年医学会雑誌、2009；46(4)：279-285より作成

「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

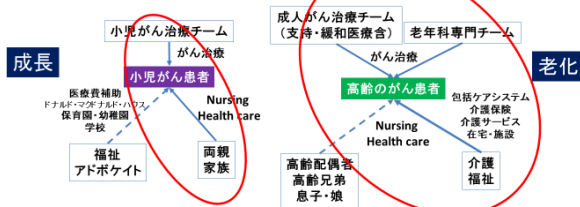
研究代表
福岡大学 名誉教授、研究特任教授
田村和夫

高齢がん患者の最適医療

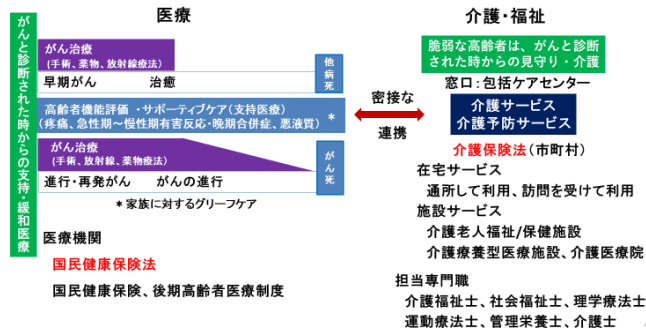
- ・高齢者機能評価から必要な介入を行い、個々の患者に合った医療(個別化医療)を検討し、患者・家族の想い、価値観、人生観を尊重し、話し合いのうえで診療方針を決定(インフォームドコンセント、説明と同意)・実施することにより、がん治療による有害事象を軽減し、QOLを維持しながら目的とする治療効果を得る。
- ・高齢がん患者の治療目的は、必ずしも高い奏効率・治癒率、生存期間の延長とは限らず、健康寿命や生活の質の維持・改善であったり、「孫の結婚式出席」といった精神・霊的な満足等さまざまなことを考慮する。
- ・介護・福祉制度の利用をがんと診断された時から検討する。

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



これから高齢者のがん医療



3. 参加者アンケート結果

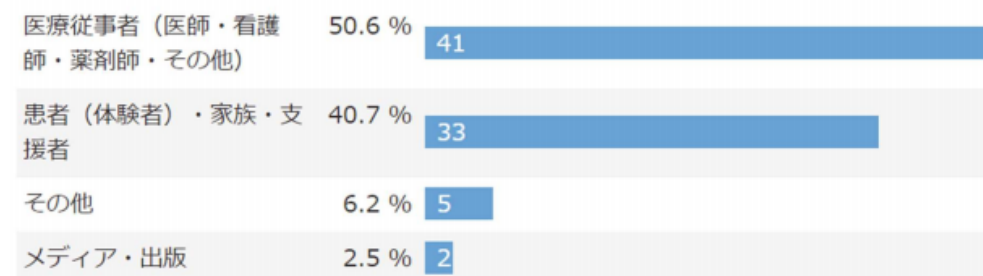
「高齢者のがん医療を考える」公開シンポジウム 事後アンケート集計結果

開催日:令和3年3月6日(土)13:30~15:30 参加者人数:103名(MAX 時)

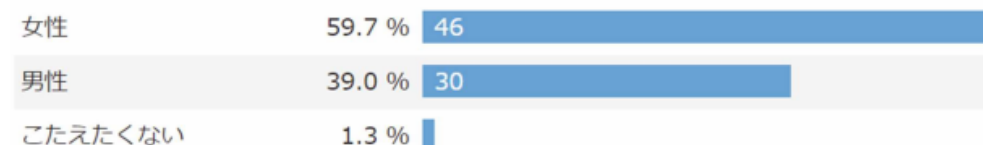
アンケート回答者:77名

アンケート締切:令和3年3月12日

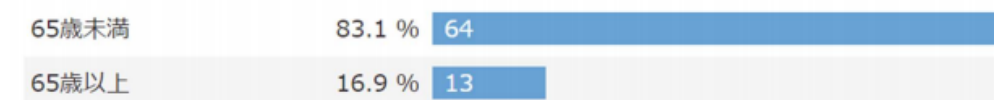
【お立場】 N=77



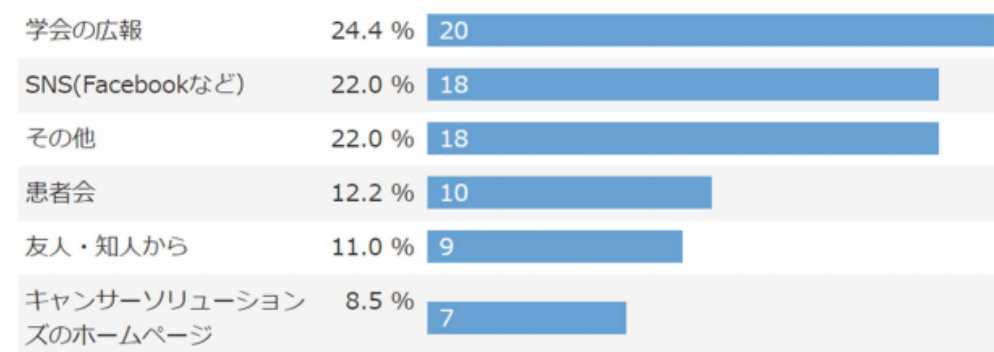
【性別】



【年齢】



【今回のセミナーを知ったきっかけ】（複数回答）

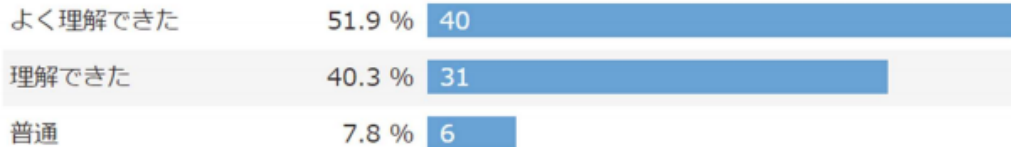


がんサロソリューションズ株式会社

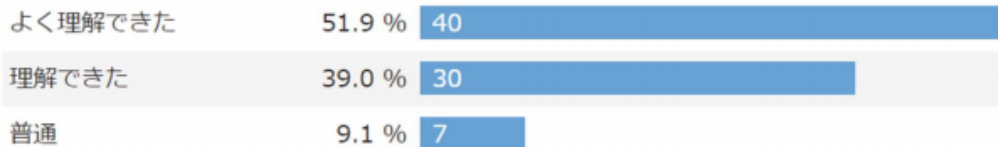
3. 参加者アンケート結果

【今回のセミナーについて、あてはまるものを選択してください】

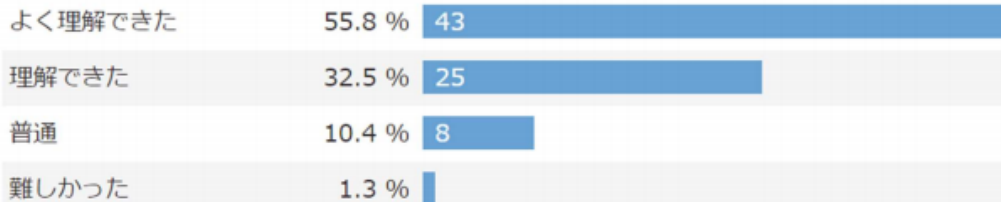
■基調講演「高齢者のがん医療」～厚労科研研究事業、みなさんの Web 調査から学んだこと～



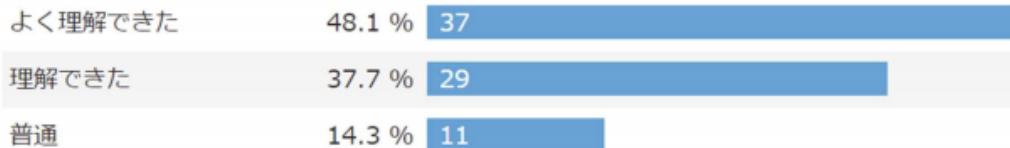
■ディスカッション①「がん医療の目標と医療者の基本姿勢」



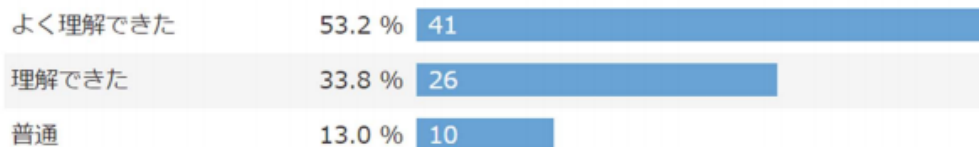
■ディスカッション②「心身の機能と”適正な”がん診療」



■ディスカッション③「高齢がん患者に対する手術について」



■総合討論「全体のまとめ」



3. 参加者アンケート結果

【今回のセミナーの感想をご自由にお書きください】

このようなセミナーを開いて頂きありがとうございました。

答えが出ないことも多いですが、何を指したら良いのか、こういった姿勢で考えれば良いのか腑に落ちる皆さまの名言に自分を省みました。また引き続きの機会を開催頂けるようでしたら、楽しみにしています。

長い時間、お疲れ様でした。医療側と患者側のコミュニケーション不足が様々な問題をおこしているのだと感じました。ありがとうございました。

一般の方向けにはやや難しい内容とスライドでしたが、こうしたテーマは切実な思いで参加される方も多くいらっしゃると思いますので、関心を持って視聴されたのではないかと思います。チャットで高齢者のガイドラインや CGA ツールなど、関連の情報提供がなされたり、簡単な抄録 PDF などハンドアウトがあると、理解が深まるのではないかと思います。

ディスカッションが充実していましたので、共通の手持ち資料があったら参画しやすかったと思います。ありがとうございました。

とても大きなテーマであり、とても時間が足りないと思いました。

特に意思決定支援・介護・在宅との連携・などなど、医療だけでは解決できない問題がたくさんあると感じています。是非、分科会を開催してください。

患者会の皆さまのご意見を聴ける機会が初めてだったので、とても勉強になりました。

介護保険の評価表？は確かに GA に使えると思いました。どうしたら手に入るのか知りたいです。

まだまだ議論を重ねたいテーマでした。すばらしい運営、それから事務局のかたから事前の案内メールなどをきめ細かくいただき、不慣れで不安な部分があったのですが、安心して参加をすることができました。また是非このような機会を設けてください。みなさんの議論を聞いていたいです。ありがとうございました。

セミナーの中で、高齢がん患者への手術適応についてのお話がありました。家族の強い希望で手術を受け、侵襲が低いようにと配慮をしても、術後の筋力低下や合併症は避けられない中で、どのように個々にあった治療を検討し、多職種で支えるかが重要になると改めて学びました。また、外来化学療法が進み、通院しながら治療を受ける高齢がん患者への症状マネジメントも大きく変わってきていると感じています。病院から離れている方への支援も、今後早急に充実していく必要があると思いました。

問題点が多いし、難しい分野だと思います。

難しい課題ですね」でセミナーが終わってしまった事は、理解は出来るものの、腹落ちはしなかった。

ただ、セミナーの最後に言われていた、「調査と議論で終わっていて、成果に結び付いていない」とのコメントはとても共感出来ました。現場で医療者や支援者が苦労して実践されている、些細でも素晴らしい事例がたくさん有り、答えを出す事よりも考えを出し合える事が大事だと感じました。

私自身、高齢者。今後の治療について参考にします。

いつも、その時の適切な情報発信をしていただけていることに感謝しています

引き続きよろしくお願いします

3. 参加者アンケート結果

高齢者をテーマにしていますが、内容は治療の選択、ACP について重なるものだと思います。治療はなんのためなのかは、それぞれの状況、背景によって違います。医療者と患者、家族の現状の認識にズレが生じていることを解消することで、よりよい医療に繋がるのだと思います。がん治療全体に繋がる学びとなりました

今日の議論では、がん治療を、侵襲的で患者を辛くするものという前提で話が進んでいたようですので、ちょっと違和感がありました。例えば、内視鏡治療や IMRT などの侵襲性の低い治療、また分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬などの副作用が低く非常に高い治療効果が見込まれる治療などができましたが。がんによって全身状態が悪いときは、むしろ、がん治療によって QOL が高まることもあるため、高齢者のがん治療が適切な場合もあると思います。

何が本人のために一番の治療なのかを必死で考えている医療者は多いけれど、それらの方々は、わざわざ世の中にそれらを発信しないため(当然のことをしているため)、一部の医療者のみの意見が世の中にでている可能性があるということをご理解いただければ幸いです。

ただ、これらの違和感も含め、とっても面白い勉強会でした。できれば、もう少しオープンに発言ができれば嬉しいですが、このような勉強会があれば参加したいと思います。

桜井さんがおっしゃっていましたが、点をいくら大きくしても意味がありません。線を繋ぐことの重要性を強く感じました。

高齢者総合評価のワークショップに参加したことがあります。そうだなあといいながら参加していましたが、今日の話ででた、介護保険の評価項目と GA の項目の重なり認識はありませんでした。わざわざ別に評価することもないので、使えるのならば共通項目やツールを使えば良いのだと感じました。これは介護保険とがん診療では厚労省などで担当する部署が違うからでしょうね。

高齢者の治療、ケアについてバランスをとりながら、個別対応しているのが現状です。医療者間の意識の違いも大きいと思います。

高齢の親ががんに罹患し、本人の治療をしたいという意志と周囲の無理に治療しなくても痛みさえ取れば…という意見の違いを経験しましたが、唐澤先生の「だれのための治療なのか」という言葉がとても心に響きました。認知症においては、自己評価と周囲との評価のズレがあるので、小川先生の「口頭ではなく紙に書いて」は本人のプライドを傷つけずにすむ良い方法と感じました。他の先生方のレクチャーも興味深く、PDでのご意見も大きく頷いていました。ありがとうございました。

高齢者医療は重要だと思っていながら、進まないというのが実感です

何年も前から転倒転落の評価が行われていますが、あいかわらず病棟では転倒転落が多いです

高齢者のがん治療についてのディスカッションに高齢者の方にも参加してもらい、意見を聞いてみたいと思いました。

高齢者のがん治療について、治療効果と心身への負荷とのバランスを良く考える必要が有ることが良く理解できた。又、高齢者のがん治療にはリスクが多いことも良くわかった。

外出が億劫で放射線治療にイヤイヤ連れてこられたけれど、結局やったら楽だったから良かった、というパターンや、今後予測される症状の予防や緩和に、医療者から見たときには絶対やった方が良くと思うパターンも、まだまだ悩むなあと思って改めて考えました。

さまざまなお話を聞いて、考えるポイントが浮き上がってくると思いました。

問題点が理解できました。

3. 参加者アンケート結果

課題は見た感じですが、具体的にどうしたものか医療現場でも試行錯誤、までも行かない状況です。医療体制、医療者、患者力、高齢化率、地域性いろんな課題も複雑に絡み合っているなど、日々感じています。

大変興味深い内容でした。がん患者の場合、動けなくなつてから亡くなるまでは比較的短期間なので、介護認定をどうやって取ったら良いのか悩んでしまいます。まだ動ける間に準備しないと、一人で生活している人にとって結局受けられなくなるのでは、と危惧するのですが、まだ一人で生活できるときには介護認定はおりないのでは？ひとり暮らし、肺がんステージ 4 で、もう治療はしないと決断した友人(74 歳)のフォローをどうすべきか、何ができるのか悩んでいます。

自分の親の介護に関して、良かれと思い、押し付けていたところがあると反省した。どうしたい？何がしたいの？と聞いてあげれておらず、勉強になった。ケアマネジャーを入れて話すと言うのも改めてその通りだなあと思いました。なんだかんだ、人に面倒をかけたくないと言うのがあり、第三者に入ってもらった方が、スムーズだと思いました。

「誰のための治療？なのか」は重い言葉でした。親の介護している、自分に満足して、心身ともに疲弊してただけで、親の満足は なんなのか考える余裕はなかった。

高齢者の患者さんの家族の方々の考え方について勉強になりました。今後の診療含めて参考にさせていただきます。

大変興味深い内容で、充実した時間を過ごすことができました。ありがとうございました。

日本は、今回のセミナーで取り上げて頂いたことがあいまいなまま、高齢化が急速に進んでいるような気がします。もっと高齢者のがん治療と介護について関係者に聞いたり、語り合ったりするセミナーが開催されることを希望します。

途中で退席したため、③、④は普通、とさせていただきます。高齢者とがん治療は他人事でなく、また今後数年のうちには大きな課題となってくることなのに、研究がそれほど進んでいない、ということに驚きました。そうした状況を知ることができてとても参考になりました。ありがとうございました。

高齢者のガン治療が特別なことではなく、普通に起きていることがわかり、色々参考になりました。

「入院した時には既に手術が決まっている」というコメントがチャットに書かれていたが、病院の機能が効率的になったのかもしれないが、多種職連携、チーム医療が十分に機能していなければ、それぞれの患者が十分に理解されないまま、パスという名のレールに乗せられて流されていくだけ。このことは高齢者に限らず総ての患者に言えることである。増える高齢者のがん患者が人生をよりよく終えられるようにするためには、医療機関内だけではなく地域社会(介護や福祉を含めた)との連携が大切になってくるこれから、患者・市民自らがどうしたいか声をあげていかなければならないと思った。

少なくとも名のあるような急性期の現場では、ご本人のニーズを第一にという認識のもと、(一部の)医療者が力を尽くそうとしていると認識しています。自分や家族が、(今回は)がんと共に生きる旅路がいかなるものか、現実極めて近い想像を働かせられる機会の提供が大切だと感じています。理想はいくらでも言えますが、生活に具体的に展開するのは難しくていへんだからです。病を得ていない時期からこういったものにより関心が向き、より具体的に考えられる機会の充実も大切だと感じています。渦中にいると困難感がどうしても高まってしまうので。

3. 参加者アンケート結果

30 年前父(80)の癌の手術をやらないで漢方だけの治療を勧めました。その前に私自身が同じガンになって手術後が大変だったので話し合いました。納得して痛みだけは取ると言うことで、在宅で先生にも見てもらい山が好きだった人だったので、山に登ったり穏やかに過ごせ最後は眠るように亡くなりました。これからは主人の最後をどうするか、私自身の最後をどう迎えたいか充分話し合いたいと思っています。

今日の話はとても良いヒントを頂いたと思っています。ありがとうございました。

自身も高齢者の肺がん患者であり、高齢のがん患者と接する機会が多いので特に関心が高かった。周囲を見渡したとき本当に高齢者の心身の健康度には個人差があり、年齢だけで治療方向を決められないと思った。エンドライフの HAPPY に基づく判断、まさにその通りだと思う。大変いいセミナーをありがとうございました。

超高齢社会を迎えた日本にとって健康・生活の質を大事にした医療を望みますが、医療の不確実性、情報の非対称性の溝が深すぎるように感じます。コミュニケーションギャップをサポートする仕組みが不十分だと考えます。人生の最期に患者も家族も納得、満足できる医療、がん医療、健康寿命の延伸を保証するイノベーションに期待したいと思います。

私事で恐縮ですが、身内の 85 歳のステージⅣの骨転移した肺がん患者の思いを第1に尊重するサポートチーム、チーム医療の真ん中に患者が存在するシステムは当分不可能と感じましたが、患者の思いを伝え続ける意味ある勉強会だったと思います。勉強になりました。有難うございました。

情報提供ありがとうございました。

高齢者機能評価を行うことで、がん治療よりも、リハビリや栄養、社会的支援などの優先順位が変わることもあるのではと思った。高齢患者にとって一番に取り組むべき必要な医療を提案してほしい。もしくは、治療をしない場合のメリットもしっかり伝えてほしい。

また、がん治療をする場合は、入院中に在宅に向けての栄養指導と、リハビリと運動指導、帰った後の社会的支援の情報提供や連携し、良い老後をすごすための健康指導までがん医療であってほしい。また患者も、治療すれば良くなる(昔のように元気になる)という誤解、「まだ大丈夫」と老いや病を受け入れる覚悟をいつ持つんだと、向き合う勇気が必要があると感じます。

現在、要介護5で他にも心疾患などを抱えている父に腫瘍が見つかりました。治療に耐えられる体力はなく、「今後の生活に希望を持たせることも大切」と医療者、介護者に諭されて本人には知らせていませんが、本当にそれで良いのだろうか？という思いが心の奥底にあります。「誰のための治療なのか？」という唐澤先生の重い言葉を受け止めれば、何もできることはないかもしれないけれど、それを本人も家族も受け止めて残りの時間を「どう過ごすか？」を一緒に考えることが必要なのではないかと胸がうずきます。

一方で、本人の希望を受け入れたいとは思いつつ、医療にも介護にも限界があると思います。特に介護は、家族への負担と費用の問題もあります。本人も家族も納得するためには、すり合わせが必要だと思いますが、このコロナ禍で全くそうした機会を持つこともできず、医療者が良かれと思ってやってくれている事も真意を理解できなかったり、不信感につながりやすくてとてもつらいです。もう少し、オンラインを活用するなど患者も家族も孤独にならないシステムがあればと思っています。

長くなり申し訳ありませんが、最後に必要なのは人間であればいずれ来る「死」を、本人も家族も受け入れられるような支援も必要ではないかと考えます。

3. 参加者アンケート結果

高齢者の治療の継続性はいろんなベクトルで考えていかないと難しいと言うのが再認識できたディスカッションに、医療者も複数入っていた方がよかったように思いました。また、ケアマネ、地域包括、介護職の人といった医療者でも家族側でもない介護・福祉の専門家が入ってもらったらどうかと思いました。
厚生労働省の老人医療関係担当者の出席・発言もあればもっと参考になると思った。
昨日はありがとうございました。当事者や家族が知らない事がまだまだあり、色々な角度からのアプローチがまだまだ必要だと思いました。周囲の正しい情報や協力をどうえられるか、それが必要な人に分け隔てなく認知されるような社会になればいいし、それが当たり前の社会になればいいと思いました。 あと、資料が pdf 等でいいので、手元にあると、話にさらに集中出来るかなとも思いました。 貴重で大切な話をありがとうございました！
貴重な機会をいただき、ありがとうございます。日頃、高齢がん患者さん・ご家族とかかわることが多い医療従事者として大変勉強になりました。今後もこのような機会をいただけますと有難く存じます。
私自身はがん化学療法看護認定看護師で 10 年以上もがん患者さんや家族の方と接しています。そしてがんで父を亡くした家族でもあります。高齢であった父は意思決定を娘にあずけ、発見されてからも何も治療せず 1 年 3 ヶ月で旅立ちました。書きたいことはたくさんあるのですが、治療の選択をする時に自宅での療養+レスパイト入院できる環境がもう少し整わないと今の急性期医療(特にがん拠点病院)は在院日数と経営に追われ、高齢者で治療を選択しないと経過観察の受診さえ許してもらえず、治療しない選択肢への支援になっていません。高齢者の機能評価ツールもおそらく病院にも患者にとっても大事です。が、今は、経営重視になるとこれは、患者を診療しないためのツールになるような気がしています。
実際はどうしたらよいのか？というところまでの具体策が欲しいと思われました。
都合がつかず、基調講演までしかしっかりと拝見することができず、ディスカッション以降は合間合間で覗かせていただきました。皆様の支援に対する熱量が伝わってきて、やる気に繋がりました！
高齢者の治療は、家族側が決定しなくてはいけないことも多く、精神的な負担が大きいと感じます。医療側だけではなく社会がどう考えていくかの論議も必要です。
「高齢者のがん医療」を企画していただきまして、大変ありがとうございました。 特に、パネルディスカッションでの、桜井なおみさんのお話しには経験者としての重みを感じられて、全てにおいてうなづかされる思いでした。 ケア_キュアは、まだ研究されていない・・・事は大変残念だと思いました。 介護と福祉→これから高齢者のがん医療の大きな問題であり課題でもある事を学ばせていただきまして、大変感謝申し上げます。ありがとうございました。
とてもありがとうございました。 高齢者、認知症の患者さんの意思決定は、とても難しく、これでよかったのかと、自問自答することもあります。 患者、家族が最終的に決めることかもしれませんが、そのプロセスは、色々と思います。知識を深め、支援していきたいと思います。

3. 参加者アンケート結果

大変、勉強になりました。

スライド資料について、ダウンロードできるとありがたいと考えます。

医療者という立場上、医療者参加の参加が多い研修会等での勉強が多いです。総合討論のなかで、何か新しいことをしようとするときに、厚労省などに提案すると形式から入ることが多いという鋭いご意見に納得しました。

ただ、特に今回のテーマのような領域は、熱量の高い人たちが草の根レベルでかなり頑張っていて、ようやくあまり関心のない人たちに届くという実態もあります。医療管理者レベルに早くに必要性を届けるための研修会というの、ある意味必要なのかもしれません。

縦割りの弊害のようなものを感じました。意志決定支援の遅れについても再認識できました。

今後、発展していかなければならない分野なのでこちらもメディアとして何が出来るか考えていきたいと思います。貴重な機会をありがとうございました。

【セミナーで取り上げてほしいテーマがあればお書きください】

一つ一つのテーマを深掘りしたいと思いました

手術の合併症、高齢者の検査、高齢者のリハビリ、認知症の緩和ケア、介護保険のしくみなど

がん医療は転換期を迎えていると思います。免疫チェックポイント阻害薬やがんゲノム医療を高年齢がん患者に適用していく際、セミナーにあったこれまでの「経験」では判断が難しいのではないかと思います。そのため、そのような医療における、高齢がん患者への意思決定や治療後のケアについてセミナーを開催して頂ければと思います。

がん生殖医療の意思決定支援

自宅でなくなったときに、訪問医療を受けていないと警察が介入することになります。

その時の遺体の扱い方が、物を扱うようで酷かった、という話を聞きました。しかも、警察での解剖結果は、結論だけは患者家族に伝えられるものの、医療側には詳細は伝えられないのだそうです。理由は「司法解剖だから」だとか。

これからひとり暮らしの老人が増えるにつれ、病院で治療を受けていても自宅でなくなる人が増えると思います。おおもとはがんであっても、その副作用で死んだかも知れず、そこが明らかにならないのでは医学的に損失です。がん登録も正しくできない。

とりとめが無くてすみません。在宅死に付いての問題点を取り上げていただければと思います。

高齢者のテーマを他の病気やフレイルなどについても取り上げて頂きたいと思います。

ピアサポートや患者支援団体と医療施設の連携・協働について

櫻井さんが話されていたようにこの後も続けていって頂けたら嬉しいです。よろしくお願いします。

就学期のがん患者の教育を受ける権利の補償についての現状と、施策として望まれる方向性について

ホスピスの現状など。

ホスピス専門病院、病棟のホスピス、在宅ホスピスなど、それぞれで出来ることできないこと。お金や主治医との連携の仕方、事前に備えることなど。

また後見人制度など、自身や親のことで、相続、手続きの流れなど備えておくべき知識もあれば。

3. 参加者アンケート結果

高齢者のACP 高齢者のがんを見守る家族・医療・介護の役割
老人ガン患者への対応で、介護サービスの内容や限界について種々具体例を癌の種類別に説明・整理してもらえれば大変参考になる。
今回の話はまだまだ深いものがあると思うので、色々な角度から、今回の話を深く知りたいです。
医療者、行政、患者のつながりがわかるような企画をきたしております。
コロナ禍でのがん治療～入院治療の必要性、在宅医療でもできること～
せん妄 サルコペニア フレイル リハビリテーション
「高齢者のがん医療を考えよう」
①介護と福祉の実践現場
②これから高齢者のがん医療
地域ごとの困難感などもあると面白いかもしれません。(都市 vs 地方)

以上

