

高齢がん患者とフレイル

高齢者とは、暦年齢に着目した呼称であり、世界保健機関(WHO)や本邦では65歳以上の者と定義している(65-74歳を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者)。2020年9月現在、日本の総人口は前年に比べ29万人減少している一方、65歳以上の人口は3617万人と、前年に比べ30万人増加し、総人口に占める割合は約29%と過去最高かつ世界一であり、高齢化に歯止めはかからない(1)。これに伴い、本邦における高齢者のがん罹患率は73% (2015年)、がん死に占める高齢者割合は87% (2019年)と年々増加しており(2)、医療界のみならず社会的な問題として関心を集めている。一方、近年の高齢者の心身の老化現象の出現に関する経年的変化の調査によると複数の項目で「若返り」現象がみられており(3)、暦年齢による高齢者の定義も変わりつつある。

高齢がん患者の特徴として、余命が短い、複数の併存疾患を有している、多剤服用、生理学的機能低下(老化現象)、低栄養状態、認知機能制限、社会経済的制限などの問題が挙げられ、何よりもこれらの個人差が極めて大きいといった特徴がある(4-10)。暦年齢のみで高齢がん患者を一律に捉えるべきではないと国内外のガイドラインで指摘されているが(11-13)、具体的な治療前評価や推奨される治療強度に関する指針が確立しておらず、多くの施設で最終的には担当医の主観的な評価により治療方針が決定される現状が伺われる。高齢がん患者に対し、若年者と同じ標準治療を行うべきか、治療の安全性と有効性は担保されるのか、といった議論に際しては高齢者の予備能に着目することが重要である。

高齢者医療を考えるうえで、Frailty という概念がある。1980年代より欧米の老年医学領域で提唱されてきた概念で、加齢に伴う生理的予備能の低下によって心身機能障害に陥りやすい状態、要介護状態の前段階として位置付けられた。本邦においては、日本老年医学会が2014年にFrailtyを“フレイル”と日本語訳しその定義や意義に関して提唱している(14,15)。フレイルは、身体機能のみならず、意欲や認知機能などの精神・心理的側面、独居や経済的困難など社会的側面など多面的な問題を含んだ概念である。フレイルは、上述した問題によりストレスに対する脆弱性が高まった状態であり、自立した状態と要介護状態の中間に位置するとされ、しかるべき介入によって再び健全な状態に戻るという可逆性を有している(図1A)。フレイルの状態に陥った高齢者を抽出し、介入を行うことで要介護高齢者の増加を防ぐことが期待できるが、“しかるべき介入”には医療従事者のみならず、介護予防・日常生活支援総合事業による地域・社会全体での支援が必要である。

一方、老年腫瘍学領域では、国際老年腫瘍学会(SIOG)を中心に高齢がん患者に対するフレイルとその評価について議論が行われてきた。本邦では、2016年に日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)において、高齢がん患者を対象とする臨床研究を行う際の考え方・方法論に関する指針(JCOG 高齢者研究ポリシー)が示された(16)。この中で、EORTC Elderly Task Forceの提唱する概念(17)に準じてがん治療の対象となる高齢者か否かを“Fit”と“Unfit”に大別し、“Unfit”症例を“Frail(フレイル)”、“Fit”症例をその脆弱性に依拠して“Fit(適格)”と“Vulnerable(プレフレイル)”に細分化することを提唱した。これらの分類を用いて高齢がん患者の治療適応を判断することで、高齢がん患者に対し過侵襲となる治療を防ぎ適切な治療の恩恵を被ることが期待される。なお、老年腫瘍学領域におけるフレイルは、がんが進行性の疾患であること、またがん治療の侵襲性が高いことなどから、“積極的な治療適

応がないと思われる状態”と定義されることが多く、可逆性が前提の老年医学領域におけるフレイルとは異なる(16)(図1B)。

多様性のある高齢がん患者の状態を言語化・集約したこれらの概念の定義や診断基準に関しては、世界的にも議論が続いている。高齢者に対する治療方針を決定するうえで、“担当医の主観的な評価により治療方針が決定される現状”を改善すべく、がんや臓器障害以外の面を評価することは疾患によらず重要と考えられる。さらに、高齢者に対するがん医療においては、個々の状態を適切かつ迅速に評価して許容される最低限の治療侵襲(身体的・精神的・社会的に)で最大限の効果(生存期間の延長、健康寿命の延長、生活の質の向上など)をあげることが求められている。

図1

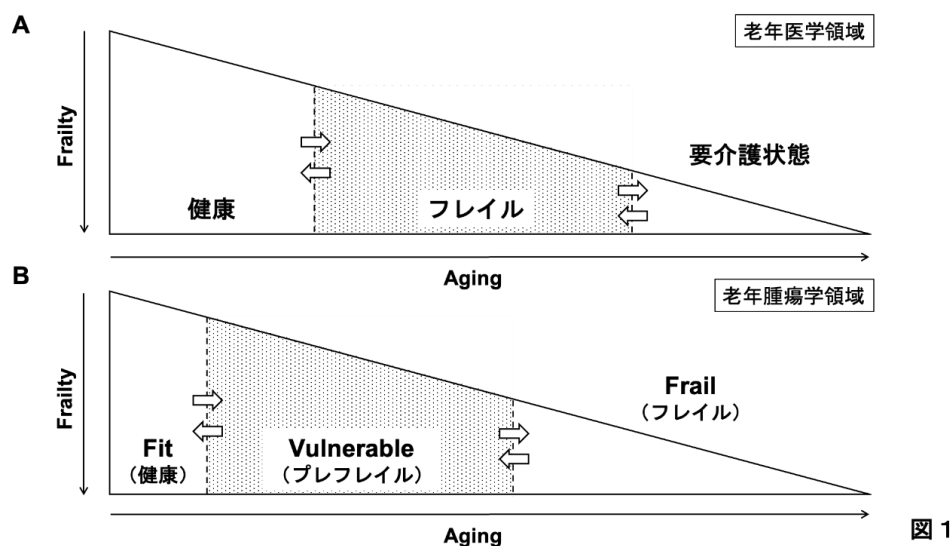


図 1

1. 総務省統計局 <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi1261.html>
2. 国立がん研究センターがん情報サービス https://ganjoho.jp/reg_stat/index.html
3. 日本老年学会・日本老年医学会, 高齢者に関する定義検討ワーキンググループ報告書. 2017. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170410_01_01.pdf
4. 田村和夫 他 高齢者がん医療 Q&A 総論 2020年3月 日本がんサポーターティブケア学会 厚生労働省科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」(H30-がん対策-一般-007)
5. Iwamoto M, Nakamura F, Higashi T. Estimated life expectancy and risk of death from cancer by quartiles in the older Japanese population: 2010 vital statistics. *Cancer Epidemiol.* 2014; 38(5): 511-4.
6. Committee tIS. STUDIES IN SUPPORT OF SPECIAL POPULATIONS: GERIATRICS.
7. TNCCN. NCCN GUIDELINES FOR SPECIFIC POPULATIONS: Older Adult Oncology. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/default.aspx.

8. Lichtman SM. Polypharmacy: geriatric oncology evaluation should become mainstream. *J Clin Oncol* 2015; 33: 1422–3.
9. Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. *J Clin Oncol* 2018; 36: 2326–47.
10. Hamerman D. Toward an understanding of frailty. *Ann Intern Med.* 1999;130(11):945–950. doi:10.7326/0003-4819-130-11-199906010-00022
11. Boyle HJ, Alibhai S, Decoster L, et al. Updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology on prostate cancer management in older patients. *Eur J Cancer.* 2019; 116: 116–36.
12. 日本血液学会, 造血器腫瘍診療ガイドライン 2018 年版補訂版.
13. 日本肺癌学会, 肺癌診療ガイドライン 2022 年版.
14. 日本老年医学会, フレイルに関するステートメント. 2014. https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf
15. 荒井 秀典. フレイルの意義. *日老医誌* 2014; 51: 497–501.
16. Mizutani T, Nakamura K, Fukuda H, et al. Geriatric Research Policy: Japan Clinical Oncology Group (JCOG) policy. *Japanese journal of clinical oncology* 2019; 49: 901–910.
17. Pallis AG. EORTC elderly task force position paper: approach to the older cancer patient, *Eur J Cancer.* 2010; 46 (9):1502–13.

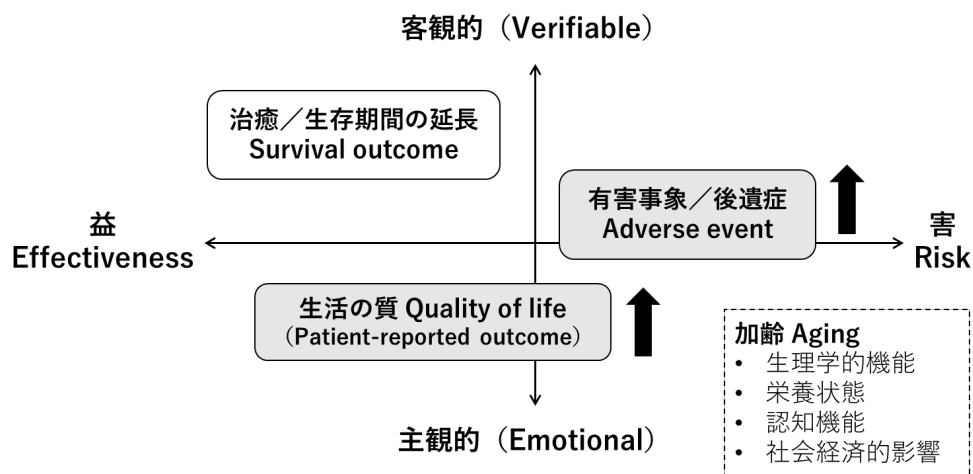
高齢がん患者におけるアウトカム評価

がんに対する治療を検討する際には、各種検査による適切な評価（病理診断およびステージング）が必要であり、それにより最適な治療法が選択される。ただし、一般的にがんに対する治療は侵襲性が高いものが多いため、がん治療により期待される効果（益のアウトカム）と予測される不利益（害のアウトカム）を考慮する必要がある。国内のがんの治療に関わる診療ガイドラインは、Minds 診療ガイドライン作成マニュアル(1)などを参考にして、これらの治療法によるアウトカム評価（システマティックレビュー）を考慮したうえで推奨度の決定が行われる。しかしながら、高齢がん患者の場合には様々な因子により若年者と比較しアウトカム評価の重みづけが異なることが予想されるため、既存の診療ガイドラインに当てはまらない可能性に留意する必要がある。

がん治療により期待される効果（益のアウトカム）は、“治癒”もしくは“生存期間の延長”であり年齢によって変化するものではない。一方で、がん治療により予測される不利益（害のアウトカム）として、治療による侵襲性に依りて“有害事象”や“後遺症”が生じる可能性が高く、生理学的機能低下や複数の併存疾患を有する頻度が高い高齢者に対して与える影響が強い(2,3,4)。また、齢を重ねることにより平均寿命から考える余命は若年者より短い傾向にある(5,6)。これらの理由により、高齢がん患者と若年者とはがん治療によって求めるアウトカムの重みづけ（価値観）に違いが生じる。そのため、生存期間の延長や有害事象などの客観的なアウトカムの改善だけでなく、主観的なアウトカム（QOL 改善）の評価も求められる(図2)。近年、患者自身が治療効果や QOL について、臨床医やその他の者の解釈を介さずに報告する Patient-reported outcome(PRO)が普及しつつあり(7,8)、臨床研究におけるエンドポイントとしての評価だけでなく日常診療への応用が期待される。

以上のことから、高齢がん患者ではがん治療による益と害のアウトカム評価において若年者よりも主観的なアウトカム評価の重要性が大きいいため、個々の症例に応じた検討が必要となる。高齢がん患者の治療におけるアウトカムにおいて主観的なアウトカム評価も重要視されており、個々の症例に応じた検討が重要となる。

図2.



1. Minds 診療ガイドライン作成マニュアル 2020 ver3.0. 2021 年 3 月 22 日 Minds 診療ガイドライン作成マニュアル編集委員会作成 https://minds.jcqh.or.jp/s/manual_2020_3_0
2. ESMO: Handbook of cancer in the senior patient. Informa, New York, 2010
3. Du XL, Osborne C, Goodwin JS. Population-based assessment of hospitalizations for toxicity from chemotherapy in older women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2002; 20(24): 4636-42.
4. Jatoi A, Foster NR, Egner JR, et al. Older versus younger patients with metastatic adenocarcinoma of the esophagus, gastroesophageal junction, and stomach: a pooled analysis of eight consecutive North Central Cancer Treatment Group (NCCTG) trials. *Int J Oncol.* 2010; 36(3): 601-6.
5. 国立がん研究センター: がん情報サービス. <https://ganjoho.jp>
6. Iwamoto M, Nakamura F, Higashi T. Estimated life expectancy and risk of death from cancer by quartiles in the older Japanese population: 2010 vital statistics. *Cancer Epidemiol.* 2014; 38(5): 511-4.
7. Kluetz P, Chingos DT, Basch EM, et al. Patient-Reported Outcomes in Cancer Clinical Trials: Measuring Symptomatic Adverse Events With the National Cancer Institute's Patient-Reported Outcomes Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE). *Am Soc Clin Oncol Educ Book.* 2016; 35: 67-73.
8. LeBlanc TW, Abernethy AP. Patient-reported outcomes in cancer care – hearing the patient voice at greater volume. *Nat Rev Clin Oncol.* 2017; 14(12): 763-72.

高齢がん患者の身体的・精神的変化(高齢者機能評価; GA/CGA)

高齢がん患者に限らず、一般的に高齢者では、身体機能・臓器機能・認知機能の低下や、併存症による多剤内服など、生活機能の低下につながる多様な背景を抱えている(1)。高齢者に生じるさまざまな心身の諸症状・兆候は、広く“老年症候群(Geriatric Syndrome)”と呼ばれることが多い(2)。多くの老年症候群の原因には、加齢のみならず複数の疾患や病態が関与しているとされ、「介入が望ましい症候・兆候」の場合には適切な医学的介入を行うことで、ADL・QOLの低下を防ぐことができる(3)。一方で、老年症候群によって日常生活(社会生活)の自立が妨げられることも多く、医学的介入と同時に介護・ケアが必要となる場合も多い(4)。高齢がん患者の場合、手術・放射線治療・抗がん剤治療といったがんに対する侵襲的な治療によって、通常の高齢者と比較しよりフレイルに陥りやすいと考えられ、ADLの低下やQOLの悪化による要介護状態に陥る可能性が高い。そのため、介入により改善が見込める症候・兆候をより早期から抽出し、医学的介入や介護・ケアの介入を行うことがより重要と考えられる。

近年、高齢者に対して老年症候群に関わる複数の疾患や病態を把握し、また患者が有する身体的・精神的・社会的な機能を多面的に評価することで、包括的な医療や介護を提供することができる手段・ツールが検討されており、高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment; CGA)と呼ばれている(5,6)。なお、高齢者機能評価(Geriatric Assessment; GA)とされることもあるが(7)、CGAはADL・認知機能・情緒・意欲・社会性・栄養状態などを同時に評価したもので、その一部を評価またはスクリーニングを行ったものをGAとすることが多い。評価項目として、NCCNガイドラインでは①身体機能、②認知機能、③社会的サポート、④精神状態、⑤栄養状態の項目を評価することを推奨し(8)、2018年に発表された米国臨床腫瘍学会(ASCO)のガイドラインにおいては最低限、①身体機能、②転倒、③併存症、④うつ、⑤認知機能、⑥栄養の評価を行うことを推奨している(9)。ただし、これら複数のドメインをすべて実施すると、一人の患者さんに対し1時間前後を要するとされており、実診療内において行う上では簡易スクリーニング(表1)が実際的かと思われる。

ASCOガイドラインによると、「化学療法を開始する65歳以上の患者には、日常的には検出されない脆弱性を特定するためにGAを使用すべき」としている(9)。しかし、本邦の高齢がん患者に対する診療では十分に実施されているとはいえない。特に、特定された問題に対する具体的な介入内容について明確に定められたものはなく、主治医が必要に応じて医学的介入を行ってきた経緯がある。今後、高齢がん患者の診療に当たってGA/CGAの評価がさらに重要となることが予想され、高齢がん患者に対し多職種チームで評議し診療に当たることが望ましいと考えられる。

1. 田村和夫 他 高齢者がん医療 Q&A 総論 2020年3月 日本がんサポーターティブケア学会 厚生労働省科学研究費補助金 がん対策推進総合研究事業「高齢者がん診療指針策定に必要な基盤整備に関する研究」(H30-がん対策一般-007)
2. 日本老年医学編 健康長寿診療ハンドブック. 東京, 2011;5-11.

3. 木村琢磨. 老年症候群と高齢者総合的機能評価. 日内会誌. 2018; 107: 2420-2429.
4. 鳥羽研二. 老年症候群と総合的機能評価. 日内会誌. 2009; 98 : 589-94.
5. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Lancet. 1993; 342(8878): 1032-6.
6. Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2002; 5(1): 19-24.
7. Wildiers H, Heeren P, Puts M, et al. International Society of Geriatric Oncology consensus on geriatric assessment in older patients with cancer. J Clin Oncol. 2014; 32(24): 2595-603.
8. Dotan E, Walter LC, Browner IS, et al. NCCN Guidelines® Insights: Older Adult Oncology, Version 1.2021. J Natl Compr Canc Netw. 2021; 19(9): 1006-19.
9. Mohile SG, Dale W, Somerfield MR, et al. Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guideline for Geriatric Oncology. J Clin Oncol. 2018; 36(22): 2326-47.
10. Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pélissier S, et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. Ann Oncol. 2012; 23(8): 2166-72.
11. Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(12): 1691-9.
12. Kenis C, Decoster L, Van Puyvelde K, et al. Performance of two geriatric screening tools in older patients with cancer. J Clin Oncol. 2014; 32(1): 19-26.
13. Borson S, Scanlan JM, Chen P, et al. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. J Am Geriatr Soc. 2003; 51(10): 1451-4.
14. Toba K, Nakai R, Akishita M, et al. Vitality index as a useful tool to assess elderly with dementia. Geriatr Gerontol Intern. 2002; 2: 23-29.

表1. 高齢者機能評価の主な簡易スクリーニングツールと評価項目

スクリーニングツール	評価項目
G-8 geriatric screening tool (10)	身体機能、薬剤、栄養、認知・気分
VES-13 (vulnerable elders survey) (11)	身体機能
FTRST (12) (Flemish version of the Triage Risk Screening Tool)	身体機能、薬剤、栄養、認知機能、気分
MINI-COG (13)	認知機能
Vitality index (14)	意欲

高齢がん患者と意思決定能力

国立がん研究センター東病院 精神腫瘍科

小川朝生

医療において、適切なインフォームド・コンセントが成立するためには、患者が医療者から受けた説明内容を適切に理解し・判断する能力を有していることが前提となる。この前提となる能力を「意思決定能力(decision making capacity)」という。

意思決定能力に関しては、わが国では意思決定支援に関するいくつかのガイドラインに記載されている。意思決定支援における基盤となる考え方を記載した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」では、意思決定能力は、以下の4つの機能が統合されたものと示している1)。

- ①理解力(Understanding): 提供された情報を理解・保持し、自分の言葉で説明できる。診断や治療を理解できる
- ②認識する能力(Appreciation): 自分自身の診断や治療、治療の選択により将来起こりうる結果を自分のこととして認識し考える能力
- ③論理的な思考能力(Reasoning): 診断や治療に関する情報を参考に、論理的に比較考察する能力
- ④選択を表明する能力(States a choice): 意思決定の内容を明瞭に表明する能力

意思決定能力は、一般的にはある特定の意思決定を、それが必要とされるときに自力で行うことのできる能力を指す(1)。その背景には、意思決定能力が自己決定とパターンリズムとの調整を意図してきたことがある。従来、しばしば障害のある人を、障害があることだけで無能力とみなす偏見や固定観念が影響してきた。そのため意思決定能力の低下している場合には、保護的な観点から代行決定が慣習として行われてきた。

しかし、ノーマライゼーションの概念の普及と共に障害者観は大きく変化をし、障害者の自己決定を尊重し、可能な限り残存能力を活用して本人のニーズに合った支援を行う流れに変わりつつある。そのなかで、意思決定能力評価についても、単に能力判定を行うだけではなく、その能力を最大限活用できるように支援を行うことが強く求められるようになった。

その経緯から、障害者の権利に関する条約では、法的能力の平等と意思決定への必要な支援を要請するよう定められるに至った。わが国においても、障害者権利条約の批准を受け、成年後見制度利用促進基本計画が生まれ、意思決定に関するガイドライン作りが進められている。医療においても、医療者は自らがおこなう説明を患者が理解できているかどうかを評価し、可能な限り本人が自ら決定できるように支援をする必要がある。

わが国においても、障害者権利条約の批准に対応する形で、2018年6月に「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」、2019年6月の「身寄りがいない人の入院及び医療

に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」を公開し、意思決定能力の評価は機能的能力の判定(意思決定に関して、関連する諸処の情報を収集し、比較検討し、選択する各プロセスを進めるのに必要な精神機能を評価すること)を行うこと、支援においては意思決定能力を有することを前提にした支援を行い、本人の保たれている認知能力を向上させる働きを行うことを求めている(1-3)。

一般には、意思決定能力の評価と共に、その障害要因を可能な限り除去すると共に、認知機能障害に応じた支援を行い、可能な限り本人が決めることのできるような工夫を行う(1)。

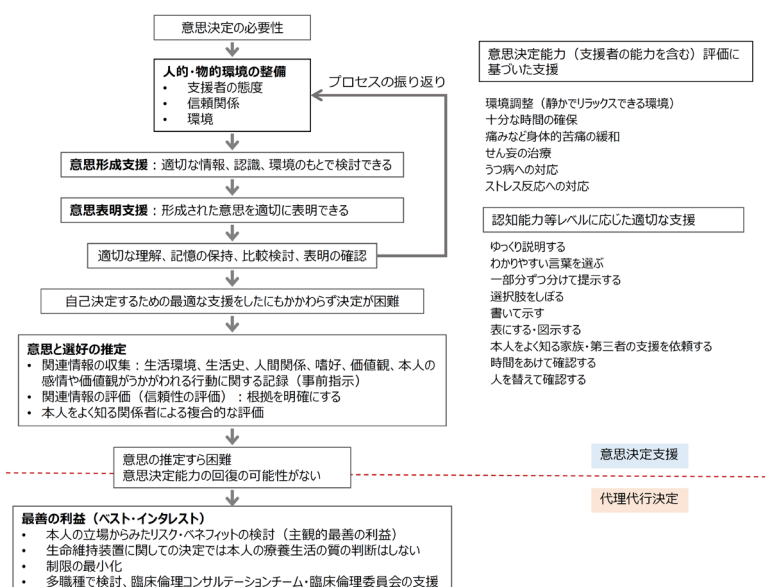
高齢者のがん医療では、意思決定能力の低下を来す要因に、身体的な要素も大きく関与する。意思決定能力の低下を疑う場合には、

- ・痛みの評価と緩和(疼痛は集中力の低下から意思決定能力の低下を引き起こす大きな要因である)
- ・せん妄の鑑別(特に生命予後が2ヶ月を切ると20-30%にせん妄が併発する。まずこれらの補正可能な要因を除去する)
- ・ストレス反応への対応(緩和ケアへの移行などの悪い知らせ(bad news)は本人に強い衝撃を与える。その直後は、気分の変動と共に集中力の低下が一過性に生じるため、その経過をみつつ意思決定を進める必要がある)

など身体的要因を除去しながら、環境整備等を進める。(図1)

わが国では、アドバンス・ケア・プランニングが議論される文脈の中に、高齢者の救急搬送の急増と地域医療への負担を減らすという社会的事情を背景に、あたかもアドバンス・ケア・プランニングを代理人を決める作業のようにとらえる意見もあるが、これは前述したノーマライゼーションの流れを誤解している意見である。あくまでもアドバンス・ケア・プランニングは、本人のQOLの最大化を図ることを目的に、本人の意向を確認、実現化させる取組みであることをおさえておきたい。

図 1: 高齢者の意思決定支援の概要



1. 厚生労働省. 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 2018. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/000524702.pdf>.
2. 厚生労働省. 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン. 2018.
3. 厚生労働省. 身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン 2019. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/miyorinonaihitohenotaiou.html.

「高齢がん患者と介護・福祉(介護保険制度)」

国立看護大学校 綿貴成明

「介護保険制度」が2000年4月に開始(介護保険法施行)されてから、複数回の制度改正を経て20年以上が経過した。馴染みの医療者も多いと思われるが、基本を今一度振り返り、高齢がん患者に必要な視点を押さえておきたい。

1. 介護保険の概要とがん治療

65歳以上の者のいる世帯は、令和元年で全世帯の49.4%を占め、夫婦のみの世帯が一番多く32.3%、単独世帯は28.8%、これらを合わせると約6割が高齢者のみの世帯である¹⁾。特に、高齢者の夫婦のみ世帯や高齢者の単独世帯が多い現状では、介護保険等が果たす役割は一層大きくなっている。

介護保険とは、介護を必要としていると認定された者が一定の公的サービスを利用できる制度であり、40歳になると被保険者として医療保険と一緒に介護保険料が自動的に徴収される。市区町村を被保険者として、税金50%(市町村12.5%・都道府県12.5-17.5%・国20-25%)と加入者の保険料50%で費用の8-9割が支払われ、残り1-2割を所得に応じて本人が負担する^{2, 3)}。

65歳以上の第1号被保険者であれば、介護を必要とする原因に関わらず介護認定を受けることで利用が可能となる。一方、40~64歳の第2号被保険者では、16種類の「特定疾病」(表1)を原因とする場合に限り介護保険の利用が認められる。この「特定疾患」とは、病的な加齢現象との医学的関係が考えられ、3~6ヶ月以上継続して要介護または要支援の状態の原因となる心身の障害を生じると考えられるものである。16種類には、がんをはじめとして、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症、脳血管障害等も含まれる⁴⁾。

「がん」については、かつて「末期」という表現で限定されていた条件は削除され、2019年2月以降、「医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る」との条件が記されている^{5, 6)}。このことから、治療の困難な状態があり、生活上で何らかの介護を必要としている高齢がん患者は、介護保険制度の利用対象となりうる。

2. 介護保険制度の利用を始めるには

1) 介護保険制度の申請と認定

介護保険サービスの利用前に、要介護または要支援の認定申請が必要となる。退院支援・地域連携の一環として、介護申請の手続きについて医療ソーシャルワーカーに相談でき、地域のケアマネジャーとの連携を橋渡ししている病院も多い。介護保険の申請手続きは、患者の居住する市区町村の窓口または地域包括支援センターで本人または家族が申請する必要があるが、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者、介護老人福祉施設などへの代行依頼も可能である。

介護度の認定は、市町村の認定調査員が自宅等を訪問した際の聞き取り調査の内容と、主治医の意見書をもとにしてコンピュータ判定する一次判定の後、市区町村審査会で保健・医療・福祉の専門家

が審査を行う二次判定で最終的に要介護認定を決定する。要介護または要支援の区分によって、介護保険で利用できるサービスの種類や毎月の給付費の上限が決まる。基本的には、その範囲内での介護サービスを受けることになる。

介護サービスには、(1)居宅介護支援、(2)居宅サービス：訪問型サービスや通所型サービス、短期滞在型サービス、(3)施設サービス(特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設)、(4)福祉用具に関するサービス、(5)住宅改修など、多岐にわたる(表2)。

たとえば、在宅サービスを受ける際には、ケアマネジャーに給付費用の範囲内でケアプラン(介護サービス計画)を立案してもらう必要がある。在宅サービスの種類として、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーションなどがある。介護サービスを受けるには、本人は1割の自己負担が必要となる。65歳以上で一定以上の所得がある場合は、2割の自己負担等が必要になる。ただし、低所得者や1カ月利用料が高額になった方は、別の負担軽減措置が設けられている。

一般的には、申請してから結果判定通知までに約1か月を要するため、早めの申請が望ましい。その一方で、患者の状態が変化しているときに申請すると、実態と合わない「不適切な申請」が生じかねないため、患者の状態がある程度落ち着いて「安定した」頃に申請するのが原則となる。

2) がん患者における介護保険の申請

一方、がん患者の場合、特に病期が進行して回復が難しい場合は容態の急変も多い。そのため、厚生労働省老健局老人保健課による通知「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について(2010年4月)」⁷⁾により、要介護認定や介護サービス提供に関して迅速に行うことが求められている。たとえば、申請日の訪問調査や暫定ケアプランの作成、入院中からの介護サービスとの連携、状態変化時の介護認定区分変更の認定迅速化などを留意事項として挙げている。その後、がん患者に対しては、介護保険の申請から1~2週間で要介護認定を行う自治体も多くなった一方で、長期間を要する市区町村もあるため注意が必要であり、申請および審査状況の個別のフォローが必要な場合もある。

3. 介護度に関連する疾患およびがん患者の特徴

重度な介護度に影響する主な疾病としては、脳血管疾患、悪性新生物、認知症などが挙げられる。実際に、「主治医意見書」記載の疾患名を分析し、要支援1~要介護1の「軽度群」と要介護2~5の「重度群」で比較した調査⁸⁾がある(2013-4年、第1号被保険者4,089人対象)。単変量解析で有意な関連があった疾病を説明変数とし、年代を調整変数として多重ロジスティック回帰分析した結果、男性は脳血管疾患(年齢調整オッズ比、以下OR=1.704)、悪性新生物(OR=1.910)、骨折・転倒(OR=1.846)が重度の介護度との関連要因であった。女性は、脳血管疾患(OR=3.023)、悪性新生物(OR=2.016)、認知症(OR=1.804)、パーキンソン病(OR=2.523)が重度の介護度との関連要因であった⁸⁾。

また同調査において、要介護度が軽度群・重度群ともに多い悪性新生物は、大腸がん、次いで肺がん、そして胃がんであった。これらの部位別に介護度の軽度群・重度群の有意差はなかった。一方、悪性新生物の重症度については、末期・多臓器転移・播種・がん性腹膜炎・病期IV期等の重症を示す記

載が介護度の重度群に多く(71/177, 40.1%)、介護度の軽度群(61/249, 24.5%)と有意差が認められた(p=.001)⁸⁾。

4. 介護保険制度と自己負担

介護保険によるサービスを利用した際は、サービス費用の1割は自己負担(9割は介護保険給付)となる。介護保険制度のサービスは、施設サービスと居宅(在宅)サービスに分かれ、実際に利用できるサービス量は要介護度によって異なり、介護度がより重度な人が多くのサービスを利用できるようになっている。なお、日常生活費や食費は介護保険から給付されず、全額自己負担となる点に注意が必要である。

5. 介護保険周辺の諸制度

1) 多様な支援制度

病院のがん相談専門員や、市区町村の介護保険窓口、担当のケアマネジャーなどに相談することで、多様な制度・社会資源の利用可能性を知ることができる。これら各種制度は、申請することによってはじめて制度利用の道が開けることが基本であるため、知っておくこと、あるいは専門家に相談することが重要である。医療費の高額療養費制度、高額医療・高額介護合算制度⁹⁾、そのほか傷病手当金、障害年金、老齢年金などの社会資源の利用可能性がある。また、家族が就業者の場合、介護休業・休暇・給付金の制度を利用できる可能性がある。

2) 在宅医療を支える制度

「在宅医療」には、患者本人が住み慣れた家庭環境の中で、周囲に気兼ねなく本人らしく納得して生活を送りながら医療を受けられるメリットがある。医療保険と介護保険を活用して、在宅での医療・介護を受けることを選択することが可能となる。たとえば、在宅療養支援診療所(または病院)には、単独または他機関との連携で、24時間体制で連絡を受けられる医師や看護職員がいて、往診や訪問看護が可能な体制にある。さらに、他の医療機関との連携で、在宅患者の緊急入院にも対応できる。診療報酬改定のたびに、在宅医療を強化する要件が取り入れられ、がん患者の在宅医療が推進されるように働きかけられている。在宅療養支援診療所や在宅療養支援病院は、連絡会¹⁰⁾や地元の保健所や医師会に確認することができる。

以上、介護保険制度の概要と、高齢がん患者に関連する事項を述べた。制度の仕組みはかなり複雑であることに加え、ご存じの通り介護報酬は3年ごと、診療報酬は2年ごとに改定される。常に、世の中の動きとニーズ、仕組みの変化を追いかけていく必要がある。介護保険については、医療ソーシャルワーカーやケアマネジャー等に、患者・家族・医療者は積極的に相談することが求められる。

引用文献

- 1) 内閣府:令和3年度高齢社会白書:第1章 高齢化の状況. 2022.
https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/html/zenbun/s1_1_3.html
- 2) 厚生労働省:介護保険の概要. 2022.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html
- 3) 日本老年医学会:第22章 高齢者医療に係る制度の概要 (pp.183-190). 改訂版 健康長寿診療ハンドブック—実地医家のための老年医学のエッセンス—. メジカルレビュー社, 2020.
<https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/handbook2019.pdf>
- 4) 厚生労働省:がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について.(平成31年2月19日). 2019. <https://www.mhlw.go.jp/content/000480885.pdf>
- 5) 厚生労働省:特定疾病の選定基準の考え方(平成31年2月19日). 2019.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo3.html>
- 6) 国立がん研究センター がん情報サービス:制度やサービスを知る:がんとお金「介護保険」. 2022. https://ganjoho.jp/public/institution/backup/elderly_care_insurance.html
- 7) 厚生労働省老健局老人保健課:末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について (事務連絡:平成22年4月30日). 2010.
https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/terminal-cancer_1.pdf
- 8) 高橋恭子, 築島恵理. 介護保険新規認定者において要介護度が重度となる原因疾病の検討. 日本公衆衛生雑誌; 64(11): 655-63, 2017. https://doi.org/10.11236/jph.64.11_655
- 9) 国立がん研究センター がん情報サービス:がんとお金—医療費の負担を軽くする公的制度. 2022. https://ganjoho.jp/public/institution/backup/public_insurance.html
- 10) 一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会:会員リスト. 2022.
<http://www.zaitakuiryo.or.jp/list/index.html>

表1：特定疾患の選定基準の考え方

<p>1 特定疾病とは</p> <p>特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。</p> <p>1) 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの。</p> <p>2) 3～6ヶ月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病。</p>
<p>2 特定疾病の範囲</p> <p>特定疾病については、その範囲を明確にするとともに、介護保険制度における要介護認定の際の運用を容易にする観点から、個別疾病名を列記している。</p> <p>（介護保険法施行令第二条）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）※</u> 2. 関節リウマチ※ 3. 筋萎縮性側索硬化症 4. 後縦靭帯骨化症 5. 骨折を伴う骨粗鬆症 6. 初老期における認知症 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病※ 【パーキンソン病関連疾患】 8. 脊髄小脳変性症 9. 脊柱管狭窄症 10. 早老症 11. 多系統萎縮症※ 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 13. 脳血管疾患 14. 閉塞性動脈硬化症 15. 慢性閉塞性肺疾患 16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 <p>（※印は平成18年4月に追加、見直しがなされたもの）</p>

表2. 要介護認定された後に介護保険制度で利用できるサービスの概要：

<p>(1) 居宅介護支援 ケアプランの作成、家族の相談対応など</p>
<p>(2) 自宅に住む人のためのサービス（居宅サービス）</p> <p><訪問型サービス></p> <p>訪問介護 生活援助（掃除や洗濯、買い物や調理など） 身体介護（入浴や排せつのお世話） 訪問看護（医師の指示のもと、看護師が健康チェックや、療養上の世話など） 訪問入浴介護（自宅に浴槽を持ち込み入浴介助を受ける） 訪問リハビリテーション（リハビリの専門家に訪問してもらい、自宅でリハビリを受ける） 居宅療養管理指導（医師、歯科医師、薬剤師、栄養士などに訪問してもらい、療養上の管理・指導を受ける） 定期巡回・随時対応型訪問介護看護（24時間対応型の訪問介護・訪問看護サービス）</p> <p><通所型サービス></p> <p>デイサービス：通所介護（食事や入浴などの支援や、心身の機能を維持・向上するためのリハビリやレク、「おいしく、楽しく、安全に食べる」ための、口腔清掃や口唇・舌の機能訓練などを日帰りで行う） デイケア：通所リハビリテーション（施設や病院などで、日常生活の自立のために理学療法士、作業療法士などがリハビリを行う） 認知症対応型通所介護（認知症と診断された高齢者が利用するデイサービス）</p> <p><短期滞在型サービス></p> <p>短期入所生活介護 短期入所療養介護 ショートステイ（施設などに短期間宿泊して、食事や入浴などの支援や、心身の機能を維持・向上するためのリハビリの支援など。家族の介護負担軽減や施設入居準備などに利用できる）</p>
<p>(3) 施設に入居するサービス（施設サービス）</p> <p>特別養護老人ホーム（特養） 介護老人保健施設（老健） 介護療養型医療施設（療養病床 ※「介護医療院」に順次転換予定。）</p>
<p>(4) 福祉用具に関するサービス</p> <p>介護ベッド、車イスなどのレンタル 入浴・排せつ関係の福祉用具の購入費の助成（年間10万円が上限で、その1～3割を自己負担することで購入できる）</p>
<p>(5) 住宅改修</p>

手すり、バリアフリー、和式トイレを洋式にといった工事費用に補助金が支給される。最大 20 万円まで。利用者はその 1 割～3 割を負担。

高齢がん患者を取り巻く社会問題

帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科 渡邊清高

高齢者の特徴として、以下の特徴が挙げられる。すなわち、期待余命が短い、さまざまな併存疾患を複数有する、生理的な機能低下(老化)がある、脆弱性(frailty)、認知機能の障害、社会経済的な制限、そしてこうした特徴における個別性が大きいことが挙げられる。がん医療の高度化、生命の質の向上への希求、コストやアクセス、効率的な医療提供の必要性、社会的・文化的な背景など、高齢がん患者を取り巻く環境は目まぐるしい変化のさなかにある(1)(2)。高齢がん患者の診療において重要な点は、複数の選択肢の中から、患者の予後、QOLを最も大きく改善するものを実践することであるが、それに至るまでには、医療的な側面に加えて、心理的、社会的側面などさまざまな角度からの分析や合意形成を必要とする(3)。病状や生体機能、認知機能の評価とともに、患者の置かれた社会環境、生活環境を理解しておくこと、関連する専門職種と連携していくための広い視野とコミュニケーション能力を得ておくことが求められるといえよう。

高齢がん患者において、身体機能や臓器機能は若年患者と比較して生理的に低下している一方で、精神的な適応能力が高いこと、社会的な支援がなされている場合には身体機能の回復が早いことも示されている(4)(5)。高齢者においては、併存する慢性疾患が、生命予後やQOLに大きな影響を及ぼすこともしばしばである。高齢がん患者では、がんの診療面に加えて、併存疾患、社会経済的状態、介護依存度、フレイルの状態(脆弱性)、認知機能、意思決定能力などを評価していく必要がある(6)。高齢化の進行に伴い、日本の医療費は増加しつつある。国民医療費は2019年度で44.3兆円、65歳以上では27.0兆円(61.0%)となっており、高齢者における医療費割合も増加傾向にある(7)。高齢世帯の増加や単身独居世帯が増加しており、高齢世帯の3割以上が単独世帯である(8)。

高齢者のがん患者における治療選択においては、がんに関する病状や予後、最適な治療について、治療方針の決定に資するエビデンスが乏しいという課題があることを認識する必要がある(9)。すなわち、高齢がん患者を対象とした臨床試験が少ない、併存疾患を含めた複雑な病態を想定した治療成績のデータが少ないことを踏まえた、医療やケア上の判断を下していく必要がある。多くは高齢者が含まれる臨床試験の成績を外挿する、あるいは、副作用の対応方針を取り入れるかたちで診療がなされることになる。家族や支援者の支援が得られない状況や、老老介護などでサポート能力の低下が予測される場合には、十分や注意と慎重な評価が求められる。我慢強い患者や、周囲に対して支援を求めることに遠慮がちな患者・家族においては、特に社会的な側面での評価と支援による介入を要する場合が少なくない。患者や家族の不安に寄り添いながら、多職種による関与やリスクアセスメント、相談や援助の提案、医療相談窓口への紹介、利用できる医療や介護費用の助成制度の説明、介護保険制度の利活用に向けた調整などを行うためには、関連する制度や連絡先、連携する窓口などの情報を普段から得ておく必要がある。

高齢がん患者の健康管理は多面的であり、包括的で連続的な治療とケアの方針の立案と実施が重要といえる。質の高い医療とケアの実践には、連携ケアモデルが最適であると考えられている(図)(10)。具体的には、患者の状態やがん治療の状況(診断された時期か、治療中か、治療後か、再発した後か、など)、副作用や後遺症の状態、併存疾患などの経過に応じて、主に担当する医師や診療科(がん治療医からプライマリケア医/老年科医)に役割の比重が重なりながら移行する、というものである。ここには高齢がん患者を取り巻く社会的な問題を含め、十分な医療従事者間のコミュニケーション、そして患者・家族・介護支援者間のコミュニケーションが重要である。社会的な問題に対する支援体制の構築を含めて、高齢がん患者のケアを充実させ、不安のない安心できる日々を暮らす患者・家族を支えるケアを実現するためには、高齢者の健康状態の評価、すなわち高齢者機能評価(CGA)による生活機能、併存疾患、認知機能、栄養状態、心理社会的な問題、社会的支援を含めた包括的な評価とリスク管理、電子カルテシステムやデジタルデバイスを用いることによる情報共有、関連する多職種の治療従事者/介護支援者からなるチームの基盤が必要と言える。

1. Handbook of Cancer Survivorship, 2nd edition. Springer 2018
2. 高橋 都、佐々木治一郎、久村和穂監訳 がんサバイバーシップ学 - がんにかかわるすべての人へ - メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2022
3. Mohile SG, Hurria A, Cohen HJ, et al. Improving the quality of survivorship for older adults with cancer. *Cancer*. 2016;122(16):2459-2568.
4. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychol*. 2009 Mar;28(2):147-56
5. Duan-Porter W, Cohen HJ, Demark-Wahnefried W, et al. Physical resilience of older cancer survivors: An emerging concept. *J Geriatr Oncol*. 2016 Nov;7(6):471-478
6. Balducci L, Extermann M. Management of cancer in the older person: a practical approach. *Oncologist*. 2000;5(3):224-37
7. 令和元(2019)年度 国民医療費の概況 厚生労働省
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/19/index.html>
8. 令和3(2021)年版高齢社会白書 内閣府
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/html/zenbun/index.html>
9. Lewis JH, Kilgore ML, Goldman DP, et al. Participation of patients 65 years of age or older in cancer clinical trials. *J Clin Oncol*. 2003 Apr 1;21(7):1383-9.
10. Cohen HJ. A model for the shared care of elderly patients with cancer. *J Am Geriatr Soc*. 2009 Nov;57 Suppl 2:S300-2.

図の説明. 連携ケアモデル(文献 2、10)

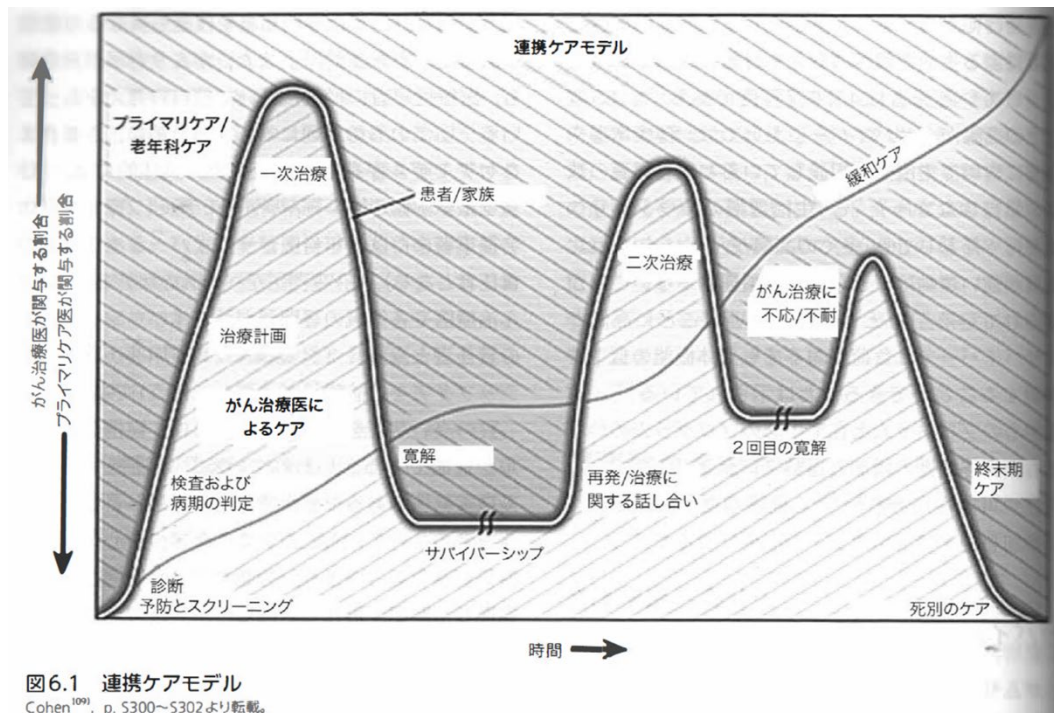


図6.1 連携ケアモデル
Cohen¹⁰⁹⁾, p. S300～S302より転載。