
第7章 高齢がん患者の社会・経済的サポートケア

1. 高齢がん患者の医療費

Q1 日本の高齢がん患者に使用される医療費はどのぐらいか？

A1 2016年度の高齢者にかかる医療費は18.6兆円で、循環器疾患4.8兆円(25.1%)について新生物に2.7兆円(14.6%)を使用している。

【解説】

平成28年度(2016年)の国民医療費は42兆1381億円 一人当たり33万2千円であった。年齢別にみると65歳以上が25兆1584億円で59.7%を占めた。

さらに後期高齢者である75歳以上は15兆3796億円で全体の36.5%であった。医科診療医療費は30兆1853億円(国民医療費の71.6%)、65歳以上18.6兆円、うち75歳以上11.6兆円であり、傷病別では、1位循環器系疾患4.8兆円(65歳以上の25.1%)、2位新生物2.7兆円(同14.6%)、3位筋骨格系1.6兆円(同8.5%)であった¹⁾。

がん種別の医療費統計は公開されているものは少ない。健康保険組合連合会(主に大企業の従業員とその家族が加入する公的医療保険)の平成28年度(2016年)悪性新生物(がん)の動向に関する調査分析²⁾によると、平成28年度(2016年)の1260組合における医療費総額は、医科+調剤で3.3兆円であった。そのうちがん医療費は11.2%で、がん種別では、乳がん(14%)、大腸がん(9.9%)、肺がん(6.8%)、胃がん(6.4%)、男性生殖器(3.8%)であった。

後期高齢者医療制度の財源は、全体の5割が公費(国:都道府県:市町村=4:1:1)で、1割が75歳以上の人口の自己負担、4割が若年者の保険料である後期高齢者支援金でまかなわれている³⁾。

2025年には団塊の世代が75歳を迎え(いわゆる2025年問題)、そこから5~10年が高齢者に費やされる医療費のピークだと考えられている。その後は、高齢者数も減少傾向になっていく。しかし、そのときには労働人口も大きく減少しており、現在の制度で維持していけるとは考えにくい。また医療業界でも相当な省力化が求められるはずだ。

文献

- 1) 厚生労働省. 平成 28 年度国民医療費の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/16/index.html>
- 2) 健康保険組合連合会. 平成 28 年度 悪性新生物 (がん) の動向に関する調査分析.
https://www.kenporen.com/study/toukei_data
- 3) 厚生労働省. 後期高齢者医療制度等の仕組み (1).
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/info02d-26.html>

Q2

高齢者がん医療の経済的側面を検討するにあたって必要かつ利用可能なデータベースはあるか？

A2

ナショナルレセプトデータベース、DPC 調査データがあるが不完全である。

【 解説 】

社会的アンメットニーズを明らかにして新しい制度や社会を構築していくためには、現状の正確な把握と、将来の予測が必要になってくる。そのためには医療ビッグデータが必要となってくる。医療情報は現状でも、レセプトや特定健診などの情報を集積するナショナルレセプトデータベースや、DPC 調査データがあるが、たとえば上記のように、保険者が分立しているためがん種別の医療費統計は簡単には取得できないなど不完全である。また、投薬・検査・治療といった診療情報は患者が受診した医療機関が別々に保有していて、個人情報保護の観点からも第三者に情報を提供することは想定されていない。次世代医療基盤法「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」が2018年5月11日に施行された。同法は、国に認定された民間事業者が複数の医療機関から患者の診療情報の提供を受け、本人を特定できない状態に加工した上で、研究機関や企業に提供することができるようにするものである。

これによって、医療情報だけでなく、検診情報、介護情報、死亡情報そして生活情報など重要なファクターが加わった日本人の医療ビッグデータが構築可能となる。このような膨大なデータの解析は、人工知能（AI）が最も得意とするところであり数年前では予想もできなかった短時間での解析が可能となっている。提供された医療・介護サービスや医薬品の費用対効果が適切に行われ、将来のヒト・モノ・カネの需要供給動向を予測し、国民の健康維持政策に反映されることが期待される。

Q3 高齢がん患者に費やす医療費は適正か？

A3

現状では、高齢のがん患者に費やす医療費が高いのか安いのかを判断する材料がないので不明である。

【解説】

まず、高齢者の命の値段が、非高齢者のそれより安いという議論は、日本の少なくとも医療界では成り立たない。原則は、非高齢者同様、がん治療の適応があり、患者の全身状態や高齢者機能を検討し、患者・家族の同意が得られれば、fit 患者には標準治療、vulnerable 患者には強度を弱めた治療、frail では支持・緩和医療を選択する。under-あるいは over-treatment もしないことを原則とする姿勢をとる。

高齢者のがんの医療費が循環器系の医療費の6割にすぎないからまだ安いというのは意味のない議論である。現実的にはむしろ、高齢者が使用する医療費が全医療費の60%を占め、生産年齢である非高齢者がその多くを支えていることの方が問題である。

総人口減+超高齢社会を迎え、現在と同じように、非高齢者が今まで通り高齢者の医療費負担を続けていくことは困難である。解決法の一つは高齢者が高齢者を支える社会の仕組みを作ることである。その仕組みを構築するには、まず日本の医療・介護にかかわる統合された医療ビッグデータの解析が必要である。それに加え、遺伝子情報が加味され、治療の効果予測、さらに予後予測がもっと正確になってくれば、より適切な治療選択ができるようになり“無駄な”診療を減らすことができるようになる。さらに、日本の高齢がん患者が気持ちよく医療を受けるためには、医師のリーダーシップと多職種からなるチーム力の強化が必要である。Artificial Intelligence(AI)時代が到来し、precision medicine がさらに進む中で、医療者はコンピュータが提出してくるデータを分析、最適な治療を検討し、患者への詳細な説明と彼らの同意を得て、治療に責任をもってあたることが求められる。

第7章 高齢がん患者の社会・経済的サポートケア

2. 高齢がん患者への社会的支援にはどんなものがあるのか ～高齢がん患者が、安心してがん治療を継続できるために～

(1) 医療保険

Q1 年金生活で、高額でも標準治療は受けられるか？

A1 受けられる。

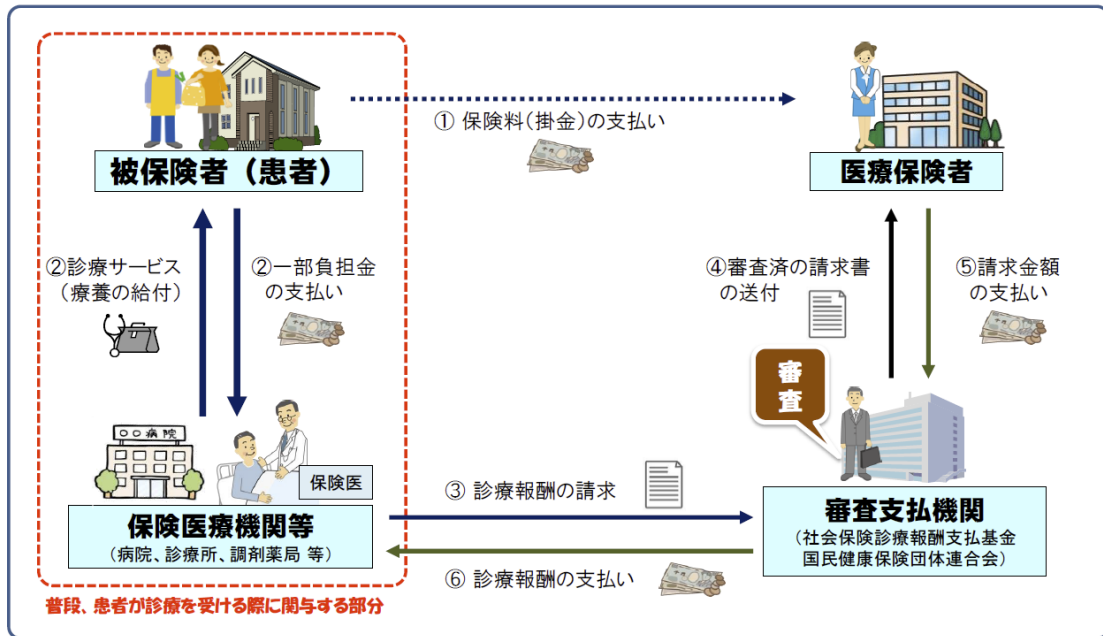
【解説】

医療保険の仕組みの概要

医療保険とは、医療サービスを受けたときの医療費負担について、保険者が給付する仕組みの保険である。技術革新や医薬品・医療機器の開発コストの増大などによる高額な医療費が、受療者の過大な負担となることを避けることができる。わが国では強制加入の公的医療保険制度が取り入れられており、生活保護（医療扶助）の受給者などを除き、何らかの公的医療保険（国民健康保険、協会けんぽ、健保組合、共済組合、後期高齢者医療制度など）に加入することが制度化されている¹⁾。

75歳以上の後期高齢者と、65歳以上の障害者を対象とする後期高齢者制度は、都道府県ごとの後期高齢者医療広域連合が保険者となって運用されている。わが国の国民医療費（総額40.8兆円）の負担構造は、被保険者と事業主による保険料が48.7%、国庫および地方負担による公費が38.8%、そして患者負担11.7%で構成されている（2014年度、平成26年度）保険診療の流れについては、図のとおりである。つまり、①被保険者は保険料を保険者に納め、保険証の交付を受ける。②被保険者が医療機関を受診する際に保険証を提示し、自己負担分（一部負担金）を支払い、診療サービス（療養の給付）を受ける。③医療機関はレセプト（診療報酬明細書）を作成し、保険負担分の医療費を審査支払機関に請求する。④審査支払機関はレセプトの内容を審査し、審査後のレセプトをもとに保険者に請求書を送付し、⑤保険者は請求金額を検査支払い機関を通して医療機関に支払っている。

平成 20 年（2008 年）より、高齢者医療制度が施行された。国民皆保険制度を持続可能なものとするために、現役世代である若い世代と高齢者の費用負担の分担を明確化し、保険者を都道府県単位の広域連合に一元化している。



1)

文献

1) 厚生労働省. 我が国の医療保険について.

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html (閲覧日 2018 年 5 月 19 日)

Q2**医療費の支払いが苦しいときは、治療を断念しなければならないか？****A2****断念する必要はありません。医療機関や市町村の福祉課、医療保険などの相談窓口で相談ください。****【 解説 】**

自己負担額、高額療養制度

医療費の一部負担（自己負担）割合は、以下のとおりとなっている。

- ・ 75 歳以上では、1 割（現役並み所得者は 3 割）
- ・ 70 歳から 74 歳まででは、2 割※（現役並み所得者は 3 割）
- ・ 70 歳未満では 3 割
- ・ 6 歳（義務教育就学前）未満では 2 割。

※平成 26（2014）年 4 月以降 70 歳となる者が対象となり、段階的に 2 割になっている。

高額療養費制度とは、医療費の自己負担が過重にならないよう、医療機関の窓口で医療費の自己負担分を支払った後に、月ごとに設定された自己負担限度額を超える分について、保険者から償還される制度である。

現役並み所得者で 70 歳以上 75 歳未満で標準報酬月額 28 万円以上（現役並み、3 割負担）の場合、仮に医療費の総額が 100 万円となった場合、3 割負担では 30 万円となるが、自己負担限度額が年齢と所得によって設定され（この例の場合は 80,100 円（1,000,000-267,000）×1%=87,430 円となり、30 万円から差し引いた 212,570 円が高額療養費として支給される。

1 回分の窓口負担では上限を超えない場合でも、複数の受診や同じ医療保険に加入している同じ世帯で医療費が発生している場合に自己負担分を合算し、一定額を超えた場合に超えた分が高額療養費として支給される制度（世帯合算）や、過去 12 か月以内に 3 回以上上限額に達した場合には 4 回目以降の自己負担上限額が軽減する制度がある。

また、事前に保険者に「限度額適用認定申請書」を提出し、健康保険制度額適用認定証の交付を受けることで、いったん多く払ってその後払い戻されるのではなく、医療機関の窓口での支払いを自己負担限度額までにとどめることができる。

高額介護合算療養費制度は、世帯内の同一の医療保険の加入者について、年間の医療保険と介護保険の自己負担額を合計し、基準額を超えた場合にその超えた金額が支給される制度である。

文献

- 1) 厚生労働省. 我が国の医療保険について.
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/iryohoken01/index.html (2018年5月19日)
- 2) 国立がん研究センターがん対策情報センター. 患者必携 がんになったら手にとるガイド. 治療にかかる費用について
<https://ganjoho.jp/hikkei/chapter2-2/02-02-01.html> (2018年5月19日)

(2) 介護保険

Q3 介護保険を利用できますか？

A3

できます。必要に応じて訪問、通所、短期滞在、居住、入所などさまざまな形態での介護保険サービスを受けることができます。

【解説】

1. 介護保険の仕組みの概要

介護保険は、介護サービスに対して給付される保険である。人口の高齢化に伴い、それまでの給付型の老人福祉・老人医療制度や社会的な理由での長期入院が課題となっていることなどの背景から、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして介護保険法に基づき平成 12（2000）年より施行された。加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病などによって「要介護状態」となり、介護、看護や療養上の管理や医療を要する者について、尊厳を保持しつつ、能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう保険制度が設けられた。要介護者本人や家族が必要とする介護サービスを介護事業者から受けることができる。

保険者は市町村および特別区であるが、広域連合が運営していることもある。介護給付費用の財源は公費（国、都道府県、市町村）と介護保険料（高齢者と若年者）でまかなわれている。被保険者は 65 歳以上の場合（第 1 号被保険者）と、40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者（第 2 号被保険者）である。65 歳以上の場合には原因を問わず要支援・要介護状態となったときに、40 から 64 歳の場合にはがんや関節リウマチなどによる病気が原因で要支援・要介護状態になった場合に、介護保険サービスを受けることができる。

2. 介護サービスと自己負担

介護保険サービスの体系としては、在宅や施設など、利用者のニーズに応じて、「訪問系サービス（訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護、居宅介護支援など）」「通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーションなど）」「短期滞在系サービス（短期入所生活介護など）」「居住系サービス（特定施設入居者生活介護、認知症共同生活介護など）」「入所系サービス（介護福祉老人福祉施設、介護老人保健施設など）」が提供される。サービスに応じた価格や利用者負担額が定められ、介護認定に基づいて支給される費用（支給限度額）が設定されている。上限を超えてサービスを利用する場合は、上限を超える分の金額が自己負担になる。介護サービスを利用する場合、サービスの費用の 9 割が介護保険から給付され、1 割が自己負担となる。一定以上の所得がある場合には 2 割負担となっている。

・高額（医療合算）介護サービス費

所得区分に応じて介護サービスの自己負担の合計額の上限が設定されており、超えた場合には超えた金額が給付される。世帯内の同一の医療保険の加入者について、年間の医療保険と介護保険の自己負担額を合計し、基準額を超えた場合にその超えた金額が支給される制度である。

3. 介護保険に関する最近の動き

要介護認定（要支援認定を含む）は、介護の必要量を全国一律の基準に基づいて客観的に判定される。一次判定（市町村の認定調査員による認定調査と主治医意見書に基づくコンピューター判定）と二次判定（保健・医療・福祉の専門家からなる介護認定審査会による審査判定）の結果に基づき、市町村が申請者について要介護認定を行う。

介護保険制度は制度創設から被保険者が一貫して増加の一途をたどっており、制度開設時（2000年）と比べて、要介護（要支援）認定者は約3倍（218万人→608万人）、介護サービス利用者は3.9倍（97万人→382万人）となっている。居宅サービスの伸びが著しく、住み慣れた家での生活を維持しながら生活者としての高齢者をどのように支えていくかが鍵といえる。2005年には介護予防を重視した制度改革がなされ、2011年には地域包括ケアの推進、2014年には医療法と介護保険法の同時改正によって地域包括ケアシステムの整備に向けた取り組みが推進されつつある。地域共生社会の実現に向けて、市町村が地域福祉計画を策定し、地域住民が主体的に、多様で複合的な地域生活課題について、住民や関係者による現状把握と関係者の連携による解決を目指す取り組みが重視されてきている。市区町村は地域包括支援センターを設置し、ケアマネジャー、保健士、社会福祉士などのさまざまな職員が、専門知識や技能をもとに、地域の高齢者や要介護・支援者、家族などへの、介護予防・生活支援を含めた相談や総合的な支援を行っている。

文献

1) 厚生労働省. 介護保険制度の概要.

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html (2018年5月19日)

2) 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 地域包括ケア研究会 報告書「2040年に向けた挑戦」. https://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01/h28_01.pdf

- ・付録：主治医意見書の書き方

介護保険の被保険者が介護サービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度などについての認定（要介護認定・要支援認定）を保険者である市町村から受ける必要がある。主治医意見書は、要介護認定・要支援認定にあたり、主治医の意見を市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会に提出されるものである。被保険者からの要介護認定の申請に基づき、市町村は申請者の「身体上又は精神上の障害（生活機能低下）の原因である疾病又は負傷の状況等」について、主治医から意見を求めることとされており、その書式は全国で一律のものが使用されている。要介護認定の結果によって、申請者が介護保険によるサービスを利用できるかどうか、また利用できる場合には在宅サービスの上限や施設に支払われる報酬が決定され、介護サービス計画作成の際にも活用されることになるため、適正でわかりやすい意見書の記載が求められる。

市町村や都道府県において医師会などで主治医意見書記入のための講習会が行われており、最近の介護保険をめぐる状況や、要介護認定・要支援認定の現状、主治医意見書記入のポイントなどが実例とともに提示される。主治医意見書を記入する役割のある医師には参加が望まれる。

主治医意見書作成のポイントをいくつか提示する。

- ・記載は読みやすい文字で、略語や高度に専門的や用語を用いなくて平易な言葉を使用する
- ・治療経過や治療内容だけでなく、病状の経過や今後の見通し、想定されるリスクなど、介護サービス計画作成の参考になる情報を記載する
- ・生活者の視点での支障や、本人・家族の気持ちがわかる記載も参考になる
- ・診断名

現在罹患している傷病の診断名を記載する。65歳以上の第1号被保険者については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病名を、40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、介護を必要とさせている生活機能低下などの直接の原因となっている特定疾患病名（がん、間接リウマチ、筋萎縮性側索硬化症などの16疾病のいずれか）を記入する。なお、従来「末期がん」の記載が必要とされていたが、要介護認定において記入しづらく利用が進まない指摘がなされたことや、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があることから、「末期」の記載が削除され、特定疾患病名としては、「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）」と変更された。（2019年2月19日）

- ・経過および投薬内容を含む治療内容

生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過や投薬内容を含む治療内容についての要点を簡潔に記入する。生活機能の背景として医療・療養面の問題点だけでなく、転倒や入院などを契機とした生活の変化、外出機会の減少、配偶者との死別や転居などの社会的背景の変化、意識障害や認知機能の低下などがあれば併せて記載

する。

- ・日常生活の自立度

障害高齢者の日常生活自立度および認知症高齢者の日常生活自立度について、判定基準を参考に記載する。

- ・認知症の中核症状・周辺症状

短期記憶、日常の意思決定を行うための認知能力、自分の意思の伝達能力に加え、妄想・暴行・徘徊など介護支援において留意すべき症状があれば、評価して記載する。具体的な状態やエピソードについてもわかりやすく記載するとよい。

- ・身体の状態

利き腕、身長・体重、麻痺・褥瘡などの状態について記載する。

- ・生活機能とサービスに関する意見

移動、車いすの使用、歩行補助具・装具の使用状況について記載する。

- ・栄養・食生活

低栄養に関連する要因として考えられうる食事行為、現在の栄養状態を評価する。

- ・現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

現在あるかまたは今後おおむね 6 か月以内に発生する可能性の高い状態を記載する。また、緊急時の対応を含め具体的な対処方針を記載する。

- ・サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

申請者が介護保険によるサービス（予防給付を含む）を利用した場合の生活機能の維持・改善の見通しを記載する。

- ・医学的管理の必要性

申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービス（訪問診療、訪問看護、訪問・通所リハビリテーション、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問栄養食事指導など）を記載する。

- ・サービス提供時における医学的観点からの留意事項

医学的観点から、血圧、嚥下、摂食、移動、運動など留意すべき点を具体的に記載する。

- ・その他

感染症の有無、口腔内の状況や口腔清潔など、介護サービスを受ける上で重要な事項があれば要点を記載する。

(3) 高齢者がん患者の終の棲家

Q4 どのような選択肢があるのか？

A4 いろんな選択肢がある。患者・家族の希望と患者をとりまく社会・医療資源を検討し、患者・家族により決定される。

【解説】

国民の多くは「最期を迎えたい場所」について「自宅」を希望している（平成 29 年度高齢者の健康に関する意識調査 内閣府）。一方で、人口動態統計による「死亡場所別に見た、死亡数・構成割合の推移」をみると、1951 年に自宅で死亡する人の割合と病院で死亡する人の割合はそれぞれ 82.5%と 9.1%であったものが、1970 年代に逆転し、2014 年では 12.8%と 75.2%となっている。近年自宅での死亡の割合が横ばいか増加傾向にある地域がみられ、在宅医療の提供体制や医療と介護に関わる多職種の連携の推進モデルの普及が求められている。

人生の最終段階における医療に関する意識調査（平成 29 年 終末期医療に関する意識調査等検討会）では、終末期に起こりうるさまざまな状況（末期がん・心臓病・認知症・交通事故などの病態における感染症治療、栄養摂取形態、人工呼吸管理、蘇生措置など）において希望する治療方針についての意向を一般の国民、医療従事者から収集している。全体としては、終末期における積極的な医療を望まないとする回答が多かったが、医療福祉従事者と比べ、一般国民では積極的な治療を望むとする回答が多く見られた。希望する療養場所については、一般国民では医療福祉従事者と比べ、「病院」を望む回答が多かった。一方で、過去の調査と比較すると、「自宅」や「介護施設」を選択する回答の割合が増加している。

受療動向調査（平成 29 年 厚生労働省）では、入院患者の退院の許可が出た場合の自宅療養の見通しについて、「自宅で療養できる」という回答が 57.2%、「自宅で療養できない」とする回答が 21.7%であった。自宅療養を可能にする条件では、「入浴や食事などの介護が受けられるサービス」「家族の協力」「療養に必要な用具（車いすやベッド）」「緊急時の病院や診療所への連絡体制」「医師・看護師などの定期的な訪問」「療養のための指導（服薬・リハビリ指導など）」「通院手段の確保」「療養のための改築（手すりの設置など）」の課題が挙げられていた。医療・介護・福祉などさまざまな視点での支援体制が求められている。

こうした現状を踏まえ、厚生労働省は平成 29 年に「在宅医療の体制構築に係る指針」を発出し、在宅医療の体制について、都道府県が作成する医療計画に地域の実情を踏まえた課題

や施策などを記載し、市町村や関係団体と一体となった取り組みの重要性を強調している。

在宅医療の提供体制に求められる医療機能として、①退院支援（入院医療機関と在宅医療に関わる機関との協働による退院支援）、②日常の療養支援（多職種協働による患者・家族の生活を支える観点からの医療の提供、緩和ケアの提供、家族への支援）、③急変時の対応（在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制および入院病床の確保）、④看取り（住み慣れた自宅や介護施設など、患者が望む場所での看取りの実施）が示されている。こうした機能を確保するために、積極的役割を担う医療機関（在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院など）の体制構築とともに、在宅医療に必要な連携を担う拠点（地域の関係者による協議の場の開催、包括的かつ継続的な支援に向けた関係機関の調整、関係機関の連携体制の構築など）となる医師会、保健所、市町村の役割が強調されている。

文献

- 1) 厚生労働省. 平成 28 年版厚生労働白書 ―人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える―
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/>
(閲覧日 2018 年 5 月 19 日)

(4) 高齢がん患者の外来診療を支える新しいシステム

Q1 PRO とは何か？

A1 Patient-Reported Outcome : 有害事象や Quality of life に対する患者自身による主観的評価をいう。

【 解説 】

がんの臨床や研究における有害事象の評価は、主に医療者による客観的な評価尺度を用いて行われてきた (NCI-CTCAE など)。しかし、医療者による評価は患者自身による評価と比較して過小評価される傾向がある事が報告されるようになってきた¹⁾。また、がん薬物療法の有害事象には、血液データや皮膚毒性の変化などのように客観的な評価が容易なものだけでなく、倦怠感や味覚障害、食欲不振の変化などのように客観的な評価が困難なものがあり、軽度であっても長期に持続すると QoL 低下に影響する可能性があることも指摘されている。

1990 年代以降、医療や新薬開発において Patient-Centered あるいは患者参加型医療といった考え方が欧米を中心に注目されており、近年では特に患者自身による有害事象や QoL (Quality of life) の主観的評価 (Patient-Reported Outcome ; PRO) の重要性が認識されている。米国では 2009 年に規制当局である FDA がガイダンスを作成し、「臨床医や他の誰の解釈も介さず、患者から直接得られる患者の健康状態に関する報告」と定義している²⁾。このような背景のなか、米国 National Cancer Institute (NCI) では、がん臨床試験の有害事象に適応した評価尺度である PRO-CTCAE™ (version1.0) を開発³⁾ しており、その後、日本語版の言語的妥当性⁴⁾ や計量心理学的な検討⁵⁾ が実施され、2017 年 2 月に NCI ホームページに公開されている⁶⁾。

本邦の臨床試験や日常臨床において、PRO による有害事象情報の収集は紙ベースで「患者日誌」のようなタイプが広く用いられており、がん薬物療法の安全な継続のために一定の効果はあると考えられる。しかし、日常臨床の限られた診療時間でアナログで記載された日記から症状のトレンドを直感的に理解するためには手間や熟練を要すること、また紙媒体であるがゆえに、多職種によるチーム診療や床研究に活用するには多くのバリアがあった。

しかし近年、治験においてはデータ収集を電子デバイスによって実施すること (electric PRO ; ePRO) が多くなり、2013年にはFDAも原データを電子的に収集することを促すガイダンスを作成している⁷⁾。将来的には、この仕組みを日常臨床においても実装し、在宅期間の患者情報を効率的に診察室にフィードバックすることによって、より質の高いがん診療が提供されることが期待される。

文献

- 1) Basch E. The missing voice of patients in drug-safety reporting. N Engl J Med. 2010;362:865-869
- 2) Administration USDoHaHSFaD. Guidance for Industry Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims 2009
- 3) Basch E, et al. Development of the National Cancer Institute's patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE). J Natl Cancer Inst. 2014;106
- 4) Miyaji T, et al. Japanese translation and linguistic validation of the US National Cancer Institute's Patient-Reported Outcomes version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE). J Patient Rep Outcomes. 2017;1:8
- 5) Kawaguchi T, et al. The Japanese version of the National Cancer Institute's patient-reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE): The psychometric validation and discordance between clinician and patient assessments of adverse events. J Patient Rep Outcomes. 2017;2:2
- 6) NCI. PRO-CTAE™. 2017
https://healthcaredelivery.cancer.gov/pro-ctcae/pro-ctcae_japanese.pdf.
- 7) USDoHaH Services. FDA Administration. Guidance for Industry Electronic Source Data in Clinical Investigations. 2013

Q2 高齢者がん診療における PRO の有用性は何か？

A2 医療者に伝えにくい主観的な症状を見える化し、安全で適切な診療につなげる。

【解説】

PROによる情報収集は、伝えにくい主観的な患者の症状の変化を「見える化」して、適切な診療にフィードバックすることが期待できる。また、診察室にて在宅期間中に経験した有害事象を正確に想起したり要約することが負担になりやすい高齢者においても、ePROによる情報収集は大きな補助となる。特に、70歳以降は急速に認知症の有病率が増加することが知られており¹⁾、症状を逐次記録することによって体験した有害事象を診察室で伝える際の短期記憶の低下をカバーすることが期待される。

老化に伴う臓器機能の低下のため、高齢者では有害事象の頻度が高まる可能性があり²⁾、早期に有害事象を検出し適切に対応することが求められる。海外での報告にもあるように、ePROにアラート機能を実装すれば、強い有害事象の報告をより早期に検知して対応することも可能となる³⁾。Baschらの報告によると、ePROシステムによって有害事象をマネジメントすることによって、患者のQoLやER受診率にメリットが得られるばかりでなく、予後を延長する可能性も示唆している⁴⁾。このように、がん薬物療法における有害事象マネジメントが最適化されることによって、高齢者においても有効な治療がより安全により長期に継続出来る可能性がある。

一方、ePROは臨床研究においても有用であり、PROによって評価されるエンドポイントを設定することの多い支持療法の臨床研究を促進するプラットフォームとなることが期待される。

また、2018年4月の診療報酬改訂においてオンライン診療料が認められたが、このオンライン診療とePROを組み合わせることによって、高齢者がん診療を大きく変化させる可能性がある。システムの導入には未だ多くの障壁はあるが、患者は体調不良時に、在宅のまま医療者の対面診察を受け、アドバイスを受けることが出来るだろう

文献

- 1) 長寿科学振興財団. 平成25年度 厚生労働科学研究費補助金事業 認知症対策総合研究. 2013
- 2) Kohn RR. Human aging and disease. J Chronic Dis. 1963;16:5-21
- 3) Basch E, et al. Symptom Monitoring With Patient-Reported Outcomes During Routine Cancer Treatment: A Randomized Controlled Trial. J Clin Oncol. 2016;34:557-565.

- 4) Basch E, et al. Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment. *JAMA*. 2017;318:197-198

Q3**我が国での現状：電子デバイスを導入するための障壁・問題点は何か？**

A3**高齢者の入力コンプライアンスやデータの信頼性が担保できる実施システムの構築が必要。**

【 解説 】

高齢者にとって電子デバイスへの入力は必ずしもバリアではない可能性があり、紙媒体よりも ePRO 入力の方が簡便であったと答えた高齢者は若年層と同程度だったとする報告もある¹⁾。しかし、老化による身体能力や認知機能の低下は個体差が大きいことが知られている。これらの機能低下は、ePRO デバイス利用のコンプライアンスやデータの信頼性にも影響するため、実施前の高齢者機能評価スクリーニング等と合わせた研究が求められる²⁾。

また、在宅での ePRO デバイス入力の前提となるのが、インターネットに接続されたスマートフォンやタブレット端末、パソコンなどの電子デバイスの高齢者への普及状況である。本邦における平成 29 年度現在でのスマートフォンの普及割合³⁾は、30 歳代以下は 90% 以上、40 歳代で 85.5%、50 代で 72.2%あるものの、がん患者の大きな割合を占める 60 代、70 代ではそれぞれ 44.6%、18.8%とまだまだ低く、患者自身のスマートフォン (BYOD ; Bring Your Own Device) を利用するシステムの実現には大きなバリアがある。しかし、中国や韓国などではすでに 60 歳代でも 90%以上の利用率がある現状もあり、今後我が国でも高齢者における利用率が急速に高まってゆくものと考えられる。

文献

- 1) 日本製薬工業協会 医薬品評価委員会 電子化情報部会. ePRO の普及に向けて. 2016
<http://www.jpma.or.jp/medicine/shinyaku/tiken/allotment/pdf/epro.pdf>
- 2) Caillet P, et al. Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment. Clin Interv Aging. 2014;9:1645-1660
- 3) 総務省. 「平成 29 年通信利用動向調査の結果」(平成 30 年 6 月 22 日訂正). 2018
http://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/01tsushin02_02000128.html

(5) 高齢がん患者のサバイバーシップ

Q1 高齢がん患者には、どのような精神心理的特徴があるか？

A1 高齢がん患者は非がん患者に比し抑うつ割合が高い。

【解説】

個人差は大きいものの、高齢者にはさまざまな精神心理的特徴があり、それは本人ががんと診断された後の状況にも影響する。

高齢がん患者の精神症状に関する研究の多くは横断的デザインで対照群を持たないため、精神症状ががんによるものか、加齢の影響か、判断が困難であることが少なくない。また結果は必ずしも一貫していない。

70代以上の乳がんおよび大腸がん患者と非がん対照群、および50-60代の乳がんおよび大腸がん患者を比較した研究¹⁾では、診断1年後のがん患者の抑うつ度について年齢群間の有意差は認められず、抑うつ度と併存疾患、ポリファーマシーとの間に関連を認めなかった。ただし、70代がん患者群は、認知機能や倦怠感レベルが同様の同年代非がん対照群と比較して、1年後の臨床的抑うつ割合が2倍(18% vs 9%)であった。70歳以上のがん患者を対象にした前向きコホート研究であるELCAPA(French Elderly Cancer Patient)スタディ²⁾では、治療前の患者の28.4%に臨床的抑うつを認め、抑うつ度はがんによる疼痛や、いくつかのComprehensive Geriatric Assessment (CGA)項目(運動機能の低下、ADL低下、ソーシャルサポートの少なさ、認知機能低下、ポリファーマシー、複数の併存疾患)と関連していた。これらの研究から、年齢にかかわらず診断時に精神症状のスクリーニングやCGAを行うことの重要性が指摘されている。

このような精神症状がありながら、高齢がん患者は専門家による精神心理的ケアの利用度が若年層よりも低く、その理由として高齢者側と医療者側の双方の要因があると指摘されている³⁾。高齢者側の要因としては、感情表現が困難であること、精神科医療への偏見、受診ルートへの知識がないことが挙げられている。医療者側も、がんは高齢者に多い病気なので若年世代ほど心理的苦痛は強くないだろうと考えがちなのが指摘されている。

一方、高齢がん患者の精神心理的特徴として、さまざまな人生経験の蓄積がもたらすポジティブな側面も知られている⁴⁾⁵⁾。がん体験もまた人生のひとつの試練と受け止める忍耐強さ(resilience)、重要なものごとを見極める力、人生の意味や目的に対する考えの深まりは、高齢がん患者の精神的な安寧につながる。

高齢がん患者の精神心理的サポートにおいては、本人の行動や態度を変えるアプローチより、本人が有する内的な力を大切にすることが重要であると指摘されている³⁾。診断後の生活においては、家族が治療選択を代行したり、本人に十分な医学情報が与えられなかった

り、本人のニーズが顧みられなかったりする場合がある。医学的側面だけでなく、がんへのコーピングや自己表出においても、高齢がん患者本人の選択を尊重し、尊厳を守ることが重要である。

文献

1. Deckx L, et al. A cohort study on the evaluation of psychosocial problems in older patients with breast or colorectal cancer: comparison with younger cancer patients and older primary care patients without cancer. *BMC Geriatr.* 2015;15:79
2. Canoui-poitrine F et al. Geriatric assessment findings independently associated with clinical depression in 1092 older patients with cancer: the ELCAPA Cohort Study. *Psycho-Oncology.* 2016;25:104-111
3. Alon S. Psychosocial challenges of elderly patients coping with cancer. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2011;33:112-114
4. Kua J. The prevalence of psychological and psychiatric sequelae of cancer in the elderly - how much do we know? *Ann Acad Med.* 2005;34:250-256
5. Mor V, et al. The psychological impact of cancer on older versus younger patients and their families. *Cancer.* 1994;74:2118-2127

Q2 高齢がん患者にはどのような社会経済的特徴があるか？

A2 高齢がん患者のおかれている社会経済的条件は個人差が大きい。とくに問題となるのは経済的負担と社会的孤立である。

【 解説 】

National Comprehensive Cancer Network (NCCN)による高齢がん患者ガイドライン¹⁾は65歳以上のがん患者にCGAを行うことを推奨しており、アセスメント領域には、身体的機能(ADL/IADL)、併存疾患、ポリファーマシー、栄養状態、認知機能、心理的状态と並んで、社会経済的問題(socioeconomic issues)も含まれている。具体的には、貧しい居住条件、介護者の不在または不十分なソーシャルサポート、低収入、医療へのアクセス問題(移動を含む)、医療保険を持たないことが挙げられている。

これらの社会経済的条件は高齢がん患者の中でも個人差が大きいですが、ここでは経済的負担と社会的孤立について述べる。

1. 経済的負担

がんの診断や治療によって直接的な医療費に加えて間接的な経費も必要となり、それらの費用は患者や家族の生活に影響を及ぼす。その負担感は、本人および世帯の収入や、必要となる医療費によって個人差が大きい。

代表性のあるサンプルでがん患者の経済的負担を年齢階層(18-64歳 vs 65歳以上)別に比較した研究としては、アメリカのMedical Expenditure Panel Survey Experiences With Cancer surveyがある²⁾。経済的困難を経験した割合は若年患者群のほうが高く、物質的困難(28.4% vs 13.5%)と心理的な困難(31.9% vs 14.7%)に共通していた。

介護者の年齢と経済的負担感を検討した国内の調査³⁾では、介護者が60歳以下の場合、それ以上の年齢群と比較して介護者の経済的負担感が強かった。患者本人、介護者ともに、退職者が多い高齢群よりも就労世代の経済的負担が大きいことが示唆される。

2. 社会的孤立

高齢者は一般的に、退職や、友人や親族らの死、運動機能の低下などの要因によって社会との接点が少なくなりがちである⁴⁾。社会的孤立は、心血管疾患、感染症、認知機能低下といったがん以外の身体疾患のリスクや死亡リスクとの関連が認められている⁵⁾。また、がん患者の死亡リスクとの関連も報告されており、2835名の乳がん患者(女性)を対象とした研究では、社会的に孤立した女性の死亡リスクの上昇が認められている⁶⁾。

高齢がん患者の中にはソーシャルサポートを十分得ていない者も存在すると考えられるが、多忙な臨床現場では項目数の少ない簡便なスクリーニングツールが選択されがちであ

り、それらにはソーシャルサポート項目が含まれていないことがある。たとえば国内外で広く用いられている G8 は、栄養状態、身体機能、ポリファーマシー、精神的問題、主観的健康感を質問するものの、ソーシャルサポートに関連する項目は含んでいない。ソーシャルサポートがスクリーニングツールに含まれていない場合は、介護者との関係や介護者の負担感を含む本人をとりまく支援環境を、多職種が聞き取り、共有することが肝要だろう。

文献

- 1) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Older Adult Oncology. Version 1. 2019.
https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/senior.pdf
- 2) Yabroff KR, et al. Financial hardship associated with cancer in the United States: findings from a population-based sample of adult cancer survivors. J Clin Oncol. 2016;34:259-267
- 3) 杉山育子、他. がん患者の家族介護者の quality of life に影響を与える要因—日本語版 CQOLC (The Caregiver Quality of Life Index-Cancer) を用いた検討. Palliat Care Res. 2017;12:259-269
- 4) Alon S. Psychosocial challenges of elderly patients coping with cancer. J Pediatr Hematol Oncol. 2011;33:112-114
- 5) Steptoe A, et al. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. Proc Natl Acad Sci USA. 2013;110:5797-5801
- 6) Kroenke CH, et al. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. J Clin Oncol. 2006;24:1105-1111

(6) 高齢者がん検診の現状と課題

Q1 高齢者へのがん検診にメリットはあるのか？

A1 研究が十分なされていないため、後期高齢者に対して、がん検診が有効であるというエビデンスはない。また有効でないというエビデンスもない。

【解説】

がん検診とは、がんの早期発見・早期治療を行うために定期的な検査を行うものである。がん検診の提供者である自治体の立場からは、受診者集団の当該がん死亡率減少が目的であると定義されており、わが国でのがん対策推進基本計画の目標であった75歳未満のがん死亡率減少には、マッチするものであった。このことからがん検診はわが国でのがん対策の柱の一つとして位置づけられてきた。

がん検診の死亡率減少は、がん患者を対象とした臨床試験とは異なり、がんに罹患するかどうかもわからない健常者を対象としていることから数万人規模かつ10-15年の追跡期間という大規模ランダム化比較試験となるため、効果が最大となるよう期待され、かつ効率的に運営できる対象者に限定して計画される。よって75歳以上の後期高齢者を対象に含めた評価研究が行われることはほとんどない。たとえ75~79歳が対象に含まれていても層別化解析に耐えられない標本数となる場合がほとんどであり、ましてや80歳以上を研究対象者に含めた研究はほとんどない。諸外国では、有効性が確認されたランダム化比較試験の年齢層に応じてがん検診の対象者が決められており、後に年齢上限を延長することが可能かを症例対照研究などで検証している。たとえば子宮頸がん検診は多くの国で65歳までを対象としているが、65歳までの受診と、それ以降の受診を比較して、後期高齢者での死亡率減少効果の変化をみた研究が行われているが、65歳までの受診による効果が長期間継続するという報告がみられている。

さて、がん検診によりがんの死亡率が減少するのは、いったい何年後からだろうか？現行のがん検診の対象である胃・大腸・肺・子宮頸・乳がんでは検診の開始後3~7年目から検診未受診群と受診群のがん死亡率が乖離してくる。したがってがん死亡の減少という提供者側の観点からすれば生命予後が5から10年程度見込まれるものでないとがん検診を実施する意義に乏しい。一方受診者の立場からすれば、後々がんで苦しまないように手術以外の治療で済まされるのであれば検診を受診したいという考え方もあり得る。たとえば胃粘膜がんへの内視鏡治療や肺の限局がんへの放射線治療などである。検診で早期発見可能な状態になってから転移や浸潤による症状発現までの期間 (Sojourn time) は2~3年程度と見積もられており^{1)~4)}、がん死亡に至るまでよりは短い。①少なくとも3年以上の健康的な

生活を送ることが期待できる健康状態であること、②胃・肺など臓器が限定され、かつ内視鏡治療や放射線治療が可能な状況で発見できる などの条件を整えば進行がんによる症状回避という点ではメリットはあるのかもしれないが、万人に期待できるものではない。

文献

- 1) JM Bae, et al. Mean Sojourn time of preclinical gastric cancer in Korean Men: A retrospective observational study. J Prev Med Public Health. 2014;47:201-205
- 2) Zheng W, Rutter CM. Estimated mean sojourn time associated with hemocult SENSE for detection of proximal and distal colorectal cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2012;21:1722-1730
- 3) Wu D, et al. Sojourn time and lead time projection in lung cancer screening. Lung cancer. 2011;72:322-326
- 4) Duffy SW, et al. Estimation of mean sojourn time in breast cancer screening using a Markov chain model of both entry to and exit from the preclinical phase. Stat Med. 1995;14:1531-1543

Q2**高齢者へのがん検診を行うことでデメリットはあるのか？****A2****内視鏡などの偶発症リスクは年齢とともに上昇する。過剰診断は集団単位で最大のデメリットとなる。****【解説】**

検診は、診療と異なり健常者が対象であり、病気への漠然とした不安はあるものの、病気や闘病に対する覚悟ができていない訳ではない。検診を引き金に逆に健康問題を与えてしまったりは本末転倒になる。流れ作業になりやすいことから十分な説明が事前に行われているわけではなく、診療録がないので説明や当日の体調などを記録するすべがない。したがって、検診の場面では診療よりもメリットとデメリットのバランスに厳重に注意が必要であり、不利益を最小化しなければならない。

高齢者が、侵襲的な検査で偶発症を招きやすいことは周知の事実である。胃 X 線検査でのバリウムによる腸閉塞や検査中の転落が高齢者には容易に起こりうる。また大腸がん検診の精密検査にあたる大腸内視鏡検査も、下剤による気分不良・脱水から、腸管穿孔なども高齢者には懸念される。Rutter らの 4 万人規模の大腸内視鏡検査（症状受診を除く）による偶発症解析では¹⁾、重篤な偶発症は 50-64 歳 3.7 件/1000 検査、65-74 歳 7.9 件/1000 検査、75-84 歳 13.3 検査/1000 検査 と、年齢が増すにつれ増加傾向がみられている。

さらに、高齢者という集団でみた場合の最大の問題は過剰診断（overdiagnosis）である。がんの進行速度の遅いものほど定期的な検査で見つかりやすい（length-biased sampling）ことから、検診では放置してもがん死に至らないほど進行速度の遅いがんが発見される場合があり、過剰診断と呼ぶ。若年者の場合はそれほど問題にならないが、余命が短いと想定される高齢者の場合は担がんのまま他病死を迎える可能性も高いことから、過剰診断につながる可能性が高い。過剰診断の大きさは臓器や検診手法によって異なるがすべてのがん検診に起こりうる。韓国では国家的検診プログラムには含まれていなかった頸部超音波検査をオプションとして各医療機関が追加するようになったことから、微小な甲状腺がんの発見数が急激に増加し、罹患数が 10 数年で 20 倍に急増し、がん罹患の第一位になってしまった²⁾。このように医療者が「良かれ」と思って行う検査により国家統計のゆがみを生じる場合がある。個々の症例への治療には慎重な対応が図られたとしても、症状もなく命への影響もない疾患に対して、手術などの侵襲的な治療が行われれば本来起こるはずのなかった後遺症や偶発症が生じ、かえって健康被害が増すだけに終わる。余命が短い高齢者の場合は、過剰診断につながる可能性が高いことから高齢者へのがん検診は行うべきではないというのが国際的なコンセンサスである。

文献

- 1) Rutter CM, et al. Adverse events after screening and follow-up colonoscopy. *Cancer Causes Control*. 2012;23:289-296
- 2) KW Jung, et al. Cancer Statistics in Korea: Incidence, Mortality, Survival, and Prevalence in 2012. *Cancer Res Treat*. 2015;47:127-141

Q3

80歳以上の高齢者はどの程度がん検診を受診しているのか？

A3

80～84歳は約30%、85～89歳は18～25%ががん検診を受診している。子宮頸がん・乳がんは約10%弱が受診している。

【解説】

平成28年度の国民生活基礎調査によれば、80～84歳の男女の過去1年以内の各がん検診の受診率はそれぞれ胃がん30.4%、肺がん34.1%、大腸がん30.1%と報告されており、65～69歳の受診率（胃がん38.0%、肺がん47.0%、大腸がん39.1%）に比べて7.6～12.9%低い程度である。85歳以上でも胃がん18.7%、肺がん25.4%、大腸がん18.5%とかなり高い受診率である。一方女性に限定して行われている子宮頸がんは80～84歳8.5%、85歳以上3.6%、乳がん80～84歳10.4%、85歳以上3.8%と、65～69歳（子宮頸がん23.3%、乳がん27.3%）と比べてかなり低下している。これは子宮頸がん・乳がん検診の専門性が高くかかりつけ医や人間ドックの一部で受診できないという点が原因と考えられる。

がん検診受診率の高い米国では、予防サービスに対するガイドラインであるUSPSTFにおいて年齢ごとに推奨が決められているが、費用を各健康保険が負担し、対象外年齢への支払いは一部認められているため、対象外年齢での受診率も著しく高い。大腸がん検診では、80歳以上の便潜血検査受診率が51%¹⁾、繰り返しの大腸内視鏡検査を32.9%²⁾が受診していると報告されている。

わが国では今後高齢化率のさらなる増加が見込まれるため、近いうちに米国と同様の高齢者のがん検診受診率になりえることから、対策が急務である。

文献

- 1) Schonberg MA, et al. Colon cancer screening in U.S. adults aged 65 and older according to life expectancy and age. J Am Geriatr Soc. 2015;63:750-756
- 2) JS Goodwin, et al. Overuse of screening colonoscopy in the Medicare population. Arch Intern Med. 2011;171:1335-1343

Q4 高齢者はなぜがん検診を受診しようとするのか？

A4 高齢者は、健康寿命をかなり長く見込んでおり、習慣化された検診受診に固執している。検診の利益を過大評価し、不利益が自分に起こりえるという認識が欠如している。

【解説】

日本よりも高齢者のがん検診受診率の高さが問題となっている米国では、高齢者に対する様々なインタビュー調査が行われている。「定期的ながん検診の受診の中止を考えたか？」という調査¹⁾によると、50～69歳の10.2%に比べて、70歳代以上でも8.2%と大差なく、受診の是非に対する説明がなかったことが理由として挙げられている。一方高齢者向け診療所の平均76(63～91)歳の患者に対して行った質的研究では、多くの者が検診の受診を習慣と位置付けており中止するには大きな決断が必要と感じていた²⁾。余命が短いと検診の効果を享受できないという問いに対しては、「自分の余命はかかりつけ医しか知りえないので、かかりつけ医からきちんと説明してほしい」と答えていた。

我々が国内で行った平均81(75～87)歳の高齢のがん検診受診者への調査でもほぼ同様の結果であり、80歳を超えていても余命に対する過剰な自信があり、検診で異常がないというお墨付きを得ることが不安解消につながると感じていた。偶発症や偽陰性などの検診による不利益は認識していたが、自分にも起こりえることであるという認識は全くなかった。限りある人生を健康に過ごしたいという思いが、高齢者には強いことが伺われ、そのための習慣の一つとして位置づけられているようである。

これらのことを考慮に入れると、高齢者に直接的に検診の受診の中止を促し理解を得るのは甚だ困難であると考えられる。そもそも不利益に関する理解が進んでいない。がん検診に関してもきちんとした情報開示が今後必要であり、検診の対象者である中高年齢の時から教育していく必要がある。

文献

- 1) Lewis CL, et al. Plans to stop cancer screening tests among adults who recently considered screening. J Gen Intern Med. 2010;25:859-864
- 2) AM Torke, et al. Older adults and forgoing cancer screening: I think it would be strange. JAMA Intern Med. 2013;173:526-531

*** 【公開討論会から質問に対してのコメント】

Q「前立腺がんの診断になった＝手術を受ける」ではなく、診断された段階で治療を受けるか否かの選択肢を個々に応じて判断するというのでどうでしょうか？

診断された段階で、治療を受けるか否かの選択肢を個々に応じて判断する というのは、現状で行われている診療行為の状況です。これについては議論の余地がないところであり、しごく当然のことです。

病気になった患者さんは、ご自分の病状や将来について知りたい情報を医療者から提供を受けて、それに応じて判断する ということは当然のことです。Watchful waiting という方法で経過観察をすることと、いきなり手術をした場合で予後に大きな差がないという報告が続き、そういった選択肢が増えたことは喜ばしいことです。

ただし、一旦がんと診断された場合に、完全な無治療を選択する方はそれほど多くないことは事実でしょう。「がん」と診断されてしまうと、疾患に対する恐怖が先にたっってしまう、発病前は冷静に考えられたかもしれないことが、わらにもすがりたくなるのは当たり前のことだと思います。

検診の設定はあくまで健常人を対象にしているものであり、検診を受けるまではご本人は覚悟も何もできていません。患者さんと違い、検診の段階ではまだ深刻さに欠けるため、受診される方は、異常が指摘されたらどうしようという心構えがないので、いざ異常が指摘されると、パニックになりやすい、冷静な判断ができないという特徴があります。

こういった問題は世界共通に見られることなので、異常が指摘されて病院に行った後に、詳しい説明を聞くよりも、検診を受ける段階できちんとした情報を提示されて、医療者と一緒に考えて意思決定を行う shared decision making が推奨されてきています。

shared decision making は、意思決定の方法として、今まで診療で行われてきた informed consent よりも、受診者の側にたったものであり、医療者が思い描いてたとは異なる着地点に到達するための話し合いであり、当然時間や人手がかかることです。米国では診療保険を使って検診が行われる唯一の国なので、その環境は整っていますが、日本は全く異なり、人間ドックの場でもあっても、受診時に情報提供や話し合いは行われていません。今後 shared decision making に基づいてがん検診を受診すべきか否かが決定される世の中に代わっていくべきだと思いますが、一足飛びにできる状態とは言えません。

**Q 高齢者のがん検診のメリット・デメリットを確実に伝えるためにはどう伝えれば
良いか。受けないことに納得していただくにはどうすれば良いか。**

メリットとデメリットを天秤にかけて判断することは容易ではありません。最終的に命の重さという話になると何者も比べられないからです。米国では壮年期の高い検診受診率が確保されていますが、その方々が80歳を超えても大腸がん検診受診率が50%を超えているという状況になり、どうやって情報を伝えるかの研究が進んでいますが、理解を得るのは容易ではありません。「検診は放置すると数年後に命を奪う病気を早期発見・早期治療するものなので、その数年後まで余命が持たない方は受けない方がよい」という説明の仕方は、論理的ではありますが、高齢者の方には感情的に受け入れがたく、反感を招きます。高齢の方は健康問題が一番関心が高いので、見捨てられ感を招きやすいのです。

高齢者に受け入れやすい説明の仕方として「あなたはがんではなく、他の問題に対応しなければいけません」というものです。60歳代の死因の半数はがんですが、80歳代になるとがん死因は3割を下回り、肺炎・脳卒中・心疾患・認知症が主体になります。ほとんどの方は寝たきりで介護を受けることに対する恐怖を感じているので、60歳代はがん予防・がん検診から80歳代は寝たきり予防・サルコペニア予防にシフトしていくという流れで見捨てられ感を回避する形が望ましいと考えています。

Q がん発見時に、治療が必要か必要でないか、わかるものなのですか？

それがわからないから、過剰治療として手術などを行ってしまう、ということでしょうか。であれば、「治療が必要ないがん」であることが、今後の医療の進歩でわかるようになると、よりよいと感じました。

過剰診断についてわかりやすい説明を行っているのは米国の HG.Welch 先生で、日本語訳された本も出版されていますのでご興味のある方はご一読ください。多くのがんでは治療が必要か否か、過剰診断か否かはわからないため、手術に流れやすい（臨床医にとって目の前の患者さんを無治療で悪化した場合の責任を感じるため）のです。現在、ゲノムで悪性度の事前予知をするような研究が行われ、一部成果が上がりつつあります。たとえばキッドバイオプシーと呼ばれる血液検査で、治療が必要かどうかを判明するのであれば、高齢者にとっても比較的安全に検診を受診することができるようになると考えられますが、まだ開発途上です。