脳卒中・心臓病などを合併する高齢がん患者対応に関する多職種研修会

～高齢がん患者の終末期管理およびがん性疼痛について～



2026年11月15日（日）　川越プリンスホテル

埼玉医科大学国際医療センター　緩和医療科

内田　望

COI 開示

発表内容に関連し

開示すべきCOI 関係にある企業等はありません

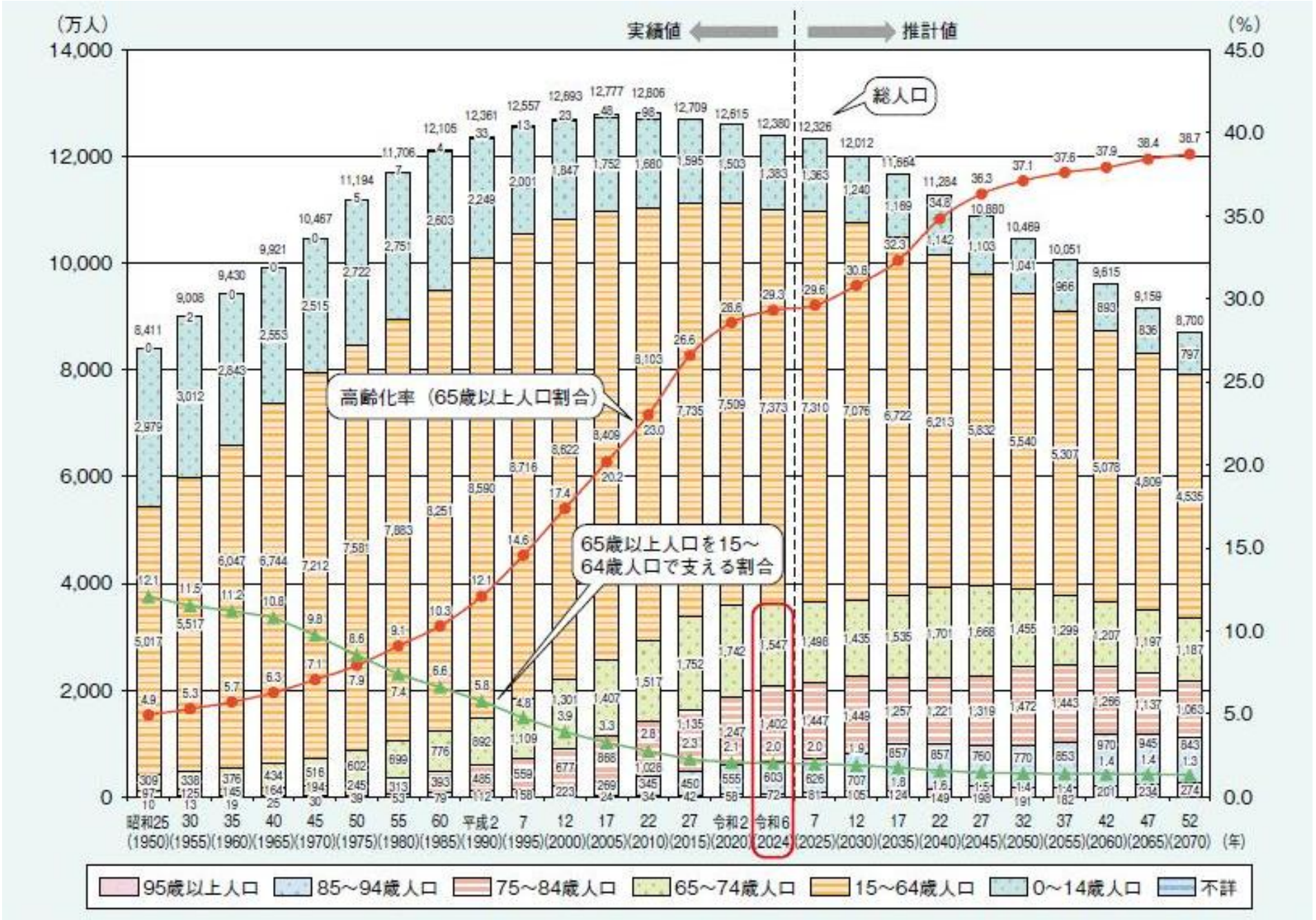
今日の話

- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

今日の話

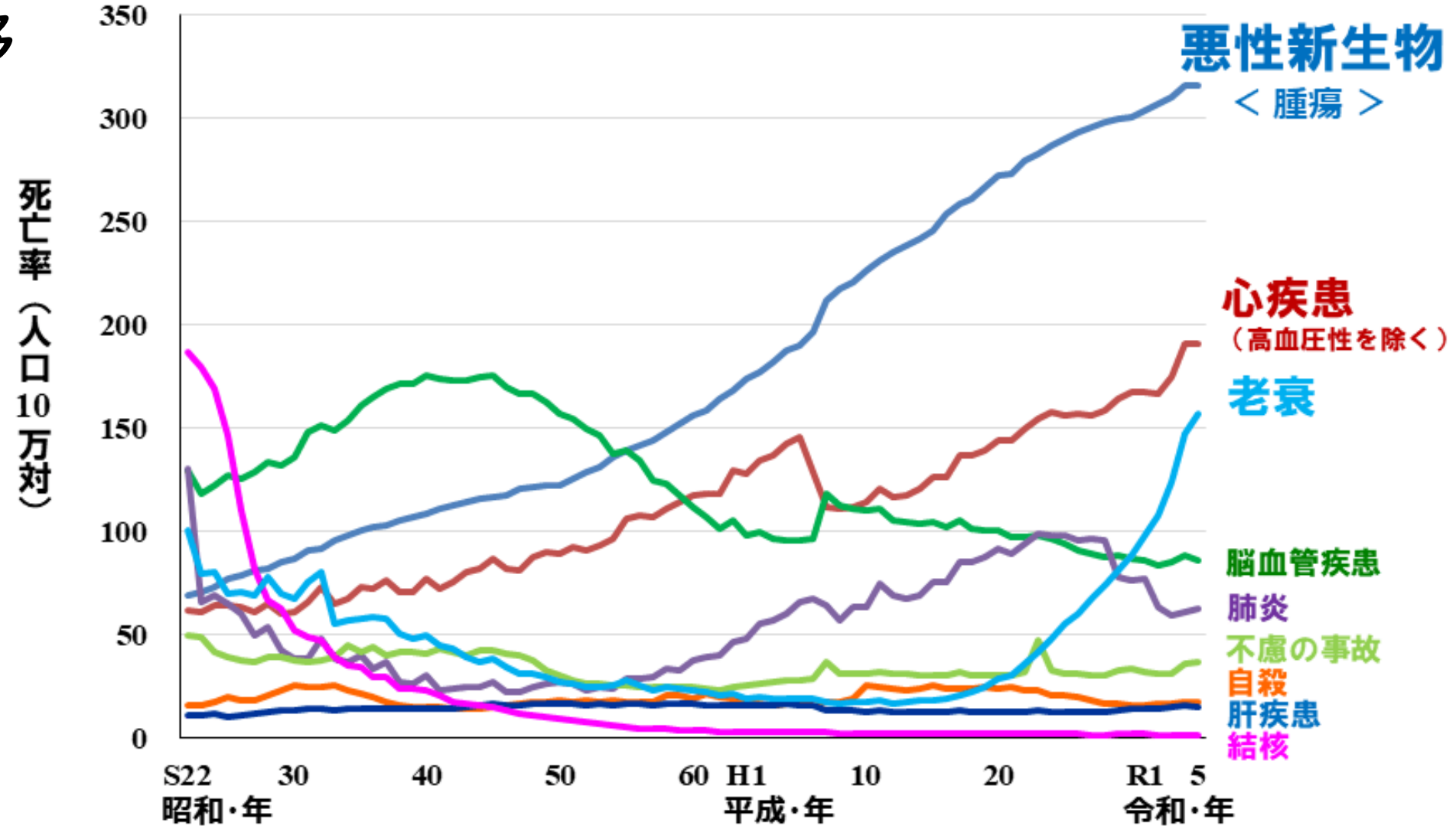
- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

日本の高齢化の推移と将来推計



内閣府「令和8年版高齢社会白書（概要版）」
図1「高齢化の推移と将来推計」。

死因の年次推移
（人口10万人対）

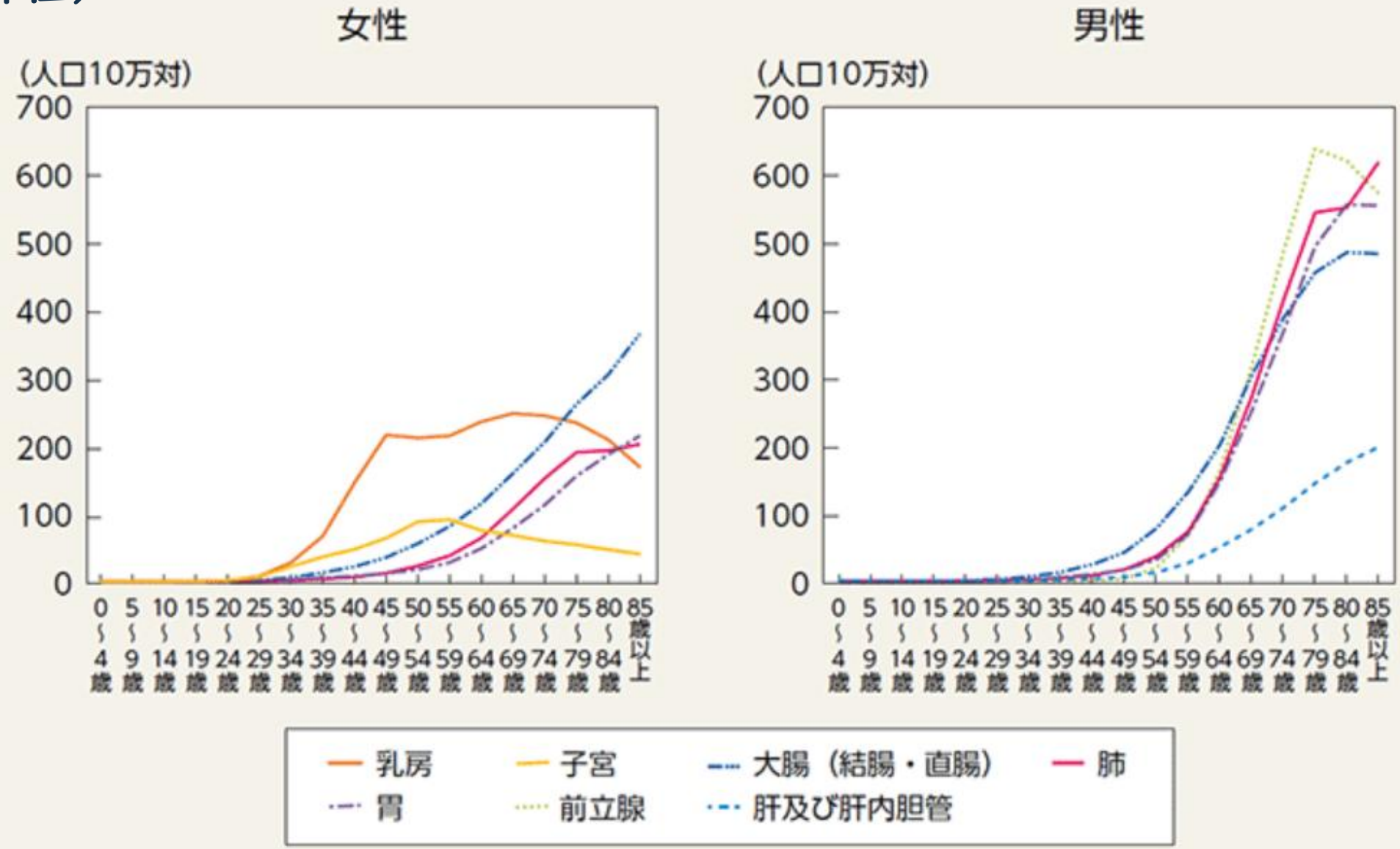


注：1） 平成6年までの「心疾患（高血圧性を除く）」は、「心疾患」である。
2） 平成6・7年の「心疾患（高血圧性を除く）」の低下は、死亡診断書（死体検案書）（平成7年1月施行）において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。
3） 平成7年の「脳血管疾患」の上昇の主な要因は、ICD-10（平成7年1月適用）による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。
4） 平成29年の「肺炎」の低下の主な要因は、ICD-10（2013年版）（平29年1月適用）による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。

令和5年（2023年）人口動態統計（概数）
厚生労働省2024.6.5より作図

（https://healthy-life21.com/2024/06/05/20240605/）

部位別（上位5部位）がん罹患率

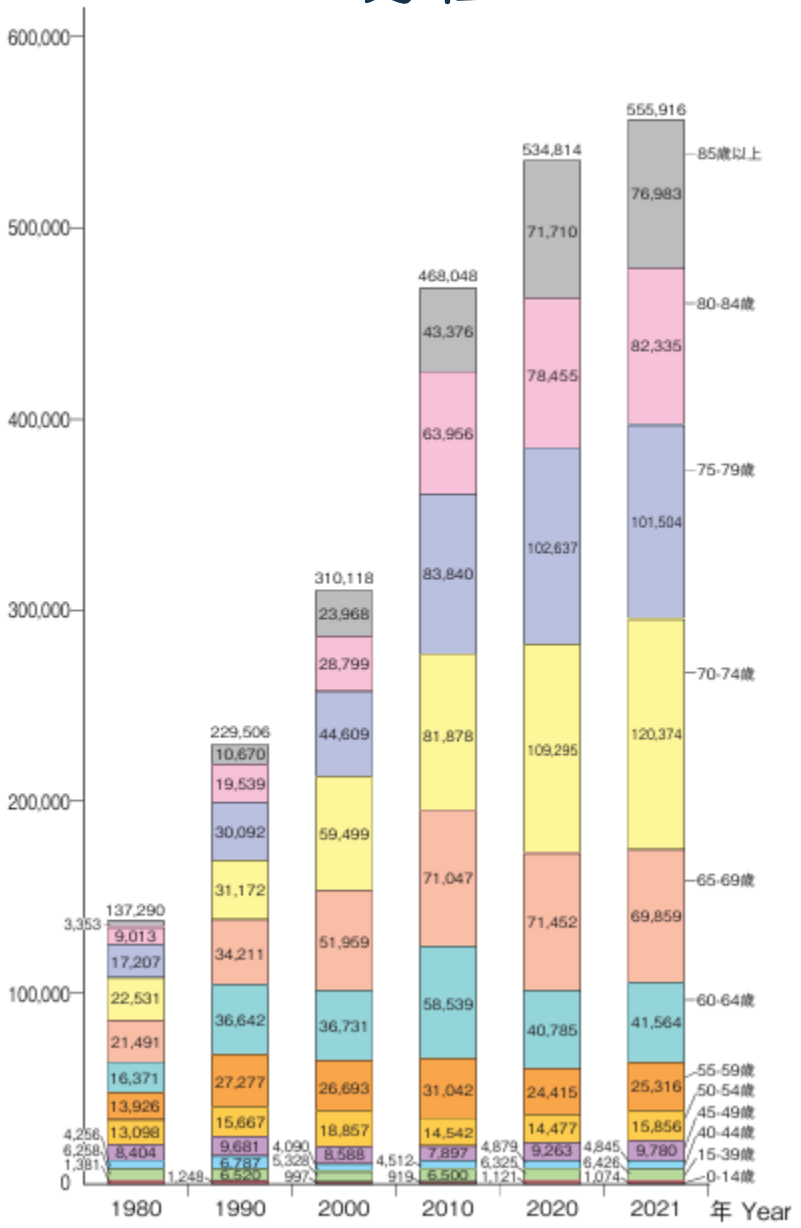


男女、年齢階級別
人口10万人当たり
（令和2年）

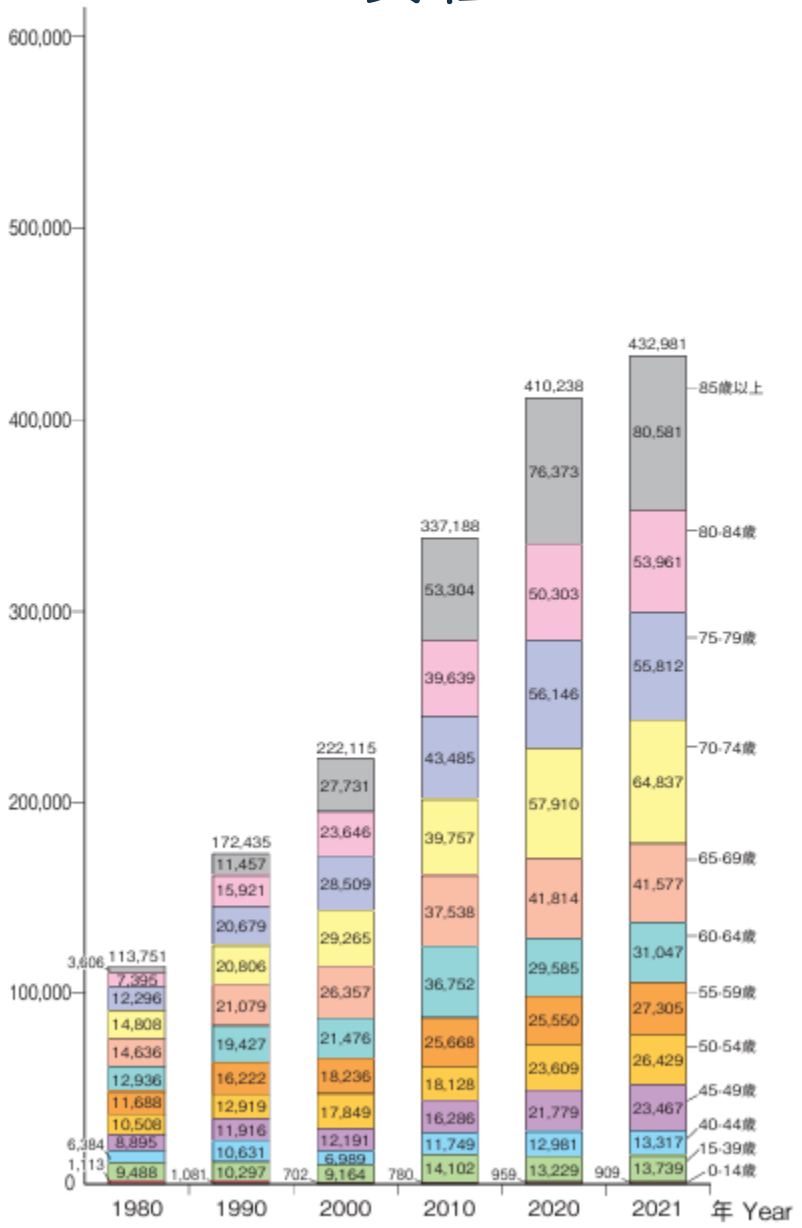
（備考）厚生労働省「全国がん登録 罹患数・率報告 2020年」より作成。

年齢階級別がん罹患年次推移（1980年～2021年）

男性

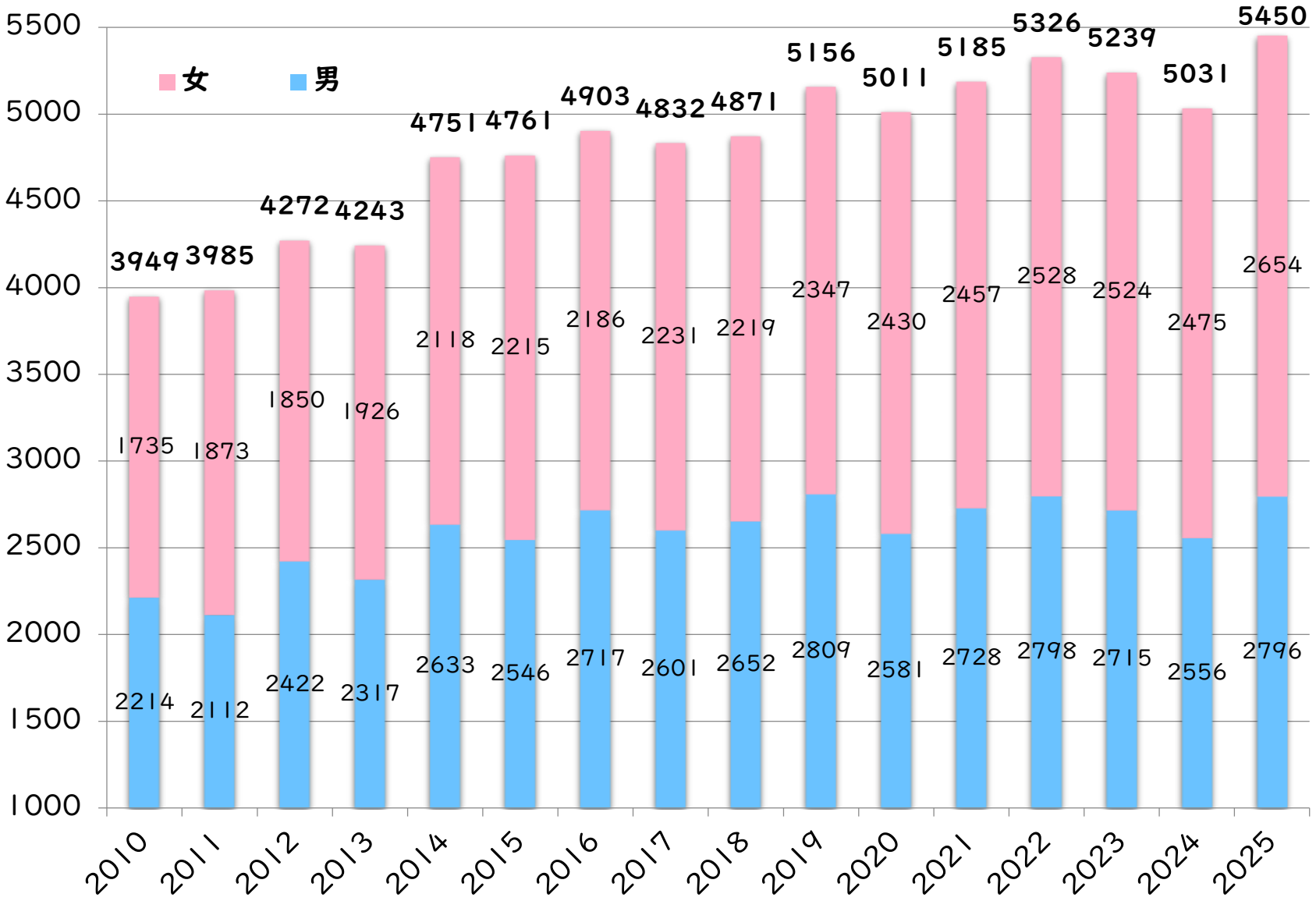


女性



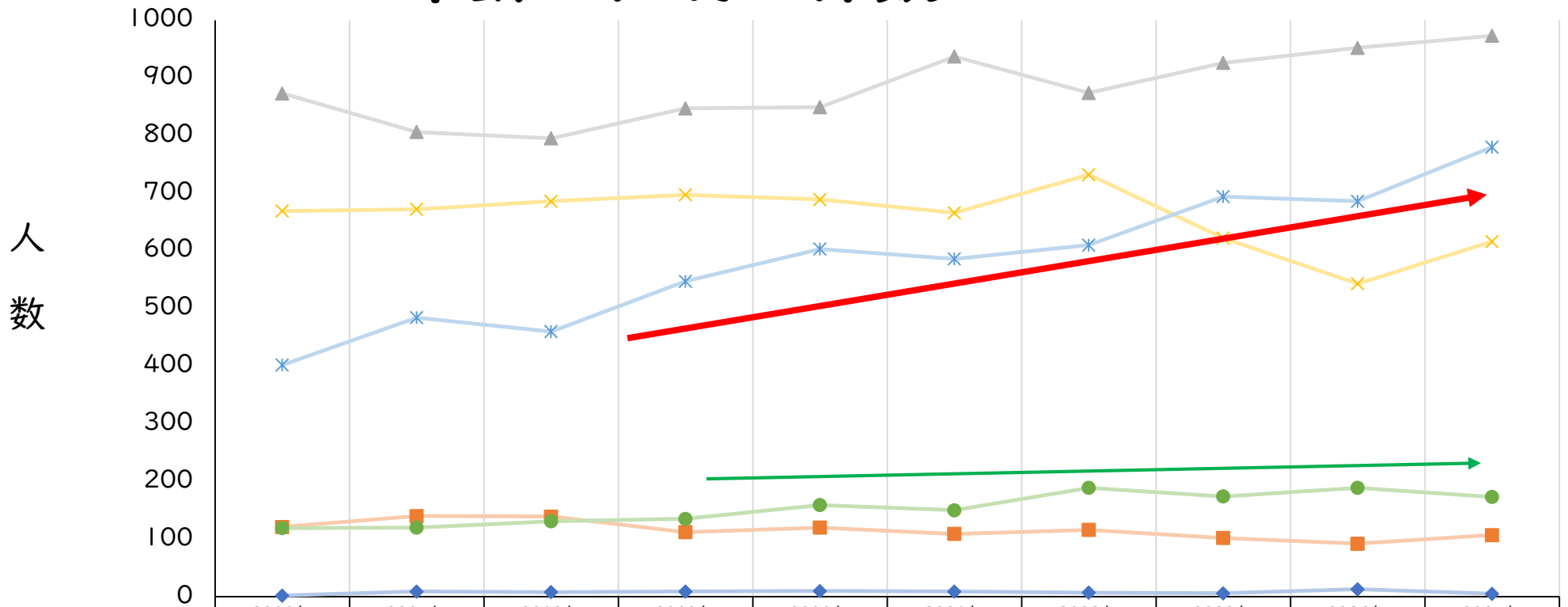
癌の統計2026
公益財団法人 がん研究振興財団

埼玉医大国際医療センター院内がん登録症例数



埼玉医大国際医療センター院内がん登録症例数
年齢・性別　件数

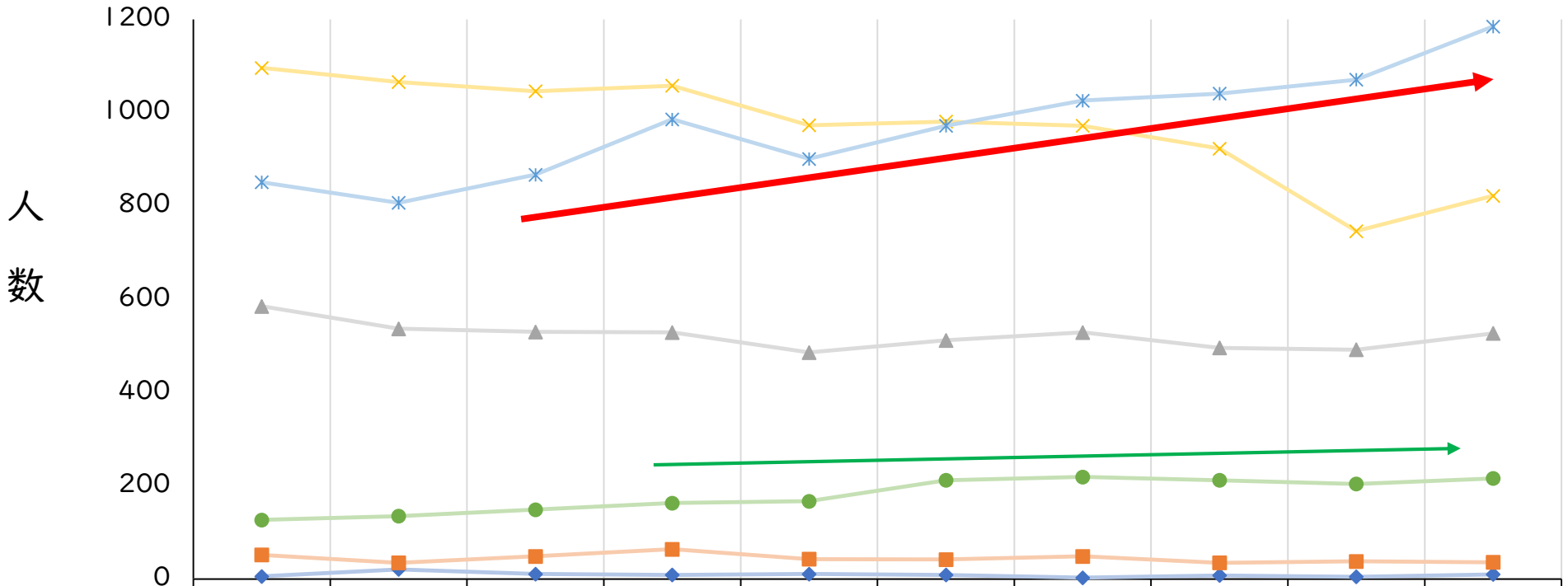
（女性）



	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
0歳～14歳	2	9	8	9	10	9	7	6	13	5
15歳～39歳	121	140	139	112	120	109	116	102	92	107
40歳～64歳	873	806	795	847	849	937	874	926	952	973
65歳～74歳	669	672	686	697	689	666	732	622	543	616
75歳～85歳	402	484	460	547	603	586	610	694	686	780
85歳以上	119	120	131	135	159	150	189	174	189	173

埼玉医大国際医療センター院内がん登録症例数
年齢・性別　件数

（男性）



	2016年	2017年	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年	2023年	2024年	2025年
0歳～14歳	6	21	11	9	11	9	3	8	5	10
15歳～39歳	52	35	49	64	43	42	49	35	38	36
40歳～64歳	585	537	530	529	486	512	529	496	492	527
65歳～74歳	1096	1066	1046	1058	973	981	972	923	746	822
75歳～85歳	851	807	867	986	901	972	1026	1041	1071	1185
85歳以上	127	135	149	163	167	212	219	212	204	216

高齢がん患者の終末期管理およびがん性疼痛について

- 認知症や心不全等を合併する高齢がん患者を総合的に捉える際の視点
- 緩和ケアへの移行・導入に抵抗を示す患者への対応

等

今日の話

- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

今日の話

- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

緩和ケアとは

生命を脅かす疾患による問題に直面している**患者**とその**家族**に対して、**痛み**やその他の**身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題**を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、**QOLを改善するアプローチ**である。（WHO）

緩和ケアとは

生命を脅かす疾患による問題に直面している**患者**とその**家族**に対して、**痛み**やその他の**身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題**を早期に発見し、的確なアセスメントと対処(治療・処置)を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、**QOLを改善するアプローチ**である。（WHO）

緩和医療

≠

終末期医療



緩和ケアは終末期医療と同義ではなく，心不全が症候性となった早期の段階から実践し，心不全の治療に関しては最期まで継続される．

急性･慢性心不全診療ガイドライン
（2017年改訂版より）

全人的苦痛
(total pain)

身体的苦痛

疼痛
嘔吐
倦怠感
呼吸困難
ADL低下
腸閉塞
便秘
アピアランス

精神的苦痛

不安・鬱　孤独感
恐怖　怒り

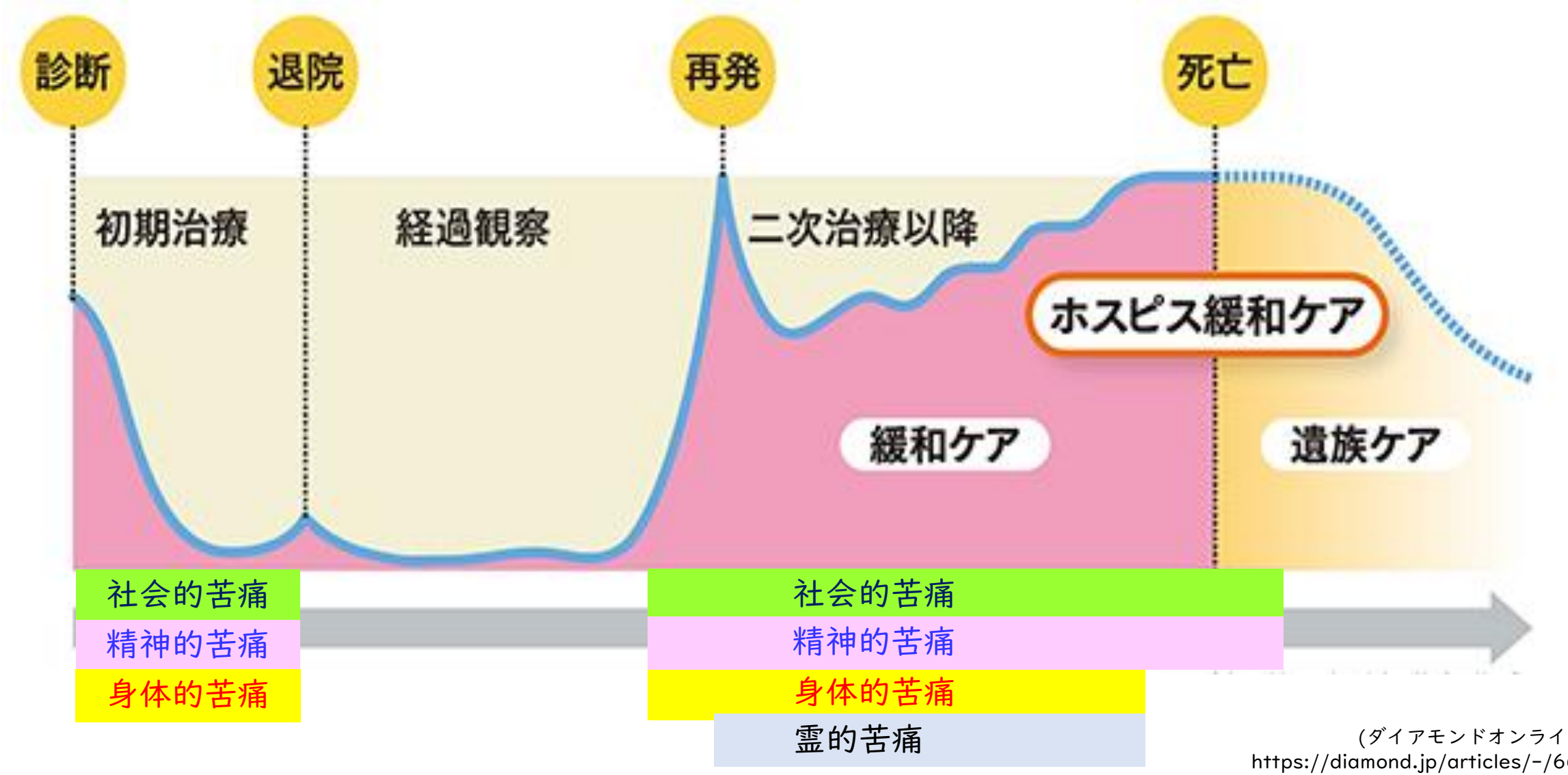
社会的苦痛

仕事　家庭　遺産
経済的問題
人間関係

霊的苦痛
Spiritual pain

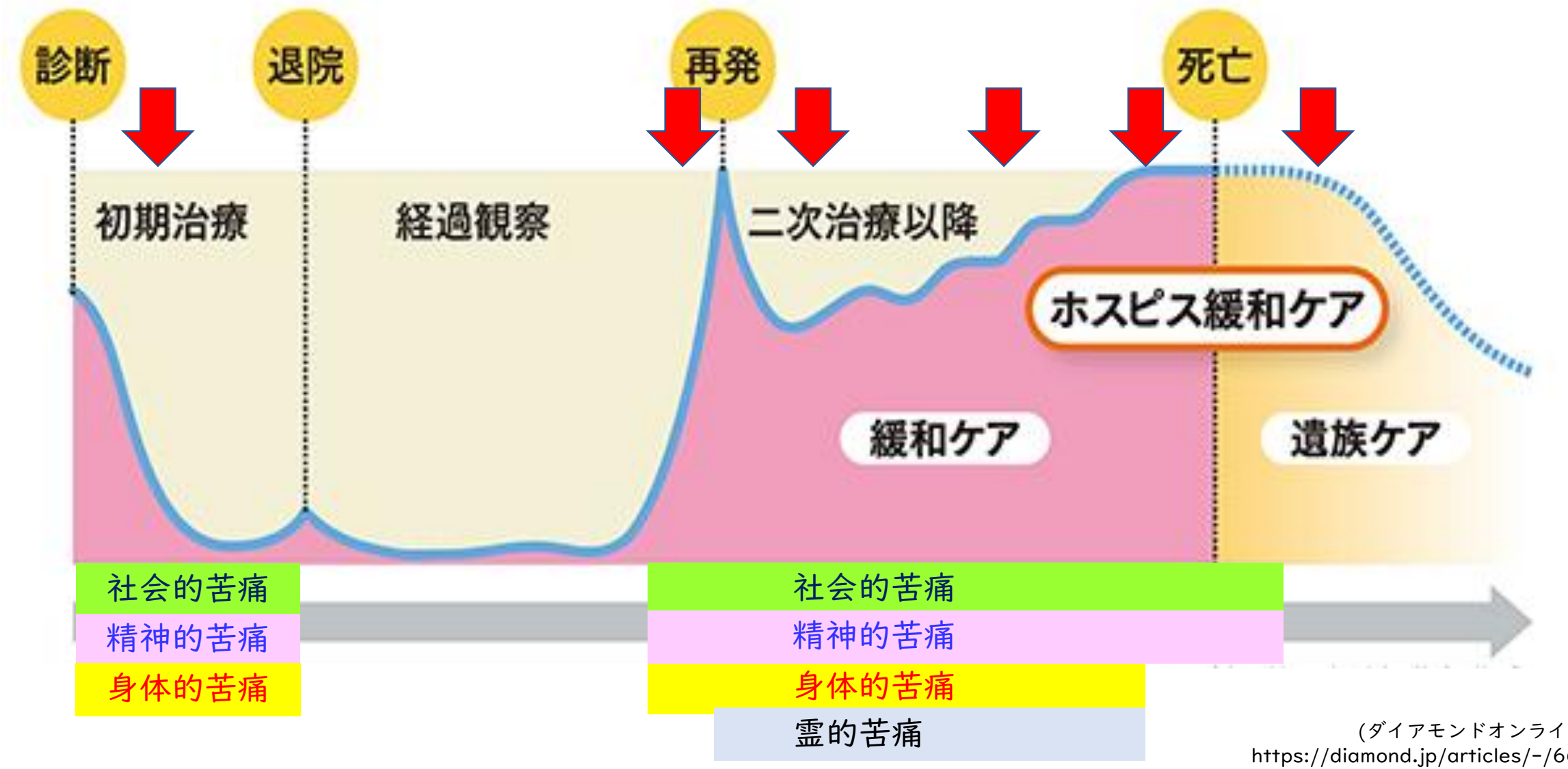
罪の意識　人生の意味　死生観
死の恐怖　実存の危機　神の存在

がんと緩和ケアの関係



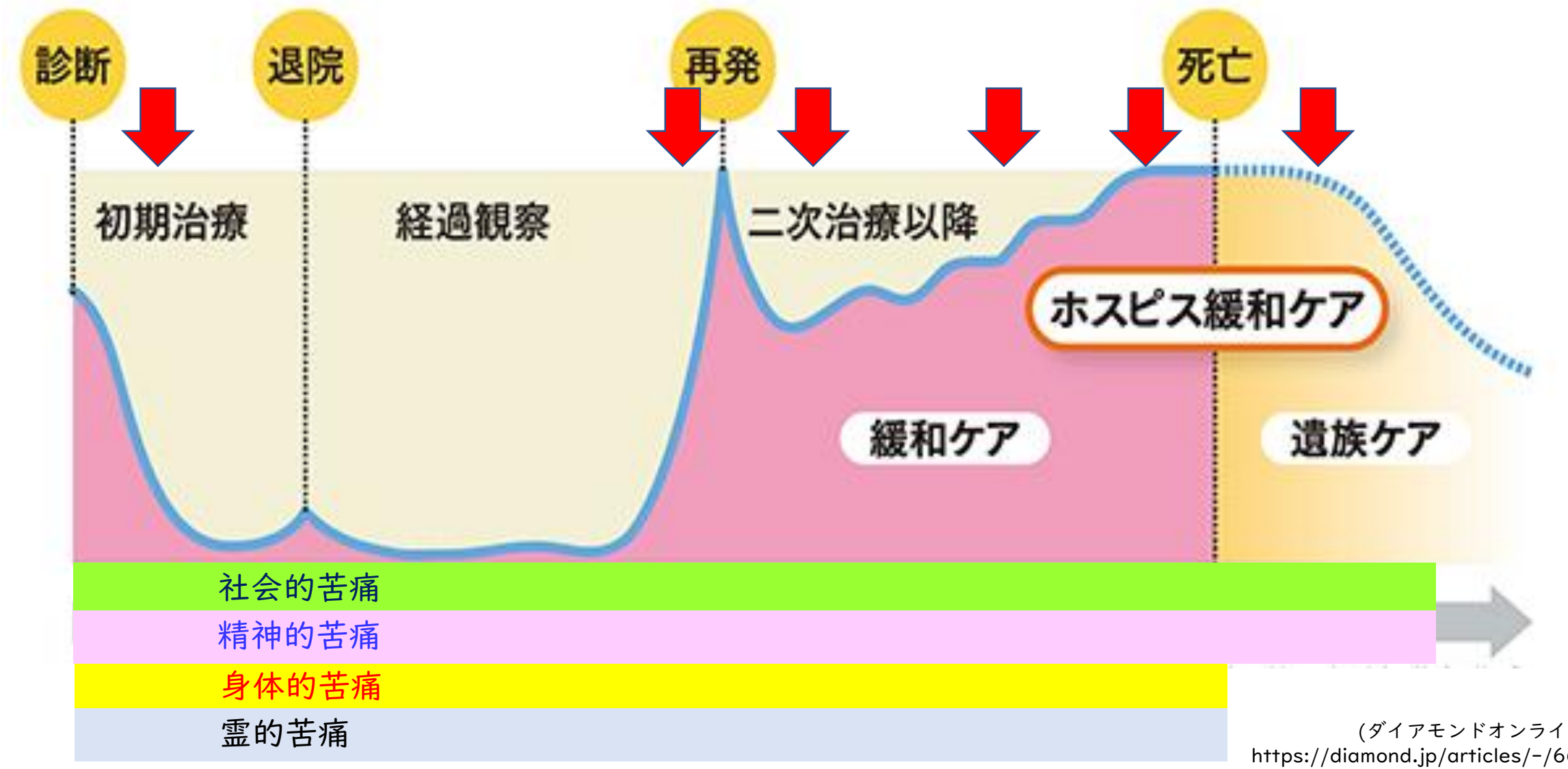
(ダイアモンドオンラインより
https://diamond.jp/articles/-/66320)

これらの苦痛を早期から緩和



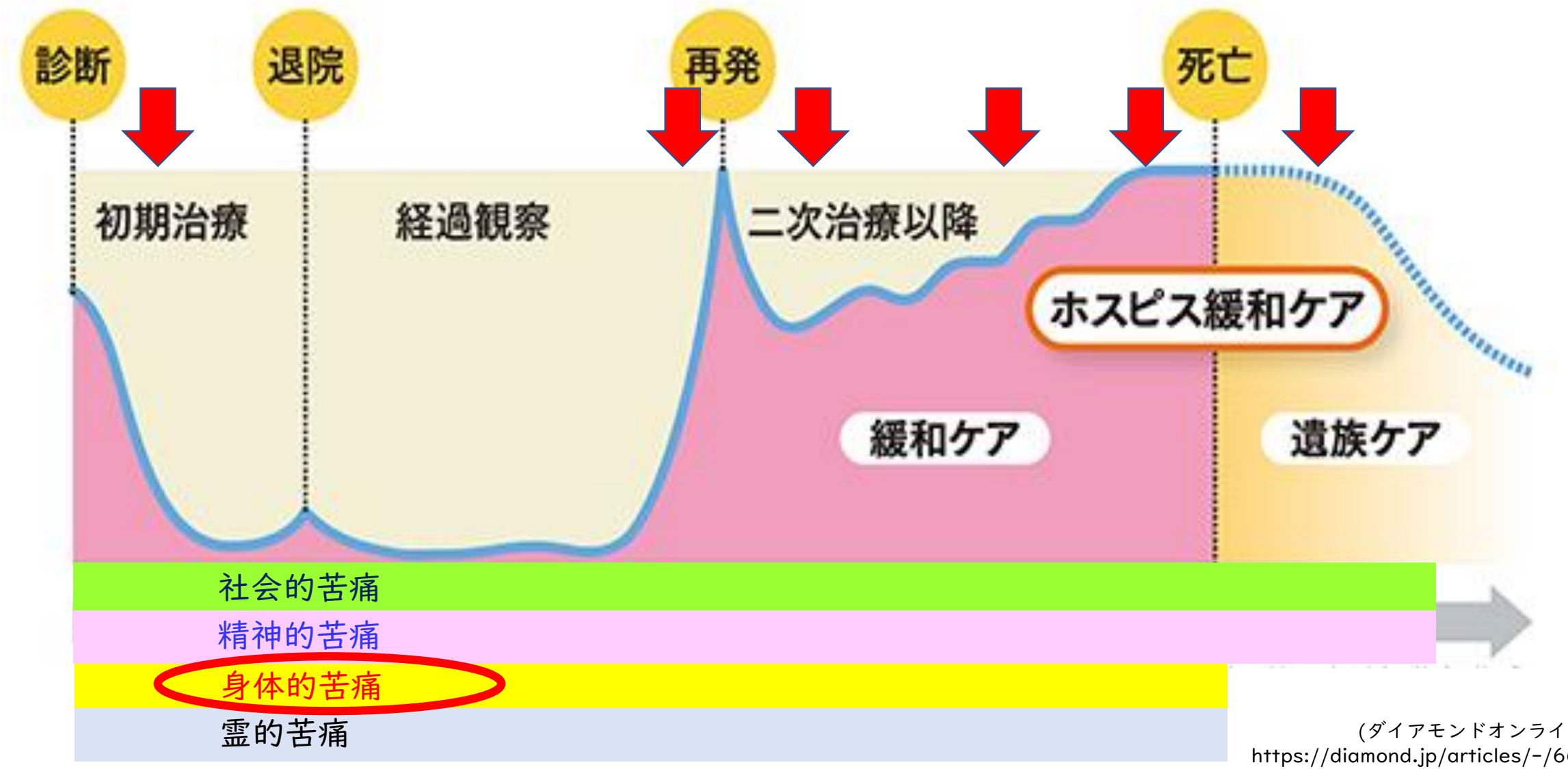
(ダイアモンドオンラインより
https://diamond.jp/articles/-/66320)

これらの苦痛を早期から緩和



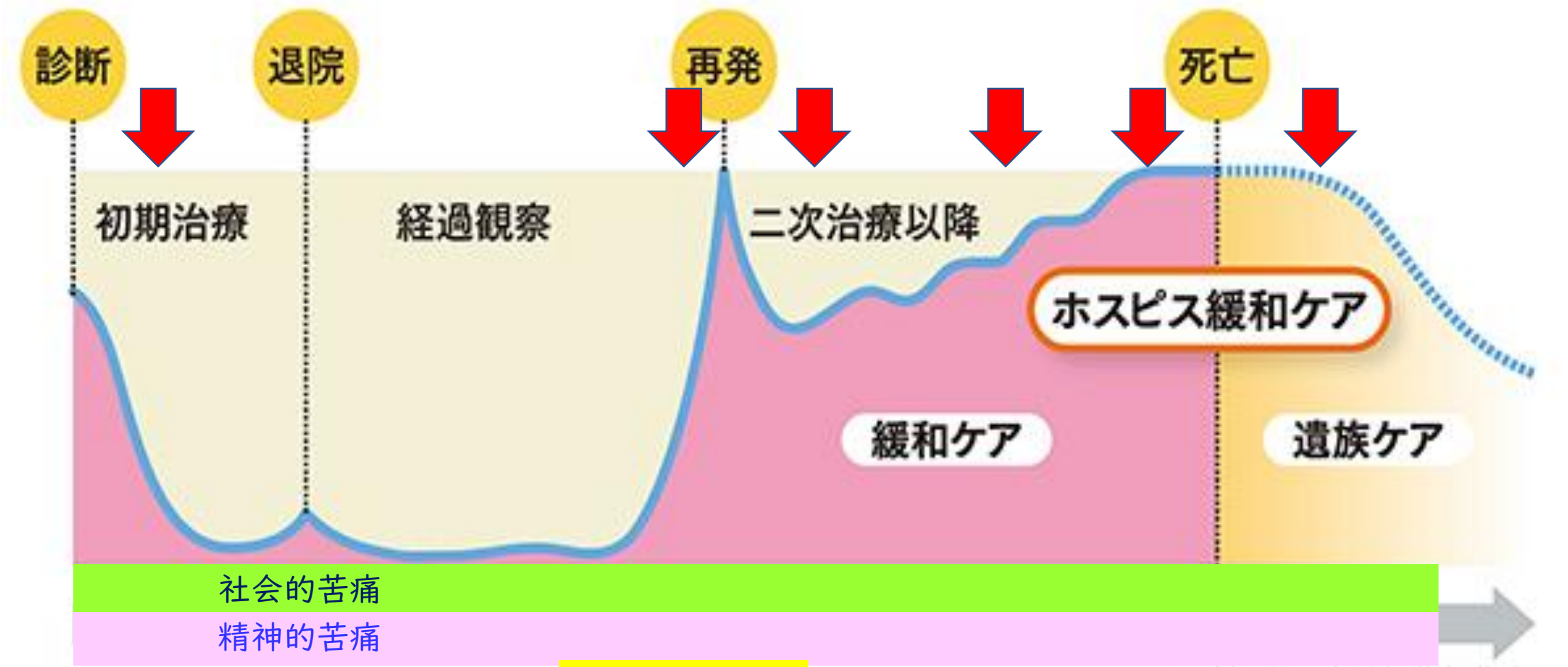
(ダイアモンドオンラインより
https://diamond.jp/articles/-/66320)

これらの苦痛を早期から緩和



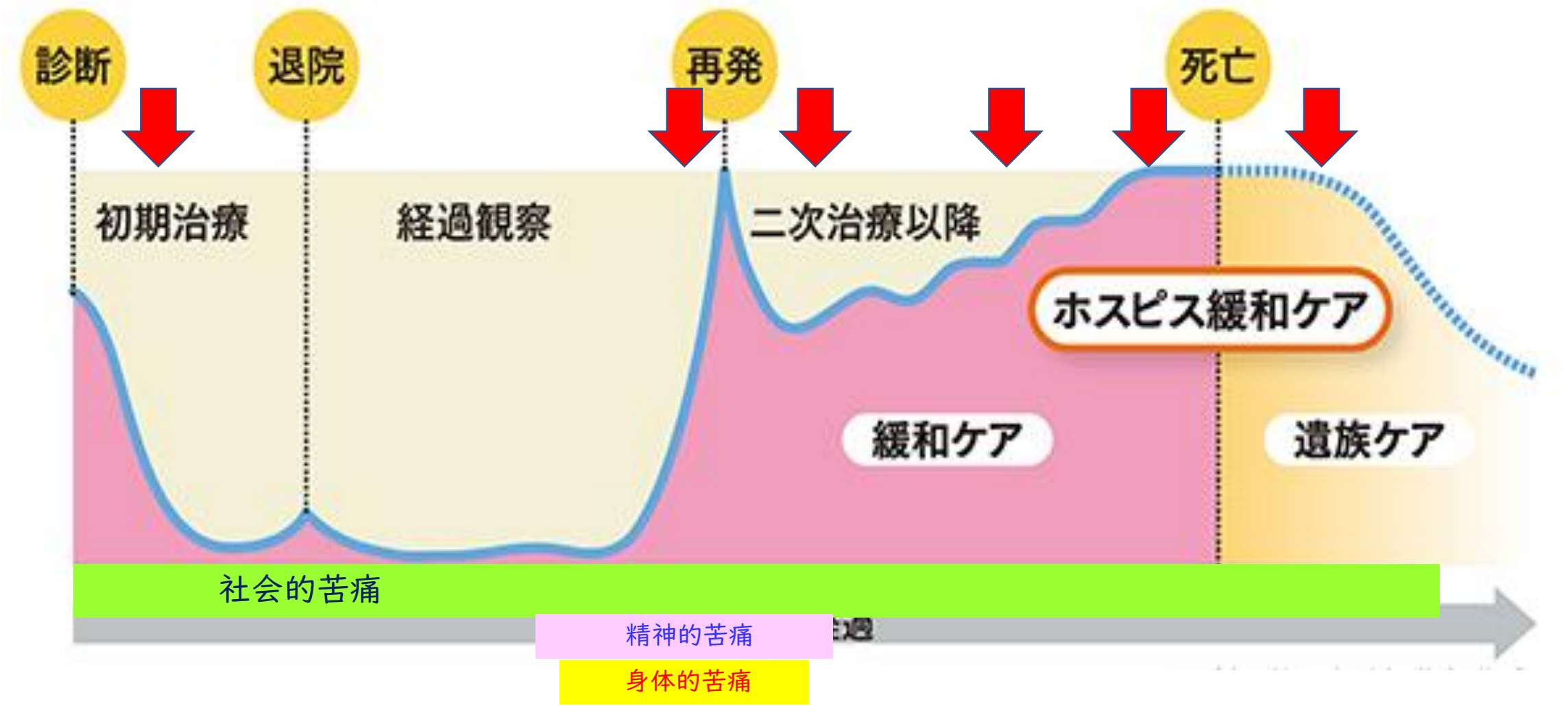
(ダイアモンドオンラインより
https://diamond.jp/articles/-/66320)

これらの苦痛を早期から緩和



(ダイアモンドオンラインより
https://diamond.jp/articles/-/66320)

これらの苦痛を早期から緩和



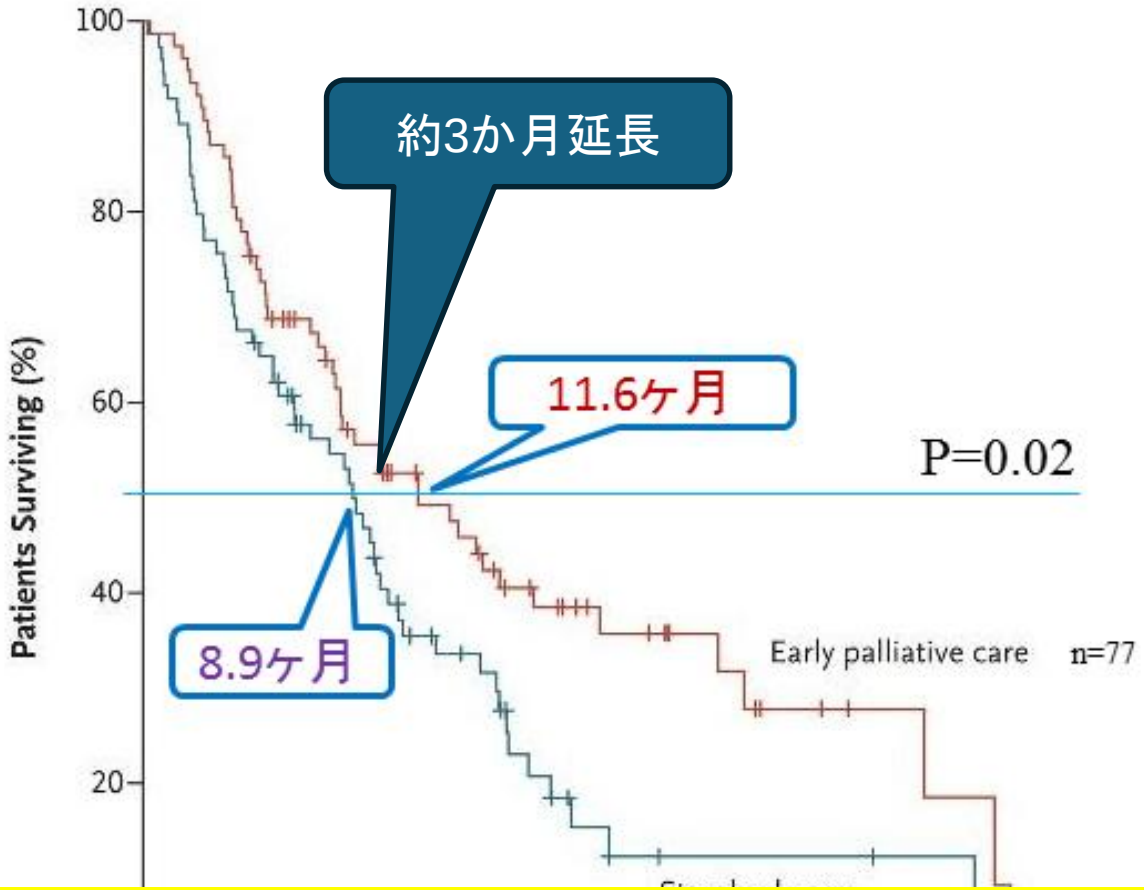
(ダイアモンドオンラインより
https://diamond.jp/articles/-/66320)

早期からの緩和ケアの介入で

予後が2.7か月延長

予後・経過理解良好

終末期に病状を理解している場合、化学療法を受ける割合低下



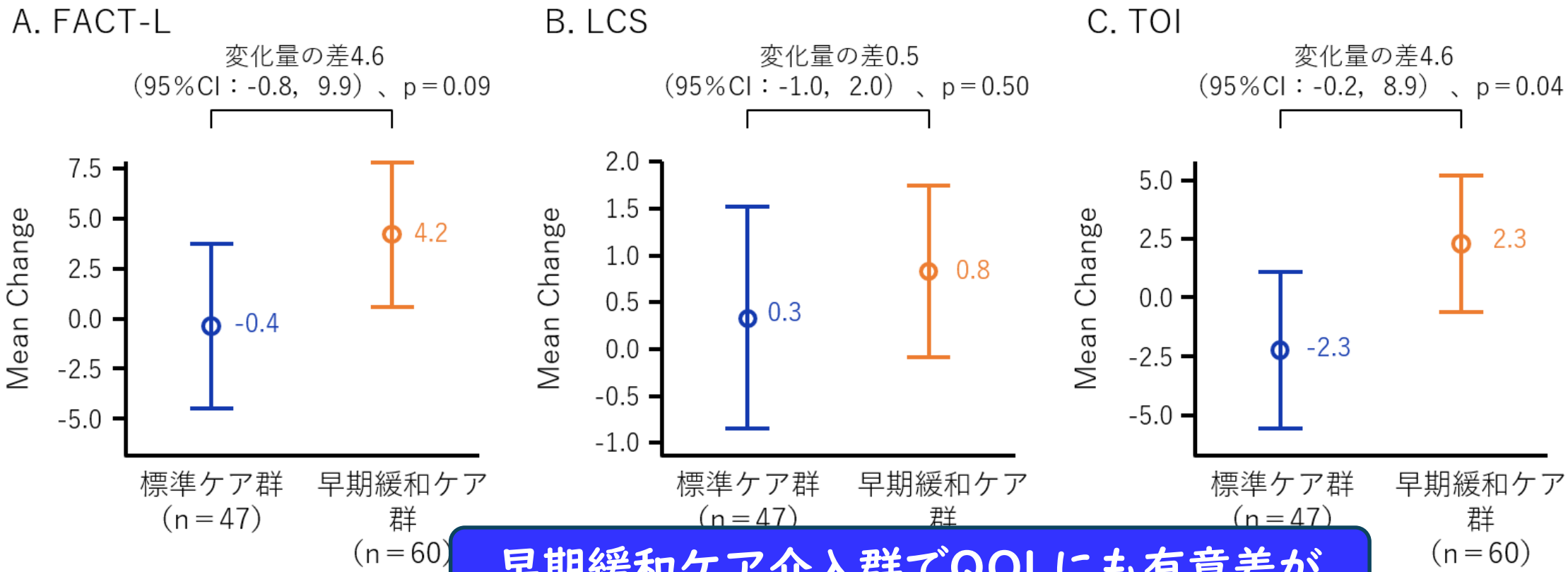
転移のある肺癌患者は、標準的な化学療法を受けるより、早期に緩和ケアに移行した方が長生き

Temel JS, et al. N Engl J Med. 2010; 363(8): 733-742

標準ケア群と早期緩和ケア群のQOLスコアの平均変化量

ベースラインから12週までのTOIスコア平均変化量は、早期緩和ケア群が2.3上昇したのに対して標準ケア群では2.3低下。2群間に有意差あり（p＝0.04）。

【海外データ】



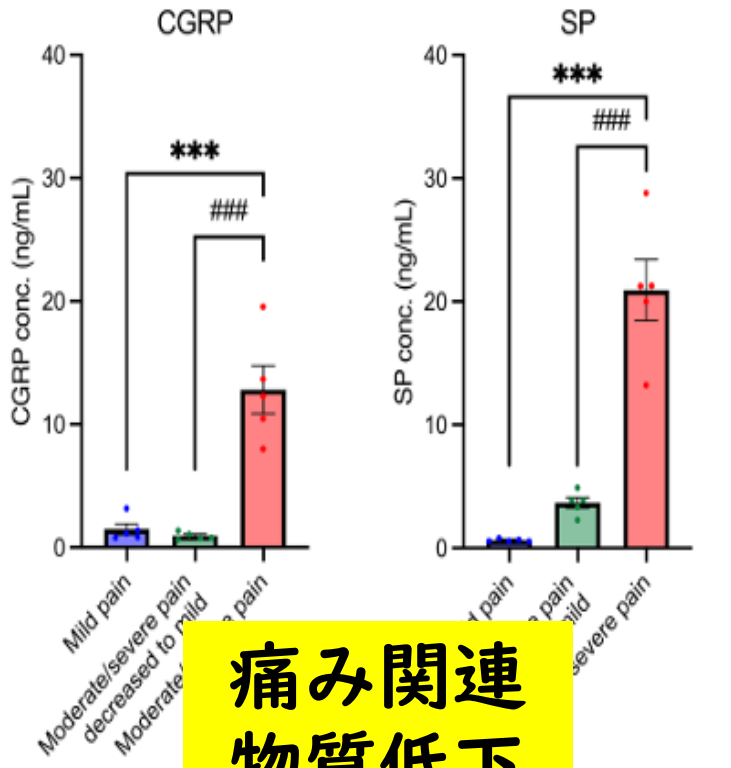
早期緩和ケア介入群でQOLにも有意差が

Temel JS, et al. N Engl J Med. 2010; 363(8): 733-742

がん患者の疼痛と生存の関係

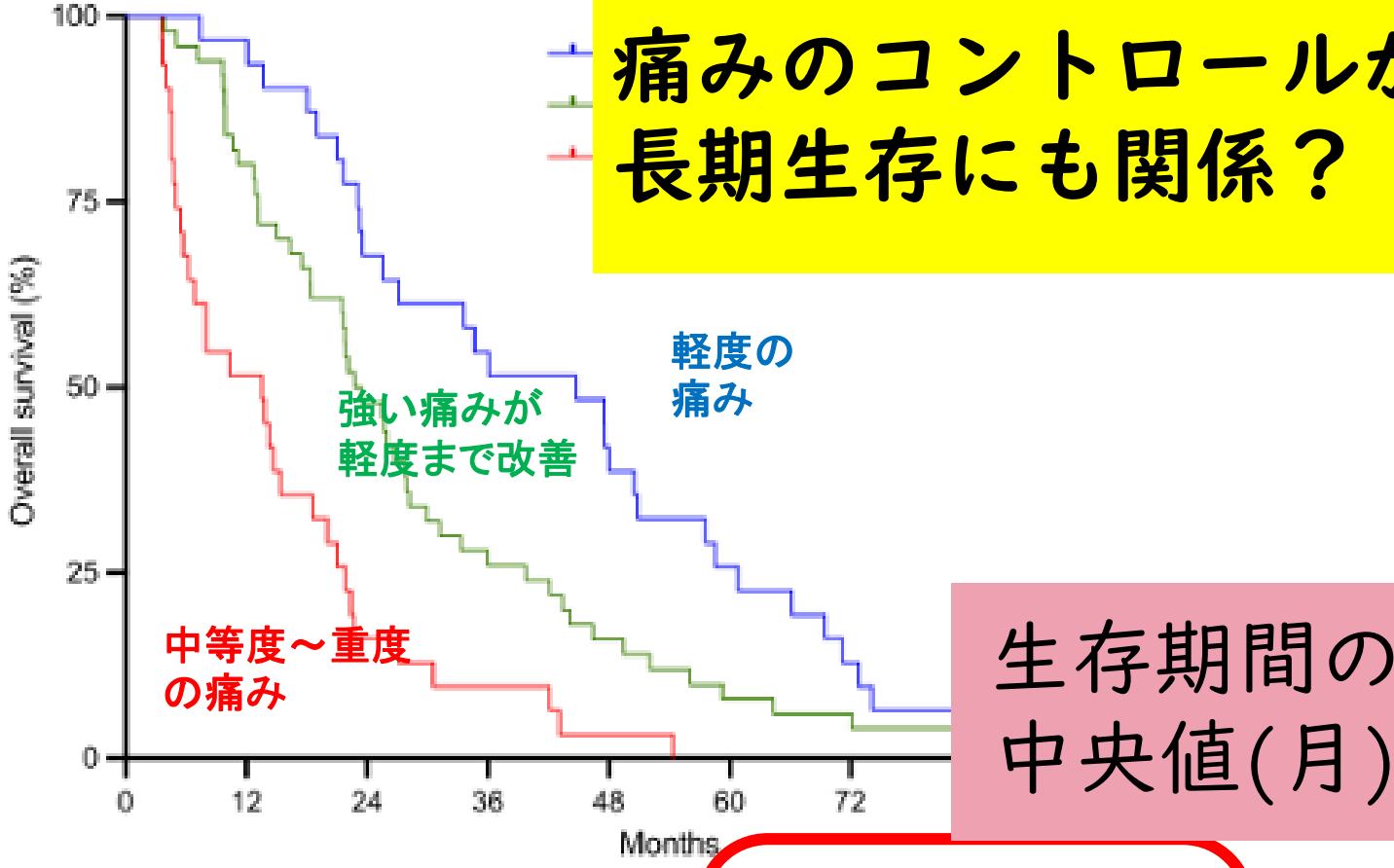
CGRP：calcitonin gene-related peptide（カルシトニン遺伝子関連ペプチド）

SP： substance P（サブスタンスP）



痛み関連物質低下

痛みのコントロールが長期生存にも関係？



生存期間の中央値(月)

	Median OS (months)
Mild pain	44.8 (95% CI: 23.5 - 57.6)
Moderate/severe pain decreased to mild	23.1 (95% CI: 18.3 - 28.2)
Moderate/severe pain	13.6 (95% CI: 5.65 - 20.1)

***
##

(Makabe H. et al., Pharmacol Res. 2026)

ようするに...

苦痛は取りましょう

QOLを改善するアプローチです

今日の話

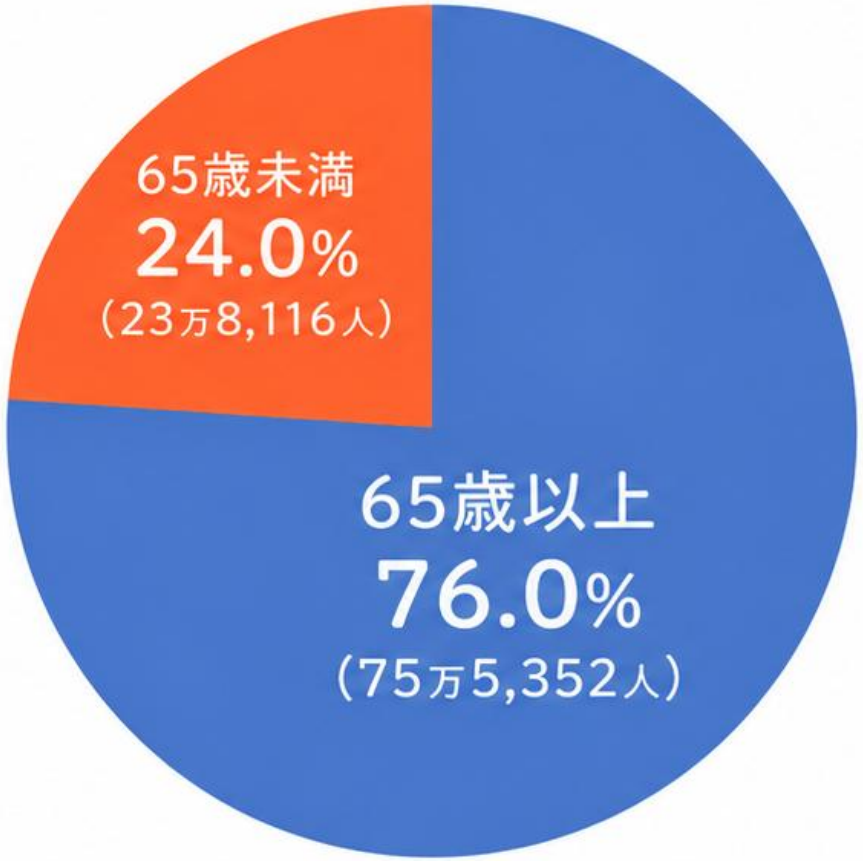
- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

今日の話

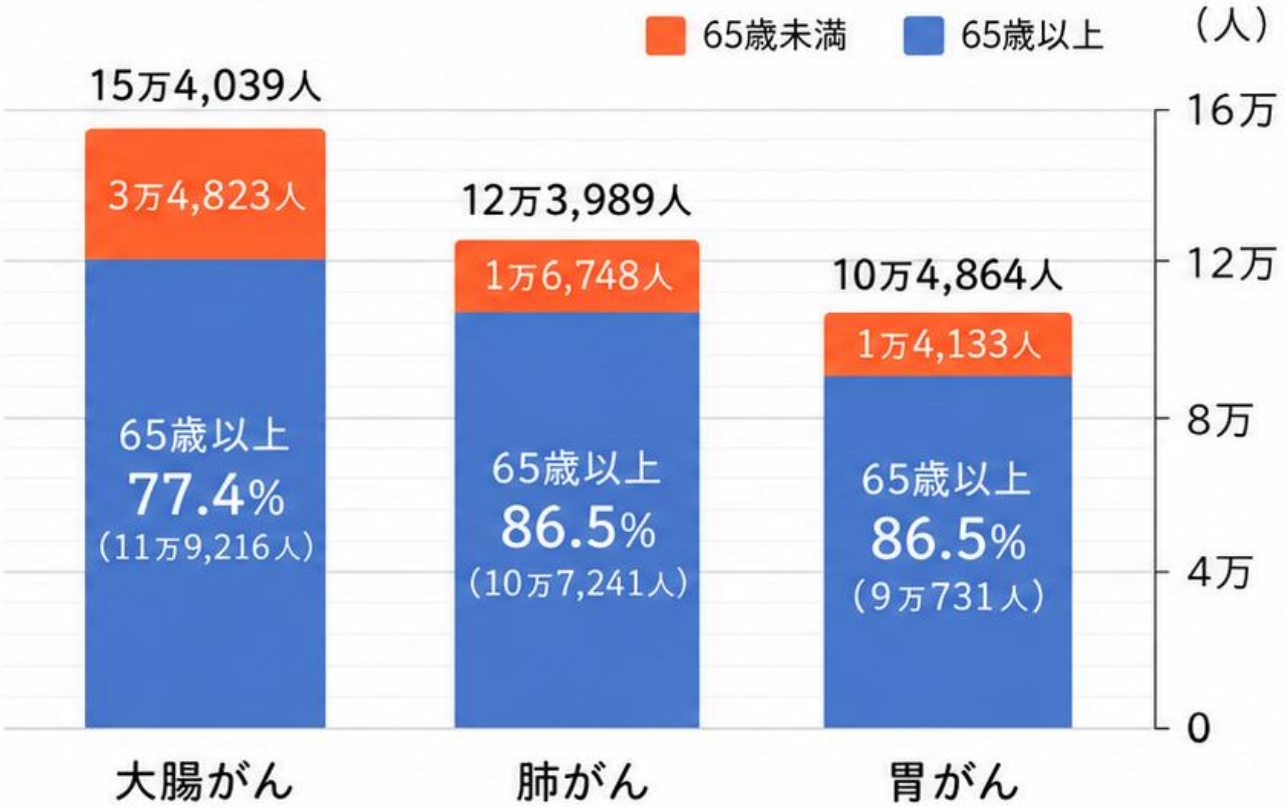
- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

高齢がん患者の割合

がん患者における高齢者の割合（2023年）



3大がんにおける高齢者の割合（2023年）



厚生労働省「2023年全国がん登録 罹患数・率報告」表2-A（2026年1月公表）より作成

高齢がん患者の増加に伴う課題

身体的課題

併存疾患の増加／ﾌﾚｲﾙ・ｻﾙｺﾍﾟﾆｱ

ポリファーマシー／治療有害事象

認知・心理的課題

認知機能低下・せん妄

治療理解や意思決定の難しさ

社会的課題

独居・老老介護／通院困難

経済的負担・家族の介護負担

医療・ケアの課題

治療効果とQOLの両立

療養場所の選択・継続的支援

年齢だけでなく、身体・認知・社会的背景を含めての評価が必要

高齢がん患者の特徴：併存疾患

ELCAPA研究（2023年）

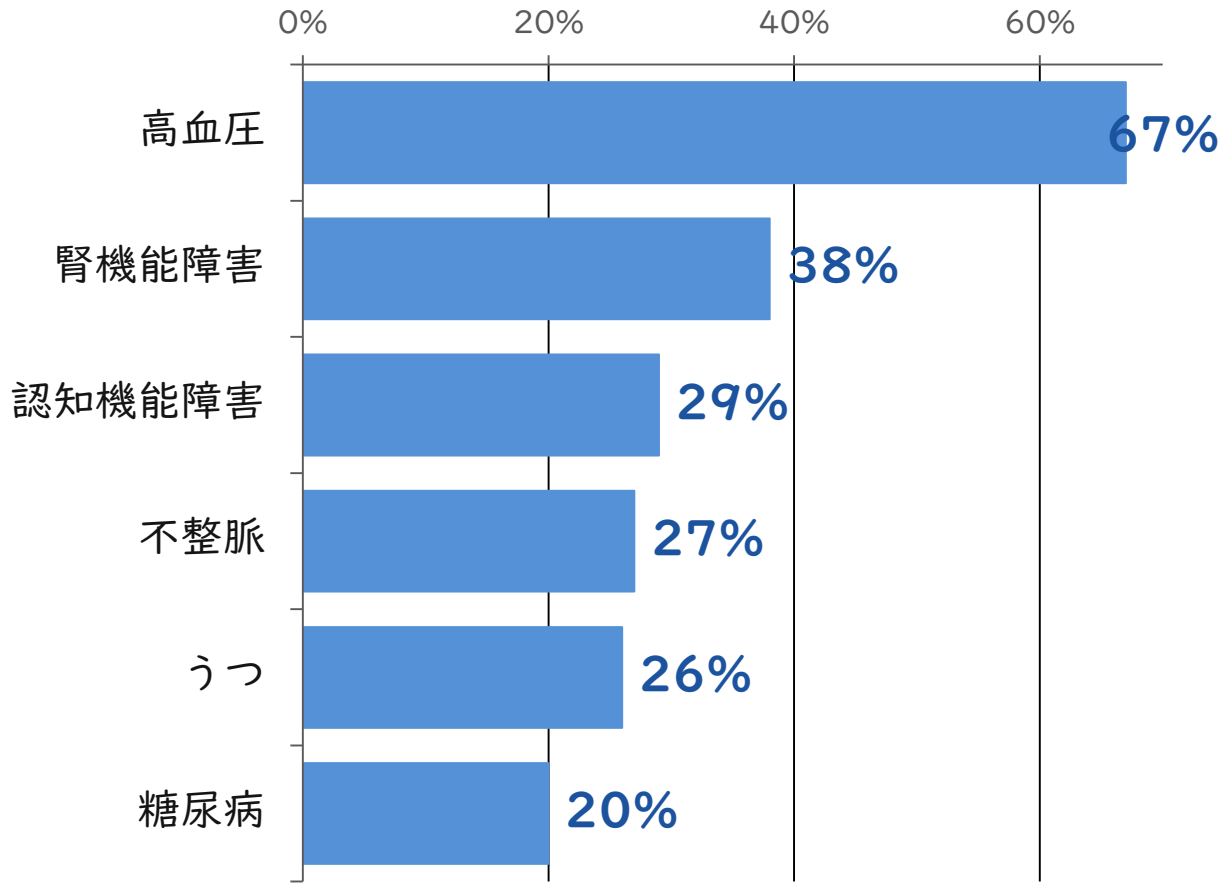
対象：70歳超のがん患者 1,551人（フランス）

年齢中央値：82歳（IQR 78-86）

主ながん種：
大腸がん、乳がん、前立腺がん、肺がん

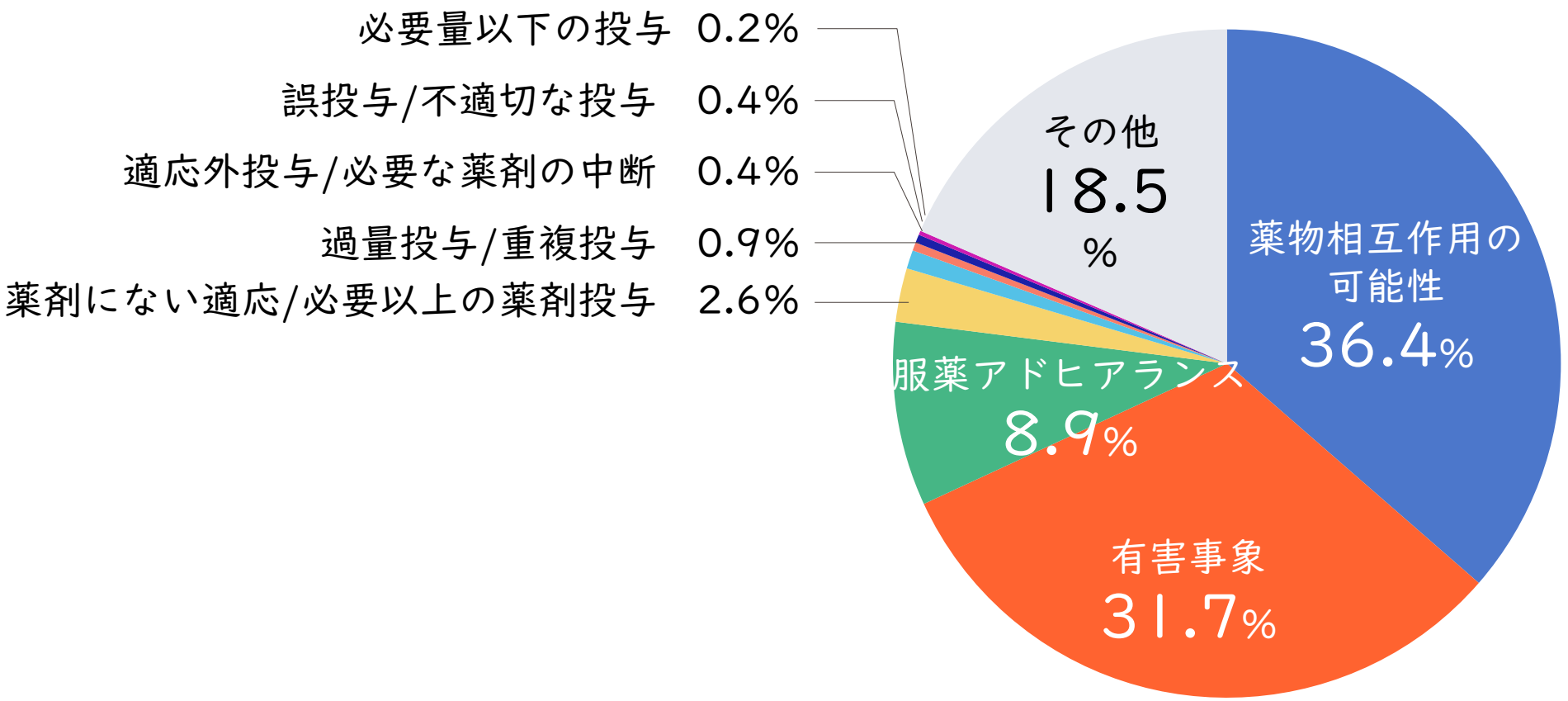
高齢がん患者では
多様な併存疾患を併せ持つ

主な併存疾患の割合



出典：Gonuguntla V, et al. Prognostic value of comorbidities in older patients with cancer: the ELCAPA cohort study. ESMO Open. 2023;8:101831. より作成

高齢がん患者におけるポリファーマシーの問題点



【対　　象】2011年1月から2012年12月の間に、3種類以上の長期投薬を受けていた国立がんセンターシンガポールの65歳以上のがん患者294名（平均年齢71.8歳）
【方　　法】患者の人口統計学的データ、医療情報、投薬リスト、薬剤関連問題、関与した薬剤等をデータベースから検索した。単変量解析(χ^2検定)を行い、年齢、性別、常用薬剤数、併存疾患数などの患者因子と薬剤関連問題との関連を検討した。薬剤関連問題に及ぼす関連因子の影響は多重ロジスティック解析、後方ステップワイズ法により評価した。
【Limitation】本試験は後ろ向き研究で二次データを利用しており、欠損情報が試験の転帰に影響を及ぼした可能性がある。患者情報や収集データは検証できず妥当性に影響している。薬物療法管理を受ける患者を対象とした単一施設試験であるため、化学療法を受ける高齢患者集団全体に一般化できない可能性がある。

Yeoh TT et al: J Geriatr Oncol 2015;6(4):280-7. より作成

加齢と薬物動態の変化

生理機能の変化	薬物動態の変化
胃内pH↑	経口薬物の吸収↓
消化管運動↓	
消化管血流量↓	
消化管表面積↓	
体脂肪率↑	脂溶性薬物の分布容積↑ 水溶性薬物の分布容積↓
体内水分量↓	
血清アルブミン↓	酸性薬物の蛋白結合率↓
肝体積↓	肝クリアランス↓
肝血流量↓	
一部の代謝酵素活性↓	
腎血流量↓	腎クリアランス↓
尿細管分泌↓	

日本がんサポーティブケア学会　厚生労働科学研究費補助金 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」．　高齢者がん医療 Q&A 総論. p205

高齢がん患者の増加に伴う課題

身体的課題

併存疾患の増加／ﾌﾚｲﾙ・ｻﾙｺﾍﾟﾆｱ

ポリファーマシー／治療有害事象

認知・心理的課題

認知機能低下・せん妄

治療理解や意思決定の難しさ

社会的課題

独居・老老介護／通院困難

経済的負担・家族の介護負担

医療・ケアの課題

治療効果とQOLの両立

療養場所の選択・継続的支援

年齢だけでなく、身体・認知・社会的背景を含めての評価が必要

高齢者機能評価

	GA	G8
正式名称	Geriatric Assessment	Geriatric 8
目的	患者の問題点を多面的に把握する	GAが必要な患者を抽出する
評価項目	身体機能、認知機能、併存疾患、栄養、心理状態、社会的支援など	食事量、体重減少、移動能力、神経心理学的問題、BMI、薬剤数、健康状態の自己評価、年齢
所要時間	評価範囲によるが、一般に数十分程度	約3～5分
結果	各領域の問題点と必要な支援が明らかになる	0～17点で評価
判定	各領域の評価結果を総合的に判断	通常14点以下でGAを検討
主な用途	治療・ケアの個別化、多職種介入	初期スクリーニング

課題への対応：GAと多職種連携

① G8でスクリーニング	支援が必要な患者を早期に把握
② 高齢者機能評価（GA）	身体機能・併存疾患・認知・栄養・服薬・社会支援を多面的に評価
③ 多職種で介入	治療調整、薬剤見直し、リハビリ、栄養・生活支援、ACP

がん治療の最適化と、その人らしい生活・QOLの維持

GAで何を評価するか

がん病態・PSに加えて、患者の生活と脆弱性を多面的に評価

身体機能　ADL・IADL・転倒歴

併存疾患　心不全・糖尿病・腎障害

栄養状態　体重減少・食事摂取

社会的支援　介護力・独居・通院手段

認知機能　物忘れ・意思決定支援

薬剤　ポリファーマシー・相互作用

心理状態　抑うつ・不安

本人の希望・QOL・ACPを全項目に重ねる

出典：高齢者がん診療ガイドライン2022 修正・増補版2025；ASCO Guideline Update 2023（GAの7領域）.

高齢者機能評価（GA）はなぜ必要か

高齢者がん診療ガイドラインに基づく、多職種による治療前評価

年齢・PSだけでは捉えにくい問題

- **認知機能** 治療理解・服薬管理
- **併存疾患** 心不全・腎機能障害
- **生活機能** 転倒・ADL低下
- **栄養・支援** 低栄養・独居

GAによって「見える化」

- ✓ 治療有害事象のリスクを把握
- ✓ 本人の目標・価値観を共有
- ✓ 介入可能な問題を特定
- ✓ 治療と支持・緩和ケアを調整

GAは「治療を制限する検査」ではなく、個別化と支援のための評価

出典：高齢者がん診療ガイドライン2022 修正・増補版2025（CQ1）；ASCO J Clin Oncol. 2023;41:4293-4312.

ようするに…

これまでどう生きてきたか

これからどう生きていきたいか

今日の話

- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

今日の話

- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

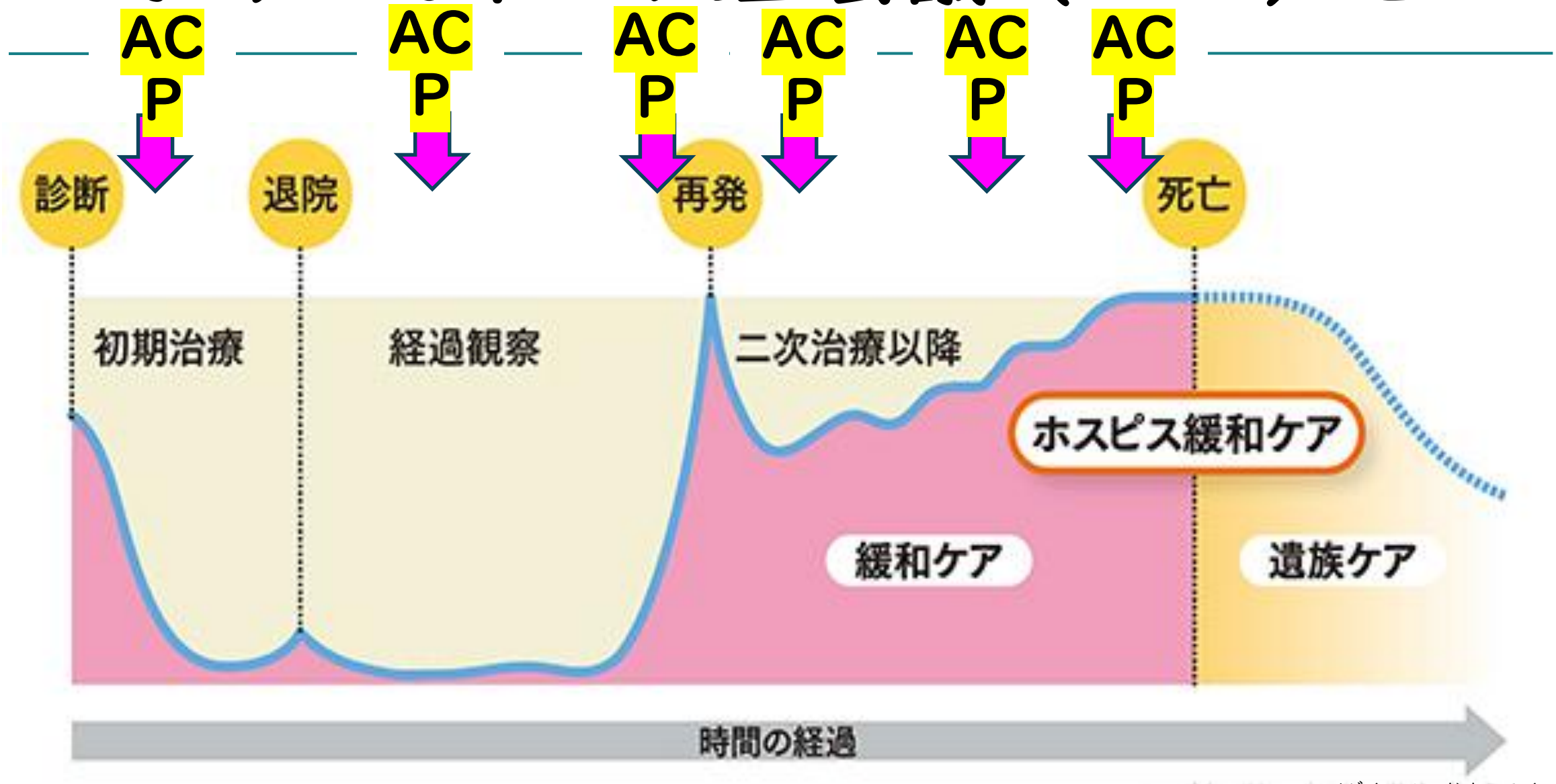
人生会議とは

人生会議とはアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の愛称で、**自らが望む人生の最終段階における医療・ケア**について、本人や家族、医療者たちと**前もって繰り返し話し合う**取り組みのこと、つまり**「もしものための話し合い」**です。



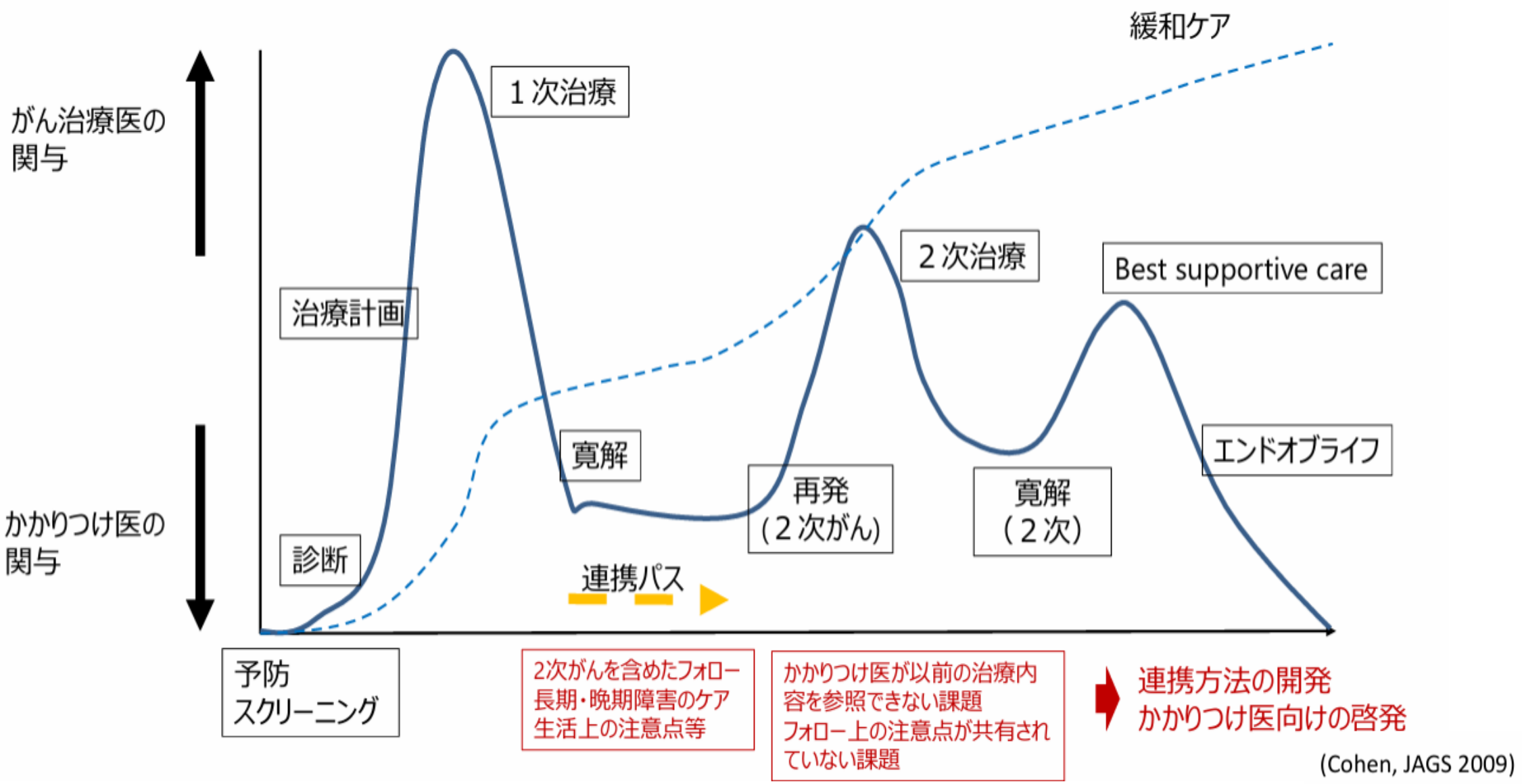
国診協HP：「よりよく生ききるための人生会議」 研修会レクチャースライドより

おりにふれて人生会議（ACP）を

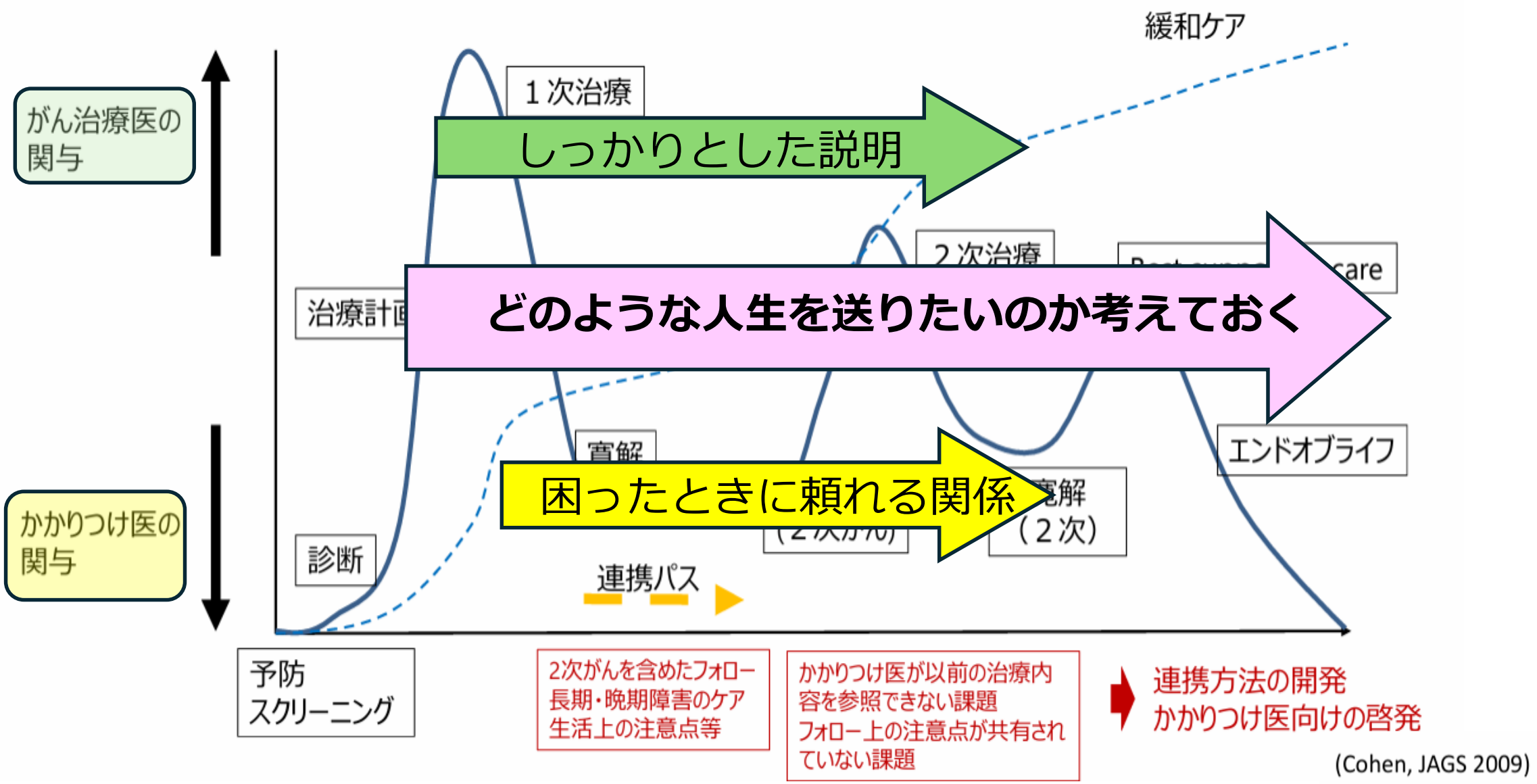


(ダイアモンドオンラインより
https://diamond.jp/articles/-/66320)

かかりつけ医等地域医療との連携



かかりつけ医等地域医療との連携



今日の話

- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

今日の話

- ✓ 高齢化とがん患者の現状
- ✓ 緩和ケアとは　–早期からの緩和ケアと症状緩和–
- ✓ 高齢がん患者の特徴と課題、その対応
- ✓ 人生会議（ACP）と多職種・地域連携
- ✓ まとめ

まとめ

がんだけでなく「患者全体」

高齢者機能評価（GA）の活用
認知症・心不全などの併存疾患、フレイル、ポリファーマシー、
生活背景を総合的に評価

適切な症状管理と早期からの緩和ケア

肝腎機能、認知機能、薬剤の副作用などに配慮した疼痛管理
丁寧な対話を通じて対応

価値観の尊重、かかりつけ医・多職種でのサポート

ご清聴ありがとうございました

