

## 高齢者における消化器がん非切除例の臨床経過

松井英男<sup>1</sup>

### 1 はじめに

当院は、在宅療養支援診療所であり、高齢者のがん患者の診療を行うことも多い。その場合、病院との連携を行いながら、ある程度の治療は尽くした上で、在宅で支持・緩和医療を行い、最後を家や施設で過ごす意向のある患者の診療にあたっている。本稿では、まず、高齢者のがん診療の総論について概説し、自験例をもとに非切除の消化器がん患者の特徴とその予後を検討する。さらに、当院の提唱する積極的緩和医療<sup>1)</sup>の実例を紹介する。なお、ここでいう、非切除とは、根治手術が行われなかった例であり、放射線化学療法をはじめとする低侵襲な治療や処置は含まれる。

### 2 高齢者のがん診療

#### 1) 高齢がん患者の特徴

高齢者の定義には一律なものはないが、あえて年齢で区切るとすれば、多くの国では65歳とすることが多い<sup>2)</sup>。本邦の医療制度では、65歳以上から75歳未満が前期高齢者、75歳以上が後期高齢者と区分されているが、医学的・生物学的根拠はない。現在の高齢者の加齢に伴う身体・心理機能の変化の出現が5~10年遅延しているとの結果から、日本老年学会や日本老年医学会から、75歳以上を高齢者とし、90歳以上を超高齢者とする提言がなされている<sup>3)</sup>。消化器がん患者における高齢者の割合も増加しており、がん死における高齢者（65歳以上）の占める割合は85%を超えている<sup>4)</sup>。高齢がん患者の特徴としては、①併存疾患とともに内服薬も多い、②各臓器の予備能が低下している、③余命が短い（人生の最終段階に近い）ので、アドバンス・ケア・プランニング(advance care planning, ACP)が必要になる、④治療意欲や意思決定能力がない、⑤根治的な治療よりも、ADLや生活能力の維持が重要になる、⑥生活機能が社会的・経済的な影響を受ける、⑦身体能力や環境が多様であり、個別の判断が必要になる、などの点が挙げられる<sup>2), 5)</sup>。

---

<sup>1</sup>医療法人社団ビジョナリー・ヘルスケア 理事長

2) 診療方針<sup>5)</sup>

高齢者は個人差が大きいことから、単に年齢だけではなく、身体的側面（PS, ADL, IADL, 栄養状態, 併存疾患）、精神・心理的側面（認知機能, 情動・気分）、さらには社会・経済的な側面（社会支援）からの評価が必要になる。この評価方法としては、老年医学の領域では、高齢者総合的機能評価(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)がある<sup>6)</sup>。これは、高齢者の病態把握のみならず、多角的な評価と介入が含まれる。なお、治療方針の決定における総合的な健康評価は、Geriatric Assessment (GA)という表現が用いられる<sup>7)</sup>。がん診療では、高齢者の脆弱性(vulnerability)に介入することは十分に行われていないのが現状であるが、2018年には米国臨床腫瘍学会(ASCO)から、「化学療法を開始する脆弱な高齢がん患者に対しての実践的な評価法と介入について」というガイドライン<sup>8)</sup>が公表された。その中で、「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」とされている。その中では最低限、①身体機能(IADL)、②転倒（過去6ヶ月間の転倒回数）、③併存症（詳細な病歴、チャールソン併存疾患指数）、④うつ(Geriatric Depression Scale, GDS)、⑤認知機能(Mini-Cog)、⑥栄養の評価(BMI)を行うことを推奨している。侵襲的な検査やがん治療を行う際には、これらの評価法により適合するか否かの判断をする<sup>5)</sup>。適合する場合は、標準的ながん治療に加えて、積極的な支持・緩和療法を行う。適合しない場合は、脆弱(vulnerable)ないしは虚弱(frail)と考えられるので、まずはがんに伴う合併症や併存症の治療を行い、改善する場合は脆弱状態と考え、治療強度を弱めた抗がん治療と支持・緩和医療を行う。改善が見られない場合は、虚弱状態なので、抗がん治療は行わず、負担の少ない支持・緩和医療を行うことになる。実際のがん診療にあたっては、がん診療における3要因、すなわち、患者側、腫瘍側、治療側の要因を考える(図1)<sup>5)</sup>。とくに、患者側の要因はより詳細に検討することが必要であり、それは、①余命が短い点、②心身の状態として、認知障害、うつ傾向、臓器障害、老年症候群の状況、③経済的・社会的な状況として、介護者が不在、経済的な弱者であるかどうか、などの点であり、がん治療担当の施設のみならず、在宅診療を含む地域の医療機関、福祉行政による介護サービス、訪問看護ステーションなどとの連携が必要になる<sup>5)</sup>。

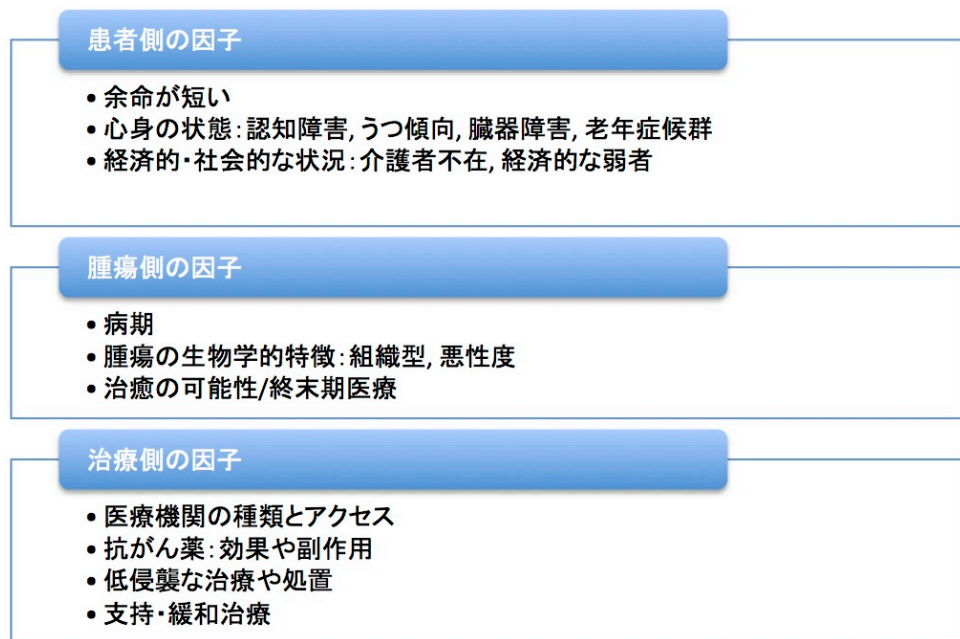


図1 高齢がん患者のがん診療（文献5 p6 図4を一部改変）

### 3) 高齢者の簡便な機能評価

先に述べた、CGAを完全に行うには時間と人手を要するので、簡便な方法としてG8がある<sup>9)</sup>。これは、①食事量の減少、②過去3ヶ月間の体重減少、③自力歩行、④神経・精神的問題、⑤BMI値、⑥1日4種類以上の内服、⑦自分の健康状態、⑧年齢、についてその程度を数値化するもので、最も良い場合は17点になる。とくに、年齢については、85歳以上の高齢者は若年者に比べてフレイルの状態であり、手術後の予後も悪いことが報告<sup>10)</sup>されており、86歳以上は0点となる（80歳から85歳は1点、80歳未満は2点）。

### 4) 支持・緩和医療

高齢者の癌患者に対して、支持・緩和医療を行う上で問題となるのが、①脱水や貧血、栄養不良、②発熱から感染症（肺炎や尿路感染）を疑った場合、③心不全などの併存疾患の増悪の場合、などの対応であろう。高齢であるから治療を控えることは原則としてできないわけであるが、当院では、がんの予後と全身状態の兼ね合いから、入院治療も含めて対応することにしており、積極的緩和医療<sup>1)</sup>と呼んでいる（症例参照）。それによって、全身状態が持ち直し、患者の苦痛などが軽減する可能性が高ければ、家族とも相談の上、試みるべきであろう。当院の場合、実際に入院治療を併用した終末期患者は、そうでない患者と比べて予後の延長効果が見られている<sup>1)</sup>。①から③のような病態に対し、日本呼吸器学会からは、2024年に「成人肺炎診療ガイドライン」<sup>11)</sup>が、日本老年医学会からは、2021年に「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン-人工

的水分・栄養補給の導入を中心として」<sup>12)</sup>が公表されている。しかしながら、実際の在宅医療の現場では、個別の対応になることが多いと思われる。

### 3 自験例の検討

#### 1) 消化器がん非切除例の生命予後

対象は、最近5年間に当院で診療した消化器がん非切除例32例であり、年齢の中央値は82.5歳（range: 67歳から101歳）と高齢であり、男性21例、女性11例で男性が多かった。消化器がんの内訳は、咽頭・食道癌と結腸・直腸癌がそれぞれ7例で最も多く、次いで胃癌6例、肝臓癌と膵臓癌が4例ずつ、胆嚢癌と胆管癌がそれぞれ1例であった（図2）。これらの患者は全例で併存疾患があり、糖尿病や高血圧、認知症が多かった。また、併存疾患やADLの低下、本人の希望などにより根治手術は行われていない。重複がん症例は7例あり、腎臓がん（1例）、膀胱がん（2例、1例は切除後）、前立腺がん（1例）、肺がん（2例）、乳がん（1例）が見られたが、胆嚢がんの1例は食道がんを合併しており、別の食道がんの1例は、肺がんと膀胱がんの3重複がんであった。食道がん症例では、全例で放射線化学療法(CRT)が施行されていた。また、直腸がん症例4例のうち3例で人工肛門造設術が施行されていた。肝臓がん症例では、ラジオ波焼灼療法（RFA）、体幹部定位放射線治療（SBRT）、肝動脈化学塞栓術（TACE）に加えて経口抗ウイルス薬による治療が行われていた。さらに、胆道がんや膵臓がんでは化学療法(GEMあるいはGnP)以外に、閉塞性黄疸に対して経皮経肝胆嚢ドレナージ（PTGBD）、胆道ステント留置、胃空腸バイパス術が行われていた。

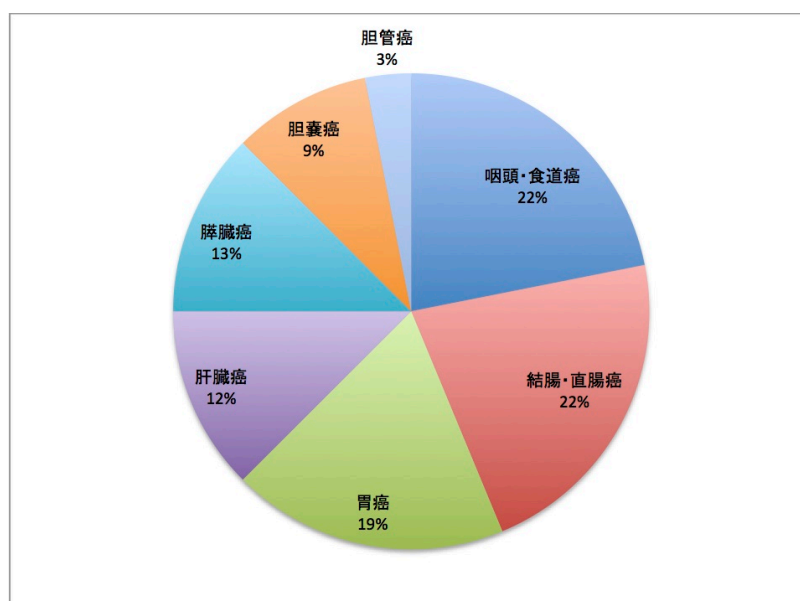


図2 消化器がん非切除例の内訳

次に、これらの患者の生命予後を **Kaplan-Meier** 法にて検討した<sup>13)</sup>。がんと診断された日から診療終了までの観察期間の中央値は 346 日であった (**range**: 18 日~5613 日)。その結果、5 年生存率は 19.3%、生存期間の中央値は 440 日であった (図 3)。これは、以前に報告<sup>14)</sup>した、在宅療養患者のうち、悪性疾患患者の予後である、1 年生存率 11.5%、生存期間の中央値 39 日とくらべると良好であった。消化器がんの非切除例であっても、在宅医療の治療初期からの介入と、非侵襲的な治療や処置により、**QOL** を保ちながら長期の療養が可能であることが明らかになった。

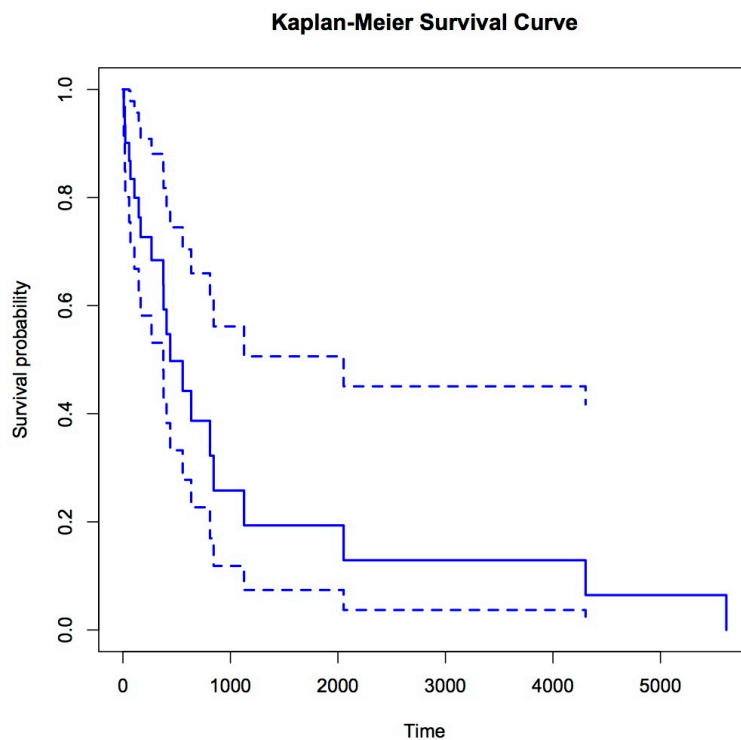


図 3 消化器がん非切除例の生命予後

## 2) 症例

### ① 70 歳代、女性、直腸癌(Rab)、併存疾患：糖尿病、うつ病

患者は、直腸がんによる腸閉塞のため、前医にて S 状結腸人工肛門を造設し、同時に見られた肛門周囲膿瘍に対して、**Seaton** 法によるドレナージ術を受け退院となった。患者は、これ以上の治療を希望されなかったため、当院が自宅での訪問診療を開始した。経口摂取を再開し、全身状態も改善したため、本人を説得し、再度別の医療機関にて再検査と治療方針の決定を行った。腹部 CT 所見では、骨盤内に直径 9cm 大の腫瘍を認め、子宮体部への浸潤、ならびに内外腸骨領域のリンパ節腫大を認めたが、腹水や遠隔

転移はなく、cT4b(子宮), cNX, cM1a(LYM), cStageIVa と診断された。化学療法後に前方骨盤内臓器全摘術などの選択肢も考えられたが、併存疾患（糖尿病、うつ病、栄養不良）や本人の同意が得られなかったこともあり、在宅にて療養を行った。経過としては、肛門部へ腫瘍が浸潤し、発熱や疼痛のコントロールが必要であった。さらに、腫瘍の後腹膜への進展によるものと思われる両下肢蜂窩織炎をきたし、抗菌薬にて治療した。その後、次第に全身状態が悪化し、診断から1年1ヶ月後に自宅で死亡された。進行直腸がんでは、経口摂取による腸閉塞が問題となるが、これによってがんが発見される場合もある。まずは、人工肛門を造設し、栄養状態を改善したあとに診断と治療をするが、切除術が行われなかった場合には、腫瘍による発熱などの全身症状、疼痛、出血などに対して、症状緩和のためにも、ある程度の積極的な治療が必要になる。

## ② 70歳代、女性、肝門部胆管がん、併存疾患：高血圧症、脊柱管狭窄症

患者は、黄疸で発症した肝門部胆管癌（cT4aN0M0, cStageIVa）症例で、根治術も選択肢にあったが、本人が希望されず、右前区域胆管にメタリックステントを留置し、ゲムシタビン(GEM)+シスプラチン療法を開始した。退院にあたって、当院が在宅診療を開始したが、1年後に胆嚢炎をきたし敗血性ショックおよびDICになったため、入院後全身管理と経皮経肝胆嚢ドレナージ術(PTGBD)を行い軽快した。この間、胆管がんの進展はなく、再度GEM単独療法を継続した。さらに半年後に下痢や嘔吐をきたし、入院精査の結果、胆管がんの十二指腸浸潤による狭窄を認めたため、十二指腸ステント留置を行い、経口摂取が可能となった。また、化学療法としてS-1単剤療法を開始したが、全身状態が悪化し、発症から1年10ヶ月後に死亡された。本例は、肝門部胆管がんの非切除例にもかかわらず、化学療法に加え、胆嚢ドレナージ、胆管・十二指腸ステントなどの処置により長期生存が得られたと考えられる。

## 4 終わりに

高齢者のがん治療では、患者側の要因である、余命、心身の状態（併存疾患、認知機能低下、臓器予備能の低下、フレイル）さらには、経済的・社会的な状況を評価しなければならず、標準治療がかならずしも最善とは言えないため、個別の対応が必要となる。本稿では、手術治療を選択しなかった高齢者の消化器がん患者がどのような経過をたどるのかを、最近の症例をもとに検討した。がんに対する在宅医療は、終末期の家での看取りということに関心が向きがちであるが、今回の検討例のように、がん治療の比較的初期から介入する積極的緩和医療<sup>1)</sup>により、進行がんであっても1年以上の長期生存が得られた。

文献

- 1 松井英男. TKC 医業経営情報. pp14-17, 2017 年 1 月号  
<https://kt-clinic.jp/global-image/units/upfiles/2846-1-20180829175745.pdf>  
 (cited 30/9/2025)
- 2 厚生労働科学研究費補助金がん対策推進総合研究事業 「高齢者消化器がん手術における診療指針策定と、指針普及・人材育成を目指した協働型意思決定支援システムおよび病院機能評価プログラムの開発」(研究代表者 丸橋 繁) 監修. 高齢者に対する消化器外科手術診療指針 2023. へるす出版. 東京. 2023
- 3 荒井英典. 日老医誌. 76:211-215, 2018
- 4 国立がん研究センター がん情報サービス「がん登録・統計」  
[https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/data/dl/index.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/data/dl/index.html) (cited 15/9/2025)
- 5 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」(編集委員長 田村和夫). 高齢者がん医療 Q&A 総論. 2020 年 3 月  
<http://jascc.jp/wp/wp-content/uploads/2020/03/501ec314f7e8e08138be7ed233062ef0.pdf> (cited 15/9/2025)
- 6 Sue Brown, A., et al. J Am Geriatr Soc. 36(4):342-347, 1988
- 7 Wildiers H, et al. J Clin Oncol. 32:2595-2603, 2014
- 8 Mohile SG, et al. J Clin Oncol. 36:2326-2347, 2018
- 9 Bellera CA, et al. Ann Oncol. 23:2166-2172, 2012
- 10 Bentrem DJ, et al. Arch Surg. 144:1013-1020, 2007
- 11 日本呼吸器学会成人肺炎診療ガイドライン 2024 作成委員会 編集. 成人肺炎診療ガイドライン 2024. メディカルビュー社. 東京. 2024
- 12 日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン・人工的水分・栄養補給の導入を中心として. 2012 (cited 20/9/2025)  
[https://www.jpn-geriatr-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](https://www.jpn-geriatr-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)
- 13 R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria.  
<https://www.R-project.org/>.
- 14 松井英男. 在医総研便 29. pp1-4, 2014  
<https://kt-clinic.jp/global-image/units/upfiles/2604-1-20140205155259.pdf>  
 (cited 30/9/2025)

“Clinical course of unresected gastrointestinal cancer in elderly patients” by Matsui, H  
in Kawasaki Takatsu Shinryo-jo kiyo 6(1):323-330, 2025

Published in 16/10/2025 (v1.8)

©Creative commons attribution 4.0 international (CC BY 4.0)