高齢者の頭頸部癌にどう対処するか —都市部の現状と対応—

大阪国際がんセンター頭頸部外科

藤 井 隆

はじめに

都市部のひとつの代表として、大阪府について簡単に紹介する。大阪府の人口は約880万人と東京都、神奈川県に次いで多い。がん専門医療機関としては、5大学の付属病院とがんセンターを含む67のがん診療連携拠点病院があり、頭頸部癌に限っても9つの頭頸部がん専門医制度指定研修施設と3つの準認定施設がある。一方、面積は約1,900km²で香川県に次いで狭いため、大阪の中心から車で1時間の範囲内に府下のほとんどの市町村が含まれ、医療機関へのアクセスの点では恵まれた環境にある。

他方、日本社会全体の高齢者人口が急速に増加する中で、都市部も例外ではなく、2018年の大阪府の高齢化率（65歳以上の人口が総人口に占める割合）27.5%は、全国平均28.1%に比べて0.6%低いだけである¹⁾。その中で大きな特徴は、65歳以上人口における独居率（65歳以上人口に占める単独世帯主の割合）であり、2015年の全国平均18.5%に比して、大阪府では23.9%と東京都に次いで高く、2020年には25.0%（全国平均は19.4%）に達し高齢者の4人に1人は独居と推計されている。さらに、

75歳以上人口における独居率も、2015年の全国平均20.6%に比して、大阪府では27.1%と高く、2020年には27.7%（全国平均は21.1%）に増加すると推計されている²⁾。

もともと飲酒喫煙による生活習慣が発癌に大きく関わっている頭頸部癌では高齢者の比率が高く、頭頸部悪性腫瘍全国登録では70歳以上が43%となっている³⁾。このような高齢者比率の高い頭頸部癌に対し、都市部のひとつのケースとして当センターの現状と対応について述べる。

I. 当センターの現状と高齢者の頭頸部癌治療における問題点

1. 急増する高齢者

日常生活を行う上で不可欠な「食べる」・「話す」に直接関係する口腔、中・下咽頭・喉頭癌を合わせると、頭頸部がん全体の約84%を占める³⁾。1985～2018年の34年間に口腔、中・下咽頭、喉頭癌に対し当科で根治治療を施行した6,078例の5年間ごとの推移をみると、65歳以上および75歳以上の症例数は2004年頃までは微増であっ

図1 口腔、中・下咽頭、喉頭癌根治治療例の高齢者数および割合の推移
—— 65歳以上 —— 75歳以上 80歳以上

表1 治療方針を立てる際の検討すべき因子

腫瘍側因子

- ・原発巣の部位
- ・進行度（TNM 病期）
- ・病理組織型，など

患者側因子

身体的因子

- ・喫煙，飲酒習慣の有無
- ・重複癌の治療歴の有無
- ・脳卒中の既往歴の有無
- ・心肺機能
- ・糖尿病の有無
- ・嚥下機能，口腔衛生など

精神的因子

- ・認知機能や理解力
- ・治療に対する意欲
- ・アルコール依存の有無
- ・ニコチン依存の有無，など

社会的因子

- ・家族関係
- ・サポート体制
- ・経済状況など

たが，2015年以降急増している（図1 A）．1985年からの5年間の年間平均は65歳以上57例，75歳以上20例，80歳以上6例であったが，2015年からの4年間の年間平均では65歳以上209例，75歳以上74例，80歳以上32例と，症例数として4倍近く増加している．また，65歳以上，75歳以上，80歳以上の占める割合は2014年までの30年間ほぼ横ばいから緩やかな増加であったが，2015年以降は高齢者の占める割合も明らかな増加傾向が見られる（図1 B）．2015～18年では，65歳以上が64.7%，75歳以上が22.8%，80歳以上が10%を占めるようになっている．

2. 高齢者の頭頸部癌治療における問題点：

頭頸部癌患者に対して治療方針を立てる際には，腫瘍側因子と患者側因子について検討を行うが（表1），高齢者では患者側因子に個人差が大きく⁴⁾，種々の合併症により治療法の制約や制限が生じることも少なくない．特に，喉頭摘出手術を除けば，治療後の誤嚥性肺炎は余命を逆に短縮させてしまう可能性もあるため，潜在的嚥下機能低下には常に注意を払う必要がある．また，認知機能や自己判断能力の低下がある場合には，インフォームド・コンセント自体が困難となる．さらに，セルフケ

アが低下している場合には，サポート体制の有無も考慮せざるを得ない．たとえば，治療後の栄養管理に関してセルフケアが必要となることが予想される場合，独居でセルフケアが不十分であれば，サポート体制を考慮した治療法の検討が必要となる．

Ⅱ. 頭頸部癌治療の目的と当センターの対応：

キーワードはセルフケア

National Comprehensive Cancer Network の「高齢者の癌治療ガイドライン」では，これまで同様，まず癌そのものが余命を短縮するか否かについて評価し，次いで意思決定能力の有無を確認した後に，癌治療が患者の目的に沿っているのかを検討するような手順が推奨されている⁵⁾．しかしながら，頭頸部癌では，甲状腺乳頭癌以外は，原疾患が比較的近い将来に余命やQOLに大きな影響を与えることがほとんどであり，また，治療後の機能障害の点から意思決定能力は不可欠である．そのため，想定される治療が患者の希望に沿っているかとリスク評価の検討が中心となる．

高齢者ががん治療に求めるものは何か？ 高齢者からは，「がんの根治＝長期生存」より，「最期まで自立した生活」を求める声がよく聞かれる．そのため，患者本人，その家族の幸せに貢献する結果につながるかを考える視点が必要となる．口腔・咽喉頭癌では，局所制御ができなければ経口摂取が不可能となり，自立した日常生活が困難となる．「QOLの維持のためには局所制御が必要であり，根治性とQOLは表裏一体となることが多い」点が，気道・食道に直接影響のある頭頸部癌がほかの癌腫と異なるところであり，高齢者では難しい点である．

当センターでは，まず腫瘍側因子からみて取り得る治療法の中で，個々の患者の制約に合わせて取捨選択を行っている．具体的には，合併症による治療の制約の有無については腫瘍循環器科や糖尿病内科などの他科の協力を得ながら，治療に伴う謬妄対策として心療緩和科受診をルーチンとしている．また，潜在的嚥下機能低下についても，治療前の嚥下機能評価（VF）をルーチンとし，喉頭温存治療の可否について放射線腫瘍科を含めたカンファレンスで検討を行っている．同時に，患者希望に沿った治療目的を明確にし，治療の選択肢を絞り込んでいる．治療目的が根治か症状緩和かによって，同じ放射線治療でも照射線量や回数，照射野の広さなどが異なり有害事象も異なるためである．これまで，当センターでは治療後の状況に応じて退院後の生活支援を多職種で行っ

〔専門医スキルアップ講座〕

てきたが、現在、治療前からセルフケアや患者背景などを評価し、治療終了後（退院後）に治療前と同様の生活が可能か？生活が成り立つようにできるためには何が必要か？などの点を多職種で検討して地域の医療機関と連携を取り、治療中からシームレスに地域での生活が継続できるようなシステムを構築中である。

おわりに

今後、都市部においては独居高齢者の増加が予想されている。頭頸部癌治療後には、日常生活で欠かせない食生活に支障が生じる場合が多いため、セルフケアが不十分な場合には、地域の医療機関と連携を取りながら治療後の生活をサポートするシステムの構築が重要である。

参考文献

- 1) 内閣府：令和元年版高齢社会白書（全体版）。4. 地域別にみた高齢化，<https://www8.cao.go.jp/kourei/white>

paper/w-2019/zenbun/pdf/1s1s_04.pdf，参照（2020-06-30）。

- 2) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）。2019（平成31）年推計，<http://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2019/gaiyo/gaiyo.pdf>，参照（2020-06-30）。
- 3) 日本頭頸部癌学会：頭頸部悪性腫瘍登録委員会。頭頸部悪性腫瘍全国登録2016年初診症の報告書，http://www.jshnc.umin.ne.jp/pdf/2016syourei_houkoku.pdf，参照（2020-06-30）。
- 4) 国立がん研究センター：がん情報サービス。年齢・全身状態別余命データ，https://ganjoho.jp/med_pro/med_info/guideline/life_expectancy.html，参照（2020-06-30）。
- 5) National Comprehensive Cancer Network：NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology version1. 2020. Older Adult Oncology，https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/senior.pdf，参照（2020-07-04）。

—地域の現状と対応—

新潟県立がんセンター新潟病院頭頸部外科

佐藤 雄一郎

はじめに

従来から、頭頸部癌治療は癌の根治と機能温存が重要とされている。放射線治療技術や新規薬剤のレジメン開発もあり、手術以外の方法で根治を目指すプロセスはますます複雑化している。そのため、放射線化学療法の質と安全を担保するには、徹底した支持療法を背景としたマネジメントが必要とされる。また、高齢者でも全身麻酔に耐え得る条件が揃えば、拡大切除による根治を目指すことが可能になるが、適格な手術適応と術後管理には経験と知識が必要である。そして、上記が実行可能な環境は、大学病院やがんセンターのような経験値のある施設であることが前提と考えられている。しかし、地方では遠隔地に在住する高齢患者も多く、地元に近い病院で治療を受けられないことにより、何らかの不利益が生じる。昨今のコロナ禍により、高齢者の中には精神的に地元に離れられない、家族も経済的に地元での治療を希望することが多くなると推測される。つまり、今後の高齢者の頭頸部癌治療は、遠隔地であっても患者負担をなるべく少なく、かつ、治療クオリティをできる限り落

とさないことも必要と考えている。そこで、地方の高齢者頭頸部癌治療の改善点を「高齢者が理想的な治療法を地域でも受けられること」と設定して問題解決の手法を用いて検討してみる。

現状把握

癌全体に頭頸部癌が占める割合は、口腔・咽頭、甲状腺がんの年齢調整罹患率（人口10万人当たり）を合わせると、肺癌、胃癌、大腸癌、乳癌、直腸癌について6位の罹患率と推定される¹⁾。当院の院内がん登録においても似たような結果が得られている。また、日本頭頸部癌学会全国調査では、総登録数2011年3,203例から2013年7,458例と増加傾向にあり、臓器別詳細は、口腔癌29.5%、喉頭癌29.4%、下咽頭癌19.8%、中咽頭癌14.7%と報告されている²⁾。本県では1986年に耳鼻咽喉科専門医による新潟県頭頸部悪性腫瘍登録委員会を発足、年1回県内全体を対象にした頭頸部癌新規症例登録、5年生存率調査を行っている。大倉らによれば1986年から1999年までの新潟県における頭頸部癌の年間登録