後期高齢者を診る（Ⅳ）

高齢者における悪性腫瘍の診療

東京大学疾患生命工学センター教授
宮　川　　清
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　高齢者における悪性腫瘍の診療ということで宮川先生にうかがいます。

高齢者はやはりがんが多いと考えてよろしいのでしょうか。

宮川　そうですね。

齊藤　どんながんが多いのでしょうか。

宮川　基本的には、若いときに発症するがんが、種類はそう大きく変化をとらずに、高齢になっても増えるということでありまして、がんの種類で大きな差が出るということはあまりないかと思います。一つのがんの中でも、高齢化とともに、予後に関して、あるいはサブタイプに関して、多少変化はありますけれども、これだけ高齢化が進みますと、がん全体が、高齢者に増えているというふうに理解されてよろしいかと思います。

齊藤　高齢者でがんを考えていくうえで、患者さん個々を診ていくということになりますか。

宮川　そうですね。若い方に比べますと、高齢者の場合、身体的な機能はもちろん、精神面も含めまして、全体的に個人の差が大きいという特徴がありますので、がんの治療の第一歩から、治療の途中も含めまして、全体の経過においてかなり大きく個人差というものが影響してくるのではないかと思います。

齊藤　そうしますと、どこまで治すかということも違ってくるということでしょうか。

宮川　そうですね。以前ですと、あまり積極的に治療をしなかった時代もあったかと思いますけれども、今はそういうことはいっさいありませんで、人によっては若い方と同じような治療をして、本当によく治る方もいらっしゃいます。その一方で、最初から根治を目指す治療はせずに、症状緩和を目的とするということに設定すべき方もいらっしゃいますので、最初、この治療のゴールをどこに置くかということをきちんと決めるということが、高齢者にとって非常に重要になってくるか

と思います。

齊藤　まずは最初の目標設定ということですね。その後、治療法の選択ということでしょうか。

宮川　そうですね。

齊藤　これはどういうことになりますか。

宮川　いざ治療のゴールが決まりまして、根治を目指すのか、あるいは根治を目指さないまでも、症状緩和を目指すのかというところでまず最初の分かれ道があるかと思いますけれども、根治をもし目指す場合を例に取ってみますと、これはまたいろいろな選択肢があるわけであります。昔からよく知られています手術療法、放射線治療、薬物療法というものが主な柱になるわけですけれども、基本的には高齢になればなるほど、侵襲が少ない治療が好まれる傾向にはあります。

ただし、その一方で、侵襲が多い治療であっても、患者さんによってはそれに十分耐えられる方もいらっしゃいますので、治療に対してどの程度耐えられるかということは、かなり多面的に評価する必要があるのではないかと思います。

齊藤　そういったことで方針決定はなかなか難しいですね。一般的にはどういうかたちで行うのがいいのでしょうか。

宮川　医療のスタッフ側にしても、なるべく複数の領域の方が集まってカンファレンスあるいはミーティング等を開くということも重要である一方、患者さんと意見を交換する際も、患者さんの家族、あるいは高齢者になりますと、介護をされる方、場合によっては家族でない方もいらっしゃるかと思いますので、そういう点では日常生活を支えている方たちも、そのような意思決定の段階で入っていただくということで、多くの方の意見をうかがって、総合的に方針を決めるということが非常に重要になってくるかと思います。

齊藤　皆さんで決めていく中で、コーディネーターというか、かじ取りはどういうことでやっていくのでしょうか。

宮川　基本的には若い方の治療と同じように、その領域の専門の医師が中心にはなるかと思いますけれども、高齢者の場合の特徴といたしましては、専門の医師のみならず、ふだんから患者さんを診ていらっしゃる、多くの場合はかかりつけ医の方、そういう方もそのような意思決定の段階になるべくご参加いただくということと、時間が取れない場合は、いろいろな方法で患者さんの評価をしていただいて、その意見を何らかのかたちでがんの専門医師にお伝えいただくということが非常に重要になってくるかと思います。

齊藤　そうしますと、専門医と開業されている医師との意思疎通がすごく重要になってくるということでしょう

か。

宮川　そうですね。

齊藤　そういうことで、治療がある程度進んで、家に帰られた後も重要になってくるということでしょうか。

宮川　そうですね。手術療法のように、１回入院して根治を目指すというような治療の場合は、退院後、リハビリテーション等がスムーズにいけば問題ないわけでありますけれども、必ずしも根治ができない場合等は、薬物療法を継続して行うということもあります。そうなりますと、長期の入院というよりは、通院しながら治療するということになりまして、その段階になりますと、いろいろな薬物療法の有害事象が出ますと、専門の医師のみならず、近くのかかりつけ医の先生がいろいろな症状に対応していただくということが必要かと思います。

齊藤　最近は薬物療法も進歩して、分子標的薬が多くなっていると聞いています。効果もよろしいのでしょうけれども、様々な問題を含んでいるということなのでしょうか。

宮川　分子標的薬というのは、言葉からいたしますと、ある特定の分子を標的とするというふうにいわれておりますけれども、現実に使ってみますと、予期せぬ有害事象が出るという特徴があります。しかも、これまでのがん治療薬と比べまして、明らかに異なる有害事象がある程度の頻度で発現するという特徴があります。

また、以前ですと、がん治療の薬物の有害事象と申しますと、悪心・嘔吐、あるいは骨髄抑制というような副作用が有名でありましたけれども、新しい治療薬では、例えば高血圧の頻度が有意に増えてくるということとか、あとは血栓症リスクの増加、呼吸器系でいいますと、間質性肺炎、このように心血管あるいは呼吸器系の命にとって重要な臓器の障害が出やすいという状況になってきます。この辺はかかりつけ医の先生方にもぜひそのサインを見逃さないようにということをお願いしたいと思います。

齊藤　そのほかにも、しびれとか、クオリティを落とすようなこともあるのでしょうか。

宮川　末梢のしびれ感というのは、その方の運動機能を著しく損なうということがありますし、最近は味覚障害として、味がどうも変わった、あるいは全然味がわからなくなった、そういう訴えをされる方も、ある種の薬物療法をしているときに見られることもあるのです。そうなりますと、それに伴って栄養状態が悪化するということがありますので、全身状態がますますそれで悪くなってしまうということで、これは神経障害の非常に早期のサインを見逃さないということが重要かと思います。

齊藤　がん治療も、在宅医療、かか

りつけ医の位置づけがすごく重要になってきているということでしょうか。

宮川　そうですね。若い方以上に、高齢者のがん治療においては、かかりつけ医の先生方のご協力が必要かと思います。

齊藤　そうしますと、基幹病院と開業されている先生方とのコミュニケーションということでしょうか。

宮川　そうですね。昔のがん治療というのはそこのコミュニケーションというのがあまり必要とされなかったかと思うのですけれども、今、あるいはこれからのがん治療というのは、まさにコミュニケーションがないと成り立たないのではないかなと思います。

齊藤　どうもありがとうございました。

編集部からのお願い

小誌をご愛読下さいましてありがとうございます。
読者の皆様に、これまでにもお知らせしておりますお願いを申し上げます。

〈綴じ込み葉書「ドクターサロン質問用紙」について〉

お寄せ頂いた「ご質問」は、２カ月に一度、ドクターサロン委員会（３人の委員兼聞き手の先生）にて採否が決定され、採用された「ご質問」に対して、週２回のラジオNIKKEIの番組「ドクターサロン」で放送回答され、回答テープを放送後にお送り申し上げております。
どうぞお気軽にご質問をお寄せ下さいますようお願い申し上げます。

ドクターサロン編集部