

Editorial

71%と50%。つまりは3人に2人、もしくは2人に1人。

3年ごとに行なわれる厚生労働省「患者調査」[最新版は平成26(2014)年]を眺めると、診療現場の姿がうっすらと透けて見えるような気がします。一日あたりの65歳以上の入院患者数は病院・一般診療所合わせて93万7300人、そのうち75歳以上は66万9400人です。0歳からの入院患者総数131万8800人に対して65歳以上はその71%、75歳以上では51%を占めています。次に、外来(歯科診療所を除く)に目を向けると65歳以上は295万2800人、75歳以上は165万4600人で、総数587万5000人に対して65歳以上は50%です(75歳以上では28%)。

いわゆる超高齢多死時代のドアが開きつつある昨今において、これらの数字から想起される病棟の雰囲気や外来の様子は、現実の臨床現場とどれほどの違いがあるのでしょうか。暴論ですがこの数値をもとにイメージすると、例えば外来化学療法を続ける肺がん患者さんと定期的に面談を行なう30代後半の医師は、2025年には総人口の約30%(3人に1人)に達するとみられている超高齢社会を先取り体験している、と言えるのかもしれませんが(そういえば取材先で、「若い人に久々に会ったよ・笑」とある呼吸器内科の医師に言われたことがありました)。

「参加大丈夫ですよ」と言っていたいたキャンサーボードや症例検討会をまわり始めた頃、登場する患者さんの年齢が一樣に高いことに少なからず衝撃を受けました。がんの治療は患者側にそれなりの負担を生じさせます。「共に生きる」というスローガンや「今や慢性疾患の一つ」というどこかで聞いたような常套句が頭を掠めていきますが、正直に告白すれば、「もうその年齢まで生きたのだから……」と思ったこともないわけではありません。しかし、それらカンファレンスやキャンサーボードに参加される現場のスタッフたちから、例えば「もう80歳だから」というようなエクスキューズを含んだ言説はほとんど聞くことがなかったように思います。

暦年齢がほとんど話題にならない、カンファレンスの焦点にならない、というこの事実は——極めて個人的な取材体験の抜粋とはいえ——高齢がん患者の診療における課題や問題点のなにかを象徴しているようにも思います。

NCCNガイドラインにあるように、高齢者診療は暦年齢

ではなくあくまで患者の状態(例えばADL)に基づき判断を行なうというのは確かにそうかもしれません。この考えに基づき、全身状態の評価がしっかりとできていれば、年齢は社会的背景に影響を与えるとしてもカンファレンスで焦点を当てるべきポイントではないのかもしれませんが。一方で、その他の領域に比べてとりわけがん診療は、先行データや参照すべきエビデンスをしっかりと見る傾向があります。にも関わらず、高齢がん患者のカンファレンスの場で、少しでも暦年齢に言及された言説が出てこないのは、なぜなのか。つまり、「参照すべきデータがないから年齢には触れないのか?」という疑問を生じさせます。

もちろん、「全身状態の評価」と「年齢に言及したエビデンスの有無」は、同じ次元の問題ではありません。とはいえ、カンファレンスの場でその他の数値が話題になるのに対して、「年齢」がまるでそこに存在しないかのように扱われていることへの違和感はある続け、それが本企画の「Over80歳」という具体的なものへとつながったのかもしれません。

ニボルマブに代表される免疫療法薬のように、がんに対する治療法はここ数年で加速度的に進化が起きています。治療の進化、医療の進化は生存年齢の引き上げに貢献し、もしかしたら人類の夢の一つである「永遠の命」近くまで、手が届きかけているのではと錯覚させます。そのような進化が進めば進むほど、これまで考える必要もなかった命題が突きつけられています(「人はいつ、どのように死ねば良いのか」)。しかし、これら倫理的な命題は、現場の、実際の診療行為の中でしか具現化されず、そのフロントラインに立つのは、患者であり、その家族であり、そして治療に関わる医療者しかいないのです。医療の進化が必ずしも人類の進化に直結しない、という論説もあり、それも真実かもしれませんが、高齢者診療とは、その先にある死のあり方も含めて何よりもプラクティカルに考えなければならない「人類の最前線の診療」と言えるのだと思います。

本特集は弊誌立ち上げのだいぶ前、佐々木先生に「高齢者ががん診療で……」とお話したことが全ての始まりでした。ご執筆いただいた全ての先生にあらためての謝辞をお伝えし、後記の終わりとさせていただきます。

『Cancer Board Square』編集室 三橋