

## 高齢化社会における抗がん剤治療を想う

消化器内科 助教 宮本 心一

平均寿命とは死亡年齢の平均ではなく、発表されたその年に誕生した人(0 歳児)の平均余命のことであり、「平均寿命－自分の年齢」で大まかな余命がわかるというのも誤解である。2014 年の日本人の平均寿命は男性が 80.5 歳(世界3位)、女性が 86.8 歳(世界 1 位)と算出され、わが国は 4 人に 1 人が 65 歳以上、8 人に 1 人が 75 歳以上という世界有数の長寿国である。この平均寿命をはじめとして総合的な保健福祉水準を示す指標の一つとして厚生労働省が毎年発表するのが簡易生命表である。その中に‘特定死因を除去した場合の平均余命の伸び(主要死因)の推移’という表があるのをご存じだろうか？この表には、がん死を除くと(がんが克服されると)平均寿命はどれくらい伸びるのか？の試算がはっきりと数字で示されている。2014 年の表によれば‘悪性新生物’を死因から除いた場合の平均寿命の伸びは男性で 3.80 歳、女性で 2.94 歳となっている。おそらく多くの国民(医療者を含め)はこの数字を‘予想外に短い’と感じるのではないだろうか？(他の死因と比べればもっとも強く平均寿命と相関してはいるのだが)。さらに驚くべきことに 10 年前(2004 年)の同表によれば男性 4.15 歳、女性 3.11 歳となっており、ここ 10 年で大きな伸びを認めていない。さらに古い統計を繰ってみれば 1985 年で男性 3.29 歳、女性 2.44 歳、1965 年で男性 2.02 歳、女性 1.98 歳とある。このデータをどのように解釈するかは統計の専門家に任せるとして、‘がん治療の進歩’は少なくとも平均寿命の伸びから見れば、想像以上にゆっくりしたもの(言い換えれば小さな寄与)であることを実感せざるを得ない。1997 年のリツキシマブ、2001 年のイマチニブから始まった分子標的治療は今や消化器がんの領域にも大きく展開され、大腸がんではベバシツズマブ、セツキシマブ、パニツムマブ、レゴラフェニブ、胃がんではトラスツズマブ、ラムシルマブ、肝がんではソラフェニブ、膵がんではエルロチニブと枚挙にいとまがない。しかしながらいつも鳴り物入りで登場する‘なんちゃらマブ’や‘かんちゃらニブ’をもってしてもこの 20 年、平均寿命全体を延ばすだけのパワーを持ちえなかったのである。外科治療の進歩による平均寿命の伸びを考慮すれば、ますます抗がん剤治療の意味づけは微妙なものになるであろうし、いわんや高齢者の抗がん剤治療には多くの問題点を内包することにわれわれは気づいているにもかかわらず、あえて目を背けて、ルーチンワークに墮しているというのが実情であろう。進行がんの高齢者を前にして、われわれはなにを基準に、どのような治療を提示していくべきであろう？上記、簡易生命表によれば 75 歳のかたががんで亡くならなくなったとして、伸びる平均余命は男性が 2.03 歳、女性が 1.36 歳である。この数値が長いのか？短いのか？今の僕にはわからない。ただしマス(医療経済的視点)で考えれば、治癒が見込めない進行がんの場合、高齢者に対する抗がん剤治療にプラスの側面を見出すことは難しい。しかしながらわれわれが日々対峙する患者さんはまぎれもない‘個’であり、それぞれに尊重すべき人生観、価値観を背負った個の集団を‘マス’として捉えることは難しいし、それはあまりに非人情的であろう。80 歳の方の一日一日の意味合いをわれわれ若造がうんぬんするのはそもそも失礼千万な話でもある。事実、高齢者でも抗がん剤が奏功し以前なら考えられないような長期生存が得られることもある。カプランマイヤー曲線を

見てエビデンスを叫びつつ、個別の治療経験を熱く語る、その自己矛盾に気づかないのががん専門医の特異体質だと思うが、高齢者の場合はエビデンスそのものが希薄であり、科学的思考の余地が少ない。それに加え、皮肉なことにマブとニボルはあまりに高価である。いまもっとも注目を集めている、免疫チェックポイント阻害剤である抗 PD-1 抗体のニボルマブは悪性黒色腫に加え、2015 年 12 月に非小細胞肺癌にも承認されたがその用法用量は 1 回 3mg/kg を 2 週間間隔で点滴静注する、というものである。薬価は 100mg で 72 万 9849 円、体重が 50kg の成人では、1 回で  $3 \times 50 \div 100 \times 729,849 \text{ 円} = 1,094,774 \text{ 円}$ ！。2 週間間隔だから、1 年を 50 週で年 25 回投与なら、 $109 \text{ 万円} \times 25 \text{ 回} = 2725 \text{ 万円/年}$ ！！、1 回 100 万円以上、年間で 3000 万円近い薬剤費がかかることになる。こうなってくるともう高齢者も若年者もあったものではない。開発に費用がかかり、マーケットが狭いという理屈は理解できても、感覚的にはむちゃくちゃ、やけくそである。1961 年以降、国民皆保険制度が 50 年以上奇跡的に堅持されてきたわが国の医療制度を根本から考え直す時期に来ているのかもしれない。

進行がんの高齢者を前にして、われわれはなにを基準に、どのような治療を提示していくべきであろう？という問いに関しては、結局、一例一例、個別に考えていくしかなく、標準治療というものを高齢者に無理に当てはめようとするのはやさしい医療ではない。病める人あつての治療であり、新薬ありきが治療ではない。‘何もしないことをする’のが正解のこともあろう。医療がいくら進歩しても命は限られたものであり、生まれるや人間は確実に’死’に向かって歩み始める。極論すれば、われわれはみな死ぬために毎日、飯食っているのである。がん治療医はそれを忘れたのか？ 忘れようとしているのか？

「常住死身」、「死生一如」、「メメント・モリ」、すべて意味するところは同じである。

2 人に 1 人はがんになる、いつかは自分の番である。高齢者の病気は風倒木に生える苔やキノコのようなもので、苔を払ってもキノコを刈っても若木に戻ることはできない、老いと病の区別ができないのはきっと不幸なことだし、それほど遠くない将来、自分の身からがんが芽吹いたとき、‘僕もがんになるくらい生きたんや’、と格好良く笑ってから泣けるような、そんな齢の重ね方をしたいと切に思う。