

マルホ皮膚科セミナー

2015年6月25日放送

「第66回日本皮膚科学会西部支部学術大会②

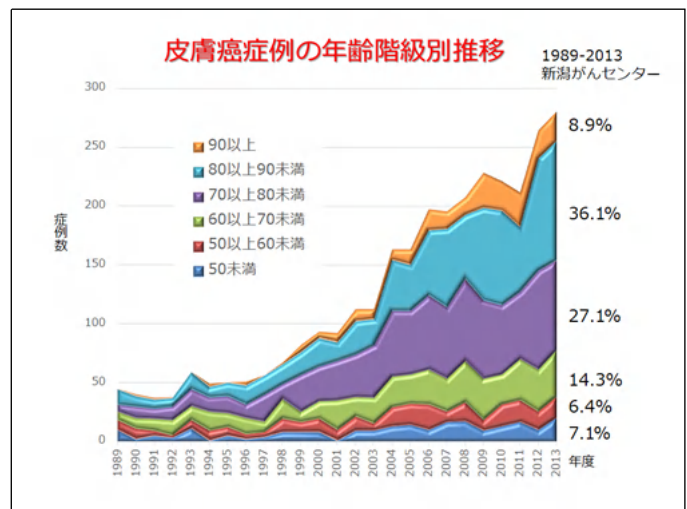
シンポジウム 2-1 皮膚癌患者の高齢化の現状と対策」

新潟県立がんセンター新潟病院
情報調査部長 竹之内 辰也

高齢者皮膚癌の現状

本日は、皮膚癌患者の高齢化の現状と対策についてお話しいたします。21世紀に入って我が国は世界一の高齢化国となりました。2013年の総務省人口推計では65歳以上の老年人口割合は25%に到達し、今後もその割合は上昇を続けることが確実とみられています。都道府県別でみますと、新潟県の老年人口割合は全国平均を上回っており、第14位の高齢化県となっています。皮膚癌というのは癌全体の中では決して多いものではなく稀少癌の代表ではありますが、近年は罹患数および死亡数ともに右肩上がり増加を続けています。それは我が国の人口動態と密接に関連していると考えられており、数の増加だけではなく、皮膚癌患者の高齢化も我々皮膚科医にとっては身近でかつ深刻な問題となっています。

新潟県立がんセンターにおいて1989年から2013年までに経験した皮膚癌症例は3,122例であり、その25年の間に年次症例数は5倍以上に増加しています。その背景としては、患者の専門病院・大病院志向や、基幹病院への集約といった地域事情も関係していますが、やはり最大の要因は人口の高齢化です。当院の皮膚癌患者数の年次推移を年齢階級別にみますと、60歳代までの患者数はそれほど変化していません。増えているのは主に70歳代以上の高齢患者であり、特に以前はほとんど見るこ

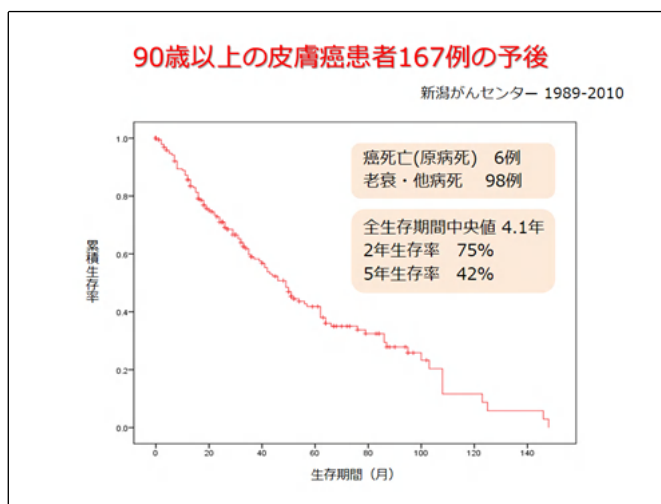
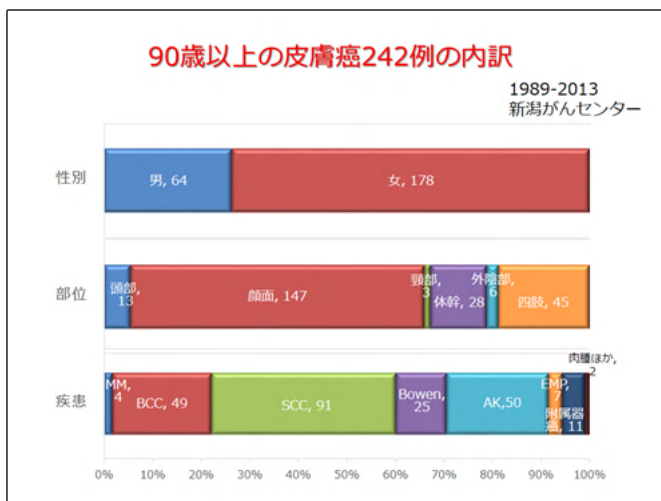
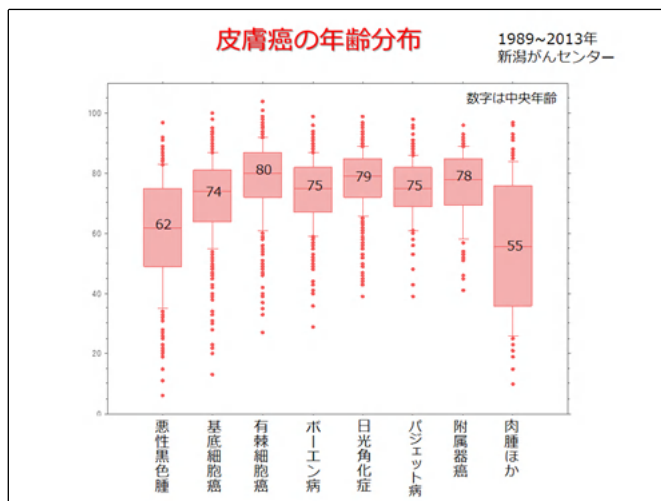


かった 90 歳以上の超高齢患者が 1 割近くを占めるに至っています。これらの高齢患者の増加が、全体の皮膚癌患者数を大きく押し上げています。しかし、癌患者の高齢化というのは皮膚癌に限った話ではなく、全ての癌種においても近年は高齢患者の増加が問題視されています。当院の院内がん登録では、毎年 3,000 例近い新規の癌症例が登録されますが、最近の 20 年間で全癌患者の平均年齢は 5 歳程度上昇しています。2009 年度の院内がん登録データをみますと、皮膚癌患者の平均年齢は 77 歳であり、肺癌は 69 歳、胃癌は 68 歳、乳癌は 55 歳でした。主要な他臓器の癌と比べても、皮膚癌患者の高齢化は顕著であることがわかります。

しかし、皮膚癌の中でもその疾患によって好発年齢は異なります。皮膚癌患者 3,122 例の中央年齢を疾患別に比較してみると、悪性黒色腫は 62 歳と比較的若年に多いものの、その他の多くは 70 歳を超えており、最も高いものは有棘細胞癌の 80 歳、次いで日光角化症の 79 歳、汗孔癌などの皮膚附属器癌が 78 歳、と続いています。

これらの皮膚癌患者の中で、90 歳以上の超高齢患者は 242 例でした。性別は平均寿命の差を反映して女性に多く、7 割以上を占めています。発生部位は顔面が最も多くて 6 割以上を占め、紫外線との関連をうかがわせます。疾患別では有棘細胞癌、日光角化症、基底細胞癌、ボーエン病の順に多くみられました。悪性黒色腫はわずかに 4 例でありました。

高齢者の癌治療を考える上においては、その年齢で予測される余命期間との兼ね合いも重要となります。そこで、2010 年までの 90 歳以上の皮膚癌患者 167 例について、その後の経過を調査しました。104 例の死亡が確認されましたが、皮膚癌による原病死は 6 例のみであり、残りの 98 例の死亡原因は老衰ないし他病死でありました。



Kaplan-Meier 法で算出した全生存期間の中央値は 4.1 年で、2 年生存率は 75%、5 年生存率は 42% でした。この結果からは、90 歳以上の皮膚癌患者の半数は 4 年以内に天寿を全うするという解釈になります。しかし、個々の患者の治療選択にあたって、そのような計算上の余命を根拠にできるはずもありませんので、実際には腫瘍の悪性度、進行度、合併症の有無、PS に加えて患者および家族の意思を尊重した上で治療方針が決定されます。

高齢者皮膚癌の治療方針

皮膚癌に限らず、高齢者の癌治療を困難にする要因は多く存在します。加齢や種々の合併症に伴って臓器の機能低下がみられるため、全身麻酔の手術に耐えられない、または化学療法も制限される症例が多くなります。そして治療自体に対する意欲が乏しく、本人のみならず家族も「もう年だから…」という理由付けをしがちです。また、外来・入院のいずれにおいても必要な治療環境が作れないケースが多くみられます。

通院負担が大きいので外来での放射線療法

や化学療法が計画できない、しかし長期の入院となると認知症の増悪や ADL の低下が避けられない、など種々の問題が発生します。そういった背景はあるにせよ、治療を行うと決めたら、まずは根治を目指すのか、それとも姑息治療かという治療目標を明確に設定する必要があります。それは当然ながら患者本位で考慮されるべきものであり、「やるだけやった」という医療者側の自己満足であってはなりません。治療の方法としては、まずは極力低侵襲での手術療法を考慮します。高齢者においては、局所麻酔での手術の適用範囲が若年者に比べると広い傾向があります。手術が不可能であれば、放射線療法や化学療法、また外用療法としてイミキモドや Mohs ペーストも重要な選択肢となります。当然、治療を全く行わないという選択をする場合もあります。高齢患者の場合には本人・家族ともに安易に未治療という選択をしがちですが、皮膚癌には増大に伴う出血、浸出液、悪臭などの問題があり、頻回の局所処置によって本人のみならず介護者の QOL も著しく低下します。放置することで予想される結果をきちんと説明して、静観自体も容易ではないことを理解してもらう必要があります。

次に、特に高齢者で問題になりがちな皮膚癌患者の終末期連携について考えてみます。当院における 1997 年から 2013 年までの皮膚癌死亡は 105 例でありました。その死亡場所の内訳をみると、当院での死亡が 52% を占め、そのほとんどは皮膚科病棟です。他院での死亡が 37% で、自宅は 9% でした。高齢患者の場合は通院負担が大きく、入院に際しても多くは付添が必要になります。そのような理由から、積極的治療を断念して緩和治療に専念

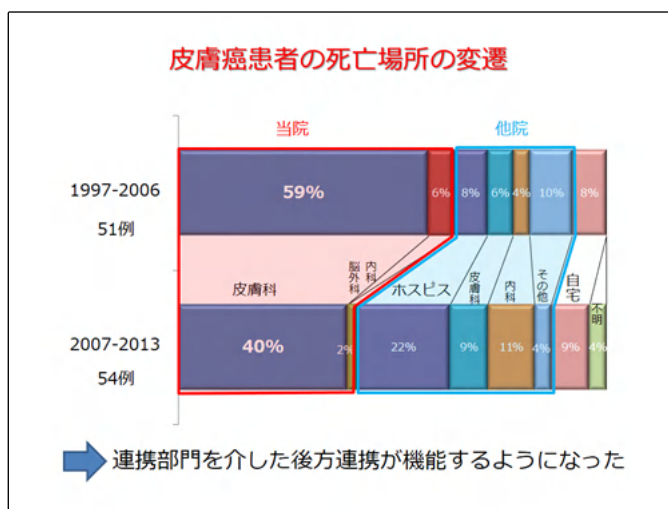
高齢者皮膚癌の治療方針を立てるにあたって

1. 治療目標の設定
 - ◆根治を目指すか、姑息治療か
 - ◆医療者側の自己満足であってはならない
2. まずは手術を考える
 - ◆極力低侵襲な術式を計画する
 - ◆高齢者は局麻手術の適用範囲は広い
3. 手術が不可なら
 - ◆放射線治療、抗癌剤治療は可能か
 - ◆外用療法（イミキモド、Mohs ペースト等）

未治療を選択する場合

- ◆それによって予想される結果をきちんと説明する
- 『静観』も容易ではないことを理解してもらう

する過程において、比較的早い段階での地元の病院への転院を希望されます。しかし、皮膚癌患者ではそこが難しい問題で、地域において皮膚科が常勤している病院が少なく、常勤であっても1人医長で終末期医療の経験が乏しい、など多くは紹介されるだけの一方通行の地域連携であり、患者側の希望に沿えずに当院で最期を迎えたケースは多くみられました。しかしながら、上半期と下半期に分けて、この死亡場所の内訳を比較してみますと、以前は皮膚癌死亡患者の6割以上が当院での死亡であったのに対して、下半期では4割程に減ってきています。その代り、他院とくにホスピスでの死亡が非常に多くなってきています。これは、新潟県内のホスピスの数が若干増えたという地域事情もありますが、最大の要因は、各施設において連携担当部署が充実し、地域における後方連携が以前よりも機能するようになった結果です。その背景としては、がん診療連携拠点病院の整備やがん対策推進基本計画の策定といった国の医療政策があります。



おわりに

ここまでの話をまとめます。皮膚癌患者の高齢化は著しく、今後もさらに進むことは確実です。その治療に際しては侵襲と効果のバランスを考慮して、十分なインフォームドコンセントの上で方針を決定する必要があります。また、高齢者皮膚癌の治療にあたっては地域での医療連携が不可欠であり、そのためにはぜひ多くの皮膚科医にがん緩和治療のスキルを身に付けて頂きたいと思えます。