

新発売

代謝拮抗剤

劇薬、処方せん医薬品 (注意-医師等の処方せんにより使用すること)

薬価基準収載

テーエスワン® 配合OD錠 T20・T25

TS-1 combination OD tablet T20・T25

テガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム配合有核型口腔内崩壊錠

※効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意、効能・効果及び用法・用量に関連する使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 資料請求先 (医薬品情報課) **TAIHO** 大鵬薬品工業株式会社 〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27 TEL.0120-20-4527 FAX.03-3293-2451 http://www.taiho.co.jp/

2013年8月作成

定価 1,575円 (本体1,500円)

CR Cancer Review

日経メディカル

2013.9.20

Autumn

がん臨床医のサポーター

<http://medical.nikkeibp.co.jp/inc/all/nmk/cr/>



特集

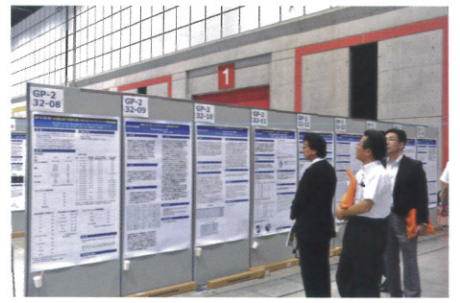
特集 第21回日本乳癌学会学術総会 研究の優先順位第1位は マルチ遺伝子検査の開発と普及

レポート

早過ぎた? 緩和ケアの移行
注目のメサドンをどのように使うか
皮膚障害で皮膚科と腫瘍内科が連携
がん診療現場に増える認知症患者 ほか

インタビュー

がん診療とIT基盤の拡充は不可分だ
順天堂大学大学院医学研究科臨床薬理学 教授 佐瀬一洋氏



● パイプライン・ウォッチ 大腸がん、膵臓がん

日経メディカル開発

がん医療現場に増える認知症 顕在化する高齢化社会の宿命

がん医療現場で認知症を合併する患者が増えている。がんも認知症も高齢であることがリスク因子となっており、合併患者の増加は不思議ではない。がん治療医にも認知症の知識が求められることになる。

兵庫県尼崎市にアルツハイマー病を専門とする大学教授が講演にやってきた。尼崎で開業する長尾和宏氏がこの講師に質問した。「がんを合併する認知症患者の診療のポイントを教えてください」。返ってきた講師の答えは、「長年アルツハイマー病患者を診ているが、がんを合併した患者を診たことはありません」。

しかし、長尾氏は反論する。「2人に1人ががんになり、8人に1人が認知症に罹患する時代に両者が合併しても珍しくもなともないのは自明。高齢化社会とはがん認知症の患者が増えていくということだ。がん認知症を合併した患者は日常診療の場では少なくない。告知、治療のアドヒアランスなどいずれも大きな問題になっている」と指摘する。「合併した患者を診たことがないとは、いかに専門家が患者をきちんと診ていないかの証明だ」。

がん治療を理解できるか

長尾氏は「認知症患者は自覚症状を訴えることが少なく、検査を受ける機会も少ない。肺がんなら呼吸困難、胃がんなら体重減少、大腸がんなら便秘閉塞などの症状が出た場合に検査して進行がんが発見される場合も少なくない」と指摘する。

通常の検査でも、認知

症患者には大きな脅威になる。「既にサブイレウスに陥っている認知症患者に、大腸内視鏡検査の前処置として1800mlの下剤を飲んでもらったらどうなるのだろうか」(同氏)。検査のリスクも説明しなければならぬが、納得してもらうことは可能だろうか。

異常行動が出始めている患者の場合、長時間じっとしていることを余儀なくされる化学療法が実行できない例もある。

自覚症状を訴えないために、薬物療法の副作用の発見が遅れるリスクも無視できない。「自ら症状を訴えないこともあり、気が付いたときには消化管穿孔などを起こしていたということもありえる。認知症を合併している患者にはより細かい観察が求められる」と同氏は指摘する。

臨床腫瘍学会の会員も苦勞

長尾氏の指摘を裏付けるアンケート調査がある。国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野長の小川朝生氏らが、日本臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医、指導医、暫定指導医932人に対して行った「高齢がん患者の課題に対するアンケート」がそれ。404人の会員から回答があったが、高齢者のがん治療で、「非常に困難を感じる」との答が最も多かったのが「認知症」だった(図)。「認知症」に続いているのが「ハイリスク(脆弱性)の評価法」「治療適応の判断」となっており、高齢がん患者が増える中で、認

知症患者の扱いが深刻な課題になっていることが伺える。

がん認知症の合併に限らず、身体症状と精神症状を合わせもつ患者に対する医療体制の整備が日本は十分でないとして小川氏は指摘する。「急性期病院では、入院患者の約50%に認知機能障害を認めるという調査もある。がん医療だけではなく、周術期患者に対して精神症状への対応が不十分で入院期間の長期化、再入院の増加という問題を生じている」

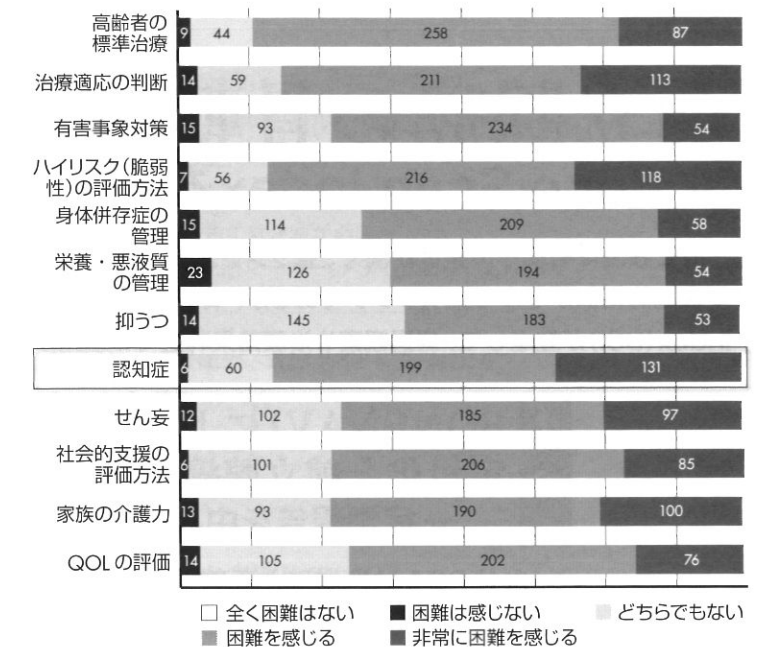
そこで、小川氏と名古屋市立大学大学院研究科精神腫瘍学教授の明智龍男氏らが中心になって、厚生労働科学研究費補助金・認知症対策総合事業の一環として、「急性期病院における認知症患者の入院・外来把握と医療者の負担軽減を目指した支援プログラム開発に関する研究」班を今年4月に立ち上げている。研究班では、認知症患者の救急外来受診の実態調査、急性期病院入院中の認知症患者の医療・ケアの全国調査、認知症患者の受け入れ適正化を目指した周術期支援体制の検討などを課題としている。

がん認知症の共通言語が必要

がん認知症が合併した患者を双方の専門から診療する体制が日本では未成熟だ。施策の面からもまだ想定外だ。認知症の早期診断・早期対応を中核に据える形で厚生労働省がまとめた「認知症施策5カ年計画(オレンジプラン)」でも、身体症状を抱えた認知症患者の位置づけが曖昧だと小川氏は指摘する。

「がん認知症の専門家の間で問題意識を共有するために、共通言語を選ぶ必要がある」と指摘する長尾氏が、その有力候補として挙げるのがCGA(Comprehensive Geriatric Assessment)だ。CGAは高齢者医療におい

図●高齢がん患者の課題に関するアンケート



(日本臨床腫瘍学会のがん薬物療法専門医、指導医、暫定指導医404名からの回答。提供：国立がん研究センター東病院臨床開発センター・小川朝生氏)

て患者の生活機能障害を的確に評価し、その軽減と予防に重点を置く老年医学の手法。日常生活動作(ADL)、精神心理的スクリーニング(認知症とうつ症状が含まれる)、介護、居住環境などの社会状況を包括的に評価する方法だ。このCGAは、小川氏の研究班の調査研究でも採用されることになっている。がん患者の治療方針の決定に当たっては、CGAが必須になる時代が来るかも知れない。

認知症が合併したがんの治療については、現場が個別の症例ごとに判断している。過剰な介入になっている例もあれば、十分な理解を残しているが、適正な治療の対象外となっている例もある。すぐに答えは出る問題ではないが、「まず合併患者に対して行われている今の医療が医学的、社会的、倫理的に正しいか検証してみることは必要」(長尾氏)であることは確か。そのためにはこの問題の存在が、医療スタッフ、介護スタッフ、そして国民に広く認知されることが第1歩といえそうだ。



国立がん研究センター東病院臨床開発センター・小川朝生氏。