

世界の視点で情報を発信する総合誌

2017 February

KōRON 2

MONTHLY

発行・株式会社財界通信社 平成2017年2月1日発行
毎月1回1日発行 第50巻2号
昭和47年11月10日第三種郵便物認可

リレー対談 宗雪 雅幸氏 VS 西岡 隆男氏

一瞬を切り取る写真が持つ情報量は活字には及ばない
しかし、人はそこから何かを読み取ろうとする

鹿島、竹中、清水、セガサミー
コナミ、ユニバーサル……

「カジノ法案成立」で欣喜雀躍？の 日本勢に死角はないのか

トランプ新大統領と電撃面談

孫正義氏の気になる「2017年の深謀遠慮」

「条件」から4年 と「痛くない死に方」

医学博士 長尾 和宏



長尾和宏
(ながお かずひろ)
医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 大阪大学卒業、大阪大学
第二内科 教授、大阪大学
1991年 大阪大学 博士(医学) 授与
1995年 大阪大学 准教授、大阪大学
1999年 大阪大学 教授、大阪大学
2000年 大阪大学 教授、大阪大学
2001年 大阪大学 教授、大阪大学
2002年 大阪大学 教授、大阪大学
2003年 大阪大学 教授、大阪大学
2004年 大阪大学 教授、大阪大学
2005年 大阪大学 教授、大阪大学
2006年 大阪大学 教授、大阪大学
2007年 大阪大学 教授、大阪大学
2008年 大阪大学 教授、大阪大学
2009年 大阪大学 教授、大阪大学
2010年 大阪大学 教授、大阪大学
2011年 大阪大学 教授、大阪大学
2012年 大阪大学 教授、大阪大学
2013年 大阪大学 教授、大阪大学
2014年 大阪大学 教授、大阪大学
2015年 大阪大学 教授、大阪大学
2016年 大阪大学 教授、大阪大学
2017年 大阪大学 教授、大阪大学
2018年 大阪大学 教授、大阪大学
2019年 大阪大学 教授、大阪大学
2020年 大阪大学 教授、大阪大学
2021年 大阪大学 教授、大阪大学
2022年 大阪大学 教授、大阪大学
2023年 大阪大学 教授、大阪大学
2024年 大阪大学 教授、大阪大学
2025年 大阪大学 教授、大阪大学

「平穏死10の 「薬のやめどき」

はいくつかの種類があるし個人差も大きい。
ただし、ご自宅での臨終で何日間も苦痛に歪んだ顔をして旅立たれた人を見たことがない。
看取りの直後、家族が必ず発する言葉がある。「先生、思ったよりずっと楽に逝きました。痛がらず苦しまず眠るように逝きました。家で看取って本当によかったです。ありがとうございます。」
「死」というのは、必ず「痛み」とセットであると多くの方がイメージしている。すごく苦しいものである。だが実際はどのようなのだろうか？
かつて病院でお看取りした1000人、0人は、もがき苦しみがら最期だった。そしてそれはがんや肝硬変

という病気のためであると思っただ。しかし町医者として10000人を在宅での平穏死として看取ったとなれば、「苦しめた犯人は私だった」と確信と反省を持って言える。
痛くない最期、苦しめない最期とは、「平穏死」という概念を市民や医療者が知れば叶うのである。がんでも認知症でも老衰でも同じである。さて、多くの医療の目的は延命である。降圧剤はもちろん、インスリンや抗がん剤、抗認知症薬も総て延命が目的である。中でも人工的色彩が強い、人工呼吸、人工栄養(胃ろう)、人工透析は三大延命治療と呼ばれている。
これらをつまて続けるのか、そして「やめどき」はあるのか、とい

書いていなかった。
願わくば在宅療養に移行する時に、本人と家族、在宅主治医、病院主治医らが一堂に会し、彼の死生観や人生の最終段階の医療についてじっくり話し合っただけで済んだ。何度かそんな話し合いを持ち、本人と家族の希望を在宅や病院スタッフ達が共有していれば、本人の苦みは最小限で済んだのではないかと。
「痛くない死に方」の「薬のやめどき」
私の日常は町医者としての外来診療と在宅医療だ。在宅患者さんのお看取りの半分は末期がんの方で、もう半分は老衰や認知症や神経難病などの、いわゆる「非がん」の方である。
「がん」「非がん」いずれも死期が近づくにつれ、家族の心身への負担は大きくなる。「最期はすごく苦しむのではないか」「私達に看取りなんてできるのだろうか」。
加えてこうも問われる。「先生、死ぬ時はすごく痛いのではないですか？」「どんなふうにも痛くないですか？」
本筋のところ、どうなのか。私はまだ死んだことがないので、すごく痛いか否か分からない。「痛み」に
一方、医学の発達で可能となった人工補助心臓や、iPS細胞を用いた再生医療などは、「開始時期」は議論されるものの「やめどき」を考へる人はいない。高齢者への多剤投与もいろんなメディアで問題になっている。実際90歳になっても10種類以上の投薬を受けておられる方は少なくない。
種類が増えるほどに当然副作用は増える。一番多い副作用パターンはふらつき→転倒→骨折→寝たきりと認知症の悪化である。東京大学老年内科の秋下教授が「薬は5つまで」(PHP研究所)で詳述しているが、高齢者になれば飲む種類を減らすべきだ。
やめた方がいい薬が沢山ある。だが肝心の「やめどき」は誰も教えてくれない。市民はそれを知っておくべきだ。
以上をまとめた拙書「薬のやめどき」「痛くない死に方」(いずれもブックマン社)が昨年末に2冊同時出版された。ご笑読頂きご意見を賜れば幸いであります。

巨泉のついでに平穏死

拙著「平穏死10の条件」がベストセラーになり4年が経過した。国を挙げて在宅看取りが推進されるとともに、「平穏死」という言葉を知る市民が増えた。

この4年間で日本の終末期医療はどう変わったのか？世の空気が少し変わりつつあるが、医療界はまだまだとも感じる。医療技術は飛躍的に進歩するため、年々さまざまな延命治療が可能になる。その結果、どこが終末期なのか年々よく分からなくなるからだ。
例えば90歳代の大動脈弁狭窄症に對してもカテーテル手術(TAVI)が普通に行なわれるようになった。がんの分野では、年間3500万円もする免疫チェックポイント阻害薬が、皮膚がんや肺がんなどに対して使われ一部の人に効果を挙げている。

かつては夢物語だったものが、医療の進歩のお蔭で一時的にでも病状を大きく改善できる範囲が拡大している。しかしそれでも人はいつか必ず死ぬ。死を少しでも遠ざけることはできて、死を避けることは100

0%できない。どんなに頑張っても、120歳が限界である。医療の加速度的な進歩に伴い「人生の最終章」が分りづらくなっているのだ。

昨年、タレントの大橋巨泉さんが咽頭がんのため82歳で旅立たれた。ご自宅での最期を望んでいたが、現実には病院の集中治療室で約3カ月間寝たきりのまま逝かれた。巨泉さんは35回の放射線照射で、酷い口内炎や喉の痛み、味覚の変化、食欲減退に耐えながらも最後まで治療を続けた。体力は低下して、「死んだほうがいい」とまで考えたようだが、生きる気力を与えたのは奥様の「私を人殺しにしないで」という言葉だったという。

昨年4月には在宅療養に移ったが、モルヒネの過剰投与(?)による極端な体力低下のため緊急入院。5月からは集中治療室入りしたものの、残念ながら3カ月後の8月に天に召されてしまった。

結局、「自宅で安楽死したい」という願いは叶わず、現実には真反対であった。巨泉さんの経過は多くの日本人のがん闘病の最期を象徴しているような気がする。あるいはあの巨泉さんでさえ「リビングウイル」を

書いていなかった。
願わくば在宅療養に移行する時に、本人と家族、在宅主治医、病院主治医らが一堂に会し、彼の死生観や人生の最終段階の医療についてじっくり話し合っただけで済んだ。何度かそんな話し合いを持ち、本人と家族の希望を在宅や病院スタッフ達が共有していれば、本人の苦みは最小限で済んだのではないかと。
「痛くない死に方」の「薬のやめどき」
私の日常は町医者としての外来診療と在宅医療だ。在宅患者さんのお看取りの半分は末期がんの方で、もう半分は老衰や認知症や神経難病などの、いわゆる「非がん」の方である。
「がん」「非がん」いずれも死期が近づくにつれ、家族の心身への負担は大きくなる。「最期はすごく苦しむのではないか」「私達に看取りなんてできるのだろうか」。
加えてこうも問われる。「先生、死ぬ時はすごく痛いのではないですか？」「どんなふうにも痛くないですか？」
本筋のところ、どうなのか。私はまだ死んだことがないので、すごく痛いか否か分からない。「痛み」に

「痛くない死に方」の「薬のやめどき」

「がん」「非がん」いずれも死期が近づくにつれ、家族の心身への負担は大きくなる。「最期はすごく苦しむのではないか」「私達に看取りなんてできるのだろうか」。
加えてこうも問われる。「先生、死ぬ時はすごく痛いのではないですか？」「どんなふうにも痛くないですか？」
本筋のところ、どうなのか。私はまだ死んだことがないので、すごく痛いか否か分からない。「痛み」に