

週刊 日本医事新報

No. 4807

2016/6/11

6月2週号

p23 特集

腸内細菌の臨床応用の可能性

- インタビュー・腸内細菌研究は「宝の山」(清野 宏)
- 腸内細菌と各種疾患—腸疾患(大草敏史)
- 腸内細菌と各種疾患—糖尿病・肥満(金澤昭雄ほか)
- 腸内細菌と各種疾患—肝疾患(本多 靖ほか)

p1 巻頭

- プラタナス:当直の夜(八田和大)
- 画像診断道場~実はこうだった:異常があるのは、左右どちらの肘関節?(大森裕子)

p7 NEWS

- 日医会長選—横倉会長と石井常任理事が立候補
- 人:岩中 督さん
- OPINION:長尾和宏の町医者で行こう!!
- 現場のホンネ:2016年度診療報酬改定へのご意見

p49 学術

- 他科への手紙:小児心臓外科→産科(藤本欣史)
- 差分解説:難治性喘息における吸入抗コリン薬の適用 他8件

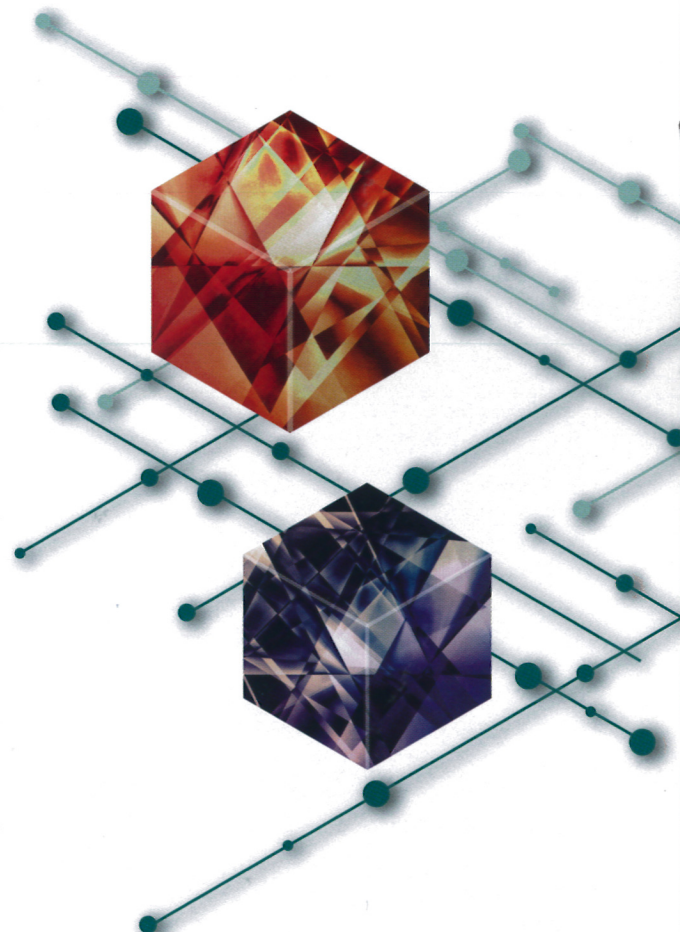
p56 質疑応答

- プロからプロへ:炎症性腸疾患の患者が妊娠した際の治療薬使用 他3件
- 臨床一般・法律・雑件:アポリポ蛋白Eの検査の仕組みは?/脂質異常症へのスタチン投与後の副作用の頻度は?/処方シールに変更があった場合の訂正方法は?/大学内で教員に与えられた研究スペースの使用権利とは?

p68 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ●エッセイ ●ええ加減でいきまっせ!
- 私の一曲(竹内 勤) ●漫画「がんばれ!猫山先生」

p77 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



尼崎発



長尾和宏の

まちいしや
町医者で
行こう!!

第62回

「治療の引き際、やめどき」

死ぬまで降圧剤を飲むのか

患者さんによく聞かれる質問がある。「先生、この降圧剤は死ぬまで飲むのですか?」。昔は「一生、飲むことになるでしょう」とあいまいに答えていたが、10年くらい前からは「必ずやめる時が来ますよ。あくまで期間限定」と答えるようになった。降圧剤のメーカーが主催する勉強会で高血圧の著名な専門家に開業医が同じ質問をしていた。ある専門家は「一生飲みます」と明言された。別の専門家は「私は一生飲むものだ」とずっと思っていたが、最近もしかしたら「やめどき」があるのではないかと考えるようになった」と答えた。私は内心、「そんなの当たり前だろう」と思ったが、降圧剤に「やめどき」という概念自体がまだないことが確認できた。

同様に、「このインスリン、死ぬまで打つの?」とか、「この認知症の薬は胃ろうになっても入れるの?」という質問を患者さんのみならずコメディカルや介護スタッフからも問われることが増えた。私は「やめどきがあります」と答えている。しかし、医療界には「治療の引き際、やめどき」という概念がまだほとんどない。

「こうなればやめてもいい。さらにこうなれば必ずやめるべきだ」という具体的な指針があれば、医師も国民も助かるのではないか。今春の診療報酬改定では2剤減薬すると点数(薬剤総合評価調整管理料)がついたが、どんな基準でそうしたほうがいいのか、という根拠もしっかり示さないと、まず減薬ありきでは患者さんは納得されない。反対に医療不信を招くかもしれない。そもそも始めるのは簡単だがやめることは困難だ。医療もしかり、趣味もしかり、人によっては結婚や恋愛もしかりである。

治療には引き際、やめどきがある

基本的にすべての医療には「引き際」ないし「やめどき」があるのではないかと考える。昨年、「抗がん剤治療をどこまで続けるのか?」というテーマの勉強会に参加した。演者の一人、抗がん剤治療の第一人者は冒頭にこう言った。「今まで、どうやって最期まで抗がん剤治療を続けようか、そればかり考えていたので、やめるということは正直一度も考えたことがなかった」。この言葉を聞いて愕然とするとともに、「そりゃ、近藤誠医師の本が飛ぶように売れるわけだ」とあらためて納得した。別の専門家は「余命3カ月だと思ったらやめるが、実際に亡くなってから逆算すると1週間前になることもある」と発言した。後からではなんとでも言える。それより、多少間違っても実際の流れの中で納得のうえでやめることが大切で、それが「満足医療」につながる。アドラー流に言うならば、まさに「やめる勇氣」である。

私も30年前、患者さんが死ぬまで抗がん剤を打っていた。医療とはそんなものだと思っていた。今思い起こすと無知とは怖いもので、本当に申し訳ないことをたくさんした。しかしその25年後に「平穏死」を提唱する立場になり、最期までフルコースという医療は人間の尊厳という観点からも明らかに間違っていることを確信するに至った。「抗がん剤治療はいい悪いではない。やめどきの問題だ」という想いから『抗がん剤10の「やめどき」』(ブクマン社)という小説を書いた。ストーリーの中に10カ所のやめどきを具体的に提示して、「あなたはどこでやめますか?」と読者に問うてみた。当然、「最期までやる」という選択肢も用意した。大きな批

判を覚悟していたが、患者さんのみならず医師からもたくさんの支持をいただき、少し安心した。

ニボルマブが露呈した医療経済学問題

ニボルマブ(商品名オプジーボ)という免疫チェックポイント阻害薬の薬剤費が年間3500万円もかかることが、あちこちで話題になっている。著効は2割程度であるとされるが、現時点ではその事前予測ができないという。いったん著効したとしても、いつかは必ず効かなくなる。ニボルマブの登場は年々高額化するがん治療薬が抱える医療経済学的な諸問題をあぶり出している。分子標的治療薬の効果を事前に予測するために遺伝子診断とマッチングが行われるのと同様に、ニボルマブにおいてもその効果を事前予測する方策の開発と普及が急がれている。しかし、たとえそれが実現したとしても、ニボルマブのように人によっては著効する薬剤ほど、徐々に効果が低下した時のやめどきを判断することが課題になるはずだ。一方、もはや意思疎通ができなくなった認知症終末期の患者さんの胃ろう栄養や、認知症を合併した高齢の透析患者さんでは、「撤退」に関する具体的指針が出てきた。

医療界は治療のやめどきという命題から決して目を背けてはならない。製薬メーカーに洗脳されっぱなしではあまりにも情けない。欧米の各医学会は積極的に「治療の引き際、やめどき」に関する指針を出している。

そもそも誰が治療のやめどきを決めるのか、という命題がある。医師か、患者か。医師会や医学会は医師が決めるべきであるという。しかし私の考えは異なる。もし患者中心の医療を本気で謳うのであれば、やめどきの模索は医師と患者の対話を通じた協働作業であるとする。医師が一方的に決めることは上から目線でパターンリズムそのもの。治療開始時にインフォームドコンセント(IC)を行うならば、やめどきにもICを行うべきだ。さまざまな医療行為は一人称、三人称と視点が違えば見解が180度異なることが稀ではない。やめどきを間違えると必ず後悔が残る。いくら良い医療を提供しても、最後に後悔が残れば台無しである。まさに「終わり良ければすべて良し」。さまざまな治療のやめどきについて、具体的議論を深めるべきである。

医療だけではない、“やめどき学”

個々の症例における治療のやめどきに関する検討も、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の重要な構成要素である。ACPの核を成すものは当然、リビングウィル(生前の意思、LW)である。しかし日本は先進国のなかで唯一、LWを国家として認めていない国である。そうした中、患者さんからの申し出を契機にやめどきを自己決定できるのではないかと考え、日本リビングウィル研究会を設立し、議論を重ねてきた。認知症とLWをテーマに第5回大会を6月18日に都内で開催する予定であるが、定員の倍以上の申し込みがあり、反響に驚いている。

多くの市民は治療のやめどきの議論を待っている。特に認知症とLWに関する関心は極めて高い。今後、各医学会はこうした命題に対してさらに力を入れるべきである。せっかくなのでガイドラインを出しても、臨床現場に周知され、実際に活用されるまでには多くの工夫とエネルギーが必要である。

やめどきを万人に押し付けるつもりはない。「死ぬまでやってほしい」という死生観も尊重されるべきだ。しかし現実にはやめどきを真剣に考えないといけない局面が今後間違いなく増加する。高齢化と医療の進歩に伴う宿命、必然である。

ACPの啓発は、広島県や長野県などで積極的に展開されている。「こころ残り」から「こころづもり」への運動であるが、人生の最終章の医療において常に念頭におくべき概念である。

私は、やめどきという概念は医療だけに限らず、さまざまな人生の営みに深く関係するのではないかと考える。仕事のやめどき、役職のやめどき、専門資格のやめどき、趣味のやめどき、デイサービスのやめどき、などなど。考えてみれば長く生きるということは、晩年は一つ一つ荷物を降ろす作業でもある。そんな想いで現在『やめどき学』という書籍を執筆しており、夏に世に出す予定である。前例のない概念なので批判を浴びるだろうが、重要な課題として医療界や一般社会にも問いかけてみたい。

なお かすひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に「認知症は歩くだけで良くなる」(山と溪谷社)など