

週刊 日本医事新報

No. 4763

2015/8/8

8月2週号

p17 特集

脳卒中リハビリの今

- 脳卒中後の攻めのリハビリ(酒向正春)
- 脳卒中による高次脳機能障害(前島伸一郎ほか)
- 脳卒中後痙縮に対するリハビリテーション(藤原俊之)

p1 巻頭

- プラタナス:カプセル内視鏡との出会い(藤森俊二)

p6 NEWS

- 胃がん検診に内視鏡検査も推奨—厚労省検討会が提言
- 成田市に「国際医療拠点」としての医学部新設へ—国家戦略特区
- 人:出沢 明さん

p38 学術

- Dr. 徳田の診断推論講座⑤ 黄疸(徳田安春)
- J-CLEAR通信:傾向スコア解析の是非を巡る話題(折笠秀樹)
- 一週一話:周術期呼吸リハビリテーションの重要性
- 差分解説:糖尿病性腎症と糖尿病性腎臓病 他8件

p56 質疑応答

- Pro⇔Pro:ACOSの疾患概念と治療 他4件
- 臨床一般:基礎疾患のない尿ケトン陽性患者の解釈 他3件

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!
- 私の一冊(大嶋健三郎) ●聞かせてください!現場のホンネ
- Information ●漫画「がんばれ!猫山先生」

p81 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



尾崎 癸



長尾和宏の

 まちいしゃ
町医者で
行こう!!

第52回

「トヨタ役員の麻薬報道と日本の緩和医療」
トヨタ女性役員の麻薬密輸報道の波紋

今年6月、オキシコドンという薬品名が一挙に有名になった。トヨタ自動車の女性役員が、オキシコドン57錠を密輸した疑いで逮捕された事件が大きく報道されたからだ。すでに役員を辞任し、悪質ではないと判断され不起訴となり、事件は一件落ち着いたかのように見える。しかしこの報道は、医療現場に大きな影を落とした。つまり先進国でもっとも遅れていると指摘されている我が国の緩和医療に「麻薬は怖いものだ」という印象を与え、冷や水を浴びせる格好になった。

オキシコドンはがん性疼痛に有効だが、本報道以降、強い痛みがあるのに医療用麻薬を拒否する患者さんが増えている。私は在宅ホスピス医として常に何人かの末期がん患者さんを診ているが、麻薬を拒否した患者さんが数人おられた。明らかに今回の報道の影響である。医療用麻薬をまだ一度も使ったことのない医師や、麻薬免許は持っているが処方経験が少ない医師にも負の影響が懸念される。

今回の女性役員の行動は国内法に触れるので、逮捕という対応は当然であろう。しかしその後、あそこまでセンセーショナルな報道をする必要があったのだろうか。医療用麻薬は必要な人に必要な量だけ使えば大きな恵みとなる。日本は米国と違い規制が大変厳しいが、それは米国のように依存症や慢性中毒を出さないためだ。せっかく種々の医療用麻薬が使える時代になったのに、あの報道以降、その恩恵に与れない患者さんが増えている。医療用麻薬への誤解を解くには、またかなりの時間が要りそうだ。今回の報道が、ただでさえ遅れている我が国の緩和医療の啓発に水を差すことを心配する一人である。

日本は医療用麻薬後進国

現在、日本の医療現場では3種類の医療用麻薬が使われている。モルヒネ、オキシコドン、フェンタニルである。米ウィスコンシン大「Pain & Policy Studies Group:PPSG」の2012年の統計によると、日本の国民1人当たりの年間オキシコドン消費量は世界71カ国中32位であった。世界平均が13.5mgに対し、日本は3.6mgとかなり少ない。一方、モルヒネ消費量でも日本は世界158カ国中42位と、先進国としては医療用麻薬の後進国である。

ちなみにオキシコドン消費量の第1位といえば断トツで米国だ。なんと世界のオキシコドンの81%が米国で消費されている。日本とは異なり、比較的容易にオキシコドンが入手できるため、痛みの治療以外に嗜好目的で使う人が増えている。その結果、依存症や慢性中毒が大きな社会問題となっている。かのマイケル・ジャクソンもオキシコドンを常用していたとテレビで放映されていたが、痛み止めではなく嗜好目的で使っていたのだろうか。

日本人の医療用麻薬消費量が少ない原因には、我慢強い国民性もあるのかもしれない。しかし市民だけでなく医師の医療用麻薬への根強い誤解もある。その背景には、麻薬に関するさまざまな歴史もあるのだろう。戦争のたびに麻薬中毒者が発生し、米国では麻薬中毒者が増えているという現実、そして今回の報道が日本における医療用麻薬の誤解を増幅させている。

たとえばモルヒネは、医療用麻薬として適正に使われれば、薬物依存や慢性中毒にならず痛みを和らげる「良薬」であり、依存性はないことが証明されている。痛みがある状態では脳内の報酬系の神経活動

は抑えられているので依存にならないのだ。しかも日本では医療用麻薬は厳しく管理されている。麻薬免許を持った医師しか処方できず、もし他人に譲渡したり不正使用すれば法に触れる。処方されたモルヒネは薬だが、譲渡した時点で不正麻薬に変わる。

緩和医療後進国でもある日本

私が医師になった1984年、研修医として勤務した新大阪にある「野戦病院」には大学病院に入りきれない末期のがん患者さんが続々と搬送されてきた。しかし当時、痛みの治療としてモルヒネはまだあまり使われていなかった。薬剤師に「プロンプトン・カクテル」というモルヒネにワインを加えた水薬をわざわざ作ってもらっていた。1989年に、モルヒネの効果が12時間続く「MSコンチン」という医療用麻薬が発売された。コンチンとは、continue (効果が持続する) という意味だが、この薬の登場は衝撃的だった。しかしそれから四半世紀経過しても日本はまだまだ緩和医療後進国である。

1993年に公開された伊丹十三監督の映画「大病人」の中には、医師のこんな台詞がある。「モルヒネ？ 冗談じゃない、中毒で廃人になったらどうするんだ！ 副作用のコントロールも大変だし、病状を進行させる危険もある。まあ、亡くなる寸前になったら考えてもいい……」。この映画からもう22年も経つが、日本の緩和医療はほとんど変わっていないことが残念だ。

モルヒネや麻薬と聞くと、反射的に眉をしかめる患者がほとんどだ。「中毒になる」「死期を早める」「最期に使う薬」というイメージがどうしても抜けない。こうした誤解はがんを扱っている医師ですら根強く、大変残念なことだ。死期を早めるどころか、モルヒネで痛みを取ると食事が摂れて活動量も増えるので命を延ばす薬である。さらに一部の医療用麻薬はがん以外の痛み、たとえば3カ月以上続く慢性疼痛にも使えることを知らない医師がまだ多い。

緩和医療は「地域」にある

先日、初診の患者さんの往診を依頼された。伺うと、乳がんの全身骨転移で七転八倒していた。がん診療連携拠点病院から出ていた薬は、ロキソニンだけであった。塩酸モルヒネ錠を処方して1錠飲ませ

ると、すぐに痛みが和らぎ、笑顔と冗談が出た。在宅ホスピス医として医療用麻薬で痛みや呼吸苦を取るととても感謝される。

一方、ある日膵臓がんのがん性疼痛で悩む人を往診すると、すでにオキシコドンが250mg処方されていた。しかし1回のレスキュー量はたった2.5mgでベース量の100分の1であった。担当のがん専門医は、「レスキューは何度飲んでもいい」と説明していたが、そもそもレスキュー量とベース量の関係を知らないようだった。こんなことはよくある。

種々の痛みは脳で感じるが、その感受性は人によって10倍、時には数百倍もの個人差がある。痛みが取れて笑顔と食欲が出るモルヒネの量は、少量から開始して徐々に増量しながら探る。その作業をタイトレーション (至適容量設定) というが、それをせずに、最少量にすえ置かれている人もいる。

私は「平穏死」や「尊厳死」と題した一般本を数冊書いているが、その根底には医療用麻薬を用いた緩和医療があることを忘れてはいけない。がん診療連携拠点病院の専門医は患者が亡くなる寸前まで抗がん剤治療に必死で、緩和医療が抜けていることが残念だ。かといって、そうした専門医は地域の在宅ホスピス医の緩和医療技術を信じてもない。現実には、がん患者の9割以上看取るクリニックがいくらかでもある。緩和医療が適切に行われないとこのような数字にはならないはずだ。緩和医療はがん診療連携拠点病院だけでなく、地域の在宅医や訪問看護師が主に担う時代である。すなわち、緩和医療はあくまで「地域」にあるはずで、病院やホスピスという「ハコモノ」だけにあるものではない。

「地域」を無視した、そして抗がん剤の「やめどき」を考えない、現在のがん医療施策に言いたいことが沢山ある。そんな気持ちを書いた拙書が世に出た。『長尾先生、「近藤誠理論」のどこが間違っているのですか？』(ブクマン社) という本だ。本書は単なる近藤誠医師の批判本ではない。がん医療界とがん患者さんに向けて書いた本だ。広くご批判を賜れば幸いである。

なお かずひろ：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「長尾和宏の死の授業」(ブクマン社) など