

新 不養生のすすめ

米国在住内科医 大西睦子

【連載 第二回】

医療麻薬は悪ではない

読者から、悲痛な声が届いた。「わたしは慢性疼痛で医療用麻薬を二年程飲んでいました。一般に言われる悪い副作用は殆ど出ず、それにより痛みは改善していましたが、医者の話によると審査が厳しくなって突然処方打ち切られました。何とか他の小さな病院や緩和ケアのところを探して薬を出してもらっていたのですが、ここでもがんの患者にしか出せない」と遂に貰えなくなりました。役所も病院も保険団体も、どこで治療を続けられるか、教えてくれません。薬を貰えず、また医者が適切な説明をしてくれず、行き場を失い苦しんでいる患者が沢山いることを知ってください」

海外から見ると、この状況はとても理解しがたい。日本では、世界に誇れる国民皆保険制度の下で、必要な医療が平等に受けられるはずだ。それに日本の医薬品市場は、米国に続き世界第二位である。高齢化社会に伴い、慢性疾患やがん患者の増加のため、医療用麻薬の消費量が多くなっても、全く不思議ではない。

ところが実際、日本の医療用麻薬の消費量は極端に少ない。

世界保健機関(WHO)の協力センターである、米国ウイスコンシン大学の「痛みと政策研究グループ(PPSG)」は、医療用麻薬によって、世界中の痛みで苦しむ人々の生活の質を向上させるための研究施設だ。PPSGは、国際麻薬統制委員会(INCB)の情報元を元に、世界の医療用麻薬の消費量を調査している。PPSGのデータによると、伝統的な医療用麻薬である「モルヒネ」の二〇一四年の一人当たりの年間平均消費量は、日本は世界百三十三万位のうち、四十七位ヨルダン、四十八位スロバキア、四十九位のバレーン王国に続き「五十位」である(表参照)。世界の平均消費量は六・二四ミリグラムで、日本は平均一・六八ミリグラム。しかも、日本のモルヒネの消費量は、〇一年をピークに減っている。

一方、モルヒネの消費量の上位には、欧米の先進諸国が名を連ねている。もちろん、それには理由がある。まず、原因が何であろうと、堪え難い痛みは、睡眠障害、抑うつや不安、体の動きの制限などをもたらし、自立性を失い、生活の質が悪化することは、これまでさんざん医学研究で報告されている。今では、「痛み」はそれ自体が病気として認識されている。同時に痛みの管理は、医学界の議論にとどまらず、WHO、国際連合(UN)やその他の国際機関を通じて、「基本的な人権」という概念にまで発展した。

一〇年に、モントリオールで開催された国際疼痛学会(IASP)では、痛みの管理を求める権利として、次の三つの要素を含む声明が発表された。「誰もが差別なく、痛みに対する治療を受ける権利」「痛みのある人は、痛みを認めてもらう。そして痛みの評価と管理の方法について知る権利」「痛みのある誰もが、訓練された医療従事者の適切な評価と治療を受ける権利」。冒頭の読者は、「慢性疼痛という理由で差別を受け、痛みを認められなかった」。つまり人権が全く無視されたことになる。

それにしても、なぜ、慢性疼痛の医療用麻薬の処方が打ち切られてしまったのだろう。関西の緩和ケア専門医に聞くと、「学会や厚生労働省は、慢性疼痛の啓発や緩和ケアの推進をしている。この観点からは矛盾していると常々考えるが、処方打ち切りは、慢性疼痛への医療用麻薬の保険査定治療、薬を認めないなど診療内容を否定するもの」のせいだ。責任の所在は、怠慢な学会と厚生労働省」と批判する。都内の緩和ケア専門医は、「厚生労働省が差別している。がんの

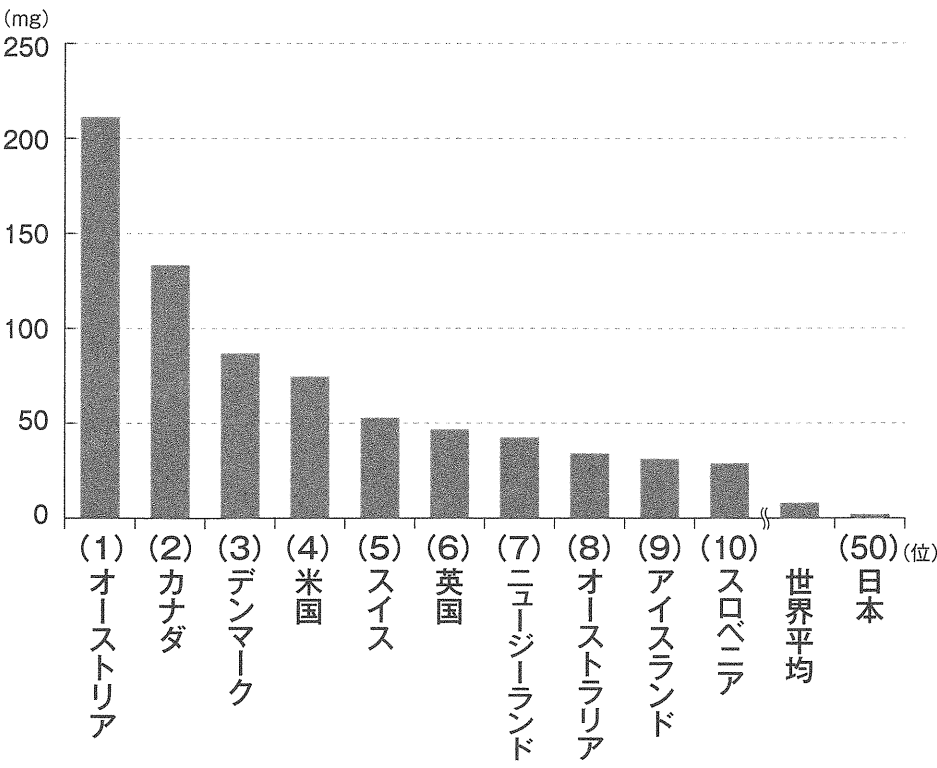
痛みと比べて、慢性疼痛への医療用麻薬の適応は限られていて、処方したくても処方できない。緩和ケア病棟もがん、AIDS患者しか入院できない。なぜか、という合理的な理由はないと思う。非がんの緩和は、ようやく、心不全が加わりつつあるくらいだ」と嘆く。

このように専門医ですら、慢性疼痛への医療用麻薬の処方に苦労している現状。ましてや、一般の医師はさらに処方難しい。日本では、医療用麻薬を処方する医師は「麻薬施用者免許」の取得が必要だ。さらに使用量を逐一記録・管理するのは麻薬管理者の仕事で、これも免許が必要である。一般的なクリニックでも都道府県知事に申請すれば、麻薬施用者免許の取得は可能であるが、手続きが大変すぎて、クリニックで働く多くの医師は、医療用麻薬を処方していない。一方、米国では、医師ならば一般的なクリニックでも医療用麻薬は処方できる。都内の内科医は、「クリニックでは、少なくとも僕は処方していないし、処方している他の医師を見たことがない。厚生労働省が非協力的なのは、使われない場合は彼らに責任はないが、使った問題が起きた場合に責任を取る必要があるからだ」と言う。INCBは、医療用麻薬の疼痛ケアの障壁のひとつに、過度に厳しい規制を挙げている。

また医師側にも問題がある。前出の関西の緩和ケア専門医は、「医師の医療用麻薬に関する知識不足や意識の低さは、医学教育に問題がある。医師が教育を受ける機会が皆無に近い」と嘆く。都内の緩和ケア専門医は、「日本では慢性疼痛で、作用の強い医療用麻薬まで使用する例はまれと考えられている。多くの患者は、それ以外の痛み止めで改善が得られている(少なくとも医師は)考えていると思う」と言う。

こうした日本独特の医療文化が、社会の医療用麻薬に対する根強い偏見を生み出している。「医療用麻薬は、がんの末期に使う薬、死を早める薬、中毒になる薬」と勘違いしている人が多い。もちろん医療用麻薬は、使用法を誤ると極めて危険な薬だ。しかし適正に使用すれば、依存性なく、痛みを緩和し、生活の質が向上し、自立し

■世界のモルヒネの消費量(1人当たりの年間平均)



出典:米・ウイスコンシン大学/痛みと政策研究グループ,2014

た生活が送れる。

一五年、医学誌「PLOS ONE」に掲載された愛知医科大学の研究者らの報告によると、約四〇%(平均年齢五十七・七歳)もの日本人が慢性疼痛をもつ。高齢化

社会に伴い、その数は増えるだろう。今こそ、差別や偏見なしに、誰もが適切な痛みの治療を受けられるシステムを作る時だ。

千辛万苦が続く冒頭の患者の叫びに、耳を傾ける者はいないのか。

I have come this evening to talk with you on one of the g
human freedom. I have chosen to discuss it here in Fran
of human freedom. I have long ago studied the history of the
Declaration of the Rights of Man was proclaimed, and th
equality, fraternity - fired the imagination of men. I hav
has been the scene of the greatest historic battles betwee
the early days of the General Assembly because the issue

選択

5

MAY, 2017 VOL.43 NO.5
三万人のための情報誌
2017年5月1日発行 昭和50年3月17日 第三種郵便物認可
第43巻第5号通巻507号 毎月1日発行

