

新薬と臨床

2016 January

1

第65巻 No.1

総説

Dupuytren拘縮治療の新たな展開……………名古屋大学 平田 仁・ 2(2)

アルドステロンの多彩な生理作用と
ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬の降圧機序……………ファイザー(株) 高橋 尚子・ 13(13)

日本におけるバイオ後続品の開発……………ファイザー(株) 田邊 康祐・ 29(29)

原著

—診療の実際から—
ニフレック®・ガスモチン®併用による
バリウム注腸X線造影検査前処置の
市販後使用実態下における安全性および有効性の調査……………味の素製薬(株) 本多 哲也・ 45(45)

アルツハイマー病における改訂クリクトン尺度の
簡易ADL尺度としての有用性について……………東北大学大学院 石原 哲郎・ 62(62)

—サプリメント—
冬虫夏草子実抽出エキスのLOH症候群の症状改善効果……………長瀬医新クリニック 横山 博美・ 68(68)

メディカルスクウェア

脳梗塞再発予防における抗血栓療法のポイント……………順天堂大学医学部附属浦安病院 卜部 貴夫・ 77(77)

成人期注意欠如多動性障害 (ADHD) における
診断と治療のポイント……………東京慈恵会医科大学 小野 和哉・ 83(83)

慢性疲労症候群の診断と治療の実際……………関西福祉科学大学 倉恒 弘彦・ 91(91)

“痛い”と“やめる”……………新潟県立リウマチセンター 伊藤 聡・ 101(101)

指定難病最前線

嚢胞性線維症の現状とその対応……………近畿大学 竹山 宜典・ 107(107)

シトステロール血症の現状とその対応……………福島県立医科大学 塚本 和久・ 111(111)

メンケス病の現状とその対応……………帝京大学医学部附属病院 児玉 浩子・ 116(116)

連載 私の死生学・死生観—医療者から医療者へ、そして患者へ—⑤

無常の中にある終活……………長尾クリニック 長尾 和宏・ 121(121)

▶ Medical News in Brief…………… 128(128)

▶ 新薬開発一覧…………… 130(130)

無常の中にある終活

医療法人社団裕和会 長尾クリニック

長尾 和宏

長尾和宏（ながお かずひろ）

1984年、東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局。91年、医学博士（大阪大学）授与、市立芦屋病院内科医長。95年、兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る。

日本慢性期医療協会理事，日本ホスピス・在宅ケア研究会理事，一般財団法人日本尊厳死協会副理事長，一般社団法人エンドオブライフ・ケア協会理事。関西国際大学客員教授，東京医科大学客員教授（高齢総合医学講座）。

著書に『高齢者の望む平穏死を支える医療と看護』（メディカ出版），『スーパー総合医』（全10巻 総編集，中山書店），『平穏死・10の条件』（ブックマン社）など多数。

ブログ「Dr. 和の町医者日記」（オフィシャルサイト）は連日更新中，朝日新聞医療サイトアピタルのコラム「町医者だから言いたい！」は2000日間の連日掲載を昨年達成した。



2000余人の死からの学び

私は日本尊厳死協会副理事長，日本ホスピス・在宅ケア研究会理事，エンドオブライフ・ケア協会理事を拝命していることもあり，尊厳死や平穏死に関する著書が10冊ほどある。また様々なメディアに終末期医療に関する何百本もの記事を書いている。書店や私のオフィシャルサイトに全てが保存されているので興味のある方はそちらをご覧ください。今回、「私の死生観」という直球を投げて頂いた。願ってもいない機会を頂いたので，まだどこにも書いていないことを中心に書いてみたい。本稿では美談や綺麗ごととは排して，極めて個人的な死についての話を書かせて頂く失礼をお許し願いたい。

勤務医時代に1000人以上の病院死を，20年前に開業医になってからは約900人の在宅死を見てきた。あわせて約2000余人の最期を見てきたが，どれもひとつひとつが大きな本になるような“物語”であり，千人千様であった。とても普遍化できるものではないが，大雑把な話をさせて頂くと，病院での延命死と在宅での平穏死は天国と地獄であった。すなわち在宅での平穏死＝自然死＝尊厳死であり，端的に言えば枯れて死ぬことだ。一方，病院死とは溺れ死にである。両者の体重差は10kg以上ある，と言ったほうが分かり易いかもしれない。最期の10日間に1日2リットルの点滴をするかしないか，すなわち20リットルの水分を入れるか入れないか，と言ったほうがピンとくるかもしれない。無知だった勤務医時

代に溺れさせて管まみれにして苦しませて見送った1000人の患者さんへの懺悔が本を書く動機になっている。枯れたほうが痰や咳で苦しむことや痛みが圧倒的に少なく、かつ長生きできるのでいいことばかりだ。しかしなぜそのいいことばかりの「枯れて死ぬこと」が約2割の人しかできないのかを一緒に考えてみたい。

父の自死というトラウマ

私は恥ずかしながら17歳まで死を考えたことが無い平凡な高校生だった。しかし高校3年のある日、うつ病で入退院を繰り返していた父が京都のある神社の裏山で自死した。警察から連絡を頂き、死後数日経ちこれから火葬場に向かうという父の顔を1週間ぶりに見た。遺体は警察署の片隅にある物置のような場所にあった。父の顔を見た“瞬間”から、私のその後の人生の全てが変わった。「死んだら終わり」と心の底から思った。高校に行かなくなり大学受験にも失敗し、フリーター人生となった。母子家庭ということで周囲の勧めもあり自動車会社の夜のラインで働くことになった。死ぬほど酒を飲み(今でもそうだが)、暴走族のようにバイクを飛ばし、いつ死んでもいい、と思いながら20代を生きていた。30歳までに死ぬ予定であった。特に理由も無くそう確信しながら「利他的」に生きていた。いや、今もそうかもしれない。大学に入ってもほとんど学校に行かず、バイト、無医地区活動、野球、酒の4つの繰り返しの無茶苦茶な6年間を過ごしていた。

医者になったその日から2年間、新大阪にある小さな救急病院でほとんど毎日当直しながら不眠不休で働き続けた。「いつ死んでもいい、今日なら本望」だと思っていた。おかげで卒後2年で自分の臨床能力はほぼピークを迎えたが、死ななかった。常に「死」を意識しながらも、自分で死ぬということだけはし

ない、と心に誓っていた。

尾崎豊が亡くなった夜のことは一生忘れない。私は市立芦屋病院の勤務医だった。「先に野垂れ死にされてしまった」と、やけくそで後輩を引き連れて朝までカラオケを歌っていた。こうした虚無感、厭世感は結婚しても子供が生まれても変わらず、「慢性うつ病」と自己診断しながら生きて40歳を迎えた。しかし40代後半から、「死にたい病」が少しづつ収まってきた。それは親父が亡くなった48歳をもしかしたら超えられるのではないかと、と思い始めたからだ。そして見事、48歳を超え、50の大台を迎えた。嬉しくてザ・リッツ・カールトンホテルで生前葬をした。昨年、開業19周年パーティを盛大に開催したが、これは「20周年は無いよ」というメッセージであった。しかし今年20周年を迎えてしまい、また20周年パーティをすることになった。

現在57歳だが、怠惰な大学生のように不摂生そのものを生きている。しかし体が丈夫なのか頑張り屋さんなのか、一度も病気や怪我をすることもなく生きている。ここまで来てはじめて「長生きしたい」という願望が芽生えつつある。私という人間は欲深いものだとつくづく思う。私の人生は、常に親父のトラウマの中での「あがき」であった。現在もそうである。「なぜ、ここまで死の本ばかり書くのか?」とよく質問されるが理由は実に単純である。トラウマやコンプレックスが自分を動かしてきた。

なぜ医者と坊主は往生際が悪いのか?

簡単に「終末期」や「余命」という文字がメディアに躍る時代になったけれど、終末期も余命も分からないと思いながら生きている。講演を依頼され会場に足を運ぶと、「自分らしい最期を考える」とか「終末期医療の現状と課題」といった垂れ幕がかかっている。主催者が気をきかせて私が話をしやすいであろう

台湾の終末期医療に大いに学ぶべし

日本のすぐ隣にありながら正式な国交が無い台湾の終末期医療についてご紹介したい。ご縁があり2014年に2回、15年に2回台湾を訪問し、「台湾の終末期医療に大いに学ぶべし」との意を強くしている。

仁徳医護管理専門学校という医療系の専門学校を訪問し「死亡体験カリキュラム」を体験した。ここには死を教えるための独立した建物があり数人の選任スタッフが配置されている。立派な葬儀場や遺言室、納棺体験室や遺体の洗浄訓練室まであり、何日かかけて医学を志す18歳の学生たちに死の教育を行う体制を整えている。子供たちはこれを体験すると、号泣しながら厚いレポートを書くという。その後は、人が変わったように勉学に励むそう。つまり台湾の医学・看護教育は死を教えることから始まる。

一方、日本の医学教育は遺体解剖から始まるので、死に至るまでの物語は皆無である。これだけ高齢者が増えても、老年科があるのは全国に80ある医学部のうち20と4分の1に過ぎない。この数字を見ただけでも、日本の医学教育の土台が間違っていることが分かるだろう。

医師になってからの研修や生涯教育の中でもほとんど無く、自分自身が一番往生際の悪い死に方で死んでゆくという人が多い。そんな医者が主治医であるなら、QODが低いのは当然である。日本社会のみならず日本の医学界、医療界において「死」はタブーであり続けている。特に病院の世紀となったこの40年間は、市民にとっての死はどこか見えないうちに隠されたまま現在に至っている。これだけの多死社会にもかかわらず死を一度も見ることが無い、という50代、60代が増えている。彼らに親の在宅看取りが強いられているが受け入れは厳しい。また死を考えたことも無い、20代、30代の介護職員に施設での看取

演題をつけてくださったのだ。しかし本音を言えば、「自分らしい」って何だろう、終末期に医療を受けるつもりがない人に「終末期医療」の話をして何になるのだろうか、なんて考えてしまう。さらによく「穏やかな最期」と言われるが、「穏やか」とはいったい何だろう。自分が穏やかなのか、家族なのか、医療者が穏やかなのか、なんて思ってしまう。

平穏死、尊厳死、安楽死と「死」に勝手に形容詞をつけて話をするが、心の中では「死」は死でしかなく、それ以上でもそれ以下でもないと思っている。まして病院ではQOD(死の質)が議論されているが、ここまで来ると笑いのものと内心想っている。しかし演題にQODを入れてくださった主催者に失礼にならないようは一応、話す。話しながら、「QODは医療者さえいなければすぐに上がる」という本音を言いそうになる。「あなたさえいなければ…」という世界であるが実際に口にしたら大変なことになる。多くの医療者は、自分自身が患者さんの終末期の尊厳を奪っていることに気がついていない。そこで『犯人は私だった!』(日本医事新報社)という本を書いた。患者さんは医者には本音は言わない。お世辞に自己満足しているのが医者である。常に三人称として死を見ているので、二人称(家族)、そして一人称の死の話になると家族以上にパニックになる。それが医者だ。

医者と坊主は往生際が悪い、と思う。それは死を見る機会が圧倒的に多い職種だからだ。

ただし、それらは三人称の死であるので、相対的に一人称の死に弱くなる。近く『なぜ医者と坊主は往生際が悪いのか?』(仮)という本が世に出るので(ブクマン社より2016年2月発刊予定)、興味のある方にはご笑読頂きたい。

りをしなさい、と国は言っているが教育が無い中での政策誘導は無理があると思う。

病院では、死は常に想定外であり敗北である。だから様々な延命治療を最期の最期まで行い、管だらけにして亡くなっても、それはいいことをしたか、仕方が無い、と考えている。一方、在宅では、死は想定内として食べることを多職種で行う。両者はまさに対極であるが、哀しいかな両者の交流はあまり無い。私は日本慢性期医療協会という療養病床の理事も拝命しているが、在宅医療と病院の架け橋になれればという想いでやっている。病院も変わって欲しい、と願っているとどんどん変わるのでとてもやり甲斐を感じている。「平穏死」に関する拙書を病院の医療者たちが読んでくれることがなにより嬉しい。自分の父が受けた病院医療にリベンジするために40年間を費やし、ようやく光明が差ししてきたような気がする。

自分に「終末期」はあるのか？

在宅ホスピス医仲間が集まって飲んでいた時、酔って「自分はどんな病気でどう死にたいか」という話題になった。がんで家で死にたい医者や認知症で施設で死にたい医者など、当然といえば当然だが、在宅医たちの死生観は十人十色であった。

私の順番が来て聞かれたのでこう答えた。「どんな病気でも死期が近いと思ったらインドに行って、ガンジス川の近くで身を投げれば野垂れ死にしたい」と。いい答えだと自分では思ったが、仲間は沈黙し、スルーされた。もしかしたら、「好ましくない死に方」「在宅ホスピス医にあるまじき死生観」を口にしたのであろうか。今でもよく分からない。半分冗談でそうは言ったものの本当は「自分には終末期はない」可能性が高いと思っている、つまり何らかの理由で突然死するのではない

かと。心筋梗塞、くも膜下出血、事故死、腹上死（これは冗談）など。さすがに「自死」は無い。ご承知のように95%の人は終末期を経て死に至る。しかし残りの5%の人には終末期は無い。東日本大震災の犠牲者約2万人は誰ひとり終末期が無いまま死に至っている。

日本尊厳死協会の役員として国会の議員会館などで終末期医療やリビングウィルについて説いている。拙書がベストセラーになり全国各地から講演の依頼を受けては「終末期」について語ってはいる。しかし少し悲しい話だが自分自身の終末期はたぶん無いだろう、と思いながら話をしている。

あの世はあるのか？

講演などでよく「死後の世界はあるのか？」というテーマで話される講師がいる。一般の人のアンケートでは7~8割くらいは「ある」か「無いかもしれないがあって欲しい」と答える。ちなみに私は「無い」、「あるわけ無い」派である。

講演では「あの世がある」という話のほうで聴衆は納得され安心される。医者がそんな本を書くときよく売れる。あるいは「無いかもしれないがあるかもしれない、あって欲しい」と言えば多くの患者さんや市民に希望を与えることができる。だから時として在宅ホスピスの現場では、看取りのプロとしてあまり心にもないことを言わなければならない場面がある。それで相手や家族が喜んでくれればそれでいい、と思いながら「嘘」をついているので、罪悪感はない。しかし本稿のように正面切って問われれば、本音を話さないといけない。

私の疑問はなぜ多くの人が「あの世はある」と思ったがるのか、という点に集約される。臨床宗教師も有名な在宅ホスピス医もどなたも「あの世はある」、「お迎え現象はある」という話をされ聴衆の喝采を受ける。私は父の

トラウマから40年経ってもあまり抜け出せていないようで、「あの世は無い」派で一点の疑問も無かった。そう言い切るとよく「あなたは冷たい人だ」とか「それはあなたは強い人だから。普通の人には弱いのであの世があると思わないと生きていけないのだ」と言われる。でも果たしてそうなのだろうか。自分はとても弱い人間だと思っているのでそうした指摘は腑に落ちない。そもそも仏陀が説いた原始仏教では「あの世は無い」ではなかったのか。なのになぜ「あの世はある」と言ったほうが受けがいいのだろうか。あの世が無いからこの世でしっかり生きよう、ではなぜいけないのか。果たして私がおかしいのだろうか。17歳のトラウマからまだ抜け出せていないだけなのだろうか。

川島なお美さんの死に学ぶ

川島なお美さんが2015年9月に胆管がんのため54歳で亡くなられた。彼女の死後、彼女の2年間の闘病生活を振り返った本が出版された『カーテンコール』（新潮社）。彼女は毎年PET-CTでがん検診を受けられていた。13年の夏、肝臓に1.7cmの腫瘍が指摘されて手術を勧められたが良悪性が確定していなかったのと舞台を優先したこともあり、14年の1月に腹腔鏡手術を受けられた。しかし果たしてその後再発して術後1年半後にこの世を去った。毎年PETを含むがん検診を受けて最高技術の手術で完治せしめたかと思いきや亡くなられたのだ。医療、医学の限界を感じる経過であった。

彼女が素晴らしいのは、手術前に死を覚悟して遺書を書かれたことだ。手術が成功した後も一切それを公表せず舞台に立ち続け、再発して死が確実になってからもそれを通したことだ。亡くなる3週間前のパーティでも痩せた姿ではあるが笑顔を振りまいたことには恐れ入った。そして亡くなる1週間前まで舞

台に立ち続けたのだ。あっぱれ、川島なお美ではあるが私には到底真似のできない生き方、逝き方であると思った。彼女は終末期を自分で悟り、まさに自分らしく生き抜いた。優しい夫の献身的な介護があったからではあるが、考えさせられる。

川島なお美さんのセブな生活を見ながら同じ時代を生きた人間として彼女のことを「得な人」だと思っていた。しかし彼女の死後、病状経過の詳細を知るにつけ「損な人」だと思った。私が損か得か、と思う理由は極めて単純。「今、生きているかどうか」だけである。「今生きているだけで絶対的に得である」と信じている。しかし損ではあるが、死の瞬間から消えるので絶対的存在として、その人を知る人の頭の中で時には半永久的に生き続けることになる。だから死ぬその人には死後の世界は無いが、他者にはある、ということになる。

57歳を生きる自分が毎夜考えることは「明日、自分は生きているのだろうか」である。「もし死んでいたらどうなるのだろうか」と考えながら眠りにつく。間違っても明るい未来を考えることはない。山田風太郎先生（東京医大の先輩）の『あと千回の晩飯』（朝日文庫）の気分である。親父が早世した子供は、終生自分もそうなるのでは、という潜在的恐怖からなかなか抜け出せないであろう。

無常と終活

医療者からは終末期医療に関して、市民からは終活に関してのイベントや講演に呼んで頂き、平穏死の話をしまくったこの3年間だった。また朝日新聞の医療サイトアピタルには2000日連続で平穏死や在宅医療についての記事を書いた。単純計算すれば分かるように5年以上かかった。実は、産経新聞・兵庫版にも生と死について連載を始めて6年が経

過した。医療系としては『週刊 日本医事新報』や『医療タイムス』にも5年間、さらに介護系の雑誌にも数冊、連載で、沢山の終末期について書きつづってきた。そんな私が思うことは、いまさら言うのもなんだが、「終活はどこまで役にたつのか」という疑問である。

人生も病気も医療も終末期も全て予測できないと認識している。万物は流転し、不確定性こそが人生の本質ではないかと。そんなことで思い悩んだりノイローゼになる人を見るたびに思うのは「今を楽しむこと」に専念したほうが「得」ではないかということだ。精神科医の名越康文先生が『どうせ死ぬのになぜ生きるのか』(PHP新書)という本で述べられているように、結局は仏教的な教えに辿りつくような気がする。あるいは瞑想や古武道という行為に還元されるのではないだろうか。

しかし死生観を持つな、平穏死なんて考えなくていい、と言っているのではない。もしもの時を考え、備えておくにこしたことが無いのは「防災」とよく似ている。しかし自然は残酷で、人間の企みとは無関係に、時には容赦無く裏切っていく。つまり医療に限らずこの世は、“無常”である、としか言えない。

死を全く考えないのは良くない、しかし考えすぎるのも良くない。現代日本は多死社会なのに死を見たことが無い人たちが溢れているがこれは異常だと思う。こうした偏りに一石を投ずるべく、活動しているだけであり、それ以上でもそれ以下でも無いと思っている。

以上、本稿は「私の死生観」ということなので自由気ままに書かせて頂いた。誰かの参考になれば幸いである。

—参考書籍—

『「平穏死」10の条件』

長尾和宏 (ブックマン社)

『延命治療で苦しまず 平穏死できる人、できない人』

長尾和宏 (PHP研究所)

『胃ろうという選択、しない選択』

長尾和宏 (セブン&アイ出版)

『親の「平穏死」を見届ける—これが最後の親孝行』

長尾和宏 (徳間文庫カレッジ) [『「平穏死」という親孝行』(泰文堂)の文庫化]

『がんの花道—患者の「平穏死」を支える家族の力』

長尾和宏・藤野邦夫 (小学館)

『病院でも家でも満足して大往生する101のコツ』

長尾和宏 (朝日新聞出版)

『抗がん剤10の「やめどき」』

長尾和宏 (ブックマン社)

『寝たきりにならず、自宅で「平穏死」』

長尾和宏 (SB新書)

『高齢者の望む平穏死を支える医療と看護』

長尾和宏 (メディカ出版)

『犯人は私だった! 医療職必読! 「平穏死」の叶え方』

長尾和宏 (日本医事新報社)