

週刊 日本医事新報

JAPAN MEDICAL JOURNAL

No. 4663
2013/9/7

Interview

一体改革で医療体制はどう変わるか 国民会議報告書で遠藤久夫氏に聞く

- ・【資料】国民会議報告書概要

巻頭カラー

- ・【キーフレーズで読み解く 外来診断学⑥】
筋肉痛を主訴に受診した47歳男性

プライマリケア・マスターコース

- ・内分泌疾患を見逃さない！
—硬いものができたなら、折れたなら
- ・Dr. 徳田のフィジカル診断講座
—腹部の診断 聴診・打診

学術

- ・輸血療法とその副作用
—見逃されている臨床病態
- ・骨代謝マーカー測定の意義と実践
- ・【J-CLEAR通信③】
オピニオンリーダーに聞く臨床試験の在り方
—KYOTO HEART Study問題を踏まえて
- ・【グラフ】
全身に関連する口腔・頭頸部の画像診断②
—真菌性副鼻腔炎



質疑応答

- ・肺炎球菌ワクチン接種時期と再接種の安全性
- ・狭窄なし頸動脈エコー症例の頸動脈雑音
- ・持続する関節痛と器質的疾患の可能性
- ・梅毒の診断の概要と検査法の変更
- ・睡眠、生活の質の低下が高血圧および高血糖を引き起こす理由
- ・副作用として光線過敏型薬疹が起こる降圧薬
- ・コメディカルによる人工呼吸器の再装着の是非
- ・「障がい」の「がい」の表記の経緯



尼崎発

長尾和宏の

町医者で行こう!!

連載
第30回

抗がん剤と平穩死 —シリーズ「平穩死」④

亡くなる当日まで抗がん剤をやる理由

2人に1人ががんになり、3人に1人ががんで亡くなる時代。外科手術、放射線治療、抗がん剤治療がいまだに3大治療であるが、手術をしてもがんが再発することは稀ではない。胃がんで5割、大腸がんで3割、膵臓がんで8割が、術後再発する。

抗がん剤治療は、術前・術後の再発予防、そして再発の治療として多くの施設で行われている。しかし「抗がん剤は百害あって一利なし」と書かれた本がベストセラーになり、患者さんに混乱が広がっている。

一方、町医者として在宅医療に関わっていると、亡くなる前日、いや当日まで抗がん剤が投与されている患者さんを見ることがある。なにも亡くなる直前まで抗がん剤をやることはなかろうと思うが、よくよく考えてみるとこれは乱暴な結果論である。「亡くなる当日や前日まで」と言えるのは、実際に亡くなってからである。いわばあと出しじゃんけん。抗がん剤を点滴している間は主治医も本人も、まさかそこまで死期が迫っているとは思っていない。裏を返せばそれだけ死期の推定は困難であるということだ。

病院の主治医に聞いてみた。「なぜ、亡くなる当日までやるんですか?」。すると「患者が来たので、抗がん剤の点滴をただけだ。まさか翌日亡くなるとは思ってもみなかっ

た」と返ってきた。今度は家族に聞いてみた。すると「主治医がもう来なくていいよ、と言ってくれなかったから最期まで車椅子に乗せて連れて行きました」と。お互いが「相手から言い出すだろう」と中止時期をお見合いしている間に死期が来たようだ。

“延命”と“縮命”の分水嶺

医学はすべて延命が目的である。降圧剤もインスリンもインターフェロンもすべて延命治療。人間の寿命は最大120年ほどといわれ、受精卵はその間に合計50回細胞分裂したら死滅する。成人した時には30回の分裂を終えて、残りの寿命の何十年であと20回の分裂をするだけ。そんな人間が冒すことのできない枠の中での営みだ。

抗がん剤も数ある延命治療の1つにすぎない。予め定められた枠の中での寿命を最大限に伸ばすためのものだ。限られた時間の中で最高に楽しむために、我々は生きている。

一方、その延命治療は、死ぬまでずっと“延命”たりえることはできない。それを続けるうちに、ある時点からは“延命”ではなく“縮命”になる。縮命とは、単に命を縮めるだけでなく、生きている喜びや楽しみを奪い、肉体的・精神的苦痛を増大させること。

すなわち治療には、「延命と縮命の分水嶺」があると考える。どこが分水嶺なのかはとても難しい命題だ。現代医学でもまだ手つかず

の領域。実際に治療を行う医療者や患者の状態によって異なる。年齢、病気、病期、生き様、死生観によって分水嶺は大きく変わるはずだ。この分水嶺を意識することが、今こそ求められているのではないか。

やる、やらないではなく「やめどき」

みのもんたが司会をした人気番組「クイズ・ミリオネア」を覚えておられるだろうか。あの番組の「ファイナルアンサー」を思い出してほしい。クイズに正解するたびに賞金が増えていくが、途中で止めて賞金を確保しても構わない。しかし、みのもんたに「本当にもういいのか？ファイナルアンサー？」と聞かれると、多くの挑戦者は「やっぱり行きます！」と言って、見事に撃沈していく。テレビを観ながら「ああ、あそこでやめておけばよかったのに」と思っても、肝心の当事者は目の前の問題をクリアすることに必死で、大局的な判断ができなくなっている。

抗がん剤治療をギリギリまでやっている人を見るたびに、このファイナルアンサーを思い出してしまう。抗がん剤はいい、悪いではなく、“やめどき”の問題ではないのかと思うのだ。糖尿病へのインスリン治療も、認知症になって寝たきりになれば“やめどき”が来る。関節リウマチへの生物学的製剤、骨粗鬆症へのビスフォスフォネート製剤、ウイルス性肝炎への根治を目的としないインターフェロン治療なども同様だ。

医学が発達し高度な武器が開発されればされるほど、“やめどき”を意識する必要が出てくる。終わりよければすべて良し、ではないが、もし“やめどき”を間違えると、せっかくの良い治療も後味が悪くなる。

新著『「抗がん剤」10の“やめどき”』に寄せる想い

2012年夏に『「平穏死」10の条件』が世に出

て1年が経過した。この本のサブタイトルは、「抗がん剤、胃ろう、延命治療、いつやめますか？」だ。胃ろうに関しては、同年冬に出た『胃ろうという選択、しない選択』で詳しく述べた。しかし、もう1つのテーマ、抗がん剤に関してもっと詳しい話を聞きたい、という要望をたくさんいただいた。そこでそれに応えるために、9月15日に『「抗がん剤」10の“やめどき”』（ブックマン社）が世に出る。できるだけ分かりやすくお伝えするために「がん小説」というスタイルをとった。抗がん剤の“やめどき”は、その人の物語の中でしか語れないと考えるからだ。

主人公は58歳の鈴木信夫さん。ある日、診療所でステージⅡの胃がんが見つかり、外科手術。術後補助化学療法を1年近く受けていたが、腹膜再発。セカンドラインの抗がん剤は当初はよく効いたが、やがて効かなくなる。そしてサードライン、在宅療養へというストーリーだ。

この物語の中で私は具体的な“やめどき”を10個提示してみた。その中で患者さん自身が“抗がん剤のファイナルアンサー”をみつけてほしいと結んだ。こうした平穏な生の先に、平穏な死がある。

繰り返すが、抗がん剤も数ある延命治療の1つにすぎない。予め定められた枠の中での寿命を最大限に伸ばすための道具。残された時間を大切な人と最高に楽しむために我々は生きている。“やめどき”を知るために、医療のいいとこ取りをするための自己決定を啓発している。抗がん剤と平穏死というテーマへの答えをすべて書いた。

この8月には『医療否定本に殺されないための48の真実』（扶桑社）も出た。併せてご覧いただき、ご批判を賜りたい。

ながお 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「がんの花道—患者の「平穏生」を支える家族の力」（小学館）など