

2021年2月15日

第3408号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 過剰診断で悲しむ人をゼロにしたい(高野徹、緑川早苗、服部美咲)… 1-2面
- [寄稿] 救命に必要な医療資源が枯渇した場合の対応(則未泰博)…………… 3面
- [寄稿] 一般用医薬品による薬物依存の実態(嶋根卓也)…………… 4面
- [連載] ところが動く医療コミュニケーション…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY/[視点] 「患者さんの物語」が医師である私たちを支える(岡田定)…………… 6-7面

座談会

過剰診断で悲しむ人をゼロにしたい

福島原発事故の教訓から



高野 徹氏 司会
りんくう総合医療センター
甲状腺センター長

緑川 早苗氏
宮城学院女子大学
食品栄養学科 教授

服部 美咲氏
福島レポート編集長

2011年3月に起こった、東日本大震災と福島第一原子力発電所事故(以下、福島原発事故)から間もなく10年を迎える。今もなお福島県では多くの子どもたちが甲状腺癌の検査を受けており、その結果、本来は生涯で治療の必要のない癌が多数診断される「過剰診断」が問題となっている。

過剰診断はなぜ患者にとって不利益となるのか。この10年間から学ぶべき「医療の在り方」とは何か。これらの問いに対して、福島原発事故当初から検査に伴う甲状腺癌の過剰診断について問題提起を行ってきた医師らとジャーナリストが議論した。

高野 福島原発事故当時福島県に在住していたおおむね18歳以下の方を対象に、2011年10月より現在まで福島県「県民健康調査」甲状腺検査¹⁾(以下、福島甲状腺検査)が実施されています。これまでに約30万人がこの検査を受診し、合計で252人が「甲状腺癌または甲状腺癌疑い」と診断されました(2020年6月時点)²⁾。子どもの甲状腺癌は非常に珍しい疾患ですが、福島県という狭い地域でこれほど多数の甲状腺癌の患者が見つかったことは県民に衝撃を与えました。甲状腺検査の実施が子どもたちに与える心身の影響やその検査方法に関する問題点を指摘する声も上がる中、今なお検査は継続して実施されています。

そもそもこの検査は、どのような経緯で始まったのでしょうか。当初より医師として検査業務に従事されていた緑川先生からお話してください。

安心につながるための検査で不安が増大

緑川 福島原発事故は、1986年に発生したチェルノブイリ原子力発電所事故と同等レベルの大事故である——。事故当時にこうした報道を耳にした多くの福島県民は、非常に強い不安を抱きました。チェルノブイリでは原発事故後に子どもの甲状腺癌の発生増加が認められたからです。福島県でも同じことが起こるのではないかと危惧されました。そこで、県民の健康を見守り、

安心につながるために福島甲状腺検査が開始されたのが当初の経緯です。

高野 いざ検査が始まって、県内の子どもたちの生活にはどのような変化があったのでしょうか。事故当初から福島甲状腺検査の取材を精力的に行ってきた服部さんよりお聞かせください。

服部 対象者の自宅には検査の案内通知書が届き、受診に同意した福島県内の小・中学生と高校生は、一次検査(超音波検査)を学校の授業の時間帯に受けるようになりました。学校行事の一環のように扱われているため、受診拒否は難しい状況です。

この一次検査で甲状腺結節の所見が認められた方を対象に、二次検査として再度の超音波検査を行うほか、血液検査や尿検査、場合によっては穿刺吸引細胞診検査も追加します。そこで「悪性または悪性疑い」との所見が確認された場合、治療を勧められることになりました。

緑川 二次検査の結果「悪性または悪性疑い」と診断された住民の数は、検査開始前に甲状腺の専門家が想定していた結果をはるかに上回るものでした。そのため住民も専門家も大変驚き、当時は多くの方がその話題を気にしていましたね。

服部 県内の甲状腺癌患者数に関する報道が連日ありました。「自分の体に放射性物質がたまっている」と誤解し苦しんでいた福島県民は少なくありません。

高野 しかし、そもそも福島県で健康

被害につながる被ばくがあったとは考えにくいです。福島原発事故により周辺住民の甲状腺に取り込まれた放射性ヨウ素量(註1)は、平均するとチェルノブイリに比べ100分の1程度と推計されています。以下のように、チェルノブイリで甲状腺癌の発生リスクの上昇が確認できた最も低い被ばく量(150~200 mSv)と比較しても、さらにそこから1~2桁低いのです³⁾。

福島・チェルノブイリ原発事故後の避難者の被ばく量(甲状腺等価量)

- 福島(19歳以下)⁴⁾: 4.2 mSv(中央値)
 - 福島(20歳以上)⁴⁾: 3.5 mSv(中央値)
 - チェルノブイリの避難者^{4,5)}: 490 mSv(平均値)
- 参考) CT撮影検査による被ばく量は、1回当たり5~30 mSv程度⁶⁾。

福島県で甲状腺癌が疑われる方が多く見受けられた原因は放射線の影響ではないことを示すエビデンスはほかにもあります。チェルノブイリの例では事故後5年後くらいから甲状腺癌の増加が見られました⁵⁾。しかし福島県の甲状腺検査では原発事故後まもない第一回目の検査から100例以上の甲状腺癌が見つかっています²⁾。この原因が放射線によるものかどうかは考えづらいのです。

緑川 では、なぜこのような結果になったのか。その背景には、他地域では行っていないスクリーニング検査を福島県内では悉皆的に行ったために、本来見つけなくてもいいはずの甲状腺癌

を見つけてしまった、すなわち「過剰診断」が起こったことが関与しているのです。

過剰な検診で起こり得る4つの不利益

高野 「過剰診断」とは、その診断や関連した治療が患者に利益をもたらす可能性が低い、または必要のない診断が付けられた場合に使用される用語です⁷⁾。

甲状腺癌は、癌の中では非常に予後が良く、特に若年者の甲状腺癌はたとえ転移・再発しても命を奪われることはめったにありません。罹患しても無症状のまま生涯発見されず、死後剖検で初めて発見される例も多い癌です。そのため、無症状のうちに早期発見・早期治療を行うことで得られる利益よりも、早過ぎる診断による不利益のほうが大きくなりやすいのです。

服部 癌の早期発見・早期治療の恩恵は大きいと一般的にはとらえがちですが、癌の種類やステージ、年齢にもよるのですね。

高野 ええ。実際に、検診による甲状腺癌の早期発見の限界を示すエビデンスは数多く存在します。その中の1つをご紹介します。

韓国では1999年から甲状腺癌検診の公的補助が始まった影響で検診の受診者が増え、女性の甲状腺癌患者数が

(2面につづく)

臨床検査

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

データブック

2021-2022

●B6判 頁1136 2021年
定価:5,280円(本体4,800円+税)
ISBN978-4-260-04287-1

医学書院

臨床検査 データブック

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

データブック

(2021-2022)

「考える検査」をサポートする みんなが使える

最新版

※2年ごとの定期改訂により情報を刷新

※知りたいことがすぐに分かる構成(パニック値も、標準・特異値も)

※深く掘り下げた記述で、検査の考え方と異常値のメカニズムがわかる

※疾患名からも異常値、フォローアップを調べられる「疾病と検査」

医学書院

検査項目を詳解。

異常値のなぜ?に答える情報集

書籍の詳細はこちら



- 監修 高久 史麿 地域医療振興協会 会長
- 編集 黒川 清 日本医療政策機構 代表理事
- 春日 雅人 朝日生命成人病研究所 所長
- 北村 聖 地域医療研究所 シニアアドバイザー
- 編集協力 大西 宏明 杏林大学医学部臨床検査医学講座 教授

“考える検査”をサポートする検査値判読マニュアル。2年ごとの改訂版。読みやすく使いやすいと評判のきめ細やかな構成。「パニック値」「異常値のメカニズムと臨床的意義」「見逃してはならない異常値」「薬剤の影響」「患者指導」など知りたいことがすぐわかる。特定背景のある患者に特徴的な検査値も追加。疾患名ごとに診断・経過観察に必要な検査、疾患特異的な異常値をまとめた「疾患と検査編」も拡充。全医療者必携。

座談会 過剰診断で悲しむ人をゼロにしたい

<出席者>

●たかの・とおる氏

1986年東大理学部卒、1990年阪大医学部卒。同大講師を経て、2019年より同大特任講師兼現職。専門分野は甲状腺癌の臨床と分子生物学。17~19年福島県県民健康調査検討委員会委員・甲状腺評価部会部会員。19年より欧州甲状腺学会小児甲状腺癌診療ガイドライン作成委員。



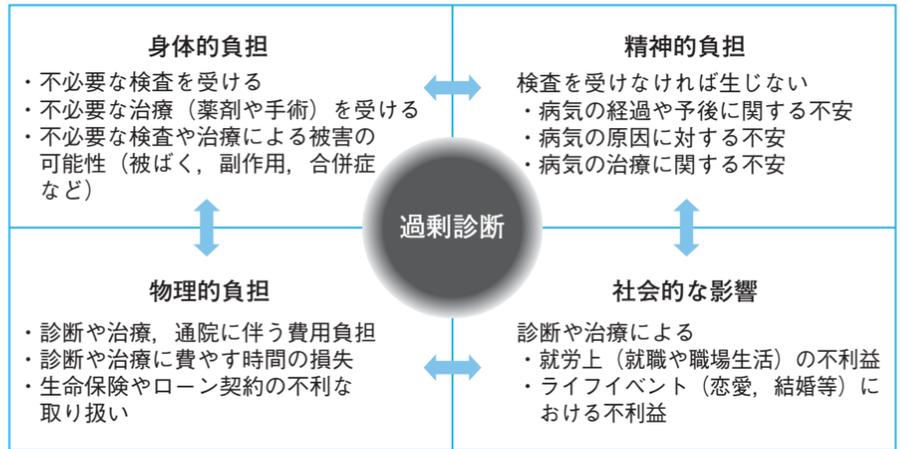
●みどりかわ・さなえ氏

1993年福島県立医大医学部卒。同大放射線健康管理学講座准教授などを経て、2020年より現職。専門分野は内分泌代謝学。11年より福島県甲状腺検査にかかわり、15~18年までは同検査室長を担当。20年1月にNPO団体「POFF(ぽーぽいフレンズふくしま)」を住民とともに設立し、福島県甲状腺検査に関する情報提供や相談の受け付けを行っている。



●はっとり・みさき氏

2010年慶大文学部卒。震災後の地域創生活動の取材・執筆、官公庁広報執筆などを経て、18年より現職。ウェブ論壇誌『Synodos』の「福島レポート」(QRコード)で震災・事故後の福島に関する科学的な情報、論文紹介、専門家インタビューなどの情報提供を行っている。フリーライターとしても活動しており、医療分野、工学分野の取材・執筆、コラム執筆など複数メディアで活動している。



●図 過剰診断により生じる不利益(緑川氏らの著書『みちしるべ』より一部改変) 過剰診断により、身体的負担・精神的負担・物理的負担・社会的な影響といった4つの不利益が起り得る。これらの不利益は、病気に対する社会全体のとらえ方やリスク認知に影響を与え、患者の検査受診や治療に関する意思決定を左右する。

(1面よりつづく)

1999年に比べ2011年では約15倍に急増しました。しかし、そのほとんどが手術となったにもかかわらず、甲状腺癌に起因する死亡者数には変化がなかったのです⁸⁾。この報告から、小さな甲状腺癌の多くが無害であり、早期発見による恩恵は少ないことがわかります。

緑川 さらに、検査を受けた方本人やその家族にとって過剰な癌検診は利益がないだけでなく、多くの不利益をもたらす可能性があります(図)。まず、本来不必要な検査や治療を受けることになるため、①その痛みや合併症、手術や薬剤の使用などの身体的負担が挙げられます。加えて、②病気に対する不安などの精神的負担、③検査や治療に掛かる費用・時間などの物理的負担、そして④「癌患者」として生きることになるがゆえの社会的な影響を受けるのです。

服部 特に④の影響は甚大でしょう。福島甲状腺検査で甲状腺癌が見つかった方で、「癌が遺伝するかもしれないから、私はもう子どもが生めないんだ」と考え、結婚したくても男性と交際することすら諦めてしまう女性のお話を伺ったことがあります。

緑川 チェルノブイリで起こったように、甲状腺癌と診断された方がこれらの負担・影響を苦に自死されるようなことは、決してあってはなりません。

このような不利益を鑑みて、複数の国際機関が「原子力事故後に甲状腺の

系統的なスクリーニングは推奨しない」との見解を発表しています。例えば、欧州共同体(EC)が資金提供を行う欧州の研究グループであるSHAMISENプロジェクトからは2017年に^{9),10)}、そしてWHOの外郭団体である国際がん研究機関(IARC)からは2018年に¹¹⁾、それぞれ同様の提言がなされました。

「健康を見守る」ための検査の在り方とは?

高野 過剰診断は国際的な問題になっているにもかかわらず、今なお福島甲状腺検査は継続されています。「県民の健康を見守る」という本来の目的に沿ったものにするために、今後どうあるべきでしょうか。

緑川 私は、主に以下の点に関して早急に変更するべきだと考えています。

- 1) 検査対象者の限定と任意性の担保
2) 検査の不利益についての情報提供
3) 検査方法の見直し
4) 甲状腺癌と診断された方への対応

まず、検査は学校を利用して悉皆的に行うのではなく、検査を希望して自ら申し込んだ方のみに行われるべきです。検査前には過剰診断による不利益について、不利益を上回る検査の意義があるかどうかも含めて個別かつ対面で十分に説明し、インフォームド・コンセントを得る必要があります。また、現状より少しでも過剰診断の発生を減らすため、検査方法の見直しも欠かせ

ません。検査に超音波を用いるのかどうかの検討、用いるのであればその基準の緩和、細胞診検査の限定的な実施が必要です。そしてすでに検査によって甲状腺癌と診断された方への支援も大切です。

事故当時の混乱の中で始まった検査だからこそ、一度立ち止まって検査の在り方を考え直してもらいたいですね。

服部 私が医療者の方に特にお願いしたいのは「2) 検査の不利益についての情報提供」です。福島県民のうち、甲状腺検査を受けることの不利益を理解しているのは2割程度だと言われています¹²⁾。過剰診断によって不利益を受ける方をこれ以上増やさないためには、医療者の働き掛けが欠かせないのです。

高野 過剰診断の弊害は学会やメディア、医学書などにおいてもあまり取り上げられていないため、その実態を知らない医療者も多いと思います。私の研究室のウェブサイト(https://bit.ly/3svwN2l)では、過剰診断について短時間で学べる情報を提供しています。ぜひ参考にいただければと思います(註2)。

*

高野 最後に、福島甲状腺検査の件から医療者が学ぶべき教訓や、日々診療を行う医療者へ伝えたいメッセージをお聞かせください。

服部 病気の早期発見・早期治療は利益につながるものだと考える一般人にとって、癌の過剰診断、とりわけ原発事故後の過剰診断の適切な理解は難しいです。福島県民はそれを自ら調べて理解しなければならぬ状況にあり、被災者に負担を重ねています。専門的な知識を持つ医療者の方の助けが必要です。

緑川 遠い将来においても治療の必要のない可能性が高いのに、若く健康な方を病気、特に癌と診断してしまうことは、医療者として可能な限り避けなければいけません。患者さんのために検査や治療を施したいと考えている医療者にとって、過剰診断は望ましい医療の在り方ではないはず。だからこそ

福島の現実を知って、今皆さんが行っている検査や治療が本当に必要な処置なのかを考え直してもらいたいです。

高野 ありがとうございます。過剰診断が起こるのは甲状腺癌などの癌領域だけではなく、さまざまな疾患で報告されています¹³⁾。不必要な検査で「患者」としての人生を背負わせる加害者にならないためにも、診療にかかわる医療者全員に福島の実情と過剰診断のことを知ってもらえれば幸いです。(了)

註1: 甲状腺は、甲状腺ホルモン生成のためヨウ素を多く取り込む性質を持つ。食生活等の影響でヨウ素欠乏状態にある時に放射線にさらされると、甲状腺は放射性ヨウ素を多く取り込み被ばくする。

註2: 高野氏が設立にかかわった、若年者の甲状腺癌の過剰診断問題に取り組む「若年型甲状腺癌研究会(JCJTC)」でも、過剰診断について情報提供が行われている。JCJTCでは2020年に第1回甲状腺癌過剰診断国際シンポジウムを開催。その様子はYouTubeにて公開されている(右記QRコード)。

●参考文献・URL

- 1) 福島県. 甲状腺検査について. https://bit.ly/36iMjFc
2) 福島県. 第40回「県民健康調査」検討委員会(令和3年1月15日)の資料について. 2021. https://bit.ly/36hXmif
3) Radiat Prot Dosimetry. 2012 [PMID: 22416255]
4) Sci Rep. 2012 [PMID: 22792439]
5) UNSCEAR. SOURCES AND EFFECTS OF IONIZING RADIATION. 2011. https://bit.ly/3ppqYnk
6) 量子科学技術研究開発機構. CT検査など医療被ばくに関するQ&A. 2018. https://www.qst.go.jp/site/qms/1889.html
7) Preventing Overdiagnosis. Overdiagnosis. https://bit.ly/3t1Qkru
8) N Engl J Med. 2014 [PMID: 25372084]
9) SHAMISEN. Recommendations and procedures for preparedness and health surveillance of populations affected by a radiation accident. 2017. https://bit.ly/3ppgAtP
10) Environ Int. 2021 [PMID: 33171378]
11) Lancet Oncol. 2018 [PMID: 30303113]
12) 福島レポート. 福島の甲状腺検査のリスクとベネフィットの認知度はどのくらい?. 2019. https://synodos.jp/fukushima_report/22520
13) BMJ Open. 2017 [PMID: 29284720]

「心と技」をセオリー化した画期的な1冊
病状説明
ケースで学ぶハートとスキル
著 天野 雅之
A5 頁310 2020年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-04170-6]
説明力、足りてる?
病状説明は、「説得」でも「言い切り」でもない。関係する者全員が「これまでとこれから」の価値感を共有することにある(共創)。14のケーススタディで、実際の会話や準備で重要なポイントや「技」を学ぶ(実践編)と、病状説明を漏れなくスムーズに行うためのフレームワークと、その理論的背景の解説(理論編)で構成。

プライマリ・ケアで知っておきたい糖尿病診療の知識、全部入り
ジェネラリストBOOKS
かゆいところに手が届く! まるわかり糖尿病塾
編集 三澤美和 岡崎研太郎
A5 頁390 2020年 定価:4,950円[本体4,500円+税10%] [ISBN978-4-260-03928-4] 医学書院

寄稿

救命に必要な医療資源が枯渇した場合の対応
現場任せではない、客観性と透明性のある指針の策定に向けて

則末 泰博

東京ベイ・浦安市川医療センター救急・集中治療科/
集中治療部門部長・呼吸器内科部長/センター長補佐

現在、国内で新型コロナウイルス感染症(以下、コロナ)が猛威を振っており、本稿を執筆している2021年1月時点において、収束の兆しは全く見えていない。人工呼吸器が必要な患者を受け入れられる集中治療室の病床数は不足し、例えば高齢者施設からの重症患者の入院依頼を断らざるを得ない状況が各地の施設で発生している。いわゆる「命の選別」が現実的に行われ始めているのが現状である。

救命に必要な医療資源が枯渇した場合の判断

人工呼吸器、集中治療室の病床、重症患者を治療する人員など、救命に必要な医療資源が枯渇した場合に、現場の医療従事者はどのような判断をすればよいのか。マスコミでよく使用される「命の選別」という言葉は、その言葉自体に「患者に優先順位を付けることは悪である」というニュアンスが含まれているように感じる。しかし私たち医療従事者は、患者の優先順位付けを完全に放棄できるのであろうか。

現場で治療に当たってればすぐに気が付くことであるが、医療現場では「判断をしないこと」自体が1つの判断となる。例えばコロナにかかわらず何らかの理由で呼吸不全となった、人工呼吸器なしでは死亡してしまう18歳の患者を考えてみる。隣のベッドに、人工呼吸器を継続しているものの救命できる可能性が極めて低い85歳の患者がいた場合、人工呼吸器が枯渇した状況であったらどうするか。「命は誰にとっても平等」、さらには「人工呼吸器を止めることは殺人である」という価値観の下に85歳の患者の人工呼吸器を止める判断をしないことは、「先着順」という優先順位に基づいた配分原則に従って18歳の患者を救命しない判断をすることであり、その結果には責任が伴う。すなわち医療資源が枯渇した医療現場では、その善悪にかかわらず患者の優先順位付けを放棄できないと言える。

現場の個人に決断させることの弊害

この決断を現場の個人に任せた場合に起こり得る弊害の一部を考えてみたい。第一に判断の客観性の問題である。現場の医師が「高齢者は優先順位が低い」という価値基準をたまたま持ち合わせていたとする。その場合、若者と同様に人生を元気に楽しんでいた70歳代の高齢者よりも、救命できないか、救命できたとしても生命予後が1年未

原則	検討項目	スコア			
		1	2	3	4
最大多数の救命	短期的生命予後(SOFAスコア)	SOFA<6	SOFA 6~9	SOFA 10~12	SOFA>12
優先順位付けの効果を確保する	救命後に少なくとも1年以上生存することが予想される患者を優先*	生命予後に影響を与える併存疾患なし	軽症の併存疾患あり	生命予後に大きな影響を与える併存疾患あり	救命後の生命予後が1年未満である可能性が高い
ライフサイクルの原則	より若い人を優先	12~40歳	41~60歳	61~74歳	75歳以上

●表 米国内科学会が提案した、医療資源枯渇時の患者スコアリング(文献7をもとに作成)

合計スコアが低い患者ほど、優先的に医療資源が供給される。

* 近年、慢性的障害はスコアリングに含めないことのコンセンサスが図られており[PMID:32427434]、この項目については救命後の生命予後が1年未満であることのみを考慮することが提案されている。

満であることが予想される50歳代の末期心不全患者が優先されるかもしれない。次に透明性の問題である。著名人の患者、政治的に力を持つ患者、裕福な患者、院内でパワーバランス的に強い主治医や主科の患者などが秘密裏に優先されることがあるかもしれない。

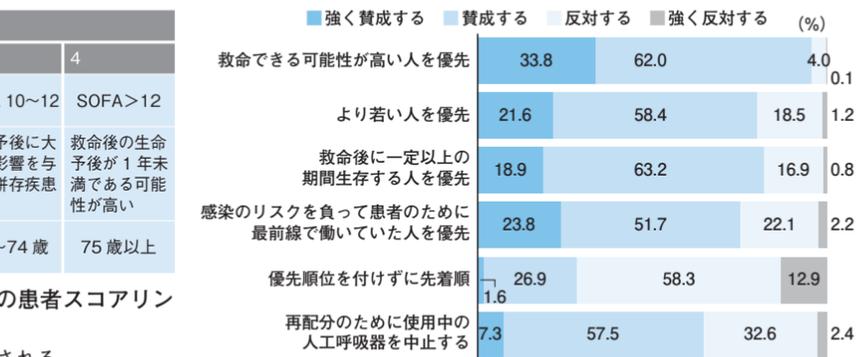
最後は現場の医療従事者の倫理的苦悩の問題である。「ある患者の命を救うためにもう一人の患者の命を諦める」という過酷な意思決定と、その決定の家族への伝達を完全に現場に任せた場合、ただでさえパンデミックにおける治療によって疲弊している医療従事者は、倫理的苦悩によりバーンアウト症候群を起こす可能性がある。実際、コロナ第一波のイタリアでは、優先順位が低い患者の人工呼吸器を止める判断をした医師が泣いている様子が報道され、世界的に問題の深刻さが伝えられた¹⁾。

これらにより、現場の医療従事者が判断のよりどころにできる客観性および透明性のある指針の重要性が国際的に認識されている²⁻⁴⁾。

患者の優先順位付けのためのいくつかの原則

それでは、「先着順」以外に患者の優先順位を決定する原則には何があるのだろうか。この問題について日本のはるか先を走るのが米国である。米国では2009年に大流行した鳥インフルエンザ(H1N1)の教訓から、国民的な議論を経て、主要な学会や各州により複数の指針が作成されている⁵⁻⁷⁾。救命に不可欠な医療資源が枯渇した場合における代表的な配分原則を以下に挙げる。米国ではこれらの原則を組み合わせたスコアリングが提唱されている(表)。

- ① Save the most lives: 救命できる可能性がより高い患者が優先される。例えば重症度スコアがより低い患者が優先される。
- ② Life cycle: 幼児期、少年期、青年期、中年期、老年期の人生の各ステージを経験するチャンスをできるだけ平等化



●図 各配分原則についての回答者の賛成・反対割合(n=1520)(文献8より)

- ③ Save the most life-year: 救命の結果、より長く(または一定期間以上)生存する患者が優先される。例えば、癌で余命1年未満の患者よりも他に併存疾患がない患者が優先される。
- ④ Reward and guarantee: 感染のリスクを負って最前線で働いていた医療従事者が優先される。
- ⑤ Withdraw for reallocation: 医療資源が完全に枯渇した状況で新たにその資源が必要な患者が発生した場合に、その患者を救うために優先順位がより低い患者の治療を中止する。

当院における医療資源枯渇に対する準備

患者の優先順位付けの指針は、行政によって示されることが望ましい。そのためには医療資源が枯渇した場合の現場における問題点と、既存の優先順位付けの原則について、国民と行政にかかわる職員が認識した上で議論が行われるという成熟までの過程を経る必要がある。しかし現状、事態は切迫しており、前回の鳥インフルエンザの時に将来に向けての議論の機会を逸してしまった日本では、その過程を待っている猶予はない可能性がある。当院では、学会や行政による指針を待ちつつも、本当に必要に迫られた時に現場個人の判断ではなく、病院による判断とすることを、病院としてのマニュアルをいつでも作成できるよう準備を進めてきた。優先順位付けのマニュアルの内容は、医療従事者の価値観のみで決めるべきではなく、一般市民の価値観を反映していることが望ましい。それゆえ2020年4~6月にかけて、3191人の医療従事者、患者、患者の家族、一般企業職員を対象に質問紙調査を行い、1520人(医療従事者854人、非医療従事者666人)からの回答を得た(図)⁸⁾。

他方、行政が何らかの指針を作成する上で、医療従事者、非医療従事者にかかわらず、国民的な議論が必要である。その結果がたとえ「先着順」とい

●のりすえ・やすひろ氏
1996年慶大文学部心理学専攻卒業後、東邦大医学部へ進学。2004年沖縄県立中部病院にて初期研修、06年より米ハワイ大内科レジデント、09年米セントルイス大にて呼吸器内科・集中治療科フェロー。12年に帰国し現職。著書に「人工呼吸管理レジデントマニュアル」(医学書院)。



う指針であったとしても、現場の医療従事者には判断のよりどころが存在することになる。当院の調査結果が議論の材料となるよう、学術論文としてCHEST誌に投稿し⁸⁾、日本語訳を作成した(<https://bit.ly/2XWzH28>)。

パンデミックにおけるACPや終末期の議論の重要性と懸念

アドバンスケア・プランニング(ACP)や、DNAR/DNIなどのコードステータスを患者や家族と議論することは、パンデミックとは関係なく、日常診療において非常に重要である。これらの議論が促進されることで、例えば人工呼吸器による治療が医学的に無益な患者や、仮に救命が可能であったとしても人工呼吸器の不足とは関係なく人工呼吸器による治療を望まない患者があらかじめ明らかにされていれば、結果的に医療資源が節約されることになるだろう。一方で、人工呼吸器や集中治療室のベッドが枯渇している状況において行われる話し合いは、医療従事者からの誘導や、患者やその家族が治療を放棄するようなプレッシャーが存在しないことを保証した上でなされるべきであり、今後の大きな課題である。

●参考文献・URL

- 1) Ferraresi M. A coronavirus cautionary tale from Italy: don't do what we did. 2020. <https://bit.ly/3p3thKp>
- 2) Chest. 2019 [PMID:30316913]
- 3) N Engl J Med. 2020 [PMID:32202722]
- 4) Disaster Med Public Health Prep. 2020 [PMID:32660660]
- 5) U.S. Department of Health & Human Services. Public Engagement Project on Medical Service Prioritization during an Influenza Pandemic. 2009. <https://bit.ly/39UMNm0>
- 6) New York State Task Force on Life and the Law, et al. VENTILATOR ALLOCATION GUIDELINES. 2015. <https://on.ny.gov/35ZEjZM>
- 7) Ann Intern Med. 2009 [PMID:19153413]
- 8) Chest. 2021 [PMID:33444616]

提供する時期や疾患を問わない緩和ケアを、救急・集中治療領域に統合するために。

救急・集中治療領域における緩和ケア

救命ができて死が避けられなくても、がんだけではなく心不全でも外傷でも、緩和ケアニーズは存在する。救急外来やICUにおける緩和ケアニーズのアクセスメント、患者・家族とのコミュニケーション、苦痛症状に対するケア——時間が限定された救急外来やICUだからこそ、提供できる緩和ケアがある。「救命か、緩和か」ではなく、「救命も、緩和も」かなえるために、領域を越えて編まれたはじめての書。

監修 氏家良人
編集 木澤義之



「まずは、ここから」。初心者が身につけたい人工呼吸管理のポイントがこの1冊に!

人工呼吸管理レジデントマニュアル

「まずは、ここから」。人工呼吸器の操作方法、基本モード、NIV、HFNC、気道抵抗とコンプライアンス、鎮痛・鎮静、呼吸器離脱、疾患別の呼吸器設定例、アラームとトラブルシューティング、患者-人工呼吸器間の非同調、食道内圧モニタリング……。初心者が身につけたい人工呼吸管理のポイントがこの1冊に!

編集 則末泰博



寄稿

一般用医薬品による薬物依存の実態

嶋根 卓也 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部心理社会研究室長

●しまね・たくや氏

1998年東京薬科大薬学部卒。2008年順大大学院医学研究科修了。同年国立精神・神経医療研究センターに入職。薬物依存研究部研究員を経て12年より現職。主な研究テーマは、薬物乱用・依存の疫学、薬物依存の回復支援。



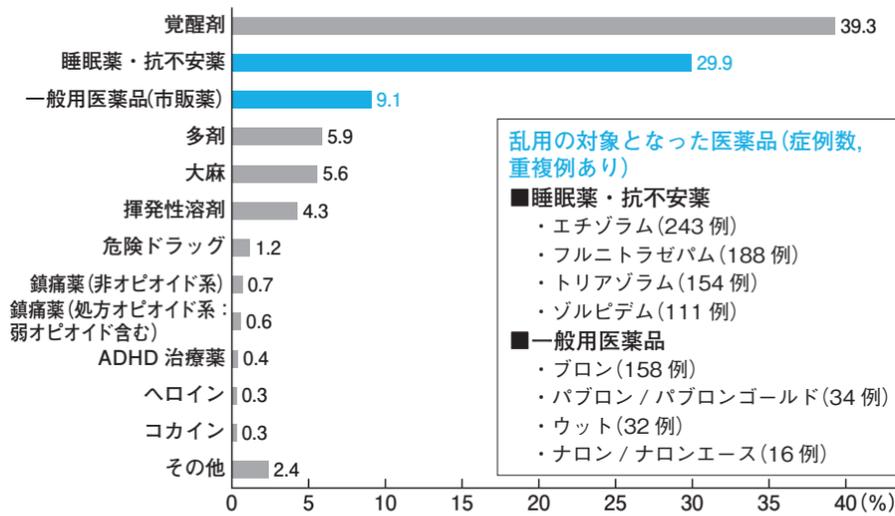
薬物依存というと、多くの人は覚醒剤や大麻といった違法薬物を連想するかもしれない。確かに、わが国の薬物依存臨床における中心的な依存性物質は覚醒剤であり、これまで薬物依存に対する治療や支援は覚醒剤乱用者を中心に議論されてきた。しかし、違法薬物ではなく、医療者にとって身近な医薬品を原因とする薬物依存が近年増加している。

例えば、精神科医療施設における薬物依存患者を対象とする全国調査によれば、睡眠薬や抗不安薬（主としてベンゾジアゼピン系薬剤）といった処方薬や、咳止め、風邪薬といった一般用医薬品を乱用し薬物依存となる患者が、覚醒剤に次ぐ患者群になっている(図)¹⁾。一般用医薬品（以下、市販薬）とは処方箋なしでも薬局やドラッグストアで気軽に購入できる市販薬のことであり、カウンター越しに販売される医薬品という意味から、OTC薬(Over The Counter Drug)とも呼ばれる。また、救急医療の現場からは、市販薬による過量服薬も報告され²⁾、市販薬の乱用が、依存や中毒へと問題が拡大している様子がうかがわれる。そこで今回は、市販薬による薬物依存の実態や対応についてお伝えしたい。

薬物依存の対象となる市販薬と含有成分

薬物依存の対象となる市販薬は、主として鎮咳去痰薬、総合感冒薬、解熱鎮痛薬、鎮静薬の4種類である。鎮咳去痰薬や総合感冒薬には、例えばメチルエフェドリン(覚醒剤と同様に中枢神経の刺激作用)や、ジヒドロコデイン(オピオイドと同様に中枢神経の抑制作用)といった依存性物質が含有されている。一方、解熱鎮痛薬や鎮静薬には鎮静効果のあるプロモバルレリル尿素が含有されている。プロモバルレリル尿素は、依存性があるだけでなく、過量服薬の危険性があり、海外では医薬品に含有されていないにもかかわらず、日本の市販薬には依然として使用されている。

一般的に市販薬に含まれる成分の薬理効果はそれほど強くはない。しかし、市販薬による薬物依存患者は驚くような量を使用している。ある患者は、毎日のように252錠(3瓶)の鎮咳去痰薬を一気に飲んでいった。この市販薬にはメチルエフェドリン(アッパー系)とジヒドロコデイン(ダウンナー系)が混在していることから、いわばコカ



●図 全国の精神科医療施設における物質使用障害患者の主たる薬物(文献1をもとに作成)

過去1年以内に使用歴がある1149例を対象とした調査。睡眠薬や抗不安薬といった処方薬や、咳止め、風邪薬といった一般用医薬品(市販薬)を乱用し薬物依存となる患者が、覚醒剤に次ぐ患者群になっている。

ンとヘロインを混ぜて使用するスピードボールのような状態になっているのである。さらに、この医薬品にはカフェインも含有されており、その含有量は252錠で1890mgにも上る。これはカフェインの中毒症状が出て不思議ではない量である。それぞれの成分との因果関係は不明であるが、市販薬の乱用に伴って、食欲不振、体重減少、倦怠感、無気力、不眠、希死念慮などの副作用が報告されている³⁾。

違法な薬物は捕まるのが怖いので……

では、どのような人が市販薬の依存症になっているのだろうか。市販薬による依存症例は覚醒剤による依存症例に比べて、「若年」「男性」「高学歴」「非犯罪傾向」といった特徴がある³⁾。覚醒剤症例は、青少年期に学校にあまり行かず非行歴があり、成人してからは定職につかず、反社会的な集団との接点があったり、薬物関連での逮捕歴があったりと、いわゆるやんちゃなタイプが多い。一方、市販薬症例は、周囲の期待に応えるために過剰適応気味に仕事をしていたり、対人関係が苦手であったり、寡黙で真面目なタイプが多い。社会的ステータスを失うことを恐れ、「違法な薬物は捕まるのが怖いので……」という理由から市販薬を選択する患者が少なくない。

市販薬を乱用する理由はさまざまである。「多幸感を得たい」「テンションを上げたい」のように効果を楽しむことを目的とする者もみられるが、「対

人恐怖から逃れるため」「不眠症に対処するため」「仕事がつらい時に」のように、自らが抱えるネガティブな感情やストレス、生きづらさへの対処行動(コーピング)として乱用を繰り返している者も少なくない。

薬物依存症者のアンビバレンスに寄り添う

薬物依存症者は、乱用を続けるためにさまざまな行動をとる。例えば、処方薬であれば「家族に捨てられた」などとうそをついたり、複数の医療機関を次々に受診し新たな薬を入手したり、といった行動がみられる。一方、市販薬であれば「なぜ、たくさん売ってくれないんだ」と販売員に詰め寄る場合や、ドラッグストアでの万引きを繰り返す場合もある。こうした言動は医療者を困らせ、時として薬物依存症者に対する忌避的な感情を生むことにもつながる。こうした患者を私たち医療者はどのように受け止めたらよいか。

薬物依存症者を支援するに当たっては、患者の両価性(アンビバレンス)を理解することが重要だ。両価性とは、薬物を使って気分を変えたい(苦痛から解放されたい)という気持ちと、でも本当は止めたい(薬物依存から回復したい)という相反する気持ちが共存し、両者が綱引きをしているような状態である。薬物依存の状態になると、頭の片隅では「このままじゃいけない」ということは理解しつつも、自らの意志で薬物使用を中止することが困難になる。つまり、薬物を使って自分のネ

ガティブな感情をコントロールしていた人が、逆に薬物にコントロールされているような状態になる。

薬物依存症者には「自己評価が低く自分に自信が持てない」「人を信じられない」「本音が言えない」「見捨てられる不安が強い」「孤独で寂しい」「自分を大切にできない」といった共通する特徴が指摘されている⁴⁾。こうした特徴を念頭に置いて患者の言動を観察すると、患者の理解と支援に役立つだろう。

そもそも薬物依存症者は生まれつき粗暴で、うそつきな人が多いというわけではない。依存症という病気が、その人の言動を変えているのである。依存症支援では患者の両価性を受け入れ、共感的な態度で寄り添っていくことを大切にする。患者の言動に一喜一憂し振り回されてしまうと、医療者側も苦痛を伴う。患者の両価性を受け入れることは、医療者の依存症者に対する忌避的な感情を改善し、バーンアウトを防ぐことにつながる。

*

最後に、依存症支援は本人だけではなく、周囲の家族に対する支援も重要であることを強調したい。家族は本人の依存症的な言動に振り回され、疲れ果て、誰にも相談できない状態になっている場合が少なくない。家族が依存症に対する理解を深め、回復していくことで、本人が支援の場に登場しやすくなる。家族支援は依存症支援の第一歩として重視されている。依存症の家族相談は、都道府県および政令指定都市に設置されている各精神保健福祉センターで受けることができる。

依存症は「孤立の病」とも言われる。本人や家族を心理的・社会的に孤立させることがないように、いつもと違う様子に気付いたり、何気ない声掛けをしたりと、ちょっとした「おせっかい」を焼ける医療者であってほしい。

●参考文献・URL

- 1) 松本俊彦, 他. 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 2019. https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/J_NMHS_2018.pdf
- 2) 廣瀬正幸, 他. 一般用医薬品による中毒患者の現状とその対策. 日臨救急医学会誌. 2020; 23(5): 702-6.
- 3) 嶋根卓也, 他. 厚生労働科学特別研究事業 一般用医薬品の適正使用の一層の推進に向けた依存性の実態把握と適切な販売のための研究. 2020. https://www.ncnp.go.jp/nimh/yakubutsu/report/pdf/OTC_R1.pdf
- 4) 成瀬暢也. 誰にでもできる薬物依存症の診かた. 中外医学社; 2017.

オンライン指導(数学・理科)

※教室での対面授業も実施しています

当会出身医師活躍中

スムーズな事業継承のお手伝いは実績ある当会にお任せください

医学部・難関大学を目指す中学生・高校生・浪人生対象

全国どこからでも自宅で指導を受けることが可能です!!

◆完全双方向のオンライン指導

パソコンとウェブカメラを用いたオンライン指導です。ノートパソコン搭載のカメラと当会から貸し出すカメラを使い、手元の映像と顔の映像を同時にモニターに映し出す完全双方向のオンライン授業になります。

◆高い指導力と数々の実績

数学・理科に特化した塾だからこそできる指導で、定期試験の成績アップや大学合格を実現します。当会のホームページには一部になりますが、卒業生の声を掲載しています。当会の実績をご確認ください。

◆オンライン指導の様子

オンライン指導の様子については、当会のホームページに紹介の動画を掲載していますので、下のアドレスから、または、遠山数理で検索してください。

遠山数理



遠山数理教育研究会

〒153-0042 東京都目黒区上目黒 3-2-2
フジビル4・6F TEL.03-3715-9686

当会ホームページはこちら▶▶▶
<https://ytnt.meguro.tokyo.jp>



こころが動く 医療コミュニケーション

患者さんの意思決定を支え、行動変容を促すにはどのようなかわりが望ましいだろうか。行動科学の視点から、コミュニケーションを通じたアプローチの可能性を探ります。

中島 俊
国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター臨床技術開発室長

第4回 **動機づけ面接で患者の意欲を引き出す**

近年、たとえ有効な治療法があったとしても、その治療を継続すべき患者さんのアドヒアランス低下がアウトカムに悪影響を及ぼすことが問題視されています¹⁾。患者さん中心の医療がめざされる中で、患者さんの意思と一致する方向の治療意欲を引き出すことは医療者にとって大きな課題です。本稿では、患者さんの動機づけを高め、行動変容を促す医療者のコミュニケーション・スタイルである動機づけ面接 (Motivational Interviewing: MI) について CASE を通して紹介します。

CASE 50歳男性の会社員 A さん。4年前から、深酒をした翌日の欠勤が目立つようになり、家族の勧めで精神科を受診。医師から「アルコール依存症」と診断される。しかし A さんは欠勤の理由は「アルコールの問題ではなく、仕事が自分に合わないこと」であり、飲酒は「依存ではなく、ストレス発散と仕事の付き合いのために欠かせない」ため、「仕事のストレスがなくなればいつでも飲酒は止められる」と発言している。

MI でどのように患者の行動変容を促すのか

MI とは、その人自身が変わるための動機づけおよびコミットメントを強めるコミュニケーション・スタイルです。MI では、多くの人は A さんのように「変わろうとする理由」と「今のままでいる理由」を持ち合わせているものと考えます (図1)。これを両価性と呼びます。A さんのように両価性で膠着状態にある患者さんに対して医療者が指示的なスタイルで変化(禁酒)を促すと、変化と反対方向への発言(例:自分はアルコール依存ではない)と医療者へのネガティブな認識(例:医療者はうるさいやつだ)が生じます。また、傾聴的なスタイルで会話の方向性を決めずにただ患者さんの発言を受け入れるだけでは、問題の解決にはつながりません。そのため、MI では患者さんの両価性を認めた上で、指示をするのではなく患者さん自身から変化につながる発言を引き出し、特定の方向への行動変容を促していきます。

このようなかわり特徴とする MI は、一般的なかわり特徴と比べ、薬物療法のアドヒアランスの向上²⁾、アルコールに関連する問題の改善³⁾、肥満症者に対する減量の促進⁴⁾、保護者が乳幼児に受けさせる予防接種率の向上⁵⁾などが報告されています。コロナ

禍の現在では、MI が COVID-19 のワクチンの接種率の向上に活用できるのではないかと考えられています⁶⁾。

4つのプロセスに応じた面接を心掛ける

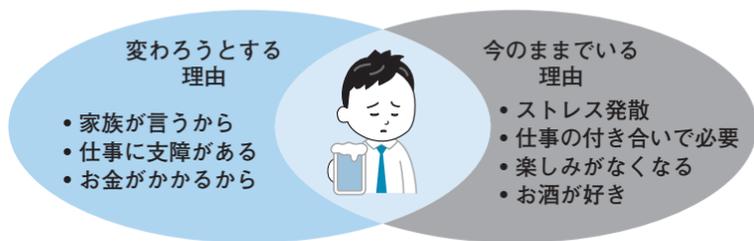
MI では面接のプロセスを4つに分類しています (図2)。A さんの CASE を参考に、プロセスごとの特徴を見ていきましょう。

1) かかわる

このプロセスの目的は、関係性の構築と患者さんが望む援助の理解です。医療者はアセスメントのための質問やアドバイスをしたくなる気持ちを抑え(第3回参照)、患者さんが話す内容に追従し、その人なりの頑張りや認めることで共感の姿勢を示します。1) のプロセスでは、変化の方向性と反対の会話であっても耳を傾けることが重要です。CASE では、A さんが話す内容の「仕事がストレスであること、飲酒が仕事の付き合いで欠かせないものである」という内容を否定せずに、A さんが家族のために仕事に打ち込みプライベートな時間も削って頑張っていることなどを認めていきます。

2) 焦点化する

このプロセスの目的は、面接に方向性を与えるために1つ以上のゴールやめざすべき結果の具体化です。1) との違いは、医療者がただ患者さんの会



●図1 Aさんの両価性(筆者作成)

動機づけの低い患者さんの場合、「今のままでいる理由」である維持トークを十分話した後に、「変わろうとする理由」であるチェンジ・トークを話し始めることが多い。

話に追従するのではなく、ゴールや方向性を探り倫理的に妥当な方向へ導くことにあります。CASE では、1) で A さんが大切にしていると話す価値観に触れ「(A さんが大切にされている)仕事やご家族のために、どんなことをこの場で話し合えるとよいでしょうか?」などの会話によって、めざすべき方向を探っていきます。

3) 引き出す

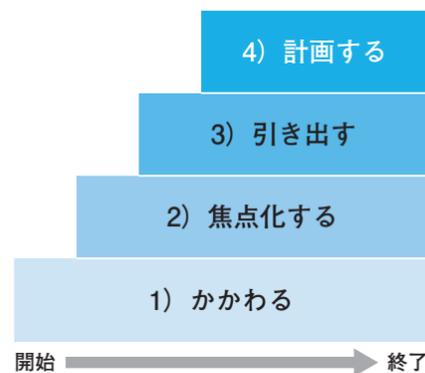
このプロセスの目的は、変化に向けての両価性の解消を援助し、患者さんの行動変容につながるポジティブな発言を引き出すことです。面接中に引き出された行動変容に関する発言は、その後の実際の行動変容を予測することが明らかになっています⁷⁾。CASE では、医療者は「ご自身では来院を必要と感ぜない一方、何が本日の受診の背中を押したのでしょうか?」などの質問を通して、飲酒によって得られる結果と相反する A さんの価値観(大切にしている家族など)や変化に関する前向きな発言を引き出し、変化への抵抗を解体していきます。

4) 計画する

このプロセスの目的は、患者さんが行動を確立しやすくするように、具体的に実行可能性が高い計画を立てることです。また、立てた計画を患者さんに人前で表明してもらうことや、知り合いからどういった支援が得られるか患者さんのアイデアを引き出すこと、患者さんに日記やスマホ、ウェアラブルデバイスなどで変化につながる指標をモニタリングしてもらうことも、動機づけを強化します。CASE では、A さんが大切にしている仕事や家族のために何ができるかといった話題を取り上げ、具体的な方法を定めてそれらの実現のために A さんが頑張っていることを日記に記録してもらうことなどが挙げられます。

MIには限界があることを理解しておく

MI は行動変容を促すためのアプローチとして有益ですが、面接の対象となる患者さんに両価性が見られない場合にはおすすりできません。これまでの研究で、動機づけが高い患者さんに対して MI を用いるとかわって行動変容の妨げとなることが報告されています⁸⁾。そのため、変わろうとする動機づけが高い患者さんには MI ではなく、より問題解決的なかわりや具体



●図2 面接の4つのプロセス

1) では情報収集ではなく、患者さんを理解する。2) では戦略的な方向づけと目標設定を行う。3) では患者さんの目標と関連するチェンジ・トークを引き出す。4) では具体的に実行可能性の高い計画を立てる。

的な計画を練るほうがよいでしょう。

また MI は患者さんの動機づけを引き出し、コミットメントを強化するかわりです。医療者が MI を用いても、最終的な意思決定は患者さんの選択に委ねられます。医療者が患者さんの行動変容を促そうとする姿勢は、医療福祉の観点から大切です(第1回参照)。しかし全く変わる意思がない患者さんに対して、無理に行動変容を促すことは患者さんの選択権を侵害することになります。

全ての患者さんに MI を適用するのではなく、MI の限界を知った上で目の前の患者さんに本当に必要なかわりを医療者が見極めることが、よりよい医療につながると考えられます。

今回のまとめ

- MI は変わりたい気持ちを与えてくれるのではなく、引き出していくコミュニケーションである。
- 4つのプロセスを意識して患者さんとかわることで、よりよい面接を心掛ける。
- 時には MI を使わない選択が、患者さんにとってよい結果につながることもある。

参考文献

- 1) Cochrane Database Syst Rev. 2014 [PMID: 25412402]
- 2) BMJ Open. 2013 [PMID: 23935093]
- 3) Addict Behav. 2007 [PMID: 17590277]
- 4) Obes Rev. 2011 [PMID: 21692966]
- 5) BMC Public Health. 2018 [PMID: 29954370]
- 6) Can J Public Health. 2020 [PMID: 33151510]
- 7) J Consult Clin Psychol. 2015 [PMID: 25365779]
- 8) Addiction. 2004 [PMID: 15200582]



Pocket Drugs 2021

ポケットドラッグズ

治療薬を薬効ごとに分類し、その冒頭に第一線で活躍する医師による「臨床解説」を掲載。「薬剤情報」では、「選び方・使い方」、選択・使用時の「エビデンス」をコンパクトに解説。目的の情報が見つかるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載した。臨床現場で本当に必要な情報をまとめた1冊。

監修 福井次矢 聖路加国際病院・院長

編集 小松康宏 群馬大学大学院教授・医療の質・安全学

渡邊裕司 浜松医科大学理事・副学長

今日の小児治療指針 第17版

水口 雅, 市橋 光, 崎山 弘, 伊藤 秀一 ● 総編集

A5・頁1010
 定価:17,600円(本体16,000円+税10%) 医学書院
 ISBN978-4-260-03946-8

【評者】内海 裕美
 吉村小児科院長

本書は、1980年(昭和55年)に卒業した評者にはなじみ深いものである。研修医、勤務医であったころには、病院、出張先の外来などで治療に役立

病院研修,外来,在宅,場所を選ばない必需品



ていた必需品であり、開業22年を迎えた私は第16版を機会あるごとに活用している。今回の第17版は28章716項目のエキスパートによる書き下ろしであり、「子ども虐待と小児科医の役割」と新たな章の記載があり、小児科関連のガイドライン、小児科医に有用なウェブサイトURLなどの資料も充実している。

本書は、診断後に治療指針を調べる、確認するのに役立つ簡便さが売りである。それだけでなく以下の特徴があることを知ってほしい。

- 1) 目次を一覧すると小児医療の扱う疾患の多さを把握することができる。特に若い先生方には、「20章 小児保健」「21章 学校保健」を読んでいただきたい。
- 2) 第1章の救急医療では、一般外来でも遭遇するものまで含まれている。心の問題も低年齢化してきており、希死念慮、拒食などへの対応も参考になる。
- 3) 第2章では治療手技が文章化されているので、確認、実施の積み重ね、確認と手技の研さんに活用できる。
- 4) 第3章では、小児診療に当たっての心構え、基本、年齢別特徴、子どもへの説明、障害のある子ども、小児科領域の医薬品の特性、病診(診診)連携、外来の工夫、患者教育のノウハウ、エラーとニアミスについてのエッセンスがまとめられている。基本であるが一朝一夕には獲得できない重要部分であろう『保護者が納得! 小児科外来医の伝え方』(医学書院, 2017)なども併読されたい。

5) 各疾患についても、日常診療で遭遇する機会の多いものについてはおよそこの治療指針で足りると思われる。専門性の高いものについても

治療の概要を知ることができるので、患者、患者家族への説明に役立つ。

6) ガイドライン一覧の資料だけでなく、各領域にガイドラインの存在が記載されている。

7) 処方内容が具体的でわかりやすい。

8) 小児科医は「子どもの総合診療医」である。皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科・口腔外科、整形外科疾患などの概要、

治療などにも触れられており、診療、病診連携・診診連携に役立つ。

9) 小児科医は地域の医療資源である。小児在宅医療のニーズが高まる中、積極的に取り組まねばならない領域となっている。どこの場所にいる、どんな子どもでも小児医療の対象であるという理念が貫かれていることがうかがえる。

10) 子どもの虐待が独立した章として取り上げられた意義は大きい。個人的には、世相を反映して第1章に位置しても妥当だと考えている。どんな疾患でもどんな家族でも虐待の存在は常に鑑別疾患として念頭に置き、その扱い方も熟知しておく必要がある。知識だけでなく実践を積み重ねることが大事な分野である。

最後に、書評を依頼され、初版時の序、第17版の序から最後の学校生活管理指導表まで全部目を通した。機会あるごとに必要と思われるときに利用していたが、通読する価値のある本だと気付かされた。ぜひ通読していただき、その上で機会あるごとに開いてほしい。

視点

「患者さんの物語」が 医師である私たちを支える



岡田 定 西崎クリニック/前聖路加国際病院血液内科・人間ドック科部長

医師であるためには専門的な知識や技能が必要です。現役であり続けるためには、知識や技能のブラッシュアップが欠かせません。ただ、医師である私たちを本当に支えてくれるのは、単なる知識や技能ではないはず。

医師、特に臨床医である私たちの心の支えとなるのは、患者さんとの人間的な交流による感動と、新たな知見を得た経験ではないかと考えます。唯一無二の「患者さんの物語」に巻き込まれ、一人の人間として心揺さぶられる経験です。

私は医師になって40年が経ちました。多くの患者さんにお会いしましたが、自分を本当に支えてくれたのは、この「患者さんの物語」でした。

医師は医療行為を通じて、多くの症例を経験するだけでなく、多くの生身の患者さんに出会います。医師対患者として出会うだけでなく、「一人の人間」対「一人の人間」として出会います。医学に精通するだけでは、血の通った医療は提供できないのです。

医療は科学的根拠のあるサイエンスが基本になりますが、血の通った医療を行うには、サイエンスだけでなくアートも必要です。“The practice of medicine is an art, based on science”というわけです。故・日野原重明先生によればアートとは、「科学を患者にどう適用するかというタッチの技」だそうです。

「患者さんの物語」とは、「患者さんから学んだ自分物語」でもあります。「患者さんの物語」に学ぶことで医療者として、一人の人間として生きていく力が与えられるのです。本稿を読む読者の場合も、今の自分自身を支える原動力は、多くの患者さんとの人間的

な交流によって生まれたのではないのでしょうか。

聖路加国際病院の内科研修医だった頃、救急車の音が聞こえると、病院の寮にいても「患者さんが自分を呼んでいる」と感じたものでした。血液専門医になってからは、悪性疾患を治すことに医師として大きなやりがいを感じました。同時に、疾患を治せない患者さんに取り組むことは、一人の人間として大きな生きがいでした。

血液専門医を長年続ける中で、病気を予防することの大切さに気がきました。人間ドックを担当するようになってからは、受診者との面接の中で、病気の早期発見による二次予防より、問題のある生活習慣を改善する一次予防のほうが重要だと考えるようになりました。

私は昨年、聖路加国際病院を定年退職し、高齢者用マンション内にあるクリニックで診療を始めています。平均年齢90歳前後の超高齢の患者さんを診る中で、従来の急性期病院の医学モデルが通用しないことを知りました。高齢者の仲間入りをした自分が取り組むべき新しい医療の姿だと感じています。

世界は今、コロナ禍に揺れています。今後のあなたの医師人生にも、予想もしないことが次々と起こるでしょう。そのようなときにも、あなたを心の底から支えてくれるのは、「患者さんの物語」から学んだ「あなたの物語」だと思うのです。

●おかだ・さだむ氏/1981年大阪医大卒。聖路加国際病院血液内科部長、内科統括部長、人間ドック科部長を歴任。2020年より現職。近著に『内科医の私と患者さんの物語——血液診療のサイエンスとアート』(医学書院)。

●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部まで
 ☎(03)3817-5650/FAX(03)3815-7804
 なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示するクォーターリー・マガジン

INTENSIVIST

Vol.13 No.1
 特集:循環器集中治療 (Critical Care Cardiology)

責任編集:香坂 俊 慶應義塾大学 循環器内科
 林 淑朗 鉄斎会亀田総合病院 集中治療科
 The University of Queensland, Centre for Clinical Research

●1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)
 ●年間購読料19,360円(本体17,600円+税10%)
 ※毎号お手元に直送します。(送料無料)
 ※1部ずつお買い求めいただくの比べ、約4%の割引となります。

2021年(予定) 1号 循環器集中治療(Critical Care Cardiology) 2号 薬理学
 3号 COVID-19 4号 麻酔

“純国産”集中治療本 重症患者管理マニュアル

●編集:平岡栄治・則末泰博・藤谷茂樹 ●定価7,150円(本体6,500円+税10%)

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル TEL 03-5804-6051 http://www.medi.co.jp
 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36風明ビル FAX 03-5804-6055 E-mail info@medi.co.jp

「われわれ医療者を心の底から支えてくれるもの」とは、いったい何だろうか?

内科医の私と 患者さんの物語

血液診療のサイエンスとアート

岡田 定

医師は日々多くの生身の患者さんに出会うが、それは「医者」対「患者」としてだけでなく、「一人の人間」対「一人の人間」としても出会うのである。本書は血液内科医である著者の40年以上にわたる臨床経験を、サイエンスとアート双方の視点からまとめたもの。医療者は、患者さんとの物語に学ぶことで、医療者として、一人の人間として生きていく力が与えられる。あなたにもきっと「あなたを支える患者さんとの物語」がある。

●A5 176頁 2021年 定価:2,750円(本体2,500円+税) [ISBN978-4-260-04348-9]

医学書院

『病院』誌はお陰様で創刊80巻を迎えました!

『病院』80巻記念 オンライン座談会 よい病院はどうあるべきか 2021

出席者/編集委員



神野正博
社会医療法人財団董仙会
恵寿総合病院 理事長
【編集主幹】



松田晋哉
産業医科大学
公衆衛生学教室 教授



松原由美
早稲田大学
人間科学学術院 准教授



今村英仁
公益財団法人慈愛会
理事長



太田圭洋
社会医療法人
名古屋記念財団
名古屋記念病院 理事長



川原文貴
川原経営グループ 代表

神野 今、私たちは2025年・2040年に向かって、「人口減少・超高齢社会」という大きな荷物を抱え、「新型コロナウイルス感染症」(以下、コロナ)という嵐が吹きすさぶ中を歩んでいます。なかなか前が見えない中で、私たちは病院をどう維持していけばよいのでしょうか。

→2025年には、いわゆる団塊の世代が全員後期高齢者に達し、2040年には団塊ジュニア世代が65歳以上になり、高齢化のピークを迎えます。

月刊誌『病院』は、制度の解説本でも経営書でもなく、病院の未来を見通し、運営の指針を提供する雑誌です。本日はわれわれ『病院』編集委員で病院の在り方について語り合い、病院で働く全ての医療者の皆さんに「今、私たちはどうすべきか」を共に考える機会にさせていただければと思います。

まず、研究者のお二人に伺います。今の病院の在り方の中で、特にどのような点が課題だと思われますか。松田先生、いかがですか。

松田 最も大きいのは、患者さんのニーズが複合化してきたことです。患者さんの側では、急性期～慢性期も、医療・介護も、傷病自体も複合化し、それに合わせて住まいや通院の手段の問題も複合化しています。一方で、病院はまだまだ診療科別の専門診療をベースに、いわば「ミニ大学病院モデル」のサービス提供をしています。患者さんはケア・ミックス化しているのに、診療する体制がケア・ミックスのマイナスイメージになっていない。そこが最も大きな課題だと思います。

→10月号「ケアミックス化 患者ニーズの複合化に対応する」(企画:松田先生)で取り上げます!

神野 患者さんの価値観も変化し、多様性が求められるようになってきましたよね。

松田 日本は多数の外国人を受け入れ、多様な言語が話されていますが、そのための対応もできていません。情報システムも病院ごとに稼働していて、タコツボ化しています。情報化というのはネットワーク化を要求するもので、それがなければメリットが得られないのです。いろいろな面で、日本はすごく遅れていると思います。

→8月号「データヘルスで変わる病院」(企画:神野先生)で取り上げます!

神野 医療だけでなく、社会そのものが遅れていますよね。松原先生、いかがですか。

松原 SNSの時代になり、個人が情報発信する力を持つようになりました。意思決定も、「上に従うのが当たり前」の時代から、あらゆる所でファシリテーションが推奨され、「皆で考え、共創する」時代になりました。一方、病院経営ではその意思決定の在り方が、時代にそぐわない部分があるように感じます。治療と同時に、特に高齢者にとっては退院後にどのように生活するかも重要です。どのように生活するのかを踏まえ、残存能力を發揮させるには、一方的な意思決定ばかりではなく、意見を言いやすい環境下、多様な意見を参考にしながら意思決定していくことも求められます。こうした組織マネジメントが不十分な点が課題ではないかと思えます。

→12月号「人口激減社会下で職員を辞めさせない!」(企画:松原先生)で取り上げます!

神野 われわれ医療者の考え方も、患者さん個人の考え方も変わってきました。それに対応できるかは大きな課題ですね。

続いて、今度は病院経営者のお二人に、病院組織を運営する上での課題を伺いたいと思います。今村先生、いかがですか。

今村 今の話は面白いですね。「病院とは何か」を考えたとき、本来の「治療の場」と考えると、たとえ患者さんのニーズに合わせたサービスが付いていても、きちんと治療を提供できなければ元も子もありません。治療という行為は、ある程度ピラミッド型で、医師中心でなければいけない面があります。しかし、今言われたように、それだけではもう患者さんのニーズを満たせない。ここをどう合わせていくかが課題だと思っています。

私自身は「もう既存の病院のままでいい」と考えて、運営する病院では「脱病院」という方針まで掲げました。かといって、治療のレベルが下がってもいけない。そこで、一つの方向性として、二木立先生が提唱された「保

健・医療・福祉複合体」(二木立:保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測、医学書院、1998年/絶版)が望ましいと考えています。治療の場である病院はピラミッド型でも、介護・福祉職も同じグループで情報共有すると、それぞれの文化の違いを理解しながら協働します。最終的には利用者さんを中心に「治療は医師に任せます」「その後のケア・支援は介護・福祉職に任せます」と役割を分担する。それがこれからの病院に求められると思います。そうした複合化の方向性の延長線上に、在宅医療・在宅支援があります。今後は、在宅医療が独立するのではなく、全体のサービスのメニューの一つとして不可欠になるかもしれません。

→7月号「地域包括ケア時代における 病院の在宅への関わり方」(企画:今村先生)で取り上げます!

神野 まさに「複合体」がキーワードですね。太田先生はいかがですか。

太田 お話を伺って、大きな変革期にある中で、病院という組織があまりに環境の変化についてこれなかったのではないかと反省しています。高齢者の患者さんが増えた中で、われわれはもっと医療の周辺に関与しなければいけないのに、実際はできていません。そのために病院の組織も動かなければいけないし、周囲との関わりも含め、病院が何をどこまで提供するかも考えなくてはなりません。コロナが病院経営に大きな影響を及ぼしている中、コロナ後の病院の経営形態を真剣に考える必要があります。いろいろな医療提供体制の改革が行われていますが、最終的には、病院に勤める全ての医療者の考え方が変わらなければいけないと思います。

→3月号「With コロナ時代の病院経営」(企画:太田先生)で取り上げます!

『病院』誌では、さまざまな考え方や取り組みを紹介しています。これだけ先行きが不透明な時代ですから、多くのヒントを得られる雑誌として、執筆者と読者に育てていただければありがたいと思います。

神野 川原先生は、病院を支援するお立場から、何が大事だと思われますか。

川原 物心両面で一つずつ挙げるとしたら、まず物の面ではやはり資金が最も大事だと思います。今はコロナで損益が厳しい病院が多いですが、損益がプラスでも資金がないケースもあり、資金を保持しておくのは重要です。

→11月号「病院とお金」(企画:川原先生)で取り上げます!

心の面では、経営マインドが大事だと思います。最近、コロナによる経営悪化で、心が折れそうになっている経営者が多いようです。心が折れないためには、自院を客観的に見るのが大事です。人間は状況が分からないと悪い方に考えがちです。できれば、客観的に見るだけではなく、将来を読んで先取りしていくことが重要ではないかと思えます。

以前、田中滋先生の講演で「リーダーの4パターン」をお聞きしました。最もよくないのは「他人のせいにする」で、これは思考停止のパターンです。次は「受け身」で、例えば診療報酬改定に対応するなど、実務担当のパターンと言います。その次は「将来を読む」で、これが一般的な経営者のパターンです。しかし、できれば「将来を先取りする」先導者のパターンになってほしいと田中先生は仰っていました。今はコロナで将来どうなるかが見えにくいですが、「兆し」はあると思います。その「兆し」を読み、将来を先取りしていく経営者マインドが大事ではないかと思えます。

神野 ありがとうございます。私たち病院は、患者さんの人生の中で、ほんの一部にしか関わっていないのですよね。その前と後に対して、今まであまりにも無頓着だったかもしれません。せいぜい後くらいで、その前の「未病・予防」などは手つかずです。それらを全て合わせると、病院にはやるべき仕事はまだたくさんあるのではないのでしょうか。

松田 米国では、地域の中核病院がプライマリ・ケアと連携し、さらにはケータリング会社やスポーツジムと組んで、総合的にその地域の住民の安心を保障するシステムを作りつつあります。日本でも、このような仕組みが必要になると思います。以前、広井良典先生が複数の地域の住民に「地域の安心の源は何ですか」というアンケート調

『病院』2021年の特集(3月号以降は予定)



- 1月号「地域医療構想を踏まえた病院機能の選択」
- 2月号「大学病院は地域病院を支えられるか」
- 3月号「With コロナ時代の病院経営」
- 4月号「医薬品・医療材料をコントロールできるか」
- 5月号「働き方改革のための生産性向上」
- 6月号「超高齢時代のリハビリテーション評価」
- 7月号「地域包括ケア時代における 病院の在宅への関わり方」
- 8月号「データヘルスで変わる病院」
- 9月号「次世代の病院経営者をどう育てるか」
- 10月号「ケアミックス化 患者ニーズの複合化に対応する」
- 11月号「病院とお金」
- 12月号「人口激減社会下で職員を辞めさせない!」

査をしたところ、1位と2位はどちらも「学校と医療機関」でした。学校がある(子どもがいる)ことは将来の安心、病院があるのは今の安心です。これからの超高齢社会で、社会的価値として大切なのは安心です。病院が地域にあることは、安心を保障すると思うのです。

過疎化が進む地方でも、私が見学に訪れた北海道の足寄町では、病院を中心としたまちづくりを始めていました。都市部でも新しいアライアンスが作られ始めています。感染症でも救急でも、役割分担して地域に穴がないようにする。そういう緩やかなアライアンスを作るのが、これからの日本の医療だと思います。そのとき、病院は必ずその中核になります。病院はこれからすごく面白い組織になっていくのではないのでしょうか。

神野 ありがとうございます。ネットワーク化、複合化、そしてその延長線上として「病院は地域の中核だ」というお話、とてもグサッと刺さります(笑)。

松原 コロナでつくづく思ったのは「病院が地域を守っている」ということです。医療がしっかりしなければ、地域も経済も崩壊することがよく分かりました。医療・介護・福祉は地域を守る存在で、それがしっかりしているからこそ経済も守られるということ、病院だけでなく診療所や介護・福祉も一丸となって伝える努力が必要だと思います。そのためには、団体ごとに分かれるのではなく、各団体をまとめる必要があると思います。

松田 コロナでは、国が今まで病院に予算を投じてこなかった付けが回ってきたと思います。看護師がこれだけ辞めているのは、もともと余裕がある働き方ではなかったからです。これを契機に「病院を大切にしよう」という雰囲気がつくれるといいなと思います。

神野 ありがとうございます。面白いキーワードをたくさん挙げていただきました。『病院』誌はそのうち『脱病院』『生活院』『健康院』になるかもしれません(笑)。最終的に、病院が病院でなくなる日を目指して、編集委員一同努めていきたいと思っています。これからの『病院』誌に、どうぞご期待ください。

よい病院は
どうあるべきかを
研究する

病院

ウェブサイトはこちら

月刊1部 定価 3,300円
(本体 3,000円 + 税 10%)
年間購読がお得です。電子版もございます。
オンライン投稿も随時受付中!



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <https://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp