

2023年3月6日

第3508号

週刊(毎週月曜日発行)
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]「朝起きられない」を治療し若者の将来を守る(松井健太郎,神林崇,志村哲祥)/[連載]睡眠外来の診察室から(終)
第33回日本疫学会学術総会開催/[視点]フレイル予防を効率的に行うポピュレーションアプローチの重要性(葛谷雅文)
[寄稿]Child Death Reviewについて医療者が知っておくべきこと(沼口敦)
第26回日本病院総合診療医学会学術総会開催

座談会 「朝起きられない」を治療し若者の将来を守る



松井 健太郎氏=司会
国立精神・神経医療研究センター病院
臨床検査部睡眠障害検査室室長

志村 哲祥氏
東京医科大学精神医学分野
睡眠健康研究ユニットリーダー

神林 崇氏
筑波大学
国際統合睡眠医科学研究機構
教授

睡眠・覚醒相後退障害と起立性調節障害患者への支援を

概日リズム睡眠・覚醒障害(CRSWD)のうち、睡眠・覚醒相後退障害(DSWPD)の有病率は全人口の1%前後1)、若年者に絞れば7~16%に及ぶと考えられている2)。「朝起きられない」ことへの周囲の不理解から「怠け」「気合が足りないだけ」とみなされ、退学・退職につながる、あるいは自殺に至るケースもあり社会的影響が大きい疾患である。
その影響の大きさに比し、医療職の中でもその疾患概要、治療法が十分に周知されているとは言えない。充実してきた薬物治療を踏まえて今後どのような取り組みが求められるのか、専門家3氏が座談会を行った。

松井 概日リズム睡眠・覚醒障害(CRSWD)はさまざまな疾患を包括する概念です。志村先生から改めて概説してもらえますか。

志村 CRSWDは社会的に望ましいタイムスケジュールと自身の体内時計リズム(以下、リズム)とが乖離を起こすことで多様な問題が生じる疾患群を指します(表)。中でも多数を占めるのが10代や若年成人に多い睡眠・覚醒相後退障害(DSWPD)で、極端な夜更かしや朝寝坊が特徴です。対照的に高齢者では、夕方には寝てしまい深夜に起床してしまう睡眠・覚醒相前進障害もありますね。それから睡眠時間帯が毎日1時間ずつずれるNon-24と

呼ばれる型も困難を来しやすいです。また、夜勤・日勤の繰り返してリズムが狂う交代勤務障害は看護師や客室乗務員などの退職原因となることが多く、他の型と同様に治療の重要度が高いです。広い意味では時差障害(時差ボケ)も該当しますね。

松井 CRSWDはそれぞれ特徴が異なります。今日は睡眠外来で特に多く診る上、いまだ見過ごされている患者さんも多いDSWPDに焦点を当て、課題や今後の展望をお話したいと思います。

神林 最大の問題は10代での発症が多く、学校に通えなくなることで進学やその後の就職に大きく影響する点で

す。

それから、いわゆる起立性調節障害(OD)の中に、睡眠医療の観点ではDSWPDそのもの、あるいはオーバーラップする症例が多い点も課題となります。ODは血圧低下を筆頭に、朝起き不良やたちくらみ、倦怠感などを特徴としますが、DSWPDでも同様の症状が起こる。小児科の先生方がODの難治症例に苦慮した際、睡眠医療のアプローチを試していただくと有効な場合も多いはずですよ。

松井 同感です。神林先生は睡眠障害の機序や治療薬について多くの報告をされています。志村先生も関連研究を多くなさり、またDSWPD当事者の観点からもぜひお話しいただければ幸いです。本日はよろしくお願ひします。

寝たくても寝付けないのにはワケがある

松井 患者さんが来院するきっかけは、お二人の施設でも夜更かしや睡眠不足の相談が多いでしょうか。

神林 ええ。親御さんからの「起こしても朝起きられない」との相談が特徴的です。小児科から紹介されることも多いです。

志村 遅刻・欠席や不登校を原因に学校から紹介される場合もありますね。近年は学校現場で朝起きられない・不登校=ODと定着してしまっていますが、睡眠に着目してくれた先生から紹介される場合があります。

松井 学校に行くのがつらいから起きられずリズムがずれるのか、あるいは特に理由はなく、学校も行きたいのにどうしてもリズムがずれてしまうのか。両者を切り分けられると良いのですが、これがなかなか難しい。

志村 最も簡便なのは、自然状態での睡眠リズムを確認することです。就寝と起床の時刻を確認し、特に休日などの予定がない日と、通学日の睡眠スケジュールとを分けて聞くと有効です。予定のない日の睡眠覚醒タイミングが遅延し、さらに、朝は不調でも午後からは元気に生活できているのであれば、ODではなくリズムの問題だと思われそうです。

また、早い時間に寝ようとしても眠れないのがDSWPDの特徴の1つですから、夜早い時間の不眠も重要なポイントです。23時などに布団に入っても全然寝付けない場合は、DSWPDを

(2面につづく)

Table with 2 columns: 睡眠・覚醒相後退障害(DSWPD), 睡眠・覚醒相前進障害(ASWPD), 非24時間睡眠・覚醒リズム障害(Non-24), 不規則睡眠・覚醒リズム障害(ISWRD), 交代勤務障害, 時差障害. Each row describes the condition and its characteristics.

3 March 2023 新刊のご案内 医学書院. Includes book listings for '慢性痛のサイエンス', '視能検査学', 'フィジカルアセスメントに活かす看護のための...', '急性腹痛の診断レシピ', '標準病理学', 'わかりやすい省察的実践', '消化器内視鏡外科手術バイブル', 'The Grasping Hand', '標準リハビリテーション医学', 'マンガで学ぶ! がんのキホン'.

<出席者>

●まつい・けんたろう氏

2009年東北大学卒。博士(医学)。東京女子医大病院、睡眠総合クリニック代々木などでの勤務を経て、19年より現職。専門は睡眠障害。多数の学術論文の執筆をはじめ、広く睡眠障害に関する知見の発信を続ける。



●かんばやし・たかし氏

1990年秋田大学卒。県内の病院で勤務の後、94年米スタンフォード大に留学。96年に帰国後、秋田大に勤務。2005年講師、7年准教授を経て、19年より現職。専門は睡眠覚醒障害、ナルコレプシーなど。筑波大で研究を行う傍ら、茨城県こころの医療センターで睡眠覚醒外来を担当する。



●しむら・あきよし氏

2009年順大卒。博士(医学)。順天堂医院、東京医大病院、菅野病院(和光市)を経て、睡眠総合クリニック代々木などで睡眠外来を担当。精神疾患一般と睡眠障害の臨床、研究に携わる。また、2005年に睡眠リズム障害患者会 Rhythm and Sleep を立ち上げ、当事者たちの苦しみの緩和と社会への周知活動に尽力を続ける。



(1面よりつづく)

疑うべきでしょう。

松井 リズムの遅れを自力では覆せないのがDSWPDの課題となります。「起きられないなら早く寝ればよい」というのは正論ですが、患者さんも改善のために早めにお布団に入る。しかしどうしても寝られず結局は2時や3時にしか寝付けない。背景には、睡眠禁止ゾーンが関係するかもしれません(図1)³⁾。神林先生から解説をお願いします。

神林 成人の1例ですが、0時に寝て7時に起きた時、起床後は眠気が減り、午後2時あたりにまた眠い時間帯が生じます。その後再び覚醒度が上がり、就寝の3時間ほど前に最も覚醒度が高くなる。この時間帯が睡眠禁止ゾーンです。通常はそこから再び眠気が強まり、0時ごろに就寝できます。この場合は社会的に規則正しい生活が可能です。DSWPDでは通常の睡眠時間帯に睡眠禁止ゾーンが重なり眠れません。私はオレキシン神経系がこの睡眠

禁止ゾーンを作ると仮説を立て、その機序について研究を進めています。

「朝起きられない」がもたらす社会との深刻なミスマッチ

松井 もう一点の課題が起床困難です。そもそも若い人では明け方に深い睡眠である徐波睡眠が現れやすく、特に睡眠不足の際に顕著な点が背景にあると考えています。寝付きは悪い、朝は無理にでも起きないと間に合わない。それで普段の睡眠時間が伸ばせないわけです。

志村 徐波睡眠が出ている熟睡時に起こされると、錯乱性覚醒や睡眠酩酊などの意識障害を起こしますね。その上、早朝はDSWPD患者さんのリズム的には通常の人にとっての真夜中に相当します。つまり、体温も血圧も最も低い時間帯です。「寒い」「頭が痛い」「だるい」「気持ち悪い」などが生じ、目は覚めていても思うように体が動きません。

松井 「良い子なのに朝だけ人格が変わり、暴言を吐いたり暴れたりする」など錯乱性覚醒を疑う症状も典型ですね。

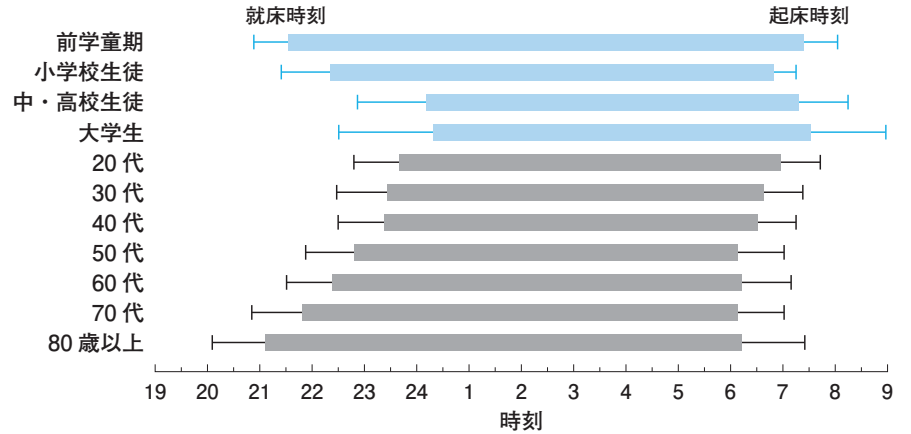
神林 「朝起きられない」が主訴となるため、周囲から「気合が足りない」などと言われがちです。しかし寝る前に「気合で起きよう」と考えていても、熟睡中にはその気力も出しようがないです。

睡眠時間の調節も起床が遅くなる一因でしょう。学年が上がるにつれて就寝時刻が遅くなりがちですが、年を重ねるにつれ必要な睡眠時間も短くなるので通常はバランスがとれます(図2)⁴⁾。ただ個人差はあるものの、第二次性徴の開始時から睡眠時間が余分に必要になる場合があるのです。

志村 基本的にDSWPDは治療可能です。しかし、重度のDSWPDでは、治療で多少は改善しても問題が解決しない方が多くいます。感覚的には、睡眠覚醒リズムは4時間ほど前にずらすのが限界だと思えます。

松井 そう！

神林 睡眠・覚醒リズムが少し前進してようやく通常のDSWPDになる感じですね。



●図2 睡眠時間と就床・起床時刻の加齢による変化(文献4より一部改変) 1,732名の一般住民の睡眠アンケート調査より、各年齢層ごとの平日の就床・起床時刻を算出し示したもの。

[神林氏註: 2000年のデータであるが、図2より幼児は早く就寝しても起床は7時と睡眠時間が長く、小学生では寝付く時間が遅くなり起床時刻も早くなる。中学・高校生で就寝がさらに遅くなり、大学生では睡眠時間が最短となる。なお、データでは50代以降の睡眠時間が見かけ上増えていくように見えるが、加齢の影響により実際の睡眠時間は短い(65歳以上では6時間以下)と考えられる。]

志村 はい。例えば7時寝・15時起きの人リズムが4時間早まっても自然に起きられるのは11時で、当然学校や会社には遅刻します。結果、やっとの思いで進学・就職してもドロップアウトし、完全に失業して、将来に絶望してしまう方もいます。私が立ち上げた睡眠リズム障害患者会にも重症者が多く、実は活動を本格化したきっかけは仲間の自殺です。私自身も、初期研修や後期研修では遅刻しないために徹夜を繰り返し、頻りに体調を崩し……非常に不安定でした。「朝起きられない」と言うのが軽く聞こえますけれども、実は患者さんたちは重大な社会的ハンディを負っているのです。

選択肢の広がる薬物治療は「低用量」がカギに！

松井 入眠困難と起床困難の双方に対し、薬物療法の選択肢が近年増えていきます。まずは本領域の薬剤治療を志村先生から解説していただけますか。

志村 DSWPDを含むCRSWDの治療では、世界中でメラトニンが第一選択薬とされますが、本邦では長らく保険適用がありませんでした。そんな中、まず、メラトニン受容体アゴニストのラメルテオンが2010年に承認されました。

ただし、実は承認後もしばらくはリズム治療にはあまり使われていませんでしたよね。毎日1錠8mgを投与してもリズムが改善しなかったのです。その中で1/2錠以下の投与量であれば、睡眠時間帯の前進作用があるとの報告⁵⁾を受け、1/2~1/8錠などの低用量のほうがCRSWD、特にDSWPDに効果があることが、国内の関連領域の医師に経験則として広がってきています。松井 志村先生がラメルテオンの超低用量処方について報告しており、興味深かったです。

志村 なぜ低用量で有効なのかという機序について、症例報告と共に薬理的にレビューしたものです⁶⁾。実は1/8錠よりさらに少量でも、理論的に

は1/250錠でも効きます。逆に多いと朝になっても微量を持ち越してしまったりリズムの前進作用が打ち消されてしまいます。同様のことはメラトニンでも指摘されており、1mg~3mgを超える高用量を服薬すると“spillover”と呼ばれる問題が生じる場合があります⁷⁾。メラトニン系の薬剤は、「いまが夜だ」と認識させ入眠を促すものです。代謝が特に遅い人では、メラトニン受容体への作用が昼以降も持続し、期待される睡眠・覚醒リズムの前進が得られないリスクがあるのです。

神林 ラメルテオンは半減期が短いとされるけれど、体内に代謝物が残ることがあるからね。患者ごとに適切な量があるでしょうけれど、最大公約数として何mgが適切だと考えていますか。

志村 最初は1/8~1/14錠ほどを18~21時ごろに服用するのがよいでしょう。私は1/14錠から処方を始め、もし薬が効きすぎて、服用直後に患者さんが眠ってしまうような場合には減薬していくことが多いです。

松井 ラメルテオンは不眠症治療に用いるオレキシン受容体拮抗薬との併用療法にも期待できそうです⁸⁾。

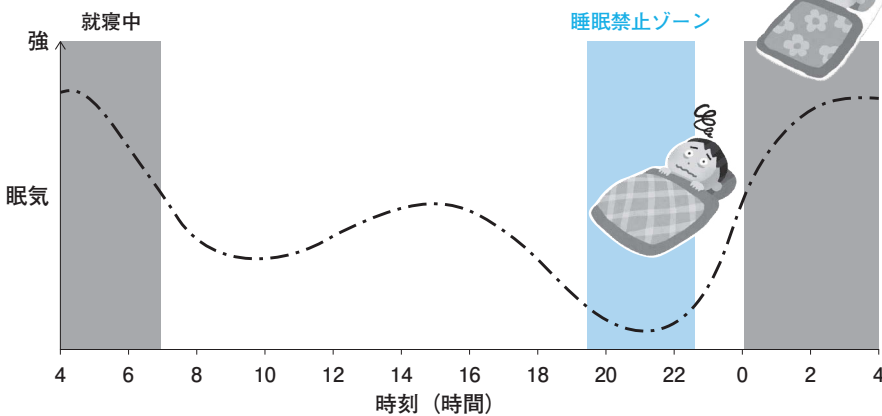
神林 オレキシン受容体拮抗薬は睡眠相の大きくずれた方にも有効そうですね。

志村 それから、「小児期の神経発達症に伴う入眠困難」に対してメラトベル[®]が2020年に承認されたのは意義深いです。DSWPDが顕著な子は神経発達症傾向を重複することも多く、保険適用で処方できます。

松井 メラトベル[®]は半減期も短く継続しやすい点も有用です。今後DSWPD診療のゲームチェンジャーに成り得ますよね。

わが国ではメラトニンが使用できなかったがゆえに、他の多様な薬でDSWPD治療を試行錯誤してきた印象があります。中でもアリピプラゾールは注目の薬剤で、神林先生が多くの研究をされています。やはり低用量処方についての報告が面白いです。

神林 アリピプラゾールを少量で使う



●図1 眠気の日内リズム(文献3より松井氏作成)

起床後から緩やかに減少する眠気は、午後一度強まる。その後覚醒度が最大となる睡眠禁止ゾーンを迎え、以降は急激に眠気が強まり就寝する。

薬効や副作用の評価に必要な臨床検査や画像検査の情報を「オールインワン」に凝縮！

検査値と画像データから読み解く 薬効・副作用評価マニュアル

「よく処方される薬」と「臨床検査や画像検査」のポイントを「薬⇔検査」の双方向の切り口で編集した一冊。第1部の「薬→検査」では薬効別に、①疾患に関連する薬、自覚症状、検査→②薬の評価項目とタイミング→③治療効果(副作用)の評価に必要な臨床検査と画像検査→④薬剤選択の考え方→⑤評価から介入までのフローチャート→⑥記録の書き方→⑦の流れで記載。第2部の「検査→薬」では検査ごとにその評価ポイントを解説。

編集 吉村知哲 岩本卓也

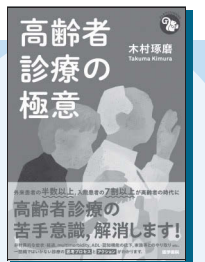


高齢者診療の苦手意識、解消します！一筋縄ではいかない診療のノウハウをまとめました

<ジェネラリストBOOKS> 高齢者診療の極意

高齢者診療の苦手意識、解消します！ 非特異的な症状・経過、multimorbidity、ポリファーマシー、ADL・認知機能の低下、家族や他職種とのやり取り、社会的支援など、一筋縄ではいかない高齢者診療の思考プロセスとアクションをまとめました。外来患者の半数以上、入院患者の7割以上が高齢者の時代に必携の書です。

木村琢磨



と、睡眠の延長が抑えられ覚醒が早くなるとうわかってきました^{9, 10)}。現在の臨床では3mgからスタートする場合がありますかと思えます。ただ効果発現が早まる一方で長期的な内服が必要な薬剤なので、より少量からの処方開始が望ましいでしょう。私は体重60kg以下の方には0.5mg、60kg以上の方には1mgから開始するのが良いと考えており、大体0.5~1.0mgの範囲内で使用しています。内服を継続するうちに徐々に起床が早まりすぎて減薬することもあるので、少量で開始しておけばそれも避けられますよ。また、小学生などでは0.25mgなどでいいはずです。20歳以下では自閉症スペクトラムへの保険適用があり、安価に処方できる点も有用です。

小児・睡眠領域の連携を強めDSWPD診療のさらなる充実を！

松井 近年のコロナ禍では、時差出勤や在宅勤務のスタイルも広がり朝起きる必要がなくなった人も増えました。そこでDSWPD患者を対象に影響を調査したところ、朝起きる必要がなくなったことが症状増悪と関連していました¹¹⁾。起きる理由があるのは治療の上で一定の意義があると考えられます。

志村 一方で体調が改善した人がいるのではないですか。

松井 鋭いですね。私の研究では観察できていませんが、海外から別の報告があります¹²⁾。もともと睡眠薬の服用、あるいはカフェインの大量摂取などで無理に活動していた2症例では、コロナ禍で仕事に行く必要がなくなり、深夜に寝て昼に起きる自身のリズムに合わせた生活になりました。すると使用していた薬剤全ての服用が不要になり、体調も良くなったのです。治療で社会的スケジュールに合わせた生活が可能になっても体調を崩しかねない点、DSWPD診療の難点です。また、志村先生の指摘した、それ以上改善しないかどうかの判定が明確にできない点は、今後の課題だと思います。

志村 本来はその人に合ったリズムで生活できれば、皆が健康に過ごせるのですけれどね……。詰まるところ、DSWPDは障害の社会モデルです。車いす移動だと段差を超えられないのと同様に、起床が15時だと仕事はもちろん役所や銀行にも行けません。個々のリズムと社会とのミスマッチで生じるハンディが実は社会に多く存在する。その点をまずは知っていただけたらいいですね。

神林 加えて言えば、周囲の方はもちろん医療従事者の方にもより知っていただきたいです。本日お話しした下記の薬剤について、睡眠専門医以外に広まってない点は、非常にもったいない。

◆入眠困難の対策

- ・メラトニン(メラトベル[®]) 1~2mgを眠前に(15歳以下の神経発達症に適用)。
- ・ラメルテオン0.5~1mgを18~21時ごろに(成人に適用)。
- ・オレキシン受容体拮抗薬(デエビゴ[®]) 2.5~5mgを眠前にあるいは頓服として。

◆起床困難の対策

- ・アリピプラゾール0.5mg(<60kg)、あるいは1mg(≧60kg)を朝か昼に。

特にODの診療を行う小児科の先生を中心に試していただき、結果やはり改善しなければ本当に血圧等ODの問題なのか、あるいは「学校に行きたくない」など心因性の問題なのかと治療を次に進められ、決して無駄にはならないはずですよ。

志村 同感です。「朝起きられない子供たちを治せますよ」とぜひお伝えしたいですね。そもそも体内時計とい

志村 高用量で抗精神病薬として作用させてしまうと潜在的なリスクがあるので、なるべく少量にしたいですね。**神林** それからメラトニン製剤とは服薬のタイミングが異なります。半減期が60時間あるので基本的にはいつ服用しても良いですが、少量ではドーパミン系の賦活作用が働き、むしろ寝られなくなる可能性を考えて、私は朝か昼に処方することが多いです。

松井 これまで睡眠時間を短縮する薬はなく、「朝起きられる薬をください」と言われた時には「早く寝るしかないんです」と言うばかりでした。アリピプラゾールで超過睡眠を改善できる可能性があるのはありがたいですね。薬物療法のさらなる発展に期待したいです。

う概念自体、睡眠の専門でない医師が臨床で意識することは少ないかもしれませんが。ぜひ睡眠医療や体内時計の観点を頭の隅に置いてもらえたら幸いです。それだけで、薬物療法や睡眠衛生指導など治療の選択肢が広がります。

スムーズな入眠の工夫として部屋を早めに暗くする、あるいは朝は明るくする、カフェインを夜飲まないなど単純な睡眠衛生指導だけで大きく改善する場合もあるのです。私の行った研究¹³⁾では、積極的な睡眠衛生指導により退学率が90%減りました。「スマホを机に置いて布団に入ろう」など、とにかくできることから始めるだけでも有効です。

松井 非薬物療法には高照度光療法もあります。午前中に2500ルクス・30分以上(目標:1万ルクス・2時間)を浴びるのが有効です。日当たりの良い部屋ではカーテンを開けるだけでも多少の効果が望めます。

神林 冒頭にお話ししたように、小児科の先生方の長年の啓発活動のたまもので、学校現場でのODの周知が非常に進みました。診断書にDSWPDと書いても学校現場での受け止めがよくなるためODも併記しておくなど、われわれもその努力に便乗させていただいています。一方でOD患者さんの診療では、平日・休日の入眠・起床時刻の確認は、あまりされていないのが現状ではないかと思えます。潜在、オーバーラップしているDSWPDを治療するためにも、われわれ睡眠医療の側からもっと知見の共有が必要だと考えています。

学校や職場に行けなくなれば、若者の未来に多くの困難が生じてしまう。早期診断・早期治療を行いたいと思いはわれわれも同じです。ぜひよろしくお願いします。

(了)

●参考文献

- 1) J Thorac Dis. 2018 [PMID : 29445534]
- 2) Sleep Med. 2007 [PMID : 17395535]
- 3) Electroencephalogr Clin Neurophysiol. 1986 [PMID : 2420557]
- 4) 白川修一郎. 人間の睡眠・覚醒リズムと光. 照明学会誌. 2000 ; 84 (6) : 354-61.
- 5) J Clin Sleep Med. 2008 [PMID : 18853704]
- 6) J Clin Sleep Med. 2022 [PMID : 35929592]
- 7) Dialogues Clin Neurosci. 2003 [PMID : 22033851]
- 8) Sleep Med. 2021 [PMID : 33588260]
- 9) Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 [PMID : 29849459]
- 10) Psychiatry Clin Neurosci. 2021 [PMID : 34324241]
- 11) Front Psychiatry. 2022 [PMID : 35757225]
- 12) J Clin Sleep Med. 2022 [PMID : 34254935]
- 13) Shimura A, et al. A randomized controlled trial: tailored sleep hygiene intervention reduced high school students' sleep disturbance, absenteeism, presenteeism, and dropout. Sleep Med. 2019 ; 64 (1) : S348-49.

睡眠外来の診察室から



「睡眠」はまだまだ謎だらけ。患者さんから受ける一言に睡眠医学の専門家が答えます。

松井健太郎

国立精神・神経医療研究センター病院
臨床検査部睡眠障害検査室医長

第12話(最終回)

「ぐっすり寝た感じがしない」

私は自他共に認める冷え性である。

健康オタクの母は以前から私の「冷え」を心配していた。冬のある日、「家庭用電位治療器の勉強会があるので一緒に行かないか」と言う。敷布団タイプの商品で、加温機能でぽかぽかと温かく、母が購入しとても良かったらしい。親孝行と思って参加してみることにした。

地域のお布団屋さんが会場であった。がらがらと戸を開けて中に入ると、若い女性が「お腹の温度測りますからね」と言う。その手には非接触式の体温計。なぜかお腹に向けてピピッとやる。「はい、25℃。後で使いますからね」と紙を渡される。

むむ？ これは10数年前の話である。コロナ禍で大活躍の非接触式体温計だが、当時はメーカーの人が勤務先の病院に営業に来たとかそういう時分の話で、世間の皆さまにとっては見知らぬデバイスと思われた。しかしこの中途半端な「お腹の温度」は明らかに外気の影響である。さっきまで外にいたんだもん。

次に登場したのはマスター・ヨーダのような雰囲気のご年配の女性であった。東洋医学の見地から「冷え」がいかに身体に悪いか、といった話を優しく解説していく。医学的には「ん？」と思われる話もあったが、いちいち指摘するのは野暮である。周りを見れば、母の世代の方々ばかり。明らかに私は浮いている。

ぼんやり聴講していると「さて皆さん、入り口で測ったお腹の温度、いかがでしたか？」とヨーダが言う。きた！ クライマックスだ！

順番が来たので私は「25℃でした！」と元気よく発言したが「まあまあね」と言われそれきりだった。ところが私の次のおじいさんの「お腹の温度」は15℃だったため、「冷えがすごい」とヨーダや周囲の方々からさんざん言われ、おじいさんは沈鬱な表情になってしまった。入り口での違和感は確信に変わりつつあり、「外気の影響ですよ！」と指摘し全てをぶち壊すことも頭をよぎったが、怖かったのでニコニコうんうんしておいた。

その家庭用電位治療器はめちゃくちゃ高額なのである。かわいそうな隣のおじいさんは冷えによる健康被害に怯えて購入したのだろうか。こんな勉強会だったので、また母がナゾの健康グッズに大枚をはたいてしまったのか、と真顔で帰宅することになった。

後日母から連絡があり、例の家庭用電位治療器を追加購入し、私の自宅に送ったという。私は「うわあ……」と思ったが、せっかく買ってくれたので、律儀にそれをベッドの上に敷き、全く期待せずスイッチを入れて眠りについた。そして翌朝驚愕と共に目覚めた。これまでの人生史上経験したことないくらい、気持ちよく眠れたのである。

これは「ライトサイド」であったと言わざるを得ない。それにしてもどうしてあんな販促をしているのか。

「ぐっすり寝た感じがしない」

これは睡眠外来を通院する患者さんの悩みの中でもそれなりの割合を占めると思う。ぐっすり寝た感じがしないことを「熟眠障害」と呼ぶ。

私が精神科医になった時には、「不眠症の主要な4症状は『入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害』だよ」と習ったものだが、このうち熟眠障害は現在、不眠症の診断基準から外れてしまった〔DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引〕(医学書院)、『睡眠障害診断分類第3版』(ライフ・サイエンス)〕。これは、熟眠障害そのものが不眠症以外の理由(例えば慢性疲労、疼痛、閉塞性睡眠時無呼吸等)で生じやすいためである。

とはいえもちろん不眠症患者にも熟眠障害はしばしば生じるし、臨床的にも重要である。先ほど挙げた入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害のうち、「熟眠障害」のみが1~2年後の抑うつ予測因子になった、との報告がある(Depress Anxiety. 2022 [PMID : 35377954])。さらに、勤労世代では短時間睡眠と熟眠障害の組み合わせが、高齢者では長時間臥床と熟眠障害の組み合わせが、それぞれ将来の致死リスクを予測する、との報告もある(Sci Rep. 2022 [PMID : 34997027])。

残念ながら、熟眠障害の改善に、これだ、という介入法はない。原因の絞り込みと適切な対処が重要なので、睡眠ポリグラフ検査を実施することになっている。寝床の状況や生活習慣についてもしっかり確認し、修正できるものがあれば指導していく。

私が感動した家庭用電位治療器は熟眠障害の改善に良いのかもしれないが、効果には個人差が大きい気がする。周囲に勧めはしていない。そもそもとんでもなく高額だ(よくぞ息子に送りつけるほどの確信を持たな、と思う)。

ヨーダの謎セミナーからはだいぶ月日が経ったが、母からもらった家庭用電位治療器は今でも愛用している。娘は「おとうちゃんのお布団はあつい」と嫌がっている。

プレゼンテーションで悩む、すべての医療者・学生へ

医療者のスライドデザイン

プレゼンテーションを進化させる、デザインの教科書

研究や発表で使う「スライド」をよりきれいに、よりわかりやすく作るための指南書。一般的なデザインのルールはもちろん、医療職者が多様な「数字」「グラフ」「画像」「フローチャート」などに特化した解説も掲載。医療系スライドの多数の実例を示し、具体的な改善方法を提案する。汎用プレゼンテーションソフトで使用できるフォーマットやアイコンのダウンロード、実際の作成過程の動画付き解説などの付録も充実。

小林 啓

医療者の
スライド
デザイン

プレゼンテーションに悩む
すべての医療者・学生へ

小林 啓

医療系スライドの多数の実例
を示し、具体的な改善方法を提案する。

汎用プレゼンテーションソフトで
使用できるフォーマットやアイコンの
ダウンロード、実際の作成過程の
動画付き解説などの付録も
充実。

第33回日本疫学会学術総会開催

第33回日本疫学会学術総会(2023年2月1~3日, 静岡県浜松市)が尾島俊之会長(浜松医大:右写真)のもと、「総合知による健康・幸福の向上」をテーマに開催された。本紙では「インパクトのある論文の書き方と広め方—SNS活用術」(座長=国立がん研究センター・片野田耕太氏, 大阪医薬大・伊藤ゆり氏)の様態を報告する。



研究者の卵にどのようなアドバイスをすれば、インパクトのある論文を書けるようになるだろうか。最初に登壇した井上陽介氏(国立国際医療研究センター)はこの命題を考察。「そもそも科学研究におけるインパクトとは? 高インパクト・ファクターの雑誌への掲載なのか。どの雑誌に掲載されても1本は1本と考えることもできるのでは」と会場に問い掛けた。また、リサーチクエストを出す工夫としては、臨床とつながり現場の問題意識をリサーチクエストに置き換えること、博士課程修了後にそれまでとは異なる領域に携わり両者をつなぐような研究をすることを提案した。

谷口雄大氏(筑波大)は食物の誤嚥による窒息死の実態を明らかにした自身の研究成果(J Epidemiol. 2021 [PMID: 32536639])をもとに、研究の着眼点から論文執筆、マスメディアでの発信に至るまでを報告した。氏は食物(餅)の窒息による死亡のニュースをみたことをきっかけに文献を検索したところ、先行研究の調査対象は単一の医療機関や地域に限られており、全国規模の報告がみつからなかった。そこで人口動態調査死亡調査票の活用を思い立ち、調査を実施。論文の公開に際しては、所属組織の広報室の助言を得つつプレスリリースを出したところ、各種メディアで話題になったという。この経験を踏まえ、「よく言われていることについて文献を確認する習慣」や「正確性とわかりやすさを両立した情報発信」がインパクトのある研究には重要であると考察した。

◆論文をどう広めるか、なぜ広める必要があるのか?

「学会やジャーナルの公式Twitterは論文の価値を上げる」。こう強調したのは、日循の情報広報部会長であり公式Twitterアカウント(@JCIRC_IPR)の“中の人”、岸拓弥氏(国際医療福祉大学大学院)だ。Twitterでのプロモーションが論文引用数に与える影響は学術的にも検証されており(Eur Heart J. 2020 [PMID: 32306033])、「Twitter



●シンポジウム「インパクトのある論文の書き方と広め方—SNS活用術」

は新たなCompetencyである」と認識されるようになったという(Circulation. 2018 [PMID: 30354418])。日循は国内医学系学会初のTwitter指針を2019年に作成。学術集会会期中の公式アカウントによるTweetは4500件に達する(RT含む, 2020年)。さらに氏は、今回の発表中に日本疫学会の学会誌Journal of Epidemiologyの論文Tweetを実演。学術活動のツールとしてTwitterを活用することを勧めた。

最後に登壇したのは、BuzzFeed Japanの記者として医療情報を発信する岩永直子氏。SNSでの情報発信においては見出しとサムネイル(目を引く写真)が大切であると述べ、「社内で見出し投票を行う」「アクセスが伸びなければ何度も入れ替える」などの工夫を紹介した。また記事本文の工夫としては、読みやすさと感情に訴える表現を重視。「研究紹介にも体験談を組み合わせる」「研究がデータ化される過程で削除される人間の営みを肉付けする」などの試みを紹介した。

その後は指定討論者としてメディカルジャーナリズム勉強会代表の市川衛氏(株式会社READYFOR)も交えて討論。再び「論文のインパクトとは何か?」と問題提起がなされた。「教科書に載るような論文を書きたい。いつか世界のどこかで誰かを幸せにするために」という岸氏に対して、「研究者ひとりの力では無力だとしても目の前の課題に取り組むのが大事。誰かにバトンを渡せば歴史が証明してくれる」と井上氏が呼応した。何のために研究を行うのか、なぜその知見を広める必要があるのか。日頃の研究および広報活動を問い直すような討議が繰り返された。

視点

フレイル予防を効率的に行う ポピュレーションアプローチの重要性

葛谷 雅文 名鉄病院 院長/フレイル予防啓発に関する有識者委員会 委員長

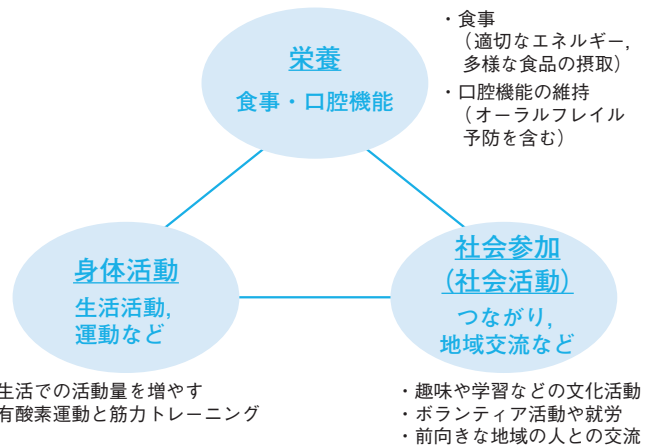


現在わが国はどの国も経験したことがない超高齢社会に突入している。今後はさらなる高齢者、特に後期高齢者の増加が見込まれており、高齢期においてできる限り心身の自立の維持をめざすこと、言い換えるといかに健康寿命を延伸するかが極めて重要である。

フレイルの対策は、今まで介護予防という観点でハイリスクな対象者をターゲットとしてきたものの、今後膨大な数の後期高齢者が増加する中でハイリスクアプローチだけでは十分でなく、広い裾野を考慮したポピュレーションアプローチが重要である。近年、専門職にはよく知られるようになったこの「フレイル」だが、国民に必ずしも広く周知されているわけではない。したがって、専門職だけでなく国民にこの概念を十分に理解してもらう。さらには、産官学民連携のまちづくりにおけるフレイル予防・対策の具体的な実践が、健康寿命延伸の鍵となる。

◆フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言の発表

上記の考えのもとに、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会を事務局としてさまざまな分野の専門家からなる「フレイル予防啓発に関する有識者委員会」が構築された。そして、同委員会で議論を重ねた結果、2022年12月に「フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言」の報告に至った¹⁾。ターゲットは、行政や産業界をはじめ、フレイル予防のポピュレーションアプローチに幅広く取り組む担当者である。国民に向けた「自助・互助」の生み出す力を重視した健康長寿のまちづくりの実現をめ



●図 フレイル予防につながる三本柱(文献1をもとに作成)

ざすべく、「フレイル予防推進会議(仮称)」の設置が計画されている。

本声明と提言ではフレイル予防のポピュレーションアプローチにおける行動指針として、「栄養(食事・口腔機能)」「身体活動(運動を含む)」「社会参加(社会活動)」の3本の柱を掲げ(図)¹⁾、フレイル予防を「自分事化」するための手法を示している。他にも、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチを連携して行う自治体の試みも紹介している。今後はフレイルの一次予防だけでなく、自然に予防効果が生じる環境を整備するゼロ次予防の意識・啓発も重要だろう。

●参考文献・URL

1) 医療経済研究機構. フレイル予防のポピュレーションアプローチに関する声明と提言. 2022. <https://www.ihep.jp/frail-yobo/>

●くずや・まさふみ氏/1983年大阪医大(当時)卒。89年名大大学院(老年医学)修了。91年米国立老化研究所に留学。名大医学部(老年科)助手、講師、助教授を経て、2011年名大大学院医学系研究科地域在宅医療学・老年科学分野教授。14年より名大未来社会創造機構教授を兼任する。22年4月より現職。フレイル予防啓発に関する有識者委員会で委員長を務める。

最新の医療情報は、日々の安心感と即戦力に。



今日の治療指針 2023年版

- ☑ 処方例が商品名・一般名併記
- ☑ 疾患頻度を3段階表示
- ☑ 診断の手がかりをアンダーラインで強調

●ポケット判(B6) 頁2208 2023年 定価:17,050円(本体15,500円+税10%) [ISBN978-4-260-05034-0]
●デスク判(B5) 頁2208 2023年 定価:22,000円(本体20,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05035-7]

詳しくはこちらから



治療薬マニュアル 2023

- ☑ 警告・禁忌・副作用を含む全情報を収載
- ☑ 適応外使用の情報も随所に
- ☑ 後発医薬品情報がさらに充実

●B6 頁2848 2023年 定価:5,500円(本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05054-8]

詳しくはこちらから

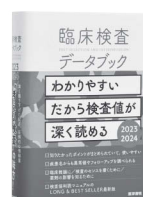


いずれも高機能なWeb電子版付。2冊併用なら、電子版が連携しグレードアップ!

- 約1200疾患項目、薬剤約2万品目の情報から瞬時に検索
- [処方例→薬剤情報][薬剤情報→関連疾患]がワンクリックで参照できる

スマホ・PCが“総合診療データベース”に大変身!

この1冊で大丈夫! 読みやすく使いやすいロング&ベストセラー



臨床検査 データブック 2023-2024

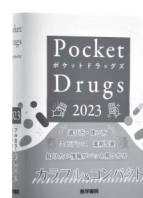
- ☑ 知りたかったポイントがまとめられていて使いやすい
- ☑ 疾患名からも異常値やフォローアップを調べられる
- ☑ 臨床推論に/検査のセンスを磨くために/薬剤の影響を知るために

●B6 頁1200 2023年 定価:5,500円(本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05009-8]

詳しくはこちらから



添付文書情報+オリジナル情報が充実した、ポケット判医薬品集



Pocket Drugs 2023

- ☑ フルカラーでほしい情報がすぐに探せる
- ☑ 主要な薬剤は写真も掲載
- ☑ 使用時のエビデンスがコンパクトにまとめられている

●A6 頁1216 2023年 定価:4,730円(本体4,300円+税10%) [ISBN978-4-260-04975-7]

詳しくはこちらから



寄稿

Child Death Review について 医療者が知っておくべきこと

沼口 敦 名古屋大学医学部附属病院救急・内科系集中治療部 病院講師

予防のための子どもの死亡検証(Child Death Review: CDR)は、「子どもの死亡に関する効果的な予防策を導き出すことを目的に、複数の関係機関・専門家が、死亡した子どもの既往歴、家族背景、当該死亡に至った直接の原因等に関する情報を基に行う当該死亡に関する検証」と、厚生労働省では定義されている。米国では40年以上、英国では10年以上、法に基づいて実施され、多くの施策が導き出されてきた。わが国でも成育基本法に「国及び地方公共団体は、成育過程にある者が死亡した場合におけるその死亡の原因に関する情報に関し、その収集、管理、活用等に関する体制の整備、データベースの整備その他の必要な施策を講ずるものとする」と定められたことから、施策として成育医療の延長線上に探索されるようになった。厚生労働省の主導によって都道府県CDRモデル事業が開始され、2020年度には7自治体、21年度には9自治体に拡大された。本稿では、わが国のCDRに医療者がどうかかわるかを概説する。

子どもの死因究明の現状と課題

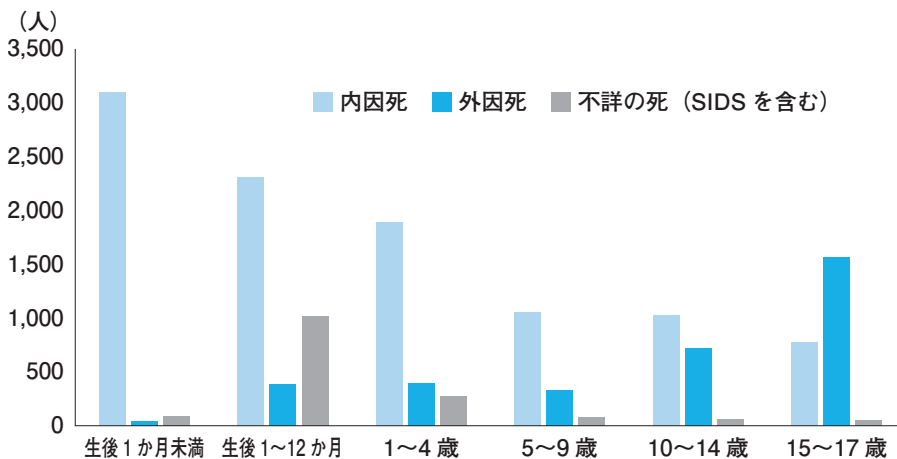
わが国の年間138万件の死亡のうち、18歳未満は約3800件(2017~20年平均)である。年齢群別の死因を見ると、不慮の事故がいずれの年齢群でも上位にみられる(表)¹⁾。その内訳は交通事故が最多で、15~17歳の不慮の事故による死の半数を占める。交通事故に次いで多い窒息は、半数以上が乳児に発生し、乳児の事故死の約3分の2に相当する。以下、溺死、転倒・転落等が続く。

死亡診断書(死体検案書)の記載内容から、予防を主眼とした分類法(註)^{2~4)}で子どもの死亡を再分類し、さらにこの結果から内因死、外因死、不詳の死(乳幼児突然死症候群: SIDSを含む)の3群に分けた(図)。図に目を通すと、年齢群が上がるにつれて内因死が減り、外因死が増える傾向にあることがわかる。政府統計(表)では、ほとんどが内因死である生後1か月未満児と他の年齢群と比べて不詳の死が突出して多い生後1~12か月の乳児を合算して「0歳児」とされるため、子どもの死亡の疫学がわかりづらいことには注意が必要だ。原因不明の乳幼児の突然死のうちSIDSと診断される割合は、都道府県によって0~81%とばらつきが大きい⁵⁾など、死因究明における地域差が指摘されている。

死因究明は「国民が安全で安心して

●表 年齢群別の死因(文献1をもとに筆者作成)

	0歳	1~4歳	5~9歳	10~14歳	15~19歳
第1位	先天奇形等	先天奇形等	悪性新生物(腫瘍)	自殺	自殺
第2位	呼吸障害等	悪性新生物(腫瘍)	不慮の事故	悪性新生物(腫瘍)	不慮の事故
第3位	乳幼児突然死症候群	不慮の事故	先天奇形等	不慮の事故	悪性新生物(腫瘍)
第4位	不慮の事故	心疾患	その他の新生物(腫瘍)	先天奇形等	心疾患
第5位	出血性障害等	呼吸障害等	心疾患	心疾患	先天奇形等



●図 子どもの死因の再分類(人口動態統計(2017~20年)をもとに筆者らによる独自解析結果から作成)

年齢群が上がるにつれて内因死が減り、外因死が増える傾向にある。乳幼児の突然死のうちSIDSと診断される割合は、都道府県により大きく異なる。

暮らせる社会及び生命が尊重され個人の尊厳が保持される社会の実現に寄与するものであり、高い公益性を有する⁶⁾重要な事業である。内因死では、臨床医が診療のため実施した各種検査や病理解剖等によって死因を究明する。また外因死あるいはその疑いであれば、異状死届出の後、捜査機関による現場調査、法医学解剖などが死因究明の中心となる。複数の制度が死因究明を担うが、その質の担保と均てん化は重要な課題と言える。

死因究明と予防のための検証

死因究明においては「『過去に何が起きたのか』を確固たる根拠をもって確認することに重点が置かれる」一方、臨床では「その時点で最も想定される『将来に向けて』の診断」が重視される⁵⁾。そのいずれに軸足を置くかは、立場によって差異が生じる。

死因究明は「死亡事象に際して一次資料を新規作成し事実を解明する作業」ととらえられる。最終的には社会への還元をめざす一連の死亡検証プロセスの中で、死因究明は特にインプットの部分に力点を置く事業と言える。予防のための検証は、既存の一次資料を収集して知見を集約し、提言を策定する作業であり、特にアウトプットの

部分を担うことに力点を置く。

CDRという用語は、広い意味ではこの両者を合わせて入力段から出力段に至る全体像ととらえ得るが、狭義では後者を指す。現在進行中の都道府県CDRモデル事業では、「予防のための検証」の至適な在り方が探索されているように見受けられる。

多職種・多機関での連携で効果を最大化させる

CDRは、多職種・多機関で実施することで効果を得られる。職務によって、把握し得る情報と、それに対する解釈が異なるからだ。例えば医療職は医学的な背景や医学的死因に明るい。児の置かれた環境などの社会背景は、日常生活に触れる教育職や福祉職が詳しい。また同じ事象に対しても、背景知識が異なれば別の解釈や評価が得られることもある。さらに、意見交換を通して得られる学びも人それぞれであり、職務のどの部分を具体的に改善するか、職務を通して社会の安全にどう貢献するかを、CDRに携わる参加者それぞれが考察すべきである。すなわちCDRとは、情報を共有し、意見や考察を共有し、その結果明らかになった課題や得られた学びを共有するためのプロセスとも言える。もし情報

●ぬまぐち・あつし氏
1996年名大卒。岡崎市立岡崎病院、中京病院などで研鑽を積み、2004年あいち小児保健医療総合センター循環器科医長。名大病院小児科病院助教、同院救急科病院助教を経て、18年より現職。14~20年まで日本小児科学会子どもの死亡登録・検証委員会に所属し、22年からは同学会予防のための子どもの死亡検証委員会委員長を務める。厚労省事業「わが国の至適なチャイルド・デス・レビュー制度を確立するための研究」班代表(19~22年)、「子どもの死を検証し予防に活かす包括的の制度を確立するための研究」班代表(22年~)。



や具体的な考察を提供できない参加者がいたとしても、会議に参加すること自体が重要な学びの機会であり、当該職務の改善につながることを期待できるだろう。その中でも医療者がCDRにおいて特に果たすべき役割は、次のように集約される。

- ①わが国のCDRでは医療情報が検証の出発点である。CDRは死因究明そのものではないが、将来の子どもの死亡を予防するために、死因を可及的に明らかにすることは、医療者のみの成し得る責務と言える。臨床医は、少なくとも内因死について死因究明に努める立場にあり、また異状死を捜査・調査のプロセスへ有効に引き継ぐことに努める必要がある。
- ②死亡検証では、集約された情報を整理し、参加者の意見の調整が求められる。現状では医療者が適任であろうが、参加者が各方面のエキスパートであることを認識し、相互に尊重する姿勢が重要である。
- ③医療者は、医療を提供するのが本分である。CDRを通して、より適切な医療とは何かを探求し、子どもの安全安心を見据えたより良い医療を提供するものでなければならない。

*

わが国のCDRは、いかに社会実装できるかの探索が始まったところである。必要に応じて改良を繰り返し、子どもの死に包括的に対処する基盤となることが望まれる。ここに医療者の果たす役割は大きい。

註: 死亡診断書(死体検案書)の「死因の種類」項目とは異なる基準による分類。

●参考文献・URL

- 1) 厚生労働省. 令和3年(2021)人口動態統計月報年計(概数)の概況. <https://bit.ly/3jyMN45>
- 2) Arch Dis Child. 2011 [PMID: 20656738]
- 3) 沼口敦, 他. わが国における小児死亡の疫学とチャイルド・デス・レビュー制度での検証における課題. 日小児会誌. 2019; 123(11): 1736-50.
- 4) 溝口史剛, 他. パイロット4地域における、2011年の小児死亡登録検証報告——検証から見えてきた、本邦における小児死亡の死因究明における課題. 日小児会誌. 2016; 120(3): 662-72.
- 5) 小谷泰一. チャイルド・デス・レビュー時代の乳幼児突然死死因分類——死因究明から予防策提言へ. 日SIDS乳幼児突然死予防会誌. 2020; 20(1): 6-15.
- 6) 厚生労働省. 令和4年版 死因究明等推進白書. 2022. <https://bit.ly/3JJoU07>

公衆衛生 2022年11月号 Vol.86 No.11

特集 **“人が受ける最期の医療”と公衆衛生**
一人の「死」を万人の「生」につなぐ

死因究明等の施策の基本的な考え方—法医学に関わる教育研究の拠点整備に向けた展望と課題/東京都監察医務院の取り組みと死因究明体制の在り方/法医学者は絶滅の危機にある—多死社会に向け一刻も早い対応を/警察等における死因究明等の実施体制/チャイルド・デス・レビュー——予防可能な子どもの死亡を減らす多職種連携/大規模災害時における歯科所見による身元確認/死因究明のための死体の科学的調査/診療行為関連死の死因究明—医療事故調査等支援団体としての東京都医師会の取り組み

●定価: 2,640円(本体2,400円+税10%)

医学書院

新刊 **ベストセラー「ICUブック」の著者Paul L. Marinoによる
これからの「酸素療法」について**

Oxygen マリノが提案する新しいパラダイム
Oxygen: Creating a New Paradigm

▶ ベストセラー「ICUブック」の著者Paul L. Marinoによる、「Oxygen=酸素」の真の姿に迫る書。現在の医療における酸素療法を振り返りながら、酸素の傷害性とそれにあらうべく生体が備えている抗酸化システムについて解説。これまでの酸素療法には有効性を示す証拠はないとして、これからの酸素療法は新しいパラダイムにシフトすべきとMarinoは提案する。急性期の呼吸管理に携わる医師はもちろんのこと、学生や基礎研究者にも多くの示唆を与える。

訳: 稲田英一 東京都立東部地域病院 病院長 順天堂大学 名誉教授

定価2,750円(本体2,500円+税10%)
B6 頁260 図45 2023年
ISBN978-4-8157-3065-9

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 <https://www.medsi.co.jp>
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

座談会

今、求められるリスクコミュニケーションとは？

『公衆衛生』誌87巻4号より



『公衆衛生』誌連載「クライシス・緊急事態リスクコミュニケーション」に大幅な増補・加筆を行った教科書『公衆衛生の緊急事態にまちの医療者が知っておきたいリスクコミュニケーション』（医学書院）が刊行された。同誌では、刊行記念として著者の蝦名玲子氏（グローバルヘルスコミュニケーションズ）を司会に、COVID-19対応に携わった齋藤智也氏（国立感染症研究所）、鈴木敦秋氏（読売新聞）による座談会を企画。リスクコミュニケーションの専門家、行政、マスメディアというそれぞれの立場から、今求められるリスクコミュニケーションについて議論した。本紙では、その内容をダイジェストでお伝えする（座談会全文は『公衆衛生』誌87巻4号に掲載）。

◆「科学の言葉」をいかに伝えるか—— 専門家の役割と果たすべき仕事

鈴木 今回のCOVID-19でもリスクコミュニケーションの課題として感じたのは、いわゆる「科学の言葉」が人の心に届いていかないということです。これは福島原発事故のときにも大きな課題として出てきました。メディアも本音では科学の言葉を根拠にしたいんです。根拠がなければ記事にはなりませんから、論文であれ何であれ科学の言葉に立脚したい。しかし、数字やデータだけの説明がスティグマを生じさせてしまったり、人の心に届いていかなかったりという問題が起きてきます。簡単には解決できない現代の課題ですね。

蝦名 科学の言葉を分かりやすく伝える努力を、多くの記者も、医療者も、されていると思いますが、被害を受けた人たちに、その内容を感情的に納得してもらおうのは難しいものです。福島原発事故発生当時を振り返ると、放射線のリスクについて説明するとき、エックス線検査をしたときの被曝量との比較を用いて理解を促そうとする試みがなされていました。しかし私の著書の中でも述べましたが、被災地の住民の立場になってみると、選択の余地なく非自発的に被曝してしまった原発事故による被曝のリスクと、病気の早期発見や治療に有益な、つまりベネフィットがリスクを上回ると判断した上で受け入れたエックス線検査による被曝のリスクは、まったく異なるものと見なされ、許容されにくいのです。だからこそ感情に配慮し、被災住民とすでに信頼関係が築けている専門家から伝える等の工夫が重要となります。

ところで、今回のCOVID-19では、感染研に対する期待は相当のものがあったのではないのでしょうか。

齋藤 先日、米国CDCについて外部のシンクタンクが発表した提言があり、確固たるエビデンスであることにこだわりすぎてデータを出すのが遅かったと批判されています。確かにその通りで、できるだけ早い段階から分かっている情報は出していくべきですが、スピードにこだわって不確実な情報を出して判断を間違えたときのリスクは大きく、悩ましいです。科学は常に正しいとは限らないし、新しい情報によって常に書き換えられていくものですが、

一度発表した見解を後から修正することは大変難しいです。情報の内容は現実に合わせて変化しているのだとしても、一般市民の目からすると意見がコロコロと変わっているように見える。そう判断されてしまうと誰もその機関から発信される情報を見なくなってしまいます。だからといって、「(情報が十分でないから)分かりません」とするのではなく、分かっていることはこうで、だからこうしてほしいというところまで見解を述べるようにしていきたいと考えております。

蝦名 緊急事態下のリスクコミュニケーションが難しいのは、厳しい時間的制約がある中で新たな情報が次々に入ってきて、それに伴い、リスク評価の結果も変化し続け、しかも不確実性が高い点です。そうした中で一般市民の信頼を獲得し、専門家との認識を近づけるためには、現時点で分かっていることと、不確実なことを迅速に明示し、その上で「不確実な部分をどう解釈して、あるいは不確実な中でどのような価値に基づいて、意思決定をしているのか」や「このような未知のウイルスの場合、こうしたプロセスで情報収集や知見を積み重ねていくが見込まれる」といった説明を、オープンに透明性をもって行い、最新情報が入るたびに更新し続けるという方法があります。また不確実な中でも、身を守るために取るべきリスク軽減行動を伝えることも重要です。

齋藤 専門家会議でも、2020年の2～3月には深夜まで時間無制限で専門家が全ての質問に答える形を取りました。それでもメディア側から、「結局結論はどうなるんだ？」と問われてしまう。われわれはいつも含みを持たせて「ここまでは言えます」とは発表するけれども、それを伝える側から「明らかな答え」を求められてしまうのが実情です。

蝦名 リスク情報は不確実性を伴うものであることを、メディアも含め国民に教育していくことも必要ですね。白黒はっきりしている情報は、健康やリスクに関する情報としてはむしろ怪しい場合が多いという事実とその理由もきちんと理解してもらおう。これからのリスクコミュニケーションには、そうした教育的役割も求められると思います。

鈴木 われわれメディア側も今回のことを反省しながら取材の構え自体を変えていく必要があるでしょう。事件記事とクライシスの記事は違うということ全員が正しく学び直さなければなりません。例えば予測値についてもその根拠や受け止め方について学び、科学の役割と限界を前提にして取材、報道しなければ。

蝦名 緊急事態下で、人が最も集中力を注ぐのは、最初に耳にする情報です。このため、新たな知見により過去に伝えた内容が誤っていたことが判明されたら、それを認め、根拠となる新たな情報とともに見解についても変更を伝えることで、人々の耳目を集め、またそうした専門家やリスク管理者の姿勢が誠実だと捉えられます。その際にメディアが、「新たなエビデンスが得られました。これが最新情報です」と修正や更新された情報を肯定的に、注目を集めるような形で確実に届けると、情報修正が悪いものと捉えられることなく、最新情報を提供し続けられる風土ができていくのだと思います。

鈴木 メディアの側に、専門機関から発表された情報がそれ以前のもの、または初期のものや変わったことを問題視しようという意識はありません。情報は変わる状況に合わせて常に刷新されていけばよいというのがわれわれの基本的認識です。

ただ、圧倒的な情報量の格差が、専門家とメディアとの間に、そしてメディアと一般市民との間にある。それをどう埋めていくか。きめ細やかさとかスピード感が求められる中で、鍵となるのは専門家とメディアとのコミュニケーションをどう深められるか、だと思います。専門家との日常的なやり取りが不足していたため、有事の際も意思の疎通が図りにくかった。気軽に取材を受けてくださる研究者がもっと増えてくればよいと日々感じていました。

齋藤 行政とメディアという観点では、個人の問題というよりは組織的な問題がまずあると私は思っています。組織内のコミュニケーションがしっかり構築されていれば自然とメディアへの対応も安定してくるはずですが、

蝦名 危機下で情報が混乱しやすい中でもコミュニケーションラインが構築されていると、関係者が各自バラバラ

の発言をすることを防ぎ、正確で一貫性のある情報の公開が可能になるといいうメリットもあります。

齋藤 クライシスコミュニケーションとリスクコミュニケーションのフェーズは意識した方がよいですよ。COVID-19でいえば、緊急事態宣言が発出された2020年4月までがクライシスコミュニケーションの段階で、それ以降は双方向的なリスクコミュニケーションが重要になりました。緊急事態宣言が出てしばらくの間は、今の状況に関する情報はできるだけ正確に伝えて、不確実性はある中だけでもこうしてくださいと、比較的一方的に行動まで結び付けることが重要でした。その後は、外出自粛が2～3週間続くと、社会全体への影響が大きく、納得感がないとどうしても人が動かない状況になるので、双方向的なコミュニケーションに力を入れていかないといいなかつたと思います。期限を設けて次のコミュニケーションに移っていかなければなりませんし、それぞれの時点でメディアの役割が変わってきます。

蝦名 おっしゃる通り、フェーズに合わせてコミュニケーションをとることは重要です。一方でどこまでをクライシスコミュニケーションとし、どこまでをリスクコミュニケーションと呼ぶのかその線引きは難しいのかもしれない。2020年4月以降でもクラスターが発生した場所や医療崩壊が起きた地域ではクライシスコミュニケーションが求められることもあったと思います。また近年、緊急事態がもたらすリスクの影響を受ける人たちがより多くの関与を求めようになり、危機下でもいったん身の安全を確保したら、リスクコミュニケーションの双方向性が重要視されるようになってきました。代表的な国際機関もこれらのコミュニケーションを区別することに難しさを覚えたようで、2000年に入ってから、米国CDCは「クライシス・緊急事態リスクコミュニケーション（Crisis and Emergency Risk Communication：CERC）」という概念や「CERCリズム」というフェーズに合わせたコミュニケーション理論を開発したり、WHOも緊急事態という文脈におけるリスクコミュニケーションを定義づけたり、「緊急事態リスクコミュニケーション」という概念を構築したりしています。（抜粋部分終わり）

リスクコミュニケーション

知っておきたい

緊急事態に
まちの医療者が
知っておきたい

公衆衛生の
リスクコミュニケーション

信頼+意思決定+エンパワメント

蝦名玲子

自費管理の中で、どんなリスクコミュニケーションが求められるのか？
手応えのあるリスクコミュニケーションを実現するための
世界標準と理論、実践ノウハウを解説!

リスクコミュニケーション = 信頼 + 意思決定 + エンパワメント

公衆衛生の緊急事態に
まちの医療者が
知っておきたい

リスクコミュニケーション

蝦名 玲子

●A5 2022年 頁296 定価：2,860円(本体2,600円+税10%) [ISBN978-4-260-05086-9]

医学書院

コロナの時代。公衆衛生の時代。そしてリスクコミュニケーションの時代。「正しさ」があふれ、何か一言口にすれば非難される恐怖が付きまとう。不安と立ちが隠せない日々の中、専門家はどのように振る舞えばよいのか——。リスクコミュニケーションは、そんな悩みに応えるひとつの方法です。迷える「まちの医療者」に向けて、医療リスクコミュニケーションの専門家が語るリスコミの真髄とその理論が1冊にまとまりました。

目次

- Part1 緊急事態下のリスクコミュニケーションとは
- Part2 リスクの認知と感情の取り扱い
- Part3 信頼を構築するための戦略と体制
- Part4 リスクを説明する方法と合理的な判断への導き
- Part5 情報の公開場面での考慮点
- Part6 対立しがちな場面でのコミュニケーション

詳細はこちら

Medical Library

書評新刊案内

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 (03-3817-5650) まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

子どもの「痛み」がわかる本 はじめて学ぶ慢性痛診療

加藤 実 ● 著

A5・頁160
定価: 3,850円 (本体3,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05008-1

感覚過敏や鈍麻など、臨床を通じ肌身でとらえた子どもの感覚世界を、子どもの代弁者となり保護者や多職種に伝えることの重要性を実感している。

本書を読み終え、著者である加藤実先生に勝手ながら妙な親近感を覚えた。長年にわたり子どもたちの痛みと向き合ってきた臨床家としての経験知、そしてエビデンスを重視する研究者としての姿勢に共感したのである。

子どもの痛み体験は、身体的反応だけでなく、不安や恐怖など情動体験として認知形成され、長期的な影響も引き起こす。この事実はわが国の児童・思春期医療において十分に認識されていない。処置時の痛みは「一瞬だから」と軽視され、「そのうち慣れる」と放置されることも少なくない。リハビリテーションに携わるセラピストも例外ではない。新生児集中治療室ではカテーテルやモニター機器が装着され、臓器発達の未熟な新生児は動くことにさえ苦痛を伴うだろう。術後早期から開始されるリハビリテーションにおいて“機能回復”を優先するあまり、痛みを蔑ろにしていないだろうか？ エビデンスとともに示される事実によって、われわれセラピストは内省する機会を得るだろう。

児童・思春期の医療・教育に携わる人へ



本書は、臨床現場における子どもの痛みの予防、痛みを苦しむ子どもと保護者への対応に寄与することを意図して構成されている。

第1章「子どもの『痛み』を理解する」では、痛みの定義、メカニズム、そして痛みに伴うさまざまな影響について、専門的知識を有さない読者にも伝わりやすいようわかりやすく説明されている。慢性痛への対応には、保護者をはじめとして子どもの生活を支えている周囲の人々の協力が重要となる。支援者の正しい理解と適切な対処方法を引き出すために、家族・心理教育(あるいは疾病教育)が有効とされており、本章にはそのヒントが詰められている。

第2章「子どもの『痛み』を診る」では、見逃されやすく言語化されにくい子どもの慢性痛をどう評価するかについて、臨床実践と研究に裏付けられた5つのポイントが、具体例とともに示されている。そして、そのアプローチ方法についてWHOによるガイドラインを引用しながら、身体的要因への対応、心理・社会的要因への対応、薬物療法が解説されている。本章に登場する10の症例は、慢性痛を引き起こす各疾患の理解を促すだけでなく、診療を進めるための道筋を示している。

評者 倉澤 茂樹
福島医大教授・作業療法学

病院内における患者協働の実装に向けて 第26回日本病院総合診療医学会の話題より

第26回日本病院総合診療医学会学術総会(会長=獨協医大・志水太郎氏)が2月18~19日、「Diagnostic Excellence——総合診療、これからの診断学」をテーマに、ライトキューブ宇都宮(宇都宮市)の会場およびオンライン配信によるハイブリッド形式にて開催された。本紙では、シンポジウム「病院内における患者協働の推進: AHRQ患者協働ガイドを実装できるか?」(座長=練馬光が丘病院・小坂鎮太郎氏, 名大・栗原健氏)の様態を報告する。



◆日常臨床とリンクさせながら患者協働の概念の普及をめざす

医療の高度化・複雑化が進む中、ケアにかかわる関係者に患者や家族を巻き込む患者協働(Patient Engagement)が患者安全対策として重要視されてきていると話したのは栗原氏。病院内での患者協働の推進によって、投薬エラーや転倒の減少といった医療の質・患者安全の向上、病院の財務状況の改善、米国の医療研究品質機構(AHRQ)が中心となり開発された患者経験(Patient Experience)尺度であるCAHPS®の向上など、さまざまな項目での効果が期待されている。

●大会長講演を行う志水太郎氏

実践に当たっては患者協働を実装していくための戦略が必要だ。参考にするべき資料として氏が挙げたのは、AHRQが策定する指針“Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety”(https://bit.ly/3EiWdHv)である。①患者・家族にアドバイザーとして協働してもらうこと、②質改善を目的としたコミュニケーションを行うこと、③看護師の引き継ぎ業務をベッドサイドで行うこと、④IDEAL(Include, Discuss, Educate, Assess, Listen)を用いて要点を押さえた退院計画を作成することの4つの戦略を以て、病院での患者協働の実装をめざす。同指針は、現在翻訳作業が進行中であり、近く一般に公開される見込み。栗原氏は「患者協働を意識していなくともコミュニケーションの重要性を普段から意識している医療従事者は多いはず。日常臨床とリンクさせながら患者協働の概念の普及をめざしたい」との考えを示した。

続けて、市中病院の立場から安本有佑氏(板橋中央総合病院)、医療施設認定合同機構(JCI)からの認証を得た大学病院の立場から宮上泰樹氏(順大)、総合診療科外来の立場から富山周作氏(獨協医大)が、それぞれ自施設で実践する患者協働の取り組みの紹介および導入方法の提案を行った。討論の最後には座長の小坂氏が「本学術総会のテーマであるDiagnostic Excellenceの実現には患者協働が不可欠になっていくだろう。まずは患者・家族を医療のパートナーに加えるところから始めていただきたい」と、患者協働の実践を参加者たちに呼びかけた。

●シンポジウムの様子

症例ごとに記載されている“診察者の頭の中を覗く”では、いかに子どもの症状をとらえ、類推し、診断・治療へと導くか、が述べられ、読者は関心を持って読みすすめるに違いない。さらに症例報告にはさまざまなノウハウが凝縮されている。例えば、図を用いて子どもに痛みの原因を説明する方法は、子どもの不安を取り除くだけでなく、治療へのコンプライアンスを確保するために効果的な工夫と言えよう。

慢性痛は、国際疾病分類 第11版(ICD-11)において初めて疾病として位置付けられた。今後、慢性痛と診断・治療される子どもが増えることが予想される。著者が強調するように子ども

の慢性痛の要因は複雑に絡み合っていることが多く、中・重度の場合は理学・作業療法士を含めた集学的アプローチが必要となる。本書はその先駆けであり、優れた入門書である。

医学書院ウェブサイト 何が出来るの?

- 医学界新聞 閲覧
- 学会情報 check
- 書籍 立ち読み

救急診療のバイブルとして、 ぜひ白衣のポケットに!

- ◆ER研修の壁を乗り越えるサポーターとして、上級医の頭の中を言語化してコンパクトにまとめました。
- ◆第2版では皆が躓くERでのポイントを意識した改訂。
- ◆主訴別アプローチの「アタマの中」は文字+イラストやフローで図示し、緊急性の高い病態対応の大きな幹をイメージ化。
- ◆コンパクトでありながらオールカラーでわかりやすい!

京都ER ポケットブック

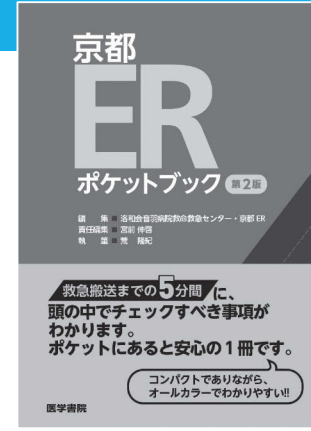
第2版

編集: 洛和会音羽病院救命救急センター・京都ER
責任編集: 宮前 伸啓 執筆: 荒 隆紀



◆A6 頁528 2023年
定価: 4,180円 (本体3,800円+税10%)
[ISBN 978-4-260-04988-7]

- ### 目次
- I 原則編
 - II 検査編
 - III トリアージで考える主訴別アプローチ編
 - IV 治療編
 - V 特殊分野編
 - VI 使える! ERの覚え書き



誰も教えてくれなかった、 子どもならではの「痛み」の診かた・考えかた

医学書院

子どもの「痛み」が わかる本

加藤 実

はじめて学ぶ慢性痛診療

集学的痛みセンターで慢性痛診療に取り組む著者が伝える、子どもならではの「痛み」の診かた・考えかた。同じ「痛み」でも急性痛と慢性痛のメカニズムのちがいを、診療のコツや豊富な症例を交えながらわかりやすく解説。付録に日常臨床の疑問に答えるQ&A付き。



- ### 目次
- I. 子どもの「痛み」を理解する
なぜ「痛み」を感じるのか/子どもは大人より「痛み」を感じやすい? /強い「痛み」の体験はその時だけでは終わらない?—痛み予防の意義/ワクチン注射時の痛みの軽減法—笑顔につながる子どもの痛み予防
 - II. 子どもの「痛み」を診る
痛みを尋ねる際を知っておきたい5つのポイント/急性痛と慢性痛の見きわめ方—その原因、随伴症状と特徴/慢性痛を評価する/慢性痛に対するアプローチ/代表的な痛みの部位と慢性痛をきたす疾患/症例紹介/集学的アプローチによる痛み治療
付録 Q&A

書籍の詳細は
こちらから



●A5 2023年 頁160 定価: 3,850円 (本体3,500円+税10%) [ISBN978-4-260-05008-1]

医学書院 Webセミナーのご案内

詳細・お申込みは各QRコードから

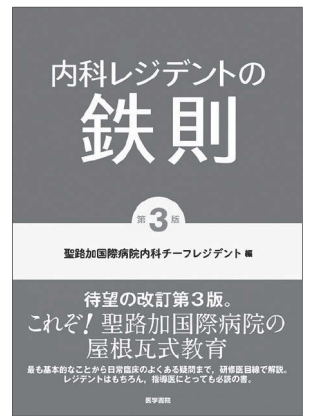
対象 これから研修医となる方(指導医, チーフレジデントの方のご参考にも)

参考図書 内科レジデントの鉄則 第3版

日時 2023年3月12日 10:00~13:00 受講料 5,500円/名(税込)
*上記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

『内科レジデントの鉄則』セミナー

講師 森信好先生(聖路加国際病院 感染症科副院長)
藤野貴久先生(聖路加国際病院 血液内科フェロー)



セミナーと併せて、みなさまの初期研修中の座右の書としてご活用ください

対象 医師(総合診療医, プライマリ・ケア医, 家庭医など), 研修医

参考図書 ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ

日時 2023年4月21日 19:00~20:30 *左記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

『ジェネラリストのための内科診断キーフレーズ』発刊1周年記念セミナー
内科診断に「キーフレーズ」を実装する!
明日からの臨床に役立つTips

講師 長野広之先生(京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野博士課程)

受講料 無料



お手元にご用意いただけると、セミナーの理解が一層深まります

対象 医学英語初心者、これからUSMLEの勉強を始めた人~始めたばかりの人

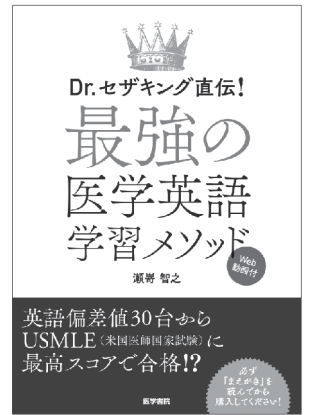
参考図書 Dr.セザキング直伝! 最強の医学英語学習メソッド [Web動画付]

日時 2023年6月16日 19:00~21:00 *左記リアルタイム配信の後、約1か月間アーカイブ配信を予定しています。

ここからはじめる医学英語 & USMLE 最新情報!

講師 瀬崎智之先生(合同会社U-Consultant 代表/精神科医兼USMLEコンサルタント)

受講料 無料



お手元にご用意いただけると、セミナーの理解が一層深まります

2023年3月発行の医学雑誌特集テーマ一覧 冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

Table listing various medical journals and special issues, including titles like '公衆衛生', 'medicina', '臨床整形外科', and '臨床婦人科産科', along with volume numbers and prices.



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