

2021年3月15日

第3412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]救急・集中治療×緩和ケア(木澤義之、伊藤香、則末泰博)……………1-2面
- [寄稿]医療・福祉の専門職とヤングケアラーへの支援(藤谷智子)……………3面
- [寄稿]パンデミック対応型国際臨床研究プラットフォーム:REMAP-CAP(神代和明、他)/[視点]外国人患者への処方薬の説明に「くすりのしおり」の活用を(俣木登美子)……………4-5面
- [連載]こころが動く医療コミュニケーション……………6面

座談会 救急・集中治療×緩和ケア



木澤 義之氏=司会
神戸大学医学部附属病院
緩和支援診療科 特命教授



伊藤 香氏
帝京大学医学部
救急医学講座 講師



則末 泰博氏
東京ベイ・浦安市川医療センター
集中治療部門 部長

救急・集中治療の現場では、限られた時間・情報の中で治療方針を瞬時に判断し対応することが特に求められる。その際、救命を第一義とする積極的な治療だけでなく、緩和ケアを医学的にも倫理的にも検討しなければならない時もあるだろう。そしてその場面は高齢化とともに増加している。本紙では、「救急・集中治療領域こそ緩和ケアが最も求められる領域」と訴える緩和ケア医の木澤氏を司会に、米国での経験を糧に実践に励む伊藤氏、則末氏との座談会を企画。救急・集中治療領域における緩和ケアの現状と課題を議論した。

木澤 本座談会のテーマを見た読者の中には「なぜ救急・集中治療に緩和ケア？」と思われる方がいるかもしれません。これは恐らく「緩和ケアとはがんを中心とした、比較的進行が緩徐な疾患に対して提供されるもの」という考えがあるからでしょう。しかし個人としては、救急・集中治療領域こそ緩和ケアが最も求められる領域だと考えています。今回は、そんな緩和ケアに対する固定観念を解きほぐしつつ、救急・集中治療領域における緩和ケアの実践に取り組む伊藤先生、則末先生と共に、情報発信をできればと思います。

本当に患者の望む医療を提供できているのだろうか

木澤 約20年前の話です。私はもともと緩和ケアをサブスペシャリティとする総合診療医でした。当時、北米型ERの救急総合診療部を立ち上げることとなり、救急と緩和ケアの二足のわらじを履くことになったのです。いざERでの診療が始まると、奇跡的に命を取り留める方がいる一方、懸命な治療の甲斐なく亡くなる方もたくさんいらっしゃいました。後者の場合、救命不可能と判断された時点でできる限りの苦痛の緩和を望むのが患者や家族の現実であり、患者や家族が望む最期を提供するためには緩和ケアのスキルが大いに役立つことに気が付いたのです。その後、縁あって緩和ケアの研究、実践に励む道を歩むことになりましたが、そうしたきっかけがなければ今も救急総合診療医として働いていたと思います。お二人は米国での臨床留学時代の経

験が現在の実践につながっているそうですね。帰国後に日本の救急・集中治療の現場で抱いた驚きや違和感などがあれば教えてください。

伊藤 米国における緩和ケアは、疾患にかかわらず誰にでも適用されるのが原則であり、たとえ救急・集中治療の現場であっても「これ以上侵襲的なことをしてほしくない」という患者からの希望があれば、緩和ケア科に転科するのはごく自然の光景でした。しかし2016年に当センターのスタッフとして着任した際、救急科への緩和ケア科の介入がほとんどないことや、超高齢社会であるために搬送されてくる患者さんの多くが人生の最終段階に足を踏み入れていること、そしてその患者さんのほとんどが事前指示書を持ち合わせていないことに驚きを隠せませんでした。

木澤 米国と比較すると、まだまだ事前指示書を準備している方は少ないですよ。

伊藤 ええ。厚労省の調査によれば、人生の最終段階における医療について「詳しく話し合っている」と回答したのはわずか2.7%です¹⁾。一方の米国は、あるシステムティックレビューによれば、約80万人の対象者のうち事前指示書を所持していたのは36.7%と報告²⁾されており、高齢になるほどその率は高まっています。

則末 帰国後に私が驚いたのは極めて強いパターンリズムです。救命できる可能性があるならば、患者の意思とは関係なく限界まで治療するのが当たり前の世界。患者がどれだけつらい思いをしているかが、その後どんなQOLが待ち構えているかが、「命が助

かるならどんなつらい治療でも我慢するのは当然ですよ」と、選択肢を与えない環境に多くの医療者が疑問すら感じていないように見えました。必ずしも患者の意思を優先できていない日本の医療現場に疑問を抱きましたね。

緩和ケアの導入≠治療の断念

木澤 伊藤先生、則末先生のように現在の救急・集中治療体制に疑問を抱く方がいる中で、いまだこの領域では緩和ケアが普及しているとは言いつらい状況です。これはなぜなのでしょう。1つは則末先生が挙げられたパターンリズムの問題があると思います。理由を詳しく聞かせてください。

則末 複数の要因があると思いますが、最大の理由は、患者中心の医療ではなく医療者側が後で責められないことが優先され、「死なないこと」が治療成績として評価されるからでしょうか。厳しい言い方ですが、われわれ救急・集中治療医は「救命のために全力を尽くしています」と言ってしまうと、基本的に患者や家族から咎められることがなく、手の施しようがなくなれば「厳しい状態です」と単純なコミュニケーションのみで済んでしまうのです。

木澤 病院の中でも生と死が最も身近にあると言っても過言ではない救急・集中治療の現場では、ある意味パターンリズム的な考えを持っていないと医療者としての葛藤の中でサバイブできない面もあるように思います。

則末 そのような面もあるかもしれませんが、ですが私は教育の問題が大きいと思っています。救急・集中治療医にとって、治療のゴール設定や家族のグリーフケア等のコミュニケーションはエクストラワークと言わざるを得ません。しかし、このひと手間こそ救急・集中治療医にとって必要なスキルであ

り、学ぶべきことだと思うのです。

伊藤 同感です。米国ではこのスキルがとても重要視されており、臨床留学時代にフェローシップとして勤務していた施設では、Vital Talkを集中治療室用に特化したIntensive Talkの受講が必須となっていました。具体的には集中治療室で重症になった患者とのgoals of care discussionやend of life care discussionに関するフレームワークを学ぶことになりました。

木澤 留学前からコミュニケーションの意義を認識していましたか。

伊藤 恥ずかしながら、当時は救命を目的とする集中治療の分野において、なぜコミュニケーション・トレーニングを受けさせられているのか疑問でした。しかし、死と隣り合わせの患者の対応を数多く経験する中でその重要性を痛感したのです。それまでは一種の職人芸と考え苦手としていたコミュニケーションでしたが、フレームワークを学べたことで臆せず取り組めるようになりました。

則末 システム立ったコミュニケーション・トレーニングは重要ですよ。

加えて緩和ケアが適用されるべき患者や、導入のタイミングに関する教育がなされていないことも課題と言えます。

伊藤 そうですね。木澤先生が指摘されていた通り、緩和ケアを比較的進行の緩徐な疾患に対して提供されるものと認識している方はいまだに少なくありません。私自身もそう考えていました。

木澤 何かターニングポイントがあったのでしょうか。

伊藤 渡米したばかりの頃、ある多発外傷の患者を担当した時のことです。なりふり構わずさまざまな治療を行い、救命できるかもしれないと微かな希望が見えた時でした。回診時に突然

(2面につづく)

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

医学書院

救急・集中治療領域における緩和ケア

監修 氏家良人 / 編集 木澤義之

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。

●B5 2021年 頁200 定価:2,970円(本体2,700円+税) [ISBN978-4-260-04147-8]

目次

- Prologue これまでの歩みを踏まえ、領域を越えた協働を実現するために
- Chapter 1 緩和ケアの実際
- Chapter 2 緩和ケア視点からの評価を通常のケアに統合する
- Chapter 3 治療の中止と差し控え
- Chapter 4 患者・家族と話し合う
- Chapter 5 苦痛症状に対するケア
- Chapter 6 生命維持治療の中止とその後に行うべき緩和ケア



救急・集中治療領域における緩和ケア

監修 氏家良人

編集 木澤義之

時間が足りない!

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、限られた時間の中で提供できる緩和ケアがある。

<出席者>

●きざわ・よしゆき氏

1991年筑波大医学専門学群卒。筑波メディカルセンター病院総合診療科診療科長、筑波大医学専門学群講師、同大病院緩和ケアセンター副センター長などを経て、2013年神戸大学大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野特命教授に就任。17年より現職。編著に「救急・集中治療領域における緩和ケア」(医学書院)など。

●いとう・かおり氏

2000年慈恵医大卒。聖路加国際病院で外科専門医取得後に渡米。15年に米シガン州立大で米国外科専門医、16年に米デトロイト市ヘンリー・フォード病院にて米国外科集中治療専門医を取得。同年帰国し現職。監訳書に「救急×緩和ケアファーストブック」(MEDSi)。

●のりすえ・やすひろ氏

1996年慶大文学部心理学科卒後、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。編著に「人工呼吸管理レジデントマニュアル」(医学書院)。

(1面よりつづく)

緩和ケア医が現れたのです。「救命できる可能性もあるのにここで緩和ケア!?!」と私は驚いてしまいました。その反応を見逃さなかった指導医はすかさず「緩和ケアは誰にでも適用がある。別にそれは治療を断念することではない」と教えてくれました。

木澤 集中治療室で on going の治療をしていますが、治療の先につらい日々が待っている場合には緩和ケアが早い段階から導入されていたのです。患者の望みをかなえるため、さらには QOL を高めるために適時連携が取れているのは素晴らしい一言です。

ですが現在の日本では救急・集中治療医側、緩和ケア医側双方にまだまだバリアがある印象です。緩和ケア医側で言えば、経験値の少ない急性期の現場では尻込みをしてしまう場合もあるのではと思います。こればかりは緩和ケア医側に一歩を踏み出す勇氣が必要と言えますが、救急・集中治療医側からも後押しをいただけたらうれしいですね。

終末期の定義に対する誤解

伊藤 いま木澤先生が触れた緩和ケアの担い手に関する議論は必要でしょう。救急・集中治療領域で活躍する緩和ケア医の人数はごく少数です。この領域にまだ足を踏み入れていない緩和ケア医に啓発活動を継続的に行っていくことも重要だと考える一方、緩和ケア医に比べ人数の多い救急・集中治療医が緩和ケアを学んでいくことが現実的ではないでしょうか。

木澤 日常診療を行いながら緩和ケアの知識も押さえるとなれば、ややハードルが高いようにも思います。育成の手立てはどうお考えですか。

伊藤 何も緩和ケアの専門家になる必要はありません。状況に応じてコンサルテーションを行える素養を持った primary palliative care を提供できればよいと考えています。そのためにはまず、救急・集中治療医が提示する治療

の選択肢の中に緩和ケアを追加することが求められるでしょう。特に超高齢社会に突入した近年は、明らかに人生の最終段階を迎えた方が救急車で連日搬送されてきます。搬送時に患者や家族に話を聞いてみると、必ずしも積極的な治療を望むばかりではないことに気が付くのです。そんな時に緩和ケアを考慮に入れた治療を提案できることが重要と言えます。

木澤 確かに救急・集中治療の現場でこそ goals of care discussion をしなければならぬでしょうね。選択の余地なく「救命救急センターに運び込まれたんだから、気管挿管するに決まっている」となるのは医師の思い上がりかもしれません。

則末 同感です。しかし、その際に押さえなければならぬのは「終末期」という状態に関する適切な理解です。

木澤 終末期の定義に対する誤解があるかと？

則末 ええ。救急・集中治療にかかわる多くの医療者にとって終末期とは、「何をやっても助からない」場合のみを指す言葉として認識されている印象です。けれども患者の置かれる状況や価値観によってその定義は変わり得るものであり、患者の視点も考慮する必要があります。いわゆる慢性期疾患の患者も最終的には「急性期」を経て亡くなるために、亡くなる過程で集中治療室にたまたま運ばれたから終末期の定義が変わるといってはおかしな話です。

木澤 なるほど。ただ先ほど話があったように、救命を第一に教育されてきた救急・集中治療医の誤解を解くことはたやすくはないのでは？

則末 終末期を説明するとき、私は以下の3つの無益性を勘案して判断すべきだと伝えています。どれか1つでも当てはまれば終末期です。

- ①生理学的無益性
現在行われている治療が、そもそも医学的に意味がない状態
- ②量的無益性
救命できる可能性がたとえ10%あったとしても、その10%のために治療の負担を患者が許容できない状態
- ③質的無益性
救命された結果、患者が受け入れられる QOL が望めない状態

①については医師だけで決定できますが、②③は患者や家族と慎重かつ継続的に話し合っ決めていく必要があるのです。ただし、この決断を下すためには十分な情報が不可欠であり、必要な情報がそろえるまでの間、救命に全力を尽くすことは論をまちません。

個人に依存しない withdraw/withhold の決断

伊藤 さらに付け加えるとすれば、日本の救急・集中治療が見直すべきは治療中止(withdraw)や治療の差し控え(withhold)に対する認識です。「一度開始した治療から途中で撤退する」という一見当たり前の選択肢が認識され

ておらず、withdraw や withhold の選択が許されない空気が漂っていることは問題と言えます。こうした選択が許されない場合、予後が不透明な時に取られるべき time limited trial (註)が行いづらくなるのは言うまでもありません。必要に応じて withdraw や withhold を決断できる環境の構築は、患者・家族はもとより、患者さんが望んでいないかもしれない延命の継続に加担せざるを得ない医療者の倫理的苦悩を軽減させる術でしょう。

木澤 則末先生の施設では、withdraw や withhold に関するマニュアルが整備されていますよね。全国的に見ても画期的な取り組みだと思えます。なぜ策定に至ったのでしょうか。

則末 伊藤先生が指摘されたように、withdraw や withhold は人命を大きく左右する決定であることから、医療者に多大な倫理的苦悩をもたらします。それゆえ決して個人の判断で実行されるべきではなく、組織全体でコンセンサスを図ったプロセスに則り決断されるべきです。当院では、院内の倫理委員会での複数回にわたるマニュアル作成のための議論を経て、いかなる延命治療であっても、多職種カンファレンス、患者または家族との話し合い、適切な緩和治療の導入等のしかるべきプロセスを踏めば、現場の判断で中止可能と明文化しました。患者を中心に考えて現場が決定したことについては病院が

残される家族の負担を少しでも軽減するために

伊藤 私も家族へのかかわり方は特に重要だと感じています。なぜなら、救急・集中治療の現場では患者自身がしゃべれないケースが多く、家族とのコミュニケーションが8割以上を占めるからです。どんなに手を尽くしても時に患者は亡くなることもあるために、残された家族が患者の死に対していかに納得できるか、という家族の心情も慮りながらのコミュニケーションを心掛けるべきです。

則末 家族と話す時に意識するのは、意思決定の「支援」です。患者をよく知る家族との対話を通じ、「本人ならどう選択するか」を共に考えるのです。家族に決断を無理強いすると、その後の人生において負担となりかねません。

木澤 その通りです。意思決定を下したことを大きな負担と感じていることが、私も研究に参加した「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3(J-HOPE3)」の結果からも明らかになりました(論文投稿中)。しかしながら刻一刻と状況が変化する現場では、多くの場合「治療方針をいま決めてください」と判断を迫ってしまうのが現実でしょう。簡単ではないと思いますが、治療方針やゴールを決定するための支援ができる救急・集中治療医の存在は大きな救いになるはずですよ。

則末 ええ。もちろん、可能であれば気管挿管前等の患者が話せるうちに直接確認しておくことが重要です。「お孫さんとまた遊べるように頑張りました

責任を持つという姿勢です。伊藤 当院にも生命維持装置の中止に関するプロトコールがあります。内容に関しては米国と比較するとまだまだ課題は山積みですが、それでも個人の決定に依存しない指標は患者、医療者双方にとって有用だと実感しています。

則末 先生先生の施設では治療方針が緩和ケア優先になった場合のマニュアルも用意されているんですね。

則末 はい。本マニュアルの軸になるのは、緩和に役立たない治療を中止する目的で行われる抜管の方法と、その後のケアの標準化です。医療用麻薬の適切な投与や、グリーフケアを含めた家族へのかかわり方を重視しています。木澤 なぜ家族へのかかわりが重要になるのでしょうか。

則末 抜管後の患者に現れる死戦期呼吸の様子を見てご家族が驚かされてしまうことが多いからです。そのためレジデントへの教育として、「呼吸が苦しそうで見えるかもしれませんが、麻薬を使用していますのでご本人は苦しさを感じていません。安心してください」と、抜管前に家族へ伝えるよう指導しています。また、ご家族が気道のゴロゴロ音を気にされる場合は、分泌物を減らす目的でブスコパン®の投与も検討します。もし今後、当院のように緩和目的で抜管をできる施設が増えていくのであれば、このプロセスが疎かにされないことを願います。

ようね」という hope for the best は大切なので、治療のゴールとして必ず話すようにしています。しかし、いわゆる「撤退ライン」として「残念ながら良くならない可能性もあります。もし、こういう状況であれば生きていても仕方がない、死んだほうがましだということをお考えがあれば教えてください」という prepare for the worst についての情報を聞いておくことも必要です。これだけでも聞いておくと、家族による代理の意思決定の負担が減るでしょう。

*

木澤 本日はありがとうございました。ここまで議論をしてきたようにまだまだ課題の多い救急・集中治療領域における緩和ケアですが、ひょっとすると近々大きな変革が起こるのではないかと期待をしています。と言うのも、COVID-19によって医療資源に限界があることが医療者をはじめ一般の方にも認識され、凶らずも goals of care discussion の重要性を意識するきっかけになっているからです。救急・集中治療現場に緩和ケアを根付かせるためにも、一度立ち止まって真剣にこの問題に向き合う時が来ていると思います。(了)

註：集中治療を含む治療を一定の期間行ってみて、その効果を見極める手法。

●参考文献

- 1) 厚労省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書. 2018.
- 2) Health Aff (Millwood). 2017 [PMID : 28679811]

「その人らしい最期」のために、急性期の現場で日々の看護に活用できる実践的ガイド。

救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド

突然終末期に陥った患者の意思決定の難しさや、短時間で信頼関係の構築が求められることなど、特有の悩みと困難さを伴うなかで行われている急性期の終末期看護。患者・家族のQOL (Quality of Life) と QOD (Quality of Death) を向上させ、よりよい終末期看護を実践するために、看護師が実践する終末期看護の概念を多角的側面から整理し、臨床現場で活用できる具体的なケアを提案する。

監修 一般社団法人日本クリティカルケア看護学会 一般社団法人日本救急看護学会



救急現場こそ、緩和ケアが求められる最前線となりうる！
初療室で葛藤する医師のための基本ツールと考え方

救急×緩和ケア ファーストブック
Palliative Aspects of Emergency Care

▶ cure(治療)だけでなくcare(ケア)の視点も重要な急性期重症患者を前に、医師としてどう対応すべきか？ 忙しい救急外来で求められる緩和ケアの基本知識や考え方、具体的な対処法を包括的かつ簡潔にまとめた米国救急医学会(ACEP)緩和ケアセクション推薦図書。原著者は救急医としてはじめて米国ホスピス・緩和医療学会(AAHPM)の会長を務めた第一人者。徹底した蘇生行為が患者に益するかどうか終末期患者対応のジレンマに悩む、救急医療に関わるすべての医師・研修医に贈る。

監修: 坂本哲也 帝京大学医学部附属病院 病院長
監訳: 柏木秀行・船越拓・伊藤香

定価: 本体3,400円+税
A5 頁192 図・表46 2020年
ISBN978-4-8157-0303-5

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

寄稿

医療・福祉の専門職と ヤングケアラーへの支援

澁谷 智子 成蹊大学文学部現代社会学科 教授

●しづや・ともこ氏

1998年東大教養学部卒。2000年ロンドン大ゴールドスミス校大学院社会学部修士課程、01年東大大学院総合文化研究科修士課程修了。08年「聞こえない親を持つ聞こえる子ども(コーダ)」の研究により、同大学院で博士号(学術)取得。12年成蹊大講師、20年より現職。専門は社会学。著書に『コーダの世界——手話の文化と声の文化』(医学書院)、『ヤングケアラー——介護を担う子ども・若者の現実』(中公新書)など。



実態調査から見えてきた ヤングケアラーの姿

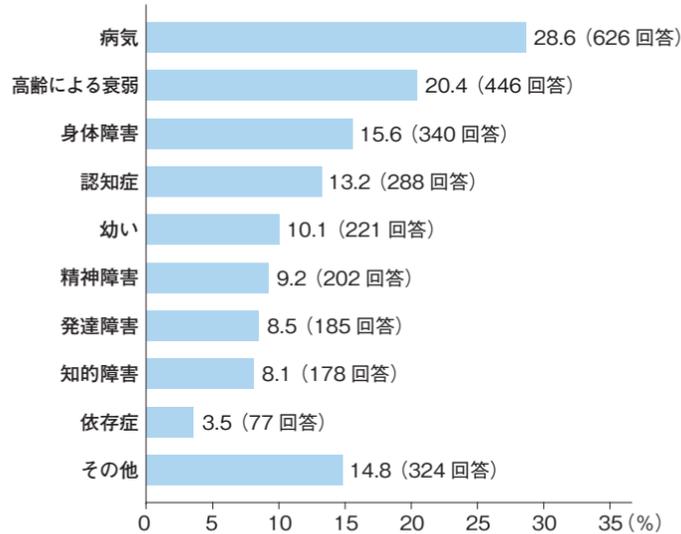
ヤングケアラーとは、慢性的な病気や障害、精神的な問題、アルコール・薬などの問題を抱える家族のケアをしている18歳未満の子どもを指す。

埼玉県では2020年3月、サポートの必要な家族や友人の世話を無償で行っている全ての人が健康で文化的な生活を営むことができる社会をめざして、ケアラー支援条例が策定され、その条例の下、県内の全高校2年生約5万5000人を対象としてヤングケアラー実態調査が行われた¹⁾。回答者4万8261人のうち、25人に1人はヤングケアラーとしての経験を持っていた。高校生がケアをしていた主な相手は、母(524回答)、父(242回答)、兄弟姉妹(492回答)、祖父母・曾祖父母(806回答)などである。ケアを必要とする人の状況は図の通りであり、病気(626回答)、高齢による衰弱(446回答)、身体障害(340回答)、認知症(288回答)、幼い(221回答)となっている。

平日の1日当たりのケア時間と学校生活への影響を見てみると、1日1時間未満と答えた高校生でも、「ケアについて話せる人がなくて孤独を感じる」が170人以上、「ストレスを感じている」が90人以上という状況であった。ケア時間が1日1時間以上2時間未満になると、「自分の時間が取れない」「勉強の時間が取れない」という認識が増え、2時間以上4時間未満では、さらに「友達と遊ぶことができない」「睡眠不足」「体がだるい」が高くなる。4時間以上6時間未満では、「成績が落ちた」「学校への遅刻が多い」「しっかり食べていない」「部活ができない」の項目も増えていき、8時間以上になると、「周囲の人と会話や話題が合わない」「学校を休みがちになっている」「進路についてしっかり考える余裕がない」が上がってくる¹⁾。もう同世代と同じ生活をするをあきらめている高校生もいると思われる。

ケアラーと子ども、 二重性を持つ存在

ヤングケアラーは、ケアラーであると同時に成長途中にある子どもであり、この二重性がヤングケアラーの特徴となっている。しかし、ケアを必要とする人を中心に作られてきた日本の医療や福祉の制度において、同居家族



●図 ケアが必要になった主な原因(複数回答, 文献1より作成)
N=被介護者数(2185人)。

は「介護力」や「インフォーマルな社会資源」ととらえられがちで、中高生であってももっぱらケアラーとしてカウントされてきたように思う。18歳未満の子どもである以上、ヤングケアラーは「子どもの権利条約」に照らしでも見られる必要がある。例えば、「教育を受ける権利」「休み、遊ぶ権利」「意見を聞いてもらえる権利」「健康・医療への権利」などが守られなくては行けない。しかし、上記の調査結果を見ると、ヤングケアラーはそうした最低限の権利さえ守られていないケースがあることがうかがえる。現在、厚労省が行っているヤングケアラーの調査では、こうした「子どもの権利」の視点がしっかりと組み込まれている。

医療・福祉の専門職に 求められるかわりとは?

医療や福祉の専門職は、ヤングケアラーの権利を守る最前線に立っている存在である。家庭では、子どもや若者をケアに向かわせる力は強く働いても、子どもがケアをすることを立ち止まって考える力は働きの弱い。家族は子どもがケアを担うことをありがたく思い、子どもは役に立っていると感じ、ますますケアを頑張るループにはまってしまふ。他の選択肢があるかもしれないと示すことができるのは、家族の外にいる専門職なのである。

ヤングケアラー支援が進んでいる英国では、国民保健サービス(National Health Service: NHS)のウェブサイト「ヤングケアラーであること: あなたの権利」という文章が掲載されている²⁾。ヤングケアラーは大人のケア

ラーと同じことをするべきではないこと、誰かのケアをするために多くの時間を使うべきではないことが説明され、「それは、あなたが学校でしっかり勉強したり、他の子どもや若者と同じようなことをしたりする妨げになることがあるからです。あなたがしたいと思う、あるいはしてあげられると思うケアのタイプと量を判断するのは大切です。また、そもそもあなたがケアラーとなるべきなのかどうかを判断するのも大切です。障害のある全ての大人は、子どもに頼らなくて良いよう、そのニーズによって行政からサポートを受ける資格があります」と解説されている。医療や福祉の専門職は、家族の状況を踏まえて子どもや家族の想いを聞き、一緒に考えることのできる立場にいる。

「家族全体を考えたアプローチ」 で支援する

子どもの貧困と同様、ヤングケアラーの問題は、見ようとしなければ見えてこない。医療や福祉の専門職が日常的に接するのは、「患者」や「主介護者」かもしれないが、手続き的なことは大人が窓口になっていても、日々のケアは子どもや若者が相当程度行っている場合もある。「患者」や「要介護者」だけを見るのではなく、その人がケアを必要とするようになったことで家族の役割はどう調整されるのか、家族のケアはどう分担されるのか、そうした意識を持って状況を確認することが大切である。誰が食事を作るのか、誰が買い物や感情面のケア、トイレ介助、投薬管理、痰の吸引をするのか。そし

てそれらのケアは、子どもが担うケアとして質的にも量的にも適切なものか。例えば「息子さんも家のことをやってくれますか?」などと聞き、「具体的にはどんなことを?」「1日に何時間ぐらい?」と、子どもや若者がケアをしている実態を解像度を上げて知っていくことが重要である。英国ではこうした「家族全体を考えたアプローチ(Whole Family Approach)」がヤングケアラー支援の基本とされている。必要に応じて、子どもや若者の通う学校とも情報を共有し、ヤングケアラーにかかる負荷や不安を減らしていく配慮がなされている。

親が病気を抱える場合には、その病名と今後の見通しについて子どもがわかるように説明していくことも、専門職ができる支援である。病名だけではなく、それが子どもの生活にどんな影響をもたらすのか、ごはんやきょうだいの世話はどうなるのか、親の入院や施設入所の可能性、自分はどこで暮らすことになるのか、暴力がある時にはどうすればいいのか。子どもはそういう情報を必要としている。もちろん、全てを専門職が背負う必要はないが、親の病名やその見通しについて子どもにはほとんど情報が与えられていない現状は、改善していく余地があると思う。

*

英国のヤングケアラー支援においては、「どんな福祉サービスも、子どもの過度なケアの役割に頼ってはいけない」と言われている。日本では、同居家族がいると、一人暮らしの人に比べて福祉サービスの提供が減ってしまうことがあるが、その家族が未成年者である時にどこまでケアを頼るのか、しっかり考えていかなければならない。これから先を長く生きる子どもたちにとって、何よりも大事になってくるのは自信である。ヤングケアラーたちが自信をすり減らさなくて済むよう、自分のやりたい道を切り開いていくために自信をつけられるよう、ケアを担う子どもや若者をサポートしていくことが望まれる。

●参考文献・URL

- 1) 埼玉県。埼玉県ケアラー支援計画のためのヤングケアラー実態調査結果。2020。<https://bit.ly/37ZOHIi>
- 2) NHS. Being a Young Carer: your rights. 2018。<https://bit.ly/3tKj4p0>

臨床検査

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

データブック

2021-2022

医学書院

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

臨床検査 データブック

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

データブック

(2021-2022)

「検定検定」をサポートする みんなが使える

詳細かつ網羅性があるから

知識が広がる

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、臨床・検査員)

※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
こちらから

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。

寄稿

最善の治療をいち早く見つけ出せ！

パンデミック対応型国際臨床研究プラットフォーム：REMAP-CAP

神代 和明¹⁾、一原 直昭²⁾、齋藤 浩輝³⁾、鎌田 一宏⁴⁾、藤谷 茂樹⁵⁾

1) 京都大学大学院医学研究科社会健康医学専攻医療疫学分野研究員、2) 東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座特任助教
3) 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院救命救急センター講師、4) 福島県立医科大学会津医療センター総合内科講座特任准教授
5) 聖マリアンナ医科大学救急医学教授

公衆衛生対応と同様に重要な治療法のエビデンス構築

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が最初に報告されてから1年が経ちました。世界中で1億人以上、日本でも40万人を超える感染例が報告されています。感染者のリンクを追う積極的疫学調査やクラスター対策、検査体制の確立、非常時の医療提供体制の構築、迅速なワクチン開発・流通の整備など、事によると普段はあまり顧みられず脚光を浴びない地味な公衆衛生対応が、COVID-19パンデミックの健康危機から国民を守るのに実は重要であることが再認識された1年ではなかったかと思えます。

一方で本稿の読者である医療従事者の皆さんは、公衆衛生対応というよりは、第一線で患者さんに対応されている方が多いと思います。ではCOVID-19において、どれだけエビデンスに基づいた診療を行えているでしょうか（もしくは、特に2020年春先の第一波の時期に「行っていた」と実感されているでしょうか）。過去1年間を振り返っても、診療には治療法の確立が重要であることは明白です。

感染症アウトブレイクの初期には、治療の有効性に関する信頼できるエビデンスがない中、徒手空拳で治療法を模索するのは仕方がないことです。それでもできるだけ迅速に治療法を見つけ、患者さんの予後を改善させることが、前述の公衆衛生対応と同様に重要であることは間違いありません。そのためには、患者さんがいる現場（病院・診療所）からのプラクティスを集め、サイエンス（集合知）にしていく必要があります。医療者1人ひとりの経験は、このような健康危機だからこそ、次につなげるために無駄にできない、貴重なものであると言えます。

重症急性呼吸器症候群（SARS）、新型インフルエンザ、エボラウイルス感染症など、かつて新興・再興感染症の流行が起こるたびに、流行の最中に治療法に関する科学的エビデンスをいかに迅速に構築するか、世界中の専門家によって議論されてきました。エボラウイルス感染症に関しては、2018年のコンゴ民主共和国のアウトブレイクの時に臨床研究が行われて、inmazed（REGN-EB3）とebanga（mAb 114）と

いう抗ウイルス薬に効果があることがわかり、実際の診療に使用されるようになりました¹⁾。ともすれば混乱しがちなアウトブレイクの中、世界が団結して周到な準備のもとで治療法を見つけることができた好例です。

パンデミック時の治療法確立

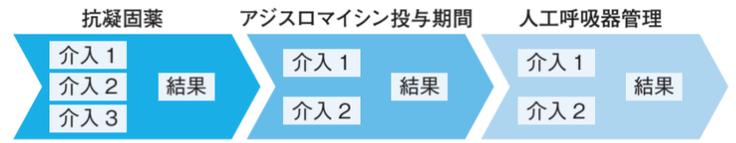
一方で、こういったサクセスストーリーの裏には、過去の反省や学びがあります。エボラウイルス感染症の流行を振り返ると、2014年の西アフリカでのアウトブレイクでは、3万人近い患者が罹患する中、さまざまな治療薬候補が試みられました。しかし結局、安全で有効な治療薬はひとつとして見いだされませんでした。緊急性の高い新興感染症においては既存の知識に基づく最善の治療を提供することが求められ、比較試験を通じ、バイアスのない臨床エビデンスを集積する研究を迅速に立ち上げるのは困難でした。結果として、エボラウイルス感染症においては、ランダム化比較試験（RCT）は米国国立衛生研究所（NIH）の主導により1件開始されたのみにとどまり、そのRCTも開始時期が遅かったため目標症例数に達しないまま終了したという経緯があります²⁾。

COVID-19に関してはどうでしょうか。今回のパンデミックでは多数の先進国が重大な影響を受ける中、大規模な臨床試験が世界各地で行われ、NEJM、LANCET、JAMA等の権威ある学術誌で結果が公表されています。その成果として、COVID-19が中国で探知されてからおおよそ半年でレムデシビル³⁾が、続いて副腎皮質ホルモン⁴⁾が治療薬として有効性を確認されています。

国際的には、治療法確立のための臨床研究基盤の確立は、パンデミックへの対応の重要な「初動」のひとつでした。邦人退避武漢チャーター便ミッションやダイヤモンド・プリンセス号でのアウトブレイクなどが日本で問題になっていた2020年2月には既に、治療法を見つけるためのRCTの開始に向けて海外は動き出していました^{5,6)}。健康危機に即応できる多施設共同RCTの国際ネットワークが、平時から存在していたことを示唆しています。

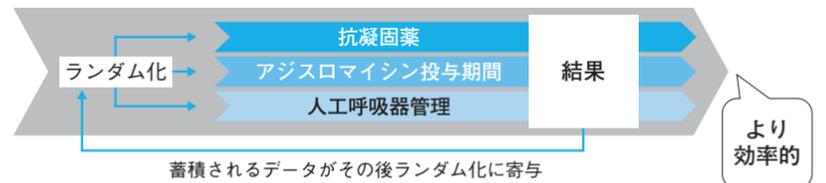
日本も2020年3～5月の間、治療法確立のためにファビピラビルの特定臨

従来の研究デザイン……複数のRCT



●治療カテゴリごとに個別のRCTを実施する。時間と費用がかかり、臨床現場の負担が大きい。

REMAP……試験開始後に、収集されるデータに基づき、介入内容等を随時修正するadaptive RCTの一種



●収集されたデータに基づき治療のランダム割付を随時最適化（response-adaptive randomization）。
●複数カテゴリの治療を組み合わせるRCTを実施。収集データは逐次解析され、治療法が随時絞り込まれる。

●図1 REMAP（Randomized, Embedded, Multifactorial, Adaptive Platform trial）とは

床研究⁷⁾が行われ、先のレムデシビルの国際治験にも参加しています。一方で、アウトブレイク初期には、エビデンスがないマネジメントが行われることがしばしばありました。研究が行われたとしても、小規模RCTや比較グループのない観察研究に留まる場合が多いのが現状です。これはパンデミック中の医療現場や当局の負担と混乱を表していると言えます。

しかし本来はパンデミックのような健康危機にこそ、有効な治療を迅速に見いだすことが必要です。すなわち、パンデミックに際して診療現場に過度の負担をかけることなく、信頼性の高い多施設臨床研究を迅速に実施できるよう、平時から準備しておく必要があります。

効率的かつ柔軟、日常診療との親和性が高いREMAP-CAP

パンデミック感染症に対する有効な治療法を見いだすには、多国間協力による臨床研究が最も有効です。REMAP-CAP（Randomized, Embedded, Multifactorial, Adaptive Platform trial for Community-Acquired Pneumonia）は、まさにグローバルなネットワークを通じてパンデミック時に必要な臨床エビデンスを迅速に見いだすべく設計された国際臨床研究ネットワークです。

名称にCAP（市中肺炎）とあるように、REMAP-CAPは元来、特に集中治療領域における重症市中肺炎のための国際的臨床研究ネットワークとし

て設計され、2016年に患者登録を開始しました。2021年2月現在、欧米、オーストラリア、ニュージーランドなど世界19か国、300近い医療施設が参加しており、世界中で6000人を超える患者が登録されています。

REMAP-CAPの名称には見慣れない単語が並びますが、「特殊なRCT」という位置付けです。感染症危機における臨床意志決定支援を臨床研究と両立させるという考えに立ち、これまでの研究体制にはない特徴を多数有しています。

未知の感染症に有効な治療法を見つけるには、いくつもの治療カテゴリ（例えば人工呼吸器設定条件、抗凝固薬、抗ウイルス薬等）を試す必要があります。従来のRCTであれば、複数の介入を試すには、治療カテゴリごとに個別のRCTを実施する必要があり、時間と費用がかかり、臨床現場の負担も大きなものになります（図1上部）。これに対しREMAP-CAPでは、効率的かつ柔軟な（adaptive）対応が可能です⁸⁾。単一の患者を複数カテゴリの介入にランダム割付することで、実質的に複数のRCTを同時に実施（multifactorialデザイン）し、効率よくエビデンスを生み出します（図1下部）。

各治療カテゴリの症例数は事前に設定されることはなく、収集データの逐次解析に基づき、統計的に十分な症例数が集積された時点で終了となるため、試験の手間や費用が無駄になることはありません。また、それぞれの治療カテゴリの中で介入が複数ある場

WEB・スマホでも使える総合内科力UPのための最強臨床問題集



THE 総合内科ドリル WEB版

内科専門医・総合内科専門医そして総合診療専門医をめざす人のために、各内科領域の第一人者が必修の臨床症例問題218問を選んだ。出題形式や内容は内科系専門医試験に準拠。受験対策に必須であるばかりでなく、最新のガイドラインやエビデンスを踏まえた充実の解説により日常臨床スキルのトレーニングにも最適！

●B5 頁464 定価：7,920円（本体7,200円＋税10%）
[ISBN978-4-260-04228-4]

編集：岡崎 仁昭 自治医大医学教育センター長

内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

WEB内科塾

2021年3月中旬、開講します！

トップ指導医たちが吟味を重ねた1,200超の良問が内科系専門医試験合格をサポート！

★詳しくは5面広告をご覧ください！

医学書院

寄稿

患者 Patient (P)

COVID-19 確定の成人症例

介入 Intervention (I)

治療カテゴリにわたり
アダプティブデザインでランダム化

コントロール Control (C)

治療カテゴリごとにコントロール群

結果 Outcome (O)

死亡・臓器不全の認められない日数を
用いた複合スコア

マクロライド投与期間治療カテゴリ
(I) アジスロマイシン 14日
(C) アジスロマイシン 3~5日

人工呼吸器管理治療カテゴリ
(I) プロトコルに基づく設定
(C) 主治医判断に基づく設定

抗凝固薬治療カテゴリ
(I) 未分画ヘパリン治療用量
(C) 標準的な深部血栓予防用量

・臨床現場で今まさに必要なエビデンスを創出する。
・治療カテゴリや各治療カテゴリ内の介入はエビデンス蓄積に伴い継続的に修正される。

●図2 REMAP-CAP上のCOVID-19に関する臨床疑問の例

合、患者は、それまで蓄積されたデータに基づいて、最も有望な介入に割り付けられる可能性が高くなり(反応適応性のランダム化, response-adaptive randomization)、有望でない介入は逆に随時除かれていきます(図2)。日常診療に研究を落とし込む(embedded)ことも重要視しており、例えば、介入割付は電子カルテ上のオーダーセットに統合されるなど、研究スタッフのみならず、臨床スタッフが日常診療を行うなかで24時間いつでも研究へのスクリーニング、募集を行えるようにさまざまな工夫がなされています。

さらには、REMAP-CAPは創設時より主要な目的のひとつとして「パンデミックへの対応」を掲げています。実際に今回のパンデミックにおいて、臨床現場で使用されている副腎皮質ホルモンの有効性を示したRCT研究のひとつ⁹⁾はREMAP-CAP上で行われており、これは2020年3月から患者登録が開始されていました。この論文のタイトルには“REMAP-CAP COVID-19 Corticosteroid Domain (治療カテゴリ)”とあり、副腎皮質ホルモン以外の他の治療カテゴリも同時に研究が走っていることを示しています。例えば、免疫調整薬の治療カテゴリでは、抗リウマチ薬である抗IL-6受容体抗体が標準治療に比較して有効であることがREMAP-CAP上で示されました¹⁰⁾。このように、数ある介入から迅速に有効な治療法を見つけ出すのに最適なプラットフォームであることを、今回のコロナ禍で証明しました。

国内の取り組みと展望

日本国内においては、2020年春からREMAP-CAP参加の準備が進んでいます。日本医療研究開発機構(AMED)のサポートを受けながら、国内向けのプロトコル調整、倫理申請承認も済みました(「アダプティブデザインを用いたCOVID-19国際多施設ランダム化比較試験と重症呼吸器感染症に対する臨床研究体制の基盤構築」)。現在は、参加施設の拡大、さらには日本集中治療医学会や日本感染症

学会からの支援を受け、間もなく患者登録を開始する予定です。

COVID-19は世界中の多くの国において1918年のインフルエンザ・パンデミックと同等、もしくはそれ以上の公衆衛生上のインパクトをもたらしています。ヒトの往来がさかんとなった現代においては、呼吸器系新興・再興感染症は今後も必ず繰り返されます。今回のパンデミックをきっかけとして、将来の感染症危機に迅速に対応し得る臨床研究体制を構築できれば、国民にとって、現在の安心だけでなく、未来への大きな備えとなります。明日は、今日よりもっと良い治療を届けられるように。

*REMAP-CAPでは参加施設を募っています。ご興味がある施設の皆様はREMAP-CAP日本版オフィシャルページ(<https://www.remapcap.jp>)からお問い合わせください。

●参考文献・URL

- 1) N Engl J Med. 2019 [PMID : 31774950]
- 2) N Engl J Med. 2016 [PMID : 27732819]
- 3) N Engl J Med. 2020 [PMID : 32275812]
- 4) N Engl J Med. 2020 [PMID : 32678530]
- 5) NIH. Study to Evaluate the Safety and Antiviral Activity of Remdesivir (GS-5734™) in Participants With Moderate Coronavirus Disease (COVID-19) Compared to Standard of Care Treatment. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04292730>
- 6) Annals of the American Thoracic Society. The REMAP-CAP (Randomized Embedded Multifactorial Adaptive Platform for Community-acquired Pneumonia) Study. Rationale and Design. <https://www.atsjournals.org/doi/10.1513/AnnalsATS.202003-192SD>
- 7) Antimicrob Agents Chemother. 2020 [PMID : 32958718]
- 8) REMAP-CAP. What is an adaptive clinical trial?. <https://www.remapcap.org/what-is-an-adaptive-trial>
- 9) JAMA. 2020 [PMID : 32876697]
- 10) Interleukin-6 Receptor Antagonists in Critically Ill Patients with Covid-19 – Preliminary report. 2021. doi : 10.1056/NEJMoa2100433

視点

外国人患者への処方薬の説明に「くすりのしおり」の活用を

俵木 登美子 一般社団法人くすりの適正使用協議会 理事長



新型コロナウイルス感染症の世界的な流行により、日本への外国人旅行者は激減し、2020年に4000万人としていた訪日外国人旅行者数の目標は夢物語となった。しかしながら、日本には2020年6月時点で288万5904人も在留外国人がいる。厚生労働省においては、2018年から「訪日外国人旅行者等に対する医療の提供に関する検討会」を開催し、外国人患者が安心・安全に日本の医療サービスを受けられる体制を充実させていくための取り組みを進めている。

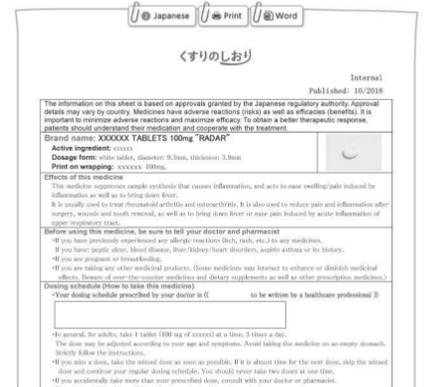
厚生労働省の調査¹⁾によれば、約5割の医療機関が外国人患者を受け入れている。一方で、医療通訳者の配置、電話・ビデオ通訳の利用、タブレット端末・スマートフォン端末等の利用により言語対応を行える医療機関は、徐々に増加しているものの、まだまだ未整備の医療機関が多いのが実態である。

そのような中で、外国人患者への処方薬の説明はどのように行われているだろうか? 医薬品の使用方法を正しく理解してもらうことは当然であるが、副作用の初期自覚症状についての注意や生活上の注意など、患者の安全のために重要な情報が適切に提供する必要が。

そこで、ぜひ多くの医療者に勧めたいのが「くすりのしおり」である。一般社団法人くすりの適正使用協議会では、医療用医薬品の添付文書情報を基に、患者・家族向けにわかりやすくA4用紙1枚程度に簡潔にまとめた医薬品情報「くすりのしおり」をウェブサイト上で提供している。現在、製薬企業178社の協力を得て、薬価収載医薬品の約75%を網羅(外来処方されるものはほとんどカバー)しており、その64%について英語版が作成されている。「くすりのしおり」ウェブサイトには毎月数百万件のアクセスがあり、その8割はスマートフォンからである。患者本人からのアクセスも相当数に上っていると推定され、利用者からは高い満足度を得ている。

しかし、医師における「くすりのしおり」の認知度は高くないのが現状である。2020年9月に当協議会が実施した医師、薬剤師各300人を対象としたアンケート調査では、薬剤師の約8割が「くすりのしおり」を知っている、または聞いたことがあると答えたのに対し、医師は約2割に留まった。

私たちは「くすりのしおり」の中でも特に英語版を医師に活用していただきたいと考えている。英語版の提供はまだ日本語版全体の3分の2程度で



●写真 「くすりのしおり」ウェブサイトより、英語版の見本

商品名、薬の作用と効果、服用前に医師や薬剤師に相談するべき方の特徴、用法・用量、生活上の注意、副作用、保管方法、その他が英語で簡潔にまとめられている。医療担当者が記入できる欄も設けられており、患者さん一人ひとりに合わせた「くすりのしおり」を作成の上、Wordデータに出力、または印刷して提供できる。

あるが、厚生労働省委託事業として提供されている「外国人患者受入れ情報サイト」(<https://internationalpatients.jp/manual.html#n005>)においても、医療用医薬品の患者向けの英語資料として、唯一、英語版「くすりのしおり」が紹介されている。日本語版があるので英語版と対比しながら説明できること、英語が苦手な医療スタッフも使用しやすいこと、などのメリットがある。また、ご希望の医薬品の英語版が作成されていない場合には、ウェブサイト上の「英語版をリクエスト!」ボタンを押していただきたい。リクエストが寄せられた医薬品の製薬企業は優先度の高いものから英語版を作成できる。

医薬品の適正使用には、患者の正しい理解が必要である。外国人患者への対応時にはぜひ英語版「くすりのしおり」を活用していただきたい。また、外国人患者ばかりでなく、日本人が海外渡航する際にも英語版の医薬品情報があれば安心であり、そのような用途でもぜひ活用してほしい。

◆「くすりのしおり」ウェブサイト
<https://www.rad-ar.or.jp/siori/>

●参考文献・URL

- 1) 厚生省. 令和元年度 医療機関における外国人患者の受入に係る実態調査結果(速報版)について. 2020. <https://onl.tw/jmsizrs>

●たわらぎ・とみこ氏/1981年東大薬学部卒。厚生省医薬食品局安全対策課長、PMDA組織運営マネジメント役などを経て、2018年より現職。専門領域は市販後安全対策、医療機器評価、レギュラトリーサイエンスなど。

トップ指導医たちが吟味を重ねた1,200超の良問が内科系専門医試験合格をサポート!

医学書院

内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

WEB 内科塾

2021年3月中旬開講!



収録内容 (計1,248問)

●予価: 30,800円 (28,000円+税) : 1年間

THE 1 内科専門医問題集 WEB版付
2021年4月初旬追加予定

THE 2 内科専門医問題集 WEB版付
2021年4月初旬追加予定

THE 総合内科ドリル WEB版付

目めるトレーニング 151問

目めるトレーニング 2. 151問

目めるトレーニング 3. 151問

目めるトレーニング 4. 151問

こちらからアクセスしてください



WEB 内科塾 <https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku>

エディター

岡崎 仁昭
自治医大医学教育センター長(教授)

筒泉 貴彦
愛仁会高槻病院 総合内科主任部長

山田 悠史
マウントサイナイ 医科大老年医学科

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5回 **コツを押さえた質問を心掛けよう**

これまで患者さんの声に耳を傾ける大切さについて述べてきました。本稿では一歩進んで、患者さんの言葉を引き出しやすくする質問について紹介します。医療には、病態や状況確認のアセスメントのための質問は欠かせません。一方、医療者の質問の仕方によっては患者さんを傷つけ、医療者へのネガティブな気持ちを生み出すことを忘れてはいけません。

閉じた質問と開かれた質問、「質問の型」を使い分ける

質問は、閉じた質問と開かれた質問の二つに分けられます。閉じた質問とは、「はい」か「いいえ」の短い回答を相手に求める質問で、相手の反応の選択肢を制限する特徴があります。そのため、特定の情報を明確に収集したい場合や、決断を促す場合に用いられます。他方、開かれた質問は回答が「はい」「いいえ」で限定されないため自由度が高く、その後の会話が展開しやすい特徴があります。したがって、患者さん自身が話したいと思っている内容から多くの情報を引き出したい場合に用いられます。

患者さんの会話を中断させる行動の59%は閉じた質問であること¹⁾、開かれた質問は閉じた質問と比べて患者さんの気持ちを引き出しやすいこと²⁾から、面接では閉じた質問より開かれた質問を多く行うことが推奨されています³⁾。子どもを対象とした司法面接では、デリケートな内容は閉じた質問より開かれた質問で開示されやすいとされています⁴⁾。また「赤い帽子の人を見つけた？」のように、閉じた質問に「赤い帽子」という情報を加えることで暗示や誘導の可能性を高めてしまうため、開かれた質問を用いることが推奨されています⁵⁾。

質問が患者に及ぼすインパクトを忘れない

◆暗黙の非難に留意する

医療者が質問をする際に忘れてならないのが、質問が患者さんに及ぼすインパクトです。「この前話したことを

覚えていますか？」などの質問は、医療者は理解度の確認として尋ねているつもりでも、患者さんは「覚えていないの？」と暗に責められていると思うかもしれません。また、「一体、何がご家族と話し合うことを難しくさせているのでしょうか？」のように原因を掘り下げる質問も、「家族と話し合うことは難しく感じているが、あなたが主観の困難を抱えているためにそれを難しくさせている」というメタ・メッセージを含む非難的な問い掛けです。このような質問よりも「現時点でご家族と話し合うことは難しく感じますよね」などの聞き返しを行うほうが望ましいと考えられています⁶⁾。

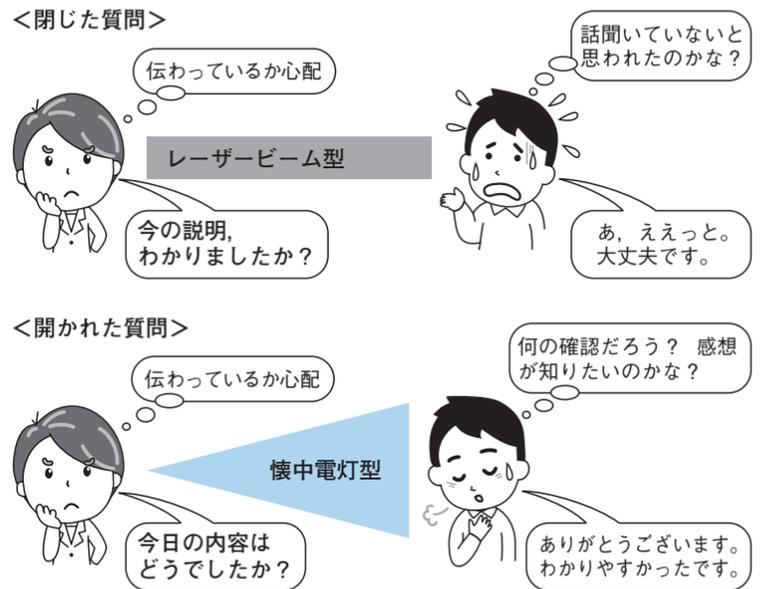
また、開かれた質問であっても閉じた質問であっても、質問ばかりすることは取り調べのような印象につながり関係を悪化させかねません(第3回の「アセスメントの罠」参照)。

◆質問のインパクトを抑えるために

患者さんがネガティブなものにとらえており、他の人に話すことに抵抗を感じる内容を医療者が質問で引き出すためには、質問のインパクトを最小限にするための温かく問い掛ける技術(the art of gentle inquiry)が必要です⁶⁾。患者さんが質問に答えにくいと思う場合、閉じた質問は図の「レーザービーム」のように刺さり、患者さんへのインパクトは大きくなります。閉じた質問と比べ、開かれた質問は医療者の意図が伝わりにくくなるデメリットはあるものの、患者さんへのインパクトを減らすことができます。例えば「なぜもっと早く受診しなかったのですか？」などの質問も、「お忙しいとなかなか受診するのは難しいですよ」などの聞き返しにすることで図の「懐中電灯」のように温かく伝わり、インパクトを抑えられます。

◆コミュニケーション・トラブルを防ぐ

また、質問の前に特定の情報を伝えることは、患者さんが質問の目的を理解することを促し、コミュニケーション・トラブルを防ぎます。例えば、症状や薬の副作用で性欲減退が見られるかもしれない患者さんに対し、その確



●図 閉じた質問と開かれた質問の患者に与えるインパクト

閉じた質問は、レーザービームのように医療者の意図が伝わる一方、暗黙の非難のように伝わり患者へのインパクトが大きくなりやすい。開かれた質問は、懐中電灯のように医療者の意図が伝わりにくくなるが、質問のインパクトを抑えられる。

認のために「最近、性的な関心はどうですか？」と質問する場合を考えてみましょう。患者さんがその質問の意図を把握できていない場合には、とまどいや誤った認識からセクシュアルハラスメントと感じるかもしれません。これを防ぐには、「この薬の副作用として性的な関心の減退が報告されています。最近、その点はいかがですか？」と情報を伝えながら質問をすれば、患者さんは安心して答えられるでしょう。

治療や教育的な意味合いを持つ質問の留意点

質問には治療・教育的な意味合いを持つものがあります。思い込みに対する相手の確信度を弱め、別の考えへの開かれた態度をとることを目的としたものをソクラテス式問答と呼び⁷⁾、うつ病患者さんの面接においてその後の症状の改善につながることを報告されています⁸⁾。ソクラテス式問答は、医療者があらかじめ「答え」を持っており、それにたどりつくように質問をして患者さんがその答えを発見するように導くものと誤解されがちです。しかし実際には医療者が適切な質問をすることで、患者さんとともに答えを探求し、一緒に発見していくものです⁹⁾。例えば、朝寝坊して仕事に遅刻してしまう患者さんに対してアドバイスではなく「これまで寝坊しない時は何が違ったのでしょうか？」のように質問することで、患者さんが寝坊しない状況や対処法を引き出します。共同作業の視点や心理的安全性を欠いたソクラテス式問答は、相手から医療者の権力を誇示するためのものと思われることがあるため⁹⁾、注意しましょう。

テキストを用いた回答の特徴とは?

最後に、口頭ではなく文章での質問と、それによって得られる回答の特徴を紹介します。調査用紙に記載された質問と紙ベースの回答では、閉じた質問に比べ開かれた質問で欠損が多いこ

とが示されています¹⁰⁾。さらに、近年主流となりつつあるデジタルテキストでの回答でも、同様に開かれた質問は閉じた質問と比べて回答の欠損が多くなる傾向がみられます¹¹⁾。これらは、自由形式の回答に手間が掛かるため好まれないこと、回答に使用したデバイスの使いにくさによるものと考えられています¹²⁾。質問に対する口頭や自記式での回答と、デバイスを用いたデジタルテキストでの回答では、質的な違いがあることにも留意する必要があります。

冒頭でもお伝えしたように、医療では正確な情報を把握する上で質問は不可欠です。それと同時に、質問は患者さんに一歩踏み込む介入でもあることを認識し、質問の意味合いやその侵襲性についても考えなければいけません。

今回のまとめ

- 開かれた質問と閉じた質問それぞれの特徴を押さえる。
- 患者さんに及ぼすインパクトをできる限り最小限に抑えるように質問の仕方を工夫する。
- 治療や教育的意味合いを持つ質問の際には、協働的な姿勢と回答者の心理的安全性に留意する。
- 回答形式の違いで、質問への回答が異なる可能性がある。

参考文献

- 1) J Gen Intern Med. 2019 [PMID: 29968051]
- 2) J Subst Abuse Treat. 2016 [PMID: 26547412]
- 3) ウィリアム・R・ミラー, 他, 原井宏明(監訳) 動機づけ面接上巻, 第3版, 星和書店: 2019.
- 4) Child Abuse Negl. 2021 [PMID: 33454643]
- 5) 仲真紀子. 司法面接の展開——多機関連携への道程. 法と心理. 2016; 16 (1): 24-30.
- 6) ポール・L・ワケテル, 杉原保史(翻訳) 心理療法師の言葉の技術——治療的コミュニケーションをひらく, 第2版, 金剛出版: 2014.
- 7) 東京駒場 CBT 研究会, 石垣琢磨, 他(編). クライエントの言葉をひきだす認知療法の「問う力」——ソクラテスの手法を使いこなす, 金剛出版: 2019.
- 8) Behav Res Ther. 2015 [PMID: 25965026]
- 9) J Gen Intern Med. 2016 [PMID: 27130623]
- 10) J Clin Epidemiol. 1999 [PMID: 10513763]
- 11) Reja U, et al. Open-ended vs. Close-ended Questions in Web Questionnaires. Developments in Applied Statistics. 2003; 19 (January): 159-77.
- 12) Behav Res Methods. 2019 [PMID: 29943224]

認知症診療のエンサイクロペディア、最新ガイドラインを踏まえ待望の改訂!

認知症ハンドブック 第2版

認知症にかかわる医療従事者が知っておきたい知識を網羅した決定版、7年ぶりの改訂。診断や薬物療法・非薬物療法、リハビリテーションやケアなど、臨床で必要となる情報を『認知症疾患診療ガイドライン2017』の内容に沿って解説。基礎研究に関する情報も臨床で役立つ内容を中心にアップデート。今回も「臨床のエンサイクロペディア」と呼ぶにふさわしい内容に仕上がっている。

編集 中島健二
下濱 俊
富本秀和
三村 将
新井哲明

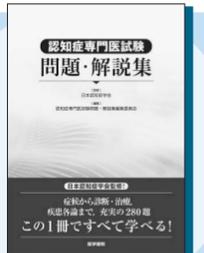


専門医を目指す人はもちろん、認知症を診る全ての医師にとって役に立つ1冊

認知症専門医試験問題・解説集

日本認知症学会の専門医試験対策の問題と解説をまとめた学会オフィシャルテキスト。過去問109題に新作問題170題を加えた全279題をわかりやすい解説とともに収録。問題の範囲は基礎から症候、鑑別診断、治療、リハ・ケア、疾患各論まで網羅的にカバー。専門医試験受験者はもちろん、認知症を診る機会のある医師にとって役に立つ1冊。

監修 日本認知症学会
編集 認知症専門医試験問題・解説集 編集委員会



Medical Library

書評新刊案内

救急×緩和ケア ファーストブック

坂本 哲也 ● 監修
柏木 秀行, 船越 拓, 伊藤 香 ● 監訳

A5・頁192
定価:3,740円(本体3,400円+税10%) MEDSI
http://www.meds.co.jp

評者 大内 啓
ハーバード大助教授・救急部

「この医療は本当に患者さんのしてほしい治療なのか?」と、救急医なら一度は自問してしまう経験があるのではないのでしょうか? 人類はいまだかつてない高齢化社会にあります。その中で救急医療は、数十年前に確立された急性期医療から少しずつ変わり始めています。延命に一番のフォーカスを置いた救急医療が、どんな患者さんにも適応されるかという、そうではなくてきています。救急医は救命に全力を注ぐトレーニングを積んでいますが、場合によってはそのトレーニングと臨床経験が覆るような緩和医療

超高齢社会で救急医療をする医師には必読



が、救急現場で速やかに必要とされる患者さんもいらっしゃいます。その救命と緩和の見極め方や、実際の緊急的に必要な緩和医療がどんなものなのか、世界中の救急医が知る必要があると思います。

本書は、救急医療に携わり、随時この救急と緩和の葛藤を目のあたりにしている先生方が日本の医療現場での必要性を見出し翻訳されたものです。しかも現場の第一線で対応に当たる救急医と、彼らの葛藤や状況をよく知る緩和ケア医によるコラボレーションを経て上梓されました。このような先生たちが邦訳を決断してくださって本当に良かったと思います。私は原書を英語で読んでいましたが、この翻訳書はとても正確にわかりやすく訳出されてい

て素晴らしいと感じました。救急医として臨床に必要な最低限の緩和医療の知識が全て詰め込まれており、これ一冊だけでも読んでおけば、臨床現場で終末期の患者さんに遭遇してもすぐに必要な知識を探し出せるのではないのでしょうか。米国と状況の異なる倫理的・法的側面についても、付録として書き下ろされ、収録されているのも大きな長所です。私は2009年に原書編者のTammie Quest先生とPaul DeSandre先生が主催するEducation in Palliative and End-of-life Care for Emergency Medicine (EPEC-EM)を受講し、救急医療と

緩和医療の両方が救急現場に必要なことと知って臨床現場での疑問が解消されました。それ以来、Quest先生たちと一緒に、救急現場に必要な緩和医療の知識とスキルを米国全土の救急医に広める研究や教育の推進に努めてきました。その経験から本書の内容は米国、日本だけではなく、世界中の救急医に必要なものと確信しています。お国柄、言語、病疾患などは国によって違いがありますが、人が最終的に必要になる救急・緩和医療というのは限られており、世界中の救急医が早急にこの最低限のスキルと知識を身につける必要があります。本書が少しでも、日本の患者さん個人の人生最終段階のゴールに基づいた医療を随時提供できる救急医を増やしてくれることを祈っています。

2019年『胃と腸』賞授賞式

2019年『胃と腸』賞の授賞式が2021年1月20日に開催された。本賞は『胃と腸』誌に掲載された論文から、年間で最も優れた論文に贈られるもの。これまで早期胃癌研究会の席上で授賞式が行われていたが、新型コロナウイルス感染症の影響で同研究会がWeb開催となり、授賞式もWeb上で行われた。

今回、対象論文134本の中から、佐野弘治氏(大阪市立十三市民病院)らによる「小腸の非腫瘍性疾患——サイトメガロウイルス(CMV)小腸炎の臨床像と内視鏡像」[胃と腸、2019;54(4):505-14.]が受賞した。当日は選考委員の松本主之氏(岩手医大)から選考経過の説明とお祝いの言葉が述べられた。



●写真 佐野弘治氏

◆CMV小腸炎の臨床像・内視鏡像をCMV大腸炎と比較検討

近年、後天性免疫不全症候群(AIDS)や臓器移植の増加、悪性腫瘍に対する強力な化学療法の普及などの影響で、免疫不全患者が増加している。それに伴いサイトメガロウイルス(cytomegalovirus:CMV)腸炎と診断される症例も増加しており、CMV大腸炎に比べて予後が不良とされるCMV小腸炎の臨床像・内視鏡像の詳細な検討が求められていた。

そこで佐野氏は、自験CMV小腸炎7例の臨床像と内視鏡像について、自験CMV大腸炎53例と比較検討した。結果、CMV大腸炎に比べてCMV小腸炎では、絶対的免疫不全の割合および大量出血と穿孔の割合が高い傾向がみられた。また、CMV小腸炎の臨床症状は出血と腹痛が多いのに対して、CMV大腸炎では出血と下痢が多かった。加えて、CMV小腸炎の緊急手術率は43%と、CMV大腸炎の9%に比べて高率であること、CMV小腸病変は輪状傾向潰瘍と不整形潰瘍が多く、CMV大腸病変で多数認められる類円形潰瘍は少ないことが明らかとなった。

受賞のあいさつで佐野氏は、恩師への感謝を述べるとともに「われわれのグループは、これまで広義の炎症性腸疾患(IBD)の内視鏡診断、その中でも特に感染性腸炎の内視鏡診断の確立に力を入れ臨床研究を行ってきた。今回、感染性腸炎であるCMV腸炎の論文で『胃と腸』賞を受賞することができ、喜びもひとしお」と受賞の喜びを語った。今後については「症例を重ねていき、診断や治療につながる知見を見つけていきたい」と抱負を述べた。

*授賞式の模様は『胃と腸』誌(第56巻4号)にも掲載されます。

別冊『呼吸器ジャーナル』

COVID-19の病態・診断・治療

現場の知恵とこれからの羅針盤

小倉 高志 ● 編

A4変型・頁208
定価:5,280円(本体4,800円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04585-8

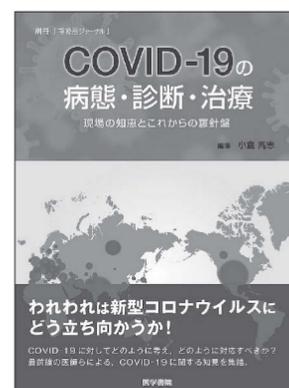
評者 二木 芳人

昭和大客員教授・臨床感染症学

新型コロナウイルス感染症がパンデミックを生じて早1年になろうとしている今日、世界の診断確定感染者数は1億人を超え、死者も220万人を上回

の実施もまさに目前である。ただ反面、この新しいウイルス感染症では現在も未知の部分、あるいは将来への課題も少なからず残されており、今後の基礎的ある

病態の解釈と臨床的対応の在り方を知る



われわれは、この感染症とはすでに1年以上の戦いを繰り広げてきたが、当初全く未知のウイルス感染症であった本症も、多くの基礎的研究・臨床的経験

が積み重ねられた結果、かなりの情報がすでに得られ、病態の理解も進んだと考えられる。その結果として、かなり効率的な予防や診断・治療が実施可能となっており、ワクチン接種も昨年末から急速に世界に普及し、わが国で

いは臨床的研究のさらなる継続は極めて重要であろう。

本書は、基礎・臨床のさまざまな領域で、この感染症と正面から向き合っている研究者と臨床医の知見を結集したもので、現状での本症の病態の解釈と臨床的対応の在り方を知る上では有益な資料であろう。また、それぞれの領域における現状の理

解は、同時に将来に向けての課題をも示唆するものであり、さらに今後、この感染症にとどまらず、近い将来に襲来するであろう新たな感染症パンデミックに立ち向かわんとする研究者、臨床医にとっては必読の1冊であろう。

新型コロナウイルスにどう立ち向かうか! COVID-19を最前線の医師らが解説!

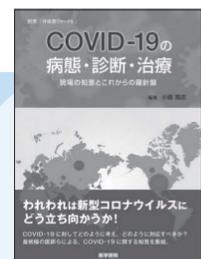
別冊『呼吸器ジャーナル』

COVID-19の病態・診断・治療

現場の知恵とこれからの羅針盤

新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は2019年12月に中国の武漢で発生し、世界的な流行をもたらした。本書は、国内での第1波(2020年3月から5月にかけて)から第2波にかけて、この未知の感染症でわかった知見をまとめる事を目的に企画された。現在COVID-19についてわかっている病態・診断・治療について、最前線の医師らが解説する。

編集 小倉高志



A4変型 頁208 2021年 定価:5,280円[本体4,800円+税10%] [ISBN978-4-260-04585-8] 医学書院

第9回
新潮
ドキュメント賞
受賞作

痛いのは困る。

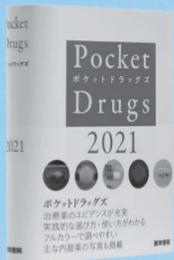
現役の小児科医にして脳性まひ当事者である著者は、あるとき「健常な動き」を目指しリハビリを諦めた。そして〈他者〉や〈モノ〉との身体接触をたよりに官能的にみずからの運動を立ち上げてきた。リハビリテーションを根底から定義しなおす驚愕の書。

熊谷晋一郎

リハビリの夜

●A5 頁264 2009年 定価:2,200円(本体2,000円+税10%)
[ISBN978-4-260-01004-7]

医学書院



カラー・見やすい・コンパクト

Pocket Drugs 2021

ポケットドラッグズ

文庫本サイズ・2.5cm厚
色分け見出しで知りたい項目がパッとみつける



- 薬剤の選び方・使い方もわかる
- 安全性情報、Evidence情報も充実
- A6 頁1154 2021年 定価4,620円(税込) [ISBN978-4-260-04258-1]



検査値が深く読める。もっと役立つ。

臨床検査 データブック 2021-2022

見逃してはならない異常値も、
検査の選び方も、薬剤の影響も、この1冊で



- 各検査項目の記述が詳しくわかりやすい
- 約300の疾患名からも検索可能
- B6 頁1136 2021年 定価5,280円(税込) [ISBN978-4-260-04287-1]

春風や 闘志いだきて 丘に立つ

桜舞う丘、澄みわたる空。
眼下に広がる春のむこうに、
虚子は何を見据えていたのだろう。
目標を胸に、一步踏み出すこの季節。
さあ、今こそ丘に駆け上がるろう。
そこでしか見えない特別な景色が、
きっとあなたを待っている。
新たな挑戦は、即戦力の医学年鑑とともに。

※本句は大正二年、高浜虚子が俳壇復帰にあたっての決意を込めて詠んだものとされています。



なんでも載ってる。つまり安心。

治療薬 マニュアル 2021

高機能な Web 電子版付
稀な副作用や注意事項までわかる
ダントツ詳しい治療薬年鑑



- 「図解 薬理作用」を刷新…新薬の作用機序も一目でわかる
- 適応外使用や使用目的など、添付文書にない情報も随所に解説
- B6 頁2848 2021年 定価5,500円(税込) [ISBN978-4-260-04297-0]



名医の処方とコツ、教えます。

今日の 治療指針 2021年版

高機能な Web 電子版付
初期診療、当直・救急時、
今必要な情報をすぐ確認できる



- 処方例が満載。薬の使い分けのポイントがさらに充実
- ポケット判(B6) 頁2192 2021年 定価16,500円(税込) [ISBN978-4-260-04283-3]
- デスク判(B5) 頁2192 2021年 定価20,900円(税込) [ISBN978-4-260-04282-6]

「今日の治療指針2021年版」、「治療薬マニュアル2021」は、いずれも電子版付。条件検索・詳細検索に対応。

2冊併用なら、
電子版が融合しグレードアップ! ➡ ● 薬剤情報ジャンプ機能!
● 1168疾患、薬剤約18000品目の情報から瞬時に検索!

スマホ・PCが“総合診療データベース”に大変身! ➡



医学書院