

2019年7月29日

第3332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

- [インタビュー] HPVワクチン 不作為の時を越えて(鈴木富雄).....1-2面
[寄稿]ドナー不足問題を解決する移植医療の最新技術 MP(後藤徹).....3面
[寄稿]尊厳死とACPをめぐるフランスでの議論から(奥田七峰子,森田達也)/[視点]長生きするのに1日「1万歩」は必要か(鎌田真光).....4-5面
[寄稿]健康観の変遷と展望(杉本洋) 6面

HPV ワクチン 不作為の時を越えて

interview 鈴木 富雄氏に聞く

大阪医科大学地域総合医療科学寄附講座特任教授/
大阪医科大学附属病院総合診療科診療科長

ヒトパピローマウイルスワクチン(以下、HPV ワクチン)接種の積極的勧奨が差し控えられてから5年以上が経過した。一時期は70%以上あったHPV ワクチンの接種率は1%未満にまで激減しており、積極的勧奨の差し控えがその要因と考えられている。

日本プライマリ・ケア連合学会(以下、PC 連合学会)では2018年3月に「HPV ワクチンに関する特別委員会」を立ち上げ、同年12月には積極的勧奨の即時再開を求める声明(要望書)を厚労省に提出。同時に医療従事者および一般市民に対しては、HPV ワクチンに関する学会としての考え方を表明する声明を公表した。これらの声明を作成する過程では紆余曲折があり、委員会での議論そのものが、ワクチンを含む予防医療の在り方や臨床医としての姿勢などに関して示唆に富むものであったという。同委員会委員長の鈴木富雄氏に、議論の過程や論点、声明の意図について聞いた。

—PC 連合学会が「HPV ワクチンに関する特別委員会」を2018年3月に立ち上げた経緯からお聞かせください。
鈴木 学会としてのHPV ワクチンに関する取り組みは、特別委員会の設立以前に遡ります。2016年4月には、PC 連合学会を含む17学術団体から成る「予防接種推進専門協議会」が、HPV ワクチン接種推進に向けた見解書を出しました。続いて2017年12月には、日本産科婦人科学会が学会単独で、積極的勧奨の再開を求める声明を出しています。

HPV ワクチンをめぐる見解の相違

鈴木 問題はその後です。「次はPC 連合学会としても学会単独での声明を出すべき」という意見が会員の間から出て、学会内のワクチンプロジェクトチームが声明案を作成しました。ところが、2017年12月の理事会でその案が否決されたのです。

—予防接種推進専門協議会の見解書は理事会を通ったのに、今回は否決されてしまった?

鈴木 プロジェクトチームとしては寝耳に水であったと思います。でも今振り返ってみると、予防接種推進専門協議会の見解書を理事会で承認した当時は、私を含め理事の中では、他の学術団体と足並みを揃えるという形で、当時者意識がそこまで高かったわけでもなく、理事会での議論も不十分であったと感じています。

いずれにせよ、HPV ワクチンに対

して学術団体としての態度が曖昧なままではいけないということで、その後特別委員会を設けて引き続き議論を行うことが決まりました。その時点で理事の中での見解の相違もあり、比較的中立的な立場にあった私が委員長を拝命することになったという経緯です。

—見解の相違もある中、委員の人はどのように進められたのでしょうか。

鈴木 HPV ワクチンをめぐって、考え方には大別すると3つほどのグループがあったように思います。積極的勧奨の即時再開を求めるグループ。その時点での study の結果としての確固たるエビデンスに厳密に沿った形で動くべきであるとするグループ。そして HPV ワクチンに関してはいくつかの懸念点もあるため慎重に事を運ぶべきであるというグループ。最終的にはそれぞれのグループのバランスを考慮して理事以外にも広く呼び掛けて、特別委員会のメンバーが選ばれました。

—積極的勧奨の即時再開を求めるのは見解として理解できます。エビデンスに厳密に沿う形になると、また異なる見解があるのでしょうか。

鈴木 ワクチンの有効性についてある段階までは双方共に認めていたと思います。具体的な相違点については後で詳しく述べます。

—わかりました。では慎重に事を運ぶべきという理由は何なのでしょう。

鈴木 HPV ワクチンに関しては、2つの懸念がありました。まず、現時点でははっきりしないけれども、将来的には副反応に関連した神経免疫学的な問

題などが明らかになる可能性がゼロではないこと。次に、因果関係は明らかにされていないが、実際にワクチン接種後の有害事象によって苦しんでいる方々や家族がいること。PC 連合学会の会員にはそのような方々を診療している医師もおり、そういった状況で、学会が積極的勧奨の即時再開を求めるのは、時期尚早なのではないかという意見です。冒頭に話した学会単独の声明が否決されたのも、こうした懸念が払拭されなかったことが理由として挙げられます。

「女性の健康を守る」というアウトカム

—委員会設立以降の、議論の経過を教えてください。

鈴木 最初の数回は、委員会の方向性に関する討議に始まり、既存のエビデンスや諸外国の動向に関する情報収集に時間を割きました。この過程で私自身、今までざっとしか触れていなかった HPV ワクチンに関するエビデンスを批判的に吟味する作業を怠っていたことを痛感しました。他の多くの委員も同じ気持ちだったと思います。

—委員会でエビデンスを共有した後、何が論点になったのでしょうか。

鈴木 HPV ワクチンによってワクチンに含まれる型の HPV 感染が予防できて、長期にわたる持続感染が原因となる「子宮頸部前がん病変」がかなりの程度防げることは既に明らかです。ただし現時点では、ワクチンを接種することによって「子宮頸がん(浸潤がん)」自体の罹患頻度が減少したという study の結果としての確固たるエビデンスはありません。そういった状況で、「HPV ワクチンは子宮頸がんを予防する」といった明確なメッセージを打ち出すことの是非について、議論が白熱しました。—市民に対してわかりやすいメッセージである一方、「拡大解釈ではないか」と一部の方々から批判されることもあるかもしれませんね。

鈴木 その通りです。しかしながらそもそも厳密な証明は事実上難しいのです。なぜならば、ワクチンを打つ/打たないにかかわらず、がん検診を行って前がん状態の中の高度異形成がある



●すずき・とみお氏

1991年名大医学部卒。市立舞鶴市民病院内科、名大病院総合診療部などを経て、2014年9月より現職。日本プライマリ・ケア連合学会理事、同学会予防医療・健康増進委員会委員長を務める。臨床推論や研修医教育のエキスパートとしても知られる。

段階であるとわかれば全例円錐切除の対象になります。そうなると子宮頸がんにはならず、対象群と介入群を比較するといったRCTは困難となる。観察研究を行うにしても、相当な年月を要するでしょう。

一方で、これはB型肝炎ワクチンによる肝がんの予防証明と同じ関係とも言えます。B型肝炎ワクチンが肝がんの罹患率を減少させるといった確固たるエビデンスはありません。ただし原因のないところに結果は出てきませんから、肝炎から肝がんに至る病態生理学的な機序から類推すれば、肝がんの予防策としてB型肝炎ワクチンが大きな意味を持ち、推奨をもされているわけです。

—同じ理屈で HPV ワクチンが子宮頸がんを予防するのは自明である?

鈴木 ただ現時点でのエビデンスに厳密な立場としては、そのように言い切ることに対して抵抗があるのです。さらに慎重派としても、先ほどお話ししたようにワクチンに関連した副反応の病態的な機序が将来判明し、接種との因果関係が明らかにされる可能性を現時点では否定できないということもあり、両者ともに、学会として明確なメッセージを出すことに躊躇する気持ち

(2面につづく)

産婦人科外来処方マニュアル

第5版

編集 青野 敏博/苛原 稔

徹底的な現場主義で日常的にあう疾患と治療薬処方
の大切なところをまとめたマニュアル

疾患ごとに治療概説、処方例、処方解説、薬剤解説、ワンポイントアドバイスで構成。漢方薬、ジェネリックなど付録も充実!

●B6変型 頁216 2019年 定価: 本体3,200円+税 [ISBN978-4-260-03854-6]



産婦人科 ベッドサイドマニュアル

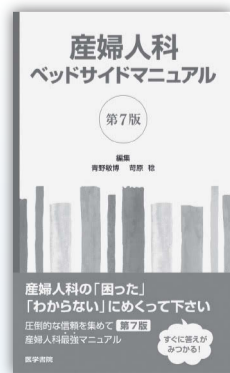
第7版

編集 青野 敏博/苛原 稔

産婦人科医の「困った」を解決する信頼の
ポケットマニュアル

構成新たに123テーマを明快解説。新規収載項目も多数。外来で。ベッドサイドで。産婦人科の「困った」「わからない」にはこの1冊が効きます!

●B6変型 頁536 2018年 定価: 本体6,600円+税 [ISBN978-4-260-03455-5]



(1面よりつづく)

があったわけです。——医学において100%確かなことにはないに等しい。難しい問題です。

鈴木 ただひとつ確かなのは、年間で約1万人が子宮頸がん罹患し、約3千人が亡くなっているという事実です。しかも死亡者数が増加傾向にあり、予防対策が急務となっています。子宮頸がんは予防できるがんであり、ワクチン接種後の多様な症状の機序が解明されていないとは言え、数々の study でそれらの症状の出現率は非接種者との比較で有意差がないという結果も出ている中で、救える命を救わずに放置しておいてよいのか。積極的勧奨の即時再開を求める主張も、十分な説得力を持つのです。——結論は出たのでしょうか。

鈴木 しばらくは議論が平行線をたどりましました。少し風向きが変わったのはある産婦人科医の委員の発言でした。「HPV ワクチンのエビデンスで示される最終アウトカムを必ずしも子宮頸がんそのものに置かなくてもいいのではないか。前がん病変の中で高度異型成の段階となれば円錐切除が必要となるが、円錐切除そのものが侵襲的な手技でもあり、早産のリスクも上昇する。それを防ぐだけでもワクチン接種の十分な意義があるのではないか」といった問題提起をしたのです。

——確かにそうですね。もうひとつの子宮頸がん予防策である検診の強化が先決ではないかという声もよく聞きますが、また違った見方もできそうです。

鈴木 そうなのです。本邦の検診率の低さも極めて大きな問題となっており、検診率を上げることの重要性は委員会の中でも出ていました。ただ、検診は子宮頸がんの予防に大きな効果がありますが、HPV の持続感染から前がん病変になる段階は検診では防げないわけで、検診のみでは円錐切除となる頻度を減少させることはできません。

つまり、HPV ワクチンの接種率と検診の受診率の両方を上げることにより、相補的な効果が期待できる。「女性の健康を守る」という観点に立つならば、ワクチンと検診のいずれも重要なのです。——そして、女性の健康を守るために HPV ワクチンを学会として推奨すべきである、と。

鈴木 まずはその段階で、いったんは委員の間でおおむね意見が一致したと思えました。

「国だけでなく、医療者にも責任の一端がある」

——その後、いよいよ声明を作成する段階に入ったのです。

鈴木 ただ、その時点では PC 連合学会として、誰に対してどのような声明を出すべきかに関してはまだはっきりと決まっていなかった。特別委員会の発足当初から「PC 連合学会は産科婦人科学会や感染症学会と役割が違うので、HPV ワクチンの有効性や安

全性の方にフォーカスを絞って厚労省に要望書を出すのは違和感がある」といった意見もあって、結論は保留になっていました。

最終的に3種類の声明を出すとしたのは、当時学会の理事長であった丸山泉先生と私の2人で話したのがきっかけです。それまでの委員会での議論の内容や各委員の思いについて丸山先生にお話ししたところ、いたく感じ入られたようで、有益なアドバイスもいただきました。会話の中では、委員の一人である医療人類学者から受けた指摘についても話しました。

——どのような指摘だったのですか。

鈴木 「国の姿勢もさることながら、この問題に真摯に取り組んでこなかった医療者の側にも責任の一端があるのではないか。なぜこのような混乱が広がってしまったのか？ プロとして自らの姿勢をまずは反省すべきであり、それを今後活かせるような声明にすべきではないのか？」といった趣旨でした。

その旨も含み、やはりこれは厚労大臣に対する要望書だけでなく、医療従事者やワクチン接種対象者である一般市民に向けた声明も必要であろうという結論に至ったのです。これを受けて、7月末にはひとまず声明の草案を完成させました。

——そこから12月の公表まで、時間を要したのですか。

鈴木 草案をめぐって、再び意見の相違が生じたのです。ここで問題になったのは、「積極的勧奨」という言葉の取り扱いでした。これは行政用語で、「定期接種となっているワクチンに関して、国からの指示を受け市町村が接種対象者に対して問診票やハガキ等を各家庭に送る」「さまざまな媒体を通じて接種する機会があることを伝える」といった取り組みを指します。現在 HPV ワクチンは定期接種でありながらこの積極的勧奨が行われていないので、対象者に打つべき時期や打ち方が全く知らされずにいるわけです。

この「積極的勧奨」という言葉を厚労省に対する要望書で使うぶんには行政用語なのでやむを得ないとしても、一般市民に対して用いるのは、慎重派からすると抵抗感があったのです。行政用語としての「積極的勧奨」とは英語のニュアンスで言うと announcement であり recommendation ではないのですが、「積極的勧奨」の言葉を用いると一般的にはかなり強い、やや強制的なニュアンスが入るのではないかと、というわけです。——確かに、ワクチン接種後の有害事象に苦しむ人をおもんばかる一方で積極的勧奨の再開を求めるのは相容れないという心情も理解できます。

鈴木 これについては相当な時間をかけて討議し、原案を大幅に修正しました。「積極的な接種勧奨」はあくまで行政用語であって、全ての人に接種を強制する意味合いはないことも付け加えました。

——議論を尽くしたせいか、医療従事

者向けや一般市民向けの声明は相当に練られている印象を受けました。

鈴木 そうやって受け取ってもらえるなら本望です。正直なところ、委員長の私の力不足もあり最終的に全ての委員が声明文の細部にまで納得できたわけではありません。それでも、委員一人ひとりが真摯な姿勢で議論を積み重ねたおかげでこれらの声明ができたことに心から感謝しています。

「断絶」を埋めるために、臨床医として、学会として

——一般市民向けの声明の中では、HPV ワクチンをめぐる「断絶」とその「被害者」について指摘する次の一説が印象的です。

現在までに HPV ワクチンが「多様な症状」の原因であるという因果関係を証明する科学的・疫学的根拠は示されておりません。ただしこの解析結果は、因果関係を完全に否定するものでもありません。しかし実際には、マスコミ報道の過熱や、ワクチンに対して考えが違ふ人々の感情的な言動などから、HPV ワクチンをめぐって大きな断絶が起こり、その溝は埋まるよりも固定化しているようです。そして、この断絶の最大の被害者は、実際に HPV ワクチン接種後の諸症状に苦しむ方々であり、また本来なら予防できたはずの子宮頸がんでも苦しむ方々であり、そうした方々の身近な人たちをも苦しめています。

鈴木 「断絶」と「対立」ですよ。自分の信条に沿うコミュニティの中に閉じこもり、両者の交流はほとんどないか、攻撃的になる。そういった中で、メディアの報道は次第に減っていき、専門家も意見を述べたり立場を表明したりすることを恐れてしまう。いわば「不作為」です。そしてその最大の被害者が、ワクチン接種後の有害事象(多様な症状)に苦しむ人なのです。

私自身のことを振り返ってみても、学会理事という責任ある立場にありながら、当初は HPV ワクチンに対してある意味傍観者になっていました。それがこの委員会を通じて最も気付かされたことであり、強く反省すべき点でした。

一方で収穫だったのは、この活動を通じて、本学会員であるプライマリ・ケアに携わる家庭医や総合診療医はもちろんのこと、産婦人科医や小児科医、さらには医療人類学者やマスコミの方など、多様な立場の人々と議論を交わることができた点です。このような交流の中で幅広い視点を持ち、時として激しい議論を通して深い見識を構築していくこと、これこそがジェネラリストとして本来あるべき姿であり、今後もうこういった形で自分の姿勢を正していくべきだろうと思えました。

——医療従事者向けの声明では、臨床医としての姿勢にも言及しています。どういった意図があるのでしょうか。

「多様な症状」に苦しむ人々に対しては、ワクチンとの因果関係の有無とは関係なく「苦しむ患者は全て等しく十全なケアの対象である」との理念に基づき、等しく積極的に真摯に診療する所存です。

鈴木 HPV ワクチン接種の有無にかかわらず、「手足が動かしにくい」「体がだるい」といった理由でいくつもの医療機関を受診し、それでも原因がわからず最終的に大学病院にたどり着く患者さんを私自身がたくさん診ています。その際に感じるのが、医師の対応力と説明力の不足です。検査で異常がないからと一方的に診療を終わらせようとしたり、詳しい説明もなく責任逃れのような形で他の医療機関の受診を勧めたり。その繰り返しの中で、患者さんは、不信と不安と不満と不全感を募らせていきます。この4つの「不」が重なることにより、さらに体調も悪化していきます。

——鈴木先生が診療する際はどのようなことを心掛けているのでしょうか？

鈴木 まずは十分に時間をかけて症状の経過と患者さんの思いを聞かせていただきます。同時に身体診察や各種の検査により器質的な疾患を除外しますが、大学病院なので、紹介されてくる前に前医でその段階はほぼ終了していることが多いです。器質的な疾患が除外された後には機能的な身体症候群の可能性とそれに関して現在の医学でわかっていることとわかっていないことを十分に説明します。そして、症状を改善するための具体的な方法のいくつかを示し、最後に「原因探しの旅をするのはひとまず終わりにしてみませんか？」と提案して、これから前向きな一歩を踏み出すためのサポートを考えます。

「ここまでできるのは十分に時間をかけて診療できる大学病院の総合診療科だから」という声もありますが、ここに来る前に他の医療機関で、もう少し適切な対応と説明ができていれば経過はかなり違っていただけないかと思うことも多々あります。HPV ワクチン接種後に体調不良を訴えて医療機関を受診された方々の中にも、このような経過をたどっている方が相当数いると思われます。PC 連合学会としても、接種後の諸症状への診療体制の整備に取り組んでいく必要があると思います。

——学会としてのさらなる取り組みが今後始まるのでしょうか。

鈴木 当面は正しいワクチン知識の普及とワクチン接種方法の啓発事業、副反応へのサポート体制の構築、接種後の追跡調査への協力などに関して、できることから具体化していく予定です。今までの活動を通して構築した人的ネットワークも活かしながら、主体的に HPV ワクチンの接種推進に取り組んでいこうと思っています。

——ありがとうございました。(了)

●参考文献・URL

- 1) 日本プライマリ・ケア連合学会. こどもとおとなのワクチンサイト. 「ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチン接種の積極的勧奨の即時再開を求める要望書」の厚生労働省への提出について. 2018. https://www.vaccine4all.jp/topics-detail.php?search=1&tid=15

手術の質を評価することはできるのか!? 手術アウトカムの奥深い世界を学ぶ 医学書院
外科系医師のための臨床研究
手術を評価するアウトカム
本多通孝
「...先生、手術は成功ですか?」
こんな疑問にどう答えますか!?
外科系医師のための臨床研究「手術を評価するアウトカム」シリーズ第2弾!
目次
序章 プロローグ
第1章 アウトカムリサーチとは
第2章 手術を評価するPRO尺度の開発
第3章 手術手技そのものを評価する
第4章 手術を評価するQOL研究
終章 エピローグ
A5 頁276 2019年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-03932-1]

寄稿

ドナー不足問題を解決する移植医療の最新技術

Ex Vivo Machine Perfusion (MP)

後藤 徹 京都大学肝胆膵・移植外科/University of Toronto, Multi Organ Transplant

移植治療は臓器不全に対する唯一の根治療法であり、現在日本では心臓、肺、肝臓、膵臓、腎臓、小腸移植が一般的に行われている。

筆者の専門とする肝移植において日本は世界有数の術後成績を誇り、肝移植治療は保険適用の標準治療となっている。しかし、肝移植治療を必要とする患者数や、実際の移植数についてはほとんど報道されていない。市田らの統計によれば、日本における肝移植適応患者数の概算は年間2200人である¹⁾。一方2017年度の統計によれば、総肝移植数は年間416例(脳死69例、生体347例)である。ここから、全ての適応患者に移植するには現在の約5倍の手術数が必要となることわかる。

「臓器移植法の改正後、脳死移植の数は増えているのではないかと考える読者もいるだろう。脳死ドナーの数は2010年の臓器移植法施行後に確かに急増したが、近年その数は微増状態で、2018年度の提供数は68例と前年度に比べ減少した。以上からわかることは、「現状の日本の体制のままでは、必要な患者全員に肝移植治療を提供することはできない」という事実である。

では「海外ではドナー不足は存在しないのか」という点だが、人口100万人当たりの臓器提供者数が日本の40

倍以上の米国やスペインでさえ、移植待機リスト患者数に比して圧倒的にドナー数が不足している。しかし近年、欧米諸国では境界臓器の移植によってその数を伸ばしている。

境界臓器とは、肝臓で言えば脂肪肝ドナー、高齢ドナー、そして死後ドナー等の適応拡大ドナー(Extended Criteria Donor: ECD)から摘出された臓器を指す。これらの臓器は通常の臓器保存法では移植後に臓器機能不全を起こす可能性の高い、言わば「移植禁忌」の臓器である。こうした臓器の移植を可能にした技術が最新技術「Ex Vivo Machine Perfusion (MP)」である。

ドナープール拡大のブレークスルーとなったMP

まず通常の臓器保存法=単純冷保存法について解説する。脳死ドナーの場合、大血管を遮断してカニューレションし、冷却した臓器保存液を急速投与した後に臓器を摘出する。摘出した臓器は、レシピエントに移植するまでそのまま氷冷保存(4℃)する(図1)。特殊な臓器保存液の組成と冷却によって臓器の代謝を極力抑える方法である。しかしこの方法では臓器を冷却し続けることによる冷温障害と、移植後

に血液が循環することによって炎症が引き起こされる虚血再灌流障害が生じる。ECD グラフトはこれらの障害に対して非常に弱く、術後肝不全を起こす可能性が高い。さらに心停止ドナーグラフトでは死亡宣告(循環停止)から臓器保存液の灌流までに時間がかかるため、臓器は長い時間温阻血状態にさらされる。これによって脳死ドナー臓器よりさらに臓器障害が強くなり、肝臓においては術後晩期に肝内胆管狭窄といった重篤な合併症を引き起こす。一方、MPとは摘出した臓器を人工心肺に接続して酸素と栄養を循環させ、「体内と同じ環境」を再現する保存法である。細胞を生かすというメリットに加え、灌流させることによって代謝で発生した老廃物や炎症物質を洗い流すことができる。この灌流保存のメリットは、保存ダメージの軽減、保存時間の延長、灌流中の臓器機能評価、そして臓器機能の向上である。

実は灌流保存自体は新しい発想ではない。19世紀から研究は始まっており、移植治療が臨床で標準治療となった20世紀には移植前の新規保存法として飛躍的に発展した。1967年、Belzerらは死後ドナーから腎臓を摘出し、17時間の低温灌流保存を行ってから移植した²⁾。この報告から50年が経過した2018年、英国のNasrallaらが肝移植において恒温灌流群121例と単純冷保存群101例のRCTの結果を発表した。この安全性確認試験ではECDである脂肪肝ドナーと心停止ドナーを含み、移植後成績では恒温灌流群でグラフト障害の軽減、臓器不使用率の低下、早期臓器機能障害の低下を示し、Nature誌に掲載された³⁾。こうしてMPの臨床応用は、ドナープール拡大のブレークスルーとなった。

欧米での臨床応用と将来展望

MP機器は各臓器の特性に応じて設計され、世界中で開発および製品化されている。欧州と北米を中心に多くの臨床試験が進行しており、肝臓においては低温灌流と恒温灌流が主流である(図2)。

低温灌流のメリットはエネルギー保存である。活性酸素を低下させてミトコンドリアを保護し肝細胞内のATP量を維持するとともに、血流再開後の虚血再灌流障害や胆管障害を軽減する。恒温灌流のメリットは代謝の維持である。組織はヒト体内と同じ温度で維持されており、臓器機能の検査ができる。これは単純冷保存法では不可能であり、機能測定によって術後臓器不全

になる可能性がある臓器を移植前に除外できる。さらに胆管の保護再生が起きることも示され、術後の胆管狭窄防止が期待されている。

恒温灌流の可能性はこれだけではない。灌流中にはさまざまな薬剤投与が可能であり、例えば脂肪肝の灌流中に脂肪分解を促す薬剤カクテルを投与して脱脂肪化する方法もヒト臓器にて研究されている⁴⁾。冷温障害および虚血再灌流障害を全く生じさせない方法も研究されている。中国ではヒトドナー手術の際に臓器保存液の灌流をせずに直接グラフト血管に恒温灌流を接続し、移植時も血管吻合終了まで恒温灌流を稼働することで無虚血での移植を確立した⁵⁾。

将来的なビジョンとして、臓器の機能改善が焦点になると考えられる。既に動物モデルで、障害臓器のMP中にStem cellやRNA interference (RNAi), Gene editing drugを投与して機能改善を図る研究は進んでいる。生体肝移植においても、より小さいグラフトを摘出し、MPで大きく培養してから移植するという「ドナーにとってより安全で優しい生体肝移植」に替わるかもしれない。

日本での導入に向けて

日本では腎および肺において数例のMP使用実績があり、今後臨床試験が計画されている。ただ前述のように欧米・中国では既に大規模な臨床試験が進んでおり、導入は大きく遅れていると言わざるを得ない。

その原因として、海外施設で大動物実験および臨床試験に携わり、MPのノウハウを熟知した移植外科医が少ないことが挙げられる。北米で固形臓器移植数が最多かつ世界初の臓器灌流センターを目指すトロント大学病院で基礎および臨床研究に携わる私としてはMP、特に肝臓灌流に関して経験を積み、帰国後に技術の普及に尽力することを目標としている。

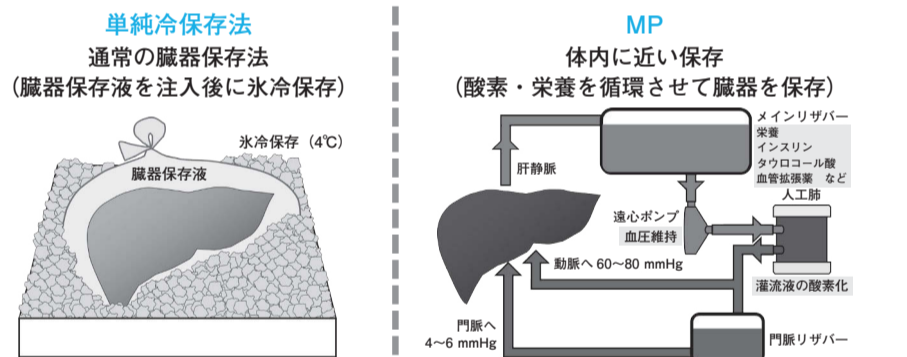
MPは臨床応用が始まったばかりの最新技術であり、これから膨大なエビデンスの蓄積と発展が見込まれる分野である。確たる手術技術および治療成績を誇る日本が、ドナー不足問題の解決において「移植後進国」とならないよう、常に国内外の比較、情報交流を行う必要がある。

参考文献

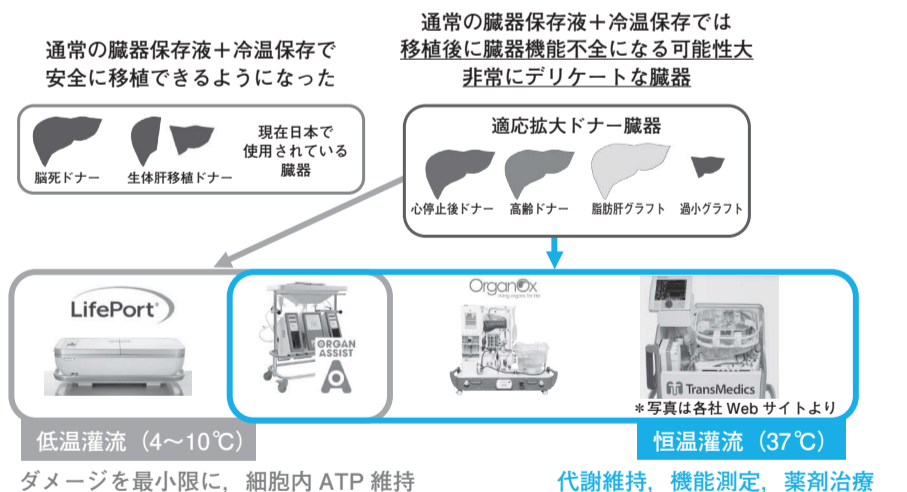
- 1) 市田文弘, 他. 肝移植適応基準——日本肝移植適応研究会記録. アークメディア; 1991.
2) N Engl J Med. 1968 [PMID: 4866541]
3) Nature. 2018 [PMID: 29670285]
4) Liver Transpl. 2019 [PMID: 30821045]
5) Am J Transplant. 2018 [PMID: 29127685]

ごとう・とおる氏

2011年秋田大医学部卒。現在、京大肝胆膵・移植外科およびUniversity of Toronto, Multi Organ Transplant 所属。学会発表や論文に加え、SNSを用いて移植臓器の体外灌流保存の知識普及、日本での実用化に向けて取り組む。(Twitter ID: 雑草外科医 @multitransplant)



●図1 単純冷保存法と Ex Vivo Machine Perfusion (MP)



●図2 肝臓におけるMP機器

外傷麻酔のエキスパートによる本邦初訳のハンドブック
外傷麻酔エッセンシャル
Essentials of Trauma Anesthesia, 2nd Edition
監訳: 今明秀 八戸市立市民病院 院長
吉村有矢 防衛医科大学校病院救急部
定価: 本体6,500円+税
A5変 頁424 図38・写真31 2019年
ISBN978-4-8157-0164-2

脳のマクロ病理像に特化した大迫力の画期的なアトラス
マクロ神経病理学アトラス
新井信隆
マクロ神経病理学アトラス
大迫力!!!
A4 頁152 2019年 定価: 本体9,000円+税 [ISBN978-4-260-02528-7]
医学書院

寄稿

尊厳死とアドバンス・ケア・プランニングをめぐるフランスでの国民的論争から

奥田 七峰子 日本医師会総合政策研究機構フランス駐在研究員/医療通訳

●おくだ・なおこ氏

日本医師会総合政策研究機構フランス駐在研究員。1992～2004年に仏 American Hospital of Paris にて医療通訳として勤務。98年より現職。http://assisstantjaponais.comで仏国の医療制度等を発信中。Facebook: https://www.facebook.com/naoko.okuda.54



2019年5月13日、仏国ランス大学病院に入院中のヴァンサン・ランベール氏(42歳)の医師団は、氏への延命治療(水分と栄養)の中止と「深い鎮静」の開始を発表した。

2008年の交通事故から十年以上植物状態ではありながらも脳死ではなく、目も開き反応もある氏に対する延命治療継続を求める両親側と、治療の中止を求める妻側の間で法定内外で争いが続けられてきた。

実は、この十年の間に、既に2回延命治療停止が法廷で決定されている(行政裁判の最高裁に当たる国務院、欧州人権裁判所)。この決定を不服としたランベール氏の両親とその支援団体は、国連障害者人権擁護委員会に提訴。国連による仏国への介入に最後の望みを託した。

国連の決定を待たず開始された、冒頭で紹介した治療中止と「深い鎮静」に対して、両親は各メディアを通して病床の氏の姿を動画配信。両親から介入を求められたマクロン大統領は、医師団の決定に従うと表明した。治療中止が開始されたまさにその夜、パリ控訴院が、国連の決定を待つ間の延命治療継続を命令。折しも、同時期に開催された欧州議員選挙の候補者ディベートで取り扱われる等のタイミングも重なり、仏国は国全体を挙げての“人生会議”となった。

最終的には、6月28日仏最高裁の治療中止の決定を受け、7月2日より治療中止・深い鎮静の開始。9日後の7月11日、ランベール氏は亡くなった。

日本の皆さんは、「なぜ国民総出でそこまで議論するのか?」と思うかもしれない。デカルトにサルトル。仏国人は、社会問題を哲学することが大好きな国民である。高校卒業時のバカロレア大学入学資格試験では全員、哲学が必修の国である。高校以上の教育を受けた人たちは、いやそれ以外の人も、死生観に大いに興味をそそられる2週間となった。

現地の市民、医療者はどう考えた?

医療者だけでなく広く仏国人の考えを聞きたく、人と会うたびに今回のランベール氏の件とアドバンス・ケア・プランニングについての意見を聞くようにしてみた。興味深かったのは、非医療者ほど、「無駄な治療」や「医療費の無駄使い」「いくら国民の負担になると思うのか」と医療経済的な視点

で話したことだ。こうした発言は、かなりの本音トークになっても、医療者からは見事に一切聞かれなかった。恐らく、彼らの職業倫理や受けた教育がそれを許さなかったのであろう。

一方医療者に多かったのは、「延命治療を続けたいのは私たち医師だと言われるが、現場では家族から求められるケースが多い。彼らは延命治療を受ける権利を主張する」との発言である。

ランベール氏の両親が属する保守的カトリック(中絶やLGBTの権利にも反対の立場を取る人が多い)に対する批判も多く聞かれた。とはいえ信仰の自由は保障されているため表立っての批判は難しく、日本で報道されることはなかったのだろう。実は、この部分がランベール裁判の真の争点である。

しかしながら医療者・非医療者とも、異口同音に「これが90歳くらいの高齢者だったら、逝かせてあげたい」と言う。高齢者に対する積極医療中止には、社会全体で合意形成ができていくようであった。

持続的な深い鎮静は苦痛緩和か、それとも安楽死か

ここで、仏国における緩和ケアを取り巻く動静について振り返りたい。1990年1月、仏国内初の緩和ケア・終末期ケアをサポートする仏国緩和ケア学会 SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs) が有志の医師らを中心に設立された。2010年には国立終末期観察局 (Observatoire National de la Fin de Vie) が設立され、これを継ぐ形で2016年1月、国立終末期緩和ケア・センター (Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie: CNSPFV) が創られ、本部がパリ市内に置かれた。

CNSPFVは「Parlons la fin de Vie(話し合いませんか? 私たちのエンド・オブ・ライフ)」と題したキャンペーンを全国津々浦々繰り広げ、勉強会・ディベートを通してアドバンス・ケア・プランニングの必要性について、国民に向けて啓発活動を広げた。この30年間を振り返ると、最初は緩和ケア病床の圧倒的な不足から受皿数を増やす量的支援活動が進んだ。その後、現在はむしろ質的支援が活動の中心となってきたように見受けられる。

この間、重要な法律がいくつか制定された。例えば「情報開示・カルテ閲覧権」「インフォームド・コンセント」に代表される患者権利法が1995年に制

定された。以降、生命倫理法の一部として、自身も医師であるジャン・レオネッティ議員の名が付いた終末期緩和ケア法のレオネッティ法が2005年4月に制定された。レオネッティ法のように議員名を冠した立法は他にもある。臓器移植のカヤベ法、患者の疼痛コントロールへのアクセス権利のクシュネール法など、医療議員としての偉業を残した、金字塔になるのであろうか……。

レオネッティ法は、倫理や哲学・人生観・そして世論は変化・進化し続ける点を考慮し、5年ごとに各項目を見直すことが、制定当初から定められた。

その2回目の見直しの際に、いわゆる「死亡まで継続させる持続的な深い鎮静 (continuous deep sedation until death)」が認められた(2016年2月2日法)。5年ごとの改定スケジュール通りとは言え、本法改定に至った背景としては、やはり、政治的タイミング(仏大統領選)も重要であったように思われる。安楽死を要求する団体に向けて、国家としてのより明確な回答を各候補者は公約でアピールする。

オランダ大統領(当時)を中心とする政治の世界(医学界の外)の声では、あたかも安楽死を要求する団体に向けた代替回答としての「持続的な深い鎮静」とも解釈された。しかしながら、医学界での解釈は少しニュアンスが異なった。研究者・政策者と現場との間でも温度差があった。

仏保健省や中央の政策者・行政者サイドから聞こえてくる声は、「死に至る高い可能性を視野に入れた」深い鎮静を容認するメッセージである。一方、緩和ケアの現場では「しっかりと苦痛を和らげるための継続的な深い鎮静」が(結果として)「覚醒せずに死亡まで続く」ととらえたのであった。鎮静は苦痛を緩和するために行うのであって、死亡まで眠らせることを最初から明確に意図するものではない、というのが緩和ケアでの通常の考え方である。結果としては同じでも優先順位、意図が異なる。「苦痛」には、身体的苦痛のみならず、精神的・社会的苦痛、自己の尊厳毀損も含まれる、と仏当局高等保健機構 (Haute Autorité de Santé) のグッドプラクティス・リコメンデーションには明記されている。

一方現場でも郊外の地方によっては、「そんな言葉は理論であり実践は無理。(違法である)安楽死を認めたと遺族に解釈されてしまう」との声すらある。

さらに、同じ法の下に、地方差、社

会的背景差、人種や宗教・文化の差がある。すなわち、解釈と臨床実践には法制化だけでは定めきれない玉虫色の部分がある。国が日本であれ仏国であれ、人が生きる上では避けられない差異ではなかろうか。むしろ全員一致での正解があるほうが危険であり、それ故に、ランベール氏の件も国民総出での“人生会議”となったのであろう。

現場で見えた市民の感情と法の乖離

2005年に最初のレオネッティ法ができてからは、どんな軽症で入院しても、「意思表示ができなくなった場合に最も信頼できる(=治療決定権を委ねられる)人物」の記載が必ず求められるようになった。事前指示書の有無も記載する(「書け」とまでは、まだ求められていない)。

さて、甚だ恐縮ながら、仏国在住医療通訳歴20余年の私が自らの経験をお話することをとお許しいただきたい。

ある患者A氏への深い鎮静の導入に通訳として同席した際、レオネッティ法が定める「患者本人が意思表示不可能な場合に決定権を委ねられる最も信頼できる人物」に対して、定型通りの(=法に合致した)説明を済ませた。その後A氏は、実に10日以内で旅立たれた。あまりのスピード展開に、残された人の頭の中が混迷したことは想像に難くない。私自身も通訳としてのジレンマを感じた。制度としていくら素晴らしいものを作っても、現場でのスピード感や、当事者の心理に与えられる貢献は、これほどささいなものかと。

そしてその瞬間に、法で想定した患者層と現場における患者層に若干の隔たりを感じたのである。法案で想定する患者層は、合併症を持つターミナルの90歳くらいの高齢者か、あるいは学歴・社会的地位も比較的高い「理路整然と死を受け止められるような」都市部のホワイトカラー(すなわち政策決定者の属する階層)で、そうでない患者層にとって治療中止は、法制化前となら変わらない受け入れ難い決定ではないかと。アドバンス・ケア・プランニングと言って普段から話し合っ

国民性を踏まえた議論を

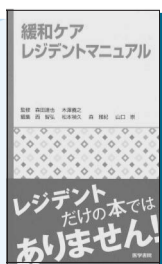
今回のランベール氏のケースは、宗

レジデントだけの本ではありません! 緩和医療に携わる全スタッフ必読の書、誕生!

緩和ケアレジデントマニュアル

緩和ケアの新スタンダードマニュアルが、ついに完成。第一線で活躍する気鋭の執筆陣が、基本から最新知見・ノウハウまで緩和のエッセンスを解説。各項目ではエビデンスを重視し、および限り非がん疾患にも応用できるよう心がけた。通読できるコンパクトサイズながら網羅的であり、入門書としても最適。若手のみならず、指導者にとっても有用な好書。日常診療では白衣のポケットに忍ばせていただきたい1冊。

監修 森田達也
木澤義之
編集 西 智弘
松本禎久
森 雅紀
山口 崇

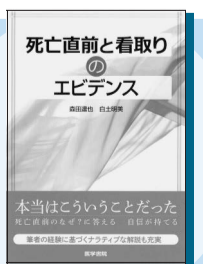


医療職が知っておきたい、人の臨終にかかわる最新のエビデンス

死亡直前と看取りのエビデンス

患者が亡くなる直前の医学的問題や看取りに関するエビデンスを解説した本書は、①死亡までの過程と病態、②死亡直前に生じる苦痛の緩和、③望ましい看取り方、のそれぞれについて、医療職者が知っておくべき最新のエビデンスをまとめている。著者の経験に基づくナラティブな解説も豊富に記載されており、医師や看護師のみならず、人の臨終に関わる多くの読者の助けとなる書である。

森田達也
白土明美



教・政治的思想、価値観、死生観が同じ家族の中でも分かれたが故に起きた悲劇で、正解・不正解もなければ互いがわかり合うこともない。SFAPは、「複雑な家族関係が絡んだ特異なケースで、本件で既存の法律が変わることはない」とコメントしたが、このような事例は今後も十分起こり得るようには思える。延命中止について家族の間で意見が分かれることなど、洋の東西を問わず、よくあることだからだ。

仏国では、無痛分娩が標準の出産で、深い鎮静をもってその人生に幕を引くことができる。おぎゃあと生まれた瞬間から最期まで、医療の力を借りても苦痛を回避し、できる限り痛みをコントロールしたい気持ちが強い。日本人に見られる「耐えることの美学」のような考えもない。

そして、自己の存在と尊厳をことのほか大切なことと考え、生涯にわたって哲学する。それだからこそ、仏国では脳死(思考の死)がその人の死を意味し、脳死した肉体の臓器は当人には属さない。これが臓器提供推定同意を法律で可能とする背景であろう。

一方で、少なからずの日本人は、産

みの苦しみに耐えてこそ母親の愛情が芽生えると言ひ、硬膜外麻酔を使つての無痛分娩は利益よりもリスクが強調される傾向にある。自己の意見や考えを後回しにしてでも他人を思いやることを良しとし、滅私奉公が美德とされた。そうした社会で生きるのに大切な規則や法律は「お上(すなわち政府・権威・学会)」が作り、それに従うほうがしっくりくる(きていた)のかもしれない。

ある国の医療制度を理解する上では、このように国民性や文化の特質を理解することが必要不可欠に思える。どちらが良い悪いではない。医療制度比較は、比較文化人類学なのである。

統計データの数字はもちろん有用ではあるが、数値だけでは意味をなさない。健康診断の検査値を見て、日頃の運動不足や食習慣を考えないのと同じである。生活習慣や背景にある家族・職場・環境、さらにその人の歴史をじっくり見てこそ、体全体がわかってくる。仏国医療の統計データの数字や法律・制度の裏側にあるものは何なのか、「医療が哲学する」こちらの現場から検証し、これからも報告していきたい。

視点 長生きするのに1日「1万歩」は必要か?

鎌田 真光 東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻 保健社会行動学分野 助教



からだを動かすこと(身体活動)が健康の維持増進に重要であることについては既に多くのエビデンスが蓄積されている。では、どのくらいからだを動かすとよいのだろうか?

例えば、歩数の目安として「1日1万歩」という数字が思い浮かぶ方もいるかもしれない。この「1万歩」という数字、切りが良く覚えやすいといったこともあり、日本に限らず世界中で健康づくりの目安として認知されてきた。今では、さまざまなウェアラブル機器や健康アプリのデフォルト設定として1日1万歩が目標値として利用されている。しかし、非活動的な人にとってはハードルが高い上に、確固たるエビデンスを基に直接的に導かれた数字というわけでもないため、近年、この「1万歩神話」の検証の必要性が叫ばれていた。

そこで私たちが最近発表した研究¹⁾では、「長生きするのに1日「1万歩」は必要か?」といった観点から、日常歩数と長寿(死亡リスク)の関係を検証した。研究の対象は全米に居住する高齢女性1万6741人であり、Women's Health Studyというハーバード大(ブリガム・アンド・ウイメンズ病院)で進めているコホート研究の参加者である。小型の計測機器(加速度計)を1週間、腰に装着してもらうことで日常の身体活動量を客観的に測定しており、現在も健康状態や各種疾患の発症、死亡について追跡している。

今回の分析では、平均4.3年間の追跡期間中、504人の死亡が確認され、歩数が多いほどその死亡リスクは低いことがわかった。興味深いのはその量反応関係である。最も歩数が少ない集団(1日2000歩台)と比べると、4000歩台であっても死亡リスクは40%ほど低く、1日約7500歩で死亡リスクは最低レベルに達した。つまり、1万歩に達する前に頭打ちとなり、7500歩と比べて1万歩以上の方がより長寿につながるという関係は見ら

れなかった。

ただし、1日1万歩自体が「悪い」ことを示すものではない点は強調しておきたい。1万歩以上歩いている集団は、歩数が少ない集団と比べると、やはり死亡リスクは低く、長生きであった。今回の対象者は高齢の女性であったこともあり、1万歩を超える歩数が測定された参加者は数が少なかったため、1万歩以上の死亡リスクの信頼区間は広がった。

なお、この研究では歩くペース(歩調)と死亡リスクの関係も分析しているが、歩数で調整すると有意な関係性はほとんど見られていない。今後、さまざまな性・年代、そして日本においても、より長期・大規模の追跡データでの検証が望まれる。

日本・米国など各国の最新の身体活動ガイドラインは、「特定の基準値以下の身体活動に健康増進効果はない」とは考えていない。膨大な量のエビデンスをもとに、「各個人の状態に応じて、少しでもからだを動かす機会を増やそう」が基本メッセージであり、その上で、目安となる基準値を示している(例:23メッツ・時/週、150分/週以上の中高強度身体活動)。

「全ての1歩に意味がある(Every step counts)」ことを念頭に、さまざまな施策を考えていくべきだろう。

●参考文献

1) Lee IM, Shiroma EJ, Kamada M, et al. Association of step volume and intensity with all-cause mortality in older women. JAMA Intern Med. 2019. [PMID : 31141585] Epub ahead of print. doi : 10.1001/jamainternmed.2019.0899.

●かまだ・まさみつ氏/東大教育学部卒、同大学院教育学研究科修士課程修了、島根大学院医学系研究科博士課程修了。身体教育医学研究所うなん、国立健康・栄養研究所、米ハーバード大公衆衛生大学院を経て、2018年4月より現職。運動疫学および行動普及科学が専門。第一のミッションは「世界から運動不足をなくす」こと。

◆アドバンス・ケア・プランニングや尊厳死と持続的深い鎮静の遠そうで近い関係

森田 達也氏 (聖隷三方原病院副院長/緩和治療科部長)

「仏国で持続的な深い鎮静が(尊厳死・安楽死の文脈で)法律で認められて話題になっているらしい」との状況を筆者が最初に意識したのは、学術誌で「仏国の鎮静はちょっと違う」という論調を見るようになってからだ。

例えば、ベルギーの倫理専門家は、2016年に「仏国の持続鎮静法は、苦痛が軽度でも、死亡がそう差し迫っているわけでもなく、少しの苦痛も避けたい患者が、死亡まで継続して昏睡になることを(社会として)試しており、従来の緩和ケアにおける鎮静とは異なる医療行為だと考えるほうが良い」との見解を示した¹⁾。日本でよく知られるRトワイクロス氏は、2019年に書いた鎮静に関する総説で、「仏国の状況は(従来の緩和ケアの鎮静とは)異なり、独特で新しいことに挑んでいる」と書いている²⁾。

これまで、緩和ケア領域における鎮静とは、「死亡直前期の、他に緩和する方法がない苦痛に対する最終手段(last resort)として、苦痛の緩和に必要なだけの意識の低下をもたらす治療」と位置付けられてきた^{3,4)}。「死亡まで継続する」ことを意図するものではないし、完全に意識をなくすのではなく、苦痛が取れるだけの最小限の鎮静薬を使うことがガイドラインでも強調されている。

仏国では、このような伝統的な鎮静の概念を問い直している。トワイクロス氏の言葉を借りると、仏国における鎮静は①治療抵抗性の苦痛だけではなく全ての苦痛を避けるために実施可能である、②相応の鎮静ではなく、ぐっすり眠れるような鎮静を求めることが多くなりそうである、③患者のあらかじめの意思表示で(実施時に意思決定能力がなくても)適用可能である、④(今回の事例に見られるように)生命維持治療を中止するときにも実施できる点が特異である²⁾。仏国のこの試みは社会にどのような影響をもたらしていくであろうか、10年、20年を見ていく必要がある。

現在日本では、アドバンス・ケア・プランニングや尊厳死の文脈では、治療の中止・差し控えが中心に語られる。しかし治療を中止・差し控えることだけで、苦痛が完全になくなるわけではない(ときもある)。苦痛緩和のために何が必要かという視点が明確になってくれば、鎮静をめぐる議論がより活発になるに違いない。そしてそれは、鎮静を苦痛緩和の最終手段としての役割にとどめるか、患者が自分の望む死を達成するための手段と見なすかの議論に集約されるはずである。つまり、患者自身は持続的な深い鎮静を(どういう状況なら)希望できるのか? という課題になる。

苦痛緩和の最終手段という論点は医学的な議論であるが、死ぬ権利の議論は「どこまでを社会が認めるべきか」という社会的問題である。各国の状況は歴史的経緯や文化・価値観を踏まえなければ正しく理解することはできない。わが国ではどうするかを自分たちの足元から議論する必要がある。

●参考文献

- 1) BMC Med Ethics. 2016 [PMID : 27357285]
- 2) Palliat Care. 2019 [PMID : 30728718]
- 3) 森田達也. 終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか——苦痛緩和のための鎮静〔セデーション〕. 医学書院; 2017.
- 4) 日本緩和医療学会ガイドライン統括委員会編. がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き 2018年版. 金原出版; 2018.

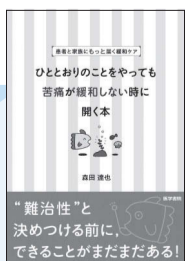
“難治性”と決めつける前に、できることがまだまだある!

患者と家族にもっと届く緩和ケア

ひととおりのことをやっても苦痛が緩和しない時に開く本

薬も増やした、あれもこれもやってみた、でもまだ痛みが取れない。もしかしてその痛み、がんにやなくて筋肉の虚血のせい? 非オピオイド鎮痛薬を飲んでいないから? レスキュー薬が来るまでに時間がかかりすぎ? 痛みの原因に気付けば、今できる工夫がきっとあります。「これをやれば苦痛が取れるかも」という着眼点を、丁寧に書きためた1冊。

森田達也



終末期の苦痛がなくならない時、何が選択できるのか?

苦痛緩和のための鎮静(セデーション)

森田 達也

鎮静を、深く知る!

鎮静の研究論文を世界に発信してきた著者が、鎮静を多方面から捉え、臨床での実感を交えながら解説する、鎮静を深く知るための書。

目次

- Part.1 鎮静を議論する上で知っておくべきこと
- Part.2 考察 発展的に議論する

終末期の苦痛がなくならない時、何が選択できるのか?

苦痛緩和のための鎮静(セデーション)

森田達也



鎮静を深く知る!

読者対象

●B5 頁192 2017年
定価:本体2,800円+税
[ISBN978-4-260-02831-8]

寄稿

健康観の変遷と展望

「過程としての健康」観の構築と、その先へ

杉本 洋 新潟医療福祉大学看護学部看護学科准教授

健康は多くの人が望むもので、保健医療はその望みに応える重要な役割を果たす。では、「健康」とはそもそもどのようなものか。あらためて問われると困惑するのではないだろうか。

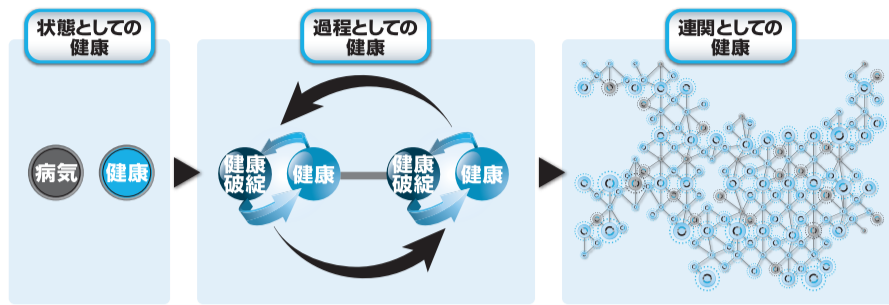
看護系大学の大学院を修了後、市町村保健師として勤務した筆者は、生活者、専門家、医療制度、情報、価値観、信念、文化、歴史といったものが交錯する中で人々が暮らし、そこに健康が関係する当たり前のことを実感してきた。大学院博士課程で触れた文化人類学・社会学は難解に感じたものの、学びを深める中で芽生えた「健康」を含むいくつかの問題意識に対し、既に学術的な検討がなされているという、これもまた当たり前のことを理解した。

今振り返れば当然と思うことも、それぞれの環境、立場では新鮮な驚きを感じた。「健康」の概念は既に多く語られ、正直筆者の手に負えるものではない。しかし、古くから検討されてきた「健康」の概念も、新しさを感じる面がある。学際的な学問研究の場に身を置いてきた者として、思い付きの域をまだ出ないものの、「健康」に関する議論の発端となる視点を記したい。

病気ではない状態から、過程としての健康へ

図の「状態としての健康」のように、健康は古くは「病気ではない状態」ととらえられてきた。その健康観は強固で、「保健学や健康の科学を志向している」者にとっても、「『病気や症状や異常がない状態』という発想や観念から脱却」することが「大転換」であったとされるが、そこから「生活者を主体とした、ライフ(生命、生活、人生)を基本にすえた新しい健康の理論」の展開が志向されてきた。健康を多様な「過程」ととらえることで、かつての幻想の健康観の理解を超えた新しい視点が得られる可能性があると言われている²⁾。

こうした見解の中、健康を静的な「状態」としてとらえる立場から、動的なものとしてとらえる立場が表れてきた。その一つの表れが図の「過程としての健康」といえる。「健康」と「健康破綻」は連続体であるとされ、リスクファクターではなく健康生成要因に着眼する視点が、医療社会学者のアントノフスキーによって生み出された³⁾。「健康生成論」と呼ばれるこの考えは、病気と健康のパラダイムは異なるとする立場、すなわち病気を予防・治療することと、健康を生成することは異なるという革新的な立場を取っている。



●図 健康観の変遷のイメージ(筆者作成)

「状態」としての健康が客観的な病気ではない状態であれば、過程としての健康は固有で多様なものとなる。

筆者は、メンタルヘルス関連の当事者活動にてフィールドワークを行う中、生きづらさは必ずしも消し去られるわけではなく、むしろ表現され、顕在化されることで、生きづらさがあるままに他者とのつながりを生じさせながら当事者活動がなされていく様子を感じ取ってきた。

病気を生きづらさを生じさせる一方で、別の側面から見ればさまざまな資源となる場合もあり、日々の生活や個人を形作る重要な要素となる。プロセスとしてとらえれば、痛みや苦しみは「味わうもの」とする立場もある⁴⁾。病気を生きる過程は、健康に相反するものではなく、一つの健康の形であると考えられる。過程としての健康は直線的で連続的なものであり、さらには不可分に二面的で、なおかつ循環的なものととらえることもできる。

ネットワークの連関、再帰的に構築される健康

病気を予防・治療することと健康をつくることは異なるとの発想に加え、健康生成論で筆者が興味深いと思ったのは、健康生成力と表される Sense of Coherence (SOC) が、「環境や周囲の人々との関係性を不可分にもった」[「拡大された自己概念」]、「人間の体の内外は明確にしていない」⁵⁾と表されていることである(註1)。

加えて筆者は、精神保健領域で注目されているオープンダイアログは、治療や回復にネットワークが重要との立場よりも、ネットワークが先にあって「システムが生み出す産物(「廃棄物」)」として治療や回復がもたらされるとの視点到に注目した^{6,7)}。

これらは健康が必ずしも「個人」だけのものではないこと、健康のためにネットワークや環境が必要なのではなくネットワークそのものに健康を見いだす可能性を示しているのではないかと考える。

文化人類学や社会学で注目されているアクターネットワーク理論では、人間のみならず非人間をもエージェンシー(行為を生み出す力)を有するものとして扱い、自然も社会も前提とせず連関そのものに着眼する立場を取る(註2)。ゆえに「アクター」が「ネットワーク」で、「理論」もまたアクターになるとの興味深いとらえ方がなされる⁸⁾。

そして近代の特性を表す際に用いられる再帰性は、「社会の実際の営みが、まさしくその営みに関して新たに得た情報によってつねに吟味、改善され、その結果、その営み自体の特性を本質的に変えていく」⁹⁾ことを指す。

アクターネットワーク理論と「健康」を関連付けると、健康の概念・コンセプト自体がアクターになり、それが連関の中で、健康自体が健康を構築するという再帰的な姿が見て取れるようになる。「健康」という概念は自然を前提としたもの、社会を前提としたものではなく、まして専門家や国によって与えられるものでもない。健康は、図の「連関としての健康」に示したように再帰的に作られる複雑な連関として表れるものともとらえられる。

例えばひきこもり支援においてしばしば指摘される、変わるべきは相手(ひきこもりの人)ではなく、「私」(支援者)との視点¹⁰⁾を持つことは、問題や支援、健康などのめざすべき方向性が連関に位置付けられることの表れととらえられないだろうか。

「健康」の知見の深まりに期待

健康についてこのように考えると、不確実ではあるが開けた過程としての健康観、また個人の健康を支える環境が必要との意味合いを超えたネットワークとしての健康が想定されることで、EBM やリスクファクターの除去といった今まで医学が磨き上げてきた知を否定するのではなく、それらを包含しながら、現代社会に即した保健医療の施策形成に向けた考察が可能にな

●すぎもと・ひろし氏

2001年金沢大医学部保健学科看護学専攻卒、03年同大学院医学系研究科保健学専攻修了。15年北陸先端科技大学大学院大知識科学研究科修了。博士(知識科学)。市町村保健師として勤務後、新潟医療福祉大助教、19年より現職。メンタルヘルス関係の当事者活動へのフィールドワークを通して、当事者の知とその生成過程の解明を志しながら、ヘルスプロモーションや保健活動の在り方を検討している。



ると考える。

「健康」の概念は魅力的で可能性が開けている。自らの体験を踏まえれば、「健康」を研究・教授する場の充実と、「予防」とは異なる(もしくは予防を包摂した)「健康」を専門とする保健師らが養成されることによって、健康に関する知見の深まりと応用が期待できると考える(なお、予防の必要性を否定・軽視しているわけではない)。

再帰的に作られる連関としての「健康」の一部に、私自身も組み込まれながら健康の構築に寄与していきたい。

註1: Sense of Coherence とは、ストレス対処能力ともとらえられる、健康生成論に基づき、ある種の「確信の程度によって表現される世界規模の志向性」³⁾を概念化したもの。
註2: アクターネットワーク理論とは、主体/客体あるいは人間/自然といった近代的世界認識を超え、脱中心的なネットワークとして社会を記述する理論で、社会学者のラトゥールが提唱した。人間や事物は複雑に絡み合ったネットワークととらえる「連関の社会学」は「つながりをたどること」がめざされている。

●参考文献

- 1) 園田恭一, 他編. 健康観の転換——新しい健康理論の展開. 東京大学出版会; 1995.
- 2) 斎藤環. 人間にとって健康とは何か. PHP 研究所; 2016.
- 3) 山崎喜比古, 他監訳. 健康の謎を解く——ストレス対処と健康保持のメカニズム. 有信堂高文社; 2001. (Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. Jossey-Bass Publishers; 1987.)
- 4) 中土井僚 監訳. なぜ弱さを見せあえる組織が強いのか——すべての人が自己変革に取り組む「発達指向型組織」をつくる. 英治出版; 2017. (Kegan R, et al. An Everyone Culture: Becoming a Deliberately Developmental Organization. Harvard Business Review Press; 2016.)
- 5) 山崎喜比古 監修. 健康生成力 SOC と人生・社会——全国代表サンプル調査と分析. 有信堂高文社; 2017.
- 6) 斎藤環. オープンダイアログとは何か. 医学書院; 2015.
- 7) 野口裕二. ナラティブと共同性——自助グループ・当事者研究・オープンダイアログ. 青土社; 2018.
- 8) 伊藤嘉高 訳. 社会的なものを組み直す——アクターネットワーク理論入門. 法政大学出版局; 2019. (Latour B. Reassembling the Social: An Introduction to Actor-network-theory. Oxford University Press; 2005.)
- 9) 松尾精文, 他訳. 近代とはいかなる時代か?——モダニティの帰結. 而立書房; 1993. (Giddens A. The Consequences of Modernity. Polity; 1993.)
- 10) 声沢茂喜. ひきこもりでいいみたい——私と彼らのものがたり. 生活書院; 2018.

北里流漢方診療のエッセンスを白衣のポケットに

漢方処方ハンドブック

漢方が効く病態約50に対する処方解説。プライマリ診療に簡便な医療用エキス製剤を主として、煎剤処方についても Advanced course で触れており、漢方を使い慣れた読者にも貴重な1冊となる。内科系、整形外科、小児・女性・高齢者の診療、鍼灸、生薬をカバー。付録も充実-医療用漢方処方の選び方・使い方(腹証図付き)、エキス製剤情報、薬局向けの患者説明用処方解説、煎剤解説、生薬解説など。

編集 花輪壽彦



ホリスティック医療施設等に最適! 高級別荘・企業保養施設等向け! 恵まれた理想的な環境はホリスティック医療施設や高級別荘などプライベート性を活かした富裕層向け施設に申し分のない立地です。 東シナ海を望む緑豊かな高台(約100m)に位置 当物件近く 美ら海水族館 など観光施設あり 1,955.36坪 125.95坪 賃料収入有り/月額90万円(税別) LQレキオ インターナショナル TEL(098)943-5005

Medical Library

書評新刊案内

AAP/AHA新生児蘇生テキストブック 第2版

田村 正徳 ● 監訳

A4変型・頁328
定価:本体5,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03243-8

本書は、米国小児科学会(AAP)と米国心臓協会(AHA)が公式の新生児蘇生ガイドブックとして作成した原書を、2006年に初めて翻訳出版して以来、原書での改訂を重ね、2016年に刊行された原書第7版の翻訳です。9章からなる翻訳初版(原書第5版)に今版では新たに2章が加えられ、全11章から構成されています。

本書は新生児の生理とそれに基づく新生児蘇生の原則から、終末期における倫理的問題とケアにまで言及し、新生児蘇生にまつわる事柄をほぼ網羅しています。胎児が出生後、どのように胎外生活へ移行しているのか、といった変化が具体的なイラストと解説で示されていますので、胎児から新生児への循環酸素動態の基礎的理解と実際に行われる新生児蘇生への臨床的理解が一目瞭然にわかるようになっています。

翻訳初版から変更された重要な推奨の中で、蘇生中のECGモニタリングや酸素濃度測定について言及されてお

蘇生処置の具体的なイメージを持ちながら生きた知識を習得できる

り、わが国のNCPR改訂でも同様の変更が踏襲されました。改訂NCPRでは近赤外線モニターによる酸素飽和度測定的重要性が増しており、本書を介してこの分野の研究の発展が期待されます。

また前版と同様に十分な準備と有効な陽圧換気、そしてチームワーク医療が重要視されています。各章にはより良いチームワークとして各人がどのような行動をとるべきか、具体的な行動例が示されています。本書は実際の蘇生処置をどのように行うべきか具体的なイメージを持ちながら、生きた知識を習得できるような工夫が各所に施されているのも特徴です。

本書は新生児蘇生にかかわる全ての職種、医師、助産師、看護師、そして将来それらの仕事に従事する学生のバイブルとして最適な一冊です。いざというときのために新生児を救う強力な武器として本書を活用されることを願っています。

評者 金山 尚裕
浜松医大病院病院長

画像所見のよみ方と鑑別診断 胆・膵 第2版

花田 敬士, 植木 敏晴, 湯沼 朗生, 糸井 隆夫 ● 編著

B5・頁400
定価:本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03238-4

近年のInterventional EUSの進歩は胆膵診療に大きな変革をもたらしました。現在では診断的穿刺(EUS-guided fine-needle aspiration; EUS-FNA)のみならず、Walled-off necrosisや膵仮性嚢胞、胆道に対するドレナージなど、さまざまな治療にも広く応用されています。私は膵腫瘍などの診断に際しては、本邦におけるEUS-FNAの黎明期の頃から同手技を行ってきました。EUS-FNAは膵腫瘍の鑑別診断においては極めて有用な手技であり、現在では胆膵領域診療において欠かせない手技の一つとなっています。

しかしながら、EUS-FNAといえど万能ではありません。例えば、当初は悪性を疑いながらもEUS-FNA結果が非悪性であった場合には陰陰性の可能性も考慮しなくてはならず、経過観察するか、もしくは再度EUS-FNAを施行するかといった判断には、画像診断が極めて重要な役割を果たします。私はEUS-FNAを行えば行うほど、画像診断がいかに重要であるかを幾度となく認識させられてきました。加えて、治療方針決定に際しては、その病態の良悪性を診断するだけでなく、悪性であればその進展範囲を正確につかむ必要がありますし、良性の場合はその原因についても深く考察しなくてはなりません。また、胆道病変や膵嚢胞性病

Interventional EUSに生かせる画像診断のチカラを養成

変に対するEUS-FNAの適応はかなり限られています。さらには、ドレナージなどのEUS下治療に関しても、画像からその適応をしっかりと考慮する必要があります。

全ての画像には、その画像が構築される理由があります。本書では、各画像所見からみた診断へのアプローチについて、病理所見を「答え」として設定し、豊富な症例を用いて詳細に解説されています。各疾患がなぜこのような画像を呈するのかを論理的に理解できるように構成されているため、本書をしっかりと読めば実臨床において多くの「引き出し」を持つことができ、胆膵診断能力は格段に飛躍するでしょう。

画像診断はある意味で地道な作業で、Interventional EUSのような派手さはありません。しかし、画像診断に精通することによりInterventional EUSの能力を最大限に生かすことができ、それが患者さんのためになることは間違いありません。ぜひ多くの若手医師に本書を読破していただきたいと切に願います。とはいえ、本書は400ページもあるそれなりに厚い教科書ですので、読破に自信のない方は「眺める」だけでもよいでしょう。それだけでも「チカラ」が付くこと間違いありません!

評者 入澤 篤志
獨協医大主任教授・内科学(消化器)

実践! 病を引き受けられない糖尿病患者さんのケア

石井 均 ● 編

A5・頁240
定価:本体2,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03814-0

評者 細井 雅之
大阪市立総合医療センター糖尿病内科部長

皆さまは「インスリン注射は絶対に嫌です」「もう年だから、糖尿病治療はいらないです」「以前から糖尿病の薬を出されているけれど、実は飲んでいないです」といった、糖尿病患者さんに会ったことはありますか? がん治療や心筋梗塞治療では起こりそうにないことが、糖尿病治療ではよくあるのです。なぜでしょうか? どうすればいいのでしょうか?

こういった疑問を解いてくれるのが、この書物です。石井均先生は、日本で「糖尿病医療学」という新しい学問体系を樹立され、「日本糖尿病医療学学会」を設立された先駆者です。

皆さまは糖尿病医療学をご存知でしょうか? 「医療経済学」ではありません。「糖尿病を持つ一人一人と医療

者との関係の在り方を学んでいく学問」です。科学と技術に支えられた医学の進歩とエビデンスを、一人一人の病める人にどう伝えるか、どう活かせるか、どう支援できるかが大きな課題です。解決には「サイエンスとアート」が必要です。医学の教科書には「インスリン注射を嫌がる人にはこうしなさい」といったことは書かれてはいません。この本は、「マニュアル本」ではありませんので、正解そのものは書かれていません。目の前の「糖尿病を引き受けられない」方と、私たち医療者との関係の持ち方についての「アート」が書かれています。

ぜひ、糖尿病医療学の入門書としてもお読みください。

《シリーズ ケアをひろく》 居るのはつらいよ ケアとセラピーについての覚書

東畑 開人 ● 著

A5・頁360
定価:本体2,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03885-0

評者 上田 諭
東京医療学院大学教授・精神医学

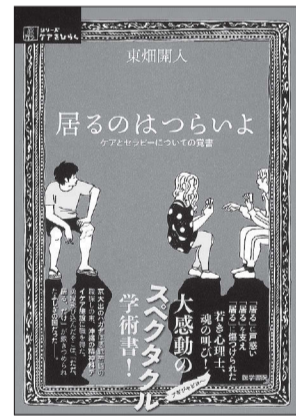
感服する本だ。ハカセとなった若き臨床心理学者が、沖縄の精神科デイケアに身を置いた驚きと苦闘の日々が冒頭から生き生きと描かれる。ハカセの行動と心情がしっかりと伝わる。精神科の患者さんも個性的なケアスタッフもきちんと描き分けられ、出てくる人が皆愛おしくなってくる。描写と表現がうまい。筆致はユーモアに富み、知的刺激がそこここにちりばめられ、これはもう上質の小説だ。こちら(読み手)はうっとりし、じんわりと癒やされる。かつてない「学術書」

もちろん、本書の真骨頂は別にある。ハカセの迷いと惑いに満ちたこの物語を背景にして、臨床心理学の大命題が読み解かれるのだ。物語との相乗効果が、わかりやすさを倍増させる。こんなスタイルの「学術書」がこれまであっただろうか。少なくとも成功したものはない。純エッセイになってしまったり、学術的著述に流れたりして、これほど興味深く面白く表現されてはこなかった気がする。

織り込まれた学術部分の解説も秀逸だ。たとえがうまい。引用が哲学、文化人類学、社会学、文学、精神分析学と、知的にそそられ読んでみたくなるものばかり。それを若くしてちゃんと押さえている著者に再度感服。大学院で6年も学べばこうなるのも当然? いや、そうはいくまい。臨床心理学のみならず周辺をきちんととらえた視野の広さが本書の深みを作り出している。「変わるも変わるも三六〇度」

問われるのは、「ケア(聴くこと)」と「セラピー(介入すること)」、「シロクマ(意識)」と「クジラ(無意識)」、「こころ」と「からだ」(分けられない

これはもう上質の小説だ!



とき「こらだ」となる)、デイケアの位置付けとしての「アジール(避難所)」と「アサイラム(収容施設)」という究極の臨床心理学または精神医学の概念と命題。

かつて、著者の師匠筋という臨床心理学の先達、河合隼雄は、愛読者からサインを求められると「何もしないことに全力を尽くす」と書いた。セラピストはクライアントに何かを施すわけではない。何もしないで全力を尽くして聴き、そばに「居る」ことで、クライアントが変わる。セラピストも変わる。何も変わらなかったようにみえて、「変わるも変わるも三六〇度」(本書p.191)の大変化が起きる。セラピーをしたいと勇んでデイケアに飛び込んだハカセが得たのも、まさに師匠の河合が至った境地だった。

「ふしぎの国」のふしぎな力
ハカセは自分を、ウサギ穴に落ちて「ふしぎの国」に彷徨い込んだ少女アリスになぞらえた。

このたとえも絶妙だ。アリスの「ふしぎの国」は、意味不明の言葉と会話があつうに語られるいわば理不尽の世界だ。デイケアにもまた、意味の理解を拒む幻覚や妄想や不穏という理不尽なものが常に潜在し、時に事件を起こさせる。それらに悩み続ける人もいるし、受け入れて生きる人もいる。アリスは夢から覚めるが、彼らにとってはずっと現実だ。

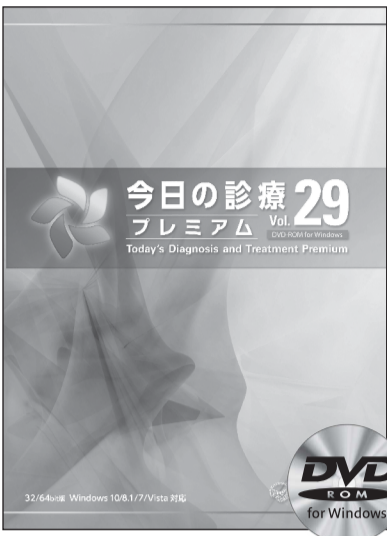
そんな場所で4年間、精神の病を得た人々とともに「居る」体験は、未来に向けて発展する臨床心理学者にとって、かけがえないものになったに違いない。

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 29 プレミアム Vol.29

DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2019年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610384]

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



DVD-ROMドライブがなくても、インストール用ファイル一式をダウンロードし、インストールすることができます。

*この場合も、パッケージ(DVD-ROM)をお買い求めいただく必要がございます。
*ダウンロードにあたって、「医学書院ID」への本商品の登録が必要です。

詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ

today'sdt.com

『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください。

スマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」付

『今日の診療プレミアムWEB』をスマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」が付いています。

※「今日の診療プレミアムWEB」をご利用にあたって、「医学書院ID」に本商品の登録が必要です。「Web閲覧権」の有効期間は、登録から1年間です。登録は、2020年4月30日で締め切らせていただきます。

※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。



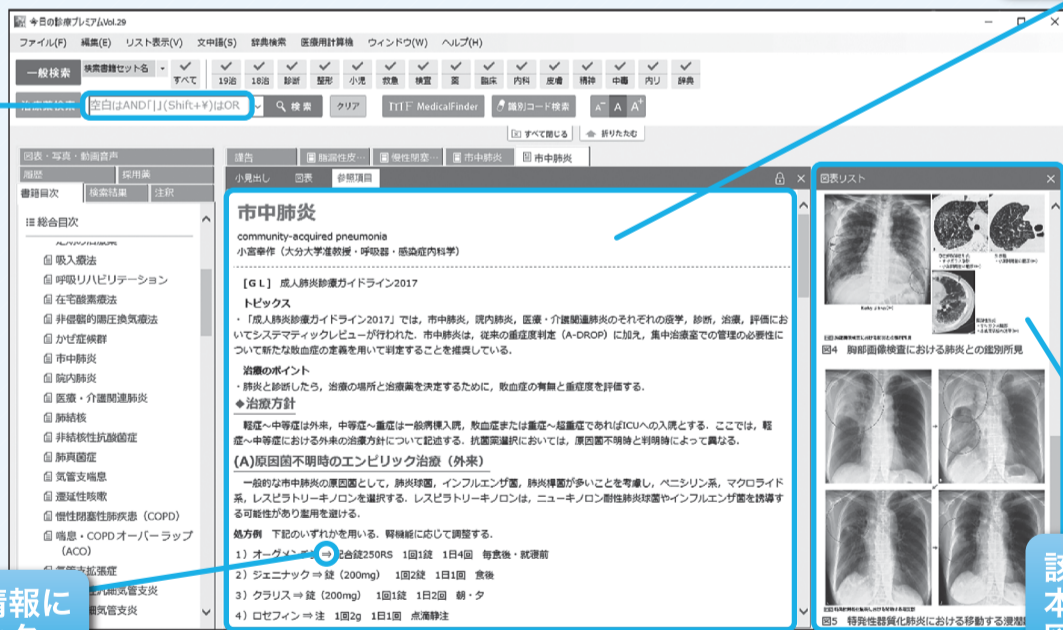
優れた検索機能

日常診療の各段階に応じて、的確な情報を提供。診療業務を強力にサポートいたします。

キーワードから一括検索



検索語の先頭数字を入力すれば、候補の一覧が表示される「インクリメンタルサーチ」機能を搭載



検索結果から該当項目の解説を表示

処方例から治療薬情報にワンクリックでリンク

該当項目リストや本文中のアイコンから図表を表示

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.29」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.29

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円＋税 [JAN4580492610407]

※「今日の診療 ベーシック Vol.29」には、Web閲覧権は付与されません。

収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2019年版 Update
- ② 今日の治療指針 2018年版
- ③ 今日の診断指針 第7版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第7版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第16版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2019-2020 Update
- ⑧ 治療薬マニュアル 2019 Update

*書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針 第2版
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] http://www.igaku-shoin.co.jp [販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp