

総合診療・家庭医療に役立つ

5

2021
Vol.35-No.5

月刊

地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

【特集】

精神科が近くにない地域における 総合医のための精神科診療

【企画】浅井泰博 湯沢町保健医療センター センター長

●インタビュー

「地域のニーズに合わせた 病院機能転換を実現させるために」

水野敦志 総務省自治財政局 準公営企業室長

月刊地域医学

MONTHLY COMMUNITY MEDICINE

Vol.35—No.5(2021年)

目次

インタビュー

- 地域のニーズに合わせた病院機能転換を実現させるために／水野敦志 2

特集 精神科が近くにない地域における総合医のための精神科診療

- エディトリアル／浅井泰博 12
- うつ／池田俊一郎 13
- 不安 パニック症／パニック障害／新安弘佳・西倉秀哉 18
- 統合失調症／浜田芳人 24
- 精神疾患と器質疾患の鑑別／鈴木慎吾・生坂政臣 30
- 医師・医療者のメンタルヘルス／堤 明純 36
- 精神科領域の法・制度 - 知ってほしいこと -／竹島 正・柴崎聡子・ほか 41

症例

- バクリタキセル併用化学療法終了後の難治性末梢神経障害に対して芍薬甘草湯を提案した6症例の検討／佐藤新平・吉永 亮・ほか 48

活動報告

- 「令和元年度版 へき地診療所総覧」刊行と調査内容について／杉田義博 52

Let's Try! 医療安全 具体的事例から考える医療安全!“未然防止の取り組み”

- 第91回 医師の“技術が未熟”に関わるアクシデント事例の未然防止！
- 事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策 -／石川雅彦 56

ちょっと画像でCoffee Break

- 胸部X線画像診断⑱／牧田幸三 63

世界の医療情報

- 既存のミトコンドリア阻害薬による膠芽腫の治療／麻痺を起こしたマウスの神経細胞の再生／高久史磨 66

JADECOM生涯教育e-Learning紹介

- 世界初の先端的手法: 支脈別副腎静脈採血「原発性アルドステロン症における意義」(3) 69

離島交換日記

- 1年間よろしくお願いたします／松元良宏 70

JADECOM-NDC研修センター 特定ケア看護師の挑戦

- 臨床研修を終えて - 特定ケア看護師の複数配置を通しての学び -／榊 麻奈実 72

研修医日記

- 患者だけでなく共に働く仲間からも必要とされる医師を目指して／氷渡 柊 74

自治医大NOW

- 評議員会・理事会開催／自治医科大学卒業式挙行／医学部入学試験終了／
医学部卒業生4名が第14回「地域医療貢献奨励賞」受賞／第115回医師国家試験の結果 76

- お知らせ 82
- 求人病院紹介 88
- 投稿要領 90
- 編集後記 巻末

INTERVIEW

総務省自治財政局 準公営企業室長
水野敦志 氏



地域のニーズに合わせた 病院機能転換を実現させるために

聞き手：山田隆司 地域医療研究所長

自治体病院に対する支援の仕組み

山田隆司(聞き手) 本誌をお読みの皆さんは、自治医科大学が旧自治省主導(現 総務省)のもと、主に医師不足の地域で医療を担う人材を育成することを目的に設立された大学であることはご存じのことと思います。また地域医療振興協会が公益社団法人となる以前には、監督官庁の一つとして事業の許可やご指導をいただくなど、総務省とわれわれは実は大変深いつながりがあります。

本日は、その旧自治省入省から現在にいたるまで社会保障・福祉に関する自治体財政の分野などでご活躍されている、総務省自治財政局の水野敦志さんを訪れ、自治体病院をはじめとした地域医療の現状と課題、それに対して私たちに

何ができるのかなどについてお話を伺えればと思います。まずはご略歴とお仕事の内容について教えていただけますか。

水野敦志 私は平成9年(1997年)に入省し今年24年目を迎えます。これまでに消防庁、内閣官房、日本銀行、京都府、横浜市、和歌山県、埼玉県川口市(副市長)、総務省自治財政局・自治税務局等で勤務し、その間、社会保障・福祉に関する政策については、地域医療構想の導入、国民健康保険の都道府県化、難病医療法制化、介護保険・地域支援事業の拡充、生活保護・生活困窮者対策拡充などに携わって参りました。

私が入省した当時の旧自治省は自治体の運営(議会の制度や自治体の組織運営)の基本的な仕

組みを担当する「行政局」、自治体の財政運営に必要な財源の保障・確保等を行う「財政局」、自治体の主要財源である地方税制を担当する「税務局」、消防救急・防災行政を担当する「消防庁」の3部局・1庁で構成されていましたが、2001年の中央省庁等改革で、総務省の一部局としてそれぞれ「自治行政局」「自治財政局」「自治税務局」「消防庁」となりました。

総務省自治財政局の仕事は、ひと言で言うと、自治体が執行を担っている我が国の内政に関わる幅広い業務を、自治体がしっかりと執行できるように「自治体の財源を保障する」というものです。

日本の行政には、防衛、国土保全、産業経済、教育、社会保障の分野がありますが、それぞれ国と自治体が担う業務・費用が明確に分けられています。防衛費や社会保障分野の年金については100%が国の仕事ですが、その他の国民生活に密接に関わる行政はほとんど自治体に執行権があります。例えば社会保障のうちの7割は自治体に権限があり、例えば、感染症対策等の医療行政を含む衛生費は98%を自治体が歳出しています。今、新型コロナ関連の報道で各都道府県知事が前面に出て強く発信を行っているのにはそのような背景があります。

さらに財政面においては、例えば戸籍や保健所の運営、警察、消防は国が法令で実施義務や基準を決定しながら費用はすべて地方自治体が負担します。また、教育や社会保障、社会資本整備は国と地方の両方で一定割合ずつを負担する仕組みになっているので、地方自治体には相応の財政負担が求められます。ところが地方税収の差などの理由から、自治体によっては求められる費用が払えない、ということが起こり得ることがあります。これに対応する策として地方交付税などで財政を支援する制度があり(財源保障の原則)、厚生労働省などの事業担当府省や

国家財政を担当する財務省と、政策の内容や国と自治体の財政負担の割合などについても調整しながら、そのやりくりをするのが総務省自治財政局の仕事というわけです。

私が所属する準公営企業室は、この枠組みの中で自治体が経営する病院事業、下水道事業等に対する経営支援や健全化等に関する業務を行っています。具体的には、公立病院は自治体の一部署として独立採算で経営されているものの、やむなく不採算の医療を行わざるを得ないことも多いのですが、その不採算医療に要する経費に関する自治体の一般会計から病院会計への支援(繰出金)や、病院建設などで公立病院が借入を行った場合の借入金返済額の一部について、地方交付税による支援を行っています。

山田 地域によっては、人口減少で経営的にも苦しい上に、医師どころか看護師やコメディカルの確保もままならないなか何とか踏ん張ってやっている病院も珍しくありません。特に小規模の病院は相当苦しいように思うのですが、病院の規模や環境によって繰出金の交付税措置に違いはあるのでしょうか。

水野 繰出金への交付税措置は不採算医療に関する病床数などに単価を乗じて算出するという方式が一般的です。したがって、経常利益のマイナス分を補填することを目的とするものではありません。この交付税措置の算出方法については、一定の算式に基づくものの、山田先生のご指摘のように人口減少が著しいなど基礎的条件が悪い場合は、当然その算出方法は実態を踏まえて異なるものとすべきと考えています。そのため、いわゆる過疎地等の公立病院、私どもは「不採算地区病院」と呼んでおりますが、このような公立病院には一定の算式に基づく加算措置を講じています。ちなみに、令和2年度に不採算地区病院に対する交付税措置を大幅拡充しました。これからも、現場の実態等を踏まえながら、交付

税措置額の算出方法の見直しに努めていきたいと思っています。

ただし、公立病院への交付税措置は、計算過程において実際に繰出を行っていることを事実上の条件としているものと、実際に繰出しているかどうかにかかわらず、病床数等の客観指標のみで計算するものがあります。また、地方交付税は、病院だけでなく自治体が執行する幅広い業務について一括して算定を行い、法律により国はその用途を制限してはならないとされています。このため、交付税措置しているからといって、必ずしも一般会計から病院会計に繰出が行われるわけではなく、最終的には自治体の首長が、他の行政分野も含めた各地域の政策的なニーズ、自治体の財政状況、国の法令・方針・財政支援などを幅広く勘案しながら、病院会計への繰出額を決定することになります。

山田 なるほど。人員や経費面も相当工夫して頑張っているのにもうまいかず「今年是一般会計からの

繰入金が続いた」などという話を聞くと、申し訳なく心が痛むのですが、自治体財政全体を考慮した首長の判断が影響するのですね。確かに、自治体との信頼関係が構築できているところは、比較的運営も安定して長く卒業生が勤務してくれるように思います。

水野 私自身、自治体に出向して公立病院の経営管理に携わったことがあるのですが、そこで感じたのは首長など設置者側の考えと実際に運営している病院長や現場の職員たちが『この地域でどんな病院に育てていきたいか』というビジョンをしっかりと共有していることが重要だということです。その努力なしに「国の措置なのだからこれだけ出すべきだ」と主張されても乾いた議論にしかありません。日常から地域の医療に関わる人たちのコミュニケーションと信頼関係ができていてこそ、自治体からの繰出金、その繰出金を支援する交付税措置が生きてくると感じています。

高齢化時代に求められる自治体病院の機能転換

山田 もう一つ、高齢化や人口減少に抗えない現実があっても、自治体病院はその地域での昔からの形を守ろうとするケースが多いように思います。環境の変化に適応して病院の規模や診療形態を変えていくことにはかなりの覚悟と努力が必要だと思いますが、実情はどうなのでしょう。

水野 実際に公立病院全体で見るとここ数年間経営状況はゆるやかに悪化しています。診療報酬の改定もありますが、医療スタッフの働き方改革、勤務環境改善が病院機能の維持改善、もう少し直接的に申し上げれば、病院の競争力に決定的な影響を与えつつある中、人件費は伸びざるを得ない状況となっているということも影響して

いるかなと感じています。また、まだ決算は出ていませんが、昨年度(令和2年度)は、新型コロナウイルス感染症拡大の影響もあり、繰出金・補助金なしのいわゆる実力ベースの医業収支はかなり厳しい数字になっているだろうとみています。

そういった状況も踏まえて病院の機能をいま一度見直すために、われわれは「地域医療構想・公立病院改革」を進めています。地域医療構想というと病院を廃止する計画というイメージがあるかもしれませんが、決してそうではありません。病院の機能を病棟単位で高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分け、2025年時点で必

要とされるであろう病床数を想定して現状とのギャップを解消していくという計画です。目下の最大の課題は新型コロナウイルス感染症への対応であることはいうまでもありませんので、この地域医療構想に関する取り組みの今後の工程については、厚生労働省の方で検討中となっています。しかしながら、我が国の人口構造の変化等を考えると、中長期的な観点からは必要な取り組みと考えています。新型コロナウイルス感染症への対応状況を勘案しつつ、慎重に進めていくべきと思われます。

地域医療構想について、もう少し詳しく申し上げますと、今後、地域に必要な病床については、人口減少・高齢化に伴い急性期病床よりも回復期病床の占める割合が大きくなり、全体の病床数は少し減ると予測されていますが、とりわけ公立病院については300床未満の病院において急性期から回復期病床への転換が課題になるのではないかと思います。

人口構造の変化による病院規模の適正化については、実は現場でも相当問題意識を持っているのではないかと感じています。ここ数年間で病院の建て替えを行った100程度の公立病院について調査をしてみたところ、急性期から回復期への転換が相当程度進んでいる実態が見えてきました。また、中小規模の病院ではさらに病床転換・削減の程度が大きいことも分かっています。また過去10年で公立病院の病床数は約7%減少しています。

今後の病床機能見直しに向けた取り組みとしては、病棟建て替え等を伴わないケースも含めて、多くの公立病院が、公立病院間あるいは公立病院以外の医療機関とのネットワークの構築や機能分担をすでに実施・検討しています。このような取り組みはそれぞれの地域で自病院の役割、将来を真剣に検討した結果だと思います。このような地域の真剣な決断をしっかりと支援



聞き手：地域医療研究所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

していきたいというのが、今のわれわれの想いです。

山田 病院を運営している立場からすると、大胆に仕組みを変えたり機能変更をする、急性期から回復期あるいは療養病床への転換を行うというのは人員の削減を伴うことが多いだけに、財政的な圧迫やよほど大きなきっかけがないと厳しい気がします。逆に医療従事者や職員の確保が難しいために機能転換が進むということはありませんが、公立病院はこの地域医療構想・公立病院改革をどうとらえているのでしょうか。

水野 公立病院でも内心不安を感じている人は多いと思います。

少し話は逸れますが、今回の新型コロナウイルス感染症対策で都道府県の病床確保計画に入っている公立病院は、昨年度の11月時点で、200床以上の病院の約9割。そのうち重点医療機関となっている病院は6割に達しています。ところが200床未満の病院となると、確保病床を有するのは4割と、がくんと減ります。このことから、新型コロナ感染症のような難しい病気に対処していくためには、一定の規模がないと苦しいのではないかと心配しております。また、それぞれの現場でも、それを実感された方も多

かったのではないかと思います。そうすると、自分の病院はこのままでいいのだろうかという気運が高まってくる。そのときにいきなり病院をやめるのではなく、ほかの病院と連携して、医療リソースの厚い病院を拠点病院にした上で、ある病院は外来だけ受け持つとか、あるいは回復期に入った患者を中心に受け入れるなど、いろいろな可能性を探るような動きも出てくると思います。

山田 なるほど。今までは自治体や医療圏の中で、公立病院、民間病院、さまざまな医療団体など、セクターの枠を超えて話し合うということはありませんでしたが、ご指摘のとおりコロナ禍でそうせざるを得ない環境に置かれたことが、この動きを促進するきっかけになったということですね。

実は先週、首都圏のある地域で国保病院の院長を長く務めている卒業生の話を聞く機会がありました。50床くらいしかない病院で、たまたま結核用に4床の感染症病棟を持っていたために、クルーズ船のときから新型コロナ感染患者を受け入れていたそうです。感染症病棟といっても感染症専門医も呼吸器内科医もない、医師3名と看護師十数名という状態でしたがフル回転で対応し、結局他の病気で入院していた患者さんには転院してもらって一時期は全てをコロナ用の病床にしたということでした。連携をとっている大病院に急性期を受け入れてもらいながら軽症患者を診続けて、ようやく一波、二波が過ぎてから一般病棟の受け入れを再開したそうですが、短期間で地域のニーズに従って機能変更に対応した実例だと思います。やはり中規模以上のある程度の機能が備わった病院でないと、今回のような未知の事態に対応するというのはかなり大変なことなのだなと感じました。

水野 私も100床ぐらいの病院がコロナ患者を受け入

れた結果、病院の医療全体が停止してしまったという事例を報告で読みました。小さな病院の超人的な努力によって地域の医療が守られたという事実は確かに素晴らしく最大限の敬意を表すべきですが、そこには必ず犠牲を伴います。制度をつくる時には普通の人でも効果を上げられるようにするのがわれわれ行政官の仕事であって、最初から現場の犠牲を前提にした制度を組むのは職務怠慢であるとさえ思います。私も職務怠慢と言われまいように頑張らないといけませんね。

山田 先ほどの国保病院は小さな規模でも公的医療機関という立場ゆえにプレッシャーがかかったというのは容易に推察される場所です。公立病院の負う使命とは別に地域全体できちんと機能分担を考える時がきたのだと思います。

水野 おっしゃるとおり、コロナ禍を経験したことではさらに力を入れて進めるべき局面に入ったのではないかと思っています。現場の声をよく聞いていきたいと思っています。

山田 あとは、機能分担をしてエリアの中で限られた資源を効率よく適切に使おうとすると、ある程度の整理等もやむを得ないかもしれませんが、今ある施設のそれぞれの特徴をうまく活かして地域医療構想が進むと良いかと思います。市町村合併の際に、効率や経済性を求めるあまりに中心部から離れた周辺地域のサービスが滞ってしまったという事例を多く耳にしましたが、そのようなことは避けたいところです。

水野 へき地だから診療所はなくてもいいというのは極論だと思います。地域の実情を踏まえると、公費を入れてでも守っていくべき医療機関もあり得ます。そのようなものを守っていくことは、まさに私どもの、おそらく制度の出番だと思います。制度の力で現場の熱意、努力を支えていきたいですね。

地域医療のためにわたしたちができること

山田 卒業生の自慢ではないのですが、地域に張りついて、地域のニーズに応じて長く病院の管理を担ってきたという卒業生も多くなってきました。これから全国各地で地域医療構想が進む中、自治医大卒業生とわれわれ協会がお役に立てる部分もあるのではないかと気がしています。

水野 実は、まさにそのような点でご協力を仰ぎたいと思っていました。病床機能の転換は地域のニーズに合った医療体制を構築するために行うものですが、現場からは不安を訴える声も聞かれました。それは「議会や住民が納得してくれるのだろうか」「転換したあとの経営が成り立つのだろうか」「転換後に医師確保や診療体制が維持できるのだろうか」という3つの不安です。先の2つはある程度お金で解決できる部分があるのですが、3つめの不安は診療体制の話なのでかなり根深い問題もあると理解しています。しかしながら機能転換を後押しするためには、この3つの不安に対して一気通貫で進めないとうま

くいかないだろうということも強く思っていました。

そこで、診療体制への不安に対してご協力いただだけそうなどころはないだろうかといういろいろ探し求めた結果、貴協会が適任ではないかとなったのです。そこで考えたのが「公立病院医療提供体制確保支援事業」です(図)。総務省の事業として、病床機能転換等を検討している中小規模の公立病院に呼びかけて、それらの病院に対して「経営改革支援」のアドバイスから実施計画の作成、執行までを貴協会で行っていただけないかというご提案です。ここで実現したいことは、いままで縷々お話し申し上げてきた病院機能の転換です。令和3年度からの新たな試みですので、貴協会と一緒に、ぜひこの事業を軌道に乗せていきたいと考えています。

山田 私たちがどのくらい力になれるかまだ分かりませんが、これまで協会は、孤軍奮闘する卒業生一人ひとりの努力や経験、信頼を途絶えさせ

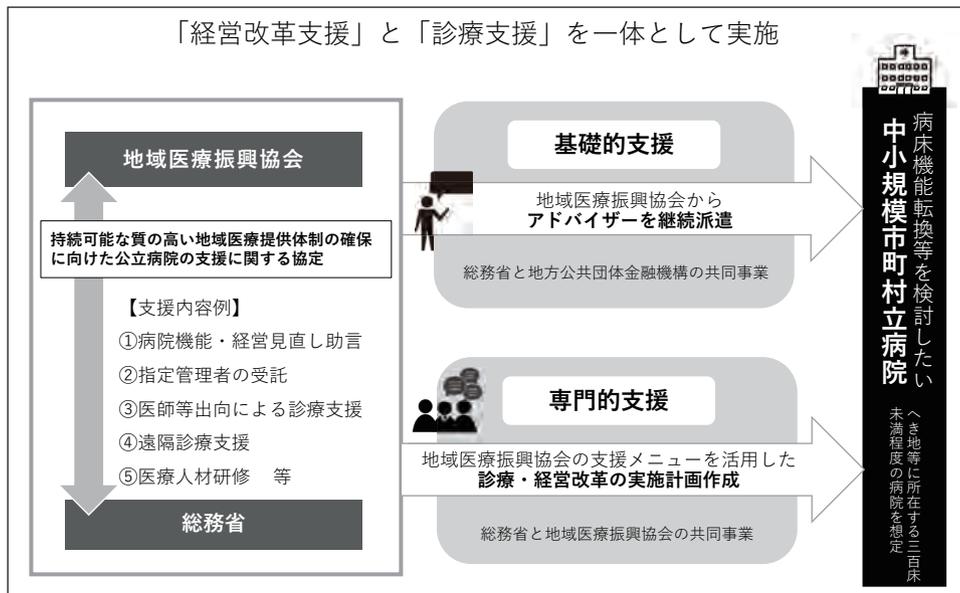


図 公立病院医療提供体制確保支援事業(イメージ)

ないよう組織としてつなげ、地域に貢献することをミッションとして活動してきました。キャリア形成の中で、あるいはライフサイクルの中で一定の期間地域医療を皆で担う、そこに関わる医師や関係者が多くなればなるほどその力は強くなるだろうと思います。国からの期待があることを多くの卒業生に知ってもらい、共にやっていけたらと思います。

水野 貴協会の事業について少し勉強させていただいたのですが、将来的に地域病院の連合体の中核になりうる存在だと考えています。医療機関や組織単位での助け合いはもちろんですが、その連合体の中で、意欲ある医師が大きな病院もへき地の診療所も経験することで、地域で医療をやっという志す方のキャリア形成がもっと広がる、そういった可能性を持っていると思います。

山田 ありがとうございます。昨日も離島に行っている同級生と電話で話したのですが、新型コロナの陽性者が出たときに、連日一人で診療をしながらPCR検査のための検体採取もして……とかなり過酷な状況だったそうです。島で唯一の医師なので逃げるわけにはいかない、と。それでもそこに居続けたことで、診療所の職員のまとまりや地域の人とのつながり、保健所や役場との連携がかつてないほど良くなり、達成感のようなものを感じたと言っていました。困難な道を乗り越えてこそ得られる確信的な学びがある、ということなのかもしれません。

水野 苦しいところで修羅場をくぐり抜けた方が、次には大病院に行ってその経験を若い方に伝え、それを聞いた若い人がまた新たな経験をする、この繰り返しがたぶん人材の層を厚くしていく

のでしょうね。

山田 離島でもどこでもすぐにサポートに入れるような仕組みづくりができるのは組織でやっている強みだと思うので、もっと進めていかなければと考えています。

水野 そのための制度的なお手伝いとか……もちろん私も行政の立場として貴協会だけを優遇することはできませんけれども(笑)、制度全体として何かいい知恵がないかをわれわれも考えていきたいと思っています。

山田 医療的に恵まれない地域の人たちが安心して生活できる環境をつくるのが私たちの使命なので、それを理解し、応援してくださる方が多くなるのは大変嬉しいです。よろしくお願いします。

水野 こちらこそよろしくお願いします。

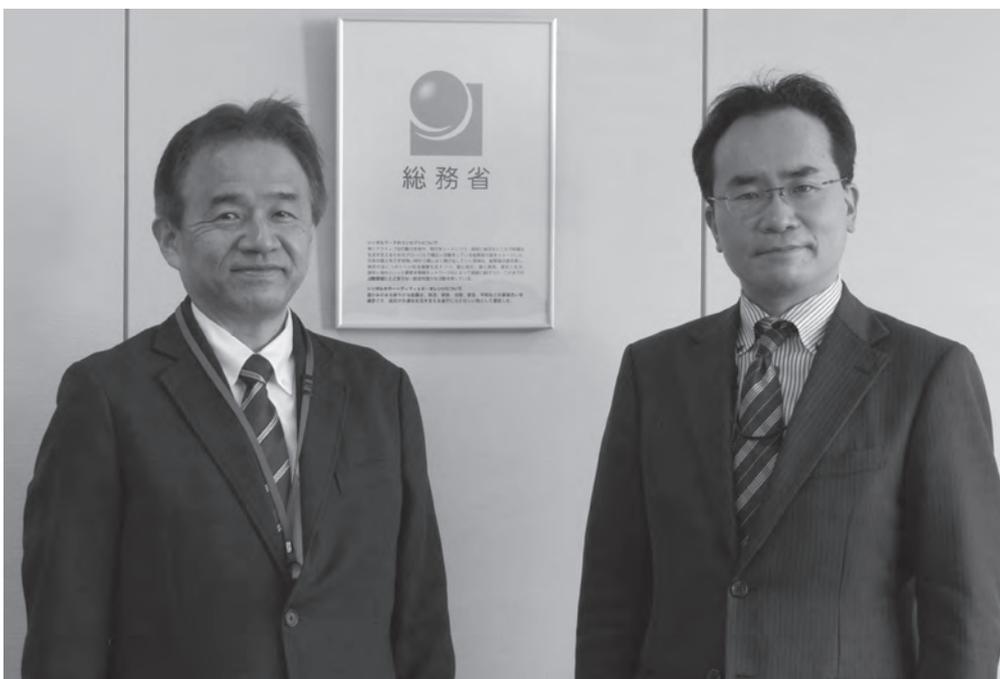
山田 自治医大の卒業生はまだまだ経験も浅い時期にへき地や離島に行き、へこたれたり踏ん張ったり、いろいろな経験をします。最後に、地域で頑張っている若い医師たちに水野さんからエールを送っていただけないでしょうか。

水野 住民の暮らしを守るという意味で医療というのは必要なもの、そして欠くことのできないものだと思います。それを支えているお仕事というのはたいへんに価値があるものです。それをわれわれ公的な立場、財政を扱う立場からも、引き続き大事にしていきたいと思っています。大きな使命をそれぞれの現場で、これからもしっかり果たしていただくものと強く期待しています。頑張ってください。

山田 本日は大変勉強になるお話を、ありがとうございました。

水野敦志(みずの あつし)氏のプロフィール

平成9年4月自治省入省後、京都府総務部地方課・財政課、自治省消防庁消防課、日本銀行金融市場局、総務省自治税務局市町村税課、横浜市都市経営局政策課担当課長、内閣官房副長官補室(安全保障・危機管理担当)、和歌山県総務部市町村課長、総務省自治税務局市町村税課・固定資産税課課長補佐、自治財政局調整課理事官・財政課財政企画官、川口市副市長、総務省自治行政局地域振興室長、内閣官房内閣参事官を経て、令和2年4月より総務省自治財政局準公営企業室長。



第34回「地域保健医療に関する研究」募集

公益社団法人 地域医療振興協会では、へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与するため、次の要項により研究を募集いたします。
優秀な研究テーマには、研究助成賞最大200万円を授与します。

研究助成賞

1. 研究対象分野

へき地等を重点とする地域保健医療の向上発展に寄与する臨床医学的ならびに社会医学的研究とする。

2. 研究テーマ

上記研究対象分野の範囲内で研究者が設定したものとする。

3. 研究期間

2021年7月1日～2022年6月30日

4. 研究助成賞

最大 200万円

※候補が複数となった場合、総額200万円とし、複数に分配することがある。

費消できなかった助成金については返却を要するものとする。

5. 応募方法

「地域保健医療に関する研究」申込書に必要事項を記載し、下記事務局に提出すること。

6. 応募締切日

2021年4月30日

7. 選考方法

地域医療振興協会理事長が、選考委員会に諮って決定する。

8. 研究者の決定時期

2021年6月

9. 研究成果の発表

研究成果は、研究期間終了後1年以内に原著論文として発表すること。

発表の場は、「月刊地域医学」の原著論文のコーナーとする。

研究費用の会計報告を提出すること。

受賞者は「承諾書」に所属施設の管理者からの承諾を受け、提出すること。

研究奨励賞

本誌において2020年度発表された論文の中から3編を選考し、研究奨励賞として10万円を授与します。

●問い合わせ先

公益社団法人地域医療振興協会「月刊地域医学」編集委員会事務局

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

e-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

研究者を支援いたします

長年研究活動に従事した専門家らによる、研究活動への支援を得ることができます。

<支援内容>

- ・研究申請書の記載方法・研究内容・研究計画に関する助言
- ・研究助成決定後の研究活動への助言
- ・研究実施後の学術論文の作成、学会発表への助言
- ・その他研究事業全般に対する質問への対応

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

ヘルスプロモーション研究センター

E-mail:health-promotion@jadecom.or.jp

精神科が近くにない地域における 総合医のための精神科診療

企画：湯沢町保健医療センター センター長 浅井泰博

特集

●エディトリアル

●うつ

●不安 パニック症／パニック障害

●統合失調症

●精神疾患と器質疾患の鑑別

●医師・医療者のメンタルヘルス

●精神科領域の法・制度 ー知ってほしいことー

エディトリアル

湯沢町保健医療センター センター長 浅井泰博

今回の特集では、精神科へのアクセスが悪くリソースが乏しい環境で、精神科領域の問題に対して困難や苦手意識を感じながら診療している医師を対象に、その負担の軽減の手がかりになるよう、総合医が診るという視点で執筆いただいた。

池田氏にはうつ病の診療について解説いただいた。Common diseaseの一つとなっているうつ病診断には補助ツールを利用し除外診断が重要とし、治療の原則として大うつ病性障害治療ガイドライン(オンラインで参照可能)を推奨し、自殺の予兆を感じた時の対応、新型コロナウイルス感染症の影響についても述べていただいた。

新安・西倉両氏には、不安障害の中の特にパニック症/パニック障害について、診断と治療のポイントを中心に解説いただいた。精神科への紹介を考える際の注意点は心しておきたい。ベンゾジアゼピンの乱用予防に重要なこと、著者作成のジアゼパム換算表を用いた減量方法、が示された。

浜田氏には、地域の総合医が統合失調症の患者を診なければならない状況を想定し、実用的な診療(症状、経過、診断、治療、高齢者の精神病状態)を解説いただいた。治療目標としてpersonal recoveryを支援すること、精神科医の処方苦心の歴史を汲み取ってほしいという点が私には印象的であった。

鈴木・生坂両氏は、精神疾患と器質疾患の鑑別について7症例を挙げ、診断の考え方を示された。血液・尿検査でのスクリーニング、頭部画像での診断、器質疾患の臨床的特徴、発作性で疑うVAPESの病態、精神疾患の積極的診断、身体症状症の診断に用いるA-MUPSスコアは診断精度を高めるために学んでおきたい。

堤氏には、医師・医療者のメンタルヘルスに関するセルフケアについて解説いただいた。医師・医療者はメンタルヘルスが侵されやすい環境にいることを認識し、自らのメンタルヘルスの問題に気づき、適切にストレスに対して対処し、適切に支援を求めることを勧めている。

最後に、竹島・柴崎・石井の各氏には、精神保健福祉に関わる法・制度について概要を述べていただいた。医療および保護の確保から始まり現在の精神保健福祉法に至る歴史的経緯、現在の任意入院等の入院形態、また地域医療現場で利用する可能性の高い自立支援医療(精神通院医療)と精神障害者保健福祉手帳、といずれも知っておくべき内容である。

新型コロナウイルス感染症により外来、入院、ワクチン接種などさまざまな負担が増えている読者も多いであろう。本特集が精神科領域の問題の診療に少しでも役立つことがあれば幸甚である。

うつ

関西医科大学精神神経科 講師 池田俊一郎

POINT

- ① うつ病は、プライマリ・ケアの分野において多くの患者が受診しており、抑うつ気分、意欲・興味・精神活動の低下、焦燥、食欲低下、不眠、持続する悲しみ・不安などを特徴とした精神障害である
- ② うつ病のスクリーニング・診断補助ツールの日本語版も数多くあり、PHQ-9(Patient Health Questionnaire-9)、SDS(Self-rating Depression Scale)などの自己記入式質問票や、精神疾患簡易構造化面接法M.I.N.I.(The Mini-International Neuropsychiatric Interview)が使われている
- ③ うつ病の診断には除外診断が重要であり、さまざまな身体疾患や医原性・薬剤性を除外し、双極性障害(躁うつ病)などの他の精神疾患との鑑別も重要である。
- ④ 大うつ病性障害の治療の概要に関しては、日本うつ病学会が作成した大うつ病性障害治療ガイドラインが非常にまとまっており、薬物療法の第一選択薬としてはSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)、SNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)、NaSSA(ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬)といった新規抗うつ薬が推奨されている
- ⑤ うつ病は自殺やアルコール依存症が高頻度にかかる疾患であり、「自殺予防の十箇条」や「TALKの原則」で対応し、コロナ禍でも同様に孤立・差別・偏見をなくす日々の活動が重要である

診断のきっかけ・ポイント

うつ病は、気分障害の一種であり、抑うつ気分、意欲・興味・精神活動の低下、焦燥、食欲低下、不眠、持続する悲しみ・不安などを特徴とした精神障害である¹⁾。有病者数は世界で2.6

億人ほどと非常に多く、世界の障害調整生命年(DALY)において第3位(4.3パーセント)に位置づけられる^{2),3)}。わが国でも1990年代終わり頃からうつ病などの気分障害で医療機関を受診する患者が急増し、平成26年にはその総数は過去最多の110万人を超えた⁴⁾。

プライマリ・ケアの分野でも多くの患者が受診しており、全受診患者のうち気分障害が12.4%(大うつ病性障害4.9%)であり、PHQを用いた調査でも気分障害15.8%(大うつ病性障害4.9%)であり、極めて一般的なcommon diseaseのひとつであると言える⁵⁾。

うつ病のスクリーニング・診断補助ツールの開発は進んでおり、日本語版も数多くある。一般的にうつ病に特化したものとしてPHQ-9(Patient Health Questionnaire-9)、SDS(Self-rating Depression Scale)などの自己記入式質問票や、精神科全般も診断可能である精神疾患簡易構造化面接法M.I.N.I.(The Mini-International Neuropsychiatric Interview)が使われている。PHQ-9は、Kroenkeらによって開発されたうつ病の診断・重症度評価を目的とした質問紙であり、Muramatsuらによって日本語に翻訳され、信頼性・妥当性が確認されており、感度・特異度も他の尺度より高い⁶⁾。合計9つの項目からなり、0点から3点までの点数をつけ合計27点満点となり、5点以上が軽度、10点以上が中等度、20点以上が重度と判断する。米国ではプライマリ・ケア分野でガイドラインにも利用されている。SDSとは1965年にZungによって考案され、日本語版は東北大学の福田と筑波大学の小林により翻訳・再構成されている⁷⁾。20問の質問項目から構成され、1点から4点の4段階で評価するもので、40点以上で軽度、50点以上で重度と判断する。精神疾患簡易構造化面接法M.I.N.I.は、精神疾患を診断するための簡易構造化面接法であるが、約15分で施行可能でありその妥当性を検証されている⁸⁾。患者本人や家族の訴えだけでなく、このような補助的ツールを使いながら診療することで、精神科を専門としてない医師でも症状を網羅的に把握することができる。

診断のために除外診断が重要

精神科診療において、精神疾患を診断し治療を早急に始めることも重要であるが、それよりも安易に精神疾患と決めつけずにさまざまな疾

患の除外、鑑別が重要となる。気分障害に併存する疾患として、心疾患、呼吸器疾患、腎疾患、糖尿病、脳血管障害、認知症などさまざまな身体疾患が認められている⁹⁾。まず、うつ病の診断・鑑別の前に、医原性・薬剤性の除外を優先すべきである。うつ状態の原因になりやすい薬剤として、副腎皮質ステロイド、黄体卵胞混合ホルモン、抗潰瘍薬(H₂受容体拮抗薬)、抗パーキンソン薬(アマンタジン、レボドパ)、インターフェロン、血圧降下薬などが挙げられ、このような薬剤投与中の方がうつ症状が出現した際はその必要性、用量を再考すべきである。

うつ症状を呈する場合に除外すべき身体疾患として、甲状腺機能低下症、睡眠時無呼吸症候群、更年期障害、認知症、せん妄、パーキンソン病、てんかん、貧血、脳腫瘍、ビタミン欠乏、線維筋痛症、慢性疲労症候群などが挙げられる。それぞれの疾患について、私が専門外ということもあり割愛するが、丁寧な問診、血液検査、神経所見、頭部画像検査を行い、除外診断をする必要がある¹⁰⁾。

最後に、他の精神疾患を除外する必要がある。うつ症状を呈しうつ病と鑑別すべき精神疾患として、双極性障害(躁うつ病)、統合失調症、適応障害、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物依存症、発達障害、知的障害などが挙げられる。特に双極性障害(躁うつ病)とうつ病の鑑別は重要であり、この2つの疾患は症状が類似することがあるため、しばしば鑑別診断に困難な場合がある。その理由として、双極性障害の病期には躁病相とうつ病相があるが、初発症状がうつ症状であることが多いためである。また、双極性障害の治療において、抗うつ薬は躁転化するリスクが高く慎重投与となっており、治療方法(主に薬物療法)が異なる。そのため、問診で今までの躁症状、躁病期の有無をしっかりと聴取する必要がある。その他、双極性障害を示唆する臨床特徴として、過眠・過食、精神病症状を伴うこと、若年発症(<25歳)、再発回数が多い、双極性障害の家族歴、抗うつ薬が無効であるなどが挙げられる。これだけで双極性障害とは言えないが、このような特徴を有する

うつ症状の患者を診察する際は双極性障害の可能性もあることを念頭に置きながら、詳細に病歴を聴取することや薬物療法も慎重に行うべきである。このように、精神疾患の診断は治療経過の中で変化することもあるため、数ヵ月治療しても治療効果が乏しい場合は診断名の再考、治療方針の変更も含めて、精神科専門医へ紹介することも検討した方が良いと思われる。

治療の原則

大うつ病性障害の治療の概要に関しては、日本うつ病学会が作成した大うつ病性障害治療ガイドラインが非常にまとまっていて良いと思われる¹¹⁾。当ガイドラインについては、非精神科医を含めたプライマリ・ケア医に対しても活用も勧めている。活用方法であるが、軽症うつ病などの一項目を読むということではなく全体を通読し全体像を把握した上で活用する必要がある。また、治療法については、エビデンスに準拠しているものの日本の保険適応は考慮していないことにも留意すべきである。本ガイドラインは、うつ病治療計画の策定、軽症うつ病、中等症・重症うつ病、精神病性うつ病、児童思春期のうつ病、うつ病患者の睡眠障害とその対応の6章に分けられている。それぞれの項目について、精神療法や薬物療法についても説明しており、次項で簡単に概説する。

薬物療法の基本(選択, 開始, 増量, 維持, 減量, 中止)

軽症うつ病に対しては、傾聴し共感する基礎的介入に加え薬物療法と認知療法や認知行動療法などの精神療法を単独もしくは組み合わせることになっている。薬物療法については、SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)、SNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)、NaSSA(ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬)といった新規抗うつ薬が推奨されている。中等症・重症うつ病には、軽症より積極的な薬物療法を行うが、安

易に多剤併用を行わないようする。その他、必要に応じてECT療法(電気けいれん療法)や抗不安薬、リチウム、気分安定薬、非定型抗精神病薬による効果増強療法も検討する。推奨されない治療としては、ベンゾジアゼピン系薬剤や非定型抗精神病薬、精神療法による単剤治療などである。精神病性うつ病に関しては、抗うつ薬と抗精神病薬の併用やECT療法などは効果的である。児童思春期のうつ病に関しては、適切な家族介入、学校などの環境への介入など心理・社会的治療が必須であり、薬物療法としてはSSRIのみランダム化比較試験(RCT)にて有効性が示されている。うつ病患者の睡眠障害としても注意喚起しており、抗うつ剤によるレストレスレグ症候群やベンゾジアゼピン系睡眠薬の依存にも言及している。

維持療法における抗うつ薬の減量、中止については、早期に抗うつ薬を中止・減量した場合再燃の危険性を高めることが明らかになっている。特に、寛解後26週は抗うつ薬の再燃予防効果が立証されており¹²⁾、欧米のガイドラインは、副作用の問題がなければ初発例に関しては寛解後4~9ヵ月、またはそれ以上の期間、急性期と同用量で維持すべきとしている^{13), 14)}。また、精神病性うつ病は再発が多く、精神病性うつ病患者の追跡研究では退院後1年以内に80%以上の患者が再発しており、中止や減量中に再発したのも多かったという報告もある。エピソード期間が長い患者、過去の再発回数が多い患者、発症年齢の若い患者は再発しやすい傾向にあり、そのような患者では抗精神病薬は数ヵ月、抗うつ薬は少なくとも1年以上継続するべきであるという見解がある。

多剤を長期服用している場合の対応

うつ病において向精神薬の多剤療法のエビデンスはなく、特にベンゾジアゼピン受容体作動薬については、PMDAから「漫然とした継続投与による長期使用を避ける」「類似薬の重複投与の内容を確認する」「投与中止時は漸減、確実投与など慎重に減量、中止を行う」以上の3点

の適正使用の通達が出ている¹⁵⁾。また、平成30年診療報酬改定で、向精神薬の多剤処方やベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方の適正化推進のために、多剤処方時の処方料、処方箋料、薬剤量の減算、さらに多剤処方の状態を減薬した場合、向精神薬調整連携加算の新設となった。以上のように、精神科治療において、向精神薬の多剤長期処方は非常に問題である。まずは、治療経過の中で安易に増薬せず依存症を形成させないように留意する必要がある。

減薬方法としては、ベンゾジアゼピン系薬剤も含め薬物療法を開始した際の原疾患の状況が安定していることが大前提になる。安定していることでより主治医患者関係が良好となり、適切な情報提供や減薬についての同意も得やすくなる。依存の危険性や離脱症状などインフォームド・コンセントを行った上で、患者の同意の元、漸減・中止を目指すことが良いと思われる。減薬ペースは特にベンゾジアゼピン系薬剤の場合は離脱症状もあるため、思っているより極めてゆっくりとした減量をすることが重要である。減量速度は2～4週ごとに服用量の25%ずつ減薬するという方法もあるが、筆者の臨床経験では年単位での減薬も必要となるケースが多い印象がある。減薬前に離脱症状についてもしっかり情報提供することや、長時間作用型(半減期の長い)の薬剤に置換することや力価の小さな薬剤に変更することも必要である。

自殺予防

うつ病は自殺が高頻度に起こる疾患であり、うつ病全体で生涯死亡率2.2%、入院歴があると8.6%と高く¹⁶⁾、自殺の直前には90%以上の方がうつ病、アルコール依存症などの精神疾患があったという調査もある¹⁷⁾。厚生労働省は、「自殺予防の十箇条」を作成し、次のようなサインを数多く認める場合は自殺の危険が迫っていると判断し、早い段階で精神科専門医への受診を勧めている¹⁸⁾。内容は、「うつ病の症状に気をつける」「原因不明の身体の不調が長引く」「酒量が増す」「安全や健康が保てない」「仕事の負担が急

に増える、大きな失敗をする、職を失う」「職場や家庭でサポートが得られない」「本人にとって価値あるものを失う」「重症の身体の病気にかかる」「自殺を口にする」「自殺未遂に及ぶ」の10項目である。

また、自殺の予兆を感じた場合は、「TALKの原則」で対応することが必要である¹⁹⁾。TALKとは、Tell, Ask, Listen, Keep safeの頭文字をとったもので、「Tell:心配していることを伝える」「Ask:自殺、希死念慮について率直に尋ねる」「Listen:絶望的な気持ちを傾聴する」「Keep safe:安全を確保する」の4項目から構成されている。

ここで注目したいのは、うつ病に合併するアルコール依存症である。アルコール依存症者の41%がうつ病を合併しており、その26%はアルコールがうつ病を誘発したものである²⁰⁾。「自殺予防総合対策センター」の調査で、自殺者の2割以上が亡くなる前の1年間に飲酒問題を抱えていたとの報告もある²¹⁾。自殺の直前の精神医学的合併症は、前述のようにうつ病、アルコール依存症が最も多く、その両方合併している場合はさらに自殺のリスクが高くなり、「死のトライアングル」と言われている。うつ病の治療中に、飲酒量・飲酒習慣の問診をするだけでなく、飲酒に問題がある、依存傾向があると判断した場合は、アルコール依存症に対しての治療アプローチも並行して行うべきである。

新型コロナウイルス感染症関連

2020年1月頃より新型コロナウイルス感染症の集団感染が発生し、世界中に蔓延することとなった。世界中で都市封鎖や社会不安なども起こり、社会でさまざまな影響が起こっている。新型コロナウイルス感染症の影響として、大きく3点あげられる。1つ目として、ウイルスによってもたらされる疾患そのものである。2つ目として、見えないことや治療法が確立されていないことによる不安や恐れである。3つ目として、不安や恐怖による嫌悪、差別、偏見である。このような不安や恐怖に加え、環境の変化や情

報・報道が起こす問題がある。2020年7月ごろより自殺者が増えている現状を踏まえると²²⁾、適応障害、混合性不安抑うつ障害、燃え尽きなどの病態から始まり、重度うつ病エピソードや精神病性うつ病などに進展し自殺企図、自殺既遂となる方が増えている可能性が示唆される。このように新型コロナウイルス感染症が広がることでさまざまな面で社会的分断が起こり、社会の中で孤立や孤独感が増大していることを危惧している。

一般的なコロナ禍におけるメンタルヘルスケアとして、「ストレス反応自体は、自然な反応であることを理解する」「心身の変調(頭痛、腹痛、憂うつ気分)、生活スタイル(睡眠や食欲)の変化に気付く」「電話やインターネットを活用して、信頼できる家族や仲間と交流する」「適度な運動を実施する(筋トレやストレッチ、ヨガなど)」「今までできていなかったことにチャレンジする(料理、読書、創作活動など)」などがあげられる。現在も多くの人がさまざまな工夫をしコロナ禍での生活を模索しているが、さまざまなケアをしてもなお、精神的不調が残る場合は受診し、前述の通り、治療を開始することも検討した方がよいと思われる。シトラスリボンプロジェクトとは、コロナ禍で生まれた差別、偏見をなくそうというプロジェクトである。シトラス色のリボンで「ただいま」「おかえり」の気持ちを表し、3つの輪は、地域と家庭と職場(もしくは学校)を表している。感染者への差別や偏見がなくなることで安心して検査を受けることができ、感染拡大を防ぎ早期に収束することを願っている。

文献

- 1) 融道男, 小見山実, 大久保善朗, 他: ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 2005, p372.
- 2) GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* 2018; 392(10159): 1789-1858.
- 3) World Health Organization. (2008). The global burden of disease : 2004 update. p146.
- 4) 厚生労働省:平成26年「患者数調査」. 2014.
- 5) 村松公美子:プライマリケアにおける精神疾患の疫学. *EBM ジャーナル* 2004;5:512-517.
- 6) Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, et al: Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary. *General Hospital Psychiatry* 2018; 52: 64-69.
- 7) Zung WWK: A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. *Arch Gen Psychiat* 1965; y12: 63-70.
- 8) 大坪天平, 宮岡等, 上島国利: M.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法5.0.0(2003). 星和書店, 2003.
- 9) 村松芳幸, 村松公美子, 吉嶺文俊, 他: 身体疾患と気分障害. *心身医学* 2009;49(9):971-978.
- 10) 竹内武昭: うつ病の除外診断と併存疾患. *心身医学* 2020;60(1): 44-49.
- 11) 日本うつ病学会: うつ病治療ガイドライン 第2版. 医学書院, 2017. p160.
- 12) Reimherr FW, Amsterdam JD, Quitkin FM, et al: Optimal length of continuation therapy in depression: a prospective assessment during long-term fluoxetine treatment. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1247-1253.
- 13) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition.
- 14) Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, et al: Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord* 117 Suppl 1, S26-43, 2009.
- 15) 医薬品医療機器総合機構: PMDAからの医薬品適正使用のお願い ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について. No11, 2017.
- 16) Bostwick JM, Pankartz VS: Affective disorders and suicide risk: A reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1925-1932.
- 17) Cavanagh JTO, Carson AJ, Sharpe M, et al: Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33(3): 395-405.
- 18) 厚生労働省: 職場における自殺の予防と対応. 平成13年12月.
- 19) 文部科学省: 教師が知っておきたい子供の自殺予防. 平成21年3月.
- 20) Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al: Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 1997; 154(7): 948-957.
- 21) 自殺予防総合対策センター: 自殺予防と遺族支援のための基礎調査. 平成19年度-21年度.
- 22) 警察庁: 自殺統計に基づく自殺者数の推移. 2020.

不安 パニック症/パニック障害

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪精神医療センター 研究開発・研修部 新安弘佳
同 主任部長 西倉秀哉

POINT

- ① 不安とは、「漠然とした心配が続き、精神症状だけでなく、自律神経を介した身体症状も出現している状態」である
- ② パニック症/パニック障害の診療では、身体疾患が背景に隠れている可能性を常に意識する
- ③ 患者を精神科医療機関に紹介した場合でも、プライマリ・ケアとのつながりを大切にす
- ④ ベンゾジアゼピン受容体作動薬を処方する際は、依存を形成しないよう慎重に行う

特集

はじめに

今回、精神科医療機関へのアクセスが困難な地域における診療所などでのプライマリ・ケアの現場を想定し、不安、特にパニック症/パニック障害(Panic disorder: PD)の対応に少しでもお役に立てただけを願いつつ、本稿を記した。

不安とは

わが国で何らかの不安に関わる疾患を有する人の数は生涯有病率で約9%とされ¹⁾、約1,000万人程度が見込まれる。また、昨今の新型コロナウイルス感染症の拡大およびこれに伴う行動制限等の対策により、感染に対する不安や行動変容に伴うストレスなど、国民の心理面に多大

な影響が懸念される。厚生労働省のインターネットによる調査²⁾によると、新型コロナウイルスによる影響で緊急事態宣言が発令されていた2020年2月以降、調査に回答した人のうちの約半数程度が何らかの不安を感じていた。今後ますます不安への関心は高まっていくことが予想される。

さて、私たちは日常会話の中でも「不安だ」などと言うが、本質的な疑問として、そもそも不安とは何だろうか？ 本稿を記すにあたり、不安について改めて文献や辞書などで調べると、その定義は様でないことが分かった。ここでは、いくつかの不安の定義の中から、筆者が理解しやすいと感じた一つを紹介する³⁾。

不安は漠然とした未分化な恐れ⁴⁾の感情と定義される。恐怖感⁵⁾が明確な対象に対する持続

的な恐れであるのに対し、不安は特定の対象を欠いている…(中略)…。不安では、その時ごとに恐れの対象が変動する。不安は人間の自己防御機構として不可欠であり、不安が少なすぎる場合は自己に危険な行動をとってしまう可能性がある。…(中略)…不安状態でみられる症状は、心理的症状と身体的症状から構成されている。不安の心理的症状には、些細なことへの憂慮、緊張感、焦燥感(易刺激性)、驚愕反応(電話機の呼び出し音のような些細な音刺激にも過剰に驚く)などの感情面の症状や、予期不安、将来への心配などの(狭義の)認知面の症状が含まれる。一方、不安の身体的症状には、呼吸困難(息切れ)、心悸亢進(動悸)、口渇、嘔気、下痢、頻尿、めまい、筋緊張、発汗(手掌、腋窩等)、四肢振戦、皮膚冷感(末梢血管の収縮による)など主として自律神経を介して発生する症状が含まれる。

以上が不安の定義、および説明とされるが、大まかなイメージとして「漠然とした心配が続く、精神症状だけでなく、自律神経を介した身体症状も出現している状態。健常者でも自覚することがある」といったところであろうか。

パニック症/パニック障害 (Panic disorder: PD)

PDは、予期しないパニック発作(Panic attack: PA)、予期不安が特徴とされる状態である。今回は、米国精神医学会(American Psychiatric Association: APA)により作成された精神疾患の診断・統計マニュアル(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5)におけるPDの診断基準⁴⁾を表1に示す。まずPDの特徴となる症状を確認していく。

1. パニック発作(Panic attack: PA)

PAは以下に示す通り、急性・突発性の不安の発作である。突然の激しい動悸、胸苦しさ、息苦しさ、めまいなどの身体症状を伴った強い不安に襲われるもので、多くの場合、患者は「心臓発作ではないか、死んでしまうのではないか」などという考えに至る。救急車で医療機関を受診することもあるが、症状は病院に着いたころにはほとんど治まっている。検査などでも特に異常はみられずそのまま帰宅するが、数日から数週間で同様の発作を繰り返す……。こういったことは、プライマリ・ケアの現場でも経験されることがあるだろう。

<p>A. 繰り返される予期しないパニック発作。パニック発作とは、激しい恐怖または強烈な不快感の高まりが数分以内でピークに到達し、その時間内に、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が起こる。</p> <p>(1) 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加 (2) 発汗 (3) 身震いまたは震え (4) 息切れ感または息苦しさ (5) 窒息感 (6) 胸痛または胸部不快感 (7) 嘔気または腹部の不快感 (8) めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ (9) 寒気または熱感 (10) 異常感覚(感覚麻痺またはうずき感) (11) 現実感消失(現実ではない感じ)または離人感(自分自身から離れている) (12) 抑制力を失うまたは“どうかなってしまう”という恐怖 (13) 死ぬことに対する恐怖</p>	<p>B. 発作のうちの少なくとも1つは、以下に述べる1つまたは両者が1か月（またはそれ以上）続いている。</p> <p>(1) さらになるパニック発作またはその結果について持続的な懸念または心配(例: 抑制力を失う、心臓発作が起こる、“どうかなってしまう”) (2) 発作に関連した行動の意味のある不適応的变化(例: 運動や不慣れた状況を回避するといった、パニック発作を避けるような行動)</p> <p>C. その障害は、物質の生理学的作用(例: 乱用薬物、医薬品)、または他の医学的疾患(例: 甲状腺機能亢進症、心臓疾患)によるものではない。</p> <p>D. その障害は、他の精神疾患によってうまく説明されない(例: パニック発作が生じる状況は、社交不安症の場合の様に、恐怖する社会的状況に反応して生じたものではない; 限局性恐怖症のように、限定された恐怖対象または状況に反応して生じたものではない; 心的外傷後ストレス障害のように、外傷的出来事を想起させるものに反応して生じたものではない; または、分離不安症のように愛着対象からの分離に反応して生じたものではない)。</p>
--	---

表1 パニック症/パニック障害(Panic disorder:PD)の診断基準 DSM-5

(文献4)より引用

PAは突然始まり、発作までのピークが数分以内ということがポイントであり、「発作が1日中ずっと続いている」などという場合はPAとは言えない。また、PA自体は恐怖症、心的外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder: PTSD)などの他の不安症群/不安障害群、うつ病、統合失調症、その他身体疾患などでも同様の症状がみられるが、PDで経験するPAは原因や契機がはっきりせず、いつどこで起こるか分からない「予期しない」発作が特徴とされる。

2. 予期不安

PDでは「また発作が起こるのではないか」という不安が続くことがあり、これを「予期不安」という。診断基準B(1)のように「心臓発作ではないか」「自分を失ってしまうのではないか」などと、発作のことをあれこれ心配し続ける、または診断基準B(2)のように口には出さなくても発作を心配して「仕事をやめる」「そこに行かない」などの行動上の変化がみられる場合がある。いずれも、PAがない時(発作間欠期)も、それに関連した不安があり、1ヵ月以上続いていることが診断には必須である。

3. PDの診断のポイント

プライマリ・ケアの現場に「ドキドキする」「胸が苦しい」「息苦しい」などの主訴で受診する患者の中に一定数PDが含まれている。PDの生涯有病率は約1.7~3.3%、好発年齢は、14~45歳とされ、高齢者は稀である。高齢で初発のPDは考えにくく、むしろ身体疾患を考えるべきである。一方、PDの好発年齢に該当していても、致命的な身体疾患(肺塞栓、くも膜下出血、心筋梗塞、緊張性気胸、糖尿病性ケトアシドーシスなど)の存在を常に考慮する必要がある。PDの患者に対して「ああ、またいつものか」と思って精査せずに対処していると、足をすくわれるおそれがある⁵⁾。

上記の前提を踏まえ、前述のPAや予期不安の特徴についての問診を行い、鑑別の末にPDの診断を行う。本稿においては、軽症のPDは「PAの

頻度が少なく、生活への支障があまりないPD」と定義する。軽症のPDの治療は、初診時の丁寧な問診と温かい説明が最も重要であり⁶⁾、プライマリ・ケアでも十分に対応可能と考える。

4. PDの治療のポイント

治療のポイントについては、ガイドライン⁷⁾が公表されており、参考になる。まず、患者や家族への説明について記載されており、その方法には留意すべきである。筆者は「現在の医学では未だ原因不明ですが、脳の神経回路の機能不全が基盤にあり、加えて心理状態が複雑に絡み合っていると考えられています」などと説明することが多い。

実際の治療について、PDに対しては薬物療法と精神療法がそれぞれ有効とされる。薬物療法について、前述のガイドライン⁷⁾では、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI)を中心とする抗うつ薬と、ベンゾジアゼピン受容体作動薬(benzodiazepine: BZD)による治療を推奨している。2021年2月現在、PDへの適応があるSSRIはパロキセチン、セルトラリンの2剤であり、これらを少量から開始し、副作用に注意しながら徐々に増量し、またBZDについては、アルプラゾラム、クロナゼパム、ロラゼパム、ロフラゼプ酸エチルといった高力価のものを使用すること、とされている。詳細な方法は当該ガイドラインに記載されているので参照されたい。

しかし、SSRIには投与初期の有害事象(悪心、嘔気、下痢など)、アクチベーション症候群、躁転化、急に中断した際の離脱症状などのリスクがある。また、BZDには、言うまでもなく依存性の問題があり、医薬品医療機器総合機構(PMDA)から適正使用について周知されている⁸⁾ように、常用量依存のリスクも指摘されている。それ以外にもふらつき、眠気といった有害事象のリスクがあり、さらに添付文書にも記載されている通り「自動車運転等を控えるように指導する」必要がある。特に軽症のPD患者に薬物療法を開始する際には、これらを常に意識し、開始から増量、中止までの計画を立て、患者や家

族への説明を十分に行っておくべきである。

次に、PD患者に対しては、特別な精神療法を行う前に、睡眠衛生指導や不安への対処法の情報提供を行うことが大切である。不眠について、不安との関連が指摘されており⁹⁾、睡眠衛生指導は重要である。筆者は「健康づくりのための睡眠指針 2014」¹⁰⁾を厚生労働省のホームページより印刷し、患者への説明に用いている。また、不安への対処法については、プライマリ・ケアでも実践できるものとして、呼吸法、筋弛緩法などのリラクゼーション法を挙げる。筆者は、大阪府こころの健康総合センターが作成した資料¹¹⁾を用いて説明を行っている。「こころが緊張していると、身体も緊張します」「まずは副交感神経を優位にして、身体をほぐしましょう」「そうすると、少しずつこころもほぐれていきますよ」などと説明する。「症状ばかりに目を向けると、そのことばかりに気をとられて、日常生活への支障がより目立つという悪循環に陥る」「不安があっても、大丈夫なんだ」ということに気づいてもらう目的もある。

5. 精神科に紹介すべき場合

精神科医療機関に紹介すべき場合についても、前述のガイドライン⁷⁾に詳細に記載されている。治療に難渋した場合はもちろん、妊婦の場合、希死念慮が切迫している場合などが挙げられている。上記以外のものとしては、処方薬への依存が疑われる場合や、統合失調症、うつ病、パーソナリティ障害などの他の精神疾患の合併が疑われる場合も紹介を検討すべきである。しかしながら、精神科を受診するということは、患者にとっては未だにハードルが高いと思われ、外来診療のなかで筆者も痛感しているところである。したがって、精神科に紹介する場合でも、「専門外だから」の一言で済ますのではなく、「専門家の治療が必要かどうか、意見を聞いてみましょう」などと患者に説明し、その後も精神科医療機関との連携を密に行うなど、プライマリ・ケアとのつながりが失われないようにすることが望まれる⁵⁾。

精神疾患が疑われる患者の対応

その他、PDに限らず、プライマリ・ケアの現場にさまざまな主訴で来院し、身体的精査をいくら受けてもその原因が分からない患者もいる。その際、(確かに事実かもしれないが)「身体には異常がない」と医療者にさらりと言われ、次の瞬間に「では精神科へ…」と告げられる。この対応は、果たして治療的だろうか。依然、国民の中に精神疾患へのスティグマは根強く存在し、前述のように告げられた患者の衝撃は相当なものと言える。また「見捨てられた」と感じてしまい、特に患者がパーソナリティ気質を持つ場合、ますます状況が悪化することもある。ではどのような対応が望ましいのであろうか。

はじめに、医療者は患者本人にはなり得ず、患者や周囲からの言葉をどれだけ詳細に聴取し、また診察時の様子などをいくら入念に観察したとしても、患者の心理状態を100%把握することは不可能である、という前提を謙虚に踏まえることが大切である。その上で、「あなたの今の状況にあるのであれば、そういう状態になってしまうのも、無理はないでしょう」といった「認証(validation)」が有効とされる⁵⁾。具体的には、下坂の「なぞる」が挙げられる¹²⁾。すなわち、患者の訴えを、「習字の練習帳をなぞる」ような気持ちで聞く。なぞりきれないときには、待ったをかけて説明してもらい、分かるようになるまで話を聞く。そのままにしておくと、半解りのままとってしまうので、そのままにはしない。それを繰り返す。下坂は「誰にでもできると私が思い込んでいる」と述べており、筆者も「できている」と自信を持って言いたいところであるが、実際には十分とは言えず、常に心がけているところである。多忙を極めるプライマリ・ケアの現場で上記を実践することはなかなか困難なこととは思うが、参考にしていきたい。特に精神科医療機関が遠方であるなどの事情で、すぐに精神科に紹介できないときは、粘り強く上記の実践を繰り返し、病状の改善を期待することも一つの選択肢となりうるだろう。

また、患者が経済的困窮や家庭内暴力など現

実的な問題を抱えている場合は、行政機関などの適切な支援機関と連携しケースワークを行うことも忘れてはならない。

BZDについて

いわゆる“ベンゾ”について述べる。BZDは精神科だけでなく、さまざまな診療科で処方される。即効性もあり、状況によっては非常に有効な薬物であるが、前述の通り依存性の問題がある点は看過できない。BZDを中心とする睡眠薬・抗不安薬は、覚せい剤に次ぐわが国第2位の乱用薬物となっている¹³⁾。睡眠薬・抗不安薬乱用患者がどのような薬物を乱用しているのかを全国の精神科医療施設で集計した調査がある¹⁴⁾。それによると、乱用患者が使用しているランキング上位の薬物はエチゾラム、フルニトラゼパム、トリアゾラム、ゾルピデムなどであり、「比較的高力価で短時間作用型」という特徴がある。これらの処方、極力避けた方がよいだろう。患者が名指しでこれらの薬物の処方を希望する場合は、特に注意すべきである。

当院を受診する患者の中には、甲状腺機能異常や不整脈などの身体的基盤がある中でPA様の発作を来し、内科や精神科の医療機関から複

数のBZDを処方され「BZD依存症」と診断される状態になってから受診する、という方もいる。BZDを急に中断した場合、いわゆる離脱症状を引き起こすわけであるが、その症状は極めて多彩であり、もはや身体疾患によるものやPAとの鑑別は困難である。このような患者の治療は難しく、一筋縄ではいかない。BZD乱用予防のためには、BZDを処方する直前の「身体疾患の除外」「みため」「今後の治療の見通し」「単剤に絞った処方への心がけ」が重要である。

最後に、すでに多剤大量療法となっている場合のBZDの減量方法について、筆者が行っている方法を簡単に述べる。ジアゼパム換算表を表2に示す。この表は、あくまで目安だが、上段にBZDの一般名と代表的な商品名を、下段にジアゼパム5mgと同等の治療効果を示す等価換算値(単位:mg)を、左端の大まかな作用時間ごとに示したものである。短時間作用型のBZDの場合は、この表に沿ってジアゼパムなどの長時間作用型のBZDに置換する(肝機能障害がある場合は、ロラゼパムに置換することもある)。その後、下記のスケジュール¹⁷⁾で緩徐に減量していく。

- ・ジアゼパム換算 50mg/dayまでは1～2週間ごとに10mg/dayのペースで減量

主に抗不安薬として使用するもの			
短	エチゾラム (デパス) 1.5	クロチアゼパム (リーゼ) 10	
中	アルプラゾラム (ソラナックス/コンスタン) 0.8	ロラゼパム (ワイパックス) 1.2	プロマゼパム (レキシタン) 2.5
長	クロナゼパム (リボトリール/ランドセン) 0.25	クロキサゾラム (セパゾン) 1.5	ジアゼパム (セルシン/ホリゾン) 5
超長	ロフラゼパムエチル (メイラックス) 1.67		
主に睡眠薬として使用するもの			
超短	トリアゾラム (ノルシオン) 0.25	ゾピクロン (アモバン) 7.5	ゾルピデム (マイスリー) 10
短	プロチゾラム (レンドルミン) 0.25	ロルメタゼパム (エバミール/ロラメット) 1	リルマザホン (リスミー) 2
中間	フルニトラゼパム (ロヒプノール/サイレース) 1	エスタゾラム (ユーロジン) 2	ニトラゼパム (ベンザリン/ネルボン) 5
長	クアゼパム (ドロール) 15		

表2 ジアゼパム換算表

〔文献16), 17)をもとに筆者作成〕

- ・ジアゼパム換算 30mg/dayまでは1～2週間ごとに5mg/dayのペースで減量
- ・ジアゼパム換算 20mg/dayまでは1～2週間ごとに2mg/dayのペースで減量
- ・その後は1～2週間ごとに1mg/dayのペースで減量・中止する

治療途中で離脱症状が出現する場合もあり、その場合はいったん減量を中止して、さらに徐々に減量を進める。減量には難渋することも多いが、減量期間中は、「少しずつでも減らしていきませんか」という声かけや、治療への動機付けは必須である。なお、ジアゼパム換算で100mg/dayを超えるような場合は、入院加療も含め検討する必要がある¹⁷⁾。また、頻回に外来を受診し処方希望するなど、重度のBZD依存症が疑われる場合は、患者に求められるまま漫然と処方することなく、精神科に紹介するべきである。

文献

- 1) 川上憲人:こころの健康についての疫学調査に関する研究。平成18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)こころの健康についての疫学調査に関する研究。総括研究報告書, 2006.
- 2) 厚生労働省:新型コロナウイルス感染症に係るメンタルヘルスに関する調査の結果。厚生労働省。 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15766.html(accessed 2021 Feb 1)
- 3) 北村俊則:精神・心理症状学ハンドブック第3版。日本評論社, 2013, p206-213.
- 4) American Psychiatric Association. 日本精神神経学会日本語版用語監訳:DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院, 2014, p206-219.
- 5) 宮内倫也:プライマリケアのためのこころの診かた。日本医事新報社, 2016, p18-20, p35-278.
- 6) 二宮友梨子, 他:軽症のパニック障害に対する精神科薬物療法のあり方。精神科治療学 2013;28(7):867-872.
- 7) パニック障害の治療法の最適化と治療ガイドラインの策定に関する研究班(主任研究者:熊野宏昭):パニック障害の治療ガイドライン。厚生労働省。 http://hikumano.umin.ac.jp/PD_guideline.pdf(accessed 2021 Feb 1)
- 8) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構:PMDAからの医薬品適正使用のお願い ベンゾジアゼピン受容体作動薬の依存性について。独立行政法人医薬品医療機器総合機構。 <https://www.pmda.go.jp/files/000217046.pdf>(accessed 2021 Feb 1)
- 9) Taylor, Daniel J, et al: Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. Sleep 2005;28(11):1457-1464.
- 10) 健康づくりのための睡眠指針の改定に関する検討会委員:健康づくりのための睡眠指針2014。厚生労働省。 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>(accessed 2021 Feb 1)
- 11) 大阪府こころの健康総合センター:気軽にリラックス。こころのオアシス 刊行物・リーフレット <http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/13282/00000000/relax.pdf>(accessed 2021 Feb 1)
- 12) 下坂幸三:「なぞる」ということ 面接の基本に関する一工夫。精神医学 1994;36(12):1232-1233.
- 13) 松本俊彦, 他:わが国における最近の鎮静剤(主としてベンゾジアゼピン系薬剤)関連障害の実態と臨床的特徴-覚せい剤関連障害との比-。精神神経学雑誌 2011;113(12):1184-1198.
- 14) 松本俊彦, 他: Benzodiazepines使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精神科治療の特徴に関する研究。日本アルコール・薬物医学会雑誌 2012;47(6):317-330.
- 15) 宮内倫也:こうすればうまくいく! 精神科臨床ははじめの一步。中外医学社, 2014, p263-279.
- 16) 稲垣中:抗不安薬・睡眠薬の等価換算 - 稲垣&稲田(2015)版 -。日本精神科評価尺度研究会。 <http://jsprs.org/toukakansan/2015ver/antianxiety-hypnotic.php>(accessed 2021 Feb 1)
- 17) David M. Taylor, 他:モーズレイ処方ガイドライン 第13版 日本語版。ワイリー・パブリッシング・ジャパン, 2019, p328-330.

統合失調症

園田病院 院長 浜田芳人

POINT

- ① 診断はICD-10で行い、典型的には青年期や成人早期に発症することを念頭に、外因性の精神疾患(脳器質性疾患、症状性精神病、薬物性精神障害)を鑑別する
- ② 治療目標は当事者が希望を抱き自分の能力を発揮して自ら選択ができる生き方(personal recovery)を支援することであり、bio-psycho-social(生物・心理・社会的)な視点から身体療法(薬物療法)、精神療法、社会療法をポイントを押さえながらバランスよく重なり合うように行う
- ③ 薬物療法はSGAs(第2世代抗精神病薬)を単剤で低用量から徐々に至適用量まで増量、中止する時も慎重に漸減。リスペリドンを自家薬籠中の物にしていきたい

特集

はじめに

離島や山間部などの診療所・地域中核病院において、総合医が統合失調症の患者と出会う場面は、初発の場合、再発等により精神症状が悪化した場合(主に身体的な治療を継続していた場合も含む)、統合失調症の安定期をやむなく担当している場合(患者が精神科受診をしない、できない、家族がさせない等)が考えられる。家族や施設、地域からの相談を受けることもある。結果として精神科医より長いスパンで多面的に寄り添っていただいていることも多い。

総合診療が携わるさまざまな健康問題にはメンタルヘルスも含まれるが、統合失調症の精

神病状態(病識が欠如し現実検討能力が低下、程度で言えば重症、内容で言えば幻覚や妄想がある状態)には多くの困難や苦手意識を痛感しながら対応されていると思う。今回は、地域の総合医が統合失調症の患者を診るという視点で、負担軽減の手がかりとなるような実用的な診療について述べる。

概説

精神障害が福祉施策の対象と位置づけられ(1993年)、精神疾患が医療計画の下で5疾病・5事業在宅医療に加わり(2013年)、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が求め

られている。身体疾患を含む全ての疾患の中で、生活上の負担や影響が最も大きいのは急性期の統合失調症であると言われ¹⁾、統合失調症の障害調整生命年〔Disability-Adjusted Life Year: DALY: 疾患による損失を寿命の短縮のみでなく健康でない状態で生活することで失われる年数を考慮して定量化したものであり、世界保健機関(WHO)が疾病負担の基準としている〕は、疾患カテゴリーの中で上位となっている²⁾。

統合失調症は単一の疾患ではなく症候群であり原因の結論は出ていない。遺伝的・生物学的要因と環境的・心理社会的要因との重畳・相互作用であり、生物学的脆弱性に複合的な環境・ストレス要因が加わり脳神経の発達・機能障害が生じていると考えられている。教科書的には明らかな外因が確定しておらず、発生的に了解ができないため心因性とは異なり、内因性とされる。ただし、心的次元にも身体的次元にも還元できないと消極的に捉えるのではなく、人間存在に固有な病と捉え、その人の生活史上の出来事・状況因を契機として生活発展の意味連続性の中断が生じたと考えることで、病態把握や治療に活かすことができる。

典型的には青年期や成人早期に発症する。統合失調症は100人に1人が罹患すると言われていたが、生涯発病危険率でいうと1,000人に約7人が罹患すると説明するほうが正確である。統合失調症の減少や軽症化が指摘されているがエビデンスは確定していない³⁾⁻⁵⁾。

表1 ICD-10による統合失調症の診断基準(抜粋)

- (a) (b) (c) (d)のうち1つ以上、あるいは(e)から(i)のうち2つ以上の症状が、1ヵ月以上続くこと。
- (a) 妄想性思考、妄想侵入あるいは妄想奪取、妄想伝播。
 (b) 支配される、影響される、あるいは抵抗できないという妄想で、身体や四肢の運動や特定の思考、行動あるいは感覚に明らかに関連づけられているもの、および妄想知覚。
 (c) 患者の行動にたえず注釈を加えたり、仲間たちの中で患者のことを話題にしたりする幻声、あるいは身体のある部分から発せられるという他のタイプの幻声。
 (d) 宗教的あるいは政治的な身分、超人的な力や能力といった、文化的に不適切でまったく不可能な、他のタイプの持続的な妄想(たとえば、天候をコントロールできるとか別世界の宇宙人と交信しているといったもの)。
 (e) どのような種類であれ、持続的な幻覚が、明らかな感情的内容を欠いた浮動性の妄想か部分的な妄想、あるいは持続的な支配観念をともなったり、あるいは数週間か数ヵ月間毎日継続的に生じているとき。
 (f) 思考の流れに途絶や挿入があり、その結果、まとまりのない、あるいは関連性を欠いた話し方をしたり、言語新作がみられたりするもの。
 (g) 興奮、常同行為あるいはろう屈症、拒絶症、緘黙、および昏迷など緊張病性行動。
 (h) 著しい無気力、会話の貧困、および情動的反応の鈍麻あるいは不適切さのような、ふつうには社会的ひきこもりや社会的能力の低下をもたらす、「陰性症状」。これらは抑うつや向精神薬の投与によるものでないことが明らかでなければならない。
 (i) 関心喪失、目的欠如、無為、自分のことだけに没頭した態度、および社会的ひきこもりとして明らかになる、個人的行動のいくつかの局面の全般的な質にみられる、著明で一貫した変化。

〔文献7〕より引用)

症状と経過

急性期には対話性の幻聴・被害関係妄想などの精神病症状やまとまりのない会話・行動などの解体症状といった陽性症状が多い。激しい不穏興奮状態を呈することもあり、体験症状(幻覚や妄想など)に左右された場合や緊張病(顕著な精神運動性障害)性の興奮がある。慢性期には感情鈍麻・無為・自閉といった陰性症状が主体となる。経過は単純経過および波状経過がほとんどであり再発率が高い。社会的予後は約30%がほぼ平常の社会機能を維持する。統合失調症患者の10%が自殺既遂に至っているという報告もあり⁶⁾、突発的な自殺のリスクは予想が難しく常に可能性を念頭に置くことが必要である。幻覚や妄想に支配・影響された自殺と将来への悲観・絶望から生じる自殺に大別される。前者は例えば「死ぬ」という幻聴に支配され自殺を行ったり、後者は体験症状が改善して内省力が戻った時期に生じる。

診断

臨床症状と経過に基づいて行うのが基本である。診断基準としてはWHOの国際疾病分類第10版(ICD-10)による「精神および行動の障害:臨床記述と診断ガイドライン」⁷⁾が、米国精神医学会の「精神疾患の診断・統計マニュアル。DSM-5」とともに広く用いられている(表1)。ICD-11

は2018年に公表され臨床記述と診断ガイドラインが正式に導入される予定である。さらにこれまでの診断カテゴリーと異なる精神疾患研究のための神経科学や遺伝学上の知見も含めた新たなアプローチ(Research Domain Criteria: RDoC)も注目されている⁸⁾。

主に精神病症状から診断を考えるが、かつてDSM-Ⅲの診断基準では発病は45歳未満という基準があった。さすがに年齢基準はなくなったが、診断を絞るのに役立つ。統合失調症は意識と知能は通常保たれる。そのため、まず外因性の精神疾患を除外することが肝要である。脳器質性疾患、症状性精神病(内分泌疾患などの身体疾患を原因とするもの)、薬物性精神障害(アルコール、覚醒剤等)を除外したい。次にストレス要因やライフイベントは誘因と捉え内因性としての統合失調症を考えるほうがよい。心因性の精神疾患を考えるのは最後でよい。精神病症状を呈する非器質性の精神疾患には妄想性障害、双極性障害の躁状態などがあり鑑別を要する。

治療

統合失調症の治療目標は臨床症状の改善や社会的機能の回復(clinical recovery)だけでなく、当事者が希望を抱き自分の能力を発揮して自ら選択ができる生き方(personal recovery)を支援することにある。そのためにもbio-psycho-social(生物・心理・社会的)な視点から身体療法(薬

物療法)、精神療法、社会療法を、ポイントを押さえてバランスよく重なり合うように行うのが基本である。心理社会的治療としては、心理教育、認知行動療法、生活技能訓練、家族支援プログラム、地域生活支援プログラムなどが含まれ複数の治療や支援を組み合わせることが有効である。

1. 急性期の対応

薬物療法は低量-中等量の第2世代抗精神病薬(second generation antipsychotics: SGAs, 非定型抗精神病薬とも言われる)で開始し副作用を生じないようにアドヒアランスを重視する⁹⁾。原則は単剤で低用量から徐々に至適用量まで増量、中止する時も慎重な漸減が必要である。具体的にはリスペリドンをまず使うのがよい。ぜひ自家薬籠中の物にしていただきたい。リスペリドン錠(1mg)1~2錠 1日1回就寝前から始め、錐体外路症状などの副作用に注意しながら経過観察し、1~2週間で改善が認められれば継続し、効果不十分であれば増量する。4~6週間経っても効果が乏しい場合は他のSGAsに変更する。オランザピン、クエチアピンも使用頻度が高いが糖尿病が禁忌である。服薬しやすい処方としてリスペリドン内用液がある。与薬の行いやすさと錠剤よりも最高血中濃度への到達時間が短く速やかな効果発現が期待される(ハロペリドール静注・筋注の使用頻度は減っている)。

表2 主な第2世代抗精神病薬(非定型抗精神病薬)

一般名	主な商品名	開始用量(mg)	用量範囲(mg)	分類	備考
リスペリドン	リスパダール	1~2	2~12	SDA	高プロラクチン血症
オランザピン	ジブレキサ	5~10	10~20	MARTA	糖尿病禁忌
クエチアピン	セロクエル	25~150	300~750	MARTA	糖尿病禁忌
ペロスピロン	ルーラン	4~12	12~48	SDA	
アリピプラゾール	エビリファイ	6~12	6~30	DPA	鎮静作用は弱い
ブロナンセリン	ロナセン	4~8	8~24	SDA	
パリペリドン	インヴェガ	6	6~12	SDA	リスペリドンの主活性代謝物
アセナピン	シクレスト	5	5~20	MARTA	舌下錠
ブレクスピプラゾール	レキササルティ	1	1~2	DPA	
ルラシドン	ラツーダ	40	40~80	SDA	

主なSGAsおよび副作用を以下に示す(表2)。

(1) セロトニン・ドパミン遮断薬(SDA)

リスペリドン, パリペリドン, プロナンセリン

(2) 多元受容体作用抗精神病薬(MARTA)

オランザピン, クエチアピン, アセナピン

(3) ドパミン受容体部分作動薬(DPA)

アリピプラゾール, ブレクスピプラゾール

(4) 注意すべき抗精神病薬の副作用(抗コリン作用, 抗ヒスタミン作用など)

錐体外路症状(パーキンソニズム, アカシジア: 静坐不能, 急性ジストニア), 悪性症候群, 自律神経症状, 心電図異常, 体重増加, 乳汁分泌, 月経異常, 麻痺性イレウス, 水中毒

急性期の心理社会的治療では, 極度の不安緊張状況に圧倒され混乱している本人と良好な対人関係を結び, 安心感を与え安全な療養環境を整える。余裕がなく神経過敏な状態であり, 休息と治療が必要でありそのために薬が役に立つことを丁寧に分かりやすく伝える。本人抜きで家族と相談することは避けたほうがよく(Nothing about us without us), 同席を勧めるか本人の承諾を確認しておくことがその後の治療関係を良好にする。

2. 回復期・安定期の対応

精神科が近くないと, 総合医が回復期・安定期のフォローをせざるを得ない場合が多いと推察する。現状維持と言うと語弊があり非難の誹りを受けるかもしれないが, 再発防止を第一に考えて対応されてよいと思う。抗精神病薬は維持療法に必要な薬剤であり, 精神科専門の処方DO(ditto)処方でも継続し, 年単位で考えたほうがよい。しかし慧眼な総合医はその気になれば, たちどころに抗精神病薬のさまざまな副作用の問題に気づかれ, こんなに沢山の薬を飲んでいればあらゆる副作用が出るはずと嘆息されるのは当然だが, 精神科医がそれまで苦労を重ね苦心した処方の結果と読み取り, それなりの歴史を汲み取っていただくとありがたい。当然, 単剤化や最小有効用量への漸減は精神科医が行わなければならない責務である。副作用のリスクを懸念し減量を検討するのであれば,

まずは主剤を決め症状の変化を見ながらそれ以外の薬を一種類ずつ, 月単位で一錠ずつ漸減する慎重さが肝心である。服薬回数を減らし夕食後と就寝前にまとめるとアドヒアランスも保たれやすい。

安定期の心理社会的治療はリハビリテーションと捉える。統合失調症の患者は環境の変化に弱く, 非社会的となりやすく, 社会的支援を享受するのが困難という障害特性を持っている。ケースマネジメントは医師が単独で行うものではなく, チームアプローチを行う。社会生活機能の向上や地域生活のサポートのため社会資源を有効利用し多職種・多機関で支援する。地域の保健福祉機関, 特に保健師が一番頼りになる。

具体的な急性期の対応 (リエゾン精神医学でもよく見る精神症状と統合失調症)^{10), 11)}

救急の現場では外因性疾患の除外, もともとどういう人だったのか, 継時的に生育歴から現病歴につなげて考えることが役に立つ。

1. 何か見える, 誰もいないのに声が聞こえる, 誰かに殺されるとおびえる

広義の意識障害を背景とする幻覚妄想状態(意識変容状態と把握するとよい)としてせん妄, 意識障害がなければ認知症を含めた脳器質性疾患・身体疾患による症状精神病を第一に考える。幻覚であれば器質性の疾患では幻視が多い(アルコールの離脱による小動物幻視, レビー小体型認知症の幻視など)。中年期以降であれば統合失調症は考えにくく妄想性障害を考慮する。長期にわたり持続する妄想が主症状である。妄想の内容は奇異さや了解不能性が目立たず, 幻聴は顕著でなく, 社会機能は著しく障害されない点が統合失調症と異なる。統合失調症であれば, 体験症状に左右された言動が他者への暴力や自殺企図のリスクになることに注意する。外因性の場合あくまで原疾患の治療が優先だが, 幻覚妄想状態の早急な改善が必要であれば,

適応外使用ではあるが少量のリスペリドンを第一選択に考えてよい。ただし、レビー小体型認知症は抗精神病薬に対する重篤な過敏性があるので使用しない。

2. 大声で、まとまらない、わけの分からないことを言う

ニュースで意味不明の言動と報じられることが多い症状であり、不穏や興奮を伴いやすい。外因性の疾患を除外した後に、統合失調症の興奮状態か双極性障害の躁状態を考える。躁状態では気分が高揚し、活動性が高まっている(浪費、電話が多くなるなど)。制止しようとするとう易怒的、攻撃的になる。まとまりが悪いと言っても、話題が次々と変わる観念奔逸という思考障害である。誇大的であっても気分の高揚と調和しており、内容は価値・権力とつながりやすい(発明して一攫千金、選挙に出るなど)。統合失調症の場合、思考の連続性が保たれず滅裂になりやすい。誇大的といっても奇妙であり荒唐無稽なことが多い。自閉症スペクトラム障害(ASD: Autism Spectrum Disorder)でも興奮が認められるが、幼少期からの行動傾向や発語の発現時期、性格傾向(発達歴・発育歴)が分かるとう診断がつきやすい。ASDの精神病症状は、対人状況での顕著な混乱などの状況因が先行することが多く、これらの問題が解決すれば症状は急速に消失することが多い。統合失調症の興奮状態か双極性障害の躁状態ではリスペリドンを第一選択に考えてよい。

3. ほとんど動かず、一言もしゃべらない

意識が保たれているのに、外界の刺激に全く反応せず、精神活動が静止してしまっているかのように見える状態を昏迷状態という。意識障害(外因性)がないと分かれば統合失調症とう気分障害(うつ病、双極性障害のうつ状態)を考える(内因性)。解離性障害(心因性)はその後に検討する。統合失調症では硬さ、冷たさ・拒絶感を、抑うつ状態では、不安・焦燥感・言葉にできないつらさを感じる人が多い。原因疾患にかかわらず緊張病症候群(カタトニア)と捉え、抗不

安薬のロラゼパムによって著効することがある。

4. 居ても立ってもいられない、じっとしていられない、落ち着いていられない

精神症状である不安や焦燥感との鑑別が困難なことが多いが、統合失調症で抗精神病薬を服用しているのが分かれば、副作用のアカシジアを考える。原因薬剤の減量・中止が有効であるが、それが困難だったり即効性を求める状況では、ビペリデン(アキネトン[®])筋注が診断的治療目的として用いられる。

高齢者の精神病状態(老年期精神病)と統合失調症

地域では高齢者が多く、施設入所者への対応も求められる。高齢者の精神病性障害ではまず認知症を考える。非器質性の幻覚妄想状態であるならば妄想性障害や妄想性うつ病を考えたほうがよい。遅発性統合失調症や未治療の統合失調症はまれである。在宅や精神科病院に入院していた統合失調症の患者が施設に入所した場合は環境変化による症状悪化を防ぐためにも、それまでの精神科の処方薬を継続して経過を見てよいと思う。

おわりに

患者＝統合失調症と捉えがちだが、高血圧や糖尿病と同じように統合失調症という病気を持った人と考えた方が、患者との健康的な部分での相互交流が広がり理解や配慮が深まると思う。しかし、へき地の診療所に赴任したばかりの医師が、いきなり統合失調症の患者の診療や相談に関わらざるを得ない場合、わけの分からない不全感や理不尽さから陰性感情に苛まれることがあると懸念する。病識の乏しさや疎通のとりにくさは負荷がかかるし、感情表出の高い家族や地域の偏見・差別、法律(精神保健福祉法など)や司法との関連により、どこまでが医療なのか困惑することもあると思う。総合医の責務にも限界があり、即時全面解決はとうてい

困難である。問題を保留し、その間に対処方法の選択肢を増やし持ち堪えるのが得策である。孤独は視野が狭まり判断力が鈍るため、同僚との他愛もない会話や相談、多職種との情報の共有が有意義だ。患者に対応している最中の自分を常に観察(俯瞰)するメタ認知的な役割の「関与しながらの観察(サリバン)」も有用な視点である。

統合失調症がいつごろから存在したのか不詳であるが、医学疾患として概念化されたのは19世紀後半と考えられており、社会文化的な時代背景の影響を物語っている。今回は触れなかったが、現代でも疾病性と事例性、地域差(匿名性の高い都会と親密度が高い田舎での各メリット・デメリット)など多くの社会環境要因が発症後の精神症状や経過にも影響を与えている可能性がある。地域精神科医療の醍醐味とも言える。慢性の精神科医がmindlessにならないように自戒しながらもbrainlessに陥らない自己研鑽のためにこの執筆依頼を引き受けた。週末の科学者のように時間の余裕がある時に、他者理解という難問の延長として統合失調症の世界^{12),13)}を思い浮かべていただければ筆者冥利に尽きる。

なお本稿に関連して開示すべき利益相反はない。

追記:新型コロナウイルス感染症がもたらす心理社会的影響は、統合失調症に関しても、罹患感受性への影響や疾患を増悪させる要因となることが想定される。例えば、外出自粛等による

家族内ストレスの高まりや感染の不安による受診・服薬の中断等が病状悪化につながる可能性がある¹⁴⁾。

参考文献

- 1) Salomon JA, et al: Common values in assessing health outcomes from disease and injury: disability weights measurement study for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380 (9859): 2129-2143.
- 2) World Health Organization: The Global Burden of disease 2004 Update. 2004.
- 3) 浜田芳人, 太田保之, 中根允文: 長崎県の対馬島における統合失調症の疫学研究. *精神神経誌* 2006;108:117-131.
- 4) McGrath J, Saha S, Chant D, et al: Schizophrenia; a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 67-76.
- 5) 須賀英道: 統合失調症の減少と軽症化はあるのか. *精神医学* 2017;59(11):1019-1027.
- 6) 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 他編: 統合失調症. 医学書院, 東京, 2013.
- 7) World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. (融道男, 中根允文, 小宮山実 監訳: ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン 新訂版. 医学書院, 2005.)
- 8) 尾崎紀夫: 「診断」という「線」を引くこと: *精神医学* 2018;60(1): 7-8.
- 9) 久住一郎: 統合失調症の薬物治療. 笠井清登 編集: 講座 精神疾患の臨床. 監修 松下正明 統合失調症. 中山書店, 東京, 2020, p119-129.
- 10) 日本臨床救急医学会: 救急医療における精神症状評価と初期診療 PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care). へるす出版, 2012.
- 11) 長嶺敬彦: 抗精神病薬の「身体副作用」がわかる. 医学書院, 2006.
- 12) 宮本忠雄: 精神分裂病の世界(新装版). 紀伊国屋書店, 1977.
- 13) 加藤敏: 分裂病の構造力動論 - 統合的治療にむけて. 金剛出版, 1999.
- 14) 日本精神神経学会, 日本児童青年精神医学会, 日本災害医学会, 他: 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行におけるメンタルヘルス対策指針 第1版. 2020年6月25日.

精神疾患と器質疾患の鑑別

千葉中央メディカルセンター 内科 医長 鈴木慎吾
千葉大学医学部附属病院 総合診療科 教授 生坂政臣

POINT

- ① 精神疾患と器質疾患は併存することが多い。精神疾患を単独で診断するには、器質疾患を示唆する臨床所見がなく、かつ具体的な精神疾患に合致することを示す
- ② 器質疾患の特徴は、急性発症、進行性、発作性、増悪寛解因子が明確、訴えに矛盾がない、の5つである
- ③ 原因不明の痛みを訴えるものの、うつ病や不安障害などの精神疾患が否定的な場合、A-MUPSスコア(表3)に2項目以上合致すれば、身体症状症の可能性が高い

特集

はじめに

器質疾患見逃しへの不安は、臨床医が抱える永遠の重荷である。本稿では精神疾患と器質疾患の鑑別法を考察するが、まずは前提となる2つの事実を確認する。

第一に、ある症状の原因は精神疾患か器質疾患に明確に分けられるとは限らない。例えば、うつ病患者は疼痛閾値が低下し緊張型頭痛の症状を強く感じるように、精神疾患と器質疾患はよく併存する。よって、それぞれの要因がどの程度の割合で症状に関与しているかを判断し、治療の優先順位を決定することが目標である。

第二に、器質疾患をどれだけ除外しても精神疾患と断定することはできない。精神疾患の「確定」のためには具体的な精神疾患に合致するこ

とを確認する必要がある。例えば、曖昧な症状でうつ病を想起したら2質問法(気分の落ち込み、楽しみ・興味の消失)でスクリーニングし、陽性であれば詳細に検証する。ただし、うつ病に合致したとしても、その背景に甲状腺機能低下症などの器質疾患が隠れている可能性はある。よって、精神疾患の診断において器質疾患の評価は十分条件ではないが、必要条件である。このように、精神疾患と器質疾患は同時並行で考える必要がある。

症例検討

ここからは器質疾患のうち「血液・尿検査でスクリーニングできる疾患」と「頭部の画像検査で特定できる疾患」を確認し、続いて「器質疾患

を疑う臨床的特徴」と「精神疾患の積極的診断」について、症例をもとに考察していく。まず、それぞれの症例が精神疾患なのか器質疾患なのかを考えてほしい。

症例1 86歳女性

主訴:食欲がない。

骨粗鬆症で訪問診療を受けており、2週間前から食思不振、気分の落ち込みを認めたため紹介受診。腹痛や排便変化はない。血液検査では、白血球 $6,900/\mu\text{L}$ 、Hb 11.2g/dL 、血小板 $24\text{万}/\mu\text{L}$ 、総蛋白 6.0g/dL 、アルブミン 2.4g/dL 、CRP 0.1mg/dL 、Na 134mEq/L 、K 4.2mEq/L 、Cl 96mEq/L 、Ca 10.3mg/dL 、P 3.9mg/dL 、BUN 28mg/dL 、Cr 1.2mg/dL 。

症例2 65歳男性

主訴:様子がおかしい(付き添いの者が記載)。

数日前から様子がおかしくなり、職場の同僚や家族から病院受診を勧められて来院した。名前や日付は言えるが現在の場所を答えられず、妻の名前も思い出せない。白血球 $8,100/\mu\text{L}$ 、CRP 0.1mg/dL 。他の一般血液・尿検査にも異常はない。

症例3 15歳女性

主訴:動悸、激しい頭痛、足がしびれ重い、めまい、ふらつき、背中痛み、吐き気、顔面蒼白。

1.5ヵ月前から主訴の症状を繰り返している。酷い頭痛や胸背部の締めつけ感で過呼吸になり四肢がしびれたが、30分程度で症状は消失した。頭部MRIに異常はなく、片頭痛治療薬でも改善しなかった。発作がなければ学校生活に支障はない。

症例4 70歳男性

主訴:右の耳からのど、肩の下に痛み。

1年3ヵ月前に下咽頭癌で化学療法と放射線療法を受けた。3ヵ月前から食物や水分を嚥下するときに主訴の症状が生じるようになり、やや悪化傾向のため受診した。咽頭ファイバーや

CTは定期的に行っているが異常所見なし。上部消化管内視鏡では逆流性食道炎を認めた。

症例5 69歳女性

主訴:体がつる、左の腕や手先がおかしい。

半年くらい前から体がつりやすくなった。3ヵ月前から、腕を回すときに左腕の動きが悪いような感じがする。左指先の力が入りづらく、ペットボトルの蓋を開けにくくなった。身体診察で四肢筋力は保たれ、神経学的所見に異常なし。一般血液・尿検査、頭部MRIにも異常所見を認めない。

症例6 18歳女性

主訴:背中痛み。

数年前から背中が痛くなる。鎮痛薬は試したことがない。特記既往歴はない。針で刺されたような痛みで、体が温まると出現する。痛みがない時間の方が多い。ストレスはない。痛みが出ると集中力は落ちるが、授業は休まずに出ている。特に心配な病気はなく、何が原因だろうと考えることはある。

症例7 43歳男性

主訴:背中痛み。

2年くらい前から背中が痛い。鎮痛薬は効かない。特記既往歴はない。痛みに変動はあるが、体動や食事などで変化しない。痛みがない時間はない。ストレスはこの症状。デスクワークの仕事に支障があり、早退することが多い。休日には息子の野球に付き添って一緒に運動している。どこで精査や治療を受けても原因不明とされ痛みが悪化しており、誰もつらさを理解してくれないから苛立つ。体に異常があるはずなので、早く原因を見つけてほしいと思う。

血液・尿検査でスクリーニングできる疾患

精神疾患を疑ったときに確認しておきたい検査項目を表1に示す。注意点として、血清Ca値は低アルブミン血症のときに〔実測値+ (4.0-血

表1 精神疾患を疑ったときに確認したい血液・尿検査項目

検査項目	異常を示す疾患・病態の例
血算, 白血球分画	白血病, 貧血, アレルギー性疾患
総蛋白, アルブミン	多発性骨髄腫, シェーグレン症候群
AST, ALT, γ -GTP, ALP	肝炎, 肝硬変, 原発性胆汁性胆管炎, 骨軟化症
LDH	悪性腫瘍, 血球・組織破壊
CK	筋炎, 横紋筋融解症
BUN, Cr	腎疾患, 消化管出血, 脱水症
Na, K, Cl, Ca, 血糖(※1)	高または低Na・K・Ca血症, アシドーシス・アルカローシス, 低血糖, 糖尿病
CRP	炎症性疾患
TSH(※2)	甲状腺機能亢進症・低下症
尿一般・沈渣	糸球体腎炎, 尿路悪性腫瘍

※1: Mg製剤内服者では高Mg血症を, アルコール多飲など低栄養患者や低K血症, 低Ca血症では低Mg血症を疑いMg値も確認する

※2: 甲状腺機能異常症を強く疑う場合, あるいはTSHに異常があればFT3とFT4も確認する

清アルブミン値)]で補正する必要がある。症例1は症状に関係しない程度の低Na血症と高Ca血症に見えるが, アルブミン補正をすれば明らかに高Ca血症(11.9mg/dL)である。腎機能障害と骨粗鬆症の患者に精神症状を認めた場合は, 薬剤性高Ca血症は念頭に置くべき疾患のひとつであろう。

所見を認めないように¹⁾, 疾患によっては画像検査が陰性であっても器質疾患を除外することはできない。特に急性の意識障害では, てんかん(例:非けいれん性てんかん重積)や一過性全健忘, アルコール離脱症状など広い鑑別を要するため, 「血液検査と画像検査で異常がないから精神疾患」という考え方は危険である。

頭部の画像検査で特定できる疾患

精神疾患は脳の機能異常といえる。脳の構造異常(例:脳腫瘍, 脳血管障害, 変性疾患)や炎症(例:脳炎, 多発性硬化症など)は機能に影響を及ぼすため, 精神疾患を疑ったときには頭部の画像検査を検討する。症例2は急性発症の精神神経症状から脳炎・髄膜炎や脳症を疑った。頭部MRIのT2, FLAIR, 拡散強調像で左脳の側頭葉内側, 海馬, 島に高信号を認め, 髄液検査ではリンパ球優位の細胞数上昇と蛋白増加がみられた。ヘルペス脳炎と考えアシクロビルを投与し, 後に髄液中の水痘・帯状疱疹ウイルスIgM抗体上昇を確認できた。中枢神経系の感染症は炎症反応陰性例も少なくないため, 精神疾患と誤診されやすい。

注意点として, 例えば全身性エリテマトーデスに伴う神経精神症状の42%は頭部MRIで異常

器質疾患を疑う臨床的特徴

多様な愁訴に対して稀な疾患を含めた全ての原因を考え尽くすことは現実的ではない。そこで, 内科外来で考慮すべき精神疾患には限りがあることを利用して, 「器質疾患を疑う臨床的特徴」がなく, かつ「具体的な精神疾患の診断」に合致したとき, 精神疾患の診断を下すようにする。言い換えれば, 「診断困難症例」-「精神疾患の診断を下せない」=「稀な疾患を含めた器質疾患」という引き算の考え方をする。

器質疾患を疑うポイントは, 発症様式と経過(「急性発症」, 「進行性」, 「発作性」), 誘因(「増悪寛解因子が明確」), 一貫性(「訴えに矛盾がない」)である。

急性発症の場合, 精神疾患を疑う症状であっても症例2のように器質疾患が存在する可能性が高い。同様に, 進行性の経過で一般検査に異

表2 発作性の症状を来す疾患

VAPES	疾患・病態の例
Vascular (血管性)	狭心症, 不整脈, 腸管アンギーナ, 上腸間膜動脈症候群, 腹腔動脈起始部圧迫症候群 鎖骨下動脈盗血症候群, 一過性脳虚血発作, 顎跛行・間欠性跛行
Allergy/Autoimmune(※1) (アレルギー・自己免疫)	気管支喘息, 蕁麻疹・血管性浮腫, 花粉-食物アレルギー症候群, 痛風, 偽痛風 周期性発熱症候群(家族性地中海熱など), 多発性硬化症
Psychogenic (心因疾患)	パニック症/パニック障害, 解離症群/解離性障害群, 変換症/転換性障害(機能的神経症状)
Endocrine/Electrolytes(※2) (内分泌/電解質)	褐色細胞腫, 低血糖, 周期性四肢麻痺, Fabry病, MELAS, CADASIL, ポルフィリン症
Seizure/Sleep(※3) (てんかん発作/睡眠)	てんかん, 片頭痛(片麻痺性片頭痛など), カタプレキシー, 周期性失調症 発作性運動誘発性ジスキネジア, 一過性全健忘, レム睡眠行動異常, 睡眠時遊行症

略語 MELAS:mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis, and stroke-like episodes,

CADASIL:cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy

※1:Autoinflammatory(自己炎症性疾患)も含めている

※2:代謝疾患も含めている

※3:てんかん発作に類似する病態も含めている

常がなければ、頭蓋内疾患(例:慢性硬膜下血腫, 脳腫瘍)や感染症(例:結核), 変性疾患(例:パーキンソンズム), 自己免疫疾患(例:全身性エリテマトーデス), 悪性腫瘍(例:傍腫瘍症候群)などが鑑別である。発作性ならVAPESの病態を検討する(表2)。発作性の精神疾患として、パニック障害は13項目のいずれかの症状(動悸, 発汗, 震え, 呼吸苦, 窒息感, 胸部症状, 悪心・腹部症状, めまい感, 寒気・熱感, 異常感覚, 現実喪失感, 抑制力を失う恐怖, 死の恐怖)で考慮するため, 症例3は合致するように思える。しかし, 非発作時は日常生活に支障がないことより, 本疾患に特徴的な予期不安や回避行動がみられない。さらに, 頭痛はパニック障害に典型的な症状ではないため, 発作性の頭痛を来す疾患として褐色細胞腫を疑った。24時間蓄尿メタネフリン・ノルメタネフリンが高値で, 左副腎には3cm大の腫瘍が確認され, さらなる精査で多発性内分泌腫瘍症(MEN)2型の診断となった。頭痛に限らず重度の症状では過呼吸を起こすことがあるため, 精神的・環境的誘因のない過換気症候群では基礎疾患の検索が必要である。また, 器質疾患でも精神疾患を考えたくなる随伴症状を訴えることは多いため, 一元的に説明できなければ中核症状に絞って考えるよ

うにする。

増悪寛解因子が明確な場合, 訴えに矛盾がない場合にも器質疾患を疑う。症例4は嚥下時にだけ痛むという明確で再現性のある誘因があった。よって, 咽喉頭と甲状腺などの嚥下時に動く臓器に異常所見がなく, 逆流性食道炎へのプロトンポンプ阻害薬投与でも症状不変であったが, 何らかの器質疾患が示唆された。さらに, その後症状が増悪傾向であったため初診の4ヵ月後に咽喉ファイバーを再検すると右下咽頭に隆起性病変を認め, 生検で下咽頭癌の再発を確認できた。このように増悪寛解因子と一貫性は重視すべき情報だが, 曖昧な症状でも検討すべき病態がある。症例5のような変性疾患の初期は評価が難しく, 筋・神経疾患を疑い経時的に所見を確認すると, 軽度の構音障害と左の第5指徴候が出現し, 大脳基底核変性症の診断に至った。代謝・内分泌疾患も症例1のように曖昧な症状を訴えるため精神疾患と誤診しやすく, 倦怠感や食思不振, 筋・関節痛などの非特異的な症状を呈する副腎不全はその代表である。ホルモン値の日内変動が大きいため早朝空腹時に採血し, コルチゾールが $5\mu\text{g/dL}$ 以下であれば強く疑い, $18\mu\text{g/dL}$ 以上であれば否定的と判断する。しかし, 実際に検査をすると中間

の値をとる症例が多く、その場合にはrapid ACTH負荷試験を要する。なお、末梢血好酸球増多や低Na血症、高K血症は本症を疑うきっかけになるが、除外根拠にはならない。また、原発性副腎不全では皮膚・粘膜の色素沈着やACTH上昇を認めることが多い一方、二次性副腎不全では特異的な所見がなく、ACTHも健常者と同等の値を示す²⁾。

精神疾患の積極的診断

内科外来で精神疾患を疑うのは、主に医学的説明が困難な身体症状(medically unexplained physical symptom: MUPS)を訴える場合である。器質疾患との併存が多いことを考慮すれば、治療経過が非典型的な症例でも検討してよいだろう。うつ病や不安障害、統合失調症については他稿で取り上げられているため割愛し、これらと同等の頻度とされる身体症状症[精神疾患の診断・統計マニュアル(DSM)-IVにおける身体表現性障害に相当]について述べる。

身体症状症はDSM-5で新たに採用された診断名であり、「何らかの症状に困っている状態が続き、その症状や自身の健康を過剰に心配し、医療機関受診を繰り返すなど過度の時間と労力を費やす疾患」である³⁾。診断基準(表3)を見て分かる通り、「過度な」思考・感情・行動を根拠とするため医師の主観と経験に左右され、診断の難しさや再現性の問題から臨床像は確立していない。

そこで我々は、身体症状症でよく訴えられる「痛み」において、器質疾患と比較した身体症状

表3 身体症状症の診断基準

A.	1つまたはそれ以上の、苦痛を伴う、または日常生活に意味のある混乱を引き起こす身体症状
B.	身体症状、またはそれに伴う健康への懸念に関連した過度な思考、感情、または行動で、以下のうち少なくとも1つによって顕在化する。 (1) 自分の症状の深刻さについての不釣り合いかつ持続する思考 (2) 健康または症状についての持続する強い不安 (3) これらの症状または健康への懸念に費やされる過度の時間と労力
C.	身体症状はどれひとつとして持続的に存在していないかもしれないが、症状のある状態は持続している(典型的には6ヵ月以上)。

[文献4)から引用]

症の臨床的特徴を後方視的に調査した⁵⁾。持続期間が1ヵ月以上の患者を対象とした結果、5項目の臨床所見が抽出され(A-MUPSスコア)(表4)、2項目以上に合致すれば感度92%、特異度85%で身体症状症を特定できた。ストレス因子について補足すると、身体症状症では自己の感情を認識できないことがあるため(失感情症 Alexithymia)、自覚的訴えだけでなく、生活環境や家族の話も含めて客観的にも評価する。

以上をもとに、年単位の背部痛を主訴とする症例6と症例7を比較検討する。症例6はA-MUPSスコアに合致する項目はない(鎮痛薬は使用していないので、「鎮痛薬の効果なし」の1項目が陽性となる可能性はある)。さらに発作性の症状と、温度という再現性のある誘因からコリン性蕁麻疹を疑い、診察室で体を温めると点状の蕁麻疹を確認できた。一方、症例7のA-MUPSスコアは「鎮痛薬の効果なし」、「増悪寛解因子が不明確」、「症状の間欠期がない」の3項目に合致し、身体症状症を疑う。「ストレス因子あり」は発症や症状増悪に先立つものを陽性とするため、

表4 A-MUPS^{*2)}スコア

英語表記	日本語表記	補足
Analgesics ineffective	鎮痛薬(※1)の効果なし	内服しても全く改善しない場合に陽性
Mental disorder history	精神疾患の既往あり	症状出現後の発症は含めない
Unclear provocative/palliative factors	増悪寛解因子が不明確	病歴と身体診察で評価
Persistence without cessation	症状の間欠期がない	痛みのない時間帯が全くない場合に陽性
Stress feelings/episodes	ストレス因子あり	発症や増悪前に認められた、主観的・客観的ストレス

※1:鎮痛薬はアセトアミノフェンと非ステロイド性抗炎症薬が評価対象

※2:a medically unexplained physical symptomと掛けた頭字語である。

主訴自体へのストレスは陰性と判断する。身体症状症の診断基準で検証すると、日常生活(仕事)に支障のある症状が長期間持続し(AとCを満たす)、自己の症状が体の病気と強く信じ深刻に受け止め[B(1)を満たす]、ドクターショッピングで過度な時間と労力を費やしているため[B(3)を満たす]、合致すると判断できる。本症例は「症状の進行性」から器質疾患を考えたいとなるが、これは身体症状症でもよく訴えられる所見であることに留意する⁵⁾。なお、身体症状症の診断は器質疾患の有無によらず確定できるが、本症例は息子と運動ができるのに仕事を頻回に早退しているのは「訴えに矛盾がない」に反しており、必要最低限の精査がされていれば器質疾患を積極的に疑う要素はない。

おわりに

今回、提示した症例に限らず、全ての愁訴は、

心と身体の両者が互いに影響を与えながら形成される。欠落する領域のない診療が総合診療医の目指すべき姿だとすれば、心を診るトレーニングなしでは器質疾患に偏った診療に陥り、結局、臓器別診療と同じ隘路に嵌まってしまうことを肝に銘じなければならない。

参考文献

- 1) Luyendijk J, Steens SCA, Ouwendijk WJN, et al: Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus: lessons learned from magnetic resonance imaging. *Arthritis Rheum* 2011; 63(3): 722-732.
- 2) Oelkers W, Diederich S, Bähr V: Diagnosis and therapy surveillance in Addison's disease: rapid adrenocorticotropin (ACTH) test and measurement of plasma ACTH, renin activity, and aldosterone. *J Clin Endocrinol Metab* 1992; 75(1): 259-264.
- 3) 鈴木慎吾, 上原孝紀, 生坂政臣: 診断のための医療面接. *日内会誌* 2017; 106: 2568-2573.
- 4) 高橋三郎, 大野裕 監訳: DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京, 医学書院, 2014.
- 5) Suzuki S, Ohira Y, Noda K, et al: A-MUPS score to differentiate patients with somatic symptom disorder from those with medical disease for complaints of non-acute pain. *J Pain Res* 2017; 10: 1411-1423.

医師・医療者のメンタルヘルス

北里大学医学部公衆衛生学 教授 堤 明純

POINT

- ① 医師・医療者のメンタルヘルスのセルフケアの第一歩として、医師、医療者は、自身も精神障害に罹患しうること、しかも、そのリスクは決して低くないという認識を持つ
- ② 医師・医療者のメンタルヘルス不調は医療事故と関連性があり、自身の健康問題のみならず、医療の受益者である患者のアウトカムにも影響する。良好なコンディションで診療することを、プロフェッショナリズムの一環と捉える
- ③ 医療者のメンタルヘルスを悪化させる環境要因と医療者自身の特性(完璧主義)を知っておく
- ④ 自身のストレス反応をモニターし、必要に応じて休養をとり、休日には、身体活動や趣味、家族との団らんを楽しむ
- ⑤ 上記の注意点にかかわらず、自己管理のみで対処することは困難なので、日ごろから、家族や信頼できる仲間、いつでも援助を乞える関係性を構築しておく

特集

はじめに

本稿では、医師および医療者のメンタルヘルスに関するセルフケアについて述べる。医師・医療者は、種々のストレス要因に曝されながら診療を行っている。ストレス要因を認識しその低減を図ること、自らのストレス反応をモニターし早期に対処することについてのヒントを述べたい。限られたリソースと多忙な診療業務の中で、必ずしも全てのタスクをこなすことは

できないことを認識しておくことは大切である。周囲との間で、日頃からヘルプを求めやすい環境を作っておくことが求められる。

医師・医療者におけるメンタルヘルスの問題とその影響

あたりまえだが、医師も人間なので、罹病する。少し古いデータではあるが、医師におけるうつ病の生涯罹患率は、男性、女性ともに一般

の上限、自殺率は男女とも一般人口より高いことが示されていた¹⁾⁻³⁾。わが国では、2016年に勤務医1万人を対象として日本医師会が実施した調査(有効回答率は31.7%)で、勤務医の6.5%に中等度のうつ状態があり、3.6%が自殺もしくは死について、毎日もしくは毎週考えていることが報告されている⁴⁾。

医師以外の医療者の情報は十分ではないが、医師の自殺率は高いことが指摘されている⁵⁾。最近のメタアナリシスで、医師の自殺企図率は8.6%(95%信頼区間:5.6~13.0%)と推計されている⁶⁾。男性医師の自殺率低下傾向が示されているものの、女性医師の自殺率は依然高い^{5), 7)}。医師の自殺のリスクファクターは、一般人口とは異なり家族問題のリスクは低く、仕事上の問題や健康問題によるリスクが高い⁸⁾。

さて、これらの数字は、2019年までに出版されたデータに基づくものである。新型コロナウイルス感染症のパンデミック下で状況は大きく変わっており、医師および医療者の精神的ストレスについて、多くの研究が矢継ぎ早にまとめられている。医療者を対象とした117研究のメタアナリシスでは、高レベルの不安、バーンアウト、抑うつの有病率は、それぞれ、30%、28%、24%と推定されている⁹⁾。ストレスフルな就業環境の中で、医師、医療者のメンタルヘルス増悪がみられていることが分かる。

医師の健康障害は、自身の問題のみで帰結しない。その職務として、彼らが救おうとしている患者のアウトカムに影響する^{10), 11)}。感染症流行時の医療者のメンタルヘルスのリスクは、彼らの注意力や意思決定能力に影響し、医療過誤のリスクを高めることも指摘されている¹²⁾。医師・医療者自身が、良好な職務能力を有しつつ診療していくことが、患者のベネフィットにつながることを、認識しておく必要がある。

医師・医療者自身のストレス要因

表1に、医師および医療者のストレス要因を挙げた。大病院やへき地診療で程度の差はあれ、内容に大きな違いはない。文献レビューおよび

表1 医療職のストレス要因(カッコ内はレビュー文献中職種別にとりあげられたもの)

要求度 量的・質的負荷 時間的切迫 中断の多さ(看護職) マンパワー不足(看護職) 重責 長時間労働、拘束時間の長い勤務(医師) 不規則な勤務(急な予定変更とその程度;緊急手術、患者急変など) 身体的就業環境(看護職・一部医師) 患者の移動 人間工学的要素 役割のあいまいさ 看護業務と思えない仕事(クラーク業務など;看護職) 仕事のコントロール サポート・人間関係 看護師との関係(医師)・医師との関係(看護職) 上司サポート ハラスメント・いじめ(看護職) 低報酬(努力と報酬のインバランス) 新しいテクノロジー(電子カルテ)への対応(医師・看護職) 仕事と家庭のバランス(研修医・看護職) 夜間当直(医師)・深夜勤務・交替勤務(看護職)
組織・管理に関わるもの 職場風土・雰囲気 リーダーシップ・マネジメントの不備 不適切なフィードバック 業務への意見の反映 チームワーク・協力
比較的職業特異的と思われる因子 患者の死 訴訟のおそれ 患者の過度な期待 暴力のおそれ(看護職) 質の高い看護提供をできないこと(看護職) 自殺企図者など特定の患者のケア(看護職)
そのほか 不十分な能力/経験/スキル・トレーニング不足 自信のなさ・失敗の数(研修医・看護職) 勉強の機会(研修医・看護職) 将来の見通し(研修医) 緊急入院(研修医)

出典:堤 明純. 医療・福祉従事者のストレスと蓄積疲労対策. 厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)職業性ストレス簡易調査票および労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストの職種に応じた活用法に関する研究(研究代表者:下光輝一). 平成17-19年度分担研究報告書を追補.

医療者を対象としたヒアリング結果から、(しばしば人員不足等が影響する)過大な量的負荷、責任と努力に見合わない報酬・評価、低いコントロール、上司・組織によるサポートの不足、役割のあいまいさといったストレス要因が医療者にもあてはまることが確認されている。そのほか、マネジメントの不備など組織レベルの要因、人間工学的要因、同僚・上司との関係、医師との関係(看護師)のほか患者との関係の中で生じる感情的負担、家庭生活との葛藤、休暇不足や勤務体制の不備、暴力の危険性といったス

トレス要因の重要性も認められている^{11),13),14)}。

質的・量的な仕事の負荷をコントロールできない状況、頑張っているのに報われ感が得られない状況は、うつ病を含む精神疾患の発症、および自殺死亡を予測する頑健な知見がある^{15),16)}。対人サービスに関する職業性ストレス要因(感情労働)も、医療・福祉従事者の重要な健康指標との関連が認められている¹³⁾。好ましくないワークライフのバランスがレジデントのバーンアウトのリスクファクターとなるエビデンスがある¹⁷⁾。日本人勤務医の調査では、休日日数、睡眠時間、当直およびオンコールの回数、患者のクレームが、バーンアウトと関連していた⁴⁾。さらに、新型コロナウイルス感染症流行下では、過重労働、終わりのない患者対応、差別や偏見、病院(診療所)収入の落ち込みによる経済的打撃が加わっており、いずれもメンタルヘルスの増悪要因である¹⁸⁾。

環境要因とは異なるが、多くの医師が有する完璧主義は、不安やバーンアウト、自殺に陥りやすくなる、医師に比較的特有な脆弱因子として指摘されている¹⁹⁾。リソースの少ない中で診療を行っている場合、留意しておくべきポイントとして特記しておきたい。

メンタルヘルスの問題への気づき

繰り返すが、医師も罹病するリスクがあることをまず認識しておく必要がある。その上で、自身のストレス反応をモニターできることは、セルフケアに有用である。幸い、医師・医療者は、ヘルスリテラシーが高いので、冷静に自覚症状を把握することができる。自身に起こりやすいストレス反応を認識しておき、日頃から、自身にストレスがかかっている時の状態を観察し、セルフケアに移せるようにしておくことよ。例えば、早期覚醒や、飲酒量や食行動の変化(ファストフードなど機能としての食事が多くなる)などは、よいメルクマールになるかもしれない。また、家族や身近な人間に当たるなど、本来の自分とは違う調子に気が付けるようにする。

医師は、自身のメンタルヘルスの問題を否認

する傾向があり、支援希求行動を遅らせる可能性があることに注意しなければならない¹⁹⁾。ストレス反応の自覚の段階から、意識的に休養をとる(仕事から離れる、ペースを落とす)等、ストレス要因の把握と対処ができることが望ましい。

ストレスコーピング

普段、患者に指導している通りの行動を心がける。好ましい保健行動はストレス耐性を高めるエビデンスがある。例えば、メンタルヘルスに好影響を及ぼすフルーツおよび野菜類の摂取や身体活動²⁰⁾⁻²²⁾を励行する。自己の体調を整えることをプロとしての心構えと自覚し、良質の睡眠をとるように心掛け、疲労が強い時は十分に休息をとる。

身体活動は、抑うつおよび不安に対して、治療のみならず、予防についても有効であるとする一定のエビデンスがある。一般住民では、身体活動水準が高い群で、うつ病発症リスクは17%減弱し²¹⁾、週に150分未満のウォーキングでも抑うつの予防効果があると評価されている²³⁾。労働者を対象とした研究でも、抑うつおよび不安の減少に一定のエビデンスがあり、メタレビューでは、主要な精神障害(うつ病・不安障害)の一次予防に対する対策として、身体活動促進はもっともエビデンスがある職場介入のひとつとされる²⁴⁾。

自身の経験で、過去に有用であったストレス対処法は、状況が変わっても有用なことが多い。物理的に職場から離れるだけでなく、心理的にも、完全に仕事から離れる時間を持つことが、仕事のストレスや疲労の回復に望ましいことが示されていて、感情労働を伴う医療者には、よい適用があると思われる²⁵⁾。具体的には、(身体活動や趣味等で)頭を空っぽにする、といったコーピング方策になる。仕事から切り離される状況の設定としては、オンコールからの解放、シフト制の厳格化等の配慮も望まれる。近年、マインドフルネスに基づく介入が医師および医療者のバーンアウト軽減に有効とする知見が出

てきている^{26), 27)}.

医師自身が支援を 求めるときの(適切な)方法

表2に、就業制限や専門医相談の必要性を警告する自・他覚症状を示した。医師のバーンアウトのリスクは高く、その帰結がもたらすインパクトも大きい²⁸⁾。うつ状態や睡眠の障害、自殺念慮の発現などは留意して把握するように努める。何より、自分の仕事に支障が出ているのであれば、専門家への相談のタイミングと考えてよい。自身で認識できない状態にあるかもしれないので、日常的に、周囲と状態のシェアができるようにしておけるとよい。

ワークライフバランスの回復は、うつ病やバーンアウトの予防に重要である¹⁷⁾。助けを求めるといふ行動は、その時になっても、急にできるものではない。日常生活の中で、毎晩パートナーと話し合うことを習慣にする、仲間に援助を求める練習をするといったことが勧められている¹⁹⁾。

孤立は、メンタルヘルス不調の重要なリスクファクターで、ウィズ・コロナ、ポスト・コロナ時代の重要なキーワードになると思われる²⁹⁾。孤立しない、孤立させないことは、大切な予防方策である。近年、医師の働き方改革の文脈でタスクシェアが進みつつあるが、メンタルヘルスの観点からも、可能な場合は、グループ診療は有用な診療スタイルと思われる。内科と外科といった異なる診療科間で仕事を共有している事例も見られる。

おわりに

本稿は、おもに、通常のメンタルヘルス対策のセルフケアの文脈で記述してきた。今般の新型コロナウイルス感染症のパンデミックは、医療者のメンタルヘルスの課題を異次元のレベルに押し上げている。WHOが加盟している国連の機関間常設委員会(Inter-Agency Standing Committee)は、医療者に対して、今般の新型コ

表2 就業制限や専門医相談の必要性を警告する自・他覚症状

めまい、ふらつき、嘔気、冷感、微熱などの自律神経症状や倦怠感が強い
慢性疲労感など自覚症状が強く、労働意欲の喪失傾向(バーンアウト)がある
うつ状態や不安、睡眠障害が強く、日常業務の遂行に支障をきたしている
自殺念慮がある

ロナウイルス感染症パンデミック下、ストレスを感じることは当たり前のことであるとして、医療者自身のセルフケアを勧めている³⁰⁾。医師・医療者は、自らのメンタルヘルスが侵されやすい環境にいることを認識し、自身および周囲の医療者がお互いにケアしあって診療にあたるスタイルをつくっていくべきだと思う。

ある県医師会のご協力で会員のストレスについて調査を行った際、「同僚の自殺を経験して、働き方に関する考え方が変わった」というご意見をいただいたことが、とても印象に残っている。がんばって診療するのだけど、自分が倒れたら、救える患者も救えなくなる。多くの医師がプライベートライフを犠牲にして診療にあたっている。しかし、ワークライフバランスの確保と好ましい保健行動はストレス耐性を高めることが分かっている。自分のための時間を確保することは、決して悪いことではない。

謝辞

本稿の一部は、令和2年度厚生労働省 労災疾病臨床研究事業費補助金「小規模零細事業場の構成員に必要な支援を効率的に提供するツールと仕組みを通してメンタルヘルス対策を浸透させることを目指す実装研究(200401-01)」の補助を得て執筆した。

文献

- 1) Ford DE, Mead LA, Chang PP, et al: Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursors study. Arch Intern Med 1998; 158(13): 1422-1426.
- 2) Frank E, Dingle AD: Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. Am J Psychiatry 1999; 156(12): 1887-1894.
- 3) Lindeman S, Läärä E, Hakko H, et al: A systematic review on

- gender-specific suicide mortality in medical doctors. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168(3): 274-279.
- 4) 日本医師会勤務医の健康支援に関する検討委員会. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査報告 2016. <https://www.med.or.jp/dl-med/kinmu/kshien28.pdf>(accessed 2021 Mar 5)
 - 5) Duteil F, Aubert C, Pereira B, et al: Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2019; 14(12): e0226361.
 - 6) Dong M, Zhou FC, Xu SW, et al: Prevalence of suicide-related behaviors among physicians: A systematic review and meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav* 2020; 50(6): 1264-1275.
 - 7) Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto TCE, et al: Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020; 77(6): 587-597.
 - 8) Ji YD, Robertson FC, Patel NA, et al: Assessment of Risk Factors for Suicide Among US Health Care Professionals. *JAMA Surg* 2020; 155(8): 713-721.
 - 9) Serrano-Ripoll MJ, Meneses-Echavez JF, Ricci-Cabello I, et al: Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020; 277: 347-357.
 - 10) Panagioti M, Geraghty K, Johnson J, et al: Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2018; 178(10): 1317-1330.
 - 11) Tsutsumi A: Workstyle reform for Japanese doctors. *Environ Occup Health Practice* 2020; 2: 2.
 - 12) Bansal P, Bingemann TA, Greenhawt M, et al: Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020; 8(6): 1781-1790 e3.
 - 13) 堤 明純:「医療・福祉従事者のストレスと蓄積疲労対策」厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)職業性ストレス簡易調査票及び労働者疲労蓄積度自己診断チェックリストの職種に応じた活用法に関する研究(研究代表者:下光輝一). 平成17~19年度分担研究報告書. 2008.
 - 14) Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, et al: Factors Associated With Burnout and Stress in Trainee Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2020; 3(8): e2013761.
 - 15) Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, et al: Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med* 2017; 47(8): 1342-1356.
 - 16) Milner A, Witt K, LaMontagne AD, et al: Psychosocial job stressors and suicidality: a meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med* 2018; 75(4): 245-253.
 - 17) Thomas NK: Resident burnout. *JAMA* 2004; 292(23): 2880-2889.
 - 18) Tsutsumi A: Suicide prevention for workers in the era of with-and after-Corona. *Environ Occup Health Practice*. 2021.
 - 19) Myers MF, Gabbard GO: *The Physician as Patient: A Clinical Handbook for Mental Health Professionals*. Arlington, Va: American Psychiatric Publishing; 2008. p252.
 - 20) Glabska D, Guzek D, Groele B, et al: Fruit and vegetable intake and mental health in adults: a systematic review. *Nutrients*. 2020; 12(1): 115.
 - 21) Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, et al: Physical activity and incident depression: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Am J Psychiatry* 2018; 175(7): 631-648.
 - 22) Schuch FB, Stubbs B, Meyer J, et al: Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Depress Anxiety* 2019; 36(9): 846-858.
 - 23) Mammen G, Faulkner G: Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med* 2013; 45(5): 649-657.
 - 24) Chu AH, Koh D, Moy FM, et al: Do workplace physical activity interventions improve mental health outcomes? *Occup Med (Lond)* 2014; 64(4): 235-245.
 - 25) Sonnentag S: Recovery, work engagement, and proactive behavior: a new look at the interface between nonwork and work. *J Appl Psychol* 2003; 88(3): 518-528.
 - 26) Fendel JC, Bürkle JJ, Göritz AS: Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout and Stress in Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med* 2021.
 - 27) Zhang XJ, Song Y, Jiang T, et al: Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99(26): e20992.
 - 28) Rothenberger DA: Physician burnout and well-being: a systematic review and framework for action. *Dis Colon Rectum* 2017; 60(6): 567-576.
 - 29) Fancourt D, Steptoe A, Bu F: Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry* 2021; 8(2): 141-149.
 - 30) Inter-Agency Standing Committee: Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak: Developed by the IASC's Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19-outbreak>(accessed 2021 Mar 5)

精神科領域の法・制度

—知ってほしいこと—

川崎市総合リハビリテーション推進センター 所長 **竹島 正**
 同 ところの健康課 担当課長 **柴崎聡子**
 同 ところの健康課 担当課長 **石井美緒**

POINT

- ① 精神保健福祉制度は、医療および保護の確保から始まり、地域共生社会に向けて、社会機能の中に統合される方向に進みつつある
- ② 精神科に紹介する時には重症度と緊急度を考慮する。重症度とは、精神症状による日常生活への影響の程度である。緊急度とは、治療までの時間的余裕の程度である
- ③ 自立支援医療(精神通院医療)、精神障害者保健福祉手帳は、地域で暮らす精神障害者にとって大切な制度である

精神保健福祉制度の歴史的経緯^{1)~3)}

わが国の精神保健福祉制度は、医療および保護の確保から始まり、地域において精神保健医療福祉サービスを受けられる方向に進んだ。そして今、地域共生社会に向けて、社会機能の中に統合される方向に進みつつある。

はじめに精神保健福祉制度の歴史的経緯を振り返る。わが国最初の精神障害者の保護のための全国的法制度は精神病者監護法(1900年)である。この法律は、精神障害者の不法監禁などが問題となる中で、近代国家としての法の整備を図るべく制定された。しかし、治療的発想を欠き、私宅監置(精神病者を屋外の小屋もしくは座敷牢に監置すること)を容認していた。この

ため公立精神病院の設置を進めるべく精神病院法(1933年)が制定されたが、病院の建設は進まず、私宅監置は主流のままであった。

第二次世界大戦後、日本国憲法(1946年)のもと、国は、社会福祉、社会保障、公衆衛生の向上および増進に努めることとなった。これを踏まえて、議員立法によって精神衛生法(1950年)が制定された。精神衛生法により、精神病者監護法と精神病院法は廃止され、私宅監置も禁止されることとなった。

1964年にライシャワー事件(駐日アメリカ大使ライシャワーが統合失調症の少年に刺されて負傷した事件)が起こると、新聞は「野放しの精神障害者」と書きたて、世論は沸騰した。その一方、精神医療関係者や家族などから地域精神

表1 精神保健福祉法による入院形態

<p>(1) 任意入院 精神科病院の管理者は、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない。原則として入院者が退院を希望するときに退院できるが、精神保健指定医による診察の結果、その患者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると認めるときは72時間を限り、その者を退院させないことができる。</p> <p>(2) 医療保護入院 精神障害者であり、医療・保護のために入院が必要であるものの、本人の同意が得られない場合に、家族等の同意と精神保健指定医の診察を要件として、本人の同意を得ることなく精神科病院に入院させる制度である。ここで言う家族等とは、配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人とされているが、該当する人がいない場合には居住する市町村の長が同意の判断を行うことができる。</p> <p>(3) 応急入院 急速を要し、家族等の同意が得られない場合には、本人の同意がなくても、精神保健指定医の診察により、72時間に限り、応急入院指定病院に入院させることができる。</p> <p>(4) 措置入院 精神障害者であり、かつ、医療および保護のために入院させなければその精神障害のために自傷他害のおそれがあると2人以上の精神保健指定医の診察の結果が一致した場合に、都道府県知事（指定都市の市長）の権限により強制的に入院させる。</p> <p>(5) 緊急措置入院 前項の措置入院と同様の精神症状がある場合の入院であるが、急速を要し、通常の措置入院の手続きをとることができない場合に適用される。入院期限は72時間以内と決められている。</p>
--

保健医療の充実の訴えもある中で、1965年に精神衛生法は改正された。この改正によって、保健所は精神保健行政の第一線となった。また、在宅の精神障害者の医療の確保を容易にするために、通院医療費の2分の1を公費負担とする制度が新設された。「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」(以下、障害者総合支援法)の自立支援医療(精神通院医療)の前身である。

1984年の宇都宮病院事件(医療従事者が不足する中で無資格診療が行われ、看護助手らの暴行により患者2名が死亡した事件)を契機に、精神障害者の人権に配慮した適正な医療を求める声が高まり、1987年に「精神衛生法」は「精神保健法」に改正された。この改正により、入院手続きの厳格化が行われ、精神保健指定医の指定に関する規定や精神医療審査会制度が設けられた。現在の入院形態の骨格はこの改正による(表1)。

さて1981年の国際障害者年、1983年からの国連・障害者の十年などを契機に、障害者施策が進む中で、精神障害者は精神疾患を有する患者であるとともに福祉施策の対象であるという認

識が広がった。そして障害者基本法(1993年)によって、精神障害者は障害者福祉の対象であると明定され、1995年に精神保健法は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、精神保健福祉法と略す)に改正された。その後、改正が重ねられ、現在の精神保健福祉法に至っている。その目的は「精神障害者の医療及び保護を行い、障害者総合支援法と相まってその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ること」である。

精神疾患と精神障害

精神障害には、統合失調症や気分障害等の医学的診断に該当することと、そのことによって日常生活や社会生活に制限や制約を受けることの2つの側面がある。精神疾患によって持続的に生じる日常生活や社会生活における制約は障害(disability)と扱われ、福祉的支援の対象とな

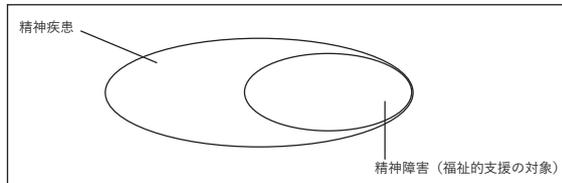


図1 精神疾患と精神障害

る(図1)。ICF(国際生活機能分類)から言えば、精神疾患は「心身機能・身体構造」という医学的な視点からの課題であり、障害(disability)は「活動」と「参加」の制限という福祉的な視点からの課題である。事例を見てみよう。

68歳のAさんは未亡人です。夫が7年前に亡くなってからは一人暮らしをしています。耳が遠くなってきましたが、健康に問題はなく、生活はきちんとしています。海外に住んでいるAさんの娘が2年ぶりに帰国したところ、カーテンを閉めたままにしてガムテープで止め、好きだった庭の手入れもしなくなっているのに驚きました。Aさんは娘さんに知らない人が自分のようすをスパイのように見ていると苦情を言いました。Aさんには精神疾患の既往はなく、被害妄想が唯一の精神症状でした。心配した娘さんは、Aさんを近くの診療所に受診させました。診療所の医師が診察したところ、Aさんは難聴で補聴器をつけていますが、認知機能は正常で、治療すべき身体疾患もないようでした。診療所の医師は老年精神科を紹介しました。Aさんはそこで妄想性障害と診断され、少量の抗精神病薬の投与を受け、補聴器も定期的に調整されることになりました。その後、Aさんはそれほど妄想にとらわれなくなり、カーテンをガムテープで止めることはなくなりました。

(「こころの苦しみにへの理解—トータルメンタルヘルスガイドブック」⁴⁾掲載の事例を引用改変)。

Aさんについて言えば、妄想性障害は医学的な視点からの課題であり、そのためにカーテンをガムテープで止め、庭の手入れをしなくなったのは日常生活や社会生活における制約である。

精神科への早急な紹介が望ましい場合

精神科に紹介する時には重症度と緊急度を考慮する。重症度とは、精神症状による日常生活への影響の程度である。緊急度とは、治療までの時間的余裕の程度である。精神症状のために日常生活が破綻していて、すぐに改善されなければ自傷他害行為が発生しそうな場合は、重症度と緊急度が共に高く、精神科入院の適応となる。自傷とは、自殺企図など自己の生命や身体を害する行為をいう。他害とは、傷害や暴行、性的問題行動、器物破損、窃盗や詐欺、放火などの他者の身体や財産、社会的法益等に害を及ぼす行為をいう。

精神科では、目的や手法、対象などに応じて、多職種による治療を行い、その人にとってのより良い生活を目指す(表2)。

知ってほしい制度と利用上の注意

地域医療の現場で利用する可能性の高い自立支援医療(精神通院医療)と精神障害者保健福祉手帳について紹介する⁵⁾。

1. 自立支援医療(精神通院医療)(障害者総合支援法に規定)

精神疾患(てんかんを含む)のために通院による精神医療を続ける必要がある方に、通院のための医療費の自己負担を軽減するものである。

医療費の軽減が受けられる医療の範囲は、精神疾患や、精神障害のために生じた病態に対して、病院または診療所に入院しないで行われる医療(外来、外来での投薬、精神科デイ・ケア、訪問看護などを含む)である。

全ての精神疾患を対象とするが、精神障害のために生じた病態(抑うつ状態、幻覚妄想、情動障害、行動障害、残遺状態など)がある場合であって、そうでない場合は適用にならない。ただし、症状がほとんど消失している患者であっても、軽快状態を維持し、再発を予防する

表2 精神科の治療形態(リハビリテーションや社会生活支援も含む)

治療場面	入院治療			
	外来治療	外来診療	デイ・ケア	地域活動支援センター 就労継続支援・就労移行支援事業所 など
治療方法	精神療法	支持的精神療法	精神分析	力動的精神療法
		森田療法	行動療法	家族療法
		認知療法	表現療法	自律訓練法 など
	生物学的治療	薬物療法	電気けいれん療法	
		その他の生物学的療法(磁気刺激, 光療法など) など		
	心理社会的治療	社会生活技能訓練 (SST)	心理教育	
		包括型地域生活支援プログラム(ACT)		
		就労支援プログラム	自助グループ	
疾患管理とリカバリープログラム (IMR) など				

(第三著者石井美緒による)

ためになお通院治療を続ける必要がある場合は対象となる。

公的医療保険が対象とならない治療, 投薬などの費用, 精神疾患・精神障害と関係のない疾患の医療費は対象とならない。

医療費の自己負担は1割に軽減される。またこの1割の負担が過大なものとならないよう, 1ヵ月当たりの負担には世帯の所得に応じて上限を設けている。さらに統合失調症などで, 医療費が高額な治療を長期間にわたり続けなければならぬ場合(本制度では「重度かつ継続」と呼ぶ)は, 1ヵ月当たりの負担限度額が低くなる。

申請は市町村の担当窓口で行う。申請が認められると「受給者証(自立支援医療受給者証)」が交付される。

2. 精神障害者保健福祉手帳(精神保健福祉法に規定)

何らかの精神疾患(てんかん, 発達障害などを含む)により, 長期にわたり日常生活または社会生活への制約がある方を対象としている。ただし, 知的障害があり, 精神障害のために生じた病態(抑うつ状態, 幻覚妄想, 情動障害, 行動障害, 残遺状態など)のない場合は, 療育

手帳制度があるため, 精神障害者保健福祉手帳の対象とはならない(知的障害と精神疾患を両方有する場合は, 両方の手帳を受けられることができる)。

精神障害者保健福祉手帳を受けするためには, その精神疾患による初診から6ヵ月以上経過していることが必要である。

精神障害者保健福祉手帳の等級は, 1級から3級までである。

1級 精神障害であって, 日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの(おおむね障害年金1級に相当)

2級 精神障害であって, 日常生活が著しい制限を受けるか, または日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの(おおむね障害年金2級に相当)

3級 精神障害であって, 日常生活若しくは社会生活が制限を受けるか, または日常生活若しくは社会生活に制限を加えることを必要とする程度のもの(おおむね障害年金3級に相当)

受けられるサービスは, 全国一律に行われているサービスとしては, 公共料金等の割引, NHK受信料の減免, 税金の控除・減免, 自動車税・自動車取得税の軽減(手帳1級), 生活福祉資金の貸付, 手帳所持者を事業者が雇用した際

の障害者雇用率へのカウント、障害者職場適応訓練などがある。

地域・事業者によって行われていることがあるサービスとしては、公共料金等の割引、鉄道・バス・タクシーなどの運賃割引、携帯電話料金の割引、上下水道料金の割引、心身障害者医療費助成、公共施設の入場料の割引、手当の支給、通所交通費の助成、軽自動車税の減免、公営住宅の優先入居などがある。

※自立支援医療(精神通院医療)による医療費助成や、障害者総合支援法による障害福祉サービスは、精神障害者であれば手帳の有無にかかわらず受けられる。

申請は市町村の担当窓口で行う。申請すると、各都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センターにおいて審査が行われ、認められると手帳が交付される(年金証書等の写しが添付されていれば、必ず手帳が交付される)。

手帳の有効期限は交付日から2年が経過する日の属する月の末日であり、2年ごとに、診断書を添えて、更新の手続きを行い、障害等級に定める精神障害の状態にあることについて、都道府県知事の認定を受けなければならない。

まとめ

精神疾患は、感染性疾患と非感染性疾患、故意でない外傷と故意の外傷のリスクを高める。また、多くの健康上の問題は精神疾患のリスクを高め、これらの合併は援助希求行動、診断そして治療を複雑にするし、予後に影響を及ぼす⁷⁾。「地域共生社会」は、制度・分野の枠や、「支える側」と「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会のつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方である。厚生労働省では「精神障害にも対応した地域包括ケアシ

表3 2000年以降の精神保健医療と関連の深い法制度

児童虐待防止法(2000年)
配偶者暴力防止法(2001年)
健康増進法(2002年)
ホームレス特別措置法(2002年)
発達障害者支援法(2004年)
がん対策基本法(2006年)
自殺対策基本法(2006年)
貸金業法改正(2006年)
アルコール健康障害対策基本法(2013年)
生活困窮者自立支援法(2013年)
いじめ防止対策推進法(2013年)
刑の一部の執行猶予制度(2013年)
過労死等防止対策推進法(2014年)
労働安全衛生法改正(2014年)
ギャンブル等依存症対策基本法(2018年)

ステム」の構築に取り組んでいるが、その考え方や実践は、地域住民の複雑・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築にも寄与するものであり、地域共生社会の実現には欠かせないものである⁷⁾。

表3に2000年以降の精神保健医療と関連の深い法制度をまとめた。精神保健福祉制度は、医療および保護の確保から始まり、社会機能に統合され、地域共生社会を支える方向に進みつつある。各地で一般医療と精神医療の連携が進むことが期待される。

文献

- 1) 後藤基行:精神医学・医療の歴史。最新精神保健福祉士養成講座1「精神医学と精神医療」。中央法規。2021。p2-9.
- 2) 岡田靖雄:日本精神科医療史。医学書院。2002.
- 3) 精神保健福祉研究会監修:四訂精神保健福祉法詳解。中央法規。2016.
- 4) シドニーブロック(竹島正監訳):こころの苦しみへの理解—トータルメンタルヘルスガイドブック。中央法規。2018.
- 5) 厚生労働省みんなのメンタルヘルス総合サイト。https://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html(accessed 2021 Mar 28)
- 6) Prince M, Patel V, Saxena S: No health without mental health. LANCET 2007; 370: 859-877.
- 7) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに係る検討会報告書。https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_322988_00007.html(accessed 2021 Mar 28)

お詫びと訂正

「月刊地域医学」Vol.35 No.4の目次に、下記の間違がありました。
深謝いたしますとともに、下記のように訂正いたします。

目次 特集 正 ●標準的在宅医療を教育する／大西弘高
誤 ●標準的在宅医療を教育する／大高弘高

『月刊地域医学』モニター募集のお知らせ

『月刊地域医学』では、よりお役にたつ情報をお届けできるよう、毎月の内容について
ご意見、ご感想をお寄せいただく、モニターを募集しています。

誌面の内容について感じたことやご要望、特集や連載のテーマについてのご希望な
ど、なんでもかまいません。

お寄せいただいたご意見は、誌面編集の参考にさせていただきます。
多くの皆さまからのご応募をお待ちしています。

連絡先

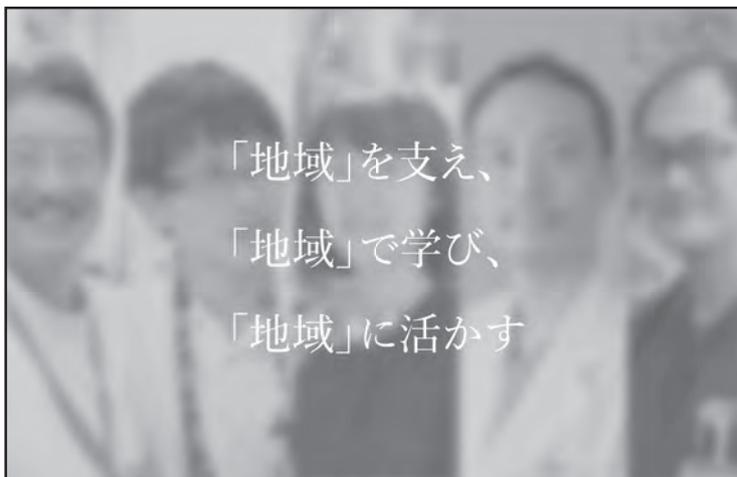
〒102-0093
東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会「月刊地域医学」編集委員会事務局
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

JADECOMアカデミー サイト開設のお知らせ

令和元年8月に医師向けサイト「JADECOMアカデミー」を地域医療振興協会ホームページ内に開設しました。

「地域を支え、地域で学び、地域に活かす」の言葉のもと、診療、研究、教育が一体となって活動するJADECOMアカデミー。当協会が誇る各指導医のインタビューを始め、全国各地で活躍する先生方のキャリアストーリーも紹介しております。今後も掲載コンテンツの充実を図り、医師向けのサイトとして情報を発信してまいります。

是非ご覧ください。



<https://jadecom-special.jp>

JADECOM アカデミー



お問い合わせ

〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15F
公益社団法人 地域医療振興協会 研究所事務部
TEL : 03-5212-9152

パクリタキセル併用化学療法終了後の難治性末梢神経障害に対して芍薬甘草湯を提案した6症例の検討

佐藤新平^{1), 2)} 吉永 亮³⁾ 山口健也⁴⁾
徳光隆一¹⁾ 森田泰介¹⁾ 松本治伸¹⁾

要旨 パクリタキセルは白金製剤とならぶ婦人科癌で代表的な薬剤で、末梢神経障害(筋肉痛・関節痛やしびれ)は高頻度に出現し、化学療法終了後も持続することが多い。がん薬物療法に伴う末梢神経障害に対しての標準治療は示されているが、十分な疼痛緩和効果が得られているとはいえ、難渋することもしばしば経験する。Facebookグループ「自治医大漢方」に相談し、芍薬甘草湯が有効である可能性があるという提案があり、6例の定期受診患者に芍薬甘草湯の情報提供を行い、希望者に処方した。そのうち芍薬甘草湯の効果があったと考えられる4例を経験したので、報告する。

KEY WORD パクリタキセル, 末梢神経障害, 芍薬甘草湯

I. 諸 言

婦人科癌化学療法におけるパクリタキセルは白金製剤とならぶ代表的な薬剤で、両者を併用した化学療法は、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌で使用される。パクリタキセルの非血液毒性のなかで、末梢神経障害(筋肉痛・関節痛やしびれ)は高頻度に出現し¹⁾、化学療法終了後も症状は持続し、QOLやADLを低下させる。デュロキセチン、ビタミンB₁₂、プレガバリン、非ステロイド性炎症薬(non-steroidal anti-inflammatory drugs; NSAIDs)、アセトアミノフェン、オピオイドなどの西洋薬が標準治療として示されている²⁾が、それらの西洋薬で十分な疼痛緩和効果が得られているとはいえない状況がある。

近年、化学療法の副作用軽減を目的とした漢

方治療が注目され、造血機能低下に対する人参養栄湯³⁾、口内炎に対する半夏瀉心湯⁴⁾、末梢神経障害に対する牛車腎気丸⁵⁾、神経障害性疼痛に対する芍薬甘草湯⁶⁾などが報告されている。

パクリタキセル併用化学療法を終了し経過観察中の患者の多くは、治療終了後も難治性末梢神経障害が持続しており、受診のたびに「手足がしびれる」「何とかならんものか」「その薬は試したことがあるが、効かなかった」と話を聞く婦人科医は多いと思われる。末梢神経障害に対して有効な治療法がないものか、Facebookグループ「自治医大漢方」に相談したところ、次のような提案をいただいた。「芍薬甘草湯(2包×2)を1週間内服する。副作用の偽アルドステロン症を誘発する可能性もあり、1週間で効果がなければ中止する。効果があれば、芍薬甘草

1) 中津市立中津市民病院 産婦人科, 2) 大分大学医学部 産科婦人科, 3) 飯塚病院東洋医学センター 漢方診療科, 4) 独立行政法人地域医療機能推進機構九州病院 緩和ケア科

(筆頭著者連絡先: 〒871-8511 大分県中津市大字下池永173 中津市立中津市民病院 産婦人科, 自治医科大学2007年卒業)

原稿受付2020年12月22日/掲載承認2021年3月18日

湯は徐々に減量し、牛車腎気丸に変更していく」。定期受診の際に、芍薬甘草湯について情報提供を行い、希望者には芍薬甘草湯を1週間分処方した。1週間後の効果判定は医師が電話で確認し、コロナウイルスの流行も考慮し、再診日の予約はできるだけ受診者の負担が少ない時間帯を調整した。

今回、当科で婦人科癌の化学療法終了後の経過観察を行っている6人の患者に対して、2020年11月から2020年12月の2ヵ月間に、末梢神経障害に対しての漢方療法を提示し、芍薬甘草湯の効果があったと考えられる4例を経験したので、報告する。

II. 症 例

症例1 88歳，子宮体癌Ⅱ期．6年3ヵ月前に手術，6年前にパクリタキセル＋カルボプラチン療法3コースを終了し，現在，1年毎受診している．これまで末梢神経障害に対して試された治療薬は，ロキソプロフェンナトリウムがある．末梢神経障害の程度は，Grade 2(中等度の症状がある：身の回り以外の日常生活動作の制限，有害事象共通用語基準v4.0日本語訳JCOG版)，Numerical Rating Scale(NRS，痛みを0～10の11段階に分け，痛みがまったくないものを0，考えられるなかで最悪の痛みを10として点数を問うもの)5，杖歩行であった．芍薬甘草湯内服に同意したが，薬局で処方を受け取らず帰宅されたため，内服していない．電話確認で，「試してみたい」とのことだが，再診予約は希望されなかった．

症例2 69歳，子宮体癌ⅠB期．3年6ヵ月前に手術，3年前にパクリタキセル＋カルボプラチン療法6コースを終了し，現在6ヵ月毎受診している．これまで末梢神経障害に対して試された治療薬は，牛車腎気丸，プレガバリン，ロキソプロフェンナトリウムがある．Grade 2，日中NRS 5(夜間NRS 7)，自立歩行．芍薬甘草湯内服を開始後1週間で，夜間NRS 5と夜間のしびれ・痛みが改善した．以前，こむら返

りで処方された芍薬甘草湯が残っており，再診予約は希望しなかった．

症例3 53歳，子宮体癌ⅠA期．9ヵ月前に手術，3ヵ月前にパクリタキセル＋カルボプラチン療法6コースを終了し，現在，3ヵ月毎受診している．これまで末梢神経障害に対して試された治療薬は，ロキソプロフェンナトリウムがある．Grade 2，日中NRS 5，自立歩行．芍薬甘草湯を提示したが，処方を希望しなかった．

症例4 73歳，卵巣癌ⅢC期．5年7ヵ月前に試験開腹術，5年3ヵ月前にパクリタキセル＋カルボプラチン療法3コースを終了され，5年2ヵ月前に手術，4年11ヵ月前にパクリタキセル＋カルボプラチン療法5コースを終了された．2年3ヵ月前に再発し，1年9ヵ月前までパクリタキセル＋カルボプラチン療法6コースを施行され，腫瘍は縮小した．オラパリブに変更されたが，1年7ヵ月前に本人の希望でオラパリブを中止し，ベバシズマブに変更された．9ヵ月前にベバシズマブ療法15コースを終了された．現在，3ヵ月毎受診している．これまで末梢神経障害に対して試された治療薬は，ロキソプロフェンナトリウムがある．Grade 1(症状がない：深部腱反射の低下または知覚異常)，NRS 1，自立歩行．薬手帳を確認したところ，4ヵ月前から近医内科でこむら返りに対して芍薬甘草湯(2包/日)が開始され，現在も芍薬甘草湯(1包/日)継続されていた．末梢神経障害に対しての追加処方の希望はなかった．

症例5 59歳，子宮頸癌ⅠB2期．11ヵ月前に手術，4ヵ月前にパクリタキセル＋カルボプラチン療法を6コース終了した．現在，3ヵ月毎受診している．これまで末梢神経障害に対して試された治療薬は，ロキソプロフェンナトリウムがある．Grade 2，NRS 6，自立歩行．芍薬甘草湯内服を開始後1週間で，NRS 4としびれが改善し，範囲も縮小していた．継続処方を希望したことから，再診日を調整し，芍薬甘草湯は1包/日に減量し，牛車腎気丸(2包/日)

表1 6症例のまとめ。 ※ TC療法：パクリタキセル+カルボプラチン療法

症例	年齢 (歳)	癌腫/進行期	TC療法(※) コース数	最終TC療法(※) からの期間	Grade (提示前)	NRS (提示前)	NRS (治療後)
1	88	子宮体癌Ⅱ期	3	6年前	2	5	治療なし
2	69	子宮体癌ⅠB期	6	3年前	2	(昼) 5, (夜) 7	(昼) 5, (夜) 5
3	53	子宮体癌ⅠA期	6	3か月前	2	5	希望なし
4	73	卵巣癌ⅢC期	14	1年9か月前	1	1	すでに内服中
5	59	子宮頸癌ⅠB2期	6	4か月	2	6	4
6	62	卵巣癌ⅢC期	12	1年11か月前	2	5	4(入浴時3)

を開始した。

症例6 62歳，卵巣癌ⅢC期。2年6ヵ月前にパクリタキセル+カルボプラチン療法6コースを終了され，2年5ヵ月前に手術，1年11ヵ月前にパクリタキセル+カルボプラチン+ベバシズマブ療法6コースを終了し，11ヵ月前にベバシズマブ療法15コースを終了した。現在，3ヵ月毎受診している。これまで末梢神経障害に対して試された治療薬は，ロキソプロフェンナトリウム，ビタミンB₁₂がある。Grade 2，NRS 5，自立歩行。芍薬甘草湯内服を開始後1週間で，NRS 4としびれは改善し，特に入浴時のしびれが改善(NRS 3)した。継続処方を希望したことから，再診日を調整し，芍薬甘草湯は1包/日に減量し，牛車腎気丸(2包/日)を開始した。症例のまとめを表1に示す。

Ⅲ. 考 察

パクリタキセルなどのタキサン系薬剤は微小管に結合して安定化させ脱重合を阻害する。微小管の形成過程を阻害することで腫瘍細胞の分裂を抑制し抗腫瘍活性を発揮する。軸索を構成する神経細胞とシュワン細胞における微小管形成も阻害するため，痛みやしびれなどの末梢神経障害を引き起こすと考えられ，病理組織学的にもパクリタキセルによる感覚神経軸索の退行性変化(脱髄，ミエリン鞘の退行，軸索の委縮など)が確認されている⁷⁾。末梢神経障害は不可逆性変化となる場合もあり，しかもいったん発症すると改善しにくい⁶⁾ため，化学療法中のみでなく，化学療法終了後も持続することをしばしば経験する。

芍薬甘草湯は芍薬(ペオニフロリンが主成分)と甘草(グリチルリチンが主成分)の2種類の生薬で構成され，胃腸，胆嚢，尿路や子宮などの平滑筋や四肢の骨格筋の緊張を解くことで，痛みを和らげる作用が認められており⁸⁾，こむら返りなどの筋肉痛に対して日常診療で処方されることが多い漢方薬の代表である。自治医科大学卒業医師を対象にしたアンケート調査でも，最も頻繁に処方される漢方薬が芍薬甘草湯だと報告されている⁹⁾。なお，芍薬甘草湯に含まれる生薬の甘草(グリチルリチンが主成分)の副作用として偽アルドステロン症があり，血液学的には低カリウム血症を呈し，全身倦怠感，血圧上昇，浮腫，体重増加，手足のしびれ・痛み等の症状が認められることがある。薬剤中止により症状は軽快するが，長期使用は可能な限り避けることが重要とされている。芍薬甘草湯の処方が短期間であったとしても，甘草が味噌や醤油などの加工食品に含まれていることや服用薬(降圧薬，ループ系利尿剤やセンナ製剤など)との相互作用があること¹⁰⁾には注意が必要で，また11β-HSD2遺伝子変異との関連性についての報告¹¹⁾もある。芍薬甘草湯の末梢神経障害への疼痛緩和のメカニズムとして，プロスタグランジン産生阻害作用¹²⁾，ヒアルロニダーゼ活性阻害による抗炎症，抗アレルギー作用¹³⁾などが報告されているが，局所における作用だけではなく，中枢抑制作用を介した作用も有する可能性が推測されている⁶⁾。

末梢神経障害に対してのこれまでの漢方療法の報告の多くは，化学療法中の神経障害を改善するものである^{5),6)}。末梢神経障害はいったん発症すると改善しにくいとされる⁶⁾が，今回の検

討では一定の治療効果を得ることができたと思われる(表1)。婦人科癌の化学療法による末梢神経障害に対して標準治療を施行したが症状が残存しているような症例に対しては、婦人科癌の経過観察中に、偽アルドステロン症に注意しながら、芍薬甘草湯の1週間程度の投与は考慮されてもよいと思われた。また、症例2、症例4のように、かかりつけの内科医から芍薬甘草湯を試してみることも患者にとってメリットがあると思われた。

Limitationとして、医師主導の処方提示であり、医師・患者ともにバイアスが存在する可能性がある。ただし、有効であった症例5、症例6のように、コロナ渦にもかかわらず処方のためだけにわざわざ来院しており、これまでの本人の苦痛の程度がひどいこと、末梢神経障害に対して芍薬甘草湯が一定の効果があることを示していると思われる。また症例6に関しては、入浴時にしびれが改善しており、保温や水圧効果が自律神経系に対して適度な刺激が加わったことで、芍薬甘草湯の効果を増強した可能性がある。冷えが顕著な場合には、芍薬甘草湯に温補作用のある修治附子末を加えるか芍薬甘草附子湯を処方することで筋肉の緊張を緩める作用が増強されるため¹⁴⁾、症例6で使用すればさらに効果を上げた可能性がある。

文献

- 1) 野田起一郎, 池田正典, 工藤隆一, 他: Paclitaxel (BMS-181339) の卵巣癌患者に対する臨床第Ⅱ相試験(3時間点滴静脈注射). 癌と化学療法 1996;23:317-325.
- 2) がん薬物療法に伴う末梢神経障害マネジメントの手引き2017年版. 日本がんサポーター学会. book02.pdf (jascc.jp) (accessed 2020 Dec 21)
- 3) Motto Y, Mouri H, Ohtsubo K, et al: herbal medicine Ninjinyoeito ameliorates ribavirin-induced anemia in chronic hepatitis C: a randomized controlled trail. World J Gastroenterol 2005; 11: 4013-4017.
- 4) Yamashita T, Araki K, Tomifuji M, et al: A traditional Japanese medicine-Hangeshashinto (TJ-14)--alleviates chemoradiation-induced mucositis and improves rates of treatment completion. Supportive Care in Cancer 2015; 23: 29-35.
- 5) Kono T, Mamiya N, Chisato N, et al: Efficacy of goshajinkigan for peripheral neurotoxicity of oxaliplatin in patients with advanced or recurrent colorectal cancer. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2011: 418-481.
- 6) 日高隆雄: 抗がん剤治療による筋肉痛に対する芍薬甘草湯の効果. 新薬と臨床 2016;65:1082-1087.
- 7) Hagiwara H, Sunada Y: Mechanism of taxane neurotoxicity. Breast cancer 2004; 11: 82-85.
- 8) Dezaki K, Kimura I, Miyahara K, et al: Complementary effects of paeoniflorin and glycyrrhizin on intracellular Ca²⁺ mobilization in the nerve-stimulated skeletal muscle of mice. Jpn J Pharmacol 1995; 69: 281-284.
- 9) Muramatsu S, Aihara M, Shimizu I, et al: Current Status of Kampo Medicine in Community Health Care. General Medicine 2012; 13: 37-45.
- 10) 大澤稔: よく出る漢方薬ABC. 南山堂, 2017, p95.
- 11) 柴田洋孝, 伊藤裕: 偽アルドステロン症の重症副作用への疾患別対応. 日本内科学会雑誌 2007;96:805-810.
- 12) 柴田哲生, 盛本太郎, 鈴木明, 他: 子宮筋Prostaglandin産生に及ぼす芍薬甘草湯の効果. 日産婦誌 1996;48:200-203.
- 13) 前田有美恵, 山本政利, 増井俊夫, 他: 抗炎症剤, 抗アレルギー薬及び漢方エキス製剤のhyaluronidase阻害作用. 静岡県衛生環境センター報告 1988;30:41-45.
- 14) 菅谷公男, 川嶋健吾. 泌尿器疾患に効く漢方. 東京, 洋学社, 2016, p154.

「令和元年度版 へき地診療所総覧」刊行と調査内容について

杉田義博^{1), 2)}

I. はじめに

公益社団法人地域医療振興協会(JADECOCOM)は、自治医科大学医学部同窓会医燈会と共編で令和元年度に全国の自治医科大学卒業生が勤務するへき地およびへき地に類する地域に存在する診療所と、JADECOCOMが運営する同様立地の診療所について調査を行い、内容を「令和元年度版 へき地診療所総覧」として冊子に刊行した。

今回刊行に至る経緯と、調査の内容と結果、および今後の予定について報告する。

II. 「へき地診療所総覧」について

「へき地診療所総覧」は、社団法人地域医療振興協会(当時)が昭和61年に刊行した、自治医科大学卒業生が勤務するへき地診療所のデータベースである。調査は自治医科大学三重県卒業1期生の奥野正孝先生が中心となり、自らもへき地診療所である神島診療所在籍中にお一人で調査、集計、ワープロ専用機を用いた原稿作成から刊行までされていた。

初版の緒言に、この冊子を刊行する目的についてこう書かれている。「自治医科大学卒業生の勤務する診療所のさまざまなデータを集約することにより我国のへき地診療所の実態を明らかにし、それをもとにしてへき地の診療所とはこうあるべきだといったことを示し、さらに

それぞれの診療所の実態を把握しつなかりを密にすることにより、互いのレベルアップをはかり、診療所活動がより活発でやりがいのあるものとなることを目的としてへき地診療所調査を行い、その結果の一部をまとめて本書を刊行する」。以後、平成5年までほぼ毎年調査と刊行は続き、平成元年から筆者も調査と刊行の手伝いをするようになった。残念ながら諸事情により調査は平成5年をもって中断し、この年に最後の「へき地診療所総覧」が刊行された。

今回筆者が令和元年度の自治医科大学医学部同窓会「第4回医燈会プロジェクト助成制度」を受賞したことをきっかけにして、医燈会と公益社団法人地域医療振興協会(JADECOCOM)地域医療研究所の共同編集で「令和元年度版 へき地診療所総覧」を刊行した。定価3,000円で販売するとともに電子出版に向けて準備中である。自治医科大学医学部同窓生とJADECOCOMの会員は医燈会とJADECOCOMのホームページから書籍版と同様のPDFデータをダウンロード可能である。

III. 調査概要

1. 調査対象

対象は自治医科大学卒業生が勤務するへき地および類する地域にある診療所とJADECOCOMが運営するへき地等の診療所とした。令和元年度版自治医科大学卒業生名簿(公益社団法人

1) 地域医療振興協会 地域医療研究所, 2) 日光市民病院
(著者連絡先: 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階 地域医療振興協会 地域医療研究所, 自治医科大学1991年卒業)

原稿受付2021年2月17日/掲載承認2021年3月10日

地域医療振興協会編)をもとに、全国で自治医科大学卒業生が勤務する診療所のうち、都市部を除外した診療所のリストを作成し、各都道府県のへき地医療の実情に詳しいと思われるJADECOMの都道府県支部長にメールで送付した。支部長にリストを見ていただき、各診療所がへき地診療所にあたるのかについて意見を聴き、他にへき地診療所として調査を行うべき診療所があれば追加してもらい、対象施設とした。

2. 調査時期

2019年(令和元年)11月～2020年(令和2年)2月

3. 調査形式

対象診療所に調査票を郵送し、Web上のエクセル形式回答ファイルをダウンロードし、メールで添付、もしくはファックスで送付とした。

4. 調査内容

調査内容は昭和61年度版から継続して調査されている項目を基本的に踏襲し、一部改変および追加を行った。2019年11月にJADECOMの診療所委員会所属診療所でプレ調査を行った。

- ・基本データ:施設名(地域で施設名として通称されている施設名と地方厚生局に届けられている正式名称を併記した)、郵便番号、所在地、電話・ファックス番号

- ・施設概要:解説年(西暦で統一)、開設者(公設公営、公設民営の場合は自治体、民営の場合は団体名)、令和元年度の施設管理者、届け出病床と稼働病床、施設構造と耐震性、施設内の部屋数

- ・施設の歴史:自由記載

- ・地域について:へき地の定義による所在地の分類、所属市町村の人口と実際に診療所が対象としている人口、地域の状況を自由記載

- ・診療について:標榜科、週間スケジュール、外来患者数、施設内の主な医療機器、実際に行っている診療手技

- ・研修・教育:医師研修、施設での研修医・医学生の研修受け入れ、医師以外の職種が定期・

不定期に研修を行っているか

- ・ITの活用:診療所に電子カルテが導入されている場合はその時期とベンダー、費用と負担者、施設内のインターネット回線の有無、画像伝送システムの有無、地域での医療情報共有システムの有無

- ・医療連携 後方病院:救急搬送数が多い病院名、病床数、その病院の種別、距離と搬送時間

- ・職員について:医師、コメディカル、事務職員の数

- ・地域保健予防活動、地域包括ケアシステムに関する項目を自由記載

IV. 調査結果

対象とした258診療所のうち151施設(58%)から回答を得た。

1. 調査対象施設

調査対象診療所は258診療所(自治医科大学卒業生勤務診療所+支部長推薦の診療所219カ所、JADECOM運営施設39カ所)、回答を得たのは151施設で、うち施設管理医師は自治卒116施設、自治卒以外が35施設だった。診療所の運営形態は公設公営が98カ所、公設民営が47カ所、民営が6カ所だった。

2. 施設について

無床診療所は131カ所、有床診療所は20カ所(9床以下5カ所、10～18床4カ所、19床7カ所だった(図1, 2)。施設構造は鉄筋99カ所、鉄骨17カ所、木造23カ所、耐震構造となっているのは64カ所、免震構造は4カ所、耐震構造ではない施設が83カ所あった(図3, 4)。

3. 診療所の立地、担当人口、外来患者数、夜間休日患者数について

へき地保健医療対策におけるへき地の定義による分類で診療所が所在する地域は山間へき地が113カ所、離島が21カ所、その他は17カ所だった(図5)。診療所の対象人口は100人未満が6カ所、500人未満が31カ所、1,000人未満が20カ所、

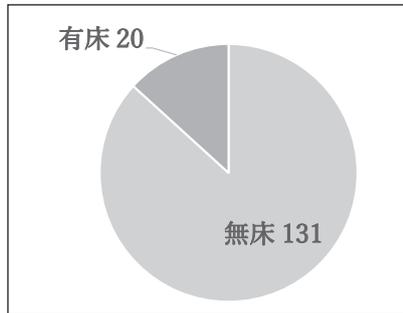


図1 届け出病床

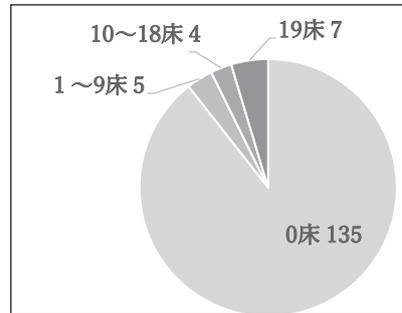


図2 稼働病床数

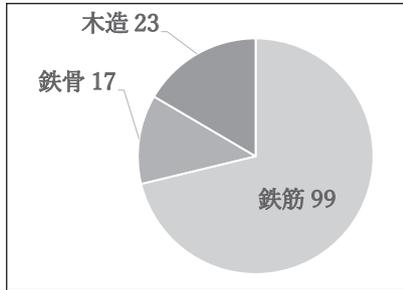


図3 施設構造

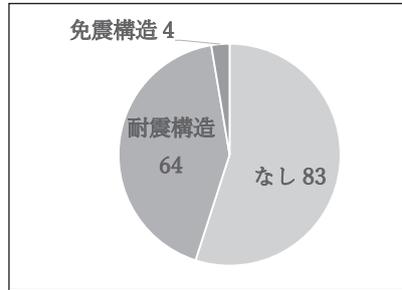


図4 耐震性

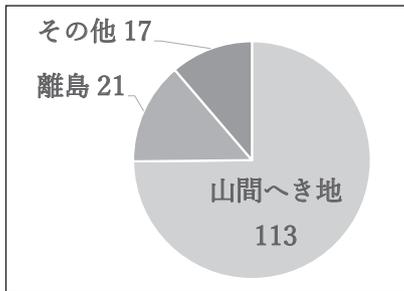


図5 へき地の類型

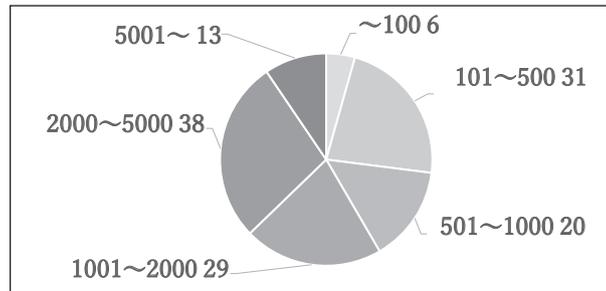


図6 担当人口

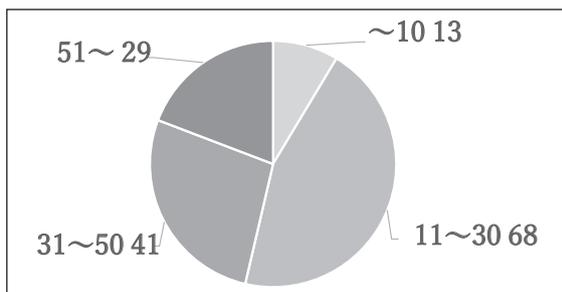


図7 外来数

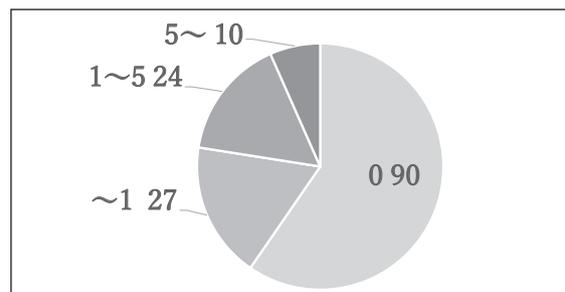


図8 夜間休日患者数

2,000人以上は41カ所だった(図6)。診療所の1日あたり外来患者数は10人未満が13カ所、30人未満が68カ所、50人未満が41カ所、50人以上が29カ所だった(図7)。夜間休日の患者数は0人が90カ所、1人未満が27カ所、5人未満が24カ所、5人以上が10カ所だった(図8)。

4. 診療機器について

上部消化管内視鏡がある診療所は2/3の

98カ所、下部消化管内視鏡は30カ所が保有し、メーカーはオリンパスとフジが大半を占めた。超音波診断装置はほとんどの診療所が保有しており、メーカーはさまざまだった。心電計はほとんどの診療所が保有しており、フクダ電子製、日本光電製がほとんどだった。除細動器もほとんどの診療所が保有しており、日本光電製、フィリップス製がほとんどだった。

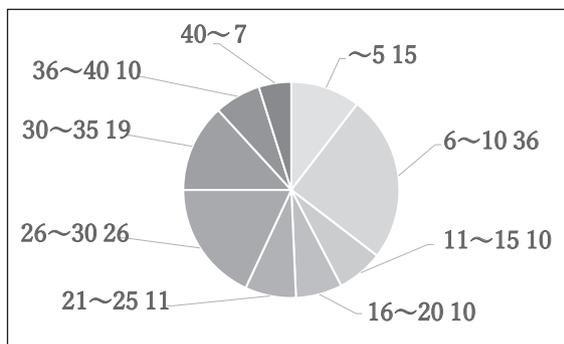


図9 経験年数

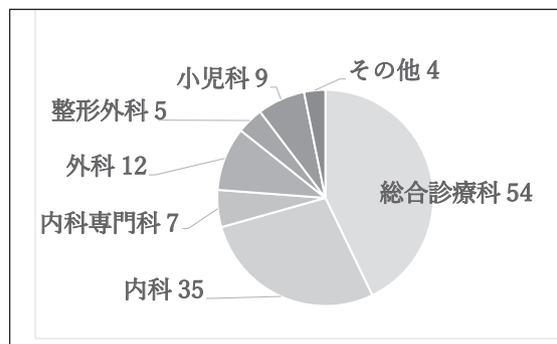


図10 専門科

5. IT化の状況について

電子カルテを導入している診療所は2/3にあたる97診療所で、ベンダーは多岐にわたった。施設内にインターネット回線のLANがある診療所は3/4、画像伝送システムと地域の医療情報共有システムが導入されているのはともに1/3の診療所だった。

6. 救急搬送について

最も搬送する機会が多い救急搬送先はへき地医療拠点病院が42カ所、地域医療支援病院が47カ所、救命救急センターが21カ所、その他一般病院が36カ所だった。搬送先の病院の病床数は50床未満が12カ所、100床未満が24カ所、200床未満が32カ所、それ以上が約半数を占めた。

7. 診療所管理医師について

調査した診療所の管理医師は約3/4が自治医科大学、経験年数は5年未満が15カ所、6～10年が36カ所、11～20年が20カ所、21～30年が37カ所、31年以上が36カ所だった。医師の専門領域は総合診療科、内科を合わせて3/4、外科、整形外科、小児科、その他が続いた(図9, 10)。

8. 医師研修等について

約半数の診療所が管理医師の研修を行っており、研修医の受入れは2/3の診療所が、医学士の受入れは3/4の診療所が行っていた。

V. 結 語

全国には約1,100カ所の無医地区および準無医地区と、それより若干多いいわゆるへき地診療所がある。今回の調査は対象が自治医科大学卒業生が勤務しへき地に類する地域に所在する診療所と、JADECOMが運営するへき地等に所在する診療所を対象としたため、へき地診療所全体を代表するデータとはいえないものの、比較的アクティブに活動している公的なへき地等の診療所について、令和元年度時点の実態を示したものであると考えている。この項に含まれない地域包括ケアに関する活動等についてはおって報告する予定である。

また、今後同様の項目で調査を続けてきた過去のへき地診療所総覧で収集したデータと比較することで、昭和から平成、そして令和にかかる、へき地診療所の診療実態を比較検討することが可能となった。併せて最新のデータを収集する作業を継続していく予定である。

VI. 謝 辞

調査に協力してくださった全国の診療所管理医師並びに関係者の皆様、調査を行うにあたりご協力いただいたJADECOMの各都道府県支部長、プレ調査に協力してくださったJADECOMの診療所管理者、そして調査にあたりバックアップしてくださったJADECOMの吉新通康理事長、山田隆司副理事長、富永眞一生涯教育センター長ならびに自治医科大学医学部同窓会医燈会の小野剛会長に深く感謝する。

第91回

医師の“技術が未熟”に関わる アクシデント事例の未然防止！

—事例の発生要因の“見える化”から検討する未然防止対策—

地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長 石川雅彦

はじめに

医療機関において発生しているインシデント・アクシデント事例を分析する際に、薬剤や治療・処置、医療機器等、検査、療養上の世話などという事例の概要に焦点を当てることがあるが¹⁾、視点を変えて、システム要因やヒューマンファクター、環境要因など、事例の発生要因に焦点を当てて、さまざまな事例の内容に共通する発生要因から防止対策を検討することも可能である。

日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業(以下、本事業)における平成28年 年報²⁾では、参加登録医療機関からの医療事故情報の報告の内容において、発生要因を「当事者の行動に関わる要因」「ヒューマンファクター」「環境・設備機器」「その他」などに分類している。

「当事者の行動に関わる要因」としては、「確認を怠った」「観察を怠った」「報告が遅れた(怠った)」「記録などに不備があった」「連携ができていなかった」「患者への説明が不十分であった(怠った)」「判断を誤った」などが挙げられている。このうち、「確認を怠った:11.3%」が最も多く、次いで「観察を怠った:10.5%」「判断を誤った:9.6%」などが記載されている。

「ヒューマンファクター」としては、「知識が不足していた」「技術・手技が未熟だった」「勤務状

況が繁忙だった」「通常とは異なる身体的条件下にあった」「通常とは異なる心理的条件下にあった」「その他」などが挙げられている。このうち、「技術・手技が未熟だった:6.4%」が最も多く、次いで「知識が不足していた:5.9%」などが記載されている。

事例の発生要因に焦点を当てた検討については、本連載でもこれまでに、「報告遅れ(第43回)」「確認不足(第58回)」「説明が不十分(第65回)」「判断の誤り(第74回)」「ルールの不備(第82回)」などに焦点を当てて検討している。

前記のごとく、本事業の平成28年 年報²⁾の参加登録医療機関からの医療事故情報の報告の内容において、発生要因の1つとして、「技術・手技が未熟だった」ということが挙げられている。

医療の現場では、さまざまなプロフェッショナルが、個々の専門性を発揮しつつ、相互に連携が実施されている。インシデント・アクシデント事例の発生を未然に防止するためには、プロフェッショナルとして十分な知識・技術が求められる。もちろん、個々のプロフェッショナルは自ら学び、十分な知識・技術に磨きをかけ、各医療機関では自施設の現状に応じてさまざまな教育体制を整備していることと思われる。しかしながら、“技術・手技が未熟”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生している。

自施設では、“技術・手技が未熟”に関わるインシデント・アクシデント事例が発生していない

だろうか。これらの事例が発生していない場合でも、現状評価や防止対策は十分だろうか。“技術・手技が未熟”に関わるインシデント・アクシデント事例の発生を未然に防止するためには、「なぜ、“技術・手技が未熟”な職員が当該業務を担当したのか？」「なぜ、事例が発生する前に、職員の“技術・手技が未熟”であることに気づき、補うことができなかつたのか？」などと、疑問をもつことが欠かせない。

併せて、職種だけでなく、職種の経験年数などが異なる状況にある職員の認識を共有すること、および“技術・手技が未熟”に関わる“なぜ”を深めて、その上で、関与する医師、看護師はもとより、非医療職も含めた多職種がチームとして個々の専門性を発揮できるシステム整備が望まれる。

そこで、本稿では、発生要因としての“技術・手技が未熟”に関わるアクシデント事例の中から、より高度な専門性を期待される医師の“技術が未熟”に関わるアクシデント事例に焦点を当てて、事例の未然防止対策について検討する。

本稿では、アクシデントを「患者に何らかの影響が及んだ事例」、インシデントを「患者に影響が及ばなかつた事例、もしくはタイムリーな介入により事故に至らなかつた事例や状況」とする。また、日本医療機能評価機構の資料を使用する際には、アクシデントを「医療事故」、インシデントを「ヒヤリ・ハット」という言葉を用いる。

医師の“技術が未熟”に関わる アクシデント

本事業の事例検索¹⁾では、2021年3月初旬現在、キーワード“技術・手技が未熟”で11,921件、“技術・手技が未熟”“判断を誤った”で3,557件、“技術・手技が未熟”“思い込み”で740件、“技術・手技が未熟”“確認不足”で488件、“技術・手技が未熟”“知識不足”で186件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている(表1)。

また、“技術・手技が未熟”と職種をキーワードとした検索結果では、“技術・手技が未熟”“医師”で6,303件、“技術・手技が未熟”“研修医”で219件、

表1 “技術・手技が未熟”に関わる事例①(発生要因)

「技術・手技が未熟」 11,921件	「判断を誤った」	3,557件
	「思い込み」	740件
	「確認不足」	488件
	「知識不足」	186件
	「コミュニケーションエラー」	15件
	「教育不足」	12件
	「マニュアルがない」	7件
	「ルールがない」	6件
	「思い込み」 「確認不足」	52件

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より作成, 2021年3月初旬現在)

表2 “技術・手技が未熟”に関わる事例②(事例の内容)

「技術・手技が未熟」 11,921件	「手術」	2,896件
	「検査」	1,958件
	「転倒」	575件
	「アラーム」	528件
	「食事」	514件
	「リハビリテーション」	213件
	「患者間違い」	171件
	「アレルギー」	93件
	「検査結果」	76件
	「誤薬」	52件

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より作成, 2021年3月初旬現在)

“技術・手技が未熟”“看護師”で9,286件、“技術・手技が未熟”“新人看護師”で109件、“技術・手技が未熟”“薬剤師”で1,263件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

さらに、“技術・手技が未熟”と事例の内容では、“技術・手技が未熟”“手術”で2,896件、“技術・手技が未熟”“検査”で1,958件、“技術・手技が未熟”“転倒”で575件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。(表2)。

ここで、改めて、“技術が未熟”ということに焦点を当てると、キーワード“技術が未熟”で71件、“技術が未熟”“医師”で44件の医療事故やヒヤリ・ハット事例が検索されている。

“技術が未熟”“医師”に関わる事例として、事例検索¹⁾で検索された事例としては、

「呼吸器内科に入院中の患者(70歳代、男性)は、検査のために胃管を抜去されたが、栄養と投薬の目的で、研修医が上級医の許可のもと、患者に胃管を再挿入した。挿入時に気泡音と白い液の逆流があったため、留置先が胃内であると判

断した。その後、20mLの水に内服薬を溶いたものと水10mLを胃管より注入したところ、SpO₂が低下した。気管切開孔から気管内吸引をすると、薬剤らしき液体が吸引され、エックス線検査にて、右気管支に胃管が誤挿入されていることが判明し、直ちに胃管を抜去した。技術が未熟な研修医に上級医が胃管挿入を許可したことなどが事例発生の背景要因であった」

「患者(60歳代、女性)に対して、胆管結石除去と胆管内精査の目的で、外来でERCPを実施した(外来での経過観察で、以前よりERCPにて継続して評価していた)。乳頭切開はされており、カテーテルを胆管内に挿入する予定であったが、近傍にある乳頭憩室内にカテーテルが挿入されていたため、再挿入しなおそうとした際に、助手の医師が、既にガイドワイヤーを強く押し出していた。術者は、穿孔しているとは考えていなかったが、ガイドワイヤーの進みが窮屈で、硬すぎる感触を覚えたために、すぐに引き抜いた。その後、胆管内造影などの精査を行い、終了した。患者は処置室で経過観察中に腹痛を訴え、嘔吐も出現し、腹部に反跳痛を軽度認めた。発熱もあり、緊急CT検査にてfree airを認め、穿孔と診断された。穿孔部は画像上不明であったが、休日前でもあり、ERBDチューブを留置後に緊急手術を実施した。術中所見では肝十二指腸間膜からのair leakもはっきりせず、穿孔部は不明であり、腹腔ドレーンの留置のみで手術を終了した。術後経過は良好で、第15病日に患者は退院した。助手の医師の技術・手技の未熟(安全なERCPに関する技術・手技が未熟で、術者に確認せずガイドワイヤーを進めた)、および上級医師の指導不足(上級医師が助手の医師の技術・手技の未熟さを十分理解しておらず、事前確認や、実施中の指導が不足していたため、適切なタイミングでのガイドワイヤー操作ができなかった)などが事例発生の背景要因であった」などがある。

具体的事例から考える 事例の発生要因

各医療機関でも、職員の“技術が未熟”に関わるインシデント・アクシデント事例の未然防止対策として、教育システムの整備やルールの整備・周知、職員教育の実施など、さまざまな取り組みが実施されていると思われる。しかし、現状では、“技術が未熟”に関わるさまざまなインシデント・アクシデント事例の発生が報告されており、自施設における現状評価をふまえた取り組みが急がれる。

ここでは、本事業の事例検索¹⁾にて検索された事例(以下、本事例)を基に、医師の“技術が未熟”に関連したアクシデント事例の発生要因と事例発生を未然に防止するためのシステム整備について検討する。

事例 「小脳転移の可能性を見逃し?」

【事故の内容】

- ・左乳癌の患者(40歳代、女性)に対して、約4ヵ月前に頭部MRI検査が実施された。
- ・検査実施後、外来担当医は、画像所見のレポートを待たずに前回の画像と比較して、患者に「異常所見なし」と説明した。
- ・その後、作成された画像所見のレポートには「右小脳に小結節陰影あり、転移の可能性あり」と記載されていたが、外来担当医は、レポートの確認を失念していた。
- ・その他の画像検査では、原発巣の皮膚所見以外には明らかな転移性病変を認めず、左乳癌に対して原発巣切除術(サルベージ手術)が施行された。
- ・炎症性乳癌で皮膚発赤の範囲が広がったため、左鼠径部からの全層植皮術が施行された。
- ・術後の治療方針を決定する際、全身の評価のために、手術の2ヵ月半後にPET-CT検査が実施され、小脳転移を指摘された。

(日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索より抽出、一部改変)

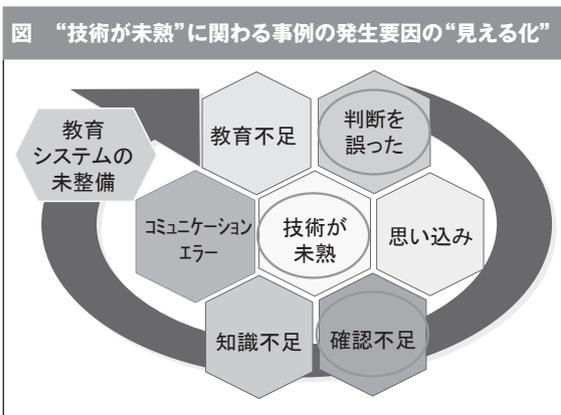
本事例の背景要因としては、「何度も通院する患者の負担を考慮して、医師が画像検査と同日に外来診察日を設定している」「画像検査後に所見のレポートが作成されるまでに数時間かかる」「待ち時間が長くなるのを気の毒に思い、画像所見のレポート作成を待たずに、専門分野ではない画像を1人で診断した」「画像所見に新たな所見があれば、後日追加で伝える旨を患者に説明しているが、患者から所見について聞かれるこ

とはなかった」「自分の記憶に頼っていたため、画像所見のレポートの確認を忘れた」「自身での読影では、右小脳の小結節陰影を見落としていた(技術が未熟だった・判断を誤った)」「サルベージ手術を行うという方針になった際にも、画像所見を再確認せず、遠隔転移はコントロールできているという判断をした(確認を怠った)」などが挙げられている。

本事例を、インシデント・アクシデント事例分析法の一つであり、事例発生の原因を当事者のみの問題として終始せず、システムやプロセスに焦点を当てて根本原因を明らかにするという特徴がある根本原因分析法(Root Cause Analysis, 以下RCA)の考え方で振り返り、未然防止対策を検討する。

本事例を、RCAの特徴であるシステムやプロセスに焦点を当てる考え方で検討すると、「なぜ、待ち時間が長くなるのを気の毒に思ったとしても、画像所見のレポート作成を待たずに、専門分野ではない画像を1人で診断したのか?」「なぜ、自分の記憶に頼る以外の対策を講じず、画像所見のレポートの確認を忘れたのか?」「なぜ、約4ヵ月前に施行した頭部MRI検査の画像所見のレポートで『右小脳に小結節陰影あり、転移の可能性あり』と記載されているにもかかわらず、手術の2ヵ月半後にPET-CT検査を施行するまで、小脳転移に気づくことができなかったのか?」「なぜ、専門分野ではない外来担当医の、技術の未熟や判断の誤りによる見落としの可能性を予測した防止対策が実施されていなかったのか?」などの疑問が浮かぶ。これらの“なぜ”を深めて根本原因を明らかにする際に、“技術が未熟”に関わる事例の発生要因の“見える化”を提案する(図)。

本事例の背景要因としては、「自身での読影では、右小脳の小結節陰影を見落としていた(技術が未熟だった・判断を誤った)」ということに注目すべきと考えるが、「自分の記憶に頼っていたため、画像所見のレポートの確認を忘れた」「サルベージ手術を行うという方針になった際にも、画像所見を再確認せず、遠隔転移はコントロールできているという判断をした(確認を怠った)」



なども併せて検討することが重要である。

“技術が未熟”に加えて、“判断を誤った”“確認を忘れた”“確認を怠った”などに関しては、システム要因や環境要因との関連も含めた発生要因の検討が必ずしも十分ではなかった可能性が想定される。本事例、および前記の事例などを考慮して、“なぜ”を深めて医師の“技術が未熟”に関わるアクシデント事例の発生要因を明らかにするには、「判断の誤り」「確認忘れ」「知識不足」などのヒューマンファクターだけでなく、システム要因や環境要因の関連性も含めて検討することが望まれる。

“技術が未熟”に関わるアクシデント事例の発生要因としては、1)評価すべき技術が不明確で、その評価基準が未整備、2)技術の評価結果のフィードバックを含めた教育システムが未整備、3)“技術が未熟”に関わるリスクの予測、および判断や確認のルールの見直しが未実施、ルールが未整備、4)技術の評価やルールの遵守状況の現状評価が未実施、5)発生する可能性のあるリスクの共有を含む多職種での職員教育が未実施、などが考えられる。

医師の“技術が未熟”に関わる アクシデントの未然防止対策

本事例の改善策としては、「患者には、検査結果が直ぐに出ないことを説明して、検査結果が揃う日に診察日を設定する(検査日と診察日を別の日にする)」「治療方針決定の判断に影響をあたえる検査所見は再確認する」「患者の治療へ

の参加(患者自身が検査の結果を把握するよう推進する)「病理所見レポートと同様に、画像レポートもアラートが表示され、そこから確認できるシステムであれば、確認を忘れることや、確認を怠ることは減ると考える」などが挙げられていた。

“技術が未熟”に関わるアクシデント事例の発生を未然に防止するためには、明らかになった根本原因に対応して、1)評価すべき技術を明確にし、その評価基準を整備、2)技術の評価結果のフィードバックを含めた教育システムの整備、3)“技術が未熟”に関わるリスクを予測し、判断や確認のルールの見直し・整備、4)技術の評価やルールの遵守状況の現状評価の実施、5)発生する可能性のあるリスクの共有を含む多職種での職員教育の実施、などの未然防止対策が考えられる。

これらの防止対策を実施することで、ヒューマンファクターとしての「判断の誤り」「確認忘れ」「知識不足」などを防止、あるいは診療科間・多職種間のチーム力を発揮し、アクシデントに至る前に“技術が未熟”であること、および「判断の誤り」「確認忘れ」「知識不足」などに気づくことで、事例発生を未然に防止することが期待される。

1)の「評価すべき技術を明確にし、その評価基準を整備」では、自施設内で評価すべき技術・手技が明確にされているかを確認する必要がある。医療機関には、医師や看護師をはじめ、さまざまな職種が連携しており、個々の職種に求められる特有の技術・手技があると思われる。これら全ての技術・手技を評価することは必ずしも容易ではないが、ここでは、“技術が未熟”であることにより発生する可能性のあるリスクと患者への影響を考慮して、評価すべき技術・手技を検討することが望ましい。その上で、該当する技術・手技の評価基準、および評価方法(誰が、どのように)を明らかにすることが重要である。

併せて、2)の「技術の評価結果のフィードバックを含めた教育システムの整備」を検討したい。

1)で検討した評価基準や評価方法による評価結

果のフィードバックは、本人へのフィードバックに加えて、技術・手技の教育の実施状況の評価や教育をどのように改善するのか、ということを検討するための参考資料としても活用が期待される。技術・手技に関わる教育においては、もちろんプロフェッショナルとしての自己研鑽は欠かせないが、組織として、継続した教育やトレーニングを受けられる機会の提供などを含めたシステムを整備することが求められる。

3)の「“技術が未熟”に関わるリスクを予測し、判断や確認のルールの見直し・整備」では、インシデント・アクシデント事例は必ずしも単一の発生要因だけで発生しているとは限らないことを再認識する必要がある。本事例でも、医師が専門分野ではない画像を1人で診断したという状況や、画像所見レポートの確認忘れ、および画像所見レポートの確認忘れに気づくシステムの不備などの複数の要因が関連して事例発生に至ったことが想定される。さまざまなリスクを予測して、事例発生に影響すると考えられる判断や確認のルールの見直し、あるいは整備を実施することが望まれる。

4)の「技術の評価やルールの遵守状況の現状評価の実施」では、1)や3)で整備した評価基準やルールについて、その遵守状況の現状評価を実施することや、関連する事例の発生の有無などを把握することが重要である。この現状評価を実施することで、必要に応じて、評価基準やルールの見直しなどを実施し、事例発生の未然防止に寄与することが期待される。

さらに、5)の「発生する可能性のあるリスクの共有を含む多職種での職員教育の実施」では、“技術が未熟”に関連した自施設の事例、および他施設の事例についての情報などを提供し、多職種が参加してリスクを予測し、認識を共有できる職員教育の企画・実施を検討したい。ここでは、3)の「“技術が未熟”に関わるリスクを予測し、判断や確認のルールの見直し・整備」についても、多職種・複数でリスクを回避できるシステム整備について、意見交換する機会を設けたい。

前記の事例で挙げられた「胃管」「ERCP」など、

視覚化しやすい技術・手技については、既に評価基準を定めて評価を実施している医療機関もあると思われる。しかし、本事例の背景要因に挙げられている「自身での読影では、右小脳の小結節陰影を見落としていた(技術が未熟だった・判断を誤った)」などについては、画像の読影技術が未熟か否かの客観的な評価は、必ずしも容易ではないと考えられる。このため、プロフェッショナルである医師に求められる技術や手技の評価について、どのような技術や手技をどのように評価する必要があるのか、自施設の現状と課題を明らかにすることが急がれる。

前記の事例の改善策としては、「胃管挿入に関しては『侵襲的処置マニュアル:血管外、経鼻胃管挿入・管理』に院内の規準が定められており、この規準にそえなかった原因を明確にして規準を遵守するよう依頼した」「知識が不足し、技術・手技が未熟な医療行為を行う医師は、事前学習・準備を行う。また、同時に術者や上級医師に事前確認しながら手技を進めることを周知する。侵襲的検査・治療を行う場合、上級医師は医師の知識・技術・手技の習得度を把握し、安全確認しながら検査・治療が進められるように指導・支援する」などが挙げられていた。今後、自施設における医師の“技術が未熟”に関わる事例の未然防止対策を検討する際には、これらの内容も参考にし、自施設の現状と課題に対応したい。

“技術が未熟”に関わる事例を未然に防止するためには、“技術が未熟”に関わる発生要因の“見える化”を実施し、さまざまな影響によるリスクを予測し、その上で予測したリスクを回避する対策を検討することが期待される。

は発生していないかもしれないが、「評価すべき技術・手技が明確にされていない」「評価基準・評価方法が整備されていない」「関連するルールが十分に整備されていない」「整備されたルールが適切に活用されていない」などにより、リスクを回避できずに患者への重大な影響が発生する可能性を指摘したい。関与した職員への影響も考慮して、エラー発生の要因になる可能性を未然に防止することは、喫緊の課題である。

患者・家族の視点で振り返ってみると、「なぜ、プロフェッショナルの“技術が未熟”なのか?」「なぜ、“技術が未熟”な職員が実施したのか?」という疑問が浮かぶことが想定される。こうした疑問は、患者・家族から問われる前に、医療者が自ら問いかけ、未然防止の取り組みを実施することが望まれる。

自施設における“技術が未熟”に関わる事例の発生を未然に防止するには、取り組みの第一歩として、職員個々が、「プロフェッショナルとして期待される技術・手技」について検討することが求められる。医療機関においては、その「プロフェッショナルとして期待される技術・手技」の明確化、および評価・フィードバックを含めた教育システムの整備が急がれる。

“技術が未熟”に関わる事例の未然防止における今後の展望としては、プロフェッショナルに期待されている良質で安全な医療を提供するために必要なシステム整備が望まれる。その上で、“技術が未熟”に関わる事例発生のリスクを回避するため、自施設の現状と課題を明確にし、職員個々の専門性とチーム力を合わせて発揮できる、現状評価を含むシステム整備などの未然防止対策の検討が期待される。

“技術が未熟”に関わる事例の未然防止と今後の展望

本稿では、医師の“技術が未熟”に関わるアクシデントに焦点をあて、具体的事例を活用して、事例の発生要因と事例発生の未然防止対策について検討した。自施設では、医師はもとより、医師以外の職種に関しても、これまで類似事例

参考文献

- 1) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 事例検索. <http://www.med-safe.jp/mpsearch/SearchReport.action> (accessed 2021 Mar 9)
- 2) 日本医療機能評価機構 医療事故情報収集等事業 平成28年年報. http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2016.pdf (accessed 2021 Mar 9)

END

『月刊地域医学』新規コーナー，連載企画募集

『月刊地域医学』では，新規コーナー，連載企画を募集しています。
「こんな内容を取り上げてほしい」，「こんなテーマで自分が連載してみたい」といった
要望を編集部までお寄せください。
お寄せいただいたご意見は，編集会議にて協議させていただきます。
皆さまからのご意見をお待ちしています。

あて先

〒102-0093
東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会「月刊地域医学」編集委員会事務局
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

胸部X線画像診断⑱

地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長 牧田幸三

?

20歳台女性. 検診の胸部X線. 症状はない. さて, 矢印の構造は?

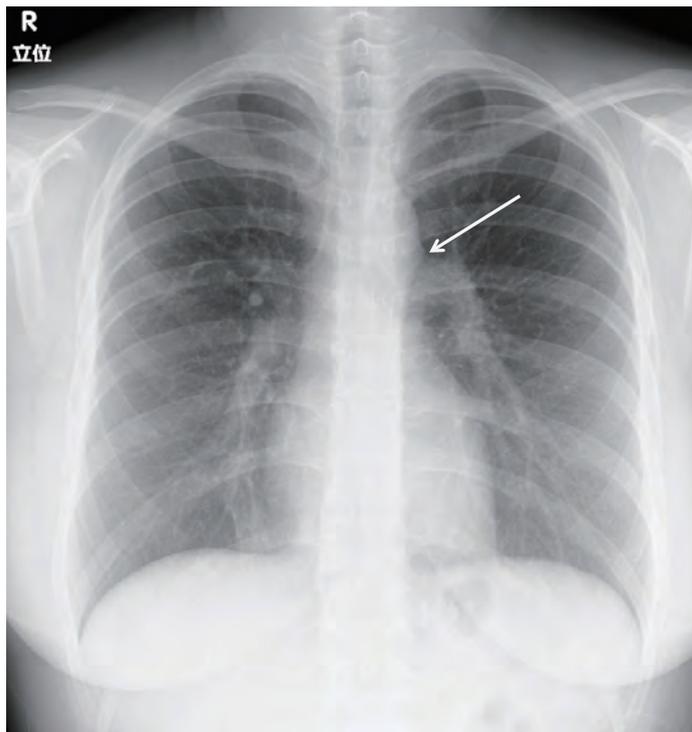


図1a:立位P→A

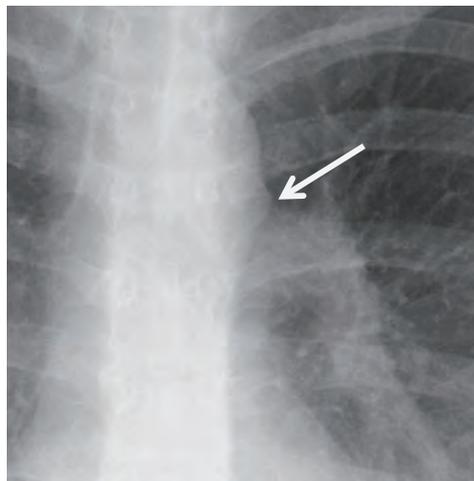


図1b:大動脈弓部付近の拡大

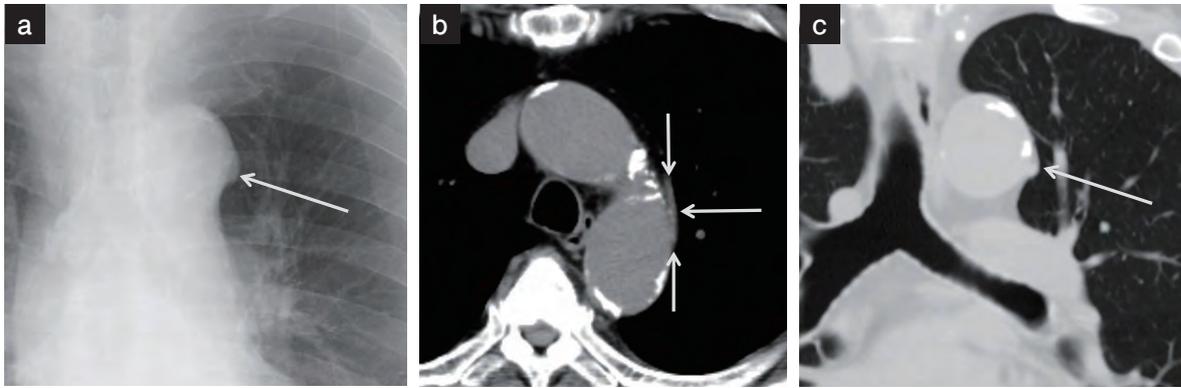


図2 左上肋間静脈によるAortic nipple像
a:胸部X線:立位P→Aの大動脈弓部付近 b:CT冠状断再構成 c:CT横断像

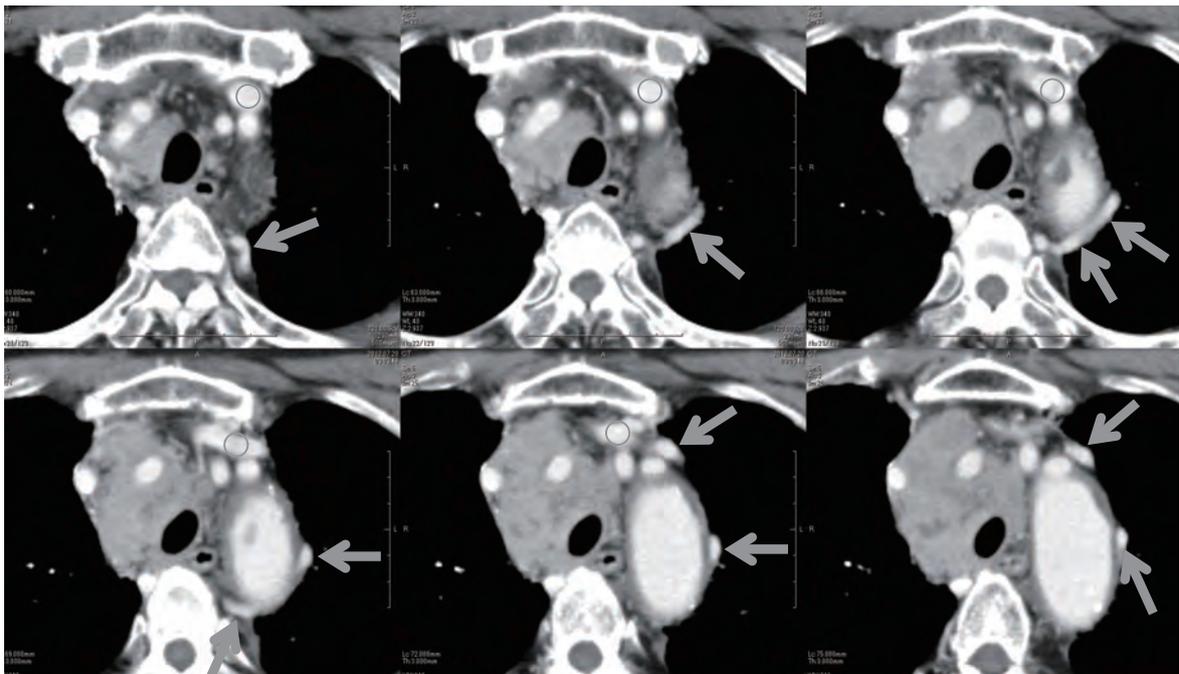


図3 上大静脈症候群で発症した肺腺癌の症例
矢印:左上肋間静脈 ○:左腕頭静脈

上部胸椎左側の大動脈弓陰影(いわゆるaortic knob)付近の表面に小さな隆起がみえる。左背側の第2～4肋間静脈を集める左上肋間静脈は脊柱の左側を下降して、大動脈弓のところで前方に迂回して大動脈弓の表面を走行し、前縦隔を横切る左腕頭静脈に接続する。副半奇静脈と交通することが多い。右側の奇静脈弓と同様、仰臥位で拡張しやすく、呼気時の撮影でみえやすいとされる。かつて行われていた“断層撮影”ではよく知られていた所見のようである(田坂先生の教科書¹⁾に仰臥位の断層撮影では5%程度にみられるとの記載あり)。ここでいう“断層撮影”とは、CTのことではなく、アナログの回転

横断撮影のことである。

RadiopaediaのAortic nippleの項(Aortic nipple, Radiology Reference Article, Radiopaedia.org)の記載によれば、正常の立位A→Pの胸部X線で10%程度にみられる所見とのことであるが、筆者の経験ではかすかに観察できるものを含めてもせいぜい数%程度という印象である。左上肋間静脈がある程度の径を有し、大動脈弓の表面を前後方向に水平に走る部分の距離がある程度なければ、nippleといえるような陰影を作るのは難しいと思われる。実際、CTでも、正常の左上肋間静脈が太く観察されることは多くはない。図2は透析患者の定期撮影の胸部X線とCT像で

ある。CTの冠状断再構成像と対比が分かりやすいと思う。肺癌の縦隔浸潤などによる上大静脈の閉塞では側副血行路として左上肋間静脈が拡張して観察されることがある(図3)。左上肋間静脈の走行をメージしていただけるであろうか？なお、McDonald CJらが1970年に雑誌Radiologyに報告した論文がAortic nippleについての最初の記載である²⁾。

実は、自身が研修医の頃、文献1の田坂先生の教科書でAortic nippleの記載を読んで以来、いつか自分の眼でみてみたいと思いつつも、当時は胸部X線を日常的に読影する機会がなく、しかもCTが黎明期から全盛期を迎えつつある時代で、CTの読影とIVR(Interevntional

Radiology)と過度の飲酒に没頭する日々…。気がつくと40年が過ぎている。邯鄲の枕か胡蝶の夢か…弓頭(Aortic knob)に枕するのは胡蝶かビーナス(Venous)か。ビーナスがニップルとは此は如何に。往時渺茫としてすべて夢に似たり。天狗裁きの夢覚めず…。ちょっとアンタ、ワタイに言えんような夢みてたんとかうの？…御退屈様でした。

参考文献

- 1) 田坂晴:胸部X線読影テキスト:文光堂:1976年第一版発行.
- 2) McDonald CJ, Castellino RA, Blank N:The aortic "nipple". The left superior intercostal vein. Radiology 1970; 96(3): 533-536. doi: 10.1148/96.3.533. PMID: 4917287.

高久史磨

公益社団法人地域医療振興協会 会長



既存のミトコンドリア阻害薬による膠芽腫の治療 麻痺を起こしたマウスの神経細胞の再生

既存のミトコンドリア阻害薬による膠芽腫の治療

既存の薬が、脳腫瘍の新たな治療法となるかもしれない、という記事が「Existing drugs may cut off 'fuel supply' to an aggressive brain cancer」として2021年1月16日のMEDICAL NEWS TODAYに報道されていたので紹介したい。

脳腫瘍の中で侵襲性の高いものの1つが膠芽腫であり、生存率が低く治療が困難である。膠芽腫の1つの種類として、“細胞の発電所”であるミトコンドリアの過剰な活動に依存して成長し、広がっていくミトコンドリア型脳腫瘍が挙げられる。

細胞培養の新たな研究により、この種類の神経膠腫はミトコンドリア阻害薬による治療に反応する可能性があることが判明した。この発見によって、脳腫瘍の治療に新たな道が開かれるかもしれない。

膠芽腫の場合、診断後の生存期間の中央値はわずか15ヵ月である。このタイプの癌は治療が困難だが、この研究によって、既存の薬が有効な可能性があるという希望が示された。

研究者らは、神経膠腫の最大20%が過活動の細胞発電所(ミトコンドリア)を持っており、それらの細胞がすべてのエネルギーをミトコンドリアに依存していることを発見した。

このタイプの膠芽腫は生存期間がわずかに長

くなることと関連しており、ミトコンドリアによって生成される燃料に依存するため、この構造を阻害する薬剤に対して特に脆弱になる可能性がある。

研究者らは、膠芽腫の一部ではミトコンドリアが過剰に活動していることを発見した。また、ミトコンドリア阻害薬が、実験室で増殖させた脳腫瘍の培養細胞に対して強力な抗腫瘍効果を持っていることも認められた。

この研究はColumbia University Medical Center in New York Cityの研究者らが主導したもので、Nature Cancer誌に掲載されている。まだ発表されていないマウスでの追跡調査では、上記の薬が同じ種類の膠芽腫に対しても有効であることが示されている。

上記の研究者らが発見した、ミトコンドリアを過剰に活動させる珍しい遺伝子変異を持つ患者を対象に、同じクラスの薬剤で臨床試験が行われている。

研究の共同リーダーである神経学の教授 Antonio Iavaroneと小児科の教授である Anna Lasorellaは、「基礎となる遺伝学に関係なく、ミトコンドリア駆動型腫瘍の患者を特定できるため、より多くの患者を対象に臨床試験を拡大できるようになった」と述べている。

他の癌、特に乳癌では、腫瘍をサブタイプに正確に分類するシステムが実証されており、効果的な治療法の開発につながっている。しかし

膠芽腫では、腫瘍を分類するための標準的な手法、つまり遺伝子の活動に基づいて腫瘍を分類する方法では、治療に効果的な腫瘍の脆弱性を特定できていない。

「脳腫瘍の治療の進歩が非常に遅い理由の1つは、これらの腫瘍を分類する良い方法がないためだと考えられる」とIavarone教授は述べている。このことを克服するために、研究者らは最近の技術的進歩を利用して、単一の腫瘍から採取した何千個もの細胞の生物学的活性を特徴づけることに成功した。

また研究者らは、各細胞の遺伝子変異と遺伝子活性の解析に加えて、細胞が作るタンパク質やノンコーディングRNAに影響を与えるゲノムの他の改変も特定した。

マルチオミクスと呼ばれるこの最近開発された取り組みによって、研究者らは、特定の細胞を定義する核となる生物学的経路を特定するため、コンピュータープログラムを利用して豊富なデータを生み出した。

「このようにして個々の腫瘍細胞を、それらを維持する実際の生物学に基づいて分類することができる」とIavarone教授は説明している。研究者らはマルチオミクスを用いて、36の異なる神経膠芽腫腫瘍から採取した17,367個の細胞の生物学的特徴を明らかにした。この分析から、ミトコンドリアのサブタイプを含む4つの異なる種類の細胞が明らかになった。

研究者らは、それぞれの腫瘍が4つのサブタイプのうちの1つの細胞によって支配されていることを発見した。おそらく、腫瘍は制御不能な方法で急速に分裂し始めた単一の細胞から発生しており、その細胞の一部は変化し、変化した細胞が増加している可能性がある。

原理的には、医師が患者の膠芽腫の種類を分類できれば、その独特の生物学的特徴を破壊するように治療を行うことができる。

「既存の脳腫瘍の分類はあまり参考にならない。どの治療法が最も効果的かが示されるわけでもない」とLasorella教授は述べている。また、「われわれは、これらのミトコンドリア群の分

類に期待している。このグループの膠芽腫に対して、すでに臨床試験が行われている薬剤が存在しているからである。またこの分類により、他の3つを標的にする方法についてのアイデアが得られ、より徹底的に調査し始めている」と付け加えている。

全ての細胞が共有する核となる生物学的活性に従って腫瘍細胞を分類することで、これまで個々の遺伝子を調べることによって明らかにされていた以上に、異なるさまざまな癌にも共通点があることが明らかになる可能性がある。そうであれば、ミトコンドリア型の脳腫瘍を治療する薬は、例えば、ミトコンドリア型の肺癌も治療できる可能性がある。

「われわれは1つの突然変異、1つの薬の概念を超えていく。そのように応用していくことが可能な場合もある。複数の異なる遺伝子の組み合わせによって引き起こされる可能性のある、その核となる生物学の共通性に基づいて腫瘍を標的にする時が来ているのである」とLasorella教授は述べている。

麻痺を起こしたマウスの神経細胞の再生

脊椎損傷によって麻痺を起こしたマウスの神経を、人工的に修正したcytokineによって再生する研究で、治療から2～3週間で歩行能力が回復したと2021年1月20日のMEDICAL NEWS TODAYに「Paralyzed mice walk again after cytokine treatment」として報道されているので紹介したい。

脊椎の損傷後、成人の神経細胞は軸索を自然に再生することはない。軸索とは、脳から脊髄を経由して筋肉に神経信号を運ぶ長い突起のことである。このことは、脊髄損傷が対麻痺として知られる下半身の麻痺を含む重度の永続的な障害を引き起こす理由を説明している。何十年もの間、研究者らは神経細胞を再生する方法を研究してきたが、現在も麻痺の治療法は確立されていない。

2013年、ドイツの神経科学者らは、

interleukin-6(IL-6)と呼ばれる免疫シグナル伝達タンパク質(cytokine)が、実験室で培養した視神経軸索の再生を促進する可能性があることを示す研究を発表した。

IL-6は、血小板の放出を促進して血栓の形成を可能にするなど、免疫系にさまざまな影響をもたらす。2013年の研究では、神経細胞の治癒を促進する可能性があることも示唆されている。

しかしいくつかの問題があり、1つは、運動機能を回復するために重要な中枢神経系のうち、アクセスできない部分にどのようにcytokineを送達するかということであった。もう1つは、天然のIL-6は神経の再生に対して刺激する効果が比較的弱いことである。

この2013年の研究チームの研究者らは、ドイツのRuhr-University Bochumに所属しており、このたび人工的に修正したIL-6を中枢神経系の奥深くに送り込む技術を開発した。彼らは、重度の脊髄損傷によって麻痺を起こしたマウスで実験を行い、有望な結果を得た。この研究は、Nature Communications誌に掲載されている。

研究者らはこれまでの研究で、Hyper-IL-6と呼ばれる人工インターロイキンは、天然のIL-6よりも強力な再生刺激効果を持つことを実証した。

今回の実験では、遺伝子操作されたウイルスを使用して、感覚運動皮質と呼ばれる脳の外側領域の運動ニューロンにHyper-IL-6を作るための遺伝的指示を取り込ませた。この遺伝子治療の利点は、ウイルスに感染した細胞が独自のHyper-IL-6を作成できることである。

また、このタンパク質は軸索の分岐を介して、運動に不可欠な中枢神経系のより遠くの、アクセスできない部分に分配され、そこで再生の引

き金となる。

「このようにして、わずか数個の神経細胞による遺伝子治療によって、脳内のさまざまな神経細胞と脊髄内のいくつかの運動路の軸索再生が同時に刺激された」と、senior authorのDr. Dietmar Fischerは説明している。

麻痺した動物にウイルスを1回注射したところ、2～3週間後には再び歩行できるようになった。「これまで、完全な麻痺を起こした後に歩行が可能であることが示されていなかったため、当初は大きな驚きであった」とDr. Fischerは述べている。

現在、Dr. Fischerの研究室では、この新しい技術を他の有望な取り組みと組み合わせる方法を研究している。例えば、組織移植片を使用して脊髄損傷部位を橋渡しするなどである。さらに、彼らは、脊髄損傷が数週間前に発生した場合でも、Hyper-IL-6がニューロンを再生できるかどうかの研究も進めている。

Dr. Fischerは次のように述べている。「この点は、特にヒトへの応用を目標としている。われわれは今、科学的な新境地を開拓している。さらなる実験は、将来的にこれらの新しい取り組みをヒトに応用できるかどうかとりわけ重要になるであろう」

ただし、これまでの研究は全て、マウス等の動物実験での研究結果であることに留意すべきである。ヒトに対する安全で効果的な治療法を開発し、試験を行うためには、さらなる年月と研究が必要になるであろう。

参考WEBサイト

- 1) Existing drugs may cut off 'fuel supply' to an aggressive brain cancer (medicalnewstoday.com)
- 2) Paralyzed mice walk again after cytokine treatment (medicalnewstoday.com)

牧田幸三先生の 世界初の先端的手法:支脈別副腎静脈採血 「原発性アルドステロン症における意義」(3)

(4月1日配信)

練馬光が丘病院放射線科, 地域医療振興協会 へき地・離島画像支援センター センター長の牧田幸三先生に支脈別副腎静脈採血について, 症例に基づいて解説していただきます。

臨床現場での支脈別採血は, 図1のようなシェーマを描きながら行っています。中央を縦に貫いているのが下大静脈, 左右に横切っているのが腎静脈, 下方で二股に分かれているのが大腿静脈, それ以外の分岐は個人差が大きいので, カテーテル挿入状況に応じて描き進めます。採血は支脈ごとに行うため, この図は非常に重要です。この症例の検査値は中心静脈PAC(血漿アルドステロン濃度, 単位はpg/dL)は右13,500, 左4,940で, どちらも基準値14,000より低値でした。しかし右側の支脈血では, 右外-下側は7,960なのに対し, 右下側は228,052と非常に高値で, その

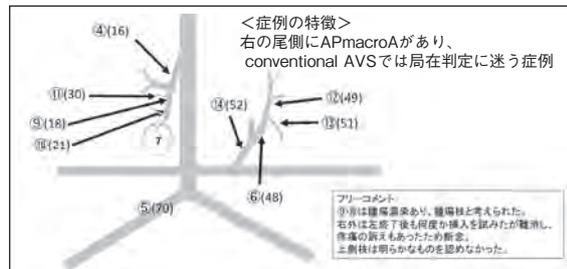


図1 副腎支脈別採血時の記録シェーマ

先に腫瘍があることを示唆しています。副腎部分切除後の病理診断は右副腎皮質腺腫で, 中心静脈採血では詳細な診断がつかない症例でした。

このように支脈別採血によりきめ細かな診断が可能になり, 治療オプションが増え, 確実な治療が可能になりました。横浜労災病院での採血300症例の比較を図2に示します。中心静脈の採血データによる治療オプションは片側副腎全摘と薬物治療しかありません。同一症例の支脈別採血による診断では6つに病型分類され, 治療オプションは片側副腎全摘, 薬物治療のほかに副腎部分切除が加わります。

副腎内のホルモン生産量は区域別支脈採血以外に特定する方法はありません。画像診断では腫瘍像が確認されてもホルモン生産しているかどうかは不明, また微小腺腫は画像で確認できないことも多いのです。小さな腫瘍であればラジオ波による焼灼が可能です。局所アブレーション用カテーテルを開発しています。副腎内のホルモン・マッピングはより正確な診断, 疾患の理解につながります。その結果, 多くのことが判明し, 両側性の症例のなかに片側全摘, 片側部分切除で治癒可能な症例があることも明確になりました。

今後は, 世界的な専門誌に論文投稿を重ね, 支脈別採血の意義を広く伝えていきたいと考えています。

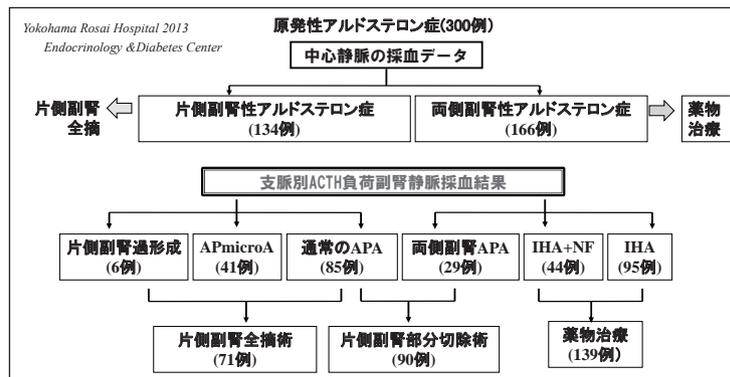


図2 原発性アルドステロン症の採血データによる治療方法の違い

* 牧田先生のレクチャーの詳細は, 4月1日配信のJADECOM生涯教育e-Learningをぜひご覧ください。

生涯教育 e-Learning は公益社団法人地域医療振興協会ホームページから閲覧できます。 <http://www.jadecom.biz/>





1年間
よろしくお願
いいたします



薩摩川内市鹿島診療所
松元良宏

本東達也先生、こんにちは。薩摩川内市鹿島診療所の松元良宏です。

前年度執筆を勤められた北海道の中田健人先生と同期の自治医科大学39期の卒業で、中田先生には学生時代にボーリングを教えてもらったり、walking sushi部という非公式サークルで学生寮から歩いて小山や宇都宮までご飯を食べに行くという怪しい活動をしたりしていました(笑)。そんな付き合いのあった同期の彼が利尻島で奮闘している様子を1年間読ませてもらいながら、同じように離島に勤務する者としてとても励まされていました。

私も離島の日々の診療や生活の様子を紹介しながら誰かの力になれたらと思いますので、1年間どうぞよろしくお願いいたします。

薩摩川内市鹿島診療所は、鹿児島県薩摩半島から西方約30km沖合の東シナ海に浮かぶ甑島にあり、本土から高速船で最短50分、フェリーで最短1時間15分です。甑島は上甑島、中甑島、下甑島の三島から構成され、大きく里、上甑、鹿島、下甑の四地域に分かれており、市運営の医師常駐診療所がそれぞれの地域に1カ所ずつあります。

鹿島は住民基本台帳に基づく町の人口が令和2年4月1日時点で383人、65歳以上が54%という高齢化のかなり進んだ小さな漁港町です。キビナゴやタカエビをはじめとした四季折々の豊かな海の幸、白亜紀の地層が顔を見せる圧巻の断崖絶景、地層から発見された化石などの展示がある恐竜化石ミュージアム、夏に見頃を迎える鹿の子百合、子の健やかな成長を祈って行われるトシドンの風習などさまざまな自然・文化の魅力が満載の町です。

令和2年8月に中甑島と下甑島を結ぶ甑大橋が開通し甑島列島が陸路でひとつながりとなり、島の北から南まで自動車でも移動することが可能となりました。今後四季の移り変わりに合わせて甑島各地域の魅力的な風景も紹介していければと思います。

私が鹿島診療所に赴任したのは平成31年度からだったので今

年度で早くも3年目となります。赴任当初は卒後3年目の実務研修が終わったばかりでいきなりの離島での一人診療所勤務にビクついていましたが、優しく親切な住民の方々と診療所開設当初から勤められている超ベテランの看護師さん方、島内の他地域のベテランの先生方に支えられながらなんとかやってきました。

当診療所は8床の病床を有するものの全てが長年休床中で給食施設もないため、外来診療、訪問診療のみ行っています。検査はレントゲン、エコー、心電図、血算測定、尿検査(試験紙法)、上部消化管内視鏡が行えます。緊急性の高い疾患や入院が必要な患者は上甌と下甌に当院より検査体制の整っている有床診療所が1カ所ずつあるためそちら

か、より高次施設での診療や入院が必要な場合には島外の施設にヘリやフェリー、漁船で搬送します。当院には歯科診療所が併設されており、2週間隔で大学病院から歯科医師の派遣が1週間あります。その他、鹿島小学校の学校医と特別養護老人ホーム鹿島園の嘱託医も担っており、鹿島・下甌地域の乳幼児健診も担当していますので、赤ちゃんから100歳を超えるお年寄りまでの全世代を診ていることになります。

今月はここまでで字数に達してしまいました。次回以降いろんな話題に触れていければと思います。

プロフィール：松元良宏(まつもと よしひろ)

2016年に自治医科大学を卒業。奄美大島の県立大島病院で初期研修と1年間の実務研修を経て2019年より現職。小・中学校、高校、大学と剣道をしており、現在診療所の先生と剣道の先生の二刀流。段位は五段。



蘭落展望台から望む鹿島町の全景



鳥ノ巣山展望所から見た甌大橋



令和3年3月 鹿島剣道スポーツ少年団の卒団式での一枚





臨床研修を終えて — 特定ケア看護師の複数配置を通しての学び —

台東区立台東病院看護介護部 特定ケア看護師4期生 榎 麻奈実

皆様、初めまして。今月担当させていただきます榎 麻奈実と申します。

私は、2020年3月にNDC研修を修了し、2021年4月より看護介護部に所属し、特定ケア看護師として活動させていただいております。

まず、私が特定ケア看護師を目指した動機についてお話しさせていただきたいと思います。私は、出身である青森県八戸市の病院で21歳より看護師として勤務後、27歳の時に上京し、台東病院での勤務は6年目を迎えました。周りからは、よく27歳で上京したねと驚かれますが、今思えば特定ケア看護師を目指した理由と通じるものがあると思います。それは、純粋に自分の思う看護をしたいと強く願い、行動を起こしたことです。上京する前の病院では、ICUがない中、病棟でPCPSやIABPを装着されている重症患者を受け持ちながら、通常の入院患者を受け持つなど非常に多忙な環境で看護をしていました。そんな中、業務をこなすことが精一杯で、自分のしたい看護ができていないことにジレンマを抱いていました。身も心も疲弊しているのを感じ、環境を変えようと思い立ったとき、当院の理念である『ずっとこのまちで暮らし続けたい』を応援します』という言葉に共感し、気が付けば上京していました。回復期病棟へ配属となり、急性期のその後の患者さんの姿を知り、患者さんの価値観や生活、希望に沿った看護というものを学び、看護師として成長できました。しかし、数年経つとまたジレンマが私を襲ってきました。それは、退院を目前にしていた矢先に、急変し治療のため搬送されたり、骨折など

によりADLが低下し自宅退院が叶わなくなってしまった患者さんの姿です。看護師として急変のサインに気がつかなかったのか、もっと何かできたことはなかったのだろうか、と思いました。そんな時、当院に診療看護師の筑井菜々子さんがいらっしゃいました。私が目指す看護師像は彼女のような看護師だ、と思いました。気が付けば、特定ケア看護師の門をたたいていました。

さて、前置きが随分長くなりました。無我夢中で1年の研修を終え、臨床研修が始まりました。当院では、今は退職されてしまいましたが2期生の岡田芳恵さん、3期生の細川信康さんに続き、3人目の特定ケア看護師となりました。先輩方の背中を見て、自分が目指す特定ケア看護師像について随分悩みました。臨床研修は、新型コロナウイルスの影響を受け、修了式が中止されたことで卒業の実感がなく始まりました。外来での研修もほとんど行えず、臨床推論がなかなか身につかない自身の状況に常に焦っていました。管理者、看護部長、指導医の皆様より、研修が充実したものになるためにはどうしたらいいか考えていただき、当院の老健での研修や指導医によるレクチャーなどさまざまな対策、支援をしてくださりました。それでも、月1回開催の「卒後藤谷塾」というカンファレンスでは、3期生の先輩や同期の知識との差にいつも焦りを感じていました。自分はこれだけ周りにサポートしていただいているのに、特定ケア看護師として使える人材になれないのでは、といつも思っていました。そんな時、いつもそ



褥瘡回診の様子

ばで見守り，アドバイスをくださったのは特定ケア看護師の先輩，細川さんでした。「特定ケア看護師は，みんな同じじゃなくていいと思う。もちろん最低限の基礎知識はみんな一緒じゃないといけないけど，急性期に強い人もいれば，慢性期に強い人がいていいと思う。JADECOMは病院から診療所まで幅広いのが強みだから，活動する場所でみんなに助かったと言ってもらえればいいんじゃないかな」。

その言葉に，はっとしました。そうか，台東病院で必要とされる活動を探して，精いっぱい頑張ればいいんだ。そう思ってからは，臨床研修として習得すべきことと同時に，台東病院の特定ケア看護師として必要なことを考えることができるようになりました。もっと現場の声を聴こう，もっと全体を見渡そう，そう思えました。それから，医師，看護師から「榊さんが来てくれてよかった，いてくれて助かった」と言っていただけることが増えました。まだまだ未熟な身ですが，少しずつ特定ケア看護師として活動できているのかな，と感じます。

地域医療振興協会内でも，特定ケア看護師がいる所は少なく，複数配置している所はさらに少ないです。特定ケア看護師は，いわば医師と看護師をつなぐ架け橋のような存在だと私は思います。それ故に孤独感を感じることも多く，



台東病院NDC3期生 細川さん(左)と4期生 榊(右)

モチベーションの維持がとても難しいです。複数配置は，同じ悩みや不安を共有し，話し合えることがメリットの一つだと思います。また，特定行為や特定行為ではない部分の介入を，複数配置であれば分担して行うことができ，患者さんにタイムリーに介入できます。特定ケア看護師は，看護の上で必要な医学的知識や技術を研修で習得している看護師です。手技屋さんでもなければ特別な資格取得者ではないのです。ハイリスクな患者さんの入浴や離床，リハビリ，看護処置などを現場のスタッフが安心して行えるように一緒に行い，知識や技術を伝える役割だと私は思います。

私の特定ケア看護師としての活動は始まったばかりですが，これからも精進し，常に謙虚でいつも笑顔を絶やさず，声をかけやすい人であり続けようと思います。そして，私が筑井さんと出会って感じたように，特定ケア看護師になりたいと思ってくれる方が一人でも増えるといいなと思っています。

地域医療型後期研修

2021. 3. 29

患者だけでなく共に働く仲間からも必要とされる医師を目指して

2018年4月より「地域医療のススメ」の総合診療プログラムで研修を開始した、専攻医3年目の氷渡柊です。本誌の研修医日記の執筆は2019年4月号以来、約2年ぶりとなります。今回は井上陽介先生よりご推薦をいただき、その後の環境や心境の変化などについて、執筆させていただくことになりました。

まずこれまでの研修歴ですが、2018～2019年度は研修基幹病院である東京北医療センター(以下、東京北)の総合診療科や小児科・救急科で研修しました。そして現在は2020年4月より地域研修として、茨城県那珂郡東海村にある村立東海病院(以下、東海病院)にて研修を行っています。

病院総合診療医を目指して本プログラムでの研修を開始した私にとって、東京北での2年間の研修は非常に有意義でした。重症例や診断困難症例を豊富に経験し、診療スキルの上達につながりました。また非常に多忙ではありましたが、東京北 総合診療科の仲間と一緒に上を目指していくという雰囲気は自分に合っており、不思議と苦痛には感じませんでした。この2年間で新たに感じたことは、患者による医療を提供すること以外にも、一緒に医療を行う仲間のために尽くすことも非常に大切だということでした。そして結果として、仲間から必要とされる医師でありたいと感じるようになりました。

このように慣れ親しんだ東京北から離れることに寂しい気持ちもありましたが、2020年4月より東海病院での研修が始まりました。現在私が担当する診療内容は、発熱者等内科外来(発熱や上気道症状、その他新型コロナウイルス感染症を疑う症状を呈する患者の導線に分けた外来)を週に4枠、ほかに初診外来・予約外来を週に数枠ずつ行い、その上で病棟では20人前後の入院患者の管理などです。赴任時の目標として、東京北で培ってきた自分の医療が、地域の異なる環境で通用するのかを試すということがありました。そこで実際に難しいと感じたのは、東海病院にも急性期病棟があり救急搬送の受け



プロフィール

2016年3月 慶応義塾大学医学部卒業
 2016年4月～ 国立病院機構埼玉病院
 初期臨床研修医
 2018年4月～ 「地域医療のススメ」専攻医
 東京北医療センターにて研修
 2020年4月～ 村立東海病院にて研修

入れも可能ですが、特に内科的な専門科がないということでした。診療可能な範疇の判断、特に高次医療機関への搬送やタイミングの判断についてはよく悩みましたが、その中でも指導医やほかのスタッフにも多くを助けていただき、現在では限られた医療資源で地域の患者をよりよくできるよう適切な判断が徐々に確立しつつあると感じています。

ただ地域研修としては、新型コロナウイルス感染症拡大の影響による診療体制の変更もありイレギュラーなものでした。特に

家庭医療系の研修として、地域の健康増進を目的とした活動はできませんでした。現在も新型コロナウイルス感染症の先行きが不透明な状況であることに変わりはなく、2021年度の研修先の選択に難渋しました。元々戻る予定であった東京北も人手が少ないとのことでしたが、東海病院も新規に始まる長期間のワクチン接種などで業務量が増える一方で医師数が減ることも想定されました。最終的には東海病院の一医師から個人的にいただいたお声かけで、“必要とされる医師でありたい”という自分の気持ちに響いたことが決め手となり、研修の延長を決めました。またこれは1年間で東海病院、さらには東海村の地域医療に対して行ってきたことへの評価とも考えられ、今後の研修により身が引き締まる思いです。



村立東海病院



一緒に診療しているチームです

2021年度は東海病院の研修後、10月には今度こそ東京北に戻りますが、今後も一生懸命に研修に励んでいく所存です。今後ともどうぞよろしく願いいたします。

評議員会・理事会が開催されました……………

2月26日(金)に東京の都道府県会館において評議員会および理事会が開催されました。

15時15分から開催された評議員会では、古尾谷光男評議員(全国知事会事務総長)が互選により議長に選出され、大石利雄理事長の挨拶ならびに永井良三学長からの大学等の現況報告の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 令和3年度学校法人自治医科大学事業計画

議案第2号 令和3年度学校法人自治医科大学収支予算

審議の結果、議案第1号および第2号については原案どおり承認されました。

16時から開催された理事会では、寄附行為の定めるところにより大石理事長が議長に就き、理事長の挨拶の後、議案の審議が行われました。

審議された議案は、次のとおりです。

議案第1号 令和3年度学校法人自治医科大学事業計画

議案第2号 令和3年度学校法人自治医科大学収支予算

議案第3号 長谷川彰一常務理事の利益相反取引の承認

議案第4号 飯泉嘉門理事の利益相反取引の承認

議案第5号 古尾谷光男理事の利益相反取引の承認

審議の結果、議案第1号、第2号、第3号、第4号および第5号については原案どおり承認されました。

また、報告事項として、

1 自治医科大学学則の一部改正

2 自治医科大学医学部修学資金返還債務の一部免除について

の報告がなされ、続いて大学関係、附属病院、附属さいたま医療センターの現況報告が行われました。

自治医科大学卒業式が挙行されました……………

3月5日(金)、地域医療情報研修センター大講堂において、令和2年度自治医科大学卒業式が厳かに挙行されました。今年度の卒業式は、新型コロナウイルスによる感染拡大を防止するため、昨年度同様、学内者のみによる開催となりました。式典では医学部第44期生115名を代表して関口詩織さん(埼玉県)に、看護学部第16期生103名を代表して石山舞さんに、永井良三学長から卒業証書・学位記が授与されました。

また、毎年、学業成績および人格が優れた卒業生に対して学長賞が授与されており、今年度は医学部からは大橋采夏さん(栃木県)、関口詩織さん(埼玉県)、細川一貴君(岩手県)が、看護学部からは石山舞さん、岡部祐里さん、橋本穂香さんが選ばれ永井学長から賞状と記念の楯が授与されました。

式典終了後は、医学部は永井学長から、看護学部は春山早苗看護学部長から、学部別にそれぞれ卒業証書・学位記の伝達式が行われました。また伝達式に続き、医学部においては、今年度より新たに設けられました医学部同窓会長賞の贈呈が行われました。受賞者の池田昂平君(三重県)、西村友希さん(神奈川県)、増田寛也君(北海道)に、医学部同窓会長代理として医学部同窓会を代表し、遠山信幸教授(埼玉県6期)から表彰状と副賞が贈呈されました。看護学部においては、日本私立看護系大学協会会長賞に根本香南さんが、栃木県看護協会「輝くナースになるで賞」に池田真由さんが選ばれ、春山看護学部長から表彰状と副賞が贈呈されました。

今回の卒業生を含め、本学から巣立った医学部卒業生数は4,610名、看護学部卒業生は1,670名となりました。

なお、医学部および看護学部卒業生(記念品贈呈代表者:医学部 安部さやかさん、看護学部 大野紗佳さん)から次の卒業記念品を贈呈していただきました。

- [医学部] 製氷機 1台
- [看護学部] 姿見 3枚

医学部入学試験が終了しました……………

令和3年度自治医科大学医学部入学試験は、各都道府県および本学関係各位のご協力のもと無事終了し、2月19日(金)に各都道府県2～3名、合計123名の合格者が決定し、発表しました。

志願者数および第1・2次受験者数などにつきましては下表のとおりですが、次年度もオープンキャンパスや各都道府県で開催される大学説明会など広報活動における充実を図り、引き続き本学に相応しい優秀な学生の確保に努めて参ります。

入学者選抜試験の実施状況

(単位:名)

項目	令和3年度	令和2年度	比較
志願者数	2,357 (935)	2,728 (1,054)	△ 371 (△ 119)
第1次受験者数	2,285 (911)	2,634 (1,030)	△ 349 (△ 119)
第1次合格者数	529 (202)	534 (172)	△ 5 (30)
第2次受験者数	493 (189)	510 (164)	△ 17 (25)
第2次合格者数	123 (57)	123 (48)	0 (9)

※1 ()内は、内数で女子の数

※2 第2次合格者数は、繰り上げ合格後の数

医学部卒業生4名が第14回「地域医療貢献奨励賞」を受賞しました……………

この度、医学部卒業生の佐藤 元美先生(岩手県・2期)、高橋 一二三先生(山形県・6期)、藤森 勝也先生(新潟県・8期)、丸山 敦先生(山梨県・2期)の4名が第14回「地域医療貢献奨励賞」を受賞しました。

「地域医療貢献奨励賞」は、一般財団法人住友生命福祉文化財団が、地域における医療の確保と向上および住民の健康福祉の増進に寄与・貢献している医師を表彰し、今後の一層の活躍を期待するため平成19年に創設したものであり、本学は当初から後援者として関わっております。

令和2年11月27日(金)に選考委員会(選考委員長:永井良三学長)が開催され、各都道府県から推薦された31名の中から6名の受賞者が決定し、その中の4名が本学卒業医師という大変慶ばしい結果となりました。2月20日(土)開催の表彰式では、本学から永井学長、松村正巳地域医療学センター長、的井宏樹事務局長、高本和彦医学部審議監(兼)卒後指導部長の出席のもと、同財団から各受賞者に表彰状、表彰楯、副賞金一封が授与され、功績を顕彰いたしました。なお、今回の表彰式は会場参加とオンライン参加を併用した形式で実施しました。

この度の栄誉は、本学にとりましても非常に意義深く名誉なことであり、受賞者の長年の地域医療への貢献の賜物と敬意を表する次第です。

受賞された先生方のますますのご活躍を祈念申し上げます。

第115回 医師国家試験の結果について……………

去る2月6日(土)～7日(日)の2日間にわたり実施された第115回医師国家試験に、本学からは115名が受験し、3月16日(火)に合格者の発表がありました。

その結果は、115名全員が合格(合格率100.0%)し、9年連続全国第1位の成績を収めました。

合格した115名は、4月よりそれぞれの出身都道府県において、地域医療に従事することとなります。

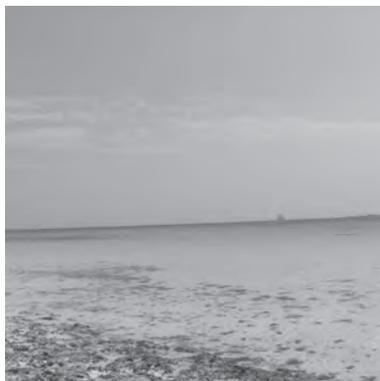
第115回 医師国家試験合格率順位上位校

順位	学 校 名	合格率(%)
1	自治医科大学	100.0
2	東京医科歯科大学	99.0
3	秋田大学医学部	97.7
4	防衛医科大学校医学教育部	97.5
5	筑波大学医学群	97.2
6	名古屋市立大学医学部	97.1
7	信州大学医学部	96.8
8	浜松医科大学	96.7
9	産業医科大学	96.6
10	藤田医科大学医学部	96.4

あなたの一步で、 救われる地域がある。

医療資源は都市部に集中し、山間・離島などの地域には
日常的な診療を担う医師にも恵まれないところが
未だに数多くあるのが現状です。

地域医療振興協会には全国から多くの医師派遣の要請があり、
その支援実績は年々増えていますが
すべての地域からの要望に応えることはできません。



期間(年単位、月単位、日単位、緊急支援)や役割(総合医、専門科、当直など)、
方法(就業、定期支援、一時支援)など、地域の支援には様々なかたちがあります。

◎お問い合わせはメール・電話にてお気軽に

公益社団法人地域医療振興協会 東京都千代田区平河町2-6-4海運ビル4階

担当/事務局 医療人材部

E-mail: hekichi@jadecom.or.jp TEL:03-5210-2921

医療を求める地域が今、この瞬間も医師(あなた)を待っています。

『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか!

『月刊地域医学』は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようになりました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、『月刊地域医学』を年間定期購読しませんか?

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ (URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>) にアクセスいただき申し込み用紙をダウンロードの上、FAXまたはメールにて下記までお申込みください。



定価：(本体600円+税)×12ヵ月(送料は当協会が負担します)

申し込み先：〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

URL <https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/>

報告
各種お知らせ
求人

公益社団法人地域医療振興協会 主催 第14回 へき地・地域医療学会のお知らせ

公益社団法人地域医療振興協会では6月26日(土)、第14回へき地・地域医療学会を下記のとおり開催します。第14回は2020年6月の開催にて企画しておりましたが、新型コロナウイルス感染症拡大防止のため延期となりました。2021年企画をリニューアルしてオンラインで開催いたします。

今大会から、地域医療振興協会地方ブロック支部の会員が主体となり、各地域の特色を活かした活力あふれる会にすべく企画・運営に取り組んでおります。記念すべき初回は、九州・沖縄ブロック支部(九州・沖縄各県)、大会長を武富章先生(福岡県支部長・飯塚市立病院管理者)が務めます。招聘講演に自治医科大学卒業生で、大分県において社会医療法人関愛会を創設し、長年地域医療を担い、地域包括ケアシステムの構築に貢献してこられた長松宜哉先生をお招きしてご講演いただきます。

メインシンポジウムには地域医療の経験があり、かつ地域の現場で人材育成にも関わっておられる4名の先生方をシンポジストとしてお招きします。それぞれのお立場からご講演をいただき、日々地域医療に取り組む会員の皆さんが自分たちの仕事の立ち位置を再確認し、自信と誇りをもって地域医療に従事できるような、明るく楽しいシンポジウムを計画しております。

また、地域医療の最前線で活躍中の先生方による一般演題発表、自治医科大学卒業生の先生方に「私の地域医療」をテーマにした義務年限中の医療活動を動画にてご発表いただく高久賞候補演題発表(最も優秀な方に高久賞を授与)を企画しております。

一般演題やその他企画の募集をいたしますので下記をご覧ください。ふるってのご応募をお願いしますとともに、学会へのご参加をお待ちしております。詳細は特設ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/hekichi2020/>)にて、順次発信してまいりますので、是非ご覧ください。

日程 2021年6月26日(土) オンライン開催

対象 医師、専攻医、臨床研修医、医学生、地域医療に関心のある方

開催テーマ 地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～

プログラム (時間は現時点での予定であり、変更する場合があります)

10:00～10:40 開会宣言・大会長講演(飯塚市立病院 管理者 武富章先生)

10:50～11:30 招聘講演(社会医療法人関愛会 会長 長松宜哉先生)

12:00～13:30 高久賞候補演題発表

13:40～15:10 一般演題発表

15:20～17:20 メインシンポジウム「地域医療の再定義 ～へき地から学ぶ地域医療～」

シンポジスト(氏名50音順)

○佐藤勝先生(岡山大学大学院医歯薬学総合研究科地域医療人材育成講座 教授)

○増永義則先生(社会医療法人関愛会 理事長)

○森田喜紀先生(鹿児島県立大島病院 臨床研修センター長・総合内科部長)

○吉村学先生(宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座 教授)

17:40～18:10 表彰式(へき地医療功労者、高久賞、写真コンテスト)、閉会

一般演題募集

会員ならびに協会運営施設職員の皆さんの日々の地域医療活動に関わる幅広い演題を募集しますのでふるってご応募ください。

募集演題

1. 地域医療に関する「研究報告」「実践報告」「症例報告」等とし、テーマは問わないものとする。

2. 既発表、未発表の別は問わないこととする。

応募資格：協会会員もしくは協会運営施設職員であること

演題名：日本語全角50文字以内、英語は半角100字以内

抄録本文：日本語は全角800字以内、英語は半角1,600字以内

発表形式：口演発表(発表時間5分、質疑時間3分)

応募方法：特設ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/hekichi2020/>)をご覧ください。

募集締切：2021年5月21日(金) 17時

採否連絡：2021年5月28日(金)までに通知します。

発表用スライドの提出

発表用スライドを事前に用意していただきます。

提出方法の詳細は採択後にご連絡します。

高久賞動画募集

募集演題 「私の地域医療」

応募資格 (対象者には3月末にご案内を郵送済み)

自治医大卒業医師であって令和2年7月から令和3年3月末までに義務年限を終了した者、および令和4年6月末までに義務年限を終了する予定の者で、第14回へき地・地域医療学会ならびにへき地医療功労者表彰式に出席いただける方

応募方法：申込書提出 郵送した申込書記載の通りお申し込みください。

募集締切：申込書提出期限 4月30日(金) 17時必着

演題動画提出 5月31日(月) 17時必着 * 5分以内の音声付動画

ご提出いただく動画ファイルの形式や提出方法などは受付後にご案内します。

採否連絡：6月中旬に通知

応募された方々全員をへき地医療功労者として表彰いたします。また応募演題の中から予め10編を選出し、選出された方々には学会当日12時より高久賞候補演題としてご発表いただきます。発表後、高久賞選考委員会にて最優秀演題を選考し高久賞として表彰いたします。副賞として賞金百万円が授与されます。

なお、ご提出いただきました動画ファイルは義務年限内の貴重な医療活動のご報告として、協会の事業活動(HP, e-learning, 月刊地域医学, 協会の広報媒体等)で利用させていただきますので予めご了承ください。

九州・沖縄地方 へき地写真コンテスト写真募集

九州・沖縄地方のへき地の魅力が伝わる写真コンテストを開催します。医療の場面に限らず、美しい景色、お祭りの様子、人とのふれあい、へき地ならではの感動や思い出を切り取った写真など、ご応募お待ちしております。

テーマ：九州・沖縄地方のへき地の魅力

応募資格：協会会員もしくは協会運営施設職員であること

募集締切：2021年5月31日(月)

応募方法：特設ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/hekichi2020/>)をご覧ください。

賞：・最優秀賞1名(賞金3万円)、優秀賞2名(賞金1万円)

大会当日のオンライン大会サイトにて投票による審査

・大会長賞1名(賞金1万円)

大会長による審査

なお、上記3つの賞の副賞として、九州の名産品を授与します。

表彰式：大会当日の17時40分からの表彰式にて表彰

お願い：応募作品の返却はいたしません。応募いただいた作品は、地域医療振興協会の雑誌やイベント、ニューズレターなどに使わせていただくことがあります。ご了承ください。

問い合わせ

公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所事務部 へき地・地域医療学会担当

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 Email hekichi@jadecom.jp

研修・入局

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 研修・入局のご案内

埼玉県は人口比産婦人科医師数が日本一少ない県でありながら、人口密集地区の性質上、当センターでは多数の症例を経験することができます。これから産婦人科専門医を取得したい方、後期研修したい方、研究したい方、興味ある方、どなたでもお気軽にご連絡ください。腹腔鏡技術認定医、超音波専門医、周産期専門医、婦人科腫瘍専門医等々サブスペシャリティ資格取得の指導や、学位の指導まで幅広く行います。

まずは、お気軽にご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科・周産期科
産婦人科科長 教授 桑田知之(宮城1996年卒)
教授 今野 良(岩手1984年卒)
TEL 048-647-2111 E-mail kuwata@jichi.ac.jp

研修・入局

自治医科大学 感染症科 研修・入局のご案内

COVID-19、薬剤耐性菌などの感染症が医療現場における喫緊の課題となっていますが、国内で感染症診療・感染制御の専門研修を受けられる機会は限られています。本学では、2004年に附属病院 感染制御部が設置されて以来、コンサルテーション・入院診療・外来診療・感染制御を主軸とした「地域医療で明日から役立つ知識・技術を偏りなく学ぶことができる研修」をご提供してきました。

これまでに7名の自治医科大学卒業生が義務年限内に当科で研修した実績があり、義務明け後の進路としても2名が在籍中です。もちろん自治医大卒業生でなくとも、お気軽にご連絡ください。当科には兼任を含めて11名の医師が在籍していますが、その出身大学は実に10にも及びます。多様性も当科の魅力の一つです。

当科での研修にご興味を持たれた方は、ぜひご連絡ください。

連絡先

自治医科大学附属病院 感染症科
科長兼感染制御部長 准教授 森澤雄司
助教 秋根(茨城2006年卒)、病院助教 南(兵庫2008年卒)
TEL 0285-58-7580 FAX 0285-44-6535 E-mail kansen@jichi.ac.jp

・・・地域医療振興協会からのご案内

事務局

地域医療振興協会 入会のご案内

公益社団法人地域医療振興協会へ入会を希望される方は、協会ホームページより入会申込書をプリントアウトいただくか、下記担当へお問い合わせください。

問い合わせ先 〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-6-4 海運ビル 4階
公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部
TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924
E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

生涯教育
センター

生涯教育e-Learningの自治医科大学教職員向け配信のお知らせ

地域医療振興協会生涯教育センターでは、2017年度から協会会員向けの生涯教育e-Learningを開始しています。自治医科大学で行われている教育・研究・最新治療の内容を解りやすくお伝えし生涯教育の材料にさせていただくとともに、自治医科大学の現状をより深く知っていただくことも目的にしています。

自治医科大学の教職員や学生の方々からは大変興味があるとの連絡をいただいています。実は私の在職中も大学内の他の部署でどのような研究・診療が行われてるのか十分な情報がなく、外の学会などで初めて先生方の素晴らしい活動を知ることがしばしばありました。

共同研究の萌芽、相互交流の促進等を通じて自治医科大学全体の発展のために少しでも貢献できれば幸いであると考え、今回自治医科大学の教員のみならず、職員、学生にも提供させていただくことにしました。自治医大図書館のホームページのビデオオンデマンドサービスから視聴できますので、どうぞ、ご活用ください。

生涯教育センター センター長 富永眞一

「月刊地域医学」年間定期購読のご案内

「月刊地域医学」は、公益社団法人地域医療振興協会の会員の方に無料で配布させていただいておりますが、会員以外の皆さんに販売できるようになりました。地域医療に興味をお持ちの皆さん、「月刊地域医学」を年間定期購読しませんか？

年間定期購読をご希望の方は、地域医療振興協会ホームページ（URL https://www.jadecom.or.jp/library/magazine/pdf/apply_magazine.pdf）にアクセスいただき申し込み用紙をダウンロードの上、FAX またはメールにて下記までお申込みください。

定 価 （本体600円+税）×12ヵ月（送料は当協会が負担します）

へき地・地域医療を志す医学生の皆さんへ 「月刊地域医学」無料送付登録のご案内

公益社団法人地域医療振興協会では、「へき地を中心とした地域保健医療の確保とその質の向上」を目的として活動しており、医学雑誌として「月刊地域医学」を発行しております。へき地・地域医療に興味関心のある医学生の皆さんにご覧いただき、将来のへき地・地域医療の充実と質の向上の一助となりますようご案内申し上げます。「月刊地域医学」は原則として公益社団法人地域医療振興協会会員に配布させていただいておりますが、この度、公益活動として地域医学の啓発・普及のため将来のへき地・地域医療を担う医学生の皆さんに無料にて配布いたします。

対 象 へき地・地域医療に興味関心のある医学生

登録方法 住所、氏名、大学名、学年、E-mail アドレスを下記連絡先までご通知ください。

費 用 無料（無料送付登録は医学生の方に限り、年度ごとに登録更新していただくことになります。）

申し込み先 〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階
公益社団法人地域医療振興協会 「月刊地域医学」編集委員会事務局
TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515
E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp
URL <https://www.jadecom.or.jp/pdf/gekkanchiikiigaku/chikiigaku.pdf>

●●●会員の皆さまへ

会費のご案内

1. 年会費について

正会員…10,000円(医師免許取得後2年以内の会員の方は年会費5,000円)

準会員(変更無し)……………10,000円

法人賛助会員(変更無し)…50,000円

個人賛助会員(変更無し)…10,000円

2. 入会金について(変更無し)

正会員…10,000円(医師免許取得後1年未満の方は入会金を免除)

準会員, 法人・個人賛助会員…なし

3. 年会費の納入方法について

地域医療振興協会では、会員皆さまの利便性向上のため、自動振替(口座引落し)を導入しています。

自動振替は、年に一度(6月27日)年会費が口座から引き落とされますので、振込手続きの必要はありません。引き落としに係る手数料も協会で負担いたします。自動振替による納入をご希望の方は、協会事務局までお問い合わせください。随時変更が可能です。

なお、振込による納入を希望される場合は、以下の口座へお願いいたします。

・郵便振替 口座:00150-3-148257 名義:公益社団法人地域医療振興協会

・銀行振込 口座:りそな銀行虎ノ門支店 普通6104083

名義:公益社団法人地域医療振興協会

住所が変更になったときは

ご転勤などによりご勤務先またはご自宅住所が変更となった場合は、「月刊地域医学」の送付先を変更させていただきますので、新しいご住所をご連絡ください。

地域医療振興協会ホームページ(<https://www.jadecom.or.jp/members/henkou.html>)の変更フォームから簡単に手続きいただけますので、是非ご活用ください。

また、所属支部の変更を希望される方は、当協会ホームページ(https://www.jadecom.or.jp/members/shibu_henkou.html)に掲載されている『所属支部変更届』の様式をダウンロードしていただき、ご記入ご捺印のうえ、下記の書類送付先へご郵送ください。

連絡先・書類送付先

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル4階

公益社団法人地域医療振興協会 事務局総務部

TEL 03-5210-2921 FAX 03-5210-2924

E-mail info@jadecom.or.jp URL <https://www.jadecom.or.jp/>

鹿児島県

長島町国民健康保険鷹巣診療所

●内科 1名



診療科目：内科, 外科

病床数：19床（一般9床, 療養10床）

職員数：28名（うち常勤医師2名）

所在地：〒899-1401 鹿児島県出水郡長島町鷹巣1841-6

連絡先：事務長 塚田

TEL 0996-86-0054 FAX 0996-86-0084

E-mail shinryou@town.nagashima.lg.jp

特記事項：長島町は、鹿児島県の北西部に位置し、人口はおよそ1万人の自然豊かな町です。当診療所は町内で唯一の有床診療所で、令和2年11月に新築移転をしました。

長島町の医療を支援していただけませんか。よろしく願いいたします。

<https://www.town.nagashima.lg.jp>

受付 2021.1.6

原著論文(研究), 症例, 活動報告等の
投稿論文を募集しています。

「月刊地域学」では、投稿論文を募集しています。

送付方法は「投稿要領」のページをご参照ください。

あて先

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会 「月刊地域医学」編集委員会事務局

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

chiiki-igaku@jadecom.or.jp

各種お知らせ・報告・求人要領

2015年9月改訂

- ①各種お知らせ・報告・求人のはじめ切りは毎月10日です。受け付けた情報の掲載可否は、編集委員会にて決定いたします。
- ②継続して掲載を希望する場合も、原則として毎月締切日までに掲載希望の旨をご連絡ください。
「求人病院紹介」も継続を希望する場合は1ヵ月ごとに申し込みが必要です。掲載期間は原則として6ヵ月までです。掲載を中止する場合は速やかにご連絡ください。
- ③各コーナーの執筆要領に従って原稿を作成してください。
- ④組み上がりの原稿(ゲラ)校閲が必要な場合は、その旨をお書き添えください。
- ⑤原稿はメールまたは郵送、ファックスにてお送りください。郵送、ファックスの場合も、文字データ、写真データはできるかぎり記憶媒体(CD-ROM、DVDなど)でお送りください。

支部会だより

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称(年度、第○回)
2. 日 時
3. 場 所
4. 出席者
5. 議事要旨：議題と議事要旨を簡単にまとめる。
6. 結論：議事要旨に含まれない決定事項など
7. その他：講演内容などで特記すべきことがあれば簡略に、文末に必ず文責者(担当者)名を記載ください。
文字量目安：約950字で1/2ページ分、1,900字で1ページ分となります。

開催案内等

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 会の名称
2. 主催および共催団体名
3. 会の形態：研修会・研究会・講習会・講演会・シンポジウム等
4. 趣 旨
5. 日時・場所
6. 内容：テーマおよび簡単な内容、ホームページ等があればご紹介ください。
7. 参加資格：定員がある場合も明記してください。

8. 受講料
9. 申し込み方法：申し込み手続きに必要な書類、申し込み方法(通信手段)
10. 申し込み期間：申し込み締切日は必ず明記してください。
11. 連絡先：担当部署、担当者氏名(肩書き)、住所、TEL、FAX、E-mailを記載してください。
文字量目安：約900字で1/2ページ分、1,900字で1ページ分となります。

スタッフ募集

下記の項目に従って原稿を作成してください。

1. 科名、教室名
2. 科・教室紹介：約200字を目安としてください。在籍卒業生を記載する場合は、苗字だけとし卒年度(○年卒：西暦)で統一願います。
3. 連絡先：氏名(所属・肩書き)、TEL、FAX、E-mailを記載してください。

求人病院紹介

地域医療にかかわる公的医療機関の求人紹介です。(都市部は除く)

以下の項目に沿って原稿を作成の上、お送りください。

1. 病院名(正式名称)
2. 所在地
3. 診療科目
4. 病床数
5. 職員数(うち常勤医師数、非常勤医師数)
6. 募集科目・人数
7. 連絡先：氏名(所属・役職)、TEL、FAX、E-mail
8. PR. 特記事項(ホームページURLなど)
9. 写真データを1点掲載することができます。

原稿送付・問い合わせ先

〒102-0093

東京都千代田区平河町 2-6-3 都道府県会館 15 階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

担当：三谷

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515

E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

投 稿 要 領

2017年6月改訂

1. 投稿資格

- 1) 地域医療に携わる全ての者.
- 2) 国内外の他雑誌等に掲載されていない原稿,あるいは現在投稿中でない原稿に限る.

2. 採否について

編集委員会で審査し,編集委員会が指名する専門家に査読を依頼して採否を決定する.

3. 投稿原稿の分類

投稿原稿のカテゴリーは下記のように規定する.

原著: 学術論文であり, 著者のオリジナルである内容を著したもの.

症例: 症例についてその詳細を著した論文.

活動報告: 自らが主催, または参加した活動で, その報告が読者に有益と思われるもの.

研究レポート: 「原著」「症例」「活動報告」のカテゴリーに含まれないが, 今後の研究をサポートしていくに値し, また多職種多地域のコホート研究などに利用できるような論文.

自由投稿: 意見, 提案など, ジャンルを問わない原稿.

4. 原稿規定

- 1) 原則として, パソコンで執筆する.
- 2) 原稿は要旨, 図表・図表の説明, 引用文献を含めて14,500字(掲載時8ページ)以内とする. 1ページは約1,800字に相当. 図表は8cm×8cm(掲載時のサイズ)のもので約380字に相当.
- 3) 原稿の体裁: 文字サイズは10.5~11ポイント. A4判白紙に(1行35字, 1ページ30行程度)で印刷する. 半角ひらがな, 半角カタカナ, 機種依存文字は使用しない. 表紙を第1ページとしたページ番号を明記する(引用文献を除く). 「表紙」「要旨・キーワード」「本文」「参考文献」ごとに改ページする.
- 4) 原稿の表記: 原則として日本語とする. 句読点として全角の「, カンマ」「. ピリオド」を用いる. 薬品は原則として商品名ではなく一般名とする. 日本語化していない外国語, 人名, 地名, 薬品名は原語のまま用いる. 略語を用いる場合はその初出の箇所で内容を明記する. 年号は西暦とする. ○○大学○期卒や○○県○期卒等の表記は避け○○大学○○○○年(西暦)卒業(○○県出身*)とする. (*必要な場合のみ)
- 5) 必要記載事項
表紙: 原著・症例・活動報告等の別とタイトル, 本文原稿枚数(文献含む)と図表点数, 著者名と所属

(著者が複数の場合, それぞれの所属が分かるように記載する), 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を記載する. 全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記し, 全共著者の署名を添える.

抄録・キーワード: 原著には抄録とキーワードを添える. 原著の抄録は構造化抄録とし, 目的, 方法, 結果, 結論に分けて記載する(400字以内). キーワードはタイトルに使用した語句は検索時に認識されるので, それ以外の語句を選択して記す(原則として日本語で5語以内).

タイトル・抄録の英文表記(希望者のみ): タイトルと抄録は, 和文表記に英文表記を併記することができる. 英文の著者名はM.D.などの称号を付け, 名を先, 姓を後ろに記載. 英文抄録はIntroduction, Methods, Results, Conclusionに分けて, 記載する(250語以内). Key words(5語以内)を添える. 抄録は和文と英文で同じ内容にする.

英文抄録はnative speakerのチェックを受け, 証明書(書式自由)を添付すること.

6) 図表

- ① 図表は厳選し, 本文中の記載よりも図表を用いた方が明らかに理解しやすくなる場合に限り使用する.
- ② 図表は原則としてモノクロで掲載する.
- ③ 図表は通し番号とタイトルをつけて, 本文とは別に番号順にまとめる.
- ④ 他の論文等から引用する場合は, 当該論文の著者と出版社の掲載許可を得ておくとともに出典を明記する.
- 7) 引用文献: 必要最小限にとどめること. 本文中に引用順に肩付き番号をつけ, 本文の最後に引用順に記載する.

雑誌の場合

文献表記例

【雑誌】

- 1) 柴田肇, 黒瀬亮太, 都竹晃文, 他: 栃木県の周産期死亡率の観察. 月刊地域医学 1996; 10: 25-32.
- 2) Feldman R, Bacher M, Campbell N, et al: Adherencetopharmacologic management of hypertension. Can J Public Health 1998; 89: 16-18.

【書籍】

- 3) 藤本健一, 吉田充男: 大脳基底核と運動の異常. 星猛,

石井威望, 他編. 新医科学体7巻. 刺激の受容と生体運動. 東京, 中山書店, 1995, p.285-314.

- 4) Schuckit MA : Alcohol and alcoholism. In : Wilson JD, Braunwald E, et al, editors. Harrison's principles of internal medicine. 12th ed. New York, McGraw-Hill, 1991, p.373-379.

【ウェブサイト】

- 5) Evanston Public Library Board of Trustees. "Evanston Public Library Strategic Plan, 2000-2010: A Decade of Outreach." <http://www.epl.org/library/strategic-plan-00.html> (accessed 2005 Jun 1)

著者名(3名までとし, ほかは“他”, “et al”と記す):
タイトル, 雑誌名 年; 巻: 始頁-終頁.

書籍の場合

著者名(3名までとし, ほかは“他”, “et al”と記す):
章名, 編集者名, 書名, 地名, 出版社名, 年, 始頁-終頁.

ウェブサイトの場合

著者名, 当該ページのタイトル(引用符付き), サイト名称(任意) 発行日(任意) URL アクセス日付(丸かっこ).

5. 原稿の保存形式と必要書類について

- 1) 本文の保存形式: 作成アプリケーションで保存したファイルとそのPDFファイルの両方を送付する. 画像の保存形式: JPEGかBMP形式を原則とする. これらの画像等を組み込んで作成した図は, 各アプリケーションソフトで保存したファイルとそのPDFファイルもつける.
- 2) 必要書類: 掲載希望コーナー, 著者名と所属, 連絡先(住所, 電話番号, FAX番号, Eメールアドレス)を明記した投稿連絡箋, および全共著者が投稿に同意し内容に責任を持つことを明記した著作権委譲承諾書.

6. 原稿の送付方法について

- 1) 原稿はEメールまたは郵送・宅配便で受け付ける.
- 2) メールで送付する場合の注意
 - ①メールの件名は「投稿・○○○○(著者名)」と表記する.
 - ②原稿と必要書類(5. 原稿の保存形式と必要書類について 2) 必要書類)は添付ファイルで送るか, 容量が大きい場合には大容量データサーバを使う.
- 3) 郵送で送付する場合の注意
原稿を, CD-ROMまたはDVDなどの1枚の記憶媒体に保存し, 必要書類と原稿のプリントアウト3部をつけて送付する.

- 4) 記憶媒体にアプリケーション名とバージョン, 著者名, 提出日時を明記する.
- 5) 原稿および記憶媒体は返却しない. また, 万一に備えてコピーを手元に保存すること.

7. 掲載原稿の著作権と利用許諾基準

【著作権】

- 1) 論文等の著作権(著作権法27条 翻訳権, 翻案権等, 28条 二次的著作物の利用に関する原作者の権利を含む)は, 公益社団法人地域医療振興協会に帰属する.
- 2) 当該協会は, 当該論文等の全部または一部を, 当協会ホームページ, 当協会が認めたネットワーク媒体, その他の媒体において任意の言語で掲載, 出版(電子出版を含む)できるものとする. この場合, 必要により当該論文の抄録等を作成して付すことがある.

【転載・二次的利用について】

当該論文の転載・二次的利用については, 「月刊地域医学」編集委員会事務局あてに申請し, 編集委員会により諾否を決定する.

8. 掲載料金, および別刷, 本誌進呈

- 1) 掲載料金は無料とする.
- 2) 原著論文については本誌と別刷30部を進呈. それ以上は別途実費が発生する.
- 3) 原著以外の投稿論文については本誌2部進呈, 別刷は実費が発生する.

9. 投稿先, 問い合わせ先

初回投稿先および投稿規定等に関する問い合わせ先:

「月刊地域医学」編集委員会事務局

- 1) E-mail chiiki-igaku@jadecom.or.jp

- 2) 郵送, 宅配便

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

公益社団法人地域医療振興協会

「月刊地域医学」編集委員会事務局

TEL 03 - 5212 - 9152 FAX 03 - 5211 - 0515

10. 月刊地域医学編集室

論文受理後の制作実務を担当. 投稿受理後は下記編集室より著者に, 受理日, 受理番号を連絡. 投稿後2週間経過後, 受理番号の連絡がない場合, 審査状況や原稿規定等の問い合わせは, 下記編集室あて.

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷

2丁目21-15 松濤第一ビル 3階

TEL 03 - 5790 - 9832

FAX 03 - 5790 - 9645

E-mail chiiki-igaku@medcs.jp



「月刊地域医学」編集委員

編集委員長	山田隆司(地域医療研究所長)
編集委員	浅井泰博(湯沢町保健医療センター センター長)
	朝野春美(地域看護介護部長)
	石川雅彦(地域医療安全推進センター センター長)
	伊藤大輔(練馬光が丘病院 放射線科部長)
	伊藤雄二(市立恵那病院 副管理者)
	北村 聖(地域医療研究所 シニアアドバイザー)
	木下順二(東京ベイ・浦安市川医療センター 副管理者)
	崎原永作(沖縄地域医療支援センター センター長)
	菅波祐太(揖斐郡北西部地域医療センター 副センター長)
	杉田義博(日光市民病院 管理者)
	田中 拓(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 副センター長)
	中村正和(ヘルスプロモーション研究センター センター長)
	野村 悠(川崎市立多摩病院救急災害医療センター 医長)
	原田昌範(山口県立総合医療センター へき地医療支援部長)
	本多英喜(横須賀市立うわまち病院 副病院長)
	宮本朋幸(横須賀市立うわまち病院 副管理者 兼 横須賀市立市民病院 副管理者)
	森 玄(練馬光が丘病院薬剤室 主任)
	山田誠史(市立恵那病院 副病院長)

(50音順, 2020.9.1 現在)

編集後記

桜がこれから開花しようとする地域から、今まさに満開、終わった地域と、同じ日本にいながら季節の違いを感じさせてくれる桜の季節から、少しずつ新緑の季節に移ろうとしています。新入職者の皆さま、ご入職おめでとうございます。

今年に延期になりました東京2020オリンピック・パラリンピックの聖火リレーが3月25日に福島県を出発しました。121日かけて、47都道府県の859の市区町村を回って7月23日に東京に到着する予定です。当協会もボランティア団体として、参加することになっています。皆さまのご協力をどうぞよろしくお願いいたします。

新型コロナウイルス感染症の状況によっては、リレーの方法を変える地域も出てきています。3月の下旬頃から、第4波と呼ばれる状況になってきて、変異型が各地で確認されています。変異株がどんどん広まらないうちに、医療従事者・高齢者を皮切りに開始したワクチン接種が終了するようにと祈るばかりです。今月号の特集で池田俊一郎先生も紹介されています「コロナ禍で生まれたシトラスリボンプロジェクト(新型コロナウイルス感染症に関する差別や偏見の防止を目的とする)」も、身近で報じられていて、出勤時に見かけたのですが、大きな旗にして掲げたり、リボンを付けた方々がいらっしゃいました。新型コロナウイルス感染症に関する差別や偏見がなくなれば、心穏やかに暮らしていくことができます。

今回の特集テーマは、「精神科が近くでない地域における総合医のための精神科診療」です。それぞれの疾患の診断のきっかけや治療の原則などとともに、医師・医療従事者のメンタルヘルスについてや、患者さまや利用者さまの診療や支援を行う上で知っておく必要がある精神科領域の法や制度についても掲載されています。病気になったときに思うことは、できたら近くの病院や診療所で診てほしいということです。精神的な病気も含めて身近な総合医として診察していた

だけだと私たち住民は安心してその地域で暮らせませす。

朝野春美



月刊地域医学 第35巻第5号(通巻415号) 定価660円(本体 600円+税10%)

発行日/2021年5月10日

発行所/公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-3 都道府県会館15階

TEL 03-5212-9152 FAX 03-5211-0515 URL <https://www.jadecom.or.jp>

制作・販売元/株式会社メディカルサイエンス社

〒151-0063 東京都渋谷区富ヶ谷2丁目21-15 松濤第一ビル3階

TEL 03-5790-9831 FAX 03-5790-9645

© Japan Association for Development of Community Medicine

乱丁・落丁本は、送料弊社負担でお取替えします。

本書の内容の一部または全部を無断で複写・複製・転載することを禁じます。

Medical Science Co.,Ltd. Printed in Japan