DAPT（抗血小板薬２剤併用療法）

昭和大学循環器内科学主任教授
新　家　俊　郎
（聞き手　池脇克則）

DAPTのフォロー方法は医師によって違いがあります。指標等についてご教示ください。

＜山形県開業医＞

池脇　PCI後のDAPTで抗血小板薬を２つ使わなければいけない理由は何でしょうか。

新家　抗血小板薬が冠動脈疾患になくてはならないものになったのは、おそらく1980年代あたりからではないかと思います。そもそもPCIなどはなかった時代にアスピリンがトロンボキサン阻害によって抗血小板作用を発揮し、心筋梗塞の患者さんの予後を改善する、この冠動脈疾患の方の予後を良くするとして使用されたのがスタートだと思います。

その後、Gruntzig先生が発明したバルーンで冠動脈を広げるPTCAといった手技が発展してくると、今度はステントが出てきてDAPTの概念が確立されました。ステントは冠動脈の中にメッシュの金属の筒をはめ込むような作業です。動脈硬化で非常に狭くなり、血栓もつきやすい冠動脈にステントをはめ込んで、しっかりと内腔を得る。これは素晴らしい治療でしたが、導入された1990年代前半はこのステントが治療後２～３日、あるいは１週間ぐらいのときに血栓で詰まる現象が起きて、たいへんだということになり、いろいろな薬が試されました。

やはり金属という異物が入るので、内腔が保たれていても、そこに血栓ができてしまうのをどうやったら防げるのか。今までのアスピリンだけではだめだとワルファリンとアスピリンが試されたり、今回のテーマであるDAPT、アスピリンとチエノピリジン系の薬剤（当時はチクロピジン）の抗血小板剤２剤の併用で随分とステントが血栓で詰まることが少なくなったことが証明

されて、DAPTが生まれたという経緯があります。

池脇　そういう薬をどう使うかよりも、冠動脈治療のステント治療後に発生する血栓をどうクリアしようかというなかでDAPTが生まれたのですね。

新家　そうですね。その時期に確立されたといえると思います。ところが、その当時のステントは今の薬を塗っている薬剤溶出性ステントではなくて、ベアメタルステント、金属ステントでした。金属ステントは、入れた後に新しい膜といいますか、平滑筋細胞が増生してきて、ステントをすぐ覆ってしまうのです。そうすると、血栓の素地になりにくいことになり、DAPTは1カ月程度でいいのではないかと固まってきました。もちろん、新しい膜、内膜が増殖し過ぎると再狭窄し中が細くなるので、こちらのほうが将来的な問題点としてクローズアップされて生まれたのが薬剤溶出性ステントです。

薬剤溶出性ステントは新生内膜、平滑筋の増殖をしっかり抑えてくれるので、再狭窄が少なくなりました。これは非常に良かったのですが、当初の薬剤溶出性ステントは内膜の増殖を抑え過ぎた結果、いつまでもステントの後ろのプラーク、粥腫がむきだしのままである状況が長く続いてしまい、半年とか1年、場合によってはそれ以上後に血栓で詰まる、遅発性血栓症という問題が生じてきました。これは忘れた頃に起こるので、本当にみんなに恐れられたという歴史があります。

そこで、DAPTを長く続けておくと、遅発性ステント血栓症を抑えることができることがわかってきて、薬剤溶出性ステントを入れた後は少なくとも1年以上DAPTを継続することが一般化されました。

池脇　今の先生のお話からステントの向上に合わせるかたちでまた新規の問題点が起こり、それに対してDAPTも使い方を変えながら進化してきたという印象を受けました。血小板凝集抑制剤に関しての新しいガイドラインを循環器学会が出されたときに、先生も関わっていますが、使い方はステントの品質変化、プラス血栓のリスク、その方の持っている出血のリスク、いろいろなことを総合的に考えないといけないのでしょうか。

新家　おっしゃるとおりです。ステントの進化、そして患者さんの血栓や出血のリスク、こういったことを総合的に考えていかなければならない。ステントの進化からお話をすると、最初の頃の薬剤溶出性ステントはいつまでもステントがむきだしで今から考えるとよろしくない性質がありました。ある意味、治りにくいような状況でしたが、随分とステントの開発が進みました。金属を薄くしたり、薬を塗る量を調整したり、薬剤が溶出するスピードを調整したりして、再狭窄は抑制する

けれども、ある意味いいぐあいに膜に覆われて、ステントそのものの血栓の素地となる要素を減らしてくれるものを目指しました。その開発は2000年代前半から2015〜16年頃までずっと続きました。

現在の薬剤溶出性ステントはかなり完成形に近いものになっていると思います。そうすると、DAPTの期間はそれほど長くなくてもいいのではないかと舵が切られたのがここ数年のことだと思います。

池脇　ステントが進歩して、それに合わせて基本的にはDAPTの期間は短くなる傾向にある。それはそのまま出血のリスクも少なくしてくれるので、患者さんにとってはより安全に使えると考えてよいですね。

新家　そうですね。道具としては非常に安全性が高まってきたと思います。ただ、先生方も日常臨床の中で感じられていると思いますが、ここ10年ぐらい、患者さんがそのまま歳を取ったような印象を受けている方が多いと思うのです。例えば同じPCIを受ける患者さんでも、10年前と今の統計を比べると間違いなく平均年齢が上がってきていて、最近ではより高齢者にこういった治療を施しているという事実があります。その点で、今度はステントやその場所だけではなく、患者さんのリスクを評価しなければならない方向に、我々のマインドセットを変える必要が出てきたと思います。

池脇　専門医でPCIをやって、DAPTで状態は落ち着いているから、あとはフォローアップをお願いしますという患者さんがいると思います。基本的にDAPTの状態で引き受けて、いつ頃それをやめるのか。これはどう決まっているのでしょうか。

新家　2020年に出されたフォーカスアップデートのガイドラインの中でも、まずは患者さんが高齢化してきたので、出血のリスクをしっかり評価しましょうとあります。高齢、心不全の既往、フレイルなども最近では注目される要素になります。まずは出血のリスクが高い人はできるだけ短めにという方向で考えを持ち、その次に血栓のイベントのリスクがどれぐらいあるのかを評価する。実は心筋梗塞の後や、ステントをたくさん入れる必要があったような場合にそういう要素があるのです。この人は少し長いほうがいいなというようにステントの治療をしたものは意識をして、開業医に「この方は半年続けてください」「この方は３カ月で大丈夫でしょう」とお話しします。

一方で、先ほど高齢化してきているという話をしましたが、高齢、心不全の既往、腎機能が悪いなど、実は血栓のリスクと出血のリスク、どちらも高いことがわかってきました。ですから、これはさじ加減の部分が非常に大きくなっていて、少し強めの、でもDAPT

ではない、つまり抗血小板薬の中でも$P2Y_{12}$受容体拮抗薬を単剤で長期的に投与して、血栓のリスクも出血のリスクもどちらも抑えようという手法を取ることも多くなってきて、ガイドラインにもそのことが記載されています。

池脇　私はDAPTからSAPTにする際はアスピリンかと思っていましたが、今はむしろ$P2Y_{12}$受容体拮抗薬を使うことを考慮したほうがいいのですね。

新家　そうですね。随分増えてきたと思いますし、最近では保険診療でも認められるようになってきました。

池脇　複雑な話をわかりやすく教えていただきました。ありがとうございました。

高HDL・低LDL血症

自治医科大学内科学講座内分泌代謝学部門准教授
岡　﨑　啓　明
（聞き手　池脇克則）

健康診断などで偶然に発見された高HDL血症（例えばHDL-C 120㎎/dL）や低LDL血症（例えばLDL-C 40㎎/dL）についての対応と精査に必要な検査項目、身体所見、家族歴などをご教示ください。

＜北海道開業医＞

池脇　健康診断で偶然見つかった高HDLあるいは低LDLはどうしたらいいのでしょうか。日本人は外国人に比べてHDLが高いので、３桁ぐらいの高HDL血症は時々見かけるような印象を持っています。

岡﨑　健康診断などですと、それなりの頻度でHDL 100㎎/dL以上や、質問いただいたレベルの120㎎/dL以上を見かけます。

池脇　HDLは例えば運動で上がるとか、多少生活習慣の影響は受けますが、このレベルの例えば３桁、100以上というのは、遺伝的な背景などが多いのでしょうか。

岡﨑　はい、たまに飲酒などの影響でけっこう上がる方もいますが、100㎎/dLや120㎎/dLを超えてくると遺伝的な割合が増えてくるかと思います。報告によると、HDLが80㎎/dL以上でCETP欠損症という遺伝病の患者さんが30％ぐらい、HDLが100㎎/dLを超えると60％ぐらいといわれていますので、それなりに遺伝的な背景の方は増えてくるかと思います。

池脇　CETPとはどういう蛋白なのでしょうか。

岡﨑　正式名称はコレステリルエステル転送蛋白で、主にHDLコレステロール、いわゆる善玉コレステロールの代謝に関わってくる蛋白です。HDLという粒子は動脈硬化の壁のコレステロールを引き抜いて、それを肝臓を介して体の外に排泄していく働きがあります。CETPは、HDLからLDLにコレステロールを受け渡しする蛋白で、CETP

があるとHDLからLDLを介して肝臓から体の外にコレステロールが出ていきます。

池脇　それが遺伝的に欠損していると、HDL上のコレステロール、正確にはコレステリルエステルがLDLに移れなくて、HDL上に蓄積するので、結果的にHDLコレステロールが上昇するということですか。

岡崎　そういうことになります。

池脇　これは日本で多い疾患なのですか。

岡崎　そうですね。比較的日本で多いといわれています。先ほどのような頻度でそれなりにいますので、健康診断で指摘される方もいます。多くはヘテロ接合体の患者さんで、ホモ接合体はまれにはなります。ホモ接合体の場合はHDLのレベルがさらに高く、150mg/dL以上とか、人によっては250mg/dL近くになります。

池脇　ヘテロ接合体の女性で、もともとHDLが高いところにヘテロ接合体が合わさることによってこのぐらいの数字になったり、男性のヘテロ接合体の方でお酒をけっこう召し上がってこのぐらいになるという可能性はありますか。

岡崎　あると思います。

池脇　こういう高HDL血症の疫学をひもとくと、HDLと冠動脈疾患は負の相関ということで、高ければ高いほどいいのかと思ってしまうのですが、今はどう考えられているのでしょうか。

岡崎　基本的には、善玉コレステロールが多いと、先ほどのように動脈硬化壁から体の外へコレステロールが流れて、動脈硬化にはいいだろうと考えられます。ただ、CETP欠損の場合には、CETP欠損によってHDLが高いのが動脈硬化にいいのかどうかは実はけっこう議論のあるところになります。CETPは先ほどのようなコレステロールの正常な流れを担っている蛋白ですので、それが欠損してHDLが高いとなると、肝臓から体の外へのコレステロールの生理的な排泄が妨げられてしまって、かえって体に悪い、動脈硬化を悪化させるのではないか、そういう懸念があり、それを示唆する疫学的な報告などもあったりします。

池脇　一方でCETPを阻害する薬の開発が幾つかあり、介入試験の結果HDLは上げるけれども、必ずしもイベント抑制効果がないというあたりも、どうもCETPと動脈硬化の関係は複雑な感じがしますね。

岡崎　そうですね。CETP阻害薬の試験では必ずしもいい結果が得られませんでした。

池脇　以前はいいと思われていた著明な高HDL血症でも、ひょっとすると動脈硬化が潜んでいる可能性は一応考えたほうがいいのでしょうか。

岡崎　そう思います。CETP欠損では、かえって動脈硬化が悪化している

かもしれないという報告もあったりします。CETP欠損を疑われる方を見かけた場合は、頸動脈エコーや動脈硬化のスクリーニングを行って、もし動脈硬化リスクが高そうであれば、LDLを少なくとも通常の管理目標以下にしっかり下げたり、場合によってはよりしっかり目に下げたりというふうに診たりしています。

池脇　そういう方に対して、必要であれば頸動脈エコー、画像の検査等を行うほかに、身体所見、家族歴は何かありますか。

岡﨑　身体所見は目立ったものはそれほど多くありませんが、角膜輪の報告はあります。それから、高HDL-C血症は、原発性胆汁性肝硬変や慢性閉塞性肺疾患、甲状腺機能低下症などに伴って起きる（続発性）こともありますので、そのような疾患や症状がないかどうかも大切になります（**文献①～②**）。

池脇　LDL、低LDL血症、確かにこれも時々見ますが、これはどう考えられますか。

岡﨑　LDLは低い分には動脈硬化にもなりにくくていいだろうとなりますが、まれに遺伝的な原因で極端に低いことがあり、そういった場合には、ちょっと注意が必要になります。

池脇　例えば質問ではLDL 40mg/dLと示されていますが、極端な例というのはこれよりもっと低い症例ですか。

岡﨑　そうですね。LDLが15mg/dL以下であるとか、LDLにはアポBという構成蛋白がありますが、アポBも15mg/dL以下であるなどの場合には遺伝的な原因での低LDL血症の可能性があり、精査が必要です（**文献③～⑥**）。

池脇　そういった、患者さんと言っていいのかわかりませんが、そういう病態では何か支障や所見はあるのですか。

岡﨑　はい、そのような遺伝的な原因による極端な低LDL-C血症の場合には、様々な合併症をきたす可能性があります。LDLはもともと肝臓からVLDLとして分泌されたものがLDLに代謝されていくのですが、そういう遺伝病の場合、VLDLの分泌に必要な蛋白（MTP［**文献③**］）、アポB（**文献④**）が欠損しているために、肝臓からそもそもVLDLが分泌されなくなってしまいます。また、VLDLと同じようなメカニズムで、食事中の脂質が小腸から血中にカイロミクロンとして出てきますが、そういった患者さんではカイロミクロンも分泌されなくなってしまいます。そして、このようなVLDLやカイロミクロンの分泌障害のために、脂の代謝が滞って、肝臓では脂肪肝になったり、小腸では脂肪の吸収障害が起きたり、それに伴う栄養障害が起きたりします。特に脂肪と一緒に吸収される脂溶性のビタミンが吸収されないせいで脂溶性ビタミンの欠乏による症状をきたします。具体的には、ビタミンA、E、D、

Kの欠乏によって網膜色素変性症のような目の症状や、脊髄小脳変性症タイプの神経障害などの合併症が起こりえます（**文献③～⑥**）。

池脇　そうすると、低LDLも極端な数字の場合には、いわゆる小腸や肝臓での正常な脂質代謝のどこかが障害されていて、小腸の吸収障害、あるいは肝臓なら脂肪肝という可能性があるから、例えば脂肪肝を見るのであれば腹部の超音波等々が必要なこともあるのですね。

岡﨑　そうですね。先ほどのような重度のケースは、基本的には非常に珍しく、ホモ接合体の遺伝病で、幼少時期に発症したり、栄養障害をきたしたり、脂溶性ビタミンの欠乏による症状をきたして診断されたりします。ただし、まれに成人発症のケース、健診で見つかってくるケースもあり、注意が必要です（**文献⑤**）。ヘテロ接合体の場合には基本的に無症状ですが、脂肪肝に関してはヘテロ接合体のようなよりマイルドなLDLの低下の場合でも起きることがありますので、脂肪肝にはちょっと注意が必要かと思います。

池脇　それほど頻度は多くなくても、健診で極端な低LDL血症が見つかった場合は遺伝的な疾患が背景に隠れている可能性があるので、専門の施設に紹介するのが妥当ですね。

岡﨑　はい。もしLDLが15mg/dL以下であるとか、アポB 15mg/dL以下とか、そういう非常に極端な重度の低脂血症の場合は合併症を伴う遺伝病の可能性がありますので、ぜひ専門外来に紹介いただければと思います（**文献⑤**）。

池脇　そこまで極端ではないけれども、40mg/dL前後ぐらいの場合、一般的にそう詳しい検査等々は必要ないと考えてよいのでしょうか。

岡﨑　40～70mg/dLくらいの場合は、遺伝的な関与があったとしても、アポBのヘテロ接合体の欠損などとなります（**文献④～⑤**）。アポBというのは、小腸や肝臓で脂を運ぶリポ蛋白（カイロミクロンやVLDL）を作るのに必要な遺伝子で、ホモ接合体の欠損だと先ほどのような重症な低LDL-C血症をきたし、ヘテロ接合体の欠損では、40～70mg/dLとか、ちょうど正常な人の半分ぐらいのLDLレベルになります（**文献⑤**）。そういったヘテロ接合体の場合には、基本的にはビタミンの欠乏的な症状は起きず、起きるとしたら脂肪肝になります。ですので、脂肪肝のチェックはどこかしらで時折見ておくといいかと思います。もしLDLが40～70mg/dLなど低値で、脂肪肝も合併している場合は、ちょっと注意してフォローしたり、場合によっては脂質異常症の専門外来に相談いただけるといいかと思います。それから、低LDL-C血症を見た際には、甲状腺機能亢進症や栄養不良など続発性低脂血症をきたしうる疾患が原因となることもありますの

で、経過やこれらの疾患の症状にも注意が必要となります（**文献⑥**）。

池脇　今日は高HDLと低LDL、とても参考になりました。ありがとうございました。

文献

①日本動脈硬化学会「動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド 2018年版」
②寺本麻菜美　遠藤康弘　池脇克則「高HDL血症『私の治療』」日本医事新報社 No.5004　P.45
https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?page＝2&id＝14266
③難病情報センター　無βリポタンパク血症（指定難病264）
https://www.nanbyou.or.jp/entry/4574
④難病情報センター　家族性低βリポタンパク血症１（ホモ接合体）（指定難病336）
https://www.nanbyou.or.jp/entry/22445
⑤厚生労働科学研究費補助金
難治性疾患政策研究事業
「原発性脂質異常症に関する調査研究班」ホームページ　https://nanbyo-lipid.com（無βリポタンパク血症や家族性低βリポタンパク血症１についての総説など）
⑥日本動脈硬化学会「低脂血症の診断と治療」https://www.j-athero.org/jp/wp-content/uploads/publications/pdf/shishitsuijou_2013_3_14.pdf（続発性低脂血症の鑑別疾患リストなど）

CKDの生活指導と透析導入

慈恵医大晴海トリトンクリニック所長
横　山　啓太郎
（聞き手　池脇克則）

CKD（DKD）例において60～70代、クレアチニン1.6～2.1、eGFR 33～29%、Na制限、K制限などの指導をしています。専門医に紹介するとすぐに透析になる印象がありますが、生命予後と腎機能の程度と期間からみてeGFR 30%前後で透析導入すべきかご教示ください。

＜福岡県開業医＞

池脇　横山先生、透析関連の質問ですが、この症例に関してはどう思われますか。

横山　糖尿病性腎症と一言で言っても、急速に腎不全に進んでいく患者さんと比較的緩徐に、腎機能が保たれる患者さんとに分かれます。特にネフローゼタイプの糖尿病性腎症、尿蛋白が多い、そして血中のアルブミンが下がるような人はeGFRが30ぐらいになるとにわかに腎臓が悪くなって、１年、２年で透析に入ることがあります。こういう症例も存在するので、質問の医師のおっしゃるイメージはあると思います。ただ、尿蛋白が少ない方はむしろ腎硬化症のようにゆっくり進んでいく患者さんもいますので、様々だと思います。

池脇　確かにeGFRが30で透析はちょっと早いかと思うのですが、患者さんの背景によってはそういうケースもあるということですね。日本の血液透析のレベルはおそらく世界一でしょう。海外では透析は一時しのぎですが、日本はそれで最後までいこうと、それだけ透析に力が入っている国ですから、どこで透析を導入するのかは大切ですね。最近の透析導入のタイミング、基準について整理してお聞かせください。

横山　単純にeGFRとかクレアチニンの値だけではなく、年齢とか合併症とかを加味して透析を導入しようということになります。少し古いのですが、1992年の厚生労働科学研究で研究班が

出した基準が、今、日本で皆さんが使っているものだと思います。欧米でもCcr、クレアチニンクリアランスは15ぐらいで導入しようという流れがあったのですが、2010年にIDEAL研究がオーストラリアから出て、eGFRが10～15ぐらいの患者さんと５～７ぐらいの患者さんを比べたときに予後に差がありませんでした。今は日本透析学会からのガイドラインでクレアチニン８前後を目安に透析を考えていくという考え方が打ち出されています。もちろんこれも臨床症状に合わせてということになると思います。

池脇　腎臓の専門医は、単に血清クレアチニンではなくてGFR、日常診療ではeGFRで基本的には判断されているのですか。

横山　eGFRはどちらかというと、腎臓が悪い人を早期につかまえようという考え方の数値なので、透析に入る時点の目安はクレアチニンと臨床症状になります。

池脇　確かに1992年の報告を見ますと、腎機能は血清クレアチニンを目安にしていますね。

横山　そうですね。

池脇　私自身が患者さんで心配しているのはクレアチニン２前後ぐらいなので、まだまだ数字的には透析というレベルではないと考えてよいのですね。

横山　はい、その時点では。

池脇　いよいよ透析というところまで、自身で患者さんを診るよりも、先ほど言ったクレアチニンが少し上がってきて、eGFR、あるいはクレアチニンクリアランスが50ぐらい、あるいは蛋白が強くなる、いろいろな腎機能の縛りで使いたい薬も少し使いづらくなる、このあたりでこのまま診ていてもいいのかと考えているような気がします。中等度までの腎障害でも、どのタイミングで専門医にコンサルトしたほうがいいのか、ここがおそらく知りたいところだと思うのですが、どうでしょうか。

横山　先生がおっしゃるように、eGFRが50以下ですから、高齢者の場合、少し低めに出るので、安定した人はeGFR 40ぐらいでいいのかもしれません。ただ、eGFR 50以下になったり、尿蛋白が２＋以上というのは腎炎の合併ということもあるので、この辺の患者さんは我々腎臓専門医にご紹介いただくとありがたいと思っています（**表**参照）。

例えばある種の糖尿病の薬は使いにくくなりますし、それから脂質の薬であるフィブラート系は使いにくいとか、NOAC（抗凝固剤）や皆さんがお使いになるアロプリノールなども腎臓が悪くなると量を調節しなければいけないことになります。ですから併診というかたちで、一般臨床医と一緒に腎臓専門医も拝見していくことが合理的だと考えています。

表　腎臓専門医への紹介基準

<table>
<tr><th colspan="2">原疾患</th><th colspan="3">蛋白尿区分</th><th>A 1</th><th>A 2</th><th>A 3</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">糖尿病</td><td colspan="3" rowspan="2">尿アルブミン定量（mg/日）
尿アルブミン／Cr比（mg/gCr）</td><td>正常</td><td>微量アルブミン</td><td>顕性アルブミン尿</td></tr>
<tr><td>30未満</td><td>30～299</td><td>300以上</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">高血圧
腎炎
多発性嚢胞腎
移植腎
その他</td><td colspan="3" rowspan="2">尿蛋白定量（g/日）
尿蛋白／Cr比（mg/gCr）</td><td>正常</td><td>軽度蛋白尿</td><td>高度蛋白尿</td></tr>
<tr><td>0.15未満</td><td>0.15～0.49</td><td>0.50以上</td></tr>
<tr><td colspan="3">定性</td><td>（－）～（＋）</td><td>（＋）</td><td>（＋＋）以上</td></tr>
<tr><td rowspan="7">GFR区分
（mL/分/
1.73㎡）</td><td>G1</td><td>正常または
高値</td><td>≧90</td><td></td><td></td><td>＊1</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G2</td><td>正常または
軽度低下</td><td>60～89</td><td></td><td></td><td>＊1</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G3a</td><td>軽度～
中等度低下</td><td>45～59</td><td>50～59</td><td colspan="2">40歳未満は紹介</td><td rowspan="2">紹介</td></tr>
<tr><td rowspan="2">G3b</td><td rowspan="2">中等度～
高度低下</td><td rowspan="2">30～44</td><td>40～49</td><td colspan="2">40～69歳も紹介</td></tr>
<tr><td>30～39</td><td colspan="2">70歳以上も紹介</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G4</td><td>高度低下</td><td>15～29</td><td></td><td>紹介</td><td>紹介</td><td>紹介</td></tr>
<tr><td>G5</td><td>末期腎不全</td><td>＜15</td><td></td><td>紹介</td><td>紹介</td><td>紹介</td></tr>
</table>

＊1：血尿と蛋白尿の同時陽性の場合には紹介

３カ月以内に30％以上の腎機能の悪化を認める場合は腎臓専門医へ速やかに紹介すること

重症度は原疾患・GFR区分・尿蛋白区分を合わせたステージにより評価する

（KDIGO CKD guideline 2012を日本人用に改変）

CKDの重症度は死亡、末期腎不全、心血管死亡症のリスクを■のステージを基準に、□、□、□

池脇　予後という問題もあるかもしれませんが、できるだけ透析まで時間を稼ぐという考え方からすると、適切な時期に専門医にお渡しするのがよいですね。実際にはどのように治療されていくのでしょうか。

横山　腎臓が悪くなると行う治療は実は２種類あって、腎臓が悪くなる進展を抑える治療と、腎臓が悪くなってきたことに関して起こる高カリウム血症や貧血などの合併症対策、この２本立てです。腎臓が悪くなっていくことの治療は、もちろん血圧などをACEやARBでコントロールしていくことが中心になります。ACE阻害薬やARBは高カリウム血症を引き起こすことがあるため、腎臓が悪くなっている人になぜACEやARBを使うのかといわれた

ことがあると思うのですが、今は大きく変わってきています。カリウムに関しても新しいカリウム吸着剤が出てきています。こういう薬はかなり使い勝手が良くて、併診をしながらACE阻害薬やARBを使うことによって腎症の進展を抑えることが可能になりました。

それから、最近はSGLT２阻害薬が血糖が高くなくても腎症進展を抑制できるのではないかと期待されています。それは早期腎症から投与していくのだと思いますが、そういったこともかかりつけ医と腎臓専門医が一緒に患者さんを診ていく重要なポイントだと思っています。

池脇　そうすると、降圧剤を服用の方でCa拮抗薬を使っている患者さんの場合には、先ほど言われたACE、ARBに変えていただくとか、新しいSGLT２阻害薬も状況に合えば、これは比較的早期から導入していくのですね。腎不全の方の食事療法というのは本人も辛いと思うのですが、うまく続ける秘訣のようなものはあるのでしょうか。

横山　腎臓が悪くなると「カリウムを取るな」とか「塩分を取るな」とか、これはだめだ、あれはだめだと言っているのですが、診る患者がだんだん高齢になっています。高齢者は実際にはそれほど食べていないことが多いです。つまり、若い頃だったら十分食べているのだけれども、高齢になるとむしろ栄養状態を維持するほうが重要になってきます。実は透析患者さんで今一番多いのがだいたい75歳ぐらいの透析導入なのです。現在の生活習慣病管理では、多くの方が60歳ぐらいまでは「食べるな、食べるな」ということを言われていながら、70歳を超えたら同じ人が「食べろ、筋肉をつけろ」みたいになっています。この辺は一概にこの食事療法ではなく、患者さんに合わせてカスタマイズされた栄養指導が高齢化社会でますます重要になっていくと考えています。

池脇　腎毒性を除去するような薬も使われるのですか。

横山　そうですね。ただ、かなり飲みにくい活性炭です。もちろん使うことはあるのですが、強いエビデンスがあるわけではないので、患者さんとの話し合いのもと、きちんと飲んでくださる方に処方します。透析に入る前の患者さんの薬の量は、先ほど申し上げたように、おそらく尿酸の薬と、脂質の薬、そして高血圧の薬が２剤も３剤も入っているので、薬を出しただけで捨てられてしまうことにならないように、アドヒアランスに関して介入していくことが大切だと思っています。

池脇　最後に、透析も血液透析と腹膜透析では、おそらく圧倒的に血液透析が多いのだろうと思うのですが、この使い分けというのはあるのでしょうか。

横山　透析導入する前に尿量が保た

れていないと、腹膜透析はなかなか難しいのです。血液透析は、透析療法が始まってから徐々に進歩しています。腹膜透析と血液透析だと透析効率は血液透析のほうがいいのです。そういう意味では腹膜透析と血液透析を透析の効率だけ比べると、血液透析の効率が高いのです。しかし尿量が保たれている間は腹膜透析が十分できます。特に高齢者などは週３回病院に通うことができない方には有効です。透析に入ったら一生入院透析になってしまいます。そういう点では高齢者の尿量が保たれている人に、寝ている間だけ腹膜透析を行うとか、あるいは１日、１回、２回バッグ交換をしていただくことが、高齢者の透析患者さんの幸せにつながるのだと思っています。東京慈恵会医科大学はかなり積極的にこのような治療を行っています。

池脇　どうもありがとうございました。

腹腔鏡・内視鏡合同手術

がん・感染症センター都立駒込病院胃外科部長
長　晴　彦
（聞き手　山内俊一）

腹腔鏡・内視鏡合同手術の適応についてご教示ください。

＜東京都開業医＞

山内　長先生、腹腔鏡・内視鏡合同手術の適応は内視鏡という言葉がついているので、基本的には胃、大腸などの消化管でよいのでしょうか。

長　はい、胃が最もよい適応になります。

山内　胃にもいろいろな病気がありますが、主にどういった内容の疾患が対象となるのでしょうか。

長　一番よい適応は胃の粘膜下腫瘍です。中でも、消化管間質腫瘍（GIST）が一番よい適応になることが多いです。

山内　GISTとはどのような病気なのでしょうか。

長　一般的には悪性腫瘍として扱われます。ただし、がんと異なり、粘膜からではなく、筋肉の層などから発生して、ボールのように局所で成長します。この腫瘍はリンパ節に転移しにくいという特徴があるので、外科治療の際はリンパ節と一緒に臓器を大きく切り取る必要がありません。

山内　それがよけいに内視鏡手術に適しているということですね。

長　そのとおりです。

山内　GISTの頻度はいかがでしょうか。

長　過去の報告によると、50歳以上の約３割の方に小さいものは見られるとあります。症状を呈さない無症候性のGISTはそれだけ一般的にある一方で、悪性化を起こす症候性のGISTに関しては、約10万人に２人と、頻度は非常に少ないと報告されています。

山内　まれなものだけがこの手術の対象なのでしょうか。それとも、もう少し疑いも含めて適応になっていくのでしょうか。

長　ご指摘のとおり、粘膜下腫瘍は内視鏡で見ても質的診断ができない。

見た目だけでGISTとわからない場合もありますので、疑い例も含めて対処することがあります。

山内　従来は当然開腹手術が主体だったと思われますが、こういった腹腔鏡を使うことで侵襲は非常に少なくなります。今後はほぼ100％この術式と考えてもよいですか。

長　近年の腹腔鏡手術の普及によってだんだん開腹手術が減っています。特に傷を大きくしなければいけない開腹手術と比べて腹腔鏡手術は小さな穴が４つか５つというように、患者さんの負担が非常に少ないということもあり、この腹腔鏡・内視鏡合同手術もGISTに対しては主流になっています。

山内　腫瘍のサイズは少し関係しますか。

長　おっしゃるとおりで、どんなに大きな腫瘍でもできるわけではありません。ごくまれにですが、20㎝を超えるような、非常に大きく成長するGISTもあるので、そういったものはやはり腹腔鏡手術の対象にはなりません。一般的に、つい最近までは５㎝以下がいい適応といわれていましたが、近年の腹腔鏡手術の技術の向上もあり、最近ではもう少し大きな６～７㎝くらいの腫瘍も適応にしている施設が多いかと思います。

山内　GISTは胃の壁の内側、外側、両方にまたがって出てきている腫瘍というイメージですが、これでよいのでしょうか。

長　内側、外側、混合型という３つのタイプに分けられるのですが、腹腔鏡・内視鏡合同手術のよい適応になるのは内側に発育するタイプのものになります。その理由は、外科的に胃の外側から内側に発育するタイプのGISTを観察しても、場所も大きさもよくわからないからです。そのときは内視鏡で内側から一緒に見ることによって、より正確な場所とか、そういったものが把握できることになります。

山内　最近は画像診断が非常に進んでいますが、内側に出っ張っているかどうかは、CT、MRI、こういったもので事前に十分わかるとは限らないのでしょうね。

長　おっしゃるとおりです。胃は管腔臓器ですので、CTでは内側に出っ張っているタイプかと思っても、実際は外側に出っ張っているものが内側に押されてそのように見えただけということも実臨床上は経験します。CTだけで100％診断ができるとは限りません。

山内　見てみなければわからないところがあるのですね。

長　はい。

山内　さて、この腹腔鏡・内視鏡合同手術のメリット、デメリットについて教えてください。

長　メリットの１つは傷が小さくて痛みが少ない、回復が早いということ

が挙げられます。それから、胃に関していえば、切除範囲を最小限にできますので、食事も早く始められますし、通過障害などの異常もきたしにくいことが挙げられると思います。

山内　胃に限りませんが、おなかの手術を行うと、その後、非常に長く痛みなり、特に消化器症状を訴える患者さんが多いのですが、そういったものはかなり軽減している印象ですか。

長　はい。切除範囲も非常に小さいですし、先ほど申し上げたとおり、リンパ節を取ったりしませんので、おなかの中の炎症も起こしにくく、痛みも少なく、熱も出ず、回復も早いという印象を持っています。

山内　デメリットとしてはどういったものが挙げられますか。

長　デメリットはあまりないのですが、少し複雑な手術でもあるので、手技慣れという部分はあるかと思います。もう一つの弊害としては、よく見えすぎてしまうがために、すごく小さく取ろうとして腫瘍のぎりぎりを取り過ぎてしまい、取ったものを顕微鏡で見たときに腫瘍の切除のマージンがぎりぎりで担保できないということも起きうるかと思います。我々は最近、あまりぎりぎりを攻め過ぎないということも注意しています。

山内　外科医の気性も入るのでしょうが、なるべく小さくしたいという願望も入ってしまうのですね。

長　そのとおりかと思います。

山内　これは腹腔鏡グループと内視鏡グループの２つのチームでやると考えてよいのでしょうか。

長　はい。内視鏡は内科医のほうが上手ですので、外科医が全部行うというよりは、内視鏡部分は内科医にやっていただいて、その後、バトンタッチして外科医が、特に穴を閉じる部分をしっかりやるというように、役割分担して行うことが多いと思います。

山内　ただ、術中に判断の違いがあるかもしれませんし、医師の主導権争いといったものが出てくることはありませんか。

長　１つのチームとしてやることが重要ですので、そういうことが起きないよう内科医がやっているときは我々は静かに見守って、終わったら粛々とその後を引き受けるというように、主導権争いが起きないように心掛けています。

山内　ただ、そのうち両方の技術に長けた医師が出てくることは十分期待されるでしょうね。

長　はい。中には大谷翔平選手のような二刀流の医師がいます。そうすると外科と内科のスケジュール調整が不要になるので、そういう医師がいる場合には、その方にやっていただくほうがいいかもしれません。

山内　今後の広がりに関してですが、例えば救急などで、胃の出血を診ると

き、どこから出血しているかわからない場合にも応用が可能と考えてよいでしょうか。

長　非常に汎用性の高い手技であると思っています。ですので、腫瘍に限らず、先生がおっしゃるような急性の出血で内視鏡的にどうしても止められないようなものに、この合同手術が応用できる可能性はあると思います。

山内　今後、泌尿器科、婦人科、そういったところへも広がる可能性がある技術だろうと考えてよいでしょうね。

長　はい。ぜひそうなっていってほしいなと思います。

山内　どうもありがとうございました。

便秘でのジッツマーク検査

亀田総合病院消化器外科部長
高　橋　知　子
（聞き手　池脇克則）

ジッツマークを利用した排便時間検査の方法や費用についてご教示ください。
＜大阪府開業医＞

池脇　今回は便秘の検査の質問をいただきました。ジッツマークを利用した排便時間検査の正式な検査名はどのようになっているのでしょうか。

高橋　慢性便秘症診療ガイドラインではX線不透過マーカー法としていますが、実際には通称でジッツマーク検査と呼ばれることが多いです。

池脇　放射線不透過というマーカーがこのジッツマークなのでしょうか。

高橋　はい。カプセルの中に20個から、24個の不透過の小さなマーカーが入っているもので、それが商品名でジッツマークと呼ばれています。

池脇　商品名がそのまま検査名になったと考えてよいですか。

高橋　そう呼んでいる方が多いです。

池脇　あとからまた詳しくお聞きしますが、実際にはどういう手順でやるのでしょうか。

高橋　これは大腸の通過時間、蠕動運動を評価する検査の一つです。検査方法は、患者さんにカプセルを１つ内服していただいて、５日後に腹部の単純X線写真を撮って、そこに不透過マーカーが幾つ残っているかで評価します。幾つも評価方法があるのですが、５日目で撮影する場合では、80％排出されていれば、大腸の通過時間は正常ということになっています。

池脇　蠕動に問題がない方が、ジッツマークを内服すると、通常は何日ぐらいでおなかを通過しますか。そんなに長いことはありませんよね。

高橋　食べるものによって通過時間は異なりますが、だいたい２～３日で排出されるといわれていますので、通常の蠕動に問題がない方ですと、５日目でレントゲンを撮っても全くマーカーは残っていないことになります。

池脇　逆に、５日目に撮って、ある一定以上あった場合には通過時間の遅延、それがおそらくその方の便秘の原因になっているのではないかという感じで進めていくのでしょうか。

高橋　はい、そうです。ただ、少し注意したほうがいいのは、受診されているときにすでに下剤を内服している方ですと、カプセルを内服する１日前からレントゲン撮影をするまでの間は下剤を止めていただかないと、その方の本来の蠕動は評価できません。あと、レントゲンで撮影したときにマーカーが肛門に近く、直腸やS状結腸のあたりに集積している場合ですと、通過時間が延長というよりは、直腸から出せない排便困難型の可能性もあるので、そちらの精査も進めないといけないことがあります。

池脇　検査の前日ぐらいから撮像する合計６日ぐらいの間、例えば食事や飲酒、運動などに何か指導はされるのですか。

高橋　下剤や浣腸の薬を止める以外は普段どおりにしていただいています。

池脇　むしろ普段どおりの生活を送っていただくなかで見つけていくという観点では、違う状況にしないほうがいいということですね。

高橋　そうですね。

池脇　ちなみに、これはまだ保険収載されていない検査だと聞いたのですが。

高橋　そうなのです。今、日本大腸肛門病学会でも保険収載ができるように動いてはいるのですが、現時点ではまだカプセル自体も薬事が通っていませんので、検査に関してもまだ保険収載されていないのが現状です。

池脇　費用はどのくらいでしょうか。

高橋　現在は個人輸入になりますので、カプセル自体の費用にかなり高い関税と、個人輸入の手数料が上乗せされ、それプラス自費診療になります。当院はかなり良心的な値段で患者さんの負担は7,000～8,000円ぐらいなのが現状です。

池脇　そんなに高いという印象はないにしても、個人輸入となると全国的にもそれほど普及した検査ではないということですね。

高橋　そうです。値段もですが、個人輸入に関しての手続きが本当にたいへんで、大きな病院でされる場合ですと倫理審査も通さないといけないので、そこまでしてやらなければいけないという方は、多分少なくなるのかなと思います。

池脇　便秘を訴える方はけっこう多いです。その方たちのニーズに応えるにはあまりに条件が厳しいにしても、先生方がそうやっておられるということは、便秘に関しての細かい診断というか、至適な評価のためにこのジッツマーク検査が有益だからなのだろうと思いますが、この検査をどうやって便

秘の診断に結びつけていかれているのですか。

高橋　2017年に発行された慢性便秘症診療ガイドラインを見ていただくと、排便回数の減少型というものがあります。その中に大腸通過時間の遅延型と大腸通過時間の正常型というものがあり、それを区別するのには非常にいい診断材料だと思います。あと、簡単だということと、患者さんに実際に結果を見せると、自分の通過時間がいいのか悪いのかが一目でわかります。もし使えればその点に関しては患者さんのご理解も得られやすいのでいいのかなと思います。

池脇　私は便秘の種類に関しては精通していませんが、排便日数が減少して、通過時間が遅延するタイプか遅延しないタイプかがこのジッツマーク検査でわかるわけですね。これらのタイプにおさまる便秘の方は、けっこういらっしゃるのでしょうか。

高橋　けっこう多いと思います。

池脇　そうすると、最終的にはその患者さんの便秘を改善させるために先生はどういう介入をされているのですか。

高橋　まずはアセスメントですが、先生がおっしゃるように排便の回数が減少しているのかということと、大腸通過時間正常型の場合、便秘の原因の代表格は食べていないということなので、食物繊維の摂取状況、欠食していないか、偏りがないかを聞いていきます。きちんと食べていても回数が少ないと、大腸通過時間の遅延型が予想されますので、通過時間を改善するような薬も検討しています。

池脇　質問いただいた医師が、自分で個人輸入をしてそういう検査をやろうと思われているかどうかわかりませんが、印象としてこれはやるのが難しいとなって、でもこのジッツマーク検査と同じような何かができないのかとなると、何かほかに手だてはあるのでしょうか。

高橋　まず便の性状を、硬かったら普通便に、緩い場合でも普通便にすることで排便回数が正常化することが多いので、便の性状を改善させるような薬をファーストチョイスで使われるといいと思います。

池脇　残念ながらこれと同等の検査というのはなかなかないけれども、便の性状を正常化するような薬をいろいろと試してもらえたらということですね。

高橋　はい。

池脇　どうもありがとうございました。

COVID-19の自宅療養管理

祐ホームクリニック麻布台院長
日　向　道　子
（聞き手　池田志孝）

COVID-19感染症の自宅療養者についてご教示ください。

COVID-19の感染拡大による自宅療養者の増加に伴い、開業医が訪問診療により管理していくという方向性が出ています。具体的に訪問診療で行うことは、状態の把握、対症療法（いわゆる風邪の治療と同じような対処）でよいのでしょうか。レムデシビル、抗体カクテル療法のような治療薬も開業医が扱えるのでしょうか。

＜山口県開業医＞

池田　この収録は2022年１月20日に行っています。今、オミクロン株がすごく流行しているのですが、PCR検査や抗原検査を含む診断はどのように行われているのでしょうか。

日向　当院は往診専門のクリニックですが、保健所の要請や発熱センターからの依頼、最近では患者さんご自身がインターネットなどで見て当院に連絡いただいて来院されます。デルタ株の頃は抗原迅速検査で陽性が出ることが多かったのですが、オミクロン株はウイルス量がピークアウトするタイミングが比較的早いのか、抗原迅速検査で陽性が出ないことが非常に多いという印象があり、仮に抗原迅速検査で陰性であっても、PCR検査を追加して行うようにしています。

池田　以前はPCR検査の予約は、保健所や発熱センターが行っていましたが、実際に先生方のところに直接PCR検査の申し込みをされる方は多いのでしょうか。

日向　患者さんから電話があって、今日検査したいと依頼が来ます。だいぶ患者さんも理解が深まってきたせいか、突然いらっしゃるということはなくて、必ず事前にご連絡いただいて来院されています。

池田　ホームページか何かにPCR検

査ができる医療施設などが載っているのでしょうか。

日向　医療機関によってはそういったアナウンスもされていますし、あと東京都では検査を受けられる医療機関を公開しています。

池田　第１波、第２波のときは保健所の人がそれを把握して、医療機関にFAXで送っていましたが、今はどのようなシステムで患者さんの登録がされているのでしょうか。

日向　現在はHER-SYSというインターネットのシステムを使い医療機関が発生届を提出できるようになっています。以前からあったシステムですが、本当に初期の頃はFAXで出されたものを保健所の方が代行して入力してくださっていました。ただ、発生届の件数が増えたことで保健所業務も逼迫しており、現在は医療機関がHER-SYSを使ってインターネット上で発生届の提出をすることがかなり増えてきているかと思います。

池田　HER-SYSの登録とはどのようにされるのですか。

日向　それぞれIDを取得して、そこから２段階認証で、電話ないしは携帯電話などに番号が出て、それを入力するとシステムに入れるようになっています。個人情報なので、席を離れるときは必ず画面を閉じるようにといったルールもあります。それを見て、患者さんの健康観察なども行えるようになっています。

池田　入力にどのくらい時間がかかるのですか。

日向　そんなにはかからないです。当院の場合は、HER-SYSで入力する内容を問診票と患者さんに送っています。患者さんが問診票に全部入力すると、HER-SYSに発生届を出すときに入力するべき項目が全部入っています。そういうかたちで一括してオンライン上で情報を収集するようにしています。

池田　それは便利ですね。このHER-SYSというのは患者さんからの情報も来るということですから、患者さんと医療機関と保健所がリンクしているのでしょうか。

日向　そうですね。以前は患者さんのHER-SYS上の情報を、保健所とHER-SYSで発生届を出した医療機関と入院している病院しか見られなかったのですが、第５波が終わって、もっといろいろな医療機関が必要に応じて見られたほうがよい、場合によっては健康観察のときに見られるようにしたほうがよいということになりました。現在は診断をしていない医療機関でも、自宅で療養される患者さんの健康観察を行う医療機関は保健所がIDを付与してくれますので、それをもって患者さんの情報が見られるようになっています。

池田　それもまた便利ですね。一人の患者さんが孤立しないで、全体で見守れるということですね。自宅療養は、

症例によっては内服の治療法、あるいは抗体の治療法があると思うのですが、どのような方に行われるのでしょうか。

日向　内服の治療は現在、モルヌピラビルが特例承認されており、61歳以上でハイリスクの患者さん、具体的にはBMIが30以上とか、COPDがあるとか、重度の心不全のある方、免疫不全状態の方などに投与するように添付文書にあります。また、中和抗体療法は現在オミクロン株に効果があるといわれているソトロビマブが特例承認されており、55歳以上の方で同じようにハイリスクの方に投与の適応があります。いずれも処方、治療する場合には登録が必要な薬になっており、必要に応じて自宅療養されている方に使用することが可能となっています。

池田　これもHER-SYSというシステムを通して登録するのでしょうか。それとも、また違うシステムなのでしょうか。

日向　多分地域によって治療とHER-SYSの関わりが異なるかと思うのです。当院のある港区では中和抗体療法を導入する場合には保健所は基本的に関与しない。医療機関同士でやっていくルールになっているので、あえてHER-SYSでそれを書く必要はないのです。ただ、治療経過や患者さんの日々のイベントなどを書く項目もありますので、保健所の方が見て「ああ、治療しているのね」とわかることになり、情報共有という意味では非常に便利なツールですし、活用していくのが大事かと思います。

池田　例えばモルヌピラビルが必要だという場合、これを処方するにはどのようなシステムで行われるのでしょうか。

日向　事前の登録が必要で、2021年のクリスマスイブに特例承認がおりてから、おそらく多くの医療機関が登録されていると思います。その適用に合致する方に処方しますが、院内処方と院外処方の２つのパターンがあり、院内処方は自身の医療機関で出す。院外処方の場合は、各地域にその処方を扱える薬局のリストがあるので、そのリストの薬局に連絡して処方箋と患者さんの同意書の書類をお送りし、処方という流れになります。

池田　薬自体は薬局の方が運ぶのですか。

日向　そうですね。薬局の方が患者さんの自宅に配達するという流れが、一番スタンダードかと思います。

池田　置き配のようなものですか。家の前にぽんと置いておくような。

日向　はい。ほかに医療機関が近くであれば、ちょっと持っていって届けるとか、モルヌピラビルに限らず、コロナの自宅療養者の方に対しては皆さん工夫されていろいろなパターンで必要な薬を届けていますので、そういったかたちも一つの方法かと思います。

池田　入院の判断の目安は何かあるのでしょうか。

日向　基礎疾患などにもよると思うのですが、入院の目安はコロナの診療ガイドラインの中では酸素飽和度が93を下回った場合、あとは酸素投与が必要な方や、血液検査の結果、フェリチンが高値だったり、D-dimer上昇で血栓傾向にある方だったり、そういう方に対して入院での治療が勧められると思います。

池田　だいぶ前ですが、救急隊の方がいろいろなところで待たされてたいへんだったと思います。今は入院先を見つけるシステムはできているのでしょうか。

日向　港区の場合は第５波のときに保健所と港区医師会と、区内のコロナ病床のある病院で連携を取りメーリングリストを作っていました。毎朝、そのメーリングリストのスプレッドシートに入院が必要な患者さんの情報を保健所が入力して、それを各病院にメールで送信して、病院側も軽症、何床空きがあるとか、例えば入院している軽症者をほかの病院に転院すれば重症者が１人取れるとか、そういったやり取りをしていました。非常に連携がうまくいったと思っています。

池田　こういったデータを取ったり、診察もしなければいけないと思うのですが、先生方のところでは２～３人がチームになって、宇宙服のようなものを着て診察などされるのでしょうか。それとも、お１人で行かれるのですか。

日向　当院は医師が１人で患者さんの自宅の中、いわゆるレッドゾーンに入るかたちを取っています。ただ、往診専門のクリニックですので、その場所まで車で診療補助のスタッフが連れていき、レッドゾーンには１人で入っていくというスタイルです。

池田　着るときよりも、脱ぐときがたいへんだとうかがったのですが、１人でそれをやられるのですか。

日向　そうですね。だいぶうまくなりました。完全なグリーンゾーンで脱ぐことが感染予防になると思うのです。中にはご近所の目も考えて、レッドゾーンの自宅の中で脱いでいる医師も多いと思うのです。ただ、それは私はちょっと抵抗があったので、自宅から出たグリーンゾーンで脱がせていただいているのですが、その分、一瞬で脱ぎます。

池田　ありがとうございました。

小児の夜尿症

順天堂大学練馬病院小児科教授
大　友　義　之
（聞き手　山内俊一）

小児の夜尿症の薬物療法と生活指導についてご教示ください。
＜埼玉県開業医＞

山内　大友先生、まず夜尿症の定義からご紹介願えますか。

大友　これは世界共通の定義があります。５歳の誕生日を迎えた段階で月に１回以上の夜尿が３カ月以上続いている場合に夜尿症という病名がつきます。ただ、そこで治療を始めなければいけないということはありません。多くの場合は小学校に上がる６歳の段階でまだ夜尿が続いていたら、少しお手伝いしようかというのが臨床の現場の考え方かと思います。

山内　鑑別はどう進められるのでしょうか。

大友　まず診療を始めるときに、いわゆる病型分類といって、どのようなタイプの夜尿症なのかをチェックするのですが、一番わかりやすい分類は単一症候性夜尿症と非単一症候性夜尿症です。前者は夜間眠っている間しか漏れないという方で80％ぐらいいます。後者の昼間も漏れてしまう昼間尿失禁もある方は20％ぐらいです。非単一症候性夜尿症、つまり昼間の漏れがある方のほうが純粋な夜尿症ではなく、何らかの膀胱機能や下部尿路に問題があったりします。あるいは併存症として注意欠如多動障害という発達障害、ADHDのお子さんたちも少なからずいます。注意しなければいけないのは慢性の便秘がひどい方たちが、やはりそういうかたちをとってきますので、そこの鑑別が必要かと思います。

また、もう一つのくくりとして一次性夜尿症、二次性夜尿症があります。90％以上の患者さんは生まれてからずっとおねしょ、夜尿が続いて５歳を過ぎてしまった方です。しかし、10％くらいは４～５歳ぐらいに一度は夜尿が完全に解消していたけれども、数年を

経て（定義は６カ月以上）、突然また夜尿が始まったという方で何らかの疾患が隠れている可能性があり、糖尿病なども重要だと思います。多飲多尿でいきなり始まる。あるいは、脳腫瘍ができて、抗利尿ホルモンがうまく出せなくなったために夜尿になったという方もいます。頻度はものすごく少ないですが、その辺は見落としてはいけないので、最低限ルールアウトしますが、多くの場合は心因性、心の問題です。例えば学校でいじめに遭ったのをきっかけにとか、家庭で両親が離婚してしまうなど、家庭に不幸があって、気持ちの問題から夜尿が起きてしまうこともあります。

山内　少なくとも誘因としては常に念頭に置いておいたほうがいいということでしょうか。

大友　そうですね。初診でしっかりとその辺までを含めた問診をして、何か器質的に病気がありそうであれば幾つか、尿の検査や血液の検査、画像の検査が必要になるかもしれません。

山内　では、治療の話に移りたいと思います。典型的な夜尿症についてですが、５歳ぐらいの小さい子どもでは本人にあまり病識がないというか、今までそういう状況でずっと来たのですから、なぜ悪いのかということになるような気もします。このあたりはいかがでしょうか。

大友　５歳で夜尿症という定義に乗ったとして、確かに一度もうまくいっていないということになると、お子さんたちになかなか病識を植えつけるのは難しいかと思います。なので、定義としては５歳かもしれませんが、多くの場合、小学校、就学の準備をし始めたあたりから、生活のリズムとして何時に寝るのか、何時に起きるのかということが整うようになってくると、少し自覚が出てきます。５～６歳の頃はまだ自然治癒が望みやすく、良くなっていく可能性が少し高い時期なので、その辺は生活指導で、夜間の飲水制限をしましょうとか、寝る前に必ずトイレに行きましょう、寒ければ温かくして寝ましょう、みたいなことをするだけでも、１割の方は夜尿が解消してくると思います。

山内　あまりせかしても逆効果になるかもしれない、メンタル的に追いつめてしまうかもしれないというところでしょうか。

大友　トイレットトレーニングは３歳ぐらいが目安ですよと言いながらも、個人差があって、焦ってしまう親御さんもいるかもしれないのと同じように、夜尿の治療に関しても、５歳だから焦らなければいけないということはないと思います。ただ、非単一症候性夜尿症で、昼間の漏れがある場合は、幼稚園の年中さん、年長さんの時期だと、昼はどうにかしてあげたいと、少しお手伝いをすることはあります。

山内　小学校ぐらいになりますと、夜尿自体が本人のストレスになることもあるのでしょうね。

大友　そうですね。昔は学校の宿泊行事は小学校５年、６年ぐらいだったかと思いますが、最近は、習い事をはじめとして、幼稚園からサッカースクールなどに入れたりする方もいて宿泊行事の年齢がけっこう下がってきています。そのときにまだ夜尿が解消していないと、友達の手前、ちょっと格好悪いということで、かなりストレスを抱えてしまったり、いじめに遭うかもしれません。

山内　その状況あたりから本格的な治療になると思いますが、治療の選択肢としてはどういったものになるのでしょうか。

大友　先ほど申し上げましたように、１割の方は生活指導で良くなるのですが、生活指導はあまり長くやっていてもしょうがないので、１カ月ぐらい見て、あまり変わり映えがせず、かつ家族、本人が希望されるようであれば、もう少し踏み込みます。大きく分けると、薬を使う方法と、夜尿アラームを使う２つの方法があります。

山内　まず薬を使う方法ですが、第一選択薬は何になりますか。

大友　夜尿の原因として７割ぐらいの方は夜間に多尿があります。夜間の抗利尿ホルモンの分泌がどうもうまく上がらない方に対して抗利尿ホルモン製剤、デスモプレシンを使うことによって夜間の尿量を落とすことができ、夜尿の成績を上げられると思います。

山内　有効率は高いのでしょうか。

大友　全体の７割の患者さんはデスモプレシンで良くなります。ただ、デスモプレシンを使うときのコツとして、よくなって、いきなり切ってしまうと、すぐにそのホルモンが自分で出せるようになるわけではないので、尿量が増えて、やはりだめになる可能性があります。少し時間をかけて徐々に量を減らしきっていくのが再発を少なくする方法だと思います。

山内　使い方はどうでしょうか。

大友　お水を使わなくてものめる口腔内崩壊錠で、用量は120μgと240μgの製剤があります。120μgでスタートして、なかなか尿量が落ちなければ、240μgに上げて構わないと思います。でも、240μgが最高量ですので、それ以上は上げられない。240μgで良くなった場合には120μgに落として、さらにそれをできれば半錠ぐらいに落としてきっていくほうが再発を少なくできると思います。

山内　内分泌疾患での感覚からすると、随分と量が多い感じがしますね。

大友　そうですね。中枢性尿崩症でこの薬を使うときは60μg、それも半分で使うようなこともありますので、少し多めかもしれません。

山内　内分泌システム自体は正常と

いうところで使うからかもしれませんね。それ以外の薬としてはどういったものになりますか。

大友　夜間の膀胱の過活動があるお子さんに対しては、成人の過活動膀胱の治療薬である抗コリン薬がしばしば有効です。ただ、単剤では無理なので、デスモプレシンに乗せて併用しています。

山内　それ以外は何かありますか。

大友　睡眠を少し改善させるということで漢方薬を使うこともありますが、第３選択薬として欧米でも使われている三環系抗うつ薬を使うことがあります。ただ、これは過量投与によって不整脈、致死的な不整脈を起こすリスクがあることがわかってきたので、ガイドライン上は第３選択薬で、注意して使うようにといわれています。

山内　次には有名なおねしょアラームがありますので、こちらも少しご紹介願いたいのですが。

大友　夜尿アラームは、よく受ける質問で、起こすのかといわれるのですが、これは尿が漏れ始めたところを気づかせるという治療です。気づくことによって、だんだん本人が我慢して膀胱におしっこがためられる量が増えてきて、アラームが作動する時間が後ろへ後ろへずれてきて、朝までもつようになるという治療で、２カ月頑張るとけっこう成績を出せると思います。

山内　薬との使い分けはどうなのでしょうか。

大友　夜間多尿の患者さんはやはりデスモプレシンで尿量を落とさないとうまくいかないのですが、多尿がなければアラーム療法はけっこう期待できる治療だと考えています。

山内　ネットで見ますと欧米でかなり機器が先行している感じがしますが、いかがですか。

大友　あくまでもこれは1940年代ぐらいからアメリカ等で行われてきた治療で、日本で盛んに行われるようになってからまだ日が浅いのですが、日本でも幾つかいいアラームが導入され使われるようになってきました。

山内　アメリカの最新鋭のものを少しご紹介願えますか。

大友　膀胱にどれだけおしっこがたまっているのかをしっかりと超音波のプローブをつけてモニターをします。日本で普通に使っているアラームは漏れると知らせてくれるのですが、それはAIがだいたい記録をしていて、漏れそうなところがわかると先に教えてくれます。そのデータをクラウドに上げて管理をするアラームがアメリカから出てきて、もうすぐ日本に上陸してくるかと思います。

山内　それはまたいろいろな意味で楽しみですね。どうもありがとうございました。

ビスホスホネートによる外耳道骨壊死

東京慈恵会医科大学耳鼻咽喉科教授
小　島　博　己
（聞き手　池脇克則）

ビスホスホネート製剤使用中に耳垢が大量に貯留している例が散見されます。よく観察すると外耳道骨壊死の所見が見られ、薬の副作用と考えられます。顎骨壊死は有名ですが、外耳道骨壊死の頻度、対策などをご教示ください。

＜岐阜県開業医＞

池脇　小島先生、ビスホスホネート製剤（BP製剤）の副作用として一般的には顎骨壊死が有名なのですが、海外で外耳道骨壊死の報告があったということで、わが国にも2016年に添付文書に、重大な副作用として追記されました。それから５年近くたっていますが、日本でどの程度発生しているか等を含めていかがでしょうか。

小島　おっしゃられたように、2016年に添付文書が改訂されたのですが、2005～18年の13年間に海外で20例ぐらいといわれています。日本の文献を調べても、その後、数例あるぐらいなので、頻度的には少ないのではないかと思っています。ただ、すべての病態が文献になるわけではないので、裾野はもちろん広いだろうと思いますが、非常にポピュラーな病態というわけではないと考えています。

池脇　それでも場合によっては重大な副作用になるということで添付文書に付記されたようです。質問のBP製剤を使って耳垢が大量に貯留していることと、骨壊死というのは、何らかの関連があるのでしょうか。

小島　一般的に耳垢がたくさんたまっている場合は、その耳垢を取ればほとんどが中のいわゆる外耳道、あるいは鼓膜、そのあたりは正常ということが多いです。しかし、一部には耳垢を取ると外耳道や、鼓膜の一部に陥凹があって、その部分の自浄作用（マイグレーション）が障害されるがために、そのへこんだ部分に耳垢がたまって、それが外に出ないで、どんどん蓄積さ

れ、あるいは炎症を起こすことによって、周りの骨を破壊し奥に浸潤してしまうといった病態があります。

一般的に多いのは中耳の真珠腫といった病態で、鼓膜の一部がへこんで先ほどのような病態を示します。まれな病態としては外耳道真珠腫といって、筒状になっている外耳道の奥の部分はその周りが骨でできているのですが、その骨の内側に薄い皮膚の一部が落とし穴のようにへこんでしまって、耳垢が自然に外に出るのを障害してしまうといった病態があります。

池脇　骨をえぐって浸潤していくというのは、耳垢で炎症が起こるのでしょうか。

小島　最初の原因は中耳真珠腫も外耳道真珠腫もわかっていないのですが、１度へこみが起きて耳垢がたまってしまうと、例えば炎症を起こしたときに、耳漏の中のサイトカインとか、そういう成分が皮下組織に作用し、さらに骨にいくといわれています。それで歯槽膿漏のような病態が起きてくると思っています。

池脇　確認ですが、質問をいただいたのは耳鼻科医で、そういった外耳道真珠腫もよくご存じの医師ですから、これは外耳道の真珠腫ではなく、骨壊死と診断されていると考えてよいですか。

小島　外耳道真珠腫と、BP製剤による骨壊死というものの病態がはっきり区別できないのではないかと思っています。外から見たときに骨が露出している外耳道真珠腫ももちろんありますし、BP製剤によるものもあり、かなりオーバーラップするのではないかと思います。

ただ、論文などを見てみますと、BP製剤による外耳道真珠腫と、それを使っていない外耳道真珠腫を比べてみると、BP製剤を使っているもののほうが治療に抵抗性があり、なかなか治らないといわれています。共通した病態もあるでしょうが、別ものの可能性は高いのかと思っています。

池脇　BP製剤はすごく半減期が長いので、骨に吸収というか、ひっついているということになりますと、外耳にBP製剤がたくさんある状況と、そうではないのとで、その後の経過にも影響が出てくるのでしょうか。

小島　そうかもしれないですね。骨のハイドロキシアパタイトと強くくっつくといわれていますから、そういうものがずっと長くとどまると、もちろん破骨細胞によるアポトーシスを誘導するとか、いろいろな薬理作用がありますが、そういうものが複雑に絡み合ってこういう病態を作るのではないかと思います。ただ、何ぶんにも報告例が少ないので、はっきりした病態はわかりません。

池脇　報告が少ないので、頻度といえるほど疫学のデータがないのですね。

小島　ないですね。添付文書のように、BP製剤を使っていて、いわゆる外耳炎とか耳漏、耳痛が続く場合はきちんと診ないといけないとは思います。

池脇　なりやすいリスクはあるのでしょうか。

小島　いわれているリスクはステロイドの長期使用、化学療法の既往、中耳炎の手術後、あるいは感染、中耳炎とか外耳炎をもともと持っている方、あるいは綿棒とか耳かきで頻回にいじる人、とはいわれています。

池脇　おそらくそういったことで耳鼻科を受診されて、診断された場合の対処はどのようにするのでしょう。

小島　一般的な外耳道真珠腫の対処というのはほとんどが保存的療法になります。外来できれいに耳垢を取って、その後に保湿の軟膏やステロイドの軟膏などを塗って炎症を抑えます。最初にある程度頻回に傷つけないように耳垢を取ってあげると、皮膚の自浄作用が戻ってくることが多いのです。ただ、それは一般的な外耳道真珠腫の場合で、質問の指摘のように骨が露出して、いきなり骨面のざらざらのところが出ている場合は、皮膚がその上を上皮化するというのはなかなか難しいと思います。

池脇　場合によっては外科的な対応ということもあるのでしょうか。

小島　一般的な外耳道真珠腫がひどい場合は外科的に手術をします。くぼみといっても、そのくぼみがなだらかではなくて、でこぼこになっていることが多いので、そこをきれいにならして、残っている外耳道の皮膚を使って、筋膜や結合組織を利用し皮膚の再生を図る手術。あるいは、陥凹した部分を骨の粉で埋めて平らにするようなことが行われることもあります。

池脇　炎症の中でも例えば細菌感染がそこに局所的にあるようなこともあるのでしょうか。

小島　ありうると思います。ただ、どちらが先かはわからないですね。もちろん細菌感染がある場合は点耳薬とか内服の抗菌薬とか、そういったものを使って抑えていく必要はあるだろうと思います。

池脇　今は骨粗鬆症でBP製剤を処方をしている医師がたくさんいます。顎骨壊死に外耳道骨壊死もとなると、どういうタイミングで起こるとか、患者さんにこういうことがあったら耳鼻科に行くといった指導は何かありますか。

小島　すべての方がなるわけではないので、先ほど申しましたけれども、何らかの耳の症状、外耳炎、あるいは耳漏などの症状がある場合は受診したほうがいいだろうと思います。

池脇　これはBP製剤を始めて比較的早期というよりも、ある程度期間がたってから起こりやすいのでしょうか。

小島　そうだろうと思います。それ

から、少し話が外れるかもしれませんが、こういった病態の場合に悪性腫瘍、外耳道がんがたまに交じっていることがあります。痛みを伴って、骨壊死を起こし、皮膚にびらんがあるような場合は必ず外耳道がんも疑って、そこの部分の生検を行ってください。外耳道真珠腫は良性のものですし、炎症性のものに近いのですが、外耳道がんが交じっていますから、そこはルールアウトしないといけないと思います。

池脇　ありがとうございました。

めまい症

東京医科歯科大学耳鼻咽喉科教授
堤　　剛
（聞き手　池田志孝）

良性発作性頭位めまい症（BPPV）は内科医にとっても身近な疾患ですが、難治性で治療に難渋するケースが多くあります。「めまい体操」も含め最新の治療法をご教示ください。

＜神奈川県開業医＞

池田　堤先生、良性発作性頭位めまい症（BPPV）とはどのような病気なのでしょうか。

堤　めまいの診断は多くの場合、アナムネで診断がつきます。頭を動かした拍子に短時間、少なくとも２～３分以内のぐるぐるという回転性のめまいの発作が起きます。それを何回か繰り返し、繰り返しながら何回か同じ頭位をとると、だんだんめまいが起きなくなるのを特徴にしています。もう一つは聴覚、耳の聞こえや耳鳴りに変動を伴わないことが条件になります。これらに合致したものをBPPVと診断します。

池田　神経自体は保たれているのだけれども、別の要因で起こるということですね。

堤　はい。病態自体は半規管の中に耳石と呼ばれる小さな石みたいなものが浮き出して起きるといわれています。

池田　浮き出すというのはどのようなイメージなのでしょうか。

堤　耳石器という重力を感じ取る場所があるのですが、小さい石が有毛細胞という毛の生えた細胞の上にたくさん乗っている形をしています。その石が浮き出すのだろうといわれています。半規管というのは頭の回旋を感じ取る場所で、水の流れで感じ取るのです。そこの水の中に小さい石が浮き出してしまうことで起きるとされています。ただ、見た人はいないので、そう解釈すると眼球運動がうまく説明できるということです。

池田　耳石というのは本来は浮いて

なくて、くっついているのですか。

堤　耳石器と呼ばれる場所の細胞の上にくっついています。

池田　それがはがれてしまう理由のようなものは何かあるのですか。

堤　外傷が契機になったり、内耳障害があったりすると浮き出しやすいとされています。

池田　そんなに小さなものだと画像で見られないですよね。

堤　全く見えないです。

池田　ある頭の位置になるとそれが浮き出してしまうのですか。

堤　浮き出しているケースでは、例えば頭を右にぶんと振ると半規管の水が反対向きに流れます。それで頭の動きを感じ取って頭と反対向きに目を動かすようにできている。それが半規管の本来の役割です。そこにちょっと水より比重の重い石が浮いていると、頭をぶんと動かして頭を止めた後に、もう一度水が揺り返しで流れてしまい目が勝手に動いてしまう。それが浮いているタイプのBPPVの理屈になっています。

それともう一つは半規管のクプラと呼ばれる水の流れを感じ取るところに、石がくっついてしまうケースもあるとされています。その場合は頭を傾けると石の重みでクプラが変異してしまい、水が流れているという刺激と同じ刺激になってしまって目が勝手に動いてしまう。目が勝手に動くことでめまいがするということです。

池田　普段とは違った目の回転をするから、あ、めまいだと感じてしまう。

堤　そうですね。景色が動いているように見えてしまう。

池田　それが器官の中の水の流れ、あるいは浮いた石によって変わってくるということですね。

堤　そうですね。

池田　頭位が変わったときだけ出る感じということですね。

堤　そうです。

池田　多分患者さんは、めまいがするからじっとして、その水の流れ、あるいは石の影響がなくなると治ってしまう。

堤　めまいは止まります。

池田　それで診断はつきますね。

堤　そうですね。

池田　どの器官、部位がやられているかはどうやって診断するのでしょうか。

堤　半規管は左右に３つずつあるので、それを立体的に理解し、頭をどちら向きに振ったら水がどう流れるのかを考えます。そうすると、石があった場合にどう目が動くかを理屈上説明ができるので、それを頭の中に入れて実際に頭を動かすのです。ですから、診療所に行くと、頭をぶんと振られます。こっちの向きに振ったらこっち向きのめまいが起きたからこの半規管だという診断の仕方をします。

池田　それは例えばゴーグルみたいなものをつけて、カメラなどで撮るのでしょうか。

堤　今は赤外線CCDカメラのついたゴーグルが一般的に普及していますので、それをかけていただいて、モニターで目の動きを見ながら診断します。

池田　CCDカメラで撮って、医師のほうはどのような感じで見ているのでしょうか。

堤　患者さんの体と頭をぱたんぱたん動かしながらモニターを見ています。

池田　患者さんはちょっとたいへんですね。頭を持たれて。

堤　医師がわざとめまいを起こします。

池田　辛い思いをしますね。

堤　ただ、めまいが起きてくれないと診断ができません。

池田　確かにおっしゃるとおりですね。そのときは患者さんには「ちょっと辛いけれども頑張れよ」と。

堤　そうですね。ちょっと「ごめんなさい」ですが。

池田　先ほどこの診断名はこれしかないというお話でしたが、鑑別診断はあるのでしょうか。

堤　めまいですと、例えばメニエール病などがありますが、持続時間や聴覚の症状と頭位で誘発されるかどうかなどアナムネを聞いていくことでほとんどの場合、鑑別ができます。

池田　そういった状態聴取だけで、だいたいいけるのですね。

堤　だいたいわかります。ただ、難しいのはほかの、例えばメニエール病の患者さんに二次性にBPPVが内耳障害の後遺症としてよく起きるのです。

池田　混ざってしまうということですね。

堤　両方持っている方はものすごく多いです。

池田　そのときは非常に細かくアナムネを取るしかないのですね。

堤　そうですね。あとはそのときの症状がどちらがメインかで、治療法が変わってきます。

池田　診断がついて、だいたい器官の部位もわかって治療になりますが、薬物療法はないのでしょうか。

堤　薬で根本的に治す方法はないとされています。ですので、例えばめまいで吐き気がするとか、そういうときに吐き気どめを使ったり、酔いどめを使ったり、薬物に関してはそういう対症療法だけになります。

池田　質問に、めまい体操というのがありますが、BPPVの特異的なめまい体操というのはあるのでしょうか。

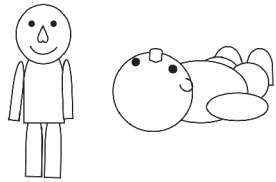
堤　まず患者さんには申し訳ないですが、頭をぶんと振ってめまいを起こしていただく。そうすると、どちら側の半規管のどこに石があるかが推測できます。そうしたら、本来耳石器から浮き出したといわれているその石を元あった場所に戻すような動かし方の体

図１　良性発作性頭位めまい症（BPPV）　～レンパート法～

外側半規管型

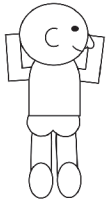
右

①仰向けに横になる

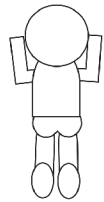


②ゆっくり **左** を向く

③**左耳を下**のまま、
体をうつ伏せにする



④真下を向く



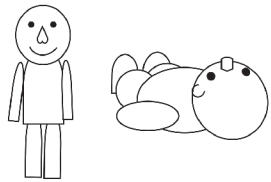
⑤ゆっくり**右耳を下**にする
落ち着いたら起き上がる

この後、
30分は横に
ならないこと!!

外側半規管型

左

①仰向けに横になる



②ゆっくり **右** を向く

③**右耳を下**のまま、
体をうつ伏せにする

④真下を向く

⑤ゆっくり**左耳を下**にする
落ち着いたら起き上がる

この後、
30分は横に
ならないこと!!

＊朝１回行いましょう。途中めまいが起きたらそのまま動かず、落ち着いたら続けましょう。
＊１人で行うのが不安な方は、付き添ってもらいながら行ってください。

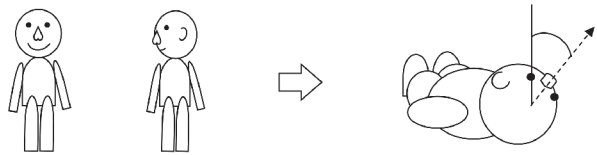
図２　良性発作性頭位めまい症（BPPV）　～エプリー法～

後半規管型

右

①座って **右45°** を向く

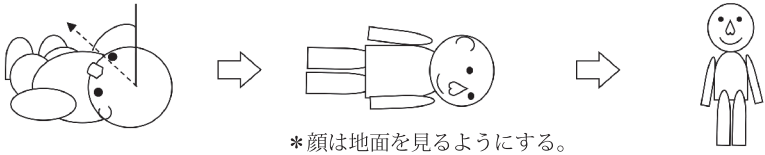
②**右45°** を向いたまま仰向けに倒れる



③ゆっくり **左45°** を向く

④体も **左**向き にする

⑤そのまま座った状態に戻る



＊顔は地面を見るようにする。

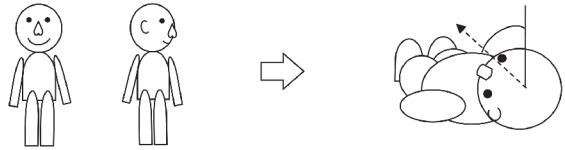
この後、30分は横にならないこと!!

後半規管型

左

①座って **左45°** を向く

②**左45°** を向いたまま仰向けに倒れる



③ゆっくり **右45°** を向く

④体も **右**向き にする

⑤そのまま座った状態に戻る

＊顔は地面を見るようにする。

この後、30分は横にならないこと!!

＊朝１回行いましょう。途中めまいが起きたらそのまま動かず、落ち着いたら続けましょう。
＊１人で行うのが不安な方は、付き添ってもらいながら行ってください。
＊可能であれば背中の下にタオル（または枕等）を入れて首を反った状態で行ってください。

操をします。ですので、どの半規管にあるかで動かし方が全く違ってきます。

池田　先ほど左右３つずつというお話がありました。最低６つはあるということですか。

堤　はい。ただ、前半規管由来のBPPVというのはほとんどありませんので、外側半規管と後半規管がメインになります。

池田　でも最低４種類ということですね。

堤　そうですね。左右、それから後半規管でもエプリー法やセモン法など同じ半規管でもやり方が２～３種類ずつあります。

池田　それぞれ開発された方の名前ですね。

堤　そうですね。

池田　どの方法がいいかは試してみるしかないのですか。

堤　治癒率としては後半規管ではエプリー法が一番いいとされています。ただ、セモン法もそれに劣らないぐらいの成績です。外側半規管ですと、昔はレンパート法というものを使うことが多かったのですが、最近はGufoniと呼ばれる別の方法のほうが成績がいいとされています。

池田　たくさん方法があるのですね。

堤　そうですね。ただ、医師が「私はこれ」というやり方を決めて使っていることが多いです。

池田　それは経験上ということでしょうか。

堤　そうですね。

池田　患者さんがクリニックで診断を受けて、大学病院に来たときは、もう症状はないですよね。

堤　そうですね。軽症の人はほぼありません。

池田　もう一回頭をぶんぶんしてもらうのですね。

堤　症状が出やすいのはだいたい朝方ですので、やっても、もう出なくなっているケースも多いです。

池田　そういう意味では、クリニックの先生がデータを取って大学にデジタル化して送るとか、そういうことは最近されているのでしょうか。

堤　現時点ではないのですが、赤外線のCCDの装置はけっこう値段が張りますので、安価で、しかもサーバーに飛ばせるようなものの開発を進めています。まだ商品化できていないのですが。

池田　それは何かカメラみたいなものを撮るのですか。

堤　眼球のCCDカメラでの映像を、そのまま上げると虹彩紋理が個人情報に引っかかりますので、数値化したうえでアップするようなかたちを想定しています。

池田　クリニックからそれが手に入れば、先生方もわかりやすいですね。

堤　発作のときのデータが見られれば私たちもありがたいですね。

池田　患者さんも、またぶんぶん頭を振ることもないですね。

堤　一応やらせてもらうかもしれないですが。だいたいめまいで受診すると、診療所でも病院でもめまいを起こされます。

池田　そうしないと診断がつかないですしね。

堤　はい。

池田　ありがとうございました。

職域精神保健の課題（Ⅰ）

職域精神保健総論：働くこととストレス

東京都済生会中央病院健康デザインセンター長
白波瀬　丈一郎
（聞き手　中村治雄）

中村　白波瀬先生にこの企画の意図や狙いをお教えいただければと思います。

白波瀬　職域のメンタルヘルスというのはこれまで長い歴史があって、先人の方々が随分いろいろと積み重ねてきました。新型コロナウイルス感染拡大で、これまでのやり方を一から作り直すような状況が生まれています。今一度ここで、新たな気持ちで職域のメンタルヘルスというものを考え直してみるにはとてもいい機会ではないかと、このような企画を考えました。

中村　働き方改革のようなものも入ってくるのですね。

白波瀬　おっしゃるとおりだと思います。

中村　私どもは１日の収入を得るためにどうしても働かないといけない状況にあり、その働いた結果として収入を得、楽しく生きていくと思います。その基礎になる職域、働く人の意欲、性格、持っている疾病、いろいろな条件がこれに絡んでくると思うのですが、この辺はどうお考えでしょうか。

白波瀬　一つは、先生がおっしゃったとおり、働くのは何かしらたいへんなことで、たいへんなことだから対価が得られ、我々はその対価をもっていろいろ楽しむという生活をしている。それによっていわば精神的な健康を保つ。こういう側面があると思います。もう一つWHOは、肉体的にも精神的にも社会的にも、すべてwell beingな状態であることを健康の定義としています。この「社会的にもすべてが満たされる」という中には、働ける、社会に参加している、社会に貢献できるということが含まれ、実は精神的な健康にとても重要な部分ではないかと思っています。

確かに働くことはたいへんストレスがあって、辛いものでもある一方、そこから我々は健康であったり、ある種の成長のようなものを手に入れているところがあります。働くうえでのストレスのようなものを減らしていかなければならないと思う一方で、いかに働

くことから達成感や充実感を見つけ出してもらえるようにするかも、職域のメンタルヘルスに関わっている者の役割の一つではないかと考える次第です。

中村　その人にとって励みになっていくのですね。

白波瀬　おっしゃるとおりだと思います。あるいは、働くことが励みになるということをいかにお伝えするかもすごく大事かと思います。

中村　そうなりますと、職域で働いている人たちの今までの経験もさることながら、持っている性格や、何か病気を抱えているとか、そういったものといろいろ絡んでくるのですね。

白波瀬　はい。そちらから言うと、確かにこれからは、こういう働き方をせねばならないと一つに限るのではなくて、こういう性格の人、あるいはこういう病を持った人にはこんなふうな働き方がある、そういう多様性を雇用する側も考えていかなければならない時代ではないかと考えます。

中村　その間に産業医という職域があるのですが、産業医がその調節をするのでしょうか。

白波瀬　精神保健とか、産業保健、そこがまさに産業医に働いていただく現場だと思うのですが、ここはある意味、無人地帯、no-man's landといって、戦争で陣地取りをする際の、真ん中にある両軍誰も踏み込めないような場所のように、産業保健や産業精神保健というところはいわゆる専門家がおらず、私が全部知っているとはならないのです。産業医は医学的な経験を持っていると同時に、この誰も専門家がいない場所に、会社の人や、医師など、いろいろな人を呼び入れて、例えばこの労働者にはどのような対応をすると会社にとっても、労働者本人にとっても一番幸せな選択であるのかをコーディネートするような役割がすごく求められてくると考えます。

中村　そうしますと、産業医も随分勉強しなければいけないですね。

白波瀬　確かにこれまで医学の勉強をしてこられた方が多いと思うのですが、会社の考え方などを勉強していただくことはすごく大事です。それこそ就業規則をしっかり読み込んだり、私は会社にお願いしてフレッシュマンと一緒に春の新人研修で話を聞いたりして、その企業で働くことがどのようなことなのかを知るようにしています。

中村　いいお話ですね。産業医も勉強しなければいけないわけですから。

白波瀬　勉強というか、そこに興味を持っていただくことが産業医にとってすごく大事だと思います。

中村　産業医も含めてそういう立場で働いていると、ストレスをどうしても受けなければいけない。ある程度私どもにとって励みになるストレスもあると思うのです。すべてネガティブな方向にばかりいくわけではないと思う

のですが、その辺はいかがでしょうか。

白波瀬　それは大賛成です。今の産業保健の世界では、ストレスというととかく悪者扱いなのですが、そもそもストレス学説を提唱したハンス・セリエは、「ストレスは人生のスパイスである」という言葉を残しています。スパイスが強すぎれば刺激が強すぎて食べられないけれども、少ないとやはり味気なくておいしくないという意味で、ストレスは人が生きていくうえでなくてはならないもので、人が成長するためにはストレスがなければいけないともいわれています。

中村　私も全く同感です。そうなると、受け取る側のほう、先ほど先生にご指摘いただいたダイバーシティに絡むのでしょうが、人それぞれですから、ストレスをいい方向へ持っていってもらうような指導もしなければいけないということでしょうか。

白波瀬　いわゆるダイバーシティ、あるいは合理的配慮と最近、障害者差別をなくそうという法律の中でいわれていますが、そういう会社あるいは雇用者側ができる配慮は十分しなければいけない。一方で、何が何でも全部合わせていると、これもまた成長にならないので、ここまでは配慮するけれども、君たちもここは頑張ってねという、メリハリを会社が持てるようになることがすごく大事ではないかと考えます。

中村　そうすると、雇用側もかなり勉強してもらわないといけませんね。

白波瀬　そうですね。誰かが答えを知っているではなくて、みんなでこの辺がどうも落としどころかなというのを話し合える、そんな体制作りがとても大事になってくると考えます。

中村　これから長丁場になりますが、先生を含めてご専門の立場でいろいろな領域をカバーしていただくことになります。どうもありがとうございました。

職域精神保健の課題（Ⅰ）

産業医の役割

河野慶三産業医事務所
河　野　慶　三
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　産業医の役割についてうかがいます。我々一般の医師は産業医の資格を持っていますが、これはただ持っているだけではなくて、いろいろ重みがあるということでしょうか。

河野　「重み」という言い方をするとすれば、責任の重さでしょうか。

以前は医師であれば誰でも産業医になることができたのですが、現在は労働安全衛生法で定められた研修を修了していることが産業医の要件になっています。「母体保護法指定医」「精神保健指定医」「産業医」、この３つには法律に基づく規制があって、医師免許だけではできません。

どの医師も「人権」に深くかかわる仕事をしています。人権にかかわることなので、通常の医療は「診療契約」に基づく本人の「同意」のもとで行われます。ところが、この３つの仕事では、その同意に問題があります。

人工妊娠中絶は母体保護法指定医しか行えませんし、強制入院や入院患者の身体拘束にかかわる判断は精神保健指定医でなければできません。いずれも、命を奪う、自由を制限するという人権に直接かかわる行為ですが、胎児は同意ができませんし、精神障害者は同意しないから措置されます。産業医は、就業制限・配置転換・休職・職場復帰などの就業上の措置に関する意見を事業主に述べます。事業主はその意見を斟酌して措置を行います。こうした措置は、労働者の意に沿わないことや労働者に不利益をもたらすことがあります。労働者の「社会的命」を左右することもあるこのプロセスに、労働者との契約関係がない、したがって労働者にとっては選ぶことのできない、産業医が関与しています。この点が人権にかかわる問題として意識されているのです。

ちなみに、事業主と労働者は「労働契約」で結ばれており、産業医は事業主と「産業医契約」を結んで仕事をしています。しかし、労働者と産業医の間には契約関係はありません。労働者は産業医を選ぶことができないのです。

産業医として仕事をする際には、こうしたことに気を配っていただく必要があります。

齊藤　臨床医が産業医をしている会社で具合が悪い社員を見つけて、「ではうちのクリニックで薬を出すから来てね」というパターンもありうると思うのですが、そうすると具合が悪いのですね。

河野　はい。それは、「診療契約」と「産業医契約」の違いから生じます。

診療契約は患者が医師を受診することで成立します。契約の内容は、医師は患者の診断・治療に最善を尽くすことです。産業医契約の内容は、「労働契約法」で課されている「安全配慮義務」を事業主がきちんと果たせるように支援することです。事業主が安全配慮義務を確実に履行すれば、業務に関連する健康問題が労働者に起こることを防げます。産業医は、そのために事業主を支援するのです。実務上、産業医は直接労働者と接しますが、その効果はあくまでも事業主を介したものだということです。ですから、産業医から「ちょっと私の診療所に来て」と言われて診療所を訪れた労働者は患者であって、契約は診療契約になります。それは産業医としての機能ではありません。

齊藤　具体的に、うつ病になった社員がいて自分が開業しているクリニックで治療して良くなったので復職可という診断書を書く。今度はその診断書を持った社員が会社に来て、「これ、もらいました」で、今度は産業医、人事に見せるということになると、この開業医は一人二役で、これは具合が悪いですね。

河野　①抑うつ症状の消失　②生活リズムの維持　③本人の復帰の意思、この３点が確認できれば、多くの主治医は復帰可と判断します。しかしこれは、通勤や労働負荷のない状態での判断です。産業医には、復帰後の労働負荷のコントロールについての意見を述べるなど、復帰がより確実にできるようにする役割があります。状況次第では、安全配慮義務の観点から、復帰を認めない旨の意見を述べることもあります。

齊藤　復職できるか微妙なことがしばしばあって、主治医が復職可と書いた場合に、会社としてはその段階でその社員が復職できるかを見極めるために産業医に相談、意見を求めるのですね。

河野　はい。

齊藤　そういった中で、通勤シミュレーションをやって、生活のリズムや意欲を確かめることになりますか。

河野　それもやり方のひとつですね。

齊藤　それができるということになると、今度は試し出勤になるのでしょうか。

河野　休業中の労働者への産業医の

かかわり方や復帰の具体的な進め方は企業によって違うのですが、復帰を希望する労働者から、主治医による「復帰可」の診断書が提出されると、事業主は産業医に意見を求めることになっています。どの企業でも、この段階で、産業医の関与が大きくなります。

齊藤　そこは先ほどの安全配慮義務ということですね。

河野　そうです。

齊藤　休んでいる間にその社員と産業医が接するのはどうでしょうか。

河野　私は、産業医は休業中の労働者にも定期的に接触することが必要だと考えています。定期的に面談していれば、労働者の話から、回復具合や、生活リズムの状況、投与されている薬とその量、主治医の考え方などがわかります。本人の復帰の意思やそれに対する主治医の考えも把握できます。

国が出している「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰の手引き」(2014年版) もそれを推奨しているのですが、休業中は「主治医任せ」の企業も少なくありません。

齊藤　復職して最初は軽い仕事ということでしょうか。

河野　ほとんどの場合、産業医意見として、労働負荷の軽減措置を求めています。

齊藤　適応障害という診断書がありますが、職場適応の問題があった場合、これはどうしますか。

河野　現象として現れている「職場適応の問題」の背景は様々です。職場環境が大きなウェイトを占めている場合もあれば、パーソナリティの問題や発達障害など本人の側のウェイトが大きい場合もあります。産業医の意見はその背景によって異なります。その判断をするには情報が必要なので、本人の話をよく聴き、併せて管理監督者の話も聴きます。

長時間労働など職場環境に明らかな問題がある場合は、安全配慮義務に沿った対策を優先することはもちろんです。

労働者が、職場の人間関係に問題があること、仕事が自分に合わないことなどを理由としてあげ、元の職場に戻りたくないと主張することがあります。また、管理監督者が、協調性のなさ、仕事への意欲のなさ、仕事能力の不足などを理由として、受け入れに難色を示すこともあります。いずれの場合も、元の職場に戻すことが原則です。しかし、何もしないで元に戻すと、健康問題が再燃する危険性があります。そこで産業医としては、人事担当者も巻き込んで、例えば、次のような対処をします。

これは基本的にはマネジメントの問題です。管理監督者には管理監督者としてすべきことを具体的に示し、３カ月程度の間その実践記録を作成してもらう。労働者には、管理監督者が仕事

上の配慮を新たにしてくれることになったこと、困ったことがあれば管理監督者に相談すること、月１回程度は産業医面談を続けることを伝える。

齊藤　主治医の診断書に「異動してください」と記載されることがあります。そこは産業医が調整役となってということでしょうか。

河野　主治医の意見は尊重するのですが、配置換えについては扱いが違います。配置換えをするには、それなりの根拠が必要だからです。「職場環境に明らかに問題がある」こと、それが根拠です。本人と面談してもそれが明確にならない場合には、まずは先ほどお話しした内容の産業医意見を出します。うまくいかなくて「なぜ配置換えをしなかったのか、主治医はそれを求めているのに」といったことが起こる可能性はあるのですが、それは想定内の問題で、企業としては対処できます。

齊藤　そうなると、産業医は本人の希望も聞いて、産業医として人事に意見をあげると、人事としても産業医の意見を根拠として動きやすいことになりますか。

河野　会社が労働者に行う措置については公平であることが重要です。人事異動は公平さに関して特に機微な問題です。人事担当者は求めがあれば、措置の理由を説明できなければなりません。主治医の意見は、その理由として弱過ぎるのです。人事担当者の多くは「診断書には患者の要求がそのまま書かれているものがある」と考えています。労働者の健康問題が再燃し、産業医面談によって、先ほどお話しした管理監督者の配慮が十分でなかったことが判明するといった事態が生じれば、産業医は配置換えを求める意見を出すことになるでしょう。

齊藤　産業医の動きがすごく重要になってきますね。

河野　はい。

齊藤　順調にいく人も多いと思いますが、一部の人はなかなかうまくいかない。就業も不安定になってしまう。本人としては本当はやりたいのだけれども、やらせてもらえないとか、思ったことができない。逆に上司からはパフォーマンスが悪くて、「この人ではちょっとな」みたいなミスマッチが起こって、泥沼化することがありますが、産業医として、そのときはどう動くのでしょうか。

河野　そうした事態をゼロにすることを目指して活動しているのですが、なかなかゼロにはなりません。「こじれる」という現象は、当事者双方が自分の正しさを主張して押し合っている状態です。どちらかが一度引けば事態が変化します。こうした場合の私の考えは、「権限を持っている方が引いてみる」です。人事担当者に対して「一度だけ本人の希望に沿った異動をさせてほしい」と頼みます。労働者には「こ

のチャンスを生かしてください。異動先でも同じような問題が生じると、あなたが主張してきた職場に問題があるという主張が崩れます」と伝えます。

齊藤　何か事があってうまくいかないとき、これは事例性といいますか。

河野　「事例性」の定義は「平均的な姿からの乖離」です。多くの従業員が企業から与えられた業務を特段問題なくこなしているのに、それができない従業員がいるとすれば、その従業員は平均的な姿から乖離していることになります。その意味で事例性があると言えますね。事例性の背後にあるものが何かが問題なのですが、それが病気のことも少なくありません。病気が関係しているかどうかの判断は産業医がします。

齊藤　そういったことを記録していって今後に備える。事が起こるか起こらないかは別として備えるということですね。その辺は手続き的理性みたいな言い方もありますか。

河野　記録は重要です。どのような考えで、具体的にどう対処したのか。それに対する反応はどうだったのか。そうしたことを経時的に記録しておきます。それが振り返りを行う際の材料になり、場合によっては証拠ともなります。

齊藤　最終的には本人と産業医の話で、将来を考えるということでしょうか。

河野　うまくいかなかった場合には、最終的にどうするかという話になります。その際にも産業医として指示的なことは言いません。ただ、「あなたが主張しているものの考え方や行動の仕方で、今後も仕事が続けられるかどうかについては、一度検討してみましょう」と伝え、それを実行します。

齊藤　その辺が産業医の非常に重要な役割ということですかね。

河野　私はそう考えています。

齊藤　どうもありがとうございました。

職域精神保健の課題（Ⅰ）

リモートワーク時代の配慮

株式会社Studio Gift Hands代表
三　宅　　琢
（聞き手　大西　真）

大西　「職域精神保健の課題」シリーズの一環として、企業はどこまで合理的な配慮をすべきであるかということでお話をうかがいます。

私も長年、産業医活動にも関わっているのですが、今、新型コロナウイルスが流行していて、働き方も随分激変しているような状況で、私も産業医としていろいろな相談を受けています。メンタルヘルスの相談も多いと私自身は感じていますが、先生は、このコロナが流行している状況で、現在の状況に対してどのようにとらえていらっしゃるか、そのあたりからお考えをお聞かせください。

三宅　都内にはIT系の企業が多いというのもあって、私もメンタルヘルスは以前から課題だったのですが、コロナ禍でちょっと質的に変わってきたというのがあります。IT系の企業はリモートワークの導入が容易であるため、コロナ禍で２年近くリモートワークしている方が増えているのです。そういう中で、リモートワークになった直後は出勤のストレスが減ったと皆さん快適に働けていたのですが、コミュニケーションの質が下がったり、マネージメントがしにくいということが出てきました。マネージャーや新入社員も入社以来ずっとリモートワークで、一度も会社の人とリアルに会ったことがないというような、俗にいうリモートうつのような、孤独とかコミュニケーションの不足から来る新しいタイプのメンタル不調が、この２年で増えてきたと感じています。

大西　私もそういった社員の方と話してみると、最初はうるさい上司から離れて少しやりやすくなったという方もいる一方で、リモートばかりだと本当に人と関わらなくなってしまって、非常に孤独感が募ってしまうということをおっしゃる方がいます。特にまだ仕事に慣れていない１年目や２年目の方がかなりいろいろ問題を抱えているように感じるのですが、そのあたりはいかがですか。

三宅　私はもともと産業医としてか

なり社内で研修を行うタイプなのです。新入社員や管理職に、必ず研修を年に何回か行っています。若い方は学生時代からリモートに慣れているところも一部あって、若い人にとってはリモートワーク自体が問題ではなく、健康リテラシーがすごく低いことが問題になっています。出社していた頃は体調が悪ければ横の上司が気づいたのが、リモートワークだと気づかないようなかたちに当然なります。管理職も新入社員も含めて、基本的なことなのですが、食事と運動と睡眠とストレスケアの方法をしっかり教育して、自分で自分を見られるようにすることを意識づけています。それを行ってきたら比較的自分で不調になるのを防げたり、不調のときに早めに声をかけてくれる社員が増えてきて、こうした教育が浸透すると、リモートワークでも健康管理はできるのかなという気がします。

大西　なかなかリアルでコミュニケーションが取りづらくなっているという声をよく聞きますが、そのあたりはどのような対策を取ったらいいでしょうか。

三宅　１週間、すべてリモートワークの会社であれば、１週間に１回は業務外の話をする時間を作ってもらう。特に週末明けの月曜日の朝はメンタルの調子が悪い人にとって非常に起きにくいので、月曜の朝は業務ではない話を、カメラをONにして少しコミュニケーションする時間を取ることで、上長が気づきやすくなったり、そういうことを行っていただいています。

大西　出勤されたときに何らかのコミュニケーションを積極的に取ることも大事なのでしょうか。

三宅　そうですね。ただ出勤して働くのではなくて、せっかく出勤しているのであれば、その時間帯でしっかりコミュニケーションを取れるような時間をアジェンダの中に入れていく。家で働くか、会社で働くかの違いではなくて、会社はコミュニケーションの場のような意味づけを変えている会社も出てきています。

大西　随分様子が変わってきている感じがしますね。以前から現場ではいろいろ相談を受けることがあり、上司との関係で悩んでいる方が多いのですが、その場合はどのように先生は指導されますか。

三宅　ジェネレーションギャップやカルチャーギャップのようなものもあるので、昭和の上司に令和入社の方がどう伝えたら伝わりやすくなるとか、上長も困っていたりするので、それを踏まえて上長とも話をし、場合によっては上長と本人と産業医の三者面談をして、認識のずれを合わせていくようなことを行っています。

大西　長時間労働とか過重労働の問題もあるといわれますが、どの会社も仕事量は多いかと思います。その辺の

調整はどうされますか。

三宅　IT系の企業だと時間的な負荷よりも質的な負荷が非常に高いのです。あと、夜型の人も多くて、フレキシブルな業務の体制を取っていたりすると、本当に深夜に働いてしまっている人もいて、違う課題がリモートワークだからこそ出てきているような気がします。

大西　私も海外と関係のある企業の産業医をやっているのですが、夜中に海外とのWebの会議をやらなければならず、非常にたいへんだということを言っています。

三宅　時差がありますからね。

大西　それでけっこう過重労働になってしまっているというのがありますが、なかなかそのあたりは難しいですね。あと、よく１年目の方、２年目の方の相談を受けるのですが、例えば自分が大学で学んだこととは違う部署に配属されたとか、ちょっと自分には合わないとか、興味がない部署に配属されたという相談をよく受けます。私はいろいろな経験をしたらいいのではないかと伝えるのですが、そういうことで悩んでいる若い方もよくいます。先生はどうされますか。

三宅　私は大学生のキャリア支援などもボランティアでやっているのですが、一つは成長曲線はそんなにすぐには来ないという話と、早め早めで移動してしまうと、ただ転職を繰り返している人になってしまい、人事としては採用しにくくなります。そういう履歴書に傷がつかないかたちで、合わないなら合わないで１年、２年やってみて、きちんと合わない理由を自分の中で腑に落ちるまで探る１年間として頑張ろう、みたいなことを伝えたりしています。

大西　中には本当にうつ傾向になってしまって、自身で近くのメンタルクリニックに通院され、そこの診断書をお持ちになって、いろいろな治療を受けてそういう病で休職される方も多いです。クリニックとどう連携を取るかとか、人事とどう調整するか、ちょっと苦慮する場合も多いのですが、先生はそのあたりはどうされていますか。

三宅　本人づてで主治医に手紙や診断書の依頼をかけてしまうと、主治医も会社のルールがわからない中で書いてしまうので、全然できないことを書いてしまったりするのです。なので、お休みするときに「しおり」というのを作っていて、この会社でできる配慮はこれとこれとこれですよと書いてあって、主治医として今必要なものにチェックをつけてもらうかたちにしています。そうすると、その中でどれが必要なのかを刷り合わせるコミュニケーションになるので、すれ違いが減るのではないかという気がします。

大西　今ストレスチェックテストが義務づけられていて、その結果に基づいて面談をするケースがあるのですが、

あれをうまく利用するようなコツは何かありますか。

三宅　ストレスチェックの組織分析はすごく意味があるのです。悪い部門は原因があるのですが、そこを追及するかたちになると、そこのマネージャーがよけいストレスになってしまいます。私が行っている企業では、すごく悪いところよりも、すごくいいところのマネージャーにヒアリングをかけ、そこで行っているグッドプラクティスを悪い部門に「ぜひやるといいよ」というかたちで紹介すると、全体的にスコアが良くなってくる傾向があるように思います。

大西　本当に病気になられて、かなり長期間休職されるケースがあって、そういう場合は会社の人事としては法的にあるところで区切りをつけたいという意向の相談を受けます。でも本人と会うと、もう少しやってみたいという。その狭間で判断を迷うこともあるのですが、なかなかそのあたり、どのようにしたらいいか、よくわからないこともあります。いかがですか。

三宅　そもそもそれが労災なのか、私傷病なのかでも違うと思うのですが、基本的に私は傷病であれば就業規則の範囲の中でやっていくしかないと思います。時代的には両立支援だとか、障害がある方の合理的配慮だとか、そういうものが企業の中で義務化されてきているので、がんになっても、障害があっても働き続けられるという方向に向かっていかないと、人生100年時代といわれているのに、労働者がどんどん辞めていってしまうのではないかという気がします。

大西　コロナ禍でかなり社会のあり方が変わりそうなのですが、今後どのような方向に向かっていくのがよいと思いますか。

三宅　私が担当している企業がかなり大手のITなので、今回コロナで完全にリモートワークになったのです。そのような中で、住む場所も飛行機で来られる範囲までいい、みたいなかたちになってきました。そうなったときに正社員か、正社員ではないかという話ではなく、この会社で正社員として働くのか、一部の業務提携だけをするのか、副業で生活を成り立たせるなど、働き方がかなり多様化すると思うのです。そのときに産業医はどこまでの範疇を見るべきなのか、まだ法律が追いついていません。もしかしたら究極的には個人に対して産業医がつくという時代も来るのではないかという気がしています。

大西　ありがとうございました。

職域精神保健の課題（Ⅰ）

ストレスチェックと職場環境改善

北里大学公衆衛生学教授
堤　明　純
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　ストレスチェックと職場環境改善ということでうかがいます。

ストレスチェックはいつ頃から始まったのでしょうか。

堤　法律として実施され始めたのが平成27年の12月になりますから、約７年たったことになります。

齊藤　ストレスチェックはどの程度の人が受けているかのデータはあるのですか。

堤　最近調べられていると思います。基本、50人以上の事業場であれば義務となっていますので、ほとんどの事業場で行われていると思いますが、50人未満は努力義務です。

齊藤　実施すると、結果を労働基準監督署に報告するのですね。

堤　そうですね。

齊藤　ストレスチェックの中で高ストレスとなった職員に対する対応からうかがいます。まずは産業医は面談をすることになりますか。

堤　産業医には限らないのですが、本人の様子を聞いて必要な指導をするというステップに入っていきます。

齊藤　うつ的な状態があれば診療につなげるのでしょうか。

堤　医療的な介入が必要だという判断がなされたら、そういう紹介をすることもありますし、そこまではいかなくても、それなりにストレスを受けているということであれば、職場でどのようなことがあるのかをうかがいます。それをまた職場にフィードバックをすることで職場の状況を改善する。そういう資料を面接の中でいただくことになると思います。

齊藤　職場での状況をうかがい、その中で、うまくやっていけないだろうということになると、異動という話になりますが、産業医がそう判断しても、総合的な判断になりますね。患者さんと診療医が１対１で完結する診療とは違って、産業保健ではその他の関係者を巻き込んだ動きになりますから違いますね。

堤　病的な状況というのは、経験のある産業医だとある程度把握ができる

かもしれませんが、職場でどういう問題が起こっているのかということになると、本人からの話だけではなくて、上司や周りの方の情報も総合しないとわかりません。そういう関係者の方からの情報収集が大切になってくると思います。

齊藤　その場合、産業医一人ではなかなか難しいので、産業保健スタッフや人事の方の力を借りるのでしょうか。

堤　本人の同意を得たうえになると思いますが、その他の方々からも情報をいただいて、その方にとって改善ができるのだったらそういう情報のためにいろいろな力を借りるかたちになると思います。

齊藤　本人の同意が重要になりますか。

堤　そうですね。その場ではクライアントと医師の関係の中でお話をしています。その後に、例えば、職場の環境を変えなければいけないときには、上司にお願いしなければならず、その方の情報をある程度上司の方にもわかっていただく必要があります。そういう情報の授受を含めて本人の同意があって職場の改善なり、極端ですが、異動のような配慮が発生すると思います。

齊藤　本人は自分の心の中のことがみんなに知られて嫌だという方もいると思うのですが、その後にポジティブに向けていくために必要ということで説明して同意していただくのでしょうか。

堤　そうだと思います。

齊藤　もう一つ、高ストレスの人がたくさん集まってしまうような職場がわかってきますね。

堤　そうですね。ストレスチェックの本来の意図はその辺にあります。ストレスチェックの質問票だけでそれほど病的な方がピックアップされるわけではなく、その職場でたいへんだとかいう情報が入ってきたものから、その職場の改善に結びつけるのが本来の趣旨だと思います。

齊藤　その場合にどのようなかたちでそれを促進するかだと思うのですが、短絡的に職場のトップのやり方が悪いみたいなことになってしまうとぐあいが悪いですね。

堤　そういうこともあるかもしれませんが、今、ストレスチェックで幾つかの概念が測定されるようになりました。その中でどういうところがこの職場はぐあいが悪いのかを探っていくようなかたちになると思います。そういったときに、職場のことをよくわかっている方、産業保健スタッフや、労働者が一番職場のことをわかっているので、彼らから情報をいただくと、「ああ、この職場はこういうような点を改善すると、ストレスチェックの点数、集団分析の結果が良くなるな、という目安をつけるために調査、検査をしている」という考え方が理解されやすいと思い

ます。

齊藤　そうすると、職場の方々の思いをうまく酌み上げていくような動きが必要になりますか。

堤　そうですね。

齊藤　職場での自主的な点検でうまくいけば一番いいですね。

堤　やはり労働者が一番職場のことをご存じですので、労働者の方からうかがってもいいですし、進んでいるところでは労働者の方々がグループワークをして課題を見つけ、その課題を改善するためのアイデアを出していくようなかたちでストレスチェックをしているところもあります。

齊藤　そうやって職場の空気が良くなるといいのですが、こういった一連の動きに衛生委員会との関わりが出てきますか。

堤　とても大切です。ストレスチェック制度はきちんとした制度ですが、その運用は職場に合ったかたちになるので、それぞれに発生する決めごとを衛生委員会の中で審議しておき、例えば情報はこういう管理をしようとか、面接をされる方はこういうようなタイミングでしようということを決めたうえで、進めていただくのが大切かと思います。

齊藤　産業医は衛生委員会に出るので、そこで皆さんの合意を得ながらやっていくということでしょうか。

堤　そうですね。非常に大切です。その中で皆さんにストレスチェックの意味をわかっていただいて進めるのがとても大事かと思います。

齊藤　ストレスチェックが行われて、ある程度の実績が出てきていると思うのですが、これをやって良い方向に向かったという、エビデンスはありますか。

堤　ストレスチェックには面接指導の部分と集団分析から職場環境改善の部分があり、面接指導の有効性よりも職場環境改善のほうが実は歴史が古くて、多くの研究結果があります。ただ、ストレスチェックが行われ始めてから、その枠組みでされたスタディはまだまだ限られているので、もう少し研究が必要ですが、職場の環境改善をすることで労働者のメンタルヘルスが良くなるという研究はあります。

齊藤　そういった職場の問題、それからストレスチェックを受ける労働者の人たちのメンタルヘルスが良い方向に向かうことが望まれるわけですが、逆にストレスチェックで高ストレスだったけれども、うまく労働者本人とコミュニケーションできないで不幸なことが起こるというような事例もありうるのですね。

堤　非常にまれだとは思いますが、適切に対応することが必要だと思います。面接にできるだけ来て産業医の方と面談していただくというのも一つですが、それを拒むような方に関しては、

例えばホームページ等にセルフケアをするような情報などがありますから、そういう情報をお伝えし、自己管理していただくというような方法を提供すると、そういう事故の確率なども減ってくるのではないかと思います。

齊藤　体の健康診断はあったのに、メンタルヘルスが重要になってきても、何もなかったですが、このストレスチェック制度ができて、そちらにも手がかりができたということからも、非常に重要な制度だということでしょうか。

堤　私はそう思います。心身両面で元気に働いていただくための一つのツールではないかなと思います。

齊藤　ありがとうございました。