

ピロリ菌の3次除菌療法

国際医療福祉大学病院消化器内科教授

佐藤 貴一

(聞き手 池田志孝)

ピロリ菌の2次除菌療法に失敗した場合の対処法についてご教示ください。

<鹿児島県開業医>

池田 ピロリ菌の2次除菌療法に失敗した場合という質問ですが、まず最初にピロリ菌に感染しているかどうか、どのように診断されるのでしょうか。

佐藤 生検組織を使う方法と使わない方法と、合わせて6つあるのですが、生検する場合は培養法、顕微鏡で見る鏡検法、ウレアーゼ試験というのがあります。生検組織を使わないのは尿素呼気試験と血清あるいは尿中抗体と便中抗原です。血清抗体は採血でわかるので使われるのですが、現感染と既感染の区別がつかないので、すでにもう菌が消えている方も陽性に出る場合があります。現在では実臨床的には内視鏡をしたときに組織でウレアーゼ試験をやるか、尿素呼気試験をするのがよいと思います。

池田 呼気か生検、この2つが確実ということですね。

佐藤 そうですね。それが確実だと思います。

池田 その2つで陽性になりますと、1次除菌になりますが、どのような薬をどのくらい使うのでしょうか。

佐藤 酸分泌抑制薬は以前はPPIでしたが、現在はボノプラザンというアシッドブロッカーのほうが効くことがわかっているので、ボノプラザンを1日40mg、アモキシシリンを1日1,500mg、クラリスロマイシンを1日400mg、これを分2で1週間投与するのが1次除菌治療です。

池田 かなり強力ということですね。1次除菌で消失する率というのはどのくらいなのでしょう。

佐藤 ボノプラザンになってからまた除菌率が復活してきて、およそ90%近く効くと考えられています。

池田 以前のPPIとは違うのですね。

佐藤 PPIの場合は80%から70%ぐらいまで1次除菌率が落ちてしまったのです。それはクラリスロマイシン耐性率が非常に上がってきたことが原因なのですが、ボノプラザンを使うと、アモキシシリンと2剤の力でその部分もかなり除菌できるので、除菌率は90%弱まで戻ってきました。

池田 有効性はどのように、いつごろ判定するのでしょうか。

佐藤 少なくとも偽陰性を否定するために除菌が終わってから4週間空けてくださいということになっているのですが、4週間でもボーダーゾーンの方がいるので、判定が遅ければ遅いほど正しいのです。ですから、尿素呼気試験でも私は12週間後にやっています。8週間か12週間後に判定する医師が多いのではないかと思います。

池田 評価は4週間ということでしたか。

佐藤 4週間でもいいのですが、やはりそこだとボーダーゾーンの方が出てきます。

池田 偽陰性ということも含めて、少し間を空けるということですね。1カ月以上ということですか。

佐藤 そうです。

池田 それで、不幸にもまた陽性になってしまったという場合、今度は2次除菌ですが、どのような薬をどのくらい使うのでしょうか。

佐藤 2次除菌は、クラリスロマイ

シン耐性菌で失敗するのがほとんどの理由ですので、そこをメトロニダゾールに変えて1日500mg、先ほどのアモキシシリンとボノプラザンの量は同じで、また1週間投与すると、90%以上効きます。

池田 1次除菌で90%の残り10%でしたよね。そののだから90%ぐらいがまた消えるのですね。ということは、質問の2次除菌に失敗する方はほとんどいないということなのでしょうか。

佐藤 かなり少ないですね。5%未満ぐらいではないかと思っています。

池田 でも、確実に、2次除菌でもだめという方がいらっしゃるのでしょうか。

佐藤 いらっしゃいます。

池田 これは純粋に菌がいるということなのでしょうか。あるいは、何かほかの要素があって偽陽性に見えるのでしょうか。

佐藤 おっしゃるとおりで、実際に菌が残っている方もいるのですが、診断の間違いの可能性があります。一つは除菌判定を抗体でしかやっていないくて、実は消えていたという方がいらっしゃいます。除菌されても抗体陰性にはなかなかありませんので。

もう一つ重要なのは、自己抗体によるA型胃炎、自己免疫性胃炎というものがあるのですが、これは壁細胞がほとんど壊れていて、胃内のpHが中性になっているのです。その方たちには

ウレアーゼ産生菌、ピロリ菌以外のナイセリアや α ストレプトコッカスというのがいまして、尿素呼気試験が陽性になってしまうのです。そのために一見ピロリ菌がいるように見え、それで3次除菌に来るという方が今、けっこうな割合でいると考えられています。

池田 まず血清の抗ピロリ菌IgGだと既感染なのかわからないのですね。

佐藤 わからないですから、尿素呼気試験、あるいは便中抗原で調べていただくということになります。

池田 A型胃炎の場合は尿素呼気試験が陽性になってしまうのですね。

佐藤 そうなのです。偽陽性になるのです。ですから、一見消えていないようなのですが、実はもともとピロリ菌はいなくて、ほかのウレアーゼ産生菌で陽性になっているだけという方たちなのです。

池田 こういうことを除外するためには、例えば抗体で陽性だった方はやはり尿素呼気試験、あるいは便中抗原試験ですね。

佐藤 はい。

池田 A型胃炎の場合は便中抗原を見るのでしょうか。それとも、胃の状態を見るのでしょうか。

佐藤 胃の状態で調べたほうがよいと思います。ですから、そういう方々は一度A型胃炎を疑ってみて、内視鏡と生検による診断をしますが、難しければ消化器内科にお任せいただけ

れば、内視鏡と生検で診断できます。いったん疑っていただくのがよいと思います。

池田 やはり考えないとわからない、見落としてしまうとなると、なかなか一般内科医だと難しいですね。

A型胃炎の内視鏡所見と生検の所見はどういうものなのでしょうか。

佐藤 A型胃炎は体部のほうだけ萎縮して、前庭部は萎縮しません。全体的に見て体部の褪色調の萎縮に比べて前庭部が赤い色をしているのではないかと、軽いのではないかと感じると我々はA型胃炎を疑います。それで前庭部と体部からそれぞれ2個ずつ組織を定点生検で取ってきて、顕微鏡で見ると萎縮のあるなしがわかりますので、それで診断がつきます。

池田 内視鏡所見でも病理でも特異的なものが見られるのであっても専門医でないとなかなか難しいですね。

佐藤 はい。

池田 そして3次除菌になるのですが、保険適用はあるのでしょうか。

佐藤 保険適用はないのです。ですから、自費でやっていただくしかないので。

池田 判定も自費になるのでしょうか。

佐藤 はい。ですから、尿素呼気試験をやれば、その料金が自費になります。

池田 どのくらいの金額になるので

しょうか。

佐藤 今、3次除菌は1週間の処方をして、1万円ぐらいの金額がかかります。施設によりますが尿素呼気試験の診断料は約5,000円の料金がかかります、合わせて1万5,000円ぐらいはかかりますね。

池田 そんなにむちゃくちゃではないような感じがしますね。3次除菌の薬の組み合わせというのはどのようなものでしょうか。

佐藤 以前はPPIでやっていたのですが、現在はボノプラザンのほうがいいので、ボノプラザンとアモキシシリンとシタフロキサシンというニューキノロンを使います。それぞれの量は、ボノプラザンが1日40mgで、アモキシシリンは1日1,500mgと2,000mgのレポートがあるのですが、PPIからやっていた流れとしては1日2,000mg使うほうがいいと思います。シタフロキサシンは1日200mg使い、そうするとアモキシシリンだけは1日4回投与になりますが、それを分2、1週間投与することになります。

池田 これでも除菌できないことはあるのでしょうか。

佐藤 あります。ボノプラザンのレポートはまだ2つ3つしか出ていないのですが、それでも90%ぐらいの除菌率ですから、10%ぐらいの方は除菌できないことがあるのだと思います。

池田 ということは、1、2、3次

を終える段階で、トータルからいくと、0.5%ぐらいの人が残ってくるということですね。

佐藤 かなり少ないです。

池田 そういう方はどうするのでしょうか。

佐藤 4次除菌も研究が始められていて、まだ定まったレジメンはないのですが、2つの研究がされています。一つは結核などに使うリファブチンを使う方法が考えられて、今、日本を含めいろいろな国で研究されています。もう一つはボノプラザンと、アモキシシリンを1日2,000mg、高用量を2週間投与すると、かなりの高い除菌率なので、これを4次除菌に応用できるのではないかと研究している方がいます。

池田 3次で除菌できないとちょっと絶望的かなと思ってうかがったのですが。

佐藤 そんなにがっかりして、あわてていろいろなことをせずに研究が固まるまで少し待っていただいたほうがよいかと思います。

池田 それにしても、いろいろな種類の抗菌薬を組み合わせ、1、2、3、4次となってきたのですが、ピロリ菌自体を培養して薬剤感受性などを測ることはできるのでしょうか。

佐藤 保険診療ではできませんが、することは可能です。

池田 培養するというのは特別なイメージがあるのですが、普通の検査会

社でできるのでしょうか。

佐藤 はい。外注の検査会社でできます。

池田 そうなのですか。昔、ピロリ菌が最初に見つかったとき、培養したりするのにすごく難しかったというレポートがありました。

佐藤 一般の細菌よりは日数と手間がかかるので難しい点がありますが、培養法とか輸送培地も含めていろいろ発達してきているので、現在は特別難しいことはありません。

池田 特に2次除菌が成功しなかったような症例は、いろいろ薬に耐性があるような感じですよ。

佐藤 おっしゃるとおり、耐性を調べて、テーラーメイドで除菌法を考えるという医師もいます。

池田 3次ぐらいまでは何とかできるけれども、4次になるとまだ開発中と

いうことですので、ちょっと怖いですね。調べたらいいのではないかと思います。この培養と感受性の費用は高いのでしょうか。

佐藤 とても高いというわけではないのですが、おおよそ3～4種類調べても1万円ぐらいのお金はかかるのではないかと思います。

池田 4次除菌のレジメンを作る際にも、そういった検討も必要なのでしょうか。

佐藤 もちろんそうですね。3次除菌の時点で感受性検査をしたほうがいいですよとおっしゃる医師もいるのですが、全国あまねく皆さんができるわけではないので、ということです。

池田 その辺を考えながら4次除菌のレジメンを考えていくということになりますね。どうもありがとうございました。

周産期高血圧

東京女子医科大学内科学講座教授・基幹分野長

市原 淳弘

(聞き手 山内俊一)

周産期高血圧の治療、管理についてご教示ください。

<千葉県勤務医>

山内 妊娠中の高血圧は昔からよく聞かれるテーマで、昔は妊娠中毒症という言い方もあったようですが、実際に妊婦さんの中での頻度はどのぐらいなのでしょう。

市原 これはその国の発展度と相関しています、発展途上国などではまだまだ問題になるほどたくさん数があるのですが、日本では年々減りつつあります。ただし、昨今の晩婚化の影響で妊娠年齢が上がってきており、閉経期に近づいた年齢での妊娠・出産となると、もうすでに妊娠前から血圧が上がっている方が増えてきました。

最近、妊娠高血圧症候群の診断・分類が変わりまして、妊娠中に高血圧を認めたものはすべてが妊娠高血圧症候群という診断になるのです。すると、妊娠前から高血圧で、赤ちゃんを希望されて妊娠された方は、もうそれだけ

で妊娠高血圧症候群と診断されるので、そういったことも考えると、妊娠高血圧症候群は今後増えていくことが予想されます。

山内 またそれは同時に、比較的高齢での妊娠を希望されているいわゆる妊活中の女性は、多少準備しておいたほうが良いとお考えになりますか。

市原 血圧が高い女性で妊娠を希望される方において、妊娠成立に一番ベストな血圧はどれくらいに関して前向き研究はないのですが、私どもの施設で行った後ろ向き研究では、家庭血圧において収縮期で131mmHg、拡張期で85mmHg、診察室の血圧で収縮期135mmHg、拡張期85mmHgのときに最も妊娠が成立していたという結果を得ています。これは後ろ向き研究ですから、厳密には前向き研究で確認をしなければいけないのですが、妊婦さんを対象

にそういった前向き介入研究というのはなかなかできません。したがって、血圧の高い女性で拳児を希望される方は、先ほど申し上げた血圧値を目標に、運動や食事による体重管理、減塩などで妊娠前に血圧をその値に近づける努力をしていただきたいと思います。

山内 このあたりの血圧値をかなり超えている比較的若い女性が来られた場合、まず我々としては除外診断的なものも検討すべきと考えられますね。

市原 若い女性ですから、まずは二次性高血圧を除外していただきたいと思います。各種スクリーニング検査をして、二次性高血圧と診断されれば、それを治すことによって、薬を使わずに血圧を正常化させることも不可能ではありません。

山内 ほかによく話題になる白衣高血圧についてはいかがでしょうか。

市原 実は妊婦さんにも白衣高血圧が多いことがわかってまいりました。特に最初の妊娠のときに白衣現象がよく現れるようで、2度目、3度目の妊娠では白衣現象が少なくなっていくことも報告されています。しかしながら、この白衣現象は一般の高血圧では予後にあまり関係しないといわれているのですが、妊婦さんにおいては、白衣高血圧を認めると、その約半数が、その後妊娠高血圧症候群に進展してしまうことがわかっています。

ですので、妊婦さんで白衣高血圧を

認めた場合は、放置せずに、ぜひ家庭血圧をモニターしていただいて、血圧が上がってくるようであれば、主治医に連絡するように指導していただきたいと思います。

山内 実際、血圧が高い妊婦さんが来られたというところで、今度は治療介入ですね。血圧管理はいつ頃からスタートするのでしょうか。

市原 妊婦における血圧は、子宮胎盤血流も担っています。ですので、むやみやたらに下げるのは、子宮胎盤血流を下げて胎児を苦しめることになってしまい、日本においては現状、収縮期血圧で160mmHgを超える、あるいは拡張期血圧で110mmHgを超える、こういった場合にのみ積極的な治療介入をする方針になっています。それ未満の場合は、なかなか妊婦さんに減塩というのはできませんので、安静にするとか、ストレスを減らす工夫などをして、血圧値をそれ以上に上げないようにしていただくことが必要になります。

山内 さらにほかの合併症が絡む場合もありますね。

市原 ご指摘のように、たとえば血圧の値が160/110mmHgを超えなくても、例えば蛋白尿のような腎臓障害、血小板減少、肝酵素値の異常のように、全身のどこかの臓器の障害を合併した場合には、妊娠高血圧症候群の中でも重症と判断して、降圧療法で積極的に介入することが必要です。

山内 ちなみに、糖尿病を合併する方も時々見られますが、この場合の高血圧はいかがでしょうか。

市原 妊娠高血圧症候群と妊娠糖尿病は、わりとよく合併しますが、妊娠糖尿病合併が理由で降圧療法を積極的に介入することはしません。ただ、もうすでに血圧値が高くなっていたり、腎臓障害が合併していたり、そういった状況が容易に推測されますので、いずれ治療介入に進むケースが少なくありません。

山内 次に薬に関してうかがいたいのですが、ガイドライン上、なかなか難しいところがあるようです。具体的にいかがなものでしょうか。

市原 ガイドラインでは、メチルドパ、ヒドララジン、ラベタロール、この3つが推奨されています。しかし、十分な降圧効果はその3剤でなしうるかということ、難しい現状があります。それで海外では長時間作用型のCaチャンネルブロッカー、例えばニフェジピン徐放剤がよく使われていて、安全に使用できることが知られています。

です。日本でも使うことができないかという取り組みが始まり、現在では妊娠20週以降はニフェジピン徐放剤は処方可能になっています。ただし、妊娠20週以前はどうしたらいいのかは、今後検討を重ねなければいけないのですが、妊娠前からニフェジピン徐放剤

を使っていて、その状況下で妊娠が成立した場合には、患者さんから文書同意を得て、ニフェジピン徐放剤を使い続けています。その結果、母児ともに安全に分娩に至っています。

山内 この場合の降圧目標は具体的にはどのあたりでしょうか。

市原 海外と日本で違って、日本で目標とする血圧は160/110mmHg未満です。ただ、海外では、CHIPS研究という介入研究があり、その研究によると、拡張期血圧を85mmHg未満にしたほうが母児ともにリスクが減ったという研究結果があります。

山内 なかなか厳しいですね。

市原 その研究をベースに海外ではガイドラインが作成されています。妊娠高血圧症候群の分類によっても目標血圧は違いますが、例えば高血圧合併妊娠では収縮期で110~140mmHg、拡張期で80~85mmHgを維持するように血圧を管理することが推奨されています。

山内 このあたりをどうするかは今後検討が必要というところでしょうか。

市原 日本においてももう少し目標血圧を下げたほうがいいのではないかとこの雰囲気にはなっていますが、まだ日本におけるエビデンスがありませんので、現在、日本妊娠高血圧学会で検討しているところです。

山内 ありがとうございます。

脳炎後の高次脳機能障害に対するリハビリテーション

国立障害者リハビリテーションセンター病院第三診療部長

浦上 裕子

(聞き手 池脇克則)

脳炎後の高次脳機能障害に対するリハビリテーションについてご教示ください。

<埼玉県勤務医>

池脇 まず、高次脳機能障害とはどんな脳機能障害なのでしょうか。

浦上 高次脳機能障害とは、脳に器質的な損傷が起こり、それによって生じた認知・社会的行動障害を指します。具体的には、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害と定義されています。言語機能に障害が生じると失語という病態が生じます。

池脇 記憶障害というのは何となくイメージが湧くのですが、それ以外の3つの障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害は具体的にどのようなものなのか教えてください。

浦上 注意障害ですが、注意は人間の意識と密接な関連があります(図1)。いわゆる上行性脳幹網様体賦活系と密接に関連しており、人間の行動の基盤を決定するものです。注意には4つの

方向性があり、持続性、配分性、転換性、選択性に分けられています(図2)。注意の持続性が損傷されると、集中できない。配分性が障害されると、細部に注意がいなくなり、複数のことの同時処理が困難となる。転換性が障害されると、一つのことに集中すると、ほかのことに注意がいなくなるという症状が出てきます。選択性が障害されると、必要なことに対して注意を向け、優先順位をつけて処理していくことが難しくなる。そのような症状が日常生活の中の障害として現れてきます。

池脇 一つ一つの機能を結びつける高次の脳機能という印象を持ちました。そういう理解でよいのでしょうか。

浦上 そうだと思います。

池脇 こういった高次の脳機能障害は、具体的に脳のどこの障害がこうい

図1 上行性脳幹網様体賦活系

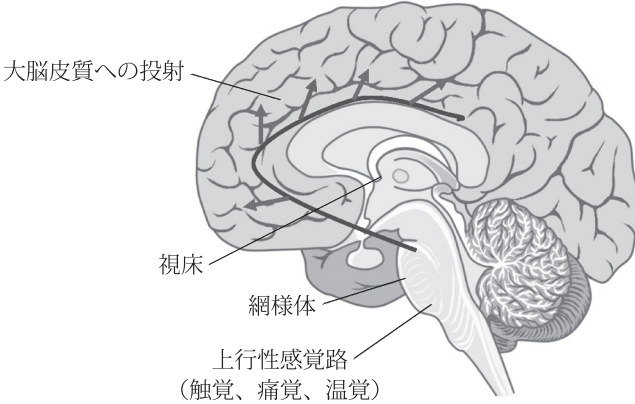
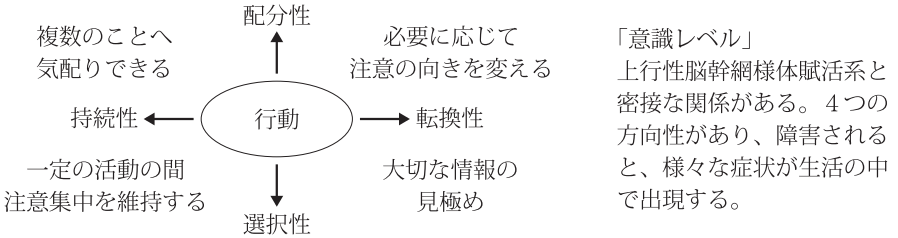


図2 注意障害



障害されると日常生活の中でどのような症状としてあらわれるか

- ・ぼんやりしていて、疲れやすい。(持続性)
- ・長時間一つのことに集中できない。(持続性)
- ・気が散りやすい。(持続性)
- ・一つのことを始めると、夢中になってほかのことに気づかない。(配分性・転換性)
- ・何かをするときうっかりミスが多い。(配分性・転換性)
- ・一度に2つ以上のことをすると混乱する。(配分性)

った症状に結びついていくのでしょうか。

浦上 先ほどお話がありました記憶、

注意、遂行機能に関して脳内にはそれぞれに特化した領域があります。例えば記憶ですと、大脳辺縁系、視床、尾

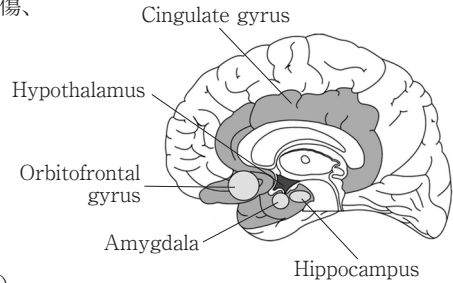
図3 記憶障害

- ・記憶には、脳のどの部位が関連するか
海馬（大脳辺縁系）・視床・線条体、淡蒼球（大脳基底核）

扁桃体

- ・どのような疾病で出現するか
 - 1) 記憶と関連の強い部位の局在性病変：辺縁系脳炎（海馬・扁桃体）、
脳梗塞（視床）、一酸化炭素中毒（淡蒼球）
 - 2) びまん性の脳損傷：びまん性軸索損傷、
低酸素脳症

- ・日常生活の中でどのような
症状としてあらわれるか
昔のことが思い出せない。
新しいことが覚えられない。
覚えたことを思い出すことができない。
今日の日付がわからない。
自分のいる場所がわからない（失見当識）。



状核、大脳基底核など、記憶と関連の深い領域が損傷されることによって起こってもきますし、びまん性の軸索損傷、低酸素脳症、脳炎もそうですが、びまん性の障害が起きることによって引き起こされる場合があります（図3）。注意の機能は脳幹網様体賦活系と関連しますから、意識障害が長く遷延した場合などの後にしばしば起こってきます。遂行機能は人間の記憶や注意を使って働かせる非常に大事な機能であり、前頭葉で機能統合がなされていると考えられています。脳全体が非常に複雑なネットワークを介している神経伝達を行いながら情報発信をしていますが、このような記憶や注意、

遂行能力をつかさどる領域が損傷されることによって起こってくる場合があります。

池脇 脳炎の脳全般的な障害で高次脳機能障害に結びつくのですが、高次脳機能障害というのは脳炎以外の疾患でも起こってくるのですよね。

浦上 はい。最も多いのが脳血管障害と頭部外傷です。この2つの障害で高次脳機能障害の約半数を占めるとされています。あと、低酸素脳症、脳炎、脳腫瘍などと続きます。現代は高度救命救急医療の発展により蘇生率が非常に高くなっています。心肺停止後の蘇生後脳症といって、蘇生された後に低酸素脳症をきたし、記憶障害を中心と

する高次脳機能障害が残る場合が多くあります。

池脇 脳炎の場合はウイルス性脳炎が多いのかと思いますが、最近、免疫を介した自己免疫性の脳炎というものも増えているのでしょうか。

浦上 2000年代になって自己免疫性脳炎、脳症について多くの知見が得られるようになりました。これは免疫学的に脳を標的として多彩な症状を生じる症候群で、びまん性の脳障害という病態を持ち、診断には抗体検査が実施されます。2007年にDalmauらが提唱した抗NMDA受容体脳炎は、NMDA受容体、グルタミン受容体に対する自己抗体を伴う脳炎であり、髄液中の抗NMDA受容体抗体を発見し、診断につなげたのは非常に臨床的意義が大きいと考えられています。

神経細胞の表面分子に自己抗体ができて、感染を契機に血液脳関門が破壊した場合、この抗体が中枢神経系に侵入し、共通抗原を有する海馬や前脳の神経細胞のNMDA受容体に結合して受容体機能を障害することにより、記憶力障害や行動障害の発現につながると考えられています。早期にステロイドパルス療法などで抗体を除去し、抗体産生抑制療法を行い、早期リハビリテーション介入を行うことで予後がよいと考えられています。

池脇 高次脳機能障害に対するリハビリテーションとは具体的にどのよう

なものなのでしょうか。

浦上 例えば脳炎の後遺症である記銘力障害を中心とする高次脳機能障害に対しては、リハビリテーション科に入院して回復期のリハビリテーションの中で実施されます。発症から半年間は病院での医学的リハビリテーションによって機能回復訓練の効果が期待できる時期です。先ほど説明した記憶、注意、遂行機能障害、社会的行動障害に対して、多専門職種によるリハビリテーションを実施します。当院では、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床心理士、運動療法士、社会福祉士でチームを組んでいます。医師は医学的診察を行い、神経心理学的検査を用いた症状の評価を行い、問題点、日常生活や社会生活で起こる問題点を抽出し、リハビリテーション計画を立てます。短期目標としては在宅生活自立、長期目標としては復学、就労などが挙げられます。

池脇 脳炎や脳血管障害の後、高次脳機能障害に陥った場合には、脳血管障害に対する一般的なリハビリと同じように、その直後は入院してできるだけ集中してリハビリを行うことによって、早期にやればやるほど回復が見込めるということなのですね。

浦上 そうです。

池脇 ただし、1カ月あるいは数カ月単位で回復の状況を見ながら、場合によってはちょっと長期になる、ある

いは早期に退院になるというようなケースが出てくるのでしょうか。

浦上 はい。

池脇 いろいろな方面からリハビリをすると一様に回復していくのでしょうか。それとも、何となくまだらな感じで回復するのでしょうか。

浦上 例えば、高次脳機能障害の中では記憶障害が頻回に認められる症状です。しかし、すべての記憶が一様に障害されるわけではありません。記憶は短期記憶と長期記憶に分けられています。短期記憶は即時記憶ともいわれ、直近数十分の出来事に関する記憶を指します。長期記憶の中に近時記憶と遠隔記憶が含まれ、近時記憶とは数分から数日の出来事に関する記憶で、遠隔記憶は近時記憶より長い期間、数週から数十年の間に関する記憶を指します。このように近時記憶が障害されると、比較的最近自分が経験した出来事を想起できない、新しい情報を学習できないなどの生活障害として臨床上問題となります。遠隔記憶とは、例えば出身地や出身学校、社会的出来事など、特に過去の記憶を指します。このような記憶がすべて一様に障害されるのではなく、例えば健忘症候群において近時記憶は障害されているものの、即時記憶や遠隔記憶は比較的保たれている場合があります。このように、記憶の障害のされ方の相違によってリハビリテーションの方法も異なっていきます。

池脇 発症直後に専門施設に入院して、集中的にいろいろなリハビリを施し、ある程度改善した。ただ、退院した後、多分ご本人一人で生活するのはなかなか難しく、家族の支援、あるいは施設でということになると、サポートを整えるのはたいへんな気がするのですが、どうでしょう。

浦上 私たちは入院の早期からご家族に対して、高次脳機能障害に対して適切な理解を持っていただくような心理教育を病院の中で積極的に進めています。具体的には、家族学習会というものを開催して、入院中のご家族に対して高次脳機能障害の講義や、配偶者同士、親同士のグループに分かれて、今ある問題について話し合い、それを解決していくためにどうしていったらいいのか、そういったことを職員のサポートを得ながらグループで討議する場を設けています。お互い自分は孤独ではない、同じような仲間が大勢いるのだと、共通意識を持ち、互いに助言し合いながら家族同士の輪が広がっていきます。実際、私たちの病院の家族学習会を経験されてから、現在、家族会を立ち上げて、リーダー的な存在になって、運営されているご家族がたくさんいらっしゃるので、こういった早期の心理教育は非常に重要だと思っています。

池脇 最後に、日本のリハビリの総本山である国立障害者リハビリテーシ

ョンセンターの包括的なリハビリというのは、まだまだこれから普及していく途中なのでしょうか。

浦上 いいえ、今は標準的なリハビリテーションの方法として全国各地の都道府県に支援拠点機関というものができています。20年前に高次脳機能障害のモデル事業が立ち上がったときの診断基準、標準的な訓練プログラム、

連携したケアの連続などはもうすでに浸透されつつあります。支援拠点機関の間で連携を取り合って情報交換を行い、地域連携を行う非常に密な関係性ができていますので、今は全国で一体となって高次脳機能障害に取り組んでいる時代であると考えています。

池脇 どうもありがとうございます。

就職時の薬物中毒診断

国立精神・神経医療研究センター薬物依存研究部長

松本俊彦

(聞き手 山内俊一)

警備員などの就職時に診断書を求められることがあります。「アルコール・麻薬・大麻・あへんまたは覚醒剤の中毒者」に該当しないことを診断する必要がありますが、一般的にどの程度の精度が求められるものかご教示ください。

<富山県開業医>

山内 これは時々我々も経験します。建前と実際がやや乖離しているなど思うことがしばしばありますが、一般的に医師はこのような場合、どのぐらい責任を負うのだらうかということが少し頭をよぎります。実際に法廷闘争になるような事例というのはあるのでしょうか。

松本 中毒者あるいは麻薬中毒者であるという診断の場合には、診断された方に人権の侵害、制限が加わるので、ありうると思います。しかしながら、中毒者ではないという診断の場合は人権の侵害はないので、そのリスクはないです。ただ、おそらく気にされているのは医師、保健師、看護師、調理師、警備員、このような職種と、一部で猟銃の診断書などもあって、中毒者では

ないと言ったけれども、どうするのだという話だと思えます。猟銃の免許に関しての診断は、昨今は精神保健指定医か、2年以上精神科の臨床に従事したことがあるか、さもなければ、「過去にその人の心身の状況について診断したことのあり」かかりつけ医となっています。ですから、一般の開業医は全くの初診で、その人の診断を迫られたりはしません。あとは医療者や調理師、警備員ということですが、本人の就労の機会を奪うのには相当明確な根拠が必要なため、中毒者ではない場合にはそんなに難しく考えなくてもいいのではないかなと思います。

山内 今お話がありましたけれども、一つは猟銃に関して、私は昔、比較的よく書いていた覚えがあるのですが、

これは最近法改正があったのですか。

松本 かかりつけ医の場合は、「過去に診療したことのある人」の診断書は書けますが、見ず知らずの人について初診で診断書を求められることはないです。ですから一般の医師はそれほど気にされなくてもいいのかなと思っています。

山内 お話のはじめにありましたが、中毒者であるという診断を書いてしまうと、どういった人権侵害になるのでしょうか。

松本 麻薬中毒者となった場合には、自治体の麻薬中毒者台帳というところにリスト入りされて、例えば自治体の薬務課の職員からの定期的な面接とか、厚生局の麻薬取締官からの年1回の面接などがなされるので一定の人権侵害になってくるかと思います。そこは慎重にする必要があるし、精神科の中でも専門性の高い医師が診断を下すべきだと思います。

山内 「中毒」という言葉ですが、中毒といえば中毒なのかもしれませんが、いかがでしょうか。

松本 これは中毒ではなくて、中毒者なのです。「者」がついているので医学的な概念ではないのです。皆さん、中毒という言葉だと急性中毒、酩酊している状態を想定されるかと思うのですが、文章を見てみるとそうではないのです。どうやら依存症に近いような状態を意味しているのだろうなと思う

のですが、今は依存症のことを中毒とは言わなくなっています。そういった意味で、中毒者というのは医学的な概念ではなく、あくまでも行政的な、法的な概念であって、なかなか行政文書や通達を見ても明確な定義がありません。ということは、診断にあたって医師の裁量がかなり許容されているということです。

山内 極端に言えば、法的根拠もはっきりしたものはあまりないと考えてよいのですね。

松本 そうです。

山内 そうはいつでも、何かちょっとチェックしたいと思われる医師もいるかもしれませんが。何をチェックしたらいいのかということですが、まず客観的な検査をやるべきかどうか、このあたり、いかがでしょうか。

松本 もしもそういうことがいつでもできる施設であるならば、行うのもひとつの方法だろうと思っています。ただし、血液検査ではなかなかわかりません。内臓障害も特異的ではないですし、各薬物の成分を調べるとなると、かなり高価な外注の検査になります。簡易尿検査キットがあり、判明する薬物の種類によって、安いものでは1回分700円、高いものでは4,000円ぐらいになります。ただ、けっこう偽陽性が多く、品質保証の期限というか、使える期間が短いので、いつも新たなものを取りそろえるということになると、

どの開業医も常時これを置いておくことは難しいような気がします。ですから、やれるなら尿検査です。でも、検査キットがなければ本人に対する問診にかえるということもありかと思えます。

山内 偽陽性までであるとなると、先ほどの人権侵害の問題を考えると、あまり安易にやらないほうがいいかなという感じがありますね。

松本 そんな気がしますね。

山内 そうしますと、問診で特にチェックしたほうがいい事項といったものはあるのでしょうか。

松本 まずアルコールに関しては、毎日どのくらいお酒を飲むのか、お酒で仕事に支障が出たりしていないのかを聞くこと。それから薬物に関しては、こういうものを使ったことがありますかという質問になると思います。ただ、日本は薬物に関してかなり厳しい政策を取っているので、使ったことがある人が正直に言うかどうか、なかなか悩ましいのですが、可能であればそれをきちんと聞いたということを診療録に残しておくことが必要だと思います。

山内 仮に虚偽の申告をされたとしても、それが虚偽であるということを証明する必要性はないわけですから、聞いたとおりということになりますね。

松本 そうですね。

山内 ここで少し引っかかってくるのは、例えば相手がやや危ない方面の

方で、こういった方が「書いてくれ」と言ってくる場合もあるかと思えます。これはどう対応したらよいのでしょうか。

松本 基本的に医師は診断書を書くことを求められた場合には正当な理由なくして断ることはできないのです。ただ、脅迫とか、そういうプレッシャーをかけてきた場合には正当な理由になろうかと思えます。ただ、そこでもめて大騒ぎになると、なかなか開業医では難しい場合もあるかと思うのです。ですから、本人に「こういう覚醒剤とか最近使ったことがありますか、逮捕されたことがありますか」と聞いて、本人が「ない」と言ったならば、ないと言ったということで、本人のニーズに沿いつつ、自分でも表面上そう思ったということであれば、そのような診断書を書くというのもひとつの方法ではないかなと思います。

山内 多少脅しが入ったような場合でも、一応相手に確認を求めて聞いてみて、そういうことはないと言われたら、それをカルテに書いて、万が一それが実は相手がうそをついていた場合でも医師のほうに責任は来ないのですね。

松本 私は依存症を専門としていますが、正直申し上げて、いつもその辺では患者さんにだまされています。専門家もだまされると思ってください。

山内 要するに、間違ったのではな

くて、わからなかったということです。

松本 はい。

山内 先生は依存症の大家でいらっしゃいますので、最近のトピックスについてうかがいたいと思います。

松本 最近の特徴としては、つかまらない薬物、取り締まれない薬物の依存症の方が全体として増えています。つかまらない薬物としては大きく2つあります。1つは睡眠薬や抗不安薬、いわゆるベンゾジアゼピンといわれているもの。2つ目が特に今回、強調しておきたいことなのですが、市販薬なのです。多いのは咳どめ薬、風邪薬ですが、これによる10代の若い子たちの依存症が非常に多くなっていて、最近目立つ特徴だと思えます。

山内 そういった市販薬を大量にのむということですか。

松本 そうですね。例えば咳どめ薬なら1瓶に84錠入っているのですが、1日60錠とか84錠のんでしまう。それが連日という感じになってくるのです。

山内 特に市販薬はインターネットでも買えるところもありますから、余計に乱用が進んでいるのでしょうか。

松本 2014年にインターネットの販売が規制緩和され、ドラッグストアの数は駅前などではコンビニエンスストアよりも多くなっています。こういったアクセスが高まることのいい部分もあるのですが、少しネガティブな部分

がないわけでもないということですね。

山内 一般的には咳どめが多いのですか。

松本 咳どめ薬が多いのですが、どの薬局でも咳どめ薬の販売個数は1人1箱までと決めているのです。ただ、同じ成分が入った風邪薬があり、それだと幾らでも買えるのです。そちらのほうにみんなシフトしていくのですが、その場合にはアセトアミノフェンがかなり入っていて、肝機能障害が深刻な問題になっています。その意味で健康被害がちよっと目立っています。

山内 一方で、大麻などはかなり各国、規制が緩められてきていますが、そういった流れとの兼ね合いはいかがなのでしょう。

松本 実は日本では意外にも、今まで使用罪がなかった大麻に関して、使用罪を作る動きがかなり濃厚になっています。その理由の一つとしては、大麻由来成分の難治性抗てんかん薬を承認する一方で使用罪を作ることでバランスを取ろうとしているからです。将来コロナ禍が明けて若者たちが海外に留学した後の状況がちよっと心配ですね。

山内 実際の医学的な面から見た危険度から言いますと、大麻と比べても、むしろ先ほどの市販薬のほうが、現実の日本では大きいかもしれないということですね。

松本 ですから、刑罰と健康被害と

のバランスに関して、どこかの段階で
もう一回法制度自体を見直す必要がある
のではないかと私は考えています。

山内 従来あまり触れないまま来て
しまったということもありますので、

今後もう一度みんなで考えることが必
要になってくると思いますね。

松本 ぜひ多くの方にこの問題に関
心を持ってもらいたいですね。

山内 ありがとうございました。

乳児の臍ヘルニア

杏林大学小児外科講師

渡邊 佳子

(聞き手 山内俊一)

乳児の大きな臍ヘルニアについて、日常管理と注意すべき点、外科的処置が必要となる場合とその方法についてご教示ください。

<埼玉県開業医>

山内 いわゆるでべそ、臍ヘルニアですね、質問は大きなヘルニアについてですが、小さいものも含めますと頻度としてはどの程度のものなのでしょうか。

渡邊 新生児の20~30%ぐらいに認められます。特に低出生体重児や早産児のお子さんにはもう少し高い率で見られます。

山内 かなりあるのですね。

渡邊 はい。日常、外来でよく見られる疾患です。

山内 原因ですが、例えばお産のときの軽いトラブルなどが原因なのでしょうか。

渡邊 それは全く関係ないと思います。臍帯が脱落するときの、臍輪という部分の筋膜の閉鎖不全が原因です。

山内 この修復の話になりますが、

これは放っておいても治ることは治るのでしょうか。

渡邊 自然治癒が1歳までに8割、2歳までに9割になります。

山内 そうしますと、その段階で治ったといえば治ったということで、それでかまわないのでしょうか。

渡邊 臍輪（ヘルニア門）が閉鎖したのが治ったという判断になりますが、もともと皮膚の出っ張っていた部分の皮膚のたるみが残っているので、その部分が格好悪く残ってしまうことがあります。そこは、親御さんの希望があれば治療が可能です。

山内 昔からよくでべそと言われた、その状態になってしまうのですね。

渡邊 はい。

山内 一つは見た目の修復。もう一つは、あとでも出てきますが、絶対的

な適応といったものを考慮しなければならぬのですね。

渡邊 はい。

山内 患者さんは乳児ですが、苦しむとか痛がることはありますか。

渡邊 あまりそういった症状は見られないのですが、臍ヘルニアに関しては、まれに嵌頓といった症状が起こりえます。嵌頓は、出てしまった腸管、臓器が還納できなくて血流障害を起こしてしまう症状なので、かなり大きく腫れて、発赤したりするので本人は痛がるかなと思います。

山内 もちろんこれは痛いだけではなくて、場合によっては致死的になると考えてよいのですね。

渡邊 緊急の処置が必要になるかと思えます。

山内 さてこの処置というか、修復ですね。どういったものをされるのでしょうか。

渡邊 施設によってやり方はいろいろですが、現在は圧迫療法というものが比較的主流とされている方法です。圧迫する道具に関しては、スポンジや綿球などがセットになった器具のようなものも今は売られているようです。当院ではビー玉を使っています。

山内 ビー玉を押し込むということですか。

渡邊 ヘルニア門のところに引っ張ってしまった皮膚を腸管と一緒に押し戻してもらって、その押し戻したヘル

ニア門のところにビー玉を乗せるというイメージです。

山内 ビー玉を乗せるというのは何か意味があるのでしょうか。

渡邊 ヘルニア門を早く閉じさせるのと、皮膚を押し込むことで皮膚のたるみをなくして、治り方を格好よくしてあげるのが目的です。

山内 押し込んだ上で何かでテーピングのようなものをするのでしょうか。

渡邊 テープを使うのですが、赤ちゃんは肌が弱いため、テープかぶれが多く見られます。肌に優しいタイプのものをお勧めしています。

山内 これは家族の方でもできるのですか。

渡邊 私たちはそのように指導して、自宅でもできるようにしています。

山内 かぶれをどう防止するか、コツはあるのでしょうか。

渡邊 テープをはがしたりする刺激もかぶれにつながりますので、はがすときはそっとはがしてもらって、お風呂ではがしたら、きれいに洗い、少し空気にさらして、またつけてもらう。赤くなってしまった場合は少しお休みしてもらいます。

山内 この方法で、見た目もきれいに戻るといのは、どのぐらいの例があるのでしょうか。

渡邊 効果は早く現れて、早いお子さんだと1カ月もすればきれいにへこんだ臍ができていたり、2カ月もする

とだいぶへこんだ臍になります。その中でもちょっと格好悪い臍になってしまうお子さんがいますので、そこに関してはご家族の希望があれば手術をすることができます。

山内 9割方は自然に治ってくるということですが、逆にいうと1割ぐらいは治らないことがあるのですね。あと見た目の悪いケースですか。

渡邊 はい。ヘルニア門が閉鎖しないタイプのもは2歳以降、手術を考慮したほうがいいと思います。

山内 年齢ですが、やはり「2歳」が出てくるのでしょうか。

渡邊 ヘルニア門が閉鎖する時期がだいたい2歳。逆に2歳までに自然治癒する確率は9割となっていますので、2～3歳以降という感じで設定しています。

山内 2～3歳ぐらいまではいったん待ってと考えてよいのですね。

渡邊 そうです。

山内 手術はどういったものでしょうか。

渡邊 手術方法も施設によっていろいろあると思いますが、基本的にはヘルニア門を縫合して閉鎖し、プラス格好いいおへそを作るので、臍形成術といったかたちになります。

山内 閉じるのは比較的簡単な手術でしょうか。

渡邊 平均して30～40分ぐらいの手術になっています。

山内 手術で難しいのはどういったところになりますか。

渡邊 格好いいおへそを作るということだと思います。最初の形によっても変わってきますし、その方法は多分施設によっていろいろかだと思います。

山内 先生のところは具体的に例えばどういった感じでされますか。

渡邊 なるべくへこませたおへそを作るので、ヘルニア門を閉じた後は皮膚の裏を薄くし、それをおなかの奥のほうの腹壁に縫いつけるという手術をしています。

山内 手術の後、お子さんは成長しますが、成長でまた変わってくるようなことはないのですか。

渡邊 特にないです。

山内 なかなか優れたものですね。4歳、5歳と年がいった場合でもこの手術は可能なのでしょうか。

渡邊 可能です。すごく急いでやらなければいけない手術というわけではないので、そういった時期に関しては親御さんとの相談になります。

山内 例えば、手術に関して少し迷われるケースもあるのでしょうか。

渡邊 お子さんなので、どうしても全身麻酔という点で親御さんは心配されます。特に急ぐ手術ではないので、よく考えてもらうのがよいかと思います。

山内 例えば中学生ぐらいになってからでもできなくはないということ

すね。

渡邊 できなくはないですが、大きくなればなるほど少し痛みを強く感じるようになってきますので、小学校前ぐらいがいいかもしれません。

山内 そうですね。いじめの対象になってもたいへんですね。

渡邊 そうですね。見た目でからかわれてしまうという例もあります。

山内 最後に日常管理ですが、こういうお子さんがいた場合、何か特別注意することはありますか。

渡邊 まれにですが、さっき言った嵌頓といった症状があります。普段の日常生活に関してはそんなに制限がかかるわけでもないのですが、腫れぐあいを少し観察してもらうことでよいかと思えます。

山内 ヘルニア門のところから例え

ば感染するようなことはないのでしょうか。

渡邊 ないので、大丈夫です。

山内 お子さんですから、激しい動き、運動なども出てくると思うのですが、こういったあたりはいかがでしょうか。

渡邊 それも特に制限はないです。

山内 嵌頓に関しては非常に痛がるというサインがあると考えてよいですか。

渡邊 そうですね。かなり赤く、そしてかなり硬く腫れると思います。本人は相当機嫌が悪く、痛みを感じると思えますので、そういったときはすぐ医療機関に連れていってもらった方がいいと思います。

山内 どうもありがとうございました。

新生児の聴力検査

国立成育医療研究センター耳鼻咽喉科診療部長

守本 倫子

(聞き手 池田志孝)

頻度の高い先天性障害で発見が遅れることが多い先天性難聴に対して、新生児への聴力検査の実施で早期発見を目指しているとのことですが、最新の情報をご教示ください。

<埼玉県勤務医>

池田 先天性難聴というのはどのくらいの頻度かわかっているのでしょうか。

守本 先天性難聴は今、1,000人に1.5人といわれているのです。原因としては、半分が遺伝子によるもの、残りの1/4は例えば先天性サイトメガロウイルス感染などです。感染したからといってみんな難聴になるわけではなくて、私たちが見ていた限りだと、おなかの中にいたときにかかった7人のうち1人が難聴になる頻度です。

池田 要注意ですね。

守本 そうですね。

池田 そのほか、周産期疾患とか、あるいは母体の状態ではいかがですか。

守本 仮死で生まれたとか、あとは生まれたばかりなのにいろいろな疾患

を持っていたために薬を使った、耳にちょっと毒性がある薬を使ったとか、核黄疸があったとか、そういったものが原因になっているといわれています。

池田 新生児の聴力検査というのは、具体的に時期とか方法というのは決まっているのでしょうか。

守本 今は新生児聴覚スクリーニングというのが全国的に広く行われるようになってきていて、生まれて退院するまでの間に、1回検査をして、それでもしかして難聴の疑いがある、要検査といわれた場合には、退院前にもう一回検査を行う。それで同じように難聴の疑いがある、referというのですが、そう出た場合にはそのまま精密検査ができるような病院に紹介していただいて、そこで早期に精密検査を行います。

新生児聴覚スクリーニングに使われているものは、自動ABRといわれます。ABRというのは脳波の検査で耳から聞こえた音が脳の聴覚野にまで伝わっているかを検査するものなのですが、35dBという音が聞こえたら脳波の波形が見られる。この検査で難聴の有無を判断するのが推奨されているのですが、例えば東京都でもまだ15%ぐらいはABRではなくてOAEというものを使っています。OAEとは耳音響放射検査というのですが、内耳の機能を見る検査です。もともと音が鼓膜から伝わってくると内耳で音の振動を電気信号に変えて、その電気信号が神経から脳に伝わるのですが、ABRはその電気信号が脳に伝わっているかどうかまで見る検査です。OAEは電気信号に変えるところが正常かというのを見るだけの検査なので、実をいうと、例えば脳のほうに問題があったり、例えば音を伝える、電気信号を伝える神経がなかった場合など難聴を見落としてしまうのです。

池田 OAEが約15%というお話でしたが、なぜOAEを使うのでしょうか。

守本 OAEのほうが安いのです。ランニングコストも安くて、ABRだと電極などがディスポなのですが、OAEはそのディスポの器材がないので、お金があまりかからないということもあって、維持しやすいのだと思います。

池田 やはり費用の問題なのですね。

守本 そうなのです。

池田 新生児ということになると、産科の病院などで行われるのですか。

守本 そうですね。

池田 では耳鼻科医はこの時点ではタッチされないということですか。

守本 タッチしてないです。産科医が検査して、もし要再検だということになった場合は耳鼻科のある病院に紹介していただくというかたちになります。

池田 逆にOAEで「大丈夫だよ」と言われても、本当に大丈夫かどうか分からないということですか。

守本 本当にそうなのです。OAEで大丈夫だといわれて見落とされた難聴というのがけっこう問題になっているのです。全く音の反応がないというのであればまだわかるのですが、そこそこ音の反応が出るような、auditory neuropathyというのがあるのですが、それは音が音としては聞こえても、言葉としてクリアには聞こえないのです。感覚でいえば、ざらついているというか、昔のテレビとか、砂嵐の音といわれて、砂嵐の中で人がしゃべっているような音にしか聞こえないといわれているのです。そんな音の情報で言葉がわかるかという、難しいですよ。

池田 そうですね。それはちょっとあとで問題になりそうですね。

守本 そうなのです。それで見落とされると大きな問題になりますし、新

生児聴覚スクリーニングで大丈夫だったということになると、例えば1歳になってから言葉が出てこなかったとしても、あそこの検査で大丈夫だったのなら心配ないのではないかといて、そのままスルーされてしまっているケースもあるのです。

池田 診断と治療がどんどん遅れてくるといことですね。

守本 そうですね。

池田 聴覚スクリーニングは無料なのでしょうか。

守本 一応国は負担しているのですが、一般財源になってしまっているのです、それぞれの県にお金が分配されているとしても、それを県がどういう使い方をするかは自由なのです。そのため、例えば検査費用が全部無料になるようにお金を出してくれるところもあれば、一切補助をしないところもあります。そうすると、この検査は保険がきくわけではないですから、病院によっては例えば検査1回5,000円ぐらい取っているところもありますし、もっと高いところもあります。ただ、例えば東京都だと今補助金が3,000円です。そうすると、残り1,000円とか2,000円で検査が受けられます。補助が出ないと5,000円かかるわけですから。産科医が必要性をそこまでわかっていなくて、さらに補助金も出なかったような時代だと、新生児聴覚スクリーニング、やりますか、やりませんかとだけ聞か

れるので、皆さんわざわざ「やります」と手を挙げることは少なかったです。うちは家族みんな難聴はないし、とスクリーニングをやめてしまうケースもあって、それで見落とされてしまったケースも多いのです。

池田 そこは難しいところですね。スクリーニングで引っかかって、本試験ということになるのですが、これは病院を紹介されると思うのですけれども、学会のホームページ等に出ているのでしょうか。

守本 学会のホームページで「ここで精密検査してもらってください」という情報を2年に1回更新しています。せっかく子どもが生まれて、さあこれからというときに、産科医に「もしかしたら」と言われたとして、ではどこに行けばいいのか、自分で探してと言われても困ってしまう。なので、産科医にも、小児科医にも、例えばお母さんが誰に相談することもできなくて、助産師さんや行政に相談したとしても、「ここで検査が受けられますよ」と推奨していただけるようにしてあります。

新生児聴覚スクリーニングで要再検となったら難聴かという、そういうわけではなくて、1,000人に4人引っかかるといわれているのです。その4人のうち2人は正常、1人は片方の難聴、もう一人は両側の難聴といわれているのです。片方が聞こえているからいいのではないかということではなくて、例

えばそのとき片方難聴だけで、あとから両方難聴になってくるケースもあるわけですし、進行性難聴のケースもあります。しっかり検査をして、その後も定期的に、例えば言葉が出てくるかとか、音の反応はいいかとか、定期的にフォローしていく必要があるのです。ですので、小児の難聴に知識があるような医師がいる病院をホームページに掲載しているの、ぜひそこで定期的に診てもらって、言葉が出てこないとか、進行しているのではないかという場合には、聴力検査したりすぐに補聴器をつけるなど、何らかの介入をしていただくことが大事だと思っています。

池田 今、補聴器の話が出たのですが、どういう程度の人たちに補聴器が必要になるのでしょうか。

守本 正直いえば、30dBという音が聞こえていない方は補聴器が必要になる可能性があるわけですが、軽い難聴の方だったら補聴器をつければかなりクリアに聞こえますので、それだけでやっていけます。一方、重度の難聴の方は補聴器をつけてもようやく太鼓の音が聞こえる程度であることもあります。ただ、これはつけてみないとわからなくて、同じ重度の難聴でも、補聴器をつけたらかなり音が聞こえるようになる方もいれば、全く聞こえない方もいる。そうすると、補聴器を定期的に調整していくのですが、それで十分

に聞こえない場合、手術の必要な補聴器という感覚で人工内耳を埋め込むこともあります。

池田 人工内耳は完全無欠というか、ロボットみたいなイメージなのですが、実際のところはどんな感じなのでしょう。

守本 よく「人工内耳を入れたら正常になるでしょう？」という言い方をされるのですが、人工内耳を入れても軽い難聴のままなのです。人工内耳というのは、どちらかという会話をクリアに聞こえるようにするためのものなのです。ですから、写真でいうと、例えばカラフルな写真がありますよね。それが難聴だとただの何かボワツとしたものにみえる。補聴器をつけた場合にはどのように見えるかという、もう少しよく見えてカラフルなのだけでも、例えば顔の細かいところまではわからない。人工内耳を入れた場合には顔のパーツまで輪郭がくっきり見えるのだけれども、その代わり白黒になる。そういうイメージです。

池田 それぞれのいいところをその患者さんの状態に応じて使い分けていくということですね。

守本 そういう感じです。

池田 そもそも、聞こえないということはずっと放置しておくのは、究極はどのようになるのですか。

守本 重度難聴の場合、例えばどこから音がしたのかもわからなかったり

します。通常は音に気がつくということから始まって、誰がこの声を出したのか、誰がこの音を出したのかを、聞こえる音と結びつけることができるようになるのです。そのうちに、お母さんが怒っているのはこういう声色なのだ、お母さんがにこにこしてしゃべるのはこういう声色なのだということがわかるようになって、それに対して自分が何をしたらいいのかという、コミュニケーションの基礎ができてくるのです。これは言葉を介さないようなコミュニケーションになるのですが、そこから始まって、今度は言葉を介して、「牛乳飲む？」というのに対して「ジュースがいい」というようなコミュニケーションがどんどんできてくるのですが、難聴があるとそもそも人とコミュニケーションを取るという態度そのものが身につかないことがあります。

生まれたときから聴力が正常だった方はそのコミュニケーションという土台ができて、そこから言葉のやり取りができるようになって、いろいろな言葉を覚えていくのに対して、難聴があるけれども、そのまま放置されていた

子どもは、コミュニケーションを取ること自体もわからないまま来てしまうのです。例えばあとから補聴器をつけて音に気がついた子が、遅れたけどなんとか伸びてきたとしても、例えば就学前で評価をしてみると、コミュニケーションの能力とか、持っている言葉の数とか、そういうものが早くから介入されていた子とは差が出てしまうのです。

池田 そうなると、はたから見ていると、いわゆる発達障害のような感じに見えてしまうのでしょうか。

守本 そうですね。ですから、今もたまにありますが、発達障害ではないかと思われていたお子さんや多動だと思われていたお子さんが、きちんと検査をしたら実は難聴が見落とされていたためだったというケースはあります。

池田 ちょっとそれは残念ですね。

守本 そうなのです。

池田 気軽にどこでも標準的な検査を受けられる体制を作っていくことが大切ですね。

守本 そうですね。

池田 ありがとうございます。

唾液腺がんの薬物療法

横浜市立大学耳鼻咽喉科・頭頸部外科主任教授

折 館 伸 彦

(聞き手 山内俊一)

唾液腺がんに対する最近の薬物療法についてご教示ください。

<神奈川県開業医>

山内 折館先生、唾液腺がんというのはいま一つなじみがないのですが、耳鼻科領域ではままた見られるものなのでしょうか。

折館 年間発症数が日本で3,000例ほどといわれています。より一般的な甲状腺がんが約2万例であることを考えると、確かに珍しい腫瘍ではありますが、非常に珍しいとまでは言えないと思います。

山内 確におっしゃるとおりですね。唾液腺に関しては良性腫瘍もあるのでしょうか。

折館 はい。良性腫瘍が7割、悪性腫瘍が3割と教科書的にはいわれています。

山内 唾液腺といいますと、耳下腺、顎下腺、舌下腺になると思いますが、この3カ所、同等に出てくるものなのでしょうか。

折館 一番大きな耳下腺に多く、70%程度。残りの25%が顎下腺、そして舌下腺は5%程度で少ないと報告されています。

山内 解剖学的にはないと思いますが、唾液腺同士、相互に転移することはあるのでしょうか。

折館 あまりそういう転移はありません。転移先としては、頸部のリンパ節、内頸静脈周りのリンパ節が最も早期に認められます。

山内 頭頸部がんといいますと、昨今、たばこの関連がよく指摘されていますが、唾液腺がんはいかがでしょうか。

折館 原因として、喫煙や飲酒の影響というのはほとんどないといわれています。

山内 そうしますと、少し変わり者といえば変わり者ですね。

折館 そうですね。通常の頭頸部がんとは原因も異なると考えてよいと思います。

山内 今のところ、関連がある因子もあまりわかっていませんか。

折館 ほとんどわかっていないのですが、一部のもので、融合遺伝子がドライバーとなって発がんに関与しているという報告が、ここ数年見られるようになっていきます。

山内 発症年齢や性差はいかがでしょうか。

折館 50~70代に多く、男女ともに発生しますが、やや男性に多いという印象があります。

山内 このがんの悪性度はいかがでしょうか。

折館 これが非常に難しく、唾液腺がんの場合、WHOの最新の分類で病理組織が22種類あると報告されています。ただ、22種類それぞれについて考えると患者さんもたいへん混乱するので、悪性度については大きく3つに分けて、高悪性度のもの、中等度悪性度のもの、低悪性度のもの、と分けて考えることが一般的です。

山内 高・中の頻度はほぼ同等と考えてよろしいのでしょうか。

折館 高悪性度が3~4割ぐらいと思います。

山内 わずか3,000例ほどが相当分かれるわけですから、これは医療サイドもたいへんですね。

折館 そうですね。特に昨今のevidence based medicineに基づいて、特に今回の質問にありました薬物療法を確立させるのは、たいへん難しいがん種であると考えていただいてもよいと思います。

山内 当然、病理組織が一つかなめになるかと思いますが、場所的に何となくバイオプシーもしにくい感じがします。いかがでしょうか。

折館 初期症状としては、耳下腺、顎下腺の腫脹で来られる方が多いのですが、そのような患者さんが来られたときに、画像診断、特にMRI検査を行い、腫瘍に対しては穿刺吸引細胞診で大まかな診断の目安をつけていくのが一般的なアプローチかと思います。

山内 MRIの画像は比較的特徴的な所見でわかりやすいと考えてよいですか。

折館 そうですね。良性、悪性の鑑別にも利用されることがあります。また、内部構造なども判断の材料になります。

山内 今は画像診断が診断の基軸ですので、わかりやすければそれでよいのですが、そこに至る初期兆候をとらえるのは大きな問題となりますね。この唾液腺がんはどういった症状で来られる方が多いのでしょうか。

折館 耳下腺、顎下腺の部位の腫脹、腫瘍形成が主な発見原因となります。ただ、耳下腺の深葉といって、非常に

奥の部分に腫瘍形成した場合には体表からわからないことがあります。皆さんご存じのように、耳下腺の中には顔面神経が走っているので、その顔面神経に腫瘍が浸潤することによる症状、すなわち顔面神経麻痺を初発症状として来られる方も、まれではあります。

山内 基本的には腫れてくると見てよいですね。

折館 そうですね。腫瘍形成ということになります。

山内 まれに顔面神経麻痺が起こるのですね。痛みはどうなのでしょう。

折館 悪性の場合には痛みを伴うことがあるといわれていて、悪性三主徴といわれるものの一つに局所の痛みが挙げられています。

山内 有痛性というのはがんでは珍しいですね。

折館 そうですね。

山内 唾液腺ですから、食事をしたときに何か症状が出るかなという気がします。あまりないのでしょうか。

折館 唾液の分泌量への影響等は見られないといわれています。もっと一般的な疾患で唾石症という疾患があり、その場合は尿管結石と同様に摂食時の痛みが出ますが、耳下腺腫瘍あるいは唾液腺がんの場合にはそのようなことはあまり多くはありません。

山内 食事がらみの症状はあまりないのですね。味覚もあまりやられませ

んか。

折館 味覚も特に影響は受けません。

山内 よく外来で唾液に血が混じったという方がいらっしゃいますが、こういった方々は疑ったほうがよいのでしょうか。

折館 唾液腺の悪性腫瘍で、例えば耳下腺の導管から血液が出てくることがないわけではありませんが、口腔内には例えば歯周囲炎など、より一般的な疾患があるので、むしろ疑うのはそちらのほうがと思います。

山内 まれだということですね。あと検査のほうでアミラーゼはいかがでしょう。

折館 血清中のアミラーゼが高くなる例はないわけではありませんが、例えば再発のマーカーでアミラーゼを調べるというような使い方はしていません。

山内 治療ですが、これは手術になるのでしょうか。

折館 第一選択は手術になります。

山内 手術は可能な限り取ってくるということになるのでしょうか。

折館 可能であれば安全域をつけて取ってくることになります。

山内 手術独特のトラブルとか難しさはいかがでしょう。

折館 やはり顔面近くに皮切が入るので、整容的な問題を考えなければならぬこと。あと耳下腺の場合にはそ

の中に顔面神経が走っているので、可能であればそれを損傷しないように、すなわち術後後遺症として顔面神経麻痺を残さないように手術してることが肝要になると思います。

山内 そこはなかなか難しそうですね。

折館 そうですね。がんの種類によって、特に高悪性度のもので術前から顔面神経麻痺を呈しているような場合には、温存はかなり難しいと思います。

山内 顔面の繊細な筋肉がたくさんあるかと思うので、この温存は難しくはないですか。

折館 顔面の表情筋の温存自体は難しくはありません。

山内 ただ、しっかり切り取ってしまうと、顔ですから、美容のほうの問題も少し出てきませんか。

折館 確かにおっしゃるとおりで、特に進行がんで体表に近い部分で皮膚に浸潤があるような場合は、一緒に皮膚も合併切除しなければなりません。その場合は皮膚の再建、局所皮弁や遊離皮弁が必要になるので、美容的には大きな問題になります。

山内 この質問は薬物療法ということですが、手術ができなかった場合、取り切れなかった場合に薬物にいくと思います。放射線療法、薬物療法はいかがでしょう。

折館 放射線治療に関しては、切除不能の場合は行うことが勧められてい

ますが、これも確実な治療とは言いがたいです。放射線治療のときに併用する薬剤ですが、シスプラチンという頭頸部がんに併用する薬剤を実践的な標準治療として使うことは許容されている状況ですが、高いレベルのエビデンスがあって使用しているわけではありません。

山内 年間発症数が3,000例ほどですと、エビデンスを構築するのもなかなか難しいところがありますね。

折館 たいへん難しいと考えています。

山内 この質問は最近の薬物療法です。シスプラチンというのは以前からある薬なので、最近のもので期待されている薬剤、特にこれといったものはありますか。

折館 去年の11月に新しくトラスツズマブが再発転移の唾液腺がんについて適用承認になったので、おそらく質問された医師が念頭に置かれているのは、それについての質問かなと私は思っていました。高悪性度の唾液腺がんの一部で、HER2が過剰発現しているものがあり、そういった腫瘍にはHER2抗体であるトラスツズマブと殺細胞性の抗がん剤であるドセタキセルの併用が効果があるという論文が出ました。それをもとに国内で臨床試験が行われ、厚生労働省から適用拡大が得られたという背景があります。

山内 まだ承認直後ですので、これ

からというところなのですね。

折館 そうですね。それに、先ほど申し上げたように症例数が多くないものですから、今ある治療に比べて、よりよい投与方法や、上乘せする薬剤の

選択などに関しては、まだまだ改良の余地が残されているものと考えています。

山内 どうもありがとうございました。

遷延性うつ病

杏林大学医学部精神神経科学教室教授

渡邊 衡一郎

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 長引くうつ病、遷延性うつ病についてお話しいただけます。

うつ病についてはまず、どういったことをお考えになりますか。

渡邊 ご存じの方が多いと思うのですが、WHOによりますと、2030年にはすべての疾患の中で、DALYs（障害調整生命年）が最も高くなることが予想されています。なので、うつ病の対策をきちんと取ることは世界全体に対する打撃を抑えると理解できるかと思えます。

さらに、自殺予防の観点からもうつ病に対してきちんと対応することが求められると思っています。きちんとうつを治すと自殺が減るとか、再発しにくいとか、就労状況も良好となることが示されていますので、繰り返しになりますが、うつをいかにしてきちんと治すか、それが求められていると考えています。

齊藤 働けない人や、もっと極端になると自殺をすることもあって、かなり大きい問題ですね。

渡邊 はい。

齊藤 うつ病は通常、どのぐらいの期間でよくなると考えればいいのですか。

渡邊 もちろん個人差はあると思うのですが、アメリカで4,000例を超えるうつ病の患者さんを、寛解、つまり症状がなくなることを目安にあらゆる治療を施したSTAR*Dという研究では、抗うつ薬SSRIを投与したところ、だいたい1/3強の人が寛解したといわれています。寛解しなかった、あるいはその薬が合わなかったとして、その後いろいろな薬のパターン、それから認知行動療法などを組み合わせて1年以上かけていくと、2/3ぐらいの方がよくなると示されているのです。逆にいうと、残り1/3の方はなかなかよくなって、今回のテーマであるうつが遷延するという状況を招くといわれています。

齊藤 長引く人は相当な頻度だということですね。

渡邊 そうですね。ただ、寛解とい

うのはほとんど症状がないということですから、部分寛解、マシにはなったけれども、まだまだすっきりしない、というのは残り1/3に入るので、きれいによくなるのが2/3とっていたいでよいかと思います。

齊藤 さて、うつ病が長引く場合、どう考えていくのでしょうか。

渡邊 米国精神医学会のうつ病治療ガイドラインでは、いろいろな工夫をしても抗うつ薬が効かなかった場合、どう考えるべきかが記載されています。その一番に、まず診断を再検討すること。二番には副作用を評価すること。三番は、うつ病以外の疾患が併存しているのではないかと。続いて、仕事や収入、家族関係など心理・社会的な因子の評価をする。そして、医師との治療同盟やアドヒアランス、服薬の状況について評価する。最後に、薬の相互作用などを考えていろいろ用量を再検討することなどを挙げています。

別の診断に着目した研究では、その中で一番最初に疑うべきは双極性障害としています。双極性障害はうつ症状と軽躁や躁症状があるので、それらを見逃しているのではないかと。あとは、精神病性うつ病という、妄想を伴う、つまり訂正不能なうつの考えを持っているようなケースは、抗うつ薬だけではよくなかなかたりするので、そういう場合があるのではないかと。あるいは、うつ病であっても、例えば不安症

だとか、パーソナリティ障害を伴っている人がいたり、脳卒中とか認知症といったものがうつ症状を呈することもあります。そういったことを見落とししているのではないかなどが考えられません。

例えば、私たちが2013年に行った双極性障害の方に対するWebアンケート調査では、初めて医療機関を受診してから最終的に双極性障害と診断されるまで平均4年かかっていたことがわかりました。早くきちんと診断がつかないと、結果的に当事者の方は長期に職場で仕事ができなかったことを自覚し、2/3ぐらいの方の診断が遅れたために仕事に影響が出たと言っているのです。このように社会的な影響が出るのですから、きちんと正しく診断をつけなければいけないと考えています。

齊藤 なかなか診断がつけられない、時間がかかる理由はありますか。

渡邊 当事者の方はたいてい、うつに関しては自覚があるのですが、例えば軽躁では、眠れなくてもいいとか、頭が回るとか、調子がいいので、患者さんは皆さん、好調と自覚されるのです。そうすると、ご本人は自覚しないし、そういう説明をした医師も「ああ、よかったね」で済んで、実際、軽躁の病態を見逃してしまう。だから、診断が遅れてしまうのではないかと考えています。

齊藤 まずは双極性障害が重要とい

うことですが、そのほかにもありますか。

渡邊 2014年から私たち杏林大学では遷延するうつ病の方を1週間調べる検査入院をやっているのです、それについて紹介させてください。病歴を詳しく聞いたり、SCIDという構造化された面接、これはすべての疾患の可能性をインタビューするものです。だいたい2～3時間かかるのですが、このほか知的な機能や発達、体のチェック、それから作業療法における作業や集団での様子から行動面の評価をするとか、あとは睡眠の検査も行っています。

これまで200人を超える方が検査入院して、遷延性うつ病と紹介いただいている中で、実際にうつ病の診断がついた方は半分ちょっとだけでした。双極性障害の方はそれなりにいて、36%、1/3強だったのです。また、うつ病という診断がついているのですが、そのうちの4割の方は躁的成分、ちょっと張り切る人のうつとか、もともと波がある人のうつでした。ということを見ると、うつ病といっても、なかなか治らない人は双極性障害寄りの可能性があることがわかりました。

そして、先ほどの米国のガイドラインではないですが、不安症の診断がついた方が46%、パーソナリティ障害の診断がついた方は50%強いました。ほかにも自閉スペクトラム症が15%、ADHDが24%いますので、うつ病と思っても

いろいろな診断の可能性や、あるいはうつ病に併存している可能性を考えなければいけないと思っています。特にパーソナリティ障害の中では回避性、辛い場面や自信がない場面で回避してしまう方です。それから強迫性。きちんとやらなければ気が済まない、そのために何回も確認するという方、こうした方たちが多く、特に就労の現場でそういった方が目立っているというのが個人的な印象です。

自閉スペクトラム症やADHDもけっこう問題になるのですが、そういった方々が職場で起きる問題点として、対人関係のトラブルを起こしてしまう。

例えば、わからないことがあっても、なかなか周りに聞けない。そして未解決のままにしまい、結局手をつけられない。マニュアルや規則性のない仕事はこなせない、その方が出世して部下を持った際に、指示を出したり、業務を割り振ったりができないということです。それから、キャパシティ以上の課題や業務を詰め込んで破綻したり、期限を守れない。業務内容の変化に対応できない。自分のやり方で進めてしまっ問題が生じる。指示を忘れてたり、ミスを重ねたりするために叱責される。優先順位をつけられない。ミスを恐れ、過剰に時間をかけたりする。そのため残業が重なる。そして、熟慮なく転職をしてしまう。

こういったことはADHD、そして自

閉スペクトラム症を持っている方でけっこう多く見られます。こうしたことからなかなか職場でうまくいかなくて、結果としてうつ状態になる。そういった方が多くいらっしゃるということを検査入院を通じて知った次第です。

齊藤 そういったことが背景にあった、一見長引くうつ状態になるのですね。

渡邊 はい。

齊藤 そういった結果からどういった対策が考えられるのでしょうか。

渡邊 イギリスの研究などから、そういったうつがよくならない人というのは結局社会的なサポートが一番大事だといわれています。職場とか家族、そういった周囲の理解ですね。また、慶應義塾大学からは薬が効かなかった人に対して認知行動療法を施行したところ有効であったという研究も出ています。やはり薬だけではなくて、何よりも出ている診断とその人の発達特性を当事者に伝え、先ほどのような解決策を助言する、これが必要なのではないかと考えています。

齊藤 実際、入院した患者さんではどういった反応がありますか。

渡邊 だいたいレポート用紙8～9枚ぐらいにまとめて、あなたはこういう診断があったり、こういう特徴がある。こういう苦手なところがあるというふうに言うのですけれども、例えばパーソナリティ障害といわれると嫌か

なと思っていたのですが、患者さんたちはわりと、今まで何か先が読めない、なんで私はこうなのだ、苦しいのだと思っていたのが、それが何となくすっきりした。パーソナリティ障害と言われて、なるほどと腑に落ちたとおっしゃいます。だから、これからこうしていけば良いのではときちんと助言すると、それだけでも試してみたいと言っていただけです。

齊藤 それから、レジリエンスということがいわれているようですが、これはどういったことでしょうか。

渡邊 回復力とかしなやかさといわれるのですけれども、まさにこのコロナの時代、そういった時代においてレジリエンスを持っているとコロナに打ち克てるとされています。先ほどの検査入院された方々にレジリエンスの点数をつけてみると、一般の人のだいたい2/3ぐらいの点数だったのです。遷延しているうつで、結果的にこのレジリエンス、回復力というのが低下して弱気になっている。何か辛いことがあったら、うちひしがれてしまっただけで立ち直れないという人たちが多くなっていますので、繰り返しになりますが、こういった人たちに手を差し伸べる必要があるのではないかと私たちは思っています。

齊藤 うつ状態が長い人たちのセカンドオピニオンについて、どういったタイミングでしてもらうのがいいので

しょうか。

渡邊 病状が長引いている、あるいはもし繰り返している人がいたら、ぜひセカンドオピニオンを勧めていただくのがよろしいのではないかと思います。

す。

齊藤 専門医と相談して対処していくということですね。ありがとうございました。

就労者に対する適正な薬物療法

杏林大学医学部精神神経科学教室教授

渡 邊 衡一郎

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 まず、精神科における薬物療法の位置づけはどのようになっていますか。

渡邊 精神科治療において薬物療法は中核となります。疾患を回復に導く過程では薬物療法だけではなく、精神療法など様々な治療法と組み合わせることが望ましいのですが、薬物療法はそのベースとなる治療になっています。患者さんに合った最適な薬物の効果を最大化、そして副作用を最小化するなど、適切に使用することで、うつやイライラ、不安、不眠、躁、妄想など、ありとあらゆる精神症状を軽くすることができます。また、薬物療法はほかの治療法よりも早く効果を示すため非常に大切な治療法だと思っています。

精神科疾患は残念ながら慢性に経過して再発することも多いため、今ある症状を軽くする、なくすだけではなく、再発を予防することも大切です。多くの疾患において薬物療法による再発予防の効果が知られていますので、

その点においても効果、意義があるのではないかと考えています。

齊藤 薬物療法は今とても進歩して副作用も少なくなってきたということですね。

渡邊 そうですね。

齊藤 その中で、働いている人についてどういうことがあるのでしょうか。

渡邊 仮に働いていて仕事を休まない、あるいは休んでから仕事に戻ったときに、働きながら治療を受けるとしたらどんな薬物療法がいいか、そういった観点で考えています。例えば眠気とかだるさといったQOLに影響するような副作用の少ない薬、あるいは業務を遂行するうえで認知機能を下げず、そして意欲や集中力を向上させるような薬、さらには1日3回だと、服用し忘れることがあるでしょうから、1日1回で済むような薬、こういったタイプの薬が就労者の方には望ましいのではないかと私は思っています。

齊藤 精神科医から「休職を要する」という診断書も出てきますが、先生は

休む休まないの判断はどうされていますか。

渡邊 もちろん精神科医によって考え方が違うかもしれませんが、うつ病を例に取ると、うつ病が軽い場合は休まないほうがむしろいい場合もあったりします。逆にいうと、ある程度以上重い場合は休ませたほうがいいと思いますし、あとは何よりも仕事がストレスとなっている場合は、その場から離すことがいいと思っています。

齊藤 そういった中で、よく使われる抗うつ薬にはどういったものがあるのでしょうか。

渡邊 抗うつ薬は大きく2つに分かれます。眠気の作用のあるミルタザピンが代表的な、いわゆる鎮静系の薬物。それから、非鎮静系薬物として眠気の作用が少ないSSRI、SNRIというカテゴリーの薬。そして最近出たセロトニン再取り込み・セロトニン受容体モジュレーター、S-RIMという、ボルチオキセチンといったものがあります。

齊藤 ミルタザピンとはどういうものなのでしょうか。

渡邊 ミルタザピンは抗うつ作用が強力で、三環系抗うつ薬に匹敵するぐらいの効果があります。不眠とか食欲が出ないという人にはとてもいいのですが、時として逆に眠くなる、だるい。そして体重増加が問題となったりします。なので、家でしっかりと休んでくださいとって休職する人にはとてもふ

さわしい薬ですが、就労を継続する人、朝からしっかりと仕事をしなければいけない人にはこの眠気、だるさが支障になることがあります。なので、ちょっと気をつけなければいけない薬かもしれません。

齊藤 非鎮静系はどういったものでしょうか。

渡邊 まず、ご存じの方が多いと思いますが、SSRIというカテゴリーの薬があります。これは不安やうつに関連するセロトニンに選択的に働きます。うつ病だけではなくて、パニック症や強迫症、社交不安症、全般不安症といったあらゆる不安症に加え、過食症までにも有効とされています。非常に使いやすいので、初診でよく使われたりします。ただ、胃腸症状や性機能障害などの副作用があったりしますので、そこは少々注意する必要があると思います。抗うつ薬の中で私たちも不安があるよううつの場合はたいていSSRIを使っています。

ほかにSNRIというものもあります。これはセロトニンだけではなく、ノルアドレナリンの刺激もするのですが、ノルアドレナリン作用は意欲とか集中力の向上などに影響すると考えられます。デュロキセチンは痛みに対しても効果が証明されているので、SSRIプラスアルファが希望という場合はいいと思います。ただ、消化器症状はSSRIと同様ですし、ノルアドレナリンに作用

しますから、頻脈や血圧上昇が起きるのが特徴かと思います。ただ、認知機能にはSNRIはいいと考えられています。

先ほど申しましたS-RIMというタイプは、ボルチオキセチンが該当しますが、これは性機能障害や不眠などセロトニンがらみの副作用が現在の抗うつ薬の中で最も少ないとされています。なので、外来初診では非常に使いやすいかもしれません。認知機能も向上されることから、重症の方には効かないかもしれませんが、外来で様子を見ようという方、そして就労者には向いている薬ではないかと思っています。

齊藤 副作用で消化器症状というのが出てきますけれども、これは最初に多いのでしょうか。それとも、あとでも続きますか。

渡邊 たいいてい最初で、だいたい2～3週間でおさまります。逆にいうと2週間で抑うつ効果が出てきます。最初に副作用が出て、遅れて効果が出てくるので、その辺はきちんと説明しなければいけないと私たちは思っています。

齊藤 最初に吐き気で嫌になってしまうのを何とか乗り越えるということですね。

渡邊 そうですね。なので、少なめから出したりとか、あと吐き気止めを最初から頓服で出すということもあります。

齊藤 抗不安薬をのんでいる方も多いようですね。

渡邊 抗不安薬は多くはベンゾジアゼピン受容体に作用します。不安やイライラ、鎮静や眠気が出たりしますから、不安症とか様々な精神疾患、どんな疾患でも不安という症状がある場合は使ったりします。大きく作用時間によって分類され、短時間型は頓服に向いています。今、辛いからということでのんだりします。一方、長時間型はいつも効いていますから、予防目的で不安が出ないようにするために使われたりします。

抗不安薬はマイナートランキライザーと昔からいられていますので、弱いか使いやすいというイメージがあります。ただ、ご存じかもしれませんが、依存があったり、記憶がなくなるとか、ふらつきといった副作用があります。何よりも認知機能に影響して、ベンゾジアゼピンの抗不安薬をのんでいると交通事故が増えるといったデータも知られています。なので、運転を要する仕事では控えなければならず、その辺は要注意だと思っています。

エチゾラム、アルプラゾラムといった短時間型抗不安薬は、内科医もよく使用し、これを1日2～3回という処方をよく見ます。短時間の薬は覚めも短時間なので、その分、離脱が生じ、かえって不安になりやすいということがあります。そういった場合はむしろ

ロフラゼブ酸エチルのような長時間作用型を使ったりすると、依存が形成されにくいので、正しい使い方が望ましいと思っています。

齊藤 抗不安薬は依存も考え、正しく使っていかなければいけないということは内科医も知らないといけないのですね。

渡邊 そうですね。使いやすいというイメージで、どうしても皆さん、気軽に出されていますが、けっこう注意ポイントがあると思っています。

齊藤 それから睡眠薬はいかがでしょう。

渡邊 これもベンゾジアゼピン受容体に作用する薬が多いのです。先ほどの抗不安薬と副作用は基本的に同じで、ゾルピデムとかプロチゾラムといった短時間の作用型が安全と誤解されやすいのですが、先ほど来、紹介しているような依存性、安全性の問題があるので、ここ数年、睡眠の体内時計を調節する別の2つのタイプの薬が目立っています。1つは睡眠物質であるメラトニンの受容体に結合して効果を発現させるメラトニン受容体作動薬のラメルテオンとか、逆に覚醒物質であるオレキシンの受容体結合を阻害するようなレンボレキサントやスボレキサントといった薬です。これらはベンゾジアゼピン系薬に見られるような副作用がほとんどなく、体内時計も刺激するので、自然な眠りになって、よいと考え

られています。依存性もないですし、認知機能への影響が少ないですから、就労者には望ましい睡眠薬ではないかと思っています。

齊藤 睡眠薬の使い方もここ10年ぐらいで変わってきたのですね。実際に専門医が使う場合には、先ほど先生がおっしゃったような新しいタイプの薬をまず使うのですね。高齢者あるいは若い人にかかわらず、どちらもということですか。

渡邊 もちろん高齢者の場合は比較的少量から出すとよいと思います。少量から出して増やすということもできますので、試みる価値は十分あるのではないかと思います。

齊藤 もう一つ、抗精神病薬をのんでいらっしゃる方もけっこう多いようですね。

渡邊 これは精神病という名前があるので、統合失調症のイメージを持たれがちですが、それだけではなくて双極性障害の躁とかうつ、さらには難治性のうつ病などにも使われます。ほかにも不安やイライラの強い病状とか、不眠や不安症を含めて、なかなか治らない難治性の病態のときに、私たち精神科医は抗精神病薬を使います。以前、昔のタイプの抗精神病薬は錐体外路症状が問題となったのですが、最近では錐体外路症状も少なく、かつ眠気や鎮静も少ないアリピプラゾールとかブレクスピプラゾール、ルラシドンといっ

た非鎮静系の抗精神病薬が出てきているので、まさにこういった薬が就労者には望ましいのではないかと考えています。双極性障害などにも、昔ながらのリチウムなどの気分安定薬はそれなりに副作用がありますから、ルラシドン、クエチアピンといった薬がわりと好まれてきています。

齊藤 最後に、まとめていただくとどうということになりますか。

渡邊 いろいろな考え方があると思いますが、やはりQOLに影響するよう

な副作用、認知機能や眠気といった副作用が少なく、1日1回で済む。こういった薬が望ましいと考えています。新しいタイプの薬はより効果が強いわけではなく、むしろそういったニーズに合っていますので、そういった就労者の方にとってより望ましい薬が処方されて回復に至ってほしいと私個人は思っています。

齊藤 新しい進歩が精神科領域の薬にはあるのですね。ありがとうございました。

ハラスメント「クラッシャー上司」

筑波大学医学医療系准教授

笹原 信一郎

（聞き手 大西 真）

大西 職域精神保健の課題のシリーズの一つとしまして、ハラスメント「クラッシャー上司」についてアドバイスをいただけたらと思います。

先生は精神科医と産業医の立場から長年、精神疾患の労災問題に取り組んでこられたのですね。

笹原 私がまだ医師になりたての頃は精神疾患は職場でそんなに大きな問題にはなっていなかったのですが、年々増えてきて、今では非常にうつ病が多いです。そんな中で、最近では労災でこういうハラスメントでうつ病になったという訴えが本当に増えてきています。

大西 クラッシャー上司という用語はかなり定着してきているのでしょうか。実際、どのような定義になっているのでしょうか。

笹原 私どもの教室の教授の松崎一葉が2017年に『クラッシャー上司』という書籍を上梓しました。その中で、いわゆる部下をつぶしながら本人はどんどん出世していく。つぶせばつぶす

ほど出世するというようなイメージです。ハラスメントをしているのだけでも、実際、成果が出ていることで会社としても処罰するというよりは、その上司に頼っている、そんな構造を示しています。

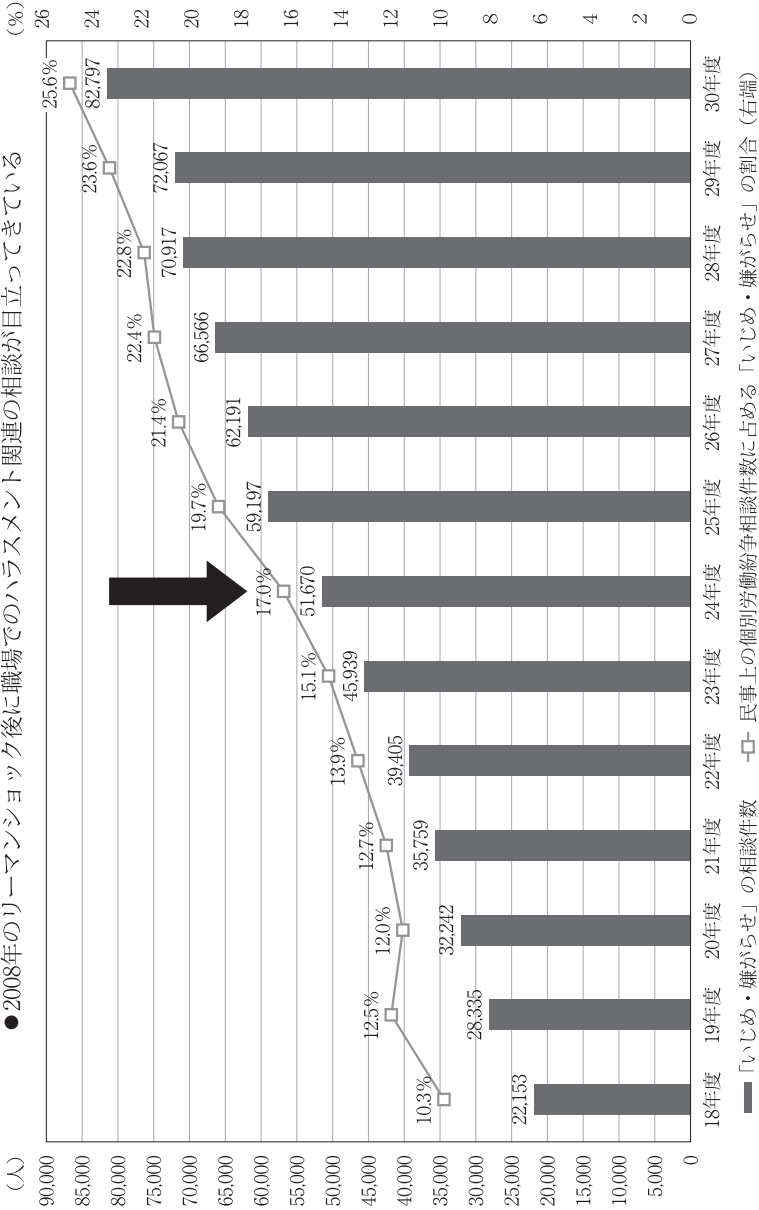
大西 最近の状況をうかがいたいのですが、いじめや嫌がらせなどの相談件数というのはどんどん増えてきているのでしょうか。

笹原 厚生労働省の個別労働紛争解決制度の実施状況というデータ（図1）が公開されているのですが、平成24年度（2012年度）に全相談内容の中でいじめ、嫌がらせの相談件数がトップとなり、特に2008年のリーマンショックの後に職場のハラスメントが非常に増えてきているという現状です。要するに職場でいろいろなプレッシャーがかかって、ギスギスしてきているという背景があると思います。

大西 この2～3年、コロナ禍でたいへんで、うつになっている方も多いのですが、そういう影響も出ているの

図1 「いじめ・嫌がらせ」の相談件数が年々増加傾向

- 平成24年度(2012年度)には相談内容の中でトップとなり、引き続き増加傾向
- 2008年のリーマンショック後に職場でのハラスメント関連の相談が目立ってきている



個別労働紛争解決制度実施状況、H18-H30 (厚生労働省)

でしょうか。

笹原 毎年統計を取っていますので、この2年の変化というのはこの後、必ず出てくるのではないかと思います。

大西 日本におけるいわゆるパワーハラスメントの状況はどのようになっているのでしょうか。

笹原 これは本当に特徴的で、私たちは労災の認定をする際に、上司側の言い分と部下側の言い分を調査するのですが、大抵の場合、上司はパワハラなんてしていない、自分はあくまで、部下が仕事ができないので指導しているだけであって、これをハラスメントといわれるとは心外だとおっしゃいます。皆さん、自分が悪いことをしているという認識がないので、なかなか会社の中でなくならないという構造があります。

大西 解決が難しいケースも多いということですね。

笹原 はい。

大西 業務指導とハラスメントの違いといいますか、分岐点はどのあたりにあるのでしょうか。

笹原 これは実際に労災認定でも非常に問題になります。例えば上司は指導だと言っていて、実際に仕事ができない部下の落ち度が仮にあったとしても、指導の仕方によって、例えば殴る蹴るなどの暴行を加えてしまっていたら、いくら本人が悪くても、それは上司の責任になります。指導はもち

ろん必要なことなのですが、暴言のような精神的なダメージも最近では認められてきていますので、ハラスメントにならない指導、これが求められています。指導していてもハラスメントに該当する内容であれば、部下に落ち度があったとしても、今はハラスメントとして認められる。そういう時代になってきています。

大西 そのあたりの認識がまだちょっと十分でない場合もあるようですね。

笹原 おっしゃるとおりです。

大西 部下の方にもし落ち度があるだけで労災で問題になった場合の認定基準というのはあるのですか。

笹原 具体的に当該労働者の行為に端を発した場合でも、正当な懲戒処分や査問組織による調査によらない不当な退職強要やいじめ、嫌がらせはハラスメントとなるという基準になっています。

大西 パワハラ労災認定のポイントはどのあたりになるのでしょうか。

笹原 本人に落ち度があって、本人が懲戒処分を受けているような場合には、もちろん本人の責任が大きく問われます。しかし、本人が失敗しただけで、それによる懲戒がないような状況において手を出してしまったり、精神的なダメージを与えるような暴言を吐いたりするのはパワハラとして認定されます。

大西 指導の方法を工夫する必要が

あると思いますが、具体的にどういった指導が適切かを教えていただけますか。

笹原 今、上司として活躍されている方というのは、かつて自分が部下だったときに受けた指導をそのまま、まねてやっているということがあります。かつて日本の企業は見て学べとか、四の五の言わずにまずはやれとか、やるとそのうちわかるというような、そういう指導が主流でした。

大西 おっしゃるとおりだと思います。

笹原 それで育っていますから、ほかの指導方法を知らないという問題がまずあります。具体的には例えばミスをするなどという指導については、「ミスをするな」と、ミスをした部下を叱るわけですが、そうすると部下はたいい萎縮してしまって緊張するわけです。次に仕事をするときに、絶対ミスをしないように気をつけるのですが、何らかの原因でまたミスをしてしまったときに、「何度言ったらわかるんだ」と言われる。重ねて叱られれば叱られるほど本人はその上司の前で萎縮してしまって、本来持っている十分なパフォーマンスが発揮できない状況になる。そうすると悪循環ですから、何をしてもミスをし続けるわけです。「ミスをするな」という否定的な指導方法で結果は改善していきません。

学校などでも最近をよくいわれてい

るのですが、列をはみ出してしまう子どもがいるときに、「はみ出すな」と叱っても、結局はみ出すのです。その代わりに、皆さんやったことがある「前へならえ」という、前の方に肩を合わせて、そこに並びなさいと、具体的に何をしたらミスをしないのかを伝えるのが今のハラスメントにならない指導の仕方として工夫されてきています。

大西 具体的に指導しなさいということですね。

笹原 そうですね。

大西 新人さんへの配慮が足りないケースも見られるので、具体的な配慮が必要かと思うのですが、どのようにしたらよいですか。

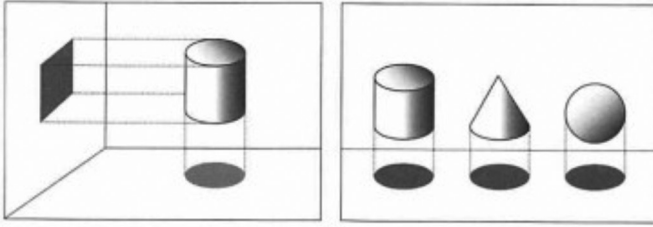
笹原 おっしゃるように、今、新人教育というのはかなり難しくなっています。というのは、職場の余裕が皆さんなくなってきたという背景があるのです。

大西 ぎりぎりで仕事をされていますね。

笹原 そうなのです。だから、人に教えている余裕がないということが一番の背景にあると思います。ただ、その中でミスをしたときに、上司側も部下側も、ミスの原因は何だったのかを追及するのです。

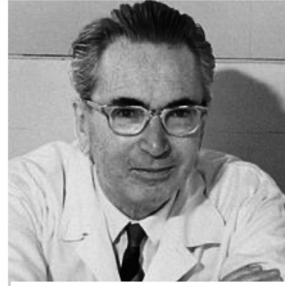
私たち医師の考え方として、病気の原因は何かを探っていくのは当たり前です。原因が1つとか2つとか単純な

図2



低次元に還元されたものから
全体を見ることは不可能である

→いろいろな視点をすることで
相談カウンセリングは役に立つ



Viktor E. Frankl (1905-1997)

渡辺俊之、小森康永著『バイオサイコソーシャルアプローチ生物・心理・社会的医療とは何か?』金剛出版、2014をもとに大井雄一氏作成

問題の場合はそれで解決しやすいのですが、残念ながら昨今、病気でいえばいわゆる生活習慣病みたいなものは多要因で、10個のリスクファクターがわかったとして、それを全部なくせるかということ、究極でいえば生活をしないのが生活習慣病にならないという矛盾した結論になり、原因を追及していくという方法だけだと限界があるのです。

最近では医学でも健康生成論という考え方があります。たばこを吸ってお酒を飲んで、体に悪いというリスクファクターをいっぱい抱えているのだけ

ども、80歳を超えても非常に元気な方々はリスクを持っていても、それを上回るだけの健康を保つまた別の要因を持っているということです。ですので、ミスの原因だけにとらわれるのではなくて、その逆側、より健康になる要因、つまりどうやったら仕事ができるのか。指導もミスの原因追及に加えて、そのプラスの要因を探っていくこととなります。

大西 ハラスメントのない明るい職場を作るには今後どうしていったらいいか、何かアドバイスをいただけたら

と思います。

笹原 お互いにとにかく会話をきちんとし、どういう過程でミスが起きてきたのか、それを修正していくには何が必要なのかということ、本人の視点、上司側からの視点の両方から見て、一方的に決めつけないようにします。例えば円柱があったときに、光の当て方によって見えるものが違う（**図2**）と思うのです。上から見る人は丸に見えますし、円柱を横から見ている人は四角だと主張しますし、どっちの方も見ているものは一緒なのですが、見方が違うと物が違ってきてしま

います。同じ仕事に対しても、部下の方はここがよくなかったのではないかと思うところがあるわけです。ここを工夫したらできるのではないか。でも、上司から見ると、いやいや、そこは君、違うよ。そこではなくて、実はこっちのほうが大事だよ、とそういうお互いの認識をきちんと対話によってすり合わせていくことで物事の全体像が見えてきて、実際はこうすれば具体的によくなるのではないかと、そういう方向にたどり着くのではないかと考えています。

大西 ありがとうございます。

「薬に頼らないところの健康法」

獨協医科大学埼玉医療センターこころの診療科教授

井原 裕

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 「薬に頼らないところの健康法」についてうかがいます。そもそもうつ病などを薬によって治療することが盛んに行われるようになったのはいつ頃からなのでしょう。

井原 1999年に新型の抗うつ薬が市場に出るようになりました。フルボキサミンという薬が最初で、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）と呼ばれる新型の抗うつ薬です。このときに製薬会社が大きくうつ病啓発キャンペーンを行いました。このキャンペーンによって、自分はうつ病なのではないかと思ってメンタルクリニックを受診する方が増えました。そのあたりから、つまり薬物療法が盛んに使われるようになる前に、まず自分はうつ病なのではないかと疑問を感じて、メンタルクリニック、精神科の外来を訪れる患者さんが増えたのが1999年以降です。

それ以前はうつ病の方が自分はうつ病なのではないかと思ってメンタルクリニックを自主的に受診することは少なかったのです。日本の文化の中では、精神

科はまだまだ一般的でなく、どちらかといえば、統合失調症御用達という雰囲気がありましたから、行くのをためらっていたと思います。それが1999年以降はわりと、気軽にというわけではないけれども、以前と比べればちゅうちょなく受診するようになった。それで患者さんが増えたということがあります。

齊藤 国際的にはどうだったのでしょうか。

井原 欧米では日本よりも10年ぐらい早く新型抗うつ薬、SSRIが使われるようになっていました。日本は10年遅れていたのです。製薬会社が日本に対してSSRIをプロモートしなかった一番の理由は、マーケットが小さいと思っていたからです。ただ、日本も欧米と同じように高度産業化社会で、実際には高度産業化社会独特のうつ病患者さんが多いはずだという意見も出てきたときに、まずは市場の掘り起こしが必要だろうと製薬会社が考えたのは非常に正しかったと思います。うつ病患者

さんを掘り起こして、そこに抗うつ薬が使われるようになりました。

齊藤 欧米での先立った使用で、どういったことを医師の皆さんは感じていたのでしょうか。

井原 1990年代の後半、私はイギリスにおいてイギリスの精神科医とも話す機会があったのですが、当時から医師、つまり薬物療法を行っている実践家の立場から、喧伝されるほどには効かないという抗うつ薬懐疑論、新型抗うつ薬の効果に対する疑問が出てきていました。さらには、当時からすでに論文になったものはバイアスがかかっている。つまり、プラセボと比較して有意差が出たポジティブデータしか論文になっておらず、その背後に論文にならなかった、つまりプラセボと有意差がつかなかった研究が膨大な数隠されているのではないかといううわさすら、すでにささやかれていました。

齊藤 そうしたことなのですね。

井原 その後、事実が2008年ぐらいから一気に出てきたのです。

齊藤 そういったことが背景にあった、薬に頼らないでということですが、具体的には何が重要なのでしょうか。

井原 今回、「薬に頼らないこころの健康法」という言い方をしていますが、健康を作るというのは薬で得られるわけではなくて、生活習慣です。例えば、風邪にかかりにくい体、抵抗力のある体を作ろうと思ったら、睡眠、

運動、食事に気を使って体自体をある程度丈夫にしなくてはいけないと思います。心も同じなので、こころの健康法、つまりうつになりにくい心になる。あるいは、うつになった場合にも、その症状が軽く、早めに回復できるような心と体を作っていくことが必要になってきます。そういう健やかな心と体を作る方法は、薬ではなくて、やはり生活習慣です。そうなったときに、睡眠、運動、食事ないしアルコール、こういったことを見直していく必要があると思います。

齊藤 最も重要なのは何ですか。

井原 一番大切なのは睡眠だと思います。一般論として、働き盛りの人は睡眠不足で、高齢者やリタイアした方の場合には睡眠過多というわけではないけれども、臥床、つまり横になっている時間が長すぎるという問題があります。それから、中学生、高校生、若者世代は睡眠のタイミングが悪い。寝るのが遅すぎて、起きるのが遅くなってしまったりする。つまり、働き盛りは睡眠不足、高齢者は横になる時間が長すぎる、若者は睡眠のタイミング、という問題です。

齊藤 うつの人が先生のところで新たな治療を目指したいとなると、具体的にはどのようなことになりますか。

井原 例えばリタイアした高齢者の場合、生活リズムを見直してみると、過度の安静、過度の臥床がある場合が

多いのです。もう一つの問題として、激励してはいけないといういわゆる激励神話というものがある精神医学の世界にはあります。これははっきり言ってしまうと何の根拠もないのですが、高齢者に対してあまりにも安静をお勧めしすぎるとよくないのです。安静というのは体にとって侵襲になります。人間の体というのは、7時間眠って、17時間は起きている。17時間は地球の重力加速度に逆らう生活をしないと体が弱ってしまうので、高齢者の場合、横になっている時間が長すぎるのではないかとこのところを見ていきます。本人はそのつもりでなくても、家族に聞いてみると、昼間にけっこうウトウトしている時間が長いとか、夕食が終わったらすぐに部屋に戻って寝ている、あるいは朝ごはん、お昼ごはんの後もゴロンと横になっている。こういう生活になっている場合が多いのです。

齊藤 働いている人はどうですか。

井原 働いている人の場合は、我々医師も人のことを言えた義理ではありません。医師でも寝不足自慢をする人がいますから。しかし、ビジネスパーソンの場合には押しなべて睡眠が不足しています。睡眠が不足している理由は、長時間通勤などの場合もありますからなかなか難しいのですが、一般的に日本人のビジネスパーソンは睡眠の時間が短すぎると思います。

齊藤 まずはどういったことを先生

はお勧めになるのですか。

井原 その方の生活実態をまずうかがいます。例えば会社に通勤することを前提に、会社に遅刻しないので着くためには朝何時に出発しなければいけないか、何時に朝ごはんを済ませなければいけないか。逆算して、何時には目覚めなければいけないのかを計算します。それが例えば6時という回答が得られたならば、では6時起床、7時間睡眠ですから、23時に寝る。23時に寝て6時に起きるというリズムを目標にしましょうというようにお勧めします。

たいていのビジネスマンは、6時起床だけでも、寝るのが遅い場合があるのです。ですから、早めに就寝するように促すのですが、あまりにも長時間労働を強いられるような会社の場合もあるので、必要に応じて会社に意見書や意見を記した診断書を書く場合もあります。就業継続は条件付きで可能である。その場合の条件は、向こう3カ月、時間外労働を何時間にとどめるとか、時間外労働を控えるなどの条件を付けて提出します。

齊藤 眠るためには運動が前提になりますか。

井原 そうですね。一定の肉体疲労があって初めて質のいい睡眠が得られますので、運動というのは大事です。ただ、働き盛りの人間はスポーツジムに行く暇などないので、通勤を運動の機会にさせていただく。例えば、家から

駅まで歩き、乗り換えのときに階段を歩くとか、そして駅からまた会社まで歩く。会社の中では、場合によっては階段を17階まで歩いてもらうとか、17階は無理にしても、そんなふうにして日常生活の中で歩く機会を持っていた。そして目標として1日の歩数合計7,000歩ぐらいを目指していただきます。

齊藤 それを外来で指導するのですね。

井原 そうですね。

齊藤 次の診察のときに評価してアドバイスしていく。その人に合わせてやっていくということでしょうか。

井原 そうですね。特に私の場合、睡眠日誌というものをつけてもらいます。そこには24時間×14日間が表側、裏を返して裏側にも24時間×14日間書けるようになっているのですが、何時に寝て何時に起きたかを書いてもらっ

て、右の空欄に歩数を書いてもらうのです。

齊藤 それによって評価して次回はここを頑張ろうなどとアドバイスをするのでですね。

井原 そうです。

齊藤 先生は、患者さんが気づいて自分で治っていくことをサポートするということですか。

井原 おっしゃるとおりです。患者さんにも申し上げていることなのですが、私が患者さんを治してさしあげるわけではありません。私が行うのはこうすればメンタルがよくなりますよという提案です。ですから、スポーツのコーチとか、経営改善のための経営コンサルタントと似ています。実行していただくのはあくまで患者さんご自身だと、そういうスタンスになります。

齊藤 どうもありがとうございました。

職域精神保健の将来展望：領域を越えた協働チーム

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 齊藤郁夫）

齊藤 白波瀬先生に企画いただいた職域精神保健が最後になるので、まとめをしていただきます。長時間労働でメンタル的に体調を崩す場合があり、今、時間管理がいろいろな領域で話題になっていますね。

白波瀬 確かに最近は、企業だけでなく、医師の世界でも働き方改革が進められています。また、教師も働き方を考えていかなければならないという流れがあると思います。

齊藤 今まで医師はたくさん働くほど経験が多くなるのでよい、みたいな考えがありましたが、これもしっかり時間管理をして、長時間労働の場合は面接をしないといけないという動きが、待たなしで来るようですね。

白波瀬 今、病院では、2024年4月から開始される働き方改革に向けての体制作りが急ピッチで進められています。

齊藤 病院にとってはたいへんなことですが、医師の健康管理に加えて、医師が接する患者さんの安全という面

もあるのですね。

白波瀬 単純に働く時間を短くすればよいというわけではなく、患者さんにきちんとした治療を安全に提供するためには、チーム医療を併せて実現していかななくてはならないと考えます。

齊藤 仕事量もさることながら、仕事の質といいますか、仕事のコントロール、コミュニケーション、ハラスメント、あるいはクラッシャー上司、対人関係の問題がありますね。その辺についてまとめていただけますか。

白波瀬 病院は、医師だけでなく、医療技術部門、そして看護師も病棟ごとで独立しているところがあり、風通しがよくないともいえます。そのために、その部門独自の厳しい指導方法があったり、ハラスメント的な言動がまかり通っていることがあります。2022年4月からハラスメント防止法が中小企業にも義務化されましたが、今後は何か困ったりつらいなど思ったりしたときに、声に出せる体制が少しずつ整ってくるのではないかと考えます。

齊藤 そういう体制をしっかりと作って、ハラスメント的なことが起こった場合にしっかり対応することがハラスメントをされている人にとっても心の安定になるでしょうし、また知らず知らずにハラスメントをしている人へも影響があるということでしょうか。

白波瀬 今ご指摘いただいた部分はとても大切だと考えます。ハラスメント対策の目的は、誰かを処罰することではなく、みんなが働きやすい職場を実現することです。自覚せずに行っていた言動を見直してみる、あるいはどのようなコミュニケーションの取り方をすればよいかを相談してみる、そんな機会にしていいただければと思います。

齊藤 体制を作って、そういう方針でやるとトップから話をするようになりますか。

白波瀬 ハラスメント防止には、トップの宣言が不可欠です。まず「当院（当社）では、ハラスメントは許しません」と宣言し、それに呼応するかたちで具体的な動きが現場で始まる。トップと現場という両側から整備されていることがとても大切です。

齊藤 産業医は長時間残業健診やストレスチェックの後の面談でかなりセンシティブな情報を聞きうる立場です。それをうまく加工して話を進めていくということでしょうか。

白波瀬 産業医には、これからハラスメントの問題に積極的に関わってい

ただくことが重要だと考えます。また、社員の方に、こういう話を会社をしっかり伝えることの大切さや、きちんと対応してもらえることを情報提供する役目を果たしていただければと思います。

齊藤 産業医は少し裏方的な仕事になりますが、重要だということですね。それでもうまくいかない場合、産業医として、どういったことを話すかヒントはありますか。

白波瀬 メンタルヘルス不調のエピソードを失敗とか挫折としてではなく、これからその人が健康で働き続けるための課題を見つけるための大切な経験として取り扱うのがよいと考えます。これまでの働き方ではどこか無理があった。その無理な部分を見つけて修正することで、今後しっかり働けるようにしていくという考え方です。産業医には、健康管理という面から社員の働き方を指導するコーチのような役割を果たしていただけるとよいと考えます。

齊藤 その会社に合わないので辞めていくようなことが起こった場合に、産業医としてそういった声かけをして、これを機にさらに発展して社会とつながってもらうということですか。

白波瀬 会社を辞めることは必ずしも失敗や挫折ではないと考えます。相性というものがあると思います。退職するかしないかではなく、その退職体験をいかに次に生かしていくかを強調

いただけるとよいと考えます。

齊藤 去っていく人たちの社会とのつながりはどうなるかが気になるのですが、自己を見つめ直してもらって、これからも社会とのつながりを持ってもらうということでしょうか。

白波瀬 産業医という立場では、退職して会社から離れた人との接点はなくなります。ただ、その人が引き続き社会の中で生きていくことを考えて、社会の様々なネットワークにつながるができるように支援いただけるとよいと思います。それもまた、退職していく人にとって助けになると考えます。

齊藤 医学を背景にして、幅広い常識を持ってアドバイスしていくということでしょうか。

白波瀬 本当にそのとおりだと思います。医学といいますと、どうしても病気を治すということに限定してしまいがちになる。でも、人が社会の中で生きていく、それも健康に生きていくには、医学以外にたくさん力が必要です。両立支援が今注目されていますが、病気を持ちながら社会で生きることも、健康に生きていく一つのかたちだと思います。病気を治すだけでなく、完全には病気を治せないけれども、その人が社会で生きていくのを医学の面から支援するという観点も持っていたらいいと思います。

齊藤 最近、いろいろと物騒な事件

がニュースで報じられますが、孤立した人たちについて、精神科医あるいは産業医も含めて、どう対応していくべきでしょうか。

白波瀬 本当に難しい問題ですね。何か一つ解決できれば、そのような行動を防ぐことができたという単純な問題ではないと思います。それでも、それらの行動に至る要因として、社会からの孤立があると思います。孤立した結果、自分の世界の中だけで生きるようになる。その点からいえば、その方々も社会の中で、社会とつながって生きていけるように、精神科医、そして産業医も我が事として考えるのが重要と考えます。

齊藤 先生は、no man's landという言葉を使っていますが、未知の領域がまだまだあるということでしょうか。

白波瀬 no man's landは本来、誰も立ち入ることができない無人地帯という意味です。でも、見方を変えれば、領域を越えた人たちが集まって、新しいものを作っている、そういう可能性を持った場所と考えることもできると思います。

齊藤 産業医としてこれからやっていく仕事はまだありますね。

白波瀬 そうですね、自分の仕事は自分で枠を決めるのではなくて、新たな産業医のスタイル、姿を作っていたらいいと思います。

齊藤 ありがとうございます。