

## 平成30年度第4回マスコミとの懇談会

「そのチャイルドシートで子どもを守れますか」



理事 白井 和美



3月15日、第4回マスコミとの懇談会を開催した。今回は、「そのチャイルドシートで子どもを守れますか」をテーマに、県立南部医療センター・こども医療センター副院長の小濱守安先生にご講演頂いた。先生は、皆様もご存じの通り、前任の中部病院で小児救急に従事され、その間に車両内で交通事故被害にあった子どもたちを500名以上治療してこられたご経験から、チャイルドシートの正しい装着の重要性に気付かれ、啓発活動を行っておられる。沖縄県は、全国の装着率62%に比し、43.4%と低く、都道府県別では最下位を堅持しているという。講演では、正しい装着が行われない場合に、チャイルドシートから子どもがすり抜けるサブマリン現象や、上半身の固定が不十分の際に生じるジャックナイフ現象、チャイルドシートによる窒息、エアバッグによる頸椎骨折のメカニズムを具体的に紹介された。正しいチャイルドシートの装着には、大人が十分力を込めてしっかりと固定しなければならないこと、週1回は再確認が必要なこと、子どもの年齢、体格にあったものを使うことをはじめとして様々な注意点があり、今後は是非とも一般に啓発する必要のある重要な情報であると感じた。

### マスコミとの懇談会出席者

#### 1. マスコミ関係者

(順不同)

No.	氏名	役職名	備考
1	大城 勝太	エフエム沖縄放送局 放送制作部主任	エフエム沖縄放送局
2	前森智香子	琉球新報社 社会部記者	琉球新報社
3	関口 琴乃	琉球新報社 文化部記者	琉球新報社
4	金城奈々絵	ラジオ沖縄 報道部	ラジオ沖縄
5	新垣 綾子	沖縄タイムス記者	沖縄タイムス
6	吾津洋二郎	琉球放送記者	琉球放送
7	安里 則哉	タイムス住宅新聞社 編集部主任	タイムス住宅新聞社
8	照屋 信吉	FM たまん取締役	FM たまん
9	大城 作	FM たまん取締役	FM たまん
10	城前 ふみ	エフエム二十一企画営業	エフエム二十一
11	泉川 尚哉	ぎのわんシティ FM 企画営業	ぎのわんシティ FM

#### 2. 沖縄県医師会関係者

No.	氏名	役職名	備考
1	小濱 守安	県立南部医療センター・ こども医療センター 副院長	県立南部医療センター・ こども医療センター
2	照屋 勉	広報委員	てるや整形外科
3	白井 和美	広報委員	白井クリニック
4	出口 宝	広報委員	もとぶ野毛病院

## 懇談内容

### 懇談事項

そのチャイルドシートで子どもを守れますか  
 沖縄県立南部医療センター・  
 こども医療センター 副院長 小濱 守安



#### 1. はじめに

道路交通法の改正により 2000 年 4 月から運転者はチャイルドシートをしない 6 歳未満幼児を乗せて自動車を運転してはならないこと

になりました。但しバス、タクシーなどの公共乗物は努力義務となっています。2018 年の JAF 調査では、6 歳未満児の装着率は全国が 66.3% に対し沖縄県の装着率は 50% と全国ワースト 3 でした。また車両シートにそのまま着座 26.5%、チャイルドシートにそのまま着座 11%、大人用シートベルト着用 7%、保護者抱っこが 5.5% という状況でした。

#### 2. チャイルドシートはどうして必要なのでしょう

自動車は、大人の体格を基準に設計されているので、座席は子どもには大きすぎます。大人を守るために開発されたシートベルトでは、車内に乳幼児をしっかり固定することは難しく、着用していても車内外へ飛び出し大けがをする可能性があります。またベルトが頸部にかかっていると、急ブレーキなどの際に下半身から身体が前方に滑り出るようになり頸部がひっかかる状態になる危険性があります。また肩からのベルトが外れ腹部だけが固定された状態になると事故の衝撃で腹部が圧迫される状態となり、腹部臓器の損傷を来す可能性があります。すなわち子どもを安全に車に乗せて移動するには、(1) 適切に子どもを座席に固定することで、事故に遭遇しても、子どもが車内または車外に放出されない。

(2) 子どもが車内を自由に動けないように拘束する。(3) 成人の体格に調整されている座席を補助装置を用いて子どもを固定する(チャイルドシート)、(4) 快適性や利便性は副次的なもの。だから子どもが嫌がるのは当たり前なのです。大人でさえも後部座席での着用率の低さを考えると、子どもが嫌がるのも理解できると思います。平均的速度である時速 50km で壁にぶつかる衝撃は、約 10m の高さ(3 階建ビル屋上) からコンクリート路面に落下することに匹敵するといわれます<sup>2)</sup>。衝突により車が変形して衝突のエネルギーを吸収し、車体がクッションの役割を果たします。シートベルト着用または、チャイルドシートに正しく装着固定されていると、衝突の瞬間も車中の乗員は車と同時に停止し、車内構造物や車外に放出されることはありません。でもシートベルトやチャイルドシートを正しく着用していないと、乗員は慣性で進行方向に向かって放出され、壁に激突してしまい高エネルギー外傷を生じることになります。保護者が抱っこをしていても事故の衝撃から子どもを守ることにはできません。急停車時に抱っこで幼児を支えられるのは時速 5~7km が限界です。時速 40km で衝突すると、体重 5.5kg の赤ちゃんには、110kg に相当する慣性力が加わり、保護者の手で子どもを支えることはできません。

#### 3. 車内での子どもの適正な着座位置と子どもの向き

子どもが乗用車内で着座する場合、大きく運転席、助手席、助手席側後部座席、後部座席中央、運転席側後部座席の 5 カ所の着座可能な座席があります。子どもにとって最も安全な座席はどちらでしょうか。まず運転席は不適切であることが明白です。実際には子どもを抱っこしながら運転し事故に遭遇した事例もあります。助手席はどうでしょうか。母親一人で子どもを

乗せて運転する場合、子どもの顔が見えないことは心配です。助手席に後ろ向きでチャイルドシートを固定すれば運転中も子どもの顔が見え、子どもも母親の顔が見えて良さそうに見えます。日本では前部座席に座らせていることが多いのですが、助手席のダッシュボードにはエアバッグが設置されています。エアバッグは事故の際に瞬間的に作動し、ダッシュボードへの衝突を回避し、助手席の乗員保護をする装置です。助手席のエアバッグは運転席より容量が約1.5倍大きく、展開速度は時速200km以上です。衝突などの衝撃でエアバッグが展開するとチャイルドシートが助手席に向かって衝突する形態となり、受傷リスクが高まります。海外車種の一部に、助手席のエアバッグ展開を中止させる機能を有する車種もあるようですが、基本的に助手席の後ろ向き装着は避けるべきです。それでは前向き装着はどうでしょうか。前向きにチャイルドシートを装着すると子どもの位置は運転手より前方に位置することになり、よりエアバッグに近づくため、大人以上に大きな衝撃を受ける可能性があります。助手席は事故の際に受傷リスクが最も高い座席であり、エアバッグによる損傷も考慮すると、できるだけ避けたいところです。海外ではエアバッグの展開により助手席の幼児が頸部損傷を受けた報告があります。やむを得ず助手席に装着する場合は、できるだけ座席を最後まで退いて取り付けることが肝要です。助手席より後部座席に着座している子どものほうが40%けがをする可能性が低いのです。理想的には、後部座席中央があらゆる方向からの衝突に対して生存空間が確保されやすいと考えられますが、残念ながら車後部中央にチャイルドシートが安全に装着可能な車種は限られているようです。国際標準のISOFIXタイプのチャイルドシートは装着できず、シートベルトによる固定となります。従って現実的には助手席側後部座席または運転席側後部座席が望ましい装着部位となります。後部座席は助手席より子どもの

死亡率を27%減少できるとの報告もあります。中でも万が一の事故において自分で乗降車できる子どもが、すぐに安全な歩道側へ避難できることから助手席側後部座席がよいといわれています。また後部座席チャイルドシートに着座している子どもは後ろ向きがよいのでしょうか、前向きがよいのでしょうか。前向きに着座させていると、急停車や衝突事故の時、相対的に頭部の割合が大きい乳幼児で頭部が首を基点に頭部が大きく前方に振られ、その後後方に大きく振り戻され、チャイルドシートに後頭部を打ち付ける様態になります。後ろ向きに座らせている場合、急停車や衝突事故時、まずチャイルドシートに接着している背中、肩、腰など体全体で衝撃を受け止め、衝撃が軽減されその後、頭部が軽く前屈し首を基点にした頭部の揺れは少なくなります。車で出かける際には、チャイルドシートは後ろ向き装着が推奨されます。

#### 4. チャイルドシートの選択

年々、チャイルドシート装着率は改善していますが、全国調査でも不適切な装着が53.8%ありました<sup>1)</sup>。チャイルドシートは取り付けが容易で、正しく使い続けることができるもので車の座席の形状に合うものを選択します。チャイルドシートメーカーによる適合表がありますが、できれば実際に正しく取り付けられるかを確認するとよいでしょう。シートベルトによるチャイルドシート固定方式は、次第にシートベルトが緩み、グラグラするので定期的に固定状況を確認することが必要です。チャイルドシートを揺ると車全体が揺れるのがしっかり固定されている状態です。装着したチャイルドシートに保護者の体重をかけたときシートベルトが緩む場合、再固定が必要です。2012年7月以降生産される乗用車に、安全・簡単に固定できるISOFIX方式のチャイルドシート取り付け装置の装備が義務付けられています。その他、中古チャイルドシートや未承認チャイルドシートの問題、通園バスにおける着用、特殊な医療を要する子ども

への対応など課題は多いのですが、乗車中の不慮の交通事故から子どもを守るためにチャイルドシートの正しい装着を推進啓発していく必要があります。

参考文献

- 1) <http://www.jaf.or.jp/eco-safety/safety/data/pdf/crsdata2018.pdf>,2019.3.14引用.
- 2) 締めよう、シートベルトイタルダイインフォメーション 42,2003.

質疑応答

○白井理事

小濱先生ありがとうございました。本日のテーマの「そのチャイルドシートで子どもを守れますか」について大変分かりやすくご説明いただきました。これより質疑応答に入らせていただきたいと思います。どなたかご質問ございませんか。

○大城氏 (エフエム沖縄)



小濱先生、当県の状況について詳細なデータ等を示して頂きながらの講演で大変分かりやすいご講演ありがとうございました。先生へお聞きする内容ではないかもしれませんが、小さい子どもが駄々をこねてチャイルドシートに乗りたがらないというケースも多くあると思いますが、そういった際の対応等について、何か対応策等の情報がありましたらお聞かせ下さい。

○小濱先生

小さい子どもをいきなりチャイルドシートに乗せようとすると嫌がるのは当然な事だと思いますが、例え近く迄の目的地に連れて行く時でも必ず車に乗せる際に、毎回チャイルドシートに乗せてあげる事で、自分が座る位置を覚えていく為、嫌がるという事も徐々に少なくなっていくのかなと考えます。また、長時間の運転になると途中から嫌がる事も考えられる為、早めに休憩を取ったりすることも1つの方法かなと思います。

○前森氏 (琉球新報社)



大変分かりやすいご説明ありがとうございました。先生へお聞きしたいのですが、沖縄は全国よりもチャイルドシートの装着率が低いとのお話がありました

が、順位はどれくらいかお聞かせください。また、子どもがチャイルドシートを嫌がるというのは全国どこでも同じではないかと思いますが、装着率が低い理由等がありましたらお聞かせ下さい。

○小濱先生

チャイルドシートの装着率は全国で最も悪い状況になっています。また、装着率の低い原因については個人的な意見となりますが、本県の特徴としては子どもがぐずらないように大人が抱っこして車に乗せているケースが多いのかなと思います。

○照屋常任理事



小濱先生本日はご講演ありがとうございました。1点お聞かせいただきたいのですが、先生のお話の中で、特殊な医療を要する子どもについては法律上、チャ

イルドシート着用の義務が無いとのお話がありました。どのような状態の子ども達の事なのかお聞かせ下さい。

また、チャイルドシートの価格や購入の基準となるようなものがあればお聞かせ下さい。

○小濱先生

例えばですが、車椅子に乗っている子ども達や、首の位置を動かす事が難しい子どもたち、泣き出すと心臓が苦しくなるような子ども達が含まれます。

もう1点ご質問がありましたチャイルドシートの価格ですが、1万円前後ぐらいから販売されていると思いますが、Eマークがついている物は安全基準に適合しておりますので、購入の際はそちらの方を目安に購入されるのがいいのかなと思います。個人的な意見ではありますが、少し割高になってしまうのですが、ISOFIX チャイルドシートをお勧めします。

また、チャイルドシートの正しい装着方法の講演等について以前は企業の方と一緒に10年程行っていましたが、企業の事情によってここ数年は開催出来ていないので、いずれは再開出来れば良いなと考えています。

○出口先生



小濱先生ありがとうございました。私も先生の講演を聞いて、勿論チャイルドシートを装着してはいたのですが、過去の状況を考えると少しゾットした部分も

ありました。小濱先生へお聞きしたいのですが、交通事故の際の車内の成人と子どもの致死率に差があるとお話がありましたが、成人と子どもの外傷等の違いがあればお聞かせ下さい。

また、有名な自動車ジャーナリストによる誤った情報が掲載されているケースもあり、マスコミの報道にも注意が必要かと思います。

○小濱先生

きちんとチャイルドシートを装着していない場合は、天井やフロントガラス、ダッシュボードの部分に頭部をぶつけてしまうケースが多いのではないかと思います

○照屋常任理事

チャイルドシートは和製英語であると思いますが、英語では car seat 又は safety child seat と言われているようですので、個人的な意見ではありますが、是非、日本語でもセーフティーチャイルドシートという言葉を使っていただくと、皆さんの意識が変化するのではないかと思います。

○白井理事

日常でよく見かける風景として、母親あるいは、父親一人が運転している車内に子どもを複数名チャイルドシートに乗せて運転している光景というのは良くあるのではないかと思います。先生のお話の中に運転者以外にもう一名大人がいるという事が望ましいとお話がありましたが、やはりどうしても大人が一名しか車内にいないというケースも多いのかなと思いますが、注意点等あればお聞かせ下さい。

○小濱先生

やはり、首がすわっていない子どもを車に乗せる場合には運転者以外にもう一人いるのが望ましいと考えますし、やむを得ない場合に関しても長距離の運転は避けていただきたいと思います。

○白井理事

そろそろ予定の時間になりました。小濱先生本日はありがとうございました。皆様、本日は長時間ありがとうございました。

# 「命ぐすい耳ぐすい」/沖縄タイムス 「ドクターのゆんたくひんたく」/琉球新報 原稿募集のご案内

## 広報委員会

広報委員会では、県民の健康増進に資するため、沖縄タイムス及び琉球新報の紙面を借りて医療に関する情報を提供しております。

つきましては、会員の皆さまからの原稿を下記のとおり募集いたします。

なお、執筆内容が専門的な傾向にならないよう、文章全体のトーンとしては、一般の読者が親しみやすいように専門用語は出来るだけ控えた平易な表現でお願いします。

### 記

#### ○掲載日

沖縄タイムス「命ぐすい耳ぐすい」

：毎週木曜日

琉球新報

「ドクターのゆんたくひんたく」

：毎週水曜日

#### ○掲載要領：

##### ①字数

沖縄タイムス「命ぐすい耳ぐすい」

：800字程度（本文のみ）

琉球新報「ドクターのゆんたくひんたく」

：800字程度（本文のみ）

※各20字程度の字数増減可

・注釈をつける場合は、その字数も含める。

②原稿のタイトル並びにサブタイトルを10文字程度でお付け下さい。

③新報のみ図やイラスト、グラフの添付は可能。

・図やイラスト、グラフは簡単な原稿をいただければ、新聞社のデザイン係の方で紙面用に仕上げます。

④本企画は、県民の健康増進に資するため、医療知識の適切な提供とその啓発普及を主旨としております。企画主旨にそぐわない内容・表現について、または修飾語、助詞、見出しについては、新聞社・編集側にて若干の手直しを行う場合がありますので、ご了承下さい。

⑤自院の紹介等、特定の医療機関に偏る表現・内容、イベントの告知等はお控え下さい。

⑥新聞掲載に際して著作権は本会に帰属されます。ご投稿は同意されたこととみなしますのでご了承下さい。

⑦新聞掲載の採否については広報委員会にご一任下さい。

⑧文中に固有名詞の使用はお控え下さい。

⑨他誌に掲載済みの原稿は掲載いたしかねますので、ご了承下さい。

#### ○原稿の送付先

〒901-1105

南風原町字新川218-9

沖縄県医師会広報委員会宛



## 保険請求に関する注意点について



常任理事 平安 明

今回は、最近ご照会が増えております「向精神薬の長期処方」について、また、個別指導時に指摘されるケースが多い「診療情報提供料（I）」について取り上げます。

### 1. ベンゾジアゼピン受容体作動薬の長期処方による減算について

平成30年度診療報酬改定において、向精神薬の長期処方の適正化として、ベンゾジアゼピン受容体作動薬である抗不安薬等を1年以上、同一の用法・用量で継続処方している場合、処方料42点を29点に、処方箋料68点を40点に減算する取扱いとなりました。

ただし、不安又は不眠に係る「適正な研修」を修了した医師が処方した場合は除くこととなり、「適切な研修」について、厚生労働省の疑義解釈では次のとおり示されています。

- 日本医師会の生涯教育制度における研修（日医eラーニング含む※）において、不眠（CC20）、又は不安（CC69）を各々1単位（合計2単位）以上、又は何れかを2単位以上取得すること
- 公益社団法人全日本病院協会による「向精神薬の適正使用に係る研修」

減算とならないのは、研修を修了した医師が処方した場合であって、同一医療機関の研修を受けていない医師が処方した場合は減算となるので注意が必要です。

また、精神科薬物療法に係る研修を修了した医師、当該処方の直近1年以内に精神科の医師から助言を得て処方した場合も除かれます。

なお、現状、研修を修了した旨の届出は必要ありませんが、指導等に備えて、受講証もしくはeラーニングで受講された場合は日医生涯教育on-lineの取得単位等確認画面から取得したカリキュラムコードをプリントアウトして、保管しておくといいです。

※日医eラーニングには、不安（CC69）のコンテンツが無いいため、不眠（CC20）の3項目のうち、少なくとも2項目を受講してください。

### 2. 診療情報提供料（I）について

いわゆる紹介状ですが、個別指導では次の指摘が多く見受けられます。

- ①紹介先の機関名を特定していない文書で算定している。
- ②項目欄（傷病名）への記載がない。
- ③他の医療機関から診療情報の提供を依頼され、それに回答したものについて算定している。

同点数の算定要件には、「保険医療機関の診療に基づき、別の医療機関での診療の必要性を認め、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて紹介を行った場合」とあり、また、紹介に当たっては「事前に紹介先の機関との調整が必要」となっています。紹介先のないものや、単に患者さんの求めに応じて紹介状を書いた場合には算定できませんので、ご注意ください。

なお、紹介状は、別紙様式11に準じて記載すること、交付した紹介状の写しを診療録に添付することが必要です。

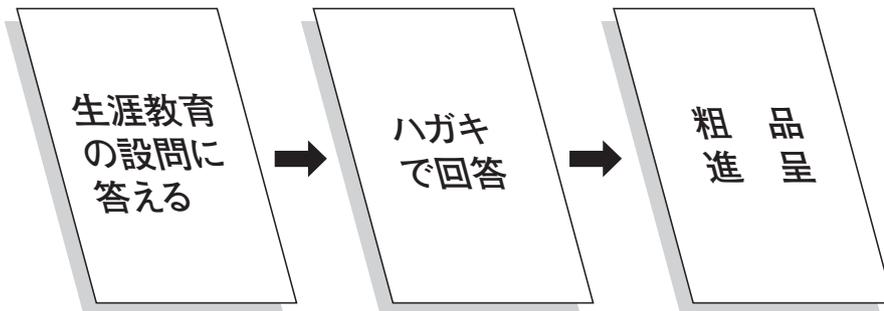


## 沖縄県医師会報 生涯教育コーナー

当生涯教育コーナーでは掲載論文をお読みいただき、各論文末尾の設問に対し、巻末はがきでご回答された方の中で高率正解上位者に、粗品(年に1回)を進呈いたします。

会員各位におかれましては、多くの方々にご参加くださるようお願い申し上げます。

広報委員



●掲載論文を読み設問に答える

●県医師会にハガキで回答する

●高申告率、高正解率の方へ粗品進呈



# 多発性脳転移に対する海馬保護・同時ブースト (Hippocampus-Avoiding Simultaneous Integrated Boost, HA-SIB) 全脳照射法の検討

河島 光彦、峰村 健一、中村 基子、伊藝 和樹  
佐加伊智也、津嘉山 瞳、比嘉 明美、宮城麻里子  
社会医療法人敬愛会 中頭病院 放射線治療室

## 【要旨】

多発性脳転移に対する海馬保護・同時ブースト全脳照射 (Hippocampus-Avoiding Simultaneous Integrated Boost, HA-SIB) 法について検討した。8例に実施し、3例で1年以上脳転移が消失した。1年生存例での明らかな認知機能低下は見られていない。全脳照射の脳内再発予防効果と、定位照射の局所制御効果、さらに認知機能の保護効果を併せ持つと期待される HA-SIB 法は、選択された多発性脳転移患者に対して検討されるべきであるが、その実施には強度変調放射線治療 (intensity-modulated radiotherapy, IMRT) や強度変調回転放射線治療 (volumetric-modulated arc therapy, VMAT) を適切に行う必要がある。最新の高精度放射線治療技術を安全に提供するための体制整備が重要である。

## 【はじめに】

がん患者の約3割に脳転移が生じる<sup>1)</sup>。腫瘍が増大すると認知機能等の神経症状が悪化し、縮小によって症状は緩和される<sup>2)</sup>。1950年代以降全脳照射が用いられ、その効果は有害事象のデメリットを上回る<sup>2)</sup>。脳転移患者の生存期間の中央値は7か月程度であるが、1年以上の生存が期待できる症例も存在する<sup>3)</sup>。一般に、期待予後が3か月程度の場合全脳照射の意義は必ずしも高くはないと考えられるが、病変数が少なく全身状態良好な若年者などでは、脳転移の制御が長期生存につながりうる<sup>3-5)</sup>。

X線を用いた治療技術は、近年飛躍的な進歩を遂げた。脳転移に対しても、ガンマナイフのような侵襲的な患者固定法を用いなくても、簡便な固定具を用いた定位照射が可能となった。以前は全脳照射とステロイドに限定されていた脳転移治療の選択肢は、分子標的薬剤や定位照射、切除など近年非常に多様化している<sup>6)</sup>。

予防的全脳照射は、多発性脳転移患者におい

て、有症状で救済不能の脳内再発を予防する効果が期待される<sup>6)</sup>。一方で、長期予後が期待できる患者では、全脳照射に伴う認知機能(主に記憶力)低下が問題視されるようになった<sup>7,8)</sup>。その原因は海馬歯状回に存在する神経幹細胞への放射線障害と考えられ、また海馬周囲に脳転移が生じる可能性は3%程度以下と考えられることから<sup>9)</sup>、同部位への線量を低下させた全脳照射法 (Hippocampus avoiding whole brain radiotherapy; HA-WBRT) が考案された<sup>10)</sup>。

また転移性脳腫瘍の制御は、神経症状を緩和する。さらに海馬保護を同時に達成する目的で、HA-WBRTと同時に巨視的脳転移への線量を上げる方法が考案された (Hippocampus avoiding simultaneous integrated boost, HA-SIB)<sup>11)</sup>。これは最新の強度変調放射線治療 (intensity-modulated radiotherapy, IMRT) 技術を駆使すれば十分に可能な治療法である。当院での多発性脳転移患者に対する HA-SIB 全脳照射の現状について述べる。



**【対象と方法】**

当院で考えている HA-SIB 全脳照射法の適応は、以下のようなものである。

- ① 4 個以上の多発性脳転移
- ② Karnofsky performance status (KPS) が 70 以上、あるいは脳転移による症状で KPS が 60 以下に低下している
- ③ 海馬から 5mm 以内に転移巣がない
- ④ 頭蓋外病変が 3 か月以内に増悪していない

患者には脳転移の治療に関する選択肢を提示したうえで、文書による同意を得て HA-SIB 全脳照射法を行った。脳転移の診断は magnetic resonance imaging (MRI) で行う。造影 T1 強調画像を治療計画 CT (computed tomography) と融合させ、造影される腫瘍を肉眼的標的体積 (gross tumor volume, GTV) とする。また単純 T1 強調画像を用いて両側海馬を要注意臓器 (organ at risk, OAR) に設定する。OAR と GTV 以外の脳実質を臨床的標的体積 (clinical target volume, CTV) に設定する。放射線治療は Varian 社製 True Beam® を用い、軸面で 360 度 2 回転、矢状面で 180 度 2 回転の 4 アークによる VMAT を行った。線量は GTV に 50Gy、CTV に 30Gy、海馬に 15Gy 未満を 10 分割で投与することを目標とした。

**【結果】**

2017 年 3 月から 2018 年 4 月までに当科を受診した転移性脳腫瘍患者は 16 名であった。このうち、上記適応に準じて 8 例に HA-SIB 法を適用した。症例の内訳を表 1 に示す。

脳転移の部位やサイズ等によって海馬への線量が十分に低減できない症例もあったが、1 例を除き海馬への平均線量は 15Gy を下回った。前医でガンマナイフを約 50 病変に対して施行されていた症例 5 を除き、脳への放射線治療歴はなかった。

症例 7 における線量分布の概要を図 1 に示す。全例で頭痛や嘔気などはなく治療を完遂でき、HA-SIB 法に起因する重篤な有害事象は認められていない。治療後に MRI での効果判定が可能であった 6 例全例で、肉眼的腫瘍の縮小効果が得られ、うち 3 例では治療後約 1 年を経過した時点で脳転移巣の消失が維持されている。2 例は職場復帰しており、1 例は全身転移の状態である。いずれも他者との意思疎通は良好で、認知機能障害は見られていない。また、海馬周辺からの脳転移再発は見られていない。



図 1 内側が 47.5Gy 以上 (GTV) と 15Gy 以下 (海馬) の等線量曲線 (症例 7)

表 1 患者背景と転帰

症例	年齢	性別	原発部位	KPS	転移個数	最大径 (mm)	GTV†			CTV†	海馬			脳転移への効果	転帰
							最大線量 §	最小線量	平均線量		D95 ‖	最大線量	最小線量		
1	66	女	肺	60	4	18	54.5	45.0	51.0	28.0	16.7	7.3	10.5	著明縮小	1.2か月 原病死
2	48	女	肺	90	8	8	50.1	48.0	48.0	24.0	26.3	6.3	15.0	消失	17.4か月 生存中
3	45	男	肺	90	20	7	53.9	38.5	46.8	25.4	39.1	14.1	18.3	消失	15.1か月 生存中
4	55	男	肺	80	2	16	52.1	50.2	51.4	25.0	33.2	7.1	11.4	縮小	14.2か月 生存中
5	53	女	乳	70	10	20	55.9	47.3	52.7	15.3	25.4	6.5	11.1	評価不能	2.3か月 原病死
6	71	女	乳	70	15	36	49.0	13.0	48.0	26.1	18.3	9.2	12.9	評価不能	1.2か月 原病死
7	54	男	肺*	70	7	27	54.1	47.8	52.8	26.9	24.6	7.5	12.3	消失	11.4か月 生存中
8	75	男	肺	70	5	13	55.0	50.0	53.0	27.9	18.5	10.8	14.2	縮小	4.6か月 原病死

肺癌のうち\*は扁平上皮癌、他は腺癌

§ : 線量の単位はグレイ (Gy)

¶ : 肉眼的脳転移巣 (gross tumor volume)

† : GTV と海馬以外の脳実質 (clinical target volume)

‖ : CTV 体積の 95% をカバーする線量



**【考察】**

多発性脳転移に対しては、4個以上でも腫瘍体積の和が15cc以下では定位照射単独でもよいという報告がある<sup>12)</sup>。しかし、現時点では4個以上の脳転移に対する標準治療は、全脳照射±局所治療である<sup>6)</sup>。

神経幹細胞の耐容線量に関しては、十分な知見が得られていないが、両側海馬の40%で7.3Gyを超えると18か月後の認知機能が低下したという報告がある<sup>9)</sup>。しかし全脳照射後の認知機能を定量的に評価するには、言語学習テストを用いた記憶力に関する精緻な評価が必要であり、脳転移を有する患者における実施可能性は必ずしも高くない<sup>7)</sup>。本検討では8例中6例で海馬の最低線量が10Gyを下回っている

が、18か月後の認知機能評価には至っていない。しかし1年生存例はいずれも意思疎通に全く支障をきたしておらず、通常の家生活が可能であった。

HA-SIB全脳法は10年以上の歴史がある<sup>11)</sup>が、これが多発性脳転移に対する標準的治療となるかどうかは、現在進行中の臨床試験結果を待つ必要がある<sup>2)</sup>。しかし、全脳照射と定位照射のメリットを併せ持つ本法が、選択された症例では積極的に検討されるべきであろう。ただし、治療の計画や実施にはIMRTの技術とその品質管理が必要であり、最新機器のみならず、高い専門知識を有するスタッフの存在が不可欠である。最新技術を高い精度と安全性でがん患者に提供する体制の、さらなる普及が待たれる。

**【参考文献】**

- 1) Scoccianti S, et al. Treatment of brain metastases: Review of phase III randomized controlled trials. *Radiother Oncol* 2012; 102: 168-179.
- 2) Suh JH, et al. Hippocampal-avoidance whole-brain radiation therapy: a new standard for patients with brain metastases? *Journal of Clinical Oncology*, 2014; 32: 3789-3791.
- 3) Sperduto PW, et al. Summary report on the graded prognostic assessment: An accurate and facile diagnosis-specific tool to estimate survival for patients with brain metastases. *J Clin Oncol* 2011; 30: 419-425.
- 4) Mulvenna P, et al. Dexamethasone and supportive care with or without whole brain radiotherapy in treating patients with non-small cell lung cancer with brain metastases unsuitable for resection or stereotactic radiotherapy (QUARTZ): results from a phase 3, non-inferiority, randomised trial. *Lancet* 2016; 388: 2004-2014.
- 5) Sahgal A, et al. Phase 3 trials of stereotactic radiosurgery with or without whole-brain radiation therapy for 1 to 4 brain metastases: Individual patient data meta-analysis. *Int J Radiation Oncol Biol Phys*, 2015; 91: 710-717.
- 6) Tsao MN, et al. Radiotherapeutic and surgical management for newly diagnosed brain metastasis (es) : An American Society for Radiation Oncology evidence-based guideline. *Practical Radiation Oncology* 2012; 2: 210-225.
- 7) Sun A, et al. Phase III trial of prophylactic cranial irradiation compared with observation in patients with locally advanced non-small-cell lung cancer: neurocognitive and quality-of-life analysis. *J Clin Oncol* 2010; 29: 279-286.
- 8) Chang EL, et al. Neurocognition in patients with brain metastases treated with radiosurgery or radiosurgery plus whole-brain irradiation: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2009; 10: 1037-44.
- 9) Oskan F, et al. Hippocampus sparing in whole-brain radiotherapy. A review. *Strahlenther Onkol* 2014; 190: 337-341.
- 10) Gondi V, et al. Preservation of memory with conformal avoidance of the hippocampal neural stem-cell compartment during whole-brain radiotherapy for brain metastases (RTOG 0933) : a phase ii multi-institutional trial. *J Clin Oncol* 2014; 32: 3810-3816.
- 11) Gutierrez AN, et al. Whole brain radiotherapy with hippocampal avoidance and simultaneously integrated brain metastases boost: a planning study. *Int J Radiation Oncology Biol Phys* 2007; 69: 589-597.
- 12) Yamamoto M, et al. Stereotactic radiosurgery for patients with multiple brain metastases (JLGK0901) : a multi-institutional prospective observational study. *Lancet Oncol* 2014; 15: 387-95.



**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 転移性脳腫瘍は、がん患者の約 3 割に発生する
- 問 2. 3 cm 4 個の多発性脳転移に対する標準治療は、ガンマナイフ単独である。
- 問 3. 全脳照射は、新たに出現する脳転移を減らすことができる。
- 問 4. 全脳照射後の認知機能低下は、簡便な指標で容易に評価できる。
- 問 5. HA-SIB 法は、旧式のリニアックで診療放射線技師が 1 人確保できれば可能である。



3月号 (Vol.55)  
の正解

**頭頸部癌に対する治療および再発、転移症例の終末期症状の検討**

**問題**

次の設問 1～5 に対して、○か×でお答え下さい。

- 問 1. 遊離皮弁の進歩により、頭蓋底に進展する副鼻腔癌に対して開頭を伴う広範囲頭蓋底手術が可能となった。
- 問 2. 放射線療法と化学療法の組み合わせとして、導入化学療法後の放射線治療が標準治療とされている。
- 問 3. 一般的に頭頸部癌の中で喉頭癌は最も予後が悪い疾患の一つである。
- 問 4. ニボルマブの適応はシスプラチン不応、PDL-1 陽性の再発・転移頭頸部癌である。
- 問 5. 頭頸部癌終末期の死因として最も多いのが頸動脈破裂である。

正解 1.○ 2.× 3.× 4.× 5.×



# 「慢性便秘症ガイドライン2017」に基づく便秘の基本的な理解と新たな治療について



浦添総合病院消化器病センター 内間 庸文

## はじめに

本邦初の「慢性便秘症診療ガイドライン2017」<sup>1)</sup> (日本消化器病学会関連研究会慢性便秘の診断治療研究会・編) が昨年10月に発刊され、便秘症の新規治療薬も複数登場することでエビデンスに基づいた新たな診療が可能となった。高齢化社会を迎え慢性便秘症患者が増加してきている現状においては、多くの診療科でこれまでに以上の対応が必要と考えられる。

## 慢性便秘の定義・分類・診断基準

1. 定義：ガイドライン2017において、便秘は「本来体外に排出すべき糞便を十分量かつ快適に排出できない状態」と定義されている。排便の回数だけが問題では無いことに注意が必要である。

2. 分類：臨床的には症状による2つの分類が重要と考えられている。

- (1) 「排便回数減少型」排便の回数や量が少ないため、便が腸の中に滞るタイプ
- (2) 「排便困難型」量や回数は問題ないが、便が快適に排出できず、残便感があるタイプ  
さらに排便回数減少型の便秘にも2つのタイプがあり、ひとつは、腸のぜん動運動が弱くなっているために便が滞ってしまう「大腸通過遅延型」、もうひとつは、大腸は正常に動いているものの食物繊維や食事量が足りないために排便の回数が少なくなる「大腸通過正常型」である。

3. 診断基準：国際的には慢性便秘の診断はRome基準<sup>2)</sup>によってなされる。この基準は、週に3回以上便が出ない人は腹部膨満感、腹痛や硬便による排便困難に悩む事が多く、排便時

に4回に1回より多い頻度で排便困難感や残便感を感じる人は生活に支障が出るため、何らかの治療を要する事が多いという疫学的データに基づいている。

具体的には便排出障害(強いいきみ、残便感、肛門の閉塞感や排便困難感、兎糞状便または硬便、摘便などの介助が必要)があり、週3回未満の排便回数との組み合わせで診断される<sup>3)</sup>。つまり、排便回数が十分であっても排便困難感や、残便感などの便排出障害が複数あれば便秘症と診断される。たとえば排便が2、3日に1回程度であっても、腹痛や残便感、お腹の張りなど不快な症状がなければ問題なく、便秘症ではないと考えられる。

## 4. 慢性便秘の疫学

平成28年の国民生活基礎調査(厚生労働省)によると、人口千人あたり男性で24.5人、女性では45.7人が便秘に悩んでいるのが現状である。わが国の便秘の有訴者率は2016年度国民生活基礎調査によると2~5%程度であり、男性(2.5%)よりも女性(4.6%)に多い傾向を示している。加齢により有病率は増加し、若年層では女性に多く、高齢になるに従い男性の比率が増加し、80歳以上では男女比がほぼ1:1の状況である。

## 5. 慢性便秘の治療

便秘の治療では、まず生活指導が行われる。基本は、適度に運動をして十分な睡眠をとること、そして食物繊維を十分に摂取することが必要とされ、厚生労働省の「日本人の食事摂取基準(2015年版)」によると、成人男性で1日20g以上、成人女性で1日18g以上の摂取を推

奨している。ビフィズス菌や乳酸菌など、腸内フローラのバランスの改善が期待される「プロバイオティクス」も排便回数の増加に有効とされており、治療法として用いることを提案する「推奨度2（弱い推奨）」とされている。

便秘症の薬剤治療の基本は

○普段の便の形状を意識し柔らかい便を目標とすること 「推奨度1（強い推奨）」

○刺激性下剤は症状がきついときに屯用・短期間の使用であること「推奨度2（弱い推奨）」

具体的に柔らかい便とは、ブリストル便形状スケールの<sup>2)4)</sup> Type4（平滑で柔らかいソーセージ状の便・熟したバナナ）が健常の糞便とされている。トイレに行くときすぐに排便できる状態の便で、すっきり出し切る完全排便の状態とされている。Type1、2のように硬い便だと、便がひび割れるため中に残ってしまい強い残便感につながり注意が必要である。

便秘薬には、便性状を適正化し便量を増やしたり、便をやわらかくしたりすることで排泄を促す「膨張性下剤」・「浸透圧性下剤」と腸を直接刺激して排便を促す「刺激性下剤」、その他漢方薬や新規の薬剤にわけられる。

○普段の便の形状を意識し柔らかい便にするために有用な薬剤

①浸透圧性下剤（塩類下剤）：酸化マグネシウム（マグミット®）は、消化液と反応することで塩類の濃度を高め、浸透圧により腸内容が体液と等張となるまで腸管から腸内へ水分を移動させることで便を軟らかくする。腎機能が悪い人や高齢者が長期間使用すると、高マグネシウム血症になる可能性があり、定期的に血中のマグネシウム濃度を測定するなどしながら慎重に投与する必要がある。（高マグネシウム血症の初期症状：悪心・嘔吐、口渇、だるさや脱力、血圧低下、徐脈、傾眠など。）

②膨張性下剤：カルボシキメチルセルロース、ポリカルボフィルカルシウムは便形状を適正化し便量を増やすことで排便しやすくすることであり、便秘型過敏性腸症候群や便量の少ない症例へは「推奨度2（弱い推奨）」とされている。

③上皮機能変容薬：新規治療薬であり、臨床試験の結果からガイドラインでは「推奨度1（強い推奨）」とされている。

ルビプロストン（アミティーザ®）は、小腸に働きかけて腸管内に浸透圧性の水分分泌を促すことにより、便を軟らかくして腸管内の便輸送を高めて排便を促進する。妊婦には禁忌であること、また若い女性では吐き気の頻度が高く食前投与を徹底するなどの注意が必要である<sup>5)</sup>。

リナクロチド（リンゼス®）は大腸機能促進作用や大腸の痛覚過敏を抑える作用などから、当初は過敏性腸症候群（便秘型）のみの適応であった薬剤であり、慢性便秘症の治療効果だけでなく、排便異常・腹痛などの症状改善にも効果的であると考えられる。

④胆汁酸トランスポーター阻害薬：エロピキシバット（ゲーフィス®）が2018年4月に発売。

胆汁酸トランスポーターの働きを阻害し胆汁酸の再吸収を抑え胆汁酸の大腸への移行を促すことで、大腸管腔内への水分分泌や消化管運動を促進し便秘を改善する。

新たな治療薬である上皮機能変容薬と胆汁酸トランスポーター阻害薬などがわが国で使用可能となったが、市販後間もないこともあり、特に高齢者への処方の場合には内服後の症状など副作用に注意して用いる必要があると思われる。

○症状があつてきついときに屯用もしくは短期間で使用する薬剤

⑤刺激性下剤：センナ、センノシドは大腸の蠕動（ぜんどう）運動を促して排便を起こす効果の強い薬剤であり、依存性が高く、飲む量がどんどん増えるので注意が必要とされる。

ガイドラインでも便がでなくてつらいときだけの「頓用または短期間」での使用が提唱されている。

○消化管運動賦活薬：海外の報告で有用性は高いが、国内での報告は少ないことからモサプリドの使用に関しては「推奨度2」とされている。

○漢方薬：一部の漢方薬は有効であり使用することを提案する。「推奨度2」とされている。

**慢性便秘を起こす基礎疾患**

二次性便秘症として、薬剤性によるものと基礎疾患などの原因疾患によるものがある。

内分泌・代謝疾患では糖尿病や甲状腺機能低下症、その他神経疾患であるパーキンソン病や精神疾患、膠原病なども慢性便秘症の原因となり注意が必要である。治療を行う上では基礎疾患の治療が優先され、便秘の治療は対症療法となる。

便秘は大腸がんなどの命に係わるような腸の疾患が原因になっていることもあるため、症状、既往歴、アラームサイン

- 便に血液が混じる
- 体重減少

○数か月以内の発症や悪化

○大腸腫瘍の家族歴

○50歳以上、などから血液や便潜血検査、大腸内視鏡検査または注腸X線検査等を実施して、腫瘍性疾患や炎症性疾患を除外することが重要である<sup>6)</sup>。

**最後に**

○普段の便の形状を意識し、柔らかい便を目標とする。

○刺激性下剤は症状があつてきつときに屯用で使用することが重要である。

○アラームサインがある場合は大腸がんの除外が必要である。

**参考文献**

- 1) 日本消化器病学会関連研究会慢性便秘の診断・治療研究会：慢性便秘症診療ガイドライン 2017. 南江堂，東京，2017
- 2) Lacy BE, Mearin F, Chang Lin, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1393-1407 (ガイドライン)
- 3) Drossman DA, et al: Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 83;529-534,1982
- 4) 日本消化器病学会 . 機能性消化管疾患診療ガイドライン 2014- 過敏性腸症候群 (IBS), 南江堂, 東京, 2014 (ガイドライン)
- 5) Cryer B, et al: Analysis of nausea in clinical studies of lubiprostone for the treatment of constipation disorders. *Dig Dis Sci* 62:3568-3578,2017
- 6) Castro J, et al: Linaclotide inhibits colonic nociceptors and relieves abdominal pain via guanylate cyclase-C and extracellular cyclic guanosine<sup>3</sup>





日本医師会主導により警察活動に協力する医師の全国組織化を行い「警察医」の安定的確保と検案の均質化、さらには大規模災害時等の派遣体制の整備が必要です。



沖縄県医師会警察医部会 部会長  
山城 千秋 先生

質問 1. 沖縄県医師会警察医部会部会長に就任されてからこれまでを振り返ってみてどのような感想をお持ちでしょうか。

県医師会警察医部会は平成 28 年（2016 年）6 月沖縄県医師会定例代議員会で正式に医師会の一部会として発足しました。私は眞境名会長の後を受けて平成 29 年 9 月に就任しました。

沖縄県の法医鑑識業務の歴史は本土復帰前の琉球政府時代の昭和 31 年（1956 年）に「法医学顧問制度」としてスタートしております。後に昭和 57 年（1982 年）琉球大学に医学部が設置され法医学教室が開設されると「沖縄県警察嘱託医会」へと引き継がれさらに此の度の沖縄県医師会警察医部会となりました。

本土復帰前より通算すると約 60 年の歴史ある「会」の会長を拝命し大変重い責任を感じておりますが、更なる発展に努力したいと思います。

質問 2. 沖縄県医師会警察医部会の活動内容についてお聞かせ下さい。

県警本部長の委嘱を受けて、主に遺体検案を行っております。一部会員は留置人の健診や署員の健康管理にも携わっています。

検案の対象は変死体（異常死体）です。警察による検視により犯罪によるものかどうかを判断し犯罪の可能性のある場合は司法解剖や行政解剖と

なり、犯罪性の無い死体、自殺、病死等と判断されると嘱託医により死体検案が行われます。

尚、死体検案は嘱託医に限らず医師であれば行うことができます。

質問 3. 山城先生が目指す部会運営の方針、今後の展望、課題等についてお聞かせ頂けないでしょうか。

警察の検死などに立ち合う医師の全国的な組織であった「日本警察医会」が平成 26 年 3 月末に解散し日本医師会主導の下で全国組織を構築することとなり阪神淡路大震災や東日本大震災等の大規模災害に際し医師に対する指揮系統の拠点となるよう都道府県医師会ごとに「警察に協力する医師の部会」を設置し大災害時には日本医師会が統括して連絡調整に当たることになりました。

しかしその課題として

1 警察医の安定的確保です。

全国的に警察医の高齢化や引き受け手の減少があります。嘱託医は大半が開業医です。

昭和 57 年嘱託医会発足時の検案総数は沖縄県で 134 体でしたが、平成 30 年は 1,325 体と約 10 倍に増加しております。日常の診療中に警察から検案の要請があると診療を中断して出掛けます。診療時間内、時間

外でも検案依頼がある為、医師個人の犠牲、負担となっています。

- 2 検案担当医の知識・技能を高める為、日医主催の「死体検案研修会」の受講は是非必要です。

その研修会を多くの医師が受講出来るように東京（日医会館）だけでなく、各ブロック毎に開催して欲しいと思います。

- 3 大規模災害時の派遣体制の整備について大規模災害への備えとして各県で行政・警察・医師会・歯科医師会・法医学教室が密に連携し初動で支障のないよう体制の整備が必要です。

質問 4. 県医師会に対するご要望等がございましたらお聞かせ下さい。

前身の「警察嘱託医会」は会員からの会費による自費運営でした。予算も少なく歴代の会長の方々は大変苦勞されたと思いますが、現在の

部会に於いては照屋警察医部会担当常任理事の配慮により県医師会の予算配分が有るので会の運営は順調です。

また事務局による県警察との連絡などもスムーズに取れており、県警との役員会や総会も段取り良く行われており県医師会には大変感謝しております。

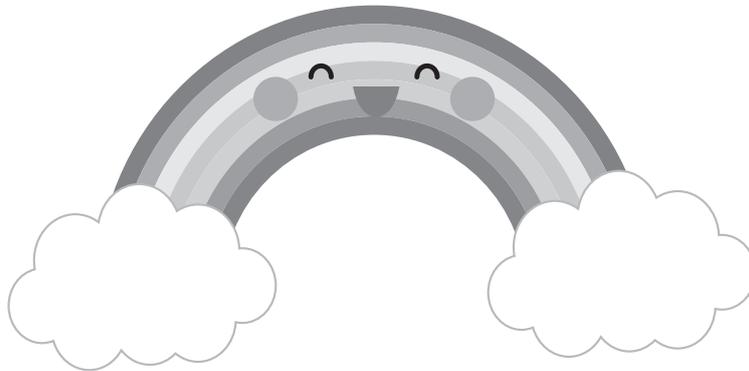
質問 5. 大変ご多忙の身であります、日頃の健康法、ご趣味、座右の銘等がございましたらお聞かせください。

県医師会執行部の先生方の忙しさに比べれば私は多忙とは思いません。自分の時間はしっかりと取っております。週2～3回のジムでのトレーニングとゴルフの練習も必ず行きます。

それらの施設が那覇市医師会館の近くに有り会議の後に利用しています。日曜日はゴルフのラウンドです。医師仲間や気の置けない仲間とのラウンドは心身のリフレッシュに最適です。

座右の銘はこれもゴルフを始めて感じた事ですが“無駄な努力はない”です。

インタビューアー：広報委員 照屋 勉



## 歯と口の健康週間によせて (6月4日～10日)

沖縄県歯科医師会 地域保健委員会 委員 加藤 真由美



日本歯科医師会では6月4日から10日までを「歯と口の健康週間」とし毎年全国的にキャンペーンを展開しております。令和元年は【いつまでも 続くけんこう 歯の力】の標語をもとにお口の健康維持に関する正しい知識を県民に対して普及啓発するとともに、歯科疾患の予防に関する適切な習慣の定着を図り、併せてその早期発見、早期治療を励行することにより、県民の健康の保持増進に寄与することを目的としています。



人生100年時代に入るといわれている現在において、健康長寿である為には口腔機能が大切であるということは示されてきております。そこで、日本歯科医師会ではこれまでの歯の形態回復主体の「治療中心型」の歯科治療だけでなく、全身的な疾患の状況をふまえ、各関係者と連携しながら患者個々に応じた口腔機能の維持・回復(獲得)をめざす「治療・管理・連携型」の歯科治療が必要とし推進しています。又、昨年度より小児における「口腔機能発達不全症」と高齢者における「口腔機能低下症」とライフステージに応じた口腔

機能管理、指導が保険収載されたことで重要性が増しています。

【口腔機能発達不全症】とは、15歳未満の定型発達児において「食べる機能」「話す機能」等が十分に発達してないか、正常に機能獲得ができておらず、明らかな摂食機能障害の原因疾患がなく、口腔機能発達において個人、環境因子に専門的な関与が必要な状態であり、関係者が早く気づく事で軌道修正して、多くの口腔機能獲得を成人に向かう過程で手助けする事です。

すなわち、①咀嚼がうまくできない②嚥下がうまくできない③食事に時間がかかる④発音に問題あり、言葉が聞き取りにくい⑤いつも口をあけている⑥口呼吸が認められる、などの本人の自覚症状がない場合が多いです。

【口腔機能低下症】とは、加齢だけではなく、疾患や障害等の要因によって、口腔内の微生物の増加、口腔乾燥、咬合力の低下、舌や口唇の運動機能の低下、舌の筋力低下、咀嚼や嚥下機能の低下等が生じ口腔機能が複合的に低下している疾患であり、放置しておくと、咀嚼障害、摂食嚥下障害となって全身的な健康を損なうものであるため、早期発見とその対応の事です。すなわち、①硬いものが食べにくくなった②汁物を飲むときにむせるようになった③口の中が乾くようになった④薬を飲み込みにくくなった⑤滑舌が悪くなった⑥食事をするのに時間がかかるようになった⑦食べこぼしをするようになった⑧食後に口の中にたべものが残るようになった、など訴えた場合に「口腔機能低下症」

//////////////////////////////// 月間(週間)行事お知らせ //////////////////////////////////

を疑い検査を行なう事で、患者の口腔機能の維持向上に努めます。

このように、お口の健康を通して全身の健康作りのお手伝いができる事で県民一人ひとりに伝わるように、沖縄県歯科医師会は県内6か所でデンタルフェアを開催いたします。①お口の健康相談②フッ素塗布体験③歯磨き教室④お口の細菌観察⑤親子で作るカミカミおやつ⑥在宅歯科相談⑦良い歯の表彰⑧ 8020 (80歳になっても、20本の歯を保とう) 表彰など各会場で趣向を凝らした催し物が開催されます。是非、この機会に医師会会員の皆様、ご家族の皆様、スタッフの皆様、患者様など多くの方に周知並びに参加していただければ幸いです。それでは、デンタルフェア会場でお待ちしております。

【実施期日及び会場】

- 新都心会場 サンエー那覇メインプレイス  
1階中央コート・3・4・5階エントランス  
6月2日(日) AM10時～PM1時
- 糸満会場 糸満市役所水道部  
(2階ふくらしゃ館)  
6月2日(日) AM10時～PM1時
- 中部会場 沖縄市民会館 中ホール  
6月1日(土) AM10時～PM5時  
6月2日(日) AM10時～PM1時
- 北部会場 イオン名護ショッピングセンター  
イベント会場  
6月9日(日) PM12時～PM4時
- 八重山会場 石垣市健康福祉センター  
6月8日(土) PM1時～PM4時
- 宮古会場 働く女性の家(ゆいみなあ)  
6月30日(日) AM10時～PM2時

平成31年度  
第35回 歯と口の健康週間

# デンタル フェア in中部

会場 沖縄市民会館 中ホール

2019 6/1±2日  
AM10:00～PM5:00 AM10:00～PM1:00

イベント内容

- 予診相談コーナー
- お口の細菌観察コーナー
- ハミガキ練習コーナー
- フッ素コーナー
- 子供エンタコーナー
- 矯正相談コーナー

無料塗布も やってるよ!!

フッ素の やってるよ!!

良い歯の表彰やあつよ!!

入場無料

お問い合わせ先 沖縄県中部地区歯科医師会 TEL.098-936-7888  
 ■主 催: 沖縄県歯科医師会、沖縄県中部地区歯科医師会 ■共 催: 中部市町村会、沖縄市教育委員会

# 依存症治療の新しい流れ 「ハームリダクション」から見た 『ダメ。ゼッタイ。』

沖縄医療生活協同組合  
沖縄協同病院 リエゾンセンター 小松 知己



本稿は、ヨーロッパでは既に20年以上前から提唱・実践され<sup>1)</sup>、日本の依存症治療には最近やっと導入されてきた「ハームリダクション」の観点から『ダメ。ゼッタイ。』というキャッチフレーズの功罪を検討します。

多くの読者の先生方は驚かれるでしょうが、私の結論は『ダメ。ゼッタイ。』は時代遅れのキャッチフレーズであり、薬物乱用防止につながらない。逆に、薬物依存症のみならず、アルコール依存症等への早期介入も阻害する」というものです。

以下、3点にまとめて根拠を述べますが、その前に「ハームリダクション」とはどのような概念か、をご紹介します。以下は、国際的なNGO (Harm Reduction International) が示した定義です。

『ハームリダクションとは、違法であるかどうかに関わらず、精神作用性のあるドラッグについて、必ずしもその使用量は減ることがなくても、その使用により生じる健康・社会・経済上の悪影響を減少させることを主たる目的とする政策、プログラム、そして実践である』<sup>2)</sup>

## 1) 壮大な歴史実験が示すもの～アメリカ合衆国とポルトガル～

アメリカ合衆国は、「禁酒法」と40年間の「薬物戦争 (Drug War)」という“北風戦略”で薬物・アルコールの問題に対処しようとして、みごとに失敗しました。実は「薬物戦争」にアメリカが敗北することは、この政策を打ち出したニクソン大統領のアドバイザーでノーベル経済学賞

受賞者のM. フリードマンが『禁酒法が失敗したのと全く同じで、ゼッタイ失敗する』と予測<sup>3)</sup>していました。

それとは対照的に、「薬物依存症者を排除するのではなく社会的包摂へ」という“太陽戦略”で薬物問題に対処したポルトガルでは、わずか10年で、薬物の過剰摂取による死亡・HIV感染・10代の若者における薬物経験者の割合が大幅に減少し、治療につながる薬物依存症者が著増しました。

これらのエビデンスから、世界的には「薬物対策は司法問題ではなく、健康問題である」「刑罰ではなく治療・支援こそが必要である」という認識が主流となっています。

## 2) 薬物乱用のハイリスク群に届かないキャッチフレーズである

日本は違法薬物の乱用・依存に関してはOECD諸国の中でも特異な存在です。簡単にまとめると「薬物依存症者の有病率が非常に低い。違法薬物の生涯経験率も非常に低い。一方で、薬物依存症者が専門治療に繋がるまで非常に長い年月を要し、回復率も低い」という特徴があります。

違法薬物の生涯経験率が非常に低い状況であえて違法薬物に手を出すのは、「学校や家庭に自分の居場所がない(背景に貧困・虐待・いじめなどの問題が潜むことが多い)」「親や教師を信用できない」「自分に声をかけてくれるのは、非行グループや反社会的な大人だけ」という各クラスで5%前後の子ども達です。

この5%のハイリスク群に『ダメ。ゼッタイ。』とそれとほぼセットの「ゾンビ・廃人のような薬物依存症者のイメージを用いた脅し」<sup>4)</sup>が届くでしょうか？私には、ほとんど効果がないキャッチフレーズに思えてなりません。

もちろん、違法薬物に限らず、アルコール・タバコなどの依存性を有する薬物についての正しい知識を子ども達に持ってもらう予防教育は、とても重要です。そして、「依存症はきちんと治療したら回復する」「相談する場所が必ずある」というポイントを含むことが必須と思います。

### 3) 早期に依存症専門治療につながることを阻害する

日本の依存症治療で大きな問題なのは、巨大な Treatment Gap (治療格差) がある = 「依存症者が早期に治療につながらない」という問題です。例えば、厚労省科研樋口班はアルコール依存症者が全国に109万人いると推計しましたが、安定して専門治療中の患者数(自立支援医療制度利用者がほぼ該当)は4~5万人です。

この治療格差はどこから？1つは、従来主流だった治療戦略「依存症患者には治療目標として断酒・断薬を提示し、それを受け入れない患者は『底をついて』再度助けを求めずには治療しない」が早期の治療開始を阻害していた、と考えられています。そこで、2018年9月に上梓された『新アルコール・薬物依存症の診断治療ガイドライン』では以下のような「治療目標に関する一般的推奨事項」が掲載されました(一部抜粋)。

『物質依存症の治療目標は、継続した断酒・断薬であり、これがもっとも安定的かつ安全な目標である』

『依存症では、治療の継続が重要である。したがって、目標をめぐる治療からドロップア

ウトする事態は避けなければならない。例えば、患者が物質使用低減を主張するのであれば、それを目標にしてドロップアウトを避ける選択肢もある。その場合、当面の目標を低減にして、うまくいかなければ断酒・断薬に切り替える方法もある』

このように「治療の継続」を最重要視するのは、「依存症患者の生命予後や社会機能を左右するのは、専門治療につながっている期間である」という研究成果が多く、この新しい治療戦略は、まさに「ハームリダクション」です。

2つめの要因は、『クスリや酒の依存症者はダメ人間』『性格・意思が弱いから依存症になる』という、日本社会にある根強い偏見と排除の思想です。私には、『ダメ。ゼッタイ。』はこの偏見を助長こそすれ、減らすとはとても思えません。

『ダメ。ゼッタイ。』というキャッチフレーズは『Yes to Life, No to Drugs』という国連のキャッチコピーに由来します。<sup>5)</sup>『Yes to Life』=ハームリダクションの思想につながる部分を切り捨てて誤訳した、このキャッチフレーズを使うのは、そろそろ終わりにしたいものです。

- 
- 1) 『ハームリダクションとは何か』 松本俊彦・古藤吾郎・上岡陽江 編 中外医学社 68p.
  - 2) 『ハームリダクションとは何か』 3p.
  - 3) 『本当の依存症の話をしよう〜ラットパークと薬物戦争』 漫画:S.マクミラン 監訳・解説:松本俊彦・小原圭司 訳:井口もな 42~63p.  
「クスリやめますか？それとも人間やめますか？」というフレーズもありました…
  - 4) 『本当の依存症の話をしよう〜ラットパークと薬物戦争』 80~82p.
  - 5) 『本当の依存症の話をしよう〜ラットパークと薬物戦争』 85~86p.