

Title	フリーアクセスの功罪
Sub Title	
Author	原田, 俊一 (Harada, Shunichi)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2006
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.83, No.3 (2006. 9) ,p.169- 170
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	話題
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20060900-0169

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

フリーアクセスの功罪

新臨床研修システムがスタートして、丸2年が経過し、後期研修に入ったとのことである。仄聞するに、このシステムの落としどころは、専門馬鹿に偏る前に、プライマリーケアを中心とした、generalに患者を見る目を若いうちに養うところにある、と理解した次第であるが、教育は国家100年の計、このシステムが実を結ぶか否かの評価は100年先、つまり誰も見届けることはできない訳で、現時点における感想を率直に述べてみたい。

医療とは患者のニーズに応えるものである。この「患者のニーズ」なるものは時代とともに常に変化している。少なくとも、われわれ医療者は、病める患者のどこが問題で、いかに解決するかという判断の元に日々医療行為を行っている訳で、どこか具合が悪いから病院にきたのだろう、という大前提が患者へのアプローチの出発点であり、カルテの記載とは主訴から始まって、現病歴、既往歴・・・と書きとめていく作業のことである。こんなことは自明なことで認識していた。ところがその基盤がゆらいでいる。もうずいぶん前から、この「主訴」が極めてあいまいなものであることに気づくようになった。

私は現在、脳神経外科専門病院に勤務している。ここでは、診療内容は脳神経外科に特化しており、脳卒中、脳腫瘍などの患者を、救急、一般外来を窓口にして対応している、まあ平均的な病院だが、そこでの話である。基本的に新患を対象としているので再来患者は少数で、したがって、先述した、「この病院にどうしてきたのか」が把握しやすい。一般外来の場合、患者の「主訴」で圧倒的に多いのは「頭痛」と「めまい」である。つまり、彼らの訴える症状は、頭痛なりめまいなりであるが、彼らのニーズはその頭痛やめまいをなんとかしてほしい、ということより、むしろ、原因をつきとめてほしい、あるいは検査をしてほしい、ということのほうが主眼のようだ。ここで、患者の主訴が微妙にぶれてくる。手が「しびれ」るから頭をみてほしい、脳梗塞ではないのか、こんな患者も相当数に登る。話をしていくうちに、彼（彼女）はもうすでにほかの病院でMRIなどやっていたりすることが知れる。そこでの結果はどうだったの、と聞くと、何ともないようだけど、その先生は脳の専門家じゃなかったから、と。つまり、納得していないのである。この場合、主訴は「手の痺れ」だが、落としどころは、脳が何ともないことの再確認、である。紹介状、

MRIのコピーなど持たずにくるものだから、確認のすべもなく、結局MRIの再検、となる。そして、脳がやはりなんともなければ、しびれはOKと、満足して帰っていく。こうして際限なく保険医療費のバイは突き崩されていく。国は保険医療の名のもと、こうしたフリーアクセスを認めている。もちろん例外もあるが、頭痛、めまいなどは9割がたプライマリーケアの範疇であろう。しかし、彼らはこうした主訴をいだって、かかりつけ医のもとには訪れない。世は専門家志向、スーパー専門家志向なのである。

昔、医学生の時、「病を見ずに病人を診る」医者は名医だと教えられた。ところが、当の患者自身が、自分の具合の悪いのは、どこか特定の臓器が壊れているのだ、という認識なのである。いうなれば、「病」と「自分」は別物という感覚である。したがって、悪い「部分」を早くみつけて治してほしい、という考えに至る。結果「何科に行けばいいんでしょうか？」のオンパレードである。ここでは、病を持った人間を全人的に捕らえ、複数の臓器同士が影響を与え合っている病的状態にいたっているのだから、今あなたは具合が悪いのです、といった昔で言う名医の概念は通用しない。逆に「あなた（医者）はそのなかでどの臓器の専門家なのですか？」と患者に切り返されること請け合いである。結果、悪いと思われる臓器の数だけの専門病院に足を運ぶことになる。国はこうしたフリーアクセスを認めている。

特に高齢者では、複数の臓器がそれなりに老化しているであろうから、その気になれば、5つや6つほどの専門家の掛け持ちになること必至である。かくして、日本は類例をみない勢いで高齢化したのであろう。情報化、インターネット化、そしてフリーアクセスのおかげである。

この流れの中、冒頭述べた、generalに患者をみる、ということの意義とはなにか？いままで述べたように、少なくとも患者の側には、その要望はそれほどには強くない。どういう場面でgeneralistが登場するのか。救急医療などがそうだが、という意見もあるが、実際のところ、救急医学会でも救急医のアイデンティティとはなにか、の落としどころはまだ模索中である。集中治療がどうか。しかし、集中治療はいわば救命治療で、多臓器不全に陥る患者はそう多くないし、透析、血液吸着、などの救命治療は実際はMEの仕事の範疇である。プライマリーケアがそうではなかったことは、先述したとおり

だ。結局、集団災害、テロリズム、国内紛争といった、勃発的、あるいは、かなり限られた地域での限られた場面、ということになろうか。しかし、新臨床研修医のなかで、トリアージの重要性までは理解できても、そのような場面で活躍したいというモチベーションがそれほど高まるとは思えない。

時代と共に医療も変化する。MRIのなかった時代にはもどれない。いま、振り子はスーパープロ指向に振れはじめてしまい、振り切れるまではもどらない。例えば、PETが一般普遍化すれば、PETによる早期ガンの診断などもルーチン化するのだろうか。アンチエイジングはどうか。人は何歳まで生きればよいのか。

医療が多様化する中、フリーアクセスによって、超高齢化社会となり、名医の概念が変わってしまったのである。

原田俊一 (千葉脳神経外科病院・部長)

脳動脈瘤に対する瘤内塞栓術

本邦では毎年人口1万人あたり1.5~2人に脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血が生じていると推定されている。くも膜下出血は、一次性脳損傷以外に、再出血、脳血管攣縮、水頭症により、脳機能障害を引き起こし、死に至ることも多い。破裂した脳動脈瘤に対する最も重要な治療は再出血を防ぐ治療であり、未破裂で見つかった動脈瘤にも、破裂予防のための治療を実施することがある。『脳ドックのガイドライン2003』では、一般的に脳動脈瘤最大径が5mm前後より大きく、年齢がほぼ70歳以下で、その他の条件が治療を妨げない場合は手術的治療が勧められるとされている。

以前より、脳動脈瘤に対する治療としては、開頭clipping術が広く行われてきた。1991年、Guglielmiらにより、電気離脱式のGuglielmi Detachable coil (GDC, Boston Scientific) が脳動脈瘤塞栓術用に開発された。1997年3月、GDCが本邦でも使用可能となったからは、高齢者、全身状態不良症例、後頭蓋窩動脈瘤、眼動脈分岐部動脈瘤などを中心に瘤内塞栓術が行われて

きた。2002年、破裂脳動脈瘤に対して開頭clipping術群より瘤内塞栓術群の方が予後良好という、International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) が報告されて以来、瘤内塞栓術の適応が拡がってきている。

瘤内塞栓術は血管の内腔から治療部位に到達するため、侵襲の少ない治療方法である。開頭して、直視下で脳動脈瘤の頸部にclipをかける代わりに、X線透視画像下に血管を視覚化し、血管の内腔から脳動脈瘤を治療する。catheterを大腿動脈や上腕動脈から挿入し、脳動脈瘤まで誘導し、このcatheterを通してGDCを脳動脈瘤の中に詰め、脳動脈瘤内に血液が流入するのを遮断することで破裂を予防する。GDCは、platinum製のcoilであり、X線透視下で視認が可能で、脳動脈瘤の形状に一致するように柔軟な構造になっている。GDCは、catheter内を通るためのdelivery wireに取り付けられ、このdelivery wireによって、GDCを脳動脈瘤内の適正な位置に留置するまで出し入れすることが可能である。動脈瘤内に正確に留置されると、GDCをdelivery wireから電解分離によって離脱する。

開頭clipping術は、後頭蓋窩動脈瘤、眼動脈分岐部動脈瘤など部位により、困難な場合がある。それに対し、瘤内塞栓術は、catheter挿入のしやすさや安定性と、瘤と分岐血管の形状によって難易度が決まってくる。脳動脈瘤の頸部が大きければ適応とならない場合もある。脳内血腫合併例では、血腫除去も考え、通常、開頭clipping術を選択する。全身麻酔の危険な症例では、局所麻酔でも可能な瘤内塞栓術の方がよい。また、瘤内塞栓術は歴史が浅いため、長期追跡の結果がまだ明らかになっていない。このように、脳動脈瘤に対する治療として、開頭clipping術と瘤内塞栓術のどちらがよいかは症例毎に判断する必要があると考えられる。現在、瘤内塞栓術は、本邦では毎年約4000例、脳動脈瘤に対する治療全体の20%弱であるが、今後、coilやcatheterなどの器材の進歩により、さらに増加していくと考えられる。

赤路和則 (美原記念病院脳神経外科)