AED使用のハードルを下げるアイデア募集！

三田村 秀雄
立川病院院長/日本AED財団理事長

救命。究極の医療であり，医師の腕の見せどころでもある。

しかし街中で人が突然心停止，となると話が違ってくる。肝心の医師は現場にいない。急いで119番通報しても，救急隊を待つだけでは1割も助からない。病院の外で倒れたら「運がなかった，残念でした」と諦めるしかなかった。

ところが，である。AEDという機器の登場で，そんな固定観念が一気に崩れた。目の前で突然倒れた心停止の人に，その場で，そこに居合わせた他人がAEDで電気ショックを加えれば半分以上が助かる時代になった。いや驚くなかれ。東京マラソンではこれまで12回の大会で11人のランナーが心停止で倒れたが，その11人全てが助かっている。これは半端じゃない。

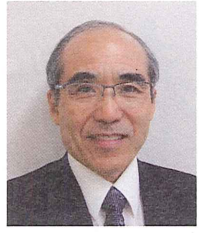
と言って浮かれてばかりもいられない。絶大な威力のあるAEDによる電気ショックであるが，目の前で倒れた心停止例に対して施されたのはいまだ5%にも満たない。なぜか？

そばにAEDがなかった。それはあり得る。でももっと重大な問題を見落としていないか。世の中，そうお人よしばかりじゃない，という現実である。目の前で人が倒れた，「誰かー」というときに，「自分はちょっと」と逃げてしまう人が少なくない。こんなユーザーフレンドリーな優れものがあるというのに。

私自身，AEDの啓発に2000年から取り組んでいるが，どうもそこをうまく口説けない。ハードルがなかなか低くならない。なぜなんだろう。

家内に言わせると，「それはあなたに市民感覚が足りないからよ」となる。上から目線なのがいけないらしい。

親しい友人からも「医者は市民感覚がわかってないねー」と小突かれる。「だって“電気ショック”なんて言われたら，誰だって怖いと思うでしょ。そんな怖い言葉を使うからいけない」。ごもっとも。じゃあ何と言えばいいのか。せいぜい，「勇気を奮ってAEDを使いましょう，とキャンペーンをするくらいかなー」と謙虚に言うと，「ダメダメ。その『勇気を奮って』というのがダメなんだよ。そんなこと言われたら，『えー，勇気を出さないとできないわけ？　だったら自分は無理。そんな勇気ないから』となっちゃうのがオチ」。そうか，勇気がない人でもできます，やってみましょう，という流れを作らないといけないのか。いやー，まだまだ修行が足りません。誰かいいアイデア，ありませんか？



AYAがんの医療と支援のさらなる飛躍をめざして

堀部 敬三
国立病院機構名古屋医療センター臨床研究センター長/
AYAがんの医療と支援のあり方研究会理事長

昨年は，わが国のAYA世代のがん対策元年であった。3月に策定された第3期がん対策推進基本計画に初めてAYA世代のがん対策が記載され，がん診療連携拠点病院の指定要件にもAYA世代のがんに対する取り組みが加わった。これらにより，多くのがん関連学会でAYA世代をテーマに企画が組まれたり，マスコミで繰り返し取り上げられたりするなど，医療者および一般の人の認知度が高まっている。

AYA世代とは思春期・若年成人（Adolescent and Young Adult）を意味し，15歳から39歳の世代を指す。がん対策基本法に基づき2007年にがん対策推進基本計画が策定され，国民目線のがん対策，全国のがん診療連携拠点病院の医療の質確保の整備が図られた。これらは主に成人がんの対策であり，対策型がん検診，がん統計，介護保険などの対象は40歳以上である。2012年に策定された第2期がん対策推進基本計画では，小児がん対策として小児がん拠点病院や小児がん中央機関が整備され，AYA世代は取り残された世代になっていた。

第3期がん対策基本計画では，分野別施策の「がん医療の充実」において「AYA世代のがん」の診療体制の検討と支援体制の一定の集約化の充実がうたわれた。「がんとの共生」においては「ライフステージに応じたがん対策」の具体的な施策として，「生殖機能に関する情報提供と対応の体制」，「長期フォローアップの体制整備」，「教育環境の整備」，「就労支援に関する連携強化」，「緩和ケアの連携の方策の検討」が掲げられた。

AYA世代は，身体的・精神的に成長発達し自立していく重要な時期である。闘病中およびその後に就学，就労，結婚，出産など人生を決める重要な出来事と向き合う機会が多く，世代特有の心理社会的問題がある。

AYA世代のがん患者は年間約2万人と少なく，中でも25歳未満は約2000人と特に少ない。その上，小児がんから成人がんまで，希少かつ多様ながん種が存在する。AYA世代の大部分の患者は成人診療科を受診し，多くは臓器別診療科で治療される。その結果，高齢者の中でポツンとがんと闘う場合が多く，医療者もAYA世代のがん診療経験が限られる。それ故に，診療科や職種の垣根を越えたチーム医療，多様なニーズに応えるには医療の枠組みを超えたさまざまな専門分野の連携，さらにピアサポートシステムの構築が重要である。

そうしたニーズに応えるため2018年4月にAYAがんの医療と支援のあり方研究会（AYA研）が設立した。本年2月11日に第1回学術集会が開催される。当事者を含めAYA世代のがん医療と支援にかかわるあらゆる職種・団体の人たちが同じ立場で学際的活動を行うことで，AYA世代のがん医療と患者・家族の支援充実への新たな一歩になることを期待したい。

大学教授が学生となって感じた，内発的動機がもたらす真の学び

柴垣 有吾
聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科教授

現在，私は大学教授と公衆衛生大学院生の二足のわらじを履いている。米ジョンズ・ホプキンス大公衆衛生大学院で疫学・生物統計学を主にウェブ講義で学んでいるのだ。日常の大学での仕事をおろそかにすることなく，学生の本分の勉学にいそしむことは時間と肉体の観点からとてもつらいが，久しぶりの学びは新鮮で本当に楽しいものであり，学生生活を満喫している。

医学部時代は勉強が楽しいとか，充実しているという実感がそれほどなく，部活動に熱中していた。当時と何が違うのかを考えた時，やはり，現在の学生生活は「厳しい時間的制約があってももっと学びたい」という強い“内発的動機”があるからだと感じる。

一方，大学人としての仕事の一つである教育には常にジレンマを感じる。現在，全国的にジェネラル・マインド志向の医師を増やそうと卒前・卒後研修改革が進んでいるが，本当にこれで良いのかと疑問に思うことが多々ある。

私が初期研修医だったころ日々感じていたことは，自分は医師としての知識も技量もない「下位運動ニューロンのような存在」であることだった。上司の出す指示の意味を考える能力も時間もないまま，行うだけで精一杯であったのだ。研修医の役割である毎朝の難しい採血に四苦八苦しながらも，患者さんの時には優しく，時には厳しい言葉を浴びながら過ごした。しかし，当時，半年間は同じ病棟で研修することもあり，患者さんと一緒にいる時間が本当に長く，手厳しかった患者さんも次第に心を許してくれるようになった。上司の先生には言えないことも，ある意味信頼して話してくれた。

でもなぜ，何にもできない研修医を信頼してくれるのか？　その時，研修医の役割を初めて強く認識し，医師という職業にやりがいを持つことができた。

研修医は患者に最も近い存在であり，代弁者なのである。患者の幸せは病気を克服することや健康だけで達成されるものではない。身体・認知機能が維持され，社会とのつながりや社会での役割・生きがいを感じることも達成されなければ，無味乾燥の生活が待っているだけである。研修医には，患者をよく理解し，患者の嗜好や置かれた社会・家庭環境と医学の常識の擦り合わせをし，また，標準的だがつらい治療と患者のQOL・希望との折り合いを付けるという大きな役目がある。

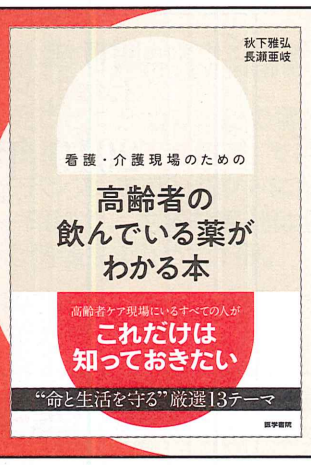
もちろん，研修医であっても，医学的知識と技術の習得は必要であることは言うまでもない。しかし，このような患者・医師関係を構築すると，その患者のために自分自身がもっと知識を蓄え，技術を磨かなければという気持ちが必然的に強くなる。これこそ“内発的動機”なのだと思う。若い医師の卵には医学部や教育病院での強制的な学び（＝外発的な動機付け）でなく，内発的な動機付けのある学びこそが必要だし，それがあってこそより真剣にジェネラル・マインドを持つ医師になるべく取り組むのである。

卒前教育も単なる専門家集団による座学だけでなく，「患者学」とも言うべきNarrativeな学びの時間が必要である。これは医学部校舎の中だけでは難しく，病院や社会での経験が重要である。あまりに長い時間校舎内で医師国家試験合格をゴールとした詰め込み教育をするよりも，高校を卒業したばかりの社会経験の少ない医学生にとっては，社会での経験を積ませる機会がより重要だと考える。

しかるに，現在の卒前・卒後教育はシステム作り・箱作りに終始している感が否めない。これで本当に内発的な動機付けが得られるのであろうか？疾患を治すだけでなく，患者がハッピーになる医療とは何なのか？

病気だけでなく病気で傷ついた心のケアは，より身近な存在である若い医学生・医師の役割だし，そこに存在意義があることを彼らは自覚すべきである。彼らを指導すべきわれわれは，そのような患者・医師関係を築ける環境を彼らに提供する議論を始めるべきではないかと考える。

看護・介護現場のための
高齢者の飲んでいる薬がわかる本
秋下雅弘・長瀬亜岐



高齢者ケア現場にいるすべての人が知っておきたい“命と生活を守る”厳選13テーマ。

「風邪薬で尿閉？」「鎮痛薬で腸管穿孔？」「食べられていないのに薬がこんなに……多すぎない？」。“フタを開けてみれば、なんと薬が原因だった”という高齢者ならではのアクシデント事例をベースに、「なぜこんなことに＋どうすればいいか」をプラクティカルかつ平易に解説。

●A5　2018年　定価：本体2.200円＋税
[ISBN 978-4-260-03693-1]

医学書院

目次
1 ポリファーマシー（多剤服用による害）
2 鎮痛薬の長期服用
3 せん妄の要因となる薬
4 睡眠薬の使い方
5 抗コリン作用のある薬
6 循環器疾患に使われる薬
7 腎排泄の薬
8 糖尿病治療薬
9 嚥下にかかわる薬
10 免疫抑制作用のある薬
11 漢方薬
12 早すぎる薬剤評価に注意
13 環境の変化に注意

2019年1月7日
第3304号

週刊（毎週月曜日発行）
購読料1部100円（税込）1年5000円（送料、税込）
発行＝株式会社医学書院
〒113-8719　東京都文京区本郷1-28-23
TEL（03）3817-5694　FAX（03）3815-7850
E-mail：shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY〈出版者著作権管理機構 委託出版物〉

New Medical World Weekly
週刊 医学界新聞
医学書院　www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

■特集　DDS研究が開くがん治療の未来……1―9面
・［カラー解説］がん治療の発展とDDS（松村保広）
・［座談会］異分野融合の先に広がるがんDDS研究の展望（松村保広，西川元也，西山伸宏，我妻利紀）
・［寄稿］新たながん治療法開発への期待（濱口哲弥，中村孝司，羽場宏光）
■新春随想……11―14面

DDS研究が開くがん治療の未来

Drug Delivery System

国立がん研究センター
先端医療開発センター新薬開発分野分野長
松村保広◉監修

医学の父，ヒポクラテスは「本当に良い薬は，効いてほしいところだけに効く薬である」と書き残したという。この発想を突き詰める領域がDDS（Drug Delivery System）研究だ。薬物の効果の最大化と，副作用の最小化という究極的な理想の実現には，疾患部位にだけ薬物を届ける工夫が欠かせない。
時に副作用が重大な問題となりやすいがん薬物療法では，臨床と医薬品開発の両面からDDS研究の進展が待ち望まれる。本特集では，医学，薬学，工学など多分野の知見を融合した最先端のがんDDS研究から，がん治療の未来を展望する。

artwork by dwj