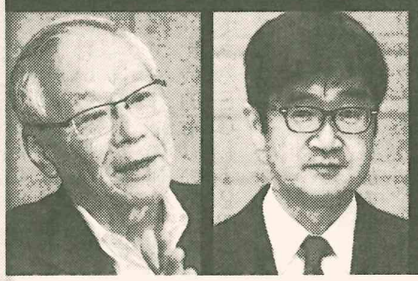
1 日本医師会と日本老年医学会が作成した 65・70・75歳以上には「効きすぎて」危ない薬

だれでも加齢とともに体が衰えるように、薬の「効き方」も歳を取るにつれて変化していく。期待される効果より副作用のほうが強く出ることもある。薬とは「毒」でもあることを忘れてはいけない。

糖尿病のスーグラ、高血圧のラシックス、抗うつ薬のパキシル……副作用が強すぎるために、高齢者が飲み続けるのは危険と、日本医師会が認めた薬の一覧。その実名

日本医師会会長の横倉義武氏（左）と、「慎重に投与すべき薬」のリストを作成した東大病院の秋下雅弘氏



歳を取ると薬が体内に残る

超高齢社会を迎えた日本で、昨今「あること」が原因で病院に運ばれる高齢者が増加している。

薬物有害事象――。

「ふだん飲んでいる薬が『効きすぎて』、それが予期せぬ副作用を起こし、緊急入院する高齢者が増えています。高齢になれば医療行為や薬の服用が、逆に患者さんの体調を悪化させることがある。これを『医原性疾患』と呼びます。だから高齢者は、節度ある服用を心がける必要があるのです」

こう語るのは、金沢医科大学高齢医学科教授の森本茂人氏だ。

血圧、コレステロール、糖尿病、下痢止め、胃酸分泌抑制剤……高齢者になれば、どんどん飲む薬が増えていく。だが、若者と比べ、高齢者は薬の効果よりも、「副作用」のほうが強く出ることがしばしばある。

日本医師会の調査によれば、急性期病院に入院した60歳以上の高齢者6～15％に薬物有害事象があるが、これが70歳以上になると60歳未満に比べて1・5～2倍にはね上がることが明らかになっている。

こうした事態を受け、昨年、日本医師会は、日本老年医学会と協力し「超高齢社会におけるかかりつけ医のための適正処方の手引き」を作成。東京大学大学院医学系研究科加齢医学教授の秋下雅弘氏を中心に、「特に

慎重な投与を要する薬物のリスト」を作成、公表した（44～45ページを参照）。

リストを紹介する前に、なぜ高齢者は薬が効きすぎるのか――。

その理由について、日本在宅薬学会理事長で、思温病院（大阪）理事長の狭間研至氏はこう解説する。

「一つは肝臓や腎臓機能の低下です。薬は徐々に肝臓で代謝（分解）され、腎臓から排出されて効き目がなくなります。ところが、歳を取るとだれでもこの機能が弱ってきます。そのため高齢者の場合、薬が体内に残ることで、効きすぎて、副作用が出やすくなるのです。

もう一つの原因は薬の多剤併用です。65歳を過ぎれば『年齢÷10』の病気を患うと言います。高血圧、糖尿病、腰痛、脳梗塞、心筋梗塞……など、病気が増えるにつれて薬も増えていきます。そのため65歳以上になれば、6つ以上の薬を飲んでいる人は珍しくありません。しかし、6種類を超えると、薬の相互作用により、副作用の頻度も格段に上がってきます」

日本医師会と日本老年医学会が作成した注意すべき薬のリストの主な対象は、75歳以上の高齢者だが、75歳未満であっても「フレイル」がある人はこのリストに沿って処方を控える必要があるという。フレイルとは、加齢により歩く速度が遅くなったり、物忘れがひどくなるなど、日常生活に支障が出る前段階を指す。65歳を過ぎて老年にさしかかっている自覚のある人は、服用に十分注意したほうがいい。

では、いよいよ件のリストをみていこう。自分が飲んでいる薬がないかぜひチェックしてほしい。

糖尿病薬で昏睡

まずは糖尿病の薬。このリストの作成委員会メンバーの一人である、はとりクリニック院長の羽鳥裕氏は、注意すべき糖尿病薬として、スルホニル尿素薬＝SU薬（**ジメリン、オイグルコン、アマリール**など）を挙げる。

羽鳥氏が語る。

「これらSU薬は薬価も安く、効果も抜群です。ただ、効きすぎて血糖値が下がりすぎる『低血糖』になることがあるので、高齢者はあまり使うべきではありません。

低血糖になると、初期段階として手の震え、動悸、生あくびが出ますが、高齢者の場合、この症状がわかりにくい。

糖尿病患者さんが、発熱や嘔吐、下痢、食欲不振になることを『シックデイ』（体調の悪い日）と言います。そんなとき、ご飯が食べられないのに、薬だけ習慣的に飲んでしまうと、思わぬ低血糖を起こします。なかには血糖値が40mg／dℓ以下になってしまい（正常値は空腹時で110mg／dℓ未満）、低血糖性昏睡を起こし、救急車で運ばれるケースもあります」

低血糖を起こして倒れる患者の多くは、顔中すりむいて運ばれてくる。皆「目の前が真っ白になって……」と口を揃える。

比較的新しい糖尿病薬であるSGLT2阻害薬（**スーグラ、フォシーガ**など）もリストに掲載されている。この薬はSU薬と同じく、重症の低血糖リスクがあり、脱水症状、尿路・性器感染などを起こしやすい。リストでも「可能な限り使用せず、使用する場合は慎重に投与する」とある。

また、ビグアナイド薬の**メトグルコ**は、60年以上の歴史を持ち、世界でもっとも多く処方されてきた糖尿病薬だが、腎機能が低下した高齢者が服用すると「乳酸アシドーシス」という深刻な副作用を発症することが問題視されている。乳酸アシドーシスとは、乳酸の量が多くなりすぎ、血液が酸性化することで、腹痛、嘔吐、不整脈、意識障害などを引き起こす。致死率は、約50％にも上る恐ろしい副作用だ。

65歳を過ぎれば、糖尿病と血圧の薬を同時に服用している人も多いが、薬の「相互作用」により、こんな悪影響が起こることもある。

「βブロッカー」と呼ばれる非選択的β遮断薬（**インデラル、ミケラン**など）は、脈を遅くして心臓からの血流を減らし、血圧を下げる薬だが、糖尿病の薬と一緒に飲んでいると、低血糖の発作が出ても気づきにくくなるという。

「低血糖になると、通常、人間の体は危険な状態であると察知し、汗がドッと出たり、脈がすごく速くなったりします。ところがβブロッカーを飲んでいると、脈が速くならないことがあるのです。結果、気づくのが遅れて重症化してしまう。リストには載せていませんが、よく処方されるアーチストやメインテートなども同様です。

最近は、眼科が処方する点眼薬のなかにも、βブロッカーが入っていることがある。それが全身に回り、急に脈が遅くなり、倒れてしまう人もいます」（前出・羽鳥氏）

利尿剤は、血圧を下げるためによく使われる降圧剤の一つだが、なかでもループ利尿薬（**ラシックス、ルネトロン、フロセミド**など）は「必要最小限の使用にとどめる」とリストのなかでも指摘されている。

日本老年医学会認定指導医で、東京の永寿総合病院・総合内科主任部長の池田啓浩氏が語る。

「ループ利尿薬は、排尿を促すことで、水分や塩分を排出し血圧を下げるのですが、効きすぎによる脱水症状が怖い薬。夏場は注意が必要です。

もう一つの副作用は『低カリウム血症』です。多尿、疲労、筋力低下、神経機能の低下など電解質異常があらわれる場合があるので、高齢者は必要最小限の使用にとどめたほうがいいでしょう」

さらに池田氏は「そもそも、高齢者は血圧を無理に下げる必要がない。それどころか、効きすぎによる低血圧があぶない」と言う。

「高齢者は、上の血圧が150くらいでもいいのですが、薬できっちり110～120まで下げすぎる傾向があります。結果、低血圧になり、めまい、立ちくらみ、転倒などを起こすのです。

複数の降圧剤を飲んでいるため、副作用が出ている人もいる。私の場合、入院患者さんには、一度すべての薬をやめていただくこともあります。実際、薬をやめると体調がよくなる患者さんは多いです」（池田氏）

出血が止まらない

脳梗塞や心筋梗塞の予防として、血液をサラサラにする抗血栓薬。だが、抗血小板薬（**バイアスピリン、プラビックス**など）は、やはり高齢者にとって「効き目が強すぎる」ため、出血が止まらなくなる副作用がある。腹痛を訴えた患者を検査したところ、気づかないうちに胃や十二指腸など上部消化管から出血していたというケースはよくある。

前出の森本氏が言う。

「血液サラサラの薬で一番怖いのが、出血が止まらなくなって起こる『脳出血』や『消化管出血』です。医師会が作ったリストには商品名が出ていませんでしたが、私は抗凝固薬のワーファリンは、高齢者にとって慎重に使用すべき薬だと考えています。

'11年に世界的な医学誌『ニューイングランド・ジャーナル』に、ある研究結果が掲載され、大きな話題となりました。アメリカで薬物有害作用が原因で緊急入院した65歳以上の高齢者約5000人を調査したところ、そのなかで一番多かったのがワーファリンの服用による脳出血や消化管出血だったのです。

ちなみに2位は糖尿病薬のインスリン製剤による低血糖で、3位が**ジゴキシン**（心不全の治療薬）による中毒でした」

さらに問題は、これらの血液サラサラの薬を複数併用している高齢者が多いことだという。

「心臓のカテーテル手術を受け、ステント（管）が入っている人は、2～3種類の血液サラサラの薬を飲んでいます。当然、効き目が強くなるので、出血リスクが高くなります。循環器系の専門医の下で管理されている状態

上から狭間研至医師、森本茂人医師、羽鳥裕医師

高齢者は「効きすぎる」ため注意が必要な薬①

分類	薬物	代表的な商品名	副作用&注意点
高血圧薬（降圧剤）	ループ利尿薬	**ラシックス、ルネトロン、フロセミド**など	排尿によって水分や塩分を排泄し、むくみなどを改善する薬。効きすぎると**脱水症状**になる。ほかにも腎機能低下、起立性低血圧、転倒、電解質異常など
	アルドステロン拮抗薬	**アルダクトンA、セララ**など	四肢の痺れや不整脈をもたらす**高カリウム血症**の原因に。とくに腎機能が低下している高齢者は、適宜モニタリングを行い、少量の使用にとどめる
	非選択的β遮断薬	**インデラル、ミケラン**など	血圧を下げ狭心症、不整脈の治療に使われる。気管支喘息や慢性閉塞性肺疾患（COPD）の高齢患者が使用すると、**喘息発作**を誘発する
	受容体サブタイプ非選択的α1受容体遮断薬	**バソメット、ミニプレス、エブランチル、カルデナリン**など	本態性高血圧症、腎性高血圧症によく使われる降圧剤。効き目が強く、高齢になると血圧が下がりすぎて、**立ちくらみ**や**転倒**のリスクが高くなる
糖尿病薬	スルホニル尿素（SU）薬	**アベマイド、ジメリン、オイグルコン、ダオニール、アマリール**など	効果が強すぎるため、**血糖値が下がりすぎる**ことがある。手の震え、動悸、生あくびの症状が出るが、高齢者の場合出ないことも多く、重症化しやすい
	ビグアナイド薬	**ジベトス、メトグルコ、グリコラン**など	低血糖はもちろん、重篤なものでは、**乳酸アシドーシス（吐き気、呼吸困難など）**を引き起こす。発症すると死亡率は約50%。可能な限り使用を控える
	チアゾリジン薬	**アクトス、ピオグリタゾン**など	**骨粗鬆症・骨折**（女性）、**心不全**の副作用がある。心不全既往者には使用しない。アクトスは膀胱がんの原因になるとして米国では訴訟を起こされた
	α-グルコシダーゼ阻害薬	**グルコバイ、ベイスン、セイブル**など	急激な低血糖に加えて、**腹満感**や**お腹にガスがたまる**副作用がある。放置しておくと**腸閉塞（イレウス）**など重篤な副作用が起こることもある
	SGLT2阻害薬	**スーグラ、フォシーガ、ルセフィ、デベルザ**など	**重症低血糖、脱水症状、尿路・性器感染症**のリスクがある。効果が強いぶん、副作用も起きやすく、可能な限り使用せず、使用する場合は慎重に
抗血栓薬	抗血小板薬（血液サラサラの薬）	**バイアスピリン、プラビックス、プレタール**など	脳梗塞や心筋梗塞の予防のために血液をサラサラにする薬。血栓ができるのを防ぐ反面、**胃などの消化管からの出血、脳出血のリスク**を高める
非ステロイド性抗炎症薬	NSAIDs（鎮痛剤）	**ボルタレン、ロキソニン、インテバン、ランツジール**など	解熱鎮痛の効果があり、よく処方されるが、飲み続けると**腎機能低下、上部消化管出血**のリスクあり。高齢者は効きすぎるので、短期間の服用に
胃薬	H2受容体拮抗薬	**ガスター、ザンタック、タガメット、アルタット、アシノン、プロテカジン**など	「H2ブロッカー」と呼ばれる胃酸を抑える薬。逆流性食道炎の患者によく用いられるが、効きすぎると**認知機能の低下**や**せん妄（幻覚症状）**が起こる
制吐薬	吐き気止め	**プリンペラン、ノバミン、ピレチア、ヒベルナ**など	ドーパミン受容体遮断作用により**パーキンソン症状**の出現・悪化が起きやすい。重篤な副作用としてアナフィラキシーショックや痙攣がある

※日本医師会が公表した「超高齢社会における　かかりつけ医のための適正処方の手引き」（'17年）を元に作成。スペースの都合上、一部薬品を除いて掲載

のですが、飲み続けていると耐性ができるので、どんどん量が増えていきます。そもそも高齢になれば、眠れなくなるものです。若い人ならまだしも、薬に頼って改善しようとするのはデメリットのほうが大きい」（薬剤師の宇多川久美子氏）

前出の羽鳥氏もこう注意喚起する。

「なかでもデパスは、夜中のふらつきなどの副作用が強い。夜間、トイレに行こうと立ち上がって、廊下で倒れてしまうケースはよくあります。

ただそれでも、患者さんから『寝られないから、出して欲しい』と言われると、つい処方してしまう医師は後を絶ちません」

「非ベンゾジアゼピン系睡眠薬」のなかにも、**マイスリー**や**アモバン**など注意すべきものがある。具体的な副作用としては、認知機能の低下や便秘、口が渇くなど。しかも、厄介なことにこれら超短

高齢者は「効きすぎる」ため注意が必要な薬②

分類	薬物	代表的な商品名	副作用&注意点
下剤	酸化マグネシウム	**マグミット、マグラックス**など	腎臓にたまると**高マグネシウム血症**を起こし、悪心、嘔吐、筋力の低下、呼吸不全などを起こす。低用量から開始し、血清Mg値上昇時は使用中止
過活動膀胱治療薬	オキシブチニン（経口）	**ポラキス、オキシブチニン塩酸塩錠**など	**尿が出なくなる尿閉、認知機能低下、せん妄、口腔乾燥、便秘**などの副作用がある。緑内障、心筋梗塞の患者が使用すると症状が悪化するので使用不可
	ムスカリン受容体拮抗薬	**ベシケア、デトルシトール、トビエース、ウリトス**など	頻尿の治療薬だが、**口腔乾燥、便秘に加え、排尿症状の悪化、尿閉**などのリスクもある。頻尿は老化現象であり、明らかな必要性がない場合は断薬を
抗精神病薬	抗精神病薬全般	**セレネース、ウインタミン、リスパダール、ジプレキサ、セロクエル**など	認知症患者によく使われるが、**脳血管障害、死亡率上昇**などが報告されている。ジプレキサ、セロクエルは血糖値が上がるので糖尿病患者には禁忌
睡眠薬	ベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬	**ダルメート、ベノジール、ソメリン、セルシン、ホリゾン、ハルシオン、デパス**など	**せん妄**の副作用がある。転倒→骨折→寝たきりの危険性がアップする。長時間作用型は使用するべきでない。長期服用するとやめられなくなる
	非ベンゾジアゼピン系睡眠薬	**マイスリー、アモバン、ルネスタ**など	**ふらつき、全身倦怠感、食欲不振、黄疸、肝機能障害**などの副作用がある。眠れないからといって、漫然と服用せず、できるだけ減量を検討する
抗うつ薬	三環系抗うつ薬	**トリプタノール、アナフラニール、トフラニール**など	自律神経失調症の治療薬。**認知機能低下、せん妄、便秘、口腔乾燥、起立性低血圧、排尿病状悪化**などのリスクがある。効果のほども定かでない
	SSRI	**パキシル、ジェイゾロフト、デプロメール、ルボックス、レクサプロ**など	**消化管出血**の経験がある高齢者は再発の可能性が高くなる。うつ病への効果も疑問視されている。子供への処方は禁忌で、高齢者も注意したい薬
スルピリド（抗うつ薬）	スルピリド	**ドグマチール、ミラドール、アビリット**など	うつ病、胃潰瘍、十二指腸潰瘍の患者に対するスルピリドの処方は可能な限り控える。手足が震える**パーキンソン症状**や**脳性麻痺**が現れることも
ステロイド	経口ステロイド薬	**プレドニン、メドロール、リンデロン**など	安定期のCOPD（慢性閉塞性肺疾患）の患者には、処方を控える。呼吸筋の筋力低下および、**呼吸不全**の助長、**消化性潰瘍**などが発生する
抗ヒスタミン薬（アレルギー薬）	H1受容体拮抗薬（第1世代）	**レスタミン、タベジール、ポララミン、アタラックス-P、ホモクロミン**など	じんま疹、花粉症、結膜炎、アレルギーのかゆみに使われる薬。鎮痛作用が強い反面、副作用も強い。**急激な眠気、全身痙攣、肝機能障害**などがある
ジギタリス（強心薬）	ジゴキシン（心不全の治療薬）	**ジゴキシン、ジゴシン**など	心筋の収縮力を強くする薬。飲みすぎると食欲不振、吐き気、視覚障害などの「**ジギタリス中毒**」を発症する。血中濃度や心電図による管理が必要
抗パーキンソン病薬	パーキンソン病治療薬（抗コリン薬）	**アーテン、アキネトン、トレミン**など	抗コリン薬は脳に作用する薬なので、高齢者は注意が必要。**認知機能低下、せん妄、過鎮静、口腔乾燥、便秘、尿閉**など、さまざまな副作用のリスクがある

抗うつ薬のパキシルで認知機能低下

なかでもベンゾジアゼピン系と呼ばれる**ダルメート、ハルシオン、デパス**は、「せん妄」と呼ばれる幻覚症状があらわれることがある。それが原因で、転倒して骨折し、そのまま寝たきりになる人もいる。

「ベンゾジアゼピン系の睡眠薬は、副作用も強いならいいのですが、その後状態が安定し、開業医の先生に移ったときが危険です。漫然と飲んでいる人は循環器専門医に相談し、服用を見直してほしいですね」（森本氏）

高齢になれば、どうしても眠りが浅くなる。そのため睡眠薬を服用している人は少なくないが、これも「効果が強すぎる」ことが多いので注意してほしい薬だ。

大型企画満載 次号は9月21日(金曜日)発売です(一部地域は除く)

時間作用型の睡眠薬は、とくに「依存性」が高く、一度使うとなかなかやめることができない。日本医師会のリストにも「漫然と長期投与せず、減量、中止を検討する」と記されている。

前出の狭間氏が言う。

「65歳、75歳を超えた高齢者が、若い人と同じ量を飲んではいけないケースもあります。人によっては成人の2分の1、4分の1が『適量』の場合もあるでしょう。現在、薬の処方量は、小児用と大人用の二つにしか分けられていませんが、これからは『高齢者用』を加えて、三つに分ける必要があるかもしれません」

近年「老人性うつ」という言葉をよく聞く。だが、じつは安易な「抗うつ薬」の処方が、高齢のうつ病患者を増やしているという話もある。

なかでも三環系抗うつ薬の**トリプタノール**、**アナフラニール**、**トフラニール**などは、せん妄、口腔乾燥、起立性低血圧、排尿障害、尿閉などの副作用があり、可能な限り使用を控えたほうがいいと、日本医師会は警告している。

「SSRI」と呼ばれる抗うつ薬の**パキシル**や**デプロメール**もリストに記載されている。

「これらの薬は認知機能を低下させます。また、量が増えると腎臓の機能も低下するので、ますます薬を消化吸収することができずに、副作用が強くなっていきます。

脳に作用する薬は十分に量を検討し、投与する必要があります。だらだら使い続けるのが一番危ない。抗うつ薬や抗精神病薬は『シンプル・スモール・ショート』=単剤、少量、短期間が基本です。

ただし、これらの精神系の薬は、急にやめると自殺願望が強くなるとも言われているので、すでに服用している人は、担当医と相談し、徐々に減薬を目指すのがいいと思います」(前出・森本氏)

便秘薬で死亡例も

総合感冒薬(風邪薬)やアレルギー性疾患(じんま疹、アレルギー性鼻炎、花粉症、結膜炎)、かゆみの緩和、酔い止めなどによく使われているのが、**レスタミン**、**タベジール**、**ポララミン**などの「第一世代抗ヒスタミン薬」である。

これも脳の中枢神経に作用する薬の一つで、期待される効果以上に副作用が強い。急激な眠気や口渇、胸やけなどの副作用が比較的あらわれやすく、「鈍脳」と呼ばれ、認知機能を低下させることもある。

神経に作用するので、緑内障患者が使用すると眼圧が上がり悪化する。ほかにも、尿閉を引き起こすので、前立腺肥大など尿路閉塞性疾患の患者は「禁忌(タブー)」となっている。

胃の調子が悪いからと病院へ行くと「逆流性食道炎」と診断され、最近よく処方されている薬がある。ヒスタミンH2受容体拮抗薬である。「H2ブロッカー」とも呼ばれる胃酸分泌抑制剤だ。代表的な商品として**ガスター**や**ザンタック**、**タガメット**などがある。

よく効く反面、副作用も強い。認知機能の低下、せん妄などを引き起こすため、日本医師会は減薬を推奨している。

高齢になって運動量が減ってくると、決まって悩まされるのが「便秘」である。そこで下剤としてよく処方されるのが酸化マグネシウム(**マグミット**、**マグラックス**など)だ。しかし、この薬は効き目も鋭く、腎機能が低下している高齢者において「高マグネシウム血症」の副作用が多く報告されている。高マグネシウム血症になれば、吐き気、嘔吐、めまい、不整脈、皮膚が赤くなるなどの症状があらわれる。

「重症化すると、意識がもうろうとしたり、息苦しくなったりして、実際に死亡した患者さんの例もあります。

酸化マグネシウムが効きすぎて下痢になり、逆に下痢止めの薬が処方されている患者さんもいます。こうしてどんどん薬が増えていくのです」(前出・森本氏)

過活動膀胱や前立腺肥大を患っているため、夜中何度もトイレに起きてしまう。そんな排尿障害の治療によく使われるのが、ムスカリン受容体拮抗薬(**ベシケア**、**デトルシトール**、**トビエース**など)だ。

副作用としては、口腔乾燥、便秘、霧がかかったように見える視覚障害などがある。

リストには、前立腺肥大に対してはα1受容体遮断薬(ハルナール、ユリーフなど)を第一選択とすると書かれている。

腰やひざの痛み、歯痛など、老若男女問わず多くの人が使っている鎮痛薬。いわゆる「痛み止め」だが、これも高齢者にとっては効きすぎるため、飲み続けると危ない。

「鎮痛剤の代表的なものに非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)があります。なかでも**ボルタレン**や**ロキソニン**が有名ですが、これらの薬を漫然と長期間にわたって服用すると消化管出血を起こすケースが多々あります。一時的に痛み止めとして使うならいいですが、常用は避けてください」(前出・森本氏)

前出の宇多川氏は「『貼り薬』でも胃潰瘍になる場合がある」と言う。

「飲み薬の痛み止めの場合は、胃を守る薬が一緒に出ますが、貼り薬(シップ)のときはほとんど出ません。でも血中から鎮痛剤が入っていくので、副作用は同じことです。人は口に入れないものは安心感があって、気が緩むので注意してください」

もちろん自己判断で急に薬をやめるのは危険だ。だが、高齢者は「効きすぎる」ことを念頭におき、量は適切なのか、この薬は本当に意味があるのか、主治医にきちんと確認する必要がある。

幸せな人生を全うするためにも、薬との付き合い方を見直してほしい。

2 誤嚥であろうとなかろうと 肺炎で死なないために何をすべきか

肺の中で細菌が増殖

かつて日本人の死因第1位だった肺炎は戦後、抗菌薬の登場により、死亡者数が急激に減少した。

ところが80年以降に再び増加に転じ、特に高齢者の肺炎が急増しており、最近でも、落語家の桂歌丸氏、俳優の津川雅彦氏、俳人の金子兜太(とうた)氏など、著名人が肺炎に苦しめられて亡くなった。なぜこのような事態に陥っているのか。順天堂大学医学部総合診療科研究室の内藤俊夫教授は言う。

「肺炎で死者が再び増えたのは、高齢化により免疫力が弱くなった人が増えていること、医療現場で抗菌薬が乱用されていることも原因です。近年、ようやく周知されてきましたが、ウィルス性である風邪に効果がない抗菌薬を安易に処方すると、体内で耐性菌ができてしまい、いざ肺炎になった時に、抗菌薬が効かないことがあるのです」

厚労省の統計では、肺炎で亡くなる人の97%が65歳以上である。

そして、肺炎で死亡する患者のうち9割が誤嚥(ごえん)性肺炎によって亡くなっている。体力が低下し、

肺炎球菌(左)と肺炎で亡くなった桂歌丸師匠

あなたの㊙スクープ情報が社会を動かす！

投稿メールは toukou@wgendai.gr.jp まで

上から内藤俊夫医師、西山耕一郎医師、米山武義医師

うまく食べ物を飲み込めなくなった人がかかりやすいのが、これだ。西山耳鼻咽喉科医院院長の西山耕一郎氏が説明する。

「喉は、喉頭蓋（こうとうがい）という『喉の防波堤』を分岐点として食道と気管という2つの道に分かれています。当然、食べ物や飲み物は食道へ、空気は気管へ入っていくわけですが、喉の機能が落ちると、本来食道に入るべき飲食物が誤って『別の入り口（気管）』へ入ってしまう。これを『誤嚥』と言います」

もし、間違って飲食物が気管に入り込んでも、通常ならむせたり咳き込んだりすることで排出される。

「ところが、高齢者や体力が落ちている人の場合、喉の知覚や咳をする力が低下しているため、誤って侵入してきた飲食物を押し戻そうとする咳が出せないケースがあるのです」（西山氏）

気管に入り込んだ飲食物は、そのまま肺の内側などに溜まり、そこで肺炎の原因となる細菌が増殖してしまうというわけだ。このように誤嚥性肺炎とは、感染過程で誤嚥が原因となって起こる肺の炎症全般のことを指している。

後述するように、他にも空気感染などによって肺炎になることがあるが、死に至るほど深刻なケースは稀だ。

一口に肺炎といっても、原因となる病原微生物は様々である。中でも特に注意が必要なのが肺炎球菌だ。

「肺炎の原因となる病原微生物には、細菌、ウィルス、その2つの中間的な性質をもつ微生物（非定型肺炎）などに分けられます。中でも細菌である肺炎球菌が原因の場合が一番多く、肺炎全体の約3割を占めます。そして肺炎の原因は、高齢者では多くが誤嚥による感染だと考えられています」（前出・内藤氏）

クーラーが菌をばら撒く

他に、空気感染の多い細菌として、レジオネラ菌などが挙げられる。レジオネラ菌は水中や土壌中など自然界に広く存在する細菌だが、消毒されていない水や入れ替わりの少ない水、水温20℃から50℃前後の水に混入した時、増殖するおそれがあると言われている。家庭内では風呂場、トイレ、加湿器、クーラーなどでも繁殖するため注意が必要だ。

今年は猛暑のためクーラーをつけっぱなしという家庭も多いだろうが、掃除をしないまま使い続けていると、エアコンや室外機に残った水分がこもって菌が繁殖し、部屋中に菌がばら撒かれることにもなる。

インフルエンザウィルスも冬には注意が必要だが、

「インフルエンザ肺炎になる人はごくわずかです。実際、インフルエンザで亡くなるケースは、インフルエンザにかかり体が弱ったあとに、肺炎球菌による肺炎で亡くなる場合がほとんどです」（内藤氏）

ウィルスは基本的に感染力が弱く、これが原因で肺炎になることは滅多にない。また微生物が原因となって起こるマイコプラズマ肺炎はよく耳にするが、若者がかかるケースが多く、高齢者が命を落とすことは少ない。やはり恐れるべきは肺炎球菌である。

しかし、困ったことに高齢者の初期の肺炎は、高熱や激しい咳などの症状が見られないケースがままある。

「健康な人の場合、細菌に感染した時には熱や咳などの免疫反応が見られますが、高齢者の場合は免疫力が落ちているため、それらの症状が出づらく、肺炎の発見が遅れがちです。多少体がだるかったり、息苦しかったりしても熱がないから大丈夫と思っていたらそのまま亡くなってしまったということもあります。熱があって血圧が高く免疫反応が現れている肺炎のほうが、予後が良く、熱が低いほど予後が悪いというデータもあるほどです。

どうしても体温で判断しがちですが、高齢者にはあてはまりません。風邪との見分け方が難しいのです」（内藤氏）

風邪だと思って家で寝ていても、なかなかよくならないので、病院でレントゲンを撮ったら肺全体が真っ白になっているということも珍しくないのだ。では単なる風邪と肺炎をどのように見分ければよいのか。内藤氏が説明する。

「一番分かりやすい見分け方が1分間の呼吸数です。16回くらいまでが正常ですが、これが20回を超えると明らかに異常で肺炎を疑うべきです。普通のウィルス性の風邪であれば体温が39度あっても、呼吸数はそれほど変わりません。しかし、肺炎であれば呼吸数が増えます。

呼吸が荒いかどうかではなく、純粋に回数が増えるかどうか、これが重要なサインです。呼吸数が多すぎればすぐに病院に行くべきです」

また呼吸が増えると、カロリーを消費するので体重も減っていく。原因不明の倦怠感や体重減があれば単なる風邪ではなく、肺炎を疑うべきだ。

ワクチンで予防を

では、そもそも誤嚥であろうとなかろうと肺炎にならないためにはどうするべきか。

「うがい、手洗い、マスクが励行されていますが、うがいはほとんど役に立ちません。手洗いは感染率を下げるものの、完全には防げない。マスクも防御効果はほぼゼロ。

一番効果があるのは肺炎球菌ワクチンを打つことです。特にがんなどで、免疫力が落ちている人こそ、ワクチンで予防すべきです。がんを患っていると、ワクチンが使えないと思い込んでいる人も多いと思いますが、そんなことはありません。65歳以上のすべての高齢者と、65歳以下でもがん患者であれば、ワクチンで備えはしておくべきだと思います」（内藤氏）

肺炎球菌ワクチンといえば役者の西田敏行氏や坂東玉三郎氏がCMで紹介しているのを見たことがある人も多いだろう。このワクチンの普及によって肺炎は劇的に減少している。事実、16年まで死亡原因第3位だった肺炎が、17年には第5位にまで下がり、10万人以上だった死亡者数が9万6000人と減少したのは、肺炎球菌ワクチン接種の啓蒙活動の成果だと考えられている。

他に普段の生活の中で、肺炎を防ぐ手立てはあるのだろうか。『肺炎は「口」で止められた！』の著書がある米山歯科クリニック院長の米山武義氏が説明する。

「誤嚥をしたからといって必ずしも肺炎になるということではありません。誤嚥した食べ物がそもそも細菌に冒されているということは衛生管理の行き届いた現代ではあまり考えづらい。それよりも口の中の細菌が問題となることが多いのです。

口の中には口腔常在菌といって、日頃は悪さをしないような細菌も含めて様々な細菌がいます。こうした細菌を含んだ唾液が食べ物と一緒に肺に入り込み、肺炎の原因となるのです」

たとえ誤嚥をしてしまっても、口内環境が整っていれば、肺炎になる可能性は低い。言うまでもなく、日頃の口腔ケアがとても大切になる。

「注意深いブラッシングは基本中の基本です。また歯周病だと歯茎から粘り気のある浸出液が出ますが、これらが細菌の温床となります。歯周病の原因菌が肺炎の原因となることもあるので、歯周病の治療は早めにしたほうがよいでしょう」（米山氏）

PR活動によって広く知られるようになった肺炎球菌ワクチン

特に重要なのが、夜寝る前の歯磨きだ。通常、間違って食べ物や唾が気管に入り込んでも、むせたり、咳き込んだりすることで排出される。しかし、睡眠中はこの反応が鈍くなるからだ。

また前章で見た通り、副作用に口腔乾燥、つまり唾が出なくなり口内が渇くことがある薬は意外に多い。口内環境を健全に整えるためにも服薬には慎重になるべきだ。

そもそも誤嚥を防ぐためにはどうすればよいのか。喉の機能は女性より男性のほうが衰えやすいと言われている。医学的理由は証明されていないが、一般に女性のほうがおしゃべりで、男性のほうが口数が少ないことが、喉の機能に現れると考えられている。そのため、よく喋ることによって喉の機能を保つことが重要になってくる。

「嚥下機能にも繋がる呼吸機能を鍛えるにはやはり発声が重要です。新聞の音読は気軽にできますし、認知症予防にも有効です。カラオケもバカにできません。特に高いキーが有効です。また『い』段を発声すると喉仏も上がるのでよいでしょう。カラオケで例えば、『津軽海峡・冬景色』などは『い』段が豊富でキーも高く、うってつけですね」（前出・西山氏）

辛いものを食べよう

食事の際に、ちょっと工夫するだけで誤嚥を防ぐことができる。

「介護の現場などでは、食べやすさを優先して、ぬるい食べ物ばかりになりがちですが、熱いものは熱いままで、冷たいものは冷たいままで摂るのがよいでしょう。温度差があるものが嚥下の反射を誘発します。

唐辛子など辛味成分を含むスパイスは、嚥下反射と咳反射を促す効果があるため、積極的に食事に取り入れるとよいでしょう。例えば、キムチなどを普段から摂取するのはいいことです」（前出・米山氏）

ただ辛いものを食べると咳き込んでしまうというのなら、黒胡椒をちょっと食事に振りかけるだけでもいい。

食事をしたあとにすぐに寝るのも厳禁だ。いったん胃に収まったものでも寝ているうちに逆流して気管に入ってしまうケースがあるからだ。

「食事をすると胃の消化にエネルギーを使うため眠くなるものです。しかし、食べてから時間をおかずに寝てしまうと『胃食道逆流現象』といって、内容物が逆流することがある。これが気管に入ると深刻な肺炎になることがあります」（米山氏）

睡眠をとるのは食べてから2時間以上たってから、を心がけよう。

怖い病気とはいえ、予防する方法はある。普段の何気ない習慣を変えるだけで、寿命が延びるなら実践しない手はない。

霊芝ご愛飲の皆様に、おトクなニュースです！
日本をはじめ、アメリカ・中国の州、国立大学でも研究用に採用された
高品質 飛騨霊芝
よいものだからこそ長く愛飲してほしい、そう考えたから、この価格が実現しました。
三十年以上にわたる科学的研究、栽培実績の成果を結集したのが「飛騨霊芝」です。
その品質は国内・海外で高く評価され、研究用霊芝として採用されています。※「飛騨霊芝」は商標です。
だから長期愛飲者にこそ、自信を持ってお勧めします。

1kg 10ケ月分 30,000円
500g 17,000円（各税込／送料無料）
ご注文・お問合せ
■インターネット（24時間受付）
http://www.dai1-yakusan.co.jp/
飛騨霊芝 第一薬産 検索
■お電話
0120-32-0963
※姿・きざみ・粉末等ご要望に応じます。
※開封前、着後7日間は返品可（返送料申込者負担）
第一薬産株式会社
〒506-0003 岐阜県高山市本母町59

3

検査をしたから安心というわけではなかった
せっかく検査したのに がん見落としが続出 あなたがすべきこと やれること

ベテランでも安心できない

これまでの「常識」が覆される事態が、全国で次々と起きている。

8月30日、北九州市立医療センターで、60代（当時）の男性患者の肺がんを見落としていたことが発覚した。この男性は、'15年4月に糖尿病の治療のため、同センターを訪れた。X線撮影、CT検査などを受けたところ、放射線科の医師は「肺がんの疑いがある」と「画像診断報告書」に記入。しかし、この男性の主治医は、その報告書を見ていなかったというのだ。その後、男性は症状が悪化し、'16年3月に再度CT検査を受けたところ、ステージⅣの肺がんであることが発覚。同年10月に死亡した。せっかく偶然、がんが見つかるチャンスがあったのに、みすみす、その機会を奪われてしまったのだ。

これだけではない。6月には千葉大医学部附属病院が、'13年以降、CT検査などを受けた30～80代の9人の患者のがんを見落としていたことを発表。そのうち2人は死亡した。同6月には横浜市立大附属病院が、腎臓がんで亡くなった60代男性のCT画像の所見を、専門医と主治医の確認ミスで見落としていたことを発表。7月には東京・杉並にある河北健診クリニックが、40代の女性の肺がんを3度にわたって見落としていたことが発覚した（女性は今年6月に死亡）。このケースでは、女性はわざわざがん検診のために胸部X線検査を受けたのに、見落とされていたのだ。

こうしたがんの見落としは、病院が自ら発表しなければ、露見するものではない。まさに氷山の一角なのである。

日本医療機能評価機構によると、'17年9月までの約3年間でも、32件のがんの見落としが確認されているという。これらの多くは、主治医が、別の部位の画像のみ見ていたため、がんを見落とした。あるいは、放射線科の専門医は画像診断報告書で指摘していたのに、主治医がそれを見ていなかったというケースばかりだ。日本医療機能評価機構の医療事故防止事業部の担当者が話す。

「画像検査の流れは以下

今年6月、謝罪会見を行う千葉大附属病院の山本修一病院長ら

大型企画満載 次号は9月21日（金曜日）発売です（一部地域は除く）

の通りです。まず、主治医が画像検査を発注、放射線部が検査を実施し、画像を作成します。そして、その画像を元に主治医が患者に説明をします。並行して、放射線部は『画像診断報告書』を作成、主治医に提出します。ところが、この報告書が主治医に届くのは翌日以降になることが多い。それで、主治医が報告書を確認するのを忘れる、というミスが起きていると考えられます」

翌日に届いたからといって、確認を忘れられてはたまったものではない。同担当者が続ける。

「これらのミスは医師の能力や経験不足が原因とは言えません。画像報告書を確認していなかった事例について、医師の経験年数ごとに人数を確認しましたが、どのカテゴリーにも満遍なく存在していた。つまり、医療技術や現場経験とは関係がなく、どんな医療現場でも起こり得ると言えます」

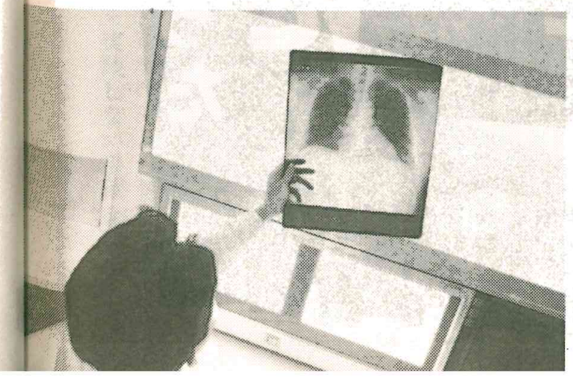
せっかく検査を受けたのに、医師が画像を見ていない、報告書を読むことさえない。こんな許しがたい事態が、横行しているのだ。

ろくに画像も見ていない

主治医と放射線科の専門医の間での連携ミスが頻発している背景には、「患者の主治医や執刀医らは放射線医のことを一段低く見ている」(関東の大学病院で勤務する放射線専門医)という風潮がある。「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」代表の永井裕之氏が話す。

「いま医療業界では、盛んに『チーム医療』という言葉を使っています。患者・家族を真ん中に囲むように医師、看護師、コメディカル(医療スタッフ)の方々が、一つの輪で医療を行うということが大切だと思います。しかし、多くの病院では、これが輪ではなく、三角錐の頂点に主治医がいて、その底辺に向けて他の医療者がいる。患者・家族はこの三角錐の外にいるのが現状です」

患者を診ているのは主治医の自分であり、自分が見抜けないような疾患を放射線科のような「マイナー科」の医師がわかるはずがない。そんな意識が、がんの見落としを生んでいる。ただ、水面下ではもっと深刻な問題が拡大している。最近発覚したケースでは、主にこれらの「主治医の確認ミス」ばかりがクローズアップされているが、前出の放射線科専門医はこう話す。



新築そっくりさん
戸建もマンションも
リフォームするなら
住友不動産の
新築そっくりさん
0120-093-370
新築そっくりさん
住友不動産

こんなにある「がんの見落とし事件」

時期	医療機関名	概要
2016年10月	北九州市立医療センター	60代男性のX線画像で肺に腫瘤影のようなものが確認され、放射線科の医師は「肺がんの疑いあり」と報告書に記入。しかし、主治医がそれを見ていなかった。'16年10月に肺がんで死亡
2017年2月	千葉大医学部附属病院	'13年以降、30～80代の9人の患者のCT画像でがんの見落としがあったと発表。そのうち4人の治療に影響があり、60代の女性と70代の男性の2人が死亡していた
2017年9月	静岡県立静岡がんセンター	直腸がんと肝転移の60代の男性に抗がん剤治療を行っていたが、肝機能障害を示す検査の数値を医師が見落とし、治療を続行していた。'17年9月に男性は薬剤性肝障害で死亡
2018年4月	横浜市立大附属病院	60代の男性が、腎臓がんの診断が遅れ、'18年4月に死亡。CT画像を見た放射線科の医師は報告書に腎臓がんの疑いについて記入したが、主治医はそれを未確認だった
2018年6月	河北健診クリニック	40代女性の肺がんを3度にわたって見落とし、死亡していたことを発表。過去にがん検診を受けた9424人の画像を再読影したところ、44人に要精密検査の所見が確認された

「放射線の専門医がまるで足りていないのです。大規模病院でも、常勤の専門医は2～3人というケースがほとんど。それなのに、年々仕事量だけは増えています。CTの撮影枚数は従来は1件当たり16枚が主流でしたが、現在では1件で30枚を超えることもある。専門医は一日に20～30人の患者さんの検査をすることはザラにある。そうすると、一日に何千枚もの画像を見なくてはいけませんが、当然すべてを完璧にチェックできるわけがありません」

荏原病院の放射線科部長・井田正博氏が話す。

「千葉大の件では、山本修一病院長が記者会見で『放射線科医の数が足りなかったので、今後、定員を増やし、募集する』という趣旨の発言をしていました。確かに、放射線科の専門医を育てるのに7年という時間がかかるとはいえ、医師を育成する機関である大学病院の発言として非常におかしい。ただでさえ、千葉や茨城といった地域は放射線科医の絶対数が足りていません。今まで専門医育成を疎(おろそ)かにしてきたことへの反省がなく、周囲の施設から専門医を引き抜くだけでは地域医療体制が崩壊しかねません」

堂々とカルテをもらおう

こうした間にも、あなたのがんが見落とされている可能性は十分にある。

「個人としてできることは、画像診断がどのような流れで行われているのか、まずはその仕組みを理解していただきたいです。検査をした直後にできるのは画像だけで、診断報告書が担当医に届くまでにはタイムラグがある。これを理解していれば、次回の診察の際に、『放射線科からの画像報告書になにか書かれていませんでしたか?』と質問することができます。万が一、主治医が報告書の確認を忘れていたとしても、そこで防ぐことができる」(前出・日本医療機能評価機構の担当者)

それだけ専門医が足りず、ろくに画像をチェックできていないという事態が起きている。前述のように、3年で見落としが32件だったという報告があるが、実際には何百件、何千件という、報告書に書かれなかったがんの見落としが起きている。

診断ミスは、画像の見落としだけではない。静岡県立静岡がんセンターで、'17年9月に60代の直腸がんの男性患者が薬剤性肝障害で死亡。この男性は抗がん剤治療を受けていたところ、その副作用により血液検査で肝機能障害の基準値を超える数値が検出されていた。

④ もう少し患者のことを考えてほしい
1時間待って5分の診察
これでいったい何が分かるというのか

しかし、主治医がこれを見落とし、抗がん剤の投与を続行。結果、男性は死亡してしまったのだ。

こうした医師のミスを防ぐためには、自分の画像診断報告書やカルテの開示を要求するのも重要だ。カルテはドイツ語が交じるなど難解で、報告書は日本語で書かれているとはいえ、一つ一つの数値を自分で吟味することは難しい。しかし、開示を依頼することで医師との健全な緊張関係が生まれ、セカンドオピニオンを受ける際にも活用できる。報告書やカルテを要求するのは気が引けるかもしれないが、開示は患者の当然の権利で、医療機関は拒否できない。堂々と要求していい。

とにかく、せっかく検査を受けても、画像や数値がきちんと診断されていないどころか、報告書すら見ていない医師が多数存在しているという事実を忘れてはいけない。

前出・永井氏が話す。

「いまはカルテの開示など当たり前の時代ですが、大学病院などによっては、割高な料金を取るところがあるんです。コピー代なんて、一枚10円程度のはずが、数千円の手数料を取るような病院もある。あきらかにおかしなことです。裏を返せば、それで病院の誠実度を測ることもできると思います。患者・家族と情報を共有するための情報開示をしっかりすべきです」

自分の身は自分で守るしかないのである。

せめて初診くらいは丁寧に

本誌9月1日号の「なぜ日本の病院は、患者を待たせて平気なのか」という記事で報じたように、大学病院や特定機能病院を受診するためには、基本的に紹介状が必要になり、予約しても1～2時間待ちはザラにある。だが、ようやく自分の順番になったと思ったら、せいぜい5分ほどで診察は終了してしまう。

終始、医師の態度は素っ気なく、聞きたいことがあっても、質問できるような雰囲気ではない。医者が忙しいのは分かるし、自分の後に待っている人がいるのも分かる。

それでも、仕事を休み、家族との予定をキャンセルして、せっかく時間を作って病院に行ったのに、これで本当に自分の身体のことが分かったのか。

なにか重大な疾患を見逃しているのではないか。そんな不安を覚えたことがある人も多いだろう。東邦大学医学部客員教授で医学ジャーナリストの松井宏夫氏が話す。

「私の知っているケースでは、ずっと何の病気か分からずに苦しんでいた患者さんがいました。それまで何ヵ所もの病院で診察を受けていたのですが、短い診察時間ではろくに話も聞いてもらえず、結局、原因が分からなかった。それがある大病院の総合診療科の名医と呼ばれる先生に1時間近く、丁寧に診察してもらったところ、原因（転換性障害）が分かったのです」

'14年度の厚労省の調査では、診察時間が3分未満だった外来患者は16・3％。3分～10分未満は実に51・8％に上った。この調査では小規模な町のクリニックなども含んでいるため、大病院に限れば、相当数の人が診察は5分以下で済まされているのが現実だろう。散々待たされた挙げ句、さらっと診察されて終わり――。みんなそんな目に遭っているのだ。前出・松井氏が続ける。

「たとえば、一度手術を受け、その後の経過観察のために通院している人で、症状が安定している場合は、診療時間が短くてもいいと思います。しかし、ゼロから患者さんを診る初診の場合は時間をかけて丁寧に診ないと分からないでしょう。とくに高齢者は何が原因で体調が悪いのか見抜くのに時間がかかります」

高齢者の場合、少しの体調の異変が命に関わることがある。だからこそ、じっくり話を聞き、身体の不安を取り除いてほしいという思いは強い。

OECD（経済協力開発機構）のデータによれば、'16年の人口1000人あたりの医師数は日本が2・4人なのに対し、ドイツが4・2人、フランスは3・4人となっている。確かに日本は一人の医師に対して、患者数が多いという実情はある。しかし、理由はそれだけではないのだ。NPO法人「医療制度研究会」の副理事長・本田宏医師が話す。

「原因は、病院が〝薄利多売〟せざるを得ないという構造にある。外来の一回の診療報酬は、海外と比べて、半分、あるいは5分の1程度なのです。診療報酬が非常に低く設定されているため、多くの患者を診ざるを得ない状況にあるのです。300床ほどの中～大規模病院だと、内科医は一日に80～100人の患者さんを診察しているような状態です」

問診を軽んじ、すぐ検査

しかし、それはあくまで病院側の理屈。それで患者の不安がなくなるわけではない。

'08年の診療報酬改定で「5分ルール」という制度が導入されたことがあった。一人の患者の診察時間が5分以下だと「外来管理加算」（520円）という診療報酬が支払われないという制度で、少しでも一人一人の患者が丁寧に診察されるようにという趣旨だった。ところが、医療業界から「医療機関の収入が大幅に減る」と大きな反発があった。そして、わずか2年後の'10年にこの「5分ルール」は廃止された。できるだけ短時間で診察し、なるべく多くの患者を回す。それが日本の医療機関にとっては至上命題なのである。

さらに現場の医師の意識が問題に拍車をかけている。医療ジャーナリスト・田辺功氏が話す。

「日本では『外来患者数が多く、本来病院に来なくてもいいはずの患者が来ている』と指摘されることが多い。医師もそういった認識を前提に、診察しているのです。そのため『今日は忙しいから』『いつも来ている患者さんだから』、いちいち診ていられない――。そんな感覚が、丁寧さを欠いた診察、そして短時間診療に繋がっている可能性はあります」

『「いい病院」「悪い病院」の見分け方』の著者で、病院のコンサルティングを行う武田哲男氏もこう話す。

「いまの医療機関は、作業を次々と処理するように患者さんを診断すると

いう姿勢になっています。患者さん側が座る椅子に『丸椅子』が多いのも、その表れでしょう。少しでも早く座って早く立てるように、流れ作業に適したデザインになっているのです。病院もサービス業だという意識があれば、医師が座っているヒジ掛け付きの椅子にこそ患者さんが座るのが当然でしょう」

前章で見たように、いま多くの医療機関で「がんの見落とし」が次々と明らかになっている。主にCT画像などの『画像診断報告書』を担当医が見忘れるという単純ミスによって起きている。「なにか疑問はありませんか」「他に気になることはありませんか」。そんな、医師と患者がコミュニケーションを取る時間が十分に確保されていれば、防げたケースも多いのだ。

診察時間は、医師が患者を診断するのはもちろんだが、同時に患者の知る権利を保障するための時間でもある。自分の身体になにが起きているのか、どのような選択肢があるのか、なにかリスクはあるのか。それらを知るのは、患者の重要な権利なのである。

医師を本気にさせるには

短時間診療はそうすぐには解消されそうにない。医療経済ジャーナリストの室井一辰氏が話す。

「『かかりつけ医』をつくるというのはひとつの有効な対策だと思います。やはり患者を定点観測しているの医師であれば、たとえ短時間でも、患者の変化に気づく可能性が高いでしょう。

昨今、「患者さんも参加する医療」を謳う医療機関が増えた。医師や看護師、専門医などの輪の中心に患者がいる。そんな耳当たりのいいことを言われたところで、短時間診療を放置したままでは、それは単なるごまかしにすぎない。

「いまは問診に重きを置かず、とにかく患者さんに色々な検査を受けさせて、その数値から病名をつけていく傾向が強まっています。しかし、それでは本来なら不要であるはずの検査まで受けさせることになり、余計な医療費もかかるので感心しません」（「弘邦医院」院長の林雅之医師）

また、最近日本では『プライマリ・ケア医』という存在に注目が集まっています。『かかりつけ医』と似ていますが、ただかかりやすいというだけでなく、一次医療の専門家であり、その人に適した幅広い医療を紹介できる医師のこと。アメリカなどでは割と一般的な存在です」

現在、厚労省も「かかりつけ医制度」を推奨している。しかし、かかりつけ医もプライマリ・ケア医も、日本では、まだ欧米ほど浸透していないのが現状だ。

「オンライン診療」という手もある。今年から医療機関は「オンライン診療料」という新たな診療報酬を受け取れるようになった。長い待ち時間もなく、一人一人じっくり診察を受けられると、打開策のひとつとして期待されてはいるが、こちらも、普及には時間がかかりそうだ。

いますぐ患者側にできることはないのか。

「事前に情報を整理しておく、一番治したい症状はなにかを伝える、などは重要でしょう。それと、話すことが苦手な方は『書く』という方法は有効だと思います。いつから、どんな症状が出たのかなどをまとめたメモを医師に渡すのです。そのような患者さんに対しては、医師も『この人は自己管理ができる人なんだ』と認識し、積極的な治療を勧めやすくなります。看護師や検査技師の人たちなど、医師以外の人をうまくつかって、相談をするというのも有効だと思います」（医学博士の平松類氏）

身体の不調や不安を感じているからこそ、患者は病院を訪れている。別に何時間も診察してほしいというわけではない。もう少し患者のことを考えてほしい。ただ、それだけなのだ。

大型企画満載 次号は9月21日（金曜日）発売です（一部地域は除く）

続々大増刷！
昭和の怪物 七つの謎
昭和史研究の第一人者が
東條英機、石原莞爾、犬養毅、
渡辺和子、瀬島龍三、吉田茂が
残した「歴史の闇」に迫る！
東條英機
石原莞爾
瀬島龍三
吉田茂
保阪正康
「私は今回はじめて昭和の怪物的軍人・石原莞爾の生きた昭和前期を描きながら、現代史上で重要な意味を持つ問いを忠実に浮かび上がらせたいと思っている」（著者）
昭和の怪物 七つの謎
保阪正康
昭和史研究の第一人者が出会った「戦争の目撃者たち」
東條英機、石原莞爾、犬養毅、渡辺和子、瀬島龍三、吉田茂が残した「歴史の闇」に迫る。
講談社現代新書
定価：本体800円（税別）
ISBN 978-4-06-512389-3
講談社現代新書
電子版も好評配信中

実名 日本医師会が作成 65歳以上が飲むと危ない薬

誤嚥であろうとなかろうと 肺炎で死なないために何をすべきか

カラー研究 夏目雅子 あれから33年が過ぎて／未公開カラー 坂口良子

追跡 逃走犯・樋田淳也は新宿にいる／モノクロ 逆走 2018年夏

週刊現代

秋の合併特大号 医療大特集

妻に先立たれた男は弱い 津川雅彦「最後の3カ月間」

9 | 22・29 特別定価460円
Weekly Gendai 2018 September

「効きすぎて」危ない薬

秋の合併特大号

日本医師会と日本老年医学会が作成

65・70・75歳以上には

糖尿病のスーグラ、高血圧のラシックス、抗うつ薬のパキシル……

高齢者には、効果より副作用のほうが大きい薬の実名

北海道の次は東京だ 東京都が認定 23区内だけでこんなにある

震度6強で倒壊するビル 実名78棟

ニュー新橋ビル／六本木ロアビル／渋谷109／銀座コアビルほか

袋とじカラー 女性誌で大人気の企画を真似て作ってみました

週刊現代版 60歳からの「愛とSEX」特集

巨人のFAを見てつくづく思う

見合わない カネを手にすると、人はダメになる

大激論 命にかかわる 女性医師の手術はいやだ

女性医師を増やすのは、国民にとって幸せか

せっかく検査したのに がん見落としが続出

1時間待って5分の診察 これで何が分かるのか