

スーパー総合医

Super
SGD
General Doctors

総合診療医
テキスト

予防医療のすべて

専門編集●岡田唯男

中山書店

『予防医療のすべて』

序

シリーズ〈スーパー総合医〉の企画が立ち上がり、そのなかの予防医療に関する巻の責任編集のお話をいただいたのは2012年9月のことで、そこから6年越しの刊行となる。全10冊中9冊目ということで、先に刊行された他の諸先輩がたの巻を毎回拝読しながら、それらに劣らない書籍になるだろうかと、毎回身の引き締まる思いをして、構想を練っていた。また、企画着手当時は予防医療に関する優れた日本語の本はあまり多くなかったが、素晴らしいと思われるアイデアは大体他人も思いついているもので、スクリーニングの理論的基盤を包括的に解説する随一の教科書は2009年に日本語になっており、USPSTFの推奨を中心にその背景を概説する書籍が2015年に、また、EPG (evidence-practice gap; エビデンス-診療ギャップ) を埋める際に、実運用の段階で患者さんに伝える際に肝となるヘルスリテラシーについては、これも素晴らしいまとめが2016年に発行されたのち、翌年には「全く違う視点で」ということで、EPGを埋めるための全体像と各段階での工夫という視点から雑誌の特集をまとめる機会を他所で得てしまい、山手線ゲームの辛さというか、後になればなるほど、「me too」本、二番煎じにならないためのハードルが上がり、もっと早くに出版してしまえばよかった、と後悔しながらの本書の構想である。

そのような中で、本書のユニークな点は従来の health maintenance の範疇にとどまらず、発生予防 (2章)、救急受診・重症化予防 (3章) の章を設けたことである。特に、3章の ACSC (ambulatory care sensitive conditions) の考え方は、海外では、ACSC をモニタリングすることで間接的にその地域のプライマリ・ケアの質を測定するということが取り組まれているにもかかわらず、まだ日本での浸透は不十分である。おそらく本書が日本で最初に ACSC について詳述された書籍ではないかと自負している。

ACSC は「質の高いプライマリ・ケアによってある程度予防可能な疾患」のことを指し、ある地域の急性期病院で、ACSC に含まれる病態による救急受診や予定しない入院が他の地域に比べて多いということは、その地域のそれらの疾患をマネジメントしているプライマリ・ケアの質が他地域よりも貧弱かもしれないことを示す。今回 ACSC として挙げられた各疾患の項目は、Bardsley (2013) によるリストを元に構成している。一部違和感のある項目が挙げられているかもしれないが、その構成要素についてはまだ十分なコンセンサスの得られていない概念であり、このリストを元に、今後洗練されてゆくことを期待している。病院の医師も地域の家庭医・かかりつけ医も是非本書で ACSC に含まれるのがどのような病態かを理解してほしい。病院の医師が自院の ACSC の疾患をモニタリングし、その質や量に応じて、地域のプライマリ・ケアを担う医師・医療機関とカンファレンス、フィードバックなどをすることで、地域のかかりつけ医の患者の予防可能な病態による救急受診や入院を減らすことができ、また、病院もそれらの予定外受診や入院が減ることにより待機的な検査、手術、診療が可能となり、それらの待ち時間が減る、また、さまざまな緊急対応、臨時対応が少なくなることでストレスの軽減となる。

一方で、救急受診・重症化予防というのは、しっかりと原疾患を治療するというところでもあり、本書中の記述内容がいわゆる疾患治療マニュアルの域を出なくなった項も存在する。本来は、救急受診・重症化予防の視点から、各病態において、外来でのフォロー頻度と重症化との関係や、経済的に割に合うのかなども検討すべきであったが、まだ研究が十分になされていない領域でもあり、これは、私から各著者への依頼の際に十分に言葉を尽くせなかったことによるためどうかご容赦願いたい。

既出の書籍でも取り上げられた内容を含む1章（予防医療と健康維持）、4章（予防医療の実践）についてはできる限り情報を最新のものにしたことと、項目の立て方を切り口の違うものになっているため、新たな視点が得られるものと信じている。しかしながら、予防医療の扱う領域は極めて広く、小児予防接種、がん以外の検診、社会的処方、多疾患併存、パネルマネジメントなど、本書で取り上げられなかったり、十分な紙数が割けなかったものも多い。

執筆陣は、現時点で私が考えるその領域のベストである方々をお願いした。私のコミュニケーション不足やリーダーシップ不足により、執筆陣の最大限を引き出せなかった部分もあると思われるが、皆、期待以上の玉稿を多忙の中からいただいている。この場を借りて改めて深謝申し上げる。また、企画から出版まで、私の処理能力の低さに我慢強く付き合ひサポートしていただいた中山書店編集部の皆様には、感謝してもしきれない。

この本を通じて、徹底的な予防医療の実践ありきではなく、個々の患者、住民が望む人生を全うするための手段としての良質な予防医療が十分に提供され、より多くの人が幸せになることを期待するものである。

2018年5月

専門編集
岡田唯男

鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山院長

予防医療の実践にあたり、本書に加えて下記の既刊書および最新の文献を参考に供されたい

- Raffle AE, Gray JAM. Screening : Evidence and Practice. Oxford University Press : 2007 / アンジェラ・ラッフル, ミュアー・グレイ (著), 福井次矢ほか (監訳). スクリーニング健診, その発端から展望まで. 同人社 : 2009.
- 小嶋一, 本村和久, 徳田安春 (編集). 〈特集〉外来における予防医療. Hospitalist (ホスピタリスト) 2015 ; 3 (No.2) : 275-522.
- 福田洋, 江口泰正 (編著). ヘルスリテラシー健康教育の新しいキーワード. 大修館書店 : 2016.
- 岡田唯男 (編集). 〈特集〉患者にきちんと届く! 届ける! 予防医療プラクティス. Gノート 2017 ; 4 (3) : 533-619.

CONTENTS

1 章 予防医療と健康維持

予防医療とは	香田将英, 岡田唯男	2
予防医療 (ヘルスマイntenランス) の4領域	岡田唯男	5
スクリーニング		
スクリーニングプログラム	宮崎景	8
良いスクリーニングの条件, 予防医療のバイアス	岡田唯男	15
乳幼児健診, 学校健診		
疾患の早期発見により, 発育発達への影響を最小限に	勝丸雅子	19
妊婦のスクリーニング	池田裕美枝	22
高齢者のスクリーニング 余命, タイムラグ, 価値観をふまえた意思決定を	関口健二	26
COLUMN 高齢者予防医療のやめどき	岡田唯男	30
がん検診 推奨グレードA, B (一般成人)	塩田正喜	32
がん検診 推奨グレードD (一般成人)	中山明子	36
がん検診 I 声明 (一般成人)	宮崎景	39
胃がんのスクリーニング	大竹真一郎	42
予防接種		
予防接種 総論 予防接種における誤解とその対応	菅長麗依	47
日本脳炎ワクチン	中山久仁子	52
百日咳ワクチン 思春期, 成人の流行予防を中心に	菅長麗依	57
インフルエンザワクチン	黒田浩一, 細川直登	61
HPV ワクチン	中山久仁子	66
麻疹風疹混合 (MR) ワクチン, おたふくかぜ (ムンプス) ワクチン		
先天性風疹症候群の予防を中心に	岡田悠	70
破傷風トキソイドワクチン	千葉大	73
带状疱疹ワクチン	千葉大	77
高齢者肺炎球菌ワクチン	吉田真徳	80

CONTENTS

カウンセリング

行動変容とカウンセリングのための理論 TTM (Transtheoretical Model) を中心に	岡田唯男	84
タバコのカウンセリング	岡田唯男	90
アルコールのカウンセリング	吉本尚	95
依存性物質のカウンセリング	吉本尚	98
その他の予防医療	坂井雄貴, 岡田唯男	100
予防医療の費用対効果	田中豪人	103
COLUMN 健診/検診を受けるかどうか論理的に考えると	名郷直樹	108

2章 発生予防

小児の虐待・事故の予防	小橋孝介	110
望まない妊娠・異常妊娠の予防	水谷佳敬	114
更年期症状・骨盤臓器脱の予防	柴田綾子	118
サプリメント, 栄養補助食品などの摂取	濱井彩乃	121
運動による予防 ベネフィットとリスク	小嶋秀治	124
スポーツ障害の予防	服部惣一	127
糖尿病・メタボリックシンドロームの予防		
生活習慣改善支援	布施恵子, 森野勝太郎, 藤吉朗	130
<i>Special Lecture</i> アスピリンの予防的内服	岡田唯男	133
COLUMN 忘れられた万能の予防薬? Polypill	岡田唯男	139
プレホスピタルケア 医療のフォーカスを院外へ	石見拓	141
アドバンス・ケア・プランニング (ACP) 急性期医療との連携	吉田真徳	145
高齢者総合機能評価 (CGA) 高齢者は「歳をとった大人」ではない	岡田唯男	148
認知症の発生予防	中村琢弥	155
廃用症候群・サルコペニアの予防	若林秀隆	158
褥瘡の予防	織田暁寿	161
高齢者の骨粗鬆症・転倒の予防	山下洋充	165

施設での転倒・せん妄の予防	本田美和子	169
介護予防	曾我雄吾, 加藤光樹	172
高齢者虐待の予防	小野沢滋	174
がんと診断された時からの緩和ケア 早期緩和ケアの導入によって何が予防されるのか	西智弘	178
正常な死別の悲しみに寄り添う面接	今村弥生	181
不眠予防	澤滋	184
自殺予防	今村弥生	188
労働者の疲労と睡眠 過労リスクとオンとオフのメリハリの重要性	久保智英	191
交通事故予防 運転者として 歩行者として	市川政雄	194
周術期合併症予防	遠藤慶太, 平岡栄治	197
感染症の曝露後予防	海老沢馨	203
地域での耐性菌発生予防	大倉敬之	210
Choosing Wisely キャンペーン 過剰医療がもたらす健康リスクを問う	小泉俊三	212

3 章 救急受診・重症化予防—ACSC の考え方

ACSCとは	篠塚愛未, 岡田唯男	216
ACSC 関連因子		
医療提供体制との関連	家研也	220
危険因子としての“SDH” 健康の社会的決定要因	長嶺由衣子	224
Acute ACSC		
胃腸炎	遠井敬大	228
脱水/栄養不良 小児の場合	岡田悠	231
脱水/栄養不良 成人・高齢者の場合	若林秀隆	234
歯科疾患 総合診療医に知ってほしい予防歯科	蓮池聡	237
耳鼻咽喉科感染症 Airwayを制する	小山泰司	242
穿孔性・出血性潰瘍	大竹真一郎	245
虫垂炎穿孔	松田諭	248

CONTENTS

尿路感染症 腎盂腎炎はどう予防する？	長田学	251
蜂窩織炎	村上義郎	254
壊疽	村上義郎	258
骨盤内炎症性疾患	水谷佳敬	261
Chronic ACSC		
高血圧	張耀明	264
狭心症	水上暁	268
うっ血性心不全	末永祐哉	271
末梢動脈疾患による下肢切断	織田暁寿	274
糖尿病合併症	三好優香, 小川理	278
鉄欠乏性貧血	内堀善有	284
喘息	小宮山学	286
総合診療医が診る慢性閉塞性肺疾患 (COPD)		
早期発見から確定診断までのアプローチ	川島篤志	290
てんかん	園田真樹	294
Vaccine preventable ACSC		
インフルエンザ	海老沢馨	298
肺炎	米本仁史	302
結核	大倉敬之	305
低出生体重児	池田裕美枝	307
熱性けいれん	岡田悠	309
不定愁訴	國松淳和	311

4 章 予防医療の実践

予防を診療の中に組み込む

エビデンス-診療ギャップとエビデンス・パイプライン	岡田唯男	316
いつ行い、その効果をどのように伝えるか	堀越健	326

医療者のアプローチ CQIの実践を多職種で楽しむ文化醸成を	小坂鎮太郎, 松村真司	329
予防医療のシステムズ・アプローチ	青木拓也	335
Health Promotion — 地域へ出よう		
地域アセスメント 環境に潜むリスクのスクリーニング	山田康介	338
Social Capital 予防としての地域づくり	井階友貴	344
予防医学の住民教育と医療者の教育 ヘルスリテラシーと早期発見, 予防	稲葉崇, 阪本直人	348
予防医療のジレンマ		
予防医療における臨床倫理	向原圭	359
保険診療, 診療報酬制度との兼ね合い	富塚太郎	364
COLUMN 価値に基づく診療 (value-based practice : VBP) と予防		
	尾藤誠司	367
索引		368

【読者の方々へ】

本書に記載されている診断法・治療法については、出版時の最新の情報に基づいて正確を期するよう最善の努力が払われていますが、医学・医療の進歩からみて、その内容が全て正確かつ完全であることを保証するものではありません。したがって読者ご自身の診療にそれらを応用される場合には、医薬品添付文書や機器の説明書など、常に最新の情報に当たり、十分な注意を払われることを要望いたします。

中山書店

予防医療(ヘルスマイネンテナンス)の4領域

岡田唯男

医療法人鉄蕉会 亀田ファミリークリニック 館山院長

- ◆「予防医療」と「ヘルスマイネンテナンス」は、ほぼ同義に使用されるが、本書では、①スクリーニング、②カウンセリング、③予防接種、④予防的内服、の4つのカテゴリーで考える。
- ◆ヘルスマイネンテナンス実践にあたり、USPSTFや「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」などの[推奨]を、医学的根拠の参考とする。

- ヘルスマイネンテナンス (health maintenance) の定義については前項(「予防医療とは」〈p2〉)で述べたが、その中には以下の4つのカテゴリーが含まれる。

① スクリーニング

② カウンセリング

③ 予防接種

④ 予防的内服 (preventive medication)

(USPSTF〈後述〉¹⁾のサイトでは、予防接種は予防的内服の中に含まれ、3つのカテゴリーとされているが、本書では上記の分類で取り扱う)。

- ④の予防的内服には基本的には多くのビタミンやサプリメントが含まれるが、それ以外には、乳がんのリスク減少目的の予防的タモキシフェン投与、心血管イベントや大腸がん発症予防のためのアスピリン、心血管イベント減少のためのスタチン(一次予防)などもある。
- 病歴と身体診察の最も信頼される教科書²⁾でも、成人の包括的な病歴 (health history) の要素として既往歴の中にこれまで受けた予防接種やスクリーニングなどの health maintenance を含めるとされている。

- 予防医療は優先度が高いが緊急度が低いことが多いため、別稿(「エビデンス-診療ギャップとエビデンス・パイプライン」〈p316〉)で示した通り、眼前のより緊急度の高い問題に押し出されて後回しとなりがちである。

- そもそも、「やることリスト」に挙げられていなければ、実施の検討すらされないため、患者ごとのプロブレムリストの最後に必ず「#ヘルスマイネンテナンス」としてやるべきことを項目立てしておくことを推奨する(1)。
- 「やるべきこと」が多く挙げられることは、良くも悪くも経営的にプラスとなる。

どのような「検診／スクリーニング」を勧めればよいのか それをどうやって調べるか

- USPSTFのePSS³⁾や「科学的根拠に基づくがん検診推進のページ」⁴⁾などのwebサイトを利用する。

USPSTF

- USPSTF (U.S. Preventive Service Task

1 カルテ記載(プロブレムリスト)の例(ePSSで推奨されるものから抜粋)

40歳女性
 既婚 喫煙者 性交渉あり BMI 26
 月経困難症, 職場のストレス(適応障害)で通院中 挙児希望あり他院にて不妊治療中
 本人の主訴は2つしかないが, 推奨される予防医療の数がいかに多いかに注目

#月経困難症 ○○○○……
 #職場のストレス(適応障害) ○○○○……
 #不妊治療中(他院にて) ○○○○……
 #喫煙 無関心期 禁煙のアドバイスのみ(厳密にはヘルスマイntenランスに含まれるがより優先度を上げるためプロブレムの一つとして記載)
 #体重過多(厳密にはヘルスマイntenランスに含まれるがより優先度を上げるためプロブレムの一つとして記載)
 #ヘルスマイntenランス
 #子宮頸がん検診 昨年11月に自治体検診で済み
 #乳がん検診 USPSTFではC推奨, 日本ではグレードB まだ受けたことがないとのこと. 情報提供まだ. 近日中に実施予定
 #クラミジア 不妊治療先で調べられているか確認が必要
 #血圧 毎回問題なし
 #飲酒 不妊治療中のためやめているとのこと
 #葉酸の推奨 不妊治療先では言われていないとのこと. 情報提供済み
 #うつ病スクリーニング 陰性(初診時)
 #血糖 正常(初診時)
 #スタチン 非対象
 #予防接種
 #風疹 1回しか接種していない. 近日中に2回目検診(不妊治療との兼ね合いあり)
 #インフルエンザ 今シーズン接種済み

2 USPSTFの推奨グレード

A推奨	正味利益が相当かつ高い確実性	臨床においては推奨
B推奨	正味利益が相当かつ中等度の確実性 or 正味利益が中等度かつかなり高い確実性	臨床においては推奨
C推奨	正味利益が小さいかつ中等度の確実性以上	状況, 患者の希望, 医師としての個別判断において, 患者を選んで推奨
D推奨	正味利益が存在しないか害が上回ることがある	やっではないけない
I 声明	「推奨するにも, 反対するにも根拠不十分. したがって, 患者に提示する場合は, 患者に利益と害のバランスがはっきりしていない事を説明するべき」といった推奨も含まれる	

Force; 米国予防医療サービス専門作業部会)は, 予防医療に関して, 最も evidence-based/cost effectiveな標準的診療についての「推奨」を作成している団体である.

- オンラインもしくはスマートフォン等で年齢性別等を入れると「推奨」を出してくれる ePSS というサービスがある³⁾.
- 現在の重点は小児, 高齢者領域である.

■長所

- 最も厳密に, 客観的にエビデンスのレビューを行い, 相当保守的な推奨を行っている(相

当の根拠がないと A, B, D を付けないため, A, B, D は基本的にそのまま信頼してもよい).

- 正味利益(=利益-害)の大きさと, その利益の確実性との組み合わせによって推奨度が決まる(2).
- がん以外の様々な疾患も取り扱っている.
- 何歳から開始する, 何年ごとに行う, 最近は何歳でやめるというところまで記載している.

■短所

- 米国の疫学を元に作成されているため日本の

COLUMN

忘れられた万能の予防薬？ Polypill

多疾患併存があたり前の時代を迎え、その中のどれ一つとして、「主病」ではなく、その組み合わせそのものをクラスターとして治療することを考えなければならない時代がやってきている¹⁾。

またそれら全ての疾患に対して投薬が必要となれば多剤投薬(ポリファーマシー)は避けられないが、1日の内服回数や処方の種類が増えるほどアドヒアランスが低下し^{2,3)}、合剤(fixed-dose combinations:FDC)によってその低下リスクを軽減できることが知られている⁴⁾。

降圧薬2~3種類のFDCや降圧薬+スタチン、複数の経口血糖降下薬、抗HIV薬、複数の吸入薬などのFDCが既に利用可能である。

多疾患併存には大きく3つのパターンがあり、その1つが、心血管疾患と代謝疾患を含むクラスターである。

心血管疾患の二次予防に必要な複数の薬剤は世界的には十分内服されておらず(対象となる患者のせいぜい15~25%)⁵⁾、2001年にWHOによって心血管疾患の二次予防に必要な4種の薬剤(アスピリン、 β 阻害薬、ACE阻害薬、スタチン)を1剤1日1回で内服できるようなFDCの開発と導入が検討された⁶⁾。

2003年にはWaldら⁷⁾によって、「Polypill」の呼称が初めて導入され、以下のような統計学的試算の結果が出され、二次予防だけでなく、一次予防としての意義についても注目された。

- 55歳以上の住民「全員」+二次予防対象者がPolypillを内服
- Polypillの内容：①スタチン(アトロバスタチン10mgもしくはシンバスタチン40mg)、3種の降圧薬②サイアザイド、③ β 阻害薬、④ACE阻害薬)を全て標準量の半量、⑤葉酸(0.8mg)、⑥アスピリン(75mg)の6種類
- 期待される効果：虚血性心疾患88%減少、脳卒中80%減少、内服者の3分の1が約11年の寿命延長効果享受(年齢層によっては20年)
- 副作用：全体の8~15%程度

その後、Waldら⁸⁾は、英国でPolypillの費用対効果分析を行い、50歳以上全員の内服(薬剤費1人1日1ポンド)をすれば、寿命延長1年あたり2,000ポンドで達成可能、と結論づけている。

また、その派生として糖尿病(前糖尿病)+メタボリック症候群をターゲットにしたPolypillも提唱されている(スタチン+ACE阻害薬+アスピリン+メトホルミン：従来のPolypillは β 阻害薬やサイアザイド系利尿薬などの必ずしも糖尿病と相性のよくないものを含むため)⁹⁾。

6種類の予防薬が1個の錠剤にというのは夢のような話ではないか？

上記は厳密なエビデンスに基づいてはいるものの試算でしかない。その後当然RCTが組まれ、それらのメタ分析がなされている。

しかしながら2017年のいくつかのサマリーやシステマティックレビューによると、その時点までに実施された13のトライアル(32か国、9,059被験者)では、代理アウトカム(血圧や脂質の低下)の測定にとどまるか、死亡率低下やイベント減少などが評価された論文では、有意差が出ていないが、測定アウトカムの事象発生自体が少なく、安易に結論づけるべきではないとされている(Nが少なかったり、多くの研究の観察期間が数か月~2年程度にとどまっていることによると思われる)¹⁰⁻¹²⁾。

Polypillに含まれる6種の薬剤の一次、二次予防効果と安全性は、個別には十分に示されているため、Polypillの効果が証明されるのは時間の問題と思われる。ただし、日本の場合、アスピリンのエビデンスが多少異なるため、日本での導入の際はアスピリンを抜いたPolypillが提唱されるかもしれない(「アスピリンの予防的内服」の項(p133)参照)。

ACSC とは

篠塚愛未¹⁾，岡田唯男²⁾

¹⁾社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 南浜診療所家庭医総合診療科

²⁾医療法人鉄蕉会 亀田ファミリークリニック館山院長

- ◆ ACSCはプライマリ・ケアの介入により入院を防ぐことができる疾患のことである。
- ◆ ACSCによる入院の割合はその地域のプライマリ・ケアの効果を評価する指標の一つとして用いることができる。
- ◆ 日本でのACSCに関する研究はまだ進んでいないが、今後日本でも研究が進み、地域のプライマリ・ケアの質を評価しそれを地域にフィードバックすることで、よりよい地域のヘルスケア作りに役立てることが望まれる。

ACSCとPQI

- ambulatory care sensitive conditions (ACSC) とは、「プライマリ・ケアの適切な介入により重症化による入院を予防できる可能性のある疾患(群)」のことをいう。
 - ACSCによる入院の割合は、プライマリ・ケアの効果を測る指標の一つとされている。
 - 特に病院の入退院のデータを用いたACSCのケアの質を評価するための指標はprevention quality indicator (PQI) と呼ばれており、簡便で安価に地域のヘルスケアシステムの質を評価する指標として有用と考えられている。
 - プライマリ・ケアへのアクセスの良さによりACSCによる入院が減少することは従来から明らかにされていた。
 - それに加えて最近、プライマリ・ケアの継続性を十分担保することによりACSCによる入院が減少したというエビデンスも出てきている。
 - 急性疾患の発症予防や早期介入、慢性疾患の定期管理や予防接種などが疾患の発症予防・重症化予防となり、ACSCの入院減少につながる
- げることができると考えられる。
- 英国やオーストラリアのビクトリア州など、国や州全体でACSCをプライマリ・ケアの質を評価する指標として実際に使っているところもある。
 - また、入院や救急外来受診を抑制することによる医療費削減などの観点からも、欧米を中心に分析・研究がなされている。
 - ACSCは、①急性ACSC (acute ACSC)、②慢性ACSC (chronic ACSC)、③ワクチンで予防可能なACSC (vaccine preventable ACSC) の3つのカテゴリーに分けて考えられることが多い。
 - ACSCの定義(含まれる疾患群)は、エビデンスをもとにICD-10のコードなどを使って正確に決めることができる。しかしながら定義の内容は、大まかな部分は共通しているものの、国や地域によって少しずつ異なっており、医療技術の進歩や社会の変化によっても更新されうるものと考えられる。
 - ACSCの定義の比較的新しい例として、英国のBardsleyらが2013年に発表したものを¹⁾に示す¹⁾。これはその当時のVictoria State

Health Department (VSHD) と National Health Service (NHS) の定義に新しいエビデンスを加味して作成されている。

ACSCに関するデータ

- 実際に ACSC による入院の割合はどのくらいなのだろうか？ **1** で示した ACSC の定義と同じものを使った研究で「英国全体の緊急入院に占める ACSC による入院の割合は、2001 年 4 月～2010 年 3 月の間 18.2～19.1% で推移した¹⁾」というデータがある。年齢調整をした上で年次比較をしている研究である。

- また同論文では、ACSC による入院の年齢分布に関しては **2**、疾患ごとの入院件数は **3** のように示している。
- ところで、ACSC による入院のデータをとる場合、入院の契機になる病名が ACSC の定義に含まれる疾患であれば、すべての事例をその疾患による入院として一律にカウントすることになるため、実際に ACSC による入院が 100% 予防可能であるわけではない。例えば、初発の複雑性熱性痙攣で経過観察入院とする場合など、予防がきわめて困難と考えられる事例も統計上は一律にカウントされてしまうのである。

1 ACSCの定義(含まれる疾患群)

疾患	ICD-10 コード
acute ACSC	
蜂窩織炎	L03, L04, L08, L88, L980, L983
脱水	E86
歯科関連状態	A690, K02-06, K08, K098, K099, K12, K13
耳鼻咽喉科感染	H66, H67, J02, J03, J06, J312
壊疽	R02
胃腸炎	K522, K528, K529
栄養不良	E40-43, E55, E643
骨盤内炎症性疾患	N70, N73, N74
穿孔性・出血性潰瘍	K250-252, K254-256, K260-262, K264-266, K270-272, K274-276, K280-282, K284-286
尿路感染症	N10, N11, N12, N136, N390
chronic ACSC	
狭心症	I20, I240, I248, I249
喘息	J45, J46
慢性閉塞性肺疾患	J20, J41-44, J47
うっ血性心不全	I110, I50, J81
痙攣・てんかん	G40, G41, O15, R56
糖尿病合併症	E100-108, E110-118, E120-128, E130-138, E140-148
高血圧	I10, I119
鉄欠乏性貧血	D501, D508, D509
vaccine preventable ACSC	
インフルエンザ	J10, J11
肺炎	J13, J14, J153, J154, J157, J159, J168, J181, J188
結核	A15, A16, A19
他のワクチンにより予防可能な疾患	A35-37, A80, B05, B06, B161, B169, B180, B181, B26, G000, M014

(Bardsley M, et al. BMJ Open 2013¹⁾ より。筆者和訳)



opportunistic prevention

本文で述べたように、海外では必要な予防医療を個別化し、実施するためだけの受診（計画された HCM (health care maintenance) visit (健診のための受診)）が保険適用となるため、そのためだけの時間を確保することが可能だが、日本では一般的に行われている HCM visit は、乳児健診、妊婦健診ぐらいであり（保険適用外であるが）、一般成人は会社や地域での健診として、エビデンスよりも法律を根拠として個別化されず実施されている。

一方で、予防医療とは関係のない illness visit (一般的な症状や患者ニーズに基づく受診) の中で、期を逸せず、予防医療を滑り込ませるのが opportunistic prevention (期を逃がさない予防) である。とは言っても、風邪の患者にがん健診の話などは唐突でもあるため、うまく、受診理由やシステムと絡める必要がある。

筆者の勤務する医療機関では、受診理由にかかわらず血圧は全員測定で（インフルエンザの予防接種であっても）、毎回の受診時の問診票では喫煙に関する項目が存在する。初診時限定ではあるが、うつを拾い上げる3つの質問と最後に受けた健診/検診の内容と時期の記載欄を用意している。それらも踏まえつつ、風邪や喘息の受診ではタバコの話をするのは自然な流れであるし、妊娠可能な年齢の女性の受診で処方をする場合には妊娠の可能性を当然聞くことから、避妊/STI 予防、もしくは葉酸摂取の話につなぐことができる。小児の受診は毎回予防接種の抜け落ちを確認しているし、小児の問診票には同居者に喫煙者がいるかを尋ねている。インフルエンザの予防接種だけの人には、接種しながら、「検診は受けていますか？」ぐらいの質問はできる。

もちろん、慢性疾患で定期的に通っている人は病状が安定していれば、年に1回程度必要な予防医療の確認を行うことはそれほど難しくないだろう（実施そのものは保険が使えないが、確認をし推奨することは地域包括診療料の算定条件として求められている）。

日本では、HCM visit が一般的ではないため、そのほぼ全てを opportunistic prevention で行わなければならない結構大変である。筆者らの施設で使用している資料^[5]、施設 HP (<http://www.kameda.com/pr/health/index.html>) から閲覧可)などを参考に供されたい。

ちつづける予防医療が「攻め/攻撃」であるのはそのためである。

重要・緊急の考え方

- ではどこから、第2領域の時間を確保するのか。一見、第3領域は医学的には緊急でないと思われる発熱、腹痛などの「患者判断での緊急」受診、薬局からの疑義照会や、電話対応をしている看護師からの質問、事務からの書類催促やレセプト対応など、第4領域は患者との雑談、隙間時間でのテレビ、新聞、スタッフとの雑談などのように思われる。しかし、第3領域だと思われるそれらは、相手に

とってみれば「緊急」な問題であるし、書類やレセプトは経営上待てない。また、雑談はその結果、信頼関係が深まるという意味では「重要」であるし、そのために、社会で起きている時事問題をある程度知っていることも重要であろう。診療現場に第3、4領域は存在しないのかもしれない。

- このように重要/緊急の判断は誰にとってなのか、何に対してなのか、の視点によって、変わり得るため、“competing demands (需要の競合)”なのである。
- そんな中、それでも急性疾患や慢性疾患の受診などの illness visit を利用しての opportunistic prevention (column 参照) を患者や家