

2013年3月4日

第3017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 〳〵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

- 【座談会】動き始めたアルコール関連問題対策(樋口進、今成知美、吉本尚)…… 1-3面
【モノと質】の服薬管理——病院薬剤師の役割とは(門村将太)…… 4面
【連載】続・アメリカ医療の光と影/在宅医療モノ語り…… 5面
MEDICAL LIBRARY…… 6-7面

座談会 動き始めたアルコール関連問題対策



吉本 尚氏=司会
三重大学大学院医学系研究科
臨床医学系講座 家庭医療学分野



樋口 進氏
国立病院機構久里浜医療センター
院長



今成 知美氏
特定非営利活動法人ASK(アルコール
薬物問題全国市民協会)代表
アスク・ヒューマン・ケア代表取締役

飲酒文化は日本社会に深く根付き、アルコールは私たちの身近に存在している。その一方で、がんや生活習慣病、うつ病など多くの疾患や、自殺などの関連が問題視され、さらには飲酒運転やドメスティック・バイオレンス(DV)、迷惑行為などの社会的被害、経済的損失もクローズアップされつつある。世界的にもアルコールの有害な使用を規制する流れが強まる中、本座談会では、医療現場での早期介入の鍵を担うプライマリ・ケア領域、専門治療機関、そして民間の支援団体それぞれの立場から、法制化を含めた日本のアルコール関連問題対策の“今”を語っていただいた。

“有害な飲酒” “適度な飲酒”、それぞれの基準とは

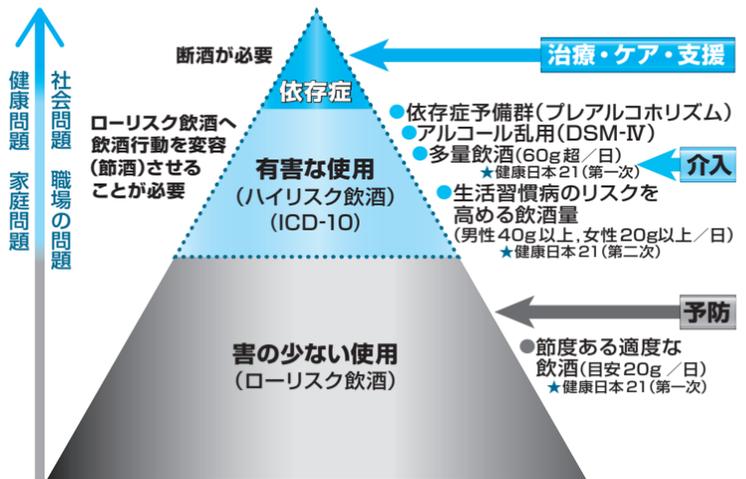
吉本 まず、日本におけるアルコール消費の現状から議論していきたいと思

樋口 日本人1人当たりの消費量の平均値は、2009年の国税庁のデータを基にすると年間6.99L、米国やカナダと同程度です。飲酒習慣(週3回以上、1日1合以上の飲酒)を持つ人は、2011年の国民健康・栄養調査では男性35.1%、女性は7.7%です。日本人の約4割が遺伝的にお酒に弱い、または飲めないことも考え合わせると、「飲める人」の飲酒量はかなり多いと言えます。

ただ消費量自体は、1993年の8.36L

をピークに少しずつ下がっています。私は急速に進む社会の高齢化がその理由の一つだと考えており、今後、トータルでの消費量は上がらないものと推測しています。ただ、酒類の消費者物価指数は一貫して下がっており、最近

樋口 未成年者の飲酒も、日本を含め



●図 依存症を頂点とした、アルコールの「有害な使用」の概念<sup>2)</sup>

世界中で減少傾向にあるものの、女子の減少率のほうが緩やかです。理由として多くの方が指摘するのは、お酒の種類が増えたこと。甘くて飲みやすいカクテル様のお酒も、今や本当に多くの種類が出ています。吉本 飲酒量の多寡について、目安となるのはどのような数値でしょうか。樋口 「健康日本21(第一次)」で「多量飲酒」として規定されたのは、1日平均60g(ビール中ビン3本が目安)

を超える飲酒です。08年には成人男性の12.0%、女性の3.1%、約766万人がこれに当てはまっていました。本年からの「健康日本21(第二次)」<sup>1)</sup>ではこの数値に代わり、「生活習慣病のリスクを高める飲酒量」として1日当たり成人男性40g以上、女性20g以上という基準が設けられました(図)。妊婦や授乳中の女性に関しては、胎児

(2面につづく)

3 March 2013

新刊のご案内

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650(書店様担当)
●医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

解剖実習カラーテキスト

坂井建雄
B5 頁400 定価6,720円 [ISBN978-4-260-01702-2]

ジェネラリストのための内科外来マニュアル

編集 金城光代、金城紀与史、岸田直樹
A5変型 頁576 定価5,460円 [ISBN978-4-260-01784-8]

神経断断学を学ぶ人のために(第2版)

柴崎 浩
B5 頁400 定価8,925円 [ISBN978-4-260-01632-2]

医療者のための結核の知識(第4版)

四元秀毅、山岸文雄、永井英明
B5 頁208 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01686-5]

もしも心電図が小学校の必修科目だったら

香坂 俊
A5 頁192 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01711-4]

標準皮膚科学(第10版)

監修 富田 靖
編集 橋本 隆、岩月啓氏、照井 正
B5 頁650 定価8,400円 [ISBN978-4-260-01616-2]

標準外科学(第13版)

監修 加藤治文
編集 畠山勝義、北野正剛、若林 剛
B5 頁778 定価8,925円 [ISBN978-4-260-01631-5]

心臓外科の刺激伝導系

黒澤博身
A4 頁224 定価18,900円 [ISBN978-4-260-01504-2]

産婦人科外来処方マニュアル(第4版)

編集 青野敏博、奇原 稔
B6変型 頁224 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01749-7]

標準眼科学(第12版)

編集 木下 茂、中澤 満、天野史郎
B5 頁432 定価7,350円 [ISBN978-4-260-01651-3]

〈標準臨床検査学〉臨床医学総論

臨床医学総論、放射性同位元素検査技術学、医用工学概論、情報科学・医療情報学、公衆衛生学
シリーズ監修 矢富 裕、横田浩亮
編集 小山高敏、戸塚 実
B5 頁424 定価6,090円 [ISBN978-4-260-01703-9]

〈標準理学療法学 専門分野〉物理療法学(第4版)

シリーズ監修 奈良 勲
編集 網本 和、菅原恵一
B5 頁320 定価4,935円 [ISBN978-4-260-01526-4]

〈標準理学療法学 専門分野〉内部障害理学療法学

シリーズ監修 奈良 勲
編集 吉尾雅春、高橋哲也
B5 頁392 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01626-1]

「話せない」と言えるまで言語聴覚士を襲った高次脳機能障害

関 啓子
A5 頁256 定価2,625円 [ISBN978-4-260-01515-8]

がん看護PEPリソース

患者アウトカムを高めるケアのエビデンス
編集 L. H. Eaton, J. M. Tipton, & M. Irwin
監訳 鈴木志津枝、小松浩子
訳 日本がん看護学会翻訳ワーキンググループ
B5 頁472 定価5,040円 [ISBN978-4-260-01598-1]

ICU・CCU看護

編集 早川弘一、高野照夫、高島尚美
B5 頁368 定価5,040円 [ISBN978-4-260-01633-9]

〈看護ワンテーマBOOK〉パルスオキシメータを10倍活用する血液ガス“超”入門

編著 堀川由夫
B5変型 頁120 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01786-2]

看護サービス管理(第4版)

編集 中西睦子、小池智子、松浦正子
B5 頁304 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01736-7]

看護医学電子辞書8

ツインタッチパネル&ツインカラー液晶
電子辞書 価格58,275円 [ISBN978-4-260-01741-1]

一部の商品を除き、本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税率変更の場合、税率の差額分変更になります。

座談会 動き始めたアルコール関連問題対策

(1面よりつづく)

や乳児への影響に鑑み、摂取量をゼロにすべきことも明記されています。

また「節度ある適度な飲酒量」が成人男性20g、女性10g程度であることも、引き続き認識しておくべきでしょう。

吉本 それらのリミットを超えて、依存症にまで至る、あるいはその疑いのある人は、どのくらいいるのでしょうか。

樋口 ICD-10(国際疾病分類)の依存症診断基準(MEMO 1)を満たしたのは、03年には成人男性の1.9%、女性の0.1%で約80万人、08年には1.0%、0.2%で約60万人と推計されています。同じくICD-10の「有害な使用(harmful use=依存症には至らないが、心、または体の健康が障害されている)」に当たる人は、03年当時は218万人と推計しましたが、調査を行った身としては、もっと多い実感を持っています。

文化として根付いたお酒だが害についてもきちんと認識を

吉本 ICD-10と並んで基準としてよく使われるのがDSM-IVです。こちら

では、当事者の健康問題の有無にかかわらず、社会的、家族の問題がある使用を「アルコール乱用(alcohol abuse)」と分類しています。周囲に及ぼす被害が大きいというのは、アルコールの特徴ですね。

今成 英国の薬物関連独立科学委員会では、家庭内暴力や飲酒運転、交通機関の職員への暴力など、他者への害の深刻さから、2010年には20種の薬物のうちアルコールを最も有害と認定しました。

また、ニュージーランドでは今、受動喫煙ならぬ“passive victims of alcohol(受動アルコール被害者)”という概念が注目されており、この被害規模の推計が試みられていると聞いています。

樋口 WHOでも“harm to others”としてクローズアップしています。03年の日本での調査では、飲酒関連の問題行動の被害を受けた成人の数は約3040万人に上ると推計されており、子どもを含めると、この数はさらに増えるでしょう。

吉本 日本社会はお酒に寛容であると長年言われていますが、その寛容さが、問題行動を助長してきた面はあるでしょうか。

今成 年に数回の“ハレ”の日には皆

で「お神酒(みき)」を飲んでしたたかに酔っぱらう。お酒の席での粗相は問わない。アルコールが日常的な飲み物になった今でも、そうした昔からの風習が根本にあることは実感します。

また、どこでも誰でもお酒が買えるというのも、ある意味寛容さの表れかもしれません。お酒の自動販売機が存在するのも、世界的に見ると珍しいのです。

樋口 米国などではかなり問題になるであろう、公衆の面前で泥酔している光景も、日本では日常的に見られますよね。販売に関しても、必要なのは酒類免許くらいです。広告の規制もほとんどない状態です。

とはいえ、お酒は食品の一部として、文化への根付き方も、嗜好品として比較されるタバコよりはるかに大きい。飲めば陽気になって会話も弾むという良さもあるでしょうし、特定の人口集団でみれば、少量のアルコールが有病率や死亡率を下げることも推定されています。完全規制は難しくとも、「酒



樋口進氏

1979年東北大学医学部卒、慶大医学部精神神経科学教室に入局。国立療養所久里浜病院(当時)にて精神科医長、臨床研究部長などを経て現職。国際アルコール医学会副理事長、日本アルコール関連問題学会理事長など役職多数。アルコール依存症の専門家として、広く一般向けの啓発にも取り組む。慶大客員准教授として、医学部5年生にアルコールについての系統講義も行っている。

は百薬の長」「飲みニケーション」のような考え方に流されるのではなく、その害についても認識していただきたいと思うのです。

今成 全面規制をする必要はないけれど、「百薬の長」が「万病の元」に切り替わってしまう境目を知り、部分否定はきっちりしたい。それは、世界的な潮流でもあります。

日本にも波及する、世界的なアルコール規制の潮流

吉本 2010年、WHOの総会で「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」(MEMO 2)が決議されました。これは、多量飲酒がもたらす健康被害に加え、社会的な悪影響も大きいことを指摘した上で、10分野の対策メニューを示し、世界各国に施策の推進と報告を義務付けるものです。

樋口 この前段階として、世界に6つあるWHOの地域事務局がそれぞれの地域戦略を作っていましたが、その時点ではほとんど話題になりませんでした。世界戦略が決議されてからは報道も増え、多くの方々に認識されるようになり、アルコール関連問題への対策が進む原動力となりました。その意味で、世界戦略化は非常に有効だったと思います。

吉本 日本でもこの決議を受けて、さまざまな動きが起こりつつありますね。今成 ええ。この戦略を実施するためには、国家レベルでアルコールへの対策を統括する法律が必要不可欠です。そこで昨年、学会や関連団体が共同で「アルコール関連問題基本法推進ネット(アル法ネット)」<sup>2)</sup>を設立。超党派議員でつくる「アルコール問題議員連

盟」の協力を得て、基本法案<sup>3)</sup>の作成を進めてきました。

吉本 その骨子案が同連盟の総会で了承を得たのが、昨年11月14日でした。今成 衆議院解散が決まる1時間前というタイミングでしたね。

アルコールについては、厚労省、法務省、警察庁、国税庁など多省庁が縦割りで管轄しています。また厚労省には、生活習慣病の予防を担当する部署(健康局がん対策・健康増進課)と、アルコール依存症の治療と再発防止を担当する部署(社会・援護局精神・障害保健課)はありますが、その間をつなぐ依存症予備群への介入を行う部署がありません。これまで調整には苦勞してきましたが、常習飲酒運転者対策で内閣府が関連省庁の連絡会議を設置したことなどをきっかけに、共通認識が育まれてきたと感じます。基本法は本年中の成案をめざし、引き続き働きかけを続けたいと考えています。

プライマリ・ケアが担う、早期発見と介入

吉本 医療現場でも、これまではがん

MEMO

1) ICD-10のアルコール依存症(alcohol dependence syndrome)診断基準

①飲酒したいという強い欲望あるいは強迫感、②飲酒の開始、終了、あるいは飲酒量に関する行動コントロールの困難、③禁酒あるいは減酒したときの離脱症状、④耐性ができている証拠、⑤飲酒に代わる楽しみや興味を無視し、飲酒せざるを得ない時間や、酔った状態からの回復に要する時間の延長、⑥明らかに有害な結果が起きている状況での飲酒、の6項目のうち、過去1年間に3項目以上が同時に1か月以上続いた、または繰り返し出現した場合、アルコール依存症と診断する。

2) アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略

①政府の関与強化、②被害と介入策についての研究強化、③有害使用防止のための技術支援、④関係国間の協力関係の強化、⑤支援等の情報の普及、という5つの目的のもと、啓発活動、マーケティングなど10の標的領域での政策オプションと介入策が示されている。このうち保健・医療サービスについては、家族への支援と治療・自助活動への支援、予防・治療・ケアシステムの強化、ブリーフ・インターベンションの推進、胎児性アルコール・スペクトラム障害の予防・発見・介入・ケア、うつ・自殺・HIV/AIDS・結核などの重複障害の予防・治療・ケア戦略・効果的な連携、を対応策として明記している(日本語訳全文: http://alhonet.jp/pdf/who2010.pdf)

3) 三重モデル

1996年に、精神科医の猪野亜朗氏(かすみがうらクリニック)が中心となり「三重県アルコール関連疾病研究会」を結成。内科と精神科の連携によるアルコール依存症の早期治療をめざし、三重県内各地の一般病院で医師や看護師、ケースワーカーを対象に研修会を継続的に実施した。早期発見・介入の実現、一般病院と専門機関との連携強化に努め、専門的治療受療までの期間を大幅短縮させたこの取り組みが「三重モデル」であり、2010年には「第62回保健文化賞」を受賞している。

「アルコール関連問題」特集を組んだ最近の雑誌紹介

Public Health 2012年3月号 Vol.76 No.3
特集 アルコール関連問題
WHOの「アルコールの有害な使用を低減するための世界戦略」(中山寿一)
わが国のアルコール関連問題の現状と今後の対策(中山秀紀・樋口 進)
アルコール関連のうつ・自殺問題への対応 -地域の関係機関連携による
予防活動(猪野亜朗)・他
●1部定価2,520円

Psychiatry 2012年11月号 Vol.54 No.11
特集 アルコール・薬物関連障害
アルコール健康障害対策基本法(仮称)の制定を目指して(猪野亜朗・他)
災害とアルコール問題-被災地における中長期的なメンタルヘルス問題(野田哲朗)
自殺予防におけるアルコール対策 -アルコールとうつ、自殺(松下幸生・他)
いわゆる「パーソナリティ障害」症例におけるアルコール・薬物問題をどのように
認識し、対応するか(小林桜児)・他
●1部定価2,730円

Clinical Examination 2012年12月号 Vol.56 No.13
特集 アルコール依存症
巻頭言 アルコール依存(杠 岳文)
アルコール依存症とは -診断、治療(中山秀紀・他)
アルコール依存症にみられる様々な臓器障害(原 俊哉・他)
アルコール代謝とアルコール依存症(松下幸生・他)・他
●1部定価2,310円

カラー図譜を新設し、検査にかかわる全医療従事者を強力にサポート!

臨床検査データブック
LAB DATA 2013-2014
No.1 検査値判読マニュアル
監修 高久史磨 日本医学会会長
編集 黒川 清 政策研究大学院大学教授
春日雅人 国立国際医療研究センター総長
北村 聖 東京大学教授

“考える検査”をサポートする検査値判読マニュアルのベストセラーの改訂版。今版は新たに巻頭カラー図譜を設け、血液細胞、グラム染色、尿沈渣などの写真を掲載した。また、新規保険収載項目、保険点数情報などの最新情報も引き続きブラッシュアップ。異常値のメカニズムを理解し、必要な検査と無駄な検査を見極めるのに役立つ本書は、圧倒的な情報量で全医療関係者をサポートします。



**●今成知美氏**  
1979年東京芸大卒。81年メキシコ・グアナフアト大インスティテュート・アジェンデ大学院修士課程修了。84年ASK (<http://www.ask.or.jp>) 代表となり現在に至る。85年、季刊誌『アルコール・シンドローム』(現『Be!』)を創刊。90年代より未成年飲酒予防、大学生のイッキ飲み防止活動に取り組み、2005年には職業運動手向けの「飲酒運転予防プログラム」を開発。アル法ネットでは事務局長を務める。



**●吉本尚氏**  
2004年筑波大医学類卒。11年より現職。家庭医療専門医、指導医。東日本大震災直後から、WHOの関連資料を小松知己氏(沖縄協同病院)らと翻訳するなど、アルコール問題に本格的に取り組み始める。アル法ネット幹事としても、プライマリ・ケアを担当する立場から基本法策定にかかわっている。日本プライマリ・ケア連合学会理事、同学会アルコールワーキンググループ代表。

や生活習慣病、肝炎、膵炎などの疾患との関連、また依存症について定型的な知識は学ぶものの、実際にアルコールの問題をかかえた方への適切な介入方法を学ぶ機会には乏しく、現場で試行錯誤しながら対応する現状がありました。

しかし近年、特にプライマリ・ケアの枠内で、高リスク者の早期発見から介入、専門的治療にまでつなげる枠組み [SBIRT:スクリーニング (Screening), ブリーフ・インターベンション (Brief Intervention: 註), 専門治療への紹介 (Referral to Treatment)] が少しずつ浸透し始めています。

**今成** ブリーフ・インターベンションは、最近では警察庁の飲酒運転による免許取消処分者講習に導入されるなど随所で普及が進みつつある上、1対1、集団、webといった多様な介入形態が生まれ、より使いやすくなっていますね。

**吉本** ええ。これら一連の枠組みをプライマリ・ケアを始め、病棟、救急、健診機関、産業保健機関、一般精神科などで用いることで、早期の介入と回復につなげられるのではないかと期待しています。

**今成** アルコールを原因とする内科系疾患や外傷をかかえた方が医療にかかっても、医師がその関連性に気づかない、あるいは「深入りすると厄介」という思いがあると、身体の治療のみが行われ、元気になるとまたお酒を飲む。その繰り返して問題の本質になかなかたどり着けないまま、仕事や家庭、果ては命まで失うようなケースが多くあります。

だからこそ、プライマリ・ケアのよ

うな早期からの医師の気づき、声掛けが本当に鍵を握ります。例えば三重県では、アルコール依存の方が一般の内科外来を受診してから専門病院にたどり着くまで7.4年かかっていたのが、内科と精神科の連携により2.8年に短縮しています (MEMO 3: 三重モデル)。早期のスクリーニングと適切な振り分けの重要性が見て取れます。

**吉本** 地域密着型のクリニックなどで世帯全員を診ているような場合、家族の受診が増える、隣人とのトラブルがあるなど、小さな異変からアルコール問題に気づけるケースも多くあるでしょう。

また、保健師や栄養士など、他職種と積極的に連携して情報を得ることも重要ですし、プライマリ・ケア医が得意とするところのように思います。

**樋口** 早期介入については、例えば「何年前に、この段階で介入できていれば、どのくらい医療費が削減できたか、死亡率が低下したか」といったことまで一目瞭然にわかるよう、自助会などとも連携して一例一例分析していければ、より説得力のあるデータを蓄積できるのではないのでしょうか。

さらに、タバコのニコチン依存症管理料のように、アルコールへのSBIRTにもコストに見合った診療報酬が付けば、その枠組みもよりいっそう浸透するでしょう。厚労省の「特定保健指導」に組み込まれるようなかたちでの保険適用の実現を、ぜひめざしたいと考えています。

**今成** 診療報酬化がかない、禁煙外来のように節酒外来を設置する医療機関が増えると、受診のハードルも大きく下がると思います。

### 治療の選択肢が増えれば、医師もかかわりやすくなる

**吉本** 依存症と診断された後の治療についても、新たな動きがあるようですね。

**樋口** ええ。アルコール依存症の薬物治療でこれまで使われていたのは、アルデヒド脱水素酵素の働きを弱めることで多量飲酒を防ぐ「抗酒剤」でした。服用していると、少量の飲酒で苦しい思いをすることになるため、正直なところ患者さんも好みませんし、非専門医の方も「もし何かあったら」と心配で処方しにくい面もあったと思います。

しかし最近注目されているのが、禁煙補助薬のように飲酒欲求そのものを抑える薬です。既に欧米をはじめ多くの国では発売されていますが、日本においては本年5月、アカンプロサート(商品名: レグテクト)が第一号として発売予定です。

**吉本** 薬剤のような“道具”があると、治療にもより取り組みやすくなります。

**樋口** アルコール依存症は、治療体系が確立していなかったこともあり、これまではソーシャルワーカーや臨床心理士などコメディカルの方たちが治療のメインを担うことが多かったのです。しかし治療の選択肢が増え、きちんと枠組みができれば、医師もよりかかわりやすくなるでしょう。

**今成** 現在、アルコール依存症の診断基準に当てはまる人のうち、治療を受けているのは08年の推計で4.4万人と、10分の1にも満たない状況です。また、依存症者の約7割が、退院後1年までに再び飲酒してしまうというデータもあります。ぜひ、新たな枠組みを活用して、治療の管理・継続を強化していただけたらと思います。

### 既存の枠を超えて前進する 日本のアルコール関連問題対策

**吉本** 私はまだ、このアルコール問題という領域にかかわり始めたばかりで、領域の広さと深さに難しさを感じることもあります。しかしプライマリ・ケア医を含めた医療・保健・福祉関係者、そして全国にある断酒会やAA (Alcoholics Anonymous) などの自助グループ、その他多くの支援団体が

既存の枠を超えて機能し、連携していければ、多くの方の健康にかかわることのできる、やりがいのある分野になるのではないかと考えています。

**今成** アルコールに取り組んできた第1世代の方々が培った基盤の上に樋口先生や私といった第2世代がいて、吉本先生のような若手医師が第3世代として参画して下さる。今後はぜひ、医学部教育などより早期の段階で、当事者団体の協力も仰ぎつつ、アルコールによる健康的被害、社会的リスクについて知ってもらい、正しい知識を持った“第4世代以降”の医療者が増えてほしいと願っています。

**樋口** 日本はアルコールに寛容である一方、一度レッテルが貼られてしまうと、それをはがすのも非常に難しい社会です。昔は「アルコール依存症の方には、気の済むまで飲んでもらってから治療に入る」なんてことがまことしやかに言われていましたが、多くの患者さんを診ていて、いかに早期発見、介入が大事か、身を持って知りました。世界的な潮流が生まれているこの機に、日本のアルコール対策も大きく進歩することを期待しています。

**吉本** 本日はありがとうございました。(了)

**●註:** ブリーフ・インターベンション 多量飲酒者の飲酒量の低減をめざし、15-30分程度で2-3回、動機付け面接法などを用いて行動カウンセリングを行う介入法。欧米諸国では1980年代から数多くの研究が行われ、その有効性が確立されている。

**●参考 URL**  
1) 健康日本21 (第二次) [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou\\_nippon21.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_nippon21.html)  
2) アル法ネット <http://alhonet.jp/>  
3) アルコール関連問題基本法構想 <http://alhonet.jp/law.html>

**メルマガ配信中**  
毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。  
お申込みは医学書院ウェブサイトから。  
医学界新聞メルマガ

検査で得られた医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力を養う

# 異常値の出るメカニズム 第6版

**編集** 河合 忠 国際臨床病理センター所長  
屋形 稔 新潟大学名誉教授・予防医療学分野  
伊藤喜久 旭川医科大学教授・臨床検査医学  
山田俊幸 自治医科大学教授・臨床検査医学

日常診療で広く使われる検査項目を重点的に取り上げ、患者に負担の少ない臨床検査を重視、その検査結果を最大限に診療に生かす方策に到達するための、知識と考え方を提供する。網羅的で辞典的な本とは一線を画し、medicineを学ぶ医学生や研修医、生涯学習を続ける医療関係者が、デジタル情報に振り回されることなく、専門教育の初期段階から、“得られたさまざまな医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力”を養う。

●B5 頁480 2013年 定価6,300円(本体6,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01656-8]

**医学書院**

2013年3月発売 ご予約受付中!

使うこなす。 厚さ10センチメートルのハリソン内科学は、臨床の現場で常に信頼され、活用できる知識を提供します。

共に進む。 3年半ごとに改訂されるハリソン内科学は、原著初版発行から63年、世界中の臨床家たちの知識を常にアップデートしています。

担っていく。 重さ5キログラムのハリソン内科学には、医師として身につけていく必要な知識が詰まっています。

Harrison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE 生涯の座右書

## ハリソン内科学 第4版

日本語版監修 福井次矢・黒川清

●全2巻 A4変 3,500頁(予定) 4色刷 函入 ソフトカバー ●ISBN978-4-89592-734-5 ●定価31,290円(本体29,800円+税5%)

113-0033 TEL 03-5804-6051 <http://www.medsic.co.jp>  
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsic.co.jp

寄稿

# “モノ”と“質”の服薬管理 病院薬剤師の役割とは

門村 将太 札幌社会保険総合病院 薬剤部



●門村将太氏

2003年北大大学院薬学研究科修士課程修了。同年4月より現職。整形外科、膠原病、循環器、腎臓内科などの病棟薬剤業務に従事。現在は、調剤、医薬品情報、感染管理部専任を担当。本年1月には薬物療法専門薬剤師資格を取得。回避可能な薬剤有害事象の早期発見・早期解決の方法論を日々模索している。

START (Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) criteria<sup>8)</sup>などが作成され、潜在的不適切処方 (potentially inappropriate medication) を早期に発見して介入することで、ADEsの発生や、過量投与などに伴う救急入院の抑制を図る取り組みが報告されています。本邦でも同様に、薬剤師による処方の見直しと処方数低減への関与がより一層要求されると考えられます<sup>9)</sup>。当院では残念ながら、明らかなADEsがない限り積極的な提言はできていませんが、今後は介入基準を設けることで早期に関与できればと考えています。

「服薬管理」と聞いて、皆さんはどんな仕事を想像するでしょうか。一般的には調剤方法や飲ませ方などが取り上げられることが多いと思いますが、私は、2つの「管理」があると考えます。1つは今述べたような医薬品、つまり“モノ”の管理です。もう1つは薬物療法の適正化，“質”の管理です。服薬管理においては、後者の評価が不十分であると根本的エラーが解決しません。

臨床における薬剤師によるケアは「ファーマシューティカルケア」と呼ばれ、薬物関連問題 (medication-related problems, MRPs) (表) を発見し解決することが求められます<sup>1)</sup>。本稿では、主に病院薬剤師による院内での服薬管理とMRPsについて述べたいと思います。

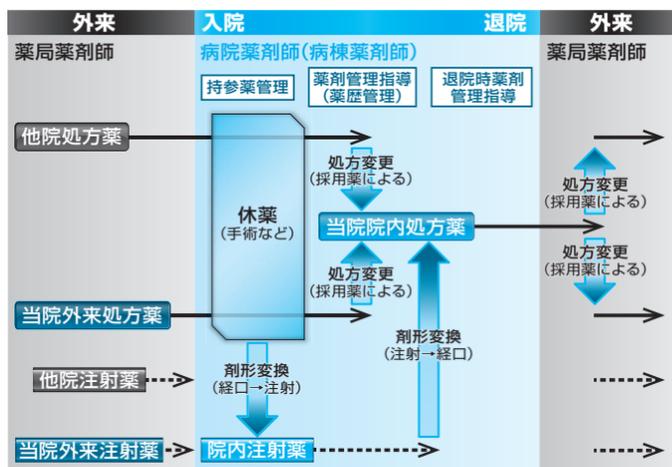
## 薬剤師の関与が強まる 持参薬管理

病院薬剤師は図のように、入院から退院に至るまで、さまざまな薬剤の変更にかかわっています。

患者が入院時に持参する薬に関しては、入・退院時における薬剤の不一致 (medication discrepancy) が薬剤有害事象 (adverse drug events, ADEs) につながることを指摘され<sup>2)</sup>、これを防止するために薬の再確認 (medication reconciliation) を薬剤師が行うことが求められています。患者面談を行うことでより多くのMRPsに介入できるとする報告もあり<sup>3)</sup>、薬剤師が患者と直接面談する重要性が示唆されています。

本邦では医療事故をきっかけに、2005年に日本病院薬剤師会 (日病薬) が打ち出した、持参薬に関して薬剤師が患者安全確保に適切に関与すべきとする提言 (「入院時患者持参薬に関する薬剤師の対応について」) などが契機となり、全国的に持参薬への薬剤師の関与が強まった背景があります。

当院でも主に病棟薬剤師が「持参薬等管理表」を作成して入院時の処方情報の一元化を行っています<sup>4)</sup>。複数の



●図 服薬管理のイメージ

医療機関・診療科からの持参薬を一元化することで、重複投薬や禁忌投薬といったMRPsを見いだすことができます。また、手術目的入院の患者において抗血栓薬などの手術前休止薬の有無や休薬期間の確認を行うなど、医療安全にかかわる場面も多くあります。

## 入院中は 処方変更・剤形変換に留意

院内処方薬に切り替える場合、医療機関ごとに採用薬品目や調剤内規が取り決められているため、製品 (後発医薬品なども含む)・剤形・含量・用法用量・投与間隔・調剤方法などが変更されます。

当院では、経口糖尿病治療薬は食事摂取が不十分な場合低血糖を招く危険性があるため、一包化調剤をしていません。日本薬剤師会<sup>5)</sup>と日病薬<sup>6)</sup>はADEsなどのリスクが高い薬剤を「ハイリスク薬」として選定しており、当院ではハイリスク薬が処方された場合、新規か継続かを確認し、新規の場合は適応があるか (例: 血糖降下薬⇒糖尿病) を調剤前にチェックしています。

高齢者においては、多くの方が腎機能が低下していることから、腎排泄型薬剤の投与量 (renal dosing) のチェックも必要です。腎機能に応じた投与量を公開している、日本腎臓学会の「CKD診療ガイド2012」、日本腎臓病薬物療法学会の「腎機能低下時に最も注意の必要な薬剤投与量一覧」なども活用できます。医療機関によっては、院内処方せんにeGFRなどの検査値を印字して過量投与の防止を図っているようです。

さらに、入院中は処方薬だけ

でなく注射薬が加わる (もしくは変換される) と薬物療法がより複雑化するため、医薬品データベースや薬剤業務支援システムなどのITツールを利用して相互作用などを確認するといった、より細かいチェックが必要となります。しかし、これだけで全てのMRPsを網羅できるわけでは

なく、病棟薬剤師が患者と薬歴双方をモニタリングすることで有効性・安全性が担保されると考えます。

## 退院後は 薬局薬剤師との情報共有を

退院時は、外来にとっては“逆持参薬”となるため、入院時持参薬との相違点や追加された薬について患者や家族に情報を提供します。ただしお薬手帳だけでは入院中の状況把握は難しいため、入院病名、主な使用薬剤、退院時の説明内容、副作用歴・アレルギー歴、現病歴・既往歴、入院中の服薬管理状況、今後モニタリングすべき項目などを記した「退院時薬剤情報提供書」を添付することで、かかりつけ医や薬局薬剤師との情報共有に努めています。

退院後の外来では、多くは薬局薬剤師による服薬管理がなされます。地域によっては、院外処方せんに検査値を印字したり、お薬手帳にCKD患者シールを添付してeGFRを記載してもらう、などの取り組みを行い情報共有を図っているようです。近年、注射抗がん薬や経口抗がん薬の外来治療が増加しており、副作用管理のためにも薬局薬剤師の医療情報へのアクセスの必要性が高まっています。地域での医療情報の共有化の早期実現が切望されます。

## 多剤併用にどう関与すべきか

高齢者の増加に伴い、多くの合併症をかかえ多剤併用をしている患者を目にすることも珍しくありません。高齢者に対する薬物療法の適正評価基準として、米国老年医学会によるBeers criteria<sup>7)</sup>、英国国民保健サービス(NHS)によるSTOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions) /

●表 薬物関連問題 (MRPs)<sup>1)</sup>

分類	MRPs	解決方法
適応症	① 不必要な薬物治療 ② 薬物治療の必要性	投与中止 処方追加
有効性	③ 無効な薬物治療 ④ 過少投与	処方変更 増量・TDM
安全性	⑤ 薬剤有害事象 ⑥ 過量投与	被疑薬の中止・変更 減量・TDM
服薬遵守	⑦ ノンアドヒアランス ⑧ コンプライアンス	調剤方法の見直し 与薬管理の見直し など

## シリーズ『精神科臨床エキスパート』5巻

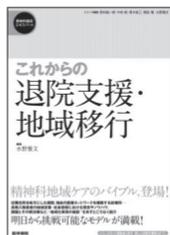
シリーズ編集: 野村総一郎・中村 純・青木省三・朝田 隆・水野雅文

医学書院

### これからの 退院支援・地域移行

編集 水野雅文

いち早く退院支援・地域移行へチャレンジしている精神科病院・クリニックの取り組みをモデルケースとして紹介するもの。執筆者らがこれからの精神科地域ケアのあり方について語る座談会も収録。



●B5 頁208 2012年 定価5,670円 (本体5,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01497-7]

### 専門医から学ぶ 児童・青年期患者の 診方と対応

編集 青木省三・村上伸治

具体的なケースを提示しながら、子どものどこに注意して診察し、どのように援助や治療を行えばよいかを、第一線で活躍する専門医が平易に解説。



●B5 頁240 2012年 定価6,090円 (本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01495-3]

### 抗精神病薬 完全マスター

編集 中村 純

1996年のリスペリドン導入後、使用できる新規抗精神病薬の数は増え続け、適応も拡大した。従来型薬の再評価や新薬の動向にも触れ、この1冊で抗精神病薬の全貌が分かる。



●B5 頁240 2012年 定価6,090円 (本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01487-8]

### 多様化したうつ病をどう診るか

編集 野村総一郎

●B5 頁192 2011年 定価6,090円 (本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01423-6]

### 認知症診療の実践テクニック 患者・家族にどう向き合うか

編集 朝田 隆

●B5 頁196 2011年 定価6,090円 (本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01422-9]

5巻セットでのご購入申し込み受付中! セット定価 各巻の合計定価30,030円→27,300円

# 続 アメリカ医療の光と影

第240回

## 「最先端」医療費抑制策 マサチューセッツ州の試み⑩

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：2010年、マサチューセッツ州第二の規模を誇るカンリック系病院チェーンが営利企業に転換、以後、「低価格」医療サービスでシェアを奪う経営戦略に基づいた事業拡大路線を展開した。

### プロバイダー選択を制約する TNP/LNP型保険の台頭

マサチューセッツ州の医療市場に新たに登場した営利病院チェーン、「ステュワード・ヘルスケア」(以下、ステュワード)が拡大路線を展開、所有病院・提携医師を増やし続けたことは、他の医療サービスプロバイダーに大きな危機感を与えた。しかも、ステュワードの基本戦略は「医療サービスの価格を抑えることでシェアを奪う」ことであったため、他の医療機関に「コスト削減に励まなければ生き残れない」という圧力が一層強くなるようになったのだ。

新参のステュワードに加えて、保険会社も、加入者に対して低価格プロバイダーへの受診を推奨あるいは指定するタイプの保険を販売することで、コスト抑制の圧力を一層強めた。この種の保険は大別して2種類あったが、第一は、プロバイダーの別によって自己負担額が変わる「tiered network plans (TNP)」だった。例えば手術を受ける際の自己負担額を、「地元コミュニティ病院の150ドルに対しボストンの有名病院は1000ドル」という具合に、大きく差をつけることで低価格プロバイダー受診を奨励するのである。第二は、保険会社が指定する医療機関しか受診できない「limited network plans (LNP)」であるが、例えば、ステュワードが保険企業タフツと提携して、通常医療は同チェーンしか受診できないLNPを販売したことは前回述べた通りである。

これまで何度も触れてきたように、マサチューセッツ州では、患者が有名教育病院を好む傾向が強かった(註)ため、プロバイダーの選択に制約を加えるTNP/LNP型の保険は不人気だった。しかし、保険料が高騰し続けることに音を上げる加入者が増え続けた結果、消費者の側に、制約は強くとも保険料が安いTNP/LNP型保険を受け入れる素地が形成された。

### 「皆保険制」維持のため 州政府も後押し

さらに、州政府にとっても、2006年に成立させた「皆保険制」を維持・存続させるためにはコスト抑制が急務であった。「皆保険制」実現の手段として、低所得者用公的保険メディケイドの拡大に加えて保険購入に際しての公費支援を導入していたため、医療費が高騰し続けることを放置した場合、州財政が立ち行かなくなる危険があったからである。あの手この手の手段を駆使して医療費抑制に努めたのだが、TNP/LNP型保険の導入および普及はその最重要手段の一つとなった。

例えば、2010年には「医療費を抑

制し、透明性と効率を高めるための法律」を制定、保険会社に対してTNP/LNP型保険を販売商品に加えることを義務付けた。また、2011年には、保険購入に際し全額公費支援を受ける場合に加えることができる保険の種類を二種のLNP型保険に限定した。

さらに、雇用主としての立場を利用して、州職員に対しTNP/LNP型保険に加入することを積極的に奨励した。他の雇用主に先駆けて2006年にTNPを導入した際には、「恣意的な基準で医師を『ランク付け』して患者の自己負担を変えようとはけしからん」とマサチューセッツ州医師会の怒りを買って訴訟を起こされたが、法廷は医師会の訴えを退けた。さらに、2011年にLNPを導入した際には、保険料の自己負担額を他の保険に比べて2割ほど低く設定しただけでなく、「LNPに加入したら保険料を3か月免除」とする特典を付加して加入を促した。2012年段階でLNP加入者は州職員の30%を占めるようになったが、雇用主の立場から、TNP/LNP型保険普及の先導役を果たしたのである。家族も含めると州政府が提供する医療保険の加入者は約30万人に達しただけに、その影響力は小さくなくなった。

2012年、加入者数マサチューセッツ州2位の保険会社ハーバード・ピルグリムが、顧客新サービス「SaveOn」を導入した。画像・内視鏡検査等に際し、主治医が紹介した高価格の施設ではなく低価格の施設で実施することに同意した場合、患者に10ドルから75ドルのボーナスを支払うというものだった。旧来タイプの「患者が自由にプロバイダーを選べる」保険に対しても、TNP型のコスト抑制策を適用する方法を編み出したと言ってもよいだろう。

さらに、ハーバード・ピルグリムは、同年3月、州最大の病院チェーン、パートナーズ社のみを排除したLNPを販売して注目を浴びた。ちょっと前まで強大な価格交渉力に物を言わせて権勢を振るってきたパートナーズが高価格故に排除される保険が登場したことに、わずか数年の間にマサチューセッツ州医療市場に起こった変化の大きさが象徴されたのである。

(この項つづく)

註：ボストングローブ紙によると、同州における教育病院受診率は1990年の36%から2007年には44%に増加、全米平均の19%を大きく上回った。

## 続 アメリカ医療の光と影

### バースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓亮

患者の権利の中核をなす「自己決定権」が確立された歴史的経緯を、気鋭の著者が古典的事例を交えて詳述。延命治療の「中止・差し控え」に適応すべき原則を考える。さらに、セーフティ・ネットが切れた米国の医療保険制度を明日の日本への警告としてとらえらるとともに、笑いながら真剣な問題を考える「医療よもやまばなし」、患者の権利運動の先駆者である池永満弁護士との対談も収録。

●四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込) [ISBN978-4-260-00768-9]

医学書院



在宅医療モノ語り 第35話

鶴岡優子 つかみ診療所

語り手 楽しかった時間を想像してほしい 千代紙さん

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いていく。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「千代紙」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

桃の節句。皆さんのお宅では、ひな人形を飾られましたか？「家に女の子がいない」「ひな人形がない」「家が狭い」「出すのも片づけるのも面倒くさい」。理由はさまざまあって、飾らないお宅も多いでしょうね。確かに生活に欠かせないもの、ではありません。でもひな飾りがあれば、お部屋にいても少し春を感じることが出来ます。

在宅医療とひな祭り。はい、ほとんど関係ないです。

でも、在宅患者さんのお部屋にはよく飾られています。七段飾りじゃなくて、もっとシンプルなものです。おそらく日ごろ通うデイケアやデイサービスで、職員さんと作った作品なのでしょう。季節にあったモノを作成したり、絵を描いたり、塗り絵をしたり、またそれがカレンダーになったりと、施設ごとの工夫が見られます。1月は雪だるま。2月は節分の鬼。そして3月はひな人形。

あるお宅では、千代紙の着物を着せられた感じのよいひな人形が飾ってありました。あっ、申し遅れました。私は千代紙です。花柄や和風柄がプリントされた、15cm四方の普及品です。ひな祭りの作品作りのために製造されているわけではありませんが、2月は高齢者用の施設、保育園・幼稚園にたくさん買っていただきました。そういえば、「年をとるということは、子どもが成長してきた過程をゆっくり戻っていくだけだ」と教わったことがあります。確かに共通点は多いのかもしれませんが。寝たきりで、誰かが食べモノをくれないと生きていけない時期。しっかりと座って、柔らかいモノが食べられる時期。興味のあるほうに歩き、自由に好きなモノをとって食べられる時期。人間には、周囲のヒトのお世話になった時期が必ずあるのです。

米国で「デイケア」といえば、幼児が通う保育園のこと。ハロウィン、イースター、季節の行事は大いに盛り上がり、何か作品を制作することもあるのですが、スタッフの手を借りながら素晴らしい仕上がりにして持ち帰ることは少ないようです。それに比べると、日本の介護保険施設、保育園・幼稚園の「お土産」は充実しています。私のような千代紙を使ったり、シールを使ったり、季節に合わせたキットもあるのかもしれませんが、職員の方の相当な努力があつての作品なのでしょう。

これらの施設の共通点は、ヒトがヒトをヒトに預けること。預けたヒトは、その間にやっと自分の時間を謳歌できます。ため込んだ仕事や家事をやる方もいれば、息抜きに時間を使う方もいます。預けられたヒトの気持ちも大切ですが、たまには預けたヒトの不安感と安堵感を想像してみましょう。元気に送り出したけれど、向こうでは楽しくやっているかしら。辛い思いをしていないかしら。でも私にだってリフレッシュする時間は必要だし。

このお部屋の患者さんの話。先週、しょんぼりしてデイサービスから帰ってきた日がありました。他の利用者さんか職員さんと何かトラブルがあつたのかな？ 何があつたのかを聞いても教えてくれません。今日はケアマネさんが来る日だから、向こうでの様子をさりげなく聞いてみようかしら？ でも、どうしようかな？ そして私に熱い視線が向けられました。こんなのを作って楽しめているのかしら？ 不安そうです。「大丈夫、結構楽しんでおられましたよ」。私はそう伝えただけですが、声は届かなかったようです。



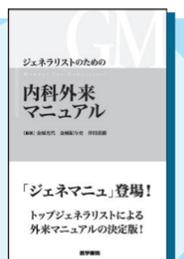
イメージはこんな感じ  
介護保険施設で作られているひな人形はもっとゴージャスかもしれません。幼児の作品はこんな感じですよ。工夫満載で指導者のアイデアに感心したり感謝したり。千代紙活用の例として、ご参照くださいませ。

外来マニュアルの決定版「ジェネマニユ」登場!

## ジェネラリストのための内科外来マニュアル

一般内科外来は難しい。患者の訴え・症状が多彩である一方で時間は限られている。そこでは、重大な疾患は見逃さず、一般的な疾患には効率的な対応が求められる。本書は、そのような臨床的困難と格闘してきた、日本を代表する8人のジェネラリストによる「内科外来マニュアル」の決定版である。外来で遭遇しうるプロブレムのすべてにおいて、その場で判断するための基本原則とコツから、治療やコンサルト、フォローアップまでの指針を明快に示した。

編集 金城光代  
沖繩県立中部病院総合内科  
金城紀与史  
沖繩県立中部病院総合内科  
岸田直樹  
手稲漢仁会病院総合内科・感染症科



A5変型 頁576 2013年 定価5,460円(本体5,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01784-8]

医学書院

# Medical Library

書評・新刊案内

## がんサバイバー

医学・心理・社会的アプローチでがん治療を結いなおす

Kenneth D. Miller ● 原書編集  
勝俣 範之 ● 監訳  
金 容彦, 大山 万容 ● 訳

A5・頁464  
定価4,200円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01522-6

評者 内富 庸介  
岡大大学院教授・精神神経病態学

一昔前, がんサバイバーという「治療後5年を経過したまれな幸運な人」を意味し, 最初の5年間は医師も患者も専ら疾患コントロールに傾注し, 心の問題は後回しという風潮ではなかったかと思う。現在では, 生存率の大幅な改善とともに, 米国のサバイバーは1,200万人に達した。「がんが診断されたその瞬間に人はがんサバイバーとなり, 一生サバイバーであり続ける(全米がんサバイバーシップ連合, 1984)」という定義が米国国立がん研究所(NCI)に採用されて以降, プロセスを意味するサバイバーシップの概念と

### あらゆる医療者のためのサバイバーシップ指南書



にも広がり, 日本ではがん対策基本法(2007)以降浸透してきたと言える。本書は, あらゆる医療者のための, がん診断時からのサバイバーシップ指南書であり, よくある疑問や懸念に正面から向き合っている。特筆すべき点は心の問題や回復過程をロードマップとして目に浮かぶように本書の前半分を割いて詳述していることで, 疫学的問題, 医学的問題の後半へと続く。編集者のKenneth D. Miller氏は, 現在, Dana-Farber がん研究所 Lance Armstrong サバイバーシッププログラムの所長を務めているが, 腫瘍内科医であり, がんサバイバーの夫でもある。彼は, サバイバーシップ研究のエビデンスが蓄積したところで, 編集して本書を誕生させた。

前半で, がんがもたらす抑うつ・倦怠感・睡眠障害, 心的外傷後ストレス/成長, さらには恩恵を見出すベネフィット・ファインディング, セクシュアリティ, 妊孕性, 遺伝カウンセリング, がん診断一終末期であることを子どもに伝えるコミュニケーション, 家族などについて詳述されている。そのなかで, NCI サバイバーシップ部門長のJulia Rowland博士の重要な講演内容から, サバイバーの5つの教訓を紹介している。

1) がんが消失した状態はがんから自由であることを意味しない(倦怠

感, 抑うつ, 痛みなどの問題は慢性期にも多い)。

- 2) 回復へ移行する時期はストレスが多い(医療者が身体治療を乗り切ってホッとする時期に心理的危機はやってくる)。
- 3) 困難な時期であっても驚くべき回復力や恩恵を見出せることがある。
- 4) 適応の良さには, 標準治療を選択すること, 治療に積極的に参加すること, 活動的であること, 支援を受けること, 意味を見出していくことなどが結びついている。

5) 食生活などライフスタイルを見直す好機になる。

以上のことは, 「実際のがんは自分ではコントロールできないかもしれないが, 食生活や活動, 治療の決定は自分でコントロールできる」という体験を通して, がんという出来事も自分の世界観に結い直す(認知的統合)ことができるという臨床経験とよく符合する。

トラウマを成長の機会としてとらえ, 恩恵を見出す患者に出会うことは非常に多い。その恩恵には, ソーシャルサポート, 診断時からの時間が関連する一方で, 若年者, マイノリティー, がんが重篤であることも関連するという研究報告を紹介している。さらに恩恵にはメンタルヘルスに対して良い面と悪い面があり, 現実の変化か動機付けられた幻想かという論争に決着はついていないという。現時点では少なくとも, 医療者はがんがもたらす恩恵やギフトを否定したり, 押しつけたりすることは避けたい。

日本にも支部のあるCancer Support CommunityのGolant博士は, サポートグループの効用として, 最良の状態を期待すると同時に最悪の場合にも備えるよう促された患者は, がんの嫌な現実をも評価して受け入れていけるようになることを紹介している。医療者は診断時から, 生と死に関するコミュニケーションを促し, 備えあれば憂い

## 標準神経病学 第2版

水野 美邦 ● 監修  
栗原 照幸・中野 今治 ● 編

B5・頁632  
定価7,350円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-00601-9

評者 岩田 誠  
女子医大名誉教授/メディカルクリニック柿の木坂・院長

これは, 極めて便利な書物である。帯には, 学生のための神経内科の教科書, と書いてはあるが, どうして, どうして, この書物に書かれている内容は相当に高度であり, 研修医どころか, 神経内科の専門医の座右の書としても, 十分に活用できる内容である。しかも, 高度な内容が実に要領よく, わかりやすく説明されているので, 学生が読んだとしても, 十分に内容を把握していくことができよう。それにしても, よくまあ, これだけの内容の濃い書物を, 五百数十ページにまとめられたものと, 感心するのである。

### 神経内科の専門医の座右の書としても活用できる内容



評者が特に感心したのは, この書物の5分の1が, 筋肉と末梢神経の病気の記述に当てられていることである。神経系の病気を取り扱う科としては, 神経内科のほかに, 脳神経外科, 整形外科, そして精神医学があり, 多くの神経系疾患は, これらのうちの複数の科における共通の診療対象である。しかし, 筋肉疾患と末梢神経障害とは, それらのほとんどが神経内科の独壇場である。そこに大きく焦点を当てた編集方針は, 極めて的を射たものとして, 評者の共感を呼ぶ。

この書物のもう一つの魅力は, 巻頭に示された, 脳解剖と脳病理のカラー写真, そして所々にちりばめられた, 電気生理学検査の手技や所見に関する記載である。神経疾患の日常診療においては, 電気生理学検査を神経学的診察の一部として利用していかねばならないとする著者らの想いが, ひしひしと伝わってくるのを感じる。この想いには, 実は1世紀以上にわたる歴史がある。そろそろ出版後100年を迎えるDejerineの症候学の教科書『神経系疾患の症候学(Sémiologie des Affections

du Système Nerveux)』においても, 当時まだ未発達であったとはいえ, 電気生理学的検査と脊髄液検査は, 症候学の一部として取り込まれている。何もハンマーをふるうだけが症候学ではないということは, 1世紀も前から主張されてきたことなのである。神経症候学の裾野の幅広さを知る上でも, 本書の存在は心強い。

ここであえて難点を挙げるとすれば, いくつかの説明図における明らかな誤りである。図1-1では, 下行性運動路の内包における体部位局在が前後逆になっているために, 皮質核路線維が脊髄にまで

達しているように描かれてしまっているし, 図1-2では薄核の位置が違っている。また, 図5-1で示された滑車神経の走行も間違っている。また, 図5-18の“Mollaretの三角”なる神経回路の描き方も, Mollaretの母国フランスにおける今日一般の概念とは大きく異なっている。これらの間違いは些細なことではあるが, 何も知らずに本書物に接する初心者にとっては, 生涯にわたる重大な影響を及ぼすものであるので, 再版される際にはぜひ修正されるべきであろう<sup>註)</sup>。

さて, 評者の下には, かつて中国からの留学生が多かった。日本語をよくする彼らは, 日本語で書かれた神経疾患の教科書を強く求めていた。この書物を読み終えた今, 評者は, 「今ここに新しく良書有り」と, 今は母国に戻っている彼らに伝えて, この書物を薦めたいと思っている。

註: 本書の図1-1, 図1-2, 図5-1, 図5-18の正しい図は, 医学書院ホームページの正誤表からご覧になれます。

なしをぜひ, 少しずつ診療に生かしてほしい。

なお後半ではサバイバーの医学的問題として, 治療による全身の各臓器障害, 術後リンパ浮腫, 妊孕性保護について, また疫学的問題としてエクササイズ, 食事, 二次がんについて詳解されている。特にサバイバーの食事に関するエビデンスは限られているが, がん以外の疾患にも有益であり, さらにQOLを増すという利点を紹介している。

訳は非常に練られており, 違和感を覚えるところは全くなかった。腫瘍内科医である訳者のあとがきに, 患者を

単なる「中年の乳がん患者」と記号化するのではなく, 「ピアノが好きで仕事で教えてもらわれて, 子どもさんが高校生で受験の心配もされておられ, 夫は会社員だけれど……頼れる友人もいる……」と「描写していくべきなのである」とある。小生は, 訳者とがんセンターで一緒に働いた時期があり, 彼の温かい基本的態度が思い出される。その後, 彼が腫瘍内科医として本書をいち早く訳出したことを素直に喜び, 多くのサバイバーの福音となる本書を世に出したことに心の底から感謝したい。

**救急画像のプロフェッショナルが「間違わない診断」のすべてを解き明かす!**

**新刊** **ここまでわかる 頭部救急のCT・MRI**

▶ 救急医療の現場で最も頻りに遭遇する脳出血, くも膜下出血, 脳梗塞の3大脳血管障害疾患を中心に, 中枢神経領域の救急画像診断においてCT・MRIをいかに活用すべきか詳述した, 実地テキスト兼ケースファイル。症例ごとに画像診断のポイントを挙げ, 加えて疾患概念, 病態, 解剖, 鑑別疾患などについて詳述。診療のプロセスに従って経時的に症例画像を提示。放射線科医のみならず, 救急科, 脳神経外科, 神経内科各臨床医, 研修医に極めて有用。

著: 井田 正博  
住原病院放射線科部長

定価8,925円(本体8,500円+税5%)  
B5 頁536 原色図/色図54 写真993  
2013年 ISBN978-4-89592-729-1

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36  
TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

**「足」の画像に特化したスタンダードテキスト, ついに完成!**

**新刊** **足の画像診断**

▶ 撮像から診断までをカバーした, 「足」の画像診断に関する本邦初の本格テキスト。冒頭で正常画像解剖を呈示し, 足の構造を踏まえて, MRI撮像時の足の体位・固定, 角度決めの方法を解説。交通外傷やスポーツ外傷を中心に, 炎症性・代謝性病変など, 足関節・足部領域の疾患ごとに章立てして網羅・解説。MRI, CTを中心に単純X線写真も交えながら, 豊富な症例を呈示。放射線科, 整形外科をはじめ, 足の画像診断・検査に携わる医師・技師必携。

著: 小橋由紋子  
東京慈恵会医科大学放射線医学講座/  
東京歯科大学市川総合病院放射線科助教

定価7,770円(本体7,400円+税5%)  
B5 頁312 図・写真380 2013年  
ISBN978-4-89592-730-7

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36  
TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

# レジデントのための 消化器外科診療マニュアル

森 正樹, 土岐 祐一郎 ● 編

A5変型・頁480  
定価5,670円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01658-2

評者 國土 典宏  
東大大学院教授・肝胆脾外科学

手に取って見て、まず持ちやすくて開きやすい診療マニュアルだと感じた。白衣のポケットに入れるには少し大きいかもしれないけれど、病棟や外来、医局の机の上にこんな本が一冊あっても良い。若い世代はスマートフォンやタブレット端末を好むかもしれないが冊子体も良いと思う。

帯に「外科医に必要な知識とデータを凝縮、頼りになるコンパクトガイド」とあるように、消化器外科で遭遇する全領域の疾患をカバーして最新の情報が詰め込まれている。各疾患の診断基準、ステージングやガイドラインなどが要領よくまとめられている。最後に外科的事項という比較的長い項目があり、手術方法などを豊富な図や写真を使い、詳細に解説してある。マニュアルだから多くの図は入れにくいだろうというのが常識だが、上手に図をふんだんに入れていところが素晴らしい。脾頭十二指腸切除などの記述は本格的な手術書並である。本書は一部を除き二色刷りだが、他の類書に比べて全体にカラフルな感じを受ける。また、サイドメモが所々にあり、手術のコツや用語の解説が簡潔になされているのも特徴であろう。

類書のマニュアル本に比べて「処方例」などの記載は少ないので、ベッドサイドに常時携帯するレジデント虎の巻というよりは、術前カンファレンスや患者へのインフォームド・コンセント直前の知識の整理に使うのが最も勧められる本書の活用法ではないか。前半の総論部分は通読するのも良いくらいまとまっているし、読みやすい。

ここまで褒めすぎたかもしれないので、あえて注文をつけると、索引機能がもう少し充実していれば素早い検索ができるかもしれない。本書のスマー

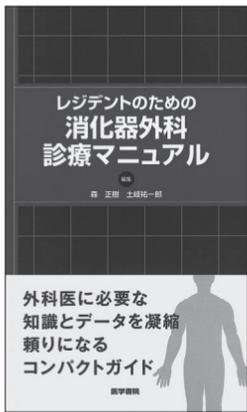
トフォン版を作ればよいという意見もあるだろう。日本語用語に英語をどこまで附記するのか、この判断も難しかったと思う。また、手術写真について、カラー写真は美しく見やすいが、一部の白黒写真はやや見づらいのですべてカラーにしてほしいところである。各論項目については筆者の専門領域について特に詳しく拝見したが、肝疾患の章に転移性肝癌の項がないのが少し残念であった。最近大きく進歩しているホットな領域で教科書的に書きにくい領域かもしれないが、ぜひ改訂時に考えていただきたい。

また、サイドメモで胃癌に関する有名な臨床試験であるJCOG9912, SPIRITS 試験, ToGA 試験などを取り上げているのは専門外の医師にとってむしろありがたいと思った。ただ、大腸癌、膵癌など他の領域にこれに対応するサイドメモがないので、ページ数の問題もあろうが次回改訂時に検討していただきたいと思う。サイドメモでは書ききれないとおしかりを受けるかもしれないが、森正樹教授ご専門の癌幹細胞についてもサイドメモをリクエストしたい。

「レジデントのための」と銘打ってはいるが、序文にあるように本書は中堅以上の指導者の知識の整理にも大いに役立つだろう。最新の情報が詰まっているので、特に専門外領域の最新知識の取得に便利である。ただ、最新の情報は、出版した瞬間からどんどん古くなっていくのが宿命である。大変かもしれないが、短いスパンでの改訂作業を期待したい。

この素晴らしい消化器外科マニュアルを一門だけでまとめ上げた大阪大学外科同窓諸兄の総合力に敬意を表しつつ、すべての消化器外科医に本書を推薦したいと思う。

## 消化器外科で遭遇する全領域の疾患をカバー



# 医療法学入門

大磯 義一郎, 加治 一毅, 山田 奈美恵 ● 著

A5・頁260  
定価3,990円(税5%込) 医学書院  
ISBN978-4-260-01567-7

評者 渋谷 健司  
東大教授・国際保健政策学

昨今、医療訴訟や紛争のニュースを目にしない日はない。しかし、多くの医療従事者はそれらを人ごとだと思っているのではないか。実際、「法学」と聞くと、たちどころに拒否反応を起こす医療従事者も少なくないだろう。われわれは、ジョージ・クルーニー扮するTVドラマ「ER」の小児科医ダグ・ロスのように、「目の前の患者を救うためには法律など知ったことではない」というアウトロー的な行動に喝采を送る。医療訴訟、そして、弁護士と聞くと、常に前例や判例を持ち出す理屈屋、医療過誤でもうける悪徳野郎といったイメージが浮かぶ。医師兼弁護士などは資格試験オタクだ。しかし、この『医療法学入門』は、法学に対するそうした浅薄な先入観をいとも簡単に裏切ってくれる。

医師であり、弁護士でもある著者らの医療従事者へのまなざしは、寄り添うように温かい。本書は、よくある判例の羅列や味気ない法律の条文の解説ではない。各章が明快なメッセージで統一されて書かれているので、上質のエッセイを読むかのごとくページが進む。序文にある著者らの決意表明が心地よい。増え続ける司法の介入に対して、「何よりも問題なのは、医学・医療の知識もなく、医療現場に対し何等の責任もとらない刑法学者等が空理空論で“正義”を振りかざしたこと」であり、「医療を扱う法学は実学でなければ」ならず、「医療を行う医師、医療を受ける患者という生身の人間から離れず、多数の制限下において現実に行われている医療現場から規範を形成する『医療法学』こそが必要」だと説く。

本書は、わが国の医療と法のねじれ、すなわち医療制度は公的に、医療紛争処理制度は私的に設計されてきた歴史の解説から始まり、現在の厳しい医療現場の状況に適宜言及しながら、読者

を法律の基礎知識へと導く。医療法、刑事責任、そして、民事事件を扱う章では、広尾病院事件や福島大野病院事件など豊富な判例を活用しながら、世界でも類を見ない医療の刑事事件化など社会の風潮によって大きく翻弄される医療の姿が、まさに当事者である著者ならではの視点から描かれる。

むしろ、紛争関連だけではなく、公衆衛生関連法規、保険診療、薬事法や生命倫理など、本書が扱う範囲は幅広い。読者は、日常の臨床や研究、あるいは、病院経営や組織運営においても法律は極めて身近に存在していることに驚く。医療従事者と法律は実は切っても切れない保健医療制度の両輪であることに気付かされる。『医療法学入門』は、わが国の保健医療そのものを法学という観点から、常に現場と患者を中心に据える視点を保ちながら解説した、一級の保健医療政策概論でもある。

「医療行為は本質的には人体に侵襲を加える行為」であり、自分たちの行為の必要性和特殊性への正確な理解が、法律家のみならず世間一般に広く浸透することが肝要ではないか。そのためには、閉じた医療の世界でアウトローを気取っているだけでは進歩がない。ソーシャルネットワークの時代、プロとしての自立と信頼に基づく連携がキーワードだ。そのためには、『医療法学入門』を手始めに、「医学・医療(医療従事者)と法律(法律家)の相互理解」を深めていくことが最初の一步である。本書を手にするのは、なによりも、訴訟に萎縮することなく医療を提供し続けるため、そして、自分と目の前の患者のためでもある。

@igakukaishinbun  
本紙編集室でつぶやいています。  
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

## 本来の医療を取り戻すために 一日で学べる医療法学



**基礎の根拠がわかる**

そうだったのか! 臨床に役立つ **循環薬理学**

循環器治療に使用する薬剤の作用・効果などについて、知識のリニューアルだけでなく臨床家が知りたいトピックスなども絡めて、マニュアルではわからない「なぜその薬を使うのか」がわかるように解説した1冊。心不全・虚血性心疾患・高血圧・不整脈・血栓症の5つのPartに分けて、まず病態生理をコンパクトに整理、続いてそれぞれの治療薬について臨床使用に直結した薬理学を解説。循環薬理学/薬物治療の“現在”がわかる、革新的テキスト。

著 古川哲史 東京医科歯科大学難治疾患研究所生体情報薬理分野教授

● 定価 4,725円 (本体 4,500円+税5%) ● A5変 頁216 図68 2013年 ● ISBN978-4-89592-735-2

思わず「**そうだったのか!**」と膝を叩く  
循環器薬物治療の“実践力”がアップする

好評

そうだったのか! 臨床に役立つ **不整脈の基礎**

● 定価 4,725円 (本体 4,500円+税5%)  
著 中谷晴昭・古川哲史・山根祐一

実際の使い方がわかる

**循環器治療薬ファイル** 第2版

薬物治療のセンスを身につける

著 村川裕二

● 定価 7,350円 (本体 7,000円+税5%)

MEDI 113-0033 TEL 03-5804-6051 http://www.medi.co.jp  
東京都文京区本郷 1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medi.co.jp

**身体所見のバイブル、待望の日本語版!**

サピラ 身体診察の **アートとサイエンス** 原書第4版

原著 Jane M. Orient University of Arizona College of Medicine

監訳 須藤 博 大船中央病院・内科部長  
藤田 芳郎 中部ろうさい病院・副院長  
徳田 安春 筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・教授  
岩田健太郎 神戸大学教授・感染治療学

「臨床経験を重ねながら読み返すバイブル」  
「記述の広さと深さは類書の追随を許さない」  
当代きってのエキスパートたちが監訳。待望の日本語版刊行。

身体診察は文化の違いや時代を超えた臨床医学のアート。筆者から直接回診で教わっているような語り口を通じて、本書にはPhysical Examinationを賢く経験するための英知、箴言がぎっしり詰まっている。「学生を含めすべての臨床医にマッチする教科書」「記述の広さと深さは類書の追随を許さないバイブル」と賛辞を集める名著を当代きってのエキスパートたちが監訳。待望の日本語版刊行。

● B5 頁888 2013年 定価12,600円(本体12,000+税5%) [ISBN978-4-260-01419-9]

**医学書院**

信頼と実績の治療年鑑

# 今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2013

私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢

# 1119疾患項目はすべて 毎年全面書き下ろし

- 処方例に掲載の商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」
- 各科領域の「最近の動向」を解説

- 新規付録「予防接種(ワクチン)の種類・接種時期一覧」「プライマリケア医のためのがん診療の最新動向」を掲載
- 大好評の付録「診療ガイドライン」:30の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2013」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利  
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

- デスク判(B5) 頁2064 2013年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01643-8]
- ポケット判(B6) 頁2064 2013年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01644-5]

好評  
発売中

一般名処方最適! 価値ある情報をこの一冊に網羅!

# 治療薬マニュアル2013

監修 高久史磨・矢崎義雄 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2013年版の特徴

- 妊産婦・授乳婦への投薬リスクをアイコン表示!
- 後発品は剤形、規格単位、製造販売社まで掲載
- 2012年に薬価収載された新薬を収録

本書の特徴

- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 2,200成分、16,000品目の医薬品情報を約2,600頁に収録
- 使用目的や使用法、適応外使用など、臨床解説が充実
- 重要薬、重要処方情報をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

治療薬マニュアル 特設サイト開設! <http://www.chimani.jp>

- B6 頁2592 2013年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01677-3]

別冊付録

「重要薬手帳」



好評  
発売中



「治療薬マニュアル2013」×「今日の治療指針2013年版」  
**合同プレゼント企画**  
特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2013年版」と「治療薬マニュアル2013」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2013」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2013年版」に同封の書籍の「ご注文書はがき」に貼付してお送りください(2013年10月1日消印分まで有効)。

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

## 2013年3月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。

医学書院発行

公衆衛生	4 頁	Vol.77 No.4 一部定価2,520円	転換期の結核対策 —医療と予防	臨床整形外科	3 頁	Vol.48 No.3 一部定価2,625円	創外固定の将来展望
medicina	3 頁	Vol.50 No.3 一部定価2,625円	免疫反応と疾患	臨床婦人科産科	4 頁	Vol.67 No.3 一部定価2,835円	女性骨盤底外科手術 Up to Date —増加する患者への対応を学ぶ
JIM	3 頁	Vol.23 No.3 一部定価2,310円	血液疾患ブラッシュアップ	臨床眼科	3 頁	Vol.67 No.3 一部定価2,940円	第66回日本臨床眼科学会講演集(1)
糖尿病診療マスター	3 頁	Vol.11 No.2 一部定価2,835円	各種ガイドラインを 糖尿病治療に生かすには	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	4 頁	Vol.85 No.4 一部定価2,730円	身につけたいリハビリテーションの 最新スキル
呼吸と循環	4 頁	Vol.61 No.4 一部定価2,835円	薬剤性肺障害の臨床	臨床泌尿器科	増刊 号	Vol.67 No.4 特別定価8,610円	泌尿器科診療ベストNAVI
胃と腸	3 頁	Vol.48 No.3 一部定価3,150円	隆起型食道癌の特徴と鑑別診断	臨床泌尿器科	4 頁	Vol.67 No.5 一部定価2,940円	ロボット支援前立腺全摘除術
BRAIN and NERVE	3 頁	Vol.65 No.3 一部定価2,835円	次世代シーケンサーによる 神経変性疾患の解析と展望	総合リハビリテーション	3 頁	Vol.41 No.3 一部定価2,310円	治療ガイドラインとリハビリテーション
精神医学	3 頁	Vol.55 No.3 一部定価2,730円	SST 最近の進歩と広がり	理学療法ジャーナル	3 頁	Vol.47 No.3 一部定価1,890円	関節リウマチの最新治療と理学療法
臨床外科	4 頁	Vol.68 No.4 一部定価2,730円	「食道胃接合部癌」に迫る!	臨床検査	4 頁	Vol.57 No.4 一部定価2,310円	次世代の微生物検査/ 非アルコール性脂肪肝
				病院	3 頁	Vol.72 No.3 一部定価3,045円	中小病院は生き残れるか



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804  
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693