

2024年1月1日

第3547号

週刊(毎週月曜日発行)  
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  
COPY 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 認知症と共に生きる…… 1—9面
- ・[カラー解説] 認知症と社会をめぐる歴史の変遷(栗田圭一)
- ・[座談会] 認知症と共により良く生きていく(堀田聡子, 内田直樹, 藤田和子, 前田隆行)
- ・[寄稿] 認知症基本法の意義と今後への期待(栗田駿一郎)/認知症のためにデザインは何が可能か(寛裕介)
- 新春随想…… 10—13面

# 認知症と 共に生きる

日本における認知症高齢者は2012年時点で462万人とされ、25年には実に700万人近くが認知症を有すると推計されている。認知症の人ができる限り地域の良い環境で自分らしく暮らし続けられる社会の実現をめざす取り組みが進展する中、23年6月には「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(以下、認知症基本法)が参議院で可決、成立。24年1月に施行となった。認知症基本法のベースには、「共生」の考えがある。認知症と共に生きることの実相とはどのようなものなのか。認知症を生きる人々へのまなざしがどう変化してきたかをたどると共に、異なる立場からの声を重ねて浮かび上がらせながら、共生社会実現の見通しを考えたい。

慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授/  
認知症未来共創ハブ 代表

堀田聡子 ●監修

# 認知症と社会をめぐると歴史的変遷

●執筆  
東京都健康長寿医療センター・  
認知症未来社会創造センター長  
栗田 主一

認知症と社会をめぐるとの歴史は、認知症を生きる人々へのまなごしを通してさまざまに変遷してきた。本稿では、そのような社会のまなごしと社会政策の変遷を概観しながら、「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(以下、認知症基本法)が制定された今日までの歴史をたどる(図1)。

養老院は救護施設の一つとして法文化され、政府から必要な財政的支援が受けられるようになった。また、戦後の1946年には救護法が廃止、旧生活保護法が制定され、養老院は保護施設となり公費で運営される公的事業となった。さらに、1950年には新生活保護法が制定され、養老院は「養老施設」として「老衰のため独立して日常生活を営むことのできない要保護者を収容して、生活扶助を行うことを目的とする施設」として法文上も明記された。一方、その頃より入所者の長命化、入所期間の長期化によって、医学的管理を要する入所者の増加が問題となり、1961年に「病弱老人」のみを収容保護する養老施設「十字の園」が創設された。また、1956年に長野県の13市町村で家庭養護婦派遣事業が始まり、1958年に大阪市で老人家庭奉仕員制

は実質的にはこの制度から排除された。しかし、現実には、所得に関係なく虚弱な高齢者は増加し、1968年の国民生活審議会では「深刻化するこれからの老人問題」として、年金、福祉、保健、就労、住宅政策が課題とされ、1972年には有吉佐和子氏の小説『恍惚の人』<sup>3)</sup>によって家族の窮状がクローズアップされた。こうした状況を背景に1973年に「老人医療費の無料化」が導入されたが、それによって老人医療費は増大し、国民健康保険の運営も厳しくなり、さらに病院のサロン化・社会的入院といった問題も生じるようになった。一方、1976年に発せられた厚生省社会局長通知「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」によって、寝たきり老人対策事業(老人家庭奉仕事業、日常生活用具給付・貸与)、ひとり暮らし老人対策事業(老人電話相談センター設置、介護

施策がスタートした。すなわち、1984年以降、痴呆性老人処遇技術研修事業、痴呆性老人対策推進本部、老人保健施設、老人性痴呆疾患治療病棟、痴呆性老人デイ・ケア施設、老人性痴呆疾患センターなどが整備されていった。1986年に設置された「痴呆性老人対策推進本部」の専門員を務め、「痴呆性老人処遇技術研修事業」や「国立療養所における老人性痴呆に対する医療のモデル事業」を通じ、国立療養所菊池病院で認知症の医療に取り組んでいた室伏君士氏は、当時有効な薬もない認知症医療の領域に「ケア」という言葉を初めて導入し、「理にかなったメンタルケア」<sup>4)</sup>の普及に努めた。同氏は、ケアという言葉が介護とは区別して用い、それは「障害された状態像に対し治療的に、人間的な生活機能を回復・維持・向上するリハビリテーションの考えや方法による指導を主とする

## 古代から近代まで

古代から近世まで、認知症は老いによる自然の摂理あるいは老耄とみなされ、その異常性が顕著であったとしても社会から疎外されることはなかったという。しかし、近代になって西洋医学が普及すると、老耄者は精神病患者として医学や警察の管理下におかれ、家

図1 認知症に関連する社会政策の変遷と主な出来事

<p>1909 吳秀三「精神病ノ名義ニ就キテ」(神経学雑誌)</p>  <p>吳秀三氏</p>	<p>1982 老人保健法の制定：老人精神保健対策としての認知症施策が始まる</p>  <p>老人保健法案を司決した衆院社会労働委員会 ©毎日新聞社</p>	<p>1994 新・高齢者保健福祉推進十か年戦略(新ゴールドプラン)</p>
<p>1929 救護法の制定</p> <p>1946 旧生活保護法の制定</p> <p>1950 新生活保護法の制定</p> <p>1956 長野県で家庭養護婦派遣事業が始まる</p> <p>1958 国民健康保険法の制定</p> <p>1961 養老施設「十字の園」の創設</p> <p>1962 老人家庭奉仕員事業の国庫補助化</p>	<p>1984 痴呆性老人処遇技術研修事業</p> <p>1986 痴呆性老人対策推進本部の設置、老人保健施設の創設</p> <p>1987 社会福祉士及び介護福祉士法の制定、国立療養所における老人性痴呆に対する医療のモデル事業、特別養護老人ホームにおける痴呆性老人介護加算の創設</p> <p>1988 老人性痴呆疾患治療病棟、痴呆性老人デイ・ケア施設の創設</p>	<p>1995 高齢社会対策基本法の制定</p> <p>1997 介護保険法の制定</p> <p>痴呆対応型老人共同生活援助事業(痴呆対応型グループホーム)</p> <p>2000 介護保険法の施行</p> <p>2001 高齢者痴呆介護研究・研修センターを設置、国際認知症権利擁護・支援ネットワーク(DASNI)発足、Christine Bryden氏が国際アルツハイマー病協会国際会議で当事者として講演</p> <p>2004 「痴呆」から「認知症」へ呼称変更、認知症サポーター等養成事業</p> <p>2005 認知症サポート医養成研修事業</p> <p>2006 地域包括支援センターや地域密着型サービスの創設、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業</p> <p>2008 認知症疾患医療センター運営事業</p>
<p>1963 老人福祉法の制定</p> <p>1968 国民生活審議会報告書「深刻化するこれからの老人問題」</p> <p>1972 有吉佐和子氏が『恍惚の人』を出版</p>  <p>『恍惚の人』書影(新潮文庫版)</p> <p>1973 老人福祉法改正：老人医療費無料化の導入</p> <p>1976 厚生省社会局長通知「在宅老人福祉対策事業の実施及び推進について」</p> <p>1980 呆け老人をかかえる家族の会(現・認知症の人と家族の会)発足</p>	<p>1989 高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)</p> <p>老人性痴呆疾患センター事業</p> <p>1990 在宅介護支援センターの創設</p> <p>1991 老人訪問看護制度(訪問看護ステーション設置)、老人性痴呆疾患療養病棟、老人保健施設痴呆専門棟の創設</p> <p>1992 E型(痴呆対応型)デイサービスの創設</p>	<p>2012 認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)</p> <p>厚生労働省「今後の認知症施策の方向性について」、WHO報告書「認知症——公衆衛生上の優先課題」</p>

族による保護が強制され、手のつけられない状態になれば私宅監置、癪狂院への入院も視野に入れられるようになった<sup>1)</sup>。当時、西洋医学のさまざまな用語が日本語に翻訳されたが、Dementiaについては、「痴狂」「癪癪」「痴呆」などと翻訳されていた。しかし、明治末期に吳秀三氏が「精神病ノ名義ニ就キテ」<sup>2)</sup>と題する論文の中で、「癪」「狂」の文字を避ける観点から「痴呆」という用語を提唱した。

度、1959年に布施市(現東大阪市)で独居老人家庭巡回奉仕員制度がつくられた。これらは、生活に困窮した老人が老衰や病気で日常生活に支障を来したときに、洗濯、清掃、炊事、看病等を行う事業として、1962年に老人家庭奉仕員事業として国庫補助化された。これらが特別養護老人ホームや訪問介護のモデルとなった。

人派遣事業)、生きがい対策事業(老人就労斡旋事業、老人クラブ助成事業、老人社会奉仕団活動助成事業、老人スポーツ普及事業)、在宅老人デイサービス事業などが創設された。このようにして、1960~70年代に在宅介護・施設介護が法制化・体系化されていったが、認知症のケアという視点はなく、在宅介護や施設介護が困難になれば精神病院に入院するしか手立てがなかった。こうした状況の下、1980年に「呆け老人をかかえる家族の会(現・認知症の人と家族の会)」が発足した。

もので、その基盤には人間科学の理が流れている」とし、認知症高齢者の行動を「痴呆というハンディキャップを持ちながらも、その中で彼らなりに、何とかして一生懸命生きようと努力している姿、あるいはそれができなくて困惑している姿」ととらえる立場を強調した。

## 救貧対策としての高齢者福祉

すでに明治期より、身寄りのない困窮した老衰者を収容・保護するための養老院がキリスト教系や仏教系の団体によって設立されはじめていたが、1929年に制定された救護法によって

## 在宅介護・施設介護の法制化と体系化

1963年の老人福祉法によって、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、訪問介護、健康診査が法制化され、今日の介護サービスの原型がつくられた。当時の老人福祉は、救貧対策の流れを受けて措置制度によって運用されていたため、中高所得者

## 老人精神保健対策としての認知症の医療とケア

1982年の老人保健法によって老人医療費の一定額負担が導入されると共に、老人精神保健対策としての認知症

## 介護保険制度の導入と「痴呆」の呼称変更

高齢者人口の増加と共に、医療費と社会的入院は増え続けた。1989年に消費税が導入され、同年の高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)によって介護資源整備が本格的に進められるようになった。しかし、高齢者人口の増加は予想をはるかに上回るものであり、税による財源確保は限界と

され、2000年に介護保険制度が導入された。その一方、制度が導入されて間もなく、「痴呆に対する偏見と無理解が適切なケアを阻んでいる」といった意見が聞かれるようになった。これを受けて、2004年に「痴呆」という呼称が「認知症」に改称され、認知症サポーター養成講座がはじまり、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医認知症対応力向上研修が始まった。また、2006年に地域包括支援センターや地域密着型サービス、2008年に認知症疾患医療センターが創設された。さらに、2001年に、高齢者痴呆介護研究・研修センター(現・認知症介護研究・研修センター)が東京、仙台、大府に設置され、初代の東京センター長に就任した長谷川和夫氏の指揮のもと認知症介護の研究と指導者の育成がなされるようになった。

## 地域包括ケアシステムとオレンジプラン

2010年代に入ると、急速な少子高齢化、要介護要支援高齢者の増加、単独・高齢者のみ世帯の増加、認知症高齢者の増加によって、現行のサービス提供体制では医療ニーズの高い高齢者、重度の要介護高齢者、特に単身・高齢者のみ世帯を地域で支えることが

の設置が求められた。

## 認知症当事者の人権と権利ベースのアプローチ

21世紀に入ってから、世界の先進諸国において認知症国家戦略を策定する動きが活発化した。また、2012年には世界保健機関(WHO)が、認知症を公衆衛生上の優先課題とすることを求める報告書を刊行した。さらに、2015年にジュネーブで開催された「認知症に対する世界的アクションに関する第1回WHO大臣級会合」では、世界規模で急増する認知症の社会的コストの問題について「認知症は世界の脅威である」というメッセージが発信された。これは多くの先進諸国の政策担当者の共通認識でもあり、認知症予防を公衆衛生対策上の優先課題とする動きを加速させた。

一方、その会議の中で、国連で「高齢者による人権享受に関する独立専門家」に任命されたRosa Kornfeld-Matte氏が、「これまでの国際会議や国内会議において、認知症当事者のニーズや人権は優先度の低い議題であり続けた。しかし、認知症と共に生きる人々は、疾病の進行とともに、孤立、排除、虐待、暴力に晒されやすくなる」「認知症は公衆衛生の問題であるが、同時

者は認知症の当事者であり、責務履行者は国家・地方公共団体・その他のステークホルダーということになる。

2017年にWHOは「認知症に対する公衆衛生上の対応に関するグローバルアクションプラン」を発表したが、そこには「認知症が予防され、認知症の本人とケアラーがよく生き、尊厳・尊重・自立・平等をもって生きる彼らの力を充足するのに必要とされるケアや支援を受ける世界」というビジョンと、「認知症とともに生きる人々の人権」という領域横断的理念が掲げられている。また、2019年にWHOが発表した認知症予防に関するガイドラインも、そのタイトルは「認知機能低下および認知症のリスク低減」とされ、「予防」という言葉の取り扱いに注意している。こうした動きは、「共生と予防を車の両輪とする」とした2019年の認知症施策推進大綱にも影響を与えているように思われる。

## 当事者の声の発信と認知症フレンドリー社会

上記のような動きと並行して、21世紀の初頭より認知症である当事者の声が次第に高まりを見せるようになった。Christine Bryden氏は、1998年に自らの体験をつづった書籍<sup>5)</sup>を刊

である藤田和子氏が「認知症になってからも、希望と尊厳をもって暮らし続けることができ、よりよく生きていける社会」の創出をめざして活動すると宣言した。こうした動きは政府に大きなインパクトを与え、2015年にはオレンジプランにかかわって認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)が発表された。このプランの最も重要な特徴は、認知症当事者の視点の重視が施策の柱に明記された点にある。このプランの下で、認知症当事者の参画を促進する「本人ミーティング」が提案され、2019年に策定された認知症施策推進大綱では本人発信支援が政策化され、「希望大使」が創設された。

2015年以降に国際アルツハイマー病協会は、世界各国の認知症フレンドリー社会の取り組みを紹介する報告書を複数刊行している。そこでは、認知症フレンドリー社会とは、「認知症である本人と介護者が、力づけられ、支援され、社会に包摂され、その人々の権利が人々に理解され、その人々がもつ力が人々に認識されている場であり、文化である」と定義されている。また、その目標を達成するための4原則(図3)が示されている。2015年以降のわが国の歩みを振り返ると、確かにこの4原則に沿った活動が次第に広がりを見せているのがわかる。

## 共生社会の実現をめざす時代

2023年に制定された認知症基本法(詳細は8面を参照)は、そのような活動の一つの帰結と言えよう。この法律の特徴を一言で表現するならば、「共生社会」というビジョンを実現するために、権利ベースのアプローチを通して、認知症フレンドリー社会を創り出すことをめざした法律である。すなわち、法の第1条に「共生社会」というビジョンを掲げ、それを実現するために「認知症施策を総合的かつ計画的に推進する」ことが法の目的であると記されている。

ところで、「地域共生社会」という用語は近年のわが国の社会保障制度改革全体のキーワードでもある。この用語の誕生の背景には、進展する超少子高齢化とそれによる「社会保障制度の持続可能性の危機」という現実問題があり、認知症基本法でうたわれている「共生社会」とはやや趣が異なる。しかし、認知症や障害の有無にかかわらず、全ての国民が基本的人権を享有する個人として尊重され、相互に支え合いながら暮らせる社会を、国・地方公共団体・各種関係機関・国民の分野横断的な協働によって創り出そうとしている点は共通する。「共生社会」とは、具体的にはどのような社会なのか。どのような条件が満たされれば「共生社会」と言えるのか。私たちは、現実世界の中でそれが何であるかを探求しながら、そのような世界をめざす大航海時代を生きているのであろう。

### 参考文献

- 1) 新村拓, 痴呆老人の歴史——揺れる老いのかたち, 法政大学出版局; 2002.
- 2) 吳秀三, 精神病ノ名義ニ就キテ, 神経学雑誌, 1909; 7: 549-53.
- 3) 有吉佐和子, 恍惚の人, 新潮社; 1972.
- 4) 室伏君士, 痴呆老人への対応と介護, 金剛出版; 1998.
- 5) クリスティーン・ボーデン(著), 垣田陽子(訳), 私は誰になっていくの?——アルツハイマー病者からみた世界, クリエイツかもがわ; 2003.

図2 認知症に対する医療・介護サービスの統合的な提供システム

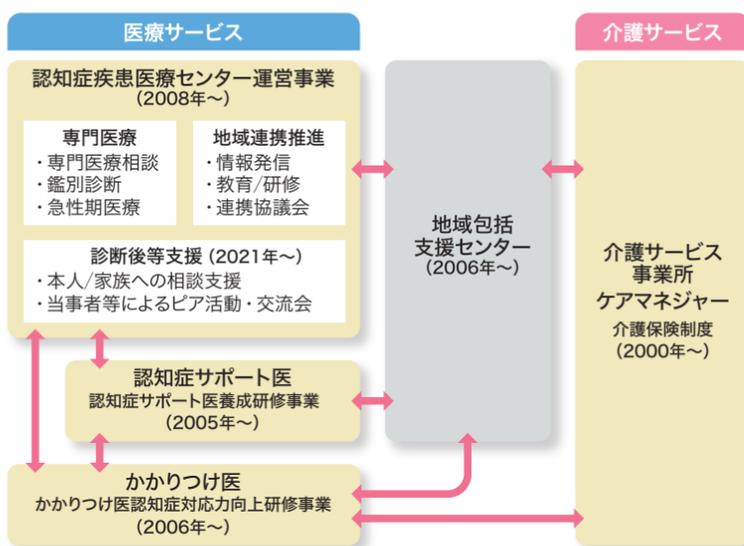


図3 認知症フレンドリー社会を実現するための4つの基本原則



困難となった。日常生活支援や権利擁護等の介護保険制度外サービスを含む地域づくりや、高齢者に配慮された住宅整備の必要性が強調され、地域包括ケアシステムの構築が国および地方公共団体の責務とされた。2012年に策定された認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)は、認知症の人の暮らしを支える地域包括ケアシステムを構築するための基本計画に相当する。このプランで提案された認知症ケアパスとは、認知症の「気づき」の段階からエンドオブライフケアの段階に至るまで安定した地域生活が送れるように、それぞれのステージに応じて医療・介護・その他のサービスが統合的に利用できるようにするための手引きを意味している。また、その入り口には早期診断・早期対応の仕組みとしての医療・介護連携体制(図2)とそれを強化する認知症初期集中支援チーム

に人権の問題である」と訴えた。同年にWHOは、世界の認知症施策に権利ベースのアプローチを取り入れることを提起している。

権利ベースのアプローチとは、国連の開発援助の領域で使用されてきた考え方である。その特徴は、ニーズが充足されていないことに注目するばかりではなく、ニーズが充足されていないことを権利が実現されない状況ととらえ、その構造を徹底的に分析し、権利保有者と責務履行者の関係にフォーカスを当て、権利保有者が権利を行使できるように、責務履行者が責務を履行する能力を発揮できるように、包括的な戦略を練り、開発援助の計画を進める点にある。認知症の場合、権利保有

行。2001年に国際認知症権利擁護・支援ネットワーク(DASNI)を発足させ、同年に世界で初めて認知症の当事者として国際アルツハイマー病協会の国際会議で講演した。James McKillop氏は、2002年に認知症の当事者組織である「スコットランド認知症ワーキンググループ」を発足させ、当事者の視点に立った診断後支援を政府に求めた。Kate Swaffer氏は、2014年に国際認知症同盟(DAI)を発足させ、世界に向けて認知症と共に生きる人々の人権確保を訴えた。

わが国においても、2014年10月に日本初の認知症当事者組織である「日本認知症本人ワーキンググループ(JDWG)」が発足し、共同代表の一人

新年号特集 | 認知症と共に生きる

# 認知症と共により良く生きていく

認知症と聞くと、周囲の環境をほとんど認識できず、日常生活の大部分に介助が必要となった状態を思い浮かべる人が少なくないだろう。しかし実際には、認知症になってからすぐにそうした状態に至るわけではない。できないこと、苦手なことは増えるかもしれないが、周囲の人やテクノロジーのサポートを得ながら、自立した日常生活を送ることは十分に可能だ。社会の中で認知症のある人・ない人が共に生きていくには何が必要なのか。議論を通じて探った。



NPO 町田市つながりの開  
理事長  
前田 隆行氏

医療法人すずらん会  
たろうクリニック 理事長/院長  
内田 直樹氏

慶應義塾大学大学院  
健康マネジメント研究科 教授/  
認知症未来共創ハブ 代表  
堀田 聡子氏◎司会

一般社団法人日本認知症本人  
ワーキンググループ 代表理事  
藤田 和子氏

堀田 2023年6月に制定された「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」(図)は、認知症の有無にかかわらず、誰もが基本的権利を有する「ひと」として対等な関係で、当事者の参画のもと共生社会実現をめざすことをうたっています。法律の名称にもある通り、大きなキーワードとして掲げられているのが「共生」です。  
本日は、認知症の本人として当事者

団体代表を務める藤田さん、認知症専門医として訪問診療を行いながら認知症フレンドリーなまちづくりにも携わる内田さん、全国で認知症のある方が仲間と一緒に地域で暮らす拠点をつくる前田さんのお三方をお迎えしました。異なる立場からのお話を伺いながら、認知症と共に生きること、共生についての考えを深められればと思います。

## 「認知症の人は何もわからない」わけではない

堀田 認知症当事者として発信を続け、「認知症の人は何もわからない」という偏見を打ち破ってきたクリスティーン・ブライデン氏(MEMO 1)が、先日6年ぶりに来日しました。藤田さん、久しぶりにクリスティーンに会われていかがでしたか。  
藤田 心が通っていて、認知症と診断されてから28年がたっても変わらないと感じました。個人的には、私は診断を受けてから16年ですから、まだあと10年は頑張れると改めて希望を持ち直しました。私が代表理事を務める日本認知症本人ワーキンググループ

(Japan Dementia Working Group : JDWG, MEMO 2)での活動に関しても、その方向性が間違っていないことを再確認し、自信を深めました。  
前田 藤田さんがクリスティーンを知ったのは、どういう経緯からなのですか。  
藤田 今は看護師をしている長女が高校生の頃、図書館でクリスティーンの著作をたまたま見つけて借りてきたのです。彼女のドキュメンタリー番組を見たことをきっかけに、興味を持っていたようです。認知症の義母への介護の様子を長女も知っていましたから、認知症になったからといって何一つわからなくなったわけではなく、義母も本当はさまざまなことを考えていたのかもしれないと家族で話し合いました。

### 図 認知症基本法の基本理念(第三条)

認知症基本法の中から基本理念を抜粋して示す。認知症の有無によって線引きをしない、同じ国民として共生できる社会をめざすとの視座が読み取れる。

<p>全ての認知症の人が、基本的権利を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること。</p>	<p>国民が、共生社会の実現を推進するために必要な認知症に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深めることができるようにすること。</p>	<p>認知症の人にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるものを除去することにより、全ての認知症の人が、社会の対等な構成員として、地域において安全にかつ安心して自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保を通じてその個性と能力を十分に発揮することができるようにすること。</p>
<p>認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、良質かつ適切な保健医療サービス及び福祉サービスが切れ目なく提供されること。</p>	<p>認知症の人に対する支援のみならず、その家族その他認知症の人と日常生活において密接な関係を有する者(以下「家族等」という。)に対する支援が適切に行われることにより、認知症の人及び家族等が地域において安心して日常生活を営むことができるようにすること。</p>	<p>教育、地域づくり、雇用、保健、医療、福祉その他の各関連分野における総合的な取組として行われること。</p>
<p>認知症に関する専門的、学際的又は総合的な研究その他の共生社会の実現に資する研究等を推進するとともに、認知症及び軽度の認知機能の障害に係る予防、診断及び治療並びにリハビリテーション及び介護方法、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすための社会参加の在り方及び認知症の人が他の人々と支え合いながら共生することができる社会環境の整備その他の事項に関する科学的知見に基づく研究等の成果を広く国民が享受できる環境を整備すること。</p>		

### MEMO 1

### クリスティーン・ブライデン (Christine Bryden)

オーストラリア出身、在住の認知症当事者。1995年、46歳でアルツハイマー型認知症と診断され、翌年オーストラリア政府首相内閣省第一次官補を退職した。認知症になった後も、最後まで自分自身であり続けたいと考え、そうした生き方を可能とする支援体制を整えるよう社会に訴えている。2004年に京都で開催された国際アルツハイマー病協会第20回国際会議での発信は、日本における認知症当事者運動の嚆矢となった。



クリスティーン・ブライデン氏と藤田氏 23年10月「認知症本人発：希望のリレーフォーラム」の前日、「拡大本人ミーティング・事前打合せ」にて。

January 2024

## 新刊のご案内 医学書院

●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・PR部へ ☎03-3817-5650 ●医学書院ホームページ (https://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

**今日の治療指針 2024年版**  
私はこう治療している  
総編集 福井次矢、高木 誠、小室一成  
デスク判: B5 頁2272 定価: 22,000円[本体20,000+税10%]  
[ISBN978-4-260-05342-6]  
ポケット判: B6 頁2272 定価: 17,050円[本体15,500+税10%]  
[ISBN978-4-260-05343-3]

**治療薬マニュアル 2024**  
監修 矢崎義雄  
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊  
B6 頁2912 定価: 5,610円[本体5,100+税10%]  
[ISBN978-4-260-05359-4]

**Pocket Drugs 2024 (ポケットドラッグズ2024)**  
監修 福井次矢  
編集 小松康宏、渡邊裕司  
A6 頁1248 定価: 4,840円[本体4,400+税10%]  
[ISBN978-4-260-05278-8]

**標準精神医学 (第9版)**  
監修 尾崎紀夫、三村 将  
編集 水野雅文、村井俊哉、明智龍男  
B5 頁596 定価: 7,480円[本体6,800+税10%]  
[ISBN978-4-260-05334-1]

**2024年版「系統看護学講座」準拠 解剖生理学ワークブック**  
編集 坂井建雄、岡田隆夫、宇賀貴紀  
B5 頁136 定価: 2,200円[本体2,000+税10%]  
[ISBN978-4-260-05368-6]

MEMO 2

日本認知症本人ワーキンググループ (JDWG)

2014年に発足、17年に一般社団法人化した、認知症の本人が主体となって活動する団体。「認知症と共に生きる人が、希望と尊厳を持って暮らし続けることができ、社会の一員としてさまざまな社会領域に参画・活動することを通じて、より良い社会を作りだしていくこと」を活動目的にしている。2018年、厚労省内で記者会見を行い、「認知症とともに生きる希望宣言」(https://bit.ly/3R2zUwV)を表明した。



JDWG 設立準備会 2014年10月。この日、JDWGが発足した。

た。そうした経験があったので、私に認知症の症状が出始めた頃、長女がいち早く察知して早急な受診、若年性アルツハイマー病という診断につながりました。

内田 その当時の一般的な受診タイミングからすると、かなり早い段階で認知症であることに気が付いたのですね。藤田 そうなんです。その頃は認知症という、5年が経過すればわけがわからなくなって、10年もすると寝たきりで亡くなってしまふ……といった情報しか出回っていませんでした。当事者が目にすると悲しくなる情報ばかり。ですから、診断当初は周囲の人に迷惑をかけるくらいなら自分はいなくなったほうが良いのではとの思いが胸中に渦巻きました。

全てのひとの人権の問題として

堀田 しかし、そこから立ち上がった。藤田 はい。というのも、それどころじゃなかったんです。診断当時は13、18、20歳の子どもたちを育てている真最中で、仕事に家事に子どもたちのサポートにと忙しく、認知症だから何もできないと立ち止まっている暇はありませんでした。

前田 落ち込んでいた場合じゃなかったんだ。

藤田 自身が認知症であることにしても、包み隠さず周囲の人や仲間に話をするという小さな闘いを始めました。アルツハイマー病になったけれど、何ら恥じることもなければ隠すこともない、堂々としていることが当たり前というスタンスを取ったのです。そうするうち、「藤田さんの言うことは正しい」と賛同してくれる人も出てきました。一人で活動しては広がりも限られているし世の中から耳を傾けてもらえないですから、組織として発信を行うべきだろうと、診断から3年後の2010年に「若年性認知症問題にとりくむ会・クローバー」を設

立しました。内田 団体設立までの勢いがすごい……(笑)。

堀田 その後全国の仲間たちとつながるようになったのは、何がきっかけですか。

藤田 全国の当事者からメールが届くようになって、勉強会へ出向くなどたくさんの人と知り合いました。その中で「海外のワーキンググループで取り組まれていることは日本でも実現できるはず」との機運が高まり、賛同した仲間と共に全国規模の組織としてJDWGを立ち上げた次第です。

前田 当事者として発信を始めるに当たって、最も変えたいと考えていたのは何なのでしょう。

藤田 認知症にまつわる問題を、介護の問題としてではなく、人権の問題としてとらえてほしいという考えは、最初から一貫して持ち続けています。人権の問題であると考え、本人はもちろん、これから認知症になるかもしれない全ての人にとっての問題となります。また、認知症になるのは高齢者だけではありません。若いうちに認知症になると、介護は必要ないけれど就労や子育てといった生活に関する部分でのサポートが必要になるという人もいます。

内田 認知症になっても自身の生活を諦めることなく暮らしていけるように、施策が必要ということですね。

藤田 クリスティーンはもちろん、私や丹野智文(註1)さんのような「希望大使」(写真1, 註2)が人前に出て発信を続けているのは、認知症になって、さまざまな苦労を経験しながらも日常生活を送る姿を見せることで、希望がなくなるわけではないと当事者の人たちに伝えたいからなのです(写真2)。

診断を受け入れるためには——先輩当事者との出会い

内田 藤田さんが診断された当初、認



写真1 「全国版希望大使」に任命された当事者5人 20年に行われた任命式にて。左から春原治子さん、渡邊康平さん、藤田和子さん、柿下秋男さん、丹野智文さん。



写真2 夫、愛犬と過ごす藤田氏 全国の希望大使は診断後も自分らしい暮らしを大事にし、その様子を日々SNS等で発信する人も増えている。Facebook: https://bit.ly/3uNPT9C

知症に関するネガティブな情報に触れて気落ちしたとのお話がありました。認知症外来を担当する中で、若い人が認知症だと診断され、非常にショックを受けて、その結果いったん状態が悪くなるケースをよく見かけます。診断を受け入れられないのです。私が拠点を置く福岡市は認知症フレンドリーシティ(MEMO 3)をうたっていて、正しい知識を伝えるために市が作成したパンフレットなどの資料をお渡ししますし、当事者による書籍(写真3)も案内します。同時に、働き続ける選択肢もあることをお伝えしています。それでも、その人が持っている「認知症になったら終わりだ」とのバイアスを解除するには時間がかかります。前田 それだけ一般に流布しているイメージが悪いんですね。内田 精神的ショックにより悪化した状態から回復するのに半年から1年がかかることもざらにあります。周囲の人に認知症になったことを伝えると、気を遣って連絡が来なくなったという方も少なくありません。

認知症フレンドリーなまちづくりを推進する上でも、認知症に対するステイグマが大きな障壁となっています。

MEMO 3

認知症フレンドリーシティ

福岡市では、プロジェクト「福岡100」の一つとして、認知症の人やその家族がいきいきと暮らせる認知症にやさしいまち「認知症フレンドリーシティ」をめざしている。産学官民をつなげる「福岡オレンジパートナーズ」、認知症の人が働く仕組みである「オレンジ人材バンク」、「認知症カフェ」開設の促進、認知症の人にもやさしいデザインの普及推進など、多角的な取り組みを行う。



「オレンジ人材バンク」を通じて仕事をする認知症当事者 認知症フレンドリーセンターでの勤務の様子。

「脳がコワれた」僕らから、すべての援助者へ。

「脳コワさん」支援ガイド

会話がうまくできない、雑踏が歩けない、突然キレる、すぐに疲れる……。病名や受傷経緯は違っても、結局みんな「脳の情報処理」で苦しんでいる。高次脳機能障害の人も、発達障害の人も、認知症の人も、うつの人、脳が「楽」になれば見えている世界が変わる。それが最高の治療であり、ケアであり、リハビリだ。疾患ごとの「違い」に着目する医学+「同じ」困りに着目する当事者学=「楽になる」を支える超実践的ガイド!

鈴木大介



幻は、幻が消えたときに、幻とわかる。——脳の中からの鮮やかな現場報告!

誤作動する脳

「時間という一本のロープにたくさんの写真がぶら下がっている。それをたぐり寄せ思い出さずともうしても、私にはそのロープがない」——たとえば「記憶障害」という術語にこのリアリティはありません。ケアの拠り所となるのは、体験した世界を正確に表現したこうした言葉ではないでしょうか。本書は、「レビー小体型認知症」と診断された女性が、幻視、幻嗅、幻聴など五感の変調を抱えながら達成した圧倒的な当事者研究です。

樋口直美



新年号特集 認知症と共に生きる

トの場を設けたり、他の当事者との出会いにつなげたりといった動きが出てきているかと思えます。この十数年間の変化についてどう受け止めていますか。

内田 当事者の集まりなどの場は増えているのですが、それ以上に認知症と診断される人の数が増えています。当事者同士でコミュニケーションを取る場にアクセスできていない人が多数派なのではと考えています。

一方で、先輩当事者の存在には、医師としてかなり助けられているのも事

実です。同じ希望を伝えるにしても、医療者から伝えるのと当事者から伝えるのでは、言葉の重みがまるで違います。何年も前に認知症と診断された人が1人で目の前にやって来て、自身の体験や今現在の生活について話してくれることは、診断を受けたばかりの人にとって大きな希望につながるはずです。先輩当事者が認知症外来で話をするのが当たり前になれば、状況は大きく変わるだろうと考えています。

日々の生活の中の困り事に目を向ける

堀田 認知症の診断に関しては、早期あるいはタイムリーな診断の重要性が長らく訴えられてきた一方で、常に診断の質の向上も求められています。認知症と共に生きていく旅の入口となる診断が、より良いものになるには何が必要なのでしょう。

内田 まずは診断スケールをアップデートすることが挙げられます。長谷川式認知症スケールやMMSE (Mini-Mental State Examinaton) といった評価スケールは開発されたのが1970年代と古く、ここ最近のテクノロジーの進歩を取り込んでいません。歩行速度や会話記録などから認知症リスク、認知機能障害の程度を判断する仕組みを構築し、活用していけると良いですね。

加えて、評価対象の問題もあります。上記のスケールはあくまでも認知機能を評価するものですが、認知症によって生じるさまざまな変化は暮らしの中にあります。日々の生活の中でどういったところに困難を感じているのかに目を向ける必要があるのです。そうした部分に目が向けられない理由として、一般に認知症に対するイメージが重度に偏りすぎていることが挙げられます。軽度の認知症の存在を認識することで、生活の中の困り事に目を向ける姿勢も育まれるのではないのでしょうか。

藤田 重度にならないと認知症とはみなさないという考え方は、本当にやめていただきたいと思います。暮らしの中の障害を考えるに当たっては、人から見てどうかではなく、自分がどう感じるかが大切です。クリスティーンも言うように、3個のボールでジャグリングをできていた人が1個のボールでしかできなくなると問題に気付かれやすいですが、6個のボールでできていた人のボールが1~2個減っても気付かれにくい。でも、当人からすると、それまで難なくできていたことができなくなってしまう。これが暮らしの障害です。軽度であっても病気によって問題が生じているのは確かなので、医療者にも認知症としてしっかり向き合ってもらいたいです。

内田 おっしゃる通りです。生活に目を向けることは治療を考える際のスタンスにもかかわる話です。薬物療法だけではなく、認知症の人の社会とのつながり、役割や目的を持ち続けることの重要性をとらえてそれを踏まえた対応をすることは、認知症の進行を遅らせることにつながると考えています。

介護サービスを利用しながら、仕事をして対価を得たい

堀田 社会とのつながりや役割・目的を持ち続けることは、認知症の進行を遅らせるためにも重要というお話に関して、前田さんはまさに、認知症のある方が自身の役割を持ち、周囲とつながりながら地域で暮らし続けられるための活動に長年取り組まれています。活動のきっかけはどこにあったのでしょうか。

前田 デイサービスであるDAYS BLG! (MEMO 4) の前身となる「おりづる工務店」を立ち上げるよりも以前の話です。見学にいらした50代の若年性認知症の男性から「働きたい」と言われました。当時の私は、高齢者のいわゆるレクリエーションであればレポートを豊富に持っていました。しかし、働くことを希望する人に提供できる引き出しは持ち合わせていなかったのです。それで当時取り掛かっていた法人所有の古民家の維持・管理作業の一部をお願いすることにしました。けれども、修繕作業や草むしりが一通り終わるとお願いする仕事がなく、仕方なくデイサービスで焼き芋をするための薪を半分切る仕事をお願いしました。すでに30cmほどに切られた薪をさらに半分にするという、必要のない仕事です。「こんなことする必要はないだろう」と怒られました。

藤田 それは怒りますね。  
前田 似たような失敗はもう1つあって、仕事への対価がほしいという要望

に対して、ご家族にあらかじめ用意してもらったお金を謝礼として渡したことがあります。本人は喜んでいましたが、だましているし、ご家族を共犯にしている。これは違うと気が付いて、本人に謝罪の上、対価を伴う仕事を探しに行こうと伝えました。

内田 認知症があっても意味のある仕事、対価の発生する仕事をしたい。そんなの当たり前ですよね。

前田 そうなんです。それで、近隣で請け負える仕事はないかと探していたところ、町田市内の保育園6か所とのつながりができました。砂場を掘り起こして柔らかくして消毒液をかけたり、子どもたちが寝ている間に床のワックス掛けをしたり下駄箱の砂をかき出したり、用務員が担う仕事を有償で請け負うことができたのです(写真4)。ようやく仕事が見つかったと安堵していたところ、今度は上司からそんなことは許容できないと言われました。

藤田 どうしてですか。  
前田 介護保険サービスを利用しながら働いて金銭を得るのは問題があるのではと指摘されたのです。働けるならばデイサービスを利用しなくていいのではないかと。障害福祉サービスを受けながら働いている人もいますから、なぜ介護保険ではダメなのか納得がいらず町田市に相談に行きましたが、管轄ではないとのことでした。

東京都の担当を紹介してもらって足を運びましたがそこでも管轄外だと言われ、厚労省へと出向きました。結局、認知症の本人たちと共に厚労省に相談に行ったら却下されて帰って来るということを、5年間繰り返すこととなったのです。

内田 5年間！ 長かったですね。  
前田 当時老健局長だった宮島俊彦さんが現場を見に来て、砂場の掘り起こしや草むしりを利用者さんたちと一緒にしてくださったことをきっかけに動きが大きく加速して、最終的に2011



藤田和子氏

ふじた・かずこ 1961年生まれ、鳥取市在住。看護師として勤務中の2007年、45歳で若年性アルツハイマー病と診断される。自身が認知症であることを公表し、10年から地元の仲間と啓発活動を展開する。11~13年鳥取市差別のない人権尊重の社会づくり協議会委員。14年JDWG設立に参加し、17年の法人化以降現職。「認知症と向き合う『幸齢社会』実現会議」に構成員として参画。著書に「認知症になってもだいじょうぶ!—そんな社会を創ってほしいよ!」(徳間書店)。



内田直樹氏

うちだ・なおき 2003年琉球大医学部卒。同年福岡大医学部精神医学教室入局、10年同教室講師。福岡大病院医局長、外来医長等を経て、15年現職。認知症専門医。院内には「重度認知症ケアうみがめ」を併設。在宅医療の領域において精神科医・認知症専門医が果たす役割が大きいことを実感し、情報発信を行いながら、認知症と共に良く生きる社会の実現に向けた活動も行っている。編著に「認知症の人に寄り添う在宅医療」(クリエイツかまがわ)。

MEMO 4 NPO町田市つながりの開 DAYS BLG!
メンバー同士だけでなく、地域や社会とのつながりを提供する「ハブ機能」を持ったデイサービスとして、町田市を中心に活動 (https://xn--daysblg-5c9qzc.app/)。2012年設立。認知症当事者の「働きたい」「人の役に立ちたい」「社会とつながりたい」といった想いを実現するため、ハブ機能を通じて認知症に対する正しい理解を促す。当事者とスタッフをいずれもメンバーと呼び、介護する側とされる側という線引きのない水平的な関係性を保っている。



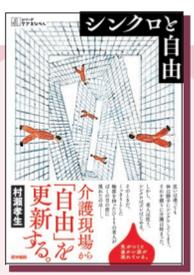
自動車販売店での洗車 モデル車の洗浄作業。1年半の交渉の末、任せてくれることに。

介護現場から「自由」を更新する。

＜シリーズ ケアをひらく＞ シンクロと自由

「こんな老人ホームなら入りたい！」と熱い反響を呼んだNHK番組「よりあいの森老いに沿う」。その施設長が語る、自由と不自由の織りなす不思議な物語。万策尽きて、途方に暮れているのに、希望が勝手にやってくる。誰も介護はされたくないし、誰も介護はしたくないのに、笑いかげにじみ出てくる。しなやかなエピソードに浸っているだけなのに、気づくと温かい涙が流れている。

村瀬孝生



公衆衛生 2022年10月号 Vol.86 No.10
特集 認知症施策 up to date
Editorial/地域疫学研究の成果から見た認知症リスク低減の可能性—久山町研究/学際的な認知症予防プロジェクト—神戸大学の取り組み/認知症患者修繕業の開発と普及に向けた課題と展望/認知症の血液バイオマーカーへの期待と課題/若年性認知症の有病率・生活実態調査の結果を踏まえた今後の施策づくりの方向性/認知症患者別 生活行為の障害とリハビリテーション—認知症リハビリテーションの進歩と作業療法士への期待/多職種連携による認知症初期集中支援—その効果と課題/認知症の行動・心理症状(BPSD)の予防と治療の方針—ウェブサイトが蓄積された知見も活用しながら
●定価:2,640円(本体2,400円+税10%)





写真4 保育園での仕事 砂場を掘り起こす作業の様子。

(平成23)年に事務連絡<sup>1)</sup>が出ました。介護保険サービスを利用しながら賃労働してもいいという内容です。それを受け、ずっと待っていた当事者の方たちが「やっとか」と集まってきて、DAYS BLG!での活動につながります。

堀田 それから10年以上がたって、「まだまだやれる」「地域の役に立つことがしたい」という認知症のある方の声を受けて、「はたらく」を通じて当たり前を取り戻す取り組みもずいぶん広がってきました(註3)。

## 暮らしを続けることで地域が変わっていく

堀田 前田さんは日中の拠点だけでなく、認知症のある方が共に暮らすシェアハウス(写真5)も始められましたね。どうしてシェアハウスなのですか。前田 施設・病院に入る手前の段階で、地域で暮らす選択肢を広げたいと考えたためです。認知症になっても工夫次第で一人暮らしを続けることは可能です。例えば燃えるゴミの日にゴミを出しに行くと、燃えないゴミの袋ば

かりが置いてある。今日は燃えないゴミの日だと気付いて、別の日に燃えるゴミを出そうとするけれど、その日は収集日ではなかった。そうこうするうちに、自宅にゴミ袋が溜まってしまふ。そうした事例でも、スマートフォンアプリで燃えるゴミの日に通知が来るように設定したり、地域の人が声掛けをしたりすることで問題が解決すれば、暮らしを継続できます。そのように暮らしを補助する一手段としてシェアハウスを構想しました。

内田 実際にシェアハウスを運営してみたの、地域の人たちの反応はどのようなものだったのでしょうか。

前田 当初は反対の声が強かったです。デイサービスだけを提供している間は良好な関係を築けていたのですが、いざ認知症のある人が地域に住むとなると抵抗感が大きかったようです。

藤田 状況は変わったのですか。

前田 小さなことをきっかけに、変わっていきました。地域の人が怒鳴り込んできた際、住人の女性の1人が飼っている犬を抱えて玄関口までやって来て、「私、ここで暮らしてます」と言ったのです。怒鳴り声が聞こえたので、自分のことかしらと部屋を出てきたわけですね。認知症の症状として幻視がある方で、見えないものが見えて生活を送る上で困ることもあるけれど、地域の皆さんとも協力しながらここで暮らしていきたいと思っています。ご自身の言葉で伝えました。そうすると地域の人にもはっと気が付いて、女性が犬を抱えているから「ワンちゃんのお散歩をする時は声を掛けて」といった世間話をいくらか交わして、それ以来地域の人たちも徐々にシェアハウスの住人を気に掛けてくださるようになっていきました。直に接することで、認知症に対して抱いていた偏見が取り去ら

れたのでしょうか。

堀田 お散歩と言えば、以前DAYS BLG!のメンバーさんが、迷子になってしまうことがあるから、日課のお散歩のときには帰巣本能がある犬についていくんだと話されていたのを思い出しました。そのメンバーさんが、「でも近所の人に会った時に名前がわからなくて……」と言ったら、他のメンバーさんが、「『こんにちは。〇〇さん』って言わなきゃいいんだよ。あなたが誰だか忘れていても、相手が顔見知りとわかって挨拶してくれるんだから」と笑い飛ばしているのも印象的でした。認知症のある方と共に過ごし、お話を伺ってみると、今のご自身に何ができて、何が苦手になってきたかを認識して、折り合いをつけながらうまく生活を続けていく知恵をそれぞれが編み出しておられることに、いつも驚かされます(註4)。

内田 視点や考え方を改めて困り事を解決することで、暮らしを続けていくための小さな自信を積み上げられると良いですね。

藤田 丹野さんがよく「奪わないで」とおっしゃいます。認知症になったから危ないだろう、できないだろうと選択肢を奪われることがあります。今できていることを日常的に行わなくなると、そのうち本当にできなくなってしまうのです。できていることをやり続ける重要性を知ってほしいし、そのようなサポートを当事者の周囲の人たちにはお願いしたいです。医療者の方にもそうした視点から患者・家族にアドバイスをしてもらえるとうれしく思います。

\*

堀田 認知症は認知機能の低下によって日常生活・社会生活に支障を来すようになった状態のこと。つまり社会と個人の間にも生まれる「状態」で、社会が追いついていないことによって認知症のある方々の苦労が生まれています。JDWGの「認知症とともに生きる希望宣言」は、「認知症とともに生きている経験や工夫を活かし、暮らしやすいわがまちを、一緒につくっていきます」と締めくくられています。本人と共に、安心して認知症になれる地域、そして誰もが尊重され、諦めなくてよい社会をめざす動きがさらに広がっていくことを願っています。本日はどうもありがとうございました。(了)

註1: 2013年、39歳で認知症と診断された当事者。15年、悩み相談に認知症当事者が対応する「おれんじドア」を仙台市にて開設。「全国版希望大使」の1人。

註2: 厚労省は、認知症当事者からの発信の機会が増えるよう、5人の当事者を「全国版希望大使」として任命した。また、全国の各地域で暮らす当事者と共に普及啓発を進める体制を整備し、発信の機会拡大を目的として、都道府県ごとに「地域版希望大使」を設置することをめざしている。

註3: 2011年の事務連絡の後、全国各地の事例の収集、手引きの作成や取り組みによる効果の検



前田隆行氏

まえだ・たかゆき 1997年カナダへ大卒。在学中の体験から福祉職に関心を持つ。2011年アルファ医療福祉専門学校卒業。精神保健福祉士。老年精神科ソーシャルワーカー、在宅介護支援センター、第三セクターのE型サービス管理者を経て、12年「DAYS BLG」を立ち上げ、地域・社会・仲間とのつながりを大切にした、新しい認知症共創コミュニティをめざす。働くことを通じた仲間作りや居場所作りをベースに、認知症・要介護になるとしてまいがちな当たり前のコミュニケーションを取り戻す活動が軸にある。



堀田聡子氏

ほった・さとこ 1999年京大法学部卒。東大社会科学研究所特任准教授、蘭ユトレヒト大訪問教授等を経て、2017年より現職。博士(国際公共政策)。認知症のある方の思い・体験と知恵を中心に、本人、家族や支援者、医療介護関係者、企業、自治体、研究者、デザイナー等が協働し、共に生きる未来をめざす活動体「認知症未来共創ハブ」代表を務め、寛裕介著「認知症世界の歩き方」(ライツ社)を監修。共監訳に「コンパッション都市——公衆衛生と終末期ケアの融合」(慶應義塾大学出版会)。

討が進み、若年性認知症のある人に限らず、広く介護サービス利用者の社会参加活動等に関する18(平成30)年の事務連絡につながった。「認知症施策関連ガイドライン(手引き等)」。取組事例」を参照(<https://bit.ly/4a6R4RH>)。

参考文献・URL

1) 厚労省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室。若年性認知症施策の推進について。2011。<https://bit.ly/46MaSqA>



写真5 シェアハウスの外観と内装 DAYS BLG!が入居する建物の2階がシェアハウスになっている。

認知症診療のエンサイクロペディア、最新ガイドラインを踏まえ待望の改訂!

## 認知症ハンドブック 第2版

認知症にかかわる医療従事者が知っておきたい知識を網羅した決定版、7年ぶりの改訂。診断や薬物療法・非薬物療法、リハビリテーションやケアなど、臨床で必要となる情報を『認知症疾患診療ガイドライン2017』の内容に沿って解説。基礎研究に関する情報も臨床で役立つ内容を中心にアップデート。今回も「臨床のエンサイクロペディア」と呼ぶにふさわしい内容に仕上がっている。

編集 中島健二  
下濱 俊  
富本秀和  
三村 将  
新井哲明

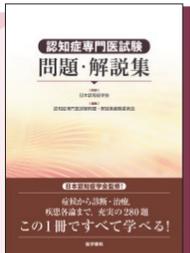


専門医を目指す人はもちろん、認知症を診る全ての医師にとって役に立つ1冊

## 認知症専門医試験問題・解説集

日本認知症学会の専門医試験対策の問題と解説をまとめた学会オフィシャルテキスト。過去問109題に新作問題170題を加えた全279題をわかりやすい解説とともに収録。問題の範囲は基礎から症候、鑑別診断、治療、リハ・ケア、疾患各論まで網羅的にカバー。専門医試験受験者はもちろん、認知症を診る機会のある医師にとっても役に立つ1冊。

監修 日本認知症学会  
編集 認知症専門医試験問題・解説集 編集委員会



# 認知症基本法の意義と今後への期待

2023年6月14日、参議院本会議において「共生社会の実現を推進するための認知症基本法案」(以下、認知症基本法)は起立採決され、全会一致をもって「可決・成立」となった。私も仕事の傍ら、参議院のインターネット中継を通じて、その瞬間を見守っていた。関係者間での議論が始まって、足かけ8年。晴れて、一つの区切りを迎えた。

## 認知症基本法ができるまで

国会での議論は、古屋範子衆議院議員(公明党)が、2015年3月12日の衆議院予算委員会において、安倍晋三首相(当時)に対し「府省を横断した認知症のための基本法をつくるべきではないか」と質問したことに始まる(表)。その後、各党で認知症基本法案の構想が練られ始めたほか、18年には国会内で超党派の議員勉強会も始まった。翌年には政府による認知症施策推進大綱と時を同じくして、認知症基本法案(旧)が自民党・公明党の有志議員による議員立法として提出された。しかし議論は進まず、21年に廃案となった。一方で、同年には超党派議員による「共生社会の実現に向けた認知症施策推進議員連盟」が発足。22年の参議院選挙以降、本格的に議論が進められ、認知症の本人、家族等のケアラー、研究者、医療介護関係者などのヒアリングを通じて法案の取りまとめが行われた。23年5月に議連総会において了承され、超党派の合意による議員立法として国会へ提出、今回の成立に至った。

法律は三十七の条文および附則から構成される。冒頭では法律の目的や定義、基本理念を掲げ(4面の図を参照)、国や地方公共団体、事業者や国民の責務を規定する。さらには、国および都道府県・市町村が策定する計画について明記されている。そして、12の基本的施策が列挙されている。そして内閣総理大臣を本部長とする認知症施策推進本部や、認知症の人や家族も参画する認知症施策推進関係者会議の詳細が記載されている。

## 認知症基本法が認知症政策にもたらす意義

「基本法」と名の付く法律はこれまでも多く制定されており、その数は現在50を超える。基本法に明確な要件はなく、これまでの研究ではいくつかの類型が示されてきたが、総じて「特定の政策分野の方向性を示す役割を持つもの」と理解されている。保健医療分野では、がん対策基本法を筆頭に、脳卒中・循環器病対策基本法、肝炎対策基本法、アレルギー疾患対策基本法などがあり、隣接する社会福祉分野でも障害者基本法を筆頭に複数の基本法がある。特に平成期以降は、議員立法による基本法の制定が顕著になっている。これは、この時期の政治・行政改革が、官僚主導を脱し政治主導を志向する流れの中に位置付けることができよう。つまり議員立法による基本法には、政府の現行政策の承認ではなく、将来に向けた政策の展開を規定するような内容が求められるのである。その点において今回の認知症基本法は、これまでの認知症政策を踏襲しない、新たな政策的規範・価値の定義付けを行ったという点で、議員立法による基本法として意義があったと言える。

これまでの認知症政策は、医学モデルと社会モデルの揺らぎの中を歩んできた歴史がある。戦後、認知症の人たちは、公的医療保険制度や医療提供体制の整備に伴って医療の対象として長らく位置付けられてきたが、介護保険制度の整備と共に彼らの生活者としての側面が目立つようになった。それ以降においても、医学の進歩によって完治をめざし、さらには予防を可能にしようとする試みと、認知症になっても安心できる社会づくりをめざす試みの狭間で揺らぎ続けてきた。

今回の認知症基本法は、これまでの揺らぎ・相克

を乗り越えたと言えるのではないだろうか。法律の名称は「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」とされ、第一条(目的)では、共生社会を「認知症の人を含めた国民一人一人がその個性と能力を十分に発揮し、相互に人格と個性を尊重しつつ支え合いながら共生する活力ある社会」と定義付けた。2019年に政府が策定した認知症施策推進大綱では、「共生」の定義として「認知症の人が、尊厳と希望を持って認知症とともに生きる、また、認知症があってもなくても同じ社会でともに生きる」とされていた。両者を比較すると、今回の認知症基本法は、認知症の有無によって線引きをしない、同じ国民としてどのような社会を作るのか、というこれまでにない視座に立って作られたことがわかる。そうした枠組みの中で、行政や医療・介護・福祉、さらには生活にかかわる公共交通機関やさまざまなサービス業等、認知症の本人や家族にかかわるあらゆる物事が進められることとなる。

「当事者参画」も重要な視点とされている。第三条(基本理念)の第三項では「自己に直接関係する事項に関して意見を表明する機会及び社会のあらゆる分野における活動に参画する機会の確保」が明記され、社会づくり(第十六条第一項)や研究開発(第二十条第三項)、政策形成(第三十四条第二項)への参画が位置付けられた。さらには「全ての認知症の人が、基本的人権を享有する個人として、自らの意思によって日常生活及び社会生活を営むことができるようにすること」(第三条第一項)と、いわゆる「権利モデル」の姿勢が明確化された。この部分は、これまでも必要とされてきた社会モデルから一歩踏み込んだ政治化がなされ、個人のニーズの充足ではなく社会構造の変化をめざし、その手段としての市民権の希求を明確にしたものであると理解することができよう。

またこうした意識は、基本的施策への言及など細部からも読み取れる。これまでも度々議論を呼んできた「認知症予防」に関する条文(第二十一条)では、「希望する者が科学的知見に基づく適切な認知症及び軽度の認知機能の障害の予防に取り組むことができるよう」と記された。得てしてパターンリズムに陥りがちな予防・健康増進施策において、一人ひとりの市民を意思決定の主体とする書きぶりがなされたことは、同様に疾病対策や健康増進をめざす他の法律と比較しても画期的である。

表 認知症基本法成立に至るまでの出来事

2015年	3月	衆議院予算委員会で古屋範子議員が認知症基本法の制定を求める質問
2018年	2月	「認知症国会勉強会」が超党派で開始
	9月	公明党が独自の認知症基本法案をまとめる
2019年	6月	認知症施策推進大綱が閣議決定 自民党・公明党により「認知症基本法案(旧)」が提出
2020年	2月	「認知症基本法について考える院内集会」が開催
2021年	6月	超党派議員連「共生社会の実現に向けた認知症施策推進議員連盟」が発足
	10月	衆議院解散に伴い、認知症基本法案(旧)が廃案
2022年	8月	参議院選挙後に議連にて認知症基本法案作成に向けた議論が開始
	12月	議連において法律骨子案が提示
2023年	5月	議連において最終的な法律案が提示、承認
	6月7日	国会提出
	6月8日	衆議院にて可決
	6月14日	参議院にて可決・成立
	6月21日	法成立を受け、岸田首相が「国家的プロジェクト」の対応を示唆
	9月	法施行に先立ち、政府が「認知症と向き合う『幸齢社会』実現会議」を開催

日本医療政策機構 シニアマネージャー

栗田 駿一郎



くりた・しゅんいちろう 早大政治経済学部政治学科卒。東京海上日動火災保険株式会社を経て、日本医療政策機構に参画。祖母の認知症発症をきっかけに、認知症政策を主たる研究テーマとする。早大大学院政治学研究科専門職学位課程修了。東京都立大大学院人文科学研究科社会福祉学教室博士後期課程在学中。現在、東海大健康学部非常勤講師。専門は公共政策学(政策過程論・社会政策)。

## 自らの手で社会を変えていく

認知症基本法の制定によって、直ちに社会が変わるわけではないことは自明であろう。社会を変えるための理論的基盤ができたにすぎない。今後、認知症基本法に掲げた「共生社会」を実現するには、地域社会からのボトムアップによる積み重ねが必要不可欠だ。そのカギを握るのが、都道府県・市町村レベルでの取り組みである。

筆者は2021年に自治体の認知症条例について比較調査<sup>1,2)</sup>を実施した。条例制定プロセスにおける認知症の人や家族等の参画の在り方は、自治体によって大きく異なっていた。認知症基本法では都道府県や市町村の計画策定は努力義務としての位置付けであるが、実際にはほとんどの自治体で策定されると想定される。改めて、各自治体の計画策定プロセスに大いに注目したい。各地の当事者が策定プロセスに参画し、課題を洗い出す。そうして「わがまちの認知症計画」が作られることが期待される。一方で、こうした政策形成過程への当事者参画の取り組みが、行政の努力任せになることがないよう、関係するステークホルダーも積極的にその人選や参画方法に対して意見を出し、決して形だけの参画になることのないよう、努力することが求められる。

近代民主主義の理論的基礎である社会契約説は、私たち市民が社会を作ったのであり、その社会は私たち市民が変えられると説く。認知症基本法という「道具」を手に入れた私たちは、「共生社会」に向けて自らの手で社会を変えなくてはならない。

### 参考文献・URL

- 1) 日本医療政策機構、住民主体の認知症政策を実現する認知症条例へ向け、2021、<https://bit.ly/46UFd6g>
- 2) 栗田駿一郎、認知症条例の意義と先進自治体の動向、実践自治Beacon Authority、2021; 88: 19-25.

# 認知症のために デザインは何かが可能か

## 「本人の気持ち」が無視されている

デザインとは、人の認知機能に働きかけるものです。人がモノや情報・サービスを五感でとらえ、思考・判断・記憶し、何らかの行動をする。この一連のプロセスを支援し、生活をより良くするための行為がデザインです。

認知症による認知機能の低下に伴い、人はトイレの場所がわからなくなったり、家電を使えなくなったり、道に迷ってしまったりと、さまざまな生活の問題を抱えます。これは、その人の生活の中にある商品・サービス・空間などのデザインに問題があるととらえることもできます。現実問題として、今の世の中には、人の認知機能を惑わせ、混乱させるデザインが溢れています。

認知症のある人は、どのような問題を抱え、いつ・どんな状況で生活のしづらさを感じているのか。それを理解することは、デザインの観点から認知症をとらえるために欠かせません。しかし、現在の認知症をめぐる問題は、「本人が置いてけぼりにされている」のが実情です。認知症に関連した書籍の多くは、介護している家族向けに、どうしたらちゃんと寝てくれるか、食事をとってくれるか、暴れずに過ごしてくれるかなど、介護の負担を軽減する対処法を解説したものや、医療・介護従事者向けの専門的な内容です。認知症の本人はどのような状況にあって、何に困っているのか、と本人が主語となって語られるテキストは極めて少ないです。認知症のある方の「本人の視点」でのアプローチがなく、本人がどうしたいのかが無視されています。

認知症は、「認知機能が働きにくくなったために生活上の問題が生じ、暮らしづらくなっている状態」を指します。認知機能とは、「ある対象を目・耳・鼻・舌・肌などの感覚器官でとらえ、それが何であるかを理解したり、思考・判断したり、計算や言語化したり、記憶にとどめたりする働き」のことです。こうした認知機能の低下を補うために自宅・施設・公共空間などの生活環境を改善するのは、筆者らデザイナーの仕事であると同時に、読者の皆さんのような医療や介護の専門職、そして認知症のある方のご家族、さらには認知症のある方ご本人の誰もがができることです。

## 認知機能障害を推理する

まずは以下のケースをお読みください。

- ・80歳男性、陽水さん
- ・郊外の団地で一人暮らし
- ・妻とは5年前に死別
- ・近所に娘が在住
- ・毎晩、21時には布団に入る陽水さん。最近、就寝中に毎日のようにトイレに行きたくなり、深夜に目を覚ましてしまうようです。バタバタと起き上がり、家の中を慌てて駆け回ります。近所に住む娘さんが訪問すると、トイレに入るのが間に合わず漏らしてしまったり、違う場所で用を足してしまったり、失敗してしまったり、深夜に限らず、日中でも失敗することが増えてきました。

この状況を改善するためのデザインに欠かせないのが、本人が抱える認知機能障害を理解するための「推理」です。認知機能のトラブルを推理する際には、アブダクションと呼ばれる「ある前提となる事実から、その事実を説明づける仮説を結論として導く論法」が効果的です。シャーロック・ホームズなどの名探偵の推理と同様の手法です。

認知症のある方の言動の背景を推理するヒントは次の3つから得られます。

- ① 傾聴：ご本人の発言にじっくり丁寧に耳を傾ける
- ② 観察：生活環境や具体的な行動を観察する
- ③ 知識：現在までの人生歴（仕事、家庭環境、趣味、居住地等）や認知機能の障害に関する知識を得る

こうした推理の糸口をもとに、名探偵のように、ご本人の言動の背景にどんなことが起きているのだろうか？と推理して、自分なりの仮説を立ててみましょう。その仮説を頭に置きながら、再度、声に耳を傾け、現場を観察し、人生歴を振り返り、推理を深めて仮説をブラッシュアップしていきます。こうした糸口の発見と推理の往復運動を繰り返すことで、ご本人の思いや抱えている課題を深く理解できるようになります。

今回はこのケーススタディの情報（傾聴+観察）に加えて、認知症のある方が抱える認知機能に関する以下の8つの認知機能障害をヒントに、推理を試みてください。

1		2	
3		4	
5		6	
7		8	

では、陽水さんの身に起こった認知機能のトラブルの可能性として考えられる推理を3つ紹介します。

### 推理1 トイレを見つけられなかったのでは？

扉の向こう側にトイレがあることをイメージできず、見つけられなかった可能性があります(5)。視界が狭くなる(1)、空間の奥行きを認識できないことが原因の可能性もあります(2)。トイレマークが扉に貼ってあったとしても、理解できないという言語のトラブルの可能性もあります(6)。

### 推理2 急激な尿意・便意に襲われたのでは？

われわれは「トイレに行きたいな「まだ我慢できる」と無意識に感じ、排泄する時間を判断していません。認知症に伴い、繊細な尿意・便意を感じとれず、我慢できないほどの強い尿意・便意を突然感じ、間に合わなかったのかもしれない(3)。

### 推理3 便座にうまく座れなかったのでは？

「便器にちゃんと座る」という一見簡単そうに見えることができなくなった可能性があります。空間の奥行きを把握が難しい(2)。形や大きさ・色の識別が難しい(4,8)。対象物との距離を把握できない(7)。その結果、便器との距離や形状を認識できず、正しい位置にお尻を乗せられなかった可能性があります。

## デザインアイデアを発想する

このトラブルを解消するために考えられるデザインアイデアを検討しましょう。その際に、次の6つをヒントとして使ってみてください。

NPO法人 issue+design 代表

寛 裕介



かけい・ゆうすけ 一橋大社会学部卒業後株式会社博報堂に入社。コマースや広告デザインなど商業デザインに従事する。2008年NPO法人 issue + design を設立。携わった代表的なプロジェクトに、東日本大震災のボランティアを支援する「できずせけん」などがある。17年ぶりに認知症未来共創ハブのメンバーとして認知症の人が暮らしやすい社会づくりの活動に取り組む。「認知症世界の歩き方」(ライ社)など著書多数。東大大学院工学系研究科修了。博士(工学)。



例えば、以下のような改善策が考えられます。

### アイデア1 便器・便座のデザインを改める

便器・便座のデザインを改めることで解決できる可能性があります(2)。イギリスで実際に認知症のある方向けに取り入れられている公共トイレは便座とフタの色を赤にすることで、周囲の壁や床、便器全体から目立ちやすくなっています。わかりやすい色の便座カバーで解決できる場合があります。

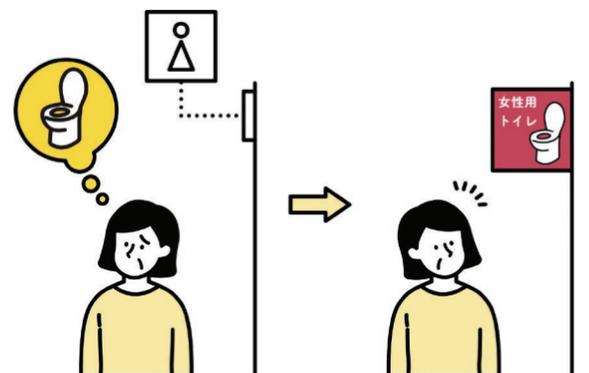
### アイデア2 トイレを示すサインを改める

トイレを示すサインを、扉や導線につけることも一つの解決策です(1)。「トイレ」「お手洗い」などの言語を理解するのが難しい方、マークを理解するのが難しい方、一人ひとりの症状によって困難なことが異なるため、本人の症状に応じたわかりやすいサインを作りましょう。トイレを示すサインのデザインのポイントは以下の3つです。

- ① 360度どの方向からでも視認できるサインにする
- ② 大きく、視認性が高いサインにする
- ③ 小柄な方でも目に入りやすい高さに設置する

### アイデア3 アラームや排便予測ツールを活用する

スマートフォンで定期的にトイレへ行くことを促すアラームをかけるのも一つの手です(5)。ただし、アラームの設定や機器の装着は、事前に本人に相談し、本人の意思を尊重しましょう。



認知症に伴い生じる生活上の問題は、生活環境を改善するデザインにより解決できる場合が多くあります。目の前にある困難に対処するための一手法として、ぜひデザインの考え方を積極的に活用してみてください。

参考文献・URL

- 1) 寛裕介. 認知症世界の歩き方 実践編——対話とデザインがあなたの生活を変える. issue+design; 2023.
- 2) issue+design, 他. 認知症世界の歩き方公式ウェブサイト, 2021. [https://issueplusdesign.jp/dementia\\_world/](https://issueplusdesign.jp/dementia_world/)



### 新医師臨床研修制度の20年を振り返って

矢崎 義雄  
東京医科大学 理事長

新医師臨床研修制度が必修化されてからは20年が経った。発足当初は、それまでの卒後の医師臨床研修が大学の医局を中心に行われていたことから、大学側の反発が強く困難もあった。しかし今は、大きな支障もなく制度が定着している。

そもそも医師の卒後臨床研修は、インターン制度として1946年に始まったが、学園紛争により1968年に中止されて努力義務となり、その後もカリキュラムなどを制度化することもなく、大学がそれぞれ独自のプログラムにより卒後1年間の研修を行ってきた。しかし、1999年の患者取り違え事件をはじめとする重大な医療事故を契機として、医療に対する国民の安全意識が高まり、医師に対しても視線が厳しくなった。それに応えて、総合的な診療能力を習得するための医師の卒後臨床研修制度が必修化されることとなった。厚労省の下で制度設計を検討する委員会が設置され、私とその座長を務めるところとなった。そして2004年度に新たな医師臨床研修制度が発足した。くしくもこの年は、国立大学および国立病院が独立行政法人化されるなど、大きな改革が実施された年でもあった。

新医師臨床研修制度では、それまでは医師が将来めざす専門領域に偏りがちであった研修カリキュラムを、医療安全確保の視点から総合診療能力の向

上をめざしたカリキュラムに変更し、研修期間を2年間とした。研修内容は、内科6か月、外科と救急をそれぞれ3か月、産婦人科、精神科、および小児科をそれぞれ1か月の必修とし、残りの9か月を自由選択とした。また、研修の到達目標も設定した。特に、医師としての資質を涵養するとともに、研修に専念するために有給にしたこと、研修を卒業した大学にとどまらず、研修病院の提供する研修プログラムに自由に応募できるようにした制度設計が注目された。

新しい研修制度の下、多くの研修医が研修先を大学から市中病院へと変更することとなった。その影響を大きく受けた大学からの要望もあって、診療科ごとの研修期間の変更が行われた。また、プライマリ・ケアを重視して、地域医療が新たに必修科目として追加されるところとなった。一方では、医師の診療科および地域における偏在が指摘され、特に地域偏在に対しての是正が社会的な課題となっていることも、臨床研修制度に大きな影響を与えている。

さらに、2014年に日本専門医機構が設立され、新たな専門医制度が発足したことから、臨床研修制度も影響を受けることとなった。本来の趣旨である「患者に寄り添う良き診療医を育成する」ことをめざし、今後も真摯に取り組んでいただければと念じている。



### 看護する人を社会で育む時代へ

萱間 真美  
厚生労働省医道審議会保健師助産師看護師分科会 会長/  
国立看護大学校 校長

「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」が、30年を経て昨年初めて改定されました。生産年齢人口全体の縮小、地域や養成校における入学者の減少や需給バランスの変化、新興感染症等への対応、専門性の高い看護師の養成、訪問看護ステーションで働く看護職の養成とサポートにも触れています。また、魅力的な職業として生涯キャリアを発展させることのできる、学ぶ場と職場の環境を整備することについても詳細に記載されています。地域や職場の特徴によって、人材確保を巡る状況には大きな差が生じています。多様な立場から合意できる着地ポイントをとともに探してください。関係の皆さまに心より感謝申し上げます。

看護は他者に関心を寄せ、気持ちを想像して寄り添うことが求められる仕事です。もちろん科学的な思考や実践の根拠に自覚的な態度と技術も求められます。コロナ禍を経て、離職者の増加が現場を悩ませています。感情を動かされながらの仕事では、同僚との気持ちの共有を大切にしてきましたが、職場内のコミュニケーションには相変わらず自制が求められています。「エモい」「ヤバイ」を職場の仲間と共有

したいという願いに応えられる場は減少し、人間関係が辛いことも一因と思います。

看護師といえば、心身の丈夫さを強調するイメージが通用した時代がありました。養成のプロセスや試験、そして職場でも、適応に時間がかかる人は門前払いするような試練を経験した人もいます。現在の人口縮小社会で価値を転換して人材を育てることができなければ、看護は間違いなく持続不能なサービスになることでしょう。企業の採用でも、動機づけの強い人だけを選び出そうとする活動は過去のものとなり、関心をもつ人材を採用過程でも育む視点でかかわることが求められています。

看護師は小学生女子のなりた職業ランキングでは、今日まで変わらず上位にあります。昨年の指針改定部会では、多様な立場を代表する委員の皆さまから、看護という仕事の尊重に基づいたご意見を頂戴しました。人にやさしくしたいと憧れる小学生時代の夢を損なわず、社会で育むことができたらと願います。学校も、職場も変わらなければなりません。本年が、人と人のかかわりにやさしい、明るい年となりますように。



### 創立50周年の日本集中治療医学会の存在意義と果たす役割

西田 修  
一般社団法人日本集中治療医学会 理事長/  
藤田医科大学医学部麻酔・侵襲制御医学講座 主任教授

集中治療医学は、全身管理を臓器横断的なアプローチで行う専門性の高い学問です。日本集中治療医学会は、1999年に日本医学会93番目の分科会として認定された、まだまだ歴史の浅い学会ですが、本年2月9日に創立50周年の節目を迎えます。発足時は301人であった会員は、現在1万1000人を超えています。私はCOVID-19パンデミック襲来により社会が混乱の渦に巻き込まれる中、2020年3月5日に第5代理事長に着任し、社会的使命の重要性と危機感を持って活動してまいりました。

集中治療は、1950年代にポリオの大流行があったヨーロッパで麻酔科医Ibsenが人工呼吸管理の必要な患者を一家所に集め、専属のスタッフにより陽圧式人工呼吸管理を試み好成績を収めたことが、そのルーツの一つとされています。折しも、COVID-19パンデミックにより、わが国でも集中治療の重要性が認識されることとなり、ECMOなどの最先端の管理を多くの国民が耳にすることとなりました。また、わが国の集中治療のレベルの高さとともに、医療提供体制の面からはその脆弱性も明らかになりました。

日本集中治療医学会では、学会を挙げて、「レジリエンスの高い集中治療医療提供体制の充実」の実現に向けたさまざまな活動を精力的に行ってまいりました。おかげさまで、集中治療の重要性の認識は加速度的に向上し、医師届出票における「集中治療科」の追加、専門医機構における「集中治療科(領域)」のサブスペシャリティ認定、

診療報酬改定における集中治療関連の大幅な算定拡大などにつながったと理解しています。

集中治療は、多職種連携のチーム医療が重要であることから、関連各方面のご協力を得て、各職種における日本集中治療医学会の認定制度を制定しました。昨年度は集中治療認証看護師、集中治療専門臨床工学技士が誕生しました。今春には、集中治療理学療法士が新たに誕生する予定です。これらの資格は、日本集中治療医学会の会員であることをあえて要件とせず、広く人材を育成することで、わが国の集中治療医療提供体制の充実と強靱化をめざしています。また、タスクシェア・タスクシフトを安全に推進するためにも非常に重要であると考えています。

理事長就任後、学会本体の改革も進め、成熟した組織とするためのさまざまな取り組みを行ってきました。遅ればせながら、ダイバーシティ委員会やU35プロジェクト運営委員会を設立し、活発な活動が始まっています。研究支援制度の充実、各種ガイドラインの制作と普及活動、国際交流の活性化、他学会との協働、学術集会運営の大幅な改革、サマーキャンプの開始など、学会自体が大きなエネルギーをもって躍動している鼓動を感じます。創立50周年の節目に当たり、これからの50年を見据え、今後ともアカデミック活動の充実はもとより、社会における学会の「存在意義と果たす役割」を肝に銘じ活動してまいりますので、ご指導・ご鞭撻のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

ジェネラリストのための **第3版**  
**内科外来マニュアル**  
編集 金城 光代・金城 紀与史・岸田 直樹

期待の第3版!  
いつも頼りになるのはコレだ!!

内科外来の  
**トップマニュアルに**  
期待の**第3版**が登場!

詳細はこちら

●A5変型 2023年 頁880 定価:6,600円(本体6,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04266-6]

内科レジデントの  
**鉄則** **第4版** 編集 聖路加国際病院 内科チーフレジデント

多くのレジデントに読まれてきました。  
**研修医になったら**  
**まずコレ!**

いいよ改訂第4版!  
実臨床で役立つ多くの「鉄則」を  
教え上手の著者がわかりやすく解説  
全国の初期研修医にも読まれています!!

●B5 2023年 頁512 定価:5,280円(本体4,800円+税10%) [ISBN978-4-260-05119-4]

医学書院



## 国民のメンタルヘルス増進に向けて

中込 和幸

国立精神・神経医療研究センター 理事長・総長

わが国の自殺者数は、失業率がはじめて4.0%に達した1998年に急増して3万人を超えました。その後、国を挙げてさまざまな自殺対策が実施されたおかげもあり、2009年より下降の途をたどってきましたが、新型コロナパンデミックが発生した2020年に、11年ぶりに上昇に転じました。それに呼応して、各種インターネット調査等によると、不安、抑うつといった心理的苦痛を抱える人々が増えて、その数はコロナパンデミック以前の2倍にも上ると言われています。この間、自殺に追い込まれた方や心理的苦痛を感じている人の多くが女性であり、また若年者であることが大きな特徴とされています。一方、新型コロナパンデミック以前に関しても、2020年9月に公表されたユニセフによる子どもの幸福度調査(https://bit.ly/3uECLDw)の結果によると、精神的幸福度について、日本は先進国38か国中37位だったと報告されています。

新型コロナパンデミックに伴い、接触が制限される中、AMED(国立研究開発法人日本医療研究開発機構)から研究費の助成を受けて、私たちはオンラインでセルフメンタルチェック調査を行いました。その調査結果より、メンタル不調の度合いによって要支援者をトリアージし、AIチャットボット

やオンライン相談を利用できるシステム(KOKOROBO)を立ち上げ、約20万人からアクセスしていただきました。しかし、メンタル不調が中等度と判定された方が69%に上ったのに対して、オンライン相談に訪れた方はその4%に過ぎないことがわかりました。メンタル不調を抱える方にとって、「いかにアクセスしやすいプラットフォームを作るか」は大きな課題と言えます。

話は変わりますが、ニュージーランドのダニーデンという町で行われたバースコホート研究の結果、86%の住民が45歳までのいずれかの時点で、精神疾患の診断がつくことが明らかにされました(PMID:32315069)。これは、新型コロナパンデミック以前のデータであり、平常時においても誰もが精神疾患にかかる可能性があることを意味しています。ただし、大部分の方は医療サービスを受けることなく、日常生活の中で対処していることが想像されます。医療モデルから離れた、地域を支える家庭、学校、職場、自治体等の組織が連携して、子どもから大人までがアクセスしやすいプラットフォームを構築し、国民のメンタルヘルスの増進に寄与していきたいと考えています。



## 再生医療という全く新しい分野の治療を実現すること

高橋 政代

株式会社ビジョンケア 代表取締役社長/  
神戸アイセンター 研究センター顧問

網膜再生医療は安全性が確認され、今年には治療効果を判定するステージへと進みます。再生医療は薬と異なり、手術を伴い、細胞は体の中で微小環境にあわせて変化します。薬=治療ですが、細胞=治療ではなく、患者選択や手術法など医療側のノウハウが効果を決めます。

筆者が研究センター顧問を務める神戸アイセンターの理念は「(医療だけでなく)あらゆる手段で視覚障害の課題解決を」です。同様に網膜再生医療の開発も、治験という既存のコースだけでは時間やコストが跳ね上がり、必ずしも良い治療とはならないことが見えていますので、あらゆる手段を駆使して治療にしようと考えています。既存の規制では治療の高額化と開発にかかる時間、企業の視点からはビジネスとしてなりたないという問題は希少疾患における遺伝子治療分野では既に明らかとなり、米国では規制改革の動きが始まっています。われわれが取り組んでいる網膜再生医療も1例目を行った際に、「これだけ新しい治療は開発方法も医療の仕組みも新しくしないと成り立たない。特に眼科医や学会が最初から入って開発しないと無駄が多く、あらゆる方法を駆使することが必要だ」と感じました。

どのようにしたら早くうまく一般的治療法となるのだろう、と考える中で、日本には治験以外に病院が主導して行

う先進医療や自由診療という枠組みがあることに気づきました。そのために神戸アイセンターという眼科だけの病院を2017年に立ち上げ、再生医療を熟知する臨床チームを作り、利益相反を管理しながら病院と企業が協力しつつ、さらに患者を交えて治療を作る体制を構築しました。網膜再生医療の臨床試験は順調に推移していますが、将来的に再生医療を広げていく段階では、現行の保険診療の中に高額な再生医療を大きく組み込むことは不可能です。イノベティブな高度医療には別の財源を充てるなど日本の医療の良さを残して大きな改革が必要と考えています。

研究を経て産業界に身を置くことにより、さらに医療を見る視座が上がり、これまで見ていなかった薬価の問題、ドラッグロス、逃散型医療崩壊、大学病院の研究力低下等が見えてきました。そして、診療報酬制度による統制価格なのに資本主義経営という根本的なねじれ構造の下ではどんな小手先の変革も問題解決にはなりません。これらの問題解決に再生医療が突破口になれる可能性があることから、頭を柔らかくして医療システム自体を考える必要があります。産業まで含めて大きな視点から医療を語り、現場を熟知している医師側から方向性を提案することが重要だと思います。2024年を新しい医療元年にしたいものです。



## 「こどもまん中」の政策を実現する

自見 はなこ

参議院議員/小児科専門医

1990年の当時過去最低の合計特殊出生率となった「1.57ショック」を機に、政府は仕事と子育ての両立支援など子どもを生き育てやすい環境づくりに向けて取り組みを始め、94年には文部、厚生、労働、建設の4大臣合意により「エンゼルプラン」が策定されるなど省庁横断的な対応も始まった。2003年には少子化社会対策基本法が成立して、07年には少子化対策担当大臣が置かれるなどさまざまな取り組みが行われてきた。だが、バブル経済の崩壊と長引く不況、非正規雇用の増加と若者の低所得化、女性の社会進出に保育などの環境整備が追い付かないなど、社会構造の激変に翻弄され、少子化に歯止めがかからず、05年に合計特殊出生率が歴代最低の1.26を記録した後、合計特殊出生率はやや改善したものの、現在も1.4前後で推移して

いる。

こうした国全体の流れの中で、私は2004年に大学を卒業して小児科医として歩き出し、子ども達やその保護者、家族と直に接しながら、いかにこの国の制度が子ども・子育て世代に優しくないかを強く感じてきた。困難を抱えた妊産婦の支援、保育環境の整備、産休・育休を取得することに対する社会の評価、障害児支援、貧困家庭の子どもへの支援など、具体例を挙げると切りがない。子どもに冷たい社会、子育てが自己責任とされる社会では、少子化に歯止めがかからないのは当然の帰結ではないだろうか。必要とされるのは、「少子化対策」のための子ども政策ではなく、子どもたちが身体的(bio)・精神的(psycho)・社会的(social)に健やかに成長することを社会全体で支え、子どもを持つことが幸せに感じ

られることによって結果的に少子化に歯止めがかかる政策である。

超党派議員連盟事務局長として2018年12月に議員立法に取り組んだ成育基本法は、妊娠期から始まる子どもたちの健やかな成長を切れ目なくサポートするための理念法である。成育基本法の成立後、産後ケアの法制化、医療的ケア児支援法の成立、循環器病対策における移行期医療の充実、難聴児支援予算の大幅増額、CDR(チャイルド・デス・レビュー)など個別の施策でも大きな進展があった。さらに、成育基本法には、「行政組織のあり方の見直し」も規定されており、これに基づいて22年6月に「こども家庭庁設置法」が成立し、23年4月にこども家庭庁が発足した。加えて、「こども家庭庁設置法」と同時に議員立法で「こども基本法」が成立したことは、少子化対策における大きな発想の転換と言える。「こども家庭庁設置法」が新省庁の組織や機構、権限に係る法律であるのに対して、「こども基本法」は「児童の権利条約」を受けた国内法として、子どもたちをまん中に置いた

施策を社会全体で総合的かつ強力に実施していくための包括的な理念法である。子どもたちを真ん中に置いた母子保健政策とその他の政策の一体的な提供こそが少子化対策の核心と言っても過言ではない。

現在、岸田政権の掲げる「異次元の少子化対策」を巡り財源論などさまざまな議論があるが、「こどもまん中」の視点を忘れてはいけない。子どもの元気が日本社会の元気の源である。これからは子どもたちが夢を持ち、自らが社会の担い手として活躍できるように、私に与えられた使命を全うしていきたい。

**医学書院** ウェブサイトで  
**何が出来るの?**

<p>医学界新聞 閲覧</p>	<p>学会情報 check</p>	<p>書籍 立ち読み</p>
---------------------	-----------------------	--------------------

さあ、意思決定のテーブルへ。「患者の意思決定」の理論と実践を1冊にまとめました

## 患者の意思決定にどう関わるか? ロジックの統合と実践のための技法

意思決定の連続である医療職の仕事。臨床倫理、EBM、プロフェッショナリズム、SDM、ナラティブなど、これまで様々な切り口で示されてきた理論をもとに、「患者にとって最善の意思決定」に専門家としてどのように考え、関わっていくかをまとめた渾身の書。AIの発展、新型コロナの流行など、社会が変わっていくなかで、これからの患者-医療者関係の在り方を示す1冊。さあ、意思決定のテーブルへ。

尾藤誠司



明けましておめでとうございます  
本年もどうぞよろしくお祈り申し上げます

## 2024年新春

代表取締役会長  
代表取締役社長  
常務取締役  
常務取締役  
常務取締役  
常務取締役  
常務取締役  
監査役

金原 優  
金原 俊  
早坂 和晃  
堀口 一明  
青戸 竜也  
天野 徳久  
上原 達史  
鈴木美香子



**医学書院**

社員一同



## 女性の健康と生まれてくる子の未来を守る医療体制の構築をめざして

加藤 聖子

日本産科婦人科学会 理事長/  
九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学分野 教授

産婦人科は女性の健康を守り、生命の誕生を助け次世代につなぐという役割がある。昨今、晩婚化・晩産化・少子化が社会問題になる一方、女性の活躍促進も叫ばれている。このような状況の中、昨年は生殖医療の現場では健康な女性が行う「ノンメディカルの卵子凍結」が話題になった。若いうちに卵子を凍結しておいて、必要になったらそれを融解して使うというものである。背景には加齢により卵子は量・質ともに低下し、妊娠する能力が下がることが一般に知られはじめたことにある。東京都は卵子凍結に係る費用および凍結卵子を使用した生殖補助医療への助成を開始した。若い時期をキャリア形成に費やす女性が増えた昨今、先々の妊娠・出産を考えた際の選択肢になるのかもしれない。しかし、この卵子凍結にはメリット・デメリットがある。メリットとしては、今は仕事に集中したい場合、将来の妊娠・出産に備えているという安心感である。一方デメリットは、女性の身体の老化に関連したリスクである。高齢になってからの妊娠は妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などの合併症や、分娩時のリスクも上昇する。詳細は日本産科婦人科学

会のWebサイトに「ノンメディカルな卵子凍結をお考えの方へ」(https://bit.ly/47wIYjb)を掲載しているので参考にしてほしい。

生殖補助医療の普及に伴い保存される凍結卵・受精卵の数は増えていくことが見込まれる。一方、これらの監理は医療機関に任せられており、取り違え、紛失や売買などに備えたルール作りは行われていない。これまで日本産科婦人科学会は、主に生殖補助医療に関連した臨床・研究を遂行する際に倫理的に注意すべき事項に関する見解を公表し、この見解を遵守しない学会会員に対しては罰則を課すなどして自主的な規制を行ってきた。しかし、見解遵守を求めることができるのは、本学会員に対してのみである。仮に見解を守らない医師を除名しても、その医師が医療を行うことは可能なことから、本会に違反行為をやめさせる力はない。われわれは国にこれらに関する法整備と監理体制の構築、国の関与が難しい医学的判断・倫理的判断とその運営を行う公的機関の設置を提言してきた。安心して子どもを産み育てられる社会の構築のために、ぜひこれらを実現させていきたい。



## 2024パリ五輪——女性比率を気にすることのない社会へ

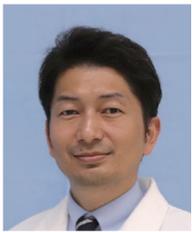
土肥 美智子

日本オリンピック委員会 理事/立教大学スポーツウエルネス学部  
特任教授/日本サッカー協会診療所 院長

今年7月に夏季オリンピックが仏パリで開催される。パリでオリンピックが開催されるのは3回目である。1900年にパリで初めて開催された第2回大会は、女性アスリートが初めてテニスとゴルフ競技に参加した大会であった。IOC創始者の仏人貴族ピエール・ド・クーベルタンは古代オリンピックの理想を、男子選手の肉体美の躍動とし、「女性がスポーツをしている姿は優雅でも面白くもなく、見るに堪えない。女性の主たる役割は勝者に冠を授けることである」と古代に倣って女性禁制にしたとされている。実際、女性が腕や足などを見せることは恥ずかしいことと当時は見なされていたため、第2回大会ではロングスカートをはいていたそうである。また当時は「母体の保護」が論じられ、「女性の参加は好奇心にさらす」と考えられていた時代背景もあり、女性アスリートの比率は2%に過ぎなかった。一方で前回の東京2020大会ではその比率は約50%に達し、時代が大きく変わったと実感する。スポーツが社会を反映しているとIOCバハ会長が語っていたが、男女平等、機会均等、多様性の現代でパリ五輪がどのように開催されるか、楽しみである。

パリ五輪のもう一つの興味は、未曾有の感染症で開催が1年延期され、無観客、バブル方式で行われた東京2020大会の次に開催されるということである。オリンピックは4年ごとの開催であるが、今回は1年の延期のために3年間しか準備期間がなかったことは、選手のパフォーマンス調整を難しくするだろう。その一方で、コロナ禍で存在意義を問いつけたアスリートが、有観客下で競技することにどれだけの喜びを持って臨むのか、その躍動も楽しみである。

個人的にはCOVID-19による世界的なロックダウンは、いわゆるノアの方舟ではないかと思っている。元に戻るのではなく、より良い世界に変えていくきっかけであり、変えなければならぬと思う。多様性をより深め、スポーツの価値を改めて問う、極めて大きな意味を持つであろうし、30年以上スポーツドクターとして活動してきた筆者自身にとってもかつて留学していたパリで開催されるオリンピックは何か意味を持つのだろうと感じている。そして今後は、わざわざ女性アスリートの比率を気にすることもない社会へ、スポーツ医学も次なるステージへと成熟に向かう時であると思っている。



## 新千円札紙幣の肖像画、北里柴三郎先生と血清療法

一二三 亨

聖路加国際病院救急部救急科 医長

2024年7月に千円紙幣の肖像画に北里柴三郎先生が採用されます。北里柴三郎先生といえば血清療法です。しかし、「血清療法って、いったい何だろう?」と、疑問に思われる方もいらっしゃるかと思います。幸いにも、私は運命のご縁があり、血清療法の臨床と研究を、現代において全般的に担当しています。

血清療法とは、人工的に作られたポ

リクローナル抗体(ヒト、他の動物由来)を含む血清(抗毒素・抗血清とも呼ばれる)を投与して治療することと定義されています。近代医学で最古の治療法と言われる血清療法は、日本人医学者の北里柴三郎先生によって1890年に開発され、第1回ノーベル生理学・医学賞をエミール・フォン・ベーリング博士が受賞しています。

現代における血清療法の主な役割は

抗体による毒素の中和です。その原則において自然毒であるマムシ、ハブ、ヤマカガシなどの毒ヘビ咬傷、セアカゴケグモ咬傷などの毒グモ咬傷、オニダルマオコゼやハブクラゲなどの有毒海洋生物咬刺傷に関しては有効な治療法として確立されています。また、感染症に対しては、感染症治療における原則である抗菌薬投与と感染巣のドレナージに加えて、病原因子(毒素)に対する抗体治療という新たな側面が注目されています。*Clostridium perfringens*敗血症に対するガス壊疽抗毒素による中和治療、また爆発的に増加している*Corynebacterium ulcerans*感染症(ジフテリア類似疾患)に対するジフテリア抗毒素による治療、ボツリヌス菌毒素を用いたテロへの対策も加味したボツリヌス抗毒素は、いずれもそ

の効果、存在意義が今後大きく高まると期待されます。

北里柴三郎先生が血清療法を開発して134年がたった現在も血清療法の臨床効果は証明されており、臨床展開されています(一部は臨床研究として行われています)。北里柴三郎先生の教えの原点である、①常に実臨床を見据えた研究を行うこと、②“効く”の確信を持ってその研究に情熱を注ぐこと。この2点の基本的哲学が絶対的なものであるからこそ、そこをしっかりと心に据えて研鑽していけば、血清療法は今後も発展することは信じて疑いません。また、どの分野においても北里柴三郎先生の教えの原点とともに研究を行うことによりさらなる発展を遂げると確信しています。

### 臨床検査データブック

【コンパクト版】

第12版

監修 高久 史磨  
編集 黒川 清/春日 雅人  
北村 聖/大西 宏明

書籍の詳細はこちら

『臨床検査データブック 2023-2024』(2023年1月刊行)から、いつでもどこでも必要になる検査218項目を抽出し、ポケットに入るサイズに編集。この検査値の意味は……? 病棟に、外来に、実習に、持ち歩いてさっとひけ、コンパクトサイズながら情報がぎっしりと詰まっています。知りたいことが載っている、本当にお役立ちなデータブック。医療職みんなの臨床をサポートします。

■三五変 2023年頁 408  
定価:1,980円(本体1,800円+税10%)  
[ISBN978-4-260-05357-0]

いつでもどこでも頼れる  
ポケットサイズのお役立ちデータブック

知りたいことが書いてある

\*ほとんどの検査項目がコンパクトサイズ  
\*みんなが使える  
\*すぐ調べられる  
\*小さいのに情報豊富

こちらが親本! この1冊で大丈夫! 読みやすくて使いやすいロング&ベストセラー

### 臨床検査データブック 2023-2024

B6 2023年 頁1200 定価:5,500円(本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05009-8]

**医学書院**

亡くなる過程を科学する

## 死亡直前と看取りのエビデンス 第2版

「亡くなる過程(natural dying process)を科学する」という視点を国内で初めて提供した書籍の第2版。今改訂では、初版刊行以降の国内外における新たな研究知見をふんだんに盛り込み、著者自身の経験に根差したわかりやすい解説とともに、新たな知見がどのように臨床に役立つのかにも重点が置かれている。「死亡直前と看取り」に携わるすべての医療職者に向けた待望の改訂版、ここに堂々の刊行!

森田達也  
白土明美

死亡直前と看取りのエビデンス 第2版

「死」をエビデンスから捉えたロングセラー  
「亡くなる過程(natural dying process)を科学する」という視点で死亡直前と看取りを詳しく解説する  
最新研究を盛り込んだ改訂版

B5 頁312 2023年 定価:3,740円[本体3,400円+税10%] [ISBN978-4-260-05217-7]

**医学書院**



## 看護学教育と現任教育の連動で 新たな人材育成の姿を整える年へ！

阿部 幸恵

東京医科大学医学部看護学科 学科長

2024年の干支は「甲辰(きのえ・たつ)」です。甲辰は、「成功という芽が成長していき、姿を整えていく」年とされています。長いコロナ禍で社会は大きく変化しました。昨年度は、コロナ禍による制約が看護の人材育成にもたらした弊害と、ICTやAIなどの技術革新で得た教育方法から人材育成の方法についての温故知新を考えた年でした。本年は、ポストコロナでの人材育成の在り方を具体的に整えていく年となることを期待したいです。

さて、看護系大学の数は300校を超えました。30年前は10校でしたので、飛躍的な伸びです。現場では大学を卒業した看護管理者や指導者が増えています。また、タスク・シフト/シェアで、看護職者の役割拡大が進んでいます。このあたりで一度、看護学教育の大学化の原点に立ち返り、人材育成の在り方について考える必要があると感じます。各教育機関は基礎教育の質を検証し、現任教育は、専門性の芽を着実に成長させて看護の質をより高いところに向かわせる教育になっているかの検証が必要でしょう。

看護は実学です。現場の看護の質が向上し、新たな看護の価値を創造していく人材が着実に育ってこそ、大学化

の意味があるのです。役割拡大では、看護の視点で考えて行動できなければ専門性を見失います。現在、卒業生の90%以上が医療機関に就職し、そこで教育を受けていますが、看護職者の活躍の場は多様です。医療機関だけでなく、地域で、海外で、他分野でと、さまざまな場で看護の専門性を発揮できる人材を育てる視点から現任教育を検証する必要があります。基礎教育は学際的な考え方を培い、専門領域での知的・倫理的準備性と実践への応用を学びます。それは、プロフェッショナル教育の基礎「看護の芽」を育てるに過ぎないのです。現任教育こそが新しいプロフェッショナル教育です。どのような場でも看護の専門性を発揮していく力をつけて、ジェネラリスト・スペシャリスト・マネジメントなど個人が描いた夢に向かってキャリア形成していける場を整える。そのためには、教員・現場の管理者らが、学び、意識を新たにして、基礎教育と現任教育の真の連動を図る必要があるでしょう。後輩たちが、看護の専門性に誇りを抱き、希望に満ちた看護の未来へ向かうように新たな人材育成の姿を整えていく、そんな年にしていきたいです。



## 日本作業療法士協会がめざすこと

山本 伸一

一般社団法人日本作業療法士協会 会長

1965年に理学療法士および作業療法士法が誕生し、現在における作業療法士の有資格者数は11万3699人。男女比については男性38.8、女性61.2、平均年齢は男性36.4歳、女性35.6歳となっている(一般社団法人作業療法士協会の組織率は約60%)。

2023年を振り返ってみると、私自身のことで恐縮ではあるが5月27日の総会・臨時理事会にて第6代会長に選出いただいた。身が引き締まる思いである。めざすのは「輝いている患者(利用者)さん、輝いている作業療法士」。それを支える「魅力のある各都道府県作業療法士会と当協会」であること。理事も新たに、新体制の事務局で各事業を進めているところである。作業療法の対象は、乳児から成人・高齢者まで。介護予防から急性期・回復期・生活期、そして終末期の全てである。在宅復帰にとどまらず、就園・就学・就労・遊び・趣味等、いきがいを持った生活行為、「真の暮らし」のために支援させていただく。

一方、重要課題と言えるのは認知症に対する作業療法である。われわれは認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)に基づき、「訪問による効果的な認知症リハビリテーションの実践プロトコルの開発研究」(令和4年度老人保健健康増進等事業)を実施し、

現在は「訪問による認知症リハビリテーションの効果についての調査研究事業」(令和5年度老人保健健康増進等事業)を展開中である。

また、2023年10月2日、令和5年度社会保障審議会介護給付費分科会では、当協会、日本理学療法士協会、日本言語聴覚士協会の3団体によるヒアリングを行ったが、3団体の代表として総論部分では「多職種協働の促進と各専門職の活用」「リハビリテーション専門職種の処遇改善」と「認知症リハビリテーションの普及の重要性」を提案させていただいた。また当協会としては、さらに「認知症の方々に対する訪問の効果」を報告した。認知症については、国民の最大の関心事といっても過言ではない。戦後の第一次ベビーブームに誕生した団塊世代が75歳に到達する2025年は既に目の前である。各専門職種が、それぞれの専門性を発揮できることが「国民の幸福」につながる。

当協会・各都道府県作業療法士会・養成施設校・勤務先との組織力をさらに強化し、臨床技術を確かなものにするという命題に対して真摯に取り組んでいきたいと考えている。今後とも、関係諸氏におかれては、ご指導・ご鞭撻のほどよろしく願いたい。

しかし気候変動は熱中症や感染症(特に熱帯感染症)の拡大を助長すること、巨大台風や集中豪雨の増加を招いて生命や健康を脅かすことが指摘されている。また、地球規模で社会機能を麻痺させたCOVID-19のようなパンデミックの発端には生態系の劣化、人間と生態系との接し方の課題も指摘されている。さらに、過剰な肉の摂取を控えることが人間の健康にも地球の健康にも良いなど、人間の健康と地球の健康とは意外に近い距離にあって、今後の健康問題の解決には、地球の健康への目配せが不可欠と言える。医療・保健

活動と関連した温室効果ガスや廃棄物の削減を考えることも、地球上のさまざまな地域や将来世代の負担を軽減する上で重要だ。社会的な信用度も高い医療者がPLHについて考え発信することは、多くの方の関心と活動のきっかけになるに違いない。

医学書院ホームページ

毎週更新しております

医学書院の最新情報をご覧ください

<https://www.igaku-shoin.co.jp>



## プラネタリーヘルス——あらためて見直す人間と地球との関係

渡辺 知保

長崎大学プラネタリーヘルス学環長/  
Planetary Health Alliance 日本ハブ

プラネタリーヘルス(PLH)という言葉は、2015年のLancet誌(PMID:26188744)に、同誌とロックフェラー財団が共同で組織した委員会の報告書として大きく取り上げられた。国内外問わずここ2~3年でPLHという言葉に接する機会が増えてきたので、どこかで見聞きされた方もいらっしゃると思う。Lancet誌に取り上げられた報告書には、「人間の健康(社会や文明の健全さを含む)と地球の健康(生態系の健康も含む)とは相互に依存する関係にあり、後者を守ることが前者につながる」という、ある意味極めて当然の主張に基づいて、今後研究すべき領域とその成果を実践する方法について指針が示されている。人間と地球との関係を解明し、その最適化をめざす手法を開発することがPLHの研究であり、そこで得た知見を政策や社会活動に転換することがPLHの実践とい

うことになる。米国(現在はJohns Hopkins大)に事務局を置くPlanetary Health Allianceという国際的ネットワークもあり、昨年、学術関係者を中心にその日本ハブも立ち上がった。ちなみに筆者が所属する長崎大学は、2020年冒頭、PLHに全学で取り組むことを日本で初めて宣言した。

PLHの主張は当たり前のことだと思われる方も多いに違いない。それを学術機関だけでなく、国際機関や世界銀行までもが取り上げるようになったのは、気候変動、パンデミックなど私たちが直面している喫緊の課題を解決するために、この当たり前の主張を再確認し、具体化することの必要性が明らかになってきたからだろう。

常日頃、人の健康にかかわる最前線で重要な役割を果たしている医療者の方々にとって、地球の健康はやや距離のある話と感ぜられるかもしれない。

私たちの日常臨床は、理系の知識だけではうまく説明できないことに満ちている。

## 臨床現場のもやもやを解きほぐす 緩和ケア×生命倫理×社会学

森田 達也 田代 志門

患者は余命を知りたいのに、家族が反対するのはなぜ?患者が頑なに貫いてきた面会拒否は、亡くなった後も続けるべき?緩和ケアの日常臨床は、答えに辿りつかない「もやもや事例」に満ちている。悩める緩和ケア医・森田達也と、生命倫理学者兼社会学者・田代志門によるリアルな往復書簡が、臨床のもやもやを解きほぐす! 文系×理系の視点で「それでどうするの?」から「なんでそうなるの?」までを考える、ゆるくて深い越境の書。

■A5 2023年 頁212  
定価:2,640円(本体2,400円+税10%)  
[ISBN978-4-260-05055-5]



医学書院

詳細はこちら



臨床家のための「トキシコペディア」。

## 臨床中毒学 第2版

わが国の中毒診療のトップランナーとして精力的に活動を続ける著者が、「臨床現場で役立つ中毒学の成書」をコンセプトに、これまでの自身の経験・知見と最新のエビデンスを惜しみなく注ぎ込んだ決定版。1章「急性中毒治療の5大原則」に続き、2章以降は中毒物質112物質をジャンル別(医薬品、農薬、家庭用品、化学・工業用品、生物毒)にまとめ、フローチャートも交えて解説する。巻末には「近年の中毒トレンド」も掲載。

上條 吉人



# Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで  
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

## 死亡直前と看取りのエビデンス 第2版

森田 達也, 白土 明美 ●著

B5・頁312  
定価:3,740円(本体3,400円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-05217-7

評者 田上 恵太  
やまと在宅診療所登米/  
東北大学院・緩和医療学

2023年8月より、仙台市から北に約100km離れた地方都市にある、やまと在宅診療所登米で院長としての任務が始まりました。同僚の若手医師だけでなく、診療所の看護師や診療アシスタント、在宅訪問管理栄養士、そして同地域の緩和ケアや終末期ケアにかかわる医療・福祉従事者の仲間たちと共に、この土地で「最期までよく生きるを支える」ためにどのような学びが相互に必要なかを考えるようになりました。困難に感じることを聞いてみると、亡くなりゆく方々をどのように見ていけば良いかが不安(時には怖いとの声も)との声が多く、まずは診療所内で『死亡直前と看取りのエビデンス 第2版』の共有を始めてみました。実臨床での肌実感をエビデンスで裏付けている、まさにEBM(Evidence-Based Medicine)に沿った内容でもあり、医師や看護師など医療者たちにも強くお薦めできる内容であると感じています。

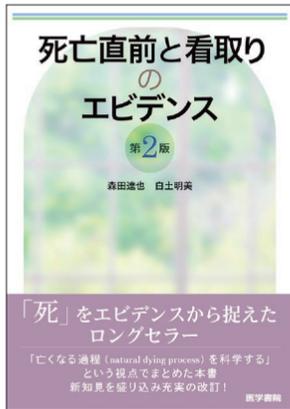
病院看取りが主流になっていた昨今の社会情勢の影響か、これまでに死亡

前の兆候を目にしたご家族やスタッフは少なく、不安や恐怖を感じる人が多いです。しかし、本書でまず初めに述べられているように、多くの兆候はあらかじめ想定することが可能で、ご家族やスタッフとも事前に共有することができます。そして本書には、このような兆候がなぜ生じるのかをEBMに沿って解説されているだけでなく、緊張が高まる臨死期のコミュニケーションの工夫まで触れられており、医療者だけでなく、その他の関係者にとっても心強いリソースとなります。

本書は臨死期の情報だけでなく、予後予測や輸液の妥当性、鎮静の考察、意思決定支援に関するコミュニケーション、終末期のWell-Beingや生活の質の保障の考え方、呼吸困難や昏迷、死前喘鳴の症状緩和に向けたアセスメントと病態の考察、死亡直後のグリーフケアからエンゼルケアまでを網羅しています。患者さんやご家族との終末期の療養や医療に関するアドバンスケアプランニングに必要な要素が豊富に取り扱われており、この一冊を通じて新しい視点や考え方を共有し、お互いに高め合うことができます。

著者のお2人は僕の大切なメンターです。森田達也先生から研究会議やお

「最期まで生きる」ことを共に学び、より良いケアの実践につなげる



## 臨床・研究で活用できる! QOL評価マニュアル

下妻 晃二郎 ●監修  
能登 真一 ●編

B5・頁352  
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-05279-5

評者 齋藤 信也  
岡山大学院教授・保健学

医療関係者でQOLという言葉を知らない人は皆無ではないかと思う。私は外科医であるが、外科ではこれまで根治性を重視し、QOLを軽視しがちであった歴史がある。そこに乳房温存や、機能温存手術が導入される中で、それがもたらすQOLの改善を測ってみたいという素朴な気持ちが生じてくる。ところがいざQOLの測定となると、使用可能な日本語版尺度がなかったり、あったとしても、不自然な日本語で、それをわかりやすく変更しようとする「そんなことをしてはいけない!」と言われる。さらには「勝手に使うと著作権者から訴えられるよ」などと脅かされると、少し気がなえてくる。加えて、信頼性とか妥当性とか、測定特性とか計量心理学の用語が頻出すると「うーん」となってしまうがちである。

そこに現れた待望の一冊が本書『臨床・研究で活用できる! QOL評価マニュアル』である。編者の能登真一先生は、理論と実践の両面にわたり、斯界をけん引してきたリーダーでもあるが、同書を「臨床・研究で『活用』できる『マニュアル』」と明確に性格

付けている。背景となる理論は過不足なくコンパクトにまとめられている上に、「尺度別」に具体的な記載がなされている点がユニークである。「マニュアル」としてその尺度の特徴・開発経緯・日本語版の開発・著作権の使用に当たっての注意点・質問票そのもの・スコアの算出方法と解釈・測定特性・エビデンスが、一覧できる利便性の大きさは類書にはないものである。しかもわが国でその尺度を開発(翻訳)した当事者がその項目を執筆しているという点で、著作権のことも具体的でわかりやすく記載されている。これ

一冊あれば、QOL測定のハードルはとて低くなる。

一方本書は、実践面に徹したマニュアルであり、QOLの初学者には向かない本であると誤解される方もいるかもしれないが、QOLの基礎知識、評価尺度と測定特性についての項目はコンパクトではあるものの、非常によくまとまっており、この分野への入門書としても秀逸な出来栄となっている。多くの臨床家・研究者の皆さまに手に取っていただきたい一書である。

「QOL」を知りたい・使いたい人たちに待望の一冊



酒の席で頂くフランクなアドバイスの数々は、まさに僕の羅針盤です。「物事によって検証と実装の順番を考えるべき」など目を覚ますようなアドバイスを常に頂き、自身のキャリアパスにも落とし込んでいます。白土明美先生には年に1回「詣で」ており、焼酎や鶏刺しを片手にお互いの「緩和ケア感」の変化や地域に持つビジョンなど、心の中を共有する時間を共にさせていただいています。このように、客観的な

視点に富み、テイラーメイドなケアやマネジメントができるお2人がまとめられた本書は、EBMに沿いながら、個々の葛藤や困難を解決できる手引きとして、多くの方々にとって日々の実践の中での支えや示唆を提供する福音のような存在となるのではないかと感じています。そして本書を中心に、「最期まで生きる」ことを共に学び、そしてより良いケアの実践につなげていただければと願っています。

医学書院のセミナー <https://www.igaku-shoin.co.jp/seminar>

2024年1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。		医学書院発行
公衆衛生	2月号 Vol.88 No.2 1部定価:2,750円(税込)	健康日本21の20年間の評価と次期プラン	1月号 Vol.59 No.1 1部定価:2,970円(税込)	はじめたい人と極めたい人のための超音波ガイド下インターベンション
medicina	1月号 Vol.61 No.1 1部定価:2,970円(税込)	その知見は臨床を変える? エキスパートが解説! 内科における最新論文	1/2合併増大 Vol.78 No.1 特別定価:4,290円(税込)	産婦人科医のための感染症最新レクチャー
総合診療	1月号 Vol.34 No.1 1部定価:2,860円(税込)	“体験型”臨床クイズで習得する! フィジカル診断エクセレンス	1月号 Vol.78 No.1 1部定価:3,190円(税込)	今、あらためてコンタクトレンズを学ぼう!
循環器ジャーナル(旧呼吸と循環)	Vol.72 No.1 1部定価:4,510円(税込)	在宅時代の心不全チーム医療 多職種連携, ACPから漢方まで	1月号 Vol.96 No.1 1部定価:3,080円(税込)	伝音難聴を克服する 一歩進んだ診断と手術・人工聴覚器の適応の見極め
胃と腸	1月号 Vol.59 No.1 1部定価:3,520円(税込)	自己免疫性胃炎 一病期分類と画像所見	1月号 Vol.78 No.1 1部定価:3,190円(税込)	泌尿器腹腔鏡手術ガイドラインを紐解く—EBMに基づいた手術選択
脳神経外科	Vol.52 No.1 1部定価:6,490円(税込)	脳神経圧迫症候群のすべて 診断・治療・手術のポイント	1月号 Vol.52 No.1 1部定価:2,640円(税込)	リハビリテーションの医療経済学
BRAIN and NERVE	1月号 Vol.76 No.1 1部定価:3,080円(税込)	新時代の重症筋無力症と関連疾患の診療	1月号 Vol.58 No.1 1部定価:2,090円(税込)	Physical Activity
精神医学	1月号 Vol.66 No.1 1部定価:3,080円(税込)	性差と精神医学 なぜ頻度や重症度に差があるのか	2月号 Vol.68 No.2 1部定価:2,530円(税込)	血栓止血領域における抗体医薬/人工物感染症
臨床外科	1月号 Vol.79 No.1 1部定価:3,080円(税込)	若手外科医のライフハック 仕事・日常・将来を豊かにする、先輩たちの仕事術	1月号 Vol.83 No.1 1部定価:3,300円(税込)	超高齢者激増時代の病院経営戦略

### 肝胆膵高難度外科手術 [Web動画付] 第3版

一般社団法人日本肝胆膵外科学会 ● 編

B5・頁384  
定価: 12,100円(本体11,000円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-05111-8

日本肝胆膵外科学会が認定する高度技能専門医制度におけるその取得は、外科手術の実技面を重視した専門医制度として2011年に発足し、またわが国において当時手術実技を重視し判定する専門医制度として初のものであり、多くの外科領域の医師に注目されたものであった。その後、内視鏡外科学会等でも同様の試みの制度が追随されるようになった。当時、肝胆膵外科手術は術後の致死率が決して他の外科手術の中でも低いとは言えず、手術リスクは高いものとして考えられていた。そのため日本肝胆膵外科学会は、手術を受ける方々にそのリスクを知ってもらうとともに、安心して高難度肝胆膵外科手術を受けていただくべく認定施設制度(A施設とB施設認定)を設け、それを広く公表したのである。それは患者さんに資する情報を提供したいと考えた上でのことであった。その際、施設のみでなく、確実に高難度外科手術を施行し得る外科医の育成およびその認定についても、併せて開始したというわけである。したがって、旧来の専門医制度に比べるとその専門医に合格するには極めて高いハードルが設けられており、その分受験する医師にとっては、大変な苦労や努力を要すると言える。結果、取得した専門医には高いプライドおよび責任が与えられることになっている。2011年スタート時にはわずか12人の合格者であったが、その後徐々に受験者および合格者が増加してきている。しかしながら、ここ数年の2020年代に入っても合格率はほぼ50%前後という狭き門ではある。ちなみに2022年の合格者は93人となっている。

ぜひ肝胆膵外科をめざす若い外科医にはまずしっかりと高難度手術手技を勉強し、実地手術を指導医の下で行い

#### 臨場感あふれる手術手技の解説書



評者 宮崎 勝

日本肝胆膵外科学会名誉理事長/  
国際医療福祉大三田病院名誉院長/  
千葉大名誉教授・臓器制御外科

十分修練した上で専門医資格申請に臨んでいただきたい。今回発刊された『肝胆膵高難度外科手術 第3版』は日本肝胆膵外科学会の編集により現状で活躍している肝胆膵外科医のエキスパートらが、若い外科医向けに精魂を込めての解説書として発刊されたものである。今回の第3版では、6章に分かれているうちの1章には腹腔鏡下およびロボット支援下の肝胆膵外科手術の項目も加えられている。よくある手術手技の解説書とは異なり、手術の実際における事細かにおよぶ注意点についても記載があり、ある意味では専門

医試験の審査員らの目線がどのようなポイントで審査されているかをうかがい知ることにもなる。もちろん実際の手術時のピットホールに陥ることのないように、といった指導医としてのアドバイス、さらには大きな合併症につながらないよう回避すべき術中のポイントなどがちりばめられた内容になっており、臨場感あふれる手術手技の解説書となっている。これから専門医試験を受ける若い外科医の方々は、これらの手術手技を熟読した上で自身の経験する手術を毎回、振り返って反省し、少しずつ成長し、高難度肝胆膵外科手術を安心してこなすことができるような真の専門医の外科医として成長していったらいいと願っている。また、すでに専門医を取得した外科医および指導医の先生方にも、一読いただきご自身の高難度外科手術の手技を絶えずskill-upさせて、より多くの患者さんの治療にさらに貢献していただけるように、本書を利用していただけたら幸いである。

### 神経症状の診かた・考えかた 第3版

General Neurologyのすすめ

福武 敏夫 ● 著

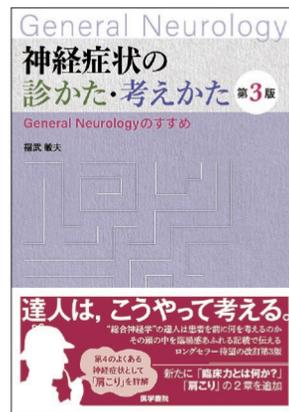
B5・頁440  
定価: 5,940円(本体5,400円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-05103-3

評者は精神科医である。精神科医になって3、4年目のころ、今から約40年も前になるが、身体疾患に起因する意識障害であるせん妄、認知症、統合失調症治療薬による錐体外路症状、心理面の原因で身体症状を呈する転換性障害などに出合っ、精神科医でもある程度の神経内科(現在の脳神経内科)の知識が不可欠であると考えた。当時の私のバイブルは故・本多慶夫先生が単独執筆された『神経病へのアプローチ』(医学書院)であった。所属教室の主任教授に頼み、週1回程度であったが、しばらくの間、本多先生の下で研修を受け、臨床家はこうあるべきという姿勢も学んだ。

それ以後、自分が精神科教員の立場となり、わかりやすいテキストを探している中、見つけたのが本書である。著者は初版の序で「遺伝学や生化学などのいわゆる高度医療の側面には触れていない。それらを高速道路建設に例え、本書は街中の交通渋滞に対処するものである」、第3版の序では「『街中の交通渋滞対処』が『高速道路建設』に役立つ」、「予断や理屈に捉われないで、患者の症状を観察し、自ら一歩深く考えることが今なお臨床医に求められている」と強調しており、評者が教えられてきた医療観を再確認させられた。

第I編では「日常診療で遭遇する患者」として頭痛、めまい、しびれ、肩こり、震え、物忘れなど、第II編では

#### 総合診療医や精神科医、その他一般内科医にも極めて有用な書籍



「緊急処置が必要な患者」として、けいれん、意識障害などを取り上げ、第III編では「神経診察のポイントと画像診断のピットフォール」として診察のあるべき姿が述べられている。「常にこれだけは知っておくように」という趣旨の記載が随所にみられるのは著者の医療に対する姿勢の表れであろう。

もう1点、評者が賛同するのは「多くの教科書が分担執筆であったり、欧米の教科書の受け売りだったりするので、筆者一人による一貫したものの診かたを提示し、病歴聴取と神経診察の実際の経験をなるべく具体的に示したいと思ったこと

ある」という執筆動機である。最近、分担執筆の本が多く、責任者不在を感じる場面が少なくない。内容に多少の濃淡はあっても、単著の出版を増やすように出版社にも努力してほしいと思う。

最初に挙げた本多先生の本を思い出しながら本書を読んだ。40年もたち知見が著しく増えているのでやむを得ないが、神経内科を専門としないが学びたい医師にとってはできるかぎり薄い本であってほしいとも思う。

いずれにせよ、脳神経内科の基本的な知識や診療姿勢が見事にまとめられた本であり、神経内科初心者だけでなく、総合診療医や精神科医、その他の内科を中心とする医師にとって極めて有用な書籍である。

#### ●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売・PR部まで  
☎(03)3817-5650/FAX(03)3815-7804  
なお、ご注文につきましては、最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

ポケットドラッグズ  
**Pocket Drugs 2024**  
監修: 福井 次矢 編集: 小松 康宏, 渡邊 裕司

臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた  
**ポケット判医薬品集**

- 主な内服薬の写真入り
- ハイリスク薬など安全性情報も充実
- 文庫本サイズ

カラフル & コンパクト

知りたい情報がバツと見つかる。  
カラフル & コンパクト

エビデンス 選び方・使い方 薬剤写真

● A6 頁1248 2023年12月発売 定価: 4,840円(本体4,400円+税10%)  
[ISBN 978-4-260-05278-8]

医学書院

2024年よりリニューアル  
“頑張って読むINTENSIVIST”から  
“早く次が読みたいINTENSIVIST”へ

**INTENSIVIST**  
イ ン テ ン シ ヴ ィ ス ト

エビデンスと経験に基づく **集中治療**  
**2024年 年間購読 受付中**

年間購読料  
季刊: 1, 4, 7, 10月発行  
**19,360円(本体17,600円+税10%)**  
\* 毎月お手元に直送します。(送料無料)  
\* 1冊ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。  
1部定価**5,060円(本体4,600円+税10%)**

詳しくは弊社ホームページをご覧ください。  
<https://www.medsj.co.jp>

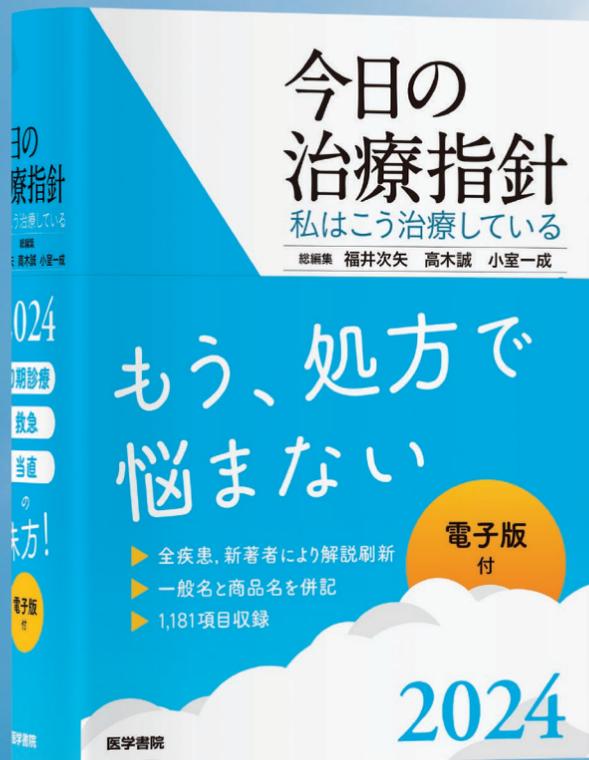
公式サイト

表紙デザインもリニューアル

ARDSの今を語り尽くす

メディカル・サイエンス・インターナショナル

# 最新の医療情報が 安心感と即戦力につながる



## 今日の治療指針 2024年版

総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

- 見出し「帰してはいけない患者」を新たに追加
- 処方例が一般名・商品名併記に。診療のコツやEvidenceも紹介
- 診断の決め手・治療のポイント・疾患の最新動向もわかりやすく

- ポケット判(B6) 頁2224 2024年 定価17,050円(本体15,500円+税10%) [ISBN978-4-260-05343-3]
- デスク判(B5) 頁2224 2024年 定価22,000円(本体20,000円+税10%) [ISBN978-4-260-05342-6]



## 治療薬マニュアル 2024

監修 矢崎義雄  
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

- 後発医薬品や2023年掲載の新薬を含む、ほぼすべての医療用医薬品を収録
- 公式サイトでの新薬情報の掲載、Web電子版での薬価改定対応など、書籍発行後の情報提供も充実

- B6 頁2800 2024年 定価5,610円(本体5,100円+税10%) [ISBN978-4-260-05359-4]



いずれも高機能なWeb電子版付。2冊併用なら、電子版が連携しグレードアップ!

- 約1200疾患項目、薬剤約2万品目の情報から瞬時に検索
- [処方例→薬剤情報] [薬剤情報→関連疾患] がワンクリックで参照できる

### スマホ・PCが“総合診療データベース”に!



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <https://www.igaku-shoin.co.jp>  
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp