

2016年10月31日

第3197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
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

- [対談] ビッグデータ・空間疫学から見た健康格差(近藤尚己, 中谷友樹)/世界医師会長講演開催……………1-3面
- [連載] オバマケアは米国の医療に何をもたらしたのか?……………4面
- [FAQ] ベンゾジアゼピン系薬剤を悪者にしないための使い方(宮内倫也)……………5面
- MEDICAL LIBRARY, 他……………6-7面

対談

ビッグデータ・空間疫学から見た健康格差



中谷 友樹氏

立命館大学文学部地理学教室教授/歴史都市防災研究所副所長

近藤 尚己氏

東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野/保健社会行動学分野准教授

2013年に開始された「健康日本21(第二次)」の基本方針の一つに「健康格差の縮小」が掲げられた。告示から4年、各自治体ではさまざまな取り組みが行われているものの他の先進国と比べると日本では問題への認識も対策も遅れている現状がある。WHOは、健康格差是正には社会全体での共同アプローチが必要であり、病院をはじめとする医療関係機関・専門職が問題を認識することが不可欠だと指摘している。本紙では、健康格差についてビッグデータを用いた研究を行う近藤尚己氏と、地理情報科学的なアプローチを行う中谷友樹氏に、日本での健康格差の実態をお話いただいた。

近藤 私が健康格差に興味を持ったのは、臨床で出会う患者の背後に社会的な問題が存在すると気付いたことがきっかけです。医学生るとき、途上国の病院やフィールドを見学する「海外医学交流研究会」というサークルに入っていました。日本では見られないような病んだ人々が街中に当たり前にいる状況を見て、病院で医療を行うだけでは救えない方々がいることを感じました。さらに研修医のときに、ある患者に出会いました。その方は身寄りもなく、県営住宅で独り暮らしをされていました。心臓弁膜症手術からの退院後、3か月ほどで通院しなくなり、その後しばらくしてから新聞のお悔やみ欄で死亡を知り、何とも言えないむなしさを感じました。公衆衛生の観点で健康づくりにかかわりたい、そのための技術と知識を得たいと思い、大学に戻って研究をする決意をしました。

中谷 私は地理学が専門で、健康と広い意味での環境との関係に関心がありました。環境と人間の関係を研究する地理学では、健康(空間疫学)は古くからあるテーマの一つです。ヒポクラテスは『空気・水・場所について』の中で「医術を正しく学ぼうと欲する者は(中略)街の状況、居住者の生活様式を知るべきである」と述べています。

また、ジョン・スノウのコレラ疾病地図は、地図を科学的な分析ツールとして活用した先駆的な業績です。現在は最新のデジタル技術GIS(Geographic Information System)や空間統計学的ツール、国勢調査の指標から作る小地域単位での貧困度指標(Areal Deprivation Index: ADI)を組み合わせて、健康の社会的経済的格差を地理的に可視化する研究を行っています。

近藤 病院の医師ならば、経済的困窮者に不健康な方が多いことは薄々感じていることと思います。しかし、現場にいれば肌で感じられる問題も数字で「見える」形にするのは難しいことです。地図を描くことで可視化され、実在する問題として具体的な対策を議論できるようになります。

何が個人の健康を決めるのか

中谷 1980年代初頭から社会階層(Social Class)と健康状態の関係を調査してきた英国では、健康に影響を与える社会的因子には「個人レベル」と「地域レベル」があることが報告されてきました。個人レベルで経済的困窮や孤立といった要因があると不健康になりやすだけでなく、貧困な状態におかれている人たちが集住している地域に

は特定の地域要因があり、それによっても不健康になりやすいというのです。近藤 日本でも中谷先生が行った「Mosaic Japan」などのプロジェクトにより、たとえ本人は豊かでも貧困地域に住んでいると自分は不健康だと感じる傾向があることが示されましたね。

中谷 国勢調査などを利用して小地域レベルの居住者特性が類似しているグループ(社会地区類型クラスター)を作成し、地区グループごとの主観的健康感を調査した研究ですね。こうした傾向が生まれる理由は諸外国でも議論になっていますが、社会的経済的地位が低いとされる地域では、医療資源が少なかったり、公園や適度な買物場所などの生活インフラ整備が不十分のため生活習慣が悪化したり、犯罪が多く支援者が少ないためストレスがかかるなど、さまざまな要因が考えられます。近藤 公衆衛生は、2つのレベルで考える必要がありますね。2000年に策定された「健康日本21(第一次)」の枠組みでは、個人レベルへのアプローチに終始しがちでした。しかし、糖尿病のリスクが高い方に運動をしましょうと働き掛けたり、喫煙習慣のある方に禁煙を呼び掛けたりといった個人へのアプローチには限界があり、なかなかうまくいきませんでした。そこで

2013年からの「健康日本21(第二次)」では、地域レベル、つまり「健康になれる社会環境づくり」による健康格差の縮小が目標として掲げられました。

対策を検討するためには適切な見える化が第一歩

近藤 社会環境の改善による健康格差縮小という目標は素晴らしいものですが、課題もあります。「健康日本21(第二次)」では、都道府県別に健康寿命をランキングし、それを基準に「健康格差を縮小すること」が目標「値」とされています。しかし、これでは目標が達成されたのかについて妥当な評価をするのが難しい。例えば、27年あった健康寿命の最長と最短の差が2.69年になれば格差が縮小した(=目標達成)としていいのでしょうか。それだけでは少し足りないような気がしますよね。

中谷 そもそも「都道府県間」というスケールでの格差縮小が最初の目標として適切なのかという問題があるように思います。実は、都道府県「内」のほうが健康格差は大きいのです。しかし普通の地図で見た場合、東京や大阪

(2面につづく)

「健康格差の縮小」のための実用的ガイド

医学書院

健康格差対策の進め方

効果をもたらす5つの視点

近藤尚己 東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野/保健社会行動学分野 准教授

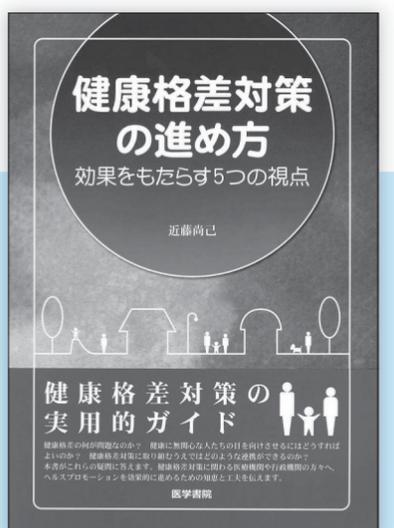
健康日本21(第二次)の基本姿勢に加わった「健康格差の縮小」。本書は、その健康格差対策に役立つ理論や重要な5つの視点を押さえ、実践に活かせる事例を紹介・解説した実用書。自治体独自のデータの扱い方や健康に無関心な層への働きかけ方など、健康格差に関わる医療機関や行政機関の方々に、ヘルスプロモーションを効果的にすすめる知恵と工夫を伝授する。

●B5 頁192 2016年 定価:本体2,500円+税 [ISBN 978-4-260-02501-0]

Contents

健康格差対策の進め方: 5つの視点

- 視点1 健康格差対策のための新しいポピュレーション・アプローチ
- 視点2 「見える化」による課題共有とPDCA
- 視点3 横断的・縦断的な組織連携
- 視点4 健康に無関心な人にも効果的な戦略
- 視点5 ライフコースにわたる対策



対談 ビッグデータ・空間疫学から見た健康格差



●なかや・ともき氏
神奈川県横浜市生まれ。東京都立大理学研究科博士課程修了。博士(理学)。1997年立命館大専任講師、2000年同大助教(准教授)を経て、12年より現職。地理的な数理・統計モデリングを用いた空間分析・GIS研究一般を専門としながら、特に医学・健康地理学に関する空間疫学分析・GIS研究の発展に造詣が深い。

(1面よりつづく)

のような人口の多い都市の中での健康指標の格差は見えにくく、詳細な地図を描いても問題が過小評価されがちで

す。図1を見てください。上は土地面積を反映した普通の地図で、下は人口に比例して面積を変化させた地図(カルトグラム)です。カルトグラムでは、人口に応じた存在感が可視化されます。都道府県内あるいは大都市圏内でも居住地域による社会経済的な違いがあり、これが健康格差と関連している点は注目すべきです(図2, 3)。関係する人口規模を考慮すると、都道府県間と同じか、時にはそれ以上に都道府県内の健康格差の縮小にも力を入れる必要があると言えるのではないのでしょうか。

近藤 私は市町村レベルでの、大規模な疫学データや人口動態統計データを使った健康格差縮小の取り組みにかか

わってきました。例えば神戸市では、全国10万人以上の多角的な健康データを収集している日本老年学的評価研究(Japan Gerontological Evaluation Study: JAGES/代表=近藤克則千葉大教授)のデータを活用して、部署間がデータをもとに課題を共有して連携しながらまちづくりを進める事業を行ってきました。その結果、健康なまちづくりをすべき地域の優先順位付けができ、担当課や行政区の保健センター、そして地域包括支援センターなどを「つなげる」支援をすることができたのです(図4)。また、熊本県御船町では、JAGESの調査結果から、他の自治体と比較して高齢者が元気で社会活動も活発な一方で、なぜか閉じこもりも多いことが明らかになりました(図5)。ここでも地図などを用いてデータを「見える化」したことがスムーズな連携や対策検討、多部署が共同した新たな事業に結び付けました。

中谷 部門間連携は重要ですね。私が研究している「ウォーカビリティ(歩いて生活できる度合い)」という話題では、歩いて買い物や散歩に行ける町にデザインすれば自然と運動ができ、健康になるのではないかという仮説をもとに、健康なまちづくりや都市計画が提案されるようになってきました。車がなければ買い物もできないような町では、本人が意識しないと運動できません。私が住んでいる京都市でも「歩くまち京都」という交通政策に健康を組み合わせた取り組みをしています。こうした施策は従来の保健医療部門のみでは達成できない課題ですね。

●こんどう・なおき氏
東京都町田市生まれ。2000年山梨医大医学部医学科卒。05年同大学院博士課程修了。博士(医学)。06年ハーバード大学公衆衛生大学院研究フェロー、10年山梨大大学院社会医学講座講師、12年より現職。専門は社会疫学。近著に『健康格差対策の進め方——効果をもたらす5つの視点』(医学書院)。

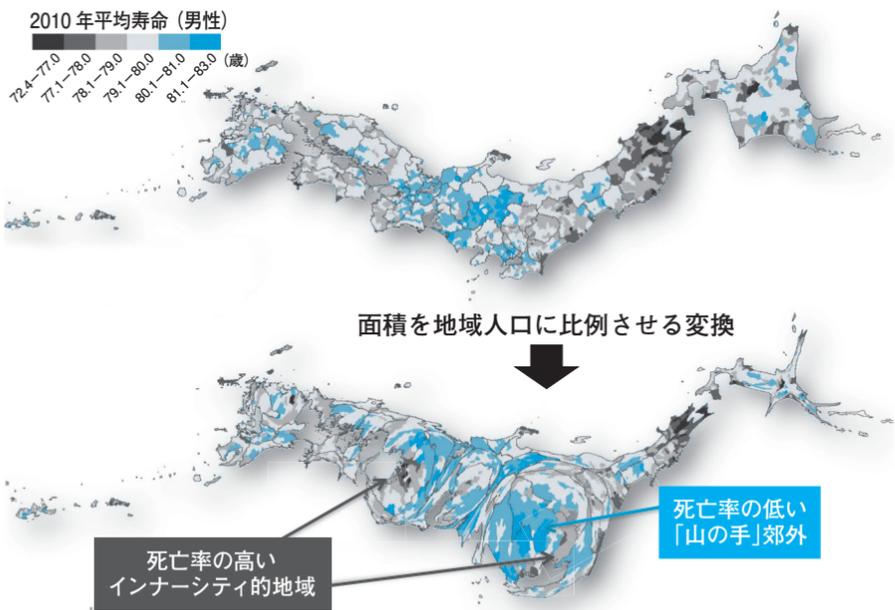


中谷 そうですね。健康格差の地図を描く場合も、わかりやすい結果を得るためには統計学的なデータの前処理が必要です。例えば図3の場合、患者数が少ない地域はオリジナルデータのままだでは傾向がわかりにくいため、単に地図を描くだけではなく、ベイズ統計学を利用した平滑化の処理を行います。

近藤 近年ビッグデータが注目され、さまざまなデータが公表されています。しかしその中で、データをどのように加工し使いこなすかも課題だと感じています。政策に落とし込めるような目標値を各自治体で決めていくためにも、データを見える化して事業計画に役立てられるようになるための訓練や、データの活用やそれをもとにした部署間連携をスーパーバイズできるような人材の育成、組織の枠組み作りが求められます。

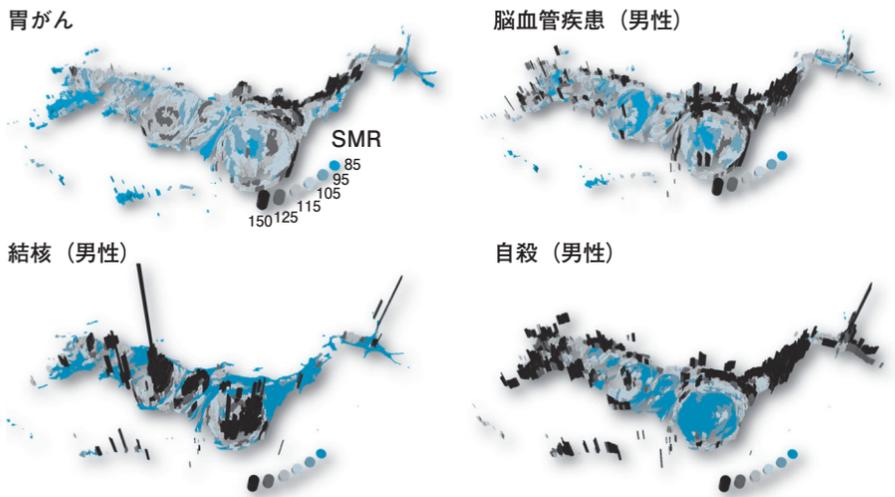
中谷 がん登録のような事業が日本全国で今後進んでいくにあたって懸念しているのは、データ処理を的確に行い対策を考えることが小地域では難しいのではないかとこの点です。日本の統計データは、市町村レベル以下の小さい地域では単位が統一されていません。たびたび変わる学区や、住所でいう何丁目何番地ときれいに対応しない町丁字“等”では、長年にわたる変化や他のデータとの比較に使えません。

近藤 国単位の話になってしまいますが、厚労省や総務省などの省庁間で単位を統一して、あらかじめ標準化されたデータが提供されるようになれば不必要な労力が減り、研究もよりスムーズになるのではないかと思いますね。二次医療圏に含まれる地区のリストなども公開してほしいところですが、個人情報保護の厳しさも課題です。新



●図1 通常の地図(上)とカルトグラム(下)で示した平均寿命格差の地図

市区町村別生命表に基づき中谷氏作成。東北地方の一部が不健康だとよく言われるが、カルトグラムを見ると東京の東部・北部や大阪の都心にも平均寿命の短い集団があり、その人口規模は全国的に見て非常に大きいことがわかる。一方、健康だとよく言われる長野とは別に、東京大都市圏の郊外にも長寿地域が広がっており、その人口規模は長野より大きいことが見てとれる。

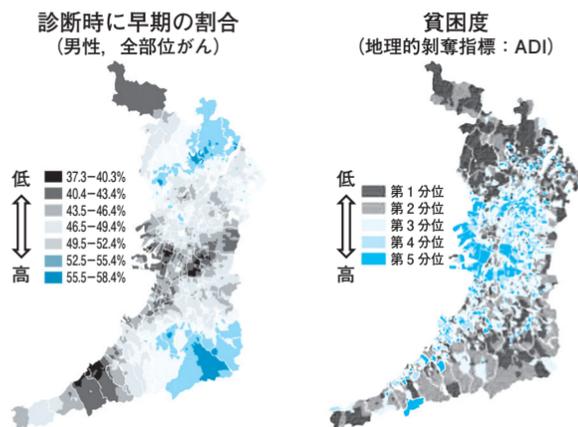


●図2 死因別の3次元カルトグラム

2003~07年人口動態統計より中谷氏作成。この図では、標準化死亡率(SMR:日本の平均値を100とし、年齢を調整した死亡率の一種)を色で示すとともに高さでも表現している。高い「山」ほど死亡比が高いことを意味する。胃がんは都道府県レベルで見ると日本海側の死亡比が高いことが知られているが、カルトグラムで見ると東京の下町や大阪のインナーシティ的地域(都心周辺に位置する低所得者層の居住エリア。住宅・商店・工場などが混在する地域)でも高いことがわかる。脳血管疾患の死亡比は、地方圏の特に北に位置する地域で高いが、大都市圏内でもインナーシティ的地域で高い。結核は大都市でのホームレスの罹患が問題になっているが、事実大阪のインナーシティ的地域や東京の東側・沿岸部で死亡比が著しく高く、結核が終息していない疾患であることがわかる。自殺については、都市と地方の格差が大きく地方で死亡比は高い。それでも大都市部内には格差があり、インナーシティ的地域で死亡比の高まりが認められる。

二次利用を前提としたデータ収集が必要

近藤 一方で、これらは研究者が自治体の中に入ったからこそできた事例です。厚労省では地域包括ケアにおいてデータ活用を推進すべく、詳細な健康指標を見える化した「地域包括ケア「見える化」システム¹⁾」の運用を開始していますし、統計局の「政府統計の総合窓口(e-Stat)」でもデータ活用を促していますが、研究者などデータ利用の専門家以外が使いこなすのはまだ難しいようです。



●図3 大阪府の全がんでの診断時早期がんの割合と貧困度の地図

2000年国勢調査、大阪府がん登録資料(2000~04年)より中谷氏作成。全部位のがんで、診断時に早期がんであった割合(空間的階層ベイズ法による推定値)と、貧困度(地理的剝奪指標)の地図を並べたもの。貧困度が高いほど貧困状態にある世帯の割合が高いと推定される。がん診断時にステージが早期だった割合を見ると、貧困度が高い地域ほど診断時に早期がんである割合が低い傾向がある。さらに、がんが同じステージで見つかったとしても、貧困な地域ほど余命が短い傾向があるようだと中谷氏は補足する。

腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめたマニュアル、待望の第7版

がん診療レジデントマニュアル 第7版

1997年に初版が刊行され、はや20年弱。レジデントの執筆によるレジデントのためのマニュアルとしてスタートした本書は、この間、がん診療の現場で多くの医療従事者に活用されてきた。昨今のがん薬物療法の進歩は目覚ましく、最新の情報を適切に日々の診療に反映させるために、本書の果たす役割は益々大きくなってきている。2人に1人ががん罹患の時代、がんに関わる医療者の必携書としてぜひポケットに!

国立がん研究センター内科レジデント 編



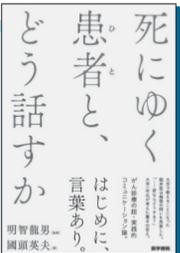
……君ならどうする?

死にゆく患者と、どう話すか

臨床医が看護学生と考える「死にゆく患者といかに語るか」についての超・実践的コミュニケーション論。がん告知と積極的治療の中止(Breaking Bad News)の方法、DNR(Do Not Resuscitate:心肺蘇生を行わないでください)の限界、インフォームドコンセントのあるべき姿とは。臨床の泥沼で最善のものを見つげるために知っておきたい信用と信頼のコミュニケーション・スキルを学ぶ全7講。

監修 明智龍男
名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野 教授

著 國頭英夫
日本赤十字社医療センター
化学療法科 部長



対談

要介護リスク (社会参加・うつ・地域の経済状況など) 地域資源スコア (人口当たりサロン数、福祉センター数など) 自由設定項目 介入ニーズをスコア化



図4 神戸市の介護予防事業の優先対象地区選定シート JAGES調査データより近藤氏ら作成。地域包括圏レベルで、新規要介護者、閉じこもり、抑うつとの割合などを相対的に5分位に分けて色を塗り、要介護のリスクを示した。現場の人が手作りできるように、あえてExcelのシンプルな機能で作成。他にも、所得と学歴と最長職、高齢者のデータから算出した「困窮度指数」...

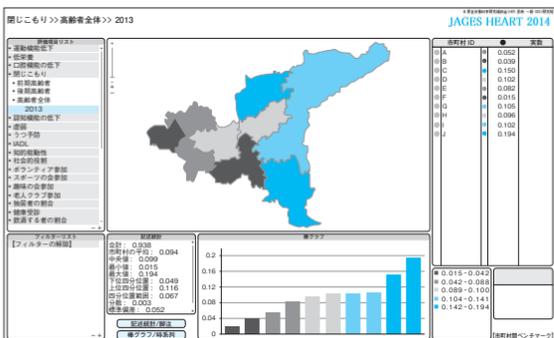


図5 御船町の閉じこもり小地域間格差マップ

JAGES 調査結果をもとにした地域診断ツール「JAGES-HEART (Health Equity Assessment and Response Tool)」の御船町データの一部。年齢調整した閉じこもり割合の地域差が示されている。地図からは中山間地と平坦地の間の差が顕著であることがわかった。こうしたデータをもとにするだけで、介護予防の担当部署だけでなく、農業や産業の振興を担当する課や総務係などとも有機的な連携が生まれた。

統計法により、データ二次利用を促進する方向に進んでいますが、使えないデータや使いにくいデータもまだまだあります。自治体では、必要なデータを他の課が持っているのに課の壁をまたいで外に出すには特別な措置を必要とするなど、苦労が多いです。デンマークやスウェーデンなど、北欧では生まれてから死ぬまでの生涯の健康や遺伝子情報がIDでひもづけられている国もあります。日本でも同様に活用できるようになれば研究に役立つのではないかと思います。エビデンスに基づく政策立案にも生かせるでしょう。中谷 個人情報と関連した例としては、尼崎市のアスベスト健康被害の話題があります。過去に工場から排出されたアスベストが多くの中皮腫患者を生んだ事態を明るみに出せたのは、患者の住所を地図にプロットした疫学研究成果が大きかったと思います。も

し個人情報保護を理由に住所が利用されなかったなら、この深刻な健康被害の存在は明らかにできなかったでしょう。難しい判断が必要ですが、医学的情報は他の分野のデータとは違った扱いが必要なこともあるかもしれませんね。

健康格差の縮小に向けて 医療者に期待すること

近藤 2015年10月、WHOのHPH (International Network of Health Promoting Hospital & Health services) Network日本支部が立ち上がりました。HPHは、病院主体で健康づくりを進めていこうとする病院のネットワークで、2016年9月現在53事業が参加しています。病院には、病院でしか得られない貴重なデータが集まっています。HPHの加盟機関が主体となって電子カルテ情

世界医師会長講演開催



2015年10月に世界医師会長に就任したサー・マイケル・マーマットによる講演「Health inequalities. Healthy women's lives」(主催=日本医師会)が、9月5日日本医師会館大講堂(東京都文京区)にて開催された。本稿では健康の不等性に関する疫学研究を長年行ってきた氏による講演の様態を報告する。

◆日本と諸外国における健康格差の現状

健康の社会的決定要因(SDH)に関する行動を通じて人々の健康と寿命の不等性の解消に取り組む動きは、WHOをはじめ世界的に広がっている。講演冒頭、氏は自身が執筆した『The Health GAP』から引用し「せっかく治療した人を、そもそも病気にした状況になぜ送り返すのか」と問いかけた。健康の主要な要因は、治療ではなくその外側にある社会にあるとの考えを示し、医師は病気を治すだけでなく、人々を病気にしてしまう状況にも対応してほしいとの要望を述べた。

●サー・マイケル・マーマット

低所得者が高所得者に比べて不健康になる確率は1.5~2.0倍だと諸外国では言われているが、日本ではそれほど大きな差は見られていない。しかしそれは日本には健康格差が存在しないという意味ではない。氏は、幼少期の家庭の社会経済的背景(SES)が高齢期の機能障害や有病率に影響していることや学歴が低いほど喫煙率が高いことを示す資料を提示し、日本における健康格差の存在を示唆した。

一方で、健康は経済的要因だけでは決まらないことにも言及した。一人当たりの収入と出自平均余命の関係性を見ると、非常に貧しい国々では平均収入が少し増すだけで(おそらく水を綺麗にするなどの衛生環境にお金を使えるようになるため)平均余命が跳ね上がるが、一定水準以上では頭打ちになることがわかる。アメリカに至っては、収入は上がっているのに平均余命は下がるという逆行まで見られていると言う。これは経済成長のみでは必ずしも健康は約束されないということだ。

格差の度合いは国によって異なるが、社会保障に対する支出が大きいほど格差が減ることが明らかになっている。氏は、健康格差は不必要であり、回避可能であり、不当であると強調し、「Do something, Do more, Do better」(健康格差対策を何もしていないのであれば、少しでも取り組むこと、少しやっているならそれを拡大すること、行っているのならそれをさらにうまくやること)と呼び掛け、講演を締めくくった。

●マイケル・マーマット氏の就任挨拶、本講演の全文は日本医師会ホームページより閲覧可能。就任挨拶 http://dl.med.or.jp/dl-med/wma/Sir-Michael-Marmot-Inaugural-Speech.pdf 本講演映像 http://www.med.or.jp/people/info/moving/004562.html

報の一部だけでも標準化して収集できれば、診療情報に基づいたビッグデータになり、健康格差を明らかにすることが可能になるのではないかと期待しています。また、国勢調査などの質問紙調査は、低所得者や社会的弱者は未回答になりデータが抜け落ちるといった課題がありますが、そうした方々のデータも医療機関にはたくさん集まっています。孤立してお金もなく、できれば病院には行きたくないという方でも、どうしてもなくなった最後には病院に来ることになります。ただ、生活状況や社会背景に関する情報をルーチンで取っている医療機関は多くありません。そのような場合でも、地域レベルのデータであるADIを用いれば、患者さんの住所からその方の地域リスクをある程度は推定することはできます。そういう意味でも、公衆衛生大学院などで疫学や生物統計、情報科

学を学び MPH(Master of Public Health)を取得したスタッフが医療現場に増えてほしいと考えています。

中谷 私自身は診療をしたことがないので、先ほどお示ししたような地図で自分の診療地域を見たとき、医療者の方がどう考えるかにも興味があります。研究者側から医療現場にデータ提供をお願いするときにはどうしても「こういう情報をください」というかたちになってしまうのですが、現場では「もっとこういう点に着目するといんじゃないか」といった質的な情報もたくさんお持ちではないでしょうか。臨床での気付き、研究者とは違う角度からの意見も、ぜひ聞かせていただきたいと思っています。(了)

●参考 URL 1) 厚労省、地域包括ケア「見える化」システム。http://mieruka.mhlw.go.jp

眼科診療の決定版リファレンスブック、待望の改訂第3版

今日の眼疾患治療指針 第3版

編集 大路正人・後藤 浩・山田昌和・野田 徹 編集協力 西田保裕・根岸一乃・相原 一

第一線のエキスパート250名超による、眼疾患の最新診療事典。『今日の治療指針』シリーズの眼科版として、検査総論、治療総論、各疾患の診断・治療方針・処方例までを632項目にわたって徹底解説。第3版では臨床所見・画像所見を大幅に増やし、よりビジュアルに紙面構成を全面ブラッシュアップ。進歩の著しい眼科診療の最新情報を網羅した、すべての眼科医の必携書。



●A5 頁900 2016年 定価:本体24,000円+税 [ISBN978-4-260-02479-2]

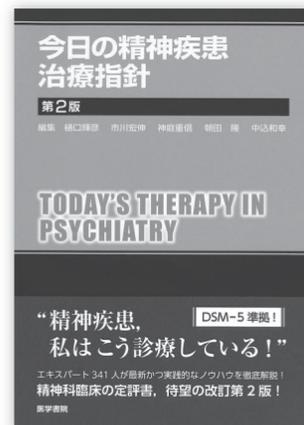
医学書院

精神科臨床の定評書、待望の改訂第2版! DSM-5に準拠!

今日の精神疾患治療指針 第2版

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・朝田 隆・中込和幸

今日の治療指針の精神科版、待望の改訂第2版。「臨床で遭遇しうる精神疾患および諸問題を網羅的に解説し、最新かつ実践的な臨床情報を提供する」という初版の方針を踏襲しつつ、DSM-5に準拠した内容にリニューアル。もちろん新薬や適応拡大など治療の最新情報も盛り込んでおり、「精神科診療の今」が詰まった1冊となっている。



●A5 頁1052 2016年 定価:本体14,000円+税 [ISBN 978-4-260-02484-6]

医学書院

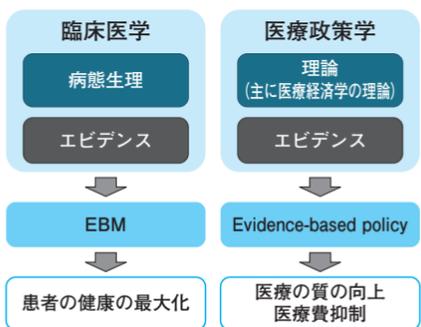
短期集中連載[全3回]

オバマケアは米国の医療に何をもたらしたのか？

津川友介 米国ハーバード公衆衛生大学院(医療政策管理学)リサーチアソシエイト

第2回 オバマケアの「デザイン」

政策が目的とする成果を達成するためには、科学的根拠に基づいた政策(Evidence-based policy)を「デザイン」することが必要不可欠である。臨床医学が病態生理とエビデンスを組み合わせるEBM(科学的根拠に基づく医療)を通じて患者の健康を最大化するように、医療政策学では理論(主に医療経済学の理論)とエビデンスを融合させること(図)で医療の質の向上や、医療費抑制をめざす。昔はデータが少なく医療政策学のエビデンスも乏しかったため、実務者の経験を基に政策をデザインするのが現実的であったのかもしれない。しかし、現在では理論もエビデンスも十分に存在するため、欧米では科学的根拠に基づいた政策のデザインがスタンダードとなっている。



●図 EBMと科学的根拠に基づく政策(筆者作成)

オバマケアの「デザイン」における研究者の役割

オバマケアによって米国は皆保険制度を達成した。もちろん制度設計上は、全ての国民を公的医療保険へ強制加入させることが最も簡単な方法であった。しかしそれでは既存の民間医療保険会社を廃業に追い込んでしまうことになるため、オバマ大統領は民間医療保険の市場に規制をかけつつ皆保険をめざす共存の道を選んだ。そのためには医療経済学の理論やエビデンスを基にした綿密にデザインされた制度が必要であった。そこでオバマ大統領は第一線で研究を行っている医療経済学者や医療政策学者にその「設計図」を描くよう依頼した。

保健福祉省長官(日本の厚労大臣に相当する)のシンクタンクとも呼ばれるASPE(office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation; 註)には、ハーバード大のリチャード・フランク(医療経済学者)やアーノルド・

エプスタイン(医療政策学者)が政治任用の高官として勤務し、この他にも多くの医療経済学者・医療政策学者がオバマケアの設計にかかわった。ASPEでは常勤の研究者が毎日のようにデータ解析と政策評価を行っている。つまりオバマケアは、米国の最高の学者たちによる理論とエビデンスの結晶を、オバマ大統領をはじめとした政治家や官僚が実現した法律だととらえることができる。

医療経済学の知見がどのようにデザインに生かされたのか？

オバマケア最大の挑戦は、国が保険加入を強制することなく皆保険制度を達成することであった。医療経済学の知見から、障壁となるのは「逆選択」と「リスク選択」という2つの「選択」であることが知られていた。よってオバマケアはさまざまな手段によりこの2つの選択を抑制しようとした。

1) 逆選択

医療保険に加入することによって得をするのは、病気になるリスクが高く、高額な医療サービスを使う人である。逆に健康でほとんど病院に行かない人にとっては、医療保険の還付額よりも保険料の方が高くなってしまふ。一般的に不健康な人ほど、保険料が高いものの還付も手厚い医療保険に加入する傾向があり、この現象を「逆選択(Adverse selection)」と呼ぶ。

医療保険は健康な人と病気の人を共にカバーして、病気の人の治療コストを皆で広く浅く負担することで初めて成り立つ。医療保険に入るかどうかを個人の自由にすると、健康な人は医療保険に加入しなくなり、加入者は病気を持っている人ばかりになる。そして医療費を使う人の割合が増えれば、保険制度を維持するためには保険料を上げざるを得なくなる。

保険料が上昇すると、医療保険の加入者の中で比較的健康的な人たちが、使っている医療サービスの量と比べて保険料が高すぎるということで翌年から保険に加入しなくなってしまう。医療保険の加入者に占める重症な病気を持った人の割合は年を経るごとに増え、保険料は徐々に高くなっていく。最終的には保険料が高くなりすぎて保険会社が提供できるプランがなくなり、医療保険の市場自体が消滅する。

このように、逆選択によって市場自

体が成り立たなくなってしまうことをハーバード大の医療経済学者デイビッド・カトラーは「逆選択の死の循環(Adverse selection death spiral)」と名付けた。この現象は1990年代半ばにハーバード大の職員向けの医療保険で実際に認められた¹⁾。

オバマケアはさまざまな手段を用いて逆選択が起こらないようにした。個人に対しては個人加入義務(Individual mandate)を課し、医療保険を買うだけの収入があるにもかかわらず加入しなかった場合には税金が高くなるようにした。米国では連邦政府の権力の範囲は憲法によって規定されているため、民間企業から医療保険を購入することを国が国民に強制することはできない。しかし国には課税徴税権があるため、医療保険を購入しない人へのペナルティーを罰金ではなく税金であると解釈することで、個人加入義務は合憲であると最高裁は判断した²⁾。

個人だけではなく雇用者にも皆保険制度を達成するために責任を課した。50人以上の従業員がいる企業にはその従業員に医療保険を提供する義務[雇用者に従業員への保険提供の義務(Employer mandate)]が生じることとなり、医療保険を提供しないと雇用者に罰金が発生するようになった。

2) リスク選択

医療保険会社は、保険料と使われた医療サービスに対する還付額の差額で利益を得る。よって、保険会社はできるだけ健康上のリスクが低く、利益になる顧客にしか保険プランを売らないようにしようとする。このように利益になる健康な顧客だけをいいとこ取りすることを「リスク選択(Risk selection)」と呼ぶ。

そのため、オバマケア導入前は医療保険には厳しい加入審査(Medical underwriting)があった。この審査結果によって基礎疾患のある人や健康状態が悪い人には高額な保険料が設定され、場合によっては加入拒否されることもあった。オバマケアによって加入審査は禁止され、全ての人が健康状態にかかわらず保険に加入できるようになった[保険発行保証(Guaranteed issue)]。

たとえ保険に加入できるようになっても、保険会社が自由に保険料を設定できれば、不健康な人の保険料を高額にして事実上加入させないようにできる。これを防ぐ目的で、オバマケアは地域料率方式(Modified community rating)という保険料の算定方法を導入した。これにより、保険会社は保険料を決めるにあたりその地域のリスクを考慮することはできるものの、個人々の健康リスクに応じて保険料を変えることが禁止された。

さらには、高齢者の加入を妨げることがないように、高齢者の保険料を若年者の保険料の3倍以内に抑えることが義務付けられた。オバマケアが唯一

許したのが喫煙による差別化である。喫煙者には保険料を50%までであれば高くしてもよいとされた。

こんなに規制を加えたら保険会社が倒産してしまうのではないかと思う読者もいるかもしれない。それを防ぐ仕組みもある。それらは頭文字をとって3Rと呼ばれる。

・リスク補正(Risk adjustment)

健康な加入者の多い医療保険プラン(低リスクプラン)から、不健康な加入者の多いプラン(高リスクプラン)へ保険料の再分配を行う。年齢、性別、基礎疾患などが計算式に含まれる。この仕組みは恒久的になる予定。

・再保険制度(Reinsurance)

高額な医療費がかかる加入者がいると拠出基金(Contribution funds)から保険会社に対して補助金が出る。オバマケア導入によって急激に保険料が上昇することを防ぐ目的で、2014~2016年の期間限定で導入。

・リスク回廊プログラム(Risk corridor)

医療保険プランの利益や損失が一定の範囲に収まるように国が調整する。2014~2016年の期間限定で導入。

この3Rは保険会社間で勝ち組と負け組を作らないような制度設計となっている。加入者はどの保険プランにも自由に入れるようになった代わりに、保険プラン間で保険料の再分配が行われるため、保険会社は健康な人をえり好みする必要性が少なくなる。オバマケアは、民間医療保険をうまく生かしながらか、規制を介して日本のような社会保険制度に近いシステムの達成をめざす制度であることとらえることもできる。

オバマケアが医療経済学の知見を取り入れ、いかに2つの「選択」に対処したかを説明した。オバマケアは既存の市場を破壊することなく皆保険制度を達成しようとしているため、極めて複雑な制度になっている。先進国ではすでに何らかのインフラが存在している場合が多く、ゼロから作り上げることができることはまれである。例えば、英国のように医療費を税金で全てカバーし、全ての病院を国営にするような大改革を日本で行うのは現実的ではない。そういった点で、米国のように既存の市場や制度を生かし、医療経済学の理論やエビデンスを取り入れて巧みにコントロールする「次世代型の医療改革」は、日本にとっても示唆に富むものなのではないだろうか。

註：ASPEは保健福祉省長官の政策立案のアドバイザーであり、医療政策の調整、法整備、戦略的計画の立案、政策研究、政策評価、経済分析を担当する(公式ウェブサイトより)。

●参考文献

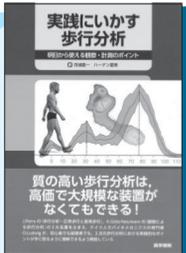
- 1) Cutler DM, et al. Paying for health insurance: The trade-off between competition and adverse selection. The Quarterly Journal of Economics. 1998; 113 (2): 433-66.
- 2) N Engl J Med. 2012 [PMID: 22809363]

質の高い歩行分析は、高価で大規模な装置がなくてもできる！

実践にいかす歩行分析 明日から使える観察・計測のポイント

J.Perryの『歩行分析-正常歩行と異常歩行』、K.Neumannの『観察による歩行分析』の2大名著を踏まえ、ドイツ人でバイオメカニクスの専門家O.Ludwigが歩行と走行のビデオ解析、インソール型・ペッドグラフィを用いた足底圧分布計測をもとに、正常とその逸脱を明確に定義。インシャルコンタクト、ターミナルスタンスなど理学療法士が使い慣れた歩行相を用いて異常歩行へのコンサルテーションがなされている。

原著 Oliver Ludwig
月城慶一
広島国際大学教授
ハーゲン愛美
HM SAPERE代表



手の先天異常の治療に情熱を注ぎこんだ著者渾身の遺作

手の先天異常 発生機序から臨床像、治療まで

“手をみる”外科医として深く先天異常を探求し続け、その歩みを止めぬまま亡くなった荻野利彦氏の、まさに集大成となる書。著者の「分ける」ための分類ではなく、「治す」ための分類法に則って臨床像が展開され、膨大な数の各先天異常の肉眼所見とX線像が示される。患児にとって機能的であることはもちろん、整容的に最も望ましい治療法とは何か、著者がその目で見、触れて、治療してきた先天異常のすべてがここにある。

著 荻野利彦
元 整形外科 北新東病院 札幌手外科・手の先天異常センター長
監修 阿部宗昭
城山病院 上肢機能再建研究所・所長 / 大阪医科大学名誉教授



FAQ

宮内 倫也
名古屋大学大学院 精神医学専攻

Profile/2009年新潟大卒。名大病院にて初期研修を行い、11年より同院精神科に入院。精神科病院にて非常勤として働きつつ、現在は大学院4年生。しかし思うように研究が進まず17年に満期退学予定(泣)。近著に『精神科臨床Q&A for ビギナーズ』(医学書院)。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions) 頻りに尋ねられる質問に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

ベンゾジアゼピン系薬剤を悪者にしないための使い方

ゾピクロン(アモバン®)とエチゾラム(デパス®)がようやく向精神薬に指定された今、ベンゾジアゼピン系薬剤(以下、BZDs)の使用を再考すべきです。BZDsは使い方が悪いとQOLを悪化させ、また依存や離脱症状を来し、医師一患者間のみならず社会的な問題にもなります。今回はそんなBZDsの“適正使用”について考えてみましょう。

ちなみにゾルピデム(マイスリー®)やゾピクロンなどはBZDs特有の化学構造を有していないためnon-BZDsと呼ばれますが、作用部位や効果、副作用が同一なため、今回はそれも含めBZDsとします。そのほうが合理的であり、“non-BZDs”としてことさらBZDsとの差異化を図ることは、誤解を招くことにもつながりかねません。

FAQ 1 BZDsのメリットやデメリットは何ですか？

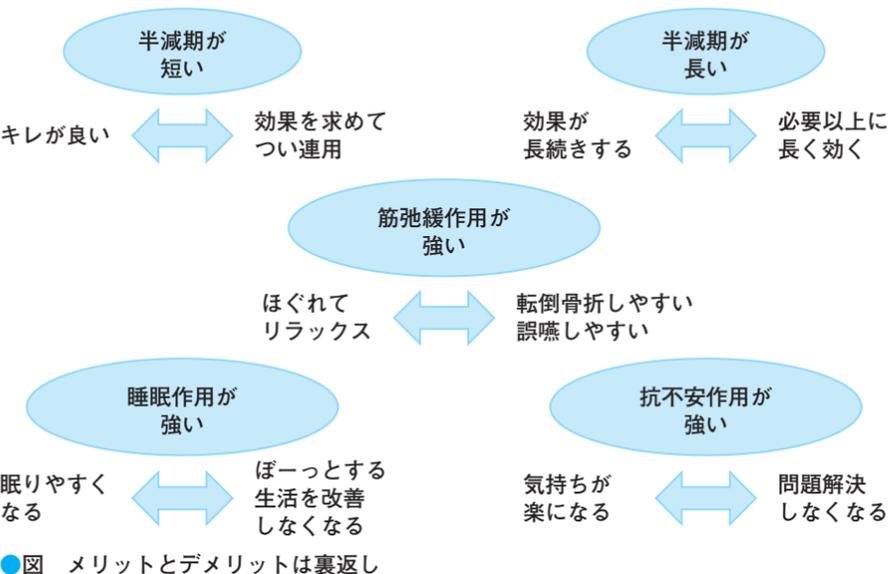
BZDsはGABA_A受容体にあるベンゾジアゼピン結合部位に働き、効果を発揮します。各BZDsの作用はGABA_A受容体を構成するαサブユニットの種類によって異なるとされ、例えばα2サブユニットを含む受容体に好んで働くBZDsは主に抗不安作用や筋弛緩作用を持ちます。抗けいれん作用を持つものもありますが、多くの医師が期待するのは抗不安や催眠の作用でしょう。BZDsは筋弛緩作用や鎮静作用、抗不安作用などを有し、作用の強弱、さらに半減期の違いによって個々の薬剤の“顔つき”が浮かび上がります。それらの特徴が、そのまま「メリットにもデメリットにもなる」と、大まかに(あくまでも大まかに)考えておきましょう(図)。その他のデメリットとしては“脱抑

制”があり、服用すると攻撃的・衝動的になります。そのハイリスク要因は、アルコールの同時摂取、大量服用、変性疾患の存在、もともとの衝動性傾向が強い患者などです。また、睡眠中の奇異行動(起き出してご飯やお菓子を食べる、車を運転するなど。しかも本人はそれを覚えていない!)といった症状も認められます。身体・精神の両面で依存を形成することは周知の事実で、減量・中止の際に離脱症状もあり、ここがBZDsの泣きどころ。例えばジアゼパム(セルシン®, ホリゾン®)では、依存は毎日服用していると1か月ほどで形成されることがあり、8か月では半数近くの患者さんにもたらされると言われています¹⁾。最近の報告では認知症との関連は否定的であることから²⁾、そこを強調する必要は低くなっているかもしれません。

CYP阻害はほほないものの、ほとんどのBZDsはCYP3A4で代謝されることから、その酵素を阻害する薬剤によって作用が増強され、酵素を誘導する薬剤によって作用が減弱される点には注意が必要です。また、BZDsは血中蛋白結合率が高いことから、多剤併用時には他の薬剤の効果を読みにくくしたり、血中蛋白の乏しい高齢者では常用量でも強い作用をもたらしたりすることがあります。

Answer…各BZDsの持つ種々の作用や半減期の長短が、メリットにもデメリットにもなります。他には脱抑制や睡眠中の奇異行動、依存、離脱症状などが挙げられ、CYP3A4に作用する薬剤との相互作用や血中蛋白結合率の高さにも注意を要します。

FAQ 2 離脱症状にはどのようなものがありますか？ また、離脱症状に気付きポイントは何ですか？



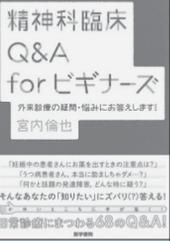
●図 メリットとデメリットは裏返し

それが知りたかった！ かゆいところに手が届く68のQ&A！

精神科臨床Q&A for ビギナーズ 外来診療の疑問・悩みにお答えします！

精神科の後期研修医や若手医師が外来診療で疑問に思ったり頭を悩ませたりしていることなどを中心に、Q&A形式で解説する入門書。基本的な心構えから診察・向精神薬、各疾患に対する薬物・非薬物療法まで幅広く取り上げる。セリフやモノの言い方、診療態度などが重要になるケースは症例を提示、また薬の増量・減量や変更などについては可能な限り数字を提示するなど、できるだけ具体的な状況がイメージできる内容にまとめている。

宮内倫也
名古屋大学大学院 精神医学専攻



離脱症状は非常に多彩です。不安、イライラ感、不眠、インフルエンザ様症状、振戦、種々の知覚異常、集中力低下などなど……、他にもあまたの症状が出現し、少数ながらけいれん発作や幻覚、妄想なども認めます。まさに“何でもアリ”で、原疾患の症状とも区別しづらいのです。大事なことは、BZDsの減量・中止から比較的速やか(多くは1~2週以内)に何らかの症状が出現した場合、離脱症状を真っ先に思い浮かべることです。そして経験的ではありますが、減量・中止したBZDsを戻して症状がすぐに改善するのなら、離脱症状の可能性はさらに高まるでしょう。

医師が離脱症状を離脱症状として認識しなければ、「原疾患の悪化」や「身体化」、「不定愁訴」とラベリングして適切に対処しないままとなり、患者さんも「お薬をやめたら悪化した。まだ治っていないんだ」と考えてしまいます。その損失がとても大きいのは、想像に難くありません。離脱症状が医師に認識されず、症状が改善されない場合、患者さんは解決をインターネットに頼ることがあります。そこにはさまざまな情報が氾濫しており、医療そのものを敵視している内容も見受けられます。その結果、患者さんは医師を信じられなくなり、関係性が破綻を迎えるばかりか、ひいては医療全体に不信感を持つこともあるのです。離脱症状は軽視されてきた歴史も含め、医療の負の側面であり、非常に繊細な対応が要求されます。

Answer…離脱症状は“何でもアリ”なので、それをそれと認識することが第一歩。医療そのものへの不信感にもつながりかねないので、慎重に扱います。

FAQ 3 BZDsをどう使うと良いですか？ 患者さんへの伝え方はありますか？

BZDsは“不安”と“不眠”というありふれた症状に対応でき、投与したその日から効果を示すという、実に使い勝手の良い薬剤です。患者さんも不安や不眠を早く解消したいため、薬剤の効果だけを考えるとお互いの利害は一致しています。しかしその結果、乱用と言われても仕方がない状況になっているのも事実。

投与する際はFAQ1で挙げたデメリットへの注意が必要であり、漫然とした投与を避けることが欠かせません。依存と離脱症状の説明は投与前に必ずしておきましょう。例えば、依存については「毎日飲んでいて、不安だから飲んでいはずのものが、“飲まない不安”になってしまってお薬を手放せなくなることがあるんです」、離脱症状については「このお薬をずっと飲んでいて、急に減らしたりやめたりしたときに身体がびっくりすることがあります」など、日常語を用いて話をしてみます。そして、週に2回程度を上限とした頓服とすること、連日投与の場合は期間を1~2週間とする

ことを医師と患者さんとの間で必ず合意しておきましょう。投与する薬剤が効き過ぎる可能性も伝え、その際はそれ以上服用しないか半量に減らして服用するようにしてもらいます。

しかし、何よりも大事なのは、医師も患者さんも“BZDsは問題を先送りにする薬剤”だという認識を持つこと。先送りにする力しかないのだから、服用するだけでは問題は解決されず、後で苦勞します。ただし、先送りにできると考えるならば、今の苦しさがいくばくか和らぐことを意味します。そのほぐれた部分に医師が注目し、患者さんが主体的に解決へ向かうための努力を日々の診察の中で焦らず少しずつ後押しできれば、BZDsは“良い薬剤”となり、松葉づえとして働いてくれることでしょう。薬剤そのものの効果だけに頼るのではなく、そこに安心や希望を乗せるような工夫が肝要です。実際に薬剤を服用するのは患者さんなので、処方してオシマイではなく、患者さんの“腑に落ちる”ように毎回の診察で対話をします。

“精神療法”と聞くと精神科医の行う特殊な治療法なのだと思われがちかもしれませんが、このようなちょっとした配慮を地道に積み重ねることも立派な精神療法ではないでしょうか。大げさではない“小文字の精神療法”は誰しも行えることであり、誰しも行わねばならないことなのだと感じます。

Answer…依存や不要な副作用をもたらさないよう、処方に縛りを設けましょう。BZDsは問題を先送りにする薬剤なので、使用するならばそれをメリットにするよう腐心します。

もう一言 今回は触れていませんが、BZDsを減量中の患者さんにも相応の配慮が必要です。BZDsを中止することは、あくまでも豊かな人生のための“手段”なのですが、それが“人生の目標”となってしまっている患者さんも多く、人生の目標や価値を医師からあらためて問う必要性も出てきます。さまざまな情報に踊らされやすくなる時期でもあるので、減量中の患者さんが感じる不安や孤立を理解しようとする姿勢が大事でしょう。BZDsの特性や減量の簡単な説明には、東京女子医科大学が作成したパンフレット³⁾が参考になります。また、BZDsはアルコール依存症の離脱症状予防やその治療、カタトニア(さまざまな精神疾患で現れる運動症状の一群)の治療には必須の薬剤であることも付記しておきます。

BZDsは絶対悪ではありません。医師の使い方によって、そして患者さんの置かれた状況によって、その立場が変わり得ると心得ておきましょう。

参考文献・URL

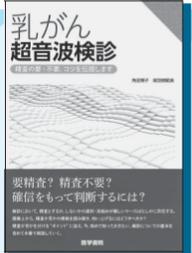
- 1) JAMA. 1983 [PMID: 6348314]
- 2) BMJ. 2016 [PMID: 26837813]
- 3) 東京女子医科大学病院. 睡眠薬や抗不安薬を飲んでいる方にご注意いただきたいこと. 2012. <http://www.twmu.ac.jp/PSY/images/image-psy/pdf-psy/suimin-koufunyaku.pdf>

精査とするか？ しないか？ その判断のコツが明らかに！

乳がん超音波検診 精査の要・不要、コツを伝授します

乳がん検診における超音波検査において、精査の要否の選別、そして見極めが検者によって様々で、現状では拾い過ぎの傾向が見られている。本書は、きちんと要精査所見を拾い上げる「眼」を養うために、要精査の判定が難しいところを特にピックアップして考え方・読み方をまとめ、さらに実際の症例を提示して、判別のコツ・ポイントを解説している。

角田博子
聖路加国際病院放射線科
尾羽根範員
住友病院診療技術部超音波技術科



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、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

精神科臨床 Q&A for ビギナーズ

宮内 倫也 ● 著

A5・頁308
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02800-4

精神科の若手向けの入門書という設定のようですが、総合診療医である評者が読んでとても面白く、新たな発見や学びもたくさんありました。

筆者は以前にも初期研修医向けやプライマリ・ケア医向け、精神科初学者向けの類書を書かれています。「単に教えたいことを書き連ね、言い放っておしまい」ではなく、いずれも若手の視点や悩みを熟知した上で「読者が読んで納得し、ふに落として、明日からの考え方や言動が確実に変わる」ことを意識して丁寧に丁寧に書かれているのが、本書にも貫かれている基本姿勢だと感じます。

筆者自身が丁寧に学び、学んだ内容を同僚や後輩とシェアし、その反応を丁寧に拾いながらブラッシュアップしてきたのだと伝わってきますし、おそらく臨床でも同様に患者とのやりとりを丁寧に行われているのだろうと想像します。

総論にあたる第1~3章は、「精神医学とは!」といった堅苦しいものではなく、初学者が必ず悩む疑問を中心に書かれています。

診療の時の心掛けや「共感」の在り方、精神科独特の初診外来や家族対応、DSMの是非などについて、わかりやすく学習者の疑問に答えるように書かれているため、精神医学に対して苦手意識がある人でも気持ちが楽になれる内容です。

患者との対話や養生などを重視される一方で、避けては通れない「薬の処

方」についても、患者への説明の仕方(他書ではあまり解説されない)減らし方・やめ方や「プラセボ効果の乗せ方」、添付文書に運転禁止と書いてある

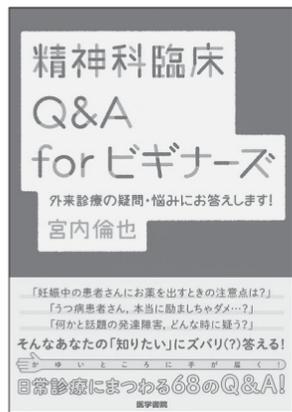
けど実際にどうするかなど、現場でよく遭遇するのに本では勉強しにくい口伝的な内容について具体的に解説されているため、周囲に相談できる精神科医がおらず独学で孤軍奮闘している人でも「ああ、そういう対応でいいんだ」と安心できます。

また、患者さんとの対話の実例が、若手医師として人生の先輩である患者さんを相手に語ってきた言葉としてたくさん提示されています。研修医でも口にしやすい日常用語や身近な例えが多いため、精神医学の大家の名言集よりはそのまま普通の臨床に流用できそうであり、類書にないお得な点だと思います。

各論に当たる第4~14章では、枝葉のマニアックな疾患はそぎ落とし、頻度の高い統合失調症・双極性障害・うつ病・不安症・睡眠障害などの疾患や、「教科書通りに薬を出して終わり」にはなりにくく精神科以外でも遭遇しやすい身体症状症・アルコール依存症・認知症・発達障害など、現場目線での重要度に応じてピックアップされています。

構成はあえて統一されておらず、疾患ごとに臨床によく遭遇する問題に絞って解説されているため一見とっつきにくいかもしれませんが、内容は伝統的・教科書的な説明にとどまらず、必要に応じて最新の論文やその道の権威のエキスパートオピニオンにも触れながら、筆者個人の見解がきちんと書かれているため、他の書籍で十分勉強している人でも必ず新しい発見があると思います。また、疾患や患者とお付き合いする上で常に根底において

現場で遭遇する本では勉強しにくい内容についても具体的に解説されている



評者 佐藤 健太
勤医協札幌病院・副院長

循環器研修テクニカルノート 心不全

樋口 義治 ● 著

A5変型・頁268
定価:本体5,000円+税 MEDSi
http://www.meds.co.jp/

評者 山下 武志
心臓血管研究所長

「知」に足が着いた臨床技能のステップアップを、というしゃれたキャッチコピーのシリーズ第1巻が発刊された。いま循環器領域で最もホットとされる心不全診療をテーマとしたテキストである。続巻として虚血性心疾患、不整脈に関するテキストも発刊予定とのこと、早速読ませていただいた。

著者は1990年代阪大卒の新進気鋭。医学テキストを書く著者の年代が、だんだん若返っていることにまず気付く。医学、医療は、共に時代のトレンドという枠組みから逃れられない。だから、診療においても、「知っているでも、それとは違うことを思わずしてしまう」ということがざらにある。医療者の脳は、卒後間もなくの教育から始まり、そこから枝葉をつけながら発展させるという方法で育てられる。だから、どうしても時代による「脳のバイアス」が生じやすく、脳にとって楽な「これまでの方法」になびいてしまいがちのも致し方ない。脳が認識した事実を、バイアスなく実行するという「頭と実地」(表紙にあるこの言葉こそ難しい!)のテクニックを表現するには、新しいトレンドの中で教育を受けた若手著者こそがふさわしい。

本書は4つのパートから成り立っている。Part 1では、心不全の基本が記載され、心不全診療に必要な検査、診断、治療方針が簡潔にまとめられている。心不全診療をこれから始めようと

ほしい姿勢・考え方については、疾患・章が変わっても繰り返し同様のメッセージが強調されています。

このため、今担当している患者についての切迫した悩みを解決するための拾い読みでも十分役には立ちますが、できれば時間をかけて通し読みをして筆者の考え方を吸収したほうが、より本書の良さを満喫できると思います。全体的な語り口も、無味無臭な硬い言い回しではなく読者に語りかけるような柔らかいトーンのため、机に向かって集中してお勉強するよりは、暇な時間ができたときにリラックスして寝転んで読みながら「ふむふむ」と納得して楽しむための本かなと思います。

また、単一著者の書籍では「Column」に著者の個性や人柄が現れて好きなのですが、本書はこの点でも期待を裏切らず楽しめました。著者のブログを愛

する若手医師の知識の整理に役立つだろう。しかし、このパートはまだ序の口。本書の本領が最も発揮されるのは、Part 2とPart 3に書かれている急性期、

慢性期のテクニックである。ともするとマニュアル化、あるいは対照的にエビデンス化されてしまいやすい内容を、ベッドサイドや外来診療室にいるときのようなタッチで、かつ科学的にたたみかけてくる。現場では疑問の対象であってもテキストに表しにくいという細かい事柄まで、微に入り細に入り、しかも限りなくデータを用いて述べる事ができている……まさに心不全

患者のベッドサイドにいながら、続々と創出されるエビデンスを吸収した著者世代ならではの記述。「これならできそう」という自信まで植え付けてくれる。Part 4では、さまざまな心不全治療薬処方テクニックが、読者へのサービス精神旺盛に記載されている。

書評とは……良いところだけでなく、そうでないところも「チクリ」と書くものだ。しかし、本書では、なかなか「チクリ」と書くところが見つからない。素直に、新しい世代の医学テキストが生まれたことを喜ぶと同時に、これからの循環器診療を支える前期・後期研修医にとって、まずはこの一冊から、と推挙したい。これから次々と予定されている続刊も大いに期待なのだ。久々に良いテキストを読んだという爽快感を味わった。

読している人であれば、ニヤリとする記載もあります。

このように、教科書のように一から十まで網羅して書いてある本ではないため、まだ精神科ローテをしていない学生・初期研修医ではまだ実感は湧かず、試験勉強対策にも使えないでしょう。しかし、精神科ローテで患者を担当し、教科書や文献で勉強しても解決しない疑問が募ってきた研修医や、日常的にメンタルヘルスケアに悪戦苦闘しながらかかわっているプライマリ・ケア医や総合診療医が読むと、そのもやもやの全てではないにしろかなりの部分がスッキリするのではないかと思います。また、医師に限らず、メンタルヘルスに課題を抱えた方とかかわる看護師など、精神科臨床にかかわる全ての職種にとっても、とっつきやすく学びも多いと思います。



@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。

多死時代のプライマリ・ヘルスケア、その答えは暮らしの中に

地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をともに生きる

世界の貧困・紛争をテーマにさすらった著者が、医師となって、佐久で若月俊一の魂に出会った。沖縄にあって地域医療の前線にあり、時に霞が関のミッションを帯びて奔走し、どの現場でも汗を掻き続けるその目に「地域包括ケアシステム」の実像はどう映るのか。この国のかたちをどう模索しているのか。診療の傍ら多方面に発信する著者による、現代に古い病むひとを支えたいすべての医療者に捧げる提言の書。

高山義浩
沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科医長



MEDSiの新刊

内科ポケットレファラン

第2版

日本語監修: 福井 次矢

聖路加国際病院 院長

定価: 本体4,000円+税

B6変 292頁

図99 2016年

ISBN978-4-89592-836-6

救急ポケットレファラン

監訳: 北野 夕佳

聖マリアンナ医科大学

横浜市西部病院

救命救急センター

定価: 本体4,200円+税

B6変 328頁

図11 2016年

ISBN978-4-89592-863-2

DSM時代における精神療法のエッセンス

こころと生活みつめる視点と臨床モデルの確立に向けて

広沢 正孝 ● 著

B5・頁160
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02485-3

【評者】村上 伸治
川崎医大講師・精神科学

精神疾患の症状は、一般の人には理解が困難なものが少なくない。妄想などは理解せよと言うほうが無理であろう。だが、われわれ精神科医はそのかなりを理解することができる。

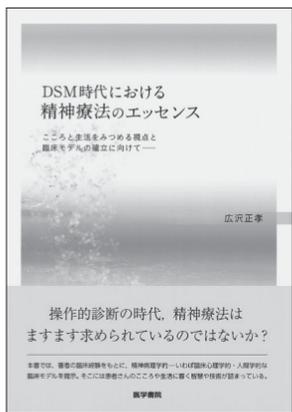
それは、理解の仕方についての説明体系があるからであり、それが精神病理学である。評者を含め現在中高年の精神科医は、皆が笠原嘉のうつ病論を学び、興味のある者は中井久夫の統合失調症論や神田橋條治を学び、さらにハイレベルを求める者は安永浩のファンム空間論に挑戦したりした。われわれ精神科医の臨床は、これら精神病理学の上に成り立っている。

例えば評者の患者の例だと、
〈調子はどうですか?〉
「まずまずです」
〈地球の様子は?〉
「今のところ大丈夫だと思います」
〈社員の仕事だけでも大変でしょう?〉
「そうですね。他の人は会社の仕事さえすれば良いですから」
〈20余年にわたる、地球防衛軍のお勤め、お疲れさまですよ?〉
「そう言ってくれるのは、先生だけです」

このような共感によって彼は評者を信頼してくれ、評者が処方する薬をちゃんと飲んでくれている。さて一方、かつての精神医学は国ごとに疾患概念や病名すら異なっていた。これでは研究も国際比較もできないため、これを克服するために生まれたのが操作的診断基準であり、その代表が米国精神医学会によるDSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) である。DSMは表面的な症状で診断できることが長所であるが、それは短所でもある。近年の

DSM世代の若手精神科医は、難解な精神病理学を勉強しなくてもDSMで診断することができるが、疾患の本質や患者の内面の理解は浅くなってしまっている。DSM時代の今こそ、精神病理学は重要になっている。とは言うものの、若手精神科医に対して精神病理学を古いものから全部読めと言うのも無理であろう。そこで登場するのが本書である。

DSM時代の今こそ読んでほしい



著者の広沢正孝氏は、旧来からの精神病理学体系をしっかりと理解して平易に説明できる数少ない人であり、独自の精神病理学も持っている。さらに現代の若者への精神科臨床にも精通している。今後しばらく、わが国の精神病理学をリードしていく人の一人である。その広沢氏が、旧来の精神病理学と独自の精神病理学、そしてそれに基づいた精神療法を体系的に解説した書、それが本書である。

本書の構成は、第I部の基礎編と第II部の応用編に分かれている。基礎編の第1章では人の精神構造は格子タイプと放射タイプの2つがあるとの独自の理論を解説し、それにより自閉スペクトラム症(ASD)の理解が容易になることを示してくれる。第2章では旧来の精神病理学や格子/放射を用いた統合失調症の理解について、そして第3章では笠原嘉などに依拠したうつ病心性の理解について解説している。

第II部は応用編として、第1章「幻覚・妄想」、第2章「うつ」、第3章「不安」を呈する病態の理解と精神療法について解説している。どの章も豊富な症例提示があり、その患者の精神病理学的特徴に気付きやすいように描写されているので、目の前にその患者がいるかのようにイメージしながら、どう考えるかと患者を理解できるかが解説さ

金原一郎記念医学医療振興財団

第60回認定証(第31回基礎医学医療研究助成金)贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=東大名誉教授・野々村禎昭氏)は、このほど「第31回基礎医学医療研究助成金」の交付対象者として74人(助成総額4015万円)を選出。2016年10月13日に、医学書院(東京都文京区)にて第60回認定証贈呈式を開催した。



●写真 72人の受賞者のうち、東京近郊の14人に対して贈呈式が執り行われた

開催に際して、金原優同財団業務執行理事(医学書院代表取締役社長)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された同財団の概要を紹介。今回の助成金交付をもって、同財団の累計助成額が10億円を超えたと述べた。選出された対象者をたたえ、「この受賞を励みとして、さらに良い研究に結び付けてほしい」と激励した。

認定証贈呈の後、同財団理事長で選考委員長を務める野々村氏が、今回の選考経過について説明。前回の42人から交付対象者が大幅に増えたが、申請数の増加や研究レベルの向上によって選考の議論は伯仲したと話し、「資金面で基礎的な医学研究にとって苦しい時代となりつつあるが、そうした状況の中でも負けずに良い研究を続けてほしい」と期待を述べた。

続いて交付対象者を代表して今井正樹氏(東大医科学研究所准教授・助成対象「鳥インフルエンザウイルスのヒト気道細胞馴化に関わるアミノ酸残基の同定」)があいさつに立った。本研究の最終目的は「パンデミックインフルエンザの出現メカニズム」の一端を明らかにすることにあるという。氏は、20世紀に4回起こったパンデミックは、いずれも鳥インフルエンザウイルスによるものだと述べ、「ヒトの間で流行する可能性の高い鳥インフルエンザウイルスを検知できるようにし、人々の疫病予防に貢献したい」と抱負を語った。

れていく。

本書は「精神療法のエッセンス」と題しているが、内容の多くは症例提示と精神病理学的解説であり、精神療法そのものについての記載は多くはない。しかし、精神病理学的理解が十分にできて初めて患者の気持ちが「手に取るように」理解できるのであり、そのとき初めて患者の心に届く対話が可能になる。それゆえ、精神病理学的説明が主になるのは当然でもある。精神病理学の中には、哲学的で難解だったり、治療につながりにくいものもあるが、本書では治療に直結するものを著者が選んでおり、病理に応じた精神療法的対応が解説されている。

著者独自の精神病理学の真骨頂は、前述した格子/放射の理論であろう。ASD患者の内面は、さまざまな自分が格子状に並んだタッチパネルのようになっており、その一つをタッチ(クリック)すると、そのパネルが立ち上

がり、パネルに合わせた自分が出現して立ち回ることができる、という説明は、ASD患者の不思議な言動を「なるほど」と理解させてくれる。

本書を読んだ後は、意味がよくわからないのでスルーしていた患者のちょっとした言葉や行動の意味が以前よりもわかるようになり、より適切な対応ができるようになるであろう。本書はそういう本である。精神医学を長く学んできたベテランはこれまで学んだ精神病理学を整理するのに役立つ、精神医学を学びつつある者は必須の精神病理学的理解を効率よく学べる。若い精神科医に「中井久夫なんて知りません」などと言われると評者は落ち込んでしまうが、「この本一冊だけでも読んでくれたら、これまでとこれからの精神病理学とそれに基づく精神療法的対応がわかるから、読んでみてね」と言いたい。

セミナー開催のご案内

「平静の心」塾

日野原重明先生を心酔させた偉大な医師 オスラーと出逢う!

『総合診療』プレゼント

『総合診療』誌は、2017年1月号から特集ページ増、魅力的な新企画も満載でリニューアルします!なかでも注目の1つが新連載「こんなときオスラー」。著者は『平静の心—オスラー博士講演集』(医学書院刊)を愛してやまない今人気のジェネラリスト、山中克郎・徳田安春・平島修の3先生。本セミナーでは「『平静の心』を一緒に読み、塾生と共に学ぶ」をコンセプトに、連載とは違った切り口で、医師としての生き様や哲学に迫ります。情熱的な講師の先生方と一緒に「平静の心」を楽しく学びましょう!なお、2017年から『総合診療』誌は、医学生・初期研修医割引(年間購読料)も新設します。

講師 山中克郎先生 徳田安春先生 平島 修先生
諏訪中央病院 臨床研修病院群プロジェクト 徳洲会奄美ブロック
総合内科 群星沖繩 総合診療研修センター

日時 2016年12月8日(木)18時~20時
会場 医学書院本社2階会議室(東京都文京区本郷1-28-23)
定員 80名 受講料 無料 対象 医学生・医師

プログラム概要
●イントロダクション「日野原先生を心酔させた偉大な医師 オスラーって、誰?」
●リアルケースとシナマケースで「平静の心」カンファレンス!(ディスカッション含む)
●「平静の心」を読もう!「オスラーパール」を皆で復唱しよう!

●参加申込み方法:医学書院WEBサイトからお申込みください。「医学書院のセミナー」で検索!(先着順で定員になり次第、受付終了となります。お電話、E-mailでのお申込みは受け付けておりません。)(お問い合わせ:医学書院PR部「平静の心」塾担当 TEL 03-3817-5692)

医学書院 http://www.igaku-shoin.co.jp

MEDSiの新刊

「測定尺度」を制する者は、医学的研究を制する!

医学的測定尺度の理論と応用

妥当性、信頼性からG理論、項目反応理論まで
Health Measurement Scales:
A practical guide to their development and use, 5th Edition

●訳:木原 雅子 加治 正行 木原 正博
京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野 准教授 / 国連共同エイズ計画共同センター長 静岡市保健所長 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野 教授

●定価:本体4,600円+税
●B5 ●頁408 ●図43 ●2016年 ●ISBN978-4-89592-867-0

ロングセラー「医学的研究」シリーズ、第8弾。医学的研究や統計に多用される測定尺度の理論と応用について、信頼性(reliability)と妥当性(validity)の観点に基づき包括的かつ系統的にまとめたオンリーワンテキスト日本語版。尺度の基本概念から新しい方法論、調査の実施手法など、理論的文脈を踏まえてわかりやすく解説。質問票の作成や各種調査の裏付けとなる知識を提供する。



好評関連書「木原ライブラリー」

医学的研究のデザイン 第4版 ●訳:木原 雅子・木原 正博 ●定価:本体4,700円+税

医学的介入の研究デザインと統計 ●訳:木原 雅子・木原 正博 ●定価:本体3,700円+税

医学的研究のための多変量解析 ●監訳:木原 雅子・木原 正博 ●定価:本体4,000円+税

国際誌にアクセプトされる医学論文 ●訳:木原 正博・木原 雅子 ●定価:本体4,500円+税

疫学 ●訳:木原 正博・木原 雅子・加治 正行 ●定価:本体5,600円+税

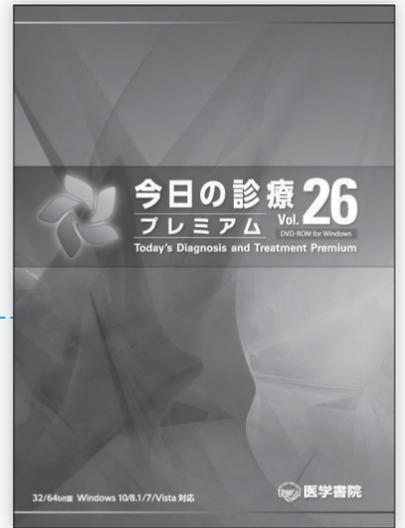
現代の医学的研究方法 ●訳:木原 雅子・木原 正博 ●定価:本体4,800円+税

疫学と人類学 ●訳:木原 正博・木原 雅子 ●定価:本体3,500円+税

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

最新の医学知見を網羅した国内最大級の総合診療データベース

今日の診療
プレミアム Vol.26



DVD-ROM for Windows

医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級リファレンスデータベース... Vol.26では、「今日の診療指針」「治療薬マニュアル」...

今日の診療
ベーシック Vol.26

DVD-ROM for Windows

Vol. 26では、8冊のうち「今日の診療指針」「今日の診断指針」「今日の小児診療指針」「治療薬マニュアル」の4冊を更新...

DVD-ROM版 2016年 価格:本体59,000円+税 (JAN4580492610179)

DVD-ROM版 2016年 価格:本体78,000円+税 (JAN4580492610155)

これで当直も安心! マイナー外科の初期対応に自信がつく!

マイナー外科
救急レジデントマニュアル

監修 堀 進悟
編集 田島康介

専門医「以外」のための、マイナー外科領域の当直本の決定版! 扱うのは形成外科、口腔外科、整形外科、眼科、耳鼻科、泌尿器科、皮膚科の7領域。

B6変型 頁322 2016年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02545-4]



◎当直医必携! 整形外科疾患への対応はこれで解決!

救急整形外傷レジデントマニュアル

監修 堀 進悟/執筆 田島康介

整形外科医「以外」のための整形外科当直マニュアル。現場で直ちに実践できる具体的手技などの要点を簡潔に記載...

B6変型 頁192 2013年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-01875-3]

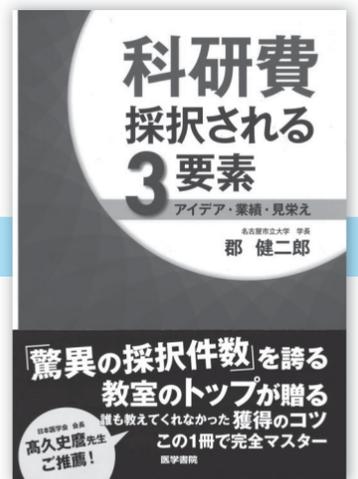


採択される申請書は、どこが違うのか?

科研費
採択される
3要素
アイデア・業績・見栄え

郡 健二郎
名古屋市立大学 学長

驚異の採択件数を誇る教室のトップが贈る、科研費採択をめざす読者に向けた渾身の1冊。本書では、「研究の楽しさ、美しさ」を知ることが科研費採択への第一歩である...



B5 頁196 2016年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02793-9]

2016年11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

Table listing various medical journals and special issues for November 2016, including titles like '公衆衛生', '行政保健師の質の保証', '臨床整形外科', '骨粗鬆症診療', etc.



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] http://www.igaku-shoin.co.jp [販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp