

2018年1月15日

第3256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 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] エンドオブライフ・ケアへの挑戦(木澤義之、山本亮、浜野淳)…………… 1—2 面
- [寄稿] 終末期の意思決定をめぐる考えること(井藤佳恵)…………… 3 面
- [寄稿] 「臨床研究法」施行に備えよう(藤原康弘)…………… 4 面
- [連載] 高齢者の「風邪」の診かた(新) 5 面
- MEDICAL LIBRARY/ [連載] 栄養疫学者の視点から…………… 6—7 面

座談会 プライマリ・ケア医に期待される エンドオブライフ・ケアへの挑戦



山本 亮氏 佐久総合病院佐久医療センター 緩和ケア内科部長・総合診療科医長
木澤 義之氏 司会 神戸大学医学部附属病院 緩和と支持診療科特命教授
浜野 淳氏 筑波大学医学医療系講師/同大学附属病院医療連携患者相談センター部長

緩和ケアの進歩とともに、エンドオブライフ・ケア (EOL ケア) への関心が高まっている。EOL ケアは、「死が避けることができないものとなり、予想される生命予後が限られたときに行われるケアを指す。また、最後の12か月を表現するものとして使用される」と定義される(豪州緩和ケア協会)。命の終わりにある患者とその家族に対し、どのような治療・ケア・支援を実践すればよいのか。地域の第一線に立つプライマリ・ケア医にはEOLケアの担い手としての活躍が期待される。

『いのちの終わりにどうかかわるか』(医学書院)を編集した三氏による座談会では、プライマリ・ケア医によるEOLケア実践に向けた教育の在り方から、死に対する国民啓発の必要性まで幅広く議論された。

木澤 緩和ケア医のお二人は、診療所に勤務した経験をお持ちです。プライマリ・ケアの現場から、日本の緩和ケアの現状はどう映りましたか。

浜野 緩和ケア病棟での研修で得た知識だけでは到底対処しきれないと感じました。日本の緩和ケアは、緩和ケア病棟で行うがん緩和ケアの枠組みから出発しています。私もそこで研修を受け、緩和ケアの世界に進みました。しかし、いざ地域の診療所に出ると、がん以外の多くの疾患で緩和ケアが必要とされていたのです。

木澤 病院で習得する緩和ケアと、プライマリ・ケア領域で必要とされる緩和ケアにギャップがありそうですね。

山本 日本では近年、「がん患者の早期からの緩和ケア」が強調され、がんの、特に治療期の緩和ケアに注目が集まる傾向があるからではないでしょうか。身体的・心理社会的苦痛を和らげる緩和ケアと、生命予後の限られた患者に対して行うEOLケアは、本来密接にかかわり合うものです。ところが、病院では治療期以外の患者のケアを行うことが難しいため、緩和ケアの継続性を担保できず、診療所や在宅で診る患者には緩和ケアを十分に提供できていない面があると感じます。

浜野 医療者は本来、「人は、いずれ亡くなる存在」として接しなければなりません。しかし病院では、最期を見据えた支援までできないことが多くあります。一方で、診療所や在宅診療では、患者を取り巻く家族の価値観や生活環境を理解しながら長期間かかわることになります。プライマリ・ケア領域こそ、患者の状況に応じたEOLケアの取り組みが必要だと思うのです。

木澤 緩和ケアはスキルとしての症状緩和に限るのではなく、亡くなる過程を診ることまでも含みます。その実践には今後、病院だけで緩和ケアを強化・推進するのではなく、診療所や在宅などにおいても質の高い緩和ケアが提供できるように整備する必要があります。緩和ケア医だけがカバーするには限界がありますから、地域の第一線で活躍するプライマリ・ケア医にはEOLケアの担い手として、その必要性を見極める力と質の高い緩和ケアの提供が求められます。

治療を“やめる”選択肢を持つ

木澤 次に、プライマリ・ケア医がEOLケアを行う上で、どんな難しさがあるかお聞きします。

山本 非がん疾患はがん比べ、EOLケアの話を切り出しにくい点です。

木澤 それはなぜでしょう。

山本 非がんにかかわる期間は長期にわたるからです。当院の在宅診療で診ている患者のうち、がん患者の平均診療日数は約30日。それに対し、非がん疾患の患者は約580日にも上ります。

木澤 1年以上ですか。入退院も繰り返すわけで、継続的な緩和ケアを提供しにくい面もありますね。

山本 それに加え、非がん疾患には予後予測の困難さもあります。特に高齢患者を診ていると、「たぶん良くなるか」「でももしかしたら良くなるかも」と医療者の判断も揺れます。「良くなって当たり前」と考える患者・家族も多いため、EOLケアを始めるのは簡単ではありません。

木澤 経験を積み重ねられるようになるものなのでしょうか。

山本 はい。ただ、患者からの潜在的なニーズに対し、経験を積む機会があまり多くないのが実情です。

木澤 診療所で経験するEOLケアの割合は、感覚的にどの程度でしたか？

山本 在宅診療で診る患者さんの1割強でしょうか。

浜野 外来ですと、気になる方が50

人に1人いるか、いないかです。

木澤 担い手として期待される医師がいても、EOLケアに関心を持つチャンスは多くなさそうです。医師が死から遠ざかっている状況が、緩和ケアとの距離を生んでいるのではないのでしょうか。

山本 そうですね。2年間の初期研修で看取りを経験する機会は、数えるほどしかないのが現状だと思います。

浜野 確かに、チーム担当制の場合、オンコールで呼ばれない限り亡くなる場に立ち会う機会は限られます。まして、初期研修が行われることの多い急性期病院では、亡くなる前の1週間にかかわることは少ないですね。独り立ちしても、亡くなりそうな人を前に本心に最期を迎えるかの判断ができず、本人や家族に何を話せばよいかわからず戸惑ってしまうでしょう。

私も終末期を診る機会は初期研修中わずかでした。1年目に緩和ケア病棟を回った際は、患者さんにどのように接してよいかかわからない不安や、重苦しい雰囲気から患者さんの部屋に入らず、「緩和ケアは自分には無理」と思ったほどです。

木澤 どのように乗り越えたのですか。

(2面につづく)

「多死社会」で役立つ終末期の実践ガイド

《ジェネラリストBOOKS》

いのちの終わりにどうかかわるか

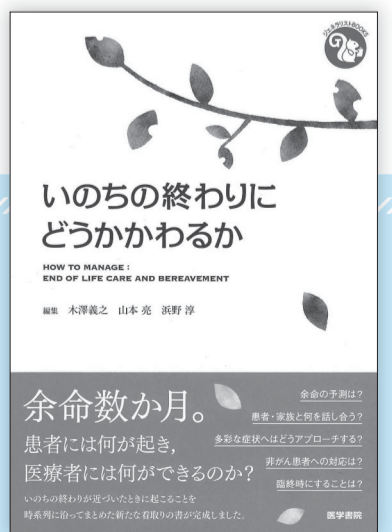
編集 木澤義之・山本 亮・浜野 淳

総合診療医や内科医、およびそれを取り巻くメディカルスタッフに求められるエンドオブライフ患者へのかかわり方の知識とスキルをまとめた1冊。患者の同定から予後予測、患者・家族との話し合い、起こりうる症状、臨終時の対応まで、余命数か月の患者に起こること、および求められる対応を網羅。来る「多死社会」に役立てられる新たな実践的ガイドとなること間違いなし！

●A5 頁304 2017年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03255-1]

●目次

- 第1章 ケース・ファインディング
どのような患者にエンドオブライフ・ケアが必要か
- 第2章 評価で気をつけること
- 第3章 予後を予測する
- 第4章 治療とケアのゴールを話し合う
- 第5章 死の1週間前に起こる症状とその対応
- 第6章 Last 48 hours
- 第7章 臨終時の対応
- 第8章 喪失と悲嘆
- 第9章 アドバンス・ケア・プランニングとベスト・インタレスト論



医学書院

(1面よりつづく)

浜野 亡くなる人に向き合う中で、医師にできること、例えば、しっかりと話を聞き、患者・家族の気持ちを引き出すことなどを、後期研修で指導医から学んだことです。その結果、死を前にした人に対する無力感から脱することができたと思います。

木澤 潜在的バリアを破ったのですね。

山本 医師は治療上「何かをする」トレーニングは受けても、「やらない」と選択する術は学んできていません。

木澤 つい、「これ以上、治療しなくて本当にいいの?」と考えてしまう。

山本 ええ。そのバリアが、EOLケアや看取りへと向かわせるのを妨げているように思うのです。

最近私は、がん性腹膜炎で浮腫もある患者さんにかかりました。最期も近いと判断し、「点滴はもうやめましょう」と家族と話し合って輸液を中止した結果、苦しむことなく最期を迎えました。

浜野 経験があるかないかの違いなんですよ。「輸液をやめていいのか」と抵抗がありますが、腫瘍内科医や緩和ケア医と共に経験を積み、その壁も乗り越えられると思うのです。

山本 もし終末期にある自分の家族が、望まない治療を次々に受けている姿を見たらどう思うか。治療に当たる医師も自分のこととして目の前の患者に向き合う姿勢が大事になります。

木澤 亡くなるまでの過程は、“喪失しながら生きること”。そう私は位置付けています。終末期を迎えた患者に対し医師は、治療の“引き算”を上手に行いながら患者と付き合っていくことが求められます。その理解と姿勢がEOLケアには必要になるのでしょう。

日常診療の中に EOL ケア実践の機会あり

木澤 では、専門医以外の医師に緩和ケアやEOLケアに興味を持ってもらうにはどうしたらよいですか?

山本 初期研修で看取りを経験するなど、「死は身近なもの」と認識する機会が必要です。

浜野 その上で関心が広がれば、緩和ケア病棟での研修も経験してほしいですね。

山本 緩和ケア病棟のスタッフが行う治療やケアは他の病棟とは異なるため、同じ施設で働く医師もわかっていない「臨床知」が数多くあります。

木澤 EOLケアが必要な人を同定するツールとして「この患者さんが1年以内に亡くなったら驚きますか?」と問うサブライズ・クエスチョンや、健康状態からケア計画を立てるSPIC(T) (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) なども、『いのちの終わりにどうかかわるか?』で紹介しました。こうしたツールの活用は有効でしょう。

山本 そうですね。専門医は意識せずとも患者さんの予後を予測するように

●きざわ・よしゆき氏

1991年筑波大医学専門学群卒。同年河北総合病院で内科研修、94年筑波大病院総合医コースレジデント。筑波メディカルセンター病院総合診療科長、筑波大医学専門学群講師、同大病院緩和ケアセンター副センター長などを経て、2013年神戸大大学院医学研究科内科系講座先端緩和医療学分野特命教授に就任。17年より現職。PEACEプロジェクトの開発当初から中心的な役割を果たし、現在も緩和ケア研修会などを通じてEOLケアやACPの理解と普及に取り組む。6月15~17日開催の第23回日本緩和医療学会学術大会では大会長を務める。



習慣化されていますが、非専門医では予後が限られていることに気付きにくい面もあります。

浜野 特に非がんは予後予測が難しいので、たとえマネジメントが適切にできていても、その人の将来にわたる「病みの軌跡」を想像するまではすぐにはできないものです。

木澤 トレーニングを積んで習慣化されれば、EOLケアの素地ができる可能性があるかと?

浜野 そう思います。その先は、言語化して相手に伝えることまでが求められます。その点がん緩和は、日本緩和医療学会のPEACEプロジェクト(註)により、先駆者の取り組みが言語化・標準化されて普及した経緯があります。EOLケアも暗黙知の部分言語化されて共有できれば、プライマリ・ケア医の学びは加速するはずですよ。

木澤 プライマリ・ケア医はどこからEOLケアを始められるのでしょうか。

浜野 例えば予後予測は、ツールを用いることで推定予後と疾患別の病みの軌跡を説明できるようになり、意思決定を支えることができます。

山本 気付く手掛かりがわかれば、一歩踏み込んだ支援ができますね。

浜野 「チャレンジしてよかった」という自己肯定感を得てほしいです。さらに、患者本人の病状認識の確認や、家族評価・患者のライフレビューを知る概念などを学べば、日常診療で遭遇する場面も違って見えるはずですよ。

木澤 できればハンズオンで教えたいと思っていますが、どうすればよいでしょう。一緒に体験するからこそ感じ取ることができるものがあるはずなんです。

浜野 実際に在宅診療の現場に出てもらうのが現実的かもしれません。日本在宅医学会は在宅医のキャリアを希望する医師向けに「往診同行」プログラムを行っています。

山本 当院は緩和ケア医が私1人のため、看取りになりそうな患者さんがいれば、かつて主治医だった先生に頼むことがあります。先日も、外科や腫瘍内科の先生方に在宅看取りに行ってもらったところ、「貴重な経験をした」と話してくれました。こうした体験も大切かもしれません。

木澤 私の知る在宅医にも、紹介元の

●やまもと・りょう氏

1996年筑波大医学専門学群卒。同年佐久総合病院初期研修医。初期研修修了後2年間一般内科研修、その後長野県内の無床の国保診療所にて3年間勤務。2005年に聖隷三方原病院にて緩和ケア研修を行い、06年より佐久総合病院総合診療科医長・緩和ケアチームリーダー。13年より現職。診療と研修医教育にかかわりながら、緩和ケアチームとして、病棟・外来診療だけでなく、末期がん患者の在宅訪問診療も行っている。日本緩和医療学会理事、同認定緩和医療専門医、日本プライマリ・ケア連合学会代議員、同認定医・指導医。



主治医を在宅診療の現場に連れていく方がいます。中には感化されて勤務医から在宅医になった人もいたそうです。在宅診療や看取りとの接点が少なかつただけで、潜在的に関心を持つ医師は多いのかもしれない。

浜野 今後は地域医療構想によって、急性期病棟を地域包括ケア病棟に変える病院も出てきます。それを見越して各診療科の医師にも緩和ケアやEOLケアを経験してもらうことは、理解を広める端緒になるはずですよ。

死に対する社会の理解が、 医師—患者関係を変える

木澤 これまで私は、EOLケアを在宅や診療所など地域の医療現場にも普及させたいと挑戦を続けてきました。スキルとしての症状緩和だけに焦点を絞るのではなく、治療の望めない疾患に対する緩和ケアの理解をさらに広めたいと考えています。

山本 変化の機運は少しずつ感じます。例えば、日本循環器学会と日本心不全学会は2017年秋に、心不全の定義を見直しました。予防の必要性を訴える一方、「病気は必ず治るものではない」と発想を転換する兆しが見られます。これは、医療界に限ったことではありません。延命ありきだった社会の風潮も、「終活」や「エンディングノート」の言葉に見られるように、死に向かうことを受け止めようとする雰囲気変わりつつあります。

木澤 私たちの命には必ず終わりがあ。だからこそ、どのように最期を過ごしたいかを健康なうちから少しずつでも考えてもらいたい。終末期の意思決定支援の方法であるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の概念は、医療の枠組みを超えた社会通念として皆が共有すべき時代に入っていると言えます。

浜野 私が緩和ケア研修を受けた豪州では、テレビコマーシャルの3分の1ほどがヘルスケアに関する啓発活動に割かれていて、驚きました。

山本 日本でも例えば、父の日、母の日などに家族の死にどう向き合いたいかを考えるキャンペーンを行うのも一案でしょう。

木澤 それはいいですね。実際、英国

●はまの・じゅん氏

2002年筑波大医学専門学群卒。筑波メディカルセンター病院初期研修、筑波大病院総合医コースレジデント。筑波メディカルセンター病院総合診療科・緩和医療科、亀田メディカルセンター家庭医療科などに勤務。06~07年笹川医学医療研究財団による豪州地域緩和ケア研修の後、07年から茨城県内の大和クリニックで院長を務め、13年より現職。医学生・若手総合診療医への教育と同時に、プライマリ・ケアにおけるEOLケアの在り方や教育などを研究。日本プライマリ・ケア連合学会代議員、同認定家庭医療専門医・指導医、日本在宅医学会認定在宅医療専門医。



ではAdvance Care Planning Dayを設け、ACPの国民的な啓発に取り組んでいます。

山本 死に対する理解が浸透した社会へと成熟すれば、医師が率先して切り出さなくても、人生の終わり方について話し合えるようになると思うのです。

木澤 医療者と社会の双方に対する啓発の相乗効果で、人生の最終段階をどのように過ごしたいかを話し合い、その結果を医療・ケアに生かす取り組みが広まることが、超高齢社会を迎えた日本では切実に望まれます。

明日から実践できる EOL ケア

木澤 終わりに、緩和ケアやEOLケアに一步踏み出そうとするプライマリ・ケア医が、明日からの診療で実践できることは何か、お聞かせください。

浜野 患者さんの人生や生活に関心を寄せることです。私も、患者さんが身の上話を始めたら、3分でいいので耳を傾けるよう心掛けています。これから先の人生を一緒に考えるヒントがきっと得られるはずですよ。

山本 EOLケアまで含めて患者さんのことを考えるには、その人の全体像の把握が欠かせません。忙しい外来ではつい検査結果や症状に意識が向きがちですが、本人の生活背景や価値観といったマクロな視点も意識して持つとよいでしょう。

木澤 ありがとうございます。緩和ケアの現場に立つと、生死の間に立つ人間のすごみ、生き様を目の当たりにします。看取りは、恐くつらい思いをするものとも考える方もいるでしょう。でも、そんなことはありません。終末期の患者さんが喪失を経験しながらも変わっていく姿は、死に向かつて力を出し切っているとも言えられます。医師はそこにしっかりと付き合ってください。その過程から私たちは学び、感じ、糧にしていくのです。ぜひ一緒にEOLケアに取り組みましょう。(了)

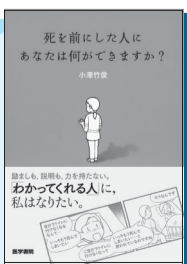
註：日本緩和医療学会が開発した「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education; PEACE)。2008年に開始された緩和ケア研修会の修了者は、2017年時点で計10万2811人に上る。

「わかってくれる人」に、私はなりたい

死を前にした人に あなたは何ができますか?

看取りの現場では、答えることのできない問いを突き付けられる。「下の世話になるくらいなら、いっそ死にたい」「どうしてこんな目に合うの?」。そこでは説明も励ましも通用しない。私たちにできるのは、相手の話を聴き、支えを見つけること。言葉を反復し、次の言葉待つこと。それは誠実に看取りと向き合ってきた在宅医がたどりついた、穏やかに看取るための方法。死を前にした人に、私たちにできることがある!

小澤竹俊 めぐみ在宅クリニック院長

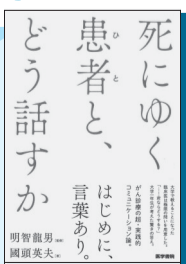


……君ならどうする?

死にゆく患者と、どう話すか

臨床医が看護学生と考える「死にゆく患者とどうにかに語るか」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)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け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



寄稿

終末期の意思決定をめぐる考えること

井藤 佳恵 都立松沢病院精神科

「死が身近にない多死社会」

内閣府が公表しているデータ¹⁾によると、日本の高齢化率は2016年に27.3%となり、2060年には38.1%に達すると推計されている。前期高齢者は2016年にピークを迎え、2028年まで減少傾向となる。その後再度増加傾向に転じた後、2041年を境に再び減少に転じると推計されている。一方、後期高齢者は増加を続け、2017年に前期高齢者を上回り、その後も増加傾向が続く。高齢人口の増大により死亡数は増加し、死亡率(人口1000人当たりの死亡数)は上昇を続け、2065年には17.7になると推計されている。

一方で、死を迎える場所についてみると、厚労省が公表しているデータによれば、かつては9割だった在宅死は、1977年に施設内死が施設外での死を上回り、2016年には13.0%になった。現在、病院等の施設内死が85.0%である(内訳:病院73.9%、診療所2.2%、介護老人保健施設3.2%、老人ホーム8.1%)²⁾。ほとんどの人が医療を受けて死ぬというこのような状況は、老化と死のプロセスが医療の専門家によって管理される事柄になっていることを示唆する。今、われわれが生きているのは、「死が身近にない多死社会」³⁾である。

終末期は誰のものなのか

最期は家でと希望していたが、がん性疼痛に耐えかねて入院してきた高齢の男性がいた。本人は入院当初から、あらゆる方法での苦痛の緩和と気持ちのよい眠りを望み、そのために目が覚めている時間が少なくなっても構わないと、一貫して明確な言葉で話していた。しかし家族は、彼ががんの終末期であることを理解はしていたが、話し合いを重ねても「でも、もう一度元気になると信じています」と話し、本人が希望する麻薬による疼痛コントロールと向精神薬による軽い鎮静に反対し、「今の状態」が続くことを強く希望された。「何言っただよ、父さん」と。

きっと、人の心とはそういうもので、大切な人が死ぬことを納得できないという思いは、人が抱く自然な感情なのだと思う。誰もが、人はいずれ終末期と呼ばれる時期を迎えることも、終末期とは死にゆく時間であることも、一般的な事項として知っている。ときに

は非常によく勉強されていて知識がある。だが、終末期に関する知識があっても、それが今だと実感することは難しい、そういう場面をたびたび経験する。

それぞれに受け止めかねること、決めかねることがあり、何か正しい答えがあるわけではない。本人が今、明確に意思を表示しているときでさえ、周囲の者がそれを受け取ることが難しいこともある。本人の意思が明確でない場合はなおさら、本来、本人のものであるはずの終末期の医療方針は、周囲の者によって決められていくことになる。互いに高齢になった夫婦の間で、一度はこういったことが話題になり、「苦しいことや痛いことは嫌だ」「病気が見つかったら、何もせず家で最期を迎えたい」というようなやりとりがなされていることはそれなりにあるように感じる。一方、子の世代との間でこの種の会話がなされていることは、夫婦間に比べると少ない。自身が迎える終末期の医療について、明確な事前指示がなされていることは決して多くない。日常臨床のなかでリビングウィルや事前指示書を提示されることはまだまだ少ない。2013年に厚労省が行った調査で定義された事前指示書には、必ず記載される内容としてリビングウィルと代理人指名の2つがある。

●リビングウィル:

医療上の選択を自分ですることができないうちのために、自分が望む、あるいは望まない医療を示しておくものである。心肺蘇生、人工呼吸器の使用、人工栄養などについての意向等が含まれる。

●代理人指名:

自分が医療上の意思決定ができなくなったときに、その決定をする代理人を指名すること。決定には、医療機関を含めたケア提供者の選択、治療法の選択、入所施設の選択等が含まれる。

リビングウィルと事前指示書について、以下、米国で最近出版されたテキスト⁴⁾から引用する。

「リビングウィルと事前指示書は重複する部分があり、リビングウィルによって治療法が選択されることがあるし(例えばDNR=Do Not resuscitate=蘇生を実施しない)、事前指示書によって治療法が選択される場合もある(適応があれば心肺蘇生を実施する)。こうした状況では、その時に生じたある特定の状況下で、患者自身が自分の希望を明確に表明できたならそう言った

であろうことが事前指示書に記されていると仮定されている。この仮定に立つなら、リビングウィルと明らかに矛盾している場合を除いて、医師や後見人が事前指示書を無効にするということはまず起こり得ない」

人の意思はゆらぐもの

このテキストから何を考えるだろう。その良し悪しを論じるものではないが、日本における現状として、個人の責任や意思と家族のそれとの線引きは非常に曖昧で、意思決定能力が十分にあるとされる個人でも、あるいは明確な事前指示があったとしても、家族の意向と折り合いがつかないままそれが実現されることは実際には難しいと感じる。家族がおらず、居宅介護事業所や行政機関の関与がある場合、本人の「病気になるでも病院にはかかりたくない」「倒れていても救急車は絶対に呼ばないでほしい」という意思が尊重されることは現実にはとても難しい。

現実にはその時を迎えている今も、本人が事前指示を示したときと変わらない気持ちでいるのか、われわれは想像することしかできない。元気だったときの覚悟は変わるし、人は覚悟したことに対して首尾一貫した態度をとるわけでもない。救急搬送時、「苦しい、助けてくれ」と医師の手を握ってうめいた人が、翌日、呼吸が少し楽になったら「死なせてくれ」と言うことがある。人の意思はそれほど強固なものではない。何度装着しても酸素マスクを外すのは、きっとそれが邪魔だったり不快だったりするからなのであって、必ずしも直接的に、治療の拒否という意思表示でもなく、また、早く死にたいというメッセージでもないのだろう。

人の意思は決してゆるぎないものではない。たとえその意思がゆるぎないものだとしても、現実社会の制約は、必ずしもその意思の実現を可能にはし

●いとう・かえ氏

1993年東大文学部フランス語フランス文学科卒。2002年東北大医学部卒後、同大病院精神科入局。10年東京都健康長寿医療センター研究所研究員、15年より現職。専門は老年精神医学。精神保健指定医、日本精神神経学会専門医・指導医、日本老年精神医学会専門医。研究テーマは、高齢者困難事例を中心とした地域保健、精神疾患を持つ人の意思決定支援。

ない。

生きることと生かされることにどう向き合うか

冒頭でご紹介した方は、本人と家族が同じ方向を向くことができたと思いつつながら面談を重ねるうちに時間が過ぎてしまった。亡くなる数日前に彼が、「お前らはいつまで死を否定するんだ!」と怒鳴った言葉の重みを、われわれは真摯に受け止めなければならないと思う。ところが、家族が死を受け入れること、死と向き合うことが最期まで難しかったように感じた関係でかえって、全てが終わったあとは淡々と事が運んでいく印象がある。今、目の前で起こっている事象からどのくらい想像力の、あるいは思考の広がりがあるのかということの違いにすぎないのかもしれない。

生きること、医療によって生かされること、本人が望む終わり方、家族が望む延命、その何かが正解だったり間違っていたりするというのではなく、どのような選択にも悔いのあるところがあり、人との別れはいつも寂しい。必要なのは、生きることと生かされることは同じことではないということとわれわれが自覚し、そして伝えていくことなのではないかと感じる。

●参考文献

- 1) 内閣府. 平成29年版高齢社会白書. 将来推計人口でみる50年後の日本. 2017. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/s1_1_1.html
- 2) 厚労省. 平成28年人口動態調査 死亡の場所別にみた年次別死亡数. 2017. http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001191145
- 3) 岡村毅. 宗教者と医療者の協働の可能性——医療者の立場から. 宗教研究. 91巻別冊要旨(印刷中).
- 4) Budson AE, 他. 小野賢二郎監訳. アルツハイマー病 認知症疾患——臨床医のための実践ガイド. 朝倉書店; 2017.

添付文書情報+オリジナル情報が充実した、
ポケット判医薬品集

Pocket Drugs

2018

監修 福井次矢
編集 小松康宏・渡邊裕司

治療薬を薬効ごとに分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、コンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。2018年版では、運転注意・休薬・投与期間制限等の情報を追加し、コンパクトなサイズのまま、さらに充実。

●A6 頁1088 2018年 定価:本体4,200円+税
[ISBN978-4-260-03196-7]

医学書院

血液内科を得意科目にしよう! 研修医、非専門医に必要な知識がこの一冊に

よくわかる血液内科

「難しい」「見逃せば重篤な状況に陥ってしまう」「相談できる専門医がいらない」「かといって専門書はとっつきにくい」—できれば血液内科を避けて通りたいあなたと一緒に、代表的な症例を推理しながら、臨床血液学の基礎を学びます。(1)血液を理解して、患者さんにわかりやすく説明できる。(2)鑑別診断ができる。(3)初期対応ができ、必要な場合には適切に専門医につなげられる、これが本書の目標です。

萩原将太郎
東京女子医科大学血液内科学講座講師

よくわかる
血液内科

「推薦します」

寄稿

「臨床研究法」施行に備えよう

藤原 康弘 国立がん研究センター 企画戦略局長 兼 中央病院副院長 (研究担当)

「臨床研究法」¹⁾が2017年4月に公布され、18年4月までの施行が予定されている。厚生科学審議会臨床研究部会(以下、部会)²⁾による施行規則(省令)の内容検討は17年11月30日に区切りがつき、今後はパブリックコメントを経て施行に向かう。本稿では、現時点で判明している臨床研究法の概要と省令に盛り込まれる事項を解説する。

対象となる特定臨床研究とは

臨床研究法の対象となる主たる臨床研究は、「特定臨床研究」と呼ばれる。特定臨床研究とは、以下のいずれかに該当する臨床研究を言う(第1回部会)。

- ①「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」(以下、薬機法)における未承認あるいは適応外の医薬品等(医薬品、医療機器、再生医療等製品)を用いて、その有効性または安全性を明らかにする研究(臨床研究)で、治験以外のもの
- ②医薬品等製造販売業者またはその特殊関係者から資金の提供を受けて実施される臨床研究

治験や手術、手技の臨床研究は対象とされず、体外診断薬も対象にならない。なお、「特定臨床研究」という用語は、医療法上の臨床研究中核病院の認定要件にも出てくるが、臨床研究法での定義とは異なるため、今後用語整理がなされる。また、省令・通知において、努力義務の対象がどう扱われるかに注目が必要である。

臨床研究実施基準は?

特定臨床研究の実施には、法の定める臨床研究実施基準に従うことが求められる(以下で解説する認定臨床研究審査委員会で審査される)。実施基準は次の6つが省令で定められる。

- ①臨床研究の実施体制【研究責任医師の責務、実施医療機関の管理者等の責務、研究計画書の内容、疾病等(有害事象)発生時の手順書など】
- ②実施医療機関の構造設備(救急医療に必要な施設または設備)
- ③臨床研究の実施状況の確認(モニタリングと監査)
- ④研究対象者に対する補償措置
- ⑤臨床研究に対する関与(利益相反管理)
- ⑥その他臨床研究の実施に必要な事項(認定臨床研究審査委員会への意見への対応、臨床試験登録、総括報告書作成、苦情および問い合わせを受け付けるための窓口の設置や手順の策定など)

現行の治験や「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(以下、倫理

指針)」下で臨床研究を実施している医療機関であれば、基準をクリアすることに大きな問題はないと思われる。

「認定臨床研究審査委員会」の審査が必要

特定臨床研究の実施手続きは、まず認定臨床研究審査委員会に、研究計画書(プロトコル)から主に抜粋した形で作成される「実施計画」や研究計画書、同意・説明文書、利益相反管理に関する情報等を提出し、審査を受ける。なお、臨床研究の倫理指針では、研究責任者から研究実施許可を求められた機関の長が「施設の研究倫理審査委員会(IRB)」に諮問し、審査を受ける流れであったが、特定臨床研究では研究責任者が「認定臨床研究審査委員会」(セントラルIRBと理解するとわかりやすい)に申請し、「認定臨床研究審査委員会」による審査・意見を受け、指摘を反映した実施計画を研究責任者が厚労大臣[実際には地方厚生(支)局になる]に提出という流れとなる。なお、研究責任者は、認定臨床研究審査委員会の意見を聞いた後に、実施医療機関の管理者(臨床研究法では「長」ではなく「管理者」と表記されている)に「実施の承認」を得ることとされているが、厚生局への提出の前後、どの時期に得るかは現時点では不詳である。

認定臨床研究審査委員会の構成は、以下などが要件となっている。

- ①5名以上の委員で、「医学又は医療の専門家」、「臨床研究の対象者の保護及び医学又は医療分野における人権の尊重に関して理解のある法律に関する専門家又は生命倫理に関する識見を有する者」、「一般の立場の者」から構成
- ②男性および女性がそれぞれ1名以上
- ③同一医療機関(当該医療機関と密接な関係を有するものを含む)に所属している者が半数未満
- ④委員会を設置する者の所属機関に属しない者が2名以上含まれる
- ⑤苦情および問い合わせを受け付けるための窓口を設置
- ⑥運営に関する事務を行う者が4名以上(うち2名は、研究審査委員会等の事務局業務の経験が1年以上の専従者)

疾病等の報告は因果関係が疑われるものに限定

臨床研究法では、倫理指針や薬機法で用いる「有害事象」ではなく「疾病」という用語が使用されているため、多くの研究者には違和感があるだろう。

倫理指針では、重篤な有害事象発生時には「因果関係を問わず」倫理審査委員会への報告を求めているのに対して、臨床研究法では認定臨床研究審査委員会への報告対象は「特定臨床研究の実施によるものと疑われるもの」に限定されている。認定臨床研究審査委員会や厚労大臣(実際にはPMDAとなる)への疾病等の報告は、解釈や報告期限等の運用を薬機法にそろえる方針のため、現場での混乱は少ないものと考えられる。なお、薬機法では「因果関係が疑われるもの」には「因果関係が不明なもの」も含まれることに留意しておきたい。

なお、健康被害の補償に関して、臨床研究法の施行に当たり、これまでの「補償金」だけをカバーする補償保険に加えて、未知(第6回部会での当局の説明・議論だと、薬機法の「未知」とは定義を変える可能性あり)の副作用については「医療費・医療手当」をカバーする補償保険の保険商品が発売されそうであるが、現時点で詳細は不明である。

利益相反管理は細かく規定、今のうちに情報収集を

臨床研究法では、利益相反管理について細かく規定されている。

研究責任医師は研究に参加する者に関する「利益相反管理基準」(企業からの研究資金、寄附金、講演料、原稿執筆料の提供などの関与についての適切な取り扱いの基準を記載)を作成し、所属している医療機関の管理者に提出。管理者は利益相反管理基準と企業の関与の事実関係を確認した後、結果を記載した報告書を研究責任医師に提出する。その後、研究責任医師は、報告書の内容を踏まえて、「利益相反管理計画」を作成し、認定臨床研究審査委員会での審査を受けることになる。

書式等、運用の詳細は、省令や通知が発出された段階で明らかになるが、各医療機関は、今から研究者の利益相反管理体制の整備や利益相反管理に必要な情報の収集に努めておかないと法施行後に苦勞すると思われる。

臨床研究への資金提供は各企業が情報公開

資金提供の情報は、18年10月以後に開始する事業年度分から、毎事業年度終了後1年以内に、企業が公表することとされる予定である。研究資金等、寄附金、講演料、原稿執筆料、その他の費用について、提供先、提供先ご

の件数・額などが公表される。米国のサンシャイン法と異なり、国が一括して情報公開するわけではなく、各企業が公表するところがポイントである。

違反の際には医師だけでなく、製造販売業者、法人にも罰則

これまで臨床研究をめぐる医師が倫理指針などに違反しても刑罰に問われることはなかったが、臨床研究法には罰則規定が盛り込まれた。ただし、懲役刑や罰金刑は、厚労省からの緊急命令や改善命令に従わなかった場合に適用される内容に大半がなっており、法施行後やみくもに医療現場に罰則が適用される事態にならない配慮はされている。

なお、認定臨床研究審査委員会の委員や審査意見業務に従事する者または過去それらを務めた者、製造販売業者、臨床研究関連の法人などにも罰則が適用できる(研究資金等の提供に関する情報等の「公表」に関しては企業名公表という制裁措置のみ)ことにも注意したい。

経過措置はあるが実施中の臨床研究も適用対象

臨床研究法は、現在すでに開始している臨床研究でも特定臨床研究に該当する場合は、施行後に適用される。附則第3条において、施行日から起算して1年以内に認定臨床研究審査委員会での再承認が必要とされている。修正と再審査が必要な項目は、臨床研究の実施段階に応じる。詳細は第3回部会資料4を参照されたい。

なお、第6回部会で厚労省の担当者から、新たに導入される予定の補償保険については、追加での購入は不要である旨のコメントがされているので、今後の推移に注目していただきたい。

*

近年、臨床研究の信頼性を揺るがす事案が頻発したことを受け、臨床研究に対する信頼回復のために、倫理指針やヘルシンキ宣言によるソフトな規制から、法制化へとかがり切られた。

2001年にEUで臨床研究を法律で規制する「EU Clinical Trial Directive」が公布、施行され、ヨーロッパでは臨床試験のコスト増大や臨床試験数の減少が起きた³⁾。日本ではその轍を踏まないよう、各ステークホルダーは十分な準備を心掛けたい。

●参考文献・URL

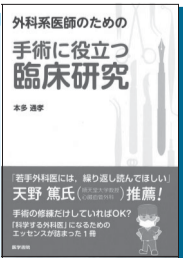
- 1) 厚労省、臨床研究法について。2017。http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000163417.html
- 2) 厚労省、厚生科学審議会(臨床研究部会)。2017。http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-kousei.html?tid=467561
- 3) Impact on Clinical Research of European Legislation (ICREL) Final Report. 2009。https://ja.scribd.com/document/210067296/Final-Report-icrel

「科学する外科医」になるためのエッセンスが詰まった1冊

外科系医師のための 手術に役立つ臨床研究

外科領域の臨床研究には、内科とは違う特有の難しさがある。しかし、体系的に方法論を学ぶことで、若手外科医でも「手術に役立つ」質の高い臨床研究ができる。本書は、これから臨床研究、学会発表、論文執筆を行うすべての若手外科系医師に向け、研究計画の立て方からトップジャーナルに通用する論文の書き方まで、臨床研究の基本と実際を具体的にわかりやすく解説。本書を読めば、きっとあなたも臨床研究がしたくなる!

本多通孝 福島県立医科大学教授・低侵襲腫瘍制御学講座



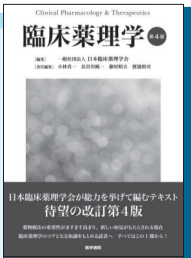
日本臨床薬理学会が総力を挙げて編む、待望のテキスト改訂第4版!

臨床薬理学 第4版

薬物療法の重要性がますます高まり、新しい知見が日々もたらされる領域だからこそ、コアとなる知識をこの1冊に凝縮。必要事項を網羅しつつ情報は精選し、よりわかりやすくなった。医師、医学生、研修医はもちろん、看護師、薬剤師、臨床検査技師、製薬企業関係者まで、臨床薬理学に関わる医療関係者の定番書。臨床薬理専門医/認定薬剤師認定試験受験者には必携書!

編集 責任編集

一般社団法人日本臨床薬理学会 小林真一 長谷川純一 藤村昭夫 渡邊裕司



高齢者の「風邪」の診かた

実際どうする？ どこまでやる？ 高齢者感染症の落としどころ

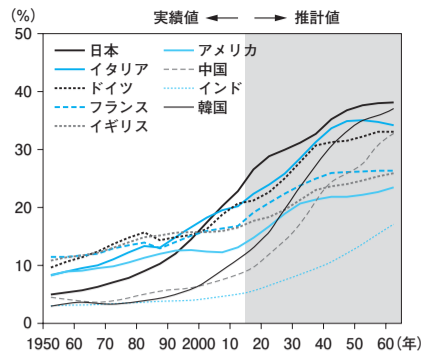
風邪様症状は最もよくある主訴だ。しかし高齢者の場合、風邪の判断が難しく、風邪にまぎれた風邪ではない疾患の判断も簡単ではない。本連載では高齢者の特徴を踏まえた「風邪」の診かたを解説する。

第一回

日本が迎えている 未曾有の超高齢社会の 「風邪」診療

岸田直樹

総合診療医・感染症医／北海道薬科大学客員教授

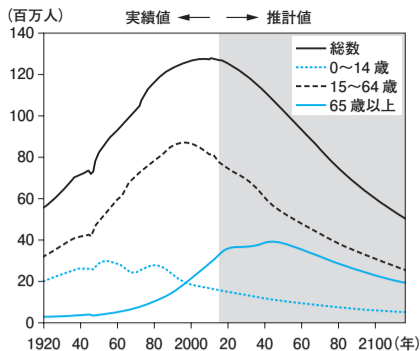


● 図1 世界の高齢化率推移 (文献2より作成)

す。「そんなの知っている」とぜひ言っておきたいのですが、この日本の高齢化の真の意味を理解している人は多くはないと思います。この高齢化、世界に類をみない状況なのです。図1にあるように、日本はすでに世界 No.1 の高齢化率です。大切なのはその程度だけではなくスピードが世界一なこと。つまり、この2つが組み合わさった「高齢者の風邪診療」は日本が抱える最重要命題の一つと考えられます。医療を必要とする人の多くは高齢者であり、そのニーズは肌で感じるほど大きく変化しています。

そしてもう一つ重大な問題があります。それは人口減少です。図2にあるように日本はここでも世界に類をみない人口の変化が予測されています。特に注目すべきポイントは年齢区別の人口変化です。これほどの人口減少ですが、急速に増えている層があります。そうです。高齢者です。つまり、高齢者を支える人(15~64歳:生産年齢人口)が今後減り続ける中、2045年近くまでは高齢者人口は増え続けるのです。小児人口と高齢者人口の比は2000年にはほぼ1:1でしたが、2035年には1:3と3倍になります。この値は2060年には4倍弱にまで上昇します。2045年頃には高齢者人口は減り始めますが、小児人口はさらに減るため2060年以降もこの比は変わらず、その値を維持し続けることが予測され、ひとつのニーズ予測になるでしょう。このような急速な変化が生じる状況でさまざまな産業が変化を求められますが、最も大きな影響を受けることが予測される産業分野が医療であることは間違いありません。「このような人口構造の変化なんて起きないよ!」と言いたいところですが、某経済学者の名言に「人口予測ほど裏切らない未来予測はない」というものがあります。実際、現時点までの日本の人口変化は、戦後に計算された予測通りにはほぼ動いているとされます。

このような背景を踏まえ、特に「高齢者の風邪診療とその周辺」は医師に限らず全ての医療者がかわることが重要な分野です。ところが、皆さんもお気づきのようアプローチは簡単ではありません。本連載では、「高齢者の風邪診療とその周辺」という切り口から、高齢者の風邪診療の特徴をご紹介します。また、高齢者診療の醍醐味でもある「どのよう



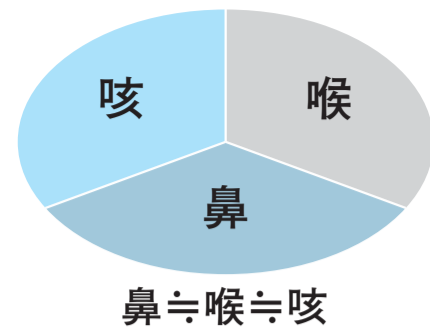
● 図2 日本の人口推移 (文献3, 4より作成)

に落としどころを見つけるか?」(現在の標準治療は高齢者の多くには理想的ではない)という側面、いわゆる風邪(ウイルス性上気道感染症)だけではなく、広く高齢者の感染症について考えてみたいと思います。そして何よりそこにある高齢者発熱診療の醍醐味をお伝えできればと思います。十分なエビデンスがない分野だからこそ「実際どうするの?」は切実な悩みでしょう。可能な限りエビデンスを踏まえつつ、いち総合診療医・感染症医としてアプローチをご紹介させていただければと思います。

風邪の診かた基本事項 「風邪の3症状チェック」

まず、周知の事実だと思いますが、風邪の定義の確認です。風邪は病名のように主訴にもなる言い方で、いろいろな使われ方をします。実際、「風邪」には全世界統一した定義はないという言い方が正しいのでしょうか。しかし、そうなる何とでもありになってしまいますので、できるだけシンプルに考える努力が重要です。その上に高齢者が持つ特徴とともにバリエーションを追加していくやりかたが実践的です。そこでここでは狭義の定義として「ウイルス性上気道感染症」のみを風邪とすることにします。また、「臨床的な上気道=気管・気管支まで」としましょう。解剖学的には上気道は喉頭までなのですが、臨床的には気管・気管支までを上気道、「下気道=肺」という考え方が重要です。気管支炎の90%以上はウイルス性とされ、風邪の一型と考えることが重要だからです。

さて、この定義からも風邪に抗菌薬が不要ことはよくわかるのですが、問題は「風邪のウイルスを医療機関ではほぼ同定できない」という事実です。風邪を引き起こすウイルスはサブタイプを含めると200種類以上いるとされます。アデノウイルスなど一部同定可能なものもありますが、全体からみたらごく一部です。インフルエンザを風邪と分けて考えると、高齢者ではほとんど同定できません³⁾。ウイルス性肺炎もあるのですが(例えば高齢者ではRSウイルスの肺炎)、臨床現場ではウイルス性であるとの証明はほぼ不可能です。肺炎像があるのにウイルス性肺炎として抗菌薬を使用しないというアプローチは、私も実践してみたいですが、ほぼ無理と考えるとよいでしょう。



● 図3 典型的風邪型
鼻≒喉≒咳

ではどうするか? 簡単に言えば、症状から判断するしかありません。そこで重要なツールが「風邪の3症状チェック」です。以下の3症状が、急性に同時期に、同程度存在するかを確認し、そうであれば「典型的風邪型」と言えます(図3)。

風邪の3症状チェック
鼻症状: くしゃみ, 鼻水, 鼻づまり
喉症状: 咽頭痛, のどのイガイガ感
咳症状: 咳

高齢者の風邪は侮れない!

ところが……、高齢者ではこの3症状チェックを正確に満たすいわゆる「典型的風邪型」の患者さんはとても少ないのでは? と気付いている医療者は多いのではないのでしょうか? その臨床の感覚は素晴らしいと思います。若年成人ではよく見掛けますが、高齢者ではこのシンプルな典型的風邪型の定義を満たす人になかなか出会いません。それはなぜでしょうか? ここを高齢者の特徴としてできるだけ科学的に理解することが高齢者風邪診療の幅を大きく広げるきっかけになると感じます。魅惑の「高齢者の風邪診療」を垣間見てください。

今回のまとめ

- 耐性菌の世界的拡大は全世界共通の公衆衛生上の脅威
- 日本が迎える世界一の少子高齢化・人口減少社会に立ち向かう
- 風邪かどうかは医療機関では本当のところわからない
- 高齢者は典型的風邪型が実は少ない(3症状チェックが当てはまらない)

参考文献
1) Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. The review on antimicrobial resistance chaired by O'Neill J. 2016.
2) 内閣府. 平成29年版高齢社会白書 第1章高齢化の状況 第1節高齢化の状況 5 高齢化の国際的動向 表1-1-13 世界の高齢化率の推移. 2017.
3) 総務省統計局. 人口推計. 2017.
4) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の将来推計人口(平成29年推計). 出生中位(死亡中位)推計. 2017.
5) Lancet. 2003 [PMID:12517470]

● 略歴
1995年東工大理学部中退, 2002年旭川医大卒. 静岡県立静岡がんセンター感染科フェロー, 手稲漢仁会病院総合内科・感染症科感染症科チーフ兼感染対策室室長を経て, 一般社団法人 Sapporo Medical Academy 代表理事. 17年より北大大学院医学部公衆衛生修士課程(MPH). 編者に「誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた」(医学書院)など。

世界的な薬剤耐性菌拡大を受けた風邪診療への注目

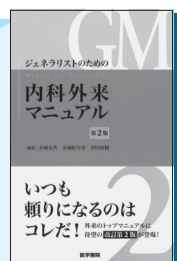
「風邪」の診かたが近年、大きく注目されています。一番の理由は「耐性菌の世界的驚異的拡大」という背景が大きいでしょう¹⁾。実際、現状のままでは2050年に世界で年間約1000万人がよくある感染症で死ぬ時代となると予測され、現在の日本の死亡原因1位のがんを上回る公衆衛生上の脅威とされています。この耐性菌の世界的急速拡大の最も大きな原因の一つが風邪診療をはじめとした不適切な抗菌薬使用とされています。風邪診療をしっかり学び、風邪様症状を丁寧に分類するというアプローチは、医師に限らず全ての医療者が知っておくべきでしょう。ところが、一般的な風邪診療を学んでも、それを高齢者に当てはめようとするとなんだかうまくいかない、自信を持って風邪と言えるわかりやすい患者さんが意外に少ない、重篤になって戻ってくる……、となつてはいないでしょうか? その感覚はあながち間違いではなく、とても鋭いと思います。また、咳嗽、発熱といった風邪様症状を訴える患者さんは高齢者が多いです。そこには日本が抱える重要な背景がもう一つあります。それは高齢化で

内科外来のナンバーワン・マニュアルにパワーアップした第2版が登場、内科医必携!

ジェネラリストのための内科外来マニュアル 第2版

ナンバーワン・マニュアルとして不動の地位を得た『ジェネラリストのための内科外来マニュアル』(通称: ジェネマニユ)に、内容を大幅にパワーアップした第2版が登場! 診療情報のアップデートに加え、対応する主訴・検査異常の数を大幅に増やし、より幅広い臨床プロブレムに対応できるよう使い勝手を向上。トップジェネラリストならではの外来マネジメントのエッセンスも盛り込まれた、外来で「最も頼りになる1冊」。

編集 金城光代
金城紀与史
岸田直樹

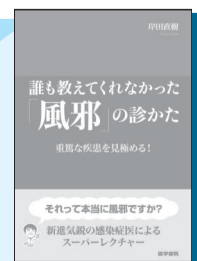


それって本当に風邪ですか?……重篤な疾患は風邪にまぎれてやってくる!

誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた 重篤な疾患を見極める!

プライマリ・ケア現場には、多くの患者が「風邪」を主訴にやってくる。しかし「風邪症状」といっても多彩であり、そこに重篤な疾患が隠れていることは稀ではない。本書では、「風邪」の基本的な診かたから、患者が「風邪症状」を主訴として受診するさまざまな疾患(感染性疾患から非感染性疾患まで)の診かたのコツや当面の治療までを、わかりやすく解説する。新進気鋭の感染症医による「目からうろこ」のスーパーレクチャー。

岸田直樹



Medical Library

書評・新刊案内

“私らしさ”を支えるための 高齢期作業療法10の戦略

村田 和香 ● 著

A5判・頁176
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03251-3

本書は高齢期の作業療法に精通した村田和香氏が、25人の作業療法士とその担当した高齢者28人に対し行ったインタビューと観察記録をまとめ分析したものである。

本書のテーマは“臨床の知”である。臨床の知とは、直感と経験と類推から成り立つ知であり、仮説と演繹的推理と実証の反復から成り立つ“科学の知”と並び、臨床を支える上で重要な知である。科学の知は、抽象的な普遍性によって、分析的に因果律に従う現実にかかわり、それを操作的に対象化するが、対して臨床の知は、個々の状況を重視して

深層の現実にかかわり、対象者が示す隠された意味を、相互交流的に読み取りとらえる働きをするものである。それ故に臨床の知は一般化し、言語化することが難しいとされている。

作業療法士ならば誰もが経験する“対象者と向き合う上で大切にしているながらも的確に言語化できない”“学生や後輩に伝えたいがうまく伝えることができない”ことが、タイトルにもある“10の戦略”の名の下に言語化されている。

本書には事例も多数掲載されている。それは臨床場面の質感をも感じさせるリアリティにあふれるものであり、読み進める中で、過去に自分が経験した臨床の一場面を鮮明に思い出すことが何度もあった。それは、本書が臨床家と対象者の思考や相互交流を忠実に収集し、的確な言語でまとめ上げ

評者 齋藤 佑樹

仙台青葉学院短期大准教授・作業療法学

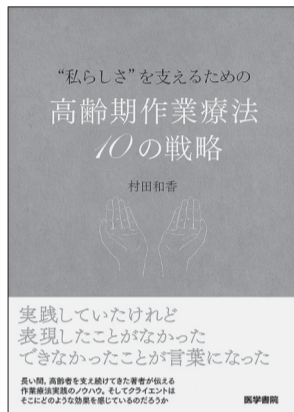
ているからなのだろう。自分の臨床を想起しながら、技を言語化・組織化していく作業はとても楽しいものである。

文中には“10の戦略”を用いる上で役立つ理論や学説、評価法も多数紹介されている。多くの場合、まず理論や各論的な知識を学び、それらを臨床で適宜用いるというプロセスを経る。しかしこのプロセスは、複数の知識を臨床技術へと統合していくまでに多くの時間や迂回を要することが多い。一方で本書は、まず臨床の知に触れ、そこから“いま必要な”理論や各論的な知識へと適宜アクセスすることができる構成になっている。既存の理論書や各論書と相補的な関係の下に、臨床の質を支える一冊になるだろう。

作業療法は、単に心身機能の回復や技能の習得を支援する技術ではない。対象者が動機付けられ、生きるための術を身につけ、“自分らしく生きる”物語を更新し続けることができるよう、対象者の脇を伴走する、全人的で相互交流的な技術である。対象者一人ひとりとは唯一無二の存在である。決して定型化することができない臨床場面で、知や技を安定的に発揮し続けることは容易ではない。だからこそ臨床の知を言語化した本書には価値がある。

タイトルには高齢期とあるが、本書の内容は、領域や対象者のライフステージによって重要度と緊急度に違いはあっても、全ての領域で働く作業療法士にとって有意義なものである。経

大切なことを 言葉にしてくれる一冊



《ジェネラリストBOOKS》 いのちの終わりにどうかかわるか

木澤 義之, 山本 亮, 浜野 淳 ● 編

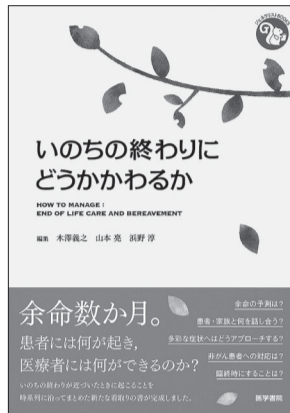
A5・頁304
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03255-1

評者 小澤 竹俊

めぐみ在宅クリニック院長

団塊の世代が高齢化を迎え、日本の社会は超高齢少子多死時代となりました。社会保障費が高騰する中で、病状が進んだ患者さんが亡くなるまでの全てを、急性期の病院でカバーすることは困難になります。これからの時代、治療抵抗性となった患者と家族に対して医療者はどのようにかかわると良いのでしょうか。従来の診断と治療というかわり方では対応は難しいでしょう。病状を伝えるだけではなく、これからどのようなことが起こり、どのような準備をしていくと良いのか、本人・家族と一緒に考えていく必要があります。

終末期の患者・家族にかかわる医療者必読



元に話し合いをしていくプロセスが大切になります。

例えば、あなたはツアーコンダクターで、生まれて初めての場所に旅行に行く人の相談を受けることになりました。あなたは、移動手段や観光スポットを回る順番、宿泊所、食事などを決めなくてはなりません。そのためには、どのようなことを学ぶ必要があるでしょう？ その旅行先の詳しい情報を知らないと、相談に乗ることはできません。気候から歴史、御国自慢、郷土料理まで幅広く知るのはもちろんですが、旅行に行く人の嗜好も大切な情報

になります。

いのちの終わりを迎えた人の場合も同じです。これからどのような身体の変化が起きてくるのか、どのくらいの子供が予測され、もし身体・精神的な苦痛があったとしても適切な緩和ケアが提供できること、その上で、どの場所で過ごせるのか、そして、家族への配慮などの知識は欠かせません。私たちが、いのちの終わりを迎えた患者・家族にかかわる上で必要な知識がなければ、一緒に話し合いながらこれからのことを相談することができません。

この本では、事例提示を基に、これらの必要な情報を学ぶことができます。さらに学びを深めたい人には参考になる文献もサマリー付きで紹介されています。急性期の病院にかかわらず、これからの時代は住み慣れた地域で最後まで過ごせる社会が求められます。どこで働いていたとしても、看取りにかかわる医師には、必読の書としてお薦めします。

ここ数年、注目されている課題は、「意思決定支援」です。治療の最中からこれから予想される将来について話し合いを行い、希望する医療、希望しない医療について患者・家族の意思を確認しておくことは、望まない救急搬送を最小限にします。かつて治療方針は、医師が最善と思われる内容を指示してきた時代がありました。しかし、医師の最善と思う内容と、患者・家族が最善と思う内容は異なることがあり、リビングウィルや事前指示(AD)のように、患者の自己決定が尊重される動きが広がってきました。ところが、施策的に事前指示を展開しても、その目的が事前指示の書類作成に陥れば、その成果は必ずしも患者のQOL向上には寄与しないことが明らかになりました。意思決定支援は、ただ自分の希望する治療内容を書類に書くことではありません。これから起こるさまざまな出来事について、きちんとした情報を

験を重ねた臨床家にとっては、自身の臨床技術を言語化・組織化する材料として、作業療法の多様性を学ぶ学生や、自らの知見を広げたいと考える若い作

業療法士にとっては、これから学ぶべき知識を俯瞰する地図として、背中を押してくれる一冊になるであろう。

セミナー開催のご案内

マインドフルネスをがん診療に活かす

医療従事者のストレスマネジメントやバーンアウトは、医療における重大な課題です。医療従事者は「患者に寄り添う医療」を心がけるあまり、自分自身のことに気づかない状況に陥っている人も少なくありません。

本セミナーでは、講義とワークを通してマインドフルネスの理解を深め、がん診療と実生活に活かせることを目指します。医療従事者が心身を調えることが良い医療の提供となります。「環境を変えることは難しくても、自分自身は変わることができる」、そのような体験を得て明日の医療につなげましょう。

講師

恒藤 暁先生

(京都大学医学部附属病院 緩和医療科)

朴 順禮先生

(慶應義塾大学看護医療学部)



日時 2018年3月3日(土) 13:00~17:30

会場 医学書院本社2階会議室

定員 60名 受講料 6,000円(税込、資料代を含む、当日払い)

対象 がん診療に関わる医療従事者(医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、MSWなど)

『Cancer Board Square』年間購読者にお得な割引キャンペーン!
⇒詳しくは下記の応募フォームをご覧ください

プログラム(予定)

オリエンテーション

レクチャー「マインドフルネスとは何か？」

ワーク1 ①レーズンエクササイズ ②ボディスキャン

ワーク2 ③ヨガ的ストレッチ ④坐瞑想

質疑応答

※プログラムは予告なく変更になる場合がございます。ご了承ください。

参加申し込み方法

医学書院ウェブサイトの応募フォームからお申し込みください。
<http://www.igaku-shoin.co.jp/seminarTop.do>

※先着順で、定員に達し次第、受付終了となります。



BRAIN and NERVE—神経研究の進歩

2017年07月号(増大号)(Vol.69 No.7)

増大特集 あしたのアルツハイマー病治療

一部定価:本体3,800円+税 医学書院

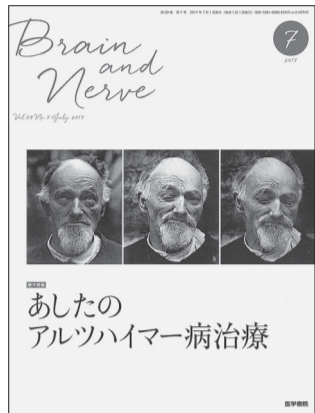
医学書院の『BRAIN and NERVE』誌 69 巻 7 号で標記の増大特集号が発刊された。20 項目 168 ページに及び、アルツハイマー病治療研究の現状と将来への展望が細大漏らさずまとめられている。ここでいう治療とは病態修飾治療のことである。全体の構成は、第 1 項目の序に続き、第 2~6 項目ではさまざまな臨床研究とそれを支える支援組織、第 7~11 項目では臨床研究の前提となるレジストリやコホート研究、第 12~17 項目では、臨床評価尺度、画像、脳脊髄液、血液、遺伝子のバイオマーカー、第 18~20 項目では臨床研究を支えるバイオインフォマティクスと統計学となっており、編集担当の森啓教授の「一分の隙もない網羅的な議論を集める」という方針が十分に達成されていると思われる。この領域も英米が先行しており、わが国の研究もそれらと連携する形で進められている。このことから、それぞれの項目では必要に応じて海外の状況が紹介されており、世界の現状も理解することができる。

また、各項目の執筆者は皆当該研究の研究代表者あるいは分担者であり、まさにわが国の第一人者の方々が一堂に会した観がある。現在望み得る最高の陣容で、それぞれの研究がわかりやすく解説されている。アミロイドβタンパク質に対する抗体治療で脳内のアミロイドβタンパク質が減少することを目の当たりにした衝撃、そしてそのような治療をしても認知機能はよくなるという落胆、落胆を乗り越えるべく示された認知症症状が始まる前に治療しようという方針などが、うまく解説されている。そして発症前治療を確立するためには、健常人も含めたレジストリを準備して、高品質の臨床研究を行う必要がある、しっかりした研

【評者】水澤 英洋
国立精神・神経医療研究センター理事長・総長

究支援体制の重要性が強調されている。現時点では、これ以上の特集は望み得ないと思われる充実した内容であるが、近い将来のプレイクスルーに際して次のチャンスにお願いしたいことを、二挙げてみたい。

認知症臨床研究の推進に大きく貢献する特集



まず、前述の臨床研究、レジストリ、バイオマーカー、バイオインフォマティクスなどそれぞれの研究体制が複雑であり、個々の総説は理解できても、それらの相互関係や全体像はなかなか理解しにくい。この全体を俯瞰したオーバービューのようなものがあると一般読者には親切かもしれない。

もう 1 点は、今後への期待である。今回は、病態修飾薬を開発するという前提での特集であるが、アルツハイマー病の病変は高齢者になればほとんど必発であり、その治療とは究極的には老化の制御ともいえるが、何をどこまでめざすのかという議論が必要のように思われる。なぜなら、それによって人々はアルツハイマー病を恐れ、忌み嫌い、嘆いたり、誰にでも起こり得ることと受け入れられたり、その気持ち大きく左右してしまうからである。われわれの目標はアルツハイマー病を根絶することなのか、共生していくのが良いのか、寿命の制御との関連など、きちんと正しい情報をわかりやすく伝える必要があると思われる。その意味で、当事者である認知症症状を持つ方々の思いを伝える項目があってもよいと思われる。

本特集は認知症に関係する神経内科、精神科、老年科のみならず内科、脳神経外科など多くの領域の医師、看護師、介護福祉士など、関連する多職種の方々にとって、座右とすべき優れた特集といえる。本特集が、日本の認知症の臨床研究の推進に大きく貢献することを確信する次第である。

栄養疫学者の視点から | 今村 文昭

英国ケンブリッジ大学 MRC(Medical Research Council) 疫学ユニット

栄養に関する研究の質は玉石混交。情報の渦に巻き込まれないために、栄養疫学を専門とする著者が「食と健康の関係」を考察します。

第 10 話

塩分・炭水化物の不安定なエビデンス

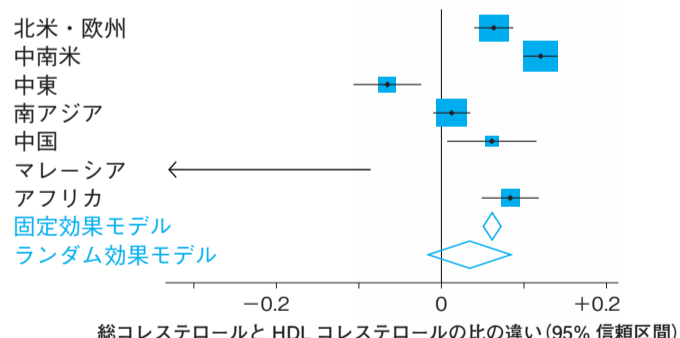
今回は、第 8 話 (3247 号) でも触れた再現性の問題とも関連する「エビデンスの不安定さ」について考えてみたいと思います。エビデンスをまとめる際には必ず注目するものの、近年増えてきた多施設大規模研究の評価となるとつい見逃しがちな事柄です。

前回 (3253 号)、減塩は必ずしも良いとは限らないという可能性を示唆する研究 (Lancet. 2016 [PMID: 27216139]) を紹介しました。この研究には PURE というコホート研究が寄与しています。この PURE は最近、炭水化物の摂取量が多い人ほど死亡率が高いという結果も報告し話題となりました (Lancet. 2017 [PMID: 28864332])。低炭水化物食に関心のある方は記憶されていると思います。この論文が出た際、食事と血中の脂質に関する論文も同時に発表され (Lancet Diabetes Endocrinol. 2017 [PMID: 28864143])、私の所属ユニットにその 2 報に対し Commentary を書くよう依頼が来ました (Lancet Diabetes Endocrinol. 2017 [PMID: 28864144])。通常、Commentary では論文の意義を述べますが、初稿を担った私は (最終的には無難な内容にしたものの) 意義を述べる以前に解析が不十分という問題があると書きました。

その問題点の一例を図にしました。地域によって推定値が有意にばらつき、解析方法や解釈によって結論が異なり得ることがわかります。このばらつきでは、たとえ平均的に炭水化物の高摂取の問題を示唆しているとしても強いエビデンスとは言えません。さらに、死亡率などのハードエンドポイントについてはアジアと非アジアとの違いが述べられているのみで、多施設 (18 か国) のばらつきは読者にはわかり得ません。地域ごとに結果が均一でない可能性がありながら、それが検討されていない以上、強いエビデンスとは考えないのが妥当でしょう。

尿のナトリウム (Na) 排出量に関する前述の研究ではどうでしょうか。この研究では PURE, EPIDREAM, ONTARGET/TRANSCEND の 3 つの研究が寄与しています (延べ 49 か国)。国ごとのばらつきは未公表ですが、3 つの研究の結果が次のように公表されています。Na 排出量について推定 3~6 g/day を対照とし、<3 g/day の群はハザード比 (95% 信頼区間) がそれぞれ 1.38 (1.21-1.46), 0.92 (0.64-1.31), 1.23 (1.09-1.39) です (死亡+心血管疾患罹患がアウトカム)。やはり、この 3 つの推定値もばらつきがないとは否定できません。

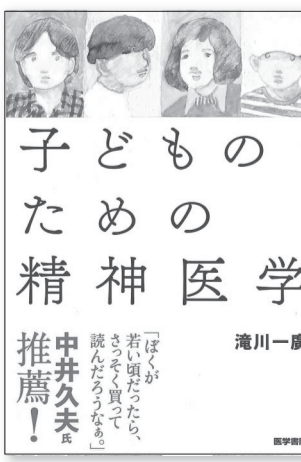
今回紹介した論文はもちろん貴重ですが、他の栄養疫学的な問題も含め、高炭水化物食や減塩が問題であると一般化するのには不十分です。母集団ごとのばらつきはその原因の探索を含め検証するのがエビデンスの評価には必須です。残念ながら、そうした検証もなく不明瞭さが残る論文でも医学雑誌に掲載されるのが現状です。PURE や「ビッグデータ」の類いの多施設の大規模研究が増えている昨今、シンプルさを優先し、真のばらつきを軽んじる研究が増えていると実感しています。研究の規模を問わずどのようなエビデンスが屈強と言えるのかを今一度考えて、研究の実施、発表、解釈に臨みたいところです。



● 飽和脂肪酸摂取量と比較した炭水化物摂取量の脂質代謝の指標への影響の推定 (PMID: 28864143, Appendix 15 より) メタ解析推定値は共に今村氏が算出 (不均一性は有意; p<0.0001)。論文ではメタ解析を用いない方法で 0.020 (0.011-0.029) と推定された。

素手で読める児童精神医学の「基本書」。

子どものための精神医学



発達障害? アスペルガー症候群? 知的障害? 自閉症? ADHD? LD? とところでスペクトラムって何? 一本書を読めば、錯綜する診断名を「認識と関係の座標軸」のもとに一望できるようになる。読めば分かるように書いてある、ありそうでなかった児童精神医学の基本書。事例の機微をすく上げる繊細な筆さばき、理論と実践の生き生きとした融合、そして無類の面白さ! マニュアルでは得られない「納得」がここに。

● A5 頁 464 2017 年 定価: 本体 2,500 円 + 税 [ISBN978-4-260-03037-3]

医学書院

立体的なカラー図版が美しい、定評ある入門テキスト、待望の日本語改訂版

カラーで学ぶ解剖生理学 第2版

Structure & Function of the Body, 15th Edition
▶ 解剖生理学のロングセラーテキストとして原著が高く評価され、日本語版も好評を得た教科書。18年ぶりの改訂に際し現場の教官の意見を踏まえ大幅に内容を刷新。「人体の解剖透視画像」を追加するなど、定評ある美しいカラー図版はより立体的になり、加えて生理学的記述はさらに充実、人体の構造と機能の包括的理解をより深められる内容となった。まとめや問題演習などを含め随所に工夫が施され、読者の学習と理解を促す。程よいボリュームながら、薬学部、看護学部をはじめとした医療系大学の入門教科書として十分な内容を持ち、使いやすい。

訳: コメディカルサポート研究会 竹本 裕美・書間 恵・洲崎 悦子・土方 貴雄
定価: 本体 5,600 円 + 税 B5変 頁 708 図 353・写真 119 2017 年 ISBN978-4-89592-906-6
TEL: (03) 5804-6051 http://www.medsci.co.jp FAX: (03) 5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

『治療指針』のおかげで 解決できた、と実感。

(40歳代・開業医)

60th

今日の治療指針

私はこう治療している

TODAY'S THERAPY 2018

総編集 福井次矢 高木 誠 小室一成

- デスク判(B5) 頁2192
定価：本体19,000円+税
[ISBN978-4-260-03233-9]
- ポケット判(B6) 頁2192
定価：本体15,000円+税
[ISBN978-4-260-03234-6]



年明けの発売が
待ち遠しい

必要な情報を
コンパクトに解説

他科へのコンサル前の
判断基準として重宝

毎年読み比べると、
色々な角度から疾患
見えてくる

『今日の治療指針』のベストパートナー
オールインワン治療薬年鑑。

治療薬マニュアル 2018

監修 高久史麿 矢崎義雄
編集 北原光夫 上野文昭 越前宏俊

web 電子版は、2018年4月(予定)の薬価改定に対応

●B6 頁2752 2018年 定価：本体5,000円+税
[ISBN978-4-260-03257-5]



- ☑両書籍とも購入特典・web 電子版付
- ☑セット購入により、web 電子版で2冊がリンク

- 『今日の治療指針 2018年版』に掲載されている薬剤の詳細情報を『治療薬マニュアル 2018』へのリンクで瞬時に参照。
- 『治療薬マニュアル 2018』に収録されている各薬剤について、それらを掲載している『今日の治療指針 2018年版』の疾患項目を瞬時に参照。

※閲覧期間は2019年1月までとなります。
※2018年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2017年版のもです。
2018年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2018年3月末の予定です。



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