

2011年5月23日

第2929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 (社) 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]アルツハイマー病の克服をめざして——診断・治療の最前線(下濱俊, 朝田隆, 石井賢二)……1-3面
[インタビュー]広がる認知行動療法の可能性(大野裕) / [連載]続・アメリカ医療の光と影/国試合格状況……4-5面
[寄稿]認知症介護における介護者のうつを考える(湯原悦子)……6面
MEDICAL LIBRARY……7面

座談会

アルツハイマー病の克服をめざして 診断・治療の最前線

平均寿命が女性86.44歳, 男性79.59歳(2009年調べ)まで延び, 世界一の高齢化進展国である日本。加齢が最大のリスクファクターである認知症の患者数も増加の一途をたどっている。2010年の時点で認知症の推定患者数は210万人ともいわれるが, 全国の6市町で行われた調査(註1)では, 65歳以上の認知症有病率は平均で約14%に達し, 総人口で換算すると約400万人という非常に高い数値も報告されている。

もはや社会問題であり, その病態解明と克服が強く望まれる認知症。今回本紙では, 認知症の基礎疾患で最多といわれるアルツハイマー病を中心に, 画像診断・薬物治療における最新トピックから今後の認知症診療の在り方まで, 広く議論していただいた。



下濱俊氏 札幌医科大学医学部教授・神経内科学

朝田隆氏(司会) 筑波大学臨床医学系教授・精神医学

石井賢二氏 東京都健康長寿医療センター研究所附属診療所・所長

バイオマーカーによる 早期診断の時代へ

朝田 近年, 病態が進行する前, ひいては症状が出現する前にアルツハイマー病(AD)を同定し, 早期治療につなげようという動きが高まっています。米国でもこのほど27年ぶりに診断基準が改定され, ADの前駆段階といわれるMCI(Mild Cognitive Impairment: 軽度認知障害), さらにMCI以前のpreclinical stageの概念が取り入れられました(図1)。こうして超早期の介入・予防の方向性が明確になるなか, 臨床診断の在り方も, 大きく変化しつつあります。

石井 ADの臨床では従来, 長期間経過を観察することで診断精度を高めてきたのですが, 早期診断の観点からより客観的な指標が求められるようになってきました。そこで最近では, ADの病態の進展を画像でとらえて診断に生

かす, バイオマーカー研究が盛んに行われています。

朝田 バイオマーカーとして最も注目されている, アミロイドβ(Aβ)の研究も進んでいますね。

石井 そうですね。Aβ蓄積をAD発症における最初のイベントとする「アミロイド・カスケード仮説」は10年以上前から提唱されてきましたが, 最近では健常者やMCIの患者にもAβの蓄積が見いだされることがわかっています。AD発症に10-20年先立ってAβの蓄積が始まり, それが神経の機能障害や細胞障害を引き起こし, 脳の局所的な代謝低下, あるいは海馬の萎縮につながるという病態の経過が明らかとなり, 仮説が実証されつつあるわけです。

朝田 課題となるのは, バイオマーカーの診断精度だと思いますが, その点はいかがですか。

石井 J-ADNI(註2)のデータでは, 臨床でADと診断された人の約90%がアミロイドイメージングでも陽性と判定されています。

10%の陰性の原因としては, 神経の脆弱性が高く, アミロイドイメージングでは描出されないほど少量のAβでADが惹起されている可能性や, アミロイドイメージングトレーサーと親和性の低いAβによってADが起きるとする仮説などもあります。ただ, 現実的には臨床診断の誤り, つまりAD以外の病態をADと診断していた可能性が最も高いと考えられます。

下濱 逆に, アミロイドイメージングで陽性所見が出た場合, ADである, もしくはADに進展するリスクはどの程度になるのでしょうか。

石井 その点については追跡研究による確認を待っている段階です。ただ, 健忘型MCIの臨床症状を既に呈して

す。中間報告の段階ですが, “健常者でAβ陽性の人は, 海馬萎縮の進行が速い”など, いくつかのデータが上がってきています。

選択肢が一気に増えた治療薬

朝田 AD発症後の治療については, 日本では今年に入って3つのAD治療薬, ガランタミン(レミニール®), メマンチン(メモリー®), リバスタグミン(イクセロン®/リバスタッチ®)が相次いで承認されました。

下濱 海外では既に, ドネペジル(アリセプト®)にこの3薬を加えた4薬が標準治療薬とされ, 広く使われています。今回日本でも選択肢が増えたことは, 患者やその家族, そして医療者にとっても非常に意義深いことです。朝田 今回承認された3薬のうち, ガランタミンとリバスタグミンは, ドネペジルと同じアセチルコリンエステラーゼ(AChE)阻害薬ですね。

下濱 そうです。これまでの薬理学的研究で, 記憶, 判断, 思考, 注意などの脳機能にアセチルコリン(ACh)が非常に重要な働きをするというエビデンスがあり, ADの患者の脳ではACh

註2) ADNI(Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative)とは, 米国立衛生研究所などを中心に2005年から各国で行われているバイオマーカー探索の大規模臨床観察研究。日本のJ-ADNIは08年度に開始, 健常者・MCI・早期AD患者計600人に対し2-3年間の追跡研究を行う。

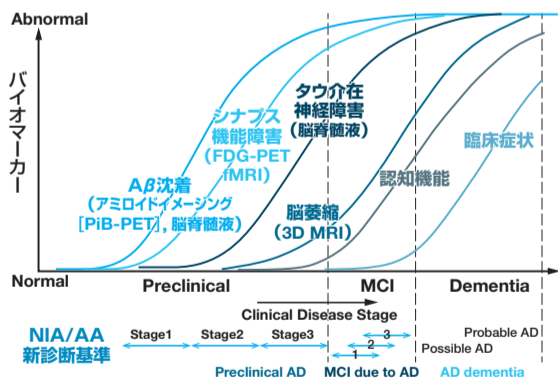


図1 ADの進展におけるバイオマーカーの変化と, 米国立老化研究所(NIA)/アルツハイマー病協会(AA)による新しい診断基準。グラフはLancet Neurol. 2010[PMID: 20083042]より改変

(2面につづく)

精神科関連書新刊(近刊)

医学書院

成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群

社会に生きる彼らの精神行動特性 広沢正孝
●B5 頁192 2010年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01100-6]

専門医をめざす人の精神医学 第3版

編集 山内俊雄・小島卓也・倉知正佳・鹿島晴雄 編集協力 加藤敏・朝田隆・梁俊幸・平安良雄
●B5 頁848 2011年 定価18,900円(本体18,000円+税5%) [ISBN978-4-260-00867-9]

認知行動療法 トレーニングブック

短時間の外来診療編[DVD付] 訳 大野裕
●A5 頁416 2011年 定価12,600円(本体12,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01233-1]

双極性障害 病態の理解から治療戦略まで 第2版

加藤忠史
●A5 頁344 2011年 定価4,935円(本体4,700円+税5%) [ISBN978-4-260-01329-1]

ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ 精神科臨床試験の実践

監訳 樋口輝彦・山田光彦/訳 中川敦夫・米本直裕
●B5 頁228 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01236-2]

サイコシス・リスク シンドローム 精神病の早期診断 実践ハンドブック

監訳 水野雅文/訳 小林啓之
●A5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01361-1]

精神科退院支援ハンドブック ガイドラインと実践的アプローチ

編集 井上新平・安西信雄・池淵恵美
●B5 頁290 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01234-8]

かかりつけ医のための 精神症状対応ハンドブック

本田明
●A5 頁248 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01228-7]

一般臨床医のためのメンタルな患者の診かた・手堅い初期治療

児玉知之
●B5 頁200 2011年 定価3,675円(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01215-7]

精神科の薬がわかる本 第2版

姫井昭男
●A5 頁216 2011年 定価2,100円(本体2,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01385-7]

座談会 アルツハイマー病の克服をめざして

(1面よりつづく)

が減っているという事実もあります。そのためAChの分解を抑制することでAChの濃度を高めるAChE阻害薬が、ADの治療薬として世界的に主流になっているわけです。

ただ、ガラントミンもリバスチグミンも、AChE阻害作用のほかに、それぞれ特有の薬理作用を持っています。ですから臨床で使われるようになれば、ドネペジルではあまり効果がなかった方にも効く可能性が十分にあると思います。

朝田 それぞれ、どのような点でドネペジルと異なるのでしょうか。

下濱 まずガラントミンは、AChE阻害作用に加え、AChが結合するニコチン性ACh受容体の感受性を高めるアロステリック・モジュレーター(Allosteric modulator: 受容体本来の活性部位とは別の部位に結合し、活性の度合いを変化させる薬剤)としての作用も二重に持っています。

朝田 具体的にはどのように働くのでしょうか。

下濱 ガラントミンは、シナプスの前膜と後膜のニコチン性ACh受容体の、AChの結合部位とは異なる部位に結合し、その立体構造を変化させてシグナル伝達の感受性を亢進させます(APL作用)。さらにシナプス前膜ではAChはもとよりノルエピネフリン、セロトニン、グルタミン酸、GABAなどの神経伝達物質の放出を促進し、認知機能を改善させると考えられています(図2)。

朝田 ニコチン性ACh受容体アゴニスト(受容体に働きかけ、神経伝達物質と同様に作用する薬剤)は、長期投与すると、受容体の感受性が低下するという薬剤耐性上の問題が論じられてきましたが、その点はいかがですか。

下濱 ガラントミンの場合、受容体に直接アゴニストとして作用しないため、持続的にニコチン性ACh受容体の感受性を促進させ、認知機能を維持する効果が期待されています。

海外の論文では、AD患者に対して3年といった長期にわたり、かなりの症例数で認知機能を維持する作用があることや、ドネペジルとの比較でガラ

ンタミンのほうが認知機能の維持効果が高いことが報告されています。ただ、これらに関しては、日本でもこれから臨床で検証していく必要があると思われます。

朝田 症候学的なAD治療から一段階進んだ根本的治療(disease modifying therapy)に寄与する可能性があるという点でも、ガラントミンは注目されていますよね。

下濱 ええ。これまでADの治療薬には、“病態の進行によって生じる症状を改善する”という症候学的な治療効果が求められてきました。しかしアミロイド・カスケード仮説が確立しつつある今、“病態の進行そのものを食い止める”根本的治療薬が望まれています。

神経の変性を止める薬は残念ながらまだありませんが、Aβの過剰産生を抑制、もしくはAβのクリアランスを促進し、ADの進行を止める薬が研究されています。現在、過剰産生を防ぐ点からはアミロイド産生酵素の阻害薬の臨床試験が、クリアランスを促進する観点からはアミロイドワクチン療法の臨床試験が世界中で行われている状況です。

朝田 下濱先生のグループでも研究を続けておられますよね。

下濱 われわれが最近報告したのは、ADモデル動物を用いた研究の成果です。Aβを貪食するミクログリアにニコチン性ACh受容体が発現しており、ガラントミンを投与することでAβの貪食・分解が促進され、Aβ沈着が著明に減少、学習機能も改善するという結果が出ています。

朝田 ありがとうございます。

次にリバスチグミンですが、どのような作用を持っているのでしょうか。

下濱 リバスチグミンには、AChEとブチリルコリンエステラーゼ(BuChE)の両方を阻害する作用があります(図3)。

正常脳のコリンエステラーゼのほとんどはAChEであり、BuChEは約10%にすぎませんが、海馬にはBuChEが多く存在しています。また、AChEは神経細胞に発現しますが、BuChEは神経細胞のほか、グリア細胞や血管内皮細胞にも発現するのが特徴です。

ADの進行に伴って、神経細胞の脱



●石井賢二氏
1985年京大医学部卒。同年同大医学部神経内科、86年都老人医療センター神経内科を経て、90年より都老研ボジロン医学研究部門。この間、米国立神経疾患

脳卒中研究所に留学。2010年より現職。PETを用いて脳の加齢変化や認知症をはじめとする神経精神疾患の病態理解・早期診断をテーマとした研究を行っている。

落が起こりAChE活性は低下しますが、一方でグリア細胞は増生し、BuChE活性が上昇します。そこにリバスチグミンのBuChE阻害作用が働くことで、シナプス間隙のACh濃度が上昇し、記憶や思考力の維持、行動障害の改善、日常生活対応の改善といった効果をもたらすことが期待されています。

朝田 海外ではカプセル剤も使用されていますが、日本ではパッチ剤での導入となります。これはなぜなのでしょう。

下濱 リバスチグミンは末梢のBuChEにも作用するため、ほかのAChE阻害薬より消化器系の副作用の報告が多くあり、日本での導入は断念されています。

その一方、現在市販されているAChE阻害薬の中で最も分子量が小さいため、経皮吸収型のパッチ剤に適しているという面もあります。パッチ剤は、経口剤のような血中濃度の急激な上昇がなく、忍容性の高さ、介護者が直接貼布できることから、コンプライアンスの向上が期待できます。実際にカプセル剤に比べると、副作用の嘔気・嘔吐の出現率がそれぞれ3分の1程度であるという報告もなされています。石井 嚥下機能に問題があったり、決まった時間の服薬が難しい患者の方、それに介護者の方にとっても朗報だと思います。

朝田 一方メマンチンは、他の3薬とは作用機序が異なるNMDA(N-methyl-D-aspartate)受容体拮抗薬ですね。

下濱 NMDA受容体は、脳内の主たる興奮性神経伝達物質、グルタミン酸の受容体の1つです。大脳皮質や海馬



●下濱俊氏
1981年京大医学部卒。87年同大大学院医学研究科博士課程修了。同年より米国カリフォルニア大サンディエゴ校神経科学部門(Fred H. Gage教授研究室)に留学。

91年京大助手、2000年同講師、01年同助教授を経て06年より現職。専門はアルツハイマー病などの認知症疾患および神経変性疾患。神経学的診断法に基づく臨床と、最新の神経科学研究の両面から神経疾患をとらえる「治る神経内科」をモットーとする。

に高密度に存在し、記憶に関係する長期増強(LTP)や発達可塑性において中心的な役割を担っています。

ところがADでは、シナプス間隙のグルタミン酸濃度が持続的に上昇し、その結果シナプティックノイズ(シナプス後膜の電位変化)が増大、記憶を形成する神経伝達シグナルを隠してしまうため、記憶・学習機能が障害されると考えられます。それに加えて、AβがNMDA受容体のグルタミン酸認識部位に結合して細胞内にCa²⁺が過剰に流入することで、神経細胞が傷害されると言われています。

メマンチンは、NMDA受容体に拮抗してシナプティックノイズを抑制することに加え、過剰なCa²⁺の流入を抑え、神経細胞傷害を抑制すると考えられています。他のNMDA受容体拮抗薬は生理的な神経伝達にも影響するのですが、メマンチンは生理的な神経伝達時には受容体から解離するという特徴があり、神経伝達シグナルがうまく伝わることで、記憶・学習機能障害も抑制されます(図4)。

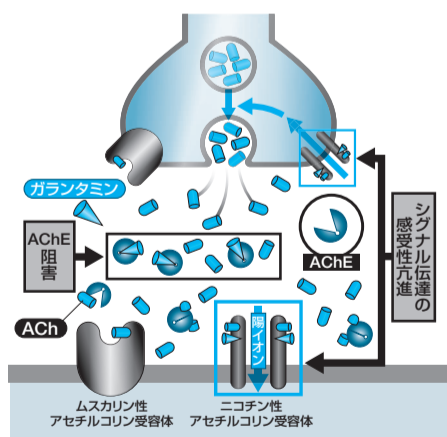
副作用や薬物代謝の観点から使い分けを

朝田 実際に、どの患者さんにどの薬が効果的なのかということは、どのくらいわかっているのですか。

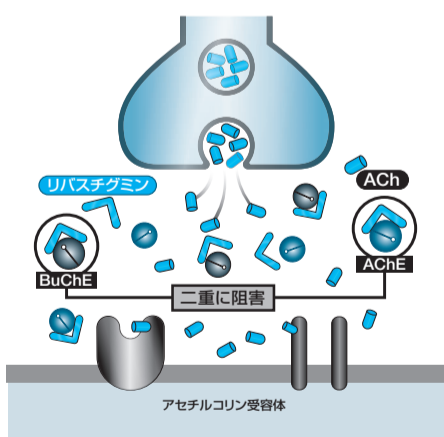
下濱 基本的には状況に応じた使い分けになろうかと思いますが、初診時に軽度のADと診断された場合はAChE阻害薬の選択になるでしょう。また、メマンチンは、中等度から高度AD患者で認知機能低下に対する統計学的に有意な効果が認められ認可されています。ですから中等度以上なら、AChE阻害薬に加えメマンチンの単独使用も選択可能です。

朝田 副作用についてはいかがですか。下濱 同じAChE阻害薬でも、個々の患者によってそれぞれ副作用の度合いが異なる可能性はありますね。ドネペジルでは胃腸症状が非常に強かったのですが、ガラントミンでは少ないというケースもありますし、もちろんその逆もあり得ます。

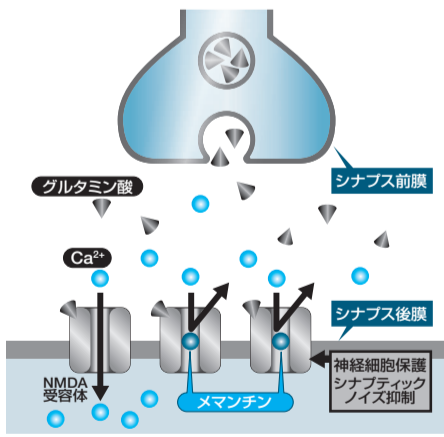
なお薬の併用については、AChE阻害薬同士は併用しないよう、添付文書



●図2 ガラントミンの作用機序



●図3 リバスチグミンの作用機序



●図4 メマンチンの作用機序(静止時) 生理的な神経シグナル伝達時には受容体から速やかに解離し、シグナルの伝達に影響しない

Advertisement for Remynil (Galantamine hydrobromide). Includes the product name, dosage forms (4mg, 8mg, 12mg tablets, 4mg/mL liquid), manufacturer information (Janssen and Takeda), and a 'New Release' badge. Text: 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等は、製品添付文書をご参照ください。 © Janssen Pharmaceutical K.K. 2011 2011年4月作成



●朝田隆氏
1982年東京医歯大医学部卒。同大神経科、山梨医大精神神経科助手などを経て、88年英国オックスフォード大老年科フェロー。89年山梨医大講師、95年国立精神・神経センター武蔵病院精神科医長、2000年同院リハビリテーション部部長。01年より現職。アルツハイマー病を中心に、認知症疾患の基礎と臨床に携わる。『見て診て学ぶ認知症の画像診断 改訂第2版』(永井書店)など編著書多数。

立精神・神経センター武蔵病院精神科医長、2000年同院リハビリテーション部部長。01年より現職。アルツハイマー病を中心に、認知症疾患の基礎と臨床に携わる。『見て診て学ぶ認知症の画像診断 改訂第2版』(永井書店)など編著書多数。

に明記されました。一方で、作用機序が異なるメマンチンとなら、どのAChE阻害薬もおそらく併用できると考えられます。

朝田 併用したほうが治療効果も上がるのですか。

下濱 海外では、ドネペジルとメマンチンの同時使用群とドネペジルの単独使用群とを比較すると、中等度以上のAD患者では、併用したほうが治療成績がよいという結果も出ています。ドネペジルに限らず、ガラントミンやリバスチグミンとメマンチンとの併用法は、今後、日本の臨床で検討されていくと思われま。

朝田 期待したいところですね。

下濱 ええ。また、ドネペジルやガラントミンは主に薬物代謝酵素CYP2D6およびCYP3A4により代謝されますが、リバスチグミンとメマンチンは腎排泄型です。肝障害や腎障害を持つAD患者では、薬物代謝の観点からの使い分けも必要になってくるでしょう。

今後のADNI研究への期待

朝田 石井先生はJ-ADNIに、アミロイドイメージの研究責任者としてかかわっておられます。研究の進展状況はいかがですか。

石井 ADNIにおいて日本は後発なので、なかなか新しい知見を見つけるのが難しいのですが、逆に言うと、開始時に既に画像診断技術の整備が進んでいたため、エントリーされた症例の42%でアミロイドイメージングを実施できています。被験者には健常者も多いので、より早期からのフォローアップができると思いますし、他国より少

し検出感度の高い撮影方法を用いており、非常に少量のAβの蓄積から追跡できるのではないかと考えています。

朝田 Aβ以外のマーカーについて、何か新しい知見は生まれていますか。

石井 マーカーとして活用が期待されているのは、脳脊髄液のAβ42ですね。脳脊髄液のAβ42の値とアミロイドイメージングで見たAβの集積とをグラフにまとめると、きれいな逆相関が見られます。

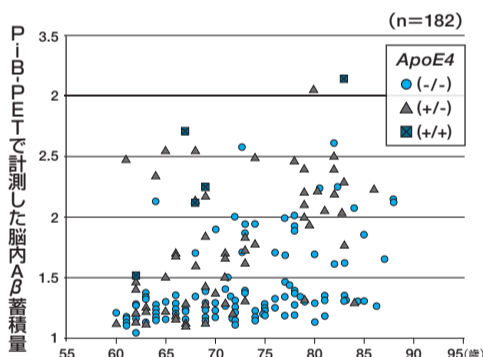
下濱 Aβが脳に蓄積すると、脳脊髄液のAβ42の濃度が下がってくるということですか。

石井 そうなります。ですから、脳脊髄液のAβの検査をアミロイドイメージングとほぼ同じように使える可能性があります。少し侵襲のある腰椎穿刺が必要になりますが、コストは低く済むため、北欧などではADのスクリーニングに活用する計画があるようです。

ただ、どちらの感度がよいのかはまだ明らかではありませんし、脳脊髄液のAβ検査は1つのパラメーターで濃度を測るだけですが、アミロイドイメージングは、脳のさまざまな部位でAβの分布を調べた上で全体の平均値を見ているという違いもあります。ですからアミロイドイメージングの場合、詳細な分布を調べることで、Aβが脳のどの部位にどう溜まっていくか追跡することで、リスクを見極めるといった使い方も考えられるのです。

朝田 アポリポ蛋白E遺伝子上のε4アレル(ApoE4)の有無がAβの集積に大きく影響するというのも、欧米のADNIでは既に示されていますね。

石井 はい。健常者、MCI患者、AD患者をそれぞれApoE4の有無で分けると、ApoE4を持たない健常者のAβ



●図5 健常者における脳内Aβ蓄積に対するApoE4の影響(日米豪ADNIデータより)

陽性率は7%にすぎませんが、ApoE4を有する健常者の陽性率は60%です。MCI患者では、ApoE4を有しない場合の陽性率は50%、有する場合は今のところ陽性率が100%ですから、影響は歴然です。

ApoE4と年齢とをプロットしてみると、ApoE4を有しない群では70歳台あたりからAβが沈着してくるようですが、ApoE4を1個有する群では60歳代からAβ陽性者が現れます(図5)。2個有する人は少数ですが、初めからかなり沈着率が高い。米・豪のADNIのデータと合わせて解析すると、ApoE4が1個あることで、11-12年分、Aβ沈着が早まると推測されます。このApoE4は、今後も非常に重要なトピックになってくるのではないかと考えています。

朝田 ApoE4を有していてもADを発症しない人は、何らかの予防因子をもともと持っている可能性もありますね。

石井 そうですね。米国では既に研究計画が始まっていますが、生活習慣や食品といったライフスタイルなどとも絡めて調べていくと、発症のコントロールに関して新しい知見が得られるかもしれません。

認知症診療のあるべき姿とは

朝田 最後の話題として、今後日本での認知症診療がどうあるべきか、お伺いしたいと思います。

認知症患者やその家族からは、認知症になっても、今までどおり地域で生活していける社会の構築が、かねてから要望されてきました。ニーズに応え、最近では製薬メーカーによる啓発活動や厚労省による認知症かかりつけ医の養成など、地域での認知症診療の底上げも図られていますが、お二人は現状をどうお感じですか。

下濱 世界一の長寿国である日本では、80-84歳の約15%、85歳以上では30%近くの方が認知症になると言われています。少数の専門医だけではとても対応できません。まずはADを含めた認知症が非常に一般的な疾患であることを周知し、地域の医療機関や開業医の先生方にも、通常の病気と同様に診療してもらうこと。一方で地域住民の方に、専門機関以外にも適切な診断、治療ができる場があると認識し

てもらわなければならないと考えています。**石井** 同感です。当診療所の「ものわすれ外来」も数か月先まで予約で満杯で、正確な診断を求める気持ちから受診が大規模医療機関や専門機関に偏り、スムーズな診療ができていない感があります。そうした状況に対処するため、各自治体の医師会などでは「もの忘れ相談医」といった認知症対応医の認定制度を設置し、一定の研修を受けた開業医の方々をリスト化、HPなどで公開しています。何か問題があればまずそのリスト内の医師に相談し、その後専門医のいる病院でより高度な診察・検査を受けるといった流れができれば理想的だと思います。

下濱 入り口となるかかりつけ医と、中核となる専門機関との役割分担を明確にして、おのおの機能を十分発揮できるようにする、病診連携の体制作りが重要ということですね。

朝田 つくば市でも医師会を中心に、認知症に関心の高い内科医と、ケアマネジャーや保健師、地域包括支援センター職員の方々と定期的にミーティングを行っています。そうした場で求められているのは、まずは早期に正確な診断をすること。もう1つは、患者の精神症状や暴言・暴力などでどうしても困ったとき、精神科に「駆け込み寺」となってほしいということです。

全国には約35万床の精神科病床がありますが、認知症の入院患者はその15%を占め、今や統合失調症に次いで第2位です。精神科医も認知症に正面から向き合わなければならない時期に来ているのですが、「駆け込み寺」として「ドンと来い!」と受け止められる精神科医はほとんどいないのが現状です。むしろ脳神経外科医、老年内科医といった方々が認知症に熱心に取り組まれている印象があります。精神科は、他科からアプローチしにくい面もあるとは思いますが、この状況は改善していかなければなりません。

下濱 内科医には、神経内科も含め、認知症の患者さんに精神症状が出たときの対応に困っている方が多くいます。精神科の先生が「最後の砦」として支えてくださると、安心感が非常に大きいと思います。

朝田 精神科が「駆け込み寺」となれるよう努めていきたいと思っています。本日はありがとうございました。(了)

NOVARTIS

発売準備中

アルツハイマー型認知症治療剤 薬価基準未収載

イクセロンパッチ 4.5mg/ 9mg 13.5mg/18mg

EXELON PATCH リバスチグミン経皮吸収型製剤

劇薬 処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

効能・効果、用法・用量、禁忌、使用上の注意等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 (資料請求先) **ノバルティス ファーマ株式会社** 東京都港区西麻布4-17-30 〒106-8618

NOVARTIS DIRECT 0120-003-293 受付時間：月～金 9:00～18:00 www.exelon.jp

発売準備中

NMDA受容体拮抗 アルツハイマー型認知症治療剤

メモリー錠 5mg 10mg 20mg

創薬、処方せん医薬品；注意—医師等の処方せんにより使用すること 一般名/メマンチン塩酸塩 薬価基準未収載

製造販売元(資料請求先) **第一三共株式会社** 東京都中央区日本橋本町3-5-1

提携 **メルツ ファーマシューティカルズ**

「効能・効果」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌を含む使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

2011年3月作成(1104)

広がる認知行動療法の可能性

国立精神・神経医療研究センター「認知行動療法センター」設立に当たって

interview

大野 裕 氏に聞く

慶應義塾大学保健管理センター・教授／厚生労働科学研究「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」主任研究者

2010年度の診療報酬改定で認知療法・認知行動療法が保険点数化され、約1年が経った。うつ病はもとより、さまざまな疾患に対し認知行動療法の効果が認知されつつある一方、適切に認知行動療法を実施できる臨床家の育成が求められている。本紙では、海外との比較などを交え、日本において認知行動療法の専門家をもどのように養成していくべきか、今年度、国立精神・神経医療研究センターに設立された「認知行動療法センター」のセンター長に就任した大野裕氏に聞いた。



●大野裕氏

1978年慶大医学部卒、同大精神神経科入局。85—88年米国コーネル大、88年ペンシルバニア大留学を経て、89年慶大精神神経科講師。2002年より現職。国立精神・神経医療研究センター「認知行動療法センター」センター長、日本認知療法学会理事長などを務める。認知療法活用サイト(ウェブ、モバイルともにhttp://www.cbtjp.net)を監修。近著に『認知行動療法トレーニングブック 短時間の外来診療編 [DVD付]』(医学書院)。

——認知行動療法(以下、CBT)が保険点数化され、約1年が経ちました。大野 この1年間でよかった点は、医師から患者まで、いろいろな方の中でCBTが認知されたことです。薬物療法だけでなく、CBTにも有効性があると知られるようになりました。

しかし、CBTを導入する医療機関は徐々に増えてきていると言っても、その数はまだ不足していますし、提供されているCBTの質も十分なものではありません。今後の課題は、CBTを実施できる医療機関を増やすとともに、CBTの治療の質を向上させ、それを担保することだと思います。

日本と英国におけるCBT教育の現状

——質の高いCBTを身につけるためにはどういった教育が必要ですか。

大野 これまでの日本では精神療法をきちんと学ぶ機会が少なく、臨床現場で独自に学び、スキルを伸ばしていたという傾向があります。

しかし、CBTを適切に習得するためには、2つのレベルで学ぶことが重要です。1段階目が講習会への参加や関連書籍の読書を通して学ぶ方法。そして2段階目が、実際の診療現場で行った治療を基に上級治療者から個別指導を受ける、「スーパービジョン」という方法です。講習所の講義を聞いただけで自動車の運転をするのが危険なように、CBTを実施するに当たっても講習会を受講しただけでは十分であるとは言えず、やはり現場でスーパービジョンを行い、スキルを磨くことが望ましいのです。

ただ、現状ではCBTを学べる施設や指導できるレベルにある人材に限られているため、スーパービジョンまで

行っている方はとても少ないですね。——CBTのスキルが一定のレベルに達していることを認定する制度というのはあるのですか。

大野 世界的な認定の仕組みとして、「Academy of Cognitive Therapy」(認知療法・認知行動療法家国際認定組織、MEMO)の認定制度があります。日本国内でその認定を受けているのは私を含め数人です。

現在の日本では、スーパービジョンで十分な指導ができるのは、その認定者のほか、20—30人ぐらいだろうと思います。今後、指導者を増やしていく必要があります。

——海外にはCBTの教育が進んでいる国があると聞きます。

大野 米国や英国ではCBTの教育が進んでいますね。特に英国では、IAPT(Improving Access to Psychological Therapies)という政策を掲げ、多くのエビデンスが積み重ねられてきたCBTを医療経済の観点からも有効な治療法として導入しており、セラピストの養成にも力を入れています。

IAPTでは、High-intensity CBT(高強度認知行動療法)とLow-intensity CBT(低強度認知行動療法)を使い分けることで、国民に広くCBTを用いた医療を提供しています。前者が日本の臨床場面でも一般的に行われている1対1の精神療法に当たるのに対し、後者は集団への心理教育・認知行動療法やインターネットを介した支援を活用することでより多くの人にアプローチすることができる精神保健・医療サービスです。

このように幅広くCBTを提供するために、High-intensity CBTの専門家、Low-intensity CBTの専門家を、それぞれの標準化されたカリキュラムを用いて育成しています。

日本初のCBT研修・研究施設が誕生

——2011年4月1日より、国内初の認知行動療法の研究・研修を行う施設として、国立精神・神経医療研究センターに「認知行動療法センター」が発足しました。CBTの専門家養成機関として期待されます。

大野 認知行動療法センターでは、医師・臨床心理士・看護師・保健師・精神保健福祉士・薬剤師などさまざまな職種の方を対象に、講習会・スーパービジョンといった研修を行い、毎年100人の専門家や指導者を育成していく予定です(図)。

高強度から低強度までレベルに応じたCBTを学べるコースだけでなく、うつ病、強迫性障害、PTSD、不眠症など疾患別のコースも充実させる予定です。また、これらの人材育成と同時に、講習会およびスーパービジョンの効果を客観的指標で評価し、研修効果を実証していきます。

——研修の評価はどのような方法で行うのですか。

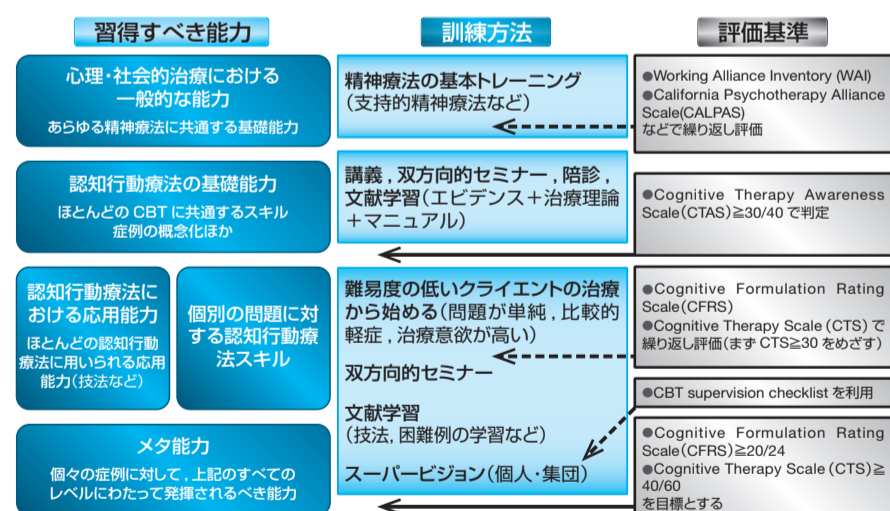
大野 認知行動療法の能力評価指標であるCTAS(Cognitive Therapy Awareness Scale)を用いて知識の評価を行います。また、スーパービジョンに関しては、CTS(Cognitive Therapy Scale)を使って評価する予定です(MEMO)。——さまざまな職種の方を対象にすることで、CBTの裾野が広がっていき

そうですね。今後、資格化なども議論になると思いますが、そのあたりはいかがですか。

大野 すでにいろいろな方がさまざまな場所でCBTを行っているのが現状です。この状況下で1つの基準を設けて評価を行うことは難しいでしょうから、認知行動療法センターでは、まずは「Academy of Cognitive Therapy」の認定取得を支援していきたいと思えます。また、評価に関して言えば、CBTは医療者と患者の協同作業ですから、治療を受けている患者側から簡易な私たちで治療の質を評価できるようになるといいですね。そういう意味で、多面的な評価が行えるように展開できるというのを考えています。

——最後に、認知行動療法センターの長期的な目標を教えてください。

大野 将来的には、センター内で治療を提供できるようにしたいと考えています。また、現在は診療報酬の対象となる治療は医師しか行うことができませんが、今後はそういった縛りを越え、各種疾患に対する治療としてCBTが



●図 認知行動療法センターにおける研修案
厚生科研「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」班により作成された案。認知行動療法センターでは、この案に沿って研修を行うことを検討している。

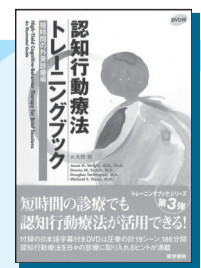
トレーニングブックシリーズ第3弾、待望の短時間診療編

認知行動療法トレーニングブック 短時間の外来診療編 [DVD付]

High-Yield Cognitive-Behavior Therapy for Brief Sessions An Illustrated Guide

本場の技法を「読んで」「見て」身に付けられる、好評シリーズ第3弾。今回は主に外来での活用を想定し、「いかに短時間で効率的に認知行動療法を行うか」に焦点をあてた。さらに薬物療法との併用を意識した記述になっており、精神科診療の現場ニーズに極めて近い内容。自殺念慮、アドヒアランス向上、生活習慣・身体疾患に対するアプローチについても詳述。シリーズ最長、圧巻の19シーン、186分間の日本語字幕DVD付き。

著 Jesse H. Wright
Donna M. Sudak
Douglas Turkington
Michael E. Thase
訳 大野 裕
国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター長

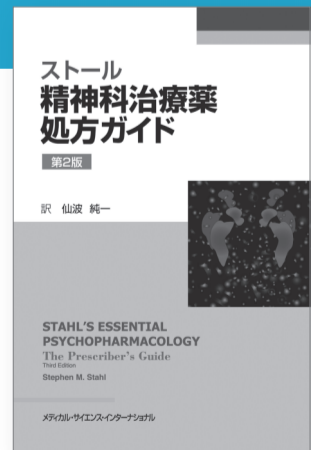


A5 頁416 2011年 定価12,600円(本体12,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01233-1]

医学書院

ストール 精神科治療薬処方ガイド

Stahl's Essential Psychopharmacology: The Prescriber's Guide, 3rd Edition



109の向精神薬、ひとつひとつに丁寧な解説
最新版も見やすく分かりやすい

基本的な精神薬理学の原理を解説した「精神薬理学エッセンシャルズ」と同じ著者による姉妹書、5年ぶりの改訂。新たに10種の薬物が追加され、計109種の向精神薬を取りあげ、実践的な使用法を臨床に即して解説。なかでも副作用の機序や対処法、投薬後に効果がない場合の対処法などは他書にみられないほど詳述。副作用に関する記載の追加をはじめ、細部について多くの訂正・加筆がなされ、情報の更新を徹底。翻訳に際し日本における商品名「適応」「禁忌」などを適宜挿入し、読者に配慮。定評ある見やすく、調べやすいレイアウト、かつオールカラー。専門医に最適、研修医・薬剤師・専門ナースに有用。

訳 仙波純一 さいたま市立病院精神科部長

●定価8,400円(本体8,000円+税5%)
●A5変 頁696 4色 2011年
●ISBN: 978-4-89592-674-4

大好評!

精神薬理学エッセンシャルズ 第3版

Neuroscientific Basis and Practical Applications, 3rd Edition

決定的な評価を勝ち得た Dr. Stahlのテキスト、最新版

監訳 仙波純一/松浦雅人
中山和彦/宮田久嗣

●定価14,700円(本体14,000円+税5%)
●B5 頁912
●図798 4色 2010年
●ISBN: 978-4-89592-640-9



続 アメリカ医療の 光と影

第198回

薬がない!

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

深刻化する薬剤不足

4月19日、ワシントンポスト紙(健康・医療欄)に、テキサス大学M.D.アンダーソンがんセンター白血病部門部長ハゴップ・カンタルジャン医師からの、長文の特別寄稿が掲載された。

寄稿は、2010年末から急性骨髄性白血病(AML)治療薬のシタラピンが全米的に不足、患者の治療に支障を来している現状を訴える内容だった。現在治療率40-50%とされているAMLの治療にあってシタラピンは必須の薬剤とされている。ほかに代替薬はなく、患者にとって「治療に支障を来す」ことは「死」を意味するだけに深刻だった。

不足の原因は供給不足。米国でシタラピンを製造している3企業のうち2企業で「注射薬に不溶物が残存する」問題が発生、製造が中止されてしまったのである。

患者の治療に不可欠な薬剤が入手できなくなる事態に対し、米国内の癌治療施設が「苦渋」の選択を迫られた。「使えなかったら死ぬ」とわかっているが、「現物」がない以上、どこかで切り詰める以外になかったからである。「大人より子供」「寛解期の『地固

め』治療よりも、急性期の寛解導入治療」と、優先度に差をつけて使用を制限するようになったのである。

と、シタラピンの不足は深刻な問題を引き起こしているのだが、現在米国で不足している薬剤はシタラピンだけではない。例えば、2011年4月18日現在、プレオマイシン、シスプラチン、ドキシソルピシン、エトポシドなどの抗癌剤に加えて、ホスカルネット(抗ウイルス薬)、塩化カルシウム注射薬、高濃度塩化ナトリウム注射薬など60品目が食品医薬局(FDA)の「不足薬剤リスト」に収載されている。しかも、薬剤不足はここ数年で深刻化、FDAの「不足薬剤リスト」に収載された品目数で見たとき、2005年の74品目が2010年には211品目と、5年の間に3倍近く増えているのである。

薬剤不足が急速に深刻化した原因については、以下のようなものが指摘されている。

＊原材料調達の問題:コスト減らしのために海外から原材料を調達するケースが増えているため、品質コントロールや安定供給のリスクが大きくなって(2008年、中国製ヘパリン原料に不純物が混入、多数の死者を出した事件は記憶に新しい)。しかも、ひとたび品質に問題が生じた場合、他の

ソースから原材料を調達することが難しい。

＊企業の経営戦略:利幅が小さい薬剤の製造を中止する例が増えている。

＊業界再編:企業の合併・買収などで製薬メーカー数が減少、「寡占化」が進行している。一部の企業で生産に問題が生じたとき、他の企業で不足分を補うことが容易でないため供給不足が深刻化しやすい。

＊「グレイ」マーケット:品薄となった薬剤について、高値で買い占める卸売業者が出現するため品薄に拍車がかかる……etc

利幅の小さい薬剤ばかりに 不足品目が集中する理由

以上のように、複合的な原因が考えられているのだが、ここで私が特に強調したいのは、「不足品目は、比較的古く、利幅が小さい薬剤に集中している」という事実である。例えば、シタラピンの場合も認可されたのは1969年。特許はとっくの昔に切れ、ジェネリック・メーカーが低価格薬品として細々と製造を続けてきた薬剤なのである。

しかし、「細々」とはいつても、ビジネスである以上利益を上げなければならぬし、利益を上げるためには生産・在庫の過剰を抑えることが必須となる。需要と供給のバランスがぎりぎりを取れたところで製造体制を整えてきたのだが、「不溶物の残存」という異常事態によって2企業が生産を中止、一挙に深刻な供給不足を招く事態となったのである。シタラピンに限らず、利幅が小さい薬剤については、一

般に「遊びが著しく小さいハンドルで車を運転する」かのような生産体制が採られるようになってきているため、ひとたび急カーブを切らなければならないような緊急事態が来ると、簡単に車が横転するような結果が生じてしまうのである。

さらに、他の薬剤についても「遊び」が小さいところで生産体制を整えているので、ある薬剤の品薄に対応するために別の薬剤の生産を減らすと今度はその薬剤が供給不足となってしまう。いわば、ハンドルの遊びが小さい車ばかりが走っているのだから、容易に事故が連鎖するようになってきているのである。

というわけで、米国では、シタラピンをはじめ、「利幅が小さい(=儲けが少ない)」薬剤が不足する事態が常態化するようになってきているのだが、その大本の原因は、「市場原理」を徹底することで薬剤供給体制を構築してきたことにあったのである。しかも、私の知る限り、他の先進国では類似の薬剤不足は起こっていないので、「市場原理で医療を運営する国だけに起こる特殊な問題」と言い切つてよいだろう。

「市場原理を徹底すれば『見えざる手』が働いてすべてがうまく回転する、医療も例外ではない」と主張する人は多いのだが、シタラピンの例でも明らかのように、市場原理の下で医療を運営したとき、「他の誰かを儲けさせることができない」患者が、不幸な転帰を強いられるような事態が生じ得るのである。

シリーズ「アウトブレイク」は今回お休みしました。

を全国的に提供することを目指したいですね。人材を育て、多職種の専門家がチームを組んでCBTを使った医療を提供できるようにしていくこともそうですが、CBTのノウハウを幅広い場で活用してもらえるように働きかけていくことも考えています。

例えば、企業であれば、CBTのノウハウを職場のうつ病一次予防対策や復職支援プログラムに役立てることが出来ます。学校であればホームルームなどの時間を利用し、CBTを取り入

れたプログラムを生徒たちに体験してもらうことで、考え方を柔軟にし、他人の気持ちに配慮できるようになるなどの効果が期待できます。もちろん各地域の医療だけでなく、保健や福祉の場面でもCBTを活用してもらえるようになってほしいと考えています。

認知行動療法センターで幅広くCBTのノウハウを提供することで、皆さんの心の健康活動を支援していきたいですね。

—ありがとうございました。(了)

厚生労働省関連の国家試験合格状況

Table with 4 columns: 職種名, 受験者数, 合格者数, 合格者率. Lists various medical and technical professions and their exam results.

MEMO

Academy of Cognitive Therapy の認定に求められる要件

メンタルヘルス領域の学位、40時間以上の認知療法の研修、10例以上の治療経験(症例リストの提出)、5冊以上の認知療法読書(読書リストの提出)、1年以上の認知療法実践経験、会員からの推薦状2通、映像/音声テープでCTS 40/66点以上、CFRS 20/24点以上

※CFRS: Cognitive Formulation Rating Scale(認知の事例定式化評価尺度)

CTAS: Cognitive Therapy Awareness Scale

認知療法の概念および手法の認識度を問う40問の正誤問題(1問1点)。米国の精神科レジデント研修では、CBTの正式なトレーニングを受ける前にCTAS20点後半以上、研修終了時に30点以上を得点できることが必要と考えられている。

CTS: Cognitive Therapy Scale

認知療法の研修における世界標準的な認知療法尺度として使用される評価指標。実際の治療の記録に基づき、セラピストの認知療法スキルを「アジェンダ」「対人能力」「協同作業」といった11項目から評価する(各項目最高1-6点で評価)。Academy of Cognitive Therapyでは、初期認定基準が66点満点中30点以上、認定基準が66点満点中40点以上。

大好評のDVD付き認知行動療法テキスト第2弾、重症精神障害編

認知行動療法トレーニングブック 統合失調症・双極性障害・難治性うつ病編 [DVD付]

Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness An Illustrated Guide

「認知行動療法トレーニングブック」シリーズ第2弾。本書では、統合失調症を中心に双極性障害、難治性うつ病も含む重症精神障害の治療に焦点が当てられている。妄想や幻聴への詳細かつ実践的なアプローチはもとより、陰性症状、認知機能障害や対人関係の問題などまで網羅した、重症精神障害のCBTの決定版テキスト。充実の18シーン、158分間の日本語字幕DVD付。英国医師会「Mental Health Book of the Year 2009」を受賞し、全世界で注目する本場の超一流技法を「読んで」「見て」「身に付けられ、明日から実践できる。」

著 Jesse H. Wright, Douglas Turkington, David G. Kingdon, Monica Ramirez Basco
監訳 古川壽亮
訳 木下善弘
木下久慈



A5 頁452 2010年 定価12,600円(本体12,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01081-8]

医学書院

血行動態をしっかりと理解することが よりよい診療につながる

臨床血行動態学 Textbook of Clinical Hemodynamics

心疾患を正しく診断し、心臓カテーテルを安全に施行するために重要であるが、手技偏重の現在にあって軽視されがちな血行動態に関し詳述したテキスト。圧波形の測定法と基本原理を説明した上で、各心疾患ごとに血行動態の特徴を簡明に解説。鮮明な波形と造影写真を多用し、ヴィジュアル的にもわかりやすい。心疾患に関わる医師に対し、検査結果を的確に解釈し、診断、治療を施行する上で必須の知識を提供する。

臨床血行動態学
高橋利之 JR東京総合病院循環器内科部長
定価8,400円(本体8,000円+税5%)
B5 頁256 図・写真344 2011年
ISBN978-4-89592-682-9

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 FAX: (03) 5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

認知症介護における介護者のうつを考える

寄稿 = 湯原 悦子 日本福祉大学社会福祉学部准教授・社会福祉学



●湯原悦子氏
名大法学部法律学科卒、日本福祉大大学院社会福祉学研究科博士後期課程修了。介護殺人事件の実体的解決、高齢者虐待の防止、介護者支援をテーマに研究を

続けている。著書に『介護殺人——司法福祉の視点から』(クレス出版、2005)等。愛知県高齢者虐待防止対策委員会委員長などを務める。

今朝、朝刊を広げたところ、社会面のある記事に目がとまった。『介護に自信ない』自殺の長女メモ?』(2011年4月4日、中日新聞朝刊)である。老夫婦が自宅で死亡し、長女が飛び降り自殺をしたという内容で、「私がやりました」「今後の介護に自信がない」という内容のメモが残されていたという。自ら命を絶った長女にいったい何が起きたのか、この家庭の介護状態はどうだったのか、記事からは詳細を読みとることはできなかった。

介護者に蔓延する疲労感、将来への悲観

介護者が将来を悲観し、要介護者を道連れに心中を図る、要介護者を殺害するなどの事件(以下、介護殺人)が毎年、全国各地で生じている。

保坂らが2005年に在宅介護者を対象に行った『介護者の健康実態に関するアンケート』によれば、回答した8500人中、約4人に1人がうつ状態で、65歳以上の約3割が「死にたいと思うことがある」と回答した¹⁾。介護殺人の裁判でも、介護を担っていた被告にうつが疑われた事例が少なからず確認されている²⁾。

私は1998年以降、地方紙を含めた全国各地の新聞30紙を用いて介護殺人の動向について調べている。1998—2010年の13年間では、介護殺人は495件報じられており、502人が死亡していた。被害者は女性が多く(男女比26.7:73.3)、加害者は男性が多い(男女比73.5:26.5)。続柄でみると夫が妻を殺害するケースが最も多く(33.9%)、次に多かったのは息子が親を殺害するケース(33.3%)であった。

記事内容から確認できた特徴としては、心中するつもりで要介護者を殺した事件が204件(41.2%)、2人暮らしが183件(37.0%)、加害者も障害または病気など体調不良であったのは196件(40.0%)であった。被害者が寝たきりだったのは148件(30.0%)、認知症がみられたのは160件(32.3%)であった。その他、老老介護の事件も多く、加害者が60歳以上の事件は13年間で57.4%を占めており、2010年は77.8%という高い数値を示した。また、2009年には被害者が90歳以上の事件が8件生じており、在宅介護の長期化による介護者の疲弊が伺える。

いくつかの要因が重なって介護者が追い詰められる

ここでは認知症の母と寝たきりの夫を介護していた娘が将来を悲観し、う

つ状態になり、心中を図った裁判事例を基に、事件が生じた背景について考察する。

被告は夫、母と3人で暮らしていた。近くに住んでいた子どもたち(娘、息子)とは日常的に交流していた。

事件の5年前、母に認知症の症状がみられるようになった。事件が起きた年には徘徊するなど、目が離せない状態であった。そんななか、夫が脳梗塞で倒れて入院、意思疎通もままならない寝たきりの状態になってしまった。

被告は母の食事の準備や洗濯などの家事をこなした後、夫が入院している病院に行き、また自宅に戻って母の食事の準備をするという生活を送っていた。被告は身体が丈夫ではなく、腰痛や高血圧の持病があった上、経済的にも苦しく、多額の借金を抱えていた。次第に不眠がち、食欲不振状態になり、体重は急激に10キロあまり減少した。

被告は母と2人だけの生活に孤独感を募らせ、「母の世話が大変だ」「夫は回復の見込みがない」「自分自身の体調も芳しくない」「家業でできた借金もある、これから生きていてもしかなない」など将来を悲観するようになった。被告はもともと社会的で朗らかな性格であったが、人に会うこともおっくうになり、子どもからの電話にも出なくなり、周りに死ぬことをほめめかすようになった。

事件当日、被告は朝から目のかすみを感じ、昼ごろにはめまいがして足もふらついていた。救急車で病院に行ったところ、医師から「脳動脈瘤の疑いがあり、専門医の診察を受けるように」と言われた。自分も手術を受けなければならない、夫と同じように寝たきりになるのではないかと大きなショックを受け、さらに「母は認知症で、娘とは折り合いが悪く、息子が家庭があり頼ることはできない」「自分が自殺した後は母を世話する者がいなくなる。母を一人残して死ぬことはできない」「母を殺し自分も死のう」と考えた。

子どもらに「母も認知症がひどくなり、私自身も病気で、主人も入院しており疲れました、よろしくお願ひいたします」という遺書を書き残し、母と共に心中を図った。

介護者が事件を起こすほどに追い詰められる背景には、認知症や寝たきりなど要介護者の症状、不眠や食欲不振など介護者の体調悪化、世帯の経済的困窮など、いくつかの要因が確認できる。これらの困難は、一つひとつであればなんとか乗り越えることができるものかもしれないが、ある時期に集中して生じると、結果として介護者に死を決意させるほどの大きなダメージを

もたらす恐れがある。

なかでも、認知症は介護者を追い詰める大きな要因となり得る。妄想、暴行、徘徊などが見られるようになると、介護者は要介護者から目が離せなくなり、外出することもままならなくなる。昼夜逆転になった場合、介護者の体調は一気に悪化する。フルタイムで働いている場合は仕事を続けられず、辞職するケースも多い。これらの症状は、薬を用いればある程度抑えることが可能であるが、要介護者が病院に行くのを嫌がる場合は受診自体が困難になってしまう。また、娘や息子にとって、認知症の親を見るのは精神的につらいことである。元気なころの親の姿を思い出し、現在の姿を受け止められずに苦しむ。このような悩みを一人で抱え込み、うつ状態になった介護者が将来を悲観し、事件発生に至る場合もある。

介護者をうつから救うために求められること

介護疲れなどのストレスが重なったとしても、「殺したいと思う」ほどつらかったとしても、ほとんどの介護者は要介護者を殺しはしない。周囲に助けを求める、保健医療福祉サービスを利用するなどして、なんとか日々の生活が続いている。しかし、ごくまれに要介護者を殺害、あるいは心中するケースが見られる。それらの背景を調べると、うつが事件発生に大きく影響していることに気付く。

うつで危険なのは、判断力が落ち、物事を冷静に考えられなくなる点である³⁾。健康な状態であればなんとか問題解決の方法を考え出すことができる介護者でも、うつ状態になると、前向きな考えは浮かんでこない。死ぬことこそがこの苦境を抜け出す唯一の方法であると思ひ込み、それ以外の事態を打開する方法を考えることができなくなってしまう。

一方、要介護者がうつ状態の場合も注意が必要である。常日ごろから要介護者が「苦しい、死にたい」「殺してくれ」と訴え、介護者が「そんなこと言わないで」「何とかがんばろう」などだめているケースでは、疲労や病気をきっかけに気力が落ちた瞬間、介護者がふっと「一緒に死んだほうが幸せかもしれない」と考え、要介護者と共に心中してしまう事例がみられる。

要介護者がうつ状態の場合、援助者はじっくり話を聞いたり、必要に応じて精神科医の診断を受けてもらったり、ケアの工夫をすることができる。一方、介護者のうつにはどう対応したらよいか。他の家族から精神科を受診

するよう勧めてもらい、デイサービスやショートステイを増やし、介護負担の軽減を図るなどの方法が取られているが、それでは解決できないことも少なくない。

岩手県花巻市では、市内の介護者の実態を明らかにする調査を行い、介護者が直面している困難を明らかにした上で、要介護者がいる家庭に行政職員を派遣し、介護者の状況を確認している。この取り組みは要介護者ではなく介護者を直接の対象にしており、行政職員が訪問するという点で注目すべきである。また、神奈川県相模原市では、2008年に起きた老老介護を苦にした無理心中事件をきっかけに、支援を要する高齢者がどこにいるのかを調べる戸別訪問を進めている。

その他、2009年に福島県で起きた、将来を悲観した妻がALSの夫を道連れに心中しようとした事件をきっかけに、日本ALS協会の福島県支部が患者や家族を孤立させない仕組みを作ろうと「ALS等難病者支援研究会」を発足させた。このように過去に生じた事件をきっかけに、同様の事件の再発をいかに防止するのかを考える視点は重要である。

これらの取り組みを全国的に広げ、支援が必要な介護者を早期に発見し、速やかに適切な対応を行える体制の構築が今、求められている。

●引用文献

- 1) 保坂隆. 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分) 介護者のうつ予防のための支援の在り方に関する研究. 2006.
- 2) 根本治子. 裁判事例にみる医療・福祉・司法の連携の必要性: 介護殺人事件を素材にして. 法政論叢. 2007; 43(2): 39-51.
- 3) 社団法人日本医師会編, 西島英利監修. 自殺予防マニュアル第2版 地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応の指針. 明石書店. 2008; 36-42.

メルマガ配信中

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

医学界新聞メルマガ

★ **島根県医師募集** ★

島根県の地域医療を支えていただく医師を募集しています。

- 平成18年度～平成22年度の実績●
 - 面談人数: 173名
 - 招聘人数: 78名
 - 視察ツアー: 87件
- 研修サポート●
 - 地域での勤務を前提に一定期間レベルアップしたい診療分野の研修を受けることが可能です。
- 地域医療視察ツアー参加者募集●(旅費支給)
 - 将来、島根県での勤務をご希望の医師とその家族を対象に、地域医療の視察ツアーを開催します。日程やコースはご希望に応じます。

島根県医師確保対策室 TEL: 0852-22-6683 e-mail: iryou@pref.shimane.lg.jp

島根の医師確保対策

「私という現象」は本当に存在するのか、「心」はどこまで「脳」なのか

<神経心理学コレクション>

心はどこまで脳ののだろうか

近年の脳科学の進歩や操作的診断基準の普及により、精神医学の拠って立つ地平が大きなパラダイムシフトを起こしている。患者の病的体験を直接的に「了解」しようとするアプローチは廃れ、あたかも精神医学が脳科学の一分野であるかのように語られている。しかし、本当に「心」はすべて「脳」で説明しきれるのだろうか。精神医学、脳科学の根本命題をめぐる、著者一流の考察。

著 兼本浩祐
愛知医科大学教授・精神科学

シリーズ編集 山島 重
河村 満
池田 学

心はどこまで脳ののだろうか

A5 頁212 2011年 定価3,570円(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01330-7]

医学書院

MEDICAL LIBRARY

書評・新刊案内

ケアする人も楽になる 認知行動療法入門 BOOK1・BOOK2

伊藤 絵美 ● 著

[BOOK1]
A5・頁184
定価2,100円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01245-4

[BOOK2]
A5・頁240
定価2,310円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01246-1

【評者】 鈴木 啓子
名桜大学教授・精神看護学

本書は「認知行動療法入門」とありますが、認知行動療法を患者さんに行うための本ではなく、ケアする人々(特に看護師)自身の心身のセルフケアに活用できるための解説書です。

手に取ると、イラストがかわいらしく、忙しい間にも短時間でも読み切ることができる内容です。添付されている図表やシートも、使いやすそうです。自分で実際にトライするタイプの自己トレーニングマニュアルになっており、学生でも十分わかる内容になっています。

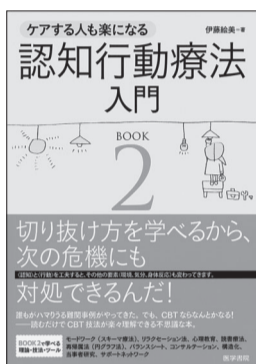
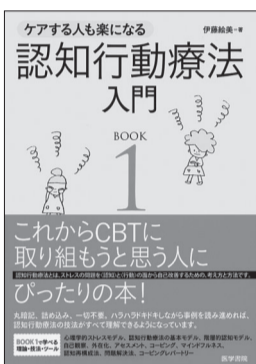
2冊組のうち、BOOK1では、認知行動療法の考え方と手法を具体的に紹介し、臨床で看護師が役立つであろうストレス事例を取り上げて、その実際を学習することができます。この中で著者は認知行動療法の適応と限界、実施に当たっての注意事項も丁寧に述べており、読者が安全に使うということにも配慮してあります。どのようなストレス状況にも効く万能薬というものはどこにもないので、当然といえば当然ですが、きちんと記載されているところに好感が持てます。

また、BOOK2では、実際によくある事例のストーリーを読みながら、読

者自身が「自分だったらどうするだろうか」と考えながら読むことのできる展開となっています。「無能な同僚管理職に腹が立って仕方がないカオルコさん」「キレる医師のいる職場で恐怖を感じるサチコさん」「精神的に不安定な看護学生とのかわり方に悩むタマキさん」といった事例において、相談者の相談の経緯、認知行動療法の導入、展開、その後がストーリーになっているので最後まで読まないとはいられません。つい感情移入してしまい、私も読みながら事例の相談者に共感し、「バカバカ」と罵りたくなってしまいましたが、振り返ってみると、自分自身の身の回りにも似たようなことがあることを感じます。

看護師は常識の通用しない相手にも正攻法で自分が頑張る、あるいは我慢することで問題を解決しようとする人が多いのではないのでしょうか、と著者はやんわりと述べています。真面目だけれども、物事を柔軟に考えることができず、ゆとりのない職場環境のもとで強いストレスを抱えて苦勞しているということです。真面目と正攻法だけでは燃え尽きてしまいます。本書の中で、心身ともに健康な人とは、幅広

認知行動療法の学びと ストレスケアの二挙両得



成人の高機能広汎性発達障害と アスペルガー症候群

社会に生きる彼らの精神行動特性

広沢 正孝 ● 著

B5・頁192
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01100-6

【評者】 阿部 隆明
自治医大教授・精神医学 / 自治医大とちぎ子ども医療センター

1980年代初頭に精神科医のLorna Wingによって提唱されたアスペルガー症候群という名称や、高機能広汎性発達障害、自閉症スペクトラム障害といった用語は、わが国でもこの10年で瞬く間に人口に膾炙するようになった。当初は児童精神医学の領域で起きた現象は、当事者たちの手記の相次ぐ公開をも促し、通常の生活を送っている成人にも定型発達とは異なる認知・行動パターンがあるという理解は進んだように見える。とは言え、高機能広汎性発達障害と言われても、実際にこれを診察したことのない、あるいはこれに気付かなかった一般の精神科医にはイメージがわからない面があった。

なるほど最近では、特にアスペルガー症候群を中心とした高機能広汎性発達障害に関して、精神医学の雑誌で次々に特集が組まれてはいる。しかしながら、いずれも啓発的な解説や症例報告が中心であり、しかも児童精神医学の立場からのものも多く、成人を対象とする一般精神科医の心にはいまひとつ響いていない感があった。発達障害も高機能になればなるほど、また成人になればなるほど、その特性が見えにくくなるためである。こうした事情を踏まえると、本書は統合失調症をはじめとした成人の精神病理に精通した著者が成人の高機能広汎性発達障害を論じている点で特筆に値する。

く、多様な対処行動(大したことなく、ちょっとしたこと)が取れ、時には「迂回する」「放置する」「助けてもらう」といった柔軟な対処方法を用いることができる人だと記載されていたのが印象に残ります。

本書は入門書ではありますが、認知行動療法の基本的な理論、技法、ツールについても事例を通してわかりやすく紹介され、さらに深く学びたい読者のために、専門書の紹介や研修会、学会なども紹介されています。学生支援

その内容は5部から成る。第I部では広汎性発達障害の簡単な解説と問題提起がなされていて、執筆の意図が明確になる。第II部では詳しい症例記述から論を起し、発達障害者の世界や自己像を説明している。例えば、彼らはタッチパネル様の自己イメージを持ち、その都度タッチパネルを開いたときに展開するウィンドウの中で対象側と一体化するという。こうした患者の体験に即した広汎性発達障害的の自己の存在様式に関する説明は非常にわかりやすい。症例は著者の臨床経験に基づいて創作されたということだが、いずれも臨場感にあふれた記載で、患者の息遣いが見事に伝わってくる。第III部では彼らの精神行動特性が具体的に例示されていて、その人物像が把握しやすい。第IV部では、さらに症例を追加した上で、発達障害の精神病理を論じながら、ほかの精神障害との合併や異同についても詳述している。第V部では、この障害をめぐる今後の課題が手際よくまとめられている。

このように、本書は成人の高機能広汎性発達障害について抱かれる一般精神科医や臨床心理士の関心を網羅していると言っても過言ではない。主要文献も過不足なく挙げられており、成人の同障害を理解したい精神科関係者にとって、水先案内となる格好の一冊である。

や患者支援にも使える可能性を感じさせてくれる本です。最後に、「あの学生はどうしようもない!」「あの教員(看護師)は困る!」「こんな職場で働いてられない!」など毎日腹立たしいことでストレス多くお過ごしの方のおられましたら、ぜひ、ご一読をお勧めします。読むだけでも、気持ち楽になりますよ。

「週刊医学界新聞」 on Twitter!
(igakukaishinbun)

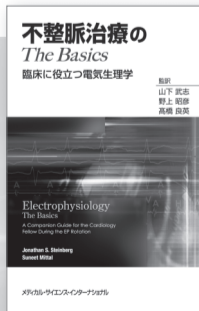
不整脈治療のThe Basics

Electrophysiology: The Basics - A Companion Guide for the Cardiology Fellow during the EP Rotation

新刊

臨床に役立つ電気生理学

「臨床」に生かせる「基礎」をしっかりと整理



病棟、外来で不整脈治療を行う観点で臨床電気生理学の知識をまとめたコンパクトガイド。不整脈の診断と治療を進めるにあたり、必要十分な知識を提供。カテーテルアブレーションやデバイス治療、薬物治療を行う前に理解すべき基礎知識として、実践的なポイントを押さえた内容になっている。研修医や専門医をめざす若手医師、また心臓電気生理学に苦手意識を持つ循環器科医に、不整脈の標準的な治療とは何かをイメージさせる一書。

監訳 山下武志
心臓血管研究所常務理事・研究本部長
野上昭彦
横浜労災病院不整脈科部長
高橋良英
横浜労災病院循環器センター内科部長

- 定価5,250円 (本体5,000円+税5%)
- A5変 頁312 図113・カラー図13
- 2011年
- ISBN978-4-89592-675-1

“不整脈”関連好評書

<p>EPカンファレンス 第2版 症例から学ぶ不整脈・心臓電気生理</p> <p>著 宮崎利久</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 定価7,140円 (本体6,800円+税5%) 	<p>不整脈治療薬ファイル 抗不整脈薬治療のセンスを身につける</p> <p>著 村川裕二</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 定価5,250円 (本体5,000円+税5%) 	<p>心筋細胞の電気生理学 イオンチャンネルから、心電図、不整脈へ</p> <p>著 山下武志</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 定価4,830円 (本体4,600円+税5%)
--	--	--

わかる!できる!クリニカルパス ~基本と実践~

日本クリニカルパス学会・医学書院 主催 2011年度クリニカルパス教育セミナー

大阪 定員 400名

2011年7月9日(土) 13:00~17:15
千里ライフサイエンスセンター ライフホール
豊中市新千里東町1-4-2
千里ライフサイエンスセンター5階
座長 副島秀久 (済生会熊本病院)
山中英治 (若草第一病院)

プログラム

- バス使用時の医療記録・看護記録の考え方 森崎真美(済生会熊本病院)
- クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴 勝尾信一(堀井総合病院)
- 分析を意識したバスの作成 (含 ベースックアウトカムマスター(BOM)について) 若田好史(九州大病院)
- DPC時代で活躍するクリニカルパス 田村茂行(関西労災病院)
- 地域連携バスを使った地域医療ケア向上への取り組み 里井壯平(関西医科大学附属枚方病院)

東京 定員 400名

2011年7月23日(土) 13:00~17:15
学術総合センター 一橋記念講堂
東京都千代田区一ツ橋2-1-2
学術総合センター2階
座長 濃沼信夫 (東北大学大学院)
齋藤 登 (東京女子医科大学)

プログラム

- バス使用時の医療記録・看護記録の考え方 久保田聡美(近森病院)
- クリニカルパス電子化のポイント・落とし穴 岡本泰岳(トヨタ記念病院)
- 分析を意識したバスの作成 (含 ベースックアウトカムマスター(BOM)について) 島井健一郎(国立がん研究センター)
- DPC時代で活躍するクリニカルパス 中村廣繁(鳥取大学医学部附属病院)
- 地域連携バスを使った地域医療ケア向上への取り組み 田中良典(武蔵野赤十字病院)

参加費：5000円(資料代・消費税含む)
申し込み方法：学会ホームページ(http://www.jsccp.gr.jp)からオンラインで受付致します。
セミナー受講者には「セミナー修了証」を発行いたします。

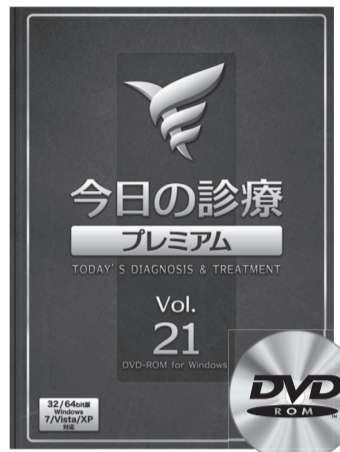
お申し込みに関するお問い合わせ：
日本クリニカルパス学会事務局
TEL 03-3470-9978 FAX 03-3470-9962
E-mail: jsccp-admin@umin.ac.jp

内容に関するお問い合わせ：
株式会社医学書院PR部 電話 03-3817-5696

診断から治療・投薬まで、幅広い診療科目をカバーした国内最大級リファレンス。最新の研究成果に基づく最も効果的な治療法の情報を簡単に検索できます。

今日の診療 プレミアム Vol.21

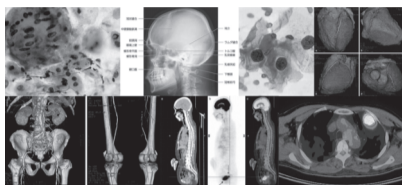
DVD-ROM for Windows



DVD-ROM版 2011年
価格76,650円(本体73,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01355-0]
消費税変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

解説項目は約88,200件、文中リンクは約72,000件、図表・写真は約12,200点を収録。お手元のパソコンで合計約17,500ページ以上の情報に手軽にアクセスできます。



2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

「今日の診療」に入力した検索語を使って、電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」を検索できます。医学書院から発行されている全雑誌を対象に検索を行うことができます。
※インターネット接続環境が必要です。また、全文の閲覧には別途料金がかかる場合がございます。

3 ハードディスクにデータを格納して使用できます

インストール時にハードディスクにデータを格納しておけば、次回以降、DVDを用意する手間が省けます。
(※初回起動時のみインターネット接続環境が必要です)

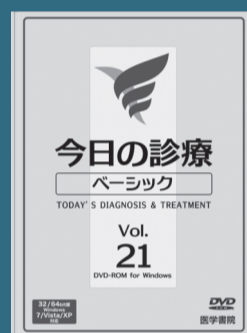


4 収録書籍4冊が更新されました

書籍の改訂にともない「今日の治療指針 2011年版」「今日の整形外科治療指針 第6版」「臨床検査データブック 2011-2012」「治療薬マニュアル 2011」の4冊を更新しました。

5 高機能リファレンスツールとして使いやすさを継承

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、操作状態の保存など細かな使い勝手の向上や、高速全文検索といった、臨床の場で求められる「素早さ」を追求しました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.21」もご用意しております

今日の診療 ベーシック Vol.21

DVD-ROM for Windows

DVD-ROM版 2011年
価格54,600円(本体52,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01357-4]

収録内容詳細 (★: Vol.21において改訂)

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① **今日の治療指針 2011年版★**
下記の付録を除く全頁を収録
(臨床検査データ一覧/新薬、医薬品等安全性情報)
- ② **今日の治療指針 2010年版**
口絵・付録を除く全頁を収録
- ③ **今日の診断指針 第6版**
付録を除く全頁を収録
- ④ **今日の整形外科治療指針 第6版★**
付録を含む全頁を収録
- ⑤ **今日の小児治療指針 第14版**
付録を含む全頁を収録
- ⑥ **救急マニュアル 第3版**
全頁を収録
- ⑦ **臨床検査データブック★**
2011-2012
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ **治療薬マニュアル 2011★**
付録の一部を除く全頁を収録

プレミアムにのみ収録

- ⑨ **新臨床内科学 第9版**
付録を含む全頁を収録
- ⑩ **内科診断学 第2版**
序・付録を除く全頁を収録
- ⑪ **今日の皮膚疾患治療指針 第3版**
付録を含む全頁を収録
- ⑫ **臨床中毒学**
付録を含む全頁を収録
- ⑬ **医学書院 医学大辞典 第2版**
付録を含む全頁を収録

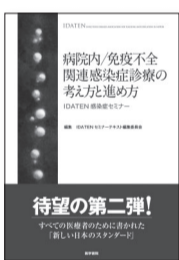
IDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナーの好評2冊

病院内/免疫不全関連感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

医療者であれば誰もが遭遇する病院内感染症。医療が複雑化、高度化するなかで増加する免疫不全関連感染症。医療者はそこに、どうアプローチしたらよいのか。本書では、気鋭の講師陣がこれらの感染症における診療の考え方と進め方をわかりやすく解説する。「新しい日本のスタンダード」を示すIDATEN(日本感染症教育研究会)感染症セミナー待望の第二弾!

●B5 頁328 2011年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01244-7]



市中感染症診療の考え方と進め方 IDATEN感染症セミナー

編集 IDATENセミナーテキスト編集委員会

●B5 頁216 2009年 定価3,675円
(本体3,500円+税5%) [ISBN978-4-260-00869-3]

日常診療で誰もが遭遇する市中感染症。医師は目の前の患者をどう診断し、治療していったらよいのか? 感染症診療の新时代を拓くIDATEN(日本感染症教育研究会)講師陣が、そのプロセスをわかりやすく解説する。相互レビューによって吟味された1つひとつの項目に、「市中感染症診療のスタンダード」が示されている。

知らないこと、議論の余地のあることを僕らはもっと語るべきだ。

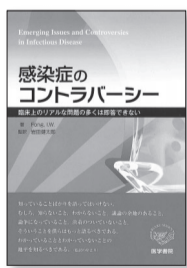
感染症のコントラバシー

臨床上のリアルな問題の多くは即答できない

著 Fong, I.W. / 監訳 岩田健太郎

わが国の感染症関係の教科書はほとんどが「答え」を提供するものだが、実は感染症の世界には多くの問題、謎、未解決領域が存在する。本書はこれら controversial な問題をテーマに、それぞれの読者に対して「自分はこれから何を考えなくてはならないのか」と問いかける一歩進んだ書籍。答えを教えるだけの教科書がもたれなくなったら、最初に手に取りたい1冊。

●A5 頁504 2011年 定価5,775円(本体5,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-01182-2]



感染症への標準的アプローチが専門外の医師にも理解できる

感染症ケースファイル

ここまで活かせる グラム染色・血液培養

監修 喜舎場朝和・遠藤和郎 / 執筆 谷口智宏

本書は以下の5点の特徴がある。①著者自身の経験症例の詳細な情報と豊富な写真、②case conference方式により、知らぬ間にプレゼン法が身につく、③リアリティのある塗抹標本、④どんな施設でも活用できる「適正使用の5原則」を遵守した抗菌薬の選択、⑤市中病院での抗菌薬の感受性表と、適正使用のDOs & DON'Tsの提示。本書は専門医のいない市中病院で、感染性疾患を当たり前にかつ楽しく診療することを伝えている。

●B5 頁272 2011年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01101-3]



圧倒的情報量で“考える検査”を強力サポート

TEST SELECTION AND INTERPRETATION

臨床検査データブック

LAB DATA 2011-2012

- 監修 高久史磨 自治医科大学学長
- 編集 黒川 清 政策研究大学院大学教授
- 春日雅人 国立国際医療研究センター研究所長
- 北村 聖 東京大学教授

No.1 検査値判読マニュアル



本書の特徴

- 保険点数情報を新たに収録! 付録で包括点数もわかる!
- 新見出し「関連する検査」で他検査との関連性がわかる!
- 新規保険収載項目など最新情報を掲載!
- 検査項目ごとに詳解! 異常値のメカニズム!
- 主要検査項目を★(1~3個)でランク付け!
- 現場で役立つ「基本検査チェック」
- 臓器系統別の適切な検査計画モデル!
- 判読・採取保存・薬剤影響などの注意事項!
- 一目でわかるパニック値と原因病態名の一覧表掲載!
- 主要疾患の検査データ! 異常値・経過観察の検査など!
- 「医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響」を収録!

●B6 頁1074 2011年 定価5,040円(本体4,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01175-4]



医学書院

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