

2022年11月21日

第3494号

週刊(毎週月曜日発行)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
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] がん診療25年の歩みと次の見取り図(勝俣範之、山本昇、後藤悌) 1-2面
- [連載] 誤嚥性肺炎のリハビリテーション…………… 3面
- [寄稿] DELIVER試験の舞台から(近藤徹)/[視点] 認知症と見分けにくい高齢者の発達障害を見逃がさないために(佐々木博之)…………… 4-5面
- MEDICAL LIBRARY/[取材] MITを全国の失語症患者へ…………… 6-7面

座談会

がん診療25年の歩みと

次の見取り図



勝俣 範之氏 = 司会

日本医科大学武蔵小杉病院
腫瘍内科教授

山本 昇氏

国立がん研究センター中央病院
副院長/先端医療科 科長

後藤 悌氏

国立がん研究センター中央病院
呼吸器内科 外来医長

勝俣範之氏らが初版の編集に携わった『がん診療レジデントマニュアル』(医学書院)発行から25年を経て、この度第9版が上梓された。四半世紀の間には分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬といった画期的な治療薬の登場など、がん診療の在り方自体が大きく変容した。本紙では勝俣氏を司会に、同じく本書の編集にかかわる山本昇氏、後藤悌氏の3氏による座談会を企画。近年の歩みを振り返るとともに、高齢化に伴い重要性を増し続けるがん診療は今後どう変わっていくのか、その展望を語った。

さまざまな出版社に相談したものの、発行を断られたそうです。その経緯を知っていたので、私から当時の上司だった渡辺亨先生(浜松オンコロジーセンター)に相談し、総長の故・阿部薫先生から医学書院に企画を持ち込んでもらいました。

後藤 レジデントから話を上げたのですか。すごいですね。

山本 当時レジデントだった私も、抗がん薬の血管外漏出に関する項目を執筆担当したのを覚えています。

勝俣 「レジデントによる、レジデントのためのマニュアル」がコンセプトですからね。レジデントが執筆を担当する方針は今も踏襲してくれているのですよね。

山本 はい。ただ、専門的知識を要する内容は、該当領域の医師に確認を依頼しています。また、レジデントが配属されていない領域もあって、担当に悩むこともありますね。一方で、例えば肺がんや胃がん、乳がんなど症例数の多い領域は、自ら「書きたい」と言ってくれるレジデントもいます。

後藤 執筆に前向きに取り組んでくれる若手が多いのは、伝統がなし得る業でしょう。締め切りなどもきちんと守ってくれます。もちろん、われわれがプレッシャーをかけているのもあるでしょうけど(笑)。

勝俣 誇りを持ってくれているのは素晴らしいことですね。昔の編集委員会はすったもんだしたものです。中でも第4版の編集時に、中島光先生(米セントルーカス大病院/テンプル大)と山本先生が喧嘩を始めたのは印象的ですね。でも、それほど真剣に取り組

んでいたということですよ。

山本 喧嘩というほどではなかったですけど(笑)。米国帰りの中島先生が米国の標準治療を推奨されるのに対し、抗がん薬の用法・用量の違いなど、日本の現状から完全に離脱できない当時の私がいました。ただ、今から考えると非常に刺激を受けました。また、版を重ねて緩みかけていたエビデンスベストの方針を、中島先生が再確立してくれたのですよね。

勝俣 その後、私は第5版を最後に編集から離れてしまいました。この度発行した第9版からは後藤先生が編集の中心を担っていると聞きます。何かと苦労されるかと思いますが、この本を引き続きよろしくお願いしますね。

後藤 はい。学びがいがあり面白い領域ですので、若手には本書をきっかけにして、ぜひがん診療に興味を持ってほしいですね。

がん薬物療法の2大変革

勝俣 さて本日は、本書にちなんでこの四半世紀におけるがん診療の歩みを振り返り、今後の展望までお話しできればと思います。おふたりは、がん診療の変化をどうとらえていますか。

山本 長期生存できる患者さんが増えました。私が当院に赴任した1995年当時、肺がん患者さんの予後は1年だと指導されました。現在は気づけば5年の付き合いという患者さんも多くいらっしゃいます。

後藤 もちろん患者さんごとの幅があ

(2面につづく)

エビデンスに基づく腫瘍内科レジデントのための本、誕生!

勝俣 気心の知れた3人ですが改めて、今日は集まっていただきありがとうございます。私が企画に携わった『がん診療レジデントマニュアル』(医学書院)が、初版発行から四半世紀の節目を迎えました。山本先生が第2版から、後藤先生が第7版から現在まで編集に携わってくれています。

後藤 初版はどのような経緯で発行に至ったのですか?

勝俣 きっかけとなったのは、それまでエビデンスに基づいた信頼できるが

んの教科書がなかったことです。1990年代後半の当時は、EBMという言葉が米国で生まれたばかりの黎明期でした。その中で私は、「自分が臨床で使用できる本が欲しい」と考えました。また当時、がんは外科が診ていたため需要が懸念されたものの、私は「腫瘍内科」と「エビデンスベスト」にこだわった教科書にしたかった。実は、本書にはプロトタイプがあったのですよ。

山本 そうなのですか。

勝俣 ええ。国立がんセンター中央病院で、私の前にチーフレジデントを務めた小山博史先生(東大)が院内の研修用に作った「がんセンターレジデントマニュアル」です。小山先生もさま

<出席者>

●かつまた・のりゆき氏

1988年富山医大卒(現・富山大)卒。茅ヶ崎徳洲会総合病院(当時)での研修を経て、92年国立がんセンター中央病院内科、2003年同院薬物療法部薬物療法室医長。04年米ハーバード大公衆衛生大学院留学。10年国立がん研究センター中央病院乳腺科・腫瘍内科外来医長。11年より現職。『がん診療レジデントマニュアル』(医学書院)を企画し、第5版まで編集を務める。近著に『ジェネラリストのためのがん診療ポケットブック』(医学書院)。

●やまもと・のぼる氏

1991年広島大卒。95年国立がんセンター中央病院内科にて研修後、同院呼吸器内科、医員を経て、2013年より先端医療科科長。19年より臨床研究支援部門長、副院長(研究担当)を兼務。第2版から『がん診療レジデントマニュアル』の編集に参画する。呼吸器内科を専門とし、新規抗がん薬の早期開発に携わる。

●ごとう・やすし氏

2003年東大卒。同大病院、三井記念病院、国立がんセンター中央病院などで経験を積んだ後、11年より東大病院呼吸器内科助教。14年国立がん研究センター中央病院呼吸器内科医員、16年より現職。『がん診療レジデントマニュアル』第7版から編集に参画。この度発行した第9版では、編集の中心的役割を担った。診療の傍ら、呼吸器腫瘍に関する新薬の開発・実用化に尽力する。

医療者の診療の一助となり、がん患者の診療へ還元されることを切に願って。

がん診療レジデントマニュアル

第9版

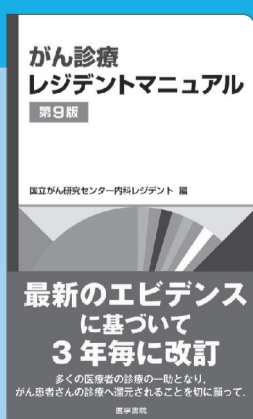
編集: 国立がん研究センター内科レジデント

●B6変型 2022年 頁664
定価: 4,950円(本体4,500円+税10%)
[ISBN 978-4-260-04976-4]

国立がん研究センター中央病院・東病院のレジデントが中心となり、最新のエビデンスに基づき、3年毎に改訂しているマニュアルの第9版。分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬、抗体薬物複合体の導入により、近年各がん種の治療が大幅に変わってきているが、まずは腫瘍内科の知識の幹となる情報を学び、基本的な知識を学ぶための土台として活用頂きたい。



医学書院



(1面よりつづく)

りますね。5年以上治療を続けている患者さんといえば、予後の悪い患者さんもやはりいらっしゃいます。また、以前は当初の見込みと疾患の進行が概ね一致していましたが、経過中に病状がダイナミックに変わることが増えました。2年以上、まるで病気など抱えていないかのように元気に過ごした後に、急激に悪化する患者さんがいるのです。

勝俣 特にお二人の専門である肺がん患者さんの予後は劇的に変わりましたよね。それはひとえに治療が進歩したためでしょう。どんな治療が生まれたか、改めて教えてください。

山本 まず挙げるべきは、やはり分子標的薬 (MEMO ①) です。今ではより優れた薬が上市されていますが、肺がん領域で画期的だったのは、何と言っても2002年に非小細胞肺癌に対して実用化されたゲフィチニブ (イレッサ®) です。患者さんの長期予後が見込めるようになり、10年近く継続してイレッサ®を使用している患者さんもいます。

勝俣 現場では衝撃的でしたよね。

分子標的薬の次の進歩が、免疫チェックポイント阻害薬 (MEMO ②) の実用化です。どのような印象でしたか。

後藤 腫瘍内科医になって初めて、「治るかも」と期待を持ちました。中でも肺がんにはよく奏効しますね。肺がんでは、2015年12月にニボルマブ (オプジーボ®) が、切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に対して初めて承認されました。それからまだ7年ほどですが、ニボルマブ投与後に寛解し、その間全く無治療の患者さんもいます。再発が起こり得るがんについて、何年経過すれば「治った」のかはわかりませんが、近い状態と言えるでしょう。

勝俣 素晴らしいですね。がん共存できる時代になったと言って良いでしょう。この四半世紀のがん診療において、90年代後半から2000年代初頭の分子標的薬の実用化が第一の変革で、10年代の免疫チェックポイント阻害薬の実用化が第二の変革ですね。

山本 それから、以前と比べると緩和ケア科からの協力も得やすくなりました。また一般への周知も進み、患者さんからも緩和ケアの導入を肯定的にと

らえていただけます。がん治療に伴う肉体的・精神的負担に立ち向かうには、治療開始早期からの緩和ケアが欠かせません。転院・退院調整などさらなる連携強化は必要ですが、個人的には新規薬剤の開発と同等の進歩だと考えています。

「ドラッグロス」を防ぐべく、創薬の促進を

勝俣 では、がん診療は今後どのように変化していくのでしょうか。例えば、2019年にはがんゲノム医療 (MEMO ③) が保険適用され注目を浴びました。山本先生はがんゲノム医療にも携わっていましたが、手応えはどうでしょう。

山本 臨床試験を含め、遺伝子異常に対応した薬剤投与にうまく結びつけば、がんが劇的に縮小することもあります。つまり、一部の人は大逆転です。

勝俣 あくまで一部なのですね。確かに遺伝子パネル検査で判明した遺伝子変異に対応する治療薬の投与に結びつくのは、約10%と言われます。

山本 あまり知られていませんが、その10%の全員に効くわけではなく、明確に効果が得られるのはそのうち40%ほどです¹⁾。また、遺伝子異常が見つかってでも対応する薬がないことも多々あります。

勝俣 今後のがん診療の課題は、遺伝子異常を解明しても薬がない点になるのでしょうか。新薬の開発が課題になりますね。

山本 私は、国内で新薬が使用できなくなる「ドラッグロス」を懸念しています。2000年頃、海外で承認された薬が国内で使用できないドラッグラグが社会問題になりました。当時は数年遅れで本邦でも承認され使用できましたが、それすらもなくなってしまふかもしれません。

現在、新薬の開発は海外のバイオテックが精力的に行っています。それらのベンチャー企業は優れた技術を有している一方で資金力に乏しく、米国を中心としたより市場の大きな国に焦点を合わせる傾向が強い。彼らがわが国にマーケットとしての魅力を感じなければ、国内で新薬の開発が行われなくなるだけでなく、海外承認薬を国内で

承認するためのブリッジング試験も行われなくなっていくのではないのでしょうか。

後藤 薬剤の承認に関する本邦の規制が厳しいことが理由の一つです。諸外国とは「承認」の意味が異なり、承認と保険償還がセットになっているのは本邦のみです。承認を受けた途端に最もエビデンスに基づいた治療を提供でき、国民皆保険制度により患者さんの負担も少なく済みます。対して経済が優先され薬の使用を費用対効果で制限する他国では、承認されても患者さんの自己負担となることも多く、われわれほど薬を自由に使えません。

これからどうかじを切るかが重要です。これからも「大きな政府」で社会保障を続けるならば、バイオテックに働き掛けてドラッグロスを解消するための方策が必要です。一方で現在のような社会保障をやめて規制を緩めれば、患者さんの負担は増えるものの新薬をわが国でも使用できるでしょう。特に肺がんの領域では、一度承認された薬ならば本邦は使用量が多く、薬剤の売り上げは米国、中国に次いで世界で第3位と大きなマーケットですから。

勝俣 国内での新薬開発も推進しなければなりません。日本ではあまり日の目が当たりませんが、創薬は重要です。

米国では、国立がん研究所と米国食品医薬品局 (FDA)、そしてバイオベンチャーを含む製薬企業とが月1回など頻繁にミーティングを行うそうです。また、各機関同士の人材交流も活発で、産官学が一体となって創薬に取り組んでいます。対して、国内は規制が厳しいのです。PMDAの退職後2年間は、製薬企業等に関連の業務に就くことができません。人材交流や連携を強化して、臨床研究を行う。そうして創薬を進める体制が構築できれば理想的ですね。

ジェネラリストとの「役割のシェア」が求められる

勝俣 がん診療には他領域との連携も欠かせません。高齢化に伴いがんの罹患数が増え続ける中、これからのがん診療においては特に総合内科医やプライマリ・ケア医など、ジェネラリストとの連携がより重要になると考えています。しかし、ジェネラリストの中にはがんを苦手とする医師が多く、また、そもそもがん診療の進歩や実際、生じる副作用などに対する周知が進んでいないと感じます。

山本 診療のすそ野を広げるためには、地域の先生方にも診てもらえるといいですね。

勝俣 ええ。実際に多くのプライマリ・ケア医ががんを診ていて、関心は高いのです。ただ、がん治療医への不信感もあるようです。彼らからすると、最初の診断を行って専門医に紹介した後はほとんど音信不通になり、終末期になって抗がん薬の副作用を抱えた患者さんが再び来院する。もちろんわれ

われも患者さんのために悩みながら診療を行っています。これからは情報共有を密にし、患者さんの途中経過も見てもらいながら情報を共有していく。そうして腫瘍内科医の診療内容を知ってもらう働き掛けが必要だと思います。

その橋渡しとして刊行したのが、『ジェネラリストのためのがん診療ポケットブック』(医学書院)です。あえて治療法の詳細は詳述せず、副作用への対応や予防・検診、食事、代替療法、緩和ケアまで、プライマリ・ケアを担う医師にぜひ知ってほしいことを記載しました。

山本 本書を取っ掛かりにして、がん領域に興味を持ってもらう。より深く学びたい方に『がん診療レジデントマニュアル』を参照してもらえるといいですね。

勝俣 双方は補完的な内容になっていると思います。『ジェネラリストのためのがん診療ポケットブック』などを参考に、予防やがんサバイバーのケアなどをジェネラリストにも担っていただく。分担ではなく、良く連携し、「役割をシェア」するのが重要だと思っています。予防やがん治療に伴う併存疾患のケアなどはプライマリ・ケアの医師にも担当してもらい、真にがんの専門領域にかかわる部分を専門医が診る。近年は分子標的薬も免疫チェックポイント阻害薬も新薬が次々に出ます。どの薬を使用するかを選択から副作用対策まで、幅広いがん種に対して経験や知識を持つ腫瘍内科医以外がマネジメントを行うのは難しいでしょう。

後藤 同感です。おっしゃる通り、臓器横断的なマネジメントが難しくなりました。そこはわれわれ腫瘍内科医に任せてもらい、普段のケアはジェネラリストに任せるなど、連携を進める必要があるはずですね。

また、例えば全国のがんセンターで治験を行い、通常治療への移行後は元の病院に転院するなど、これからは施設単位でも地域と連携して医療を実践していかなければならないと思います。当院をはじめとするがん診療の拠点となる病院が担うべき治療はもちろんありますが、そこだけで患者さんに治療を提供し続けるのはいずれ限界が来るでしょう。現在の紙媒体による医療情報の共有では難しい点も多々ありますが、これから電子カルテの共有やパーソナルヘルスレコードの整備が進めば、きっと可能はずですね。

勝俣 つまり、専門医が専門診療に集中できる環境を作ること。それががん診療のさらなる発展や国内の創薬推進にもつながっていくはずですね。また、がんをジェネラリストの先生方が担当、連携する環境を作っていくことで、患者さんの医療への満足度、安心感が高まると思います。その連携とそれぞれに求められる知識の習得に、二冊の書籍を利用していただければ幸いです。(丁)

●参考文献

1) Nat Rev Clin Oncol. 2019 [PMID : 31477881]

MEMO ① 分子標的薬

がん細胞の増殖や浸潤、転移にかかわる分子の働きを阻害することで抗腫瘍効果を示す薬剤。標的分子ががん細胞に特異的でなく正常細胞にも存在することで、臓器に毒性が生じることもある。本邦では2001年にHER2たんぱくを標的とするトラスツマブが乳がんに対して初めて承認された。

MEMO ② 免疫チェックポイント阻害薬

がん細胞がT細胞からの攻撃を回避する免疫寛容の獲得にかかわるPD-1、PD-L1などの結合を阻害することで抗腫瘍効果を得る薬剤。本邦では2014年にニボルマブが悪性黒色腫に対して世界に先駆けて承認された。

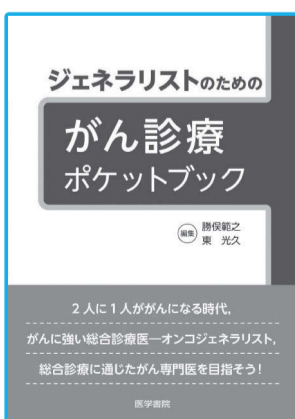
MEMO ③ がんゲノム医療

がん患者の腫瘍部と正常部のゲノム情報を用いて遺伝子異常を明らかにすることで、治療の最適化や予後予測、発症予防を行う医療。2019年6月には、高性能の遺伝子解析装置を用いて多数の遺伝子異常を同時に測定する「がん遺伝子パネル検査」が保険適用された。

ジェネラリストのための

がん診療ポケットブック

編集 勝俣 範之 / 東 光久



がん診療は専門医だけでなく、ジェネラリストと連携しながら行っていく時代に

2 人に1人ががんになる。今やがんは国民病である。世界的にも、がん診療は専門医だけでなく、ジェネラリストと連携しながら行っていく時代になってきた。本書は、がんに強い総合診療医・総合内科医、そして総合診療に通じたがん専門医・腫瘍内科医を目指す医療者に向けて編集。がん専門医・治療医、総合医とが手に手をとって、一緒になってがん患者を支えていくことができるような医療が実現することを期待して。

医学書院

詳細はこちら



多職種で支える

誤嚥性肺炎のリハビリテーション

高齢化に伴い患者数の増加が進む誤嚥性肺炎に対しては、抗菌薬による薬物治療だけでなく、嚥下機能の評価や訓練、口腔管理、栄養管理など、多職種による包括的な介入が重要です。スムーズな多職種連携を実現するための知識を学んでいきましょう。

編集 百崎良 三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野 教授

第8回 薬剤管理

今回の執筆者 小瀬英司 帝京大学医学部附属病院薬剤部 係長

こんな患者さん見たことありませんか？
 大腿骨近位部骨折のために入院してきた患者。入院時から臥床しており、入院前にはみられなかった食事時のムセが認められるようになった。服用薬剤を調べるとポリファーマシー状態であり、睡眠薬や抗精神病薬などを服用していた。嚥下内視鏡を行ったところ咽頭収縮力が弱く、液体の誤嚥を認め、誤嚥性肺炎と診断された。

ポリファーマシーは、現在も明確な定義は設定されておらず、研究においてもそれぞれ異なる設定をされているのが現状です。死亡率、緊急入院、転倒、認知機能、身体機能やフレイルなどの臨床アウトカムとの関連性が報告されており¹⁾、嚥下障害とも関連することが知られています²⁾。

薬剤の種類に明確なカットオフはありませんが、一般的な目安として5~6種類以上の薬剤の併用が挙げられます¹⁾。一方で、患者の疾患によっては適切な処方であっても5~6種類以上の処方の併用が必要なこともあるために、単純に処方数で判断できるものではなく、潜在的に不適切な薬剤 (Potentially Inappropriate Medications : PIMs) が含まれていないかの評価が必要となってきます。

厚生労働省が公表する「高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編)」³⁾においてポリファーマシーは、ただ単に服用する薬剤数が多い状態を示すのではなく、それに関連した薬物有害事象のリスクの増加や、服薬アドヒアランスの低下、服薬の間違ひなどの問題につながる状態であるとされています。つまり、そのような問題につながる処方を減らすことが重要であり、単に処方数を減らすことが目的とならないように注意が必要です。

本当にその薬剤は必要ですか？

◆高齢者は多疾患併存状態

複数の併存疾患に対して診療ガイドライン通りの診療を適用すると、必然的に薬剤数が増加します。各々の診療ガイドラインは基本的に疾患併存を想定せずに作成されているため、全身の生理機能が低下し、多剤併用となっている高齢者では、想定されていないよ

うな有害事象が発現することもあります。多疾患併存 (multimorbidity) 状態の患者には特に注意をしましょう。

◆処方カスケード

処方カスケードとは、薬剤による副作用に対して薬剤で対応することで、さらに処方が増加する現象のことを指します。例えば、高血圧に対してアンジオテンシン変換酵素阻害薬が投与されたとします。薬剤の副作用である空咳に対してリン酸コデインが処方され、そのまた副作用である便秘に対して下剤が処方され……など、薬剤有害事象である可能性を適切に評価できなければ、症状が出現するたびに処方薬が増えていってしまうのです。よく臨床で見かける処方カスケードのパターンを表1⁴⁾に示したので、薬剤の見直しに活用してみてください。

嚥下障害との関連性

ポリファーマシーに含まれるPIMsのうち、とりわけ抗コリン薬には注意が必要です。抗コリン薬の副作用として口渇、転倒、せん妄、認知機能障害などが知られていますが、中でも口渇は咳嗽反射が低下した高齢者にとっては、誤嚥性肺炎発症のリスクとなり得るからです。抗コリン薬では、服用薬剤の総コリン負荷 (total anticholinergic load) が重要とされます。各薬剤を抗コリン活性の強さにより点数化した指標である Anticholinergic Risk Scale (ARS)⁵⁾は、薬剤末梢性および中枢性の抗コリン作用 (転倒、口渇、ドライアイ、目眩、錯乱、および便秘) が測定可能な評価尺度です(註)。

ARSを用いて抗コリン活性を評価し、入院中における嚥下機能と誤嚥性肺炎の発症との関連性について検討した報告によれば、入院中にARSが増

●表1 よく見かける処方カスケードの例 (文献4をもとに作成)

処方薬1	処方薬2	処方薬3	処方薬4
カルシウム拮抗薬	血管性浮腫や心不全悪化にサイアザイド利尿薬	・頻尿に抗コリン薬 ・高尿酸血症に尿酸降下薬	・尿閉に利尿薬 ・口渇に水分摂取 ・便秘に緩下薬 ・認知機能低下にドネペジル (抗コリン作用による)
スタチン	筋肉痛にNSAIDs	浮腫にループ利尿薬	脱水に補液
抗精神病薬/ ドパミン作動薬	遅発性ジスキネジア/ パーキンソンニズムにアマンタジン	浮腫にフロセミド	尿失禁に抗コリン薬→転倒
食欲低下にスルピリド	錐体外路症状に抗パーキンソン病薬	認知機能低下にコリンエステラーゼ阻害薬	・不眠に睡眠薬 ・興奮に抗精神病薬 ・嘔気に制吐薬 ・徐脈・失神にペースメーカー
NSAIDs	高血圧に降圧薬	ふらつき/転倒に活性型ビタミンD ₃ 製剤	高カルシウム血症/腎機能障害

●表2 ARS増加に伴う誤嚥性肺炎発症リスク (文献7より転載)

ARSスコア(点)	オッズ比	95%信頼区間	p値
0	1.00	参照	NS
1	1.21	0.54~4.70	0.3132
2	1.92	1.18~4.91	0.0155
3以上	3.25	2.13~7.07	<.0001

ARS : anticholinergic risk scale.

加すると退院時の嚥下機能が低下することが報告されています⁶⁾。また、入院中におけるARSの増加が2点では、誤嚥性肺炎の発症リスクがおよそ1.9倍、3点以上の増加では、およそ3.3倍有意に高くなることが示されました(表2)⁷⁾。したがって、誤嚥性肺炎を呈した薬剤管理ではARSのような抗コリンスケールを用いて抗コリン活性を評価し、誤嚥性肺炎の発症の予防に努める必要があります。

嚥下障害の原因と言え、教科書的には脳卒中やパーキンソン病などの神経変性疾患が挙げられますが、高齢者医療の現場では、薬剤が原因となって生じている薬剤性嚥下障害も意外と多いと思われます。嚥下障害は、嚥下リハビリテーションの実施により、概ね改善し、快方に向かうことが多いものの、嚥下能力が改善しない例も散見されます。その際には、患者の基礎疾患や全身状態の他、薬剤、特に抗コリン薬の影響の考慮が必要でしょう。薬剤性嚥下障害は、原因となる薬剤を中止すれば、その全てではないにせよ改善する場合があります。臨床現場では「薬剤性嚥下障害」の認知度はそれほど高くはないと思われますので、この機会

に誤嚥性肺炎の原因の1つとして覚えておいてください。

今回のポイント

- 薬剤性の嚥下障害に注意をしましょう。
- ポリファーマシーの中でも抗コリン薬は、嚥下機能を低下させ、誤嚥性肺炎のリスクを高める可能性があります。
- 抗コリン薬による作用の強弱は、Anticholinergic Risk Scaleを参考にし、適切な薬剤管理につなげていきましょう。

註：詳細な薬剤のリストは、文献5のTable4を参照。

参考文献・URL

- 1) Eur Geriatr Med. 2021 [PMID : 33694123]
- 2) 野原幹司. 終末期の嚥下障害に抗う——薬剤の視点からのアプローチ. MED REHABIL. 2015 ; 186 : 45-50.
- 3) 厚生省. 高齢者の医薬品適正使用の指針 (総論編). 2018. https://www.mhlw.go.jp/content/11121000/kouireitekisei_web.pdf
- 4) 大浦誠. ケースで学ぶマルチモビディティ——[第17回] ポリファーマシーのパターン：処方カスケードを意識する. 週刊医学界新聞 3432号. 2021.
- 5) Arch Intern Med. 2008 [PMID : 18332297]
- 6) Nutrients. 2022 [PMID : 35631262]
- 7) Geriatr Gerontol Int. 2018 [PMID : 29856113]

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

総合診療

2022年10月号 Vol.32 No.10

特集 日常診療に潜む「処方カスケード」
その症状、薬のせいではないですか？

企画 鈴木智晴 (社会医療法人 仁愛会 浦添総合病院 病院総合内科)

収録内容

- 総論 「処方カスケード」とは？
- 各論 ①抑うつ ②不眠 ③認知機能低下 ④味覚障害 ⑤咳嗽 ⑥不整脈 ⑦浮腫 ⑧食欲不振 ⑨嘔気 ⑩GERD、胸やけ ⑪頻尿 ⑫下痢 ⑬痙攣 ⑭振戦、パーキンソンニズム ⑮転倒 ⑯高尿酸血症・痛風発作 ⑰ビタミンB₁₂欠乏

医学書院

高齢者診療の苦手意識、解消します！
一筋縄ではいかない診療のノウハウをまとめました

高齢者診療の極意

木村 琢磨 Takuma Kimura

外來患者の半数以上、入院患者の7割以上が高齢者の時代に
高齢者診療の
苦手意識、解消します！

非特異的な症状・経過、multimorbidity、ポリファーマシー、ADL・認知機能の低下、家族や他職種とのやり取り、社会的支援など、一筋縄ではいかない高齢者診療の思考プロセスとアクションをまとめました。外來患者の半数以上、入院患者の7割以上が高齢者の時代に必携の書です。

●A5 2022年 定価：4,400円(本体4,000円+税10%) [ISBN 978-4-260-05027-2]

医学書院

寄稿

Thus, “DELIVER” has been delivered DELIVER 試験の舞台から

近藤 徹 英 Glasgow 大学/名古屋大学医学部附属病院循環器内科

●こんどう・とおる氏
2008年名大医学部卒。市中病院勤務を経て、15年より名大病院に循環器内科医として勤務。心原性ショックや植込型補助人工心臓、心臓移植などの診療に携わる傍ら、心不全などをテーマに研究に従事する。21年より、DELIVER試験のPIの1人を務めた英 Glasgow 大学 John McMurray 教授の下、心不全薬物治療の研究を行う。



HFmrEF・HFpEFの治療薬として期待されたSGLT2阻害薬

本邦では高齢化とともに心不全患者が急激に増加し、「心不全パンデミック」の時代を迎えており、治療法開発は大きな課題と言える。

心不全は、左室駆出率の程度により、駆出率の低下した心不全(HFrEF)、駆出率の軽度低下した心不全(HFmrEF)、駆出率の保たれた心不全(HFpEF)に分類される。HFrEF患者では、アンジオテンシン阻害薬・β遮断薬をはじめとした多くの薬剤が予後改善に効果的であると示されており、すでに日常診療でも広く利用されている。一方、HFmrEFもしくはHFpEFは心不全患者の半分程度を占めると言われているが、両者を対象として上記薬剤を評価した介入試験では残念ながら予後の改善が示されなかった。そのため、HFmrEFもしくはHFpEF患者への治療薬開発は、本領域の悲願の一つであった。

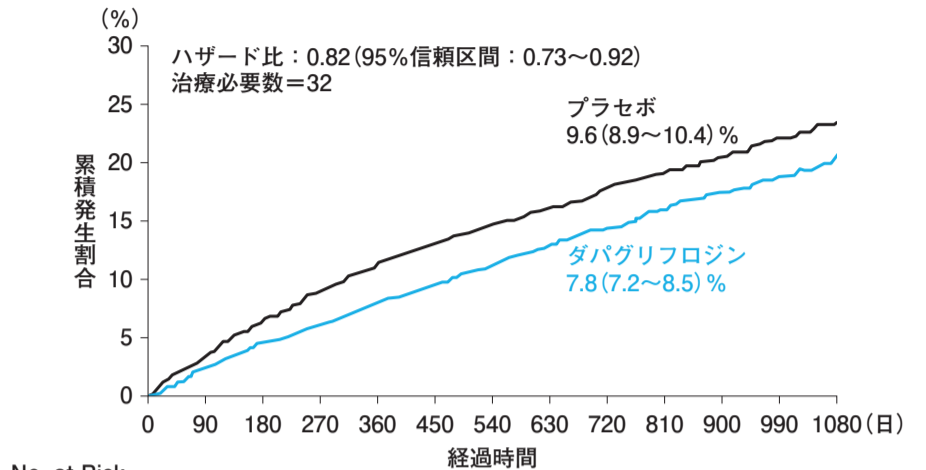
新たな心不全治療薬として着目されたのは、SGLT2(sodium/glucose cotransporter 2)阻害薬である。SGLT2阻害薬は、近位尿細管でのグルコースの再吸収を阻害する糖尿病治療薬として開発された。しかし、糖尿病患者を対象に行われた複数の大規模介入研究で予想外に心不全入院抑制効果を認めた。それを受けて、HFrEF患者を対象としてDAPA-HF¹⁾・EMPEROR-Reduced試験²⁾でSGLT2阻害薬の効果が検証され、心血管死または心不全入院(も

しくは心不全増悪)の複合イベントを抑制することが示された。

次に、HFpEF患者に対してもSGLT2阻害薬の効果が得られることが大きく期待されたわけである。大規模介入試験でHFmrEFまたはHFpEF患者を対象にSGLT2阻害薬の効果が検証された初めての報告は、2021年に発表されたEMPEROR-Preserved試験³⁾である。試験薬に用いられたエンパグリフロジンは主要評価項目である心血管死もしくは心不全入院の複合イベントを有意に抑制することが示された(ハザード比0.79 [95%信頼区間:0.69~0.90]) (表1)。これは、HFpEF患者に対して初めて薬剤の予後改善効果が示されたという点で、心不全治療における一つの歴史的な転換点であったと言える。

“DELIVER”は何を“deliver”した？

DELIVER試験は、EMPEROR-Preserved試験と同様に、HFpEF患者を対象にSGLT2阻害薬の効果を検証した大規模介入試験であり、試験薬にはダバグリフロジンが用いられている(表1)。Principal investigator (PI)は米Brigham and women's hospitalのSolomon教授と筆者の留学先の上司であるMcMurray教授が共同で務めている。本試験の結果は、2022年8月に行われた欧州心臓病学会でSolomon教授より発表され、ダバグリフロジンは主要評価項目である心血管死もしくは心不全増悪の複合イベントを有意に抑制した(ハ



No. at Risk
プラセボ 3132 3007 2896 2799 2710 2608 2318 2080 1923 1554 1140 772 383
ダバグリフロジン 3131 3040 2949 2885 2807 2716 2401 2147 1982 1603 1181 801 389

●図 ダバグリフロジンによる心血管死・心不全増悪イベントの抑制効果(文献4より転載)

ザード比0.82 [95%信頼区間:0.73~0.92]) (図)⁴⁾。これにより、HFpEF患者におけるSGLT2阻害薬の効果はより確固たるものになったと言える。

前述したように、HFpEF患者に対するSGLT2阻害薬の効果についてはEMPEROR-Preserved試験の結果が2021年に既に発表されていたわけであるが、では、DELIVER試験は単純にその結果と一貫した結果を報告したに過ぎないか? という点、全くそうではない。EMPEROR-Preserved試験が提示したSGLT2阻害薬の課題や、スタディデザインによって提示できなかったエビデンスがあった。DELIVER試験はこれらについて“deliver”でき、特に強調して伝えられた。

具体的には下記の3点である。

①DELIVER試験には「過去に左室駆出率≤40%であった症例」が一部含まれていた。これらは、HFimpEF(Heart failure with improved ejection fraction)と称され、近年治療方針が議論される重要な患者群である。また、「心不全増悪入院患者」も一部含まれていた(静注利尿薬を要する患者は除外)。DELIVER試験ではこれらの患者群に対してもダバグリフロジンの効果が一貫することを示した。

②DELIVERとEMPEROR-Preservedそれぞれの試験単独では検出力が不十分であった心血管死についても、DELIVER試験と過去のトライアルデータとのメタアナリシスを行うことで、SGLT2阻害薬が心血管死を有意に抑

制する点が示された。

③最後に、特に重要な点を述べる。EMPEROR-Preserved試験のサブ解析⁵⁾から、SGLT2阻害薬は左室駆出率が高値の患者(左室駆出率≥65%)では効果が減弱する可能性が示唆されていた。過去にミネラルコルチコイド受容体拮抗薬・アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬と同様の現象が確認されていたために、この点は現場の医療者にとっても大きな懸念であった。DELIVER試験では、DAPA-HF試験や過去のトライアルデータとのメタアナリシスにより、SGLT2阻害薬は左室駆出率にかかわらず効果が一貫していることが示された。つまり、左室駆出率が高値である患者においても同じようにSGLT2阻害薬の効果が期待できることが示されたのである。

“DELIVER”はどのように“deliver”された？

研究によって得た情報をいかに効果的かつ適切に発信するかという点は、極めて重要である。そのため、DELIVER試験の結果をどのように“deliver”するかという点でいくつかの工夫がされた。

最も特別であった点は、複数の論文が同時に出版されたことである。大規模臨床研究の多くは、メイン解析が発表された後に、そのデータを用いて複数のサブ解析が行われ、臨床的に重要な知見をもたらす。これらがより早期に発信されることは、より早く臨床現

●表1 EMPEROR-Preserved試験とDELIVER試験のスタディデザイン

研究デザイン	EMPEROR-Preserved (5988例)	DELIVER (6263例)
方法	エンパグリフロジン 10 mg 1日1回 vs. プラセボ	ダバグリフロジン 10 mg 1日1回 vs. プラセボ
主な選択基準	左室駆出率>40%	左室駆出率>40%
	NYHA機能分類II~IV	NYHA機能分類II~IV
	18歳以上	40歳以上
	過去に左室駆出率≤40%であった症例は除外	過去に左室駆出率≤40%であった症例を含むことができる
	NT-proBNP≥300 pg/mL(洞調律)	NT-proBNP≥300 pg/mL(洞調律)
主要評価項目	心血管死+心不全入院	心血管死+心不全増悪(心不全入院+緊急受診)

NT-proBNP: N-terminal pro B-type natriuretic peptide, NYHA: New York Heart Association.

心電図問題集の決定版! ベストセラー「心エコー読影ドリル」待望の姉妹版!

心研印 心電図判読ドリル

ベストセラー「国循・天理よるづ印 心エコー読影ドリル」の心電図版がついに登場! 心臓血管研究所・不整脈チームの精鋭が執筆し、編集は心電図界のレジェンド・山下武志先生。単純に診断名を当てさせるのではなく、心電図の細かい所見や、本質に迫る問題、その先の診療方針を問う問題など、この一冊で心電図を通して循環器診療を深く学べます。不整脈や虚血性心疾患だけでなく、弁膜症や先天性心疾患など、幅広い疾患を収載。

編集 山下武志



薬効や副作用の評価に必要な臨床検査や画像検査の情報を「オールインワン」に凝縮!

検査値と画像データから読み解く 薬効・副作用評価マニュアル

「よく処方される薬」と「臨床検査や画像検査」のポイントを「薬⇔検査」の双方向の切り口で編集した一冊。第I部の「薬→検査」では薬効別に、①疾患に関連する薬、自覚症状、検査→②薬の評価項目とタイミング→③治療効果(④副作用)の評価に必要な臨床検査と画像検査→⑤薬剤選択の考え方→⑥評価から介入までのフローチャート→⑦記録の書き方への流れで記載。第II部の「検査→薬」では検査ごとにその評価ポイントを解説。

編集 吉村知哲 岩本卓也



寄稿

●表2 欧州心臓病学会と同時に出版された DELIVER 試験関連論文

論文	掲載誌	PMID
Solomon SD, et al : Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction	NEJM	36027570
Jhund PS, et al : Dapagliflozin across the range of ejection fraction in patients with heart failure : a patient-level, pooled meta-analysis of DAPA-HF and DELIVER	Nat Med	36030328
Vaduganathan M, et al : SGLT-2 inhibitors in patients with heart failure : a comprehensive meta-analysis of five randomised controlled trials	Lancet	36041474
Cunningham JW, et al : Dapagliflozin in Patients Recently Hospitalized With Heart Failure and Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction	J Am Coll Cardiol	36041912
Butt JH, et al : Atrial Fibrillation and Dapagliflozin Efficacy in Patients With Preserved or Mildly Reduced Ejection Fraction	J Am Coll Cardiol	36041668
Vaduganathan M, et al : Estimated Long-Term Benefit of Dapagliflozin in Patients With Heart Failure	J Am Coll Cardiol	36041669
Butt JH, et al : Efficacy and Safety of Dapagliflozin According to Frailty in Patients With Heart Failure : A Prespecified Analysis of the DELIVER Trial	Circulation	36029465
Adamson C, et al : Dapagliflozin for heart failure according to body mass index : the DELIVER trial	Eur Heart J	36029309
Myhre PL, et al : Influence of NT-proBNP on Efficacy of Dapagliflozin in Heart Failure With Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction	JACC Heart Fail	36114137
Ostrominski JW, et al : Dapagliflozin and New York Heart Association functional class in heart failure with mildly reduced or preserved ejection fraction : the DELIVER trial	Eur J Heart Fail	36054231
Peikert A, et al : Efficacy and Safety of Dapagliflozin in Heart Failure With Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction According to Age : The DELIVER Trial	Circ Heart Fail	36029467

Nat Med, J Am Coll Cardiol (PMID : 36041668), Eur Heart Jに掲載された3論文について、筆者が2nd authorを務めた。

場に届けられることを意味するため、当然できる限り早期に情報が発信されることが望ましいと言える。DELIVER 試験のチームは、欧州心臓病学会での発表と同時に、メイン解析⁴⁾とサブ解析合わせて計11本を同時出版した(表2)。これほど多くの論文が同時出版されたのは、おそらく過去にはなかったと思われ、多くの医療者・研究者の目を引いた。達成できた背景には、Solomon教授とMcMurray教授の強い信頼と協力関係があったことは言うまでもない。加えて、両PIそして両施設は過去にも多くの大規模臨床研究を成功させてきたために、統計解析や論文執筆に関するノウハウが既に共有され十分な経験が蓄積されていたことも一因であろう。さらに、同時出版を可能にするには迅速な論文レビューや手続きが必要である。これには、PIらとの強い信頼関係の下、数多くのジャーナルからの多大な貢献が必須であった。迅速な対応をいただいた各ジャーナルのエディターやレビュアーには、非常に頭が下がる思いである。もちろん、DELIVER試験のスポンサー企業であるアストラゼネカ社や関連学会からのサポートも重要であった。筆者は2021年の夏より英Glasgow大に所属しMcMurray教授に師事しており、論文作成への貢献が認められ、幸いいくつかの論文に著者の一人として加わることができた。

次に、ソーシャルメディアなどを用いた広報戦略である。PIらが多くの

インタビューを受けただけでなく、学会発表や論文をTwitterに投稿するなどして情報を早期により多くの医療者に届ける手法を活用した。COVID-19による渡航制限のために現地の学会に参加ができない一方、こうしたメディアから情報を入手した医療者も多かったようである。近年は、論文自体のインパクトファクターや論文の引用回数だけでなく、web上のソーシャルメディアやニュースサイトの反響をもとにその論文の影響度を評価するaltmetricsをはじめとした指標も広がってきている。情報源が多様化しつつあるために、情報発信をどのような方法で行うかは近年ますます重要になっていると実感する。

HFmrEFまたはHFpEF患者への心不全薬物治療は依然として課題であることには変わりない。今後、DELIVER試験からさらなるエビデンスが期待されるとともに、非ステロイド型選択的ミネラルコルチコイド受容体拮抗薬の効果を検証するFINEARTS-HF⁶⁾などの新たな大規模介入研究の結果も期待される。

●参考文献・URL

- 1) N Engl J Med. 2019 [PMID : 31535829]
- 2) N Engl J Med. 2020 [PMID : 32865377]
- 3) N Engl J Med. 2021 [PMID : 34449189]
- 4) N Engl J Med. 2022 [PMID : 36027570]
- 5) Eur Heart J. 2022 [PMID : 34878502]
- 6) NIH. study record detail (FINEARTS-HF) <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04435626>.

視

認知症と見分けにくい高齢者の発達障害を見逃がさないために



佐々木 博之 熊本大学病院神経精神科 特任助教

私が所属する研究グループは、以前、認知症と見分けにくい高齢者の発達障害患者を見だし、症例報告を行いました¹⁾。この症例では、認知症を疑われ当院認知症専門外来を受診した60歳前後の方が、詳細な検査や検証の結果、認知症ではなく加齢により顕在化したADHDと診断されました。患者に対してADHDの薬物療法を行ったところ、物忘れや不注意の症状が改善し、復職を果たしています。発達障害と認知症では、治療薬や予後が大きく異なるため、両者の鑑別は意義深いと考えられています。この知見を踏まえて今回、認知症と見分けにくい高齢者の発達障害がどの程度存在するかを明らかにする目的で研究を行いました。本稿では研究の概要を紹介します。

研究を着想したきっかけは、2013年に会った60代半ばの患者です。介護ヘルパーをしていたその方は、利用者の薬を取り違える、仕事の約束を忘れる、備品を紛失するなど、仕事での不手際が増え、仕事の継続が難しくなっていました。年齢や経過から考えれば認知症の発症の典型的なパターンですが、すでに認知症専門外来を受診し「認知症は否定的」と診断されており、さらにつづ病専門外来や総合病院の内科などでも「異常なし」とされていました。そこでよくよくお話を伺ってみると、支障の多くは注意障害に起因していることがわかり、「この方はADHDなのでは」と考えるに至りました。当時精神科医3年目であった私だけでは本来とどろ着けなかった考えですが、それぞれの専門の先生方に認知症やうつ病などの可能性を除外していただいた後だったために診断を下せたのです(いわゆる「後医は名医」)。実際にADHDとして治療したところ、支障は目立たなくなり、結果仕事を継続できるようになりました。この経験から認知症のように見えるADHDの存在を考えるようになったのです。

そこで、2015年に熊本大学病院の神経精神科に戻ったのを契機に、認知症専門外来を受診した全患者のカルテを検証し、前述のようなADHDの患者が紛れていないかを調べることにしました。

2年間かけて研究参加の同意をいただいた446例を検証していくと、頭部MRIで異常がなく、認知機能検査も正常域でありながら注意障害が目立っ

て生活に支障を来している症例が9例見つかりました。その患者を直接診察し、さらに、家族や関係者とも面接して情報を収集した結果、9例中7例(全体の1.6%)がADHDの確定診断に至り、そのうち5例が内服治療を希望、3例に冒頭の症例のように明らかな効果を認めました²⁾。

◆初老期や老年期に症状が顕在化するADHD

今回の研究より、ADHDを認知症に誤認する一因は、初老期や老年期に症状が顕在化するADHDの一群(今回の研究ではlate-manifestation of ADHDと呼称)が存在するためだと考えました。また、若年性アルツハイマー病型認知症(EOAD)を疑われた症例の16%がADHDであったことから、認知症の中でもlate-manifestation of ADHDと診断されやすい病型があるのではないかと考えています。「物忘れ」と一言で言ってもEOADでは記憶そのものが欠落する一方、ADHDでは注意障害に由来して起こります。一見鑑別は容易と思われませんが、EOADも進行するまでは記憶の欠落が目立たないことが多いため、進行する前のEOADとADHDが紛らわしいのです。EOADの場合、進行を遅らせるために早期から内服治療を開始しますので、その時点でADHDを除外しておく意義は大きく、またADHDに対して認知症治療薬を開始してしまう事態も避けたいところではあります。アミロイドPETや髄液中タウ蛋白測定は両者を鋭敏に鑑別できますが、費用・侵襲性などの面からいずれも容易にできる検査ではない点が難点です。今回の研究でも前述の物忘れの種類に加え、発症前の特性の有無など、いくつか鑑別点を抽出しましたが、症例が少ないこともあり、あくまでも参考程度です。両者の効率的な鑑別方法を見いだせるかどうか今後の課題の1つと考えています。

●参考文献

- 1) BMC Psychiatry. 2020 [PMID : 33228586]
- 2) BMC Psychiatry. 2022 [PMID : 35610630]

●ささき・ひろゆき氏/熊本大医学部を卒業し初期研修の後、熊本医療センター、熊本県立こころの医療センター、東京都立小児総合医療センターにて勤務。その後、現在の熊本大病院神経精神科の特任助教と発達障がい医療センターを兼任。

医学書院IDの登録はお済みですか?

最新の医学界新聞がメルマガで届きます

医学書院ID登録

放射線科的な視点で内科疾患を捉え、臨床医と画像診断医をつなぐ本を目指す

ジェネラリストと学ぶ 総合画像診断

臨床に生かす! 画像の読み方・考え方

画像診断は、病歴、身体所見、他の検査結果と合わせて総合的に考えていくことが重要である。ジェネラリストでありながら放射線診断専門医を持つ著者によりレクチャー形式でまとめられた書。パターン認識である画像診断は、一朝一夕には習得が難しい領域である。この壁に直面することが少なくない内科医、救急医、ジェネラリストを主たる読者対象に、少しずつでも自分で読影することで、自分自身の力で成長していけることを目指して。

監修 上田剛士
執筆 吉川聡司



こころの傷に“気づく”ことで精神科臨床は変わる

大人のトラウマを診るといふこと

こころの病の背景にある傷みに気づく

幼少期の虐待やいじめの経験など、精神科患者はトラウマを抱えているケースが多い。本書はそんなトラウマへの気づき方や対応のコツなどを解説する一冊。精神科医が日常の外来で遭遇するような症例を取り上げながら、明日の臨床から参考にできるコツを披露する。発達障害とトラウマの関係についても詳述しており、まさに今日の精神科臨床で必要とされる知識が盛り込まれた内容となっている。

編集 青木省三
村上伸治
鷲田健二



Medical Library 書評新刊案内

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

脳卒中の下肢装具 第4版 病態に対応した装具の選択法

渡邊 英夫, 平山 史朗, 藤崎 拓憲 ● 著

A5・頁216
定価:4,620円(本体4,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-05033-3

脳卒中片麻痺患者の下肢装具は入院中から退院後まで必要なものであり、近年では『脳卒中治療ガイドライン』にも掲載され、臨床場面で多く使用されるようになった。しかし、筆者が就職した2004年当時の理学療法は、下肢装具の使用に積極的ではなく、どちらかといえば「下肢装具の使用は理学療法士の敗北」と揶揄されていた。筆者が就職した施設は、湯の尻式装具を開発された浅山滉先生がいらっしやっただので、何の抵抗もなく下肢装具を使用することができた。しかし職員の中には、下肢装具の使用を嫌う者も多く存在し、冷やかな目で見られていたのを思い出す。そのような世の中だったため、下肢装具を学ぶにも参考となる書籍が少なく苦労した。

下肢装具は、非常に多くの種類と機能、適応や使い方など多くの学びを必要とするため、初学者だけでなく、経

験者においても壁にぶつかりやすい分野である。筆者も日本義肢装具学会学術大会に毎年参加し、下肢装具を知ることにも努めたが、臨床での使用には難

澁していた。そんな時、本書と出会うことができた。きっかけは、当院に出入りしていた義肢装具士に本書初版を紹介されたことであった。ハンドブックサイズで、多くの種類の下肢装具を写真付きで紹介し、機能や特徴に至るまで説明してあった。手にした時の衝撃はいまだに忘れることができず、バイブルとして暇さえあれば読み返したものである。本書のおかげで多くの種類

の下肢装具の特徴を理解し、目の前の患者に適した選定をするための知識を得ることができた。

今回の第4版も初版から良いところを引き継ぎ、時代にあった内容を追加している。筆者が初版の時から最も参考にしていく章は、第25章の「各AFOと足継手の詳細」であり、他の書籍には類を見ない数の短下肢装具の機能を網羅してある。臨床において下肢装具の選択に悩むのは日常茶飯事である。数ある下肢装具の中から最適なものを選ぶには、下肢装具を多く知っているほうが有利である。下肢装具は実物を手に取ることでより理解できるが、その数が多いため、一朝一夕にできること

数多くの下肢装具を理解し
ベストな選択を行うための一冊



評者 遠藤 正英
桜十字グループ福岡事業本部
リハビリテーション統括

臨床整形超音波学

笹原 潤, 宮武 和馬 ● 編

B5・頁392
定価:7,920円(本体7,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04691-6

評者 田中 康仁
奈良医大教授・整形外科

全ての運動器医療にかかわる方々に、本書をお勧めいたします。

超音波画像構築技術の進歩やリアルタイムプロブの開発により、整形外科診療にパラダイムシフトが起こり、今や超音波は日常診療に必須のものとなってきました。操作が簡単になり、誰でも手軽に目的とするものが描出できるようになったことで、裾野はますます広がっています。しかし、中にはまだ、超音波の有用性を感じながら、ご自身で超音波プローブを触ったことがないという方もいらっしゃるのではないのでしょうか。本書ではそのような方のため、第1章「はじめの1歩—まずはのぞいてみよう」で、超音波画像の基本的なプローブの操作の仕方や描出方法など、全身の各部位について、誰でもわかるようにやさしく記載されています。

もちろんこれは序章で、次に一般的な整形外科疾患について掘り下げられ、超音波をある程度診療に活用されている方にとっても、日頃疑問に思われている事柄について、丁寧に解説されています。第3章までは一般的な超音波診療に関する事項ですが、第4章ではブラックボックスであった患者の痛みと末梢神経からアプローチし、「患者を痛いまま帰さない」臨床をめざして、超音波を使いこんでいる方にも新鮮な事項

ではない。しかしながら、本書を読めば多くの種類の下肢装具をまるで実際に手に取ったように理解をすることができ。臨床で下肢装具にかかわる方々の選択の幅を広げてくれることは間違いない。さらに第4版からはQRコードからアクセスして動画を見ることができたり、近年、重要視されている長下肢装具の紹介が一新されたりしている。

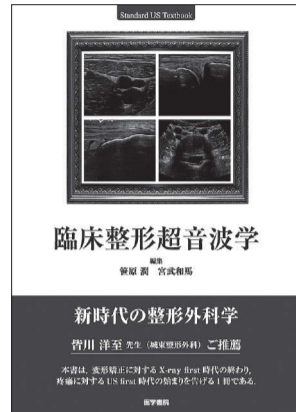
がたくさん登場してきて、まだわれわれが見たことがない新しい世界が見えるのではないかと期待感を抱かせます。最後には理学療法士とタッグを組み、新たな整形外科診療の可能性についても言及されています。

皆さまSMAPというメンバーをご存じでしょうか。歌手のSMAPではなくSonography for MSK Activating Projectの略で、運動器に興味を持って超音波診療の進化と深化に取り組んでいる若手医師グループです。本書の執筆陣のほとんどがSMAPのメンバーであり、まさに現在進行形で発展している運動器超音波をけん引している集団です。彼らの勢い、進めるエネルギーを本書から感じ取ってください。

皆さまご存じのように整形外科診療の90%は保存治療であります。患者が病院や医を訪れる主訴は「しんどい」か「痛い」かが多くを占めるのではないのでしょうか。「痛い」という主訴の多くは整形外科的疾患で、その原因となる病態を提示し、治療介入することが求められています。言い換えれば、整形外科医はプライマリ・ケア医としての役割が大きく、間口を広くして、運動器に関することは全て対応する必要がありますのではないかと日々考えております。

ぜひ皆さまも本書をご熟読いただき、日常診療にお役立てください。

全ての運動器医療にかかわる方にお勧め



Web限定
医学界新聞プラス
医学書院の話題書、
発売前の新刊内容を
無料で公開!

医学書院主催 Web セミナー 対象 すべての医療者

詳しい情報はこちらから▶



尾身茂先生登壇! クロストークセミナー

リーダーシップ

君たちはどんな“医療のカタチ”をつくるのか?

日時 2022年 12月2日 金

19:00~21:00

リアルタイム配信後、1か月間アーカイブ配信もごさいます

参加費 3,300円(税込)

聞き手



尾身 茂 先生

公益財団法人 結核予防会 理事長 /
新型コロナウイルス感染症
対策分科会会長



山本 健人 先生

田附興風会医学研究所 北野病院
消化器外科・腫瘍研究部



市原 真 先生

北海道厚生連 札幌厚生病院
病理診断科

主なプログラム

第1部 Dr. 尾身のアジアでのリーダーシップ
—ポリオ、結核、SARS、鳥インフルエンザ編
&Dr. 山本と Dr. 市原による深堀り

第2部 Dr. 尾身の日本でのリーダーシップ
—新型インフルエンザ、
新型コロナウイルス・パンデミック編
&Dr. 山本と Dr. 市原による深堀り

第3部 クロストーク! リーダーシップ



検査値と画像データから読み解く 薬効・副作用評価マニュアル

吉村 知哲, 岩本 卓也 ● 編

B6変型・頁560
定価:4,400円(本体4,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04881-1

評者 石澤 啓介

徳島大学教授・臨床薬理学/徳島大病院薬剤部長

薬剤師が患者の薬物療法にかかわるには、客観的指標に基づいて薬の治療効果や副作用を評価する必要がある。特に、病棟においてチーム医療の一員として薬剤業務に従事する際は、臨床検査値や画像データを読み解くスキルが求められる。本書を白衣のポケットに忍ばせておけば、臨床検査・画像検査を活用した薬効・副作用の評価の心強い味方になるはず。現在あるいはこれから病棟で活躍する薬剤師にとって、頼りがいのある一冊となるに違いない。

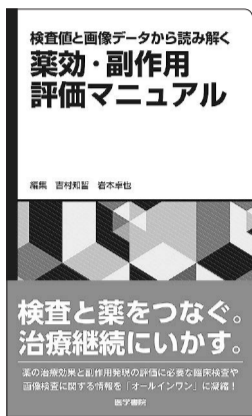
本書は、前半は薬効別に分類した代表的な薬の治療効果と副作用の評価について、必要な臨床所見や客観的データを含む種々の確認項目が簡潔にまとめられている。また、薬剤選択のチェックポイントを図表化し、治療開始から評価・介入に至る一連の流れがフローチャートで示されていることで、実践的かつわかりやすい内容となっている。さらに薬剤管理指導記録の記載のポイントについても解説しており、病棟で薬剤管理指導を行う際の

記録作成の参考となるマニュアルである。

後半は、臨床検査・画像検査の評価ポイントを的確にまとめている。各臨床検査の基準値はもちろん、異常値を示したときに考慮すべき疾患が列挙されていることも、薬剤師にとって魅力ある内容となっている。また、薬剤師があまりなじみのない、さまざまな画像検査の目的やチェックポイントに関して簡潔にまとめられており、医局カンファレンスにおける画像所見を理解する上でも大いに役立つ。

本書は薬の治療効果と副作用発現の評価について、検査・薬効・副作用をオールインワンにまとめた薬剤師にとって魅力ある必携のバイブルであることに間違いはない。加えて、薬物療法に携わる研修医、若手医師、看護師も活用できる充実した内容となっている。近年は医療機関から保険薬局に検査値情報を提供しているケースも増えてきており、保険薬局薬剤師にとっても本書は価値ある一冊となるだろう。

病棟で輝く薬剤師になるための 必携マニュアル本



標準組織学 総論 第6版

藤田 尚男, 藤田 恒夫 ● 原著
岩永 敏彦, 岩永 ひろみ, 小林 純子 ● 改訂

B5・頁376
定価:9,020円(本体8,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04349-6

標準組織学 各論 第6版

藤田 尚男, 藤田 恒夫 ● 原著
岩永 敏彦, 渡部 剛 ● 改訂

B5・頁568
定価:12,100円(本体11,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04132-4

藤田・藤田の『標準組織学』は、総論と各論からなる大冊です。教科書は、その時点で科学的に事実と認められている事象を基に書き上げることが必要です。これを徹底すると、教科書ほどつまらない読み物はありません。しかし、個人で書き上げる教科書は、事実に基づく記載に独自の味付けをすることで面白くなると考えられます。今や故人となられた藤田恒夫先生と藤田尚男先生の手による『標準組織学』は、その典型であると思います。

美しい形態像から始める 組織学学習の第一歩

藤田恒夫先生が本書第4版の執筆時、岩永敏彦先生に多くを依頼されていたことを記憶しています。版を重ねるごとに、岩永先生の免疫組織細胞化学の技が随所にちりばめられるようになりました。岩永先生は、藤田恒夫先生の下で、免疫染色を武器に消化管をはじめさまざまな領域のペプチドホルモン産生細胞(脳腸ペプチドホルモン)の研究を進めてきました。その後、独立して北大に移り、獣医学部、医学部と経験され、第5版で『標準組織学』の改訂者にな

評者 内山 安男

順大老人性疾患病態・治療研究センターセンター長

MIT を全国の失語症患者へ 日本 MIT 協会主催「第1回 MIT トレーナー実地研修」開催

メロディック・イントネーション・セラピー(以下、MIT)とは、1973年に米国で開発された音楽的要素を活用した失語訓練法である。単語を構成するストレス・リズム・メロディーの3つを重視し、歌うことから自然な発話へと段階的に導く手法を取る。特に言葉を理解する力は保たれているものの表出が難しいブローカ失語症患者の発話機能改善への効果が期待される。

83年、関啓子氏(日本MIT協会会長)は原法である英語とは言語構造の異なる日本語に対応した日本語版MIT(MIT-J)を発表した。その後2021年に日本MIT協会が設立され、22年4月より失語症や高次脳機能障害に対する知識や適切な施術方法を提供する「MIT トレーナー認定制度」が開始された。

資格認定のプロセスは3段階。まずオンラインセミナーでMITの基礎を学んだ後に、実地研修で関氏をはじめとした講師陣による対面での実技指導を受ける。実地研修の翌日には学科・実技試験からなる資格試験があり、合格するとMIT トレーナーの認定を得られるという流れだ。本紙では、上智大学(東京都千代田区)にて10月29~30日に開催された「第1回MIT トレーナー実地研修」の様子取材した。

◆実技指導でMIT 実践の要点を学ぶ

開催に当たって、関氏と佐藤正之氏(日本MIT協会事務局長)がそれぞれあいさつした。脳梗塞を発症し高次脳機能障害を患った際、音楽が発話機能の改善にもたらす効果を体感した¹⁾という関氏は、「全国のブローカ失語症患者にMITを届けたいとの思いで活動が続けてきた。今回の研修の開催により、夢の実現へ一歩前進したと感じる。皆さんが失語症に悩む患者の助け手となることを期待する」と開催の喜びを述べた。

続けて登壇した佐藤氏は「文章での説明ではMITの具体的な方法や実践の要点を理解しにくいので、実技形式で学ぶ場は非常に有意義だと感じる。MITの実施方法を正しく心得ている専門家はまだまだ少ない。ぜひ資格を取得し、MITのすそ野を広げてほしい」と実地研修の意義を強調した。

実地研修は参加者が2人1組になり、患者役とセラピスト役を交互に担当する形式で行われ、講師らが教室を周回しながら指導を行った。翌日行われた資格試験においては参加者のうち23人が合格し、晴れてMIT トレーナーとなった。参加者は「アットホームな雰囲気の中、丁寧な指導を受けながら繰り返し実技の練習ができたので理解が深まった。学んだ知識を現場で生かし、実践で集めたデータを基に研究にも取り組みたい」と意欲を語った。



●実地研修の様子

MITの導入では単語のアクセントに合わせてハミングを行う。まずはセラピストのハミングを聞かせ、その後左手で合図を出して斉唱を促す。その際患者の手を振ることでリズムを取る。

参考文献

1) 関啓子。「話せない」と言えるまで——言語聴覚士を襲った高次脳機能障害。医学書院; 2013.

られています。本書はフォローしている論文の数だけでも膨大です。この5~7年間で、新たに加える事項と切り捨てる事項を調べるだけでも大変な作業です。藤田恒夫先生は科学者であるとともに文筆家でもあり、非常にたくさん本を世に出されました。岩永先生も形態関連の本を出版されていますが、筆まめな先生でないと、この大著を仕上げるのは至難の業かもしれません。第6版の改訂では章構成は変わりませんが、内容は、かなり踏み込んで手を入れられています。岩永先生は総論の序で、「形態を主にした研究はdescriptive(記述的)で物事の本質に迫ることができず、mechanistic(メカニズムを解明するもの)な研究より低くみられる傾向にある。しかし、現象や形態像を正確に記述することこそが医学の基本である」という趣旨のことを述べられています。本書の電子顕微鏡像、光学顕微鏡像、免疫組織細胞化学的染色像は、どれをとっても美しい像ばかりです。これは科学的な思考力を

要求される若き学徒にとって、重要な刷り込みになります。美しい形態を見ると、細胞の中の小器官が何かを語りかけてくれるような、そんな感覚にとらわれます。これが組織学学習の第一歩であると思います。第6版では、共著者の方々の特徴も十分に反映されています。読みやすい、わかりやすい、さらに高度な内容も含む教科書を一人で作り上げることは、不可能に近い話です。本書も、総論では岩永ひろみ先生、小林純子先生が、各論では渡部剛先生が共に改訂者となっています。そして諸所で素晴らしい仲間の手による章もあり、内容をより豊かにしています。本書は、組織形態学に分子細胞生物学的要素を随所に取り込んだ教科書です。若い学生が本書を読み込むことで、形態科学の歴史的な背景を知ることができ、読み物としても一級品です。学部学生のみならず、院生や若き研究者にとっても手元に置いておきたい教科書の一つです。

リスクコミュニケーション=信頼+戦略+マネジメント

公衆衛生の緊急事態にまちの医療者が知っておきたいリスクコミュニケーション

コロナの時代。公衆衛生の時代。そしてリスクコミュニケーションの時代。「正しさ」が溢れ、何か一言口にはすれば非難される恐怖がつきまとう。不安と苛立ちが隠せない日々なか、専門家はどのように振る舞えばよいのか。リスクコミュニケーションは、そんな悩みに応えるひとつの方法である。迷える「まちの医療者」に向けて、医療リスクコミュニケーションの専門家が語るリスコミの真髄とその理論。

蝦名 玲子



最も網羅されている、身体診察本原初の1冊

新刊 **ドウガーウィン 診断のための診察と検査**
DeGowin's Diagnostic Examination, 11th Edition

▶ 1965年に初版が刊行された歴史的に著名な身体診察本の原初の1冊、初の邦訳版。診断をつけるための診察・検査法を、異常所見・疾患の解説を重視し、実際の診療を想定した視点で記載。全身の身体診察と診断を幅広く網羅しながらも、要点を絞った簡潔な記述と図・シエマにより、読み通せるボリュームで臨床に役立つ知識が身につく。研修医からベテランまで医師必読の一冊。

監訳: 上田 剛士 洛和会九太町病院救急・総合診療科部長

定価9,900円(本体9,000円+税10%)
A5変 頁1168 図279・写真28 2022年
ISBN978-4-8157-3060-4

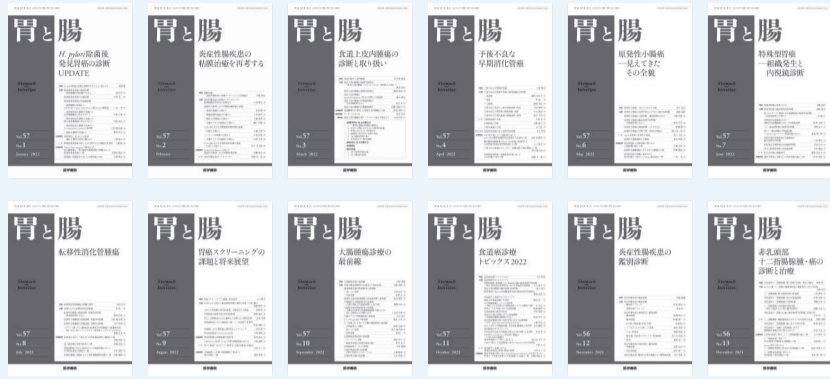
MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
TEL. (03)5804-6051 http://www.medi.co.jp
FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medi.co.jp

胃と腸, 58年目の挑戦。

2022年まで

年間

通常号
12冊
+
増刊号
1冊



2023年より

大好評の **増大号を年間2冊** に増やし
「胃と腸」がさらに**パワーアップ**します！

2023年から

年間

通常号
10冊
+
増大号
2冊



「胃と腸」2022年特集ラインナップのご案内

- 1月号「*H. pylori* 除菌後発見胃癌の診断 UPDATE」
- 2月号「炎症性腸疾患の粘膜治癒を再考する」
- 3月号「食道上皮内腫瘍の診断と取り扱い」
- 4月号「予後不良な早期消化管癌」
- 増刊号「図説『胃と腸』画像診断用語集 2022」
- 5月号「原発性小腸癌一見えてきたその全貌」
- 6月号「特殊型胃癌—組織発生と内視鏡診断」
- 7月号「転移性消化管腫瘍」
- 8月号「胃癌スクリーニングの課題と将来展望」
- 9月号「大腸腫瘍診療の最前線」

5年ぶり待望の「胃と腸」用語集、今回は「画像診断」に特化!

消化管の検査法・手技、画像所見、疾患、分類・定義、病理に章分けし、約200用語を徹底解説。疾患の章は「Key 画像所見」を掲載し、使いやすさにこだわりました。



●増刊号定価：7,920円(税込)

- 10月号「食道癌診療トピックス 2022」
- 11月号「胃型形質を示す胃・十二指腸上皮性腫瘍」
- 12月号「IEE を使いこなす」

お得な

「年間購読」のご案内

ポイント① 購読料がお得 → 定期購読(冊子版)なら年間49,500円(税込)で通常定価51,040円(税込)よりお得です。

ポイント② 送料がお得 → 発行後すぐ、**送料無料**でお届けします。

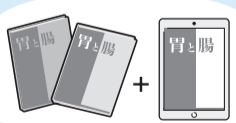
ポイント③ 電子版ならバックナンバーが読み放題

→「冊子+電子版」(税込55,000円)・「電子版」(税込49,500円)なら、「胃と腸」創刊号(1966年)からの**50年以上のバックナンバー**がご契約期間中は**読み放題**です。

※上記の年間購読料は2023年のものです。

ご注文は、弊社特約書店、またはお近くの医書取扱店へお申し込み下さい。
弊社 Web ページでもご注文いただけます (<https://www.igaku-shoin.co.jp/journal/403>)。

★ご注文についてご不明な点がございましたら弊社販売課へお問合せ下さい。
✉ sd@igaku-shoin.co.jp / ☎ 03-3817-5659



医学書院

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