

2016年11月7日

第3198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

- 第54回日本癌治療学会.....1面
[寄稿]在宅ひとり割合22.9% 神奈川県横須賀市の地域連携(磯崎哲男).....2面
[連載]オバマケアは米国の医療に何をもたらしたのか?.....3面
[連載]高齢者診療のエビデンス.....4面
[連載]ジェネシャリスト宣言.....5面
MEDICAL LIBRARY/第24回総合リハビリテーション賞.....6-7面

がん医療は何をどう治し、癒やすべきか

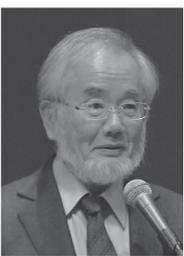
第54回日本癌治療学会開催

第54回日本癌治療学会学術集会が2016年10月20~22日、中野隆史会長(群馬大学)のもと「成熟社会における、がん医療のリノベーション」をテーマに、パシフィコ横浜(横浜市)にて開催された。本紙では、今年ノーベル生理学・医学賞を受賞した大隅良典氏(東工大)による特別講演と、成熟した社会におけるがん薬物療法について議論したシンポジウムの模様を紹介する。

“人がやらないことをやりたい”との思いが、世紀の発見に

オートファジーは細胞内の主要な分解経路である。飢餓応答のみならず代謝や発生、感染制御、がんや神経変性疾患などさまざまな高次生理機能・病態にかかわることが明らかとなり、注目を集めている。特別講演「酵母から始まったオートファジー研究」(司会=九大大学院・前原喜彦氏)の冒頭、大隅氏は受賞後の生活の激変に触れた後、これまでの道のりを振り返った。

オートファジーの概念は1960年代に提唱されたものの、検出の難しさや定量的解析法がなかったことなどから、長らく進展を見せなかった。“人がやらないことをやりたい”という思いで研究に取り組んできたと言った氏は、植物細胞の90%以上の体積を占めるにもかかわらず、細胞内の「ごみ捨て場」程度に考えられていた液胞に着目。液胞が酸性のコンパートメントであること、さまざまな加水分解酵素を含むことなどから、真核生物におけるライソソームと同様の分解機能を有していると仮説を立てた。液胞が分解にかかわっているとすれば飢餓状態で最も活発に活動すると考え、加水分解酵素欠損酵母の液胞を飢餓状態で観察し、初めてオートファジーを光学顕微鏡で確認した。その後電子顕微鏡を用いて、オートファジーの過程の全容を明らかにした。



●大隅良典氏

さらに遺伝学的解析に着手した氏は、3万8000株もの酵母の変異体を観察し、オートファジーにかかわる14の「ATG遺伝子」の発見に成功した。ATG遺伝子は高等動物細胞でも基本的に保存されており、オートファジーが真核生物の出現初期に獲得されたものであることもわかった。こうした発見により、現在オートファジー研究は急速な発展を見せている。

氏は最後に、「オートファジー研究はまだ歴史が浅く、発展途上の領域。明らかにされていないことも多く、実験結果の集積が重要である。オートファジーを初めて観察してから約28年経ったが、ここまでやってこれたのは多くの人の協力・努力があったから。これからも未解決の問題の解明を進めていきたい」と述べ、降壇した。

がん薬物療法の在り方を考える

高齢化の進展や価値観の多様化などにより、がん薬物療法においても治療の選択肢が増えてきている。シンポジウム「成熟社会におけるがん薬物療法」(司会=神戸市立医療センター中央市民病院・橋田亨氏、国立がん研究センター中央病院・大江裕一郎氏)では、そうした多様な立場や価値観に合わせ、最適な薬物療法をどのように患者に提供していくべきかが議論された。

最初に登壇した安藤雄一氏(名大病院)は、高齢者を対象とした臨床試験が少なく、エビデンスの乏しさから処方医の主観的な判断で治療を選択せざるを得ない現状を説明した。高齢がん患者においては暦年齢やPerformance Status (PS)のみならず、精神心理的・

社会経済的状況も考慮した多面的な評価(高齢者評価)が重要になるという。ところが、高齢者評価は老年医学領域のツールであり、化学療法を受ける高齢者の実態にそぐわないと指摘。治療方針決定や有害事象リスク予測のために、がん患者の実状に合った評価・スクリーニングツールの開発が求められると話した。また、余命を延ばすことよりもQOLの維持を重視する高齢者が多いという調査結果から、高齢者においてはより治療目標が多様になる点にも留意すべきだと述べた。

「AYA (Adolescent and Young Adult: 15~29歳程度を想定)世代」には、小児の2倍近いがん患者がいる。石田裕二氏(静岡がんセンター)は、AYA世代は小児に特化した小児型治療と成人型の標準治療の狭間に置かれ、この世代に適した標準治療が存在しないと問題提起した。治療強度の高い小児型治療を適用した患者群の治療成績が良好との研究を紹介した上で、成人型治療で十分効果が得られる患者も一定数いることから、そうした患者にとっては小児型治療は過剰治療に当たると指摘。また、時代が変わってもAYA世代のみ治療成績が向上していないAYA Gapと呼ばれる問題についても説明した。こうした現状を踏まえ、この世代を対象とした適切な臨床試験を実施し標準治療を決定すること、そのためには成人腫瘍と小児腫瘍の専門家の協力が望まれると呼び掛けた。

地方における薬物療法について報告したのは宮田佳典氏(佐久総合病院)。同院で外来化学療法を受けている患者を対象にした調査から、同居者なし、あるいは配偶者のみの患者が過半数である、周囲に大学病院やがん専門施設がなく通院に1時間以上かかる患者が多い、送迎や付き添いによる家族の負担が大きいといった課題を示した。周辺の医療機関との連携に関しては、医師や薬物療法専門スタッフの不足など

から拠点病院以外の体制は不十分であり、連携や均てん化が困難であると報告。一方で拠点病院への一極集中により、処方箋薬局に対する情報発信や連携が容易な点をメリッ



●中野隆史会長

トとして挙げた。地方においては、こうした地域特有の背景を含めて、患者・家族にとって負担の少ない化学療法を考えていく必要があると語った。

続いて大野智氏(阪大大学院)が、さまざまな補完代替療法(健康食品、アロマセラピー、鍼灸など)との向き合い方について解説した。補完代替療法に興味がある、あるいは利用しているがん患者は8割を超えているのに対し、医療者側の知識が十分でないことから、まずは医療者が正確な情報を知ることが重要だと指摘。“科学的根拠に基づく医療(EBM)”とは、エビデンスのみを指すのではなく、患者の意向や臨床現場の状況、医療者の専門性といった要素も含まれていることに触れ、それらのバランスを取りながら患者にとって最適な選択をすることこそがEBMであると話した。補完代替療法の利用に関しても患者とコミュニケーションを取りながら意思決定を行ってほしいと述べた。

勝俣範之氏(日医大武蔵小杉病院)は、外来、終末期、意思決定の観点から薬物療法に対する自身の見解を述べた。外来化学療法は患者のQOL向上に寄与することから、支持療法の正しい知識を身につけた上で副作用対策を行い、積極的に進めてほしいと話した。また、他の先進国と比較して、日本のがん患者は病院で亡くなる割合、終末期の積極的治療の割合が高いと指摘。手術療法、薬物療法、放射線療法に続く第4の治療として「緩和ケア」を挙げ、早期の緩和ケアは過剰な抗がん剤治療の回避、延命に寄与する可能性があるとの期待を寄せた。最後に氏は、意思決定は患者自己責任型ではなく、Shared Decision Makingに基づくインフォームド・コンセントこそが望ましいとして、適切なコミュニケーションの重要性を訴えた。

November 2016

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5650
●医学書院ホームページ(http://www.igaku-shoin.co.jp)もご覧ください。

乳がん超音波検診
精査の要・不要、コツを伝授します
角田博子、尾羽根範員
B5 頁176 6,000円 [ISBN978-4-260-02814-1]

今日の精神疾患治療指針
(第2版)
編集 樋口輝彦、市川宏伸、神庭重信、朝田 隆、中込和幸
A5 頁1052 14,000円 [ISBN978-4-260-02484-6]

臨床脳波学 (第6版)
大熊輝雄、松岡洋夫、上笠高志、齋藤秀光
B5 頁724 18,000円 [ISBN978-4-260-01449-6]

上部消化管内視鏡診断
秘ノート
野中康一、濱本英剛、田沼徳真、市原 真
A5 頁256 4,500円 [ISBN978-4-260-02848-6]

今日の眼疾患治療指針 (第3版)
編集 大路正人、後藤 浩、山田昌和、野田 徹
編集協力 西田保裕、根岸一乃、相原 一
A5 頁912 24,000円 [ISBN978-4-260-02479-2]

〈眼科臨床エキスパート〉
網膜変性疾患診療のすべて
シリーズ編集 吉村長久、後藤 浩、谷原秀信
編集 村上 晶、吉村長久
B5 頁408 17,000円 [ISBN978-4-260-02801-1]

〈眼科臨床エキスパート〉
眼形成手術
眼瞼から涙器まで
シリーズ編集 吉村長久、後藤 浩、谷原秀信
編集 高比良雅之、後藤 浩
B5 頁480 18,000円 [ISBN978-4-260-02811-0]

耳鼻咽喉科・頭頸部外科
レジデントマニュアル
監修 伊藤壽一、大森孝一
編集 梶谷一郎
B6変型 頁432 4,800円 [ISBN978-4-260-02526-3]

〈標準作業療法学 専門分野〉
身体機能作業療法学
(第3版)
シリーズ監修 矢谷令子
編集 山口 昇、玉垣 努
B5 頁484 5,000円 [ISBN978-4-260-02444-0]

PT・OTのための
これで安心
コミュニケーション実践ガイド
(第2版)
山口美和
B5 頁240 2,800円 [ISBN978-4-260-02787-8]

〈がん看護実践ガイド〉
分子標的治療薬とケア
監修 一般社団法人 日本がん看護学会
編集 遠藤久美、本山清美
B5 頁308 3,800円 [ISBN978-4-260-02810-3]

健康格差対策の進め方
効果をもたらす5つの視点
近藤尚己
B5 頁192 2,500円 [ISBN978-4-260-02501-0]

生活機能からみた
老年看護過程
+病態・生活機能関連図
(第3版)
編集 山田律子、萩野悦子、内ヶ島伸也、井出 訓
編集協力 佐々木英忠
A5 頁536 3,600円 [ISBN978-4-260-02836-3]

ウエルネスからみた
母性看護過程
+病態関連図
(第3版)
編集 佐世正勝、石村由利子
A5 頁1016 3,800円 [ISBN978-4-260-02838-7]

寄稿

# 在宅みとり割合 22.9%

# 神奈川県横須賀市の地域連携

磯崎 哲男 医療法人社団小磯診療所 院長

●いそぎき・つお氏

1995年横浜市大医学部卒。NTT東日本関東病院にて内科研修後、横須賀共済病院、浦賀病院、横浜市大病院、NTT東日本関東病院を経て、2004年より現職。横須賀市在宅医療担当理事、横須賀市在宅医療連携協議会議長職務代行。父であり先代の磯崎興志氏から診療所を継いだのは医師になって10年目のとき。現在は、小磯診療所、小磯第二診療所、並木小磯診療所、栄小磯診療所の13人の常勤医と多数の非常勤医と共にかかりつけ医として在宅医療に取り組む。15年のみとり数は計311人。通常の外来診療の他、自宅や施設、計467人の訪問診療を行っている(16年10月現在)。



厚労省が7月6日に公表した「在宅医療にかかる地域別データ集」において、在宅死亡率は全国で最大約3倍の地域差があることが明らかになった。全国平均は12.8%。医療機関の少ない過疎地で割合が高くなる傾向がみられた。過疎地以外での在宅死亡率には、自治体ごとの医療提供体制が影響していると考えられる。本紙では、人口20万人以上の都市の中で在宅死亡率が最も高かった神奈川県横須賀市において在宅医療を行う磯崎哲男氏に、医師としての取り組みを紹介していただいた(『週刊医学界新聞』編集室)。

横須賀市では、厚労省が地域包括ケアシステムを示すよりも早期から在宅医療や多職種連携の取り組みを始めてきました。行政では地域医療推進課が多職種連携を強力に推進し、横須賀市医師会も一方では行政とタッグを組んで、また他方では医師会独自の事業を進めてきました。その結果、横須賀市の医療・介護資源は全国平均かそれをやや下回る水準ですが、在宅みとりの割合は20万人以上の都市で日本一高くなりました(2014年の人口動態統計などを基にした厚労省「在宅医療にかかる地域別データ集」より)。

私は開業医の2代目で、病院に勤務していたころから実家の手伝いで外来診療や訪問診療をしていました。そして時々在宅みとりを経験していました。自宅で亡くなる場合、心電図モニターが装着された病院の患者さんのように亡くなった瞬間がわかるわけではありません。「どうも息をしていないようだから診に来てくれ」とご家族から連絡がきてから緊急で自宅に訪問するわけです。そして死の3兆候を確認し、ご臨終を宣告することになります。今回は、横須賀市で在宅医療をしてきて感じている、在宅療養・在宅みとりの増やすために大切なポイントを紹介いたします。

## 病診連携

急性期病院とかかりつけ医が本来の機能をきちんと果たす

市内の各病院では、退院窓口が整備されてきています。退院後に在宅医が必要になる症例(外来通院困難症例)を入院直後から拾い出し、退院後の在宅医療につなげる取り組みが成熟してきています。在院日数減少の取り組みの一環でもあります。

病院から紹介がある場合には退院数日前に診療所に連絡があります。私の場合は週に1~2回病院に赴き、退院前に在宅医として病棟主治医から患者さんとその家族に紹介していただいています(その際に病院の電子カルテも閲覧します)。病棟内で主治医と共に患者さんに会うことで、「退院後は病院に来ないで、在宅医に診てもらってください」と言われても、病院から見

捨てられたとの気分にならないようです。逆説的ですが、その結果最期まで在宅で過ごす方が増加しています。

在宅医が病院とつながっているの、(実際には急性期病院への入院適応があってもなくても)「必要があれば病院に戻ることができる」と患者さんが思えることが、在宅療養中の安心につながるのだと思います。

基幹病院は急性期の治療の場(かかりつけの患者さんであっても入院適応がない方は断る)、かかりつけ医は地域の患者さんを広く診て、基幹病院の防波堤になるという本来のそれぞれの役割を果たすことが病診連携を促進し、医療崩壊を防ぐ効果があると思います。

## 多職種連携

在宅療養において医療はオンデマンド、主役は介護職だということを理解する

横須賀市で在宅みとりが進んでいるのは、事業の内容もさることながら、事業を通して地域のプレーヤーが一堂に会して何かを行うことで、「顔の見える連携」が培われた成果も大きいと思います。

横須賀市では市内を4つのブロックに分け、それぞれの地域性(バックベッド病院の種類や地域の医療・介護資源)を考慮したブロック会議を4年前から開始しました。ブロック会議はもとも在宅医を増やすための会議でしたが、多職種で会議を行うことで地域の連携が非常に強固となり、地域の在宅力は確実に向上しています。多職種連携に取り組み始めた当初のアンケート調査では、介護職の大きな不満の一つに「医療職にいつどのように連絡を取ったらよいかかわからない」という点がありましたが、現在は著明に減少しています。

12年間在宅医療にかかわってみて、患者さんの在宅療養時に一番大事なのは介護だと感じています。医療はオンデマンド(医療資源投入に緩急をつける)で、患者さんの具合の悪いときに活躍の場があります。もちろん慢性疾患の管理も大切ですが、具合の悪いときに、内服加療なのか、点滴・注射剤なのか、はたまた入院加療が必要なの

かをいかに早くトリアージできるかが在宅医療のキモになります。介護があることで日々の生活が成り立ち、医療が必要な状態にならずに済んでいる方をたくさん見てきました。会議のネタはすでに尽きかけていますが、小さい地域の中でいつも同じ顔を突き合わせることで医療-介護の連携のみならず、歯科医や薬剤師との連携も形成されつつあります。有賀徹先生(労働者健康安全機構理事長)が言う「これからの医療は総力戦」の下地が作られつつある印象です。

今後はITを用いた医療-介護連携を進めるべく、カナミックネットワーク(通称かもめネット)を導入し、ITをうまく利用しながらさらなる連携を模索しております。

## 12年間在宅医療をしてきて

在宅医療を推進する理由は、主に4つだと私は考えています。

### a. 財政的な理由

日本国の借金は諸外国に比べて非常に多く、現在は大丈夫だとしてもこのまま増えて良いわけがありません。厚労省の推計によると社会保障給付費(年金医療介護等全て含む)は2015年が約110兆円、このままいくと2025年には約145兆円まで膨れ上がります。そのような状況の中、例えばがん終末期の場合、横須賀市のある急性期病院に入院医療の医療費を尋ねたところ、在宅医療と比べて1か月で約50万円も違いました(在宅のほうが安い)。

### b. 患者さん本人の希望

内閣府や横須賀市が行った高齢者へのアンケート調査では約6割の方が、一時的にせよ自宅での療養を希望しているという結果が出ています。全国平均では75%の方が病院で亡くなっている現状を鑑みると、まだまだ自宅での療養やみとりが増えると推定されます。

### c. 高齢化による医療の変化

(ケアからケアへ)

併存疾患を持ち、また加齢により身体機能の低下した高齢者が増える中で、医療は変化しました。治療をめざす医療から、日々の生活を維持する医療です。医療機関まで自分でアクセスできないくらい身体能力が低下した方には、在宅医療がマッチしています。

### d. 在宅医療の進歩

在宅で使用する機器は進歩してきています。緩和医療に限って言えば、病棟内やホスピスで行う医療行為のほとんどが在宅で可能になりました。

多死時代のプライマリ・ヘルスケア、その答えは暮らしの中に

## 地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をともに生きる

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

高山義浩  
沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科医長



「健康格差の縮小」のための実用的ガイド

## 健康格差対策の進め方 効果をもたらす5つの視点

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

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



短期集中連載[全3回]

# オバマケアは米国の医療に何をもたらしたのか？

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

## 第3回(最終回) オバマケアへの「評価」

オバマ大統領も認めているように、立案段階で完璧な政策というのは存在しないため、あらゆる政策は科学的な評価を受け、その結果をもとに微調整を加えていく必要がある<sup>1)</sup>。つまり、ビジネスだけでなく、政策についてもPDCAサイクルを回すことが重要である。PDCAサイクルとはPlan(計画)→Do(実行)→Check(評価)→Act(改善)の4段階を繰り返すことで業務を改善していく手法である。政策であればPは政策立案(デザイン)、Cは政策評価となる(図1)。しかし、政策をデザインした人と評価する人が同じであったら公平な評価をすることは困難である。経済的なものに限らずさまざまな利益相反があることも多く、そうでなくても誰でも自分の関連する政策を客観的に批判的吟味するのは難しい。そのため、米国ではアカデミア(註1)が政策評価の役割を担うことが多い。つまり政策立案者(政治家、官僚)とアカデミア(研究者)の間でチェック・アンド・バランスの関係が成り立っているのである。

ではオバマケアの評価はどうであろうか？ オバマケアが無保険者の数、医療の質、医療費に対してどのようなインパクトがあったのかを検証してみよう。

### オバマケアによって米国は どう変わったのか？

#### 1) 無保険者の数

オバマケアが無保険者の数を減らしたことは明らかである。2010年に4900万人(全人口の16.0%)いた無保険者数は、2015年には2900万人

(9.1%)にまで下がった。この減り方は、1965年にメディケア・メディケイドが導入され65歳以上の高齢者、貧困層の全員に公的医療保険が提供されたとき以来、最大の下がり幅である。それに伴い、医療費が高くて医療サービスを受けられない人の数は5.5%減少し、医療費負担によって個人がかかえる負債額も減った(メディケイドに加入している人の債権取引会社に送られる金額が1人当たり600~1000ドル減った)。しかし、メディケイドの拡大によってカバーされるようになった貧困層の加入者数は順調に伸びているものの、Health Insurance Marketplace(HIM)を通して医療保険を購入した人の数は予想を大きく下回っており、今後の課題の一つである。

#### 2) 医療の質

オバマケアによって数多くのペイ・フォー・パフォーマンス(P4P;業績に伴う支払方式)が導入された。代表的なものとして、入院患者の30日死亡率やプロセス指標の改善率に応じて病院への医療費の支払額を増減させるHVBP(Hospital Value-Based Purchasing) Program、同じく病院に対して30日再入院率を減らすことで経済的インセンティブを与えるHRRP(Hospital Readmission Reduction Program)がある。そして2018年からは医師個人に対するP4Pも導入される予定である。アカデミアによる政策評価の結果によると、HVBPは死亡率などの患者のアウトカムを改善させる効果はなく、今はP4Pをどのようにデザイン(ボーナスやペナルティの大きさ、測定する項目など)すれば、実際に患者のアウトカム改善につながる可能性があるか

課題になっている<sup>2)</sup>。HRRPは30日再入院率を減らしたというエビデンスがあり、期待通りの効果が認められた数少ないP4Pとなっている(図2)<sup>3)</sup>。

#### 3) 医療費

ここ数年米国の医療費の伸びは鈍化していることが知られている。例えば、メディケア加入者の1人当たり医療費の伸び率は2000~05年は年4.7%であったが、2010~14年は伸び率がマイナスになっている<sup>4)</sup>。オバマ大統領はこれはオバマケアに伴う医療費抑制策の影響であると主張している。しかし、それに対してジョナサン・スキナー(ダーツマス大)やアマタブ・チャンドラ(ハーバード大)は、医療費の伸びの鈍化はオバマケアが成立する前の2006年頃から始まっており、オバマケアの影響は少ないと反論している<sup>4)</sup>。チャンドラらは、①控除免責額(註2)が高い医療保険の増加、②州政府によるメディケイドの医療費を減らす政策、③新しい医療技術があまり開発されずその拡散も比較的ゆっくりであったことが、近年の米国で医療費の伸びが鈍化した主因であるとしている<sup>5)</sup>。

### オバマケアの挑戦

オバマケアに関して、全てが順調にいったわけではない。オバマケアが現在直面している最大の問題は、HIMで提供される保険の保険料が高騰しており、その結果としてHIMで保険に加入する人の数が伸びていないことである。保険料高騰の理由として、①個人加入義務違反に対する罰金が安いこと、②保険プランの数が少なく競争原理が十分に働いていないことなどが挙げられている。現在、後者に対してはパブリック・オプション(第1回/3195号参照)を復活させたり、HIMの市場をより広域なものにして保険プランの数を増やすことで、競争を促進させたりするような対策が検討されている。

もともと、米国の医療サービスの単価は他国より高いため、保険料を上げずに皆保険制度を達成するのは至難の

業である。いずれにしてもオバマケアの成功のカギはHIMの保険料の問題をどのように解決するかにかかっているとすることができる。

### 日本がオバマケアから学べること

オバマケアは無保険者の数を減らすという主目的に関してはその功績が認められているものの、医療の質の改善・医療費抑制といった副次的なゴールに関してはまだ評価が分かれている。政策立案者とアカデミアが一緒になって今後もPDCAサイクルを回し続けられれば、オバマケア(その頃にはクリントンケアと呼ばれているかもしれない)はいずれ医療の質の改善と医療費抑制も達成すると思われる。

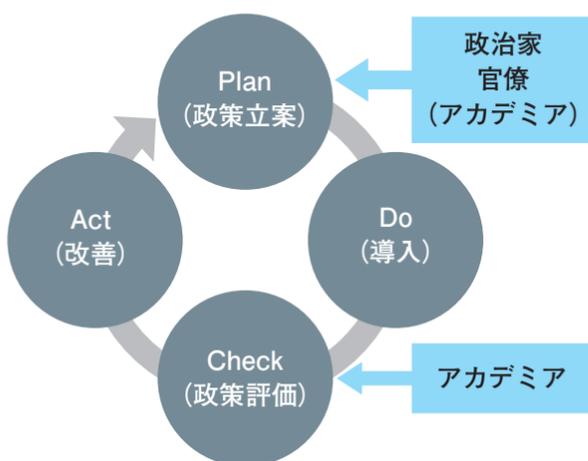
日本のメディアを見ると、米国の医療制度はひどいから学ぶことは何も無いといった極論を目にすることがある。確かに現時点での医療制度に関しては日本のほうが米国よりも優れている点が多いかもしれないが、医療政策がデザインされる過程を見ていると米国のほうがずっと経済学的理論とエビデンスに基づいたものになっている。医療政策研究の質や、研究費の規模を見てもわかるように、日本とは比べ物にならないほど米国はこの分野に力を入れている。米国は今後も安定した経済成長が見込まれ、人口構成も安定しており、その未来は明るいと考えられている。一方で、経済が成長していないことや高齢化の影響もあり、医療政策や医療費の問題は日本のほうがはるかに切実なかもしれない。何よりもそれらを解決するために政策研究を行ったり、政策立案者が政策に関する経済学的理論やエビデンスを取り入れて政策をデザインする文化がないことが、近い将来の日本にとって大きな課題になってくるとと思われる。米国ではエビデンスが、政策のデザインやPDCAサイクルを回すのにどのように用いられているのかを紹介することで、日本にも「科学的根拠に基づく政策」が広まり、それによって医療費や医療の質の問題がより効果的に解消されることが望まれる。

註1: アカデミアとは大学、研究機関、シンクタンクなど幅広く研究が行われる場所を指す。米国では大学に限らず、さまざまな組織で研究のトレーニングを積んだ学者・研究者が活躍し、政策評価も民間、公的機関にかかわらず多くの組織で行われている。

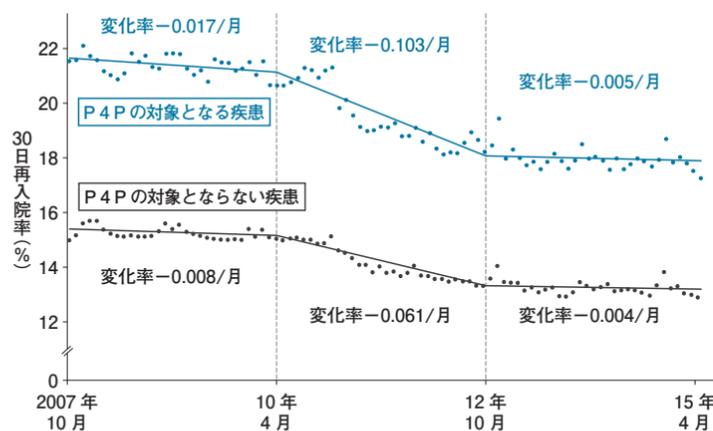
註2: 控除免責額(Deductible)とは、保険の還付が始まる最低金額のこと。その金額を超えるまでは100%自己負担となる。オバマケア導入後、米国では控除免責額が高めに設定された医療保険が増えてきている。

#### ●参考文献・URL

- 1) JAMA. 2016 [PMID: 27400401]
- 2) BMJ. 2016 [PMID: 27160187]
- 3) N Engl J Med. 2016 [PMID: 26910198]
- 4) JAMA. 2016 [PMID: 27400390]
- 5) Brookings Pap Econ Act. 2013 [PMID: 25418992]



●図1 政策におけるPDCAサイクル(筆者作成)



●図2 P4P導入によって30日再入院率を減少させた(文献3より作成)

当初、P4P(HRRP)の対象となったのは心筋梗塞、心不全、肺炎の3疾患であった。オバマケアが導入された翌月の2010年4月から再入院率は減少し始めたが、12年10月ごろから下降のスピードは鈍化している。P4Pの対象でない疾患でも再入院率は減少したが(波及効果)、2つのグループを比較すると対象疾患のほうが統計学的に有意に再入院率が下がっている。

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

## がん診療レジデントマニュアル 第7版

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

国立がん研究センター-内科レジデント 編



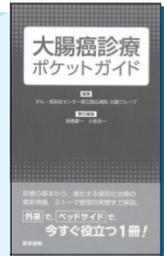
外来で、ベッドサイドで、今すぐ役立つ大腸癌の診療マニュアル

## 大腸癌診療ポケットガイド

大腸癌の診療に携わる医師、看護師、薬剤師を読者対象に、診療の基本から、進化する個別化治療の最新情報、ストーマ管理、リハビリテーションの実際まで解説したマニュアル。図表、フローチャート、箇条書き等多用し、外来で、またベッドサイドで役立つよう編集。大腸癌診療に定評のある都立駒込病院大腸グループが総力をあげて編集・執筆。

編集 責任編集

がん・感染症センター都立駒込病院 大腸グループ  
高橋慶一  
がん・感染症センター都立駒込病院・外科部長  
小泉浩一  
がん・感染症センター都立駒込病院・消化器内科部長



# ここが知りたい! 高齢者診療のエビデンス

高齢者は複数の疾患、加齢に伴うさまざまな身体的・精神的症状を有するため、治療ガイドラインをそのまま適用することは患者の不利になりかねません。併存疾患や余命、ADL、価値観などを考慮した治療ゴールを設定し、治療方針を決めていくことが重要です。本連載では、より良い治療を提供するために「高齢者診療のエビデンス」を検証し、各疾患へのアプローチを紹介します(老年医学のエキスパートたちによる、リレー連載の形でお届けします)。

第8回

## 進行した認知症と肺炎、どう治療する?

狩野 恵彦 厚生連高岡病院 総合診療科

### 症例

89歳男性。認知症、脳血管障害、高血圧の既往あり。介護老人保健施設(老健施設)入所中。2か月前にも肺炎で入院。普段から食事中にむせることが多い。3,4日前から間欠的に38℃の発熱あり。呼吸が苦しそうでSpO<sub>2</sub>を測定したところ、80%台まで低下していたため受診。進行した認知症により寝たきりであり、ほとんど言葉を発さない。尿・便失禁もある。

### ディスカッション

- 進行した認知症とはどんな病態?
- 肺炎合併による予後は?
- 治療方針はどのように立てる?

高齢者の診療で時に問題になるのが認知症患者の肺炎、特に誤嚥性肺炎である。肺炎治療後の展望なども含め、患者本人や代理意思決定者でもある家族と話を進めることが望ましい。今回は進行した認知症に合併する肺炎症例について考えてみたい。

### 進行した認知症患者の肺炎合併率は高い

認知症は治ることのない進行性の疾患である。では「進行した認知症」とはどのような状態を指すのだろうか?多くの研究では「Global Deterioration Scale (GDS)」<sup>1)</sup>におけるStage 7の状態を指す。家族を認識できないほどの記憶障害があり、言葉もほとんど発せず、寝たきりで日常生活動作は全介助、尿・便失禁があるような状態である。米国では、進行した認知症は緩和ケアの対象として認識されている<sup>2,3)</sup>。

肺炎は、このような進行した認知症患者に高頻度に合併すると言われている。老健施設入所中の進行した認知症患者を対象に行った研究では、1年間で3人中2人が何らかの感染症を合併し、そのうち約3割が呼吸器感染症であった<sup>4)</sup>。別の研究では同様の患者240人中154人(64%)が、死亡前の6か月間に肺炎を疑う229のエピソードを経験し、126人(53%)は死亡前の30日以内に肺炎を合併していたという報告もある<sup>5)</sup>。

また、別の老健施設で進行した認知症患者323人を対象とした前向きコホート研究(CASCADE研究)では、

18か月間の経過観察中におよそ47%が肺炎を合併した<sup>6)</sup>。では、その予後はどうだろうか?患者の死亡率は6か月後で25%、18か月後で55%、平均生存期間は478日(約16か月)であった。肺炎を発症した患者、発熱を来した患者に限って言えば、各エピソードから6か月後の死亡率が47%、45%に上がることがわかった<sup>6)</sup>。

### 摂食障害に関しては経口摂取継続? 人工栄養?

摂食障害は、進行した認知症において最もよくある問題の一つである。認知症の進行に伴い、誤嚥の直接的な原因となる咽頭相の嚥下障害のみならず、口腔相の嚥下障害(口に物をため込む)や、食事の拒否といった問題も生じる。急性疾患を合併して一時的に増悪傾向を来した摂食障害は多少改善することもあるが、元の状態もしくはそれ以上の状態への回復は望めない。こうした問題は認知症とともに進行こそすれ、軽快することは考えにくいのである<sup>7)</sup>。患者家族に話をする場合、現在の問題は一時的なものではなく、今後も繰り返すことを説明し、理解を得ることが重要である。

経口摂取が難しくなると、その後の治療方針としては、経口摂取の継続か人工栄養(経管栄養など)の使用、いずれかの選択を求められる。経口摂取を継続する場合、1日の必要カロリー摂取をめぐすというよりは、患者の望む分だけ可能な範囲で食事を提供する方針になる。これはComfort Feeding(Hand Feeding)と呼ばれ、少量の食事や水分摂取、頻回の口腔ケアを指す。こうしたケアは時間が掛かるが、患者が食事を楽しめ、かつ食事中に介護者とかかわり、時間を共有できるという利点がある。

進行した認知症患者において、経口摂取継続と経管栄養を比較した無作為化試験は現時点では存在しない<sup>7)</sup>。しかし進行した認知症患者に対して経管栄養を行うことは、生存期間や生活の質、栄養状態、誤嚥の予防、褥瘡の予防・治療などに関する利点はないとされている<sup>8)</sup>。その後、投与するカロリーを増やすことで体重は増加するものの、生活機能や生存期間は改善しないことも報告されている<sup>9)</sup>。このような背景から、米国の老年医学会、家庭医療学会、ホスピス・緩和医療学会など複数の学会は、進行した認知症患者への経管栄養を勧めていない<sup>10)</sup>。日本でも「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」において、人工栄養を導入しない選択肢も含めた治療方針の検討に言及している<sup>11)</sup>。

### 患者の希望に沿った医療の提供をめざす

肺炎を発症した場合に抗菌薬治療がもたらす効果に関しても、CASCADE研究で調べられた。研究期間中に確認された肺炎を疑う225のエピソードのうち、無治療の患者は9%で、55%が経口抗菌薬、16%が筋注抗菌薬、20%が静注抗菌薬の投与を受けた。生存期間を調べたところ、抗菌薬治療群は無治療群に比べ、平均で273日(約9か月)生存期間が長いことがわかった。一方で「Symptom Management at End-of-Life in Dementia (SM-EOLD) scale」と呼ばれる緩和治療の指標スコア(高値であるほど症状緩和が達成できていることを示す)は、無治療群の患者に比べ抗菌薬投与群の患者のスコアのほうが低かった<sup>12)</sup>。つまり抗菌薬治療により生存期間は延びるものの、その代償として症状緩和が犠牲になり得ることを意味する。

CASCADE研究では、代理意思決定者がどの程度患者の病態を認識しているか、実際に病状説明を受けたかについても調べている。患者の平均生存期間が約16か月であったのに対し、代理意思決定者の約20%は患者の余命をおよそ6か月以内と考えており、実際に医師から予後の話を聞いていたのは約18%であった。また、8割以上の代理意思決定者が、今後起こり得ることを予想していたとは答えたものの、合併症などの説明を医師から受けていたのはわずか33%であった<sup>6)</sup>。

進行した認知症患者に限らず、誤嚥性肺炎を繰り返す患者では、その後の見通しを患者・家族に十分説明し、どこを目標に今後の治療を行うべきか話し合う必要がある。大切なのは、患者が望まない医療の提供を避け、患者の希望に沿った医療の提供をめざすことである。そのためにも、患者の意思疎通が難しい場合には、患者家族と情報を共有しながら話し合う必要がある。また、認知症が進行する前に、患者本人の意思を確認しておく(アドバンス・ケア・プランニング)などの試み

も非常に大切である。

### 症例その後

患者家族と相談の上、抗菌薬投与による肺炎の治療を行った。肺炎は一度軽快したものの、1日2食摂取するほどの嚥下機能回復までには至らなかった。栄養摂取に関して家族とあらためて相談し、人工栄養は使用せず、可能な範囲で経口摂取を継続することにした。3週間後、呼吸状態は再増悪を来した。酸素投与や解熱薬の投与など症状緩和主体の治療を行い、数日後に永眠した。

### クリニカルパース

- ✓ 進行した認知症に肺炎を合併した場合の6か月以内の死亡率は約50%である。
- ✓ 人工栄養の使用は勧められない。
- ✓ 家族・代理意思決定者とのコミュニケーションが大切である。
- ✓ 目の前の肺炎だけでなく、今後の見通しも含めた治療計画が求められる。

### 【参考文献・URL】

- 1) Am J Psychiatry. 1982 [PMID : 7114305]
- 2) Centers for Medicare & Medicaid Services. Local Coverage Determination (LCD) for Hospice Determining Terminal Status (L32015). 2011. [http://legacyhospice.net/home/download/phys\\_portal/CGS%20Guidelines.pdf](http://legacyhospice.net/home/download/phys_portal/CGS%20Guidelines.pdf)
- 3) Psychopharmacol Bull. 1988 [PMID : 3249767]
- 4) JAMA Intern Med. 2014 [PMID : 25133863]
- 5) J Am Geriatr Soc. 2006 [PMID : 16460381]
- 6) N Engl J Med. 2009 [PMID : 19828530]
- 7) N Engl J Med. 2015 [PMID : 26107053]
- 8) Cochrane Database Syst Rev. 2009 [PMID : 19370678]
- 9) J Am Geriatr Soc. 2011 [PMID : 21391936]
- 10) American Geriatrics Society. Ten Things Clinicians and Patients Should Question. 2015. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-geriatrics-society/>
- 11) 日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン——人工的水分・栄養補給の導入を中心として. 2012. [https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs\\_ahn\\_gl\\_2012.pdf](https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs_ahn_gl_2012.pdf)
- 12) Arch Intern Med. 2010 [PMID : 20625013]

### 一言アドバイス

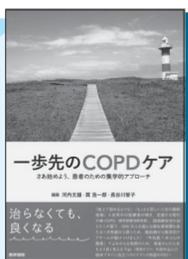
- われわれ医療者は「何かしなければ」という思考パターンから、進行した認知症患者の発熱に対しても抗菌薬を処方してしまうことが常だが、症状緩和が患者の希望であれば、アセトアミノフェンと少量の酸素投与が最も適切な介入であることもある。(関口 健二/信州大病院)
- 栄養摂取方法を話し合う場合、患者家族の飢餓への恐怖を念頭に話すことが大切である。Comfort Feedingは飢えや渇きを癒やせるとともに、予後の改善も認めることを伝えることで、理解を得よう努めている。(許 智栄/アドベンチストメディカルセンター)

「地上で溺れる病」COPDを救う、集学的ケアチームによる臨床ガイド

## 一歩先のCOPDケア さあ始めよう、患者のための集学的アプローチ

「地上で溺れるような」「もっとも苦しい人生の最終段階」と世界中の医療者が嘆き、苦慮する現代の病COPD(慢性閉塞性肺疾患)。超高齢社会のわが国で、500万人超の潜在患者層を来たるべき悲劇から救うため、最前線から集学的ケアチームが駆けつけた! 「牛乳瓶」本ぶんの酸素」でよみがえる笑顔のため、患者の人生をより良く支えるTips(現場のコツ)を詰め込んだ、臨床ですぐに役立つガイドブック。

編集 河内文雄 医療法人社団に仁会・福毛サテッククリニック理事長  
巽浩一郎 千葉大学大学院医学研究院呼吸器内科学講座・教授  
長谷川智子 福井大学医学部学術研究院医学系部門看護学領域・教授



レジデントだけの本ではありません! 緩和医療に携わる全スタッフ必読の書、誕生!

## 緩和ケアレジデントマニュアル

緩和ケアの新スタンダードマニュアルが、ついに完成。第一線で活躍する気鋭の執筆者陣が、基本から最新知見・ノウハウまで緩和のエッセンスを解説。各項目ではエビデンスを重視し、および限り非がん疾患にも応用できるよう心がけた。通読できるコンパクトサイズながら網羅的であり、入門書としても最適。若手のみならず、指導者にとっても有用な好書。日常診療では白衣のポケットに忍ばせていただきたい1冊。

監修 森田達也 聖隷三方原病院 副院長・緩和と支持治療科  
木澤義之 神戸大学大学院医学研究科先端緩和医療学分野 特命教授  
編集 西 智弘 川崎市立井田病院・かわさき総合ケアセンター 副院長  
松本禎久 国立がん研究センター東病院・緩和医療科 医長  
森 雅紀 聖隷三方原病院・緩和ケアチーム  
山口 崇 神戸大学医学部附属病院・緩和ケアセンター 特命助教



# The Genecialist Manifesto

## ジェネシャリスト宣言

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第41回】

### 日本の医者の“無敵感” その2 ——M&Mのすすめ

ぼくは2004年に中国から帰国した。アメリカと合わせて6年間日本を離れていたわけだが、帰国して驚いたことの一つにM&Mの欠如がある。「岩田先生、M&Mは日本の文化に合わないんですよ。行うのは無理です」と言われて二度驚いた。

M&M (Morbidity and Mortality) conferenceは病棟で患者が急変して亡くなったり、ICUに運ばれたりしたケースを分析し、検証するカンファレンスだ。アメリカでは普通に行われていたし、沖縄県立中部病院(OCH)でもやっていた。

今でも忘れられないが、OCHの伝説的存在で誰もが知っている外科医がオペ適応を間違えたことがある。カンファレンスでは血気盛んな若手外科医が「あれは開けるべきじゃなかった」とレジェンドを一刀両断していた。レジェンドも「オレが悪かった」と頭を下げていた。これは本土ではまず見ない光景だ。アメリカでは「no blame, no shame」という建前を取るのだから、OCHの当時の外科のように面と向かって相手を非難、または下克上ということはない。

スタイルの違いはあるものの、OCHとアメリカに共通するのは「失敗から学ぶ」「失敗を直視する」という姿勢である。失敗を直視するから改善策は見つけられる。失敗はあり得ないと決めつけてしまえば成長も改善もあり得ない。

M&Mは日本の文化に合わないのではない。日本の「医者文化」に合わないだけだ。その証拠にトヨタはちゃんとM&Mに当たるものを行っている。「カイゼン」という名前だ。カイゼンは現状の問題を把握して初めてできる。失敗の原因を探求し分析せずして、失敗を回避し克服することは絶対に不可能だからだ。聞くところによると、トヨタは問題が生じたときになぜその問題が起きたのかを5回は繰り返して検討するという<sup>1)</sup>。

失敗を直視せず、改善をしない。これは「医者文化」である。繰り返すが、「医者」文化だ。「医療文化」ですらない。その証拠にインシデントが起きればナースはちゃんと報告している。しないのは医者だけだ。インシデント・レポートは始末書ではないから、反省しようがしまいが起きたことは報告す

べきなのだが、日本の医療現場ではインシデント・レポートは始末書と解釈されている。反省や謝罪を医者は嫌うから、そういうものは提出しない。

というわけで、失敗を認め、反省し改善するという文化は日本にもある。医療現場にもある。ただし、医者にはない。

ディオバン事件で臨床試験データの捏造が行われたが、研究者の一人は日本循環器学会の代表理事になっている<sup>2)</sup>。こんな馬鹿げた無責任体質もないだろう。日本化学療法学会など8学会がまとめた抗微生物薬適正使用推進委員会の委員長に任命されたのは、ぼくが出している出版物の販売を学会大会長の権限で停止させた人物だ<sup>3)</sup>。このような不祥事を起こしてもすぐに要職につけてしまうところが業界の内向き、無反省、無敵体質を象徴している。

医者の無敵体質は別に学会のような高いレベルのところにあるとは限らない。ソーシャルメディアでは自分の科がいかに素晴らしいか、という自画自賛のアピールが多い。これはどちらかというとスペシャリストに比べてジェネラリストに多い傾向だ。「家庭医には〇〇医にできない△△ができる」みたいな言い方だ。

なぜジェネラリストにこういうコメントが多いかというと、スペシャリストはもともとスタンドアロンで縦割りの存在だから「他者との比較」そのものに意味を感じていないからだ。比べるとすればせいぜい年収やライフスタイルといったささいなことだろう。形成外科と眼科の比較は、ピアノの演奏とゴルフプレーの比較みたいなもので、成立し難いのだ。だからスペシャリスト集団もまた、言明しないだけで無敵体質には染まっているのだろう。

日本のジェネラリストの多くは、自分たちが不遇をかこっており、他科の医者よりも不当に評価されていると思

っている(その見解は多くのセッティングにおいては正しい。ジェネラリストに「ついでに」なれると信じこんでいる病院幹部は多い)。だから他者との比較を苛烈に行い、他科をこき下ろし、そのついでに自科の優位性をアピールしないではいられないのだ。これも一種の無敵体質である。「家庭医ってここが弱いよね」という内省的なコメントは稀有である。そういうコメントを残すと、「弱みを見せた」と思われるのだろうか。

ぼくは本連載ですべて二元論の克服をめざしているのだから、「家庭医には〇〇医にはできない△△ができる」みたいな二元論丸出しのステートメントはよくないと思っている。それにこのような無敵体質がとても危険な体質であることはすでに述べたとおりである。

感染対策が「できている」という病院は、100%できていない病院だ。「できる」の基準が低いからだ。無敵体質は実は弱さの表明だ。「できていない」とカミングアウトする病院のほうが、感染対策はわりとよくできている。

他者との比較や無敵感と無縁であるために、やはり便利なのが“ジェネシャリ”である。一元論になれば比較優劣の問題は消失する。「△△ができる・できない」問題の克服にも、縦にも横にも相対的に自己評価できるジェネシャリのほうが便利だ。ジェネシャリには一本の突き抜けた得意分野があり、それに比べれば他は全て「できていない」からだ。さらに、ジェネシャリなら前回(3195号)で言及した震災時の抗菌薬適正使用問題も解消できるだろう(みんな学ぶから)。結構な話で



はないか。  
●参考文献・URL  
1) 伊藤精一. 『五なぜの法則』. 2011. <http://www4.tokai.or.jp/adv-qc/p01.htm>  
2) m3.com. 循環器領域の未来、楽観視できず. 2016. <https://www.m3.com/open/iryoshin/article/441648/>  
3) 日本化学療法学会. 抗菌薬の適正使用に向けた8学会提言. 2016. <http://www.chemotherapy.or.jp/guideline/kobiseibutyaku.html>

●書籍のお問い合わせ・ご注文  
本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、**医学書院販売部**まで  
☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804  
なお、ご注文につきましては、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)にて承っております。

……君ならどうする？

## 死にゆく患者と、どう話すか

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

## MEDSiの新刊

「測定尺度」を制する者は、医学的研究を制する!

### 医学的測定尺度の理論と応用

妥当性、信頼性からG理論、項目反応理論まで  
**Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use, 5th Edition**  
●訳: 木原 雅子 加治 正行 木原 正博  
京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野 准教授 / 国連合同エイズ計画共同センター長 静岡市保健所長 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻社会疫学分野 教授  
●定価: 本体4,600円+税  
●B5 ●頁408 ●図43 ●2016年 ●ISBN978-4-89592-867-0  
ロングセラー「医学的研究」シリーズ、第8弾。医学的研究や統計に多用される測定尺度の理論と応用について、信頼性(reliability)と妥当性(validity)の観点に基づき包括的かつ系統的にまとめたオンリーワンテキスト日本語版。尺度の基本概念から新しい方法論、調査の実施手法など、理論的文脈を踏まえてわかりやすく解説。質問票の作成や各種調査の裏付けとなる知識を提供する。

好評関連書“木原ライブラリー”

- 医学的研究のデザイン 第4版 ●訳: 木原 雅子・木原 正博 ●定価: 本体4,700円+税
- 医学的介入の研究デザインと統計 ●訳: 木原 雅子・木原 正博 ●定価: 本体3,700円+税
- 医学的研究のための多変量解析 ●監訳: 木原 雅子・木原 正博 ●定価: 本体4,000円+税
- 国際誌にアクセプトされる医学論文 ●訳: 木原 正博・木原 雅子 ●定価: 本体4,500円+税
- 疫学 ●訳: 木原 正博・木原 雅子・加治 正行 ●定価: 本体5,600円+税
- 現代の医学的研究方法 ●訳: 木原 雅子・木原 正博 ●定価: 本体4,800円+税
- 疫学と人類学 ●訳: 木原 正博・木原 雅子 ●定価: 本体3,500円+税

# Medical Library

書評・新刊案内

## 加齢黄斑変性 第2版

吉村 長久 ● 編

A4・頁352  
定価:本体18,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02448-8

待望の『加齢黄斑変性』の第2版が出版されました。

加齢黄斑変性という疾患は「狭義加齢黄斑変性」と「広義加齢黄斑変性」という用語がある一方で、ポリープ状脈絡膜血管症(PCV)の病気の本態は新生血管か、異常血管かといった議論があり、ある意味体系立てて理解しにくいという問題がありました。そんな中『加齢黄斑変性』初版では、PCVに多くのページが割かれ、通読しても面白く、一部を読んでいくだけでも加齢黄斑変性の理解が深まりました。しかしその後、新生血管の研究が進み、抗VEGF薬治療も新しい局面を迎え、pachychoroid neovascularizationなどの概念が出てきて、加齢黄斑変性の概念も変わりつつあります。

また初版では時代的背景もあり使用されたOCT画像がtime-domainのものも多く、解像度の点で粗い画像が多かったという問題がありました。第2版では画像が圧倒的にきれいになっており、さらに加齢黄斑変性の概念図が大きく変わっています。分担執筆が多い昨今にあり、編集の吉村長久先生の考えで貫かれた一貫性のある内容で、通読しても面白く、一部を読んでいっても理解が深まるという点はそのままで、第2版というよりも別の本かと思えるほど内容が一新されており、継ぎはぎ感がありません。初版では、PCVは新生血管か血管異常かという議論があったという歴史的な背景から、PCVに多くのページが割かれて

### 内容が一新された 待望の第2版



評者 北岡 隆

長崎大大学院教授・眼科・視覚科学

おり、読み物としても興味の尽きない内容で、第2版が出版されたこと、最も惜しむべき点は初版が手に入らなくなったことかもしれません。

第2版の特徴を列挙しますと、今後欧米ほどでないが日本でも多くなるのが予想される萎縮型加齢黄斑変性に多くの記載が割かれていること、症例検討が豊富に用意されていること、これまでに行われてきた抗VEGF薬治療の大規模臨床試験に多くの記載があり、よく理解できることが挙げられます。

しかし何と言っても最大の特徴は、ややもすればわかりにくい加齢黄斑変性の概念が容易に理解できることです。「検査と診察」の項では、眼科医の基本姿勢と眼底疾患全般の診察の仕方がしっかりと書かれている点は変わりなく、日頃の忙しい診療に流されがちな自分自身を反省させられるとともに、若い眼科医にも通読して基本として身につけてもらいたい部分です。

本書は、混乱した、理解しにくい加齢黄斑変性の分類の歴史、概念が、吉村先生の頭脳というフィルターを通して整理されて頭に入ってくるという点が特筆すべきところ。「序」にもありますようにOCT angiographyについてはまだ使用が始まったばかりであり本書では扱がありませんが、本書を読めば、吉村先生の編集によるOCT angiographyについての本も早く読みたいと切望する気になるはずです。

## 術者MITSUDOの押さないPCI

光藤 和明 ● 著  
倉敷中央病院循環器内科 ● 執筆協力

B5・頁264  
定価:本体8,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02527-0

評者 山下 武廣

心臓血管センター北海道大野病院副院長

本書は、2015年10月に急逝された光藤和明医師が書きためた原稿を、倉敷中央病院循環器内科スタッフが加筆・整頓して書籍化したPCIの大書である。光藤医師が「PCIのFinal frontier」としたCTO(Chronic Total Occlusion)、分岐部ステント術を中心に据え、加えて右冠動脈入口部、左主幹部へのステント術、さらには光藤医師がPCIの本質とした「押さないPCI」を、あえて「押してよい」場面を例示しながら詳述している。

直面し得る陥穽を前もって予測し、リスクを可及的回避しながらいかに確実に手技を完遂するか、通常の技術書ではちりばめられる「パール」が、本書では惜しげもなくオンパレードで教示されている。一語一句全てが、膨大な経験と深い洞察に基づいたパールと感ぜられ、

### PCIが存続する限り 名著であり続ける



ベテランインターベンションリストであっても1ページ読み進む間に何度もハッとさせられるのではないだろうか。さらにPCIのテクニク論にとどまらず、PCIを用いて医療を行うプロフェッショナルとしての人生哲学が随所に染み出ており、これぞ光藤流PCIの神髄と感ぜられる。

これからを担う若き医師たちに、めざすべきインターベンション像を見だし、見据える機会を与える必読の書であろう。中堅以上のインターベンションリストは、本書の内容をどこまで正確に理解し自身で実行し得るか、キャリア史上最大の到達目標を得るかもしれない。通読後は、本書がPCIという治療法が存続する限り永遠の名著となることを確信させる。

## DSM-5®ガイドブック 診断基準を使いこなすための指針

Black DW, Grant JE ● 原著  
高橋 三郎 ● 監訳  
下田 和孝, 大曾根 彰 ● 訳

B5・頁464  
定価:本体9,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02486-0

評者 須田 史朗

自治医大教授・精神医学

本書はBlack DWとGrant JEによる“DSM-5 Guidebook”の全訳であり、数あるDSM-5解説書の中でもAmerican Psychiatric Association (APA) が出版した本家本元の“公式ガイドブック”である。

1990年代以降、科学は目覚ましい発展を遂げ、さまざまな技術革新が多くの生命現象を可視化することに成功した。精神医学もその恩恵を受け、分子生物学や神経画像、疫学研究によるデータの蓄積が新たな知見と洞察を生み、なおも発展を続けている。ことに臨床研究においては、DSMによる疾病分類が果たしてきた役割は計り知れない。

2013年5月、APAはおよそ20年の時を経てDSMを全面改訂し、DSM-5を世に送り出した。DSM-5では作成の基本指針に「DSM-IV出版以来蓄積

されたエビデンスを、変更を行う指針として用いる」という項目が含まれており、これまでの研究成果により提唱、あるいは変革された新たな疾病概念が

反映されている。本書の冒頭は「科学とは経験を体系的に分類することである」というイギリスの哲学者George Henry Lewesの言葉の引用に始まり、「新しい知識に応じて精神疾患の分類——そして、その診断基準——は進化していかなければならない」という一文で締めくくられており(「はじめに」より)、このガイドブックを記した筆者のDSMに対する

考えと科学的姿勢が示されている。DSM-5は現代精神医学の発展を反映したいわば「正常進化」の形を取ってはいるが、とりわけDSM-IIIから続いていた多軸診断システムの廃止

### 臨床現場での使用に即した DSM-5解説書の決定版

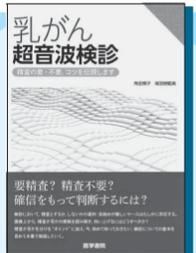


精査とするか? しないか? その判断のコツが明らかに!

## 乳がん超音波検診 精査の要・不要、コツを伝授します

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

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



B5 頁176 2016年 定価:本体6,000円+税 [ISBN978-4-260-02814-1]

医学書院

ホスピタリスト  
**Hospitalist**  
2017年 年間購読申込受付中

病棟、外来、チーム医療……  
病院医療をコンダクトする  
ジェネラリストのための  
クォーターリーマガジン

編集委員: 平岡栄治・八重樫牧人・清田雅智・石山貴章・筒泉貴彦・石丸直人・藤谷茂樹

- 季刊/年4回発行 ● A4変 ● 200頁
- 1部定価:本体4,600円+税
- 年間購読料 19,008円(本体17,600円+税)

※ 毎号お手元に直送します。(送料無料)  
※ 1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

Vol.4-No.3 特集:腫瘍

責任編集: 東 光久 福島県立医科大学 白河総合診療アカデミー/白河厚生総合病院 総合診療科  
藤谷 茂樹 聖マリアンナ医科大学 救急医学/東京ベイ・浦安市川医療センター

2016年	1号 代謝内分泌 2号 周術期マネジメント 3号 腫瘍 4号 他科の知識1(12月発売予定)	2017年(予定)	1号 神経内科 2号 呼吸器疾患2 3号 感染症2 4号 老年内科
-------	---	-----------	--

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

# 外来診療ドリル

## 診断&マネジメント力を鍛える200問

松村 真司, 矢吹 拓 ●編

B5・頁212  
定価: 本体4,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02505-8

『外来診療ドリル』。「ドリル」と名前がついたこの本は、気軽に読めるようで実は極めて骨太の本である。今回書評の依頼をいただいたので、ひとまず問題を解きながら全て通読してみた。最初は「1日20問、10日で終了できる。これは軽い」と思っていたが、大きな間違いであった。問題を解き始めてみると、「うーん、なるほど!」「そ、そうだったか……」の連続で、なかなか先に進めない。1回目を終了するまでに結局2か月近くもかかり、しかも正答率は大学の進級試験であれば、「なんとか合格点は取れたが……」という体たらく。得点の公表は私も立場があるので、どうかご容赦を……。

あまりの不出来ぶりに自分自身もショックを受け、「このままでは終われない」と、再度挑戦。もう一度初めから終わりまで問題を解いてみた。「今度は2回目だからスイスイ行くだらう」と思っていたが、これまた今一つで、やはり同じところを間違える(笑)。結局2回目も1か月以上かかってしまった。ただし、1回目はとにかく問題をこなすだけであったが、2回目は疑問に思った部分に関して、記載文献を参考に自分でも調べてみる余裕ができた。その上で解説を読み直してみると、コンパクトにまとめられたその記載の素晴らしさにあらためて納得することができた。

とディメンション方式による評価の新たな導入や、児童精神医学領域、神経症性障害における変更箇所の多さなどが臨床現場の混乱を招いたことは記憶に新しい。本書はそのような臨床家の疑問や戸惑いに答えるべく構成されており、Chapter 1ではDSM開発の歴史や変遷、Chapter 2ではDSM-5の使用法とDSM-IVからの変更点のまとめ、Chapter 3~19では各疾患、症候群におけるDSM-5診断基準の解説とtips、Chapter 20ではディメンション方式で使用される評価尺度、Chapter 21~22ではパーソナリティ障害群の代替モデル、今後の研究のための診断基準案の解説が要領よく記載されている。

本書は滋賀医大高橋三郎名誉教授の監訳のもと、獨協医大精神神経医学講座の下田和孝主任教授を中心としたグループにより翻訳が行われた。Chapter

この本の持ち味は、その問題の多様性と、臨床家の隙を突くような絶妙な難易度にある。また問題と解説がそれぞれ1ページの表と裏に収められ、非常に使いやすい。記載文献の数と選択も適切である。

比較的簡単に正解できたとしても、ぜひ解説文を一読いただき、興味を持たれた部分やあやふやな分野に関しては、記載文献を参考に自分で少し調べてみることをお勧めする。ある程度余白もあるので、書き込みもできる。ドリルはドリル。下線と付箋と書き込みで自分だけの一冊にしてこそ価値がある。

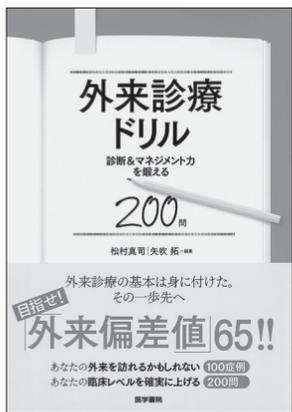
このドリルは、総合診療医や家庭医などのジェネラルな分野の専門医をめざす後期研修医のトレーニングにも最適であるが、腕に覚えのあるベテランの臨床家の先生にこそ、ぜひチャレンジしてほしい。まずはその鼻っ柱が折られること間違いない。7割取れば素晴らしい。8割取ればトレビアン。9割取ればレジェンドの域といえよう。

ちなみに私は、「ここまできたら」との思いで3回目にチャレンジしてみた。今度は1週間で終了し、ようやく全問正解。書評の依頼をいただいてから、4か月目にしてようやく完全制覇。下線と付箋と書き込みで手垢にまみれたこのドリルは、私の大切な一冊となった。

ter 1~2のDSM開発の経緯やDSM-IV-TRからの主要な変更点の記述は近代精神医学の発展の歴史を理解する上で大変興味深く、読み物としても面白い。Chapter 3以降の診断基準の解説では日本語版『DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル』や『DSM-5精神疾患の分類と診断の手引』の該当項目の記載ページが参照できるようになっており、症例検討会などの現場での使用にも配慮されたものとなっている。文章は平易で大変読みやすく、かなりuser-friendlyな内容である。タイトル通り、まさに「診断基準を使いこなすための指針」であり、臨床現場での使用に即したDSM-5解説書の決定版として、研修医・コメディカルスタッフからベテランの精神科専門医まで多くの諸氏に自信を持って勧めたい。今からでも遅くありませんよ。

評者 鈴木 富雄  
阪医大病院総合診療科科長

### 『外来診療ドリル』完全制覇への道



# 第24回総合リハビリテーション賞決定

第24回総合リハビリテーション賞の贈呈式が9月28日、医学書院(東京都文京区)にて行われた。今回は、井上靖悟氏(東京湾岸リハビリテーション病院/理学療法士)他「力学的エネルギー交換率の歩行効率指標としての妥当性——脳卒中片麻痺患者および健常者における検討」[総合リハビリテーション、2015; 43(11): 1049-54.]が受賞した。



●井上靖悟氏

本賞は、『総合リハビリテーション』誌編集顧問の上田敏氏が東大を退官する際(1993年)に金原一郎記念医学医療振興財団に寄付された基金を原資として発足。今回は、2015年発行の『総合リハビリテーション』誌に掲載された投稿論文29編を選考対象とし、最も優れた論文に贈られた。

井上氏の論文は、力学的エネルギー交換率(%R)が歩行効率の指標として妥当であるかどうかを検証することを目的に、生理的コスト指数(PCI)との併存的妥当性(基準関連妥当性)を検討した。歩行が近位監視レベル以上の回復期脳卒中患者21人と健常高齢者15人を対象とした。快適速度での10m歩行速度とその間の%R、6分間歩行から得たPCIを測定したところ、10m歩行速度を制御変数とした%RとPCIで有意な負の相関を認めたことから、脳卒中片麻痺患者の快適歩行において%Rは歩行効率の指標として妥当だと結論付けた。

『総合リハビリテーション』誌編集委員を代表して高岡徹氏(横浜市総合リハビリテーションセンター)は、「シンプルな仮説と実験方法、理解しやすい結果、そして現在の限界などがわかりやすく述べられている点を評価した。有効な利用方法を探るため、研究をさらに深めてほしい」と講評した。受賞のあいさつに立った井上氏は日頃から指導を受けている周囲の方へ感謝の意を表明した上で、「研究成果を患者さんへ還元するべく、今後も努力を重ねていきたい」と抱負を語った。

『総合リハビリテーション』誌では2016年にも、掲載された投稿論文から第25回総合リハビリテーション賞を選定する。同賞の詳細については、『総合リハビリテーション』誌投稿規定([http://www.igaku-shoin.co.jp/misc/sogoriha\\_award.html](http://www.igaku-shoin.co.jp/misc/sogoriha_award.html))を参照されたい。

# 高次脳機能障害のリハビリテーション [DVD付]

## 実践的アプローチ 第3版

本田 哲三 ●編

B5・頁336  
定価: 本体4,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02477-8

評者 花山 耕三  
川崎医大教授・リハビリテーション医学

本書は、2005年の初版刊行以来好評を博している高次脳機能障害リハビリテーションの実践的テキストの改訂第3版となる。

他の障害が主と思われつつも、実は高次脳機能障害を併せ持っていたということ、リハビリテーションの現場では少なくない。もちろん現場では、高次脳機能障害が主となる患者もその認識の高まりから増加しているのが現状である。本書は、このような患者に対する疑問、例えば「どのような症状がみられるのか」「どのように診断・評価するのか」「その病態は何か」「訓練場面では何をするのか」「生活場面ではどのような問題が起こり、どう対処するのか」「薬物をどう使うのか」などについて、その類型である10の障害のおのにおの対し、多くの具体例を引きつつ網羅的に述べられている。また、患者への訓練の場で用いる課題シートがおのにおの障害で掲載されており、その障害の欠けている点を知るために有効である。

本書は、構成や色使いといった要因もあるだろうか、前版より読みやすくなった印象を受ける。さらに今回の版から新たに、脳画像所見、若年脳外傷者のアプローチ、自動車運転の章が追

加されたことは意義深い。特に自動車運転については、生活上のニーズが高い障害者が多い一方で、事故の危険を伴うだけに、どのように対処すべきかわれわれ医療者の頭を悩ませる問題であり、近年の高次脳機能障害におけ

るホットなトピックスとなっている。また、付録のDVDは、患者の行動や家族の話から、その障害のイメージを形成するのに有用である。

失語・失認・失行といった古典的な高次脳機能障害から行政的定義による高次脳機能障害に至るまで、その全てを現場目線で解説した良書である。編集の本田哲三氏はリハビリテーション科専門医であり、本書を通して、病態から生活までを全て見通して対処すべきという姿勢が貫かれ、それらの要点が簡潔にまとめられている。医師、療法士のみならず、看護、介護分野のスタッフの入門書として手元に置いて活用することをお勧めする。

@igakukaishinbun  
本紙編集室でつぶやいています。記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

手の先天異常の治療に情熱を注ぎこんだ著者自身の遺作

# 手の先天異常

## 発生機序から臨床像、治療まで

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

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



MEDSiの新刊

# 内科ポケットレファラン

第2版  
日本語版監修: 福井 次矢  
聖路加国際病院 院長  
定価: 本体4,000円+税  
B6変 292頁  
図99 2016年  
ISBN978-4-89592-836-6



# 救急ポケットレファラン

監訳: 北野 夕佳  
聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 救命救急センター  
定価: 本体4,200円+税  
B6変 328頁  
図11 2016年  
ISBN978-4-89592-863-2

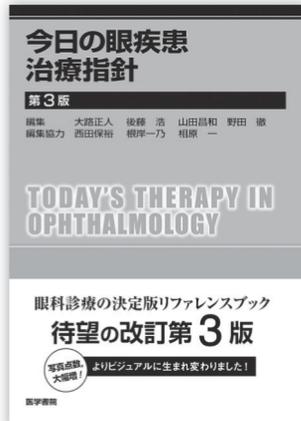


眼科診療の決定版リファレンスブック、  
待望の改訂第3版

# 今日の眼疾患 治療指針 第3版

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

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



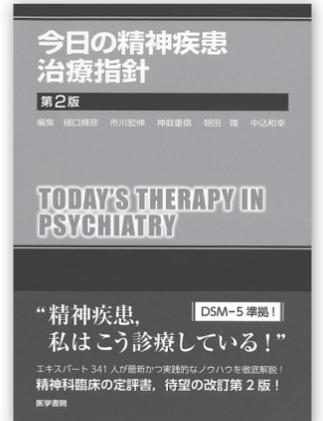
●A5 頁912 2016年 定価:本体24,000円+税  
[ISBN978-4-260-02479-2]

精神科臨床の定評書、待望の改訂第2版!  
DSM-5に準拠!

# 今日の精神疾患 治療指針 第2版

編集 樋口輝彦・市川宏伸・神庭重信・  
朝田 隆・中込和幸

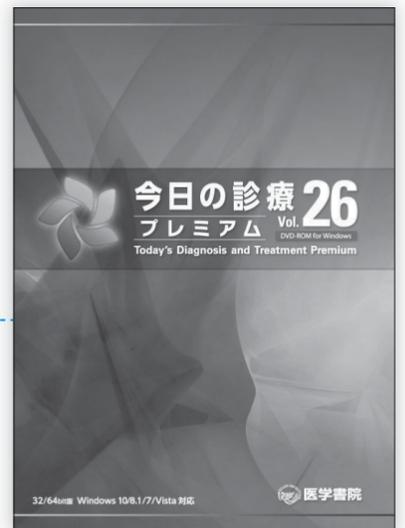
今日の治療指針の精神科版、待望の改訂第2版。「臨床で遭遇する精神疾患および諸問題を網羅的に解説し、最新かつ実践的な臨床情報を提供する」という初版の方針を踏襲しつつ、DSM-5に準拠した内容にリニューアル。もちろん新薬や適応拡大など治療の最新情報も盛り込んでおり、「精神科診療の今」が詰まった1冊となっている。



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

最新の医学知見を網羅した国内最大級の総合診療データベース

# 今日の診療 プレミアム Vol.26



DVD-ROM for Windows

医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級リファレンスデータベース(インターネット接続環境では電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」でも検索可能)。Vol.26では、「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」「今日の診断指針」「今日の小児治療指針」「内科診断学」の5冊を改訂。「処方例リンク」、「採用薬リスト」機能を新設。また、「今日の診療プレミアムWEB」をタブレット端末やスマートフォンなどでも利用いただける「Web閲覧権」付。

## 今日の診療 ベーシック Vol.26

DVD-ROM for Windows

Vol. 26では、8冊のうち「今日の治療指針」「今日の診断指針」「今日の小児治療指針」「治療薬マニュアル」の4冊を更新。「処方例リンク」「採用薬リスト」機能を新設。

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

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

セミナー開催のご案内

## 「総合診療」プレゼント 「平静の心」塾

日野原重明先生を心酔させた偉大な医師 オスラーと出逢う!

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

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

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

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

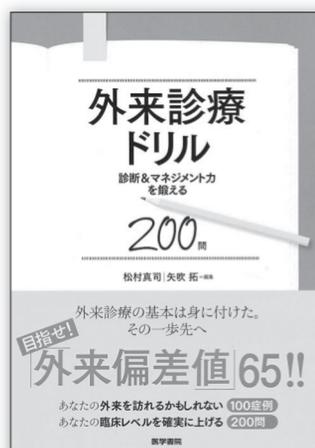
●参加お申込み方法:医学書院WEBサイトからお申込みください。「医学書院のセミナー」で検索!(先着順で定員になり次第、受付終了となります。お電話、E-mailでのお申込みは受け付けておりません。)(お問い合わせ:医学書院PR部「平静の心」塾担当 TEL 03-3817-5692)

http://www.igaku-shoin.co.jp

あなたの外来を訪れるかもしれない100症例、  
臨床レベルを確実に上げる200問

# 外来診療ドリル

診断&マネジメント力を鍛える200問



編集 松村真司・矢吹 拓

内科系の外来ではコモンな症候・疾患の最新知見やトピックス、稀にだが遭遇する症候・疾患の知識、持ちかけられる多様な問題へのマネジメント。外来診療に必要な幅広い知識をエビデンスに基づいてアップデートする1冊。学び続けることで、外来診療はいつまでも進歩することができる。目指せ!外来偏差値65!!

●B5 頁212 2016年 定価:本体4,200円+税  
[ISBN978-4-260-02505-8]



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