

2020年3月30日

第3365号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 多死社会のグリーフケア(大西秀樹, 村上典子, 坂口幸弘)…………… 1-2面
- [連載] フランス医療制度のいま(終)…3面
- [寄稿] 回復期リハビリテーション病棟で医原性サルコペニアをつくらないために(吉村芳弘)/[視点] 信頼できるがん情報を全国の公共図書館に贈る(八巻知香子)…………… 4-5面
- 第13回「(池田晶子記念)わたくし, つまり Nobody賞」受賞, 他…………… 6-7面

座談会

多死社会のグリーフケア

「さようなら」の前から、それぞれのかたちで寄り添う



大西 秀樹氏
埼玉医科大学国際医療センター
精神腫瘍科教授

坂口 幸弘氏 司会
関西学院大学人間福祉学部
人間科学科教授

村上 典子氏
神戸赤十字病院心療内科部長

患者の家族は、がん領域において時に「第2の患者」と呼ばれます。患者の治療への葛藤や、ケアと仕事の両立、そして大切な人に迫る死。治療中から襲ってくるそれらの苦しみは患者が亡くなった後も続きます。『がん患者白書2016(遺族調査編)』では遺族に対するケアの必要性が指摘されました。多死社会を迎える日本で、愛する人を亡くした方々に接する機会が多い医療者ができるケアは何でしょうか。

心理学の視点からグリーフケアを研究・実践する坂口氏を司会に、遺族ケアを先駆的に行ってきた大西氏、村上氏を迎え、医療者ならではのグリーフケアを検討します。

坂口 生者必滅会者定離。生ある者は必ず滅び、出会った人とは必ず別れる定めにあるという仏教の教えです。人との別れ、特に死別は避けられない苦難です。喪失の苦しみを少しでも緩和するために、緩和ケア病棟やホスピスをはじめとする医療機関でも、残された人へのケアがさまざま行われています。大西 私が遺族を診るようになった2000年ごろは、患者さんやマスコミからの遺族ケアやグリーフケアへの要請に医療者の関心が追いついていませんでした。近年は医療者の関心が高まってきた実感があります。

村上 私が携わる日本DMORT(Disaster Mortuary Operational Response Team: 災害死亡者家族支援チーム)の活動では、災害医療の中心的役割を担う救急医療関係者が、翻って日常の救急医療での遺族ケアの大切さに関心を寄せるようになりました。災害医療における「平常時に準備していないことはできない」の発想かなと思います。坂口 グリーフケアの必要性は指摘さ

れるものの国による指針や診療報酬制度は整備されておらず、施設や個人の裁量でケアが提供されているのが現状です。そこで本日は、遺族外来を日本で初めてスタートした精神科医の大西先生と、被災遺族のケアを牽引する心療内科医の村上先生の臨床経験を伺いながら、多死社会に突入しつつある中で、医療者だからこそできるグリーフケアを考えていきたいと思います。

死別のストレスは自然なものではあるけれど……

坂口 大切な人との死別は人生で最もストレスフルな出来事の一つです。死別に伴う身体的・精神的な反応の総称がグリーフです。グリーフ自体は自然なストレス応答の一方、種々の健康リスクを高めることが知られています。例えば「後を追うように亡くなる」と表現されるように、過去1年以内に死別経験を有すると、配偶者が健在の人に比べて男性で1.22倍、女性で1.03

倍死亡率が上がります¹⁾。配偶者と死別後1か月の時点で、約半数にうつ病が見られるとの調査報告²⁾もあります。大西 精神疾患以外にも、食事が取れずビタミンB₁欠乏症になるなどの身体症状が現れる人がいます。

村上 そうですね。心療内科を訪れる患者さんの中には、死別を契機に身体症状が現れるようになった人がいます。ストレス要因が簡単に取り除けるものでなく、ある種永続的に続くもののため、死別のストレスはその他のストレスとは異なると感じています。

坂口 グリーフ自体が病的になる場合もあり複雑性悲嘆(MEMO)と呼ばれます。国際疾病分類第11版(ICD-11)ではprolonged grief disorderの名で精神疾患として掲載されました。研究報告や臨床経験で、複雑性悲嘆のリスクが高い遺族に何か特徴はありますか。

大西 周囲のサポートが少ない人です³⁾。例えば配偶者を亡くした方で、子どもがいなくて親戚も少ない環境にいる場合、孤立しやすいため支援が必要です。村上 当院の患者には交通事故や自死の遺族が多く、がんで大切な人を亡くした方は少ないです。がんではサポート体制が比較的充実しているためだと推測します。例えば、故人を診ていた在宅ホスピスの先生が、死別後も受診する遺族に対してグリーフケアを行っていると聞きます。

大西 とはいえがん患者の中でも、診断から死別までの期間が短い場合はリスクが高まる印象です。余命が1年以上あればアドバンス・ケア・プランニ

ングの時間を十分確保できるものの、1~2か月では難しいでしょう。緩和ケア病棟入院期間が3日以内の遺族では、6~8か月後にうつ病発症のリスクが高いという論文もあります⁴⁾。

村上 リスクになりかねない要因に愛着もあると感じます。例えばずっと同居していた未婚の子と親の関係や、依存にも近い形の夫婦関係はリスクになり得ます。ただ、愛着を診断基準にはできません。主観的な上、複雑性悲嘆にならない人が故人への愛着を欠くわけではないですから。

大西 私たちは来院した遺族のみを診ているので、詳細な要因がわからないのが正直なところ。それを把握するためにも、統計家の力を借りながら今後研究を進めるべきです。

医療者が行えるグリーフケアのさまざまなかたち

坂口 グリーフを抱える遺族に対して、医療職はどんなケアを行うべきでしょうか。医療の範疇である複雑性悲嘆に対してのみでよいのか、それとも自然な反応のグリーフを持つ遺族にもケアを提供すべきなのでしょうか。

大西 複雑性悲嘆に対する専門医の支援はもちろん必要です。ただ、複雑性悲嘆の診断は難しい。持続期間や強度の異常をどう判断するか。診断基準のひとつである持続期間は、DSM-5とICD-11で異なります。

(2面につづく)

MEMO 複雑性悲嘆

死別に伴うグリーフの持続期間や強度が文化的に「通常」と見なされる範囲を超えて現れ、生活に支障を来す状態。診断学的な位置付けとして、国際疾病分類第11版(ICD-11)ではprolonged grief disorder(仮訳:遷延性悲嘆障害)、DSM-5では今後研究が推奨される病態としてpersistent complex bereavement disorder(持続性複雑死別障害)の名称で掲載されている。DSM-5によれば有病率は2.4~4.8%で、女性が多い。治療法は、米コロンビア大・Katherine Shear氏らによって開発された、認知行動療法を基盤とするcomplicated grief treatmentの有効性が認められている(JAMA. 2005 [PMID: 15928281])のみで、日本版プログラムは現時点では一部の限られた施設でのみ行われているのが現状。臨床上の取り組みには傾聴を中心とした支持的精神療法や、うつ病・PTSDなどを併発している際の薬物療法などがある。

“難治性”と決めつける前に、できることがまだまだある!



患者と家族にもっと届く緩和ケア
ひととおりのことをやっても
苦痛が緩和しない時に
開く本

森田 達也

あれこれやってみても、痛みが取りきれない。でも原因に気付けば、今できる工夫が見えてくる! 「これをやれば苦痛が取れるかも?」という着眼点を丁寧に書きためた1冊。

●A5 頁272 2018年
定価:本体2,400円+税
[ISBN978-4-260-03615-3]

エビデンスがわかれば、緩和ケアに自信がもてる!



エビデンスからわかる
患者と家族に届く
緩和ケア

森田 達也・白土 明美

オピオイドを拒否する患者さんには、その理由を尋ねてみる。現実とかけ離れた希望も、否定せず大切に。日常のケアを裏付けるエビデンスから「今、できる緩和ケア」を考える本。

●A5 頁200 2016年
定価:本体2,300円+税
[ISBN978-4-260-02475-4]

医学書院



(1面よりつづく)

坂口 複雑性悲嘆の治療法が国内で未整備であることも課題です。心理学・社会学領域では「悲嘆の医学化」と呼び、病態や治療法の理解が広がらないまま病名になることへの懸念もあります。

村上 一方でグリーフに対する医療者の理解が深まるきっかけにもなると考えます。「グリーフは病気ではないから受診しないで大丈夫」と、受診した精神科で言われたと話す遺族をしばしば診ます。それは正しい反面、その人は医療者による援助を求めていたのにサポートを得られなかったのです。死別による医療的ナスクの周知が進むことで、こうした遺族に適切なケアが届くようになると期待したいです。

坂口 疾患としてのグリーフへの支援が進む一方で、通常のグリーフへの支援が縮小することも憂慮されています。自然な反応の範疇にあるグリーフでも、遺族は心身症状や故人亡き後の生活の課題に苦しむことがあります。医療者を含め、多方面からの支援が求められる理由です。しかしながら診療報酬加算がなく、医療における位置付けが曖昧なままグリーフケアを強いては、医療者の負担感・不全感につながりかねません。「グリーフケアは必要だと思うけれど、できていない」と自責する医療者を多く見してきました。

大西 専門的なグリーフケアをすべきと身構えてしまうのですよね。ですが無意識にグリーフケアを行っている医療者は多いです。例えばプライマリ・ケア医として1世帯全員を診る医師であれば、診察時に故人の話聞くことがあるでしょう。こうした傾聴もグリーフケアです。精神科受診者の約5割が解決できない悲嘆を抱えているという報告⁹⁾もあるので、精神科医は潜在的にグリーフを診ていると言えます。

村上 「グリーフを持ったうつ病患者さん」などのケースですね。うつ病治療だけで必ずしもグリーフが和らぐわけでないことに注意すべきですが、こうしたグリーフケアもあり得ます。

坂口 グリーフケアと一口に言ってもさまざまな形があります。極論、遺族の適応過程にとってプラスになることは全てグリーフケアととらえてもいいと私は思っています。専門的な治療やカウンセリングだけでなく、遺族のセルフヘルプグループや地域包括支援センターなど各地域で利用できる社会資源も活用してもらいたいです。

グリーフケアは死別前から始まっている

坂口 グリーフケアに取り組むセルフヘルプグループや葬儀社の場合、遺族との関係は死別後に始まります。医療者による遺族ケアは、生前の患者・家族ケアの延長線上にあり、医療者は遺族にとって信頼し安心できる存在となり得ます。

村上 ただ、生前からのかかわりがマイナスに働くこともあります。故人を

●おおいし・ひでき氏

1986年横浜市大医学部卒。神奈川県立がんセンター精神科部長などを経て、2007年より現職。神奈川県立がんセンター勤務時に患者家族の不調に気付いたことから患者家族の診察を始め、患者家族・遺族の心のケアに着目するようになる。現職において国内初の遺族外来を設置し、専門的な遺族ケアを開始。以来、精神医学・心理学の視点で遺族・家族ケアを続ける。日本グリーフ&ビリーメント学会代表理事。著書に『遺族外来——大切な人を失っても』(河出書房新社)など。



看病した病院にはつらくて行けないと話す遺族が多いのです。当院で診る遺族のほとんどが他院で死別を経験しています。

大西 私の外来も同様です。死別後の家族を気に掛ける医療者はいるものの、そうした理由で疎遠になりがちです。遺族側も、看取った時点で病院とのつながりが切れたと感じやすい。これらのケースに対応できるよう、遺族ケアの情報を生前から提供することを医療者に勧めたいです。死別後も医療者によるサポートが受けられると知っておくだけで遺族の安心感は高まるでしょう。

村上 遺族を傷つけないという予防的な介入も医療機関に求めたいです。救急搬送先で夫が亡くなった際、病院で医療職からサポートを得られず傷つけられたと話す女性を診ています。

大西 「モルヒネを使ったから死んでしまった」のように遺族が故人の死に誤解を抱き、自身の選択を悔いて悲嘆を強めるケースもありますね。結果として死につながるため、周囲の人から責められることもしばしばです。でも医療者の目線で話を聞くと、ほとんどがベストの選択をしている。誤解を解き、「あなたの選んだ医療は間違っていた」と伝えるのが医療者によるグリーフケアの大事な側面だと思います。誤解が生じないように、最期のケアについて十分話し合うことも予防的介入と言えるかもしれません。

坂口 恩師の柏木哲夫先生(淀川キリスト教病院名誉ホスピス長)が「死別後に支えになったこと」を遺族に尋ねた調査⁶⁾では、1位は故人が安らかに亡くなったこと、2位が周囲の支え、3位は十分にお世話ができたことでした。その後私が行った遺族への訪問調査で死別後に望むケアを尋ねたときも、「亡くなる前によくしてくれたので、それで十分。そのことが支えになっています」との回答が複数ありました。

大西 生前のことが挙がるんですね。坂口 死別後に必要なケアを明らかにしたかったのですが、すでに十分だとおっしゃる。拍子抜けしたような気分でした。グリーフケアは死別後のケアと考えがちですが、死別前から始まっているのです。看取りや最期の過ごし方は遺族にとって大きな意味を持ちます。

大西 確かに、よい医療の提供は遺族のグリーフを減らしますね。私の恩師

●むらかみ・のりこ氏

1987年関西西大卒。内科・心療内科の臨床経験を経て、2003年より現職。阪神・淡路大震災の1年後に神戸赤十字病院に設立された心療内科で開設当初から被災者の心と体のケアに当たる。2005年に起きたJR福知山線脱線事故で黒タグのトリアージを受けた被害者遺族の症例に関する学会発表をきっかけに、災害・大事故遺族を支援する日本DMORT研究会(現・日本DMORT)を06年に救急医と設立し、副理事長を務める。現在も災害被災者とその遺族のグリーフケアに尽力する。



は「死に顔をきれいにするのも医師の仕事」だと言いました。そのためにも、医療者と患者家族がじっくり話し合っ、疾患を理解し、これから訪れる死に向かってどんな人生を歩むか考える機会を作るべきです。医学知識だけでは対応できないため、医療者には死生観の涵養が求められます。

坂口 患者・家族にとっての望ましいケアを提供し、よい死につなげる。医療者としての本務の遂行が、医療者による、医療者にしかできないグリーフケアの根幹ではないでしょうか。

遺族の成長の歩みに寄り添い、見守る

坂口 遺族の深い悲しみに接する中で、援助者が精神的に疲弊し、バーンアウトにつながる可能性も考えられます。予防のための心構えがあれば教えてください。

村上 グリーフは故人への愛情の現れでもあります。悲しみに共感しながらも、故人と遺族の間にある素晴らしい関係性への共鳴が援助者の救いになることもあります。

大西 ネガティブ・ケイパビリティと心的外傷後成長という言葉を知り、私自身の気持ちが楽になりました。ネガティブ・ケイパビリティとは答えの出ない問いに耐える力です。

村上 グリーフケアのひとつの目標である「故人がいない現実に向き合えるようになること」ができない状況が年単位で続く遺族は多数います。

大西 はい。そのため医療者には年単位で症状が改善しない状況に耐える力が求められます。

坂口 遺族にはさまざまな向き合い方があることを心に留めておきたいですね。阪神・淡路大震災から20年後の調査⁷⁾では、震災による家族の死を納得できている人が4割に対し、できていない人は6割。納得していない人のおよそ3人に1人は今も死の意味を探しているものの、残りはもう探していないと答えました。納得はしていないけれど、探し求めるのを棚上げし、あえて答えを求めないという選択です。向き合い方に唯一の正解があるわけではなく、それぞれの遺族の思いや生き方が尊重されることが大切です。

大西 そうですね。急がずじっくり診続ければ、心身ともにボロボロだった

●さかぐち・ゆきひろ氏

1996年阪大人間科学部卒。2001年同大大学院修了。博士(人間科学)。日本学術振興会特別研究員などを経て、12年より現職。淀川キリスト教病院での調査経験等から遺族へのケアの必要性を強く感じ、同院ホスピスにおける遺族の会「すずらん」の発足にかかわる。以降、病院や葬儀社、行政と連携してグリーフケアを実践し続ける一方、主に心理学の視点から研究・教育に携わる。著書に『死別の悲しみに向き合う——グリーフケアとは何か』(講談社)など。



遺族が素晴らしい成長を遂げる場面を目撃できるのです。全体的に活力が出て、故人とのつながりを確信した、大丈夫だ、と話しますね。

村上 「私は先生のところを卒業する。私を診ていた時間を他の遺族に使ってほしい」と他者を気遣う言葉を残して遺族外来を終える人もいます。

大西 こうした成長の場面に立ち会えるのが遺族外来をしていて良かった瞬間です。成長の可能性を秘めた存在を見守る気持ちでいることで、援助者がつらくならずにいられると思います。

*

大西 医療者や宗教者、研究者などさまざまな専門職とグリーフに関する学術的な交流をする日本グリーフ&ビリーメント学会を2018年に設立しました。グリーフケアのエビデンス確立やケアの体系化、評価体制構築の旗手として学会を運営していく心積もりです。

村上 グリーフケアに関心を寄せる医療者は、がん領域の人がまだ多い印象です。救急をはじめ、種々の領域の医療者によるグリーフケアが発展することで、医療界全体のグリーフケアの発展につながったらいいですね。

坂口 病院や介護施設、在宅など、死を迎える人の傍らで、その死を悼む人がいます。死の状況や場所は違っても、遺族のリスクやニーズに応じたグリーフケアが提供されることが望ましいです。時には専門医や地域の社会資源との連携も必要でしょう。将来的には医療者向けのガイドラインを整え、医療現場にグリーフケアを導入しやすくなりたいと考えています。医療の場でどのようにグリーフケアを根付かせるか、ぜひ多くの医療者の皆さんと議論していきたいです。(了)

*『訪問看護と介護』誌25巻5号(4月下旬発行予定)では、特集『「喪失」に直面する人へのケア』を予定しています。こちらもご覧ください。

●参考文献

- 1) PLoS One. 2011 [PMID: 21858130]
- 2) Chochinov HM, 他(編). 内富庸介(監訳). 緩和医療における精神医学ハンドブック. 星和書店. 2001: 566-70.
- 3) Death Stud. 2015 [PMID: 25651502]
- 4) Am J Psychiatry. 2004 [PMID: 15569897]
- 5) Psychiatr Serv. 2001 [PMID: 11474053]
- 6) 柏木哲夫. ターミナルケアと人間理解その8 死別後の悲嘆. Mol Med. 1995; 32(5): 566-70.
- 7) 朝日新聞大阪本社夕刊. 家族の死「なぜ」問い続け——阪神大震災20年遺族調査. 2015年1月19日.

「多死社会」で役立つ終末期の実践ガイド

<ジェネラリストBOOKS>

いのちの終わりにどうかかわるか

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

編集 木澤義之
山本 亮
浜野 淳

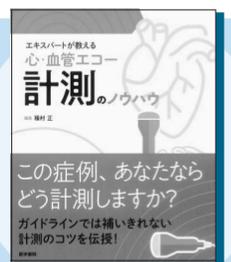


ガイドラインでは補いきれない計測方法のバリエーションを多数掲載!

エキスパートが教える 心・血管エコー計測のノウハウ

好評を博した『検査と技術』Vol.47 No.3(3月・増刊号)「エキスパートが教える心・血管エコー計測のノウハウ」が、待望の書籍化! 新たな症例とより美しい画像の追加により、さらに高い完成度で仕上がりました。心・血管エコーの計測について、典型例はもちろん、ガイドラインに示されない「非典型例」まで詳述される本書は、すぐにも実践に役立つこと間違いなし。あらゆる症例に自信が持てるようになる一冊です。

編集 種村 正



フランス医療制度のいま

第3回
(最終回)

フランスの薬剤流通事情

奥田 七峰子 日本医師会総合政策研究機構フランス駐在研究員/医療通訳

語弊を恐れずに端的に仏医療をまとめるとするならば、「手の抜き方がうまく、徹底すべきところは押さえる」であろう。その合理的な優先順位の設定に哲学がある。全3回の連載を通して私が最もお伝えしたかった点が、この合理性と哲学である。第1回(第3361号)の全国共有型電子カルテ、第2回(第3363号)SAMU式トリアージュによる救急医療と続き、最終回となる今回は薬剤制度についてレポートする。

顔写真とマイナンバーの入ったIC健康保険証のヴィタル・カード(連載第1回参照)を提示し、患者は薬局で処方箋の薬剤を購入する。

全国どの薬局も、仏薬剤師会主導で開発された電子お薬カルテがオンラインでつながれており、患者の薬歴が確認できる。これによって患者がどの薬剤をどの薬局で入手したのかわかるので、重複処方や多剤処方もここで可視化される。飲み合わせ禁忌についてもこの電子カルテ画面がアラートを発する。日本ほどではないにせよ仏国も他の先進国同様高齢化が進んでおり、多剤併用は簡単に解決される問題ではない。それでも、この全国共通の一括システムにより患者の薬歴を包括的に管理できる点は、大きく評価できるシステムであろう。

重篤な疾患には公的な支援を

仏国の薬剤制度を語る上で、①調剤なしの薬局、②流通マージンの公定、③薬効別薬価制度・保険制度、④厳格なジェネリック規定の4点が特徴として挙げられる。保険薬であれば医師の処方箋が必要であり、非保険薬には必要ない点は、日本と同様である。

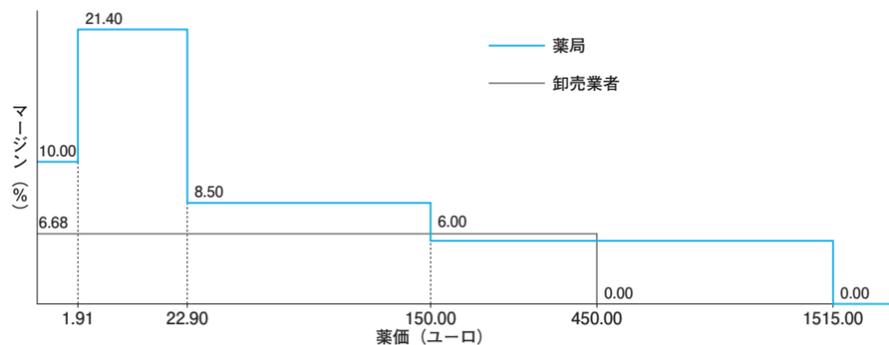
◆調剤なしの薬局

調剤しない仏国の薬局では、医薬品が箱で処方される。1箱当たりの分量は、標準的投与量になっており、注射であれば、注射液が既に充填された形状で1箱に入っている。

メーカー工場出荷から卸売業者、薬局までバーコードで在庫管理するCIPシステムにより流れが可視化されており、トレーサビリティの観点からも箱出しのほうが安全であろう。特にリコールやロット回収の際には、その優位性が顕著である。

◆流通マージンの公定

仏国では、薬局と卸売業者へのマージンが公定されている。薬局での調剤はなく(極めて例外的な特別調剤を除



●図 仏国における薬局と卸売業者の公定マージン

き)全て箱売りであるため、薬局の収入は基本的には1箱当たりの薬価に対するマージンのみである。

特筆すべきは、薬価が450ユーロを超えると卸売業者への、1515ユーロを超えると薬局へのマージンが0%になる点である(図)。通常これら高額薬剤は有効期限が短い等、温度・湿度などの管理が非常に難しい製品で、卸売業者・薬局の作業も複雑になるはずだ。一方でこれらの製品こそ患者の生命を左右するくらいに重要なものであることが多い。そうした重篤な疾患への薬剤でマージンを得る(=もうける)ことは人道的でない、という仏国の医療哲学が見られる制度である。筆者の経験として、これについての不満はオフレコの本音トークでも聞いたことがない。

◆薬効別薬価制度・保険制度

仏国では、薬剤の重要性、対象疾患の重大さによって保険カバー率が異なる。端的に言えば、風邪薬と抗がん薬ではその重要性が異なるという考え方である。この「重要性」を科学的にアセスメントする材料としては、対象疾患、対象患者数、既存の治療との比較、公衆衛生保健貢献度によって上市認可・保険取裁・薬価取裁が決定される。2019年4月に開かれた日本の財務省財政制度分科会で発言された「仏国式の薬剤制度導入」¹⁾の主要部分は、このことを指しているのであろう。

一方、高額であっても、抗がん薬、移植後の免疫抑制薬、糖尿病におけるインスリン等の生命を左右する絶対的不可欠治療薬であれば100%のカバー率となり、自己負担はゼロとなる。当該製品が重要であると考えられる場合には65%、それよりも重要度が低いとなれば30%のカバー率となる。OTC医薬品については保険ゼロ、すなわち100%自己負担であることは、日本と同様である。2020年時点では、ホメオパシー(同毒療法と呼ばれる自然派治療。仏、独には根強い支持者を

持つ。非科学的であると指摘され、保険取り消し論が今までも何度か議論されてきた)や薬剤師が特別に調剤・製剤した軟膏や点眼薬等は15%のカバー率であるが、2021年にはホメオパシーは保険から完全に取り消され、カバー率ゼロとなることが発表されている。

餌と鞭のジェネリック政策

◆厳格なジェネリック規定

慢性疾患の定期的な薬剤であれば、最長6か月間のリフィル処方箋が可能である。

医師が一般名・商品名いずれかで処方したとしても、ジェネリックが存在するものであれば、薬剤師は与えられた代替処方権で、ジェネリック品に替えて渡すことができる。

注記すべきは、仏国のジェネリックは、ジェネリック・レポートと呼ばれる台帳に記載されなければジェネリックとは認められないことだ。そのための条件は独国や日本に比べ非常に厳しく、主要成分が同じだけでは不十分である。形状・賦形剤・添加剤もコントロールされ、1箱当たりの錠剤数が同じであればジェネリック薬価はどのメーカーも全て同価格で公定される。

特許満了後に自社製品のジェネリックを先発品メーカー自ら製造・販売するオーソライズド・ジェネリックは、ジェネリックに懐疑的な人からも信頼されやすい傾向にある。例えば、ノバルティス社の子会社サンド社に見られるように、グループ連結で黒字を出し、ジェネリック部門が先発部門の研究開発費をファイナンスできる例もあるほどの体力を持つ部門に成長している。

政府のジェネリック・プロモーションが徹底され、ほぼ自動的に薬局でジェネリックを渡されることに仏国人も慣れてきた。それでもなおジェネリックを拒否する患者には、保険償還上の経済的なペナルティがある。あるいは、

●おくだ・なおこ氏

日本医師会総合政策研究機構フランス駐在研究員。1992~2004年 American Hospital of Paris にて医療通訳として勤務。https://www.naokookuda.fr, https://www.facebook.com/naoko.okuda.54 にて仏国の医療制度について発信中。MAIL: naoko.okuda@gmail.com

医師が処方箋に「本品のジェネリック代替不可」と手書きをすることは可能ではあるが、正当な理由もなくこの「代替不可」を連発する医師は、保険指導の対象になり得る。

処罰よりも報酬に効果があるのは子育てだけではないようで、P4P(Pay for Performance: 質に対する報酬制度)の成功報酬型インセンティブで、ジェネリック処方率の高い医師には報酬が支払われる。処方者である医師へのこの餌と鞭、患者への保険償還と自己負担の経済的ペナルティ、そして何よりもジェネリック製品の定義厳格化により、仏国のジェネリック政策は成功を収めた。2017年では代替率88%にまで達している(仏全国疾病保険金庫2018年調査)。

*

仏医療にも当然、長所・短所がある。日本と比べて特にユニークな制度を紹介することを試みた。興味深いことに、仏医療が不得意なところが日本の得意なところ、という非常に好対照な関係にある。

限りある財源でどこに重点を置くか考えたとき日仏には大きな違いがあることを、その保険制度設計上感じずにはいられない。例えば仏国には公的介護保険制度はなく、介護に対する国からの補助はAPA(Allocation Personnalisée d'Autonomie)と呼ばれる福祉的手当の扱いであり、高齢者介護への政府からのバックアップは手厚いとは言えない。

日本でも仏国でもあるときを境にガラリと医療が変わるときがある。筆者がパリの国際総合病院で医療通訳を始めた頃は、がんを告知されていない日本人患者さんがたくさんおり、画像診断結果の翻訳もはつきりと記された単語に戸惑ったものである。今日では、告知しないケースは、日仏ともまずないのではなからうか。こうした劇的な変化を肌で感じられる機会はそれほど多くはないのだが、殊、最近の医療デジタル・トランスフォーメーションに大きな変化を感じる昨今、これからも引き続き仏国の医療を報告させていきたい。

●参考文献

1) 財務省。財政制度分科会(平成31年度4月23日開催)議事録。2019。

医学書院 AD BOX

各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

医学書院 ADBOX 検索

このアトラスの美しさが完全な習得につながる

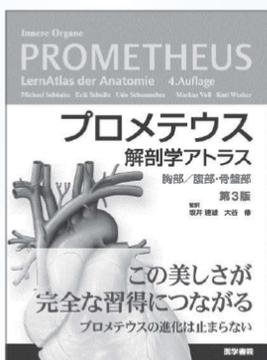
プロメテウス

解剖学アトラス

胸部/腹部・骨盤部 第3版

監訳 坂井 建雄
大谷 修

●A4変型 頁496 2020年
定価:本体12,000円+税
[ISBN978-4-260-03927-7]



圧倒的に美しいイラストと豊かな解説で絶大な支持を得ているプロメテウス解剖学アトラスの最新版。内臓に特化したこの巻は、生理学、病態生理を学ぶ上で必須の解剖学的知識が有機的な構成でまとめられている。改版を重ねて、練り上げられた構成は、学習者の視点に立ち、複雑な内容の理解を容易にしている。改めてプロメテウスシリーズがなぜ医学生・医療系学生に必携のかがはつきりと理解できる改訂版。

書籍の詳細はこちらから▶



目次

- 器官系の構造と発生の概観
 1. 体腔の器官系と発生
 2. 循環器系
 3. 血液
 4. リンパ系
 5. 呼吸器系
 6. 消化器系
 7. 泌尿器系
 8. 生殖器系
 9. 内分泌
 10. 自律神経系
- 胸部
 1. 概観と横隔膜
 2. 血管、リンパ管と神経の概観
 3. 循環器系の器官とそれらの血管、リンパ管と神経
 4. 呼吸器系の器官とそれらの血管、リンパ管と神経
 5. 食道と胸腺とそれらの血管、リンパ管と神経
 6. 局所解剖
- 腹部・骨盤部
 1. 腹腔および骨盆腔の構造の概観
 2. 血管、リンパ管と神経の概観
 3. 消化器系の器官とそれらの血管、リンパ管と神経
 4. 泌尿器系の器官とそれらの血管、リンパ管と神経
 5. 生殖器系の器官とそれらの血管、リンパ管と神経
 6. 局所解剖
- 臓器の脈管・神経のまとめ
- 臓器の要約
- 付録

医学書院

寄稿

回復期リハビリテーション病棟で 医原性サルコペニアをつくらないために

吉村 芳弘 熊本リハビリテーション病院 リハビリテーション科副部長/栄養管理部長/NST チェアマン

●よしむら・よしひろ氏
2001年熊本大学医学部卒。13年より現職(20年4月より同院サルコペニア・低栄養研究センター長)。専門分野は高齢者リハビリテーション、臨床栄養、サルコペニア。主な所属学会として日本リハビリテーション医学会(専門医)、日本サルコペニア・フレイル学会(理事、編集委員長)、日本臨床栄養代謝学会(代議員、指導医など)、日本リハビリテーション栄養学会(理事など)。



サルコペニアは「健康障害のリスクが高まった、進行性かつ全身性の骨格筋疾患」と定義されている。サルコペニアの原因は多岐にわたる。加齢以外に要因がないものを「一次性的サルコペニア」、加齢以外の要因によるものを「二次性的サルコペニア」と呼ぶ。二次性サルコペニアの原因として低活動(運動不足、廃用、無重力など)、疾患(侵襲、慢性臓器不全、炎症性疾患、内分泌疾患、悪液質など)、低栄養が指摘されている¹⁾。

AWGS 2019による最新のサルコペニア診断アルゴリズムを図1に示す²⁾。AWGS 2019では、骨格筋量の測定ができない環境でも「サルコペニアの可能性あり」の診断が可能となった。また、下腿周囲長やSARC-F、SARC-CalFなどを用いたスクリーニング法の追加や、握力や歩行速度のカットオフ値の変更、SPPBや5回椅子立ち上がりテスト等の身体機能評価の追加、等のアップデートがあった。

入院中にサルコペニアを新規発症、患者アウトカム悪化へ

地域高齢者でのサルコペニアの有症率は約10%とされ、サルコペニアがあると転倒・骨折や身体的自立度の低下、認知レベル低下、嚥下機能低下、耐糖能低下、栄養障害、死亡などのリスクが上昇する³⁾。

入院中にサルコペニアが新規発症し

ている。急性期病院の入院高齢者の有症率は17.1~34.7%とされ、サルコペニアがあると術後合併症、消化管縫合不全、肺炎合併症、再入院率や中長期的な全死亡率の上昇などの負のアウトカムと関連する^{3,4)}。さらに、入院前にサルコペニアを有していなかった高齢者のうち14.7%の患者が、急性期病院での平均10日間の入院治療中にサルコペニアを新規発症していたことも報告されている⁵⁾。当然のことながら、急性期におけるサルコペニアの合併や新規発症は回復期における機能回復を遅延させる。

回復期リハビリテーション病棟(以下、回復期)はどうだろうか。海外の系統的レビューでは、リハビリテーション病院におけるサルコペニア有症率は約50%であった⁶⁾。われわれの調査でも回復期におけるサルコペニア有症率は約53%であり、ほぼ同様である^{7,8)}。また、肺炎後の廃用症候群の患者で9割近くにサルコペニアを認め、次いで大腿骨近位部骨折、脳梗塞、脊椎圧迫骨折の順にサルコペニアを多く認めた⁷⁾。回復期におけるサルコペニアの有症率は地域高齢者や急性期病棟と比較して明らかに高い。さらに、回復期のサルコペニア患者は、退院時の日常生活動作(ADL)や嚥下レベル、自宅退院復帰率が悪化する⁹⁾。これらはいずれもリハビリテーションにおける主要なアウトカムである。

次が重要な点である。回復期リハビ

リテーション病棟協会が2019年に報告した最新レポートによると、BMIが18.5 kg/m²未満の痩の患者が入院中に増加していることが判明した(図2)¹⁰⁾。私たちの手元のデータベースで検証すると、BMIが18.5 kg/m²未満の患者は9割以上がサルコペニアの診断基準に該当する。推測であるが、本邦の回復期では、入院中にサルコペニアを新規発症する患者が多いのではないだろうか。

回復期の患者の半数超がサルコペニアを罹患しており、入院中に多くの患者がサルコペニアを新規発症している可能性がある。さらに、サルコペニアは機能的アウトカムの改善を損なう可能性がある。日常診療の患者評価や介入効果判定にサルコペニアの項目を導入し、機能障害や生活能力の低下に対するリハビリテーションだけでなく、サルコペニアの治療を同時に行うべきであると考えられる。

どうして医原性サルコペニアが病院で生じてしまうのか

医原性サルコペニアとは医療行為、特に入院に関連するサルコペニアを指すことが多い¹¹⁾。その意味では「入院関連サルコペニア」あるいは「病院関連サルコペニア」と呼ぶほうが語感的に無難かもしれない。しかし、本稿では医療者だけでなく患者、家族、地域への啓発の意味を込めて、あえて「医原性」という言葉を用いる。

医原性サルコペニアとは何か。これをもとに説明するために、廃用症候群を例に挙げる。廃用症候群は、「過度の安静」によって生じる心身の機能低下である。また、二次的な臓器障害を合併することもある。廃用症候群では、筋萎縮、骨粗鬆症、関節拘縮、起立性低血圧、深部静脈血栓症、摂食嚥下障害、褥瘡、便秘、尿路感染症、抑

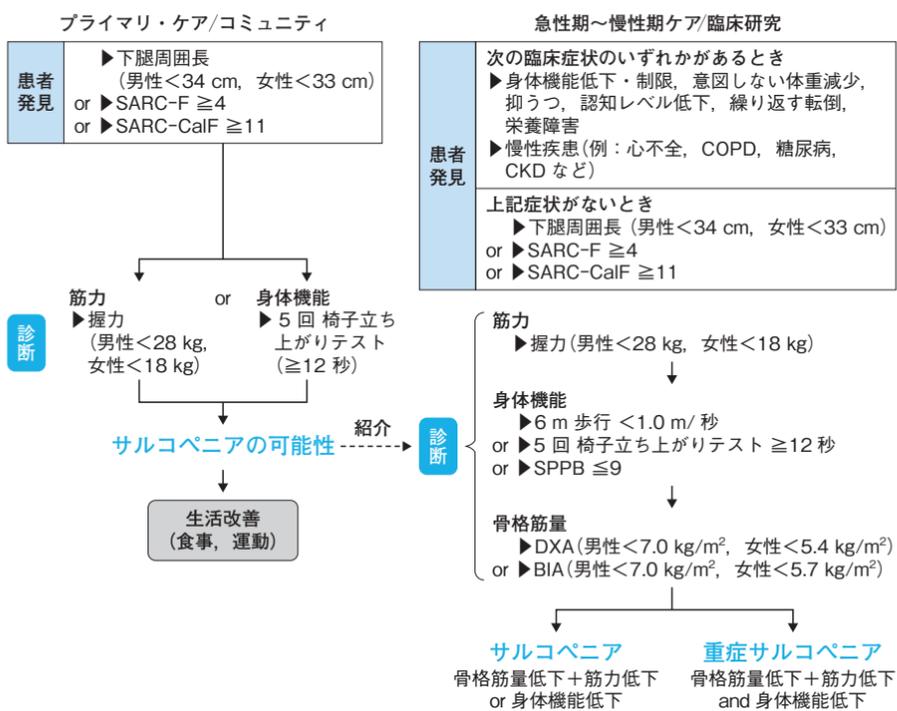
うつなどを認めやすい。廃用症候群は高率に低栄養を合併する¹²⁾。さらに、低栄養の原因として8割に侵襲、4割に飢餓、3割に悪液質を認める¹²⁾。以上より、過度の安静だけでなく、低栄養や不適切な栄養管理も廃用症候群の要因であり、かつ予防・改善の対象であることがわかる。

「とりあえず安静、絶飲食、水電解質輸液」は廃用症候群を来す。学術的に言えば、「低活動」「低栄養」をベースとした医原性サルコペニアが生じる。さらに「疾患」要因が加わることで骨格筋萎縮が加速する。入院高齢者は床上安静で1日0.2~0.6%の骨格筋萎縮を来すことが報告¹³⁾されており、低栄養があると骨格筋量の減少速度が加速する。高齢患者に「とりあえず安静、絶飲食、水電解質輸液」が適切なことはまれである。

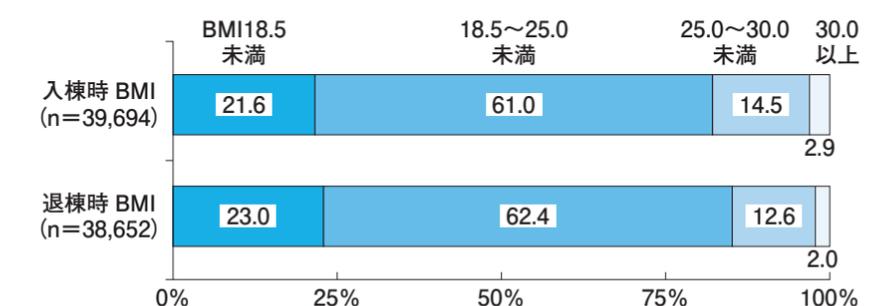
われわれ医療者がよかれと思って患者に提供している医療で患者が害を被ることは最小限にすべきである。適切な評価を行った上での早期離床、早期リハビリテーション、早期経口摂取、早期からの適切な栄養管理が医原性サルコペニア、廃用症候群を予防するために必要不可欠である。

回復期こそ積極的なリハビリテーション、適切な栄養管理を

急性期では疾患や治療に伴う侵襲で、ある程度の骨格筋量の減少は避けられない。医原性以外のサルコペニアのリスク要因が少なくない。しかし、回復期では骨格筋量増加のための別のアプローチが必要である。



●図1 AWGS 2019によるサルコペニア診断アルゴリズム(文献2より)



●図2 回復期リハビリテーション病棟における患者のBMI変化
平均年齢は76.5歳。BMI 18.5 kg/m²未満の患者が、入棟時21.6%から退棟時23.0%に増加している。

新・栄養塾

大村健二 濱田康弘

好評書『栄養塾』が10年ぶりにリニューアル。栄養サポートチーム(NST)に携わる上での必須事項を押さえて、栄養学の理解と適切な栄養管理に必要な十分な生化学の知識を網羅。さらには、代謝・栄養に関係する消化器の解剖と機能についても分かりやすく記述している。令和時代の栄養管理の決定版!

好評書『栄養塾』が10年ぶりにリニューアル
実地臨床から資格認定試験対策まで
令和時代の栄養管理の決定版!

実地臨床から資格認定試験対策まで、 ワンランク上の栄養管理をめざして!

目次
I 栄養管理に必要な基礎知識
II 臨床栄養 実践編
III 臨床栄養 病態編
IV 栄養管理のスキルアップ
補講

●B5 頁288 2020年
定価:本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-04135-5]

書籍の詳細はこちらから▶

医学書院

寄稿

私見であるが、本邦の回復期では全身のレジスタンス運動を積極的に行っている施設が少ない印象がある。プラットフォームで療法士が手動的な関節可動域訓練や単関節レジスタンス運動に多くの時間を費やしている。病棟でも安静臥床にされていることが多い。本稿を目にした医療者はぜひ担当患者の生活動作や身体活動、リハビリテーションの様子をじっくり観察してほしい。リスクマネジメントを行いつつ回復期でこそ積極的なリハビリテーション、積極的な離床を行うべきである。

不適切な栄養管理も問題である。入院中に身体活動や運動量の増加に伴いエネルギーや蛋白質の需要が増加するが、栄養管理が適切に行われていない可能性がある。入院時の栄養計画がこまめに更新されているか、患者の体重や骨格筋量は減少していないか、チェックしてほしい。サルコペニア患者の栄養治療としては、医学的に許容できる範囲で、エネルギーを35~45 kcal/理想体重kg/日、蛋白質を最低1.5 g/現体重kg/日を目標にすべきである。

熊本リハビリテーション病院における実践と成果

当院では入院時に全患者のサルコペニアをチェックし、連日のカンファレンスやNSTを通して積極的な「攻め」のリハビリテーションや栄養管理を行っている。なかでも、集団起立運動¹⁴⁾、熊リハパワーライス¹⁵⁾(註1)、病棟歯科衛生士による口腔管理¹⁶⁾(註2)、などは回復期における多職種チーム医療のサルコペニア対策の成功例だと思っている。

それぞれ当院スタッフが学術的なエビデンスを創出しているのを参照されたい¹⁷⁾。栄養治療の一例を挙げると、低栄養で摂食嚥下機能が低下した脳卒中患者に対して熊リハパワーライス[®]を提供することで、栄養だけでなく嚥下や身体機能関連のアウトカムが改善することが判明している¹⁵⁾。さらに、当院回復期における2016年から2018年の間の全脳卒中患者649例のデータを解析すると、入院中にBMIが増加し(平均21.9 kg/m²→22.1 kg/m²)、骨格筋指数(SMI)も増加していた(平均5.9 kg/m²→6.4 kg/m²)。回復期で骨格筋量を増加することで、結果として

リハビリテーションによる機能改善を後押ししていることは脳血管患者のアウトカムをみても明らかである(FIM利得: 当院26.6 vs. 全国平均23.3, 自宅退院: 当院81.1% vs. 全国平均74.4%, いずれも2018年度データ)。

サルコペニアの適切なマネジメントなくして高齢者医療は成し得ない。どの診療科でも、サルコペニアの評価と予防、治療を日常診療で実践すべきである。

註1: 二度炊きのライスにMCTオイルとMCTパウダー、プロテインパウダーを混ぜたもの。エネルギー、蛋白質、脂質の提供量の大幅な増加が見込める。

註2: 白石愛氏による本紙寄稿「病棟における口腔管理の最前線から」(第3311号, 3315号)参照。

●参考文献・URL

- 1) サルコペニア診療ガイドライン作成委員会. サルコペニア診療ガイドライン2017年版. ライフサイエンス出版; 2017.
- 2) J Am Med Dir Assoc. 2020 [PMID: 32033882]
- 3) J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2017 [PMID: 28329345]
- 4) J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017 [PMID: 27896949]
- 5) J Cachexia Sarcopenia Muscle. 2017 [PMID: 28913934]
- 6) Sánchez-Rodríguez D, et al. Sarcopenia in post-acute care and rehabilitation of older adults: A review. Eur Geriatr Medicine. 2016; 7 (3): 224-31.
- 7) Clin Nutr. 2018 [PMID: 28987469]
- 8) Clin Nutr. 2018 [PMID: 28017450]
- 9) Nutrition. 2019 [PMID: 30710883]
- 10) 回復期リハビリテーション病棟協会. 回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書【修正版】. 2019. http://plus1coo.net/d_data/2019_zitai_book_kaitei.pdf
- 11) Lancet. 2019 [PMID: 31171417]
- 12) J Rehabil Med. 2014 [PMID: 24213734]
- 13) Ageing Res Rev. 2013 [PMID: 23948422]
- 14) 長野文彦, 他. 起立着席運動は脳卒中の回復期患者の機能的予後を改善する. 日本サルコペニア・フレイル学会誌. 2019; 3 (1): 92-8.
- 15) 嶋津さゆり, 他. 熊リハパワーライスは脳卒中回復期の栄養状態や機能的予後を改善する. 学会誌 JSPEN. 2019; 1 (3): 149-56.
- 16) Geriatr Gerontol Int. 2019 [PMID: 30517977]
- 17) 吉村芳弘編著. 熊リハ発! エビデンスがわかる! つくれる! 超実践リハ栄養ケースファイル. 金芳堂; 2019.

視点

信頼できるがん情報を全国の公共図書館に贈る



八巻 知香子 国立がん研究センターがん対策情報センター
がん情報提供部医療情報評価室 室長

2人に1人はがんになる時代。治療成績は年々向上し、現在では6割の人は治癒し、仕事と治療を両立させている人も多い。しかし、多くの人にとってがんは他人事であり、いまだ不治の病であるというイメージも根強い。診断されて初めて自分事となったがんに対して、冷静な判断ができない場合も多く、そんな不安と焦りに付け込む根拠のない治療法や商品も枚挙にいとまがない。

国立がん研究センターがん対策情報センターが2006年に設立されて以降、ウェブサイト「がん情報サービス」を通じた情報発信に加え、インターネットが利用できない人にも情報が届くよう、冊子や書籍による情報発信も行ってきた。「がんの冊子」シリーズは、各種がんの治療や療養の情報を扱う20~30ページの小冊子で、34種類を刊行している。特に高齢者では紙媒体のニーズは高く、これらの冊子は全国に436か所(2020年3月1日現在)あるがん診療連携拠点病院等で配布され、毎年80万~100万部が活用されている。

しかし、病院を通じた情報提供には限界がある。病院に来るのは、がんの診断、もしくはがんの疑いのある患者さんやその家族であり、大きな不安を抱えて病院を訪れる。普段ならば目に入る情報も目に入らなかったり、冷静な時であれば疑うような宣伝に吸い寄せられたりすることも多い。がん診療連携拠点病院に設置された「がん相談支援センター」は、その病院にかかっていない人も含め、誰でも無料で相談できる窓口であるが、全ての患者さんに認知されるまでには至っていない。

そこで当センターが着目したのが、全国に約3000ある公共図書館である。病気になって初めて訪れる病院とは異なり、誰でもふらっと立ち寄ることのできる身近な情報提供施設で、毎年延べ3億人以上が利用しているとされる。健康・医療情報コーナーを設ける施設も年々増えている。子ども連れか



●写真「がん情報ギフト」のセット内容「がんの冊子」(閲覧用冊子約40種、配布用冊子8種)などが配架用ラックとセットで寄贈される。

ら高齢者までの幅広い年齢層の方の目に自然に触れることで、「がんになったときの信頼できる情報は図書館で得られる」と感じてもらい、診断直後のパニックの中で情報を探し始める困難を減らすことができるのではないかと。このような発想で、「がん情報ギフト」プロジェクトを2017年から開始した。

「がん情報ギフト」プロジェクトは寄付事業である。がん対策情報センターの予算では紙媒体普及のための費用を賄うことができないため、全国の皆様から寄付を募り、3万円集まるごとに写真の「がんの冊子」などの資料セットを寄贈する。寄付者は都道府県を指定した寄付が可能で、これまでに全国349館に寄贈してきた(2020年3月1日現在)。「がん情報ギフト」の寄贈館が近くのがん相談支援センターと連携する機会も増えており、このギフトを入り口として必要な支援窓口へ届く機会は拡充されつつある。

「がん情報ギフト」を手にとった方からは、「情報があふれる中、国立がん研究センターの情報であることに一番の安心感があります」などのコメントも寄せられている。役立ったと感じてくれた人が、次の人のために、と気持ちをつなぐ事業として運営していきたい。

●やまき・ちかこ氏/2006年東大大学院医学系研究科博士課程修了。博士(保健学)。国立身体障害者リハビリテーションセンター研究所(当時)、国立がん研究センター研究所などを経て、14年より現職。

基礎英語力から医学英語の最たる領域まで、**医学書院**

Dr.セザキングが最強の勉強方法を伝授!

英語偏差値30台からUSMLE(アメリカの医師国家試験)に最高スコアで合格!? 文法や発音、リスニングなどの基礎的な英語力から、医学英文読解や英語診察といった医学英語の最たる領域まで、英語がトコトン苦手だったDr.セザキングだからこそ到達した、最強の勉強方法を伝授! 付録には参考書や塾のお役立ち一覧表、USMLE受験モデルスケジュールなどを収録。さらに購入者限定「英語診察フレーズ」Web動画付き!

Dr.セザキング直伝!

最強の医学英語学習メソッド

Web動画付

瀬寄 智之

●A5 頁264 2020年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-04174-4]

セミナー開催!

Dr.セザキング presents!
USMLEことはじめand「セザ本」活用術

日程: 2020年5月23日(土) 12:30~17:30 (12:00 開場)
会場: 東京都文京区・医学書院 本社 2階 会議室

オンライン受講もごさいます! 詳細はこちらから



見逃してはならない直腸肛門部疾患

「おしりの病気」アトラス 稲次直樹

Web 動画付

「おしりが痛い」「血が出る」「しこりがある」「便が出にくい」など「おしり」の症状には見逃してはならない悪性疾患の徴候が隠れていることがあるのです!
「大迫力の直腸肛門部疾患特徴別画像一覧」「患者さん⇄医師間の認識ギャップも変換! おしり問診」「鑑別診断を鍛えるWEBページ」「内科・内視鏡医が知っていたQ&A」「役立つ外科治療手技動画」など実臨床で役立つ内容を多数掲載!

- 目次
- 特徴別疾患画像一覧
 - I 編 直腸肛門部診療の基本
 - II 編 直腸肛門部疾患アトラス
 - III 編 Q&A



●A4 頁256 2019年 定価:本体8,500円+税 [ISBN978-4-260-03955-0]

痔・便秘など「おしり」の症状にはこの1冊!
診察室に常備して日常診療に役立てよう!

医学書院

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

BRAIN and NERVE—神経研究の進歩

2019年11月号(増大号)(Vol.71 No.11)
増大特集 ALS2019

一部定価:本体3,800円+税 医学書院

評者 糸山 泰人
国際医療福祉大名誉教授

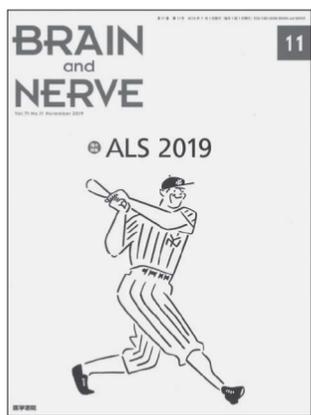
この特集号が発行された2019年からちょうど150年前の1869年に、Charcotらによって筋萎縮性側索硬化症(amyotrophic lateral sclerosis: ALS)

の報告がなされたわけであるが、その当時からALSは神経難病のシンボリック的存在であり、「病因につながる手掛かりをまったく残さない難攻不落の難病」の印象を長い間持たれてきた。しかし、このたび『BRAIN and NERVE』誌の増大特集「ALS 2019」を読んだところ、本特集には新たな病因・病態論が多く紹介されているとともに、いくつかの有望な治療薬開発研究が示

されていて、これまで抱いていた「難攻不落の神経難病ALS」の見方を変えざるを得なくなった。

有望な病因論の多くはALSの分子病態の解明研究の進歩によるものである。1993年に家族性のALSの原因遺伝子SOD1が発見されたのに端を発して、TARDBP、FUS、OPTNそれにC9orf72など、いまでは20を超える家族性ALSの原因遺伝子が明らかにされてきてい

ALS患者さんが待望の新薬を手にする日まで



る。SOD1を例に挙げるまでもなく、新たな病因遺伝子の発見はその動物モデルなどの作製を通して、病態に関与するであろうミトコンドリア障害、小胞体ストレス、酸化ストレス、軸索内輸送障害、グルタミン酸毒性、それに神経栄養因子の欠如などさまざまな神経細胞死の経路が病態機序として明らかにされてきた。中でも家族性ALS病因遺伝子の一つのTARDBPはTDP-43をコードするものであって、そのTDP-43はALSの大部分を占める孤発性ALSの運動ニューロンの細胞質内封入体の主要成分

であり、ALSの神経病理学的指標となっている。今後、その細胞質内封入体形成、分解機構、RNA代謝機構および自己調節機構がALSの病態機序解明研究の中心となるものと考えられる。

本誌を読む中で、こうしたALSの病因・病態論の進歩とともに感心させられたのはALSの治療薬開発研究である。現在、ALSの治療薬として国内で認可されているのは、リルゾールおよびエダラボンのみである。いずれもALSの進行を止めることはできず、またその効果は限定的なものであり、とても患者さんが満足できるものではない。かと言って、ALSのような難病や稀少疾患に対する新規治療薬の開発

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

わかりにくい精神科をさらにわかりやすく。 **新刊**

精神診療プラチナマニュアル 第2版

& 精神診療プラチナマニュアル Grande 第2版

- ★ 全体をアップデート、より臨床現場に即した内容に。
- ★ 妊娠婦への向精神薬の使用の章を追加。
- ★ アルコール依存症の治療薬の章を追加。
- ★ 「アルコール使用障害」を「依存・嗜癖」として大幅加筆修正。
- ★ 新規に承認あるいは販売停止となった薬物(および新たな剤型)につき、適宜アップデート。旧版よりも約30頁増、定価据え置き。



定価: 本体 3,500円+税 A5変 頁272 図15 2020年 ISBN978-4-8157-0183-3

精神科医・精神科以外の医師・看護師・薬剤師・心理士・初期研修医・医学生のみならず、好評につき改訂しました。

DSM-5に準拠し大改訂! 精神科診療のエッセンスをコンパクトに凝縮

カプラン臨床精神医学ハンドブック 第4版

DSM-5® 診断基準による診療の手引

Kaplan & Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 6th Edition

監訳 岩臨 淳・仙波純一 ISBN978-4-8157-0184-0 定価: 本体 6,800円+税

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

「おしりの病気」アトラス [Web動画付]

見逃してはならない直腸肛門部疾患

稲次 直樹 著

A4・頁256
定価: 本体8,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03955-0

評者 板橋 道朗
東京女子医大消化器病センター教授・消化器外科学

久しぶりに若手医師へ自腹での購入をお勧めしたい本に出会えました。まさに感動です。『「おしりの病気」アトラス』は、肛門部疾患のバイブルといえます。

非常に丁寧に読者の必要とするものは何かを考え抜き、緻密な計画をもって作られています。まさに、直腸肛門疾患に対する稲次直樹先生の長年の真摯な診療そのものが反映された本といえます。

何より、質の良い疾患画像やイラストが1200点以上、非常に豊富に掲載され、驚いたことにスマートフォンでWebにアクセスすると、写真を見て取り込むことができます。もちろんPCにもダウンロード可能です(註)。

肛門科でなければみるのが少ない疾患も写真入りで惜しみなく紹介されています。一例として挙げるならば、「温水洗浄便座症候群」をご存じでしょうか? 「温水洗浄便座症候群」の患者さんの特徴的なおしりの所見が写真入りで紹介されています。肛門科でなければみるのが少ないであろう疾患です。写真とともに疾患の治療法まで解説され、さらにWeb動画配信の

診察室や内視鏡室に置いて活用すべき肛門部疾患のバイブル



QRコードが盛りだくさんにちりばめられています。

Webページでは実際の手技の閲覧はもちろんのことですが、画像を用いて鑑別診断トレーニングなどもできます。

私はこのような丁寧な本は初めて拝見しました。大学で医学部生に肛門疾患の講義を担当していますが、この本を学生に紹介して医学部図書館の蔵書とし、そして講義でも一部の写真を使わせていただきたいと思います。

私自身の実臨床でも「目からうろこ」のバイブルが手に入りました。私の戸棚の『大腸癌治療ガイドライン』のすぐ隣に置かせてい

ただき、時間があれば拝読しています。肛門科をめざす若手医師はもちろんのこと、病院で勤務する全ての外科医、内科医にもお勧めしたい、まさに名著です。

そして、診察室や内視鏡室において、バイブルとしての活用をお勧めします。

註: 画像の二次利用には転載許諾の手続きが必要です。

研究は多くの困難が付きまとい、時に「研究者にとって死の谷」と表現されることもある。しかし、本邦ではその困難を乗り越えんとして5つもの治験、しかもそのほとんどが医師主導の治験が進行中であり、本特集ではそのうち4試験が詳しく紹介されている。それらの候補薬を列挙すると、①臨床経験的な有用性を参考に開発されている高用量メコバラミン、②新たな神経栄養因子としての効果を持つ肝細胞増殖因子(hepatocyte growth factor: HGF)、③AMPA受容体を介したCa²⁺流入を

抑制し神経細胞死を抑えるペランパネル、④ドラッグ・リポジショニングとiPS細胞の技術から開発されたロピニロール塩酸塩などである。これらの治験が順調に進むとともに、できれば画期的なデータが出ることを祈るが、事はそう簡単ではないと考える。しかし、このような科学的な治験を一步一步重ねていくことが、必ずや「ALS患者さんが待望の新薬を手にするその日」に近づいていく道であることを信じるものである。

データの集計・分析に便利なExcelを、医療現場で使いこなそう!

医療者のためのExcel入門

超・基礎から医療データ分析まで

第2版

田久浩志

書籍の詳細はこちらから
<http://www.igaku-shoin.co.jp/bookDetail.do?book=107340>

書籍のQRコード

Contents	
Step 1 Excelに慣れよう 基本操作編	Step 5 検定してみよう 検定の基礎編
Step 2 データを準備しよう 情報処理編	●データ入力に楽になる裏ワザ
Step 3 表とグラフを作ろう 分析結果の表現編	●スライド原稿を作る便利ワザ
Step 4 ピボットテーブルを使ってみよう 集計とグラフ応用編	

医学書院

もっと知りたい白血病治療 患者・家族・ケアにかかわる人のために 第2版

宮崎 仁 ● 著

A5・頁218
定価：本体2,600円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-04073-0

『もっと知りたい白血病治療——患者・家族・ケアにかかわる人のために』の初版が出版された2002年、インターネット時代の到来とともにさまざまな情報に患者がアクセスできるようになったことは好ましいことでした。一方で氾濫する情報の中から正しい情報を選択することが患者側に求められるようになり、多くの患者や家族がそれに振り回される結果になりました。かくいう私も当時、白血病患者として同じような境遇に置かれ、情報があるが故の“心細さ”を感じていたのを思い出します。

そんな中、初版を書店で偶然目にしたとき、他の書籍との明らかな違いを感じました。それは、1人の医師が、首尾一貫して、自分に対して語り掛けるように書かれた本だったからです。医師として血液診療にかかわるようになった後も、患者さんへの説明に際して大いに参考とさせていただいてきましたが、第2版が出版されるとのことで、大変楽しみにしていました。治療薬や移植関連の記事も最新のものにリニューアルされて、より幅広い方々に役立つ内容になっています。

著者の宮崎仁先生は、聖路加国際病院レジデントとして研鑽を積まれた後、藤田保衛大(現・藤田医大)血液・化学療法科で長年、血液疾患の治療に当たられてきました。現在はご自身の医院で地域医療に貢献されているのと同時に、プライマリ・ケアの領域でもリーダーの1人として、“街場の血液学”を広めるべく、幅広く活躍されています。先生が移植を手がけた患者さんが、数十年を経ても遠方から外来に通い続けられているそうです。

多くの白血病の患者さんにとって大切な情報である、病態についての説明

患者への説明や初学者の学習に大いに役立つ書



や治療内容、考えられる合併症、治療に要する期間や予後などはほとんど提供されています。ただ、その中で、どう道を定めていくか、意思決定の部分をどうサポートしていくかが近年でも課題となっています。この本の中では、情報提供だけにとどまらず、どうしたらいいかの部分に積極的に触れられているのが印象的です。意思決定のための手掛かりが数多く読み取れるのではないのでしょうか。実際、血液学の基本的な説明はもちろんですが、むしろ具体的な治療法についてや、特に移植に関連した説明に多くのページが割

かれており、その点も特徴的です。

最後の2章では、再発についてと、治療成績の見方について患者さん向けに書かれていますが、どちらも触れられることの少ない内容であり、成書でしっかり記載されることに大きな意義があると感じます。厳しい内容までしっかり触れられているにもかかわらず、わかりやすい図やかわいらしいイラストなど、先生のお人柄がにじみ出ている文章も相まって、堅苦しくならないで読み進められるような工夫が随所にみられます。

また、本書は、まだ血液学を学び始めたばかりの看護学生・医学生や、リハビリテーションなどコメディカルの方々にもぜひ目を通していただきたい内容です。治療のことばかりではなく、妊孕性や移植後の長期フォローアップの大切さにもしっかり触れられており、また何か所か挿入された「コラム」も読みものとしてもとても面白くて興味をそそる内容です。この本を通じて、血液領域の診療に興味を持つ若手が増えることにも大いに期待します。

評者 大橋 晃太

トータス往診クリニック院長/血液在宅ねっと世話人

「Everybody」を揺さぶる波を起こす

伊藤亜紗氏が第13回「わたくし、つまりNobody賞」を受賞

『どもる体』(医学書院)などの著書がある伊藤亜紗氏(東工大)が第13回「(池田晶子記念)わたくし、つまりNobody賞」(主催：NPO法人わたくし、つまりNobody)を受賞し、表彰式が3月3日、日本出版クラブ(東京都千代田区)で開かれた。

2008年に創設された同賞は、ジャンルを問わず「新しい言葉の担い手」たり得る人物を顕彰するもの。伊藤氏の著作における、自明と思われている自分や世界とは何かを根源的に問い直す試みが評価された。

表彰式の記念講演で伊藤氏は、「人は内なる他者である体と対話をし続けなければならない。体と対話をし続ける中で、さまざまな言葉やものと共に考えながら、この世界にある無数の体——「Everybody」を揺さぶる波を起こしていきたい」と熱く語った。

* 記念講演の全文は、<https://haruaki.shunjusha.co.jp/posts/3271> から閲覧可能。



● 正賞のメビウスの帯を首から下げる伊藤亜紗氏

6ステップで組み立てる 理学療法臨床実習ガイド

臨床推論から症例報告の書き方まで

木村 大輔 ● 編

B5・頁272
定価：本体3,600円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-04134-8

評者 高橋 仁美

市立秋田総合病院リハビリテーション科技師長

私は臨床現場で理学療法士として働いて37年になります。この間、臨床実習生の指導はもちろん、新人理学療法士を育成する経験を積み重ねてきました。学生や新人の指導・育成では、若い頃は悪戦苦闘していたというのが正直なところです。しかし、診療参加型臨床実習が導入されてからは、現場での思考法となる臨床推論法、理学療法の実践、理学療法士としての態度などを総合的に指導・教育ができるようになってきたと感じています。

現在、診療参加型臨床実習は一般的になってきていますが、大学などの授業だけでは、臨床現場に即した内容をしっかり学び、また実際の臨床実習ではどのように考え行動すればよいのかを習得するのは、なかなか難しいと思います。本書は、臨床推論法などを6つのステップに分け、実習現場での段階的な学び方について具体的にそして丁寧に提示しています。本書を臨床実習の教科書とすることで、現場における適切な理学療法を理解し、実践できるようになると信じます。また、臨床実習指導者においても理学療法6ステップを通じて、臨床実習生や新人理学療法士への具体的な指導方法が理解できると思います。

編者の木村大輔先生は、川崎医療福祉大の教員ではありますが、大学病院で直接に学内臨床実習を行っている立場にあるとお聞きしております。本書を拝読し、木村先生のこれまでの経験

を踏まえた臨床実習への確固たる思いが込められているのが伝わってきました。きっと本書は、職場の方や学生の意見も取り入れ、時間をかけて試行錯誤を繰り返して誕生したのだと思います。また、理学療法士作業療法士学校養成施設指定規則が大幅に改正され

2020年4月1日から施行されますが、本改正により臨床実習の時間が増えることとなります。このような意味で木村先生にとっては、まさにベストタイミングとなった入魂の一冊であると思います。

私は、学生や新人の教育においては、自己実現を図るために、ま

ずは自分自身で資質を向上させていくという姿勢が大切であると考えています。そして、教育者や指導者は、学生や新人理学療法士が「自らが成長していく」という姿勢を支援していくことが重要であると思っています。本書は、本文の中で解説している三角ロジックや症例報告サンプルのダウンロード権付きとなっております。こうした工夫は実習に臨む学生が自らの力で理学療法を論理的に組み立てるための手助けとなったり、みんなの前で発表したりするためには有効に働くとおもいます。本書は、教員や実習指導者はもちろんですが、臨床現場における人材育成や指導者自身の資質向上のためにも活用できます。「若い時に出会うことができたらよかったなあ」と思った一冊です。強く推薦させていただきます。

学生はもちろん、教員や指導者のための臨床実習の教科書



しゃべれるほうが、変。

<シリーズ ケアをひらく>

どもる体

何かしゃべろうとすると最初の言葉を繰り返してしまう(=「連発」という名のバグ)。それを避けようとする言葉自体が出なくなる(=「難発」という名のフリーズ)。吃音とは、言葉が肉体に拒否されている状態です。しかし、なぜ歌っているときにはどもらないのか? なぜ独り言だとどもらないのか? 従来の医学的・心理的アプローチとはまったく違う視点から、徹底した観察とインタビューで吃音という「謎」に迫った画期的身体論!

伊藤亜紗



A5 頁264 2018年 定価：本体2,000円＋税 [ISBN978-4-260-03636-8]

医学書院

抗菌薬、なんとなく選んでいませんか?
的確な狭域化・処方変更を本書でマスター!

これでわかる! 編集 藤田 直久

抗菌薬選択 トレーニング

感受性検査を読み解けば処方が変わる!

薬剤感受性試験結果の見かた、教えます! 抗菌薬を処方する際には、感染症と抗菌薬の知識はもちろんですが、薬剤感受性試験結果を読み解く力も大変重要です。ところが、今までこの部分にスポットをあてた書籍はほぼ皆無でした。本書では、約60問の精選問題に取り組んでいただくことで、実践で役立つ基礎力が身につくようにしました。抗菌薬適正処方とAMR対策に、医師のほか、ASTにかかわる薬剤師・臨床検査技師にもおすすめです。

菌トレ
しようぜ!



● B5 頁194 2019年
定価：本体3,600円＋税
[ISBN978-4-260-03891-1]



こちらから
書籍の詳細が
ご覧いただけます

医学書院

今日の診断指針

第8版

Today's Diagnosis
8th edition

総編集 永井良三 自治医科大学・学長



全項目
新訂!

“診断のエンサイクロペディア” 4月13日ついに発売!

- 症候編約190項目と疾患編約680項目を相互リンクで構成し、臨床医として知っておきたい全身の症候とあらゆる臓器・器官の疾患を網羅
- エビデンスに基づいた最新知識+各領域におけるエキスパートの経験則を1冊に凝縮
- 第8版では見出しや執筆内容を精選。知りたい情報へのアクセスがよりスムーズに

※ 発売日については一部の地域で前後する場合がございます

● デスク判(B5) 頁2112 2020年 定価：本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-03808-9]
 ● ポケット判(B6) 頁2112 2020年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-03809-6]



診断から、治療・処方まで。

最新データベースをあなたに

診断

治療

処方

62年の信頼と実績。1,172の疾患項目は毎年全面新訂

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2020

私はこちら治療している 総編集 福井次矢/高木 誠/小室一成

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法がこの1冊に
- 大好評の付録「診療ガイドライン(解説)」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 「治療薬マニュアル2020」と本書の双方をご購入いただくくと、web電子版で2冊がリンクし、薬剤と疾患項目が相互参照可能に



Web
電子版
付

● デスク判(B5) 頁2192 2020年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-03939-0]
 ● ポケット判(B6) 頁2192 2020年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-03940-6]

おかげさまで30周年! 添付文書情報+臨床解説が好評の治療薬年鑑

治療薬マニュアル2020

監修 高久史磨/矢崎義雄 編集 北原光夫/上野文昭/越前宏俊

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2019年に収載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収載
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊



Web
電子版
付

● B6 頁2784 2020年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-03958-1]