

2017年11月20日

第3249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]医療を地域に開く(高橋紘士、伊原和人、榎本真事、宇都宮宏子)……1-3面
- [寄稿]ネットワーク構築で「住まい」の質を担保(猿渡進平)……4面
- [インタビュー]「中動態の世界」と医療(國分功一郎)……5面
- [連載]がんと感染症……6面
- MEDICAL LIBRARY,他……7面

座談会

医療を地域に開く

互助の空間を住まいに築き、地域共生社会の創造を



榎本真事氏
四国医療産業研究所所長

高橋 紘士氏=司会
一般財団法人
高齢者住宅財団特別顧問

宇都宮 宏子氏
在宅ケア移行支援研究所
宇都宮宏子オフィス

伊原 和人氏
厚生労働省大臣官房審議官
(医療介護連携担当)

高橋 先日、地域包括ケアの提唱者である山口昇先生を広島県尾道市御調町に訪ねました。脳神経外科医の山口先生が、地域包括ケアを先進的に始めた経緯をあらためてうかがいたかったからです。脳梗塞患者の救命率が急激に上がった1970年代、御調国保病院(当時)では患者を治療し、リハビリまで行って地域にお帰ししていました。ところが、元気に退院したと思った患者さんが、数年後に寝たきりや認知症を患い再入院してくる姿を目の当たりにし、先生は当時の医療の限界を身にしみて感じたそうです。

急性期医療の最先端に立つ医師が事の重大さに気付いて始めた取り組みから、間もなく半世紀を迎えます。退院

した先、地域での暮らしをどう考えなければならぬのか。地域包括ケアの概念図には「住まいと住まい方」が鉢植えとして描かれています(図1)。その土台に医療者はどう向き合うのか、皆さんと共に考えたいと思います。

2025年、在宅医療の需要は100万人超に

高橋 初めに、日本の将来像を考える上で注目すべきデータを国立社会保障・人口問題研究所の調査から2つ紹介します。1つは、2039年に85歳以上の死亡数がピークを迎え、約165万人と予測されていること。もう1つは、2020年以降、夫婦2人世帯と単身世帯が合わせて65%を超えることです。生産年齢人口は減少する一方、死亡数は2040年頃まで増加の一途をたどり、家族形態も「個人化」が急速に進みます。こうした背景を踏まえ、在宅医療の今後の需給見通しについて伊原審議官からご説明いただけますか。

伊原 2014年に在宅訪問診療を受けた人数は月間約65万人。2006年の約20万人から3倍以上増えました。さらに高齢化の要因だけで、2025年には35万人の需要が新たに生じ、100万人に達すると見込まれています。加えて、地域医療構想による病床の機能分化・連携の結果、介護施設や在宅医療などが必要となる方が2025年に約

30万人生じると推計され、総計100万人+αの需要に応える体制を日本各地に構築しなければなりません。

高橋 現状のままでは到底支えきれないため、先進的な地域の取り組みだけにとどまっている場合ではないわけですね。

伊原 ええ。日本は単身世帯の増加や核家族化による家族関係の希薄化、あるいは地域の機能低下により、家族や地域という自助・互助の機能が崩れつつあります。全ての自治体において住まいは地域包括ケアの土台であると認識し、医療、介護、行政、その他関係機関の連携を進めなければなりません。

高橋 ここで、「生活機能を規定する諸要因の関係」という図式をご覧ください(図2)。注意すべきは、分子の数式の構成要素の一つとしてMotivationの訳である「意欲」が位置付けられていることです。この図式から、1960年代にスウェーデンやデンマークをはじめとするヨーロッパ諸国で、施設を廃止もしくは縮小して「特別な住居」に移行した理由が説明できます。

榎本 入居者のモチベーションを引き出すためですね。

高橋 そうです。それまでの、管理が優先される施設を住まいとしてしつらえ直し、居住の場としました。ユニッ

地域包括ケアは、「住まいと住まい方」を土台に医療・介護の連携がめざされている。全ての団塊の世代が75歳以上の後期高齢者となる2025年が刻々と迫る今、地域包括ケアを構築する上であらためて見つめ直したいのが住まいの位置付けだ。病院から地域に生活の場を移す退院支援や、医療・介護職の連携が進まないなどの障壁が住まいの問題とどう関連付けられるのか。

本紙では、日本の福祉政策・介護保険論・地域ケア研究の第一人者であり、超高齢社会の日本の福祉介護システムの在り方を提唱する高橋紘士氏を司会に、医療、看護、行政の各分野からの出席者が「住まい」を切り口に現状と課題を議論し、地域包括ケア時代に向けて医療者が地域にどう向き合うべきかを検討した。

$$\text{生活機能} = \frac{\text{身体機能} \times \text{適切なケア} \times \text{意欲}}{\text{社会的・身体的環境阻害因子}}$$

Kane R, et al. Essentials of Clinical Geriatrics 7th ed. McGraw-Hill Medical; 2013. に記載の原因を備酒伸彦氏(神戸学院大)が改変

図2 生活機能を規定する諸要因の関係

分母の「社会的・身体的環境阻害因子」には、身の回りの人と人のかかわる環境を含む。生活機能の向上の鍵は「意欲」。

トケアの考え方を創始した故・外山義先生は、この空間を「自分の身の置き所」と表現しています。自分のための空間ができれば、外にはおのずと他者との語らいの場もできる。日本の伝統的な家屋には縁側があり、知人などと談笑する場にもなっていますよね。ベッドの並ぶ多床室の施設には「身の置き所」がないため、結果的に意欲が低下して生活機能低下が顕著になります。この図式に照らしながら、生活の基盤である「住まい」から地域包括ケアの在り方を考えたいのです。

医療依存を生んだ

1973年の老人医療費無料化

高橋 北欧では既に、施設から「特別な住居」への移行、さらに近年は介護サービスが内付けの「特別な住居」と一般住宅の中間に当たる「安心住宅」を創設し、24時間体制の外付けのサービスで対応するなど、「住まい」にケ

(2面につづく)



三菱UFJリサーチ&コンサルティング<地域包括ケア研究会>地域包括ケアシステムと地域マネジメント。平成27年度厚労省老健事業。地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業; 2016.

●図1 地域包括ケアの概念図

認知症当事者は、急性期病院でこんな体験をしているのかも・・・

医学書院

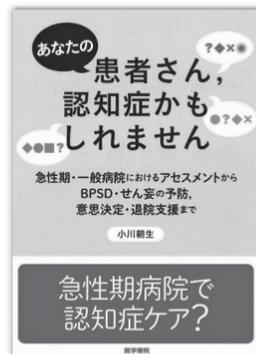
あなたの患者さん、認知症かもしれません

小川朝生

急性期・一般病院におけるアセスメントから
BPSD・せん妄の予防、意思決定・退院支援まで

●A5 頁192 2017年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-02852-3]

身体治療を提供する急性期病院で、認知症をもつ患者がどのような体験をするのか、どのような支援が望まれるのかをまとめた書。今まであまり触れられてこなかった認知症の当事者の体験、意思決定支援、心理的な苦痛についても取り上げた。特に意思決定支援は、患者の権利の擁護を考えるうえでも、もはや避けられないperson centered careの中心である。超高齢化社会の今こそ多くの医療関係者に読んでほしい書。



座談会 医療を地域に開く

(1面よりつづく)

アを導入する施策がとられてきました。翻って日本はどうだったでしょうか。

宇都宮 今でこそ退院後の暮らしを見据えた「退院支援」の言葉が定着し始めましたが、私が看護師になった1980年代は退院後のことなど考えずに高齢者をどんどん入院させていました。治療はしてもリハビリはなく、寝たきりになってしまう方が多くいました。2002年、退院支援に取り組むために大学病院に戻ったころも、退院後の生活にまで目を向けられている医療者は少なかったですね。

高橋 1970年代の日本では、寝たきりの高齢患者を老人病院に入院させる体制ができていきました。精神病床と並んで老人病棟の劣悪な状況が新聞で報道され話題になりました。

この後押しをしたのが1973年の老人医療費自己負担無料化で、まさに「善政にして悪政」、今に連なる問題の始まりです。それ以前は、家族である高齢者の医療費はまだ5割負担でしたから、医療費無料化へ舵を切ったことで医療へのアクセスを容易にし、病院への長期入院が構造化してしまいました。

宇都宮 1976年は施設死の割合が在宅死を上回る大きな転換点でした。

高橋 この時期は、高度経済成長のおかげで豊かな税収が社会保障を支えました。それと同時に、高度経済成長をもたらした社会変動の結果、家族の介護力の弱体化などがあまって病院が住まいを代替し、終末まで病院で過ごすことが当たり前になっていきます。

榎本 24時間365日、患者に「してあげる型」の医療が定着し、いつの間にか医療への過度な依存を生み、今になって「医療崩壊」とも言える状況を招いたのではないのでしょうか。

高橋 介護保険制度が始まったのは2000年。この間の医療・介護の政策には問題の認識はあったにせよ、結果的にある種の不作為があったと言わざるを得ません。今なお、1970年代のモデルが尾を引く施設・病院への過度な依存の継続は、財政的に立ちゆかなくなるだけではなく、資源を浪費し、しかも今後増大する認知症高齢者なども含め高齢者の生活の質の面からも問題だらけです。

2025年に向けて医療はいよいよ、地域包括ケア研究会が鉢植えの図で提起した「住まいと住まい方」の問題を視野に入れなければならないようになっていきます。強調したいのは、もう一度、医

療を地域に開いていく必要があるということ。コミュニティケア、すなわち地域包括ケアの重要なアクターである各ステークホルダーがそれぞれの利害関係を乗り越え、2040年までを見据えた「2025年モデル」をいかに構築できるかが問われているのです。

連携にはゴールの共有が不可欠

高橋 100万人を超える方が在宅医療を利用する時代が到来するのを前に、皆さんが今、どのような課題をお持ちかお話しください。

伊原 行政の立場としては、医療と介護の両者に今なお壁があり、連携が進まないことです。私が厚生省(当時)に入省した1987年の日本は、高齢化率が10.9%、合計特殊出生率は1.69でした(表1)。

高橋 30年で社会構造が大きく変わったことを実感します。

伊原 ところが、1987年の「厚生白書」では既に、今とあまり変わらない課題が指摘されています。「75歳以上の後期老年人口の増大に伴い、寝たきり老人や痴呆性老人の急増が見込まれている」とし、「縦割りを越えたケアの総合化」が必要であると。確かに、この30年で介護保険制度ができるなど進歩はありましたが、医療・介護の連携強化は引き続き課題になっています。

高橋 公衆衛生の現場にいらした榎本先生は、連携の壁をどう見ますか。

榎本 医療・介護、さらには保健の連携が難しい要因は、役割分担があっても、ゴールを共有していないことです。今、多くの医療者が目の前の課題に翻弄されています。その多くは、目的を持たないまま課題に振り回され、手段を考えることが目的になっているからではないのでしょうか。課題解決型ではなく目的達成型をモットーとする私は、「まずは目的から考え直しては」と常々訴えています。ヘルスプロモーションに基づくその人らしい生き方や生活支援を、皆が共通の目標にしていることから始めなければなりません。

宇都宮 ゴールを共有できていない事例の一つに、ケアプランを策定する「サービス担当者会議」がうまく機能していないことが挙げられます。病院の医師も「かかりつけ医」の立場でちゃんと意見書を書いているのでしょうか。ケアマネジャーから連絡を受けてもコメントを書いている医師は多くありません。ケアマネジャーも、医師は会議に来ないことを前提に、ケアプラ

●たかはし・ひろし氏

1968年学習院大学法学部卒。特殊法人社会保障研究所研究員、法政大教授、立教大学院教授、などを経て、2011年から高齢者住宅財団理事長。17年より現職。18年より東京通信大人間福祉学部教授に就任



予定。全国社会福祉協議会研究情報センター所長、社会福祉医療事業団(現・福祉医療機構)理事、東京都社会福祉審議会委員長など歴任。現在も、高齢者住宅推進機構理事、有料老人ホーム協会理事、全国ホームホスピス協会理事など役職多数。厚生省老健局の地域包括ケア研究会構成員なども務めた。『地域連携論』(オーム社)、『地域包括ケアシステム』(慶應義塾大学出版会)など編著書が多数ある。

●いはら・かずひと氏

1987年東大法学部卒。同年厚生省(当時)入省。健康政策局、兵庫県伊丹市役所などを経て、94年高齢者介護対策本部課長補佐として介護保険制度の創設にかかわる。97年6月から日本貿易振興機構(JETRO)ニュー



ヨークセンターに医療福祉部長として出向。その後、厚労省社会・援護局障害保健福祉部企画官、雇用均等・児童家庭局虐待防止対策室長など全部局をひと通り経験し、医療保険改革、少子化対策、障害福祉新制度、年金記録問題、難病新法制定などに携わる。官邸、日本年金機構、健康局総務課長、年金管理審議官などを経て2017年7月より現職。

ンの見直しを目的とした担当者会議にしていますか? 入院の機会を活かし、患者の体に今起きている医学的状況を踏まえ、本人・家族と共にこれからの暮らし方や療養場所、住まいについて考える場にしてほしいですね。

高橋 医療者にはどのような意識改革が求められるでしょう。

宇都宮 入院決定の段階からこの先起こり得ることを見通し、ゴールを共有

自己決定を促す、エンパワーメント型の医療へ

高橋 「してあげる型」の医療・介護を、これから後期高齢者の多数を占める団塊の世代が果たして納得して受けるのでしょうか。

榎本 それはないでしょうね。

伊原 文化・社会的背景によって世代ごとのニーズは変わるはずですよ。

榎本 自分で決めてくれるのであれば、「わがまま」なくらいのほうがよっぽどいい。

高橋 「わがまま」を言える環境をあえて作らなければいけないわけですね。

榎本 ええ。地域包括ケア時代の医療は、依存を生む従来の「してあげる型」から、生活の場に入って生活者の自立を促す「エンパワーメント型」への転換が必要だと思っています。

高橋 地域包括ケアを「地域まるごとケア」と言い換えた、東近江市にある永源寺診療所の花戸貴司先生は、「ご飯が食べられなくなったらどうしますか?」と、書名(農文協、2015年)にもなった言葉で自己決定を促しています。

榎本 そうですね。「してあげる型」は高齢者を早くに社会的弱者にし、地域包括ケアの理念と逆行します。そこで私は、かかりつけ医をはじめ、歯科医師、薬剤師、福祉関係者など身近に相談できる「かかりつけネットワーク」をつくり、住民がそれに囲まれた環境が必要だと考えています。いつでも気軽に相談できる基盤があれば患者さんは問題を自分で解決でき、関与する多職種も連携の意義を共有できるでしょう。医療・介護職は、ネットワークの

することです。高齢患者に対しては、入院環境や安全を追求するあまり、生活してきた力も奪ってしまいます。提供される医療によっては、暮らしの場に帰ることができなくなることもある。搬送時には、本人が意思表示できないことが多く、代理決定する家族の苦悩もあります。安定している外来の時期こそ、一歩先を予測し、思いを共有することが大切ではないでしょうか。

構築で生活者をエンパワーメントする方針へと切り替えれば、地域社会の信頼も得られます。

宇都宮 厚生省の中央社会保険医療協議会(中医協)でも最近、「かかりつけ医機能」という言葉が使われ議論されていますね。機能には看護師や薬剤師ができることも含まれています。ネットワークの中における日常療養生活支援で、少し先を予測したマネジメントができれば不要不急の入院をなるべく避けることができます。最近私は、在宅医療・介護連携推進事業に関する仕事などで多職種に対し、ネットワークの中心にいる住民への啓発も含めた連携機能の改革を提案しています。

榎本 住民のセルフケア能力を高めるために住民啓発は重要です。依存型ではセルフケア能力を削ぎ、互助の意欲も減らしてしまいます。元気な高齢者が働ける場所や活躍できる場を住まいと近接させて地域包括ケアを構築すべきです。単なる課題解決にとどまるのではなく、住民一人ひとりがセルフケアを実現できる環境を作っていくことが必要ではないのでしょうか。

高橋 今、榎本先生から、住民のセルフケアマネジメントの必要性が提起されました。この概念は「介護」ではなく、自分で自分の行く末を考えながら必要なサービスの導入を決定していく「養生」と位置付けられます。自分の住まいで暮らし続けるというのは、実は、自分で自分の生活を定めることではないかと考えるのです。生活に

●表1 30年で社会は大きく変化、2025年の実情に即した対応が急務

	高齢者数 (高齢化率)	出生数 (合計特殊出生率)	医療給付費	国民年金保険料
1987年度	1,332万人 (10.9%)	135万人 (1.69)	16兆円	7,400円/月
2015年度	3,387万人 (26.6%)	101万人 (1.45)	38兆円	16,260円/月
2025年	3,677万人 (30.0%)	84万人 (中位推計1.42)	54兆円	16,900円/月

日本臨床薬理学会が総力を挙げて編む、待望のテキスト改訂第4版!

臨床薬理学 第4版

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

編集 責任編集 一般社団法人日本臨床薬理学会 小林真一 昭和大学 特任教授、昭和大学臨床薬理研究所 所長/昭和大学病院臨床薬理支援センター センター長 長谷川純一 鳥取大学医学部薬物治療学 教授 藤村昭夫 自治医科大学 客員教授/瀧田病院 学術顧問 渡邊裕司 浜松医科大学臨床薬理学講座 教授/国立国際医療研究センター 臨床薬理センター長



マンモグラフィを管理するすべての放射線技師の方へ

デジタルマンモグラフィ品質管理マニュアル 第2版

マンモグラフィを行う施設では、高品質な検査を受診できることを保証しなければならず、そのために機器の日常的・定期的な管理を計画的に実行することが重要になってくる。本書では、受入試験・定期的な管理・日常的な管理の3つが大きな柱となっている。また今回の改訂では、「デジタルマンモグラフィの基礎知識」の項目が新設された。これにより、参考書的な要素が加わった。管理に携わる放射線技師全般に有用。

編集 NPO法人日本乳がん検診 精度管理中央機構



互助の空間を住まいに築き、地域共生社会の創造を 座談会

●ひつもと・しんいち氏

1979年愛媛大医学部卒。同大助手、宇和島中央保健所、御荘保健所長、伊予保健所長、愛媛県健康増進課課長などを経て、2002年愛媛大病院医療福祉支援センター副センター長に就任。06年同センター長、13年同院総合診療サポートセンター長。15年11月より日本医師会総合政策研究機構客員研究員を兼務。16年1月より現職。現在は、労働衛生コンサルタント(産業界)としてメンタルヘルスなどに取り組む一方、公衆衛生の専門家として、「歩くヘルスプロモーション」を掲げ地域づくりのため全国行脚の日々を送る。著書に『地域包括ケア時代の地域に根ざした医療の創り方』(日総研)など。



●うつのみや・ひろこ氏

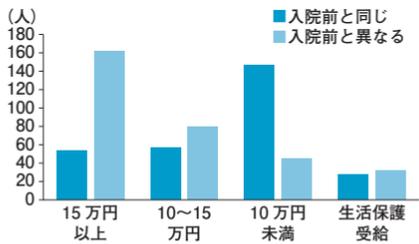
1980年京大医療技術短大(現・京大医学部保健学科)卒。急性期病院や訪問看護ステーションを経て、2002年より京大病院にて退院調整看護師として活動。12年に起業し、全国各地の医療機関で「在宅療養移行支援」、地域の「在宅医療コーディネーター」事業のコンサルテーションを行う。共著に『看護がつながる在宅療養移行支援——病院・在宅の患者像別看護ケアのマネジメント』(日本看護協会出版会)、『退院支援ガイドブック——「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる』(学研メディカル秀潤社)、『退院支援実践ナビ』(医学書院)など。



て地域社会を機能させることです(図4)。その中で地域包括ケアの土台である住まいは、大きなウエイトを占めます。住み慣れた地域で豊かに老いる社会「Aging in Place」の実現に、住まいをどう位置付けるかによって、日本の超高齢社会に対する対処の仕方も変わってくるでしょう。さらには、住民がどこで療養したいかという意思が、医療・介護職の今後の立ち位置にも決定的に影響を与えるはず。高橋 社会保障に住宅政策を位置付け、住まい方も選択を可能とすることが大きな課題です。それを後押しするために、専門職がこれまでの考え方をどう変えていけばよいのかについて、一つの方



●図4 丸ごとの地域共生社会実現へ向けて(伊原氏提供) これからは、高齢者だけをとらえるのではなく、横断的な社会保障が必要。医療と福祉の壁を乗り越えた連携が欠かせない。その中で「住まい」は地域共生社会実現に向けた中核を占める。



●図3 毎月の所得と退院先¹⁾ 毎月負担できる金額が多い人ほど、入院前と異なる退院先になる傾向がある。

Table 2: Income and Discharge Destination. Categories include monthly income (150k+, 100k-150k, 100k below) and discharge destinations (nursing home, home care, etc.).

まして日本の家賃コストはヨーロッパの国々に比べて高いため、大きな負担としてのしかかったわけです。所得10万円未満の人は特養に行くか家族が引き受けるか、もといいた賃貸住宅に戻るかの選択肢しかありませんでした。高橋 調査のきっかけは、在院日数短縮化の流れです。病院は患者が寝たきりになる前に退院させるようになりました。すると、住まいへ移るニーズが増えるのではないかと考えたからです。

さまざまな意識調査で、8割程度の方が療養の場を「自分の家族と生活する住まいがよい」と答えています。にもかかわらず、病院や施設で療養するのはまさにモチベーションの低下を招き、生活機能を下げて「寝たきり」を作ってしまうのです。伊原 これまで、所得が住まいの選択を規定していた問題は、今後、少しずつ変わる可能性が出てきました。最近、2つの点で変化の兆しがあります。

1つは人口減少により820万戸の空き家が生じ、一部地域を除き家賃が下がりはじめていること。もう1つは、改正住宅セーフティネット法が2017年10月に施行され、低所得高齢者や障害者などが家を借りやすくなるよう、月2万円まで家賃補助などの対策がとられるようになったことです。

高橋 さらにこの先、どのような観念に立った施策が必要でしょう。伊原 医療や介護の範疇だけで問題解決を図ることはできません。高齢者や障害者に対象者を限定することなく、難病患者、生活困窮者、母子家庭などを含め、就労支援や地域づくりまで含んだ「丸ごと」の地域共生社会を考え

する目的意識を持たないと実現できませんね。その土台となるのがまさに「住まいの選択」だと私は考えています。

「丸ごと」の地域共生社会構築を

高橋 では、住まいの選択はどうなされているのか。2015年に宇都宮さんの協力も得て「医療・介護ニーズがある高齢者等の地域居住のあり方に関する調査研究」を実施しました¹⁾。簡単に申しますと、急性期病院の退院患者が自宅へ戻ったケースと、自宅以外を選択したケースを調査し比較しました。

結果は図3のように経済面が行き先を大きく分けています。毎月の所得を、15万円以上、10~15万円、10万円未満で見ると、一定の所得があれば介護付き有料住宅やサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)に入居し、10万円未満の場合では、特養や家族の持ち家・賃貸住宅が多く、言わば「やむを得ぬ在宅療養」を送っている可能性が明らかになったわけです(表2)。10万円未満の患者家族に必要な、在宅療養をサポートする仕組みをどうつくりたいか。今後の問題解決の糸口になると私は解釈しているのです。

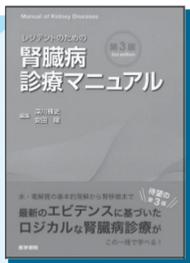
伊原 住まいへの支援が必要なことが、調査結果から見て取れます。もともと日本は、医療に比べ住まいの対策が不十分でした。終身雇用と厚生年金の受給、そして持ち家が前提とされてきたからです。ところが、国民年金にも加入していない低所得者の多くは賃貸住宅に住まざるを得ませんでした。

さらに使い勝手が向上した腎臓病診療マニュアルの決定版

レジデントのための腎臓病診療マニュアル 第3版

腎臓病診療マニュアルの決定版、待望の第3版が刊行! 最新のエビデンスに基づいて、水・電解質から腎移植まで腎臓病診療の基本を網羅する好評のスタイルはそのままに、高齢患者の診かた、他診療科との連携など“今知りたい”トピックを満載。目の前の患者の何を診て、どう治療すべきか、ロジカルな腎臓病診療の進め方がわかる1冊。

編集 深川雅史 東海大学医学部内科学系 腎内分沁代謝内科教授 安田 隆 吉祥寺あさひ病院副院長/ 東京医科大学腎臓内科兼任教授



大好評のレジデントマニュアルシリーズに待望の「腎臓内科」版が新登場!

腎臓病診療レジデントマニュアル

レジデントマニュアルシリーズの新しいタイトル。「研修医がひとりでも、最低限必要な知識をもって、安全に実地できる」をコンセプトに、聖路加国際病院を基準とした検査、診断、治療指示の方針・手順がコンパクトにまとめられている。臨床研修の心強い味方となる1冊。

編集 小松康宏 聖路加国際病院副院長・腎臓内科部長



寄稿

ネットワーク構築で「住まい」の質を担保

福岡県大牟田市の空き家対策と居住支援の取り組みから

猿渡 進平 白川病院 医療連携室室長/医療ソーシャルワーカー

●さるわたり・しんぺい氏

認知症の祖母を家族で介護したのをきっかけに福祉の世界に興味を持ち進学する。2002年白川病院に就職。大牟田市役所中央地区地域包括支援センター、厚労省社会・援護局障害保健福祉部地域生活支援推進室への出向も経験し、16年より現職。高齢者が自宅で住み続けられる「地域力」の向上をめざし地域活動を実践中。大牟田市からは相談支援包括化推進員の委託を受ける。共著に『医療福祉総合ガイドブック2017年度版』(医学書院)。

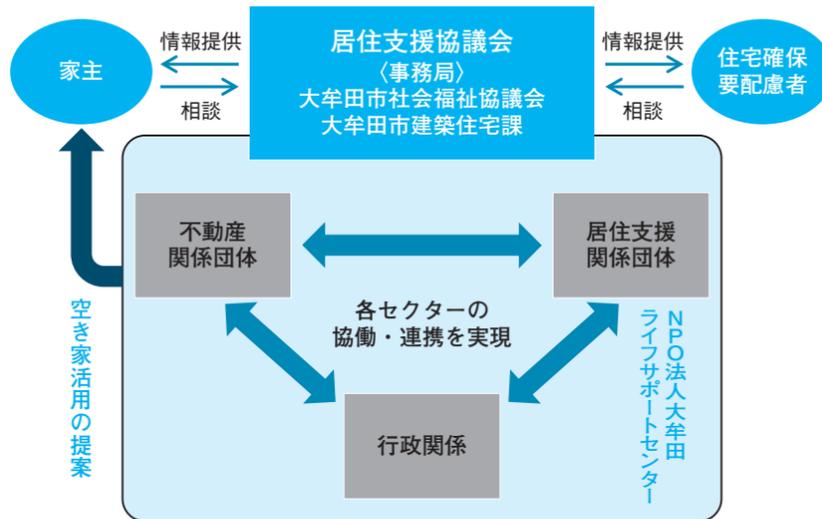


人口半減, 高齢化率 35%

大牟田市は福岡県の最南端に位置し、石炭産業で経済成長を遂げた自治体である。1959年に人口約21万人とピークを迎えたが、炭鉱閉山に伴い徐々に人口が減少し、2017年9月時点で11万7000人弱と約半数にまで減少した。近年も、年間1300~1400人のペースで減少している。高齢化率は35.1%と年間約1%ずつ増加。2004年には75歳高齢者の割合が65歳高齢者を超える状況であった。人口減少が進む一方、世帯数は5万7000世帯に増加し、高齢者のみの世帯は約25%、高齢者がいる世帯は約50%と高齢者が多く生活するまちとなっている。

高齢者や障がい者等を支援する公的サービスには住まいを支援する「施設サービス」がある。あくまで保険制度の施策としてのサービス範囲であり、住まいそのものを保証してもらえないわけではない。介護保険制度を例に見ると、要介護認定を受けて施設に入所したものの、翌年の介護保険更新時に非該当となり、住まいを再度探さなくてはならない事例が大牟田市に限らず多くの自治体で起きている。また、施設、サービス付き高齢者向け住宅では身元保証人、連帯保証人が必ず必要になる。高齢者の多い大牟田市は、身寄りのない高齢者も徐々に増えている。

高齢化による次なる課題が「空き家」問題だ。空き家率は16%程度と全国水準の13.5%(2013年)よりやや高めだ。空き家の放置は家屋の老朽化による事故や、近隣に物的被害を与えるなど多くの問題をはらむ。空き家の問題や身元保証人不在の問題は、これまで各セクター(福祉関係者、不動産関係者、行政等)がそれぞれのアプローチで考えていたが、連携と情報共有の必要性から2013年に大牟田市居住支援協議会(協議会)が設立された(図)。



●図 課題解決に向けて連携する大牟田市居住支援協議会の体制

医療・介護職以外との協働で空き家対策を実施

協議会は空き家の実態把握、住宅確保要配慮者(要配慮者)への空き家と住まいのマッチングを行う。空き家の実態把握については、民生委員と協働で実施する。地域で長年活動を実施する民生委員は、活動範囲内の空き家を把握しているため、地図上で空き家かそうでないかを把握できる強みがある。判断がつかない物件のみ行政担当職員が現地に赴き調査すればよくなるため、時間的、コスト的な負担を軽減した調査が実施できた。結果、大牟田市には利活用できる空き家が約1000戸あることが判明した。

協議会は、年々増加する空き家に対して、遠方の家屋管理者が相談しやすいよう、お盆時期に相談会を実施し、売却、利活用、解体についての相談を受け付け助言している。しかし、要配慮者への対応が十分とは言えない状況もあった。住まいと要配慮者のマッチングがスムーズにできたとしても、その家で生活する「住まい方」を担保しなければ住み続けることはできないか

らだ。住まいと生活支援サービスが一体的に提供されてこそ住み慣れた地域で要配慮者が生活し続けることができるのではないかと。

こうした課題を解決するため、2014年にNPO法人大牟田ライフサポートセンターが設立された。目的は「住み慣れた地域で誰もが安心して住み続ける大牟田」をめざすこと。構成メンバーは、弁護士、司法書士、税理士、不動産仲介業者、ファイナンシャルプランナー、社会保険労務士、一級建築士、社会福祉士、精神保健福祉士とさまざまな専門職が在籍する。具体的な活動は「身元保証」「連帯保証」に加え「生活相談」「啓発」を行っている。「住まい」と「住まい方」の一体的な提供で、安心して地域に住み続けることにつながるかと期待される。

地域のネットワークから退院後の生活を考える

高齢化により、地域から求められる病院の役割も変化している。「治療」に重点を置いた患者とのかかわりから、退院した後の「生活」に目を向ける必要性が増している。

私は、大牟田市の療養型医療機関である白川病院(218床)でMSWとして退院支援にかかわっている。入院患者の平均年齢は85歳以上と高いため、退院支援を考える上で多くの問題にぶつかり、スムーズな支援が展開できない状況もある。それでも、住民と協働し退院が可能になる事例が少しずつではあるが増加している。

例えば、難病で長期入院していた80代女性の「自宅に帰りたい」との想いを実現するため、地域、介護事業所、医療機関が一体となって自宅退院

ができた事例がある。家族は高齢独居で難病を抱える本人を遠方の施設に入所させるか、現状のまま長期の入院を希望していた。本人の「自宅に帰りたい」という希望を家族に伝え介護保険制度を説明しても、「24時間体制でなければ帰すことはできない」と在宅退院に後ろ向きだった。すると、近隣住民から「家に帰すことがなぜそんなに怖いのか?一人の時間が長いならお茶を飲み誘うこともできるし、ゴミ出しが大変であれば一緒に捨ててあげる」「私たちの手に負えないことがあればすぐに病院や施設に連絡を入れることもできるから」といった温かい後押しがあり、本人の想いを実現することができた。

入院してくる患者がどのような生活環境の中で暮らしてきたかに重点を置いてかかわりを深めなければ、多様な課題を抱える患者の退院支援は円滑にはできない。この事例から、本人の日常生活圏域には多くの資源があり、それらの「点」を結び合わせることでさまざまなネットワークが構築され、その「面」の中での生活が可能になると手応えを得た。医療機関、介護保険制度では解決できないことでも、さまざまなセクターと課題を共有することで新しい形の支援が生まれると実感している。

*

住民が地域で生活し続けることは、医療・福祉の世界だけで完結するものではない。住民は、多種多様な要素を含んだ環境の中で生活しているため、医療・福祉に携わる者は自分たちの困りごとを他の分野の人に見てもらい働き掛けが大切になるだろう。

分野別に困りごとを解決するにはどうしても限界があり、支援に行き詰まってしまうこともある。そこで、大牟田市のように、一つの課題を多くのセクターが共有し、「こんな資源や仕組みがあったらいいね」と課題に対する共通理解を図る場と機会が重要になる。

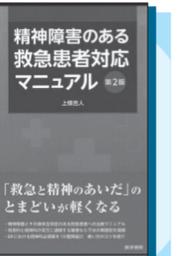
一人の患者の退院支援を実施する場面でも、多くの住民や機関等がつながり新たなネットワークが生まれることもある。そのようなつながりこそが、日常的生活支援や見守りへと具現化されて、地域包括ケア時代の「住まいと住まい方」の質が担保されていくと考える。

「救急と精神のあいだ」のとまどいが軽くなる。ERでよくみられる35ケースを解説!

精神障害のある救急患者対応マニュアル 第2版

精神障害とその関連疾患のある救急患者を対象にした治療マニュアル。救急現場でよく遭遇する幻覚・妄想、急性覚醒剤中毒、せん妄などの症状について、「診断のポイント」「治療フローチャート」「精神科医にうまく引き継ぐコツ」を示しながらコンパクトに解説。また臨床で必須の医薬品を厳選し、それらの特徴と実践的な使い方のポイントをまとめた。救急科と精神科の双方に通暁する著者だから書きうる、現場目線の実践知がここに!

上條吉人 埼玉医科大学教授・救急医学



B6変型 頁304 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03205-6]

医学書院

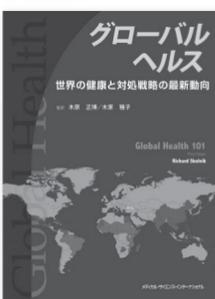
MEDSIの新刊

“健康と開発”の視点に貫かれた包括的教科書、日本語版

グローバルヘルス

世界の健康と対処戦略の最新動向
Global Health 101, 3rd Edition

●監訳: 木原 正博 (京都大学グローバルヘルス学際融合ユニット・ユニット長 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)
木原 雅子 (京都大学グローバルヘルス学際融合ユニット准教授 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)
●定価: 本体9,200円+税
●A4変 ●頁570 ●図63 ●2017年 ●ISBN978-4-89592-897-7



▶グローバル化の進展に伴って発生する地球上の「健康」に関する問題について、公衆衛生、疫学、医学、看護学、人類学、開発経済学、政治学、社会学などの複合的な学問領域であり、米国公衆衛生協会によってまとめられた「グローバルヘルス」の入門書。グローバルヘルスの重要な問題を「開発(development)」の視点から概観し、その経済的、社会的影響や対策を検討するための基本的知識を解説する。

“木原ライブラリ”好評既刊

- 医学的測定尺度の理論と応用 ●定価: 本体4,600円+税 ●B5 ●頁408 ●図43 ●2016年
- 医学的研究のデザイン [第4版] ●定価: 本体4,700円+税 ●B5 ●頁428 ●図41 ●2014年
- 医学的介入の研究デザインと統計 ●定価: 本体3,700円+税 ●B5 ●頁180 ●図24 ●2013年
- 疫学と人類学 ●定価: 本体3,500円+税 ●B5 ●頁204 ●2012年
- 現代の医学的研究方法 ●定価: 本体4,800円+税 ●B5 ●頁450 ●図17 ●2012年
- 疫学 ●定価: 本体5,600円+税 ●B5 ●頁400 ●図311 ●2010年
- 医学的研究のための多変量解析 ●定価: 本体4,000円+税 ●B5 ●頁234 ●図26 ●2008年
- 国際誌にアクセプトされる医学論文 ●定価: 本体4,500円+税 ●B5 ●頁248 ●図32 ●2000年

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

「中動態の世界」と医療

第16回小林秀雄賞 受賞記念インタビュー

interview 國分 功一郎氏（高崎経済大学経済学部准教授/哲学）に聞く

第16回小林秀雄賞（新潮文芸振興会主催）に、『シリーズ ケアをひらく』の最新刊『中動態の世界——意志と責任の考古学』（医学書院）が選出された。「中動態」とは何か、それが医療とどうかかわるのか。著者の國分功一郎氏に、執筆の経緯や本書に込めた思いとともに聞いた。

——受賞、おめでとうございます。受賞を知ったときの気持ちを教えてください。

國分 受賞は青天の霹靂でした。こういう話がきた場合、「断ったほうがカッコいい」と思う人もいるかもしれませんが、私はそういうカッコつけはしません（笑）。素直にうれしく、ありがたくいただきました。

——贈呈式では選考委員の加藤典洋さんから「この本には“重さのあるわからなさ”がある」という講評がありました。これを聞いてどう思いましたか。

國分 この本では明確な結論はあえて書きませんでした。何かを主張するというより、「中動態」という耳慣れない概念を読者の心に届けて、皆さんの考えが発展する役に立てばという思いが強かったからです。こうした思いが“重さ”として届いたようで、うれしかったです。

中動態の世界は「する/される」の外側に

——そもそも中動態とは何か、教えてください。

國分 能動態・受動態とは別の、もう一つの「態」です。かつてのインド＝ヨーロッパ語に広く存在していました。プラトンやアリストテレスの時代のギリシアでは、中動態が普通に使われています。

——能動態と受動態の中間、というイメージでしょうか。

國分 よくそう誤解されるのですが、違います。実はかつて、行為は「能動/中動」の対立として認識されていました。つまり、能動/受動の枠組みとは別の概念として「中動態の世界」があったのです。

——能動/受動、つまり「する/される」



●ホテルオークラ東京で行われた贈呈式にて（左は第16回新潮ドキュメント賞を受賞したプレイディみかこ氏）

とは別、とはどういうことでしょうか。國分 「能動/中動」の対立では行為を「自分の外側で終わるか/自分の中で完結するか」で分類します。例えば「惚れる」というのは中動態です。誰かを“好きになろう”と意識して惚れるのではなく、好きという感情が“自分の中に立ち現れてくる”というイメージですよね。

一方、中動態と対立する意味での能動態は、例えば誰かを「殴る」というような“他人に働き掛ける”行為のことです。このように中動態の世界では、能動態のほうも現在のイメージとは異なっていたのです。

「意志」の出現とともに忘れられた中動態

——中動態はなぜ多くの言語で失われてしまったのでしょうか。

國分 言語学的には能動/中動の対立が先にあり、中動態から受動態が派生した後、能動/受動の対立へと置き換わったことがわかっています。こうした変化には「意志」という概念が関係しているというのが私の見立てです。

——意志がキーワードなんですね。

國分 実は、古代ギリシアには意志という概念はありませんでした。ところが、意志という概念が成立し、それと並行するように中動態が言語の表舞台から消えてしまいました。

——意志とは当たり前存在するものだと思っていました。

國分 それは意志を前提とした、能動/受動の枠組みにとどまっているからです。よく考えてみると、意志という概念は矛盾を抱えていることに簡単に気付きます。

——矛盾、ですか。

國分 まず、私が意志をもって何かをするというのは、自分だけがその行為の出発点になることを意味します。つまり自分以外に別の原因があれば、自分の意志でやったことにはなりません。

しかし、過去の出来事や周りの状況に影響されない行為などありません。だから自分が行為の純粋な開始地点となることはあり得ない。でも意志の概念はそのような開始地点を前提にしています。

「歩く」というありふれた行為を行う場合でも、私たちは筋肉や関節の一

つ一つをコントロールしてはいないし、歩き方を選んだわけでもない。「私の意志に基づいて歩く」ではなく、「私のもとで歩行が実行されている」と言うほうが実際に近いかもしれません。

——「私のもとで歩行が実行されている」とは、いかにも中動態的な表現ですね。

中動態は医療の可能性をどう開くか

——中動態と出合ったのはいつごろでしたか。

國分 中動態という概念自体は大学生のころから知っていました。重要な概念だという印象は持ちながらも、どうい問題と交差するのかがわからなかった。「鍵を持っているのに、開けるドアが見つからなかった」というイメージです。

——これは多くの読者が知りたいことですが、哲学者である國分先生が、なぜ医学書として『中動態の世界』をお書きになったのでしょうか。

國分 あるイベントで、薬物依存症の女性をサポートする「ダルク女性ハウス」の施設長、上岡陽江さんと出会ったのがきっかけです。「自分の意志で薬を飲んでいるのだから、やめられないのは努力不足だ」と周囲の人は言う。でも「やめようと思うと余計にやめられない」というのが依存症だと。それを聞いたとき、「中動態という鍵が使える」とピンとききました。

数日後、そのイベントに来ていた医学書院の白石さんから、Twitterのダイレクトメッセージで執筆を頼まれたんです。

——依存症という切り口で中動態を論じてみて、いかがでしたか。

國分 依存症という切実で具体的な困難を抱えている現実の人々に応えられる本になっているかどうかを常に確かめながら書き進めました。医学書だったからこそ自分に厳しくなれ、最後までおぼれずに書ききることができました。

——依存症という問題に対し、哲学者として、中動態という概念で応えたということですね。



●こくぶん・こういちろう氏

1997年に早大政治経済学部政治学科を卒業後、東大大学院、パリ第10大学、社会科学高等研究院（いずれもフランス）などで哲学を学ぶ。博士（学術）。2011年より現職。主な著書に、『スピノザの方法』（みすず書房）、『暇と退屈の倫理学 増補新版』（太田出版）、『中動態の世界——意志と責任の考古学』（医学書院）など。

國分 はい。よく「哲学は真理を追求する学問」と思っている人がいますが、哲学者はぼんやりと中空を眺めながら真理を探しているのではありません。実際は、具体的な問題に直面して、それに応える概念を出すというのが哲学なんです。

——本書を読んだ医療者からは「欲しかった概念」という声もあがりました。

國分 医者という主体が、患者という客体を「治す」というやり方には限界がある。それに気付いて、いろいろな形で実践されてきた方々が抱えていたもやもやした気持ちに応えることができたのかもしれない。

——中動態はこれからの医療にどうかかわってくるのでしょうか。

國分 今、医療のさまざまな場面で、「意志さえあれば何とかできる」という前提がなくなって、中動態的な方向に進んでいるような気がします。例えば糖尿病の食事療法は「食べ過ぎるとこうなりますよ」と患者の我慢を促すだけではなかなか長続きせず、「味わって食べる」という視点も重要とされているそうです。これは意志の力に訴えるのではなく「食べる」という行為そのものに注目する、ある意味中動態的方法ではないでしょうか。

こうしたやり方がうまくいくのは、実は私たちが今も「中動態の世界」を生きているからかもしれないですね。

——この本を通して、國分先生が医療者に伝えたいことは何でしょうか。

國分 私たちが当たり前だと思っている能動/受動の対立や意志という概念は、実は全く普遍的なものではないということです。中動態というキーワードがそのことへの気付きをもたらしてくれると思います。中動態の世界を知れば、皆さんが抱えている“もやもやした何か”が少し整理できるかもしれません。（了）

失われた「態」を求めて——〈する〉と〈される〉の外側へ

<シリーズ ケアをひらく>

中動態の世界 意志と責任の考古学

祝：第16回小林秀雄賞受賞

自傷患者は言った「切ったのか、切らされたのかかわからない。気づいたら切れていた」。依存症当事者はため息をついた「世間の人とは喋っている言葉が違うのよね」——当事者の切実な思いはなぜうまく語れないのか？ 語る言葉がないのか？ それ以前に、私たちの思考を条件付けている「文法」の問題なのか？ 若き哲学者による《する》と《される》の外側の世界への旅はこうして始まった。ケア論に新たな地平を切り開く画期的論考。

國分功一郎
高崎経済大学准教授



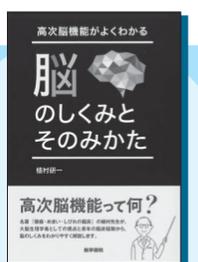
複雑な脳の機能を、大脳生理学者の視点と長年の臨床経験からわかりやすく解説

高次脳機能がよくわかる

脳のしくみとそのみかた

複雑な脳の機能をのしくみを図を多用してテンポよく解説する。高次脳機能障害の患者さんに出会ったときに、なんでこうなるの？ がよくわかる。麻痺や失語などのリハビリテーションへの、脳機能からのアプローチに役立つ1冊。名著『頭痛・めまい・しびれの臨床』の著者が、大脳生理学者の視点と長年の臨床経験から、脳のしくみをわかりやすく解説。

植村研一
浜松医科大学名誉教授



目からウロコ!

4つのカテゴリーで考える がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科副医長

【第18回】

固形腫瘍と感染症②

免疫チェックポイント阻害薬と感染症

がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い——。そんな難しいと思われがちながん「と感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

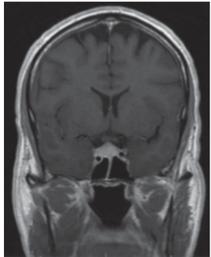
今回は固形腫瘍と感染症の総論をお話ししました。固形腫瘍では「バリアの破綻」、中でも「解剖学的異常」に伴う感染症に注意する必要があることを強調しました。さて、今回はがん治療市場を席巻しつつある免疫チェックポイント阻害薬について概説するとともに、どのような副作用や感染症を引き起こし得るのかをわかりやすく説明したいと思います。

◎症例

52歳男性。左頭部原発の悪性黒色腫(メラノーマ)に対して切除術施行歴あり。半年後に肺転移が見つかったため、イピリムマブ[細胞傷害性Tリンパ球抗原(Cytotoxic T-lymphocyte antigen; CTLA)-4阻害薬]が開始された。現在イピリムマブ4コースが終了している。今回は4コース目施行中であった3週間前から頭痛と嘔気を自覚し徐々に増悪。頭痛は動作により増悪し、外出時にはサングラスが必要なほど羞明を感じている。その他、以前から季節性鼻炎および軽度の湿性咳嗽があるが、呼吸困難や胸痛はない。発熱、悪寒、発汗もない。髄膜炎の疑いにて感染症科コンサルトとなる。

Review of System (ROS) では上記以外、頸部痛なし、咳嗽、喀痰、呼吸困難、嘔吐、腹痛、下痢、排尿時痛、排尿困難、頻尿、関節痛、筋肉痛、皮疹なし。

来院時意識清明、血圧100/58 mmHg、脈拍数57/分、呼吸数18/分、体温36.6℃、SpO2 99% (RA)。身体所見上、左頭部に手術痕あり。眼瞼結膜に貧血あるも眼球結膜の黄染や点状出血なし。副鼻腔叩打痛なし。咽頭扁桃に異常なし。項部硬直なし。胸部、腹部、背部、四肢、皮膚に異常なし。神経学的所見としては、羞明の他は、脳神経、運動神経、感覚神経、小脳症状などに明らかな異常なし。血液検査: WBC 3.6/μL (ANC 1.69, ALC 1.43), Hb 11 g/dL, Plt 152×10³/μL, Cr 0.74 mg/dL, BUN 14 mg/dL, Na 126 mEq/L, K 4.4 mEq/L, テストステロン低値, 黄体ホルモン低値, プロラクチン低値, TSH 低値, ACTH 低値 髄液所見: 初圧16 cm H2O, 細胞数3個/μL, 総タンパク28 mg/dL, グルコース80 mg/dL (血糖120 mg/dL) 頭部MRI所見: 下垂体腫大および漏斗部の肥厚あり、その他脳実質に異常なし

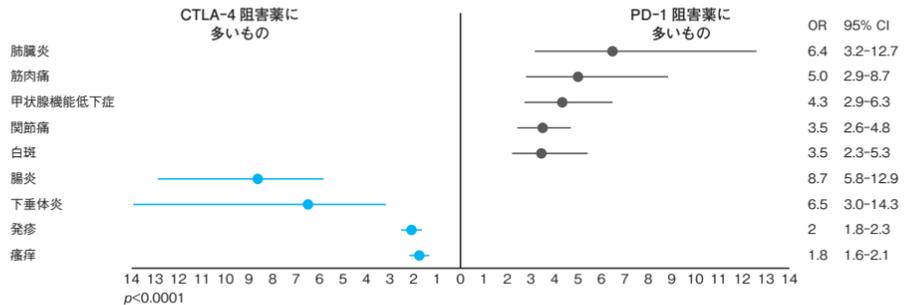


さて、この症例では一体何が起きたのでしょうか。「あーあれでしょ」と一発でわかる読者もいれば、チンプンカンプンな方もいるでしょう。これは、イピリムマブに伴う一連の副作用を見えています。まずは頭痛や羞明、全身倦怠感、そして低ナトリウム血症が見られ、血液検査ではさらに汎下垂体機能低下症の所見がありますね。頭部MRIで下垂体の腫大と漏斗部の肥厚が見られており、下垂体の炎症を呈しています。そう、イピリムマブに伴う典型的な下垂体炎(hypophysitis)です。本症例ではステロイド投与により比較的速やかに症状の改善が見られました。

免疫チェックポイント阻害薬とは

免疫チェックポイント阻害薬(immune checkpoint inhibitors; ICIs)の詳細は成書に譲りますが、概念は以下の通りです。がん細胞を排除するものはT細胞ですね。ただしがん細胞はT細胞からの攻撃を逃れる術を備えています。T細胞を不活化させてしまうのです。では一体どのように行うのでしょうか。まず、免疫の司令塔である樹状細胞(dendritic cell; DC)ががん細胞を見つけるとT細胞に対して抗原提示します¹⁾。重要なのがT細胞の表面に発現するCTLA-4やPD-1(プログラム細胞死; programmed death-1)といった免疫チェックポイント分子です。これらにスイッチが入るとT細胞の活性化が抑えられ、がん細胞を排除することができなくなってしまうのです。

まずはCTLA-4から説明しましょう。通常T細胞はその表面にあるCD28とDCからのCD80/86が結合することで活性化しますが、CTLA-4がCD28よりも強くCD80/86と結合しCTLA-4のスイッチが入ります²⁾。するとT細胞が不活化されてしまう。CTLA-4阻害薬であるイピリムマブはCTLA-4と結合することで、CD80/86が結合するのを阻害しているのです³⁾。またがん細胞中には制御性T細胞(regulatory T cell; Treg)があり、抑制性サイトカインを放出することでT細胞を不活化するとともに、TregはCTLA-4を発現しておりDCを抑制することでT細胞を不活化しています。イピリムマブは抗体依存性細胞傷害(antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity; ADCC)活性によりこのTregをも除去することで効果を発揮するのです⁴⁾。次にPD-1についてです。がん細胞表面に発現したPD-L1はT細胞表面のPD-1と結合することでやはりT細胞を不活化します。PD-1阻害薬はPD-L1よりも先にPD-1に結合することでT細胞を活性化させるのです。PD-1阻害薬で市場を席巻しているのがニボルマブですね。



●図 CTLA-4阻害薬とPD-1阻害薬で異なる免疫関連有害事象(文献5より改変)

tory T cell; Treg)があり、抑制性サイトカインを放出することでT細胞を不活化するとともに、TregはCTLA-4を発現しておりDCを抑制することでT細胞を不活化しています。イピリムマブは抗体依存性細胞傷害(antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity; ADCC)活性によりこのTregをも除去することで効果を発揮するのです⁴⁾。

次にPD-1についてです。がん細胞表面に発現したPD-L1はT細胞表面のPD-1と結合することでやはりT細胞を不活化します。PD-1阻害薬はPD-L1よりも先にPD-1に結合することでT細胞を活性化させるのです。PD-1阻害薬で市場を席巻しているのがニボルマブですね。

ICIs	一般名	作用機序
CTLA-4阻害薬	イピリムマブ	・CD80/86とCTLA-4の結合を阻害 ・ADCC活性によりTregを除去
PD-1阻害薬	ニボルマブ ヘムブロリズマブ	・PD-1とPD-L1の結合を阻害

免疫関連有害事象にご注意を!

ICIsはその有効性が高い一方で、免疫関連有害事象(immune-related adverse events; irAEs)という特有の有害事象を引き起こします。irAEsは皮膚、消化管、肝臓、肺、内分泌系などに多彩な臓器で多彩な症状を呈します。ICIsがそもそも「免疫へのブレーキを解除することで免疫を賦活化する」という性質のものであるため、それに類する症状ととらえらるゝとわかりやすいかもしれません。MDアンダーソンがんセンターでの上司が「移植後の移植片対宿主病(GVHD)のような症状を呈するよね」と言っていました、まさに的を射た例えです。ただし一口にICIsによるirAEsといっても、CTLA-4阻害薬とPD-1阻害薬とでは少し異なります(図)⁵⁾。

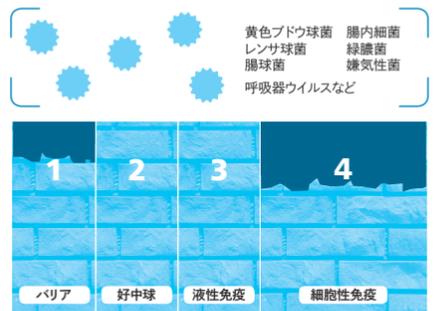
CTLA-4阻害薬では、本症例でもあったように下垂体炎がよく見られるほか、腸炎や皮疹なども特徴的です。一方、PD-1阻害薬では肺炎や筋肉痛、関節痛が多いことがわかります。

ICIsと感染症

では最後に、ICIsではどのような感染症が起きやすいのでしょうか。まず上述の通り皮疹や腸炎などが起こりますので多少なりとも「バリアの破綻」が起こり得ます。一方で、細胞傷害性

の化学療法と異なり骨髄抑制が起きませんので「好中球減少」は問題となりません。またICIsによる液性免疫低下および細胞性免疫低下は起こらないと考えられています。つまり「ICIsそのもの」による感染症はあまり大したことではないかもしれません。

一方、irAEsが起きると状況が一変します。つまり、本症例でもあったように、下垂体炎などのirAEsに対してはしばしばステロイドや抗TNF-α抗体であるインフリキシマブを投与します。当然これらによる「細胞性免疫低下」の感染症リスクが上昇するわけです。



最近、米国からの報告ではICIsによる治療を受けた740人のうち重症感染症は54人(7.3%)に見られました⁶⁾。特にirAEsを起こしてステロイド投与を受けた患者(OR 7.71, 95% CI 3.71-16.18; p<.0001)やインフリキシマブを使用した患者(OR 4.74, 95% CI 2.27-9.45; p<.0001)では有意に重症感染症が多いことがわかっています。ただし、興味深いことにCTLA-4阻害薬とPD-1阻害薬を併用した群でも有意に重症感染症が見られています(OR 3.26, 95% CI 1.70-6.27; p=.0017)ので今後注意が必要です。

今回はICIsと感染症について概説しました。ICIsはirAEsという有害事象を引き起こしますが、CTLA-4阻害薬とPD-1阻害薬で異なることを強調しました。CTLA-4阻害薬とPD-1阻害薬を併用した場合やirAEsに対してステロイドやインフリキシマブが投与された場合には重症感染症が起こり得ることを説明しました。

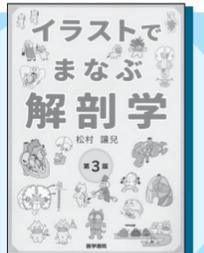
【参考文献】
1) Nat Rev Immunol. 2013 [PMID: 23470321]
2) Immunity. 1994 [PMID: 7882171]
3) Clin Cancer Res. 2011 [PMID: 21900389]
4) Proc Natl Acad Sci U S A. 2015 [PMID: 25918390]
5) Ann Oncol. 2017 [PMID: 28945858]
6) Clin Infect Dis. 2016 [PMID: 27501841]

解剖学入門書の最新版。イラストのフルカラー化でさらにわかりやすく!

イラストでまなぶ解剖学 第3版

看護学生・看護職のみならず、医学生・コメディカルにも評判の高い解剖学の入門書。「イラストでまなぶ」シリーズの1冊で、第3版ではイラストのフルカラー化によってさらに理解しやすくなった。また、本文は文字の大きさを3つのランクに分かれ、重要度が鮮明になっている。押さえておきたい解剖学の基本的事項を網羅的かつわかりやすく解説した、必携の1冊!

松村讓児
杏林大学医学部教授



免疫不全患者の感染症マネジメントに寄与する決定版テキスト
新刊 チャンドラセカール 移植・免疫不全者の感染症
Infections in the Immunosuppressed Patient: An Illustrated Case-Based Approach
がん、固形臓器移植、造血幹細胞移植、免疫抑制薬使用などにより免疫不全状態にある患者の感染症診療に、81の症例を通して必要不可欠な知識を網羅、解説。各章は症例提示、鑑別診断、治療とその経過、最終診断、ディスカッションなどの順に展開。高度な知識や経験が必要とされる免疫不全患者へのアプローチや思考過程を学ぶことができる。感染症科はもちろん、総合診療科、移植外科、腎臓内科、血液内科など免疫不全患者に関わるすべての医師に幅広く有用。
監訳: 青柳 有紀・兒子 真之
定価: 本体12,000円+税 B5変 頁400 図21・写真218 2017年 ISBN978-4-89592-898-4
MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL. (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

Medical Library

書評・新刊案内

認知症疾患診療ガイドライン2017

日本神経学会 ● 監修

「認知症疾患診療ガイドライン」作成委員会 ● 編

B5・頁384
定価:本体5,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02858-5

評者 小野 賢二郎
昭和大学教授・神経内科学

わが国では、高齢者人口が未曾有の速さで増加し、それに伴い認知症を有する高齢者が増え、大きな医療・社会問題となっている。全国の認知症高齢者数は、2012年時点で推計約462万人であったが、2025年には700万人を超えると見込まれている。これは、65歳以上の高齢者のうち、約5人に1人が認知症に罹患する計算となる(厚労省、2015年1月)。

認知症の中でも最も頻度の高い疾患がAlzheimer型認知症である。わが国では治療薬としてドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンが

用いられているが、これらの薬剤は投与を続けても認知機能低下の速度を低下させることができない。そのため、認知機能低下の速度を低下させる薬剤、すなわち、早期投与によって進行そのものを修正できる疾患修飾薬(disease-modifying drug: DMD)の開発が活発に行われ、実際にわが国においてもDMDの臨床試験が増えてきている。

本書は日本神経学会が監修し、中島健二先生を中心とする「認知症疾患診療ガイドライン」委員会がまとめたガイドラインの力作である。認知症疾患に関するガイドラインとしては、まず2002年に『痴呆性疾患治療ガイドライン2002』が公開され、2010年にclinical question (CQ)を用いた『認知症疾患治療ガイドライン2010』が作成された。その後、若干の新知見を加えて2012年に『認知症疾患治療ガイドライン2010 コンパクト版2012』が発刊され、そして、2014年にガイドラインの改訂が決まり、今回新たに『認知症疾患診療ガイドライン2017』として発刊されるに至った。

本書は網羅的・系統的・実践的で、認知症の疫学・定義・用語に始まり、評価尺度、検査、治療、医療・介護制度や社会資源といった総論、そして各論では、Alzheimer型認知症やLewy小体型認知症(dementia with Lewy bodies: DLB)、血管性認知症といった主要な認知症疾患から、進行性核上性麻痺や大脳皮質基底核変性症、Huntington

病といった認知症症状を来し得る神経変性疾患などの章立てとなっている。また近年、疾患概念が明確になってきて鑑別疾患として知っておきたい、嗜

銀顆粒性認知症、神経原線維変化型老年期認知症、プリオン病、さらにはtreatableな認知機能障害として見逃してはいけない疾患(ビタミン欠乏症、甲状腺機能低下症、肝性脳症、特発性正常圧水頭症など)まで網羅されている。

大枠は前回のガイドラインを踏襲しているが、前回と同様に各章はコンパクトで読みやすく、冒頭に1~2行にまとめられた「CQ」が置かれている。このCQに答える形で簡潔な「推奨」が続き、さらに図表も交えた「解説・エビデンス」と、文献や参考資料が記されている。

うれしく思ったのは、DSM-5での位置付けが明記されていること、今年発表されたばかりの新たなDLB診断基準が盛り込まれていること、新オレンジプランでわれわれ医療者も知っておかなければならない認知症の本人や家族のための諸制度や社会資源、すなわち、認知症疾患医療センターや地域包括支援センター、認知症サポート医、今年3月に改正された改正道路交通法、若年性認知症支援制度などの詳細なポイントが明記されていることだ。

さらには、認知症患者の診療を継続していく上で、避けては通れない課題である、不安、幻覚・妄想、徘徊、アパシーといった行動・心理症状(behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)の診療に関する非薬物療法・薬物療法が丁寧に説明され、認知症で合併しやすいサルコペニア、フレイルの対応についても述べられている。

現代の高齢社会において日常診療にかかわる医師ならば、誰もが認知症疾患の診療に携わる可能性があり、これだけ全域にわたって網羅されたガイドラインは、臨床の場で重宝することは間違いない。診療科を問わず、多くの医師、そしてメディカルスタッフの方々に手に取っていただきたい一冊である。

日常診療に欠かせない一冊



「認知症の時代」に必須の診療指針、待望の改訂!

臨床の現場において、エビデンスに基づく治療を全編クニニカル・ケーススタディ形式でわかりやすく解説

医学書院

金原一郎記念医学医療振興財団

第62回認定証(第32回基礎医学医療研究助成金)贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=東大名誉教授・野々村禎昭氏)は、このほど「第32回基礎医学医療研究助成金」の交付対象者として70人(助成総額3970万円)を選出。10月20日に、医学書院(東京都文京区)にて第62回認定証贈呈式が開催された。

開催に際して、金原優同財団業務執行理事(医学書院代表取締役社長)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された同財団の概要を紹介した。選出された交付対象者をたえ、「この助成をきっかけにさらに良い研究に結び付け、研究者としてさらなる飛躍をめざしてほしい」と激励の言葉を述べた。

認定証贈呈の後、同財団理事長で選考委員長を務める野々村氏が、359人の応募があった今回の選考経過について説明した。氏は「基礎的研究への研究費は減少傾向にあり、苦しい状況ではあるが、研究をやり遂げて日本の医学界を引っ張っていくリーダーとなってほしい」と期待を寄せた。

続いて交付対象者を代表して合山進氏(東大医科学研究所准教授・助成対象「RUNX1-CBFB結合阻害剤の開発」)があいさつに立った。RUNX1は血液細胞の発生・分化を制御する転写因子であり、白血病の発症などに関与するとされる。氏は10年以上にわたりRUNX1の生理機能や生化学的性質を研究し、さまざまな疾患の治療標的となる可能性を示してきた。今後、実際に阻害剤を開発することで臨床への応用をめざす。氏は、転写因子の阻害剤は、酵素の阻害剤と比べ一般的に開発が難しいとした上で、「さまざまな技術革新が進み、転写因子の阻害剤を当たり前に開発できる時代が到来しつつあると感じている。本研究をその第一歩にしたい」と抱負を語った。



●写真 贈呈式には、70人の交付対象者のうち、東京近郊の8人が出席した。

臨床検査技師のための血算の診かた

岡田 定 ● 著

B5・頁184
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02879-0

評者 常名 政弘

東大病院検査部副臨床検査技師長

血液学に関する書籍は数多く目にしますが、その中で血液検査データの診かたに関する書籍は数えるほどしか見かけません。また研究会、講演会などで血液

臨床検査技師必見!

に関する講演は近頃多く行われているテーマではありますが、その内容が書籍になったのは本書が初めてではないかと思われます。名古屋にて岡田定先生(聖路加国際病院)のご講演を聴講する機会がありましたが、まさに講演会の内容がまとまった書籍です。

本書を拝読した感想を示します。
・全てのテーマについて症例形式で書かれており、臨床症状、検査データの解釈のポイント、どう考えるか、追加すべき検査や既往歴の振り返り、最終診断、と症例を考える流れができていて理解しやすい。
・文章だけではなく、イラストや表が多く、さらにきれいな細胞画像やCT画像なども含まれており、文章の表現が易しくわかりやすく、新人技師であっても読みやすい。
・検査技師から医師へのアプローチ方法がわかりやすく書かれている。また著者が臨床医であり、臨床側が検査データのどの部分を求めているのかがわかりやすく書かれている。検査技師からの一方的な報告ではな

く、医師が見逃しやすい点についても書かれているため、ポイントをついた報告をするためのコツがわかる。
・血算のデータだけでなく、生化学検査や凝固検査のデータに

ついても記載されており、臨床検査技師として検査データをどのように総合的に判断していくかも勉強できる。
・コラムがたくさんあって読み応えがあり、内容もバラエティに富んでいて面白い。特に日常検査で遭遇し得る「偽性〇〇」に関するテーマが複数あり、臨床検査技師が臨床側にデータを送信する前に気付きたいデータや生化学検査や血液ガスなど血算以外のデータの見抜き方まで記載されている。さらに、患者さんとのやりとりなど、医師ならではの話も交えてあり、医療従事者としても読んでおきたい内容が多い。

「コラム04」(p.46)にも書かれていますが、岡田先生は「健やかに生きるために」どうすべきかの4つのポイントとして、①食事に気を付けること、②日中は努めて体をよく動かすこと、③夜は十分に睡眠をとること、④ストレスを溜めないこと、と患者さんに指導されているそうです。

文章の表現も含め岡田先生の優しいお人柄がうかがわれる一冊と思います。

2016WHO分類に基づき全面改訂した、世界最高品質の脳腫瘍アトラス

脳腫瘍臨床病理カラーアトラス 第4版

日本脳腫瘍病理学会編集による定評あるアトラスの改訂第4版。脳腫瘍の臨床像と病理所見を、大判かつ美麗な写真と簡潔な文章でまとめた。今版では分子遺伝学的な観点から大幅な変更が加えられた2016年の新WHO分類に基づき、脳神経外科医と病理医の完全共著により全面改訂。項目を再編し、分子生物学をはじめとした最新の知見を盛り込んだ。専門医を目指す若手からベテランまで、脳腫瘍に携わるすべての医師必携の書。

編集 日本脳腫瘍病理学会
編集委員 若林俊彦
名古屋大学大学院教授・脳神経外科
辻井壮一郎
熊倉総合病院名誉院長
廣瀬隆則
神戸大学大学院特命教授・地域連携病理学
兵庫医科大学センター・病理診断科部長
小森隆司
東京都立神経病院・検査科部長



A4 頁232 2017年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-03047-2]

医学書院

日常生活で麻痺手が使える! CI療法が変わる!

行動変容を導く!

上肢機能回復アプローチ 脳卒中上肢麻痺に対する基本戦略

脳卒中後の麻痺手の回復は難しいものと従来は考えられていたが、2000年代に入りCI療法が台頭してからは、麻痺手を実生活で使用する事は当たり前になることになりつつある。本書は、CI療法を中心に、ニューロサイエンス、行動心理学といった、行動変容を導く戦略の根幹となる学問をベースとした上肢機能回復アプローチについて、その学術的背景、基礎知識、メカニズムやコンセプト、実際の治療法を凝縮した内容となっている。

監修 道免和久
兵庫医科大学リハビリテーション医学
教室・主任教授
編集 竹林 崇
吉備国際大学保健医療福祉学部
作業療法学科・准教授



B5 頁304 2017年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02414-3]

医学書院

《ジェネラリストBOOKS》



病歴と身体所見の診断学

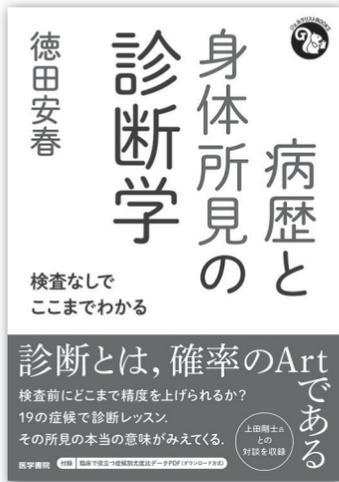
近刊

検査なしでここまでわかる

徳田安春

病歴と身体診察で得られた情報から、臨床疫学的なアプローチで、精度の高い診断を目指そう! 本書は、症例をもとに、指導医と研修医の問答形式で感度・特異度・尤度比の使い方が学べる実践書。付録には、即戦力となる「尤度比一覧」のPDF(ダウンロード形式)を収載。

●A5 頁210 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03245-2]



いのちの終わりにどうかかわるか

編集 木澤義之・山本 亮・浜野 淳

総合診療医や内科医、およびそれを取り巻くメディカルスタッフに求められるエンドオブライフ患者へのかかわり方の知識とスキルをまとめた1冊。患者の同意から予後予測、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」に役立てられる新たな実践的ガイドとなること間違いなし!

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



認知症はこう診る

初回面接・診断からBPSDの対応まで

編集 上田 諭

「認知症は日常的に診るけれど、イマイチ診方がわからない。薬を出すだけでいいの?」かかりつけ医のそんなお悩みに効く本。豊富な事例とともに、具体的手法をレクチャー。

●A5 頁264 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03221-6]



保護者が納得! 小児科外来 匠の伝え方

編集 崎山 弘・長谷川行洋

その説明はツウジテル? 不安そうな保護者、パニックになっている保護者、無理難題を訴えてくる保護者、外来にいませんか?

●A5 頁228 2017年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-03009-0]



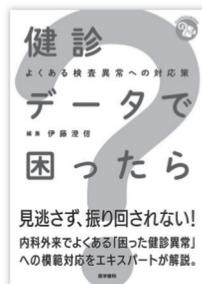
健診データで困ったら

よくある検査異常への対応策

編集 伊藤澄信

異常値の出た健診結果をもってやってくる患者への対応にとまどう一般医は少なくない。本書では、外来で一般医が困る健診データ異常のパターンを集め、基本対応とそのエビデンスを示した。

●A5 頁192 2017年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-03054-0]



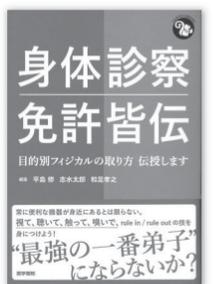
身体診察 免許皆伝

目的別フィジカルの取り方 伝授します

編集 平島 修・志水太郎・和足孝之

“最強の一番弟子”にならないか? 便利な機器が常にあるとは限らない。診て、聴いて、触って、嗅いで、rule in/rule outできる身体診察の技を身につけよう。

●A5 頁248 2017年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-03029-8]



理学療法NAVI シリーズ

理学療法の大海に漕ぎ出す若きフロンティアのための水先案内人

この30題で呼吸理学療法に強くなる

高橋仁美

“呼吸”のエキスパートPTがビギナーPTに直伝! 呼吸理学療法の基礎知識から評価方法、実践の落とし穴まで—この30題で、呼吸理学療法に自信が持てる。

●A5 頁252 2017年 定価:本体3,000円+税 [ISBN 978-4-260-03261-2]



臨床の“疑問”を“研究”に変える 臨床研究 first stage

網本 和・高倉保幸 編

研究デザインはそれでOK? 統計の落とし穴にはまっていない? 初めての学会発表・論文投稿の前にこの1冊。臨床研究のプロによる徹底解説でacceptをめざそう。

●A5 頁296 2017年 定価:本体3,000円+税 [ISBN 978-4-260-03227-8]

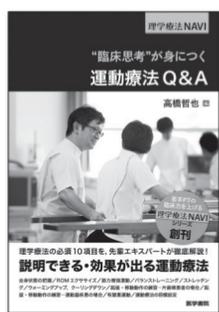


“臨床思考”が身につく 運動療法Q&A

高橋哲也 編

その運動療法、根拠や禁忌は押さえていますか? 「説明できる」「効果が出る」運動療法で自信をつけよう。理学療法の必須10項目を、先輩エキスパートが徹底解説。

●A5 頁220 2016年 定価:本体2,700円+税 [ISBN978-4-260-02795-3]

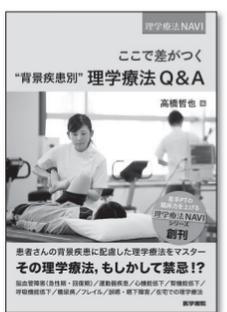


ここで差がつく“背景疾患別”理学療法Q&A

高橋哲也 編

その理学療法、もしかして禁忌!? 「脳血管障害」「心機能低下」「腎機能低下」などの患者の背景疾患に配慮した「説明できる」理学療法で、より信頼される理学療法士に。

●A5 頁200 2016年 定価:本体2,700円+税 [ISBN978-4-260-02796-0]



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