

# 南ユーカーリー

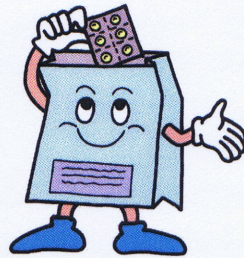
平成24年夏発行  
さくらホームクリニック  
第5号

## ジェネリック医薬品の樹

最近、厚生労働省の指導により、市役所や区役所から処方薬をできるだけ先発医薬品から安価な後発医薬品(ジェネリック医薬品)に変更するように勧められる手紙が届いていると思います。ジェネリックとは英語で generic と表記し、特別な (specific) とは反対の、「一般的な」、「ブランドに囚われない」といった意味の言葉です。製薬会社が先発医薬品(新薬)を開発するために巨額の費用と膨大な時間を必要とします。そのため、先発医薬品の構造や製造方法について特許を取得し、自社で新しく開発した薬を販売することで投資した

資本の回収を図ります。特許は一般的には20年有効なもので、この有効期限が終了すると後発企業は自由に同じような成分を持った後発医薬品、ジェネリックを製造販売出来るようになります。ただ、両者の承認申請は大きく異なり、先発医薬品は、発見の経緯やその薬剤の性質、体内での吸収・分布・代謝・排泄、安全性、毒性、臨床試験などの数多くの情報提出が義務付けられています。一方、ジェネリックは、有効性や安全性はすでに先発医薬品で確認されており、同じことを繰り返すのは経済的ではないとの考えで免除されており、10人から20人程

度の健康人に先発品とジェネリックを投与して両者の血中濃度の推移に差が無いことを確認する生物学的同等試験を行うことが要求されているだけです。数多くの毒性試験が全て免除になっていることは安全面から見て大きな問題だと指摘されています。



安全性に少し不安な点があっても、安いジェネリックが先発品と同じような効果を持つならばその方が良く考える人は多いようです。実際、アメリカやヨーロッパでは販売されている医薬品の半分

以上がジェネリックになっており、日本ではまだ2割前後と考えられています。数年前に、厚生労働省から生活保護世帯にジェネリックを強制するような指示が出た時は、世論は差別と訴えてその通達が直ちに撤回されました。しかし、今日、テレビや新聞などのマスコミがこぞつて何故このようにジェネリックをもてはやすようになったのでしょうか。これは、バブル崩壊後の長引く不況と、少子高齢化のため医療費削減を考える政府の方針に沿ったものだと考えられています。

患者さんからは、どうも効果に違いがあるとの意見が多いようです。その理由として考えられるのは、ジェネリックが20年ぐらい前の先発品の製造技術そのまま借用して製造

## 第三十三回日本在宅医療学会学術集会

平成24年6月30日・7月1日、パシフィコ横浜アネックスホールで開催された、第23回日本在宅医療学会学術集会に出席してきました。今回の学術集会のテーマは、「在宅医療をすすめるために」でした。在宅医療は年々、その重要性が高まり、国民からのニーズも増大しており、国の方針も病院から在宅へとシフトしてきています。が、その十分な実施にはまだまだ多くの課題が残されています。医師、看護師、薬剤師などの医療関係者だけでなく、介護ケアを実際

した薬であり、主成分は同じでも製造工程が違ったり、添加物が違う、小児用シロップなどでは味付けが違うなど指摘されており、切り替えには慎重を要するでしょう。

6月30日の土曜日、理事の近藤靖子は午後3時10分からの一般演題、「在宅医療と栄養」にて、「在宅高齢者の貧血と栄養」という演題名で口演発表しました。これまで当クリニックにて採血した高齢者について、ヘモグロビン値と血清アルブミン値の間の相関関係を調べたところ、正の相関関係が示され貧血と栄養状態の関連性が強く示唆されました。

高齢者の貧血症例では、鉄欠乏性貧血なら鉄剤を投与するなど、貧血の原因を明らかにして適切な治療を行い病状の改善を図るべきで、特に貧血の原因がないと思われる老人性貧血では、低アルブミン血症をチェックし、栄養改善に留意することが大切であると発表しました。

理事長の近藤精二は、7月1日日曜日の午前10時10分からの一般演題、「在宅障壁」において、「後期高齢者の在宅医療継続の障壁となる転倒・骨折と睡眠薬使用のリスク関係の検討」という演題名で口演発表しました。在宅療養中の後期高齢者においては、転倒・骨折はADLが急激に低下し、閉じこもりや廃用症候群をきたす重大な有害事象であり、在宅療養の継続に対する大きな障壁とな

ります。また、転倒事故の原因としては、睡眠薬などの服用が重要な発生源の一つと考えられています。後期高齢患者は一般に不眠を訴えることが多く、ホームドクターとしても各種の睡眠薬を処方する機会が増える傾向があります。一方、患者本人だけでなく、ご家族や介護者たちにと

つては、加齢や元々の疾患により歩行が不安定でふらつき易いの

# 認知症のほなし

## その①

前号でお知らせしたように、私は今年初めに認知症サポート医養成研修を終了し、認知症サポート医として千葉県に登録しました。実は、当クリニックのある佐倉市で認知症サポート医として登録したのは、私が一番乗りだったようです。というのは、早速佐倉市役所の福祉部高齢者福祉課から声がかかり、認知症サポートのリーダーに向けて講演をするようにと依頼されました。また、認知症を持つ高齢者の家族からの問い合わせもぼつぼつ頂いたりしています。

全国で認知症など介護が必要な高齢者が200万人ほどいる現在、一般社会での認知症への関心が高くなる

状態だとわかったり、逆に普段は周りの人に頼っているのに、検査では比較的しっかり正解を答えられる人もいます。

認知症の症状は、記憶障害や見当識障害などの中核症状と、妄想・不穏・徘徊などの周辺症状があります。アルツハイマー型認知症は神経細胞の変性疾患なので、基本的には次第に症状が進んでいきます。先に挙げた長谷川式スケール以外に、重症度判定に使われるFAST (Function Assessment Staging) という目安があり、日常生活の具体的な状況が指標として示されているので、家族や介護をする人が認知症の重症度を測る良い目安になります。軽度のアルツハイマー型認知症では、家計を管理したり、買い物をする

のに支障をきたします。中等度では、介助なしで適切な衣服を選んだり着ることができなくなりますが、やや高度では、尿や便の失禁をきたし、入浴に介助を必要とします。高度では、言葉が非常に乏しく数語以内になり、歩行能力や座っている能力も失われます。アルツハイマー型認知症の自然経過では、軽度が平均2年、中等度が1年半、高度が5年の経過をたどると報告されています。認知症高齢者の家族や介護に携わる人がこのような基本知識を持ち、それぞれの段階に適した接し方や介護をしていくことが大切だと思われ

ます。

近藤靖子

