

2020年10月5日

第3390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

今週の主な内容

- [対談] Withコロナ時代に考えたいリーダーの在り方(熊谷俊人、佐々木淳) 1-2面
[寄稿] 地域全体で考える人生最期の過ごし方(北川渡) 3面
[寄稿] がんりハビリの有効性を明らかにする意義(西山菜々子) 4面
MEDICAL LIBRARY/[視点] 疾患の本質の所見を見抜く皮膚病理診断力の高め方(安齋真一) 6-7面

対談

With コロナ時代に考えたいリーダーの在り方



熊谷俊人氏 千葉市長

佐々木淳氏 医療法人社団悠翔会理事長

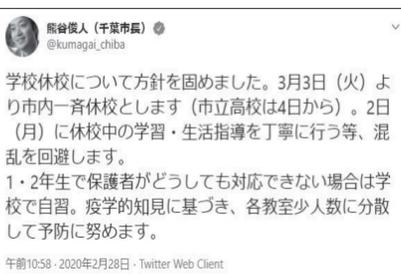
新型コロナウイルス感染症(以下、新型コロナ)に対する警戒が続く中、多くのリーダーがコロナ禍を乗り越えるべく奮闘している。千葉市長の熊谷俊人氏と医療法人社団悠翔会理事長の佐々木淳氏は、前者は自治体のトップとして、後者は千葉市の拠点を含めた全15クリニックを展開する在宅医療法人のトップとして、コロナ禍の自治体運営と医療法人運営の舵取りを行っている。2人の若きリーダーによる対談は新型コロナへの対応の振り返りに始まり、コロナ禍におけるリーダーシップから、リスクコミュニケーション、Withコロナ時代の地域医療や医療介護経営の在り方にまで展開した。

佐々木 熊谷市長は42歳という若さにもかかわらず、コロナ禍においても冷静に自治体運営をされています。熊谷 31歳で市長に就任した私も12年目を迎え、これまでに何度か危機事案を経験しました。その蓄積があったため、押さえるべきポイントをある程度理解した状態で新型コロナに向き合うことができたと考えています。

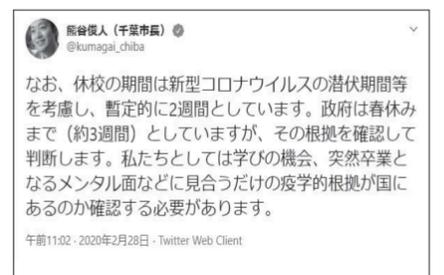
コロナ禍を乗り越えるためのリーダーシップを考える

佐々木 千葉市の新型コロナへの対応を振り返ってみていかがですか。熊谷 中国の武漢で新型コロナの流行が始まった1月時点で、千葉市ではパンデミックが起こり得ると想定していました。そこで保健所の職員を大幅に増員した上でPCR検査装置を拡充し、新型コロナの第1波の際には十分な検査体制で臨むことができました。千葉市では、医師が必要と判断した方がPCR検査を受けられる状態を第1波の時から現在まで維持しています。佐々木 当法人でも1月時点で国内での新型コロナ流行の可能性を念頭において感染対策を開始しました。2月以降は企画していた地域の勉強会などを全て中止しました。3月から職員の時

差通勤や在宅勤務を取り入れ、また診療チームを細かく分けることで1人が感染しても残りのメンバーが診療を行える体制を整え、4月初旬には院内で対策ガイドラインを作成しました。当法人には医療職を含むスタッフが約250人、在宅で診ている患者さんが約5000人いる中で、第1波における感染者は1人も確認されませんでした。熊谷 素晴らしい成果ですね。佐々木 ありがとうございます。コロナ禍のような有事への対応には適切なリーダーシップの発揮が不可欠だと思います。有事における自治体のトップには、どのようなリーダーシップが求められるのでしょうか。熊谷 大きく4つ挙げられます。1つ目は、常に自治体と市民との間に立って両者の意思疎通の媒介となること。自治体の考えの中で市民に伝わりにくい部分があれば修正し、自治体と市民とが円滑なコミュニケーションを図れるようにしています。また市民に対しても、自治体の取り組みに疑問を持っていれば、その誤解を解くようにしています。2つ目は先の景色を読んでおくこと。続く事態を想定して先んじた準備の指示を出し、自治体にも市民の側にも心の準備を促すことが必要でしょう。3つ目はリソースの最適な配分



● 図 安倍首相(当時)が3月2日から春休みまで全国の一斉休校を要請したことを受け、3月3日からの一斉休校の方針(千葉市方式)を示した熊谷氏のTwitter投稿



を考慮すること。2009年の新型インフルエンザや2019年の台風を教訓に、危機管理や災害対応に際しては予算や人員、権限を最も問題に直面する部署に集中させています。4つ目は情報の取捨選択能力。さまざまな専門家が発言をする中で正しい情報を選び取ることが求められます。佐々木 現在、大量の情報が氾濫し社会に混乱を与える「インフォデミック」が指摘されています。自治体トップによる積極的かつ正確な情報公開の重要性には大きな注目が集まっています。

「信なくば立たず」、有事のリスクコミュニケーションの意義

佐々木 千葉市では、2月に起きた教

員の新型コロナ感染やそれを受けた一斉休校の方針についてすぐ熊谷市長のTwitterアカウントで情報を公開して、対応方針を明確に示しました(図)。このように起きている事実やそれに対する自治体の解釈を示しどう対応するかを可視化することで、市民は自治体に信頼を寄せられるのだと思います。熊谷 積極的な情報公開によって市民からの信頼を維持できたことは私自身も評価している点です。全国で初めて教員の感染が判明した際には、私たちの口から千葉市の考えを説明する必要があると感じ、市独自の記者会見を行いました。幹部を集めてさまざまなケースを想定して方針を決め、万全の

(2面につづく)

October 2020 新刊のご案内 医学書院
下部消化管内視鏡診断アトラス
PT/OT/STのための臨床に活かすエビデンスと意思決定の考えかた
疾患別摂食嚥下障害へのアプローチ DVD 全6巻セット
Advance Care Planningのエビデンス
定本 M-GTA 実践の理論化をめざす質的研究方法論
看護教員ハンドブック(第2版)
Let's Listen, Speak and Learn 臨床看護英語(第6版)
病期・病態・重症度からみた疾患別看護過程(第4版)
生活機能からみた老年看護過程(第4版)
根拠と事故防止からみた老年看護技術(第3版)
根拠と事故防止からみた小児看護技術(第3版)
根拠と事故防止からみた母性看護技術(第3版)

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

対談 With コロナ時代に考えたいリーダーの在り方



●くまがい・としひと氏

2001年早大政経学部卒。NTTコミュニケーションズに入社。07年に千葉市議会議員選挙に稲毛区選挙区から出馬しトップ当選。09年千葉市長選挙に立候補、当時最年少の31歳で市長に就任した。14年ワールドメイヤー(世界市長賞)ノミネート。指定都市市長会副会長。現在3期目。20年9月に市長生活を振り返る1冊『千の葉をつなぐ幹となれ——千葉市長10年を紐解く』(後葉会)を出版。Twitter ID: (@kumagai_chiba)。

(1面よりつづく)

準備を整えて記者会見に臨みました。

佐々木 説明のベースになるのは情報の把握だと思います。千葉市では情報収集にどう取り組んでいるのですか。

熊谷 保健福祉局幹部の公衆衛生専門の医師を中心に他幹部とも話し合いを重ね、疫学的な観点での情報把握と即時の検討を行っています。

佐々木 なるほど。千葉市が情報を把握して事例検討を行った上で動いていると市民が感じれば、感染発生の不安感を取り除くだけではなく、自治体の対応に安心感を持つ市民も増えます。

熊谷 有事には危機を司る組織や人に対する信頼感が重要視されます。この信頼を得るため全力で取り組むのです。

佐々木 おっしゃる通りですね。事後であっても、大規模な院内クラスターが3月以降に発生した台東区の永寿総合病院のように後から丁寧に状況説明¹⁾をすることで、評価は大きく変わります。

熊谷 不都合な情報も含めて、市民には「状況を理解するために必要な情報は全て発信して説明している」と理解してもらうことが必要です。

佐々木 それが自治体に対する信頼感に結びつくのですね。

熊谷 その通りです。「信なくば立たず」。有事における行政には市民との信頼関係を土台にしたリスクコミュニケーションが求められます。

佐々木 千葉市では行政としてどのようなリスクコミュニケーションを心掛けているのですか。

熊谷 リスクをマネジメントする中

で、「誰が、何のためにこの情報を伝えるのか」を明確にして伝えることを意識しています。例えば陽性者数や退院者数などの数字を発表する時は、意味のある数字を示すことで適切なリスクコミュニケーションを行っています。

佐々木 「意味のある数字を示す」とは具体的にどういうことでしょうか。

熊谷 1日単位ではなく週単位で医療現場のフローとストックを示して現在の状況を明らかにすることです。第1波の時には、日々刻々と変化する感染状況を市民に伝えるために、毎日の感染者数の発表が必要でした。

しかしすでにフェーズは変わりました。今、私たちはリスクとの共存を図る道を模索するためにリスクコミュニケーションをブラッシュアップし、問題を大枠でとらえて全体の傾向を考える必要があります。

佐々木 一方で「状況が変わりつつある」のような抽象的なメッセージを自治体が発するだけでは、メッセージが独り歩きして市民のさまざまな憶測を呼んでしまいます。

熊谷 わかりやすく端的なメッセージで状況を伝えることが大切です。さらに言えば自治体のリスクコミュニケーションはトップの力量によって左右される属人的なものであるべきではないとも考えています。そのため千葉市では職員に研修を行ってリスクコミュニケーションの人材育成に取り組み、主体的に意思決定が行える組織作りをめざしています。

佐々木 新型コロナ対応が評価された台湾では、歯科医師免許を取得して医学的知識のある陳時中氏(中央流行病指揮センター指揮官)が新型コロナに関するリスクコミュニケーションやブリーフィングを行っています。

熊谷 台湾では行政に対する国民の信頼感が感染者数の少なさに表れているのではないのでしょうか。日本の自治体でもリスクコミュニケーションのプロの養成は喫緊の課題です。

With コロナ時代における地域医療とは？

佐々木 新型コロナは感染リスク以外にも社会が内包するリスクを顕在化させました。例えば高齢者では「ステイホーム」に伴う孤立化のリスクが深刻になっています。脆弱で基礎疾患のある在宅高齢者では、新型コロナに感染すると亡くなってしまう可能性が高いです。一方で家に留まるリスクも無視できません。日本認知症学会が全国で実施した調査²⁾によると、40%の日本認知症学会専門医が新型コロナの影響を受けて認知症の方の症状が悪化したと回答しています。

熊谷 非常に悩ましい問題です。コロナ禍で、行政が多くの年月を掛けて作ってきた地域包括ケアや地域の支え合いの施策はほとんどストップしていま

す。また、クラスター発生源となったカラオケは本来、高齢者のコミュニケーションや発声練習の場として機能していました。

佐々木 孤立リスクを考えると、高齢者に家に留まってもらう状態をずっと続けるわけにはいきません。With コロナ時代に高齢者が地域で安心して暮らしてもらうためにどうすればいいのでしょうか。

熊谷 コロナ禍で高齢者がそれまでの活動を取り戻すためには、自治体のみならず、地域の方々による取り組みが大切になるでしょう。

千葉市では今年、ふるさと納税の枠組みの中で、医療・介護従事者の方を支援するための寄付金制度を創設しました。募った寄付金は医療機関・高齢者施設・障害者施設などの支援に活用されます。このように行政は地域活動への応援を行います。それを受けて地域の方々には、感染対策に留意した上で活動を行っていただきたいと思います。

佐々木 在宅医療では利用者の自立を支援して、コミュニティや人と人とのつながりの中で生きがいを見つけることを支援のゴールとしてきました。しかしWith コロナ時代ではそれは容易ではありません。オンライン面会も含め、利用者が安全に地域住民とかかわりを持ち続けられる新しいコミュニティの形を模索しています。

熊谷 介護や福祉などはお互いがその場に存在していることを前提としたサービスなので、全面的なオンラインの導入は難しいと思います。感染リスクに留意しながら従来通りのサービスを提供する方策を考えなければ、地域医療は成り立たないのではないのでしょうか。新型コロナの感染リスクとそれ以外のリスクを天秤に掛けて、どちらかを選択していくしかありません。

佐々木 日本人が苦手な「リスクとの共存」を受け入れる必要がありますね。また、地域医療機関では個々の事業者が小さいため、リスクマネジメントのためのBCP(Business Continuity Plan: 事業継続計画)が機能しにくい問題点があります。そのため新型コロナのような「災害」が起きた場合の備えが脆弱です。事業者同士の壁を越えた地域単位のBCPづくり、また医療以外の業種の方々とも連携する枠組みづくりの必要性を強く感じています。

熊谷 コロナ禍の今回、地域医療の重要性を改めて認識しました。自治体が運営する公立病院が新型コロナ対応に果たした大きな役割は、しっかりと評価するべきだと考えています。

佐々木 2019年に厚労省が424の公立・公的病院について病床機能の見直しが必要と評価したリスト³⁾を公開するなど、公立病院には再編の動きが見られます。公立病院を財政状況の厳しい医療サービスとしてのみ見なすのではなく、人手不足の地域における医療サービスの提供主体と見なした上で、



●ささき・じゅん氏

1998年筑波大医学専門学群(当時)卒。三井記念病院内科/消化器内科、東大病院消化器内科等を経て、2006年在宅療養支援診療所(MRCビルクリニック)設立。08年同クリニックを医療法人社団悠翔会に法人化し、理事長に就任。20年6月に千葉市にクリニックを開設し、現在、首都圏を中心に全15クリニックで、24時間対応の在宅総合診療を展開している。編書に『在宅医療カレッジ』(医学書院)。

そのためのシステム構築が必要です。熊谷 おっしゃる通りです。そして平時からの公立病院の在り方についても議論がなされる必要があるでしょう。有事に対応するためには、平時からの備えが何よりも大切なのです。

*

佐々木 With コロナ時代において、ウイルスは文字通り「そこにいる」存在です。1日単位の短期的な動向ではなく、長期的な新型コロナとの向き合い方を考えなくてはなりません。

熊谷 その通りです。各行政トップがリーダーシップを発揮して適切なリスクコミュニケーションを行い、日々の感染者数に一喜一憂しない状態を作り出せば、その時こそ日本がコロナ禍を乗り越える瞬間となるでしょう。

日本では問題が起きた時、後からその総括や検証が行われないことも大きな課題です。新型コロナ収束後にはその検証を確実に行うことが求められます。人は問題が喉元を過ぎるとすぐに優先順位が落ちてしまいます。今、優先順位が高いうちに平時の体制も含めた話し合いを行うべきなのです。(了)

●参考文献・URL

- 1) 永寿総合病院。7/1 日本記者クラブでの院長会見について。2020。https://bit.ly/3jwfyiu
- 2) 日本認知症学会。日本認知症学会専門医を対象にした、新型コロナウイルス感染症蔓延による認知症の診療等への影響に関するアンケート調査結果。2020。http://dementia.umin.jp/pdf/kekka.pdf
- 3) 厚労省。第24回地域医療構想に関するワーキンググループ。参考資料1-2。2019。https://bit.ly/32lw8i4

ケアする人を支えるのは学びの場だ

在宅医療カレッジ 地域共生社会を支える多職種の学び21講

首都圏最大級の在宅医療ネットワーク 医療法人社団悠翔会が提供する、医療・介護の多職種のための学びのプラットフォーム「在宅医療カレッジ」。多方面で活躍するトップランナーが「教授」として登壇し、満員続きの人気講義を精選して再現！[2015-2017年開催分] Facebook 1万人を超えるメンバー、そして地域包括ケアを実現して患者・当事者と共に生きる社会ではたらき続けたい全国の専門職に贈ります。

編集 佐々木淳



生命の奥底で躍動する遺伝子の姿を、高精細CGで描く！ NHK人気番組の完全書籍化

NHKスペシャル 人体II 遺伝子

▼第1集 あなたのの中の宝物「トレジャーDNA」には長らく役割が不明で「ジャンクDNA」とさえ言われた領域があった。しかし、最新科学がそこに光を当てた。ゴムの山と思われた場所から、いま次々と「トレジャー」が発見されている。▼第2集 「DNAスイッチ」が運命を変える人は、生まれ(遺伝子)と育ち(環境)どちらが重要か？ 答えの鍵は「DNAスイッチ」とも呼ばれるしくみ、「エピジェネティクス」にあった。

編 NHKスペシャル「人体」取材班



寄稿

地域全体で考える人生最期の過ごし方

名古屋市名東区で行われる在宅看取りの取り組み

北川 渡 医療法人北国会北川内科 院長

16の区からなる人口約233万人の政令指定都市、愛知県名古屋市。その東部に人口約16万人の名東区がある。2019年の高齢者比率の全国平均が28.4%¹⁾、名古屋市全体では25.0%なのに対して、名東区は22.2%と比較的年齢構成が若い区である²⁾。しかしそんな名東区でも近年高齢化が急速に進行しており、国立社会保障・人口問題研究所の報告から算出すると、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には高齢者比率が25.4%まで増加し、総死者数は約1700人に達すると予測されている。

ここで一つのアンケート結果³⁾を示したい。2015年に名東区民を対象に行われた人生の最終段階に関する意識調査では、37.4%が自宅で最期を迎えたいと回答した。一方で、同年時点の名東区の在宅看取り率は22.7%⁴⁾だった。国の政策により将来的に病床数が劇的に増えることは期待できないとすると、今後さらに在宅での看取りが可能な体制を準備しておく必要があると考える。

区民に自身の将来を考えてもらうきっかけを作りたい

そこで名東区在宅医療・介護連携推進会議では、在宅における看取りを可視化するために(「自宅死亡者数+老人ホーム死亡者数」/「総死亡者数」)を在宅看取り率として採用し、地域包括ケアシステムの構築を推進させるための指標としている。

そもそも「在宅看取り率」の一般的な定義は存在しない。名東区が、自宅だけでなく老人ホーム(養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホームおよび有料老人ホーム)での死亡も在宅とみなした理由は次の通りである。1) 死亡診断書の「自宅」にはサービス付き高齢者向け住宅やグループホーム等も含まれており狭義の自宅での死亡者数は不明であること、2) 「在宅看取り率」を「生活の場での死亡率」とみなし、自宅+老人ホームでの死亡率を在宅看取り率ととらえて検討する先行研究が複数存在すること、3) 病院や診療所以外での死亡者割合を「地域看取り率」と定義して、「自宅+老人ホーム」における死亡者数に、医学管理下の介護老人保健施設での死亡者数(2018年からは介護医療院も含まれる)を加えて算出している報告もあること、などが挙げられる。

こうした指標を活用しながら、名東区地域包括ケア推進会議は町内会などを通じて、区民が在宅療養をどう認識しているかについて、高齢者1200人

を対象に無記名アンケート調査³⁾を行った(町内会加入率は推計79.5%、アンケート回収率63.4%)。本件に関連する代表的な結果を次に示す。

【質問1】 家族や友人など身近な人と将来について話し合っていますか。

- ・話し合っている：47.2%
- ・話し合っていない：41.8%
- ・話し合いたいが機会が無い：6.7%
- ・話し合いたくない：1.6%
- ・未回答：2.7%

【質問2】 人生の最期をどこで過ごしたいですか。

- ・自宅：37.4%
- ・病院：8.8%
- ・老人ホームなどの施設：3.0%
- ・まだわからない：29.7%
- ・特にこだわりはない：19.3%
- ・未回答：1.8%

【質問3】 かかりつけ医はいますか。

- ・いる：76.4%
- ・いない：22.8%
- ・未回答：0.8%

【質問4】 あなたのかかりつけ医は、往診や訪問診療をしてくれますか。

- ・してくれる：15.0%
- ・してくれない：27.7%
- ・わからない：39.8%
- ・未回答：17.5%

以上の結果から、区民全体の約80%は普段からかかりつけ医とかわかりを持っているが、約40%の人が在宅療養や訪問診療には関心が薄いことが明らかになった。これは、家族や友人の間で将来について話し合いが行われていないことを反映している可能性があり、啓発の余地があると考えられた。

かかりつけ医が無理なく24時間・365日対応するために

では実際、地域のかかりつけ医は往診や訪問診療に対応できているのだろうか。2016年に名東区医師会は、開業医を対象に在宅医療に関するアンケート⁵⁾を実施した(127医院に依頼、回収率52.0%)。その結果、往診または訪問診療をしている医院は41施設(62.1%)、そのうち約半数(48.8%)は5件/月以下であった。また、訪問診療をしている医院の56.1%は看取りにも対応しているが、そのうち69.6%は0~2件/年の実績であった。診療報酬が高点数である在宅療養支援診療所の届け出は34.1%のみで、在宅時医学総合管理料を含めても43.9%であった。この在宅時医学総合管理料の実績の低さの原因は、届け出の条件である24時間・365日対応という要件に起因している。かかりつけ患者から依頼されたら訪問診療や看取りにも対応するが、件数は少なく高点数ではない訪問

診療料のみで請求している医院も多い実態が明らかになった。

そこで名古屋市医師会は市の委託事業として、後方支援病院による急変時サポートと、在宅医療サポート医による看取りサポートの二つを整備した。前者は、二次救急指定病院を中心とした病院(後方支援病院)による輪番制の受け入れ体制である。前もって登録した在宅療養者の体調に急変があり入院の必要が生じた場合でも、スムーズに緊急入院を依頼できる体制となっている。一方後者は、冠婚葬祭や学会などで在宅主治医の不在時に看取りが発生した場合、待機していた当番医が主治医に代わって対応するものである。こうした取り組みによって、かかりつけ医の24時間・365日体制を整えつつある。

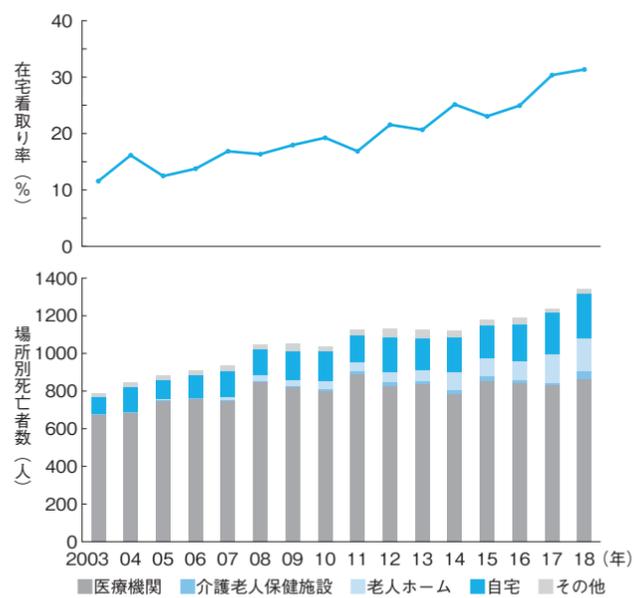
「オール名東」で区民に啓発

以前から名東区とその周辺には高齢者向けの施設などの社会資源が十分にあり、在宅医療専門のクリニックも多数存在し地域包括ケアシステムの構築の中で重要な役割を担っていた。しかし将来的に増加する看取りに対応するためには、さらなる地域住民への啓発活動と、かかりつけ医の在宅医療への参入促進が必要である。そのため名東区の地域包括ケア推進会議と在宅医療・介護連携推進会議は、専門職団体・行政・関係諸機関・市民代表が一体となって地域包括ケアシステムの構築を進めている。また、区民に対しては講演会や小規模の勉強会などを通じて在宅医療についての情報提供を行い(写真)、医療・介護職に対しては多職種連携研修会などでお互いの顔が見える関係を醸成してきた。

24時間・365日体制への支援を含めた名古屋市および名東区独自の取り組み「オール名東」を進めてきた結果、2018年の名東区の年間死亡者数は1345人、うち417人が自宅と老人ホームでの看取りとなり在宅看取り率は31.0%になった(図)。今後もオール名東としての取り組みを発展させて、住み慣れた地域で安心して最期まで過

●きたがわ・わたる氏

1997年愛知医大卒。公立陶生病院で臨床研修後、愛知医大腎臓・リウマチ膠原病内科にて勤務、2015年から承継開業し現職。18年から名古屋市医師会在宅医療・介護連携委員会委員、20年から名東区医師会副会長。



●図 名東区の場所別死亡者数・在宅看取り率(文献4より作成) 介護老人保健施設、老人ホーム、自宅での死亡者数が年々増加している。2025年には総死亡者数が1700人、「自宅+老人ホーム」での死亡者数を反映した在宅看取り率が40%に達すると予想されている。



●写真 「めいとう介護フェア」の様子 2019年に名東区内のショッピングセンターで行われたフェア。在宅医療と介護について区内在住の高齢者への周知を目的に開催した。

ごせるようにしていきたい。

*

筆者は5年前から一般内科開業医として外来診療を行っている。診察に取り組む中で感じることは、「通院できなくなったときには慣れ親しんだかかりつけ医に訪問診療してほしい」という患者・家族側の声を聞く機会が想像以上に多いことだ。高齢化がますます進む今後、在宅医療は専門クリニックのみが担うべき一分野ではなく、かかりつけ医も担うべき重要な分野・領域になるであろうと思われる。

●参考文献・URL

- 1) 総務省。人口推計。2019。https://onl.tw/2an3RwJ
- 2) 名古屋市名東区区役所。名東区の世帯数と人口——令和元年人口動向調査。2020。https://onl.tw/UYYV39Y
- 3) 大江公晴。“Aging in place”をめざして——1200名の名東区住民アンケート調査結果の多変量解析からみえてくるもの。第19回日本在宅医学会大会抄録集；2017。p158。
- 4) 名古屋市役所。平成16-30年版名古屋市健康福祉年報——人口動態統計編。https://onl.tw/CxNKweT
- 5) 牧篤彦。在宅医療実施状況についてのアンケート。名東医報 No.47。2016。

とことん考える、とことん悩む、とことん話す

「治る」ってどういうことですか？

看護学生と臨床医と一緒に考える医療の難問

代替医療、人工知能(AI)の医療への導入、出生前診断、病院での働き方、そもそも「治る」ってどういうこと?……etc, etc. 答えの出ない難問が山積みの医療界。それなら、とことん考えてみようじゃないか。酸も甘いも知尽くしたがんの治療医と、まだ現場を知らない看護学生との対話を通して見えてきたものとは? 看護への絶対的な信頼からはじまる現代医療論。

國頭英夫



「倫理は生きている」MDアンダーソン発、臨床倫理の最良にして最新のテキスト

がん医療の臨床倫理

Ethical Challenges in Oncology; Patient Care, Research, Education, and Economics

原著 Colleen Gallagher
Michael Ewer (eds)
訳 清水千佳子
高島響子
森 雅紀



目覚ましいスピードで変容を続ける、がん臨床の世界。しかし、その速度に現場のコミュニケーションは、そして倫理は十分に対応できているだろうか。答えの出ない問いにぶつかりながらも、それでも前に進むために。最前線の臨床家から、これから現場にでる医学生、看護学生、そして当事者まですべてを含めた臨床倫理の最新にして決定版。医療者のみならず倫理の研究者も必携の一冊。

寄稿

臨床疑問が研究の出発点になる

がんリハビリの有効性を明らかにする意義

西山 菜々子 大阪府立大学大学院総合リハビリテーション学研究科臨床支援系領域 助教

近年、がん患者にリハビリテーション(以下、リハビリ)が提供される機会が拡大しています。がん患者の診断時から終末期までのあらゆる時期にリハビリ専門職がかかわっており、より質の高いリハビリを提供するために臨床研究も各所で取り組まれています。

昨年度まで市中病院に勤務していた私は、一作業療法士としてさまざまな時期のがん患者のリハビリを担当してきました。中でも、緩和ケアチームや緩和ケア病棟を通じて、緩和ケアが主軸となるような時期のがん患者に対してリハビリを提供する機会が多くありました。その経験から作業療法士の得意とする、患者の残存機能を活かす視点やアプローチが緩和ケアに合うと感じたことなどから、特に「終末期がん患者に対するリハビリ」や「緩和ケア」に興味を持つようになり、臨床実践と研究に取り組んできました。

本稿では、緩和ケア病棟におけるがんリハビリに関する臨床研究に取り組むようになった背景を振り返りながら、がんリハビリの役割を紹介します。

がん患者の生活を支えるリハビリの役割とは

がん診療におけるリハビリの役割は、心身機能や日常生活活動(ADL)を支援することによって患者のQOLを高めることにあります(表)^{1,2)}。身体機能やADLの維持向上、外出・外泊や自宅退院を目標とした内容が介入依頼の多くを占める中、心理的なサポートも私たちリハビリ専門職には期待されていると感じます。

緩和ケアが主軸となる時期のがん患者は、病態はもちろん、それぞれが生きてきた人生や価値観、自身を取り巻く環境も多様です。そのため、患者のニーズに基づいたテーラーメイドによるリハビリの個性はさらに高まります。苦痛症状を和らげるためのリラクゼーション、少しでも動きやすくなるよう身体のコンディショニング、環境や遂行方法の工夫の提案など、その患者の「普段の生活」が可能な範囲で維持できるようリハビリ専門職がかかわります。難しさはありますが、その分、患者・家族の喜ぶ姿や笑顔が見られたときには大きなやりがいを感じられる領域です。

同じセラピストと患者が毎回一定時間を過ごすリハビリの特性が影響するためか、リハビリ中の患者との何気ないやり取りから「具体的に何に困っていて、本当は何をしたいのか」という

●表 がんリハビリの代表的な概念(文献1より作成)

Table with 3 columns: 患者の病期の例, 目的, and 予防的/回復的/維持的/緩和的リハビリ. It lists various goals like functional improvement, prevention of complications, and quality of life.

重要な語りやサインが示されることがあります。これを医師、看護師らと共有し、ケアの質向上に努めることもリハビリ専門職の大切な役割だと感じています。

効果を明らかにしたい緩和ケア病棟のリハビリ

がん患者に対するリハビリとして一般的にイメージされやすいのは、がん治療中や治療後のサバイバーを対象に実施される運動療法ではないでしょうか。代表的なものとして、筋力訓練などのレジスタンストレーニングや有酸素運動などが含まれます。がんと共に生きる・働く時代となりつつある今、がん患者が自宅退院や社会復帰を果たし「自分らしく」生活することをめざす上で、リハビリは欠かせない存在となっています。その科学的根拠となる研究報告も年々増加しており、がん治療中やサバイバーに対するリハビリの質は日々向上しています。

緩和ケアが主軸となる時期のがん患者に対してもリハビリは推奨されており、実際にリハビリを希望する患者が多いこともよく知られています。緩和ケアにおけるリハビリ研究も散見されるようになってきましたが、機能低下が避けられない終末期がん患者を対象を絞ると、リハビリの有効性を探索するような介入研究は無く、その実態を調査した観察研究もほとんどありません。そのため、「どのような患者に、どのようなリハビリを提供すると、どのような効果が見込めるのか」という具体的な内容については十分に明らかにされていないのです。

本来であれば、患者の脆弱性が増し、より細やかな配慮が必要となる終末期がん患者にこそ、科学的根拠に基づいた質の高いリハビリがどの施設でも提供される体制が望まれます。しかし、実際にはリハビリ専門職がおのおのの試行錯誤しながら取り組むしかないのが現状です。このような状況は、患者に

とっての不利益となるだけでなく、経験の浅いリハビリ専門職自身の心理的なつらさにもつながる可能性があり、早急に解決が望まれる重要な課題だと考えています。

さらに、専門的な緩和ケアが提供される場の一つである緩和ケア病棟では、リハビリを行っても緩和ケア病棟入院料の包括診療に含まれてしま

って個別の加算にならないことや、リハビリ専門職が慢性的に人手不足であることなどから、本来は手厚いケアが提供されるはずの緩和ケア病棟でリハビリ専門職の介入時間や頻度が制限されている施設が少なくないと聞きます。

リハビリ専門職だからこそ気付く研究の種がある

私が勤務していた病院も、緩和ケア病棟でのリハビリ介入時間や頻度が制限されている施設の一つでした。例えば、終末期の同じような状況のがん患者を担当した際、その患者が一般病棟に入院している場合は必要な介入時間と頻度でリハビリが提供できます。しかし、緩和ケア病棟に入院している場合には同じように提供できないことがあるのです。両者の差に矛盾を感じていましたが、その状況をすぐに変えることはできませんでした。

それでも諦め切れなかった私は、リハビリを必要とする患者がどの病棟に入院していても質の高いリハビリを受けられる体制へとつなげるために、緩和ケア病棟におけるリハビリの有効性を示す研究を行えないか、と2016年の春頃から考えるようになりました。

研究に興味があったとはいえ症例報告や観察研究を後ろ向きデザインで行った経験しかなかった当時の私は、緩和ケア病棟におけるリハビリの有効性をどう検証すればよいのか具体的な方策が思い浮かびませんでした。一人で悶々と思悩むだけでは構想を描いて終わっていたかもしれません。たくさんの方が力を貸してくださいのおかげで研究実施につながったのです。

2017年の秋頃から臨床疑問を出発点に研究コンセプトを固め、2018年にはプロトコル(研究実施計画書)など研究実施のために必要な書式一式を作成することに取り組みました。そして、2019年度からは実際に「緩和ケア病棟入院中のがん患者に対するリハビリテーションの有効性検証のため

●にしやま・ななこ氏



作業療法士。2007年広島大医学部保健学科卒。18年広島大大学院保健学研究科博士課程前期修了。修士(保健学)。大阪府済生会泉尾病院、市立芦屋病院を経て20年より現職。NPO法人JORTC臨床研究部門外来研究員。18年よりがん治療・緩和ケア領域を中心に臨床研究を支援するJORTCの支援を受けながら、終末期がん患者のリハビリの有効性を検証する臨床研究に取り組む。

の多施設共同ランダム化比較試験/JORTC-RHB02」として研究を開始しました。2018年度のプロトコル作成研究、2019年度からの介入研究はそれぞれ日本医療研究開発機構(AMED)の支援を受けて実施しています。

本研究の目的は、緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者のADLを維持する上で、リハビリ専門職が行うリハビリが有効であるかを、専門的リハビリ介入と通常リハビリとのランダム化比較によって評価することです。本年3月以降は新型コロナウイルス感染症によって、他の多くの研究課題と同様、多大な影響を受けてしまい計画通りの進捗ができていません。それでも何とか進んでいるのは、緩和ケア病棟の患者にもリハビリは必要と理解を示してくださっている緩和ケア病棟の医師、看護師、リハビリ専門職の皆さんの協力のおかげだと実感しています。

*

私は臨床研究の経験が乏しい状態で研究代表者となり、この研究をしっかり実行していけるのか不安でした。ですが、研究分担者・研究協力者の先生方、研究支援組織JORTC、そしてAMEDの皆さんにサポートしていただきながら取り組む中で、自らの責任で決断することなど、臨床研究を計画し実行していく上で大変だけれども必要なことを学びながら進めることができています。臨床研究に取り組むことは苦勞も多いですが、自身の成長につながったり、仲間が増えたりと得るものもとても多いと感じています。

フルタイムで臨床業務を行う合間に研究に取り組む時間と体力をどう捻出するか、といった難しさを臨床家の多くが抱えていると思います。昨年度までの私もそうでした。臨床の傍ら研究に取り組むことは決して簡単ではありませんが、実際に臨床で患者にかかわっているリハビリ専門職だからこそ気付くことができる研究の種があるはずだと思います。緩和ケア領域のリハビリ研究はまだまだ少ない状況です。日々の臨床の中で生じた疑問を解決する糸口として臨床研究が行われ、それが患者・家族や私たち医療者に還元されることを望んでいます。

●参考文献

- 1) Dietz JH. Rehabilitation oncology. John Wiley and Sons; 1981.
2) Aust Occup Ther J. 2015 [PMID: 26769420]

こんなとき、どうしたらいい? 緩和ケアの現場で困ったときのお助け集

緩和ケアレジデントの鉄則

がん(および一部慢性疾患)の主要症状へのアプローチや患者・家族とのコミュニケーションの取り方などを「鉄則」形式で解説する一冊。疼痛、身体症状、精神症状、終末期、コミュニケーションの5大テーマについて、初学者が対応に迷いがちな問題を取り上げ、具体的なケースをもとに実践的な対応策や考え方を提示する。よりアドバンスな内容を知りたい人向けのコラム「もっと知りたい」も随所に収録。

編集 西 智弘 松本禎久 森 雅紀 山口 崇 柏木秀行



「チーム医療」の共通言語と回復期リハビリテーション医療のコツがわかる

回復期リハビリテーション病棟マニュアル

回復期リハビリテーション病棟のすべてがわかる実践書。多職種がかかわる回復期リハビリテーション病棟において必要な「チーム医療」のポイント一つ、誰が、何を、どうすればよいのかを理解するのに最適な構成。執筆陣の豊富な経験をもとに蓄積された数々のノウハウを公開。症例紹介や頻用スケールなど現場ですぐに役立つ情報も多数収録。回復期のリハビリテーション医療に携わるすべての職種必携の1冊となっている。

編集 角田 亘 北原崇真 佐藤 慎 若戸健一郎 中嶋杏子



Medical Library

書評新刊案内

不整脈治療デバイスのリード・マネジメント

庄田 守男 ● 編

B5・頁288
定価:本体8,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04129-4

「リード・マネジメント」という初めて耳にするタイトルから、ペースメーカーリードのトラブルシューティングの解説書と思われるかもしれない。

しかし、本書は心臓植込み型電気的デバイス(CIED)療法のリードにかかわる基礎から臨床、そして社会問題まで、最新の知見と経験を体系的にまとめられた不整脈専門家が必読すべき優れた画期的なテキストである。

1960年代、完全房室ブロックに対する革新的治療機器として開発されたペースメーカー本体は急激な進歩を遂げ、さらに植込み型除細動器や両室ペースメーカーなどのイノベーションをもたらした。CIED本体の進歩に比較して、エネルギーを心臓に伝えるリードに関する関心は低かったが、編集者の本体とリードの進歩が車の両輪だとする高い見識のもと、本書は21世紀におけるリードにかかわるイノベーション(註)のテキストとなっている。

植込み型機器としてのリードは抜去困難であり、開胸手術の侵襲も高い。当初単純牽引法、持続的段階的牽引法が行われていたが、1980年代以降、経皮的リード抜去手術(ロッキングスタイルット、種々の癒着剥離法)の進歩は目覚ましい。しかし、当時はデバイス・ラグが社会問題化した時代である。わが国の薬事行政が完成したのは2004年のPMDA設立以後であり、編

評者 笠貫 宏

早大特命教授/医療レギュラトリーサイエンス研究所顧問/
元東京女子医大日本心臓血管研究所所長

集者らの苦勞・努力は想像を絶するものであったと思う。

デバイス新規植込み時・デバイス交換時・デバイスアップグレード時・デバイストラブル時のリード・マネジメントとして、適切なリード選択・植込み方法に始まり、デバイス防感染、リード交換・抜去の適応・手術手技など詳細に記載されている。

それらの中で、特に重要と思われる4つの点について紹介する。

- 1) リードのリコールでは、1992年 Teletronics社の革新的心臓リード(Accufix J)は不具合による損傷・塞栓症のみならずリード抜去による死亡例という甚大な被害をもたらしたことが、その後のリコール例も記載されている。医師にとって、リコールの歴史を知ることが不可欠であり、原点であろう。
- 2) リード交換はデバイスアップグレード時やリードトラブル発生時に行われるが、リード抜去のリスクが高かったため、リードは残留されていた。しかし残存リードによるリスク(血栓、静脈閉塞、三尖弁逆流など)が問題となり、経皮的リード抜去手術の進歩により、21世紀に入ると不要リードに対する抜去の適応は拡大されている。残存リスクと抜去リスクの比較考量が必要になり、その際には患者側の要件、リード要件、術者の要件によって異なると記されて

不整脈専門家が必読すべき
優れた画期的なテキスト



顔面骨への手術アプローチ

Edward Ellis III, Michael F. Zide ● 原著
下郷 和雄 ● 監訳

A4・頁272
定価:本体20,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03951-2

評者 鄭 漢忠

北大大学院教授・口腔顎顔面外科学

手術で最も大事なことは、どのようにして目的とする場所に到達するかということである。そのためには切開線の設定が大切だということ

ことを先輩たちから幾度も教わった。確かにそこに到達する道はい

ろいろあるかもしれないが、解剖をよく考えるとおのずと決まってくるものだ。この『顔面骨への手術アプローチ』を読んだとき、先輩たちに教わった数々のことが思い出された。臨床は経験だということ。いや、それだけではない。この本を読んだ時、いかに多くの先輩たちから最もトラブルの少ない、安全なルートを教わっていたのかということ

をあらためて知らされた。本書は少ない労力で安全確実に目的とする場所に到達する道を指南する書である。正確で豊富な図や写真はさすがに臨床家である Ellis 先生ならではのわかりやすさである。随所にちりばめられているキャプチャーを用いた重要な解剖単位の剖出写真は非常に参考に

なるものと思われる。また、何より訳者の正確な日本語は素晴らしく、とても読みやすい内容に仕上がっている。

本書は研修医のみならず、専門医をめざす若手医師・口腔外科医にふさわしいと同時に中堅の医師・口腔外科医にとっても有用な書物であることは間違いなく、顔面骨の手術を行う全ての医師・口腔外科医にとって必読の書といっても過言ではない。自分自身の不得手な領域では目からうろこの世界が広がっており、自分自身が得手とする領域においても新たな発見がそこにある。

近年、手術書を穴があくほど読まずに手術に臨む若手医師・口腔外科医も少なくないと聞く。手術書をいつも手元に置いて、繰り返し読むことにより手術手技はようやく上達するものである。若手もベテランもぜひこの書を手元に置いていただき、より良い手術をめざしていただきたい。

いる。今後、患者のインフォームドコンセントが重要となり、セカンドオピニオンも求められるであろう。

3) デバイス感染症に対しては、リード抜去が必須であり、わが国のガイドライン(2018年)でもクラスI適応となっているにもかかわらず、抜去されない症例が44%存在するという調査もあると述べられている。看過できない状況であり、デバイス感染症患者にとって、リード抜去の選択肢を知る権利があり、認定施設以外では必ずセカンドオピニオンを勧めるべきであろう。

4) わが国における経皮的リード手術は50施設で年間500例以上と記載されているが、リード抜去は重篤な合併症を来す手技である。日本不整脈心電学会では2018年からリード抜去登録制度が始まり、ステートメント(2020年改訂)での術者(認定医、指導医)および施設に求められる要

件が示されているが、今後その重要性は増し、充実されていくであろう。

最後に、編集者を中心とした著者グループが patient centered medicine という認識を共有しており、読者は本書を通してその考え方を学べるはずである。臨床現場の医師が活用しやすいように付録に Web 動画がついているのもその現れであろう。

本書が不整脈専門家のみならず、循環器専門医に広く読まれることを願い、本書の著者たちの今後の活躍に心からエールを送りたい。そして「リード・マネジメント」の健全な発展を期待する。

註:イノベーションとは、「技術の革新にとどまらず、これまでとは全く違った新たな考え方、仕組みを取り入れて、新たな価値を生み出し、社会的に大きな変化を起こすこと」(2007年 長期戦略指針「イノベーション25」・内閣府から)

初版発行から46年、ベストセラー内科学書の最新版

新臨床内科学

PRACTICE OF INTERNAL MEDICINE

第10版

- テスト前・国試前に要点を確認したい!
- 臨床実習のポイントを知りたい!
- 疾患の全体像を押さえたい!
- 病態をきちんと理解したい!

多様なニーズにお応えする、

“使い勝手抜群”の内科学書になりました

監修 矢崎義雄

学校法人東京医科大学・理事長



デスク判(B5) 頁2000 定価:本体24,000円+税
[ISBN 978-4-260-03806-5] 2020年4月発行

ポケット判(A5) 頁2000 定価:本体18,000円+税
[ISBN 978-4-260-03807-2] 2020年3月発行

医学書院

高齢者ERレジデントマニュアル

増井 伸高 ● 著

B6変型・頁298
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04182-9

【評者】 関口 健二

信州大病院特任教授・総合診療科長

良質な研修病院で研修を行うことのメリットは何でしょう。僕が米国臨床留学で感じたそのメリットとは、「十分な知識や経験がなく

スタンダードな高齢者救急診療を体で覚えらるるマニュアル!

でも、その施設でルーチンとなっている診療がスタンダードな診療であるため、それらを体で覚えらるること」でした。

僕が20年前に経験した初期研修では、必ずしもスタンダードな診療がルーチンになっているとは言いがたく、バイブルとしたのは『ワシントンマニュアル』でした。ポロポロになるまで使い続けたワシマニに何度救われたことか。20年を経た今、良質なマニュアルが数多く出版されるようになって、研修医にとってはどこでもスタンダードな診療がやりやすい状況になったと言えると思います。

しかし、高齢者診療はどうでしょう。高齢者は複雑で非典型的で、おまけに予後が悪い。フレイルな高齢者であればなおさらです。しかし「複雑であるがゆえに予後が見えにくい」と言うこともできます。「予後が見えにくいので、スタンダードな診療が提供されていなくても気付かれにくい」という側面があるのです。でも、多くの医療者は気付いているはず。「もう少し何とかできたんじゃないか」と。

人類の歴史上、未曾有の超高齢社会

を現在進行形で経験している日本において、高齢者救急診療をスタンダードなものにすることは喫緊の課題であることに疑いはありません。

スタンダードな高齢者救急診療を体で覚えらるるマニュアル!

それを教える指導医はどこにでもいるわけではありません。その若き医師たちの違和感、不全感を払拭するために登場したのがこのマニュアルです。

老年医学のトレーニングにはそのための時間と環境が必要です。そのどちらも「すぐに手にすることのできない」若き医師には、明日からできる行動変容こそが必要です。「十分な知識や経験がなくとも、スタンダードな診療を、まずは体で覚える」ことが必要なのです。そのためのこの一冊。時間に制限のあるERセッティングで、「PART 1にざっと目を通しながらこのマニュアルに沿ってアプローチする、そしてPART 3に目を通しながら入院/帰宅へとつなげる」を繰り返してみてください。いつの間にかスタンダードな高齢者救急診療を体で覚えている自分に気付くはずですよ。

救急に出る初期研修医、夜間自分が一番上になる専攻医、救急で指導に当たる指導医の先生方、このコンパクトな一冊をポケットに入れてからERに向かうべし! 明日からの高齢者救急診療が楽しみになることではないでしょうか!

緩和ケアレジデントの鉄則

西 智弘, 松本 禎久, 森 雅紀, 山口 崇, 柏木 秀行 ● 編

B5・頁250
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04128-7

【評者】 山本 亮

佐久総合病院佐久医療センター緩和ケア内科部長

最近マニュアル本が大流行である。医学部に通う息子のアパートの本棚を見ても、教科書ではなくマニュアル本の参考書がずらりと並んでおり、それで勉強をしているようだ。

緩和ケア現場で使えるカードを手に入れるために



でも私はマニュアル本が好きではない。フローチャートやリストを見て解決できることなんて、そんなにたくさんあるわけではないし、医療、特に緩和ケアの領域では、マニュアル的ではない判断を求められることも多いと思っているからだ。そんな中、医学書院から『緩和ケアレジデントの鉄則』という本が送られてきた。帯にはご丁寧に「これだけはおさえておきたいこと」を一冊にまとめまし

た」とある。

「また流行のマニュアル本か〜」、そう思いながら本書を開いて読み始めると、マニュアル本のようにいながら、それだけで内容としては単なるマニュアルではなく、理論や考え方の道すじ、エビデンスなどもコンパクトにまとめつつ、具体的な方法や患者や家族への説明の仕方までも含められた、まさにかゆいところに手が届くものであった。

緩和ケアは決してマニュアル的な対応だけで実践できるものではない。しかし、自分の中にこんな時にはこのようにすれば良いという治療やケアのカードがなければもちろん対応することはできない。

QOLを高める認知症リハビリテーションハンドブック

今村 徹, 能登 真一 ● 編

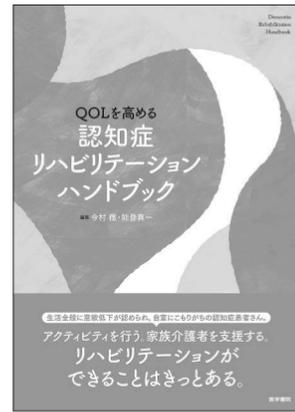
B5・頁200
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04162-1

【評者】 網本 和

東京都立大教授・理学療法学

あまたある高次脳機能障害の中でも「認知症」ほど、その理解と対応に難渋するものはないというのが評者の正直な印象です。これまでの評者のグループが行ってきた研究でも、対象の選択基準には重度な「認知症がないこと」とする場合がほとんどで、真正面からこの課題に向き合ってきたわけではありません。

認知症の対象者や家族に「寄り添う」ための必読書



しかしながら、本書の編著者が述べているように高齢化社会の進むわが国では、「認知症に対する治療法の開発や社会の環境整備が喫緊の課題である」という認識は多くの関係者が共有していることと思います。

このような切実な危機感を背景として、今村徹先生、能登真一先生によって本書が上梓されたことは大きな喜びであり福音というべきものです。本書は、第1章「認知症の基礎知識」、第2章「リハビリテーション評価」、第3章「リハビリテーションアプローチ」、そして第4章「QOLが向上した症例紹介」から構成されています。例えば、第1章では「認知症とは」の項で、一般人が陥りやすい認識である「ぼけ」=認知症ではないことが明確に定義され、続く「認知症の診断」の項では、症状、病因、障害の診断について平易に解説されています。第2章では評価について詳説されており、「評価の枠組み」の項では、認知機能面の評価と行動面の評価に大きく分けられることが指摘され、評者のような初学者にとってもわかりやすいフレームが示されています。第3章では治療アプローチについてまとめられており、特に「非薬物療法とそのエビデンス」は、認知

リハビリテーション、学習療法、運動療法、言語リハビリテーションについて具体的な手続きの紹介を交えて示されています。「運動療法(筋力トレーニング、有酸素運動)」

の項では行動変容を基盤とした方法が紹介されていて、評者は理学療法士ということもあり大変興味深く読ませてもらいました。第4章の症例紹介では、アルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症が例示されています。これ以外に、本書の随所にちりばめられた物盗られ妄想、ユマニチュードなどといった「column」も、

わかりやすいイラストと相まって読者の理解を助けるものと思います。

評者が長く臨床で勤務していた聖マリアンナ医大の元学長であり、わが国における「認知症」研究の泰斗であった長谷川和夫先生は、後年自らが「認知症」であることを告白し、そのインタビューにおいて「認知症になった自分とそうじゃなかった自分には、そんなに大きな差がない。連続性がある。だから、認知症の人に接するときは、自分と同じ人だと思って接したほうがいいと思う」と述べています。この発言に関連して本書の序には、「そうであるなら(中略)われわれ専門職が対象者や家族の心配を取り除き、見えている景色が決して消えることがないように寄り添っていく」という決意が掲げられているのです。

良質でわかりやすい本書は、「寄り添う」ことへの心強いハンドブックであることを確信しています。

数枚しかカードを持っていなくても、なんとか対応することができるかもしれない。しかしたくさんカードを持っていて、そのカードを状況に応じてうまく使っていくことができれば実践の幅は格段に広がる。緩和ケアにおけるさまざまな場面で使うことのできる自分の手持ちのカードを増やしていくことに、また既に持っているカードをより使えるカードにするために、この本はとても役に立つ一冊と感ぜられた。ボリュームも多過ぎず、症例ベースで記載されているため、テンポよく読み進めることができる。実際に困った時に開く一冊というよりも、当直の夜

の際間時間などに読みものとして通読しておくことをお勧めしたい。特に「IV. 終末期」や「V. コミュニケーション」の部分は、あらかじめ読んでおくことで、いざという時に焦らずに、この本で手に入れたカードを使って対応することができるのではないだろうか。マニュアル本が好き人も私のように好きでない人も、レジデント医師も医師以外の職種の方も、ぜひこの本を手にとって読んでみていただきたい。きっと緩和ケアの現場で使うことのできる価値あるカードを何枚も手に入れることができ、自信を持って診療に当たることができるようになるであろう。

臨床志向の学生に完全にマッチした生化学テキストの決定版

マークス臨床生化学

Marks' Basic Medical Biochemistry; A Clinical Approach, 5/e

原著 Michael Lieberman
Alisa Peet
訳 横溝岳彦



他科目と比べて臨床との関連が遠く感じられる、多くの化学反応を覚えなくてはならない、など生化学を「かったるい」と思う学生も多いかもしれない。諦めてしまったり、嫌いになってしまったりする前に、是非本書を手にとって欲しい。すべての章で症例が提示され、あらゆる解説が臨床的コンテキストで語られており、医学生・医療系学生のために編まれた、まさに類を見ない生化学テキストである。単語のため読みやすさも極上である。

A4 頁654 2020年 定価:本体8,500円+税 [ISBN978-4-260-04139-3]

医学書院

新刊 アレルギー疾患学のスタンダード、初の日本語版!
全身的、包括的な管理・治療を目指して

パターソン臨床アレルギー学

Patterson's Allergic Diseases, 8th Edition

▶アレルギー疾患全般にわたり包括的かつ実践的に解説した定評あるロングセラー、初の日本語訳。近年の治療法の進展を踏まえ、免疫系や治療薬の作用機序など基礎知識から紐解き、疾患別に病理、診断、治療を詳述。全身的・各科横断的に診ることが求められるようになったアレルギー疾患を、専門医はもちろん、呼吸器科・小児科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科・消化器科等各科医師が連携して治療する際に共有すべき知識を網羅。

訳: 慶應アレルギーセンター
日本語版監修: 福永興志 慶應アレルギーセンター センター長/慶應義塾大学医学部内科学(呼吸器) 教授

定価: 本体16,000円+税
B5 頁1032 図162 2020年
ISBN978-4-8157-0301-1

TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

精神神経症候群を読み解く 精神科学と神経学のアートとサイエンス

吉野 相英 ● 監訳
高橋 和久, 竹下 昇吾, 立澤 賢孝 ● 訳

B5・頁256
定価: 本体8,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04232-1

本書の編者である Julien Bogousslavsky 先生は、著名な神経学者であり神経症候学の歴史にも精通しておられる。また、私の師匠である故・田邊敬貴愛媛大教授のローザンヌ大留学時代からの友人であり、当時から神経精神医学分野に大変造詣が深いことで知られていた。

周知の通り、精神医学と神経学が完全に分かれたのは比較的最近であり、わが国で日本臨床神経学会が設立されたのは1960年である。そもそも、日本精神神経学会は、1902年設立当時は「日本神経學會」であり(1935年に日本精神神経學會に改称)、学会誌である精神神経学雑誌は「精神神経学雑誌」という名称であった。精神分析学の祖である Sigmund Freud はウィーンでは神経細胞や失語症を研究していたが、パリの神経学の父 Jean-Martin Charcot のもとに留学してからヒステリーの研究と治療法開発に邁進したことはよく知られている。また、本書で詳述されている否定妄想を中心とする Cotard 症候群を報告したフランスの精神科医 Jules Cotard も Charcot に師事している。

学問の進歩と専門性の確立によって、精神医学と神経学が臨床医学として完全に分離独立した歴史は必然であったかもしれないが、高次脳機能にアプローチする脳科学の視点に立てば、(私見であるが) もっとも興味深く重要な症状は、両者の交差するあたりに集中しているように思われる。

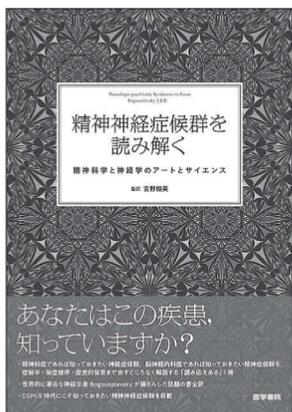
例えば、本書で解説されている Capgras 症候群をはじめとする妄想性誤認症候群は、主に統合失調症を含む精神病圏の疾患で報告されてきたが、最近では Lewy 小体型認知症などで活発に議論が進んでいる。また、相貌認知の

研究から提唱された二重経路モデルなどさまざまなモデルで発症メカニズムの説明が試みられるようになり、神経基盤としては右半球(側頭葉と前頭葉)が注目されている。Diogenes 症候群は、ゴミ屋敷症候群とも呼ばれ、ゴミだらけの不潔極まりない住まいに暮らし、異常なまでにゴミをため込みながら、自覚を欠く症候群で、一部のソーシャルワーカーや精神科医に注目されてきたものの、最近では単身高齢者が急増し、一般的な住宅街でゴミ屋敷に遭遇することもまれではなくなっている。主に若年患者を対象にしているとはいえ DSM-5 に「ためこみ症」が

新たに登場したこともあり、あらためて注目を集め始めている。高齢の場合は認知症(前頭側頭型認知症やアルツハイマー病)を伴うことも多いが、原発性(該当する精神疾患も神経疾患もない)の場合も多く、なお多角的な検討(心理・社会・生物学的アプローチ)が必要と思われる。

本書が扱っている領域は、欧米では Neuropsychiatry and Behavioral Neurology と呼ばれており、国際学会も存在する。国内では日本神経精神医学会(川勝忍理事長)が相当する。従来から注目されてきたさまざまな症候群や症状を、現代の脳科学や神経画像の最新の技術と知見を組み合わせ、あらためて検討できる時代に入ったことを、本書が明確に示しているように思われる。吉野相英教授(防衛医大精神科学)と教室の先生方の読みやすい日本語訳と数々の美しい図版と一緒に、楽しんでいただければ幸いです。

さまざまな症候群を 最新の技術と知見で読み解く



評者 池田 学
阪大大学院教授・精神医学

疾患の本質的所見を見抜く 皮膚病理診断力の高め方



安齋 眞一 日本医科大学武蔵小杉病院皮膚科・皮膚病理診断室 教授

皮膚病理検体から疾患名を特定し、適切な診断を下すためにはトレーニングが欠かせません。皮膚病理診断力を磨くにはまず、正常皮膚の所見を知る、日常よくみる疾患の典型的病理組織像を理解する、といった最低限の「常識」を持つことが必要です。その基礎知識を覚えてもらう取り組みが、日本皮膚科学会総会で毎年開催されている教育講演「実践! 皮膚病理道場」です。講演の内容は書籍化されており^{1,2)}、実際にバーチャルスライドを見ながら自習ができる Web 付録も付いています。さらに、より専門的な知識を得られるよう日本皮膚病理組織学会では、「皮膚病理道場あどばんすと」(年2回開催)と皮膚病理診断講習会を開催しています(同学会ウェブサイト、<http://jds.umin.jp/>)。

皮膚病理診断力を高めるには、教科書を使った学習ももちろん重要です。ただし一般的な教科書は、「この疾患にはこの所見がある」と書かれていることが多いので、初学者は記載された所見を鑑別の際に全て必要だと思込みがちです。すると、例えば上皮内の有棘細胞癌である Bowen 病の診断で、集塊細胞 (clumping cell)、異常角化細胞 (dyskeratotic cell)、異型核分裂像の3つの所見全てが確認できないと、果たして Bowen 病と診断してよいか迷ってしまいます。Bowen 病でしばしば見られるこれらの所見は、実は診断に必須ではありません。病理診断に本当に必要な所見は何かを理解する必要があります。

皮膚病理診断の「常識」を手に入れた後、さらに次のステップ、つまり自分で標本を見て診断をできるようになるための方策は、とにかく「多くの症例を見ること」に尽きます。しかも、質の良い経験豊富なナビゲーターと共に、という条件が付きます。そのような環境を得にくいのが本邦の実情です。通常、大学の医局では多くても年2000例程度の検体しか見られ

ないでしょう。年に数百例の検体を見て教科書片手に四苦八苦していた私は2001年から約3年間、札幌皮膚病理研究所(現・札幌皮膚病理診断科)で本邦最高峰のナビゲーターと言っても過言ではない木村鉄宣先生の下、数万例の標本を見る機会を得ました。この経験から私の皮膚病理診断力は、グッと向上したと実感しています。

当院の診断室では現在、年間5万件弱、週当たり1000件程度の検体報告書を2人で作成しており、1か月でおよそ4000件程度の新規検体を見られます。また、今まで診断した約15万件の検体のバーチャルスライドと病理検査依頼書、病理検査報告書がそろっていますので、いつでも勉強できます。さらに、膨大な数の標本も集中的に見られます(現在、有棘細胞癌約1000例、基底細胞癌約2000例、悪性黒色腫約250例、乾癬約600例、扁平苔癬約150例あり)。また、バーチャルスライドを見ながら診断演習をすることも可能です。

今後、全国各地にこのような施設が増えれば、より効率的に皮膚病理診断力を磨けるようになるでしょう。皮膚病理診断力を高めたい若手医師にはぜひ、学会の提供するコンテンツを活用し、良きナビゲーターの傍らで多くの症例を見ることで研鑽を積んでほしいと思います。

●参考文献

- 1) 日本皮膚科学会. 実践! 皮膚病理道場バーチャルスライドでみる皮膚腫瘍 [Web付録] 医学書院; 2015.
- 2) 日本皮膚科学会. 実践! 皮膚病理道場2バーチャルスライドでみる炎症性/非新生物性皮膚疾患 [Web付録]. 医学書院; 2018.

●あんさい・しんいち氏/1983年山形大医学部卒。2011年日医大武蔵小杉病院皮膚科部長、15年同大医学部皮膚科学教授。日本皮膚病理組織学会理事長を務める。著書に『皮膚付属器腫瘍アトラス』『皮膚病理診断リファレンス』(いずれも医学書院)など。

セミナー開催のご案内

雑誌「病院」セミナー 難局を乗り越える 中小病院の経営戦略

☑ オンライン受講もごさいます

講師(雑誌「病院」編集委員)



かんの まさひろ
神野 正博 先生
社会医療法人財団
董仙会恵寿総合病院
理事長



まつだ しんや
松田 晋哉 先生
産業医科大学
公衆衛生学教室
教授



おおた よしひろ
太田 圭洋 先生
社会医療法人
名古屋記念財団
理事長

日時
12月13日(日)
13:00~17:00 (12:30 開場)

会場
医学書院 本社 2階
(東京都文京区)

またはオンライン受講

受講料
15,000円
(資料代、消費税込、
クレジットカード事前払い)

詳しくは
Webサイトを
ご覧ください。



プログラム

講演 1: 神野 正博 先生

With/Post/Next コロナ時代の病院経営

講演 2: 松田 晋哉 先生

健康危機管理と医療計画—中小病院の対応を考える

講演 3: 太田 圭洋 先生

2020年診療報酬改定の評価と積み残した課題

医学書院

この疾患の本質はどこにあるのか? この問いに答える皮膚病理診断の手引書、ここに完成

皮膚病理診断 リファレンス

● 安齋眞一 ●



皮膚疾患の病理診断を行うためには、疾患の本質および定義と病理所見の理解が欠かせない。本書では「病理診断の決め手」という項を設けてこれを示し、診断上の疑問に明確に答える。皮膚疾患診療では臨床診断がわかったうえで病理診断を下すことが多い実情に即し、疾患名から病理像を検索できる構成とした。皮膚科医、病理医必読の1冊。

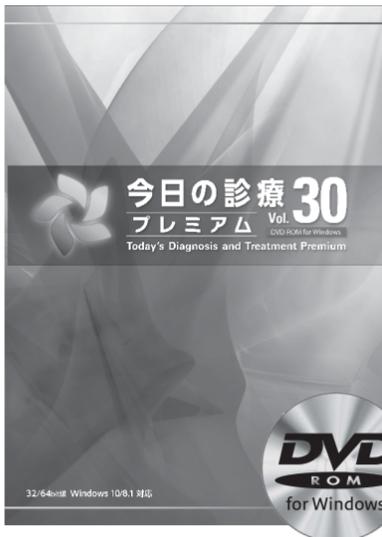
目次

- ▼ 非腫瘍性疾患
炎症性疾患総論/
炎症性疾患/
代謝異常症(沈着症)
- ▼ 腫瘍性疾患および類症
皮膚腫瘍病理診断総論/上皮性腫瘍および類症/
色素細胞腫瘍/軟部腫瘍/造血系腫瘍/転移性腫瘍

●A4 頁530 2020年 定価: 本体18,000円+税 [ISBN978-4-260-04140-9]

医学書院

医学書院のベストセラー15冊を収録した、国内最大級の総合診療データベース



今日の診療 30

プレミアム Vol. 30

DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2020年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610469]

診断・検査・治療・処方解説・エビデンスを収録
約100,000件の収録項目から一括検索



スマートフォンやタブレット端末でも利用できる
「Web閲覧権」付

※「今日の診療プレミアムWEB」をご利用にあたって、「医学書院ID」に本商品の登録が必要です。「Web閲覧権」の有効期間は、登録から1年間です。登録は、2021年4月30日で締め切らせていただきます。
※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。



DVD-ROMドライブがなくても、インストール用ファイル一式をダウンロードし、インストールすることができます。

*この場合も、パッケージ(DVD-ROM)をお買い求めいただく必要がございます。
*ダウンロードにあたって、「医学書院ID」への本商品の登録が必要です。

詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ today'sdt.com



『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください。

骨格をなす8冊を収録した
「今日の診療 ベーシック Vol.30」もご用意しております



※「今日の診療 ベーシック Vol.30」には、Web閲覧権は付与されません。
【お知らせ】「今日の診療 ベーシック」の新規購読専用は本版(Vol.30)の発売をもって終了いたします。
※「今日の診療プレミアム」は発売を継続する予定です。

収録内容

- プレミアム・ベーシックともに収録
 - ① 今日の治療指針 2020年版 Update
 - ② 今日の治療指針 2019年版
 - ③ 今日の診断指針 第7版
 - ④ 治療薬マニュアル 2020 Update
 - ⑤ 臨床検査データブック 2019-2020
 - ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
 - ⑦ 今日の小児治療指針 第16版
 - ⑧ 今日の整形外科治療指針 第7版
- プレミアムにのみ収録
 - ⑨ 医学書院 医学大辞典 第2版
 - ⑩ 新臨床内科学 第9版
 - ⑪ 内科診断学 第3版
 - ⑫ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
 - ⑬ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
 - ⑭ 今日の精神疾患治療指針 第2版
 - ⑮ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版

*書籍とは一部異なる部分があります

2020年10月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

公衆衛生	11月号 Vol.84 No.11 1部定価：本体2,400円＋税	日本型MPH教育の軌跡と展望 公衆衛生専門職を目指す！活かす！	臨床婦人科産科	10月号 Vol.74 No.10 1部定価：本体2,700円＋税	胎盤・臍帯・羊水異常の徹底理解 病態から診断・治療まで
medicina	10月号 Vol.57 No.11 1部定価：本体2,600円＋税	皮疹はこう見る、こう表現する	臨床眼科	10月号 Vol.74 No.10 1部定価：本体2,800円＋税	第73回日本臨床眼科学会講演集(8)
総合診療	10月号 Vol.30 No.10 1部定価：本体2,500円＋税	ポリファーマシーを回避する！エビデンスに基づく非薬物療法のススメ	臨床眼科	増刊号 Vol.74 No.11 1部定価：本体8,500円＋税	すべて見せます！ 【特別Web付録】 説明書・同意書の実例99 患者説明・同意書マニュアル
循環器ジャーナル (旧 呼吸と循環)	Vol.68 No.4 1部定価：本体4,000円＋税	抗血栓療法 日常臨床での疑問に答える	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	10月号 Vol.92 No.11 1部定価：本体2,700円＋税	Voiceを診る 音声障害を知ろう！ 【特別付録Web動画】
胃と腸	10月号 Vol.55 No.11 1部定価：本体3,200円＋税	小腸腫瘍アトラス	臨床泌尿器科	10月号 Vol.74 No.11 1部定価：本体2,800円＋税	泌尿器科医のためのクリニカル・パール いま伝えたい箴言・格言・アフォリズム ＜腫瘍／処置・救急・当直編＞
BRAIN and NERVE	10月号 Vol.72 No.10 1部定価：本体2,700円＋税	COVID-19——脳神経内科で診るための最新知識	総合リハビリテーション	10月号 Vol.48 No.10 1部定価：本体2,300円＋税	認知症ケアのプラットフォーム
精神医学	10月号 Vol.62 No.10 1部定価：本体2,700円＋税	精神科臨床における意思決定支援	理学療法ジャーナル	10月号 Vol.54 No.10 1部定価：本体1,800円＋税	疼痛に対する最新の理学療法 治療効果を最大化するための理論と実践
臨床外科	10月号 Vol.75 No.10 1部定価：本体2,700円＋税	ガイドラインには書いていない 胃癌治療のCQ	臨床検査	11月号 Vol.64 No.11 1部定価：本体2,200円＋税	基準範囲と臨床判断値を考える/ パニック値報告 私はこう考える
臨床外科	増刊号 Vol.75 No.11 1部定価：本体8,200円＋税	早わかり 縫合・吻合のすべて	病院	10月号 Vol.79 No.10 1部定価：本体3,000円＋税	重症度、医療・看護必要度 見直しの方向性



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・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp