

2022年10月3日

第3488号

週刊(毎週月曜日発行)
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
COPY 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

- [対談]切れ目ない医療を高齢者に(川越正平,木村琢磨).....1-2面
[寄稿]AYA世代のがん患者が在宅で療養するために必要な支援とは(住谷智恵子).....3面
[FAQ]知っておきたい半側空間無視へのアプローチ(菅原光晴).....4面
[寄稿]あなたも見逃している!? “隠れ貧血”(岡田定).....5面
[連載]睡眠外来の診察室から/[視点]「予防」の視点が拓く,企業における作業療法の可能性(元廣博).....6面

対談

切れ目ない医療を高齢者に



川越正平氏
あおぞら診療所 理事長・院長

木村琢磨氏
埼玉医科大学 総合診療内科 教授/
HAPPINESS館クリニック

高齢者診療の本質を「患者やその周辺の人々からの情報に基づいて、複雑に絡み合った問題を解きほぐしていくこと」と語るのは、このたび『高齢者診療の極意』(医学書院)を上梓する木村琢磨氏。高齢化率が年々高まる日本において、ますます増大していくと考えられる高齢者診療の需要に今後どう対応していくべきか。「主治医としての在り方」をキーワードに、木村氏が師と仰ぐ川越正平氏との対話が展開された。

木村 今日、私が最も尊敬する医師の1人である川越先生と対談できると聞いて、先生をはじめ4人の先生方によって1994年に上梓された書籍『初期プライマリケア研修』(医学書院)を持参しました。学生時代、この本を読み込んで勉強したものです。川越 懐かしいですね。当時運営していた「若手医師の会」で主催する講演会の演者を打診するために故・日野原重明先生の下を訪れた際、「今、こんな原稿を書いているんですが……」とお見せしたところ、「君たち、ぜひこれを出版しなさい」と背中を押して下さったのです。トントン拍子に話が進み、そのまま監修を引き受けていただいた経緯があります。卒前教育では具体的に教わらないものの、臨床研修中に必要と感じた患者対応の基本についての整理を試みたもので、上梓時はまだ卒業3年目でした。

治療方針全体のかじ取りを担う「主治医」の必要性

木村 同書においては、「主治医」に関する言及が特に印象的でした。「さまざまな身体各部の診療の求めに応じ、適時医療機関の紹介を行い、広い範囲の健康、医療の相談に乗る力量」が主治医には求められると紹介されていましたね。

川越 はい。われわれ執筆陣は、そうした主治医の能力を有した医師の養成をめざして書籍を出版しました。木村先生にその思いが伝わって良かったです。

ただし、30年の時を経て専門分化がさらに進み、当時より「主治医」の存在が一層曖昧になっています。「眼科の主治医」「内科の主治医」のような表現もあり、複数の専門分野の担当医を持つ患者は多いです。

木村 おっしゃる通りです。その患者

の疾患に専門的・重点的にかかわる専門分野の担当医は、言うなれば「専門分野の主治医」でしょうか。そうした専門分野の主治医は増える一方で、先ほど紹介した定義のような「全体のかじ取りを担う主治医」が不在になりがちですね。川越 けれども、全体のかじ取りを担う主治医としての“かかりつけ医”が存在し、専門分野の主治医と一見連携しているように見えても、トラブルにつながってしまったケースもあります。糖尿病性腎症の重症化リスクを有する患者が腎臓専門医に紹介されたケースにおいて、HbA1cが10%（速やかに治療を見直す等の対応が望ましく、インスリン治療の導入や入院精査を含め検討すべき値）を超えていたことが、後から判明したという事例を聞きました。かかりつけ医も腎臓専門医も、「糖尿病は自分でフォローする必要はない」と考えてしまったようです。

患者が腎臓病、糖尿病、その他の併存疾患など多疾患を併存しており、複数の医師、医療機関を受診していたため、役割分担や相互の情報共有、方針統一が図られておらず、双方の行き違いが生じたのでしょう。

木村 1人の患者を複数の医師で診療する際には、各々の役割を明確にした上で連携する必要があるのですね。

川越 ええ。例に挙げたような状況を

防ぐために、かねて「二人主治医制」を提唱してきました。複数の主治医の間で情報が分断されることもあるために、全体の主治医と専門の主治医の双方が、互いの仕事の内容を理解しながら有機的な連動をしていくことが重要でしょう。

木村 同感です。複数の疾患や障害を抱える患者が増加している日本の疾病構造においては、患者にとって物理的・心理的にアクセスしやすい診療所や中小病院の医師が全体の主治医を担い、専門分野の主治医と適切に連携していくことが求められるはずですが、全体のかじ取りを担う主治医は、継続して患者の治療方針に責任を持ち続け、通院が困難な状況では在宅医療(訪問診療)を提供できると理想的でしょう。

高齢者診療に特有の難しさ

川越 高齢になればなるほど、木村先(2面につづく)

●次週休刊のお知らせ
次週、10月10日付の本紙は休刊とさせていただきます。次回、3489号は10月17日付となりますのでご了承ください。
(「週刊医学界新聞」編集室)

10 October 2022

新刊のご案内

医学書院

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

〈ジェネラリストBOOKS〉
高齢者診療の極意

木村琢磨
A5 頁296 定価: 4,400円[本体4,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05027-2]

がん診療レジデントマニュアル
(第9版)

編集 国立がん研究センター内科レジデント
B6変型 頁664 定価: 4,950円[本体4,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04976-4]

皮膚血管炎
(第2版)

川名誠司、陳 科榮
B5 頁504 定価: 18,700円[本体17,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04779-1]

まるごとアトピー
アトピー性皮膚炎の病態から最新薬剤、患者コミュニケーションまで

編集 大塚篤司
A5 頁344 定価: 5,280円[本体4,800+税10%]
[ISBN978-4-260-04978-8]

リウマチ病診療ビジュアル
テキスト
(第3版)

上野征夫
A4 頁528 定価: 13,200円[本体12,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04169-0]

末梢神経障害
解剖生理から診断、治療、リハビリテーションまで

編集 神田 隆
B5 頁520 定価: 13,200円[本体12,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04939-9]

有水晶体眼内レンズ手術
動画付

編集 神谷和孝、清水公也
B5 頁252 定価: 19,800円[本体18,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05056-2]

公衆衛生の緊急事態に
まちの医療者が知っておきたい
リスクコミュニケーション

蝦名玲子
A5 頁280 定価: 2,860円[本体2,600+税10%]
[ISBN978-4-260-05086-9]

体内時計の研究

本間研一、本間さと
B5 頁384 定価: 15,400円[本体14,000+税10%]
[ISBN978-4-260-04930-6]

標準小児科学
(第9版)

監修 原 寿郎
編集 高橋孝雄、細井 創、齋藤昭彦
B5 頁788 定価: 9,680円[本体8,800+税10%]
[ISBN978-4-260-04781-4]

プロメテウス解剖学
コア アトラス
(第4版)

原著 Anne Gilroy, Brian McPherson, Jamie Wikenheiser
監訳 坂井建雄
訳 市村浩一郎・澤井 直
A4変型 頁784 定価: 10,450円[本体9,500+税10%]
[ISBN978-4-260-04858-3]

脳卒中の下肢装具
病態に対応した装具の選択法
(第4版)

渡邊英夫、平山史朗、藤崎拓憲
A5 頁216 定価: 4,620円[本体4,200+税10%]
[ISBN978-4-260-05033-3]

〈標準理学療法学 専門分野〉
地域理学療法学
(第5版)

シリーズ監修 奈良 勲
監修 牧田光代
編集 金谷さとみ、原田和宏
B5 頁304 定価: 5,280円[本体4,800+税10%]
[ISBN978-4-260-05007-4]

OT国家試験専門問題
でるもん・でたもん
一問一答!!

編集 「標準理学療法学・作業療法学」編集室
四六判 頁456 定価: 3,520円[本体3,200+税10%]
[ISBN978-4-260-04996-2]

ネウボラから学ぶ
児童虐待防止メソッド

編集 横山美江
B5 頁192 定価: 3,300円[本体3,000+税10%]
[ISBN978-4-260-05045-6]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉
病理学
(第5版)

シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉矩子
監修 横井豊治
編集 村雲芳樹、佐藤康晴
B5 頁328 定価: 5,060円[本体4,600+税10%]
[ISBN978-4-260-04986-3]

これから看護を学ぶ学生のための
理科・計算・国語・社会の
復習ワークブック&ドリル

西沢いづみ、有本淳一
B5 頁168 定価: 1,540円[本体1,400+税10%]
[ISBN978-4-260-05024-1]

<出席者>

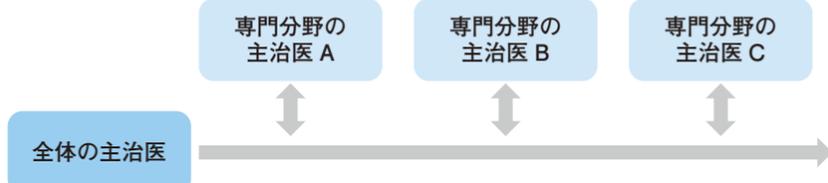
●かわごえ・しょうへい氏

1991年東京医歯大卒。虎の門病院内科レジデント、同院血液内科医員を経て、99年に医師3人のグループ診療の形態で在宅医療を中心に行うあおぞら診療所を、千葉県松戸市に開設。2004年より現職。22年6月より松戸市医師会会長を務める。日本在宅医療連合学会副代表理事。



●きむら・たくま氏

1997年東邦大卒。国立東京第二病院(現・国立病院東京医療センター)、国立病院機構東埼玉病院、三重県立一志病院を経て、2014年北里大医学部総合診療医学准教授、18年同大医学部地域総合医療学教授。19年より現職。著書に『高齢者診療の極意』(医学書院)など。



●図 二人主治医制のイメージ(『高齢者診療の極意』188頁より転載)

物理的・心理的にアクセスしやすい診療所や中小病院の医師が「全体のかじ取りを担う主治医」を担いつつ、必要に応じて「専門分野の主治医」と適切に連携する。

知症を発症したことでコミュニケーションにそもそも限界がある場合など、問診をしても患者本人から正確な情報を得られるとは限りませんね。

木村 そのような場合に、川越先生はどうアプローチするのでしょうか。

川越 当然ですが、まずはご本人からの情報収集に努めます。例えば自院以外に整形外科に通院していると話されたら、そこでどのような治療を受けているのかを聞きます。この際、十分な情報を得られなかったと判断すれば、「薬の処方理由や病状について次回の受診時に教えてください」と、同席する家族にお願いすることもあります。

木村 患者本人から得る情報だけでは診断できないからこそ、患者の周辺からの情報を丁寧に拾い上げる必要があるはずですよね。やはり高齢者診療の本質は、患者やその周辺の人々からの情報に基づいて、複雑に絡み合った問題を解きほぐしていくことだと考えます。

木村 患者本人から得る情報だけでは診断できないからこそ、患者の周辺からの情報を丁寧に拾い上げる必要があるはずですよね。やはり高齢者診療の本質は、患者やその周辺の人々からの情報に基づいて、複雑に絡み合った問題を解きほぐしていくことだと考えます。

医療機関を超えた連動は地域の基盤作りから

木村 高齢者を取り巻く複合的な問題を解決するには、患者・家族だけでなく多職種が存在も欠かせません。特に全体のかじ取りを担う主治医には、臨機応変に対応するために多職種から得られる情報を統合したり、医療チーム全体をマネジメントしたりする力が求められるでしょう。

川越先生の施設では、診療に必要な情報を拾い上げるため、多職種と連携しながら独自に取り組まれる地域包括ケア外来があると聞きました。概要を教えてください。

川越 地域包括診療料の算定要件を満たす多疾病併存患者に対して、在宅医療ノウハウを基に多職種が関与する外

来です。診察前に看護師が生活の視点に基づく情報〔食事・排泄・睡眠・身体活動・IADL (Instrumental Activities of Daily Living)・社会参加など〕を収集します。また、受診のたびに分割して各種測定〔身体測定、基本チェックリスト、簡易身体測定、転倒リスク評価、MMSE (Mini-Mental State Examination) など〕を実施します。看護師だけでなく、予約外来枠にリハビリ専門職、管理栄養士、歯科衛生士、社会福祉士を回替わりで配置し、各専門領域に関するアセスメントも行います。

木村 歯科衛生士も在籍されているのですか。

川越 はい。歯科を標榜していない医療機関に歯科衛生士が勤務しているのは全国的にも極めて珍しいと思いますが、歯科は食や栄養に深くかかわる重要領域です。歯科衛生士が歯科医療機関との連携のハブ機能まで担っており、医科と歯科の協働もスムーズです。

木村 素晴らしいですね。歯周病などの口腔問題の有病率は著しく高いものの多くの医師が対応に苦慮しており、歯科領域の専門職と適切に連携していくことは患者さんにとっても非常に有益です。一方で、課題はその連携方法でしょう。同一施設内で訪問歯科の依頼や連携体制が完結する施設は多くないはずですね。

川越 個々の医療機関で全てのケアをカバーするのは不可能に近いでしょう。では、そうした不足部分をどう補うべきか。私は「地域」というくくりで対策を考えるべきだと考えています。

木村 それはどういうことでしょうか。

川越 地域を1つの大きな病院としてとらえるのです。当院が位置する千葉県松戸市では、2018年度に管理栄養士や歯科衛生士などの専門職が所属する在宅医療・介護連携支援センターを、市の財源で松戸市医師会内に設立しました。所属する各専門職は、医師会の会員医療機関からの依頼に応じ

て、単回にはなりますがアセスメントを担当し、医師の専門外である栄養や口腔について診療に役立つ助言を行います。また、センター所属の専門職たちは、医師会所属の医療機関から出向しており、地域連携の相談支援の即戦力として活躍してくれそうです。センターでの活動で得た障害分野や子ども分野など幅広い分野に関する経験を専門職が持ち帰ることにより、医療の質向上にもつながっていると感じています。

木村 すなわち連携拠点となる基盤があれば、個々の医療機関で全てのケアをカバーするための専門職を必ずしも雇用する必要はないということですね。

川越 ええ。単一医療機関で連携体制の完結をめざす必要はないですし、現実的でもありません。当センターの場合、介護保険や一般財源など市の財源を原資としていることから、依頼元の医療機関に利用料が発生しないことも特徴と言えます。これからさらに増大するであろう複雑な高齢者診療の需要に対応していくには、このように発想から変えていく方法が有力かつ現実的だと思います。地域で一体となって医療提供をする体制を築くことで、シナジー効果が生まれ、より医療の質を高めることにもつながるはずですね。

木村 同様の取り組みが他の自治体でも広まっていく可能性はありますか。

川越 厚生労働省「第8次医療計画等に関する検討会」の在宅医療ワーキンググループにおいて、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」の位置付けが議論されるようになりました。全国で切れ目ない医療の実装がなされることを期待したいと思います。

*

木村 切れ目ない医療を高齢者に提供するためには、まず治療方針全体のかじ取りを担う「主治医」が存在する必要性があり、その“点”が二人主治医制などの専門医との連携によって“線”となる必要があること。さらに、地域における多職種の連携拠点が機能して“面”となることが、さまざまな高齢者診療の需要に対応することの鍵であることを実感しました。本日はありがとうございました。(丁)

●参考文献

1) 川越正平, 他. がん患者の安心を紡ぐ二人主治医制. 週刊医学界新聞 3240号. 2017.

(1面よりつづく)

生の指摘したような多疾患を併存した患者の割合は高まります。超高齢社会の日本において、全体のかじ取りを担う主治医の存在が今後ますます必要になると考えられる一方で、一般的に高齢者診療の難易度は高いとされます。

近々、高齢者診療に関連した書籍を木村先生が出版されると伺いました。ここまで指摘してきたような問題意識に端を発して筆を執られたのでしょうか。

木村 はい。川越先生たちが出版された『初期プライマリケア研修』では診療科を問わずに対応に苦心するケースを取り上げておられましたが、「高齢者診療」の場に絞った書籍『高齢者診療の極意』を今回刊行します。

川越 先生は高齢者診療の特徴をどう分析されていますか。

木村 大きく2つあると考えています。1つは、症状が漠然としていたり、表現が独特だったり、卒前教育の中で症候学として学んできたような既存の医学的症状に当てはまりにくい愁訴が多いということ。もう1つは、患者のご家族や診療に携わる多職種、連携する他の医療機関など、患者以外の第三者を意識する必要があることです。これらの対応の難しさは『初期プライマリケア研修』の中でも触れられていますよね。約30年も前から対策を検討されていたことに尊敬の念を抱きます。

川越 ありがとうございます。確かに高齢者診療においては、自身の身体状態をうまく言語化できない場合や、認

高齢者診療の苦手意識、解消します！
一筋縄ではいかない診療のノウハウをまとめました

高齢者診療の極意

木村 琢磨

詳しくは

●A5 2022年 定価:4,400円(本体4,000円+税10%) [ISBN 978-4-260-05027-2] **医学書院**

「高齢救急患者特有の診療・マネジメント」の
コツを余すところなく注ぎ込んだ1冊

高齢者ER レジデントマニュアル

増井 伸高

「成人と高齢者は鑑別が異なる。マネジメントも異なる。高齢者は評価に時間がかかる」。そんな悩みを抱える若手医師に向けて、本書は1)成人との比較論でない高齢者の特徴、2)診断できなくても結局どうするか、3)高齢者でも短時間で評価が可能なテクニックを解説。救急搬送が年間1万台のERで研修医と日々奮闘している筆者が「高齢救急患者特有の診療・マネジメント」のコツを余すところなく注ぎ込んだマニュアル。

B6変型 2020年 頁298 定価:3,960円(本体3,600円+税10%) [ISBN 978-4-260-04182-9]

目次 PART 1 症候のWork up
PART 2 検査異常への対応
PART 3 ルーチンワークと方針決定

●成人と高齢者は鑑別が異なる
●成人と高齢者はマネジメントも異なる
●高齢者は評価に時間がかかる

それでも 65歳以上の急患を診る

医学書院

寄稿

AYA世代のがん患者が在宅で療養するために必要な支援とは

住谷 智恵子 あおぞら診療所/松戸市在宅医療・介護連携支援センター

2000年4月の介護保険制度の開始後、2006年4月から特定疾病に「がん」が追加されたことにより、40歳以上のがん患者は本来65歳以上でないと利用できない公的介護保険サービスを受けながらの在宅療養が可能となりました。一方、医療費助成や日常生活用具給付を利用可能な小児慢性特定疾病医療費助成制度の新規申請は18歳未満が対象となっています。すなわち両者のはざまに位置する、思春期・40歳未満の若年成人を指すAYA (Adolescent and Young Adult) 世代のがん患者の在宅療養を支援する制度は整っていない状況です。本来、AYA世代のがん患者も含め、その方にとって必要な医療や相談支援が切れ目なく提供されるべきです。

今回、AYA世代を対象に福祉用具貸与や訪問介護の利用料を助成する先進的な自治体の実態調査と、当院の位置する千葉県松戸市におけるAYA世代の在宅療養支援の実態調査を行いました。以下にその内容を紹介します。

先進的な自治体の取り組みと在宅療養需要の実態

◆独自の支援を行う自治体の実態調査

全国47都道府県、20政令指定都市、772市における公表情報を調査したところ、AYA世代に対する「先進的」な独自の事業が実施されていたのは20自治体(19地域)でした(表1、2021年5月末日時点)。これらほとんどの自治体に共通する中核的な支援内容は、介護保険サービスにも存在する「福祉用具貸与・購入」「訪問入浴」「訪問介護」であり、「助成額」はサービス利用料の9割相当、「支給限度額」は5~8万円/月とする自治体が大半です。

他の県や市町村には介護保険に相当するサービスが存在しない中、独自の事業としてこれらの支援内容が存在していること自体が素晴らしいといえます。「ケアマネジメント」も給付対象となると、主治医や訪問看護師が担うことが想定されるサービス事業所の選定・調整等を、介護保険における介護支援専門員に委託できます。支払い方法に関しては、委任払いのほうが立替の負担がなく、より使いやすいでしょう。

◆松戸市における在宅療養支援実績の実態調査

全国に先進的な自治体がある一方、実際にAYA世代のがん患者は在宅療養において、どのようなサービスを求めているのか。当院の位置する人口約50万の松戸市における在宅療養支援実績について、地区医師会と訪問看護連絡協議会を対象に調査を行ったところ、

●表1 AYA世代を対象とする自治体独自の在宅療養支援事業(2021年5月時点)

	主なサービス内容と助成額				助成割合	その他のサービス内容			支払い方法
	福祉用具貸与	購入	訪問入浴	訪問介護		住宅改修	意見書	ケアマネジメント	
県単独	茨城県	○	○						償還払い
	和歌山県	○	○	○	○				償還払い
	佐賀県	○	○	○	○				償還払い
県と市町村の協働	兵庫県	○		○	○				償還払い
	鹿児島県	○	○	○	○		○		○
	(鹿児島市)	○	○	○	○	○	○	○	○
	静岡県	○	○	○	○				○
	愛媛県	○	○	○	○				○
指定都市	福岡県	○	○	○	○				久留米市のみの○
	横浜市	○	○	○	○				償還払い
	名古屋市	○	○	○	○	○			償還払い
	さいたま市	○	○	○	○		○		償還払い
市単独	浦安市	○	○	○	○			○	償還払い
	山口市	○		○	○				○
	岸和田市	○		○	○				○
	宇部市	○	○	○	○				○
	鎌倉市	○	○	○	○				償還払い
	和泉市	○		○	○				償還払い
	宇都宮市	○	○	○	○				○
	甲府市	○	○	○	○		○		償還払い
他の県や市町村	介護保険に相当するサービスは存在しない								

・意見書：事業対象であることを医師等の第三者が証明する意見書の作成にかかる手数料を補助。
・ケアマネジメント：心身の状況等に応じたサービス計画の作成やサービス事業者・市町村との連絡調整等の業務に対する報酬を補助している。

●表2 松戸市で在宅療養の提供実績が把握できたAYA世代がん患者10人の実態

基本情報							在宅療養の状況						転帰				
年齢	性別	原発部位	期間(日)	介護を要した有無	未成年の子の介護者	障害者手帳	医療面	介護面	その他	在宅療養	訪問看護	訪問薬剤		身体介護	清潔ケア	紙おむつ	福祉用具の貸与
26	F	胃	28		両親・妹												自宅
30	M	虫垂	7		両親	内部障害											自宅
39	F	乳腺	13		母		①									⑦	病院
38	F	乳腺	134		配偶者(ダブルケア)												自宅
38	F	子宮頸部	52		配偶者(ダブルケア)		①			②							病院
36	F	子宮頸部	73		両親・兄								④				自宅
33	F	卵巣	194		母・姉												自宅
36	M	脳	53		義母・配偶者	申請中に死亡				②			⑤			⑥	自宅
36	M	脳	91		配偶者(ダブルケア)	肢体不自由											自宅
37	F	脳	206		両親・配偶者・妹												自宅

①定期通院に必要な介護タクシーを自費で利用、②③経済的理由による訪問看護・訪問薬剤指導の利用手控えがあった、④自費で訪問入浴サービスを利用、⑤市の地域生活支援事業による訪問入浴サービスを利用、⑥障害者支援事業より貸与、⑦特殊寝台が必要であったが調整前に入院。

ろ、2016~20年に在宅療養の提供実績が把握できた(在宅療養期間中央値:63日)のは10人でした(表2、居住していた20~39歳のがんによる死亡は統計上49人)。

表2に目を通すと、未成年の子を育てながら、介護者が配偶者のみであるダブルケア状態の方、福祉用具や訪問看護を自費で利用している方をはじめ、経済的な理由から訪問看護・訪問薬剤指導の利用を手控えしている方がいることがわかります。つまり、経済

面や介護面の負担を抱えながら介護サービスを自費や利用可能な医療サービスで代替していた実態があるのです。

◆今後のさらなる調査の必要性

表1に示した「先進的」な自治体における事業内容や、松戸市における在宅療養の実態(表2)から、福祉用具の貸与および購入・清潔ケア・身体介護サービスを中核とした、ケアマネジメント給付も含む在宅療養支援について、事業化のニーズが存在すると考えられます。ただし、松戸市における実

●すみや・ちえこ氏

2012年慶大卒。内科全般および総合診療の研鑽を積み、血液内科勤務を経て血液専門医を取得。20年4月より現職。在宅医療を中心とした臨床のほか、高齢や障害、児童など、世代や領域を問わず地域課題への対応に取り組んでいる。

態把握だけでは、そもそも経済面や介護面の負担で在宅療養を希望できなかった患者や、在宅療養という選択肢を想起できなかった、あるいは提示されなかった患者は含まれておらず、AYA世代のがん患者全てのニーズは反映しきれていないと予想されます。今後、がん治療中の患者における在宅療養支援の網羅的なニーズに関する調査が必要でしょう。

地域全体で連携し、がん患者の在宅療養支援を

がん患者に必要な医療や相談支援は多岐にわたることから、一つの医療機関のみで対応することは困難であり、病院と地域が協力して地域全体でがん患者を支援する連携体制を構築していくことが求められています。そうした状況に鑑み、厚労省に設置された緩和ケア推進検討会では地域緩和ケアの提供体制について議論され、拠点病院や診療所等の関係施設間の連携・調整を行う「地域緩和ケア連携調整員」の育成が推奨されるに至っています¹⁾。また2022年8月に「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針²⁾」が改訂され、がん診療連携拠点病院の指定要件として「緩和ケアチームが地域の医療機関や在宅療養支援診療所等から定期的に連絡・相談を受ける体制を確保し、必要に応じて助言等を行っていること」が明記されました。裏を返せば、入院中のがん患者が在宅療養を希望した場合や、通院中の患者に在宅療養支援が必要だと把握した時点で、地域の相談支援機関(註)に支援や助言を求め、患者が居住する地域の資源につながる体制の構築が期待されます。そのためには、病院の医療従事者が在宅療養支援という選択肢について認識を深めることが第一歩です。そして、今回のがん診療連携拠点病院の指定要件の見直しを地域全体の連携体制構築のチャンスととらえ、地域側も支援を提供できる相談体制を整えていくことが望まれます。AYA世代がん患者の在宅療養を支援する事業が全国に広がり、療養場所の選択肢が広がることを期待します。

註：在宅医療・介護連携推進事業を原資とする在宅医療・介護連携支援センターを設置する地域は増えています

●参考文献・URL

- 1) 厚労省。終末期の課題：連携する医療機関等での苦痛の緩和について。2022。https://bit.ly/3Uff8s
- 2) 厚労省。がん診療連携拠点病院等の整備について。2022。https://bit.ly/3KzLP07

最期まで患者の望む時間を提供するために。緩和医療スタッフ必携の書、改訂!

緩和ケアレジデントマニュアル 第2版

次々に起こる症状への対応、予後予測、ACP、家族のケア、リハビリテーション……、最期まで患者の望む時間を提供するために、何をすべきか。エビデンスをアップデートしつつ、経験も重視して、より実践的に改訂。病棟でも外来でも在宅でも、がんでも非がん疾患でも、すべての患者の苦痛緩和をめざす医療スタッフに必携の書!

監修 森田達也
木澤義之
編集 西智弘
松本禎久
森雅紀
山口 崇



がん診療は専門医だけでなく、ジェネラリストと連携しながら行っていく時代に

ジェネラリストのためのがん診療ポケットブック

2人に1人ががんになる。今やがんは国民病である。世界的にも、がん診療は専門医だけでなく、ジェネラリストと連携しながら行っていく時代になってきた。本書は、がんに関心のある総合診療医・総合内科医、そして総合診療に通じたがん専門医・腫瘍内科医を目指す医療者に向けて編集。がん専門医・治療医、総合医とが手と手をとって、一緒にがん患者を支えていくことができるような医療が実現することを期待して。

編集 勝俣範之
東 光久



FAQ

今回の回答者

菅原 光晴

清伸会ふじの温泉病院リハビリテーション課/作業療法士

すがわら・みつはる氏/1988年岩手リハビリテーション学院を卒業後、慈恵医大付属第三病院リハビリテーション科へ入職。2002年より現職。同年には国際医療福祉大大学院修士課程、05年には同大学院博士課程を修了。編著に『臨床で使える半側空間無視への実践的アプローチ』(医学書院)。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻りに尋ねられる質問)に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

知っておきたい 半側空間無視へのアプローチ

半側空間無視は臨床場面において頻りに遭遇する症状で、日常生活の自立や社会復帰を妨げる大きな阻害因子です。しかし、多くの先生方のたゆまぬ努力と研究を費やしても、そのメカニズムや治療法などにはいまだ不明な部分が多くあります。そこで今回は、半側空間無視のさまざまな疑問について現時点での知見をもとに解説します。

FAQ 1 半側空間無視が疑われる患者さんに対して、どのような点に着目して観察を行うべきですか。

日常生活上で現れる半側空間無視は、ある場面で無視症状が認められなくても、別な場面では認められるなど一様ではありません。しかし半側空間無視が疑われる患者さんには、共通した行動特性が観察されます。基本となる観察ポイントとして、①視線および眼球運動、②頭部の動き、③姿勢、④患肢への配慮、⑤注意・集中力、⑥行動観察の6つが挙げられます。以下、それぞれの具体例を紹介していきます。

患者さんの視線は、常に右側へ偏位したままであったり、普段は注意散漫であるにもかかわらず、ある行動を行うと右側に偏位しやすくなります。頭部の動きでは、左側を向くことが少ないのが特徴です。重度の場合には常に右側ばかり向いています。左側からの声掛けでは、頭部を左側へ動かそうとしますが、その範囲は狭い場合が多いです。

姿勢では、車椅子に座っていても左側へ崩れていることが多く、安定した姿勢を保てないばかりか、姿勢の崩れに気付かず修正しようとしません。また麻痺した左上肢に対して無頓着で、車椅子から左上肢が落ちていても配慮しないという状況がみられる上、訓練を行っていても集中できず、右側の刺激に対して容易に注意が奪われたり、作業を行っていても次第に右側に偏った活動になったりします。

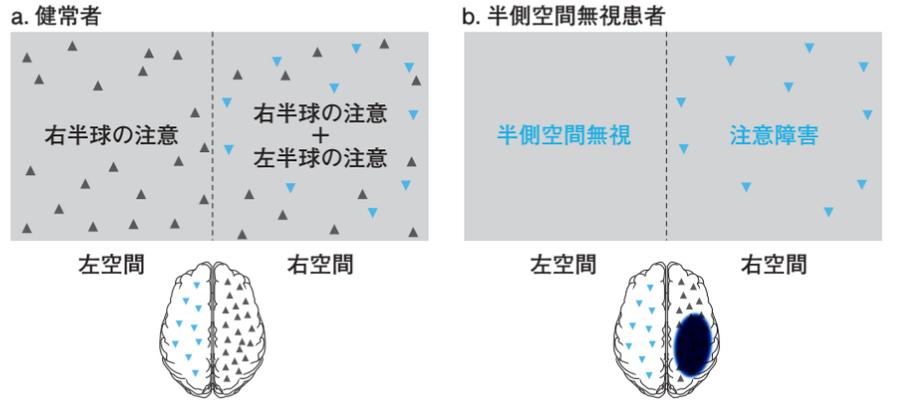
Answer... 半側空間無視が疑われる場合には、①視線および眼球運動、②頭部の動き、③姿勢、④患肢への配慮、⑤注意・集中力、⑥行動観察の6つを重点的に観察しましょう。重症度によって差はありますが、共通した行動特性が観察されます。

FAQ 2 半側空間無視患者さんの右空間は正常なのでしょうか。

一般的に健常者の左半球は右空間のみの注意を担っているのに対し、右半球は右空間と左空間の注意を担っています¹⁾。つまり右半球は、左空間への注意を100%担っていることに加え、右空間への注意も一部担っているのです。そのため右半球に損傷が生じると、左空間の半側空間無視に加えて、右空間には注意障害が生じます(図1)。右空間の注意障害は常に現れるのではなく、日常生活上、注意散漫となりやすい環境であったり、作業課題が複雑になったり、急いで行動しようとしたりするほど表面化しやすくなります。

具体的には、複数の視覚情報の中から目的としたものを選択できない選択性注意障害、課題に対して集中して取り組めない持続性注意障害、右側の無関係な刺激に対して注意を奪われやすくなる受動的注意の亢進、作業を遂行する際にゆっくり丁寧に行うことができないpacingの障害、右空間の標的刺激を何度も探索してしまう空間性ワーキングメモリの障害が挙げられます。これらの障害により患者さんは、右空間において見落としや粗雑さを認めることとなります。また、半側空間無視が改善しても日常生活で注意障害が問題となることは少なくありません。

Answer... 半側空間無視患者の右空間は正常とは言えません。半側空間無視は左空間を無視することに加えて、右空間には注意障害を生じます。半側空間無視が改善しても、日常生活で注意障害が問題となることが多いです。



● 図1 左右半球の注意空間の役割
▲: 右半球による注意, ▼: 左半球による注意。
a: 健常者。左空間への注意は右半球が100%担っているのに対し、右空間は左半球と右半球が補い合いながら100%の注意を担っている。
b: 半側空間無視患者。右半球損傷が生じると、左空間の半側空間無視に加えて、右空間の注意障害が生じる。

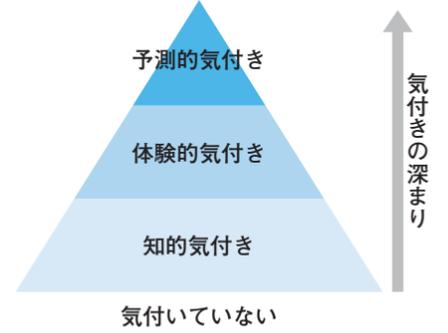
FAQ 3 病識を高めるための工夫について教えてください。

患者さんのほとんどは、半側空間無視の存在に気付いていません。そのため病識を高めるには、症状に対して気付きを与えることが必要です。Crossonは、気付きを与える方法として自己の障害への気付き(self-awareness)を3つの階層に分類し(図2)、段階に応じた対応が必要であると述べています²⁾。

第1段階は知的気付き(intellectual awareness)です。自己の障害に気付いていない患者さんに対して、「あなたには半側空間無視があります!」と伝えても、到底受け入れられるものではありません。そこで、半側空間無視とはどのような症状かを知ってもらう必要があります。「脳卒中になって右脳が障害されると、左手足の麻痺に加えて、左側の注意が疎かになることがあります。その症状があると、例えば車椅子に乗り移る際、左側にあるブレーキを忘れられることがあるのです」というように、一般論として症状を理解してもらえよう促します。

第2段階は、体験的気付き(emergent awareness)です。半側空間無視があると頭では理解しても、日常生活場面になると忘れてしまう患者さんはよく経験します。そうした患者さんには、実生活上で生じた障害をフィードバックする必要があります。例えば、移乗の際に左側のブレーキを忘れられた場合に、「今、左のブレーキを忘れちゃったね。これが半側空間無視ですよ」と、見落としが生じたタイミングで説明します。ただし、説明の仕方を誤ると信頼関係を損ねる可能性があるため、患者さんの個性に合わせたフィードバックが重要です。

第3段階は、予測的気付き(anticipatory awareness)です。例えば、車椅子からベッドへ移乗する際に、「左側のブレーキを忘れやすいから頭や目を動かして確認しよう」といった半側空間無視による障害の予測と対処できる自覚を持つことです。予測的気付き



● 図2 Crossonの気付きの階層性(文献2をもとに作成)

に至るには、結果を予測し、その予測をもとに取るべき行動を自ら立案しなければならぬものの、これらのプロセスはハードルが高く、経験上、ほとんどの患者さんはこの段階に到達できません。「頭や目を左側に動かすと見落としが少なくなりますよ」など、具体的な対処法を第三者から提案する必要があります。

このように患者さんの半側空間無視に対する気付きの状態によりですが、段階を踏んで対応すると良いでしょう。

Answer... 病識を高めるには、自己の障害に対して気付きを与えることが必要です。気付きの状態に合わせて段階的に対応すると良いでしょう。

もう一言 近年、半側空間無視の構成要素として、方向性注意や複数の刺激への右方偏位、選択性注意の低下などに加えて、それを支える持続性注意や空間性ワーキングメモリの低下なども関与することが報告³⁾されています。左側に注意を向けるアプローチを実施してもうまくいかない場合、半側空間無視を構成する要素のどこに障害があるかを明らかにして対処することで、適切なアプローチにつながるのではないのでしょうか。

参考文献
1) Trans Am Neurol Assoc. 1970 [PMID: 5514359]
2) Crosson B, et al. Awareness and compensation in post-acute head injury rehabilitation. J Head Trauma Rehabil. 1989; 4 (3): 46-54.
3) Curr Biol. 2019 [PMID: 30939313]

きっと作業療法が好きになる。自分の臨床を言語化しなくなる。

作業で語る事例報告 第2版

作業療法レジメの書きかた・考えかた

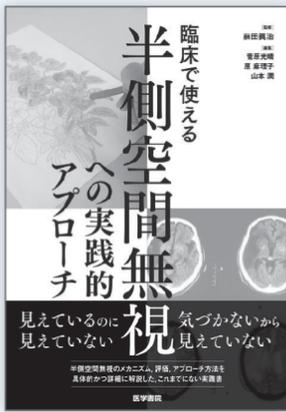
編者による「作業で…」シリーズの第1作であり、好評を博した書(通称: 事例本)の待望の改訂版。作業に焦点を当てた実践(OBP)の魅力や必要性に気づいてもらうための入門書という初版のコンセプトはそのままに、全項目見直し完結型というスタイルも踏襲。改訂版では網羅性をさらに高めながらあくまでもシンプルでわかりやすい記載を旨とする。31の事例報告も全面刷新。作業として作業療法が持つ可能性を実感できる。

編集 齋藤佑樹
編集協力 友利幸之介
上江洲 聖
澤田辰徳
竹林 崇



見えていないのに見えていない。気づかないから見えていない。

【監修】 前田 眞治
【編集】 菅原 光晴
原 麻理子
山本 潤



臨床で使える 半側空間無視への実践的アプローチ

臨床で遭遇する頻度の高い半側空間無視の障害像は多様で対象者の数だけ介入方法がある。いったいそのメカニズムはどうなっているのか? 自己中心性無視と対象中心性無視があるのはなぜか? 机上検査とADL場面で、症状が異なるのはなぜか? 無視症状以外にアプローチすると効果的なのはなぜか? 実践的な評価方法を示し、ベッドサイド、リハ室、ADLなど場面別アプローチを紹介。臨床で「使える」1冊。

目次

- 第1章 半側空間無視の責任病巣とメカニズム
- 第2章 “臨床で本当に使える”半側空間無視の評価
- 第3章 半側空間無視へアプローチする際に留意しておきたいこと
- 第4章 “臨床場面別”半側空間無視の実践的アプローチ
- 第5章 実践事例でみるアプローチの効果

医学書院

詳細はこちら



寄稿

あなたも見逃している!? “隠れ貧血”

岡田 定 医療法人社団 平静の会 西崎クリニック院長

突然ですが、クイズです。46歳女性が「いつも何となく体がだるい」と訴え、人間ドックの検査結果を持参して受診しました¹⁾。あなたはどうか対応しますか。

WBC 6800/ μ L, Hb 13.9 g/dL, MCV 82.7 fL, PLT 38.3万/ μ L, フェリチン 9.1 ng/mL (基準値4.0~64.2 ng/mL)

これは典型的な“隠れ貧血”です。放置してはいけません。本稿では、「隠れ貧血とは何か」「患者はどれほどいるのか」「鉄剤は有効なのか」「見逃されやすい3つの理由」についてお伝えいたします。

隠れ貧血とは何か

隠れ貧血とは潜在性鉄欠乏症、潜在性鉄欠乏性貧血、鉄欠乏性貧血予備軍などとも言われ、ヘモグロビン(Hb)値は正常であるものの、体内の貯蔵鉄の量を反映するフェリチン値が低下している状態を指します。私はこの状態を、「非貧血性低フェリチン血症」と造語で呼んでいます。

貧血は、一般的にHbが成人男性で13 g/dL以下、成人女性で12 g/dL以下の状態を指します。ですがHbが基準値内でも体内に貯蔵している鉄が減ると、鉄欠乏性貧血と同じような症状が出現するのです。そして鉄欠乏になると、「貯蔵鉄の減少(フェリチンの低下)→血清鉄の減少→貧血(Hbの低下)」の順に進行します。したがって、貧血と診断されなくてもフェリチンが低下していれば、適切な対処が必要です。

それでは、体内の貯蔵鉄が減少すると、Hbが正常範囲内であっても全身倦怠感や精神症状を生じるのはなぜでしょうか。それは、体内での鉄の役割が、赤血球の構成だけではないからです。鉄は筋肉に存在するミオグロビンの成分にもなり、鉄欠乏があると筋力低下や疲労感を生じます。またさまざまな酵素の活性化や酵素の構成、コラーゲン合成、エネルギー産生、神経伝達にもかかわり、セロトニンやドーパミンが生合成される際の補酵素としても働きます。

患者はどれほどいるのか

2009年度の厚生労働省の国民健康・栄養調査によると、フェリチンが15 ng/mL未満の鉄欠乏性貧血と隠れ貧血を合わせると、その頻度は日本人女性の約23% (1400万人)にも上ると推定

されます。20~40歳代女性では実に約48%が隠れ貧血です²⁾。日本は世界有数の鉄欠乏大国であり、諸外国と比較した調査によると、他の先進国での鉄欠乏の頻度は20%以下ですが、日本人女性はなんと49.9%となっています³⁾。

日本人女性に鉄欠乏が多い理由は、食生活以外にも国家的な対策不足が考えられます。欧米を中心とした50か国以上では、国民の鉄不足を国家的な問題と考え、小麦粉にあらかじめ鉄が添加されるなど鉄補給対策がなされています。一方、日本ではそのような取り組みは行われていません。

鉄剤は有効なのか

それでは、有症状の隠れ貧血の患者さんに鉄剤は有効でしょうか。答えはYESです。貧血がなくても隠れ貧血(フェリチンが15 ng/mL以下)がみられれば、鉄剤の使用で全身倦怠感が改善すると報告されています⁴⁾。また、鉄剤を使用すると、全身倦怠感や労作時息切れだけでなく、不安やうつも改善するという報告もあります⁵⁾。

冒頭の46歳女性も、鉄剤の服用により倦怠感がなくなりました。数値を見ると、Hbは13.9 g/dLであり貧血はありません。MCVも82.7 fL(基準値:80~100)で正球性です。フェリチンは当院の基準値内ですが、9.1 ng/mLと低めでした。隠れ貧血と診断し、クエン酸第一鉄ナトリウム(フェロミア[®]) 50 mg/日を開始したところ、1か月後にHb 14.1 g/dL、フェリチン 19.7 ng/mL、4か月後にはHb 15.6 g/dL、フェリチン 41.2 ng/mLとなり、全身倦怠感は完全に消失しました。ご本人から「鉄剤を始めてから、頭がすっきりするようになりました。こんなにも違うものとは思いませんでした」と感謝されました。

見逃されやすい3つの理由

◆隠れ貧血の症状が非特異的なため

第1の理由は、症状が比較的軽度で非特異的だからです。隠れ貧血の主な症状は、疲れやすい、労作時の息切れ、気持ちが落ち着かないなどです。これは鉄欠乏性貧血でもみられる症状ですが、女性特有の不定愁訴として片付けられがちです。

また、隠れ貧血の症状はゆっくりと慢性的に進行するため、「年のせいだから仕方ない」「女性特有の症状だからこんなもの」と放置されることが少なくありません。

◆各施設の女性のフェリチンの基準値が正しくないため

第2の理由は、各施設の女性のフェリチンの基準値が正しくないことが挙げられます。多くの施設でのフェリチンの基準値は、女性4~64 ng/mL前後、男性19~261 ng/mL前後であり、女性は男性と比べ低く設定されています。しかし、日本鉄バイオサイエンス学会によるフェリチンの基準値は男女とも25~250 ng/mLであり、12~25 ng/mLは貯蔵鉄の枯渇として扱います³⁾。

女性のフェリチンの基準値が低く設定されている理由は、フェリチンの基準値を決める母集団に鉄欠乏性貧血や隠れ貧血の女性が多く含まれているからだと思われます。あなたの施設で女性のフェリチンの基準値が4~64 ng/mL前後であれば、フェリチンが10 ng/mL(貯蔵鉄の枯渇)の患者さんを診ても、「問題なし」と判断してしまうのではないのでしょうか。

◆医療者の知識が不足しているため

第3の理由には、医療者の知識が不足していることが挙げられます。貧血症状があってもHbが正常であれば、患者さんが「いつも何となくだるい」と訴えても、経過観察にとどめる医師は多いのではないのでしょうか。もし、隠れ貧血が疑われる患者さんに遭遇したら、血算だけでなくフェリチンも測り、フェリチン値は施設の基準値ではなく学会の基準値で評価してほしいのです。

加えて、隠れ貧血の治療において鉄剤を上手に使うのが意外に難しいというのも、見逃されやすい原因の一つだと考えます。隠れ貧血治療の鉄剤としては、フェロミア[®]がよく使われます。ただし、患者さんが鉄剤を服用するのをあきらめてしまう場合が少なくありません。フェロミア[®]の悪心、嘔吐、腹痛などの副作用により飲めない場合があるからです。そのような場合は、小児用シロップの溶性ピロリン酸第二鉄(インクレミン[®]) 10 mL/日やフェ

●おかだ・さだむ氏

1981年大阪医大卒。聖路加国際病院血液内科部長、内科統括部長、人間ドック科部長を歴任。2020年より現職。著書に『誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方』『内科医の私と患者さんの物語——血液診療のサイエンスとアート』(いずれも医学書院)、『どんな薬よりも効果のある治療法』(主婦の友社)。



ロミア顆粒[®]20 mg/日を使うのがおすすめ⁶⁾。経験上、ほとんどの場合で経口投与を継続できます。

隠れ貧血はまだ実態がよくわかってはいませんが、女性にとって重大な健康問題であることが、ようやく注目されるようになりました。

「日本人女性の2割以上(月経のある女性では4割以上)が、鉄欠乏性貧血か隠れ貧血で苦しんでいる」という現状を知っていただきたいと思います。鉄剤を使用することで、もっと元気になる隠れ貧血の女性があなたの身近にもいます。しかし、多くは放置されたままなのです。

本稿がきっかけになって、人知れず隠れ貧血でつらい思いをしている女性を救っていただければ幸いです。

●引用文献・URL

- 岡田定. 内科医の私と患者さんの物語——血液診療のサイエンスとアート. 医学書院; 2021. pp58-61.
- 厚生労働省. 平成21年国民健康・栄養調査報告. 2011. <https://bit.ly/3x7NEMB>
- 日本鉄バイオサイエンス学会治療指針作成委員会(編). 鉄剤の適正使用による貧血治療指針改訂(第3版). 響文社; 2015.
- Blood. 2011. [PMID: 21705493]
- BMC Psychiatry. 2020. [PMID: 32393355]
- 岡田定. 鉄欠乏性貧血の治療指針. 日内会誌. 2010; 99 (6): 1220-5.

●参考文献

- 岡田定. 日本女性の1000万人以上が隠れ貧血!? ヘモグロビン正常値でも疲れやすく息切れがあれば血液検査を. 2016. <https://bit.ly/3QFxt0d>

誰も教えてくれなかった 血算の読み方・考え方

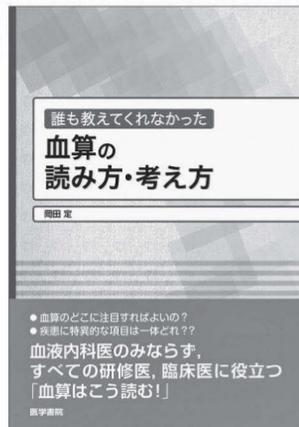
医学書院

岡田 定

血算のどこに注目して読めばよいか、本当にわかっていますか?

- ◆最低限の病歴と血算から、可能性の高い疾患を「一発診断する」力を身につけるための本。
- ◆血算は、すべての臨床検査の中で最も基本的で頻用される検査。臨床現場では簡単な病歴と血算を中心とした情報だけで、診断を推定しなければならない場面は多く、また実際かなりの疾患の推定ができる。
- ◆誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方が学べる本書は、研修医、若手血液内科医はもちろん、臨床医、検査技師にも役立つ。

B5 2011年 頁200 定価:4,400円(本体4,000円+税10%) [ISBN978-4-260-01325-3]



総論	V 白血球減少症
各論	VI 血小板減少症
I 赤血球減少症(貧血)	VII 血小板増加症
II 赤血球増加症	VIII 汎血球減少症(赤血球↓ 白血球↓ 血小板↓)
III 白血球増加症	IX 汎血球増加症(赤血球↑ 白血球↑ 血小板↑)
IV 白血球分画異常	X 治療に伴う血算の変化

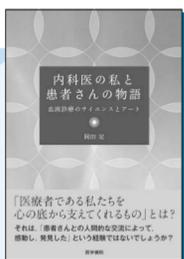


「われわれ医療者を心の底から支えてくれるもの」とは、いったい何だろうか?

内科医の私と患者さんの物語 血液診療のサイエンスとアート

医師は日々多くの生身の患者さんに出会うが、それは「医者」対「患者」としてだけでなく、「一人の人間」対「一人の人間」としても出会うのである。本書は血液内科医である著者の40年以上にわたる臨床経験を、サイエンスとアート両者の視点からまとめたもの。医療者は、患者さんとの物語に学ぶことで、医療者として、一人の人間として生きていく力が与えられる。あなたにもきっと「あなたを支える患者さんとの物語」がある。

岡田 定



睡眠外来の診察室から

「睡眠」はまだ謎だらけ。患者さんから受ける一言に睡眠医学の専門家が答えます。

松井健太郎

国立精神・神経医療研究センター病院 臨床検査部睡眠障害検査室医長

第7話

「寝ぼけて甘い物を食べる。翌朝は食べたことを覚えてない」

タイトルにある通り、甘い物の話をしようと思ったが、なんだか筆が進まない。はた、と気づいた。普段、お菓子をあまり食べないのである。

甘い物は大好き。しかし日常的に食べるのには忌避感がある。せっかくなら特別感を感じたい。例えば先日奥さんとデートした帰りにミルクレープをいただいたが、とても幸せだった。旅先でのご当地ソフトクリームも一興だ。あるいは論文投稿を終えて余韻に浸りながら売店で買ったビスコを片手にコーヒーを飲む、なんてのも良い。

どうして普段はお菓子を食べたくないのか。どうも予防線を張っているようだ。毎日のように食べては感動が薄れるだろう。さらに言えば、連日食べた後の「そこまで美味しくないのでは？」という悟り状態、賢者モードが怖いかもしれない。

そういえば、友人からもらってうまい棒を初めて食べた小学1年生の私は非常に感動し、ある時遠足のおやつをうまい棒で揃え、何本もむさぼり食べたところ、突然むなしくなってしまった。飽きてしまったのである。

魔法が解ける瞬間ほど悲しいことはない。輝く駄菓子界のアイドルが目の前にいるのに、なんだかもう受け付けない。むなしい。これはトラウマである。私は「マックのポテトをお腹いっぱい食べる」という子どもの頃の夢が果たせないままである。

薬理的な表現をするならば、ジャンクフードの美味しさは「耐性ができやすい」のである。やはり幸せの最大値を上げるのであれば、美味しさを忘れたところに摂取するのがいいんじゃないだろうか。アイドルであれば元・モーニング娘。の辻ちゃんのようにずっと成功し続けてほしい。

「寝ぼけて甘い物を食べる。翌朝は食べたことを覚えてない」

というわけで私はお菓子を依存性物質みたいに認識していることがわかってきたのだが、これらを就寝後、寝ぼけて食べてしまう疾患がある。睡眠関連摂食障害という。夜中に寝ぼけながら室内を徘徊し、甘い物等を食べるわけだが、食べたことを翌朝思い出せない。「朝起きると居間のテーブルに菓子パンの袋が散乱していて、すぐく胃もたれしているが、食べたこと自体は全く覚えていない」なんてことになるのが典型例である。自力では摂食行動を抑えられないので、患者は深く悩むことになる。

睡眠関連摂食障害に関するこれまでの知見は、下記の2論文に詳しい(Psychiatry Clin Neurosci. 2015 [PMID: 25495278], Neurotherapeutics. 2021 [PMID: 33527254])。基本的に炭水化物を中心とした高カロリー食を摂取するが、寝ぼけているので、生肉を食べる、即席麺をそのままかじるといった、本来起り得ない行動が見られることもある。患者は必ずしも肥満体型とは限らないが、御し難い摂食行動のため体重が増えてしまう人もいる。耐糖能異常もコントロールできなくなる。虫歯にもなりやすい。

睡眠関連摂食障害は、睡眠時遊行症(いわゆる夢遊病)の類縁疾患である。したがって、①ノンレム睡眠からの覚醒への移行障害(適切に目覚められない)に、②睡眠中の頻繁な覚醒刺激が重なることで生じると考えられている。①に対しては、慢性的な睡眠不足、アルコール摂取や睡眠薬使用が影響するので、生活指導が必須である。②に対しては睡眠時無呼吸症候群やレストレスレッグス症候群といった睡眠障害から二次的に生じる可能性を念頭に置き、適切な鑑別が重要となる。また③心理的ストレスも睡眠関連摂食障害のトリガーとなる。

小児期に生じやすい睡眠時遊行症と異なり、睡眠関連摂食障害の多くは成人以降に発症し、かつ十数年の慢性の経過をたどるとされている。薬物療法として抗てんかん薬であるトピラマートや抗うつ薬等を使用する(いずれも適用外使用)が、治療の打率を上げるにはやはり摂食行動の誘引の十分な洗い出しが大事だと思う。私は前述の理由から自宅に甘い物をあまり置いていないので、心理的に十分寄り添えないかもしれないが、ご紹介いただけたら気合いを入れて診察させていただく所存である。

ちなみに、私が普段ジャンクフードを食べない理由がもう一つあって、体調を崩してしまうのである。国家試験に向けた勉強中、眠くならないからと、昼食は全てオレオにしていたら数日で風邪を引いた。宅配ピザは大好きだが、食べると必ず翌日お腹を下す。

健太郎ちゃんの「健」は健康の「健」……。これは母から授けられた呪いなのであった。

視点

「予防」の視点が拓く、企業における作業療法の可能性



元廣 惇 株式会社 Canvas 代表取締役

一般企業での膝痛・腰痛などによる生産性低下や休業は、本邦の産業衛生上の大きな課題の一つである。その経済損失は、腰痛のみでも年間おおよそ3兆円に及ぶとの試算が報告されている¹⁾。仕事起因の「痛み」は労働者の主観的なものであるため、我慢することややり過ごす心理や、企業・業界文化により潜在化しやすい健康課題であると言える。

◆専門的視点から「職業病」の改善を促す取り組み

鳥根県のヘルスケアベンチャーである株式会社 Canvas は、産・官・学・金(金融)機関との「地域共創」による連携体制を構築し、仕事起因の痛みの問題を「職業病」として解釈し、作業療法の専門的視点からコミュニティマネジメントを行い、企業全体に中核原因の理解を促すことでこの課題に挑んでいる(https://www.canvas.co.jp/)。具体的な内容として、①作業療法士の専門である「人-作業-環境」の観点から、作中に生じる職業病の分析を行う(写真)。②職員に対する講義・ワークショップなどを通じて職業病への従業員の認識を変え、互いに支え合える文化を企業内に創造する。そして、③会社とともに中長期的な衛生管理のビジョンを構築していく、という新たな健康経営の選択肢を提供する健康経営支援サービス「しあえる」を開発し実用化している。契約数は、2021年3月のサービス開始から22年8月時点で約20企業まで増加し、現在も製造業・建設業・林業・保育業・デスクワーク主体の業種などさまざまな業態でサービス導入を行っている。

サービス導入の効果として、鳥根県内の企業では導入前後3か月の比較から、林業で230万円、建設業で140.9万円、オフィスワーカーで109万円の労働生産損失額(1日の労働生産額を1万円と仮定した場合)の減少を認めている。現在、医師(産業医)・作業療法士・理学療法士などの医療職や、鳥根大、日医大、スウェーデン・ルンド大など、国内外の研究者をはじめ、全国200人以上の多職種メンバーによる領域横断的な職業病対策チームをオンラインサロンを活用して構築し、サービス開発を進めている。このように作業療法士が専門性を生かし、企業とともに痛みの一次予防を行う例は他にはない。

今後は各市場での効果と研究によるエビデンスを基に、まず鳥根県の多様な業態の中小企業に当サービスを本格導入し、労働生産損失の減少や休業・退職の予防を図りつつ、研究データを蓄積する。さらにDXなどを通じた事業開発を進め、鳥根県での事業モデルをより多くの県外地域で提供できる体制を数年で構築する見通しである。

◆作業療法士の企業での予防医療参画への期待

作業療法士は、医療従事者の中でも特に対象者の「暮らし」「仕事」「人生の物語」「価値観」「文化背景」などの「人間らしさに根ざした領域」における強みを持っていると私は考えている。この強みは医療・保健・介護領域ではもちろんのこと、弊社のように一般社会とより接続した形で発揮されることで、今までにない社会問題を発見、解決し得る可能性があると感じる。これから、作業療法士が予防医療の領域でさまざまな研究開発・社会実装を進めていくことに期待している。

●参考文献

1) J Occup Environ Med. 2020 [PMID: 32826548]

●もとひろ・あつし氏/博士(医学)、認定作業療法士。医療機関での臨床業務、作業療法士養成課程の学科長を経て、2021年3月に株式会社 Canvas を共同創業。現在は同社代表取締役を務めながら、鳥根大研究・学術情報本部地域包括ケア教育研究センター客員研究員として経営および研究開発、全事業の運営統括を行っている。



●写真 金属加工業での従業員と作業療法士のかかわり

健康支援サービス「しあえる」では作業療法士が企業の現場に赴き、痛みの原因となる動作や環境を観察し分析する。ワークショップ後には介入効果の検証まで行い、企業ごとに適した職業病の改善策を提案している。

医学書院IDの登録はお済みですか?

最新の医学界新聞がメルマガで届きます

医学書院ID 登録

もう怖くない循環器内科 大事なところ、教えます

循環器のトピラ

循環器には興味があるでもちょっと苦手 そんな皆さんようこそ

▶研修医や内科専攻医のほか、循環器に興味があるすべての方に贈る、循環器診療のコモンな知識が習得できる指南書。疾患や病態への対応の大枠をつかむことを主眼とし、循環器分野の主要な領域を網羅しつつ、どの科に進んでも出会う(そして困ることの多い)トピックにもふれ、循環器内科以外に進む際にも手助けとなる。3段階のまとめや解説で重要な知識を整理。学習ステージが変わっても何度も目を通して活用できる。



監修・執筆: 杉崎陽一郎 Cardiovascular Research Foundation/ Columbia University Irving Medical Center
執筆: 小島俊輔・佐藤宏行・高麗謙吾

定価5,940円(本体5,400円+税10%)
A5 頁360 図73・写真26 2022年
ISBN978-4-8157-3059-8

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 https://www.medi.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medi.co.jp

この一冊で全部位の画像がわかる! 待望の全面改訂版

ジェネラリストを目指す人のための画像診断パワフルガイド 第2版

▶全身の画像診断を1冊で解説する本邦唯一のパワフルガイド、8年ぶりの全面改訂。ジェネラリストとして知っておくべき疾患の病態生理や病理の知識を踏まえて、それに対する画像診断を解説する基本コンセプトを継承。各章で鑑別診断(診断アプローチ)の考え方をまとめた頁も新設。タイトル項目の疾患には3段階の難易度レベルを示し、読者がレベルに合わせて学習できるように配慮。タイトル疾患数は381→406に増量、PoweUp欄で関連疾患をできる限り補強し、大幅にボリュームアップ!



著: 山下康行 くまもと県北病院理事長(前熊本大学放射線診断学教授)

定価12,100円(本体11,000円+税10%)
B5 頁880 写真2615・図273 2022年
ISBN978-4-8157-3054-3

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

Medical Library 書評新刊案内

外科医のための局所解剖学序説 第2版

佐々木 克典 ● 著

A4・頁368
定価:14,300円(本体13,000円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04626-8

著者の佐々木克典先生に教わっていた学生の頃、膝を叩きながら本書の初版を読んだ。解剖の質感が伝わる語り口に加えて、初版にも第2版にもその序文に、人体を深く理解するにはカギになる構造があり、それはちょうど幾何学の補助線を引くことで難しい問題がたちまち解決する感覚に似ている、と書いてある通りであったからだ。その考えを「第I章 頸部」から早速実感できる。特に筋・神経・血管と入り組んだ構造を鰓原性嚢腫という奇形を補助線として、鮮やかに解き明かされているところは必読である。

「第II章 胸部」は本書で最もページ数を割いて、解剖の基本を丁寧に説明している。初めて先生の解剖学入門の講義を受けたことを思い出した。どの章も体表解剖から始まるが、この章の体表解剖は他の章より長く、しかしランドマークは胸骨だけで重要な脈管の走行と心臓の構造とを関連付けている。それはちょうど優れた臨床医が患者の些細な仕草を一見して病気を診断しているようで、熟知しているとはこのことを言うのだろう。心臓・肺の解剖は読むのに体力が要るが、どの節よりも多彩なFigureを見ながら一つひとつ理解して読み終われば、それらの構造を手取るように理解できる。学問に王道はないのだと言われているようだが、その王道は決して無味乾燥な

解剖と人生の補助線



道ではなく、他の解剖学書にはないような視点からの景色が見えて面白い。「第III章 腹部」では、第II章の9節から続くように、主に横断解剖が行われている。各横断面でのランドマークから始まり、細部の構造まで一つひとつ発生学・生理学の知識も応用し体系的に積み重ねて、1つの横断面を完成させていく。その読後感は数学の証明を読んで最後に理解できたときの爽快感に似ているところがある。

「第IV章 骨盤部」は常に膜層構造の解釈で進んでいく。この膜層構造からの理解というのは本書の一つの特徴であるが、この章ではそれが基調となって進んでいく。複雑な構造物が次々に姿を現し、まさに快刀乱麻を断つ勢いであろう。そういえば先生の講義はいつもリズムがよく、眠たくなかった。「第V章 鼠径部、下肢」も同様に膜層構造で解き明かされている。私が最も好きなパートは、「タイムクリップ」という外科医列伝である。この列伝は有名な術式の背後にある、その術式を編み出した外科医の人間味あるドラマに満ちており、外科医だけでなく、多くの医師・研究者人生の補助線になるだろう。それが書けるのも、著者が教育者・指導者として長年、学生を思い、その成長を見守ってきたことに他ならないからだと思う。

この書評を依頼されたとき、血液内

評者 森 博隆
福島県立医大・血液内科学

臨床整形超音波学

笹原 潤, 宮武 和馬 ● 編

B5・頁392
定価:7,920円(本体7,200円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04691-6

評者 山田 宏
和歌山医大教授・整形外科

いつの時代も、世の中を変えるのは若者である。

運動器超音波を用いて新しい時代の幕を開こうとする若手医師たちの気概が、まさに衝撃波のように伝わってくるのが本書である。

通読した古参の医師の中には、「これは下手をすると、自分は時代遅れになってしまうかもわからない」という得体の知れない恐怖心に駆られてしまう方が多くおられるかもしれない。なぜなら、これから彼らが世に広めようとする新しい運動器診療には、既存の治療体系には存在しない革新的な診断・評価・治療に関するさまざまな技法が、珠玉のごとくちりばめられているからである。

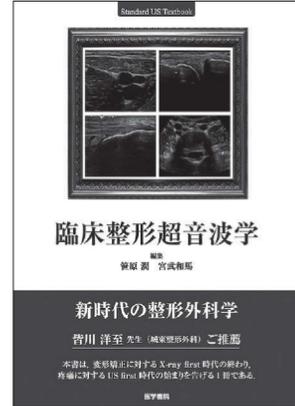
ここでは、その一つであるハイドロリリースを紹介したい。この手法は、痛みの原因となっている筋膜や神経周囲の結合組織へ超音波ガイド下に薬液を注入し除痛を図るとともに、癒着を剝がし滑走を良くすることで可動域制限の改善効果も同時に期待するものである。実際に治療を受けた患者さんの中には、即時的に劇的な治療効果を示す例も少なくない。今までどこに行っ

ても満足する治療を受けることができなかった患者さんたちが示す望外の喜びと、施術を行ってくれた医師に対する感謝の気持ちを体感できることは、まさに医師冥利に尽きると言っても過言ではないであろう。

このような貴重な体験を共有し、医療維新となる運動器診療の変革を推し進めなければ患者さんたちにとって明るい未来は来ないと信じて、運動器超音波の普及・啓発活動の輪を中心となって広げてきたのが、SMAP (Sonography for MSK Activating Project) の若手医師たちである。本書には、彼らが日常診療で悩み、迷い、自問自答するとともに信頼する仲間たちと議論を重ねてきた内容が確かに詰まっている。ゆえに、これから運動器超音波を用いた最新医療という未知の世界に一步踏み出そうとする全くの初心者にも、必ずや心強い味方となって道標の役割を果たしてくれるであろう。

彼らが、序文で「本書は、運動器超音波のバイブルとなる」と自負しているが、その正当性を運動器診療の未来が必ずや証明することになるであろうことを私は確信している。

運動器超音波のバイブルとなる書



科の私は大変恐縮した。しかし、最新の術式を熟知した外科医の同胞と私のような異分野の視点から、新たな補助線を見つけ、第3版を先生と改訂する夢がある。この書評がその始まりであ

ると思い、先生の研究室に出入りしていた門下生として(といっても私は勉強する机とお菓子をいただいていたが)、僭越ながら書かせていただいた。

Web限定 医学界新聞プラス
今すぐ check!
医学書院の話題書、発売前の新刊内容を無料で公開!

もっと「カンデル神経科学」を楽しむ! 連載コラムとお得な情報
カンデル公式 note
約30%の改訂
カンデル神経科学 PRINCIPLES OF NEURAL SCIENCE Sixth Edition 第2版
新刊 脳科学を網羅する教科書、8年ぶりの改訂。
宮下保司 監修
A4変 1,704頁 フルカラー
ISBN978-4-8157-3055-0
定価 15,950円 (本体 14,500円+税10%)
石川尊教 牧野曜

2023年 年間購読申込受付中!
患者全体を見すえた内科診療のスタンダードを創る
ホスピタリスト Hospitalist Vol.10-No.1 2022 最新号
特集: 身体診察 動画・音声視聴可
責任編集:北野夕佳・藤谷茂樹
1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)
年間購読料19,360円(本体17,600円+税10%)
INTENSIVIST Vol.14-No.3 2022 最新号
特集: 臨床研究
責任編集:川口 敦・安田英人
1部定価5,060円(本体4,600円+税10%)
年間購読料19,360円(本体17,600円+税10%)

