

2022年6月20日

第3474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]リハビリテーション医学の再考(久保俊一・芳賀信彦)/[視点] IgG4関連疾患分類国際基準の策定と診断の進め方(神澤輝実)……………1-3面
- [インタビュー]患者の全体像を把握し、最適なリハビリテーションを届ける(高橋哲也)……………4面
- [寄稿]インターネットを用いた医学研究における倫理的課題とそのガバナンス(古結敦士)……………5面

# 活動の賦活化を図る先に社会変革を見据えて 対談 リハビリテーション医学の再考



久保 俊一氏

京都府立医科大学特任教授/  
日本リハビリテーション医学会理事長



芳賀 信彦氏

国立障害者リハビリテーションセンター  
自立支援局長

久保 国内で不足するリハビリテーション科専門医の育成に向け、日本リハビリテーション医学会では研修やeラーニングの整備、日本リハビリテーション医学教育推進機構(https://jrmecc.or.jp/)をはじめとする各種団体と連携した一連のテキスト編纂を行ってきました。専門医制度委員会の担当理事として長らく尽力された芳賀先生から、専門医の育成状況について概説をお願いします。

芳賀 リハビリテーション科専門医の需給が試算された2007年当時は1384人でしたが、現在は約2700人に増加しました。ただし、試算時に発表された必要数の約3078~4095人には届いていません<sup>1)</sup>。それから、回復期リハビリテーション病床が6万床必要との当時の想定に対して現在は8万6000床を超えており、さらに500~600人の

専門医が必要と目されます。結果、特に回復期リハビリテーション病棟において、非専門医がリハビリテーション診療を担う施設が依然として多く存在するのです。

久保 その中には、リハビリテーション医学・医療を体系的に学んでいない医師が多いことも大きな問題点ですね。

芳賀 ええ。それから、リハビリテーション科専門医の育成体制に地域差がある点も課題です。これからは専門医育成プログラムの見直しにより、全国で満遍なく専門医を育てて適切な配置を行うことで、偏在を解消していく必要があります。

久保 医学部でのリハビリテーション医学・医療の教育が著しく不足している点も改善を要します。全国の医学部の中でリハビリテーション医学講座が設置されているのは半数程度で、医学

脳血管障害、運動器疾患、脊髄損傷、神経・筋疾患、リウマチ性疾患、循環器・呼吸器・内分泌代謝疾患(内部障害)、がん、摂食嚥下障害、聴覚・前庭・顔面神経・嗅覚・音声障害など、近年リハビリテーション医学・医療は対象疾患の拡大を続けてきた。また、小児から高齢者までと患者の年齢層が広く、急性期・周術期・回復期・生活期までのフェーズをカバーするのも特徴だ。これらに関する広範な知識が求められるリハビリテーション科医は、どのような力を身につけていくべきか。日本リハビリテーション医学会の理事長としてリハビリテーション医学教育に尽力する久保俊一氏と、同学会の専門医制度委員会担当理事として長らく専門医制度の整備にかかわってきた芳賀信彦氏が議論した。

生の約半数は十分なリハビリテーション医学・医療の教育を受けずに卒業することになります。卒後教育においても不十分な体制です。国内のリハビリテーション医学・医療の需要を満たすには、専門医教育と学部・卒後教育の双方のさらなる充実が鍵になります。

本対談ではその一環として、リハビリテーション医学・医療がどのような領域か、またリハビリテーション科にはどのようなことが求められるのかを改めて考察したいと思います。

えた上で、人の営みの原点である「活動」の賦活化を図るという定義です。患者の心身機能を回復させ、「日常」「家庭」「社会」における活動の賦活化を図り、ADL・QOLを高めていくことが目標になります。活動に対する社会支援も重要です。

ただし、当学会の定義は、エビデンスが蓄積された医学・医療の分野に絞ったものです。世界を見ると、日本のようなリハビリテーション医学・医療はまだ十分に普及していない地域も多く、「リハビリテーション」に対する考え方も一様ではありません。2018年に私が参加したWHOのConsensus Meetingの「Rehabilitation 2030」では、「リハビリテーション」は「環境と相互作用する健康状態にある個人に対し、機能の最適化や障害の軽減を達成するための一連の介入」と定義されていました(註1)。医療資源が十分でない地域も考慮して、「治療」ではなく「介入」という用語を使用しているとのことでした。

## 「リハビリテーション」と「リハビリテーション医学」

久保 「リハビリテーション」という用語が医学の分野で使われ始めたのは、約100年前です。その後、米国で1947年に「physical medicine and rehabilitation」の名称で専門領域として確立されました。これが1950年代に日本に導入され、「リハビリテーション医学」と総括されています。そして、1963年には日本リハビリテーション医学会が設立されました。

それから長年にわたり日本リハビリテーション医学会はさまざまな課題に対処してきましたが、新専門医制度のスタートに合わせて、2017年に「リハビリテーション医学」を「活動を育む医学」と再定義しました。従来の機能回復や障害克服という考え方を踏ま

芳賀 WHOは、それ以前の定義でもmedicineの語を1度も用いていませんね。ただ1968年の定義(註2)では、「医学的・社会的・教育的・職業的手段」とあり、医学を内包する広い概念として「リハビリテーション」をとらえているのは間違いないでしょう。

(2面につづく)

●くぼ・としかず氏  
1978年京府医大卒。83年米ハーバード大留学、93年仏サンテチエヌ大留学などを経て、2002年より京府医大整形外科学教室教授に就任。14年より同大リハビリテーション医学教室教授や副学長などを兼任して19年に退職し、その後京府医大特任教授、京都地域医療学際研究所所長、京都中央看護保健大学学校長。日本リハビリテーション医学会理事長、日本リハビリテーション医学教育推進機構理事長として、『リハビリテーション医学・医療コアテキスト 第2版』(医学書院)をはじめ、多くの書籍の執筆・編集に携わる。

●はが・のぶひこ氏  
1987年東大卒。93年同大病院整形外科助手、94年静岡県立こども病院整形外科科長、2006年東大病院リハビリテーション科・部教授を経て、21年より現職。日本リハビリテーション医学会理事。同学会専門医制度委員会担当理事として長らく専門医制度の整備にかかわる。22年6月に「知と実践のプロフェッショナル」をテーマに開催予定の第59回日本リハビリテーション医学会学術集会の会長を務める。

<p>この1冊で、「活動を育む」リハビリテーション医学・医療とは何か、がわかる</p> <p><b>リハビリテーション医学・医療コアテキスト 第2版</b></p> <p>監修 一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構 / 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会</p> <p>総編集 久保俊一 編集 角田 亘 / 佐浦 隆一 / 三上 靖夫</p> <p>B5 2022年 頁440 定価: 4,400円 (本体4,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04959-7]</p>	<p>栄養管理も大事。リハビリテーション診療で高い効果を上げるための重要な一手</p> <p><b>リハビリテーション医学・医療における栄養管理テキスト</b></p> <p>監修 一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構 / 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会</p> <p>総編集 久保俊一 / 吉村 芳弘 編集 角田 亘 / 百崎 良</p> <p>B5 2022年 頁248 定価: 3,520円 (本体3,200円+税10%) [ISBN978-4-260-04739-5]</p>	<p>内部障害者の「活動を育む」ためのスタンダードテキスト</p> <p><b>内部障害者のリハビリテーション医学・医療テキスト</b></p> <p>監修 一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構 / 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会</p> <p>総編集 久保俊一 / 海老原 覚 編集 上月 正博 / 牧田 茂 / 伊藤 修 / 角田 亘</p> <p>B5 2022年 頁288 定価: 4,620円 (本体4,200円+税10%) [ISBN978-4-260-04591-9]</p>	<p>運動器疾患・外傷に対するリハビリテーション医学・医療を学ぶために最適なテキスト</p> <p><b>運動器疾患・外傷の リハビリテーション医学・医療テキスト</b></p> <p>監修 一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構 / 公益社団法人 日本リハビリテーション医学会</p> <p>総編集 久保俊一 / 津田 英一 編集 佐浦隆一 / 三上靖夫</p> <p>B5 2022年 頁数448 定価: 5,500円 (本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04941-2]</p>
---	--	---	--

医学書院

(1面よりつづく)

また、同年の定義では、「可能な限り高いレベルの機能的能力」の獲得をめざしています。一方、近年のWHOの定義では最高をめざすのではなく、社会や環境に対して機能や障害のレベルを適応させるのが「リハビリテーション」だと、とらえ方が変わってきている点も興味深いです。

久保 高齢化が世界中で進んだ点が背景にあるのでしょうか。医療体制が十分でない地域でも、老化やいわゆる生活習慣病に対処するために「リハビリテーション」をどのように活用するか、そのためにはどのような考え方が適切なのかを考慮する必要がありますから。その点において、日本は医学・医療で「リハビリテーション」を整理できる数少ない恵まれた国です。

芳賀 加えて、障害を患者個人の問題としてとらえる従来の医学モデルに対し、特に当事者から批判が出たことも定義が変容してきた要因でしょう。障害は社会との相対的な関係で成り立ち、社会が適合することで自然と減っていくものだとする、障害の社会モデルとの考え方が世界的に広がりました。久保 社会学の視点を踏まえ、社会構造を変革することも、「リハビリテーション医学」を含む「リハビリテーション」の重要なテーマですね。

領域を広く横断し患者の社会活動(社会参加)を支援する

久保 リハビリテーション医学・医療の臨床的な中核は、実際に患者さんをどう診るか、つまり「リハビリテーション診療」の内容です(図1)<sup>2)</sup>。リハビリテーション診療には診断・治療・支援の3つのポイントがあります。すなわち、患者さんの活動の現状を把握し、活動の問題点を明らかにした上で

活動の予後予測をする「リハビリテーション診断」、活動を最良にする「リハビリテーション治療」、治療と並行して環境調整や社会資源の活用などを行う「リハビリテーション支援」です。

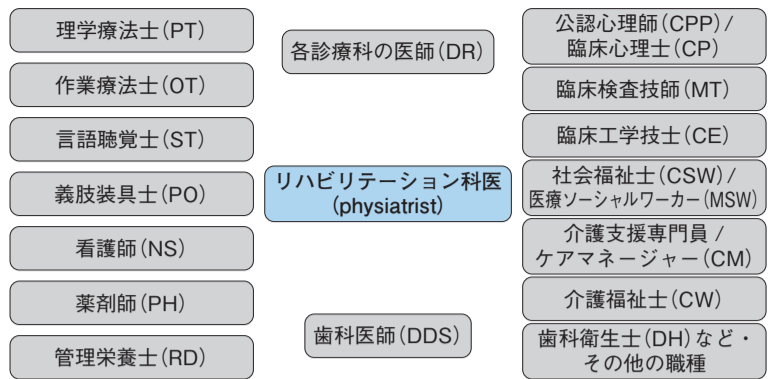
患者の社会での活動を診療でどう支えるかを考える「リハビリテーション支援」には、家屋評価・住宅改修や福祉用具の活用、支援施設の基本的な知識と活用方法の指導、各種の社会制度を活用した経済的支援、就学・就労支援があります。まさに患者の社会での活動を賦活化することであり、特に重要と考えます。

芳賀 同感です。疾患を治すだけでなく、患者の社会での活動に着目して診療するのがリハビリテーション医学・医療の特徴です。ぜひそれらの知識や背景を理解した上で、目の前にいる患者さんにどう接するのかを考えてほしいと思います。

久保 リハビリテーション医学・医療のもう一つの特徴が多様性です。近年は対象が広がり、ほぼ全ての診療科にかかわる領域となりました。また、小児から高齢者まで幅広い患者がリハビリテーション診療の対象になり、急性期、回復期、生活期の各フェーズもカバーします。広範な知識と、状況に応じた対応が求められます。

芳賀 急性期・回復期と比べて、生活期のリハビリテーション診療は少し複雑です。生活期の患者さんや障害者は自宅だけでなく介護施設に入っている場合もあり、生活の形もそれぞれ異なりますから。身体障害者更生相談所で相談や指導の支援を受けている場合もあります。主に急性期・回復期にかかわるリハビリテーション科医であっても、できれば見学などを通して医療機関での支援との違いを経験しておくことが望ましいと思います。

久保 患者の活動を賦活化する観点で、医療だけでなく介護・福祉領域までに



●図2 リハビリテーション医療チーム(文献2より) リハビリテーション医療チームは、医学から介護領域まで多数の専門の職種により構成される。リハビリテーション科医は、チームのマネジメントとコーディネートの双方を担う。

横串を刺せるのがリハビリテーション医学・医療です。リハビリテーション科医には、医療・介護・福祉のインフラストラクチャーとしての責任があります。既に存在する社会資源を使用するだけでなく新規に構築していく、より積極的な関与が期待されますね。

医療チームのリーダーと調整役の双方を担う

久保 リハビリテーション診療に当たっては多くの評価・検査法や治療に関する知識や技能を要し、社会的支援の活用にも通じる必要があります。リハビリテーション科医にはまさに八面六臂の活躍が求められます。まずどのような力を身につければよいでしょうか。

芳賀 検査や評価を全て自身で行っている体と時間が持たないため、実際はリハビリテーション医療チーム(図2)<sup>2)</sup>を構成する専門の職種と連携します。ただし、リハビリテーション処方を行うのはわれわれ医師です。その検査がどういう意味を持つかを整理して、その後必要な対応を適切に判断できる応用力がリハビリテーション科医には必要です。

久保 言わば総合的なアクセス能力ですね。基本的な知識を全部頭に入れるのではなく、場面に依りて必要な知識へのアクセスの仕方をしておく。関連領域も増える中で、より重要性を増していく能力でしょう。

芳賀 それから、専門の職種と連携し実際に機能向上を図る過程では、その患者さんや障害者の復帰後の地域・社会での生活を想定あるいは理解することも必要です。

久保 専門の職種との連携には、どのような能力が求められるのでしょうか。私は、チームをまとめるコーディネーション能力を重要視しています。

芳賀 そうですね。加えるとすれば、チームをマネジメントしリスク管理する能力でしょう。医師と専門の職種とは対等な立場であるものの、患者さんに有害事象が起こった場合に責任を持つべきはリハビリテーション処方を行う医師です。診療の中で何か誤りがあれば正さなければならないので、普段から専門の職種の話に耳を傾け、意見交換が可能な関係の構築をしておくべ

きです。久保 現場では、そもそも他職種の活動内容を把握しきれていないこともあるでしょう。特に医療分野と介護分野の職種では、教育のベースが異なるのもその要因です。医師を含む専門の職種間の相互理解には、どのような努力が求められるのでしょうか。

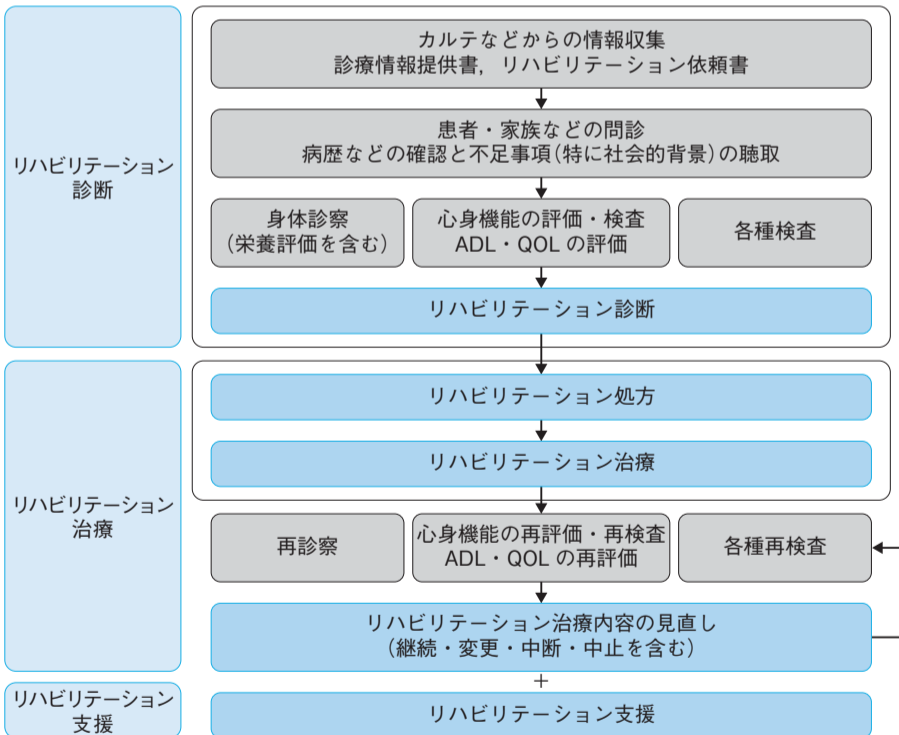
芳賀 まず自分の職種についての他職種へ向けた情報発信から始め、積極的に他分野を知る機会を作ることです。

社会福祉士や医療ソーシャルワーカーは介助を通して障害者のことをよく知っています。一方で例えば種々の障害が起こる機序や、その障害が今後進行するか否かの医学的な知識を学ぶ機会に乏しい。そこで、医師による講習を開くと、熱心に参加してくれます。一堂に会する機会の確保が難しければ、オンラインツールなどの利用も有効でしょう。こうした他領域の知識を吸収する姿勢は、われわれ医師も持つべきです。

久保 情報共有を活発化し、互いに総合的な視野を持つことが求められるわけですね。

私は医師や専門の職種の連携に当たって、リハビリテーション医学・医療への共通認識を各職種の初期教育の段階から養っていくことが必要だと考えています。そのためにはすべての職種が利用可能な教材が必要です。学会が監修にかかわった下記のテキストは専門医教育をうたっていますが、医師や専門の職種の学部教育から使えるわかりやすさを心掛けて作成しました。専門の職種との情報共有を含め、広くリハビリテーション医学・医療の教育にご利用いただければと思います。

●日本リハビリテーション医学会監修のテキスト
総合的なテキスト
●『リハビリテーション医学・医療コアテキスト 第2版』(医学書院)
●『総合力がつくりリハビリテーション医学・医療テキスト』(日本リハビリテーション医学教育推進機構)
フェーズ別のテキスト
●『急性期のリハビリテーション医学・医療テキスト』(金芳堂)
●『回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト』(医学書院)
●『生活期のリハビリテーション医学・医療テキスト』(医学書院)



●図1 リハビリテーション診療の流れ(文献2より) リハビリテーション診療は、リハビリテーション診断を経てリハビリテーション治療へと進む。また、患者の社会活動を支援するリハビリテーション支援の観点が重要となる。

Advertisement for medical books from Igaku Shoin, including 'Rehabilitation Medicine and Medical Textbook' and 'Rehabilitation Medicine and Medical Textbook' series.

疾患別のテキスト

- 『脳血管障害のリハビリテーション 医学・医療テキスト』(医学書院)
- 『運動器疾患・外傷のリハビリテーション 医学・医療テキスト』(医学書院)
- 『内部障害のリハビリテーション 医学・医療テキスト』(医学書院)
- 『耳鼻咽喉科頭頸部外科領域のリハビリテーション 医学・医療テキスト』(日本リハビリテーション医学教育推進機構)

テーマ別のテキスト

- 『リハビリテーション医学・医療における栄養管理テキスト』(医学書院)
- 『社会活動支援のためのリハビリテーション 医学・医療テキスト』(医学書院)

リハビリテーション医学・医療の実践で社会貢献をめざす

久保 最後に、リハビリテーション医学・医療を通して、われわれがどう社会貢献できるかを考えたいと思います。具体的には、パラスポーツ競技者への医学的支援や大規模災害時に日本災害リハビリテーション支援協会(JRAT)が行うリハビリテーション支援が挙げられます。それから、社会モデルである寛容社会(inclusive society)の実現にも関与できるかもしれません。芳賀先生はどう考えますか。

芳賀 多くのリハビリテーション科医や専門の職種が興味を持つ点でしょう。まず、パラスポーツの支援やJRATの活動は、障害者を含め何らかの形で傷ついたり弱ったりした人の心身を理解した上で支援を行います。臨床の延長にあるとも言え、両者に取り組むことで研究的な側面も含めて日常

診療へのフィードバックがあるはずで

す。比べて inclusive society は、リハビリテーション医学・医療の領域さえ包み込むような広い概念です。貢献できるとすれば、inclusion されるべきうち、障害を持つ人や傷ついた人への一部分かもしれない。


久保 人生は「いつか来た道・いつか行く道」です。超超高齢社会では、何らかの障害を持ち、リハビリテーション医学を受ける可能性が高くなります。いつか行く道のことを考えれば、他者に寛容な心を養えるのではないのでしょうか。リハビリテーション医学・医療は日々の実践を通して、inclusive society に貢献できる分野だと私は考えています。(了)

註1: WHOによる近年のリハビリテーションの定義<sup>3)</sup>: a set of interventions designed to optimize functioning and reduce disability in individuals with health conditions in interaction with their environment.

註2: 1968年当時にWHOから発表されたリハビリテーションの定義<sup>4)</sup>: As applied to disability, this is the combined and co-ordinated use of medical, social, educational, and vocational measures for training or re-training the individual to the highest possible level of functional ability.

●参考文献・URL

- 1) 佐伯寛, 他. 「リハビリテーション科専門医需給」に関する報告. Jpn J Rehabil Med. 2008; 45 (8): 528-34.
- 2) 日本リハビリテーション医学教育推進機構, 他監修. リハビリテーション医学・医療コアテキスト 第2版. 医学書院; 2022.
- 3) WHO. Rehabilitation. 2021. <https://bit.ly/3Ns9XCB>
- 4) World Health Organ Tech Rep Ser. 1969 [PMID: 4979184]



## IgG4 関連疾患分類国際基準の策定と診断の進め方

神澤 輝実 がん・感染症センター都立駒込病院 院長

IgG4 関連疾患は、自己免疫性膵炎患者における臨床病理学的研究から、IgG4 が関与する全身性疾患として筆者らにより 2003 年に提唱された<sup>1)</sup>。その後、ミクリツ病などの膵胆管以外の臓器病変も本疾患であることがわかり、国内外で広く注目されている。リンパ球と IgG4 陽性形質細胞の著しい浸潤と線維化により、同時性あるいは異時性に全身諸臓器の腫大や結節・肥厚性病変などを認め、それらによる閉塞・圧迫により種々の臨床症状が生じる。診断は、臓器の腫大や肥厚などの画像所見、高 IgG4 血症、病理組織学的所見、ステロイドへの反応性などの組み合わせで行われる。また、各臓器の悪性腫瘍(癌や悪性リンパ腫など)や類似疾患との鑑別が重要である。

なお、従来は罹患臓器の特性を考慮して臓器別の診断基準が作成されていたものの、病理検査をするのが困難な臓器では IgG4 関連疾患との鑑別が難しい症例が存在したことから、各国において IgG4 関連疾患と診断される例に差異が生じるようになってきた。そこで、2019 年に米 Harvard 大学の Stone 教授が中心となって国際的に統一された IgG4 関連疾患の分類基準が作成され、米国リウマチ学会と欧州リウマチ学会の両学会から承認された。

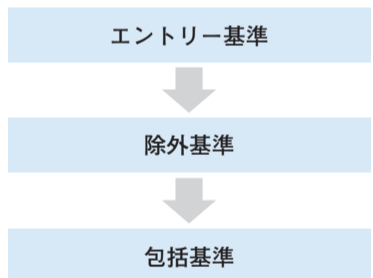
◆3ステップを経る国際基準の診断プロセス  
本基準では、診断に至る最初のステップとしてエントリー基準を設けている(図)。エントリー基準では、出現

頻度の高い10個の臓器病変(膵臓、唾液腺、胆管、眼窩、腎臓、肺、動脈、後腹膜、肥厚性硬膜炎、甲状腺)の臨床像と画像所見、また原因不明のリンパ球と形質細胞浸潤を伴う炎症の病理組織学的所見が取り上げられている。このような所見を満たす場合には IgG4 関連疾患を疑い、次の除外基準に進む。

除外基準では臨床像、血清学的所見、画像所見、病理所見、既知の疾患(多中心性 Castleman 病、潰瘍性大腸炎、クローン病、橋本病)の5項目が取り上げられており、これらの所見が確認されれば本疾患を否定する。除外基準を認めない場合、最後のステップである包括基準に進む。

包括基準では、本疾患を示唆する8項目(病理組織学的所見、IgG4 ないし IgG 免疫染色所見、血清 IgG4 値、両側涙腺・耳下腺・顎下腺・舌下腺所見、胸部所見、膵胆道所見、腎臓所見、後腹膜所見)が取り上げられ、スコア化されている。例えば、血清 IgG4 値が正常上限から正常の2倍までなら4点、2~5倍までなら6点、5倍を超える値なら11点のスコアになる。8項目のスコアの合計が20点以上の場合に IgG4 関連疾患と診断する。

本基準は感度・特異度ともに優れており、世界中の症例に対して共通した基準での診断が可能なることから、今後の症例の解析等において有用である。本基準の詳細については Wallace らによる報告<sup>2)</sup>を参照されたい。



●図 国際基準の診断プロセス  
包括基準で20点以上の場合に IgG4 関連疾患と診断される。

- 参考文献
- 1) J Gastroenterol. 2003 [PMID: 14614606]
  - 2) Arthritis Rheumatol. 2020 [PMID: 31793250]

●かみさわ・てるみ氏/1982年弘前大医学部卒。86年東京都立駒込病院消化器内科医員、2008年同院内科部長、15年同院副院長を経て、19年4月より現職。東京女子医大、日大医学部の非常勤講師を長年務める。専門は膵臓・胆道疾患の診断と治療。膵臓・胆道疾患の臨床研究に携わり、350編以上の英語論文を執筆。IgG4 関連疾患の提唱者。

第59回日本リハビリテーション医学会学術集会開催へ

第59回日本リハビリテーション医学会学術集会 (<https://site.convention.co.jp/jarm2022/>) を、2022年6月23~25日の3日間にわたりパシフィコ横浜ノース(神奈川県横浜市)で開催します(オンデマンド配信有り)。リハビリテーション医学・医療においては知識に実践が伴ってこそ患者さんや障害を持つ人々に貢献できると考え、「知と実践のプロフェッショナル」をテーマに掲げました。

多数のプログラムの中でも目玉となるのは「知と実践セミナー」と「特別講演」です。「知と実践セミナー」では、リハビリテーション医学・医療の各テーマを、初学者にもわかりやすく解説をいただきます。特別講演では、本対談での議論に挙げた広義の「リハビリテーション」を学ぶための企画をそえました。例えば上田敏先生(東大名誉教授)による特別講演「総合リハビリテーションを考える」を企画しています。伊東亜紀子先生(国際連合)には、障害者の権利条約に関連してご講演をいただきます。学術集会を、リハビリテーション医学・医療の先にある全体像を学ぶ機会にしたいだければ幸いです。(学術集会会長・芳賀信彦)

リハビリテーションレジデントマニュアル

第4版  
監修 木村彰男 編集 辻哲也  
編集協力 水野勝広・村岡香織 石川愛子・川上途行

いつもポケットに心強いミカタを。慶應リハのノウハウ満載のマニュアル、待望の改訂!

- ◆ 日常のリハビリテーション診療・治療に携行できるポケットサイズで、迷ったときや困ったときに、評価・診断、治療、疾患・障害から検索できる。
- ◆ 見逃してはならない重要なポイントを「臨床上のコツ」として集約。臨床でよく使われる評価スケールを付録として収載。
- ◆ リハビリテーション科専門医を目指すレジデントはもちろん、PT、OT、STにも、初期研修医や他科医師が最初に持つテキストとしても最良の一冊。

**リハビリテーションレジデントマニュアル**  
第4版


いつもポケットに心強いミカタを

**定評あるマニュアルの最新版**  
レジデントをはじめPT・OT・STにも役立つ一冊

B6変型 2022年 頁数432  
定価: 4,620円  
(本体4,200円+税10%)  
[ISBN978-4-260-04755-5]

**医学書院**

がんのリハビリテーションマニュアル 周術期から緩和ケアまで



詳しくはこちら

[編集] 辻 哲也 第2版

**保険収載から約10年。がんリハはここまで進化した!**

がんリハ第一人者らによる実践書、待望の改訂。各種がんの概要・実際のリハアプローチ方法を臨床のエキスパートが解説。症例紹介、訓練・手技等の動画を新たに収載。

●B5 2021年 頁436 定価: 5,500円(本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-04643-5]

<p>CONTENTS</p> <p>I がんのリハビリテーション診療総論</p> <p>II がんのリハビリテーション診療の実際</p> <p>原発巣別</p> <p>脳腫瘍/頭頸部がん/肺がん/消化器がん/乳がん/婦人科がん/泌尿器がん/原発性骨・軟部腫瘍、脊髄腫瘍/造血器悪性腫瘍</p>	<p>症状別</p> <p>リンパ浮腫/がん悪液質/転移性骨腫瘍</p> <p>ライフステージ別</p> <p>小児・AYA世代/働く世代/高齢者</p> <p>III 緩和ケア主体の時期のリハビリテーション診療</p>
---	--

医学書院

# 患者の全体像を把握し、最適なリハビリテーションを届ける

interview 高橋 哲也氏(順天堂大学保健医療学部理学療法学科 教授) に聞く

2022年度診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟入院料に関して、重症患者割合の引き上げ、心大血管疾患リハビリテーションの対象追加を含む見直しが行われた。重症患者、心疾患患者への対応増加が見込まれる中、リハビリテーション職種の患者対応能力の向上は差し迫った課題となっている。

課題の解決策として、上梓された『回復期リハビリテーションで「困った!」ときの臨床ノート』(医学書院)では、一定の「型」を用いた症例の全体像の把握を推奨している。その重要性について、同書の編者を務めた高橋氏に話を聞いた。

——2022年度の診療報酬改定では、回復期リハビリテーション病棟入院料に関して見直しが行われました。その内容についてどうお考えですか。

高橋 今回の見直し内容は、突然出てきたわけではありません。2014年度の診療報酬改定の際、病床の形をどのように変えていくのかというグランドデザインが示され、入院早期からリハビリテーションを推進する方向性が明記されました。これは急性期病棟の入院期間短縮を意味していましたし、発症から回復期リハビリテーション病棟入院までの期間のさらなる短縮を示唆していました(後者は2020年に「発症からの期間を問わない」と緩和)。

続く2016年度の診療報酬改定では、より質の高い医療を提供する目的で、「リハビリテーションの効果」を測定する実績指数の指標であるFIM(Functional Independence Measure)が導入されました。アウトカムが厳格に評価される流れは、今後も続いていくと思われれます。

——結果の評価という意味では、特に重症患者割合の引き上げは、臨床への影響も大きいのではないのでしょうか。

高橋 そう思います。急性期病棟の入院期間が短縮されたため、回復期リハビリテーション病棟に入院してきたタイミングでも発症早期で病態が不安定なことに加えて、重症とみなされる状態では運動機能や認知機能がかなり低く、そうした患者さんを安全に管理するのは簡単ではありません。これまで重症度の高い患者さんを担当した経験が少ないセラピストは、運動負荷をかけることに及び腰になりがちです。重症患者への対応能力の向上やマンパワーの強化は、課題として目前に迫っています。

## 回復期リハビリテーション病棟で心疾患をみるということ

——今回の改定では「回復期リハビリテーションを要する状態」に「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」が

追加されたことも、大きなポイントだと思います。この変更には、どのような背景があるのでしょうか。

高橋 どの疾患群でもそうですが、高齢化に伴い、運動療法をする以前に、立てない、歩けない患者さんが増えています。また、心疾患治療の急性期は安静が重要であるものの、高齢患者ではわずかに数日間安静にしているだけで立てない状況に陥り、自宅に帰れないケースがあまりにも増えました。「心疾患のリハビリテーション」というと、運動負荷試験を行い、その結果に応じた強度の自転車エルゴメータやトレッドミルなどの運動療法によって機能を回復するという流れをイメージすると思います。しかし、実際にそうした運動療法を実践できる高齢患者さんは少ないと言えます。そのため、上記に示した一般的な運動療法以外にも、運動機能が低下した患者さんに適したリハビリテーションをしていく必要があるのではないかと理由から、今回の改定につながったのでしょうか。

——では実際に回復期リハビリテーション病棟で心疾患を有する患者さんに対応する場合、どのような点に注意すべきですか。

高橋 運動負荷量(特に運動強度)の見極めです。リハビリテーションは時間単位で行うことになっていて、医療保険制度上は20分が1単位です。20分間、ベッドの上で足を動かしてもいいし、座ったり、車いすに乗ったりした状態で手足の運動をしてもいい。定められた時間の中で運動負荷を患者さんにかかることとなります。そこで重要なのは、どんなトレーニングをどのくらいの強度で行うのかです。心疾患に関しては運動の強度が高すぎると状態が悪化してしまう可能性があるため、安全性と期待される効果との間で調整が必要です。しかし、ちょうどいい塩梅にプログラムを設定することがなかなか難しく、経験の浅いセラピストにはハードルが高いと思います。

——運動負荷量の見極めには、経験がものを言う。

高橋 その通りです。一般的に運動す

ると収縮期血圧は上がりますが、それを許容範囲内だと考えるセラピストと、問題があるかと考えるセラピストでは、その後の対応が異なります。前者が対応すると患者さんはどんどんよくなる一方、後者が対応すると負荷量が不十分で、当然ながらトレーニング効果はほとんど見込めません。

心大血管疾患リハビリテーションの対象追加は、そうした運動強度を強調した運動処方、回復期リハビリテーション病棟で働くセラピストに浸透させるきっかけになると思います。同時に、FIM利得が上がるように、現場では適度な運動の総量を見定めるスキルの向上が求められるでしょう。

## 適切な運動処方をめざして「型」を繰り返す

——適切な運動処方を行うには、どうすればいいのでしょうか。

高橋 一定の「型」を身につけて、患者さんの全体像の把握を繰り返すトレーニングが有効です。このたび出版した『回復期リハビリテーションで「困った!」ときの臨床ノート』では、症例把握の「型」として「7つのステップ」をルーティンとすることを提案しています。

- ①年齢・性別・身長・体重
- ②診断名・現病歴・既往歴
- ③医学的検査所見
- ④服薬状況
- ⑤運動機能、精神心理・認知機能の評価
- ⑥入院前ADL、退院時に必要な能力
- ⑦リスクに関する医師の指示・コメント

経験の浅いセラピストは、目に見える症状や自分が得意な症状などに重きを置くことで、症例の本質部分を把握しきれないままリハビリテーションに当たってしまいがちです。患者さんの全体像が把握できていないと、「立てない」「歩けない」という状態の把握はできても、その状況の背後にある本質にまで考えが及びません。症状や症候の適切な分析をせずに「立てないから立つ練習」を行っても当然効果は上がりません。

——患者さんの全体像を把握できるようになると、運動負荷の見極めもできるようになるということですか。

高橋 全体像の把握なしには、見極めのしようがありません。一般に回復期リハビリテーション病棟では急性期病



●たかはし・てつや氏

1989年国立仙台病院附属リハビリテーション学院理学療法学科卒。01年豪カーティン大学院理学療法研究科修士課程、04年広島大学院医学系研究科博士課程修了。07年兵庫医療大教授、12年東京工大教授を経て、18年より現職。日本理学療法士協会理事。編書に『理学療法NAVI』シリーズ、『回復期リハビリテーションで「困った!」ときの臨床ノート』(いずれも医学書院)。

棟に比べて入手できる患者さんの医学的情報が少ないことは確かですが、少ないなりに押さえるべき点はあります。患者さんの全体像を知るための情報収集を欠かさず行ってほしいと思います。

——一方で、患者像は多様であることから、一定の「型」に当てはめた評価に否定的な意見を持つ方もいるかもしれません。

高橋 「型」というのは、ミニマムスタンダード(最低限押さえておくべき標準的なこと)です。多くの症例を「7つのステップ」という一定の「型」で評価しながら繰り返し経験を積むことで、基準から逸脱するもの、特に注意しなければならないものの違いがより鮮明になり、問題があるのかどうかの判断ができるようになって、応用性が出てきます。ただ漫然と臨床経験を積み重ねると、押さえるべき基本情報を理解した上で経験を積んでいくのでは、結果として適切な運動負荷量を見極める能力の習得に大きな差が出ます。その意味で、一定の「型」を身につけることは重要です。

\*

——最後に、後進に伝えたい回復期リハビリテーションならではの面白さ、楽しさを伺えますか。

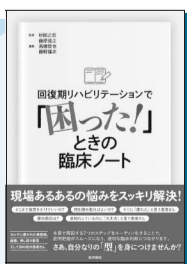
高橋 急性期と異なり、回復期には一定の入院期間がありますから、患者さんが回復するのもしないのもセラピスト次第。自身の自己研鑽や創意工夫の結果得られる機能回復はセラピストにとって大きな喜びであり、患者さんからの笑顔や感謝の言葉は最大のやりがいです。臨床の場に何年立っていても、「リハビリテーションは素晴らしい」と思えるゆえんです。ぜひ若手のセラピストにも同様の経験を積んでもらいたいですね。(了)

症例把握をルーティン化すれば、もう困らない。自分なりの「型」を身につけませんか?

## 回復期リハビリテーションで「困った!」ときの臨床ノート

カルテ、検査値、画像、そして目の前にいる患者さん。いったい、どこから何を読み取ればよいのでしょうか? どうやって優先順位をつければよいのでしょうか?本書で紹介する7つのステップにそって情報を整理すると、患者さんの的確に把握でき、すべきことが見えてきます。本書は、回復期リハで直面する「困った!」を症例ベースで取り上げ、解決までの道筋を示します。さあ、自分なりの臨床判断の「型」を身につけませんか?

監修 杉田之宏  
藤原俊之  
編著 高橋哲也  
藤野雄次



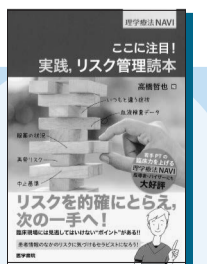
リスクを的確にとらえ、次の一手へ!

<理学療法NAVI>  
ここに注目!

## 実践、リスク管理読本

若手PTの悩みを解決する「理学療法NAVI」シリーズの第5弾! リスクを見逃すことなく、リハビリテーションを実施するための基本的なポイントをまとめた1冊。患者の気を付けなければならない症状・症候や検査データの読み方、高齢者特有の問題や疾患特異的なリスクの把握方法など、臨床で押さえておかなければならないリスク回避のポイントを伝授。リスクに気が付き、対応できるセラピストになろう!

編集 高橋哲也



寄稿

# インターネットを用いた医学研究における倫理的課題とそのガバナンス

古結 敦士 大阪大学大学院医学系研究科 医の倫理と公共政策学 助教

近年、医学研究への情報通信技術 (ICT) の応用が広がりつつある。その一つは、研究参加者の募集、インフォームド・コンセント、研究成果の共有といった、オンラインでの研究参加者とのさまざまなやりとりである。インターネットを用いることで、空間的・時間的な制約を受けない継続的なコミュニケーションが可能となり、十分な参加者を集めることが難しい希少疾患研究や、数十万人以上の規模になることもあるゲノムコホート研究に特に有益だと考えられている。さらに、ゲノム研究をはじめとして、時間の経過とともにデータが蓄積され、個々の解析結果の解釈が変化する可能性があるような医学研究では、参加者との長期的なコミュニケーションがより重要となる。こうした新しい医学研究の在り方を考える上でも、インターネットを介した研究参加者とのコミュニケーションは不可欠なものになると予想される。

一方でインターネットを介したコミュニケーションは、新たに取り組むべき倫理的課題を生じさせる可能性がある。例えば、デジタルバイドやプライバシー侵害の懸念、インフォームド・コンセントの際に提示される情報を研究参加者が十分に理解できているかの確認方法、オンライン上の認証方法などが挙げられる。ICTの恩恵を最大限に享受するためには、このような倫理的課題に適切に対処する必要がある。

これまでのところ、このような倫理的課題は個別に議論されており、また、さまざまな場面での実際の利用方法を規定するような指針も存在していない。日本でも、2021年に制定、翌年に改正された「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」において電磁的方法によるインフォームド・コンセントに関する項が新設されたものの、研究参加者の募集や解析結果の返却といった他の研究プロセスへの言及はない。

## 倫理的枠組みの提唱

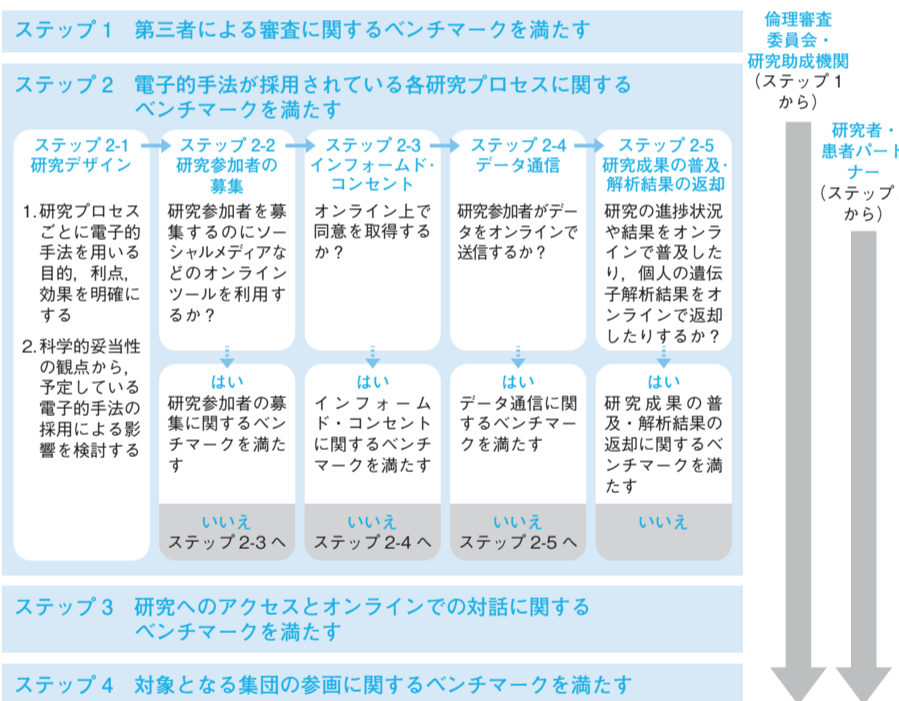
そこで、筆者らは「臨床研究のための倫理原則」<sup>1)</sup>を用いた分析をもとに、インターネットを介した研究参加者とのコミュニケーションを行う際に留意すべき事項をまとめ、倫理的枠組みとして提唱した(図1)<sup>2)</sup>。

この枠組みは8つのカテゴリーで構成され、図1の左側の5つは医学研究のプロセスを示す。「研究デザイン」は、インターネットを用いる目的と利点に関するものであり、インターネットの利用が科学的妥当性に影響を与えるこ



● 図1 情報通信技術が関与する医学研究のガバナンスのためのフレームワーク(文献2をもとに作成)

左側の5つの枠は研究プロセスを、右側の3つの枠は全ての研究プロセスにかかわる観点を示している。それぞれの枠には、そのプロセスまたは観点に関する主なベンチマークが含まれている。



● 図2 参加者とのオンライン・コミュニケーションを用いた医学研究を倫理的に行うためのガイダンス・チャート(文献2をもとに作成)

とも考慮する必要がある。「研究参加者の募集」は、オンラインで募集を行う際のリスクやプライバシーの保護に関するものである。「インフォームド・コンセント」には、提示される情報、研究参加者の理解などに関連する事項が含まれる。「データ通信」は、参加者自身がデータを管理する場合や、参加者自身のデバイスでデータが生成さ

れる場合を対象とする。「研究成果の普及・解析結果の返却」には、参加者個人だけでなく、研究対象となるコミュニティに関する事項も含まれる。残る右側の3つは、全ての研究プロセスにかかわる観点である。「研究へのアクセスとオンラインでの対話」には、セキュリティ、参加者の認証など、「研究の対象となる集団の参画」には、対

### こげつ・あつし氏

2013年阪大医学部卒。4年間の臨床経験を経て、17年より阪大大学院医学系研究科。21年に博士号を取得し、同年より現職。研究ガバナンスを専門とし、主な研究テーマは新興技術のELSI・患者市民参画。



象集団が参画するための戦略、責任と利益の分担などが挙げられる。「第三者による審査」には、複数の国をまたいで研究が行われる場合の審査の手順や、審査の際に注目すべき事項が含まれる。

## 実践的ガイダンスに基づく応用

この枠組みに基づき筆者らは、研究者、患者パートナー、倫理審査委員会、研究助成機関向けの実践的なガイダンスを提案する(図2)<sup>2)</sup>。本ガイダンスは4つのステップで構成されているが、立場によって最初のステップは異なる。倫理審査委員会や研究助成機関の場合、技術やプライバシーリスクの観点から、倫理審査委員会がインターネットを利用した研究を適切に審査できるかどうかを最初に確認する。審査が難しい場合は、ICTの専門家の意見や文献を基に必要な知見を得る必要がある。

ステップ2以降は、全ての関係者に該当する。ステップ2では、まず、各研究プロセスに電子的手法を用いる目的、利点、効果、および科学的妥当性への影響を明らかにする。次に、電子的手法を利用する予定の研究プロセスに関する倫理的課題に取り組む(具体的な課題は、図1の各カテゴリーを参照されたい)。倫理審査委員会は、これらの倫理的側面についても審査する。ステップ3と4は、全ての研究プロセスにかかわる観点到焦点を当てている。ある研究がインフォームド・コンセントのような一つのプロセスのみに電子的手法の利用を計画していたとしても、研究へのアクセスやオンラインでの対話、対象となる集団の参画に関連する倫理的課題に対処しなければならない。研究助成機関は、該当する倫理的課題への対処に取り組まれていることを確認するだけでなく、対処にかかる資金を確保することが望まれる。例えば、ステップ1でのICTの専門家への協力依頼や、ステップ3でのセキュリティ対策には資金が必要となる場合がある。

今後、医学研究へのICTの活用はさらに広がりを見せるだろう。一方で、ルールや指針がなければ、実際の利用はなかなか進まない。本稿で示した倫理的枠組みやガイダンスにより、ICTを用いた研究が、よりよい形で進められることを期待する。

### 参考文献

- 1) Emanuel EJ, et al., eds. The Oxford textbook of clinical research ethics. Oxford University Press; 2008. pp123-35.
- 2) J Med Internet Res. 2022 [PMID : 35442208]

外来 病棟 地域をつなぐ

# ケア移行実践ガイド

編集 小坂鎮太郎/松村真司

●B5 頁184 2022年 定価: 3,850円(本体3,500円+税10%)  
[ISBN978-4-260-04885-9]

その情報、正確に伝わっていますか?

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ——。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

**医学書院**

多職種で支える

# 誤嚥性肺炎のリハビリテーション

高齢化に伴い患者数の増加が進む誤嚥性肺炎に対しては、抗菌薬による薬物治療だけでなく、嚥下機能の評価や訓練、口腔管理、栄養管理など、多職種による包括的な介入が重要です。スムーズな多職種連携を実現するための知識を学んでいきましょう。

編集 百崎良 三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野 教授

第3回 リハビリテーション治療

今回の執筆者 百崎良 三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野 教授

**こんな患者さん見たことありませんか？**  
 1週間前に誤嚥性肺炎で入院した80歳女性。入院前は要介護状態であったものの、就寝時以外はベッド上で過ごすことはなかった。しかし、入院を契機にベッド上での生活を強いられるようになり、身体機能も低下し始めた。

誤嚥性肺炎患者に対しては理学療法士や言語聴覚士が介入し、離床訓練や経口摂取訓練、間接的嚥下訓練、刺激療法などのリハビリテーション治療が提供されています。今回は、各種訓練の概要と、その効果について紹介します。

**離床訓練**

◆なぜ早期からの離床が必要なのか

誤嚥性肺炎患者に対しては早期離床訓練が重要とされ、例えば発症早期に離床を含めたリハビリテーションを行うと身体機能低下を予防<sup>1)</sup>、死亡率を低下させることが報告されています<sup>2)</sup>。また、理学療法士による早期離床訓練は退院時経口摂取自立を促進するとも言われており<sup>3)</sup>、他にも下記のようなメリットが挙げられます。

- 日中、座位姿勢でいることが意識障害の改善やせん妄予防に効果的<sup>4)</sup>
- 座位の保持が安全な経口摂取につながる<sup>5)</sup>
- 口腔環境の悪化、経口摂取能力の低下を防ぐ(ベッド上で上を向いて寝ていると、頸部が後屈して口が開きやすくなり、口腔内が乾燥してしまうため)

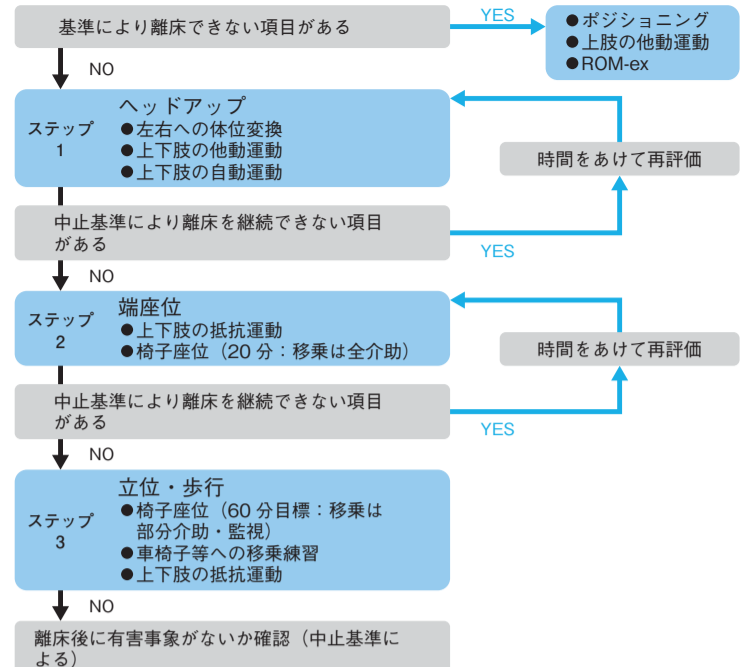
上記のメリットに鑑みると、誤嚥性肺炎発症後、意識状態、呼吸状態、循環動態が落ち着いていれば早期に離床を開始すべきと言えます。離床訓練に当たって参考にしたいのは、日本離床

学会が提唱する離床プログラムです(図1)<sup>6)</sup>。このプログラムでは血圧、心拍数、呼吸状態などについてアセスメントを行った上で、ヘッドアップ、端座位、立位・歩行訓練へと離床のステップを進めていきます。また離床訓練と並行して、日中はできる限り車椅子に乗ってもらうなど、病室での安静度も上げていく必要があります。そうすることで生活リズムが整い、覚醒度も向上し、誤嚥性肺炎の再発予防が可能となるのです。

**経口摂取訓練**

◆絶食管理を避けるべき理由

誤嚥性肺炎で絶食管理となると、口腔環境が悪化し経口摂取能力がさらに低下するため、早期に嚥下機能を評価し、不必要な絶食を避けることが重要です。連載第2回でも述べたように、経口摂取再開の可否は意識状態や呼吸状態などの全身状態の評価と嚥下機能評価を総合しての検討が求められます。この時、とろみ水やゼリーのようなお楽しみレベルの経口摂取でも、重要な意味を持つことが報告されています<sup>7)</sup>。同研究は、ぎりぎり経口摂取ができるかできないかというレベルの誤嚥性肺炎患者を対象に、水ゼリーを提供した場合と絶食管理した場合とでどうなるかを比較したのですが、水ゼリーを提供した群で最終的な誤嚥割合



●図1 日本離床学会の離床プログラム(文献6より転載)  
 血圧、心拍数、呼吸状態などについてアセスメントを行った上で、ヘッドアップ、端座位、立位・歩行訓練へと離床のステップを進めていく。

が減少し、肺炎の再燃も少ないとされました。こうした研究もあることから、できる限り絶食管理は避けていただきたいと願うばかりです。ただし、どうしても経口摂取できない場合は、口腔環境がさらに悪化しないように口腔ケアの徹底が求められるでしょう。

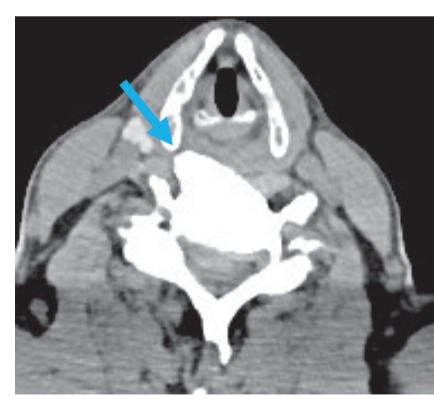
また、食えるときの姿勢も重要です。頸部前屈位にしたほうが水分の誤嚥が減ることは多いものの、口腔から咽頭への送りこみが難しいケースでは前屈にしないほうが送りこみやすい場合があります。一般的には背もたれを倒してリクライニングぐらいにしたほうが食塊の流入速度を遅くでき、嚥下反射惹起遅延のある患者では有効とされています。一方で、頸椎前面の骨突出が食道入口部の開大を阻害しているケースも時々経験します(図2)。骨突出は左右差があることが多く、その場合は骨突出のある方向に頸部回旋し、非突出側の食道入口部に優先的に食塊を誘導させる対応が有効です。

**間接的嚥下訓練**

誤嚥性肺炎患者に対しては、食べ物を使用しない間接的嚥下訓練が行われることがあり、退院時の経口摂取自立につながるということが報告されています<sup>8)</sup>。しかし、誤嚥性肺炎患者は身体機能や認知機能が極端に低下している場合が多く、効果的な訓練の実施はなかなか難しいとされます。その中でも舌骨の挙上や食道入口部開大を改善させる効果のある開口訓練は、比較的容易にできるため誤嚥性肺炎でも適用しやすい訓練法と言えます<sup>9)</sup>。

**刺激療法**

嚥下障害に対しては、さまざまな刺激療法が用いられています。その多くは、あまり効果が低い傾向にあるものの、頸部に対する感覚閾値での経皮的電気感覚刺激は、嚥下反射の惹起性・気道防御力の改善に有効であると



●図2 頸椎前面の骨突出が食道入口部の開大を阻害(矢印)している例

報告されています<sup>10)</sup>。また、気管切開が必要となった重度嚥下障害者に対する咽頭電気刺激により、気管カニューレ抜去やカニューレのレベルダウンができた患者が有意に増加したとの報告もあります<sup>11)</sup>。このような刺激療法は、経口摂取能力の改善までは難しいかもしれませんが、咽頭感覚の改善や気道防御力の改善目的には使用可能と断言してよいでしょう。

**今回のポイント**

- 誤嚥性肺炎患者に対しては、早期からの離床訓練や経口摂取訓練が重要です。
- 早期に嚥下機能を評価し、不必要な絶食は避けましょう。
- 姿勢の調整や刺激療法等を組み合わせ合わせた包括的な対応が功を奏す可能性もあります。

参考文献  
 1) Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 26460175]  
 2) Arch Phys Med Rehabil. 2015 [PMID: 25301440]  
 3) Eur Geriatr Med. 2019 [PMID: 34652725]  
 4) J Rehabil Med. 2017 [PMID: 28980699]  
 5) Min L, et al. Effect of feeding management on aspiration pneumonia in elderly patients with dysphagia. Chin Nurs Res. 2015; 2: 40-4.  
 6) 日本離床学会. E-MAT 活動マニュアル. 2015.  
 7) J Clin Gastroenterol. 2022 [PMID: 33471491]  
 8) Geriatr Gerontol Int. 2015 [PMID: 25109319]  
 9) Arch Phys Med Rehabil. 2012 [PMID: 22579648]  
 10) Clin Interv Aging. 2017 [PMID: 29158670]  
 11) Lancet Neurol. 2018 [PMID: 30170898]

最期まで患者の望む時間を提供するために。

# 緩和ケアレジデントマニュアル

緩和医療スタッフ必携の書

第2版

改訂しました!

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

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。

目次  
 第1章 緩和ケアの基礎知識  
 第2章 症状の緩和  
 第3章 非がんの緩和ケア  
 第4章 様々な状況での緩和ケア  
 付録

詳細はこちらから

緩和医療スタッフ必携の書、改訂!

B6変型 2022年 頁536 定価: 3,960円(本体3,600円+税10%)  
 [ISBN978-4-260-04907-8]

医学書院

高齢者のリハビリテーション医学を深く理解するためのテキスト決定版

# 老人のリハビリテーション 第9版

高齢者に生じる疾患とその障害のリハビリテーションについて詳細に学べる好評テキストの改訂第9版。今版では、新たに「終末期のリハビリテーション」の章が新設された。また主要な神経や脳の疾患を中心に、各ガイドラインの内容も踏まえながら、最新の情報に基づき解説が更新されている。写真やイラスト、図表も満載で初学者にもわかりやすいフルカラーテキスト。

原著 福井 國彦  
 執筆 前田 眞治  
 下堂 蘭恵

老人の 第9版  
 リハビリテーション

時代の変化を捉えながら  
 高齢者のリハビリテーションを学ぶ

B5 頁440 2022年 定価: 6,600円[本体6,000円+税10%]  
 [ISBN978-4-260-04805-7]

医学書院

# Medical Library

書評・新刊案内

## レジデントのための 小児感染症診療マニュアル

齋藤 昭彦 ● 編

A5・頁884  
定価:9,900円(本体9,000円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04294-9

一人の成人内科専門医および感染症専門医としての視点で本書を読みました。青木真先生の『レジデントのための感染症診療マニュアル』もそうだが、本書の最も読み応えのあるところは「総論」だ。

小児と成人の感染症診療のアプローチははっきりと違う。ここでは「小児の免疫の特徴」に多くのページを使っている。これらの特徴をしっかりと把握することにより、成人とは違う病態の気付きなども得られる。また基礎的な病態生理にもしっかりと触れられている。総論でここまで網羅している感染症の本はなかなか見当たらない。それだけ小児感染症診療の実践には基礎的な知識が必要であるということなのだろう。

読み進めると、所々に散りばめられたメモ欄には、小児科ならではの疾患の知識やクリニカル・パールが詰まっております。これを拾い読みするだけでも勉強になる。各論に入ると、さまざまな治療方法が感染症ごとにまとめられている。欧米で使用できる薬なども日本では使用できず、歯がゆい思いをさ

評者 谷口 俊文

千葉大病院講師・感染制御部・感染症内科

れている先生方も、日本で小児感染症のトップランナーたちがまとめた実践的な抗菌薬使用法は、読んで納得することができるのではないだろうか。

米国では基本は必須としつつも成人感染症の領域は「一般」「移植」「HIV」など細分化しており、例えば普段から固形臓器移植など免疫不全の患者の感染症に触れていないと苦手意識が出るのだが、日本の小児感染症医はオールマイティにこなさなければならない。本書を手に取りながら基礎を学ぶのは、最も効率的と思われる。「小児感染症の本」というのは英語でもなかなか良書に出合うのが難しいが、日本語でこれだけ臨床に実践的な内容が詰めこまれている本があるということ自体、素晴らしいのと同時に世界にもひけをとらない小児感染症領域のレベルを築き上げるのにも役立つだろう。また私が青木先生の本を手に取り感染症医を志したのと同じように、本書を手に取り小児感染症医を志す医学生や研修医も必ず出てくると思う。レジデントが描く、将来の日本小児感染症診療の世界が楽しみだ。

### レジデントがまとめる 小児感染症診療のバイブル

## 回復期リハビリテーションで「困った!」 ときの臨床ノート

杉田 之宏、藤原 俊之 ● 監修  
高橋 哲也、藤野 雄次 ● 編

B5・頁256  
定価:4,180円(本体3,800円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04648-0

評者 上野 勝弘

西記念ポートアイランドリハビリテーション病院  
リハビリテーション科統括科長

回復期リハビリテーション病棟は2000年4月に制度化され、これまで多くの脳血管疾患や整形疾患の患者さんに対して、回復期のリハビリテーションに取り組んできました。そして、この22年間で高齢化は進み、患者さんが抱える障害像は多岐に変化してきています。

2022年度の診療報酬改定では、「回復期リハビリテーションを要する状態」の対象に「急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態」が追加され、心大血管疾患リハビリテーション料が算定可能となりました。また、重症患者の受け入れ割合が高められたこともあり、今後、回復期リハビリテーション病棟では、重複疾患・障害を有する重症度の高い患者さんを受け入れ、質の高いリハビリテーションを提供し、アウトカムを出すことが求められています。

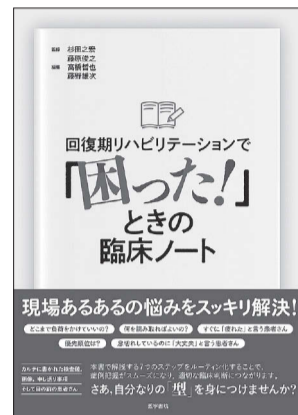
しかし、急性期での臨床経験が少ない若手セラピストも多く、多様化・重症化する患者さんに対応できる人材育成が課題となっています。急性期・回復期・生活期と病床機能分化が進んだことにより、症状経過に沿った臨床を経験することが難しく、多様化・重症化した患者さんの状態に合わせた臨床介入に難渋するケースが見受けられます。

本書は、回復期リハビリテーション病棟の臨床現場で困る事例に焦点を当て、症例把握の「型」を7つのステップに分けルーティン化し、臨床現場で遭遇する悩みや疑問点を解決してい

く、その糸口となるよう構成されています。第1章では、まず病態把握と症例理解を標準化するため社会的背景・全身状態の把握・リスク管理など7つのステップに分けられ、ルーティン化できる「型」を構成しています。第2章では実際の臨床場面で遭遇する事案に対し、「型」を通しながらどのように情報を収集・整理し、臨床活用していくのか、先輩セラピストと後輩セラピストのQ&A方式で提示されています。難渋症例に対して、先輩セラピストが解釈している視点と、後輩セラピストが解釈

している視点にどのような違いがあるのか、その違いをうまく気付かせてくれる内容となっています。本書を通して先輩セラピストの臨床思考を学べる機会となり、また、後輩セラピストが陥りやすい臨床課題がどこなのかを考えさせられます。あらためてセラピスト自らの臨床思考を見直せる良い機会になるものと思います。「型から入って型を出す」と言われますが、「型」である7つのステップをルーティン化し、病態把握と症例理解を標準化するための基礎を学ぶことで、さらに「なぜ、そのように考えるのか」と深みのある解釈へつなげられるものと思います。「型」を出て、一人ひとりの患者さんに質の高いリハビリテーションが提供できるように、継続した学びの大切さに気付かせてもらえる書籍です。ぜひ本書を手にとって、7つのステップの「型」を感じてください。

### 先輩セラピストの思考と後輩セラピストの課題が浮き彫りに



## がんCT画像読影のひきだし

稲葉 吉隆、女屋 博昭、清水 淳市、前田 章光 ● 編

B5・頁240  
定価:4,950円(本体4,500円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04928-3

評者 松尾 宏一

福岡大薬学部教授・医療系薬学/  
福岡大学筑紫病院薬剤部

がん医療の現場では、多種職・多診療科によるカンサーボードなどのカンファレンスが広く行われ、薬剤師や看護師などの医療チームのメンバーが、これ

がん患者のCT画像から患者の病態をより深く理解するために、CT画像に詳しくない読者でもスムーズに内容を理解できる。とはいえ、初学者が学習すべきことはしっかり押さえられており、その結果、本書のターゲットであるがん医療に携わる医療スタッフにとって非常に理解しやすい入門書となっている。

本書のポイントは「序」にあるように、到達目標を「自力でCT読影ができる」という高いレベルに置くのではなく、若手の医療スタッフが「症例報告会における医師の議論やカルテの記載内容を理解し、患者さんの病態

をより深く理解できるようになる」という、取り組みやすかつ実践的なレベルに設定したことだ。そのため、全編において難解な理論

については深く立ち入らずにシンプルな内容に徹し、CT画像に詳しくない読者でもスムーズに内容を理解できる。とはいえ、初学者が学習すべきことはしっかり押さえられており、その結果、本書のターゲットであるがん医療に携わる医療スタッフにとって非常に理解しやすい入門書となっている。

本書は「章」に相当する計7段の「ひきだし」で構成され、1段目の「総論」に続いて2段目では「正常画像」について書かれている。われわれは普段か

ら疾患を抱える患者の画像(異常像)ばかり見ているので、「正常画像と異常像はどのような違いがあり、その二つをどのように比較するのか」という当たり前の視点や考え方を忘れがちなのかもしれない。以前、ある著名な腫瘍内科の医師が、「研修医は患者の(所見や検査値の)悪い点ばかりを探がちで正常な点を見ようとしない。『悪い点ばかりの指摘なのに』この患者は生きていますか」と意地悪く問いただしたことがある。そういう意味で、「まずは正常画像を先に学ぶ」という考え方を、本書が目次上で体現しているの

は実践的であるし、好感が持てる。また5段目では臓器別に、6段目では臨床課題別にがんCT画像読影のポイントをさまざまなケースを通して詳しく丁寧に解説している。本書に記載されているようなケースに関する知識が備われば、多くの症例で放射線科医がどのように状態をとらえ、何を予測しているかを推察するには十分であろう。

がん患者のCT画像から患者の病態をより深く理解するために、ぜひ本書を多くの方に読んでいただき、本書で身につけた「ひきだしの中身」を活用して、がんCT画像に日々接する医療チームの一員として活躍してほしい。

理学療法で必要となる評価を網羅。「この評価法が知りたかった」が必ずわかる!

## PT臨床評価ガイド

理学療法介入にあたり、評価は避けて通れない。本書は、若手理学療法士や理学療法学生に向けて、臨床の現場で求められている評価を漏れなく紹介するとともに、可能な限り実際の評価表を掲載している点もポイント。各評価は、その実施方法や注意点、結果の解釈や活用のしかたが簡潔な記載により容易に理解できる。また、初学者にとって特に必要となる、領域共通の評価も充実させた。臨床的視点でまとめられたPT関係者必携の1冊。

編集 畠 昌史  
藤野雄次  
松田雅弘  
田屋雅信



A5 頁656 2022年 定価:6,820円[本体6,200円+税10%] [ISBN978-4-260-04295-6]

医学書院

## がん治療薬を作用機序から解説します

## がん治療の薬理学

### 図でわかるメカニズム

Cancer Pharmacology: An Illustrated Manual of Anticancer Drugs

▶進歩が著しい多種多様ながん治療薬に関し、複雑な作用機序と全体像について直感的にとらえられるイラストを多数用いて解説。従来からの細胞傷害性抗がん薬・ホルモン治療薬をはじめ、分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬などすべての種類の抗がん薬を網羅し、レファレンスとしても有用。造血幹細胞移植やCAR-T細胞療法についても解説。腫瘍内科医、血液内科医をはじめ、各診療科でがん治療に関わる医師、および薬剤師に最適。

監訳: 照井 康仁 埼玉医科大学病院血液内科 教授

定価4,620円(本体4,200円+税10%)  
B5変 頁256 図119 2022年  
ISBN978-4-8157-3043-7

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル  
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

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

# トップ指導医たちが吟味を重ねた1,200超の良問が内科系専門医試験合格をサポート!

## 内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

# WEB内科塾

- 1 トップ指導医たちによる最強の臨床トレーニングWEBアプリ
- 2 内科系専門医試験の出題形式にそって作成され、専門医カリキュラムの重要トピックを網羅
- 3 最新のガイドライン・エビデンスをふまえた問題と解説により内科臨床の必須事項は一通り学ぶことができる
- 4 専門医試験の約60%を占める臨床問題対策に最適の学習ツール
- 5 スマホ、タブレット、PCでいつでもどこでもスキマ時間に効率的に試験対策。学習支援機能も充実



特徴

エディター



価格：30,800円(28,000円+税)：1年間



「さらさら」アクセス!



**筒泉 貴彦**  
愛仁会高槻病院  
総合内科主任部長



**山田悠史**  
マウントサイナイ医科大学  
老年医学・緩和医療科

医学書院 WEB内科塾

https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku



掲載内容 (計1,247問)

利用環境

対応ブラウザ：Internet Explorer, Microsoft Edge, Chrome, Firefox, Safari の最新版

※WEB内科塾のご利用にはインターネット接続環境が必要になります。



THE 内科専門医問題集 1  
WEB版付 (207問)



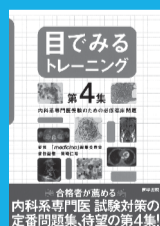
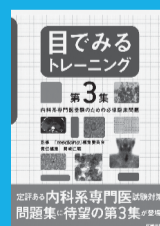
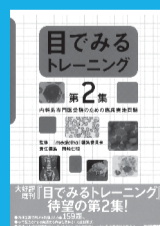
THE 内科専門医問題集 2  
WEB版付 (223問)



THE 総合内科ドリル  
WEB版付 (218問)



目でみるトレーニング—認定内科医・認定内科専門医受験のための151題 (151問)  
目でみるトレーニング第2集—内科系専門医受験のための臨床実地問題 (159問)  
目でみるトレーニング第3集—内科系専門医受験のための必修臨床問題 (143問)  
目でみるトレーニング第4集—内科系専門医受験のための必修臨床問題 (146問)



※ 掲載書籍および問題数は2022年4月時点のものとなります。予告なく変更・掲載される可能性があります。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト]https://www.igaku-shoin.co.jp  
[販売・PR部]TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7804 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp