

2015年1月19日

第3109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 (社団法人著作権管理機構 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] 地域型スポーツが健康を創る(小林裕幸、為末大)……………1面
- [寄稿] 医療を進化させる、障がい者スポーツ研究(田島文博)……………3面
- [連載] クロストーク日英地域医療……………4面
- [連載] ジェネシャリスト宣言……………5面
- MEDICAL LIBRARY……………6-7面

「スポーツ」×「医療」 2020年東京オリンピックに向けて

地域型スポーツが健康を創る

2020年東京オリンピック開催まであと6年を切った。開催の5年後、日本は「2025年問題」と言われる、世界にも例がない高齢化率30%の時代を迎える。国際オリンピック委員会(IOC)が、オリンピック・レガシー(長期にわたる、特にポジティブな影響)を開催国に残すことを推進する中、オリンピックは何を創り出し、その先、日本は何を残していかなければならないのか。スポーツを活用したヘルスケアの向上について、実践を通じて模索する為末大氏と、日々の診療の傍らスポーツドクターとしてオリンピックに帯同してきた小林裕幸氏が、スポーツが創る健康な地域コミュニティの可能性について語った。

為末大氏
アスリート・ソサエティ代表理事

小林裕幸氏
筑波大学附属病院水戸地域医療
教育センター総合診療科教授



小林 為末さんはソーシャルメディアなどを通じて、スポーツとヘルスケアのかかわりについて積極的に発信されていますね。

為末 はい、超高齢社会の進行や、医療費の膨張など、社会の問題をどうやって解決するか、スポーツを手段として社会に貢献したいという思いを強く持っています。

小林 私が、スポーツを切り口とした健康へのかかわりに関心を持ったのは、米国で家庭医療を学んでからです。米国では野球やアメフトのチームに帯同するドクターが整形外科医とは限りません。広い領域を診られる家庭医が、ケガの対処だけでなく予防の観点から体調管理全般をサポートしています。そのことを知り、医師としてスポーツにかかわるようになりました。

トップアスリートだった為末さんが、スポーツが担う役割を考えるようになったきっかけは?

為末 20代前半のころ、海外遠征でオランダのデン・ハーグという街に滞在したときのことで。70-80歳ぐらいの方が、ペタンクという、鉄球を投げるカーリングのようなゲームをしているのを見ました。その横では子どもたちがサッカーをしている。どちらもプレーが終わると、おばあちゃんが孫と手をつないで帰っていったのです。小林 子どもから高齢者まで、年齢を問わない「生涯スポーツ」の姿がそこにあったわけですね。

為末 この光景は、当時「スポーツはチャンピオンになるためにある」としか思っていなかった僕の中のスポーツ観に、すごく大きなインパクトを与えました。

小林 米国のドクターも、当直明けにもかかわらずトリートバスケをやるなどスポーツ好きでした。ケガしそうなくらい熱中してしまっ(笑)。

為末 欧米では、日常の中でスポーツを「楽しむ」という文化が、市民活動のように根付いていますよね。

小林 日本でスポーツと言うと学校体育があり、教育

的要素が強いように思います。部活動も学校単位の勝利が求められ、どこか「真面目に取り組むもの」という印象があります。

為末 部活動は広くスポーツ文化に触れる機会を与える意味で、優れた仕組みです。一方でどうしても真面目になりすぎてしまう。また、現在では少子化の影響で部活動が成り立たない学校も増えてきています。

小林 特に地方や過疎の地域ではそれが顕著ではないですか。

為末 そうなんです。子どもたちに駆けこを教えに地方の小中学校へ行くと、全校で200人を切っている学校もけっこうあります。そこで、部活動と並行して「地域型スポーツ」を充実させる必要があると考えています。それも、エリアや世代を越えて、人々が生涯にわたってスポーツを楽しめる場を作りたいのです。

スポーツを「言い訳」にして 緩やかにつながる場を

小林 地域型スポーツの魅力はどのような点にありますか。

為末 子どもたちにとって、自分の“将来の姿”が目の前で運動しているのが見えることです。

小林 高齢者が運動する姿が、年を取った自分の姿と重なるわけですね。

為末 ええ。僕自身、部活動をしているときは10年後の自分がどうなっているかなんて、「知ったこっちゃない」という感じでした。でも、60歳、70歳になってもスポーツを楽しみ人生を謳歌している人の姿が見えれば、「自分の健康な将来は自分の地域で創っていく」という動機付けになる。将来にわたり健康がもたらされれば、きっと人々の幸福度は上がるでしょう。

小林 周りで応援する人、お茶を入れる人なども集まれば、コミュニティも広がりますね。

為末 地域コミュニティを創ることで、人々に新しい役割や活動の場を与えたいというのも理由の一つです。中学時代の恩師は、広島でランニングクラブを作り、校長を務める傍ら子ども

(2面につづく)

高度な内容をより学習しやすく

プロメテウス解剖学アトラス

圧倒的な美しさで、世界中の読者を魅了する『プロメテウス解剖学アトラス』。その第2巻である「胸部/腹部・骨盤部」と全3巻に収載された図版を精選した「コアアトラス」がついに改訂。医療を学ぶ全ての人に必携のシリーズ。

- プロメテウス解剖学アトラス 解剖学総論/運動器系 第2版 監訳:坂井建雄/松村讓児
●A4変型 頁616 2011年 定価:本体12,000円+税 [ISBN978-4-260-01068-9]
- プロメテウス解剖学アトラス 胸部/腹部・骨盤部 第2版(改訂) 監訳:坂井建雄/大谷修
●A4変型 頁488 2015年 定価:本体11,000円+税 [ISBN978-4-260-01411-3]
- プロメテウス解剖学アトラス 頭頸部/神経解剖 第2版 監訳:坂井建雄/河田光博
●A4変型 頁552 2014年 定価:本体11,000円+税 [ISBN978-4-260-01441-0]
- プロメテウス解剖学 コアアトラス 第2版(改訂) 監訳:坂井建雄 訳:市村浩一郎/澤井直
●A4変型 頁728 2015年 定価:本体9,500円+税 [ISBN978-4-260-01932-3]
- プロメテウス解剖学アトラス コンパクト版 監訳:坂井建雄 訳:市村浩一郎/澤井直
●B6 頁816 2011年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01126-6]



医学書院

改訂

改訂

対談 「スポーツ」×「医療」2020年東京オリンピックに向けて

為末大氏●陸上400mハードルの日本記録保持者(2014年12月現在)で、シドニー、アテネ、北京と3大会連続でオリンピックに出場。また、世界選手権では01年エドモントン大会、05年のヘルシンキ大会と2度にわたり銅メダルを獲得している。03年、大阪ガスを退社し、プロに転向。12年に現役生活から引退した。この間、10年にアスリートの社会的自立を支援する「一般社団法人アスリートソサエティ」を設立、現在代表理事を務める。メディアでも活動の場を広げながら、多方面でスポーツ文化の普及に関する活動を行っている。「諦める力」(プレジデント社)、「負けを生かす技術」(朝日新聞出版)など著書多数。



人間関係や、コミュニケーションに「動き」が生まれるのは幸せなことで、
「動き」が活発な社会は、健康な社会です。

「楽しく体を動かすこと」が継続のコツであり、
また一緒に楽しめる仲間がいると
習慣につながりますね。



小林裕幸氏●1990年防衛医大卒。93年より米国カリフォルニア大に留学し、家庭医療専門医取得(Resident teaching award受賞)。自衛隊衛生学校、防衛医大総合臨床部を経て2014年より現職。順大スポーツ健康科学部客員准教授、筑波大スポーツ医学専攻教員。1998年から日本自転車競技連盟チームドクターとして、シドニー、アテネ、北京、ロンドンオリンピックなど数々の国際大会に帯同。サッカーJリーグ水戸ホーリーホックのチームドクターも務める。総合診療医として、外傷だけでなく日々の体調管理まで幅広くアスリートをサポートする。

(1面よりつづく)

たちに陸上を教えています。その先生は、「地域の存在が、多感な時期の子どもたちの“逃げ場”や“クッション”の役割を果たす」と言うのです。
小林 学校や職場、家庭の他にもう一つ「地域」があるというのは、そこに暮らすあらゆる年代の人々の「セーフティーネット」にもなります。少子高齢化や核家族化で人とのつながりが希薄になりつつある今、まさに必要な地域社会の枠組みの一つだと思います。
為末 スポーツを“言い訳”に、何か緩やかにつながる場所を作っていただけませんか。そしてヘルスケアに貢献し、社会の課題解決に一役買う。そんな成熟したスポーツ文化を、2020年に向けたムーブメントとして育てていきたいと考えています。

コミュニティの存在が運動するインセンティブに

小林 私は今、子どもの肥満増加が気になっています。昔であれば、外で野球やサッカー、鬼ごっこをして走り回って遊ぶことが多かったのですが、それが今やゲームやスマホの普及により、体を動かす機会が少なくなっているように思うのです。
為末 ゲームやスマホは、子どもの姿勢にも影響が出ていると僕も懸念しています。子ども向けの陸上教室を開催すると、顎が出て、頭が前に落ちた状態で走る子がすごく増えています。
小林 若年での腰痛や肩こり、ストレートネックなどの悪影響が心配ですね。身体に痛みが出ることで、運動からも離れてしまい、その結果、将来的に肥満やロコモティブシンドロームへとつながりかねません。
為末 正しい姿勢で、立つ、歩く、走る。これらは生涯幸せに生きる上での基本動作で、陸上経験者としてサポートできる領域です。小学生のころから身体を動かすことの楽しさを学び、大人になっても続けられるような場が地域には必要とされています。
小林 運動習慣のない人も、スポーツの楽しさを知ることがコミュニティに加わる機会ができればいいですね。

為末 僕は、2014年7月からUR都市機構と松竹芸能がタイアップした「健康増進プログラム」¹⁾に参加し、高齢者と一緒に運動を行っています。例えばランジと言って、足を前後に開いて腰を深く落とし、内転筋や腸腰筋に効かせる動きなど、二足で長く歩き続けるためのトレーニングを教えています。
小林 ロコモティブシンドローム対策ですね。
為末 そうです。そこになんと、松竹芸能所属の笑福亭純瓶さんら、上方落語家による落語を聞きながらのエクササイズも加わっているんですよ。
小林 笑いエクササイズがセット、それは面白いですね! 寝たきりや要介護の予防に、大変効果的だと思います。
為末 さらに運動の後は茶話会も催され、コミュニケーションの場にもなっています。これらが強いインセンティブになって毎回満員になるんです。
小林 運動に特化しなくても、おしゃべりをしたり、笑ったりというのが大事なのではないでしょうか。
為末 それを強く感じています。
小林 今や、交通手段の発達や電化製品の普及によって、日常生活で体を動かすことが随分少なくなりました。そこに加齢もあまって身体機能が低下してしまう。楽しく、筋力・バランス能力を維持する試みは、転倒の予防にもなり、理にかなっていると思います。
為末 これを機に外に出歩くようになります人がどんどん増えてほしいと思っています。体を動かす高齢者を見ているとすごく幸せそうなんです。
小林 「楽しく体を動かす」ことが継続のコツであり、また一緒に楽しめる仲間がいると習慣につながりますね。
為末 トレーニングをするためだけの“箱”に一人で入って運動するのも嫌いですよね。僕も嫌だなと思います(笑)。
小林 「健康や疾患の治療のために運動しなければ」という外発的モチベーションから、運動それ自体が楽しみになり、達成感や人とのかかわりが生まれる内発的なモチベーションの段階につながる好例だと思います。
為末 身体だけでなく、人間関係や、コミュニケーションにも「動き」が生まれるのは幸せなことで、人々の「動き」が活発な社会は、健康な社会

だと思っています。

地域コミュニティの創出がスポーツとヘルスケアの接点を見いだす

小林 現在、厚労省が「+10:今より10分多く体を動かそう」というメッセージを発信しています。
為末 それはどのようなものですか。
小林 「健康づくりのための身体活動基準2013」を達成するため、日々の生活の中で1日プラス10分、体を動かす時間を作ろうという呼び掛けです。それによって、死亡のリスクが2-3%、認知症やロコモティブシンドロームの発症は8-9%低下するなど、具体的な効果が挙げられています。
為末 すごくわかりやすいですね。でも、どこでプラス10分動けばいいか。
小林 そう、そこがまだ日常生活の場に落とし込めていないのが現状です。
為末 “生活をスポーツ化”するというのはどうでしょう。ショッピングモールを皆で歩くとか、一駅手前で降りて歩くなど。日本人が「地球で一番歩く人」みたいな大きなコンセプトを打ち出してもいいかもしれません。
小林 駅伝やマラソンがこんなにはやる国はないですね。日本人の気質にも合っていると思います。オーストラリアの都市部では、通勤に自転車を使用する人が多く見られます。自転車道や駐輪場が整備され、自転車で駅に行く、鉄道に乗り換えられる。自転車通勤を増やすことを目的に、「Ride2Work Day」という国で定めたイベントの日まであります。日常的な運動習慣を促す上で、参考になる取り組みです。
為末 スポーツの領域が医療に協力できる場面は何かありますか。
小林 そこはまだ課題が多いです。高血圧や糖尿病の投薬治療前に、運動療法を行うことは有効とのエビデンスがあり^{2,3)}、こうした患者に運動を指示する「運動処方」という言葉があります。ただ、スポーツトレーナーの多くが持つ「健康運動指導士」の資格では、保険上の診療報酬が認められていません。制度上の壁があり、せっかく体育系学部で資格を取っても、社会で活かせる範囲が限られています。
為末 それはもったいないですね。

小林 医師も運動は大事だと認識しています。ですが、驚くことに医学部教育のモデルコアカリキュラムの中に「運動」「スポーツ」「身体活動」というキーワードが一つもないのです。
為末 そうなんですか、こんなに大事なのに。
小林 生活習慣改善の方法としては、栄養指導に加え、スポーツを含めた運動指導が一般化すると、スポーツと医療の垣根が低くなると考えています。制度面の改革も必要でしょうけど、為末さんのおっしゃる地域コミュニティの創出からスポーツとヘルスケアとの接点を見いだすことが、まずは近道ではないでしょうか。スポーツの楽しさ、素晴らしさからヘルスケアへの関心を広げていきたいです。

*

為末 スポーツは、日本の社会が抱える課題を解決するソリューションの一つとして、ますます重要になります。
小林 スポーツを手段とした地域コミュニティの創出は、ぜひ波及させたいですね。
為末 2020年に向けてスポーツの視点から変革を促していけるような国づくりができれば、社会にすごく大きなインパクトを与えられると僕は思っています。
小林 2025年、全ての「団塊の世代」が75歳以上になる少子高齢社会において、今回のお話から、地域コミュニティの役割が重要になると確認できました。スポーツが地域を創る橋渡しになることで、社会に「動き」が生まれ、人々に健康をもたらす。オリンピックの開催で2025年への道筋も変わってくるでしょう。これからの社会は「食」に加えて「動」がカギになりそうです。「医食同源」と言われますが、「動」を加えた「医食“動”源」として、2020年以降の持続可能な仕組みを作っていくかなければなりません。(了)

●参考文献

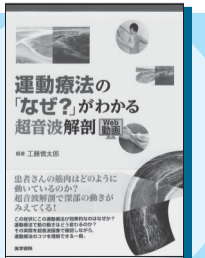
- 1) 独立行政法人都市再生機構・松竹芸能株式会社プレスリリース。2014年6月30日 http://www.ur-net.go.jp/press/h26/ur2014_press_0630_smartwellness.pdf
- 2) 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編。高血圧治療ガイドライン2014。ライフサイエンス出版;2014。
- 3) 日本糖尿病学会編。科学的根拠に基づく糖尿病診療ガイドライン2013。南江堂;2013。

患者さんの筋肉には何が起きているのか? 超音波解剖で深部の動きがみえてくる!

運動療法の「なぜ?」がわかる超音波解剖 [Web動画付]

本書は症例形式で、疾患にかかわる筋の超音波解剖を通して、運動療法の「なぜ?」を解説。超音波解剖(エコー)では、触診ではわからない深部の筋の動きを見ることが出来る。この症状にはなぜこの運動療法が効果的なのか? 運動療法で筋の動きはどう変わるのか? その実際を超音波画像(動画)で確認しながら、運動療法のコツを理解できる1冊。

編著 工藤慎太郎
森ノ宮医療大学保健医療学部・講師



総合診療 ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌
2015年2月号 Vol.25 No.2 ●1部定価:本体2,300円+税

特集 総合医のための **スポーツ医学ベーシックス**
2015年1号から「JIM」は「総合診療」に誌名変更しました!

企画:小林裕幸・金井貴夫
(筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター・水戸協同病院総合診療科)

今回の特集では、総合診療医や家庭医が、診療所や一般外来、救急外来などのプライマリケアの現場で遭遇する頻度の高いスポーツ傷害や、運動に関するトピックを最新の知見を交えて取りあげます。また、タイミングを逃さずに専門医に紹介するポイントも盛り込み、日々の臨床ですぐに役立つ内容を目指しました。

医学書院

寄稿

医療を進化させる, 障がい者スポーツ研究

田島 文博 和歌山県立医科大学リハビリテーション科教授/みらい医療推進センター長

障がい者スポーツはリハビリテーションの一環として生まれ、1948年にルードヴィヒ・グットマン卿が開催した脊髄損傷対麻痺者のスポーツ大会が起源とされている。日本では社会福祉法人「太陽の家」創設者の中村裕先生(九大)が普及に努め、1961年大分県身体障害者体育大会の開催、1975年極東・南太平洋身体障害者スポーツ大会(フェスピック)開催、そして1981年大分国際車いすマラソン大会の開始に尽力し、日本の障がい者スポーツの基礎を築いた(写真1)。

障がい者の体力維持増進にスポーツは有用

障がい者スポーツは、今や障がい者の社会参加と切り離せない関係にある。今では信じられないだろうが、1980年代前半までは、障がい者が社会に出ることを好ましく思わない風潮すらあった。しかし現在では、街中でも車いすの方を普通に見かけるようになり、障がい者の就労や社会参加も当然のことになってきている。

この変化には、パラリンピックでの日本人選手の活躍が少なからず影響している。その契機となったのが、1996年のアトランタ大会で、日本人選手の活躍が国民に大きな感動を与えたことだ。さらに、1998年の長野冬季パラリンピックでの競技の様子は自国開催ということもあり、一般のニュースとともに伝えられ、認知度を高めた。競技以外でも、2020年東京オリンピック・パラリンピックの招致活動で、陸上パラリンピアン佐藤真海選手が活躍したことは記憶に新しい。もはや、障がい者スポーツなしにはオリンピックも開催できないところまで発展してきたと言っても過言ではない。

本学は設立以来、地域医療の充実と県民健康の増進に取り組み、研究活動において成果を挙げてきた。障がい者スポーツの分野でも、同附属病院が日本障がい者スポーツ協会、日本パラリンピック委員会推薦のメディカルチェック医療機関として認定を受けている。

この30年余りの間、本学は大分国際車いすマラソン大会を通じての医学的検討とパラリンピアン選手のスポーツ医学研究を推進し、その結果、障がい者スポーツのリスクマネジメントとメディカルチェックの重要性、さらには、メダル獲得に向けての競技性向上に至るまで、多くの役割を果たしてきた。

例えば、1995年に、世界トップレベルの車いすランナーの動作解析を行い、効率的な車いす駆動技術を明らか



●写真1 障がい者スポーツ創始者Sir Guttman氏(左)と、障がい者スポーツを日本に初めて紹介した中村裕氏。

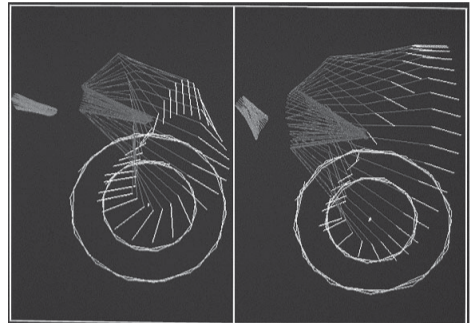
にした(写真2)。その上で、三井利仁先生(和歌山県立医大)らが選手をコーチングし、アトランタ、シドニー、アテネの車いす競技で、3大会合計47個のメダル獲得の成果を挙げた。

競技力向上とともに、障がい者の運動増進と体力医学的研究も実施した。障がい者スポーツは、障がい者の体力維持増進の面で重要な役割を持つ。就労障がい者を医学的に調査した結果、スポーツ参加のない障がい者は驚くほど低い最大酸素摂取量を示し、週2回程度でも何らかのスポーツを行っている障がい者では最大酸素摂取量が有意に改善することがわかっている。さらに、脊髄損傷者の最大酸素摂取量を20年以上追跡調査した結果、車いすフルマラソンを続けている選手は上昇し、ハーフマラソンの選手は維持、全くやめてしまった選手は半分に低下した(図)1)。脊髄損傷者にとって、運動・スポーツは健常者以上に有用であると言える。

健常者スポーツと同等に強化・普及を

しかし全ての障がい者が安全かつ適切にスポーツに参加するための医学的課題は山積している。まず、障がい者における医学研究が不十分なため、障がいごとの適切な運動負荷量さえも不明である点。また、障がい者スポーツでは車いすや義足といった機具が必要な競技が多いため、その開発に費用がかかる点などだ。スポーツ種目においても障がい者ごとに最適な競技の開発をこれから進めていくべきであろう。

競技の高度化に伴いメディカルチェックの必要性も増している。わが国では健常者のメディカルチェック表を基に、障がい者用の機具の開発が進められている。現状では、それぞれの競技団体指定医師がメディカルチェックを行った後、草野修輔先生(国際医療福祉大)と私でダブルチェックを行っている。これは、2012年から導入した



●写真2 車いすランナーの動作分析の様子(上)。写真下右のように腕を大きく振り上げると、次の駆動までの時間が無駄になり、タイムが悪化することがわかった。

システムであるが、うまく機能し、代表選手の医学的理由による緊急帰国や、競技を棄権しなくてはならない事態は避けられている。

障がい者スポーツには、健常者スポーツにはないクラス分けという特有の制度がある。障がいごとに条件が同じになるようにクラスを作り、同じ障がい区分に選手を分け、そのクラスの中でメダルを争うのである。自国の選手が少しでも有利なクラスに入り、相対的な優位を獲得するための駆け引きもある。残念ながら日本人の国際クラス分け委員は少なく、英語力の改善と国際クラス分け委員の育成は急務である。

2011年に施行されたスポーツ基本法では「スポーツは、世界共通の人類の文化である」と規定し、「障害者が自主的かつ積極的にスポーツを行うことができるよう、障害の種類及び程度に応じ必要な配慮をしつつ推進されなければならない」(第二条5項)と定められた。所管も文科省に移り、今後は健常者スポーツと同等に強化と普及が図られることが期待される。障がい者スポーツ関連学会・研究会が力を合わせ、障がい者スポーツのさらなる発展に尽力しなくてはならないだろう。

研究成果は高齢者医療にも活用

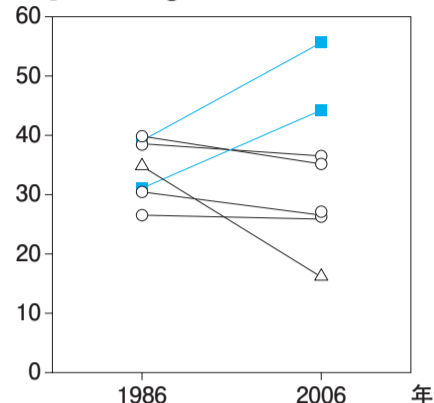
2012年度には、本学の「みらい医療推進センター」が「障がい者スポーツ医学研究拠点」として文科省の共同利用・共同研究拠点の認定を受け、研究の場を広げている。障がい者ス



●田島文博氏

1984年産業医大卒。90年同大大学院博士課程修了。92年同大リハ科講師、ニューヨーク州立大バッファロー校医学部リハ科 Buswell fellow。2000年浜松医大助教授、03年和歌山医大リハ科教授。08年から同大ス

ポーツ・温泉医学研究所長、09年同大げんき開発研究所長を兼任。14年には同大病院副院長、同大みらい医療推進センター長に就任した。現在、日本障がい者スポーツ協会メディカルチェック委員長も務める。

VO₂max (mL/kg・分)

●図 脊髄損傷者の最大酸素摂取量 (VO₂max) の変化

■ 車いすフルマラソン継続選手
○ 車いすハーフマラソン継続選手
△ 運動をやめてしまった選手

ポーツの医学研究は単に障がい者のための研究というわけではない。その研究成果は、健常者、特に高齢の患者、重症な患者に対する運動療法を最善なものに進化させることにつながる。例えば、車いすマラソンを走破する頸髄損傷四肢麻痺者の研究により、運動が生体を活性化させるマイオカインについて新たな知見が得られ²⁾、また、四肢の切断選手の体温調節機能の研究結果から四肢の果たす体温調節機能の重要性が判明した³⁾。

障がい者スポーツは研究されなければならないことがまだまだたくさんある。そして、これまでの知識や経験を伝承する必要がある。現状では日本障がい者スポーツ協会の主催による、指導に当たる指導員、理学療法士、医師などが障がい者の特質、特にそれぞれの障がいごとの病態運動生理学を理解するための講習会を開催している。超高齢社会の進展に伴い、障がい者スポーツの研究が貢献する分野は多い。しかし、教育・研究はあくまで大学の役割だと考える。今後、体育系学部、教育系学部、医療系学部、障がい者スポーツ系の学科が設立されることが待たれる。

●参考文献

- 1) Shiba S, et al. Longitudinal changes in physical capacity over 20 years in athletes with spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 2010; 91 (8): 1262-6.
- 2) Ogawa T, et al. Elevation of interleukin-6 and attenuation of tumor necrosis factor- α during wheelchair half marathon in athletes with cervical spinal cord injuries. Spinal Cord. 2014; 52 (8): 601-5.
- 3) 阿川省吾, 他. 下肢切断アスリートの夏期活動現場における体温変化の実態調査. 日本障害者スポーツ学会誌. 2008; (17): 12-5.

名著の全面改訂、リハビリテーションのあらゆる技術がここに集結

服部リハビリテーション技術全書 第3版

かつて服部一郎らがリハビリテーションの基本技術の実際を集大成し、多くの人に愛読されてきた書物が、その意思を継ぐ著者らの手によって全面改訂。600以上にもおよぶ図の豊富さはそのままに、さらに今日の実地診療に対応できるよう最新の知見が盛り込まれた。初学者から熟練者にまで役立つ、まさにリハビリテーション技術の百科全書ともいえる1冊。

編集

蜂須賀研二

産業医科大学名誉教授

編集協力

大丸 幸

九州産業大学リハビリテーション学部教授

大塚 三郎

九州産業大学リハビリテーション学部教授

佐伯 寛

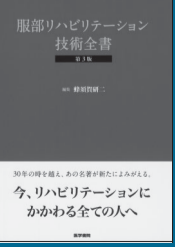
産業医科大学名誉教授・リハビリテーション科准教授

橋元 隆

九州産業大学リハビリテーション学部教授

松嶋康之

産業医科大学名誉教授・リハビリテーション医学



義肢装具の定番書、待望の改訂

義肢装具のチェックポイント 第8版

厚生労働省主催、日本整形外科学会/日本リハ医学会後援による「義肢装具等適合判定医師研修会」のサブテキスト。処方した義肢装具の適合判定に必要なポイントを図示し、箇条書きを主体とした文章で要領よく解説。今版から「疾患と装具のチェックポイント」の章を追加。医師だけでなく、義肢装具の基本を学びたい技師、PT/OT学生の教科書としても最適な1冊。2013年4月から施行された、障害者総合支援法にも対応。

監修

日本整形外科学会

編集

日本リハビリテーション医学会

伊藤利之

横浜市リハビリテーション事業団顧問

赤居正美

国立障害者リハビリテーションセンター病院院長



川越 前回(第3104号)に引き続き、診療所の看護師の役割について、特に看護師の外来診療の様子にフォーカスしてお話を聞きたいと思っています。

医師の外来には「急性枠」「慢性枠」という区分があり、外来予約を受け付ける段階で振り分けを考慮しておくというお話でしたね。この点は看護職の外来も同様なのでしょうか。

澤 はい。外来予約の電話を受ける受付スタッフが診療所で作成したガイドラインを基に、患者さんやご家族の要望と訴える症状から、急性か慢性か、医師か看護職かを振り分けます(表)。

川越 それで看護師による外来を受けることになる患者が決まってくるということですね。看護師の外来の診察時間としては、どのぐらいを想定しているのでしょうか。医師であれば慢性枠・急性枠を問わず、10分が目安と伺いました。

澤 内容に応じて目安となる時間は決まっています。例えば、「耳が痛い」なら急性枠なので10分、避妊薬の服薬コンプライアンス管理なら20分、糖尿病の療養指導であれば30分という感じですね。看護師による外来は、医師による外来よりも、患者さん一人ひとりにかけられる時間が長い場合が多い点の特徴と言えますね。

糖尿病患者に見る看護師の役割

川越 前回聞いた話では、日本であれば明らかに医療行為(=医師の仕事)と思われるものも、英国では看護師によってなされている点が印象的でした。

具体的にお話を伺っていくため、糖尿病患者を例に進めましょう。糖尿病の患者さんであれば、家庭医の外来ではなく、ナースプラクティショナー(NP)あるいは糖尿病に関する研修を受けたプラクティスナース(PN)の慢性枠の外来で診るわけですね。

澤 そうなります。これといった急な問題がなければ看護師が対応し、ガイドラインに沿った経口薬の変更・追加、インスリンへの切り替えやインスリン量の調整を含めて、彼/彼女らが行っていきます。

●表 受付スタッフ用の患者振り分けガイドの例

【看護師が診る慢性疾患とヘルスケアアセスメント(HCA)の外来予約】

(表記は「疾患/検査:時間(担当可能な職種)」)

- ・喘息:20分(看護師)
- ・高血圧・継続:10分(看護師)
- ・血液検査:10分(HCA)
- ・糖尿病:30分(看護師)
- ・心電図:10分(HCA,看護師)
- ・スパイロメトリー・診断:40分(HCA)

【急性枠】

- ・胸痛、腹痛、肛門出血、メンタルヘルスなど:医師
- ・のどの痛み、耳の痛み、膿瘍、創感染など:看護師
- ・診断書の更新、ぎょう虫、内服薬に関する問い合わせ、当日枠に空きがない場合など:電話相談

受付スタッフはこれを標準的なガイドとし、電話相談か外来、外来であれば医師か看護師/HCA、急性枠か慢性枠に患者を振り分けるが、患者のニーズや希望に沿って「外来、電話相談、在宅医療」「医師、看護師」を自由にリエクトできる柔軟性を持たせている。なお、判断に迷う場合は、duty doctorに判断が任せられる。

クロストーク 日英地域医療

川越正平

あおぞら診療所院長/理事長

X

澤 憲明

英国・スチュアートロード診療所
General Practitioner

企画協力:労働政策研究・研修機構 堀田聡子

日本在宅医と英国家庭医——異なる国、異なるかたちで地域の医療に身を投じる2人。
現場視点で互いの国の医療を見つめ直し、“地域に根差す医療の在り方”を、
対話【クロストーク】で浮き彫りにしていきます。

第 3 回

躍動する 診療所看護師たち②

川越 NP・PNの役割に差はあるのですか。

澤 私の診療所内での役割分担ならあります。糖尿病患者を担当するPNは糖尿病の診断、metformin, gliclazide, pioglitazoneなどの経口薬の処方、体重・血圧・コレステロール値の管理を担います。また、降圧薬やスタチンの処方・変更の判断も行いますが、このPNは処方に関する研修を受けていないため、independent prescriber(独立して処方を行う者)としての決裁権まではありません。ですから処方箋を作成し、別室にいるduty doctorに持って行って判断を仰ぐという手続きを踏みます。一方、NPは処方も自分でできるため、このあたりも問題なくなします。ただ、当院ではPNとの役割分担のため、主にインスリンが必要な患者さんを診ています。

川越 日本の医療現場と比較すると、かなり踏み込んだレベルまで看護師が行っていますね。では、家庭医はそこへどのようにかわるのでしょうか。

澤 主に看護師が対応に困った事例を診ます。あるいは、患者さんの希望や、それぞれの置かれた社会的状況を加味すると、あえてガイドラインから外れた方法で治療を進めるほうが最適というケースもありますよね。そうした個別性の高い治療が必要な場合に、家庭医、多くはduty doctor(当番医、第3100号第1回参照)が調整を行い、その治療全体の責任も請け負います。

“かかりつけ看護師”と、“指揮者”として活躍する家庭医

澤 英国のプライマリ・ケアでは、安定した糖尿病患者で

あれば、ほとんどは診療所の看護師によって対応されていると思います。当院における糖尿病管理のための医師/看護師別の受診頻度の正確なデータこそ把握していませんが、体感的に9割以上は看護師によってなされています。

2型糖尿病に関して言うと、一般的な薬物療法・インスリンでコントロールが難しい患者は二次医療へ紹介することが、国のガイドラインで決められているのです。ですから薬剤処方も可能な看護師で対応できない複雑なケースというと、家庭医が診ても一次医療で行うべきこと自体は済んでいる場合も多い。結果的に看護師が診られない難しい症例は、二次医療との連携になるケースが多いという印象を持っています。

川越 なるほど。一方で糖尿病の患者さん側は、自分の「主治医」という存在をどのようにとらえているのでしょうか。「主治医はいるけれど、糖尿病に関しては主治医の外来を受診するのは低頻度である」という認識なのか。あるいは、「糖尿病は診療所の看護師に診てもらいたい」として受け入れているのでしょうか。

澤 もちろん患者さんにはかかりつけの家庭医がいますし、それを認識されているとは思いますが。ただ、糖尿病やCOPDなどの単一の慢性疾患の種類によって、医師とは別に「かかりつけの看護師」がいるのです。ですから、看護師が対応できる特定の慢性疾患を抱える患者に関して言えば、かかりつけ医のことをあまり意識せずに、看護師の慢性枠の外来へと足を運んでいるのではないかと思います。何か問題があれば、家庭医の外来で引き継いで診てくれるという点も認識されているはずですが。

では、かかりつけの家庭医がそのぶん何をやっているかと言えば、各看護師がしっかりと機能できるように適切

な研修をアレンジしたり、診療所全体の質の管理などのシステムマネジメントだったり。あるいは、代弁者として患者個人が必要とするサービスを提供・調整しつつも、限りある地域資源とのバランスを図ったり、十人十色の医療を個々の患者と一緒に考えたりしています。家庭医は、患者個人とシステムの両方の調和のとれた心地よい音楽を奏するための“指揮者”と言えるのかもしれませんが。

日本でも多職種協働が鍵

澤 実は、当院の患者さんの満足度指標を調べてみたら、医師よりも看護師の外来に対する満足度のほうが高いという結果が得られたんです。

川越 今回のお話は大変驚きました。日本の開業医は、1日に50人以上の患者を診ているという方が少なくありません。診ている患者が多いからこそ、“3分診療”になってしまう、という側面もあるのです。

しかし、本来、医師が患者を診る頻度はどのぐらいであるべきか、あるいは看護師など他職種とどのように役割分担をし得るか。これらを考えるための良いヒントになると感じました。

澤 その状況を改善するのに他職種との協働が有効だ、と。確かに英国では、看護職をはじめとした他職種との協働があるから、私たち医師の適正な負担は保たれているのだと思います。

川越 もちろん日本では、英国のように看護師などの他職種単独の外来診療はあり得ません。しかしながら医師と看護師をはじめとした多職種が、チームで、トータルに外来患者さんにかかわることができるような、多職種チームの在り方、診療所の在り方を模索していくべきでしょう。

開業医側にとっても、3分診療で1日に50-100人の外来患者さんを“さばく”ように診るよりは、かかりつけ患者さんの主治医として「診療所の多職種チームが、包括的かつ継続的に1日30人の患者さんへかかわり続け、責任を果たすこと」が、診療報酬上も遜色ない評価がなされるのであれば、取り組みたいと思うかもしれません。外来から入院治療が必要な場面、救急時、在宅医療、そして看取りまでを支えるかかりつけ医が地域社会に増えることになり、意義は大きいはず。こうした仕事に取り組むかかりつけ医が増えていくことで、日本のかかりつけ医制度そのものも国民に認知されるでしょうし、プライマリ・ケアのやりがいもまた、医療界で揺るぎないものになるのではないかと思います。

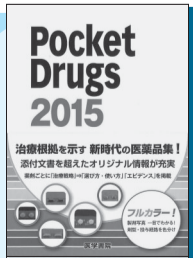
すでに2014年度診療報酬改定において「地域包括診療料」という新たな診療報酬が設定されています。ここには、今述べたような可能性をも秘められているのではないかと考えました。ご紹介いただいた英国診療所の実践は、日本の多職種協働の在り方を振り返らせる内容でした。(つづく)

添付文書情報+オリジナル情報が充実したポケット判医薬品集

Pocket Drugs 2015

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

監修 福井次矢
聖路加国際病院・院長
編集 小松康宏
聖路加国際病院・副院長
渡邊裕司
浜松医科大学教授・臨床薬理学

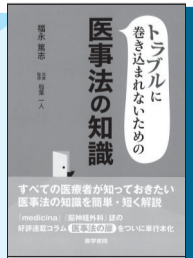


すべての医療者が知っておきたい医事法の知識を簡潔に解説

トラブルに巻き込まれないための医事法の知識

すべての医療人に向けた、医療紛争に巻き込まれないために知っておくべき法律知識の解説書。臨床医の目線で日常診療上注意すべき法律50項目を選び、具体的な判例を交え、1項目につき3ページ程度で分かりやすく噛み砕いて解説。「Medicina」「脳神経外科」誌の好評連載コラム「医事法の扉」の単行本化。

著 福永篤志
国家公務員共済連合会立川病院脳神経外科医長
法律監修 稲葉一人
中央大学法科大学院教授/久留米大学医学部客員教授



医

学生や初期研修医が神戸大病院感染症内科をローテートする。そのほとんどが感染症専門医になることをめざしておらず、感染症で食っていこうとは思っていない。

ほくはそのような学生、研修医を大歓迎する。5年生の場合、ローテートの期間はたった1週間だ。6年生では2週間。研修医だと1-2か月のローテーションが典型的である。

短すぎると思う。伝統的に、大病院のベッドサイド・ラーニング(BSL)は、「実習」ではなく「見学」にとどまってしまう傾向にある。そして、医局側はこれを学生の教育の場というよりも「リクルートの場」として考えがちだ。本来であれば6週間くらい長期にローテートさせて、学生が医者になったときに「使える」ようにしつけるべきなのだが、そうするとローテートしない診療科が生じてしまう。「うちの科に人が来なくなる」と危惧する人が現れ、かくして学生の教育内容はほったらかしで、1週間の見学ツアーの連打が継続されるのである。誠に愚かしいことである。

しかし、たとえ1週間であっても決してまったくの無駄とは言えない。どんなに短期間の教育だって有効に働くことは可能なのだ。1日の見学であっても、1回のレクチャーですら、その学生の生涯に決定的なインパクト、教育効果を与えることがある。だから「1週間じゃ、何も教えられない」なんて嘆く暇があるのなら、「1週間でもどこまで教えることができるだろう」と考え、工夫すべきなのである。

5年生には何を目標にすべきだろうか。6年生になってから感染症内科を回らない学生も多い。感染症に興味があれば、なおさらだ。そういう学生が卒業し、初期研修を終え、各科の専門家に育っていく。日本の多くの初期研修病院では、まだ「きちんとした」感染症診療教育は行われていない。「きちんとした」感染症診療も当然行われていない。ということは、この5年生たちは今後、オーセンティックな感染症の教育を受ける機会が一生ないのかもしれない。しかし、どんな診療科を専門にしても感染症が皆無な診療科は存在しない。外科系、内科系、メジャー、マイナー、病院、外来、在宅診療、放射線科や病理診断科に至るまで、全て感染症が絡むのは間違いない。医者になるなら、感染症を知らなければいけないのだ。

というわけで、感染症内科を回る5年生の1週間は、「今後、オーセンティックな感染症教育を一生受けなければ、(たとえ嫌々であっても)感染症を診なくちゃいけない医者になる人た

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか、スペシャリストか」。二元論を乗り越え、「ジェネシャリスト」という新概念を提唱する。

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院内科感染症内科

【第19回】

ジェネシャリストの育成は、学生のときから始まっている

ちのための1週間」となる。なので、下記の4つが教育目標になる。

- ①絶対に踏んではいけない地雷(それをやると患者は困るよ、場合によっては死ぬよ)
②考え方の基本(「なぜ、抗菌薬を使うのか」みたいな)
③自分で勉強する方法
④1週間ばかり感染症を勉強したくらいでは、この業界についてマスターでき、感染症診療ができるようになるなんてことは「絶対に」あり得ない。ましてや、その1週間すらなかった多くの指導医たちについては、なおさらだ……という厳然たる事実を体感させること

これだけなら1週間でも十分に教えることができる。ほくらの目標は「日本の感染症診療の質の向上」であり、「医局の繁栄」ではない。したがって、感染症専門医になりたくない人ほど、感染症なんて嫌いだと言う人ほど、懇切丁寧に教える。別に嫌いでいいけど、まともなことはしてくれ、ってことだ。

しかし、非常に残念なことに、多くの指導医は「うちの科に来ない学生は教える気になれない」とか「教えたくない」と言う。確かに、露骨にやる気のなさを顔に出す学生に教えるのは嫌なものだ。ただ、少なくとも真面目に勉強しに来た学生に対してまで、「うちに来ない」という理由で教育を割引したり、放棄したりするのはやめてほしい。それは教育倫理にもとる卑劣な態度であり、そういう態度の医師は教育者をやめたほうがよい。患者を嫌々診る医者が、診療を続けるべきでないのと同じように。

さて、学生たちにも言うておく。BSLでは、自分が専門としないであろう診療科を回るときこそ、一所懸命に勉強しなさい。もう腰を据えてその領域を勉強する機会が一生ないかもしれないぞ。医者になってから「勉強しなきゃ」と思っても、そのころには自分の専門領域のスキルアップに忙しく、とても他領域まで勉強する余裕がないのかもしれないのだ。

食事・栄養を必要としない患者はいない。メンタルヘルスを必要としない患者もいない。心臓や腎臓のない患者

もない。だから、NSTの専門家にならなくても、精神科医にならなくても、循環器内科医や腎臓内科医にならなくても、皆さんの患者にはそういう属性が付いてまわる。そういう多様な問題を、医師は無視することはできないのである。

そこで、われわれが取り得る選択肢は3つしかない。

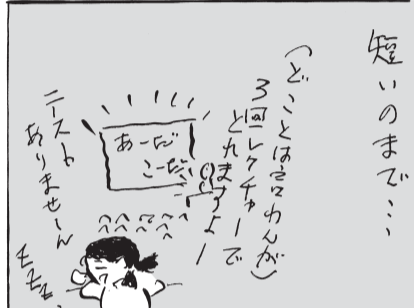
1つめは、アウトソーシング、他の専門家に丸投げである。これは楽といえば楽だが、電話したりとか依頼状を書いたりとか、結構面倒くさい。方針が噛み合わないときの議論だって面倒くさい。

2つめはやっつけ仕事。不勉強でもいいや、と適当にやるのである。昔はこれでも割とダメなけど、今はこういう危なっかしいプラクティスをやっていると命取りになりますよ。ほくのところにも、「やっつけ仕事」の結果たる医療訴訟の相談が来ます。この選択肢は回避しておいたほうが患者のため、皆さんのためです。

3つめは、自分で勉強すること。これが一番の正攻法だし、勉強して専門知識が増えていくのは楽しいものだ。とはいえ、完全に独学は危険である。やはり基本的な考え方や、踏んではいけない地雷は、その領域のプロに教えてもらうのがよい。

どの選択肢を選ぶべきかは明白ではないだろうが。

というわけで、繰り返す。BSLでは「自分が専門としないであろう診療科」こそ、一所懸命に勉強すべきだ。これが生涯最後の教育機会だと思っ、必死になって勉強すべきだ。もちろん、1週間やそこらの付け焼き刃な



勉強でその領域をマスターできるわけではない。しかし、その領域の深度はつかみ取れるはずだ。決してないがしろにはしたり、やっつけ仕事にしたりしてはいけないという自覚だけは得られるはずだ。いざというときにプロに相談すべきタイミングも、ある程度は覚えることが可能かもしれない。学生のときからのこうした態度こそが、長期的にはジェネシャリストとなる萌芽となるのである。

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クオーターリー・マガジン

INTENSIVIST インテンシヴィスト
●季刊/年4回発行 ●A4変 ●200頁
●1部定価:本体4,600円+税
●年間購読料19,008円(本体17,600円+税)
2015年 第1号発売 特集:ARDS Berlinその後

目次(予定)
総論 1.Berlin Definitionの登場とその背景
各論 1.人工呼吸器関連肺障害と肺保護換気
2.肺ドライ戦略:CVPを使わないのなら何を指標に利尿や除水を行うか
3.筋弛緩本邦でもルーチンに用いるべきか
4.AARDSにおける栄養療法:最近のupdate
5.腹臥位:重症例でのルーチンになるのか

2014年 1号:疼痛・興奮・譫妄 2号:ICUルーチン 3号:Severe Sepsis & Septic Shock 4号:PCAS
2015年(予定) 1号:ARDS Berlin その後 2号:ICUで遭遇する血液疾患(4月発売) 3号:電解質・内分泌・代謝(7月発売) 4号:心臓血管外科術後Part1(10月発売)

これぞ待望の、神経眼科学 最新スタンダードテキスト

神経眼科学を学ぶ人のために

神経眼科臨床・研究の第一線で長年活躍する著者による、待望の決定版テキスト。解剖生理、診察・検査・診断から治療まで、明快かつシッパルな記述で臨床に必要な知識を網羅。圧巻のカラー図版・症例写真・画像所見を掲載したビジュアルなレイアウト。基礎知識から最新知見まで、読者の知りたい情報にたどりつきやすい紙面構成。眼科医、神経内科医、視能訓練士など神経眼科臨床に携わる、すべての医療関係者の必携書。



Medical Library 書評新刊案内

運動療法の「なぜ？」がわかる超音波解剖 [Web動画付]

工藤 慎太郎 ● 編著

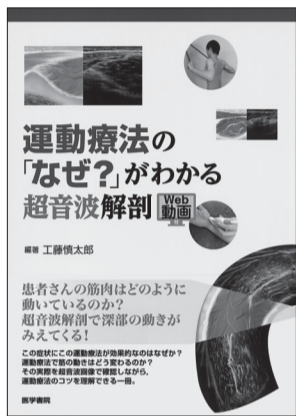
B5・頁224
定価:本体4,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02031-2

評者 福井 勉

文京学院大学大学院教授・理学療法士

本書は、好評であった『運動器疾患の「なぜ？」がわかる臨床解剖学』(医学書院、2012年)の続編ともいえるべき書籍である。本書の第一の特徴は超音波画像で身体内部の動きを探りながら、理解を深めようとするものである。近年の運動器分野において、超音波画像は非侵襲性と手軽さもあり徐々に重要な位置を占めてきていると考えられるが、著者のさまざまな読影上の工夫によって解剖学を深く理解し、さらに運動療法へ展開する試みである。実際の超音波画像は医学書院のウェブサイトから参照できる形になっている。

超音波画像で身体内部の動きを探り、理解を深める



本書は、好評であった『運動器疾患の「なぜ？」がわかる臨床解剖学』(医学書院、2012年)の続編ともいえるべき書籍である。本書の第一の特徴は超音波画像で身体内部の動きを探りながら、理解を深めようとするものである。近年の運動器分野において、超音波画像は非侵襲性と手軽さもあり徐々に重要な位置を占めてきていると考えられるが、著者のさまざまな読影上の工夫によって解剖学を深く理解し、さらに運動療法へ展開する試みである。実際の超音波画像は医学書院のウェブサイトから参照できる形になっている。

頸椎症、片麻痺の肩関節痛、投球障害肩、テニス肘、肘関節脱臼、橈骨遠位端骨折、腰痛、片麻痺、変形性股関節症、ハムストリングスの肉ばなれ、膝蓋大腿関節症、変形性膝関節症、アキレス腱損傷、シンスプリントと多種類の疾患についてのポイントを供覧しながら、解剖学のポイントの記載がされている。

さらに著者は運動療法の意味を超音波画像を通じて行うことで、頭で考えていたイメージとの違いについても記載が多くなされている。以前と比較して超音波画像を診療時間内に参照している理学療法士は増加していると考えられる。しかしながら、それを実際の臨床活動に活用可能な理学療法士はま

緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第3版

恒藤 暁, 岡本 禎晃 ● 著

三五変型・頁334
定価:本体2,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02023-7

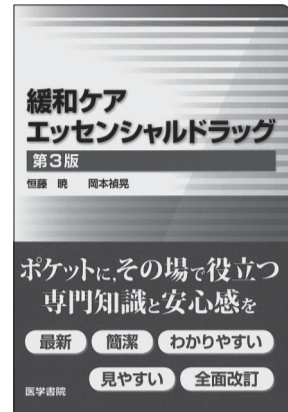
評者 加賀谷 肇

明治薬科大学教授・臨床薬理学

わが国の緩和医療を牽引してきた医師の恒藤暁先生と、緩和薬物療法認定薬剤師第一号である岡本禎晃先生による待望の新版が上梓された。

著者たちは症状マネジメントが緩和ケアの出発点というコンセプトの下、症状マネジメントの必須薬をこの本に集約している。すなわち本書を習得することが緩和ケア実践の近道といえる。

緩和ケア実践の近道といえる全スタッフ必携の書



改訂ごとに分厚くなっていく書籍が多い中、第3改訂にもかかわらず従来のコンパクトなスリムボディが変わらないことには敬意を表したい。

評者は2008年の初版本をグリーンブック、2011年の第2版はオレンジブックとして愛用してきた。このたびの第3版は装丁がブルーに変わったのでブルーブックと呼称を変更しようと考えている。

さて、今回の改訂で気付いたことを以下に列記してみたい。
・がんの症状マネジメントと緩和ケア薬剤情報を機能的にまとめたクイック

クリファレンスがこれまでと同様にとても使い勝手が良い。

・IV章「症状マネジメントの概説」は緩和医療関連ガイドラインの改訂に伴って大幅にアップデートされ、20項目に増加された。

・V章「エッセンシャルドラッグ」もアップデートされ、最新の薬剤を含め9製剤(アセトアミノフェン注射剤・オキシコドン注射剤・タペンタドール・フェンタニルパッカル錠・フェンタニル舌下錠・メサドン・デノスマブ・エスシタロプラム・セルトラリン)が新規に追加された。

緩和ケアに携わる医師の処方設計、薬剤師の処方支援、看護師の症状マネジメントなどについて、簡潔で、わかりやすく、見やすい本書が威力を発揮することは間違いない。また、これから緩和ケアにかかわる医学生、薬学生、看護学生には臨床での必携の書としてお薦めしたい。

神経症状の診かた・考えかた General Neurologyのすすめ

福武 敏夫 ● 著

B5・頁360
定価:本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01941-5

評者 河村 満

昭和大学教授・神経内科学/附属東病院病院長

福武敏夫先生ご執筆の『神経症状の診かた・考えかた—General Neurologyのすすめ』が出版されました。福武先生でなくては書くことができないユニークな内容です。

神経内科医であれば初心者から上級医まで、広い範囲の先生方に太鼓判を押してお薦めできます。一般内科の先生方や、リハビリテーション医、メディカル・スタッフにも有益な本であると思います。本来難しいことがわかりやすく表現されているのがこの本の最も大きな特徴です。

ユニークな内容で 広く長く読まれるべき一冊

全体は3つの部分から構成されています。すなわち、第I編「日常診療で遭遇する患者」、第II編「緊急処置が必要な患者」、第III編「神経診察のポイントと画像診断のピットフォール」からなっており、第I編の第7章はなんと「奇妙な症状」とされています。その前の第6章は、神経内科医があまり得意ではない「精神症状、高次脳機能障害」です。第I編の第1章・2章・3章が、「頭痛」「めまい」「しびれ」で、

いわゆるコモン・ディジーズであり、この本では奇妙な症状もコモンな病態も同等に扱われて、平等に並んでいるのです。第II編の第3章は「急性球麻痺」そして第4章が「急性四肢麻痺」であり、その組み立ての特異さが際立っています。さらに、それぞれの章に多くの具体的症例が、病歴・診察内容・検査や診断の過程とともに掲載されていて、わかりやすい読み物をめざして執筆された著者の気持ちが伝わってきます。

ごく最近、昭和大神経内科のカンファレンスで、カタレプシーを呈し、緊張病(カタトニア)症候群が疑われましたが、辺縁系脳炎も否定できない問題症例が提示されました。受け持ちグループは、内外の最新文献を読み、よく消化して解説してくれました。しかし、「カタレプシー」「緊張病症候群」の定義や実際の症候内容は本来なかなか難しい点があり、カンファレンスはさらに簡潔な解説が欲しい、という雰囲気になりました。私は本書評を書

MEDSiからのご案内

2015年春 「世界標準」の改訂です。

1 → 2

ベイツ診察法
定価:本体9,000円+税
日本語第2版 (原著第11版)

2 → 3

ベイツ診察法ポケットガイド
定価:本体3,800円+税
日本語第3版 (原著第7版)

3 → 4

ICUブック
定価:本体11,000円+税
日本語第4版 (原著第4版)

12 → 13

ワシントンマニュアル
定価:本体8,400円+税
日本語第13版 (原著第34版)

1 → 2

内科ポケットレファレンス
定価:本体4,000円+税
日本語第2版 (原著第5版)

全タイトル 定価 据え置き

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 FAX 03-5804-6055 http://www.medsico.jp E-mail info@medsico.jp

旅行医学の“バイブル”、ついに上陸!

新刊 キーストンのトラベル・メディスン

Travel Medicine, 3rd edition

▶全56章、旅行医学とは何か、から始まり、旅行前相談、予防接種、そしてマラリア、旅行者下痢症にとどまらず、日本では稀な感染症もテーマを含め解説。さらに移民や難民、養子の問題、災害の問題、飛行機に乗ること「そのもの」のリスク、メンタルヘルスマス、人の移動に伴う健康リスクについて包括的にカバーする。感染症医、一般内科医に必備の書であり、産業医、労働衛生関係者、公衆衛生関係者にも幅広く有用。

監訳: 岩田健太郎 神戸大学大学院医学系研究科・医学部微生物感染症学講座感染症学分野教授

定価: 本体16,000円+税
A4変 頁624 図78・写真60 フルカラー 2014年
ISBN978-4-89592-793-2

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 FAX (03)5804-6055 http://www.medsico.jp Eメール info@medsico.jp

臨床医のための小児精神医療入門

日本精神神経学会 小児精神医療委員会 ●監修
齊藤 万比古, 小平 雅基 ●編

B5・頁240
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01906-4

【評者】八木 淳子
岩手医大講師・神経精神科学 /
いわてこどもケアセンター副センター長

時代の要請から子どもの心の診療に関心を抱く精神科医、小児科医は少なくない。さらには子どもの精神保健福祉、教育、司法などの分野にかかわるあらゆる専門職、支援者にも、児童精神医学と子どもの心の診療についての基礎知識と専門性を求められる機会が増してきている。

しかし、日常業務に忙殺される臨床医にとって、児童精神科医療を学ぶことの重要性を理解してはいても、教科書を通読するには時間がかかりすぎ、地方では研修の機会すら得難い。現実には日々目の前の臨床に追われるうちに、どこから手を付けたらよいのか迷いながら、なんとなく苦手な領域として残ってしまうのが、子どもの心の診療に関する分野ではないだろうか。

本書の編著者であり現代日本を代表する児童精神科医の一人である齊藤万比古氏は、子どもの心の躓き(精神障害)を、生物学的・心理的・社会(環境)的要因が均衡を保つことで成り立っている子どもの「自己システム」が、その平衡を保てなくなったときに引き起こされるものとしてとらえ、包括的な支援の大切さを一貫して強調されてきた。東日本大震災後に設立された児童精神科医療施設「いわてこどもケアセンター」(岩手医大)の開設記念講演においても、児童精神科医療の役割は、心の病気を改善するための手助けをし、環境を整え、学校(社会)と子どもをつなぎ、これらをまとめ上げながら熟成の時を待つことであり、子ども自身の成長を愚直なまで見守り、付き合い続ける包括的・総合的な営みが大切であると説いておられた。本書

中でも齊藤氏が提案する「三次元的な治療構造」は、東日本大震災で被災し、傷ついた子どもたちの長い長い心の復興の道のりを、共に歩み、見守り支え続けることにも相通ずる臨床哲学である。

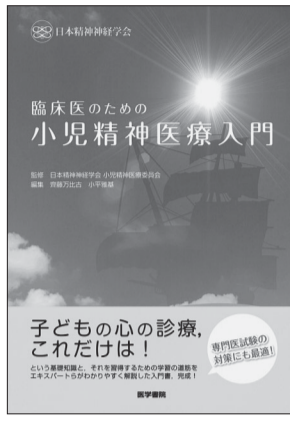
このような基本理念を背景として齊藤氏らが本書で提示するのは、子どもの心の診療に取り組む上で欠かすことのできない、臨床的専門性獲得のためのエッセンスである。総論では子どもの精神・神経発達、母子関係、エビデンスに基づく治療など基本的概念が示され、各論では児童青年期に見いだされる諸精神疾患の各病態がその

分野のエキスパートによってコンパクトにわかりやすく解説されている。さらに、疾患概念ではとらえられない、虐待や不登校などの子どもの心の問題に特有の現象や、検査や診立てのためのケースフォーミュレーション、各種治療介入技法の解説、今後期待される新たな治療技法の紹介なども加わり、児童精神医学と子どもの心の臨床を取り巻く技術的側面が具体的かつ広範囲に網羅されている。各項目は理解度を自己点検するためのチェックリストを含み、めざすレベルに合わせた研修の達成目標が段階的に明示され、各治療技法の推奨の度合いも示される。項目ごとに文献や推薦図書が記載されていることも、より深い学びへの助けになる。初学者には研修のための道標に、児童精神科を専門分野とする医師にとっては自己の習熟度を点検しつつ、指導者としてなすべきことの指針となる。本書は子どもの心の診療にかかわるすべての人にとって、有用で実際的な示唆を与えてくれる貴重な手引書である。

なくために、偶然この本を持っていた。もしかしたら書かれているかもしれないと思い、ページをめくると、右頭頂葉皮質下出血の急性期にみられた左上肢のカタレプシー症例の診察風景と頭部CT所見がちゃんと掲載され、平易に解説されていました(p.205)。緊張病候群を来す神経疾患も表できちんと示されており(p.206)、この中に辺縁系脳炎が確かに含まれていました。カンファレンスの最後、受け持ちグループの「考察」が述べられた後に、この本を紹介し、皆で回し読みして、私自身だけではなく医局員全員の理解が進みました。私たちの教室では、とても役に立つ本として、この本が認識

されています。福武先生と私は、千葉大神経内科で10年以上ご一緒しました。当時の教授は平山恵造先生で、私たちは平山先生に直接ご指導いただき、大きな影響を受けました。序文を読むと、福武先生はご自身の診療態度を名探偵シャーロック・ホームズの観察や推理と同様である、と考えていることがわかります。平山先生から神経症候学の神髄を伝授され、ホームズを意識して神経疾患を持つ患者さんの症状・病態に向き合われて、独自の診かた・考えかたを開拓なさった福武先生が一人で行ったこの本は、広く読まれ、長く残るに違いない、と私は考えております。

子どもの心の診療の道標として



在宅医療モノ語り 第57話

語り手 チンして、お構いしてください
電子レンジさん
鶴岡優子 つかめ診療所

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりだ。往診車の中、往診車の中、患者さんの家の中、部屋の中……在宅医療にかかわる道具(モノ)を見つめていると、道具も何かを語っているようだ。今回の主役は「電子レンジ」さん。さあ、何と語っているのだろうか?



ウチの「ホットステーション」水分を含むモノであれば、温めることができます。冷蔵庫にあったご飯、冷めたコーヒー、買ってきたお弁当、きつく絞ったおしぼり。便利ですけれど、ワタクシにも危険がないわけではない。ヤケドには気を付けてください。

文化庁の調べだったでしょうか? 「電子レンジで加熱すること」を「チンする」と表現する日本人は、なんと9割以上だとか。サボる、愚痴る、事故る、お茶する。名詞に「る・する」をつけて動詞化する造語が、老若男女を問わず浸透しています。

私はあるお宅に譲り受けられた電子レンジです。新しい主人は90歳を超えたおばあさんのMさん。連れ合いを20年以上前に亡くされ、お子さんはいらっしゃいません。若いころはこの町の婦人会などで活躍し、数年前までは自転車を乗り回す元気な方でした。それでも80歳半ばを過ぎたころから身体が弱まり、地域の集まりでも姿を見せなくなりました。一人暮らしだったので、週1回はヘルパーさんが訪れ、買い物などを手伝うようになっていました。

ある日のこと、救急車がこの家の前で止まりました。近所の方が体調の悪いMさんに気づき、救急車を呼んでくれたのです。病院でわかったのは、肺炎に加え、がんという病気があったこと。Mさんはそれを聞き、「家に残してきた猫のミーちゃんだけが心配です。あとは思い残すことは何もないのだけれど……」と語りました。その場に同席した病院のソーシャルワーカーさんは、他の病院や施設のパンフレットを出すのをためらいました。

遠い県から姪御さんも面会に来られ、「本人の希望に添いたい」と、ケアマネジャーと相談を始めました。そこで決まったのは、主治医を訪問診療している医師にすること、介護保険の区分変更の申請をすること、そして、近所にごあいさつ回りすることでした。ご近所を回ると、いろんなことがわかりました。「Mさんには私たちもお世話になったし、お互いさまですよ」。優しく声を掛けてくれる人もいました。「実は最近物忘れも心配だったの。鍋を焦がしたこともあって、この季節だし火事が怖いでしょ?」「ウチの親戚が使っていたモノだけど、よかったらコレを使って」と、ワタクシ電子レンジがこのお宅に赴任することになったのです。

私がこの家に来てからは、人の出入りも激しくなりました。看護師、医師、薬剤師、たくさんのプロフェッショナルたちが訪れ、以前からのヘルパーさんも毎朝来てくれます。ヘルパーさんは手際よく私を使ってホットタオルを作ると、Mさんに手渡します。Mさんが気持ちよさそうにタオルで顔を覆い、朝の身繕いをしている間、ヘルパーさんは私を使いながら調理を進めます。ちなみにガスコンロは処分されたようです。近所の人たちも農作物を少しずつ持ってきて、一人暮らしの食卓を飾ってくれました。チラチラとMさんの様子を気に掛けてくれるようになったのです。

今日はMさんにかかわる人たちが一堂に会する日です。Mさんは、皆さんにコーヒーを振る舞うように姪御さんに指令し、「ほら、冷めちゃったから、チンしたらどうかしら?」と心配しています。皆さん、口をそろえて「どうぞお構いなく」と返答。和気あいあいとした雰囲気になりました。主治医はMさんに尋ねます。「病状について皆さんにもお話ししてよいのかな?」。すると、Mさんは大きくなずき、「皆に迷惑をかけちゃうけど、このままミーちゃんとこの家にいれたら本当に幸せなの」とお話しされました。遠い親戚をはじめ、プロフェッショナルもボランティアも、Mさんをお構いする、お構いしていく覚悟を決めたようでした。

骨軟部画像診断のエキスパートが練り上げたMinimal Requirements

骨軟部画像診断スタンダード

▶骨軟部画像診断のエキスパートにより執筆された、骨軟部画像診断の簡易的かつ包括的なテキスト。疾患を専門医、診断専門医、指導医の三段階にレベル分けし、Essentials(要点整理)、臨床的事項、病態生理・病理像の解説を簡条書きで掲載。また、モダリティごとの画像所見の特徴、典型症例画像の提示・読影のポイントを詳説する。放射線科医、整形外科医の日常診療のガイドとして有用、専門医試験/診断専門医試験対策にも使える。

編集:青木 純・青木 隆敏・上谷 雅孝・江原 茂
神島 保・杉本 英治・福田 国彦・藤本 肇

定価:本体6,500円+税
B5 頁400 図14・写真329 2014年
ISBN978-4-89592-794-9

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

頭痛分類・診断のグローバルスタンダード、全面改訂

国際頭痛分類 第3版 beta版

国際頭痛学会 (IHS) 作成による最新の分類・診断基準を日本頭痛学会が翻訳。一次性頭痛では片頭痛において、「慢性片頭痛」が下位分類から独立するなど重要な点の変更。二次性頭痛は診断基準が大幅に改訂され、日常臨床での診断により即した内容に。また翻訳面でも「薬物乱用頭痛」に「薬物の使用過多による頭痛」が併記されるなどの改訂が行われた。正にグローバルスタンダードといえる内容で、頭痛にかかわる医師は必読の1冊。

訳 日本頭痛学会・国際頭痛分類委員会

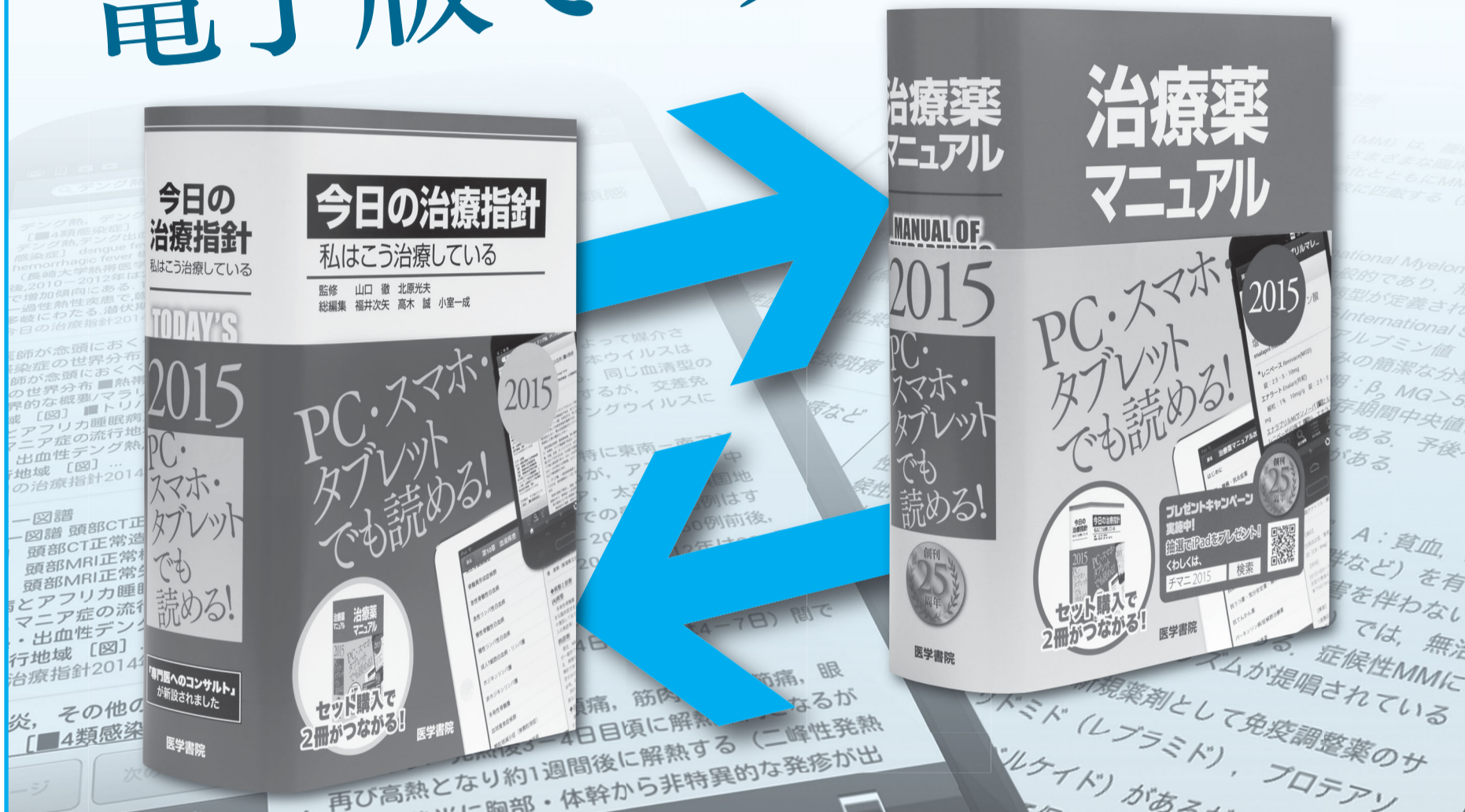
国際頭痛分類 第3版

頭痛分類・診断のグローバルスタンダード 全面改訂

B5 頁256 2014年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-02057-2]

医学書院

医療職必携の2冊が 電子版でコラボ!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

治療薬情報を余すことなくポケットに!

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2015

私はこう治療している

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

2015年版の特長

- 専門外の疾患の診察に役立つ見出し「**専門医へのコンサルト**」を新設
- 主要疾患約200項目に、治療法を要約した見出し「**治療のポイント**」を掲載

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「**診療ガイドライン**」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説

● デスク判(B5) 頁2096 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02039-8]
 ● ポケット判(B6) 頁2096 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02040-4]

治療薬マニュアル 2015

監修 高久史麿・矢崎義雄

編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

本書の特長

- 収録薬剤数は約2,200成分・16,000品目。2014年に収載された新薬を含む医薬品を収録。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 添付文書情報は、化学構造式も含め重要事項をすべて収載。
- 134成分の重要薬情報と88疾患の重要処方方をハンディサイズに要約した、別冊付録「重要薬手帳」

● B6 頁2688 2015年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02045-9]

- ✓ 両書籍とも購入特典・電子版付
 - ✓ セット購入により、アプリ上で2冊がリンク
- 「今日の治療指針」に掲載された薬剤の詳細情報を、「治療薬マニュアル」へのリンクで瞬時に参照できます。

※ 電子版は、本書を購入された方が無料で利用できるサービスです。
 電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。
 ※ 閲覧期間は2016年1月までとなります。
 ※ 2015年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2014年版のものです。
 2015年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2015年春を予定しております。
 ※ 推奨Webブラウザ：Internet Explorer9以降、Chrome35以降、Firefox30以降、Safari6以降



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693