

2019年10月7日

第3341号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY 出版者著作権管理機構 委託出版物

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 成人移行支援の実現には(窪田満, 平田陽一郎, 一ノ瀬英史)..... 1-3面
[連載] 図書館情報学の窓から..... 4面
[連載] 臨床研究の実践知..... 5面
MEDICAL LIBRARY/第67回日本心臓病学会..... 6-7面

座談会 成人移行支援の実現には

プライマリ・ケア領域との連携を見据えて



窪田満氏=司会
国立成育医療研究センター
総合診療部総務部長

平田陽一郎氏
東京大学医学部附属病院
小児科講師

一ノ瀬英史氏
いちのせファミリークリニック
副院長

20歳を超える小児慢性疾患の患者数は、小児慢性特定疾病対象疾患患者だけでも毎年約1000人ずつ増加している。現代の専門分化された小児診療の現場では、成年を迎えた患者に対する適切な医療の提供は困難であり、成人診療科への移行が課題となっている。

今回本紙では、厚労科研「小児期発症慢性疾患を持つ移行期患者が疾患の個別性を超えて成人診療へ移行するための診療体制の整備に向けた調査研究」で研究代表者を務める窪田氏を司会に、大学病院における成人移行支援の現状を知る小児科医の平田氏、プライマリ・ケア医として移行期の患者を数多く引き受けてきた一ノ瀬氏と共に、小児科医および成人診療科の医師が身につけるべき視点を明らかにする。

窪田 小児診療が進歩し、以前なら助からない命が成人の年齢にまで達することが増えました。これは大変喜ぶべきことです。しかしながら、成人になっても小児時代から通う小児科を受診し続ける患者が一定数存在するのまた現実です。近年、こうした患者に対して成人診療科への移行を支援する仕組みが模索されています。

そこで今回は、大学病院における成人移行支援の現状を知る小児科の平田先生と、プライマリ・ケア医として移行期の患者を数多く引き受けてきた一ノ瀬先生と共に、小児科医および成人診療科の医師がそれぞれ認識しておくべき課題を共有したいと思います。

小児科内に増加する移行期患者

窪田 まずは、NICUの満床問題

(MEMO)を起点に成人移行支援の問題を考えてみたいと思います。

2008年にNICUの満床問題が注目された後、高度医療機関ではその解決策として小児在宅診療が推進されるようになりました。しかし、「NICUに空床をつくる」という大義のために、その裏側では患者家族に大きな負担を強いてきたのも事実であり、「病院から追い出された」という感情を家族が持つことも経験しています。

こうした影に潜む問題が、「小児診療から追い出された」という形で成人移行支援の現場でも起ころうとしています。まずは先生方から現状を聞かせてください。

平田 全国的な数値ではないかもしれませんが、東大病院という1つの総合病院のデータを示します(図1)。当院の小児科外来患者数は年間約5000

人です。そのうち20歳以上の患者は約300人で、この数は減少傾向です。一方で、2014~16年までの3年間を見ると、10~12歳、16~18歳の患者数は徐々に増加しています。つまり、現在10代の患者を成人診療科へ移行させる努力を行わない限り、小児科で診なければならない患者がどんどん増加すると考えられます。こうした状況に鑑み、当院では2015年に成人移行支援のタスクフォースを組織して、翌年から移行期支援外来を開設しました。

窪田 外来開設が20歳以上の小児科外来受診者数減と関連しているのでしょうか。
平田 外来開設よりも前からさまざまな取り組みを行っていたので一概にそうとは言えませんが、要因の一つではあるはずです。その他の取り組みとして、2008年から循環器内科に開設された成人先天性心疾患専門外来の存在も大きいですね。当院では生後間もない患児の心臓手術を数多く行っていることが影響し、移行期支援外来の患者の半分は循環器疾患の患者です。これらの患者が20歳を超えると、上述の成人外来に紹介されるシステムです。

循環器領域における成人移行支援のための受け入れ窓口は全国的にも広がっていますが、地域や病院によってはいまだに小児科が患者を抱えてい

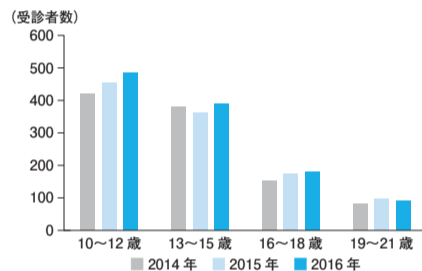


図1 東大病院小児科外来受診者の年齢分布(2014~16年)

るケースもあります。
窪田 受け入れ先の専門外来が存在するのは成人移行支援の実現にとって、大きな意味を持ちますよね。

一方で、受診する小児科の病院内に専門外来がない場合は、地域の病院に引き継ぐ必要があります。私はこの受け入れ先を地域医療に親和性の高いプライマリ・ケア医が担うことが理にかなっていると考えています。実際に移行期の患者を受け入れる一ノ瀬先生はどうお考えでしょうか。

一ノ瀬 現場で手応えを感じています。しかし、プライマリ・ケア医の中で小児診療に対する経験値の差が存在するのも事実です。現在、家庭医研修中の医師に対し小児診療の研修年数に関するアンケートを実施している最中

(2面につづく)

MEMO NICUの満床問題

2008年、30代の妊婦が激しい頭痛を訴えてかかりつけの産婦人科病院に救急車で運ばれた。かかりつけ医が頭蓋内出血の疑いがあると判断し緊急手術が可能な病院を探したが、7施設から「NICUの空床がない」との返答で搬送困難となった。約1時間後、改めて最初の病院に連絡したところ、当該病院で受け入れとなり、時間外にもかかわらず各診療科のスタッフが招集され、帝王切開で出産した。しかし、母親は脳内出血で3日後に死亡。当時は受け入れ病院に批判が集中したものの、当直医数も不足、空床もない中で妊婦を受け入れた事情もあり、個々の医師の努力だけでは変えられない現実があった。こうした背景もあり、NICUの満床問題解決に向け、NICU患者の在宅移行が進められた。

10 October 2019 新刊のご案内

医学書院

誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた 感染症診療12の戦略 (第2版)
岸田直樹
A5 頁320 3,500円 [ISBN978-4-260-03963-5]

頭部外傷治療・管理のガイドライン (第4版)
監修 日本脳神経外科学会、日本脳神経外傷学会
編集 頭部外傷治療・管理のガイドライン作成委員会
A5 頁272 3,000円 [ISBN978-4-260-03960-4]

顔面骨への手術アプローチ
原著 Ellis E III, Zide MF (eds)
監訳 下郷和雄
A4 頁272 20,000円 [ISBN978-4-260-03951-2]

眼内腫瘍アトラス
後藤 浩
A4 頁224 12,000円 [ISBN978-4-260-03892-8]

胸部外科レジデントマニュアル
監修 小野 稔、中島 淳
編集 東京大学医学部附属病院胸部外科
責任編集 佐藤雅昭、縄田 寛
B6変型 頁576 5,400円 [ISBN978-4-260-03676-4]

がん診療レジデントマニュアル (第8版)
編集 国立がん研究センター内科レジデント
B6変型 頁584 4,000円 [ISBN978-4-260-03915-4]

もっと知りたい白血病治療 (第2版)
患者・家族・ケアにかかわる人のために
宮崎 仁
A5 頁216 2,600円 [ISBN978-4-260-04073-0]

サバイバル 身体診察のアートとサイエンス (第2版)
原著 Orient MJ
監訳 須藤 博、藤田芳郎、徳田安春、岩田健太郎
B5 頁992 12,000円 [ISBN978-4-260-03934-5]

高齢不妊診療ハンドブック
編集 森本義晴、太田邦明
B5 頁400 8,500円 [ISBN978-4-260-03957-4]

臨床検査データブック [コンパクト版] (第10版)
監修 高久史磨
編集 黒川 清、春日雅人、北村 聖
三五変型 頁400 1,800円 [ISBN978-4-260-03953-6]

新訂 うまい英語で医学論文を書くコツ
世界一流誌に採択されるノウハウ
植村研一
A5 頁224 3,200円 [ISBN978-4-260-03936-9]

言語聴覚士のための基礎知識 小児科学・発達障害学 (第3版)
編集 宮尾益知、小沢 浩
B5 頁304 3,800円 [ISBN978-4-260-03815-7]

イラストでまなぶ 人体のしくみとはたらき (第3版)
田中越郎
B5 頁264 2,600円 [ISBN978-4-260-03887-4]

緊急度・重症度からみた 症状別看護過程+病態関連図 (第3版)
編集 井上智子、窪田哲朗
A5 頁1120 5,000円 [ISBN978-4-260-03853-9]

創傷管理ナース ポケットマニュアル
褥瘡・MDRPU・IAD・スキンテア
松原康美
A6変型 頁160 1,800円 [ISBN978-4-260-03912-3]

こどもセルフケア看護理論
編集 片田範子
B5 頁256 3,500円 [ISBN978-4-260-03929-1]

学生・新人看護師の目の色が変わる アイスブレイク30
内藤知佐子
A5 頁120 2,200円 [ISBN978-4-260-03938-3]

つまずき立ち上がる看護職たち 臨床の知を劈く看護職生涯発達学
編著 佐藤紀子
A5 頁368 2,700円 [ISBN978-4-260-03925-3]

●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 (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

座談会 成人移行支援の実現には

＜出席者＞

●くぼた・みつる氏

1986年北大医学部卒。日赤医療センター外科にて研修後、北大小児科勤務。米アラバマ大パーミングハム校免疫生物学センターポスドクフェロー、手稲溪仁会病院小児科、埼玉県立小児医療センター総合診療科などを経て、2015年より現職。



●ひらた・よういちろう氏

2000年東大医学部卒。同大附属病院小児科にて研修後、太田総合病院附属太田西ノ内病院小児科、国立成育医療センター循環器科、埼玉県立小児医療センター循環器科を経て、12年より東大病院小児科助教。15年より現職。



●いちのせ・ひでふみ氏

2005年九大医学部卒。飯塚病院にて初期研修後、同院小児科で後期研修。11年亀田総合病院内科小児科複合プログラム修了。同年頼田病院家庭医療センター勤務後、18年より現職。一般社団法人「こどものみかた」理事。



(1面よりつづく)

で、現時点では約4分の3が小児科研修1年未満という結果が出ています。ただ、実際にプライマリ・ケア医が対応する小児患者は、風邪や胃腸炎などの軽症例が大部分を占めます。一般的に慢性疾患や難病を抱える小児患者に対応することは多くないのですが、もし仮に専門的な知識が必要となる患者の対応をする場合は、適宜小児科の臓器専門医と連携して診療に当たることになります。

窪田 一ノ瀬先生のように重度の患者や難病患者を受け入れる医師は少ないのでしょうか。

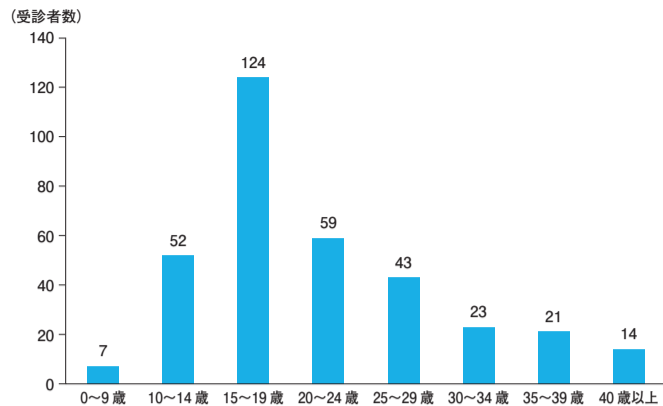
一ノ瀬 そうですね。ですので、全プライマリ・ケア医に向けて「今日から移行期の患者を診てください」と言うのは現実的ではありません。

窪田 確かに、受け入れを検討していただける医師へ患者の病名を伝えた瞬間に手を引かれるケースはよく経験します。

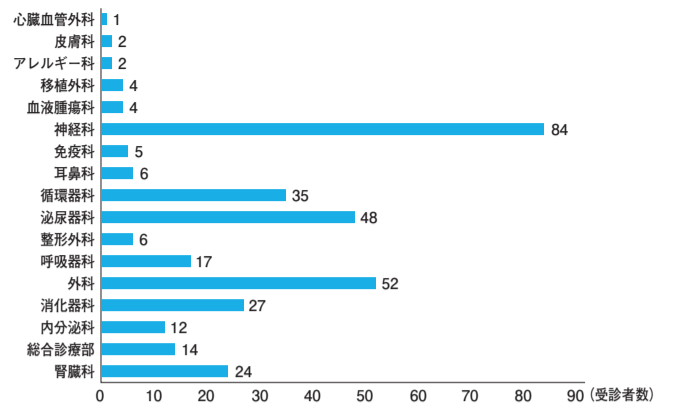
一ノ瀬 その点は事前の話し合いが必要です。「Aという病態なので、Bの状態になるかもしれませんが、普段はCの治療だけで十分です」と簡単に伝えてもらうだけでも、受け入れ側の安心感は増すはずですよ。

平田 より多くのプライマリ・ケア医が患者を引き受けられるよう「希少疾患だけれどもケアは可能だ」とのメッセージを小児科医は地道に発信し続ける必要がありますね。

窪田 その通りです。成人移行支援の現場では、すでに水面下で多くの問題が生じているものの、小児科医と内科医の双方の努力によって、問題が表在化していないだけだと私は考えていま



●図2 成育医療研究センターにおける年齢別のトランジション外来受診者数(2015年9月～19年2月, n=343)



●図3 成育医療研究センターにおける診療科別のトランジション外来受診者数(2015年9月～19年2月, n=343)

す。移行期の患者が需給の一致点以上に増えた場合に表在化するでしょう。小児科側も対応可能な範囲に限界があるため、お互いに歩み寄り、落としどころを探らなければなりません。

対象となる患者の特徴とは

窪田 トランスファー(転科)の視点から見て、単純に患者が成人診療科へ移行する場合でも、移行しやすい患者とそうでない患者が確実に存在します。それぞれの患者でどのような特徴があるのでしょうか。移行しやすい患者の特徴から教えてください。

平田 成人診療科と病名が同じで、移行先の医師も病態を想像しやすい患者です。例えばIgA腎症や糖尿病などです。治療法に多少の違いはあれど、病名に親和性があれば受け入れ側の医師が身構えることは少ないため、移行支援が容易です。

窪田 日本腎臓学会と日本小児腎臓病学会が連携して「腎疾患の移行期医療支援ガイド」を作成したことからも、成人移行支援への理解が進んでいると感じます。治療ガイドラインの連携は徐々に増えつつあります。

平田 加えて、ヘルスリテラシーの高い患者も移行が滞りなく行えます。先日、先天性心疾患と先天性難聴を抱える高校生の患者が1人で来院しました。この方は、病院での手続きも全て1人で行えますし、診察時には筆談で質問もしていました。

窪田 なるほど。一方で、平田先生は成人移行支援がうまくいかない患者の背景についても調査されたようですね。

平田 はい。当院の外来を受診した患者データをもとに無作為介入試験を実施したところ、複数診療科にまたがる小児患者の移行支援が特にうまくいっていないことがわかりました。

窪田 その原因は何だと考えますか。

平田 主治医の不在だと感じています。小児科医は、いわば年齢を区切って小児に焦点を当てた総合内科医ですが、成人した途端に臓器別に診療科が分かれるため、患者の立場からすると、今まで1人だった主治医が突然増加し、身の回りのことを相談すべき相手

がわからなくなってしまうのです。

一ノ瀬 成人診療科側からすれば「主治医を宣言しようがない」とも言えます。患者の生活全体をコーディネートする人材がいけないことは課題ですね。平田 おっしゃる通りです。小児科を受診していれば、小児科医がコーディネーターの役割を果たしますが、小児科を離れた際には、その役割を担う人材が突然いなくなります。

窪田 複数診療科にまたがる患者の場合、各診療科へのコーディネーターは親が代替するしかないのでしょうか。

一ノ瀬 相談支援専門員が手伝うことはあるものの、親が担うケースがやはり多いです。ハブの役割を担う医師として総合診療医の存在も候補に挙げられますが、対応可能な医師はまだ少数です。この分野には職種として確立したケアマネジャーのようなコーディネーターが少ないのも実情ですね。

窪田 逆に、複数科にまたがらない患者であっても成人移行支援がうまくいかない場合はありますか。

平田 例えば心疾患を抱えるケースで考えると、①いつまでも親と一緒に診察室に入るケース、②ヘルスリテラシーが低いケースの2つが挙げられます。循環器内科に転科後、「息薬が多い」「自分の疾患を自分の問題だと感じておらず、全て親任せ」などの理由から、小児科に「逆紹介」される患者も多いのです。すなわち、トランスファーはうまくいっても、トランジション(移行期支援)の面に問題がある場合が多い。この2つは、丁寧に分けて考える必要があります。

トランジション外来での患者教育と病院内外の連携

平田 これまで述べてきたように、医師同士は紹介状1枚でトランスファーができたように見えても、その裏には患者の満足度やヘルスリテラシーなどのトランジションの課題が隠れています。これが成人移行支援をさらに難しくする要因です。窪田先生の施設ではそうした問題を減らすためにトランジション外来を開設したようですね。

窪田 はい。2015年に開設した外来で

は、自分の病気を正しく理解して、種々の医療資源を活用できることを目標にしています。そのため、診療科の担当医師、母性内科医師、ソーシャルワーカー(SW)、こころの診療部の医師、総合診療部の医師が1つのチームとして患者・家族にかかわり、双方の調整役としてトランジション外来看護師が位置します。

一ノ瀬 その外来では具体的に何を行っているのでしょうか。

窪田 当外来では「マイサマリー」を課題に挙げ、自分で自分の病歴を1枚の紙に書けるようになってもらいます。

紹介状だけでは、どうしても患者の状態を全て伝えきれないので、移行先の医師から聞かれた質問に、患者本人が正しく答えられる状況を作り出す必要があるためです。例えば、移行先の医師が紹介状を見て、第一選択薬ではない薬剤を使用していたことに疑問を持った場合、「なぜこの薬ではないのか?」との質問に、患者が「以前アレルギーを生じたことがあるので」と答えられればそれで済みます。

一ノ瀬 外来設立により、どのような成果が出てきましたか。

窪田 開設から約3年半で343人に介入了しました。年齢分布は図2に示した通り、15～19歳が一番多く、35歳以上の患者も無視できないほど存在していました。また当外来へ紹介する診療科を見てみると、神経科が最も多いことがわかりました(図3)。

もちろん、当外来に紹介されずにスムーズに転科する患者も一定数存在しますので、当外来を受診した343人は移行がそもそも困難な患者です。この中の74人が成人診療科へ完全に移行できたので、試みとしては一定の評価をしています。

平田 トランジション外来内での役割分担はどうしているのでしょうか。

窪田 看護師を中心とした運営で、月1回カンファレンスを開き、新規の依頼患者に関する方針の検討や、継続患者の進捗度合いの確認をしています。

平田 なぜ、医師が中心ではないのでしょうか。

窪田 医学領域よりも先に看護領域で成人移行支援が注目されており、思春

Antibiotic selection training advertisement with book cover and promotional text.

プライマリ・ケア領域との連携を見据えて 座談会

期看護の一環として取り組みが進んでいたことが一因です。

平田 なるほど。窪田先生が勤務するような小児専門病院では、成人診療科がないため、他院との連携が必要となりますよね。

窪田 はい。看護師やSWと協働し、他院と連携しています。その際に小児科医が気を付けなければならないのは移行先の病院選定です。小児科医はこれまで、簡単に高機能の総合病院を紹介しすぎていたと感じています。「本当にこの人は総合病院に行く必要があるのか」との疑問を常に持つことが重要です。

平田 同感です。成人であれば、血圧が高めのときはプライマリ・ケア医をまず受診すると思いますが、小児科で長年診療を受けていた患者の中には、血圧が高いとの理由だけで高度医療機関にかかろうとするケースがあります。

窪田 背景には、「全て最高レベルの医療を受けなければ」という親の思い込みもあります。プライマリ・ケア医がある程度オールマイティに診察をし、「もしものときに総合病院を紹介する」というすみ分けがなされてしかるべきです。

一ノ瀬 経験上、高度医療機関を希望する親に対して、数年にわたり介入すると、親の気持ちもだんだん落ち着いてくる印象です。在宅診療に移るときには、対応できる診療範囲をあらかじめ伝えておくことが大事でしょう。

窪田 適材適所の医療を選択するためにも、小児科医側はプライマリ・ケア医ならではの専門性の高さをもっと認識することも必要ですね。

自立支援協議会への参加で地域連携の輪を広げる

窪田 小児科から成人診療科への移行が進むと、地域医療とのかかわりはおのずと増え、地域の福祉サービスを受ける場面も増加します。とは言え、小児科医は移行期の患者に必要な福祉サービスの提供について毎回手探りで、小児診療を地域医療にどうつなげるかは大きな課題です。

平田 くしくも、地域包括ケアシステムの中に小児診療の枠組みが存在せず、地域連携の方法を模索し続けています。患者に適した公共サービスの提供の面でもプライマリ・ケア医の存在が鍵になると思います。

窪田 そうですね。福祉も含めた公共サービスを把握する能力は、小児科医よりもプライマリ・ケア医のほうが圧倒的に高いです。さらに言えば、プライマリ・ケア医と連携するSWの存在も大きいと感じています。プライマリ・ケア医にとって、成人移行支援ができる専門性は一つの売りになるはずですよ。

一ノ瀬 まさにそうです。プライマリ・ケア医は地域に根付いた診療を行うか

らこそ、福祉関係の他職種を紹介することもメリットの一つです。ただ、小児科医とプライマリ・ケア医の接点がほとんどないのが現状でしょう。直接コンタクトを取ることにハードルが高いと思う方に対して私は、自立支援協議会への参加を促しています。

平田 自立支援協議会とは、どういった組織なのでしょう。

一ノ瀬 定期的に各自治体が福祉関連施設の代表者や医療機関に呼び掛けて、地域の障害福祉をテーマに議論する場です。自治体によって組織体制は異なると思いますが、中には子ども部会を設けている自治体もあり、小児在宅医療や発達障害を抱える患者について話し合うことがあります。自治体の福祉関係の職員や地元医師会の理事も参加することが多いので、多方面の方たちと関係性を構築できる点で有意義です。在宅医療に携わる医師に対して成人移行支援に関心を持ってもらうチャンスにもなります。

窪田 私も地域連携の輪を広げるよい機会だと思って、地元の会合に毎回参加しています。こうした場に参加すると、いかに小児科医が地域医療から隔絶しているのかが見えてきます。

一ノ瀬 それはどういう意味でしょう。

窪田 例えば、難病の子どもが地域の病院で生まれ、その病院で治療できない場合、治療可能な病院へ搬送するなどの小児科医同士のネットワークは完璧です。恐らく日本のどここの地域でもこうしたネットワークは完備されており、転院先に困ることはありません。しかし、この連携は小児科医の中だけで完結しており、成人診療科の医師とのコネクションはほとんどありません。さらに残念なのは、若手・中堅で開業した小児科医たちが地域の医師会に参加しないことです。このままでは、近い将来世代の断絶が起こり、成人移行支援が停滞する恐れもあります。

一ノ瀬 なるほど。そのためにも、自立支援協議会のような数少ない機会を上手に活用しなければなりませんね。

窪田 ええ。先細りは目に見えていても、現状、こうした会合に参加する医師に成人移行支援への参画をお願いするしかありません。もちろん、小児科医全員が参加する必要はないものの、少なくとも自分の担当患者が地域の中で医療的ケアを受けるのであれば、地域連携の実態を知るためにもこうした場での交流に小児科医も参加してほしいですね。

課題解決の糸口は親への介入

窪田 最後の話題として、親とのかかわり方について意見を聞きたいと思えます。よく成人移行支援の現場では、「成人診療科の医師は親と話すのが苦手」という話を聞きます。成人診療科の立場から見ると、親が診療に過干渉してくる

場合、対応に困るものなのではないでしょうか。

一ノ瀬 必ずしもそうではなく、単に慣れていないだけだと思います。対応の仕方は高齢の認知症の方に付き添われる家族への対応と一部似ています。

平田 では、親以外のどのような要因が小児科医からの紹介患者の対応を困難にするのでしょうか。やはりヘルスリテラシーが低いからですか。

一ノ瀬 それだけではないと思います。小児に限らず、ヘルスリテラシーが正しく備わっている患者はあまりいません。恐らく成人診療科の医師の中には「子どもの時から長年病気と付き合っているのだから、当然自分の病気のことを理解しているだろう」という先入観があることも一つだと思います。

窪田 確かに私がトランジション外来で対応した患者の中には、有名大学の学生であるにもかかわらず、常に親と一緒に受診し、自分の病気のことを何も理解していない方がいました。頻繁に小児を診る私でさえも戸惑いを感じたので、経験の少ない成人診療科の医師はなおさら違和感を覚えるでしょう。

平田 つまり、患者への疾病教育が重要だと思込んでいるのは小児科医だけで、成人診療科の先生方は親から自立していない点に困難を感じるということでしょうか。

一ノ瀬 その可能性は十分あります。「紹介先の病院と価値観が合わなければ他の病院へ」となるのが通常です。成人診療科の医師は患者に対してある程度ドライな部分もあると思います。

平田 その点、小児科医は「この子を助けられるのは自分しかいない」とウエットに考える方が多く、いつまでも成人移行を決断できない医師もいます。

さらに言えば、長年小児科医と共に子どものサポートをしてきた親は、どうしても小児科医のほうに心が向きがちです。そのため成人移行に積極的ではない小児科医と一緒に成人診療科の医師を「敵」と見なし、これまで受けてきた医療との小さなズレさえも責めてしまうことがあります。この循環では成人移行支援がうまくいくわけがありません。

窪田 先ほどの地域連携の話も含め、移行先の医師の診療スタイルを知っていれば、診療全体を見ることで多少の治療法の相違は許容できる部分も出てくるはずですよ。成人診療科と小児診療科の間に信頼関係を構築し問題解決を図るためにも、小児科側がもう少し積極的に成人診療科側へ働きかけていくべきです。

一方で、小児科医の立場からみて小児診療と成人診療との違いはどこにあると平田先生はお考えですか。

平田 私は「子どもが難病を抱えて生まれたのは私のせいだ」と自責の念に駆られる親の存在が成人移行支援の推進を阻む隠れた大きな原因の一つだと思っています。

一ノ瀬 平田先生のおっしゃる通り、高齢者診療の場合は「私たちどうしたらいいでしょう」という家族の困りごとの多いものの、小児診療から移行した患者の場合は「この子を何とかしてほしい」という親の訴えが強いんですね。

平田 ええ。その思いの強さ故に、子どもが成人しても外来に付き添ってしまいますし、従来の診療体制と少しでも変われば意見を言うのではないのでしょうか。これは決して親に悪気があるわけではなく、その裏に隠された悲しみが大きいからであり、それが癒やされないと、子どもはいつまでも自立できません。エビデンスは何もありませんが、そこまで思いをはせ、この問題をどう解決するかを考えることが重要だと思っています。

窪田 同感です。これまで小児科医は、患者だけ、臓器だけを診ていればいいと思って、患者の親に対してしっかりと向き合っていなかったのではないのでしょうか。心のどこかで病気以外の話をするのは煩わしいと思ひ、親の悲しみにまで目を向けることを避けてきた節があります。

平田 当然、親のケアは医師だけの仕事ではなく、SWや臨床心理士が担当しても構いません。しかし、この問題に本気で取り組まないと、子どもへの過干渉はさらに強まり、社会からより一層隔絶されてしまいます。難病を抱える子どもでも、幸せに暮らしていけるのだと親が思えるようになれば、解決の光が差すはずですよ。

窪田 親にも親の人生がありますので、その人生を全うしてほしいと心から願います。今後、成人移行支援を担うであろう内科医に伝えたいのは、親が子どもに対して自責の念を持ち続けていることを踏まえた上で対応してほしいということです。高齢者の診察時に家族が付き添うケースとは付き添い方の心が全く異なるのです。その違いを理解していないと、必ずどこかでボタンの掛け違いが起ってしまいます。

平田 成人診療科の医師が過剰に小児診療を付度する必要はありません。成人移行支援をきっかけに、小児診療に今までとは異なる視点が入ることで、よりよい小児診療を実現できる部分もあるはずですよ。これからの小児診療がまた一歩大きく変わるチャンスだと私は考えています。

一ノ瀬 小児期発症慢性疾患の成人期における経過や治療方法に関するエビデンスは少ないことも多いですが、成人診療を行う医師も小児科医と積極的に連携を取りながら、親とも必要に応じて話し合い、より柔軟に各課題に対応していきたいですね。

窪田 スムーズな成人移行支援の実現に向けて、まだまだ課題は山積みですが、少しでも多くの方に協力をいただければうれしい限りです。(了)

『病院』セミナー2019

『病院』編集委員が多角的に新しい時代の病院経営の指針を示します。

生き残る病院の経営戦略

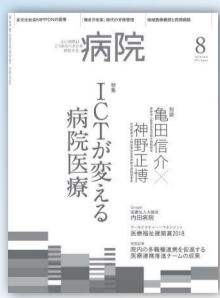
日時 2019年11月23日(土・祝) 13:00~17:00(12:30開場)

会場 医学書院本社 2階会議室

対象者 病院経営者・管理者(病院長・事務長など)

定員 50名

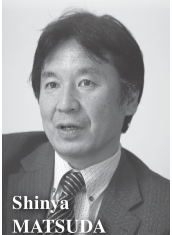
受講料 15,000円(消費税込、事前振込)

お申し込みは弊社Webサイトから <https://seminar.igaku-shoin.co.jp/detail/sem191123.html>

医学書院



Masahiro KANNO



Shinya MATSUDA



Takeyoshi KAWAHARA

講師

神野正博先生 社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院理事長

松田晋哉先生 産業医科大学 公衆衛生学教室教授

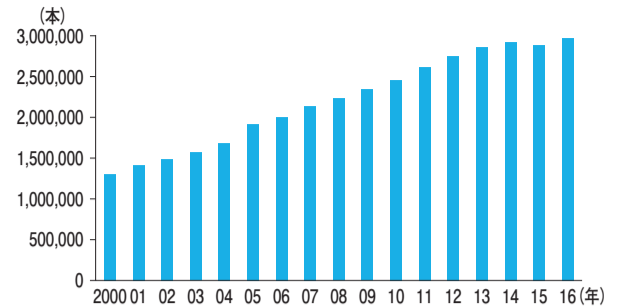
川原文貴先生 株式会社川原経営総合センター 代表取締役社長

図書館情報学の窓から

「図書館情報学」というあまり聞き慣れない学問。実は、情報流通の観点から医学の発展に寄与したり、医学が直面する問題の解決に取り組んだりしています。医学情報の流通や研究評価などの最新のトピックを、図書館情報学の窓からのぞいてみましょう。

佐藤 翔 同志社大学免許資格課程センター准教授

第5回 Plan S がやって来る ヤア! ヤア! ヤア! (中) オープンアクセスの限界と、打破する方法の模索



●図 2000~16年のScopus収録文献数の推移

◆前回(第3336号)のあらすじ

主に査読済み論文を「インターネットへのアクセス自体を除く経済的、法的、技術的な障壁なく利用できるようにすること」をめざすオープンアクセス(以下、OA)。夢想にも思われましたが、研究助成機関によるOA義務化方針等の後押しを受け、今や世界の論文の3分の1もがOAとなるに至っています。しかしどれだけOAが進んでも、従来の購読型(読者=所属機関の図書館等が購読料を支払う)雑誌の値上がりは続き、むしろOA雑誌に支払う掲載料が増えた分、出版社に支払う総額は増えたとの指摘すらあります。どうしてそんなことになったのでしょうか?



術雑誌の値上げが続くのは、値上げしても買う人(大学・図書館)がいるからです。価格と需要が連動しない理由は複雑なのですが、一つには論文は他で替えがきかない(「この論文が載っている雑誌は高いので、安い雑誌の別の論文にする」わけにはいかない)ので、必要な人は高かろうが買うしかない、ことがあります。

裏を返せば、読みたい論文が購読型雑誌以外の場所で入手できれば、高い雑誌を買う必要性は下がるはず。OA運動にかかわる図書館関係者はそう期待したものの、現実とは異なりました。いろいろ原因はありますが、根本的な理由は、確かにOA論文は増えたものの、購読型雑誌に載る論文も特に減っていない、どころか増えたためです。

図は文献データベースScopusを用いて、2000~16年にかけての収録文献数を集計したものです。2014年以降はペースが落ちたものの、それまで前年比4%以上収録文献が増え続け、2016年には2000年の2倍以上になっています。この中には会議録論文等も含まれますが、原著論文に限定しても、2000年には100万本程度だったものが2016年には約200万本と、やはり2倍近くに増加しました。同じ期間におけるOA論文の割合の推移を追うと、2000年に19.2%であったものが、2016年には34.7%でした¹⁾。データソースが異

なるものの、仮にこの割合とScopusのデータを照合すれば、非OA論文数は、2000年に100万本程度だったものが、2016年には約200万本になったと考えられます。Scopus収録雑誌数の拡大を考慮しても、OAの割合が高まったと言っても、購読型雑誌に掲載される非OA論文は増える一方なのです。

これはなぜでしょうか。ほとんどの国で研究はますます盛んになり、発表論文数も増えています。既存の雑誌ではそれら増えた論文に対処しきれず、新創刊の必要が高まります。とはいえさすがにどの施設も雑誌購読費増にあえぐ昨今、購読型雑誌を創刊してもよほど魅力的でなくては買ってもらえません。必然、新創刊するならOA雑誌が狙い目になり、OA雑誌専門の出版社が複数立ち上がったのみならず、購読型雑誌出版社もOA雑誌を創刊しました。OA論文の割合増加の大部は、これら増加する論文の発表需要を満たす新創刊にあり、購読型雑誌の論文がOAに乗り換えたわけではないのです。

さらに事態をややこしくしたのは、購読型雑誌の中で追加料金を払った論文のみOAにできる、いわゆるハイブリッド型OAの存在です。既存の有名誌で論文は発表したい、さりとてOAにもしたい、という需要を満たすものとして、OAが知られるようになって比較的早期に多くの雑誌で導入されたモデルですが、当初は追加料金を払ってまでOAにする人はほとんどいませんでした。

しかし近年ハイブリッド型OA論文が増加傾向です。前回のとおりに、多くの研究助成機関が研究成果のOA化を義務化する中で、OA雑誌に掲載するための掲載料(APC)を追加助成する機関が出てきました。追加助成対象にハイブリッド型OAも含まれたため、多くの研究者がハイブリッド型OAを選択するようになったと見られます。2009年には年間8000本程度だったハイブリッド型OA論文は、2016年には4万5000本程度にまで急増しました²⁾。

しかしハイブリッド型OAはくせ者です。APCが支払われ、一部の論文がOAになっても雑誌価格をその分値

下げする出版社はいません。そうなる、雑誌購読費やAPCを負担する施設としては「ハイブリッド型OAでは、同じ論文についてAPCと購読費を二重に支払った」ことになり、「おかしい」と批判が生まれました。出版社もそのとおりに思ったか、最近はAPCと雑誌購読費を、大学ごとに出版社と一括契約するケースが増えています。

契約の詳細は多様ですが、例えばA大学はB出版社に一括で200万ドル支払います。研究者はB出版社の論文を全て読めるようになると同時に、B出版社の雑誌に論文を出す際のAPCが無料になる(一括で支払った中から支出される)といった具合です。自機関の研究者がどれくらいB出版社に論文を投稿し、掲載されそうか等を見積もる必要はありますが、二重払いは回避できます。さらにAPCの一括管理により、研究者が個別にAPCを支払って、総額を把握できないうちにとんでもない額になっていた、という事態も防げます。こうした契約は「オフセット契約」「Read & Publish契約」などがあり、細かな違いもありますが、一括契約モデルは今後増えるでしょう。

ただ、一括契約モデルにも不安があります。懸念の一つはAPCの値上がりです。もともと雑誌価格の高騰は、論文は代替がきかないからですが、出版の場としての雑誌なら、似た雑誌は他にもあります。そのためAPCなら値下げの価格競争が起きるのでは……との予測もあったのですが、希望的観測に過ぎました。むしろAPCは徐々に値上がりする傾向にあるとされます。論文発表の需要が高まる一方現状を考えると、多少の値上げで投稿は減りそうもありません。さらにAPCの追加助成を受ける研究者は高いAPCも気にせず支払うでしょうから、論文発表需要に対して発表の場が飽和しない限り、値上げはジリジリと続きそうです。購読型雑誌の購読料も特に値上げを止める理由がないので、一括契約総額の値上げも続く懸念が大いにあります。

そんなわけでOA論文の割合が増えても、購読型雑誌掲載論文は依然としてOAになりきらず、

むしろそれらにアクセスするための費用は増額するわけですが、この事態を一変する奇策を独マックス・プランク研究所が提唱しています。世界中の図書館等が支払う購読料を全額APCの費用に読み替えてしまえば、既存の雑誌は全て、OA雑誌に「転換」できる、しかも費用は今と同額、というのです³⁾。

確かに現状、出版社は十分にもうけが出ていますので、同じ金額が必ずもらえるなら全部OAにしてもいい……ような気もしますが、ちょっと机上論に過ぎるようにも聞こえます。

ただ事例はあり、高エネルギー物理学分野では一部の雑誌でやってのけました。SCOAP³というそのイニシアチブでは、高エネルギー物理学の論文がよく掲載される雑誌を選定、出版社や各国の関係機関と交渉し、いくつかの雑誌を完全OA(購読料もかからず、投稿した場合のAPCも不要)に転換しました⁴⁾。出版にかかる費用等は、関係機関が分担して支払っています。このモデルを拡大すれば世界中の学術雑誌をOAにできる、というのがマックス・プランク研究所の主張です。

もっともな主張とはいえ、分野に限ったSCOAP³ですら実現に相当の期間を要しましたし、実現後の状況も一筋縄ではいかないようです。それを世界中、分野を問わずというのはさすがに無理があるようにも思えます。とはいえ理論的にはできるはずなんだ、というのは大事なことです。

そしてこの理論的にできるはずのことを「理論的にはできるんだからやるぞ!」と言い出したのが、Plan Sなのです。さあ、ここからついにPlan Sの説明を……と思っていたのですが、見てのとおり紙幅が尽きてしまいました(汗)。「2回に分けて解説」とか言いましたがあれは嘘です、ごめんなさい。

理論的にできるはずのことをどう実現しようとしているのか。次回こそ、Plan Sの解説編です!!

参考文献・URL

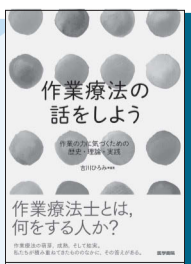
- 1) Hook DW, et al. The Ascent of Open Access—An analysis of the Open Access landscape since the turn of the millennium. Digital Science: 2019. https://digitalscience.figshare.com/articles/The_Ascent_of_Open_Access/7618751
- 2) PeerJ. 2017 [PMID: 28975059]
- 3) Schimmer R, et al. Disrupting the subscription journals' business model for the necessary large-scale transformation to open access: 2015. <http://dx.doi.org/10.17617/1.3>
- 4) 学術情報流通推進委員会. SCOAP³. <https://www.nii.ac.jp/sparc/scoap3/>

魅力あふれる作業療法の世界に浸る

作業療法の話をしてしよう 作業の力に気づくための歴史・理論・実践

「作業療法」とはいったい何だろう。本書は、作業療法学生や新人作業療法士を中心に、経験のある作業療法士、そして作業療法を知りたい方々に向けて、これまで偉人たちが紡ぎ上げてきた作業療法の歴史を踏まえ、現代から将来への作業療法のビジョンを明確に提示する。作業療法らしい物語25篇、さらには日本の作業療法を創り上げた作業療法士による座談会も収録。作業の力に気づき、作業療法の魅力を発信したくなる1冊。

編集 吉川ひろみ

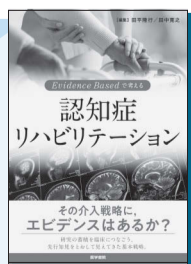


ナラティブを超えたエビデンススペースのリハビリテーション介入戦略

Evidence Based で考える 認知症リハビリテーション

認知症のリハビリテーションが医療現場に浸透するなか、以前にも増して、根拠に基づいた評価や介入の実施がセラピストに求められている。そこで本書では、エビデンスがあり、かつ、適応と限界、アウトカムとの関連が明確に示されている最新の認知症リハビリテーションの評価法、介入法を、先行研究を踏まえて紹介している。さまざまな時期・場所における介入戦略の実例も豊富に提示。「臨床」と「研究」をつなぐための1冊。

編集 田平隆行 田中寛之



臨床研究の知

臨床現場で得た洞察や直感をどう検証すればよいか。臨床研究の実践知を、生物統計家と共に事例ベースで紹介いたします。

JORTCの活動概要や臨床研究検討会議の開催予定などは、JORTCのウェブサイト、Facebookを参照してください。

第7回 対照群の設定 fast-track designを例に

前田 一石

JORTC 外来研究員/千里中央病院 緩和ケア科

今回取り上げる事例は、進行がん患者に対する早期緩和ケア介入の効果に関するランダム化比較試験(RCT)です¹⁾。本研究で用いられているfast-track designに注目し、介入研究における対照群の設定について説明します。

本研究は、米国アラバマ州のがんセンター、退役軍人病院、地域のクリニックで、進行がんの診断または再発・悪化から30~60日以内の患者のうち予後6~24か月と推定される者を、直ちに介入を開始する群(早期群)と3か月後に介入を開始する群(待機群)に割り付けて、その後のQOL、症状、抑うつ、生存期間等を評価したものです。

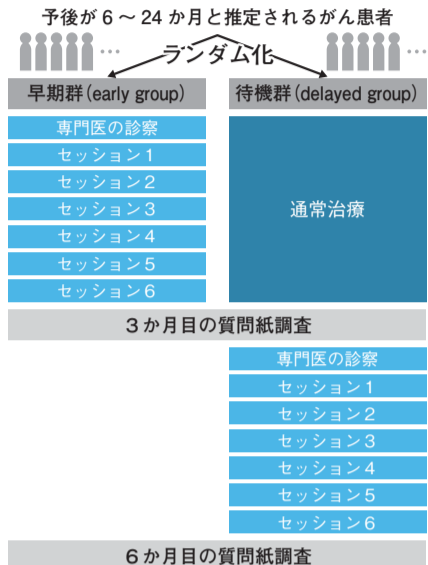
本研究で実施された介入はEN-ABLE(Educate, Nurture, Advise, Before Life Ends)という構造化された介入で、緩和ケア専門医による診察の後、1週間ごとに計6回看護師による電話でのコーチングセッションを受けるというものです(図)。電話でのセッションでは、問題解決、症状コントロール、地域の医療資源との調整、アドバンス・ケア・プランニングなどの他、患者自身の成長をライフレビューを通じて促すアプローチなどが実施され、1回のセッションにかかった時間は30~45分程度だったようです。

結果は表に示す通り、主要評価項目であったQOL、症状、抑うつはいずれも両群間に有意な差は認められませんでした。しかし、副次評価項目として設定されていた1年後の生存率は、早期群63%に対し待機群48%と早期群で有意に良い結果でした(P=0.038)。この結果を踏まえ、著者らは診断後早期から緩和ケアを開始することが重要であると結論付けています。

介入の効果検証でデザインを選ぶ視点とは

介入の効果を検証するには、対照に「何もしない」群を設定すれば効率が最も良いのでは、との考えもあるかもしれませんが、それと言うのも、効果の期待できないinactive control(プラセボ)であっても何らかの介入を受けると、プラセボ効果によってアウトカムに変化をもたらす得るからです。しかし、文字通り「何もしない」では患者にも医療者にも割り付けがわかってしまう(盲検化できない)ので、薬物の臨床試験ではプラセボの投与が行われるのです。

緩和ケアの介入は複合介入(complex intervention)なので「プラセボ」を作



●図 早期群と待機群、それぞれの介入の違い(文献1より改変)

ることはできません。クラスターRCTを紹介した第4回(3328号)でも述べた通り、複合介入を個人ランダム化・盲検化して行うことは困難です。また、緩和ケアの研究のアウトカムはQOL、症状等のソフトエンドポイントであることが多く、非盲検で研究を実施すると評価にバイアスが生じる可能性が高くなります²⁾。

個人ランダム化が困難な複合介入であるとの特徴を逆手に取って、クラスターRCTが選択されることもあります。しかし、クラスター内相関によって比較すべき群間に、介入による効果以外の差が持ち込まれることもあり、限界があります(例えば、施設がクラスターである場合に、施設・地域ごとに集められた患者の社会的背景が異なる可能性があることなどを指します)。

このような文脈の中で、今回は個人ランダム化によるfast-track designを採用した研究を紹介しました。fast-track designは、delayed-intervention designやwaiting list designとも呼ばれる研究デザインで、介入を開始する時期を対照群でずらすことによって、一定の期間限定ながら介入の有無による効果の違いを検証することが可能になります。

この方法は、全ての症例に対して(時期は異なりますが)介入を受けるチャンスを保証しているため、患者のみならず試験に協力する臨床医の心理的な負担感を軽減できるメリットがあります。今回のように、介入の有効性・重要性については異論がなく、いつ介入を始めるのが良いのかを知りたい場合

●表 主要評価項目の3か月後のアウトカムと、1年後生存率(文献1より作成)

	早期群 平均(95%信頼区間)	待機群 平均(95%信頼区間)	効果量 (Cohen's d)	P
QOL	129.9 (126.6~133.3)	127.2 (124.1~130.3)	0.13	0.34
症状	11.4 (10.8~12.1)	12.2 (11.6~12.8)	-0.21	0.09
抑うつ	11.2 (9.7~12.7)	10.8 (9.5~12.1)	0.04	0.33
1年生存率	63%	48%		0.038

QOL: FACIT-Pal (0~184点, 高いほど良い状態)

症状: QUAL-E (4~20点, 高いほど良い状態)

抑うつ: CES-D (0~60点, 高いほどより強い抑うつを示す)

などに用いられる方法です。

比較可能性を上げるため、デザイン段階で十分検討を

本研究で用いられたfast-track designはinactive controlを置く方法の一つとされています。早期からの緩和ケア介入の効果を明らかにした有名なTemelらの研究³⁾が実施された2000年代後半までは、緩和ケア介入を行わない群を設定することが許容されていました。その研究の結果も踏まえ「進行がん患者に緩和ケア介入を実施しないことは倫理的ではない」と判断され、今回の事例ではfast-track designによりいずれの群にも緩和ケアが提供されるようになったことは感慨深いことです。

複合介入に関する個人ランダム化試験では被験者間で介入に関する情報が共有されることで効果が薄まってしまうcontaminationの問題が起こり得ます。今回の研究は、外来患者への電話による介入であったため、患者同士が介入に関する情報を共有することは困難で、contaminationのリスクは低いと考えられたのかもしれませんが。

なお、希少疾患や終末期の鎮静などは、RCTによる実施が難しい場合もあります。このような場合は観察研究のエビデンスがRCTに代わるものとして用いられますが、観察研究ではよりバイアスが入り込みやすいことを認識し、できるだけ比較群と対照群との背景因子の違いを小さくして比較可能性(comparability)を上げるようデザインの段階で十分に検討しておく必要があります。

事例の振り返りから見える研究手法の意義と課題

今回取り上げた事例では、主要評価項目であるQOL、症状、抑うつの改善効果は認められませんでした。一方で、1年後の生存率は早期群で有意に良いという結果でした。

実はこの研究は登録期間内に目標症

例数に到達せず、事前に設定したサンプルサイズを下回っていたことから、検出力が低い(underpowerな)結果となっています。またfast-track designを用いたものの、3か月という待機期間が介入の効果を検出するには不十分だったのではないかとこの考察もなされています。

本来ならば、早期緩和ケア介入がQOLなどを改善させ、それが生存期間を延ばす効果を発揮していたのかもしれませんが、アウトカムの改善について一貫した結果を見ることはできませんでした。

本研究の研究者たちは当地で長年にわたり緩和ケア介入の研究・実践を行ってきたため、早い段階から緩和ケアの介入を依頼することが既に地域の文化として根付いており、今回の研究でも、待機群の半数の患者で3か月以内に緩和ケアへのコンサルトが実施されていたとのことでした。これは臨床の状況としては望ましい姿と言えますが、介入研究を実施する上では検証したい群間の差が小さくなる(介入効果が希釈diluteされる)結果となるので、効果検証の上では不利な状況にあったと言えそうです。

今回のポイント

- Fast-track designは、時期はずれが全ての症例に介入を受けるチャンスを保証しつつ、介入による効果を検証できるデザインである。
- 比較する二群間の背景因子の違いを小さくして、比較可能性(comparability)を上げるように工夫することが重要である。

参考文献

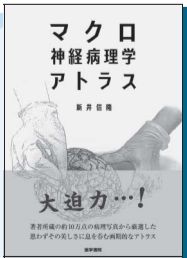
- 1) Bakitas MA, et al. J Clin Oncol. 2015 [PMID: 25800768]
- 2) Gaertner J, et al. BMJ. 2017 [PMID: 28676557]
- 3) Temel JS, et al. N Engl J Med. 2010 [PMID: 20818875]

脳のマクロ病理像に特化した大迫力の画期的なアトラス

マクロ神経病理学アトラス

脳のマクロ病理像に特化した大迫力の画期的なアトラスが登場。第I編では、ブレインカッティングの手順を詳細に解説するとともに、マクロ像の正常解剖を解説とともに示す。第II編では、疾患ごとにブレインカッティング後の剖面マクロ像を提示し、異常所見の特徴は何かを明快に解説する。神経病理学の第一人者である著者所蔵の貴重な病理写真を豊富に用いた、病理学、法医学、神経内科学を専攻する医師であれば読んでおきたい1冊。

新井信隆



せん妄!? かもしれないと思ったときのケアで、その後が変わる。

DELTAプログラムによるせん妄対策

せん妄!? かもしれないと思ったときのケアで、その後が変わる。DELTAプログラムを用いた、せん妄の早期発見、重症化予防へのケアを解説した実践書

編集 小川朝生 佐々木千幸



Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

甲状腺細胞診アトラス 報告様式運用の実際

坂本 穆彦 ● 編

B5・頁256
定価:本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03909-3

『甲状腺細胞診アトラス——報告様式運用の実際』が上梓された。本邦初の甲状腺細胞診に特化したモノグラフである。副題に「報告様式運用の実際」とあるように、甲状腺診療に直結する項目が目白押しと言える内容である。

まず、呼吸器外科医である私がなぜこの本の書評を? といふかしむであろう読者にその理由をお伝えしたい。私は今から30有余年前に病理を学んだが、本書の編集である坂本穆彦先生の勧めもあってサイロイドクラブに参加した。このサイロイドクラブが母体となって、日本甲状腺病理学会が設立されたことをご存じの読者も多いことと思う。当時は、現在甲状腺病理分野で名だたる先生方がまだ新進気鋭の若者であった頃で、甲状腺はわずか20~30gの臓器で、病理切り出しは難しくなく、乳頭癌と濾胞性腫瘍の診断ができれば十分かな、というのが私の安易な考えであった。その頃の知識といえば、乳頭癌は核所見、濾胞性腫瘍は被膜浸潤の有無といったポイントを外さなければ、それなりの病理診断はできるというようなものだったかもしれない。このような事情から、「30年にわたる甲状腺研究の進歩をよく理解するように」という坂本先生の指導の一環として書評を依頼された次第だと思ふ。

さて、サイロイドクラブ時代と違う立場で本書を手にとってみると、何と

「診断カテゴリーに特徴的な細胞所見」が圧巻



評者 佐藤 之俊
北里大主任教授・呼吸器外科学

もわくわくするような内容であった。一般に、アトラスやガイドラインの多くは“わくわく”というよりは、“しぶしぶ”あるいは“やむなく”といった、必要に迫られてひもどくという性質の本である。しかし、本書はアトラスを超え、細胞写真の質の高さ、規約、組織分類、診断の問題点など、甲状腺を専門としない者にとっても、ついそばに置いておきたい一冊である。

中身を見てみたい。本書は「総論」、「診断カテゴリーに特徴的な細胞所見」、そして「NIFTPをめぐる諸問題」の3つの章から構成されている。まず「総論」の章では、甲状腺癌取り扱い規約の細胞診報告様式に沿って解説がなされており、特に検体採取と検体処理についてわかりやすいシェーマを数多く用いながら解説されている。

圧巻なのは第2章の「診断カテゴリーに特徴的な細胞所見」である。本書名にあるように“アトラス”としての役割が見事に凝集されており、350枚を超えるきれいな図(細胞写真)がコンパクトな解説とともに目に飛び込んでくる。

第3章は取り扱いが問題となっているNIFTPについて、40ページを割いて解説がなされている。この概念がWHO分類に追加された理由として、過剰診断や過剰治療が問題となった米国の事情は理解できるが、実際に、本邦において、あるいは、国際的に広く導入すべきものなのか、複雑な問題を有している概念であることがよくわかった。

いずれにせよ、本書は甲状腺診療を専門とする読者のみならず、診療や研究の現場で活躍する医療者や研究者、そして、「甲状腺学」あるいは「甲状腺細胞診」を始めたばかりのピギナーまで幅広く活用できる必携の一冊であると言える。

SHDインターベンションコンプリートガイド

ストラクチャークラブ・ジャパン ● 監修
有田 武史, 原 英彦, 林田 健太郎, 赤木 禎治, 白井 伸一, 細川 忍,
森野 禎浩 ● 編

B5・頁456
定価:本体13,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03667-2

評者 伊莉 裕二
東海大教授・循環器内科学/
日本心血管インターベンション治療学会理事長

構造的な心疾患(Structural Heart Disease: SHD)に対するカテーテル治療の必要性は、飛躍的に広まっています。

カテーテル治療は1970年代に冠動脈形 成術が開始され、現在 第2世代薬剤溶出性 スtentを用いた冠動脈インターベンション(PCI)において、冠動脈バイパス術と並ぶ標準的治療法となりました。冠動脈領域のみならず、末梢血管領域、SHD領域にも、手術と並ぶカテーテル治療が出現し、一部取って代わる時代になりつつあるのは、低侵襲を望む患者さんの希望の表れでもあります。現在では、冠動脈領域、末梢血管領域、SHD領域はカテーテル治療の3本柱となり、広く行われる体制と変わってきています。

その中においても、SHD領域は、井上寛治先生によるInoueバルーンが僧帽弁狭窄症に有効であることが示され、世界中に広く施行されることになったことから始まり、大動脈弁狭窄に対するTAVIにより日本で決定的に広まることとなりました。TAVIを契機とし、ハイブリッド手術室の整備など劇的に変貌を遂げた領域であると思われます。そして、僧帽弁のクリップ、また先天性心疾患の短絡閉鎖、左心耳閉

鎖など、今も適応領域が広がっています。この進展スピードは目を見張るものがあります。

新しい技術の発展を安全に広く臨床サービスとして日本全国に届けるには、日本語のテキストが重要です。今回、ここに『SHDインターベンションコンプリートガイド』が発行されることになりました。最初の試みは2013年であり6年が経過しましたが、この間に新たに適応となった手技、新たなエビデンス、数え切れないほどの新しい情報がある時代です。これを的確にコンパクトにまとめあげ、SHDインターベンションの術者には有益な情報がある優れた日本語のテキストであると思われれます。これを基に、新しい技術であるSHDインターベンションが安全に日本で広まっていくことは日本心血管インターベンション治療学会(CVIT)としても望ましい方向性であります。

インターベンション治療は外科手術と比べて低侵襲であることが優れています。長期成績を含めてまだまだ明らかにしていかなければいけない点も多数ありますが、本テキストによる手技の標準化が安定した成績につながることを期待します。

医療英会話キーワード辞典 そのまま使える16000例文

森島 祐子, 仁木 久恵, Flaminia Miyamasu ● 著

B6・頁776
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02813-4

評者 川名 正敏
東京女医大特任教授・総合診療医学

最近の外国人旅行者の増加、そして今後の外国人労働者の受け入れ拡大が議論される中、医療現場における外国人への対応は喫緊の課題になっています。

筑波大学の森島祐子先生らが2006年に発刊された本書の兄貴(姉貴)分である『そのまま使える 病院英語表現 5000』(医学書院)は、外来、救急現場、病棟などさまざまな場所で大活躍しており、私もこの本の大ファンの一人です。外国人の患者さんに対して最初のコンタクトを取る際に、受付、外来診察室、手術室など、それぞれの関連ページを開いてそこに記載されている文章を読み上げれば(場合によってはお見せすれば)よいということで、多職種の人たちがあまりちゅうちょせずに外国人の患者さんとのコミュニケーションを取れるようになってきました。次のステップは、もう少し詳しい病

歴を聞いたり、やや複雑な病態生理を説明して検査や治療の同意を得たりということになるのですが、この場面で行くつかのキーワードから英語の文章を発展させていくことがなかなか難しいことがありました。

森島先生が仁木久恵先生、Flaminia Miyamasu先生と周到な準備のもと集大成として発刊された本書『医療英会話キーワード辞典——そのまま使える16000例文』は、このような場面でも便利に使うことができます。

例えば、「きょうしんしょう 狭心症」の項では「狭心症 angina (pectoris)」の表記の次に「狭心症は心臓への血液の供給が減ることによって起こります Angina is caused by a decrease in blood supply to the heart.」という例文が入っていて、患者さん

週刊医学界新聞 WEB版

- バックナンバーが読めます
- キーワード検索できます

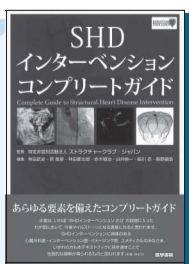
スマホアプリも配信中
医学界新聞で検索!

SHD診療に必要なあらゆる要素を備えたコンプリートガイド

SHDインターベンションコンプリートガイド

大動脈弁狭窄の治療法として確立されたTAVI。新たにスタートを切った僧帽弁閉鎖不全のMitraClip、心室/心房中隔欠損、卵円孔閉鎖に対するAmplatzer閉鎖術、心房細動による脳塞栓症の予防のための左心耳カテーテル閉鎖デバイスWatchmanなど、病態、心エコー、ガイドライン、臨床試験、外科治療、具体的なデバイス留置術について、ハートチームの個々人が必要となる要素を完全に揃えたガイドブック。

監修 特定非営利活動法人
ストラクチャークラブ・
ジャパン



今すぐやってみよう!
コマンドライン操作・データ解析のコツとスキルが身につく

生命科学者のためのDr.Bono データ解析実践道場

▶データ解析を行う上で必須の操作であるコマンドラインの使い方の基礎を説明したうえで、生命科学領域の代表的な6つの解析手法を取り上げ、その具体的な手順を、実際にコンピュータを操作しながら追っていきながら詳しく解説。読者がコマンドの意味を理解しながらコマンドラインを使いこなせるようになることを目指す実践書。姉妹書『Dr.Bonoの生命科学データ解析』を教科書として参照すればなお理解が進む。

著: 坊屋秀雅 ライフサイエンス統合データベースセンター(OBCLS)特任准教授
定価: 本体3,000円+税
B5変 216頁 図40 2019年
ISBN978-4-8157-0172-7

TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

レジデントのための 内科クリニカルパール1000

Lewis Landsberg ● 原著
松村 正巳, 畠山 修司 ● 訳

A5変型・頁320
定価: 本体4,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03849-2

臨床の奥深さは、優れた臨床医によって初めて理解できる。彼らは、正しく病態を理解し、適切な処置を施すものであるが、その能力を裏打ちしているのは一瞬の出来事を一生の気付きとして認識させるパールの洞察である。一人の医師がさまざまな領域に精通することが難しいと考えられる今日で、この本の内容を単著で書ける人はどのくらいいるのだろうか？

私は、圧倒的に学びが多い本書の内容から衝撃を受けた。本書は臨床の奥深さを知っている者にしか書けないものであり、一人の医師の経験のみで本当に記したのだろうかという疑念すら持った。また1000もパールがあるのかという疑問と、将来の引用のため、通し番号を振って見たら、最後はno.1046だった。原著者は内分泌の教授なので、この領域が最多の147個なのは理解できるが、血液学、リウマチ学、消化器学も100個以上あった。

ところで、大動脈弁狭窄症(AS)が末期になると失神を来すようになるが、弁口面積が狭いために血流が少なくなり生じると思われがちかもしれない。実際には、運動による血管拡張により反射的に起こるものであることを、故・竹下彰教授のnoon lectureで聞いて意外に感じたことを今でも記憶にとどめている。

パールというのは、その一瞬の出来事を一生の気付きとして認識させる貴重な情報である。私はこのメカニズム

評者 清田 雅智

飯塚病院総合診療科診療部長

を十分理解していなかったが、p.80 no.302「ASにより心拍出量が固定される状況があると起こる」というパールは心に響いた。2000ページもある浩瀚な循環器学の成書『Braunwald's Heart Disease』を読むと、実は一文で書かれている内容だが、果たしてこれを読む気になるだろうか？ また読んだとしても、その重要性に気付くだろうか？ こうした気付きは、運動時ではない安静時のASの失神はp.74 no.280の心房細動の存在が重要になることが理解でき、p.73 no.279のatrial kickの重要性も理解できる。特に本書の循環器領域のうんちくは素晴らしい。また全体を通じ、随時添えられた訳者の解説も内容の理解に役立つ構成となっていた。

このような優れた臨床医がどのように作られたのか、謝辞を読んでピンときた。米Yale大でポール・B・ピーソンに、米Harvard大でユージン・ブラウンワルドらに師事していたのだ。優れた臨床家は、優れたclinician-educatorが育て、その血肉となるものはクリニカルパールという形で、古き良き伝統が受け継がれていたのだ。

私はこの本を読んで、自身の師匠たちからの学恩を思い出し、そして私淑しているポール・B・ピーソンにここでも邂逅する機会があったことをうれしく受け止めた。この本の内容から、失われつつある臨床の師匠を得ることができるかもしれない。

にはこのような表現をすればいいんだ！ とすぐにわかります。

この辞典はいわゆる「医学用語辞典」ではありません。医療機関で英会話をするときによく出てくる普通の語句が大変多く収録されていて、それを病院ではこのように使うという例文が、実に臨場感を持った形で紹介されているのです。例えば「きょうゆう 共有する」の項では、下記のような例文が載っています。

- ・患者と医療者間で臨床上の情報を共有する patients and physicians share clinical information (with each other)
- ・この冷蔵庫は共有になります This is a communal refrigerator for use by patients.
- また、「こまる 困る」の項を見ますと、
- ・何かお困りのことがありますか (心配事があるか) Is anything bothering [troubling] you?/(何か問題があるか) Is anything wrong?
- ・排尿のコントロールに困っていますか Do you have (any) difficulty (in) controlling your bladder?

- ・便秘で困っているのですか Do you have any trouble with constipation?
 - ・困ることがあれば、相談に来て下さい If you have any problems (If you're ever in trouble), feel free to come and talk with me.
 - ・それは困りましたねえ That's too bad.
- というように、医療機関内に特化してはいますが、実にバラエティーに富んだ例文が紹介されているのです。

このような使い方をしていますと、ある単語を調べた後に、ついそばの単語を読み込んでしまうという、紙の辞書ならではのよさを久しぶりに感じる事ができました。

さらに、この辞典は英文の紹介状、診断書から症例報告や臨床論文を書く際にも威力を発揮します。最近海外赴任する方の紹介状を作成したのですが、この表現で「適切」かどうかを確認するのに本書は大変役立ちました。

本書を医師、看護師をはじめとする医療スタッフのみならず、医学生・看護学生からヘルスケア関連企業の方にも必携の一冊としてお勧めします。

心毒性の評価と治療の進め方 第67回日本心臓病学会学術集会の話題より

がん治療の進歩により、がん患者の治療成績が経年的に向上している。その一方で新たな課題となっているのが、がん治療による心毒性 (cardiotoxicity) の出現だ。がんと循環器双方の視点から診療する腫瘍循環器学 (Cardio-Oncology) に、循環器内科医はどう関与すればよいか。第67回日本心臓病学会学術集会(9月13~15日、名古屋市)で行われた根岸一明氏(豪シドニー大)による特別講演「がん化学療法による心毒性のマネジメント」の様態を報告する。



●講演する根岸氏

◆がん治療のステージに応じた心毒性のマネジメントを
抗がん薬による心毒性のマネジメントについて根岸氏は、「リスクの層別化と、がん治療を時間軸で見ることが重要」と述べた。現在、Cardio-Oncologyに関する国際的なガイドラインは4点ある。このうち欧州心臓病学会は、心疾患、冠疾患、生活習慣、がん治療の既往の4つを心毒性の危険因子として挙げていて [PMID: 27567406]。氏は、がん治療の既往が問診で明らかになれば、以前にアントラサイクリン系薬の投与や放射線治療を受けたかまで聞くことが欠かせないと語った。では、アントラサイクリン系薬の投与が心血管リスクに影響を及ぼす総投与量のカットオフ値はどこか。氏は米国臨床腫瘍学会が2017年に示した250 mg/m²以上を目安として紹介した [PMID: 31230869]。ただし、総投与量が250 mg/m²を下回る量でも心血管イベントを起こす可能性があるため [PMID: 29145954]、「少ないから大丈夫とは必ずしも言い切れない」と注意を促した。

心毒性診断の最近の動向は、「画像診断と血液検査を用い、左室駆出率 (EF)、心筋ストレイン (GLS)、心筋トロポニン (TnI) の3つの測定値から判断することが主流」だという。EFは、有症状患者で5ポイント以上低下、無症状患者で10ポイント以上低下し、なおかつ米国心エコー図学会が示す正常下限の53%未満 [PMID: 25172399] となれば心毒性と診断できる。心毒性に対する投薬は、診断から時間がたてばたつほど反応が弱くなり、6か月以上たつと全く反応しなくなることから [PMID: 20117401]、「できるだけ早期に介入することが重要」と強調した。

一方で、アントラサイクリン系薬投与を受けた患者において、EFは十分な指標になり得ないとの研究もある [PMID: 12767102, 12075737, 18227525]。EFの低下が心筋障害、脱水のどちらでも起こり得るからだ。そこで、症状出現前の変化として見るべき指標にGLSを挙げた。氏らの研究で、GLSの低下割合から、6か月後にEFが低下することを高度に予測できるとされる [PMID: 23562088]。また、高齢・糖尿病・高血圧・脂質異常症などの危険因子に加え、EFとGLSの測定を組み合わせることによって有意に診断精度が上がると考察した。3点目の測定値であるTnIの上昇が心毒性の可能性を示すことから [PMID: 15148277]、心エコー検査機器のない施設もTnIを測ることを推奨した。

次に、治療をどう進めればよいか。治療薬はACE阻害薬とβ遮断薬の2つが有効 [PMID: 23706982] と述べた上で、薬剤以外の治療方法として、抗がん薬投与中における工夫例を示した。アントラサイクリン系薬による治療中であれば、有効性を減らさない範囲で用量の低減や、急速投与から持続投与への変更、心毒性の比較的少ないとされる liposomal doxorubicin の使用やデクスラゾキサンの併用を提示。HER2標的薬のトラスツズマブ投与中であれば、アントラサイクリン系薬との併用を避けたり、併用間隔を30日間空けたりすることで心毒性を減らせるという。また、高血圧を引き起こす VEGF 阻害薬投与中は高血圧治療を行うことで心毒性を抑えられると語った [PMID: 27567406]。

抗がん薬による治療開始前の評価と対応の手順は、前掲の米国心エコー図学会ガイドラインに、①ベースラインでEFを測定し、②可能であればGLSとTnIを測定、③異常があれば循環器内科にコンサルトする方針が示されている。

根岸氏は現在、EFとGLSのどちらかの測定値を基に抗がん薬の投与を判断するのが適切かを明らかにする目的で、国際多施設共同試験を実施中だという。

●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙で紹介の書籍についてのお問い合わせは、医学書院販売・PR部まで
☎(03)3817-5650/FAX(03)3815-7804
なお、ご注文につきましては、最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店にて承っております。

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示するクォーターリー・マガジン



Vol.11 No.4
特集: 気道
責任編集: 小倉崇以 則末泰博
責任編集: 小倉崇以 則末泰博
編集: 小倉崇以 則末泰博
発行: 医学書院

- 1部定価: 本体4,600円+税
 - 年間購読料19,360円(本体17,600円+税)
 - ※毎月お手に直送します。(送料別)
 - ※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。
- | | | |
|-----------|------------------|-----------------------------|
| 2019年 | 1号 重症感染症2 | 3号 栄養療法アップデート 後編 |
| | 2号 栄養療法アップデート 前編 | 4号 気道 |
| 2020年(予定) | 1号 生理学 | 3号 移植(ドナーとレシピエント) |
| | 2号 災害とICU | 4号 Critical Care Cardiology |

“純国産”集中治療本 重症患者管理マニュアル

●編集: 平岡栄治・則末泰博・藤谷茂樹 ●定価: 本体6,500円+税

腎臓内科医ふたりの“考具箱”の中、お見せします!
ここでしか読めない話が、よりどりみどりで

腎臓診療の考具箱

臨床に役立つ148本

▶実践的で役立つ腎臓と水・電解質の知識148本を厳選し、ふとした疑問、診療のコツに、トリビアも少し織り交ぜて、文献を提示しつつ解説。どこからでも気軽に読んで、知的好奇心を満たしつつ、臨床で役立つTipsやパルを満載。腎臓内科医の頭の中が見えてくる。若手・ベテラン問わず、「もう少し詳しく知りたい」テーマについて楽しみながら学べる書。

著: 今井直彦 聖マリアンナ医科大学腎臓・高血圧内科講師
塚原知樹 つくばセントラル病院腎臓内科

定価: 本体3,800円+税
A5 頁320 図68 2019年
ISBN978-4-8157-0171-0

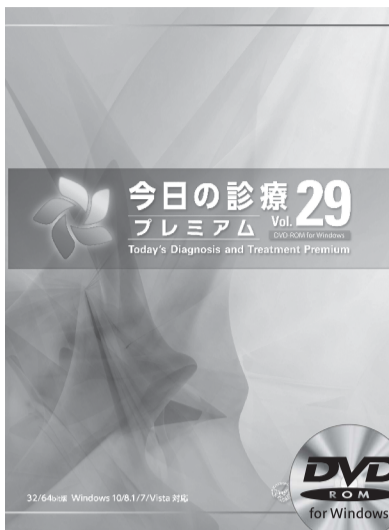
MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
TEL (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX (03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 29 プレミアム Vol.29

DVD-ROM for Windows

Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2019年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610384]

医学書院のベストセラー書籍15冊、約100,000件の収録項目から一括検索



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

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

スマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」付

『今日の診療プレミアムWEB』をスマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」が付いています。

※「今日の診療プレミアムWEB」をご利用にあたって、「医学書院ID」に本商品の登録が必要です。「Web閲覧権」の有効期間は、登録から1年間です。登録は、2020年4月30日で締め切らせていただきます。

※「今日の診療プレミアムWEB」ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。



詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ today'sdt.com

『今日の診療プレミアム』試用版をご利用ください。

骨格をなす8冊を収録した『今日の診療 ベーシック Vol.29』もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.29

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610407]

※「今日の診療 ベーシック Vol.29」には、Web閲覧権は付与されません。

収録内容

●プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2019年版 Update
- ② 今日の治療指針 2018年版
- ③ 今日の診断指針 第7版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第7版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第16版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2019-2020 Update
- ⑧ 治療薬マニュアル 2019 Update

*書籍とは一部異なる部分があります

●プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針 第2版
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版

2019年10月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

公衆衛生 11月号 Vol.83 No.11 1部定価：本体2,400円+税	歯科口腔保健をどう進めるか	臨床整形外科 10月号 Vol.54 No.10 1部定価：本体2,600円+税	がん診療×整形外科「がん口コモ」
medicina 10月号 Vol.56 No.11 1部定価：本体2,600円+税	不明熱を不明にしないために -実践から考えるケーススタディ	臨床婦人科産科 10月号 Vol.73 No.10 1部定価：本体2,700円+税	進化する子宮筋腫診療 -診断から最新治療・合併症まで
総合診療 10月号 Vol.29 No.10 1部定価：本体2,500円+税	教えて！医師のためのビジネス・スキル	臨床眼科 10月号 Vol.73 No.10 1部定価：本体2,800円+税	第72回日本臨床眼科学会講演集(8)
循環器ジャーナル (旧 呼吸と循環) Vol.67 No.4 1部定価：本体4,000円+税	冠動脈疾患の リスク管理のフロントライン	臨床眼科 増刊 Vol.73 No.11 特別定価：本体8,500円+税	実戦 メディカル眼科治療アップデート
胃と腸 10月号 Vol.54 No.11 1部定価：本体3,200円+税	大腸腫瘍の病理診断の 課題と将来展望	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 10月号 Vol.91 No.11 1部定価：本体2,700円+税	進化する経外耳道的内視鏡下 耳科手術(TEES) -エキスパートに学ぶスタンダードな手術手技
Cancer Board Square Vol.5 No.3 1部定価：本体3,400円+税	帰してはいけないがん外来患者/ ジレンマ・メソッド入門	臨床泌尿器科 10月号 Vol.73 No.11 1部定価：本体2,800円+税	希少癌に備える -いざという時のための基礎知識
BRAIN and NERVE 10月号 Vol.71 No.10 1部定価：本体2,700円+税	認知症と遺伝	総合リハビリテーション 10月号 Vol.47 No.10 1部定価：本体2,300円+税	義肢装具へのテクノロジーの導入
精神医学 10月号 Vol.61 No.10 1部定価：本体2,700円+税	トラウマインフォームドケアと 小児期逆境体験	理学療法ジャーナル 10月号 Vol.53 No.10 1部定価：本体1,800円+税	これからの理学療法 -2025年以降の姿を見据えて
臨床外科 10月号 Vol.74 No.10 1部定価：本体2,700円+税	腹腔鏡下胃手術のすべて [特別付録Web動画]	臨床検査 11月号 Vol.63 No.11 1部定価：本体2,200円+税	腎臓を測る/大規模自然災害後の 感染症対策
臨床外科 増刊 Vol.74 No.11 特別定価：本体8,200円+税	すぐに使える 周術期管理マニュアル	病院 10月号 Vol.78 No.10 1部定価：本体3,000円+税	病院の生産性を向上させる 人材育成戦略



医学書院

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