

interview 地域で行う認知症ケア——慣れ親しんだ場で、安心して暮らせる体制をつくるために

(1面よりつづく)

アシステムの構築を行っています。——患者数の増加が予測されるなか、県内の施設数は十分なのですか。

池田 現在、平均通院時間は基幹型センターである当院を除けばほぼ30分以内となっており、認知症専門医療の地域偏在解消という点では目標を達成できました。しかし、センターの専門外来の待ち時間は1—2か月に及んでおり、その意味で課題はあります。認知症の早期診断を行う場合は、診断まで1か月程度かかっても基本的に急ぐ必要はないのですが、BPSDや身体合併症では急を要する状態もしばしばあります。現在は予約を受ける段階で十分に訓練を積んだスタッフが緊急度の高い症例をトリアージしています。スキルを持ったスタッフを養成することで、ある程度カバーできると考えています。

メンバーを固定した事例検討会でスキルアップ

——現状では、認知症ケアに尻込みする地域が多いのも実際です。

池田 地域でケアが行えない理由として、「施設がない」「専門医がない」「認知症に関心を持つかかりつけ医がない」といった話をよく聞きますが、必要な資源がすべてそろっている地域などおそらくありません。ですから、既にある資源を上手に活用することが重要で、認知症患者にかかわる全員が力を合わせ、その地域独自の連携システムを作り上げていくしかないのだと思います。そのためには、各地域で研修や事例検討会を地道に行うことがやはり大切です。

——事例検討会は、何を重視して行っていけばよいのでしょうか。

池田 事例検討会では、メンバーが判断に迷ったり対応に苦慮した事例を扱います。そして、参加者全員で解決策を議論し、その情報を共有することが大事です。基幹型センター主催の事例検討会では実は参加者を固定しており、70—80人が年に6回以上顔を合わせます。参加者が毎回変わってしまうとスキルのレベルアップにつながらないからです。

——毎回集まるのは大変そうですが。

池田 確かに市中病院には大変ですが、そこは本制度の立ち上げ時から譲らなかつた部分です。熊本モデルには、当初より「人材育成」という大きな目的があったので、厚労省の制度終了までに県全体に専門スキルを持つスタッフが散らばるよう、各職種のスキルアップをめざしています。

——地域拠点型センター主催の事例検討会も、開催されていますね。

池田 はい。基幹型センターの事例検討会で力をつけた各地域拠点型センターのスタッフが、その地域の関係者

を集め研修と事例検討会を実施しています。2012年度の事例検討会は40回を超えています。こちらはメンバーを固定せず、センターのスタッフだけでなく地域の精神科医やかかりつけ医、また他の病院の作業療法士や臨床心理士、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、行政職員など、認知症ケアに意欲を持つあらゆる職種の方が事例検討会に参加しています。顔を合わせる回数が増えることでお互いの役割を知り、スキルの向上につながっていると実感しています。

——専門医療機関と地域との連携強化にもつながります。

池田 連携のポイントは、地域全体を理解している方がケア体制をコーディネートすることです。医療の側ではセンターの連携担当者、地域では地域包括支援センターのスタッフとケアマネジャーのかかわりがやはり鍵になります。一人暮らしの患者の初診時、地域から彼らが同行してくれることが多いのですが、ケアを行う上での疑問点を挙げ、私の説明もかかりつけ医や施設の方に説明してもらえらるので診察時間も短くて済み、大変助かっています。

早期からの受診と対策でBPSDの悪化は防げる

——認知症ケアを困難にしているBPSDにはどう対応していけばよいでしょうか。

池田 BPSDの悪化を防ぐためには、早期からの受診と対策が重要です。軽症時から定期的に受診している認知症患者が、入院治療が必要なまでに悪化することは減多にありません。むしろ家族も疲弊しきった状態で初めて専門医療にかかる患者のほうが入院率はずっと高い。ですから、長い経過のなかで症状が変化する節目ごとにきちんと認知症の専門医の診察を受け、BPSDの悪化を防ぐことが大事です。

認知症と一口に言っても疾患ごとに症状や進行具合も全く異なります。専門医はきちんと診断をつけ定期的に病状を確認し、「これからどんな変化が起きるか」「どういう点が生活上問題になるか」といった、ケアを行う人が最も知りたい情報をアドバイスしていくことが必要だと思います。

——専門医の役割は大きいですね。

池田 次に何が起るかを予測して、その対処法をかかりつけ医や介護スタッフ、家族にきちんと指導することは専門医に最も求められる役割です。そして専門医からの情報をケアにきちんと生かすためには、かかりつけ医や介護スタッフはもちろん家族のスキルアップも不可欠ですので、認知症患者にかかわる全員がスキルを高めていければいいですね。

——専門医はまだ不足しているとも聞きます。

池田 日本の認知症対策が介護領域か

「熊本モデル」連携担当者に聞く 地域連携体制構築の“鍵”は？

interview 森上 将章氏 (くまもと心療病院・精神保健福祉士) ——地域拠点型センターの連携担当者の業務内容について教えてください。



●森上将章氏

森上 認知症の専門医療相談と研修・啓発という2つの業務を中心に活動しています。

専門医療相談で最も多いのは受診の相談です。患者さん本人やご家族はもちろん、地域の介護サービス施設やかかりつけ医から紹介される方についても電話や面接にて相談を受け、専門外来の予約までの“つなぎ”を行っています。

研修活動では、認知症の知識や患者対応力を高めるための事例検討会や研修会を主催したり、一般の方向けのセミナーなどを開催して認知症の情報発信をしています。

——多職種と連携を行う上で、工夫されていることはありますか。

森上 患者さんをご紹介いただいた施設やかかりつけ医への訪問活動は欠かさないようにしています。「連携の取り方がわからない」と訴える施設もまだまだ多いので、研修会やセミナーでセンターの活動を紹介するとともに、事例検討会への参加を呼びかけています。事例検討会では、地域内の事例を実際に経験した施設の方が報告します。現場に即した内容を意識し、地域の課題も踏まえた上で各職種の専門性を生かす連携づくりに取り組んでいます。

またセンター間の連携については、基幹型センターの事例検討会の前に行う各センターの連携担当者と行政を交えた担当者会議で、各センターの課題を共有するなど連携担当者同士の横のつながりも構築しています。このような縦横のつながりをつくることで、何かあればすぐに連絡を取れる態勢をとっています。

——家族支援にはどのように取り組んでいるのですか。

森上 ご本人が受診を拒否されているような場合、ご家族が苦勞されていることは多いので直接訪問して受診を促すとともに、ご家族の思いも聞きながら負担軽減に取り組んでいます。また、病院にずっと入院できると誤解されている方も多いので、入院前から「病院は通過点」ということを説明しています。

——連携担当者が地域をくまなくつなぎ、連携を充実させているんですね。

森上 現状では病院内の業務も多く、まだまだ訪問が不足していると感じています。地域連携を積極的に行ってほしいという行政からの要望もあるので、もっと地域に出て、顔の見える関係をつくることで少しでも地域に貢献できたらと思っています。

ら始まってきたことを考えると、現時点で専門医が足りないのはある意味当然です。しかしながら介護の研修のイメージがあるためか、医療側でも数日間の簡単な研修で専門性が身につくような錯覚があったと感じています。

認知症診療では、診断・治療だけでなく予後の予測も必要ですし、家族を精神的に支えることや介護スタッフとの連携も大事です。また虐待や自動車運転などの社会的な問題にも向き合っていかなければなりません。そういった広汎な事象への対応力は数日の研修で身につくようなものではないため、じっくり専門医を育てていくシステムが必要です。

——専門医以外の医師にも、認知症へのかかわりを増やしていくことは求められますよね。

池田 そうですね。身体疾患を合併する認知症患者の急増が予想されるなかでは、専門医が早期に診断・処方をして、かかりつけ医がそれを引き継いで診療していくことがますます求められます。認知症はコモン・ディゼースですから、認知症患者を地域でケアするためのトレーニングを臨床研修で行うことも大切でしょう。

認知症は適切に対応できれば、QOLを高く保ちながら住み慣れた環境で何年も生活することが可能な疾患です。患者本人はもちろん、家族にも非常に喜んでもらえますし、患者のいろいろ

な側面にかかわることができやりのを感じる分野ですので、ぜひ多くの医療者に認知症への関心を持ってもらいたいと思います。

地域の資源を最大限に活用し、包括的な認知症ケアを

——最後に、これからの認知症ケアの在り方についてお聞かせください。

池田 日本の医療環境を考えると、軽症のうちに専門医に一度紹介していただき、診断とケアの道筋をきちんとつけてからかかりつけ医に引き継ぐこと、さらに地域の資源を十分に活用するためにも認知症患者にかかわる全員が連携を深めた上で包括的なケアプランを立てていくことが、認知症ケアの理想形ですね。

患者から最も信頼される立場であるかかりつけ医は、ゲートキーパーでもあるので「今までと様子が違う」と感じたり家族から相談があったときは、ぜひ専門医に紹介していただきたいです。また専門医の側も、精神科ではBPSD、老年内科医であれば身体合併症など、それぞれのバックグラウンドに応じた専門性を生かしながらかかりつけ医をバックアップするとともに、疾患の進行によって現れる症状への対処法を介護スタッフや家族に指導していただきたいと思います。——ありがとうございました。(了)

4 April 2013 新刊のご案内 医学書院
(すぐ調) 在宅ケア 編集 鈴木陽一 A6変型 頁184 定価1,260円 [ISBN978-4-260-01792-3]
医療安全ワークブック(第3版) 川村治子 B5 頁248 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01788-6]
(要点整理ビジュアルラーニング) 成人看護学 腎・泌尿器 監修 細谷龍男、岡美智代 B5 頁100 定価1,890円 [ISBN978-4-260-00783-2]
根拠と事故防止からみた母性看護技術 編集 石村由利子 編集協力 佐世正勝 A5 頁496 定価3,990円 [ISBN978-4-260-01137-2]
薬剤師レジデントマニュアル 編集 橋田 亨、西岡弘晶 B6変型 頁368 定価3,570円 [ISBN978-4-260-01756-5]
言語聴覚研究 第10巻 第1号 編集 日本言語聴覚士協会 B5 頁64 定価2,100円 [ISBN978-4-260-01811-1]
電子辞書DF-X1 1000 PASORAMA+ 電子辞書 価格85,575円 [ISBN978-4-260-70090-0]

もう困らない! 簡潔ながら頼りになる1冊 新刊 認知症の臨床 最新治療戦略と症例
認知症の臨床 最新治療戦略と症例
▶ 認知症の診断と治療に関する最新の知識をまとめた臨床テキスト。まず認知症と他の精神症状との鑑別診断や、アルツハイマー病を中心に認知症の分類について整理。「ドネペジル」と新たに認可された「ガランタミン」、「リバスチグミン」、「メマンチン」それぞれについて、症例を提示しつつ薬理作用や臨床効果などを具体的に解説。周辺症状の治療についてもまとめ、巻末には症状の評価法を収載。専門医のみならず広く認知症の診療について知識を整理したい医師・薬剤師必読。
著: 一宮洋介
順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター院長補佐/メンタルクリニック教授
定価3,780円(本体3,600円+税5%) A5変 頁180 図写真72 2013年 ISBN978-4-89592-728-4
MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル TEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsi.co.jp

一部の商品を除き、本体価格に税5%を加算した定価を表示しています。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

第40回日本集中治療医学会開催

第40回日本集中治療医学会(会長=信州大・岡元和文氏)が、2013年2月28日-3月2日、キッセイ文化ホール(長野県松本市)他にて開催された。大会テーマ「原点から未来へ!—アルプスの麓で集中治療を学ぶ」のもと、医師、看護師、理学療法士など約5000人が集い、節目の大会を盛り上げた。

本紙では、専門医制度の改新に伴う集中治療専門医の在り方について議論されたパネルディスカッションのもようを報告する。

パネルディスカッション「次代の集中治療のために『21世紀の集中治療は誰が担うべきか?』」(座長=阪大病院・藤野裕士氏、兵庫医大・西信一氏)では、新たな専門医制度の施行に際し、今後集中治療領域がどのような専門医を養成すべきか議論が交わされた。



●パネルディスカッションのもよう

新専門医制度によって 集中治療専門医はどう変わるか

最初に、集中治療医学会の労働力調査プロジェクトワーキンググループの委員長を務める永松聡一郎氏(東大大学院)が、過去5年間の専門医試験受験者の属性を分析した結果を報告。集中治療科、麻酔科、救急科のいずれかに属する合格者が9割を超え、内科系や外科系、小児科の合格者は1割に満たないことが示された。

続いて同学会の専門医制度委員会委員長を務める西氏が、2015年以降に初期研修を修了する医師を対象とした新しい専門医制度について説明した。新制度における集中治療専門医は、基本領域である救急科専門医もしくは麻酔科専門医のサブスペシャリティとして認定される目処は立っているが、内科や外科、小児科のサブスペシャリティとなるかは未定だ。氏は、当該領域の専門性だけでなく、近接する領域の診療能力も養成できるような教育プログラムの検討を各基本領域に求めている必要があると訴えた。

その後「21世紀の集中治療は誰が担うべきか」という問いについて、さまざまな立場から意見が交わされた。まず麻酔科医の立場として、森松博史氏(岡山大病院周術期管理センター)が集中治療専門医の患者予後への寄与を検討した論文を紹介。2002年の論文(PMID:12413375)では、ICUにおける集中治療専門医の割合が高い病院ほどICU死亡率や院内死亡率が低

い結果が報告されている一方、Surgical ICUを対象とした2013年の論文(PMID:23354251)では、集中治療専門医が日中のみ担当する病院と24時間常駐している病院では患者の予後に有意な差が認められなかった。このことから氏は「Surgical ICUに限っては集中治療専門医の数は重要でなく、むしろ周術期管理に長けた麻酔科医が対応すべき」と主張。今後の集中治療は、状況に応じて適切な医師が担うべきと述べた。

患者の生活や家族を 支援できる集中治療医を

二次救急病院は、三次救急病院の後方病院として、ICUを退室した後の予後不良患者や重度の後遺症を抱えた患者を受け入れることが多い。救急科医の藤田正人氏(安曇野赤十字病院)は、ICU退室患者の1年以内の死亡率が急性期に匹敵するほど高いことを示した文献(PMID:23032929)等を紹介。特に高齢者や病前の状態が不良な患者の場合、三次救急病院では超急性期治療を行うのみとし、早期に後方病院へ転院させて患者のQOLを高めることが重要と主張した。「21世紀の集中治療は、救命だけでなく、患者の生活や家族、生きざまなどの支援もできる医師が担うべき」と展望を語った。

慈恵医大の内野滋彦氏は、内科研修を終えた後、救急科、集中治療科を経験した立場から登壇。新たな専門医制

金原一郎記念医学医療振興財団

第27回研究交流助成金・第27回留学生受入助成金贈呈式開催

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=東大名誉教授・野々村禎昭氏)が、3月8日に医学書院本社(東京都文京区)にて、第53回認定証贈呈式を開催した。

同財団は、基礎医学の振興を目的に、年2回、助成金を交付している。下期である今回は、海外で行われる基礎医学医療に関する学会等への出席を助成する研究交流助成金と、基礎医学医療研究を目的に日本へ留学する大学院生等を助成する留学生受入助成金が交付された。今回の助成対象者は26人で、贈呈式には塩塚政孝氏(東大大学院)ほか4人が対象者を代表して出席した。



開会に際し、金原優同財団常務執行理事(医学書院代表取締役社長)が、医学書院の創業者・金原一郎の遺志を継いで設立された本財団の概要を紹介。「今回選ばれたことを励みとして、さらに良い研究を進めてほしい」と語った。

認定証贈呈の後、選考委員長を務める野々村氏は、一昨年の東日本大震災以降、科学研究費が減少していることに触れ、「研究を志す方にとっては非常に厳しい時代だが、こうした助成金を有効に使って頑張してほしい」と激励した。

続いて交付対象者を代表して塩塚氏が挨拶に立った。氏はナンセンス変異型筋ジストロフィーの「リードスルー」による薬物療法の確立をめざして研究に取り組んでいる。リードスルーとは、ナンセンス変異によって生じた異常な終止コドンを薬物により抑制し翻訳を進行させ、正常機能を有するタンパク質分子の発現を回復させることで、症状の改善をめざす新しい治療法だ。これが確立されれば、筋ジストロフィーに限らず、ナンセンス変異型遺伝性疾患に対する治療法としても期待できるという。既に氏は抗菌薬アルベカシンに顕著なリードスルー活性を見だしており、「今後は国際共同治験を行い、研究成果を国際的に発表することが非常に重要。筋ジストロフィー治療の確立に向けて、より一層の努力を継続していきたい」と意気込みを語った。

度では、内科や小児科から集中治療専門医を取得することが現時点では難しいことへの懸念を表明した。内科医は手術知識が少なく、気管挿管などの手技のイメージも持ちにくいいため、集中治療医として不利な面があるとしながらも、ICU入室患者の半数以上は内科系の疾患を持つ点を強調。国際的にも内科は集中治療の基本領域として一般的であり、日本においても絶対条件だと訴えた。

多様な専門医から成る ICU

豪州の集中治療専門医制度を紹介したのは、後藤幸子氏(阪大病院)。世界的にみて集中治療医の地位が最も確立している豪州では、さまざまな科の専門医が専従医としてICUに所属するのが一般的だ。集中治療のトレーニングプログラムでも、経験症例が偏らないよう配慮された複数施設での研修や、内科と麻酔科各1年間の研修が義務付けられている。氏は日本の教育プログラムにおいても、院内ICUと救

急ICUの両方で専従医として半年以上勤務することや、1年間の内科またはER型救急での研修と1年間の麻酔科研修を必須にすることなどを提案。日本でも多様な専門性から成る集中治療を実現してほしいと期待を寄せた。

最後に、集中治療医学会の教育プログラム作成ワーキンググループ委員長を務める貝沼関志氏(名大病院)は、集中治療科が国の標榜認定を受けていない点を指摘。集中治療専門医のアイデンティティを確立させ、今後の集中治療医学の方向性を示すためには、主要な基本領域である麻酔科と救急科との共同作業が必須と訴えた。

総合討議では、専門医取得時の研修において他科と連携することが現状では難しいことや、集中治療専門医としての就職先が少ないことへの不安に議論が及び、集中治療専門医の確立に向けた課題が浮き彫りとなった。藤野氏は「他科も巻き込んだ制度改革を行いながら、今後も議論し続けたい」とまとめた。

神経心理学 コレクション シリーズ編集 山鳥重・河村満・池田学

ふるえ DVD付

柴崎浩 京都大学名誉教授
河村満 昭和大学教授・神経内科/附属東病院病院長
中島雅士 昭和大学准教授・神経内科

振戦、ミオクローヌス、ジストニー、舞蹈運動…。不随意運動の典型例から希少例に至るまで、神経生理学の第一人者が長年にわたって経験してきた豊富な症例をもとに、臨床医とともに語り尽くす鼎談。症候学や生理学的知見を駆使し、コモンな症候ながら診断に悩まされるであろう不随意運動を様々な角度からとらえ直す。付録のDVDには複雑な不随意運動の病態が一目でわかる50症例の動画を収録。

●A5 頁152 2011年 定価5,460円(本体5,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-01065-8]

アクション

丹治順 東北大学脳科学センター・センター長
山鳥重 前 神戸学院大学教授
河村満 昭和大学教授 神経内科

●A5 頁184 2011年 定価3,570円
(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01034-4]

精神医学再考
神経心理学の立場から

大東祥孝 京都大学名誉教授・周行会湖南病院精神科顧問

●A5 頁208 2011年 定価3,570円
(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01404-5]

心はどこまで脳ののだろうか

兼本浩祐

●A5 頁212 2011年 定価3,570円
(本体3,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01330-7]

医学書院

病理から見た神経心理学

石原健司・塩田純一

●A5 頁248 2011年 定価3,990円
(本体3,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01324-6]

手 訳=岡本 保

●A5 頁272 2005年 定価3,780円(本体3,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-11900-9]

痴呆の臨床 目黒謙一 CDR判定用ワークシート解説

●A5 頁184 2004年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-11895-8]

Homo faber 道具を使うサル 入来篤史

●A5 頁236 2004年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11893-4]

失語の症候学 ハイブリッドCD-ROM付
相馬芳明・田邊敬貴

●A5 頁116 2003年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-11888-0]

彦坂興秀の課外授業 眼と精神

彦坂興秀(生徒1)山鳥重(生徒2)河村満

●A5 頁288 2003年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11878-1]

高次機能のブレインイメージング
川島隆太 ハイブリッドCD-ROM付

●A5 頁240 2002年 定価5,460円(本体5,200円+税5%)
[ISBN978-4-260-11876-7]

記憶の神経心理学 山鳥重

●A5 頁224 2002年 定価2,730円(本体2,600円+税5%)
[ISBN978-4-260-11872-9]

チャールズ・ベル 表情を解剖する
原著=Charles Bell 訳=岡本 保

●A5 頁304 2001年 定価4,200円(本体4,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11862-0]

タッチ 岩村吉晃

●A5 頁296 2001年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-11855-2]

痴呆の症候学 ハイブリッドCD-ROM付
田邊敬貴

●A5 頁116 2000年 定価4,515円(本体4,300円+税5%)
[ISBN978-4-260-11848-4]

神経心理学の挑戦 山鳥重・河村満

●A5 頁200 2000年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-11847-7]

●A5 頁432 2010年 定価5,040円(本体4,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-01146-4]

視覚性認知の神経心理学 鈴木匡子

●A5 頁184 2010年 定価2,940円(本体2,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00829-7]

レビー小体型認知症の臨床
小阪憲司・池田学

●A5 頁192 2010年 定価3,570円(本体3,400円+税5%)
[ISBN978-4-260-01022-1]

失われた空間 石合純夫

●A5 頁256 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00947-8]

認知症の「みかた」 三村将・山鳥重・河村満

●A5 頁144 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00915-7]

街を歩く神経心理学 高橋伸佳

●A5 頁200 2009年 定価3,150円(本体3,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00644-6]

ピック病 二人のアウトグスト 松下正明・田邊敬貴

●A5 頁300 2008年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00635-4]

失行 [DVD付] 河村満・山鳥重・田邊敬貴

●A5 頁152 2008年 定価5,250円(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-00726-9]

ドイツ精神医学の原典を読む 池村義明

●A5 頁352 2008年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00335-3]

トーク 認知症 臨床と病理
小阪憲司・田邊敬貴

●A5 頁224 2007年 定価3,675円(本体3,500円+税5%)
[ISBN978-4-260-00336-0]

頭頂葉 酒田英夫・山鳥重・河村満・田邊敬貴

●A5 頁280 2006年 定価3,990円(本体3,800円+税5%)
[ISBN978-4-260-00078-9]

寄稿

住民との対話でつくる地域医療

佐藤 元美 一関市国民健康保険藤沢病院・事業管理者

住民と医療者が語り合うことで、地域医療をつくり、育てることができそうです。岩手県一関市にある一関市国民健康保険藤沢病院では、1994年から19年間、地域住民と医療者が話し合う「ナイトスクール」を続けてきました。また、2008年からは、研修医の研修報告会に病院スタッフだけでなく、地域住民も参加できる「意見交換会」を開催しています。本稿ではこれらの取り組みを紹介します。

予防から介護、一体型のサポートを望んで

自治医大を卒業してから13年目の1992年、私は岩手県立久慈病院で主に呼吸器内科を担当していました。その夏、故郷でもある隣の藤沢町から「新たに病院をつくり、医療を中心に予防から介護まで一体的な運営をしたいので来てほしい」という依頼を受けました。当時の藤沢町は、町にあった県立病院を失ってから25年間、「病院のない町」として苦労を重ねてきた地域。実際に、町民の半数以上が町の外で最期を迎えている状況がありました。私は自分自身の経験不足を自覚しながらも、予防から介護までをサポートする一体的な運営に挑戦したいという思いが勝り、その依頼に協力することにしました。

藤沢へ移る前の準備として、過疎地の病院が行き詰まる原因を調べてみると、そこにはふたつの要因があるのだとわかってきました。ひとつが医療と住民、行政、政治の対立。もうひとつが医療の質の低下です。つまり、住民、行政、政治との対立を回避しながら、医療の質を維持し続けることができれば、当面は病院がつぶれることはない、そう考えました。

無診察投薬を望む声に直面

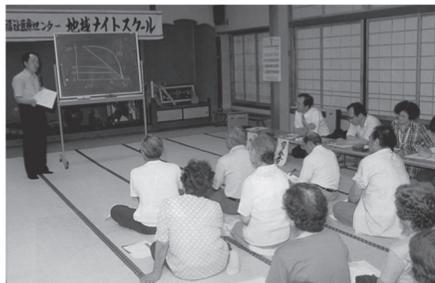
そして1993年、国民健康保険藤沢町民病院（現・一関市国民健康保険藤沢病院）が誕生しました。54床の小さ

な病院ですが、総合診療方式で運営し、救急搬送は断らないことを原則としました。また「医療を中心に予防から介護までをサポートする」ことを目的に、病院と地域の老人ホーム、保健センターで積極的な連携体制を構築。こうした運営方法の効果は明らかでした。最初の1年間は地域の患者から次々と病気が見つかり、私たち医療者も患者・住民も病院創設の有効性に驚き、お祭りのような熱気に包まれました。

しかし2年目を迎えると変化が表れました。「待ち時間が長いから、診察なしで薬を出してほしい」という要望と、それを認めない病院に対する苦情が住民からわき上がってきたのです。こうした苦情は病院にも届きますが、それ以上に町役場に集中的に寄せられ、ついには町議会において「問題」として取り上げられるまでになりました。いくら私たち医師が診察室で説明しようと、町長室で解説しようと、住民全体に私たちの意図はなかなか伝わりません。病院ができてわずか1年。当初危惧していた「医療と住民、行政、政治との対立」の危機に直面することになったのです。

地域住民を巻き込んだ「ナイトスクール」を開始

そこで私は、夜、地域に出かけて住民と話をしてみることにしました。19—21時に行うことにちなみ、「ナイトスクール」と名付けたその会で、私は病院運営の現状の説明に加え、無診察投薬が危険で、法に反し、病院の収入にもつながらない医療であると話しました。そして「病院を利用する立場だけでなく、病院をつくり、支え、育てる役割も地域の住民に担っていただかなければ、せつかつくった藤沢町民病院は失われる危険もある」と伝えました。こうした説明に対して、住民の方々から私を糾弾するような声があることはありませんでした。むしろ「仕事後にわざわざ地域に出向き、住民の声を聴いてもらってありがたい」



●写真 左：ナイトスクールで住民に説明する佐藤氏。／右：意見交換会のようす。病院スタッフに混ざって、地域の住民たちも研修医の報告に耳を傾ける。

という感想が多くあったぐらいです。このナイトスクールがもたらした影響は大きなものでした。ナイトスクール実施後は、無診察投薬を望む声はほとんどなくなり、また依然として長いままである待ち時間に対するクレームも少なくなりました。さらに驚くべきことは、病院に寄付金が集まるようになったことです。一口3万から100万円ですが、ある団体からは1000万円の寄付をいただいたこともあります。地域から集まった寄付金は、車いすや歩行器、内視鏡セットなどの備品の購入に当て、病院設備の充実につながりました。

無診察投薬をめぐる住民、行政、政治との対立を避けるために開始したナイトスクールですが、それから19年間、町内のさまざまなところで定期的に開催しています。

「一人前になろうとする時期に藤沢に来てくれたんですね」

ある日のナイトスクールで、「医師はこんなにも頑張っているのだから、住民としてもどうしたら病院を支えることができるか考えよう」という意見が住民から出されました。それをきっかけに設立されたのが、「病院を支える会」です。地域に必要な医師を自分たちの地域で育てたいという願いを以前から持っていた私は、この申し出を受け、積極的に病院の現状を知り、支えたいと考えてくださる住民の力を借りて、若い医師の育成ができないかと思ひ当たりました。

藤沢病院には、自治医大附属病院と岩手県立磐井病院から年間約10人の初期研修医が、約1か月の地域医療研修に来ます。研修医には総合内科の外来診療のおもしろさを体験させたいと思う一方、患者からは「若い医者には診てもらいたくない」「半人前が病院で診療するのはおかしい」といった意見が根強くあり、なかなか研修医の診察室に入ることを好ましく思っていない現状がありました。

そこで住民の方々に協力していただ

いたのは、研修医の報告会への参加です。研修医や病院スタッフだけでなく、住民を交えて、お互いに意見を交換しようという主旨で「意見交換会」と名付け、定期的に開催することにしました。具体的な進行方法は、研修医一人ひとりが15—30分ほど、藤沢病院での研修の内容や感想、研修を通して得たものなどを発表し、続いて車座になって住民の皆さんから意見をいただくという形式です。「また藤沢に来てほしい」「医療に恵まれない地域があることを忘れないでほしい」などの声が住民から挙がり、なかには現状の問題の本質を突くような鋭い指摘もありました。

「考えてみると、すべての医師は親や祖父母に大事に育てられ、本人も頑張っ

て医師になった。医師として一人前になろうとする時期に藤沢に来てくれたんですね。ある日の会の後、参加してくれた住民がしみじみと話した言葉です。どんな医師であろうと、医師である前に皆、誰かの子どもであり、自分たちと同様に社会人1—2年目の時期がある。それならば自分たち住民も教えてあげられることがあるのではないか。意見交換会の取り組みを通して次第にそう思っただけになったのか、「自分の心雑音を聴かせたい」という患者としての要望のほか、礼儀、藤沢の歴史や地理、言葉といったことを教えてあげたいと、進んで研修医の外来診療を受ける患者が増えました。

*

産科・婦人科外来に必携の薬剤処方マニュアル。最新情報をベースに大改訂!!

産婦人科外来処方マニュアル 第4版

産科・婦人科外来で診療される主要疾患60の治療薬処方と、薬物投与上の注意点、処方のポイントを、豊富な処方例・薬剤の解説とともにコンパクトに呈示。定評の産婦人科医必携のハンディなマニュアルを、最新の薬剤情報をベースに大改訂。診療のあらゆる現場のニーズに応える、信頼に足るbest tool。

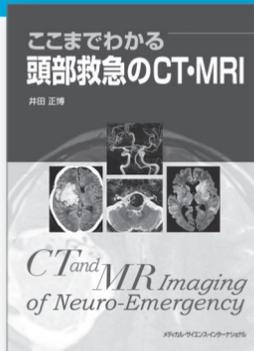
編集 青野敏博
徳島大学名誉教授、前徳島大学学長
苛原 稔
徳島大学教授、産科婦人科学



B6変型 頁232 2013年 定価3,360円(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01749-7]

医学書院

ここまでわかる 新刊 頭部救急のCT・MRI



救急画像のプロフェッショナルが「間違わない診断」のすべてを解き明かす!

- 一次・二次救急の医療現場において最も頻繁に遭遇する脳出血、くも膜下出血、脳梗塞の3大脳血管障害疾患を中心に、中枢神経領域の救急画像診断においてCT・MRIをいかに活用すべきか解説した、実地テキスト兼ケースファイル。
- 症例ごとに画像診断のポイントを挙げ、加えて疾患概念と分類、病態とその原因、画像診断の理解に必要な解剖や鑑別疾患について詳述する。
- 病院搬送から最終診断、治療、その後の経過に至るまで、診療のプロセスに従い経時的に豊富な症例画像を提示。
- 放射線科医のみならず、救急医療に携わる救急科、脳神経外科、神経内科各臨床医、研修医に極めて有用。

著 井田正博
荏原病院放射線科部長

●B5 頁536
原色図/色図54・写真993
2013年
●定価8,925円
(本体8,500円+税5%)
●ISBN978-4-89592-729-1

好評姉妹書 ここまでわかる 急性腹症のCT



著 荒木 力 山梨大学大学院医学工学総合研究部放射線医学教授

●B5変 頁384 図47・写真643 2009年
●定価7,560円(本体7,200円+税5%)
●ISBN978-4-89592-615-7

続 アメリカ医療の 光と影

第242回

タイム誌史上最長記事に見る 米国医療事情①

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

タイム誌3月4日号(米国版)が、「規格外」の特集記事で米国民を驚かせた。

タイム誌の場合、特集記事は毎号数篇あるのが普通なのだが、3月4日号では特集をただ一篇に絞った上で、何と総ページ数36(広告を除く)と、同誌史上最長の紙数を与えたのである。

特集記事のタイトルは「Bitter Pill」。法外に高い診療費が患者を苦しめている実態を赤裸々に描く内容だったが、2万4105語に及ぶ長大な記事を執筆したのはステイブ・ブリル。コートTV(裁判の生中継を売りとする法廷物専門TV)の創設者としても知られるジャーナリストだった。

保険給付限度額を大幅に上回る診療費の実態

ブリルは患者数人に取材、彼らが病院・医師等から受け取った巨額の請求書について詳細に解析した。以下、ブリルが紹介した症例について、患者が加入していた保険の状況(無保険を含む)とともに要約する。

1) 非ホジキンリンパ腫(42歳男性)
世界でも有数のがん診療施設として知られるMDアンダーソンがんセンターでの治療を求めたところ、初診料4万8900ドルの前払いを要求された上、初回の治療についても、3万5000ドルの前払いを求められた。うち1万3702ドルはある抗がん薬についての請求額だったが、ブリルの取材によると仕入れ価格は3000ないし3500ドルにすぎず、約4倍の価格をつけて患者に売りつけたのだった。

保険:1日2000ドル当たりの病院費用をカバーする格安保険(保険料毎月469ドル)に加入していたものの、MDアンダーソンは「その手の格安保険は扱っていない」と無視した。

2) 胸痛(64歳女性)
胸痛で救急外来を受診、3時間後に「消化不良」との診断を得て帰宅した。

後日、病院・医師・救急車会社から計約2万1000ドルの請求書が送りつけられてきたが、うち、PET/CT検査代が約8000ドルを占めた。公的高齢者保険(メディケア)だったら554ドルしか支払わない検査だった。保険:失業中で無保険だった。

3) 転倒後外傷(62歳女性)
自宅近くで転倒後救急外来を受診、後日9418ドルの請求書を受け取った。うち、頭部・胸部等のCT検査代が6538ドルを占めたが、メディケアの支払い額825ドルと比べ約8倍も高い額を請求されたのだった。

保険:職場を通じて加入していた保険は、受診一回当たり2000ドルしかカバーしなかったため、7418ドルが自己負担となった。

4) 腰痛日帰り手術(30代男性)
慢性腰痛に対し、電気刺激装置埋め込みの日帰り手術を受けたところ、病院から8万6951ドルを請求された。うち4万9237ドルが電気刺激装置の価格だったが、ブリルの取材によると仕入れ価格は1万9000ドル以下と推定された。

保険:職場を通じて加入した保険は給付限度額を「年6万ドル」と定めていた。手術を受けた時点ですでに約1万5000ドルの給付を受けていたため、保険で支払った約4万5000ドルとの差額、約4万ドルが自己負担となった。

5) 肺がん(年齢不詳男性)
診断後11か月で亡くなるまでの請求総額は90万2452ドルに達した。ICU室料1万3225ドル/日、重症患者用病室使用料7315ドル/日等に加え、滅菌ガーゼ(一箱77ドル)・ナイアシン錠剤(一錠24ドル)等の細々した物品・薬品費が積み重なって莫大な請求額となった。

保険:診療費は給付限度額の5万ドルを大幅に上回ったため、大半が自己負担となった。

6) 肺炎(50代男性)
肺炎で32日間入院、請求額は47万

TAVIの早期・安全な導入に向けて 第2回TREND INTERCONFERENCE開催

大動脈弁狭窄症の低侵襲かつ革新的な治療法として、世界的に注目を集めるカテーテル技術を用いた大動脈弁留置術(Transcatheter Aortic Valve Implantation/Replacement; TAVI/TAVR)。このほど国内治験も終了しまさに揺籃期を迎えるTAVI/TAVRは、SHD(Structural Heart Disease)医療イノベーションの源泉となっている。このようなか、TAVIの早期導入と安全な普及に焦点を絞った第2回TREND INTERCONFERENCE(Transcatheter Endocardiovascular Intervention Conference)が2月2日、第二期会長倉谷徹氏(阪大)のもと約500人の参加者を集めリーガロイヤルホテル(大阪市)にて開催された。



●カンファレンスの様子

カンファレンスでは、海外での専門研修を終えた医師陣のほか、国内治験を先導する阪大をはじめとした関連諸施設の関係者が登壇。国内でのTAVI臨床応用に向け、実践的な白熱した討論が行われた。TAVIの低侵襲性をクローズアップするだけでなく、適応や術式、TAVI実施に伴う補助技術や術後管理、さらには合併症についても集中的に議論され、これまで経験された多様な症例をもとに、新たな医療としてのTAVIの在り方に焦点が当てられた。

基調講演に登壇したHendrik Treede氏(独・ハンブルグ大)は、TAVIの国際的な動向と最新技術を紹介。コメディカルの役割に重点を置いた特別セッションでは、TAVIを行う際は各職種の高い専門性と相互尊重に基づく強固なハートチーム形成が必要であると論じられた。また特別発言として、澤芳樹氏(阪大)より関連諸学会と厚生省が監修したTAVIの実施施設基準案が開示され、TAVIを安全に導入するために必須とされるハートチーム構築の重要性があらためて強調された。

日本人として唯一、TAVI創始者Alain Cribier氏(仏・ルーアン大病院)のもとで研鑽を積んだ本カンファレンス代表世話人の古田晃氏(川崎市立川崎病院)は、現在の潮流である「医療の低侵襲化」は有害事象の回避に安易には直結しないと指摘。「既存文化の融合による集学的アプローチこそが低侵襲化の鍵となり、心臓医療における新たなスタイルのモデルになる」と語る。「SHD分野台頭」という心臓医療史上に残るパラダイムシフトは、既に始まっていると言える。

4064ドルに達した。細々と請求品目が羅列された請求書は161ページに及んだ。

保険:加入していた保険は、給付額を「年10万ドル」と制限していたため、約40万ドルが自己負担となった。

「命が惜しければ金を出せ」

以上がタイム誌で紹介された6例であるが、「市場原理」の下で運営されている米国医療が、どれだけ患者を苦しめているかが具体的におわかりいただけたのではないだろうか? しかも、失業中で無保険だった1例を除いて、皆、財力の許す範囲で何らかの保険に加入。「病気になったときのために備える自助努力」を怠っていたわけではなかった。しかし、有事に備えていたにもかかわらず、診療費が保険の給付限度額を大幅に上回ったために、

莫大な額の医療費負債を抱えることとなったのである(註)。

では、なぜ、診療費が保険給付額を大幅に上回る事態が頻繁に起こるのかという、その理由は、医療施設が患者に過大な診療費を請求する行為がルーティン化しているからにほかならない。「命が惜しければ金を出せ」と言わばかりの、強盗まがいの商法が常態化しているのである。

(この項つづく)

註:最近の米国医療では、「無保険(uninsured)」に加えて「低保険(underinsured)」も大きな問題となっているのだが、2010年に成立したオバマケアによって、2014年以降医療保険に給付限度額を設ける行為は禁止された。低保険問題を解決するための処置であったが、同法施行後、保険料が高騰する「副作用」が懸念されている。

2013年3月発売 ご予約受付中!

【研究医】
厚さ10センチメートルのハリソン内科学は、臨床の現場で常に信頼され、活用できる知識を提供します。

【医学生】
重さ5キログラムのハリソン内科学には、医師として身につけていく必要な知識が詰まっています。

【臨床医】
3年半ごとに改訂されるハリソン内科学は、原著初版発行から63年、世界中の臨床家たちの知識を常にアップデートしています。

共に歩む。

生涯の座右書
ハリソン内科学 第4版

Harrison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE
日本語版監修 福井次矢・黒川清

●全2巻 A4変 3,500頁(予定) 4色刷 函入 ソフトカバー ●ISBN978-4-89592-734-5 ●定価31,290円(本体29,800円+税5%)

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

循環器疾患のブレイクスルー [TAVI / MitraClip / Amplatzer]

SHD Structural Heart Disease インターベンション ハンドブック

監修 ストラクチャークラブ・ジャパン
編集 古田 晃・原 英彦・有田武史・森野禎浩

Structural Heart Disease(SHD)とは、大動脈弁狭窄、僧帽弁逆流などの弁疾患、成人の先天性心疾患を包括した概念である。現在、欧米ではこれらの疾患に対するカテーテル治療(インターベンション)が積極的に行われている。本書は、留学経験をもつ若手循環器内科医を中心に、SHDの疾患概念、治療手技を丁寧に解説。来るべき新しい時代の幕開けを前に、欠かすことのできない1冊。

●B5 頁244 2013年 定価6,825円(本体6,500円+税5%) [ISBN 978-4-260-01708-4]

医学書院

世界をリードする循環器医療を

第77回日本循環器学会開催

第77回日本循環器学会が3月15—17日、水野杏一会長（日医大）のもとパシフィコ横浜（横浜市）にて開催された。「世界に翔く日本の循環器病学」をテーマに掲げた今回は、日本発の技術を紹介する特別企画をはじめ、日本の循環器医療・医学が世界をリードすることをめざした先進的な臨床・研究に関する演題が並んだ。本紙では、科学技術の進歩とともに進化を遂げる「PCI」「CABG」と、抗血栓療法に関するセッションのもようを報告する。

「CABG vs. PCI」 治療選択の在り方を考える

冠動脈狭窄に対する再灌流療法として、特に左主幹部病変など複雑な症例の場合、これまではCABG（冠動脈バイパス術）が標準治療とされてきた。しかし近年DES（薬剤溶出型ステント）などの機器や技術の進歩に伴いPCI（経皮的冠動脈インターベンション）の守備範囲も拡大している。コントロバシー「CABG vs. PCI 競争と協調」（座長＝順大・天野篤氏、近畿大・宮崎俊一氏）では、虚血性心疾患治療におけるCABGとPCIの現状とすみ分けについて、3施設の外科医と内科医が提言した。

札幌心臓血管クリニックからは外科医の道井洋吏氏、内科医の藤田勉氏が発言した。道井氏は、各手技の適応症例の選択と集中がまだ完全にできていないなかでは、現時点の知見だけでPCIとCABGを比較すべきでないと強調。患者にかかわる医療スタッフ全員がハートチームを構築し、治療の内容や方向性を共有した上で最高の治療を患者に提供できることが外科と内科の“協調”と述べた。

藤田氏は、ゲートキーパーである内科医が予後を見据えて治療を選択すべきと主張。また、自施設に外科が誕生したことで、ハートチームが治療方針を決定するプロセスが確立し、ガイドラインに沿った治療を提供できるようになったことを紹介した。

引き続き心臓血管研究所付属病院から、外科医として田邊大明氏、内科医として矢嶋純二氏が壇に立った。田邊氏は、同院における治療結果を紹介。PCI、CABGともにこれまでの知見と比較し十分満足できる成績が得られているが、さらなる成績向上のためハートチームによる検討や、病変の複雑度の指標であるSYNTAXスコアに基づく意思決定の必要性を訴えた。

矢嶋氏は、高リスクとされる多枝冠動脈病変や左冠動脈主幹部病変へのPCIについて解説。日本でのエビデンス構築をめざし、左冠動脈主幹部病変へのPCIの長期安全性を調べる臨床試験J-LESSONについて説明するとともに、日本版SYNTAXスコアの確立を要望した。

最後に、小倉記念病院から外科医の羽生道弥氏、内科医の岩淵成志氏が登壇。羽生氏は、DESの登場とともに人工心臓を使用しないオフポンプCABGの症例数が減っている同院の現状を紹介。PCIでは新デバイスの開発が進んでおり、CABGでもオフポンプ手術や術後の開存性に優れた動脈グラフトの採用により適応が拡大していることから、適切な術式選択のためにもハートチームでの協調が重要との見解を示した。

岩淵氏は、非保護左冠動脈主幹部病変へのPCIの長期予後について報告。術後5年の成績では、SYNTAXスコアが低値

あるいは使用するステント径が大きい場合は予後良好であったとし、特にSYNTAXスコア32未満の症例では、DESがCABGの代替治療となり得る可能性を示唆した。

総合討論では、協調における課題とされた内科と外科の合同カンファレンスについて意見交換。最も時間を取りづらい外科医が出席しやすいよう開催時間を調整したり、コメディカルが症例提示を行うなどの提案が示された。

抗血栓療法の有効性を高める 薬剤プロトコルを検討

相次ぐ新薬の誕生とともに関心の高まる抗血栓療法。シンポジウム「新たな抗血栓療法のEBM」（司会＝小山市市民病院・島田和幸氏、熊本大・小川久雄氏）では、抗凝固薬ダビガトランおよび抗血小板薬クロピドグレルのより有効な使用法を探るため、5人の演者が臨床での使用経験に基づいたエビデンスを解説した。

ワルファリンの頭蓋内出血という副作用の克服をめざして開発が行われたダビガトラン。しかしながら、2011年8月には同薬との関連性が否定できない出血性副作用により、安全性速報が出されている。宮本康二氏（国循）は、ダビガトランを投与した自施設の406例を解析。約2割の症例で副作用を認めたと、出血性副作用は小出血が約3%のみであったとし、実臨床における同薬の有効性、安全性を提示。また、今後複数の新規抗凝固薬の誕生が見込まれることから、より安全かつ効果的な使用法を探るための研究が必要と訴えた。

ダビガトランには、「腎機能低下」「P糖タンパク阻害薬（ベラパミル、アミオダロン）併用」「70歳以上」という特有の減量因子がある。南口仁氏（阪大）は心房細動症例618例における減量因子数を調査したところ、因子を2個以上持ち合わせる症例が35%あったと報告。これらの症例では既存用量のダビガトランの使用では過剰投与となる場合もあることから、APTT（活



●水野杏一会長

性化部分トロンボプラスチン時間）のモニタリング結果によってはワルファリンの使用も考慮すべきと説明した。

APTTを用いたダビガトランの安全性の解析を行ったのは田坂浩嗣氏（倉敷中央病院）。同院症例における出血性合併症の発症例とAPTTとの関連を調べたところ、APTT70秒以上の群で出血性合併症の発症率が有意に高かったという（26.9% vs. 8.3%）。APTTの分布は幅広く、検討すべき因子は残されているものの、氏はAPTTが出血性合併症を予知できる一つの因子になるとの見解を示した。

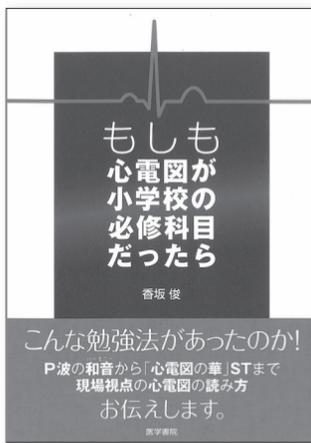
クロピドグレルを用いた抗血栓療法は、アスピリン単剤よりもイベント予防効果が高いものの、CYP2C19の遺伝子多型により低反応性の症例があることが課題となっている。海北幸一氏（熊本大）は、CYP2C19機能喪失遺伝子が血小板関連マーカーを変動させるかを調査。血小板機能検査の数値はCYP2C19機能喪失遺伝子の有無で変動したものの、PCI関連心筋障害の規定因子としては年齢、腎機能、ステント長の関与のほうが大きかったことから、CYP2C19の影響をより受けやすい冠動脈疾患症例での検討が必要との意見を示した。

新家俊郎氏（神戸大）は、CYP2C19機能喪失遺伝子キャリアにおけるDES留置後の予後について評価。キャリア群では、非キャリア群に比べステント内凝固や有害イベントの発症率が高かったという。また、CYP2C19以外でクロピドグレル活性化に重要な役割を果たすとされるPON-1活性の影響についても言及。PON-1活性がある日本人の場合、クロピドグレルの有効性が改善する可能性を示唆した。



●コントロバシー「CABG vs. PCI 競争と協調」総合討論のもよう

現場視点の実践的な「心電図読影法」をお伝えします！



もしも **心電図が小学校の必修科目だったら**
香坂 俊

「週刊医学界新聞」の好評連載「循環器で必要なことはすべて心電図で学んだ」（2010年5月～12年4月／全24回）に加筆して、待望の書籍化。STが上がっていたら？QRSが割れていたら？循環器診療で心電図を武器にする、気鋭の循環器内科医・香坂 俊の“思考回路”を惜しみなく披露します。臨床の荒波を乗り切るための現代心電図読影メソッドがこの1冊に！

●A5 頁192 2013年 定価3,360円(本体3,200円+税5%) [ISBN978-4-260-01711-4]

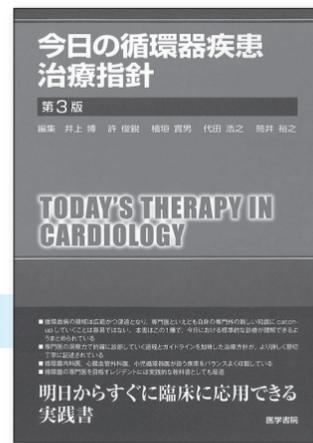
医学書院

354項目、300名を超える循環器専門医が執筆

今日の **循環器疾患治療指針**

第3版

編集 井上 博・許 俊鋭・檜垣實男・代田浩之・筒井裕之



全科版である『今日の治療指針』よりも、循環器に特化した待望の改訂版。循環器に関するより詳しい解説(病態、診断、治療、患者指導など)を意図した、現時点での標準的な診療を具体的に解説する実践書。この1冊さえあれば临床上の疑問点について必ずなんらかの情報にたどりつけるリファレンスブック。

●A5 頁968 2013年 定価13,650円(本体13,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01472-4]

医学書院

Medical Library

書評・新刊案内

IPMN/MCN国際診療ガイドライン 2012年版 (日本語版・解説)

国際膵臓学会ワーキンググループ [代表: 田中雅夫] ●著
田中 雅夫 ●訳・解説

B5・頁96
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01671-1

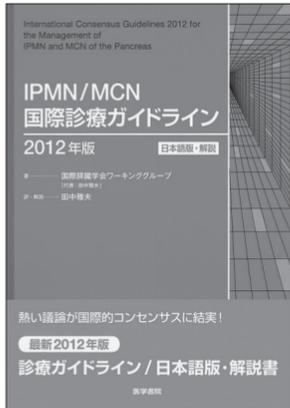
“International Consensus Guidelines 2012 for the Management of IPMN and MCN of the Pancreas. Pancreatology. 2012; 12 (3): 183-97.”の日本語翻訳版が出版された。2006年の最初の国際診療ガイドラインの発行から6年での改訂である。

医学の進歩は目覚ましく、数年の間にいくつもの新知見が報告され、理解が進むにつれてガイドラインの改訂が繰り返される必要であることは言うまでもない。しかしながら、国内だけでも意見を集約することが難しい中、診療状況や意見の異なる海外の医師たちと英語で議論し、まとめあげる作業は容易ではない。その作業を短い期間で完成させた著者の田中雅夫教授には心から敬意を表す。さらに、英語論文化されてからすぐに日本語翻訳版を出版された素早さには、ただただ驚くばかりである。

今回の改訂ポイントについては、本書の「表1 推奨の一覧」にまとめられている。

注目点は、主膵管型 (MD) IPMN を広く拾い上げるために主膵管拡張を5mmまで下げ、5-9mmを“worrisome feature”、10mm以上を“high-risk stigmata”に分けたこと、分枝型 (BD) IPMNにも“worrisome feature”と“high-risk stigmata”の2段階を推奨し、従来の切除適応であった3cmを超えても“high-risk stigmata”が見られない場合には経過観察してよいとしたこと、などが挙がる。悪性度の高い

「現状での世界的な考え方」を整理し共通の議論の場を呈示した新版



【評者】真口 宏介

手稲溪仁会病院消化器病センター長

MD-IPMN を切除適応とし、悪性度の低いBD-IPMNの切除適応を控えたものである。

一方、病理学的な“悪性”の定義を世界的に統一するために上皮内癌を高度異型とし浸潤癌に限るとしたため、わが国での非浸潤癌を“悪性”に分類できなくなる可能性が出てきた。さらに、欧米で積極的に施行されているEUS-FNAについても言及したため、FNA後の播種の危険性の増加も懸念される。やはり、わが国での考え方と世界的な考え方には「まだ幾分の距離がある」と言わざるを得ない。

また、「要旨: 著者からのメッセージ」の中で、IPMNに関する報告は増加したとはいえエビデンスレベルは高くなく、科学的根拠に基づいたものというよりは、まだコンセンサスガイドラインとするのが適当と述べられている。

今回の改訂は、定義、分類、切除適応など「現状での世界的な考え方」を整理した内容と受け取ることができるが、本ガイドラインを一つの基準として共通の用語、定義にて議論できることになる意義は極めて大きい。さらにわれわれに対し、エビデンスレベルの高い研究の実施、特に前向きでの多数例の検討の必要性も伝えている。

IPMNを発信し、世界で最も症例数の多いわが国にて共通の認識を持つことは重要であり、多くの医師に熟読いただきたく、ここに推薦する。



在宅医療モノ語り 第36話

鶴岡優子 つかめ診療所

語り手 おそろいで一緒に頑張ろう ユニフォームさん

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であるが、往診時に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いていく。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「ユニフォーム」さん。さあ、何と語っているのだろうか?



もしドラ、この春編
もしもこの春に入学する女子中学生がドラマチックな『純と愛』のシナリオを読んだら……なんて妄想をして記念撮影してみました。春です。新学期です。ドラッカーの『マネジメント』でも読んで勉強してみたいなりました。

連続テレビ小説って、ご存じですか。毎朝たった15分間のドラマですが、1週間もすれば物語は急展開。見始めると、ヒロインの成長を見届けたいという不思議な番組です。若い女優さんの登竜門ですし、NHKの看板番組だから宣伝もかなり派手。それにしても『梅ちゃん先生』は人気がありました。その次作の『純と愛』もなかなか面白かったのですが、賛否両論あるようです。

私はどちらかといえば、後者のヒロイン・純さんに親しみが湧きました。だってホテルの24時間コンシェルジュですよ。コレ意外とザイタク業界の仕事と似たところがあるのかもしれない、そう思いました。申し遅れました、私は在宅医療の現場で着用されたユニフォームです。この冬、ある診療所の医師が愛用したダウンベスト。色はスカイブルー。大手アパレルメーカーの普及品ですが、奇しくもドラマの純さんとおそろい。純さんもユニフォームのつもりだったのか、大衆ホテル「里や」にお勤めのときには毎日着ていました。

在宅医療におけるユニフォームに厳密な規定はありません。看護師、リハビリ職、介護福祉士、施設職員の方のユニフォーム普及率は高く、ケアマネ、医師のユニフォーム普及率は低い傾向にあるようです。特に在宅医の衣装はバリエーションが広がっています。白衣、刺しゅう入りのスクラブ、まったくの私服、私服に見せかけたユニフォームなど、実にさまざまなのです。白衣の医師にその理由を尋ねると、「午前外来をやって、昼休みに食事をささっと済ませ、それから2、3件の往診。着替える時間なんてないよ」。なるほど。「白衣に着替えることで、医療人へのスイッチを入れるんだ」。これもまた納得です。病院から訪問診療に出掛ける場合は特に白衣率が高いかもしれません。昔の話ですが、患者さんのご家族から「白衣の集団に家に来てほしくない。保健所の立ち入り検査みたいだから」と言われたこともありました。これもなるほど、気持ちわかります。

一方、私服系の在宅医から聞いた意見です。患者さんに白衣で威圧したくない。白衣で街中を歩くのが恥ずかしい。コンビニに入れにくい。昼食をとるにもお店に入りにくい。これらが白衣回避の理由として挙げられ、ラフすぎない私服を着用しているとのこと。ただし失礼のない私服の定義は案外難しく、襟なしのTシャツやGパンはダメなどのルールを設けている医療機関もあるようです。これもうなずけます。確かに、私服風仕事着のほうがバリエーションは広がる分、悩みは深くなります。アイロンのビシッとかけてあるYシャツなら、ネクタイがなくてもきちっと感は出るかな? 寒いからといって、ジャケットを着たままお部屋にあって診察するのは失礼かな? フリースだったら、家の中でも違和感ないかな? でも真冬は寒いから、フリースの上からベストだけ着せてもらおうかな? そんなことを悩んで、うちの主人の場合は、私がこの冬のユニフォームになったのです。今年の冬は本当に寒かったですからね。

さて新学期。新しい制服を眺めながら、これからの新しい生活や仕事、学校に心を躍らせている方も多いのではないのでしょうか。ユニフォームを着るといことは、この集団に属して一緒に頑張っていくんだ、という決意表明にも思えます。もうすでに春ですねえ。重いコート脱いで出かけませんか? 軽いホワイトコートも脱いで出かけませんか?

●お願い—読者の皆様へ
 弊紙へのお問い合わせ等は、お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください
記事内容に関する件
 ☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850
 E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp 「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先(住所・所属・宛名)変更および中止
 FAX(03)3815-6330 医学書院総務管理部出版総務課へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
 お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804 医学書院販売部へ
 ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)、または、☎(03)3817-5666/FAX(03)3815-2626 弊社通信小売店「株メッドブック」へ

「脳損傷とはこういうことだったのか」専門家が自ら経験してわかったこと

「話せない」と言えるまで 言語聴覚士を襲った高次脳機能障害

本書は、失語症など高次脳機能障害の専門家である著者が、心原性脳梗塞で倒れてから回復に向かうまでの自らの体験を、主治医、門下のスタッフらの協力のもとまとめたもの。発症直後から急性期病院での治療・経過、退院後の生活などが時系列でまとめられている。専門家ならではの、その知識に裏打ちされた「当事者体験」による科学的な分析を交えた筆致が注目される1冊。

関 啓子
神戸大学大学院保健学研究科 客員教授



胸部画像のエキスパートによる、頼れるMinimal Requirements!

胸部画像診断スタンダード

▶胸部放射線研究会により編集された胸部画像診断に関する簡易かつ包括的な教科書。取り上げた140疾患は、医学放射線学会専門医研修ガイドライン2012年版に準拠して選定。1項目ごとに見開き2ページで構成し、左頁にEssentials(要点整理)、臨床的事項、病態生理・病理像の解説、右頁に画像所見の解説と症例画像を呈示。専門医試験の準備に最適、また放射線科はもちろん、胸部疾患にかかわる呼吸器科や内科の研修医・臨床医にも日常診療のガイドとして利用価値が高い。

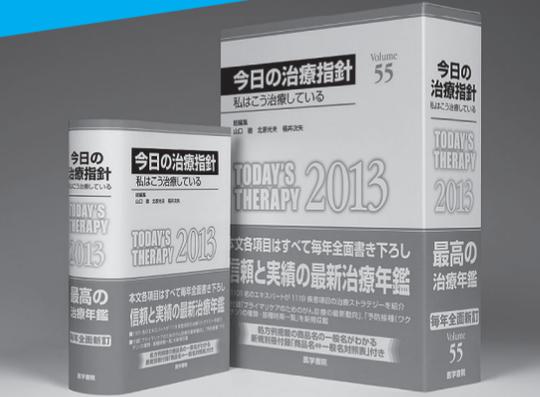


編集: 高橋雅士・上甲 剛・高橋康二・栗原泰之・田中伸幸
定価6,300円(本体6,000円+税5%)
B5 頁352 図17・写真530 2013年
ISBN978-4-89592-738-3

信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2013

私はこう治療している



総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢

- 処方側に掲載の商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」
- 各科領域の「最近の動向」を解説

● 新規付録「予防接種(ワクチン)の種類・接種時期一覧」「プライマリケア医のためのがん診療の最新動向」を掲載

● 大好評の付録「診療ガイドライン」: 30の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

● 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2013」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

好評発売中

1119疾患項目はすべて毎年全面書き下ろし

- デスク判(B5) 頁2064 2013年 定価19,950円(本体19,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01643-8]
- ポケット判(B6) 頁2064 2013年 定価15,750円(本体15,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01644-5]

一般名処方最適! 価値ある情報をこの一冊に網羅!

治療薬マニュアル2013+ 別冊付録「重要薬手帳」

監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2013年版の特徴

- 妊産婦・授乳婦への投薬リスクをアイコン表示!
- 後発品は剤形、規格単位、製造販売社まで掲載
- 2012年に薬価収載された新薬を収録

本書の特徴

- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 2,200成分、16,000品目の医薬品情報を約2,600頁に収録
- 使用目的や用法、適応外使用など、臨床解説が充実
- 重要薬、重要処方情報をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

好評発売中

B6 頁2592 2013年
定価5,250円
(本体5,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01677-3]

治療薬マニュアル 特設サイト開設! <http://www.chimani.jp>

「治療薬マニュアル2013」×「今日の治療指針2013年版」
合同プレゼント企画
特製USBメモリを抽選で300名様!

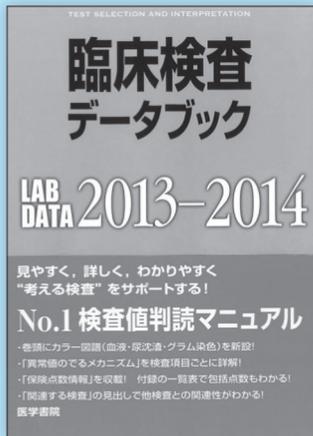
「今日の治療指針2013年版」と「治療薬マニュアル2013」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2013」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2013年版」に同封の書籍の「ご注文書はがき」に貼付してお送りください(2013年10月1日消印まで有効)。

カラー図譜を新設し、検査にかかわる全医療従事者を強力にサポート!

臨床検査データブック

LAB DATA 2013-2014

監修 高久史磨 日本医学会会長
編集 黒川 清 政策研究大学院大学教授
春日雅人 国立国際医療研究センター総長
北村 聖 東京大学教授



“考える検査”をサポートする検査値判読マニュアルのベストセラーの改訂版。今版は新たに巻頭カラー図譜を設け、血液細胞、グラム染色、尿沈渣などの写真を掲載した。また、新規保険収載項目、保険点数情報などの最新情報も引き続きブラッシュアップ。異常値のメカニズムを理解し、必要な検査と無駄な検査を見極めるのに役立つ本書は、圧倒的な情報量で全医療関係者をサポートします。

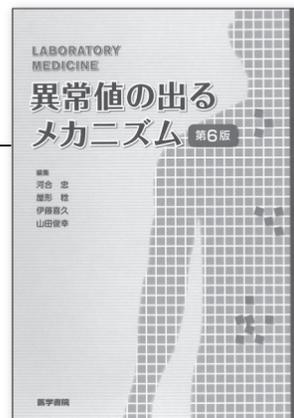
B6 頁1106 2013年 定価5,040円(本体4,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01675-9]

検査で得られた医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力を養う

異常値の出るメカニズム 第6版

編集 河合 忠 国際臨床病理センター所長
屋形 稔 新潟大学名誉教授・予防医療学分野
伊藤喜久 旭川医科大学教授・臨床検査医学
山田俊幸 自治医科大学教授・臨床検査医学

日常診療で広く使われる検査項目を重点的に取り上げ、患者に負担の少ない臨床検査を重視、その検査結果を最大限に診療に生かす方策に到達するための、知識と考え方を提供する。網羅的で辞典的な本とは一線を画し、medicineを学ぶ医学生や研修医、生涯学習を続ける医療関係者が、デジタル情報に振り回されることなく、専門教育の初期段階から、“得られたさまざまな医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力”を養う。



B5 頁480 2013年 定価6,300円(本体6,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01656-8]

2013年4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。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。

医学書院発行

公衆衛生	5月号	Vol.77 No.5 一部定価2,520円	若者の精神保健・1	臨床婦人科産科	増刊	Vol.67 No.4 特別定価8,925円	産婦人科当直医マニュアル —慌てないための虎の巻
medicina	4月号	Vol.50 No.4 一部定価2,625円	エマージェンシーの予兆を察知する —リスクを評価して危機に備える	臨床婦人科産科	5月号	Vol.67 No.5 一部定価2,835円	子宮体がん診療アップデート
JIM	4月号	Vol.23 No.4 一部定価2,310円	今日の外科—連携のための最新知識	臨床眼科	4月号	Vol.67 No.4 一部定価2,940円	第66回日本臨床眼科学会講演集(2)
糖尿病診療マスター	増刊	Vol.11 No.3 一部定価2,835円	Brush up! CDE Caseで学ぶインクレチン	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	増刊	Vol.85 No.5 特別定価8,400円	急患・急変対応マニュアル —そのとき必要な処置と処方
呼吸と循環	5月号	Vol.61 No.5 一部定価2,835円	抗凝固薬の新展開	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	5月号	Vol.85 No.6 一部定価2,730円	①耳管機能障害Update ②知っておきたい神経内科の知識 —専門医の診方・治し方
胃と腸	4月号	Vol.48 No.4 一部定価3,150円	カプセル内視鏡の現状と展望	臨床泌尿器科	4月号	Vol.67 No.5 一部定価2,940円	ロボット支援前立腺全摘除術
胃と腸	増刊	Vol.48 No.5 特別定価7,560円	炎症性腸疾患2013	臨床皮膚科	増刊	Vol.67 No.5 特別定価7,140円	最近のトピックス2013
BRAIN and NERVE	増大	Vol.65 No.4 特別定価3,990円	Antibody Update	総合リハビリテーション	4月号	Vol.41 No.4 一部定価2,310円	片麻痺上肢機能回復治療のエビデンス
臨床外科	5月号	Vol.68 No.5 一部定価2,730円	一般外科医が知っておくべき 小児患者への対応	理学療法ジャーナル	4月号	Vol.47 No.4 一部定価1,890円	予防と理学療法
臨床整形外科	4月号	Vol.48 No.4 一部定価2,625円	腰椎変性側弯症の手術 —現状と課題	臨床検査	5月号	Vol.57 No.5 一部定価2,310円	実践EBLM—検査値を活かす/ ADAMTS13と臨床検査
				病院	4月号	Vol.72 No.4 一部定価3,045円	リビングウィルを考える



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