

2014年6月2日

第3078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
JCOPIY (社) 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

今週の主な内容

- 第5回日本プライマリ・ケア連合学会
[寄稿] 胃ろうをめぐる問題と診療報酬改定(鈴木裕)
[寄稿] スポーツによる脳振盪をめぐる(藤原一枝)
[連載] "問診力"で見逃さない神経症状
国試合格状況/[連載] 在宅医療モノ語り, 他

家族と地域の力を引き出す実践を共有

第5回日本プライマリ・ケア連合学会開催

第5回日本プライマリ・ケア連合学会が、5月10-11日、松下明大会長(岡山家庭医療センター奈義ファミリークリニック)のもと、岡山コンベンションセンター他で開催された。「家族の力と地域の力—これからのプライマリ・ケアの姿を求めて」がテーマに掲げられた今回、全国から約4000人の医療者が参加。本紙では、家族志向のアプローチの実践法を解説した講演と、米国家庭医療の歴史から日米双方の家庭医療の未来を展望した講演の様相を報告する。

家族関係が大きな影響力を持つ

患者とその家族は相互に強い影響を与えあっており、この影響を考慮に入れずして治療を実践することは難しい。特別講演「家族志向のプライマリ・ケア：米国の視点から」(座長=松下氏)では、Thomas L. Campbell氏(ロチェスター大)が、健康と疾患の管理における家族志向のアプローチの重要性を解説。自身の経験に基づいた方法論を惜しみなく紹介し、家族志向のアプローチの実践を会場へ呼び掛けた。

まずCampbell氏は、G. Engelが提唱した「生物・心理・社会モデル」[PMID: 847460]に基づき、患者を生物医学的な観点のみでとらえるのではなく、その背景に存在する家族や地域、文化にも目を向けることが必要と指摘。中でも家族は、患者の健康に関する考えや生活習慣などを決定付ける存

在として、あるいは重篤な病気・健康問題を持つ患者とともに苦しむ存在として、治療を進める上で大きな影響力を持つとし、家族関係を踏まえた医療を提供する重要性を訴えた。

では、特に家族関係に注意深くかわっていくべきタイミングはいつなのだろうか。氏は「遺伝カウンセリングなどの検査結果から診断名を伝えられる場合」「家族が慢性疾患患者の介護にかかわる場合」「終末期において意思決定が必要な場合」といった状況を、必ず介入すべきタイミングとして列挙。こうしたケースは大きなストレスや混乱、葛藤が生じやすく、家族関係が危険な状態に陥りやすい。しかし、家族全体に対する適切な介入により、患者・家族の不安を和らげ、治療への積極的な参加を促せるのだという。

また、氏は家族が同席する面談時の医師の心構えについても言及。①家族一人ひとりとパートナーシップを築く、②特定のメンバーに肩入れせず、家族内に意見の不一致がある場合は個々の価値観に理解を示しつつも同意は避ける、③全員の考えや意見を収集する、④家族を教育し、治療プランに参加させる、の4点を基本姿勢として示した。

患者・家族の思いを引き出す上で有効なフレーズとしては、患者側に対するものは「家族からどのような支援があると助かると思われますか」、家族側に対するものは「患者さんの病気についてどのように手助けできると思いますか」「患者さんがおっしゃったことについて、何か付け足したいことはありませんか」などを紹介。さらに、

こうして得られた一連の情報を家族図にまとめることを推奨した。「訴える症状の原因が不明瞭な場面でも、家族図を見れば患者に与えられている家族の影響が浮き上がり、患者の見方に変化が生まれる」と述べ、診療の質に深みをもたらすことを強調した。

創始者が語る「米国家庭医療の誕生」

John J. Frey氏(ウィスコンシン大名誉教授)は、STFM(家庭医療教育協会)会長、「Family Medicine」誌編集長なども務めた、米国家庭医療の創始者の一人である。氏は「The story of family medicine in the U.S. and what we can learn from each other」と題する特別講演(座長=名大・伴信太郎氏、大阪家庭医療センター西淀病院・中山明子氏)において、米国家庭医療の成功と失敗の歴史を振り返るとともに、将来に向けて日米双方が学ぶべきことを提起した。

1950年代の米国では、専門分化の波に乗ってスペシャリストの専門研修が充実する一方、ジェネラリストは1年間のインターンシップを経てすぐに開業する状態が継続。GP(General Practitioner)への敬意は失われ、その数は減少していった。同時期に医学教育にも変化が起き、教育の中心は診療所から病院に移行。学生数は増加したが、専門医の適切な分布は考慮されなかった。

こうしてGPは、ヘルスケア・システムにおける中核的役割を失っていく。しかしやがて、過度の専門分化により「医療の入り口」が失われたことで、その弊害が市民に認識されるようになった。医学部は地域のニーズに対応すべきという声が市民の間で高まり、政治家への働き掛けが強まった。これを受けて、家庭医療の先駆者らによる変革が1960年代より始まる。そこで創設されたのが、①総合診療のた

めの社会的活動組織(AAFP:米国家庭医療学会)、②認定機関(ABFM:米国家庭医認定委員会)、③学術団体(STFM)だ。Frey氏はこの経験を踏まえて、「3つが別個の組織である必要はないが、組織的要素としてこれら3つは欠かせない」と、日本への提言を行った。



●松下明大会長

続けて、家庭医療の創設に重要な役割を果たしたWillard report(1966年)を紹介。この報告書では、家庭医療の理念を示すと同時に、研修プログラムにおいては、地域のニーズや資源、若手医師の興味が多様であることから「柔軟性に欠ける標準化は避けるべき」と強調されている。その後、米国家庭医療は柔軟性を失ってしまった時期もあったが、近年はWillard reportを再評価する動きがあるという。

「旅の終わりは、振り出しに戻ったときに初めて知る」。Frey氏による講演の後半は、詩人T.S.エリオットの言葉を皮切りに、ヘルスケア・システムの未来を展望した。地域から病院に移されたヘルスケアの場は、再び地域に戻りつつある。かつては「小さな商店主のような存在」だった家庭医は、大集団のマネジャーの役割を果たす。その際、不朽の価値に忠実である一方で、変化を拒絶してはならない。健康を、地域レベルで幅広くとらえることが重要である。こうした未来をひらくためには、日米両国ともにチャレンジが必要であり、中でも「病院ベースから地域ベースへの」「個人の健康に加えて集団の健康」を扱う教育改革が不可欠かつ緊急である。また、集団をマネジメントするためには、ITの活用や社会的なサービスとの連携が求められると提言した。

最後に、家庭医療に携わる人へのアドバイスとして、過去のしがらみや偏見にとらわれずにオープンマインドを保つこと、患者や地域のために自分たちの活動があるという本質を忘れないことなどを挙げ、講演を閉じた。



●特別講演「家族志向のプライマリ・ケア：米国の視点から」では、映画「Dad」(邦題:「晩秋」)のストーリーを基に家族面談のロールプレイが行われ、Campbell氏が米国流の家族志向のアプローチを披露。松下大会長は患者役を熱演した。

6 June 2014 新刊のご案内 医学書院
TIAと脳卒中
DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル
「精神的臨床エキスパート」 重症化させないための精神疾患の診方と対応
ユマニチュード入門
「実践的」抗菌薬の選び方・使い方
神経症状の診かた・考えかた General Neurology のすずめ
「神経心理学コレクション」 ジャクソンの神経心理学
「精神的臨床エキスパート」 抑うつを鑑別を究める
「精神的臨床エキスパート」 整形外科レジデントマニュアル
非特異的腰痛の運動療法
言語聴覚研究 第11巻 第2号

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

寄稿

# 胃ろうをめぐる問題と診療報酬改定

鈴木 裕 国際医療福祉大学病院 副院長／外科上席部長

栄養補充が必要な終末期非がん患者に積極的な延命治療、とりわけAHN (Artificial Hydration and Nutrition; 人工的水分・栄養補給法)が必要か否かの議論が、昨今さかんになってきた。その背景には、日本が世界に類を見ない超高齢社会を迎えたこと、日本人の死生観が少しずつではあるが変わり始めていることが挙げられる。

今では到底考えられないが、日本の1950年代の平均寿命は50歳代であった。つまり、医療の対象となる主な年齢層は、40—50歳代の壮年者や若年者であったのである。したがって、医療行為が働き盛りの人々を救うことに直結していたと考えられる。一方、男性80歳、女性86歳まで平均寿命が延びた現在においては、医療の対象が高齢者にシフトし、生存期間を延ばすことの医学的・倫理的意味が問われ始めた(しかし一方で、高齢者であるとか非生産者であるという理由で医療介入を意図的に終わらせようとする風潮に関しては、より厳格な倫理観と死生観が求められるのは当然である)。このように日本は、世界に先駆けて特に高齢者の生と死の問題がクローズアップされ、社会的な関心が高まっているのである。

この超難題を議論している最中に、2014年度診療報酬改定が開示された。胃ろうに関する改定内容は、過去に経験のないほどのインパクトがあり、ほとんどの医療者は少なからず困惑しているのが実情と思われる。そこで今回、胃ろうに関する診療報酬改定についてどのように解釈すべきかを、私論も含めて解説する。

## 「漫然と胃ろうをつくる」ことに歯止めをかけた今回の改定

胃ろうに関する2014年度診療報酬改定の骨子は、表に集約される。これには以下のような意図がうかがわれる。

- \* 診療報酬の引き下げで、胃ろうの乱造を防ぐ。
- \* 術前に嚥下機能を評価した上で胃ろうをつくる、という治療の流れを作る。
- \* 術前に嚥下機能評価を行うことで、患者や家族へより客観的な説明と同意を促す。
- \* 術後の嚥下機能訓練を十分に行わない施設の診療報酬を減算することで、嚥下訓練を積極的に行うようにする。
- \* 術後に嚥下機能を評価し、少しでも多くの患者の経口摂取を促す。

救急病院に搬送された高齢者に対し

### ●表 胃ろうに関する2014年度診療報酬改定の骨子

- 1) 胃ろう造設術に関する診療報酬の見直し(10070点→6070点)と施設基準の新設**  
 \* 胃ろう造設術の診療報酬が10070点から6070点に引き下げられた。  
 \* 施設基準としては、以下の①または②を満たすこと(満たせない場合には、2015年4月以降、点数が2割減算される)。  
 ①胃ろう造設術件数が年間50件未満(頭頸部悪性腫瘍を除く)であること  
 ②胃ろう造設術件数が年間50件以上(頭頸部悪性腫瘍を除く)の場合は、(ア)および(イ)を満たすこと  
 (ア)術前に嚥下機能検査を全例実施  
 (イ)胃ろう造設・鼻腔栄養患者の経口摂取回復率35%以上
- 2) 胃ろう造設時嚥下機能評価加算(2500点)の新設**  
 \* 胃ろう造設前にVF(嚥下造影検査)またはVE(嚥下内視鏡検査)を行い、検査結果に基づき胃ろう造設の必要性や摂取機能療法について患者または家族に情報提供すれば算定できる。ただし、VE実施者は関連学会等が開催する所定の研修を修了する必要がある。  
 \* VFまたはVEは別に算定できる。両検査の実施を他の医療機関に委託した場合も算定可能。  
 【筆者註】今回の診療報酬改定では、胃ろう造設術の点数削減分は、胃ろう造設時嚥下機能評価でほぼ相殺されたかたちをとっているのが特徴と言える。具体的には、胃ろう造設にあたり、胃ろう造設時嚥下機能評価加算2500点とVEなどの点数600点を加えれば、6070点+2500点+600点で胃ろう造設の総点数は9170点となる。
- 3) 経口摂取回復促進加算(185点)の新設**  
 \* 胃ろう／鼻腔栄養患者に対して実施した場合に算定。従来の摂食機能療法(1日185点)に加え、新たに算定ができるようになった。  
 \* 施設基準としては、専従の常勤言語聴覚士が1人以上、経口摂取回復率35%以上が必要。

て、誤嚥徴候があればとりあえず胃ろうをつくり、人間の最大の快楽である「食すること」を禁止する風潮は、確かにあった。また、認知症や意識障害で意思疎通ができなくなった寝たきり高齢者を5年、10年と生かし続けることの是非は、これまでも議論されてきた。回復の見込みがあるにもかかわらず、嚥下機能の評価が行われず、胃ろうからの栄養だけで生命を維持している患者がいる現実もあった。こうした背景を踏まえ、「漫然と胃ろうをつくる」ことに歯止めをかけようという趣旨であろう。

### 新たに生じた懸念や課題

ただし、今回の診療報酬改定に関しては、懸念や課題が生じた点もある。以下、3点を指摘する。

- 1) 胃ろう造設術の極端な見直しが本末転倒な事態を招くことにならないか?**  
 胃ろうは、消化器が機能していて、口から長期に物を食べられない患者への水分・栄養補給法として優れていることは疑う余地もない。今回の極端な見直しによって、「胃ろう造設術件数が50件を超えると厳しい条件が課せられるため、改善する見込みの少ない患者に造設を控える」「本来ならば胃ろうが有効な患者に鼻腔栄養や中心静脈栄養を行う」といった本末転倒な事態を招く懸念がある。これらは臨床現

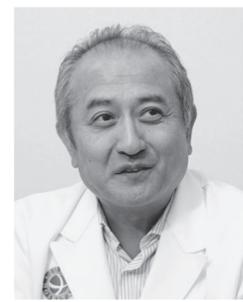
場においては重大な問題であり、十分な再評価を行った上で、今回の診療報酬改定での適正化が望まれる。

### 2) 胃ろうの目的を分けて考えるべき(「治すための」胃ろうと「緩和するための」胃ろう)

胃ろうの存在意義には、「治すため」と「緩和するため」の2つがあると筆者は考える。「治すための」胃ろうの対象は、脳出血などの後遺症で積極的なリハビリテーションを行えば相当の確率で改善する「治る可能性の高い患者群」で、「緩和するための」胃ろうの対象は、積極的にリハビリテーションを行っても、完全には改善しない、もしくはほとんど改善しない「治る可能性の低い患者群」である。

この2つの比率の正確なデータはないが、平成21年度老人保健事業推進費等補助による「高齢者医療および終末期医療における適切な胃腸造設のためのガイドライン策定に向けた調査研究事業」の結果から推測すると、一般病院で嚥下機能が完全に回復する患者は5%前後であった<sup>1)</sup>。この研究は、後ろ向き研究ではあるが、過去5年間の900例以上の患者の長期アウトカムの検討であることから、相当の確かさで医療現場を反映していると思われる。

今回の診療報酬改定では、「治すための」胃ろうに照準が当てられ、嚥下機能評価やリハビリテーションの重要性が示された。筆者は、この英断に疑



●鈴木裕氏  
1987年慈恵医科大学医学部卒。同大外科学講座講師などを経て、2008年より国際医療福祉大病院外科上席部長(13年より副院長を兼務)。PEG・在宅医療研究会常任理事、NPO法人

PEGドクターズネットワーク(PDN)代表理事。

う余地を持たない。しかし、胃ろうが適応となる患者の大半は、完全には治らない(生後後遺症と付き合いなければならない)人々であることも真実である。

胃ろう造設術件数が年間50件以上の施設は、病院内の患者だけではなく、地域の病院や開業医からの紹介、いわゆる地域連携の一環として胃ろう適応患者を積極的に受け入れているところであり、積極的なリハビリテーションで改善する可能性に乏しい患者が少なくない。その多くは、経鼻胃管の苦痛の軽減や、施設や在宅への移行目的での紹介である。積極的に嚥下機能回復に取り組んでいる回復期リハビリテーション病棟で、経口摂取回復率35%以上をクリアすることは可能かもしれないが、地域の一般病院の胃ろう患者に、回復率35%の壁は何とも高過ぎる。「治る可能性の高い疾患群」と「治り難い患者群」を同じ土俵で評価しては、治り難い患者の受け入れを敬遠せざるを得なくなる。

### 3) VE検査の研修体制の充実に向けた関連学会の連携が急務

胃ろう造設時嚥下機能評価の重要性は十分に理解でき、胃ろうを造設する施設で日常的に行われることを筆者は切望する。しかし、VE検査は誤嚥や窒息のリスクを伴う検査であり、間違っても見よう見まねで実施するのは危険である。

VE検査は、耳鼻科や嚥下リハビリテーション科、消化器内視鏡科、歯科など多くの診療科がかかわっており、関連学会等が実施する所定の研修を修了した者が実施することになっている。ただ、比較的新しい検査法であり、医師の経験は少ない。2015年3月31日までVE検査に関する研修の経過措置がとられるが、その間に胃ろうに携わる医師へのVE検査の啓発は必須である。今後、極めて短い時間内で、各学会・研究会は従来の常識を超えた連携を結ばなければならない。

\*

今回の診療報酬改定はいくつかの問題点を有しているが、今後の日本における高齢者医療の方向性を色濃く反映していることも確かである。医療者の冷静な対応が望まれる。

### ●参考文献

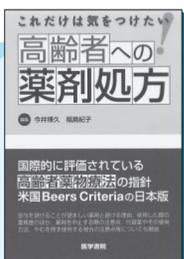
- 1) Suzuki Y, et al. Survival of geriatric patients after percutaneous endoscopic gastrostomy in Japan. World J Gastroenterol. 2010; 16(40):5084-91. [PMID: 20976846]

### 高齢者に注意を要する薬剤をとりあげたビーズ基準の日本版

## これだけは気をつけたい 高齢者への薬剤処方

高齢者が服用する際に注意した方がよい薬剤について、その注意点や対応を解説したもの。代替薬やその使用方法がある場合には具体的に記載。米国の高齢者への薬剤投与に関するBeers基準の日本版。付録として常に服用を避けるべき薬剤一覧、既往歴から避けるべき薬剤一覧も掲載。

編集 今井博久 国立保健医療科学院・統括研究官  
福島紀子 慶應義塾大学薬学部教授・社会薬学



### TIA(一過性脳虚血発作)がわかれば、脳卒中がわかる!

## TIAと脳卒中

Transient Ischemic Attack and Stroke; Diagnosis, Investigation and Management

脳卒中の前駆症状であるTIA(一過性脳虚血発作)や、minor strokeに対し、正確な診断、検査、治療を行うことで脳卒中の重症化を防ぎ、患者のよりよい予後を維持することができる。Oxford Vascular Study(OXVASC)の研究者らによる、TIAをはじめとした脳卒中の臨床全体に渡るエビデンスをまとめた貴重なレビューをここに翻訳。脳卒中を診る神経内科医、脳神経外科医の必読書。

原著 S.T. Pendlebury  
M.F. Giles  
P.M. Rothwell  
監訳 水澤英洋  
国立精神・神経医療研究センター病院、病院長



## 寄稿

## スポーツによる脳振盪をめぐって

藤原 一枝 藤原 QOL 研究所 代表

日本脳神経外科学会 (JNS) は、第72回学術総会 (会長=日大・片山容一氏) 開催中の2013年10月18日、脳神経外科医に向けて緊急提言を行い、12月16日には国民に向けて提言を発表した (表1)<sup>1)</sup>。背景には、2001年に『スポーツ現場の選手・コーチのみならず——頭部外傷10か条の提言』(日本臨床スポーツ医学会学術委員会脳神経外科部会) を出版し、迅速かつ適切にスポーツ頭部外傷への対応ができるようにと意図したにもかかわらず、実効を得なかったことへの反省があった。その轍を踏まぬようにと、学術総会最終日には、市民公開講座「スポーツから脳を守る」が開催され、「スポーツによる脳振盪」に特化した5演題の一つを筆者も担った。今回の提言は、脳神経外科医の研究や分析に基づいたものだが、簡略なので、私見を交えて少し概説してみたい (註1)。

なお既に今年4月、Webで簡単に用語検索ができる「goo辞書」(『デジタル大辞泉』) の「脳振盪」の項に、「多くの場合、短時間で回復するが、スポーツ時に脳振盪が疑われる場合は、競技や練習への参加を停止し、医師の診断を受ける必要がある」と加わっている<sup>2)</sup>。

## 脳振盪の発生実態は？

寺田寅彦が1933年に発表したエッセイに、脳振盪が登場する。階段から落ちて鎖骨を骨折したわが子を診た東京帝大整形外科の大家は、頭部打撲の痕と吐き気から、「脳振盪から頭蓋内出血に至る怖さ」を説いた。ひどく心配したと同時に、自身の小学生時代、相撲の後の脳振盪は親にしかられるのが怖いから隠したが、「考えてみると実に危険なことであった」と記述し、「そんな大事なことを教育されも読んでもいなかった」と強調している。

JNSの提言を受け、マスコミは脳振盪の重大性を訴え、教育しようとしているが、脳振盪を実数で示すことはできない。症状が軽いと、脳振盪と申告しなかったり認知していなかったりする場合も多いからだ。その上、日本にはスポーツ事故全体を単独に扱う統計はない。

学校での事故に関しては、医療費や見舞金を支払う日本スポーツ振興センター (JSC) が扱っている災害共済給付の実績を読み替え、事故件数としている。この資料を用いて、日本体育協会が日本におけるスポーツ外傷サーベイランスシステムの構築をめざし、2009—11年度の中高生の体育部活動中の事故を分析している。重症頭部外傷として、被災当初月の治療費が10万円以上 (実際の給付医療費は3万円

●表1 スポーツによる脳振盪を予防するための提言<sup>1)</sup>

- 1-a. スポーツによる脳振盪は、意識障害や健忘がなく、頭痛や気分不良などだけのこともある。
- 1-b. スポーツによる脳振盪の症状は、短時間で消失することが多いが、数週間以上継続することもある。
- 2-a. スポーツによる脳振盪は、そのまま競技・練習を続けると、これを何度も繰り返し、急激な脳腫脹や急性硬膜下血腫など、致命的な脳損傷を起こすことがある。
- 2-b. そのため、スポーツによる脳振盪を起こしたら、原則として、ただちに競技・練習への参加を停止する。競技・練習への復帰は、脳振盪の症状が完全に消失してから徐々に行なう。
3. 脳損傷や硬膜下血腫を生じたときには、原則として、競技・練習に復帰するべきではない。

以上に相当) を抽出すると約500件あり、頭部外傷総数約1.9万件の約2.5%に当たる。その内訳は表2の通り急性硬膜下・硬膜外血腫が毎年50例前後、脳振盪は重症頭部外傷全体の4割程度である。なお、治療費10万円以上の脳振盪とは

少なくとも4日以上入院であり、「びまん性軸索損傷」と病名が変わるものもあると想像されるが、最終診断や翌月以降の転帰を追うことができない。

さらに時間が経って症状を残していると「脳振盪後症候群」と呼ばれる。

幼児期から祖父や父に柔道の手ほどきを受けてきたある80代の男性は学生時代、乱取り中に後ろで投げられた部員の踵が後頭部を直撃した。意識が戻るや練習には復帰、何度も大きな大会で優勝したが、以来耳鳴りと肩凝り・頭痛持ちになって63年が経つと言う。脳振盪後症候群以外の何ものでもない。見過ごされてきた人がたくさんいるのだ。認知の問題を抱えて、「高次脳機能障害」に悩む人もいるだろう。

## 脳損傷の繰り返しを予防する

スポーツによる重症頭部外傷の最たるものが急性硬膜下血腫である。手術しても転帰は不良で半分が死亡し、生存者の半分が高度障害を残す。1970年代の米国では、コンタクトスポーツの中でも特に激しいアメフトで頻発していたが、ルール改正やヘルメット着用、脳振盪選手の退場などの意識的な試みにより、1990年代には減少している。急性硬膜下血腫の原因には、直撃損傷や加速損傷による単独・単発のものもあるが、脳振盪を繰り返し起こしている選手の中に急変を起こすタイプがあることから、脳振盪対策が効果を上げたのだ。受傷は偶発でも、練習や競技を中断なく続行すると、気付かれない神経機能の不調と、反復動作の多い現場での似た状況から脳振盪を繰り返しやすく、繰り返すほどに回復

●表2 中高生の体育部活動中 (11競技) の重症頭部外傷

外傷発生総数	2009年度	2010年度	2011年度	
	256,369	264,369	268,608	
重症頭部外傷	434	461	490	
内訳抜粋	脳振盪	166	183	180
	頭部打撲	124	102	130
	急性硬膜下・硬膜外血腫	42	67	51

\*奥脇透「学校管理下 (中高生の部活動) におけるスポーツ外傷発生調査」をもとに筆者作成

に時間がかかり、後遺症も残りやすい。

今回 JNS は、重症例の解析からその機序を、最初の脳振盪の背景に微小な硬膜下血腫が併存していて、次の外傷で硬膜下血腫 (加速損傷による架橋静脈の破綻) を再燃、重症化に至る可能性があるとして強く示唆した。筆者は、最初の頭部外傷の後に脳神経外科医の診察を受けて、脳振盪や薄い急性硬膜下血腫を指摘されながら、2度目3度目の頭部打撲で致命的な経過をたどった5例を分析し、「彼らの練習や試合復帰は時期尚早だった」と報告した<sup>3)</sup>。うち2例は「頭痛だけで外来受診した」軽症の人だったので、注意喚起の脳振盪の程度は相当に幅広いことになる。いざ、脳振盪が起こった場合には、教師・指導者や保護者、医師・競技者みなで連携して「脳を守る」対策を講じなければならない。

## 慢性外傷性脳症の怖さ

大切なのは、「脳振盪を起こさせない環境作り」だ。医師は受傷者に脳振盪の既往があったか否かについても、厳密な詰めが必要になってきている。

アメリカの児童書『セラプト先生がいるから』(ロブ・ブイエー著、2010年) は、軽微な外傷で意識を失う新米教師が主人公だ。「10代からレスリングに打ち込み、脳振盪を何度か起こして競技をやめざるをえなくなり、脳の一部が衝撃に弱い状態になっていたから」と文中の脳神経外科医が説明し、血腫除去に臨む設定である。作者にメールを送ったところ、「アメリカでは、スポーツによる脳振盪は大きなトピック。若い競技者には、より注意を



## ●藤原一枝氏

1971年岡山大学医学部卒。日赤中央病院、国立小児病院を経て、74年、都立墨東病院脳神経外科医、90年同科医長、99年より非常勤。同年藤原 QOL 研究所を設立し、地域の高次脳機能障害者の相談支援にかかわる。『雪のかえりみち』『まほうの夏』(以上、岩崎書店) 『ちょうかいちょうのキョウコちゃん』(偕成社) など絵本作品をはじめ著書多数。

払わないといけない。保護者はこの問題を熟知し、心配している」とあった。

作者の言う脳振盪の怖さには、長期間経って現われる慢性外傷性脳症 (CTE) がある。アメフトの花形選手だった人物が、引退後に行動異常や人格変化・記憶障害などで転落し、訴訟も起こっている。数名の元 NFL 選手における CTE 症例の脳病理標本の蓄積から「タウ蛋白病」として認知され、米国では2007年以降「脳振盪を繰り返すことそのものが危険」という認識が常識化しているようだ (註2)。

\*

2012年、中学校体育の武道必修化を契機に、当時千葉県柏市教育委員会委員であった整形外科医の塚原純氏が CDC (米国疾病予防管理センター) の脳振盪の注意書き<sup>4)</sup> を訳し、同市の指導指針に盛り込んだ。広く閲覧できるよう Web 公開の手伝いをした<sup>5)</sup>。脳振盪管理の基本は、急性的な症状が消失するまでの身体の休息と、集中力や注意力を要する知的活動の休息である。競技復帰の基準はたくさん公開されている。しかし、小児期から青年期の競技復帰は、「学業や学校生活に復帰した後に行うべき」ことが鉄則。学習についても程度に応じて負担を軽くし、平衡機能障害のある時期には体育の時間の実技、自転車通学などもってのほかである。

脳振盪の理解が少し進み出した日本ではあるが、脳振盪後症候群、慢性外傷性脳症の存在への関心はまだ薄い。青少年の未来が保障されるようなスポーツの楽しみ方に、今後も寄り添いたいと考えている。

## ●註

- 1) 詳細は次の文献をご参照いただきたい。永廣信治, 他. スポーツ頭部外傷における脳神経外科医の対応——ガイドライン作成に向けた中間提言. 神経外傷. 2013; 36(2): 119-28.
- 2) 本紙に連載された李啓亮氏の「米スポーツ界を震撼させる変性脳疾患」に詳しい。週刊医学界新聞. 連載第261回 (第3060号) — 第268回 (第3074号)。

## ●参考文献

- 1) 日本脳神経外科学会「スポーツによる脳振盪を予防するための提言」  
[http://jns.umin.ac.jp/cgi-bin/new/files/2013\\_12\\_20j.pdf](http://jns.umin.ac.jp/cgi-bin/new/files/2013_12_20j.pdf)
- 2) goo辞書「脳振盪」  
<http://dictionary.goo.ne.jp/leaf/jn2/171377/m0u/%E8%84%B3%E9%9C%87%E7%9B%AA/>
- 3) 藤原一枝. 柔道事故にみる繰り返し脳振盪. No Shinkei Geka. 2014; 42(1): 79-85.
- 4) A Fact Sheet for ATHLETES  
[http://www.cdc.gov/concussion/pdf/athletes\\_eng.pdf](http://www.cdc.gov/concussion/pdf/athletes_eng.pdf)
- 5) 藤原 QOL 研究所「脳しんとうについて」  
<http://fujiwaraqol.com/home/concussion.html>

整形外科診療に必要な基礎知識を網羅したレジデント必携のマニュアル

## 整形外科レジデントマニュアル

本書の目的は、レジデントにとって最も必要となる、的確な診断にまで辿り着ける道筋を示すこと。初診のときに何を考え、どのように診察に当たるべきかを提示する。本書は2部構成。【総論】では、整形外科診療に必要な基礎知識や技術、医師としての心構えなどを示す。【各論】では、整形外科の領域ごとに、機能解剖や画像診断、レジデントが知っておくべき疾患の解説など、日常診療に必須の知識を幅広く網羅している。

編集

田中 栄

東京大学大学院医学系研究科整形外科学 教授

中村耕三

国立障害者リハビリテーションセンター 総長

編集協力

河野博隆

東京大学大学院医学系研究科整形外科学 准教授

中川 匠

帝京大学医学部整形外科学 教授

三浦俊樹

JRC東京総合病院整形外科 部長



非特異的腰痛の症状に応じた運動療法、痛みのある時からできる運動療法を紹介。

## 非特異的腰痛の運動療法 症状にあわせた実践的アプローチ

ひと口に「非特異的腰痛」といっても、前屈時の痛みと、後屈時の痛みではメカニズムが異なる。本書は、こうした腰痛のメカニズムを詳細に解説。主に非特異的腰痛を対象に理学療法評価を行い、それぞれの症状に応じた運動療法とホームエクササイズの方法を具体的に述べる。特に運動療法については、豊富なイラストおよび写真でビジュアルに解説。

荒木秀明

日本臨床徒手医学協会 代表理事



「難しい」「とっつきにくい」と言われる神経診察ですが、問診での確かな病歴聴取ができれば、一気に鑑別を絞り込みます。この連載では、複雑な神経症状に切り込む「Q」を提示し、「問診力」を鍛えます。



# こんな時にはこの“問診力”で見逃さない神経症状

黒川 勝己 川崎医科大学附属病院神経内科准教授

## 第9回 一過性意識消失

### 症例

患者：22歳、女性  
主訴：意識を失った  
病歴：子どもの運動会を見に行っていた。応援の合間にトイレに行き、戻るときに倒れた。一瞬意識を失っていた。前日の昼過ぎごろにも、歩いていてバタンと倒れて両膝を打った。その際にも一瞬意識を失っていたため、心配になり来院した。

患者は「一過性意識消失」を訴えて外来を受診しました。本連載第2回(第3051号)でも記載しましたが、一過性意識消失の主な原因は「てんかん」と「失神」であり、病態は異なるのですが、両者の鑑別は必ずしも容易ではありません。

てんかんといえばまず大発作を思い浮かべることが多いと思います。大発作であれば明らかなけいれん発作(強直間代発作)が見られますし、発作後のもうろう状態があります。次に、複雑部分発作であれば、けいれんはありませんが意識障害がある程度の時間続きます(第6回、第3066号)。一方、失神の場合はけいれんはあっても数秒程度、発作後の意識も短時間で回復することが多いです。したがって「けいれん発作の有無」や「意識消失の持続時間」は、てんかんと失神の鑑別上参考になります。

今回の場合は、意識消失は一瞬であり、もうろう状態もないようです。またけいれん発作もないと考えられます。つまり、てんかんの大発作あるいは複雑部分発作は否定的と考えられますが、では直ちに失神と断定してよいのでしょうか。

\*\*\*

患者はこれまで動悸あるいは胸痛を自覚したことはなく、意識を失う前にも動悸や胸痛はなく、冷や汗・悪心・腹部不快感や眼前暗黒感もなかったという。意識消失について確認すると約1年前にも同様の意識消失を経験していたが、その際も何の誘因もなかったとのこと。血圧108/70mmHg、脈拍72/分・整、明らかな神経学的異常所見なし。12誘導心電図は正常所見であった。

失神は「心原性失神」と「非心原性失神」に大別されます。心原性失神はさらに、不整脈によるものと器質的心疾患によるものに分けられますが、いずれも予後不良な疾患が含まれますので、見逃したくありません。動悸や胸痛を自覚する場合がありますので、必ず確認することが重要と考えます。

一方、非心原性失神はいわゆる神経調節性失神のことをいい、血管迷走神経性失神、状況失神や起立性低血圧などが含まれます。これらは心原性失神と比較すると予後不良ではありません。疲労蓄積・暑熱暴露・運動直後・長時間の起立、あるいは排尿・咳嗽といった状況の確認や、疼痛・恐怖・驚愕など情動ストレスの有無の確認が大切になります。

本患者では動悸や胸痛はなく、12誘導心電図も正常であり、直ちに、かつ積極的に心原性失神を支持する要素はないようです。一方非心原性失神に関しては、運動会を観戦していたことやトイレ後であったことから生じ得る状況ではありますが、何の前触れもなく意識を失っている点是非典型的と思われれます。

プライマリ・ケアにおいては、非心原性失神としては非典型的だと少しでも感じたなら、専門医に紹介することが望

ましいと思います。心原性失神なら必ず動悸や胸痛が認められるわけではありせんし、診察時に不整脈がなく12誘導心電図も正常所見であっても、それだけで不整脈による失神を否定することはできません。実際そうしたケースに遭遇したら、ホルター心電図を装着する、あるいは循環器内科への紹介を選択するという方も多いのではないのでしょうか。

その選択は決して間違いとは言えませんが、その前に次の質問をしておくで役立つ場合があります。

**Q** その「急に体がびくついたり、物を落としたりすることはありますか？」

本患者に尋ねたところ、数年以上前から急に体がびくつくことを自覚していたそうで、朝歯磨きをする際に歯ブラシを持つ腕がびくついたり、持っていた茶碗を急に落としてしまったりすることがあったということです。

この症状は、ミオクローヌスと考えられます。ミオクローヌスは不随意運動の一つで「持続時間の短い不随意な筋肉の収縮(あるいは収縮の消滅)によって引き起こされる素早い運動」のことです。誰もが経験しているしゃっくり(吃逆)は横隔膜のミオクローヌスですし、夜間に急に体がびくついたり目が覚めるのも、睡眠時ミオクローヌスといって生理的なものです。

一方病的なものとしては、代謝性脳症(特に肝性脳症)の際にみられる羽ばたき振戦(flapping tremor)があります。羽ばたき振戦は、固定姿勢保持困難(asterixis)とも呼ばれる持続時間の短い不随意な筋収縮の消滅です。厳密には「振戦」ではなくミオクローヌスになります。そして、このようなミオクローヌスがてんかん性に生じている場合、「ミオクローヌ発作」と呼びます。

患者は、急に物を落としたりしており、診察時にも固定姿勢保持困難を確認しました。ちなみに固定姿勢保持困難の観察は、OSCEでも必須の手技でありご存じの方も多いと思いますが、念のため診察の仕方を述べます。

固定姿勢保持困難の観察をするには、手掌を下に向けて指を少し広げた状態で両腕を前方に挙上させ、それか

ら手首を背屈させます。正常であれば、ずっと手首を背屈させた状態を保持できますが、固定姿勢保持困難があると一瞬力が抜けるため、手首の掌屈と背屈を繰り返します。その様子がまるで羽ばたいているように見えるため、羽ばたき振戦と名付けられたわけです。

\*\*\*

脳波検査を行うと、光刺激にて光突発反応が出現し、顔面のびくつきがみられ、光感受性てんかんであることが確認された(図)。病歴から発症年齢を推測し、若年ミオクローニーてんかん(juvenile myoclonic epilepsy: JME)と診断した。抗てんかん薬を開始し、以後意識消失発作はなく、体のびくつきもほとんど消失している。

JMEは思春期発症の全般てんかんでは最も多いタイプであり、全ててんかんの5-10%を占めると言われます(Arch Neurol. 1993 [PMID: 8503795])。『てんかん治療ガイドライン2010』ではJMEを示唆する徴候として

- 1) 小児期から若年期の発症
- 2) 断眠やアルコールでの誘発
- 3) 早朝の強直間代発作あるいはミオクローニー発作
- 4) 短時間の欠神発作
- 5) 脳波での光突発反応、全般性3Hz棘徐波複合あるいは多棘徐波複合などが挙げられています。

脳波検査で光刺激が行われた際の顔面のびくつきやこれまで観察された上肢のミオクローヌスは、ミオクローニー発作と考えられます。また、主訴である短時間の意識消失発作は、実は欠神発作だったと考えられます。

JMEを知っておくことは、二つの点で重要です。一つ目は、前述したように頻度が高い疾患であること、もう一つは直ちに治療を開始すべき疾患であることです。もし、JMEで初めて欠神発作を起こして受診した場合でも、ミオクローニー発作はこれまでに何度も来していることがほとんどですので、直ちに治療の対象となります。「2回目の意識消失発作が起こったら治療をしましょう」ではないのです。

JMEの場合、このミオクローニー発作に気付かなければ、失神と診断される可能性があります。そうすると、ホルター心電図などで異常がなく心原性失神が否定的とされれば、経過観察になる可能性が高いでしょう。そのようなケースで、もし運転中にでも欠神発作や強直間代発作が起こったら、事故につながる危険性もあるのです。

そうならないためにも、ミオクローヌスについての質問および診察は大切と考えます。

### 今回の“問診力”

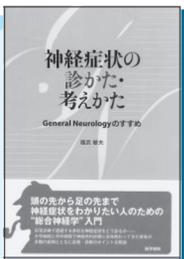
一過性意識消失では、JMEを見逃さないためにミオクローヌスについて聴いておく。

頭の先から足の先まで神経症状がわかる“総合神経学”入門

## 神経症状の診かた・考えかた General Neurology のすすめ

日常診療で遭遇する患者の多彩な神経症状をどう診るか? 大学病院と市中病院で神経内科診療に長年携わってきた著者が、外来初診で必要とされるGeneral Neurology(総合神経学)の臨床エッセンスを1冊にまとめた。患者の主訴を軸とした目次構成で、数多くの症例とともに神経診察のポイントが解説され、実践的な知識が身につく。神経内科専門医をめざす若手医師や研修医のみならず、総合診療医にも勧めたい。

福武敏夫 龍田メディカルセンター神経内科部長



てんかん診療に携わるすべての医師への指針

## てんかん治療ガイドライン2010

神経疾患としては患者数が多く、神経内科医、精神科医、脳神経外科医、小児科医などさまざまな医師が診療にあたる「てんかん」。日本神経学会監修による本ガイドラインは、成人および小児のてんかんの診断、検査、薬物治療、外科治療、予後に至るまで、エビデンスに基づいた臨床上の指針を網羅。クリニカル・ケース形式で、専門医のみならず一般医にも理解しやすくまとめられている。

監修 日本神経学会 編集 「てんかん治療ガイドライン」作成委員会



# 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、医学書院販売部(03-3817-5657)まで  
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

## 臨床が変わる! PT・OTのための認知行動療法入門

マリナー・ダナヒー, マギー・ニコル, ケイト・デヴィッドソン ● 編  
菊池 安希子 ● 監訳  
網本 和, 大嶋 伸雄 ● 訳者代表

B5・頁208  
定価: 本体4,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01782-4

評者 松原 貴子  
日本福祉大教授・リハビリテーション学科

認知行動療法は認知療法に行動療法を融合させ、系統的に構造化された心理学的治療の一つである。20世紀終盤より認知行動療法は学習理論や条件付けに基づく行動療法を取り入れながら、うつ病や不安障害など主に精神科領域にて発展を遂げてきた。現代医療において、治療概念が生物医学的モデルから生物心理社会的モデルへとパラダイムシフトし、認知行動療法は精神科領域にとどまらず、身体科領域へ広く開放されるようになった。

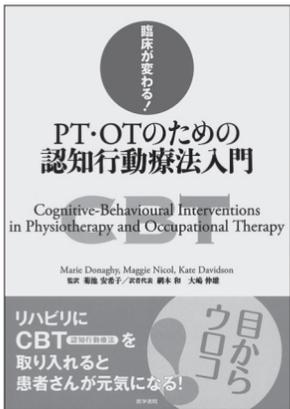
現在では、慢性疼痛、糖尿病、心血管疾患など幅広い難治性患者に臨床応用されるようになってきている。その理由の一つとして、身体科疾患患者であっても精神心理社会的問題を包含していることで治療に抵抗性を示す場合が多いからであろう。認知行動療法では、患者を局所的なパーツの集合体として取り扱うことはせず、“whole body”(一人の個全体)として包括的に相対する。つまり認知行動療法は、疾患を治療するのではなく、患者(人)とともに考え引導する道筋を探し出すアプローチといえよう。したがって、認知行動療法は治療に難渋する患者を救済する道

標になるとともに、治療者にとってもコーピングスキルの幅を広げる貴重なデバイスとなり得る。“知って得する”治療理論・技法である。

身体科領域において局所的な対症療法に追われてきたPT・OTにとって、今こそがパラダイムを変革すべき時であり、まさにそのタイミングで本書が出版された。本書では、認知行動療法理論について心理学的および神経科学的に丁寧に解説した上で、うつ病や不安障害などの慢性精神疾患の病態生理と具体的なアプローチを紹介し、世界的国民病であって認知行動療法の奏効例が多数報告されている慢性疼痛や慢性疲労症候群についても解説がなされている。

評者である私自身のような、臨床で認知行動療法をフル活用し、その恩恵をすでに受けている者であっても、本入門書は新たなエビデンスの発見と理論の体系化に役立った。本書は認知行動療法に興味を持っているものの手を出せないでいる初学者からすでに認知行動療法を実践している者まで、全ての臨床家にとって十分に納得させてくれる一冊であり、有益な著書としてぜひとも推薦したい。

### “知って得する” 治療理論・技法



## 神経内科の実践知がこの1冊に! 神経内科 プラクティカルガイド

栗原照幸 東邦大学名誉教授

好評書『神経病レジデントマニュアル』を研修医のみならず若手内科医全般に役立つ神経内科診療の手引き書としてアップデート。神経診察や検査の項では手技の写真や解剖図を多用しわかりやすく解説。さまざまな神経疾患を網羅した疾患各論では「診断の決め手」や具体的な処方例を含む治療法を明快に提示。巻末には脳波所見や画像など診療に役立つ付録も収録。神経内科の臨床に長年携わってきた著者の実践知が詰まった1冊。

●A5 頁408 2014年 定価: 本体4,300円+税  
[ISBN978-4-260-01893-7]



医学書院

## そうだったのか! 臨床に役立つ心血管ゲノム医学

古川 哲史 ● 著

A5変型・頁224  
定価: 本体4,500円+税 MEDSI  
http://www.medsj.co.jp/

評者 小室 一成  
東大大学院教授・循環器内科学

「疾患の原因遺伝子がわかると治療が変わってくるのですか?」「SNP(一塩基多型)の違いが大きな意味を持つのですか?」などゲノムに対する風向きは逆であることが多いが、果たしてゲノムを理解してもご利益はないのであろうか。その疑問に答えてくれるのが本書である。

まずは前者の疑問であるが、答えは今のところ、yes/noである。具体的に二つの例を出して説明しよう。yesの代表例は、致死的不整脈の原因となるQT延長症候群である。原因となるイオンチャネル遺伝子によりQT延長症候群1~3などと分類されるが、薬剤や運動、カリウム摂取など、遺伝子特異的な治療が可能である。一方noの代表例が心筋症である。特に肥大型心筋症は、そのほとんどが遺伝性であり、ミオシン、アクチンをはじめとしたサルコメアを構成する遺伝子の異常により発症することが明らかにされて20年以上たつが、いまだに遺伝子の変異から心肥大を形成する機序が不明であり、原因遺伝子の同定が治療につながっていない。しかし遺伝子解析に全く意味がないわけではない。患者の子どもの遺伝子を解析することにより、将来心筋症を発症するか否かの予測が可能であり、また原因遺伝子とその変異の部位により、ある程度の子後予測もできる。さらに、もし同定された心筋症の原因遺伝子がタンパク合成に関与するなど心肥大の発症を説明できるものであった場合、その知見は、その患者ばかりでなく、心筋症一般の治療につながる可能性がある。原因を知らずして、疾患の真の治療法は生まれないというのも真実である。

さて後者のSNPに関する疑問であるが、一頃SNPを調べれば、将来心筋梗塞や脳卒中にどれほどなりやすい

かを知ることができる注目されたが、その熱はだいぶ冷めた。その理由は、個々のSNPの疾患発症への寄与度があまりに小さく、インパクトに欠けたからであろう。しかしそれは当然であり、SNPは変異とは異なるのである。もっと綿密な解析、具体的には臨床情報と組み合わせた解析などが必要である。例えば心不全にとって、RAS阻害薬やβ遮断薬は生命予後を改善するほどの特効薬であるが、これらの薬剤に対する効果はSNPによって大いに異なる。ほかにもワーファリン、スタチン、ニトログリセリンなど

多くの循環器薬においても、SNPにより効果に差があることが知られており、これは臨床的に大きな意味を持つ。これらのことが本書では、ACE阻害薬と長距離走、ニトログリセリンと酒飲みの例などを挟んで、大変わかりやすく楽しく解説されている。ちなみに私は、おそらくACEはI/D型であり、ニトログリセリンは大変効きそうである。

これほどわかりやすくゲノムを知る意義について解説した本があったであろうか。今後近いうちにゲノムを理解して治療する時代がやってくることを確信させる本書は、今まさに読んでおくべき良書である。本書により、ゲノム医療の理解が進み、循環器疾患診療の質が向上することを祈念したい。



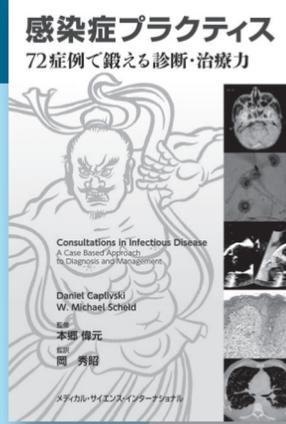
週刊医学界新聞  
モバイルアプリ  
祝17万ダウンロード突破!  
無料  
詳細はApp Store, Google Play をご覧ください  
医学書院

新刊

## 感染症プラクティス

### 72症例で鍛える診断・治療力

Consultations in Infectious Disease  
A Case Based Approach to Diagnosis and Management



まるで百人組み手をしたかのように、  
症例をがちり追体験できる 珠玉の症例集

273に及び写真とともに72症例を解説した症例集。髄膜炎から、免疫不全者の感染症、HIV、熱帯感染症、感染症もどきの非感染性疾患など、コモンなもののみならず多様な疾患に対する米国内科専門医たちのアプローチ方法を詳述する。邦訳に際して各症例の最後にポイントを簡潔にまとめ、さらに訳注で日本の現状にも言及。さまざまな疾患の経験値をバランスよく積むことができ、読み進めれば自ずと診断・治療力がアップする。

監修 本郷偉元 武蔵野赤十字病院感染症科副部長  
監訳 岡 秀昭 東京都保健医療公社荏原病院感染症内科医長

●A5変 頁448 図13・写真273 2014年 ●定価 本体6,400円+税 ●ISBN978-4-89592-775-8

抗菌薬マスター戦略 第2版  
非問題解決型アプローチ  
監訳 岩田健太郎  
●定価 本体5,000円+税  
●B5変 頁394 図98 2014年  
●ISBN978-4-89592-761-1

感染予防、そして  
コントロールのマニュアル  
すべてのICTのために  
監修 岩田健太郎 監訳 岡 秀昭  
●定価 本体4,500円+税  
●A5変 頁400 図43 2013年  
●ISBN978-4-89592-746-8

# Medical Library

書評・新刊案内

## リハビリテーションの歩み その源流とこれから

上田 敏 ● 著

A5・頁344  
定価:本体3,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01834-0

評者 黒川 幸雄

国際医療福祉社大学院教授・応用理学療法学

本書著者の上田敏先生(以下、先生)は、わが国はもとより世界のリハビリテーション医学医療に精通し、その発展に尽力されてきました。世界的にご高名で、多くの歴史的人物と交流されています。また、優れた文章力と語学力(会話力、英語、ロシア語、フランス語、他)を発揮され、多くの著作物や関連の知的生産物を世に送り出されています。本書は、半世紀以上にわたる先生の膨大な資料を基にまとめられたものです。

第一にお伝えしたいのは、本書から得られるものが、過去の埋没しかかった歴史的事実に光を当てたにとどまらず、顕在した知識などとの整合性や関連性を結び付け、リハビリテーションに携わる者がリハビリテーションの流れを源流から大河へ発展する流れを認識する上で、座右の銘にたる思想が随所にちりばめられているということです。

以下、本書の構成に沿って紹介しますが、どの章も深く読み込むほどに輝く銀のごとく、質量の厚みと輝きを感じます。読み進むうちにリハビリテーションの歩んできた過去と現在までの軌跡が照らし出され、未来への明るい方向を感知することになるでしょう。

さて、本書は、「日本リハビリテーション医学会が生まれた決定的瞬間——1963年4月阪大講堂で何が起こったか」と、やや推理小説的なエピソードの紹介から始まります。スタンレー・キューブリックの『2001年宇宙の旅』をほうふつとさせる、リハビリテーシ

ョンの過去へと旅立つ先生の遊び心や人生への想いが感じられます。全体は6つの章で構成されています。300頁余りの分量ですが、本書の「おわりに」にもあるように、背景には膨大な資料が存在しています。そこから厳選された情報が、周到な構成で配置されています。わが国のリハビリテーションの歴史に関する資料的な価値が高いことはもちろんですが、退屈になりがちな資料集とは一線を画している点が本書の魅力で、面白く引き込まれます。

第1章では、「日本リハビリテーション学会」「清瀬のリハビリテーション学院」「東京大学病院リハビリテーション部」、これらの3つの創立の経緯が詳しく述べられています。先生をはじめ、当時の若きエースたちの情熱的な姿が生生きと描かれています。第2章では「リハビリテーションの萌芽をたずねて——100~50年前の日本」として、100年前までさかのぼって歴史的な発展をたどっています。第3章は「100~50年前の世界」への旅です。第4章「再び50年前の日本へ——私は1963年をどう迎えたか」は自叙伝で、先生の生い立ちから、青春時代、ニューヨークへの留学、そこでのラスク教授との邂逅が述べられています。この部分は非常に興味を持たれるのではないのでしょうか(たまたま評者も留学中に大学病院の玄関前でバッタリお見かけし、すれ違い……)。

第5章は「この50年の歩み——日本と世界のリハビリテーション医学」

### これからの臨床が進む方向を照らし出す



それは1963年に始まった!  
その源流と軌跡をたどり、これからのリハビリテーションの姿を照らし出す  
第一人者による歴史的考察

## レジデントのための血液透析患者 マネジメント

第2版

門川 俊明 ● 著

A5・頁216  
定価:本体2,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01976-7

評者 柳田 素子

京大大学院教授・腎臓内科学

わが国の血液透析患者さんは31万人を越えました。併存する疾患の治療、検査や手術のためにさまざまな診療科に入院しておられるため、どの診療科の医師であっても、血液透析と無縁であることはできません。その一方で、血液透析患者さんでは体液管理や血液管理、薬剤の使い方などさまざまな点が異なり、分野外の先生方にとっては敷居が高い分野となっています。

本書は、若手医師や分野外の先生方が血液透析の基本を初めて理解する上で非常に優れた入門書となっています。本書は通読することが前提となっていますが、一人の筆者が一冊を通じて著述しておられるために各章間で重複がなく、あっという間に通読できます。まず第1章で基礎知識を身につけ、第2章では血液透析導入、第3章では維持透析の管理、第4章では急性腎障害と少しずつ知識を深めていき、第5章では特殊な血液浄化についても知識が得られるようになっていきます。

本書の特徴として、随所に優れた比喩が使われており、分野外の先生方や若手医師が血液透析のイメージをつかみやすいという点があります。専門家はともすれば自分が若手医師だった頃

のことを忘れてしまいがちで、若手医師が「何がわからないのかわからない」状態に陥りがちです。本書は著者が所属する慶大病院で腎臓内科をローテートするレジデントたちに配っていた小冊子が下敷きになっているのですが、長年医学教育の現場で若手医師と向き合いながらその理解を助けてきた著者でなくてはわからない、かゆいところに手が届くような一冊となっています。

各章では随所に明確なポイントが挙げられ、さらには所要所で例題が設定されており、それを解くことでより透析を身近に感じることができるよう構成されています。

さらに第2版では、最新のガイドラインや薬剤に対応するように修正されたほか、高血圧、糖尿病、脂質異常症のマネジメントの3項が加筆され、より情報量が増えています。

本書を読めば、きっと血液透析に親しみを持っていただけるのではないかと思います。

若手医師のみならず、分野外の先生方にもお薦めしたい一冊です。

### かゆいところに手が届く 非常に優れた入門書



血液透析がよくわかる!  
「血液透析は専門家のやるもの、自分には関係ない」そんな心持はあきらめず!  
なんでもかんでも覚えておきたい血液透析のことが、おもしろいほどよくわかる。  
血液透析の現場で学ぶべきことを、  
「わかりやすい」「読みやすい」と多くの読者から好評の、改訂第2版!  
医学書院

が俯瞰され、第6章の「リハビリテーションのこれから——『総合リハビリテーション』をめざして」ではリハビリテーションを「全人的な復権」のための方法論として展開され、WHOのICFが一つの到達点として示されています。基本思想との関連からICFが到達した思想と現実の関係を指し示し、これからの臨床が進む方向を照らし出しています。ICFのわが国への展開者であり、けん引者であり、一貫し

たリーダーである先生は、時代の中にいました。先生の人生がリハビリテーションの時代的発展と重なって見えます。

本書がリハビリテーション医学医療にとどまらず、広くリハビリテーション一般に及ぶことを信じて、多くの読者の目に触れられ、手に取られ、そして多くの関係者の自らの現在とその存在の原点にまでアウフヘーベン(止揚)されることを期待してやみません。

## 「今日の治療指針2014年版」には、 スマートデバイス閲覧権が付いています。 本書をお持ちの方は、今すぐお申し込みください。



### お申し込み手順

- 1 本書に挟み込まれている専用申込書に、必要事項をご記入の上、ポストに投函してください。  
※お申し込みは、専用申込書でのみ受け付けております。
- 2 ライセンス証書が郵送されたら、スマートデバイスに「Medical e-Shelf」アプリをインストールします。
- 3 初回のみ、ライセンス認証を行います。

### スマートデバイス版の特長

- 1 章から疾患項目を選び全27章、1,121疾患項目の見出しから参照
  - 2 キーワード検索  
検索ボックスにキーワードを入力すると、該当項目一覧を表示(スペースで区切れば、and検索も可能)
- ※スマートデバイスの動作環境  
iOS(4.3以降)端末:iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)  
Android端末:Android2.3以降搭載のスマートフォン、3.2以降搭載のタブレット  
別途Medical e-Shelf(MeS)アプリ(無料)のインストールが必要です。

## 今日の治療指針2014年版

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成  
●デスク判(B5) 頁2128 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-01868-5]  
●ポケット判(B6) 頁2128 定価:本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01869-2] 医学書院

## 病棟、外来、チーム医療、地域医療連携・・・ 病院医療をコンダクトするジェネラリストのための クォーターリーマガジン



目次

- 腎疾患管理に必須の基本事項
- 1 腎機能評価
- 2 尿検査
- 3 画像診断
- 急性腎障害(AKI)
- 4 AKIの特徴と鑑別診断
- 5 AKIの予防と治療戦略
- 6 AKIにおける腎代替療法(RRT)
- 7 造影剤腎症(CIN)
- 水・電解質異常の管理
- 8 ナトリウム異常の診断と治療
- 9 カリウム異常の診断と治療
- 10 カルシウム、リン、マグネシウムの異常
- 11 酸塩基平衡異常の診断と治療
- 慢性腎臓病(CKD)
- 12 CKDにおける心血管病(CVD)リスク管理
- 13 CKD患者における薬剤投与のコツ
- 14 末期腎不全に対する腎代替療法(RRT)
- 15 腎生検と腎臓専門医紹介のタイミング

真の「Hospitalist」を目指す!  
米国で病棟ジェネラリスト=ホスピタリストとして活躍する、  
元「落ちこぼれ」医師が見たものは?

新刊 僕は病院のコンダクター  
日本人ホスピタリスト奮闘記

●季刊/年4回発行  
●A4変 200頁  
●年間購読料19,008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比に比べ、約4%の割引となります。  
●1部定価:本体4,600円+税

著 石山貴章  
St.Mary's Health Center, Hospital Medicine Department ●四六判 200頁  
●定価:本体1,800円+税

厚生労働省関連の国家試験合格状況

Table with 4 columns: 職種名, 受験者数, 合格者数, 合格率. Lists various medical professions and their exam results.

Dr.宮城×Dr.藤田 ジェネラリストのための呼吸器診療勘どころ

宮城 征四郎, 藤田 次郎 著

B5・頁192 定価: 本体3,800円+税 医学書院 ISBN978-4-260-01979-8

評者 徳田 安春 地域医療機能推進機構研修センター長

最近、勉強会が熱い！ 中でもケースカンファレンス方式が人気である。ケースカンファレンス方式の勉強会は、必然的に参加型となり、臨床現場でのリアルタイム診療に合わせた臨場感で、呼吸器疾患へのアプローチを楽しく習得できる

実際のカンファレンスでの発言を全て録音し、そのテープ全文の書き出しをされたという。なるほど、カンファレンスの臨場感が味わえる理由がわかる。本書のメインディッシュはなんと「勘どころ」のご発言である。

この英知は、「勘」とは言っても理由なき直感ではなく、英語では intuition というより insight と呼ぶべきものであり、長年にわたる豊富な臨床経験からあふれ出すパールの輝きを呈している貴重なアドバイスである。

若手医師が提示する病歴情報に対して、宮城先生からは詳細な問診情報が要求され、その根拠が示される。バイタルサインの提示に対して呼吸数はもちろんのこと、それぞれのバイタルサイン・データの解釈の切れ味は鋭い。最終診断に至るまでの過程を振り返りながら insight あふれるコメントをもらうことができる。藤田先生の「文献考察」では、疾患の歴史的背景からエビデンスベースとなったランドマーク研究の論文について紹介され、知識の地固めができる。「ジェネラリストのための」というタイトル通り、ジェネラリストが知っておくべき呼吸器の基本必須事項が満載であり、高齢化でますます重要となっている呼吸器疾患へのアプローチを楽しく習得できる読みごたえのあるものとなっている。

地域の病院間のケースカンファレンスで人気のあるものには、京都 GIM などがある。しかしながら、このような病院間カンファレンスの起源であり、現在も定期開催されているのは、沖縄県の呼吸器疾患ケースカンファレンスであろう。「うふーち会(うふーちは沖縄の方言で深呼吸を意味する)」という別名でも有名なこのカンファレンスは、群島沖縄臨床研究センター長の宮城征四郎先生が立ち上げられたもので、歴史あるカンファレンスである。全国への波及効果もあり、「全国うふーち会」という年1回のカンファレンスも毎年の日本呼吸器学会に合わせて開催されている。

このカンファレンスにリアルタイムで参加しているような臨場感を感じながら楽しく学習できるように工夫されているのが本書だ。藤田次郎先生は、



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、サイタクは劇場になる。筆者もサイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診靴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「介護用オムツ」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

在宅医療モノ語り 第50話

鶴岡優子 つかみ診療所

液体と固体を全力でキャッチ 介護用オムツさん

赤ちゃんのお尻がテレビコマーシャルでアップになっても不快に感じないの不思議ですね。なんとというも肌、柔らかいんだらうな、なんだか懐かしいな、そんな気持ちになる人もいるのではないのでしょうか？ 赤ちゃんも人間なので出されるモノは大人と同じだと思いますが、イメージはかなり違います。

私は介護用オムツで、主に大人が対象です。紙オムツと呼ばれることもありますが、最近のモノは高性能で、素材は紙だけではありません。私は人間さまが不要になって出されたモノを確実に受け止める使命があります。液体の場合も固体の場合も、あるいは両方の場合もあり、受け止めた後はそのまま一緒に捨てられる運命です。人間の世界では、液体を尿、固体を便と言っているようですね。1回で排出される量やその頻度は、かなり個人差があるように思います。

私たちの種類は大きく分けてリハビリパンツとも呼ばれ、ゴムのパンツ型とテープ型の2種類があります。パンツ型は動ける方、トイレに行ける方にお勧めです。トイレに行くけど間に合わない、人間のほうで制御が難しい場合にご使用いただけます。一方で、ベッドに寝ている時間が長くてトイレに行けない方や、私の交換を他人が行わなければならない方の場合であればテープ型がお勧めです。腰周りのテープで着脱するので、調節もでき、繰り返しの交換にも対応しやすいのです。

先日テープ型の仲間がお会いした人は、固体のほうが出てこなくてお悩みでした。在宅主治医からゲザイと称して、便を柔らかくするお薬や腸の動きをよくするお薬を処方されましたが、うまくいかなかったようです。その日は座薬を入れてもらったり、看護師さんに肛門付近を押してもらったりしてもダメで、結局、指を穴に入れてもらい、固体を壊しながらかき出してもらったそうです。その後、仲間はその個体と一緒に丸められ、さらに新聞紙に包まれ捨てられました。

もちろん液体に関しても、一滴も漏らさず受け止めたいと思っています。最近では「尿とりパット」さんとの協働作業が多くなっています。内側で小さなパットさんが頑張って確実にキャッチしてくだされれば、パットさんを包む大きな私は綺麗になままでいられます。するとパットさんだけの交換で済むため、かかる手間もコストも小さくなるのです。

「最近おばあちゃん、失敗が多くてね。この季節でしょ、匂いも強いんですよ」。玄関先で、在宅チームは介護するお嫁さんに呼び止められました。「でも、オムツを使ってと私から頼んだらカドが立つでしょう?」。確かに、言うほうも言われるほうもきついでしょね。小声での相談が続きます。「最新のパンツ型オムツは薄くてムレないし、肌触りもいいらしいですよ」。自分で試したわけでもないのに医療者は無責任なことを言います。「オムツと呼ばず、使い捨てパンツとして、布製の下着と一緒に引き出しに入れてみたらいかがですか?」。チームの誰かがアイデアを出しました。「それいいわね、やってみます」。2週間後の訪問診療で、玄関先からまた会話が聞こえてきました。「参りました。使ってくれたけど、使用後のオムツが洗濯カゴに入れてあって、一緒に洗っちゃったの」。なるほど。「使い捨てでいいんだよと言っても、ほうら、なんでも大事にする人でしょ?」。そうですねえ、と皆でうなずき合いながら、新たな知恵をまた絞っていました。



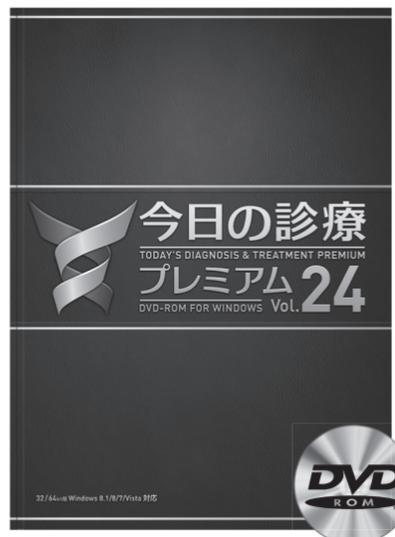
意外にも選択肢は豊富

あるドラッグストアでは、私と仲間こんな感じで陳列されています。選択肢が多くなるほど、サイズとニーズに合った私と出会うのは至難の業。専門職にもぜひアドバイスをもらってください。

ICUポケットレファランス Pocket ICU. 最強の「備忘録」. Includes book cover image and contact information for MEDSI.

重要血管へのアプローチ 外科医のための局所解剖アトラス 第3版. Includes book cover image and contact information for MEDSI.

# 最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース



# 今日の診療 プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows

●DVD-ROM版 2014年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610025]

**パソコンだけでなく、スマートフォン・タブレット端末でも「今日の診療」をご利用いただけるようになりました。**

※スマートデバイスの動作環境  
iOS(4.3以降) 端末：iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)  
Android 端末：Android2.3以降搭載のスマートフォン、3.2以降搭載のタブレット  
別途Medical e-Shelf(MeS)アプリ(無料)のインストールが必要です。

**医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索**

**治療薬検索は独自機能でさらに便利に**

「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。

**データはパソコンにインストール可能**

本商品(DVD-ROM)のデータは、パソコンにインストールすることができます。一度インストールしておけば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。  
※インストール後、インターネット経由でのオンラインライセンス認証が必要です。本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.24」もご用意しております

**今日の診療 ベーシック Vol.24**  
DVD-ROM for Windows  
価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610049]

※「今日の診療 ベーシック Vol.24」には、スマートデバイス閲覧権は付与されません。

**収録内容詳細**

プレミアム・ベーシックともに収録

- 今日の治療指針 2014年版 Update
- 今日の治療指針 2013年版
- 今日の診断指針 第6版
- 今日の整形外科治療指針 第6版
- 今日の小児治療指針 第15版
- 今日の救急治療指針 第2版
- 臨床検査データブック 2013-2014
- 治療薬マニュアル 2014 Update

プレミアムのみ収録

- 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- 今日の精神疾患治療指針
- 新臨床内科学 第9版
- 内科診断学 第2版 序・付録を除く全頁を収録
- 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- 医学書院 医学大辞典 第2版

\*書籍とは一部異なる部分があります

## 2014年6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	7月号 Vol.78 No.7 1部定価：本体2,400円+税	行為への依存症 —スマホ・ネット・ギャンブル	臨床整形外科	6月号 Vol.49 No.6 1部定価：本体2,500円+税	MIS人工膝関節置換術の 現状と展望
medicina	6月号 Vol.51 No.6 1部定価：本体2,500円+税	炎症性腸疾患攻略の手引き —これだけは知っておきたい!	臨床婦人科産科	6月号 Vol.68 No.6 1部定価：本体2,700円+税	性ホルモン製剤を使いこなす
JIM	6月号 Vol.24 No.6 1部定価：本体2,200円+税	「それは古い!」と言われない 診療スタンダードUp to date	臨床眼科	6月号 Vol.68 No.6 1部定価：本体2,800円+税	第67回日本臨床眼科学会講演集(4)
糖尿病診療マスター	7月号 Vol.12 No.5 1部定価：本体2,700円+税	高齢者糖尿病診療の ピットフォール	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	6月号 Vol.86 No.7 1部定価：本体2,600円+税	鼻副鼻腔内視鏡手術update
呼吸と循環	7月号 Vol.62 No.7 1部定価：本体2,700円+税	高血圧治療ガイドライン2014 を考える	臨床泌尿器科	6月号 Vol.68 No.7 1部定価：本体2,800円+税	腎・尿管結石の治療 —こんなときどう対応する?: TUL編
胃と腸	6月号 Vol.49 No.7 1部定価：本体3,000円+税	大腸T1(SM)癌に対する 内視鏡治療の適応拡大 —完全摘除生検としてのEMR/ESDの意義	総合リハビリテーション	6月号 Vol.42 No.6 1部定価：本体2,300円+税	神経難病とリハビリテーション
BRAIN and NERVE	6月号 Vol.66 No.6 1部定価：本体2,700円+税	ミラーニューロン	理学療法ジャーナル	6月号 Vol.48 No.6 1部定価：本体1,800円+税	臨床実習教育の実態と展望
臨床外科	6月号 Vol.69 No.6 1部定価：本体2,600円+税	癌の補助療法アップデート	臨床検査	7月号 Vol.58 No.7 1部定価：本体2,200円+税	電解質、酸塩基平衡検査を苦手にし ない/細菌性胃腸炎
			病院	6月号 Vol.73 No.6 1部定価：本体2,900円+税	ITの活用とこれからの医療



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