

座談会 全ての医療者が行うべき“スタンダード・ケア”

<出席者>

●本田仁氏

2000年北里大医学部卒。日本での研修後、04年より米国ハワイ大にて内科研修。07年より米国ワシントン大にて感染症科フェロー、09年から感染対策/医療疫学フェロー。10年に帰国、手稲仁会病院総合内科・感染症科医長を経て、13年より現職。現在は感染症臨床と医療関連感染対策に従事する。米国内科専門医、米国感染症専門医。12年、Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) International Ambassadorに選出、13年ID week(米国の感染症関連学会の合同の年次総会)にてSHEAよりInternational Investigator Award受賞。

●崎浜智子氏

1989年沖縄県立コザ看護学校卒。沖縄県立中部病院/宮古病院、亀田総合病院を経て、2007年日看協看護研修学校にて認定看護師教育課程感染管理学科専任教員を務めた。09年国際医療福祉大大学院修士課程、12年久留米大大学院感染看護専門看護師教育課程を修了した後、筑波大附属水戸地域医療教育センター水戸協同病院感染管理室長を経て、14年より現職。感染管理認定看護師、感染症看護専門看護師。各病院で医療関連感染サーベイランス、アウトブレイク調査、医療関連感染予防対策に取り組んできた。

●坂本史衣氏

1991年聖路加看護大卒。97年米国コロンビア大公衆衛生大学院修了。同年に帰国し、聖路加国際病院看護部勤務。2001年日看協看護研修学校に入学して認定看護師教育課程感染管理学科専任教員を務め、02年より現職。感染制御および疫学資格認定機構(CBIC)による認定資格(CIC)取得。著書に『基礎から学ぶ医療関連感染対策(改訂第2版)』(南江堂)など多数。ブログ「感染予防 inch by inch」では、日々湧き出る感染予防に関する疑問、考えをまとめている。

●松永直久氏

1999年東大医学部卒。在沖米海軍病院、東大病院、茨城県立中央病院を経て、2002年米国コロンビア大関連病院 St.Luke's-Roosevelt Hospital Center 内科研修。05年よりUCLA 関連感染症科臨床フェローを修了。帰国後、三愛病院、東大病院を経て、10年より現職。10年に帝京大病院で報告された多剤耐性アシネトバクターによるアウトブレイクの際は、感染管理体制の立て直しに奔走した。米国内科専門医、米国感染症専門医。

(1面よりつづく)

プダウン的な手段を要するケースもあり、幹部の支援が求められます。感染対策担当者の熱意だけでなく、幹部から職員に向けた「手指衛生は重要であり、当院では徹底する」という明確な意思表示がなければ、病院全体の底上げを実現するのは困難でしょう。

画一的な方法論ではなく、“身の丈に合った”具体案を

本田 個々の医療者の知識や意識に収斂される問題だけでなく、病院設備や周囲の医療者といった環境的な要因にまで目を向ける必要があると示していただきました。このように多様な要因が複雑に絡み合っているわけですから、WHOの「Five Moments for Hand Hygiene」(表)⁴⁾のパッケージで、画一的に手指衛生の実施を呼び掛けるだけで、コンプライアンス向上を図るというのは現実的には難しいのでしょうか。

そこで、私としては、“身の丈に合った”感染対策を徹底することが大事であると考えています。部署・職場などセクションによって環境と状況は異なるので、個々の事情に応じてルールを設け、その遵守を呼び掛ける。そうでないと、現場の医療者の行動変容にはなかなか結びつきづらいと思います。

坂本 行動変容につなげるには状況に応じ、いつ、どこで実施すべきかの“力点”を具体的に示す必要があります。

当院では「Five Moments for Hand Hygiene」を推進していますが、入院部門で実施状況を評価する際、ハイリスクな患者がオープンフロアに集まる集中治療領域では5つの瞬間全てを確認します。一方、一般病棟であれば、「入退室時の手指衛生」を中心に確認する。これは当院の一般病棟の病室が全て個室である事情を踏まえ、入退室時に手指衛生を行えば、高確率で患者が守られると考えた上での方法です。

ただし、一般病棟での入退室時の手指衛生については、空室で患者不在であろうと必ず行くと決めています。「自動車の運転時、赤信号であれば歩行者の有無にかかわらず必ず止まる」。これと一緒に、そこは徹底して行ってもらうように促しているんです。

崎浜 実情を踏まえた上で、実践可能な工夫を織り交ぜた提案を行う視点は重要ですね。私が介入研究でかかわった水戸協同病院では、感染管理をはじめとした現状の課題と手指衛生改善を“セット化”するという形で遵守率の向上を図りました。

例えば、病棟で散見された多剤耐性緑膿菌の問題。尿路カテーテルの排尿バッグの尿廃棄の方法が交差感染の原因でしたが、その見直しの際には「手

●表 手指衛生を要する5つのタイミング⁴⁾

- ①患者に触れる前
- ②清潔/無菌操作の前
- ③体液に暴露された可能性のある場合
- ④患者に触れた後
- ⑤患者周辺の物品に触れた後

から手へと伝播する面も大きい」と、手指衛生もセットで改善を促しました。

また、病院全体の医療安全対策と接遇の改善とを絡めて提案したのが、「患者確認のタイミングでの手指衛生」です。それまで「手指衛生をしている暇がない」なんて声もあったのですが、必ず行う患者確認のタイミングで手指衛生も行うと決めれば、手指衛生の時間確保・意識付けとともに、患者誤認の予防にも貢献できる。携帯用の擦式アルコール消毒剤の導入などのツールの整備に加え、このようにセット化して提案するといった工夫によって、医療者全体の意識も高まり、行動変容につながっていくと思います。

本田 帝京大病院では多剤耐性アシネトバクターアウトブレイク後、手指衛生が向上したというお話でしたね。

松永 ええ。2010年のアウトブレイクが教訓となり、院内スタッフの感染に対する意識は一変しました。手指衛生をはじめとする標準予防策などの基本の徹底が図られるようになったのです。その結果、アウトブレイク前後で、擦式アルコール製剤の使用量が10倍にも増加しました(図1)。

啓発活動としては、各部署の感染制

限られた人員でいかにモニタリングし、遵守率向上をめざすか

本田 手指衛生の改善を促していくためには、啓発活動に加え、スタッフが業務の中できちんと手指衛生を実践しているかを継続的にモニタリングしていく必要があります。帝京大病院ではどんな方法で行っていますか。

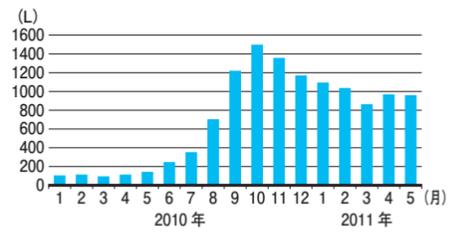
松永 当院は、擦式アルコール製剤の使用量を継続して調査しています。各部署の使用量の集計データを、手指衛生がどのくらい行われているかを測る、いわば遵守率の“surrogate marker”としてとらえているわけです。

本田 量を評価軸にすると比較的簡便な方法で済み、労働力の負担が少なく、かつ継続的に行きやすい利点はありますよね。感染管理を専任で担当している医療者が少ない日本においては、主流な方法でもあると思います。

松永 当院も簡便な方法である点を活かし、各病棟のリンクナースなどに集計を算出してもらっています。もちろん、ただ委ねるのではなく、患者のADLを考慮した目標値などを各病棟で設定し、その目標値と実際の使用量の差を見比べ、手指衛生の状況を把握してもらうようにしています。

本田 現在のモニタリング方法で課題に感じられている点はありますか。

松永 とすれば使用量の計測自体が目的化してしまい、対策の立案にまで



●図1 帝京大病院における擦式アルコール製剤の使用量の推移

同院では2009年8月から2010年9月にかけて、58人の患者で多剤耐性アシネトバクター感染を確認。感染管理体制の立て直しを図り、それ以前と比べ、擦式アルコール製剤の使用量は約10倍増加した。

御担当者が中心となって行った、標準予防策・接触予防策の講義、グループワーク、手指衛生とPPE(Personal protective equipment; 個人防護具)着脱を実際にチェックする実習から成る集中講習です。全職員が対象で、アウトブレイクのとき以来、年2回、継続的にを行っています。

さらに、アウトブレイクの経験を院内で風化させぬよう、2013年からは9月第2水曜日を「ストップ感染デー」と病院として定め、その一環で「手指衛生ラウンド」を企画しました。事務職を含めた全部署から原則各10人の職員に評価者として参加を依頼し、それぞれが別の部署へ赴き、チェックリストを用いて手指衛生の実施状況などを評価する。他部署の観察を通し、「自部署の様子を客観的に振り返ることができ、良い経験になった」という声も聞かれ、手指衛生への意識はさらに浸透した感触を持っています。

継続的なモニタリングと、定期的なフィードバックが鍵

坂本 使用量の増加が、高い遵守率を担保しないという点をご指摘のとおりだと思います。4-5年前、当院も擦式アルコール製剤の使用量を観察していたのですが、使用量が顕著に増加したにもかかわらず、遵守率は40-50%台で推移していたという経験がありました。

そうした過去を踏まえ、現在は実際に医療者が手指衛生を行っている様子を観察する方法に切り替え、手指衛生の実施状況を評価しています。入院部門で直接観察法に切り替えたのが2011年で、その後は家庭用ビデオカメラ、天井常設のネットワークカメラを用いた観察に変遷しています(図2)。

MEMO Sakihama T, Honda H, et al. Hand Hygiene Adherence Among Health Care Workers at Japanese Hospitals: A Multicenter Observational Study in Japan. J Patient Saf. 2014. Epub ahead of print. [PMID: 24717527]

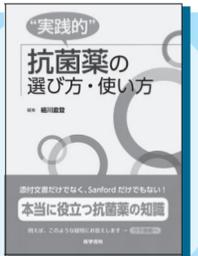
日本の教育病院における手指衛生遵守率のベースラインを明らかにすることを目的に、異なる地域(北海道、関西、関東)の4急性期医療施設(大学病院1,市中病院3)の13部署(内科、外科、クリティカル領域)において行った観察研究。患者に接触する前の医療従事者(医師・看護師)の手指衛生行動を、Saintらが開発した直接観察法を用いて、1人の外部観察者(感染管理看護師)が観察を実施。その結果、2011年7-11月の観察期間中、全観察場面は3545回で、手指衛生が実施されたのは677回、遵守率19%であった。職種別の遵守率は医師15%、看護師23%。施設間11-25%、部署間11-31%であった。なお、専従の感染管理看護師を配置している施設では、配置していない施設と比較して、遵守率が高い傾向にあった(29% vs. 16%)。

抗菌薬の特徴・用法を比べながら学ぶユニークな1冊!

“実践的”抗菌薬の選び方・使い方

抗菌薬の選び方・実践的な使い方をユニークな構成で解説。はじめに起因菌・薬剤の構造・投与経路別に抗菌薬の基礎知識を、次にスペクトラムが重なる抗菌薬の特徴を比べてその違いに注目しながら使い分けのポイントをわかりやすくまとめた。感染症診療に携わるすべての人にお勧めしたい。

編集 細川直登
医療法人社団亀田総合病院臨床検査科部長/感染症科部長



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

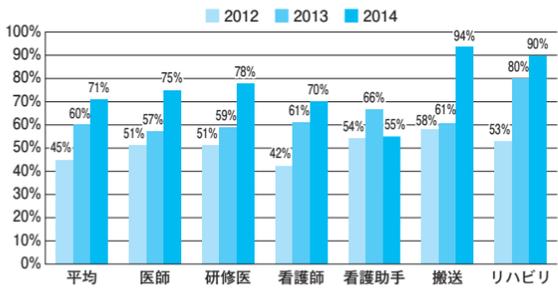
これだけは気をつけたい 高齢者への薬剤処方

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収録。

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



手指衛生からはじめよう 座談会



●図2 聖路加国際病院における入院部門の手指衛生遵守率年度別推移(2012—2014年度)

2011年度は直接観察法、2012年度は三脚設置のホームビデオカメラ、2013年度より天井常設のネットワークカメラで観察。年度を追うごとに手指衛生遵守率は向上している。



●写真 「最優秀手指衛生改善賞」のトロフィー
ミシガン大より水戸協同病院に贈呈された、しずく型のトロフィー。

現在のネットワークカメラを用いた観察には有効性を感じていて、導入によって時間帯を選ばずに観察可能となりましたし、また、より詳細なデータを取得することが可能になりました。得られたデータを基に各病棟の職種別遵守率を全職員にメールで即時に配信し、イントラネットにも掲示する形でフィードバックするようにした結果、手指衛生遵守率は大きく上昇し、現在では約70%超となっています。

崎浜 職種の差はありましたか？

坂本 内訳は医師約75%、看護師約70%と、医師のほうが遵守率は高くなっています。おそらく訪室時の状況の違いがこの差を生む要因ではないかと見ています。医師はあらかじめ訪ねる病室がわかって移動することが多く、手指衛生を行動パターンに組み込みやすい。一方で、看護師は訪室の機会が唐突に生じる場面も多く、急かされた状況下では手指衛生が抜け落ちてしまうことがあるようです。このような職種特有の動き方を把握して働きかけられると、さらなる遵守率の向上にも結びつけられると考えています。

崎浜 映像化されることで「手指衛生ができていない自分」をきちんと認識できるところもよい点ですね。

坂本 ええ。実際の遵守率と、臨床現場の職員自身が想定する遵守率には少なからずギャップが存在するものです。これまでは手指衛生を促しても、現場から「自分たちはちゃんと手指衛生を行っている」という声が上がることもありました。しかし、そうした反応があったとしても、録画した映像を見てもらうと納得感が得られやすい。そして、どのタイミングで実施できていないのか、どのように手順を正す必要があるのかなど、具体的な課題も共有しやすいのです。

本田 より踏み込んだ介入が可能になるわけですね。

坂本 ただ、使用量調査などと比較して、モニタリングには人的な労力を要するものも事実です。モニタリングは入院部門に加え、外来・検査部門で四半期に2回、ランダムに選択した勤務帯で行っています。入院部門には、集中治療領域を含み病棟が全部で22病棟あり、1病棟を確認するのにかかる時間は1時間—1時間半ほど。四半期に

2回、全病棟をチェックした後、即時にフィードバックを行う。これだけでも相当な時間をかけていることがわかれると思います。

本田 お2人の取り組みをお聞きし、どのモニタリングにも一長一短はあるのかもしれませんが、継続的なモニタリング、定期的なフィードバックが、手指衛生の実施状況を改善させる大前提となるのだと理解できました。

手指衛生遵守率の高さは、感染対策レベルの高さを示す

本田 HAI (Healthcare-associated infection; 医療関連感染)対策である以上、そのハードアウトカムはHAIの減少であるべきです。その点、手指衛生遵守率の向上は、HAI減少との直接的な関連性が見えづらい。院内のスタッフを巻き込み、手指衛生の実施を促すよう訴えていく上では、そこが悩ましいところです。

「手指衛生はHAIの低下というハードアウトカムに貢献しないのではないか」という反論に対しては、手指衛生はエビデンスを超えたスタンダード・ケアであり、遵守率は病院の感染対策の質を評価するクオリティー・インディケーターになり得るものだ、と主張していけばよいと私は思うのですが、皆さんはどのようにお考えですか。

坂本 確かに「手指衛生の遵守率が高まるとHAIが減少する」ことを示すエビデンスレベルの高い研究は見かけません。倫理的な側面から、複数のセッティングを用いて大規模RCT (Randomized controlled trial; ランダム化比較試験) を実施できる類いのものではないので、その点は仕方ありません。

ただ、交絡因子をコントロールせずに介入の前後比較を行った多数の研究で、手指衛生遵守率上昇後にHAIが減ったという現象は観察されています。ですから、私も「手指衛生のみが要因ではないだろうけれど、HAIの減少に影響を与えている」と考え、手指衛生を推進してよいと思います。

実際に当院でも、手指衛生の遵守率がある一定の水準まで上昇すると、病原体の獲得やHAIが漸減するという経験をしています。明確に減少し始める「閾値」のようなものがあるようで、

遵守率60%程度だとはっきりしなかったのですが、70%を超えるぐらいからさまざまなHAIの減少を認めるようになりました。科学的な検証を加えてはいませんが、院内で「やはり手指衛生は大事なんだ」という実感を共有できるデータになっています。

松永 当院でも多剤耐性アシネトバクターのアウトブレイク前後のアルコール製剤使用量の増加とともに、MRSA BSI (Methicillin-resistant staphylococcus aureus bloodstream infection; メチシリン耐性黄色ブドウ球菌血流感染) 件数に加え、アルコール製剤が無効なClostridium difficile感染症の件数にまで減少が見られています。おそらく院内で手指衛生の意識が高まると、感染対策の“総合力”も高まっていくということなのでしょう。

崎浜 手指衛生のみでHAIを減少し

建設的な批判を咀嚼し、改善に結びつけていかねばならない

本田 最後にまとめとして、現場・地域のレベルを問わず、手指衛生の推進に向けて取るべき手段や、戦略の方向性について一言お願いします。

松永 肉眼で見ることでできない微生物によって起こるHAIの問題を、皆で共有できるよう、ツールの工夫やアウトカムの創出など、何らかの形で「見える化」することに力を割く必要があるでしょう。そうすることで、病院幹部や現場のスタッフを巻き込み、一緒に手指衛生に取り組んでいくきっかけを作れるのではないかと考えています。

崎浜 私は、多施設が共同して手指衛生の改善へつなげる取り組みに可能性を感じています。水戸協同病院は、今回の臨床研究を目的とした介入により、遵守率が10%から40%へ向上したわけですが、その介入を下支えたのは“多施設共同であること”でした。本研究に参加した全4施設に対し、ミシガン大は「いちばん改善した病院を表彰する」と提案したのです。その結果、院内で「どうせやるなら一番をめぐそう」と積極性が生まれ、最終的にトロフィーをもらうまでの改善を実現することができたのです(写真)。

現在、日本では「緊急事態」に対する他施設との連携は構築されつつありますから、今後は「予防」へ目を向けた他施設連携が実現できるというのと期待しています。

本田 なるほど。感染防止対策地域連携加算もありますから、ネットワークのある地域の医療機関が協力してコンペ企画を立てる……そんな形であれば実現できるかもしれませんね。

坂本 私からは視野を広げ、手指衛生をはじめとする感染対策の質向上のために、病院を取り巻く地域や国に求められることについてコメントします。

日本で今後取り組む必要があるのは、国や地域レベルのHAIのベースライン発生率の把握です。HAIは日常的に起きているものの、日本では国・

得るかは議論が必要ですが、手指衛生遵守率を向上させようと頑張る病院は、他の感染予防対策も頑張っているはずですからね。

坂本 ただし、忘れてはならないのは、感染対策担当者は任務として、きちんとデータを追い、アウトカムを示し続けることではないでしょうか。手指衛生の有効性のみの抽出は難しいかもしれませんが、遵守率が変化していく中で、病原体の獲得やHAI発生率にどのような変化が見られるのかを見える形で提示していく必要があります。

松永 同感です。そのデータが、現場の医療者たちにとって手指衛生を行う動機付けにもなるわけですし、今後取り組みを進める施設にとっては重大な根拠になるわけですからね。HAI対策に関するデータを扱う者として、私自身、肝に銘じておきたいご指摘です。

地域レベルの日常的発生頻度がわかっています。そのため、各病院が自身のHAI対策を評価するための指標や、国・地域がめざすべきゴールが曖昧です。この点については他の先進諸国に比べても、日本が遅れている部分です。

しかし、日本においても国や地域のベースライン発生率を把握し、数値化できれば、国、地域、各病院でその発生率を下回らせようという試みが生まれる。ひいては、その一手段として「手指衛生の在り方を見直そう」という視点も生まれてくると思うのです。

本田 手指衛生をはじめ、感染対策を進める上では、国内におけるHAIを評価する適切なベースラインデータの存在が少ないのは大きな問題です。この必要性は現場から継続的に発信していかなければなりません。

*

本田 本日は日本の手指衛生遵守率の低さを示した論文を起点に、その向上を実現するためのヒントを探ってきました。手指衛生は最も簡便な感染対策の手段であるとともに、全ての医療者が関与・共有できる貴重な事項とも言えます。ネガティブなデータかもしれませんが、今回の建設的な批判を咀嚼し、いかにして改善に結びつけていくか。これは感染管理担当者だけでなく、医療者一人ひとりが取り組んでいくべきものであると再認識しました。(了)

註：医療現場で行われる手指衛生には、流水・石けんによる手洗い、流水・消毒剤による手洗い、速乾性擦式アルコール製剤を用いた手指衛生、手術時手洗いがあ。本記事では、それらの使い分けはせず、「手洗い」「手指衛生」も同義語として使用した。

●参考文献・URL

- 1) Emerg Infect Dis. 2001 [PMID:11294714]
- 2) Am J Infect Control. 2009 [PMID:18834749]
- 3) Infect Control Hosp Epidemiol. 2014 [PMID:24521600]
- 4) World Health Organization. Five Moments for Hand Hygiene. http://www.who.int/gpsc/tools/Five_moments/en/

「スピリチュアルケア」を知ると、明日からのケアが変わる！

誰も教えてくれなかった スピリチュアルケア

「スピリチュアルケアって何？」本書は、臨床で働く医師、ナース、そしてすべての医療者のために、何よりも臨床に役立つ形で、わかりやすく、スピリチュアルケアについて解説した本です。スピリチュアルケアは、決して特殊なケアではなく、すべてのケアの基盤になるといえるほど、大切な考え方であり、役に立つ方法です。スピリチュアルケアを理解することによって、日々のケアのあり方が変わってきます。

岡本拓也
洞爺温泉病院ホスピス長



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

運動療法の「なぜ？」がわかる超音波解剖 [Web動画付]

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

編著 工藤慎太郎
森ノ宮医療大学保健医療学部・講師



寄稿

英国の修士課程で緩和ケアを学んで

大石 愛 エディンバラ大学人口健康科学センター Primary Palliative Care Research Group 博士課程

私は、家庭医療、緩和ケア、在宅医療の研修を経て、ロンドンのKing's College Londonへ約1年間留学し、Master of Science in Palliative Care(緩和ケア修士号)を取得した。今回はよく尋ねられる留学準備とカリキュラムのを中心にまとめたいと思う。

当初は現実味のなかった修士課程への留学

英国に緩和ケア修士課程が存在することを知ったのは、地域緩和ケアの短期研修のために英国シェフィールドを訪問したときのことであった。

同時期に英国で修士課程を修了した先輩が、英国にはさまざまな修士課程が存在することや準備の進め方についてこまごまと教えてくれた。正直、当時の私にとってはそこまで現実味のある話ではなかったが、準備をする過程そのものがためになるかもしれないと思い、下調べを始めてみることにした。

まず、ヨーロッパの修士コースを検索できるFindAMasters(<http://www.findamasters.com/>)などのインターネット検索を利用して自分に合うコースを探し始めた。最初はなんとなく眺めていただけだったが、具体的に調べていくと自分にとって大事な条件が徐々にわかっていくようになった。私の場合は、非がん疾患の緩和ケアや、地域全体の緩和ケア・組織運営についても学ぶ機会があること、できれば小児緩和ケアについても学ぶ機会があることが重要な条件となった。そして最終的に残ったのはCardiff UniversityとKing's College Londonであった。

Cardiffのコースは、世界的にも知名度の高い緩和ケアの通信制修士課程であり、修士号を取得するには3年間学ぶ必要がある。小児緩和ケアのモジュールを重点的に取ることで「小児緩和ケア修士」を取ることもできる。このコースでは、臨床の場に出合ったケースを基に課題に取り組むため、実践と学問的知識をつなげるには最適の方法と思えた。

一方、King's College Londonの緩和ケア修士コースは、1年間のフルタイムか2年間のパートタイムを選択できる。いずれも、2週間の集中科目を計6回受講する必要がある。時間や費用の点から、私は1年間のフルタイムで受講することを念頭に置いたが、台湾からパートタイムで参加している医師もいたので、働きながら2年間でのコース受講も不可能ではない。

この2校については、コース担当者に連絡を取り、在籍している学生のバックグラウンドや、修了率なども確認

●表 King's College London 緩和ケア修士コースのカリキュラム概要

	Module (科目)	
必修	Research Methods and Statistics in Palliative Care 研究手法, 統計の基礎	筆記試験
	Biology & Management of Symptoms in Advanced Disease 疼痛, 便秘など代表的な症状マネジメント, 脳卒中, 心不全, HIVの緩和ケアなど	エッセイ (3000 単語)
	Service Organisation and Policy in Palliative Care ソフト・システムズ方法論, 質評価, チーム理論などについて	筆記試験
	Psychosocial, Cultural, Ethical and Spiritual Issues グリーフ, 倫理, 法律, 文化の違いなど	エッセイ (3000 単語)
選択	Advanced Pain and Symptom Control	エッセイ (5000 単語)
	Service Development and Management ホスピスを運営する立場になったときに必要な知識や考え方を中心に構成	エッセイ (5000 単語)
	Advanced Psychosocial and Spiritual Care	エッセイ (5000 単語)
修士論文	Applying Epidemiology in Palliative Care さまざまな研究手法の研究論文を読み, 批判的吟味をすることの繰り返し。課題は, 与えられた論文の批判的吟味と, 自分だったらどのように研究を行うかを論述する	エッセイ (5000 単語)
	リサーチプロジェクト 質的研究, システマチック・レビュー, セカンダリー・アナリシスを行う学生が多い	1万5000 単語

した。どちらも魅力的で大変迷ったが、英国で生活しながら学ぶことで得られるものも大きいと思ったこと、現代ホスピス運動発祥の地と言われるSt Christopher's Hospiceで学ぶ機会があることに魅力を感じて最終的にはKing's College Londonを選んだ。

英国の大学院に入学するには、IELTS, TOEFL, ケンブリッジ英検のいずれかで、基準スコアへの到達が条件になることが多い。最初から英国への留学がわかっている場合には、IELTSの受験をお勧めする。私は、英語学校のIELTS対策コースや英国大学院留学専門の準備学校に通うことにしたが、さまざまな背景を持つクラスメートと共に学ぶことができたのは大きな収穫だった。

出願の際には、英語のスコアの他に、personal statement(約500単語)や推薦状(1-2通)、大学の成績証明書などを提出する必要がある。該当する資格の証明書の提出が必要となる場合もあり、私は医師免許証の英訳を提出した。ほとんどの大学は書類選考で合否が決まるが、King'sは書類に加えて面接があった。私の場合は電話で面接が行われ、非常に緊張したが、面接官であるコースコーディネーターがコースの内容について説明してくれたときにはワクワクしたことを覚えている。

多少わからなくても仕方ない

King's College LondonのMaster of Science in Palliative Careのカリキュラムの概要は表のとおりである。6回の集中単位(各2週間)を受講し、必修科目のエッセイ2本(3000単語)と

筆記試験2科目、選択科目のエッセイ2本(5000単語)に合格し、修士論文を提出すると修士号授与となる。

始まる前は何かかなるだろうと思っていたが、いざ始めてみると、今まで経験したことのない課題の連続で、最初のころは圧倒されてばかりだった。特に大変だったのは、似たような立場で勉強している仲間がおらず、自分一人で日々のスケジュールや勉強の戦略を考えなければならなかったことだった。コースコーディネーターに掛け合ったり、以前コースに参加した日本人医師を紹介してもらったり、日本の先生方も含めさまざまな人に「突撃相談メール」を何通も送った。そのたびに、見ず知らずの方々から手厚いサポートを受け、今でも感謝してもしきれない。特に担当チューターからは、本当に良い指導を受けることができた。彼女との出会いがなければ私の留学の意味は半減していたと思う。

留学の話になると英語についてよく尋ねられる。最初は講師がブリティッシュアクセントで「palliative care」と言うのも聞き取れず、高い授業料を払っているのに言葉が理由で理解できないのはなんとも悔しかった。しかし、そもそも日本語の授業でも集中力が続かないのだから、多少わからない部分があってもしょうがないと割り切ることにした。そしてわからない単語を一つずつ調べていくこと、繰り返し論文を読むこと、書くこと、人と話すことで徐々に慣れていった。特別な対策というより、頭を使いながら英語に触れる時間を増やすしかないと思う。

私の英語はまだまだ改善の余地があ

るが、英語環境に置かれることで、自分のコミュニケーションスタイルに敏感になったことは思わぬ収穫であった。留学を通して、非ネイティブの私たちが英語で学び、コミュニケーションすることの意義についてよく考えるようになった。

自分の興味を追究する

科目内容について特に印象に残っているのは、地域全体のヘルスケア・ニーズをどのように把握するか、それをどのように地域の緩和ケア計画に役に立てるか、どのようにチームを築いていくか学んだことである。地域や人口全体を見てどのように緩和ケアを計画していくかという視点は今までずっと気になっていたが、緩和ケアの文脈で学ぶ機会はなかったため、「まさにこういうことを知りたかった!」という内容であった。また、ディスカッションを通じて、特に英国のヘルスケア・システム、およびそれに対する現場の臨床家の認識を知ることができたのも大変興味深かった。

リサーチプロジェクトでは、非がん疾患の地域緩和ケアについてのシステマチック・レビューを行った。それまであまり論文を読んだことさなかった私にとってはまさに右往左往の連続で、最後は根性で乗り切ったが、自分の興味のあることをとことん追究することの楽しさも存分に味わえた。学んだことは、何ごとにも完璧な方法はなく、方法や結果そのものよりも、自分がなぜその方法を選び、その結果をどのように解釈したかについて常に自覚的であることの重要さである。

私の場合、留学には漠然とした憧れしか持っておらず、恐る恐る準備を始めてみたら意外と順調に進み、せっかくなので進学することにした、というのが実情である。留学をすると決めるまでにたくさん悩んだが、行ってしまえば「やるかどうか」ではなく「どのようにしてやるか」に悩みが変わり、後者のほうが気持ちのよい悩みであることを痛感した。

留学を通して、自分の世界が広がっていく感覚は今までに経験したことのないもので、まさに人生にもう一つ新しいドアが用意されたと感じている。一方で、このドアの後に続く世界をどのようなものにしていくかは、これからの自分の働き方にあることも痛感している。

駆け足で全体像を俯瞰したが、以前の私のように留学してみたいけれどどうしたらいいのかと思っている方に少しでもこの記事が役に立てばと思う。

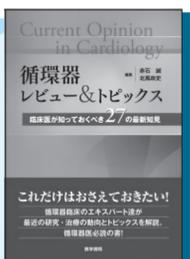
●略歴/2004年横浜市大医学部卒。亀田総合病院にて初期研修後、亀田ファミリークリニック家庭医診療科後期研修医、聖路加国際病院緩和ケア科、生協浮間診療所在宅フェローを経て、13年にKing's College LondonにてMaster of Science in Palliative Careを取得。慈恵医大を経て、14年10月よりエディンバラ大へ進学。

循環器臨床のエキスパート達が最近の研究・治療の動向とトピックスを解説!

循環器 レビュー&トピックス 臨床医が知っておくべき27の最新知見

循環器領域のさまざまなテーマについて、それぞれの分野のエキスパート達が最近の研究・治療の動向を臨床医にわかりやすく解説するとともに、そのテーマにおけるトピックスをピックアップして解説する。情報をただ並列に並べるのではなく、重み付けと価値判断をしながら、現時点での位置付けを明確にしている。循環器専門医だけでなく、専門医を目指す医師・研修医にとっても必読の書。

編集 赤石 誠
北里大学北里研究所病院・副院長/循環器内科・部長
北風政史
国立循環器病センター臨床研究部・心臓血管内科・部長

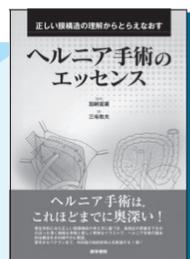


臨床解剖学に基づいた精緻な考察と明快なイラストで、ヘルニア手術を解きほぐす

正しい膜構造の理解からとらえなおす ヘルニア手術のエッセンス

外科医にとって必修とされるヘルニア手術は、基本的な手術だからこそ奥が深い。本書では、発生学に基づいた正しい膜構造の理解をベースに、術式の原典までさかのぼり、ヘルニア手術を深く精緻に考察していく。用語の定義・臨床解剖から各部位別の手術手技まで、美しく明快なイラストとともに懇切丁寧に解説した手術アトラスであり、読者の知的好奇心を刺激する。若手はもちろん、ベテラン外科医にも新たな気づきを与えてくれる1冊。

監修 加納宣康
亀田総合病院 副院長、外科顧問、内視鏡下手術センター長
著 三毛牧夫
亀田総合病院 外科部長



人の生活の数だけ、作業療法の形がある

interview 齋藤 佑樹氏 (学校法人こおりやま東都学園郡山健康科学専門学校作業療法学科専任教員) に聞く

今や国内の作業療法士有資格者数は6万5935人(2014年5月1日現在)を数え、大きく発展してきたと言える日本の作業療法。現在、日本作業療法士協会では「生活行為向上マネジメント」を推進するなど、これまで以上にクライアントにとって意味のある・したい行為を支援するための提案を積極的に行っている。そうした中、最近では自己の専門性に悩む作業療法士も多いという。では、どうすれば作業療法のアイデンティティである「作業」に焦点を当てた実践を行えるようになるのか。クライアントの健康に寄与していくために求められる作業療法士としての姿勢を、「作業で語る事例報告——作業療法レジメの書きかた・考えかた」(医学書院)の編者である齋藤佑樹氏に聞いた。

——リハビリは身体機能回復の訓練をするイメージが一般的にあります。作業とはどのようなものなのでしょうか。

齋藤 作業療法における作業とは、ADLや仕事、趣味など、人が生活の中で意味を持って行う全ての活動を指しています。身体に障害を抱えながらもイキイキと生活している人がいる一方で、身体に問題がなくても、仕事や役割、楽しみを持って不満足な生活をしている人もいますよね。人の健康とは、単に病気が障害がない状態を指すのではなく、人が「したいこと」や「しなければならないこと」、「することを期待されていること」を満足にできる状態だと思います。

したがって作業療法士は、障害だけではなく、人が日常生活の中で意味や価値を見いだしている作業に焦点を当て、その実現に向けて、身体面、心理面、環境面など、さまざまな角度から支援を行っていきます。

——生活にかかわるとなると、活躍の場は多岐にわたりそうですね。

齋藤 現在は病院に所属している作業療法士が圧倒的に多いです。ただ、僕らの支援の特性を考えると、クライアントが実際に生活している地域での活動が一番理想的な支援ができるはずなので、今後は地域で活躍する作業療法士がもっと増えるといいなと思います。実際に日本作業療法士協会も、地域で活躍する作業療法士を増やす取り組みを続けています。

——地域に出るために、どのような取り組みが必要と考えていますか。

齋藤 世間での作業療法の認知度はまだまだ低いのが現状です。今後は、僕らが地域で作業療法を行うことでクライアントにどんな効果があり、生活がどう変わっていくのかということをもっと知ってもらおう努力をしていかなければなりません。

クライアントへの説明が、目標に向けた協働への第一歩

——回復期リハビリ病棟に勤めていた当時、作業療法を行う上で気をつけていたことはありますか。

齋藤 僕はあえて病棟では評価を行わずに、まずはクライアントを作業療法

室にお連れして、他のクライアントの様子を見学してもらっていました。ADL訓練をしている人、漬け物を漬けている人、編み物をしている人、俳句を書いている人、作業療法室には本当にさまざまな作業を行っているクライアントがいるんですよ。言葉だけで説明するよりも、実際に様子を見ていただく「作業療法ってこんなことをしているのか」と納得してもらえらるので、目標に向けて協働するための関係性構築がスムーズになります。

——もし説明を行わずに作業を始めた場合、何が問題になりますか。

齋藤 他のサービス業に置き換えてみると、わかりやすいかもしれません。作業療法では、どのようなサービスが受けられるか知らないお客さんと、お客さんが何を望んでいるかを把握していない販売者が出会っている状態と言えいいでしょうか。これでは、お互いが同じ方向に進んでいくことは困難です。

——それは確かに難しいですね。

齋藤 もちろん時期や領域にもよりますが、初めに説明と面接を行わないと、悪いところをただ“点検”するだけになってしまい、今行っている練習の目的をクライアントが理解しないまま作業療法が進んでしまう、といった事態が起こり得ます。だからこそ面接をしっかりして、これから行う作業療法の目的を共有する必要があると思っています。

——目的を共有できると、成果も変わってきますか。

齋藤 もちろんです。リハビリは「何時間やればよくなる」というものではなく、クライアント自身がどんな目的を持って、どんな気持ちで取り組んだかが大切になります。クライアントに主体性を持ってもらうためにも、まずは説明と面接から始めるのが理想だと思います。

“やってあげる”仕事ではない

——クライアントの主体性を引き出すにはどうしたらよいのでしょうか。

齋藤 これをすればクライアントが変わるといった決まった答えはありません。ですが、心や身体、環境などを含

めた総合的なリーズニングをきちんと行い、クライアントが目志向的になれるような目標や課題を設定することが大切だと思います。僕たちの手を離れてからが、本当の意味での生活のスタートです。“やってあげる”支援だけでは、表面的には能力が向上したように見えても、そこに主体性が伴っていないという状態に陥る可能性があります。

——そうすると、自宅や施設に戻った途端、作業をやめてしまう場合もあるのではないですか。

齋藤 その通りです。だからこそ僕たちは、単に退院時能力を目標に支援を行うのではなく、退院後に、クライアントが自らの力で生活をより良く変えていけるような支援を入院中から心掛ける必要があります。つまり、単に最大能力が向上するだけでは不十分で、クライアントが障害のある「新しい身体」で、自分の大切な作業を遂行しながら生活できるという体験や解釈の蓄積が大切だと思っています。

——その体験が、その後の生活での作業の実践につながるわけですね。

齋藤 極端なことを言えば、「先生と一緒に練習しているときよりも、退院してからの方が良くなったよ」と言われるのが一番うれしいです。逆に、「先生と練習していたときは楽しかった」と言われるのが一番ショックですね。退院後のクライアントの生活を考えるのであれば、「もういなくても大丈夫」と言われることが自分の支援の成果だと思えないといけません。

良い事例を通して自分なりの型を作り出す

——ここまで話してきたような作業療法を実践するために、学生には何が必要になりますか。

齋藤 学生には良い事例報告にたくさん触れてほしいと思っています。——事例報告ですか？

齋藤 事例報告というのは疾患や症状だけに焦点を当ててではなく、クライアントと僕たちとの協働の過程が記されているものです。臨床現場では、これまでに学んださまざまな知識を統合して、実践に応用していかなくてはいけないのですが、学生は学んだ知識を散在する形でしか持っていません。そこで大切になるのが、事例を通した学習だと思っています。

——事例を知れば、知識を実践に活かせるということでしょうか。

齋藤 ええ。作業療法における実践の型は事例報告に凝縮されています。もちろん事例だけで全てを学べるわけではないので、ベースとなる知識や経験



●齋藤佑樹氏

2000年青翔学園静岡医療科学専門学校作業療法学科卒。同年太田総合病院附属太田熱海病院勤務。14年より現職。13年より帝京平成大学院環境情報学研究所(通信制)前期博士課程に在籍中。NPO法人ADOC project副理事長、福島県作業科学研究会会長を務める。臨床現場からの積極的な意見の発信をめざして、13年に日本臨床作業療法学会を設立し副会長に就任。来年2月には第2回学術集会在沖繩にて開催される。

は欠かせませんが、最初に事例を通して基本となる型をきちんと身につけることで、その後自分なりの型を作り出していくことができる。作業療法に限らず、どんなことでも最初はまねから始まると思うので、臨床経験の少ない学生や若い作業療法士にこそ良い事例報告に触れてもらいたいです。

——知識を得て、それを統合して……となると、自分なりの型を見つけるまでには少し時間がかかりそうですね。

齋藤 作業療法は面白さがわかるまでにタイムラグがある仕事なのかなと思います。扱う内容もどこか一貫性がないように見えるし、経験を積まないとつかみどころがないと感じるのも当然かもしれません。大変ではありますが、楽しさがわかるようになると本当にやりがいのある仕事なので、途中で諦めずにぜひ続けてほしいですね。

——大変さを乗り越えた先の楽しさは、どのようなところにありますか。

齋藤 試行錯誤しながらクライアントと一緒に成長できるところでしょうか。仕事の内容がクライアントによって決まるので、毎回自分の中の引き出しが一つ増えていくような気がします。何年やっても、新しいクライアントが来たときに今までの経験がまるで役に立たないこともあるんです。クライアントの生活の形の数だけ、作業療法の形がある。常に新鮮な気持ちで臨むことができる作業療法の仕事を、皆さんにも大好きになってほしいですね。

——ありがとうございました。(了)

事例報告はセラピストの思考を体系化し、臨床家としての「型」を作る

作業で語る事例報告 作業療法レジメの書きかた・考えかた

一人前の作業療法士になる成長過程において、作業に焦点を当てた実践の型を身につけることは非常に大切である。その実践における型が凝縮されているのが「事例報告」といえる。本書では、作業に焦点を当てた実践を行うために必要な基礎知識、また代表的理論や評価法、治療手技を紹介した後に、クライアントとの協働から生まれた良質な31の事例報告を掲載している。作業療法の楽しさがわかる全項目見開き完結型の事例報告指南書。

編集

齋藤佑樹

こおりやま東都学園郡山健康科学専門学校作業療法学科・専任教員

編集協力

友利幸之介

神奈川県立保健福祉大学リハビリテーション学科作業療法専攻・准教授

上江洲聖

日赤安齋福祉施設・作業療法士

澤田辰徳

イムス板橋リハビリテーション病院リハビリテーション科・技士長



キールホフナー博士の代表作『作業療法の理論』の改訂第4版が待望の邦訳化

作業療法実践の理論 原書第4版

Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice, 4/e

本書は、作業療法理論の歴史的発展から、今日での有効性までを検証した1冊として版を重ねている。今回の改訂では、理論は実践のなかにこそあるべきだという観点から「実践」の書として生まれ変わった。各国の作業療法士による豊富な事例を通して「作業」の深淵にせまる本書は、まさに全世界の作業療法士にとって必携のテキストと言えるだろう。

著

ギャーリー・キールホフナー

監訳

山田 孝

目白大学大学院リハビリテーション学研究所教授

石井良和

首都大学東京大学院人間健康科学研究科教授

竹原 敦

湘南医療大学設立準備室

野藤弘幸

常葉大学保健医療学部准教授

村田和香

北海道大学大学院保健科学研究科教授

山田 孝

目白大学大学院リハビリテーション学研究所教授



Medical Library

書評・新刊案内

《神経心理学コレクション》 ジャクソンの神経心理学

山鳥重●著
山鳥重, 河村満, 池田学●シリーズ編集

A5・頁224
定価:本体3,400円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01977-4

評者 松田実
東北大学院准教授・高次機能障害学

私が神経心理学を志したのは、ほぼ同じ時期に出版された山鳥重先生の著作『神経心理学入門』と『脳からみた心』を読んだからである。そのころ、私は大学院で試験管を振って脳卒中患者の脂質代謝異常の研究をしていた。神経心理学や失語症といった領域には以前から興味があり惹き付けられてはいたのだが、その難解さゆえに自分などはとうてい手が付けられない分野だと考えていた。しかし、山鳥先生の2冊の本によって、私の中にくすぶり続けていた神経心理学への思いや興味が一挙に噴き出した気がする。「こんなに面白い分野があるのか」「難解なことをこんなにわかりやすい言葉で説明できるものなのか」と感激し、何度も読み返したのを記憶している。

そのころの私の教室には神経心理学に興味を持つ人はおらず、学問領域としても認められていない雰囲気であった。私は神経心理学的徴候を持つ患者さんを診察できる機会の多い病院に赴任させていただき、学会にもできるだけ何とか演題発表を工面して参加し、学会での山鳥先生の言葉を聞き逃さないようにと必死であった。山鳥先生のおられる病院に押し掛けてカンファレンスに参加させていただき直接の教えを受けることもあった。山鳥先生の発する言葉はいつも適切で簡明でわかりやすく、聞いているものを納得させ感心させる内容であった。山鳥先生に「どのようにして、この分野に取り組んだらよいのでしょうか」と質問したことがある。先生は「これまでの理論にこだわらず自分で自由に考えて新しい発見をしてください。しかし、多くの人の考えを学ぶことは大切なので文献をよく読む必要があります」と言われた。そして、先生がいつも薦めておられた著者の一人が Jackson であった。

そのときから、私は時々 Jackson の著作に挑戦してははね返されてきた。山鳥先生は難解ではないと言われる

偉大な神経学者の「合作」 ——ジャクソンの解説を通じた著者の語り



が、私にとってはすこぶる難解であった。同じような言葉や内容が何度も出てくるし、「こんなに読みづらい文献はない」と一つの論文の途中で諦めてしまうことも多かった。しかし、何とか読み進めた場合には、Jackson の臨床観察の鋭さにも感嘆させられた。

そして今回、山鳥先生が『ジャクソンの神経心理学』を書き上げられた。待望の書である。難解な Jackson が見事にまとめあげられている。これまでも Jackson についての著作はあったが、これほどまでに踏み込んだ解説書はなかった。Jackson が論じたテーマを

主要な10章に分け、それぞれの章で Jackson の基本的な考えを紹介するだけでなく、それがいかに後世の思想家や臨床家に影響を与えたかも解説している。各章の最後にある「後世への影響」の項を読むと、山鳥先生の幅広い学識に再び驚かされると同時に、現在に通じる「Jackson」と「山鳥」の深い思考に触れることができるのである。この本を読んでから、Jackson の原著のうち今までに読んだことのある言語症状の項を再読してみたが、自分の理解が数段上がっていると感じた。

私のようなものが論評するのははばかられるが、Jackson の理論や思考の特徴は物語性であると思う。そして、それは山鳥先生の論文にも同じことが言えるのではないだろうか。山鳥先生の科学論文をまるで物語を読むように引き込まれて読んだ経験のある人は多いはずである。そして、『ジャクソンの神経心理学』は Jackson の解説という形式をとった山鳥先生の語りでもある。二人の偉大な神経学者の合作が誕生したと言ってもよいかもしれない。「英国神経学の父」と呼ばれる Jackson の言葉を借りて、私にとっては(いや、おそらく多くの人にとっては)「神経心理学の父」と呼ぶべき山鳥先生が語っているのである。

ぜひ、一読をととは言わず、熟読をお薦めする次第である。

整形外科レジデントマニュアル

田中 栄, 中村 耕三●編
河野 博隆, 中川 匠, 三浦 俊樹●編集協力

B6変型・頁400
定価:本体4,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01935-4

評者 松田秀一
京大大学院教授・整形外科学

非常に完成度の高いマニュアルである。整形外科医としては常に最低限の知識を持ち合わせておく必要があるが、レジデントはもちろんまだ知識が十分ではない。したがってすぐに手で調べる必要性が生じたときには、白衣のポケットに入る程度のコンパクトな本が役に立つ。本書はできるだけかさばらないようにページの途中からも新たな単元が始まっているが、見やすい見出しが立てられてあり、とてもわかりやすい構成になっている。また、図、写真が多く、経験の少ない医師にとっても、理解がしやすいように工夫されている。編集を担当された田中栄先生、中村耕三先生および東大整形外科教室の先生方には大変なご苦労があったと思う。まずこのご努力に深く敬意を表したい。

総論では、研修医がまず戸惑う手術機器の名称にはじまり、カンファレンスの心構えや文献検索法などについても触れてあり、かゆいところに手が届く内容になっている。章によっては、

かゆいところに手が届く 工夫に満ちたレジデント必携書



X線の撮像法についてまで詳しく書かれている。技師がいない状況でX線を撮像するということまで配慮されていると思うと恐れ入る。もちろん、

理学所見の取り方、画像診断、初期治療についても簡潔に記されているし、何より重要するのは、重要な分類や staging などがしっかりと記載されていることである。急患を専門医に相談や紹介するときに、骨折の分類を聞かれて戸惑ったことのある医師は私だけではないであろう。画像も送れない状況においては、共通の言葉で話さないと状況が伝わらない。いつも全ての教科書が手元にあるわけではないので、本書さえあれば整形外科の研修が始まって間もない医師でも状況をうまく翻訳することが可能になるだろう。

あまりにも良くできているがために、これだけで勉強が終わってしまわないか若干心配ではあるものの、レジデントの皆様にもぜひとも購入をお薦めしたい。

臨床医のための小児精神医療入門

日本精神神経学会 小児精神医療委員会●監修
齊藤 万比古, 小平 雅基●編

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

評者 大森 哲郎
徳島大学院教授・精神医学

一般の精神科医にもある程度の子どもの精神医学の素養と経験は必要である。大人を診ていても症状発現が発達期にさかのぼることや前駆症状が児童

期にあることはまれではないし、一般精神科外来で10歳代の子どもを診察する機会はよく

ある。にもかかわらず、子どもの精神科診療を学べる研修施設は必ずしも多くはない。学ぶ機会を求めている、あるいはもう少し専門性を高めたいと願っている研修医は各地にたくさんいるに違いない。

編者らはそのような研修医を集めて、国府台病院において2部構成計4日間にわたる充実した研修コースを開催していた。各項目原則30分のコンパクトな系統講義が基本単位であったという。ここで講師を務めた方々がそのまま本書の執筆者となっているとのことである。簡にして要を得た内容となったのは当然である。

若手精神科医に最適な 研修ガイドライン的テキスト

本書の成立にはもう一つ別の経緯がある。編者らを含む日本精神神経学会の小児精神医療委員会が、子どもの心の診療に関する研修目標を、専門医取得をめざす若手精神科医に向けて明確に提示する作業を託されたのである。これを受けて

編集されたのが本書なのである。何をどこまで学ぶべきかを明示した研修ガイドライン的な特徴を持つテキストとなったのも当然の成り行きである。

本書の構成は、総論は発達や母子関係など5項目にとどめ、各論に45項目を費やす。45項目は、「各病態」として自閉症スペクトラム障害など16項目、「特有の問題」として子ども虐待など4項目、「諸検査」として心理検査・認知機能検査など3項目、「ケース・フォーミュレーション」として1項目、「治療介入技法」として家族療法など15項目、「今後期待される介入技法」としてアウトリーチなど2項目

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



B5 頁160 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01971-2]

医学書院

その方法で大丈夫? 鎮静の安全基準を問い直す

新刊 鎮静法ハンドブック

中等度・深鎮静の安全な管理のために

Moderate and Deep Sedation in Clinical Practice, 1st Edition

鎮静薬の薬理学はもちろん、鎮静の歴史、患者評価法、滴定投与方法、予期せぬ深い鎮静からの回復法などが、この1冊で包括的に学べる。検査や治療のために手術室以外の場所(外来や各種検査室、救急部、歯科医院など)で行われる処置に際しての鎮静法を広くカバーしており、集中治療医、救急医、歯科医、鎮静下の患者の管理に携わる看護師など、麻酔科医以外の関係スタッフも共通して覚えておくべき知識が得られる。各施設の鎮静法の管理責任者にとっても、スタッフの教育プログラムを構築するうえで欠かせない情報を満載した必携ガイド。

監訳: 飯島毅彦
昭和大学歯学部 全身管理歯科学講座
歯科麻酔科学部門 教授

上農喜朗
紀南病院 麻酔科 診療部長 同大学画像センター長

定価:本体4,700円+税
菊版 368頁 図24・写真16
2014年 ISBN978-4-89592-777-2

MEDI 医療・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.medi.co.jp
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medi.co.jp

医療ビッグデータの活用に向けて

これまで集積されてきた、医療行為や健康状態に関する膨大なデータ＝「医療ビッグデータ」を分析し、医療費削減や健康課題の解決に利用する動きが活発化している。厚労省も今年度から、全ての健康保険組合などが「データヘルス計画」を策定し、レセプトや特定健診等のデータを利用してより費用対効果の高い保険事業を展開するよう求めるなど、データの活用を国を挙げて推進する。第52回日本医療・



●シンポジウムの模様

◆ビッグデータがかなえる、医療の質向上

医療機能の分化・連携を推進すべく、今年度から始まる病床機能報告制度とそれに基づく地域医療ビジョン策定。ここに活用が期待されるのが、急性期の入院医療を対象とするDPCデータと、全医療領域をカバーするレセプト情報・特定健診等情報データベース(ナショナルデータベース; NDB)だ。取り組みに携わる藤森研司氏(東北大学大学院)は「レセプトはDPCと比べ主たる傷病名の特定が難しいこと、患者所在地等の情報の欠如などの課題はあるものの、電子化率も96%を超えており、活用すれば日本の医療の現状をほぼ把握可能」と、その悉皆性を高く評価。両データベースの活用で、急性期から回復期までの必要病床数を的確に推計、実効性の高い地域医療計画を作りたいと意気込んだ。

猪飼宏氏(京大大学院)は、医療の質向上へのビッグデータの活用を検討した。氏は、DPCデータから患者別原価や診療領域ごとの利益率が算定でき、コストダウンに資すること、レセプトデータの分析により、医療資源の集約による質の向上と、医療へのアクセスの公平性とを両立させるシミュレーションが行えることなどを例示。また、臨床指標の多施設間での比較・公表、医療政策の導入効果の測定などもビッグデータ解析により可能となり、医療の質改善につながると主張した。その上で、現場の医療者や国民がそうしたデータのもたらすメリットを実感することが、国を挙げたデータベースの整備・充実には不可欠と結んだ。

伊藤弘人氏(国立精神・神経医療研究センター)は、精神医療分野におけるビッグデータの活用例を紹介。昨年、NDBを用いた大規模処方調査により、統合失調症に対する向精神薬の多剤大量処方の実態が明らかになった[奥村泰之, 他. 臨床精神薬理. 2013; 16(8): 1201-15]。この結果は一般メディアでも大きく報道され、本年度からの診療報酬改定に多剤処方制限が追加される原動力となったという。氏は、今後は非精神科領域における身体疾患と精神疾患の関連や、向精神薬の副作用等の臨床疑問を研究ターゲットにすべきとし、コホートデータベース構築の必要性に言及した。

本年より本格稼働した国保データベース(KDB)を概説したのは今井博久氏(国立保健医療科学院)。KDBは、国保連合会が管理する給付情報などから「統計情報」と「個人の健康に関するデータ」を提供するもので、従来保健師らが手作業で行っていたデータ作成を効率化、地域の現状を把握し「健康づくり」を支援するのが目的だ。健診・医療・介護の情報が結び付いており、細分化された帳票で個人の履歴から地域医療の全体像まで把握可能な上、1クリックで種々のデータを表示できる利便性も備える。氏は、これら保健医療ビッグデータの活用には、明確な目的を持った解析と、解析結果に基づいた予防的介入の実行が肝要と指摘。データヘルス計画が始まる本年から来年を「医療ビッグデータ時代の幕開け」と称し、研究・実践の進展に期待を寄せた。

目、「病院以外での診療」として児童相談所など4項目に分かれている。

各項目の様式は全て統一され、「要約」「理解へのチェックリスト」「自由ノート」「達成目標」の順であり、末尾には引用文献と推薦図書が挙げられている。解離性障害・転換性障害を例にとると、「理解へのチェックリスト」は、「『解離』という心的機制を簡単に説明できる」から始まり「背景に不適切な養育環境などが存在する場合には、必要に応じて関係機関と連携することができる」までの難易度順に16のチェック項目がある。「達成目標」は、10数行の記述を評者が要約すると、初級では、概念が理解できているが診断には上級医師との相談が必要な段階であり、上級となると、複雑化した症例の治療経験も積み、外傷体験に焦点化した治療も学んでいるが、外傷体験を取り扱わない治療的意義も理解し、必要な場合には児童相談所や福祉事務

所とも連携をとることができる、というような具合である。編者のまえがきによれば、「上級は児童精神科を専門分野として臨床活動に取り組んでいる医師の平均的理解度の水準を示している」から相当に高いレベルである。

若手医師は、本書をひもとくことによって、小児の精神医療に関して研修すべき課題を把握し、理解度の現状を点検し、研修の進み具合を知ることができることは間違いなく。編集の意図は見事に実現されているのである。

それなりの年季を積んだ精神科医にもお薦めできる。評者は、「理解へのチェックリスト」と「達成目標」をチェックしていったら、しばしば中級にも至らないわが到達地点のあまりの低さに青ざめた。あとがきの「全領域で“上級”の水準を満たしている」と確信できる医師はほとんどいない」という編者の深慮の言葉にちょっとほっとした次第である。



在宅医療モノ語り 第54話

鶴岡優子 じんかめ診療所

語り手 ひっそり隠れたお気に入り 美容クリームさん

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だ。往診靴の中、往診車の中、患者さんの家の中、部屋の中……在宅医療にかかわる道具(モノ)を見つめていると、道具も何かを語っているようだ。今回の主役は「美容クリーム」さん。さあ、何と語っているのだろうか？



美しさの追求は万国共通
ところかわって、オランダの在宅ケア組織「Buurtzorg」。ナースの後ろをついていくと、患者さん宅の洗面台はお好みのコスメが勢ぞろい。サポートが必要だからといって、好みや自分のやり方を我慢しなくてよいのかも。

在宅医療を利用する患者

さんの男女比は、全国的にはどうなっているのでしょうか？ ある診療所では男性がわずかに多いようですが、女性のほうが長生きだからといって在宅医療になるとは限らないということですね。夫を見送って、自分の番になったら誰も見てくれる人がいない。周りでもよく聞く話です。

あっ、すみません。話題がそれました。はい、私はある方の美容クリームです。主人は80歳をとうに超えたご婦人ですが、大変きめ細やかな肌と心の持ち主です。10年以上前に夫をご自宅で見取り、今は息子さん宅に同居されています。私との付き合いはもう長く、40年以上になるのでしょうか？ その間、どんどん新しい商品が世の中に出ましたが、浮気は一度もありません。私も大変誇らしく思っていました。

主人ががんと診断されたその時も、私はそばにいました。主人はお腹の痛みをきっかけに精密検査を勧められて入院。検査の結果、がんが全身に転移し、手術や抗がん剤の治療はできない状況でした。その晩も、主人は語りかけるようにして私を手に取り、ゆっくりと自分の顔に伸ばしていききました。私も精一杯シワの間に染み込んでいきました。

退院が決まり、訪問診療を担当する医師があいさつに来ました。在宅療養に関して不安はないかと尋ねますが、主人は「不安は何もありません。よろしくお願ひします」と答えるだけ。不安がないなんてことはないだろうと思いましたが、でもその夜も確かに顔に不安の色はなく、いつもと変わらぬ柔らかなお肌。「私は家に帰れるだけで本当に幸せ」。そんなつぶやきを一言、漏らしました。

訪問診療が始まって2か月が経ち、主人は食事も水分も思うようには摂れなくなり、お肌も少し調子が悪いようです。主人は洗顔に関して特にこだわりがあって、顔にはお湯を使わない、水でバシャバシャと洗うのがお決まり。洗面所に立てなくなった今、それができないのはとても残念そうでした。そんな主人に代わって、家に訪れるいろんな職種の方が身の周りの世話をしてくれています。濡れたタオルをチンして温め、体を拭いていただくこともありました。「お顔もどうぞ」。暖かいタオルが手渡され、主人はお礼を言いました。本当は冷たいタオルのほうがいいのか？ 私の出番かな？ ソワソワして待っていましたが、主人はでんと構え、一向に私を使うそぶりを見せません。皆がいなくなった後、ようやく私が取り出されるのでした。

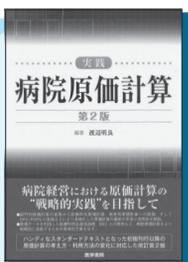
ある日のこと、ベッドのテーブルの上に置きっぱなしになっている私に気付いた人がいました。「あっ、これ、ウチのおばあちゃんも愛用していました」。この専門職は少しなれなく、私を手にとって話し掛けてきました。「いつから使っておられるんですか？」「もう長いですよ」「だから肌がおきれいなんですね」。主人もなんだかうれしそう。このまま話が膨らむことを期待しましたが、これですぐおしまい。「顔は冷たいタオルで、仕上げはワタクシ美容クリームをたっぷり！」。主人好みのやり方を伝えたいと思いましたが、私から声を掛けるなんてできませんでした。主人はいつものように皆が帰った後で私を塗り、あと何回使えるのかしら、この瓶で足りるのかしら、と私をのぞき込んでいました。

病院経営における原価計算の“戦略的実践”を目指して

実践 病院原価計算 第2版

わが国における病院原価計算の地歩を開いた初版の刊行以降も、病院経営環境の変化はさらに激しさを増すとともに、原価計算に対する考え方や利用方法も変化を遂げている。今版では、原価計算の手法を最新のものに修正したうえで、DPCの導入により特に重要となる疾病別原価計算の手法について、さらにBSCとの関係や部門予算制への展開など、病院原価計算をより戦略的に活用するための方法についても解説した。

編著 渡辺明良
聖路加国際大学常任理事・法人事務局長



肺HRCTのバイオニアが贈る、珠玉の“HRCT Lite”

肺HRCTエッセンシャルズ

読影の基本と鑑別診断

Fundamentals of High-Resolution Lung CT

▶HRCTによるびまん性肺疾患の読影の基本と鑑別診断を解説した実践的入門書。前半部で基本的な肺HRCT所見を、後半部では日常診療でよく遭遇する各種病態の所見を提示。600に及び写真を掲載し、現場で役立つクリニカル・パターンの記載。簡潔・明快さを追求し、フルカラーでわかりやすく解説する。放射線科医、呼吸器内科医のみならず、HRCT読影に携わる一般内科医に広く有用。

訳: 高橋雅士 友仁山崎病院 病院長

肺HRCTエッセンシャルズ

読影の基本と鑑別診断

Fundamentals of High-Resolution Lung CT

定価: 本体7,400円+税
B5 頁308 図6・写真597 フルカラー 2014年
ISBN978-4-89592-786-4

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

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

レジデントにお勧めの書籍(新刊を中心に)

内科診療 ストロング・エビデンス

谷口俊文

新進気鋭の米国内科専門医が、コモン・ディゼーズの標準治療と、その根拠を支える重要な臨床研究を紹介する。米国流内科診療アプローチの真髓がここに!

●A5 頁340 2014年 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-01779-4]



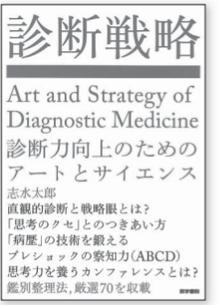
診断戦略

診断力向上のためのアートとサイエンス

志水太郎

診断とはどのような思考プロセスで成り立っているか、何が診断を曇らせるか、どのように養えば良いかを提案する。臨床ですぐに役立つ「鑑別整理集」も収載。

●A5 頁288 2014年 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-01897-5]



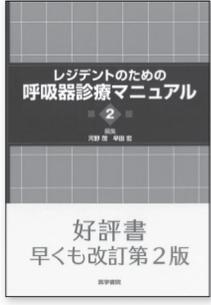
レジデントのための呼吸器診療マニュアル

編集 河野 茂・早田 宏

第2版

呼吸器内科専修医のニーズに応える診療マニュアル。疾患・症状のマネジメント、他科との診療連携、検査、治療が網羅され、診療の流れと知りたいことが一目でわかる。

●A5 頁404 2014年 定価:本体4,700円+税 [ISBN978-4-260-01865-4]

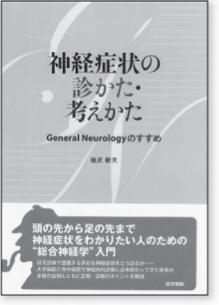


神経症状の診かた・考えかた General Neurologyのすすめ

福武敏夫

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? 患者の主訴を軸とした構成で、神経診察のポイントを解説。頭の前から足の先まで神経症状がわかる“総合神経学”入門。

●B5 頁360 2014年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01941-5]



血液病 レジデントマニュアル 第2版

神田善伸

広く一般内科医に向けて、決して容易ではない血液疾患の臨床についてわかりやすくまとめた。日本血液学会(編集)造血器腫瘍診療ガイドラインをはじめ最新情報を網羅。

●B6変型 頁456 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01903-3]

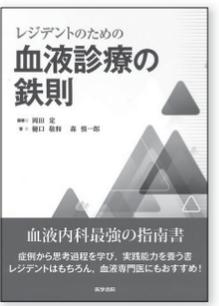


レジデントのための血液診療の鉄則

編著 岡田 定/著 樋口敬和・森 慎一郎

血液内科で頻度の高い疾患、緊急度の高い症候と疾患を、症例ベースで解説する。血液専門研修医がまずおさえておくべき診断・治療・患者管理の“鉄則”をマスターできる。

●B5 頁336 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01966-8]



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

透析を専門としない医師に向け、血液透析の基本的知識と血液透析患者のマネジメント方法を実践的にわかりやすく解説した好評書の改訂版。

●A5 頁216 2014年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-01976-7]



消化器外科 レジデントマニュアル 第3版

監修 小西文雄/編集 力山敏樹

消化器外科疾患の診断・治療に関する解説はもとより、術前検査、抗菌薬投与、周術期管理、緩和ケア等、現場で必要とされる知識をコンパクトにまとめた実践的なマニュアル。

●B6変型 頁336 2014年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-01964-4]



整形外科 レジデントマニュアル

編集 田中 栄・中村耕三 編集協力 河野博隆・中川 匠・三浦俊樹

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。また、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。

●B6変型 頁400 2014年 定価:本体4,500円+税 [ISBN978-4-260-01935-4]



研修医のための整形外科診療「これだけは!」 第2版

編集 高橋正明

初版のコンセプト「重大な見逃しなく、かつ要領よく」はそのままだ、日本整形外科学会の各ガイドラインの内容を新たに盛り込み、時間がない研修医をさらに強力サポート!

●B5 頁224 2014年 定価:本体5,600円+税 [ISBN978-4-260-01949-1]



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

ジャクソンの神経心理学



山鳥 重 前・東北大学大学院教授 「ジャクソンてんかん」などにその名を残し、英国では神経学の父とされるジョン・ヒューリングス・ジャクソン。中枢神経の“進化”と“解体”をキーワードに神経症候の表れかたを分析するという独特な彼の視点は、机上の空論ではなく臨床医としての確かな経験に立脚したものであった。没後百年後も色褪せることなく、現代の臨床家にとっても示唆に富むであろうジャクソンの思考を、本邦を代表する神経心理学者がひも解く。 ●A5 頁224 2014年 3,400円 [ISBN978-4-260-01977-4]

音楽の神経心理学

緑川 晶 中央大学文学部教授 ●A5 頁168 2013年 2,800円 [ISBN978-4-260-01527-1]

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 中島雅士 昭和大学准教授・神経内科 ●A5 頁152 2011年 5,200円 [ISBN978-4-260-01065-8]

- >> シリーズ LINE UP >> アクション 丹治 順・山鳥 重・河村 満 ●A5 頁184 2011年 3,400円 [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 ●A5 頁208 2011年 3,400円 [ISBN978-4-260-01404-5] 心はどこまで脳なのだろうか 兼本浩祐 ●A5 頁212 2011年 3,400円 [ISBN978-4-260-01330-7] 病理から見た神経心理学 石原健司・塩田純一 ●A5 頁248 2011年 3,800円 [ISBN978-4-260-01324-6] 脳を縮く 歴史でみる認知神経科学 訳=河村 満 ●A5 頁432 2010年 4,800円 [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 2,800円 [ISBN978-4-260-00829-7] レビー小体型認知症の臨床 小坂憲司・池田 学 ●A5 頁192 2010年 3,400円 [ISBN978-4-260-01022-1] 失われた空間 石合純夫 ●A5 頁256 2009年 3,000円 [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 3,000円 [ISBN978-4-260-00915-7] 街を歩く神経心理学 高橋伸佳 ●A5 頁200 2009年 3,000円 [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 3,500円 [ISBN978-4-260-00635-4] 失行 [DVD付] 河村 満・山鳥 重・田邊敬貴 ●A5 頁152 2008年 5,000円 [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 3,800円 [ISBN978-4-260-00335-3] トーク 認知症 臨床と病理 小坂憲司・田邊敬貴 ●A5 頁224 2007年 3,500円 [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 3,800円 [ISBN978-4-260-00078-9] 手 訳=岡本 保 ●A5 頁272 2005年 3,600円 [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 2,800円 [ISBN978-4-260-11895-8] Homo faber 道具を使うサル 入来篤史 ●A5 頁236 2004年 3,000円 [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 4,300円 [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 3,000円 [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 5,200円 [ISBN978-4-260-11876-7] 記憶の神経心理学 山鳥 重 ●A5 頁224 2002年 2,600円 [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 4,000円 [ISBN978-4-260-11862-0] タッチ 岩村吉晃 ●A5 頁296 2001年 3,500円 [ISBN978-4-260-11855-2] 痴呆の症候学 田邊敬貴 [ハイブリッドCD-ROM付] ●A5 頁116 2000年 4,300円 [ISBN978-4-260-11848-4] 神経心理学の挑戦 山鳥 重・河村 満 ●A5 頁200 2000年 3,000円 [ISBN978-4-260-11847-7]

本広告の価格は本体価格です。ご購入時に消費税が加算されます。