

2022年8月22日

第3482号

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

New Medical World Weekly

# 週刊 医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

## 今週号の主な内容

- [対談]「健康格差」の是正に向けて、いま医療者にできること(近藤克則,近藤尚己)……………1-2面
- [寄稿]かかりつけ医に期待がかかるNAFLD線維化症例のスクリーニング(玉城信治)……………3面
- [寄稿]腰痛を予防し、医療・介護従事者が働き続けられる職場づくりを(田辺将也,高橋雅業)……………4面
- [連載]誤嚥性肺炎のリハビリテーション……………5面

対談

# 「健康格差」の是正に向けて、いま医療者にできること



近藤 克則氏

千葉大学予防医学センター  
社会予防医学研究部門 教授  
国立長寿医療研究センター  
老年学評価研究部長

近藤 尚己氏

京都大学大学院医学研究科  
社会健康医学系専攻国際保健学講座  
社会疫学分野 教授

2005年に『健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか』(医学書院)を上梓し、「平等な国」という幻想が残る日本に存在する健康格差を俎上に載せ、警鐘を鳴らした近藤克則氏。同書が提起した「健康格差」「健康の社会的決定要因(SDH)」「ソーシャル・キャピタル」といった概念は、後に国の健康政策「健康日本21(第2次)」(2013年)や厚生労働白書(2014年)、医学教育モデル・コア・カリキュラム(2016年)などにも登場するようになる。また、SDHを解明する「社会疫学」は、理論と実証を積み重ねながら着実に発展してきた。このたび、近藤克則氏と共同研究を行い、『健康格差対策の進め方——効果をもたらす5つの視点』(医学書院)等の著作もある社会疫学者・近藤尚己氏を迎えた対談を企画。『健康格差社会 第2版』の出版を機に初版から第2版までの17年間の歩みを振り返るとともに、社会疫学者の立場から医療者への期待をお話いただいた。

## 実証的なエビデンスが 着実に積み上がった17年間

近藤 尚 このたびは、『健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか 第2版』の上梓おめでとうございます。

近藤 克 ありがとうございます。

近藤 尚 初版の出版から17年がたち、健康格差、社会疫学を巡る状況にはさまざまな変化がありました。初版を上梓した2005年当時、反応はどのようなものでしたか。

近藤 克 積極的に応援してくれる声もちろんありましたが、「重要な問題だけど、格差をなくすことは難しい」「医師の仕事ではないのでは」といった批判的、懐疑的なリアクションも多かったですね。海外では、公衆衛生で扱うべき問題との認識が一般的だったのですが。そうした状況の中で、健康格差の縮小に向けた取り組みを展開するのは、一筋縄ではいかないと思ったのを覚えています。

理解を示す先生からも、さまざまな要因が絡み合った根が深い問題だからこそ、健康格差の縮小は難しいのではないかとの声が聞かれました。それに対して私が思ったことは2つ。確かに根深い問題だから簡単にはいかない。しかし、だからといって放っておけない。

近藤 尚 「看過できない」「見過ごせない」ということですね。

近藤 克 ええ。そうした思いが根本にありました。同時に、何かやりようがあるはずだとの思いもあり、着目したのがソーシャル・キャピタルでした。コミュニティの構成員が、ネットワークに参加することで得られる相互の信頼感や互酬・互助意識、サポートなどの資源のことです。

近藤 尚 ソーシャル・キャピタルに対しては批判がさまざまあって、醸成法や介入の仕方がわからないというのはその一つです。この17年間で、醸成法、介入法についてのエビデンスが相当積み上がったと思いますが、どのように受け止めていらっしゃるでしょうか。

近藤 克 直感的に「正しそうだ」と思った仮説が、少しずつ実証されてきた17年でした。例えば、愛知県武豊町での介入研究があります。誰もが通えるようにサロンを町内のあちこちに作り、参加者の身体活動量、社会サポート・ネットワークなどを増やして健康を増進する事業です。不健康になりがちな社会的背景を持つ人へアプローチするために知恵を絞りました。参加者は高齢者人口の1割を超え、最終的にはそうした社会参加が介護予防に資することを擬似的な無作為化対照比較研究と言われる方法で実証できました<sup>1)</sup>。

近藤 尚 地域への介入のモデルケースとされる成功例は複数あり、それぞれに素晴らしい。中でも武豊町のプロジェクトはまさにその代表例だと思います。一方で、それらはあくまでもケー

スタディですよ。知見としては大事だけど、それだけでは一般性が足りない。事例に含まれるエッセンスを数字で記述し検証する作業が必要です。

近藤 克 そうですね。武豊町の事例も1つの町で行っただけなら、「たまたまでは?」という疑問・批判にさらされます。けれど、その後尚己先生たちが複数の自治体を対象にしたデータ分析をして、介入市町村では社会参加者の増え方が多く、死亡率は低いこと、再現性と一般化可能性を示してくれました<sup>2,3)</sup>。そうした地道な研究活動が蓄積された17年でした。

## 幸せに生を全うすることを 支える医療

近藤 尚 医療者に何ができるかを考えた時に、ソーシャル・キャピタルに注目したきっかけはあったのですか。

近藤 克 ある50歳代の脳卒中患者さんの経験が印象に残っています。その患者さんは、脳卒中発症後1年半くらいで私のリハビリテーション科外来を訪れました。重度の右片麻痺と失語症があり、うつ状態で暗い顔をしていました。お子さんがまだ10代で、奥さんは「今後の生活はどうなってしまうのか」と途方に暮れていたそうです。薬と訓練だけでは状況の改善は難しいと私は考え、障害者とボランティアで電車を借り切って旅行に行く「ひまわり号」に誘いました。

近藤 尚 私もひまわり号の活動に参加していました。今で言う社会的処方的一种ですね。

近藤 克 はい。普段は車椅子で移動しているその患者さんも、旅先では自分の足で歩きたいと言い、実際に歩きだしました。日帰り旅行の夕方、駅が近づく電車の中で参加者が感想を一言ずつ伝え合う場面で、失語症の本人に代わって奥さんが「旅行になんて二度と行けないと諦めていました。でも、今日、旅行だってできるとわかりました。皆さんのおかげで、生きる希望が湧いてきました」と語ったのです。ボランティアや同じ障害を抱える者同士がつながる、いわばソーシャル・キャピタルによって、「生きる希望」まで引き出され得ることを直感した瞬間でした。格差是正のために社会保障制度の改革を促すことは一人の医師ではできません。でも、ソーシャル・キャピタルなら、ヘルスプロモーションや地域づくりなどを通じて、医療の立場から関与することができます。

近藤 尚 人間らしく生きる権利の擁護をめざすリハビリテーションの観点からも、ソーシャル・キャピタルの概念は大切ということですね。先生はリハビリテーションを専門にしていたからこそ、そうしたことを深く理解されていて、医療にもできることはあると思えたのかもしれない。

(2面につづく)

# 健康格差社会

【第2版】

何が心と健康を蝕むのか

近藤 克則

# 健康格差社会

何が心と健康を蝕むのか

健康格差・社会疫学を学びたい人へ  
日本医師会医学賞を受賞した  
20年間の研究成果を踏まえた  
待望の第2版

## 「健康格差」を学びたい人に最適な定番書、 最新の知見を加えた待望の第2版!

日本が「健康格差社会」であることを世に示した初版の発行後、社会疫学研究の進展により健康格差の存在は共通認識となり、健康格差の縮小が国の政策目標に掲げられるに至った。

第2版では初版の内容を基盤にしつつ、この間に蓄積された多くの科学的知見を追加。「健康の社会的決定要因」などに関する議論の動向も解説する。「健康格差」の基本を知る上で最適な定番書。

●A5 2022年 頁264 定価:2,860円(本体2,600円+税10%)  
[ISBN978-4-260-04968-9]

書籍の詳細は  
こちらから



医学書院

対談 「健康格差」の是正に向けて、いま医療者にできること

<出席者>

●こんどう・かつのり氏

1983年千葉大医学部卒。船橋二和病院リハビリテーション科長などを経て、97年日福大助教授、2000年英ケント大カンタベリー校客員研究員。03年日福大教授などを経て、14年より現職。国立長寿医療研究センター老年学・社会科学センター老年学評価研究部長併任。『研究の育て方』『健康格差社会への処方箋』『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか 第2版』(いずれも医学書院)など著書多数。



●こんどう・なおき氏

2000年山梨医大(当時)医学部卒。05年同大大学院博士課程修了。06年米ハーバード大公衆衛生大学院研究フェロー、10年山梨大大学院社会医学講座講師、12年東大大学院医学系研究科健康教育・社会学分野/保健社会行動学分野准教授などを経て、20年より現職。著書に『健康格差対策の進め方—効果をもたらす5つの視点』(医学書院)。



(1面よりつづく)

数字から社会をとらえる力、意志としてのオプティミズム

近藤尚 先生が臨床の世界から社会疫学研究的の道に進んだ契機を伺えますか。

近藤克 1995年頃のことです。受け持った脳卒中患者のデータをまとめたら、生活保護を受けている人が5%ほどいるとの数字が出ました。当時は一般に生活保護受給者を% (千分率) で数えていたので、私の受け持つ脳卒中患者で5% (百分率) ということは「一般の人に比べて10倍も多いのか!」と驚きました。脳卒中は社会経済的な要因と関係しているのかもしれない、いつか検証してみたいというリサーチクエストを見つけたのです。近藤尚 克則先生とはもう十数年のお付き合いになりますが、その間先生のご活躍ぶりを拝見して気付いたことが2つあります。1つは、数字から社会の実態をとらえるセンスがずば抜けているということ。今おっしゃった脳卒

中患者のデータベースの話はその好例です。そうした数字に関するセンスを、社会疫学の担い手となる次世代の研究者や実務家にもぜひ伝授していただきたいです。

もう1つは、社会に対するオプティミズム (楽観主義)、楽観的なまなざしです。「社会は変わる、自分たちの手で変えられる」という強い信念をお持ちです。一人ひとりの人間、その集合体としての社会が、良い方向に変わっていく可能性をどこまでも信じているのではないのでしょうか。

近藤克 そうかもしれません。「悲観主義は気分だが、楽観主義は意志である」という、フランスの哲学者アランの言葉があります。

近藤尚 『健康格差社会』でも引用されていますが、非常に印象的なフレーズでした。「変わる」という意志を持つことが大事なのでしょうね。

近藤克 そうしたオプティミズムや認知の重要性を書いたのが、同書8章の「ポジティブな『生き抜く力』は命を救う」です。大変な状況に置かれている人たちに医療者として相対した時、何もできないのではないかと感じてしまいがちです。客観的な事実をすぐには変えられなくても認知を変えることはできて、その積み重ねで客観的な状況すら改善し得る (図)。こうした認知行動療法の有効性は実証され、システムティックレビューも出ています<sup>4)</sup>。

社会的処方 日本に定着させるために

近藤尚 先生がこれから取り組みたいと思っている研究などがあれば、お伺いしたいです。

近藤克 社会関係や居場所を処方することで、社会的孤立とそれに伴ううつなどの不健康を予防・改善する「社会的処方」を日本社会に定着させることです。

近藤尚 何が社会的処方なのか、ピンときていない医療者も多いかもしれません。

近藤克 「健康の社会的決定要因 (Social Determinants of Health: SDH)」を

●表 健康格差に対する見解と行動指針 (文献5より)

Table with 2 columns: Action number and description. 01. あらゆる人びとが健やかな生活を送れるように社会的な要因への働きかけを行い、健康格差の解消に取り組みます。 02. 社会的要因により健康を脅かされている個人、集団、地域を認識し、それぞれのニーズに応える活動を支援します。 03. 社会的要因に配慮できるプライマリ・ケア従事者を養成し、実践を通して互いに学び合う環境を整えます。 04. 健康格差を生じる要因を明らかにし効果的なアプローチを見出す研究を推進します。 05. あらゆる人びとが、それぞれに必要なケアを得られる権利を擁護するためのアドボカシー活動を進めます。 06. 上記1-5を達成するために、患者・家族および関係者や関係機関(専門職、医療や福祉の専門機関、地域住民、支援ネットワーク、NPO、行政、政策立案者など)とパートナーシップを構築します。

利用するものは全て、広い意味では社会的処方と表現していいと思います。患者さんや家族が、深く共感してもらえたと泣きだす患者会もその一例だし、あるいはソーシャルワーカーが患者さんを生活保護につなぐといったことも含まれます。近藤尚 どこまでを社会的処方とするかは、国際的にも議論になっています。「処方=医師が行うこと」と考えると、医師が患者さんの社会背景をアセスメントして、課題に対応する。例えばメディカル・ソーシャルワーカーを紹介することを「処方」と言ってもいいし、その後それを引き継いで地域の方々と、例えば認知症カフェを作ったりする活動まで含めて「処方」と言ってもいいと思います。

近藤克 孤立や生活困窮を抱えている患者さんだと診察室の中で気づいても、医療専門職だけの孤軍奮闘では対処する手立てがなかった。しかし、地域社会と医療が繋がれば、社会的処方は実現可能になります。医療職のエンパワメントにもなるでしょう。臨床の医療者の方々には、ぜひ心理社会的要因に目を向けてほしいです。

近藤尚 同意します。生活課題を抱えた患者さんを見過ごさない見守りネットワークの処方。そこから始まって、地域全体で豊かに生活していくためのネットワークを作る活動、そういう街をみんなで作る活動につなげられるといいですね。

近藤克 社会的処方では、効果が大きいのは治療よりも予防です。孤立してうつになってから、事後的にあれこれと対応するよりは、そもそも孤立しないようなネットワーク、孤立しない能力を子どもの頃から開発できる教育環境などが効果的だと考えます。そんな社会を設計するためには、効果があるというエビデンスを示すことが必要です。まだまだ取り組むべき仕事がたくさんあります。

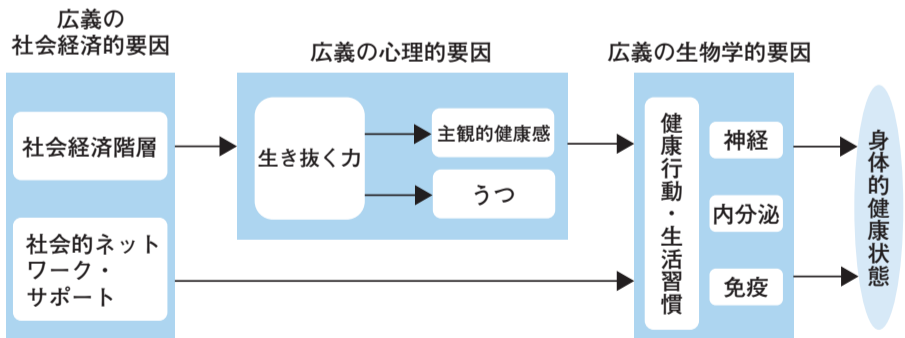
近藤尚 SDHの概念をうまく使えば、医療者が介入しなくても、医療以外の活動で人々が元気になるわけです。「それでは医療者にできることはないのか」と言うそうではなくて、医療者が患者さんをそうした活動につなげる

きっかけを作り、場合によっては医療者自身も活動にかかわってみるといい。そのことを端的に説明するのが、社会的処方という言葉なのだと思います。医療以外の活動が、診察室での処方よりも大切な場合もあるはず。診察室でその必要性に気付いたら、ぜひ患者さんをそうした活動につなげるためのアクションを起こしてほしい。

近藤尚 医療者だからこそできること、でもなされていないことは多いですからね。近藤尚 海外では各専門の医療系学会が声明を出したり、指針を作ったりと活発な動きが見られます。国内だと、日本プライマリ・ケア連合学会に設置された健康の社会的決定要因検討委員会が「健康格差に対する見解と行動指針」をまとめています(表)<sup>5)</sup>。その他の臨床系学会にもこの波が広がっていくことに期待したいです。

近藤克 英国では社会的処方は2006年の保健省の白書で紹介され、現在では100を超える地域で取り組まれています。エビデンスもどんどん溜まっている。日本でも、2020年に閣議決定された「骨太方針(経済財政運営と改革の基本方針)」でモデル事業の実施に向けた文言が盛り込まれ、すでに事業が始まっています。効果をきちんと評価してエビデンスを蓄積することで、社会的処方が日本社会にも定着してほしいと願っています。遠い未来ではなく、今から10年くらいの間に実現したいですね。(了)

●参考文献・URL 1) 近藤克則. 健康格差社会への処方箋. 医学書院; 2017. pp194-215. 2) Soc Sci Med. 2019 [PMID :31563760] 3) Health Place. 2022 [PMID : 35151182] 4) Clin Psychol Rev. 2006 [PMID : 16199119] 5) 日本プライマリ・ケア連合学会. 健康格差に対する見解と行動指針. 2022. https://www.primary-care.or.jp/sdh/



●図 社会経済的要因が身体的健康に影響する経路 [『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか 第2版』(医学書院), p107より]

社会経済的要因と、主観的健康感やうつなど心理的要因の間に、ある種の「生き抜く力」を位置づける理論仮説。客観的な状況は同じでも、それをポジティブにとらえるか、ネガティブにとらえるかで、その後の身体的健康状態に違いが出る。

健康格差に挑むための「根拠」と「戦略」を実証的に示す!

健康格差社会への処方箋

社会・経済的因子による健康格差の実態とその生成機序を「健康格差社会」と命名し各界にインパクトを与えた著者が、その後の研究や社会の動向を踏まえ、「どうすべきか」を示す「処方箋」。格差の要因を示すだけでなく、「格差対策に取り組むべきか」という判断の根拠をも提供、その上で国内外で実証されつつあるマイクロ・メゾ・マクロレベルの戦略を紹介する。医療政策関係者や公衆衛生関係者に必読の1冊。



「健康格差の縮小」のための実用的ガイド

健康格差対策の進め方 効果をもたらす5つの視点

健康日本21(第二次)の基本姿勢に加わった「健康格差の縮小」。本書は、その健康格差対策に役立つ理論や重要な5つの視点を押さえ、実践に活かせる事例を紹介・解説した実用書。自治体独自のデータの扱い方や健康に無関心な層への働きかけ方など、健康格差に関わる医療機関や行政機関の方々には、ヘルスプロモーションを効果的に進める知恵と工夫を伝授する。



医学書院IDの登録はお済みですか? 最新の医学界新聞がメルマガで届きます 登録はこちらから www.igaku-shoin.co.jp/guide/igs-id

## 寄稿

# かかりつけ医に期待がかかる NAFLD 線維化症例のスクリーニング

玉城 信治 武蔵野赤十字病院消化器科 副部長/肝疾患相談センター 副センター長

臨床において、肥満や糖尿病の患者が増加していることは多くの先生方が実感していると思われる。これに伴い、それらの疾患を背景とした非アルコール性脂肪性肝疾患 (Nonalcoholic Fatty Liver Disease: NAFLD) 患者が増加し、また NAFLD を背景とした肝臓の発生も増加している。

## 増加を続ける NAFLD に 適切なスクリーニングを

肝臓の原因を調べたわが国における全国調査では、いわゆる非ウイルス性 (non-B, non-C) 肝臓が1991年に10.0%であったのに対して、2015年には32.5%まで増加していた<sup>1)</sup>。非ウイルス性肝臓の中にはさまざまな病態が含まれるが、NAFLDを背景とした肝臓の増加が、全体の増加に寄与していることは間違いない。2019年の1年間に武蔵野赤十字病院で健康診断を受診した2021人の調査では、実に797人(39.4%)が脂肪肝を有しており<sup>2)</sup>、脂肪肝、すなわちNAFLDから肝硬変、肝臓、肝不全へと進展する患者は今後さらに増加することが予測される。進展ハイリスク症例の同定は重要な課題である。

近年の技術の進歩によって、肝線維化、肝脂肪化に対する超音波やMRIを用いた非侵襲的な定量評価が可能となっている<sup>3)</sup>。具体的には、MRIを用いて肝臓の硬さを測定し、肝線維化を予測できるMRエラストグラフィ、また肝脂肪化の超音波減衰を用いた定量化が可能な減衰測定法が一例となる。これらが2022年度の診療報酬改定において保険収載されたことも、本邦においてNAFLDが重要な臨床課題となっていることの裏付けであると言える。

NAFLDの予後や肝臓合併症発生の予後について、従来は肝生検によって病理組織のルーニングや炎症所見を検討し、非アルコール性脂肪性肝炎 (Nonalcoholic Steatohepatitis: NASH) の有無を診断することが重要とされてきた。しかし近年の研究においては、NASHの有無よりも肝線維化ステージが予後と最も相関することが明らかとなっている<sup>4)</sup>。すなわち高度線維化・肝硬変症例がNAFLDにおける肝臓・肝不全進展のハイリスク症例であり、肝線維化の程度 (高度線維化や肝硬変の有無) を適切に診断することが求められる。

## ●表 かかりつけ医で有用な一次スクリーニング法と線維化を疑う所見の一例 (筆者作成)

線維化を判断するための一次スクリーニング法		線維化を疑う所見
血小板数		< 200,000/mm <sup>3</sup>
スコアリングシステム	FIB-4 Index	≥ 1.3
	NAFLD Fibrosis Score (NFS)	≥ -1.455
血清線維化マーカー	ヒアルロン酸	> 50 ng/mL
	IV型コラーゲン・7S	> 4.4 ng/mL
	M2BPGi	≥ 1.00
	オートタキシン	> 0.910 mg/L (男性), 1.27 mg/L (女性)

FIB-4 Index = (年齢 × AST) / [血小板 (× 10<sup>9</sup>/L) × √ALT]

NFS = -1.675 + 0.037 × 年齢 + 0.094 × BMI + 1.13 × (糖尿病あり 1, なしの場合 0) + 0.99 × AST/ALT - 0.013 × 血小板 (× 10<sup>9</sup>/L) - 0.66 × アルブミン (g/dL)

ただし、NAFLDは日本人の中で数千万人が罹患していると考えられる。そこで、NAFLDのハイリスク症例の同定には大規模な集団から効率よく囲い込むことが必要であり、そのためには特にかかりつけ医によるスクリーニングが極めて重要と言える。

## ハイリスク NAFLD スクリーニングの実際

2020年に刊行された日本消化器病学会・日本肝臓学会による『NAFLD/NASH診療ガイドライン』<sup>5)</sup>にて、肝線維化進展例の絞り込みフローチャートが新たに推奨されている。かかりつけ医において、健康診断や人間ドックで脂肪肝を指摘された場合、また糖尿病や脂質異常症、肥満など代謝性の危険因子を有し、肝機能異常や腹部超音波で脂肪肝などの異常を指摘された場合は、肝線維化のスクリーニングが必要となる。

かかりつけ医でのスクリーニングは、大規模な集団からのハイリスク症例の絞り込みが求められるため、簡便に幅広い患者に適応可能な血清線維化マーカーが、一次スクリーニング法として推奨されている (表)。その他、日常臨床で簡便に利用可能なマーカーとして血小板数、FIB-4 Index、NAFLD Fibrosis Score (NFS) も有用である。血小板は肝線維化進行とともに減少することが知られており、血小板数20万/mm<sup>3</sup>未満は肝線維化の進行を疑う一つの所見である。FIB-4 Indexは年齢、AST、ALT、血小板数から算出される肝線維化予測式であり、日常臨床で測定される項目のみで検討できることから、一次スクリーニング法として推奨されている。FIB-4 Index ≥ 1.3は肝線維化の進行リスクがあるため、専門医療機関での精査が望ましい。NFSも同様に年齢、BMI、糖尿病・耐糖能

異常の有無、AST、ALT、血小板、アルブミンから算出できるため、日常臨床で簡便に利用可能であり、一次スクリーニング法として推奨される。NFS ≥ -1.455の場合も、専門医療機関へのコンサルテーションを行う。

これらの一次スクリーニングマーカーの特徴として、非肝線維化進行例を予測する特異度が高く、肝線維化進行例を予測する感度はやや低い点にある。すなわち血小板数、FIB-4 Index、NFSが低リスクと診断された場合の肝線維化症例の陰性的中率は90%以上である<sup>6)</sup>。したがってこれらのマーカーが低リスクとされた症例のほとんどは肝線維化が進行していないと言える。一方で血小板数、FIB-4 Index、NFSが基準値を超えリスクがあると判断された症例の、線維化進展例の陽性的中率は高くない。以上より、血清マーカーが基準値を超えて精密検査が必要とされる症例においても、半数は線維化進展がない可能性があるため、この点はあらかじめ患者に説明したほうが良いだろう。血小板数、FIB-4 Index、NFSが低リスクと診断され、精査が必要ない症例では、繰り返しこれらのマーカーの測定を行い、基準値を超えた場合にはあらかじめ専門医での精査が必要となる。

なお、専門医で行う精密検査としては、以前は肝生検が主であったが、合併症の危険性や侵襲性の高さなどの問題点があった。ただ先述したように、超音波やMRIによるエラストグラフィによって肝臓の硬さ (線維化) を非侵襲的に、かつ定量的に評価することが可能となり、保険適用ともなっている。したがって、以前は専門医に紹介して肝生検を行うことがためられたような症例でも安全に精査が可能であるため、少しでも気になる点があれば、幅広い症例を専門医に紹介の上、精査することを勧めている。

## ●たまき・のぶはる氏

2006年日医大卒、20年山梨大大学院総合研究部医学域域修了。博士 (医学)。初期臨床研修後、08年から武蔵野赤十字病院に勤務。20~22年1月まで米カリフォルニア大サンディエゴ校に留学。留学中は、主にNAFLDの診断と治療に対する臨床研究に従事し、帰国後も継続する。22年7月より現職。



## NAFLDの適切な管理と 治療薬の開発が求められる

NAFLDの重要な合併症は肝臓や肝不全の発生といった肝臓合併症である。これらの肝臓合併症の発生リスクは、肝線維化ステージの中等度であるF2 (註) から上昇することが知られているため、このようなハイリスク症例では定期的なスクリーニングが必要となる<sup>4)</sup>。具体的には定期的な超音波検査による肝臓のスクリーニングなど、かかりつけ医もしくは専門医療機関での定期的な検査を行う。

またNAFLDは肝臓合併症に加えて、心血管イベントのハイリスクであることも知られている。NAFLDにおいてどのような症例が心血管イベントのハイリスクであるかは今後の研究課題であり、ここで明確にはできないが、心血管イベントにも配慮してフォローアップを行うことが求められる。

NAFLDに対する特異的な治療として保険承認された薬剤はいまだ存在しない。したがって合併症に対する治療が重要である。特に糖尿病、脂質異常症、高血圧を合併する症例が多く、これらの合併症に対する厳格な治療が、肝臓の進展のみならず、心血管イベントの抑止にも効果を有する。またNAFLDに対する治療薬の治験は全世界で数多く進行しているため、近い将来にNAFLDに対する治療薬が保険収載されることが期待される。

註：本邦で広く用いられる新犬山分類では、F0 (線維化なし) ~ F4 (肝硬変) の5段階で線維化ステージが評価される。中等度のF2では門脈域と門脈域を結ぶ線維の橋が確認される。

## ●参考文献

- 1) J Gastroenterol. 2019 [PMID : 30498904]
- 2) Int J Mol Sci. 2020 [PMID : 33375190]
- 3) Nat Rev Endocrinol. 2022 [PMID : 34815553]
- 4) Hepatology. 2017 [PMID : 28130788]
- 5) J Gastroenterol. 2021 [PMID : 34533632]
- 6) Clin Gastroenterol Hepatol. 2022 [PMID : 35123096]

## 医学書院のセミナー

<https://www.igaku-shoin.co.jp/seminar>

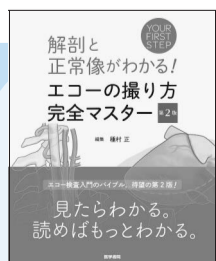
見たらわかる。読めばもっとわかる

解剖と正常像がわかる!

## エコーの撮り方 完全マスター 第2版

好評を博した『解剖と正常像がわかる! エコーの撮り方完全マスター』が待望の改訂。「見たらわかる。読めばもっとわかる」エコー初心者のためのビジュアルテキストが、さらにパワーアップしました。プローブの持ち方から、すべての領域の正常像・シエマ、解剖イラスト、さらに典型的な疾患の異常像とその特徴までを網羅。より美麗になった画像・イラストとともに、エキスパートが簡潔明瞭な解説でコツを伝授します。

編集 種村 正

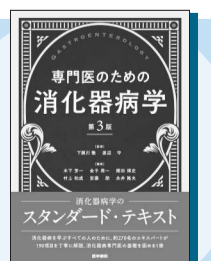


一歩先に行く消化器専門医のために

## 専門医のための消化器病学 第3版

「病態の理解を軸に消化器疾患を総合的に捉える」というコンセプトはそのままに、内容を刷新。消化器専門医が知っておきたい最新知見を各領域のエキスパートが解説。上部・下部消化管、肝、胆、膵を網羅した内容は、専門医を志す若手医師はもちろん、消化器全般の知識のブラッシュアップを目指す読者にも最適。病態のメカニズム、臨床研究の動向から診断・治療上のポイントまで、一歩先に行く専門医に必携の書。

監修 下瀬川 徹  
渡辺 守  
編集 木下芳一  
金子周一  
櫻田博史  
村上和成  
安藤 朗  
糸井隆夫



寄稿

# 腰痛を予防し、医療・介護従事者が働き続けられる職場づくりを

田辺 将也<sup>1,2)</sup>、高橋 稚菜<sup>1)</sup>

1) 一般財団法人榛名荘 介護老人保健施設あけぼの苑, 2) 群馬パース大学リハビリテーション学部理学療法学科 助教

わが国における業務上疾病のうち、腰痛は全体の約6割を占めます。医療・介護職種においては約8割を占め、職場での予防的対策が急務です<sup>1)</sup>。これらの状況に鑑み、日本理学療法士協会が「2020 職場における腰痛予防宣言」を企画。医療・介護施設での理学療法士による腰痛予防の取り組みを募集しました。同施策の金メダル施設として認定された、当施設のノーリフティングケアを取り入れた腰痛予防の取り組みを紹介します。

## 医療・介護人材が健康に働き続けるための支援法

ノーリフティングケアは、近年認知が広がっている概念で、「持ち上げない・抱え上げない・引きずらないケア」を指します。リフト等の福祉用具の積極的な利用による、介護を受ける側と行う側の双方に負担の少ないケアの実施が狙いです。オーストラリアの看護師団体が取り組みを始め世界中に広まりました。

ノーリフティングケアと私(田辺)との出会いは、以前勤務していた榛名荘病院でのことでした。ある日、共に働いていた看護師さんが、日々の激務がたたり、手術患者として目の前に現れたのです。手術後の理学療法を担当する中、なぜ腰を痛めるまで仕事を続けたのかを伺うと、「他にも腰を痛めながら働いている職員はいるし、患者さんのことも好きだから、腰が痛くても頑張ってしまった」と返ってきました。

その言葉を聞き、「患者さんのために」との思いが強いあまり、医療・介護従事者が自分自身のことを二の次にしてしまう状況を痛感しました。そこで、腰を痛めて手術が必要になってから初めてかかわるのではなく、医療・介護従事者が健康に働き続けられるように早期から支援できることはないかと模索した結果、ノーリフティングケアにたどり着いたのです。

その後、異動した介護老人保健施設あけぼの苑は、構成する通所・一般棟・認知症専門棟の全てにリハビリ部門がかかわります。当初は人力によるケアに依存し、腰痛や肩こりなどの身体症状を抱えながら勤務する職員が多く、身体を壊し離職する職員も後を絶ちませんでした。そこで、共に働く仲間が健康に働き続けられる職場を目標に、ノーリフティングケアの導入に施



●写真1 腰痛予防講習会の様子  
福祉用具を用いた移乗など、負担の少ないケアを推進委員会メンバーが職員に指導した。

設全体で取り組み始めました。

## 推進委員会を中心として施設全体で腰痛予防に取り組む

まず、看護師・介護士・理学療法士から構成されるノーリフティングケア推進委員会を発足し、現場の声を業務に生かせる仕組みを作りました。また、理学療法士が中心となり、腰痛予防講習会と題してノーリフティングケアに関する講習会を開催し(写真1)、職員全員にノーリフティングケアの理解を促しました。

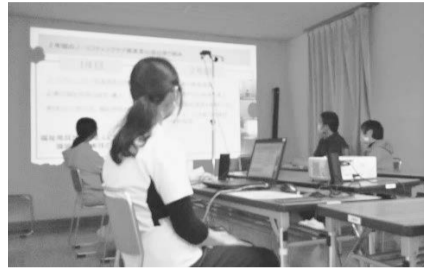
### ◆施設内のリスク見積もりと改善

日本理学療法士協会が推進する「2020 職場における腰痛予防宣言!」では、職場で日々行う業務のリスク見積もりと改善提案が推奨されていました。そこで推進委員会のメンバーから、日々の業務で負担となる動作や環境を抽出してもらい、改善策を一緒に考えました。改善策実施後には、毎月開催する委員会で様子を共有し、効果判定を行いました。他の棟での取り組み状況を共有し互いに学ぶことで、次の改善に生かすことができました。

また、事務長とも課題を共有したことで、スライディングシートやスライディングボードなどの物品の購入がスムーズに進みました。入浴用リフトやスタンディングリフトなどの導入ハードルが高い高額機器を、助成金や補助金を活用し導入できたケースもあります。職員の問題意識への熱量が低下しないうちに行動を起こせる環境を構築できたことで、職員の悩みや意見が表出されやすくなりました。

### ◆ノーリフティングケア大発表会の開催

それまでの取り組みを報告する発表の場を設けました(写真2)。各棟で取り組んだ改善例を共有することで、職員を大切にする施設で働いていると実感してもらおうとともに、委員が行ってきた活動を知ってもらうことが狙いで



●写真2 大発表会の様子  
各棟の取り組みを施設全体に共有。良い取り組みについては賞状が授与される。

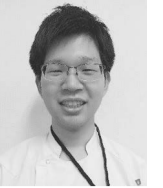
す。

## 取り組みの効果と施設内での反響

取り組みを始めてから2年間で、腰痛有訴率が導入前の55%から43%に減少したことが、アンケートの結果より明らかとなりました。また、副次的な効果も多数見られています。福祉用具を用いたケアを全職員が実施できるようになり、多様な介助量の利用者の受け入れが可能になりました。また、現場の困りごととして挙げた入浴介助時の負担を軽減するために導入したリフト浴により、利用者の身体機能に合わせて一般浴、リフト浴、機械浴と、きめ細やかな入浴方法を選択できるようになりました。

### ●たなべ・まさや氏

2014年群馬パース大卒業後、榛名荘病院に勤務。18年に一般社団法人健康労働支援協会を設立し、労働者が健康的に働き続けられるための支援活動を展開。20年より現職。理学療法士。介護老人保健施設あけぼの苑にてノーリフティングケアを導入し、利用者と職員の両方を大切に職場づくりをめざす。



### ●たかはし・わかな氏

2017年高崎健康福祉大卒業。理学療法士。19年より現職。榛名荘病院にて脊椎脊髄疾患患者のリハビリテーションに従事した後、介護老人保健施設あけぼの苑にてノーリフティングケア推進委員会の運営を担当。



当施設の介護士からは「移乗介助に苦手意識があったが、深い理解を得られたことで恐怖心を感じることなく実施できるようになった」との感想があり、福祉用具を活用した移乗に対する自信が高まっている様子が見えます。今後は移乗が安全・安楽にできる職員を増やし、1人にかかる業務負担の軽減を図りたいと思います。また、施設長からは「ノーリフティングケアに全職員が取り組むことは、風通しの良い職場づくりに一役買っている。利用者や職員に安心感を与え、当施設と地域の明るい未来のためにこれからも貢献してほしい」と期待が寄せられています。利用者、職員双方に安全で安心したケアが行えるように、今後も継続して取り組んでいきたいと思っています。

### ●参考文献・URL

1) 厚生省. 業務上疾病発生状況等調査(令和2年). 2020. <https://onl.bz/XJQe5T8>

## 「2022 職場における腰痛予防宣言!」のご案内

公益社団法人日本理学療法士協会事務局 事業部職能推進課

医療・介護現場の労働者が健康に働き続け、人員維持や生産性の向上にもつながることを目的として、本会は2020年度より、腰痛予防・労働安全に取り組む「職場における腰痛予防宣言!」事業を実施してまいりました。2022年度も、2022年9月1日～2023年3月24日の期間で本事業を実施いたします。わが国における業務上疾病では災害性腰痛が最も多く、中でも医療・介護職種を含む「保健衛生業」において、腰痛の発生が増加傾向にあります。こうした災害性腰痛に対し、2022年3月に「職場における転倒・腰痛等の減少を図る対策の在り方について【提言】」を厚生労働省が発出しました。提言の中では、腰痛等予防の取り組みを推進するに当たった具体例として、「腰痛予防に知見がある理学療法士等リハビリテーション専門職を活用すること」が明記されています。そこで、本会会員である理学療法士が、まずは自身の職場で保健衛生業種の腰痛予防に取り組もうというのが本事業の狙いです。

本事業では、本会会員が3段階のMissionに取り組むこととしています。Mission1は、本会が作成した啓発ポスターを職場に掲示すること。Mission2は職場で腰痛予防のための講習会を企画・実施すること。Mission3は職場の腰痛リスクを調査し改善提案をすることです。Mission2や3を達成して本会に報告すると、参加特典の進呈、また本会Webサイト上にも施設名が掲載されますので施設のPRも行うことができます。

昨年度までに、Mission2を130、Mission3を60の施設が達成しました。Mission2の腰痛予防講習会は、看護師や介護士を中心に計5645人と多くのご参加をいただきました。本年度もこの流れを止めず、腰痛予防の活動を全国に広めたいと考えています。

右記QRコードから、事業の詳細や、昨年度の成果についてご確認いただけます。本会会員はもちろん、多くの方に本事業への興味をお持ちいただければ幸いです。

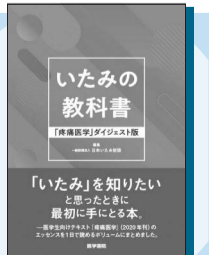


「いたみ」に出会ったら、まずはここから学ぶ

## いたみの教科書 「疼痛医学」ダイジェスト版

本邦初のテキスト「疼痛医学」のダイジェスト版。なかなか取れない「いたみ」を訴える患者さんと出会ったとき、「いたみ」の機序を知りたいとき、「いたみ」への対応を求められたとき、「いたみ」の今がザクリつかめるように編集しました。1日で通読できる、疼痛医学の超入門書。

編集 一般財団法人 日本いたみ財団

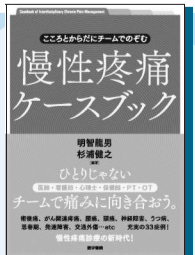


一生かかっても経験できない「痛み診療」のケースはここにあります。

## こころとからだにチームでのぞむ 慢性疼痛ケースブック

「こんなときどうすればよいのか」「他のひとはどうしているのだろう」慢性疼痛診療は困りごとの連続です。なかなか癒えない痛み、患者や家族との関わりかた、確信のないゴール設定、この介入は適当なのだろうか……。臨床実践に直結する定式化された方法がないなかで参考になるのはエキスパートによる症例のみ! 困ったときのヒントは読めば必ず見つかります。痛み診療の新時代へ踏み出そう。

編著 明智龍男 杉浦健之



多職種で支える

# 誤嚥性肺炎のリハビリテーション

高齢化に伴い患者数の増加が進む誤嚥性肺炎に対しては、抗菌薬による薬物治療だけでなく、嚥下機能の評価や訓練、口腔管理、栄養管理など、多職種による包括的な介入が重要です。スムーズな多職種連携を実現するための知識を学んでいきましょう。

編集 百崎良 三重大学大学院医学系研究科リハビリテーション医学分野 教授

第5回 歯科関連介入

今回の執筆者 白石愛 熊本リハビリテーション病院歯科口腔外科/歯科衛生士

**こんな患者さん見たことありませんか？**  
 入退院を繰り返している誤嚥性肺炎の患者さん。状態が安定して退院しても、「食欲がない」「食べたくない」と話す。また、食事をしていないために口腔清掃がされておらず、口腔清掃をお願いしても拒否されてしまう。食事に対する意欲低下も顕著に認められる。

誤嚥性肺炎患者に対して歯科の介入は有益と言われています。しかし罹患してからでは遅く、予防の段階での適切な介入(=口腔に関心を持ち、口腔を診て、整える)を普段から意識しておくことが重要です。

**口腔の健康維持の重要性**

肺炎を伴う高齢の嚥下障害患者は、入院中に絶食で管理される場合があります。この状態は、肺炎後の口腔の健康と転帰を悪化させる可能性があります。急性期病棟で65歳以上の肺炎入院患者162人を対象にした調査では、113人(70.0%)に歯や歯周病を含む、さまざまな口腔の問題を認めました。また口腔に健康上の問題のない患者は、口腔の健康に問題のある患者よりも退院時の経口摂取率が高く(69.4% vs. 49.6%; p=0.03)、入院期間も短かった(30.6日間 vs. 41.3日間; p=0.03)という結果が明らかになりました<sup>1)</sup>。さらに、多重ロジスティック回帰分析を行うと、退院時の経口摂取の有意な因子として口腔の健康問題が特

●表 Functional Oral Intake Scale(文献2をもとに作成)

FOISスコアの改善は栄養摂取レベルの改善を示し、減少は栄養摂取レベルの低下を示す。

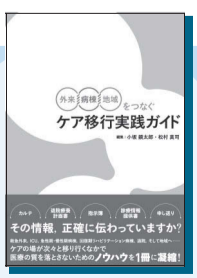
スコア	パフォーマンス
レベル1	経口摂取なし
レベル2	補助栄養に依存、少量の経口摂取を試みるのみ
レベル3	補助栄養に依存しているが、継続的に食品や飲料を経口摂取している
レベル4	全ての栄養・水分を経口摂取。1種類の食形態のみ
レベル5	全ての栄養・水分を経口摂取。複数の食形態 ただし、特別な準備や代償法が必要
レベル6	全ての栄養・水分を経口摂取。複数の食形態 特別な準備は不要だが、特定の食べ物は食べられない
レベル7	正常

その情報、正確に伝わっていますか？

外来・病棟・地域をつなぐ  
**ケア移行実践ガイド**

救急外来、ICU、急性期・慢性期病棟、回復期病棟、退院、そして地域へ……。1人の患者さんに複数の医療者・施設がかかわることが一般的となり、各セクションでの連携が求められています。しかし療養場所や担当者が変わるなかで、重要情報が抜け落ちる場合もあるのが現状です。そこで、スムーズなケア移行の実現に必要なカルテや指示簿、診療情報提供書の書き方など、医療の質を落とさないためのノウハウを1冊に凝縮しました。

編集 小坂鎮太郎 松村真司



定され、重回帰分析では口腔の健康問題が入院期間に大きく影響することが示されました<sup>1)</sup>。

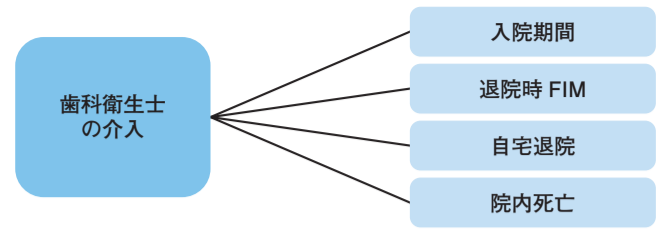
**適切な歯科の介入は誤嚥性肺炎の予防につながる**

歯科介入は、肺炎の重症度や併存疾患に関係なく、肺炎患者の経口摂取の確立と入院期間の短縮に関連します<sup>2)</sup>。急性期病棟で65歳以上の肺炎患者100人を対象に歯科介入の有無に影響を与える要因を調査したところ、歯科介入が退院時の経口摂取の確立と関連していることが示されました(オッズ比3.0, p=0.014)。また、摂食嚥下障害の重症度指標として広く用いられるFOIS(Functional Oral Intake Scale, 表)<sup>2)</sup>の退院時のスコア(p=0.002)、および入院期間(p=0.039)が有意な因子であることも、多重ロジスティック回帰分析で明らかになっています<sup>3)</sup>。

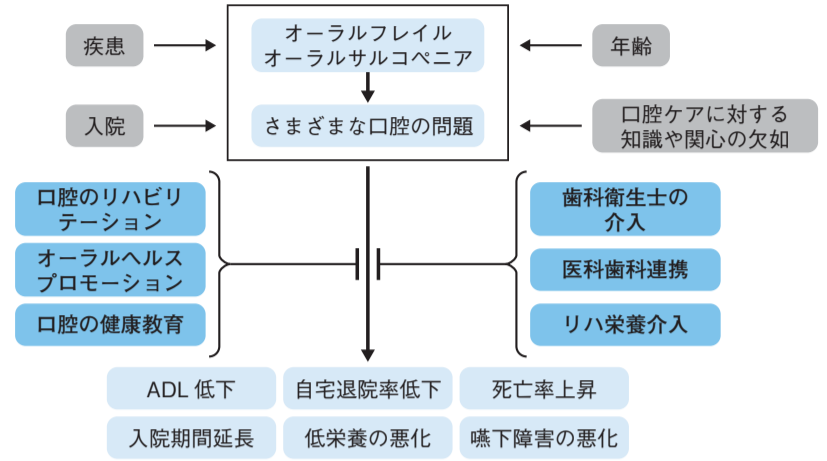
さらに、入院中の歯科衛生士の介入は、退院時ADLや自宅退院、在院日数、院内死亡とも関連があることが示されました(図1)<sup>4)</sup>。適切な歯科(歯科衛生士)の介入は、誤嚥性肺炎の予防にもつながると言えるでしょう。

**負の連鎖を断ち切るために早期からの歯科治療・介入を**

地域在住高齢者を対象にした研究では、唾液分泌と咬合力が栄養状態や虚弱と関連していることが明らかになっています<sup>5)</sup>。この研究結果が示す内容は、臨床で実感することが大いにあると思いますが、しっかり咀嚼できることは栄養療法の要となる経口摂取の維持にも寄与する上、何より「好きなものを食べられる幸せ」というQOLにもつながります。口腔ケアへのリテラシー低下は、オーラルフレイル、オーラルサルコペニアに、また食べる食品数の減少は摂食嚥下障害、低栄養へと、負の連鎖を加速させていきます。早期



●図1 歯科衛生士による介入のメリット  
 入院時の口腔障害は、臨床転帰不良と関連。



●図2 口腔の健康が損なわれる要因(文献7をもとに作成)  
 口腔の問題は歯や歯周病にとどまらず、さまざまな問題に起因し転帰に影響を及ぼすため、日頃からの歯科との連携が求められる。

の歯科治療・介入は、絶食期間からの早期経口摂取の実現も可能になることから、誤嚥性肺炎の予防につながります。元気なうちからかかりつけ歯科を持ち、口腔を整える習慣をつけておくよう広く啓発を行うことも必要です。

例えば私は、患者さんの口腔内に問題がある場合、介入や治療を提案すると同時に、どうしてそうなったのか、原因や解決策を患者さんと共に考えるようにしています。口腔の問題は食習慣に起因する場合もあり、時にはご家族について話をすることもあります。オーラルフレイル予防のためにも、口腔に関心を持ってもらえるような対話を心掛けています。また、かかりつけ歯科での定期点検は、「車検と同じ」とよくお伝えしています。いつまでもおいしく食べていただくための声掛け・提案が重要です。

**患者のための医科歯科連携**

昨年「医科歯科連携」という言葉をよく耳にしますが、患者さんのための連携はできているのでしょうか。口腔の健康は、う蝕や歯周病にとどまらず、さまざまな要因で容易に損なわれてしまいます<sup>6)</sup>。口腔の問題はADL、自宅退院、死亡率、入院期間、低栄養、嚥

下障害に影響(図2)を及ぼす<sup>7,8)</sup>ことから、歯科と連携しやすい環境や、医科、歯科それぞれの職種が互いにディスカッションできる環境を作っておくことも重要です。

誤嚥性肺炎は口腔の状態にも影響を及ぼします。早めの歯科との連携で誤嚥性肺炎の予防、絶食期間からの早期離脱、そして早期経口摂取の実現をめざしていきましょう。

**今回のポイント**

- 繰り返す誤嚥性肺炎患者に関しては口腔への介入を行います。
- 躊躇せず歯科介入を積極的に取り入れていきましょう。
- 絶食期間からの早期離脱に向けて、経口摂取の準備を並行して行いましょう。

参考文献  
 1) Eur Geriatr Med. 2019 [PMID : 34652765]  
 2) Arch Phys Med Rehabil. 2005 [PMID : 16084801]  
 3) J Nutr Health Aging. 2021 [PMID : 34545917]  
 4) Geriatr Gerontol Int. 2019 [PMID : 30517977]  
 5) Geriatr Gerontol Int. 2017 [PMID : 28112493]  
 6) J Stroke Cerebrovasc Dis. 2021 [PMID : 34247054]  
 7) J Nutr Health Aging. 2020 [PMID : 33244566]  
 8) Clin Nutr. 2019 [PMID : 30538050]

呼吸器ジャーナル 2022年 Vol.70 3  
 8月号 No. 3

特集

## 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)のすべて

企画 館田一博 (東邦大学医学部微生物・感染症学講座)

収録内容  
 I 疫学  
 II 病態と診断  
 III 治療  
 IV 予防  
 V 後遺症  
 VI 危機管理

定価:4,400円 (本体4,000円+税10%)

医学書院

# Medical Library 書評新刊案内

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

## 生殖医療ポケットマニュアル 第2版

吉村 泰典 ● 監修  
大須賀 穰, 京野 廣一, 久慈 直昭, 辰巳 賢一, 市川 智彦 ● 編

B6変型・頁520  
定価:5,500円(本体5,000円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04868-2

評者 藤澤 正人  
神戸大学長

生殖医療に携わる医師のみならず、看護師や胚培養士といったメディカルスタッフから臨床現場の身近な情報源として愛用されてきた『生殖医療ポケットマニュアル』がこのたび改訂され、第2版が出版された。初版から約8年を経ての改訂であるが、この間にも日本の少子高齢化はさらに進んでおり、出生率の低下はわが国の将来に対する大きな問題となり、生殖医療への社会的関心や期待はますます大きくなっている。

このような背景の中、国としても少子化問題への取り組みを加速させており、折しも2022年4月より体外受精や顕微授精といった生殖補助医療や精巣内精子採取術など、これまで助成金制度はあったが患者負担で行われてきた治療が、公的医療保険の適用となった。個別化医療として発展してきた生殖医療の保険適用化にはさまざまな課題が残されているが、生殖医療への門戸がより広くなり、これまで以上に医療機関への患者受診が増えることが予測され、医療者側としてもこれまでも増して最新の医療知識と医療における倫理観が求められるとともに、新しい生殖医療専門医の育成も重要である。

第2版となる本書は、国内の生殖医療の第一線で活躍されている先生方に

より、生殖医療の実臨床で必要とされる基本的項目から最新知見までを網羅した内容で構成されている。社会的に認識が広がりつつある男性不妊症につ

### 臨床に役立つ必携の一冊



いての項目も充実され、大幅にアップデートされた。また、治療の実際や治療手技のコツ、インフォームド・コンセントのポイントなどが適切な項目に配置されており、実臨床での理解を深める上において大いに役立つものとなっている。さらに、配偶子提供などに関する法的問題点や生殖医療にかかわる資格制度についてもわかりやすく解説されている。本書のタイトル通り、ポケットに収まるサイズで、生殖医療に携わる医療者に必要十分な内容が、コンパクトかつわかりやすくまとめられており、日常臨床に役立つことは間違いなく、必携の一冊である。また、制度変革に伴い生殖医療へのニーズがより大きくなる中で、多忙な診療業務の間でも白衣のポケットから本書を手にとることにより、情報の整理や患者への説明のために非常に役立つものである。

生殖医療に従事する医師のみならず、看護師、胚培養士などのメディカルスタッフにも非常に価値のあるマニュアルと考える。ぜひ手にしていただきたい。

生殖医療に従事する医師のみならず、看護師、胚培養士などのメディカルスタッフにも非常に価値のあるマニュアルと考える。ぜひ手にしていただきたい。

## 臨床研究21の勘違い

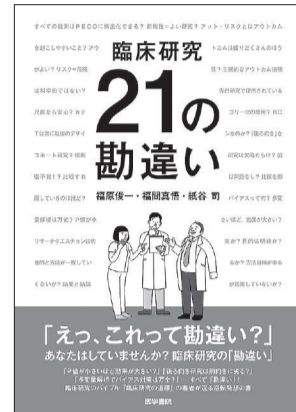
福原 俊一, 福間 真悟, 紙谷 司 ● 著

A5・頁256  
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-03458-6

評者 香坂 俊  
慶大 専任講師・循環器内科/  
医療科学系大学院(臨床研究)ディレクター

Critical Appraisal はしばしば「批判的吟味」と訳される。医療の現場では「論文やエビデンスを簡単に使用するな!」という否定的なニュアンスで用いられることが多いが、個人的には「エビデンスを構築してくれた研究者たちに敬意を払いつつも、油断はしない」というように、すこし柔らかいニュアンスでとらえても良いのではないかと考えている。

### 臨床研究のピットフォールとは?



このCritical Appraisalであるが、以前は研究をたしなむ人たちのための高尚な技能のような位置付けで、学会などで壇上の先生方の意見などを伺いながら、なるほどこういうふう

に考えるのかなどと構えていればよかった。しかし最近では、わりとキャリアの早い時期に「身につけなくてはならない技術」という位置付けになってきている(ちょうど問診・診察やカルテ記載の技法のように)。

Critical Appraisalの重要性が高まってきたのは、科学の進歩のスピードが年々加速していることによる。以前は例えば大きなランダム化比較試験(RCT)の成果が発表されると、まず学会での議論がなされ、その半年~1年後に論文が発表されてまたそこで議論がなされ、その上でガイドライン上の推奨に落とし込まれるということがほとんどであった。例えば、COURAGE試験(安定狭心症に対する保存的治療 vs. 早期血行再建を扱ったRCT)などはその代表例で、その前年の米国の学会で大々的に発表され、2007年と2008年にそれぞれ臨床アウトカムと患者アウトカムに関する解析結果がNEJM誌に掲載され、ガイドラインにその内容がきちんと反映されたのは2010年くらいであった。ところが、同様のトピックを扱ったISCHEMIA試験(https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1915922)は、2019

年秋に学会発表がなされ、2020年春にはNEJM誌に4報が同時掲載され、2022年春には米国のみならず日本でもガイドラインのアップデートがなされた

(https://www.jstage.jst.go.jp/article/circj/86/5/86\_CJ-21-1041/\_html-char/en)。

前置きが長くなったが、このように良質なエビデンスがスピーディに発表される時代となり、エビデンスを現場に落とし込むための「技術」が医師個人に求められるようになってきている。しかし、このCritical Appraisalというスキルは、簡単に身につくものではない。そこに本書である。著者の福原俊一・福間真悟・紙谷司先生は長年、臨床の現場からの疑問を臨床研究に落とし込むことを実践され、かつそのプロットを京大 School of Public Healthにて広くワークショップなどを通じて啓発活動をされてきた。そうした背景から、著者の先生方は、おそらく本書を、臨床研究を実践する先生方の道標として出版されたのだと推察するが、自分はより幅広く、臨床研究を実践しない立場であったとしても、最新のエビデンスを吟味し診療に役立てようという先生方全てに推奨したい。

俊逸なのが、ほぼ必ず各章冒頭に設けられている大風呂敷医師と八田里医師の掛け合いで、どちらかの医師が必ずありがちなピットフォールに落ちるところからレクチャー稿がはじまるという構成であり、これは現場の先生にとってかなり読みやすい構造になっているのではないだろうか? また、レクチャー稿の後には、さまざまな研究者の先生方の「話題」も提供されており、フィクションとノンフィクションの狭間で、いつのまにか(自分の研究に対しても他人の研究に対しても)Critical Appraisalを行うのに必要な知識が身につくように配慮されている。

俊逸なのが、ほぼ必ず各章冒頭に設けられている大風呂敷医師と八田里医師の掛け合いで、どちらかの医師が必ずありがちなピットフォールに落ちるところからレクチャー稿がはじまるという構成であり、これは現場の先生にとってかなり読みやすい構造になっているのではないだろうか? また、レクチャー稿の後には、さまざまな研究者の先生方の「話題」も提供されており、フィクションとノンフィクションの狭間で、いつのまにか(自分の研究に対しても他人の研究に対しても)Critical Appraisalを行うのに必要な知識が身につくように配慮されている。

## HOSPITAL MANAGEMENT JAPAN SUMMIT

2022年9月7-8日(水・木) | ホテル椿山荘東京

### 日本全国の病院経営者が一堂に会する 「Hospital Management Japan Summit 2022」 開催案内

今年で9回目を迎えるHospital Management Japan Summitは、病院経営者と病院向けのソリューションをもつ企業が一堂に会し、講演やディスカッション、商談会、食事会等を通じてお持ちの課題解決を広げていただける1年に1回の機会です。



中央大学 大学院戦略経営研究科 教授 真野 俊樹  
全日本病院協会 会長 猪口 雄二  
厚生労働省 医政局/労働基準局 企画官 坪井 宏徳  
国立国際医療研究センター病院 院長 杉山 温人  
IMSグループ 板橋中央総合病院 院長 加藤 良太郎

お申込み・詳細はこちら  
HOSPITAL MANAGEMENT JAPAN SUMMIT 2022  
https://events.marcusevans-events.com/hos22news

主催: Marcus Evans Events Japan Limited 〒102-0083 東京都千代田区麹町4-5-4桜井ビル4階  
Tel: 03-5210-7336 担当者 e-mail: reikas@marcusevans.jp



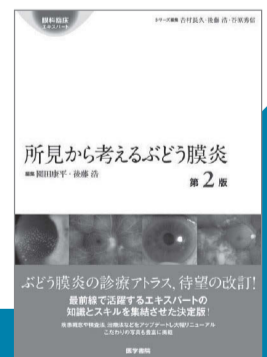
圧倒的な質と量の症例写真で評価・鑑別のプロセスをわかりやすく解説

## 所見から考える ぶどう膜炎 第2版

編集 園田 康平/後藤 浩

書籍の詳細は  
こちらから▶

●B5 2022年 頁328  
定価:17,600円(本体16,000円+税10%)  
[ISBN978-4-260-04935-1]



## シリーズ 眼科臨床エキスパート 2冊改訂!

シリーズ編集 吉村 長久/後藤 浩/谷原 秀信

黄斑疾患診療を網羅した信頼の定番書、  
最新情報をアップデートした待望の改訂版!

## 黄斑疾患診療 AtoZ 第2版

書籍の詳細は  
こちらから▶

編集 岸 章治/吉村 長久

●B5 2022年 頁496 定価:18,700円(本体17,000円+税+10%)  
[ISBN978-4-260-04942-9]



医学書院

# AO法骨折治療Wrist

英語版Web付録付

Jesse B. Jupiter, Douglas A. Campbell, Fiesky Nuñez ● 原著  
田中正 ● 監訳  
金谷文則 ● 訳者代表

A4・頁536  
定価:28,600円(本体26,000円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-04801-9

評者 稲垣 克記  
昭和大学教授・整形外科学

手の科学の進歩は著しい。手関節部の骨折、橈骨遠位端骨折の治療も手の痛みの治療や骨折治療後の不安定症を含め、従来の科学では扱いきれない部分を持っている。例えば手には人間の顔と同じように表情と個性があり、人間の歴史と生活が刻まれている。生理学者ペンフィールドが示した“ペンフィールドの脳地図”では、手は脳の広い範囲を占める。歴史的にも猿人類からヒトへの進化の過程で二足歩行を獲得し、これにより手が自由となった。ヒトは脳の進化と並行して手と上肢が自由に使えるようになった。このよう

に手の進化が脳、特に大脳皮質の体性感覚野の進化に先行したことは明らかである。脳と手は密接な関係があり、手を扱う外科医には高度の精神活動を表現する脳を理解することと、脳を上手に使える手を治す感性が求められる。本書は手の外科医ばかりでなく若手の一般整形外科医が日常診療上最も遭遇する機会の多い外傷・骨折を扱い、その治療を極めたエキスパートにより編集され翻訳された。

本書は第1部：手術進入法、第2部：症例に分かれ、外科的治療から合併症、リハビリテーションの方法についても言及している。また、手関節の外科解剖から骨折初期治療に至る治療計画を網羅し、手術手技やインプラントを的確に選択する根拠も明確に記載されている。執筆者は Campbell, Jupiter,

Fernandez, Nuñez らいずれも著名な手外科医であり、本書はAO財団組織の中核である教育プログラムの軸となっている。この名著の翻訳に当たったのは、AO Trauma Japanのメンバーであり、監訳の田中正氏を筆頭に、訳者代表を金谷文則氏、訳者を佐藤徹氏、宮本俊之氏、善家雄吉氏が務めている。

ASSH(米国手の外科学会 American Society for Surgery of the Hand)の会期中には、米国メーヨークリニックのDobyns先生とLinscheid先生らにより創設されたThe International Wrist Investigators Workshop (IWIW) という歴史あ

るワークショップが開催されており、過去には手根不安定症や橈骨遠位端骨折の不安定型が定義された。今後は本書に掲載されている多くのアプローチの図やシェーマを参考とし、その応用としてこれらの問題点に真正面から取り組む整形外科医や手外科医師が増えることを祈る次第である。

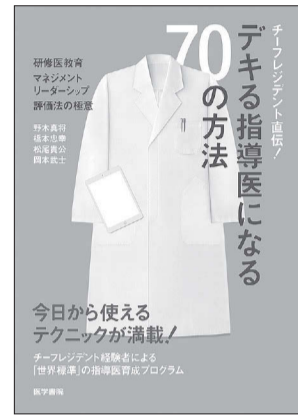
本書の執筆者は臨床経験と教育経験の豊かなエキスパートばかりであり、研修医や、専門医をめざす医師の目線に立ったわかりやすい文章で解説してある。

本書を契機にわが国でも手関節部外傷のより良い優れた治療成績だけでなく、手外科全体の高い専門性への理解と手・上肢のよりよい医療が積み重ねられていくことを切望している。

## AOが誇る手外科の教育プログラムをこの一冊で!



## これからの日本の研修医教育のバイブルに!



# チーフレジデント直伝! できる指導医になる70の方法

研修医教育・マネジメント・リーダーシップ・評価法の極意

野木 真将, 橋本 忠幸, 松尾 貴公, 岡本 武士 ● 著

評者 西澤 俊紀

A5・頁352  
定価:3,960円(本体3,600円+税10%) 医学書院  
ISBN978-4-260-03655-9

聖路加国際病院一般内科/聖路加国際病院  
2021年度内科チーフレジデント/Japanese Chief Residents Association2023年度代表

本書は、発売直後から話題になり、また私がお世話になった先生方が執筆された書籍のため、ぜひ購入して読もうと思っていたところに、書評の依頼をいただきました。

著者の松尾貴公先生や岡本武士先生は、聖路加国際病院で内科チーフレジデントを経験された後、ご自身の専門の道(感染症科と消化器内科)にそれぞれ進まれましたが、専門分野の知識のみならず幅広い内科的知識を教えてください、また院内の教育や医療安全、システムをより良くしようというカリスマ性に溢れており、私たち聖路加国際病院の研修医にとってロールモデルでした。そんな偉大な先生方が経験された内科チーフレジデントは、憧れのキャリアでした。

松尾先生や岡本先生でも当時は多くの悩みがあったそうですが、ハワイ大でチーフレジデントをされていた野木真将先生の shadowing や米国のチーフレジデントミーティングから、チーフレジデントにとって必要なスキルや心得を学習し、さまざまな困難を乗り越えられたことがこの書籍からわかります。

私は、幸運にも2021年に聖路加国際病院で内科チーフレジデントを務めることになりました。チーフレジデントの任期前に、松尾先生や歴代のチーフレジデントの先生方よりご紹介をいただき、野木先生や橋本忠幸先生が携わっている Japanese Chief Residents Association (JACRA) のチーフレジデントミーティング(1日開催)やアカデミー(2か月間の体系的な集中講義)に参加しました。チーフレジデントに必要なスキルについて学習することで、院内の教育活動やチーフレジデントの業務に活用することができました。

例えば当院のチーフレジデント主催の週1度の研修医対象の教育カンファレンスでは、講義が一方的になりがち

で、研修医も受動的になってしまうことが問題点でした。また2021年は新型コロナウイルス感染症の影響で、大人数の研修医が集まった従来の教育カンファレンスを行うことが難しくなり、一方でZoomなどのウェブアプリケーションを用いた教育手法が一般的になってきました。そこでJACRAで教わった反転授業を取り入れることで、研修医は録画した動画を用いて事前に予習を行い、講義当日は症例への対応を意識して実践するシミュレーションを行い、レジデントが学習したことをアウトプットする機会を設けました。

反転授業に関しては、第2章「場面別指導テクニック」の2-8(p.91)に詳細が書いてあり、メリット、デメリット、そして海外の参考文献によるエビデンスの裏付けがわかります。

またチーフレジデントを務めた際には、新型コロナウイルス感染症の影響もあり以前より研修医のモチベーションを保つことが難しいと感じた瞬間が幾度もありました。教育手法だけではなく、組織マネジメントやメンターとしての正しい振る舞いの仕方も、チーフレジデントにとってとても重要なスキルだと感じました。

本書籍ではこのようなチーフレジデントに必要なスキルや、指導医にとって必要となるカリキュラム作成まで、1項目4~5ページの内容でコンパクトにまとまっており、また非常にわかりやすく記載されているので、すぐに最後まで読み進めることができました。

日本のチーフレジデントとして研修医教育の第一線で活躍される先生方はもちろん、研修医教育にかかわる全ての指導医が、エビデンスに裏付けされた正しい医学教育や組織マネジメントを取得するために、本書をぜひお薦めしたいです。

2022年夏現在、コロナ禍を経て、臨床研究の解釈に関する基本的な素養は、これまでに増して必要とされる状況となっている。ぜひ多くの医療関係

者に本書を手にとっていただき、「敬意」と「警戒」のバランスが取れたエビデンス吟味へのスタートを切っていただきたい。

## 救急科専門医と整形外科専門医のダブルボードを持つ著者による成書

# 救急整形外傷学

田島 康介

B5 2022年 頁336  
定価:13,200円(本体12,000円+税)  
[ISBN978-4-260-04802-6]

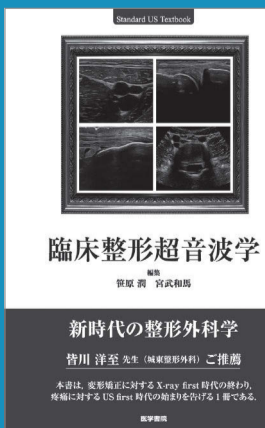
書籍の詳細はこちら



## 救急整形外傷学

田島康介

救急外来における整形外傷診療の決定版  
好評書「救急整形外傷レジデントマニュアル」を大幅に拡充させた待望の1冊



## 運動器超音波が切り開く新しい整形外科学の教科書

# 臨床整形超音波学

編集 笹原 潤 / 宮武和馬

B5 頁392 2022年  
定価:7,920円(本体7,200円+税)  
[ISBN978-4-260-04691-6]

書籍の詳細はこちら



Web限定 医学界新聞プラス  
今すぐ check!  
医学書院の話題書、発売前の新刊内容を無料で公開!

スタンダードテキスト「関節のMRI」「脳のMRI」からのスピノフ待望の「脊椎・脊髄 編」出来!  
エッセンシャル 脊椎・脊髄の画像診断  
弊社刊「関節のMRI」「脳のMRI」を補完する内容として、日常診療で遭遇することの多い疾患を中心に厳選、当該領域の画像診断のエッセンスを凝縮した実践テキスト。現場のニーズを踏まえ、MRI診断のみならず、単純X線写真、CT診断の解説も加える。箇条書きスタイルで読みやすく、2色・4色刷で見やすい。放射線科医のみならず整形外科、神経内科、脳神経外科等各科臨床医にも役立つ書。  
編集:上谷雅孝・神島保・藤本肇・森川実  
定価10,450円(本体9,500円+税10%)  
B5 頁456 図21・表23・写真878 2022年  
ISBN978-4-8157-3049-9  
TEL.(03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp  
FAX.(03)5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

# トップ指導医たちが吟味を重ねた1,200超の良問が内科系専門医試験合格をサポート!

## 内科系専門医試験対策のためのオンライン問題集

# WEB内科塾

- 1 トップ指導医たちによる最強の臨床トレーニングWEBアプリ
- 2 内科系専門医試験の出題形式にそって作成され、専門医カリキュラムの重要トピックを網羅
- 3 最新のガイドライン・エビデンスをふまえた問題と解説により内科臨床の必須事項は一通り学ぶことができる
- 4 専門医試験の約60%を占める臨床問題対策に最適の学習ツール
- 5 スマホ、タブレット、PCでいつでもどこでもスキマ時間に効率的に試験対策。学習支援機能も充実



特徴

エディター



価格：30,800円(28,000円+税)：1年間



「さらさら」アクセス!



**筒泉 貴彦**  
愛仁会高槻病院  
総合内科主任部長



**山田悠史**  
マウントサイナイ医科大学  
老年医学・緩和医療科

医学書院 WEB内科塾

https://www.igaku-shoin.co.jp/webnaikajuku



掲載内容 (計1,247問)

利用環境

対応ブラウザ：Internet Explorer, Microsoft Edge, Chrome, Firefox, Safari の最新版

※WEB内科塾のご利用にはインターネット接続環境が必要になります。



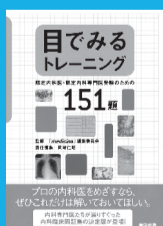
THE 内科専門医問題集 1  
WEB版付(207問)



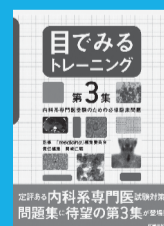
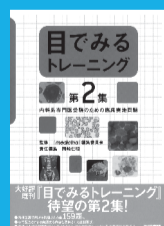
THE 内科専門医問題集 2  
WEB版付(223問)



THE 総合内科ドリル  
WEB版付(218問)



目でみるトレーニング—認定内科医・認定内科専門医受験のための151題(151問)  
目でみるトレーニング第2集—内科系専門医受験のための臨床実地問題(159問)  
目でみるトレーニング第3集—内科系専門医受験のための必修臨床問題(143問)  
目でみるトレーニング第4集—内科系専門医受験のための必修臨床問題(146問)



※ 掲載書籍および問題数は2022年4月時点のものとなります。予告なく変更・掲載される可能性があります。



医学書院

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