

2020年1月6日

第3353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
ICOPY (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

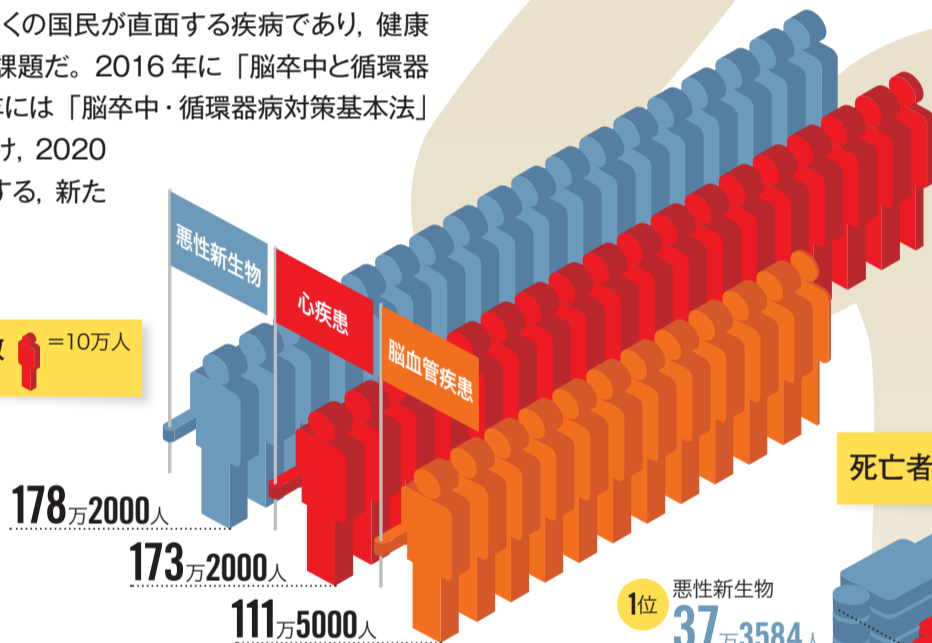
今週号の主な内容

- 特集 脳卒中・循環器病対策 新たな幕開け……………1-8面
- ・[カラー解説]切れ目ない医療体制の確立が、対策の基盤に(橋本洋一郎)
- ・[座談会]健康寿命延伸へ、対策加速を(峰松一夫,小室一成,斎藤能彦,橋本洋一郎)
- ・[寄稿]地域に根差した施策実行に向けて(磯部光章,木原康樹,宮本享)
- 新春随想……………10-13面
- 特別寄稿 ケアはいかにしてひらかれたのか(松本卓也)……………14-15面

脳卒中・循環器病対策 新たな幕開け

本邦における死因第1位の悪性新生物に続き、心疾患は第2位、脳血管疾患は第4位である。医療費に占める、脳卒中を含む循環器系の疾患の割合は19.7%と、新生物(腫瘍)の14.2%よりも高い。要介護となる原因の22.2%を脳血管疾患と心疾患が占め、寝たきりとなる「要介護5」に限っては31.7%に上る。脳卒中と循環器病は今やがんに次いで多くの国民が直面する疾病であり、健康寿命延伸を見据えた対策と克服が喫緊の課題だ。2016年に「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」が策定され、2018年には「脳卒中・循環器病対策基本法」が成立。2019年12月の同法施行を受け、2020年は脳卒中と循環器病対策が大きく前進する、新たな幕開けとなる。

患者数 =10万人



死亡者数

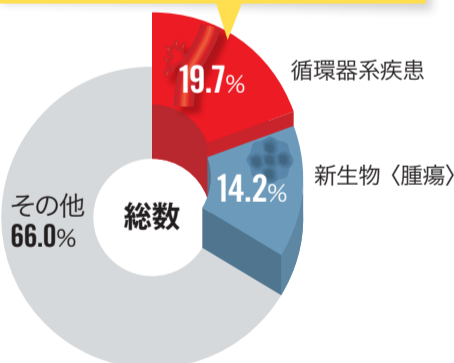
1位 悪性新生物 37万3584人

2位 心疾患 20万8221人
4位 脳血管疾患 10万8186人

厚労省、平成29年(2017)患者調査の概況。

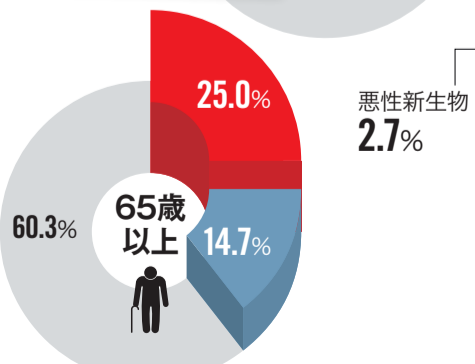
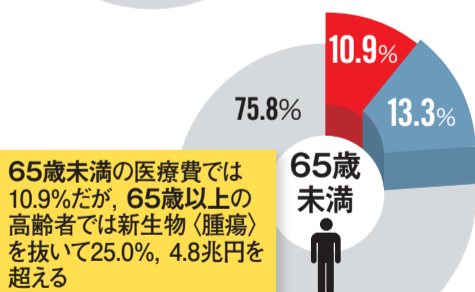
厚労省、平成30年(2018)人口動態統計(確定数)の概況。

医科診療医療費30兆円に占める循環器系の疾患の割合は19.7%, 6兆円



脳卒中・循環器病は要介護原因の22.2%を占める

寝たきりとなる「要介護5」の原因の31.7%



厚労省、平成29年度 国民医療費の概況。

厚労省、平成28年国民生活基礎調査の概況。

切れ目ない医療体制の確立が、対策の基盤に

●執筆
熊本市民病院脳神経内科
首席診療部長
橋本 洋一郎

「専門性」と「時間との闘い」の両立に向けた挑戦

脳卒中と循環器病診療には、「専門性」と「時間との闘い」の2つを両立することが求められる。これまでも医療者のたゆまぬ努力で急性期救急対応がなされてきた。しかし、医療の高度専門化に伴い、地域によって対応できる医療レベルに差が生じ始めている。

脳卒中と循環器病の多くは、原因や予防策に共通点が多い。発症直後の迅速な治療がその後の改善の鍵を握り、治療後のリハビリテーションの実施や再発・重症化予防など多職種が介入するチーム医療によって、患者の生活の質改善が図られる。患者の健康寿命の延伸には、緊急性の高い患者がどこでも治療を受けられる診療の均てん化と、急性期から回復期、維持期（生活期）、在宅療養に至るシームレスな医療体制が必要不可欠である。

初めに、脳卒中・循環器病対策基本法（以下、基本法）¹⁾の成立に至る、学会、行政、立法それぞれの近年の動きを振り返りたい。

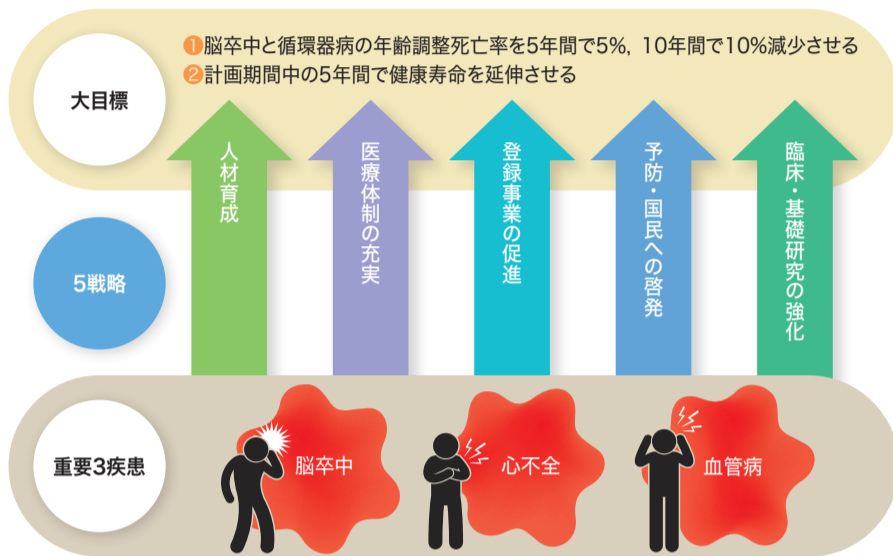
2006年に国立循環器病研究センターが「循環器病克服10ヵ年戦略」を策定してから10年が経過したのを受け、2016年12月に日本脳卒中学会と日本循環器学会から「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」（以下、5ヵ年計画、図1）²⁾が発表された。厚労省は2016年6月に、「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」（以下、「在り方検討会」）を開催し、以後「脳卒中に係るワーキンググループ」と「心血管疾患に係るワーキンググループ」に分かれて検討を行い、「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について」を2017年7月に発表した。そして、翌2018年12月に基本法が成立。その後も厚労省では、「非感染性疾患対策に資する循環器病の診療情報の活用に関する検討会」が開催され、循環器病の診療情報の収集・活用の基本的方向性を示す報告書が2019年7月に取りまとめられた。学会、行政、立法が、三位一体となって脳卒中・循環器病対策を推進する体制が2016～19年にかけて整い、今まさに動き始めている。

10年越しの悲願、基本法成立で築く新たな枠組み

脳卒中対策を推進するための立法化に向けた活動は、2006年にさかのぼる。この年の6月、「がん対策基本法」が成立し、がん対策に対する国の役割と責任が明確化された。同法に基づき策定されたがん診療連携拠点病院の全国的な整備によるがん医療の均てん化や、がん登録事業など多くの施策が前進した。がん対策基本法の成立に注目した日本脳卒中協会は2008年、「脳卒中对

図1 5戦略事業を柱とした「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」

2016年に公表された5ヵ年計画は、明確な数値目標を大目標として設定し、達成に向けて「重要3疾患、5戦略事業」を打ち出した点特徴。各戦略の実行に向けた施策が、現在進められている。



【出典】日本脳卒中学会、日本循環器学会、脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画、2016より作成

策基本法」の成立をめざして脳卒中对策検討特別委員会を創設し、予防・治療、患者・家族の支援体制の整備について検討を開始した。その結果、超急性期の脳梗塞に対する再灌流療法の普及や、脳卒中予防のための継続的な市民啓発、医療の質を客観的に評価できる全国的な体制構築など、法制化しなければ解決しない問題があると明らかになり、法制化に向けた動きが本格化する。

ところが、東日本大震災や政局の影響で作業は難航した。2013年には尾辻秀久参議院議員を会長とする「脳卒中对策を考える議員の会」が発足し、

約20万人が署名した請願書を2014年の通常国会に提出して「脳卒中对策基本法案」が発議された。しかし、時間切れで継続審議となり、同年11月の衆議院解散で廃案となってしまった。この時、個別の疾患ごとに基本法を作ることに対する批判の声が国会議員から挙がった。そこで、日本循環器学会をはじめ循環器病関係諸団体の申し入れもあり、死因第2位の心疾患と、死因第4位（当時）でなおかつ寝たきり原因第1位の脳卒中とを合わせた包括的な基本法の制定に取り組む方針へと転換した。そして2018年12月10日に成立、12月14日の公布に至った。

図2 「脳卒中・循環器病対策基本法」8つの基本的施策と、「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」5戦略事業の対照

基本法の制定に先駆け策定された5ヵ年計画の5戦略事業が、基本法の各条文にも示されている。法制化により、国、都道府県、医療施設はじめ関係機関が責任を持って対策を進めることになる。

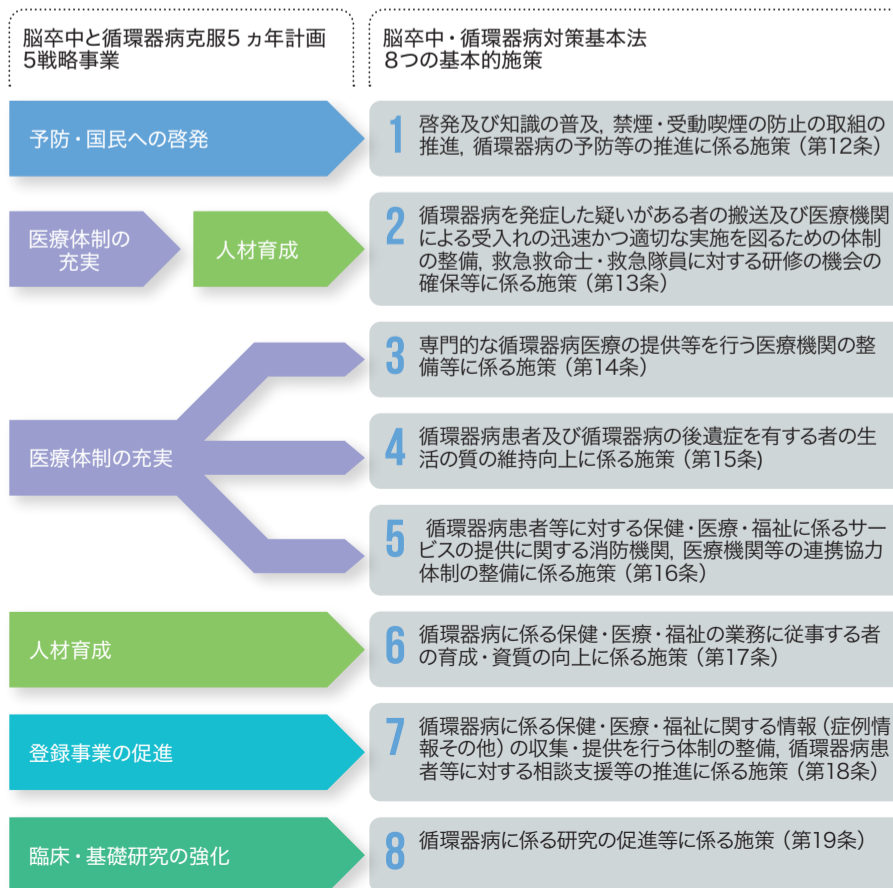


図2の通り、基本法には8つの基本的施策が盛り込まれ、それぞれ5ヵ年計画の5戦略事業と符号している。健康寿命の延伸と、医療・介護負担の軽減をめざすことが色濃く表れた内容となっている。

基本法の施行を受け、政府は今後「循環器病対策推進協議会」を設置し、脳卒中や循環器病に関する施策と具体的な目標、達成時期などを盛り込んだ「循環器病対策推進基本計画」（以下、基本計画）を策定することになる。基本計画は少なくとも6年ごとの見直しを行う予定だ（図3）。基本法ではさらに、都道府県ごとの循環器病対策推進協議会の設置が努力目標として掲げられている。各都道府県は積極的に設置し、関係諸団体と連携しながら地域の実情に即した脳卒中・循環器病診療の体制構築が求められる。

5ヵ年計画の策定で医療体制の充実を図る

将来の基本法制定を見越して2016年に策定された5ヵ年計画は、①脳卒中と循環器病による年齢調整死亡率を5年間で5%、10年間で10%減少させる、②計画期間中の5年間で健康寿命を延伸させる、という2つの大目標を掲げた。そして、脳卒中、心不全、血管病（急性心筋梗塞、急性大動脈解離、大動脈瘤破裂、末梢閉塞性動脈疾患）の3疾患の克服のために、①人材育成、②医療体制の充実、③登録事業の促進、④予防・国民への啓発、⑤臨床・基礎研究の強化の5戦略による計画を立案した（図1、2）。対象3疾患は、急性期・慢性期ともに死亡率が高く、患者数も多い。そのため、救急医療体制の整備が急がれる。また、治療後も機能障害を残すことから、急性期から在宅医療まで切れ目のない医療・介護体制の構築がめざされることになった（3面・図4）。

図3 脳卒中・循環器病対策推進の枠組み

政府が循環器病対策推進協議会を策定し、循環器病対策推進基本計画を策定する。その後、都道府県ごとに対策推進協議会を設置し、地域の実情に応じた計画を策定することになる。計画から実行のPDCAサイクルを回し、基本計画は少なくとも6年ごとに見直す。

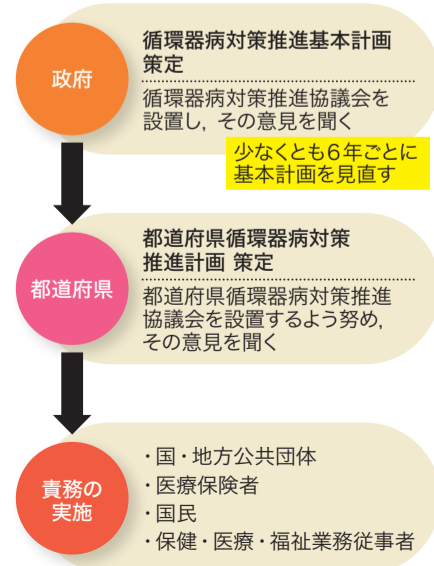
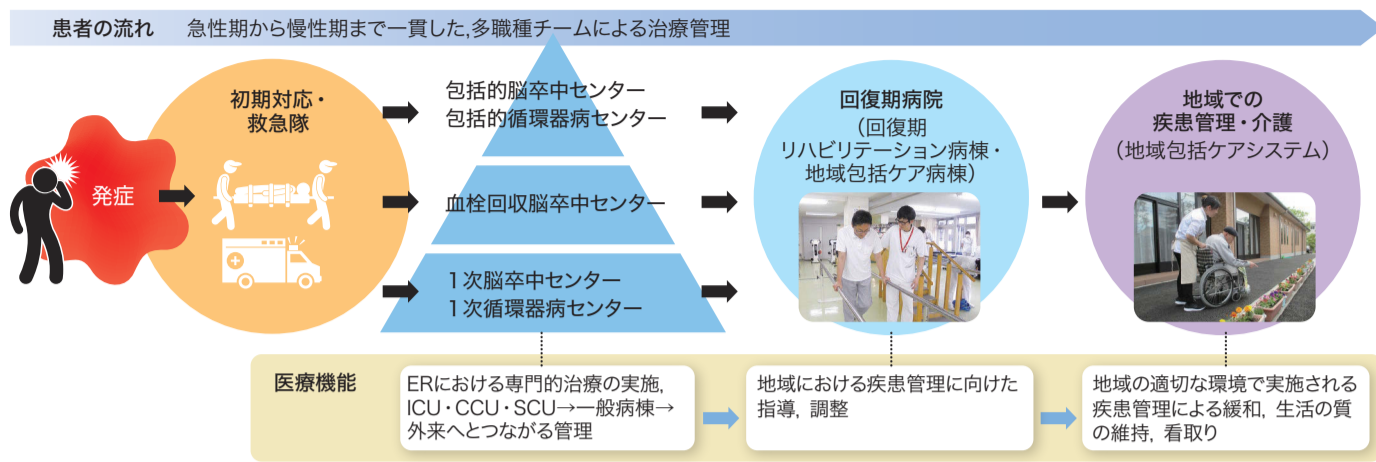


図4 シームレスな医療・介護体制の整備

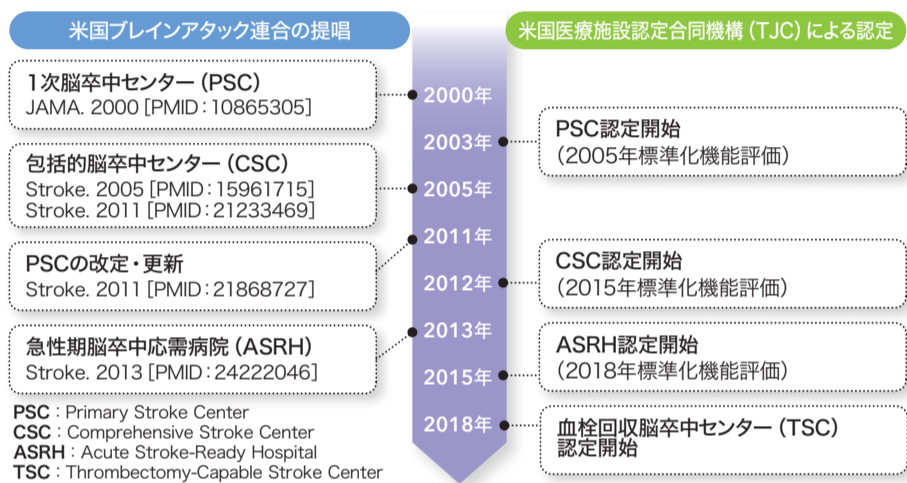
脳卒中・循環器病対策の重要課題は、発症後の迅速な搬送、診断と治療、その後の療養や在宅医療に至るシームレスな医療体制の整備にある。日本脳卒中学会は1次脳卒中センターの認定を行い、医療体制の全国均てん化を進めている。なお、重症心不全、肺高血圧症、先天性心疾患、重症不整脈など慢性重症循環器難病に対する高度医療体制の整備が別途必要になる。



【典拠】日本脳卒中学会、日本循環器学会、脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画、2016より作成

図5 米国における脳卒中センターの提唱と認定の変遷

広大な国土を有する米国では、陸路または空路で60分以内にrt-PA治療が可能な病院にアクセスできるよう、2000年代から米国心臓協会(AHA)・米国脳卒中協会(ASA)が、脳卒中診療施設の認定とネットワーク化を進めてきた。米国が20年かけて整備した体制を、日本では数年以内の実現をめざす。



脳卒中の診療体制の整備は欧米が先行した。欧州では1990年代以降、脳卒中専門病棟 (stroke unit: SU) における脳卒中の初期治療によって、死亡率の低下、自宅復帰率の上昇、在院日数の短縮効果が得られるとの報告が相次ぎ、メタ解析でもSUの有効性が証明された^{3,4)}。1995年にWHO欧州地域事務局と欧州脳卒中評議会がHelsingborg宣言でSUの必要性を提唱し、欧州各国で設置の動きが加速した。

米国では1996年に、rt-PA (遺伝子組み換え組織型プラスミノゲン・アクティベータ) 静注療法が認可されて以降、急性期脳梗塞患者に対する診療体制が大きく変わる。2000年に1次脳卒中センターの設置が米国ブレインアタック連合によって提唱され、2003年の認定開始を皮切りに急速なシステム構築が進んだ (図5)。

翻ってわが国の「昭和の時代」の脳卒中診療は「急性期」と「慢性期」の区分で診療が行われ、急性期症例の患者が急性期病院に1~3か月間在院するのが当たり前だった。平成に入り脳卒中はリハビリテーション医学の観点から、急性期、回復期、維持期 (現在は生活期ともいう) に分けられ、脳卒中診療システムの構築が進められてきた。

地域完結型の連携に先鞭をつけた「熊本方式」

地域の先進事例に、「熊本方式」と呼ばれる1990年代に構築された地域完結型の脳卒中診療ネットワークがある。熊本県では当時、急性期病院のスタッフが少なく、リハビリテーション専門病院の数が多い実情を踏まえ、1994年に世話人会を2回開催して1995年より脳卒中の連携の会「脳血管疾患の障害を考える会」を開始し

た経緯がある。急性期病院からの「電話1本で、1週間 (脳卒中発症から3週間) 以内に回復期リハビリテーション病院へ転院できる」をキャッチフレーズに、診療体制の整備を進めた。

熊本県で急性期、回復期、維持期のシステムがほぼ出来上がった2000年に、介護保険制度の開始とともに「回復期リハビリテーション病棟」が導入された。このときに脳卒中診療を「病院完結型」と「地域完結型」の2つのモデルで示し、以後「地域完結型」の言葉が全国的に注目されることになった。

わが国の脳卒中診療における回復期リハビリテーション病棟の存在は大きく、急性期病院の在院日数短縮、家庭復帰、社会復帰、在宅支援など多くの役割を担っている。2008年には連携強化のために「脳卒中地域連携パス」の診療報酬が認められた。

その後、2015年には機械的血栓回収療法の有効性がメタ解析で示され⁵⁾、脳梗塞急性期治療に必須となったが、わが国において24時間365日脳梗塞治療に対応可能な施設を有する地域は依然、限られている。今後は、脳卒中センターの整備による脳卒中急性期診療の均てん化を図る必要がある。

循環器領域ではCCU (冠疾患集中治療室) やPCI (経皮的冠動脈インターベンション) が1980年代から登場し、わが国でも診療体制構築がなされ、急性冠症候群診療の均てん化は急速に進んだ。今後は、大動脈解離や大動脈瘤破裂などの急性期大動脈疾患対策や心不全対策が重要な課題である。

脳卒中センターの広がり均てん化の鍵を握る

脳卒中急性期診療の均てん化を具体的にどう進めればよいか。急性冠症候

群に対するPCIはどの地域でも24時間365日可能であるが、脳卒中診療ではrt-PA静注療法を24時間365日行えない地域が少なからず存在するのが実情である。

そこで5ヵ年計画では、rt-PA静注療法が24時間365日可能な1次脳卒中センター、血管内治療や高度の外科治療が24時間365日可能な包括的脳卒中センターの整備を提案し、rt-PA治療実施率10%の目標値を定めた。

脳卒中センターは図6の脳卒中急性期治療ピラミッドの類型に示す通り、①1次脳卒中センター、②血栓回収脳卒中センター、③包括的脳卒中センターの大きく3つに分類され、それぞれ機能分担が考えられている。

日本脳卒中学会では理事会の検討を経て、2019年中の1次脳卒中センター認定に向けて同年3月に1次脳卒中センターの要件を決定、9月に認定が行われた。なお、1次脳卒中センターの中でも、機械的血栓回収療法を24時間365日行える施設は、2020年3月に「1次脳卒中センターのコア施設」として学会が委嘱する予定である。

厚労省の「在り方検討会」では「脳卒中の急性期診療提供のための施設間ネットワークのイメージ」として、「医療資源が乏しい地域」と「医療資源が豊富な地域」に分けて図示され、下り搬送も示されている (6面・図3参照)。遠隔支援下でrt-PA静注療法を行って脳卒中センターへ搬送する「drip and ship方式」、rt-PA静注療法を行ってそのまま治療を続ける「drip and stay方式」などがある。医療資源が豊富な地域では、機械的血栓回収療法の適応となる症例を直近の1次脳卒中センターではなく、少々遠方でも機械的血栓回収療法の可能な施設へ直接搬

送する、mothershipによる迅速な転送を可能にする仕組みも必要である。

予防・啓発が目標達成の原動力になる

医療体制の整備が進むことで患者の救命率向上や予後の改善が大きく前進するだろう。しかし、医療機関・医療者の努力だけでは健康寿命延伸は成し得ない。そこで大切なのが国民一人ひとりの予防である。特に重要なのが生活習慣病の改善だ。例えば喫煙による脳梗塞を引き起こすリスクは2倍、くも膜下出血は3倍、認知症は1.6倍である。肥満、血圧高値、血糖高値、脂質異常などの境界領域に差し掛かる前に、まずは喫煙や運動不足、多量飲酒など不適切な生活習慣を見直す必要がある。基本法では8つの基本的施策の冒頭に禁煙と受動喫煙防止の必要性が書き込まれた。受動喫煙防止を義務化する改正健康増進法が2018年7月18日に制定されたことも、予防の後押しとなる。医療者には今後、正しい情報や知識を国民に発信し啓発につなげる役割も求められる。

患者が治療を行いながら働き続けられる環境整備も欠かせない。2016年に厚労省から公表され、2019年に改訂された「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」には、脳卒中に関する留意事項が示された。ガイドラインの普及と理解の広がりが望まれる。

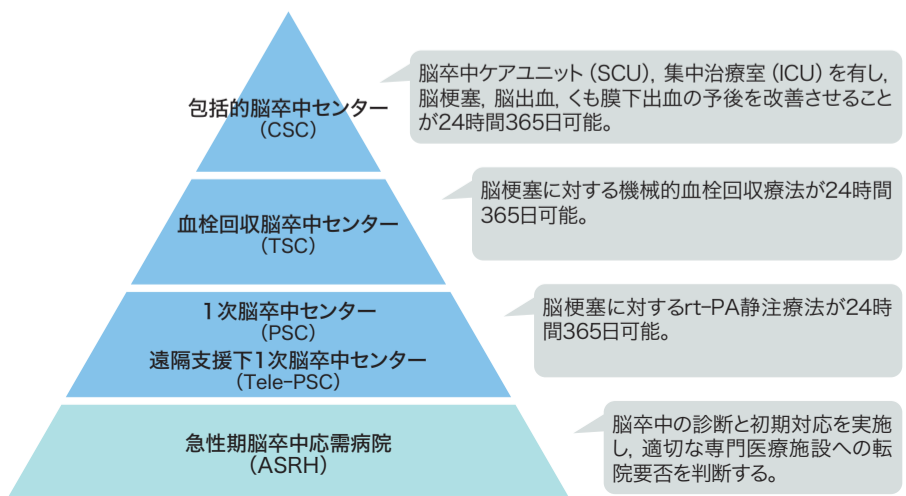
脳卒中や循環器病での治療は対症療法的治療に今なお留まっているのが現状である。基礎研究や臨床研究が強化され、動脈硬化の進展予防、再生医療などの新たな治療の登場が、脳卒中・循環器病克服に向けた希望をもたらす。基本法が施行された2020年以降は、①脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画の実現、②厚労省「在り方検討会」の診療提供体制を第8次医療計画へ反映、③心脳連携のより一層の強化——これらの動きが強固に一体となって脳卒中・循環器病対策が前進することが期待される。

参考文献・URL

- 1) 健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法、2018. <https://houseikyoku.sangiin.go.jp/bill/pdf/h30-105.pdf>
- 2) 日本脳卒中学会、日本循環器学会、脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画——ストップCVD (脳心血管病) 健康長寿を達成するために、2016. http://www.jsts.gr.jp/img/five_year_plan.pdf
- 3) BMJ. 1997 [PMID: 9146387]
- 4) Stroke. 1997 [PMID: 9368554]
- 5) JAMA. 2015 [PMID: 26529161]

図6 脳卒中急性期治療ピラミッドから見る専門施設の機能

米国で構築された脳卒中センターの類型をもとに、日本国内でもエビデンスに沿った体制整備が進む。脳卒中発症から4.5時間以内のrt-PA治療開始可能な専門施設を2次医療圏単位で設置し、専門施設に患者が到着後、1時間以内にrt-PA治療を開始できるようにする。脳卒中患者のrt-PA治療実施率、10%実現をめざす。



新年号特集 | 脳卒中・循環器病対策 新たな幕開け

健康寿命延伸へ、対策加速を

「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」(以下、5ヵ年計画)の5戦略事業が進む中、2018年12月に脳卒中・循環器病対策基本法(以下、基本法)が成立し、2019年12月に施行された。法律に基づき新たに動き出す脳卒中・循環器病対策は2020年以降、具現化へ向けた針路をどう取るのか。脳卒中領域から峰松一夫氏と橋本洋一郎氏、循環器領域から小室一成氏と齋藤能彦氏が出席した本座談会で、対策の重要テーマと実行へのビジョン、健康長寿社会に向けた予防と啓発の意義を議論した。



医療法人医誠会常務理事・臨床顧問/
国立循環器病研究センター名誉院長
峰松 一夫氏(司会)

東京大学大学院医学系研究科
循環器内科学 教授
小室 一成氏

奈良県立医科大学第一内科 教授
齋藤 能彦氏

熊本市市民病院脳神経内科 首席診療部長
橋本 洋一郎氏

平均寿命と健康寿命の乖離を縮めるには

峰松 2020年は脳卒中・循環器病対策が国家プロジェクトとして始動する画期的な年になるでしょう。日本脳卒中協会が基本法成立に向けた活動を2008年に始めてから、東日本大震災や政局に絡む廃案を経ながらも、10年越しの悲願として成立したことは喜ばしい限りです。

小室 峰松先生をはじめ日本脳卒中協会の皆さんと共にわれわれ日本循環器

学会の委員も2015年より、議員会館や国会へ何度も足を運びました。そのたびに法律を作ることの難しさを知り挫折しそうにもなりましたが、基本法が成立して本当にうれしく思います。

峰松 立法化に向け日本循環器学会の協力を得て、さらに2016年には日本循環器学会の呼び掛けで日本脳卒中学会が5ヵ年計画の策定に加わりました。協会および両学会の連携が実を結び、基本法の成立に至ったと言えます。

日本循環器学会の代表理事として5ヵ年計画策定や立法化を牽引してきた小室先生は、基本法成立が日本社会にどのようなインパクトを与えようと考えますか。

小室 脳卒中と循環器病の診療が大きく発展することで健康寿命の延伸が期待されます。日本人の平均寿命は男性81歳、女性87歳と現在まで延び続け

ており、世界トップクラスを誇ります。しかし、健康寿命と平均寿命の間には男性で9年、女性で12年の乖離があります(図1)。要介護になる原因の22.2%を脳卒中と循環器病が占めることから、わが国の目標である健康長寿社会の実現に脳卒中・循環器病対策が急務です。

峰松 さらに、年々増え続ける日本の医療費が30兆円を超え、脳卒中を含む循環器病が大きな割合を占めています。

小室 医療費の約20%が脳卒中を含む循環器病に使われており、これはがんの1.4倍に上ります。脳卒中と循環器病はがんと同様、もしくはがん以上に課題の多い疾病と言っても過言ではありません。基本法成立が各種施策の後押しとなり、健康寿命延伸の実現に向け加速すると期待しています。

脳卒中診療「失われた10年」

峰松 課題が顕在化する中、脳卒中と循環器病に対する危機感が、一般の国民はもとより医療界や行政に十分周知されてこなかった面もあったのではないのでしょうか。そこで、国が対策に乗り出すよう、日本脳卒中協会が中心となって2008年から「脳卒中対策基本法」の立法化がめざされたわけです。その火付け役の一人である橋本先生は、立法化以前から脳卒中对策に尽力してきました。立法化の端緒はいつでしたか。

橋本 2006年です。この年が日本の脳卒中医療の節目の年と言えます。脳卒中をめぐる施策は基本法が成立した2018年まで6年周期で動いてきました。基本法成立からさかのぼると、2012年に社会保障と税の一体改革、2006年が小泉内閣による医療制度改革とがん対策基本法の成立、2000年は介護保険制度が始まり回復期リハビリテーション病棟が認められた年です。

さらにその6年前の1994年は、脳卒中治療を行う私たちにとって「失われた10年」の始まりでした。それは何か。脳梗塞治療に用いられる血栓溶解薬「rt-PA」の特許権民事訴訟で米国に敗訴し、製造販売の中止によって日本国内で使えなくなってしまったからです。

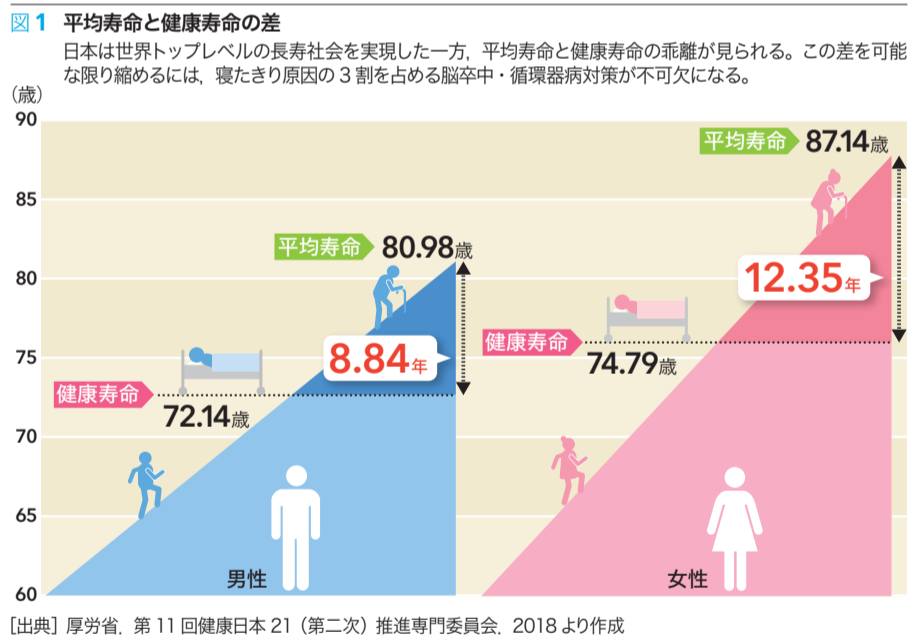
峰松 日本が、欧米から一気に遅れる原因となる出来事でした。

橋本 ええ。2005年にrt-PA製剤の使用がようやく認可され、「失われた10年」が終わって迎えた2006年、国循が「循環器病克服10ヵ年戦略」を



峰松一夫氏

みねまつ・かずお 1977年九大医学部卒。同大第二内科入局。79年国立循環器病センター(当時)内科レジデント、90年米マサチューセッツ大医学部神経内科学。95年国立循環器病研究センター内科脳血管部門部長、副院長、病院長を歴任し、2018年より現職。日本脳卒中学会理事など、専門学会・団体の要職を務める。世界脳卒中機構やアジア太平洋脳卒中機構の理事、欧米の脳卒中機関誌等の編集委員として国際的にも活躍。日本脳卒中協会理事長として、脳卒中・循環器病対策基本法の成立に尽力した。



January
2020

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売・PR部へ ☎03-3817-5650

●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

今日の治療指針 2020年版
私はこう治療している

総編集 福井次矢、高木 誠、小室一成
デスク判: B5 頁2192 19,000円
[ISBN978-4-260-03939-0]
ポケット判: B6 頁2192 15,000円
[ISBN978-4-260-03940-6]

Pocket Drugs 2020

監修 福井次矢
編集 小松康宏、渡邊裕司
A6 頁1120 4,200円
[ISBN978-4-260-03916-1]

レジデントのための呼吸器診療最適解
ケースで読み解く考えかた・進めかた

中島 啓
B5 頁388 5,200円
[ISBN978-4-260-03668-9]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉
老年学 (第5版)

シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉矩子
編集 大内剛義
B5 頁464 4,600円
[ISBN978-4-260-03947-5]

学生のための医療概論 (第4版)

編著 近藤克則、小橋 元、黒田研二、千代豪昭
B5 頁296 3,000円
[ISBN978-4-260-04125-6]

治療薬マニュアル 2020

監修 高久史郎、矢崎義雄
編集 北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6 頁2816 5,000円
[ISBN978-4-260-03958-1]

標準整形外科学 (第14版)

編集 井藤栄二、吉川秀樹、津村 弘、田中 栄、高木理彰
B5 頁1098 9,400円
[ISBN978-4-260-03880-5]

〈標準理学療法学・作業療法学 専門基礎分野〉
解剖学 (第5版)

シリーズ監修 奈良 勲、鎌倉矩子
編集 野村 嶺
B5 頁540 6,000円
[ISBN978-4-260-03922-2]

医療者のためのExcel入門 超・基礎から医療データ分析まで (第2版)

田久浩志
B5 頁208 2,400円
[ISBN978-4-260-04079-2]

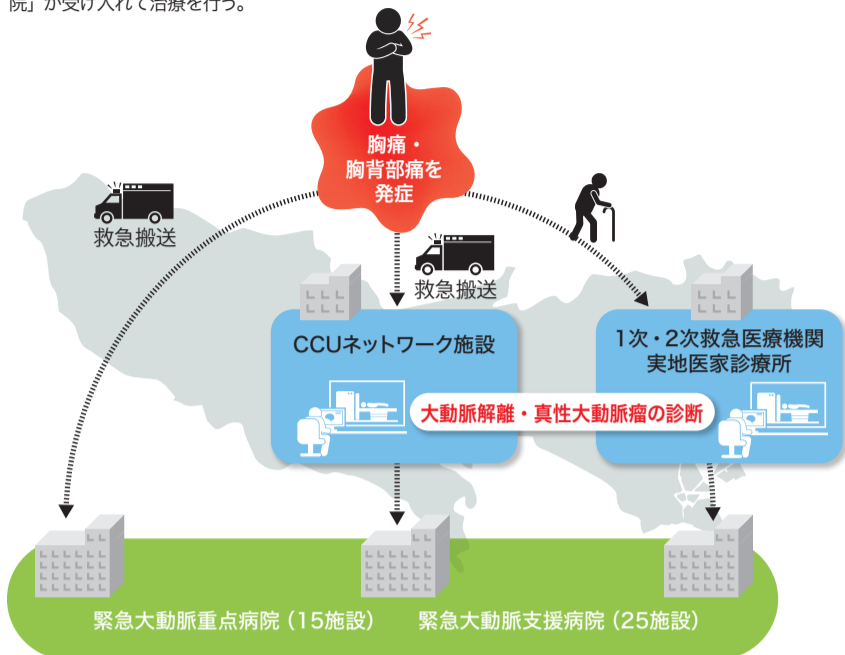
新・栄養塾

大村健二、濱田康弘
B5 頁288 3,400円
[ISBN978-4-260-04135-5]

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。

図2 東京都急性大動脈スーパーネットワークによる搬送体制

緊急大動脈疾患の治療は時間との闘いである。東京都では迅速な患者搬送システムを構築し、死亡数減少を図る。「緊急大動脈重点病院」は、急性大動脈疾患の入院・手術を24時間365日受け入れ可能な施設で、救急隊に優先搬送を推奨する。なお、重点病院が手術中・満床など収容困難であれば「緊急大動脈支援病院」が受け入れて治療を行う。



【出典】東京都CCU連絡協議会ウェブサイトより作成

作りました。同年には、日本脳卒中協会の脳卒中对策を練るべく「脳卒中戦略会議」を開きました。4回にわたり開催する予定で始まった第1回会議に私もメンバーとして出席したのですが、会議はこの1回限りで終わってしまったのです。

峰松 なぜでしょう。

橋本 この年にがん対策基本法が成立したためです。脳卒中も基本法を作る方針へとかじを切りました。「失われた10年」が終わり、基本法成立をめざして進み始めた2006年がまさに、日本の脳卒中医療の転換点でした。

峰松 その後、2014年に議員立法で脳卒中基本法案が発議されたものの衆議院の解散で廃案となってしまいました。1疾患1法案への反対意見もあったため、危険因子が共通することの多い循環器病を加えるべく日本循環器学会と手を取り合い、立法化に向け再スタートを切りました。

橋本 2016年に、日本脳卒中学会と日本循環器学会が策定した5ヵ年計画は、基本法成立への弾みになりましたね。「失われた10年」に加え、基本法成立までさらに10年以上を要し、欧米から20年以上後れを取る中、5ヵ年計画の策定に日本脳卒中学会を巻き込んでくださったことに、感謝しています。

峰松 その5ヵ年計画の策定がどのような経緯で始まったのか、日本循環器学会学術委員会の委員長を2015年から務める斎藤先生からお話ください。

斎藤 2006年に国循から「循環器病克服10ヵ年戦略」が出たものの、その後どう生かされたかの検証はおろか、その位置付けさえも当時の学会員に十分周知されていませんでした。日本循環器学会はそれまで科学的な関心

を優先してきた側面があり、循環器病対策を検討する基盤となるようなプランを学会として持ち合わせていなかったのです。

日本糖尿病学会では「対糖尿病5ヵ年計画」を当時既に第3次まで改訂を重ね、先行していました。そこで日本循環器学会は、10ヵ年戦略が満了するのを機に新たに5ヵ年計画を検討することになったのです。

峰松 その時、共に立法化をめざす日本脳卒中学会にも声を掛けてくださったわけですね。

斎藤 ええ。策定に当たり脳卒中領域から基本法の成立を見越した内容を検討しようと提案があり、立法化の機運が一段と高まりました。5ヵ年計画は5戦略事業を軸に「ストップCVD(脳心血管病)健康長寿を達成するために」のキャッチコピーを掲げ、2016年12月16日に公表となりました。5ヵ年計画の基盤があったことで整合の取れた基本法が出来上がったものと思います。

橋本 その後、厚労省の「脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方に関する検討会」では脳卒中、心血管疾患のそれぞれでワーキンググループが開催され、5ヵ年計画を作るメンバーも数多く協力して報告書が取りまとめられました。その結果、学会、行政、立法の三位一体による対策が動き出すことになりました。

峰松 基本法が成立したときには既に5ヵ年計画が動き始めており、基本法の道筋をつけていく準備が整っていたわけです。5ヵ年計画と基本法は成り立ちこそ違えど、最初は細かった糸が長い年月をかけて編まれたことで、対策を束ねる一本の太い綱が出来上がったと言えます。

救命を左右する医療体制の整備をどうするか

峰松 さて、基本法の施行後は、法に基づいた政策立案がよいよ始まります。2020年に政府は循環器病対策推進協議会を設置し、循環器病対策推進基本計画を策定します。さらに、都道府県単位でも努力義務である推進協議会の設置を呼び掛け、個別具体的な推進計画を立てる段取りです。都道府県では推進計画をもとに予算編成がなされ、2021年4月頃から具体的な活動が始まる見通しです。

小室 5ヵ年計画の5戦略事業の一つである医療体制の充実には、都道府県ごとの医療資源に応じた整備が不可欠です。基本法の第12～19条からなる「基本的施策」のうち、医療体制の充実は13、14、15、16条にかけて定められていることから重要な位置付けとわかります。

峰松 医療体制の整備には、①発症後速やかに救急搬送できるネットワークの構築と、②急性期から回復期、維持期の施設、在宅療養に至るまでシームレスな医療・介護体制の整備、この2つの両立が必須です。循環器の急性期医療体制の状況はいかがでしょう。

小室 急性期の循環器疾患で対応すべきは急性心筋梗塞、急性心不全、急性大動脈解離の3つです。急性心筋梗塞の場合、プライマリPCI(直接的経皮的冠動脈インターベンション)を24時間施行可能な循環器専門施設に患者を搬送し、適切な治療を提供する仕組みが多く都道府県で既に整っています。

峰松 東京都では、救急搬送のネットワークを先駆的に整備してきました。どのような機関が関与していますか。

小室 CCU(冠疾患集中治療室)を持つ病院、東京都医師会、東京消防庁、東京都福祉保健局の4者です。東京都は1978年に「東京都CCU連絡協議会」を組織して以来、各機関の連絡を密にし、急性心筋梗塞患者の搬送体制を整備してきました。例えば、施設の改修でCCUが一時的に使えない病院があれば、近隣の別の病院に患者が振り分けられます。都では心筋梗塞を発症した9割以上の方がこのネットワークに乗って搬送されるようになってきました。

峰松 急性大動脈解離の診療体制はいかがでしょう。循環器病の中でも医療機関の総合力が問われるインパクトの大きい疾患です。相当の医療資源が必要であり、その「ある/なし」が患者の救命を左右します。しかし、大血管の手術に24時間365日対応できる施設は限られるのではないのでしょうか。

小室 東京都CCU連絡協議会は2010年に、大動脈解離の手術が可能な施設による「急性大動脈スーパーネットワーク」を新たに開始しています(図2)。手術が第一選択となる、上行大動

脈に解離が及ぶような大動脈解離の患者も、手術可能な施設へと迅速に搬送されるようになりました。

斎藤 かつてそれほど多くないと思われていた大動脈解離は、心筋梗塞の3分の1を占めることが明らかになっています。

峰松 実際に多いと感じます。心筋梗塞と考えられた突然死に、大動脈解離も相当数含まれていたはずですが、東京都が独自に整備したシステムは今後、全国のロールモデルになると期待されます。

斎藤 急性心筋梗塞の救急医療体制は、関西圏をはじめ各地で均てん化が進んでいます。ただ、急性大動脈解離の体制は地域によって不十分な面もあります。24時間365日体制で大血管手術が可能な施設を持たない医療圏があるからです。医療資源の乏しい地域では、県をまたいだ搬送体制も検討されています(6面・図3)。基幹病院をどの程度設けるかの議論は、脳卒中領域が1次脳卒中センターや包括的脳卒中センターによる機能分けを先駆けて進めているので、循環器側も参考にしたいと考えています。

脳卒中センター認定で進む均てん化

峰松 急性期の医療体制の整備は日本脳卒中学会が注力している点です。5ヵ年計画実現化委員会の委員として5戦略事業の「医療体制の充実」の構想を担当した橋本先生から、重視する点を説明してください。

橋本 搬送体制の整備、均てん化、連



小室一成氏

こむろ いっせい 1982年東大医学部卒。84年大病院第三内科医員。89年米ハーバード大医学部留学。93年東大医学部第三内科助手。98年同大医学部循環器内科講師。2001年千葉大大学院医学研究科循環器内科学教授。09年阪大大学院医学系研究科循環器内科学教授を経て、12年より現職。日本医学会連合理事、日本内科学会理事、日本心臓病学会理事、日本心不全学会理事、日本腫瘍循環器学会理事長など役職多数。アジア太平洋心臓病学会次期理事長。日本循環器学会代表理事として「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」の策定と脳卒中・循環器病対策基本法の成立に尽力した。



Pocket Drugs 2020

ポケットドラッグス

治療薬を薬効ごとに分類し、その冒頭に第一線で活躍する医師による「臨床解説」を掲載。「薬剤情報」では、「選び方・使い方」、選択・使用時の「エビデンス」をコンパクトに解説。目的の情報が見つかるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載した。臨床現場で本当に必要な情報をまとめた1冊。

監修 福井次矢 聖路加国際病院・院長

編集 小松康宏 群馬大学大学院教授・医療の質・安全学
渡邊裕司 浜松医科大学理事・副学長・臨床薬理学

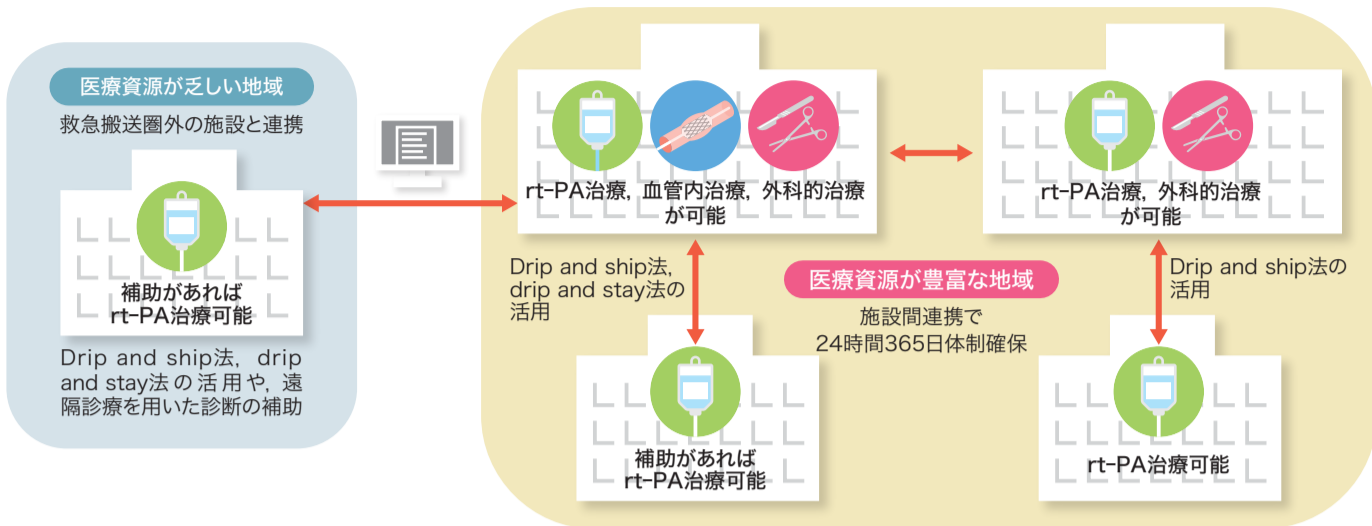
●A6 頁1120 2020年 定価：本体4,200円＋税 [ISBN978-4-260-03916-1]

医学書院

新年号特集 脳卒中・循環器病対策 新たな幕開け

図3 心血管疾患の急性期治療提供のネットワーク

時間的制約のある脳卒中治療は施設間連携が重要になる。医療資源が豊富な地域は医療資源を効率的に運用し、24時間365日体制を確保する。医療資源が乏しい地域では遠隔診療を用い、脳卒中診療に精通した医師の指示の下でrt-PA静注療法を行うことになる。施設間連携では、rt-PA静注療法を開始した上で病院間搬送を行うdrip and ship法や、rt-PA静注療法を実施した後も引き続き同じ施設で診療を行うdrip and stay法の活用が有効とされる。



【出典】厚労省、脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る診療提供体制の在り方について、2017より作成

携の3点です。これらの実現の鍵を握るのが、脳卒中センターの認定と配置です。5ヵ年計画では、①脳卒中を発症した患者が4.5時間以内にrt-PA治療を始められる体制を構築し、②その結果rt-PA治療実施率10%をめざしています。

峰松 そのために何が必要でしょう。橋本 rt-PA製剤の投与が可能である1次脳卒中センター、機械的血栓回収が可能な血栓回収脳卒中センター、そして、より高度な脳神経外科治療と血管内治療が可能な包括的脳卒中センターに、可能な限り患者を搬送することです。特に、脳卒中に対する血管内治療を常時施行可能な包括的脳卒中センターをハブとした脳卒中治療のネットワークを、地域ごとに整備することが重要です。

峰松 欧米の脳卒中ネットワークをモデルとしていますね。

橋本 はい。海外の脳卒中の診療体制を見ると、例えば欧州では1995年にWHO欧州地域事務局と欧州脳卒中評議会がHelsingborg宣言で脳卒中ユニットの必要性を指摘し、導入が始まりました。時期を同じくして米国ではrt-PA静注療法が1996年に国内で認可され、2000年代に入り脳卒中センターの認定が始まった経緯があります。

米国の取り組みで興味深いのは、さまざまなステークホルダーがいる中、米国心臓協会(AHA)・米国脳卒中協会(ASA)が、日本の5ヵ年計画に相当するPolicy RecommendationやStatementを定期的に出していることです。両協会が中心となって米国ブレインアタック連合を組織し、米国医療施設認定合同機構(TJC)などと協力しながら2000年からおよそ20年かけて脳卒中診療施設を米国内に整備してきました。

峰松 エビデンスに基づく診療ネットワークの構築に向け、国内では日本脳卒中学会が1次脳卒中センターの認定を進めています。

橋本 当初、全国500施設ほどの申請を想定していましたが、いざ蓋を開けてみると900以上もの施設から申請がありました。

峰松 全国の二次医療圏をほぼ網羅する規模と聞いています。予想以上の数の多さに各地の問題意識の高さを感じます。

橋本 脳卒中診療の今後の課題は、少ない人員で効率良く医療を提供し、なおかつ医療資源の格差を縮める均てん化を図ることです。図3のように、医療資源の乏しい地域と豊富な地域のネットワークの在り方も厚労省から示されています。欧米が20年かけて整備してきた診療体制を、日本はこの先2~3年で実行すべく急ピッチで進め

ていくことになります。

地域包括ケアまで支える人材育成

峰松 医療体制は急性期のみならず、治療後の回復期病院や地域包括ケアに即した視点も忘れてはなりません。脳卒中では回復期リハビリテーション病棟を経由し維持期に移行する患者が多くいるためです。

小室 循環器領域ではこれまで急性心筋梗塞を最重要疾患に位置付け、急性期の診療体制を整備してきた結果、救命率が上がりました。一方、心不全においては、急性期だけではなく、急性期から回復期、維持期までシームレスに診療することが求められます。

峰松 超高齢社会の到来とともに患者数、死亡者数は増加傾向にあり、「心不全パンデミック」と呼ばれ警鐘を鳴らされています。

小室 心不全の特徴は、回復して退院しても、急性増悪による入退院を繰り返しながら、坂道を下るように容態が悪化させて命を落とすことです。

峰松 再発や悪化を防ぐには何が必要でしょう。

小室 退院後、回復期、維持期にかけ生活習慣の管理を含めた診療を継続することです。特に回復期においては心臓リハビリテーション(以下、心リハ)が重要です。専門家のもとで適切な心リハを行うことで予後が良くなるとのデータが出始めています。運動療法だけでなく、服薬や食事の管理も含めた広い意味での心リハの役割は実に大きいと思います。

これからは、大規模病院で専門医が患者を待つだけでは心不全患者を救えません。かかりつけ医の生涯教育の推進をはじめ、看護師、保健師、リハビリ専門職、薬剤師、臨床心理士など、あらゆる職種の人材育成が必要です。

峰松 おっしゃる通りです。5戦略事業に掲げた人材育成では幅広い職種の貢献を想定しています。

齋藤 日本循環器学会では人材育成の一環として、心不全療養指導士認定制度の2021年春開始をめざし準備を進めています。在宅など実地医家の先生方をはじめ、多職種を対象に教育機会を提供するアプローチが必要と考えたからです。

小室 患者さんが再び入院しないためのリハやケア、生活習慣の管理の大部分を担う多職種の方には、それぞれの職種が持つ知識や技術を心不全に生かす力を身につけてほしいと思います。

悉皆性あるデータ集積で治療成績を可視化する

峰松 厚労省による2017年の患者調査では、心疾患患者は173万2000人、脳血管疾患患者は111万5000人に上ります。いずれも再発率の高い疾患であり、再発予防が欠かせません。ただ、治療や予防の根拠となる患者数や治療成績など、網羅的で精緻な数字が収集されていませんでした。そこで、脳卒中と循環器病の全国登録を5戦略事業の一つに位置付け、登録事業を推進しています(図4)。

図4 登録事業の目標と事業内容

JROADを土台とした包括的循環器病全国登録システムの確立と、J-ASPECT、日本脳卒中データバンクを土台とする包括的脳卒中全国登録システムの確立をめざす。医療費の適正化や地域医療計画、臨床試験への活用など、幅広い分野での利用が期待される。

目標	事業内容
1 悉皆性の向上	1 脳卒中と循環器病の診療に対する医療の質評価指標の確立
2 データの拡充	2 重要疾患、わが国独自の疾患の予後追跡調査システムの構築
3 データ活用の促進	3 診療情報標準化とICTおよびAI技術によるデータ自動収集システムの構築
	4 医療計画、診療ガイドラインに資する脳卒中と循環器病の統合登録システムの構築
	5 民間企業を含めた予防治療開発研究への活用基盤の構築

【出典】日本脳卒中学会、日本循環器学会、脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画、2016より作成

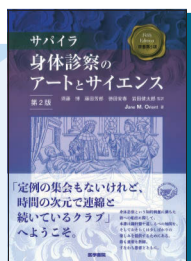
多くの指導医・臨床医から賛辞を集める身体診察の名著、待望の日本語改訂版!

サピラ 身体診察のアートとサイエンス 第2版

Sapira's Art and Science of Bedside Diagnosis, 5/e

身体診察という知的興奮に満ちた旅への船出に際して、本書は羅針盤や道しるべの地図を、そしておそらくは少しばかりの楽しみを提供するためにある。最も重要な教師、すなわち患者とともに。身体診察は文化の違いや時代を超えた臨床医学のアート。本書にはこれらを経験するための英知、箴言がぎっしりと詰まっている。「記述の広さと深さは類書を圧倒している」と賛辞を集める名著を、当代きってのエキスパートたちが翻訳。

原著 Jane M. Orient
監訳 須藤 博
藤田芳郎
徳田安春
岩田健太郎



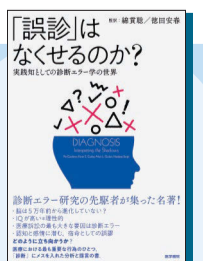
診断にメスを入れた、世界的名著

「誤診」はなくせるのか? 実践知としての診断エラー学の世界

Diagnosis; Interpreting the Shadows

どのような名医でも誤診をする。一方、診断エラーは医師の能力不足だけで起こるわけではない。認知科学、行動経済学、脳科学などの最新研究を用い、目にはみえないくつもの原因をひとつずつ解明する、診断を客観的に分析した世界的名著の邦訳版。

監訳 綿貫 聡
徳田安春



小室 心不全、心筋梗塞、心房細動など、循環器病の患者がわが国に実際何人いるのかわかっていません。また、日本循環器学会は今まで60以上のガイドラインを作ってきましたが、ガイドラインに基づいた治療がどの程度なされているか、さらにガイドラインに基づいた治療を行った場合の予後は実際に良くなったのかどうかも不明です。

齋藤 そこで現在、日本循環器学会主導で、全国規模のデータベースJROAD(循環器疾患診療実態調査)を整備し、関連学会のレジストリ事業との連携による悉皆性のある全国登録システムの確立をめざしています。大動脈解離の実態を調査する班も立ち上がり、搬送された患者の予後がデータとして集まり始めています。これらをエビデンスとし、適切な体制を作ることに役立てたいと考えています。

峰松 脳卒中の患者も、増えているのか減っているのかさえない状況でした。日本脳卒中学会では、脳卒中を含む脳血管障害の全国登録を行うため、DPC情報を基にしたJ-ASPECT Studyを実施しています。

橋本 脳梗塞、一過性脳虚血発作、脳出血、くも膜下出血の1年間の患者数と、さらにrt-PA静注療法と血栓回収療法を実施した患者のアウトカムまで求めます。脳卒中センターに認定された施設から情報を提供してもらうことで、高い悉皆性を持つ疾患登録が実現するでしょう。調査結果は、脳卒中、急性循環器疾患の救急医療の質向上と、地域の医療格差是正にも役立てられます。登録事業で得たデータは脳卒中センターを認定する根拠にもなるので、脳卒中センター認定事業と登録事業は、5ヵ年計画を推進する重要な基盤となります。

峰松 登録事業が進むことで、治療成績の可視化はもちろんのこと、医療の質改善や医療費の適正化、臨床試験への活用など、応用の幅が広がります。

小室 データの蓄積はさらに、基礎研究の発展にも貢献すると期待します。

峰松 「臨床・基礎研究の強化」は5戦略事業に位置付けられ(図5)、基本法第19条にも研究の促進と臨床研究を行う環境整備の必要性が明記されました。

小室 循環器疾患においては薬物治療が有効なばかりでなく、PCIやカテーテルアブレーションなどの非薬物治療も大変進歩しており、最も治療法の進んでいる領域と思っていました。ところが、今まで死の病と思われてきたがんは、研究の進歩によって分子標的治療薬が登場し、治癒・寛解する例が多く見られるようになってきました。それに対し、心不全をはじめとする多くの循環器疾患は未だ治すことができません。いつの間にかがんに抜かれてしまったのではないのでしょうか。

峰松 実際にがん患者の生存率は伸びており、めざましい進歩です。

小室 循環器疾患は発症原因の多くが明らかになっておらず、原因に基づく根本的な治療がなされていないのが課題です。

峰松 言わば対症療法に留まっている。
小室 おっしゃる通りです。なぜ心不全や心房細動が起こるのか、その原因を解明し、原因に基づいた治療法を開発しなければ、患者が寛解と増悪を繰り返すことが今後も続くでしょう。中・長期的視点で見ると、基礎研究の進展による病態解明と、それを踏まえた創薬やデバイス開発、臨床研究が極めて重要です。基本法が施行された今回、国をはじめ関係機関からの支援が増えることを大いに期待しています。

予防を図る主人公は国民一人ひとり

峰松 脳卒中・循環器病の対策実現、そして克服に向けて何より大切なのが、予防と国民啓発です。

小室 循環器病の多くは予防可能であり、あらゆる循環器疾患の終末像である心不全こそ予防が有効かつ重要になります。まず、暴飲暴食や喫煙を行わないなど生活習慣に気を付けるマイナス1次予防、もし高血圧や高脂血症、糖尿病を患っても心筋梗塞等にならないように生活習慣を改善し正常化を図る0次予防、そして心筋梗塞や心房細動、あるいは弁膜症などになっても心不全に至らないようにする1次予防を行います。さらに、たとえ心不全を1度発症しても、2度と再発しないよう心リハの適切な実施や生活習慣への注意、心不全薬の服薬などによって2次予防を心掛けることが重要です。つまり心不全には4回も予防のチャンスがあるのです。その予防を図る主人公は誰かという、それは国民一人ひとりです。国民への広報・啓発は極めて重要になります。

齋藤 心不全の怖さを国民にわかりやすく伝えるため、日本循環器学会は一般向けに定義を発表しました。「心不全とは、心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です」と。がんは、「早期治療で治せる」との概念が国民に根付きつつあります。心不全も「生命を縮める」とのメッセージを加えましたが、心不全によって引き起こされる問題をなるべく早い段階で知ることが予防につながるのだと呼び掛けていきたいですね。

橋本 令和元年を迎えた2019年は基本法施行元年であり、翌2020年は受動喫煙防止対策を強化する改正健康増進法の施行元年です。国連では2011年に、非感染性疾患(Non-Communicable Diseases: NCDs)の対策を国際的に推進することが盛り込まれた宣言が採択されています。NCDsとは、不健康な食事や運動不足、喫煙、過度の飲酒、大気汚染などにより引き起こ

される疾患で、循環器病、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病の4つが挙げられます。NCDsの予防や疾病管理を促進する動きが国際的に拡大する今、日本でもリスク管理の必要性を国民により広く啓発していく必要があります。

峰松 予防と啓発は日本脳卒中協会の最大の使命であり、1997年の設立以来20年以上にわたり市民公開講座などの啓発事業を続けてきました。しかしそれだけでは、予防に関心の薄い方まで訴求しないとの危機感を持っていました。そこで私は、義務教育課程から予防・啓発を行う必要があると考え、厚労省の研究で主任研究者として検討しました。その結果、小学5年生が健康教育に適した時期であるとの結論に至っています。消防隊員らによる救命救急の講習など既存の枠組みを利用して伝えていけるはずでした。

橋本 NCDsの問題を、学校教育に包括的に組み込む意義は大きいでしょう。

峰松 がん対策基本法の改正を受け、がん教育の必要性が学習指導要領に明記されました。ただ、学習指導要領は10年に一度の改訂です。記載が一度見送られると10年待たなければならず、社会資源の喪失につながりかねません。基本法の成立を機に、予防の必要性をあらためて医療界から社会に訴えていく必要があります。

小室 基本法ができた今、脳卒中と循環器病に対し国や都道府県が認識を新たにすることでより大きな支援があるものと期待しています。それと同時に、私たち医療者自身が5ヵ年計画を確実



橋本洋一郎氏

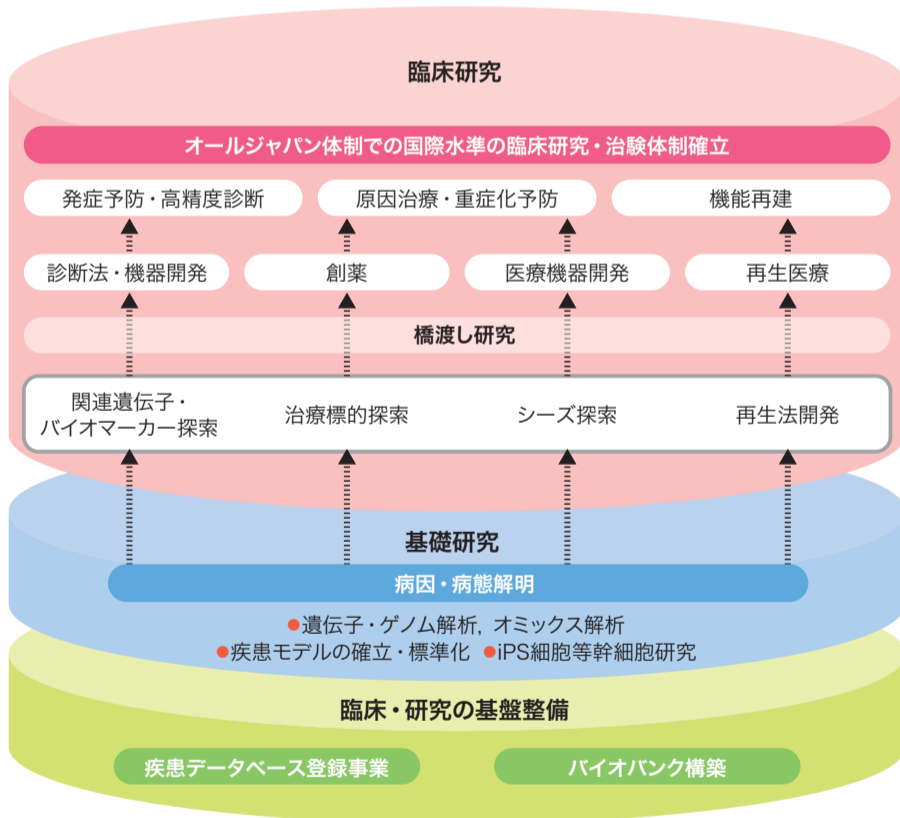
はしもと・よういちろう 1981年鹿児島大医学部卒。同年熊本大医学部第一内科入局。84年国立循環器病センター(当時)内科脳血管部門、93年熊本市立熊本市市民病院神経内科医長、部長、診療部長などを経て、2014年より現職。1998年独ハイデルベルグ大医学部神経内科に留学。90年代に「熊本方式」と呼ばれる地域完結型の脳卒中診療システムを構築。16年の熊本地震復興支援のなか「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」の脳卒中領域の策定に貢献した。

に履行し、実のある計画であることを証明していかなければなりません。

峰松 おっしゃる通りです。わが国の動向は海外からも注目されています。例えば世界脳卒中機構では、基本法の成立を「small revolution」と呼んで評価しています。国レベルでの循環器病対策推進基本計画、都道府県レベルでの推進計画の策定とその実行、5ヵ年計画のさらなる展開から、日本で「big revolution」が起きることを願っています。(了)

図5 臨床研究・基礎研究の強化

脳卒中・循環器病の克服には、原因を解明し、原因に基づいた治療法の開発が不可欠である。基礎研究の進展による病態解明と、それに基づく創薬、デバイス開発、臨床研究の重要性が増す。



[出典] 日本脳卒中学会、日本循環器学会。脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画。2016より作成

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

総合診療 プレゼンツ 「平静の心」塾

オーストラリア
集合!!

「アンガーマネジメント」を語ろう!

日時 2020年3月7日(土) 13:00~17:00

会場 医学書院 本社 2階 会議室

講師 山中 克郎 先生 [福島県立医科大学 会津医療センター]

徳田 安春 先生 [臨床研修病院群プロジェクト 群星沖繩]

平島 修 先生 [徳洲会奄美ブロック総合診療研修センター]

対象 医学生・研修医・医師

定員 50名

受講料 医師 5,000円 / 医学生・研修医 3,000円

『総合診療』年間購読の「医学生・初期研修医割引」または「個人特別割引」の申込者は無料になります!

お問い合わせ 医学書院 販売・PR部セミナー担当 e-mail: pr_web@igaku-shoin.co.jp

「医師にとって、沈着な姿勢、これに勝る資質はありえない。」(『平静の心』より)というオスラーの有名なこの言葉のとおり、医師はどんな状況においても、「冷静さ」と「心の落ち着き」を失わないことが重要とされています。

本セミナーでは、医師が沈着な姿勢を身につけるにあたっての感情コントロールについて、なかでも特に、昨今話題の「アンガーマネジメント」について、深掘りしていくことになりました!

皆さまのご参加をお待ちしています。
詳しくはWebサイトをご覧ください
<https://seminar.igaku-shoin.co.jp/detail/sem200307.html>



左から平島先生、徳田先生、山中先生。

地域に根差した施策実行に向けて

脳卒中・循環器病対策は都道府県ごとの計画策定が求められる。基本法の施行によって、診療に携わる医療者や患者の暮らしはどう変わるのか。地域の医療資源の有効利用、地域包括ケアを見据えた病院・在宅の垂直連携、データに基づく2次医療圏ごとの施設配置についてそれぞれ、3氏が展望を紹介する。

基本法をよりどころに社会システムの整備を

榊原記念病院 院長
磯部 光章



う社会システムの整備を行う必要がある。

さらに心血管疾患の実態調査や登録事業は疾病対策に不可欠であり、また研究の発展による新薬や新規治療の開発にも期待は大きい。これらの対策は国民が丸となって進めるべき課題であり、法律はそれを支えるよりどころになると期待される。この法律が、明るく健全な社会構築に寄与する一助となることを祈念するものである。

いそべ・みつあき 1978年東大医学部卒。2001年東京医歯大大学院循環制御内科学/循環器内科教授。17年より現職。日本心不全学会前理事長。東京医歯大名誉教授。厚生省の臓器移植委員会委員長、同省厚生科学審議会委員などを務める。脳卒中・循環器病対策基本法の立法化に向け活動。

わが国は少子、高齢、多死という深刻な社会問題を抱えている。高齢化で増加するのは心血管疾患であり、今後患者のケア・介護のニーズが増え、死亡者の増加が病院の機能を圧迫する。何より求められるのは心血管疾患の0次予防、1次予防と適切な急性期治療の普及・均てん化であり、疾患発症後の2次予防、さらにフレイル、介護を未然に防ぐことによる健康寿命の延伸である。個人がより幸福な老後を送ることは健全な社会の構築につながる。疾病予防による医療費の抑制も重要な課題である。その意味で2019年12月に施行された脳卒中・循環器病対策基本法に期待するところは大きい。この法律は、今後ますます増加すると考えられる循環器疾患の診療提供体制を大きく変える力を持つからだ。

対策で最も重要となるのが予防である。循環器疾患の予防が日常生活に浸透するよう学校教育の充実や市民啓発が求められる。医師や医療機関にはこれまで手の届かなかった重要な活動と言える。現在行われている特定健診は必ずしも心血管疾患の早期発見につながるものではない。例えばBNP(脳性ナトリウム利尿ペプチド)の測定などを健診に組み込んでいけば、心不全や心房細動の早期発見につながるであろう。

救急診療体制についても診療の内容がより高度化し、また地域の交通事情、人口分布、医療資源が大きく変化しつつある現在、より効率のよいシステムに柔軟に対応することが求められる。循環器疾患は超急性期の早期治療が極めて有効であることから、がん診療の

ような診療施設集約化はなじまないと思われるが、限られた医療資源を有効活用するために、地域の実情に合った拠点化と高度診療施設の重点化が必要ではないだろうか。

多死社会を迎え、高度急性期治療を要する大動脈解離などの急性期症例と、積極的侵襲的治療になじまない超高齢者の急性心不全症例が秩序なく高度急性期病院に収容されている現況について、医療資源をより適切に有効利用する方向で改善する必要がある。心血管疾患に罹患した患者が社会生活をとり戻し、再入院を予防して健康な生活を維持することに最も有効なのは、心臓リハビリテーションなどの運動療法と多職種による総合的な介入である。現在進められている地域包括ケアにこのようなケアが組み込まれるよ

在宅支援を実現、広島県心臓いきいき推進事業

広島大学大学院医系科学研究科循環器内科学 教授
木原 康樹



と垂直連携を格段に強化することができた。

心不全というありふれた慢性疾患を基盤に位置付け形成された地域包括ケアのプロトタイプは、患者の再発と再入院を減らして医療費を削減し、患者の慢性期QOLを改善に導いていることが疫学的に示されている。これら事業は社会の高齢化とともに増加する疾患に対する具体策を提示しており、行政と医療者が一体となった企画として今後さらに注目されると考える。

きはら・やすき 1979年京大医学部卒。神戸市立医療センター中央市民病院循環器内科部長などを経て、2008年より現職。12年に広島大病院心不全センター長に就任。14~16年同大医学部長。16年からは副学長(研究開発担当)を兼任する。

医療計画の5疾病・5事業などの基盤整備と対策の推進により、循環器疾患の治療成績は格段に向上し、急性心筋梗塞を代表とする循環器疾患への拠点施設整備は完了したかに思われる。一方、急性期患者の心行動態安定や生命危機の回避に伴って、それ以降のプロセスは回復期施設・病棟あるいは地域包括ケア施設・病棟に移行せざるを得ない。それらの受け皿となる非急性期施設・病棟の地域展開は現在のところ不十分であり、心臓リハビリテーションの実践も限定的である。また、回復施設を介さず在宅・通院診療に直接移行した患者の多くは、その後必要な慢性期対応を欠いている。その結果、原疾患の2次予防に失敗して心不全や不整脈を合併し、予後不良の経過をたどる患者が少なくない。

病院・病棟機能評価の在り方や心臓リハビリテーションの施設要件・人的要件などを見直したり、多職種による疾病管理の推進や患者教育の充実に対しての評価を加えたりすることで、これらの役割を患者が暮らす地域で実践できる施設を充足しないと、結局は急性期施設の機能を引き出すことができない悪循環に陥ることになりかねない。言うまでもなく循環器疾患の大半は患者の生活習慣とリンクした高血圧、肥満、脂質異常、糖尿病などと密接に関係しており、疾病管理の強化はQOLのその後の維持・向上につながることを意識しておく必要がある。

広島大学病院心不全センターは2012年から広島県健康福祉局との協働により、広島県心臓いきいき推進事業を展開し、県内7つの2次医療圏

それぞれに心臓いきいきセンターを設立してきた。各心臓いきいきセンターには、心不全の慢性期疾病管理と心臓リハビリテーションを進めるため、循環器専門医、心臓リハビリテーション指導士、慢性心不全看護認定看護師、管理栄養士、薬剤師等からなる多職種専門チームを配し、患者の円滑な退院と在宅慢性期支援の体制の構築を進めた。2017年からはさらに、地域医療を実践している非専門医療者との連携強化と啓発を事業として展開し、2年間で331件の心臓いきいき在宅支援施設(地域診療所、保険薬局、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等を含む)の認定を行ってきた。これにより、心臓いきいきセンターと在宅患者との間で通院・在宅医療を担当する施設の組織化

登録事業で脳卒中診療を可視化する

京都大学大学院医学研究科脳神経外科 教授/同大学医学部附属病院 病院長
宮本 享



本計画も3年で見直される見通しだ。2024年は医師の働き方改革による時間外労働の上限規制が始まる年でもある。

本学会は医療経済学的な検証を進めながら、各地の人口動態に基づく適正かつ効率的な医療提供体制を構築したいと考えている。近接医療圏との連携やドクターヘリによる搬送体制など、医療側だけで解決できない課題も多い。基本法の成立を契機に、行政をはじめ関係機関の理解と協力を得て対策を推進していきたい。(談)

みやもと・すすむ 1982年京大医学部卒。2003年国立循環器病センター(当時)脳神経外科部長。09年京大大学院医学研究科脳神経外科教授。19年に同大病院長に就任。日本脳卒中学会理事長として「脳卒中と循環器病克服5ヵ年計画」実行の指揮を執る。

急性期脳卒中の医療体制充実には登録事業を基盤とした「可視化」が重要である。これまで、日本で脳卒中がどの程度発生しているかを知る網羅的なデータはなく、悉皆性の担保が課題であった。

日本脳卒中学会(以下、本学会)では、DPCデータを用いたJ-ASPECT Studyと、全国に812ある本学会認定の研修教育施設を対象とした3年に1度の調査から、データを集めてきた。しかし、悉皆性が低く、リアルワールドデータとの乖離もあった。そこで、2018年から研修教育施設に対し、疾患別入院患者数、疾患別症例数、rt-PAの治療件数など毎年の報告を義務化した。その結果、悉皆率は99%と、急性期脳卒中を扱う施設のデータをほぼ網羅するまでに向上した。

本学会とも連動して進められてい

る、脳卒中の急性期医療連携に関する厚労科研(研究者代表=神戸市立医療センター中央市民病院・坂井信幸氏)では、2つの成果が出始めている。1点目は、rt-PAの点滴治療を行いながら血栓回収可能な施設に転送するdrip and ship法の安全性の立証である。転送しない方式に比べ治療成績も良好との結果を踏まえ、drip and ship法の診療報酬算定が検討される見通しとなっている。

2点目は、2次医療圏別の脳卒中発症件数が把握可能になることだ。脳卒中患者を受け入れる国内全ての救急施設を対象に実施したrt-PA治療の悉皆調査では、rt-PAによる治療総数は年間約1万5000件であった。この数字は前述の年次調査の結果とはほぼ一致する。2つの異なる調査結果から同様の結果を得られたことで、2次医療圏

別の脳卒中発症件数を経年で正確に把握できるようになり、整備が必要な施設数の提案が可能となる。

本学会は、rt-PA治療を24時間365日実施可能な施設として1次脳卒中センターの認定を進めている。2019年に申請のあった全国924施設が今後稼働することで、日本の人口の98.4%が1時間以内に1次脳卒中センターへ搬送できる体制が実現する。離島などいくつか残る空白2次医療圏も、遠隔医療の活用や複数施設のネットワーク認定、近接医療圏との連携によって、24時間365日の診療体制を確立できるよう整備を進めていく。

脳卒中・循環器病対策基本法に基づき2020年に策定される循環器病対策推進基本計画の第1期は、2021年に運用が始まる。その後、第8次医療計画がスタートする2024年に向け、基

電子版 ありますよ。

医学書院のあの本、



新刊も、雑誌も、ベストセラーのあの本も!

詳しくは **医書ジーピー** の
WEBサイトへ (<https://store.isho.jp/>) ▶▶



現在約4,000点がラインナップ

 **医書ジーピー** は、医学書院を含む医学専門出版社の
書籍・雑誌の電子版を配信しています。

登録無料!

今なら全ページ
『ちょっと立ち読み』できます!

- 医書.jp 商品のご購入・ご利用にあたり、会員登録が必要です。
- 医書.jp 商品はWEBサイトまたはパートナー書店からご購入いただけます。
- 購入いただいた書籍・雑誌は、専用ビューアまたはWEBブラウザにて閲覧できます。
- 法人向けサービス「医書.jp オールアクセス」もごございます。
詳細はWEBサイトをご覧ください。▶ <https://www.isho.jp/serviceguide/>



医学書院

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



データヘルス改革への期待

森田 朗

津田塾大学総合政策学部教授

中医協の公益委員を務めたことから、これまでも医療制度改革の動向には関心を持ってきた。北欧を中心とした先進諸国を毎年のように視察してきたが、近年、それらの国々が改革の舵を大きく切り始めていると感じる。それらの国では、社会の高齢化、医療技術の著しい進歩、そしてそれに伴う医療費の増加に対して、医療の質を落とさず、持続可能な医療提供体制をいかに構築するか。一言でいえば、このような問いに答えるべく、改革が進められている。

その方向は、第一に、医療の分業化と集約化を前提としたマネジメントの強化による効率化であろう。そして、第二が、こうした効率化を実現するために、大量のデータに基づき、医療の質を評価し、ムダの削減を図るとともに、適正な資源配分を実現しようとするデータヘルスの推進である。

データヘルスのために、国民各自の健康データを蓄積し、そのビッグデータの解析を通して、ベストな医療を追求しようとしている。それとともに、国民の一人ひとりに応じた最適の健康管理をめざそうとしている。

わが国は、これまで高い医療の質を

維持してきた。そして、データも蓄積してきた。しかし、それを活用し、今述べたような質の高い効率的な医療を実現してきたかという点、まだ先進諸国との間には隔りがある。

だが、データヘルス改革の名の下にデータ活用の基盤整備が最近始まった。電子カルテの標準化や、NDBデータ活用等の動きである。そして、国民各自のデータ連携のためのIDとして、被保険者番号を使用することも決定された。被保険者番号を使うシステムは非常に複雑であり、また個人情報保護の観点からの制約も大きい。そのため、真にデータを活用し医療における質の向上と効率化を図るには、まだまだ課題が残されている。

こうした状態を改善し、データヘルスを推進するためには、医療等の分野における情報の活用方法と範囲を明確に定め、データ活用の根拠を示した「医療情報基本法(仮称)」制定が必要であろう。

医療の目的は、何よりも患者の命と国民の健康を守ること。それを忘れてはなるまい。今年、そのような改革が一気に進むことを期待したい。



多職種連携による「とも育て」を

友田 明美

福井大学子どものこころの発達研究センター教授

私はこれまで、外見からはわかりづらい「こころの傷」を可視化するために、さまざまな「マルトリートメント(虐待などの避けるべき子育て)」を受けた人の脳の画像をMRI(磁気共鳴画像化装置)を使って、調べてきました。

その結果、最近、厳格な体罰や暴言虐待を受けたり、両親間のDVを目撃したりすることで、視覚野や聴覚野といった脳の部位に「傷」がつくとわかってきました。「マルトリートメント」が発達段階にある子どもの脳に大きなストレスを与え、実際に脳を変形させていることが明らかになったのです。

この傷がずっと残ることから、虐待を受けた子どもは大人になってもつら

い思いをします。これまでは、生来的な要因で起こるとされていた子どもの学習意欲の低下や引きこもり、成人期以降に発症する精神疾患も、この脳の傷が原因で起こる可能性があることがわかりました。大人が日々、何気なく掛けている言葉や取っている行動が子どもにとって過度なストレスとなり、知らず知らずのうちに、こころや脳までも傷つけてしまっていることがあるのです。

また、脳が最も発育する幼少期に、不適切なかかわりのせいで愛着が形成されない場合、特に精神面において問題を抱えてしまうことがあります。具体的には、うつなどのこころの病とし



SDGs 実現に 保健・医療が果たす役割とは

曾根 智史

国立保健医療科学院次長

持続可能な開発目標(以下、SDGs)とは、2000~15年のミレニアム開発目標(MDGs)を踏まえ、2015年9月の国連総会で2030年までの取り組みとして採択されたもので、17の目標と169のターゲット(達成目標)から成っている。内容は多岐にわたり、途上国、先進国を問わず、全世界が取り組むべき課題として提示された。

日本政府も2016年以降、SDGsの実現に向けて、さまざまな取り組みを行っている。自治体、民間企業、NGOやNPOもそれぞれの得意分野で取り組みを進めており、積極的にその成果をアピールしている。今や新聞や雑誌でSDGsの文字を見ない日はないほどの盛り上がりを見せているのは大変喜ばしいことである。誰もがそれぞれの立場でかかわれるハードルの低さが特長で、人目を引く色使い、わかりやすいピクトグラム(絵文字)もその普及に一役買っていると看える。

さて、保健・医療の分野は、SDG3「あらゆる年齢の全ての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」の下に、妊産婦死亡、子どもの死亡、AIDSや結核等の感染症、精神保健、生活習慣病(NCDs)、薬物やアルコール依存、交通事故、リプロダクティブ・ヘルス、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)、公害等に対するターゲットが設定されている。わが国での取り組みが世界的に見ても進んでいる部分があれば、国内でやるべきことがまだまだたくさん残っている部分もあり、進捗はさまざまである。

先進的な部分については海外に参考

にしてもらう働き掛けがますます重要になる。私が勤務する国立保健医療科学院では、発展途上国の行政官を対象にUHCやNCDs対策に関する政策研修を長年実施している。最近では特に「運営のディテールやうまくいっていないところを知りたい」、「できないことをお金のせいにはしたくない」など、参加者の意識の変化を感じる。伝える側にもさらなる研鑽が必要である。

国内的にさらにやるべき部分については、政策を含め一層真摯に取り組む必要がある。ただし、前述のようにSDGs全体としては、さまざまなステークホルダーが参入してきているのが現状なので、保健・医療分野においても、今後、多様な解決策(のシーズ)を持った保健・医療以外のステークホルダーと協働していく機会が増えるのではないかと考えている。

またSDG3以外にも、SDG2「飢餓を終わらせ、食料安全保障及び栄養改善を実現し(以下略)」、SDG6「全ての人々の水と衛生の利用可能性(以下略)」など、保健・医療が一定の役割を果たせる分野も多い。SDGsを共通言語として、分野間の連携・協働が一層加速するのではないかと期待している。

一方、SDGsはその理念として「誰も取り残さない」と宣言している(We pledge that no one will be left behind.)。これは保健・医療の基本理念でもある。どのようなステークホルダーと組もうとも、保健・医療従事者が率先して示すべき姿勢であろうと思う。

て出現したり、幼少期に問題がないようでも成人してから健全な人間関係が結べない、達成感を感じにくい、意欲が湧かないなどのさまざまな問題が現れたりします。

虐待は、たとえ死に至らなくても深刻な影響・後遺症を子どもに残し、過酷な人生を背負わせることとなります。虐待の日常化は「支配-被支配」といった誤った関係性を家庭内に生み出します。このような環境の中で暴力の恐怖におびえながら成長した子どもは、他人に対して不適切な接し方を身につけてしまう可能性があります。

一方で少子化・核家族化が進む社会では親も苦しんでいます。育児困難に悩む親たちは支援を容易に受けることができず、ますます深みにはまっています。「虐待の連鎖」が言われて久しいですが、被虐待児たちの3分の2は自らが親になっても虐待しないという事実にも目を向けてほしいと思います。現代社会には、育児困難に悩む親

たちを社会で支える「とも育て(共同子育て)」が必要です。

養育者である親を社会で支える体制は、いまだ脆弱なのが現実です。虐待を減少させていくには、多職種が連携することで家庭・学校・地域を結び付け、子どものみならず親たちとも信頼関係を築きながら、根気強く対応していくことから始めなければなりません。

今回、小児期の被虐待経験と「傷つく脳」との関連性を紹介しました。これらのエビデンスに関する理解がもっと深まれば、子どもに対する接し方は変わっていくはず。このことが、子どもたちにとって未来ある社会を築くことにつながればと願っています。

医学書院 AD BOX

各雑誌の広告媒体資料・目次内報を掲載しております。

明けましておめでとうございます
本年もどうぞよろしくお願ひ申し上げます

2020 年新春

<p>代表取締役会長 代表取締役社長 常務取締役 常務取締役 常務取締役 常務取締役 常務取締役 監査役</p>	<p>金原 優 金原 俊 早坂 和晃 堀口 一明 青戸 竜也 天野 徳久 上原 達史 鈴木美香子</p>
--	--

社員一同

医学書院

「ただ居るだけ」vs.「それでいいのか」

<シリーズ ケアをひらく>

居るのはつらいよ ケアとセラピーについての覚書

京大出の心理学ハカセは悪戦苦闘の職探しの末、ようやく沖縄の精神科デイケア施設に職を得た。「セラピーをするんだ!」と勇躍飛び込んだそこは、あらゆる価値が反転するふしぎの国だった。ケアとセラピーの価値について究極まで考え抜かれた本書は、同時に、人生の一時期を共に生きたメンバーさんやスタッフたちとの熱き友情物語でもあります。一言でいえば、涙あり笑いあり出血(!)ありの、大感動スペクタクル学術書!

東畑開人

祝

大佛次郎論壇賞
紀伊國屋じんぶん大賞
毎日出版文化賞
(シリーズでの受賞)

受賞

A5 頁360 2019年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03885-0]

医学書院



幸福寿命延伸に向けた 看護学研究の挑戦

真田 弘美

東京大学大学院医学系研究科附属
グローバルナースングリサーチセンター長/日本看護科学学会理事長

世界に類を見ない高齢化率に達する日本の将来に向け、看護の役割は一段と大きくなってきた。いわゆる老年症候群である認知症や寝たきりの療養者の増加とともに、看護のケアの場が急性期病院から在宅や施設へ移りゆく中、症状コントロールは看護の最も大きな責任になっていく。痛みや症状を自ら伝えられない療養者が増え、「主観的な痛み」を取り除く支援は、在宅や施設で既に限界にきている。この局面を打破する方法として、AI等の先端技術の看護への応用は非常に大きなケアイノベーションとなる。さらに、高齢者が生きやすい地域システムづくりの一環としてコミュニティの再考など、喫緊の課題といえる。

本学医学系研究科には、2017年より看護学の分野の構築や若手研究者の育成を目的としてグローバルナースングリサーチセンターが設立された。その中に、ケアイノベーション創生部門と、看護システム開発部門がある。医学はもちろんのこと、工学、理学、

薬学、社会心理学など他の学問分野との融合、そして産学連携研究を積極的に取り入れ、その結果をプロダクトやシステムにして社会実装をしている。

例えば、腹部症状を伝えられない療養者の便秘アセスメントにエコー画像を取得すると便の量と位置をAIが示すケア支援デバイスと、その実践に向けた教育プログラムを開発している。また、コンビニエンスストアをプラットフォームとした認知症患者の見守り、緊急時対応など、高齢者に優しい街づくりに関する研究を練馬区で進めている。

看護学研究は、Society5.0といわれる時代の要請とともに、療養者のニーズをいち早くとらえて的確に寄り添うため、ロボティクス看護学やイメージング看護学、データサイエンス等の学際的な新しいケアの枠組みの創生が課題である。これを担う若手研究者の育成が日本看護科学学会の責務といえる。この取り組みが奏功する時、看護学は人々が豊かで幸せに生きる幸福寿命の延伸を支援するに違いない。



介護のIT化という奥深いテーマ

吉岡 由宇

Abstract 合同会社代表

介護のIT化は、実はかなり奥が深く面白いテーマです。特に介護記録のIT化について注目してみましょう。

IT化というと、ADLにまつわる数字のPCへの入力や、行った作業のチェック表の電子化をイメージするかもしれませんが、これは「介護作業のIT化」であり「介護そのもののIT化」にはなりません。介護のIT化では医療的要素に加えて、生活そのもののIT化が必要です。生活という言葉の中には、「〇〇をした」という情報だけでなく、その時の感情、そして他者との人間関係が想像できる情報を含まないとけません。介護記録は介護者が書くものなので記録を通して、介護者と被介護者の関係性が自然と見えてきます。良い介護記録をたくさん集めるには、排泄・食事・入浴などの既存の分類項目を超えた記録方法が必要です。リストからの選択や、テンプレートのコメント入力では情報量が足りません。

医療職に比べ介護職のITリテラシーが極めて低い傾向にあることも、介護のIT化をチャレンジにします。これは年配の介護職に限らず、若い介護職にも言えます。最新のスマホを持っているのに、LINEとゲームに

しか使わない人が多く、その人には業務用アプリの操作は難しい。さらに医療職に比べ、記録を見返して参考にする習慣がないため、記録を付ける必要性そのものを感じられない職員も多い。

私は特別養護老人ホームで実際に働きながらこれらの問題に挑戦してきました。そしてこれらの問題を一挙に解決すべく、デザインから記録項目や操作体験まで全てを見直し、Noticeという全く新しい介護記録アプリを完成させました。結果として、記録作業の効率化で残業がなくなっただけでなく、記録の量と精度が格段に向上し、記録することが楽しく、見返したい介護記録へと大きく変わりました。記録をすればするほど、生活の様子がわかり、事故の原因究明やオムツ外しの促進、ADL改善にもつながっていきました。

IT化が難しい介護施設でも、Noticeを使うことで自然言語の膨大な記録が集まりました。その記録の解析により、介護者の視点の偏りや関係の偏りも見えてきました。

自然言語処理技術は今まさに進歩している最中です。AI技術等の進歩とともに、介護記録、そして介護そのものがさらに進化していくと期待しています。



グローバル人材育成に向けた 海外留学必修化

徳久 剛史

千葉大学学長

21世紀に入り世界では、情報通信技術の著しい発達によりあらゆる分野においてグローバル化が急速に進むとともに、中国やインドを筆頭としたアジア諸国の経済的発展が加速し、国際競争が激化している。またわが国では超高齢社会を迎えており、社会保障ばかりでなく経済・外交面などにも課題が山積している。そのため日本が世界の国々と共に持続的に発展していくには、創造的な発想力や柔軟な思考力とともに豊かな国際教養と語学力・コミュニケーション能力を持ったグローバル人材の育成が急務となっている。

千葉大ではこのようなグローバル人材の育成に向けて、スーパーグローバル大学創生支援事業等の支援を得て、多彩な留学プログラムの開発や海外17か所に留学拠点の整備をしてきた。そして、2016年度には国際教養学部を新設して海外留学を必修化した。

さらに、2020年度よりENGINE(Enhanced Network for Global Innovative Education)プランを実施予定だ。学部・大学院の全学生に海外留学を必修にするとともに、外国人教員の増員等による英語教育改革や、長期留学中でも本学の科目履修が継続できる教育環境整備等を行うことにしている。

私がグローバル人材の育成において海外留学を重視するのは、学生時代の留学経験による。私は1973年に医学部を卒業後、初期臨床研修を経て大学院に進学し、在学中に米国へ留学した。きっかけは、私の指導教授を訪ねて来日した米スタンフォード大の教授に誘われたことによる。

研究の新展開と米国生活への憧れから1978年に渡米した。事前の準備をしなかったため、はじめの半年はパニック状態であった。しかし、この留学がその後の人生を臨床医から研究者へと転換する契機になるとともに、世界中から集まった学生や研究者たちと交流する中から文化・考え方の違いや価値観の多様性などを学ぶことができた。

このような経験から、初めて海外留学をする学生のために大学で適切な留学プログラムを準備することや、学生には留学に備えた事前学修を課すことが必要であると考えていた。このアイデアの下に国際教養学部の学生たちに海外留学を必修化してきたところ顕著な教育効果が見られたことから、全学生に向けたENGINEプランの実施となった。近い将来、ENGINEプランの下で育った人材がグローバル社会をリードすることを夢見ている。



口から全身の健康にドラマチックに 貢献する令和の歯科医療

堀 憲郎

日本歯科医師会会長

日本では、昭和30年から50年頃に「う蝕の洪水」と呼ばれた時代がありました。歯科界のむし歯予防に向けた取り組みと関係者のご理解により、例えば12歳児の永久歯のむし歯の数は、過去30年以上に亘り、一度も増えることなく減り続け、平成30年度の調査では平均0.74本にまで減少しました。

また30年に及ぶ8020運動の取り組みの結果、運動開始当時80歳以上で20本以上の歯を有する方は、1割にも満たなかったものが、平成28年には、51.2%とふたりにひとりには20本の歯を保つようになっています。

一方急激な少子高齢化による国の財政状況の悪化、医療技術の進歩や高齢化に伴う疾病構造の変化などで、歯科医療をとりまく環境も大きく変わり、歯科医療に対する国民のニーズも著しく変化しています。

そのような状況を踏まえて、ここ15年以上に亘り、歯科界は一丸となって「超高齢社会の新しい歯科医療のあ

るべき姿」について議論を重ね、多くの調査結果等のデータの収集・分析により「口の健康が全身の健康に密接に関わること」や「歯科医療の充実と口腔健康管理の推進が健康寿命の延伸にドラマチックに貢献すること」を再確認し、そのことを内外に発信してきました。

その発信により、術後肺炎、糖尿病、循環器病、早産、認知症等に密接に関わる歯科医療、口腔健康管理の重要性への国民的理解は深まり、更に、歯科界の目指す新しい歯科医療の姿は、「骨太の方針」や「成長戦略実行計画」等の国の方針の中に、しっかりと共有されつつあります。

今後は目指す新しい歯科医療、口腔健康管理の姿を、地域の中で具体的なアクションとして展開していくことが求められます。日本歯科医師会では今年、2040年を見据えた歯科ビジョン「令和における歯科医療の姿」を取り纏め、それに沿って更なる政策提言を行っていきます。

在宅の現場でよく参照する情報をこの1冊にギュッと凝縮！

在宅ケアナースポケットマニュアル

訪問看護師の声からつくったポケットマニュアル。在宅の現場で頻りに参照する情報や、ケア・指導のポイント、あると便利なスケール・データを網羅的に掲載。何か困った時やうっかり忘れてしまった時に、その場でパッと開いて、欲しい情報にすぐあたることができる、実用的な1冊！

編集 ウィル訪問看護ステーション

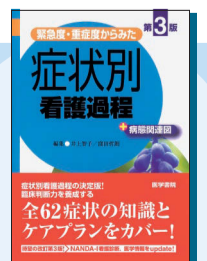


症状別看護過程の決定版！ 実習記録の悩みもスッキリ解消

緊急度・重症度からみた 症状別看護過程+病態関連図 第3版

実習で遭遇しやすい62症状を取り上げ、すべてに医学解説+看護解説を掲載。第3版では基本構成を踏襲しつつ、医学情報と看護診断名のアップデートを行いました。「目でみる症状」などイラストやチャート多用したビジュアルな医学解説と、ケアの流れやポイントだけでなく患者の全体像がみえる「病態関連図」により理解を深める看護解説。さらに、観察やアセスメントと並行して対処すべき緊急対応もカバーした、実習必携の1冊。

編集 井上智子
窪田哲朗





公認心理師が歩み始めました

大熊 保彦
日本公認心理師協会会長

心理支援をする者にとって長年の念願であった国家資格が、2015年9月に公認心理師法の下で成立し、2017年9月に施行された。2018年9月に第1回国家試験が実施され、公認心理師が誕生したことを受けて、2019年から日本公認心理師協会が活動を始めた。初代の会長は村瀬嘉代子氏であったが、村瀬氏が公認心理師の指定試験機関であり、指定登録機関でもある日本心理研修センターの理事長という立場でもあることから、私が日本公認心理師協会の2代目会長を仰せつ

かっている。これまで、心理支援の重要性とその質を担保する意味から、国家資格化が常に求められてきた。複合するさまざまな事情により国家資格化が遅れていた状況の中で、主に関連学会を基盤として認定された資格が複数並立する状況が続いた。

今回ようやく、「公認心理師」として国家資格が誕生する運びとなったのは、多くの国会議員の方々をはじめ関

係諸団体による一方ならぬお力添えの賜物である。この場をお借りして厚く御礼を申し上げる。

現在、公認心理師資格を取得した、あるいは取得するべく準備をしている方々の中には、これまで心理支援の中核となってきた臨床心理士、学校心理士、臨床発達心理士、特別支援教育士等の資格を有している方や、これらの資格以外の立場にあって優れた仕事をしてきた方が多数おられる。本協会は、こうしたさまざまな方によって構成されているところに特徴がある。それぞれの方がその特長を生かし、公認心理師の活動が期待されている保健医療、福祉、教育、司法・犯罪、産業・労働等のさまざまな分野で活躍するとともに、後進を指導・育成することを含めて、これまで以上に社会貢献できるよう願っている。公認心理師は、まだ2回の国家試験を終えたところで、歩みを始めたばかりである。引き続き今後もご支援いただけるようお願いしたい。



Post-CC OSCE 元年 学生・大学の評価が始まる

齋藤 宣彦
医療系大学間共用試験実施評価機構副理事長

医学生は、診療参加型臨床実習 (clinical clerkship: CC) 開始前に、知識を評価する computer based testing (CBT) と、診察技法を評価する objective structured clinical examination (OSCE) の2つの試験に合格しなければならない。これらの臨床実習前の共用試験が実施され15年が経過し、医学生が実診療に参加する実習が効果を上げつつある。

となると、次に評価すべきは、6年生を対象としてCCにより臨床能力がどのくらい向上したか、医学部を卒業させてもよいかである。そこで、医療系大学間共用試験実施評価機構(以下、共用試験機構)では、全国的な「診療参加型臨床実習後OSCE(Post-CC OSCE)」を企画し、3年間のトライアルを経て、2020年度から正式に実施することになった。

この試験の意義は、医学部卒業生の臨床能力が一定以上であることを、国民・社会に示すことである。副次的には、いずれの大学の卒業であれ臨床研修開始時の臨床能力格差がないことを確認できるというメリットもある。

Post-CC OSCEで出題される課題は、6年生が、「ある症候を有する患者(模擬患者)に、医療面接と適切な身体診察を行い、考えられる病態や鑑別診断、治療計画などを簡潔に指導医に報告する」という、実習時の入院や外来でよく普通に経験する場面設定にしてあ

る。このような課題を1人の6年生が3課題受験するが、十分な評価をするには3課題では少ない。しかし、国家試験ではない現在、全国の6年生の臨床能力を同じモノサシで評価しようとすると、各大学の人的、経済的状况をおもひやり、まずは3課題で開始せざるを得ない。そこで、共用試験機構で調整した出題課題は、あくまでも minimum requirement と位置付けし、各大学の自律性を尊び、大学独自で作成した個性豊かな課題の同時実施を推奨している。

共用試験機構のPost-CC OSCEで画期的なことは、評価者にある。OSCEのように態度や技能の評価をより客観的なものとするには、評価者を複数にするべきである。Post-CC OSCEでも定法に従い、1課題当たりの評価者は2人以上と定めている。特徴的なことはその評価者の属性で、自大学の教員は評価者の1人にし、他に外部評価者として、他大学の教員あるいは臨床研修病院の指導医が実施大学に赴いて、その大学の教員と共に評価に携わることとした。これは、その大学の学生を評価すると同時に、実は、その大学の臨床医学教育そのものが外部評価を受けることになるのである。卒業直後の研修医を指導する立場にある医師が、卒前の臨床医学教育を形成的に評価することで、卒前から卒業後の継続した医師養成教育の一翼になると期待できる。



“Nursing Now!” 2020年は看護躍進の年に

荒木 暁子
日本看護協会常任理事

Nursing Nowは看護職が持つ可能性を最大限に発揮し、看護職が健康課題への取り組みの中心に立ち、人々の健康向上に貢献するために行動する世界的なキャンペーンです。英国の議員連盟が活動をスタートし、世界保健機関(WHO)および国際看護師協会(ICN)の賛同の下、ナイチンゲール生誕200

年となる2020年に向け世界的に広まりました。現在では108か国、420のグループ(2019年11月2日現在)が参加しています。

日本では、少子超高齢社会による人口・疾病構造の変化等を見据え、全世代型社会保障制度改革が進められており、医療・ケア・生活が一体化した地域包括ケアシステムへの転換が求められています。

看護職には、病気や障がいと共に生きる「暮らしの場」の看護、治療や回復のための医療機関での看護、地域住民の健康増進・疾病予防・介護予防をめざす保健活動などの役割がありま

す。これに加え「生活」と保健・医療・福祉をつなぎ、地域で暮らす全ての人々を支える健康な社会の醸成にも力を発揮することが求められています。その役割を果たすためには、看護教育の拡充、健康で働き続けられる労働環境の整備、さらには安全で効率的にケアを提供するための看護職の役割拡大も必要です。

日本国内で取り組みを広めるため、本会や日本看護連盟を含め、30の看護関連団体が参加する「Nursing Now キャンペーン実行委員会」を、厚生労働省と協力して、2019年5月に発足

しました。2020年は、さらに、WHOが看護師・助産師の国際年と制定し、世界看護状況報告書と世界助産状況報告書が公表されます。また、国内においては看護の日制定30周年でもあります。これを記念し、5月初旬には海外からのスピーカーを招いて、これまでの看護の実績から将来への貢献についてディスカッションするイベントを予定しています。

2020年は、看護躍進の年にしたいです！一緒に活動しましょう！

Nursing now

看護の力で健康な社会を！

● 図 Nursing now キャンペーンロゴ

ご好評いただき、ありがとうございます！

純国産集中治療本
重症患者管理マニュアル

INTENSIVIST
気道

純国産病棟本
総合内科病棟マニュアル

Hospitalist
抗血小板薬、抗凝固薬のすべて

グローバルスタンダードを越える!?

Hospitalist

本年もよろしくお願ひ申し上げます。

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

だれかぜ
大ベストセラー書『誰風邪』が
ページ倍増 7年ぶり大改訂!

医学書院

誰も教えてくれなかった
「風邪」の診かた

感染症診療 12の戦略 第2版

岸田直樹

だれかぜ『誰風邪』の愛称で親しまれる大ベストセラー書が、満を持して7年ぶりの大改訂。初版で圧倒的な支持を得た、プライマリ・ケア現場における「風邪と重篤な疾患との見極め方」に磨きをかけたのみならず、高齢者の風邪診療や薬剤耐性菌など診療現場を悩ませる重要課題にも明快に処方箋を示した。

プライマリ・ケアの足元で感染症診療の定説が揺らいでいる今、日々の「風邪」診療における12の戦略が明日の医療を変える！

岸田直樹
誰も教えてくれなかった
「風邪」の診かた 第2版
感染症診療 12の戦略

明日の医療を変える！

● A5 頁338 2019年
定価:本体3,500円+税
[ISBN 978-4-260-03963-5]

こちらから
商品の詳細をご覧ください



東京オリンピック・パラリンピックから、大会終了後の医療の質向上に向けて

森村 尚登

2020年東京オリンピック・パラリンピックに係る救急・災害医療体制検討合同委員会委員長/東京大学大学院医学系研究科救急科学教室教授

マシガザリングは、「一定期間、限定された地域において、同一目的で集合した多人数の集団」を指し、「群衆」ないし「集団形成」と邦訳される。オリンピック・パラリンピックは世界最大級のマシガザリングである。競技会場のみならず、最寄り駅から競技会場までの道のり(ラストマイル)や屋外イベント(ライブサイト)での集団形成が予測される。国内外からの地域への一時的な人口流入に基づき、開催時期の気象状況による熱中症等の増加や感染症が広がるリスクもある。また開催地域の日常救急診療の負担増やテロ・群衆雪崩などによる同時多数傷病者発生事故(mass casualty incident: MCI)のリスクが懸念される。

開催に当たっては、イベント参加者やスタッフのみならず、多数の観客・イベントと関連しない地域住民を含めた地域全体を視野に入れた医療体制を準備しなければならない。その目的は傷病者への適時な医療提供と周辺救急病院の負担軽減、地域内や周辺地域の住民に対する日常的な救急医療体制の維持にある。

2016年に「2020年東京オリンピック・パラリンピックに係る救急・災害医療体制を検討する学術連合体」(以下、コンソーシアム)が結成された。2019年11月現在で26の学会・団体から構成されており、各専門分野の知見から学術的な提言を発信することが

目的である。有識者や専門家の情報発信のプラットフォームとして、また市民や関係者の情報源としてのウェブサイト(<http://2020ac.com/>)を開設している。「ここに来れば全てわかる」サイトをめざしている。

コンソーシアムは、2018年4月に東京都行政担当部局に向けて、多機関連携センターの大会中常設の必要性やラストマイル・ライブサイトへの備え等、開催中の医療体制の骨子に係る提案を行った。その他にも、地域の救急需給均衡状態に基づくリスク評価や、熱中症、訪日外国人対応、熱傷、爆傷・銃創、集中治療室運用、感染症等をテーマにした診療や看護に係るガイドラインやマニュアルを配信してきた。また、東京オリンピック・パラリンピック競技大会組織委員会の要請に基づき、おのおの関連する学会や団体が中心となって、大会会場内メディカルスタッフと大会ボランティアに対する研修プログラムを策定し、2019年11月末から始まった役割別研修への組織的な指導者派遣の調整も併せて行っている。

開催まで、もう多くの時間は残されていない。しかし今回のオリンピック・パラリンピックを「計画された災害または多数傷病者事故(scheduled disaster/MCI)」と位置付けて、対応計画を最大限練ることは、必ずや開催地域の大会終了後の医療の質向上につながる。



がんサバイバーの「生きる力」を引き出す支援を

坂下 千瑞子

東京医科歯科大学血液内科特任助教

●RFL会場にて

2020年、無事に新しい年を迎え、少し神秘的な気持ちになる。あれから15年、ここまで長生きできるとは私も家族も想像していなかった。

私は血液内科医として米国へ研究留学中に胸椎の骨軟部腫瘍を発症し、治療のために家族と共に帰国した。腫瘍脊椎骨全摘術を受けるも腰仙椎へ2度再発し、重粒子線治療や大量化学療法を繰り返した。全く先が見えない3年間の闘病生活は、私の人生観や生き方そのものを大きく変えた。

それまで血液内科医としてがん患者さんに医療を提供する側であった自分が、がんサバイバーとなり医療を受ける側になって初めて、たくさんのことに気が付いた。がんサバイバーたちは孤独に命と向き合い、不安で複雑な想いを抱えながら必死で頑張っているということ。それに寄り添う家族や友人もまた同じだということ。医療で解決できることと、医療を超えた領域があること。がん医療はまだまだ十分ではなく、発展途上であること。がんサバイバーの仲間にはかできない生き方の支援がある一方、社会の理解がなければ解決しない問題がたくさんあることも実感した。そんな中、戸惑う私に勇気と希望と笑顔くれた活動があった。

リレー・フォー・ライフ(Relay For Life: RFL)は1985年米国で発祥したがん征圧のための世界最大規模のチャリティー活動だ。現在は世界30か国にその活動が広がっている。世界共通の合言葉は「One World, One HOPE!」。がん征圧の願いは全世界共通の願いであるという想いが込められている。

日本では2006年のプレ開催以降に各地に広がった。私は闘病中の2007年からこの活動に参加し、RFL大分とRFL東京御茶ノ水の実行委員会を立ち上げた。毎年50か所ほどで開催されるリレーイベントでは、がんサバイバーやご家族のがんを乗り越えて生きる勇気をたたえ、その命を祝い(celebrate)、亡くなった仲間をしのび(remember)、がん征圧をめざす(fight back)という3つのテーマを掲げている。

がん啓発講演会や歌などのステージイベントも多彩で、そこに居るだけで元気がもらえるパワースポットであり、がんについて学び、がんに対する意識変革の場としても役立っている。がんサバイバーや医療者だけではなく、子どもや学生、地域の方々を巻き込んだ祭典である。命の尊さや、生きる喜びを感じ、社会を変える力を持つ素晴らしい活動だと思う。そこに参加したがんサバイバーが生き生きとしている姿を見て、サバイバー支援とは、仲間とつながり、力を発揮できる舞台を一緒に作っていくことが重要なのだと感じる。

がん医療は着実に進化している。医療者は治療やケアでがんサバイバーを大いに手助けしてくれる。だが同時にがんサバイバーの生きる力を尊重し支援する体制がまだまだ足りていないと感じる。病気を受け止めその後の人生を生きていくのは、本人の力である。がんサバイバーの生きる力を引き出す場所、勇気と希望と笑顔を取り戻す場所が全国に広がることを願っている。

また、マンガの力を借り、医療におけるコミュニケーションギャップを見える化する「医療マンガ大賞」という取り組みも行っています。患者、医療者双方にとって、ギャップを埋める一助になれば幸いです。

横浜市は約375万人の市民の皆さまが暮らす日本最大の基礎自治体です。高齢化のスピードは速く、医療需要の急激な高まりに対応するため「よこはま保健医療プラン2018」(医療計画に準ずる計画)を策定し、実行していま

す。医療機能の確保、在宅医療の充実等必要な施策を講じると同時に、医療・介護レセプトを政策検討に活用できるデータベースの構築など、情報通信技術の導入も積極的に進めています。

医療提供体制の充実と多様な広報・啓発に、両輪で取り組んでいくことが、基礎自治体の医療政策には重要です。今年も、「医療の視点」プロジェクトに共感、応援いただきますよう、どうぞよろしく願いいたします。



医療啓発を「わがこと」にする 医療の視点プロジェクト

荒木田 百合

横浜市副市長

健康に関するテレビ番組や冊子を目にしない日はありません。しかし行政からの医療の広報は、健康番組と違って大変苦戦しています。例えば乳がん検診について、その重要性を広報紙に掲載し、チラシを作成し、40歳以上の女性には無料検診クーポンも配布していますが、大変残念ながら、受診率は5割に届きません。

林文字横浜市長は、常に自動車の売り上げナンバーワンの伝説のセールスマンでした。お客様に徹底的に寄り添い、自動車ショールームに来たお客様には、スペックより、その車がいかに生活を楽しく豊かにするかを説明したそうです。客観的データの優位性の理解より、「その車を持つことが、わがこととなる」ことで、その瞬間に人は行動を起こす、つまりその車を買う、

ことにつながったのです。

医療の広報啓発も同じではないか。いかに「他人ごと」ではなく、「わがこと」としてとらえてもらうか。その問題意識を持ち、民間企業と連携し、新しい手法での医療広報「医療の視点」プロジェクトに取り組んでいます。

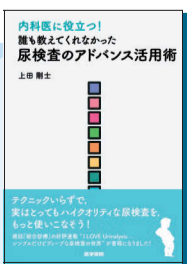
その一つが若者に支持されているTikTokとの連携です。「髪や爪のお手入れと同じように、定期的な胸のチェックも大切、と大切な人に伝えてほしい」というメッセージを15秒の音楽とダンスで表現しました。私自身も、40万人以上のフォロワーがいるTikTokerの方と並んで、そのダンスを踊りました。アップロードされてすぐに、高校生の娘のお友達から「見ました」という連絡が来て、若者への訴求力に驚きました。

尿検査はこんなに使える！

内科医に役立つ！誰も教えてくれなかった尿検査のアドバンス活用術

尿検査は、簡便、迅速、安価で、一見ローテクテクニックに見えるが、使い方によっては実にハイパフォーマンスな検査だった！一般内科医にこそ、読んで役立ててほしい。

上田剛士



見逃してはならない直腸肛門部疾患

「おしりの病気」アトラス 稲次直樹

Web 動画付

「おしりが痛い」「血が出る」「しこりがある」「便が出にくい」など「おしり」の症状には見逃してはならない悪性疾患の徴候が隠れていることがあるのです！

「大迫力の直腸肛門部疾患特設別画像一覧」

「患者さん⇄医師間の認識ギャップも変換！おしり問診」

「鑑別診断を鍛えるWEBページ」

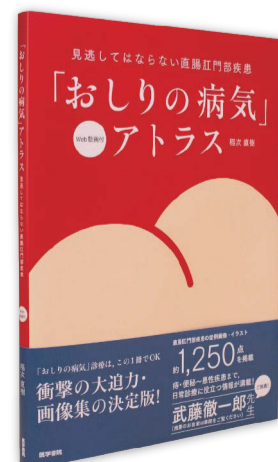
「内科・内視鏡医が知りたかったQ&A」

「役立つ外科治療手技動画」

など実臨床で役立つ内容を多数掲載！

目次

- 特設別疾患画像一覧
- I編 直腸肛門部診療の基本
- II編 直腸肛門部疾患アトラス
- III編 Q&A



痔・便秘など「おしり」の症状にはこの1冊！
診察室に常備して日常診療に役立てよう！

●A4 頁256 2019年 定価:本体8,500円+税 [ISBN978-4-260-03955-0]

医学書院

個別性から生み出される普遍性

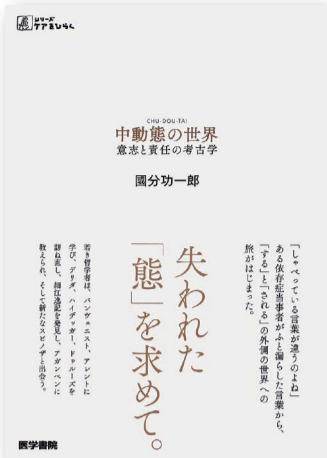
《シリーズ ケアをひらく》が医療（特に精神医療）や看護、さらには福祉の領域においてひとつの時代を画するものであることは間違いない。それは、このシリーズにおいて執筆した著者たちのそれぞれが非常に興味深い議論を展開しているのみならず、それぞれの著作が個別の現場に内在しながら現場を変革していくためのヒントを提供してくれるからである。

本シリーズの読者層は、シリーズ開始当初こそ医療関係者が主であったと思われるが、現在はより一般的な層にまで広がっているようである。実際、國分功一郎の『中動態の世界』が、哲学の本でありながらさまざまな領域において大きなヒントを与えていることからわかるように、たとえ自分の現場とは異なる領域について書かれた本であっても、自分の現場に適用することができるような高い応用可能性を備えているのが本シリーズの特徴であり、その一冊一冊に現場を変革するためのヒントがちりばめられているから、というのがその理由であろう。言い換えれば、本シリーズは、個々の現場という個別性から出発して、どの現場にも応用できるような普遍性を持っているのである。では、いかにして本シリーズはそのような普遍性を手にすることができたのだろうか？

すぐに思いつくのは、本シリーズのほとんどが、臨床を扱いながらも、なんらかの（広義の）哲学ないし人間学を展開しているという点である。もちろん、専門的な哲学書のような難解な議論が展開されているわけではない。しかし、個々の著作をひもとけば、そこに人間存在を別の視点からとらえ直すための枠組みやそのヒントが提示されていることがすぐさま了解されるだろう。本シリーズの『リハビリの夜』や『発達障害当事者研究』の著者である熊谷晋一郎が、哲学の言葉は難解であるというよりも、ある種の障害を持った人々にとってはむしろ極めて具体的な「使い勝手の良い」言葉であると述べているように、個々の哲学的ないし人間学的思考は、実は障害のリアリティを理解したり説明したりするためにはもっとも「腑に落ちる」、ある意味では「わかりやすい」とすら評し得る言葉でもあり、それ故に著者だけの占有物ではあり得ない応用可能性を獲得し得るのである。

政治的な磁場が生み出した「当事者研究」

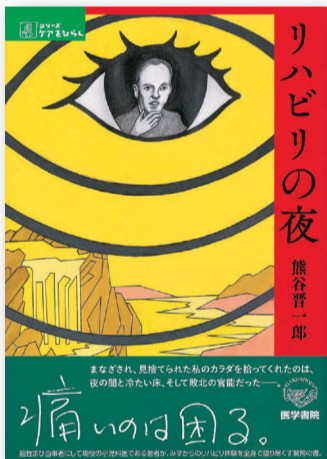
また——筆者にとってはこちらのほうが重要であるが——本シリーズにおいていっけん目立たないような形で一貫していると考えられるのは、ある特殊な歴史的布置のなかでの政治性であるように思われる。そして、結論から述べるなら、この政治性こそ、本シリーズを個別でありながら普遍的なものにしていると私は考えている。



中動態の世界
意志と責任の考古学
著◎國分 功一郎 2017年04月発行

ここで議論をわかりやすくするために、筆者の専門である精神医学・精神医療に話題を限定しよう。「精神医学と政治」というテーマから、すぐに思い浮かぶのは1950年代から60年代にかけて隆盛を極めた反精神医学のことであるだろう。反精神医学は、既存の精神医学を人々に「狂気」というレッテルを貼るものとみなし、「狂気」とみなされた人々を隔離・監禁するシステムとして精神科病院をとらえ、そこからの解放の道を思想と運動の両面において模索するものであった。このような動向とそこから影響を受けた潮流は、同時代のフランスにおいては1968年に勃発した五月革命、日本においては全共闘運動や東大医学部紛争などと同じうねりのなかで精神医療改革運動として展開され、そこでは権威主義的になりがちな医局制度や精神医学・精神医療のシステムそれ自体への根底的な批判も行われていた。

そのような革命的時代の「その後」に生まれてきたのが、「ポスト68年5月」の新しい社会運動である。反精神医学やそれと同時代の革命運動が、国家や医療システムに代表されるような大きな社会構造と戦っていたのに対して、それ以後の「ポスト68年5月」の世代は、よりローカルな、より個別的な戦いを繰り返していった。障害者運動やウーマンリブがその一例である。これらの新しい運動は、何らかの革命的な大義（例えば「共産主義」）のために戦うのではなく、「障害者」や「女性」が自分たちの水平的なグループを作ることから始め、そのグループのなかで自分たちの経験をお互いに共有し合い、そこから自分たちの個別のニーズを見いだすことにより、「当事者」となり、お互いをエンパワメントしていくなかで社会に働き掛けていくという戦略をとった。かつての革命的な運動が、大義を重視するあまり個別の問題を扱うには不向きであったのに対して、障害者運動やウーマンリブのような個別のマイノリティのグループは、まさにそれぞれの現場での個別的な問題から出



リハビリの夜
著◎熊谷 晋一郎 2009年12月発行



発達障害当事者研究
ゆっけていねいにつなごう
著◎綾屋 紗月/熊谷 晋一郎
2008年09月発行



ニーズ中心の福祉社会へ
当事者主権の次世代福祉戦略
編◎上野 千鶴子/中西 正司
2008年10月発行

発し、そこから社会とかわる新しい回路をひらこうとしたのである（このような動向を後に「当事者主権」という言葉で整理したのが上野千鶴子と中西正司の2003年の著作『当事者主権』であり、この二人は本シリーズの中でも『ニーズ中心の福祉社会へ』という好著を残している）。《シリーズ ケアをひらく》は、このような政治的な磁場の中にある。実際、本シリーズ初期の名著『べてるの家の「非」援助論』が主題とする、北海道浦河町の「べてるの家」からしてこの

ような政治的な背景を持っていることは意外に注目されていないように思われる。べてるの家の設立にかかわったソーシャルワーカーの向谷地生良は、全共闘運動の担い手となるには少々遅過ぎた世代（1955年生まれ）であるが、学生時代には難病患者の自立生活運動にかかわっていた人物であり、病院という場所において専門家集団が作り出す権力関係に対して非常に敏感な人物でもあった。権力関係やヒエラルキーは、まさにかつての革命的時代においても問題となったものであるが、ポスト全共闘世代である向谷地は、もちろんかつてのやり方とは全く異なる方法をとった。それは、専門家と当事者はお互いに対等であり、当事者たちが自分の言葉を手に入れるためには、共同性や相互性こそが重要であるという考えに貫かれたものであった。

ここから「当事者研究」が生まれてくる。周知の通り、当事者研究は、これまで「観察者である医師が主体となり、客体である患者の病気を研究する」という権力構造のなかで行われていた研究を脱構築し、「患者が自分

自身の病気を自分自身で研究する」ものであった。しかも、この変化は、権力構造を転覆することを試みる（医学的権力と闘う）ことよりも、むしろ当事者同士の横のつながりを重視し、そこからそれぞれの当事者の特異性が析出してくることに主眼があり、既存の医学に対してはそれを「半分借りる」といった態度をとる（それ故、べてるの家の人々は自分たちを「反精神医学」ではなく「半精神医学」という言葉で形容している）。医学的権力に対するこのよ

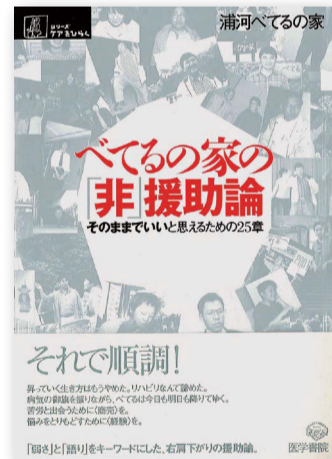
うな態度は、日本独自のものではなく、フランスではラ・ボルド病院に代表される制度論的精神療法の流れにも同様の特徴を指摘することができるであろう（彼らもまた、脱施設化や地域医療は重要であるにせよ、「精神科病院があることがそれ自体問題である」という反精神医学的な態度はとらず、むしろヒエラルキーをつくりがちな病院の内部の医療環境を絶えず治療していくことをめざしたのである）。本シリーズに田村尚子によるラ・ボルド病院の写真集である『ソローニュの森』があることは、このような関連性を裏付けてもいるだろう。

「翌日の医者」中井久夫から『居るのはつらいよ』まで

少々専門的になるが、フランスにおけるこのような流れの起源にジャック



第73回毎日出版文化賞受賞
シリーズ「ケアをひらく」
創刊20周年に寄せて



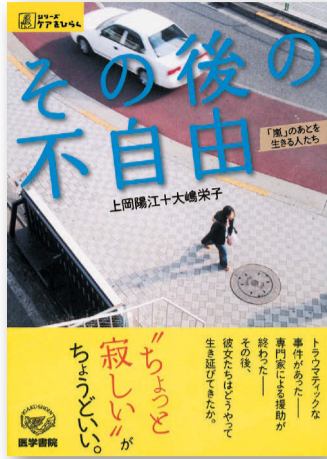
べてるの家の「非」援助論
そのままでいいと思えるための25章
著◎浦河 べてるの家
2002年06月発行

松本 卓也

京都大学大学院人間・環境学研究科准教授

「科学性」「専門性」「主体性」といったことばだけでは語りきれない地点から《ケア》の世界を探ります——。野心的な宣言とともに創刊された《シリーズ ケアをひらく》は今年、創刊20周年を迎える。本シリーズが《ケア》の世界に刻んだ軌跡を、気鋭のラカン派精神病理学者として現代思想界にインパクトを与え続けている松本卓也氏がたどる。

ひらかれたのか



その後の不自由
「嵐」のあとを生きる人たち
著◎上岡 陽江/大嶋 栄子
2010年09月発行

診察したらよくなる患者もよくなるんではないか」という彼の言葉に代表される)を併せ持つ医師であったことは間違いなく、中井のそのような政治性は彼の臨床や理論とも無関係ではあり得ない。実際、彼は、大義のための革命よりも、その「後処理」に目をやった。彼は精神科病院改革のための運動の最前線に駆り出された患者たちがその翌日に悪化することに気付き、その患者たちにとっての「翌日の医者」であることを己の使命とするようになったのである。中井の名を有名にした彼の寛解過程



ソローニュの森
著◎田村 尚子 2012年08月発行

論にしても、彼以外の精神科医たちがみなそろって統合失調症の発病過程ばかりを論じ、発病過程という激烈な嵐が過ぎ去った「その後」を論じてこなかった、という問題意識から出発するものであったが、これは「その後(翌日)」への注目が彼の思想と臨床を貫いていることの証左でもある。

この方向性を依存症へと応用すれば、本シリーズにおける上岡陽江と大嶋栄子の『その後の不自由』になることは言うまでもない。依存症患者の多くは、虐待や暴力などの衝撃的な出来事や事件を経験しているが、当事者にとって重要な

はその出来事や事件そのものであるだけでなく、それが起こった後の「その後」の生活をどのように生き延びていくかということでもあるからである。

その中井久夫は、かつて本紙(第2433号)上でカルテと看護記録を対比し、カルテには何も起きていないときのことは何も書かれていないが、看護記録はそうではなく、「ふつう」の生活のことが書かれてあると述べていた。そして彼は、いっけん派手で重要そうに見える前者よりも、後者の「ふつうさ」のほ

うに価値があることに賭けるのだと言った。このような態度は、特異症状よりも非特異的な症状に注目した彼の治療論や、「医者が治せる患者は少ない。しかし看護できない患者はいない」という彼の治療論を貫いているものでもある。

このような考えのいわば子孫にあたるのが、本シリーズにおける東畑開人の『居るのはつらいよ』であろう。東畑は、見せ場のある「セラピー」(例えば心理療法)と、これといった見せ場がなく、いっけん日常的

な「ふつうさ」の連続でしかないように見える「ケア」(例えばデイケア)とを対比しながら、その「ケア」のなかで一体どのようなことが起こっているのかを緻密に描き出すことに成功している。そして彼は、「ふつう」のケアが、治療や経営に襲いかかる「効率」や「生産性」のロジックによっていかにしてデイケアのグループが平準化され、息苦しくなるのかを示すことによって、「ふつう」のケアの現場を豊かなものへと変革するための端緒を見いだそうとしているのである。

このことは、精神障害患者を平準化・画一化するものとして批判されることもある生活技能訓練(SST)を向谷地が「これは使える」と高く評価したことも関係しているだろう。つまり、いっけん平準化のための道具でしかないといえるものでも、使いによっては、むしろケアを豊かなものにするために活用し得ると考えるのである(もちろん、そのためには「過酷な」と言ってもよいような日々の実践が必要なものではない)。

集団(グループ)に「つながる」ことの価値

そのことと関連して最後に指摘しておきたいのは、「大義のための革命」よりも「その後」を、「ヒエラルキーの解体」よりも「いかに日常の実践のなかでヒエラルキーを作らないか」を、「セラピー」ではなく「ケア」を重視する本シリーズの議論が、いずれも他者たちとのあいだにつくられる集団(グループ)を重視していることである。実際、当事者研究や依存症の自助グループ、さらにはデイケアは、集団(グループ)の存在を前提としており、困りごとを抱えた人がその集団に「つながる」ことに極めて高い価値を与えている。このことは、哲学的にも重要である。というのも、マルティン・ハイデガーが『存在と時間』において、

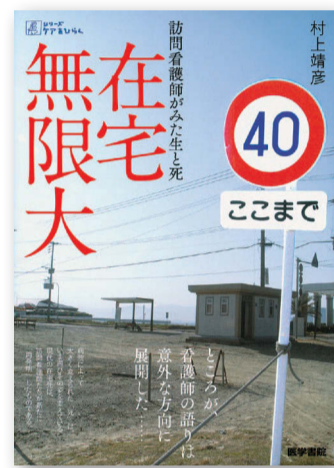
他者たちとの横のつながりに埋没する人間像を「世人(ダス・マン)」と呼んで以来、個人が行う一人きりでの果敢な決断や「自己決定」といったものに至上の価値が置かれる一方で、他者たちとのつながりが哲学においても臨床においても等閑視されてきたきらいがあるからである。

その点で、村上靖彦が本シリーズに書いた『在宅無限大』は、本文には哲学者の名前は目立たないけれども、ハイデガー的な価値観に再考を迫るものであると言える。村上は、在宅での死の看取りに携わる訪問看護師の語りを丁寧に聞き取ることなかから、現代における死の定義を再考し、ハイデガーが述べたように人は孤独のなかでたった一人きりで死ぬのではなく、むしろ他者との対人関係のなかでこそ本来的な死を迎えるのであり、その意味で死とは共同的なものなのだというところを明らかにしている。國分功一郎の『中動態の世界』にしても、やはり「意志」や「責任」といった、これまで至上の価値が置かれていた概念の起源を問い直し、それに対するオルタナティブをひらこうとするものであり、最近國分が取り組んでいる「類似的他者」の議論(『ドゥルーズの21世紀』所収)にも見てとれるように、他者とのつながりを重視する方向へと哲学をひらくものであると言えるだろう。

「静かな革命」は終わらない

このように、本シリーズの新しさは、これまで光を当てられてこなかったさまざまな領域を照らし出し、個々のローカルな現場に内在しつつ、その現場を変革する実践を取り出していることであり、さらにそれが医療や看護や福祉のみならず、政治や哲学にも応用可能な普遍性を持っていることに見定められるだろう。

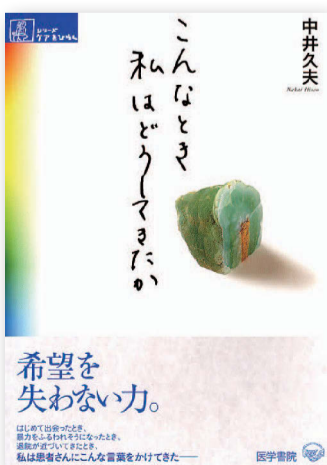
もちろん、このような傾向は本シリーズだけによってひらかれたものではなく、紙幅が許すならその他のいくつかの書籍についても言及すべきであろう。しかし、まずはこのような個々の現場の変革、いわば「静かな革命」を引き起こすポテンシャルを持つ著作を次々と世に出してきたこのシリーズの20年を祝いたい。そして、また個々の現場からの新たな報告を楽しみに待ちたいと思う。



在宅無限大
訪問看護師がみた生と死
著◎村上 靖彦 2018年12月発行

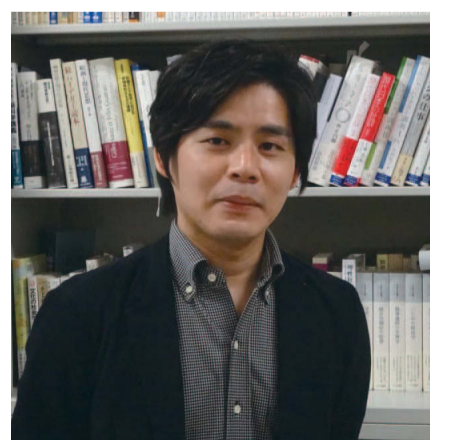


居るのはつらいよ
ケアとセラピーについての覚書
著◎東畑 開人 2019年02月発行



こんなとき私はどうしてきたか
著◎中井 久夫 2007年05月発行

ク・ラカンやフランソワ・トスケルがいたとすれば、日本においてその位置にいたと考えられるのは、本シリーズにも『こんなとき私はどうしてきたか』を残した中井久夫であろう。「中井久夫における政治」というテーマはまた稿を改めて集中的に論じなければならぬにせよ、少なくとも彼がヒエラルキー的な医局講座制度に対する苛烈な批判(『日本の医者』)と、革命的態度に対する違和感(これは、「うしろめたく思いながら



まつもと・たくや氏/2008年高知医大(現・高知大)卒。15年自治医大大学院医学研究科博士課程修了。博士(医学)。16年より現職。臨床に携わりながら精神病理学とラカン派精神分析を中心に研究を行う。著書に『創造と狂気の歴史——プラトンからドゥルーズまで』(講談社)、『症例でわかる精神病理学』(誠信書房)、『心の病気がってなんだろう?』(中学生の質問箱) (平凡社)など。

大好評！ 電子版付

セット購入により電子版で2冊がリンク！

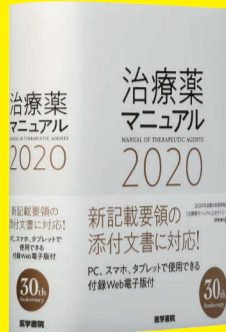


62年の信頼と実績。1,172の疾患項目は毎年全面新訂

今日の治療指針
私はこちら治療している
TODAY'S THERAPY 2020

総編集 福井次矢 / 高木 誠 / 小室一成

●デスク判(B5) 頁2192 2020年 定価:本体19,000円+税
●ポケット判(B6) 頁2192 2020年 定価:本体15,000円+税



創刊30周年！「治療指針」のベストパートナー

治療薬マニュアル
2020

監修 高久史磨 / 矢崎義雄

編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊

●B6 頁2816 2020年 定価:本体5,000円+税

電子版はすぐに使える

本書にある「電子版ご利用ガイド」のQRコードから、専用画面をひらく。

表紙裏側にある銀色部分を削り、記載されたシリアル番号を入力する。

電子版はどこでも使える

診察室や薬局のパソコンでも

分厚い書籍も片手でラクラク！
ベッドサイドや訪問診療先でも

電子版登録でプレゼントが当たる
キャンペーン実施中！！

締切は2020年5月末日。お早めにご登録を！



などを合計360名様に
プレゼント！

くわしくは



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [WEBサイト] <http://www.igaku-shoin.co.jp>
[販売・PR部] TEL:03-3817-5650 FAX:03-3815-7805 E-mail:sd@igaku-shoin.co.jp