

2013年3月18日

第3019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
JCOPY (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物)

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞

医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

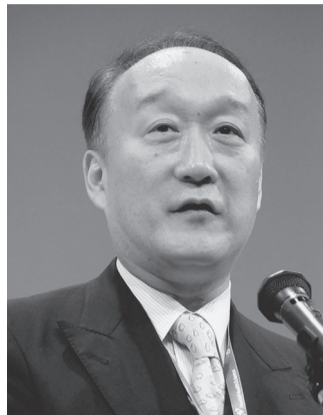
今週号の主な内容

- 第28回日本静脈経腸栄養学会……1面
[インタビュー]小児慢性疾患患者に適切な「移行」を(石崎優子)……2面
[寄稿]看護師、医療スタッフのための「移行期支援ガイドブック」とは(丸光恵)……3面
[寄稿]社会の力を最大化する「顔の見える関係」(森田達也)……4面
[連載]続・アメリカ医療の光と影……5面

多職種連携の「和」を国内外に

第28回日本静脈経腸栄養学会開催

第28回日本静脈経腸栄養学会が2月21-22日、大村健二会長(山中温泉医療センター)のもと石川県立音楽堂(金沢市)にて開催された。今学会のテーマである「和」にちなみ、多職種連携による成果の共有はもとより、臨床栄養学と関係が深い8学会・団体との合同企画、東アジアでの連携を重視した中国・台湾・韓国とのジョイント・セッションなどが催された。本紙では、褥瘡治療と栄養管理、高齢者の胃ろうに関するプログラムを報告する。



●大村健二会長

褥瘡対策チームとの連携強化へ

褥瘡治療と栄養管理には密接な関連があり、日本褥瘡学会と日本静脈経腸栄養学会の各ガイドラインにおいても、褥瘡予防のための低栄養状態改善、褥瘡患者における栄養管理が推奨されている。両学会の合同シンポジウム「褥瘡治療における栄養管理と局所治療のコラボレーション」(司会=北美原クリニック・岡田晋吾氏、京大病院・幣憲一郎氏)では、医師の立場から山中英治氏(若草第一病院)、皮膚・排泄ケア認定看護師の立場から石川環氏(日看協看護研修学校)、管理栄養士の立場から田村佳奈美氏(かとう内科クリニック)と真壁昇氏(近森病院)が登壇。自施設での取り組みを中心に紹介した。

2010年新設の「栄養サポートチーム(NST)加算」においては褥瘡対策チームとの連携が求められており、各施設からNSTと褥瘡対策チームの連携の在り方が報告された。引き続き行われた総合討論においても、会場から「褥瘡回診は非常に時間がかかる。

どのぐらいの頻度でNSTがかかわればいいのか」との質問が出た。山中氏は「すべての褥瘡患者をNSTが回診するのは負担が大きい。カンファレンスでピックアップした患者を診ていくのが現実的」と経験を語り、石川氏や田村氏もこれに同調。真壁氏は、褥瘡のステージ分類で対象者を絞り込む試みを紹介した。そのほか、褥瘡患者リストの共有、管理栄養士や看護師を核としたコラボレーションもポイントとして挙がった。

また、特別発言者として登壇した大浦武彦氏(廣仁会褥瘡・創傷治療研究所)は、「褥瘡は、栄養よりも圧とずれの影響を強く受ける」と指摘。体位変換などの看護ケア、体圧分散マットレスといった諸条件を一定レベルに整えてRCTを行った結果、通常の栄養管理と比較して、積極的なエネルギー投与で治療がより促進されたと報告した。

高齢社会における胃ろうと倫理

高齢者ケアにおける人工的水分・栄養補給法の在り方をめぐる議論がさかん。中でも、胃ろうの適応と倫理問題については国民の関心が高まっている。パネルディスカッション「日本の胃ろうを問う——高齢化、QOL、そして倫理・経済的視点から」(司会=国際医療福祉大病院・鈴木裕氏、東大大学院・会田薫子氏)の冒頭で鈴木氏は、1995年に参加した米国DDWでは既に同様の議論があったことを述べ、米国に遅れること20年、今こそ国民的な議論が必要」と本プログラムの意義を述べた。

最初に登壇した言語聴覚士の相澤悟氏(養生会かしま病院)は、「胃ろう造設後、経口摂取を中止する必要性は全くなく、むしろPEG後の経口摂取の取り組みが重要」と強調。自院におけるPEG後嚥下訓練の取り組みと効果を報告した。続けて島崎信氏(平野総合病院)は、嚥下を専門とする診療科がないなかでの、消化器内科による嚥下評価の取り組みを紹介。「食べるための胃ろう」を目標に職員の意識向上を図り、胃ろう症例の経口摂取率が向上したことを明らかにした。

PEGにより意思疎通や経口摂取が可能となり一定期間のQOLは保てる一方、その後の寝たきり状態も長くなってしまいう可能性がある。伊藤明彦氏(誠光会草津総合病院)はこれを「PEGのジレンマ」と呼び、概念図とともにPEG担当医・看護師が患者に説明する試みを紹介。PEG選択前のインフォームド・コンセントと、適応を詳細に検討するカンファレンスの開催により、胃ろう造設件数が大幅に減少し看取り選択が増えたと述べた。

胃ろう造設の適応判断が特に難しいのが、終末期認知症患者などで意思決定のできない場合だ。尾形敏郎氏(公立富岡総合病院)は、院内研究会での議論を重ね、患者家族および院内多職種によるカンファレンスを経て方針決定するというコンセンサスを得たと述べた。

在宅医の立場からは長尾和宏氏(長尾クリニック)が登壇した。過去5年間の在宅看取り患者266人を対象に、日本老年医学会「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」と尊厳死法案の両面から検討した結果、家族の希望で人工栄養を漸減ないし中止したのは8例で、いずれも老年医学会ガイドラインに照らし合わせると妥当であった一方、尊厳死法案の要件からは文書化されたりリビング・ウィルがなかったと考察。「医療・介護現場へ

のガイドラインの周知・活用とリビング・ウィルの法的担保が、胃ろう議論の両輪となるべき」と結論付けた。倉敏郎氏(町立長沼病院)は、豊かな死の迎え方の議論が活発になったことを歓迎する一方、そうした高度な倫理問題と、PEGの不適切な管理で生じる合併症等の諸問題が混同されていると指摘。また、明らかにPEGの良い適応である症例に対してまで代替治療が選択される現状に懸念を示した。

総合討論には、6人の演者のほか、臨床倫理学の研究者であり前述の老年医学会ガイドライン作成に携わった清水哲郎氏(東大大学院)、住職で医師の田中雅博氏(普門院診療所)が参画。司会の鈴木氏がケースを提示し、会場全体で議論する形式で行われた。ケースは例えば、「73歳男性。脳梗塞で緊急入院。梗塞は広範囲であったが、生命は取りとめた。しかし改善の見込みはないだろうと主治医は説明(経口摂取は無理で意識レベルも劇的な改善は難しい)。この患者に胃ろうは適応か?」というもの。これに対し「適応は家族と話すなかで判断すべき。医師が決めることではない」「主治医の見込みが外れ、改善する場合もある」「差し当たっての栄養療法は必要」「いったん始めた栄養療法を中止できないのが最大の問題」など議論が噴出。「胃ろうを造設し経口摂取併用として施設に送り出しても、胃ろうか経口のいずれかを選択せざるを得ない」「こういった話し合いの余地さえない」など福祉施設の現状も報告され、地域全体で議論を深めていく必要性が浮き彫りとなった。



●学会期間中の地元ラジオ局による公開生放送の試み。医師・歯科医師らが栄養管理の啓発を行い、リスナーからの質問に答えた。

研修医、NSTスタッフ必携!
明日から役立つパール満載

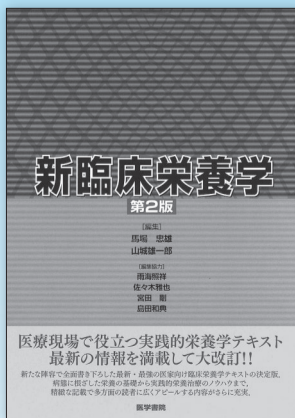
医療現場で役立つ実践的栄養学テキスト。
最新の情報を満載して大改訂!!

栄養塾
症例で学ぶクリニカルパール

編集 大村健二

適切な栄養投与はすべての医療の基本である。しかし卒前の栄養学教育は乏しく、臨床で先輩の話を鵜呑みにするのも少々危うい。ならば正しい知識を「塾」で学ぼう。本書では、栄養管理のエキスパートが練習問題(症例)をもとに、Q&A方式で「目からウロコ」のクリニカルパールを伝授する。資格認定試験にも役立つ「栄養管理に必要な生化学の知識」も収録。栄養学が、そしてベッドサイドが、好きになる1冊!

●A5 頁280 2010年 定価2,940円
(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01014-6]



新臨床栄養学
第2版

編集 馬場忠雄・山城雄一郎
編集協力 雨海照祥・佐々木雅也・宮田剛・島田和典

新たな陣容で全面書き下ろした最新・最強の医家向け臨床栄養学テキストの決定版。病態に根ざした栄養の基礎から実践的栄養治療のノウハウまで、精緻な記載で多方面の読者に広くアピールする内容がさらに充実。

●B5 頁792 2012年 定価12,600円
(本体12,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01615-5]

医学書院

小児慢性疾患患者に適切な“移行”を

interview 石崎 優子氏 (関西医科大学小児科学講座准教授) に聞く

小児医療の発展により小児慢性疾患の予後が改善するなか、新たな課題として浮上しているのが、成人を迎えた小児慢性疾患患者の小児科から成人科への“移行”に関する問題だ。患者が成人年齢に達した後も、成人科専門医への転科・転医がスムーズに行われず、小児科外来や小児医療機関で診られているケースは多いという。

本紙では、小児慢性疾患患者を対象とした「移行支援プログラム」の作成に取り組む石崎優子氏に、成人科への移行の現状とスムーズな移行を図るための方法を聞いた。

適切な時期の移行が必要な小児慢性疾患患者

——小児医療の発展により、コントロールが必要なながらも多くの患者が成人を迎えられるようになりました。

石崎 そうですね。特に白血病、腎疾患、1型糖尿病などの慢性疾患の生命予後は飛躍的に改善し、定期的なケアが必要なながらも安定した状態で成人を迎えられる患者が増えています。

そのようななかでいまクローズアップされている課題が、小児慢性疾患患者の成人後も小児科医が主治医としてその患者を見続けているケースです。

——「キャリアオーバー患者」として取り沙汰される機会も増えていますね。やはり患者が成人を迎えるとともに、主治医も成人科の医師が担うほうが好ましいのでしょうか。

石崎 小児医療が成人した患者の医療ニーズに応えるには限界があります。特殊な事情があるケースを除いては、成人患者として適切な医療が受けられるよう、医療を受ける場やその内容を移行していく必要があるでしょう。

私は過去に、小児科の腎疾患、内分泌疾患、神経疾患、血液疾患における小児科で管理している成人患者の医療の実態を調査しました。その結果、領域により治療方法や通院間隔、予後などで異なる点はあるものの、小児科医による成人発症の疾患や加齢に伴う変化への対応が不十分であることが、領域に関係なく共通した問題だとわかりました。

例えば、成人の悪性腫瘍、脳梗塞や急性心筋梗塞の初期症状を見慣れている小児科医は決して多くはありません。また、女性患者であれば妊娠・出産といったライフイベントも起こり得ますが、妊娠管理の知識が十分ではない小児科医に適切な対応ができるとは言えないでしょう。

——成人特有の疾患や身体症状に対する適切な医療を受けるためには、成人科へ移行すべきというわけですね。

石崎 患者としても、子ども向けの設備や内装で整えられた小児科外来へ通うことには違和感を持つはず。実際、自分と同年代の方が他の患者の保護者として小児科外来に来院している一方で、自分は患者として来院していることに対して劣等感を抱く方も少なくありません。

患者-家族-主治医の関係性にある移行を阻む要因

——現状としてはスムーズな移行ができていないケースが多いということですが、その原因はどこにあるのでしょうか。

石崎 海外諸国とも共通する理由として挙げられるのが、疾患によっては成人科側に患者の受け皿がないことです。

例えば先天性疾患や重症の心身障害児などの病態が成人と異なる一部の神経疾患の場合や、「手術後の先天性心疾患でなおかつ自閉症」といった複数の疾患を抱える患者の場合、専門分化が進む成人科に適切な紹介先が見つからないこともあり得ます。患者の進学・就職・転勤によって居住地が変わっても、主治医の小児科医自身がフォローを続けるしかなくなり、成人科に移る機会を逃してしまうのです。

——成人科側の事情から小児医療のなかで診ざるを得ない理由もあるわけですね。

石崎 そうです。しかし、それだけではありません。小児医療の当事者である、小児科医、患者、患者家族の関係性から生じる問題も、成人科への移行を阻む大きな要因になっています。

例えば、患者家族と主治医の信頼関係が強すぎることもその一つです。小児医療では、患者本人よりもその家族に説明や同意取得を行う場面が多く、成人科の場合よりも患者家族と医師との信頼関係が強くなる傾向にあります。時としてそれが強すぎるが故に、小児科医への依存が生じ、「経過を知らない成人科の医師に子どもを任せられない」と家族が成人科の医師と新たな関係を築くことに消極的になるケースもあるのです。

また、家族の過保護や長期的な療養による教育の中断、社会生活の制限といった環境下で過ごす患者は、健康な子どもであれば当然経験すべきことを経験できず、心理社会的に未成熟なまま成人することも少なくありません。こうしたケースでは、治療法を患者とともに考え、患者自身で責任をもった選択を要求する成人科の医師の診療姿勢が「冷たい態度」として映り、保護者的・指導者的なかわり方をしてきた小児科医とのギャップを受け入れられないことも多いようです。進学や成

人を機に成人科へ紹介しても、紹介した成人科から小児科へ逆戻りした事例や、移行を拒否される事例などは数多く見られています。こうした事情を考慮して、移行のために十分な準備しておく必要があります。

スムーズな移行を実現する「移行支援プログラム」

——では、スムーズな成人医療への移行を実現するには、どのような準備が求められるのでしょうか。

石崎 医療者側が、発症からの経過や治療内容といった詳細な情報を盛り込んだサマリーを作成すること。さらに、早期から医療者側・患者側で成人科移行の目標を共有した上で、患者が自分の行動に責任を持ち、疾患を自己管理できるように医療者が教育的にかかわっていく必要があります。つまり、成人後に求められるセルフケア、医療者とのコミュニケーションや、意思決定のための能力を患者に身につけさせることも医療者に求められるのです。

私はその方法の一つとして、患者の成長発達に合わせ、移行に必要な能力を段階的に育む、「移行支援プログラム」が有効であると考えています。

——それはどのようなものですか。

石崎 移行支援プログラムは、「医学的・社会心理的・教育的・職業的必要性について配慮した行動計画」と定義されています。患者の日常生活における行動計画の立案、その達成度合いの評価、次にすべきことの指導を繰り返して進めていきます。

まず個々の行動計画は、①自分の健康状況を説明する(セルフアドボカシー)、②自ら受診して健康状況について述べる、服薬を自己管理する(自立した医療行動)、③妊娠の影響や避妊の方法も含めた性的問題の管理(性的健康)、④さまざまな不安や危惧を周囲の方に伝えサポートを求める(心理的支援)、⑤自分の身体状況に合った就業形態の検討(教育的・職業的計画)、⑥生活上の制限や趣味の持ち方の工夫(健康とライフサイクル)を目標にし、患者の年代や熟達度に応じて、日常生活のなかで実行できる具体的なものを作成することが大事です。また、作成時は、患者を中心に、家族、小児科医と成人科の医師、看護師、心理士、医療ソーシャルワーカーや教師などが参加することが求められます。

——具体的にはどのような行動計画を立てればよいのでしょうか。

石崎 学童期に当たる12-14歳の患者であれば、例えば「学校の先生に修学旅行などの行事へ参加する上での注意事項を伝える」という計画が考えられま

●石崎優子氏

1989年関西医科大学医学部卒。95年博士号取得。同大にて小児科研修、LCCストレス医学研究所にて心身医学科研修の後、2007年関西医科大学小児科学講座講師。12年より現職。小児科と心療内科の専門医資格を持つ数少ないスペシャリストであり、小児心身症を専門とする。日本小児心身医学会理事。



す。この計画を実行するには、疾病や薬剤に関する情報を持たねばなりませんし、危機的な状況を想定するための知識、その際に求められる周囲からのサポートを把握しておく必要があります。

こうした一つひとつの計画を通して、患者は疾患に対する理解を深め、自分のライフスタイルや自立した医療行動を身につけることができます。また、成長発達に応じた行動計画を繰り返し実行していくことは、移行の準備を段階的に進め、最終的には転科・転医という移行のプロセスを患者自身が主体的に進めていくことができるようになるのです。

——医療者側としては、プログラムの進捗具合から患者の情報をチームで共有することができそうですね。

石崎 移行支援プログラムの目標と達成度の情報共有によって、よりスムーズな多職種協働が可能になります。また、この情報とともにサマリーを利用すると、患者と医療者の双方が身体面・心理面の状態を把握でき、転科の適切なタイミングを判断することもできるでしょう。

——現在、成人科への移行を充実させる取り組みにはどのようなものがあるのでしょうか。

石崎 丸光恵氏〔東京医歯大教授・国際看護(開発)学〕らを中心に、看護師への生涯教育や、『成人移行期支援看護師・医療スタッフのための移行期支援ガイドブック』の作成などの取り組みが進んでいます(3面関連記事参照)。専門職の連携が求められる移行支援では、チームをコーディネートする看護師の役割は重要であり、こうした取り組みが広まっていくことが期待されます。また、日本小児科学会においても「移行期の患者についての検討ワーキンググループ」が企画されており、移行期における医療の在り方を整理する議論が進められているところです。

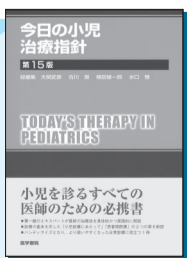
今後、小児科医や受け皿となる成人科の医師に、小児慢性疾患患者の移行に関する知識の重要性が広まり、共有されることを期待しています。(了)

小児を診るすべての医師のための必携書

今日の小児治療指針 第15版

小児に関わる全領域を網羅し、第一線のエキスパートが最新の治療法を具体的かつ実践的に解説。今版では小児診療の際に押さえておきたい基本知識をまとめた「小児診療にあたって」、思春期に特有の問題を取り上げた「思春期医療」の2つの章を新設。ハンディサイズとなり、より使いやすくなった日常診療に役立つ1冊。

総編集 大関武彦
浜松医科大学名誉教授
古川 漸
山口大学名誉教授
横田俊一郎
横田小児科医院院長
水口 雅
東京大学大学院教授・発達医科学

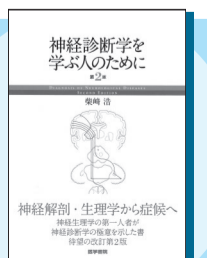


神経生理学の第一人者が神経診断学の極意を解説、待望の改訂第2版

神経診断学を学ぶ人のために 第2版

難解な神経診断学の理解のため、基礎的知識(解剖、生理、薬理)から臨床への橋渡しとなる解説をめざした初版の機能・系統別構成はそのままだ、全編を大幅増補。「視床」「イオンチャネル異常症」の章新設など構成を変更、「眼球運動の中枢調節」「基底核の神経ネットワーク」「パーキンソン病の病態生理」「呼吸の調節機構」など最新の知見を基に増補。またトピック等をまとめたコラムを46→90題に増補、新しい図・文献も追加され充実した内容となった。

柴崎 浩
京都大学医学研究科名誉教授・臨床神経学/脳機能総合研究センター



寄稿

看護師，医療スタッフのための『移行期支援ガイドブック』とは

丸 光恵 東京医科歯科大学大学院教授・国際看護（開発）学

2001年より、当時私が所属していた北里大の附属病院や近隣病院の看護師とともに、10代の小児慢性疾患患者の事例検討会を開催しています。当初はセルフケア困難、心の問題、親子関係の問題、ターミナル事例が中心だったものの、徐々に20代患者の事例が増え、小児医療のなかで成人を迎えた患者へのケアの困難さが語られるようになりまし。そこで08年より、石崎優子氏（関西医大小児科学講座准教授）を共同研究者として迎え、「移行（Transition）」をキーワードにこの問題へ取り組み始めました。

『移行期支援ガイドブック』の完成まで

われわれはまず、米国の取り組みを調査することから始めました。米国では、1980年代より国立衛生研究所（NIH；National Health Institute）を中心に、成人に達した小児慢性疾患患者に関する会議が開催されています。その動きは障がい者に対する差別を撤廃する「障がいを持つアメリカ人法」（Americans with Disabilities Act of 1990）以降より一層の加速を見せ、90年代には政府・学会レベルの複数の組織で合同委員会を開催。その後も議論が重ねられ、「小児科・小児病院などの小児中心型医療から、成人中心型医療へ医療の場を移行（Transition）させるべき」という見解が示されるようになりました。

そのようななか、米国小児科学会、米国家庭医療学会、米国内科学会（内科専門医会）の3学会と、米国思春期学会から声明が発表され、成人した小児慢性疾患患者に対する小児医療の限界や、10代早期より発達年齢と医療ニーズに見合った成人中心型医療への段階的移行の推奨の必要性が示されました。これらの声明を受け、08—09年にはシカゴ大、マイアミ大などの移行外来（Transition Clinic）、ポストン小児病院などの基幹病院に移行プログラムが作られ、ウェブ上のホームページからダウンロードできる患者向けのパンフレットや、患者に成人中心型医療への移行期であると伝えるための手紙など、さまざまなかたちのツールの開発が進みました。

そうした数あるツールのなかから、石崎氏にご紹介いただいたマニュアルが、『Crossings』¹⁾です。段階的な移行を進める方法論が医療職向けに詳細に記述されており、患者本人が使用するチェックリストのほか、医療サマリーのサンプルも含まれた点で優れたマニュアルでした。そこで、われわれはこれを翻訳し、研究協力者の看護師らとともに日本の実情に合う内容にするべく検討・修正を重ねました。そして2009年、成人した患者のニーズに見合った医療が受けられるように心理的・物理的準備を進める手順とそのツールをまとめた、『成人移行期支援看護師・医療スタッフのための移行期

支援ガイドブック』（以下、ガイドブック）を完成させました。2012年には患者会の方の体験談を加えた改訂版も作成しています。

日本の実情に即した内容に

ガイドブックでは、原版の内容に加え、主に2つの点で独自の内容を盛り込みました。1点目が、「健康増進や維持に必要な情報にアクセスし、理解し、利用していく意欲・動機・能力」であるヘルスリテラシーの向上に資する内容としたことです。米国をはじめとした諸外国の移行プログラムの定義やその内容では、「移行（Transition）は転科（Transfer）ではない」と明言しながらも、その実、小児専門科から成人専門科への治療の場を転科させることを中心とした内容になっています。しかし、ただ「場」を移すだけでは十分とは言えません。そこで日本版では、障害や慢性疾患を持つ10代患者の心理面への発達支援を中核として、就学・就労支援、さらにはその基盤となる疾患・治療に関する教育、セルフケア能力の育成などの項目を強化するため、簡単なながらも解説を加筆しました。

2点目は、「保護者用チェックリスト」を追加したことです。日本の小児慢性疾患患者では親子の密着や過保護が関連する事例が多く存在します。患者だけでなく、保護者の移行準備状況を確認するチェックリストも必要であると判断しました（表）。

『移行期支援ガイドブック』の課題と限界

先日、私たちが主催した移行支援に関するセミナーでは、チェックリストの活用例が報告されました。ガイドブックにも記載したチェックリストは具体的な内容が列記されており、臨床現場でも使いやすい形式であることは間違いなく考えています。しかし、チェックリストを患者や家族にただ配布するだけでは、支援にならないばかりか、小児医療への執着の強い患者の困惑を招きかねません。このチェックリストは本来、患者本人が自主的に使い、自分自身の課題に気付き、改善していくためのヒントを得るために行うものです。10代の患者が移行に主体的に取り組めるように支援するためには、適切な動機付けが不可欠です。タイミングを見計らって導入し、チェックし

た内容は医療者がフィードバックを行いながら施行するという方法論の共有を強化する必要があると感じました。

また、本ガイドブックでは、論じられていない問題もあります。対応する成人科がない「希少疾患患者」や、例えば幼少期発症で治療が終了した小児がん患者などの「成人期以降の医療問題が明確ではない患者」も小児慢性疾患のなかには存在します。こうした患者は転科ではなく、原病の治療・再発防止の長期フォローアップを行う小児科にとどまりつつ、その時々に必要な医療サービスを受けられるように能力を開発する必要があります。しかし、ガイドブックではそうした状況下での能力育成という観点からは論じることができていません。今後も一層の充実が求められるところです。

またガイドブックが示す移行のプログラム開始前提条件には、「病状が安定している」「セルフケア能力がある」など、高いハードルが設定されています。それらの条件がそろってプログラムを開始できないとなれば、ほとんどの10代患者は該当しないことにもなりかねません。事例やノウハウを積み重ね、方法論をブラッシュアップさせる必要があるでしょう。

*

現在、諸外国では成人医療への移行後の病状悪化事例や、免疫抑制薬などのアドヒアランスが下がったことで死亡した移植後の事例などが報告されており、移行のプロセスやその方法論が問われ、議論される段階に差し掛かっています。

一方、日本の現状を見ると、問題の多い患者ほど小児医療にとどめておく傾向があり、そうしたなかで行われる患者の移行支援は多大な時間、人員、医療者のエネルギーを必要とします。今後わが国で患者のニーズに合う移行期支援が実施されるか否かは、それに伴うインセンティブの有無にもよるのではないのでしょうか。現場の努力や創意工夫だけでなく、診療報酬体系の見直しや整備など、行政によるサポートも求められます。

成人を迎えた小児慢性疾患患者にかかる医療費は、健康な成人と比較して4—5倍というデータがあります。日本の実情に合う移行プログラムが確立されることで、長期的にみれば成人以降の小児慢性疾患患者のQOL向上だけでなく、医療費削減にもつながると確信しています。

●参考 URL

1) <http://hctransitions.ichp.ufl.edu/CrossingSPDFs/Crossings.pdf>

まる・みつえ氏 ● 1987年千葉大看護学部卒。国立医療センター（現・国立国際医療センター）小児病棟看護師、千葉大看護学部小児看護学助手、北里大看護学部准教授、東京医歯大小児家族発達看護学准教授を経て、2009年より現職。

●表 成人移行チェックリスト（ガイドブックより一部抜粋して掲載）

◆患者用

病名・治療に関する知識
2. 自分の病名を知っている
体調不良時の対応
5. 受診しなければならない症状を知っている
6. 体調不良時の対応（連絡先・相談先・応急処置など）ができる
医療者とのコミュニケーション
7. 診察前に質問事項を考えて受診することができる
診療上の自己管理
13. 現在と過去の自分の診療録（カルテ）がどこにあるか知っている
自立した受診・セルフケア行動
19. 自分の病名に関して必要時に協力が得られるよう第三者へ説明できる（学校・友人・上司など）
20. 医療保険について説明できる（自分の健康保険と自己負担額についての知識がある）
思春期・青年期患者の健康管理
※以下は 歳以上の方のみお答えください
22. 医師・看護師、または他の医療職（助産師、ソーシャルワーカーなど）へ、妊娠・出産の問題、性的問題や悩みについて相談したことがある
主体的な移行準備
25. 内科の医師といつどのような形で診察を開始するのかを主治医と相談している

◆保護者用

医療・健康情報ニーズの把握と健康教育
4. 成人後の医療（原病と成人疾患の双方）について、どのような変更が必要となるか情報収集を行っている
セルフケア能力、自立した受療行動の育成
5. 服薬管理やケアに関して、家族は見守るだけで、子どもに行わせている
8. 子ども1人で診察を受け、その結果の報告を受けている
意欲、動機、能力を高める生活、活動の育成
10. 子どもが興味を持ったことについて、病気に関連したことをも含め話し合うことができる（アルバイトや趣味）
医療者とのコミュニケーション、意思決定能力の育成
13. 子どもの選択が親と異なっても、互いに話し合うことができる
15. 選択や決断について不安・恐怖、情緒的不安定などのようすの変化に注意し、必要であれば医師・看護師、または他の医療者（栄養士・薬剤師・ソーシャルワーカーなど）と相談しながら対応している
保護者の移行準備
17. 小児科を卒業し、成人科へ移行することを受けてめている

この1冊で結核の検査、治療、集団感染予防に必要なことがすべてわかる

医療者のための結核の知識 第4版

実践的でわかりやすい記述に定評があるロングセラー書籍の待望の改訂第4版。結核の病態生理、検査、治療、感染拡大の予防に必要な知識がまとめられており、感染症診療の従事者には必携書。今版では日本結核病学会の治療ガイドラインにも準拠し、レイアウトも一新した。

四元秀毅
国立病院機構東京病院名誉院長
山岸文雄
国立病院機構千葉東病院院長
永井英明
国立病院機構東京病院外来診療部長

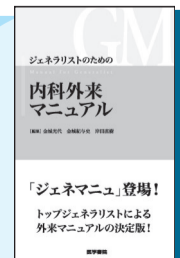


外来マニュアルの決定版「ジェネマニユ」登場!

ジェネラリストのための内科外来マニュアル

一般内科外来は難しい。患者の訴え・症状が多岐である一方で時間は限られている。そこでは、重大な疾患は見逃さず、一般的な疾患には効率的な対応が求められる。本書は、そのような臨床的困難と格闘してきた、日本を代表する8人のジェネラリストによる「内科外来マニュアル」の決定版である。外来で遭遇しうるプロブレムのすべてにおいて、その場で判断するための基本原則とコツから、治療やコンサルト、フォローアップまでの指針を明快に示した。

編集 金城光代
沖縄県立中部病院総合内科
金城紀与史
沖縄県立中部病院総合内科
岸田直樹
手稲漢仁会病院総合内科・感染症科



寄稿

社会の力を最大化する「顔の見える関係」 緩和ケアプログラムの地域介入研究 (OPTIM-study) を終えて

森田 達也 聖隷三方原病院 緩和支援治療科部長



●森田達也氏
1992年京大医学部卒。同年より聖隷三方原病院にて勤務。ホスピス医長、緩和ケアチーム医長を経て、2005年より現職。06年より京大医学部臨床准教授、12年より同臨床教授を兼務。07年より複数の厚労科研(がん臨床研究事業)に携わる。

本年3月、緩和ケアの大規模研究OPTIM-study (Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model, 厚労科研第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」)が終了し、成果がまとめられた¹⁻³⁾。国内4地域(山形県鶴岡市、千葉県柏市・我孫子市・流山市、静岡県浜松市、長崎県長崎市)を対象としたOPTIM-studyは、緩和ケアプログラムによる患者アウトカムの改善を検討した国際的にも最大規模の地域介入研究である(図1)。近年さかんに勧められているmixed-methods studyとして、「何が変化するか」(量的研究)と「変化はなぜ生じたのか」(質的研究)が併せて行われたことが特徴である。

本稿では、研究の実施と介入地域のマネジメントを通じて筆者が得た貴重な経験を共有したい。

緩和ケアプログラムが地域にもたらしたもの

本研究では、地域緩和ケアプログラムの導入によって、患者の希望に沿った自宅死亡の増加(しかも家族の介護負担は増えない)、緩和ケアサービスの利用の増加、患者や遺族が評価した緩和ケアの質の改善、QOLの改善、医師や看護師の困難感の改善という結果が得られ、緩和ケアの知識・技術の向上にも寄与した^{1,3)}。

質的分析で最も効果があった項目は「つながりができ、ネットワークが広がった」ことで、このネットワークの構築が地域緩和ケアプログラムにおける最大の貢献であった。これは量的研究において、医師・看護師の地域連携やコミュニケーションに関する困難感の減少量が最も大きかったことから裏付けられた結果である。量的研究の結果を質的研究が深さを持って裏付け、質的研究の知見を量的研究が代表性を持って裏付けるというmixed-methodsの研究手法の得意技が生かされたといえる。

さらに、近年諸外国で行われている地域緩和ケアプログラムの介入研究においても、おむね同じ結論が得られている。しかも、日本以外の国では地域緩和ケアの対象に、がんだけではなく、認知症、呼吸器疾患、神経疾患などすべての疾患の終末期ケアを含むため、この結果はがん患者の緩和ケアのみならず、地域医療、高齢者医療、プライマリ・ケアのすべてに共通した大きな知見であるともいえる。

ネットワークはケアにどのように反映されたのか

本研究で、医療者ネットワークはどのようにつくられ、なぜ患者のケアを改善させたのだろうか。「つながりができ、ネットワークが広がった」直接のきっかけは、多職種・多施設で集まる機会の増加であったと考えられる。

当初、地域の医療職・福祉職全員が施設や職種の壁を超えて、「腹を割って」「遠慮せずに」お互いの考えや事情を自由に話せる場は、どこの地域でもほとんど設けられていなかった。しかし、多職種・多施設でのグループワークを行ったことによって、以下のような変化が得られた。

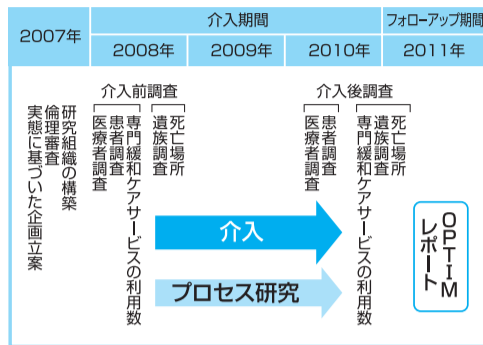
- ・名前と顔、人となりがわかるようになり、安心してやりとりができるようになった
- ・互いの考え方や状況がわかるようになり、自分の対応を変えるようになった
- ・みんなで集まる機会が増え、ついでに相談などができるようになった
- ・窓口や役割がわかるようになり、誰に相談すればよいかかわるようになった
- ・責任を持った対応をするようになった

さらには、ネットワークが構築されたことにより、「対応が迅速になった」「選択肢が多くなった」「多職種で対応するようになった」などの変化も生じ、より広範な患者ニーズを満たせることが示唆された。

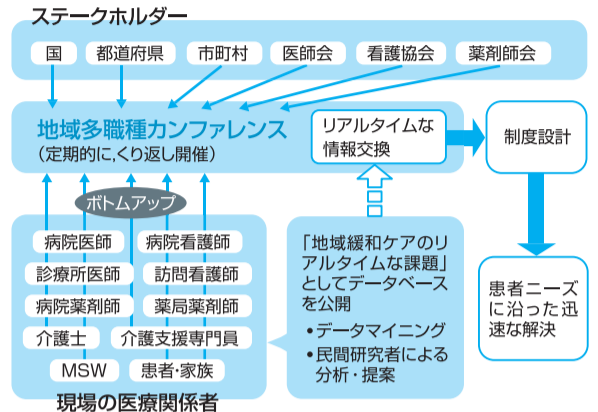
エビデンスに基づいたがん緩和ケア対策を

「緩和ケアの普及」というと、疼痛管理をはじめとする医師や看護師への「教育」や、患者や家族、市民への「啓発」が対応策として挙げられがちだ。これまではがん対策の施策決定に資するエビデンスもなく、「きっと良いに違いない」とされた取り組みの効果が検証されてこなかった。

しかしOPTIM-studyは、これまでに行われてきたいくつかの施策の効果に疑問を呈した。例えば、患者所持型の情報共有ツール(「わたしのカルテ」)や、地域のリソースデータベース、画一的な教育プログラム、患者・市民に対する広く薄い啓発など取り組みは効



●図1 OPTIM-studyの概要



●図2 課題を迅速に解決するための枠組みの一例
現場の医療者と制度設計者とが顔を合わせる機会を増やすことで、迅速な問題解決が可能となる。

果が十分ではない可能性が示唆されたため、見直す必要があるだろう。

一方、多施設・多職種での緩やかなネットワークの構築は、地域緩和ケアの推進に有効であるとのエビデンスが示された。本研究では、地域でのネットワークを進めるための施策を、OPTIMIZE strategyとして手引きやプロジェクトマネジメントにまとめた¹⁾。今後は、この施策を実施するための枠組みが必要とされる。

OPTIM-studyは、これまで「エビデンス」が存在しなかったわが国の緩和ケア政策に一石を投じるものだ。本研究で得られた多彩な研究知見を検討の基盤として、根拠に基づいた政策決定・制度設計(evidence-based policy)が評価可能なかたちで行われることを期待したい。

「顔の見える関係」が社会の課題を解決する

プロジェクトを進めるなかで参加者から頻りに聞かれたのが「顔の見える関係が重要である」という言葉だ。緩和ケア講習会で構築された普段からの「顔の見える関係」が、日常の診療や患者支援に力を発揮した。こうした関係を形成するためには、地域レベルでは、職種ごとの横のつながり、職種を超えた面のつながりを築く必要がある(註)。また、全国的なレベルでは、日本各地の臨床現場で生じていることを、現場関係者と制度設計担当者が迅速に共有できる枠組みが必要である。例えば、現場の医療者による多施設・多職種で行うグループワークに、行政担当者が「所属する部局の代表として」ではなく、「当事者の一人として」参加し、自由に情報を得ることができれば、患者の実務的な問題を把握する契機になり、速やかな解決が期待されるだろう(図2)。日常的に行われてい

るさまざまなネットワークが自動的により広範囲なネットワークにつながる枠組みを構築すれば、今日の課題の少なくとも一部が解決されるのではないだろうか。

OPTIM-studyから得られた「顔の見える関係」はいまや医療福祉にかかわらずほとんどの領域のキーワードであり、近年必要性が目ざされているソーシャルキャピタルも同じ重要性を内包している^{4,5)}。私たちは、個々の能力や技術の向上には一生懸命に取り組んでいる。しかし、実際にその能力や技術が社会に効果をもたらすためには、どのような能力・技術があるかを生きた情報として地域の中で共有し、その情報が必要とする人の手に届き、利用されなければならない。社会構造が複雑で多様な情報手段を持つ今日において、「顔の見える関係」を実現するためには、多種多様なネットワークを地域に重層的に築くことが必要であり、それこそが私たちがこれから意識して蓄えていくべき「力」である。

註：各地域で実際に構築されたネットワークの具体例と年間の活動予定が、OPTIMプロジェクトのHP¹⁾に記載されている。

●文献

- 1) 「OPTIM 緩和ケア普及のための地域プロジェクト」<http://gankanwa.umin.jp/> (OPTIM Report 2012は本年3月末日掲載予定)
- 2) Morita T, et al. BMC Palliat Care. 2012; 11:2.
- 3) Morita T, et al. Evaluating the effects of a regional comprehensive palliative care program for cancer patients on preferred place of death, quality of care, care burden and professional communication: a mixed-methods study. (in submission)
- 4) Lewis JM, et al. J Pain Symptom Manage. 2013; 45: 92-103.
- 5) 森田達也, 他. Palliative Care Res. 2012; 7(1): 323-3.

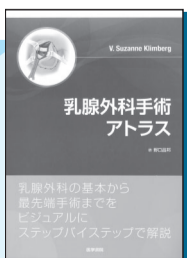
乳腺外科の基本から最先端手技までを、ビジュアル&ステップバイステップに解説!

乳腺外科手術アトラス

Atlas of Breast Surgical Techniques (A Volume in the Surgical Techniques Atlas Series)

乳腺外科領域の待望のアトラスがついに登場!! 乳腺外科手術の基本から最新術式までを、網羅的に、美麗なイラストと写真を豊富に用いて解説。各章では、解剖・手技手順・術後の処置・要点とピットフォールなどをステップバイステップで示した。また、乳房再建術、術中放射線照射療法、リパースマッピング法などの最新治療法も紹介する。

編集 訳 V. スザンヌ・クリムパーグ 野口昌邦 金沢医科大学教授・乳腺内分分泌科

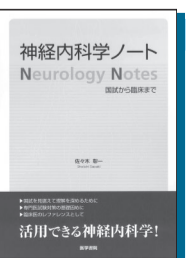


神経内科学のツボをおさえ、ずっと使えるノート

神経内科学ノート 国試から臨床まで

医師国家試験から神経内科専門医試験にまで対応した、神経内科学のテキスト。知識のまとめをしやすくするため、本文は箇条書きとし、読みやすく調べやすい工夫をこらした。鑑別表や重要な疾患の検査画像を多数収録した上で、電子顕微鏡での珍しい組織写真も掲載。

佐々木彰一 東京女子医科大学・神経内科学准教授



続 アメロカ医療の光と影

第241回

「最先端」医療費抑制策 マサチューセッツ州の試み⑪

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

前回までのあらすじ：2006年に皆保険制実現をめざして医療制度改革を断行したマサチューセッツ州にとって、皆保険制を維持するためにも医療費抑制が喫緊の課題となった。

「医療費抑制法」のポイント

ここまで10回にわたって、2006年の「皆保険制」実施後、マサチューセッツ州で医療費抑制の気運が高まった経緯を紹介した。2012年8月に同州が成立させた「医療費抑制法」はその「集大成」ともいべきものであったが、以下に同法の内容を概観する(ポイントとなる語句を下線で示した)。

- 1) 医療費の伸びを州総生産額(gross state product: GSP)に連動させ、2013—17年はGSPの伸び以下、2018—2022年はGSPの伸びより0.5%低く、2023年以降は再びGSPの伸び以下に抑える。
- 2) 低所得者用公的保険(メディケイド)・州職員用保険等、州が管轄する医療保険について「出来高払い」に代わる支払い制度を導入する。
- 3) ケアの統合と、予防、プライマリ・ケアへのアクセスを改善するためにACO(註1)設立を推進し、州が運営する医療保険においてはACOとの契約を優先する
- 4) 医療費動向の監視：「医療政策委員会」を設立、医療費動向および新たに導入される医療サービス供給体制・支払い制度について統監させる。
- 5) 供給者間の価格差について報告する特別委員会を設立する。
- 6) 医療費抑制目標値が達成できなかった医療施設に対する罰則：改善計画の提出・実施を義務付けるとともに、50万ドル以下の罰金を科すことを可能とする。
- 7) 通常のケアについて医療施設ごとのデータをオンラインで公開、価格・質についての透明性を高める。

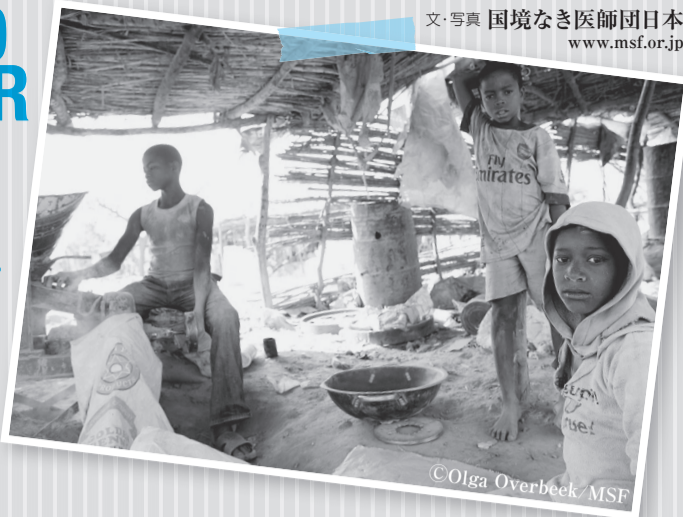
- 8) 医療過誤訴訟コスト軽減：乱訴を防止するために182日間の「冷却期間」を設けるとともに、医療側の謝罪は法廷で証拠扱いしない。
- 9) 経営難病院救済用に1億3500万ドルの基金を設立する。
- 10) 3000万ドルの予算で「eHealth Institute」を創設し、電子カルテ普及を促進する。
- 11) 6000万ドルの予算で健康増進活動を推進するとともに、職場における健康増進活動を実施した企業に対する減税措置を講じる。
- 12) 新法実施費用の「当事者」負担：保険会社から1億6500万ドル、大病院から6000万ドルを徴収、新法実施の費用とする。

以上、2012年の医療費抑制法がどれだけ大がかり、かつ、野心的なものであったかがおわかりいただけたでしょうか。この法律が成立するに至った最大の要因は、私の見るところ、「せっかく実現させた皆保険制を維持するためには何としても医療費を抑制しなければならない」とする、政治の側の強い意思であった。特に、州政府は、単に政策の立案・関係団体との調整に動いただけでなく、「雇用主」の立場から医療費抑制を可能とするタイプの医療保険を積極的に導入した(註2)。

また、価格についての監視が強められたり、医療費抑制に失敗した場合の罰則が盛り込まれたり、新法実施のコストを負担させられたりと、大病院(特にパートナーズ系の名門病院)にとって厳しい内容の法律となったことは否めない。しかし、価格を自由に決めることができた時期、名門病院の威光を笠に着て保険会社から優遇の支払いを受けるなど、専横的に振る舞った「前科」を持つ弱みがあっただけに、今回の新法成立を受け入れざるを得なかったのである。その意味で、2008年にボストン・グローブ紙が始めた「反パートナーズ」キャンペーンの意義は

PHOTO LETTER

武力紛争、天災、貧困など苦境に立つ人々に医療を提供する国境なき医師団。その活動地域は、世界70か国にも及ぶ。このコーナーでは、各地域から届いた活動の便りを紹介する。



文・写真 国境なき医師団日本 www.msf.or.jp

09: 鉛中毒に苦しむナイジェリアの子どもたち

国境なき医師団(MSF)は、ナイジェリアのザムアラ州で2010年に鉛中毒が確認されて以来、被害者の治療に当たっている。子どもの急性鉛中毒は食欲減退、嘔吐、精神遅滞、行動障害、腎不全などを引き起こし、脳に深刻な損傷を与えて死に至ることも。MSFは2013年1月までに2500人余りの子どもを治療。汚染が深刻なバゲガ村での浄化作業もようやく開始され、MSFは浄化が可能な乾季中の作業完了を訴えている。

大きかったのであるが、医療費抑制の動きが強まり始めた時期に、ブルークロス社との「密約」など、直接の関係者しか知り得ない情報がリークされたことは興味深い。

そもそもの問題は市場原理主義にあり

以上、11回にわたって、マサチューセッツ州で医療費抑制法が成立するまでの「ドタバタ」を概観したが、同州で診療報酬が高騰したり、病院間の診療報酬格差が拡大したりした根本の原因は、1992年に、「公的機関が診療報酬を決めることを止め、診療報酬は保険会社と医療機関が個別交渉で自由に決める」とする「規制緩和」を実施したことにある。「市場原理を導入すれば価格は下がるはずだ」とする前提の下での規制緩和であったが、もくろみとは反対にマサチューセッツ州で医療費が高騰し続けたことはここまで何度も述べた通りである。換言すると、マサチューセッツ州がこの間一所懸命取り組んできた「無保険者の問題」も「診療報酬高騰の問題」も、医療を「民(=市場原理)」に委ねたことが根本の原因だったのであり、社会にしっかりした「公」の保険が存在しさえすれば起こるはずのなかった問題だったので

ある。実際、マサチューセッツ州とは対照的に、「市場に任せず、公的機関が診療報酬を決定する」制度を維持し続けたメリーランド州では、全米でも珍しく医療費抑制に成功し続けてきた(註3)。最近、日本でまた、規制緩和を進めて混合診療を解禁する(=保険外の自由診療を拡大する)動きが強まっているそうだが、いったい、いつになったら、「医療ほど市場原理に不向きなものはない」ことがわかってもらえるのだろうか。(この項終わり)

註1：Accountable care organization の略。ACOについては、第3008号、第3015号等で説明した。

註2：受診する医療機関によって自己負担額が変わるtiered network plan、受診することのできる医療機関が限定されるlimited network planについては前回(第3017号)説明した。

註3：Murray R. Setting hospital rates to control costs and boost quality: The Maryland experience. Health Affairs. 2009; 28(5): 1395-1405.

医学書院ホームページ
毎週更新しております
医学書院の最新情報をご覧ください
<http://www.igaku-shoin.co.jp>

2013年3月発売 ご予約受付中!

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

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

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

共に歩む。

生涯の座右書
ハリソン内科学 第4版

日本語版監修 福井次矢・黒川清

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

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

ここまでわかる 新刊 頭部救急のCT・MRI

救急画像のプロフェッショナルが「間違わない診断」のすべてを解き明かす!

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

著 井田正博 荏原病院放射線科部長

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

好評姉妹書 ここまでわかる 急性腹症のCT 第2版

著 荒木力 山梨大学大学院医学工学総合研究部放射線医学教授

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

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

Medical Library

書評新刊案内

小児から高齢者までの姿勢保持 工学的視点を臨床に活かす 第2版

日本リハビリテーション工学協会 SIG 姿勢保持 ● 編

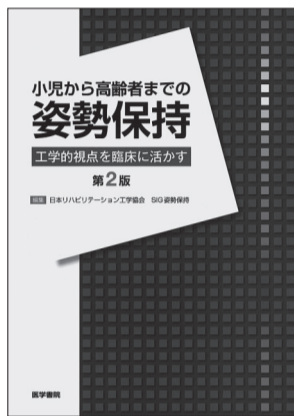
B5・頁256
定価4,935円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01541-7

評者 榎本 修

宮城県リハビリテーション支援センター

障害の有無にかかわらず姿勢を良くすることは、健康、教育、活動、就労、生活、コミュニケーション、余暇などすべての面で基本となる。座位姿勢を改善する効能が現場のリハスタッフはもちろんのこと、介護スタッフにも浸透しつつあり、補装具の判定現場では、姿勢改善や快適性を図る機能を有した車椅子や座位保持装置の支給件数が年々増えている。数年前、姿勢保持の理論をわかりやすく解説した本を求めたときに出会ったのが本書の初版である。そしてここに、待望の第2版が刊行された。

姿勢保持の理論を学ぶ 幅広い職種に役立つ書



ここでは、単なる理論だけでなく、実際の処方現場で押さえておくべき基本姿勢が説いてある。「対象者を知り尽くした上でないと姿勢保持はできない」「子どもは基本を大切に、成人は応用と融通を利かせることが大切」「身体状況が同じように見えても原因によって支持方法は変わる」「使ってもらえる装置にする」「安定した楽な受け入れられる姿勢を見つけ出した」と、本文中の随所に同感できる考え方が述べられている。姿勢保持の押さえておきたいポイントでは、どうしてこうするのかという考え方の基本が詰まっている。

応用編ともいえる小児、高齢者の章では、疾患別特異性や年齢特性に基づいた姿勢保持の問題点とチェックポイントから始まっており、実践に役立てることができる。教育、療育の場、日常生活、介護施設において姿勢保持の援助方法や装置の実際、車椅子の工夫などを、豊富な図・写真を通して学ぶことができる。リハビリテーションの最終目標である生活支援と姿勢保持の章では、さまざまな活動場面や余暇での姿勢保持が紹介されている。さらに、最後に最近目まぐるしく変化した補装具費の支給制度が詳しく掲載されているのもうれしい。

本書は、姿勢保持の教科書、入門書として、実際の処方現場での実践書としてなど、活用の仕方はさまざまである。これから姿勢保持を学ぼうという初心者からベテランのセラピスト、製作者、医師や介護職など幅広い層に役立つ本をぜひとも傍らに置いていただきたい。

本書は「日本リハビリテーション工学協会 SIG 姿勢保持」のグループが編集し、2007年に初版が、5年目となる2012年の同じく8月15日に第2版が刊行された。SIGの代表である繁成剛氏が初版の序文で述べている「長年、姿勢保持装置の製作や適合作業に携わってきたエンジニアとセラピストが中心となって、これらの姿勢保持に関する支援技術を、初心者でも理解しやすい内容に集大成したもの」という表現が、第2版ではさらに納得ができるものとなっている。姿勢保持のチェックポイントが工学的な視点のもとより、実際に現場での苦勞や処方に創意工夫をめぐらした、筆者たちの経験から出た生の声が随所に記載されている。読み手の経験に応じて教えられること、共感できること、納得できることなどがたくさん見つかるに違いない。

姿勢保持に初心者の方は、第1章の姿勢保持の概要、歴史、装置の概要、押さえておきたいポイントまでを読むだけでも、姿勢保持の歴史を知り、基本的な考え方を学ぶことができる。そ

●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、**医学書院販売部**まで
☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804
なお、ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

ブルガダ三兄弟の 心電図リーディング・メソッド82

野上 昭彦, 小林 義典, 鶴野 起久也, 蜂谷 仁 ● 訳
Josep Brugada, Pedro Brugada, Ramon Brugada ● 著

B5横・頁232
定価4,725円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01544-8

評者 大江 透

心臓病センター榊原病院研究部長

Josep, Pedro, Ramon の三兄弟全員がそろって不整脈の世界的権威であることは、不整脈の歴史上まれなことである。また、研究面では臨床電気生理、分子生物学、臨床不整脈と異なる分野で活躍する三兄弟は、日本語の題名である「心電図リーディング・メソッド」を文字通り実践してくれる。このような斬新な不整脈の解説のメソッドにより、従来の教科書からでは体験できない勉強ができる。実際、提示された心電図を自分で考え、次にその解説を読んでいくと、まるでブルガダ三兄弟が直接説明してくれるような気になる。また、一つひとつの症例にユーモアに富む題が付けているが、これも解説を読むと題の意味が理解される。

この『Our Most Beloved Electrocardiograms』(原書)と題して出版したことは、不整脈の教育や治療に携わっている者には大変な朗報である。また、この本が『ブルガダ三兄弟の心電図リーディング・メソッド82』として日本語に翻訳されたことは、日本の医師にとって大変喜ばしいことである。

この本は、wide QRS tachycardia, narrow QRS tachycardia および難解な12誘導心電図に読者が遭遇した状況を想定して、おのおの心電図から診断の鍵となるポイントを読み取るコツ、特にP波・QRS波の形状、T波・QRS波に隠れているP波の同定、P波と

QRS波の関係などを注意深く調べることの大切さを教えてくれる。さらに、これらの所見からどのように正確な診断に導くかの思考過程を詳しく解説してくれる。その意味では、日本語の題名である「心電図リーディング・メソッド」を文字通り実践してくれる。このような斬新な不整脈の解説のメソッドにより、従来の教科書からでは体験できない勉強ができる。実際、提示された心電図を自分で考え、次にその解説を読んでいくと、まるでブルガダ三兄弟が直接説明してくれるような気になる。また、一つひとつの症例にユーモアに富む題が付けているが、これも解説を読むと題の意味が理解される。

この『Our Most Beloved Electrocardiograms』の日本語訳を担当した4人は、私と同様にブルガダ三兄弟と親交がある。日本で開催されている心電図判読コースをブルガダ三兄弟と一緒に支えてきた先生方なので、ブルガダ三兄弟が伝えたい意図を読者に正確に伝えてくれている。

この本は、前期・後期研修医はもとより、不整脈に出会う機会が多い救急医療や循環器治療に携わっている医師、さらに不整脈の教育を担当している先生にとって楽しく勉強できる本である。

アナトミー・トレイン [DVD付] 徒手運動療法のための筋筋膜経線 第2版

トーマス・W・マイヤース ● 著
板場 英行, 石井 慎一郎 ● 訳

A4・頁332
定価6,825円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01558-5

評者 藤縄 理

埼玉県立大学教授・理学療法学/リハビリテーション学

『アナトミー・トレイン(原題 Anatomy Train—Myofascial Meridians for Manual and Movement Therapists)』は筋筋膜の構造を臨床的および解剖的知見からまとめ上げた書である。筋膜(fascia)は運動の力や張力を伝達するすべての結合組織性の構造物を指し、筋筋膜(myofascia)は筋組織(筋)とそれに付随する結合組織網(筋膜)と結束して分離不可能な性質のものを示している(本文より)。本書は筋筋膜の連続体を「アナトミー・トレイン」と名付けた12本の筋筋膜経線(myofascial meridian)の体系として述べている。著者のThomas W. Myersは米国の免許を持つマッサージセラピストで、マッサージとボディーワークセラ

ピストの認定を受けている。彼は、Ida Rolf博士が体系付けた筋筋膜に対する徒手療法であるRolf法の認定療法士であり、長年にわたって臨床と教育に携わっている。

神経筋骨格系機能異常の 評価治療に、新たな発展の 可能性を提示する

従来の解剖学は、人体を細分化し、骨格系、筋系、神経系、消化器系、呼吸器系、循環器系、泌尿器系、感覚器系などに分けている。一般的な解剖学の教育は人体の構造を学習するのに、各系について部分から全体を学ぶように行われている。その過程で「全身の複合体」である筋系は教育されていない。本書は筋骨格系を骨格とそれを結び付けて支えるゴム紐のような張力材からなる、テンセグリティー〔緊張(tension)と統合(integrity)を合わせた造語〕構造

心臓外科における刺激伝導系の徹底した理解から「究極の心臓手術」へ!!

心臓外科の刺激伝導系

心臓手術を行うに当たって知っておかなければならない刺激伝導系のメカニズムと解剖、実際の手術における応用を詳細に解説。読者が知りたい事柄のみを、読みやすい記述と豊富な手術写真を用いて著述した「テキスト+手術書」。疾患に則したメカニズム解説と、「この手術ができれば一流の心臓外科医」と言われる大動脈基部手術について「黒澤のテクニック」を華麗に展開。

黒澤博身



「基本」をおさえれば「理解」ができる

一目でわかる血液ガス

第2版

▶ベストセラーの初版より13年ぶりの改訂。全40教程、各章は見開き2頁で完結。わかりにくい酸塩基平衡障害とガス交換異常の診断をわかりやすく解説する。序盤より段階を踏んで理論的な学習を重ね、「基礎的なことを確実に」理解しながらその後の章を読み進めていく構成。本版では新章「酸塩基平衡障害の治療法」を設け、理解した基本的知識がどのように臨床で役立つのかも言及。

著者 飯野 靖彦
日本医科大学腎臓内科 教授

定価2,940円(本体2,800円+税5%)
A4変 頁100 図40 2013年
ISBN978-4-89592-731-4

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

Medicine

医学を変えた70の発見

William Bynum, Helen Bynum ● 編
鈴木 晃仁, 鈴木 実佳 ● 訳

A4変・頁304
定価4,200円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01518-9

評者 市野川 容孝
東大大学院教授・社会学

テレビ・シリーズの『大草原の小さな家』に、たしかこんなシーンがあった。ローラが学校から家に帰ってくると、姉のメアリーが本を読んでいる。

ローラが「何、読んでいるの？」と尋ね、メアリーが「歴史の本よ」と答えると、ローラは次のように言って、そそくさと外に遊びに行ってしまう。「そんな死んだ人たちの話なんか読んで、何が面白いの。ぞっとしちゃう」。

勉強しないで遊びに行くことを正当化するために、たぶんローラはそう言ったのだが、ローラのこの言葉はなかなか本質をついている。人間は今を大切に生きるべきであって、その今を昔のために費やすことに一体、何の意味があるのか。ローラに歴史の本を読ませるのは大変だ。今の自分につながる歴史の本でなければ、ローラは決して読んでくれないだろう。

本書は医学の歴史に関する本である。ローラはこの本を読んでもらうだろうか。絶対に読んでくれると私は思う。それもきっとワクワクしながら。医療の歴史社会学というものを手がけてきたので、私も医学史の本はいくつか読んできたが、それらの多くは年代順に、誰がいつ何を発見したという具合に進む。多分、ローラなら途中で投げ出すだろう。しかし、本書は違う。医学が人の身体をどうとらえてきたか(第1章)、病気にどう向き合ってきたか(第2章)、どんな道具を用いてきたか(第3章)、どんな病気とどういうふうに関わってきたか(第4章)、どんな薬がつけられてきたか(第5章)、

どんな手術法がどうやって生み出されたか(第6章)といったことが、年代順ではなく、テーマ別に書かれている。まずは医学について自分が知っている

ことを手がかりに、どこからでも読み始められる形になっている。ローラもこれなら手に取ってくれるはずだ。

本書のもう一つの魅力は、豊富なカラー図版である。「一体、これは何の絵だろう」とまずは図版に目を通しながら、その後、本文を解説として読むという読み方もできる。この女の子は、なぜ左の写真ではこんなにやせているのに、右の写真ではローラみたいに健康なのか(本書270ページ)。それはインスリンという薬を投与されたから。なぜその薬が必要だったのか。糖尿病という病気にかかっていたから。じゃあ、糖尿病って何? 本書をそのように読み進めていくのも一案だろう。

そのインスリンについて、本書は「善にも悪にも使える力をもった物質」と記し、1型糖尿病で1920年代にインスリンを投与された若者たちがその後、失明したり、腎臓障害になったことを「不愉快であるが認めなければならない真実」と伝えている。理由は全く違うが、姉のメアリーが後に失明するローラにとって、これは人ごとではないはずだ。本書の第三の特徴は、医学の歴史のそうした影の部分にもちゃんと光を当てていることである。私たちはそういった事実も本書から一つひとつ学びながら、今の医学を理解すべきだろう。

としてとらえている。骨格をはじめとするあらゆる臓器を張力材として結び付けているものが、全身に連続して分布している筋筋膜であり、12の筋筋膜経線(アノトミー・トレイン)からなる。各トレインは姿勢機能と運動機能に関連しており、本書ではそれらの異常を評価し治療する方法がトレインごとに具体的に述べられている。さらに、「運行中のアノトミー・トレイン」として姿勢や動作の分析方法を紹介し、「構造分析」として、全体的姿勢評価法について述べられている。付録のDVDには「アノトミー・トレイン」の概念、解剖により剖出した各トレインとその説明、姿勢機能と運動機能の評価法と治療手技についての動画と静止画が収録されており、書籍のページにはDVD参照マークが示されている。

理学療法士は運動機能を評価し、その機能異常や障害の原因を見だし、治療したり自己治療法などを指導したりする専門職である。その臨床推論過程では、骨関節系、筋筋膜系、神経系などのように系別に分析し、それらの機能異常や障害を分析し、統合していくというアプローチをとっている。しかし、筋筋膜の徒手療法を研鑽しているセラピストを除けば、連続体としての筋筋膜の機能とその異常というとらえ方はしていなかったように思う。本書は神経筋骨格系機能異常の評価治療において、新たな発展の可能性を提示している。

運動器疾患の「なぜ?」がわかる 臨床解剖学

工藤 慎太郎 ● 編著

B5・頁232
定価4,830円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01498-4

評者 吉尾 雅春
千里リハビリテーション病院副院長

『運動器疾患の「なぜ?」がわかる臨床解剖学』。なかなかいいネーミングの著書だと思う。

解剖学書にはいろいろなものがあるが、臨床でみられるさまざまな問題の「なぜ?」に答えてくれることはあまりない。特に理学療法士が臨床で抱く疑問に対して、具体的に答えてくれることは稀有なことかもしれない。

近年、視覚的に訴える解剖学書が多くなった。相対的位置関係を学ぶには都合がよいが、文字による解説があまりないため、「なぜ?」を考えることは難しい。そして何よりも問題に感じているのは、それらの解剖学書が医学モデルで医師の立場で書かれているということである。医師が臨床で課題にしていることと、理学療法士が課題にしていることとは、異なる点も多い。理学療法士が参考にする解剖学書で大切なことは、理学療法モデルで記されているということである。残念ながら、そのような解剖学書はこれまで存在していなかった。

本書は、理学療法士によってまとめられた、理学療法士のための解剖学書、いや実践的な臨床解剖学的解説書と言ってよい。

内容は胸郭出口症候群、腱板損傷、肩関節周囲炎、大腿骨頸部骨折、変形性膝関節症などの代表的な運動器疾患を20項目取り上げて、それぞれ3—5つの疑問に解説を加えている。例えば「第2章 腱板損傷」では、16歳の野球の右投手を症例として提示した上で、「左手で支えれば上がるのに、なぜ右だけでは手を上げられないのか?」「なぜ関節包側の腱板が損傷したのか?」「筋力低下を伴う棘下筋の萎縮はなぜ生じたのか?」「腱板縫合術後、肩甲骨面での挙上位で固定する

のはなぜか?」という疑問を設定し、回答している。各項の末尾にはそれぞれの疑問に対する解説が簡潔にまとめられている。

まず、三角筋や回旋腱板筋の構造や機能、検査法について述べ、腱板損傷のメカニズムを、解剖学的特徴と投球動作の両面から具体的に解説している。棘下筋に萎縮が観察されやすいのはなぜかに関する解説は、既存の解剖学書からだけでは不可能であろうと思える内容になっている。いくつかの論文を参考にしながら、著者自身による肉眼的解剖が意図的かつ詳細になされたことで可能な解説である。それは腱板縫合術後の固定に関する説明でも同様である。

このような解説は、20章すべてにおいて随所に見られ、臨床家たる理学療法士の疑問に答えている。臨床とはすなわち具体的場面であるが、各章に配置されたコラムは非常に具体的で、その疾患に限らず問題を検討する際に有効な解剖学的ヒントになっている。

できることならば、対象疾患を広げ、個別の疾患に限らずヒト全体に共通して言えることについてもまとめてほしいと思う。また、肉眼解剖で見た固定遺体には個性があり、関節などの構造は柔らかさや動きを犠牲にしている。そのため、解剖者が想像を巡らせて臨床課題の答えを求めざるを得ないことも多く、本書でもその点が散見されている。さらに突っ込んだ検証がなされ、理学療法士たちにとってより有効な著書となるよう、今後の発展にも期待したい書である。

@igakukaishinbun

検査で得られた医療情報から実像を捉え、その背景を考える能力を養う

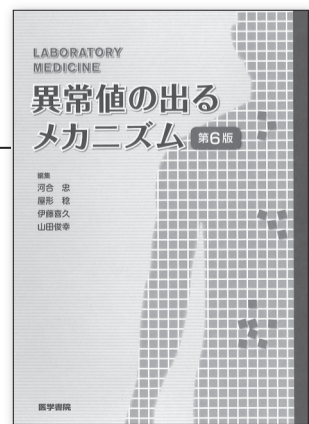
異常値の出るメカニズム

第6版

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

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

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



医学書院

もう困らない! 簡潔ながら頼りになる1冊

認知症の臨床

最新治療戦略と症例

著: 一宮洋介
順天堂大学医学部附属
順天堂大学東郷高給者医療センター院長補佐/
メンタルクリニック教授

定価3,780円(本体3,600円+税5%)
A5変 頁180 図・写真72 2013年
ISBN978-4-89592-728-4

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

信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2013

私はこう治療している

総編集 山口 徹・北原光夫・福井次矢

1119疾患項目はすべて 毎年全面書き下ろし

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

- 新規付録「予防接種(ワクチン)の種類・接種時期一覧」「プライマリケア医のためのがん診療の最新動向」を掲載
- 大好評の付録「診療ガイドライン」:30の診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2013」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

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

好評
発売中

一般名処方最適! 価値ある情報をこの一冊に網羅!

治療薬マニュアル2013

監修 高久史磨・矢崎義雄 編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2013年版の特徴

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

本書の特徴

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

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

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

別冊付録

「重要薬手帳」



好評
発売中



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

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

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

カラー図譜を新設し、検査にかかわる全医療従事者を強力にサポート!

臨床検査 データブック 2013-2014

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

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

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

- 目次 カラー図譜
臨床検査の考え方と注意事項
検査計画の進め方
基本検査テクニック

- 検査各論
生化学検査
内分泌学的検査
血液・凝固・線溶系検査
免疫血清検査
感染症検査
腫瘍・線維化マーカー
癌細胞遺伝子検査
遺伝学的検査

- 尿検査
糞便検査
細胞診
血液・尿以外の検査
薬物・毒物

疾患と検査

- 付録
特定健康診査と保健指導対象者の選定
日本人小児の臨床検査基準値
保険点数一覧(臨床検査分野)
医薬品添付文書情報 臨床検査値への影響

臨床検査 データブック

LAB DATA 2013-2014

見やすく、詳しく、わかりやすく
“考える検査”をサポートする!

No.1 検査値判読マニュアル

- ・巻頭にカラー図譜(血液・尿沈渣・グラム染色)を新設!
- ・「異常値のメカニズム」を検査項目ごとに詳解!
- ・「保険点数情報」を収録! 付録の一覧表で包括点数もわかる!
- ・「関連する検査」の見出しで他検査との関連性がわかる!

医学書院



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693