

2012年1月16日

第2961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 (出版社者著作権管理機構 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12回日本クリニカルパス学会…… 1面
- [インタビュー] SHDインターベンション(古田晃)…… 2面
- [寄稿] “食べることをあきらめない(川口美喜子)…… 3面
- [連載] 老年医学のエッセンス…… 4面
- [連載] 続・アメリカ医療の光と影/医療事故・紛争対応研究会…… 5面

パスが築くチーム医療の未来

第12回日本クリニカルパス学会開催

第12回日本クリニカルパス学会が12月9—10日、京王プラザホテル(東京都新宿区)にて開催された。福井次矢会長(聖路加国際病院)のもと、「これからのチーム医療」をテーマとして開催された今学会には、多職種の医療者が集まり、クリニカルパス(以下、パス)を通じて医療の質を向上させるための方法が模索された。本紙では会長講演と、多職種がいかにパスにかかわっていくべきかを議論したシンポジウムを紹介する。

会長講演「これからのチーム医療」では、福井氏がより安全で効果的なチーム医療を実現するために、今後どのようにチーム作りを図っていくべきかについて提言した。

氏は、心不全患者の再入院・死亡率の低下、2型糖尿病患者の血糖コントロールの改善、乳がん患者の治療継続や生存率の向上など、チームによる患者へのかかわりの有効性が科学的に実証されていることを紹介し、チーム医療の重要性を指摘。質の高いチーム医療を提供するためには職種間の相互理解や情報共有が不可欠だが、パスの導入は、どのような医療行為がいつ、誰によって行われるのかを明確化したことによって、その実現に大きく貢献したと評価した。

また、今後さらに安全で効果的なチーム医療を提供していくための要件として、①医療を取り巻く社会環境に鑑みた専門職の種類や役割の見直し、②医療職の生涯教育の見直し、③病院内の横断的テーマを専門とする職種の養成、の3つを提示。特に②の生涯教育として、コミュニケーションやチームワーク、リーダーシップなどの集団行動に求められる能力を、医療に携わるすべての職種が身につける必要があると強調した。最後に「チーム医療の中でパスがますます発展することを期待している」と氏は語り、講演を終えた。

多職種院内連携をどのように推進するか

シンポジウム「チーム医療と多職種院内連携——どのようにパスに関われ

ばよいか」(オーガナイザー/座長: 総合高津中央病院・宮崎美子氏)では、栄養サポートチーム(以下、NST)やがん緩和領域などに携わる多職種の院内パスへのかかわり方、チーム医療の中で果たしている役割が紹介され、その有効性について議論された。

トヨタ記念病院の伴由紀子氏は、栄養スクリーニングを組み込んだパスについて報告した。同院では、2002年12月からNSTが稼動しており、当初から入院時に主治医が患者の栄養スクリーニングを実施していた。しかし、2004年に実施率を調査したところ、結果は約66%。入院時の煩雑な業務の中での実施忘れが目立った。また、NST回診の依頼が遅く、十分な栄養摂取量が得られていない状態が数日続いたり、依頼も医師ではなく、看護師によるものが多いといった状況が見られたという。

同院では2004年に紙パスから電子パスへ移行、2006年からはほぼすべての診療科でパスが使用されるようになり、入院患者のパス実施率は50%を超えた。そこで、パス稼動の第1日目のタスクに「NST評価」を加え、多職種で使用し、評価を行う栄養スクリーニングテンプレートを組み入れ、入院時、手術および治療開始時に必ず栄養評価を実施することにした。その結果、栄養状態を確認する必要性が医師たちに認識され、早期のNST介入依頼が増加。2008年以降、医師による栄養スクリーニングの実施率は95%を超えている。このことから、氏は、パスが普及している施設においては、パスを活用することがNST活動の推進に有用という見解を述べた。

東女医大病院薬剤部の伊東俊雅氏は、同院で使用されているがんの化学療法パスを紹介し、薬剤師がいかにパスへかかわっていくべきかについて言及した。化学療法パスの構築にかかわる上で薬剤師に求められる役割は、薬剤の副作用の種類や頻度、見分けなければならないリスク、副作用を抑える支持療法などに関する知識を医療者に提示し、周知させていくことと説明。これらを踏まえたパスが構築されることにより、治療管理や観察項目、服薬指導などのイベントごとに専門家へ判断を仰ぐ必要がなくなるという医療の効率化、また服薬指導漏れや患者間での服薬指導の説明内容に差が生じなくなるという医療の標準化、以上の2点の利点があることを示した。

今後は、がん患者に対する在宅医療を含めた地域連携パスの拡充が必要と述べ、薬物療法の治療評価の面で薬剤師の関与が重要になると訴えた。

情報の共有と目的の統一で、医療の質を向上させる

京都桂病院の宮崎博子氏は、乳がん周術期における作業療法パスを紹介し、チーム医療の有用性を示した。同院では、乳がん周術期の全患者を対象に、術後合併症予防を目的とした周術期の作業療法を実施している。その内容は、手術前日にオリエンテーションと術前評価を行い、通常は術後第1病日から、術後急性期の出血リスクが高い患者の場合は術後第2病日から、肩関節屈曲90度を上限に、翌日以降は前方向に可能な範囲で他動的関節可動域訓練を開始するというもの。

この2ウェイ方式のパスは、乳腺科医、リハ医、作業療法士、病棟看護師、臨床心理士、医事課職員など計10職種から構成される乳腺チームによる試行錯誤の上、2007年10月に導入された。リスクに適応させた2種類の手順を同一パスに組み込んで簡潔に提示す



●福井次矢会長

ることで、短い入院期間に対応したりハビリの徹底、患者や医療者への周知に奏効したという。また、チームカンファレンスを継続して行い、チーム間のコミュニケーションを積極的に保つことが、情報の共有と目的の統一につながったと氏は振り返った。

臨床検査技師の赤塚れい子氏(山形県立中央病院)は、同院の副腎腫瘍パスが運用されるまでの経緯を紹介し、臨床検査技師のパスへのかかわり方を考察した。副腎腫瘍を評価する検査の一つ、ホルモン測定は、患者の食事や安静度などに検査結果が影響されやすく、正しい測定値を得るためには生活全般に及ぶ指導が必要だ。同院の副腎腫瘍パスでは、その指導を行う役割を臨床検査技師が担っている。臨床検査技師の副腎腫瘍パスへの参画に当たっては、各職種との協議の上、業務範囲を明確化し、研修会や指導マニュアルの作成・配布を実施。担当者によって患者への説明内容に差が出ないように努めた。また、患者への指導終了後には報告書を作成することに決め、患者の理解度、質問の有無、担当者が行った質問への回答などをまとめ、中央検査部内で情報共有できる体制を整えた。

氏が工夫した点として挙げたのが、指導担当者自身がカルテにサインをすること。担当者の責任感の向上につながるるとともに他職種との連携を実感することに寄与したという。臨床検査技師が、パスを通じて生活全般にわたる指導を行うことで正確な検査値を得られた経験から、今後も臨床検査技師の専門性を生かした活動を強化したいと意気込みを語った。

救急で診る患者にどう対応するか。救急に関わるすべての医師必携の書。



今日の救急治療指針 第2版

TODAY'S THERAPY IN EMERGENCY MEDICINE

- 監修
前川和彦 東京大学名誉教授
相川直樹 慶應義塾大学名誉教授
- 編集
杉本 壽 星ヶ丘厚生年金病院院長
堀 進悟 慶應義塾大学教授
行岡哲男 東京医科大学教授
山田至康 元順天堂大学浦安病院教授
坂本哲也 帝京大学教授

臨床の第一線で活躍している執筆陣による救急に特化した治療指針。救急外来で遭遇する症候・傷病に関して、「緊急度」と「重症度」を重視して編集。初療時の考え方や対応の仕方(最初にすること、重症度を見分けるポイント、入院の判断基準)など、救急の現場で役立つ知識が満載。

SHD インターベンション

心臓への新たな低侵襲治療“TAVI”の可能性

interview 古田 晃氏 (川崎市立川崎病院循環器内科) に聞く

血管内治療の在り方を一変させたインターベンション技術。その次のターゲットとして、SHD (Structural Heart Disease) に注目が集まっている。低侵襲という特性から、従来の外科的処置が困難な患者に対しても実施が可能で、革新的治療となり得る SHD インターベンション。本紙では、日本人として唯一、そのパイオニアである Alain Cribier 氏 (フランス・ルーアン大病院循環器科) の元で修練を積んだ古田晃氏にインタビュー。SHD インターベンションの特徴と展望について話を聞いた。

—インターベンション治療の新たなターゲットとして、SHD が注目されています。

古田 SHD とは、非冠動脈心疾患を包括して表すために1999年に Martin Leon 氏により初めて用いられた用語です。概念自体は約半世紀前から存在していましたが、SHD の再認識に伴いその病理機序への注目が増すとともに、解剖学的異常をより明瞭に示すイメージングやカテーテル技術の発達で、SHD の診断や治療に貢献してきました。現在、SHD は心臓インターベンションにおける専門分野の一つとして台頭しつつあります。

—これまでのインターベンションとは異なるのですか。

古田 従来の繊細なカテーテル手技を、ダイナミックに拍動する心臓という3次元空間で行うため、心臓解剖学や血行動態学的な知識、拍動とデバイス間に生ずる相互作用も理解して治療に臨む必要があります。

—SHD には、従来、他の手法で治療されてきた疾患も含まれています。

古田 これまで先天性心疾患の色が強かった SHD ですが、高齢化に伴い動脈硬化性弁疾患が急増しています。特に高齢者の大動脈弁狭窄症 (AS) では多様な併存疾患が故に、従来からの大動脈弁置換術 (AVR) の施行が難しい患者が増えており、こうした患者への救済策として、より低侵襲のカテーテル治療に期待が集まっていることも SHD インターベンションの一面です。

大動脈弁狭窄症患者への新たな福音“TAVI”

—現在、実用化されている SHD イ

ンターベンションにはどのようなものがありますか。

古田 最も先行している治療は、Alain Cribier 氏が2002年に発表した大動脈弁植込み術 (Transcatheter Aortic Valve Implantation: TAVI) です。AVR 施行が難しい AS 患者の救済法として、世界中で普及し始めています。欧州では Edwards Lifesciences 社の SAPIEN™ と、Medtronic 社の CoreValve® が流通しています (図)。日本では、SAPIEN™ の治験結果が2012年には報告され、13年以降承認される見込みです。また、CoreValve® の治験も始まりました。

—先生は、欧州での治験に実際に参加されていたと聞きましたが、印象に残ったご経験はありますか。

古田 PREVAIL EU という治験でしたが、翌朝亡くなるかもしれないような末期 AS の高齢者ですら、TAVI を行うと1週間後には元気いっぱい退院されるケースが多々あります。中には数年ぶりに社交ダンスが踊れるようになったと、興奮しながら笑顔で話される患者さんもいたのが印象的でした。

TAVI は AVR の代替治療となるのか?

—これまでの治療法と TAVI はどのように違うのですか。

古田 AVR が硬い弁組織をロンジュールやキューサーで30分近くかけて丁寧に除去した後で弁を置換するのに対し、TAVI では一瞬でこじ開け破壊した弁組織をそのまま土台として上に生体弁をはめ込むため、治療の発想自体が異なります。ただ、「弁」という巨大な組織をカテーテルで運ぶため経路は限定され、血管損傷リスクが桁違いに高い治療となっています。実際、デバイスサイズと手技の大胆さには、私自身、衝撃を受けました。

—アプローチ経路は限定されるのですか。

古田 最近の報告では、低侵襲である大腿動脈アプローチ (TF) が全例の4分の3を占めていました。ただ強引な

TF は血管損傷を引き起こすので、左室心尖部を開いて運ぶなど、必要に応じた経路選択が求められます。低侵襲化の観点からデバイスの小型化に期待しています。

—すべての AVR が TAVI に代替される可能性はあるのですか。

古田 その考えは短絡的です。AS マネジメントにおいて、AVR だけでは高齢層に対応しきれませんが、TAVI だけではデバイスの耐久性の問題から若年層に対応しきれないかもしれません。デバイスの改良が進み耐久性や合併症の懸念が解消されたとしても、例えば多数の慢性疾患を抱える超高齢者に高額の TAVI を行うことは、医療経済的な面からも疑問です。現場で向き合っていると、そうした方の中には積極的な医療を敬遠され、保存的治療あるいはせいぜい大動脈弁バルーン拡張術 (BAV) での姑息的ケアのみを望まれる方も珍しくありません。

—これまで以上に治療が複雑になる場面が増えそうです。

古田 そうですね。いわゆる“High-risk AS”は、肺・肝・腎など多岐にわたる併発疾患と合わせて AS シンドロームと総称されることがあります。病態は複雑で、開胸して弁を取り替えるだけでは予後改善は期待できません。標準的 AS 治療は確立していますが、TAVI 時代を迎え AS シンドロームのマネジメントも問われてくるでしょう。

超高齢社会を迎えるにあたり、AVR vs. TAVI の図式ではなく、BAV も合わせた三神器がすべて共存し、それらを巧みに使い分ける必要があるかもしれません。

本場フランスでの TAVI 修業

—先生は TAVI のトレーニングをフランスで受けられたとのことですが、そのきっかけは何ですか。

古田 TAVI の発表当初、開発者の Cribier 氏は遠い憧れの存在でしかありませんでした。ある学会で先生の講演に興奮し、帰国直後に衝動的に書いたメールの送信ボタンを押してしまいました。当然返事はなく、気付いたら2通目も (笑)。いただいた返事は「留学生枠は数年先まで埋まっており、受け入れは絶対不可能」というものでした。内容はともかく、直接返事が来ただけで私は大喜びで、その感謝の気持ちをメールで伝え、いい夢を見たと思って半分あきらめたわけですが、今に思えば、彼との文通のようなことが、そのころから始まりました。

—文通ですか。

古田 はい。数か月おきに、恐る恐る



●古田晃氏
1997年慶大医学部卒。同大病院にて初期研修後、同大関連病院を経て渡仏。07年パリ・欧州ジョルジュ・ボンビドー病院にて心臓再生医療班に所属。08—10年ルーアン大病院循環器科臨床フェロー。帰国後、慶大心臓血管外科を経て11年より現職。全国若手医師による研究会活動「ストラクチャークラブ」への参加や、カテーテルによる低侵襲性心臓内治療研究会「TREND InterConference」の立ち上げ、各地での講演や執筆活動等を通じ、大動脈弁治療を中心に SHD インターベンションの啓蒙・普及活動に取り組む。



●フランスでの師匠 Alain Cribier 氏と

メールすると、遅かれ早かれ返信が戻ってくるようになりました。「そばに移り住んで通いなさい」という言葉ももらったのは随分後のことです。

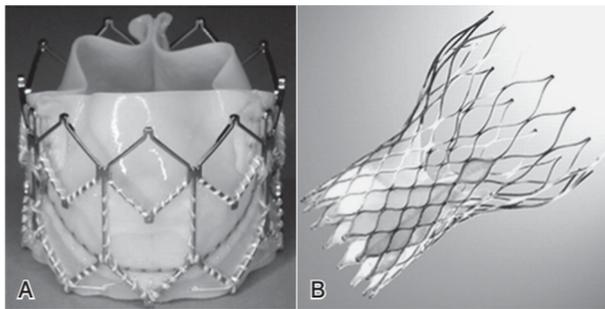
—そして、ルーアン大病院に行く機会を得たのですか。

古田 いや、当初フェローのポストは1年以上待つ必要があり、パリから不定期に通いました。その間は、パリの病院に身を置き、その後ようやくルーアン大病院の正式なポストを得ました。—TAVI をリードする欧州で技術を習得する日本人は増えてきているのですか。
古田 後続組としてフランス行きを実現している医師が数人います。今ではフランスに限らず、イタリアやオランダでの修行を計画している若手チャレンジャーの話も耳にします。

SHD インターベンションのブレイクに向けて

—技術を修得された方が増えてくると、いよいよ日本でのブレイクも近いと感じます。

古田 現在の医療には、「治療の低侵襲化」という大きな潮流があります。その流れに乗っているからこそ、SHD インターベンションに脚光が集まるのだと思います。日本でも治験のデータベースが充実すれば、新たな治療法として普及が始まるでしょう。SHD インターベンションは、循環器内科医と心臓外科医との調和に加え、イメージングの専門医の協力や ME などのコメディカル部門も含めた、集学的なアプローチが必須となります。心臓医療における新たなスタイルのモデルになるかもしれませんね。
—ありがとうございました。(了)



●図 現在の TAVI デバイス
A: Edwards SAPIEN™ XT, B: CoreValve® Revalving System.

めまい一筋45年の著者が伝授するめまい診療のエッセンス

めまいの診かた・考えかた

著者のライフワークであるめまいの診かた・考えかたを内科医と若手耳鼻咽喉科医向けに惜しみなく伝授! 豊富な図解でめまい診療を簡潔にまとめた第1章、多彩なコラムにより平衡機能の基礎からめまいを理解できる第2章、中枢性めまいや良性発作性頭位めまい症、メニエール病などの重要なめまいを解説した第3章、さまざまなめまいの症例を学べる第4章という充実した構成。多面的にめまいを学び、臨床に役立てることのできる1冊!

二木 隆
日本めまい平衡医学会顧問/
二木・深谷耳鼻咽喉科医院・めまいクリニック理事長



ハンディでコンパクトな中に産婦人科の診療情報満載!

産婦人科ベッドサイドマニュアル 第6版

好評ベッドサイドマニュアルの改訂第6版。各種診療手技、薬物治療、ガイドラインなど新知見を満載して大改訂。病棟で、外来で、産婦人科実地臨床に取り組む現場の医師の必携書。徳島大学産科婦人科学教室のスタッフの総力が結集した、最新・最強のベッドサイドマニュアル。

編集 青野敏博
前徳島大学学長
苛原 稔
徳島大学大学院教授・産科婦人科学分野



寄稿

“食べること”をあきらめない

がん患者さんを食事で支える、栄養士の役割とは

川口 美喜子 島根大学医学部附属病院臨床栄養部副部長 / 管理栄養士

食事で患者さんを笑顔にできる

私たち島根大病院の栄養士は「食べることをあきらめない。患者さんの笑顔がみたい」を合言葉に、入院中のがん患者さんの一食一食を「命をつなぐ食事」と信じ、挑み続けています。

私は7年ほど前まで、島根医大の第一内科文部教官という、栄養とかけ離れた実験動物を扱う研究職に従事していました。しかし、加藤譲先生(前・島根大病院長)の「これからは栄養治療が重要となる」という考えのもと、同院の栄養部門を任せていただくことになりました。

“μg 単位の試薬”から急に“1-2 kg 単位の大根”を扱うことになったため、当初は戸惑い、複雑な心境でした。しかしこの大根を使って、患者さんを笑顔にすることができたのです。

それが「大根おろしのかつおぶしかけ」というメニューです。食欲不振で“あっさりしたものが食べたい”あるいは“少しでも何か口にしたい”という患者さん向けの料理です。実際に「食べたいものが思いつかない、食欲がない」という患者さんにこのメニューを出したところ、ご飯にまぶして食べてもらうことができ、「あっさりしてよかった」という言葉もいただきました。このことが配置転換後、病院給食への大きな期待と栄養士としての心構えを生むきっかけとなりました。

“食べる喜び”を支えたい

その後も、患者さんとその家族の心身の苦痛を和らげる食事を提供するためにどうすればよいのか、試行錯誤する日々が続きました。

がん患者さんの栄養管理に関しては、まず栄養剤や健康食品の有効活用を探っていました。患者さんは入



娘さんの結婚式の日、式場に行けず病院で過ごした患者さんのために



食が進まなくなった小児の患者さんにお母さんと看護師さんにも笑顔

●患者さんに作った病院食の例

院後もサプリメントへの依存度が大きく、調査では50%が継続して使用していました。家族や知人を安心させるために摂取していた患者さんは、そのうち20%でした。これは日本独特の考え方ですが、家族も含め病状改善に対するサプリメントへの期待度が高いことは明らかでした。サプリメントを継続的に使用するがん患者さんと使用しない患者さんの栄養状態を比較したところ、効果的に使用することで栄養状態を改善傾向に導けることがわかりました(表)。

近年では、医療食品会社が開発する栄養剤も非常に美味しく食べやすくなり、患者さんも希望する傾向にあります。私たちは、この栄養剤に牛乳や砂糖を加えるなど患者さんの好みに沿った調製を行うとともに、ゼリーや氷状にして継続摂取率と喫食率を高めました。ある30代の女性がん患者さんは

食欲不振で、GFO®(グルタミン、食物繊維含有パウダー、オリゴ糖)で作った氷だけを口にしていました。それが「食べている」という心の支えになっていました。そうしたなか「“食べる喜び”を支える食事は、できる限り



魚屋だった患者さん。食欲はないが“でっかいカレーの旨い煮付け”なら食べられるとのこと



食事できる時間が少なくなった患者さんが、今一番食べたいと希望したもの

食品を調理して作りたい」という思いが募りました。

「がん患者の専任栄養士」誕生

治療の副作用に苦しむ患者さんや、家族との別れの時を予感している患者さんに対し栄養士ができることは、患者さんを笑顔にする一品を提供し続けることでした。「もっと患者さんの苦痛に寄り添いたい」という思いが病院に認められ、青山広美栄養士を中心に数人の「がん患者の専任栄養士」の配置を実現できました。

「がん患者の専任栄養士」に対しては、がん患者さんの症状や治療の知識の習得(摂食嚥下にかかわること、治療の副作用など)、料理センスと調理技術の習得、コミュニケーションスキルの向上、を課題としました。各種研修会や学会、病棟カンファレンスにも参加する機会を設け、がんの病態の知識を深めることはもちろん、人間的にも成長できるように努めています。

栄養士による栄養治療の実現のために

病院で働く栄養士が、がん患者さんの病状に即した栄養治療を実践するためには、現状ではいくつかの課題があります。患者さんに提供する特別食が保険診療の非加算食であること、患者さんへの栄養指導について栄養指導料を請求できないこと、管理栄養士が緩和ケア診療加算の職種として明記され



●川口美喜子氏

1981年大妻女子大学家政学部卒。93年島根医大(現島根大医学部)研究生(第一内科)修了、医学博士号取得。96年同大第一内科文部教官を経て、2004年より島根大病院栄養管理室室長。05年より同院栄養サポートチームの構築と稼働に携わる。07年より現職。このほど『がん専任栄養士が患者さんの声を聞いてつくった73の食事レシピ』(医学書院)を上梓。

ていないことなど、管理栄養士の立場と保険償還との間には大きな隔たりがあるように感じます。

現状の病院栄養管理においては、「がん患者の専任栄養士」配置にはさまざまな困難が伴うのも確かです。しかし私は、栄養士によるがん患者さんの栄養管理について臨床研究として取り組むとともに、患者さんに寄り添う“食”の支援も継続し、客観的評価につなげたいと考えています。

一つ一つのメニューに忘れられない物語がある

患者さんとコミュニケーションが取れ、“食”への思いを共有できるまでには、多くの時間と労力を要する場合もありました。それでも、患者さんと栄養士との忘れることができない物語を秘めたメニューはいつしか300種類を超え、“食べること”に悩むがん患者さんやその家族、そして医療関連職種や栄養士の方々に広く役立てていただきたいと思うようになりました。

食欲不振の患者さんには、食べたいものを思い浮かべるヒントとして。医療従事者の方には、患者さんの食事に対する思いを理解していただく手がかかりに。病院給食や栄養管理に直接かわる方には、患者さんとともに食べたいものを考えるツールとして。患者さんの食事の苦痛を少しでも早く癒やす助けになればと願い、これまで生み出されたメニューのうち73種類のレシピをまとめたのが、『がん専任栄養士が患者さんの声を聞いてつくった73の食事レシピ』です。

栄養管理で得た経験を糧に挑戦を続けたい

栄養士の役割は、がん患者さんと家族の目標達成のため、経静脈・経腸栄養を考慮した積極的な栄養療法を実践すること、そして、食事を思うように摂取できない患者さんと家族の苦悩を軽減することだと思います。その役割を担えるよう、向上心を持ち、十分な力量を身につけ、必要とされる場にいることが大切なのです。

患者さんからいただいた体験を糧に、栄養士としての知識と感性を高め、その歩みにプライドと勇気を持ち、栄養管理のプロとして最大限の挑戦を続けていきたいと考えています。

●表 サプリメント使用/未使用患者の栄養摂取量と栄養指標の比較

	サプリメント(+) (n=16)	サプリメント(-) (n=34)
栄養摂取量		
エネルギー増加量	267±67 kcal*	131±32 kcal
200 kcal 以上増加	7例(44%)	9例(26%)
蛋白質の増加量	11.4±14.4 g	9.8±10.4 g
血清中増分(摂取3週間後)		
総蛋白	0.17±0.70 g/dL	-0.27±0.54 g/dL
アルブミン(Alb)	0.11±0.66 g/dL	-0.17±0.40 g/dL
Alb値が低下しなかった患者	8例(50%)	12例(35%)

Data were expressed by mean ± SD. *: p<0.05

第12回日本緩和医療学会(2007年)の発表より。栄養士が介入し、サプリメントを効果的に使用したがん患者では、栄養状態が改善傾向となった。

「え! これもがん患者さんの食事なの!？」

<看護ワンテマBOOK> がん専任栄養士が患者さんの声を聞いてつくった 73の食事レシピ

「何も食べたくない」という小児患者さんから、「うな重が食べたい」という終末期の患者さんまで。日本で唯一の「がん専任栄養士」が珠玉の食事レシピ73品を大公開。看護師、栄養士、患者家族など、「がん患者の食」を支えるすべての人に役立つ知恵と知識が満載。

川口美喜子
島根大学医学部附属病院臨床栄養部副部長・管理栄養士
青山広美
日清医療食品(株)島根大学医学部附属病院事業所・栄養士

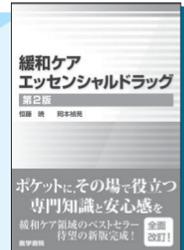


ポケットに、その場で役立つ専門知識と安心感を一緩和ケア領域の好著、待望の改訂版!

緩和ケアエッセンシャルドラッグ 第2版

緩和ケアに必須の薬剤・諸症状のマネジメントについて、著者の経験・知識に基づいた貴重なノウハウと情報が満載の1冊。今改訂では、最新情報へのアップデートはもちろんのこと、解説薬剤も増加し一段と内容が充実。また、コンパクトサイズながら、より見やすく使いやすい紙面に、緩和ケアに携わる医師・看護師・薬剤師必携のベストセラ一書、待望の改訂版完成。

恒藤 暁
大阪大学大学院教授・医学系研究科緩和医療学
岡本禎晃
市立芦屋病院・薬剤科長
大阪大学大学院非常勤講師・薬学研究所



高齢者を包括的に診る 老年医学の エッセンス

その13

Is It Reintroducing Paternalism? * 老衰終末期における代理決定

高齢化が急速に進む日本社会。慢性疾患や老年症候群が複雑に絡み合っただけでなく、高齢者の診療には、幅広い知識と臨床推論能力、患者や家族とのコミュニケーション能力、さらにはチーム医療におけるリーダーシップなど、医師としての総合力が求められます。不可逆的な「老衰」プロセスをたどる高齢者の身体を継続的・包括的に評価し、より楽しく充実した毎日を過ごせるようマネジメントする——そんな老年医学の魅力が、本連載でお伝えしていきます。

大蔵 暢
医療法人社団愛和会
馬車公園クリニック

本連載第4回(2924号)では、胃ろう造設と人工栄養の是非に関して、エビデンスやその有用性、道徳的正しさといった観点から議論した。筆者は老衰終末期患者の胃ろう造設には消極的(老衰自然死に積極的)であり、最近では新規に胃ろうを造設し、人工栄養を開始した症例はない。

一方、本連載第1回(2912号)で紹介した老衰プロセスにおける高度虚弱期では、現状説明や医療ケア計画を目的に患者本人や家族との面談を行うことが多い。今回、患者とその家族に老衰自然死を検討してもらうために行っている取り組みを紹介する。

早期から話し合いを行う

高齢患者の虚弱化が進んで、その可動性が車椅子移動やベッド上に限られるようになり、複数のADL障害が出現する高度虚弱期に入ったら、本人や家族、その他のケアにかかわる人と、今後の医療やケアについての相談を開始する。

その内容は、急変時の緊急蘇生術や急性疾患罹患時の病院搬送から、終末期に入った際の人工栄養に関する意向まで詳細にわたる。これらの問題について時間的余裕を持って考えてもらう重要性は、強調してもしすぎることはない。

終末期において誤嚥が常態化し誤嚥性肺炎を繰り返す、ある意味「追い詰められた状況下」で家族に胃ろう造設か否かの決断を迫っても、「人工栄養をしなければ見殺し」という雰囲気を押され、造設を選択せざるを得ないケースが多いように思う。早期から話し合いを開始すれば、大きな見解の相違も時間をかけて小さくしていくことができる(Ann Intern Med. 1999[PMID: 10366374])。

●表 代理決定の基準と優先順位

代理決定 (Surrogate decision making) の基準	尊重される倫理原則	老衰自然死への取り組み
①患者の希望・事前指示 (Patients' wishes)	自律・自己決定 (Autonomy)	早期から話し合いを行う
②代行判断 (Substituted judgments)	利益・善行 (Beneficence)	代理決定ではなく意思代弁を促す
③患者の最善利益 (Patients' best interests)		明確な医学的アドバイスを与える 平穏な最期を約束する

通常は①→②→③の順で代理決定の根拠となる基準が優先されるが、老衰終末期の延命治療判断という特殊な状況ではその優先順位が変わる(③が最優先される)こともある。

代理決定ではなく 意思代弁を促す

高度虚弱期の高齢者は中等度以上の認知機能低下を伴う場合が多く、必然的に近親者が Surrogate decision maker (代理決定人) の役割を果たすことを要求される。これは近親者が、表出できなくなった高齢患者の意思を代弁できるという前提に立った考え方だが、「医療の素人がどこまで状況を理解できるのか」という疑問や、「感情的になりすぎて現実よりも希望を求める」という批判もあり、課題は多い(Crit Care Med. 2003 [PMID: 12771581])。

最も重要なことは、代理決定権を持つ近親者に、自身の希望ではなく、高齢患者の意思を代弁してもらうように促すことである。「ご主人の胃ろう造設について、奥さんはどうしたいですか?」という聞き方ではなく、「ご主人がもし話したら、何とおっしゃるのでしょうか?」と問いかけるべきである。

明確な医学的アドバイスを 与える

インフォームド・コンセントの意味は「十分な説明を受けた上での自由な選択(決断)」であり、患者自身が行う自己決定と、それができない患者に代わって他人が行う代理決定の両方に適応できる。しかし代理決定は、他人の生死にかかわる非常に大きな決断を行う、という点で、その精神的ストレスは自己決定のそれとは比較できないほど大きい(J Gen Intern Med. 2006 [PMID: 16965559])。決断後も長きにわたって「本当にそれでよかったのか」と思い悩む日々が続くという。

医師が、家族面談の席などで「〇〇さんの現状や事前の意思、ケアのゴールを考慮すると、胃ろう造設をお勧めしません」と明確な医学的アドバイスを行うことにより、苦渋の決断を義務付けられた代理決定人が感じる罪悪感や責任感を軽減できるかもしれない。老衰自然死を決断する責任を肩代わりすることも、超高齢社会の医師に与えられた新しい仕事の一つだと思っている。

んはそれを望むでしょうか? 苦痛を最小限にし尊厳を守るためにも、自然な形でのお看取りをお勧めします。その際には決して苦痛を感じることをないようにするとお約束します。夫「娘の言葉に少し迷いましたが、先生のおかげで楽になりました。〇さんはその後数週間、夫と娘に見守られて平穏な最期のときを過ごした。

平穏な最期を約束する

老衰終末期患者の延命処置や医療機関での看取りを望む多くの近親者が「最期に苦しむ姿を見たくない」と訴える。よって「在宅(施設)での看取り」の同意を求めるときには、平穏な最期を約束することで、近親者も老衰自然死を受け入れやすくなると思う。その後、医療チームは緩和医療の知識と技術を総動員して実際に平穏な最期を提供すべきなのは言うまでもない。

医療父権主義の復活?

欧米の臨床倫理では、すでに確立した代理決定 (Surrogate decision making) の基準と優先順位があり (Ann Intern Med. 2008 [PMID: 18591637]), 筆者らもそれを取り入れている(表)。

患者が意思を表出できる早期から話し合いを行うことにより、患者の希望や事前指示 (Patients' wishes) を明確にできる。近親者に、自身の希望が多分に含まれた代理決定ではなく、患者の意思代弁をお願いすることは、患者の事前意思や価値観などを極力勘案して行う代行判断 (Substituted judgments) そのものであり、日常診療ではこの点を強調しなければならない。

最後に医師が平穏な最期を約束し、明確な医学的アドバイスを行うことは患者の最善利益 (Patients' best interests) を遵守するのに適した方法であり、老衰終末期の延命治療を議論する場面では最も優先されるべき基準と考える。

このことは、インフォームド・コンセントの流れに逆行する Medical paternalism (医療父権主義) の復活ではないかという批判があるが (JAMA. 2010 [PMID: 21045102]), この複雑かつ重要な決断プロセスに最も経験のある医師が深くかかわることによって、意思を表出できない患者の希望や利益を守り、近親者の代理決定の負担を軽減し、医療スタッフの終末期ケアへの自信を高めることにつながるはずである。

症例 家族面談にて——
筆者「お母さんの認知症はかなり進行しており、残された時間は短くなっています。胃ろうを造設し人工栄養を行うと時間は多少延びるかもしれませんが、果たしてお母さん」

日本独自の統合版高齢者ケアアセスメントマニュアル!

インターライ方式 ケア アセスメント 居宅・施設・高齢者住宅

interRAI Home Care(HC) Assessment Form and User's Manual 9.1

MDSの開発で著名なインターライによる高齢者ケアアセスメントマニュアルの最新版。居宅版、施設版、高齢者住宅版を、日本の地域包括ケアのニーズに応えるため、日本独自の統合版マニュアルとして発行。多職種による切れ目ないケアを提供するうえで最適なアセスメント方式。本書は「MDS2.0在宅ケア」と「MDS2.1施設ケア」の発展版にあたり、2冊が統合された形になっている。ケアマネジャー必携書。

著 Morris J. N., et al
監訳 池上直己
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
翻訳 山田ゆかり
コペンハーゲン大学公衆衛生研究所 社会医学部門
石橋智昭
ダイヤ高齢社会研究財団研究部長



症例 82歳女性Oさんは進行期アルツハイマー型認知症を持ち、現在要介護5で筆者が往診する有料老人ホームに入居している。元大学教授で今年85歳になる夫は、往診時には必ず立ち会い、話すことのできない妻に代わって日ごろの様子を詳しく報告してくれる。最近、Oさんの嚥下機能が低下し、食事量が減ってきた。

症例 以前から「緊急蘇生や病院搬送、延命処置はできるだけ避けたい」という夫の意向は周知されていた。Oさんが老衰終末期に入ったこともあり、再度家族面談を実施したところ、一人娘が初めて参加した。そこで彼女が「母親にはもう少し生きてほしい」という希望や「苦しむところを見たくない」という老衰自然死への不安を表出したことで、夫は困惑している様子だった。

心の診療 100ケース

プライマリ・ケアで押さえない精神医学的キーポイント
100 CASES in Psychiatry

「心の問題」を見逃さない!

新刊

プライマリ・ケアの現場でよく遭遇し、見逃しがちな「心の問題」をテーマとしてまとめた、「即戦力」の症例集。臨場感あふれる症例提示、的を射た Question、丁寧な解説、要点まとめのキーポイントで構成。1症例ごとの読み切りで、気になる症例から手軽に読み進められ、短時間で効率的に学習できる。医学生・研修医はもちろん、開業医や外来中心の診療に携わる勤務医に最適。シリーズ既刊『内科診断 100 ケース』、『GP100 ケース』と合わせて使える 1 冊。

監訳 飯島克巳
いじまクリニック院長
訳 飯島克巳
岡島美朗
川本龍一
大中俊宏
阿部隆明



●定価4,830円 (本体4,600円+税5%)
●B5変 頁256 図5 2012年
●ISBN978-4-89592-696-6

好評「100ケース」シリーズ

内科診断 100ケース
臨床推論のスキルを磨く
100 CASES in Clinical Medicine, 2nd Edition
監訳 佐々木将人 総和中央病院副院長

GP100ケース
プライマリ・ケア医としての総合力を身につける
100 CASES in General Practice
監訳 佐々木将人 総和中央病院副院長

●定価4,830円 (本体4,600円+税5%)

●定価4,620円 (本体4,400円+税5%)

続 アメリカ医療の光と影

第213回

ウォルマートのビジネス・ディシジョン

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

パート従業員への医療保険提供の「英断」と「後戻り」

当地では、世界最大の小売業者「ウォルマート」が、医療をめぐる下した二つのビジネス・ディシジョンが話題となっている。

第一のディシジョンが下されたのは2010年10月下旬。これまでパートタイムの従業員に提供してきた医療保険を、大幅に削減することを決めたのである。

そもそも、ウォルマートがパートタイム従業員に対する医療保険の提供を拡大したのは、わずか6年前の2006年のことだった。パート従業員はもともと時給が低く、低所得者用公的保険「メディケイド」の受給資格を得やすかったとはいえ、当時、ウォルマート140万人の従業員中(家族も含めると)30万人がメディケイド被保険者と見積もられていた。「従業員数全米一の大企業が、従業員の医療費を『公』に肩代わりさせていいのか」とする批判が高まっていたのである。

こういった状況の下、2005年には、メリーランド州議会が、いわゆる「ウォルマート法」を可決。「従業員数が1万人を超える雇用主は、人件費の8%以上を医療保険に使わなければならない。使わなかった場合は、州の低所得者用保険の基金に罰金を支払う」と定める事態が出来た。当時、同州において従業員数が1万人を超える企業の中で医療保険への支出が8%を下回っていたのはウォルマートしかなく、この法律が同社をターゲットとして制定されたことは明白だった(註1)。

批判の高まりに対し、ウォルマート社は「勤務時間が週24時間に満たないパート従業員に対しても医療保険を提供する」とする画期的改善策を実施した。しかし、そのわずか6年後の今回、「今後週24時間に満たないパート

従業員については医療保険の新規加入を認めない」と、後戻りする決定を下したのだった。さらに、保険料の従業員負担やデダクティブ(保険適用除外額)の引き上げに加えて、「喫煙者の保険料を年間260—2340ドル引き上げる」ことも決められた。

ここで少し解説すると、従業員の医療費を抑制するために、以前から禁煙に成功した従業員に「ボーナス」を出すという企業は多かったのだが、最近では、ウォルマートと同様に、喫煙者に対し、「ペナルティ」として保険料を上積みする企業が増えている。体重についても、一部の企業は「減量したらボーナス」というインセンティブを与えているが、喫煙対策と類似の発想転換が肥満対策にも適用された場合、いずれ、BMIの多寡で保険料を変える企業が現れても不思議はないのである。

さて、ではなぜ、ウォルマートが6年前の「英断」から後戻りする決定を下したかだが、表向きの理由は「不況とコスト増」である。「景気が悪いのに医療費コストが増え続けているからやむを得ない」というのだが、ウォルマートにとって失業率が高止まりする

なか、「ベネフィット(福利厚生)」を下げて求人にも困ることはない。さらに、オバマの医療制度改革法でメディケイド受給者が大幅に増えることが決まっているので、6年前と比べると、「公」に肩代わりさせる「罪」は、少なくとも相対的には軽くなっているのである。

虫のよさの日米比較

同社が下した医療絡みの決定の第二は、医療制度改革法で可能となった「新たな医療ビジネス」への進出であった。というのも、今回の医療制度改革法が全面施行された暁には無保険者が大幅に減り、プライマリ・ケアの需要が増えることが予想されている。店舗内クリニックを拡充しても見合うだけの需要が期待し得るし、巨大チェーンの強みを発揮しない手はないからである。さらに、同法で新たに定められた「accountable care organization(ACO)」を設立した場合、医療費を節約すればするほど儲けが大きくなる仕組みとなっている(註2)。処方薬販売でも実績を上げてきたように、「薄利多売」による節約はウォルマートが最も得意とするところであり、同社の店舗内クリニックをACOに組み込むことで大きなビジネスチャンスをつかむことが可能となったのである。11月初め、同社がACOの提携先医療機関を探していることが明らかになったのだが、実は、ACOへの進出を考えている小売業はウォルマート社に限らず、例えばドラッグ・ストア・チェーンのCVS

は、オハイオ地区の店舗内クリニックを、同地の「名門」病院、クリーブランド・クリニックと提携させることに成功した。

というわけで、ウォルマートは、今回、医療について、「自分の負担を減らす」一方で、「ビジネスの場として大きく儲ける」という、「虫がいい」としか言いようがない二つの決定を下したのであるが、虫のよさについては、日本のビジネスも負けていないようである。例えば、日本の場合、国民医療費における事業主負担の割合は長期的に見ると減り続け、1975年の25.1%から2008年の20.4%まで5%近くも減少した(反対に「家計負担」は増大し続けた)。その一方で、混合診療解禁等、保険外診療拡大によるビジネスチャンスの拡大も追求してきた。日本の場合、ビジネスをされる方々の虫のよさが「国家的規模」なのだから、完全にウォルマートの上を行っていると言ってよいだろう。

註1:その後、同法は州知事の「拒否権」をくつがえす6割以上の賛成で再可決されたものの、「連邦法に抵触する」とウォルマート社が起こした訴訟で州側が敗訴、命運を絶たれてしまった。

註2:日本で医療施設の機能を「分担」することに力が注がれてきたのとは対照的に、オバマの医療制度改革法では、急性期から慢性期まで一貫して質の高い医療を提供するために、クリニックや病院を「統合」した新組織、ACOの創設が謳われている。さらに、ACOには、医療費を減らした場合、節約分の一部を利益に組み込むshared saving programが適用される。

医療事故・紛争対応研究会第6回年次カンファレンス開催

医療事故・紛争対応研究会第6回年次カンファレンスが12月10日、パシフィコ横浜(横浜市)にて開催された。「こころの交流—科学の理論と精神の理論」をメインテーマとした今回は、「医療事故の患者への情報開示と謝罪」(司会=慶大大学院・前田正一氏)、「病気についてのつらい知らせ—がん告知」(座長=東大大学院・清水哲郎氏)の2つの演題が設けられ、「安心で安全な医療の提供」に向けた今後の展望が語られた。



●研究会のもよう

「このたびは申し訳ありませんでした」「こんなことが起こってしまったのは本当に残念です」「お心を痛める結果になったのは、本当にお気の毒です」

治療の過程で不幸にして有害事象が起きてしまったとき、患者あるいは家族に対し、誰がどのようなタイミングでどんな言葉をかけているだろうか。そして、適切な声かけとはどのようなものだろうか。演題「医療事故の患者への情報開示と謝罪」では、病院長、患者家族、研究者など、立場の異なる演者が登壇し、医療者、患者・家族双方にとって非常に困難な状況にいかに対峙するか、海外も含めた最新の動向と日本における課題が語られた。

医療過誤訴訟の増加、損害賠償請求の増大は病院経営の逼迫にもつながりかねず、海外でも大きな問題となっている。そのようななかで近年注目されているのが、「医療事故後の徹底した原因究明と情報開示、必要な場合の謝罪

と補償」という一連の流れである。ハーバード大の「医療事故:真実説明・謝罪マニュアル」、イリノイ大の全組織的な患者安全・情報完全開示プログラムなど、米国における先進的な取り組みはすでに日本にも紹介され、話題となった。同じ流れを汲むものとしては、英国の「Being Open Program」やオーストラリアの「Open Disclosure Program」などが挙げられる。さらに2011年にWHOが作成した「WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools」でも、医療系学生が医療事故における情報開示の在り方などについて学ぶことの重要性が指摘されている。

本研究会において新たに紹介されたのは、米国における「Sorry Works! 運動」。ここでの「Sorry」とは必ずしも「謝る」ことや「責任をとる」ことを指すのではなく、「共感を表明する」という意味で用いられている。訴訟はあくまでも最終手段であり、まずは何が起

きたのか、その原因は何なのか、この事故を通じて病院はどのような改善策を講じたのかなどについて、患者・家族に情報を提供し、継続的にフォローする。病院に過失があるときには謝罪・補償を行う。事故後のこのような対応が医療者、患者・家族双方にとって望ましく、ひいては医療の質向上にもつながることが示唆された。

研究会では、患者・家族に誠意を尽くしても、患者の要求が、医療者が妥当と思える範囲を超えている場合があるなど、厳しい現状も報告された。一方で、医療過誤に遭った患者家族からは、患者が医療に対し不信感を持つのは医療側の説明・コミュニケーション不足である場合や、当事者の誠実な対応が見られない場合であるとの指摘もあり、継続して両者の溝を埋める努力が必要であることが再確認された。

医療事故後の情報開示プログラムについて、具体的な実践的に解説

ソーリー・ワークス! 医療紛争をなくすための共感の表明・情報開示・謝罪プログラム

Sorry Works! 2.0 Disclosure, Apology, and Relationships Prevent Medical Malpractice Claims

米国で行われているSorry Works! 運動について解説した実践書の全訳。医療事故が起きた際にまず共感を表明(sorry)し、徹底した調査と情報開示を行い、必要な場合には謝罪と補償を行うという一連のプロセス、およびそれがもたらす利益について、とてもわかりやすくきめ細やかに書かれたマニュアルとなっている。病院責任者や医療安全管理者はもちろん、医療の質を高め、より良い医師-患者関係を築きたいと考える、すべての方々へ。

著 Wojcieszak D. et al
監訳 前田正一
翻訳 児玉 聡
高島響子



続 アメリカ医療の光と影

パースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓亮

患者の権利の中核をなす「自己決定権」が確立された歴史的経緯を、気鋭の著者が古典的事例を交えて詳述。延命治療の「中止・差し控え」に適用すべき原則を考える。さらに、セイフティ・ネットが切れた米国の医療保険制度を明日の日本への警告としてとらえるとともに、笑いなから真剣な問題を考える「医療よもやまばなし」、患者の権利運動の先駆者である池永満弁護士との対談も収録。

●四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込) [ISBN978-4-260-00768-9]

医学書院

分かりやすく、実践的な漢方医学の入門書

症例から学ぶ和漢診療学 第3版

世界中で訳された、和漢診療学を志すすべての人々にとっての定番書の、待望の改訂第3版。日々蓄積される漢方のエビデンスを紹介し、症例も現在行われている医療をベースにし、より分かりやすく、より親しみやすく和漢診療学を学べる。

寺澤捷年 千葉中央メディカルセンター和漢診療科部長



医学書院

医学書院

座談会 (『胃と腸』47巻1号より)

『胃と腸』 歴代編集委員長の “私の一冊”



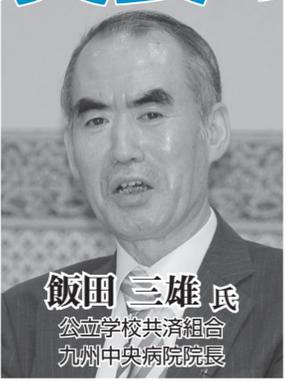
八尾 恒良 氏
佐田病院名誉院長



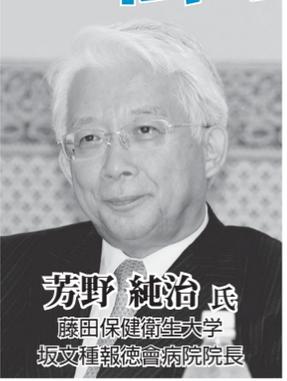
多田 正大 氏
多田消化器クリニック



牛尾 恭輔 氏
国立病院機構
九州がんセンター 名誉院長



飯田 三雄 氏
公立学校共済組合
九州中央病院院長



芳野 純治 氏
藤田保健衛生大学
坂文種報徳會病院院長



松井 敏幸 氏 司会
福岡大学筑紫病院
消化器内科教授

雑誌『胃と腸』では、2012年1月、創刊号(1966年4月号)からのバックナンバーを電子化。世界をリードし続けてきたわが国の消化管形態診断学の貴重な資料のすべてが、このたびオンラインで閲覧可能となった。本紙では、オンライン化を記念して開催された『胃と腸』誌の歴代編集委員長による座談会のもようを、ダイジェストにてお届けする(座談会全文は『胃と腸』47巻1号に掲載)。

松井 『胃と腸』のこれまでを振り返る切り口として、先生方が感銘を受けた「私の一冊」をお挙げください。

「Endoscopic Surgery」

松井 まず2007年4月—11年6月に編集委員長を務められた芳野先生、お願いします。

芳野 私が選んだのは11巻11号「Endoscopic Surgery」(1976年)です。このとき私は卒後2年目だったのですが、これを見て消化器に進もうと思ったほどインパクトがありました。

この号の主題は、内視鏡的乳頭括約筋切開術(EST)です。1974年にESTが臨床で初めて行われ、その2年後に本号が発行されています。当時、内視鏡は診断に使われるだけで、吐血患者は直ちに外科にお願いし、内科医は何も治療ができませんでした。しかし、これから内視鏡による治療が始まるのだと思いました。今はESDなど素晴らしい内視鏡治療法がありますが、本号がそのはじめの一步を示していると思います。

「大腸腺腫症——最近の知見」

松井 続いて2004—07年の編集委員長だった飯田先生に一冊を挙げていただきます。

飯田 印象に残っているのは家族性大腸腺腫症に関する特集です。一冊に絞れば、32巻4号「大腸腺腫症——最近の知見」(1997年)になります。この一冊は、私がずっと取り組んできた大腸腺腫症研究の総まとめとして書いたものです。

私が消化器科医として最初に発表した論文は、「小児例を含む家族性大腸ポリポーシスの上部消化管病変についての考察」(『胃と腸』10巻9号、1975年)です。これはわずか2家系5例の症例報告ですが、そのうちの3例が小児例でした。この論文では、子どもが親に近づいていくときの世代間変化は自然経過と自然史を表しているという

推測をもとに、大腸は放っておくと癌になるが、上部消化管では癌になることは少ないと結論付けました。その後、私が九大を退官するまでに、百十何例のポリポーシス症例を経験しましたが、それらから得られた結論はこのときの推論と全く同じでした。

私の消化管の研究と診療の成果を発表する場はずっと『胃と腸』でした。『胃と腸』があったからこそさまざまな成果を発表でき、非常に感謝しています。

「消化管の“比較診断学”を求めて」

松井 順番に、2000—04年にかけて編集委員長を務められた牛尾先生にも挙げていただきます。

牛尾 私からは21巻1・2号「消化管の“比較診断学”を求めて(1・2)」(1986年)を挙げます。当時は胃から大腸へと関心が移りゆく時代でしたが、消化器の統一的な診断学が成り立つのではないかと、という考えから編集委員会でのこの企画を提案しました。

私がこの号を挙げた理由の1つは、臓器の境界部である食道と胃、胃と十二指腸、小腸と大腸などに共通の診断学をつくるのが、日本の消化管診断学の進歩に貢献するという思いを持っていたことにあります。

この号で私は2つのことを学びました。1つは、比較診断学とは、診断学の統一をめざすという考え方であること。そしてもう1つは、“場”の考え方です。白壁彦夫先生がよくおっしゃっていたのですが、疾患の病型や病期は場によって変わります。疾患の特徴にも場の理論があります。例えば家族性大腸ポリポーシスでは、外胚葉由来の皮膚や中胚葉由来の骨でも病変がたくさん発生しますが、悪性化するのはいずれも内胚葉由来の大腸だけです。その理由の説明には、やはり場の理論が必要でした。当時の編集委員会には、この概念を理論化しようという雰囲気

あり、本特集もその流れで誕生したものです。私も同じ時代に身を置いたことで影響を受け、今でもいろいろな“場”について考えています。

「図説 形態用語の使い方・使われ方」

松井 次は多田先生に挙げていただきます。先生は1995—2000年にかけて編集委員長をお務めになりました。

多田 『胃と腸』で初めて増刊号が作られたのは、1993年の「早期胃癌1993」です。翌年が「早期大腸癌1994」、その次が「早期食道癌1995」と臓器をひと回りしました。そして次に何をやるかを議論したときに、全臓器を統合したタイトルで私が立案したのが、31巻3号「図説 形態用語の使い方・使われ方」(1996年)です。大変苦労したので、印象深い一冊です。ただし、読者からいろいろと指摘があり発行後大変でした(笑)。「あの項目はおかしい」と編集委員会に質問がきました。返答に苦労しましたが、それだけ反響が大きかったわけです。

形態用語を共通の言語として使うからには、正しい言葉を使わなければいけないし、命名者の意見を尊重しないといけない。その点では、私たちも大変勉強になりました。この号はあつという間に売り切れ、それでも購読希望の声が大きかったので、6年後に『胃と腸用語辞典』(医学書院)という単行本を出したほどです。

「陥凹性早期胃癌」

松井 それでは、八尾先生にもお願いしたいと思います。

八尾 私は、6巻2号「陥凹性早期胃癌」(1971年)から論文「陥凹性早期胃癌の診断学的問題点——X線微細診断と肉眼標本所見の関連、肉眼標本所見と内視鏡上の色調および癌の組織型との関連性について」を挙げます。これは病理組織構築とマクロとミクロを結びつけた最初の論文だと思います。

X線、内視鏡と肉眼像の対比がきちんとされていることは、『胃と腸』の特徴です。これは他国にはない学問体系です。日本で早期胃癌の診断が普遍化して50年が経過していますが、外

国では全然駄目でしょう。

このころには、検査所見とマクロとの対比は完成の域に近かったと思います。ミクロの集積がマクロを形成し、病理所見の積分がX線、内視鏡所見に反映されていることを主張した点で、私たちもかなり貢献したのではないかと思います。

松井 当時の病理医は欧米で学び、その欧米の病理医はミクロだけで病理診断を行っていたわけですが、マクロとの対比を重視するように変わったのはどこからなのでしょう。

八尾 発端は、1950年代に術後造影で腸結核の変形学に取り組みされた白壁先生だと思います。その後1960年前後に『胃と腸』の母体となった白壁先生、崎田隆夫先生の御一門に村上忠重先生、佐野量造先生ほか病理の先生方のご尽力によるものと聞いています。

多田 内視鏡、X線と同様に表面からみる病理診断学が作られたことは、臨床医にとっても勉強になりました。

「collagenous colitisの現況と新知見」

松井 最後に私も一冊挙げさせていただきます。44巻13号「collagenous colitisの現況と新知見」(2009年)です。これは海外でよく知られていた疾患で、日本でも少し存在すると言われていました。『胃と腸』編集委員の施設を中心に症例を集めたところ、集まった症例は期せずして均質でしたから、日本における本症の在り方がわかりました。すなわち、ランソプラゾールないしNSAIDsによる発症、軽度の特徴的内視鏡像、薬物中止による治癒という病態が明らかになりました。

単発ではありますが、そのような新しい疾患を集中的に取り上げる役割も『胃と腸』にはあると思います。

多田 虚血性腸炎やcap polypも取り上げましたね。これも『胃と腸』の特集でワッと全国に広がりました。

飯田 NSAIDs腸潰瘍もあります。

多田 『胃と腸』から広まった疾患は多いので、編集委員会の役割は大きいですね。

松井 私の一冊を中心に、『胃と腸』の歴史の一面や考え方を挙げていただきました。ありがとうございました。(了)

これほどまでに美しく多彩な小腸内視鏡像はない

小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ

本邦でトップクラスの腸疾患症例数を誇る編者らのグループによりまとめられた本書は、内視鏡所見を提示し、その後疾患(症例)の解説をするところに特徴がある。内視鏡所見からみた鑑別診断のポイントをはじめ、診断にあたって必要な分類などの基礎知識についても解説されている。馴染みの浅かった小腸領域だが、ダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡などの登場で多種多様な内視鏡所見を捉えられるようになった。美しく多彩な小腸内視鏡像が数多く掲載された本書から、診断へと結びつけるための、「所見のよみ方・捉え方」も習得できる。

編集 松井敏幸
福岡大学筑紫病院消化器内科・教授
松本主之
九州大学大学院病態機能内科学・講師
青柳邦彦
福岡大学病院消化器内科・診療教授



一流30誌から7,256論文のデータを紹介。外科医必携のエビデンス集

消化器外科のエビデンス 第2版

気になる30誌から

外科医が日常臨床で直面する様々な問題について、最新の知見を確認するためのエビデンス集。国際的な一流30誌(外科学、腫瘍学、消化器病学、臨床医学)から消化器外科に関連する論文を広く集め、「手術手技」「術後経過」「予後因子」など30のカテゴリーに分類。質の高い7,256編の論文のデータをパーセントやリスク比で紹介する。手術はもとより術前検査や術後管理、がん検診や緩和ケアなども含み、消化器外科に関する事象を網羅。

安達洋祐
久留米大学准教授・外科学





在宅医療モノ語り 第22話

鶴岡優子 つるかめ診療所

在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いて、往診靴の中を覗き道具を見つめると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「長押」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

語り手 柱と柱をつないで支えます

長押さん

住宅展示場巡りが趣味、という人が世の中にはいるのですね。いろいろと想像をめぐらせては、ままごと感覚で楽しむようです。あら、こんな家事室があったら、楽しくアイロンかけちゃうわ(やらないよ)。子どもが中学生になったら、ここで勉強するのかしら(やらないよ)。ネガティブな相づちはすべて無視して、宣伝文句に乗せられます。コミュニケーションを重視した間取り。共感をコンセプトにしたプランニング。調子に乗りすぎて、個人情報をごっそりとられないように注意が必要です。展示場で最近の一戸建てを見てみると、和室はあっても1部屋か、なしという家が多いようです。

私はある診療所のオフィスにある長押です。柱と柱の間の天井近くに渡してある木材で、よく何かを引っ掛けられる存在です。この部屋も以前は和室だったそうですが、畳を板の間にして壁には漆喰が塗られ、洋室風になりました。診療所といっても外来診療がないので、患者さんやそのご家族がここを訪れることは少ないようです。この部屋は多職種連携のための小さな会議や物品薬品の在庫管理のために使われ、普段は私もハンガーを掛けられる程度の働きです。たまに小学生や医学生が勉強に来ることがありますが、そのときはこの部屋もショールームに昇格するので、私は張り切って働きます。

所長先生も張り切って説明します。「確かにザイタクは患者さんにとってはホームだけど、医者にとってはアウェイ。現地で使えそうなモノを使わせていただく」。素直な学生さんはうなずきます。「在宅医療で急に点滴をしようとなったとき、このボトルを引っ掛けられる所を一生懸命に探すんですよ」。優しい学生さんはまたうなずきます。「例えば、こんな所、いいよね。フックがなければ、こうして作ることもできます」。所長はクリーニング店でもらったワイヤーハンガーを大道芸人のように折り曲げます。そして誇らしげに私に引っ掛けて、本物の点滴などをぶら下げてみせます。学生さんも今度は全員がうなずいてくれました。

実際のザイタクで長押はどうなっているのか、ですか？長押の活用法は、そのお宅によって違います。既製品を使ったり、手作りのひと工夫をしたり、「えー！ そんな使い方があったのか」と感心しています。点滴の吊り下げだけではありません。経管栄養のボトルもあるし、カレンダーなど、いろいろなモノを吊り下げます。下げるだけではありません。長押の上の天井までのわずかな面を使って、額に入った表彰状、子どもの絵や孫の写真などが飾られています。仏壇の近くではご先祖さまの写真も多いですよ。家族と家の歴史を毎日感じながら生活されているのです。

なにかと応用の利くところが私の自慢ですが、ここで強調しておきたいことが2つあります。まずひとつは、私のような長押がいなくても在宅ケアは成立すること。当たり前ですが、和室でなくてもいいのです。ヒトが住むところであれば、在宅ケアは存在します。もうひとつは、私のメインの仕事は吊り下げ業務ではないこと。実は私、頼りなく見えるかもしれませんが、家の中心である柱を支えているのです。私だけでなく、壁さん、床さん、屋根さん、皆さん揃ってはじめて家として成り立つのです。柱を支えるのが長押、長押を支えるのが柱。支え合っているのです。床の表面を畳から洋風の板の間にされただけでは崩れない、和風の支え合いがあるのです。ある意味、これも多職種連携なのです。



長押さんの夏の思い出

8年前の初夏、栃木で撮った写真です。孝行息子さんが、栄養のボトルを吊り下げるために、長押の上に農作業用の棒を渡してくれました。外では明け方から干したかびようが白いすだれになっていました。

最新の消化器内視鏡診療に対応した用語集の全面改訂

消化器内視鏡用語集 第3版

各種消化器癌取扱い規約の改訂、新ガイドラインの策定に準拠して大改訂。超音波内視鏡関連用語、新しいデバイス(経鼻内視鏡、ダブルバルーン内視鏡、カプセル内視鏡、etc)、新治療手技(ESD、APC、PEG、TEM、NOTES、etc)を盛り込んで全面リニューアル。見開き左ページに用語リスト、右ページにその解説と文献、規約などの関連事項を記述した辞典的スタイルは、他書にない初版以来のユニークなもので、満を持して14年ぶりの新版。

編集 日本消化器内視鏡学会用語委員会



MEDICAL LIBRARY 書評・新刊案内

linitis plastica型胃癌 その成り立ちと早期診断

中村 恭一, 馬場 保昌 著

B5・頁288 定価15,750円(税5%込) 医学書院 ISBN978-4-260-01241-6

評者 和田了

順大静岡病院教授・病理診断科

その日の消化器内科学の講義は強い印象を残した。故・白壁彦夫教授のあの独特のお声がいつも以上に声高だったのみならず、鮮明に描出された微小胃癌のX線像が私のような並以下の医学生にも衝撃を与えたからである。その際、先進国・欧米をも凌駕している消化管病理学者名も併せて教えていただいた。講義終了後、母校の図書館に行き、その人の名前が「中村恭一先生」であることを再確認し、その名著を通じて、中村恭一先生の病理学の洗礼を受けた。あれから約30年過ぎたものの、本書の著者の一人、中村恭一先生は世界に誇れる病理学者の最高峰であると、今でも確信している。にもかかわらず、2000年3月に東京医科歯科大学医学部の教授を退官された後、なかなか公の場にいらっしやらないためか、比較的若い医師・医療人の中には先生のお名前をご存じない人もいらっしゃる。もう一人の著者、馬場保昌先生は恩師・白壁彦夫先生の消化管画像学の担い手のお一人であり、現在もさまざまな研究会・勉強会において後進の指導にご熱心であり、門外漢の私でさえもわかるようにかみ砕いて、消化管のX線像の読み方をご披露されている。

本書は「linitis plastica型胃癌」なる予後不良、難解な病態を有する特殊な胃癌におけるお二人のご経験・ご研究の集大成ともいえる。第1部ではその病理像のすべてが記されており、「初期発生から進展に至る諸変化」を「実は数学者？」といっても過言ではないほどの

どの理数的知識を有する中村恭一先生らしい角度から解き明かしている。それは、最大径5mm以下の微小胃癌の病理、中間的病態の胃癌巣、linitis plastica型胃癌完成像の連続的・臨床病理学的解析を基盤とした内容でもあり、中村流病理学の大ストーリーを読んだことのある人にしか覚えのない「わくわく感」が蘇るごとくの内容でもある。また、この第1部では「スキルス胃癌」なる用語が一部で誤解されていることも併せて強調している。そして、第2部では馬場保昌先生のご経験例がX線像・病理像ともども詳細に解説さ

れており、膨大な胃癌学のエキスから、より重要な知見を抽出し、これらの知見が合わさって、実践的な診療学に直結することを明解に示している。第1部と続けて読むとよりわかりやすく、この特殊な胃癌に関して、お二人で共著されたことがあらためてうなずけよう。本書を読んだ人は、この一冊で、現時点におけるlinitis plastica型胃癌の臨床病理像のすべてを学ぶことができたとの思いに至るはずである。

以上、本書は経験豊富な医師にとっては、自身の日常診療の妥当性を吟味し得るバイブル的著書であり、医学生・研修医などの初学者にとっては、linitis plastica型胃癌を知るための必読書である。そして、胃癌にかかわる医療人、すなわち、胃癌患者・ご家族の前に出ざるを得ない医師・看護師だけでなく、胃癌研究に取り組む研究者・技術員などにとっても必須の著書である。

胃癌にかかわる医療人の必読書



集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クォーターリー・マガジン



INTENSIVIST インテンシヴィスト

2012年 第1号発売

- 季刊/年4回発行 ●A4変 200頁 ●1部定価4,830円(本体4,600円+税5%) ●年間購読料18,480円(本体17,600円+税5%) ※年間購読は送料無料で、約4%の割引

特集 End-of-life

編集委員

- 藤谷茂樹 東京ベイ市川浦安医療センター/聖マリアンナ医科大学救急医学部 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
- 讚井将満 Royal Brisbane and Women's Hospital, Department of Intensive Care Medicine / The University of Queensland, Centre for Clinical Research
- 林淑朗 東京慈恵会医科大学麻酔科集中治療部
- 内野滋彦

- 「世界標準の集中治療を誰にでもわかりやすく」をコンセプトに、若手医師の育成や情報交換を目的として発足した「日本集中治療教育研究会」(JSEPTIC)の活動をベースに、年4回発行。
- 毎月1つのテーマを決め、最新のエビデンスに基づいて、現在わかっていること/わかっていないことを検証、徹底的に解説。施設ごとに異なる診療を見直し、これからの集中治療のスタンダードを提示する。

- 重症患者の治療にあたる医師として最低限必要な知識を手中に収めるべく、テーマは集中治療にとどまらず、内科、呼吸器、救急、麻酔、循環器にまで及び、ジェネラリストとしてのインテンシヴィストを追求する。
- 集中治療専門医、それを目指す若手医師をはじめ、専門ナース、臨床工学技士、さらには各科臨床医に対し、集中治療を体系的に語り、議論し、意見交換ができる共通の場(=アゴラ)を提供する。

2009年	2010年	特集	2011年	2012年(予定)
第1号: ARDS 第2号: Sepsis 第3号: AKI 第4号: 不整脈	重症感染症 CRRT 外傷 急性心不全		Infection Control モニター 栄養療法 急性肺炎	End-of-life 術後管理(2012年4月発売) PICU(2012年7月発売) 人工呼吸管理(2012年10月発売)

