

2017年3月6日

第3214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

- 【座談会】社会疫学が解明する「健康格差」とその対策(近藤克則, イチロー・カワチ)
【寄稿】学校健診情報のデータベース化とその利活用(川上浩司)
【連載】高齢者診療のエビデンス
MEDICAL LIBRARY,他

対談

社会疫学が解明する「健康格差」とその対策

ソーシャル・キャピタルが健康を守る



近藤 克則氏

千葉大学予防医学センター社会予防医学研究部門
教授/同大学院医学研究院公衆衛生学教授/
国立長寿医療研究センター老年学・社会科学
研究センター老年学評価研究部長

イチロー・カワチ氏

米国ハーバード公衆衛生大学院
社会・行動科学部長/社会疫学教授

“健康の社会的決定要因”を研究する学問「社会疫学」の進歩により、日本でも健康格差の問題が脚光を浴びている。健康格差の縮小に向けて医療者は何ができるのか、興味を持つ人も増えてきているのではないだろうか。

本紙では、社会疫学研究の第一人者であるイチロー・カワチ氏と、このたび『健康格差社会への処方箋』(医学書院)を刊行した近藤克則氏に、健康格差社会の解消に向けた社会疫学の最新知見をお話いただいた。

近藤 カワチ先生との対談は2004年以来です(本紙第2566号『社会疫学(Social Epidemiology)』とは何か?)。当時の日本では社会疫学という学問はまだあまり知られておらず、「健康格差があること」を知ってもらうところからのスタートでした。それから13年、社会疫学の進歩により「健康格差」の存在が浮き彫りになってきました。カワチ そうですね。今では広く認識され、研究面でも「健康の社会的決定要因(SDH)の探索」だけでなく、「機序の解明」が進みました。そしてさらに、科学的知見を応用した「対策」へと向かっています。

近藤 この十数年でのエビデンスの増加は、カワチ先生が編者の一人である『Social Epidemiology』第2版のページ数が、初版の1.5倍以上になったことからわかります。2009年のWHO総会決議や日本の「健康日本21(第二次)」(2013~22年度)などの政策目標に「健康格差の縮小」が掲げられ、臨床医の間でも関心が高まっています。2016年には日本プライマリ・ケア連合学会に「健康の社会的決定要因検討委員会」が設置され、日本小児科

学会の特別講演では五十嵐隆先生(国立成育医療研究センター)が子どもの貧困問題を正面から取り上げました。NHKスペシャルやビジネス誌でも健康格差特集が組まれるなど、社会的にも注目を浴びています。

最も効果的な政策は、早期教育、雇用環境、保険制度整備

近藤 健康格差とは、「地域や社会経済状況の違いによる集団における健康状態の差」と定義されます。「健康は自己責任」「格差は必要悪」という考えが根強くありますが、個人の責任を超えた社会的要因の影響が明らかになってきています(図)。

まず、これまでに蓄積された社会疫学の知見から、健康に影響する社会的要因にはどのようなものがあるのかを教えてください。

カワチ さまざまな要因がありますが、対策のエビデンスが明確に出ているのは、教育と雇用環境、そして医療保障制度です。

教育では、特に早期教育が重要です。一般に「教育への投資」と言うと、高

卒・大卒率の向上や教育内容の話になりますが、一番効果があるのは幼年期(4か月から3歳まで)への介入だということがわかっています。

近藤 米国では、就学前教育への介入を行い、その後数十年にわたって追跡した研究がいくつかありますね。カワチ その一つは

Abecedarian プロジェクトです。実験開始時の年齢が生後4か月から5歳までの子ども111人を対象に、早期教育を行う群と全く行わない群にランダムに割り分けました。30年間の追跡研究の結果、教育を行った群では、10代の妊娠、高校中退率、喫煙率、薬物依存などを含む犯罪率、肥満率などが有意に低下し、大学進学率や収入が上昇しました。

近藤 義務教育前の介入でそんなにもさまざまな影響があるとは驚きです。カワチ 8歳でピタッと介入をやめても、その後何十年もの間、影響し続け

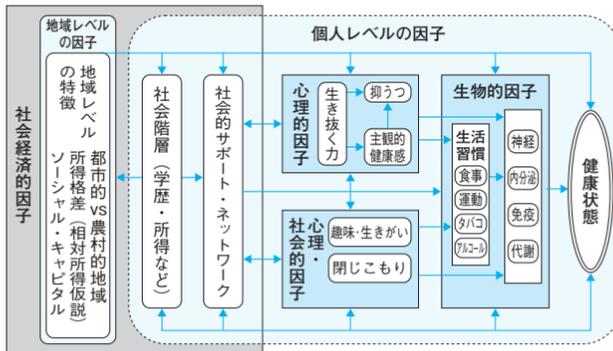


図 社会経済的因子が健康に影響するプロセス¹⁾

ることが示されました。非常に興味深い研究です。

また、義務教育の年数についても影響が研究されています。米国では州ごとに義務教育年数が異なるため、自然実験的なデータを活用できるのです。例えば、50年前にマサチューセッツ州で生まれた子どもの義務教育は最低でも10年、一方テキサス州は5年でした。全50州を対象とした分析から、義務教育年数が長いほど全教育期間も平均して長く、かつ全教育期間が長い

(2面につづく)

3 March 2017

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。

標準解剖学

坂井建雄 B5 頁660 9,000円 [ISBN978-4-260-02473-0]

発達障害のリハビリテーション

多職種アプローチの実践
編集 宮尾益知、橋本圭司 B5 頁296 4,500円 [ISBN978-4-260-02846-2]

病院早わかり読本

(第5版増補版)
編著 飯田修平 B5 頁312 2,300円 [ISBN978-4-260-03051-9]

臨床検査技師のための 血算の診かた

岡田 定 B5 頁184 3,500円 [ISBN978-4-260-02879-0]

多職種連携で支える災害医療

身につけるべき知識・スキル・対応力
編著 小井土雄一、石井美恵子 B5 頁208 2,700円 [ISBN978-4-260-02804-2]

家族計画指導の実践

少子社会における家族形成への支援 (第2版増補版)
木村好秀、齋藤益子 B5 頁200 3,000円 [ISBN978-4-260-03048-9]

看護師長ハンドブック

編集 古橋洋子 A5 頁140 2,200円 [ISBN978-4-260-03006-9]

シミュレーション教育の効果を高める

ファシリテーター Skills & Tips
内藤知佐子、伊藤和史 A5 頁264 2,600円 [ISBN978-4-260-03014-4]

発達段階からみた小児看護過程

+病態関連図 (第3版)
編集 浅野みどり、杉浦太一、山田知子
編集協力 高橋義行、濱 麻人 A5 頁816 3,800円 [ISBN978-4-260-02837-0]

看護医学電子辞書 11

電子辞書 55,500円 [JAN4580492610193]

言語聴覚研究 第14巻 第1号

編集・発行 一般社団法人 日本言語聴覚士協会 B5 頁88 2,000円 [ISBN978-4-260-03056-4]

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。

対談 社会疫学が解明する「健康格差」とその対策

真に対策すべきは、
医療が必要になる前の段階だ



こんどう・かつのり氏
1983年千葉大医学部卒。船橋二和病院リハビリテーション科長などを経て、97年日本福祉大助教授、2000年英セント大カンタベリー校客員研究員、03年日本福祉大教授。14年より現職。国立長寿医療研究センター老年学評価研究部長、日本福祉大健康社会研究センター長、客員教授併任。JAGESプロジェクト代表。『健康格差社会への処方箋』(医学書院)他、著書多数。

(1面よりつづく)

ほど、老後の認知症率が低いことが明らかになりました。

近藤 日本においても、子ども時代の影響を示す疫学研究が報告されています。私たちが取り組むJAGES (Japan Gerontological Evaluation Study; 日本老年学的評価研究)プロジェクトでも、教育歴が短い、15歳時に貧困にさらされた、子ども時代に虐待に遭ったといった方ほど、高齢期のうつ、残存歯数、認知症リスク、要介護認定などの多くの健康指標が悪いという関連がみられます。

カワチ 幼年期教育には莫大な予算が必要なものもあり、どの国でもまだしっかりとした取り組みは始まっていません。しかし、ノーベル経済学賞を受賞したジェームズ・ヘックマンの分析では、幼年期教育のコスト効率は1.17、つまり教育のための投資100円に対して、117円の経済効果があることが明らかになっています²⁾。

近藤 『Science』誌に掲載された論文では、より早期の教育ほど効果が大きいことが示されましたね³⁾。あれはインパクトがありました。

カワチ 成果が出るまでに1世代(30年)かかるため、短期的な成果を重視する政治家はなかなか動きたがらない傾向がありましたが、各地で働き掛けが進んでいます。ニューヨークではビル・デブラシオ市長が、貧しい子どもたちの早期教育プログラムを開始しました。幼年期は「本人の責任」が問えない段階であるため、介入を行うことに対する社会からの不満も少なく、長期的視点で見れば費用対効果が高いというエビデンスが出ているので、絶対に行うべき政策だと思います。

このままでは日本が長寿大国 でいられるのはあとわずか

カワチ 米国は今、健康格差という面では将来が不安な状況です。オバマケアにより米国民に占める無保険者の割合は2015年には9.1% (2900万人)にまで減少しましたが、今後もそれが維持されるかはわからないからです。オバマケア以前の米国においては、個人の破産理由の1位は、なんと医療でした。急病で高額な医療費を請求されたり、療養中に仕事ができず所得が減ったりすることが原因です。オバマケア導入前にマサチューセッツ州で行われた検証実験では死亡率が有意に下がりました⁴⁾。オバマケアが廃止されたら、全米で年間3万人死亡者が増えるという予測されています。

近藤 オバマケア施行後の調査で、オレゴン州ではメンタルヘルスなどの主観的指標の改善が報告されています。観察期間が延びれば、客観的指標にも改善があるかもしれません。

一方、日本の懸念材料は不安定雇用です。総務省の2015年労働力調査によると、非正規労働者は1980万人になり、全就業者の3分の1を超えました。

カワチ 日本は終身の正規雇用が一般的なイメージでしたが、それはもはや過去のことになっているのですね。

近藤 はい。ある程度の経済格差は労働者のモチベーションになるかもしれませんが、格差が大きすぎると、経済的に豊かな国であっても、高所得者を含めた国民全体の健康水準が悪化することがメタアナリシスで示されています⁵⁾。所得格差を表すジニ係数が0.3を超えると、0.05増えるごとに死亡率が8%高まります。厚労省の2014年所得再分配調査報告書によると、日本は0.38(所得再配分後)で、社会騒乱多発の警戒ラインとされる0.4よりは低いものの、高齢者層だけでなく青年層でもジニ係数と死亡率の上昇が見られているそうです⁶⁾。

カワチ 米ワシントン大保健指標評価研究所が行った疾病負担研究によると、長寿大国と言われてきた日本の寿命延伸は頭打ちで、近いうちに他の先進国に追い抜かれる見込みです⁷⁾。

近藤 雇用環境は、経済的安定だけではなく、潜在的能力開発の機会、衣食住、家庭環境、犯罪率などにも影響を及ぼし、健康状態に直結します。生涯未婚率の上昇や相対的貧困児童の増加といった問題の背景要因でもあり、このまま放置することには危機感があります。

日本で進む、世界最先端の 社会疫学研究

近藤 健康格差対策の重要性はわかっても、政策を動かすのは簡単ではありません。合意を得やすい介入策の1つ

として、人々のつながりやそこから得られる信頼、助け合いを意味する「ソーシャル・キャピタル」に可能性を感じ、研究をしてきました。

カワチ 近藤先生が代表を務めるJAGESと私が共同で取り組む2つのプロジェクトから、そのヒントが得られると思います。

1つは、米国立衛生研究所(NIH)からの研究助成も受けている岩沼プロジェクト。これは、JAGESが全国31市町村の高齢者を対象に、2010年時点の健康状態とSDHを調査していたことで可能となった自然実験デザインの研究です。調査7か月後の2011年3月に起きた東日本大震災の被害を受けた宮城県岩沼市において、震災前のソーシャル・キャピタルなどが被災後の健康にどのような影響をもたらしているかを研究しています。

近藤 被災者の健康状態についての研究は昔からありましたが、震災前のデータがないものがほとんどでした。そのため、ソーシャル・キャピタルとの関連がみられても、「人とのつながりがあることで健康を保てた」のか、「健康を保てたからコミュニティに出て人とのつながりがある」のか、因果関係の向きの検証が困難でした。しかし本研究では、ソーシャル・キャピタルが健康を守るという因果関係が示されました。

さらに、家の全壊などの物理的被害は、近親者の死亡など以上に健康への顕著な悪影響をもたらすことと見られ、予想外の知見も得られています⁸⁾。**カワチ** 経済的に不安な生活を強いられることの影響もあると考えられます。PTSDやうつだけでなく、高齢者の場合は認知症の発症リスクとも相関がある点も驚きでした⁹⁾。

近藤 もう1つの共同研究プロジェクトが武豊プロジェクトです。介護予防事業として、高齢者が集い、楽しみ、交流できる「憩いのサロン」を愛知県武豊町のあちこちに開設する地域介入研究を2007年度から行っています。

カワチ これもJAGESによる調査データがあったからこそ、介入前や非参加者のデータが得られて効果が実証されました。人々の交流や社会参加が要介護認定率を半分に減らし、認知症の発症を3割抑制する効果が得られています^{10,11)}。

近藤 武豊プロジェクトで特に重要なのは、意図的な介入によってソーシャル・キャピタルを豊かにできたことと、それによる健康効果まで認められたことという2点です。高齢者の医療費が無料化されたころ、診療所や病院の待合室がサロン化していると批判がありました。もしかしたら社会的なつながりを生むという面では健康効果があつたのかもしれない(笑)。

カワチ そうした患者交流もあるので、米国の待合室ではそうした様子は見たことがなかったので、横林賢一先生(広島大病院)が「医療者と一般

市民がつながるカフェをつくった」と言うのを聞いたときにピンときませんでした。それは日本ならではの特徴かもしれません。

近藤 2012年に広島大の後援で取り組まれたJaroカフェですね。他にも、同じ医師の手術を受けた患者会などもあります。私も患者会をつくって旅行に同行していたのですが、ある患者さんに「脳卒中になり、旅行なんてもう二度と行けないと思っていたけど、生きる希望が湧きました」と言ってもらえたことがあります。医療現場でソーシャル・キャピタルを生かせば、健康づくりだけでなく患者さんの社会復帰にも効果があるのではないかと考えています。

困難を抱える人を見いだし、 社会資源につなぐ

カワチ 医師の役割は、まずは目の前の患者さんを治療することです。しかし、疾患の治療をするだけでは根本的解決には至らない場合もあります。そのことは、臨床医であれば皆さん感じていると思います。

近藤 世界医師会長になった社会疫学者のマイケル・マーモット氏は著書『The Health Gap』の中で、研修医時代に出会った患者さんのことを書いています。夫は酒飲みで暴力を振るい、息子は刑務所、娘は10代で妊娠、経済的にも追い込まれて、うつで受診した女性がいた。それに対して、指導医が「青い錠剤でなく赤い錠剤を試すように」と言ったとき、「たったそれだけ?」と感じたそうです。うつになった原因である社会的状況が変わらなくては、「絆創膏を貼る」ような、その場しのぎの医療しかできません。

カワチ 米国では特に、小児科医や家庭医が健康格差の問題に強い興味を持っています。患者さんが最初にアクセスする医師なので、SDHに介入する必要性に気がしやすいのだと思います。

近藤 英国では診療所医師(GP)を中心に、「ソーシャル・プリスクリプション(社会的処方)」が広まり、医学教育にも取り入れられていると聞いています。社会的処方とは、健康に良くない社会的要因を持つ患者さんを、非医療的なサポート資源につなぐ社会的状況を変えることです。例えば孤立であれば、地域のスポーツ施設や地域活動といった、適切な「外出先や頻度」を処方して、実際につなぐ。経済的な問題があれば、ソーシャルワーカーを紹介するそうです。

カワチ 英国のGPは、診ている家族の子どもが生まれたときも、誰かが死ぬときも、時には訪問までして家族全体の状態を把握しているのだから、社会的処方との親和性も高いのでしょうね。

近藤 具体的な行き先を紹介することは重要で、ただ「運動しなさい」と指導するだけのアプローチと、実際に運

健康格差に挑むための「根拠」と「戦略」を実証的に示す!

健康格差社会への処方箋

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

近藤克則
千葉大学予防医学センター
社会予防医学研究部門 教授



「健康格差の縮小」のための実用的ガイド

健康格差対策の進め方 効果をもたらす5つの視点

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

近藤尚己
東京大学大学院医学系研究科健康教育・
社会学分野/保健社会行動学分野准教授



動するための事業やプログラムの担当者にまでつなぐアプローチでは、後者のほうが1週間あたりの運動時間が有意に長くなるのがランダム化比較試験(RCT)で明らかになっています¹²⁾。対象となる貧困や社会的孤立を発見するための問診票もいくつか開発されています。

カワチ ボストンのChildren's Hospitalでは、メディカル・リーガル・パートナーシップというモデルが数十年間続けられています。貧困の患者さんが来院すると、診察後、州の法律に詳しい法律家が生活支援の相談にも乗るといったものです。貧困者に向けた制度はフードスタンプなどさまざまなものがありますが、その存在を知らない方も多く、受給資格のある貧困者のうち15%は受給できていません。

近藤 日本にも、子どものいる世帯の所得が生活保護受給水準の1.1倍未満の場合、学用品代や給食代などを補助する就学援助制度があります。この制度の対象児童生徒数は、2012年までの10年間で35%も増え、都市部では全体の3割に迫る勢いです。少子化で子どもの数が減っているにもかかわらず、生活保護費以下の収入で暮らす子育て世帯は20年間で倍増しました。

カワチ OECDの2009年の調査で、日本の相対的貧困率は先進7か国の中で米国に次いで2番目に高い現状が明らかになりましたね。貧困は物質だけでなく、将来展望、教育や励まし、時間や愛情、ケアなど、多くの欠乏を生みます。小児期に低所得世帯で育った人の死亡リスクは、成人期に低所得を脱しても最大2.3倍高いなど、成人期の健康にまで影響を及ぼします。健康格差の拡大を防ぐためにも、子どもの貧困の増加は放置できません。

近藤 しかし、日本の患者さんには「見るからに貧困」という方はあまりいません。2016年の「貧困と子どもの健康シンポジウム」で、小児科医の和田浩先生(健和会病院)が「貧困な子どもが16%もいるというが、自分の患者にはそんなにいるとは思えない。一体どこにいるのだらうか」と言っていました。

カワチ 貧困は相対的に判断されるものです。日本のような豊かな国では、発展途上国の貧困層のような、誰が見てもわかるような貧困者は多くありま

●表 健康格差対策の7原則¹³⁾

【始める】ための原則	
第1原則	「健康格差を縮小するための理念・情報・課題の共有」(課題共有) 日本にも是正・予防すべき健康格差がある。知って、シェアして、考えよう。
【考える】ための原則	
第2原則	「貧困層など社会的に不利な人々ほど配慮を強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み」(配慮ある普遍的対策) バラマキではなく、逆差別でもない、最善の方法は? 困っている人ほど手厚く、でもみんなにアプローチ。
第3原則	「胎児期からの生涯にわたる経験と世代に応じた対策」(ライフコース) 不健康・貧困・排除は生まれる前から始まっている。胎児期から老年期までみて先手を打とう。
【動かす】ための原則	
第4原則	「長・中・短期の目標(ゴール)設定と根拠に基づくマネジメント」(PDCA) 場当たり的では効果がみえない、説明できない。目標と計画、根拠を持って進めよう。
第5原則	「国・地方自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策」(重層的対策) 国・自治体・コミュニティ……それぞれ得意なことは違う。強みを生かそう。
第6原則	「住民やNPO、企業、行政各部門など多様な担い手をつなげる」(縦割りを超える) 縦割りはイノベーションの壁である。縦割りを超えて広げよう。
第7原則	「まちづくりをめざす健康以外の他部門との協働」(コミュニティづくり) 会社もお店も学校も巻き込んで。みんなでイキイキまちづくり。

せん。しかし、それは困難が存在しないという意味ではありません。

近藤 そうなのです。和田先生も「そういう子どもは必ずいるはずだと注意して診るようになると、子どもの貧困が見えてきた」と言っていました。受診を勝手に中断したり、時間外にばかり来たりする「困った患者」の中に、実は生活に追われている人たちがいたそうです。診察室で経済的な苦しさを自ら訴える患者さんはあまりいません。「経済的に困っていて、発作が起きたときは仕方なく来るが、定期的に通院して治療費を払うことは難しい」、「二つの仕事を掛け持ちして、夜間の救急でしか来られない」。そんな事情は、医師が質問して初めて打ち明けてくれます。

カワチ 見えにくいからこそ、医師が注意して見つけてあげないと支援できませんね。

健康格差対策の7原則

近藤 社会的要因が健康に大きな影響を与えることは明らかです。しかし、「エビデンスが蓄積されるだけでは現実には変わらない」「重要性はわかるが対策は難しい」といった指摘もあります。医療職の仕事の枠を超えていると

感じる方もいるかもしれません。

カワチ そうですね。個人や組織で取り組めることもあります。やはり最終的には政策を動かす必要があります。政策を動かすには、2つの条件が必要です。1つは、行政を説得できるだけのエビデンスをそろえること、そしてもう1つは、「健康格差」に着目する政治・社会的な流れをつくることです。健康格差を縮小させるべきだと国民が声を上げなければ、行政は動きません。データと研究の蓄積とともに、臨床医だからこそ感じられる問題を世間に訴えていくことが、国民に問題を知ってもらうために重要です。

近藤 健康格差と似て、多くの人がかわる地球温暖化問題も、1992年の「リオ宣言」あたりをきっかけに、人々の意識が徐々に変わり、やがて社会が動き出しました。それを参考に、書籍『健康格差社会への処方箋』では、実際の取り組みを進めるための視点を「健康格差対策の7原則」として紹介しました(表)。

書籍の中では、見えにくい健康格差問題を関係者で共有する第1原則や、マネジメントサイクルを回す第4原則のために開発した「見える化」システムも紹介しました。縦割りを超える第6原則や第7原則のコミュニティづく

今後の課題は、社会的決定要因を評価し、介入や政策に応用すること



Ichiro・Kawachi氏

1961年生まれ。12歳でニュージーランドに移住。85年ニュージーランドオタゴ大医学部卒。91年同大大学院にて医学博士号を取得。内科医としての臨床経験後、92年より米ハーバード大研究員、2008年より現職。社会疫学研究の第一人者として高い評価を得ている。『Social Epidemiology』『Behavioral Economics and Public Health』(ともにOxford University Press)他、編著書多数。

りのためのプロトコル(手順書)も近く公開予定です。ぜひ活用していただきたいと思います。(了)

●参考文献・URL

- 1) 近藤克則. 健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか. 医学書院; 2005.
- 2) Proc Natl Acad Sci U S A. 2006 [PMID: 16801553]
- 3) Science. 2006 [PMID: 16809525]
- 4) Am J Manag Care. 2017 [PMID: 28141937]
- 5) BMJ. 2009 [PMID: 19903981]
- 6) 杉田稔, 他. ジニ係数の上昇と青年層の死亡率の上昇との関係—リスク対策の社会化を充実させる必要性. 民族衛生. 2006; 72(6): 234-45.
- 7) Lancet. 2011 [PMID: 21885105]
- 8) Soc Sci Med. 2017 [PMID: 28122269]
- 9) Proc Natl Acad Sci U S A. 2016 [PMID: 27791093]
- 10) J Epidemiol Community Health. 2015 [PMID: 25888596]
- 11) Hikichi H, et al. Social interaction and cognitive decline: Results of a 7-year community intervention. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions. 2017; 3(1): 23-32.
- 12) J Epidemiol Community Health. 2012 [PMID: 22577180]
- 13) 医療科学研究所「健康の社会的決定要因(SDH)」プロジェクト. 健康格差対策の7原則 第1版. 2015. <http://www.iken.org/project/sdh/>

添付文書情報 + オリジナル情報が充実した、
ポケット判医薬品集

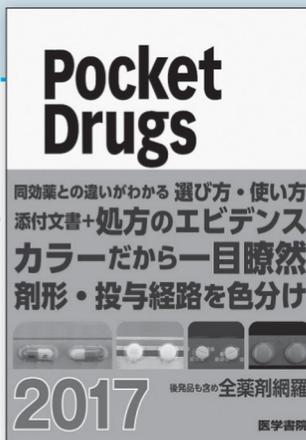
Pocket Drugs 2017

監修 福井次矢 聖路加国際病院・院長
編集 小松康宏 聖路加国際病院・副院長
渡邊裕司 浜松医科大学教授・臨床薬理学

治療薬を薬効ごとに分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、コンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤は製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。2017年版では、後発品をわかりやすく表示。

●A6 頁1088 2017年 定価:本体4,200円+税
[ISBN 978-4-260-02775-5]

医学書院



「パニック値」の本文への掲載と
基準値のデザイン改良でますます便利に!

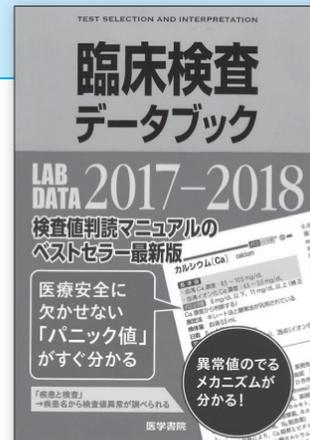
臨床検査データブック 2017-2018

監修 高久史磨
編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖

「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。今版では医療安全に欠かせない「パニック値」を本文中にも掲載するとともに、基準値も見やすくなるようデザインを改良。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」のメカニズムと臨床的意義「薬剤影響」などの多彩な小見出しによる読みやすく、使いやすい構成で全医療関係者をサポート。

●B6 頁1104 2017年 定価:本体4,800円+税
[ISBN978-4-260-02826-4]

医学書院



寄稿

学校健診情報のデータベース化とその利活用

川上 浩司 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 教授

現在、一般社団法人健康・医療・教育情報評価推進機構（HCEI）、京大大学院医学研究科、株式会社学校健診情報センター（SHR）の共同取り組みとして、自治体との連携による「ライフコースデータ」の構築を実施している。ライフコースデータとは、人が生まれてから終末期を迎えるまでに受けた健康診断および治療に関する情報の総称（図1）であり、その分析により、疾病予防の精緻化が進むと考えられる。

個人情報を持ち出すことなくデータベースを構築

日本では、法律や制度に基づいて取得されるさまざまな健康情報が自治体に存在している。母子保健法に基づく母子保健情報、学校保健安全法に基づく学校健診情報、国民皆保険制度による医療の診療報酬請求（レセプト）情報、介護保険制度における要介護認定の情報などである。これらの情報は根拠となる法律や制度が異なり、所管省庁も異なる上、各自治体の個別の条例が関連している。したがって、こうした健康情報をつないだライフコースデータは疫学研究において価値の高いデータベースとなる一方で、その構築は容易ではない。現在、HCEIは自治体との連携協約を結び、まず母子保健情報および学校健診情報のデータベース化に取り組んでいる。2016年度は全国の40～50自治体との連携を開始しており、2017年度までに70～100自治体との連携を見込んでいる。

学校健診は、義務教育期間である小学校1年生から中学校3年生までの全ての児童・生徒を対象に、各自治体で実施されている。健診の結果は、公立の場合は全国統一様式の健康診断票に手書きで記入され、9年間分の情報が1枚に収められている。現在、健康診

断票の管理は各自治体の教育委員会が所管しており、学校で保管され、生徒が卒業して5年が経過すると破棄されている。

HCEIでは、9年間分の記録が記載された中学校3年生の健康診断票を対象とし、自治体との契約および保護者の同意（各自治体の条例に応じてオプトアウトあるいはオプトイン）の下、学校現場で健康診断票データの収集を行っている。データの収集は画像スキャンによって行い、その際に個人情報の切り離しを行っている（図2）。つまり、画像スキャンデータは、個人情報を含むファイルと健診結果だけのファイルに分割され、別々のフォルダ内に保存される。データ格納時に電子的な専用突合キーを生成し、個人情報のフォルダと健診結果のフォルダを突合できるようにしている。HCEIは、健診結果のファイルのみを持ち帰り、専用突合キーは自治体および学校で保管する。学校内の作業を画像スキャンのみとしたことで、学校内での作業時間を短縮すると同時に、学校外に個人情報を一切持ち出さないシステムを構築した。生徒数によって多少異なるものの、学校内での作業はおおむね1時間で終了する。

生徒個人向け、自治体向け2種類のレポートを発行

匿名化してスキャンされた健診情報は、京都市内のデータセンターに受け入れた後、画像自動認識システムを併用して、データベースに格納している。データベースからベンチマークを行うことで、一人ひとりの生徒の健康情報を掲載した個人向けのレポート（以下、生徒向けレポート）と自治体向け集計レポートを発行している。

生徒向けレポートは、小中学生期間

中の身長や体重の変化、虫歯の本数、BMI値や他の健診情報によって構成される。さらに、健康に関するアドバイスやコラムも掲載している。このアドバイスやコラムは、一人ひとりの特徴や地域特性に応じたアルゴリズムに基づき、小児科医、内科医の監修のもと作成される。HCEIでレポートが作成される段階では、個人情報は含まれていない状態である。レポートをまとめた暗号化ファイルが各自治体に送付されると、前述の専用突合キーによって個人情報が復号され、生徒一人ひとりに渡すためのレポートとなる。

自治体向け集計レポートの内容は、学校ごとの健康情報や経年変化、全国平均との比較が主な内容である。これまでに解析した自治体の結果を見ると、健康状況は学校区ごとに異なる傾向を示している。これまで、健康情報は国の取り組みに基づいて都道府県ごとに集計されており、市町村ごとの比較は困難であった。今後連携自治体が増えることで市町村間の分析が可能になれば、より有益な健康政策の立案につながることを期待している。

人類が健やかに生きるための研究に資する

運営は総務省や文科省からの支援を受けており、連携自治体の経済的負担はない。オプトアウトにおいて情報の提供を拒否する場合、HCEIあるいは京大内に設置した連絡窓口の専門の担当者が受け付けているため、現場の養護教諭や担任教諭の負担も発生しない。政府事業期間中に、匿名加工集計情報としてのデータセットの提供、二次利用に際して産業界および学会等からの支援を受けられるよう準備を進めており、今後も自治体や学校への負担は発生させずに、データベースの維

●かわかみ・こうじ氏

1997年筑波大学医学専門学群卒、2001年横浜市大大学院修了。米国食品医薬品局（FDA）にて臨床試験審査官、研究官を歴任後、東大医学部客員助教授を経て、06年に33歳で京大大学院医学研究科教授（社会健康医学系専攻）。07年より慶大医学部客員教授、10年より京大理事補（研究担当）、11年より政策のための科学ユニット長を兼務。臨床疫学、薬剤疫学、費用対効果研究、健康ライフコースデータの基盤整備に尽力する。



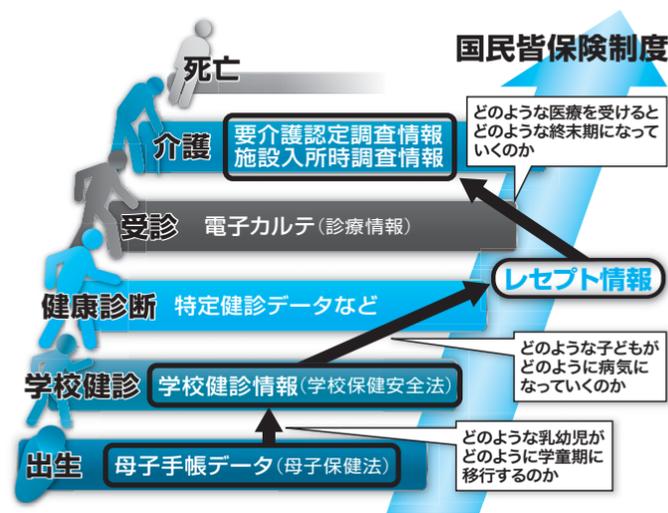
持・事業の継続を予定している。このように健康情報を利活用することを、市民はどのように感じているかという調査も開始した。2015年度、実際に生徒向けレポートの還元対象となったある連携自治体（10万人規模）の保護者へのアンケート調査では、80%の保護者が子どもの健康に対する関心が高くなったと回答している。また、子どもに対してだけではなく、その保護者自身の健康への意識変化も見られた。当該自治体のアンケート調査で、生徒向けレポートの還元を受けた保護者のうち、自身が特定健診を受診していなかった保護者の85%が、受診への意欲が高まったと回答した。生徒向けレポートの還元対象である中学校3年生の保護者は40代が中心であり、特定健診の受診が望まれる世代である。このように、成人の特定健診の受診意欲の向上に寄与することも、自治体にとって有益と考えられる。

われわれは学校健診のみならず、自治体の所管する乳幼児健診情報の匿名化データベース構築にも取り組んでいる。ただし、母子保健情報は各自治体で記入様式が統一されていないこと、保存年限が一定でないことから、自治体ごとにカスタマイズした画像スキャンや突合が必要となる。学校健診に比べて時間やコストが非常にかかることもあり、現時点でのデータベース格納は10自治体に満たない。

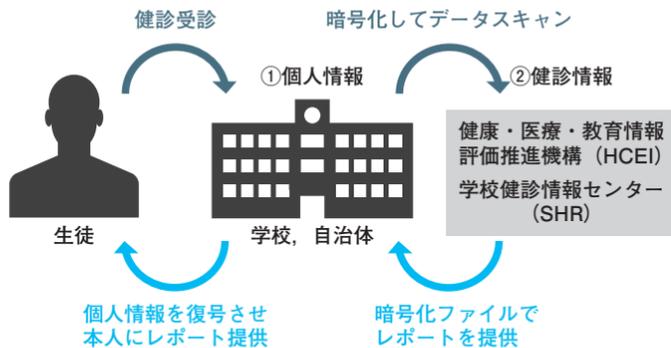
昨今、エビデンスに基づく学説によると、発育のメカニズムから、3～4歳頃までに生涯で罹患する病気や体質の特性が決まると考えられるようになった。つまり、母子保健や学校健診情報は、子どもの健やかな成長を見守る役割だけでなく、生涯にわたる病気の予防や効果的な治療に関する情報となるとともに、人類が健やかに生きるための研究に資する情報となり得る。これからも活動を継続していく所存である。

【お願い】

本取り組みは、自治体や個人に好評であり、参加後の満足度も高いものとなっています。さらに、ライフコースデータの内容は、より多くの自治体にご参画いただくことで深化します。読者あるいはお知り合いに、自治体の首長、教育委員会、健康福祉部局の方などがいらっしゃいましたら、ぜひ筆者（kawakami.koji.4e@kyoto-u.ac.jp）までご紹介ください。



●図1 健康ライフコースデータの意義



●図2 健康診断票のスキャンと匿名化

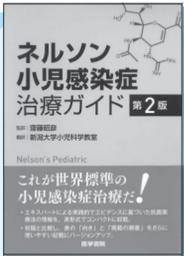
健診調査票から、①個人情報部分、②健診情報部分を別々に格納。①個人情報部分と生成した暗号対照表は学校と自治体に保管され、暗号を付して②健診情報のみを持ち出す。暗号化ファイルの形で学校、自治体にレポートを提供後、専用突合キーによって個人情報が復号され、生徒一人ひとりに渡される。

小児感染症治療のスタンダードを示す、信頼のマニュアル

ネルソン小児感染症治療ガイド 第2版

これが世界標準の小児感染症治療だ！ 抗菌薬療法のエキスパートによる実践的でエビデンスに基づいた情報を、表形式でコンパクトにまとめたマニュアル。これを読めば、信頼できる最新の推奨療法にすぐにとどき、多くの抗菌薬の中からベストな選択ができる！ 初版と比較し、表の「向き」と「掲載の順番」をユーザーにとってさらに使いやすい記載方式にバージョンアップ。待望の第2版。

監訳 齋藤昭彦
新潟大学大学院教授・小児科学
翻訳 新潟大学小児科学教室



多死時代のプライマリ・ヘルスケア、その答えは暮らしの中に

地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をとともに生きる

世界の貧困・紛争をテーマにさすらった著者が、医師となって、佐久で若月俊一の魂に出会った。沖縄にあっても地域医療の frontline にあり、時に霞が関のミッションを帯びて奔走し、どの現場でも汗を掻き続けるその目に「地域包括ケアシステム」の実像はどう映るのか。この国のかたちをどう模索しているのか。診療の傍ら多方面に発信する著者による、現代に古い病むとを支えたいすべての医療者に捧げる提言の書。

高山義浩
沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科医長



ここが知りたい! 高齢者診療のエビデンス

高齢者は複数の疾患、加齢に伴うさまざまな身体的・精神的症状を有するため、治療ガイドラインをそのまま適用することは患者の不利益になりかねません。併存疾患や余命、ADL、価値観などを考慮した治療ゴールを設定し、治療方針を決めていくことが重要です。本連載では、より良い治療を提供するために「高齢者診療のエビデンス」を検証し、各疾患へのアプローチを紹介します(老年医学のエキスパートたちによる、リレー連載の形でお届けします)。

第12回

アドバンス・ケア・プランニングって?

許 智 栄 アドベンチストメディカルセンター 家庭医療科

症例

小脳出血・脳梗塞からの構音障害・嚥下障害および認知症がある寝たきりの78歳女性。肺炎・脱水によりこの4か月間で2回目の入院となった。本人とはもともとコミュニケーションが取れないため治療方針を話し合うことはできず、家族も本人の意向は把握していない。「孫の顔でも見せてから……」と、家族は治療を希望するものの、点滴や採血処置時、本人は非常につらそうにしている。薬剤投与に首を振って抵抗する患者の姿は、本当にあるべき治療の形だろうか。

ディスカッション

- アドバンス・ケア・プランニングとは?
- 果たして有効なのか?
- いつ始めるべきか? その障害は?

こうした事例はおそらく日本中で日常的に繰り返されており、多くの医師が頭を抱えている問題であろう。方針が定まらないまま出口の見えない話し合いが繰り返され、医療従事者の疲弊にもつながりかねないこの状況を打破できるのは、やはり医療従事者でしかなく、その方法がまさにアドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning; ACP)であると言える。今回はACPについて考えてみたい。

重視されるのは「過程」

ACPとは話し合いの「過程」のことであり、「患者は医療従事者や家族、大切な人の支えを受けながら、治療に関する決定に参加できなくなった将来の自分の治療方針を決定する」とされている¹⁾。ここで注目したいのは「過程」とされている点である。患者だけでなく医療従事者も含め、終末期についての話し合いと聞いて多くの人イメージするのは、「死」に関することや蘇生処置の意思確認だろう。こうしたイメージから話し合いへの躊躇が生まれ、ACPがなかなか進まない障壁となっている²⁾。ところが、上記の定義では「死」や書類については触れられていない。もちろん、最終的にそうした書類を作成することも大切ではあるが、重視されるのはあくまでも話し合いの「過程」である。

具体的には、患者の病状認識やその

上での患者の価値観、意思決定が困難な状況になった場合に患者が大切にしたいことを話し合う過程と言える^{3,4)}。その過程においては、患者の希望を一方的に聞くだけではなく、非現実的な希望である場合、医療従事者は実現不可能な理由を説明し、否定せずにお互いの理解を深めていくことが重視される。こうした話し合いが書類という形にはならなくとも、診療録の文脈から患者の希望を読み取り、代理意思決定者と医療従事者による治療方針決定に生かしていくことが可能である。

ACPは患者や家族の負担を軽減させる

症例のような現実が繰り返される原因として、日本におけるACPの実施率の低さが影響しているだろう。2014年に厚生省から出された「人生の最終段階における医療に関する意識調査」⁵⁾によると、死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について家族と話し合ったことがあるかとの問いに対し、「詳しく話し合っている」と答えたのは一般国民で2.8%、医師でもわずか9.7%であった。そして、約7割が意思表示を書面にしておく必要があると考えているにもかかわらず、実際に書面を作成していたのは、それぞれ3.2%、5.0%にとどまった。このような現状が続く限り、症例のような状況でスムーズな方針決定が困難となることは想像に難くない。

では、ACPが行われることで、本人や家族の負担は本当に軽減されるのだろうか? 80歳以上の入院患者309人を対象に行われたランダム化比較試験によると、ACP介入群は非介入群に比べ、終末期における希望が尊重さ

れており(86% vs. 30%, P<0.001)、残される家族のストレスや不安、うつ症状の程度も低く、満足度も高いことが判明している⁶⁾。これは他の研究結果とも一致している^{7,8)}。

さらに、ホスピス加入者約4万9千人を対象にした米国のコホート研究では、事前に指示書を作成していた群が73%と高いこともさることながら、作成していなかった群と比較してホスピスでの生存期間は有意に長く(中央値29日 vs. 15日, P<0.001)、方針撤回率も低かった(2.2% vs. 3.4%, OR=0.82, P=0.003)⁹⁾。人生の終末期において生存期間が14日延びることや方針撤回率の低さが、本人や家族に与える影響は決して悪いものではなく、より良いQOLにつながることも報告されている¹⁰⁾。

患者の段階に応じて話し合いを進める

患者の希望が尊重され、本人や家族のストレスを軽減させることが示されたACPであるが、いつどのように始めるべきなのか? 現在、「最適」あるいは「正しい」とされるタイミングは定められていない。終末期と見なす段階(第11回/第3210号)ではやや遅すぎると考える。

General Practitionerを対象にしたスイスの調査では、①病気がない健康なとき、②末期の診断に至ったときの2つに大きく意見が分かれた²⁾。どちらにも長所短所があるが、②では議論がDNARなどの指示に限られてしまい、「過程」が軽視される危険性が高いこと、病気によっては進行が早く、十分な時間話し合えない可能性があることなどから、著者らは①を推奨している。ただ、ACPを考える段階にない患者に話を強要しても逆効果である。行動変容の原則に基づき、患者がどのような段階にあるかを評価しながら進めていくことが重要と言える¹¹⁾。

ACPを行う際の医療従事者側の障壁として、日常診療における時間的制約、話をする側の技量の問題、患者に「死」の話をする事への恐れなどが挙げられる¹²⁾。こうした問題に関しては、多職種を巻き込みながら、技量を上げていくためのトレーニングを恒常的に行える枠組みづくりが必要とされている。「死」の話をする事への尻込みに関しては、繰り返しになるが、ACPは「死」の話し合いではなく、将来の自分の治療方針を決定する「過程」である。システムティックレビューによると60~90%の高齢患者はACPを歓迎している¹³⁾こと、ACPによってプライマリ・ケアへの満足度も上がる¹⁴⁾ことを、われわれ医療従事者は忘れてはならないだろう。

症例その後

今回の入院では輸液と抗菌薬投与で回復した。その後、医師のみならず、

ソーシャルワーカーにも参加してもらい、現状について家族と話し合った。元気なときの本人の考えなどを思い起こしながら会話を重ね、本人であればどのような判断をするかを一緒に模索した。その結果、今後は侵襲的な治療は行わず、病院への搬送は可能な限り回避して施設で治療を行うことで合意。もちろん苦痛軽減に関しては、あらゆる対応を取ることも併せて確認し、施設へ退院となった。

クリニカルパール

- ✓ ACPとは、患者の将来の治療方針を、家族や大切な人、医療従事者の力を借りながら決定する「過程」のことである。
- ✓ 多くの高齢者はACPを望んでおり、行うことで満足度も上がる可能性がある。
- ✓ ACPによって、人生の終末期における患者の希望を尊重し、家族のストレスも軽減させることが可能である。
- ✓ ACPを進める場合、患者の準備段階を考慮して行動変容の原則に基づいて対応するのがよい。

【参考文献・URL】

- 1) CMAJ. 1996 [PMID : 8976334]
- 2) Swiss Med Wkly. 2014 [PMID : 25275606]
- 3) N C Med J. 2014 [PMID : 25237879]
- 4) J Pain Symptom Manage. 2013 [PMID : 23200188]
- 5) 終末期医療に関する意識調査等検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査 報告書. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf>
- 6) BMJ. 2010 [PMID : 20332506]
- 7) N Engl J Med. 2010 [PMID : 20357283]
- 8) J Am Geriatr Soc. 2013 [PMID : 23350921]
- 9) J Am Geriatr Soc. 2014 [PMID : 24852308]
- 10) JAMA. 2008 [PMID : 18840840]
- 11) J Am Geriatr Soc. 1995 [PMID : 7706637]
- 12) J Am Geriatr Soc. 2007 [PMID : 17302667]
- 13) Br J Gen Pract. 2013 [PMID : 24152480]
- 14) J Gen Intern Med. 2001 [PMID : 11251748]

一言アドバイス

- 「もう十分に生きた」「自然に」「東京オリンピックを見られるか」といった(関心期にある)患者の言葉を、われわれ医療者へのメッセージとしてとらえ、それを言語化して反復したり、発言の理由を聞いたりすることが、ACPを進める良いきっかけとなる。(関口 健二/信州大病院)
- ACPは「DNARで合意できれば成功」などと誤解されがちであるが、本来は「どう死ぬか」ではなく「どう生きるか」を話し合う時間である。経験上、有効なACPの後は、患者さんやご家族が安心したような表情を見せることも多い。(玉井 杏奈/台東区立台東病院)

患者も術者もラクになる。処置時の鎮静・鎮痛を使いこなそう!

処置時の鎮静・鎮痛ガイド

縫合・除細動・内視鏡の挿入など、一般的な処置の際に、患者の痛みや不安を軽減する鎮静や鎮痛について、入門的に解説したガイドブック。基本的な考え方から薬剤の使い分け、場面別での方法やケーススタディも収録。非麻酔科医でも安全にできる、鎮静・鎮痛の世界的スタンダード。付録には、鎮静・鎮痛施行の際に必要な各種チェックリスト、同意書のひな形などを掲載し、またPDF形式でのダウンロード配信も行っている。

編集 桑井達守
University of New Mexico
Assistant Professor of
Emergency Medicine

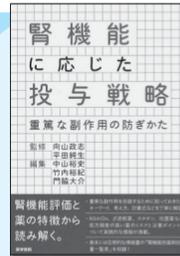


腎機能評価と薬の特徴から読み解く、上手な薬の使いかた

腎機能に応じた投与戦略 重篤な副作用の防ぎかた

重篤な副作用を回避するために医師、薬剤師が知っておきたいキーワード、考え方、計算式を、症例をあげながら具体的に解説。NSAIDs、β遮断薬、スタチン、抗菌薬など、処方頻度の高い薬のリスクと注意ポイントについて、実践的な情報を記載した。腎機能を正しく評価するための「10の鉄則」と、圧倒的な情報量の「腎機能別薬剤投与量一覧表」を収録! 上手な薬の使い方を導く。

監修 向山政志
熊本大学医学部教授・腎臓内科学
平田純生
熊本大学薬学部教授・臨床薬理学
編集 中山裕史
熊本大学医学部講師・腎臓内科学
竹内裕紀
東京薬科大学准教授・医療実務薬学
門脇大介
熊本大学薬学部准教授・臨床薬理学



Medical Library

書評新刊案内

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

精神疾患・メンタルヘルスガイドブック DSM-5から生活指針まで

American Psychiatric Association ●原著
滝沢 龍 ●訳

A5・頁360
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02823-3

評者 村井 俊哉
京大大学院教授・精神医学

一般読者向けの精神疾患の解説書は、これまでも膨大な数が出版されている。本書が目新しいのは、精神医学の専門家が診断の最終的なよりどころとしている網羅的診断基準 DSM-5 そのものを、その作成者である米国精神医学会(American Psychiatric Association)が当事者・家族向けに解説することをめざしている点である。

考えてみると、確かにこれまでこうした本は出版されてこなかった。こうした出版がなかったことによる弊害としては、第一に、精神疾患がよくわからない不可解なものである

とのイメージを強め、精神疾患を持つ人に対する偏見につながっていた可能性があるという点だ。もう一つの弊害は、専門家はわざと難解な専門用語を用いて病気を定義し、診断しているのではないかと、当事者たちが専門家に不信感を覚えるのに寄与していた可能性がある点である。

その意味で、本書は企画自体において、その目的の重要な部分を既に果たしていることになる。本書は、精神科医自身が究極のバイブルとしている診断基準のリストを包み隠さずそのままのかたちで解説し、可能な限り可視化・透明化することをめざしているのである。さらに内容面においても、具体的な事例が豊富に掲載され、また理解を助ける「BOX」や「キーポイント」が効果的に挿入されるなど、非専門家

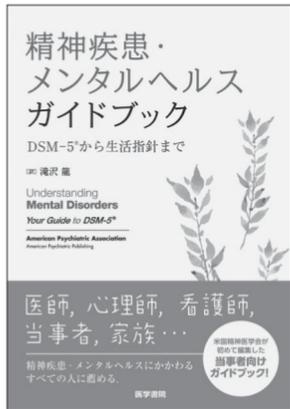
の理解を助けるための多様な工夫が施されている。

ただ、これらの努力をもってしても、これまでの一般読者向けの精神疾患解説書と比べると、本書は多少のとっつきにくさがあるかもしれない。一般読者にとっては、DSM-5の羅列的な症状項目の記載は、なかなか頭に入りにくいだろう。また、一部の読者を除く、多くの一般読者は、精神疾患全体について知りたいというより、おそらくは自分自身や家族が診断を受け、治療を受けている病気に絞って、より深く理解したいのではないだろうか。その場合、精神疾患全体を扱う本書は、それぞれの一般読者にとってはやや大部に過ぎるかもしれない。

そういう意味で、訳者が冒頭で示唆しているように、本書はむしろ専門職にとって利用価値が高い本となるように思える。精神医学が対象とする病態や診断がますます増える今日、専門職にとっては、精神医学の病態・診断の全容を自らの専門用語で把握しておくことさえ困難な課題となりつつある。その上、専門職の者は、これらを自分たちの言葉で理解するだけでなく、一般の人にわかりやすく、かつ正確に伝えていく使命を課せられている。精神医学領域のさまざまな職種専門職者が、専門家向けの教科書に加え本書を手元に置くことで、日々の臨床の質は大きく向上することであろう。病気についての知識、治療方針の決定プロセスを治療者と当事者・家族が共有することは当たり前時代になっている。本書の関連ページを当事者・家族と一緒に確認する作業は、日々の臨床場面で大きな助けとなるだろう。

日本語訳は正確かつ誠実で、本書の目的にかなった文体で、安心して読み進めることができる。

治療者が当事者・家族と一緒に読むことを勧めたい



メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

検索

鎮静を、深く知る!

終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか? 苦痛緩和のための鎮静【セデーション】

終末期の苦痛に対応する手段には何かがあるのか。眠ることしか苦痛を緩和できないとしたら、私たちは何を選択できるのか。手段としての鎮静の是非を考える時、その問いは「よい最期をどのように考えるのか」という議論に帰着する。鎮静の研究論文を世界に発信してきた著者が、鎮静を多方面から捉え、臨床での実感を交えながら解説する、鎮静を深く知るための書。

森田達也
聖隷三方原病院 副院長 緩和と支持治療科



健康格差社会への処方箋

近藤 克則 ●著

A5・頁264
定価:本体2,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02881-3

評者 五十嵐 隆
国立成育医療研究センター理事長

人は生まれながらにして不平等である。遺伝的要因は、社会・環境的要因など(本書での記述に従えば「『生まれ』は『育ち』」, p.38)を通して、人の生き方に大きな影響を与える。その結果、人の健康や寿命にも大きな格差を生み出す。

現在盛んに行われているライフコース・アプローチ的研究により、遺伝、周産期、小児期の生物学的・社会経済的因子が、成人になってからの人の健康状態や疾病の発症に影響を及ぼすことを示す証拠が続々と明らかにされている。最も有名なライフコース・アプローチの研究は、成人病(生活習慣病)胎児期発症説(Barker説)であろう。

近年、多くの先進諸国では中間所得層が減少して相対的貧困層が増加している。このような状況が続くと、将来の健康状態が悪化し、疾病が早く発症したり、増加したりすることが危惧される。欧米では20年以上前からこのような問題が認識され、多くの研究がなされ、その国に応じたさまざまな対策が立てられている。

一方わが国では、健康格差社会に対する認識が最近になってようやく広まってきたところである。その結果として、現状の詳細な認識、問題点に対応する研究、具体的な対策の考案などが

欧米諸国に比べ遅れている。このような状況の中で、千葉大予防医学センター社会予防医学研究部門の近藤克則教授による本書が上梓されたことは、誠に喜ばしい。

本書の目的は、健康格差を減らすために介入すべき時期や介入方法の手掛かりを、ライフコース・アプローチの視点から明らかにすることである。本書の内容は、健康格差が生まれる社会病理、健康格差の縮小をめざす理由、健康格差に対する処方箋の3部に分けられており、わが国の健康格差の実情認識の必要性和健康格差への対応策がエビデンスに基づいてわかりやすく記述されている。

記述のどれもが説得力を持っている。増加しているわが国の子どもの貧困に対してどのような施策が必要かを考えている評者にとっても、本書は極めて示唆に富んでいる。特に、第3部第16章の「健康格差対策のための7原則」(p.233)は、わが国の限られた資源の中で有効な対策を立てる際の基本的姿勢が示されていて、大変参考になる。

公衆衛生の専門家だけでなく、医師、看護師、保健の関係者、福祉の関係者、教育の関係者、行政の関係者、そして医療・福祉・保健に関係する学生に、ぜひとも本書をお薦めしたい。

「健康格差」への対応策を説得力ある記述で示す



生きている しゅみがわかる 生理学

大橋 俊夫, 河合 佳子 ●著

A5・頁258
定価:本体2,300円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02833-2

評者 本間 研一
北大名誉教授

このたび、医学書院から『生きている しゅみがわかる 生理学』が上梓されました。著者は、医学生理学界の重鎮である信州大名譽教授(特任教授)の大橋俊夫氏と、新進気鋭の生理学者で東北医薬大

教授の河合佳子氏です。大橋名誉教授は循環生理学の泰斗で、同じ医学書院から出版されている大書『標準生理学』(第8版, 2014年)の編者でもあります。

本書のタイトルは、生理学者からすれば同義反復に思えますが、著者の意図はまさにそこにあることが、一読してわかります。著者の長年にわたる生理学教育の経験から、学生の多くは、体系的な知識が網羅された生理学の教科書を読みこなして、「生きている しゅみ」を理解することが次第に難しく

なってきたりとの思いがあるのではないのでしょうか。ましてやその学生らが将来医師や医療従事者となったとき、果たして患者さん

に対して疾患の成り立ちや症状の「しゅみ」などを適切に説明できるのだろうかという老婆心が、本書執筆の動機の一つであると思います。

本書は4章から構成されています。各章のタイトルは従来の生理学に基づいていますが、その切り口は「歳をとると増えるシミやしわ、その予防に有効なのは?」(p.18)とか、「そもそも高血圧はどうして体に悪いのですか?」(p.62)など、親しみやすい問い掛けでなされています。そこには、正規の教科書の内容をわかりやすく補足しようという著者の意図もありま

生理学講義に最適な副読本

腹部放射線画像を本質的に理解し、診断に活かす

マイヤース腹部放射線診断学 発生的・解剖学的アプローチ

腹部放射線診断学を体系的に学べる世界的名著の翻訳。発生的・解剖学的なアプローチから得られた知識が実際のCT画像にどのように反映されるかが理解しやすいように構成されている。病態生理と合わせて腹部放射線画像の本質的な理解を目指したい後期レジデントから指導医クラスの放射線科医、消化器外科医・内科医、救急医まで、さらにステップアップしたい人たちのための骨太の教科書。

監訳 太田光泰
足柄上病院総合診療科・担当部長
幡多政治
横浜市立大学大学院
医学研究科がん総合医科学
放射線腫瘍学・教授



臨床脳波学 第6版

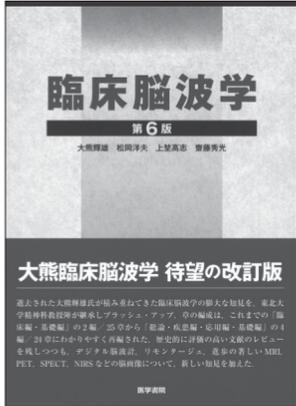
大熊 輝雄, 松岡 洋夫, 上埜 高志, 齋藤 秀光 ● 著

B5・頁724
定価:本体18,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01449-6

【評者】松浦 雅人
田崎病院副院長/東医歯大名誉教授

今般、松岡洋夫教授、上埜高志教授、齋藤秀光教授のご努力により『臨床脳波学』が17年ぶりに改訂・出版された。故・大熊輝雄先生が原著者の本書は、日本の脳波診断学を高い水準に引き上げた名著である。20世紀の終わりに出版された第5版が最終版と思っていたので、今回の出版は大いに感激するとともに驚きもあった。「第6版の序」を読むと、大熊先生は2005年に東北大学の後輩3教授に本書の改訂を依頼され、2010年に逝去されたとのことである。1963年に出版された『臨床脳波学』の初版には、秋元波留夫先生が序文を寄せて、「脳波の歴史はまだ大変に浅いが当時の知見を集大成した力作である」と書かれた。その後、大熊先生は一人で臨床脳波学に関する国内外の膨大な知見を網羅し、およそ10年単位で4度にわたって改訂し、36年間にわたるご努力で重厚な教科書を作られた。その大熊先生に後事を託された3人の精鋭教授が21世紀に『臨床脳波学』をよみがえらせたわけである。

新たな知見を追加してよみがえった名著



『臨床脳波学』第6版では、これまで「臨床編」と「応用編」の2編(25章)であったものを、「総論」「疾患編」「応用編」「基礎編」の4編(24章)にわかりやすく改編した。また、統合失調症、認知症、知的障害などと名称変更された疾患も少なくなく、学会名も「臨床神経生理学会」となったため、これらを更新・統一している。そして新しい知見を追加するとともに、古い内容を削除して全体のページ数を変えない工夫がなされている。引用文献を残すものと削除するものに仕分け、新

たな文献を追加する作業だけでも大変な努力であったと推察される。削除された章はMEや電気の基礎知識に関するもので、臨床工学技士や臨床検査技師が専門とする領域である。医師はこれらの専門家と協力・分担して神経生理学の臨床を行う時代になったと言えよう。

今回の改訂では、臨床脳波学の最近の動向として、デジタル脳波計と電子ファイリングの一般化、画像診断と統計解析法の発展、学会認定医・認定技術師制度の発足などが総論に追記されている。「疾患編」では、脳腫瘍、脳梗塞、硬膜下血腫、

認知症などの脳波図が更新され、画像所見も追加されたために理解が容易となった。睡眠障害の章(第11章)では、眠気の計測法やナルコレプシーの診断に関する最近の知見などが追加された。神経発達障害や精神疾患の脳波の章では、新たな精神疾患分類名に基づいて知見が整理されている。「応用編」では新しい脳波分析法、高密度脳波、高周波振動、BMI/BCI、脳機能画像などが解説されている。

近頃は臨床脳波を正確に判読できる医師が減っていると聞く。大熊先生は本書の初版で、「脳波を知る最も良い方法は、自分で電極を付けて脳波をとってみることである」と述べておられる。この原則は今も変わらず、全ての医師は医学生時代に脳波実習を経験したはずである。医師になってからは本書を手にして、臨床脳波学の豊富な知見に接し、脳波を正確に判読できる医師になってもらいたいと願ってやまない。

理学的な「考え方」と「説明」を駆使することで、患者さんとの行き違いを克服することができるのではないのでしょうか。

著者は、本書で「筋道を立てて論理的に考える学習の醍醐味」を、楽しんでほしいと述べています(「序」より)。生理学の教科書は、大学生が読めば理解できる内容と、読んででもなかなか理解しにくい内容があります。講義で取り上げるのは後者ですが、本書は副読本として医学生理学の講義に最適で、多くの教員の方に読んでいただきたいと思います。難しい生理学のしくみを学生に理解させたときの達成感、教師冥利に尽きます。

ゝすが、それにも増して、「患者さんからこのような質問をされた場合、どう答えますか」という練習問題にもなっています。これで思い出したのですが、私が学生だったころの生理学の試験問題は「摂氏40度の風呂に30分間首までつかっていたとき、身体にどのような現象が起こるかを記せ」でした。医師や医療従事者の説明は一般にわかりづらく、多くの患者さんが煙にまかれたような印象を抱きます。それは、内容が日常的な出来事からかけ離れているだけでなく、医学においては常識である論理が、世間一般では必ずしもそうではないことからくる行き違いによることが多いようです。そのようなとき、本書の随所に記載されている生

データベースを用いた戦略研究の推進に向けて

厚労科研「健康医療分野のデータベースを用いた戦略研究」合同フォーラムが2月8日、東大情報学環・福武ホールにおいて開催された。「戦略研究」は厚労科研の一類型であり、健康・医療政策立案に資する科学的エビデンスの創出をめざす大規模臨床研究。創設当初の研究デザインは介入研究であったが、現在は健康医療分野のデータベースを用いた観察研究にも焦点が当てられている。



●厚労省「戦略研究企画・調査専門検討会」座長の黒川清氏(政策研究大学院大)

◆人工知能時代に起きる本当の競争とは

2015年度から、以下4つの研究班が健康医療分野のデータベースを用いた戦略研究に取り組んでいる(括弧内は研究代表者)。

- ①大規模データを用いた運動器疾患・呼吸器疾患・がん・脳卒中等の臨床疫学・経済分析(東大・康永秀生氏)
- ②地域包括ケア実現のためのヘルスサービスマネジメント(筑波大・田宮菜奈子氏)
- ③高齢者医療の適正化推進に向けたエビデンス診療ギャップの解明(京大・中山健夫氏)
- ④レセプト情報・特定健診等情報データベースを利用した医療需要の把握・整理・予測分析および超高速レセプトビックデータ解析基盤の整備(医療経済研究機構・満武巨裕氏)

フォーラムの前半では、各研究代表者が成果を報告するとともに、データベースの拡張や連結、人材育成などの政策提言を行った。中山氏は、「データを時系列に縦断・追跡することは可能だが、そこにかかる労力が大きい」として、共通IDの導入に大きな期待を寄せた。

後半の基調講演では、データサイエンティスト協会理事の安宅和人氏(ヤフー株式会社)が登場。「人工知能(AI)と人間の対立」という構図は誤解。これから起きる本当の競争は、「自分の経験からしか学ばない人」と、「AIやデータの力を活用する人」と強調。「社会を生き抜くための基礎教養として、データリテラシーが必須になる」と述べた。また、日本社会の課題として、データのデジタル化・標準化、利活用基盤の整備が不十分で、「オープン化以前に、データの収集すら困難な状況にある」と指摘。生命情報科学などの専門家が極端に少ない状況にも危機感を表明した。続けて宮田満氏(日経BP社)を座長に、安宅氏のほか、日本IBM株式会社でワトソン事業部を担当する吉崎敏文氏、次世代コンピューター技術を開発するPEZY Computingの代表取締役・齊藤元章氏、昨年発足した日本臨床疫学会の代表理事を務める福原俊一氏(京大)が、来たるAI時代のデータベース研究と社会の在り方について議論を繰り広げた。

ネルソン小児感染症治療ガイド 第2版

齋藤 昭彦 ● 監訳
新潟大学小児科学教室 ● 翻訳

B6変型・頁312
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02824-0

【評者】尾内 一信
川崎医大教授・小児科学

本書を手にとってまず感じたことは、日本で長く要望されていた、小児感染症の治療を簡潔に網羅したポケットに入るハンドブックのバイブルを、手にすることができると喜びである。本書は、J. D. Nelson 教授(テキサス大ダラス校)とそのお弟子さんの J. S. Bradley 教授(カリフォルニア大サンディエゴ校)による共著、『2016 Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy』第22版の翻訳本である。日進月歩の医学分野においては翻訳本をいかにタイムリーに出版するかということが非常に重要なテーマであり、監訳者の齋藤昭彦教授と医学書院の担当者の方々のご努力は実に賞賛に値すると思う。また、本書は小児感染症の治療をする上で必要不可欠な情報が日本語で整然とまとめられている。実に素晴らしい出来栄えも、監訳されたのが齋藤教授なので納得できた。

小児感染症の専門家ばかりでなく非専門医にも薦めたい情報源

い冊子であったが、年を経て徐々に内容も充実して分厚くなってきた。当時『The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy』と『Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy』は共にとても薄い冊子だったので、レジデントやフェローはこれらをポケットに入れて日常診療(Duty)をしたりラウンドに参加したりしたものだったが、現在ではそれぞれポケットが窮屈になるぐらいに内容が充実している。当時と比べると特に解説が充実しているので、小児感染症の専門家ばかりでなく、若手の小児科医や感染症に不慣れな医師でもわかりやすく役立つ情報源に仕上がっている。特に小児科以外の先生で小児を診療される先生は、ぜひとも手元に置いて診療されることをお勧めしたい。

『Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy』は、1975年から出版されているが、発行当初から現在と同じ外観でよく目立つ黄色い表紙であった。評者が米国に留学した1986年当時はまだ薄

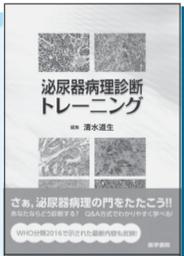
さて、小児感染症の原因微生物の薬剤感受性は日々変化している。それに伴って小児感染症への対応も必要に応じて変える必要がある。本書は第2版が出版されたばかりであるが、今後『Nelson's Pediatric Antimicrobial Therapy』の改訂に伴いタイムリーに改訂されることを一読者として期待する。

おさえておきたい泌尿器科疾患の病理所見をわかりやすく解説

泌尿器病理診断トレーニング

近年、外科病理の重要性が再認識されつつある。臨床においては、病理診断は最終診断であり、それに携わる者には広範な知識と判断力が要求される。本書では、泌尿器科臨床でよく遭遇する疾患や、頻度はそれほど高くないが重要な疾患について、病理所見とそのポイントをわかりやすく解説する。

編集 清水道生
博慈会記念総合病院
病理診断センターセンター長



医師になったら読む本、10年ごとにもう一度読む本

医の知の羅針盤

良医であるためのヒント
Medical Wisdom and Doctoring: The Art of 21st Century Practice

▶「偉大な医師(great doctor)」や「名医(top doctor)」にならずとも「良医(good/wise doctor)」でありたい! 「米国家庭医療の父」と称されるロバート・テイラー先生が、半世紀にもおよぶ診療・学究生活の中で、丹念に集めてきた古今東西の医師の「医学の知恵(医の知)」を紐解き、「良医」のあるべき姿を描き出す。心に染み入る助言が満載。

監訳:石山 貴章 新潟大学地域医療教育センター/魚沼基幹病院総合診療科教授
訳:三枝 小夜子

定価:本体3,600円+税
A5 頁368 2017年
ISBN978-4-89592-872-4



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

伝統と実績の この2冊



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

添付文書を網羅。さらに専門家の解説を加えた治療薬年鑑

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2017

私はこう治療している

総編集 福井次矢 / 高木 誠 / 小室一成

2017年版の特長

- 新見出し「トピックス」を主な疾患項目の冒頭に掲載し、最新情報を紹介。

本書の特長

- 日常臨床で遭遇するほぼすべての疾患・病態に対する治療法が、この1冊に
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：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
- デスク判(B5) 頁2096 2017年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02808-0]
- ポケット判(B6) 頁2096 2017年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-02809-7]

治療薬マニュアル 2017

監修 高久史磨 / 矢崎義雄 編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊

ハンディサイズ本では唯一「使用上の注意」をすべて収録

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2016年に収録された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を掲載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は chimani.jp 特設サイトで随時提供!

● B6 頁2752 2017年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02818-9]

両書籍とも購入特典・電子版付 セット購入により、電子版で2冊がリンク

- 『今日の治療指針 2017年版』に掲載されている薬剤の詳細情報を『治療薬マニュアル 2017』へのリンクで瞬時に参照。
- 『治療薬マニュアル 2017』に収録されている各薬剤について、それらを掲載している『今日の治療指針 2017年版』の疾患項目を瞬時に参照。

※閲覧期間は2018年1月までとなります。
※2017年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2016年版のもです。2017年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2017年4月の予定です。

2017年3月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。 医学書院発行

公衆衛生 4月号 Vol.81 No.4 1部定価：本体2,400円+税	原子力災害と公衆衛生 —避難指示解除後の地域復興に向けて	臨床整形外科 3月号 Vol.52 No.3 1部定価：本体2,600円+税	股関節疾患の保存的治療と リハビリテーション
medicina 3月号 Vol.54 No.3 1部定価：本体2,600円+税	トリコになる不整脈 —診断と治療のすべて!	臨床婦人科産科 3月号 Vol.71 No.2 1部定価：本体2,700円+税	産科麻酔パーフェクトガイド
総合診療 3月号 Vol.27 No.3 1部定価：本体2,500円+税	これがホントに必要な薬40 —総合診療医の外来自家薬籠	臨床眼科 3月号 Vol.71 No.3 1部定価：本体2,800円+税	第70回日本臨床眼科学会講演集(1)
糖尿病診療マスター 3月号 Vol.15 No.3 1部定価：本体2,700円+税	糖尿病食事療法の 指導技術パワーアップ —現代日本人に伝えたい和食の知恵	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 3月号 Vol.89 No.3 1部定価：本体2,700円+税	女性と耳鼻咽喉科 —診療のポイント
循環器ジャーナル (旧 呼吸と循環) 4月号 Vol.65 No.2 1部定価：本体4,000円+税	心電図診断スキルアップ	臨床泌尿器科 3月号 Vol.71 No.3 1部定価：本体2,800円+税	備えて安心! 泌尿器科外傷の管理マニュアル
胃と腸 3月号 Vol.52 No.3 1部定価：本体3,200円+税	表在型食道胃接合部癌の 治療戦略	総合リハビリテーション 3月号 Vol.45 No.3 1部定価：本体2,300円+税	歩行訓練のエビデンス
BRAIN and NERVE 3月号 Vol.69 No.3 1部定価：本体2,700円+税	磁気刺激の新たな展開	理学療法ジャーナル 3月号 Vol.51 No.3 1部定価：本体1,800円+税	通院・通所における 理学療法を再考する
精神医学 3月号 Vol.59 No.3 1部定価：本体2,700円+税	ADHDをめぐる最近の動向	臨床検査 4月増刊号 Vol.61 No.4 特別定価：本体5,000円+税	臨床検査スターターズガイド
臨床外科 3月号 Vol.72 No.3 1部定価：本体2,700円+税	目で見える腹腔鏡下肝切除 —エキスパートに学ぶ! 特別付録Web動画付	病院 3月号 Vol.76 No.3 1部定価：本体3,000円+税	2035年に生き残る 病院組織論



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>
[販売部] TEL: 03-3817-5650 FAX: 03-3815-7804 E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp