2016年1月4日
第3156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

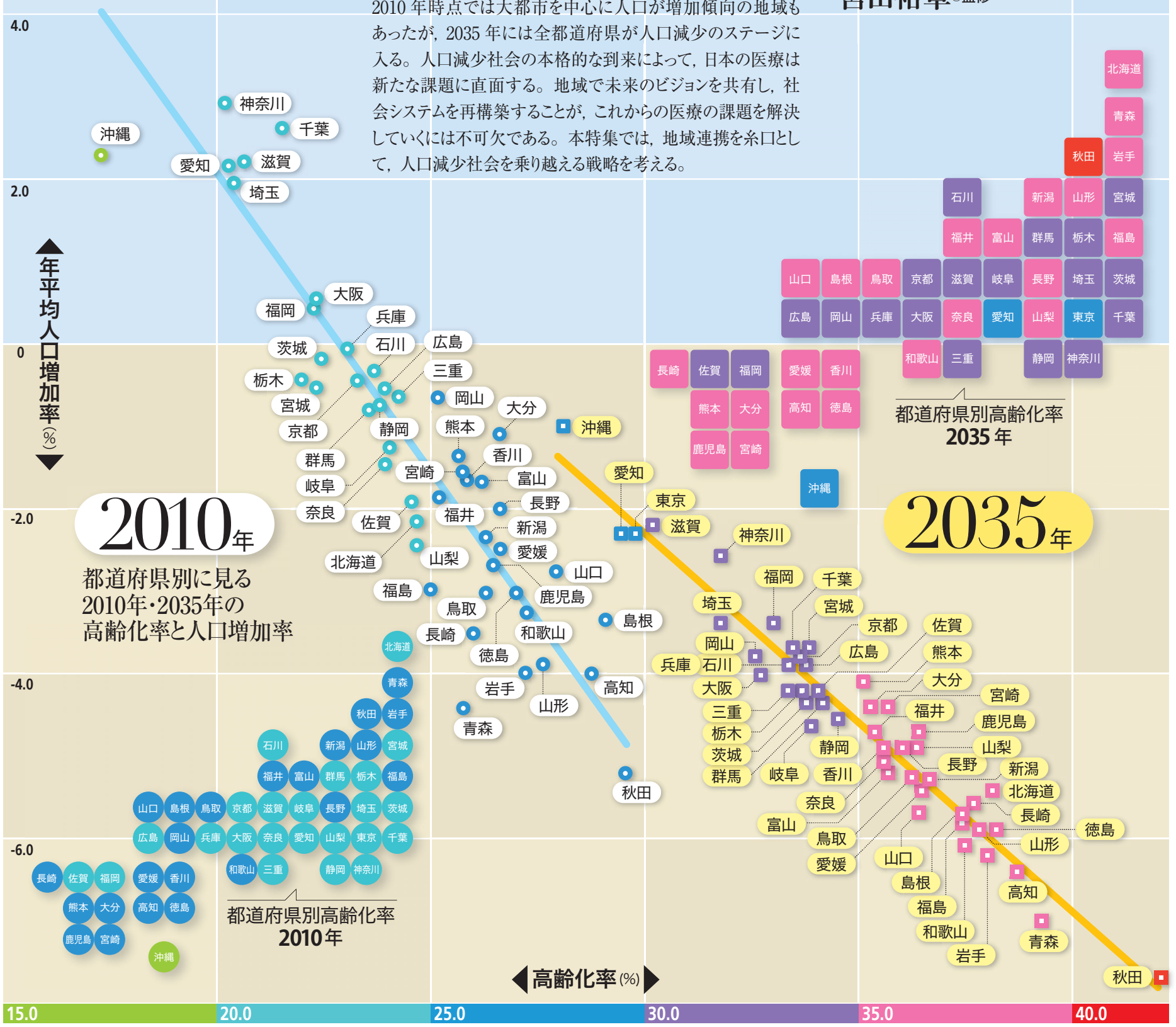
今週号の主な内容

■特集　人口減少社会に挑む地域医療……1―9面
・［グラフ解説］「地域とともに歩む医療」の実現に向けて（宮田裕章，迫井正深）
・［座談会］「ビジョンの共有」が地域を結ぶ（浅原利正，迫井正深，宮田裕章，門田守人）
・［インタビュー］健康と安心を守る地域医療構想（松田晋哉）
・［寄稿］地域医療連携実現に向けた提言（横倉義武，尾身茂）
■新春随想……11―14面

人口減少社会に挑む地域医療

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授／
東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 教授
宮田裕章◉監修

今後日本は，総人口に占める高齢者の割合を高めながら人口は減少していくと予測されている。都道府県ごとに見ると，2010年時点では大都市を中心に人口が増加傾向の地域もあったが，2035年には全都道府県が人口減少のステージに入る。人口減少社会の本格的な到来によって，日本の医療は新たな課題に直面する。地域で未来のビジョンを共有し，社会システムを再構築することが，これからの医療の課題を解決していくには不可欠である。本特集では，地域連携を糸口として，人口減少社会を乗り越える戦略を考える。



【出典】総務省「国勢調査」，国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2013年3月推計）」より作成

新年号特集｜人口減少社会に挑む地域医療

地域とともに歩む医療の実現に向けて

◉執筆
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授／
東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 教授
宮田裕章

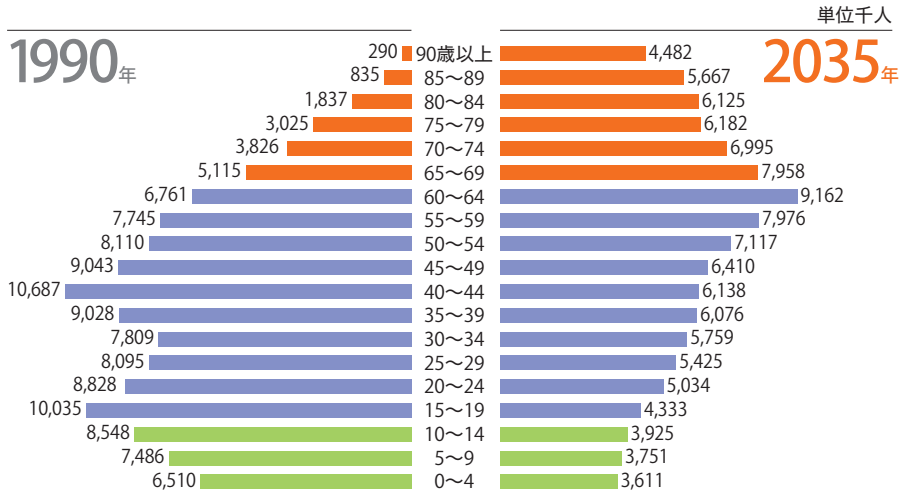
◉執筆協力
厚生労働省医政局地域医療計画課 課長
迫井正深

日本は医療・福祉を含む社会システムにおいて，大きな転換点を迎えている。かつて高度経済成長をもたらした，「多数の労働人口で少数の高齢者層を支える」人口構成を前提とした社会保障制度を基礎に，世界トップランクに位置する長寿国となった。しかし今後，世界でも経験のないスピードで高齢化が進み（**図1，2**），さらに人口減少と，産業成長の鈍化に伴い，社会システム自体が，従来の枠組みの延長線上でのマイナーチェンジだけでは，成立することが難しくなってくるだろう。

こうした課題への挑戦は，単にネガティブな側面ばかりではない。例えば「団塊の世代」が医療・福祉を必要とする超高齢社会の初期段階においては，公的・私的を問わず多くの資金が医療福祉分野に投入されるため，雇用の創出，人々の暮らしを支える技術やシステムのイノベーションなど，次の日本を支える新しい活力を生む可能性がある。

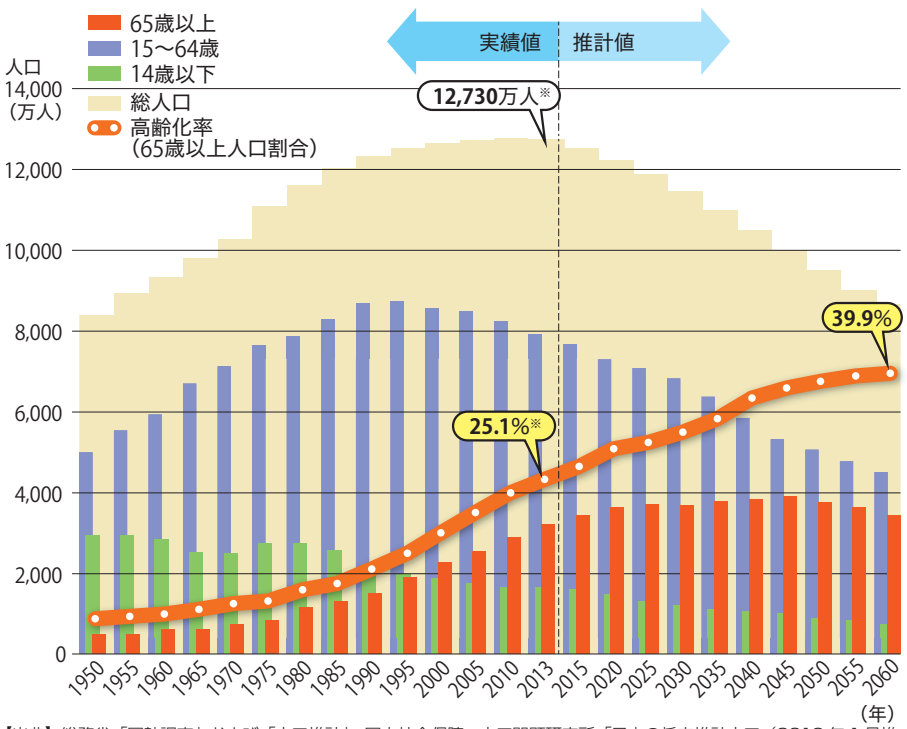
一方で，医療・福祉のニーズが急激に高まる当面の間に無計画に資源を浪費してしまっては，その先の見通しは厳しいものになるだろう。10年後の医療・福祉の需要拡大のみを想定した制度設計では，将来世代が高齢層の社会保障負担に押しつぶされる20年後になってしまう可能性すらある。単に数年先だけを見越した改革ではなく，20年後，30年後も乗り越えられる政策を見いだすことが必要とされる。日本の医療や社会保障制度の長所を継承しつつ，変化を続ける人口構造の中でいかに新しい社会システムを新生させられるか。今まさに覚悟に基づく改革が不可欠となっている。

図1　少子高齢化で大きく変わる人口構造
1990年に生産年齢人口だった世代の大半が，2035年には65歳以上となり，人口構造は大きく変化する。



【出典】1990年：総務省「国勢調査」および「人口推計」
2035年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2013年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」

図2　将来推計に見る人口減少と高齢化
総人口は減少するものの，今後約30年間にわたり65歳以上人口は増え続ける。2045年前後には高齢者人口は減少に転じるが，高齢化率は上昇を続け2060年には40%近くに達する見込み。



【出典】総務省「国勢調査」および「人口推計」，国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2012年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」，厚労省「人口動態統計」
※2013年度　総務省「人口推計」

「量から質へ」2035年へのパラダイムシフト

上記の背景を踏まえ，2015年6月，塩崎恭久厚労相の私的諮問機関「保健医療2035」策定懇談会（座長＝東大・渋谷健司氏）から提案されたのが，目下の課題解決策と「2035年」に象徴される長期ビジョンを包含した「保健医療2035提言書」である。同書はウェブサイトで一般公開され[1]，サマリーは海外学術誌に寄稿された[2]。また同年8月にはオール厚労省体制で推進本部が設置され，提言内容の具現化に向けた検討が継続的に行われている。

「保健医療2035」が示すパラダイムシフトの一つに「量から質へ」の視点がある。今まで日本の医療は「多くの病床」「多数の従事者」と，提供する量をもって充足度を評価する側面があった。しかし今後は，限られた資源の中でいかに良質な医療サービスを提供し課題解決を行うかが必要となり，効率も重視しながらどのような質の医療を提供できるかを考えなければならない。

さらに提言書では，行政が外側から規制するのみではなく，日本の職人文化に代表される誇るべきプロフェッショナリズムを背景とした，医療者集団の自律的なコントロールを広げていく視点も提示しており，医療者の主体的な取り組みが求められる。

個の連携により，地域全体の医療の質向上へ

地域ごとの医療提供体制は，医療計画に基づき整備される。これを考える上で，基盤となるデータの収集や活用法など共通で検討すべき事項は多いが，実施については地域単位で考える必要がある。これは単に，地域における医療提供体制が現状において異なる，という理由だけでなく，地域の有する資源や人口構成の将来見通しについても相当な多様性があるという背景に起因する。

全国的には高齢者人口が増加し，生産年齢人口は減少する傾向にあるが，例えば大都市部を有する都道府県では当面の人口は増加傾向にある一方，過疎地域の多い都道府県は，全ての年代が既に人口減少の局面に向かっているなど，高齢化と人口減少が加速している所も多い（**1面参照**）。つまり，ここ10年ほどは医療福祉のニーズが全体的に増大するが，需要減と資源縮小への対応を急ぐべき地域もあるということだ。そのため，地域ごとの対策が不可欠になる。

では，医療において公益性を考慮しつつ，患者・国民に良質な医療サービスを持続的に提供するにはどうすればよいのだろうか。これまで日本は，病院や医師といった“個”の単位で医療の質を検討することが多かったが，これからは地域を加えた“面的”な視点でも医療の質を考えることが肝要になる。すなわち，病院や医師・コメディカルスタッフは医療の質を考える主体ではあるが，「地域全体の医療の質向上」という観点を踏まえて取り組むことがより重要になるということだ。

あるべき姿を共有し，地域の課題を解決する

地域差は現状の資源配置だけでなく，将来の人口構造の変化を見通した先にも存在する。ただし現時点では，都道府県ごとの資源の多寡のみが，地域医療の質を左右するわけではない。

図3は，専門医制度と連携した全国の病院4500か所の症例データが登録されているNCD（National Clinical Database）の分析結果で，4種類の手術について，地域を過疎化率別の3群に分けてリスク調整死亡率を示した分布である。大都市部であれば治療成績が良好というわけではない。膵頭十二指腸切除術や肝切除術のように，むしろ過疎地域のほうが全体として良好な成績を示す例もある。「限られた資源を生かしながら最大の成果を得る」という視点から見れば，複数病院が競合する都市部よりも，選択肢の限られた過疎地域のほうが病院同士の連携が効果的に機能し，役割分担や集約化によって良好な成績が得られている場合があるからだと考えられる。

現時点では，施設の役割分担やネットワーク機能の改善で，地域全体としてより良質な医療サービスを提供できる可能性がある。一方で，各地域が努力を重ねた先には，医療需要や資源の量，必要とされるアクセス環境といった“伸びしろ”に影響を及ぼす場合が出てくる。したがって，地域の現状と課題を把握し，質・コスト・アクセスなどの観点から「自分たちの地域はこのような医療を実現させたい」というビジョンを共有することが重要になる。

医療費が増大している現状では，特に行政は財政削減が目標になりがちである。しかし医療を提供する側は，患者・国民にどのような質の医療サービスを提供したいのかというビジョンを確認し，その実現に向けて持続可能性も含めた制度やシステムを設計・管理する必要がある。さらに，地域がめざすべき目標設定に基づき，継続的な改善を行っていかなければならない。

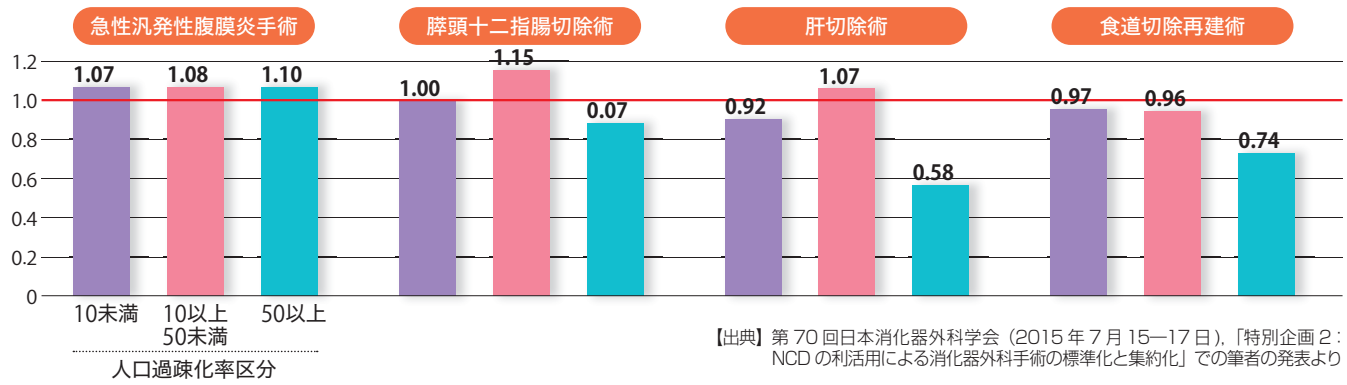
連携や分業で，医師の労働負荷も軽減できる可能性が

公共的な側面が大きい日本の医療システムでは，医療提供者側の努力だけで良質な医療サービスを提供し続けることは困難だ。システムの在り方については，医療提供者，行政，保険者，企業，国民（患者）などの連携の中から発想されるべきものと考える。とこ

図3　過疎化率とOE比平均

棒グラフは左より,「過疎化の影響がない大都市」「過疎が中等度の地域」「過疎化が進行した地域」を示す。膵頭十二指腸切除術と肝切除術を見ると,「過疎が中等度の地域」は「過疎化の影響がない大都市」よりも良好な成績を挙げている。限られた資源を生かすことで，良質な医療を提供できる可能性がある。

註：過疎地域とは，総務省が過疎地域自立促進特別措置法に基づき指定する市町村区域を指す。本データの過疎化率は，総務省自治行政局『過疎対策の現況』(2009年度版) による。市町村数は2010年4月1日現在。※東京都特別区は市数に含まない。都道府県ごとに，過疎地域人口と全体の人口から算出している。そのため,数値が大きいほど過疎化率(過疎地域に住む人口ベース）が高いことを示す。



【出典】第70回日本消化器外科学会（2015年7月15―17日),「特別企画2：NCDの利活用による消化器外科手術の標準化と集約化」での筆者の発表より

ろがこれまで医療提供者は，高い専門性を有するが故に大きな責任を背負いながら最前線に立ってきた。

労働負荷の軽減は多くの臨床現場において解決すべき課題になる。そこで「保健医療2035」は，「医療現場主導」を明示し，医療提供者にさらなる責任を負わせるのではなく，優れた取り組みに敬意を払い，臨床現場の苦労が報われる仕組みづくりを提起している。

ここで留意しなければならないのは，単純な人員増が必ずしも有効とは限らないことだ。**図4**の，心臓外科における年間症例数と死亡率の関係を見ていただきたい。多くの高難度手技において，安定した治療成績を収めるためには一定量の経験が必要とされ，心臓外科手術も同様の結果が確認された。日本の心臓外科の手術総数は，医師を増やしたからといって増加するわけでない。したがって，もし眼前の雑務を含めた労働負荷の軽減のために心臓外科医を増やした場合，十分な経験を積めない医師が増加することになり，若手医師のキャリアを構築できないだけでなく，習熟度不足の外科医の手術を患者が受けるという不利益を被ることにつながってしまう。こうした実情を踏まえ日本の心臓外科領域は，労働負荷軽減に向けては他職種との連携や分業，発散した労働環境を機能集約する方向で取り組みを始めている。

患者・国民は権利と責務のバランスの中で医療にかかわりを

これまで患者・国民は，現状における価値の最大化の観点から，医療サービスを受ける立場としての権利がクローズアップされてきた。しかし，高度医療に特化して見ると，全ての人の身近な環境で，最高の質の医療を，それも少ない負担で実現するのは困難である。たとえそれが現状成立していても，多くは医療現場の極めて高い労働負荷や，赤字国債という将来世代が引き受ける負債によって機能していることになる。

例えば「身近に高度医療を行う診療科があると安心」という住民のニーズをくみ，多くの需要は見込めない地域に高度医療を行う診療科を設立したとしよう。初期段階は熟練医師により安定した成績が収められても，その地域に配属された若手は十分な経験を積むことができず，診療科としての成績は不安定になる。その結果，次世代の住民の，死亡・合併症発生率が大幅に上昇し，さらに不採算の診療科として閉科を迫られることにもなるだろう。

患者・国民にはサービスを受ける権利だけでなく，将来世代に対して持続可能なシステムを維持する責務も踏まえた理解が求められる。さらに地域包括ケア実現に貢献するという観点から，自身の健康作りや適切な受療行動，周囲の健康をサポートするまちづくりなど，権利と責務の両面を踏まえたかかわりが必要とされる。

地域医療連携のベストプラクティスに学ぶ

「単に危機が間近に迫っただけでは，今まで解決できなかった課題を克服できるわけがない」。現状に悲観的な人はこう考えるかもしれない。確かに動機付けやものの見方だけで変革が可能なほど，日本の抱える課題は単純ではない。しかし他方では危機の度合いが刻々と変化し，課題解決に向けた環境や資源もさまざまな面で変化を続けている。そこで筆者は，今後の人口減少社会における日本の医療の課題解決の糸口を3点提示する。

1つ目は情報基盤を活用し，地域で求められる医療の在り方を共有することである。近年，NDB（National Database）やDPC（診断群分類）データが整備されたことで，地域医療の実態が把握できるようになった。医療者が情報を活用し，地域における自施設の位置付けを把握することは，地域医療の在り方を考える第一歩となる。これに加え，専門医制度と連動したNCDをはじめとする，現場主導の医療の質のデータベースも整備されている。今後はNCDのアウトカム指標やNDB等のプロセス指標を用い，施設単位だけでなく地域における医療の質向上に向けた課題を考えることが重要になる。

2015年7月に行われた日本消化器外科学会では，NCDの分析による,「胃切除術」「胃全摘術」「低位前方切除術」「右半結腸切除術」の年間症例数とリスク調整標準化死亡比の分布が発表された。いずれも死亡率の比較的低い手術であり，どの施設で手術しても治療成績はそれほど変わらないと考える医師も少なからずいた。しかし，症例数や施設の特性などさまざまな観点から治療成績に格差が示される結果となった。これは単に高難度手術だけでなく，さまざまな機能において地域連携を行う意義があることを示唆している。地域が実現すべきビジョンの下，何が過剰で何が不足しているかの現状と課題を共有し，連携を行っていかなければならない。地域のあるべき姿はそれぞれ異なるが，情報基盤の活用は全ての地域が共通して取り組むべき事項である。

2つ目は，必要とされるアクセス環境をデザインすることである。日本が医療提供体制を整備した初期の段階（1960年代）に比べ，道路交通網や救急搬送体制は多くの地域で飛躍的に充実し，かつて求められた物理的距離と，現在必要とされる物理的距離の意味を異にしている。また医療機能の連携促進により，地域コミュニティにあるべき医療機能の定義も異なってきている。そこで，広島県のようにがん治療をフェーズ別に分け，検診や検査，術後治療やフォローアップは身近な地域で行い，診断・治療の機能は医療圏別に絞り込む形でネットワークを整備しアクセス環境を整えている例もある。

今後はさらにICT技術の活用と大規模データの分析により，内科領域において遠隔診断を効果的に行うことが可能となる。ICTを介して専門チームが地域のかかりつけ医をサポートすることで，地域包括ケアにおける専門家の配置や連携体制も変容することになる。

そして3つ目は，他の地域のベストプラクティスに学ぶことだ。近年，先進的な取り組みで成果を挙げる地域が現れ始めている。ベストプラクティスは地域特有の歴史や資源にばかり依存したものではなく，他の地域が参照可能な要素を数多く包含している。例えば熊本県では，経営母体が異なる病院間の役割分担と機能連携が10年以上にわたって行われており，参考になる。広島県の地域医療連携は，他の地方都市が共有可能な要素を多く含む（**4―7面参照**）。また山形県では市立病院と県立病院の経営統合・再編の事例が生まれており，急性期病床と療養病床を再構成し，急性期医療からかかりつけ医へと患者シフトが進むとともに，経営改善にも成功している。少数の特定施設の連携による地域医療への影響は限定的だが，実現可能性の点からは取り組みやすい手段である。これらの事例は，新しい地域医療連携の選択肢の一つとして，他地域に展望を示すもので，積極的に参考にしていきたい。

将来のグローバルな課題を世界に先駆け解決へ

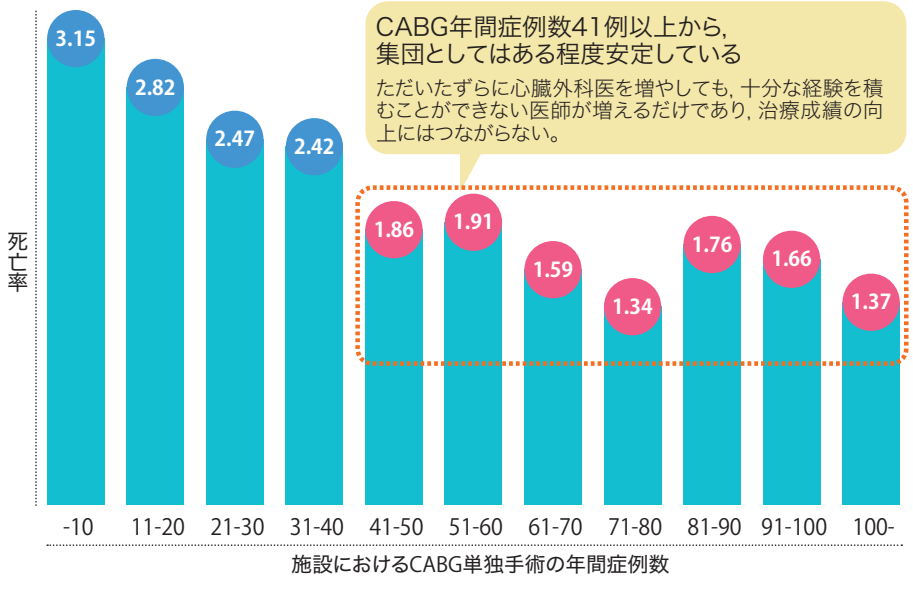
高齢化や人口減少，経済成長の鈍化などの課題に直面する日本が，持続可能な社会システムを構築できるかは，地域における取り組みが鍵を握っている。本稿で示したのは，❶施設・個人という枠組みだけでなく，地域という枠組みで目標を共有し，課題解決を行うこと，❷資源の調整や費用削減ありきではなく，地域で実現すべき医療サービスの質の観点からビジョンを構成すること，❸関係者が連携し，現状の価値の最大化だけでなく，将来世代にわたる持続可能性を考慮した価値判断を行うことの3点である。現在展開されようとしている，地域医療構想の基本理念にも通じるものと考える。

今後，先進国やアジア諸国も日本と同様の問題に直面することが予想されるため，日本の動向に大きな関心を寄せている。地域医療の課題は将来のグローバルな課題にもつながるため，日本が世界に先駆けて解決策を示す役割が期待される。

日本は健康長寿の実現やインフラ整備など，公共的価値を有する多くの領域において，既に世界最高レベルの品質を実現してきた。もちろん医療も例外ではない。それはひとえに医療にかかわる人々の真摯な取り組みと誠実な姿勢があるからこそであり，筆者は日々尊敬の念を抱いている。こうした人々の目標を共有し，適切に連携することができれば，人口減少社会を乗り越え，世界をリードする新しい社会システムを構築することができると確信している。日本の医療にかかわる人々にあらためて敬意を表するとともに，「地域の挑戦」がより良い成果につながることを願い，新年の序としたい。

図4　冠動脈バイパス術（CABG）における年間症例数と死亡率の関係

単純な人員増加は最終的なアウトカムの向上につながらない。安定した治療成績のためには一定量の経験が必要になる。日本の心臓外科領域は他職種との連携や分業，労働環境の発散から集約にシフトしている。



【出典】Miyata H, et al. Effect of procedural volume on outcome of coronary artery bypass graft surgery in Japan: implication toward public reporting and minimal volume standards. J Thorac Cardiovasc Surg. 2008；135 (6)：1306-12. [PMID：18544377]

参考文献

1）保健医療2035. 厚労省. 2015. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/

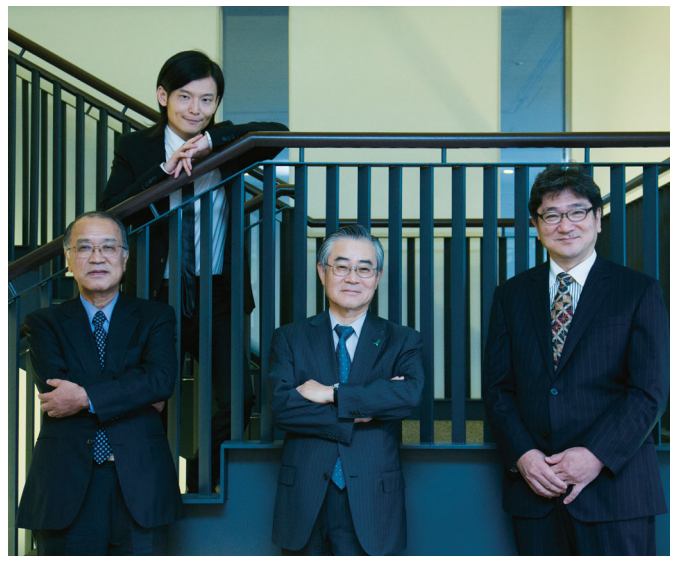
2）Miyata H, et al. Japan's vision for health care in 2035. Lancet. 2015；385(9987)：2549-50. [PMID：26122147]

新年号特集｜人口減少社会に挑む地域医療

ビジョンの共有が地域を結ぶ

広島県4基幹病院を中心とした地域医療連携の取り組みから

広島県病院事業管理者・広島県参与
浅原利正氏
厚生労働省医政局地域医療計画課 課長
迫井正深氏
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授／
東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 教授
宮田裕章氏◉司会
がん研究会理事・がん研究会有明病院名誉院長
門田守人氏



いち早く地域医療連携を進めている県がある。“日本の縮図”とも言われる広島県だ。広島市内の4基幹病院と大学，行政，医師会が連携し，10年，20年先の地域を見据えた取り組みを始めている。日本各地が抱える課題も共通して有する同県の連携の形には，他地域がモデルにできる要素もあるのではないだろうか。

本座談会には，2015年から同県で始まった「基幹病院連携強化会議」で座長を務める浅原氏，有識者として参加する門田氏，アドバイザーを務める宮田氏，そして行政として地域医療を担当し，かつて広島県の医療行政にも携わった迫井氏の四氏が出席。同県の取り組みのこれまでの経緯と現在の到達点，そして，日本が人口減少社会の医療の課題を乗り越えていくために共有したい，地域医療連携実現のビジョンが議論された。

門田守人氏

もんでん・もりと　広島県福山市出身。1970年阪大医学部卒。同大講師，助教授を経て99年教授に就任。2004年阪大病院副病院長，07年阪大理事・副学長に就任。11年がん研有明病院副院長，12年同院長，15年より現職。日本癌治療学会理事長，日本外科学会会長等を歴任。現在は，日本医学会副会長，厚労省・がん対策推進協議会会長を務める。「基幹病院連携強化会議」では有識者として，国内の動向を踏まえた観点から広島県の医療政策に助言する。

宮田　全ての「団塊の世代」が75歳以上になる2025年まで，いよいよ10年を切りました。医療者が留意しなければならないのは，「2025年」はあくまで課題の入口にしかすぎないということです。

迫井　そうですね。「2025年問題」が注目されますが，今後約20年は高齢者が増え続け，さらに2040年以降は高齢者を含む全ての世代で人口が減少するというように，10―30年の間に人口構造の大きな変容が予測されています（**2面・図2参照**）。直近にある「高齢化」の問題と，その先にある「高齢化を伴った人口減少」という問題への対応を，われわれは考えていく必要があるわけです。

宮田　当然，人口構造の変化と連動して医療の需給状況も変動するわけで，医療提供体制についても一過性の対処ではなく，将来を見通した刷新が迫られることになります。

門田　2015年は「戦後70年」が話題になり，日本社会の一つの節目を迎えたように私は思います。ベビーブームで生まれた「団塊の世代」に象徴されるように，生産年齢人口の増加が，経済の発展や人々の生活水準の向上を下支えし，それとともに医療技術も飛躍的な進歩を遂げました。その中で専門分化や細分化がきわめて進んだ一方で，“マクロ”に見る視点が置き去りになっているようにも思うのです。つまり，医療制度そのものを大きく変化させてこなかったことから，社会のニーズとの間にひずみが生まれつつあるのではないでしょうか。今の医療制度を自動車に例えるなら，終戦後に新車で走り出し，その後はちょっと不具合が生じるたびに修理を加えることで，なんとか今日まで乗り続けてこられた，そのようにとらえています。ただ，本格的な人口減少社会を迎えるこの先も，同じ車でどこまでも走り続けられるわけではない。医療サービスの提供の在り方を含め，医療制度は大きな転換が必要になるでしょう。

浅原　まさにそうです。特に，高齢化率が高まり続ける今，高齢者を支える仕組みづくりが急がれます。社会のシステムを再構築する上では，「医療」と「教育」の2つが重要になる，私はかねてよりそう考えています。特に医療においても教育の観点は必須で，医師をはじめ医療者の人材育成が欠かせません。この2つを両輪とした地域ごとの政策が求められるのではないでしょうか。

宮田　浅原先生のおっしゃった地域の視点はこれからの議論において重要なポイントになりそうです。現在，厚労省において医療提供体制の整備に携わる迫井課長は，行政の立場から地域の在り方についてどのようにご覧になっていますか。

迫井　医療制度改革や医療費の問題を行政の立場から見ていると，最終的には地域の問題として解決策を考えなければならないように思います。なぜなら，日本全体の人口構造が変化していくとは言え，インフラの整備状況や人口密度などは当然地域によって異なり，医療も地域の実情に応じた個別の課題が幅広くあるからです。がんや感染症といった人間の生命予後に直結するような公共性の高い領域の対策について，霞が関が全国一律で対策を推進することはもちろん大切です。しかし一方で，20年，30年先を見据え，地域住民の立場に立った広い視野で医療を考え直す時期にも差し掛かっています。医療関係者も行政も，そのような共通認識を持った上で，「ご当地システム」によって地域の課題を解決して

January 2016
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 ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650（書店様担当）
●医学書院ホームページ〈http://www.igaku-shoin.co.jp〉もご覧ください。

今日の治療指針　2016年版
私はこう治療している
監修　山口　徹、北原光夫
総編集　福井次矢、高木　誠、小室一成
デスク判：B5　頁2192　19,000円
［ISBN978-4-260-02392-4］
ポケット判：B6　頁2192　15,000円
［ISBN978-4-260-02393-1］

治療薬マニュアル 2016
監修　高久史麿、矢崎義雄
編集　北原光夫、上野文昭、越前宏俊
B6　頁2752　5,000円
［ISBN978-4-260-02407-5］

Pocket Drugs 2016
監修　福井次矢
編集　小松康宏、渡邉裕司
A6　頁1056　4,200円
［ISBN978-4-260-02207-1］

グラント解剖学図譜（第7版）
原著　Anne M. R. Agur、Arthur F. Dalley
監訳　坂井建雄
訳　小林　靖、小林直人、市村浩一郎、西井清雅
A4変型　頁920　15,000円
［ISBN978-4-260-02086-2］

ジェネラリストのための眼科診療ハンドブック
石岡みさき
A5　頁198　3,400円
［ISBN978-4-260-02418-1］

標準口腔外科学（第4版）
監修　野間弘康、瀬戸皖一
編集　内山健志、近藤壽郎、久保田英朗
B5　頁550　12,500円
［ISBN978-4-260-02042-8］

〈標準作業療法学　専門分野〉
高齢期作業療法学（第3版）
シリーズ監修　矢谷令子
編集　松房利憲、新井健五
編集協力　勝山しおり
B5　頁264　4,000円
［ISBN978-4-260-02440-2］

老人のリハビリテーション（第8版）
原著　福井圀彦
著　前田眞治
B5　頁416　6,000円
［ISBN978-4-260-02428-0］

わかる！検査値とケアのポイント（第2版）
編集　大久保昭行、井上智子
A5　頁608　3,400円
［ISBN978-4-260-01619-3］

マタニティ診断ガイドブック（第5版）
編集　日本助産診断・実践研究会
B6変型　頁248　2,500円
［ISBN978-4-260-02445-7］

院内教育プログラムの立案・実施・評価（第2版）
監修　舟島なをみ
B5　頁392　3,800円
［ISBN978-4-260-02395-5］

混合研究法入門
質と量による統合のアート
抱井尚子
四六判　頁148　2,000円
［ISBN978-4-260-02470-9］

看護師国家試験　解剖生理学クリアブック（第2版）
編集　日本生理学会教育委員会
B5　頁244　2,000円
［ISBN978-4-260-02442-6］

根拠と事故防止からみた
母性看護技術（第2版）
編集　石村由利子
編集協力　佐世正勝
A5　頁508　4,000円
［ISBN978-4-260-02499-0］

言語聴覚研究
第12巻　第4号
編集・発行　日本言語聴覚士協会
B5　頁64　2,000円
［ISBN978-4-260-02489-1］

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。

いかなければなりません。

“日本の縮図” 広島県の挑戦

宮田　医療のあるべき姿が地域単位で問われようとしている今，各地で地域医療連携の芽が出つつあります。2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立したことにより，地域医療計画の一つとして地域医療構想が位置付けられ，都道府県ごとに策定作業が進められています。また，2015年9月に成立した改正医療法によって「地域医療連携推進法人」制度が創設されたことで，経営母体の異なる複数の病院や介護施設が，あたかも一つの病院のように経営機能を共有しパフォーマンスを向上させていくような動きも生まれてきそうです。

こうした動向の中，全国でも先駆的な地域医療連携を既にスタートさせているのが広島県です。2015年からは医療機関の連携を広げるべく「基幹病院連携強化会議」（以下，会議）が始まっており，前身の「広島都市圏の医療に関する調査研究協議会」（2014年）から参加している私は，広島県の未来志向の取り組みに注目しています。

迫井　広島の事例は，日本のさまざまな地域が参考にできる凝縮性があると感じています。というのも，県を南北に見渡すと，ミカンやレモンが名産の温暖な瀬戸内海があれば，リンゴが取れ冬にはスキーができるほどの雪深い山間部もある。人口分布も，120万人大都市・広島市の印象から都会と思われがちですが，橋のない瀬戸内海の離島や中国山地の過疎集落といった，へき地での人々の暮らしもあります。このように広島県は人口や産業の構成，地理的な特徴から“日本の縮図”と言われ，商品のテスト市場としても有名です。

門田　日本各地に見られる風土が広島にはそろっているわけですか。なるほど，言われてみるとそうですね。

宮田　別の見方をすれば，都市の問題，へき地の問題など日本が抱える課題もセットで存在しているということですね。

迫井　その通りです。広島県で従来から取り組まれているへき地医療や医師確保の対策，そして地域医療連携をはじめとする新しい医療政策は，人口減少社会日本の医療政策を占う，いわば社会実験とも言える大きな挑戦が含まれていると言えます。

医療機能の集約化 その狙いとは

宮田　会議の座長を務める浅原先生，まず発足の経緯と，そして広島県の現状をお話しいただけますか。

浅原　会議は，広島県の医療提供体制の効率化と，若手医師確保の2点を大きな目的に発足しました。さらにこの施策を県内全域に波及させ，広島県の地域医療構想の策定に反映させることをめざしています。現在，広島市中心部にある4基幹病院（広島大学病院，広島市立市民病院，県立広島病院，広島赤十字・原爆病院）と，大学，県，市，医師会の連携を核とした取り組みが動き出しており，会議ではこれからの医療連携の在り方が議論されています。

宮田　経営母体の異なる病院が手を取り合うことで，昨年は一つ大きな成果がありましたね。

浅原　ええ。2015年10月に，新たに「広島県立広島がん高精度放射線治療センター」が稼働しています。これは4基幹病院の放射線治療分野にかかわる機能を集約した新施設として，広島駅前に新設されました。厚労省の地域医療再生基金を元に県が事業者として設立，県医師会が運用主体となり，そして広島大学と4基幹病院などが連携する形で運用されています（**図1**）。

宮田　さまざまな組織が一施設の運営を担う。非常に画期的で全国的に見ても新しい取り組みだと思います。一連の計画に立案の段階からかかわった迫井課長，いつごろから練られていたのでしょう。

迫井　私が広島県庁に在籍していた2000年代後半です。当時から，広島市内の4基幹病院が連携して一つの高度医療機関として機能していけないものか，と4病院の院長を中心に相談を始めていました。その後2010年に，「広島県地域医療再生計画」で構想を具体化したプログラムの一つとしてスタートしました。

宮田　背景にはどのような危機感があったのですか。

浅原　一つは，高齢化による医療需要の急増です。高齢化の波は広島県にも例外なく押し寄せており，例えば，広島市を含む2市6町からなる広島医療圏は，2025年の高齢化率は28.9％，入院患者は3000人以上になり，その後も高齢者人口の増加が続くとの予想が出ています（**図2，3**）。

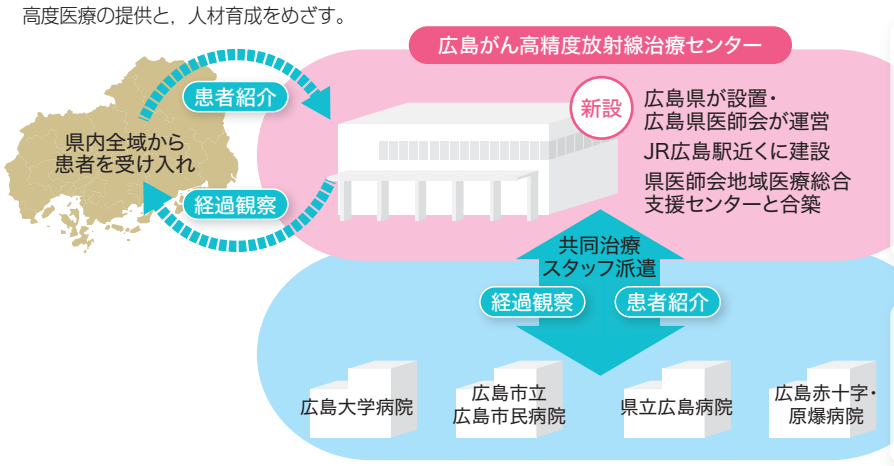
門田　広島も高齢化対策，待ったなしの状況なわけですね。

浅原利正氏

あさはら・としまさ　広島県双三郡作木村（現・三次市）出身。1971年広島大医学部卒。同大病院，県立広島病院等で臨床に従事。この間，広島県北部山間部にある西城町（現・庄原市）の国保直営西城病院でへき地医療も経験した。広島大医学部講師，助教授を経て99年教授に就任。2002―04年同大大学院医歯薬学総合研究科教授。04年同大病院長，07年から8年間にわたり広島大学長を務めた。15年からは広島県病院事業管理者・広島県参与（医療担当）として広島県の医療行政に携わり，「基幹病院連携強化会議」では座長を務める。

図1　4基幹病院連携による広島県立広島がん高精度放射線治療センター事業

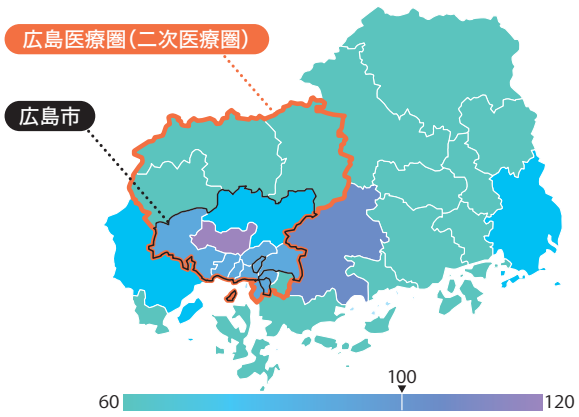
広島都市圏に集中する4基幹病院の機能分担・連携の推進によって，高度な放射線治療を集約した施設を整備し，2015年10月に稼働開始。高度医療の提供と，人材育成をめざす。



【出典】広島県健康福祉局．第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察．2015．

図2　2010年を100とした場合の2035年広島県の人口変化（全年齢）

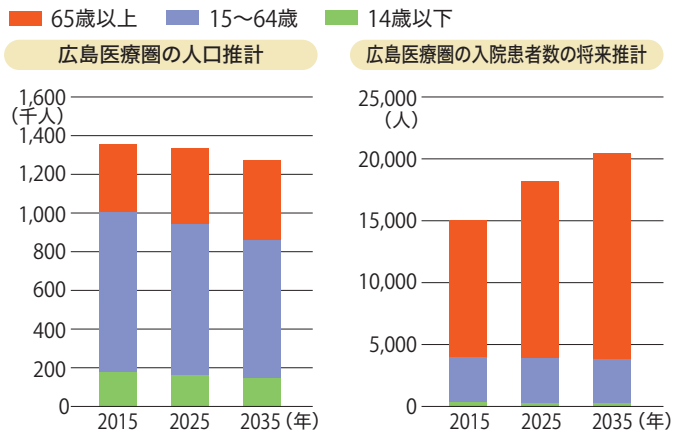
2010年から比べると，2035年は広島県全体の人口は減少するが，広島市内の一部では維持・増加する区があるなど，都市部では医療需要は高まることが予測され，圏域内における医療資源のバランスをとる必要がある。
（広島医療圏とは広島市，安芸高田市，府中町，海田町，熊野町，坂町，安芸太田町，北広島町の2市6町から構成される二次医療圏）



【出典】石川ベンジャミン光一氏ウェブサイト．人口推計地図（2035年広島県）より作成
https://public.tableau.com/profile/kbishikawa#!/vizhome/_2441/sheet0

図3　広島医療圏の人口推計と入院患者数の将来推計

広島医療圏全体では人口の総数が減少するが，65歳以上は増加を続ける（左）。また，2025年には入院患者が2割（3000人）以上増え，以降も増加を続けるため，適切な医療資源の配置が必要になる。



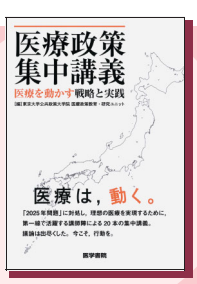
【出典】広島県健康福祉局．第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察．2015．

議論は出尽くした、今こそ、行動を！

医療政策集中講義　医療を動かす戦略と実践

団塊の世代が後期高齢者となる2025年の医療・介護ニーズと現在の提供体制の巨大なミスマッチをどう解消するかという、いわゆる「2025年問題」に対処するためには、いまが諸制度を状況に適応させる「ラストチャンス」。理想の医療を実現するために、患者支援者、政策立案者、医療提供者、メディアといったステークホルダーは何をすべきなのか。そのヒントを得るための、第一線で活躍する講師陣による20本の集中講義。

編　東京大学公共政策大学院
医療政策教育・研究ユニット



A5　頁328　2015年　定価：本体2,800円＋税　[ISBN978-4-260-02164-7]　医学書院

学会が総力をあげてまとめたバイブル、待望の改訂版

診療情報学　第2版

診療情報の適正な管理とその活用のための基盤の整備は、医療の質向上に必須の要素として、近年ますますその重要性が認識されている。本書は、日常業務における診療情報の意義、役割、記載方法などについて、日本診療情報管理学会が総力をあげてまとめた、この領域のバイブルとも言えるオフィシャルテキスト。新たな概念・制度、知識・技術を取り入れて、5年ぶりの改訂。

編集　日本診療情報管理学会

B5　頁488　2015年　定価：本体8,000円＋税　[ISBN978-4-260-02397-9]　医学書院

新年号特集｜人口減少社会に挑む地域医療

表　4基幹病院の概況

広島市中心部の5 km圏内に立地する4基幹病院（広島大学病院，広島市立広島市民病院，県立広島病院，広島赤十字・原爆病院）には，重複する機能がいくつかあるため，集約化による医療機能の効率化の余地が十分にある。

区分	広島大学病院	広島市立広島市民病院	県立広島病院	広島赤十字・原爆病院
設立年	1945年	1952年	1877年	1939年
所在地	広島市南区霞	広島市中区基町	広島市南区宇品神田	広島市中区千田町
病床数（単位：床） 一般	724	715	663	598
精神	20	28	50	
結核	2			
合計	746	743	713	598
認定施設 特定機能病院	●			
地域医療支援病院		●	●	●
救命救急センター	●	●	●	
周産期母子医療センター	●	◎	◎	
がん診療連携拠点病院	◎	●	●	●
災害医療センター	●	●	◎	●
へき地医療拠点病院			◎	
感染症指定医療機関	●			
エイズ拠点病院	◎	◎	◎	
臓器移植施設（肝・膵・腎）	●	●	●	
難病医療拠点病院	●			

●＝拠点施設等，◎＝拠点施設の中で基幹的位置付けの病院

【出典】広島県健康福祉局．第1回基幹病院連携強化会議資料
広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察．2015.

浅原　ええ。将来の医療需要の増加に対応するためには，医療提供体制の効率化が欠かせません。実際4基幹病院には，救命救急センターやがん診療連携拠点病院など重複する医療機能もあるため，集約化により医療資源を必要とされる領域に最適に配置する余地が多くあります（**表**）。広島市中心部の5 km圏内に近接する4基幹病院の機能を1か所に集約したほうが，断然効率的ですね。そこでまずは，比較的集約しやすい単科の放射線治療分野の連携から着手したわけです。

宮田　集約化で，具体的にどのようなメリットが見込まれますか。

浅原　まず，高価な放射線治療機器を各病院が別々に購入する必要がなくなります。それから，専門の医師やコメディカルスタッフは各病院から必要な人数だけが集まるため，医療費の増大を抑制できる。こうした物的資源，人的資源の集約の結果，より高度な医療が提供できるようになります。

患者は4基幹病院の他，県内のがん診療連携拠点病院などから紹介の形で来院してもらうため，高度な医療を一つの拠点で円滑に提供できるようになる。治療成績の向上も期待され，医療者と患者双方にとって大きな効果があると見込んでいます。

門田　集約化は，医療者の人材確保の他，育成という面にも大いに寄与するのではないでしょうか。

浅原　そうですね。集約化の二次的なメリットに，医療者の育成があります。広島県では，高齢化が進むにつれて入院患者数当たりの医師数が不足することがわかっており，対策が急務となっています。近年，他県に比べ若手医師の減少が大きく，2002年からの10年間で20—30歳代の医師が1割も減少しています。症例集積や高度医療機能の整備を行うことで，「多くの症例を経験したい」という若手医師にとって魅力のある医療資源が集う環境になると考えました。もちろん，医師に限らず，看護師，放射線技師，研究者も育つことでしょう。

宮田　その点，がん治療のハイボリュームセンターであるがん研有明病院は，実際に全国各地から医師が集まっていますね。

門田　ええ。それは，当院であればがん治療について多くのことを学べるからに他なりません。出身大学や医局の壁などはもはや関係なくなるわけですから，広島県も病院間の連携を深め，高度医療施設を地域に設けることで魅力を発信できれば，若手医師や医療者が集まり，県内の医療の活性化にもつながることでしょう。

迫井正深氏

さこい・まさみ　広島県広島市出身。1989年東大医学部卒。東大病院，虎の門病院等での臨床研修・外科臨床を経て，92年厚生省入省。保険局医療課，大臣官房厚生科学課，大臣官房国際課などに配属。95—97年米ハーバード大公衆衛生大学院に留学し公衆衛生学修士号取得。2006—09年広島県健康福祉局長として，この間「広島県地域医療再生計画」の立ち上げに従事。その後，厚労省保険局医療課企画官，老健局老人保健課長を経て，15年10月より現職。

長年かけて培われた「地域医療を守る」志と信頼関係

宮田　現在全国で進められている地域医療構想の策定では，構想区域ごとに関係者が集まり協議を行う場として「地域医療構想調整会議」の設置が求められています。地域における連携を実際に進める上で，広島県の姿は参考になるのではないでしょうか。そこでお聞きしたいのは，なぜ広島県では，経営母体の異なる病院や，大学，行政，医師会というさまざまな組織が，目標に向けてここまで連携してこられたのか，ということです。

浅原　それは，「地対協（広島県地域保健対策協議会）」の役割が大きいですね。1970年に設立した地対協は，広島大学と，県，市，県医師会の4者で構成され，以来，地域コミュニティにおける医療の協力関係を地道に築いてきました。長年時間をかけて培われた「地域の医療を守る」という高い志と厚い信頼関係が，将来の課題を議論し行政の施策に反映させるまでを可能にする素地をつくってきたのです。

迫井　これは実に優れた取り組みだと私も肌で感じました。地対協には，がん診療や健診，インフルエンザ対策などのさまざまな専門部会があり，日頃から侃々諤々の議論がなされています。

行政の立場としては時に厳しい意見をいただくこともありますが，大前提として，皆地域のために解決して前に進もう，地域を大事にしようという強い気持ちが共有されていました。他県の関係者からも「広島県は普段から議論の場がしっかりできていて，すぐに実質的な検討に入っていける」とうらやましがられたものです。

浅原　昨年の高精度放射線治療センターの開設は，まさに地対協の議論の積み重ねが結実したものだと思います。今後広島県の地域医療連携を広げる第一歩であり，こういう事案を一つずつ積み重ねれば，4基幹病院の連携を一層深められる他，地域における医療連携の姿がだんだんと形作られていくものと私は信じています。

門田　今後さらに，役割分担や機能連携を進めるには少なからず険しい道もあるでしょう。しかし連携が進み，4基幹病院がより密接に束ねられれば，がん領域に限定してもがん研有明病院を超える規模になる。4基幹病院を中心にした新しい求心力を持つ日本一の医療圏が広島に生まれ，他の地域から医療者や患者を呼び込むだけの価値を創出できるはずです。ぜひ広島の地域医療連携の取り組みを「広島モデル」として全国各地で参考にしてほしいですね。

“地域の構想”なくして医療構想なし

宮田　広島県が地域医療連携をさらに深めていくためには，乗り越えるべき課題もあるのではないでしょうか。浅原先生，いかがですか。

浅原　次の大きな課題は，病院完結型医療から地域完結型医療へいかにシフトするかです。現状では，4基幹病院連携を中心とした水平連携が進められ，幸い放射線治療の領域は高精度放射線治療センターに集約されました。しかし一つのセンターに集まったとはいえ，まだ一領域にすぎません。しか

研修医・若手医師から支持されている人気のセミナーを書籍化！

市中感染症診療の考え方と進め方　第2集
IDATEN感染症セミナー実況中継

わが国の感染症診療の新時代を切り拓いてきたIDATEN（日本感染症教育研究会）。その気鋭の講師陣が研修医・若手医師を対象に開いた感染症サマーセミナーの内容を、診療の現場で役立つ実践的な情報として理解できるように、思考プロセスがみずみずしく伝わるスタイルでまとめた。セミナーで演者に寄せられた質問は「臨床で悩みがちなQ&A」として、各章の頂末に掲載。

編集　IDATENセミナーテキスト編集委員会

B5　頁364　2015年　定価：本体5,500円＋税　[ISBN978-4-260-02056-5]　医学書院

高齢者医療は、ものがたりがつなぐ絆から

ナラティブホームの物語　終末期医療をささえる地域包括ケアのしかけ

超高齢・多死社会を迎えたこの国で、人が安心して死ねる住まいをめざしたチームが富山県砺波市にある。家庭のような病院をめざした医師と、患者固有の物語に添ったケアを追求する看護師と介護福祉士たち。2010年開設以来、全国から熱い注目を集めるナラティブホームはどのように誕生し、日々運営されているのか。さらにその診療、看取り、エンゼルメイク、葬儀、アルバム作りまで、医療者の実践の詳細を1冊にまとめた。

佐藤伸彦
医療法人社団ナラティブホーム理事長・ものがたり診療所所長

A5　頁272　2015年　定価：本体1,800円＋税　[ISBN978-4-260-02098-5]　医学書院

も病院完結型の姿にとどまっているわけです。今後は，県内の中小規模病院や，かかりつけ医との垂直連携が課題で，それが深まらないと，地域住民に資する医療連携の成果があったとは言えませんし，最大の目標である地域包括ケアの実現には至りません（**図4**）。

宮田　さらに連携を深めたい広島県，あるいはこれから連携を模索する他の地域では，いざ「連携」となると，お互いの利害関係などから「総論賛成，各論反対」になりがちなテーマでもあると思います。

迫井　確かに連携の意義は納得できても，「連携しよう」というスローガンだけでは動きにくいですね。そこでポイントとなるのが，連携の意義にエビデンスを持たせることです。すなわち，今進められている地域医療構想の大きな特徴でもある，NDBやDPCデータといったエビデンス，つまり客観的な診療実態に基づいた協議や連携が可能になったことです。

宮田　「ビッグデータ」という言葉が聞かれるようになった近年，情報集積の技術は世界的にも劇的な進歩を遂げ，今までは難しかった医療データも体系的に分析することや，よりマクロな視点での考察が可能になっています。

迫井　そうですね。従来は，同じ地域にある病院同士が，“競争”という名のもとに，時に過剰とも言える医療機器の整備や人材の獲得を行い，地域内の医療資源に偏りが生じていました。しかし，全国規模で整備されたデータ集積システムによって，隣の病院と競争する以前に地域単位や全国との比較にさらされることになる。そうなると，地域内の狭いエリアで不毛な競争をするよりも，医療機関同士が地域内で連携することのほうが，はるかにバリューが高いことに皆さんが気付かれるわけです。

宮田　病院経営や医師個人のキャリアなど切磋琢磨する面がある一方で，医療資源の偏在に対しては地域で考えなければならないわけですね。エビデンスを共有することで，地域の目標も共有することができそうです。先ほど浅原先生が課題とおっしゃった垂直連携に関しては，昨年9月の第2回基幹病院連携強化会議が印象的でした。出席した医師会の先生方が，「地域のかかりつけ医と，もっと連携を深めてほしい」と基幹病院の病院長に訴える場面があったのです。

門田　地域のかかりつけ医側にも「地域の医療を支えたい」という同じ思いがあることを共有できたのは収穫でした。その点，会議を昨年からオープンにし，垂直連携に重要な役割を持つ中小規模病院や診療所の医師らが傍聴できるようにしたのはよかった。垂直連携を進めるに当たっては，データの活用とともに，「開かれた議論の場」を設けることも重要な要素になるのだと再認識させられました。

宮田　施設間で地域の「ビジョン」を共有する，そこに価値があるわけですよね。

浅原　広島は地対協という組織が地域医療を議論する文化を醸成し，今の原動力になっています。他の地域も，議論の場をしっかりつくることが重要でしょう。

門田　もっと踏み込んだ議論をするには，地域住民の参画も必要だと私は思うのです。地域を巻き込んだ取り組みを医療者だけの発想で進めるのではなく，医療サービスを受ける住民の意見を反映させる。そうでなければ，こうした大きな改革は成し遂げられません。

浅原　私も同感です。地域医療構想は，文字通り“地域の構想”が起点になるわけですね。では，“地域の構想”とは何か。それは地域に住む人々が，自分たちの地域でどう暮らしていきたいのかという視点に他なりません。

迫井　地域連携の最終的な目的は，地域包括ケアの実現，すなわち住民が生活視点で必要なサービスを地域で受けることにある。そのためにも，「医療は地域とともに歩むもの」と，医療者・住民の両者が再確認することが不可欠になります。

門田　医療者と住民が一緒に地域医療を作り上げることができたとき，施設間の水平連携やかかりつけ医との垂直連携の意義も共有され，病院の再編・統合も成功へとつながっていくのだろうと思っています。

「医師は地域で育てる」人材育成もセットで構想を

浅原　関係組織・医療者・住民らで地域の医療の在り方を考える上で，私からは一つ強調しておきたいことがあります。それは，医療者の人材育成も，地域医療連携とセットでデザインしていかなければならないということです。人が育てば，自ずと組織は発展し，ひいては自分たちの地域の医療を守ることにつながるからです。

迫井　私が県庁にいたころ，浅原先生がよくおっしゃっていましたね。「大切なことは地域の患者さんに教えられた」と。これは今も私の心に残っています。最初から適切な診断，高度な治療ができる医師はいません。ともすれば患者さんは「最高の診断，最高の手術ができる医師を連れてきてほしい」という希望を抱きがちです。しかし，たとえそうした医師を一時的に配置できたとしても，その地域にとってのサスティナビリティ（持続性）はありません。人々の生活を見る，地域を見るという視点をあわせ持った医師を地域で育てる，そのようなシステムをデザインすることが大切になります。

宮田　その点，一病院では限界のあるローテーション研修も，4基幹病院のように施設が連携することで，短期間で高度な症例をいくつも経験することができる。さらに地域全体に連携が広がり研修施設群などが構成されることになっていけば，ある施設で10か月経験を積み，残りの2か月はへき地医療に貢献するといった育成モデルも現実に考えていけると思います。

浅原　新しい医療の在り方を構築していく上で人材育成がないと，持続可能な医療は築かれません。ぜひ地域医療連携に欠かさないでほしい視点です。

医療者と住民，関係者がともに歩む地域医療連携

宮田　本座談会では広島県の地域医療連携の取り組みを通して，他地域でも連携を深めるポイントまで確認することができたように思います。高齢化を伴う人口減少社会を本格的に迎える今後，医療サービスを提供する医療者は地域住民や患者，行政をはじめとした関係者の方々と「自分たちの地域をどうつくるべきか」という対話を行い，あるべき姿を念頭に置きながら医療の価値を再定義することが重要なのでしょう。先生方との議論を通じて，そう強く感じました。

浅原　医師は病気を治すことが重要な役割ですが，患者さんに安心感を与えることも忘れてはなりません。全国的に進められる地域医療連携や地域医療構想などは，システムの構築といったハード面の整備が主になります。それだけでなく，医療者一人ひとりが患者への安心感のある医療提供を意識しなければ，両者が望む地域医療は形づくられていかないと思います。

迫井　やはり医療者と住民がともに歩むことが大切です。人口減少社会の到来という課題を前に，医療が今置かれているこの状況をぜひ国民の皆さんにも理解していただきたい。そして医療者は，「地域の医療は自分たちで守り，支える」という気持ちを住民と共有しながら，地域づくりに参画していただきたいと思います。

門田　地域の医療と健康を守るという目標の実現に向け，広島県が全国の課題を先んじて乗り越える突破口になってくれることを大いに期待しています。日本の将来に悲観するのではなく，「夢を皆で追い掛け，実現させよう」と前向きに臨んでいきたいですね。

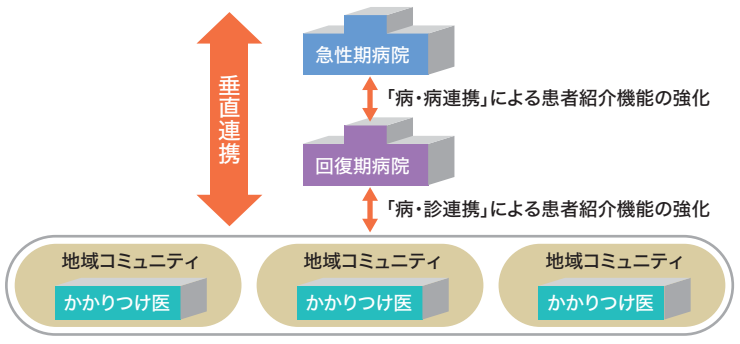
宮田　地域医療を支える連携の形は，さまざまな組織・個人の「ビジョンの共有」から始まっていきます。広島県の取り組みが，多くの地域の参考になり日本の医療の底上げにつながればと願っています。本日はありがとうございました。（了）

宮田裕章氏

みやた・ひろあき　2003年東大大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程修了，05年同分野博士課程中退（08年論文博士取得）。早大人間科学学術院助手，東大大学院医学系研究科医療品質評価学講座助教を経て，09年より准教授，14年より東大大学院医学系研究科医療品質評価学講座教授（15年5月より非常勤）。15年より慶大医学部医療政策・管理学教室教授。専門医制度と連携したデータベース事業NCD（National Clinical Database）の構築・運営の支援と，データ管理・分析を手掛けている。厚労省「保健医療2035」策定懇談会メンバーを務める。

図4　垂直連携の実現で「かかりつけ医が支える地域コミュニティ」を構築

4基幹病院による水平連携の実現とともに，回復期病院，地域のかかりつけ医との垂直連携を構築することで，患者を適切な医療機関へ紹介（逆紹介）することが可能になる。



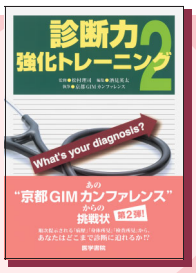
【出典】広島県健康福祉局．第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察．2015.

京都GIMカンファレンスからの挑戦状、第2弾。あなたはどこまで診断に迫れるか!?

診断力強化トレーニング2　What's your diagnosis?

あの「京都GIMカンファレンス」からの挑戦状、第2弾！　順次提示される「病歴」「身体所見」「検査所見」を見て、あなたはどこまで診断に迫れるか!?　よくある疾患だがまれな症候、よくある症候だがまれな疾患も続々登場。診断の「手がかり」はどこにある？　「めくらまし」にだまされるな！　臨場感あふれる88症例を追体験し、診断力を鍛えよう。さあ、こんな患者さんがあなたの前に来たら、何を聞き、何をしますか？

監修　松村理司　洛和会総長／洛和会京都厚生学校学校長
編集　酒見英太　洛和会音羽病院副院長／洛和会京都医学教育センター所長
執筆　京都GIMカンファレンス



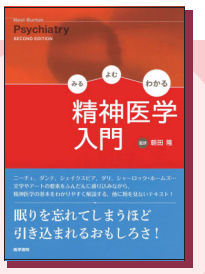
B5　頁256　2015年　定価：本体3,800円＋税　[ISBN978-4-260-02169-2]　医学書院

まるで小説？　いや芸術？　類を見ない「読んでも・見ても」楽しい精神医学テキスト

精神医学入門　みる　よむ　わかる

原書は英国でRichard Asher Prizeという優れた医学教科書に与えられる賞を受賞。オールカラーで精神疾患に関連する図や写真を随所に盛り込みながら、精神医学の歴史から個別の疾患の概念や疫学、鑑別疾患などまでを網羅的に解説する。シェークスピアをはじめ著名な作家の言い回しを引用するなど、読み物としての楽しさも追求している。精神医学の入門書として最適。

原著　Neel Burton
監訳　朝田　隆　東京医科歯科大学医学部・特任教授



B5　頁272　2015年　定価：本体4,200円＋税　[ISBN978-4-260-02029-9]　医学書院

新年号特集｜人口減少社会に挑む地域医療

健康と安心を守る地域医療構想

高齢化と人口減少が進む日本社会において人々の健康を守るには，地域の実情に応じた持続可能な医療サービスの提供が欠かせない。2015年3月公表の「地域医療構想策定ガイドライン」をもとに，質の高い持続可能な医療提供体制をどう整えていくべきか。今後，全国各地で地域単位での取り組みが本格化する。同ガイドラインの基盤となるデータ整備に中心的役割を果たした松田晋哉氏に，地域医療構想の目的と意義，今後地域の医療者に求められる役割や共有すべき理念について聞いた。

インタビュー
産業医科大学公衆衛生学教室 教授
松田晋哉氏

――地域医療構想の策定作業が本格化しています。初めに，この構想の目的をお聞かせください。

松田　地域医療構想は，「病床削減」が目的ではありません。超高齢社会にふさわしい質の高い医療を，地域のニーズも踏まえて適切に提供する。そのために，地域の医療を医療者と住民が自らの意思で作り上げることが，構想の大きな目的となります。

超高齢社会を迎えた今，急性期の入院に偏重した医療資源の配分のままでは，これからの日本の医療ニーズに対応できなくなるでしょう。来たる2025年の傷病構造に備えるために医療施設の機能分化を進め，より効率的な医療提供体制の構築が必要なことから地域医療構想が進められているのです。

なぜ「地域」の構想が必要なのか

――地域医療構想が想定する「地域」とは，どの範囲を指すのでしょう。

松田　「地域」と言っても，とらえ方はさまざまですね。例えば急性期病院であれば二次医療圏ほどの範囲を想定し，診療所であれば中学校区ぐらいを考えるかもしれません。その中で地域医療構想は，回復期や慢性期の医療提供体制の整備を最大のテーマとしていることもあり，高齢者が車で15―30分以内に移動できる日常生活圏域，具体的には中学校区を2―3個組み合わせた範囲を「地域」としてイメージしています。

――医療者が地域医療を考える上で一つの基準になりそうです。こうした地域単位のもと，改革が求められるのにはどのような背景がありますか。

松田　それぞれの地域に特性の違いが顕著にあるからです。例えば一口に東京と言っても，人口減少が進む北区と多摩市では，一戸建ての占める割合が高い，大規模集合団地が多いなどの違いで，人口構造や将来の人口推移は異なります。一方，湾岸地区の江東区では高層マンションの建設が続き，急速な人口の増加が予想されています。

――限られた範囲でも大きな違いがあるわけですね。

松田　ええ。これが全国ともなれば地域の事情は千差万別です。さまざまな特性や現象がある以上，それに合わせた個別の医療提供体制を考えていかなければならないわけで，そのためには視点を地域ごとに絞った構想が必要になるのです。

医療者・地域住民が将来の地域像を民主的に協議

――地域医療構想の特徴はどのような点にありますか。

松田　DPC（診断群分類）やNDBを用いたデータにより，地域の傷病構造はどうなっているのか，医療提供体制はどうなのかなど，地域における医療の状況が客観的に把握できるようになったことです。高齢化による人口動態の変容で，すでに医療の需給状況にギャップが生じている地域もあります。10年後，20年後にはさらにどう変化するのかを予測し，医療提供者が自ら将来の地域を構想する枠組みができたと言えます。

――構想の具現化に向けて，重視したいポイントはどこにありますか。

松田　今後増加が予測される慢性期の患者を，いかに地域でみていくか。特に焦点となるのは，2025年の医療機能別必要病床数の推計結果から「一般病床・療養病床以外でも対応可能」とされている30万人前後の高齢者を，各地でどうみていくかということです。入院以外の患者を本当に地域で受け入れることができるのか，これは地域ごとに慎重に議論する必要があります。

――地域の実情に合った対策は，どのように検討すればよいでしょう。

松田　地域医療構想調整会議（以下，調整会議）に重要な役割が期待されます。調整会議とは，都道府県の二次医療圏に相当する「構想区域」ごとに，医療関係者，保険者，行政関係者，住民代表などが委員として参加し，各種データを踏まえその地域のニーズに応じた適切な病床機能別病床数を検討する場となります。

――さまざまな関係者が一堂に会する会議によって地域の医療を議論するというのは，画期的ではないでしょうか。

松田　そうですね。この場で，自分たちの地域の医療提供体制の課題を見つめ，10年，20年先の地域像を民主的に話し合うことになります。このような場の設定は，地域医療構想において最も意義のあることだと考えています。

地域医療構想は地域包括ケアと連動する関係にある

――地域医療構想で用いられるデータを利用する医療施設は，大規模病院から診療所までさまざまです。データを活用するに当たって医療者に求めることはありますか。

松田　まずはデータを分析する力を身につけていただきたい。なぜなら，それぞれの医療機関において，地域医療構想で使ったデータをどう解釈するかの理解が欠かせないからです。ただし，小規模施設や診療所の先生方にまでそれを求めるのは，マンパワーの課題も含め難しいと思います。そこで，医師会や日本病院会，われわれ研究者も責任を持って協力し，各種データをわかりやすい形で提示していくことが大切だと考えています。

――地域医療構想の策定は，地域包括ケアの実現にどのように作用するのでしょうか。

松田　地域医療構想は，あくまでも医療提供体制の保障を主たる目的としています。地域包括ケアの「地域でみる」という理念を達成するためには，「後ろ盾」としての病床をどう整備するかという地域医療構想の議論を抜きには考えられません。逆に地域医療構想の中でも，地域包括ケアにおける日常生活支援といった分野の充実化を意識して取り組まないと，患者を在宅・地域に戻すという地域包括ケアの目的は果たせない。つまり，地域医療構想は地域包括ケア実現のための基盤となるもので，両者の連動を意識した視点を持つことが重要になります。

「相互扶助」の精神をもう一度根付かせる

――医療サービスを受ける主体である住民には，これからの医療の在り方についてどう理解を求めていけばよいでしょう。

松田　医療は「アクセス」「質」「コスト」の3つの関係の中にあり，これら全てを最大限追求するというのは困難です。誰にとっても痛みのない改革というのはあり得ない。それを住民も理解しないといけないと思うのです。特に，限りある財源と医療資源の不足を補うのは，医療・介護職の長時間労働と，赤字国債を引き受ける今の若者世代です。労働者の3分の1が非正規雇用と言われる中，団塊の世代の高齢化が進んで80歳以上になったときに，今の構造でこの負担を支え切れるのかは切実な問題です。

住民も，医療者らとともに自分たちの後の世代に対する責任をどう果たすべきか考える岐路に立っている。そこで調整会議は，現在の問題認識について住民を含め関係者間で意見交換し，将来を冷静に考える場にしていかなければなりません。また，調整会議を一つの機会とし，さらにタウンミーティングなど，住民に知らせる場を提供することも必要になるでしょう。

――地域医療構想を契機に，地域がどのような姿に変わってほしいとお考えですか。

松田　地域における「相互扶助」の関係を取り戻してほしいですね。高齢者が増えることで，相対的に貧しい人が増えるなど格差が広がることを危惧しています。地域の中でお互いに助け合う「相互扶助」の精神を根付かせ，コミュニティの中で相互に支え合う仕組みをどうつくりあげていくのか。これは地域包括ケアに課されたテーマでもあります。地域医療構想により，住民も医療者も地域の将来を見つめ直し，「自分たちの地域をもう一度好きになる」，そうした契機にしてほしいと願っています。（了）

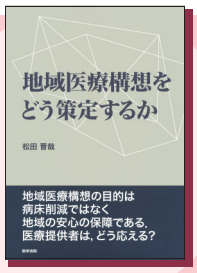
まつだ・しんや　1985年産業医大卒。92年フランス国立公衆衛生学校卒。99年3月より産業医大公衆衛生学教室教授。専門領域は公衆衛生学。フランス公衆衛生監督医（Diplôme de la Santé），英国王室医学会公衆衛生医学会フェロー。DPCの開発者としても知られる。『医療のなにが問題なのか――超高齢社会日本の医療モデル』（勁草書房），『地域医療構想をどう策定するか』（医学書院）など著書多数。

これからの地域医療を考えるための必携書

地域医療構想をどう策定するか

地域医療構想の目的は病床削減ではなく、医療を通して地域の安心を保障することだと著者は説く。2015年3月に「地域医療構想策定ガイドライン」が公表され、構想圏域ごとに地区医師会の代表者や保険者を含めた関係者の合議による地域医療構想の策定が求められた。この前例のない事態に戸惑う関係者の指南書として、本書は地域医療構想の背景となる考え方、立案手順、データの活用方法や調整会議の具体的な運用方法を示した。

松田晋哉
産業医科大学教授・公衆衛生学



B5　頁120　2015年　定価：本体3,500円＋税　[ISBN978-4-260-02433-4]　医学書院

コミュニケーションが大切といわれても当たり前すぎて、ちょっとピンとこない先生方へ

戦略としての医療面接術　こうすればコミュニケーション能力は確実に向上する

コミュニケーションにも、その他の医療行為と同様に、必ず行う、あるいは確認しなければならない共通骨格がある。そして、それさえ修得できれば、医師患者間コミュニケーションはもっとうまくいくはず。本書では医療サービスの基本は、まさに医師患者間の良好なコミュニケーションに立脚するものであることを前提に、その具体的な方法論を、日常臨床で実際に起こりうる身近なケースをあげてわかりやすく解説した。

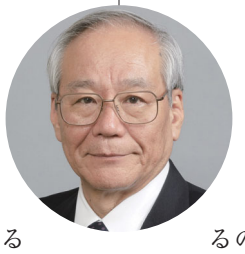
児玉知之
柏厚生総合病院内科

A5　頁272　2015年　定価：本体3,500円＋税　[ISBN978-4-260-02162-3]　医学書院

地域医療連携実現に向けた提言

「切れ目のない医療・介護の提供」に
かかりつけ医中心の体制構築を

日本医師会会長
横倉義武氏



社会保障と経済は相互作用の関係にあり，老後が不安であるという思いを持つ国民に安心を示すことは，強い経済を実現するための出発点です。

わが国の長期債務残高が1000兆円を超え，今後労働力人口が減少するという苦しい上り坂の中で，社会保障制度を持続可能なものとするためには，改革を進めて行くことが必要です。

真の国づくりとは，健康で安心して暮らせる「まちづくり」と，それを支える人を育てていくことであり，医療はまさにその根幹です。地域ごとの将来ニーズを踏まえ，それぞれの病院が効率よく機能を発揮し，地域の連携体制が働き，かつ病院の経営が安定するような体制構築が求められます。こうした体制構築に向け，各病院が機能構築を適切に判断できるための制度・財政両面にわたる支援が必要です。具体的には，医療法をはじめとする制度的枠組みの整備，医療機関に対する公的支援に加え，どのような機能を選択しても地域や患者ニーズに応えている限り，経営が安定して成り立つよう，地域医療を支える医療機関を公平に支えることが必要です。特に医療従事者の比率が高くなる地方では，経済の活性化により経済成長を促し，地方創生への多大な貢献へとつながります。

また，人口の変化を踏まえた病床の機能分化は必要ですが，国や都道府県が目標値を定めて一律に推し進めることは適切ではありません。人口の集中や散在，在宅医療の基盤づくりの進み具合など，それぞれの地域の実情を反映させることが必要です。特に過疎地では，在宅医療の提供者が少ない上，面積が広大なため訪問看護・介護は困難です。例えば，ある地域では慢性期機能の必要病床数を多く算定し，また他の地域では在宅患者数を多くするようにすべきです。「施設も，在宅も」という考え方も重要になってきます。

これらの個々の政策は別々に考えるのではなく，その地域で，何が必要なのか，どのような方法なら利用できるのか，全体を通して考えるべきです。

このようにわが国は，団塊の世代が75歳以上となる2025年に向け，病床の機能分化と連携，在宅医療・介護の充実，医療従事者の確保と勤務環境の改善等により，地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築が求められています。

地域包括ケアは，高齢者が，可能な限り，住み慣れた地域で，自立した日常生活を営むことができることをめざすものであり，これからは，「切れ目のない医療・介護」を提供できるよう，かかりつけ医を中心とした提供体制の構築が重要です。まずはかかりつけ医を受診することにより，患者さんがそれぞれの症状に合った，ふさわしい医療を受けられるようになり，適切な受療行動，重複受診の是正，薬の重複投与の防止等により医療費を適正化することが期待できます。

このため日本医師会では，これまでかかりつけ医の普及・定着に努めてきましたが，さらにその機能を高めるため，「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し，その能力を維持・向上するための研修を2016年4月から実施します。

最後に，私が会長に就任してから「日本医師会綱領」を旗印として，「国民の安全な医療に資する政策か」「公的医療保険による国民皆保険は堅持できる政策か」を判断基準としてきました。超高齢社会を迎えた今，単なる寿命の延伸ではなく，平均寿命と健康寿命の差を縮める必要があり，われわれ医療提供側からも，健康寿命の延伸，ロコモティブシンドローム対策や糖尿病，COPD等の生活習慣病対策を提言していきます。

今後も，非常に優れた「国民皆保険」という貴重な財産を，次の世代に継いでいけるよう，責務を果たしたいと思っています。

地域医療は地域住民主体の医療
地域密着型で“Health care”の実現へ

独立行政法人地域医療機能推進機構
（JCHO）理事長
尾身 茂氏

わが地域医療機能推進機構は，2回目の新年を迎えました。旧社保庁傘下にあった社会保険病院，厚生年金病院，船員保険病院の全国57病院を統合し，2014年4月，独立行政法人として発足しました。当機構は，「JCHO（ジェイコー）」という愛称で社会的に認知されることを願っています。なぜなら英訳名こそ，私たちの熱い思いが込められているからです。JCHOはJapan Community Health care Organizationの略称です。地域医療を掲げながら“Medical”を使わず“Health care”としました。

私たちの病院群は以前から地域密着型の医療を展開しています。今後，少子高齢化というかつて経験したことのない社会構造の変化に対応すべく，単に急性期の医療にとどまらず，リハビリ，介護，健診，予防，看取りまで一貫したシームレスなヘルスケアを担う，時代の要請に応える組織をめざしています。地域医療を一言でいうなら「地域住民主体の医療」です。その推進役を担うJCHOが，病院内での活動に終始していてはその任は務まりません。地域の住民にとって治療から予防，福祉まで，どうしたら生活の質を保っていけるのかという複合的な視点で取り組まなければなりません。“Medical”ではくくりきれない，きめ細かい“Health care”の実現が必要なわけです。

もとより国民にとって医療資源は，不可欠なインフラとして重要な公共財であります。ましてや公的医療機関として生まれ変わったJCHOには一層重い社会的使命が課せられています。役職員が新生組織の職務を担うべく，共有する価値観の証として次の「JCHO理念」を制定しています。

「我ら全国ネットのJCHOは地域の住民，行政，関係機関と連携し地域医療の改革を進め安心して暮らせる地域づくりに貢献します」

地域が求める医療サービスの提供を通して地域づくりにかかわる心意気を宣言しているのです。医療機関の理念としてユニークな内容だと思われませんか。

もちろん立派な理念だけでは「絵に描いた餅」にすぎません。地域のニーズとは何か。地域の住民が期待する医療の在り方とはどういったものなのか。地元自治体，医師会，住民代表らに参加いただき，各病院主催の地域連絡協議会を年1回以上開催して，地域の生の声を聞く機会を設けています。特色も強みも異なる57のJCHO病院は，知恵と力を結集して地域のニーズに応えていかなくてはなりません。

現在JCHOの使命として5疾病（がん，脳卒中，急性心筋梗塞，糖尿病，精神疾患），5事業（救急医療，災害医療，へき地医療の支援，周産期医療，小児医療）に加え，次の4大ミッションに取り組んでいます。

❶医療過疎地域への支援　東日本大震災被災地の福島県浪江町に医師，看護師，理学療法士，管理栄養士の派遣，離島の伊豆諸島・新島，北海道根室市等への医師派遣を行っています。

❷総合診療医の育成　わが国の専門医育成は，これまで基本的に臓器別の専門医一辺倒でした。それはとても大切なことですが，超高齢社会において複数の疾患を持つ患者さんには，医療の質や効率の面で弊害もあります。2017年度には19番目の基本領域の専門医として総合診療専門医が確立されます。JCHOではベテラン指導医のもと総合診療医の育成とともに，専門医との連携システムやキャリアパスの明確化等で総合診療医のロールモデルを構築していきます。

❸医療情報のIT化　クラウド型の情報システムを導入するなど，医療・健診，福祉分野のIT共有化に先駆的に取り組んでいます。

❹地域包括ケアの推進　全ての病院に「地域包括ケア推進室」を設置して，地域の医療機関同士や自治体との顔の見える連携，訪問看護など在宅患者への対応強化に努めています。

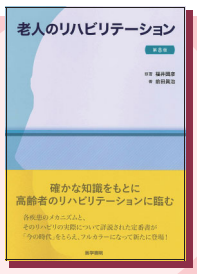
このようにJCHOは全国ネットのスケールメリットを生かして，「安心の地域医療を支える」一翼になりたいと奮闘しています。

高齢者に対するリハビリテーションを深く理解するための必携書

老人のリハビリテーション 第8版

高齢者に生じる疾患とその障害のリハビリテーションについて学べる定番書の第8版。今版では、新たにがんや腎臓・肝臓疾患の章が加わり、高齢者にかかわる主要な疾患の解説が網羅された。さらにフルカラー化に伴い、豊富なイラストや図表も一新され、まさに「今の時代をとらえたテキスト」として生まれ変わった。

原著　福井圀彦　鹿教湯総合リハビリテーション研究所名誉所長
著　前田眞治　国際医療福祉大学大学院教授・リハビリテーション学分野



B5　頁416　2016年　定価：本体6,000円＋税　[ISBN978-4-260-02428-0]　医学書院

医療職が知っておきたい、人の臨終にかかわる最新のエビデンス

死亡直前と看取りのエビデンス

患者が亡くなる直前の医学的問題や看取りに関するエビデンスを解説した本書は、①死亡までの過程と病態、②死亡直前に生じる苦痛の緩和、③望ましい看取り方、のそれぞれについて、医療職者が知っておくべき最新のエビデンスをまとめている。著者の経験に基づくナラティブな解説も豊富に記載されており、医師や看護師のみならず、人の臨終に関わる多くの読者の助けとなる書である。

森田達也　聖隷三方原病院副院長・緩和支持治療科
白土明美　聖隷三方原病院・緩和ケアチーム

B5　頁204　2015年　定価：本体3,000円＋税　[ISBN978-4-260-02402-0]　医学書院

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 2016

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
　　渡邉裕司　浜松医科大学教授・臨床薬理学

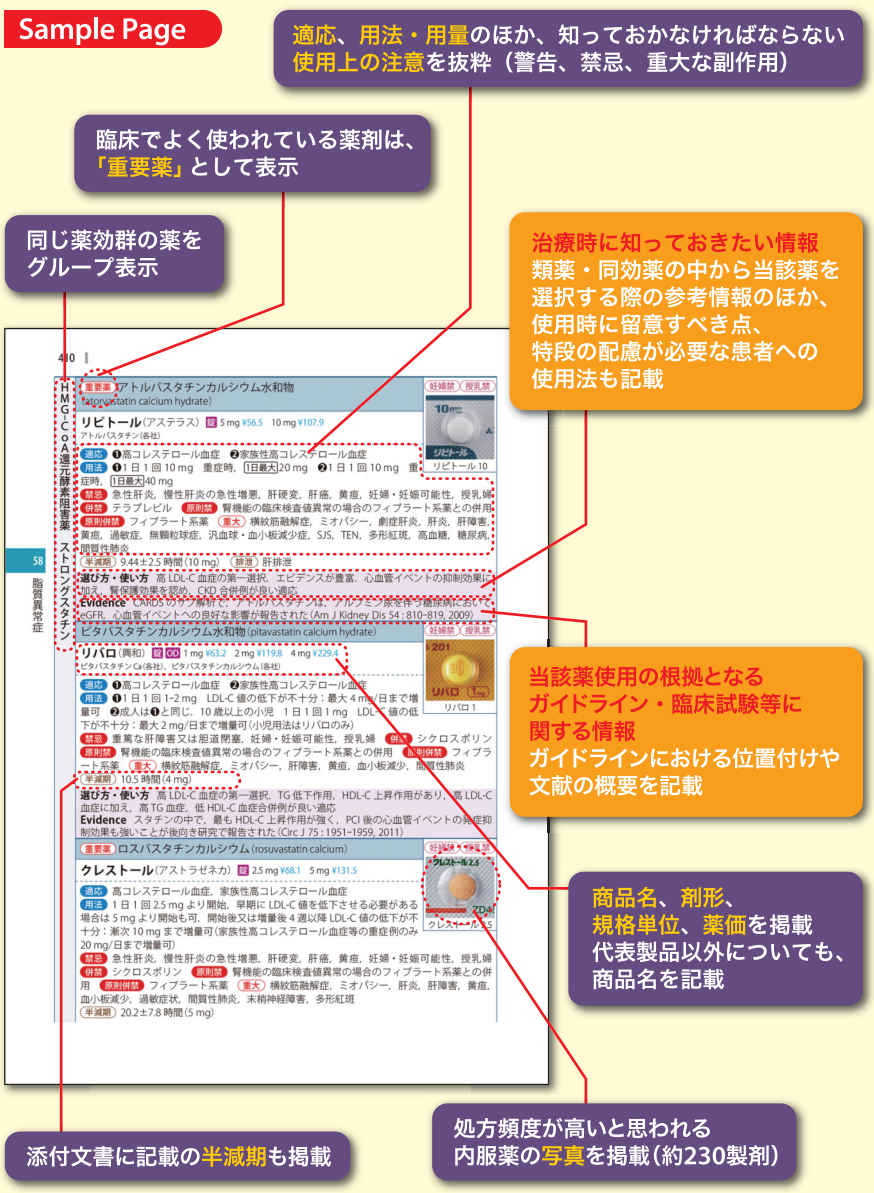
全治療薬を収録したポケットサイズの医薬品集。添付文書情報に加え、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ薬の「選び方・使い方」、その根拠となる「エビデンス」も掲載。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で製剤写真も掲載。2016年版では見やすくレイアウトを変更。薬効分類・同効薬が一目でわかるだけでなく、さらに薄くポケットに入りやすく改良した。

CONTENTS

精神
神経
循環器
呼吸器
消化器
腎・泌尿器
産婦人科
内分泌・代謝
血液
癌
抗炎症・アレルギー
感染症
眼科
耳鼻科
皮膚科
救急
漢方
その他
事項索引
薬剤索引

◉A6　頁1056　2016年　定価：本体4,200円＋税　[ISBN978-4-260-02207-1]

Sample Page



※サンプルページは、作成中のものです。

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

第7版

TODAY'S DIAGNOSIS 7th EDITION

総編集　**金澤一郎**　東京大学名誉教授
　　永井良三　自治医科大学学長

◉デスク判（B5）　頁2144　2015年　定価：本体25,000円＋税　[ISBN978-4-260-02014-5]
◉ポケット判（B6）　頁2144　2015年　定価：本体19,000円＋税　[ISBN978-4-260-02015-2]

本書の特徴

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇しうる全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示

■第7版新収載
「帰してはならない患者・帰してもよい患者」
（症候編各項目に掲載）

CONTENTS

I 症候編
全身的にみられる症候
脳神経・精神系の症候
頭部・顔面の症候
頸部・肩・胸部の症候
四肢・関節系の症候
胸部・心臓系の症候
胸部・呼吸器系の症候
腹部・消化器系の症候
腎・泌尿器系の症候
産科・婦人科の症候

II 疾患編
救急疾患
神経・筋疾患
消化器疾患
循環器疾患
呼吸器疾患
腎疾患
血液・造血器疾患
内分泌疾患
代謝性疾患
アレルギー疾患
膠原病・免疫疾患
感染性疾患
寄生動物疾患
中毒性疾患
精神疾患
運動器疾患
皮膚疾患
眼疾患
耳鼻咽喉疾患
泌尿器・男性性器疾患
妊産婦・女性性器疾患
新生児疾患
小児疾患
外来の小外科的疾患

「早い，うまい，安い」から「安い，早い，うまい」へ

山口 俊晴
公益財団法人がん研究会有明病院　病院長

牛丼屋さんで注文すると，あっという間に牛丼は目の前に登場します。食べると，その満足感は期待を裏切りません。そして勘定のときにはその安さに驚きます。「早い，うまい，安い」というキャッチフレーズは，牛丼屋に限らず，多くの事業に共通した要点を示したものといえましょう。2005年に有明に新病院を建設して移転したとき，臓器別Cancer Boardを中心としたチーム医療を推進することになりました。そのときに消化器センターのキャッチフレーズとしたのが，この「早い，うまい，安い（安全）」でした。患者さんが受診したら，1週間以内に診断を確定し，2週間以内に治療を開始する，しかも最高の技術で安全に，という意味が込められています。

その後10年経過しましたが，診療科間の壁を取り除くことで，1週間以内に診断し，2週間以内に治療に取り掛かるという目標は，消化器センターでは達成することができました。しかし，2000年以降，患者さんは高齢化してそのリスクも極めて高くなってきました。また，薬物治療の進展，低侵襲治療の導入など，治療も高度化，複雑化してきました。このような新しい状況のもとで癌診療を安全に行うためには，優れた全身管理体制と，適切な安全管理体制の構築が必須です。つまり，癌専門病院がその専門性だけでもてはやされた時代は終わりつつあり，安全にかかわる体制を確立できない癌専門病院は存在し得ないのではないかと感じております。

昨年は，医療安全管理の模範となるべき特定機能病院での，安全管理上の不祥事が続きました。今求められているのは，何より安全で安心できる医療です。キャッチフレーズの順番を「早い，うまい，安い」から「安い，早い，うまい」に変えるべき時が来たと思っております。ちなみに，牛丼屋さんのホームページを見ると，すでに食材の安全性が強調されておりました。

健康と幸せのための４つの因子

前野 隆司
慶應義塾大学大学院システムデザイン・マネジメント研究科　教授

年初にふさわしく，幸せについてのお話をしたいと思います。英語にwell-beingという単語があります。英和辞典を引くと，健康とも幸福とも訳されています。直訳すると，良い状態であること。健康とは，身体的，精神的，社会的に良い状態にあることであり，幸福とは精神的に良い状態であること，つまり，幸福は健康の一部ということになります。実際，「Happy people live longer」という題名の有名な論文に書かれている通り，幸せな人は長寿であることが知られていますし，アンケート調査で求めた主観的幸福は身体的な健康と高い相関を示すことも知られています。よって，幸せな心の状態を維持することは，予防医学的にも精神医学的にも極めて重要というべきでしょう。

私が行ってきた研究のひとつに，主観的幸福の心的要因の因子分析研究があります。それによると，幸せの4つの因子とは，①やってみよう因子（自己実現と成長），②ありがとう因子（つながりと感謝），③なんとかなる因子（前向きと楽観），④あなたらしく因子（独立とマイペース）です。つまり，幸せな人（＝健康な人）とは，①夢や目標を持ち自分のやりたいことを生き生きとやっていて，②多様な友人がいて，つながりに感謝し，社会に貢献していて，③前向きで楽観的に過ごしていて，④人の目を気にし過ぎず自分らしく生活している人といえそうです。幸せな人とは，4つの因子を併せ持っている人です。しかも，4つの因子のどれかを高めると他も高まり幸せになっていくようなのです。

そこで，私は，幸せ度を高めるハッピーワークショップという活動を行っています。①夢や目標および②感謝していることを書き出して皆とシェアしよう，③前向き・楽観的になれないことや④自分らしくできていないことを書き出して，これからは前向き・楽観的に自分らしくやると宣言してみよう，というグループワークです。これらを行うと幸福度が上昇します。みなさんも，幸福度を高め，健康な1年をお過ごしください。

活力ある超高齢社会をめざして——高齢者の定義を再考する

大内 尉義
国家公務員共済組合連合会虎の門病院　病院長／日本老年医学会前理事長

現在，多くの国で高齢者は65歳以上と定義しているが，これには生物学的，医学的な根拠はまったくない。一説によると，かのプロイセンの鉄血宰相ビスマルクが，まだ平均寿命があまり長くなかった時代に，年金の受給年齢を65歳にしておけば国家財政に大きな負担にならないだろうとしたことが由来だという。やはり65歳以上を高齢者とするわが国においては，近年，個人差はあるものの，65―75歳の前期高齢者は若くみえる人が多く，この年代を本当に「高齢者」と呼んでいいのかどうか迷うことが多い。実際，内閣府の最近の調査でも，何歳以上を高齢者とするかという問いに，70歳以上あるいは75歳以上と答えた人が最も多く，80歳以上という回答がこれに次いでおり，65歳以上という回答は5%程度と低かった。

このようなことを背景に，日本老年医学会では，高齢者の定義を再検討している。いろいろなコホートでの追跡調査のデータを調べると，歩行速度，握力などの運動機能，活動能力指標でみた生活機能，疾病の受療率や死亡率，知的機能，残存歯数に代表される咀嚼能力など，多くの身体機能が以前に比べて5―10歳若返っていることが示されており，人々の実感に合致していると思われる。2015年度中に報告書をまとめ，その内容を公表する予定であるが，実は，この検討の真の目的は高齢者の定義を何歳と決めることではなく，高齢者が社会参加できる仕組みをつくり，活力ある超高齢社会を実現する重要性を再度提起することである。

2015年6月開催の日本老年医学会学術集会の折，日本老年学会と日本老年医学会が合同で以下のような声明を発表した。「最新の科学データでは，高齢者の身体機能や知的能力は年々若返る傾向にあり，現在の高齢者は10―20年前に比べて5―10歳は若返っていると想定される。個人差はあるものの，高齢者には十分，社会活動を営む能力がある人もおり，このような人々が就労やボランティア活動など社会参加できる社会をつくることが，今後の超高齢社会を活力あるものにするために大切である」。

世界に先駆けて超高齢社会に突入したわが国にとって，明るくプロダクティブな社会の実現は国民全員の願いである。われわれの検討がそのために役立ち，健康長寿社会の構築のための道筋の一つを世界に向けて発信できればと思っている。

海外からの感染症の流入を防ぐ——国際保健規則に則った戦略を

谷口 清州
国立病院機構三重病院　臨床研究部長

2015年5月，韓国で一人の輸入例からはじまった中東呼吸器症候群（Middle East Respiratory Syndrome；MERS）の流行は瞬く間に拡大し，日本にも入ってくるのではないかと危惧された。03年に中国の広東省に端を発し世界を席巻した重症急性呼吸器症候群（Severe Acute Respiratory Syndrome；SARS）は，当時は日本では報告されなかったが，日本に入っていなかったわけではなく，単にSuper-spreading eventが発生しなかったので認識されなかっただけであろうというのが世界の共通認識であった。

言うまでもなく，現在のグローバル化した世界では題名にあるような海外からの感染症の流入を防ぐことは事実上不可能である。国際的な健康危機管理の枠組みである国際保健規則（International Health Regulations；IHR）では，感染症の国際伝播を防止する戦略として発生地での早期探知と早期封じ込めが最も重要だとしている。各国が自国内で発生したものを早期に探知して対応すれば，国際的伝播は発生しないというわけである。すなわち，日本への流入を防ぐという視点ではなく，国際社会の一員として，発生地や日本において国際的な感染伝播を防止するという視点から考えていかないと解決にはならない。

Global villageの一員として，発生地となった海外の地域での対策支援を積極的に行うことは上述の戦略上も重要であり，現在もJICA国際緊急援助隊に感染症対策チームを設置するなどの動きが見られる。一方，万が一日本に入ったものは早期に探知し封じ込めて他国への感染拡大を許さないことも要求される。他国を支援している間に日本で広がっては本末転倒である。前述のIHRでは，アウトブレイクの早期探知の手法としてEvent-based surveillance（EBS）とリスクアセスメントを，重症例の早期探知としてSARI（Severe Acute Respiratory Infections）サーベイランスを推奨し，世界各国はこれらを基本として体制整備を行っている。

国際的な支援も大切であるが，現状は灯台下暗しである。残念ながら国内ではIHRの勧告に応じた体制はいまだ整備できていないのである。2020年には東京オリンピックもあるが，海外からの渡航者が増加すれば当然国内での感染症アウトブレイクのリスクも増大する。日本において国際伝播を防止しないといけないのである。新春を迎えて，外だけを見ているのではなく，もう少し国内での危機意識を持って，日本に入ったものを早期に探知し封じ込めることのできる体制を整備していかねばならないのである。

●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
なお，ご注文は最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）にて承っております。

近未来の予想図を描く

柳橋 礼子
聖路加国際病院 副院長・看護部長

1990年以降，全国の看護系大学は急激に増加し，2014年度には234校と報告されている。1991年度は11校であったことを考えると，看護学は学問として認知され，看護教育は発展の一途をたどっていると言える。厚労省の「衛生行政報告例」によると就業看護師数は約108万7000人となり過去最高を記録した。現在進行中の医療制度改革では，社会の人々からの看護への期待はさらに高まり，多くの女性が選択する「魅力的な専門職」としても期待を寄せられている。看護系大学の急増は，大学の学生獲得のための戦略だけでなく，社会から広く評価されている結果と思いたいところである。

私の勤務する聖路加国際病院は海外の看護職者や教育者の訪問が多い。米国からは，上質な看護ケアを提供する専門看護師（CNS）や，博士課程を修了したDNP（Doctor of Nursing Practice）が来校し，高度実践看護師の教育プログラムについての講演会や病院見学の際に情報交換をする機会もある。米国では博士後期課程でのDNPプログラムが開発されており，医療の高度化が進む中，看護実践能力を引き上げることが求められている。

また，アジアの国々の看護管理者グループの見学を受けることも多く，看護師の評価制度と報酬制度について情報交換を求められる。中国の多くの病院では，実施できる医療行為を基に病院幹部が看護師を評価し，等級付けするという。上級と位置付けられると報酬にも反映されるとのことだ。日本ではどのような評価制度を用いているのかが，重要な関心事のようであった。

各国の医療政策，医療経済の状況が，看護師の実践能力評価の構成要素にも影響を与えている。日本では特定行為研修を実施する研修機関の申請が開始された。また病床機能分化が進められることにより，さらに専門分化された看護実践能力が重視されていくであろう。団塊の世代が後期高齢者に達する2025年以降は，日本の人口はさらに減少していく予測である。30年後の2046年はどのような社会になり，どのような看護サービスが求められているだろうか。30年後の近未来の予想図を描けるかが，その鍵を握っている。

人間愛による人間看護——看護の原点

山田 里津
一般社団法人日本看護学校協議会 名誉会長／医療法人鳳生会 理事

2015年5月12日，私はフローレンス・ナイチンゲール記章授与という至上の栄光に浴しました。ただ感動の極みであり，わが人生の誇りと厚く御礼を申し上げます。

私の人生を振り返ると，少女時代から青春時代を戦時下で過ごし，終戦の1945年に学業を終え日本赤十字社の看護師となり，GHQの指令により三重県庁の教育民生部看護係に就任，GHQ東海北陸軍政部と兼務することになった。まず取り組んだことは，民主国家としての医療制度改革であった。当時の医療の現場は，ともすれば弱者・強者の関係に陥りやすく，患者中心の，人間性を重視した医療の実現が急務であった。そして医師の助手的存在から，患者の側に立つ真の看護の在り方を求めた施策が要請された。家族の付添看護は廃止，全面的に看護師がかかわる看護体制は社会の高い評価を受けた。看護師も専門職として確立するとともに，看護師自身もその自覚を持つこととなり，大きな発展がもたらされた。医師，歯科医師，薬剤師と同格の国家資格の法制化から出発した看護のルネサンスである。

旧厚生省看護課で看護師係長の任に就き，保助看法諸規則にかかわる全ての根本的改正に取り組むこととなった私は，「病気の看護」ではなく「病気を持つ人間の看護」を人間看護学として構築すべく，カリキュラムの改正に取り組んだ。

1963年，厚生大臣の諮問機関である医療制度調査会の答申では医療概念の拡大が述べられ，看護業務の明確化の必要性が強調された。1967年に指定規則の改正，公布に至った（3年課程）。次いで保健師助産師課程のカリキュラムも改正となったのである。この答申では，日本の医療が病気中心で人間を見ていないことが指摘された。「患者中心の医療」を問うことになった出発点と言ってよいだろう。この作業を行政官としてやり遂げた充実感を私は忘れない。

戦後70年にして日本の看護は世界に誇れる発展を遂げたが，課題は山積している。しかし人生は，しっかりとした目的があってこそ充実させることができるし，前進もできる。在宅医療が推進される中では，看護の役割はますます拡大し，高い質が要求されるようになるであろう。そして，中心的存在として責任を果たすことになると期待される。

私は，机上の空論でなく，実際の現場で新しい看護学教育をすることを志し，三井記念病院高等看護学院の創設にも当たった。日本初の看護師の学校長として，自ら壁を破り志高く勇気をもって就任した。以来40年，看護師の養成に携わった。素晴らしい学生が育ってくれた幸いを大切にしている。

「いのちを育む学問が看護学である」。私の哲学であるが，「いかに育むか」が私の永遠の課題でもある。

世界で一番美しいものは，全てのものに愛情を持つこと

世界で一番楽しく立派なことは，一生涯貫く仕事を持つこと

世界で一番尊いことは，人のいのちに奉仕する無償の愛である

以上3つを備える職業こそ，看護師であると私は確信する。人間は時間の中に生きている存在である。時間の概念は人間のみに通用する固有のものであり，不安や悩み，苦しみこそが創造の母体となる。生きる糧なのである。だからこそ生きる目的や楽しみが存在すると，私はいつも考えている。

フローレンス・ナイチンゲール記章は静かに重く私をみつめる。

漱石没後百年

高橋 正雄
筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻 教授

今年，すなわち2016（平成28）年は，夏目漱石の没後百年の年である。漱石は，今から100年前の1916（大正5）年12月9日，胃潰瘍の大出血により満49歳で亡くなったのである。

漱石は，晩年の書簡で，「私は多病でいつ死ぬかわからない人間です」（1914年11月8日笹川種郎宛），「私は始終からだ悪くて困ります。まあ病気をしに生れに来たような気がします」（1916年5月6日鬼村元成宛）と語っているように，その50年に満たない人生で，神経衰弱をはじめ，トラコーマや胃潰瘍，痔や糖尿病など，さまざまな病いに悩まされたが，漱石の作品には，彼が自らの病いをどのように受け止め，どう対処したかが，さまざまな形で描かれている。それは，われわれが，漱石の人生や作品を通じて，当事者が何を考え，自らの病いにどのように立ち向かい，周囲にはどのような対応を望んでいるのかという，いわば患者の側から見た病いというものを知り得ることを，意味している。漱石の人生と作品は，患者が病いに一方的に支配・圧倒されるだけの存在ではなく，本人なりにさまざまな対応・工夫をしながら成長し得る存在であることを，教えてくれているのである。

また，漱石の作品には，体格と性格の相関や心身相関にかかわる記述の他，精神療法的な態度や天才と精神障害の関係に関する病跡学的な認識など，同時代の精神科医を凌ぐ先駆的な洞察が含まれている。漱石の神経衰弱については数多くの研究がなされてきたが，漱石には優れた精神医学者・精神療法家・病跡学者としての側面をみることもできるのである。そしてそれは，「良き患者は良き治療者たり得る」ことや，「優れた患者は優れた病跡学者たり得る」ことを示唆している。漱石は自らの身をもって，いわゆる精神障害者が持つ可能性を示した人物なのである。

その意味では，漱石は，さまざまな差別や偏見に悩まされながらも，懸命にそれぞれの人生を生きている精神障害者に，生きる勇気と希望を与えてくれる存在でもある。特に，その創作を通じてどうすれば神経衰弱者を癒やし得るのかを考え，精神障害者に対する理解と共感という点では世界に冠たる作品を残した漱石の姿を見ていると，漱石の没後百年に際して，当事者が自分と似たような病いを抱えた人物の研究をするピア病跡学の可能性や病跡学療法というものの有効性を，あらためて考えてみたくなるのである。

摂食嚥下障害者の経口摂取への移行と維持を支える評価と技術を包括的に解説！

口から食べる幸せをサポートする包括的スキル

KTバランスチャートの活用と支援

編集 小山珠美

臨床実践から生まれた「KT（口から食べる）バランスチャート」での包括的な評価をもとに，摂食嚥下障害者がなるべく早期に口から食べる幸せを取り戻すための支援技術をわかりやすく解説。13項目から成る「KTバランスチャート」は，簡便かつ実践的で，患者の持つ強みを活かしつつ弱い部分のステップアップをはかるためのツールとなる。経口摂取への移行だけでなく，経口摂取維持に向けた継続的な評価としても活用できる。

●B5　頁176　2015年　定価:本体2,800円＋税
[ISBN978-4-260-02384-9]

医学書院

明けましておめでとうございます
本年もどうぞよろしくお願い申し上げます

2016年新春

代表取締役社長	金原　優
取締役副社長	金原　俊
常務取締役	早坂　和晃
常務取締役	堀口　一明
常務取締役	青戸　竜也
常務取締役	天野　徳久
監査役	鈴木美香子

医学書院

社員一同

医師の自己犠牲がなくとも「良い医療」が成り立つ社会を

藤巻 高光
埼玉医科大学医学部脳神経外科 教授／働く女性医師の夫の会 主宰

「君はまだ脳外科医として何もできないのだから，患者さんのそばにずっといなさい」。35年前，卒後すぐに配属された病院の部長に言われました。洗濯や食事（や飲み会）以外は半年間ずっと病棟に泊まり込みました。次の半年は大学病院の狭い研修医室に3人で泊まり込みました。患者さんは弱い存在なのだから，医師は全てを犠牲にして当たり前と思っていました。1年目の医師でも，病棟にいることでいち早く急変に対応できるのだと。実際それで救えた命もありました。

先日，後期研修先に迷っているある研修医と話をしました。「心臓外科は興味があるけれどそこまで人生をささげられる自信はない」。若い医師の考え方は変化しています。医師の自己犠牲で成り立つ「良い医療」はもはや時代遅れです。年に365日×24時間働く医師に家庭生活はなく，子育てもできません。医師が普通に生活して良い医療ができる，そんな社会の仕組みをつくらなくてはいけないと思っています。

「働く女性医師の夫の会」なるものをWeb上で名乗って今年で20年目になります。女性医師支援活動を行う妻とともに男女共同参画を考えてきました。この間に院内保育所，短時間正規雇用，就労・復職支援など，女性医師の働く制度や環境は随分整備されました。しかし最も重要なのは医師自身の，さらには社会全体の考え方だと思います。部長や教授として活躍する女性医師はまだ少数です。医師夫婦の保育園のお迎えはお父さん？　お母さん？　末期患者さんの急変時の対応が当直医のみでは不満なご家族はいないでしょうか？　医師は滅私奉公が当たり前という意識が医療の在り方に影響していないでしょうか？

「脳外科医として少しは何かできる」。今も気持ちは患者さんにずっと寄り添っています。しかし，社会は少しずつ動いています。まだ道半ばですが，個人としての医師が自己を犠牲にせずに良い医療ができる社会をめざして進んでいきたいと思っています。

ドローンが変える救急・災害医療の現場

小澤 貴裕
国際医療福祉専門学校 専任教員・救急救命士

2015年4月，小型無人航空機Drone（以下，ドローン）は首相官邸への落下事件により一躍有名となりました。以前から救急・災害医療におけるドローン活用を研究していた私は，事件の影響でドローンの活用が先細ってしまうのではないかと落胆しました。しかし予想とは逆に，多くの方がドローンの存在を知ったことで，その有用性も認識されるようになりました。現在はドローンによる救急・災害医療現場の「迅速な状況把握」と「医療機材や薬剤の搬送」に取り組んでいます。

従来のプレホスピタルケアにおいては，119番をもらってから現場に到着するまでの間は現場の状況がわかりませんでした。どのような編成で救急救命士らを出動させるかは，通報で得た情報から判断しており，予想より規模が大きかった場合には先着隊の状況評価に基づいて応援隊を要請する必要がありました。近年ではICT化が進み，ウェアラブルカメラを装着した先発隊が現場の様子をリアルタイムで消防指令室に送信したり，ドクターヘリの医師がカメラを装着し，現場の様子をヘリ運搬元の病院と共有できたりするようになっています。そこからさらに一歩進み，119番通報が入り次第，ドローンを現場に飛ばすようにしたいと私は考えています。ドローンは無人ですぐに出発でき，道路の渋滞などの影響もなく，時速約60 kmの直線飛行で到着できます。ドローンに付けたカメラを通して，事故現場の俯瞰映像を消防指令室に配信できれば，状況把握までの時間が大幅に短縮できます。さらに，救急車が到着するまでの間に，現場に居合わせた人（バイスタンダー）と医師や指令室員がカメラを通してお互いの顔を見て応急処置の指示をすることも計画しています。

特に心肺停止状態の場合，蘇生処置開始までの時間が生命を左右します。ドローンによるAED搬送を併せてできるようになれば，多くの命が救えるのではないかと考えています。

一方，ドローンによる医療機材や薬剤の搬送には課題もあります。それは，飛行可能距離と搬送重量に限りがあることです。現在，長距離・長時間運用可能な有翼型垂直離着陸機を現場に投入する準備を進めるとともに，距離に応じた機体編成を3種類用意し，クラウド技術でコントロールする実験をしています。また，現場で使用する現在のドローンの操作には経験とコツも必要なため，関連校3校で9機を配備して希望する学生に訓練をさせています。

救急・災害医療の最前線での情報戦に革命をもたらすと期待される医療用ドローン。2015年の救急の日には，より高度な災害・救急用途にすべく，ドローン・IoT（Internet of Things）・クラウドの連携による自動無人航空支援システムの研究・開発をめざした，各分野の有識者との合同プロジェクト「Project Hecatoncheir」が発足しました。2年以内の実用化をめざした研究が今，進んでいます。

食から人を支える

大谷 幸子
淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院／
淀川キリスト教病院 栄養管理課課長

「食べへん，見るだけでええねん」。そうつぶやき，窓の外に目をやり遠くを眺めたのは，私の職場，淀川キリスト教病院ホスピス・こどもホスピス病院の入院患者さんでした。当院では毎週患者さんのあらゆるリクエストに応える食事を提供しています。私はここで患者さんの希望を聞き取りに行く管理栄養士です。

終末期の患者さんたちのリクエストを聞きに行くと，食事シーンにつながるさまざまな物語と出会います。その限りある時間の中でよみがえる物語は，たいていが“幸福感”へとギュッと凝縮されるように感じます。この方の問わず語りも，子どものころ，仕事に出る母親が作り置いてくれた夕飯のお弁当の話で，よく入っていた牛カツ，牛しぐれ煮，卵焼き，ウインナーなどの食事を希望されたのです。しかし，その患者さんには強い牛肉アレルギーがあり，戸惑う私を見て冒頭の言葉となったのでした。アレルギーが発症するずっと前のことだと。

およそ，人も動物も栄養摂取なしでは生きられず，食事はその最たる供給源です。しかし，終末期のほとんどの方は食欲が低下し，思うようには食べられません。そのような患者さんが希望する食事は，身体よりもむしろ心の栄養源となり，過ぎ来し日の幸せを反すうする元になるのだろうと思います。故に，患者さんがイメージする食にどこまで近付けるか，提供する側の力量が問われ，詳細な情報を求めて管理栄養士のキャリアを全て注ぎ込むところです。

静かに語り始めた患者さんも，話すほどにかつての子どものような屈託のない笑みがこぼれ，その表情に胸を打たれます。この瞬間にこそ，私は，食を通したスピリチュアルケアを確信し，そこにかかわる喜びを感じます。日頃より「食から人を支えたい」という思いを持っていますが，実のところ，私自身が「患者さんから支えられている」のかもしれません。

新たな年を迎え，今年もまた患者さんとさまざまな物語に出会えるようにと願っています。

“開かれた対話”が、なぜ驚くほどの効果を上げるのか!?

オープンダイアローグとは何か

著+訳　斎藤　環

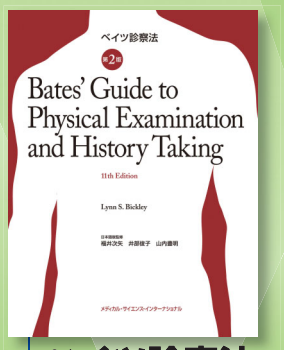
依頼があったら「24時間以内」に精神科の「専門家チーム」が出向く。そこで患者・家族・関係者をまじえて、状態が改善するまで、ただ「対話」をする――フィンランド発のシンプルきわまりないこの手法に、なぜ世界が注目するのか?
オープンダイアローグの第一人者セイックラ氏の論文と、斎藤環氏の熱情溢れる懇切丁寧な解説が融合。生き生きとした事例、具体的なノウハウ、噛み砕いた理論紹介で、オープンダイアローグの全貌がわかる!

●A5　頁208　2015年　定価：本体1,800円＋税　[ISBN978-4-260-02403-7]

医学書院

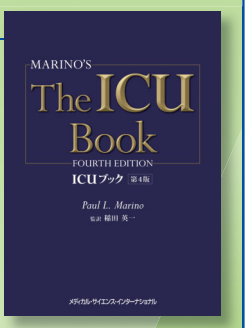
基盤をつくる!

レジデントの“不動のバイブル”



ベイツ診察法 第2版
Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 11th Edition
日本語版監修
福井次矢・井部俊子・山内豊明
定価：本体9,000円+税

ICUブック 第4版
MARINO'S The ICU Book, 4th Edition
監訳　稲田英一
定価：本体11,000円＋税



ワシントンマニュアル 第13版
The Washington Manual™ of Medical Therapeutics, 34th Edition
監訳
髙久史麿・和田 攻
定価：本体8,400円+税

ジェネラリストのための“強化書”

INTENSIVIST
1・4・7・10月発行（年4回）
1部定価：本体4,600円＋税

Hospitalist
3・6・9・12月発行（年4回）
1部定価：本体4,600円＋税

MEDSi　メディカル・サイエンス・インターナショナル　113-0033 東京都文京区本郷 1-28-36　TEL 03-5804-6051　FAX 03-5804-6055　http://www.medsi.co.jp　E-mail info@medsi.co.jp

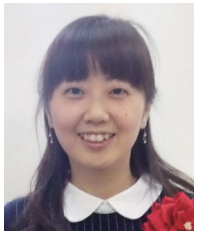
「全国医療的ケア児者支援協議会」の発足

駒崎 弘樹
全国医療的ケア児者支援協議会 役員／
認定NPO法人フローレンス 代表理事

保育園での障害児の受け入れは，日本でも進みつつあります。しかし，障害が軽度であれば預かれる保育園でも，医療的ケアが必要な子ども（以下，医ケア児）となると難しいのが現状です。それは医療的ケアに対応できるスタッフ（主に看護師）の不足により安全性を確保できないからです。一方で，医ケア児や重い障害のある子どもを預かることが可能な障害福祉サービスとして，療育を目的とした「児童発達支援事業」が挙げられます。しかし，母子分離で通所できる児童発達支援事業所は数が少ない上に，その多くが毎日利用できるわけではなく，利用時間も1―5時間程度と限られています。つまり，医ケア児を長時間・柔軟に預かることのできる施設は，今の日本ではほぼゼロに等しいのです。

障害児保育にまつわる問題はこれだけではありません。新生児医療の発達により，都市部を中心に新生児集中治療室（NICU）が増設され，超低出生体重児や先天的な疾病を持つ子どもなど，以前なら出産直後に亡くなっていたケースでも助かることが多くなってきました。その結果医療的ケアを必要とする子どもの数は増加傾向にあります。

障害があってもなくても，全ての子どもたちが，生き生きと過ごす場所があり，その家族が笑顔で子育てができる，そのような社会をめざし，私たちは，「全国医療的ケア児者支援協議会」（http://iryou-care.jp/）を発足しました。現在，医ケア児の支援に熱心に取り組まれている議員や関連省庁の方がメンバーを連ねる「永田町こども未来会議」に当協議会も参加し，協議会に寄せられる声を政治や行政にじかに届け，具体的な政策提言を行っています。今後の予定としては，関係団体と協力し，医ケア児を取り巻く環境について多くの方に伝え，さらには，医ケア児を支える人材を輩出する研修を開催していきたいと考えています。



私が現場に戻ったなら

和田 美紀
アイザックス症候群りんごの会 代表／看護師

10年ほど前，私は病院勤務の看護師でした。今はアイザックス症候群という希少難病の患者です。アイザックス症候群は末梢神経の異常により，筋の痙攣・硬直・痛みなどが生じる疾患で，根本的な原因は明らかでありません。難病患者となったことで身をもって知ったのは，「患者の弱さ」の部分でした。身体的・精神的なダメージはもちろん，じわりとのしかかる経済的ダメージもあります。あらゆる重みによって患者の力は減退し，あっという間に八方塞がりになってしまうのです。

そんな日々を送る中，2015年7月，ついにアイザックス症候群は「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づく「指定難病」に追加されました。「発信していかなければ，皆にわかってもらえない。患者も強くならなくては！」。そんな思いに駆られ，多くの方の協力を得ながら行った私たちの活動は実を結びました。強くなれば何かを変えられる。願いはきっと叶う。私にとって印象深い経験となっています。

今，私が描くもう一つの大きな願い。それは現場復帰です！　白衣を着て，本当の意味で患者の気持ちに寄り添える看護師として働きたいのです。患者生活を過ごす中では，「自分はどんな看護師だったか」を振り返ることがあります。それで反省したのが，なにげなく使っていた「お変わりないですか？」という声掛け。このフレーズは，看護師にとって都合がいいものだったと気付きました。患者側はどれぐらいの変化が，“伝えるべき変化”なのかがわからない。多忙そうな看護師相手には，よほど大きな異常がない限りは「変わりありません」と答えてしまいます。患者側も常に気を遣っているものなのです。パソコンばかりに目を向け，忙しい雰囲気を漂わせ，「話しかけないで」オーラを発している……入院中は，患者視点では看護師がそのように映ることもありました。さらに気付いたのは，院内において「それほど重症ではない患者」への看護が，手薄になっていたかもしれないということです。重症者だけが患者ではありません。何かが起こる前に察知することも看護師に求められることではないのでしょうか。患者さんは待っています。全ての患者に平等に，手を差し伸べてください。声を掛けてみてください。

私が現場に戻ったなら。この気付きを生かして，弱い立場に置かれた患者さんに寄り添い，支え，守れる看護師をめざしたい。それが今の願いです。

栗拾いから地域ケア

飯田 大輔
社会福祉法人福祉楽団 常務理事／介護福祉士

晩秋，私が勤める特別養護老人ホーム「杜の家くりもと」の電話が鳴った。近所に住む沢井さん（85歳）というおじいさんからで「明日，栗拾いを手伝ってくれ」と言う。「杜の家くりもと」は成田空港にほど近い農村にある。介護男子のキュウちゃんと，相談員のアキコさんが指定の場所に車を走らせる。着くと，軽トラックの荷台に軍手や籠が用意してあった。「さぁ拾え」と早速仕事に取りかかり，やがて籠は栗でいっぱいになった。

杜の家では，「5」の付く日に，「ごはんの日」という食事会をやっている。引きこもりがちな地域の人を呼んで，みんなでご飯を食べる。送迎付きで，無料でご飯を振る舞うものだから，はじめは「布団でも買わされるのではないか」と怪しむ人もいたが，今では常連さんもできて定着しつつある。

栗をたくさん拾ってきたので次の「ごはんの日」は，栗ごはんを炊こうということになった。沢井さんも誘ったが入院してしまったので，みんなで沢井さんを案じながら，ご飯の席で四方山話に花が咲く。すると，一人のお年寄りが「沢井のじいさんは，あすこで栗の山を持っていたか？　あれは伊藤さんの山じゃなかったか？」とポツリ。キュウちゃんもアキコさんも「えーっ」とびっくりした後，みんなで笑った。

日本の国土のうち70％は森林で，12％が農地である。8割以上を占める山と田畑が荒廃してきていることが地域の問題として顕在しつつある。山や畑，さらには屋敷の周りに手を入れ，整えておくことは地域に対する「あいさつ」のようなものだ。法的な所有権が誰にあるかによらず，地域での慣行や義務が存在し守られてきた。沢井さんとのかかわりは福祉施設の職員がそうした「地域」を体感し，人と自然を一緒にケアしたとも考えられる。

地域包括ケアという言葉を聞くようになって久しいが，その概念はいまだに誰かが誰かをケアするという“一対一”の関係性から脱しきれていないように思う。地域を俯瞰した目，地理的な視点が重要になってくる。沢井さんは，「地域」が崩れかけ，山が荒れていくことが気掛かりだったのかも知れない。そういう「個人」と，森林や農地という「自然」を，新しい形でつなげていく役割がこれからのNPOや社会福祉法人には期待される。そうした取組みが安心して生活できる地域をつくっていくことになるだろう。

命ひとつ。——その先に，あるもの

國森 康弘
写真家／ジャーナリスト

爆発や銃撃に巻き込まれて，あるいは栄養失調に追い込まれて亡くなっていく子どもたちの姿を，イラクやソマリア，スーダンなど訪れた国々で目の当たりにしました。戦争や貧困は，人が起こすもの。その人災がなければ，この子たちはもっと生きることができて，その多くが将来結婚し，子を授かることもできたでしょう。未来につないでいけたはずの命のバトンリレーがブチリと，断ち切られる冷たい現場の数々でした。そんな冷たい死をどうすればなくすことができるのかを考えながら報道を重ねてきました。

——あたたかい死というものは，あるのだろうか。滋賀県東近江市の永源寺地域の民家。息が止まりそうなおばあさんに向かって，娘さんが手を握り，言います。「ありがとう……，もう……ええよ」。その言葉を聞いて，安心するかのように，おばあさんは完全に息を引き取りました。その目からは，涙がこぼれています。娘さんも，ぽろぽろりと粒を落としながら，おばあさんにほほ笑みました。「これで，ええんやね」。孫やひ孫もおばあさんに触れました。別れの悲しみ，寂しさの中に，充足感，もっといえば生命力までをも感じました。

命を全うする，あたたかさ——。私たちは，これを知り，これをめざすのではないでしょうか。自分や家族ら身近な人たちだけではありません。イラクやシリアの子どもたちが，世界中の人たちが，授かった命をおのおの生き切り，寿命を全うできる世を，実現させるのではないでしょうか。

一人ひとりの命には必ず終わりがきます。90年，100年生きられる方もいれば，幼くして病で亡くなる子もいます。それでも，死の先には続きがあります。残る者が，亡き人の分も，大切にいのちを次につないでいく，という続きです。あたたかい看取りの先にみえる，「いのちのうみ」を写し込みたい。そう，願います。

日本初、小児緩和ケアの本誕生！ 小児にかかわるすべての医療者におすすめ！

小児緩和ケアガイド

日本初の小児緩和ケアガイド誕生！「緩和＝ターミナル」と思われがちだが、痛みや苦しさを取り除き、快適な療養生活をもたらす姿勢こそが本書の原点。小児専門病院の医師・看護師・薬剤師・臨床心理士・MSW・ホスピタルプレイ士が職種の壁を超えて執筆した本書は、小児の日常診療にいかせるエッセンスが満載。小児にかかわるすべての医療者におすすめの1冊。「フェイススケール/オピオイド力価換算表」のポケットカード付。

編集　大阪府立母子保健総合医療センター QOLサポートチーム

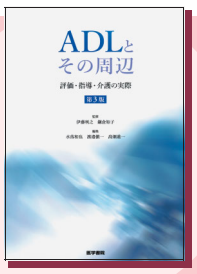
B5　頁152　2015年　定価：本体3,800円＋税　[ISBN978-4-260-02449-5]　医学書院

学生にも臨床家にも役立つ、ADLとその周辺をまとめた「基本の1冊」

ADLとその周辺 第3版 評価・指導・介護の実際

ADLの視点から疾患や障害を捉え、評価法や指導・介護の実際を系統的にまとめた定番の教科書。本書の軸ともいえる「指導・介護の実際」では、多くのイラストや写真を用いて初学者にも理解しやすい構成とし、また、昨今の社会状況を踏まえて目次立ての見直しも行った。リハビリテーションの世界に漕ぎ出していく学生はもちろん、経験を積んだ臨床家にも役立つ、ADLとその周辺を網羅した基本の1冊。

監修　伊藤利之　横浜市リハビリテーション事業団・顧問
鎌倉矩子　広島大学名誉教授
編集　水落和也　横浜市立大学附属病院准教授・リハビリテーション科部長
渡邉愼一　横浜市総合リハビリテーションセンター・地域リハビリテーション部研究開発担当部長
高畑進一　大阪府立大学大学院教授・作業療法学



B5　頁320　2015年　定価：本体6,000円＋税　[ISBN978-4-260-02204-0]　医学書院

Medical Library
書　評　・　新　刊　案　内

Dr.宮城×Dr.藤田 エキスパートに学ぶ 呼吸器診療のアートとサイエンス

宮城 征四郎，藤田 次郎●著

B5・頁288
定価：本体4,800円＋税　医学書院
ISBN978-4-260-02099-2

評者　石田 直
倉敷中央病院呼吸器内科主任部長

アートとサイエンスあふれる沖縄呼吸器内科ケースカンファレンス

臨床医学は，知識や文献的考察に基づくサイエンスの部分と，経験によるひらめき等のアートの部分を有しているが，両者をバランスよく融合した成書を見つけることは，なかなか困難である。そうした中で，本書に巡り合ったことは大変喜ばしいことであった。本書は，本邦における呼吸器病学の泰斗でおられる宮城征四郎先生と，現在の呼吸器内科のリーダーのお一人である琉球大の藤田次郎教授が中心となって開催されている，沖縄県臨床呼吸器同好会での症例検討会の内容をまとめたものである。ここでは，個々の症例が詳細に検討され，目の前で見ているような臨場感が醸し出されている。問診および身体所見を十分に吟味して鑑別を行っていくという宮城先生のスタイルが広く浸透してレベルの高いカンファレンスとなっており，ややもすれば検査所見と画像所見に引っ張られがちな自らの臨床姿勢を反省させられる。

症例検討における，宮城先生の的確なご発言はまさしく「天の声」であり，それぞれの症例に，藤田教授の卓越した解説と考察が付記されている。また，巻頭にある，宮城先生の「症例検討会におけるプレゼンテーションの順序と参加者の心得」（p. 1）および藤田教授の「呼吸器疾患における画像所見の解釈の仕方」（p. 11）の章は，もう一度基本的な理解を促すものであり，研修医からベテランのドクターまで，ぜひ一読していただきたい内容となっている。症例はいずれも，呼吸器内科医が日常的に遭遇する可能性のある疾患でありながら，大変興味深い検討対象である。

宮城先生のお人柄が伝わるご発言と藤田教授の見事な構成により，面白く読みやすい内容となっており，読み始めて一晩で読破してしまった。次は，自分がカンファレンスの参加者となった気持ちで，1例ずつ時間をかけて読み直したいと思っている。ぜひ，多くの先生方に本書を読んでいただいて，同じ気持ちになっていただくことを切に願うものである。

今日の小児治療指針　第16版

水口 雅，市橋 光，崎山 弘●総編集

A5・頁1032
定価：本体16,000円＋税　医学書院
ISBN978-4-260-02084-8

評者　黒木 春郎
外房こどもクリニック院長

本書により私たちは「専門性」という桎梏を超えることができる

人は常に社会的局所でのみ生活する。自分の身の回りとその仕事，誰もがそこからの視点で世界を見る。そしてそのことの限界から逃れきれない。医師であっても他の職業であっても同様である。臨床医を例にとれば，働く場所が診療所か集中治療室かで求められるものは異なる。そうすると，己の発想も思考もいつの間にか自分の環境に規定されてくる。開業医と勤務医の乖離はそこから生じる。

本書をそばに置くことで，そうした限界を常に意識できる。そして時には超えることも可能となる。小児科医に求められるものは何であろうか？　その専門性とは何であるのか？　小児科の臨床医であれば，自分の専門でない分野に対しても，小児に関連する全領域に少なくとも言及できる素養は必要である。本書はその要求に応えるものである。

例えば感冒の項目では，当然であるが抗菌薬使用は勧めていない。心肺蘇生に際してはPBLS, PALSを簡潔に紹介している。まさしく，プライマリ・ケアから救急現場まで網羅されている。夜尿症に関しても単一・非単一症候群という最新の分類に即して，デスモプレシンの使用に言及している。臍ヘルニアには圧迫法を紹介し，肛門周囲膿瘍には2種類の漢方薬を提示している。これらの疾患は以前ならば「経過を見れば治る」と言われていたものである。しかし，「経過を見る」という対応は患者さんの要望・悩みに応えるものではない。一方，本書の記載は実際の解決方法を明示したものであり，patient orientedと言える。細菌性髄膜炎の治療には肺炎球菌の耐性化を考慮してバンコマイシンを紹介し，梅毒の治療では米国の治療指針を示しながら日本での実情に即した代替薬使用を勧めるなど，実践的な記載である。「小児在宅医療」の項では，そのマナーから章立てが始まり，保険診療の実際から福祉との連携の具体例まで挙げられている。小児に使用する薬剤の適応外使用に関しては社会的問題の提議があり，巻末には，脳死判定・脳死下臓器提供も記載されている。およそあらゆる分野を網羅している。

かつてアレキシス・カレル（1873-1944）は，医学は病人を細分化してしまったと言った。そして細分化された領域の専門家が自分の専門分野のみに拘泥すれば，その分野の理解さえも不完全になると述べた。本書は小児科とその関連領域を多岐にわたり網羅している。707項目を668人の専門家が執筆している。1970年初版の第16版であり，伝統ある書物である。伝統の上にさらに現在の知見が蓄積されている。本書を座右に置き，その目次の項目を眺め，自分ならどう対応するか考え，それからその項目を読み進める。それは，単なる座学ではなくその項目の著者との対話となる。そのような作業により私たちは「専門性」という桎梏を超えることができるであろう。

プライマリ・ケアから三次医療まで，救急現場から在宅医療まで，本書は小児を診療する全ての医師が座右に置くべき書である。

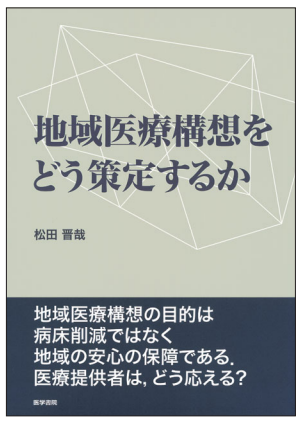
地域医療構想をどう策定するか

松田 晋哉●著

B5・頁120
定価：本体3,500円＋税　医学書院
ISBN978-4-260-02433-4

評者　伊関 友伸
城西大教授・経営学

地域の事情に応じた医療提供体制を創造するために



本書の著者は，厚労省の「地域医療構想策定ガイドライン」の基盤となるデータ整備で中心的な役割を果たしている産業医大教授の松田晋哉氏である。

松田氏は，地域医療構想の目的は病床削減ではなく，地域の実情に応じた医療提供体制を関係者間の合意に基づいて作ることであると指摘する。低成長下の少子超高齢社会における医療制度の改革は，国民を含む関係者全員に何らかの痛みをもたらすものにならざるを得ない。そもそも，現状維持では，なぜうまくいかないのか。地域の医療をめぐる課題をデータで客観的に把握し，それをどのような理念に基づいて解決するかについて合意形成を図ることが，改革を進めていくための前提条件になる。

その点で，松田氏は各構想区域において行われる調整会議に大きな期待を寄せる。医療者・保険関係者・行政関係者・住民が参加し，データを基に地域の医療の在り方について議論を行う調整会議は，単に機能別病床数の数値目標を掲げることではなく，質の高い医療を効率的に提供することが目的である。ただし，医療提供体制の見直しにおいては，現場の医療職の納得が重要である。医療職の専門性に敬意が払われなければ，働くインセンティブが低下し，医療の質も効率性も大幅に低下するためである。その一方，「責任化原則」に基づく，医学的な視点からの医療提供体制の適正化に向けた，医療提供者自身による継続的な改革の必要性を指摘する。

松田氏は，地域医療構想策定において優先度の高い課題は，回復期病床数（急性期から回復期への機能転換）と慢性期病床数（慢性期の患者を病床・介護施設・在宅にどのように配分するのか）の2点であるとする。各病院が地域からの期待に応えていくために何をしなければならないか。松田氏は，医療界に根強い「急性期＞回復期＞慢性期」という「医療の格」に関するヒエラルキー意識を改める必要があると指摘する。

さらに，住民に対しても「保険料率の増加も反対，医療介護にあてる消費増税も反対，しかしながら，より良い医療・介護サービスを受けたい」のは不可能であるとして，冷静な理解を求める。評者は，地域医療再生を研究テーマの一つとしており，訪問する地域では，住民の皆さんに地域医療の「当事者」であることを訴えている。きちんとした情報の提供と住民間の議論があると，住民は適切な意思決定を行うことが多い。住民が地域の医療を考える契機として地域医療構想の果たす役割は大きい。

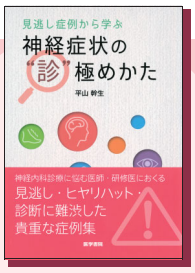
わが国の医療制度は正念場に直面している。問題を先送りすれば，医療制度の崩壊と混乱が起きるであろう。残された時間は少ない。地域医療構想が実効性を持つためにも，国民各層における議論を期待する。地域医療構想策定関係者だけでなく，医療にかかわる方々に本書の一読をお薦めする。

神経内科診療に悩む医師・研修医におくる貴重な「見逃し」症例集

見逃し症例から学ぶ
神経症状の“診”極めかた

大学病院や市民病院で神経内科診療に約40年に渡り携わってきた著者が，重大疾患の見逃し，ヒヤリハット，最終的な診断に難渋した約60症例を提示。外来でみられた神経症状から類推した初期診断から，入院後の経過を経て最終診断に至るプロセスを解説することで，神経内科の奥深さがわかる「“診”極めかた」を伝える1冊。神経内科専門医をめざす若手医師や研修医，またさまざまな症状に出合う総合診療医にも勧めたい。

平山幹生
春日井市総合保健医療センター事務局・参事



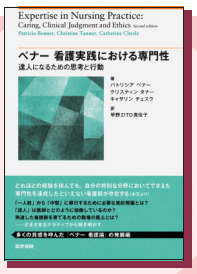
A5　頁284　2015年　定価：本体4,200円＋税　[ISBN978-4-260-02415-0]　医学書院

初心者・新人・一人前・中堅・達人は、臨床現場でどうふるまっているのか

ベナー　看護実践における専門性　達人になるための思考と行動

長年経験を重ねた看護師でも，実践でのスキルレベルはさまざまに異なる。看護師間には明確なスキルレベルの差があり，それが患者ケアに直接影響する。本書は，ベストセラー『ベナー看護論―初心者から達人へ』で明らかにされた看護師のスキル獲得の5段階について，新たな面を加えて解説。同じ事象への対応が各レベル間でどのように異なるのか，また何がそのような違いをもたらすか。さまざまな看護師のナラティブから紐解く。

著　パトリシア・ベナー
　　クリスティン・タナー
　　キャサリン・チェスラ
訳　早野ZITO 真佐子
医療福祉ジャーナリスト



A5　頁724　2015年　定価：本体5,600円＋税　[ISBN978-4-260-02087-9]　医学書院

セット購入で2冊がつながる!

毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

今日の治療指針 TODAY'S THERAPY 2016

私はこう治療している

監修　山口　徹／北原光夫　総編集　福井次矢／高木　誠／小室一成

2016年版の特長

- **「同種薬の特徴と使い分け」**を新設。降圧薬や糖尿病治療薬等、多くの同種薬につき、最適な薬剤の選択に有用。
- 電子版限定コンテンツとして、新たに**「エビデンス」**を追加。

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2192　2016年　定価：本体19,000円＋税［ISBN978-4-260-02392-4］
◉ポケット判（B6）　頁2192　2016年　定価：本体15,000円＋税［ISBN978-4-260-02393-1］

圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両者で提供

治療薬マニュアル2016

監修　高久史麿／矢崎義雄　編集　北原光夫／上野文昭／越前宏俊

ハンディサイズで「使用上の注意」をカバーした唯一の治療薬年鑑

- 収録薬剤数は約2,300成分・18,000品目。2015年に収載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を収載。
- 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・最新薬価情報は特設サイトで随時提供！ chimani.jp

◉B6　頁2752　2016年　定価：本体5,000円＋税［ISBN978-4-260-02407-5］

☑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」に掲載された薬剤の詳細情報を、
「治療薬マニュアル」電子版で瞬時に参照できます。

※電子版は、本書を購入された方が無料で利用できるサービスです。電子版単体のお申し込み・ご購入はできません。
※閲覧期限は2017年1月末までとなります。
※2016年1月からご覧いただけるデータは、両書籍とも2015年版のものです。2016年版のデータをご覧いただけるようになるのは、2016年4月の予定です。

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

〔広告取扱：㈱医学書院 PR 部広告担当　☎（03）3817-5696/FAX（03）3815-7850　E-mail：pr@igaku-shoin.co.jp〕