

2020年10月19日

第3392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

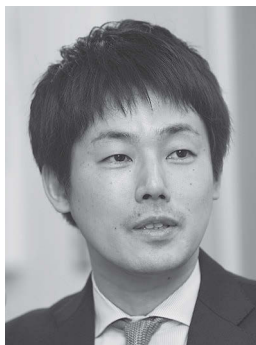
www.igaku-shoin.co.jp

今週の主な内容

- [座談会] がん医療に必要な臨床倫理(清水千佳子、田代志門、桜井なおみ)…… 1-2面
- [寄稿] 新型コロナウイルスワクチンの米国における現状と今後(紙谷聡)…… 3面
- [寄稿] がん領域におけるオンラインピアサポートの意義と今後の在り方(小杉和博)…… 4面
- [インタビュー] 患者の「心の準備」に合わせたACPを(森雅紀)…… 5面
- MEDICAL LIBRARY…… 6-7面

座談会

がん医療に必要な臨床倫理



田代 志門氏

東北大学大学院文学研究科
社会学専攻分野 准教授



清水 千佳子氏

国立国際医療研究センター病院
がん総合診療センター 副センター長



桜井 なおみ氏

がん・ソリューションズ
株式会社 代表取締役社長

●しみず・ちかこ氏

1996年東京医歯大医学部卒。国立がんセンター中央病院(当時)にて研修、米テキサス大 MD アンダーソンがんセンター留学を経て、2003年国立がん研究センター中央病院乳腺・腫瘍内科。17年国立国際医療研究センター乳腺・腫瘍内科診療科長。19年より同センターがん総合診療センター副センター長を兼務。監訳書に『がん医療の臨床倫理』(医学書院)。

●たしろ・しもん氏

2000年東北大学文学部卒。07年同大学院文学研究科博士後期課程修了。博士(文学)。日本学術振興会特別研究員、東大大学院医学系研究科特任助教、昭和大研究推進室講師、国立がん研究センター生命倫理部長を経て、19年より現職。専門は、医療社会学、生命倫理学。『みんなの研究倫理入門』(医学書院)が近日発行予定。

●さくらい・なおみ氏

1967年生まれ。大学で都市計画を学び、コンサルティング会社にて都市整備や環境学習、各種博覧会の企画などの業務に従事。37歳で乳がん罹患後、自らのがん経験や社会経験を生かし小児、AYA世代を含めたがん患者・家族の支援活動に取り組むがん・ソリューションズ株式会社を2009年に立ち上げ、現在に至る。一般社団法人 CSR プロジェクト代表理事、NPO 法人 HOPE プロジェクト理事長。

がん医療は近年さまざまな治療法や検査法の開発が進んだことで診療の選択肢が広がる一方、治療方針の決定に患者の参加が求められ、臨床倫理を問われる場面が増加している。新たに生まれた臨床倫理的な問題に対し、医療従事者はどのような感覚を磨いておくべきなのだろうか。

このほど、がん医療の世界の最先端に行く、米テキサス大 MD アンダーソンがんセンターのメンバーによって編まれた臨床倫理テキストの翻訳版『がん医療の臨床倫理』(医学書院)が上梓された。監訳を務めた国立国際医療研究センターの清水氏を中心に、臨床倫理の研究者の立場から田代氏、がん患者当事者の立場から桜井氏の3氏が、これからのがん医療における臨床倫理の在り方を議論した。

というパラダイムシフトが起きていたと考えられます。

清水 同じ頃にインターネットが普及し始め、診療ガイドラインも公表されるようになったと思います。医療情報へのアクセスが手軽になり、医療従事者と同じレベルの医療情報を患者自ら入手できる環境になりました。患者さんから見える医療の姿は大きく変容したはずで、

桜井 私は2004年に乳がんと診断されました。印象に残っているのは「これから難しい決断をしなければならぬ場面がたくさん出てきます。一緒に考えていきたいので、薄くてよいから乳がんの本を一冊読んでください」という主治医からの言葉です。告知された当時私は37歳で、単に治療を目的とした治療法の選択だけではなく、妊孕性や経済面などさまざまな問題も踏まえた判断を下さなければならず、頭を抱えたことを覚えています。ただ振り返ってみれば、今ほどはまだ選択肢が多くなかったと思います。今の患者さんは、より深く、より多くのことを、タイミングを逃さずに考えなくてはなりません。

清水 当時は大規模なRCTで有効性が示されれば全員がその治療法を選択していましたが、診療ガイドラインが策定されたことでがん医療の標準化が進展しました。一方で、医療事故訴訟を通して医師が防御的になったせい、いつしか診療ガイドラインの推奨

グレードに従った治療を行うことが目的化してしまい、患者との対話の乏しいがん医療が行われるようになっています。もともと診療ガイドラインは診療の道標を示す役割に加え、診療に迷いが生じた時の対話の材料を提供する役割を担うことをめざし策定されたはずで、しかし後者の役割は忘れ去られてしまったのです。

田代 診療ガイドラインの推奨レベルが高くない治療選択をすると罪悪感を抱く医師も出てきましたね。がん医療の標準化に診療ガイドラインが果たした役割は大きい一方で、医師が過度に予防線を張るようにもなりました。

桜井 本来の診療ガイドラインが策定された意義からの乖離が起きていますね。

清水 この状況に鑑みて、一部の学会ではすでに医師と患者さんとのSDM(Shared Decision Making)を前提としたガイドラインの見直しが始まっています。診療ガイドラインの本来の意義を取り戻すため、同様のコンセプトの導入がさらに広まることが望まれます。

シンプルに「患者の最善」を考えにくい状況がある

田代 少し前置きが長くなりましたが、昨今のがん医療の状況を共有できたと思います。では本題に戻って、臨

(2面につづく)

がん医療に起きたパラダイムシフトの功罪

田代 がん医療の現場では、確かな正解にたどり着きたいジレンマを抱える状況に出合うことは多々あると思います。例えば医師と看護師の関係や医師と患者さんの関係、患者さんとそのご家族の関係など、挙げ始めたらきりがありません。清水先生は以前からそうした場における臨床倫理の重要性を説かれていますが、そもそも倫理にかかわる問題を意識したのはいつ頃ですか。

清水 きっかけは、チーフレジデント時代の2003年に担当した、ある若い女性患者さんとの出会いです。彼女は根治のための選択として最善策と思われた術後化学療法をためらっていましたが、それは自身の妊孕性に影響が出るためです。それまでがんの予後の改善

を第一に考えて治療に当たることが最善と考えてきた私にとって、次代に生命をつなぐことを優先した彼女の選択にハッとさせられました。この体験が私の臨床倫理への関心の原点です。

田代 なるほど。私は、2000年代初頭を日本の医療における一つの転換期だと考えています。例えばQOLやインフォームドコンセントの概念が、現在のような形で日本の医療現場に定着したのがちょうどその頃です。「疾患の治療以外にも重要なことがあるのではないか」という考え方が浸透し始めました。

桜井 がんの病名告知が話題となったのも同じくらいですね。

田代 ええ。がんの病名告知は1990年代からがんの専門病院でいち早く導入されましたが、一般的になったのは2000年代からと言えるでしょう。患者さんの人生と生活の事情を考慮して医療を組み立てなければならぬ、と

「倫理は生きている」MDアンダーソン発、臨床倫理の最良にして最新のテキスト

がん医療の臨床倫理

原著 Colleen Gallagher / Michael Ewer
訳 清水千佳子 / 高島響子 / 森雅紀

医学書院



目覚ましいスピードで変容を続ける、がん臨床の世界。しかし、その速度に現場のコミュニケーションは、そして倫理は十分に対応できているだろうか。答えの出ない問いにぶつかりながらも、それでも前に進むために。最前線の臨床家から、これから現場にでる医学生、看護学生、そして当事者まですべてを含めた臨床倫理の最新にして決定版。医療者のみならず倫理の研究者も必携の一冊。

●B5 頁464 2020年
定価:本体8,000円+税
[ISBN978-4-260-04280-2]

CONTENTS

がん医療における倫理と組織のアイデンティティ / 経験は重要である一患者と医師のパートナーシップ / 患者体験と終末期ケア一4人の患者の考察と分析 / がんの子どもにおける倫理的問題 / がんサバイバーシップにおける倫理的問題 / がんの統合医療と倫理 / 最近の倫理的な問題一臨床家の経験から / 患者と家族を改善に従事させる医療者の倫理的義務 / 人を対象とする研究における倫理的配慮一がん研究における新しい問題 / がん患者が研究参加者となって臨床試験に組み込まれる際の倫理的懸念 / リーダーを育てる / がん患者教育における倫理 / がん医療における商業主義 / がん治療における費用の考え方 / 医療産業における合併、買収、統合一大きい方が倫理的な結果をもたらすのか? / 法令とコンプライアンス / 多様性とヘルスケア / 患者、研究参加者、血縁者に個別遺伝学的所見を開示する際の倫理的な枠組み / がんセンターの管理者が直面する倫理的問題 / 倫理と情報技術

(1面よりつづく)

床現場で倫理的な問題が浮上してくるケースとはどのようなものなのでしょうか。

清水 よくある例を挙げれば、がんの終末期に抗がん薬を投与し続けてほしいと考える患者さんと、患者さんの状態を総合的に判断して抗がん薬投与を中止すべきと考える医師の間ですれ違ふというものです。このケースでは、患者の意思を尊重し希望通りに対応すべきとの意見もあるでしょうし、医師として絶対に抗がん薬は投与してはならないという意見もあるでしょう。「そもそも医師と患者間の意思疎通が図れていないためにすれ違ひが起きるのでは？」とのコミュニケーション不足を指摘する意見も出るかもしれません。思うところは人それぞれだと思います。

このように医師と患者の意見が食い違うような問題に対しては多角的な視点での議論が必須で、医療従事者間で積極的に話し合うだけでなく、患者さんやご家族とも深く話し合う必要があります。診察室の中で時間を掛けず一方的に治療方針を決めてしまうのは避けなくてはなりません。

桜井 同感です。患者側の意見を述べるとすれば、医師には治療方針を提案する根拠や、医療従事者間でなされた議論を端折らずに説明してほしいということです。医療従事者は患者のことを真剣に考え、事前のカンファレンスで侃侃諤諤の議論をしている。にもかかわらず、その事前の積み重ねを知らずに「あなたにはこの選択が適切です」と議論の結果だけを聞かされると、患者からすれば、ものの数分の診察だけで自分の人生に判断が下されたような気持ちにどうしてもなってしまいます。

私は患者会活動を通じて、われわれ患者の想像以上に患者のことを真剣に考えている医療従事者がいることを知っているからこそ、このような気持ちのすれ違ひが起こることを本当に残念に思っています。がん医療の形が入院治療主体から外来通院治療主体へと変化したため、まとまった時間が確保しづらい問題もあると思いますが、解決の糸口はあるのでしょうか。

田代 あくまで想像の域を出ませんが、この問題の裏には「患者さんに対し迷っている姿や不安な姿を見せてはならない」という「医師の美学」が影響しているのではないのでしょうか。迷

いを見せずに「正解」を伝えてあげるのが専門職の正しい在り方であると。清水 思い当たる節がありますね。一方で患者さん側も、自ら得た医療情報をもとに結論だけにこだわり、「A療法はどうか?」「このウェブサイトではB療法が効くと書いてありました」と、専門家のように振る舞う状況も少なくありません。今後の人生を見通した深い会話が診察室でできなくなっています。

田代 診察室が交渉の場となってきたように感じますね。人間関係や信頼関係をベースにしながら診療方針について考えなくてはならないにもかかわらず、診察室でお互いに手の内の探り合いをしています。本来、医療とは病む人がいて、その人たちの抱える問題を医療者が解決するというシンプルな構造であり、関係者が目的を共有しやすかったはず。しかしながら、今や医療訴訟の懸念や病院経営の問題などの利害が交錯し、「この患者さんにとって何が一番善いことなのか」という当たり前の命題を考えにくくなっています。この命題を再確認し、具現化するための道具として臨床倫理が存在しています。

臨床倫理とは患者ごとに医療の目的を問い直すこと

桜井 清水先生、田代先生が在籍していた国立がん研究センター中央病院ではジレンマ・メソッド(註)1)を用いた倫理カンファレンスが行われています。この取り組みも臨床倫理を再確認するための方法なのでしょうか。

清水 その通りです。端的に言ってしまえばジレンマ・メソッドとは、考えの異なる他者と話す訓練であり、相手の懐に飛び込むための方法論だと考えています。田代先生は倫理カンファレンス自体にどのような印象を抱いていますか。

田代 「患者さんにとって最も善いことを提供する」という医療の本質に立ち返る時に、多職種でいつでも話し合える組織が構築されていけば、特別に倫理カンファレンスを設ける必要はないと考えています。けれども現在の医療現場では、こうした場を意図的に設けない限り、難しい価値判断を含む場合になかなか多職種で率直に話し合うのが難しい、という事情があるように思います。

桜井 私も患者の一人として医療に携わるようになってから、田代先生と同じ印象を抱いたと同時に「医療はもっと社会化されるべき」と強く思いました。私がコンサルティング会社で勤務していた頃に取り組んでいた都市計画の仕事では、「こういう街をつくりたい」という基本計画さえ共有できていけば、ゴールに向かって職種や立場、会社の大小にかかわらず皆があらゆる提案をしてくれます。翻って医療に置き換えてみると、選択肢が多岐にわたる上、かかわる職種もさまざま存在するにもかかわらず「最終的にこうしよう!」という議論が少ないことに違和感を覚えたのです。

田代 なるほど。ただ、かつての医療には「治療して社会復帰」という基本計画が明確に存在していたため、そもそも改まって議論する必要がなかったとも言えます。患者の声を聞かずとも関係者全員が同じ方向を向いて医療が提供できていた時代があったのです。

近い将来、医療経済の視点を含めた議論は必至

桜井 一方で患者と向き合おうとすればするほど、がん医療という枠組みからはみ出してしまふ問題も存在します。がん領域では高額な薬剤が続々と登場したこともあり、医療経済的な問題が個別の診療に入り込みつつある印象も受けます。倫理的な課題とともに医療経済の視点も併せた議論が医療従事者には要求されているのではないのでしょうか。

清水 診察室における患者さんとのやり取りの中で、医師の立場ではどうすることもできない経済的な問題や複雑な社会的な背景が絡んでくるとつらい気持ちになります。また、この議論で念頭に置かなければならないのは、組織人としての医療従事者の役割です。医療機関に勤める以上、組織の方針に従った働きが求められます。すなわち、組織としてどのようながん医療を提供したいのかという明確なビジョンが定まっていなければ、医師個人のレベルでは判断できないテーマでもあるのです。世界有数のがん治療施設である米テキサス大MDアンダーソンがんセンターのメンバーが編集した臨床倫理のテキスト〔翻訳版『がん医療の臨床倫理』(医学書院)〕の冒頭の第1章で組織論を解説しているのはそうした視点を意識してのことでしょう。

桜井 田代先生は医療経済と倫理問題をどう考えますか。

田代 押さえておくべきことは二つあると思います。一つは個々の医療従事者に経済的な効率性を求めてはならないこと。個別に医療従事者が判断しても恣意的になり全体最適にはならないからです。特定の患者さんだけに不利益が生じる可能性もあり得るため、現場の医療従事者に経済的な問題を考えさせるのは良い仕組みだとは思えません。

桜井 もう一つは何でしょう。

それが今は逆に、がん医療の進歩に伴って「患者の希望した医療をそのまま提供することが正義である」と理解されるようになってしまったのかもしれない。

清水 現在は少しいびつな医療の形と言えるのかもしれませんが。

田代 ええ。もちろん患者さんの意見を尊重することは当然です。しかし患者さんには見えていないけれど、専門家である医療従事者には理解できていることもあるはず。そのため患者さんごとに医療の目的を問い直す議論が求められるのです。

清水 おっしゃる通りです。もしも治療ではない別の部分に目的が見いだされた場合は、医療従事者側の意見と患者側の意見を重ね合わせて基本計画を改めて練っていく。そのプロセスの中では、個別の事情を見極めながら真の問題を解こうとする臨床倫理の考え方が助けになるでしょう。

田代 社会全体の合意として何かを「削る」ための意思決定の仕組みです。日本ではこれまで取り組んできたことをやめることはマイナスの印象を与えやすく、時に大きな反発を引き起こします。特に医療分野における削減作業はセンシティブな問題を含んでおり、結論が先送りにされがちです。しかし、貴重な資源を有効に活用するためには「何をやめるのか」という議論は今後避けられません。場合によっては医療以外の予算を「削り」、医療に供給すべきだ、ということも考えられます。いずれにしてもそうした厳しい政策的な判断を可能にする意思決定の仕組みが必要です。

清水 医療技術の高度化でより一層複雑化するがん医療を持続可能な体制にしていくのは、なかなか困難な問題です。政策や組織レベルでの多面的な議論はもちろん重要ですが、現場レベルでも医師が倫理的な感性とコミュニケーションの力を磨き、医師と患者が対話を深めることで無駄を減らしていけるのではないかと思います。

選択肢が増えがん医療が高度で複雑になっても、がんと診断された人が生きやすい社会を実現するために、真剣に向き合いたい課題ですね。

(了)

●参考文献

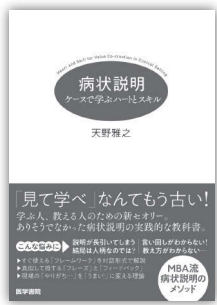
1) [特別企画] 対話の時代の臨床倫理 ジレンマ・メソッド入門. Cancer Board Square. 2019; 5 (3): 547-85.

註: オランダを中心いくつかの欧州諸国で実施される、MCD (Moral Case Deliberation) と呼ばれる臨床倫理の事例検討法の一つ。医療者が直面する倫理的ジレンマについて、当事者の一人が事例提供者となり、訓練されたファシリテーターによって多職種での話し合いを進めるもの。10人程度の参加者が車座になり、45~90分程度掛けて一つの事例を検討する。

「心と技」をセオリー化した画期的な1冊

病状説明 ケースで学ぶハートとスキル

著 天野 雅之



●A5 頁310 2020年 定価:本体3,600円+税 [ISBN978-4-260-04170-6]

説明力、足りてる?



病状説明は、「説得」でも「言い切り」でもない。関係する者全員が「これまでとこれから」の価値感を共有することにある(共創)。14のケーススタディで、実際の会話や準備で重要なポイントや「技」を学ぶ(実践編)と、病状説明を漏れなくスムーズに行うためのフレームワークと、その理論的背景の解説(理論編)で構成。

目次 実践編 ▶ オリエンテーション | 入院説明 | 心肺停止時の意向確認 | 帰宅説明 | お看取り説明 (ER編) | 検査異常/検査提案 | 病名告知 | 小児への説明 | 退院説明 | 転院説明 | 院内急変 | お看取り説明 (病棟編) | 感情的な相手 | Advance Care Planning | 在宅診療への退院支援カンファ 理論編 ▶ Part 1 CUP: Support Activities | Part 2 SOUP: Bedside Activities | Part 3 「病状説明」をさらに深く学びたい人のために



医学書院

がん診療の定本として多くの医療者に現場で重宝されてきたマニュアル、ついに第8版!

がん診療レジデントマニュアル 第8版

昨今、免疫チェックポイント阻害剤等の躍進により多くの領域で標準療法がめまぐるしく塗り替えられている。またがんゲノム診療元年でもある2019年は、がんゲノム医療中核拠点病院・がんゲノム医療連携病院が選定され、保険診療としてがん遺伝子プロファイリング検査が開始された記念すべき年でもある。とはいえ本書の目的は変わらず、目の前の医学的事象に対し常に「現実的な最適解」を求められている第一線の医療者に向けて。

編集 国立がん研究センター 内科レジデント



B6変型 頁584 2019年 定価:本体4,000円+税 [ISBN978-4-260-03915-4]

医学書院

寄稿

新型コロナウイルスワクチンの米国における現状と今後

紙谷 聡 エモリー大学小児感染症科

新型コロナウイルスによるパンデミックは、世界中の人々の健康や経済への深刻な被害をもたらしています。この勢いを弱めるためには、手洗い、マスクの着用、社会的距離の確保など感染拡大防止のさまざまな対策が最も重要ですが、ワクチンによる集団免疫の獲得も期待されています。

2020年9月30日現在、世界保健機関(WHO)によると世界で192種類の新型コロナウイルスワクチン(以下、COVID-19ワクチン)が開発中であり、そのうち41種類のワクチンが人体での臨床試験を行っています。COVID-19ワクチンは、さまざまなワクチンのプラットフォームをもとに開発されています(表)。このうち、DNA/RNAワクチンなどは新しいプラットフォームですが、SARSやMERSの流行時に行われた基礎研究の成果や、培養などを要さず遺伝子情報をもとに製造される新しい手法などによって今回の迅速な開発が可能になっています。

パンデミック下のCOVID-19ワクチンの臨床試験

従来の方法では臨床試験は段階(第I相~III相)ごとに順番に行われてきましたが、パンデミック下という特殊な状況においては、それぞれの段階の試験が一部オーバーラップした形で米国では進行しています(図)。しかしながら、各試験については従来通り厳格な基準の下に進行しており、安全性や効果に問題が生じた場合はすぐに試験を中止してその後のワクチン接種は取りやめるというプロトコルに従って行っています。

よって急ピッチでワクチンの開発や治験が進行しているとしても安全性の評価が最優先項目であることに変わりはなく、各段階でチェック項目があり、それらの基準を満たさなければ次の段階へは進めない形で治験が行われています。結果を急ぐあまりに安全性評価をおろそかにして予防接種への信頼を失ってしまったのは本末転倒であり、接種後に比較的時間が経過してから起きる稀な副反応の検出も含め、各段階の被験者を観察することが極めて重要です。

懸念される副反応とは

現在COVID-19ワクチンで最も懸念される副反応は、ワクチンによって逆に感染が悪化してしまう病態であるVaccine-enhanced diseaseであり、抗体依存性感染増強現象(Antibody-dependent enhancement: ADE)およびワクチン関連増強呼吸器疾患(Vaccine-associated

表 ワクチンプラットフォームの種類と特徴

文献(N Engl J Med. 2020 [PMID: 32227757])を参考に筆者作成

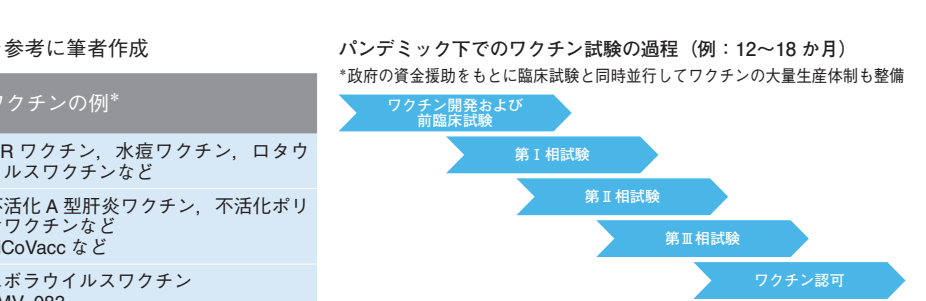
ワクチンの種類	1回接種の可能性	過去に認可された実績	開発スピード	ワクチンの例*
生ワクチン	あり	あり	遅い	MRワクチン、水痘ワクチン、ロタウイルスワクチンなど
不活化ワクチン	なし	あり	中程度	不活化A型肝炎ワクチン、不活化ポリオワクチンなど PiCoVacc など
複製型ウイルスベクターワクチン	あり	あり	中程度	エボラウイルスワクチン TMV-083
非複製型ウイルスベクターワクチン	あり	なし	中程度	ChAdOx1 (AZD1222), Ad 5-nCoV, Ad 26 COVS 1 など
DNA ワクチン	なし	なし	速い	AG 0301-COVID 19, INO-4800 など
RNA ワクチン	なし	なし	速い	mRNA-1273, BNT 162 b 1 など
タンパクサブユニットワクチン	なし	あり	中程度~速い	肺炎球菌ワクチン、ヒブワクチンなど NVX-CoV 2373 など

*現在臨床試験中のCOVID-19ワクチンの例も順不同で一部記載

enhanced respiratory disease: VAERD)の2つに分けられます。

ADEは、ワクチンによって産生された抗体がウイルスの感染を防ぐのではなく、逆にFc受容体を介してウイルスが人間の細胞に侵入するのを助長し、ウイルス感染を悪化させてしまう現象です。これは、ウイルスに対する中和作用の低い抗体が多く産生される場合に生じる現象で、デング熱に対するワクチンなどで報告されています。一方、VAERDは1960年代にRSウイルスや麻疹に対する不活化ワクチンで認められた現象ですが、やはりワクチンによって中和作用の低い抗体が産生され、その抗体がウイルスとの免疫複合体を形成し、補体活性化を惹起して気道の炎症を引き起こすものです。さらに、この不完全な抗体はTh2細胞優位の免疫反応も惹起して気道内にアレルギー性の炎症を引き起こします。これらの病態によって、より重症なRSウイルス感染をワクチン接種者に認めたのです。

ADEやVAERDを防ぐには、高い中和作用を有する抗体を産生させ、かつTh1細胞優位の免疫反応を惹起するワクチンの開発が必要だと考えられています。そのためには立体構造的に正しくかつ安定した、質の高いスパイク糖たんぱく質(抗原)をワクチンによって作りあげることが重要です。現時点で学術誌に報告されているワクチン(mRNA-1273, ChAdOx 1, Ad 5 vectored vaccine, BNT 162 b 1 など)は、いずれも高い中和抗体反応を認め、一部はT細胞性免疫反応も確認できており(mRNA-1273はTh1細胞優位の反応も確認)、この基準を満たしている可能性があります。また、9月上旬までに医学誌に発表された報告では、接種部位の痛みや倦怠感、発熱などの反応はあるものの、深刻な有害事象は認めておらず、安全性に一定の期待が持てる結果となっています。しかし、



通常のワクチン試験の過程(例:15~20年)



図 パンデミック下でのワクチン試験の過程

Event Reporting System)に加えて、能動的な安全性モニタリングシステムであるVSD(Vaccine Safety Datalink)や、予防接種の副反応に関するコンサルテーションを行うCISA(Clinical Immunization Safety Assessment)などの既存の体制強化を進めています。安全性モニタリングの過程として、まず第一にVAERSで受動的に医療者、製薬会社や患者さんなどから報告される有害事象(因果関係の有無を問わず)を集計・解析します。その際、真の副反応である(因果関係のある)可能性が否定できない場合、次の段階として要となるVSDによってさらなる検証を行います。VSDは1990年よりワクチンの安全性の検証を行い国内外に研究結果を発表してきた実績を持つ極めて優れたシステムで、米国の人口の1200万人以上をカバーする予防接種データの cohorts を有しています。この予防接種データと参加病院群の電子カルテからの臨床データを結び付けて、VAERSに報告された有害事象が真の副反応であるか否かをさまざまな研究デザインをもって検証します。

*

以上、ワクチンの開発から臨床試験、そして認可後の分配や安全性モニタリングについての概要を述べました。未曾有の感染症へのワクチンの普及に対応するためには、関連する行政機関や医療機関の連携だけではなく、一般の方々への予防接種の啓発が不可欠です。そのため、第一線で患者さんを診る医療従事者、そして地域に深くかかわる保健師などからの予防接種の啓発こそが要であると考えています。ポリオ根絶計画などで多大なる貢献を果たしたDr. Walter Orensteinの言葉と共に、一般の方々への予防接種の啓発の重要性を強調して本稿の結びとさせていただきます。

“Vaccines do not save lives, vaccinations save lives.”(ワクチンはバイアルの瓶の中に入っているだけでは効果はゼロであり、実際に接種をしてはじめて効果があるものだ)

検査で医学をリードする

臨床検査

64巻11号(2020年11月号)

定価:本体2,200円+税

今の特集②

パニック値報告 私はこう考える

企画:山田 俊幸(自治医科大学臨床検査医学)

臨床検査

11

基準範囲と 臨床判断値 を考える

パニック値報告 私はこう考える

医療安全にかかわる医療者にもお勧めの1冊!

“パニック値”は決して珍しいものではありませんが、その対応が診療の質、なにより患者の安全に大きく影響します。日本臨床検査医学会のチーム医療委員会、救急医、臨床検査専門医、臨床検査技師、登録衛生検査所を指導するそれぞれの立場から、パニック値報告の重要性、実践ならびに求められる対応について論じています。パニック値について理解を深め、日々の業務に役立てられる、医療安全にかかわる医療者にもお勧めの1冊!

パニック値報告の現状と今後

諏訪部 章(岩手医科大学医学部臨床検査医学講座)

パニック値の報告にかかわるアクシデント事例からみる再発防止策
石川 雅彦(公益社団法人地域医療振興協会地域医療安全推進センター)

総合診療・救急医が望むパニック値報告

須崎 真, 他(日本医科大学付属病院救急・総合診療センター)

臨床検査専門医としてのパニック値運用の実践

上養 義典(慶應義塾大学医学部臨床検査医学)

パニック値報告者としての臨床検査技師に求められるもの

上道 文昭(東京医科大学病院中央検査部)

登録衛生検査所に求められるパニック値報告

木村 聡(昭和大学横浜市北部病院臨床病理診断科)

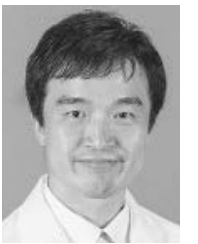
医学書院

寄稿

がん領域におけるオンラインピア・サポートの意義と今後の在り方

小杉 和博 国立がん研究センター東病院緩和医療科

●こすぎ・かずひろ氏
2011年獨協医大卒。太田西ノ内病院にて初期研修、聖路加国際病院にて内科後期研修後、15年より川崎市立井田病院かわさき総合ケアセンターに勤務。17年より現職。『緩和ケアレジデントの鉄則』(医学書院)を分担執筆。



新型コロナウイルス感染症の流行は、がん患者・経験者が集うピア・サポートの場にも変化をもたらしている。がん患者は感染による重症化リスクが高いため、対面を中心としたピア・サポートを受けづらくなってしまったからだ。こうしたハードルを乗り越えるために考えられる対策の一つはオンライン上でのピア・サポートである。われわれはコロナ禍以前より、子どもを持つがん患者を対象としたオンラインピア・サポートグループ「キャンサーペアレンツ」(https://cancer-parents.com)と共同研究を実施してきた。

本稿ではこれまでに得られた知見と併せて、がん患者・経験者によるオンラインピア・サポートの意義と今後の展望について概説したい。

オンライン上のピア・サポートがなぜ求められていたのか

ピア(peer)とは、同じような立場や境遇、経験等を共にする人たちを表す言葉であり、ピア・サポート(peer support)とは、ピア同士が相互に支え合うことである。経験者だからこそわかる実体験に基づいた情報によって病気にまつわる悩みや不安を共有できたり、気持ちのつらさが和らいだりする。がんに限らず、依存症をはじめとした精神疾患や、教育現場といった幅広い領域で行われており、活動形態はさまざまである(表1)¹⁾。

国が作成したがん対策推進基本計画では、ピア・サポートの普及が取り組むべき施策として掲げられている²⁾。しかし、全国の都道府県を対象とした調査では、ピア・サポートを事業として行っているのはわずか19県、うち15県では実施を他機関(多くは患者団体)に委託していた³⁾。つまり、施策として推進されているものの全国的にはあまり普及しておらず、がん患者へのピア・サポートの多くは患者団体の自主的な活動によって提供されていることが浮き彫りとなった。

また、がん患者団体にはさまざまながん種を対象に活動している団体もあれば、特定のがん種に限定している団体もある。そのため住む地域によっては近くに参加可能な患者団体が存在せず、希少がんの場合ではその可能性がより高まる。加えて、参加者はがんの好発年齢である高齢者が多く、若年者は近い立場や境遇の患者に出会えることが少ない。そして、病状が進行してしまうと参加が難しくなってしまう現実もある。

●表1 ピア・サポートの活動形態(文献1より一部改変)

人数	1対1, 1対複数, グループ
コミュニケーション方法	対面, 電話, オンライン
場所	病院, 公共スペース
医療者の役割	運営, ファシリテーター, かかわりなし
運営主体	患者団体, 病院, 自治体

対面型のピア・サポートにはこうした課題がある一方、オンラインでのピア・サポートは、24時間どこからでも利用できることや、参加可能なグループが多いこと、匿名で参加できること、などが利点として挙げられる⁴⁾。また、特に39歳以下の若年者は、半数近くがインターネットやSNSを通じてがんの情報を得ていると報告されており⁵⁾、オンラインピア・サポート活動が、希少がんや若年者を中心にみられるようになってきた。

孤独感の低さとオンラインピア・サポートの利用が関連

われわれは、子どもを持つがん患者がつながることを目的に2016年4月に設立されたオンラインピア・サポートグループの一つである「キャンサーペアレンツ」と共同で研究を行っている。創設者の西口洋平さんは2015年、35歳でステージIVの胆管がんを診断された。当時、西口さんはまだ小さいお子さんに病気のことをどう伝えればいいのか、自身の仕事はどうなるのかなど悩んでいたものの、同じ年代や立場の人が周囲におらず、強い孤独を感じたという。氏は小さな子を持つがん患者は年間約6万人ずつ増え続けている推計⁶⁾を目の当たりにしたことで、「孤独を感じながら闘病しているのは自分だけではないはず」と考え、キャンサーペアレンツの設立に至った。会員数は2020年9月現在、3800人を超える。われわれは会員の皆さまに協力いただき、医療関連領域の調査を専門とする株式会社メディリードと共同で調査を行った。

まず、設立のきっかけにもなった「孤独感」に関する調査を行った。孤独感にはUCLA孤独感尺度を用いて評価し、上位50%を高孤独群と定義、関連する因子を多変量解析にて探索した。結果、オンラインピア・サポートの利用(週1回以上のログイン)と孤独感の低さが有意に関連していた(表2)⁷⁾。同年代の患者とつながりを持つことで、孤独感を和らげられた可能性が示唆されるが、横断研究の結果であり因

●表2 高孤独群と関連する因子(文献7より)

関連因子	オッズ比	P値
年齢	1.00	0.89
女性	1.21	0.60
転移または再発あり	0.69	0.20
がん診断後の収入の減少	1.44	0.22
週1回以上のログイン	0.47	0.012
ソーシャルネットワークの大きさ*	0.78	<0.001
抑うつ・不安障害**	1.16	<0.001

*: Lubben Social Network Scale 短縮版(LSNS-6)による評価。

** : K6尺度による評価。
色文字は統計学的に有意差を示した項目。

果関係はわからないため、現在さらなる研究を計画中である。

子どもへの伝え方の調査では、回答者の69%が子どもにがんを伝えており、子どもの年齢と性別が伝えることに関連していることが明らかになった⁸⁾。また、がんが及ぼす経済的な問題では回答者の34%が経済的に困窮していると回答し、進行がんであること、抗がん薬治療中であること、がん診断後の就労の変化などが困窮と関連していることがわかった⁹⁾。サポートニーズに関する調査では、回答者の58%が子どものことを相談できる相手を希望し、医療者よりも同世代のがん患者との相談を希望すると回答した患者が多かった¹⁰⁾。

オンラインならではの工夫も必要

オンラインピア・サポートグループの多くはメッセージや日記などテキストを中心に経験の共有がなされる。しかし、テキストだけでは感情が伝わりにくく、自分の意図とは異なる意味で他人に受け取られてしまう場合がある。また、ピア・サポートは経験の共有が目的であり特定の治療を勧めることなどは禁止の場合が多いものの、利用者が記載した内容を管理者が全て確認することは難しく、誤った医療情報が記される危険性がある。そのため適切な利用規約の作成が推奨される¹¹⁾。

最近ではコロナ禍によりZoomなどのビデオ会議システムが普及し、対面型と同様の面談がオンラインで行われるようになってきた。こうした技術に対し好意的な評価もある一方、画面に映る範囲が狭いため、服装やジェスチャーなど非言語的なコミュニケーションが制限されるといった問題点も指摘されている。オンラインでよりよいピア・サポート活動が行われるためにも、全国がん患者団体連合会が作成した『オンラインでのピア・サポート留意事

項の手引き』(https://bit.ly/2ZUnGeR)をぜひご参照いただきたい。

*

コロナ禍によって今後ますますオンラインでのピア・サポート活動は拡大していこう。がん患者は経験の共有がしやすくなり、多くの情報が得られるようになる。その一方で、コミュニケーションをとる上では直接の対話よりも気持ちが伝わりにくい点には注意が必要だ。また、インターネットの利用に慣れていない高齢者へのサポートも必要である。厚労省が行うピア・サポート研修事業にも、オンラインでの活動を踏まえた内容を取り入れていただきたいと考える。ピア・サポートを必要とする人が容易にサポートを受けられる体制が実現し、一人でも多くのがん患者の生活の質が向上できるようわれわれも尽力していきたい。

●参考文献・URL

- 1) 令和元年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修事業. ピアサポーター養成テキスト2019年度版. 2020. https://bit.ly/3iPE8Vk
- 2) 厚労省. がん対策推進基本計画(第3期). 2018. https://bit.ly/2FCLfIN
- 3) 日本サイコロジ学会. 平成30年度がん総合相談に携わる者に対する研修事業 事業報告書. 2019. https://bit.ly/2RMawMx
- 4) Patient Educ Couns. 2013 [PMID : 23928354]
- 5) 内閣府. 令和元年度がん対策・たばこ対策に関する世論調査. 2019. https://bit.ly/30kgadq
- 6) Cancer Epidemiol. 2015 [PMID : 26651443]
- 7) Kosugi K, et al. Association between loneliness and the frequency of using online peer support groups among cancer patients with minor children: a cross-sectional web-based study. J Pain Symptom Manage. 2020. DOI : https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.035.
- 8) Terada T, et al. Determinants of cancer patients revealing their own cancers to minor children : A cross-sectional web-based survey in an online cancer community. J Clin Oncol. 2019 ; 37 (Suppl_31) : 23.
- 9) Yuki M, et al. Factors associated with economic burden among cancer patients with minor children : A cross-sectional web-based survey of an online cancer community. Ann Oncol. 2019 ; 30 (suppl_9) : 120.
- 10) 井上裕次郎, 他. 18歳未満の子どもをもつがん患者を対象とした、子どもに関する相談相手の現状と追加で相談したい相手に関するウェブ調査. 日本緩和医療学会第3回関東・甲信越支部学術大会. 2019.
- 11) Support Care Cancer. 2020 [PMID : 31720804]

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

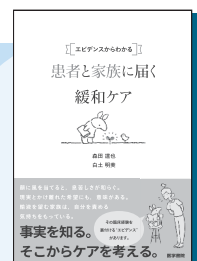


エビデンスがわかれば、緩和ケアに自信がもてる！

エビデンスからわかる患者と家族に届く緩和ケア

オピオイドを拒否する患者さんには、その理由を尋ねてみる。終末期の患者さんの、つじつまの合わない言葉に付き合う。現実とかけ離れた希望も、否定せず大切に。そんな1つひとつのケアが、患者さんと家族の大きな助けになります。日常のケアを裏付けるエビデンスから「今、できる緩和ケア」を考える本。

森田達也
白土明美



患者の「心の準備」に合わせたACPを

interview 森 雅紀氏 (聖隷三方原病院 緩和支援診療科) に聞く

「人生会議」の名称で国民全体に対して周知が図られているACP (Advance Care Planning)。患者とその家族、そして医療者が人生の最終段階について繰り返し話し合いを行うことが期待される。患者の意思決定を支援するプロセスの中で、医療者に求められる役割は何か。

『Advance Care Planningのエビデンス』(医学書院)に知見をまとめた森雅紀氏に、ACPを行う上での患者との距離の取り方について聞いた。

—ACPの概念は現在、医療者間に広く周知されているのでしょうか。

森 2018年に、厚労省による「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が改訂されて以降、ACPの共通認識が一気に広まったように感じます。

ガイドラインが改訂されるより前から、私たちも緩和ケアチームの診療記録のプロブレム・リストの最後に、今後の治療目標や療養場所、延命・蘇生処置の意向を含むEnd of Life Discussionの項目を設けて確認するように心掛けていました。当時は、「これがACPだ」という認識はあまりなかったように思います。

ガイドライン改訂を境に緩和ケアチームの業務自体が変化したわけではありません。しかし通常ケアの一環としてACPを実践している認識が、チーム内で共有されるようになりました。

ACPの効果的な実践にエビデンスの理解を

—米国で緩和ケアの研修を受けた森先生は、ACPの日米の違いをどう見えていますか。

森 文化による差異はあれど、共通する部分もあります。私が国内で初期研修を受けていた2000年代初頭、がんの病名や予後をもとに本人にはっきりと伝えることは多くありませんでした。自身の詳しい病状を知らず今後の見通しのイメージが湧かない中で「自分はこれからどうなるんだろう」と涙を流す患者さんと、ベッドサイドで接したことがあります。その後、渡米した先の病院では、家族だけでなく患者さん本人にも病名や病状、今後の見通しを説明したり、適応がなければ心肺蘇生を行わないこと (Do Not Attempt Resuscitation: DNAR) について話し合ったりする形式が主流となっていることに驚きました。

国によって患者さんへの接し方こそ違うものの、例えばがんであれば治療の早い段階から将来を見据えた医師—患者間のコミュニケーションが大切であると実感しました。

—医療者の介入によるACPの有効性を示すエビデンスも近年蓄積されています。中でも森先生が目にした代表的なエビデンスは何でしょう。

森 2010年にBMJ誌で発表された、80歳以上の入院高齢者309人を対象

にRCTを行った論文¹⁾と、2019年にJAMA誌で発表された、進行がんの患者278人を対象にクラスターRCTを実施した論文²⁾です。

BMJ誌の論文では、訓練を受けたファシリテーターによるACP介入群において死亡した患者では、より自身の意向に沿った治療が受けられただけでなく、家族のストレスや不安・抑うつが、対照群に比べ有意に少ないことが示されました。一方JAMA誌の論文では、話し合いの手引き等を活用しながら治療医が患者と話し合いを行うSICP (Serious Illness Care Program) 介入群において、中等度から重度の不安と抑うつ症状を有する患者の割合が有意に減少したことが示されました。

—これら2報は、緩和ケア領域にどのような影響をもたらしましたか。

森 BMJ誌の報告では、ACPの有効性が世界的に示されました。しかし、外部からのファシリテーターが介入するACPになじみがないため、そのままの形で日本に導入することは難しい印象を受けます。

他方、JAMA誌での報告はがん治療に携わる臨床家が治療目標の話し合いを行いACPを進めることで効果が得られた点に注目しました。また、医療者のEnd of Life Discussionに焦点を当てたコミュニケーションスキル向上を促すSICPは、日本の臨床現場でも活用できそうです。

この十数年、国内外でACPに関するエビデンスが蓄積されてきました。ACPの大きな流れを知り、何がどこまでわかっているのか、実臨床にどのよう適用できるかの概要を把握することで、より効果的な実践につなげられるのではないのでしょうか。

患者の困り事を見逃さない

—では、森先生がACPを行う際に気を付けている点を教えてください。

森 患者さんが必要とする情報を患者さんの心の準備に合わせて提供することです。

—「心の準備」ですか。

森 はい。日本人は欧米人に比べ、終末期や予後についてはっきりと語り合うことを好まない傾向があります。そこで、患者さんの置かれた状況に寄り添い、その時々患者さんの心の準備や、患者さんが大切にしていること、

何をどこまで話したいか・話したくないかの意向を確認することもまた、ACPの重要な役割だと考えています。—そのような患者さんに対し、森先生が行っているコミュニケーションの具体的な工夫は何ですか。

森 例えば余命が1年未満と予想される患者さんに今後の治療方針や過ごし方の話をする場面を想定してみましよう。多いのが、予後の認識に医療者—患者間で差があると思われるケースです。この場合、患者さんの状態は2つに分けて考えられます。

1つ目は、患者さんが今後についての話し合いを希望しているものの、予後に関して説明を受けたことがなく自身の状況に気が付いていない状態。患者さんの病理理解を確認した上で、「これから病気がどうなるかについて、どの程度お知りになりたいですか?」と聞き、具体的に知りたいという意向があれば主治医との面談を設定します。

2つ目は、患者さんは余命が限られていると気が付いているけれどもはっきりと話し合いたい意向が表出されない状態です。ベッドサイドや外来での何気ない話の中で、患者さんが終末期に向けて既に独自の準備を始めている様子が見取れることがあります。そこはあえて医師から予後を具体的に話す必要はないと考えています。

もちろん病状によっては、短時間で意思決定が必要な場面や家族など近い人々による代理意思決定が必要な場面もあります。そのような場合に備える意味でも、ACPでは日ごろから折に触れて患者さんとその家族一人ひとりの心の準備に合わせた話し合いを行っていくことが大事になります。

多職種による役割分担の上で患者の「語り」を傾聴する

—ACPでは主治医や患者さんだけでなく、多職種によるコミュニケーションも大切になりそうです。

森 ええ。医療者間での役割分担と情報共有は欠かせません。たとえどんなにコミュニケーションを重ねても、患者さんには医師にしか見せない顔や、看護師だからこそ見せる顔があるから

●もり・まさのり氏

2002年京大医学部卒。米ベスイスラエルメディカルセンター、テキサス大MDアンダーソンがんセンター、バーモント大にて内科、緩和ケア、血液・腫瘍内科の研鑽を積む。11年聖隷浜松病院緩和医療科を経て、16年より現職。緩和医療専門医。近著に『緩和ケアレジデントの鉄則』『Advance Care Planningのエビデンス』(いずれも医学書院)。



です。主治医と看護師をはじめ、緩和ケアのスタッフなど他の医療者らが密に連携することで多面的に状況を整理しやすくなるでしょう。

ACPを行う際の役割分担は、多忙な主治医にとっても有効です。外来等で時間が限られている場合は、ACPのきっかけ作りのコミュニケーションに的を絞ることも有効です。患者さんに病態や治療の現状と今後の見通しを説明した上で、これからの治療・ケアについて多職種の医療者で患者さんと一緒に話し合っていく旨を伝えておくと、連携する看護師や相談支援センターなども助かります。忙しい中でも、患者さんの「語り」を傾聴することが大切な場面もあります。その結果、患者さんも「一緒に考えてくれた」「聞いてもらえた」と実感できるのです。

*

—ACPを進める上で森先生が最も大切にしていることは何ですか。

森 患者さんとその家族がそれぞれ何に困っているかを伺いつつ、どのような情報をいつ、どのように共有すると、本人にとって良い過ごし方ができるのかを多職種で話し合うことです。

大切なのは「患者さんがいいケアを受けて、望ましい過ごし方をすること」であり、ACPはその手段の一つだと思います。エビデンスからの学びを得ながら医療者が一人ひとりに寄り添うことで、より患者さんとその家族の価値観や希望に沿ったケアが提供でき、彼らの幸せをもたらす一助となることを期待します。(了)

●参考文献

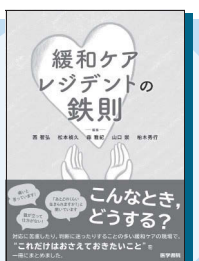
- 1) BMJ. 2010 [PMID: 20332506]
- 2) JAMA Intern Med. 2019 [PMID: 30870563]

こんなとき、どうしたらいい? 緩和ケアの現場で困ったときのお助け集

緩和ケアレジデントの鉄則

がん(および一部慢性疾患)の主要症状へのアプローチや患者・家族とのコミュニケーションの取り方などを「鉄則」形式で解説する一冊。疼痛、身体症状、精神症状、終末期、コミュニケーションの5大テーマについて、初学者が対応に迷いがちな問題を取り上げ、具体的なケースをもとに実践的な対応策や考え方を提示する。よりアドバンスな内容を知りたい人向けのコラム「もっと知りたい」も随所に収録。

編集 西 智弘
松本禎久
森 雅紀
山口 崇
柏木秀行



B5 頁250 2020年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-04128-7]

医学書院

ACP、知っているようで知らないことばかりだ!

Advance Care Planningの エビデンス

何がどこまでわかっているのか?

●B5 頁204
定価:本体2,400円+税
[ISBN 978-4-260-04236-9]

●森 雅紀 聖隷三方原病院 緩和支援診療科
●森田達也 聖隷三方原病院副院長/緩和支援診療科

「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人と家族、医療者が繰り返し話し合うプロセス」= ACP。でも不確実な将来を話し合うことは、誰にとっても難しい。どうやって話し合いのきっかけを作るか、どうすれば患者と家族の希望に沿った医療・ケアを提供できるか、国内外で積み重ねられてきたエビデンスが、ACPを深めるためのヒントを与えてくれる。患者と家族の幸せにつながるACP実践のために、知っておきたいことがある!

Contents
●Part I / ACPを語る上での基礎知識
●Part II / 次々と登場する ACP介入の研究たち
●Part III / ACPに関する リアルワールドの研究
●Part IV / ACPに関わる 辺縁の研究領域
●Part V / ACPに関する日本の議論を整理するための雑談

Advance
Care
Planningの
エビデンス

何がどこまでわかっているのか?

知っているようで
知らないこと
ばかりだ!!

医学書院

Medical Library

書評・新刊案内

細胞診セルフアセスメント 第2版

坂本 穆彦, 古田 則行 ● 編

B5・頁320
定価:本体7,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04196-6

【評者】 庄野 幸恵
東京都がん検診センター細胞検査士養成所・教務主任

2020年6月、『細胞診セルフアセスメント 第2版』が発刊されました。細胞診検査にかかわる誰もが手にしたであろう『細胞診を学ぶ人のために』(医学書院)(通称「学ぶ君」)の姉妹編であり、こちらを参考書とするならば、本書は細胞を判定する能力を自己評価できる実践的な意味を持つ一冊といえます。

今回、本書はいくつかの改訂がなされています。最初に、部門ごとに色分けされたカラフルな目次とテーマ別に番号と色分けされた中扉が目を引きまします。全11項目の中扉をめくると、親しみやすさとともに本題である細胞像問題への期待が高まり、すぐに問題に挑戦したくなるのではないのでしょうか。

細胞像問題は、全て新しい症例に入れ替えられ、婦人科、呼吸器、消化器、泌尿器・尿、乳腺、甲状腺、リンパ節、体腔液・胸腹壁、骨軟部、脳・中枢神経、皮膚・その他に分類され、321症例と大幅に増えています。左側に細胞写真が弱拡大と強拡大で示され、右側に解答があるので画像と解説を照らし合わせながら確認していくことができるので視覚的にも覚えやすいですし、推定診断名や設問内容が最新のものに更新されているため、時代に合った新しい知識を習得できます。解答には、全てに「ポイント」が記載され、症例によって「臨床事項」「組織所見」「鑑別診断」「細胞所見」などが付記されており、端的で明確な説明文は非常にわかりやすいです。

問題を解くことで自身の判断能力が一目瞭然にわかる



最も重要な細胞写真は、がん研有明病院の症例を用い、同一装置で撮影された写真のため、撮影条件が統一されており美しい一言です。書籍中の限られたスペースの写真でも細胞所見を十分に観察できる写真です。また、各問題に難易度が示され難易度の低い順に★、★★、希少例や難易度の高い問題は★★★と3段階に表示されているので、問題を解きながら自身の判定能力が一目瞭然にわかります。間違った問題を繰り返し解き、写真と解説を読むことで理解を深め、ステップアップしていくことを実感できます。

学科問題は、細胞検査士認定試験に即した出題様式に改訂され、各分野から五者択一と一択問題を組み合わせた形で合計120問が出題されています。解説は、誤っている個所に絞った構成で詳細な説明が記され、問題を解きながら知識を習得できるようになっています。

巻末の索引はシンプルですが、分野ごとに調べることができ知りたい疾患名または診断名について書かれている解答ページへと導かれるため、参照が容易で気に入っています。

本書は坂本穆彦先生、古田則行先生の細胞診へのこだわりを随所に感じます。細胞検査士をめざす人たちはもちろん、中堅・ベテランの細胞検査士の方々におかれましても、常に傍らに置いていただき、活用できる「頼りになる一冊」だと確信しています。

皮膚病理診断リファレンス

安齋 真一 ● 著

A4・頁530
定価:本体18,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04140-9

【評者】 田中 勝
東京女子医大東医療センター皮膚科部長

◆すごい本だということ!

第1に著者がすごいし、執筆協力者もすごい。この本は分担執筆ではなく、1人の皮膚病理専門家(大家の中の大家!)が執筆した単著である。もちろん、著者がすごいのは、経験を積んだ多くの皮膚科医・病理医には説明不要なのだが、若い先生方、特に後期研修医や医局で毎週のようにカンファレンスを通して研鑽を積む立場にある先生方には少し説明が必要かもしれない。これから皮膚科専門医試験を受ける後期研修医は、皮膚病理を苦手とする人が多いと予想されるが、この本さえしっかりと読み込んでおけば、試験問題もやさしく感じられるに違いない。そして、医局の中心となり学会発表の指導をする立場の先生方にとっても本書は間違いなくバイブルと言え皮膚病理教書である。

1人の師匠に出会えたに匹敵する学びの多い一冊

にあると思う。多くの皮膚病理教書は、特に洋書は文章が長くてポイントがわかりにくい。本書は所見が箇条書きになっており、ポイントがひと目でわかる。そして「病理診断の決め手」が短くズバリと書かれていることも特記すべきである!さらに、「病期による違い」「臨床像との関係」「類縁疾患・鑑別疾患との違い」が簡潔にまとめられており、迷ったときに、鑑別点が何かをストレートに検討すればよいので、実際の診断においてとても助かるのである。

◆全ての皮膚科医・病理医必携の書

本書には著者の長年の経験が惜しげもなく織り込まれている。「言いたいことは全て書いた」という達成感に溢れている。だからこそ、本書から学ぶことは、1人の師匠に出会えたに匹敵するものであり、継続して読み続けることの恩恵は計り知れない。ぜひとも読み倒していただきたい本であり、著者の渾身の思いを少しづつでもよいので、汲み取ってほしい。

◆重いけど、学会にも携帯する価値がある!

本書は毎日持ち運ぶには重いかもしれない。でも、毎週のカンファレンス前日はもちろん、カンファレンス当日にも持ち込んで読みながら議論してほしいと願う。さらに欲を言えば、毎月の学会(地方会や支部総会など)にも持ち込んで調べながら聞き、できるだけ広範囲の項目を継続的に読み進めてほしい。

さらにすごいことに、著者を支える執筆協力者の2人も、皮膚病理という領域の中では、大家と呼べる2人なのだ。すなわち、「皮膚病理診断」を専門とし、毎日のように標本を見て診断することを職業とする、つまり皮膚病理で開業している数少ない日本人なのだ。したがって、自分の専門領域以外にはわからないということはなく、ほとんど全ての領域にわたって詳しいのである。

◆どこから読んでもわかりやすい

この本の最大の魅力はそのまとめ方

QOLを高める

認知症リハビリテーションハンドブック

今村 徹, 能登 真一 ● 編

B5・頁200
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04162-1

【評者】 内山 量史
春日居サイバーナイフ/リハビリ病院・言語療法部長

人生100年時代が到来しました。この超高齢社会においては全ての人々が元気に活躍し続けられる社会、安心して暮らすことのできる社会をつくるのが重要な課題となっ

人生100年時代の認知症者対応に

ています。特に増加傾向にある認知症者への対応は重要な施策として国を挙げて取り組まれています。

本書は認知症の方へのリハビリテーションに従事し、日々のかかわりや研究に汗を流されている14名の執筆者によってまとめられたハンドブックであり、全体で4章から構成されています。

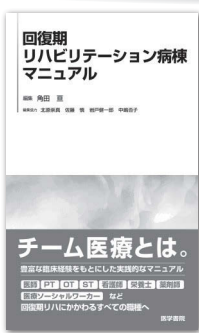
第1章では認知症の基礎知識として定義と症状、疾患の特徴などがわかりやすく記載されています。また、国の

認知症施策についてもまとめられており、認知症初期集中支援チームの果たす役割についても記載されています。

認知症の方やその家族が集える場所として最近注目されている認知症カフェについても紹介されており、地域で認知症の方を見守り支援することの重要性を再確認できます。

第2章はリハビリテーションの評価について、临床上使用されることの多い検査の実施方法や解釈に至るまで記載されています。また、机上での検査だけではなく行動を伴う場面での評価についても詳細に説明されており、行動面の観察も評価には重要であることが学べます。第3章のリハビリテーションアプローチでは、心身機

「チーム医療」の共通言語と回復期リハビリテーション医療のコツがわかる



回復期リハビリテーション病棟マニュアル

編集 角田 亘

多職種がかかわる回復期リハビリテーション病棟において必要な「チーム医療」のポイント一つ、誰が、何を、どうすればよいのかを理解するのに最適な構成。執筆陣の豊富な経験をもとに蓄積された数々のノウハウを公開。症例紹介や頻用スケールなど現場ですぐに役立つ情報も多数収録。

●B6変型 頁432 定価:本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-04247-5]

高い効果が期待できる回復期のリハビリテーション医学・医療を正しく理解できる教科書

回復期のリハビリテーション医学・医療テキスト

監修 一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構
一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会
一般社団法人 地域包括ケア病棟協会
公益社団法人 日本リハビリテーション医学会

総編集 久保俊一・三上靖夫

日本リハビリテーション医学教育推進機構、リハビリテーション医学会に加え、回復期リハビリテーション病棟協会、地域包括ケア病棟協会が監修する回復期のリハビリテーション医学・医療を正しく理解し習得するためのテキストブック。

●B5 頁312 定価:本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-04233-8]



医学書院

岡秀昭流 コンサートの「極意」

感染症プラチナ流コンサルト

▶大好評「感染症プラチナマニュアル」の新たなコンパニオンブックが誕生。感染症コンサルテーションに際し心得るべき「極意」を症例ベースで解説。前半で著者がこれまでに経験した症例を通じて会得するに至った7つの「極意」を提示し、後半ではカンファレンス症例を示しつつ、そうした「極意」をどのように活かしてコンサルトに当たったかを説明。感染症科をはじめ、他科とのやりとりにも悩む全ての医師・医療従事者に役立つ書。

著: 岡 秀昭 埼玉医科大学教授/総合医療センター病院長補佐/
総合診療内科・感染症科診療部長
川村隆之・西田裕介・山下裕敬

定価:本体2,000円+税
A5 頁152 図表・写真50 2020年
ISBN978-4-8157-0304-2

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

「治る」ってどういうことですか?

看護学生と臨床医が一緒に考える医療の難問

國頭 英夫 ● 著

A5・頁224
定価:本体2,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-04321-2

看護学生と医師のやりとりをなぜ本にするのか? そうした基本を理解しないまま読み進めて行った。

國頭英夫さんと看護大学生のやりとりを読んでいると、医療に従事する皆さんとの距離が急速に縮まってくるように感じた。多くの一般の人は医療への感想は医師による診察から得ていると思うが、その現場に必ずいる看護師の皆さんがどういった思いでいるのか、ひしひしと伝わってくるからだ。というか、医療現場の裏側をチラッとのぞけたような感覚を、いま、覚えている。

看護学生の新人医師や医学生に対する見方は辛辣だ。「できもしないくせに」「医師免許を持っているだけで」と言わんばかりの厳しい見方は胸に刺さる。テレビの報道も含めて、仕事の現場ではこうした葛藤、不満はありがちだが、命にかかわる現場でのこうした対峙は聞くだけでハラハラする。その上でそれらを飲み込むのは看護師の役割であることを知り、感嘆する。

また、「患者に対しては常に正直にありながら、常に希望を与えよう」という、医療従事者が、特に重篤な患者の治療においては直面し続けているであろう二律背反に関するやりとりは、自分がそうした状況になった場合を想定しながら真剣に読んだ。それは、医療側が患者の心をくじくまいとして精一杯配慮しながら、事実を伝えようともがくさまであり、医療という領域を

【評者】反町 理

ジャーナリスト、フジテレビ報道局解説委員長

超えた「業」の世界のように見える。そして同時に、自分が患者ならばどうしてほしいと思うだろうか、という問い掛けも浮上する。しかし、答えは「わからない」のである。そのときの自分の社会環境、心理状況などもあるだろう。同じ条件であっても数分ごとに考えが変わることも十分あり得る。いや、全てを達観して受け入れることができるわけではないのだから、変わるのが当然だ。そんな患者を前にして刻々と変わる体調、心理状況を把握する看護師のプロフェッショナルリズムは、いかにして出来上がったいくものなのだろう

か。看護学生と医師のやりとり、問答を本にすることの狙いが私なりに見えてきた。高齢化が進み、皆が自分の命や死と真剣に丁寧に向き合わねばならない時代に、國頭さんは、われわれ一般人も医療従事者が持っている感覚、覚悟を持つべきと問い掛けたいのではないだろうか。タイトルは『「治る」ってどういうことですか?』という本ではあるが、本著の中では死をとらえたやりとりが何回も出てくる。さらに國頭さんはあとがきでは自らの死の場面の予想図で締めくくっている。これは矛盾か? そうではないだろう。われわれが命を預ける「プロ」の意識がどのように形成されているのか、それをわれわれはどう受け止めるべきなのかを問い掛けているのだ。読み終えて、まさに「後を引く」読後感に包まれている。

へ能へのリハビリテーションから活動と参加へのアプローチ、コミュニケーション支援などが表やイラスト、写真を使用して具体的に記述されており臨床現場ですぐに活用できる多くのヒントを得ることができます。また、家族介護者の指導や支援の重要性、ピアサポートの果たす役割についての学びを深められるのは本書ならではです。第4章ではQOLが向上した6症例が紹介されています。介入方法や経過が具体的に記述されており、実践例を通じて認知症の方の生活全体をみる視点や各専門職のかかわりを知ることで多職種連携の重要性が理解できます。さらには、コラムとして物盗られ妄想や夕暮れ症候群など認知症によくみられる症状と実際の対応策が紹介されてお

り、認知症の方への対応の一助とならずです。

私も言語聴覚士として臨床現場で30年以上携わっていますが、認知症の方々に対するコミュニケーションや食事などにかかわる機会は明らかに増えてきています。高齢者は複数の疾患を有している場合が多く、単一疾患におけるリハビリテーションだけでは十分なりハビリテーションが提供できないケースが多々あり、認知症への対応は喫緊の課題であると実感しています。基礎的な知識や実践例を通じて認知症の方への介入方法をはじめ家族支援や地域での支援の在り方までを学ぶことができる本書を多くのリハビリテーション従事者に紹介したいと思えます。

すぐよくわかる 急性腹症のトリセツ

高木 篤, 真弓 俊彦, 山中 克郎, 岩田 充永 ● 編著

B5・頁192
定価:本体3,800円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03945-1

【評者】林 寛之

福井大病院教授/総合診療部長

「イレウス」は麻痺性イレウスを指し、機械的閉塞を伴うものは「腸閉塞」と呼ぶというように用語が統一されたのは、『急性腹症診療ガイドライン2015』がこの世に出てからとなる。私のような古だぬき先生となると、何でもかんでも「イレウス」とテキトーに呼んでいたから楽(?)だったが、確かに論文上ではほとんど“ileus”という用語は使われず、“bowel obstruction”と記載されていた。英語と日本語の齟齬が初めて正されたといえる。この急性腹症診療ガイドライン策定に陣頭指揮を執った真弓俊彦先生をはじめ、実に濃いメンバーで整合性がとれた内容の急性腹症の本が世に出たのは非常に嬉しい。内容がアップデートされているのみならず、非常にわかりやすく、初学者にとっては重宝するテキストになるだろう。急性腹症はとにかく鑑別が多く、頭の中で整理するのは大変なもの。

一般に腹痛のテキストを見ても、腹部の解剖学的な分割表に疾患名が羅列されただけのものが多く、病態生理を同時に考える本は少なかった。本書では内臓痛や体性痛が丁寧に説明されている。同時に解剖学的臓器を考えることで急性腹症の診断学力が飛躍的に伸びるだろう。腹膜刺激症状だけでは急性腹症は語れないのだ。「お腹が硬くならないからこそ、怖い疾患」を想起できるかどうかは臨床医の腕の見せどころ。あくまでも診断は病歴と身体所見で8割想起可能であり、だからこそ疾患を予想して追加するCTの威力は抜群だ。一方、何も鑑別診断を挙げないで、「何でもかんでもCTさえすれば放射線科医が診断してくれるからいいや」なんという不屈きな! (失礼)……安易な検査優先の診断学をしているのでは、簡単に「CTでは異常はありませんから病」なんて頼りない診断名でけむに巻くようになってしまいうんだよ。

各論においては、図が多く、スペースがとってあるのがいい。各疾患の特

徴をきちんと整理して理解しておくことが重要だが、このスイスイページをめくることができる感じになると、「あ、私って賢くない?」と自画自賛モードに入りやすい作りになっている。自信を付けたい初学者にはぜひともお薦めの一冊だ。

第3章「急性腹症の診断的アプローチ」は現場でのタイムリーな思考過程を身につけるためにぜひ熟読して自分のものにして欲しい。高木篤先生、真弓先生、山中克郎先生のベテラン勢が同級生で、8年の時を経て本書が世に出ることになったという経緯は面白い。同級生だからこそ自由に意見交換できたからの統一性だろう。ここに年齢の違う岩田充永先生が巻き込まれたのは、「医学の世界のあるある」を見事に体現しており、読者の皆さまも「ああ、医者の世界ってそんなんだよなあ」と涙を誘われずにはいられないだろう(あくまでも個人の勝手な想像です。いや、きっと岩田先生は嬉々として原稿を仕上げたことだろう)。日常臨床でスピード感を意識しながらアプローチできる実践書を皆さまの手に1冊置いておけばきっと多くの患者さまが恩恵を受けるに違いない。

●金原一郎記念医学医療振興財団
——第35回基礎医学医療研究助成金交付対象者を選出

金原一郎記念医学医療振興財団(理事長=東大名誉教授・野々村禎昭氏)は、このほど「第35回基礎医学医療研究助成金」の交付対象者を決定。(助成総額4080万円, 68人)2020年度下期の助成金応募受付は同財団ウェブサイト(<https://www.kanehara-zaidan.or.jp/>)に掲載中。

医学書院の書籍・雑誌の電子版を配信しています。

 isho.jp

医書ジェーピー株式会社

セミナー開催のご案内

難局を乗り越える 中小病院の経営戦略

オンライン受講もごさいます

講師(雑誌「病院」編集委員)



かんの まさひろ
神野 正博 先生
社会医療法人財団
董仙会恵寿総合病院
理事長



まつだ しんや
松田 晋哉 先生
産業医科大学
公衆衛生学教室
教授



おおた よしひろ
太田 圭洋 先生
社会医療法人
名古屋記念財団
理事長

日時 12月13日(日)
13:00~17:00 (12:30 開場)

会場 医学書院 本社 2 階
(東京都文京区)

またはオンライン受講

受講料 15,000 円
(資料代、消費税込、クレジットカード事前払い)

プログラム
講演 1: 神野 正博 先生
With/Post/Next コロナ時代の病院経営
講演 2: 松田 晋哉 先生
健康危機管理と医療計画—中小病院の対応を考える
講演 3: 太田 圭洋 先生
2020 年診療報酬改定の評価と積み残した課題

詳しくは Web サイトをご覧ください。



医学書院

新刊 アレルギー疾患学のスタンダード、初の日本語版!
全身的、包括的な管理・治療を目指して

パターソン臨床アレルギー学

Patterson's Allergic Diseases, 8th Edition

アレルギー疾患全般にわたり包括的かつ実践的に解説した定評あるロングセラー、初の日本語訳。近年の治療法の進展を踏まえ、免疫系や治療薬の作用機序など基礎知識から紐解き、疾患別に病理、診断、治療を詳述。全身的・各科横断的に診ることが求められるようになったアレルギー疾患を、専門医はもちろん、呼吸器科・小児科・皮膚科・耳鼻咽喉科・眼科・消化器科等各科医師が連携して治療する際に共有すべき知識を網羅。

訳: 慶應アレルギーセンター
日本語版監修: 福永興志 慶應アレルギーセンター センター長/慶應義塾大学医学部内科学(呼吸器) 教授

定価: 本体16,000円+税
B5 頁1032 図162 2020年
ISBN978-4-8157-0301-1

MEDI 医療・サイエンス・インターナショナル
TEL. (03) 5804-6051 http://www.medsci.co.jp
113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03) 5804-6055 Eメール info@medsci.co.jp

電子版 ありますよ。

医学書院のあの本、



新刊も、雑誌も、ベストセラーのあの本も!



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

今なら全ページ『ちょっと立ち読み』できます! /

登録無料 現在約4,000点がラインナップ!



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

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



医学書院

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