

- [対談] 患者の人生を丸ごと支える糖尿病診療(岡崎研太郎、三澤美和)…… 1-2面
- 「日本版敗血症診療ガイドライン2020」公開へ、他…… 3面
- [寄稿] 「医薬品情報のひきだし」の増やし方(村坂敏規)…… 4面
- [寄稿] 認知症高齢者の食と生活を支える歯科口腔管理(枝広あや子)…… 5面
- [視点] COVID-19下の遠隔心理療法をどう実践するか(平泉拓)、他…… 6-7面

対談

患者の人生を丸ごと支える糖尿病診療



岡崎 研太郎氏
名古屋大学大学院医学系研究科
地域医療教育学講座特任講師

三澤 美和氏
大阪医科大学病院総合診療科医長/
同大学地域総合医療科学寄附講座
特任助教

プライマリ・ケア領域における common disease の一つである糖尿病は、医学の発達で治療の選択肢が広がり、患者の生活領域で治療される慢性疾患に位置付けられている。糖尿病と診断された患者は、食事や運動のブレーキとアクセルを踏み間違えないよう、生涯にわたり安全運転を心掛けなければならない。一方で医師は、目の前の検査データを画一的に見るだけでなく、生活環境の変化や家族関係にも目を向けながら患者と長いスパンで付き合っていきたい。病いの経験を日々生きる患者に対し、プライマリ・ケア医はどのような心構えで診療すればよいか。「かゆいところに手が届く! まるわかり糖尿病塾」(医学書院)の編者で、日本糖尿病学会専門医の資格を保有し総合診療部門に勤務する三澤美和氏と岡崎研太郎氏の2人が、プライマリ・ケア医に期待する糖尿病診療について語った。

岡崎 療養行動によってコントロール可能な慢性疾患である糖尿病は、「ヴァーチャルな病気」¹⁾とも言われます。三澤 すぐに失明や人工透析、下肢切断に至るわけではないので、痛くもかゆくもなく自覚症状のない患者さんは、糖尿病の実感が湧きづらいですね。岡崎 そう。ところが本人は、主体的に療養することを生涯にわたって求められる。そこが、「ヴァーチャルな病気」と表現されるゆえんです。

三澤 示された数値を患者さん自身が直視し、真に自分ごととしてとらえられるかは、担当する医師や多職種のかかわりも大きく影響します。

岡崎 戸惑いなく治療に入る方もいれば、ショックを引きずり治療に取り組めない方もいて、患者さんとの接し方や治療の方法には唯一の正解がありません。私たち医療者は、とすると血糖値やHbA1cの変化ばかりに注目しがちです。しかしそれが、医師-患者関係にギャップを生む一因になっているのも確かです。病名や数値を突きつけられた本人は大きなショックを受けると肝に銘じて、診療に臨まなければなりません。

三澤 「糖尿病」と初めて言われる衝

撃は、がんの告知にも似たものがあると想像します。糖尿病か予備軍(pre-diabetes)かは医療者にとってグラデーションの違い程度に映るかもしれない。だけど、患者さんには天と地ほどの差に感じられるはずなんです。

岡崎 予備軍と言われたら「自分はまだ、糖尿病ではない」「治療を回避したい」と否認や逃避行動を示す方もいます。人間の心理として当然ですよ。

糖尿病診療は最初が肝心!

岡崎 そこです、健診で糖尿病を指摘されて初診外来に訪れた方には、どう対応すればよいでしょうか。

三澤 糖尿病診療は最初が肝心です。患者さんの受け止め具合を医師が理解しないまま不十分なフォローアップをしてしまうと、次回以降の来院で想像以上に血糖コントロールが悪化してしまうことにもなりかねません。初診の患者さんが来たら、「自分は糖尿病なんだ」という衝撃が和らぐよう今後の見込みや診察のスケジュールを伝え、以下の点を確認します。

- 1) 病態、併存疾患、合併症はあるか
- 2) 追加で必要な検査は何か

- 3) 糖尿病や耐糖能異常を指摘されたことへの患者本人の思い
- 4) 現段階でどんな介入をするか
- 5) 次回受診の約束

大切なのは、生涯にわたり糖尿病との付き合いが続くことを丁寧に伝えること。そして、次回受診を約束し、つながりを途切れさせないことです。私たち医療者には、患者さんがこれから糖尿病と向き合い生活していく大変さを想像する力が不可欠です。

岡崎 医師が患者さんと向き合う時間は月に1回、約10分として、1年でわずか120分にすぎません。生活習慣の全てを把握するのは当然できないため、今日何を食べて、どう運動するか、しないのかは、全て患者さんの判断に委ねられることとなります。

三澤 そこが糖尿病診療ならではの特徴ですね。糖尿病の患者さんは9割方、「自分が主治医」。本人次第との自覚を短い時間でいかに引き出せるかが重要です。

岡崎 自覚を促す工夫はありますか? 三澤 私はよく、車の運転に例えて患者さんに話をします。糖尿病と付き合うためのハンドルを握っているのは患者さん自身。アクセルを踏み込み過ぎ

たり、信号を無視したりしたら事故に遭ってしまうけれど、ブレーキに気を付け交通ルールを守ってドライブすれば良い景色が見られますよ、と。医療者に任せきりではなく、患者さん自身が賢くなって健康を追求してほしいとの思いを伝えていきます。

患者の背景をいかに探るか

岡崎 糖尿病で特徴的なのは、適切な食事療法や運動療法の実行度が、血糖値やHbA1cの数値と必ずしも強い相関を持たないことです。数値の変化に一喜一憂せず、患者さんと一緒に糖尿病と長く付き合うために、どう継続外来に臨めば良いでしょうか?

三澤 気を付けたいのは、数値の改善を画一的に見るだけの診察にしないことです。基本的なフォローアップは、①糖尿病のコントロール、②合併症のチェックとヘルスマネジメント、③心理社会的なサポートの3要素からなります。このうち、②のヘルスマネジメントは車に例えれば「車検」で、その人に必要ながん検診や予防接種などの

(2面につづく)

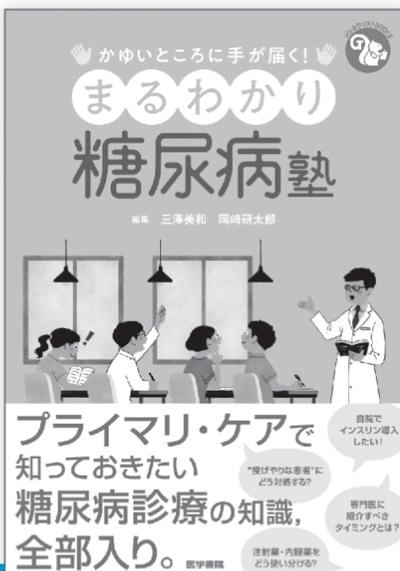
ジェネラリストBOOKS

かゆいところに手が届く!

まるわかり

糖尿病塾

編集
三澤 美和 岡崎 研太郎



プライマリ・ケアで知っておきたい糖尿病診療の知識、全部入り

プレ初診(潜在患者のスクリーニング)から内服薬・注射薬の使い分け、対応の難しい患者への接し方まで、糖尿病診療を行うプライマリ・ケア医が求める知識を厳選。インスリンの打ち方、紹介状の書き方など、「かゆいところに手が届く」情報も盛りだくさん。最新のエビデンスに基づきつつ「臨床現場で明日から使える知識」を知りたい、というニーズに応える一冊!

Contents

- 第1章 診療のその前に: 患者との出会い
- 第2章 継続外来「必ず押さえる」基本編(1): 治療と管理
- 第3章 継続外来「必ず押さえる」基本編(2): 患者サポートと生活指導
- 第4章 継続外来「覚えておきたい」応用編: プライマリ・ケアでここまでできる
- 第5章 診療のその先へ: スタッフ教育と地域連携



●おかざき・けんたろう氏

1993年京大医学部卒後、天理よろづ相談所病院にて研修。米シガナ大医学部医学教育部門クリニックフェロー、同大公衆衛生大学院を修了。佐賀大病院、国立病院機構京都医療センターを経て、13年から名大地域総合ヘルスケアシステム開発寄附講座講師。17年より現職。糖尿病診療の現場を再現する「糖尿病劇場」で、医師一患者関係の溝を描き出す試み続ける。日本糖尿病学会専門医、日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医。編著に『かゆいところに手が届く! まるわかり糖尿病塾』(医学書院)。

(1面よりつづく)

スクリーニングを指します。プライマリ・ケア医が糖尿病を診るメリットはそこに見いだせます。

岡崎 例えばHbA1cの上昇が続き、今後の治療方針に煮詰まってしまうこともありますね。そんな時、糖尿病以外に併存症の症状を聞いたりインフルエンザなど予防接種の状況を確認したりと、今必要なヘルスマネジメントの説明に切り替えれば、患者さんも治療に対するモチベーションを下げることができず、今後の方針を仕切り直すことができます。

三澤 血糖値やHbA1cの変化は生活環境の変化が内在している場合があるため、③の心理社会的なサポートも重要です。

岡崎 そうですね。昨今の新型コロナウイルス感染症(COVID-19)は糖尿病患者さんにも大きな影響を及ぼしました。外出自粛で生活スタイルが変わり、会食機会がなくなるなどして血糖コントロールが良くなった人もいれば、一斉休校や在宅勤務に伴うストレスで悪化してしまった人もいます。

三澤 生活環境の変化に伴うストレスによって自身の糖尿病に構ってられなくなり、過食や不規則な食事に陥ってしまう方もいました。

COVID-19で見逃せないのが生活習慣以外にも影響が出たことです。緊急事態宣言で仕事が減り、GLP-1受容体作動薬やインスリン製剤などの高価な薬剤を継続できなくなった方がいました。

岡崎 ただでさえ、健康的でバランスの良い糖尿病食を毎日取り続けるには、それなりにお金がかかります。

三澤 そこにCOVID-19で収入が減ったことで医療費のかかる通院が不安定となり、コントロールの悪化を招いてしまったのです。

岡崎 就職や転勤、結婚、離婚、あるいは身近な人の死別など、ストレス要因は人それぞれです。診療中の世間話

のような会話から驚きの事実がわかることもあるので、余談に思える話にも丁寧に耳を傾けたいですね。

三澤 ええ。何気ない会話から、実は家族を看取ったばかりだとわかれれば、グリーンケアを優先できます。抱えていたストレスの原因が取り除かれたことで、節制や運動が急に実行できるようになった患者さんを多く見してきました。

岡崎 確かに私が診ている方にも、姑と折り合いが悪かったためご主人と相談の上別居に踏み切ったところ、血糖コントロールがどんどん改善してインスリン注射から内服薬に変更となった50代の女性がいました。

三澤 本人の身近な環境の変化が糖尿病のコントロールに好影響をもたらした例ですね。糖尿病は患者さんのバックグラウンドが結果に及ぼす影響は実に大きい。心理社会的背景の変化に、ほんのわずかでも目を向けてあげることが大切です。普段から患者さんや家族の様子を見て、情報を引き出す問診のスキルを持つプライマリ・ケア医の腕の見せどころでもあります。

注意したい糖尿病診療のピットフォールは

三澤 糖尿病患者さんは高血圧症や脂質異常症、慢性心不全、腰痛などさまざまな疾患を抱えている場合があります。患者さんを診ていて注意したい、他の疾患は何でしょうか。

岡崎 HbA1cの悪化が続く場合、がんを疑うことです。日本人の糖尿病患者がなりやすいがんには肝臓がん、膵臓がん、大腸がんなどがあります。食事や運動、服薬は以前と同じようにできているのに数値が上がる場合には、がんを念頭にスクリーニングすることをお勧めします。

三澤 高齢の糖尿病患者さんも増えていきます。病気の認識や食事の有無の記憶が曖昧になった場合、認知症を疑うことが必要です。

岡崎 日常生活では認知症の徴候があっても、診察室ではご本人がこちらの話に上手に合わせてくれることがあるため、長く診ている人ほど変化に気が付かないことが多いですね。例えば処方日数と来院日が合わなかったり、予約の日を間違えたり、あるいは院内でよく迷子になる、会計でお金の計算に手間取る、インスリン注射を打った記憶が曖昧、などの異変には日頃から多職種で気を付けておきたいものです。

三澤 高齢の糖尿病患者さんの診療で考慮したい点は他にありますか？

岡崎 高齢者には低血糖による認知症のリスクもあるので、厳格な血糖コントロールをあえてめざさないことも考えましょう。また、高齢者は腎機能が低下していることもあるため、eGFRの数値を確認し、スルホニル尿素薬(SU薬)やDPP-4阻害薬、ビグアナイド薬の処方や用量には注意を払うことを習慣にするのを勧めます。

三澤 高齢の糖尿病患者さんの治療は

難しいですね。薬剤の選択肢がどうしても狭まってしまいます。

岡崎 それでも、患者さんの最善を考えると、薬や注射を足し算ばかりで考えるのではなく、引き算の発想も大切です。例えば、血糖を強力に下げるSU薬が最大量近く処方されている患者さんを診たら、少量を減らせないか考えます。低血糖のリスクを軽減するだけでなく、食前の空腹感が解消され食事量や間食が減ることで、薬の量が減ったにもかかわらず血糖コントロールが改善することがあるからです。

過体重や肥満の患者さんには、血糖コントロールと併せて体重減少につながりやすい薬剤、具体的にはビグアナイド薬やSGLT-2阻害薬の内服、GLP-1受容体作動薬の注射という選択肢を考えてはどうでしょうか。

三澤 糖尿病診療は、全てガイドライン通りのスタンダードで進めれば良いわけではありませんね。治療薬を選択する際、本人が納得して治療に向き合ってくれるかも重要な判断材料になります。プライマリ・ケア医は、患者さんを一人の人としてその背景まで見ようとする飽くなき好奇心を常に持っている。それが、糖尿病患者さんを前にした際の判断にも生かされるはずですよ。

岡崎 もし、病態や治療法の見直しを行ってもコントロールが改善しない場合は、専門医への紹介も考えなければなりません。専門医の立場から紹介についてアドバイスはありますか？

三澤 「本当に紹介していいのか」などと迷わず、気軽に紹介してほしいですね。外来でのインスリン導入はプライマリ・ケア医にもある程度必要なスキルですが、マンパワー不足や診療時間が限られている中では難しいこともあります。患者指導や導入に限界を感じたら、連携病院に相談しましょう。

岡崎 専門医からは、別の治療法の提案など新たな情報提供も期待されます。専門医の側も、患者さんの治療計画が決まったらかかりつけ医に戻すという連携が望ましいですね。

三澤 糖尿病の治療は次々新しくなり、患者さんに合った治療も変わります。患者さんを良くしたいとの同じビジョンを持つ専門医の知恵を、遠慮なく得てほしいと思います。

時には待ちながら、患者さんの行動変容を促そう

岡崎 長い目で見てみると患者さんが変わる瞬間があるのが糖尿病診療の魅力でもあります。私が診ていた患者さんに、職場の配置換えがきっかけでコントロールが好転した40代の男性がいました。HbA1cが上昇ししばらく8.0%を超えており、注射薬の開始を勧めていたのですが、ある時から少しずつ下がりはじめたのです。聞くと、勤務する百貨店の食料品売り場から紳士服売り場に配置換えとなり、建物の上層階にある紳士服売り場までバックヤードの階段を使うようになったそう



●みさわ・みわ氏

2005年滋賀医科大学卒業後、長浜赤十字病院にて初期研修。10年弓削メディカルクリニックで家庭医療後期研修。11年長浜赤十字病院糖尿病内分泌内科/救急部を経て、16年より現職。卒後後の家庭医療・糖尿病の医学教育に従事する。日本糖尿病学会専門医、日本プライマリ・ケア連合学会プライマリ・ケア認定医、家庭医療専門医、認定指導医。編著に『かゆいところに手が届く! まるわかり糖尿病塾』(医学書院)。

です。さらに異動を機に、夕食時間を早めて量も2割減らしたところ、HbA1c<7.0%を達成して継続できています。

三澤 環境の変化と同時に心境の変化も重なり、コントロールが好転したわけですね。

岡崎 これには私も驚かされました。三澤 頑張り過ぎて何かの拍子にバーンアウトしてしまう人もいれば、「治療がうまくいかないのでは」と思っていたのにコントロールが急に好転する例もあります。

岡崎 ですから、医師は目の前の検査データだけでなく、年単位の長いスパンで患者さんを診てほしいと思います。患者さんの行動目標が低いと感じても、時には待ちながら、患者さん自身ができるレベルから行動変容を促すことが大切です。

三澤 訪れるライフイベントに関連付けて治療の目標を考えるのも良いでしょう。初孫ができた方には、「お孫さんの入学式や結婚式に出たいですね」と、少し遠くに目標を置いています。

岡崎 患者さんとの関係性をどう築き、病いと共にある人をどう診ていけばよいか。目の前の患者さんをもっと知りたいたいと思い、謙虚な姿勢で耳を傾ければ道が開けることが多いと感じています。

三澤 地味で根気強さの必要な糖尿病診療を、私の恩師は「アリの行列をじっと見ている心境」と常々言っていました。救命救急や外科手術のように劇的な改善を来す場面は多くなく、小さな歩幅で患者さんと地道に歩いていくことになる。その長い道のりをずっと一緒に歩む治療の過程には、患者さんの人生を丸ごと支える醍醐味があります。広角レンズのように全体を引いた立ち位置からその人の健康観を知ろうとすれば、糖尿病診療はきっと楽しくなるはずですよ。(丁)

●参考文献

1) 石井均. 病を引き受けられない人々のケア. 2015; 医学書院. p.56.

私たちは、病を引き受けられない患者さんのことも、ずっと診ていきます。

実践! 病を引き受けられない糖尿病患者さんのケア

多くの糖尿病患者は、「治らない」「あまり症状が出ない」ことからなかなか治療へのモチベーションを保てない。そして、このような患者(病を引き受けられない患者さん)の心理を理解することは必須であるが難しい。そこで本書では、『糖尿病診療マスター』誌に掲載された論文の中から実際の「糖尿病患者の心理」を分かりやすく解説したものを厳選して収録。教科書的なテキストには書かれていない現実的な実践書としてまとめた。

編集 石井 均



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?

「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!

森 雅紀
森田達也



本邦の一般診療に役立つ改訂に「日本版敗血症診療ガイドライン2020」公開へ

敗血症は「感染に対する調節不能な宿主反応により、重篤な臓器障害を引き起こされた状態」と定義され、世界で年間約5500万人が発症し、約1100万人が死亡している。発症率、致死率が高く、救急・集中治療領域だけでなく一般診療の現場でも重要な症候群の一つだ。

日本集中治療医学会と日本救急医学会の2学会が合同で作成した「日本版敗血症診療ガイドライン2020」(J-SSCG2020)の正式版が、今年12月末に公開される予定となっている〔先行版は、9月に日本集中治療医学会(https://www.jsicm.org/)、日本救急医学会(https://www.jaam.jp/)のウェブサイトで公開〕。

国際的な敗血症診療ガイドラインSurviving Sepsis Campaign Guidelines(SSCG)が2004年から4年ごとに改訂を重ねる一方で、本邦の臨床の実情を考慮した独自の診療ガイドラインが必要との考えから、J-SSCGは2012年の作成以来、4年ごとに改訂を行っている。本邦の医療レベル・保険制度などを考慮し、SSCGとは一線を画するのが特徴である。

J-SSCG2020は質の担保と作業過程の透明化を図るため、2016年の改訂時と同様、相互査読制度や討議のオープン化を採用し、パブリックコメント募集は計2回実施した。また、人材育成とネットワーク構築を念頭に若手中心のグループが組まれた。

2016年以来2回目となる今回の改訂で注目されるのは、日本の診療現場を考慮した新領域の追加と、多職種が検討に加わった点である。J-SSCG2016

で画像診断、体温管理、ICU-acquired weakness(ICU-AW)とPost-Intensive Care Syndrome(PICS)などが追加されたのに続き、J-SSCG2020では新たに、Patient-and Family-Centered Care, Sepsis Treatment System, 神経集中治療、ストレス潰瘍の4領域を加えた計22領域で構成されている。

2学会合同による委員会は、委員と担当理事26人に、看護師9人、理学療法士4人、臨床工学技士2人、薬剤師2人の多職種と患者経験者2人を含めたワーキンググループメンバー85人、公募によるシステマティックレビューメンバー115人の総勢226人の参加協力によって進められた。

J-SSCG2020の推奨策定には、国際的に普及しているGRADE(Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation)方式が採用され、①エビデンスの質、②利益と害のバランス、③患者の価値観や希望、④コストや資源(保険診療)の利用——の4要因が評価された。推奨は全委員の投票により推奨採択の可否を決定した。その結果、118の臨床課題(Clinical Question:CQ)に対する回答は、79個のGRADEによる推奨、5個のGood Practice Statement(GPS)、18個のエキスパートコンセンサス、27個のBackground Question(BQ)の解説、および敗血症の定義と診断となった。

J-SSCG2020の正式版は今後、日本集中治療医学会誌と日本救急医学会誌に同時掲載される。日本語版の作成と並行して、見開き2ページでCQ& Answerを見られる「ダイジェスト版」や、海外への発信を目的とした「英語

多職種・若手の改訂参加で底上げ図る

interview 小倉 裕司氏に聞く

大阪大学医学部附属病院高度救命救急センター 准教授/日本版敗血症診療ガイドライン2020特別委員会 委員長(日本救急医学会)



●小倉裕司氏

—J-SSCG2020は敗血症診療の発展に寄与すると期待されます。

小倉 ガイドラインは一般に、「三流を二流にするけれども、一流を二流にしてしまう」との意見があります。そこで今回の改訂では、既存のエビデンスの整理だけでなく、一般診療で役に立つと同時に最先端の治療も見据えた新しい形のガイドライン作りに挑戦しました。臨床で重要とされる疑問に全て答えると初めに決めたため、118ものCQが挙げられました。エビデンスが不十分なものはエキスパートコンセンサスの形で専門家の意見をまとめています。

—2016年から4年振りの改訂となった今回、重視した点は何か。

小倉 本邦の一般診療の現場で使いやすい、世界でも通用する内容をめざしたことです。J-SSCG改訂に向けて、私たちは次の目標を掲げました。①一般診療の現場で広く用いられるガイドラインをめざす、②SSCGにない斬新な内容も積極的に取り入れ、国際的に意義のあるガイドラインをめざす、③時間的な要素などを取り入れ診療フローなど見せ方を工夫する、④若手医師の積極的な参加で次世代育成を進める、⑤作成に参加したメンバー一人ひとりが心から喜べる活動にする——の5点です。

—国際標準のSSCGと一線を画した、日本版独自の項目もあります。

小倉 今回新たに、患者・家族を中心としたPatient-and Family-Centered CareやSepsis Treatment Systemを加えました。患者家族のケアも臨床課題の中で取り上げ、社会や病院システムにおいて敗血症をどう取り扱うかを示した点にも意義があります。本邦の診療現場に合った臨床疑問に対し、推奨を整理して打ち出しました。国内はもちろん、海外からも注目される充実した内容となっています。

—改訂作業には多職種や若手も多く参加しています。正式版発行後の展望は。

小倉 作成メンバーが全員医師だった2016年の改訂と異なり、多職種と患者経験者の参画で討議のバランスが取れ、考察内容の深みも増しました。例えば、PICSを防ぐ介入には理学療法士の意見が、Patient-and Family-Centered Careについては看護師や患者経験者の視点が生きています。救命救急、集中治療は多職種が共通認識を持ってチームで臨むもの。多職種の貢献は非常に大きかったです。

若手の参画と人材育成は、2016年改訂時に委員長を務めた西田修先生(藤田医大、日本集中治療医学会理事長)から引き継いだテーマです。ガイドライン策定の工程は個々の成長や学会の垣根を越えた人的ネットワーク構築の機会となります。議論を契機に新たに生まれた臨床研究の結果が、本邦発のエビデンスとして次の改訂で反映され、日本の救急・集中治療領域がさらに発展することを期待しています。(了)

版)も作成している。また、スマートフォンなどのデバイスをベッドサイドで利用することを想定し、時間軸に沿った診療フローを提示する「アプリケーション版」を無料で公開する予定だ。

J-SSCG2020特別委員会の委員長を

務める小倉裕司氏(阪大)は、「国内外の敗血症診療の現場において十分に役立つガイドラインができた。敗血症診療に不安のある施設や、敗血症を学びたい多職種にJ-SSCG2020を活用してもらうことで、日本の敗血症診療の底上げにつなげたい」と展望を語った。

集中治療・救急関連書籍のご案内

QRコードから書籍の詳細がご覧いただけます。

医学書院



「高齢救急患者特有の診療・マネジメント」のコツを余すところなく注ぎ込んだ1冊

高齢者ERレジデントマニュアル

著: 増井 伸高



B6変型 頁298 2020年 定価:3,960円(本体3,600円+税10%) [ISBN978-4-260-04182-9]



「まずは、ここから」。初心者が身につけたい人工呼吸管理のポイントがこの1冊に!

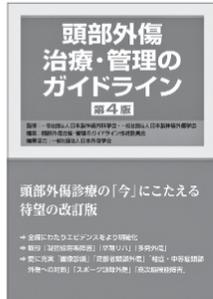
人工呼吸管理レジデントマニュアル

編集: 則末 泰博 執筆: 片岡 惇 / 鍋島 正慶



B6変型 頁216 2019年 定価:4,180円(本体3,800円+税10%) [ISBN978-4-260-03834-8]

初期診療から専門診療への連携、治療後の社会復帰支援との連携にも着目した充実の改訂版



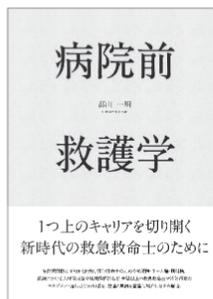
頭部外傷治療・管理のガイドライン 第4版

監修: 一般社団法人日本脳神経外科学会 一般社団法人日本脳神経外傷学会

編集: 頭部外傷治療・管理のガイドライン作成委員会 編集協力: 一般社団法人日本外傷学会



A5 頁272 2019年 定価:3,300円(本体3,000円+税10%) [ISBN978-4-260-03960-4]

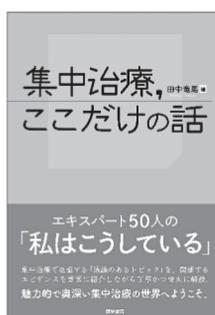


病院前救護学

著: 郡山 一明



B5 頁178 2020年 定価:3,960円(本体3,600円+税10%) [ISBN978-4-260-04275-8]



魅力的で奥深い集中治療の世界へようこそ。

集中治療、ここだけの話

編集: 田中 竜馬



B5 頁440 2018年 定価:5,500円(本体5,000円+税10%) [ISBN978-4-260-03671-9]

周産期医療に携わるすべての医療スタッフ必携の書



AAP/AHA 新生児蘇生テキストブック 第2版

監訳: 田村 正徳



A4変型 頁328 2019年 定価:6,380円(本体5,800円+税10%) [ISBN978-4-260-03243-8]

寄稿

DI 業務を担う薬剤師が知っておきたい

「医薬品情報のひきだし」の増やし方

村阪 敏規 株式会社トゥモファ代表取締役 こうなん薬局

●むらさか・としき氏

2008年神戸薬科大卒。18年三重大大学院医学系研究科修士課程修了。医療薬学専門薬剤師。08年三重大病院薬剤部入職、11年こうなん薬局を開局。13年に株式会社トゥモファに組織変更。薬局経営・薬局実務を行いつつ、薬剤師のための医薬品情報編集室「CloseDi」を運営している(リンクは右記QRコード参照)。近著に『医薬品情報のひきだし』(医学書院)がある。



厚労省が地域包括ケアシステムの構築を推進する中で、2015年には地域医療における薬局の在り方を模索する「患者のための薬局ビジョン」¹⁾が策定されるなど、薬局薬剤師の他職種と連携した地域医療に対する積極的な介入が進みつつあります。それに伴い薬局薬剤師に対する他職種からの問い合わせの増加が予想され、医薬品情報業務(DI業務)の重要性がさらに高まると考えられます。しかし薬局薬剤師が担う業務領域は、調剤業務、服薬指導業務など多岐にわたり、DI業務に多くの時間を費やすことが難しい状況があります。

病院では東大病院、阪大病院、九大病院への設置を皮切りに、各地の国立大学病院に医薬品情報室が設置されました。これにより医薬品情報を駆使した病院薬剤師の役割が他職種に周知され、病院薬剤師の病棟におけるチーム医療への積極的な介入が進みました。同様に薬局薬剤師も「医薬品情報のひきだし」を増やすことで、地域医療におけるチーム医療に積極的に介入できるようになると考えられます。

「医薬品情報編集者」としてDI業務を担う

医薬品に関する問い合わせがあれば、薬剤師は医薬品情報を検索・取得して批判的吟味を加え、適切に評価・確知します。その上で受け手の知識や理解度に応じて医薬品情報を再構築する「編集」を行い、的確かつ迅速に提供します。このような業務を行う薬剤師は「医薬品情報編集者」とも言えるでしょう。

DI業務を行う薬剤師は、さまざまな場面や状況下の受け手に対して刻々と更新される医薬品情報を提供し、薬に付加価値を与えます。限られた時間の中で薬剤師がDI業務を行うには、薬剤師間で問い合わせ内容と回答を分析・評価した上で医薬品情報を蓄積・共有して効率化を図り、情報の質を確保することが必要です。特に医療従事者が情報の受け手であれば、薬剤師の情報によって薬物療法の選択に大きな影響と重大な責任が生じるため、薬剤師は質の高い医薬品情報の提供に努める必要があります。

また薬剤師にとって、最終的な回答に到達するまでに多くの「問いの繰り返し」を行い、関連した情報を付加して提供することも重要です。「問いの繰り返し」を行うことで、一つの「問

い」をきっかけとして薬剤師が持つ「医薬品情報のひきだし」を増やすことができます。医薬品情報業務の効率化を図り、情報の受け手の満足度を向上させるためには、一人ひとりの薬剤師が問い合わせに対する回答までの考え方の道筋を経験するなど研さんを積むことが必要です。

以下、このたび筆者が上梓した『医薬品情報のひきだし』(医学書院)に掲載したフロー(図)に沿って、問い合わせから回答に至るまでのDI業務の考え方について実例を示します。

問い合わせから回答までの一連の流れ

問い合わせ アセトアミノフェンは他のNSAIDsと比較して消化性潰瘍が少ないと聞きましたが、空腹時に服薬することは可能でしょうか？

◆問い1 添付文書の記載は？

カロナール[®]錠の添付文書には「空腹時の投与は避けることが望ましい」と記載されています。一方で、OTC医薬品のタイレノール[®]Aの添付文書には「プロスタグランジンにほとんど影響を与えないため、空腹時にも飲めるやさしさで効く」と記載されています。どちらが正しいのでしょうか。

◆問い2 アセトアミノフェンは空腹時に服薬可能か？

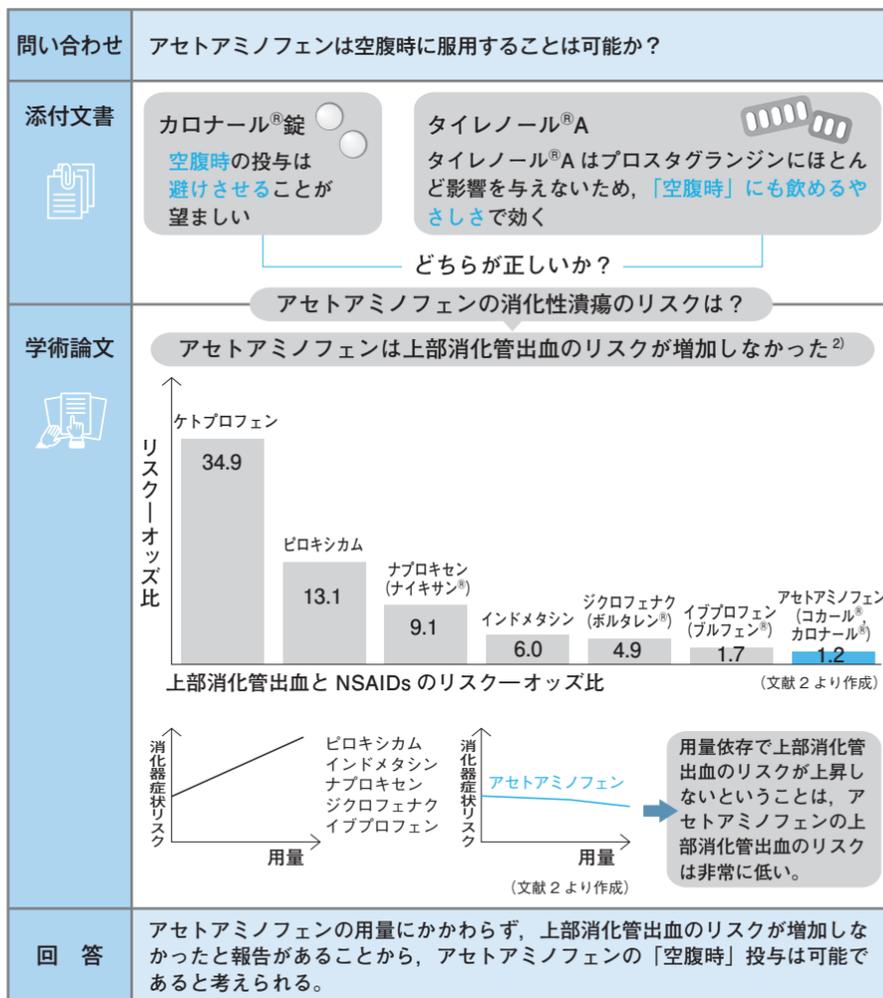
アセトアミノフェンは上部消化管出血のリスクオッズ比が1.2と低く、NSAIDsの同時投与がない場合は用量の増加にかかわらず上部消化管出血のリスクを上昇させないと報告されています²⁾。以上からアセトアミノフェンの上部消化管出血のリスクは非常に低いと考えられます。

◆問い3 食事の吸収率への影響は？

カロナール[®]錠のインタビューフォームでは、糖などの炭水化物を多く含む食事と共に服用すると、炭水化物と複合体を形成してアセトアミノフェンの初期吸収速度が減少すると報告されています³⁾。

◆問い4 空腹時投与のリスクは？

高用量のアセトアミノフェンによる肝毒性のリスクはアルコール摂取だけでなく、空腹時服薬により増加するという報告があります⁴⁾。ただしこれは1日あたり4g以上という高用量のアセトアミノフェンを服用した場合であり、添付文書上での最大投与量を超えているため、通常の適正用量の範囲内では問題にならないと考えられます。



●図 アセトアミノフェンの空腹時服薬に対する問い合わせから回答までのフロー(『医薬品情報のひきだし』p.129より改変) 薬剤師は問い合わせを受けた後、添付文書や学術論文などを手掛かりに「問いの繰り返し」を行い、回答を導き出す。

ここから、次の回答を導き出すことができます。

回答 食事による影響で吸収率が変化する可能性はありますが、アセトアミノフェンでは用量にかかわらず上部消化管出血のリスクが増加しない報告があり、食前や空腹時の投与も可能であると考えられます。

「アセトアミノフェンは空腹時に服薬可能」という回答に至るまでに、添付文書やインタビューフォームを確認し、アセトアミノフェンの消化管障害に関する学術論文を検索し、空腹時服薬のリスクや食後と比較した際の吸収率の違いなどを調査しています。もし「問い合わせに対する回答までの道筋」について臨床現場で経験することが難しい場合は、事例を書籍などで習得して問い合わせに対する回答までのストーリーの「型」を習得しましょう。

DI業務を担う薬剤師には「医薬品

情報編集者」として医療従事者や患者に医薬品情報を提供し、個々の患者に対する薬物療法を最適化した上で在宅医療や地域医療に貢献することが求められます。問い合わせ内容とそれに対する回答を分析し、蓄積や共有、評価、更新された情報の共有による効率化を行いつつ、「問いの繰り返し」を行うことで各人の「医薬品情報のひきだし」を増やし、DI業務の実経験を積むなどの絶え間なく自己研さんを行うことが大切です。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. 患者のための薬局ビジョン——「門前」から「かかりつけ」、そして「地域」へ. 2015. <https://bit.ly/3ebnKNa>
- 2) Br J Clin Pharmacol. 2002 [PMID : 12236853]
- 3) 医薬品インタビューフォーム. カロナール[®]錠200, カロナール[®]錠300, カロナール[®]錠500. 2018. <https://bit.ly/32Av9Bo>
- 4) JAMA. 1994 [PMID : 7990219]

豊富なエビデンスとイメージしやすいイラストで、ポイントが頭に入る、しっかり残る！

医薬品情報のひきだし

監修 奥田 真弘
執筆 村阪 敏規
執筆協力 妹尾 昌幸



PPIの副作用で下痢が発現する理由は？アセトアミノフェン経口製剤は空腹時に服薬できる？錠剤を粉砕したときの重量ロス？こんな臨床現場で迷いがちな薬の疑問を迅速・的確に解決するための情報が詰まった「ひきだし」です。

- 【付録】
- ◎ 本書における重要度スコア
- ◎ 知識のひきだし重要度スコア

目次 Contents

- 1 薬学的な思考
- 2 換算
- 3 服薬タイミング
- 4 小児
- 5 腎機能
- 6 在宅医療
- 7 粉砕・一包化・簡易懸濁法
- 8 安定性・製剤特性

●B5 頁326 2020年
定価：3,960円(本体3,600円+税) [ISBN978-4-260-04308-3]

医学書院

寄稿

認知症高齢者の食と生活を支える歯科口腔管理

枝広 あや子 東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と精神保健研究チーム
認知症と精神保健研究室 研究員

●えだひろ・あやこ氏



歯科医師。2003年北大歯学部卒業。05年東京歯大オーラルメディスン・口腔外科学講座入局。08年東京都健康長寿医療センター研究所協力研究員。12年東京都豊島区口腔保健センターあざりあ歯科診療所。同年東京都健康長寿医療センター研究所非常勤研究員。15年より現職。

わが国では2015年1月に国家戦略として認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)が策定された。今や要介護状態になる原因の第1位は認知症となった¹⁾ことで、認知症の方にやさしい地域・社会(Dementia Friendly Community: DFC)の実現がますます求められている。本稿では、そうした社会を実現するための一つの方策である、認知症高齢者の食と生活を支える歯科口腔の健康管理について紹介したい。

歯科口腔管理上の困難さとは

これまで歯科界では、可及的に国民の歯を残し、食べる機能を維持するためのヘルスプロモーション活動「8020運動」を展開してきた。その成果もあり、高齢となっても自分の歯を多く残す方が増加している²⁾。

一方、慢性炎症の一つである歯周病は認知症発症のリスクファクターと指摘されており³⁾、壮年期から口腔衛生不良で慢性炎症を潜在させた方が、高齢になってから認知症を発症することも少なくない。認知症と診断されADLが部分的に困難になる頃には、口腔のセルフケアへの関心や清潔観念も低下し、より一層急速に口腔清掃状態が悪化する。認知症の症状があり口腔管理が不十分であると、自分の歯が多い方はより歯周炎症面積が広がる⁴⁾。そのため認知症の方からの自訴がなくても歯科的ニーズは高いと言える⁵⁾。

口腔の不潔が歯科疾患の悪化を招き、認知症によって歯科受診へのアクセシビリティが低下すれば、放置された歯科疾患がさらなる口腔機能低下を引き起こしてしまう。う蝕や歯周病、破損した義歯による痛みなどの口腔の不快症状がBPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)の引き金になることはご理解いただけるだろう。

また、低栄養と全身の筋力低下、身体機能低下に伴い口腔機能も低下する。認知症初期には廃用の影響は少ないが、重度まで至ると神経伝達物質やシナプスの異常が顎顔面口腔にも影響を及ぼし、その結果口腔顔面失行や知覚・反応性の低下、協調運動低下などにより咀嚼や嚥下運動などが障害され、経口摂取にまでも問題が生じる⁶⁾。こうして口腔機能低下、嚥下機能低下が生じていくオーラルフレイルは、認知症によって進行が加速されるため、より早期からの適切な歯科介入が必要である。

機能的な口腔を維持するために

認知症が中等度以上に進行した方で

●表 原因疾患別の障害部位と食に関する症状(文献9より一部改変して転載)

原因疾患	神経心理学的症状(代表的なもの)	臨床的な課題(特に食事に関する代表的なもの)	対応の要点
血管性認知症	左脳:失語 右脳:空間認知障害 運動野:麻痺 [*]	言葉の指示の理解が難しい 部分的に注意を向けられない 食事動作がうまくできない 飲み込みがうまくできない (障害部位により個人差が大きい)	ADLの障害と理解力・記憶力の障害が伴わないことが多いため、それぞれのアセスメントを適切に行い、注意して対応する。
アルツハイマー型認知症	記憶障害 実行機能障害	過去のエピソードを丸ごと忘れる(食べたことを忘れる) (食べる)行為の組み立てに混乱する	物忘れの不安により質問が多い時でも真摯に対応する。 混乱時は、さらなる混乱を避けるように穏やかに丁寧に対応する。
前頭側頭型認知症	脱抑制 時刻表的行動・常同行動 失語	他の人の食べ物でも食べてしまう早食、かきこみ食、立ち去り行動、いつも同じ食べ物を同じ時間に食べる 言葉のコミュニケーションがとりにくい	他の人の食べ物も食べてしまう場合は「禁止」よりは「別のものに誘導」するように促す。早食は小分けにして提供する、ゆっくり咀嚼するように模倣を取り入れ促す。 使用物品を見せる、模倣を促す。
レビー小体型認知症	視空間認知障害 幻視 錐体外路症状 [*] 認知機能・覚醒の変動うつ・アパシー	口と食具の位置関係がうまく調節できない 食べ物に虫が入っているように見える パーキンソン症状 [*] 、嚥下機能低下、流涎 はっきりしている時とぼんやりしている時がある	動作の不自由さをさりげなく支援する。幻視は本人にとっては真実であることを認識し、よく話を聞いたうえで本人の納得のいく対応をとる。照明の調節やメガネの使用により幻視機会が減る。 早期より嚥下機能アセスメントを継続的にを行い、抗パーキンソン病薬の血中濃度や症状の日内変動に注意して対応する。 食事時の覚醒レベルの低下は嚥下障害を悪化させるため、一旦食事を中止し、覚醒している時に提供する。

*認知機能障害ではなく神経症状を指す。

あっても、対象者に合わせた歯科治療方法や術式を選択し、認知機能障害やBPSDへの合理的配慮を行うことで口腔管理が継続できる。歯科医院の外来の環境はなじみがなく緊張する環境となる場合もあり、自宅での訪問歯科診療が適しているケースもまれではない。歯科とのかかわりの継続が、健全で機能的な口腔の維持、ひいては生活の質に影響する。

しかしながら自発的な歯科受診に任せていると、自訴の乏しい認知症の方ではアクセシビリティが低下するのは自明である。周囲の支援者、例えばかかりつけ医や訪問看護師などが口腔トラブルの徴候を見だし、歯科受診につなげることが必要である。認知症の進行経過に応じて、主治医、歯科医、介護者や関係職種が相談しながら口腔管理に関する目標設定を共有し、状況に応じたプランの立案が不可欠と言えよう⁷⁾。

また、BPSDの軽減を図るために使用した薬剤の副作用で傾眠、口腔乾燥、錐体外路症状が生じ、歯科疾患の悪化や摂食嚥下障害等の症状によって経口摂取に影響するケースも少なくない。こうした症状は歯科受診時や経口摂取アセスメントの際に発見されるケースもあり、適時適切な医薬品連携が求められる。

原因疾患を踏まえた適切な食支援

医師、歯科医師を含めた多職種で認知症の方の食事場面を観察評価し、食に関する残存機能を引き出すような支援を検討する取り組みが、食行動観察やミールラウンドという名で広まって

いる。認知症の方における食の課題は、専門的な摂食嚥下機能評価のみならず、多職種による観察評価が適している⁸⁾。観察の要点は食事環境、姿勢、口腔機能、食形態、食具、本人の視線や食べ方など多岐にわたる。

また認知症の原因疾患によっても、食に関する困難には相違点があり、特徴を踏まえた支援が重要である。アルツハイマー型認知症(AD)では、摂食嚥下機能の低下は中等度の後半以降から生じる。ただしAD軽度、中等度であっても生活習慣への興味消失や稚拙さが生じることから、セルフケア不足による歯科疾患の悪化や基礎疾患の悪化による経口摂取困難が生じ得ることは覚えておく必要がある。

血管性認知症、特に大脳皮質領域の梗塞巣が両側に存在するケースにおいては、偽性球麻痺による摂食嚥下障害が顕著に残存することがある。認知機能障害が軽度である場合は、残存機能に対してのリハビリテーションや環境の調整が有効であることも知られている。レビー小体型認知症では認知機能の変動とパーキンソン症状により、摂食含めさまざまなADLの障害が起こり、嚥下反射や咯出反射といった咽頭反射も障害されて、ADより比較的早期に重篤な摂食嚥下障害が出現するケースが多い。

その他主な原因疾患別の食に関する症状と対応のポイントを表⁹⁾に示したので参考にいただきたい(註)。

*

歯科医師や歯科衛生士が、認知症の方に初期の頃から定期的にかかわり続け、歯科との関係を維持することが、

経口摂取を含めた生活の継続性への支援となる。高齢者医療、特に認知症の方にかかわりが深い皆さまにおいては、口腔が快適で機能的であることが生活の継続性を守り、結果的には人生への寄り添いにもなることをご理解いただければ望外の喜びである。

註: ADの重症度評価として用いられるFAST(Functional Assessment Staging)に沿った口腔咽頭機能の低下と口腔衛生管理の要点についての詳細は文献7, 8, 10, 11を参照されたい。

●参考文献・URL

- 1) 厚労省. 2019年国民生活基礎調査の概況—IV. 介護の状況. 2020. <https://bit.ly/2U4FJvv>
- 2) 厚労省. 平成28年歯科疾患実態調査. 2017. <https://bit.ly/3mPVqmr>
- 3) Neurology. 2020 [PMID: 32727837]
- 4) Psychogeriatrics. 2020 [PMID: 33089591]
- 5) Geriatr Gerontol Int. 2016 [PMID: 26338200]
- 6) Geriatr Gerontol Int. 2014 [PMID: 23992204]
- 7) 日本老年歯科医学会(編). 認知症の方への歯科治療ガイドライン. 医歯薬出版; 2019.
- 8) 多職種経口摂取支援チームマニュアル—経口維持加算に係る要介護高齢者の経口摂取支援にむけて 平成29年度版(Ver.1.2). 2018. <https://bit.ly/34SjB2z>
- 9) 枝広あや子(編). 認知症の方の「食べられない」「食べたくない」解決できるケア. 日総研出版; 2016.
- 10) 本間昭, 他. 臨床編 病期(ステージ)分類 Functional Assessment Staging (FAST). 日臨. 2003; 61(9): 125-8.
- 11) 枝広あや子. 臨床に役立つQ&A 認知症などをもつ要介護高齢者の口の管理のポイントを教えてください. Geriatr Med. 2015; 53(11): 1195-8.

認知症診療のエンサイクロペディア、最新ガイドラインを踏まえ待望の改訂!

認知症ハンドブック 第2版

認知症にかかわる医療従事者が知っておきたい知識を網羅した決定版、7年ぶりの改訂。診断や薬物療法・非薬物療法、リハビリテーションやケアなど、臨床で必要となる情報を『認知症疾患診療ガイドライン2017』の内容に沿って解説。基礎研究に関する情報も臨床で役立つ内容を中心にアップデート。今回も「臨床のエンサイクロペディア」と呼ぶにふさわしい内容に仕上がっている。

編集 中島健二
下濱 俊
富本秀和
三村 将
新井哲明

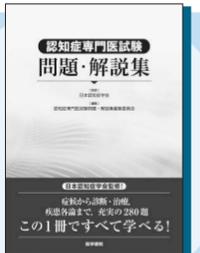


専門医を目指す人はもちろん、認知症を診る全ての医師にとって役に立つ1冊

認知症専門医試験問題・解説集

日本認知症学会の専門医試験対策の問題と解説をまとめた学会オフィシャルテキスト。過去問109題に新作問題170題を加えた全279題をわかりやすい解説とともに収録。問題の範囲は基礎から症候、鑑別診断、治療、リハ・ケア、疾患各論まで網羅的にカバー。専門医試験受験者はもちろん、認知症を診る機会のある医師にとっても役に立つ1冊。

監修 日本認知症学会
編集 認知症専門医試験問題・解説集 編集委員会



Medical Library 書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売・PR部(03-3817-5650)まで
なお、ご注文は最寄りの医学書院特約店ほか医書取扱店へ

回復期リハビリテーション病棟マニュアル

角田 巨 ● 編

北原 崇真, 佐藤 慎, 岩戸 健一郎, 中嶋 杏子 ● 編集協力

B6変型・頁424
定価:3,740円(本体3,400円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04247-5

評者 原 寛美

山梨勤労者医療協会石和共立病院
リハビリテーション科ニューロリハビリテーションセンター長

2000年から保険医療制度上新設された回復期リハビリテーション病棟(Convalescent Rehabilitation Ward: CRW)は、現在全国で約2000病院、総ベッド数8万床に及んでいる。急性期治療を終了した患者に対して、その後の機能回復とADLの自立、さらに自宅復帰、復職などを目標とした入院リハビリテーション医療を提供する重要な制度的枠組みである。CRWはわが国の医療上で不可欠なシステムとなっている。本書は、そのCRW医療を担うチームをなす、リハビリテーション科専門医、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、薬剤師、医療ソーシャルワーカーなどに向けて上梓された、総論と専門的各論を俯瞰したマニュアルである。

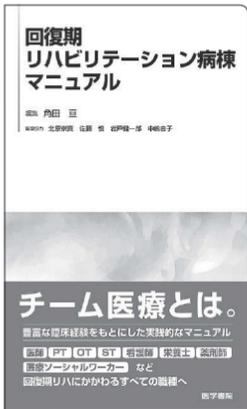
CRWの医療では、急性期治療を終えた時期といっても、亜急性期での転院となるケースもあり、さらに基礎疾患や併存疾患の診断と治療が多岐に必要とされる。そのために、各種検体検査と画像診断、超音波診断、嚥下障害に対するVE/VF検査などの検査は必須となることから、それらに対応できるハードの整備と医療が求められる。加えて、リハビリテーション医

療で汎用されている各種評価法(疾患別重症度評価、運動機能や高次脳機能検査、ADL評価、栄養状態管理評価など)に習熟していること、またリハ

ビリテーション訓練と治療の知識も必要となる。本書ではCRWの対象となる疾患と訓練の概要とともに、CRWの看護とケア、栄養管理、薬剤管理、合併症管理、退院後のリハビリテーション医療を継続させていく準備などについて網羅されている。さらに、多職種がそれぞれの専門性を十分に発揮できるよう、チーム医療としてのアプローチ方法についても言及されている。

本書は総勢48人の(主に)国際医療福祉大市川病院のスタッフにより分担執筆された力作である。編者の角田巨先生は、脳卒中医療における反復性経頭蓋磁気刺激治療(rTMS)に関する執筆論文が数多く、わが国におけるニューロリハビリテーション医療の旗手でもある。学会のプレゼンテーションでは、いつも卓越した語学力とreview能力を駆使し、キャリアアップのための新しい知見を提供してくれている。氏の指導の下で、さらにバージョンアップされた書籍となることを期待してやまない。

回復期リハの総論と専門的各論を俯瞰したマニュアル



回復期リハビリテーション病棟マニュアル
編者 角田 巨
監修 北原 崇真, 佐藤 慎, 岩戸 健一郎, 中嶋 杏子
豊富な臨床経験をもとにした実践的なマニュアル
監修 内科 ST OT ST 看護師 理学療法士 言語聴覚士
医療ソーシャルワーカー など
回復期リハにかかわるすべての職種へ
医学書院

パターンソン臨床アレルギー学

Leslie C. Grammer, Paul A. Greenberger ● 編
慶應アレルギーセンター ● 訳

B5・頁1032
定価:17,600円(本体16,000円+税10%) MEDSI
http://www.medsico.jp

評者 出原 賢治

日本アレルギー学会理事長/
佐賀大学教授・分子生命科学

アレルギーの診療に携わる臨床医、あるいはアレルギー学を追究する研究者や学生にとっての待望の書が発行されました。アレルギーの領域では長きにわたり高い評価を得ている“Patterson's Allergic Diseases”の和訳書が、遂に発行されたのです。世界的な評価を得ているアレルギー学の教科書としては、初めての和訳書になるかと思えます。これにより、アレルギー学に関する最新の、かつ学問的に公認された知識を、容易に獲得できるようになりました。この大業を成し遂げられた慶應アレルギーセンターのご尽力に、心から敬意を払いたいと思います。

実臨床に基づいた記載がふんだんに盛り込まれた書



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
メチカル・サイエンス・インターナショナル

アレルギー学は免疫学の発展とともに進化を遂げてきたと言ってしまうと過言ではありません。本書では、まず、IgEの発見から始まり、ここ最近の免疫学の進歩により明らかにされたパターン認識受容体、自然リンパ球、制御性T細胞などの基礎的内容がわかりやすく解説されています。そして何よりもアレルギー学に関する臨床的な内容の充実ぶりに目を見張ります。アレルギー領域における主たる疾患である喘息、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎、食物アレルギーはもちろんのこと、それ以外のアナフィラキシーと各種過敏反応、過敏性肺炎やアレルギー性気管支肺アスペルギルス症を含めた呼吸器免疫疾患、鼻ポリープや副鼻腔炎などの

上気道疾患、アレルギー性結膜炎とするアレルギー性眼疾患、接触皮膚炎や蕁麻疹などのアトピー性皮膚炎以外の皮膚アレルギー疾患と、アレルギーに関する疾患が広く網羅され、詳しく解説されています。また、好酸球性食道炎といった消化器疾患、睡眠障害、心理的側面からの患者管理、画像的診断など従来のアレルギー学にはなかった新興的なアレルギー領域も扱われています。そしてさらには、近年アレルギー領域に登場し、また、今後さらに期待されている生物製剤を含む新規免疫学的治療についても、それを利用する

のに必要な個別化医療の概念とともに紹介されています。このように、実臨床に基づいた記載がふんだんに盛り込まれているのが、『パターンソン臨床アレルギー学』の特徴と言えるでしょう。

“Patterson's Allergic Diseases”は1972年に初版が発行されて以来、版を重ね、前回の第7版から7年ぶりに第8版が2018年に発行されました。その間、アレルギー学の教科書として常に高い評価を得てきました。そして、これまで和訳本の発行が望まれながらもかなわなかったところ、今回ようやくそれが実現いたしました。このように、『パターンソン臨床アレルギー学』は、アレルギーに関心を持っておられる臨床医、研究者、学生がぜひ持っておくべき一冊であり、心よりお勧めいたします。

マークス臨床生化学

Michael Lieberman, Alisa Peet ● 原著
横溝 岳彦 ● 訳

A4・頁654
定価:9,350円(本体8,500円+税10%) 医学書院
ISBN978-4-260-04139-3

評者 栗原 裕基

東大教授・代謝生理化学

多くの医学生、医療系の学生にとって、生化学は鬼門らしい。特に初学者にとっては内容が膨大と感じられる上に、エネルギーや代謝など病態と直接関連しそうな内容にもかかわらず、臨床とのつながりがなかなかイメージしにくいようである。そうした学生にとって、「マークス臨床生化学」はまさに待望の書である。

生化学の窓から臨床が見える

目次を見ると、生体物質とその代謝を中心に生化学の基本に忠実な構成をとっており、シグナルや増殖など、細胞生物学的な内容の多くは割愛されて

いる。ちょうど生命科学教科書の定番であるMolecular Biology of the Cell(邦訳「細胞の分子生物学」)と補完的な関係にあり、このためむしろ「生化学」という分野の基本となる守備範囲がわかりやすく、その学問的位置付けが把握できる。図も見やすく、直観的にわかりやすいシェーマが多い。

本書の最大の特徴は、臨床的意義を意識した構成にある。各章の始めに数人の患者さんが登場、本文の内容と臨床像とのかがわりがコラムで紹介さ

MEDSiの新刊

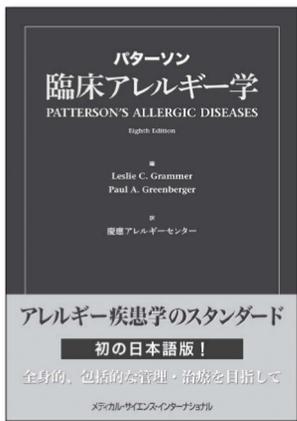
アレルギー疾患学のスタンダード、初の日本語版!
全身的、包括的な管理・治療を目指して

パターンソン臨床アレルギー学

Patterson's Allergic Diseases, 8th Edition

- 訳: 慶應アレルギーセンター
- 日本語版監修: 福永興彦 (慶應義塾大学医学部 内科学(呼吸器) 教授)
- 定価17,600円(本体16,000円+税10%)
- B5 ● 頁1032 ● 図162 ● 2020年
- ISBN978-4-8157-0301-1

▶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。



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
メチカル・サイエンス・インターナショナル

- | | | |
|--------------------------|--------------------|----------------|
| 目次 | I 免疫系:生物学的および臨床的観点 | VI その他の呼吸器免疫疾患 |
| II アレルギーと喘息における病因および環境要因 | VII 上気道疾患 | |
| III 検査と治療の原則 | VIII 皮膚のアレルギー性疾患 | |
| IV アナフィラキシーとその他の過敏反応 | IX 薬理 | |
| V 喘息 | X 特殊な状況 | |

近年、著しい増加傾向にある肺非結核性抗酸菌症への対処法がこの一冊に!

症例で学ぶ肺非結核性抗酸菌症

『呼吸器ジャーナル』誌の好評連載「症例で学ぶ肺非結核性抗酸菌症」をアップデートして書籍化。近年、著しい増加傾向にある肺非結核性抗酸菌症。患者の拾い上げが進む一方、不明点も多く「いつからいつまで、どのように治療すべきか」、臨床上の課題が多く残されている。本書では具体的な症例を元に、これまでわかっていたエビデンスと、臨床現場ではこのように対応すべきというエキスパートオピニオンとを交えて解説する。

編集 長谷川直樹
朝倉崇徳



あたらしい人体解剖学アトラス 第2版

佐藤 達夫 ● 訳

A4変型・頁512
 定価:7700円(本体7000円+税10%) MEDSI
<http://www.medsii.co.jp>

評者 坂井 建雄
 順天堂大特任教授・理学療法学

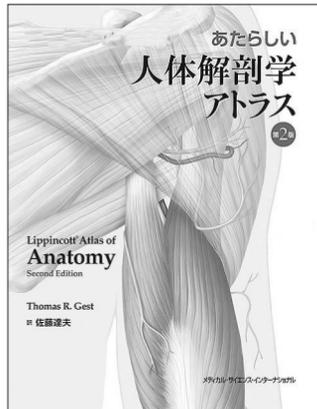
今回第2版となった『あたらしい人体解剖学アトラス』の新しさは、どこにあるのだろうか。

人体解剖のアトラスには、1543年のヴェザリウスの『ファブリカ』以来の長い歴史がある。その間に数多くの発見があり、時代に合わせて意匠を新たにした解剖アトラスが生み出されてきた。力感のある木版画から、細かな線描で表現する銅版画を経て、19世紀にはリトグラフにより多色多階調の表現も可能になった。そして20世紀に登場した写真製版の技術では、ありとあらゆる画像を切り取ることが可能となり、白黒ではあるが正確さで定評のあるトルト、多色できらびやかなゾボッタ、解剖標本を実写したグラント、解剖標本の写真を用いたローエンと横地など、個性的な解剖アトラスが続々と登場した。そして21世紀に登場したプロメテウスの解剖図が迫真の精細さで大きな衝撃を与えたことは記憶に新しい。

『あたらしい人体解剖学アトラス』の「新しさ」は、これまでの解剖アトラスの歴史に見られるような、印刷技術の革新がもたらした新しい表現でもなければ、解剖標本の写真やコンピュータグラフィックスといった画像そのものの新規性でもない。本書の新しさは、何と云っても、解剖の画像情報を学習者にどのように伝えるかを徹底的に配慮した、教育的な視点によるものである。

どこかのページを開いてみよう。重要な部分を際立たせようとするクール

クールでスマートな人体解剖アトラス



な仕掛けがふんだんに盛り込まれている。目に飛び込んでくる全ての部分が一律に強調されるのではなく、注目されるべき部分のみが多色で、他の部分が淡い単色で描かれている。また骨や筋肉や血管や神経など体壁のあらゆる場所に広がる構造や、頭部・胸部・腹部など局所に集まる臓器も、穏やかな色使いと陰影で軽やかに描かれている。部分を取り上げてクローズアップする際にも、オリエンテーションをつけやすいように、身体の輪郭や周囲の構造を描き加える工夫が随所になされている。

その一方で、学生を困惑させる過剰な情報の押しつけは、スマートに控えられている。教育熱心な解剖学者たちはついつい多くの言葉を費やして説明しようとするが、本書では解剖図には解説文をつけず、また各章末に筋肉についてのまとめの表を載せるのみにとどめている。解剖図の数も手頃な範囲に抑えられて、かつ図のネームの数も極めて抑制的である。そういった配慮の結果、本書のサイズは変形A4判で約500ページと、持ち歩くのにあまり負担とならないコンパクトなサイズになっている。

解剖学の学習はかつて、膨大な解剖学用語を誇りにして、記憶力を駆使する難行苦行を学生に強いるように思われていた。現代の解剖学の教育は、重要な所に焦点を当ててわかりやすく楽しく教えている。本書はまさにクールでスマートな現代の解剖学の見本というべきものである。

れ、最後に「臨床コメント」として登場した患者さんの病態が生化学的に解説されている。このため、初学者には生化学の基本体系を身につけながら、臨床とのつながりが常に見えやすくなっている。さらには、臨床を学んだ高学年の学生や臨床医にとっても、臨床的視点から振り返ることで理解が深まるし、コラムだけ拾い読みしても楽しめる読み物になっている。また、近年重視されている臓器連関の視点が全体にわたって多く取り入れられており、代謝の全身的な理解が深まるという点でも臨床に大いに役立つ。さらには、各章末の「生化学コメント」などでは最先端の研究への展望が解説され、研究志向の学生にとっても、基礎・臨床両面からのモチベーションが喚起

される。原書はMarks' Basic Medical Biochemistryのタイトルですでに第5版を迎えているが、邦訳は今回が初めてである。翻訳された横溝岳彦先生は、東大医学部を卒業してしばらく産婦人科医として臨床経験を積んだ後に基礎医学に転身された生化学者で、基礎と臨床両面に深い見識を持つとともに、複数の大学で長年にわたって生化学の教育に携わってこられた優れた教育者でもある。この先生がお一人で翻訳されたため、全体の記述に統一感があり、正確かつわかりやすい。本の帯にあるとおり、まさに「こんな教科書を待っていた!」。初学者のみならず、医療に従事する多くの人にとって蒙を啓かれる必携の教科書である。

視点

COVID-19 下の遠隔心理療法をどう実践するか



平泉 拓 東北福祉大学総合福祉学部福祉心理学科 助教/VCPカウンセリングオフィス主宰

現在、心理支援サービスは変革期を迎えている。1980年代から遠隔心理学 (telepsychology) の研究と実践が進められてきた中で、2020年にCOVID-19の感染拡大が起こった。世界的な潮流として離れた場所から心理支援サービスを提供する必要が生じ、遠隔心理学に注目が集まっている。遠隔心理学とはサービスを受ける人と提供する人が物理的に距離の離れた場所にいる状態で、電話、モバイル機器、ビデオチャット、電子メール、ショートメッセージ、ソーシャルメディアなど遠隔コミュニケーションの情報技術を用いて提供される心理支援サービス全般を指すものである。

わが国におけるCOVID-19の感染拡大から今日までの期間は、遠隔心理学にとって行動変容ステージの中での、「行動を変える意図を持っている」関心期と「行動を変える意図があり何らかの行動を起こしている」準備期、「明確な行動の変更を起こしている」実行期が同時にやってきた困難な時期なのかもしれない。遠隔心理学の準備を急ぐあまり、サービスが患者の害になってはならない。患者の安全と情報の機密性を保持するために、各種のガイドラインを整備・遵守し、エビデンスの蓄積と共有を行い、専門家が参照・受講できる標準プログラムを策定する必要がある。その上で、情報技術がさらに進化することを考えると、遠隔心理学の本格的な実践と変革は、5G(第5世代移動通信システム)の普及後に起こるだろう。

遠隔心理学の一分野に、遠隔心理療法 (telepsychotherapy) がある。これは映像と音声を同時双方向で通信するビデオ会議ツールやオンライン診療システムなどの情報技術を用いて心理療法(精神療法)を提供するものである。諸外国ではCOVID-19以前から特定の心理的な問題の改善に有効であることが検証され、対面の心理療法に劣らないことが示されている¹⁾。遠隔心理療法の最大の強みは、アクセスの障壁を軽減し、治療を受けられる人と受けられない人の格差を是正することである。例えば専門家が全国に少ない疾患に苦しむ患者への適用が挙げられる²⁾。サービスにアクセスでき、移動のコストが軽減することは、全ての人の健康的な生活と利益のために極めて重要である。専門機関はこのサービスを発展させることで、より効果的に、より多くの地域の人に提供できる可能性がある。

遠隔心理療法は対面式の心理療法の

敷き写しととらえられやすいが、新しいケアの提供方法でもある。医療記録データや患者レジストリなどWebベースの情報管理プログラムを用いて治療の流れを構造化し、遠隔チームをオンラインでつなげてケアを提供するタイミングや方法を調整する、遠隔チームング(Tele-teaming)³⁾というチームアプローチがトレンドになっている。

遠隔式でも対面式でも、サービスを受ける人と提供する人との対話が大切になる。両者では相互信頼関係の進み方や提供者の存在感の示し方、イントネーションや身振りなどのパラ言語の使い方に差異があると指摘されることがあるが、人と人が心を通わせて対話するものであり、心構えに本質的な差異はないのではないかと。近年注目を集める対話的实践 (dialogic practice)、つまり人と人との対話を重視する実践は、遠隔式でも大切である。筆者らは、個人と組織のダイアログ性の向上を目的としたプログラムの開発、ならびに個人と組織のダイアログ性を測定するスケールの開発に取り組んでいる⁴⁾。ダイアログの姿勢とは、一つの見方や結論に執着せず、曖昧な状況に耐える「不確実性の許容」(tolerance of uncertainty)、さまざまな立場や価値観を持つ人々の意見を尊重し、大切に「多声性の尊重」(polyphony)、じっくり話を聴き、応答する「対話性」(dialogism)である。これからは遠隔心理学の発展と普及に向けて、サービスを受ける人だけでなく遠隔心理学の実践家と研究者との対話にも取り組んでいきたい。

●参考文献・URL

- 1) Clin Psychol Psychother. 2018 [PMID : 30014606]
- 2) Hiraizumi T. Videoconferencing Psychotherapy and Community Care in Japan. In : Hagino H, et al, editors. New ways of promoting Mental Well-being and Cognitive Functions. Laurea Publication ; 2018. pp56-68. <https://bit.ly/2HCRx5w>
- 3) Curr Psychiatry Rep. 2019 [PMID : 31286277]
- 4) 平泉拓, 他. 日本ブリーフセラピー協会第12回学術会議. ダイアログ尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 要旨集; 2020. p5.

●ひらいずみ・たく氏/2008年立命館大アジア太平洋学部卒。15年東北大学院教育学研究科修了。博士(教育学)。臨床心理士、公認心理師。日本学術振興会特別研究員、宮城大学生相談室カウンセラーを経て、15年より現職。20年、東北初となるオンライン専門の遠隔心理支援サービス、VCPカウンセリングオフィスを開業。

ガイドラインに基づく精神科治療戦略を徹底解説!

ケースでわかる! 精神科治療ガイドラインのトリセツ

精神科の診療ガイドラインの使い方をレクチャーする実践的講習会のテキストを大幅に加筆修正し書籍化。二大疾患とも言える統合失調症とうつ病について、症例をもとにガイドラインを用いた治療の進め方などを紹介。患者の問題点の洗い出しから治療方針の立て方、処方変更(とそれによるメリット・デメリット)など実際の臨床場面における具体的な考え方や対応を幅広くまとめ、明日の診療に活かせる知識が盛りだくさん!

編集 EGUIDEプロジェクト

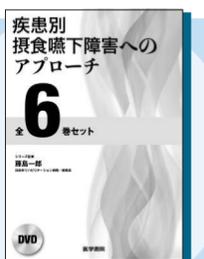


医療現場で重要度が増している摂食嚥下障害を、概念から治療法まで映像で解説!

疾患別摂食嚥下障害へのアプローチ DVD 全6巻セット

摂食嚥下障害へのアプローチ法を疾患別に解説したDVD全6巻セット。チーム医療でアプローチする摂食嚥下障害に対し、どのようなアセスメントを行い、どのようなタイミングでどのようなアプローチをなすべきか、編者による解説を臨場感あふれる臨床場面の映像とともに具体的に示す。摂食嚥下障害について学ぶ医療系学生に最適なDVD教材であるとともに、臨床で日々摂食嚥下障害に接する医療職にも大いに役立つ内容である。各巻購入可能。

シリーズ監修 藤島一郎



レジデントのための 感染症診療マニュアル

Manual of Infectious Diseases
第4版
fourth edition

青木 眞

まずはこの1冊、やっぱりこの1冊。 最新改訂第4版!

読み継がれる感染症診療のバイブル。

感染症診療全般を網羅したバイブル。病原の同定と適切な薬剤選択を基本に、臨床の実践知が学べる。トピックとして新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)、ゾーニング、薬剤耐性菌 (AMR) 対策、最新の検査法などを収載。一線で活躍するエキスパートらの臨床知が凝縮された渾身の1冊。

LINE 公式アカウント
はこちら!

限定サービス実施予定



目次

- 巻 頭 カラーアトラス
- 第1章 感染症診療の基本原則
- 第2章 感染症治療薬の概要
- 第3章 医療関連感染の予防
- 第4章 AMR 対策
- 第5章 検体の取り扱いと検査の考え方
- 第6章 特殊な発熱患者へのアプローチ
- 第7章 中枢神経系感染症
- 第8章 呼吸器感染症
- 第9章 尿路・泌尿器関連感染症
- 第10章 血管内感染症
- 第11章 腹部感染症
- 第12章 皮膚・軟部組織感染症
- 第13章 骨髄炎・化膿性関節炎
- 第14章 眼科関連感染症
- 第15章 頭・頸部感染症
- 第16章 性感染症
- 第17章 重要な微生物とその臨床像
- 第18章 免疫不全と感染症
- 第19章 HIV 感染症・後天性免疫不全症候群
- 第20章 敗血症
- 第21章 予防接種
- 第22章 熱帯感染症と予防
- 第23章 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)

20th まずはこの1冊、やっぱりこの1冊
初版から20年。読み継がれる感染症診療のバイブル

- Principles** 診療一般に通じる諸原則を学ぶ
- Logic** 「発熱⇒感染症⇒抗菌薬」という安易な発想から決別し、病原の同定と適切な薬剤選択による診療
- Policy**
- Clinical** 実践知を凝縮し、臨床のリアリティを追求
- Expert** 一線で活躍するエキスパートたちの臨床知を集結

- Topics** COVID-19 薬剤耐性菌 (AMR) 対策
- 最新の治療薬・検査法の実践知
- ゾーニング

●A5 頁1728 2020年 定価:13,200円(本体12,000円+税10%)
[ISBN 978-4-260-03930-7]



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