

2016年2月29日

第3164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

- [インタビュー] 情報を共有し、周産期医療体制の再構築を(海野信也)…… 1-2面
[寄稿] 「レター」の書き方の作法(片岡裕貴、辻本啓、辻本康)…… 3面
[FAQ] 緑内障禁忌薬剤の使用(石岡みさき)…… 4面
MEDICAL LIBRARY…… 5-7面

情報を共有し、周産期医療体制の再構築を

interview 海野 信也氏に聞く

北里大学病院長/日本産科婦人科学会医療改革委員会委員長

日本産科婦人科医会の2015年の調査によると、分娩取扱施設に所属する産婦人科医の1か月当たりの平均当直回数は他科よりも多く、1か月当たりの推定平均在院時間は296時間と、平均値にもかかわらず過労死の認定基準を超える値となっている。こうした状況を受け、日本産科婦人科学会は周産期医療体制の再構築、勤務医の勤務環境改善に向けて、「産婦人科医療改革グランドデザイン2015(GD2015)」(表)を発表した。本紙では、同学会の医療改革委員会委員長としてGD2015の作成に携わった海野氏に、周産期医療をめぐる現状と課題、GD2015の狙いについて聞いた。

—先生は長年、周産期医療の問題に取り組んでいらっしゃいます。どのような点に問題意識を感じていますか。
海野 周産期医療を取り巻く状況は、日々変化しています。中でも注目すべきなのは、産婦人科を専攻する女性医師の割合が増加している点です。2005年度と2015年度の日本産科婦人科学会員の年齢・性別分布を比較してみると、女性の割合が増えており(図1)、新規専攻医の男女比は1:2ではほぼ固定されている状況にあります。この状況がさらに進めば、10年後20年後には周産期医療体制の維持は間違いなく困難になるでしょう。
女性が仕事を続けていく上で、出産・育児の話は絶対に避けては通れません。その期間は当直・常勤勤務は難しくなりますし、現在のような厳しい勤務環境では出産後に復帰できず、そのまま現場を離れてしまう可能性も危

惧されます。実際そうした事態は、以前から起きていました。もちろん産婦人科を専攻してくれる女性医師は、産婦人科の厳しい状況もよく理解していて非常に熱心に働いてくださる方ばかりです。しかし、このままでは現場を担いきれなくなるのでは、という懸念の声が上がるようになり、本格的に議論を始めたのが10年ほど前のことです。

医療水準の維持・向上のために産婦人科医の確保が急務

海野 周産期救急の現場は主に30-40歳代の産婦人科医によって担われています。その年代で多数を占める女性医師は、ちょうど出産や育児といったライフイベントを迎える時期で、現場を離れる方も少なくありません。大量養成が可能であれば、それでも問題にはならないかもしれない。ですが、

産婦人科の新規専攻医数は年々減少している上に、専門医の養成には時間を要します。ですから、新規専攻医を一定数確保し養成することと、全ての産婦人科医が継続的に就労可能な環境を整えることで現状を打破したいと考えています。

—具体的にはどのくらいの産婦人科医が必要でしょうか。

海野 学会では、安定した周産期医療体制の確保・維持に必要な新規産婦人科専攻医数として、年間500人という数値目標を掲げています。また、周産期母子医療センター等の基幹施設については、無理なく当直体制を組める体制の整備を進めているところです。

ところが、この数値は達成できていません。地域によっては産婦人科医の減少さえ認められている。医師の数が減れば、医療水準の低下が懸念されるようになります。産科の場合、医療水準の低下がまず現れるのは妊産婦死亡率です。実際、日本よりも産婦人科医数の減少が深刻な韓国では、妊産婦死亡率の増加が問題となっています。

—日本は妊産婦死亡率が低く、国際的にもかなり高い医療水準にあると聞きました。

海野 年間の分娩約100万件のうち、妊産婦死亡は40-50件ほどで、2万件に1件程度の割合です。現在は妊産婦死亡をさらに減らせるよう、発生した妊産婦死亡を全例登録制とし、原因



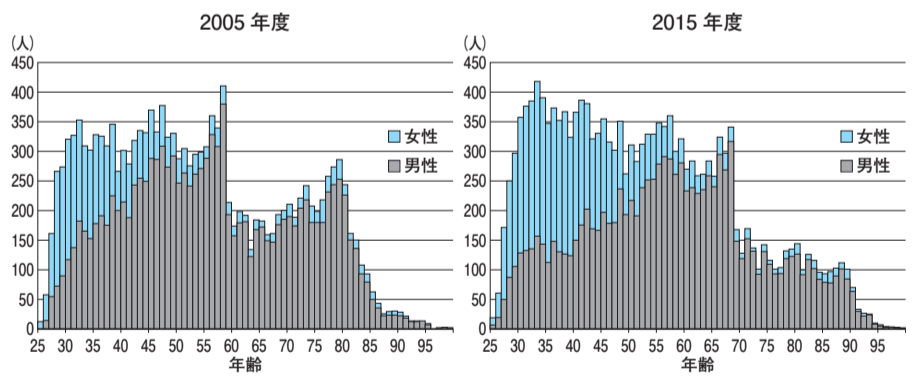
●うんの・のぶや氏

1982年東大医学部卒業、同大病院産科婦人科学教室入室。都立築地産院、焼津市立総合病院等を経て、94年米国コーネル大獣医学部生理学教室客員助教授。帰国後は東大病院産科婦人科医局長、長野県立こども病院産科部長、長野県総合周産期母子医療センター長等を歴任し、2004年北里大産婦人科主任教授、12年より現職。日本産科婦人科学会特任理事、同学会医療改革委員会委員長、日本周産期・新生児医学会理事長、日本産科麻酔学会会長など役職多数。

分析をした上で、その結果を全産婦人科施設に配付しています。日本は今日に至るまで妊産婦死亡率を下げることに成功しているの、事態はそこまで(2面につづく)

●表 「産婦人科医療改革グランドデザイン2015」基本的方向性(参考文献2より抜粋)

- ◆目標
すべての地域で、プライマリケア領域から救急医療、高度専門医療まで、産婦人科医療へのアクセスが将来にわたって安定的に確保される。
◆方策
①-1. 地域基幹分娩取扱病院の設定: 地域基幹分娩取扱病院を、地域の公的性格を有する二次三次病院の中から、地域の他の医療機関への支援・連携体制の強化を前提として、地域の実情を勘案して設定する。
①-2. 地域基幹分娩取扱病院の積極的整備: 地域基幹分娩取扱病院の大規模化・重点化を図ることを通じて、勤務する産婦人科医が継続的な就労可能な勤務環境を整備する。
・総合周産期母子医療センター: 産婦人科常勤医20名以上
・地域周産期母子医療センター: 地域基幹分娩取扱病院: 産婦人科常勤医10名以上
②「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」を立ち上げ、各地域の実情のリアルタイムのモニターと情報共有、評価が可能な体制を整備し、各地の取り組みを支援する。
③地域産婦人科医療機関の機能分担と連携強化を推進する。
④今後5年間、活動を継続しつつ、随時必要な見直しを行う。



●図1 日本産科婦人科学会員の年齢・性別分布(参考文献3より)

内科診断学の定番テキストに、新たなステージを拓く待望の新版登場

医学書院

内科診断学

第3版

編集
福井次夫
聖路加国際病院院長
奈良信雄
順天堂大学医学部特任教授・東京医科歯科大学特命教授



症候から診断への思考プロセスを丁寧に解説した、内科診断学の定番テキストの最新版。さらに診断学に特化するべく、好評の「症候編」を大幅拡充し、医学生・研修医が知っておきたい症候・病態をカバー。加えて、診断のプロセスを具体的な症例で解き明かす「症例編」を新設。また、図版を整理、全文オールカラー化で、一層読みやすく生まれ変わった。本文を収録した「付録電子版」付。定番のその先を狙った、野心的な大改訂。

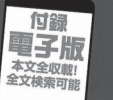
●B5 頁1064 2016年 定価: 本体9,500円+税 [ISBN978-4-260-02064-0]

Contents

- I 診断の考え方 診断の意義/診断の論理/医療情報の有用性/新しい診断学の考え方/誤診に至る心理
II 診察の進め方 診察の進め方/医療面接/身体診察の進め方と方法/部位別の身体診察 バイタルサイン/部位別の身体診察 全身状態/部位別の身体診察 頭頸部/部位別の身体診察 胸部/部位別の身体診察 腹部/部位別の身体診察 四肢/部位別の身体診察 神経所見/検査/診療録の記載法
III 症候・病態編
IV 症候編

症候から診断への思考プロセスを究める

定番のその先へ さらに充実したオールカラー全面改訂



インタビュー 情報を共有し、周産期医療体制の再構築を

(1面よりつづく)

悪化していないとも言えるかもしれませんが。しかしながら、今の周産期医療体制はいつ破綻しても不思議ではない。今後もこの水準を維持し、さらに向上させていくためにも、適切な医療提供体制を再構築することが不可欠なのです。

——そのためにまず必要なのが、人材の確保というわけですか。

海野 はい。残念なことに、学会員の新規登録数は2010年度をピークに減少を続けています(図2)。2004—05年の新規入会者数の減少は、現行の医師臨床研修制度への変更で卒後2年間の初期臨床研修が義務化されたためです。一方、2010年度以降の減少に関しては、2010年度の医師臨床研修制度の見直しに伴い、産婦人科での研修が必修から選択必修へと変更になったことが一因として考えられます。2015年度の見直しの際、産婦人科の研修を必修に戻すよう厚労省に要望を出しましたが、実現しませんでした。私たちには、次回の見直しが行われる2020年度まで待つ猶予が残されていません。したがって、制度見直し以外の方法でも新規専攻医の確保を図っていくことが求められています。

基幹病院の“重点化”と、地域の分娩を担う開業医の育成を

——どのような方法が考えられますか。

海野 若手の医師が産婦人科を専攻した場合のキャリアパスを、より明確に示す必要があります。各都道府県で増加している医学部地域枠推薦の学生が、初期研修で産婦人科を経験するよう促すことも有効かもしれません。とはいえ、私たち産婦人科医だけでできることには限界があるということも感じています。

そこで、学生や研修医をリクルートするためにも、十分な診療規模をもった研修施設を地域ごとに作っていかなくてはならないと考えています。なぜかと言うと、経験の浅い医師はそこで指導者の下、最終的なキャリア形成をしていくからです。産科だけでなく婦人科の診療も扱う施設でなければ、十分な経験を積むことができません。地域で研修が完結しないこととなります。そうすると、より研修内容が充実した地域を求め、若い医師は県外に流出してしまう。そもそも、十分な診療規模がないと、必要な人員を確保するだけの投資ができない可能性だってあるのです。——施設の集約化が人員確保の鍵になる、と。

海野 集約化ではなく、“大規模化・重点化”です。それも基幹的な役割を果たす病院の重点化であって、決して他の病院や診療所をなくすという意味ではありません。

現在、病院と診療所の分娩取扱の割

合はほぼ同程度です。ハイリスクな分娩は基幹病院、ローリスクな分娩は地域の開業医、と役割を分担したほうが産婦人科の医療提供体制はより安定します。

——今後は施設ごとの役割をより明確にしていく必要があるのですか。

海野 その通りです。ただ、ここにも問題があります。第一に、多くの病院や診療所は民間施設として運営されるため、一定数の分娩が確保できる地域でなければ新たな開業が難しいということ。そしてもう一つが、現在の開業医の年齢が比較的高いということ。産科を開業するにはある程度の実力が要求され、病院で多くの経験を積んだ後に開業するのが一般的です。したがって、現在一次分娩施設での分娩は主に40—60歳代の男性医師が担っています。20年後、彼らが全員現役であるということはありません。ですから、開業医として地域の分娩を担っていく次世代の支援と育成も必要になるのです。それと同時に、緊急時に搬送が可能な高次医療施設を適切に配置し、各診療所と密接に連携をとっていくことが求められます。

地域に合った解決策をそれぞれの地域で考える

——昨年公表されたGD2015でも、一次分娩施設から三次分娩施設までの連携強化の重要性が指摘されていました。GD2015がめざす周産期医療体制の在り方とは、どのようなものでしょうか。

海野 基本的な方向性としては、2010年に作成されたGD2010とほとんど変わっていません。ただ、GD2010では目標を達成するための具体的な道筋を示せていなかったこと、各地域の現状を把握する体制が整備されていなかったことから、結果的には十分に機能せず、提案の域を出なかったという反省があります。そのため、GD2015はより具体的な行動指針となり得るものをめざしました。

また、医療を受ける側の視点に立ち、何が本当に求められているのかという点についてもかなり議論を重ねました。患者さんからすれば、コスト、アクセス、質というのはどれも大切です。ところが、質を担保するためにはある程度の診療規模と人員が必要になるため、そうした施設をたくさんつくることは現実問題として困難なのです。

——当然アクセスは悪くなる。

海野 はい。質の担保とアクセスの利便性、両者のバランスをいかに取るかが非常に重要です。ただ、具体的な解決策は地域によって異なります。ローリスクな分娩は診療所などの一次分娩施設、ハイリスクな分娩は周産期センターや大学病院が担うという方法も一つです。分娩施設と妊婦健診施設を分離するのも一つの手だと思います。

人口稠密な地域であれば大規模施設への一本化でも対応できるかもしれない。産婦人科医や産科施設が十分でない地域であれば、総合診療医や家庭医に協力をお願いするといった方策も検討していく必要があります。実際に浜松医大や亀田総合病院などでは、家庭医にも産婦人科の研修を受けてもらい、地域の周産期医療を共に支えていくための取り組みが始まっています。

医療資源や人口分布などは地域によって本当にさまざまなので、その地域に合った解決策は、それぞれの地域で考えていかなければならないのです。

——現在策定が進む地域医療構想では、基本的な構想圏域として「二次医療圏」が想定されています。GD2015の「地域」とはどの程度の範囲を想定しているのでしょうか。

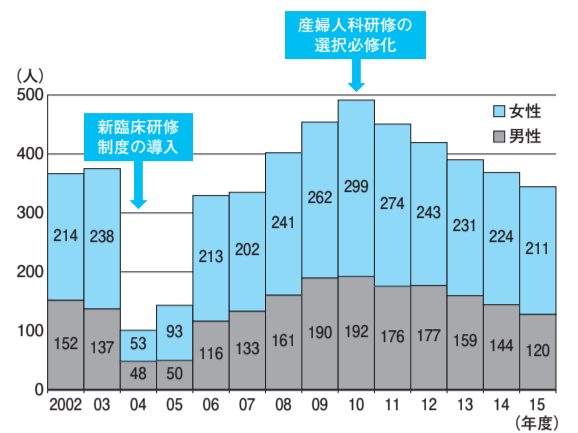
海野 産婦人科に限って言えば、二次医療圏レベルでは患者数が少ないため、質の担保ができるような医療提供体制は成立しません。「周産期医療圏」とでも呼ぶべきもう少し大きな医療圏を、地域の实情に合わせて設定していくべきなのです。既に周産期高次医療を担う周産期センターは各都道府県に整備されているので、その配置を考慮した上で周産期医療圏を検討する必要があります。周産期医療は町や市のレベルでは完結できず、地域の枠組みを大きめにとらえる必要があることを患者さんにも理解してもらえるのであれば、安全で安心な地域分娩環境の確保は保証できると考えています。

正確な情報の共有が適切な医療提供体制構築の鍵

——周産期医療に限らず、医療提供体制構築の主体は自治体にあります。

海野 はい。ですから、適切な医療提供体制を各地域で構築していくには、自分の地域のどこに、何が、どのくらい足りていないのかを自治体側にも正しく知ってもらわなければならない。それがわかっていると、見当違いな議論になりかねません。予算にも限りがある中で、適切なところに予算を回していくには、データとして現状を示すことが必要だと考え、昨年「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」を立ち上げました。

このプロジェクトは学会が中心となり、各医療機関に分娩状況や常勤の医療従事者数、産婦人科医の構成などに関する調査票に回答してもらい、その集計・分析を行うものです。この調査には、所属する産婦人科医の年齢・性別の構成、夜勤不可の医師や非常勤の医師がどの程度いるのかといった項目も含まれます。そうした情報を自治体やその地域の産婦人科医に提供すると同



● 図2 日本産婦人科医学会新規入会者(産婦人科医)数の推移(参考文献3より一部改変) ※2015年度は2015年9月30日時点の人数。

時に、さまざまな提案を自治体に対して行っていく予定です。そして自治体と現場の医療者で協議を行い、地域の実情に即した解決策を地域ごとに検討してもらいたいと考えています。2015年度は、8つの道県で先行調査を行っており、2016年度は全都道府県で実施する予定で調整を進めています。最終的に全ての調査・分析結果が出れば他の地域との比較も可能になり、より検討を進めやすくなるのでは、と期待しています。

——自治体と医療者が情報を共有することが大切なのですね。

海野 “地域で安全・安心なお産を”という願いは、皆が共通して持つ思いです。ただ、これまでは情報の共有がうまくできておらず、皆で同じ方向を向くことができていません。立場が違うぶん、同じ情報を共有しても受け止め方は違うかもしれません。ですが、正確な情報を共有し、検討を重ねていくことが何よりも重要なのです。そのため学会では、広く情報共有を行うことを目的に、「周産期医療の広場」⁴⁾というウェブサイトさまざまな情報発信も行っています。

2016年度には「周産期医療体制整備計画」の策定、2018年度には「医療計画第七次改正」が控えています。それに間に合わないともた次の改正まで待たなければいけなくなりますから、行政や自治体と密接に連携し、一丸となって周産期医療体制の再構築を進めていきたいと考えています。(了)

●参考文献・URL

- 1) 日本産婦人科医会. 産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告. 2015. http://www.jaog.or.jp/all/document/94_160113_2.pdf
- 2) 日本産婦人科医学会医療改革委員会. 産婦人科医療改革グランドデザイン2015. 2015. http://www.jsog.or.jp/news/pdf/gl2015_20150620.pdf
- 3) 日本産婦人科医学会医療改革委員会. 過去10年間のわが国の産婦人科医の年齢・性別分布の変化. 2015. <http://shusanki.org/file.php?type=theme&num=2&id=292>
- 4) 日本産婦人科医学会. 周産期医療の広場. <http://shusanki.org/>

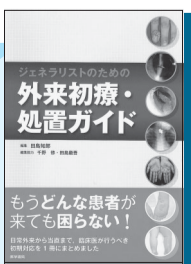
ジェネラリスト必携! 外来で困らないための初療・処置のガイドブック

ジェネラリストのための

外来初療・処置ガイド

本書は、臨床医が最低限行うべき初療・外来処置を1冊にまとめたガイドブック。豊富な写真・イラストを用いて、診断において見逃してはならない重要症候や、外来でできる治療手技をわかりやすく解説。小児から高齢者、頭のとっぺんから足の爪先まで一患者の年齢・部位を問わずジェネラリストに求められる初期対応を網羅した。これさえ読めば、もうどんな患者が来ても困らない!

編集 田島知郎
東海大学名誉教授
編集協力 千野修
東海大学医学部付属東京病院産科
外科診療部長
田島厳吾
すわやまクリニック・院長

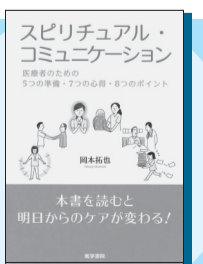


スピリチュアル・コミュニケーションとは何か? どうそれを実践するのか?

スピリチュアル・コミュニケーション 医療者のための5つの準備・7つの心得・8つのポイント

スピリチュアルケアの最も核心的な部分は「コミュニケーション」である。本書は、終末期や高齢者医療の現場で日々患者に向き合う医療者のために、日々のケアのなかでスピリチュアル・コミュニケーションをどう実践すべきかを、わかりやすく解説。具体的な臨床事例、著者らの経験を紹介しつつ、医療者が行うべき準備・もつべき心得、そして具体的なコミュニケーションのポイントを示す。

岡本卓也
聖ヶ丘病院 セントヒルスホームケアセンター伊達・センター長



寄稿

「レター」の書き方の作法

片岡 裕貴^{1,3)}, 辻本 啓²⁾, 辻本 康³⁾

- 1) 兵庫県立尼崎総合医療センター 呼吸器内科・臨床研究推進ユニット
 2) 兵庫県立尼崎総合医療センター 腎臓内科・臨床研究推進ユニット
 3) 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療疫学分野

A:『□□』誌の最新号に「○○」という結果が載っていました。メタ・アナリシスなので、結果は信頼できると思います。

一同: ほう。

B:『△△』誌の最新号には、「□□」という結果が載っていましたよ。こちらは観察研究で●●バイアス、■●バイアス、▲▲バイアスがあります。

C: ●■バイアスもあるね。

D: (早く終わらないかな～)

今日もどこかで行われている抄読会の風景です。こうした状況に心当たりはありませんか? 「原著論文を読み、それを臨床に応用していくのが大事」。これは皆さんが納得されるどころだと思えます。ですが、それがどこまで達成されているかを胸に手を当てて考えると、「うまくいっていないかも」と思われる方もいるのではないのでしょうか。仲間と行う抄読会も、時間とともにマンネリ気味になってしまうこともありますから。本稿では、そうした状況を打開する一つの策として、原著論文に対して「レター」を書いてみることを提案したいと思います。

原著論文を読むことで、系統的レビューの理解も深まる

そもそも原著論文を読む意義は何か、そこから考えていきましょう。Guyatt が「Evidence-Based Medicine (EBM)」という言葉を使い、「検索」を用いてエビデンスを探し、臨床に応用するという枠組み¹⁾を提示したのが1991年のこと。2016年は25周年に当たります。

日本にこのEBMが普及しはじめたころ、「批判的吟味を行い、バイアスを指摘することが重要である」「ランダム化比較試験こそが全て」といったイメージが独り歩きしました。現在はそうした時代を経て、「数字で表される効果量と、その数字に対する確信性(エビデンスの質)の両方を提示することが重要である」²⁾という考えへと、次第に変わりつつある状況と言えます。

また、医学論文が爆発的に増える昨今になって求められるようになったのが、各臨床疑問に対する単一研究ではなく、系統的レビューを前提としてそのまとめを提示することです²⁾。「まとめ」が存在するのだから、個々の原著論文を読む意義はなくなった? もちろんそんなことはありません。系

統的レビューが原著論文の集合である以上、各原著論文の枠組みを理解できていなければ、その応用である系統的レビューを理解することもできません。系統的レビューを理解するためには、個々の原著論文の理解も欠かせないのです。系統的レビューを前提としたEBM時代にあっても原著論文を読む意義は、そこにあると言えるでしょう。

では、原著論文を読む際はどこに重きを置いて読むべきかを確認しましょう。本稿では、みなさんがスルーしてしまいがちな「方法(method)」の箇所をきちんと読むことをお勧めします。批判的吟味を行い、バイアスをきちんと指摘できるようになる。そして、そのバイアスが研究の結果に及ぼしている影響を差し引いた上で、「研究で提示された効果量にどこまで確信が持てるのか」を考えてみる。それが重要なポイントです。そこまで行った上で、目の前の患者さんに応用するかどうかをさらに判断していくことで、EBMの実践は可能になると考えます。

自分の考えを発信すれば、フィードバックを受けられる

さて、ここまで原著論文との付き合い方を述べてきました。ここからが本題です。せっかく時間をかけて論文を読み、何かを考えたわけですから、その「自分が考えたこと」を著者や掲載誌の読者に投げ掛け、フィードバックを受けてみたいとは思いませんか。今回提案する「レターを書くこと」で、それを実現することができます。

レターとは、通常、各雑誌に掲載された論文に対し、発表1か月以内に受け付けている短い意見記事を指します。このレターを書く権利は誰にでもありますし、きちんとした内容を書くことで科学に対する影響力を持ち得るものです。最近、レターの意義を示した例といえば、「ディオバン事件」が挙げられます。この事件が明るみになるきっかけも、結果の不自然さを指摘する一通のレター³⁾からでした。

では、どのようにそうしたレターを書けばよいのか。ここからは、私たちが系統的レビューを学ぶ過程で身につけた、「論文のバイアスを指摘するレターの書き方」をお伝えしていきます。特に本稿が取り上げるのは、「方法」に対する批判についてです(図)。

最初に行うことは、指摘すべき内容の整理です。次の2点を行いましょ

論文の基本構造

- 背景
- 目的
- 方法
- 結果
- 結論

←レターでバイアスを指摘

●図 「方法」に対して指摘するレター

論文の「結論」は「結果」に応じて内容が決まり、「結果」は「方法」に応じて決められます。目的・状況などに応じて決められる「方法」の部分に何らかのバイアスが存在すると、結果がゆがみ、結論の説得力も弱まることになります。本稿で提案するレターの書き方は、その部分を指摘する方法です。

- ①方法に書いてある内容に含まれるバイアスを見つける
- ②そのバイアスに結果を弱める働きがあり、結果的に結論の説得力を弱めているのではないかと、という指摘を考える

この2点で十分です。ただ、バイアスの見つけ方や、定量的な影響の見積もりは少し複雑です。本稿ではその詳細を割愛しますが、論文を読んでいく上では重要なスキルですので、ぜひ成書^{4,5)}をご参照ください。

次に行うのが投稿規定の確認です。雑誌ごとに、タイトルの有無、著者数、文字数、引用文献数、縮切などの細かい規定が設けられています。これらを各雑誌(出版社)のウェブサイトを確認しましょう。投稿規定に沿って書かれていないものは、それだけでリジェクトされてしまいますから注意が必要です。

さて、実際にレターを書くに当たっての基本構造は下記のとおりです。

- ①タイトル
- ②著者名、所属
- ③論文を「褒める」
- ④「(科学的に) けなす」
- ⑤引用文献

③の「褒める」部分は型どおりで、論文の臨床的意義などの評価できるポイントを短く書きます。「great interest」「appreciate the author's efforts to～」といった言葉を使って褒め、その上で「however, we would like to point out 3 concerns」などと気掛かりの箇所を指摘します。なお、コピー&ペーストはそれだけで不正と見なされるため、当該雑誌に載った過去のレターを参考にしながら、自分の言葉に置き換えて書

●かたおか・ゆうき氏

2007年東北大学医学部卒。兵庫県立尼崎病院を経て、京大大学院医療疫学分野にて臨床疫学を学び、14年より現職。市中病院で臨床研究ができる環境作りに取り組む。本稿の内容に関するお問い合わせは、srws.hcr@gmail.comまで。

●つじもと・ひろく氏

2013年滋賀医大卒。兵庫県立尼崎病院で研修し、院内の研修会や、院外のe-ラーニングを通して臨床疫学を学んでいる。

●つじもと・やすし氏

2009年和歌山医大卒。兵庫県立尼崎病院を経て、15年より京大大学院医療疫学分野で臨床疫学を学ぶ。

いていきましょう。続く④の「けなす」部分は、先ほど述べたバイアスの見積もりについて記述する部分です。抄読会のときに指摘するようなバイアスの影響について、可能な限り引用文献をつけ、定量的に論じていきます。

本稿で紹介した方法で作成したわれわれのレターは、実際にいくつか採択されました。よければご参照ください(紙面の都合、参考文献に2本記載)^{6,7)}。初めは手間取るかもしれませんが、慣れてくれば書き上げるのは数時間もあれば十分です。書き上げた後は仲間に見てもらい、誤った英語の使い方がないか、もっとうまく指摘できないかななどの点からブラッシュアップすることもお勧めします。

*

締め切りに遅れないように投稿すれば、あとは返事を待つだけ。有名な雑誌に自分たちの書いたレターが載るとうれいですし、著者から返事が来るともっとうれしいものです。本稿からわかるとおり、レターを書く上で行うことは、実は抄読会でやっていることと大きく異なるものではありません。そう考えると、マンネリ気味の抄読会も「レターを書くこと」まで見通すようにすると、深みのある会にできるのではないのでしょうか。

皆さんも、レターという形で自分たちの意見を世に出してみませんか?

●参考文献・URL

- 1) Guyatt, GH. Evidence-based medicine. ACP J Club. 1991; 114: A-16.
- 2) Guyatt, GH, et al. Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. 3rd ed. McGraw-Hill Education; 2015.
- 3) Yui Y. Concerns about the Jikei Heart Study. Lancet. 2012; 379(9824): e48. [PMID: 22500880]
- 4) Higgins, JPT, et al. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 5.1.0; 2011. <http://www.cochrane-handbook.org>
- 5) 相原守夫. 診療ガイドラインのためのGRADEシステム. 第2版. 凸版メディア株式会社; 2015.
- 6) Tsujimoto H, et al. Risk of misinterpretation and limitation of the diagnostic accuracy. Pediatrics. 2015; 136(4): e1167. [PMID: 26430143]
- 7) Tsujimoto H, et al. Methodological concerns about a systematic review and meta-analysis of the mortality risk of darbepoetin alfa versus epoetin alfa. Am J Kidney Dis. 2015; 66(6): 1102. [PMID: 26593316]

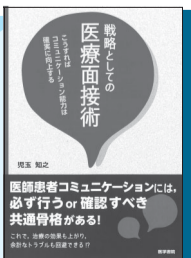
コミュニケーションが大切といわれても当たり前すぎて、ちょっとピンとこない先生方へ

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

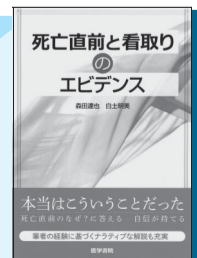


医療職が知っておきたい、人の臨終にかかわる最新のエビデンス

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・緩和と在宅医療科
白土明美
聖隷三方原病院・緩和とケアチーム



FAQ

今回の回答者 **石岡 みさき**
みさき眼科クリニック院長

Profile/1989年横浜市大医学部卒。同大病院研修後、同大大学院にて博士号取得(医学)。ハーバード大留学。東京歯科大市川総合病院眼科、両国眼科クリニックを経て、2008年より現職。眼科専門医。近著に「ジェネラリストのための眼科診療ハンドブック」(医学書院)。

患者や医療者のFAQ (Frequently Asked Questions; 頻りに尋ねられる質問)に、その領域のエキスパートが答えます。

今回のテーマ

緑内障禁忌薬剤の使用

緑内障は中途失明の原因の上位を占める疾患で、40歳以上の日本人の有病率は約5%^{1,2)}にも上ります。「緑内障禁忌」とされている薬剤は多数あります。しかしながら、これらの薬剤が緑内障治療中の患者さん全員に投与できないかという実はそうではなく、眼科受診している患者さんであればどの薬剤を投与してもほぼ問題ありません。もちろん例外もありますが、臨床現場でどのように考えればよいかをまとめてみました。

FAQ 1 緑内障治療中の患者さんに、緑内障禁忌の薬剤を投与しても大丈夫なのでしょうか。

多くの場合、問題ないと言えます。妙な話に聞こえるかもしれませんが、実は眼科で緑内障治療中の患者さんのほうが、眼科未受診の患者さんと比べ緑内障禁忌薬を投与しても大丈夫な場合が多いのです。

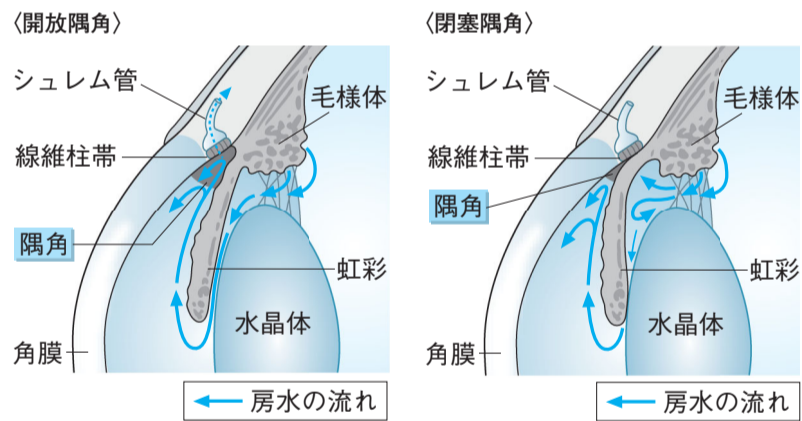
緑内障禁忌とされている薬剤は、散瞳(瞳孔の散大)を起こします。この散瞳により眼圧の上がるタイプの眼は、狭隅角・閉塞隅角と呼ばれるタイプの眼です。虹彩の裏にある毛様体で作られた房水は、角膜と虹彩の根部で作られる「隅角」に流れていきます

(図)。隅角の狭い眼に散瞳が起きると、隅角がブロックされ房水が流れていなくなり眼圧が上昇します。これがいわゆる「緑内障発作」です。眼圧が高い状態が続くと視神経が死んでしまい視野が欠けます。この変化は不可逆性で、重症の場合には失明に至ります。

眼科では初診時にはほぼ全ての患者さんに対して、隅角が広いのか狭いのかのチェックを行います。そして隅角が狭い場合、レーザーによる虹彩切開や、白内障患者さんであれば水晶体の前方移動により隅角が狭くならないよう手術を行うなど、原則的には何らかの処置を施すことになっています。

日本人の緑内障のほとんどは隅角が開放している正常眼圧緑内障です^{1,2)}。つまり、「眼科で緑内障治療中」の患者さんのほとんどは散瞳しても眼圧が上がらない緑内障か、処置済みの眼ということになるので、緑内障禁忌の薬剤を投与しても問題ないというわけです。ただし眼科に通院していても未処置の狭隅角・閉塞隅角緑内障では、散瞳により眼圧の上がる人もいるため、その可能性がゼロではないことは覚えておくべきです。

眼科では緑内障の診断がついた時点で患者さんに「開放隅角緑内障なのか閉塞隅角緑内障なのか」を説明するのが一般的ですが、覚えていない患者さ



●図 房水の流れ(「ジェネラリストのための眼科診療ハンドブック」より転載) 閉塞隅角の場合、房水が線維柱帯からシュレム管へと排出されず、眼圧が上昇する。

人も多いようです。病名や隅角のタイプだけでなく、「他科で薬を使うときに緑内障について聞かれたら、『緑内障治療中ですが、どの薬剤を使っても問題ないと言われています』と答えてください」といった説明もしています。したがって、緑内障禁忌の薬剤による眼圧上昇の危険性が高いのは、むしろ眼科受診歴のない方たちと言えます。

また、ステロイド剤が緑内障の患者さんには使えないという誤解を時々耳にしますが、ステロイド剤は緑内障禁忌の薬剤ではありません。なぜそうした誤解が生じているかというと、ステロイド剤に反応して眼圧が上がる人が一定の割合で存在するためです³⁾。点眼薬によるものがほとんどですが、点鼻薬、内服薬、時には眼からかなり離れた場所へのステロイド外用薬の使用でも眼圧上昇が見られることがあります。これは投与してみないとわからない副作用であり、ステロイド剤使用中は眼圧チェックが必要です。

Answer...「緑内障禁忌」の薬剤であっても、開放隅角緑内障であれば投与しても問題はありませぬ。時間に余裕があるのであれば、投与前に眼科主治医に確認するのが確実でしょう。

FAQ 2 隅角が狭いのか広いのかは眼科以外でも判断できるでしょうか。

拙著『ジェネラリストのための眼科診療ハンドブック』(医学書院)に、ペンライトによる隅角のチェック方法を載せています。しかし、この方法で緑内障禁忌薬を投与して問題ないと言いきるのは難しい場合もあります。ペンライトでチェックして隅角が狭そうであれば、眼科への受診を勧める目安にしてもらうのが良いでしょう。

散瞳で眼圧上昇を起こしやすい狭隅角眼は遠視眼に多く、遠視の方は子どものころから視力が良好なこともあり、眼科の受診経験がない人がほとんどです。狭隅角は女性に多く、加齢とともに隅角は狭くなることから、裸眼の中老年女性には特に注意が必要だと言えるかもしれません。若い近視眼の方や既に白内障手術を行っている方であればまず大丈夫でしょう。ただし高齢者の場合、自分の受けた手術内容を把握していないこともあるため、注意が必要です。

緑内障禁忌の薬剤は多数ありますが、投与前に全ての患者さんを眼科で

チェックするというのは現実的ではありません。投与状況が緊急性の高い場合には投与を優先し、緊急性がなく、隅角が狭い疑いがある場合に眼科を受診してもらう、という考え方で良いのではないかと思います。

Answer...隅角の広さはペンライトなどを使用してある程度は眼科以外でも確認できるでしょう。

FAQ 3 薬剤投与後に眼圧が上昇してしまったと思われるときにはどうすれば良いですか。

いわゆる「緑内障発作」の症状は、頭痛、眼痛、悪心、嘔吐、霧視などです。こうした症状が見られ、眼圧上昇が疑われる場合には眼科でレーザーによる虹彩切開を行います。レーザーでの切開がうまくいかなければ手術となることもあります。開業医でもこのレーザー器機を持っていることはありますが、持っていない施設もあるため、紹介する際はまず連絡して確認してください。なお、眼圧が上がっているだけで視野に変化がない場合には正確には緑内障とは言えませんが、紹介時には「緑内障発作の疑いがある」と言っていたら大丈夫です。

Answer...緑内障禁忌とされている薬剤投与後に、眼圧上昇を疑う症状がある場合には眼科に相談してください。

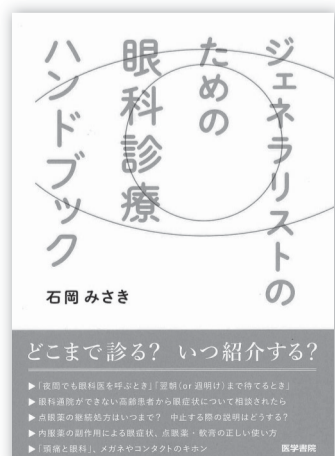
もう一言 緑内障禁忌の薬剤が使えない症例は意外に少ないという事はあまり知られていません。日本人は眼圧の上がる正常眼圧緑内障が多く見られます(40歳以上の約4%^{1,2)})。この正常眼圧緑内障はかなり進行して視野欠損が多くなるまで、ほとんど自覚症状がありません。早期発見のためには眼底写真が必須です。最近ではOCT(光干渉断層計、眼底三次元画像解析)による検査で、より早期に診断ができるようになったことも知っておくとよいかもしれません。

参考文献
1) Iwase A, et al. The prevalence of primary open-angle glaucoma in Japanese: the Tajimi Study. Ophthalmology. 2004; 111 (9): 1641-8. [PMID: 15350316]
2) Yamamoto T, et al. The Tajimi Study report 2: prevalence of primary angle closure and secondary glaucoma in a Japanese population. Ophthalmology. 2005; 112 (10): 1661-9. [PMID: 16111758]
3) Tripathi RC, et al. Corticosteroids and glaucoma risk. Drugs Aging. 1999; 15 (6): 439-50. [PMID: 10641955]

眼科患者にも自信を持って対応できる、頼れる1冊

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



救急やプライマリ・ケアの現場で迷いがちな「眼科」のギモンに答えます! 「当直でも眼科医を呼ぶとき」「翌朝(or 週明け)まで待てる時」「眼科通院ができない高齢患者から眼症状について相談されたら」「点眼薬の継続処方はいつまで? 中止する際の説明は?」「内服薬の副作用による眼症状」「点眼薬・軟膏の正しい使い方」「メガネやコンタクトのキホン」など。手元にあれば安心の1冊。

●A5 頁198 2015年 定価: 本体3,400円+税 [ISBN978-4-260-02418-1]

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
渡邊裕司 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。



●A6 頁1058 2016年 定価: 本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02207-1]

医学書院

Medical Library

書評・新刊案内

《眼科臨床エキスパート》 知っておきたい眼腫瘍診療

吉村 長久, 後藤 浩, 谷原 秀信 ● シリーズ編集
大島 浩一, 後藤 浩 ● 編

B5・頁476
定価: 本体18,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02394-8

この《眼科臨床エキスパート》シリーズは眼科実地臨床のエキスパートたちが自らの知識と豊富な臨床経験に基づいてさまざまな疾患の解説を行うものであり、臨床眼科医必携のシリーズである。本書のように、テーマによっては項目の最後に「一般眼科医へのアドバイス」という実際の症例に遭遇したときの診療の注意やコツまで記載されているタイトルもあり、専門外の読者にとってはありがたい。

しかし、シリーズ新刊『知っておきたい眼腫瘍診療』でまず衝撃を受けた(読者の先生方はこれから受けるで

あろう)ことは、その圧倒的なボリュームの多さである。総ページ数476ページというまさに圧巻の解説書である。しかも内容も素晴らしい。総論に200ページ近くを費やして、大きな分類ごとに「疫学的事項」から始まり、「初診時の外来診療—どう診てどう考えるか」「診断・治療に必要な検査」「治療」を非常にわかりやすく解説しておられる。これは眼腫瘍専門家ではないものの、時々眼腫瘍を診療する機会のある私たちにとって非常にありがたい。

最近の他のシリーズものでは編者らによる総論が全体の1割から2割程度で、あとのほとんどは分担執筆による各論の疾患の解説というものが多。しかし、このシリーズでは総論に重点が置かれているタイトルが多いようである。本書も前半は編者の大島浩一(岡山医療センター眼科医長)、後

藤浩(東京医大教授・眼科)両氏の識見に基づいた、眼腫瘍全体の診療の仕方が勉強できる、まさにそれだけで一冊の教科書である。また、総論には最後に「Topics」が6項目挙げられており、抗がん剤や放射線治療に伴うさまざまな眼合併症から悪性黒色腫に対する分子標的治療薬まで、最新の治療の動向が理解できる。

各論では、これまでの成書では軽く触れられているだけであった眼瞼腫瘍、角結膜腫瘍にも多くのページが割かれている。特に、良性の尋常性疣贅、伝染性軟属腫、乳頭腫やリンパ管腫などは、日常臨床では非常にありふれたものでありながら多くの成書や雑誌の特集にはほとんど記載されておらず、手術やOCTなどの検査ばかりしている大学のレジデントや後期研修医にとって、診療が苦手な疾患である。これら眼科のいわばcommon diseaseについても丁寧に記載されている。

一方で、本書の後半は眼腫瘍の専門解説書としても一流の内容であり、臨床現場でそれぞれの疾患に遭遇した際に知識を補うためにひもとく本でもある。臨床所見の特徴、鑑別診断、治療方法について非常に具体的な記載があり、さらに治療に伴う合併症や予後と経過観察(どのような治療をいつまで行い、どのような間隔で経過観察を行えばよいのか等)についても数字を挙げて解説している。

確かに眼腫瘍自体の頻度は緑内障や

眼腫瘍を網羅した 圧巻の解説書



評者 三村 治
兵庫医大主任教授・眼科学

診療情報学 第2版

日本診療情報管理学会 ● 編

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

評者 岩崎 榮
NPO法人卒後臨床研修評価機構専務理事

5年前に初版が発刊され、このたび5年目にして全面改訂とまでは至らないにしても、今回の改訂が編集委員会の代表者であり日本診療情報管理学会の前理事長大井利夫氏の言う新しい概念、新しい知識・技術を取り入れ、時代に合った学術書としてのクオリティを保持し得たものと確信していると語らしているほどに素晴らしい意欲的編纂の第2版出版である。

随所に新しい記述が加筆され目を引く。例えば第1編第6章「D. 診療情報とがん登録」の項に、2016年1月から施行されたがん登録推進法「がん登録等の推進に関する法律」(平成25年法律第111号)の記載が新しく追加されていて、さらにこのことは、第II編第2章「6. がん登録」の「D. 臓器がん登録」の中でも触れられている。また同じ章の中に、「A. WHO国際統計分類(WHO-FIC)」が全く新しく加えられている。これはWHOが作成した医療・保健に関する国際統計分類の集まり(ICD, ICF, その他開発中のICHIを中心分類とし、派生分類と関連分類を加えたもので構成される)である。ことにICFはICDとの相互補完的利用により、患者個人の付加情報を豊かにするものであり、医療、介護のスタッフと患者、家族との共通言語としての活用への期待が大きいと強調されている。また、それらの関係性がわかる図が示されていて読者の理解を容易にしていることも、この項だけに限らないが親切さが目を引く。

恐らく、本書を教科書的に利用する診療情報管理士にとってはバイブル的

加齢黄斑変性などに比べると圧倒的に少ない。しかし、少ないとはいえ一定の数で必ず眼腫瘍患者は存在し、明日にもあなたの外来を受診するかもしれない。眼腫瘍の手術はしていなくても、

なものであり、机の上の飾り物ではなく日常的に座右の書として利用できるものとなっているところからも、管理士諸氏に本書の活用を推奨したい。毎日目を通して本文

407ページ、巻末資料35ページを加えてもそんなに時間はかからない。読破可能である。

話は元に戻るが、特記すべきは、第III編第1章の「S. 災害時の診療」において、大災害を経験した日本においてしか提案できない災害時の診療記録の在り方や法的な問題等に触れ、さらには第6章の「C. 救急記録(救急救命処置録, トリアージタグ)」で、「4. 災害発生時の医療記録と事業継続計画(BCP: Business Continuity Plan)」を取り上げている点である。また、第7章「医療事故調査に求められる診療情報による事後的検証能力」の記述では、「医療事故の医学的な原因究明が事故調査の目的であって、責任を追究し当事者を罰することではない」とし、「この調査は裁判など、法的な判断とは関連せずに行われ、中立・公正性と専門性の担保の下でなされる必要がある」(p. 385)とした上で、あらためて、診療記録の重要性が述べられている。全ての医療関係者必読の項である。

大井氏は序論で、本書刊行の目的についてこう述べている。「診療情報が患者を中心とする多職種参加のチーム医療の下で正しく活用され、医療の質の向上に寄与することを願うため、それが医療界全体の知識を深め、真の知恵の創生に役立つための一助になることを望みとしている」(p.4)と。全く同感である。

適切な検査を行い、正しい診断を行うためには眼腫瘍診療の仕方を修得する必要がある。本書は眼科のレジデントから専門医まで、皆に薦めたいまさに必読の書である。

診療情報管理士が 日常的に使える“座右の書”



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

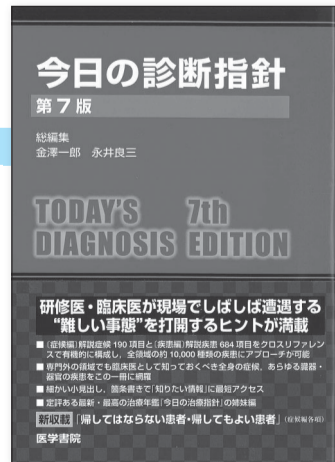
今日の診断指針

第7版

総編集
金澤一郎・永井良三

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、臨床医が遭遇する全領域、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)



- 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]

医学書院

Dr. 孝志郎が教える内科系専門医試験攻略のコツ 待望の第2弾!

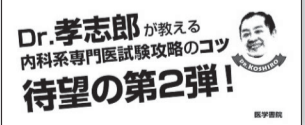
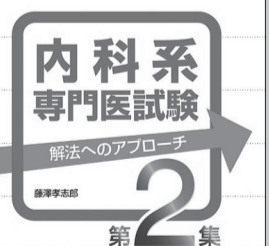
内科系専門医試験 解法へのアプローチ 第2集

藤澤孝志郎 Dr. 孝志郎のクリニック院長

Dr. 孝志郎による内科系専門医試験対策問題集の第2弾がついに登場! 第2集では、症候学や電解質異常、低血糖、ショック、染色体や遺伝子など、第1集では取り上げ切れなかったテーマも網羅する。問題はすべてDr. 孝志郎によるオリジナルで、頻出・重要テーマを厳選。病態生理から説き起こした解説を読めば、得点力アップはもちろん、臨床力もアップすること間違いなし! 試験直前のおさらいに役立つ巻末正誤問題付き。

● B5 頁160 2016年 定価: 本体5,000円+税 [ISBN 978-4-260-02399-3]

内科系専門医試験 解法へのアプローチ 藤澤孝志郎



Dr. 孝志郎が教える
内科系専門医試験攻略のコツ
待望の第2弾!

既刊本
● B5 頁160 2013年
定価: 本体5,000円+税
[ISBN978-4-260-01809-8]

医学書院

Medical Library 書評新刊案内

解いてなっとく 使えるバイオメカニクス

前田 哲男, 木山 良二, 大渡 昭彦 ● 著

B5・頁208
定価: 本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02161-6

評者 鶴見 隆正
湘南医療大リハビリテーション学科長

理学療法の臨床現場では、骨・関節系疾患や脳卒中などによって歩行や階段昇降などの基本動作が困難となった方に対する運動療法とADL指導は大きなウエイトを占めている。ヒトが椅子からスムーズに立ち上がり、不整地な道でも安定して歩いたり、階段昇降ができるのは、抗重力下における動的姿勢制御と生力学的制御が相互に関与し合っているからである。それだけに基本動作に関するバイオメカニクスの知識は重要となる。

このため理学療法士・作業療法士をめざす学生にとって、臨床運動学や運動学実習でのバイオメカニクスの学習は必須となるが、これがなかなか難解な教科となっている。それは一つの基本動作を遂行するには、関節運動がどのように生じ、どの筋群がどのタイミングで活動し、連鎖的な筋収縮がどのように生じているのか、またベクトルはどの方向に作用しているのか、などバイオメカニクスの分析力と演算的な理解力が求められるからであろう。

本書のオレンジ色の帯に記された「バイオメカをあきらめない!」「なんだ、バイオメカニクスって、こういうことだったのか」の文言には、バイオメカニクスをひもとく喜びと、同時に長年、大学で運動学の教育に携わってこられた著者の前田哲男先生はじめお三方の教育マインドと教授力が込められてい

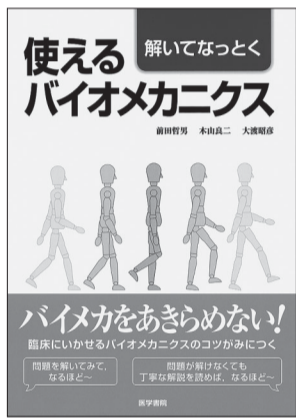
る。

本書は全11章から構成され、「椅子からの立ち上がり」「歩行」「起き上がり動作」「車椅子動作」を軸に、これらの動作遂行に必要な不可欠なバイオメカニクスの視点の姿勢制御、重心と支持基底面、筋力測定と力のモーメント、重心動揺と床反力、関節モーメントなどを章立てし、各章ごとに4〜15項目の生力学的な設問と解答・解説が、各1ページに統一されて計85問配置されている。全ての設問と解答・解説には、キーポイントとなるイラスト、図表が組み込まれ、また各章の初めには、

学習目標と重要語句の解説一覧が提示され、さらに最新の力学的な情報コラムを随所に配置するなど、理解度を高め、やる気を促通するような工夫がなされている。苦手意識のあるバイオメカニクスの重い扉を解き放ち、自学自習に誘うような学習者本位の構成となっており、本書を手にして、設問と解答を見比べながら、「そうなんだ!」と納得する姿が透けてくる。

「バイオメカニクス」を自学自習できる本書を、理学療法士・作業療法士を志す学生はもちろんのこと、臨床現場で日々、身体機能評価や運動指導に携わっている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士にも最適なテキストとして推薦する。

バイオメカニクスの重い扉を解き放つテキスト



がん診療のための新しいプラットフォーム

Cancer Board Square

2016年2月号 vol.2 no.1

Feature Topic

早期緩和ケアの正体

早期からの緩和ケアの介入は患者のOverall Survivalを延長する。21世紀に入ってから話題になった論文があります。ただ、「早期から」とはいつからのことか? 本特集では、「早期から」という言葉に惑わされがちなこの問題に、根幹から切り込みます。早期緩和ケアの真の姿とは。

View-point がん診療

「乳がん」

医療界のみならず、社会的にも注目を集めることが多い乳がん。治療の領域に限らず、Body imageや家族へのフォローなど内包する問題は多岐にわたり、チームアプローチが必須とされます。治療とケアの理想的な関係をめざすエキスパートが解説します。



●年3冊刊(2月・7月・10月)
●1部定価: 本体 3,400円+税
[ISBN 978-4-260-02452-5]

●2016年 年間購読料(本体価格、送料弊社負担)
冊子+電子版/個人 9,240円+税
冊子+電子版/共有 10,620円+税

医学書院

口腔咽喉頭の臨床 第3版

日本口腔・咽喉科学会 ● 監修

A4・頁220
定価: 本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02163-0

評者 山嵜 達也
東大大学院教授・耳鼻咽喉科

このたび、日本口腔・咽喉科学会より『口腔咽喉頭の臨床 第3版』が発刊された。本書は1998年に初版が、次いで2009年に第2版が刊行されており、今回6年余りでの改訂である。初版ではB5判だったものが第2版からはA4判となり、各疾患の詳細な解説と写真、豊富な図が充実していたが、今回はこの6年余りの間の新しい知識や知見が追加され、さらに充実したものとなった。いびきと睡眠時無呼吸症候群、摂食嚥下障害、構音障害、腫瘍などは前版に引き続き独立した章として編集されている。

内容としては、まず基礎編として口腔・咽喉・扁桃・唾液腺などの「発生・解剖・機能」が、また摂食嚥下・味覚・唾液・構音・扁桃・睡眠時無呼吸症候群の「検査法」がそれぞれ取り上げられている。「発生・解剖・機能」ではわかりやすい解剖図や組織写真が多用されており、「検査」では観察のポイント、重症度判定や診断基準、起炎菌の検出頻度や試験の陽性率などが紹介されるとともに検査の実際が写真として提示され、初心者でもよく理解でき、検査を行う際の参考にできるようになっている。

臨床編では、口腔咽喉頭領域における多くの疾患が網羅されており、口腔咽喉頭の炎症性および腫瘍性疾患、味覚障

害、シェーグレン症候群を含む口腔乾燥症、口腔アレルギー、睡眠時無呼吸症候群、摂食嚥下障害、構音障害、唾液腺疾患、扁桃病巣感染症、IgA腎症、扁桃摘出術などに新しい知見が追加された。また、

HIV関連唾液腺疾患、IgG4関連疾患など比較的新しい疾患概念が整理され、ELPS (endoscopic laryngo-pharyngeal surgery)、TOVS (transoral video-laryngoscopic surgery)、経口的ロボット支援手術などの口腔咽喉頭腫瘍に対する先進的な手術アプローチ、sialendoscopeを用いた唾石摘出術など新たな手術手技も紹介されている。各疾患においては疾患の概要、定義、症状と所見、診断、治療、予後などが簡潔にかつ新しい知見が加わった部位などでは詳細に記載され、また代表的な疾患の写真が多く示されており、普段見ることの少ない疾患も一目でわかるような工夫がなされている。また舌炎、口腔アレルギー、口臭症、味覚障害、軟口蓋麻痺、口腔潰瘍性病変、口腔乾燥症など鑑別診断を要する場合には、そのフローチャートやアルゴリズムが提示されている。

本書は口腔咽喉頭領域の臨床における最先端の内容を網羅しており、この領域に携わる医療者はぜひ手元に置いておきたい一冊である。

見逃し症例から学ぶ 神経症状の“診”極めかた

平山 幹生 ● 著

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

評者 玉岡 晃
筑波大教授・神経内科学/筑波大病院副院長

2015(平成27)年11月末に開催された第33回日本神経治療学会総会(会長=名大大学院・祖父江元氏)において、「症例から学ぶ」というユニークなセッション(座長=慈恵医大・鈴木正彦氏)に参加した。「神経内科診療のピットフォール——誤診症例から学ぶ」という副題がついており、春日井市総合保健医療センターの平山幹生先生(以下、著者)が演者であった。

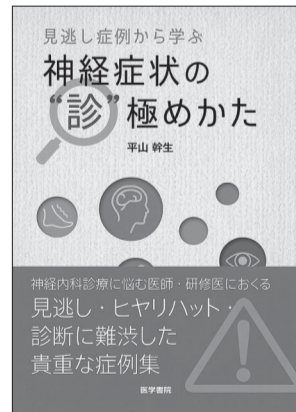
臨床医学のみならず基礎医学にも通じた該博な知識の持ち主でいらっしゃる著者が、どのような症例提示されるか、興味津々であったが、予想に違わず、その内容は大変変幻に富む教

育的なものであった。自ら経験された診断エラーや診断遅延の症例を紹介し、その要因を分析し、対策について

も述べられた。講演の最後に紹介されたのが、この『見逃し症例から学ぶ 神経症状の“診”極めかた』であり、講演で提示された症例も含めた、教訓に富む症例の集大成らしい、ということで、早速入手し、じっくりと味わうように通読した。

本書は、約40年間にわたる著者の臨床経験の中から、見逃し症例やヒヤリハット症例、または診断・治療に難渋した症例を提示し、適正な診療の一助となるべく、その教訓となる点を明示した、気鋭のノ

神経内科の臨床に携わる 全ての医師必読の書



人体発生学の定番テキスト、改訂新版

Langman's Medical Embryology, 13th Edition

▶医学部・歯学部などの人体発生学の定番テキストとして、圧倒的な支持を獲得し続けてきたロングセラー、6年ぶりの改訂。受精から胎児までを段階的に記述した総論と、各臓器の発生を提示した各論の2部構成で、人体発生学の基本を体系的に学習できる。図・写真は大幅に追加され、本文もアップデート。発生学に繋がる「臨床関連事項」は必要に応じて提示され、臨床に関わりの深い分子遺伝学・分子生物学的知見についても解説。(各主要器官の発生の過程を解説したアニメーション動画[Simbryo]は、原著出版社HPにて英語版を視聴可能。)

訳: 安田 峯生 広島大学名誉教授
山田 重人 京都大学大学院医学研究科教授/
京都大学先天異常標本解析センター教授

定価: 本体8,400円+税
B5 頁432 色図335・写真174 2016年
ISBN978-4-89592-839-7

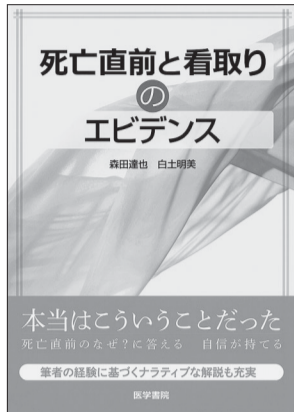
TEL: (03) 5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX: (03) 5804-6055 Eメール: info@medsci.co.jp

死亡直前と看取りのエビデンス

森田 達也, 白土 明美 ● 著

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

終末期ケアの心強い羅針盤



わが国では、2012年に策定された「がん対策推進基本計画」において、がん対策を総合的かつ計画的に推進するために「緩和ケアの提供体制をより充実させ、緩和ケアへのアクセスを改善し、こうした苦痛を緩和することが必要である」と述べられている。そして緩和ケアチーム、緩和ケア病棟、在宅ケアなどの提供体制の整備が取り込まれており、現在、緩和ケア病棟のある医療機関は350を超えている。また、この基本計画において、「緩和ケアが終末期を対象としたものとする誤った認識があるなど、依然として国民に対して緩和ケアの理解や周知が進んでいない」とも述べられ、がんと診断されたときからの緩和ケアを推進している。このような取り組みにおいて、提供される緩和ケアの質が問われ、診断時だけでなく終末期にも目を向けて行く必要がある中で、『死亡直前と看取りのエビデンス』が発刊されたことは、まさに時宜にかなっていると言える。

本書の執筆者は聖隷三方原病院の森田達也先生と白土明美先生である。特に森田先生とは個人的に親交があり、その仕事ぶりには尊敬を超えて畏敬の念を持っている。これまで緩和ケアの臨床現場にいながら、緩和ケアの広範囲の領域の論文を読みこなし、多数の臨床研究の論文を執筆していることはまさに“超人的”である。そして、その

書である。著者は、医学書院刊の『見逃し症例から学ぶ日常診療のピットフォール』(生坂政臣著)に感銘を受け、その神経内科版をめざして本書を企画し、神経内科診療に特化したM&Mカンファレンスの体裁を採っている。

その構成は極めてユニークであり、意識障害や頭痛、めまいなど、日常臨床で遭遇する頻度の高い症候で章立てされ、章別に分類された症例提示の後、初期診断から最終診断に至る経過の解説があり、問題点から抽出された教訓や過失の解析まで明確にしており、読者の印象に残るように工夫されている。文献も学術誌の症例報告並みに詳しく的確であり、重要なものには解説まで付けられている。各提示症例の空きスペースには、認知エラーを導く認知反応傾向や認知バイアスの矯正方略が紹介されており、神経内科医のみならず、臨床各科の医師に有益な内容となっている。

本文以外にも、巻頭の「神経内科診

視点は患者と家族に向き合い、寄り添う、非常に心優しいものである。今回、執筆者の二人がこれまでのエビデンスと知識を集大成されたことは、緩和ケア従事者のひとりとしてうれしい限りである。

本書は、「死亡までの過程と病態についてのエビデンス」「死亡前後に生じる苦痛の緩和についてのエビデンス」「望ましい看取り方についてのエビデンス」の三部構成になっている。扱っているテーマは、死亡までのADL・症状・徴候、バイタルサインを取る意味、急変、看取りの説明、予後の予測、終末期の輸液、苦痛緩和の

鎮静、アドバンスケアプランニング、呼吸困難、せん妄、気道分泌(死前喘鳴)、看取りのパス、望ましい看取り方など多岐にわたり、終末期ケアにおいて不可欠なものばかりである。そして各テーマをエビデンスに基づいて解説するだけでなく、ナラティブな解説もあり、歴史的な経緯や臨床的な意義についても学べるようになっていく。本書は、終末期ケアという荒ぶる海を航海している医療従事者にとって心強い羅針盤になるに違いない。

本書が緩和ケア従事者のみならず、臨床現場にいる全ての医療従事者に大いに活用され、患者と家族と医療従事者にとって最期のときをより良く過ごせるようになることを心から願うものである。

療の達人をめざすには」では、著者の長年にわたる臨床経験から絞り出された珠玉のようなエッセンスが盛り込まれており、神経内科医にとっての貴重な指針となっている。また、「誤診(診断エラー)の原因と対策」では、無過失エラー、システム関連エラー、認知エラーの内容の解説とともに、誤診に至るピットフォールと是正対策も示されており、神経内科医のみならず臨床医全てが知っておくべき、臨床推論の基本が示されている。

以上のように、本書は全編を通じて、著者の臨床経験からにじみ出たclinical pearlsがちりばめられており、読者は提示症例を追体験し、自らの臨床推論を試みながら、主な神経疾患の診断時に陥る可能性のあるピットフォールを学べるようになっていく。神経内科の臨床に携わる全ての医師必読の書であると言っても過言ではないだろう。

自閉症スペクトラムの精神病理

星をつぐ人たちのために

内海 健 ● 著

A5・頁304
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02408-2

評者 熊木 徹夫
あい熊木クリニック院長

精神病理学的考察がもたらす臨床力



本書は、青年期・成人期の「自閉症スペクトラム」(成人ASD, 以下ASD)を対象とした精神病理学的考察である。ASDについては、過去にも重要な著作が刊行されている。それは、カナーやアスペルガーをはじめとする医師・研究者の著作、ASD者の自伝、過去の傑物の病跡などである。しかし内海は言う。「ASD者の棲む世界・経験の成り立ちを洞察するためには、“こころ”や“社会”を自明のものとして、定型者を相対化して、問い直さなければならぬ。それによりはじめて、治療者も必要な心的距離が理解でき、治療における適切な“温かみ”が活かされる」のだと。

その言葉に偽りはなく、本書の大部分は定型者の徹底的な相対化に割かれている。その相対化は、著者自身の思考・体験にまで及んでいる。その上で、ASD者が発達過程でどのように“系統分離”したのか、わかる仕掛けになっている。「まなざし」という他者からの志向性に触発され、「9か月革命」が起こる。そこで登場するのが、〈φ(ファイ)〉である。φはその触発の痕跡であり、「自他未分」の世界に劇的な変化を与える。φ自体は、他者からの志向性をキャッチするセンサーとして機能する。まずsympathy(共鳴)が、empathy(共感)と対象認識(すなわち、こころもこの世界)に分かたれる。そしてさらに、「自己」「他者」「ここ」という場所「こころ(志向性のあるところ)」が立ち上がる。このプロセスの記述は精緻であるだけでなく、量みかけるようなダイナミズムに満ちており、息をのむ迫力で、誰しも“外からの傍観者”たり得ない。

一方、ASD者にはこのφの到来はなく、「自他未分」のまま進んでいくという。これが言葉という「暴力」が

支配的な一般社会で生きていくのほどにどの齟齬をきたすか、どのほどその存在をぐらつかせるか。それだけではない。ASD者が自他未分の世界から一步踏み出すと、「反響することのない世界に取り囲まれた孤独」「消え入ってしまいたくなるほどの強烈な羞恥」(p.114)が待つという。これらが、ASD者の自伝・症例・病跡の解析を踏まえながら丁寧に語られていく。真にASD者に寄り添うとは、こういうことなのだ。

それにしても、何たる洞察力か。定型者においては、言葉の指示作用が世界を分節する、すなわちシニフィアン(意味するもの)がシニフィエ(意味されるもの)を生み出す。とするなら、ASD者に成り代わり、彼らを理解し救済するため、鮮やかな手さばきで誰にも真似できない世界の分節を行う内海健とは何者か。本書の最大の功績は、先述の〈φ〉の発見にあり、これぞ発達理論におけるミッシングリンクであろう。これもまた、内海の内なるφが果たしたことだと考えると、とても不思議な思いにとらわれる。

いずれにせよ、言葉、そして精神病理学的考察がもたらす臨床力を痛感させられる一書であり、われわれ精神科医のみならず、他の臨床家・教育者・福祉従事者、そしてASD者の親などが、この豊饒の海からくみ上げられる知見は数知れない。

メルマガ配信中

毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。

お申込みは医学書院ウェブサイトから。

医学界新聞メルマガ

新刊

臨床のための解剖学 第2版

Clinically Oriented Anatomy, 7th Edition

日本語初版刊行以来、医師、研修医など多くの読者の支持を獲得してきたロングセラー、8年ぶりの改訂。1980年の原著初版以来、版を重ねつつ評価を高めてきた。改版にともしない、さらに読みやすさ、わかりやすさを追求。本書の特徴である解剖学と診察や診断との関係を明確に示す体表解剖および医用画像は、本文の流れに沿った配置に変更。加えて臨床関連事項の記述はさらに充実し、適宜アイコンを付記。図版は全面的に刷新され大幅増量、レイアウトを効率的に組みかえることにより頁数を抑えた。臨床現場で常に参照できる実践的解剖学テキスト。

著 **Keith L. Moore**
Arthur F. Dalley
Anne M. R. Agur

監訳 **佐藤達夫**
東京医科歯科大学 名誉教授
東京有明医療大学 学長

坂井建雄
順天堂大学大学院医学研究科解剖学・生体構造科学 教授

定価:本体14,000円+税
●A4変 頁1136
●1135・写真359 2016年
●ISBN978-4-89592-838-0

研修医からベテランまで使える、臨床に直結した解剖学の本格テキスト

目次	Introduction 1 胸部	2 腹部 3 骨盤と会陰	4 背部 5 下肢	6 上肢 7 頸部	8 頸部 9 脳神経のまとめ
----	----------------------	-----------------	--------------	--------------	-------------------

113-0033 東京都文京区本郷1-28-36
TEL 03-5804-6051 FAX 03-5804-6055
http://www.medsci.co.jp E-mail info@medsci.co.jp

新刊

スポーツ疾患の画像診断は、この1冊で完璧!

早期診断で差がつく! スポーツ診療のための画像診断

▶さまざまなスポーツによる外傷・障害を中心に、疾患ごとに画像診断のポイントを解説。単純X線、CT、MRIのモダリティ別に提示し、診断のみならず治療法にまで言及。加えてアスリートの救急疾患や画像診断時に偶然見つける可能性のある腫瘍・腫瘍類似疾患、成人だけでなく小児特有のスポーツ疾患まで網羅。スポーツドクターをはじめ整形外科医、放射線科医など、アスリートを診る機会のある医師に対し画像診断の必須知識を厳選、提示する。

著:小橋 由紋子 東京歯科大学市川総合病院 放射線科 講師

定価:本体7,500円+税
B5 頁340 図30・写真283 2016年
ISBN978-4-89592-837-3

TEL (03)5804-6051 http://www.medsci.co.jp
FAX (03)5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

セット購入で2冊がっつながる!



毎年全面新訂。信頼と実績の治療年鑑

圧倒的な量の情報を、書籍・電子の両者で提供

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]

治療薬マニュアル 2016

監修 高久史磨 / 矢崎義雄 編集 北原光夫 / 上野文昭 / 越前宏俊
 ハンディサイズで「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年に記載された新薬を含むほぼすべての医薬品情報を掲載。
- 添付文書に記載された情報を分かりやすく整理し、各領域の専門医による臨床解説を追加。
- 医薬品レファレンスブックとして、医師・薬剤師・看護師ほかすべての医療職必携の1冊。

新薬・最新薬価情報は **chimani.jp** 特設サイトで随時提供!

●B6 頁2752 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

※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、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。

2016年3月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

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

公衆衛生 4月号 Vol.80 No.4 1部定価：本体2,400円+税	産業保健のトピックス	臨床婦人科産科 3月号 Vol.70 No.2 1部定価：本体2,700円+税	不妊女性に対する手術療法 —適応・タイミングと手技のコツ
medicina 3月号 Vol.53 No.3 1部定価：本体2,500円+税	内科医がになう骨粗鬆症 診療と生活指導の最新情報	臨床眼科 3月号 Vol.70 No.3 1部定価：本体2,800円+税	第69回日本臨床眼科学会講演集(1)
総合診療 (旧 JIM) 3月号 Vol.26 No.3 1部定価：本体2,300円+税	こんな時は漢方でしょう!	耳鼻咽喉科・頭頸部外科 3月号 Vol.88 No.3 1部定価：本体2,700円+税	新しい指定難病制度を理解する
糖尿病診療マスター 3月号 Vol.14 No.3 1部定価：本体2,700円+税	病理でガッテン! 糖尿病 —患者さんをも変えるマイクロ画像	臨床泌尿器科 3月号 Vol.70 No.3 1部定価：本体2,800円+税	ART時代の男性不妊診療 —いま泌尿器科医に求められていること
呼吸と循環 4月号 Vol.64 No.4 1部定価：本体2,700円+税	呼吸器病学 黎明期から現在	総合リハビリテーション 3月号 Vol.44 No.3 1部定価：本体2,300円+税	脳梗塞急性期治療の進歩
胃と腸 3月号 Vol.51 No.3 1部定価：本体3,200円+税	知っておきたい まれな大腸悪性腫瘍	理学療法ジャーナル 3月号 Vol.50 No.3 1部定価：本体1,800円+税	TENS
BRAIN and NERVE 3月号 Vol.68 No.3 1部定価：本体2,700円+税	末梢神経の血管炎	臨床検査 4月号 Vol.60 No.4 1部定価：本体2,200円+税	血漿蛋白—その病態と検査/ 感染症診断に使われるバイオマーカー —その臨床的意義とは?
臨床外科 3月号 Vol.71 No.3 1部定価：本体2,700円+税	術後障害のリアル —外来フォローの実力が臓器損失を補う	病院 3月号 Vol.75 No.3 1部定価：本体3,000円+税	国民健康保険制度の組織改革が 病院に何をもたらすか
臨床整形外科 3月号 Vol.51 No.3 1部定価：本体2,600円+税	半月変性断裂に対する治療		



医学書院

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