2015年10月19日
第3146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］院外処方箋への検査値印字で保険薬局との協働を（石井伊都子）／地域医療構想セミナー……1―2面
■［寄稿］心不全患者のmalnutritionと栄養管理の方法（小笹寧子）……3面
■［対談］疫学を感染予防の“共通言語”に（吉田眞紀子,堀成美）……4―5面
■［連載］クロストーク日英地域医療…6面
■［連載］ジェネシャリスト宣言……7面

院外処方箋への検査値印字で保険薬局との協働を

interview **石井 伊都子氏に聞く**

千葉大学医学部附属病院薬剤部 教授・部長

医薬分業の在り方に関する議論がさかんになるなか，「医師の処方をチェックして安全性を高めるという役割を保険薬局は果たしていない」などの指摘がある。ただ，病名や検査値などの情報を得られない状況で，薬剤師が本来の専門性を発揮するのは難しいのも事実ではないだろうか。

近年になって，院外処方箋への検査値印字の取り組みが複数の病院で始まっている。本紙では，そのうちのひとつである千葉大病院を取材。導入の経緯や成果，保険薬局との協働に向けた展望について聞いた。

――千葉大病院が院外処方箋への検査値の印字を開始したのが2014年10月28日です。その経緯を教えてください。

石井　院外に先行して，2011年には院内処方箋への検査値印字を開始しています。その契機となったのは，プラザキサ®に関して2011年に発出されたブルーレター（安全性速報）です。

プラザキサ®の市販後に重篤な出血性の副作用が数多く報告され，死亡例では高度の腎障害患者も含まれていました。しかし添付文書には，「高度の腎障害（クレアチニンクリアランス30 mL/min未満）の患者」は禁忌であることが明記されています。「禁忌事例や致命的な事例を薬剤師が発見するためには検査値の確認が必要であり，簡便で単純な仕組みを構築してその役割を果たしたい」というのが最初の発想です。

検査値の印字を院内処方箋に導入すると，さまざまな成果が出ました。その一方で，院外処方箋は外来処方の99％に達していました。「医療の質を保つために，この取り組みを院外処方箋にまで広めるほかない」と決断したのが，導入の経緯です。

固定検査値と医薬品別検査値に区分して印字

――検査値印字の導入に際して，どのような点に工夫されましたか。

石井　検査値を，全ての処方箋に共通して印字する「固定検査値」と，薬剤ごとに印字する「医薬品別検査値」に分けた点が当院の大きな特徴となります（**図1**）。

処方箋への検査値印字それ自体は，いくつかの大学病院が当院よりも先行して始めていました。ただ，そこに印字されているのは，私たちが「固定検査値」と呼んでいる検査値情報に限られていたのですね。そこから経験の浅い薬剤師が疑義照会にまでたどり着くのはかなり難しい。

そこで当院では，添付文書の禁忌・警告欄に検査値関連の記載がある検査値を「医薬品別検査値」と名付け，薬剤ごとに印字しました。さらに，院外処方箋への検査値印字の目的を❶禁忌薬の投与回避，❷過量投与の回避，❸重篤な副作用の発現防止と定め，医薬品別検査値が❶と❷，固定検査値が❸を実現する手段としました。

――医薬品別検査値がどのように役立つか，具体例で教えてください。

石井　まず，「❶禁忌薬の投与回避」は，添付文書の禁忌・警告欄に検査項目の記載があるものを印字します。例えば，バリキサ®の添付文書には，「【禁忌】好中球数500/mm³未満または血小板数25,000/mm³未満等，著しい骨髄抑制が認められる患者」とあります。この場合の医薬品別検査値は，**表**のAように印字されます。

「❶禁忌薬の投与回避」ではそのほかにも，病態に対する禁忌を検査値に置き換えて印字します。例えば，ティーエスワン®の添付文書では「重篤な骨髄機能抑制」がある場合に禁忌とされています。これを検査値に置き換えて表のBのように印字されます。

「❷過量投与の回避」は，添付文書に「腎機能に応じた用量調節」の記載がある薬剤（例：クレアチニンクリアランスによる投与法の変化），『CKD診療ガイド2012』[1]の「付表：腎機能低下時の薬剤投与量」に記載がある薬剤を医薬品別検査値印字の対象としています。

――「❸重篤な副作用の発現防止」のための固定検査値16項目は，どのように選ばれたのですか？

石井　根拠を明確に示すために，「重篤副作用疾患別対応マニュアル」[2]を

●いしい・いつこ氏
1988年千葉大薬学部卒。同大薬学部生化学研究室および病院薬学研究室の教務職員・助手を経て，99―2000年米国National Institute of Healthの博士研究員。03年千葉大大学院薬学研究院病院薬学研究室の准教授に就任。12年9月より現職。現在は，地域医療との連携を見据えた医薬品情報業務の充実，周術期患者への薬学的管理の徹底など業務改善を行っている。

もとに選択しました。自覚症状で早期発見できない副作用，または自覚症状よりも先に検査値が変動する副作用をマニュアルから抽出し，関連する検査値を印字しています。また，一般検査項目以外の検査，早期発見に使用できないものは除外しています。そこまでやって16項目に絞り込んだのです。

――これら全て，千葉大病院薬剤部が独自につくったのですか？

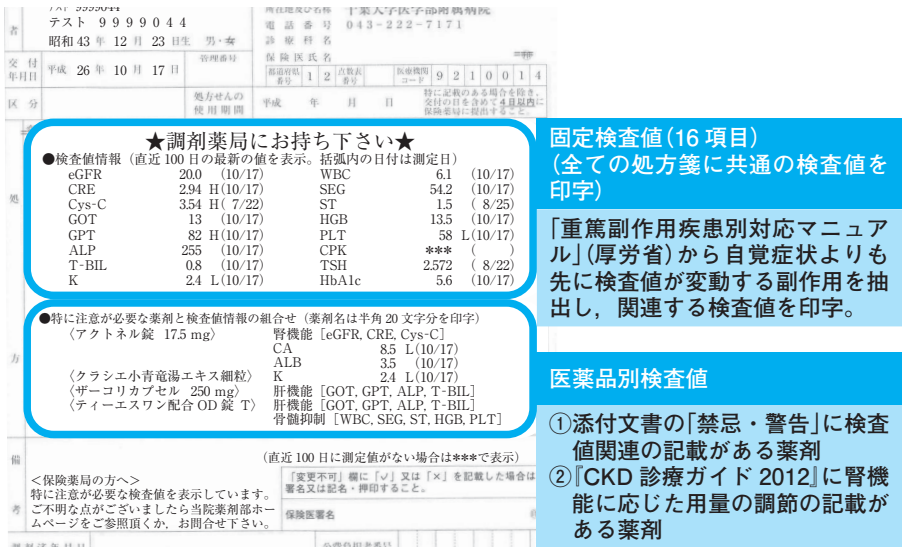
石井　信じられないでしょ（笑）。2700以上の採用薬剤の添付文書，ガイドラインやマニュアルを読みあさって，処方箋のマスターシステムに落とし込む。検証期間を含めると1年近くの間，スタッフは本当によくやってくれました。

保険薬局・製薬会社との勉強会が生涯教育の場へと発展

――院外処方箋への導入に際して，医師や保険薬局の反応はいかがでしたか。

石井　医師に関しては，「検査値だけがひとり歩きして誤解が生じては困

（2面につづく）



●図1　千葉大病院が発行する院外処方箋に印字された検査値シート（見本）

●表　医薬品別検査値の印字例

A）バリキサ®
WBC：2200　L　(8/28)
SEG：50.1　(8/28)
ST　：4.5　(8/28)
PLT　：252,000　(8/28)

B）ティーエスワン®
骨髄抑制（WBC，SEG，ST，HGB，PLT）

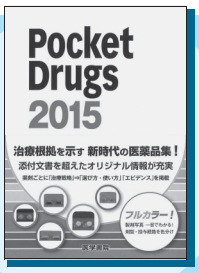
A）検査値の後に，基準値よりも数値が低い場合は「L（Low）」が，高い場合は「H（High）」が，続いて検査日が入る。
B）WBCやSEGなど実際の検査値は，固定検査値を参照することになる。

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 2015

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

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



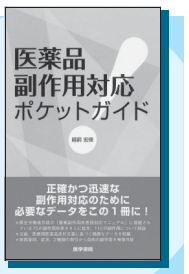
A6　頁1218　2015年　定価：本体4,200円＋税　［ISBN978-4-260-02030-5］　医学書院

豊富な症例で、医薬品副作用の知識と対応をすぐ確認！

医薬品副作用対応ポケットガイド

医薬品によって引き起こされる副作用について、重篤度や発生頻度、症状、対応・処置などの情報をまとめた実地書。厚生労働省でまとめられた「重篤副作用疾患別対応マニュアル」で紹介されている75の症例をさらに拡充させ、112症例を紹介する。

越前宏俊　明治薬科大学薬物治療学　教授



B6変型　頁288　2015年　定価：本体3,500円＋税　［ISBN978-4-260-01985-9］　医学書院

（1面よりつづく）

る」といったネガティブな反応も予想していたのですが，実際は大賛成で拍子抜けしました（笑）。話し合いの過程では，「薬剤師の専門的な視点がよく理解できた」「医療に貢献する素晴らしい試みだ」といったエールも送られてうれしかったですね。

保険薬局に対しては，導入前に勉強会を4回実施したところ，毎回300人以上の参加者で立ち見となるほどの盛況でした[3]。保険薬局の薬剤師さんはこれまで，処方箋や「お薬手帳」などの限られた情報しか与えられず，病名や体調を患者さんから聞き出すしかなかったのです。しかも，全ての患者さんが必要な情報を話してくれるとは限らない。禁忌や過量投与，副作用のリスクを判断して，疑義照会を実施できるような環境ではありませんでした。ですから，もどかしい思いをずっとしてきたのではないでしょうか。

――「責任が重くなる」といった抵抗感はなかったですか。

石井　一部ありましたね。しかし実際は，検査値があろうとなかろうと，処方箋を受け取った時点で薬剤師としての責任は発生しています。ですから，「疑義照会の責務を果たすための情報提供であることを理解してほしい」とお伝えしました。ただ，意欲的な保険薬局でもアンケートを取ると「適切に対応できるか不安」という意見も多いですし，継続的な勉強会の実施などフォローアップ体制は整えています。

――定期的に勉強会をされて，立派な生涯教育の場ですね。

石井　そう思います。今年度は薬学部とも連携して，病態メカニズムなど薬学の視点をさらに盛り込んだ内容になっています。また，以前は平日夜間のみでしたが週末開催を追加し，お子さんがいたり遠方勤務だったりして平日夜間の参加が難しい薬剤師さんの参加を促しています。さらに今後は，市の薬剤師会との連携を強化して研修の場を広げるほか，内容に関しても現場のニーズに即した症例ベースのレクチャーを増やしていく予定です。

製薬会社のMRさんに参加を呼び掛けていることも勉強会の特徴です。なぜかというと，300人を超えたからといって全ての保険薬局をカバーできるわけではありません。MRさんの協力が大事になるのです。「資料はオープンにしますから，自社で販売している薬剤の箇所だけでもいいのでしっかりと説明してください」とお願いしたところ，休日返上で自主的に参加してくださるMRさんも増えてきました。

疑義照会件数が飛躍的に増加，検査値と症状の有無まで聴取

――実際の疑義照会はどのように行っていますか。

石井　当院の場合，疑義照会の窓口は医薬品情報室（DI室）となっていて，医師とも事前協議の上で，DI室の薬剤師が保険薬局に直接回答するか，医師に疑義照会を行うかを判断しています。この方式だと，疑義照会内容のデータが取りやすいですし，保険薬局側からみれば“ちょっとした疑問・質問”に類する疑義照会も躊躇せず行えるという利点があります。

興味深いのは，疑義照会の質が徐々に変化していったことです。運用開始直後は，「検査値の横にHやLがあるけど，どうしていいかわからない」といった基本的な質問が，疑義照会としてたくさん入って来るのですね。それに対してDI室が，処方箋と添付文書の付け合わせ方から教えていました。

――まずは教育的に関わって，検査値の考え方を共有するわけですね。DI室は大変そうですが。

石井　「地域に開かれたDI」と自ら公言しています（笑）。運用当初は，丁寧なやり取りを何度も繰り返すことがとても大事です。それが次の段階になると，「カリウム値が3.2と低値ですが，フロセミドは継続でいいですか？」と，検査値に基づく疑義照会になっていくのです。

そして，私たちが今めざしているのはさらに上，検査値と症状の有無に基づく疑義照会の段階です。先ほどの例で言えば，「カリウム値が3.2と低値です。検査値は横ばいですが，脱力感があるようです。フロセミドはこの量で継続していいですか？」となってほしい。というのも，有害事象共通用語規準のCTCAEで低カリウム血症のgrade分類をみると，治療を要するのはgrade 2以上です。ただ，grade 1とgrade 2の検査値は同じ。つまり，治療の要・不要は，検査値に加えて，症状の有無で決まってくることが多いのです。

――なるほど。

石井　「検査値の確認からもう一歩踏み込んで，症状の有無を患者さんに聞いてください」と繰り返しお伝えして，今はそこまで実行してくれる薬局薬剤師さんが増えてきました。この変化はすごく大きいです。

「チーム医療型地域連携」で薬局と病院が薬物療法を協議

石井　**図2**は，運用開始から8か月間のデータです。検査値関連の疑義照会件数は，それまでほぼゼロだったのが400件になりました。そのほとんどは「医薬品別検査値」の情報が端緒となっており，確認すべき項目が明確になった成果だと分析しています。

内訳をみると，400件のうち医師への疑義照会を行ったのは221件，処方変更につながったものが85件あります。その分類をみると，高齢者で注意を要する「腎機能に応じた投与量の変更」がやはり最多ですが，「禁忌事例」も18件含まれています。

――この数字をどう評価しますか。

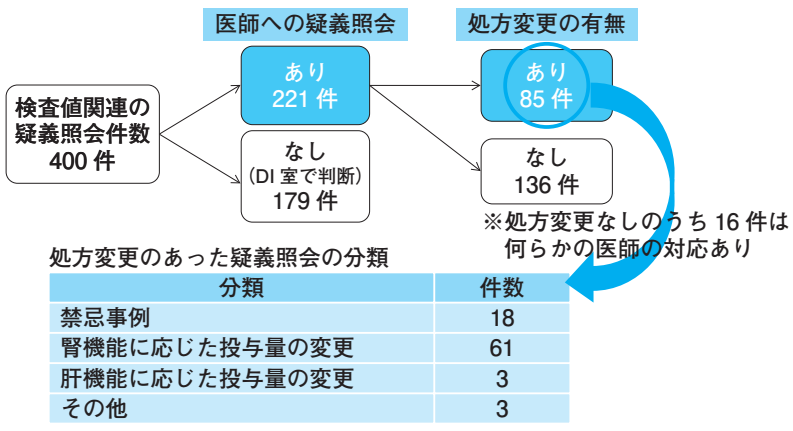
石井　日本医療機能評価機構による医療事故情報収集等事業において，禁忌薬剤の投与事例は4年間で8件報告されています[4]。一概には比較できませんが，「8件もあった」のではなく「8件しか見つかっていない」のだろうと推察しています。

――事故には至らないまでも，禁忌事例が見過ごされている実態はありそうですね。さらなる医療安全の推進に向けて，今後の課題は何でしょうか。

石井　当院の場合は，処方箋応需率の5割がいわゆる門前薬局なのですが，検査値関連の疑義照会率となると門前薬局で9割近くを占めてしまいます。それ以外の保険薬局からの疑義照会はまだまだ少ない。しかも，門前薬局の間でも疑義照会率に差が認められます。実力のついた保険薬局の中には，千葉大病院以外の処方箋を持ち込んだ患者さんに対しても検査値が記録された紙を持っていないかを尋ねて，疑義照会にまでつなげたケースがあります。一方で，ようやく重い腰を上げた薬局もあります。地域の保険薬局全体の底上げが課題と言えますね。

――厚労省は「かかりつけ薬局」を推進する一方で，今年6月には政府の規制改革会議が医薬分業に関する規制緩和を答申に盛り込むなど，保険薬局の在り方が問われています。

石井　真の意味で「かかりつけ薬局」を実現するためには，保険薬局が“かかりつけ”であるべき理由が必要です。疑義照会を通して，保険薬局と病院が薬物療法について協議するような「チーム医療型地域連携」へと発展させなければならない。その大前提としては情報の共有があり，院外処方箋への検査値印字が有効な手段になり得るのだと考えています。（了）



処方変更のあった疑義照会の分類

分類	件数
禁忌事例	18
腎機能に応じた投与量の変更	61
肝機能に応じた投与量の変更	3
その他	3

●図2　疑義照会状況（調査期間：2014年10月28日－2015年6月30日の約8か月間）

●参考URL
1）日本腎臓学会編．CKD診療ガイド2012．
http://www.jsn.or.jp/guideline/pdf/CKDguide2012.pdf
2）重篤副作用疾患別対応マニュアル．医薬品医療機器総合機構．
http://www.info.pmda.go.jp/juutoku/juutoku_index.html
3）保険薬局の皆様へ．千葉大病院薬剤部（処方箋見本，勉強会参考資料などの掲載）
http://www.ho.chiba-u.ac.jp/pharmacy/kensachi1.html
4）医療事故情報収集等事業　医療安全情報No.86 禁忌薬剤の投与．公益財団法人日本医療機能評価機構．2014年1月．
http://www.jshp.or.jp/cont/14/0127-1.pdf

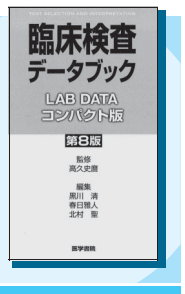
雑誌『病院』リニューアル記念　緊急セミナー開催
「地域医療構想に中小病院はどう対応すべきか」

●松田晋哉氏

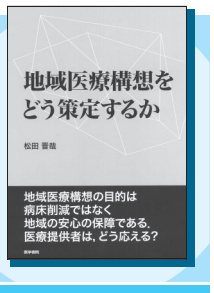
セミナー「地域医療構想に中小病院はどう対応すべきか」が2015年9月26日，医学書院（東京都文京区）において開催された。講師の松田晋哉氏（産業医大）は冒頭，政府「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会」による第一次報告（6月15日付）にある「2025年の医療機能別必要病床数の推計結果」が，あたかも病床数の削減目標であるかのように報道されたことに違和感を表明。地域医療構想の目的は，「地域の医療・介護ニーズに対応するための望ましい医療提供体制」を考えることであると強調した。

続いて，各地域の地域医療構想調整会議で話し合われるべき各種データの読み解き方を解説（詳しくは，松田氏による新刊『地域医療構想をどう策定するか』を参照のこと）。焦点となるのは，前述の推計で「一般病床・療養病床以外でも対応可能」とされている30万人前後の高齢者を各地でどうみていくかであるとした。これは地域ごとの事情や住環境によって異なってくることから，地域医療構想調整会議の最大のポイントは「慢性期の再編」と「地域包括ケア病床の整備」であると説き，中小病院はその強みである柔軟性を生かして地域包括ケアネットワークの中核を担ってほしいと期待を寄せた。

さらに中小病院は，地域における自施設の相対的位置付けをDPCデータを参考に検討し，ダウンサイジングや地域包括ケア病床設置の是非，ケアミックスの可能性など，病床転換を行うに当たっての経営シミュレーションを行うことを勧めた。さらに，医療・介護職が高齢化している現実を直視し，将来にわたって人員をどう確保するかが重要であると指摘した。

『臨床検査データブック』から重要な検査をセレクト、携帯可能なポケットブック
臨床検査データブック［コンパクト版］第8版
大好評の『臨床検査データブック』本体から『コンパクト版　第8版』が飛び出した！　いつでもどこでも必要になる検査を中心に、約200項目をセレクト掲載！ポケットに入る判型で、病棟、外来、実習など、常に携帯可能。本体とともに読者の臨床をサポートします。
監修　高久史麿　日本医学会会長
編集　黒川　清　政策研究大学院大学教授
春日雅人　国立国際医療センター総長
北村　聖　東京大学教授・医学教育国際研究センター


三五変型　頁418　2015年　定価：本体1,800円＋税　［ISBN978-4-260-02424-2］　医学書院

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


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

寄稿 心不全患者の malnutrition と栄養管理の方法

小笹 寧子　京都大学大学院医学研究科循環器内科学助教

●おざさ・ねいこ氏
2000年京都府医大医学部卒。08年京大大学院医学研究科循環器内科学博士課程修了（医学博士）。09年より現職。大学院在学中より，循環器疾患臨床研究，重症心不全・心臓リハビリテーション診療に従事。日本心臓リハビリテーション学会評議員，関西心不全栄養療法研究会代表世話人を務める。

生物としての人間が健康に生きるための要件を挙げるとしたら，栄養，運動，睡眠，環境などが候補に挙がるだろう。最も大切なものはと言えば，それは栄養ではないだろうか。われわれの身体は全て，食物に含まれる栄養素によって成り立ち，生体内でエネルギーを用いて糖質・たんぱく質などを合成する「同化」と，逆に糖質・たんぱく質などを分解してエネルギーを取り出す「異化」を繰り返すことによって生きている。

この同化と異化のバランスが取れていることは，健康を維持するために必要不可欠である。たとえ，毎日運動をしていても，栄養状態が適切でなければ，同化よりも異化が進み，最終的には自己の筋肉組織もエネルギー源として活用され，その結果高齢者ではサルコペニア（筋肉量減少と身体機能低下を認める状態）に陥ってしまい，健康が維持できなくなってしまう。

栄養障害，体重減少を認める心不全患者は予後不良

心不全患者において，栄養障害（malnutrition），体重減少を認める状態は「心臓悪液質（cardiac cachexia）」と呼ばれ，予後不良を示す指標の一つとさえ考えられている[1]。ただ，欧州臨床栄養代謝学会が低栄養の心不全患者に対する栄養管理の必要性を指摘しているものの[2]，まとまった報告は少ない。本邦の診療ガイドラインにおいても，塩分制限や水分制限の推奨のみにとどまっており，具体的な栄養管理に関する記載は乏しいのが現状である[3,4]。

まず，ここでは心不全と malnutrition の関連性について解説したい。心不全では，低拍出とうっ血によってほとんどの病態が説明できる。低拍出によって生じる腸管虚血は，消化管粘膜の障害，蠕動運動の低下を引き起こし，ここに消化管うっ血による腸管浮腫が加わって栄養の吸収低下をもたらす。また，腹部膨満感，食欲低下によって，経口摂取量が低下する。肝うっ血は吸収した栄養素からアルブミンを合成するといった重要な同化作用を低下させる。さらに，心不全患者では炎症性サイトカインが増加しており，異化亢進状態にある――。以上のような機序によって，心不全患者では同化よりも異化が亢進しやすく，malnutrition に陥りやすい。それにもかかわらず，実臨床の場では，浮腫による見かけの体重増加があるために，心不全患者の malnutrition の発見が遅れてしまうことも少なくない。

●表　CONUT 法による栄養状態の評価（文献 5 をもとに作成）
近年報告された簡易栄養評価法。血清アルブミン値，総リンパ球数，総コレステロール値をスコア化し，それらを積算して求めた 0―12 点の「CONUT score」から，栄養状態を 4 段階で評価する。

血清アルブミン値（g/dL）	3.5 以上	3.0―3.4	2.5―2.9	2.5 未満
① Alb score	0	2	4	6
総リンパ球数（μL）	1600 以上	1200―1599	800―1199	800 未満
② TLC score	0	1	2	3
総コレステロール値（mg/dL）	180 以上	140―179	100―139	100 未満
③ T-cho score	0	1	2	3
CONUT 評価	正常	軽度障害	中等度障害	高度障害
CONUT score*	0―1	2―4	5―8	9―12

＊ CONUT score ＝① Alb score + ② TLC score + ③ T-cho score

SGA と ODA を組み合わせ，心不全患者の malnutrition を評価する

心不全患者の診療においては，個々の患者の栄養状態を評価し，malnutrition に陥っている患者，そのリスクのある患者を見つけることが必要だ。栄養状態の評価方法としては，主観的包括的栄養アセスメント（subjective global assessment；SGA）と客観的栄養指標アセスメント（objective data assessment；ODA）の 2 つが挙げられる。SGA は問診などによる食事摂取状況の評価や身体所見から，評価者が主観的に栄養状態を評価する。ODA は，血液検査などから栄養指標の数値をもって客観的に栄養状態を評価する。ODA には，血清アルブミン値，総リンパ球数，総コレステロール値から栄養状態を評価する CONUT 法（controlling nutritional status, 表）[5]などが有用だ。

Malnutrition を発見するためには，SGA と ODA を組み合わせ，総合的に評価していく必要がある。仮にハリス・ベネディクトの式[6]で求められる必要エネルギー量を経口摂取できているような場合であっても，実際には吸収障害から malnutrition に陥っている患者や，前述のように浮腫による見かけの体重増加がある患者もいることから，SGA 単独では malnutrition の評価を誤ることがある。一方，総リンパ球数は感染や侵襲の影響を受けるし，総コレステロール値にしても脂質異常症治療薬などの薬剤の影響を受けたり，また，血液検査では測定誤差や，循環血漿量による希釈と濃縮の影響もあったりするために，ODA 単独での評価にも限界がある。以上の理由から，SGA・ODA のどちらか一方で評価するのではなく，両者を組み合わせることで，より適切に malnutrition に陥っている，またはそのリスクのある患者を見つけていくことが可能になる。

栄養管理は医師単独ではなく，多職種で行う

心不全患者の malnutrition を見つけた場合は，原因に応じた栄養管理プランニングが必要になる。前述した虚血やうっ血，浮腫以外にも，薬剤による味覚障害や，嗜好の問題，抑うつや認知機能低下による食事摂取量の低下，嚥下障害や消化器疾患の合併など，malnutrition の原因は多岐にわたっている。ベッド上の臥床状態などといった運動不足も，消化管蠕動の低下や同化作用の低下をもたらし，食欲不振の原因となり得るため，注意が必要だ。

対応方法の検討に当たっては，例えば低拍出とうっ血が原因であれば循環状態の改善薬（強心薬による低拍出の改善や，利尿薬によるうっ血の除去），薬剤による味覚障害が原因であれば原因薬剤の中止や他剤への変更，嗜好の問題であれば食べやすい食事形態への変更……など，原因によって取るべき手段を考えていくことが求められる。

以上からもわかるように，心不全患者の栄養管理には多面的な評価と介入が必要であるため，医師単独で行うのは困難だ。看護師，管理栄養士，薬剤師，臨床検査技師，理学療法士などと共に多職種で行うことが望ましい。

また，全ての心不全患者で栄養管理が重要だが，特に入院患者では栄養管理の全てが医療者に委ねられることから，定期的な栄養状態の評価と，栄養管理プランニングおよびプランの見直しが必要となることも付け加えておきたい。

＊

まだ，心不全患者の栄養管理の知識が医療者にいきわたっているとは言いがたい。そこで筆者の地域では，国立循環器病研究センター臨床栄養部・移植医療部の簗瀬正伸氏と筆者が代表世話人となり，2014 年に関西心不全栄養療法研究会を発足させた。同研究会では，症例検討カンファランスや，心不全診療の第一線で活躍している専門家による講演を通じ，心不全患者における栄養管理の方法を検討している（次回は 2016 年 2 月に大阪で開催予定）。こうした取り組みなどを通じ，心不全患者の栄養管理の知識を深め，それらを多くの医療者と共有し，適切な対応が広がっていくことを期待したい。

●参考文献・URL
1）Anker SD, et al. Prognostic importance of weight loss in chronic heart failure and the effect of treatment with angiotensin-converting-enzyme inhibitors: an observational study. Lancet. 2003；361（9363）：1077-83.［PMID：12672310］
2）The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. ESPEN Guidelines on adult enteral nutrition. 2006. http://www.espen.org/education/espen-guidelines
3）日本循環器学会．急性心不全治療ガイドライン（2011 年改訂版）. http://www.j-circ.or.jp/guideline/
4）日本循環器学会．慢性心不全治療ガイドライン（2010 年改訂版）. http://www.j-circ.or.jp/guideline/
5）Ignacio de Ulíbarri J, et al. CONUT：a tool for controlling nutritional status. First validation in a hospital population. Nutr Hosp. 2005；20（1）：38-45.［PMID：15762418］
6）Harris JA, et al. A biometric study of human basal metabolism. Proc Natl Acad Sci USA. 1918；4（12）：370-3.［PMID：16576330］

@igakukaishinbun
本紙編集室でつぶやいています。
記事についてご意見・ご感想をお寄せください。

スポーツ外傷・障害が起こりやすい部位ごとにまとめられた、格好の入門書
スポーツ外傷・障害ハンドブック　発生要因と予防戦略
本書は、スポーツ外傷・障害が起こりやすい部位ごとに構成され、その部位の解剖学的構造と運動学的メカニズムについて丁寧に解説。その上でスポーツ外傷・障害の予防に必要な運動療法やその他の予防策を詳述。スポーツ外傷・障害の治療・予防に携わるすべての方にお薦めする、マニュアルを超えた格好の入門書。
原書編集　Roald Bahr　Lars Engebretsen
監訳　陶山哲夫　日本リハビリテーション専門学校長
赤坂清和　埼玉医科大学大学院教授・理学療法学

B5　頁240　2015年　定価：本体5,800円＋税　［ISBN978-4-260-02416-7］　医学書院

TACEのさらなる進歩と安全性向上のために、本邦初の成書
肝動脈化学塞栓療法（TACE）　理論と実践ストラテジー
TACE（肝動脈化学塞栓療法）は、肝癌に対する治療アプローチの1つとして、様々な患者に対応が可能、マイルドな治療法として普及している。本書では、今後のTACEのさらなる進歩と安全性の向上のために、TACEの基本的な理論・知識と臨床の現場での適切な手技に対する考え方をまとめている。
編著　松井　修　金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 先進画像医学研究教育講座
宮山士朗　福井県済生会病院放射線科
大須賀慶悟　大阪大学大学院医学系研究科 放射線統合医学講座放射線医学
衣袋健司　三井記念病院放射線診断科

B5　頁252　2015年　定価：本体10,000円＋税　［ISBN978-4-260-02432-7］　医学書院

対談　疫学を感染予防の“共通言語”に

対談 疫学を感染予防の“共通言語”に

多職種・地域の連携をリードする感染症疫学者の役割を考える

堀 成美氏
国立国際医療研究センター
国際感染症センター
感染症対策専門職

感染症は，エボラ出血熱やMERSのように国境を越えて広がる病原体から，食中毒のように，限られた施設内で起こるものまで多種多様であり，医療者は常に感染症に対する危機管理が求められる。では，正確な予防，迅速な対策へとつなげるにはどのような知識や訓練が必要か。国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース「FETP-J；Field Epidemiology Training Program Japan」（MEMO）の研修生が中心となって執筆した『感染症疫学ハンドブック』（医学書院）で編者を務めた，薬剤師の吉田眞紀子氏と看護師の堀成美氏の2人が，「疫学を共通言語に」というメッセージと共に，多職種や地域に必要とされる感染予防のノウハウについて語った。

吉田 眞紀子氏
東北大学病院検査部／
同大大学院内科病態学講座
感染制御・検査診断学分野 助教

堀　今年5月，韓国の病院内でMERSの集団感染が発生しました。私がMERSの動向を注視する中で感じたのは，メディアが感染症の問題を正確に伝えていなかったことです。

吉田　堀さんはTwitter（@narumita）で情報発信を続けていましたね。私はその情報を常に追い掛けていました。誤解を生まないよう簡潔に書くのは難しかったと思いますが，誰もが見られる媒体で，冷静な視点で状況をとらえた発信をされていたため，非常に役立ちました。

MERSで見えた誤解と課題

堀　MERSが話題になって以降，SNS（Social Networking Service）などの情報を見ていて驚いたのは，MERSがあたかも韓国全土に広がっているかのように受け止めている人がたくさんいたことです。中には医療者と思われる方が「韓国でMERSパンデミック」と発信していた。

吉田　正しくは「院内のアウトブレイク」ですね。

堀　そうなのです。今回はあくまで，数か所の病院の中でアウトブレイクしていた院内感染の事案であり，そもそも地域には流行していなかった。ということは，「パンデミック」の発信者は，感染症の情報を誤読していたことになります。疫学の知識を持ち合わせず，メディアの情報だけをうのみにしていたからでしょう。

吉田　感染症の流行となると，メディアはどうしても危機感をあおるような表現をする傾向があります。

堀　だからこそ医療者には，正確な理解と情報発信が求められるのです。「本当に韓国はMERSパンデミックなの？」と思ったら，まずは日々の数字の推移を見ればよかった。私は，韓国保健福祉省発表の数字を追っていました。MERSに限らず，感染症の正しい数字を把握できないと，状況を見誤るだけでなく，誤った理解に基づき間違った対策プランが立ってしまい，より大きな問題につながる危険があるのです。

吉田　情報をただやみくもに発信するだけでは，死亡率などの数字だけが独り歩きして不安をあおり，本来伝えるべきメッセージが伝わらなくなってしまいます。まずはデータを“情報”に変換し，状況を“見える化”する。さらに分析を加え対策まで考える。感染症の理解には，この一連の作業を行う疫学者の役割が大切だとMERS問題であらためて認識しました。

堀　まさにそれが疫学者の使命です。今後も起こり得る感染症の問題をどう理解し対処するか。その中で疫学というツールは，さまざまな職種が同じステージで理解し合える“共通言語”になるのです。

感染症対策に学問のスタンダードを

堀　日本の感染症対策の経緯を振り返ると，感染症対策の問題に一石を投じたのが1990年に富家恵海子さんが書かれた『院内感染』（河出書房新社）でした。手術に成功した夫を，MRSA（メチシリン耐性黄色ブドウ球菌）感染によって突然失った富家さんがその経過を克明にまとめた本書は，社会的な問題提起となりました。

吉田　本書を契機に，厚生省（当時）から，院内に感染対策委員会を設置するよう通達が出たり（1991年），院内感染防止対策に保険診療点数が加算されたりするなど（1996年），行政主導で院内感染対策が進みました。

堀　その後，日本の感染症対策，特に院内の対策は格段に進んだと思います。今では，MRSAなどの感染症が施設内でアウトブレイクした際の対処法は，多くの病院が当たり前のように理解する時代となりました。それ以前の感染症対策は手探り状態で，さまざまな試みがなされました。本当に必要か否かを説明できる人は少なく，根拠を持って書かれた日本語の書籍もないような時代でした。

吉田　一生懸命取り組んでいても，果たしてそれが正しいのかもわからない，学問としてのスタンダードがない時代が長らく続いたわけです。

疫学者が，多職種や地域を束ねリードする

堀　1990年代末から2000年代にかけて，米国で疫学を学んだ人たちが感染症対策のリーダーとなって，全国各地で勉強会などを行うようになりました。同時期，感染症対策を専門とする医療職の養成も進み，今日まで多くの人材が輩出されています（表）。

吉田　感染管理を専門に学んだ人が院内に配置され，院内感染対策委員会（Infection Control Committee；ICC）や感染対策チーム（Infection Control Team；ICT）といった多職種からなるチームも組織されていきましたね。感染症が起こってから対処する「感染症対策」から予防を念頭に置いた「感染管理」へと，日本の医療環境はさらに一歩進んだのだと思います。

堀　チームが作られた意義は大いにありました。しかし，「感染対策委員会」の名の下に多職種が集まっても，「患者さんを守る」「地域を守る」というコンセプトを掲げたとき，果たして多職種が問題意識を共有できているのだろうか，という新たな課題が浮かび上がったように思います。

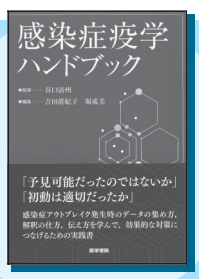
吉田　確かに多職種のエキスパートが集まったが故に，誰が何から手をつければよいか，スムーズな判断ができない状況も顕在化したのではないでしょうか。その理由の一つが，多職種で共通理解するすべがなかった，つまり「疫学の視点で全体像を把握する」という考え方が1本通っていなかったからではないかと思うのです。

私は感染症疫学の実践を学びたいと

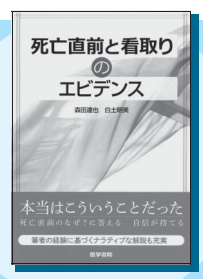
MEMO　国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース（FETP-J）
感染症危機管理に対処できる知識とリーダーシップを備えた実地疫学者を養成する，2年間のプログラム。1996年に大阪府堺市で発生した大腸菌O157：H7集団アウトブレイクを契機に，2年後の1998年に始まった事業で，米国疾病予防管理センター（CDC）のEpidemic Intelligence Service（EIS）のプログラムをモデルにしている。

●よしだ・まきこ氏
武庫川女子大薬学部卒。2008年名大大学院修了（医学博士）。薬剤師として民間病院に20年間勤務し，薬局長として薬剤部のマネジメントの他，感染対策委員会の立ち上げに携わる。09年FETP-J（9期）修了。その後，WHO西太平洋地域事務局を経て，2011年からは，亀田総合病院で病院疫学者として感染管理を行うとともに，感染症疫学の普及と教育に関与する。15年4月より現職。大学病院に加え自治体の感染症対策や予防活動に取り組む。

●ほり・なるみ氏
神奈川大法学部卒。卒業後，タイ王国チュラロンコン大大学院在学中に感染症の問題に直面し看護師を志す。帰国後，東女医大看護短大（現・看護学部）へ入学し，1994年に看護師資格取得。民間病院，公立病院感染症科勤務を経て，2009年 FETP-J（9期）修了。同年より聖路加看護大（現・聖路加国際大）で教鞭をとった後，13年より現職。院内外の感染症対策や予防訓練の立案などに携わる。

感染症アウトブレイクに対する連携と協働のために
感染症疫学ハンドブック
感染症アウトブレイク発生時のデータの集め方、解釈の仕方、伝え方を学んで、効果的な対策につなげるための実践書。国立感染症研究所実地疫学専門家養成コース（FETP-J）出身者が中心となって執筆。医療機関、自治体、保健所のスタッフが知識と経験を共有して活動していく上で必須の1冊。
監修　谷口清州　国立病院機構三重病院 臨床研究部 国際保健医療研究室長
編集　吉田眞紀子　東北大学大学院感染制御・検査診断学
堀　成美　国立国際医療研究センター病院国際感染症センター


A5　頁320　2015年　定価：本体3,400円＋税　[ISBN978-4-260-02073-2]　医学書院

医療職が知っておきたい、人の臨終にかかわる最新のエビデンス
死亡直前と看取りのエビデンス
患者が亡くなる直前の医学的問題や看取りに関するエビデンスを解説した本書は、①死亡までの過程と病態、②死亡直前に生じる苦痛の緩和、③望ましい看取り方、のそれぞれについて、医療職者が知っておくべき最新のエビデンスをまとめている。著者の経験に基づくナラティブな解説も豊富に記載されており、医師や看護師のみならず、人の臨終に関わる多くの読者の助けとなる書である。
森田達也　聖隷三方原病院副院長・緩和支持治療科
白土明美　聖隷三方原病院・緩和ケアチーム


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

多職種・地域の連携をリードする感染症疫学者の役割を考える

●表　感染症対策関連の専門資格

職種	資格名称	認定開始年	関連団体
医師	インフェクションコントロールドクター（ICD）	1999年	日本感染症学会，他
看護師	感染管理看護師（ICN）	2001年	日本看護協会，日本看護系大学協議会
薬剤師	感染制御専門薬剤師（BCICPS）	2006年	日本病院薬剤師会
臨床検査技師	感染制御認定臨床微生物検査技師（ICMT）	2006年	日本臨床微生物学会，他

思い，2004年に渡米し1000床規模の病院で研修を受けました。米国の大規模な病院では，既に感染管理の部門が独立してあり，専従の医師・看護師がいました。さらに驚いたのは，病院疫学者（Hospital Epidemiologist）と呼ばれる人が配置されていたことです。病院疫学者は，感染症医（Infectious disease physician）ならなれるというものではなく，修士課程で1―2年間，系統立った疫学の教育を受けた人が病院全体の感染症対策のマネジメントに携わるのです。「これは日本にはいない存在だ。対策の根幹にかかわる仕組みだ」と思い知らされました。

堀　その後ですね，私と吉田さんが出会ったのは。2007年から2年間，FETP-Jで共に学びました。感染予防の専門家を育成するプログラムによって，米国では既にスタンダードとなっていた感染予防のための疫学の知識・手法を学び，「私たちはこれで本当に感染症対策のチームのメンバーになれるのだ」と実感したものです。

吉田　ええ，真に多職種が連携するために必要なノウハウとしての疫学，つまり，実地疫学を学びました。

堀　“共通言語”としての疫学は，多職種連携や地域連携においてもますます重要であり，今後FETP-Jの修了生を中心に疫学を伝えていくネットワークが広がることが期待されます。

地域の感染予防にも疫学を介した連携が必要

堀　これまで医療者は，感染症の流行をいかにコントロールするかの努力を続けてきました。では感染症対策の次のステップは何か。それは，地域で感染予防の体制づくりに取り組むことだと思うのです。

吉田　同感です。私が病院薬剤師として勤めていた2000年代前半ころまでは，地域の他施設の状況というと，見えない，わからない部分ばかりでした。今でこそ，地域連携が推進され，他施設の状況が少しずつ見えるようになってきましたが，感染予防の体制づくりという観点では，より密接な連携が必要になると思うのです。

堀　それには病院や高齢者施設だけでなく，診療所などの小規模施設や，県や市，保健所の公衆衛生の担当者など，地域全体で感染予防にかかわらなければなりません。その点，サーベイランスシステムが整備されたことは大きな成果でした。

吉田　地域を包括的に見られることで，感染症のリスクを他施設と比較でき，今では地域の広い範囲の特徴もわかるようになりましたね。

堀　ただ，地域の中小病院や高齢者施設には感染管理の人材が少ない現状があり，サーベイランスの特徴を理解し利用するにまで至っていないケースもあるのではないでしょうか。そうかといって日本中の病院にICNや疫学者を配置するのは，現実的ではありません。米国ですら小規模の施設には感染管理の専門家はいませんから。

吉田　地域連携を促進するため，2012年の診療報酬改定から感染症対策推進を目的に「感染防止対策加算」が設けられ，いわゆる「地域連携加算」が始まりました。「加算1」の要件を満たす医療機関は，「加算2」の要件の医療機関から感染防止について相談を受けることが加算の要件に含まれる制度で，これにより地域内での感染予防の連携が促されています。ただ，ここで気になるのが「加算1」「加算2」のいずれにも該当せず，連携に加われない小規模施設です。

堀　地域で中核となる病院は，いざ地域で感染症が広がる予兆があれば，中小施設を含め情報を共有する場面が必ず出てきますね。こうした場面こそ，“共通言語”すなわち「感染症疫学」の理解が必要であり，疫学者のリーダーシップが問われてくるわけです。

役割は，見える化，標準化，ネットワーク化の3つ

堀　吉田さんが今年の3月まで勤務されていた亀田総合病院（千葉県鴨川市）では，地域での取り組みについて何かなさっていましたか？

吉田　はい。亀田総合病院には感染管理部門に専従の感染管理認定看護師（CNIC）がおり，病院のスタッフであると同時に地域をサポートする立場も担っていました。彼女らと共に，2012年に感染防止対策加算に伴うカンファレンスを含む「安房いすみ感染対策地域連携ネットワーク（AIネット）」を構築しました。当初6施設で始まったネットワークは，その後，地域の医療機関の関係者は誰でも来られるよう間口を広げ，昨年は9施設になりました。これまで希薄な関係だった施設の方も参加し，情報交換できるネットワークが築かれていきました。

さらに2014年の1年間は，数か月に1回の定例会議終了後に，30分の勉強会を毎回実施してきました。

堀　どのような内容を扱いましたか？

吉田　感染症対策は，まず，起きていることを“見える化”し，一緒に対策を講じる仲間で共有することから始まります。そこで勉強会では，疫学をツールとして使えるようになることを目的としました。そのためのツールとして「記述疫学」の手法が実践できることをゴールに，ハンズオンで取り組みました。感染症疫学の実践編としては，収集したデータを「時・人・場所」の要素に分け，目に見えず把握しにくい全体像を図や表を使って“見える化”する方法を，1年かけて皆で根気強く学びました。ポイントは，感染症の“見方”“見せ方”を伝えること。単に知識を得るだけの勉強ではなく，実際の病院での感染データを使って学ぶことで，「これだったら自分たちもできる」という基礎がだんだんと築かれていきました。

堀　とてもよい取り組みですね。感染症疫学者が果たすべき役割は，共通言語を用い，見える化，標準化，ネットワーク化するまでが大切だと思うのです。私がかかわっている東京都看護協会の感染対策委員会の活動でも，「ヴァーチャルICT」のような場をウェブサイトに作り，中小病院や診療所が共用できる資料をニュースレターで配信する準備を始めたところです。

吉田　それは興味深い取り組みです。疫学の訓練を受けた人たちが，わかりやすいツールを使って地域をサポートすることで，地域に根差した感染予防の普及につながるでしょう。大事なのは現場からの底上げです。そうすれば問題が起きても「医療機関ではこういう対策を」「行政はこういうバックアップが必要」と対策立案につながるということを，「AIネット」のネットワーク化の例で体感しました。

“共通言語”で，つながり伝わる喜びを

堀　2002年のSARSの流行をきっかけに，先進国の感染症対策は大きく変わりました。実際には，感染症対策の体制が変わった国や現場と，変わりきれなかった国や現場もあったように思います。しかし日本は，国レベルはもちろんのこと，現場レベルでも，非常事態に平時から備え，いざというときにもリスクを最小限に抑え，適切に医療を提供する「仕組み」が整ったと言えます。

吉田　実は，MERSもSARSも，あるいは日常見かける感染症であっても，感染症対策としてやるべきことの基本は同じなのですよね。

堀　そうです。必要なのは，感染症の種類に応じ，どのタイミングで対策のレベルをアップするかを判断できるようにしておくことです。この判断ができないと，子どものサッカーのようにボールを皆で追いかけてしまい，全体を見てタイミングよく指示を出したり，不足しているところに支援や予算をつけたりということができなってしまうのです。

吉田　数ある感染症も，基本はぐるぐるとつながる感染症の輪（Chain of infection）の中で広がっていきます。そのことを理解し，その輪，つまり感染の伝播をどこで切るかを考え対策を講じることで，感染拡大を止めることができます。このような視点で感染症を見る，つまり感染症疫学の知識を元にサーベイランスを行い対策を講じ，その結果を評価することが，感染予防のスタンダードになることを学ぶ機会が増えていってほしいと考えます。

堀　現場の医療者からは，感染症疫学を学ぶ場所や機会が少ないという声を聞きますね。共通言語の基礎を学んだ後も，各職種の関心にカスタマイズした教育プログラムや，eラーニングを整備することも必要だと考えています。

吉田　疫学という“共通言語”によって，職種の垣根を越えて伝えたい意図が共有できたときは，やりがいを感じるものです。今後は，国際舞台でチャレンジしたいという医療者にとっても疫学は重要になるでしょう。

堀　疫学は，日本の感染予防の“共通言語”であると同時に，世界の“共通言語”でもありますから，グローバルに活動するには強い武器になります。

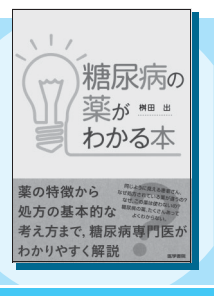
吉田　感染症にかかわる多くの医療者が疫学を学び，チームや地域の中で活躍すること期待しています。　（了）

糖尿病治療薬のもやもやを解決！

糖尿病の薬がわかる本

同じように見える患者さん、なぜ処方されている薬が違うの？　なぜ、この薬は使わないの？　飲み忘れた、服薬量を間違えたときの対応は？　そんな糖尿病治療薬にまつわるさまざまな疑問を糖尿病専門医がわかりやすく解説。服薬指導・服薬管理だけでなく、食事をはじめとした生活習慣の改善・指導にも役立つ1冊。

桝田　出
武田病院グループ予防医学・EBMセンター長
武田病院健診センター所長



A5　頁176　2015年　定価：本体1,800円＋税　［ISBN978-4-260-02160-9］　医学書院

ホスピタリスト Hospitalist　2015年間購読申込受付中

病棟、外来、チーム医療……
病院医療をコンダクトする
ジェネラリストのための
クオータリーマガジン

編集委員：平岡栄治・八重樫牧人・清田雅智・石山貴章・筒泉貴彦・石丸直人・徳田安春・藤谷茂樹

●季刊/年4回発行　●A4変　●200頁
●1部定価：本体4,600円＋税
●年間購読料19,008円（本体17,600円＋税）
※毎号お手元に直送します。（送料無料）
※1部ずつお買い求めいただくのに比べ、約4%の割引となります。

責任編集：平岡栄治　東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科
小船井光太郎　東京ベイ・浦安市川医療センター 循環器内科

Vol.3-No.3　特集：循環器疾患1 虚血性心疾患　発売

目次
1 虚血性心疾患の疫学
2 虚血性心疾患：病歴と身体所見の注意点
3 安定虚血性心疾患の診断とリスク層別化
4 安定虚血性心疾患の治療：薬物療法
5 安定虚血性心疾患の治療：血行再建
6 急性心筋梗塞の定義と病態生理
7 急性心筋梗塞の初期マネジメント
8 非ST上昇型急性冠症候群のマネジメント総論
9 急性心筋梗塞の入院治療：退院までにすべき患者教育と薬物療法
10 冠攣縮性狭心症
［コラム］予測ツール，心電図，バイオマーカー，虚血の生理，血行再建術，抗血小板薬など

特集
2013年　1号 ホスピタリスト宣言　2号 感染症
2014年　1号 腎疾患　2号 膠原病　3号 消化管疾患　4号 緩和ケア
2015年　1号 呼吸器疾患1　2号 外来における予防医療　3号 循環器疾患1 虚血性心疾患　4号 血液疾患（12月発売予定）

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

クロストーク 日英地域医療

川越正平　あおぞら診療所院長／理事長
×
澤 憲明　英国・スチュアートロード診療所 General Practitioner

企画協力：国際医療福祉大学大学院 堀田聰子

日本在宅医と英国家庭医――異なる国，異なるかたちで地域の医療に身を投じる2人。現場視点で互いの国の医療を見つめ直し，“地域に根差す医療の在り方”を，対話［クロストーク］で浮き彫りにしていきます。

第11回

「患者中心」であるということ②

川越　前回（第10回／第3142号），澤先生が指摘されたのは，日本では医療化が進んでいる印象があるということでした。そして患者をアドボケート（支援・擁護）する役割を，意識的に行う医師が増えることでその状況は良い方向に変わっていくのではないか，そのように提起していただきました。

澤　そのとおりです。医療化に関して，川越先生はどのようにお考えですか。

川越　まず申し上げたいのは，日本の医師は「過度の医療化」を志向しているというわけではないということです。

医療の究極的な目的を考えると，患者の幸せを最大化することにあるのだと思います。その実現のために，医療という技術を使用する場面もあれば，使用を避ける判断がベストな場面もある。しかしながら専門家の性（さが）なのでしょうか，「自分の知識・技術で患者のために何ができるのか」という思考から医療介入がどうしても優先され，それを複数の医師が幾重にもかかわっていくことで，結果的に医療化が進行してしまう。このようなことが，日本のあちこちで起きているのではないかと思います。ある意味，医師たちが「職能に真面目であるから」とも言えるのかもしれません。

澤　専門家としての役割を発揮しようと取り組んでいるからこそ，と。

川越　そうです。でも，「真面目にやった結果だから」といって正当化されるものではありませんよね。

社会的な議論にも発展した，胃ろうの問題もわかりやすい例ではないでしょうか。「口から食べられないと死んでしまう。栄養確保の方法は胃ろうくらいしかない」という医師の説明により，患者家族は胃ろう造設に同意せざるを得ない事態が数多く発生しました。確かに食べられないと死んでしまうのは事実としては間違っていません。でもその対応がベストとは限らない。実際，患者・家族の意向，胃ろう造設後の患者の生きざまや本人にどのような意味をもたらすのか，そうした部分への配慮の抜け落ちた対応も散見されていたわけですよね。

かかりつけ医の意識変容が必要だ

川越　医療化の問題を複雑にさせている要因もあります。一つは，医学や医療技術の進歩に伴い，国民全体の医療に対する期待自体が過度に高まってきた状況。それに加え，一次医療と高次医療がそれぞれ別なものとして機能しているかのような状況です。

特に後者の影響は大きいものです。“一見”の救急病院当直医や病棟を担当する医師も，その日たまたま診ることになった患者が，どんな健康状態でこれまでを過ごし，どのような価値観を持ち，どんな生き方を志向する人なのかを知る術（すべ）があまりに少ない環境にあるわけですから。そうした中では，自分が有する知識・技術でどう対応するかという視点に偏るのも，無理からぬことなのかもしれません。

澤　急性期の病院で患者を「人」としてとらえるのが難しいのは，英国も同様です。非日常的かつハイリスクの問題を扱う二次医療の性格上，どうしても患者とのかかわりが低頻度，かつ臓器別の対応になる傾向にありますからね。英国でも一次医療と二次医療間でのスムーズな連携がより重要視されるようになり，かかりつけの診療所で一括管理された患者情報を病院側に伝えたり，病院医師がGPに連絡をとり，病棟患者の背景について助言を求めたりするなどの対応をとっています。

川越　患者中心の医療を実践するためには，日本ではまず，医師の意識変容から必要そうです。医師，特にかかりつけ医においては，患者の健康問題のうち，自分の専門領域のみを担当するという発想からの脱却が求められます。専門外も含め，その人の健康問題を丸ごと引き受け，予防・健康増進にもかかわるべきと自覚する。患者当人だけでなく，その家族の健康・社会背景や，地域社会との関係性にも関心を払い続けるスタンスをとる……など，臨床に臨む姿勢を地域包括ケアの文脈で再整理する必要がありそうです。

澤　同様に，現場から一歩下がって医療制度全体を見渡し，「どの人材をどこに配置すると，システムがより良く機能するのか」という巨視的な視点を持つことも大事かもしれません。

スペシャリストはおのずと医療化を進めるものです。が，それは悪いことではない。その特性を発揮するための適切な「配置」こそが重要なのだと思います。そう考えてみると，健康な人が比較的多い一次医療の環境であれば，相談者が医療を必要としない人なのか，あるいは医療を必要とする人（病人）なのかの見極めに優れたジェネラリストを。一方，病人がより多くなる二次医療であれば，スペシャリストを配置するのが，システムの機能をさらに強化する方策の一つかもしれない。いずれにしても構造的な観点を持って各環境で発揮すべき力や，医療提供体制の在り方を振り返ることも重要ではないかと思うのですね。

川越　少なくとも，「スペシャリストは医療化を進める」という考えそのものは，日本の医師が冷静に受け止めるべきものだと感じました。特に日本の場合，ジェネラリストであることが望ましい地域の開業医も，その多くはスペシャリストを経て開業した医師であり，「スペシャリスト的」な医療を提供してきた経緯があります。病院医師だけでなく，地域の医師もまた，その言葉を心に留めておく必要があると思います。

継続的にかかわる体制が鍵

澤　医療へ過度な期待を抱く患者・家族が一定数いるという指摘がありました。例えば，終末期に際しても同じような状況があるのでしょうか。英国では，人生の最終段階において輸液を望む方はあまりいない印象なのですが。

川越　日本でもさすがに「1秒でも長く生かしてほしいから，とことん延命治療を行ってください」と希望するご家族に出会うケースはごくわずかだと思います。しかし，明らかに回復は難しいとこちらが判断している状況であっても，「手を尽くしたという形を取りたい」という思いから，入院させたいと強く希望する患者家族は時々いらっしゃいます。そこには死生観のようなものが影響するのかもしれません。

例えば，患者家族が身内の死を受け止める体制が整っていないケースでは，輸液などによる侵襲性の低い医療を提供する場合もあります。医師側から推奨するわけではありませんが，家族側の「何かできることはないだろうか」という思いに対応するため，あくまで患者に著しい苦痛を与えない範囲の処置を，家族の受容のプロセスに要する時間を少し稼ぐために行うというわけです。なお，こうした医療を日本では「悪質で無意味な医療」と見なすことはありませんが，英国ではこのような実践を行うことはありますか。

澤　そのあたりは日本と似た状況です。終末期における輸液に関するエビデンスは十分でなく，いわば診療の指針がない状況です。もし希望する家族がいれば話し合って，ケースバイケースの対応をとるようにしています。

川越　なるほど。先のお話では，英国は輸液を望まない方が多いということでしたよね。声の大きな家族の希望によって，患者本人が希望していた以上の医療が投入されてしまうといったケースも少ないのですか。

澤　いえ，やはりありました。そうした背景もあり，近年英国では，不幸な転帰をたどる事態を防ぐために，「Mental Capacity Act」という法制度が設けられました。

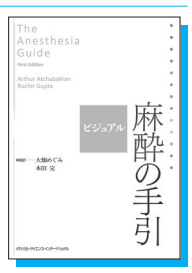
これは認知症を有する高齢者，知的・精神的障害者など，判断能力が不十分な状態でも可能な限り自己決定を実行できるよう，支援するための制度です。例えば，当人の意思表明が難しい状況にあって，医療行為に対する同意／拒否などの意思決定が必要な場合は，家族や後見人など，本人に関する情報を持つ人らが情報を持ち寄る。そして本人の過去・現在の希望，心情，信念や価値観，その他に本人が大切にしてきたことを考慮し，議論の末に患者にとっての「ベスト・インタレスト」（最善の利益）を追求する。GPは，その議論に参加することも多いので，仮に患者の希望に反するような親族の声があった場合でも，患者の希望を守る立場を取ることができます。

川越　そうした実践を聞いても，英国は権利擁護，そして継続した意思決定支援を保障してきた歴史があるのだと感じます。そこでGPが意見を求められるという点も，地域に根付き，定期的・継続的に患者とかかわってきた立場だからこそなのでしょう。

澤　そうですね。かかりつけ医として，患者に寄り添う“伴走者”としての役割が期待されているのだと思います。

川越　日本も超高齢社会が到来した今，医師は医療・介護・福祉や住まいの問題など，あらゆる角度からの支援を，地域の多職種の協力を得ながら患者に提供していくことが求められるようになっています。われわれも，患者一人ひとりと継続的にかかわれるように関係性を構築せねば，適切に対応することが困難なのではないかと気付かされる思いです。個人レベルで見れば，日本でもすでに実践する医師は数多くいます。今後の課題は，個々の優れた実践を標準化し，医療全体の質向上へと結びつけるために必要な“仕掛け”を考えることなのでしょう。（つづく）

New 新刊
ぱっと見て、さっと理解、ベテランも納得の力強い味方
ビジュアル 麻酔の手引
The Anesthesia Guide



▶広範な麻酔科学領域のうち臨床現場で真に必要な知識のみを厳選抽出し、実用的にまとめ上げ、豊富な図表、画像と箇条書きによる簡潔な文章でわかりやすく説明。全13Part、223章、各章数頁の構成で麻酔の基本を網羅しつつ、薬物投与量、注入ルート、モニタリング、合併症、術中に起こりうる問題の対処法に関してもコンパクトに解説。加えて術後の急性痛やクリティカルケアに関する項目も充実。若手からベテランまで麻酔科医にとって頼りになる書であり、周辺領域の医師、看護師にも有用。

監訳：大畑めぐみ　武蔵野赤十字病院麻酔科
本田　完　新潟医療生活協同組合木戸病院

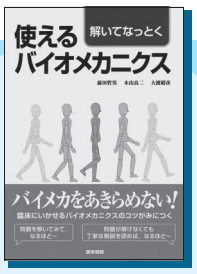
定価：本体11,000円＋税
B5　頁848　図246・写真143　2015年
ISBN978-4-89592-828-1

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

もう苦手とは言わせない。本書でバイメカ（生体力学）がきっと身につく
解いてなっとく
使えるバイオメカニクス

どうしても苦手意識を持ちがちな生体力学。物理はもう勘弁、とあきらめてしまう前にぜひとも本書をひも解いてほしい。問題を解き解説を読めば、なるほどと生体力学の勘所がわかる、本書はそんなテキスト。分かりやすい図に平易な解説により、臨床に役立つ生体力学の知識がきっと身につく。教科書、副読本、演習書としても最適。

前田哲男
鹿児島大学 学術研究院医歯学域 医学系基礎理学療法学講座 教授
木山良二
鹿児島大学 学術研究院医歯学域 医学系基礎理学療法学講座 助教
大渡昭彦
鹿児島大学 学術研究院医歯学域 医学系基礎理学療法学講座 助教



B5　頁208　2015年　定価：本体3,500円＋税　[ISBN978-4-260-02161-6]
医学書院

The Genecialist Manifesto
ジェネシャリスト宣言

「ジェネラリストか，スペシャリストか」。二元論を乗り越え，“ジェネシャリスト”という新概念を提唱する。

岩田 健太郎
神戸大学大学院教授・感染症治療学／神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第28回】

なぜ日本の内科教科書は“ダメ”なのか

学生時代から内科の教科書は「ハリソン」を用いている。他の教科書もいろいろ試してみたが，やはり「ハリソン」が一番だとぼくは思う。なので，20年以上経った今も「ハリソン」の愛読者で，現在は紙バージョンとKindleバージョンを併用している。KindleバージョンはMacbook Airに入れていて，必要に応じて開く。紙の本のほうが読みやすいのだが，あれは持ち運びには適さないから……。

疾患の臨床像や病態生理をまとめて勉強するのに，教科書はとても便利だ。最新の論文は疾患の断片的な情報を得るには優れているが，全体像が見えてこない。含蓄のある表現は何年経っても生き延びる。生き延びた言葉こそが，使える言葉である。もちろん，だからといって古い版のハリソンではさすがに古すぎる。教科書は最新版が出たらそちらを買うべきだ。このくらいの出費は，学ぶことで得られるリターンを考えれば大した出費ではない。学生もぜひ最新のハリソンを買って手元に置いておくべきだ。

一方で日本の内科の教科書は，ハリソンに比べると，正直，質がぐっと落ちる。その根拠は数年前にブログでも述べたから，ここでは詳しく書かない[1]。端的に言うと，日本の内科学の教科書は「量的な表記」が足りないのだ。もっというならば，「臨床的な眼差しが足りない」のだ。

「量的な表記」のなさ。これは「なんとか病ではなんとか所見が見られる」のように程度を述べずに言い切ってしまうような表現をいう。例えば，「髄膜炎では項部硬直が見られる」のように。しかし，実際に髄膜炎で項部硬直が見られるとは限らない。「絶対に」なのか，「しばしば」なのか，「ときには」なのか，「まれに」なのかは記すべきだ。そうしなければ「項部硬直がない。だから髄膜炎は否定的」という誤診のもとになる。事実，このような理路で誤診を重ねる事例は珍しくない。

ぼくが初期研修医だったころ，指導医からは「『なんとか病除外』と書くな」といさめられたものだ。「除外」には量的価値が付与されていないからだ。ただ可能性を述べ，それを記述しているだけだからだ。どのくらいその病気の可能性があるのかを書かなければ，アセスメントとは言わないのである。

だいたい，「可能性があるか」の問いに対する答えは，ほとんど「イエス」だ。「可能性は否定できない」が100％正しい，オールマイティーな言葉であるが故，そういうことは言ってはならないのである。むしろ言うべきは「このくらい可能性がある」である。“あるなし問題”から，“程度問題”に深化するのだ。

治療についても同様だ。「なんとか病はかんとかマイシンで治療する」では不十分である。それでどのくらいの治療効果があるかを明記すべきなのだ。ほぼ全例治癒するものなのか，半数近く治癒するのか，治癒の可能性は限りなく低いけれど，他に手がないのでダメもとでやっているのか。こうした臨床的な眼差しのない記載が日本の内科教科書には多い。

例えば，周囲に使用者が多い朝倉書店の『内科学（第10版）』（以下，朝倉）の「細菌性髄膜炎」の項を見てみる。「臨床症状」には以下のように記載されている。

> 1）自覚症状：急性発症で，発熱と髄膜刺激症状（頭痛，悪心，嘔吐）を認める．
> 2）他覚症状：神経学的に髄膜刺激徴候（項部硬直，Kernig徴候，Brudzinski徴候，neck flexion testおよびjolt accentuationの陽性）を認める．
> 急速に意識障害を呈し，髄膜脳炎の病型に進展する場合もある．一方，乳幼児や老齢者では典型的な症状・症候を認めず，易刺激性や譫妄（せんもう）などで発症する場合もある．
>
> **矢崎義雄総編集．内科学（第10版）．朝倉書店；2013.**

一方，ハリソン（第19版）の同疾患の「clinical manifestation」では以下のような記載である。

> 数時間で進行する急性劇症型の疾患で髄膜炎がプレゼンすることもある。数日かかって，増悪する亜急性の形をとることもある。髄膜炎の古典的な臨床三徴は発熱，頭痛，項部硬直であるが，この古典的な三徴は診られないこともある。75％以上の患者で意識レベルの低下が起きる。無気力から昏睡状態まで程度はさまざまだ。細菌性髄膜炎患者では発熱に加え，頭痛か項部硬直，あるいは意識変容がほぼ全例に認められる。悪心嘔吐，光過敏性もよくある訴えだ。細菌性髄膜炎の初期症状として，あるいは経過の途中で，20―30％の患者でけいれんが起きる（筆者註：拙訳。以下，記載は続くが略）。
> **D.L.Kasper, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine（19th）. MC GRAW-HILL COMPANIES；2015.**

両者を比較すると，“程度”の問題の記載の有無が明白である。朝倉を読めば「物知り」にはなれるが，臨床的には使えない。記載を信じ込むと見逃しの原因になりかねない。一方，ハリソンには「程度」の記載に，臨床的な眼差しがある。簡潔な記載で患者像を容易にイメージできる。これを読めば診療に使える。

検査，診断，治療，予後説明などにおいても，朝倉とハリソンを比較すると，この“程度”問題と臨床的な眼差しの違いは明らかだ。時間があれば図書館などで両者を比較してみるとよい。その「眼差し」の違いの大きさに容易に気付くはずだ。

もちろん，朝倉もハリソンも，多数の著者による「共著」なので，著者による個別な違いはあるだろう。網羅的に調べてみたわけではないので，必ずしもハリソンが常にベターかどうかは断言できない（いつかは系統的に調べてみたいが）。

しかし，これまで何年も学生の指導をしていて，朝倉，その他の日本で出版された内科教科書を引用したレポートや発表は，たいてい臨床的な眼差しが欠如し，量的な記載を欠き，よってよいレポートや発表になっていない……ということがほとんどだった。このことは拙著『神戸大学感染症内科版TBL――問題解決型ライブ講義 集中！ 5日間』（金原出版）でも取り扱った。「○○病はMRIで診断します」「△△病は□□で治療します」という言い切り型の表現は，学生にミスリーディングなのである。

ただ，ハリソンにも弱点はある。なんといっても日本の疫学に弱い。当然ながら，日本脳炎などは日本の教科書のほうがベターであろう。だからこそ，日本発の内科学の教科書も，もっと臨床的な眼差しを持ち，読者が診療現場で使えるような教科書に進化すべきだとぼくは思っている。

●参考文献・URL
1）岩田健太郎．日本の内科の教科書は大丈夫か？ BLOG楽園はこちら側；2013年5月17日．
http://georgebest1969.typepad.jp/blog/2013/05/

●お願い―読者の皆様へ
弊紙へのお問い合わせ等は，お手数ですが直接下記担当者までご連絡ください。
記事内容に関する件
☎(03)3817-5694・5695/FAX(03)3815-7850　「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先（住所・所属・宛名）**変更および中止**
FAX(03)3815-6330　医学書院出版総務課へ
書籍のお問い合わせ・ご注文
お問い合わせは☎(03)3817-5657/FAX(03)3815-7804　医学書院販売部へ
ご注文につきましては，最寄りの医書取扱店（医学書院特約店）にて承っております。

豊富なカラー写真とイラストが好評の口腔咽頭領域の定番書、最新の手術手技の内容も盛り込み、充実の改訂！

口腔咽頭の臨床 第3版

好評を博した第2版と同様、簡潔な解説と豊富なカラー写真、イラストをふんだんに盛り込んだ口腔咽頭領域の定番書。第3版ではIgG4関連疾患、口腔アレルギー、咽喉頭逆流症に関する項目を追加するとともに、唾液腺内視鏡、ELPS、TOVS、経口的ロボット支援手術などの最新の手術手技に関する項目を設けるなど、臨床にすぐに役立つことを意識した構成としている。耳鼻咽喉科医のみならず内科医、歯科医などにも有用な書。

監修　日本口腔・咽頭科学会

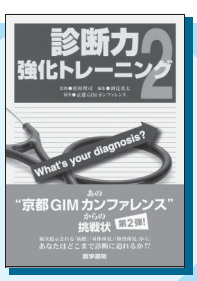
A4　頁224　2015年　定価：本体15,000円＋税　[ISBN978-4-260-02163-0]　医学書院

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

診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

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

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



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

医師、看護師、薬剤師……、がん診療にかかわるすべての「プロ」が集まる広場〈Square〉。

『Cancer Board Square』は「臨床のリアル」と「最新のEvidence」の理想的な関係をめざす、新しいがんのプラットフォームです。

ひとつ先のがん診療へ。
「がん」にかかわるすべてのひとのための、

Cancer Board Square

2015年10月創刊

◆創刊号 vol.1 no.1　ISBN978-4-260-02451-8

Feature Topic
がん診療のフロントライン——2020年から考える

View-point がん診療
「肺癌」
企画：後藤　悌（国立がん研究センター中央病院）

◆Cancer Board Squareの4本の柱

Cancer Board Conference
実際に行われたキャンサーボードを誌面で再現。

Feature Topic
時流と社会状況に応じたがんのフロントラインを取り上げます。

View-point がん診療
毎回ひとつの癌腫をテーマとして設定。臨床上のリアルなトピックについて視点の異なる3名のエキスパートが回答。

連載
医学から人文学まで多彩なラインナップによる連載陣。
・レジデントのためのオンコロジーカンファレンス（企画：勝俣範之）
・Evidence "The Classic" Review（第1回：加藤　健・原　文堅）
・死にゆく患者と、どう話すか（企画：國頭英夫）
・Art of Oncology（第1回：日野原重明）　他多数。

◆年3冊刊　（2月・7月・10月）
並製　2色（一部4色）　判型 215×275 ミリ
1部定価：本体3,400円＋税

◆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

2016年 年間購読スペシャルキャンペーンございます。詳しくは創刊号をご覧下さい！

小児診療に携わるすべての医師の必携書

今日の小児治療指針　第16版

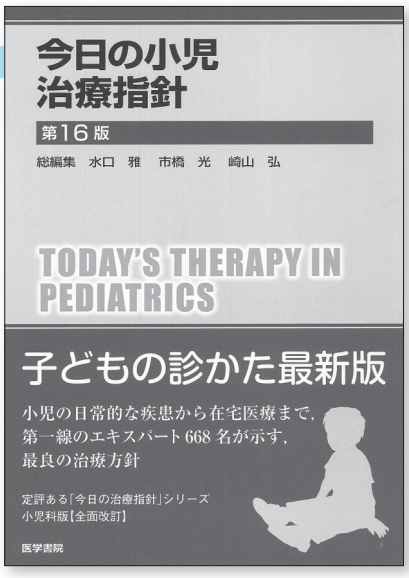
総編集
水口　雅・市橋　光・崎山　弘

小児に関わる全領域を網羅し、第一線のエキスパートが最新の治療法を具体的かつ実践的に解説。今版では、小児領域でも注目が高まる「小児在宅医療」の章を新設。また、重要疾患の「治療のポイント」、「専門医へのコンサルト」、「患児・患者説明のポイント」等の情報も随時掲載した。ハンディサイズで、日常診療に役立つ1冊。

●A5　頁1032　2015年
定価：本体16,000円＋税
[ISBN978-4-260-02084-8]

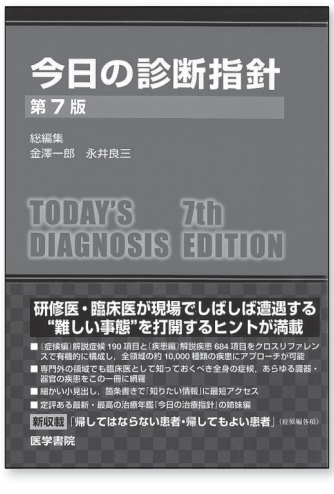
■目次

第1章　救急医療
第2章　治療手技
第3章　小児診療にあたって
第4章　新生児疾患
第5章　染色体異常，奇形症候群
第6章　先天代謝異常
第7章　内分泌疾患
第8章　代謝性疾患，栄養障害
第9章　免疫疾患，膠原病
第10章　アレルギー疾患
第11章　感染症，寄生虫症
第12章　呼吸器疾患，胸部疾患
第13章　消化器疾患，腹部疾患
第14章　循環器疾患
第15章　血液・腫瘍性疾患
第16章　腎・泌尿器疾患
第17章　生殖器疾患
第18章　神経・筋疾患
第19章　精神疾患，心身医学的問題，発達障害
第20章　思春期医療
第21章　小児保健
第22章　学校保健
第23章　骨・関節疾患
第24章　皮膚疾患
第25章　眼疾患
第26章　耳鼻咽喉・気管の疾患
第27章　小児歯科・口腔外科疾患
第28章　小児在宅医療
付録1　小児薬剤投与法の原則
付録2　脳死判定と脳死下臓器提供



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



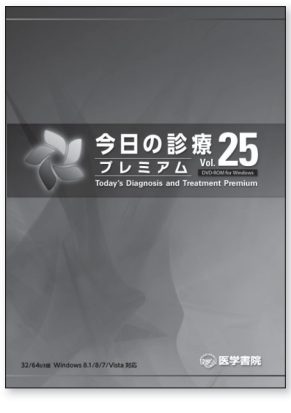
総編集
金澤一郎
永井良三

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、臨床医が遭遇しうる全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
■専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
■研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
■【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」（症候編各項目に掲載）

●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]

国内最大級の総合診療データベース

今日の診療 Vol.25 プレミアム　DVD-ROM for Windows



医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級のリファレンスデータベース（インターネット接続環境では電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」からも検索可能）。Vol.25では「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」「臨床検査データブック」を更新、「ジェネラリストのための内科診療」を新規収載。基本設計、操作画面等、全面リニューアル。また、「今日の診療プレミアムWEB」をパソコン、タブレット、スマートフォンで利用できる「Web閲覧権」付与（登録より1年間）。

●DVD-ROM版　2015年
価格：本体78,000円＋税（JAN4580492610063）

今日の診療 Vol.25 ベーシック　DVD-ROM for Windows
医学書院発行のベストセラー8冊をDVD-ROMに収録。3冊を更新。
●DVD-ROM版　2015年　価格：本体59,000円＋税（JAN4580492610087）

医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23　[販売部] TEL：03-3817-5657　FAX：03-3815-7804
E-mail：sd@igaku-shoin.co.jp　http://www.igaku-shoin.co.jp　振替：00170-9-96693