

2017年10月30日
第3246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]人生の最期にどう向き合うか(小澤竹俊) / [視点]薬剤師がクリニカルクエストを検証する(鈴木賢一)……………1—2面
- [寄稿]「ちょっと盛られた」臨床試験の気付き方(奥村泰之)……………3面
- [連載]4つのカテゴリーで考えるがんと感染症……………4面
- [連載]ジェネシャリスト宣言……………5面
- MEDICAL LIBRARY,他……………6—7面

人生の最期にどう向き合うか

苦しみの中でも“穏やかになれる” 援助の在り方とは

interview 小澤 竹俊氏 (めぐみ在宅クリニック院長/エンドオブライフ・ケア協会理事) に聞く

超高齢多死時代を迎えた今、国は地域包括ケアシステムの構築を掲げて在宅での看取りを推進している。各医療機関においても在宅医療との連携が求められる中、回復の見込みのない患者とのかかわり方に不安を持つ医療者は多いのではない。本紙では、横浜市で24時間365日の訪問診療体制を整え、年間300人以上の在宅看取りに携わる小澤氏に、全ての医療者が心得るべき「穏やかな看取り」についてのヒントを聞いた。

——「住み慣れた場所で最期を迎えたい」という地域住民の希望をかなえるために今、必要なことは何でしょうか。
小澤 多死時代を前に、看取りのできる環境整備や人材育成は喫緊の課題です。年間死亡数は、最も多くなるとされる2040年には166万人を超え、2015年と比べて約36万人の増加が見込まれます。

当院では常勤6人、非常勤11人の医師により、半径約5km圏内に対して訪問診療を行っており、地域の看取りをカバーしています。しかし、国内全体ではまだ十分な体制はできていない状況です。

——2018年度に実施される診療報酬・介護報酬同時改定や第7次医療計画でも、在宅医療の拡充が重要な柱となりそうです。

小澤 医療・介護が連携した在宅医療推進の流れは、在宅医療に現在携わっている人はもちろん、急性期病院を含めた全ての医療者に大きな影響を及ぼすと思います。

これからの時代、医療には病気を治すことの追求だけでなく、「回復の見込みのない患者さんに対して何ができるか」という視点も重要です。たとえ患者さんを治す手だてがなくても、見放さずにしっかりと向き合える。地域から高く評価され、選ばれ続ける医療には、Best Supportive Careの力が今まさに必要とされているのです。

苦しむからこそ見える、“支え”の存在

——小澤先生は救命救急センターや医療過疎地などでも働いてこられたそうですね。どのようなきっかけでホスピスの道に進んだのでしょうか。

小澤 医師を志した高校生のころから全く変わらない思いがあります。それは「世の中で一番苦しむ人の力になりたい」ということです。さまざまな現場を経て、最も苦しむのは「死を前にした人」ではないかと考え、31歳のときにホスピス病棟で働き始めました。

——ホスピス以外の経験で、今につながっていることはありますか。

小澤 救命救急センターでの経験から、「在宅医療は急性期病院の役割を守るためにある」という思いを持っています。自宅や介護施設では看取りに対応できないという理由で安易に救急搬送することは、救急医療を疲弊させる恐れがあるからです。

——看取りに携わるようになって、戸惑いはありましたか。

小澤 回復の見込みのない患者さんに対し、医師として何ができるか悩みました。身体的な痛みは緩和ケアで取り去ることができても、苦しみの全てを解決することはできないからです。そこで私は、対人援助やスピリチュアルケア、そして「哲学」を学びました。——哲学ですか。

小澤 「現象学」という分野から、1つのものに対していろいろな見方があることを学びました。つまり、死というものを普通は「怖い」「不安だ」などととらえますが、見方を変えれば「穏やかだ」「幸せだ」と感じられる可能性もある。苦しみの中でも、人は穏やかになれるのです。

——どうすれば見方を変えられますか。
小澤 苦しむからこそ見える、“支え”の存在に気付くことが大切です。死が近づくと、ご飯を食べる、トイレに行くといった当たり前のことが、だんだんとできなくなってきます。すると、病気になる前は見えなかった「当たり前の生活の素晴らしさ」に気付くようになる。そうすると、傍らに家族がいる、窓から美しい花が見えるといった何気ないことに心を打たれるのです。

何が支えになるのかは人によってさまざまですが、支えに気付いた患者さんは不思議と穏やかになっていきます。「こんなに苦しい思いをするなら、いっそ早くお迎えが来てほしい」と思っていた人でも、「今、穏やかに生きていて幸せだ」と感じるができるのです。

必要なのは“わかってくれる人”

——支えに気付き、穏やかな最期を迎えるために、周りの人はどうかわればよいのでしょうか。

小澤 苦しんでいる人は自分の苦しみを“わかってくれる人”がいるとうれしい。これが大事なキーワードです。それには資格の有無は関係ありません。たとえ実習に来た学生さんでも“わかってくれる人”になれば、素晴らしい援助者だと言えます。

——どうすれば患者さんの苦しみを理解できるようになるのでしょうか。



●おざわ・たけとし氏

1987年慈恵医大卒。91年山形大大学院医学研究科博士課程修了。救命医療や農村医療に従事した後、94年より横浜駐生病院内科・ホスピス勤務。2006年にめぐみ在宅クリニックを開院。15年にエンドオブライフ・ケア協会設立。17年にはNHK「プロフェッショナル 仕事の流儀」に出演した。『死を前にした人にあなたは何かができますか?』(医学書院)、『今日が人生最後の日だと思って生きなさい』(アスコム)、『小澤竹俊の緩和ケア読本——苦しむ人と向き合うすべての人へ』(医事新報)など著書多数。

小澤 自分が相手を理解できたかどうかは重要ではありません。大事なことは、患者さんが「この人は私の苦しみをわかってくれた」と思うかどうか。つまり、「わかります、その気持ち」と声を掛けても駄目なのです。“わかってくれる人”とは説明でも励ましでもなく、“聴いてくれる人”なのです。——聴き方に何かコツはありますか。
小澤 「反復」という技法があります。例えば、患者さんが「自分でトイレに行けなくなるなんて、いっそ死んでしまいたい」と訴える。それに対して、「ご自分でトイレに行けなくなって、

(2面につづく)

「わかってくれる人」に、私はなりたい

医学書院

死を前にした人に あなたは何かができますか？

小澤竹俊

看取りの現場では、答えることのできない問いを突き付けられる。「下の世話になるくらいなら、いっそ死にたい」「どうしてこんな目に合うの?」。そこでは説明も励ましも通用しない。私たちにできるのは、相手の話を聴き、支えを見つけないこと。言葉を反復し、次の言葉を待つこと。それは誠実に看取りと向き合ってきた在宅医がたどりついた、穏やかに看取るための方法。死を前にした人に、私たちにはできることがある!

●A5 頁168 2017年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-03208-7]

- 目次
- 序章 苦しむ人への援助と5つの課題
- 第1章 援助的コミュニケーション
- 第2章 相手の苦しみをキャッチする
- 第3章 相手の支えをキャッチする、強める
- 第4章 自らの支えを知る
- 第5章 援助を言葉にする
—事例で学ぶ援助の実際



（1面よりつづく）

いっそ死んでしまいたいと思われているんですね」というのが反復です。——「死んでしまいたい」などというネガティブな発言でも、反復してよいのですか。

小澤 相手が発した言葉なら、反復しても大丈夫です。ただし、単に言葉を繰り返すオウム返しではいけません。聴く態度や反復するタイミングが重要です。きちんと相手のほうを向いて、穏やかに相づちを打つ。重たい言葉にはしっかりと間を取って抑揚をつけた言葉で返す。相手がうれしいときは自分もうれしそうに、悲しいときは悲しそうにするのです。

——「反復」は単なる言葉の繰り返しではなく、全てを受け止めるということなのですね。

小澤 相手の伝えようとするメッセージを丁寧にキャッチして、「あなたはこういう思いなんですね」と返します。すると今度は「そうなんです」という言葉が返ってくることがあります。この「そうなんです」というのが、患者さんにとって“わかってくれる人”になれたかどうかの目印になります。

穏やかな最期を援助する 人材を育てる

——小澤先生は2015年に「エンドオブライフ・ケア協会」を立ち上げ、看取りのできる人材の育成にも力を入れているそうですね。

小澤 はい。設立以来、「エンドオブライフ・ケア援助者養成講座」を30回以上開いており、受講者は延べ2000人を超えました。

——どのような方が対象の講座ですか。

小澤 職種や専門性は問いません。医療・介護の現場で看取りにかかわっている、あるいはこれからかわろうとしている全ての人です。これまで、受講者の約半数が看護師で、約2割がケアマネジャーなどの介護職、約1割が医師です。

私としては、医師にもっと積極的に参加してほしい。なぜなら、医師がリーダーシップをとり、多職種が連携して患者さんに向き合うことが重要だからです。医学教育では「治すことができない患者」に何ができるかを系統的に学ぶ機会が少なく、患者さんとのかわり方に戸惑う医師は多いです。

——講座の内容を教えてください。

小澤 プログラムは2日間です。初日は、人生の最終段階に共通する自然経過や症状緩和の基本、意思決定支援などを学びます。その上で、苦しみを抱える患者さんの“支え”を見つけ、穏やかな最期を迎えるための援助について学びます。2日目は、ロールプレイを交えて事例検討を行います。

——どのようなロールプレイをするのでしょうか。

小澤 患者役を立てて、聴き方の技法を実践します。例えば、先ほど紹介し

た「反復」の他に、「沈黙」という技法があり、重たい場面設定で「患者さんの言葉を待つ」訓練をします。うれしい気持ちはすぐに言葉にできても、苦しみや大事な決断はなかなか出てこないものです。

——沈黙は気まずいことがありますよね。何か言わなければ、と思ってしまいます。

小澤 苦し紛れに「ところで……」と話を切り替えてしまうのはよくありません。患者さんの口から出てくるはずだった大事な思いが消えてしまうからです。あまりにも長く沈黙が続いたときは、「今どんなことを考えていましたか」と尋ねるのがよいでしょう。患者さんの考えている方向を変えずに、そっと背中を押すことができます。

また、患者さんにとって沈黙は考えをまとめる大切な時間であり、意外と短く感じるものです。立場による時間感覚の違いも、ロールプレイで経験することができます。

——職種ごとの研修もあるのでしょうか。

小澤 グループワークで、職種ごとの援助や多職種連携の実践を学びます。お迎えの近い患者さんの事例をもとに、各人ができる援助を具体的に挙げていきます。

——援助のポイントは何でしょう。

小澤 患者さんにとって「穏やかになれる条件」を考えた上で、それに照らした援助をすることです。患者さんに痛みがあれば「痛みをとる」ために医師は薬剤を処方します。介護職は、痛みがあったらすぐに医師に知らせるといふかわりが可能です。

ある患者さんは故郷の話をするとうんと穏やかになれるかもしれません。援助者の中に同郷の人がいれば、一緒に懐かしい風景を思い出すことができます。援助とは、職種に基づくものだけではないのです。

——小さなことでも一人ひとりができる援助を丁寧に考えることで、患者さんの暮らしや人生に寄り添うことができるのですね。

小澤 はい。穏やかになるための援助を具体的に考えることは、援助者自身のモチベーションにもつながります。「何もしてあげられない」という思いから、「私にもできることがある」と気付くのです。

逃げずにかかわり続けるには

——看取りの仕事を続けるには相当なエネルギーが必要だと思います。今、仕事で悩んでいる人に伝えたいことはありますか。

小澤 看取りの現場は決してきれいな話だけではありませんから、逃げてしまいたくなることもあるでしょう。しかし、援助者に求められる本当の力とは「逃げずにかかわり続ける」ことなのです。

——逃げないためにはどのような姿勢で臨めばよいでしょうか。

小澤 最初に、苦しむからこそ見える、

視点

薬剤師がクリニカル
クエストを検証する

鈴木賢一

がん研究会有明病院副薬剤部長

固形腫瘍のがん薬物治療の中心となっているシスプラチン（CDDP）レジメンは、高度催吐性リスクに分類される。日本における制吐薬適正使用ガイドラインでは、5-HT₃受容体拮抗薬（5HT₃RA）、ニューロキニン1受容体拮抗薬、デキサメタゾンの3剤併用の予防的制吐療法が推奨されている¹⁾。

パロノセトロン（PALO）は2010年に長時間作用型の薬剤として発売された。従来の5HT₃RAであるグラニセトロン（GRA）に比べて高価（当時の薬価で約8倍）であり、どの程度の臨床的優位性があるか根拠が乏しく積極的に使用すべきか意見が分かれていた。当時臨床業務を担当していた私はプレゼン資料作成の過程で、過去にPALOのGRAに対する非劣性は証明されていたが、優越性を証明したエビデンスはないことに気付いた。

GRAよりも高価で使用方法の利便性に差がないことから、非劣性試験の結果だけでは実臨床にPALOを導入する根拠としては乏しい。臨床的な優位性の有無を第3相試験で確認する必要があると考えた私は、当時担当診療科部長であり、多くの臨床試験経験を持つ山本信之医師に相談した。山本医師と話し合う中で、この試験の実現には2つの大きな課題があることが判明した。1つは医師主導で試験を実施することは難しく、薬剤師主導で実施することであった。これまで静岡県内の10施設、360例での試験例はあったものの、今回は800例で、全国規模の協力が必要だったからである。

この例数が必要なのは、今回の試験では臨床的に意味のある「差」、つまりPALOがGRAより少なくとも8～10%の優位性を持つことを検証したかったことによる。このように「その差は臨床的に意義があるか」を患者目線で検討できるのは、研究者主導試験の利点の一つと考える。

“支え”の存在に気付くことで穏やかになれるという話をしました。援助者も、支えに気付くことで苦しい現状への見方が変化することがあります。

仕事に就いたきっかけや人との出会いなど、私たち一人ひとりの人生の過程にはかけがえのない支えがきっとあるはずです。誰かの支えになろうとする人こそ、実は一番支えを必要としているのです。

——小澤先生の“支え”は何ですか。

小澤 たくさんあります。同じ志を持って取り組む仲間がいるし、社会課題という大きなミッションがある。そし

薬剤師主体の前向き臨床試験が全国規模で実施されたのは初めてで、これまでは薬剤師の全国的な臨床試験のネットワークは存在しなかった。がん専門薬剤師のメーリングリストなどを活用し、最終的に20施設から手が挙がり実現につながった。

2つ目はプラセボを使用せずに盲検化することだった。資金の限られる薬剤師主導の臨床研究ではプラセボの準備は困難である。無菌調製などの手技や運用を工夫すること、医事会計担当者との申し合わせをすることなどで、最低限の費用で盲検化を実施するめどが立ち、試験の実現に大きな一歩となった。

このような経緯でCDDPレジメンでのGRAに対するPALOの優越性を検証する第3相二重盲検比較試験を実施できた。その結果PALOの使用は遅発期（CDDP投与後24時間以降120時間まで）の嘔吐抑制、および全期間を通じて悪心・嘔吐をGRAよりも抑えることを確認でき、PALOの臨床的な有用性を証明することができた²⁾。

最近では病棟業務が日常的に行われ、他職種に対してエビデンスに基づいた医薬品情報を提供することは薬剤師の重要な役割の一つとなっている。しかしながらエビデンスのない領域は多く、場合によっては不十分な対応とならざるを得ないのが現状である。今後は薬剤師の臨床試験ネットワークを基に、薬学的な視点を生かした臨床試験を通じて、治療効果や質の向上に寄与する意義あるエビデンスを創り出していきたい。

●参考文献

- 1) 日本癌治療学会編. 制吐薬適正使用ガイドライン2015年10月第2版. 金原出版；2015.
 - 2) Ann Oncol. 2016 [PMID：27358385]
- すずき・けんいち氏/1992年明治薬大卒。同年沼津市立病院、2006年静岡県立静岡がんセンターを経て12年より現職。

て何よりも、「苦しむ人の力になりたい」という変わらない思いが私の原動力です。

患者さんの役に立ちたいと努力しても、思うようにいかないことはいくらかもあります。「役に立てない自分」に絶望するのではなく、たとえ力になれなくても「誠実に向き合い続ける自分」を認めることも必要です。医療者一人ひとりが逃げずに看取りに向き合うための術を身につけ、一人でも多くの患者さんが穏やかな最期を迎えられる社会になるよう願っています。

（了）

「救急と精神のあいだ」のとまどいが軽くなる。ERでよくみられる35ケースを解説！

精神障害のある救急患者対応マニュアル 第2版

精神障害とその関連疾患のある救急患者を対象にした治療マニュアル。救急現場でよく遭遇する幻覚・妄想、急性覚醒剤中毒、せん妄などの症状について、「診断のポイント」「治療フローチャート」「精神科医にうまく引き継ぐコツ」を示しながらコンパクトに解説。また臨床で必須の医薬品を厳選し、それらの特徴と実践的な使い方のポイントをまとめた。救急科と精神科の双方に通暁する著者だから書きうる、現場目線の実践知がここに！

上條吉人
埼玉医科大学教授・救急医学

精神障害のある
救急患者対応
マニュアル 第2版

「救急と精神のあいだ」の
とまどいが軽くなる

認知症当事者は、急性期病院でこんな体験をしているのかも…

あなたの患者さん、認知症かもしれません

急性期・一般病院におけるアセスメントからBPSD・せん妄の予防、意思決定・退院支援まで

身体治療を提供する急性期病院で、認知症をもつ患者がどのような体験をするのか、どのような支援が望まれるのかをまとめた書。今まであまり触れられてこなかった認知症の当事者の体験、意思決定支援、心理的な苦痛についても取り上げた。特に意思決定支援は、患者の権利の擁護を考えるうえでも、もはや避けられない person centered care の中心である。超高齢化社会の今こそ多くの医療関係者に読んでほしい書。

小川朝生
国立がん研究センター
先端医療開発センター
精神腫瘍学開発分野長・
東病院精神腫瘍科長（併任）

あなたの
患者さん、
認知症かも
しれません

急性期・一般病院におけるアセスメントから
BPSD・せん妄の予防、
意思決定・退院支援まで

急性期病院で
認知症ケア？

寄稿

「ちょっと盛られた」臨床試験の気付き方

臨床試験にかかわるすべての関係者へ

奥村 泰之

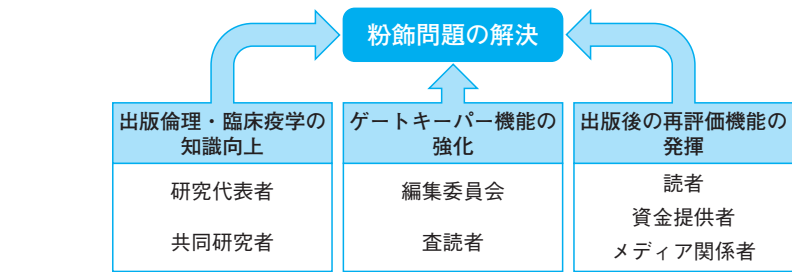
医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構研究部 主任研究員

ランダム化比較試験のエビデンスの質は、最高峰と考えられている。しかし、私たちが臨床試験の研究成果を読むとき、たとえ有名な学術誌に掲載されている場合であっても、その研究成果の主張をうのみにするべきではない。なぜなら、研究者の期待に添わない否定的な研究成果が得られた試験の50%は、肯定的な研究成果が得られたかのように、アブストラクトの結論部を「盛って」報告しているからである¹⁾。「研究成果の解釈をゆがめ、読者を欺く執筆術」は粉飾（spin）と呼ばれる¹⁻³⁾。ここで、粉飾とは、①主要評価項目に関して統計的有意性が得られなかった場合に、実験的治療法の有益性を強調する報告戦略、あるいは、②主要評価項目から読者の注意をそらす報告戦略と定義されている。

「ちょっと盛られた」臨床試験

この問題への理解のために、アブストラクトの結論部が粉飾された臨床試験の事例を紹介しよう。2016年8月、「自閉症に効くオキシトシン、使用量増が症状改善 福井大」（朝日新聞医療サイト「アビタル」）といった記事が、さまざまな媒体で報道された。記事を読むと、ホルモンであるオキシトシンを自閉症患者に点鼻する臨床試験が行われ、その結果、一定量のオキシトシンを点鼻された人は「視線が合う」など、症状が改善したと書かれている。

さて、記事の元になった論文を確認してみよう。リサーチクエスションは、オキシトシンスプレー（高用量/低用量の2条件）による治療を受けた自閉症患者は、経鼻プラセボによる治療を受けた患者と比べて、割り付けから12週時点の症状〔重症度の印象スコア（CGI-S）、改善度の印象スコア（CGI-I）、かかわり指標スコア（IRSA）〕が優れて改善するか、というものであ



●図 粉飾問題解決に向けた関係者の役割

る⁴⁾。パイロット試験の結果、3つの主要評価項目ともに、オキシトシン群とプラセボ群との間に、統計的に有意な差は認められなかった。一方で、アドヒアランスが良好な男性というサブグループに着目したところ、改善度の印象スコアに関するプラセボに対する統計的有意性は、高用量オキシトシンでは認められた一方で、低用量オキシトシンでは認められなかった。これらの結果から、アブストラクトにおいて「青年における自閉症に対するオキシトシンの有効性は、オキシトシンの用量と遺伝的個人差の影響を受けることを示唆する」と結論付けている。

これが定番の粉飾法

筆者が確認する限り、この臨床試験の結論では、定番の粉飾法が活用されている。定番の粉飾法とは、主要評価項目に統計的有意性が得られていない優越性試験において、①統計的有意性が得られた他の結果（サブグループ/副次的評価項目/群内の差）に焦点化すること、②主要評価項目が有意ではない結果から、両群ともに同等の有効性を有すると解釈すること、③主要評価項目が有意ではない結果にもかかわらず、治療の有益性を強調することである²⁾。

前途の臨床試験において、試験参加者全体では症状改善効果が認められなかった事実に触れずに、症状改善効果

が認められたサブグループに焦点化して結論付けたことに科学的妥当性はなかったであろう。粉飾せずに、「自閉症へのオキシトシンは、プラセボに対する症状改善効果の優越性が認められなかった」と結論付けることが望ましかったと思われる。そもそも、サブグループ分析の結果を信用できる状況は限られているため注意が必要である¹⁾。

計画は変幻自在

さらに、この臨床試験について、臨床試験登録を使って、主要評価項目の変遷を確認してみよう。UMIN 臨床試験登録システム（<http://www.umin.ac.jp/ctr/index-j.htm>）に、研究計画の変更履歴が公開されている。まず、症例登録の開始段階（2011/3/8）における主要評価項目は、「臨床症状評価尺度各種、MRI 検査」など多数の項目が設定されていた。次に、症例登録から2年経過した段階（2013/4/8）における主要評価項目は、「かかわり指標スコア」の1項目に限定されていた。ところが、試験終了から2か月後の段階（2014/5/14）における主要評価項目は、論文と同じ3項目に設定されていた。

なぜ、主要評価項目が変遷しているか、その理由はわからない。しかし、主要評価項目に変遷がみられる臨床試験では、統計的有意性が得られた副次的評価項目に焦点化するという粉飾法が活用されている可能性が否めないため、注意が必要である。

問題解決に向けて

結論が粉飾された臨床試験の主張には科学的妥当性がないものの、研究者にとって粉飾の自由が担保されているかのような状況がある。粉飾は、ヘルシンキ宣言第36条に抵触し得る行為とは考えられるが、研究不正や触法行為といった研究者生命を脅かすほどの行為とはみなされていない。編集者への手紙（letter to the editor）による指摘を通して粉飾された臨床試験が論文

●おくむら・やすゆき氏

2009年日大大学院修了，博士（心理学）。05年より，国立保健医療科学院，日医大，国立精神・神経医療研究センターを経て，13年より現職。専門は臨床疫学。



『Journal of Epidemiology』、『行動療法研究』、『認知療法研究』の編集委員。改正労働契約法の影響を受け，本年度，任期満了と同時に無職の危機・（ゝ・ロ）ヒイイ!!!

撤回されるという事例もあるが、粉飾の事実が第三者によって指摘されること自体、希少な事例である^{1,5)}。つまり、粉飾された臨床試験は、学術誌における査読の関門さえ突破してしまえば、その後、アカデミアによって自浄されることが期待できないのである。粉飾がまん延し得る環境が、十分に整ってしまっている。

粉飾された臨床試験がまん延しているため、私たちが臨床試験の研究成果を読むときには、①サブグループに焦点化して治療の有益性を強調した結論付けをしているなど、主要評価項目の結果と結論に整合性があるか否か、②主要評価項目など、研究計画に変遷がみられるか否かを確認すべきである。わずかな注意さえあれば、誇大広告と化した臨床試験をたやすく判別できるようになる。

臨床試験にかかわるすべての関係者は、こうした事実を認識し、粉飾問題対策を行う必要があるだろう（図）。臨床試験の研究代表者や共同研究者は、出版倫理や臨床疫学の知識向上に努める必要がある。また、編集委員会は、ゲートキーパー機能を強化するため、この問題を査読者などに周知することが求められよう。臨床試験の読者も、粉飾の事実に気付いたときは、編集者への手紙などで注意喚起するなど、出版後の再評価機能を発揮することが期待される。特に、資金提供者やメディア関係者が、再評価機能を発揮できれば、粉飾問題解決の大きな力になるだろう。

まずは、臨床試験にかかわるすべての関係者が「結論がわい曲されたエビデンスで医療が変わると、国民に不利益が生じ得る」と理解することから始まると筆者は信じている。臨床試験の実施に伴う、多くの人の善意と時間と資金を無駄にしないために、粉飾問題の解決に向けた総合的な取り組みが求められる。

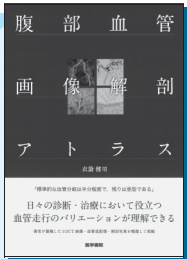
●参考文献

- 1) 奥村泰之. 論説 粉飾された臨床試験の判別法——臨床試験のすべての関係者へ. 臨床評価. 2017; 45 (1): 25-34.
- 2) JAMA. 2010 [PMID : 20501928]
- 3) 奥村泰之. 研究部レポート アクセプトされる失敗した臨床試験の粉飾法——無駄のない研究推進のためのピアレビュー研究. Monthly IHEP. 2014; 231: 23-8.
- 4) Transl Psychiatry. 2016 [PMID : 27552585]
- 5) Int J Neuropsychopharmacol. 2017 [PMID : 28199677]

血管の分岐・走行を理解・把握して診療に活かす

腹部血管画像解剖アトラス

血管の分岐、走行の理解は外科医の日常の手術に欠かせないが、それは個体によりかなり違いがあり、パターン認識では対応できない。本書は、実際の診断・治療において役立つ血管の分岐・走行の把握を目的として、写真・図を多用し、簡潔な文章で解剖および血管分枝の類型をビジュアルに示した。血管分枝のタイプ別のパーセンテージも明確にして、文献も豊富に提示した。多くの3DCT画像により、3次元の位置関係がよく把握できる。

衣袋健司
三井記念病院放射線診断科部長

がん診療のための新しいプラットフォーム

Cancer Board Square

2017年 vol.3 no.3



Feature Topic

最期の最後のがん診療

西 智弘／市川靖子／大森崇史・柏木秀行
小杉和博／宮城明実・塩川 満／前嶋愛子
金 容壹／朴 順禮／川越正平／日下部明彦

View-point がん診療

胃がん

企画 馬場英司

(九州大学大学院医学研究院九州連携臨床腫瘍学講座)

Q&A 伊澤直樹・竹下茂之・仁科智裕

[新連載]

國頭ゼミの課外授業

わたしたちのキャリアプラン 國頭英夫

●1部定価:本体 3,400円+税 [ISBN978-4-260-02457-0]

●2017年 年間購読料:9,240円+税(冊子+電子版/個人)

医学書院

医学書院

目からウロコ！

4つのカテゴリーで考える がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科副医長

【第17回】

固形腫瘍と感染症①

固形腫瘍特有の病態を知る

がんそのものや治療の過程で、がん患者はあらゆる感染症のリスクにさらされる。がん患者特有の感染症の問題も多い――。そんな難しいと思われがちな「がんと感染症」。その関係性をすっきりと理解するための思考法を、わかりやすく解説します。

今回からは固形腫瘍と感染症についてお話ししていきます。固形腫瘍は血液腫瘍よりもはるかに頻度の高い悪性腫瘍ですが、感染症の合併はまれです。血液腫瘍は疾患そのものによりさまざまな免疫低下がありましたね。例えば、急性骨髄性白血病であれば長期間にわたる高度な「好中球減少」、多発性骨髄腫であれば「液性免疫低下」、T細胞性悪性リンパ腫であれば「細胞性免疫低下」が見られます。

一方、固形腫瘍そのもので免疫低下が起きることは一般的には多くありません。固形腫瘍では、化学療法に伴う好中球減少の程度と期間が短いことも重要なポイントです。ただし、固形腫瘍だからといって感染症が起きないわけではありません。今回は固形腫瘍患者において特に注意すべき感染症について系統立てて説明していきましょう。

「バリアの破綻」に注意

固形腫瘍の治療ではなんといっても「バリアの破綻」がメインになります。手術による皮膚や粘膜・管腔のバリア破綻、化学療法、放射線治療による消化管粘膜や気道粘膜のバリア破綻、中心静脈カテーテル挿入やオンマヤリザーバーによる皮膚バリア破綻、胃瘻や腸瘻造設に伴う皮膚・粘膜バリア破綻など、非常に多岐にわたります。

固形腫瘍で用いられる化学療法で特に粘膜障害を起こしやすいものには以下があります¹⁾。

- ・代謝拮抗薬(フルオロウラシル、カペシタビン)
- ・アルキル化剤(シクロホスファミド、イホスファミド)
- ・プラチナ製剤(シスプラチン、カルボプラチン)
- ・タキサン(ドセタキセル、パクリタキセル)
- ・ビンカルカロイド(ビノレルビン)

また、胸部への放射線治療では気管支の線毛運動が低下することで誤嚥性肺炎が起りやすくなることにも注意しましょう。

さて、「バリアの破綻」において起因菌の鑑別に難渋することはあまりあ

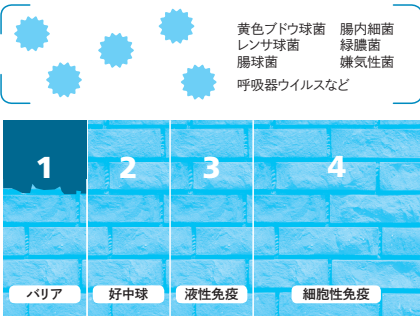
りません。というのも内因性、つまり常在している微生物を考慮すればよいからです。例えば皮膚であれば黄色ブドウ球菌、表皮ブドウ球菌、溶血性連鎖球菌、ブドウ糖非発酵菌やカンジダなど、口腔内であれば緑色連鎖球菌や嫌気性菌など、消化管であれば腸内細菌、嫌気性菌、あるいはカンジダなどといった具合です。

「解剖学的異常」は固形腫瘍に特有

固形腫瘍に特有の病態として「解剖学的異常」があります。腫瘍の圧排による「管腔の閉塞」や、腫瘍の浸潤による「瘻孔形成」などがこれに当たります。本連載ではこれら「解剖学的異常」も広義の「バリアの破綻」として分類します。

「管腔の閉塞」による感染症として、肺がんによる気道閉塞で引き起こされる閉塞性肺炎、胆管がんや膵がんなどによる胆道系の閉塞で引き起こされる閉塞性胆管炎、左側結腸がんによる閉塞で起きる腹腔内感染や穿孔性腹膜炎、尿管がんによる閉塞性尿路感染症などが挙げられます。

また、「瘻孔形成」による感染症として、肺がんの浸潤による胸膜気管支瘻で引き起こされる膿胸、食道がんの浸潤による気管食道瘻で起きる縦隔炎、S状結腸がんの浸潤による膀胱結腸瘻で引き起こされる尿路感染症などがあります。つまり、がん種によって感染部位が異なることがおわかりかと思いますが。これらの感染症も「バリアの破綻」同様、起因菌の推測は比較的

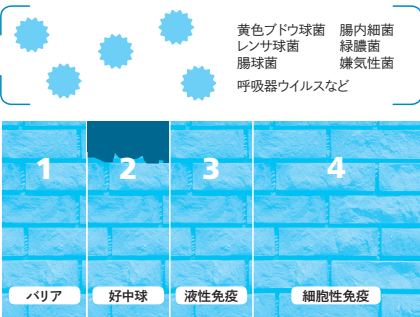


容易です。ただし、治療には手術（閉塞の解除、瘻孔閉鎖術・切除術）やドレナージなどの source control が大前提となります。いくら抗菌薬投与を行っても source control を行わない限り治療は困難であるということを常に意識しましょう。

「好中球減少」は軽度

「がんの感染症」の主役はやはり「好中球減少時の感染症」です。固形腫瘍患者の感染症が比較的取っ付きやすいとされるのは、「好中球減少」が軽度である点に尽きます。第4回(3191号)で説明したとおり、発熱性好中球減少症(FN)はリスク分類が重要です。高リスク群と低リスク群、さらに本連載では中間リスク群の3つに分類してきました。固形腫瘍では通常、好中球減少は7日以内に改善するため、全身状態が良く合併症がない限り大部分が低リスク群に相当します。

つまり想起する微生物は細菌がメインであり、高リスク群で大きな問題となり得る真菌感染症はまれです。もちろんバリアの破綻があればカンジダ感染症は考慮しますが、侵襲性糸状菌感染症(アスペルギルス症やムコール症など)を心配する必要はまずありません。低リスク群では微生物の鑑別が絞られますので「くみしやすい」のです。



固形腫瘍で便利な CISNE スコア

ちなみに、第4回の内容を熟読した読者は覚えていらっしゃるかもしれませんが、FNのリスク分類で有用なツールとして MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer) スコアがありましたね。また、より客観的な CISNE (Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia) スコアにも少し触れましたが、固形腫瘍に特化したスコアですので詳細については割愛していました。せっかくの機会ですので、今回少し詳しく説明しましょう。

普段、外来で固形腫瘍の診療に携わっている読者は「FN といっても全身状態が良い患者さんがけっこう多いよね」という印象をお持ちではないでしょうか。この CISNE スコアは、まさにそのような「外来治療を行っている固形腫瘍患者」で「全身状態の良い FN 患者」をリスク分類して合併症などを予測しよう、という目的で提唱されたスコアリングシステム²⁾なので。具体的に見ていきましょう。まず以下の6項目(合計8点)があります。

ECOG performance status (ECOG PS) 2以上: 2点
慢性閉塞性肺疾患 (COPD) あり: 1点
慢性心血管疾患あり: 1点
NCI グレード2以上の粘膜障害あり: 1点
単核球<200/ μ L: 1点
ストレス性高血糖あり: 2点

これらを合算し、以下に分類します。

低リスク群: 0点
中間リスク群: 1~2点
高リスク群: 3点以上

CISNE スコアの妥当性を前向きに評価したところ、合併症の発症率は低リスク群、中間リスク群でそれぞれ1.1%と6.2%、高リスク群では36%であることがわかりました。また、死亡率は低リスク群も中間リスク群も0%であるのに対し、高リスク群では3.1%となっています。

この CISNE スコアの3点以上をカットオフ値とした場合、重大な合併症を予測するにあたり、感度78%、特異度78%、陽性的中率36%、そして陰性的中率は96%にもなります。少なくとも固形腫瘍における FN では MASCC スコアよりも正確であるとされています。2016年にスペインから発表された固形腫瘍における FN ガイドライン³⁾でも紹介されており、今後アメリカのガイドラインにも登場する可能性があります。

最後に、固形腫瘍そのもので「液性免疫低下」や「細胞性免疫低下」が見られることはまずありませんが、治療では以下の場合に注意が必要です。

- 液性免疫低下
脾摘患者
- 細胞性免疫低下
ステロイド、代謝拮抗薬(メトトレキサート)、アルキル化剤(シクロホスファミド)、脳腫瘍に対するテモゾロミド⁴⁾(特に放射線療法併用時)

今回は固形腫瘍の感染症について系統立てて解説しました。基本的には免疫が保たれることが多いものの、固形腫瘍特有の「解剖学的異常」や治療による「バリアの破綻」がメインであることを強調しました。また「好中球減少」は軽度のことが多く固形腫瘍におけるリスク分類である CISNE スコアについて詳しく説明しました。「液性免疫低下」や「細胞性免疫低下」も見られますが、特殊な治療によって引き起こされますので、ポイントを押さえておけば比較的对処しやすいものとおわかりいただけたのではないのでしょうか。

次回以降は、固形腫瘍の主な疾患ごとに症例ベースで解説するとともに、がん治療の市場を席巻しつつある免疫チェックポイント阻害薬(ニボルマブなど)についても取り入れていく予定です。

[参考文献]

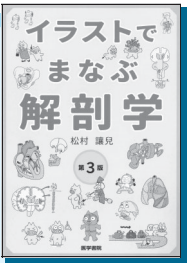
- 1) Infect Dis Ther. 2017 [PMID : 28160269]
- 2) J Clin Oncol. 2015 [PMID : 25559804]
- 3) Clin Transl Oncol. 2016 [PMID : 26577106]
- 4) Clin Cancer Res. 2011 [PMID : 21737504]

解剖学入門書の最新版。イラストのフルカラー化でさらにわかりやすく！

イラストでまなぶ解剖学 第3版

看護学生・看護職のみならず、医学生・コメディカルにも評判の高い解剖学の入門書。「イラストでまなぶ」シリーズの1冊で、第3版ではイラストのフルカラー化によってさらに理解しやすくなった。また、本文は文字の大きさを3つのランクに分かれ、重要度が鮮明になっている。押さえておきたい解剖学の基本的事項を網羅的かつわかりやすく解説した、必携の1冊！

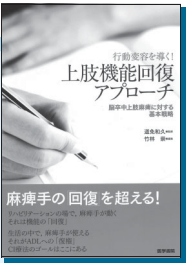
松村譲児
杏林大学医学部教授



日常生活で麻痺手が使える！ CI療法が変える！

行動変容を導く！ 上肢機能回復アプローチ 脳卒中上肢麻痺に対する基本戦略

監修 道免和久
兵庫医科大学リハビリテーション医学教室・主任教授
編集 竹林 崇
吉備国際大学保健医療福祉学部作業療学科・准教授



数

年前まで某市中病院の総合内科初診外来を週一回やっていた。これがなかなか面白い。面白いという語弊があるかもしれないが、もちろん funny の意味ではなく、interesting の意味だ。救急外来ほど重症患者ではなく、診療所（開業クリニック）と違って初診ばかりなのでバリエーションは多い。普通の風邪のこともあれば、一見風邪のように見えて実は……ということもある。

大学病院に勤務するようになってからもプライマリ・ケアの修練を欠かしたくなかったべくとしては、この週一の外来はとてよりハビリというか、トレーニングの場であった。

しかし、故あって別の病院の感染管理や診療をお手伝いしなければならず、この総合内科初診外来の仕事は辞せねばならなくなった。そのため、自分のプライマリ・ケアの力はかなり落ちてきているという実感がある。やらないと、力が落ちる。アタリマエのことだ。

では、悲しいことばかりかということではない。亀田総合病院にいたときは総合診療をやって感染症診療をやって感染管理をやってとたくさんのタスクを抱えていた。

さて、神戸大に異動したときに一番腐心したのは既存勢力との協調である。神戸大病院にはすでに感染制御部があり、新しく立ち上げた感染症内科は感染症診療にコミットはするが、感染管理には手を出さないという内約（密約？）を病院長の前でとった。どこぞのナンバー内科のように同じ仕事のパッケージし、足を引っ張り合うというくだらない話はまっぴらだったからだ。

ぼくらのミッションは病院のパフォーマンスをよくすることであり、それはつまりは患者やコミュニティの役に立つことだ。自分のやりたい仕事をやって、自己満足に浸るのが目的ではない。だから、感染管理の仕事は感染制御部に任せ、感染管理上の問題が生じたときは「内々で」議論することにした。外的には一枚岩であるという認識を保ち、「感染症内科と感染制御部で言ってることが違う」ということが

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。

【第53回】

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

ジェネシャリストの三角形は
「三步進んで二歩下がる」で成長させよ

外的に生じることはゼロであった。そのなかで、薬剤部などと協調して Big gun project という共同作業を行うこともあった¹⁾。

総合診療初診外来をできなくなったのはつらい。プライマリ・ケアのトレーニングの強度がどうしても落ちるからだ。しかし、そのおかげで新任地ではしばらく離れていた感染管理の業務にどっぷり浸かることができていた。忘れていたことも多かったし、自分の知らない新しい知見も多々ある。

これを絶好の機会とばかりに一念発起して米国の感染管理のテキストで猛勉強し、CIC（Certification in Infection Control）という資格を取った²⁾。日本人では数人しか持っていない資格だ。

ジェネシャリでいることは快樂だが、ジェネシャリの難しさは「ジェネ」と「シャリ」のバランスにある。どちらかに力が入ると、もう片方がどうしてもおろそかになる。これは別に「ジェネ」と「シャリ」だけの問題ではなく、二足のわらじを履いているときに必ず起きる問題だ。ピッチングか、バッティングかみたいな形で。

医療の世界では臨床と研究のバランスがそれに当たるだろう。研究にどっぷり浸かっている間は、どうしても臨床力がガタ落ちする。臨床へのコミットメントもダダ下がりする。逆に臨床に力を入れている間は研究をやっている暇がない。

両方バリバリこなすのは難事である。特に基礎研究と臨床の両者をトップレベルでやるのは不可能だとぼくは思う。「俺はやっている」という人がいればそれは超人級のスーパースターか、単なる勘違いであろう。前者は希

少種だ。多くの場合は、「臨床」を見くびっている故に起きる。「週一回外来やってますよ」くらいを「臨床」と思っている輩が犯しがちな間違いで、こういうのが「クリニシアン・サイエンティスト」とかを自称するからとても迷惑なのだ。

確かに、「ジェネ」と「シャリ」のバランス取りは難しい。しかし、見方を変えてみれば一種の快樂ともいえる。一生懸命ジェネラルにコミットする。その後、少ししおれたスペシャルの方を再復習し、さらなるレベルアップを図る。セッティングによって求められる「ジェネ」と「シャリ」の配分は異なる。

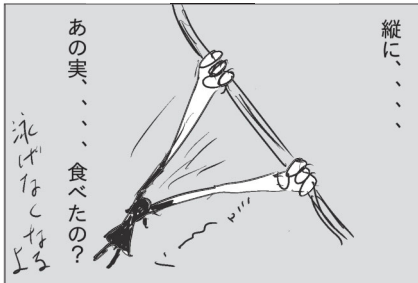
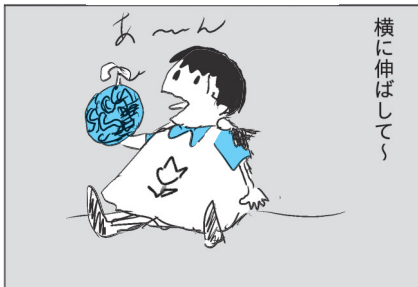
もちろん、大事なのはセッティングのほうであり、手前勝手に自分の好みを押し付ける訳にはいかない。ある場所では総合診療外来をやり、別のところでは感染管理をやるように。馬術に長けた秋山好吉が、日露戦争では馬を降りて歩兵戦を選択したように〔司馬遼太郎『坂の上の雲』(文藝春秋)参照〕。

そうやって、横の成長に努め、縦の成長に努める。理想的にはジェネシャリの三角形はどんどん大きくなっていくべきだが、しばらくするとシュリンクする部分も出てくるから、よくて「三步進んで二歩下がる」である。しかし、大事なのはそこではない。常なる動、常なる成長、常なる努力、常なる変化が要求されるジェネシャリの世界では「マンネリ」という言葉はない。いつだってエキサイティングで、サムシング・ニューで、楽しいことこの上ないのだ。

多くの学生は医学部に入学した時点で勉強をやめる。相当数の医者が国家

ぢえねしゃりちゃん

モガみぎょーじ



試験後にやめる。さらに相当数の医者が学位を取った後に学ぶことを放棄する。ジェネシャリは違う。いつまでたっても勉強だ。そこにはマンネリはない。「これでいい」もない。「ここまで」もない。

三角形は動的で常に未完成なのだ。未完成ということは常にさらなる成長の余地が残されているのだ。退屈している暇はないのだ。

●参考文献・URL

- 1) 荒川創一. 週刊医学界新聞. 第 2980 号. http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02980_02
- 2) CBIC のウェブサイト. <https://www.cbic.org/>

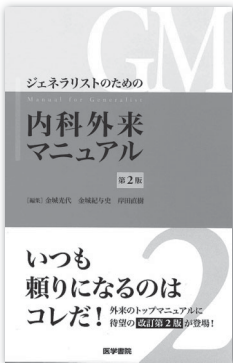
内科外来のナンバーワンマニュアル

ジェネラリストのための
内科外来
マニュアル編集
金城光代・金城紀与史・
岸田直樹

第2版

目の前にいる患者への診断アプローチ、鑑別から具体的な処方例までを一覧できる、究極の内科外来マニュアルに待望の第2版が登場。外来で最も頼りになるのがこれだ。

●A5変型 頁736
2017年
定価:本体5,400円+税
[ISBN978-4-260-02806-6]



《ジェネラリストBOOKS》

認知症はこう診る
初回面接・診断からBPSDの対応まで

編集 上田 諭

「認知症は日常的に診るけれど、イマイチ診方がわからない。薬を出すだけでいいの?」
かかりつけ医のそんなお悩みに効く本。豊富な事例とともに、具体的手法をレクチャー。

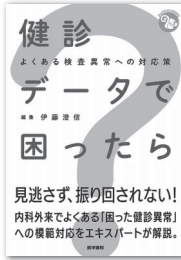
●A5 頁264 2017年 定価:本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-03221-6]

健診データで困ったら
よくある検査異常への対応策

編集 伊藤澄信

異常値の出た健診結果をもってやってくる患者への対応にとまどう一般医は少なくない。本書では、外来で一般医が困る健診データ異常のパターンを集め、基本対応とそのエビデンスを示した。

●A5 頁192 2017年 定価:本体3,600円+税
[ISBN978-4-260-03054-0]

保護者が納得!
小児科外来 匠の伝え方

編集 崎山 弘・長谷川行洋

その説明はツウジテル? 不安そうな保護者、パニックになっている保護者、無理難題を訴えてくる保護者、外来にいませんか? 保護者が納得する説明の仕方、教えます。

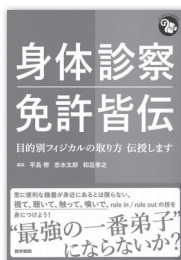
●A5 頁228 2017年 定価:本体3,800円+税
[ISBN978-4-260-03009-0]

身体診察 免許皆伝
目的別フィジカルを取り方 伝授します

編集 平島 修・志水太郎・和足孝之

“最強の一番弟子”にならないか? 便利な機器が常にあるとは限らない。診て、聴いて、触って、嗅いで、rule in/rule out できる身体診察の技を身につけよう。

●A5 頁248 2017年 定価:本体4,200円+税
[ISBN978-4-260-03029-8]



Medical Library

書評・新刊案内

臨床検査技師のための血算の診かた

岡田 定●著

B5・頁184
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02879-0

本書の書評を書くに当たり、評者は『臨床検査技師のための血算の診かた』というタイトルに興味を抱きました。なぜかという、臨床検査技師(以下、検査技師とします)であれば、誰もが口にすることをためらってしまふ、“診断”の“診”という文字が使われていたからです。まず、タイトルに惹かれて読み進めました。読み終えた今、期待以上の本であったと感じています。

この本は、著者が医師向けに書かれた『誰も教えてくれなかった血算の読み方・考え方』(医学書院、2011年)の姉妹本ですが、血算データを病態診断につなげていくというスタイルは同じです。症例数は医師向けの本よりは少ない35症例ですが、血液検査に携わる検査技師が遭遇するだろう血液疾患はほぼ網羅されています。血算データから病態診断までがQ&A方式で導かれており、血液検査に携わる技師の指導書として、また自己学習書としてぴったりの本です。検査技師は1日に数百という検体を扱うので、血算の時系列を全て確認することは困難ですが、この本では「血算を時系列で診る」という医師の視点を学ぶことができます。評者が検査技師になった頃は紙カルテだったので、患者さんの状態や投薬情報などを得ることは大変なことで、同じ検査室で測定している他の検査結果さえすぐに知ることが難しい時代でした。今は電子化されているので、検査技師でも、患者情報や血算の時系列を簡単に見ることができます。そういう意味からも、

評者 池本 敏行
阪医大病院中央検査部技師長

この本は時代にマッチしています。“診断”を付けられるのは医師だけでなく、検査技師は血算やその他の検査から病名を推測できても病名をはっきりと口にするのはしません。しかしこの本では、検査結果から考えられる病名を積極的に医師へ伝えることの大切さやその病名を推測するに至った根拠、医師への伝え方までもが書かれています。そして医師や検査技師が重要な所見を見落とすとうなるかも説明されています。全体を通して、検査技師が患者のために積極的に診療にかかわることの必要性を説き、チーム医療に積極的に参加するよう背中を押してくださっています。これは長年、著者が血液内科医として検査技師と接してこられ、検査技師の気質や技師が何をできるかをよく理解されているからに他なりません。

また、この本は検査技師にとって大変ありがたい内容となっています。血液検査に携わる検査技師は患者との接点が少なく、血算データの向こうにいる患者さんの姿が見え難いものです。この本には診断後の治療経過や著者の臨床経験がコラムに書かれており、コラムを読むと著者と患者さんとのやりとりが目に浮かび、いつの間にか診療の現場にいるような気になります。

書評を書くまでの間に、若手の検査技師が何度か血液検査結果の質問にきましたが、この本にならって答えてみました。とても読みやすく、血液検査に携わる検査技師が出合って良かったと思える一冊です。

「出合って良かった」 と思える一冊



死を前にした人に あなたは何かができますか？

小澤 竹俊●著

A5・頁168
定価:本体2,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03208-7

本書の著者、小澤竹俊先生が「お願いしたいことがある」とのことで、淀川キリスト教病院に來られたのは、現在先生が理事をしておられる「エンドオブライフ・ケア協会」設立(2015年)の少し前のことであった。高齢化時代、多死時代において、人生の最終段階に対応できる人材の育成を目的とした「エンドオブライフ・ケア協会」を立ち上げるに際し、「顧問」になってほしいとの熱心なご依頼であった。小澤先生とは「日本死の臨床研究会」や「日本ホスピス緩和ケア協会」で一緒にすることもあり、先生のお人柄やお仕事の内容もよく存じ上げていたので「私で良ければ」ということで、お引き受けした。

その後協会は順調に発展し、メディアも好意的に働きを報道してくれていることはご同慶の至りである。このたび、小澤先生が本書を出版されたことは、協会の発展にさらに大きく寄与することであろうと思う。本書の特徴を一言でまとめると「難しくなりがちな内容を、具体的にやさしく述べている」ということであろう。数多くの経験なしには具体性とやさしさは出てこない。私はホスピスという場で、約2500人の患者さんを看取ったが、本書を通して、小澤先生の経験と共通することが多かったのに気付いた。その一つは先生が第1章「援助的コミュニケーション」のところで書いておられるこ

患者の「わかってほしい」 気持ちに焦点を当てる

とである。ミルトン・メイヤロフが『ケアの本質』(ゆみる出版、1987年)で書いている「配慮の人間関係」(Caring Relationship)と一脈通じるところがある。この関係の特徴は「相互的成長」である。

Caring Relationshipにおいてはケアを提供する側も受ける側も、共に成長するということである。その意味では、ケアは双方向性なのである。

本書では聴き方の技法として、反復、沈黙、問いかけの3つが挙げられているが、私の言葉で言えば、反復は理解的態度であり、問いかけは「受け身の踏み込み」と言えるであろう。理解的態度とは相手の言葉を自分の言葉に変えて、相手に返すことである。例えば「もうダメなのではないでしょうか」との患者さんの言葉に対して、「もう治らないのではないかと……とそんな気がするのですね」と返すことである。「受け身の踏み込み」とは、しっかり受け身で聴いて信頼感を作り、その上で、踏み込んで質問をすることである。末期患者の共通の願いは「苦痛の緩和」と「気持ちをわかってほしい」である。前者に関しては多くの書物が世に出ている。残念ながら、後者に関する好著が少ない。本書は「患者の気持ち」に焦点を当てているという点でユニークである。ケアの提供者のみならず、一般の方々にも読んでいただきたい好書である。

内分泌代謝疾患レジデントマニュアル 第4版

吉岡 成人、和田 典男、永井 聡●著

B6変型・頁384
定価:本体3,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03039-7

臓器別の疾患分類に慣れた目から見ると、システムとして多臓器に影響を及ぼす内分泌代謝疾患はとらえどころがない、とつつきにくいと感じる医師は少なくないと思います。内分泌代謝疾患の勉強を始めたばかりの研修医が、広大な海原に投げ出されたような気持ちになるのは当然のことかもしれません。そんな初学者にとって、この『内分泌代謝疾患レジデントマニュアル』は、海図のない海の羅針盤のような役割を果たしてきたのではないかと考えます。実際、若い医局員の本棚をのぞくと必ずこのマニュアルが置いてありますし、2000年の初版以来、今回で4版を数えることは多くの医師に支持されている何よりの証拠です。

海図のない海へ 乗り出すための羅針盤

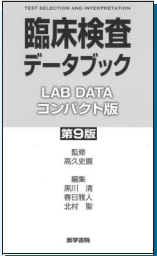
さて、前回の改訂から7年が経過して、内分泌分野では甲状腺がんに対しての分子標的薬、先端巨大症に対する持続性ソマトスタチンアナログ製剤(シグニフォー®LAR®)、カルシウム受容体作動薬(レグパラ®)、デスマプレシンの経口製剤(ミニリンメルト®)、糖尿病の分野では、DPP-4阻害薬やGLP-1受容体作動薬の週1回製剤、SGLT2阻害薬、持効型溶解インスリン製剤のバイオシミラー、高齢者糖尿病の血糖コントロール目標などが新たに取り上げられています。糖尿病の分野の華やかさに隠れて、何となく内分泌の分野は進歩がないように思われがちですが、日進月歩の内分泌分野の進歩を余すところなく取り上げているのは、内分泌専

小さいけれど、検査値ぎっしり詰まっています

臨床検査データブック [コンパクト版] 第9版

臨床検査の必携書『臨床検査データブック2017-2018』から『コンパクト版第9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! ポケットに入る大きさで、病棟、外来、実習など、常に携帯可能。あなたの臨床をサポートします。

監修 高久史磨
地域医療振興協会会長
編集 黒川 清
政策研究大学院大学名誉教授
春日雅人
国立国際医療研究センター理事長
北村 聖
国際医療福祉大学大学院教授



三五変型 頁406 2017年 定価:本体1,800円+税 [ISBN978-4-260-03435-7]

医学書院

集中治療の“いま”を検証し、“これから”を提示する クオータリー・マガジン

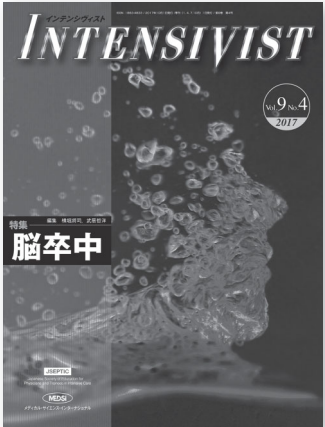
インテンシヴィスト INTENSIVIST

Vol.9 No.4

- 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)
- ※年間購読は送料無料、約4%の割引

2017年 第4号発売 特集:脳卒中

責任編集: 横堀将司
武居哲洋
編集委員: 林淑朗・真弓俊彦・武居哲洋・則末泰博・安田英人
瀬尾龍太郎・植西達彦・藤谷茂樹・讃井将満
編集: 日本集中治療教育研究会(JSEPTIC)



特集
2017年
1号:ICUエコー
2号:輸液・ポリウム管理
3号:中毒
4号:脳卒中

2018年
(予定)
1号:PICC 集中治療後症候群
2号:酸素療法
3号:人工呼吸器
4号:膠原病・血管炎

2018
年間購読
申込受付中

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

皮膚科診断トレーニング 専門医が覚えておきたい100疾患

石河 晃●監修
「臨床皮膚科」編集委員会●編

B5・頁216
定価：本体9,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03198-1

皮膚科診断のトレーニング本が刊行された。本書には、専門医が覚えておきたい 100 疾患が網羅されている。雑誌『臨床皮膚科』に掲載されている連載「Clinical Exercise」をまとめて編集し直したもので、内容的にも十分吟味された症例がそろっている。

本書の特徴として、ページ構成の工夫が挙げられる。表ページが「Question」で、裏ページが「Answer」からなるクイズ形式で構成されている。表ページの「Question」には臨床写真、病歴が簡潔にまとめられており、それだけで鑑別診断を考えていくことができる。その際に、裏ページの「Answer」の解説が“うっかり”目に入らないので安心である。まさに診断トレーニングにうってつけである。必ず鑑別診断をいくつか考えてから「Answer」を読むようにしたい。あらかじめ答えを知って症例を診るのでは、診断力のつき方が大きく違ってくる。自分でいくつか考えた鑑別診断の中に「Answer」の診断名が入っていれば、まずは「当たり」である。大きく方向性がずれていないことが重要である。楽しみながら読んでいただきたい。

「Answer」の解説だけで満足できない場合は、本書の症例は全て論文化されていることから元の論文に当たることでもできる。このあたりも類書にない特徴である。本書を基本として、疾患の幅を広げていくとよいと思う。

本書には皮膚科専門医が知っておくべき基本的な疾患が掲載されているが、使い方としては、最初から通して読む必要はなく、自分の苦手なところ

ゝ門医としては大変ありがたいことです。

本書は、これまでと同じく前半が内分泌疾患、後半が代謝疾患という構成になっていますが、新たに永井聡先生（NTT 東日本札幌病院）による「骨粗鬆症」の項目が追加されました。骨粗鬆症は糖尿病の合併症の一つとして注目を集めているばかりでなく、高齢化社会の内科の基礎科目と言ってよい疾患であり、本書の価値をさらに高めるものと思います。

内分泌疾患については、箇条書きでかゆい所に手が届く記載がされています。ただ、マニュアルの常として、エビデンスレベルの異なる項目が併記されています。マニュアルの便利さに安住するのではなく、疑問があればガイドラインを参照する、文献を引くといった習慣は身につけておいたほうがよいと思います。もう一言付け加えるな

や興味のあるところから読み始めてよい。問題の難易度も示しており、タイトルにあるように診断のトレーニングに向いている本である。専門医をめざして勉強している専攻医だけではなく、既に皮膚科専門医資格を持っているベテラン医師のブラッシュアップにもお勧めである。

皮膚科の特性として、他科と比べて圧倒的に疾患数が多いことが挙げられる。それを全て経験するのは難しいが、今までに経験したことのないようなまれな症例でも的確に診断できることこそが、皮膚科専門医の真骨頂でもある。皮膚科の学会でも症例報告が重視されているのは、症例報告を聴講することにより、まれな症例を疑似体験できるからである。本書にはまれな疾患や非典型的な症例も含まれており、ぜひこれらを書籍上で疑似体験し、診断のトレーニングをしていただきたい。

不確実で断片的な情報から、その時点での最適の解を見つけるのが医師の仕事だと思っている。そういう分野において人工知能（AI）は当分追いつけないと思っていたが、囲碁の世界では人間を超える存在になってしまった。皮膚科のように形態認識の分野ではより難しいかと思いきや、既に AI が臨床写真から一部の皮膚がんを識別できるという研究報告もあるようだ。しかし、AI が人間のような複合的な診断力を身につけるのは当分先であろうし、AI に対しても常に教える立場で、有用な技術として使いこなせるよう、自らの“経験値”を高めていただきたい。

ら、エビデンスレベルの低い項目（専門家の意見）は価値がないのではなく、ここがマニュアルで一番面白い。吉岡成人先生（NTT 東日本札幌病院）や和田典男先生（市立札幌病院）の肉声が聴ける部分ですから。

後半は代謝疾患です。「1. 糖尿病の診断、E. 問診・診察のポイント」は圧巻です。吉岡先生が診察室で何をなされているかが手に取るようにわかります。この部分は特に一読をお勧めいたします。

本書は内分泌代謝疾患の海に漕ぎ出したばかりの研修医の先生の羅針盤となるのはもちろんですが、指導医、専門医にとってもすぐに取り出せて、知識を整理する、あるいは非専門分野の新しい情報を得るための有用なツールになると思います。旧版のお持ちの方も新版を手元に置かれることをお勧めいたします。

評者 佐山 浩二
愛媛大教授・皮膚科学

クイズ形式で楽しみながら 症例を経験

第1回日本臨床疫学会開催

昨年 12 月に発足した日本臨床疫学会の第 1 回大会が 9 月 30 日～10 月 1 日、「日本の臨床疫学——天地開闢」をテーマに東大（東京都文京区）にて開催された（大会長＝東大大学院・康永秀生氏）。本紙では、大規模データベースの研究利用に向けた課題が議論されたシンポジウム「ビッグデータを用いた臨床疫学研究」（座長＝慶大・宮田裕章氏）の模様を報告する。

◆データ収集基盤が整備された今、次は何が必要か

データベースの整備が進み、臨床疫学研究は新時代を迎えつつある。日々蓄積される膨大なリアルワールド・データを活用した臨床疫学研究による、医療の質改善への期待が高まっている。

レセプト情報・特定健診等データベース（NDB）の利用手法開発を進める今村知明氏（奈良県立医大）は、「1 患者 1 データ化」を課題に挙げた。NDB では、各データに保険者番号や氏名に基づく ID が振られている。しかし、保険者番号の変更や氏名の誤記などに伴う ID の重複や、個人情報保護のための匿名化処理により、データが複雑化しているという。氏が開発した、患者単位でデータを抽出する「名寄せ」手法を用いて集計したところ、NDB には、国民の 9 割超をカバーする 1 億 1000 万人以上のデータが存在するとわかった（2013 年度）。氏は、人材育成や分析手法の開発・改善が必要と指摘しつつも、「NDB は超巨大コホート研究を生み出す宝の山」と述べた。

続いて、伏見清秀氏（東医歯大大学院）が厚労科研 DPC 研究班の活動を報告。DPC 研究班では約 1200 病院から収集した入院患者データを用いて、医療政策研究や臨床研究を行っている。DPC データには、薬剤の使用量や診療行為回数など、非常に詳細な診療情報が含まれる一方、医療機関間共通 ID がいないなどの課題もある。氏は、DPC データの優位性や課題を踏まえて、研究デザインを工夫すべきとの考えを示した。

最後に登壇した中山健夫氏（京大大学院）は、厚労科研戦略型研究「健康医療分野における大規模データの分析及び基盤整備に関する研究」に携わった。厚労科研戦略型研究は従来、RCT が中心だったが、2004 年ごろからデータベース活用も重視されるようになったという。氏は、大規模データベース活用にはさまざまな分野にまたがる知識や技術が必要とされるため、共同研究体制や公的支援環境を整備すべきと訴えた。また、日本臨床疫学会の設ける「臨床疫学専門家制度」などを通じた人材レベルの底上げに期待を寄せた。



●康永秀生大会長

そのとき理学療法士はこう考える

事例で学ぶ臨床プロセスの導きかた

藤野 雄次●編
松田 雅弘, 畠 昌史, 田屋 雅信●編集協力

B5・頁244
定価：本体3,800円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-03004-5

評者 成田 崇矢
健康科学大教授・理学療法学

新人理学療法士もベテラン理学療法士も「目の前の患者さんをどうにかしたい」と願い、その中で「理学療法士の専門性は何なのか」と自問自答している。しかし特に、経験の浅い理学療法士の多く

は、国家試験対策で学んだ中にその答えが見つからず、路頭に迷っている。本書には、そのような理学療法士にできる限りの筋道を示したいという編者の藤野雄次先生（埼玉医大国際医療センター）をはじめ、執筆された先生方の想いがあふれている。理学療法士は運動、動作を改善させる専門家であり、ADL の改善、QOL の向上を目的としている。本書はそれを達成するために必要な臨床推論や基本となる評価の活用法が明示されている。つまり、患者治療だけでなく、理学療法士としてのアイデンティティをとらえるヒントがまとめられていると言えよう。

第 1 章では、理学療法の意義が述べられている。単に技術や知識だけではなく、人間的な要素が要求される仕事であることが理解でき、さらにはそのことが患者やその家族と接する際の臨床推論に大きくかわるという点を学べるようになっている。また、第 2、3 章では、患者個人の思いや希望を受け止め、その人に合った理学療法を展開する上での根拠や考え方が整理されている。第 4 章では、中枢神経疾患、運動器疾患、内部障害、神経筋疾患、小児疾患、がん、ADL と分類した上で、それぞれに必要な評価とその活用方法を明示し、さらには第 6 章で具体的な実践法について、疾患別の多様な事例を取り上げているところが本書の大きな特徴である。

第 1～5 章までで、臨床推論に対する思考の流れ（評価→統合と解釈）を整理でき、理学療法の基本を理解できる。また、第 6 章では多くの先生方による、豊富な診療経験を通して得られた知見が述べられているが、これらは単に一症例の事例報告にとどまらず、他の疾患や障害のある患者にも十分適用され得るものである。本書は、さまざまな疾患に対する具体的な理学療法と臨床推論を明快に示した実践書であるとともに、従来の知識・技術のみを学ぶ理学療法に一石を投じる、エポック・メイキングな一冊である。

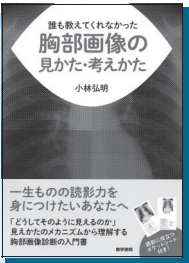
知識・技術本の枠に 収まらない、画期的な実践書

一生ものの読影力を身につけたいあなたへ

誰も教えてくれなかった胸部画像の見かた・考えかた

見えかたのメカニズムから理解する目からウロコの胸部画像診断の入門書がついに登場！ 胸部X線写真は、その仕組み、陰影の写り方、見方がわかれば、たった1枚の画像からより多くの情報を取り出すことができる。本書では、「疾患ありきではなく、どうしてその陰影・線が見えるのか?」「反対にどうして見えないのか?」などから紐解き解説。医学生、研修医をはじめ、すべての臨床医必読書。読影に役立つポケットシート付き。

小林弘明
福井県済生会病院呼吸器外科 部長



B5 頁266 2017年 定価：本体5,000円＋税 [ISBN978-4-260-03008-3]

医学書院

新刊

読むだけで理解が深まる、
「感染症」「集中治療」「総合内科」に次ぐ、大好評シリーズ第4弾！

ER・救急999の謎

▶臨床現場で遭遇するさまざまな「謎」に関し、救急の第一線で活躍する医師が、エビデンスに基づき豊富な経験を踏まえ解説。蘇生、外傷、中毒、呼吸、循環、消化器、神経などの救急医療の柱となる領域をはじめ、多岐にわたる内容をカバー。設問は、基本知識を確認し(A)、さらに理解を深め(B)、トリビア的な知識を身につける(C)、の3レベル。医学生・研修医や若手医師にとって、救急医療の醍醐味を感じつつ楽しく学べる1冊。

監修：志賀 隆 国際医療福祉大学三田病院救急部部長/
国際医療福祉大学医学部救急医学講座

定価：本体5,500円＋税
B5変 658頁 図・写真108 2017年
ISBN978-4-89592-902-8

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

国内最大級の総合診療データベース、診療に関する最新情報を簡単に検索できます！

今日の診療 プレミアム Vol.27

監修 永田 啓

滋賀医科大学医療情報部 教授

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」でも検索可能)。Vol.27では、「今日の治療指針」「治療マニュアル」「臨床検査データブック」「今日の整形外科治療指針」「今日の精神疾患治療指針」の5冊を改訂。検索書籍リストのカスタマイズ機能を新規搭載。スマートフォンやタブレット端末でも利用可能な「Web閲覧権付」。さらにデータはPCにインストールできます。

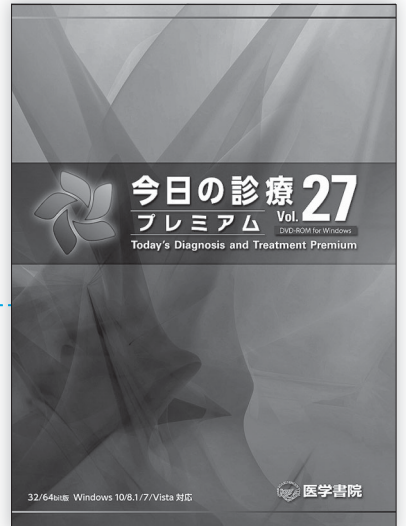


今日の診療 ベーシック Vol.27

DVD-ROM for Windows

医学書院の書籍8冊を収録、Vol.27では、8冊のうち「今日の治療指針」「治療マニュアル」「臨床検査データブック」「今日の整形外科治療指針」の4冊を更新。検索書籍リストのカスタマイズ機能を新規搭載。

●DVD-ROM版 2017年 価格:本体59,000円+税
(JAN4580492610223)



●DVD-ROM版 2017年
価格:本体78,000円+税
(JAN4580492610209)

理学療法NAVI シリーズ

理学療法的大海に漕ぎ出す若きフロンティアのための水先案内人

この30題で 呼吸理学療法に 強くなる

高橋仁美

“呼吸”のエキスパートPTがビギナーPTに直伝! 呼吸理学療法の基礎知識から評価方法、実践の落とし穴まで—この30題で、呼吸理学療法に自信が持てる。

●A5 頁252 2017年 定価:本体3,000円+税
[ISBN 978-4-260-03261-2]



臨床の“疑問”を“研究”に変える 臨床研究 first stage

編著 網本 和・高倉保幸

研究デザインはそれでOK? 統計の落とし穴にはまっていない? 初めての学会発表・論文投稿の前にこの1冊。臨床研究のプロによる徹底解説でacceptをめざそう。

●A5 頁296 2017年 定価:本体3,000円+税
[ISBN 978-4-260-03227-8]

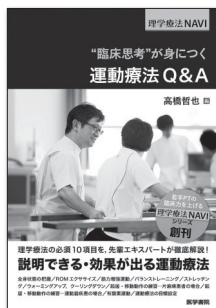


“臨床思考”が身につく 運動療法Q&A

高橋哲也 編

その運動療法、根拠や禁忌は押さえていますか? 「説明できる」「効果が出る」運動療法で自信をつけよう。理学療法の必須10項目を、先輩エキスパートが徹底解説。

●A5 頁220 2016年 定価:本体2,700円+税
[ISBN978-4-260-02795-3]

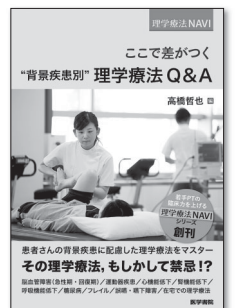


ここで差がつく“背景疾患別” 理学療法Q&A

高橋哲也 編

その理学療法、もしかして禁忌!? 「脳血管障害」「心機能低下」「腎機能低下」などの患者の背景疾患に配慮した「説明できる」理学療法で、より信頼される理学療法士に。

●A5 頁200 2016年 定価:本体2,700円+税
[ISBN978-4-260-02796-0]



2017年11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

12月号

Vol.81 No.12

1部定価: 本体2,400円+税

地球温暖化対策

—2020年以降の新たな国際枠組み

medicina

11月号

Vol.54 No.12

1部定価: 本体2,600円+税

救急外来で役立つ!

意識障害の診かた

“あたま”と“からだ”で考える

総合診療

11月号

Vol.27 No.11

1部定価: 本体2,500円+税

今そこにある、ファミリー・バイオレンス

—Violence and Health

糖尿病診療マスター

11月号

Vol.15 No.11

1部定価: 本体2,700円+税

診察のGold Standard

—糖尿病診療の基本に立ち返る

呼吸器ジャーナル
(旧 呼吸と循環)

11月号

Vol.65 No.4

1部定価: 本体4,000円+税

肺癌

—最新の治療戦略と
失敗しないための秘訣—

胃と腸

11月号

Vol.52 No.12

1部定価: 本体3,200円+税

大腸小・微小病変に対する
cold polypectomyの意義と課題BRAIN and
NERVE

増大

Vol.69 No.11

特別定価: 本体3,800円+税

こころの時間学の未来

精神医学

11月号

Vol.59 No.11

1部定価: 本体2,700円+税

「統合失調症」再考(I)

臨床外科

11月号

Vol.72 No.12

1部定価: 本体2,700円+税

徹底解説! ここが変わった膵癌診療

—新規約・ガイドラインに基づいて

臨床婦人科産科

11月号

Vol.71 No.11

1部定価: 本体2,700円+税

遺伝子診療の最前線

—着床前・胎児から婦人科がんまで

臨床眼科

11月号

Vol.71 No.12

1部定価: 本体2,800円+税

視神経炎最前線

耳鼻咽喉科・頭頸部外科

11月号

Vol.89 No.12

1部定価: 本体2,700円+税

知っておきたい
難治性副鼻腔疾患の診療

臨床泌尿器科

11月号

Vol.71 No.12

1部定価: 本体2,800円+税

泌尿器科処置とトラブル対処法

—日常診療に潜むビットフォール

総合リハビリテーション

11月号

Vol.45 No.11

1部定価: 本体2,300円+税

療養型施設でのリハビリテーション

理学療法ジャーナル

11月号

Vol.51 No.11

1部定価: 本体1,800円+税

多分野に広がる理学療法

臨床検査

12月号

Vol.61 No.12

1部定価: 本体2,200円+税

推奨される抗核抗体検査/
新鮮血を用いた血算の外部精度管理

病院

11月号

Vol.76 No.11

1部定価: 本体3,000円+税

病院の生産性とは何か



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