

2018年7月16日

第3281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

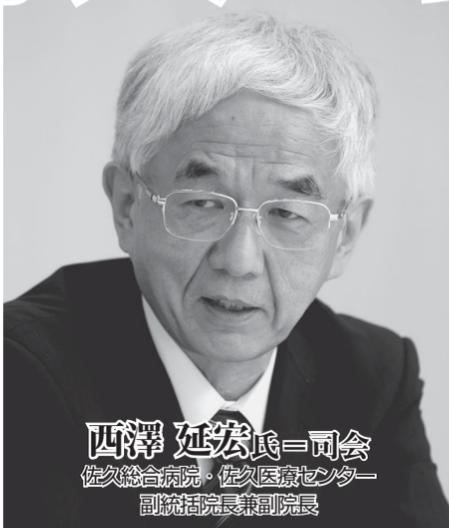
- [座談会]PFM導入の鍵は何か(牧野憲一、西澤延宏、鬼塚伸也)/第23回日本緩和医療学会……………1-3面
- 第19回日本語聴覚学会/第114回日本精神神経学会……………4面
- [連載]がん感染症……………5面
- MEDICAL LIBRARY/[連載]漢字から見る神経学(新)……………6-7面

# 働き方を改革し、最善の医療を提供する病院経営 PFM導入の鍵は何か

座談会



牧野 憲一氏  
旭川赤十字病院院長



西澤 延宏氏=司会  
佐久総合病院・佐久医療センター  
副院長兼副院長



鬼塚 伸也氏  
長崎リハビリテーション病院  
副院長

「入院時支援加算」が2018年度診療報酬改定で新設された。この動きは外来の段階から患者情報を集め、入院中や退院後の生活を見越した支援を行うPFM (Patient Flow Management, MEMO) への評価として注目されている。PFMをどのように導入し、進めていくべきか。

本紙では、かねてより自施設でPFM部門を導入・指揮してきた西澤氏、牧野氏、鬼塚氏による座談会を企画。PFMが患者・医療者・病院経営にもたらすメリットから、PFM実施に向けて敷くべき体制までを議論した。

西澤 これからの病院経営に当たり、PFMはすでに欠かせない概念です。PFMは予定入院患者の情報を入院前の外来段階で把握することで、入院前から退院後までの流れを効率化し、病院全体の労働生産性を向上させるものです。診療報酬が新設され、導入に本腰を入れる急性期病院も増えるでしょう。院内でどのようにPFM部門を立ち上げ、定着させていくべきか、今日

はPFM部門を構築してきたお二人と話し合います。

## PFMが必要な理由

西澤 佐久総合病院では2007年にPFMを担う部門を作りました。それから10年以上にわたり、スムーズな入退院を実現するシステム構築に努めてきました(本紙第3235号)。

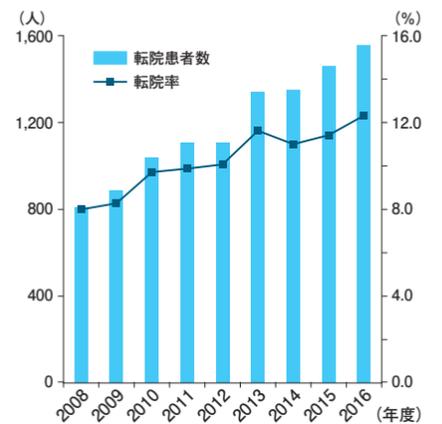
## MEMO PFM (Patient Flow Management)

入退院における諸問題の早期解決を目的に、予定入院患者の情報を入院前の外来段階から収集するシステム。1999年、経営難に陥っていた東海大病院の立て直し策の一環として田中豊氏(当時、東海大)が開発したもの。看護師や事務職員を中心に組織される。2018年度診療報酬改定にて入院時支援加算(200点、退院時1回算定)が新設され、体制の整備と実践が評価されるようになった。

牧野 旭川赤十字病院でPFMを開始した2013年当時、PFMは先進的な取り組みととらえられていました。この数年で、PFMへの関心は一気に高まった印象を持っています。当院も患者・医療者にとってより良いシステムになるよう試行錯誤を重ねています。鬼塚 2018年3月まで長崎みなとメディカルセンターに勤務し、2012年の入院支援センターの設立に携わりました。その際には東海大病院や佐久総合病院のPFMを参考にしました。本日は長崎みなとメディカルセンターでの経験を中心にお話しできればと思います。

西澤 PFMが求められる背景には急性期病院を取り巻く経営環境の変化があります。病院の機能分化と平均在院日数の短縮が進み、病床稼働率を上げるために新入院患者数が増えました。患者の入れ替わりが激しくなったわけですから、入院中の患者の重症度、医療・看護必要度が上がり、入退院関連業務が増えるといった問題が生じたのです。

牧野 早期退院の推進によって自宅に



●図1 旭川赤十字病院の転院患者数と転院率の推移(牧野氏提供)

すんり退院する人が減り、転院・施設入所が増えたことも要因です。当院では2008~16年度の間に、転院患者は2倍になっています(図1)。また、緊急入院が入院患者の半数を占めるといった事情からも、看護師が行う入退院関連業務の増加への対応が急務でした。鬼塚 医師の業務量も増えましたね。

(2面につづく)

## 《ジェネラリストBOOKS》 シリーズ続々刊行中!

医学書院

◎治療適応かどうかギリギリのケースに、どうアプローチするか?

## 外来でよく診る 病気ストレスな 症例への生活処方箋

新刊

エビデンスとバリューに基づく対応策

浦島充佳

一般内科外来には、ガイドラインでグレー(治療適応かどうかギリギリ)な症例も多く来院し、対応が難しいケースとなっている。しかし、そんなグレーな症例も、エビデンスとバリュー(患者の価値観)を基盤としたアプローチにより診療の幅は広がり、患者の満足度は上がる。外来で多く出会う生活習慣病の症例を中心に、「生活処方箋」というあらたな武器を示しながら、生活習慣病の新しい診療戦略をわかりやすく示す。

●A5 頁212 2018年 定価:本体3,600円+税 [ISBN 978-4-260-03593-4]



◎エキスパート直伝! 豊富な症例写真と解説で、的確な診断・治療・紹介へ。

## よくみる 子どもの皮膚疾患

新刊

診療のポイント&保護者へのアドバイス

編集 佐々木りか子

小児科・内科を訪れる子どもの多様な皮膚症状を、豊富な症例写真とともにエキスパートがわかりやすく解説。外来でみることが多い子どもの皮膚疾患の「原因」「症状」「鑑別」「治療」のほか、感染症では「登校(園)の目安」、あざ・色素異常では「治療や紹介の目安」もわかる。保護者への情報提供にも重点を置いており、最新のエビデンスに基づくスキンケアの指導法から、的確なホームケアへつなげることができる。

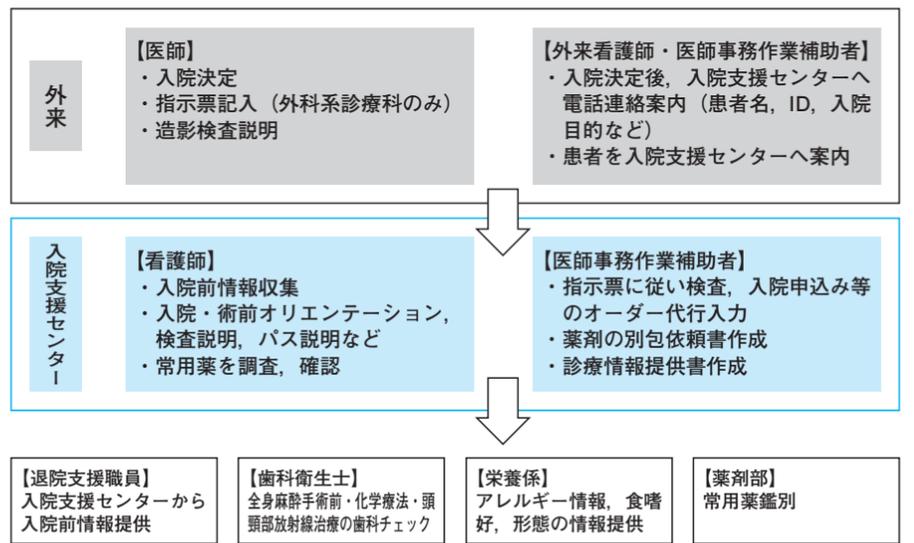
●A5 頁256 2018年 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-03620-7]



座談会 PFM 導入の鍵は何か

●表 各病院のPFM部門の体制

Table with 4 columns: Hospital Name, Establishment History, 2017 PFM Performance, and Staffing. Hospitals include 佐久医療センター, 旭川赤十字病院, and 長崎みなとメディカルセンター.



●図3 外来と入院支援センターでの業務分担(鬼塚氏提供)

2017年度までの長崎みなとメディカルセンター入院支援センターでの業務の流れ。患者情報の収集や入院に関する説明は入院支援センターの看護師が担い、オーダー代行入力は医師事務作業補助者が担う。

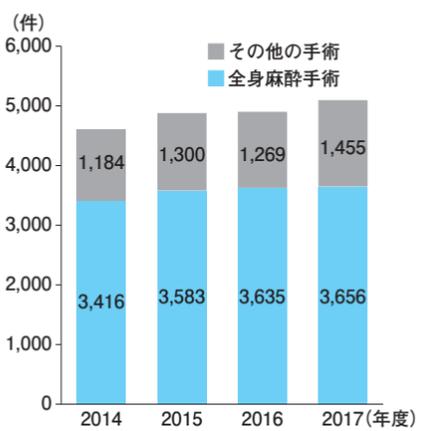
(1面よりつづく)

患者の増加に伴って、日程調整や入院説明といった事務的な業務も増えたのです。診療に伴う記録量も増加傾向にある中ですから、現場の負担感はかなりのものでした。

西澤 こういった諸問題にメスを入れる取り組みがPFMです。その効果は医療者の負担軽減だけではありません。事前に外来で説明し、患者の話を聞く体制の整備はより良いサービス提供につながります。

病院経営にも好影響

西澤 当院のPFMを視察に来た方は口をそろえて、こうした巨大な部門の費用対効果を質問します。医療者・患者にとってどんなに良いシステムであろうと、病院にも経営の視点がありますから、経済的に成り立たなければ導入できません。



●図2 佐久医療センターにおける手術件数の推移(西澤氏提供)

牧野 入院支援加算と新設された入院時支援加算が算定できますが、PFM部門単体で採算を取るのは不可能です。人件費がかなり大きいからです。

西澤 同意見です。例えば当院は開院以来、外科医はほとんど増えていないのに手術件数は右肩上がりです(図2)。PFMにより外科医が手術に専念できるようになったおかげです。

鬼塚 採算はPFM部門単体ではなく、他部門の生産性向上による効果を病院全体として見るべきですね。西澤 同意見です。例えば当院は開院以来、外科医はほとんど増えていないのに手術件数は右肩上がりです(図2)。

小さく始めて実績を作る

西澤 では、どのようにPFMを構築し、どんな体制を敷いてきたか話して

いきましょう(表)。佐久総合病院は2007年以降、まずは私の所属する外科の予定手術入院の術前検査スケジュール管理などを他職種に任せる業務効率化を進めてきました。

鬼塚 高度急性期部門を分割して2014年に開院した佐久医療センターでは、入院退院関連業務を「患者サポートセンター」に集約し、ほぼ全ての予定入院患者の入院前から退院までの支援を一手に引き受けています。

鬼塚 長崎みなとメディカルセンターで設立した入院支援センターも最初は外科の2つの手術から始めました。外科はスケジュール管理の負担が大きいこともあり、PFMのメリットを実感しやすかったですね。

鬼塚 旭川赤十字病院では内科医をPFM推進役に任命したこともあって、手術入院だけでなく、入院患者全員の入院退院支援に最初から照準を合わせていました。

西澤 薬剤師や管理栄養士なども配置しています。牧野 はい。持参薬を薬剤師が確認す

ることで、術前休止薬の管理不備による手術中止がなくなりました。管理栄養士は栄養指導のみならず、医師と協働し特別食の必要性をチェックしています。

PFMを支える看護師と医師事務作業補助者の役割

西澤 さまざまな職種の連携が必要な中で、PFM部門の主力は看護師と医師事務作業補助者です。

鬼塚 外来と入院支援センターが図3のように連携します。医師が外来で入院日などを予定すると、外来看護師・医師事務作業補助者が入院支援センターに連絡し、患者を案内します。

西澤 入院支援センターでの説明と情報収集は、これまで病棟看護師が行っていたものも多いですね。

鬼塚 病棟へのアンケートで、以前は平均41分かかっていた新入院患者への対応が14分に短縮しました。

病院が進むべき道を決めるための地図とコンパス

医療管理

病院のあり方を原点からひもとく

医療を取り巻く環境の変化が激しさを増す今だからこそ、絶えず改定される制度に翻弄されることのない医療と病院の管理が求められる。

池上直己 聖路加国際大学公衆衛生大学院特任教授

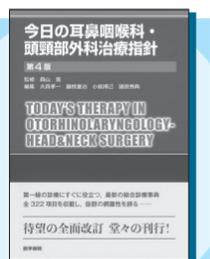


耳鼻咽喉科・頭頸部外科診療のスタンダードがここに

今日の耳鼻咽喉科・頭頸部外科治療指針 第4版

客観的で標準的な治療法を示す総合診療事典が全面改訂され、ついに刊行! 「総論」では臨床現場で直面する問題から出発し、どう診療を進めるかを解説しており、著者自身の考える診断に至るまでの過程を示す。

監修 森山 寛 東京慈恵会医科大学名誉教授
編集 大森孝一 京都大学教授・耳鼻咽喉科・頭頸部外科
藤枝重治 福井大学教授・耳鼻咽喉科・頭頸部外科
小島博己 東京慈恵会医科大学教授・耳鼻咽喉科
猪原秀典 大阪大学教授・耳鼻咽喉科・頭頸部外科



## 座談会

の交代勤務に入れない短時間勤務者の力を有効活用できることにも、病院経営の視点から好感を持ちます。

**西澤** PFMによりあらかじめ情報収集が済んでいれば、病床の混合利用を進めることもできます。入院の準備が整っているため、どの科の患者であっても安心・安全な看護が提供できるからです。当院ではベッドコントロールに関しても看護部に一任し、患者の入る病棟は看護師長同士で取り決めていきます。

当院におけるPFMの生みの親は私でしたが、育ての親は何と言っても看護部です。PFM部門を運用するには説明・情報収集能力に長けた看護師の力と、病棟看護師の理解は不可欠です。病棟の人員を増やさなくてもPFMに人員を割くことで、それ以上の効果があることを看護部が実感したからこそこの体制を作れたと考えています。

### クリニカルパスの作成・使用が効率的なPFMに欠かせない

**西澤** PFMの成功には、PFMを支える看護師や医師事務作業補助者が効率的に動けるシステムを作る必要があります。そのために欠かせないのは、説明項目、検査項目などの標準化です。つまり、クリニカルパス作成とそれに基づく運用が求められるのです。

**鬼塚** 佐久医療センターでのクリニカルパス使用率はどれくらいですか。

**西澤** ここ2年、全入院患者の72～73%と、70%を超えています。2008年にクリニカルパス専任看護師を任命し、クリニカルパスの作成を進めてきた結果です。クリニカルパスを中央管理し、個々の医師による違いを一切認めないスタンスが功を奏しました。

**牧野** 予定入院が多いという要素を考慮しても驚きの高さですね。当院は約60%です。今、クリニカルパス使用率向上をPFMのさらなる推進の鍵として位置付け、医師事務作業補助者にはクリニカルパス作りにも協力してもらっています。

**鬼塚** 長崎みなとメディカルセンターでも、数年前からクリニカルパス専任看護師が医師と協働してクリニカルパスを作成する取り組みを進めてきました。その結果、クリニカルパス使用率は50%を超えました。

**西澤** クリニカルパス作成・運用に抵抗感を示す医師もいると思いますが、どう対応していますか。

**牧野** クリニカルパスはあくまでも標準的な流れであり、杓子定規に全患者へ適用するものではないと伝えていきます。クリニカルパスの使用率向上は病院全体の生産性向上に必要なものではあるものの、運用は個々の患者に合わせて柔軟に考えるべきとわかってもらえると、クリニカルパスの作成はもっと進むでしょう。

患者さんの視点からもクリニカルパ

### <出席者>

#### ●まきの・けんいち氏

1979年旭川医大卒。同大脳神経外科助手を経て、88年旭川赤十字病院脳神経外科副部長。94年リハビリテーション科部長、98年脳神経外科部長を経て、2003年より同院副院長。12年より現職。

#### ●にしざわ・のぶひろ氏

1982年千葉大医学部卒。同年より佐久総合病院にて研修を行う。86年国立がんセンター(当時)外科。92年より佐久総合病院外科部長・呼吸器外科医長・研修医教育科医長を務め、2010年副院長・外科統括部長に就任。13年より現職。

#### ●おにつか・しんや氏

1984年鹿児島大医学部卒。93年長崎大大学院修了。84年長崎大移植・消化器科に入局し、米ハーバード大、長崎医療センター外科部長、出島病院院長を経て、2012年より長崎みなとメディカルセンターに勤務。院長補佐、外科診療部長、医療連携センター長、入院支援センター長、医療情報センター長を兼任。18年4月より現職。

スが必要です。標準的な流れを患者さんに明示することは病院への安心感や信頼感につながります。患者満足度向上にも標準化は必要なのです。

**西澤** クリニカルパスに限らず、当院では高血糖に気付いた看護師は糖尿病内科に連絡する、腎機能の程度に応じて疼痛管理オーダーの変更を提案するなど、リスクに対する業務フローが確立しています。連絡や提案を医師が責任を持って確認するダブルチェック体制により、効率性と安全性を両立しました。医療安全の観点からも、標準化はこれからの時代の病院運営に欠かせないものです。

### 本来業務への専念こそが医師の「働き方改革」

**西澤** PFMによる生産性向上のもう一つの鍵は医師の意識改革です。PFMの医師からの評価はいかがでしょうか。  
**鬼塚** 導入当初は「病棟看護師の負担軽減策だから関係ない」と考える医師もいました。しかし、入院支援センターが関与する診療科が増えるにつれて、自分に代わって説明を行う看護師や、代行入力・日程調整を行う医師事務作業補助者の役割や有用性をほとんどの医師が高く評価するようになりました。

**西澤** 医師にとって本来業務ではない説明や調整を他職種に任せることは、医師の労働生産性向上のポイントです。

当院ではクリニカルパスにのっとった検査オーダーの代行入力は、ほぼ全て医師事務作業補助者に任せています。院内ルールを医師よりもわかっていますので、スケジューリングは私よりずっと上手です。

**牧野** 当院もクリニカルパス関連の入力は全て、医師事務作業補助者が代行しています。標準化してあるものは間違えようがないため、安心して任せることができます。

**西澤** ここでも医師一人ではなく、医師事務作業補助者の代行入力を医師が

## 第23回日本緩和医療学会開催

第23回日本緩和医療学会学術大会(大会長=神戸大・木澤義之氏)が6月15～17日、「緩和ケアとEOLケアの質を見直す」をテーマに、神戸国際展示場、他(神戸市)にて開催された。高齢者の増加に伴って心不全患者が増えることと見込まれる中で、心不全患者への緩和ケアをどう進めていくか。シンポジウム「心不全緩和ケアのこれから」(座長=広島大・木原康樹氏、飯塚病院・柏木秀行氏)では、4人のシンポジストが取り組みを発表した。

### ◆循環器内科と緩和ケア医の連携体制をつくる

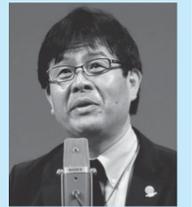
2017年に統合・改訂された急性・慢性心不全診療ガイドラインに緩和ケアの重要性が明記され、2018年度診療報酬改定で緩和ケア診療加算に末期心不全が追加されるなど、がんだけでなく心不全領域の緩和ケアの必要性が認識されつつある。

循環器内科医の大石醒悟氏(兵庫県立姫路循環器病センター)は、循環器専門病院の同院で2011年から続けてきた緩和ケアの取り組みを発表した。2015年に緩和ケア医の支援のもと患者支援・緩和ケアチームを構築し、循環器内科医と緩和ケアチームの協働体制を整えたという。氏は、「緩和ケアニーズに応える体制は各施設に求められる」として、病院や地域の事情を踏まえた循環器内科医と緩和ケア医の体制構築を訴えた。

がん等とは異なり、心不全診療の大半は大病院ではなく中小医療機関で行われる。循環器内科医を中心とする研究会「九州心不全緩和ケア深論プロジェクト」の共同代表を務める柴田龍宏氏(久留米大)は、心不全では緩和ケア医だけでなく、循環器内科医やプライマリ・ケア医も緩和ケアの担い手になるべきとの見解を示した。緩和ケアの非専門医が基本的なスキルを習得する場の確立を課題に挙げ、日本緩和医療学会等による講習の他、氏らが提供するプログラムHEPTを紹介した。

心不全は急性増悪と寛解を繰り返す。治療が症状緩和も兼ねる特性から、心不全はがんとは異なる緩和ケア体制が必要となり得る。総合診療の経験を持つ緩和ケア医の大森崇史氏(飯塚病院)は、循環器内科医、総合診療医、緩和ケア医、緩和ケア認定看護師などから構成される同院ハートサポートチームの活動を紹介。緩和ケア導入や外来でのアドバンス・ケア・プランニング(ACP)は循環器内科医、入院時の緩和ケアは緩和ケア医、地域での継続的な診療に向けては総合診療医を中心にチームで取り組み、勉強会等により地域の他病院とも連携し合う体制を築いているという。

慢性心不全の診療の質指標とACPのプログラム開発を目的としたAMED事業「循環器緩和ケアにおける診療の質評価に関する研究」(2016～17年度)を踏まえて発表したのは、同研究主任研究者の安斉俊久氏(北大大学院)。緩和ケアチームが存在する施設でも、再入院心不全患者へ多職種が介入した症例は27%にとどまり、患者の苦痛に対する評価や緩和目標が不十分な場合が多いという。ACPに関しては、①定期外来により1年ごと、②症状増悪時や薬物療法の変更時など、節目となるタイミングでの実施を呼び掛けた。



●木澤義之大会長

責任を持ってダブルチェックすることで、より高い安全性が期待できます。

PFMだけでなく、医師事務作業補助者の活用は業務効率化において重要です。ただ、医師からは医師事務作業補助者をどう活用すべきかわからないとの声も聞きます。旭川赤十字病院ではどのような体制を敷いていますか。  
**牧野** 医師にとって負担の大きい業務のタスク・シフティングを積極的に進めています。当院の特徴は、医師事務作業補助者の活用方法を個々の医師の裁量に任せすぎないために、医師事務作業補助者を医師個人や科に配置するだけでなく、「クラーク室」を独立させたことです。診断書や退院サマリーの作成などといった特定の業務を集め、日常的にこれらの業務が多い医師ほど負担が軽くなる構造にしたのです。

診断書作成を医師事務作業補助者が担当し始めたころは、医師からの抵抗が結構ありました。しかし、半ば強引に1～2年運用すると、医師事務作業補助者のレベルが上がるにつれて、負担が軽くなることに多くの医師が気付いたのです。最初は否定的でも、メリットを実感すればほとんどの医師はそういった業務を任せるようになります。  
**鬼塚** 牧野先生のおっしゃる通りです。医師は医師事務作業補助者を育て

る意識を持ち、事務作業を手助けしてくれる自分の分身のように活用してほしいです。

**西澤** 「本来業務に専念させることこそが医師の働き方改革」というのが私の持論です。これは生産性向上をめざす病院経営の視点だけでなく、質の高い医療を提供したい医師個人にとって、やりがいにつながる最も重要なことなのです。

\*

**鬼塚** 回復期リハビリテーション病院に移り、患者の退院後の生活に立脚した支援の必要性、重要性をあらためて感じます。退院までの期間短縮だけでなく、退院先は施設と自宅のどちらが適切かなど、「患者にとって最善の退院後」を入院前から考える姿勢が急性期病院にはさらに求められるでしょう。

**牧野** 入院期間の短縮を追求するからこそ、病院は患者の退院後を注視する必要があります。診療報酬が新設された意味を考え、PFMに取り組みなくてはなりません。

**西澤** 患者のため、地域のため、そして医療者が充実感を持って働くための病院経営のコンセプトとして、多職種と一緒にPFMを構築していただきたいと思います。

(了)

### 医学書院 セミナーのご案内

詳しくは、弊社セミナーサイトをご覧ください▶ <https://seminar.igaku-shoin.co.jp/>

## 「標準PTOTST別巻シリーズ」刊行記念セミナー リハビリテーションに活かす! 脳画像の読みかた

脳画像が臨床に役立つことは知っていても、どのように読めばよいかかわからない方は多いのではないのでしょうか。本セミナーは、所見の背景にあるメカニズムから丁寧に画像を読み解くことにより、画像の白黒の暗記とは一線を画した「臨床に活かす脳画像の読みかた」を紹介します。

**Program(予定)**  
13:30～15:10 各脳スライスレベルの見極めかたとその特徴  
15:20～17:00 脳血管障害の画像の変化

※標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻『脳画像』(医学書院刊)を指定テキストとしたセミナーです。講義に使用しますので、事前にご用意ください。(当日、会場でもご購入いただけます)

日時: 2018年9月29日(土) 13:30～17:00  
会場: 東京都文京区・医学書院 本社2階  
定員: 70名  
講師: 前田眞治 先生  
受講料: 6,000円(税込)  
対象: PT、OT、STおよびその教員、「脳画像」の見方について学びたい医療関係者の方

セミナーサイトのQRコードはこちらです



標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻

## 脳画像

執筆 前田眞治

リハビリテーションに関わる医療職に必要な脳画像の見かたをやさしく解説

●B5 頁176 2017年  
定価: 本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-03250-6]



# 言語聴覚士養成のコアカリ、公表へ

## 第19回日本言語聴覚学会の話題より

第19回日本言語聴覚学会が6月22～23日、中野徹学会長(富山赤十字病院)のもと「言語聴覚療法の源流と未来」をテーマに開催された(会場=富山市・富山県民会館,他)。パネルディスカッション「言語聴覚士養成教育における教育ガイドライン・モデル・コア・カリキュラムの検討」(コーディネーター=言語聴覚士養成教育モデル・コア・カリキュラム諮問委員会・藤田郁代委員長,内山千鶴子副委員長,日本言語聴覚士協会・深浦順一会長)では、「言語聴覚士養成教育モデル・コア・カリキュラム」(以下,コアカリ)の最終案がコアカリ諮問委員会(以下,委員会)から提示され,養成校,実習施設のパネリストが意見を述べた。

近年,言語聴覚障害・言語聴覚療法に関する理論や技術の進歩は目覚ましく,増大し続ける知見を卒前教育のみで修得することは困難になっている。そのため,卒前教育においては学修すべきコアとなる最小限の知識・技術・態度を体系化した教育が求められている。こうした背景から日本言語聴覚士協会は2012年に委員会を設置し,コアカリの作成を進めてきた。

### コアカリ最終案を提示, 運用の在り方と残る課題は

パネルディスカッションでは,初めに委員会副委員長の原由紀氏(北里大)が,約6年の検討を経たコアカリ最終案を概説。コアカリ全体の枠組みは,「A 言語聴覚障害の基礎」,「B 言語聴覚臨床の基本」,「C 言語聴覚障害の理解」,「D 言語聴覚療法の展開(評価診断・治療)」,「E 臨床実習(見学・評価・総合)」から成る。最終案では,2017年作成の第2次案からAがさらに検討され,「言語とコミュニケーション」,「人体のしくみ・疾病と治療」,「心のはたらき」,「生活と社会」の4分野に大別された。言語聴覚士学校養成所指定規則で規定されている科目名はあえて付さず,専門基礎分野の総合的な修得をめざす。また,第2次案までは参考資料と位置付けられていた領

域別の臨床実習が本文に明記された。C, Dで学修した障害領域ごとの知識を臨床実習に応用することをめざすという。

専門学校の立場からの見解を述べたのは戌亥啓一氏(鹿児島医療技術専門学校)。修学年数が短い専門学校では,より効率的な学修が求められる。この点はコアカリがめざす「効率的・効果的な教育」と合致することから,「実際にコアカリを運用する際には,専門学校がカリキュラム設計・運用の手本になれるのではないかと話した。

大学教員の立場からは川崎医療福祉大の小坂美鶴氏が,同大での取り組みを踏まえ,意見を述べた。小坂氏は,社会人としてのコミュニケーション能力,知識と臨床所見を統合する能力,専門職としての臨床技術能力の3側面を短い実習期間で同時に養うのは難しいと指摘。同大では「スモールステップ教育」として,1年次にコミュニケーション能力を,2年次には動画教材を用いた演習とグループワークで知識と臨床所見を統合する能力を養い,3年次以降の臨床実習では臨床技術能力の修得に専念できるようにしていると紹介した。また,コアカリが求める教育を行うには,臨床・教育・研究力がそろった教員の確保も課題だと話した。

大森智裕氏(川越リハビリテーション病院)は臨床実習指導者の立場から,臨床実習と実習前教育について意見を述べた。臨床実習の鍵は,授業で得た知識と臨床現場で見る実際の所見との統合にあるという。典型症例を具体的にイメージできるようになってから総合実習を行うことが望ましいと話し,そのためには見学実習や評価実習などを有効活用すべきとの見解を



●パネルディスカッションの様子

# 第114回日本精神神経学会開催

第114回日本精神神経学会学術総会が6月21～23日,米田博会長(阪医大)のもと「精神医学・医療の普遍性と独自性——医学・医療の変革の中で」をテーマに神戸国際会議場,他(神戸市)にて開催された。本紙では,職場のメンタルヘルス対策に関するシンポジウム「職場の健康管理における精神科産業医の役割」(司会=阪大大学院・工藤喬氏,横山・渡辺クリニック・渡辺洋一郎氏)の模様を報告する。

### ◆職場のメンタルヘルス向上に精神科医のさらなる活躍を

冒頭,司会の渡辺氏が「産業界では今,メンタルヘルス対策へのニーズが非常に高まっている」と述べた。その理由に,メンタルヘルス不調者の増加の他,労働者の健康管理を経営課題の一つととらえ,健康維持・増進により生産性・業績の向上をめざす「健康経営」という考え方の浸透を挙げた。産業界では今後,精神科医の活躍の場が広がると予想されるが,職場のメンタルヘルス対策には特有のスキルが必要だ。本シンポジウムでは,産業界として多数の企業のメンタルヘルス対策にかかわってきた4人の精神科医が登壇し,精神科医に期待される役割や必要な知識について論じた。

最初に神山昭男氏(有楽町桜クリニック)が,産業界業務における精神医学の重要性を述べた。メンタルヘルス不調が原因の休職者は他疾患に比べ著しく増加傾向にある。また,業務内外のさまざまな要因が絡み合い,複雑・多様な病態をとる。氏は,「力動的理解」,「精神療法的アプローチ」を駆使した事例を挙げ,精神医学的な支援の効用を紹介した。一方で,産業界の専門診療科は内科系が約6割,外科系が約2割に対し,精神科は約0.5割と少ないため(日本医師会認定産業界を対象としたアンケート,2015年),精神科医と他診療科産業界の協働が重要との見解を示した。

井上幸紀氏(阪市大大学院)は,職場のメンタルヘルス対策に重要な「4つのケア」を解説した。4つのケアは「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(厚労省,2000年),「労働者の心の健康の保持増進のための指針(メンタルヘルス指針)」(厚労省,2006年)で提唱され,①労働者本人のストレス対策等による「セルフケア」,②管理監督者による職場環境の改善等の「ラインによるケア」,③産業界等の「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」,④「事業場外資源によるケア」から成る。氏は,「精神科医がこれらの指針の存在を知ることが対策の第一歩」とした上で,産業界は③,主治医は④の立場であることを意識し,相互に連携したかわりが重要と述べた。

続いて夏目誠氏(大阪樟蔭女子大名誉教授)が,職場復帰支援の在り方を述べた。復帰時には,配置転換(部署異動)や職務軽減等を検討する必要がある。職務適性がない場合や職場ストレスが強い場合には,精神科医が職場の上司や人事担当者に対し「治療的配置転換」を要請する。氏は,治療的配置転換は原則1回とし,1回目効果が個人要因を中心に治療を行う必要があると強調した。ただし,企業の規模や状況によっては配置転換が難しい場合もあるため,職場での座席位置を変える「配置換え」も有効な手段の一つとの見解を示した。

最後に司会の渡辺氏が登壇。氏は,産業界としての機能を果たし,かつ職場メンタルヘルスに関する専門性を発揮できる精神科医を「精神科産業医」と位置付け,その概念を確立し社会に役立てるため,「日本精神科産業医協会」を2014年に設立した。精神科産業医にはメンタルヘルス不調者を発見・治療する機能を超越して,不調者を出さない職場づくりへの寄与が期待される。氏は,精神科産業医には労働者個人へのアプローチとともに職場全体へかかわることも必要で,その目標として,労働者と企業の両者の満足をめざす「両立的視点」を提唱した。



●シンポジウムの様子

示した。

会場からも多数の意見,質問が出た。言語聴覚士の質の確保の点で,国家試験だけでなく,手技や臨床技能の修得を測るOSCEの導入や臨床実習の評価基準の設定などを期待する声があった。その他,臨床実習における目標設定の方法や養成校と臨床実習先の連

携を密にするという課題,理学療法士や作業療法士で導入が進む診療参加型実習の導入の検討も議論された。

今後は,本パネルディスカッションでの議論や関係各所からの意見をもとにコアカリの最終調整が行われ,公表される予定だ。

## 精神医学関連書 新刊

医学書院

### 大人の発達障害って そういうことだったのか その後

宮岡等 / 内山 登紀夫

好評の対談書、待望の続編!

●A5 頁330 定価:本体3,000円+税  
[ISBN 978-4-260-03616-0]



### DSM-5 児童・青年期 診断面接ポケットマニュアル

監訳: 高橋 三郎

訳: 染矢 俊幸 / 江川 純

子どものこころを診る医療者、必携!  
診断面接の進め方、評価尺度、  
各種治療法を網羅

●B6変型 頁368 定価:本体4,500円+税  
[ISBN 978-4-260-03602-3]



### エキスパートに学ぶ 精神科初診面接

臨床力向上のために Web動画付

編集: 日本精神神経学会 精神療法委員会

日本精神神経学会の人気シンポジウム・  
ワークショップが待望の書籍化!

①抑うつ,②パニック,③家族からの相談,の3つのテーマについて,患者・家族との面接場面を解説付きで紹介。付録として実際の面接場面などを収録したWeb動画も。

●B5 頁176  
定価:本体4,500円+税  
[ISBN978-4-260-03242-1]



### 精神科医は そのときどう考えるか ケースからひもとく 診療のプロセス

兼本 浩祐

これぞ精神科のリアル・ワールド!

●A5 頁182 定価:本体3,400円+税  
[ISBN 978-4-260-03612-2]

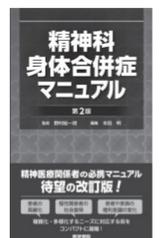


### 精神科身体合併症 マニュアル 第2版

監修: 野村 総一郎 編集: 本田 明

唯一無二の  
身体合併症診療マニュアル、  
待望の改訂版!

●B6変型 頁448 定価:本体4,500円+税  
[ISBN 978-4-260-03545-3]



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・感染症科副院長

[第26回]

## 造血幹細胞移植と感染症② 自家移植と感染症

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。

今回は造血幹細胞移植 (hematopoietic stem cell transplantation; HSCT) と感染症のアウトラインについてお話ししました。今回は自家移植 (autologous HSCT; Auto) と感染症について症例を交えてご説明しましょう。

### Auto の対象疾患

症例を紹介する前に、Auto と同種移植 (allogeneic HSCT; Allo) の使い分けについて理解していただきたいと思えます。Auto も Allo も基本的な考えとしては、大量の化学療法で腫瘍細胞を壊滅あるいはできるだけ減らした後に、自分自身の (Auto) あるいは他人の (Allo) 造血幹細胞を移植するというものです。

では、どのような血液腫瘍が Auto の対象となるのでしょうか。まず、大前提として自分の造血幹細胞に腫瘍細胞が混入していないことが重要となります。例えば急性骨髄性白血病 (acute myeloid leukemia; AML) で考えるとわかりやすいでしょう。AML では寛解導入療法で寛解に至ったとしても微小残存病変 (minimal residual disease; MRD) があります。そのような疾患で Auto をすると腫瘍細胞が混入し、元も子もなくなってしまいますよね。

次に、Auto と Allo の決定的な違いは移植片対腫瘍 (graft-versus-leukemia; GVL) 効果や移植片対宿主病 (graft-versus-host disease; GVHD) の有無です。Auto ではこれらは見られませんが Allo では非常に重要な事象です。GVL 効果によって前述の MRD を攻撃してくれるので、MRD があるような疾患では大きなメリットとなります。その一方、GVHD という重篤な合併症そのものによる免疫不全や GVHD 治療による免疫不全によって感染症の頻度が増加し、その結果予後不良となります。

つまり、Auto の対象疾患としては、化学療法に感受性が高く、造血幹細胞に腫瘍細胞が混入していない疾患、す

なわち悪性リンパ腫 (註1) がメインとなります。その他、多発性骨髄腫も Auto の対象となりますが、これはそもそも根治が難しい疾患であり、Allo のようなリスクを伴う治療を行うには敷居が高いというのが主な理由です。

一方、Allo は自分の造血幹細胞に腫瘍細胞が混入してしまう可能性があり、移植後、MRD に対して GVL を期待するような疾患、すなわち、AML (註2)、骨髄異形成症候群、再生不良性貧血などが対象となります。

では症例ベースで見えていきましょう。

### ◎症例 1

52歳男性。非ホジキンリンパ腫に対して Auto 施行。前処置として BEAM (カルムスチン [B]icNU, エトポシド [E]toposide, シタラビン [A]ra-C, メルファラン [M]elphalan) を使用。予防投与としてフルコナゾール、アシクロビル投与。糸状菌感染症の既往なし。

移植後5日目39.2℃の発熱あり。軽度の頭痛と食欲低下あり。ややぐったりしている。鼻汁・鼻閉、咽頭痛、咳嗽、呼吸困難、腹痛、嘔気・嘔吐、下痢、尿路症状、肛門痛、関節痛・筋肉痛なし。意識清明、血圧123/63 mmHg、脈拍数120/分、呼吸数20/分、体温39.2℃、SpO<sub>2</sub> 99%。口腔内に軽度の粘膜障害あり。その他、頭頸部、胸部聴診、背部、腹部、四肢、皮膚に明らかな異常なし。PICC 挿入部の発赤、圧痛なし。好中球数100/μL。肝機能障害、腎機能障害は見られない。

### Auto と感染症

前回、移植後の感染症は図の通り、3つの phase に分けて考えると説明しました。つまり生着前の phase I、生着後早期の phase II、そして生着後後期の phase III でしたね。

ただし、これは主に Allo を念頭に置いた分類です。低下する免疫がそれぞれの phase で異なることは前回述べ



●図 HSCT 後の Phase

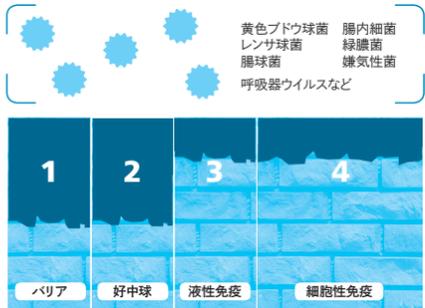
●表 生着症候群 (ES) の診断基準 (文献3, 4より作成)

	Spitzer Criteria <sup>3)</sup>	Maiolino Criteria <sup>4)</sup>
項目	3 Major もしくは 2 Major + 1 Minor	Major + 1 Minor
Major Criteria	感染症が同定されない発熱、皮疹、非心原性肺水腫	感染症が同定されない発熱
Minor Criteria	体重増加、肝障害、腎障害、一過性脳症	皮疹、びまん性肺浸潤影、下痢
生着と症状のタイミング	生着後4日以内	生着後1日以内

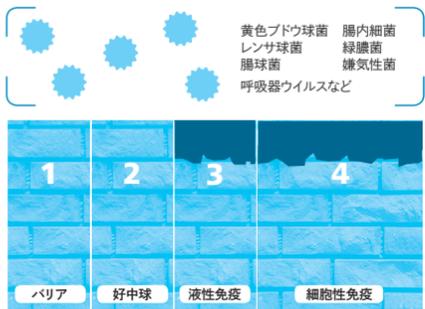
ましたが、とりわけ100日以降に慢性GVHDを発症した場合には、GVHDそのものによりバリアの破綻や液性免疫、脾機能低下が、またGVHDの治療によって細胞性免疫低下が見られ、世界が一変してしまいます。つまり phase II, III はこのことを考慮した上での分類なのです。

一方で、Auto ではGVHDは起こりません。したがって、あえて phase II と III を切り分ける必要はなく、**生着前か生着後かの2つの phase のみ**を考えればよいのです。

### ●生着前



### ●生着後



症例に戻しましょう。Auto 後、生着前に発症した非特異的な発熱ですね。口腔粘膜が軽度傷害されていますのでバリアの破綻が見られますし、当然好中球減少もあります。ここで大事なポイントは、どの程度の好中球減少にさらされるか、つまり、生着までの期間は何日程度かということです。Auto ではAMLのように数週間にわたり高度に好中球減少が見られるわけではなく、ただだか7~10日程度です。したがって、侵襲性糸状菌感染症が起こることは非常にまれであり、いわゆる中間リスク群である発熱性好中球減少症 (FN) の対応となります。

本症例では各種培養は陰性でしたがセフェピムにより速やかに解熱し、移植後8日目で生着が確認されました。

### ◎症例 2

63歳男性。臓器障害のない多発性骨髄腫に対して Auto 施行。前処置としてメルファランを使用。予防投与としてフルコナゾール、アシクロビル投与。糸状菌感染症の既往なし。移植後10日目に生着を確認。生着の翌日に38.8℃の発熱、咳嗽、呼吸困難、顔面お

よび体幹を中心とする紅斑様皮疹が出現。鼻汁・鼻閉、咽頭痛、腹痛、嘔気・嘔吐、下痢、尿路症状、肛門痛、関節痛・筋肉痛なし。意識清明、血圧146/98 mmHg、脈拍数112/分、呼吸数24/分、体温38.8℃、SpO<sub>2</sub> 93%。口腔内に軽度の粘膜障害あり。両側肺野に軽度の crackle を聴取。顔面、体幹を中心に紅斑ありやや浮腫状。両側下腿浮腫あり。その他、頭頸部、腹部に明らかな異常なし。神経学的異常所見なし。PICC 挿入部の発赤、圧痛なし。好中球数900/μL。AST 90 IU/L、ALT 110 IU/L と肝機能障害あり。腎機能障害は見られない。

胸部単純X線写真で両側肺野にびまん性のすりガラス影あり。心臓超音波検査では心機能に異常なし。

今回の症例は生着直後の発熱、低酸素血症、紅斑様皮疹ですね。さらに肝機能障害も見られます。どのように考えればよいでしょうか。

生着間もない時期ですので、当然感染症の懸念はあります。ただ、この時期に起き得る現象を知っていればピンとくる読者もいるでしょう。これは生着症候群 (engraftment syndrome; ES) と呼ばれるもので、生着前後に炎症性サイトカインの過剰な産生により引き起こされる一連の症状を指します。古典的にはAlloよりもAutoでの報告が多数を占めています<sup>1)</sup> が、近年はAlloでも注目されています<sup>2)</sup>。診断基準は表の通りです<sup>3,4)</sup>。

治療としては顆粒球コロニー刺激因子 (granulocyte colony-stimulating factor; G-CSF) の中止とステロイド投与が行われます。本症例では肺炎の疑いに対してピペラシリン・タゾバクタムが開始されていましたが、ESを第一に考えてステロイド投与したところ、症状の改善が見られました。

このようにHSCT後には感染症に加えて非感染症も起こり得るため典型的なものについては知っておく必要があります。

註1: 化学療法抵抗性・再発性悪性リンパ腫に対してはAlloが選択されることとなります。註2: AMLの中でも急性前骨髄球性白血病で第2寛解期のものは、Autoの対象となります。

今回はAutoにおける対象疾患、免疫低下、感染症・非感染症合併症を中心に説明しました。次回からはAlloの各phaseで見られる感染症についてお話しします。

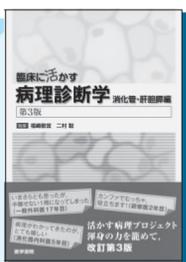
[参考文献]  
1) Biol Blood Marrow Transplant. 2015 [PMID: 26327628]  
2) Biol Blood Marrow Transplant. 2014 [PMID: 24892262]  
3) Bone Marrow Transplant. 2001 [PMID: 11436099]  
4) Bone Marrow Transplant. 2003 [PMID: 12634731]

臨床医に必須の消化器病情報を凝縮

## 臨床に活かす病理診断学 第3版 消化管・肝胆膵編

「病理に強い臨床医」にあなたをかえる1冊! 今、現場で知りたい消化器検体提出時の注意点/病理診断報告書の読み方から、差がつく学会・論文発表のコツまで、病理情報活用術を徹底解説。入門/基礎/応用/資料編の4部構成で段階的に読む! 用語集/特殊染色早見表で知りたいことにすぐにとどろく! 美しい写真とシエマで初学者も納得! 外科医、内科医、放射線科医まで必須の消化器病情報を凝縮した、渾身の改訂第3版。

福嶋敬宜 自治医科大学教授、病理学/自治医科大学附属病院部長、病理診断部、病理診断科  
二村 聡 福岡大学医学部准教授、病理学講座



産婦人科医の「困った」を解決する信頼のポケットマニュアル、待望の改訂!

## 産婦人科ベッドサイドマニュアル 第7版

初版以来27年にわたり圧倒的信頼を得てきた、ポケットサイズの産婦人科最強ベッドサイドマニュアル第7版。構成新たに123テーマを明快解説。「再発性卵巣癌に対する化学療法」「遺伝性腫瘍」「AMHの測定意義」「不妊症における子宮内膜症の治療」「女性アスリート診療の留意点」「骨盤臓器脱」「脂質異常症」など新規収載項目も多数。外来で。ベッドサイドで。産婦人科の「困った」「わからない」にはこの1冊が効きます!

編集 青野敬博 徳島大学名誉教授、徳島大学学長(第11代)  
苛原 稔 徳島大学教授、産科婦人科学分野



# Medical Library 書評新刊案内

## 慢性痛のサイエンス 脳からみた痛みの機序と治療戦略

半場 道子 ● 著

A5・頁204  
定価: 本体3,400円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03428-9

『慢性痛のサイエンス——脳からみた痛みの機序と治療戦略』は、わずか200ページ強の本である。しかし副題にもあるように、「痛み」を痛みの局所からではなく、脳からの視点で最新の情報をコンパクトにまとめて書かれた本である。この本の趣旨は、決して局所の病態を軽んじているわけではない。痛む局所の病態を正しく評価した上で、脳からの視点で慢性痛をどう理解するかが著者の趣意である。慢性痛治療に際し、慢性痛患者の頭の中で起こっている病態を基礎知識として知っておくことは非常に有益である。実際に治療戦略を立てるためだけでなく、慢性痛を持つ患者への痛みの共感をも一層育むことのできる本になっている。

慢性痛が大きな社会問題になって久しい。慢性痛の頻度は、多い報告では全人口の30%、少ないものでも11%と報告されている。慢性痛の部位についてのアンケートでは、腰、肩、膝、頸、頭の順に多く、頭痛を除けばほぼ運動器の疼痛である。また現在では、元気で活動的な高齢者が増えているだけに、運動器の痛みはますます重要になってきている。そして慢性痛が問題なのはその頻度だけではなく、難治のことが多いからである。特に「運動器に関する慢性痛」は、運動器の局所の病態だけでは説明しきれない部分が問題である。例えば、本来なら亜急性の

### 慢性痛に関する現在の科学を理解できる



痛みであるいわゆる腰痛症が慢性化して長引くのはなぜかという疑問である。腰の局所だけでは説明し得ない病態を単に心因性と片付けていた時代もあった。しかし、それがfMRI、PETの登場により脳内の変化も客観的に示せるようになった。その脳内の変化が慢性痛の原因なのか結果なのかは、現在のところ不明であるが、この科学の進歩の現況を知っておくことが極めて重要である。もちろん臨床家にとって、局所の病態を理学所見、神経学的所見、X線検査などの従来の画像診断を駆使して、慢性痛を持つ患者の局所の病態を正確に把握し評価する能力は大前提にある。その上で、慢性痛における脳内の変化を知っておくことは、治療上非常に有益だと思う。

本書は、この目的にまさに符合して、時宜を得て出版されたと思う。本書では、慢性痛という病態を通して運動(運動器活動)の新しい意義が示されている。さらには、慢性炎症が生活習慣病や癌を含む加齢関連疾患に共通する基盤病態であることは最近のトピックではあるが、慢性痛にもこの慢性炎症が関与していることを鮮やかに説明している。約200ページの本書ではあるが、慢性痛に関する現在の科学を理解するに当たり推薦の書であり、さらに詳細を知りたい読者にとっては非常に有用な190以上の引用文献が掲載されている。

評者 田口 敏彦  
山口大教授・整形外科学

## ロジックを進める リウマチ・膠原病診療

萩野 昇 ● 著

B5・頁176  
定価: 本体3,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03130-1

評者 花岡 亮輔  
上都賀総合病院リウマチ膠原病内科部長/  
千葉大医学部臨床教授

なぜ医師はリウマチ・膠原病が苦手か？  
リウマチ・膠原病科について、世間一般の多くの医師は、「難しい！」と考えているようだ。いわく、リウマチ・膠原病科は、難解で抽象的な免疫学の知識を振りかざし、診断や治療がことさら難しい稀少疾患ばかりを扱う診療科ということらしい。

難解なイメージの一因は、扱う疾患がほぼ全て原因不明であることだろう。原因不明である以上、病因学的診断は不可能である。通常は疾患原因と密接に結び付いている病理学的診断すら、原因不明の疾患においては絶対的意義を持たない。そのため、リウマチ・膠原病科で扱う疾患の多くは症候学的診断でしかとらえようがない。疾患の存在可能性を高める所見を累積することで診断する。疾患活動性評価も単一のマーカーに頼れない。複数の所見を組み合わせる必要がある。

リウマチ・膠原病科が敬遠されるもう一つの理由は、筋骨格・皮膚・感覚器など、他領域の内科医が通常扱わない器官をも含めて横断的に診療することにあるだろう。臓器別診療に慣れき

った医師たちにとって、単一臓器に関心を絞ることができない診療は大きなプレッシャーなのだと思う。

リウマチ・膠原病の「診療の勘所」をわかりやすく解説

従来、教科書的な疾患各論を語った本は星の数ほど存在する。しかし、初学者の戸惑いは、これら疾患各論には書きようのないリウマチ・膠原病科の特性にこそ生じる。それを筆者は熟知しており、あえて症候学的、横断的な記載を中心に本書を構成している。にもかかわらず、筆致は平易で、何ともわかりやすい。まるで筆者の診療に陪席しているかのような味がある。ページ数は少なく、夢中になれば一日で読破できるほどの分量である。だが、内容は筆者の圧倒的な知識と経験に裏打ちされており、かなりのベテランであっても初めて知ることが数多く見いだされるであろう。リウマチ・膠原病科の入門者にとってはこの領域の勘所を押さえるために、ベテランには、入門者にこの領域をいかに教えるべきかを再考するために、ぜひお勧めしたい良書である。

まるで著者の診療に陪席しているようだ!

## 帰してはいけない小児外来患者2 子どもの症状別 診断へのアプローチ

東京都立小児総合医療センター ● 編  
本田 雅敬, 三浦 大, 長谷川 行洋, 幡谷 浩史, 萩原 佑亮 ● 編集代表

A5・頁272  
定価: 本体3,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03592-7

評者 松裏 裕行  
東邦大医療センター大森病院教授・小児科学

本書は、前作が好評であったことを受け、東京都立小児総合医療センターのスタッフが日々の診療と研究の合間を縫って完成させたシリーズ2冊目の単行本である。A5判で約270ページとコンパクトにまとめられ、気軽に手に取りたくなる装丁であるだけでなく、文章はこなれていて読みやすく、画像や図表が多いので視覚的にも印象深いというのが素直な感想である。

構成は第1章の総説と、第2章の症状別17の総論およびそれに対応する29症例の提示からなる。書名からもわかるように、ややもするとつい軽視したり誤診したりして苦い思いをする症状・病態をわかりやすく解説した書籍で、小児科専門医をめざす若手医師の他、小児の診療に携わる初期研修医、

総合診療医、内科医、救急医などにぜひ一読をお勧めしたい。外来診療でのピットフォールを具体的かつ簡明に概説して、最初から最後まで比較的手軽に読破することもできるし、あるいはパラパラとページをめくって興味を持った項目から順不同に読んでもよいであろう。

第1章は見逃しをしないための心構えとその要点が記載されていて、私自身も普段の診療で心掛けていたことや、研修医や病棟実習の医学生に繰り返し指導している内容が要領よくまとめられている。特に患者の話を書くための10のコツ、バイ

タルサインを的確に把握することの重要性 (Pediatric Early Warning Score: PEWS)、症状の経時的変化を短期～長期的視点で把握する意義 (「時間

若手小児科医や総合診療医・内科医にお勧めしたい一冊



## 理学療法NAVI シリーズ

理学療法的大海に漕ぎ出す若きセラピストのための水先案内人

◎リスクを的確にとらえ、次の一手へ!

# ここに注目! 実践, リスク管理読本



編集 高橋哲也

若手PTの悩みを解決する「理学療法NAVI」シリーズの第5弾! リスクを見逃すことなく、リハビリテーションを実施するための基本的なポイントをまとめた。気を付けなければならない症状・症候や検査データの読み方、高齢者特有の問題や疾患特異的なリスクの把握方法など、臨床で押さえておかなければならないリスク回避のポイントを伝授。

●A5 頁368 2018年  
定価: 本体3,400円+税  
[ISBN978-4-260-03623-8]

医学書院

持ち歩ける「ICUブック」

## リトルICUブック 第2版

Marino's The Little ICU Book, 2nd Edition  
●監訳: 稲田英一 順天堂大学医学部 麻酔科学・ペインクリニック講座 主任教授  
●定価: 本体5,000円+税 ●ISBN978-4-8157-0122-2

詳しく知りたいときは、親本!

## 重版出来 ICUブック 第4版

●監訳: 稲田英一  
●定価: 本体11,000円+税 ●ISBN978-4-89592-831-1

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

### 医療管理

病院のあり方を原点からひもとく

池上 直己 ● 著

A5・頁172  
定価:本体3,200円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03611-5

本書は、わが国の医療・病院管理学をリードしてきた池上直己先生による医療管理の総合的なテキストである。専門職の理想的形態に関するFreidson

#### 医療提供体制の背景を踏まえて病院経営を考える



の類型をもとに日本の医師の特異性に触れ、そしてMintzbergの組織論をベースに、業務の性質に基づいて病院に勤務する職種の特性を分析し、そのマネジメント上の特徴を明確に説明している。こうした視点は病院のマネジメントを考える上で非常に参考になるものである。また、米国の医師と異なり、わが国の医師がそのキャリア形成の過程で管理者としての経験を積み、上級管理者になっていくという特徴を指摘している。それゆえに各病院団体による管理者コースなどの研修機会が重要であるが、本書はそのテキストとしても有用であると考えられる。

医療管理を考える上で、歴史的な背景や医療政策の動向に関する理解は欠かせない。その理解なしに欧米のマネジメント論をうのみにすることは適切ではない。本書ではそうした視点からの丁寧な説明がなされており、医療管理を基礎から学ぶ者にとって大変有用であろう。人事管理についても、著者の研究成果をもとに基本的な考え方の整理がされていて参考になる。医療職における非金銭的報酬や事務職における一般的管理機能の重要性は認識こそされているものの、それをターゲットにした人事管理およびその研修などはあまり行われていない。本書の指摘をもとに、そうした側面からの人事管理の研修が定式化されることを期待したい。

著者はわが国の医療機関における管理会計的分析の第一人者でもあるが、その経験をもとに医療機関の財務管理を考える上での注意点を説明して

評者 松田 晋哉  
産業医大教授・公衆衛生学

いる。特に、責任単位の設定方法や分析結果の活用方法に関して、一般企業の管理会計とは異なった視点が必要である。

本書の最も大きな特徴は最終章のケーススタディである。雑誌『病院』における評者の連載でも取り上げた北海道函館市の高橋病院は急性期後の医療・介護を支えるモデルの病院である。かつては古い形態の“老人病院”だった同院を、現理事長

である高橋肇氏がどのように先進的な医療機関に変革してきたかが、本書の各章の項目(経営改革、人事管理、財務管理、地域連携)の視点から物語として記述されている。読者はそれを読みながら、必要に応じて本書の前半で説明されている理論を読み、それがどのように具体化されているのかを分析することで、本書が目的とする医療管理の内容をより深く理解することができるだろう。

惜しむらくは、このようなケーススタディで設定されることが多いガイド的な設問(例えば「Q.なぜ、現理事長はこの時点で病床を転換することを決断したのか? 転換を行わなかった場合、どのような結果になっていたと予想されるか?」など)があれば、より学習効果の高いテキストになったのではないかと思う。ぜひ本書のワークブックを続刊として執筆していただければと思う。

され、重篤な病態を見落とさないようにするポイントとして、著者の一人は「日々のルーチンをコツコツ続けること」の重要性を強調しているが、まさに正鵠を射ていると思う。数々の教訓に富んだ症例をより印象深くしているのは、X線・超音波・CTなどの豊富な画像であり、図表もカラーを駆使して一目でわかりやすいように工夫されている。本書の特筆すべき利点の一つである。

本書の利用法を私なりに提案するならば、まず机の前に座り第1章を繰り返して熟読した後、第2章は当直の合間に気軽に順不同で読んではいかがだろうか。臨床の奥深さと楽しさを実感いただけることと思う。

を味方につける)などはベテラン医師も再認識したい内容といえよう。

一方、第2章で取り上げられている17の症状と29症例はどれをとっても示唆に富んでいて興味深く読めるし、何よりも短時間で把握できるのがよい。「泣き止まない」「意識障害」「発熱」「嘔吐」などは、本日の時間外にも必ず一人は受診するであろう、ごくありふれた主訴・症状である。現病歴を手際よく聴取し、不要な検査を避けつつ必要最小限の検査で的確に診断するのは、救急外来を含む日常診療で最も重要なことである。しかし、実はそれが一番難しいことは読者が日々実感しているとおりで、その要点を本書から教訓として読み取ることができると思う。一見軽症に思える臨床症状に惑わ

エキスパートが伝授する大動脈疾患・冠動脈疾患・弁膜症手術のコツと勘所

## 心臓・大動脈外科手術 基本・コツ・勘所

大動脈疾患、冠動脈疾患、弁膜症の手術を全国のエキスパートが解説。長年の修練により習得されたコツと勘所を惜しみなく開陳する。教科書的な記述は抑え、手術の適応と戦略、手順・手技を多くの図と共に提示。ビットフォールを回避し、良い手術(=適切で安全な手術)を行うためのヒントが随所に散りばめられている。若手心臓外科医はもとよりベテランにも有用な手術書。

編集 小坂真一  
日本Advanced Heart&Vascular Surgery/  
OPCAB研究会・代表世話人/  
医療法人SHIODA塩田病院・心臓血管外科部長



## 漢字の国に生きるということ

第1回

福武敏夫

電田メディカルセンター神経内科部長

書・大山九八

## 漢字から見る神経学

普段何気なく使っている神経学用語。その由来を考えたことはありませんか? 漢字好きの神経内科医が、数千年の歴史を持つ漢字の成り立ちから現代の神経学を考察します。

皆さん、ご存じでしょうか? 今までになかったのがとても不思議に思える「日本漢字学会」(会長=京大名誉教授・阿辻哲次氏)が2018年4月に設立されました。私は新聞で知り、早速正会員になりました。好きでも嫌いでも日本は漢字の国であり、平仮名も片仮名も漢字をもとに作られ、漢字から逃れられません。それどころか漢字とうまく付き合っていかなければなりません。

文字の歴史は、楔形文字やヒエログリフ、ミノス(クレタ)文明の線形A文字・B文字のような象形文字に始まります。漢字以外の象形文字は完全に廃れて表音文字となり、朝鮮やベトナムも漢字を捨ててしまったのに、漢字は日本列島に流れ着き、なんとか生き延びているのです。

私は昔から漢字が大好きですが、得意というわけではありません。むしろ、筆順とかハネの方向とかにうるさい学校教育には辟易していました。漢字の魅力に取りつかれたのは、何あろう阿辻先生の著作『漢字の字源』(講談社現代新書、1994年)によって「育」の成り立ちを知ってからです。この字の上部は「子」を倒立させた形で、下部の「月」はmoonではなく、「肉」の変形(ニクヅキ:体の一部を示す)です。この形は「子どもが産道から頭を下にして出てくる様子」を表しているのです。驚きましたか? こんな漢字は他にもあり、「県」は「首」を逆さにして木の枝に掛けている形です。敵の首をぶら下げて、それを地域の境界にしたのでしょうか、恐ろしい形です。本連載では、何気なく使っている漢字に込められた意味から神経学の世界を見ていきます。



●ふくたけ・としお氏

東大理学部数学科中退。医学系予備校講師を経て、1981年千葉大医学部卒。同大大学院医学研究院神経病態学助教授を経て、2003年から現職。「神経症状の診かた・考えかた—General Neurologyのすすめ(第2版)」[標準的神経治療しびれ感](共に医学書院)など著書、編書多数。

## 救急レジデントマニュアル 第6版

堀 進悟 ● 監修  
佐々木 淳一 ● 編

B6変型・頁594  
定価:本体4,800円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-03539-2

評者 久志本 成樹  
東北大学院教授・救急医学

救急医療では、緊急性に適切に対応すること、すなわちタイムリーに診療を開始することが重要です。しかし、救急に携わるスタッフが救急患者の診療を開始した段階では、緊急性の程度ばかりでなく、罹患臓器も不明であり、いずれの病態の緊急性にも対応できる知識と技術が必要になります。急病、外傷、中毒など、原因や罹患臓器の種類にかかわらず、全ての緊急性に対応する診療能力が重要です。

#### 理論的な「時間を意識した診療」を可能に

正確な診断よりも病態に対する蘇生・治療が優先されるショックや呼吸不全患者への対応、救急患者に多く見られる症候からの時間を意識した考え方と対応、そのための検査や治療手技、さらに社会的事項や各種スコアリングなど、救急に携わるスタッフが知っておくべき知識と情報は多岐にわたります。そして、限られた時間と資源という大きな制約を伴う状況でこれらを使いこなす、判断と確実な治療につなげなければなりません。この「限られた時間」「限定された資源」という制約が、

救急診療が一般診療と著しく異なる点です。また、この相違こそが救急たるゆえんであり、醍醐味ですらあります。

25年前に慶大救急医学教室・相川直樹教授(当時)のリーダーシップによって初版が

発行され、今回、佐々木淳一教授編集、堀進悟前教授監修により第6版として出版された本書は、救急医療のベッドサイドバイブルといえる一冊です。症候からのアプローチにおいては、「どのように判断して、いかに動くか」に始まる記載で統一されており、限られた時間における判断とこれに基づく対応において最優先となるポイントが明確に記されています。重症度判断、適切な診断とそのための検査や鑑別の考え方、その上で行うべき対応といった本書の構成は、救急スペシャリストの思考過程そのものを形にしたものです。

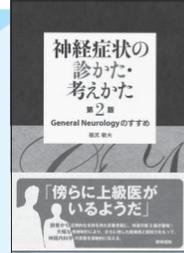
救急医療に携わる全てのスタッフが、最新の知見に基づく理論的な「時間を意識した診療」の展開を可能とするマニュアルとして、自信を持って推薦する一冊です。

まず手にとるべき神経内科の定番中の定番本に待望の第2版が登場!

## 神経症状の診かた・考えかた 第2版 General Neurologyのすすめ

ガイドラインに基づいた「無難な」標準的診療方法を記載した書籍は多いが、それで診療ができるかと言えば実際には難しい。そんな時代に登場した本書は、この領域にはめずらしい「通読できる本格的な神経内科書」として、神経内科学の「一冊目の本」の地位を固めた。神経内科臨床のリーダーとして知られる著者の「経験」に基づく歯切れのよい記載と、一貫した神経症状へのアプローチが、さらにパワーアップした待望の第2版!

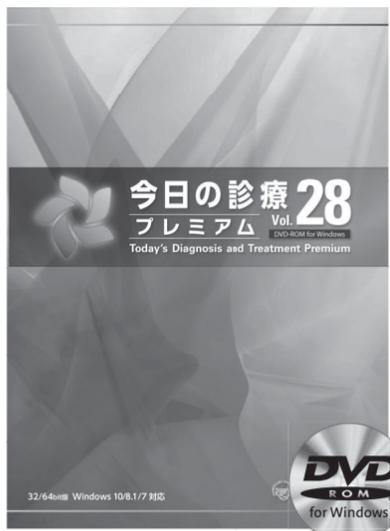
福武敏夫  
電田メディカルセンター神経内科部長・  
内科チエアマン



# 国内最大級の総合診療データベース

# 今日の診療 28 プレミアム Vol.28 DVD-ROM for Windows

## Today's Diagnosis and Treatment Premium



●DVD-ROM版 2018年 価格：本体78,000円+税 [JAN4580492610261]

医学書院のベストセラー書籍15冊、  
約100,000件の収録項目から一括検索



DVD-ROMドライブをお持ちでなくても、  
インストール用ファイル一式をダウンロードし、  
ハードディスクにインストールすることができます。

\*この場合も、パッケージ(DVD-ROM)をお買い求めいただく必要がございます。  
\*ダウンロードにあたって、「医学書院ID」への本商品の登録が必要です。

# 詳しくは、『今日の診療』特設サイトへ today'sdt.com

## 『今日の診療プレミアム』試用版を ご利用ください。

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

『今日の診療プレミアムWEB』をスマートフォンやタブレット端末でも利用できる「Web閲覧権」が付いています。

※『今日の診療プレミアムWEB』をご利用にあたって、「医学書院ID」に本商品の登録が必要です。「Web閲覧権」の有効期間は、登録から1年間です。登録は、2019年4月30日で締め切らせていただきます。

※『今日の診療プレミアムWEB』ご利用時は、インターネットに常時接続する必要があります。



骨格をなす8冊を収録した  
「今日の診療 ベーシック Vol.28」もご用意しております



## 今日の診療 ベーシック Vol.28

DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円+税  
[JAN4580492610285]

※『今日の診療 ベーシック Vol.28』には、  
Web閲覧権は付与されません。

### 収録内容

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2018年版 Update
- ② 今日の治療指針 2017年版
- ③ 今日の診断指針 第7版
- ④ 今日の整形外科治療指針 第7版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第16版
- ⑥ 今日の救急治療指針 第2版
- ⑦ 臨床検査データブック 2017-2018
- ⑧ 治療薬マニュアル 2018 Update

プレミアムにのみ収録

- ⑨ 今日の皮膚疾患治療指針 第4版
- ⑩ 今日の精神疾患治療指針 第2版
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第3版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス
- ⑭ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑮ 医学書院 医学大辞典 第2版

\*書籍とは一部異なる部分があります

## 救急関連書籍のご案内

### 救急レジデントマニュアル 第6版

監修：堀 進悟 編集：佐々木 淳一

救急診療のポイントを押さえた  
初期研修医・救急レジデント必携のマニュアル

①症状から鑑別診断と治療を時間軸に沿って記載、②診断・治療の優先順位を提示、③頻度と緊急性を考慮した項目立て、④救急診療のポイントに絞った内容で、「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかる！

●B6変型 頁594 2018年 定価：本体4,800円+税  
[ISBN978-4-260-03539-2]



### 京都ERポケットブック

編集：洛和会音羽病院 救命救急センター・京都ER

責任編集：宮前 伸啓 執筆：荒 隆紀

研修医・コメディカルスタッフに捧ぐ、救急診療の新バイブル

救急車で搬送された患者の緊急対応、ウォークイン患者の問診、検査治療計画。上級医は短時間でこれらを組み立て解決し、フィードバックまでこなす。上級医は頭の中でこう考えようアプローチしている！

●A6 頁416 2018年 定価：本体3,500円+税  
[ISBN978-4-260-03454-8]



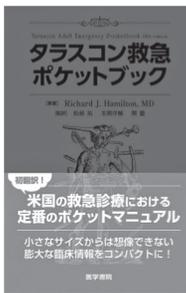
### タラスコン救急ポケットブック

原著：Richard J. Hamilton 監訳：船越 拓 / 本間 洋輔 / 関 藍

小さなサイズからは想像できない膨大な臨床情報を  
コンパクトにまとめた救急マニュアル

救急で遭遇する多くの疾病の臨床的プレディクションルール(CPR)やガイドラインを網羅し、要所にリファレンスを掲載。単なるエキスパートオピニオンではない、エビデンスに基づいた診療方針をコンパクトに提示する。

●A6変型 頁308 2018年 定価：本体2,600円+税  
[ISBN978-4-260-03547-7]



### ビビらず当直できる 内科救急のオキテ

坂本 壮

ひとり当直でも大丈夫！  
救急外来で「いま何をすべきか」正しい判断力が身につく。

15症例をベースに救急外来で必要な考え方を学ぶことで、正しい判断力が身につく。「心筋梗塞の初期症状は？」「肺血栓塞栓症を見逃さないためには？」あなたは自信を持って答えられますか？

●A5 頁180 2017年 定価：本体3,600円+税  
[ISBN978-4-260-03197-4]



医学書院

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