

2014年9月29日

第3094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 〓(出社者著作権管理機構 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]「地域の住民中心」を叶える医療者像を求めて(川越正平、澤憲明、武内和久、堀田聡子)……………1—2面
- 第16回日本褥瘡学会/[視点]腸閉塞をイレウスと呼ぶのはやめよう(安達洋祐)……………3面
- [寄稿]「更年期障害」の診方(池田裕美枝)……………4面
- [寄稿]地域医療における薬剤師の新たな役割(狭間研至)……………5面

座談会

「地域の住民中心」を叶える医療者像を求めて



澤 憲明氏

英国・スチュアートロード診療所
General Practitioner



川越 正平氏

あおぞら診療所院長／理事長



武内 和久氏

厚生労働省社会・援護局 福祉基盤課
福祉人材確保対策室長



堀田 聡子氏

労働政策研究・研修機構
人材育成部門研究員

超高齢社会を迎えた今、日本の医療制度をその在り方から見直す機運が高まり、「諸外国の医療システムから学ぼう」という試みが見られている。ただ、その多くは「大枠で」「俯瞰的に」語られており、現場の実践者から湧き出る具体的な疑問を起点とする語り口は少ない。そこで本紙では、千葉県松戸市で開業医として在宅医療に力を入れる川越正平氏と、家庭医療が根付く英国で General Practitioner (GP, 2面 **MEMO**)として従事する澤憲明氏の対談を企画。地域で活躍する2人の対話を連続対談型の連載として掲載し、日英の医療現場の比較から、互いの国の強みと課題まで浮き彫りにしていく(2014年11月より開始予定)。

本座談会では、連載に先立ち、英国医療制度に精通する武内和久氏と、日本・オランダの地域包括ケアシステムの比較に取り組む堀田聡子氏を交えた、4氏が議論。日英の医療提供体制の違いと本連載の意義を明らかにしていただいた。

「ゲートオープナー」が適切なケアへつなげる英国

川越 現在、医療・財政資源が有限であることを前提に、力点を治療からケアや予防、健康増進へとシフトしようとする動きがあります。これは日本に限らない世界的な潮流であり、多くの国はプライマリ・ケアを基盤とした医療システムを整えることで、その移行を実現しつつあると聞きます。

そうしたプライマリ・ケアを基盤とする医療システムを持つ国として代表的なのが、英国です。まず、実際に英国でGPとして活躍される澤先生に、英国の医療システムを簡単にご紹介い

たadakimashou。

澤 英国では国民保健サービス(National Health Service; NHS)が設立された1948年以来、プライマリ・ヘルス基盤のシステムが継承されています。

国民は地域のファミリークリニックに登録することで、誰でも原則無料でNHSのサービスを利用できます。何か健康問題がある人は皆、基本的にはまずGPのもとへ訪れる。GPは患者を診察し、高次医療や入院が必要と判断した場合は、二次医療に当たる市中の専門外来や病院へと引き継いでいく。このように、患者の問題・状態に応じて一次、二次、三次医療へと順を追って、必要な医療が提供される仕組みになっています。

川越 一次医療と二次医療、さらに高度な医療を提供する三次医療と、個々の役割を明確に区分している点、全ての患者をまずは一次医療で診るシステムを持っている点は、日本と大きく異なる特徴ですね。

澤 英国では健康問題の約9割は、GPを中心とするプライマリ・ケアの領域で対応できているというデータもあります¹⁾。このシステムが余計な検査・投薬の削減、医療費の適正化など、効率的な医療を実現することにも一役買っていると思いますね。

ただ、日本でこのように説明すると、医療サービスの入り口に立つGPについて、「ただのゲートキーパーだろう」という片面的な考え方に遭遇することもあります。確かに過度の医療化から患者を守るゲートキーパーとしての役目もあるのですが、GPが真に担っているのは適切なときに適切な専門家を紹介する、いわば「ゲートオープナー」の役割です。通常、患者は病気や医療について詳しい知識を持っているわけではないですし、複雑で膨大なケアシステムの中で、自身がどこでどのような医療を受けるべきかを把握しているわけではありません。そうした方々の心身の不調の相談に乗り、ニーズや希望を引き出し、代弁者として適切な専

門家に伝え、つなげていく。その役目をGPは果たしているのです。

GPは、多様な相談事に応える伴走者

武内 英国が現在のシステムへと進化したのは決して昔の話ではありません。

80—90年代、長い待機時間や医師不足、院内感染の問題など種々の理由によって、NHSに対する国民の信頼は失墜していました。しかし、ちょうど私が英国に滞在していた2000年以降、当時のブレア政権が打ち立てた医療改革の10か年計画「The NHS Plan」を基に、医療システムの抜本的改革に取り組んだ。その中で地域の医療ニーズ充足に多額の予算を割り、GPの増員や給与面の是正を図るなど、GPを重用する体制へと舵を切ったのですね。その結果、地域の医療職の育成やインフラの整備が進み、現在のようなプライマリ・ケアを基盤とする医療を効率的・効果的に機能させることが実現できたわけです。

この発展には目覚ましいものがあった。米、英、仏、独、オランダなど先進11か国を対象に、各国の医療制度

(2面につづく)

◎コモンな呼吸器疾患はこう診断する！ジェネラリスト必見の沖縄ケースカンファレンス！

Dr.宮城×Dr.藤田 ジェネラリストのための 呼吸器診療 勘どころ

宮城征四郎・藤田次郎

コモンな呼吸器疾患をどう診断するか？Dr.宮城の豊富な経験による「診療の勘どころ」とDr.藤田の文献考察が特徴。ジェネラリスト必見の沖縄ケースカンファレンス！

●B5 頁192 2014年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-01979-8]



◎具体的な数字を示しながら、診断のプロセスを掘り下げる

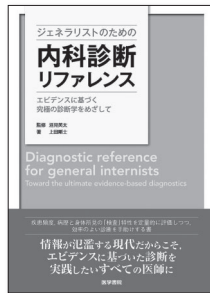
ジェネラリストのための 内科診断リファレンス

エビデンスに基づく
究極の診断学をめざして

監修 酒見英太
著 上田剛士

疫学、病歴、身体所見、検査という診断学の一連の流れを網羅し、エビデンスに基づいた診断とは何かを追求した書。内科診断のみならず整形外科、眼科・耳鼻科なども収載。

●B5 頁736 2014年 定価:本体8,000円+税 [ISBN978-4-260-00963-8]



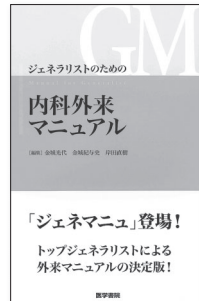
◎外来マニュアルの決定版「ジェネマニユ」登場！

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

日本を代表するジェネラリストが、時間の限られる外来で遭遇するプロブレムに対し、その場で判断するための指針を示した「外来マニュアル」の決定版。

●A5変型 頁576 2013年
定価:本体5,200円+税
[ISBN978-4-260-01784-8]



医学書院

座談会「地域の住民中心」を叶える医療者像を求めて

<出席者>

●川越正平氏

1991 年東京医歯大卒。虎の門病院内科レジデント，同院血液内科医員を経て，99 年医師 3 人のグループ診療の形態で，在宅医療を中心に行う診療所を千葉県松戸市に開設。同診療所は，医学生の診療所実習，初期研修医の地域医療研修，在宅医をめざす医師の開業前研修，自身の専門性を在宅領域で生かしたい専門医の非常勤勤務などを数多く受け入れる形で，地域医療に貢献するとともに教育クリニックとして機能している。近著に『在宅医療バイブル』（日本医事新報社）。

●澤憲明氏

英国での高校課程を経て，2007 年レスター大（前レスター大／ウォーリック大）医学部卒。初期研修プログラムに従事した後，12 年に英国家庭医療専門医教育および認定試験を修了。同年より現職。「これからの日本の医療制度と家庭医療」（社会保険旬報），「プライマリ・ケアで変わる日本の医療」（構想日本）などの論文執筆の他，NHK『視点・論点』，NHK スペシャルシリーズ日本新生『日本の医療は守れるか？——“2025 年問題”の衝撃』に出演。

●武内和久氏

1994 年東大法学部卒業後，厚生省（現・厚労省）に入省。医療・福祉・年金など社会保障政策の企画立案に携わり，大臣官房，政策統括官，医政局を経て，2005—08 年在英国日本国大使館に一等書記官として勤務。当時のブレア政権下における英国の医療改革を分析し，09 年，竹之下泰志氏との共著『公平・無料・国営を貫く英国の医療改革』（集英社）にまとめた。その後，マッキンゼー・アンド・カンパニーへの出向を経て，13 年より現職に復帰。

●堀田聰子氏

東大社会科学研究所特任准教授，ユトレヒト大客員教授・オランダ社会文化計画局研究員などを経て 2011 年より現職。博士（国際公共政策）。専門は人的資源管理・ケア人材政策。社会保障国民会議サービス保障分科会，地域包括ケア研究会委員などを経て，現在，社会保障審議会介護給付費分科会および福祉部会，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などにおいて委員を務める。

(1 面よりつづく)

を医療の質，アクセス，コスト，健康指標などの面から比較した 2014 年の国際調査では，英国が総合ランキング 1 位という結果を得るに至っています²⁾。

川越 英国同様，プライマリ・ケア先進国に挙げられるオランダの医療に詳しい堀田さんから見て，英国はどのような点が特徴的だと思いますか。

堀田 プライマリ・ケアや家庭医療の概念は，英国・オランダのみならずグローバルなものになっています。そうした中，英国は医療を“公共財”と地域の資産としてとらえ，住民を医療の主体と位置付けていること，つまり「地

MEMO

英国の家庭医療専門医制度

英国では従来，GP は「一般医」としてプライマリ・ケアの専門研修を受けることを必須とされていなかったが，1981 年に 3 年間の「家庭医」としての専門研修が必修化。2007 年には，新たな家庭医療後期研修プログラム修了と専門医認定試験（New Membership of Royal College of General Practitioners；nMRCGP）合格が必須となった。なお，家庭医療専門の後期研修プログラムは，2 年間の初期研修の後に受けられる。期間は 3 年間で，診療所・病院での研修を各 18 か月行う。専門医認定試験は，臨床応用試験（Applied Knowledge Test），臨床技能評価（Clinical Skills Assessment），職場基盤評価（Workplace Based Assessment）に基づいて行われる。

抗菌薬の特徴・用法を比べながら学ぶユニークな 1 冊！

“実践的” 抗菌薬の選び方・使い方

抗菌薬の選び方・実践的な使い方をユニークな構成で解説。はじめに起因菌・薬剤の構造・投与経路別に抗菌薬の基礎知識を、次にスペクトラムが重なる抗菌薬の特徴を比べてその違いに注目しながら使い分けのポイントをわかりやすくまとめた。感染症診療に携わるすべての人にお勧めしたい。

編集 細川直登

医療法人敬福会亀田総合病院臨床検査部長／感染症科部長

“実践的”

抗菌薬の

選び方・使い方

※ 編集 細川直登

※ 図解文庫だけでなく、Sanford だけでもいい！

本当に役立つ抗菌薬の知識

※ 購入は、このようにお申し込み下さい。→ 03-6322-0000

ケア病棟での合同カンファレンスに定期的に参加する形で，一次的な医療と専門医療，あるいは地域と病院の橋渡しに取り組んでいます。実際，これによって一次から二次，二次から一次のスムーズな移行が実現できていると感じる面はあるのですね。こうした取り組みは，機能分化が曖昧で，病院と診療所の両方で勤務する医師も少なくない日本だからこそできる。ある意味では，その好条件を日本の制度は有しているとも言えるわけです。

武内 現在は日本の医師たちの間でも，他国のようにプライマリ・ケアを重視した医療システムを作ろうという機運は高まってきていますよね。「限られた医療・財政資源の中で，多様化・複雑化した患者の対応に当たっていく必要がある。その前提に立つと，プライマリ・ケアを基盤にした医療のほうが効率的に医療を供給できる」。こうした考えが現場にも広く浸透してきているように感じています。

川越 社会の高齢化とともに，日々の現場で出合うのも単一の症状・疾患ではなく，複雑・多様なケースが増えていますからね。そう考えても，プライマリ・ケアを基盤に据えた形にシフト

理想の医療者像を，日英の「合わせ鏡」で浮き彫りに

堀田 英国やオランダにしろ，日本にしろ，医療の制度や提供体制は，各国の文化・風土，社会的な価値観と人口構成，資源などに応じて，長い歴史の中で作られ，変容を遂げてきたものです。例えばですが，川越先生が取り組まれている「在宅医療」も日本独自の発展と言えますよね。

澤 確かに英国では往診や訪問診療も GP の仕事で，私も毎日出掛けています。

堀田 オランダもそうです。ですから，オランダで「在宅医療」を説明するのはやっかいで，単純に直訳するだけでは，「なぜ“在宅”で切り分ける必要があるんだ」と言われてしまう。川越先生が日頃おっしゃるような，家庭医療と老年医療，緩和医療の領域にまたがる在宅医療の意義や展開について伝えることが難しいのです。

こうした状況を踏まえると，各国の医療システムがどのような文脈で育まれ，実態としてどうなっているのかを共有することは，互いの経験から学び合うためにも重要だと考えています。

澤 日本におけるプライマリ・ケアの役割を考えていくに当たっても，プライマリ・ケアが本来持つ専門性や他国の状況から学ぶだけではなく，日本の医療制度，経済状況や国民のニーズ，価値観を考慮する必要がありますね。

堀田 ええ。それに加え，英国やオランダは，プライマリ・ケアの地域をベースにした「水平統合」と，病院などとの「垂直統合」に長い時間をかけて取り組んできた一方，日本では速やかに地域包括ケアシステムを構築し，「病院完結型」から「地域完結型医療」

するほうが，やはり地域の患者さんたちに効率的に良質な医療を提供できるだろうとは思うのです。

ただ，そこには課題もあります。日本では，プライマリ・ケアを専門に学んできた医師は決して多くないのです。現状，地域を支える医師の大部分は，一定期間，専門医として病院での勤務を経た後に地域で開業し，自己の努力で研鑽を積んできた方々でしょう。一次的な健康問題に対処できる診療能力，緩和ケアや認知症診療，神経難病や重篤な内科疾患の専門的な管理など，幅広い領域についてツギハギながら独学で身につけている方も少なくないものと思われます。個々の医師の力量や対応可能な領域にバラつきがある現状を考えると，受療した患者が受けられる医療の質も標準化されているわけではないと言えます。

現在，そうした状況を是正し，プライマリ・ケア領域の充実を図ろうという動きも見られていて，「総合診療専門医」の認定制度の議論もそのひとつですよね。日本は今，医療の在り方を考え直す過渡期に差し掛かっているのかもしれない。

への転換を推進しようとしている。チャレンジングな時期にあるわけです。

こうした中，澤先生と川越先生のそれぞれの実践に基づく対話は意義深い。お 2 人の現場視点からの対談は，より深い理解を与え，これからの地域に根差す医療の在り方を考えていくことにつながるのではないかと期待しています。

川越 澤先生と進める今回の対談型の連載では，英国における家庭医の役割や，地域の医療の担い手として多機関・多職種といかに協働しているか，家庭医の質を担保するためのシステムなどについて話を伺っていきます。

英国と日本を“合わせ鏡”のようにしてみることで，単純な制度上の違いはもちろん，日本の医療の弱みや課題，あるいは伸ばしていくべき強みも見えてくるのではないかと感じています。そうした中では，真に患者に求められる医療者像をも浮き彫りにしていくことができるのかもしれないね。（了）

●参考文献

1) Health & Social Care Information Centre. Primary Care.
http://www.hscic.gov.uk/primary-care

2) Davis K, et al. Mirror, Mirror on the Wall, 2014 Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Commonwealth Fund. 2014
http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror

3) Ipsos MORI Social Research Institute. GP Patient Survey-National summary report.
http://gp-survey-production.s3.amazonaws.com/archive/2014/July/1301375001_Y8W2%20National%20Summary%20Report_FINAL%20v1.pdf

それって本当に風邪ですか？……重篤な疾患は風邪にまぎれてやってくる！

誰も教えてくれなかった「風邪」の診かた 重篤な疾患を見極める！

プライマリ・ケア現場には，多くの患者が「風邪」を主訴にやってくる。しかし「風邪症状」といっても多彩であり，そこに重篤な疾患が隠れていることは稀ではない。本書では，「風邪」の基本的な診かたから，患者が「風邪症状」を主訴として受診するさまざまな疾患（感染性疾患から非感染性疾患まで）の診かたのコツや当面の治療までを，わかりやすく解説する。新進気鋭の感染症医による「目からうろこ」のスーパーレクチャー。

岸田直樹

手稲溪仁会病院総合内科/感染症科

岸田直樹

誰も教えてくれなかった

風邪の診かた

※ 重篤な疾患を見極める！

※ それって本当に風邪ですか？

※ 新進気鋭の感染症医によるスーパーレクチャー

※ 岸田直樹

第 16 回日本褥瘡学会開催

第 16 回日本褥瘡学会（会長＝国立長寿医療研究センター・古田勝経氏）が、8 月 29—30 日、名古屋国際会議場（愛知県名古屋市）にて開催された。「長寿社会における褥瘡医療・ケアの融合」をテーマに掲げた今回、医師、看護師、薬剤師などの職種を中心に、過去最多となる約 6800 人の医療者が集まった。本紙では、褥瘡を有する患者に対する体位変換をめぐる議論したシンポジウムの模様を報告する。

日常生活動作を援助する行為として実施される体位変換。同一体位による底面部の圧迫から生じる循環障害や感覚麻痺を避ける、筋肉の萎縮や機能低下を予防するなどの目的で、「2 時間ごとの体位変換」をルーティン化している職場も少なくない。だが、昨今、「褥瘡を有する患者」に対しては、体位変換が創傷の変化・変形をもたらし、結果的に難治化の原因となっているのではないかと懸念も生じている。シンポジウム「体位変換の新たなステージ」（司会＝前京大大学院・宮地良樹氏、淑徳大・田中秀子氏）では、褥瘡を有する患者に対する体位変換をいかに行うべきかについて議論された。

見過ごされてきた“動的外力”

まず大浦武彦氏（褥瘡・創傷治癒研究所）が、体位変換が与える褥瘡への影響について説明した。これまで、体位変換による体圧のかかる部位の移動と分散という“静的外力”を排除する効果が重視されてきた一方で、体位変換の際に生じる創面に変化・変形を与える、圧とずれといった“動的外力”の存在が配慮されてこなかったと指摘。この動的外力が、褥瘡特有の外力性ポケット、段差、肉芽塊、裂隙などを作るだけでなく、難治性慢性潰瘍の原因にもなっていると分析した。今後は褥瘡を有するケースを考慮し、動的外力を排除した創に優しい体位変換の検討が求められると訴えた。

理学療法士の北出貴則氏（誠佑記念病院）は、これまでベッド上での褥瘡予防の技術として扱われてきたポジショニングが、摂食嚥下や呼吸リハビリテーションの中でも取り入れられていることを紹介。褥瘡予防に加え、快適性、摂食・嚥下機能、呼吸状態などに対する影響を考慮したケア技術として発展させる必要性を述べた。

体位変換の際の姿勢の変化や患者自身の体重により、寝具と接する皮膚表

面には、体圧やずれ、変形などの形で力学的現象が生じている。これらの関係性について工学的な見地から解説を試みたのは、根本哲也氏（国立長寿医療研究センター）。寝床時および体位変換時の体圧分散や皮膚表面のひずみを計測した結果、断続的に外力が加わると、皮膚の外力に対する弾性は低下し、残留ひずみを生む原因になることが示唆され、この傾向は皮膚に張りが無い高齢者ほど多く見られることを示した。氏は、「体重や体位変換の際に加わる力に注目することは、褥瘡治療にも役立つ」と強調した。

褥瘡を有する患者のための体位変換が求められている

「新規の d2 褥瘡（真皮までの損傷）よりも、既存の深い褥瘡の悪化のほうが臨床現場ではインパクトが大きい」。そう主張した磯貝善蔵氏（国立長寿医療研究センター）は、既存の褥瘡の悪化を防ぐ体位管理を考える上では、褥瘡発症に至った外力の推定に加え、病理学的に褥瘡の物性を把握することが大切と主張。特に高齢者では、心不全による頭側挙上、ADL 向上のための座位保持リハビリテーションなど、仙骨部や尾骨部への外力が避けられないケースが多いことから、個々の患者の創傷の物性と体位変換という現場のノウハウを有機的に結びつける視点が重要と訴えた。

田中マキ子氏（山口県立大）はクッションを活用し、身体の一部を動かす、関節を緩める／曲げることで体圧を分散させる「スモールチェンジ法」の有効性を考察した。スモールチェンジ法は、仰臥位から側臥位などの身体を大



●古田勝経会長



腸閉塞をイレウスと呼ぶのはやめよう

安達洋祐 久留米大学准教授・外科学



「イレウスの分類」は、私の学生時代は試験のヤマであり、今の医学生も勉強している。教科書的には、「イレウスは腸閉塞とも呼ばれ、機械的腸閉塞と機能的腸閉塞があり、前者は単純性腸閉塞と複雑性（絞扼性）腸閉塞、後者は麻痺性腸閉塞と痙攣性腸閉塞に分けられる」となるが、私が今でも理解できず戸惑うのは、「機能的腸閉塞」という言葉である。

「Ileus」を Wikipedia（英語版）で引くと、「イレウスは腸蠕動不全による腸管の運搬機能障害である。腸管の弛緩 atony や麻痺 paralysis であり、開腹手術でみられ（術後イレウス）、急性膵炎や腹膜炎のときにも生じ、聴診で腸音を聴取しない。腸閉塞とは区別して使われ、古い用語の胆石イレウスや胎便イレウスは誤った名称である」と書かれている。

外国の教科書は内容が実践的であり、例えば『Greenfield's Surgery』（Lippincott Williams & Wilkins）には、「Ileus and Bowel Obstruction」という章があり、イレウスと腸閉塞とが区別されている。イレウスは小腸麻痺であり（大腸麻痺の代表は偽性腸閉塞 Ogilvie 症候群）、術後イレウスは手術で腸蠕動が回復するまでの過程であり、アクシデントとしての術後合併症には含めて

いない。

日常診療で腸閉塞は重要であり、研修医や当直医の初期診療では、輸液と減圧で治癒する単純性腸閉塞（内科的腸閉塞）と緊急手術が必要な絞扼性腸閉塞（外科的腸閉塞）を鑑別することに全力を注がないといけない。そのためにも、欧米のようにイレウスは腸管麻痺に限定して腸閉塞と区別するのが実践的であり、学生や患者にも理解しやすいと思う。

ちなみに、腸閉塞の三大要因は「癒着・ヘルニア・大腸がん」であり、問診では開腹歴（→癒着性小腸閉塞）、診察では鼠径部の視触診（→鼠径／大腿ヘルニア）、検査では腹部単純写真（臥位で坐骨まで撮影して大腸ガスが主体→閉塞性 S 状結腸がん）が重要である。絞扼を示唆する所見には、強い腹痛、持続性の腹痛、不穏や冷汗、頻脈や頻呼吸、圧痛を伴う腫瘤の触知、叩打痛や反跳痛、白血球増加・CRP 上昇・アシドーシスがあるが、決定的なものはなく、迷うときは腹部造影 CT（腎障害に注意）が有用である。

●略歴／1983 年九大医学部卒。九大、大分大、岐阜大などを経て現職。著書『消化器外科のエビデンス——気になる 30 誌から（第 2 版）』、訳書『ゾリンジャー外科手術アトラス』（ともに医学書院）ほか多数を手掛ける。

きく動かす従来の体位変換と比較し、皮膚へのひずみが小さいことから、創への影響を少なくできることが示唆されたと報告。引き続き、スモールチェンジ法実施の費用対効果の検討、実際の患者に実施した際の影響の検討などを進めていくと話した。

再び登壇した大浦氏は、褥瘡を有する患者に対する体位変換として 2 つの方法を提起した。まず、「創に優しい体位変換を行う方法」として、ポジショニング手袋、スライディングシートを利用する方法を紹介。手袋を装着した両前腕を患者の骨突出部に挿入し、創と創周辺の軟部組織が動かぬよう一体にして支え、移動させることで、創への影響を最小限にできると説明し

一流 30 誌から 7,256 論文のデータを紹介。 外科医必携のエビデンス集

消化器外科のエビデンス

安達洋祐

気になる 30 誌から 第2版



外科医が日常臨床で直面する様々な問題について、最新の知見を確認するためのエビデンス集。国際的な一流 30 誌（外科学、腫瘍学、消化器病学、臨床医学）から消化器外科に関連する論文を広く集め、「手術手技」「術後経過」「予後因子」など 30 のカテゴリーに分類。質の高い 7,256 編の論文のデータをパーセントやリスク比で紹介する。手術はもとより術前検査や術後管理、がん検診や緩和ケアなども含み、消化器外科に関する事象を網羅。

●B5 頁532 2011 年 定価：本体9,500円＋税 [ISBN978-4-260-01376-5]

医学書院

内科診療 ストロング・エビデンス

Evidence Based Clinical Practice

谷口俊文

『学ぶ』EBMから 『使う』EBMへ

週刊医学界新聞の好評連載【レジデントのための Evidence Based Clinical Practice】をグレードアップして書籍化。新進気鋭の米国内科専門医が、コモン・ディゼーズの標準治療と、その根拠を支える重要な臨床研究を紹介する。

『すべての医療行為はエビデンスに基づいた標準治療を理解していることから始まる』（本書序文より）。米国内科診療アプローチの真髄がここに！

内科診療 ストロング・エビデンス

谷口俊文*

学ぶEBMから 使うEBMへ

レジデントとして知っておきたいコモンディゼーズの標準治療と、その根拠を支える重要な臨床研究を紹介。米国内科診療アプローチの真髄がここに！

●A5 頁340 2014年 定価：本体3,500円＋税 [ISBN 978-4-260-01779-4]

医学書院

FAQ

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

今回のテーマ

「更年期障害」の診方

「更年期障害」は実は日本特有の概念であり、欧米諸国で言うところの「perimenopausal syndrome (周閉経期症候群)」に伴う身体症状に加え、この年齢層の社会的／心理的背景に伴う精神的症状を併せたものを指します。「更年期障害」という言葉ばかりが有名になって、正しい疾患概念がとらえにくい、と苦手意識をお持ちの先生も多いかもしれません。けれども働く女性が多くなっている昨今、医療者による適切な治療が求められています。

更年期障害では具体的に、どのような症状が現れるのでしょうか。

日本人の平均閉経年齢は約 50.5 歳と言われています。12 か月間の無月経をもって閉経と診断しますが、一般的に閉経の 4—5 年前から卵巣機能の低下が起こり、月経不順となります。卵巣ホルモンの一つであるエストロゲン代謝物にはカテコラミン作用があることが知られていますが、エストロゲン量の急激な変化によって自律神経障害が起こることを「周閉経期症候群」と言います。

最もよくみられる身体症状は、頭頸部のみの多汗、心悸亢進などの血管運動性症状 (hot flush) です。不眠や肩こり、易疲労感、めまいもよくみられます。手指や膝の関節痛、こわばりを訴えることもあり、膠原病を心配して来院する方も少なくありません。精神症状として、うつ病、抑うつ気分が周閉経期に 2 倍に増加することが知られていますが、エストロゲン変動との直接的な関連に関してはまだよくわかっていません。一般的には、50 歳前後で月経パターンの変化がある、もしくは閉経後 5 年以内の女性が、上記のような症状を呈する場合に周閉経期症候群と診断します。

日本人女性では欧米諸国の女性と比べて身体症状よりも精神症状が前に出ることが多いことが知られています。「更年期障害」という言葉には上記の周閉経期症候群に加え、空の巣症候群に代表される社会的孤立感、介護疲れや配偶者への不満など、50 歳前後の女性が曝される心理的、社会的ストレス由来の精神症状も包含されています(図1)。

Answer…更年期障害による身体症状の本態は自律神経障害です。Hot flush や不眠、肩こり、易疲労感がみられます。加えて抑うつなどの精神症状もみられます。

今回の回答者

池田 裕美枝

神戸市立医療センター中央市民病院産婦人科

Profile／2003 年京大医学部卒。舞鶴市民病院、洛和会音羽病院にて総合診療科研修。三菱京都病院にて産婦人科研修。洛和会音羽病院総合女性医学健康センターを経て現職。11 年リバフル熱帯医学校にてリプロダクティブヘルスディプロマ取得。13 年 4 月米メイヨークリニック女性医療研修。1 児の母。

FAQ 2 では、更年期障害には診断基準はないのでしょうか。患者さんに「私、更年期障害でしょうか」と聞かれるといつも困ってしまいます。

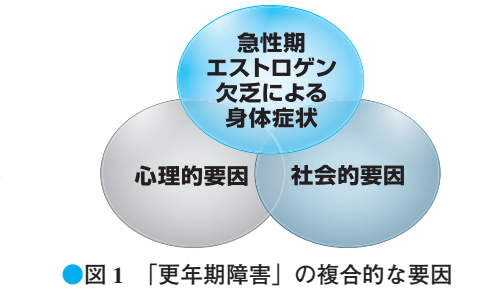
残念ながら、更年期障害に明確な診断基準はありません。月経歴を含む問診によって診断する「症候群」になります。更年期障害によくみられる hot flush や不眠などは、実はエストロゲンの変動がなくともうつ病や不安障害だけで出現しうる身体症状です。年齢や月経歴から周閉経期ではないと判断したら、たとえ hot flush があっても、筆者は更年期障害とは診断しません。採血では、卵胞刺激ホルモン (FSH) >25mIU/mL、かつエストラジオール (E₂) 感度以下、が周閉経期かどうかの診断補助に使われることがあります。閉経後にはこのパターンになるので問題ありませんが、閉経前の周閉経期では、FSH、E₂ ともに非常に変動が激しく、これを満たさないことも多々あります。採血結果のみで更年期障害を否定することはできません。

Answer…明確な診断基準はありませんが、周閉経期の女性が hot flush や不眠を訴えるとき、更年期障害を疑います。

FAQ 3 各症状には、どんな治療が有効なのでしょう。

周閉経期症候群の中でも血管運動性症状は、ホルモン補充療法により改善が見込まれます。関節症状もホルモン補充療法が奏効することが多いです。一方、不眠やうつなどはホルモン補充療法単独で軽快する場合は少なく、睡眠薬や向精神薬を要します。

もともと月経不順があるなど、周閉経期か否かの判断に迷う場合には、禁忌がないことを確認の上患者の各症状の改善の程度を確認し、効果がなければホルモン補充療法を中止、効果があれば続行します。症状の変化をみるには、日本人向けに開発された簡略更年期指数が便利です (表1)。Hot flush にはセロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) も奏効しますので、周閉経期ではない方の場合や、エストロゲンが使いにく



●図1 「更年期障害」の複合的な要因

い場合にはこちらを使用します。

Answer…Hot flush にはセロトニン再取り込み阻害薬が奏効する。周閉経期か判断に迷う場合は、禁忌を確認の上エストロゲンのみ補充を行う。

FAQ 4 ホルモン補充療法は心血管系リスクを上昇させると聞きました。高血圧でフォローしている患者さんが婦人科でホルモン補充療法を受けているのですが、中止させたほうがよいですか？

ホルモン補充療法に関する有名な臨床試験に、Women's Health Initiative (WHI) があります (<http://www.nhlbi.nih.gov/whi/>)。閉経後の健康な女性を対象とした大規模ランダム化比較試験 (RCT) です。ホルモン補充療法に関しては、エストロゲン単独投与を介入とした RCT (1 万 739 人、平均年齢 63.6 歳) とエストロゲン＋プロゲステロンの 2 種類の卵巣ホルモン投与を介入とした RCT (1 万 6608 人、平均年齢 63.3 歳) の 2 本立てで行われました (子宮がある女性にエストロゲン単独投与をすると子宮体がんのリスクが上がるため、エストロゲン単独投与が許されるのは子宮摘出後女性のみ)。

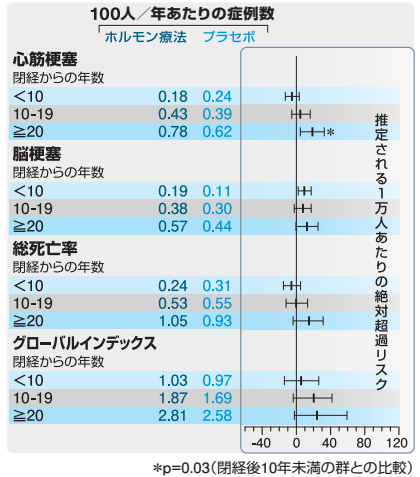
もともとエストロゲン補充療法は心血管系疾患に対して予防効果があるのではないかと予想されて始められたスタディでしたが、開始 5.6 年後の中間報告の結果、エストロゲン＋プロゲステロン群で乳がんリスクが上昇しており [PMID: 12824205]、倫理的配慮からスタディが打ち切りになりました。また、エストロゲン単独群でもエストロゲン＋プロゲステロン群でも心血管系疾患イベント率が上昇していました [PMID: 16476878, 16702472, 12904517, 12771114]。このスタディ打ち切りは大きなニュースになり、ホルモン補充療法を受ける患者は激減しました。

ところがその後行われたサブ解析の結果、閉経してからホルモン補充療法を開始するまでの期間が重要な予後因子であることがわかってきました (timing theory)。WHI サブ解析結果では閉経して 10 年経たないうちにホル

●表1 簡略更年期指数

症状	強	中	弱	無
①顔がほてる	10	6	3	0
②汗をかきやすい	10	6	3	0
③腰や手足が冷えやすい	14	9	5	0
④息切れ、動悸がする	12	8	4	0
⑤寝つきが悪い、または眠りが浅い	14	9	5	0
⑥怒りやすく、すぐイライラする	12	8	4	0
⑦くよくよしたり、憂うつになることがある	7	5	3	0
⑧頭痛、めまい、吐き気がよくある	7	5	3	0
⑨疲れやすい	7	4	2	0
⑩肩こり、腰痛、手足の痛みがある	7	5	3	0

小山嵩夫らによる。①—⑩の合計が 0—25 点：これまでの生活態度を継続してよい／26—50 点：食事、運動などに注意し生活様式なども無理をしない／51—65 点：医師の診察を受け、生活指導・カウンセリング・薬物療法を受けたほうがよい／66—80 点：長期間 (半年以上) の計画的な治療が必要／81—100 点：各科の精密検査を受け、更年期障害のみの場合は専門医での長期的な対応が必要



●図2 WHI のサブ解析結果¹⁾

モン補充療法をスタートした群ではプラセボ群より心血管系リスクは低下しており (図2)¹⁾、ホルモン補充療法のもたらす骨折リスク低下という利益と併せて考慮すると、60 歳までのホルモン補充療法は利益のほうが大きいだろう、とイギリスや北米のガイドラインでは結論付けています。日本産科婦人科学会のホルモン補充療法ガイドライン (2012 年度版) でも「まだ周閉経期にある女性の血管運動性症状改善薬としてホルモン補充療法は第一選択である。WHI 研究にて 5 年以上の使用による乳癌リスクの増加報告があることを踏まえた上で、試用期間は適切なインフォームド Consent のもと、リスクとベネフィットを考慮し個々に決定する」としています。

ホルモン補充療法の禁忌は、重度の活動性肝疾患、現在の乳がんとその既往、現在の子宮内膜癌・低悪性度子宮内膜間質肉腫、原因不明の不正性器出血、妊娠、血栓症とその既往、心筋梗塞や脳卒中の既往などです。なお、高血圧や糖尿病は、しっかりコントロールされているならば決して禁忌になりません。

Answer…周閉経期に開始したホルモン補充療法はむしろ心血管系イベントに予防的に働くのではないかと考えられています。高血圧が良好にコントロールされており、開始時期が周閉経期であって継続期間が 5 年以下なら、ホルモン補充療法は続けて問題ありません。

もう一言 女性は、更年期にエストロゲンのレベルが低下するのと同様に、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの生活習慣病有病率が急上昇するということには、プライマリ・ケア医の方々はお気づきかと思います。骨密度が低下するの也有名です。女性の平均寿命は 86.30 年ですが、実は健康寿命は 73.62 年で、その後「不健康寿命」が 12.68 年続く現状があります (2010 年調べ。男性の「不健康寿命」は 9.13 年)²⁾。更年期からの適切な食事、運動習慣が女性の健康寿命延伸に貢献するかもしれません。この観点からも適切なご指導をぜひお願いいたします。

参考文献

- 1) JAMA. 2007. [PMID : 17405972]
- 2) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小、http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/21_2nd/pdf/4_2_1.pdf

消化管病変を網羅した、消化管画像診断の決定版アトラス

医学書院

胃と腸アトラス I 上部消化管 第2版

監修 八尾恒良 福岡大学名誉教授・佐田病院名誉院長

編集 「胃と腸」編集委員会

編集委員 芳野純治 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院院長

小山恒男 佐久医療センター内視鏡内科部長

岩下明徳 福岡大学筑紫病院病理部教授

●A4 頁400 2014年 定価：本体 14,000 円＋税 [ISBN978-4-260-01746-6]

胃と腸アトラス II 下部消化管 第2版

監修 八尾恒良 福岡大学名誉教授・佐田病院名誉院長

編集 「胃と腸」編集委員会

編集委員 小林広幸 福岡山王病院消化器内科部長

松田圭二 帝京大学医学部外科准教授

岩下明徳 福岡大学筑紫病院病理部教授

●A4 頁368 2014年 定価：本体 14,000 円＋税 [ISBN978-4-260-01747-3]

寄稿

地域医療における 薬剤師の新たな役割

狭間 研至 ファルメディコ株式会社代表取締役社長／日本在宅薬学会理事長

厚労省が地域包括ケアという概念を示し、今年度の診療報酬・調剤報酬改定では新しい項目も追加され、いよいよ地域医療におけるチーム医療は理論から実践の時期に入った。要介護高齢者の在宅や介護施設での薬物治療が、地域医療の主体となった今日、医師や看護師に加え、大きな社会資源へと成長した薬剤師を活用することは、自然な流れとなりつつある。

その一方で、在宅医療における薬剤師のかかわりはまだ始まったばかりであり、導入期特有の混乱も散見される。本稿では、医師および薬局経営者として在宅医療に携わるとともに、薬学教育や薬剤師生涯教育にもかかわる立場を踏まえて、これから期待される地域医療における医薬連携の在り方について私見を述べる。

在宅医療において薬剤師は薬の一包化・配達・整理人か？

在宅医療において、誤解されているのが薬剤師の果たすべき役割である。認知症や脳梗塞後遺症などにより通院が困難であったり、医師の訪問が必要であったりする場合に、医師の処方に基づき薬剤師が調剤した医薬品の配達 は必須である。高齢者の場合には薬をそのまま配達されても、定められた時間に正しい薬剤を自分で PTP シートから取り出して服用することは容易ではない場合も多く、服用のタイミングごとに一包化し、カレンダーやボックスを活用するなどの服薬支援も欠かせない。

ただ、これが訪問薬剤管理指導（介護保険の場合には居宅療養管理指導）であるとすれば、通常の在宅で 650 点（介護保険では 503 点）、同一建物居住者の場合で 300 点（介護保険では 352 点）という設定は、過大評価ではないかという議論は常にある。もちろん、現状の保険制度ののっとなって正しい業務を行っているだけであり、調剤や服薬支援業務を通じて医療の質的向上にきちんと寄与しているはずだという薬局・薬剤師側の言い分は私もよく理解できるが、同時に医師側の気持ちも理解できる。というのも、分包機さえ導入すれば、院内処方でも一包化はできるし、配達、カレンダーやボックスへの差し込みは、看護・介護職や家族でも代用

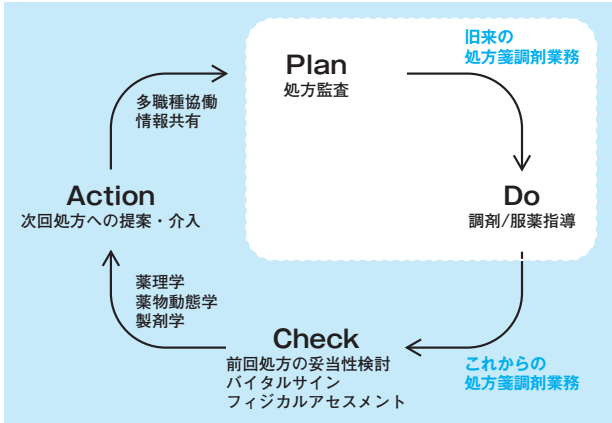
可能だからである。

薬剤師の在宅医療における役割は、決して薬の一包化・配達・整理のみではないはずだが、多少問題を混乱させているのは、当の薬剤師自身も地域医療における自身の役割を十分に把握しきれていないことも一因である。

薬剤師を取り巻く環境の変化

近年、薬剤師を取り巻く環境は大きく変わってきている。学校教育法第 87 条（大学における修業年限）と薬剤師法第 15 条（受験資格）の改正により、薬剤師になるための教育課程は 2006 年より 4 年制から 6 年制に変更となった。また、2010 年のチーム医療推進に関する医政局長通知（医政発 0430 第 1 号）では、「薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること」と記載されており、現行法規の範囲内でも医師と協働して薬物治療管理に取り組めることが示された。さらに、情報提供義務のみを定めていた薬剤師法第 25 条の 2 が今年改正され、薬剤師も医師と同様に指導義務を負うこととなった。

従来の薬剤師業務は、処方の応需がスタートで、医薬品の説明と受け渡し がゴールであった。しかし、ここ数年の教育制度および法制度の変化は、自分が調剤した薬がきちんと想定された効果を発揮しているか、予期される副作用を発現させていないかを、問診や



●図 調剤業務における PDCA サイクル

必要に応じたバイタルサインの採取を通じてチェックし、薬学的専門性に基づいて解釈（アセスメント）した上で、医師をはじめとするチームメンバーに次の処方までに伝えるという、医療における PDCA サイクルに入っていくことを薬剤師に求めているのではないだろうか（図）。

PDCA サイクルに薬学を組み入れる

これまで、医師は自らの処方内容の妥当性を、基本的には全て自分で判断してきた。しかし、超高齢社会への突入や在宅・介護施設への患者の移行など、時代が変わりつつある中で、薬剤師が自ら調剤した薬剤の適正使用に責任を持つ時代となり、医師と薬剤師との連携も次の段階へと進んでいると実感する。

実際に薬剤師と共に在宅訪問診療に赴くと、私が認知症増悪だと思った症状の変化が睡眠導入薬増量による副作用であった事例や、低カリウム血症がツロブテロールの副作用であった事例などに遭遇し、医薬分業がめざした多剤併用・薬害の回避が達成されていることを実感する。これこそが在宅患者訪問薬剤管理指導／居宅療養管理指導

●狭間研至氏

1995 年阪大医学部卒。阪大附属病院、大阪府立病院、宝塚市立病院を経て、2000 年より阪大大学院医学系研究科。04 年同大学院修了後、現職。在宅医療の現場で医師として診療を行う傍ら、一般社団法人薬剤師あゆみの会／一般社団法人日本在宅薬学会の理事長として薬剤師生涯教育、近畿大薬学部／兵庫医療大薬学部の非常勤講師として薬学教育にも携わる。



として薬剤師が行うべき業務ではないだろうか。医師が薬剤師と連携することは、医師にとって自らの PDCA サイクルに薬学が組み込まれるという新たな治療戦略の立案にもなる。これは在宅医療のみならず、一般の外來や病棟での医師の活動においても、同様だと感じている。

臨床現場において、医師はあらゆる場面で決断を迫られる。自分が持ち得る限りの知識と技術を結集して患者にとってベストの選択を行う毎日であるが、ある意味では、誰にも相談できない孤独な存在とも言えよう。しかし、時代は変わりつつある。もちろん、診断や治療方針の決定は医師が責任を持って行っていくが、いったん薬物治療が始まれば、その後の経過において薬剤師は医師がより良い決断を行うためのサポートが可能となりつつあるのだ。「やっと、孤独から解放されたよ」というのは、私が外科を教わり、最近また、在宅医療の現場で共に活動している先輩医師からの言葉である。薬剤師が患者の状況を知り、医師が知り得ない薬学的専門性に基づいて投与された薬剤の妥当性を評価し、それらを医師と共有するという経験は、地域医療の中で家庭医や総合医という方向性をめざして格闘している医師にとっては一筋の光明のように見えるのではないだろうか。

ぜひ一度、調剤した薬に責任を持ってほしいと薬剤師に声を掛けていただきたい。全員ではないだろうが、熱い思いで応えてくれる薬剤師がきっといるはずである。

医学書院ホームページ

毎週更新しております

医学書院の最新情報をご覧ください

<http://www.igaku-shoin.co.jp>



●薬剤師と共に在宅患者への訪問診療を行う狭間氏。

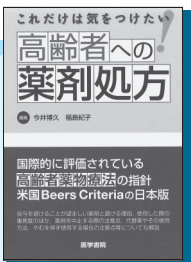
高齢者に注意を要する薬剤をとりあげたビーズ基準の日本版

これだけは気をつけたい

高齢者への薬剤処方

高齢者が服用する際に注意した方がよい薬剤について、その注意点や対応を解説したもの。代替薬やその使用方法がある場合には具体的に記載。米国の高齢者への薬剤投与に関するBeers基準の日本版。付録として常に服用を避けるべき薬剤一覧、既往歴から避けるべき薬剤一覧も収載。

編集 今井博久
国立保健医療科学院・統括研究官
福島紀子
慶應義塾大学薬学部教授・社会薬学



日常診療に必要な医薬品情報を厳選！
選ばれる薬には理由がある！

重要薬 マニュアル

この薬が選ばれる理由

編集 伊藤 裕 慶應義塾大学医学部腎臓内分泌代謝内科・教授

●B6変型 頁400 2014年 定価：本体3,800円＋税
[ISBN978-4-260-01856-2]

約2,200成分ある医療用医薬品の中から、一般内科の日常診療で頻用される157成分を厳選。数ある同効薬の中から「なぜその薬が選ばれているのか」を紹介。さらに添付文書情報（【効能・効果】【用法・用量】【警告】【禁忌】【副作用】【相互作用】等）に加え、第一線で活躍中の専門医による臨床情報（【薬の特徴】【処方例】【服薬指導】【最新の動向】）も掲載。

目次

- 1 降圧薬、利尿薬、Ca拮抗薬
- 2 心疾患治療薬
- 3 抗不整脈薬
- 4 抗血栓・止血薬

- 5 造血・鉄剤
- 6 脂質異常症・高尿酸血症治療薬
- 7 糖尿病治療薬
- 8 骨粗鬆症・甲状腺機能異常治療薬
- 9 消化器用薬
- 10 消炎・鎮痛薬

- 11 抗リウマチ・抗アレルギー薬
- 12 呼吸器用薬
- 13 神経用薬
- 14 精神科用薬
- 15 感染症治療薬
- 16 腎・泌尿器用薬

Medical Library

書評新刊案内

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部(03-3817-5657)まで
なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

誰も教えてくれなかった スピリチュアルケア

岡本 拓也 ● 著

A5・頁208
定価:本体2,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02010-7

評者

前沢 政次

京極町国民健康保険診療所ひまわりクリニックきょうごく所長

的確な日本語訳のない用語は理解が難しい。スピリチュアルケアもその一つである。「霊的」「魂の」「精神の深い部分の」などいずれの訳語もピンとこない。

新進気鋭のホスピス医・岡本拓也君がこの問題に取り組んだ。その基礎となっているのが構造構成理論である。岡本君は単著第一作『わかりやすい構造構成理論』(青海社)でケアにかかわる理論的枠組みを示した。

そして今回、その哲学的基礎の上に立って『誰も教えてくれなかったスピリチュアルケア』を上梓した。

本書がめざしているのは、スピリチュアリティ、スピリチュアルな経験、スピリチュアルペイン、そしてスピリチュアルケア、これら4つの概念の相互関係を明らかにすることである。

まずは第1章でケア担当者が日常臨床で用いている技法を解説する。物語への傾聴、音楽、食事、ユーモアと笑顔、愛することなど、さりげなく交わされる触れ合いの中にケアの真髄を見いだすことができる。

第2、3章は個別性の理解を踏まえて、「スピリチュアルな経験」を解説する。すし職人であった方の「しめサバ握りの物語」はホロッとさせられる。

そして、第4章から第5章ではスピリチュアリティの内容を考察する。それを深めていくことによって、人間が経験によって築いていく「意味・価値・

目的」の具体内容を明らかにし、人間誰にも備わっているスピリチュアリティの本質に迫る。医療では重要な課題なのに、医学ではほとんど無視されてきた領域に光を当てる。

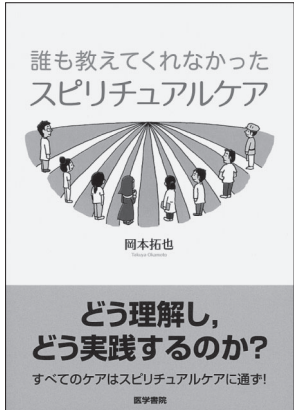
そして第6章はスピリチュアルペイン、第7章はスピリチュアルケアを定義付ける。ここで著者が強調するのは、スピリチュアルペインやケアが、ある限られた分野の特殊な状況で生じることではな

く、日常生活のただなかで感じ合う痛みであり、ケア担当者があらゆる場面で持つべき態度・姿勢であることである。

本書を読んで抵抗を感じるとすれば、それは構造構成理論の用語がしばしば使われていることであろう。著者はそのために「より詳しく学びたい人のためのコーナー」「Q&A」を使って優しく解説する。その中にも珠玉の言葉がちりばめられている。

ケアの全てに活用できる本である。特にプライマリ・ケア分野で全人的アプローチの振り返りに役立てていただきたいと願っている。

プライマリ・ケア分野の 全人的アプローチに



実践 がんサバイバーシップ 患者の人生を共に考えるがん医療をめざして

日野原 重明 ● 監修
山内 英子、松岡 順治 ● 編

A5・頁256
定価:本体3,500円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01939-2

評者

堀田 知光

国立がん研究センター理事長／総長

わが国でも「がんサバイバーシップ」という概念がようやく普及し始めている。がんサバイバーシップとは「がん経験者がその家族や仲間とともに充実した社会生活を送ることを重視した考え方」を意味している。かつて、がんは不治の病として長期の入院などにより患者は社会から切り離されてきた。しかし、今では早期発見や治療法の進歩などにより生存期間が延長し、多くのがんは長くつきあう慢性疾患として、がんと共に暮らすことが普通の時代になりつつある。

がん体験者は患者であると同時に生活者であり、社会人でもある。2012年に閣議決定された第2期がん対策推進基本計画では、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が全体目標の一つに加えられた。今日、がんは日本人の死亡原因の第1位で年間に約36万人ががんで死亡しているが、一方で、直近のデータでは2014年に約81万人が新たにがん罹患すると推計されている。したがって年間に約40万人以上のがん経験者が増える計算になる。就労を含めたサバイバーシップの充実は大きな政策課題といえる。

本書はがんサバイバーシップ先進国である米国で乳腺外科医として多くの経験を積んでこられた山内英子医師を中心に、多職種の第一線の医療従事者、

がん経験者および患者会、サポート組織など「患者の人生を共に考えるがん医療をめざす」関係者が自らの実践を通して書き上げたがんサバイバーシップのための手引き書であり、さまざまな課題に対する処方箋が盛り込まれている。章立てとして、初めに米国とわが国におけるがんサバイバーシップの歴史と発展について紹介し、2編「がんサバイバーシップの実践」では治療の後遺症や二次性発がん、就労や経済的な問題、精神的な問題などについて課題と対応策がわかりやすく書かれている。各職種に求められる関わりの章では医師、看護師、薬剤師、ソーシャル・ワーカー、理学療法士、作業療法士などそれぞれの職種に求められる役割について実践的に書かれている。また、本書の特徴として、4編「患者、家族とともに発展するサバイバーシップ」で患者自身の体験や患者会としての活動などが紹介されている。

「がんサバイバーシップ」への取り組みはわが国でようやく広がりを見せている。しかし、がんサバイバーシップをどうとらえ、どのように取り組むべきかについて体系化された書籍はまだない。その意味で本書はその先導役を担う役割を持つと期待される。がんサバイバーシップに少しでも関心を持たれた方に、ぜひお薦めしたい一冊である。

エコーでコラボ

主治医と検査者の相互理解を深める 心エコー奥義

三神 大世 ● 監修
湯田 聡、山田 聡、赤坂 和美 ● 編

B5・頁292
定価:本体5,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01742-8

評者

戸出 浩之

群馬県立心臓血管センター技術部

循環器疾患の診断と病態把握における心エコー検査の重要性は広く認識され、各施設での心エコー実施数は飛躍的に増加してきてい

る。心エコー検査は、ベッドサイドにおいて主治医自身が聴診器代わりに探触子を持ち、必要最小限の情報だけを得るという一つの側面がある。一方、超音波装置の高性能化と検査技術の進歩と相まって、より詳細で高精度な情報まで得られるようになり、多くの施設の大多数の検査がエコー室においてエコー専門医や技師の手により実施されるようになってきている。そのような状況では、心エコーを依頼する主治医と、それを受けて検

査を実施する検査者の間で十分な意思疎通が必要で、それがなければ患者にとって万全な心エコー検査が実施できない可能性もある。そ

して、昨今の電子カルテ化やオーダーリングの普及は、主治医の顔が見えない検査依頼と、検査者の声が聞こえない検査レポートという弊害を生んでいる背景がある。

そのような中、「エコーでコラボ」と題した本書が登場した。本書は、心エコー検査において患者の主治医と検査者の相互理解を深め、両者のコラボにより心エコーを臨床に最大限に活かすことを主眼に置いた今までにない心エコーの実践書である。

循環器 レビュー&トピックス

臨床医が知っておくべき

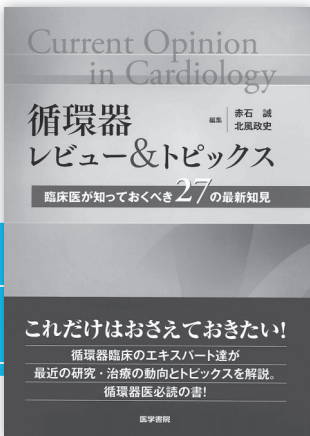
27の最新知見

編集 赤石 誠・北風政史

循環器領域のさまざまなテーマについて、それぞれの分野のエキスパート達が最近の研究・治療の動向を臨床医にわかりやすく概説するとともに、そのテーマにおけるトピックスをピックアップして解説する。情報をただ並列に並べるのではなく、重み付けと価値判断をしながら、現時点での位置付けを明確にしている。循環器専門医だけでなく、専門医を目指す医師・研修医にとっても必読の書。

●B5 頁232 2014年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01931-6]

医学書院



肺HRCTのバイオニアが贈る、珠玉の“HRCT Lite”

新刊

肺HRCTエッセンシャルズ

読影の基本と鑑別診断

Fundamentals of High-Resolution Lung CT

▶HRCTによるびまん性肺疾患の読影の基本と鑑別診断を解説した実践的入門書。前半部で基本的な肺HRCT所見を、後半部では日常診療でよく遭遇する各種病態の所見を提示。600に及び写真を収載し、現場で役立つクリニカル・パタールが満載。簡潔・明快さを追究し、フルカラーでわかりやすく解説する。放射線科医、呼吸器内科医のみならず、HRCT読影に携わる一般内科医に広く有用。

訳: 高橋雅士 友仁山崎病院 病院長

定価: 本体7,400円+税
B5 頁308 図6・写真597 フルカラー 2014年
ISBN978-4-89592-786-4

肺HRCT
エッセンシャルズ

読影の基本と鑑別診断

Fundamentals of
High-Resolution Lung CT

読影の基本と鑑別診断

著: 高橋雅士

定価: 本体7,400円+税
B5 頁308 図6・写真597 フルカラー 2014年
ISBN978-4-89592-786-4

MedSi

メディカル・サイエンス・インターナショナル

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

神経症状の診かた・考えかた

General Neurologyのすすめ

福武 敏夫 ● 著

B5・頁360
定価：本体5,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-01941-5

亀田メディカルセンターの福武敏夫先生が「General Neurology」の素晴らしい書籍を上梓された。本書には一人の卓越した臨床家の手になる、まさに「臨床の叡智の結晶」というべき内容がつづられている。

「序」に福武先生が述べておられるように、Adams and VictorのPrinciples of Neurologyの初期の版には、「筆者はこう考える」という一節が随所があり、筆者の深い臨床経験に裏付けられた、説得力のあるコメントが添えられていた。福武先生も愛読され、こうしたスタイルを引き継がれて、本書には先生

による貴重なコメントが数え切れないほどちりばめられている。評者はかつて、日本神経学会専門医認定委員会での専門医試験の問題作成にあたって、委員を務めておられた福武先生の臨床の深さに感心することしきりであった。本書をひもとく読者も、「なるほど!」と納得されるであろう。

欧米の神経学科の外來診療は、通常まず「General Neurology」が担当し、必要に応じてアルツハイマー病、脳卒中、てんかん、運動異常症、神経筋疾患などの専門外來にreferされる。頭痛などのcommonな疾患はそのまま「General Neurology」が診療することになる。わが国ではスタッフ数の差が歴然としているために、このような分

＼ 本書は、前半の総論において検査を依頼する主治医とそれに応える検査者の両者が知っておくべき基本事項を述べている。ここでは、経胸壁および経食道心エコーの基本断面や基本計測に加え、心機能計測、弁疾患や短絡疾患などにおける定量計測の方法、注意点について述べている。

後半の各論においては、実際の心エコー検査の依頼を想定し、依頼目的欄に記されることが多い症状や身体所見の異常、基礎疾患、主な心疾患などに項目分けし、それぞれで主治医が検査依頼する際の疾患のとらえ方、検査(者)へ求めるもの、検査者がそれに応じてどう応えるべきかが簡潔に述べられ、さらには想定外の異常を見つけた際の考え方にまで踏み込んでいる。本書により、検査者は臨床のそれぞれの場面で心エコーに何が求められているか、どう応えるべきかを知ることができ、主治医は心エコーに何を求め、それをどう伝えるべきかを理解することがで

【評者】西澤 正豊
新潟大脳研究所所長・神経内科学

業体制をとれる施設はほとんどないので、外來担当医は神経疾患全般に通暁していることが求められる。

特に頻度の高い神経疾患にアプローチするにはどのような注意が必要か、神経救急の現場では、緊急を要する神経疾患にはどのようなものがあり、どのようにアプローチすべきなのか、こうした基本的なプロセスを示し、考え方の道標となるべき良書はこれまでなかった。本書が執筆された目的の一つはこの点にあり、その目的は十分に達成されている。

興味深いのは、「『奇妙』な症状」を呈した患者さんについての記載である(第I編 第7章)。「気のせい」「医学的に理解できない」などと切り捨てられがちな34症例が挙げられていて、大変参考になる。重複して引用されている症例は、それぞれの引用先まで戻らねばならないのが、本書では唯一残念なところで、機会があれば、ぜひまとめて読めるようにしていただきたい。

最近の医学生はテキスト離れが進んでいるが、医学生にも、そして神経学を学ぶ研修医、学生や研修医を指導する立場の専門医・指導医にも、「General Neurology」に関する前例のない、優れた入門書として、本書を強く推薦したい。

きるであろう。

本書のもう一つの大きな特徴として、執筆者が全て北海道の心エコー専門医と技師ということがある。かつて北畠顕先生(北大名誉教授)により北海道の地にまかれた心エコーの種を、本書の監修をされた三神大世先生が大切に育て、編集に携わられた湯田聡先生、山田聡先生、赤坂和美先生らにより北海道全体で今大きく花を開かせている。つまり、本書は北海道の心エコーの集大成であるともいえる。明治当初に北海道の厳しい自然の中で開墾・開拓していくためには、人々の協力、コラボレーションなくしてはなし得なかったであろう。本書は、そのような北海道だからこそ生まれた主治医と検査者のコラボのための一冊である。

心エコー検査に携わる医師、技師はもちろん、依頼する多くの循環器医、他科の医師にもぜひ利用いただきたい一冊である。

ユマニチュード入門

本田 美和子、イヴ・ジネスト、ロゼット・マレスコッティ ● 著

A5・頁148
定価：本体2,000円＋税 医学書院
ISBN978-4-260-02028-2

フランス発の認知症高齢者ケアメソッド「ユマニチュード」の待望の解説書が登場した。

日本が人類史上経験し得なかった高齢社会を迎えるに当たって認知能などの機能低下のある高齢者の増加に医療・介護・福祉がどのような姿勢をもって臨むのかということに関しては、主としてヒューマンリソース等のシステムに関する議論が、現時点では多いように思う。そして、ユマニチュードのようなケアメソッドが、今あらためて注目されているのは、医療や看護の領域から具体的なケア現場への発信が、必ずしも十分ではなかったことが背景にあるかもしれない。

ユマニチュードという言葉は「人間らしさの回復」といった意味を持つ。そしておそらく、現象学あるいはメルロ＝ポンティの身体論などの大陸哲学の影響があると思われるが、人間らしさとは、他者との関係性の中で保証され、「立つ」という身体機能に多くを依っているのだという原理に基づいている。ユマニチュードは、その具体的なケアの実践体系である。

ユマニチュードの柱は、「見る」「話す」「触れる」、そして特別な地位を与えられている「立つ」の4つである。「見る」については、特に視線をとらえることがキーである。「話す」ことは「あなたはここにいる」という表現をすることであるとされ、それゆえ喋らない人にも語りかけねばならない。「触れる」ことが脳にもたらす情報量の豊富さが示され、特に5歳の子どものくらいの力で触れることが強調される。そして「立つ」ことは人間らしさの根源に関わることであり、この立つ時間を確保するために他の3つの柱があるといっても過言ではない。本書は、これらが魅力的なイラストとともに、わかりやすい日常言語で説明され

【評者】藤沼 康樹
医療福祉生協連家庭医療学開発センター長

ており、非常に読みやすい。本書は病院や施設の高齢者ケアの現場を想定して書かれているが、評者のような地域の家庭医にとっても非常に

参考になる。例えば、外來通院中のアルツハイマー病の患者で、診察室では無表情でいつも壁を見ているのだが、ある日評者が前方に回りこんで、視線をとらえて、「こんにちは～」と語りかけたところ、ニコッと笑顔になり、付き添って来られたご家族もびっくりされたという経験がある。また、在宅医療に携わる医師ならば誰しも経験するところだが、例えば病院入院中

に誤嚥があったためベッド上で食事がとれないという評価で退院してきた患者が、必要に迫られて立位になったり、室内で少しの歩行を繰り返すことで驚くほど食事がスムーズになっていくことがある。感覚的に「立位」の意義はわかっていたが、こうしてユマニチュードで強調されていることで再確認できた。

ユマニチュードで展開されているメソッドは、実際にはこれまで高齢者のケアに携わってきた優秀な専門職の間では常識といえる部分もある。しかし、その常識はどちらかという倫理や価値観を基盤にしていたかもしれない。ユマニチュードはそれらを、理論的基盤から説き起こし、具体的に他者に伝えることができ、施設のシステムの改革に結びつけられる形に展開していることが新鮮である。

高齢者のケアに関わる全ての専門職の方たちに一読を薦めたい。

@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。

「今日の治療指針2014年版」には、
スマートデバイス閲覧権が付いています。
本書をお持ちの方は、今すぐお申し込みください。

無料

お申し込み手順

- 1 本書に挟み込まれている専用申込書に、必要事項をご記入の上、ポストに投函してください。
※お申し込みは、専用申込書でのみ受け付けております。
- 2 ライセンス証書が郵送されたら、スマートデバイスに「Medical e-Shelf」アプリをインストールします。
- 3 初回のみ、ライセンス認証を行います。

スマートデバイス版の特長

- 1 章から疾患項目を選び全27章、1,121疾患項目の見出しから参照
- 2 キーワード検索
検索ボックスにキーワードを入力すると、該当項目一覧を表示(スペースで区切れば、and検索も可能)

※スマートデバイスの動作環境
iOS(4.3以降)端末:iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
Android端末:Android2.3以降搭載のスマートフォン、3.2以降搭載のタブレット
別途Medical e-Shelf(MeS)アプリ(無料)のインストールが必要です。

今日の治療指針2014年版

【監修】山口 徹・北原光夫 【総編集】福井次矢・高木 誠・小室一成

●デスク判(B5) 頁2128 定価：本体19,000円＋税 [ISBN978-4-260-01868-5]
●ポケット判(B6) 頁2128 定価：本体15,000円＋税 [ISBN978-4-260-01869-2]

医学書院

新刊

わかりやすく飽きさせず、しっかり理解できる“ちょうどよい”入門書

ペコリーノがんの分子生物学

第2版

メカニズム・分子標的・治療

Molecular Biology of Cancer: Mechanisms, Targets, Therapeutics, 3rd Edition

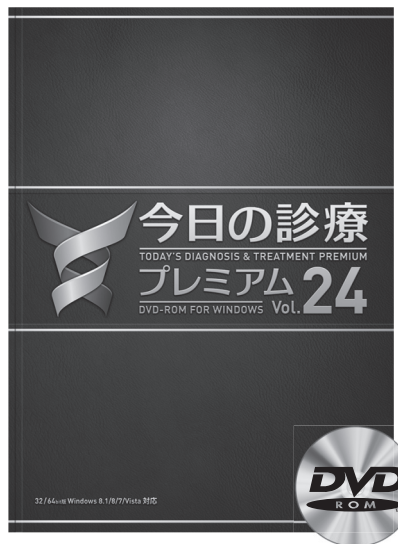
▶がんの発生から進展にいたる諸過程のメカニズムを遺伝子、分子のレベルで簡明に解き明かしコンパクトにまとめた入門書、初の改訂。基礎理論と臨床、創薬とを結びつけ、治療戦略に向けた理解を深めることができる。改版に際し、情報を細部にわたり更新し全面的にアップデート、訳文も精査し完成をさらに高めた。基礎系から臨床系まで、初学者の1冊目として、また、がんプロフェッショナル育成プログラムの教科書としても最適。

監訳：日合 弘 京都大学名誉教授
木南 凌 新潟大学名誉教授

定価：本体4,600円＋税
B5変 頁348 図・写真118 2014年
ISBN978-4-89592-787-1

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

最新の医学知見を網羅した、総合診療データベース



今日の診療 プレミアム Vol.24 DVD-ROM for Windows

●DVD-ROM版 2014年 価格：本体78,000円＋税 [JAN4580492610025]

パソコンだけでなく、
スマートフォン・タブレット端末
でも「今日の診療」をご利用
いただけるようになりました。



※スマートデバイスの動作環境
iOS(4.3以降) 端末：
iPhone(4以降)、iPad、iPod touch(第4世代以降)
Android端末：
Android2.3以降搭載のスマートフォン、
3.2以降搭載のタブレット
別途Medical e-Shelf(MeS)アプリ(無料)のインストールが必要です。

医学書院のベストセラー書籍14冊、約90,000件の収録項目から一括検索



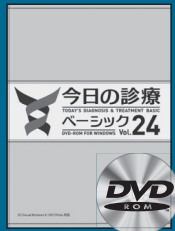
治療薬検索は独自機能でさらに便利に

「治療薬検索」機能では、「薬品名」「適応症」「禁忌」「副作用」「薬効分類」「製薬会社」の各条件から検索が可能。目当ての治療薬情報に、瞬時にたどり着けます。

データはパソコンにインストール可能

本商品(DVD-ROM)のデータは、パソコンにインストールすることができます。一度インストールしておけば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。
※インストール後、インターネット経由でのオンラインライセンス認証が必要です。本商品をインストールしたパソコンがインターネットに接続していても、インターネットに接続できるパソコンがあれば、認証作業を行うことができます。

骨格をなす8冊を収録した
「今日の診療 ベーシック Vol.24」も
ご用意しております



**今日の診療
ベーシック Vol.24**
DVD-ROM for Windows
価格：本体59,000円＋税 [JAN4580492610049]

※「今日の診療 ベーシック Vol.24」には、
スマートデバイス閲覧権は付与されません。

収録内容詳細

プレミアム・ベーシックともに収録

- ① 今日の治療指針 2014年版 Update
付録の一部を除く全頁を収録
- ② 今日の治療指針 2013年版
付録の一部を除く全頁を収録
- ③ 今日の診断指針 第6版
付録を除く全頁を収録
- ④ 今日の整形外科治療指針 第6版
- ⑤ 今日の小児治療指針 第15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 2013-2014
付録の一部を除く全頁を収録
- ⑧ 治療薬マニュアル 2014 Update
付録の一部を除く全頁を収録

※書籍とは一部異なる部分があります

プレミアムのみに収録

- 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
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版
序・付録を除く全頁を収録
- ⑬ 急性中毒診療レジデントマニュアル 第2版
- ⑭ 医学書院 医学大辞典 第2版

2014年10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	11 増刊 Vol.78 No.11 1部定価：本体2,400円＋税	脳血管疾患最前線	臨床整形外科	10 増刊 Vol.49 No.10 1部定価：本体2,500円＋税	検診からわかる整形外科疾患
medicina	10 増刊 Vol.51 No.10 1部定価：本体2,500円＋税	すぐ役に立つ 呼吸器薬の標準的使い方	臨床婦人科産科	10 増刊 Vol.68 No.10 1部定価：本体2,700円＋税	診療ガイドライン婦人科外来編2014 —改訂と追加のポイントを読み解く—
medicina	増刊 Vol.51 No.11 特別定価：本体7,200円＋税	CT・MRI“戦略的”活用ガイド	臨床眼科	10 増刊 Vol.68 No.10 1部定価：本体2,800円＋税	第67回日本臨床眼科学会講演集(8)
JIM	10 増刊 Vol.24 No.10 1部定価：本体2,200円＋税	帰してはいけない疾患を除外した後の外来診療	臨床眼科	増刊 Vol.68 No.11 特別定価：本体8,500円＋税	ターゲット別！画像診断お助けガイド —基本画像から最新モダリティまで—
糖尿病診療マスター	増刊 Vol.12 No.7 1部定価：本体2,700円＋税	患者さんの問題解決！糖尿病食事療法	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	10 増刊 Vol.86 No.11 1部定価：本体2,600円＋税	インフルエンザ
呼吸と循環	11 増刊 Vol.62 No.11 1部定価：本体2,700円＋税	CABGを科学する	臨床泌尿器科	10 増刊 Vol.68 No.11 1部定価：本体2,800円＋税	泌尿器科医のためのクリニカル・パール①
胃と腸	10 増刊 Vol.49 No.11 1部定価：本体3,000円＋税	胃癌ESD適応拡大病変の経過と予後	総合リハビリテーション	10 増刊 Vol.42 No.10 1部定価：本体2,300円＋税	総合病院におけるリハビリテーション —急性期を中心に—
BRAIN and NERVE	10 増刊 Vol.66 No.10 1部定価：本体2,700円＋税	分子を撃つ —神経疾患治療の新しい水平線—	理学療法ジャーナル	10 増刊 Vol.48 No.10 1部定価：本体1,800円＋税	安全管理
精神医学	10 増刊 Vol.56 No.10 1部定価：本体2,700円＋税	良質かつ適切な医療の提供 —改訂精神保健福祉法41条の具体化—	臨床検査	11 増刊 Vol.58 No.12 1部定価：本体2,200円＋税	甲状腺疾患診断NOW／ブラックボックス 化からの脱却—臨床検査の可視化—
臨床外科	10 増刊 Vol.69 No.10 1部定価：本体2,600円＋税	直腸癌局所再発に対する治療戦略 —新たな展開—	病院	10 増刊 Vol.73 No.10 1部定価：本体2,900円＋税	チーム医療における病院薬剤師の役割
臨床外科	増刊 Vol.69 No.11 特別定価：本体8,200円＋税	ERAS時代の周術期管理マニュアル			



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