

2015年6月15日

第3129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

- 第58回日本糖尿病学会……………1面
- [寄稿]エビデンスに基づく予防医療のススメ(西原悠二、八重樫牧人)……………2面
- [連載]ジェネシャリスト宣言……………3面
- [連載]クロストーク日英地域医療…4面
- [連載]還暦「レジデント」研修記(新)/[視点]「うっかりドーピング」を防ぐ適切な薬物治療の支援を(笠師久美子)……………5面
- MEDICAL LIBRARY,他……………6—7面

糖尿病診療の一層の進化をめざして

第58回日本糖尿病学会学術集会開催

第58回日本糖尿病学会が、2015年5月21—24日、谷澤幸生会長(山口大学大学院)のもと、「糖尿病学の進化と深化——サイエンスとヒューマニティーの融合」をテーマに開催された。海峽メッセ下関(下関市)を中心に9つの施設が会場となった今学会。本紙では、高齢糖尿病患者診療の在り方に関するシンポジウムの模様を紹介する。

超高齢社会の進展に伴い、高齢糖尿病患者の診療機会が急増している。高齢になると併存疾患が多くなる他、認知・生活機能の低下なども生じるため、患者の症状に応じた診療・療養指導が一層重要になる。2015年5月には、高齢者の糖尿病診療指針を作成するための委員会が日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同で設立されており、高齢糖尿病患者への適切な診療の在り方を求める動きが見られている。シンポジウム「超高齢化時代の糖尿病診療」(座長=都健康長寿医療センター・荒木厚氏、東女医大東医療センター・佐倉宏氏)でも、高齢者の糖尿病診療について議論が交わされた。

高齢者特有の病態を理解する

まず千葉大大学院の小林一貴氏が、高齢者糖尿病の病態と特徴を解説した。加齢に伴う体組成変化や、インスリン初期分泌の遅延・低下、運動量の減少など、高齢者の耐糖能低下の要因は多岐にわたる。また、高齢患者では低血糖も頻発・重症化しやすいと指摘。低血糖状態はADL低下や生活機能障害、認知症と相互に悪影響を及ぼすことから、低血糖回避を主眼とした

緩やかな血糖管理が重要になると述べた。また氏は、高齢者の高血糖を適切に是正し得る追加薬の一例として、多施設共同で実施したDPP-4阻害薬シタグリプチンによる血糖管理の結果を報告。1剤目にインスリン抵抗性改善薬を服用し、治療前のHbA1cが高値な高齢患者ほど、シタグリプチン追加によるHbA1c低下効果が大きく得られたという。一方で、1剤目の違いや年齢によって有害事象の発生に有意な差は認められなかった。高齢糖尿病患者への適切な治療方針を確立していくには、高齢者を対象とした臨床的知見のさらなる集積が必要になるとの見解を示した。

糖尿病とサルコペニア、フレイル(虚弱)の関係について説明したのは梅垣宏行氏(名大大学院)。サルコペニアは骨格筋肉量の減少に加え、筋力または身体機能の低下を特徴とする老年症候群の一つ。糖尿病患者はインスリン抵抗性による筋肉の合成の低下が背景となり、非糖尿病患者と比較してサルコペニアの発生リスクが高く、フレイルも来しやすいという。在宅医療を受ける高齢患者を対象としたコホート研究を実施し、糖尿病がADL低下に与える影響を分析したところ、総合的なADLは糖尿病の有無による有意差はみられなかったものの、経時的にみると糖尿病患者のADLのほうが低下しやすいことがわかった。サルコペニアやフレイルは可逆的で、改善できる状態であるため、早期の運動・食事療法などの介入によってサルコペニアやフレイル、ひいては患者のADL低下予防に努めることが重要だと訴えた。

糖尿病の血糖管理不良は認知機能低下のリスクとなること、2型糖尿病ではアルツハイマー病(AD)や血管性認知症の発症リスクが高まることが報告されている。認知症患者を多く診療する立場から、羽生春夫氏(東医大)が登壇。AD初期では遅延再生障害と時間の見当識障害を認めやすく、簡便なスクリーニング法としてMMSE、1分間スクリーニング法、MoCA-Jなどを提示。MRIやSPECTなどの脳画像検査も用いることで、糖尿病患者の早期認知症や認知機能低下の検出は可能だという。さらに氏は、AD病理や血管性病変とは異なる特徴を示す認知機能が低下した糖尿病患者の一群を「糖尿病性認知症」として紹介。この病態では、血糖管理によって認知機能が改善する可能性があり、コントロール・予防可能な認知症だと述べた。糖尿病患者の認知機能低下はインスリン自己注射が困難となる要因にもなり、治療やケアの観点からも早期発見が欠かせないと強調した。

個々に合わせた血糖管理目標を

「高齢者は多剤併用や薬物動態の変化など、さまざまな要因を考慮して治療薬を選択、使用する必要がある」。こう話した吉岡成人氏(NTT東日本札幌病院)は同院での調査から、食事・運動療法のみで血糖管理が可能な患者は加齢に伴い減少し、経口糖尿病治療薬やインスリンを利用する患者の割合が増え、それに起因する有害事象も増加すると述べた。その要因として、併存疾患増加による多剤併用、慢性疾患による長期服用、薬物動態変化による過量投与、視力・聴力・認知機能低下によるアドヒアランスの低下などを列挙。特に、服用薬剤数と有害事象や転倒の発生頻度には正の相関があることから、多剤併用を避けるために、①予

防薬としてのエビデンスの妥当性、②対症療法の有効性、③薬物療法以外の治療法の有無、④使用薬剤の優先順位を意識した処方方を求めた。

加古川西市民病院の永田正男氏は、同院の症例を用いて高齢糖尿病患者へのインスリン治療法を紹介した。インスリン治療が必須となる1型糖尿病の高齢患者に対しては1日4回のインスリン頻回投与法を原則とし、患者の生活環境に応じたインスリン治療を実施しているという。一方、2型糖尿病患者も、経口糖尿病治療薬の長期服用によりインスリンを分泌するβ細胞が減少し、インスリン治療が必要になるケースが多いと指摘。基本的には経口糖尿病治療薬と基礎インスリンを併用するBOT療法が推奨されるが、インスリン追加分泌能力が乏しく、食後高血糖を来す患者に対しては、超速効型のインスリンを用いる治療法を候補として挙げた。また、インスリン自己注射ができない患者であれば、訪問看護師による42時間有効の超持続型インスリン投与を一例として提案。簡便かつ患者のQOLを損なうことのない治療法を一人ひとりに合わせて検討していく重要性を呼び掛けた。

最後に登壇した座長の荒木氏は、高齢糖尿病患者の治療は、合併症予防が目的であれば厳格に、心身機能・QOL維持が目的であれば柔軟に血糖管理を行う必要があると話した。目的の設定については、年齢、認知機能、身体機能、低血糖リスク、社会サポートの有無を判断基準として提示。その上で、J-EDIT研究や海外の研究結果を紹介し、高齢者はHbA1c 7.0%未満で脳卒中、転倒、骨折、重症低血糖のリスクが、HbA1c 8.0%以上で老年症候群(認知機能低下、ADL低下、サルコペニア、フレイルなど)のリスクが増大するため、HbA1c 7.0%以上8.0%未満が種々のリスクが最も低いと説明した。最近の海外の糖尿病治療ガイドラインでは、血糖管理の目標値が2—3段階に分けられていることから、日本でガイドラインを作る際にも、患者の認知機能や身体機能評価の指針を設け、個々に合わせた目標設定が可能となる指標作りが求められると訴えた。



●シンポジウムの模様

糖尿病関連書

医学書院

糖尿病に強くなる!

療養指導のエキスパートを目指して

編集 梶田 出

治療が生活に密着し、その主体は患者自身という糖尿病の療養生活は、山あり谷ありで、ドロップアウトしがち。多くの壁を乗り越え、無理なくセルフケアを行えるよう、患者のもつ力を最大限に引き出す療養指導の「プロ」としてのあなた自身、そしてチームに必要な知識・スキルが詰まった1冊。

●B5 頁224 2015年 定価:本体2,600円+税 [ISBN978-4-260-02102-9]



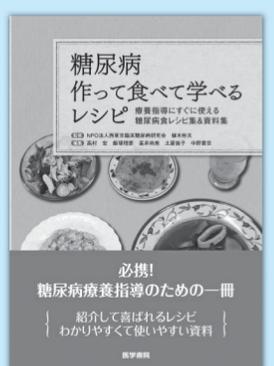
糖尿病 作って食べて学べるレシピ

療養指導にすぐに使える 糖尿病食レシピ集&資料集

監修 NPO法人西東京臨床糖尿病研究会・植木彬夫
編集 高村 宏・飯塚理恵・高井尚美・土屋倫子・中野貴世

NPO法人西東京臨床糖尿病研究会での長年の調理実習のレシピ、一般開業医への管理栄養士紹介事業での資料をまとめた1冊。美味しく満足のいくレシピと医療者が食事指導・栄養相談に使える具体的でわかりやすい資料が満載。

●B5 頁192 2015年 定価:本体2,000円+税 [ISBN978-4-260-02107-4]



寄稿

エビデンスに基づく予防医療のススメ

西原 悠二¹⁾, 八重樫牧人²⁾ 亀田総合病院総合内科 後期研修医¹⁾, 部長²⁾

●にしはら・ゆうじ氏
2012年熊本大医学部卒。熊本赤十字病院を経て、14年より現職。

●やえがし・まきと氏
1997年弘前大医学部卒。亀田総合病院、在沖米海軍病院を経て、2000年より米国へ。セントルークス・ルーズベルト病院などの施設で内科、呼吸器内科、集中治療研修を修了し、06年より亀田総合病院。10年より現職。

かかりつけ医がいれば適切な予防医療も推奨してくれると考えている患者は多い。しかし、日本の外来診療で、表の項目に挙げられるような予防医療が提供されているだろうか。

一方で、米国では事情が少し異なっている。内科専門医や家庭医療専門医がかかりつけ医として継続的に成人の外来診療を行う際には、健康増進(ヘルスマイntenランス)として、U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF; 米国予防医学作業部会 ※予防接種以外)¹⁾ や Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP; ワクチン接種に関する諮問委員会 ※予防接種のみ)²⁾ の推奨に基づく予防医療が提供されている。

米連邦政府の下部組織である USPSTF では、エビデンスに基づき、幅広く予防医療として推奨する項目(12 カテゴリーの94項目 ※執筆時点)を定めている(推奨度 A: 強く勧める, 推奨度 B: 勧める, 推奨度 C: 中立, 推奨度 D: 勧めない, 推奨度 I: データ不十分)。がん検診に加え、うつ病や転倒などの健診と、カバーする領域が広いだけでなく、各専門学会からの推奨よりもエビデンスに忠実でバランスが取れている点で特徴的だ。米国ではそれらの項目が患者に提供されていれば、「良質の医療を提供している」として医師/外来に診療報酬が付く。むしろ提供されていなければ減点されることも多く、「実践できて当然のもの」として、全ての内科専門医と家庭医療専門医はこれらの項目に精通しているのだ。

情報提供から始まる予防医療

予防医学の概念を日常診療に組み込むことで、外来患者にもたらされるメリットは大きい。いくつか列挙したい。

- 毎年、便潜血の検査を行うことで、大腸がんによる死亡率が15-33%減少(Ann Intern Med. 2008 [PMID: 18838717])。
- 約1000例の妊娠に1例は神経管閉鎖障害だが、葉酸0.4-0.8mg/日内服でリスクを48%低下させる(Ann Intern Med. 2009 [PMID: 19414842])。
- 骨粗鬆症は骨折の大きなリスク。大腿骨頭部骨折の患者の1年後死亡率は男性で37.5%、女性で28.2%。骨密度測定で骨粗鬆症が見つかることで、薬物治療により骨折率を減少させる(J Bone Miner Res. 2005 [PMID: 15746995])。

こうした予防医療が、日本のかかりつけ医から提供されづらい背景の一つに、無症状に対する介入には保険診療が適応されないと健康保険法第1条で定められていることが挙げられる。し

●表 亀田総合病院総合内科で配布するプリント『健康であるために』の項目一覧(一部抜粋・改変して転載)³⁾

<p>【予防接種】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●肺炎球菌ワクチン 65歳以上もしくは持病(心, 肺, 肝, 腎, 糖尿病等)のある方に(2種類あり)。 ●インフルエンザワクチン 全ての方に毎年。 ●破傷風ワクチン 全ての方に。初回は3回, その後10年ごと(三種混合も含む)。 ●B型肝炎ワクチン 糖尿病(特に60歳未満)・透析患者/慢性肝疾患・B型肝炎患者の家族・医療従事者の方などに。 ●HPV(ヒトパピローマウイルス)ワクチン 子宮頸がん予防として26歳以下の女性に(積極的推奨差し控へ中)。 ●帯状疱疹ワクチン 60歳以上の方に(日本では水痘ワクチンで医学的には代用可能)。 <p>【がん検診】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●大腸がん検診 50-75歳(便潜血検査毎年2回か, 大腸内視鏡検査3-10年ごと), 家族歴がある方は要相談。 ●胃がん検診 50歳以上(胃バリウム検査を1-3年ごとか, 上部消化管内視鏡検査を2-3年ごと)。 ●乳がん検診 40歳(もしくは50歳)-75歳(マンモグラフィを2年に1回)。 ●子宮頸がん検診 性交開始後21-65歳(子宮頸部擦過細胞診を3年に1回)。 ●肺がん検診 55-80歳, 喫煙歴(1日1箱×30年以上相当)のある方のみ(低線量肺CTを毎年)。 	<p>【生活習慣病】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●高血圧/脂質異常症/糖尿病(血糖値とHbA1c)/肥満/喫煙/飲酒(適量可)/運動/歯科受診 <p>【全般】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●骨粗鬆症 65歳以上の女性(X線写真による骨密度測定)。 ●転倒予防 65歳以上(転倒しやすければビタミンDとリハビリ)。 ●腹部大動脈瘤 65-75歳の喫煙したことがある(生涯で100本以上)男性に(腹部超音波検査1回)。 ●淋菌・クラミジア感染症 性交の経験がある女性(尿か, 子宮頸部のPCR検査)。 ●うつ病 2週間以上のうつ気分・興味の減退があれば。家庭内暴力も。 <p>【特定の方に】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●性行為感染症の危険性がある方に HIV・梅毒・B型肝炎, C型肝炎の検査。 ●妊娠を考へている方に 葉酸を毎日0.4mg内服, 風疹抗体検査。 ●高齢の方に 介護保険(総合相談室で相談), 事前指示(かかりつけ医と相談)。
--	--

かし、かかりつけ医が患者の自費負担となる予防接種を提供することや、胃がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がん・肺がん検診を推奨し、患者に市町村の検診を受けるよう促すことに何ら問題はない。

「忙しい外来で実践するのは難しい」という声もあるだろう。そこで亀田総合病院総合内科では、エビデンスに基づく予防医療を患者に提供しやすくする方策として、『健康であるために』と題したプリントを作成した。先述した米国のガイドラインで推奨された項目(USPSTFの推奨度A・Bの項目, ACIPの推奨予防接種)などに基づいて作成したもので、平易な言葉で用紙一枚にまとめている(表)³⁾。2014年12月より、かかりつけの患者全員に、医師を受診する前にスタッフから渡すようにした。

こうした情報提供を行うことで、患者側も「推奨される予防医療は何か」がわかる。医師と患者の間で共通認識を持てるため、こちらから各項目を推奨する際に説明がスムーズに理解されやすく、同意も得られやすい。中には「私も肺炎球菌ワクチンを受けたほうがいいですか?」と患者から医師に聞いてくることもあるほどで、予防医療の実践につながりやすいと実感している。

患者からの評価も上々だ。アンケート(43件)の結果、「非常に参考になり、先生と相談して予防医療に取り組んでいこうと思いました」「役に立つと思います、役場へ持っていき、見せてみました」などの声が聞かれ、回収した

76%、有効回答数に絞ると97%でポジティブな評価が得られている。

提供する予防医療は吟味も必須

もちろん、誰にでも全ての予防医療を提供すればいいわけではない。対象となる患者に合わせ、慎重に選ぶ必要がある。がんの検診も、将来に末期がんとなることを予防できてこそ利益が見込まれる。よって、①悪性腫瘍が見つかった場合に治療が行える患者であること、②治療によって予後の改善が望める患者であること、③相当先の将来まで生存すると予想される患者(例:10年以上)であることが、がん検診対象の条件になろう。例えば、「重度の認知症がありADLが非常に低下している患者」には、スクリーニングの対象年齢であってもがん検診は勧められない。しかし、この場合も肺炎球菌やインフルエンザの予防接種は有益である。このように、対象となる患者の全体像を診て、各項目を吟味し、患者と話し合いながら、適切な予防医療を実施する必要がある。

また、USPSTFやACIPで推奨されている項目であっても、日本の事情・背景・データに合うか、その妥当性を検討することも重要だ。日本国内の研究で、明らかに有効性を否定するような良質なデータがあるのなら、推奨は控えねばならない。例えば、「冠動脈疾患・脳梗塞のリスクが高い患者に低用量アスピリンを予防的に内服するこ

と」。これはUSPSTFでは推奨されているが(推奨度A)、日本では有効性を否定するJPPP研究があるため⁴⁾、われわれも推奨はしていない。もちろん逆のケースもある。日本で発症の頻度が高く、国内のガイドラインで推奨される胃がん検診は項目に取り入れた。以上のように、提供する予防医療は検討される必要がある。われわれも引き続き、USPSTFやACIP、原著論文を批判的吟味しながら、日本の患者に推奨できる事項をアップデートし、情報提供を行っていくつもりだ。

*

今回の寄稿には、日本の外来でも患者に予防医療を提供可能であると知っていただきたいという思いが根底にあった。提示した表はウェブ上³⁾での閲覧も可能なので、活用していただければ幸いである。日本のかかりつけ医がエビデンスに基づく予防医療を提供することで、予防可能な疾病で苦しむ患者が減り、多くの患者がより長く健康な人生を謳歌できることを切に望む。

●参考文献・URL

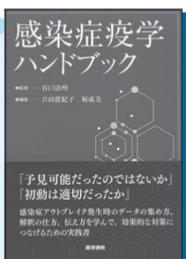
- 1) U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
- 2) Vaccine Recommendations of the ACIP. <http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/index.html>
- 3) 健康であるために。亀田総合病院総合内科ウェブページ。 <http://www.kameda.com/pr/health/index.html>
- 4) JAMA. 2014 [PMID: 25401325]

感染症アウトブレイクに対する連携と協働のために

感染症疫学ハンドブック

感染症アウトブレイク発生時のデータの集め方、解釈の仕方、伝え方を学んで、効果的な対策につなげるための実践書。国立感染症研究所実地疫学専門養成コース(FETP-J)出身者が中心となって執筆。医療機関、自治体、保健所のスタッフが知識と経験を共有して活動していく上で必須の1冊。

監修 谷口清州
編集 吉田真紀子
堀 成美



外来診療での実践的なコツを惜しみなく披露

クリニックで診る摂食障害

大好評の『摂食障害-食べない、食べられない、食べたら止まらない』に続く、摂食障害の外来診療に焦点を当てた第2弾。筆者の豊富な臨床経験をベースに、実践的な診療のコツを惜しみなく盛り込んだサブテキスト。苦手意識があっても本書を読めば、「患者の大部分は外来診療でよくなる」「治療は名人芸ではない」「ある程度の臨床力と熱意があれば誰でも治せる」といったメッセージに勇気づけられ一歩を踏み出せる!

切池信夫
大阪市立大学名誉教授



診

断とは、患者に起きている現象に対して相応する名前(コトバ)をつけてあげる作業をいう。その現象を時間で切れば「病歴」となり、空間で切れば「身体診察所見」となり、あるいは血液検査や画像検査所見となる。切り口はいろいろだが、それぞれのアプローチは病気という全体的で総合的な現象を部分的に説明したものだ。部分から全体を透かして見ることができれば、それが「診断」である。

ジェネ“ラ”リスト的に診断を考えると、「蹄の音を聞いたなら、シマウマではなく馬を探せ」と言われる。これは標語である。そこにはいくつかのメッセージが込められている。例えば、頻度の高い病気に遭遇する確率は、頻度の低い病気に遭遇する確率より高い、とか。それってトートロジーじゃないか、というツッコミもあるかもしれない。もちろん、トートロジーである。標語とはしばしばそういうものなのだ。

「シマウマを考えるな」ということは、「診断仮説を百花繚乱的に精査する方向に行くな」という戒めも内包している。発熱患者全員に家族性地中海熱の遺伝子検査をしたり、頭痛患者全員にMRIを撮ったりするのは面倒くさいし、コストがかかりすぎる。

もしかしたら、頭痛患者全員にMRIを撮るというアプローチは、学問的には興味深いアプローチなのかもしれない。例えば、ひどい頭痛と白質の強信号の関連性は、このようなポピュレーション・ベースドなアプローチから見いだすことができる。こういう知見は、逆算的にMRI所見からの頭痛診断に寄与するかもしれない。

しかし、それは——つまり「寄与するかもしれない」ということは——、未来の患者にとっての恩恵の可能性を示している、という意味でしかない。言い換えるならば、それはリサーチ・マターなのである。そのような情報は目の前の患者には直接的には恩恵を与えない(可能性が高い)。

目の前の患者に対する恩恵というのは、そのMRIを撮った場合と撮らない場合において、診療方針が大きく変わる場合において“のみ”に現れる恩恵だ。しかし、頭痛の治療は、MRI

The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

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

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学 / 神戸大学医学部附属病院内科

【第24回】

ジェネシャリスト診断学 その1 ジェネラルに考える

所見とは関係なく行われる。病気という現象の把握に「MRI所見」という新たな側面が加わっただけで、現象そのものの把握が変じたわけではない。

患者に関する情報を何でもかんでも手に入れようとするアカデミックなアプローチは“将来の”医学の発展に寄与する可能性がある(寄与しない可能性もある)。しかし、そのアプローチが目の前の患者の恩恵に直接的に寄与しないのであれば、MRIという検査の原資を患者のポケットや医療保険から捻出させるのは倫理的に間違っている。

医者への知的な好奇心が悪いということではない。ただ、そのような知的な好奇心、学問的満足を患者から得るのであれば、「私はあなたの病気をを使って私の知的な好奇心を満たしたい。ひょっとしたらそれは将来の患者の役にも立つかもしれない(立たないかもしれない)」旨を当該患者に表明し、MRIという検査の費用は自らのポケットマネーか、その他の妥当な研究費から捻出するのが筋であろう。患者に了解も取らず、あまつさえカネまで払わせて自分(医者)の知的な好奇心を満たすのは、はっきり言って詐欺行為である。

もちろん、そのような百花繚乱的な精査から恩恵を受ける患者だっているだろう。「まぐれ」というやつだ。たまたま偶然、(発症初期の)家族性地中海熱が診断される可能性だってある。たまたま偶然、脳腫瘍が見つかる可能性だってある。ただし、そのような幸運に恵まれる可能性は極めて低く、ほとんどの検査結果は空振りになる。

問題は、相次ぐ空振りがもたらす患者への心理的な悪影響である。ルーチンの検査が増えていくと、それらの結果を全て真剣にチェックし続けることはメンタル的に困難になる。空振りが増えればなおさらだ。ボクシングでも

相手に当たるパンチよりも空振りのほうが疲れるのだ(だそうです)。神戸市立医療センター中央市民病院では、数年間で3万件以上の胸部X線写真がオーダーされていたが、そのうち500件近くは読影されていなかった。その中に「X線を見るのを忘れていたために」見逃されていた肺がん患者もいた²⁾。

プライマリ・ケアにおける診断アプローチの要諦は、「初日で全勝する必要はない」である。発熱初日に家族性地中海熱を診断する必要はない。頭痛初日に脳腫瘍を診断する必要もない。そんなことに拘泥しているとより大きな失敗が待っているのだ。

最近のサッカーでは、前線からの守備が大事というが、前線で全てのボールを奪い取ろうとすれば、ヘトヘトになったフォワードはシュートを打つこともままならなくなってしまいうだろう。「前線からの守備が有効なときだけ、前線からの守備をする」のが正しい態度だ(だから、メッシを「走らない選手」と非難するのは間違っている。メッシは動くべきとき「だけ」動けばよいのだから)。

後医は名医である。言い換えれば、前医は名医ではない。それは必然的に、戦略的にそうあるべきなのだ。前医に必要なのは戦略的にシマウマを捨象し、戦略的に見逃す態度である。フォワードが“わざと”ボールを追っけない場面があるように。「後医は名医」は現象を観察した表層的な文句ではなく、戦略的な覚悟の表明なのだ。

そして、「前医は名医ではない」=フォワードが全てのボールを追っけない戦略には、ちゃんとバックアップと



いう担保が付いている。それが「後医」である。その話は、次回する。

●参考文献
1) Kurth T, et al. Headache, migraine, and structural brain lesions and function: population based Epidemiology of Vascular Ageing-MRI study. BMJ. 2011; 342: c7357. doi: 10.1136/bmj.c7357.
2) 北陸中日新聞 2014年5月1日. 中日新聞ウェブサイト. http://iryuu.chunichi.co.jp/article/detail/20140501131131612

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

個性の高い理学療法法の“現場”で役立つ待望の指針

今日の理学療法指針

いま“現場”で求められているのは究極の奥義ではない! 本書は、①誰もが実践できる具体的な治療/介入プログラムを本文と表で詳解、②学問的な体系にこだわらず臨床の処方状況を重視、一定以上遭遇する疾患・病態を網羅、③エビデンスや標準的な知見に基づいた知識と技術を統一フォーマットで解説、④臨床判断の流れをフローチャートで示した。個性の高い理学療法法の現場で奮闘する理学療法士のための“指針”がここにある。

総編集 内山 靖
編集 網本 和
白田 滋
高橋 哲也
淵岡 聡
間瀬 教史

新刊 一般医のための 高齢者糖尿病診療マニュアル



高齢化に伴って糖尿病患者が増加しており、どの診療科にもみられるようになっただけでなく、その予備軍と考えられる層も多い。これらの患者に対応するには、合併症や治療法などの糖尿病診療の知識に加えて、高齢者の特性を十分に理解し個々の患者に応じて総合的にマネジメントする必要がある。今後必須となる理解と知識を、高齢者の診療を行っている各診療科の医師、そして老年病に詳しくない糖尿病専門医にも役立つようにまとめた、実践的マニュアル。

編集 下門 顯太郎
東京医科歯科大学大学院医学総合研究科血液制御内科学 / 医学部附属病院内科教授
井藤 英喜
東京都健康長寿医療センター理事長

●定価:本体4,500円+税
●A5変 200頁 図12 2015年
●ISBN978-4-89592-820-5

あなたの診療科にもいる高齢糖尿病患者に対応する実践書

好評 病棟レジデント、病棟医のための 高齢患者診療マニュアル

80歳の父母にベストな医療を提供する自信はありますか?
●定価:本体4,500円+税
●A5変 頁276 図54・写真23 2013年
●ISBN978-4-89592-755-0

澤 直近の2回(第3115, 3122号)は、一次医療と二次・三次医療とのつながりという観点から、地域に存在する専門職種との連携を紹介してきました。今回はそれとは異なる形で行われる多職種協働について紹介させていただきます。

地域の専門家協働を ワンストップで請け負う SPOC

澤 イングランドの多くの地域には、「Single point of Contact (SPOC)」と呼ばれる組織(一部地域では「Single point of Access」)が存在しています。診療所(GP)と、地域に点在する訪問看護師や訪問理学療法士、栄養士などの多職種の専門家(団体)とを、「つなぐ」ことに特化した組織です(表)。

例えば、私の働く圏域(住民人口:約35万人)には約40か所の診療所があるわけですが、それら全ての診療所からの連携の要請を、このSPOCが電話で受け付けます。応じたSPOCオペレーターは、GPらの要望に沿って、当該の医療・ケアを提供してくれる専門家を選択し、電話を転送してくれる。直接つなげられない場合であっても伝言を受け、追って専門家に連絡するよう手配してくれるなど、柔軟に連携するための対応を行ってくれます。

川越 多職種への取り次ぎをワンストップで受ける点から、「Single point of Contact」というネーミングなわけですね。ちなみにNHSに位置付けられた組織ですか。

澤 はい。よって、私の地域に限らず他圏域にも存在しています。SPOCの拠点を見学したこともあります。人員は5人程度で、病院の一角を間借りして運営しているような組織でしたね。

SPOCの歴史はまだ浅く、私の地域での設立も2010年のことです。かつてGPは地域に点在する専門職のリソースを十分に把握しておらず、患者さんをつなぐことができていない状況にありました。しかし、このサービスが稼働し始めたことで、コミュニティにおける多職種協働が大きく進んだように見えます。もちろん、全ての地域で十分なレベルにあるとはまだ言えないと思います。

川越 それでも、SPOCという組織の在り方には関心を持ちました。実は、日本では2015年以降、「在宅医療・介

クロストーク 日英地域医療

川越正平 あおぞら診療所院長/理事長

澤 憲明 英国・スチュアートロード診療所 General Practitioner

企画協力: 国際医療福祉大学大学院 堀田聡子

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

第7回

地域における多職種との連携、ソーシャル・キャピタルの活用

護連携推進事業」の取り組みを全国の市町村ごとに進めていくことになりました¹⁾。日英間で医療制度、専門職能の仕組み・位置付けが異なるため単純な比較はできませんが、この事業を通して構築すべき機能の一部を、英国ではこのSPOCが担っているのではないかと思うのです。そう考えると、SPOCから学ぶこともありそうです。

澤 なるほど。日本では地域に存在する専門職の情報を、これまではどのようにして得ていたのですか。

川越 SPOCが連携する専門職種を見ると、日本の市中病院規模の医療機関であれば所属しているであろう専門職種です。また、平均的な訪問看護師であれば、通常業務の中で提供している機能も多いようなので、日本では従来の仕組みであっても、地域のどこに連携を求めべきかについては、ある程度、共有されていたのだと思います。

澤 では日英で共通の課題にチャレンジしている段階と言えますね。

ソーシャル・キャピタルの活用で「社会的処方」を実践

澤 この他に、GPは「Age UK」²⁾という組織や「Health and Wellbeing Development Team」といった事業³⁾と協力して、社会的な支援を患者さんに提供することもあります。前者は英国最大のチャリティー団体で、後者はNHSの運営という違いはありますが、ともに利用者の性格・趣味・要望に合

わせ、地域のレクリエーションを行うクラブや、住民団体を紹介してくれる機能を有しています。

川越 地域のソーシャル・キャピタルへつなぐ組織がある、と。以前、英国のGPは「医学的な問題以外」の相談にも対応されるという話を伺いましたが(第3094号)、ここでも他職種との協働の形で実践がなされているわけですね。具体的には、どのように進められるのでしょうか。

澤 例えば、「社会的に孤立し、寂しさを訴える高齢患者」で、GPである私が第三者のサポートが必要だと判断した場合。まず、私からAge UKに「今、社会的に孤立して寂しさを訴える高齢者を診ている。彼の趣味は工作のようだ。彼に合ったサポートはないだろうか?」と電話で相談します。すると、Age UKはスタッフを派遣し、当該患者への聞き取り調査を行ってくれる。その上で、地域のアートクラブなど、患者さんに合う適切なサポートを行う組織へとつないでくれるんです。

川越 日本でそうした役割を担うことができているとしたら、地域包括支援センター職員や「気の利いた」ケアマネジャーだと思います。ただ、ここで注目したいと感じたのは、むしろGP側の視点です。

薬剤処方や生活指導といった言わば「狭義の治療」だけでなく、患者さんとの対話を通し、社会的な支援を行う。そうすることで患者さんの健康増進や予防にもなると、英国のGPは明瞭に自覚しているのだとわかりました。

澤 こうした支援を「社会的処方」(Social prescribing)と呼び、全人的な対応を担うGPとして大切な役割であると位置付けています。実際に地域の散歩クラブや読書クラブなどのサポートを患者さんに提供したことで、これまで「全身に痛みがある」と繰り返し訴えてきた方から痛みの訴えがなくな

った……なんてことも経験しています。その方にとって必要な“薬”は、薬剤ではなく、人とのつながりであったというわけです。

川越 単に「福祉領域との協働」という効果にとどまらない意義があるということですね。例えば、「行動変容が求められる糖尿病患者」や「うつ状態にある患者」。こうしたケースも、薬剤処方・生活指導に加え、地域を基盤としたサポートを活用したほうが治療戦略上に優れ、効果も期待できるケースが少なくないだろうと思います。澤 それはまさにGP的な発想です。

視点の違いは、構造の違いから生まれる?

川越 日本においてもそういった点に力を入れる医師はいますが、全ての医師がそうであるとは言えません。

しかし、強調しておきたいのは、それは“日本の医師の視野が狭いから”ではなく、日本の医療提供体制や制度設計によって“帰結的”にこうなっているのだらうという点です。

患者はフリーアクセスという「自由」や「権利」を有しているかのように見えます。しかし、この状況は患者自らが思い立たない限り、医療機関を受診することはなく、結果として医療機関・医療者は「待ち」の姿勢を取らされることになっているとも言え換えられる。症状が現れ、疾病というラベルが付いて初めて、医療者は本格的に住民と向き合い、深くかかわるようになるケースが多いというわけです。そう考えると、そこで働く医師らもまた、自分たちの役割はあくまでも「医療」であると認識していて、結果的に「福祉」や「ソーシャル・キャピタル」へのかかわりが薄くなるというのも無理からぬことなのでは、とも思っています。

澤 なるほど。とは言っても、超高齢化や社会の価値観の変化に伴い、現場の認識は変わってきていませんか?

川越 必要に迫られ、医療と介護とがオーバーラップするようになりつつあります。しかし、福祉との協働というと、まだ乏しいのが現実でしょう。医師が専門的な医療を地域で提供することだけでなく、介護や福祉との連携、地域の多職種によるアプローチ方法の充実を、これまで以上に考えていく段階にあると思います。

制度・枠組みの違い、結果として生まれる働き方の違いはありましたが、その違いを基に考えを進めてみると、多職種連携や医師に期待される役割にも新たなアイデアが得られそうですね。

●参考URL

- 1) 厚労省、介護保険の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の手引きについて。2015. <http://www.kana-kango.or.jp/wp/wp-content/uploads/2015/04/tuuti206.pdf>
- 2) Age UK. <http://www.ageuk.org.uk/>
- 3) South West Yorkshire Partnership NHS Foundation Trust. Local Support and Social Groups to aid independence and healthy living Pontefract. <http://www.southwestyorkshire.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/06/Network-10-Pontefract.pdf>

●表 SPOCがつなぐサービスの例

- Adult Community Nursing
……一般的な看護。訪問看護師。
- Pulmonary Rehabilitation
……COPD患者に対するサポート。二次医療の専門チームから看護師がアウトリーチ。
- Speech and Language Therapy
……嚥下機能評価を実施。言語聴覚士。
- Community Rehabilitation
……在宅リハを実施。理学療法士、作業療法士、栄養士など。

※地域の実情に応じて、SPOCがつなぐことのできるサービスは異なる。上記は澤氏の所属する地域での一例。

効果を最大限発揮するためのエビデンスに基づいた実践

認知リハビリテーション実践ガイド

Optimizing Cognitive Rehabilitation; Effective Instructional Methods

これまで症例ごとに個別に行われることが多かった認知リハビリテーションのアプローチを、本書は膨大なエビデンスに基づいて体系的にまとめた。まさに認知リハビリテーションを“最適化”するための実践的なガイドブックといえるだろう。高次脳機能障害のリハビリテーションに携わるすべてのスタッフ必読の1冊。臨床で使えるワークシート付き(Web付録)。

原著 M.M. Sohlberg
L.S. Turkstra
監訳 村松太郎
慶應義塾大学准教授・精神神経科学



Webでみられるバーチャルスライドが付いた新しい皮膚病理組織学の入門書!

実践! 皮膚病理道場 バーチャルスライドでみる皮膚腫瘍 [Web付録付]

本書はこれまでにない皮膚病理組織学の入門書。解説を読みながら、Web付録のバーチャルスライドを観察することにより、あたかも指導者が傍らについて手取り足取り指導してくれたかのような学習効果を得ることができる。皮膚科医が必ず押さえるべき皮膚腫瘍の病理診断を網羅したビギナーからエキスパートまで必読の1冊。日本皮膚科学会総会の好評教育講演が待望の書籍化!

編集 日本皮膚科学会



還暦「レジデント」研修記

24年ぶりに臨床に戻ることを決意した還暦医師の目に映った光景とは、全4回の短期集中連載でお伝えします。

人生の第4コーナーにさしかかって

第1回

Lee 李 啓充 大原総合病院内科

臨床(再)研修を受けるために、24年間住み慣れたボストンを離れて日本に戻ったのは昨年4月のことだった。還暦を過ぎてから「今浦島」として研修医をやり直すこととなったのだが、なぜそのような「暴挙」に及んだのかというと、そのそもその原因は、私の「特異体質」にあったので説明しよう。

1980年に京大医学部を卒業した後、私は、どこの医局に所属することもなく、後に、日本の医師臨床研修制度に大きな影響を及ぼすこととなる天理よろづ相談所病院・総合診療部で、ジュニアレジデントとして臨床研修を開始した。草創期の総合診療部において、今中孝信部長(当時)の指導の下、「患者のためとあれば上下の隔てなく忌憚ない議論を行う」カルチャーの中で存分にもまれる幸運に恵まれた。

研修修了後、勤める人があって出身大学の大学院に進んだ。しかし、天理と大学院のカルチャーの違いは大きく、医局のカンファレンスにおいて、天理時代と同じ調子で(上下の序列に頓着せず)ずけずけ発言し始めた私は、あつという間に、「生意気」のレッテルを貼られることとなった。大学院在籍中、「自分は医局講座制という環境の下では生きていけない『特異体質』の持ち主である」と、つくづく思い知らされた挙げ句に、私は、大学院修了と同時に医局と袂を分かったのだった。

母と父、太平洋を挟んだ子育てを終えて

その後、当時京大核医学科教室講師であった山本逸雄先生のご厚意で「居候」として研究を続けさせていただいたのだが、やがて、山本先生から、マサチューセッツ総合病院(MGH)への留学を勧められることとなった。所属医局を持たない「みなしご」であっただけに、私には、「米国で業績を上げて箔をつける」などという野心はさらさらなかった。「2-3年、米国での生活を思う存分楽しむぞ」という、いわば「よこしまな目的」で、1990年にボストンに渡ったのだった。

しかし、人生が思い通りにならないのは世の常で、私は、「2-3年」の当初の予定を越えてMGHに引き留められることとなった。しかも、「特異体質」のせいでも所属教室を持たなかったから、「帰ってこい」と呼び戻してくれる人もいなかった。ずるずるとボストンでの生活が長引くにつれて、妻・田

中まゆみ(1979年京大医学部卒)も私も、「3人の子どもたちを日本に連れ帰っても、日本の学校には絶対に適応できない。子どもたちの幸せを思ったら米国で大学を卒業させるのが最善」と確信するようになった。イェール大系列の病院で臨床研修を受けた妻が総合内科指導医として日本にスカウトされた後、「母は日本で子どもたちの学資稼ぎ、父は米国で子育て」という、太平洋を間に挟んだ役割分担が成立したのだった。

米国に届いた福島悲痛な叫びに帰国を決意

というわけで、MGHを退いた後も米国に残ったのは「子育て」が最大の理由だったのだが、やがて、米国で生まれた末っ子の大学卒業が近づくにつれ、私は子育てから解放された後の自らの身の振り方を考えるようになった。還暦という、「人生の第4コーナー」を回った後、最後の直線をどう走るかについて思案を巡らせ始めたのである。

そんなとき、医学部同級生の村川雅洋君(当時、福島医大病院長)から、彼が会長を務める学会での講演に招待したいとの申し出を受けたのだが、東日本大震災が起こったのは、その数か月後のことだった。続々と日本から送られてくる映像に心が凍る思いをさせられていた最中、医学部同級生のメーリングリストに、村川君から「震災発生時は東京出張中。肝心なときに留守をし、忸怩たる思いをしているのに、福島に向かう交通手段がなく困果果てている」とするメッセージが寄せられた。その翌日には「ようやく福島に戻ったものの、断水しているために水と食料(職員も含めて)・透析液等に不足を生じる可能性がある。どなたか、お助けいただけようだったら、ぜひご連絡を」とする、悲痛な「叫び」が寄せられたが、米国に住む私が助けになれるはずもなかった。

かくして、私は、村川君との縁があっただけに、福島状況に一層感情移入するようになった。やがて、「小さな子どもを持つ医師が放射能被害を危惧して福島を離れ、医師不足がさらに深刻化している」と聞いたとき、福島への感情移入が「子育て後の身の振り方」についての思案と合体することとなった。「もう人生の第4コーナーを回っているから少々放射能を浴びても影響は些少。私のような年寄りが行かなくて誰が行く」と思うようになった

祝点 「うっかりドーピング」を防ぐ適切な薬物治療の支援を

笠師 久美子 北海道大学病院薬劑部・副薬劑部長



「スポーツと薬」と聞いて脳裏をよぎるのは、「ドーピング」という言葉ではないだろうか。各スポーツ競技団体の競技規則には、アンチ・ドーピング規程が規則の一つとして位置付けられており、「ドーピング」は違反行為として禁止されている。したがって、スポーツ選手が突発的な外傷や疾病のために薬物治療を受けることに加え、糖尿病や喘息などの有病者がスポーツを行っている場合でも禁止物質や禁止方法に該当する物質や行為がある際には、治療として行っていることを事前に証明しなければ、ドーピング違反として扱われてしまう。

日本のドーピング違反事例(ドーピング防止規律パネル決定報告)の多くは、治療としての薬物使用を証明するTUE(Therapeutic Use Exemption:治療使用特例)という申告をしていなかったために違反とされる、いわゆる「うっかりドーピング」だ。これらの違反事例で見逃せないのは、薬剤選択に際して、受診、処方、投薬、あるいは薬剤購入のいずれの過程においても、選手はもちろんのこと、医療者側にもアンチ・ドーピングの意識や情報が欠如していたことである。

この問題を解決するには、選手・医療者、ひいては社会全体へのアンチ・ドーピングに関する適切な情報提供と教育啓発が重要なポイントとなる。その活動の一助として2009年に誕生したのが、日本アンチ・ドーピング機構(JADA)が認定する「公認スポーツファーマシスト制度」である。公認スポーツファーマシストとは、「最新のドーピング防止規則に関する正確な情報・

知識を持ち、競技者を含めたスポーツ愛好家などに対し、薬の正しい使い方の指導、薬に関する健康教育などの普及・啓発を行い、スポーツにおけるドーピングを防止することを主な活動とする」と定義されている。

さらに、選手はもちろんのこと、選手の診療を担当する医療者も、自らが情報を収集する努力が求められる。医薬品使用に当たって、ドーピング禁止物質の有無を確認する際、医療者にもぜひ活用いただきたいのは、JADAのWeb検索サイト、Global DRO JAPAN(Global Drug Reference Online: http://www.globaldro.com/jp-ja/)である。サイトから製品名や成分名を入力すると検索が可能であるが、該当品目がない場合は、必ずしも「使用可能」ではないことに留意しなければならない。結果が得られない場合は、スポーツファーマシストや各都道府県薬剤師会の情報センターに確認をしていただきたい。

スポーツ領域における適切な薬物治療の一つとして、アンチ・ドーピング規程があり、医療者もその遵守が求められることを記憶に留め診療に従事し、スポーツ選手をサポートしていただければ幸いである。

●略歴/1981年北海道薬科大薬学部卒。道内民間病院での勤務を経て、2007年より現職。89年日本整形外科学会スポーツ医学部事務局勤務を機にスポーツ領域での活動に参画。日本水泳連盟スポーツ医・科学委員を経て、現在は日本自転車競技連盟などのアンチ・ドーピング委員、日本オリンピック委員会強化スタッフ(医・科学)として活動している。

のである。

しかし、「人生最後の仕事は震災復興のお手伝い」とする私の計画を実現するためには大きな障害を克服しなければならなかった。ボストンに暮らした24年間、臨床からはまったく遠ざかっていただけに、そのブランクを埋める必要があったのである。

(この項続く)

●李啓充氏

1980年京大医学部卒。天理よろづ相談所病院、京大大学院、マサチューセッツ総合病院・ハーバード大医学部助教授を経て、文筆業に。2014年4月、14年間続いた『週刊医学界新聞』の連載「続アメリカ医療の光と影」を終了し、帰国。市立恵那病院にて1年間の臨床再研修プログラムを受け、15年5月より現職。著書に『市場原理が医療を亡ぼす』『続 アメリカ医療の光と影』(いずれも医学書院)などがある。

本紙の人気連載が書籍化!

「型」が身につくカルテの書き方

佐藤健太

「基本の型」の部で、SOAP形式や問題リストなどのカルテ記載法のエッセンスを、「応用の型」の部では、外来・救急などセッティング別のカルテ記載法を習得できる。

●B5 頁140 2015年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-02106-7]

今日から使える医療統計

新谷 歩

“できるだけ数式を使わず”に今日から使える統計学の知識を、読み物形式で伝授。論文を紐解くための統計学の極意がここに。

●A5 頁176 2015年 定価:本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-01954-5]

医学書院

臨床現場に直結!エキスパートの思考や姿勢を身につける

神経精神医学ケースブック

脳とからだの精神科
Casebook of Neuropsychiatry

▶臨床で遭遇する11の症候群につき、器質性の病因が強く疑われる精神・行動障害の38症例を厳選して提示。鑑別診断、診断までの精査、神経診断学的精査の意義、神経解剖学、神経化学、および最新の治療法などを適宜解説する。あたかもケースカンファレンスに参加しているような臨場感をもち、最適な治療法にいたる、エキスパートによる創意工夫のプロセスを学べる。精神科・神経内科はもちろん、脳神経外科、さらにはプライマリケアなど幅広い領域で有用。

監訳:近藤伸介 東京大学医学部附属病院精神神経科特任講師

定価:本体5,800円+税
A5変 頁344 図26・表3 2015年
ISBN978-4-89592-817-5

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

いきなり現場主義!
さまざまな症状、変わりゆく所見をどう捉え、どう判断し、どう対処していくか
病態生理を押さえつつ、エビデンスを応用できる臨床力を養う

症例でつかむ心不全

Heart Failure: A Case-Based Approach

▶病因・病態が複雑で個々の患者に対して最適な治療・マネジメントを行うことが難しいとされる心不全。そこで本書では、さまざまな症例を体験しながらポイントごとに病態生理を整理しつつ、注目すべき症状や徴候、適切な検査法や治療をいかにして最適化するか、わかりやすく解説。世界標準の治療の元となったオリジナルのエビデンスも豊富。若手循環器内科医から循環器領域に興味のあるジェネラリストまで幅広く有用。

監訳:小船井 光太郎 東京ベイ・浦安市川医療センター 循環器内科部長
渡辺 弘之 東京ベイ・浦安市川医療センター ハートセンター長

定価:本体6,800円+税
A4変 272頁 図110 2015年
ISBN978-4-89592-818-2

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

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

《シリーズ ケアをひらく》 漢方水先案内 医学の東へ

津田 篤太郎 ● 著

A5・頁238
定価:本体2,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02124-1

まず、この本は題名通り「水先案内」です。通読しても、残念ながら手取り早く漢方が使いこなせるようにはなりません。しかし読後は、漢方に対するイメージの変化と、新鮮な発見があると思います。

できれば、「漢方ってちょっと邪道だ!」などと思っている理屈っぽい若人にこそ、読んでほしい本だと感じました。理屈で応えてくれる本です。

何をやってもダメなとき

私たち日本の医療者が学校で習ってきた知識は、ほとんどが「西洋医学」をバックボーンとしていたと思います。すなわち疾病とは「本来オーガナイズされた人体の機能の破綻」に由来し、それを是正すれば治るという理論です(ちょっと乱暴ですが)。大学の講義室の中では、西洋医学の知の蓄積にのっとり適切に問診・診察・検査をして、患者さんの不具合を客観的に洗い出し、それを解決することが治療である——というあらすじが、いつでも通用するかのように見えました。少なくとも素直な医学生であった私には。

私のようにナイーブでなくとも、臨床現場において、こうした枠組みが通用しない状況に遭遇し困ったことは、誰にもあるのではないのでしょうか。

膠着状態からの突破口を 理屈で教えてくれる本



なわち「診察上は異常ない」のに、患者さんは苦しんでいる。効くはずの薬が無効な上に、薬を変えるたびにまれな副作用が次々出て、泥沼化。とにかく「何をやってもダメ」。

漢方なら「向き合いよう」がある

他科から「漢方でなんとかありませんか?」とコンサルトを受けるのはまさにそういう状況が多いんですよね……というところから津田先生のこの本は始まります。西洋医学の枠組みでは「どうにもならない」と担当医を悩ませる状況に、漢方の文脈からならばアプローチできる(と思わせる)のは、なぜなのでしょう? 私たちの日常臨床の中にある、「治そう、良くしよう」という熱意が空回りする息苦しさをどうしたらいいのか? そのヒントが漢方(あるいは広義の東洋医学)の中にある、とこの本は教えてくれました。

簡単に言えば、西洋医学的な視点とは異なった何らかの「もう一つの科学的な視点」による複眼視によって、浮き出して見えてくる糸口がある。そして、もし糸口がないなら、「向き合いようがある」ということです。

二者択一から「複眼の思想」へ
繰り返しますが「漢方で一挙に解

評者 舛本 真理子

武蔵野赤十字病院腫瘍内科

循環器病態学ファイル 第2版 循環器臨床のセンスを身につける

村川 裕二, 岩崎 雄樹, 加藤 武史 ● 著

A5変形・頁264
定価:本体5,000円+税 MEDSI
http://www.medsj.co.jp

評者 山中 克郎

諏訪中央病院内科総合診療部

私は2007年に『循環器病態学ファイル』初版が出た時から、この本のファンである。8年前、当直明けの眠い目をこすりながら読み始めた。数ページ読み進めるうちにすっかり熱中し、重要なところにアンダーラインを引きながら寝食を忘れ一気に読破した記憶がある。

循環器領域の進歩は目覚ましい。第2版では新たに加わった最新のエビデンスがわかりやすく解説されている。専門医の知識の奥深さはすごい。われわれプライマリ・ケア医は内科各領域における知識のアップデートを重ねながら、どのタイミングで専門医へのコンサルテーションを行うのがよいのかを的確に判断しなければならない。

この本のユニークな素晴らしさは次の点にある。

①研修医やプライマリ・ケア医にとって大切な話題が、110の章でわかりやすく解説されていること

例えば「DAPT (dual anti-platelet therapy)+ワルファリンがなぜ話題になるのか?」(第18章)では、心臓カテーテル治療(PCI)後の抗血小板療法を行っている患者に心房細動が発生した時の治療選択や出血率上昇について解説がある。症例カンファレンスでよく議論になるポイントだ。

②病態生理学に関する記載が随所に見られること

決!」といった華々しい話ではないのです。おそらくは同じことを、いろいろなたとえを使いながら著者は記述しています。その中で西洋医学と東洋医学を同じ平面に置いて、軽やかに رفتり来たりしています。どっちが良いとか悪いとかの二者択一ではなく。

察しの良い読者の方には、回りくどく冗長に感じる部分もあるかもしれま

「浮腫はどうして起きる?」(第23章)では、Starlingの法則を示しながら、血管内静脈圧が上昇した時と血管内膠質浸透圧が低下(低アルブミン血症)

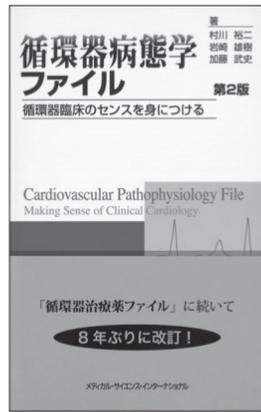
した時の浮腫発生のメカニズムが図示されている。医学生や初期研修医をグッとさせる解説となるだろう。「Forrester分類とNohria-Stevenson分類」(MEMO, p65)ではForrester分類の図にFrank-Starlingの心機能曲線を重ね合わせ、心不全の病態と治療の理解を一層深めようという試みがある。

③最新のエビデンスがふんだんに紹介されていること

「慢性心不全: 知っておきたいメカトリアル」(第38章)では、ACE阻害薬・ARB、抗アルドステロン薬、β遮断薬、ジギタリス製剤が心不全治療に対してどのようなエビデンスを持つのか、多くの臨床家に衝撃を与えた歴史的な大規模臨床試験のエッセンスが小気味よくまとまっている。

忙しくてたくさん論文を読む時間はないけど、「最新のエビデンスに基づいた正しい内科診療を行いたい」という人間愛あふれる医師にとっては必読の書である。医学生や初期研修医に感動を与えるレクチャーをしたいと密かに考えている指導医にもこっそり教えたい素敵なお本だ。

せん。ただ結論を急がずに読むと、じわり、と東洋医学の「考え方」が染み込んでくるように思います。「患者さんに振り回されちゃえ?」「再現性にこだわらなくていいんじゃない?」なんて視点を頭のどこかに持てたなら、自分に対して、またもしかすると患者さんに対して、そんな予感がします。



最新のエビデンスに基づいた 正しい内科診療を行いたい 医師にとって必読の書

テイラー先生のクリニカル・パール ① 診断にいたる道筋とその道しるべ

Diagnostic Principles and Applications
Avoiding Medical Errors, Passing Board Exams,
and Providing Informed Patient Care

家庭医療の権威、Robert B. Taylorによる珠玉のパール集、邦訳第1弾。医師ならば知っておきたいが、ある程度経験を積んでいても改めて調べないとわからない医学的事実を適切に抽出し、読みやすくクリアカットに説明したパール集。その数、全574項目。絶対に見過してはならない疾患や、よくある疾患の意外な徴候に気づくためのパールを、診療各科のプライマリシーンから拾い上げ、明確なエビデンスを示しつつ、幅広く収載。ジェネラリストやそれを目指す研修医にとって、現場力養成の頼もしい味方となる。

備えよ、常に! いざというときの救いのパール574項目

監訳 吉村 学 宮崎大学医学部地域医療・総合診療医学講座教授 小泉俊三 東光会七条診療所(京都)所長 / 佐賀大学名誉教授

テイラー 10分間鑑別診断マニュアル 第3版 Taylor's Differential Diagnosis Manual: Symptoms and Signs in the Time-Limited Encounter, 3rd Edition

●定価:本体4,800円+税 ●A5変 464頁 図15・写真91 2015年 ●ISBN978-4-89592-822-9

●定価:本体6,400円+税 ●A5変 568頁 図13・表116 2015年 ●ISBN978-4-89592-809-0

本邦最大級の情報量に、最速でアクセス可能な診断マニュアル

今日の診断指針

第7版

総編集 金澤一郎・永井良三

本書の特徴

- 症候編190項目と疾患編684項目を相互リンクで構成し、臨床医が遭遇する全領域、約10,000種類の疾患にアプローチが可能
- 専門外の領域でも臨床医として知っておきたい全身の症候、あらゆる臓器・器官の疾患を1冊に網羅
- 研修医・臨床医が現場で直面する「難しい事態」「迷い」に明確な指針を提示
- 【第7版新収載】「帰してはならない患者・帰してもよい患者」(症候編各項目に掲載)

- デスク判(B5) 頁2144 2015年 定価:本体25,000円+税 [ISBN978-4-260-02014-5]
- ポケット判(B6) 頁2144 2015年 定価:本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-02015-2]

医学書院

外科医のためのエビデンス

安達 洋祐 ● 著

B5・頁232
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-02100-5

評者 森 正樹
阪大大学院教授・消化器外科学

医学書院から刊行されている『臨床外科』誌に、安達洋祐先生による「臨床の疑問に答える——ドクターAのミニレクチャー」が連載されていた。

2012年から2015年のことである。すこぶる評判が良いためこの連載を本にしてほしいと思っていたが、それが現実となった。『外科医のためのエビデンス』として書籍化されたのである。しかし、本書は単にこれまでのミニレクチャーをまとめただけではない。短期間のうちに最新の文献が加えられ、また大幅に加筆された。

本書は以下の6章から構成されている。

I. 外科診療, II. 手術患者, III. 術後管理, IV. がん手術, V. がん診断, VI. がん患者。

それぞれの章には本編5つと番外編1つが含まれている。たとえば第II章の手術患者の本編5つは、

1. 喫煙患者の手術——禁煙で術後合併症が減るか
2. 大腸手術の前処置——術前の腸管洗浄は必要か
3. 閉塞性黄疸の患者——術前の減黄処置は必要か
4. 閉塞性大腸がん——腸閉塞にステントは有用か
5. 予防的ドレーン——手術でドレーンは必要か

番外編の1つは、「治療成績の性差——男と女で経過がちがうか」というタイトルである。どれも大変重要であるもののあいまいに済ませがちなテーマである。しかし、著者はあいまいに済ませない。

本編も番外編も本文は同じ構成になっており統一感を持って読むことができる。本文は6つに分けられている。その項目は①素朴な疑問、②基本事項、③医学的証拠、④補足事項、⑤筆者の意見、⑥疑問の解決となっている。本

文の後は文献が並べられているが、もっとも文献数が少ないのが「III. 術後管理」の番外編「スポーツ観戦——サッカーは心臓にわるいか」であり、16編が引用されている。

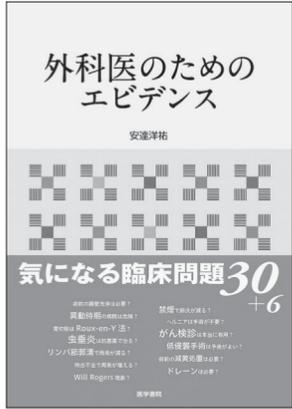
しかし、そのようなテーマで世界の一流誌に16編も論文が掲載されていたことに驚く。世界中でサッカーがいかに生活に密着しているかがわかる。逆に最も文献数が多いテーマは「IV. がん手術」の「5. がんの腹腔鏡手術——低侵襲手術は予後がよいか」であり、50編が引用されている。重要度の高い論文を漏らさず記載する能力は長年培って

きた著者独自のものであろう。

さて、本編では以上の6つの項目の他に、目を引くところがある。それは各編の初めと終わりの工夫である。各編ともテーマの次に4行の示唆に富む文章が市販の新書から引用されている。その内容は時には形而上的、時には形而下的である。これが本文の絶妙な導入役を果たしている。辻秀男先生や柏木哲夫先生など医師になじみのある先生の文、村松秀先生や近藤誠先生など話題の先生の文などが巧みに、そして偏見なく引用されている。

他方、各編の最後には3つのポイントとイグ・ノーベル賞の2つのコラムが掲載されている。3つのポイントとは、著者が医師として実践していること、あるいは自戒していることを3つにまとめたものである。例えば、「執筆を依頼された」ときは、「引きうける、字数を守る、早めに送る」である(なるほど!)。また、「医師のわるいクセ」は、「字がきたない、時間を守らない、他人にきびしい」である(なるほど!)。最後にイグ・ノーベル賞を紹介するコラムを設けているが、実に面白い。1993年の文学賞は「著者の数が論文のページ数の100倍もある医学論文を発表」に、2006年の鳥類学賞は「キ

偏見・常識にとらわれない 公平な文献の解析



在宅医療、次代の担い手養成を 第17回日本在宅医学会もりおか大会の話題より

現在、日本では在宅医療の推進が叫ばれ、全国各地でその整備に動き出している。地域における在宅医療の充実には喫緊の課題であるが、持続可能な仕組みにするためには、次代の在宅医療を担う医療者の育成も欠かせない。第17回日本在宅医学会もりおか大会(大会長=もりおか往診クリニック・木村幸博氏、2015年4月25-26日、岩手県盛岡市)において企画されたシンポジウム「地域包括ケア構築に向けた在宅医療教育」(司会=いらはら診療所・和田忠志氏)では、地域における多職種連携教育や、医学生・研修医の教育活動に取り組む演者が登壇。各地で行われている在宅医療教育の実践が報告された。



●木村幸博大会長

◆地域医療や患者の生活をイメージする“引き出し”をつくる

初めに登壇した由井和也氏(佐久総合病院/川上村診療所)は、長野県東部に位置する佐久総合病院で行う在宅医療教育について紹介。同院で行う医師の在宅医療教育は、本院地域ケア科および南佐久にある診療所群で行う初期研修医対象の地域医療研修と、後期研修医対象の在宅医療実践研修を中心に展開される。「現場で主治医の背中を見ることが、研修医にとって貴重な学びとなる」と、氏は一連の研修の手応えを語った。また、在宅医療で求められるケアの継続性という観点を学ぶ上では、「訪問看護師の果たす役割も大きい」と指摘。訪問看護体制の充実が、在宅医療教育システムの質の担保にも資する点を強調した。

続いて登壇したのは、東大高齢社会総合研究機構の飯島勝矢氏。同機構では、地域包括ケアシステムのモデルづくりをめざし、千葉県柏市をフィールドにした「柏プロジェクト」に取り組んでいる。その基盤を生かして開始されたのが、東大と柏市医師会が連携して行う、医学部5-6年生を対象とした「地域医療学実習」だ。地域医療の現場を知ることのできる2週間のプログラムとして、医師による訪問診療や外来診療を見学するほか、訪問看護師やケアマネジャーの仕事にも同行するなど、在宅医療に特徴的な多職種連携に触れる機会が設けられている。飯島氏は「学生の多くは病院勤務医になるだろう。しかし、在宅医療の現場を1回見ておくことで、地域の医療や患者の生活をイメージする“引き出し”が持てる」と、実習の狙いを語った。

国立長寿医療研究センターの三浦久幸氏は、同センターが行ってきた事業を中心に、在宅医療を担う人材教育事業について振り返った。氏は近年の人材教育事業は、①在宅医療と多職種連携を推進するリーダーの人材育成、②多職種の調整役を担う人材育成、③他職種と協働することを目的に在宅医療への理解を促す教育、④在宅医療の担い手となる人材を育成する取り組み、以上の4つに類型化できると解説。現在、同センターでは、「急性期病院と在宅医療現場の連携・退院支援研修会」事業を開始し、急性期病院勤務の医療者が在宅医療現場の知見を深める機会を作ることにより力を入れているという。三浦氏は「若い医療者も多い急性期病院で在宅医療を啓発する意味は大きい」と期待を述べた。

松井善典氏(浅井東診療所)からは、地域の診療所による卒前教育の実践が報告された。氏が診療所実習で大切にしていると強調したのは、学生に対する「問い」。「何を学んだ?」「実習であなたは何が変わった?」などと省察を促すことで、「在宅医療での経験が意味付けされ、再定義される」と説明した。また、氏は、地域で行うイベント・事業に医学生を参加させることの意義を主張。大学・地域医師会主催の住民向け健康相談イベントに医学生をかかわらせたことが、住民の“生”の健康問題に触れさせる機会になったという。「『地域を診る』態度を養う機会となるイベントは、地域にまだ眠っている」と氏は語り、既存のイベントや事業は次代の担い手を育てる教育としても活用できると提案した。

ツツキはなぜ頭痛を起ささないかを解明」に、また2014年の生物学賞は「イスが排尿・排便するときはからだを地磁気の南北軸に一致させることを観察して記録」に対して贈られている。いずれも殊更に奥深い研究成果である。常識にとらわれないことの大切さを示

すために設けたコラムであろう。安達先生の著書は偏見にとらわれないこと、文献を公平に解析して客観的にまとめることから医療関係者から絶大な信頼を得ている。本書もその姿勢にのっとった素晴らしい本である。

みるトレ 百問は一見にしかず!
日々の診療レベルアップに、そして専門医試験対策に、
最適の臨床トレーニング問題集がシリーズで登場!

みるトレ 感染症
笠原 敬・忽那賢志・佐田竜一
3人のエキスパートが、すべての臨床医に必要とされる「みる力」のトレーニングのためにまとめた感染症臨床問題集の決定版。一問一問を解くたびに、感染症診療の力がアップしていく。
●B5 頁200 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02133-3]

みるトレ リウマチ・膠原病
松村正巳
病歴+関節・皮膚の所見で何を考えるか? リウマチ・膠原病診療では、手や足に現れる身体所見と病歴の組み合わせで、診断をすることが診療のポイント。どんな鑑別疾患を挙げ、診断を絞っていくかを学べる。
●B5 頁172 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02050-3]

みるトレ 神経疾患
岩崎 靖
神経疾患を適切に診断に導くためには、初期診療の段階で患者の訴えや表情や動作に現れるサイン(神経学的所見)を見逃さないことが重要。本書は、一般医には意外と知られていない診療のコツをわかりやすく解説。
●B5 頁188 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02132-6]

医学書院

◎ビギナーからエキスパートまで! これ1冊でCTCができる、やれる

CT Colonography 実践ガイドブック
編集 野崎良一

新しい大腸検査法として注目されるCT colonography(CTC)。通常内視鏡検査と異なり、内腔から管腔外へ、盲腸から肛門へと自由自在なその観察は大腸癌診療の新たな切り札としても大きく期待されている。「導入の敷居が高い」「実際の効果が判然としない」などの悩みをもつあなたのための、国内有数の症例数と経験をもつスタッフたちによる入門書の決定版。これ1冊でCTCができる、やれる。症例集付き。
●AB判 頁240 2015年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-260-02151-7]

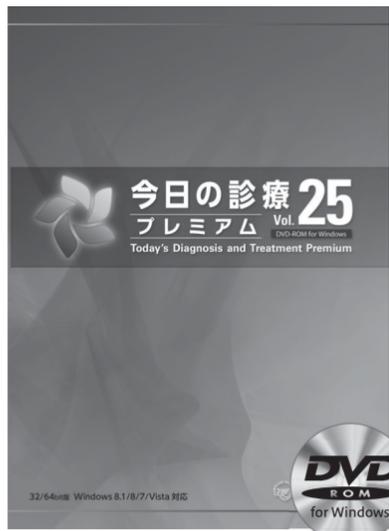
◎豊富な経験と英知を結集したガイドライン、待望の刊行

急性腹症診療ガイドライン2015
編集 急性腹症診療ガイドライン出版委員会

臨床で遭遇する機会が多い急性腹症患者に対する診療ガイドライン。症状と初期対応を重視し、限られた時間の中で的確に対応するための情報を盛り込んだ。疫学、問診、身体所見、検査の記載も充実。関連学会(腹部救急医学会、医学放射線学会、プライマリケア連合学会、産科婦人科学会、血管外科学会)の豊富な経験と英知を結集した待望の1冊。
●A4 頁188 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN978-4-260-02159-3]

医学書院

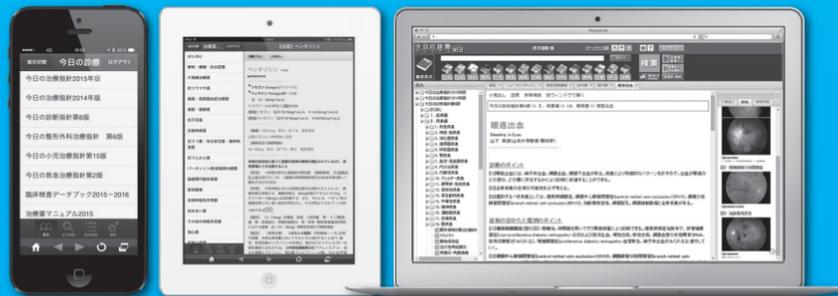
国内最大級の総合診療データベース 診療に関する最新情報を簡単に検索できます



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

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

「今日の診療プレミアムWEB」を パソコンやタブレット、 スマートフォンでご利用いただける 「Web閲覧権」がついています。



※利用可能期間は、お申し込み後1年間です。お申し込みは、2016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。
※推奨Webブラウザ：Internet Explorer9以降、Chrome35以降、Firefox30以降、Safari6以降

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



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」「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PCにインストールできます

本商品(DVD-ROM)のデータは、PCにインストールできます。また、オンラインライセンス認証を行えば、次回以降はDVD-ROMを用意する必要はありません。
※データのインストールは、最大3台までのPCに行うことができます(ライセンス認証を受けた特定の1人が行う場合)。
※オンラインライセンス認証を行う際、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なくても、別途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.25」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.25 DVD-ROM for Windows

●価格：本体59,000円+税 [JAN4580492610087]

※「今日の診療 ベーシック Vol.25」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 2015年版 Update
- ② 今日の治療指針 2014年版
- ③ 今日の診断指針 第6版
- 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 2015-2016 Update
- ⑧ 治療薬マニュアル 2015 Update

*書籍とは一部異なる部分があります

●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
- ⑪ 新臨床内科学 第9版
- ⑫ 内科診断学 第2版
- ⑬ ジェネラリストのための内科診断リファレンス New
- 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

治療薬マニュアル 2015

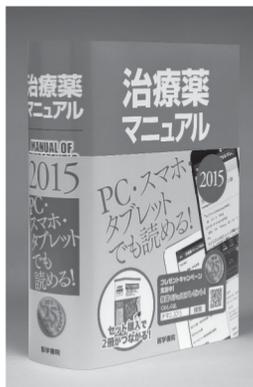
監修 高久史磨・矢崎義雄
編集 北原光夫・上野文昭・越前宏俊

2014年収録の新薬を含む医薬品について、添付文書に記載された情報を分かりやすく整理。各領域の専門医による臨床解説を加えた、医薬品に関するリファレンスブック。

●本書購入特典・電子版が新登場！：薬剤分類(章)や一般名、製品名から検索可能。本書約2,600ページの情報がアプリ1本に。全文検索だけでなく、「薬品名」「適応症」などの条件検索も可能。

●創刊25周年プレゼントキャンペーン！：抽選でiPadをプレゼント。

●B6 頁2688 2015年 定価:本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-02045-9]

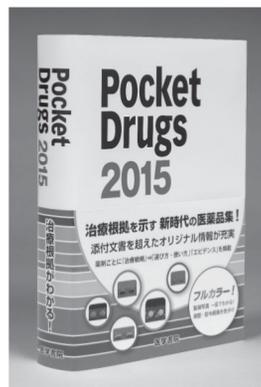


Pocket Drugs 2015

監修 福井次矢
編集 小松康宏・渡邊裕司

類似薬・同効薬ごとに治療薬を分類し、第一線で活躍の臨床医による「臨床解説」、すぐに役立つ「くすりの選び方・使い方」、薬剤選択・使用の「エビデンス」を、読みやすくコンパクトにまとめた。欲しい情報がすぐに探せるフルカラー印刷で、主要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床で使用される治療薬をすべて収録。

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



臨床検査 データブック 2015-2016

監修 高久史磨
編集 黒川 清・春日雅人・北村 聖

異常値のメカニズムを理解し、必要な検査と無駄な検査を見極めるのに役立つ本書は、きめ細かい小見出しによる分かりやすく使いやすい構成で全医療関係者をサポート。

●B6 頁1122 2015年 定価:本体4,800円+税 [ISBN978-4-260-02075-6]



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