

2018年11月19日

第3298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
COPY 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

- [対談] どもる体とシンクロする心(伊藤亜紗、尾藤誠司)…………… 1—2面
- [寄稿] 災害後のエコノミークラス症候群対策(榛沢和彦)…………… 3面
- 第22回日本心不全学会/[視点] アカデミアから提案する東京五輪の救急医療体制(横田裕行)…………… 4面
- [連載] がんと感染症…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY/[連載] 漢字から見る神経学…………… 6—7面

対談 どもる体とシンクロする心

「治る/治らない」を超え、何ができる？



伊藤 亜紗氏

東京工業大学
リベラルアーツ研究教育院准教授

尾藤 誠司氏

国立病院機構東京医療センター
臨床研修科医長/総合内科

《シリーズケアをひらく》の一冊で、吃音の謎に迫った『どもる体』(医学書院、2018年)が今、話題を集めている。本書では、吃音の当事者に対する徹底した観察とインタビューをもとに、「しゃべること」の不思議がひもとかれている。著者の伊藤亜紗氏は、従来の医学的・心理的アプローチとは全く異なる視点から身体や障害に向き合うユニークな研究者だ。

プライマリ・ケア医として医師・患者の新たな関係を模索し続けてきた尾藤誠司氏は、本書を読んで「腰を抜かした」という。その理由とは？——

「治す」医療のどん詰まり、それを破る取っ掛かり

尾藤 実は前著『目の見えない人は世界をどう見ているのか』(光文社、2015年)以来、伊藤さんのファンです。

今度は吃音をテーマにした新刊『どもる体』を出されたと知り、読んでみて腰を抜かしました。臨床医としての私を次のステージへと持ち上げるための取っ掛かりが本書にはある気がするんです。

伊藤 医療者の方がそんなふうを受け止めてくださったとは驚きです。私は人文系の研究者として、医学とは違った文脈で身体を研究しているのです。

尾藤先生のおっしゃる「臨床医としての次のステージ」って、どのようなものですか。

尾藤 臨床医としての自分自身、いや、現代のヘルスケアそのものが、「どん詰まり」を迎えつつあると思うんですよ。もう、次のステージに行かないと、やっとならぬ、と。

これまでの医療の大きな目的は「病気を治す」ことでした。患者さんを正常という雛形に近づけるために、足りないところを埋め、出っ張りを取る。ヒポクラテス以来、医療はある意味わかりやすい営みを続け、うまくいっていた。ところが近年、約2500年間続くこのパラダイムでは解決できない問

題が増えているんです。

伊藤 それは、どのような？

尾藤 まず一つは、高齢化が進む中、正常な状態に戻すことだけが医療の役割なのか、という問題です。身体機能が脆弱になっていく高齢者を診ていると、無理をして正常をめざすよりも適切なゴールがあるのではないかと感じます。

もう一つの問題は、検査や診察では異常がないのに「お腹が痛い」「頭が痛い」「不安だ」と訴える患者さんが近年とても多いこと。医療のロジックでは「病気」はないものの、明らかに「やまい」を抱えているんです。

伊藤 「治す」を主眼に置いた医療だけではうまく対応できない患者さんが増えているのですか。

尾藤 はい。しかも、私のようなプライマリ・ケア医はこのようなケースに出会うことが特に多いです。

私は診療の基本プロセスとは、患者さんという一人の人間を情報化すること、つまり「〇歳の女性で、□□の症状があって、検査結果は△△で、……」というデータに落とし込むことだと考えています。プライマリ・ケア医は、全く情報化されていない「ナマ」の状態の患者さんを診て、情報に焼き付ける。その情報をもとに治療を進める、あるいは専門科に紹介する。どんどん情報化できる病気の場合はこれでもうまくいきます。けれど、例えばリウ

マチ科に紹介して「リウマチではないですね」と言われ、「でもやっぱり、痛い」と訴える患者さんではどうでしょう。どん詰まりになって、またプライマリ・ケアに戻ってくるんです。

伊藤 一巡して。

尾藤 ある意味、いい循環ができています。それに、このような患者さんに対しての私なりのスタイルもできつつあります。雛形にギューギューに詰めようとするのではなく、「できないところはできないなりに」という感じですかね。「解決できない問題」の専門家として、私は病院の中でけっこう重宝される存在になっています。

でも、自分のやっていることをうまく言語化できなくて……。他の医療者にもわかる形で表現しないと、「尾藤先生って最近アヤシイよね」と言われてしまいますから(笑)。そんな時、伊藤さんの著書に出会い、「ここに何かしらの答えがある」と思ったんです。

“ナマ”の患者を受け止める

尾藤 『どもる体』の中で、「ノる」と「乗っ取られる」が重要なキーワードになっています。

伊藤 吃音の当事者の中には、何かのパターンにノるとうまく話せるという人がいます。例えば、多くの当事者は歌うときにはどもりません。あるいは

メトロノームの「カチ、カチ、カチ」というリズムに合わせると話しやすくなる。この他にも、「教師っぽい話し方」など、何らかのキャラクターを演じていると吃音が出ない人もいます。

尾藤 そうなんです。

伊藤 けれども本人は、うまくしゃべるために仕方なくそのパターンを選んでいるとも言えます。つまり、パターンにノると同時に、乗っ取られているんです。当事者インタビューでも、パターンの中に収まっているうちは、その人が本当に話したいことは引き出せていないと感じます。

でも、ずっと話していると、そのパターンが壊れるときがある。準備していたセリフがフツとどこかへ行って、どもってしまうけれどもすごく興奮して話し始める瞬間です。相手のナマの部分が見えた時、そのインタビューは成功だな、と思えるんです。

尾藤 診療でも、患者さんのナマの部分をいかに引き出すかは重要です。先ほど、医療とはナマの体を情報に焼き付けていくプロセスだと話しました。情報化するからこそ、どの患者さんにもある程度うまくいく標準的なサービスを提供できます。

でも、臨床をやっていると「このナマのものを情報化してしまっているのか」と感じる瞬間が、ものすごくたく

(2面につづく)

医学書院

シリーズ ケアをひらく

どもる体

伊藤亜紗

● A5 頁264 2018年 定価:本体2,000円+税
[ISBN978-4-260-03636-8]



しゃべれるほうが、変。

吃音とは、言葉が肉体に拒否されている状態。しかし、なぜ歌っているときにはどもらないのか？なぜ独り言だとどもらないのか？従来の医学的・心理的アプローチとはまったく違う視点から、徹底した観察とインタビューで吃音という「謎」に迫った画期的身体論！

目次

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 序章 身体論としての「どもる」 | 第4章 言い換え一体を裏切る工夫 |
| 第1章 あなたはなぜしゃべれるのか | 第5章 ノる—なぜ歌うときはどもらないのか |
| 第2章 連発—タガが外れた体 | 第6章 乗っ取られる—工夫の逆襲 |
| 第3章 難発—緊張する体 | 第7章 ゆらぎのある私 |

対談 どもる体とシンクロする心

「当事者の方にどうかかわり言語化すれば、その身体を分析したことになるのか。これが私のチャレンジ」

「コントロールしきれない部分に対して何ができるかが、今後の医療の大きなテーマ」



●いとう・あさ氏

専門は美学、現代アート。もともと生物学者をめざしていたが、大学3年次より文転。2010年に東大大学院人文社会系研究科基礎文化研究専攻美学芸術学専門分野博士課程を単位取得退学。同年、同大学院にて博士号を取得(文学)。日本学術振興会特別研究員などを経て、13年に東工大リベラルアーツセンター准教授に着任。16年4月より現職。研究のかたわらアート作品の制作にも携わる。著書に『目の見えない人は世界をどう見ているのか』(光文社)、『目の見えないアスリートの身体論』(潮出版社)、『どもる体』(医学書院)、参加作品に小林耕平『タ・イ・ム・マ・シ・ン』(東京国立近代美術館)など。趣味はインタビューのテープ起こし。

伊藤流 “軽やかな身体論” × 尾藤流 “湿度低め外来”

伊藤 「治す」という医療のパラダイムに行き詰まりを感じた尾藤先生が、私の本から何かを感じてくださった。それは、私が「治るのか、治らないのか」とは別の視点から身体や障害に向き合っているからではないでしょうか。

尾藤 確かに、伊藤さんの身体論って、とても“軽やか”っていうのかな。そこがいいんです。われわれ医療者が身体や患者に向き合うと、自分が思い描く正義感や使命感に引っ張られて、ねっとりした“湿度高め”の議論になってしまいます。

伊藤 もちろん、湿度が高いほうがいい場合もあるけれど、ものを見方を曇らせることもある。『どもる体』で伊藤さんは吃音の世界をクリアに見て、ヴィヴィッドに分析していると感じました。こんなふうに軽やかにインタビューできるって、すごい！

尾藤 医学のように何かの知識に基づいて分析するのではありません。本当にゼロの状態の研究対象に向き合っています。だから、研究対象というよりは共同研究者ですね。当事者インタビューは、「あなたの身体について一緒に共同研究しましょう」という姿勢で行っています。

伊藤 患者さんの方でどうかかわり言語化すれば、その身体を分析したことになるのか。これが私のチャレンジだと思っています。

尾藤 専門科では治せずプライマリ・ケアに戻ってきた患者さんに接する時の私のスタンスと通じるものがありますね。患者さんに向き合いつつも、医療者としての正義感に引っ張られすぎないように意識する。私はこれを“湿度低め外来”と呼んでいるのですが(笑)。そうすると、患者さんの抱える問題をよりヴィヴィッドに観察できるんです。

伊藤 患者さんの方でどうかかわり言語化すれば、その身体を分析したことになるのか。これが私のチャレンジだと思っています。

尾藤 それでも、困りごとを抱えた患者さんに接するうちに、医療者として「何とかしたい」という欲求が良くも悪くも出てきて、診察室の湿度がだんだんと上がります。伊藤さんは身体論の軽やかさを保つために何か心掛けていますか。

伊藤 一つは、時間の感覚を大事にすることです。何かを分析する時って、普通、時間を止めたり細かく分けて考えたりしますよね。けれど私は、なる

べく身体のライブ性を消したくない。あまり細かく考えず、人がしゃべるスピード感を保ったままインタビューや分析をするように心掛けています。

尾藤 もう一つは、当事者の世界を当事者以外の人にもなるべくわかるようにすること。それも、当事者にしかわからない感覚や悩みに深く入り込むのではなく、当事者でない人が「自分にも理解できるかもしれない」と思えるように。研究を通じて、そういう風通しの良さをつくりたいんです。

伊藤 当事者の悩みにダイレクトにアプローチするのではなく、まずは当事者と当事者でない人を隔てる壁の周りをマッサージしたいんです。壁をほぐすことで、回りまわって当事者の助けになればと思っています。

尾藤 伊藤さんは理系で大学に入ってから文転し、美学の研究者になったそうですね。その経緯にとっても興味があります。

コントロールしきれない部分を肯定する

伊藤 幼い頃から虫や花が好きでした。生物学者になりたいと思っていたので、最初は理系を選びました。でも、大学の生物学はメカニズムを学ぶことが中心です。私がやりたかった、「昆虫はどういう感覚で世界を見ているんだろう」みたいな学問とは違って、情報化されすぎてしまっ、ライブ性がないな、と思ったんです。

尾藤 ライブ性が研究のキーワードなんですかね。伊藤 ライブ性って、次にどうなるかわからない、リスクのある状態だと思います。コントロールされた、安心・安全な状態よりも何となくエネルギーが高い。例えば、スキのない整った文章よりも、誰かが思いつきで勢いよく書いた文章のほうが、ライブ性があります。そういう文章って、内容どうこうではなく、すごくエンパワーされませんか？

尾藤 それ、わかります。音楽なら、クラシックというよりジャズやロックかな。

伊藤 吃音を研究してみようと思ったのは、身体にはコントロールしようと思えばするほど、うまくいかない側面もあるということ。ライブ性を大事に、コントロールしきれない部分を肯定すれば、もっと楽に身体をとらえら



●びとう・せいじ氏

1990年岐阜大医学部卒。国立長崎中央病院、国立東京第二病院(現・東京医療センター)、国立佐渡療養所に勤務。95~97年米カリフォルニア大ロサンゼルス校に留学し、臨床疫学を学びながら医療と社会のかかわりについての研究活動を行う。2008年より現職。東京医療センターでは実地診療とともに、研修医の教育、倫理サポートチームの活動などにかかわっている。編著に『医師アタマ——医師と患者はなぜすれ違うのか?』、『白衣のポケットの中——医師のプロフェッショナリズムを考える』(いずれも医学書院)など。趣味のロックバンド「ハロペリドールズ」ではボーカルと作詞作曲を担当。

れると思います。

尾藤 これまでの医療では、身体や疾患をいかにコントロールするかが重視されてきました。コントロールしきれない部分に対して何ができるかが、今後の医療の大きなテーマだと思います。そのために必要なアプローチと、伊藤さんの研究姿勢はすごくシンクロしています。今日お話しして、そう確信しました。(了)



●ども T プレゼントのお知らせ

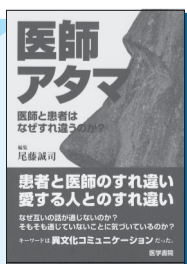
本記事をご覧の皆さまから抽選で10人に『どもる体』オリジナルTシャツをプレゼントします。応募は「週刊医学界新聞」編集室(shinbun@igaku-shoin.co.jp)宛にメールで、氏名・住所を添えてご連絡ください。応募の締め切りは11月末日。当選発表は賞品の発送をもって代えさせていただきます。

医師も患者もハッピーに！ 医療コミュニケーションの突破口をひらく

医師アタマ 医師と患者はなぜすれ違うのか？

EBMを学ぶほどに陥った混乱——「患者にとって常に有益な医療サービスなどない」「ニュートラルに医療情報を伝えるのは難しい」。医師のなかでは当たり前な考え方も患者には極端で奇天烈なものかもしれないと考えた著者らが、論理的にevidence-basedに、医師と医師以外の世界の違い、医師の思考過程の特殊性に迫る。医師と患者がともに最善の選択を探そうと必要なもの、医師も患者もハッピーになれる医療がここにある。

編集 尾藤誠司

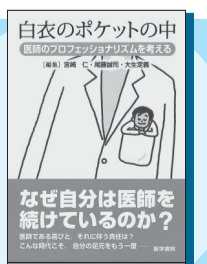


医師を続けている自分の足元を一度見直してみよう！

白衣のポケットの中 医師のプロフェッショナリズムを考える

医師という職業(プロフェッション)のあり方について、日常(診療)で遭遇しがちな問題や葛藤を取り上げた実践的な内容。気軽に手に取り、楽しんで読んでもらえるように、イラストなどを多用。当事者である臨床医が集まって執筆した「医のプロフェッショナリズム」に関する書は、本邦初。今後ますます重要性を増してくと予想される。[JIM] 2007年2月号~2008年1月号の連載をまとめた。

編集 宮崎 仁 尾藤誠司 大生定義



寄稿

災害後のエコノミークラス症候群対策

相次ぐ災害で得た教訓と必要な備えとは

榛沢 和彦 新潟大学大学院医歯学総合研究科先進血管病・塞栓症治療・予防講座特任教授

災害後のエコノミークラス症候群(静脈血栓塞栓症, venous thromboembolism; VTE)による死者が出たのは新潟県中越地震(2004年)と熊本地震(2016年)である。また、東日本大震災(2011年)などでも深部静脈血栓症(deep venous thrombosis; DVT)の増加が報告された。相次ぐ災害から、災害後のVTE増加には2つの時間的ピークがあるとわかってきた。

発災直後の肺塞栓症に警戒を

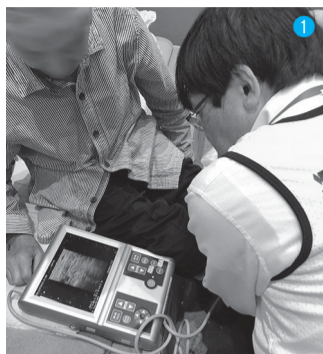
新潟県中越地震では約10万人が一時的に避難し、うち半数が車中泊した。われわれと肺塞栓症研究会が調査した結果、肺塞栓症(pulmonary embolism; PE)による死亡が大きく報じられた発災8日後まで、PE発症者は増え続けていた。搬送された14人は全て女性で、多くが被災前は健康だった。PEによる死者7人は全員女性で6人は50歳以下、3人が睡眠導入薬を服用しており、7人全員が夜間にトイレに行っていなかった。

震度7の地震が2度発生した熊本地震では、約20万人が一時的に避難し、車中泊は8万人を超えたと推測されている。本震発生の2日後までに少なくとも18人がPEを発症し、全員が車中泊していた。発症者は本震4日後、PEによる死亡がマスコミによって報道されるまで増え続けた。本震当日および翌日に済生会熊本病院に搬送された10人の重症PE患者は30代~70代で、平均56歳、うち女性が8人を占めた。また、報告されている発症者の中に重篤な疾患を合併していた人はいなかった。

これらの報告ではPE発症の危険因子は車中泊、女性で、発災翌日~5日後が発症のピークだった。比較的若い40代~60代で多く発症し、疾患はほとんど合併していないこともわかった。また、マスコミ報道による注意喚起で発症が減少することも明らかだ。

長引く避難生活でリスク高まる深部静脈血栓症

次にDVTについて災害ごとに述べる。新潟県中越地震でわれわれは、PEによる死亡が報道された直後から被災地でのDVT検診(写真①)を開始した。主に車中泊の避難者を対象にエコー検査でDVTを検索し、弾性ストッキング着用を指導した。その結果、発災14日後までに受診した車中泊避難者の69人のうち19人(27.5%)に



●写真①被災地でのDVT検診(右は筆者)、②避難所に設置された段ボールベッド



下腿DVTを認めた。

東日本大震災では津波被害が広範囲にわたった。地域によって復旧の程度に差があったこと、また遠隔地避難所も多かったことから、下腿DVTの陽性率には各地で差があった。われわれが発災5日後に始めたDVT検診で最大陽性率を記録したのは発災11日後であり、避難者人数が最大となった発災2日後とは約10日間の差を認めた。DVTが地震と直接関係したものであるなら早い時期に最大陽性率を記録するはずだが、避難した約10日後に最大を記録したことから、DVT発症は長引く避難生活の影響による可能性が高い。

熊本地震では熊本大、熊本市民病院のチームが中心となり日本臨床衛生検査技師会の協力もあって、大規模なDVT検診が行われた。PEの新規発症者は前述のように本震4日後頃から減少に転じたが、DVTは本震12日後まで増え続けた。

対策は発症ピークに合わせて

以上のように災害後のVTE発症には、発災翌日~5日後までのPEのピークと、発災10日~2週間後までのDVTのピークがある。発災翌日~5日後までは、ライフライン途絶による水・食料不足からの脱水、余震の恐怖による交感神経刺激亢進に伴う血液凝固能亢進、車中泊による静脈うっ滞などで生じたDVTが増悪してPEを引き起こすと考えられる。この時期に発生するPEについてリスクがある人を特定するのは時間的に難しいため、術後PE予防と同様に、被災者で40歳以上であれば誰でも危険性があると考えて予防すべきだ。その際に、弾性ストッキング着用も有用である。車中泊では下肢下垂して寝る場合があるため、夜間の着用指導も必要だ。

新潟県中越地震、熊本地震ではマスコミ報道によりPE発症が減少したことから、発災後はなるべく早く、被災

●はんざわ・かずひこ氏

1989年新潟大医学部卒。東日本循環器病院心臓血管センター心臓血管外科、新潟大学院医歯学総合研究科講師などを経て、2018年より現職。避難所・避難生活学会代表理事。04年に発生した新潟県中越地震の被災地にてエコノミークラス症候群の無料検診を行う。以来、相次ぐ災害の被災地で検診を行うほか、避難所への簡易ベッド設置の必要性を訴える活動を続けている。

している。

われわれがDVT検診を実施した能登半島地震(2007年)、新潟県中越沖地震(2007年)、岩手・宮城内陸地震(2008年)の避難所では、運動指導や飲水指導がなされていたにもかかわらず多くのDVTが見つかった。欧米の避難所との比較から、簡易ベッドの使用がDVT予防になるのではないかとの結論に至った。そこで、東日本大震災で避難所の寒さ対策として開発された段ボールベッド(写真②)を、環境改善とDVT予防のために使用することを提唱し、発災後の速やかな段ボールベッド導入を推進してきた。

広島土砂災害(2014年)と関東・東北豪雨災害(2015年)では避難所における段ボールベッドの使用率とDVT陽性率が逆相関していたことを突き止め、「避難所運営ガイドライン」(内閣府、2016年)に簡易ベッドの確保が明記された理由のひとつになった。

2018年に発生した西日本豪雨災害と北海道胆振東部地震においては、早期から避難所への段ボールベッド導入が試みられた。しかし西日本豪雨災害では備蓄がなかったため、比較的要請の早かった愛媛県西予市でも避難者全員が段ボールベッドを使えたのは発災7日後、倉敷市真備町で9日後であった。一方、北海道胆振東部地震では日本赤十字北海道看護大に段ボールベッドの備蓄が400台あったこと、厚真町からの要請が早かったことなどから、発災3日後には厚真町の避難所で段ボールベッドが使えた。

DVT検診は、西予市では発災21日後、厚真町など北海道胆振東部地震の被災地では発災5日後、11日後、18日後に実施された。段ボールベッドの導入により、今までの災害被災地よりも総じてDVT陽性率は低かったが、特に厚真町の避難所で陽性率が他よりも低かった。この差は段ボールベッドの導入時期による可能性が高い。というのも欧米では発災後3日以内に避難所への簡易ベッド設置を義務付ける国が多いこと、また入院患者では3日以上ベッド上安静とするとDVTが多く発生することなどからである。

日本では避難所への簡易ベッド設置の優先順位はまだ低く、導入まで時間がかかるのが実情だ。しかし災害時のDVT予防には簡易ベッドは発災後3日以内に設置すること、それも避難者全員が使用できることが望ましい。そのためには欧米と同様、ある程度の数の簡易ベッドを国や自治体などが備蓄しておく必要がある。

●表 被災者にすべき注意喚起

- なるべく車中泊しない
- 車中泊する場合は足を下げず、できるだけフラットにして寝る
- 数時間おきに外に出て歩く
- 下腿をマッサージする
- 水分を十分に取る
- 衣服で体を締め付けない

者、特に車中泊避難者に向けて表のような注意喚起が必要である。

行政や避難所運営者は車中泊を認めた場合、トイレの数を十分に準備する、ペットボトルの水などを目につく場所に置いて供給する、食事を車中泊の人にも行きわたるよう避難所の定員よりも多く準備するなどの対応が必要だ。

医療従事者は車中泊の危険性を周知するとともに、車中泊避難者に弾性ストッキングの着用指導を行う。避難所内でもVTEの予防活動を行い、下肢腫脹、6か月以内に手術や出産を経験、VTEの既往がある者などには弾性ストッキングの着用指導を行う。避難が2週間以上にわたる場合には高齢者の不活発によるDVT発生が予測されることから、運動指導も必要となる。

直近の災害で見えた段ボールベッドの有効性

欧米人は日本人よりもPEが5~10倍以上多いことが知られているが、災害後のPE多発の報告はほとんどない。唯一あるのは1940年、第二次世界大戦時のロンドン大空襲だ。当時ロンドンには大きな防空壕がなかったため、大勢の市民が地下鉄の駅構内に逃げ込んだ。その数は最大17万7000人に及んだ。駅構内では混み合っただけの雑魚寝が6か月以上続いた結果、PEによる死亡が前年の6倍に増加したことが報告された。これを重視した英国政府が簡易ベッド20万台を駅構内に設置したところ、肺塞栓症の増加はなくなった。これは避難所でのPE予防に簡易ベッドが有効であることを如実に示唆

小児感染症の診かた・考えかた

上山 伸也

小児の診療に携わる医師必携の1冊。もう感染症で戸惑わない!

- ①小児の診療に携わるすべての医師 → 正しい感染症診療を実践できる!
- ②成人感染症を学んだ研修医・若手医師 → 小児を診る時の戸惑いや違和感が軽くなる!

●A5 頁448 2018年
定価: 本体4,400円+税
[ISBN978-4-260-03645-0]

小児感染症の診かた・考えかた

上山 伸也

感染臓器や起炎菌を適切に見極める「診かた・考えかた」
小児の診療に携わるすべての医師、成人感染症を学んだ研修医・若手医師に最適な1冊!

目次 Contents

- 小児感染症診療の原則
- 小児における抗菌薬の使い方
- 小児の「風邪」のみかた
- 小児における熱源不明の発熱へのアプローチ
- 呼吸器感染症
- 頭頸部感染症
- 中枢神経感染症
- 尿路感染症
- 血管内感染症
- 腹部感染症
- 皮膚・軟部組織感染症
- 骨・関節感染症
- 新生児感染症
- 学校感染症

医学書院

第22回日本心不全学会開催

第22回日本心不全学会学術集会(会長=東大大学院・小室一成氏)が10月11~13日、「心不全医療のイノベーション」をテーマに京王プラザホテル(東京都新宿区)にて開催された。日本も近い将来、植込み型補助人工心臓(VAD)による長期在宅治療(Destination therapy; DT)の保険収載が見込まれる。本紙では、多職種によるDTへのアプローチを議論したパネルディスカッション「目前に迫ったDestination therapyへの多職種での取り組みとは?」(座長=阪大大学院・澤芳樹氏、富山大学院・絹川弘一郎氏)の様態を報告する。

Destination therapyには多職種の多面的なアプローチを

植込み型VAD装着患者が増加する中、サポート期間の長期化によるDTの問題点は何か。初めに登壇した循環器内科医の築瀬正伸氏(国循)は、植込み型VAD装着患者に生じる課題として、治療の場の選択、患者の生活や家族への影響、患者自身の人生設計や終末期のとりえ方を列挙した。「Shared CareはShared Benefitsを生む」と述べた氏は、患者が住み慣れた地域で治療を継続するには紹介元の循環器内科医と地域のVAD管理施設との密接な関係が重要と指摘し、植込み型VADに精通する循環器内科医のDTへの参画が不可欠と強調した。そこで氏は、植込み型VAD管理を学ぶ研修やセミナーに医師が参加しやすい環境が必要と語り、既存の研修実施施設や管理施設が植込み型VADの短期臨床研修コースを用意すべきと提案した。

「DTのエンドポイントは、ADLの維持とできる限りの再入院の回避にある」。こう述べた心臓血管外科医の縄田寛氏(東大病院)は、植込み型VAD装着後の問題と対処について紹介した。術後の問題点は主に、感染症、機器の不具合、抗凝固療法関連合併症、大動脈弁閉鎖不全症を含む弁機能不全だという。感染症対策には適切な創部管理と複数種類のデバイスの承認などが求

められ、機器の不具合にはドライブライン(DL)配置の改善、標準化された手術手技の普及が重要と述べた。抗凝固療法関連合併症への対処には、細やかな抗凝固療法管理や血栓症を起しにくいデバイスの開発が求められ、弁機能不全には装着時の予防的介入、右心機能低下症例では房室弁への介入をそれぞれ考慮すべきと解説した。

DTで生存率が高まる一方、終末期の治療選択や体制整備には多くの課題がある。看護師の久保田香氏(阪大病院)は、植込み型VAD装着患者の考える「人生の在り方」に沿った理解ができるよう、事前指示書などを用いて治療のゴールを検討する機会が必要と述べた。さらに、家族もケアの対象としたサポートが欠かせないと言及し、訪問看護の積極的介入の実現に向け、植込み型VAD装着患者に対する訪問看護加算等の整備が求められると強調した。

循環器内科医の中村牧子氏(富山大病院)は、大都市の病院で植込み型VAD治療を受けた患者が、長年住み慣れた地域で生活できるよう、管理施設である地元大学病院が治療継続の受け入れ体制を整えた事例を紹介した。循環器内科医、看護師、臨床工学技士らが関連機器使用のトレーニングを受け、救急部や所轄の消防署にも植込み型VAD装着患者の緊急時対応を周知したという。患者の頻回な外来通院できめ細かなリハビリや創部管理が実現できた一方、医療者の経験不足や患者同士の情報交換の機会が少ないなど地方ならではの課題があったと振り返った。氏は「植込み型VAD治療が認知されるよう社会への啓発が必要」と呼び掛けた。

阪大病院心臓血管外科の戸田宏一氏は同院の200例を超える植込み型VAD治療の経験を踏まえ、長期治療の合併症である脳合併症、感染症、右心不全の3点への対処から、多職種関与の重要性を考察した。植込み後早期脳合併



●写真 パネルディスカッションの様態

視点

アカデミアから提案する東京五輪の救急医療体制

横田 裕行

日本医科大学大学院医学研究科救急医学分野教授
同大付属病院高度救命救急センター長

2020年、国際的イベントである東京オリンピック・パラリンピック競技大会(以下、東京オリパラ)が「おもてなし」や「レガシー」をキーワードに開催される。4年に一度の国際的競技大会だけに、開幕前の聖火リレーや前後の各種会議を含めると、大会期間中以外にも複数のイベントが同時多発的に数か月にわたって開催されることになる。医療に携わるわれわれは、日常の救急を含めた医療体制の維持を前提とし、関係者や観客などが多数集まる開催会場周辺の救急医療体制の整備も考慮しなければならない。さらに、不安定な国際情勢に鑑み、テロ発生時の医療対応も考慮する必要がある。

こうした認識のもと、東京オリパラの医療体制を学術的な見地から提案する連合体「2020年東京オリンピック・パラリンピックに係る救急・災害医療体制を検討する学術連合体」(以下、コンソーシアム、<http://2020ac.com/>)が2016年4月に、日本救急医学会が中心となって組織された。

当初は救急医療にかかわる日本救急医学会、日本臨床救急医学会、日本集中治療医学会、日本外傷学会、日本集団災害医学会(現・日本災害医学会)、日本中毒学会、日本熱傷学会、日本救急看護学会の8学会と、東京都医師会を加えた9団体で活動を開始した。

さらに2017年度からは、当時のコンソーシアムを中心とした厚労省研究班が組織され、各学術団体の専門性を生かした調査・研究が開始された。

具体的には、日本救急医学会は大会期間中、特に会場周辺の効率的な医療資源の配分、救急隊や救急車の配置、会場周辺の医療機関への搬送シミュレーション、日本臨床救急医学会は熱

中症対策、日本集中治療医学会は会場周辺における集中治療室の受け入れ状況、日本外傷学会は銃創や爆傷に対する初期対応や専門的治療に関するマニュアル作成、日本災害医学会は多数傷病者対応など、それぞれの学会で調査・研究することになった。さらに、日本中毒学会は日本中毒情報センターと共同して化学テロが起こった際の医療機関対応状況の調査や、初期対応に関するマニュアルなどの作成をめざしている。日本熱傷学会は爆傷などで多数の熱傷患者が発生した際に、重症・広範囲熱傷患者を分散搬送することを見据えた全国の熱傷患者治療病床の調査研究を行っている。

このような積極的な活動の結果、コンソーシアムにはその後、東京オリパラの医療体制に関係するさまざまな分野の学会や組織が加わり、日本外科学会、日本小児科学会、日本整形外科学会、日本麻酔科学会、日本脳神経外傷学会、日本蘇生学会や日本AED財団などを含め2018年10月現在の構成団体は23を数える。

東京オリパラの救急医療体制に関するアカデミアとしての提案、すなわちコンソーシアムや厚労省研究班の成果物は漸次公表されている。今後は、これらの課題解決に向けて作成された成果物をさらにブラッシュアップし、東京オリパラだけでなく、その後行われるであろう国内のさまざまなビッグイベントにも、「レガシー」として有用な成果物を提供したいと考えている。

●よこた・ひろゆき氏/1980年日本医大医学部卒。同大千葉北総病院救命救急部長、同大多摩永山病院救命救急センター副センター長を経て2008年より現職。日本救急医学会代表理事。

症にはポンプ流量不足、晚期合併症にはデバイス感染・菌血症が関与する。右心不全や感染症への対策が重要となるため、集中治療室や感染対策チーム、脳卒中内科との連携が必要と指摘した。また、DLの適切な管理により感染回避率の改善が見込まれることか

ら、看護師の役割は重要という。さらに、VAD装着後2年以上経過すると機器トラブルが多くなる傾向から、患者再教育の必要性を示唆し、臨床工学技士の関与に期待を示した。氏は、より良い長期VAD治療のためには「多面的アプローチが重要」と締めくくった。

ペースメーカー・ICD・CRT 実践ハンドブック

6TH EDITION
CARDIAC PACING AND ICDs

編集 Kenneth A. Ellenbogen / Karoly Kaszala

監訳 高野 照夫 / 加藤 貴雄

訳 伊原 正

循環器内科・心臓血管外科医だけでなく、技士・看護師・デバイスメーカー担当者にも極めて有用な1冊。CDR認定制度に必要なIBHRE試験の対策本として最適!

【書評より】
「ハートカンファレンスに挑む多職種の知識補充にうってつけの一冊」
——夜久均(京都府立医科大学大学院教授、心臓血管外科学)

「入門、復習、Step upに最適な循環器病デバイスの実践書」
——岩瀬三紀(トヨタ記念病院病院長)

●B5 頁544 2018年 定価: 本体13,000円+税 [ISBN978-4-260-03599-6]

医学書院

救急で最低限やるべき&守るべきことがわかる!
経験に裏打ちされた珠玉の厳選パール

ERのクリニカルパール

岩田 充永 160の箴言集

ERでの心得から実践まで、熱い魂がこもった箴言160パール。経験が少なくても、大きな失敗をせず、重篤な病態を見逃さないために、救急で最低限やるべきこと&守るべきことがわかる。

●B6 頁176 2018年 定価: 本体2,800円+税 [ISBN978-4-260-03678-8]

救急整形外傷
レジデントマニュアル
第2版

整形外科医「以外」のための整形外科当直マニュアル

救急整形外傷 レジデントマニュアル 第2版

田島 康介

この本さえあれば、当直中の整形外科疾患の対応には困らない。どの時点で専門医にコンサルトすればよいかも判断できる。診療中に常備しておきたい整形外科傷本の決定版!

●B6変型 頁192 2018年 定価: 本体3,500円+税 [ISBN978-4-260-03688-7]

医学書院

目からウロコ!

4つのカテゴリーで考える
がんと感染症

森 信好 聖路加国際病院内科・感染症科医長

【第30回】

造血幹細胞移植と感染症⑥
移植後中期の感染症

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。

前回は同種造血幹細胞移植 (allogeneic HSCT; Allo) 後感染症の主役でもあるサイトメガロウイルス (cytomegalovirus; CMV) 再活性化に対する新しい予防戦略についてお話ししました。今回は Allo 移植後中期、すなわち生着後から 100 日目までの生着後早期 (図, Phase II) に起こり得る感染症について、症例をもとに解説しましょう。特に「知らなければ早期診断・治療が困難な疾患」を中心に紹介していきます。普段 HSCT にかかわっていない方はあまりなじみのない領域かと思いますが、HSCT の感染症としては非常に重要ですのでぜひお付き合いください。

◎症例 1

59 歳女性。52 歳で発症した慢性リンパ性白血病 (chronic lymphocytic leukemia; CLL) に対して、57 歳の時に HLA 一致の非血縁者からの Allo (matched unrelated donor HSCT; MUD) を施行するも再発。今回は臍帯血移植 (umbilical cord blood HSCT; UCB) を施行。
・前処置: アレムツズマブ, フルダラビン
・移植片対宿主病 (GVHD) 予防: タクロリムス, ミコフェノール酸
・CMV: レシピエント (R) 陰性, ドナー (D) 陰性
・トキソプラズマ IgG 陰性
・予防投与: ST 合剤, ポリコナゾール, バラシクロビル

前回の HSCT の際に *Stenotrophomonas maltophilia* のカテーテル関連血流感染症や *Achromobacter* sp. による菌血症の既往はあるが、糸状菌感染症の既往なし。移植後生着前の発熱に対してセフェピムで治療し 25 日目で生着を確認。

その後、問題なく経過していたが、42 日目より徐々に見当識障害 (場所と時間) および反応に対する受け答えが緩徐となってきた。またトイレ歩行は可能であるがそれ以外の日中の活動はほとんどできなくなってきた。Review of System (ROS) では頭痛、羞明、鼻汁・鼻閉、咽頭痛、咳嗽、呼吸困難、嘔気・嘔吐、腹痛、下痢、尿路症状、肛門痛、関節痛・筋肉痛なし。全身状態はやや不良、意識レベル JCS I-2, 血圧 108/61 mmHg, 脈拍数 80/分, 呼吸数 12/分, 体温 37.2°C, SpO₂ 99%。口腔内に軽度の粘膜障害あり。その他、頭頸部、胸部聴診、腹部、背部、四肢、皮膚に明らかな異常はなく、見当識以外の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 2300/μL, リンパ球数 160/μL, 肝機能障害, 腎機能障害や電解質異常は見られない。

Allo 後の中枢神経感染症

Allo 後の中枢神経合併症は報告によってばらつきがありますが、11~59%で見られるとされており¹⁾、日常臨床で比較的よく経験します。感染性而非感染性に分かれていますが、非感染性では脳血管障害、薬剤性 [タクロリムスによる可逆性後頭葉白質脳症 (posterior reversible encephalopathy syndrome; PRES) など]、代謝性障害、GVHD、

悪性腫瘍など鑑別は多岐にわたります。感染症ではどのような微生物が鑑別に挙がるでしょうか? 日本からの報告²⁾では 59%がウイルス性 (HHV-6 が最多), 35%が細菌性, 6%がトキソプラズマというものがあります。

一方、スペインの UCB に限った報告³⁾では 35%が真菌性, 32%がウイルス性, 12%が細菌性, 残り 12%がトキソプラズマ, と多少異なっています。いずれにせよ、以前から強調しているように Allo 後の感染症では Phase I, II, III の期間で分けて考えることが重要です (表)。というのも、低下する免疫が異なるからです。Phase I は生着前であり好中球減少にさらされますので一般細菌やカンジダ, アスペルギルスなどの真菌がメインとなります。Phase II では好中球は回復するものの、細胞性免疫が高度に障害されています。ここで特に重要なのが日本からの報告が多い HHV-6 による脳炎です。以前はトキソプラズマが多くを占めていましたが、2000 年以降は減少に転じています³⁾。Phase III では細胞性免疫に続いて液性免疫も徐々に回復してきます。ただし、GVHD が起こると世界が一変して、主に細胞性免疫が高度に障害されるのでしたね。ここでは CMV やアスペルギルスが原因微生物となり得ます。

今回は、Phase II で発症した中枢神経症状です。本症例では原疾患が CLL であり、液性免疫低下が顕著です。さらに前処置に注目しましょう。これまでに何度も登場した抗 CD52 モノクローナル抗体であるアレムツズマブとプリンアナログであるフルダラビンが投与されています。いずれも高度に細胞性免疫低下をもたらします。特にアレムツズマブはウイルス性脳炎のリスクがあることが知られています⁴⁾。頭部 MRI を撮影すると両側海馬、扁桃体に FLAIR で高信号が見られました。髄液検査では初圧 200 mmH₂O, 細胞数 23/μL (98%単核球), 総タンパク 119 mg/dL, グルコース 45 mg/dL (血糖 82 mg/dL) であり、HHV-6 DNA が 21 万コピー/mL と高値でした。

単純ヘルペスウイルス (HSV), 水痘・帯状疱疹ウイルス (VZV), CMV, JC ウイルス, トキソプラズマ PCR などは全て陰性でした。また、血中の HHV-6 DNA も 1 万 8000 コピー/mL と上昇しており、HHV-6 脳炎の診断に至りました。抗ウイルス薬であるホスカルネットを 21 日間投与したところ徐々に意識状態は改善し髄液中の HHV-6 DNA PCR も著明に低下しました。

HHV-6 脳炎

HHV-6 といえ、おそらく多くの方は突発性発疹の原因ウイルスとして記憶しているかと思いますが、Allo 後、とりわけ UCB 後には再活性化によって本症例のように脳炎を起こし得ますのでぜひ知っておきたいものです。発症時期の中央値は移植後 62 日です⁴⁾、Phase II (生着前後から 100 日まで) と覚えておくと良いでしょう。症状はさまざまですが、概して見当識障害や意識変容・性格変化、痙攣などが見られます。

診断は、中枢神経障害があり髄液検査で HHV-6 DNA が検出され、他に原因がないもの⁵⁾となります。ただし、Phase II には血小板低下があり髄液検査が困難なこともありますので、その場合には血中 HHV-6 DNA ≥ 1 万コピー/mL を補助診断として用いることもあります⁵⁾。また MRI 検査も診断の大きな手掛かりとなります。典型的には FLAIR で内側側頭葉に両側性の高信号が見られます⁶⁾。治療は確立していませんがホスカルネットやガンシクロビルが有効とされています^{7,8)}。治療が遅れると予後不良や重篤な神経学的後遺症につながりますので、早期診断・治療が極めて重要です。

◎症例 2

中米出身の 52 歳女性。B 細胞性急性リンパ性白血病 (B cell acute lymphoblastic leukemia; B-ALL) に対してリツキシマブおよび hyper CVAD を 3 コース行った後、UCB を施行。
・前処置: メルファラン, フルダラビン
・GVHD 予防: 抗胸腺細胞グロブリン (ATG), タクロリムス, ミコフェノール酸
・CMV: R 陰性, D 陽性
・トキソプラズマ IgG 陰性

移植後、生着前までに大腸菌による菌血症に対してセフェピムで治療。その後問題なく 28 日目で生着し 35 日目に退院。ST 合剤, ポリコナゾール, バラシクロビルの予防投与中。

今回は移植後 70 日目から急速に呼吸困難および湿性咳嗽が増悪するため救急外来受診。ROS では微熱、全身倦怠感、食欲低下あり。その他、頭痛、羞明、鼻汁・鼻閉、咽頭痛、嘔気・嘔吐、腹痛、下痢、尿路症状、関節痛・筋肉痛なし。全身状態は極めて不良、意識レベル JCS I-3, 血圧 103/58 mmHg, 脈拍数 107/分, 呼吸数 32/分, 体温 36.8°C, SpO₂ 97% (6L フェイスマスク)。胸部聴診上両側肺野で holo inspiratory crackles を聴取、頸部の accessory muscle の使用あり。その他、頭頸部、腹部、背部、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 7800/μL, リンパ球数 350/μL, 肝機能障害, 腎機能障害や電解質異常は見られない。来院時の胸部 X 線では両側びまん性間質影を認めたが、数時間後には呼吸状態が急激に悪化し ARDS 様となったため気管挿管。バンコマイシン, ピペラシリン・タゾバクタム, レボフロキサシン, オセルタミビルが開始された上で感染症科コンサルトとなった。

さて、移植後中期 (Phase II) の細胞性免疫低下時における急激に悪化する呼吸器感染症ですね。「ヤバイ!」と思って思考停止してしまう方もおられるでしょう。でも、これまで 30 回にわたり本連載にお付き合いいただいた読者にはある程度自信を持って対応できるのではないのでしょうか。そう。「細胞性免疫低下の感染症」は鑑別が多岐にわたりますが、第 13 回 (3228 号) で解説したように「びまん性間質影」を呈する微生物を丁寧に見ていけば良いのです。もちろん一般細菌やレジオネラなどを中心とした非定型肺炎もありますが、それに加えて、急速に進行するものとしては、播種性真菌症 (特にヒストプラズマ症) や播

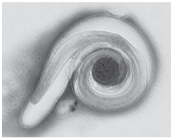
●表 期間間に見た Allo 後の中枢神経感染症 (文献 1 より改変)
HHV-6=ヒトヘルペスウイルス 6 型, VZV=水痘・帯状疱疹ウイルス, CMV=サイトメガロウイルス, PML=進行性多巣性白質脳症

	Phase I	Phase II	Phase III
細菌	グラム陽性球菌 グラム陰性桿菌		
ウイルス		HHV-6, VZV, PML	CMV, VZV, PML
真菌	アスペルギルス カンジダ	クリプトコッカス	アスペルギルス
寄生虫		トキソプラズマ	



●図 HSCT 後の Phase

種性寄生虫症 (トキソプラズマ症や糞線虫症), あるいはウイルス, ニューモシスチス肺炎 (PCP) がありましたね。



●写真 糞線虫

今回は予防投与で ST 合剤を使用しているため PCP やトキソプラズマ症はやや否定的, またポリコナゾールを用いているためヒストプラズマ症も否定的です。中米出身ですので糞線虫は高リスクです。ウイルスは各種呼吸器ウイルス (インフルエンザ, パラインフルエンザ, RS ウイルスなど) および CMV が鑑別の上位です。ただちに気管支洗浄を行ったところ何やら動くものが、まさしく糞線虫 (*Strongyloides stercoralis*) です (写真)。

糞線虫の診断には出身地の把握を

これまでに細胞性免疫低下の解説で糞線虫の単語は出てきましたが、ほとんどの方はあまりピンと来ていなかったことでしょう。日本では九州南部や沖縄に、世界的には中南米や東南アジアに広く分布する寄生虫 (蠕虫) です。土壌から経皮的に感染し、経静脈・リンパ行性に肺胞まで到達します。その後気道を逆行して嚥下することで消化管に侵入し、成熟・産卵し幼虫が糞便から排泄されるという流れです。細胞性免疫が低下すると幼虫が大量に増加し消化管から全身にばらまかれます。これを糞線虫過剰感染症候群 (*Strongyloides hyperinfection syndrome*; SHS)⁹⁾ と言います。特徴的な症状は今回のように急激に悪化する呼吸不全です。また、幼虫が全身に播種する過程で、消化管にいる大腸菌などの腸内細菌を引き連れていきますので敗血症に至ることも容易に想像していただけるかと思えます。その他、腸内細菌による肺炎や髄膜炎なども SHS の特徴ですのでぜひ覚えておきましょう。体液などから幼虫を見つけることで確定診断されます。治療にはイベルメクチン (ivermectin) を使用しますが極めて予後不良ですので、出身地を把握して診断の閾値を下げておくことが重要です。本症例では速やかに診断しイベルメクチンを 7 日間投与し治癒しました。

今回は、知らなければ対応できない移植後中期の感染症について症例をもとに解説しました。次回の最終回は、移植後後期の重要な感染症についてお話しします。お楽しみに。

【参考文献】

- 1) Neurology. 2017 [PMID : 28255902]
- 2) Hematol Oncol Stem Cell Ther. 2017 [PMID : 27664550]
- 3) Biol Blood Marrow Transplant. 2017 [PMID : 27794456]
- 4) Haematologica. 2011 [PMID : 20851868]
- 5) Clin Infect Dis. 2013 [PMID : 23723198]
- 6) J Infect Dis. 2006 [PMID : 16323134]
- 7) Clin Microbiol Rev. 2005 [PMID : 15653828]
- 8) Bone Marrow Transplant. 2017 [PMID : 28783148]
- 9) Clin Infect Dis. 2009 [PMID : 19807271]

Medical Library

書評・新刊案内

上肢運動器疾患のリハビリテーション [Web動画付]

関節機能解剖学に基づく治療理論とアプローチ

中図 健 ● 著

B5・頁160
定価:本体4,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03453-1

「わかりやすい・おもしろい・実践できる」。単純な感想を述べるなら、この三つに集約されます。

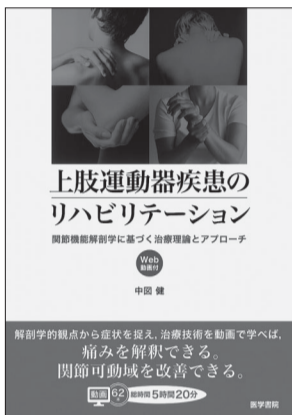
本書では、上肢運動器疾患に対するリハビリテーション治療の組み立てかたを理解し、62本もの動画でセラピストの治療技術を学べます。学生時代から運動器疾患のリハビリテーションに興味を示し日々患者さんに向き合ってきた著者である中図健先生の知識と経験をもとに、セラピストが知りたいことを丁寧に説明しています。日々の臨床に寄り添ってくれる技術書であると思います。何よりも動画で繰り返し

確認できることがありがたく、臨床力が向上することは確実でしょう。

前半は「各疾患の治療方針の立てかた」、後半は「関節・軟部組織に対する治療法」で構成されています。各疾患は、頸椎、肩関節、肘関節、前腕、手関節、指関節に分けてまとめてあり、頸椎症性脊髄症、橈骨遠位端骨折などのよく経験する疾患が挙げられています。各疾患に対し「治療プログラム」と題したリハビリテーションの治療方針の立てかたと治療順序が解説されています。後半の治療法の章では、頭頸部、体幹に始まり上肢各部位の解剖学的な特徴と具体的な治療方法について疾患に合わせた形で学べます。随所に挿入されている関節の構造や病態、整形外科の治療法などの図が理解を助けてくれます。

疾患の説明は簡潔であるものの、拘縮や筋機能不全などの運動障害が生じる理由については、介入すべき問題が理解しやすいように丁寧に書かれています。疾患と関節機能解剖とアプローチが結びついていくので「わかりやすく、おもしろい」と思えます。とはいえ、解剖や運動器疾患に詳しくない場合にはやや難解な部分もあるため、他の解剖学書や、著者が編集された前著『上肢運動器疾患の診かた・考えかた——関節機能解剖学的リハビリテーション・アプローチ』(医学書院、2011年)なども読むとより理解しやすくな

日々の臨床に寄り添う「実践できる」実践書



るでしょう。

動画の中には、著者が解説しながら骨や筋を身体上に描画していくものもあったので、見ながら実施したところ、自身でもかなり確実に触診できました。治療場面の動画でも、セラピストが手を添える部分や対象者の身体の動かしかたがわかりやすく、「実践できる」と感じながら試してみると本当に実践できました。62本の動画1つずつは数分~10分程度に編集されていて気軽に視聴できます。

実践のためにもっと勉強したい！と求めているセラピストにぜひ見てもらいたい内容です。機能解剖学や生理学を復習しながら読み進めれば、患者さんの状態を今まで以上に理解できるようになり、治療へとつなげられる一冊だと思います。

《ジェネラリストBOOKS》

外来でよく診る

病気ストレスな症例への生活処方箋

エビデンスとバリューに基づく対応策

浦島 充佳 ● 著

A5・頁212
定価:本体3,600円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03593-4

評者 大谷 泰夫

神奈川県立保健福祉大理事長

これまでは人間の健康状態を健康か病気かという二分法で区分して対処してきた。しかし、その両者は連続した変化の中で存在している。

特に生活習慣病の分野では、人はある日突然病気に陥るのではなく、予兆段階を経て発症し、重篤化していく。こうした流れを念頭に置いて、従来型の健康観とは異なった、個人の自立的意識や予防・回復努力を重視した新しい健康観「未病」が提唱されている。

本書でいう「グレーな症例」への対応策は、まさしくこの未病的な健康観に符合するものと思われる。これはわが国で通例行われている医療スタイル、すなわち公的医療保険が想定する医薬品や手術に依拠する典型的な治療

方法に一石を投じる新時代のスタイルである。治療の手段として、運動や食事療法を重要な選択肢に加えた「生活処方箋」という考え方は、健康寿命の延伸をめざす人生100年時代という人生の健康サイクルに目を向けた注目すべき方法論である。

こうした治療方針に際しては、これまではエビデンスという側面からの不安や不信がつきまといがちであったが、本書においては医学的根拠に基づく治療の実例とアドバイスが、個別の症例に即して具体的かつ豊富に展開されていることが画期的である。

今後の医療現場において、本書の提唱する新時代の医療に理解と共感が広がることを心から期待する。

人生100年時代を見据えた新時代の医療

《視能学エキスパート》

視能訓練学

公益社団法人 日本視能訓練士協会 ● シリーズ監修

若山 暁美、長谷部 佳世子、松本 富美子、保沢 こすえ、梅田 千賀子 ● 編

B5・頁440
定価:本体15,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-03223-0

評者 仁科 幸子

国立成育医療研究センター眼科

本書は視能学エキスパートシリーズの一冊として出版された、日本視能訓練士協会による視能訓練士のための実用書である。検査や光学・眼鏡に関する書籍は多数出版されているので、「視能訓練」にスポットを当てた本書はシリーズの最高峰として編集されたものに相違ない。

小児眼科や弱視斜視を専門とする眼科医にとって、日々の診療に視能訓練士による詳細かつ的確な検査が不可欠である。われわれの施設では、一人ひとりの患児がよりよい視力と両眼視機能を獲得し維持していけるように、手術治療や訓練について医師同士、視能訓練士共に意見を交わして進めていくのが常である。しかし眼科診療の多くの場では、理想的な環境で診療に従事できる者は少なく、医師は外来や手術に、視能訓練士は新しいさまざまな検査に追われ、視能訓練について十分に検討できる時間を持っていないのではないかと。本書をひもとくことによって、視能訓練士のみならず眼科医も、初心に戻って視能訓練の分野を学び、実践的な知識を得ることが可能であると思う。もちろん、弱視斜視の指導者がいない施設の視能訓練士にとっては、検査や訓練の方法について症例を数多く挙げて具体的に解説している本書が大変に役立つことであろう。

症例を数多く挙げて具体的に解説

本書を開いて初めに目に飛び込んでくるのは、懐かしい弓削経一先生の名著『視能矯正——理論と実際』の文字である。わが国の視能矯正の開祖の理念を受け継ぎ、さらに新しい概念や科学的根拠を加えて本分野を発展させたいという編者の思いが伝わってきた。第1部の視能訓練の歴史の章は、若い視能訓練士にもぜひ目を通していただきたい。次章から視覚発達、視覚生理学、視覚認知学の基礎がわかりやすく記載されており、科学的な探究心を養い、理論を理解した上で訓練に取り組むべきであるという根本的な理念が示されている。

検査の章では、入力系、統合系、出力系に分けて、弱視斜視患者に対して必要不可欠な検査の方法が詳しく解説されており、「検査のポイント」のコラムを見ると、さらに実践的なアドバイスが受けられるように工夫されている。指導者がそばで指示を出しているような構成となっており、どのように検査を進め、どう記載するかの子細は、現場の指導者(書き手)の流儀が反映されていると思う。さらに臨床症例として小児、成人に起こるさまざまな内斜視、外斜視に対し、検査の結果と注意点が解説されており大変参考になる。しかし、全て入力系、統合系、出力系の順に記述されているが、実際

MDSiの新刊

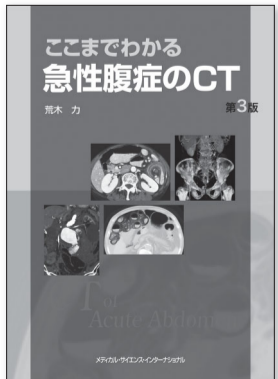
「急性腹症CT」の唯一無二のテキスト 待望のリニューアル

ここまでわかる 急性腹症のCT 第3版

●著:荒木 力 山梨大学名誉教授/健康科学大学学長
●定価:本体7,200円+税 ●B5 ●頁488 ●図・写真815
●2018年 ●ISBN978-4-8157-0135-2

▶急性腹症の診断において有用なCTの活用法を解説したロングセラー、9年ぶりの改訂。症例ごとにCT所見、診断、治療方針を示したあと、当該疾患について解説する。基本症例は100症例に増加し、関連症例を含め合計161症例を提示。解剖、画像所見や疾患について必要事項をまとめた90項目の“ノート”を適宜配置。

- 目次
1.なぜCTなのか
2.ヘルニア(1)
3.ヘルニア(2)
4.虫垂炎・憩室炎
5.腸炎・腸管虚血
6.消化管穿孔
7.腸管閉塞・イレウス(1)
8.腸管閉塞・イレウス(2)
9.肝・胆・膵疾患
10.大動脈・出血
11.泌尿器疾患
12.婦人科疾患



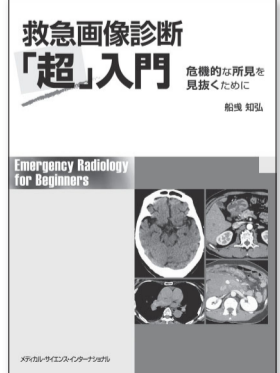
悩める研修医・当直医のミカタ(味方)になる、見逃さないミカタ(見方)

救急画像診断 「超」入門 危機的な所見を見抜くために

●著:船曳 知弘 済生会横浜市東部病院救命急症センター部長
●定価:本体4,700円+税 ●B5 ●頁232 ●図・写真667
●2018年 ●ISBN978-4-8157-0128-4

▶救急診療においてよく使われている単純X線やCTの撮像、読影に際し、絶対に見逃してはいけない病態と注意すべきポイントを、豊富な症例写真を交えコンパクトに解説。夜間救急の当直医や救急初療医等、画像診断に不慣れな読者が見逃しを防ぐべく学習できる。

- 目次
Part I 画像検査の基本
1.医師は何を求めて画像検査をオーダーする?
2.臨床に必要な画像検査の正常像の理解
3.撮像時の工夫・よりよい診断のために
Part II 画像検査の実践
4.ERでのX線検査のピットフォール
5.ICUでのX線検査のピットフォール・チューブ留置後の撮影
6.造影CT検査のピットフォール
7.CT検査で見落とすといけない疾患



ゲノムを学ぶなら、この本から。世界のスタンダードテキスト

新刊 **ゲノム 第4版** 生命情報システムとしての理解
Genomes, 4th Edition

▶定評あるロングセラーテキスト、11年ぶりの改訂。全章にわたってアップデート。必ず押さえるべき基本から、ごく最近明らかになった知見まで、ゲノムについての分子生物学的な知識を凝縮。歯切れのよい文章と、すっと頭に入るカラフルな図が、初学者から、上級者までを飽きさせない。原著改訂に際し、レイアウトや文章表現の工夫により、頁数は抑えられスリム化し、値下げを実現。生物学、医学、歯学、農学、情報学などの広範な分野の学生・院生、研究者、医師、教育者にとっての必読書。

監訳:石川 冬木 京都大学大学院生命科学部 細胞周期学分野 教授
中山 潤一 基礎生物学研究所 クロマチン制御研究部門 教授

定価:本体8,800円+税
A4変 頁576 図520 2018年
ISBN978-4-8157-0132-1

胸部のCT 第4版

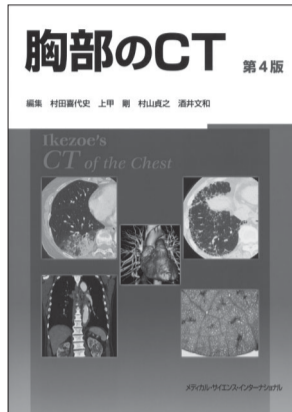
村田 喜代史, 上甲 剛, 村山 貞之, 酒井 文和 ● 編

B5・頁904
 定価:本体15,000円+税 MEDSI
<http://www.medsii.co.jp>

呼吸器の日常診療において、画像診断は重要な位置を占める検査である。画像診断の基本は、胸部単純X線検査であるが、その次の精査としては本書のテーマである胸部CT検査が用いられる。生体の構造の変化を非侵襲的に評価できる有用な検査法である。近年のCT機器や画像解析技術の進歩により、疾患の診断や鑑別、病変の程度の評価、治療効果の判定などだけでなく、病理組織との対比から病態の理解に役立てたり、他の臨床所見と比較して病態解析を行うなどの臨床研究にも応用されたりして多くの知見を提供し、呼吸器病学や診療に貢献してきた。

本書は、胸部CT画像診断を解説した定番ともいえる教科書として、1998年より長年愛されてきたが、今回、前版より7年経過しての待望の第4版である。まず、CT検査法の基本について、装置の歴史に始まり、適応や課題、最近の臨床研究で用いられる定量評価法や、被曝量の評価法、被曝低減策に至るまでコンパクトにまとめられている。次に、肺病理標本のマイクロCT解析を含む肺の微細構造とCT画像との対比による解説が充実しており、CT画像の読影の基礎となる部分をしっかりと学べる内容となっている。これは、画像診断の学習にとって必須の重要な点であり、この知識があるからこ

各疾患・分野の専門家の英知が凝集した名著



そ実際の症例の画像を深く理解することが可能になるといえる。腫瘍、感染症、びまん性肺疾患、血管性病変、外傷、先天異常など胸部の各疾患についても、臨床像や病理組織所見と対比しながら具体的な症例のCT画像を提示して解説されており、胸部CT画像の読影に必要な異常所見が網羅されている。

また、今回の改訂では、新しい疾患概念や肺癌のTNM分類など最新の呼吸器病学を取り入れて、鮮やかなカラー写真、要点を示した説明図や診断・所見のポイントを示したBOXと共に、最新の胸部CT画像の所見がわかりやすく解説されており、日常臨床の現場でとても使いやすい書となっている。さらに、各解説内容には、それぞれ文献による根拠も示されており、より深く学びたい場合には、引用文献を調べることで詳しく勉強できるようにもなっている。

このように、呼吸器内科医・外科医や放射線診断医だけでなく、胸部の疾患を診療する、あるいは、これから学習しようとするすべての方々にとって役立つこと間違いのない書である。各疾患・分野の専門家の長年の英知が凝集された名著であり、日常診療や、胸部CTを用いた臨床研究の座右の書として期待される。

には視力検査・屈折検査から始めることはないの、本来の検査手順とは異なることを明記したほうがよいと思う。先天内斜視の小児例にも就学までプリズム療法を継続する例をはじめ、全編を通して臨床症例は書き手の流儀に沿っていることも明記されたい。また検査を進める上で、視能訓練士であっても忘れてはならない重要なことは、医師と連携して器質疾患を早期発見することであると思う。検査の際に器質疾患が疑われる症例の解説も改訂の際にはぜひ含めていただきたい。

第2部は弱視治療(視能訓練)である。近年、EBMに基づく治療をめざしたPEDIG(北米の小児眼科医グループ)による多施設共同前向き研究の結果を受けて、治療のスタンダードが提示された。本邦では依然として施設間で治療方針に多少の差異はあるが、重要なことは眼鏡や訓練のコンプライアンスを把握し、治療経過を評価して新たな方針を立てることである。特に微小斜視を鑑別して不同視弱視の訓練を

進める症例の提示など、現場で遭遇する頻度が高い弱視に対する訓練のエッセンスが組み込まれている。

第3部には、いよいよ斜視の視能訓練について、内斜視、間欠性外斜視、さらには後天眼球運動障害に分けて詳しく記述されており、本書の真骨頂がいかに発揮されている。視能訓練士には必須の知識が満載で、実践的な解説が秀逸である。われわれ眼科医は、視能訓練の適応と方法を十分に理解し、内斜視に対するプリズム療法、間欠性外斜視の抑制除去、輻湊、融像訓練など、手術と組み合わせる最良の両眼視機能を獲得し維持していけるように個々の治療計画を立てるべきである。

本書の特徴として、視能訓練以外の手術治療を概説した第4部は必要最小限にとどめられている。2015年から本邦にも導入された斜視のボツリヌス毒素注射についてはほとんど触れられていないが、今後はボツリヌス療法と視能訓練をどう組み合わせるか、興味深い課題と考える。



脳梗塞と動脈硬化

第5回

福武敏夫
 電田メディカルセンター神経内科部長

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。

漢字から見る神経学

書・大山九八

本邦において脳血管障害は長く「中風」と呼ばれていました。「脳梗塞」という言葉はいつ登場したのでしょうか。1959年には使用例があるものの、1964年改訂の『南山堂医学大辞典』には採用されていません。Google Scholarによると少なくとも1930年代から「脳軟化」という言葉があって、これは病理的な意味も示すので最近まで使われています。「脳梗塞」と同じ意味での「脳軟化(症)」も1940年代には使用されており、1970年あたりでも散見されます。「心筋梗塞(症)」のほうは1932年頃からの論文に使われています。ついでに“cerebral infarction”と“myocardial infarction”の使用例をGoogle Scholarで検索すると、それぞれ1842年と1878年までさかのぼれます。

梗塞の「梗」と硬化の「硬」はどのように使い分けられているのでしょうか。両方の字の右側の「更」は「更」を本字としており、丙=左右にピンと張り出す意と支=強いるの意を合わせて、緩んだものを引き締めることを表していましたが、転じて「改める」の意味を持ちます。「梗」は木部に属し、堅いとげのあるヤマニレのことであり、そこから「真つすぐ」とか「枝のように堅い」とか「塞ぐ」ことを表すようになりました。Infarctは「詰まる」という意味であり、「梗」と合致します。「硬」は石部に属し、「石のように硬い」ことを表します。Sclerosisは硬くする意味があり、理解できます。結局、「梗」と「硬」はかたさの違いを表しており、前者のほうが後者より軟らかいイメージであり、脳血管内治療で採取される血栓子の硬さとその周囲の動脈硬化の差と対応していそうです。なお、現代中国では梗塞と同じ意味で梗死も使われ、〇〇硬化症は単に〇〇硬化とされています。

心臓・大動脈外科手術 基本・コツ・勘所

小坂 眞一 ● 編

B5・頁384
 定価:本体18,000円+税 医学書院
 ISBN978-4-260-03200-1

評者 松宮 護郎

千葉大大学院教授・心臓血管外科学

近年、循環器疾患の治療においては「低侵襲」という大きなキーワードのもとに、次々と新しいデバイスが登場し、内科と外科の境界

があいまいになりつつ **次世代に継承したい手術手技** これまでの多くの教

ある。そういった流れに乗った新しいテクノロジーを、遅れることなく治療に取り入れていく必要性は多くの心臓血管外科医が感じているところであろう。一方で、いくつかの合併する心臓・血管病変をいっぺんに、しかも完璧に治療でき、なおかつ長期にわたって効果を維持できる外科手術の素晴らしさは、多くの心臓血管外科医が誇りにしているところであろう。特にわが国では、さまざまな領域で欧米とは異なった治療方針や手術方法が採用され、極めてよい成績が収められてきている。こういった、わが国で築き上げられてきた知識、技術は、将来この分野を担ってくれる若い外科医にしっかりと伝承していく必要がある。

本書はそういった意味で極めて貴重な心臓血管外科手術の手技に特化した解説書である。長年心臓血管外科の最前線で活躍してこれ、また熱心に次世代の心臓血管外科医育成に取り組ん

でこられた小坂眞一先生の編著によるものであり、日本全国のトップサーजनが熱意を持って自分の確立してきた手術を解説している。

科書とは異なり、病気の解説や手術適応に関する記載は最小限にとどめられ、おのおのの術者が得意とする手術を、手技に特化して詳細に記述している。おのおのの外科医がこれまでの長い経験から、成功のために最も大切にしているところ、まさにタイトルにある通りの「勘所」を中心に記述した解説書となっている。また、各項目の中には、Q & Aの項目が設けられており、よく学会で問題になる細かな手技の選択や、コントラバーシーについても詳しく触れられている。これも小坂先生ならではのお考えによるものであろう。

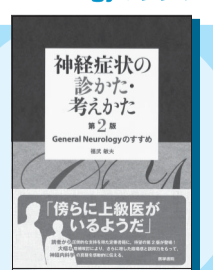
本書は心臓血管外科手術に長年全身全霊で取り組んできた外科医たちの軌跡である。美しき手術をめざし、あくなき技術の革新と成績向上に取り組んできた日本の心臓血管外科医の努力は、必ずや本書を手にした次世代の心臓血管外科医に伝わるであろうことを確信している。

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

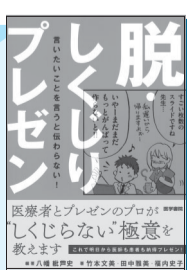


あなたのプレゼンを成功に導く！

脱・しくじりプレゼン 言いたいことを言うとは伝わらない！

医療者が行うプレゼンテーションの極意を、「しくじりマンガ」と丁寧なレクチャーでビジュアルに解説します。初歩的な考え方やスキルだけでなく、成功の秘訣やトラブル対応まで、読者の課題をイラストで掘り起こして明快に解決。「戦略(分析)」「シナリオ」「デリバリー」を基本に、プレゼンの専門家とプレゼンを得意とする医療者がタッグを組んで、あなたを成功に導きます。もう「時間泥棒」とは呼ばせない！

編著 八幡紘声
 国際プレゼンテーション協会理事長
 著 竹本文美
 JCHO東京東病院長
 田中雅美
 津田沼中央総合病院病理診断科
 福内史子
 葉山ハートセンター腎臓内科・血液浄化センター部長



医学書院 緩和ケア 関連書籍のご案内

Palliative care

終末期の苦痛がなくなる時、何が選択できるのか?

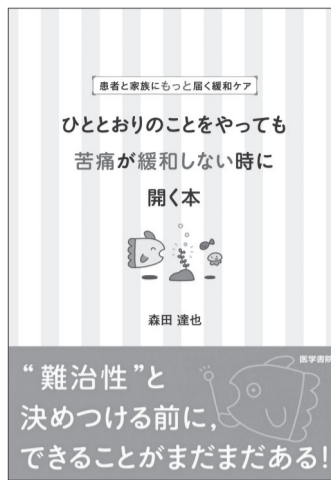
苦痛緩和のための鎮静〔セデーション〕

森田 達也



鎮静を、深く知る!
終末期の苦痛に対応する手段には何があるのか。眠ることでしか苦痛を緩和できないとしたら、私たちは何を選択できるのか。鎮静を多方面から捉え、臨床での実感を交えながら解説する、鎮静を深く知るための書。

●B5 頁192 2017年
定価:本体2,800円+税
[ISBN 978-4-260-02831-8]



患者と家族にもっと届く緩和ケア ひととおりのことをやっても 苦痛が緩和しない時に開く本

森田 達也

“難治性”と決めつける前に、できることがまだまだある!

あれこれやってみても、痛みが取りきれない。でも原因に気付けば、今できる工夫が見えてくる!「これをやれば苦痛が取れるかも?」という着眼点を丁寧に書きためた1冊。

●A5 頁272 2018年 定価:本体2,400円+税 [ISBN 978-4-260-03615-3]

エビデンスからわかる 患者と家族に届く 緩和ケア

森田 達也・白土 明美

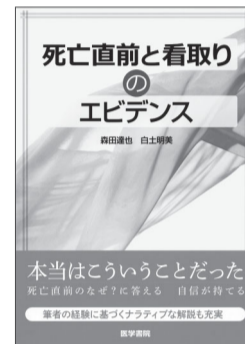


エビデンスがわかれば、緩和ケアに自信がもてる!
オピオイドを拒否する患者さんには、その理由を尋ねてみる。現実とかけ離れた希望も、否定せず大切に。日常のケアを裏付けるエビデンスから「今、できる緩和ケア」を考える本。

●A5 頁200 2016年
定価:本体2,300円+税
[ISBN 978-4-260-02475-4]

死亡直前と看取りの エビデンス

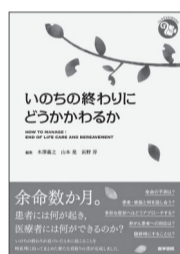
森田 達也・白土 明美



医療職が知っておきたい、人の臨終に関わる最新のエビデンス

患者が亡くなる直前の医学的問題や看取りについて解説し、医療職者が知っておくべきエビデンスをまとめた。医師や看護師のみならず、人の臨終に関わる読者の助けとなる書。

●B5 頁204 2015年
定価:本体3,000円+税
[ISBN 978-4-260-02402-0]



「多死社会」で役立つ終末期の実践ガイド ジェネラリストBOOKS いのちの終わりにどうかかわるか

編集:木澤 義之・山本 亮・浜野 淳

●A5 頁304 2017年 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-03255-1]



「わかってくれる人」に、私はなりたい 死を前にした人に あなたは何かできますか?

小澤 竹俊

●A5 頁168 2017年 定価:本体2,000円+税 [ISBN 978-4-260-03208-7]



レジデントだけの本ではありません! 緩和医療に携わる 全スタッフ必読の書 緩和ケアレジデントマニュアル

監修:森田 達也・木澤 義之
編集:西 智弘・松本 禎久・森 雅紀・山口 崇

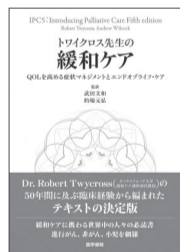
●B6変型 頁456 2016年 定価:本体3,600円+税 [ISBN 978-4-260-02544-7]



患者の目線に立って医療用麻薬を選び、 使えるようになるために Dr.大津の誰でもわかる 医療用麻薬

大津 秀一

●A5 頁172 2017年 定価:本体3,400円+税 [ISBN 978-4-260-03038-0]



緩和ケアのすべてを見通せる類い稀な一冊 トワイクロス先生の緩和ケア QOLを高める症状マネジメントとエンドオブライフ・ケア

編集: Robert Twycross / Andrew Wilcock
監訳: 武田 文和 / 的場 元弘

●A5 頁440 2018年 定価:本体3,400円+税 [ISBN 978-4-260-03550-7]



緩和ケアの必携書、待望の改訂 トワイクロス先生の緩和ケア処方薬 薬効・薬理と薬の使い方 第2版

編集: Robert Twycross / Andrew Wilcock / Paul Howard
監訳: 武田 文和 / 鈴木 勉

●A5 頁928 2017年 定価:本体5,500円+税 [ISBN 978-4-260-03031-1]



卒後臨床でも役に立つ、がんのリハビリテーションの 現在を示したテキスト 標準理学療法学・作業療法学・言語聴覚障害学 別巻 がんのリハビリテーション

編集: 辻 哲也 編集協力: 高倉 保幸・高島 千敬・安藤 牧子

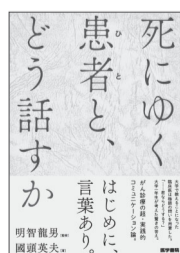
●B5 頁272 2018年 定価:本体4,000円+税 [ISBN 978-4-260-03440-1]



なぜこの薬? 副作用は? アセスメントのポイントは? 第2版ではさらにわかる! がん疼痛緩和の薬がわかる本 第2版

余宮 きのみ

●A5 頁280 2016年 定価:本体2,200円+税 [ISBN 978-4-260-02778-6]



臨床医が看護学生と考える「死にゆく患者と、 死にゆく患者と、どう話すか」 ひと 死にゆく患者と、どう話すか

監修: 明智 龍男 著: 國頭 英夫

●A5 頁306 2016年 定価:本体2,100円+税 [ISBN 978-4-260-02857-8]



日本初、小児緩和ケアの本誕生! 小児緩和ケアガイド

編集: 大阪府立母子保健総合医療センター QOLサポートチーム

●B5 頁152 2015年 定価:本体3,800円+税 [ISBN 978-4-260-02449-5]