

2014年1月20日

第3060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

- [鼎談] がん治療医が今日からできる診断時からの緩和ケアとは(濱卓至・加藤雅志・木澤義之)…………… 1—2面
- [連載] ジェネシャリスト宣言…………… 3面
- [連載] “問診力”で見逃さない神経症状…………… 4面
- [連載] 続・アメリカ医療の光と影/在宅医療モノ語り…………… 5面
- MEDICAL LIBRARY…………… 6—7面

鼎談

がん治療医が今日からできる 診断時からの緩和ケアとは



加藤 雅志氏
国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療支援研究部長

濱 卓至氏 司会
大阪府立病院機構大阪府立成人病センター心療・緩和科副部長
兼緩和ケアチーム専従医

木澤 義之氏
神戸大学大学院医学研究科内科学講座
先端緩和医療学分野特命教授

2012年6月に見直された「がん対策推進基本計画」において、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が重点事項に位置付けられた。これを受け、日本緩和医療学会はがん治療医が今日からできる「診断時からの緩和ケア」として、「5つのアクション」を提示した(表)。本鼎談では、この5つのアクションをがん治療の現場で実現するために必要な視点、現場での問題点と解決策について議論していただいた(編集協力=日本緩和医療学会)。

濱 緩和ケア普及啓発事業・オレンジバールンプロジェクトの一環として、2013年10月6日、「がん治療医が今日からできる診断時からの緩和ケア」というシンポジウム(平成25年度厚生労働省委託事業)が行われました。そこでは、具体的に5つのアクションが提示されています。

本日は、緩和ケアの継続教育プログラムPEACEプロジェクト(註)の企画・開発に携わっていらっしゃる木澤先生、国立がん研究センターでがん患者さんや家族の支援に取り組みつつ、がん対策への提言を行っておられる加藤先生に、この5つのアクションについてお話しいただきます。

①患者・家族の心情への配慮とコミュニケーション

加藤 今回、「がんと診断された時から」と開始の時期が明確に表現された背景には、緩和ケアは終末期からではなく、がんの告知時から始まることを明示したかったのだと私は考えています。がん告知のされ方で、患者さんのその後の治療に取り組む姿勢や医療者との関係が変わってきます。がん治療医の方々には、がん告知が目前の患者さんにどのような影響を与えるか、患者さんの心情に配慮していくことが求められています。その上で基本的な

緩和ケアがなされるべきだと思います。木澤 医学部教育では、OSCEで医療面接の実習はしますが、患者さんの心情にまで踏み込めていないのが現実です。PEACEでは受講者に患者体験もしてもらいますが、それが非常に新鮮という印象を受ける方が多いのです。

実際に悪い知らせを伝えることや心理反応としての防衛機制(コーピング)などについては、卒後教育でも取り上げられることはほとんどないですからね。誠実に話すということと、患者さんの心情に配慮することを両立させなければいけないのに、どうしていいかわからない。だから、医師自身もつらい思いをすることがあると思います。加藤 知っていればできる基本的なことが、知らないためにできていないというケースが多くあります。患者さんによっては、事実を否認したり、怒りを表出したりすることで、心理的な危機的状況のなかで精神状態を維持している方もいます。しかし、否認とか怒りへの対応の基本を知らないがん治療医は多いと思います。

そのような患者さんへの対応には、一定の知識やスキルが必要だと認識し、対処法を学ぶことができればよいのですが、基礎教育以降、そういうことを考える機会がない。医師になると、自分のコミュニケーションについて振り返る機会がほとんどないのが現状だと思います。

濱 私は、外科医の立場で告知をする機会は多々ありました。患者さんから、どこまで具体的に病状を知りたいかを聞いた上でお話をしますが、そういったやり取りについて、トレーニングを受けたことがある外科医は極めて少ないと思います。若い時に先輩医師のやり方を見て、自己流で確立していく医師が多いのではないのでしょうか。

加藤 中堅以上の医師になって、患者さんとのコミュニケーションに問題があると気付いても、どのように解決すればよいのかわからない。また、コミュニケーションの仕方を評価されることを、時には人格を評価されるように受けとめる方もいるので、他者が指摘し教育するのも難しいものです。

木澤 だからこそ、最初の刷り込みが重要になります。学生・研修医の時から正しい方法論を身につけておかないと、後で修正するのは非常に難しい。それから、医師が忙し過ぎることも問題です。日常診療以外で時間を取ることが難しいから、漫然と「このままではまずい」と思っている、研修はおろか、ほかのスタッフからアドバイスを求める機会すら持っていません。

濱 まずは、時間をつくることですね。加藤 がんの告知など「悪い知らせ」を伝えなければいけない患者さんに対しては、時間を確保して診察し、告知後の患者さんの心情に配慮すること。

●表 5つのアクション

- ①患者・家族の心情への配慮とコミュニケーション
- ②適切な情報提供と意思決定支援
- ③苦痛のスクリーニングと適切な症状マネジメント(基本的緩和ケア)
- ④専門的緩和ケアの利用
- ⑤患者・家族のニーズに応じた治療・療養の場の選択

必要に応じて看護師などにも同席してもらい、患者さんのフォローをしていくこと。時には、同席した看護師などから自分の告知の仕方などのコミュニケーションについて、フィードバックをもらうことが重要だと思います。

②適切な情報提供と意思決定支援

濱 「適切な情報提供」とは、具体的にどのようなことでしょうか。

加藤 意思決定支援を考えるのであれば、患者さんが判断するために必要な情報を提供することが求められます。医学的な情報だけでなく、生活面を含めた情報、例えば、「今後、こういう治療をしていくのであれば、生活上このような影響が出てきます」という

(2面につづく)

なぜこの薬? 副作用をどうみる? アセスメントのポイントは? そんな疑問がまるわかり!

がん疼痛緩和の薬がわかる本

がん疼痛緩和の薬の効用や副作用、アセスメント、選択・使用の考え方がわかりやすく解説された本。症例が豊富にあげられているので、より理解が進む。がんの痛みの理解から、非オピオイド、オピオイド、鎮痛補助薬まで取りあげた、臨床のエッセンス満載の1冊。

余宮きのみ
埼玉県立がんセンター緩和ケア科科長



緩和ケアに用いる薬剤を網羅した薬剤情報集。薬理作用から実践的な使用方法まで解説。

トワイクロス先生のがん緩和ケア処方薬

Hospice and Palliative Care Formulary USA, 2/e

緩和ケアに用いられる薬剤を薬効別に解説した情報集。疼痛緩和に用いられる薬剤のほか、治療に伴う合併症・随伴症状に用いられる薬剤まで多数掲載。薬理作用から使用方法、注意、コクランレビューまで、臨床で役立つ情報が満載。緩和医療の第一人者であるトワイクロス先生が贈る実践的情報集。

編集 R. Twycross
A. Wilcock
M. Dean
B. Kennedy
監訳 武田文和
埼玉医科大学客員教授
鈴木 勉
星薬科大学教授



<出席者>

●加藤雅志氏

1999年慶大医学部卒。2006年より厚労省がん対策推進室に勤務。がん対策基本法の成立、がん対策推進基本計画の策定等にかかわる。09年より現職。中央病院相談支援室長と精神腫瘍科を併任。日本緩和医療学会理事、委託事業委員会委員長。日本サイコソロジー学会理事。

●木澤義之氏

1991年筑波大医学専門学群卒。筑波メディカルセンター病院総合診療科長、筑波大医学医療系臨床医学域講師を経て2013年より現職。がん対策推進基本計画当初より、PEACE(図)の開発・実施に携わる。日本緩和医療学会副理事長、教育・研修委員会委員長。

●濱卓至氏

1996年和歌山県立医大卒。2001年同大大学院医学研究科修了。国立病院機構大阪南医療センター外科(緩和医療)医長兼緩和ケア推進室長を経て、11年より大阪府立病院機構大阪府立成人病センター心療・緩和科勤務。12年より現職。大阪府がん診療連携協議会緩和ケア部会長。日本緩和医療学会理事、緩和ケア普及啓発WPG員長。

③苦痛のスクリーニングと適切な症状マネジメント(基本的緩和ケア)

木澤 苦痛のスクリーニングを実施する際、対象と方法がある程度決める必要があります。ただ、少なくともがん患者さんであれば、何らかの苦痛を持っていることが多いので、全員を対象に入院時にスクリーニングをするのがいいかもしれません。

加藤 そうですね。ただし、スクリーニングをするからには、その後の対応も考えておかなければいけません。例えば体温・血圧等のバイタルサインにおいては、39度の発熱時には、主治医に報告して何らかの対応をするのが当たり前です。そういう流れを、痛みに対してもある程度できるような環境を整える必要があります。

木澤 もう1つは、症状マネジメントですね。

濱 主治医は症状マネジメントのなかで、化学療法の副作用への対応、いわゆる支持療法を丁寧に行っていると思います。緩和ケアというと終末期を想像しがちですが、支持療法自体が治療中からの緩和ケアなのだということが理解していただく必要があります。木澤 大切なのは、患者さんにつらくないかを尋ねることですね。それも、最初に1回聞くだけではなく、毎日尋ねるとするのが重要です。

加藤 患者さんに話してもらい、それに対して最善の方法を考える。

木澤 どう対処すればいいかわからなかったら、次の「④専門的緩和ケア」を利用するのも1つの方法です。

④専門的緩和ケアの利用

濱 これは、緩和ケアチーム・外来・病棟のすべてにおける、専門的緩和ケアということでしょうか。

加藤 場合によっては、院外の専門家も含めた話になります。2006年から、がん診療連携拠点病院に緩和ケアチームを配置することが必須要件となり、一般病棟でも緩和ケアの提供が求められました。拠点病院に緩和ケアチームを置くことによって、その地域のスキルアップが見込まれましたが、実際には難しい側面があったのも現実です。

木澤 地域リソースをうまく使えるようにする必要があります。さらには、病院の枠を超えて相談できるような枠組みをつくることでしょうか。

加藤 そうせざるを得ないと思います。「専門的緩和ケアの利用」という視点からすると、いままでは院内の専門家にいかにスムーズにアクセスしていくのかという話題が多かったのですが、院内に必ずしも専門家がいるわけではない。新たながん診療連携拠点病院制度では、今後、地域連携をより強固にしていく方向性が示されていますが、すぐに整備できるものではありません。現時点では、個人レベルで相

(1面よりつづく)

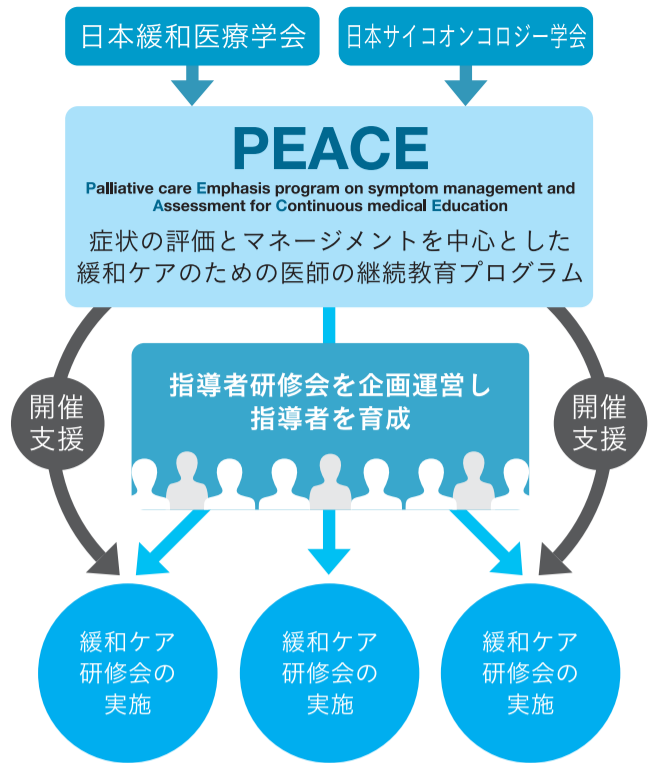
ような情報の提供が必要です。それは、主治医からだけではなく、ほかのメディカルスタッフからも提供されるべきでしょう。そして、情報提供は一方的でなく、患者さんが必要としている情報が何かを尋ね確認しながら行われるべきです。患者さんが何を大事にしているのか、どういうことを気にしているのかを聞きながら、困っていることに対して必要な情報を提供していくことが求められています。

木澤 最近思うのは、医師・患者間に、いわゆる「馴れ合い」が相当あるということ。日本の医師・患者関係は、欧米よりもずっと深いと思います。患者さんのことをよく知っているし、お互いを思い合っている。だからこそ、相手にとってつらいことを言えないし、患者さんもつらいとは言わない。「本当はこうなのに、この人(担当患者/主治医)には言えない」という関係になってしまう。だからこそ、第三者が入って意思決定支援をしないとイケない。その役割は、いま厚労省が進めているように、看護師がしてくれるといいのかなと思います。

加藤 そうですね。患者さんの意思決定支援において中心的な役割を果たすのは主治医ですが、患者さんのなかには「本当は治療をやめたい」という本音が主治医の前では言えない人もいます。けれども、そういう気持ちを第三者に話し、それを主治医に伝えてもらうことはできる。「○○さんはなかなか本音を言っていないけれども、こういうふうに考えているようなので、今度はそういう切り口でお話を聞いてもらえないでしょうか」というようにです。

濱 なるほど。主治医だけで抱え込まないことが肝要ですね。

加藤 はい。患者さんが大事にしていることを尋ね、ほかのスタッフからの情報も参考に、今後のことを話し合うことを心掛けてもらえたらと思います。



●図 PEACE プロジェクトの概要

談できる相手をつくっておくことが重要です。

濱 がん治療医個人が、ですね。

加藤 そうです。よりよい医療を提供していくためには、「痛みについては院外のあの先生に聞けばいい」というように、インフォーマルなネットワークをつくるのが、今のがん治療医には求められているのかもしれない。

⑤患者・家族のニーズに応じた治療・療養の場の選択

濱 最後は、「患者・家族のニーズに応じた治療・療養の場の選択」。②の意思決定支援と関連する項目ですが、5つ目の項目として独立させた理由は、何でしょうか。

加藤 意思決定支援ができていないことが前提ですが、実際の療養環境の調整となると、在宅医や訪問看護のスタッフと調整をしたり、転院の場合は転院先の病院と調整をしたりと、自施設内で完結しない話になります。意識して適切な時期に準備を開始していく必要があるため、独立した項目に位置付けたと解釈しています。

木澤 患者さんのなかには、先ほども述べたように「否認」の防衛機制から、「将来のことはその時に考えればいい」と言う方もいらっしゃいます。一方、退院後の生活に明確なイメージを持っている患者さんもいらっしゃる。そのニーズに合わせた療養の場の調整が必要です。大都市圏では、数か月前から調整しないと、望んだ場での療養は難しいとも言われており、なるべく早い段階から考えることが大切です。加藤 療養環境の調整には想像力が必要です。どんなことが起こり得るか、いろいろなパターンを想定して準備しなければいけません。主治医は、看護師などのスタッフの意見も聞きながら患者さんの生活面に配慮し、患者さん

の意向に沿った療養ができるように環境を調整していく司令塔的な役割が期待されています。

*

濱 「がんが診断された時からの緩和ケア」を実践するに当たって、がん治療医が意識しておくべきことは何でしょうか。

加藤 やはり、患者さんが悩んでいることやつらいと思っていることに向き合っているという姿勢を示していくことだと思います。まずは、苦しいこと・悩んでいることを聞き、さらには、患者さんが大事にしたいこと、どう過ごしていきたいのか、それらを聞いた上で、可能な限り実現できるように調整していくことです。

木澤 そうですね。「診断時からの緩和ケア」といいますが、特別に何をやるかというよりも、患者さん・家族が「つらい」と思っていることを診断時からキャッチすることが大切です。それに対し他職種の協力を得て、症状緩和や意思決定支援を早めに進めていけたらいいのではないかと思います。

濱 今回の「5つのアクション」を通じて、今後は診断時からの緩和ケアが普及することを願います。本日は、ありがとうございました。(了)

註：「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」(図)。日本緩和医療学会と日本サイコソロジー学会が協力して開発した、基本的緩和ケアを習得するための教育プログラムである。PEACEプロジェクトが支援する「緩和ケア研修会」は、全国各地の医療機関や団体などによって開催され、参加者は基本的な緩和ケアを学ぶことができる。2008年度から本格的に開催され、2013年10月時点で開催回数は2258回を数え、修了者は全国で4万98名となった。

この鼎談は、平成25年度厚生労働省委託事業の一環として実施されたものです。

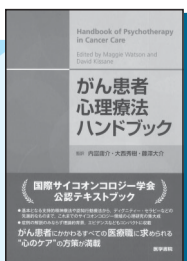
がん患者への「心のケア」の方策が満載

がん患者心理療法ハンドブック

Handbook of Psychotherapy in Cancer Care

国際サイコソロジー学会の承認を受けた、がん患者への心理療法テキストブックの邦訳。過去20年間のサイコソロジー領域における心理研究の集大成であり、21の精神療法が収録されている。症例の解説のみならず理論的背景、エビデンスなどもコンパクトにまとめられ、臨床腫瘍医、がん看護師のみならず、臨床心理士が現場でどう介入を拡げていくかの示唆が満載。

監訳 内富庸介 岡山大学大学院医学薬学総合研究科教授・精神神経病態学教室 大西秀樹 埼玉医科大学国際医療センター教授・精神腫瘍科 藤澤大介 国立がん研究センター東病院・精神腫瘍科医長

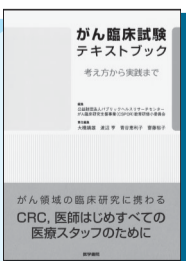


“がん”の臨床試験に携わるCRC、CRA、医師等すべての医療者必携の書

がん臨床試験テキストブック 考え方から実践まで

CRCをはじめ医師、薬剤師、看護師など、がん臨床試験に携わる医療者が必ず知っておくべき情報を理解しやすくまとめた。法規制、倫理ガイドライン、臨床試験デザイン、QOL評価、研究組織などの基礎的知識から、プロトコル・レビュー、管理、治療効果判定、有害事象の評価・報告などCRC業務の実際に至るまで、臨床現場ですぐに役立つ内容となっている。

編集 公益財団法人パブリックヘルスリサーチセンター がん臨床研究支援事業(CSPOR)教育研修小委員会 責任編集 大橋靖雄 東京大学大学院医学系研究科 公共健康医学専攻生物統計学・教授 渡辺 亨 渡辺医院/浜松オンコロジーセンター-院長 青谷恵利子 北里大学臨床研究機構臨床試験コーディネーティング部-部長 齋藤裕子 パルティス ファーマ株式会社オンコロジー開発統括部



The Genecialist Manifesto

ジェネシャリスト宣言

岩田 健太郎

神戸大学大学院教授・感染症治療学
神戸大学医学部附属病院感染症内科

【第7回】

なぜ、二元論が問題なのか その5 ワークとライフ

ワーク・ライフ・バランスという言葉がよく聞かれるようになった。ぼくも(理由はよくわからないけれど)、「イクメンの」なんとかとか「女性医師の」なんとかという会合に呼ばれて、話をする機会が増えている。でも、あれって本当に変だなあ。会合が開かれるのはほぼ間違いなく夜か週末である。そういう会が開かれなければ、家事・育児にもっと時間を割けるといふのに。矛盾してませんか? 午後5時以降と週末の会合を減らせば、日本はもっともっと働きやすい国になります。

ま、それはいいとして。ぼくは「ワーク」か「ライフ」か、といった二元論をここでも否定したい。仕事が充実していなければ、家にも楽しくないし、家庭が安定していなければ仕事にも十全に取り組めない。ワークがあつてこそライフ(ここでは私生活、の意味)があり、ライフがあつてこそワークだ。私生活を犠牲にして、仕事に打ち込むモデルは昭和の時代には普遍的であったが、それは家族を犠牲にするというのが前提になって初めて可能なモデルである。そんなモデルは平成の現在には通用しないし、通用させるべきではない。

人が集まりやすい環境には人が集まる。人が集まりにくい環境からは人が逃げていく。いわゆる「立ち去り型サボタージュ」というのもその一亜型だ。では、人が集まりやすい環境とは何かというと、「いろいろな人が許容されている」環境と言い換えてよいだろう。等質の、同じような条件の人物しか受け入れられないような組織には人が集まりにくい。人が集まりにくい組織では、人は足りなくなる。足りなくなれば、仕事は忙しくなる。家に帰れなくなる。ますます家庭を顧みなくなる。そんな組織には育児中、介護中、その他所用を抱えている人物はとて入り込めない。ますます人が寄ってこなくなる。一人、二人と櫛の歯が欠けていくように人が減っていく。

多様な人物を受け入れる組織は、これの逆を行く。例えば、育児中で夕方以降は勤務できない医師。「馬鹿野郎、医者なめんな。当直入れない? 育児中? そんな奴は、医者辞めてしまえ!」と言ってしまえば、この人物は組織には入れない。寄与するところは、完全にゼロだ。しかし、「わかった。

では、夕方まででもいいから、ぜひ協力してください」と言えば、この人物の戦力——例えば、1としておこう——は加えられる。10の戦力が11になる。10のままと、どちらが組織にとってお得かどうかは、明らかだ。

白状すると、ぼく自身、昔は「馬鹿野郎、医者なめんな」と思っていた。昼夜関係なく、週末も休みを取らず、盆正月も忘れて患者に尽くすのが医者の本分だと思いつ込んでいた。そのくらの覚悟がなければ、医者なんて職業を選ぶんじゃない、とも鼻息荒く主張していた。いや、まったくお恥ずかしい。若気の至りである。

昼夜関係なく、週末も、盆正月も働き続けるためには、相当な気力と体力を必要とする。それは若いうちはよいかもしれないが、年を取ってくるとだんだん無理が生じてくる。

いや、若くても体力的にハンディキャップがある人も当然いるし、家庭の事情(育児や介護など)のある人だっているだろう。人は「いろいろな事情」を抱えているものだ。その「いろいろな事情」を馬鹿野郎と最初から排除してしまう、そんな狭量な人物が、多様な患者にまっとうに対応できるものだろうか。できるわけがない。体力も気力も十分で、治療に十全に取り組んでくれる患者以外は、「馬鹿野郎」と排除してしまいかねない。ていうか、体力も気力も十分な患者なんて自家撞着だし。

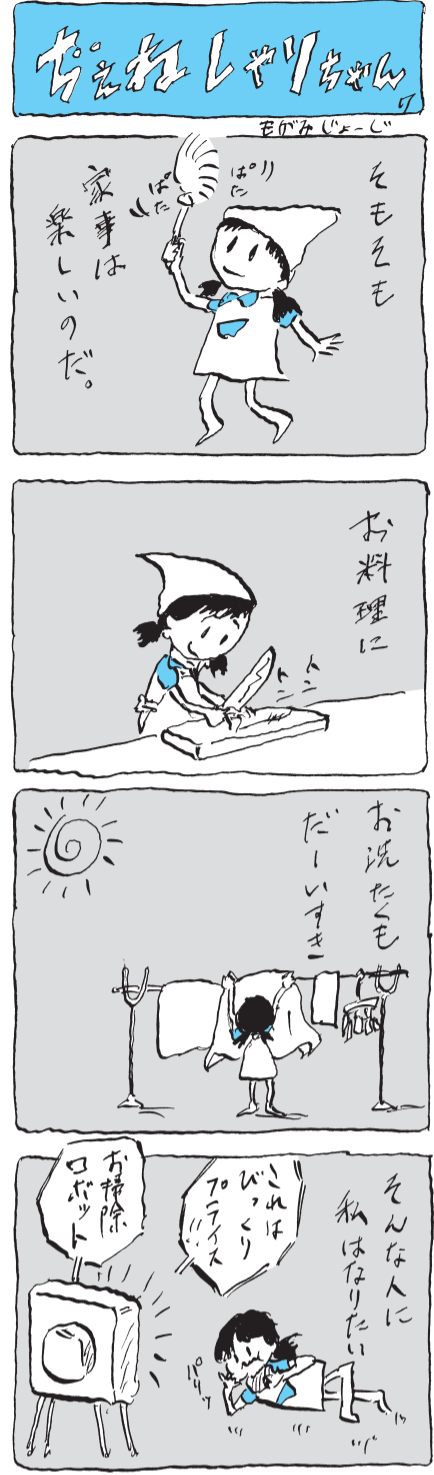
医療の本質は、「弱い立場にある人への温かいまなざし、配慮、思いやり」にある。であれば、なぜそのまなざし、配慮、思いやりが仲間に対して発動できないのだろう。そんなダブル・スタンダードがあつてよいはずがない。というわけで、ぼくは大反省し、持病を抱えている医者は持病を抱えている

医者なりの、家庭の事情がある医者にはそれなりのパフォーマンスを要求することにした。皆が「俺と同じような」パフォーマンスを示す必要なんてない、と覚悟を決めた。

ぼく自身、家庭の事情で今はかつてのような仕事の仕方をしていない。昔よりも遅く病院に来て、早く帰宅している。自宅ではほとんど仕事をしない。週末に仕事の入っていない日もさほど珍しくなくなった。

それじゃ仕事のパフォーマンスが下がって仕方がないだろうと思っていたら、そうでもなかった。むしろパフォーマンスは上がっている。どうでもよい仕事を断る勇気、サボる勇気もついたし、終業時間を決めていたから、そこから逆算して熱心に効率的に仕事に取り組む。その代わりに、病院にいる間はほとんどノンストップで仕事をする。短距離走的な仕事だ。休憩、雑談一切なし。昼食も仕事をしながら摂る。

診療にもここ数年、大きな変化が生じてきた。以前は「言うことを聞かない患者」が苦手だった。でも、よく考えてみれば全ての人が俺の言うことを聞いてくれる、という前提が間違っているではないか。お前は北の將軍様でも何でもなく、一介の医者にすぎないのだから。人は医療のことばかり考えているわけではない。医療のことばかり考えているのは、医療者くらいなものだ。たいていの人は、政治や、経済や、仕事や、家庭や、食事や、服や、恋人や、子どもや、親や、娯楽や、その他重要なこと、どうでもよいこと、いろいろ考えている。病気のことを考えている時間は1日のうちでほんのわずかなポジションしかないだろうし、



病気のことを考えている時間が1日の大部分を占めている人は、それはそれで病んでいる。病気のことを考える時間が短ければ短いほど、その人の心身は健全だ。そういう逆説に気付くのも、「ライフ」の充実があつてこそだ。今の常識にとられなければ、変えられることってたくさんある。「変えたくない自分」が、最大の敵なのである。

内科診療

Evidence Based Clinical Practice

ストロング・エビデンス

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、コンディーズの標準治療と、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髓がここに!

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

●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
記事内容に関するお問い合わせ
☎(03) 3817-5694・5695/FAX(03) 3815-7850 「週刊医学界新聞」編集室へ
送付先(住所・所属・宛名)変更および中止
FAX(03) 3815-6330 医学書院総務管理部出版総務課へ
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
ご注文は、最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

人生で出合う過酷な経験は人間を成長させる

心的外傷後成長ハンドブック

耐え難い体験が人の心にもたらすもの

Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice(Paperback)

災害や事故、大切な人の死などは人生にとって過酷な体験であり最大の苦しみであるが、一方でそこから精神的な成長がもたらされることは古くから経験的には知られてきた。本書は学術的には20年ほど前から研究されてきたPTG(Posttraumatic Growth)についての入門書。原著者はこのテーマの第一人者であり、PTG評価尺度の考案者でもある。

監訳 宅 香菜子
オークランド大学心理学部・アシスタントプロフェッサー
清水 研
国立がん研究センター中央病院・精神腫瘍科科長

人生で出会う過酷な体験は人間を成長させる

「難しい」「とっつきにくい」と言われる神経診察ですが、問診での確かな病歴聴取ができれば、一気に鑑別を絞り込めます。この連載では、複雑な神経症状に切り込む「Q」を提示し、「問診力」を鍛えます。

こんな時にはこの“問診力”で見逃さない神経症状

黒川 勝己 川崎医科大学附属病院神経内科准教授

第4回 下垂足

症例

患者：56歳、男性

主訴：右足が垂れる

病歴：肺炎と心不全で入院していた。屋過ぎからベッドで右脚を下にしてあぐらをかいてテレビを見た。午後5時ごろトイレに行くときに、右足が垂れたままで反ることができず、歩きにくいことに気付いた。右手の動きは全く問題ない。

患者には「下垂足」が生じているようです。「下垂足」は、一般的(common)には「L5神経根症(腰が悪い)」,あるいは「腓骨神経障害(膝で末梢神経が圧迫されている)」が原因として挙げられますが、頻度は低いながらも危険(critical)な「脳血管障害」も原因としてあり得ます。

「脳血管障害」では一般的には片麻痺(体の片側の上下肢麻痺)を生じますが、病変部位によっては単麻痺(四肢のうち一肢のみの麻痺),あるいは下垂足や下垂手のような「限局性麻痺」も生じ得ます。限局性麻痺だからといって、直ちに「脳血管障害」を除外することはできないのです。

では、本患者の「病歴」からは「L5神経根症」「腓骨神経障害」あるいは「脳血管障害」、いずれの可能性が考えられるでしょうか。

患者は主治医に症状を報告した。神経学的所見では、右前脛骨筋の筋力低下(MMT 3-)を認めたが、後脛骨筋の筋力は正常だった。感覚は右足背で触覚が軽度低下していた。以上の所見から、右腓骨神経障害と評価された。

患者はベッドにあぐらをかき、右脚を左脚の下に敷いた状態で長時間テレビを見ていたと話しています。右膝の外側(腓骨頭部)で腓骨神経が圧迫され、急性の圧迫性末梢神経障害(ニューロパチー)が生じた可能性があります。そのほかに明らかな神経学的異常所見もないため、様子を見ることになったようです。

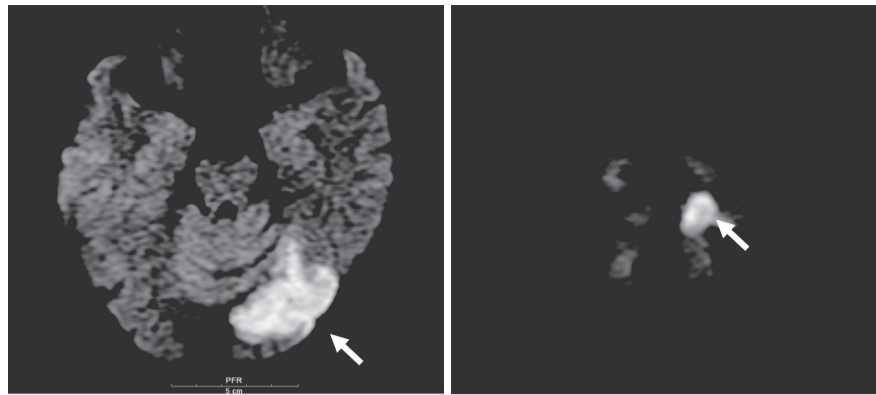
ここでまず、「L5神経根症」と「腓骨神経障害」について、外来診療でも役に立つ鑑別ポイントを述べます。

両者を鑑別するには、「L5神経根由来だが腓骨神経支配ではない筋」の筋力を確認することです。例えば筆者なら、後脛骨筋の筋力を調べます。後脛骨筋はL5神経根由来で「脛骨」神経支配のため、「L5神経根症」では筋力が低下しますが、「腓骨神経障害」なら筋力は正常のはずだからです。

調べ方としては、まずかかとで立つときのように足を背屈させ、L5神経根由来で「腓骨」神経支配である前脛骨筋の筋力を確認します。次に足を爪先立ちになるようにして底屈させ、さらに内反させて後脛骨筋の筋力を確認



●図1 筋力の診方



●図2 頭部MRI 拡散強調画像にて左後頭葉(左図)および左前頭葉皮質(右図)に高信号域が認められ、新規脳梗塞と考えられた。

します(図1)。なお、それぞれの筋にうまく力を入れられているかを確認するには、健側の筋力も調べることが大切です。もし筋力に左右差がなければ、有意な所見とは言えません。

本患者の場合、前脛骨筋の筋力は低下していましたが、後脛骨筋の筋力は正常であり「L5神経根症」は否定的と考えられました。一方で、右足背の感覚障害はちょうど腓骨神経の領域と一致しており、神経学的所見からは右「腓骨神経障害」として矛盾しません。

ではそのまま、圧迫性ニューロパチーによる「下垂足」の典型例と診断してよいのでしょうか。

2日経っても右下垂足が改善しなかったため、翌日神経内科にコンサルト予定となった。紹介予定日の朝6時ごろ、テレビの見え方が急におかしくなり、同日の神経内科医の診察にて右同名半盲が認められた。頭部CTで脳出血は否定されたため、脳梗塞(脳塞栓症)として治療が開始された。

患者は、「下垂足」で神経内科に紹介受診の予定でしたが、予定日の朝に右同名半盲が生じています。左後頭葉病変が疑われ、突然発症と合わせて脳塞栓症が生じた可能性が考えられます。

では何を聴けば、「腓骨神経障害」と「脳血管障害」の鑑別ができたのでしょうか。

Q「右足は歩き始めから反れないのですか? 歩いている途中からですか?」

圧迫性のニューロパチーであれば、歩きはじめから足が反れないはずで、ところが本患者の場合、トイレに行こうとして初めは普通に歩いたものの、途中から足を反ることができなくなったそうです。即ち、「下垂足」は活動時に生じたこととなります。

翌日、頭部MRI 拡散強調画像にて左後頭葉に高信号域が認められ、右同名半盲の責任病巣と考えられました。また、左前頭葉皮質にも高信号スポットが認められています(図2)。この部位はちょうど足の領域であり、「下垂足」が生じておかしくない場所です。なお、神経伝導検査にて腓骨神経の圧迫性ニューロパチーがないことを確認

し、針筋電図検査にて前脛骨筋の筋力低下が中枢性筋力低下であることも確認しています。

以上の結果からこの患者については、3日前、トイレに行く途中に心臓から血栓が飛んで左前頭葉に心原性脳塞栓症が生じて右「下垂足」が起こり、その3日後左後頭葉に心原性脳塞栓症が生じ、右同名半盲に陥った、と考えられました。

以前、当日朝に発症した「下垂手」で橈骨神経麻痺として紹介された患者がいました。確かに右「下垂手」がありましたが、今朝の発症について病歴をさらに詳しく聴くと、「朝食の最中に急に箸が使えなくなった」とのこと。そうすると圧迫性の橈骨神経麻痺は否定的と考えられ、実際、頭部MRIで前頭葉皮質の手の領域に小さな脳塞栓症が見つかりました。直ちに抗血栓療法を開始し、幸い新たな脳梗塞は生じていません。

今回取り上げた「下垂足」の症例でも、「下垂足」が生じたときにもう一步踏み込んで「麻痺が安静(圧迫)後の動作開始時からあったのか、活動の最中に生じたのか」を聞いていたら、後頭葉の脳梗塞を予防できたかもしれません。

これらの例から言えることは、やはり(神経学的所見より)病歴が最重要であるということだと思います。ですから急性の麻痺が生じた場合には、「いつ・どのような状況で」生じたのか、発症時の状況を再現できるくらい具体的に聴くことが大切になります。そしてもし、発症状況がはっきりしない場合には、神経学的所見だけで判断せず「脳血管障害」を念頭に専門医に紹介することが望ましいと考えます。

今回の「問診力」

急性発症の麻痺の場合、たとえ限局性麻痺であっても、安静(圧迫)直後から生じているのか、活動の最中に生じているのかを聴く。活動時に生じていれば脳梗塞を疑う。

週刊医学界新聞 モバイルアプリ 祝10万ダウンロード突破! 無料 詳細は App Store, Android Market をご覧ください 医学書院

JIM presents 公開収録シリーズ「ジェネラリスト道場」第4回 高齢者エマージェンシー -プライマリ・ケア医のためのスキルアップ大作戦- 東北開催 開催のお知らせ セミナー内容 ★Dr. 今明秀のスーパーレクチャー 「プライマリ・ケア医だから知っておきたい「高齢者エマージェンシー表技・裏技」――一般外来で「これはまずいかも」と思ったら」 ★Dr. 藤沼康樹のミニレクチャー 「診療所の高齢者救急「困る前のその一手」――Ambulatory care sensitive conditions(救急入口問題)」 ★Dr. 松村真司のミニレクチャー 「救急に送った後の高齢者マネジメント―帰したくても帰れない!(救急出口問題)」 ★トークショー+質問コーナー(お飲物と軽食付!) 「一般外来における高齢者エマージェンシーよろず相談」 Dr. 今明秀, Dr. 松村真司, (司会) Dr. 藤沼康樹 参加申込方法 医学書院Webサイト内・セミナーページから申し込みください。先着順受付...定員に達し次第受付終了となります。 ホームページ http://www.igaku-shoin.co.jp お問い合わせ 医学書院PR部 TEL 03-3817-5696

続 アメロカ医療の 光と影

第261回

米スポーツ界を震撼させる変性脳疾患①

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

元大リーグ選手、ライアン・フリール(36歳)がショットガンを使って自らの命を絶ったのは2012年12月のことだった。自殺からほぼ1年が経った2013年12月16日、フリールの遺族は、彼が慢性外傷性脳症(chronic traumatic encephalopathy, 以下CTE)を患っていた事実を公表、全米の野球ファンを驚かせた。

CTEは、ここ数年、脳震盪との関連で脚光を浴びている変性脳疾患である。その原因は、脳震盪等の比較的軽微な脳損傷を繰り返すことにあると考えられているのだが、これまでの報告例は、アメリカン・フットボールやアイスホッケーなどの、いわゆる「コンタクト・スポーツ」(体と体が接触する機会が多いスポーツ)の選手、あるいは、従軍経験のある兵士に限られてきた。肉体をぶつけ合う機会が少ない野球とは縁のない疾患と思われてきただけに、フリールがCTEだったという事実は、野球関係者に大きなショックを与えることとなった。

NFLの名センターが、引退後に「落ちぶれた」原因

CTEは、まだ日本の医療者にはなじみが薄い疾患のようなので、その概念をご理解いただくために、まず、この疾患が注目されるようになった経緯について説明しよう。

マイク・ウェブスターが、NFL(National Football League)でプレーしたのは、1974-1990年のことだった。名門チーム、ピッツバーグ・スティーラーズの名センターとして鳴らし、1997年にはフットボール殿堂入りを果たした。敵選手に激しく頭からぶつかる迫力あるプレーと、けがを押してプレーし続けた「頑丈さ」とがどれだけ大きな人気を集めたかは、鉄鋼の町、ピッツバーグのファンが、彼に「アイアン・マイク」のニックネームを呈した一事からも明らかだろう。

しかし、現役時代はプレー一筋に生きた彼の人生が、引退後、一変した。周囲が首をかしげるとな奇矯な行動が目立つようになっただけでなく、家人が知らないところで金銭が消費されるようになったのである。やがて、記憶障害、苛立ち・怒りっぽさ、うつ……といった症状も現れるようになり、いつしか家を失い、妻にも去られてしまった。往年の大選手が認知症様の症状を患った挙げ句に、「落ちぶれて」ホームレスとなった様子はTVや新聞で報道されるようになり、ファンを悲しま

せた。

引退から12年後の2002年、ウェブスター(50歳)は心筋梗塞が原因で亡くなった。検死を担当したのは、ナイジェリア生まれの医師、ベネット・オマルだったが、彼はたまたま神経病理学の研究に携わるようになったばかりだった。生前のウェブスターが認知症様の症状を患っていたことは報道で知っただけに、脳の肉眼所見がまったく「正常」であったことにオマルは違和感を覚えた。助手に脳を固定するよう命じると、認知症関連の種々の蛋白について免疫染色を行うよう指示したのである。

数か月後、免疫染色の結果を見て、オマルは驚愕した。タウ蛋白陽性の神経原繊維濃縮体が脳皮質の広範な領域に認められたのである。一方、β-アミロイドの集積も認められたもののその局在はアルツハイマー病のそれとは異なった。神経原繊維濃縮体の分布は、ボクサーに見られる脳障害(いわゆる「punch-drunk syndrome」)と酷似し、頭部への衝撃(つまり脳震盪)が慢性に繰り返されたことが病因である可能性が強く示唆された。

脳震盪の危険性喚起への期待とNFLの反応

オマルが、ウェブスターの解剖所見を一例報告として『Neurosurgery』誌に報告したのは2005年のことだった。同誌を選んだ理由は「NFLのジャーナルであり、フットボール関係者の関心を引くには最適」と考えたからだだった。というのも、NFLは、1994年に、脳震盪の危険性を科学的に検証するための「中等度外傷性脳損傷委員会」を設立、2003年以降その調査結果を立て続けに『Neurosurgery』誌に寄稿していたからだだった。一連の論文の内容は、「世間が心配するほど脳震盪の危険は大きくない」とするものであったにもかかわらず、オマルは、NFLの関心を引くことができれば共同で選手を脳震盪の危険から守るための研究を進めることができると、ナイーブにも期待したのである。

しかし、論文に対するNFLの反応は、オマルの期待とは正反対のものとなった。「データの解析も引用文献の解釈も間違いだらけだから、撤回すべし」と、研究結果を全否定した上で、論文をほごにすることを求めてきたのだ。

(この項つづく)



在宅医療の現場にはいろいろな物語りが交錯している。患者を主人公に、同居家族や親戚、医療・介護スタッフ、近隣住民などが脇役となり、ザイタクは劇場になる。筆者もザイタク劇場の脇役のひとりであるが、往診靴に特別な関心を持ち全国の医療機関を訪ね歩いてる。往診靴の中を覗き道具を見つめていると、道具(モノ)も何かを語っているようだ。今回の主役は「インフルエンザ迅速診断キット」さん。さあ、何と語っているのだろうか？

在宅医療モノ語り 第45話

鶴岡優子 つるがめ診療所

語り手くつきり線引き、お任せください インフルエンザ迅速診断キットさん

希望者にはワクチンを接種したし、準備万端！なんて安心したのもつかの間、インフルエンザが流行する季節がやってきました。「手洗い・うがいに、マスク」と呪文のように唱え、「人混みを避けるように」と言われても、学校、職場、デイサービスと、皆さん、人混みの中で生きています。

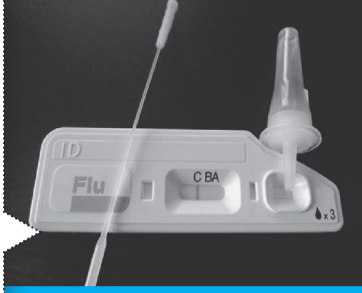
私はインフルエンザ迅速診断キットです。一応、往診靴の中の一軍選手なのですが、夏はほとんどオフで、冬の時期だけ働く季節労働者です。急な発熱で、状況的にインフルエンザ罹患が疑われたときこそ、私が活躍できる場面。一連の診察を終え、体温が38度以上あるか、熱が出て数時間経っているかなどがチェックされてから、やっと私の登場となります。

ザイタクの場合、患者さんの発熱原因の予測がつくケースも少なくありません。例えば経尿道的カテーテルが入っていて尿路感染症を繰り返している方。たいてい、私の出る幕はありません。ただ、冬になるとインフルエンザらしくなくても「もしも」に備え、私がくつきりと線引きさせていただくことがあるのです。

本当にくつきりできるのかって？ こう見えて感度、特異度90%以上、インフルエンザウイルスの抗原を検出するキットなんですよ。検査のときは、まずスワブで患者さんの鼻腔内をグリュグリュッと擦ります。鼻腔吸引液や咽頭拭い液でも検体は採れますが、鼻腔拭い液が一番いいようなのです。それから、そのスワブを検体浮遊液に溶かして試料の調整。その後は、ろ過フィルターにこの試料を3滴垂らして、待つこと約8分。すぐに検査結果をお伝えすることができます。準備を含めても15分あれば検査でき、インフルエンザのA型かB型かも判別可能ですし、健康保険も適用されています。

常温で持ち歩きOKの私は、普段、靴の中で過ごしています。でも、検査を行う場所には注意が必要です。私の添付文書には「15-30度の室温で8分待つように」と、条件が書かれています。診療所や病院の中ならば確かに普通の室温なのでしょうけれど、ザイタクではそうはいきません。日本古来の家屋で暖房が効いておらず、15度以下の状況になることも「普通」にあるのです。医療スタッフもダウンジャケットを脱げず、息を白くさせながら診療やケアに当たるお宅もあります。

先日お邪魔したお宅もそうでした。発熱を理由に、ご家族からの臨時往診の依頼を受けて医師が訪問すると、患者さんは「どうして来た？ 大げさだ」と少し怒った口調。体温は38.8度。呼吸器症状はなく、どこが発熱源かはっきりせず、関節痛はあるようです。「インフルエンザが心配なんです」。電話をかけてきた娘さんの言葉を受け、医師もそそくさと私を取り出して準備に取り掛かりました。「ワシは外に出ない。インフルエンザにかかるわけがない」と患者さん。それもそうだなあ……そんな空気が流れると、娘さんが主張します。「おじいちゃんが出掛けなくても、孫が学校に行くでしょ。今だって学級閉鎖中なのよ」。なるほど。医師も手を再び動かし始めました。「ワシには関係ない。薬だって飲まない」。娘さんと患者さんの押し問答中、医師は手を止めて考えます。薬を使わないのであれば、検査で線引きする必要もないか。いや、むしろ検査をしてみて、陽性だったら患者さんに治療を勧めようか……？ と、その瞬間、患者さんが高らかに宣言しました。「ワシのカラダはワシがわかる。ほっといてくれ!」。はあ。娘さんと医師の吐く息は白く、あきらめムードが流れ、私は往診靴の中へ片付けられました。



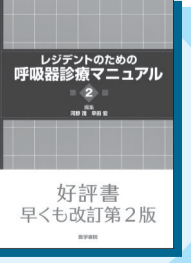
これで人間ひとりの線引き分 「写真撮影のためにキットを開けるのがもったいない」なんて言ったら、タイミングよく熱発者が出現。医療者だって人間だもの。判定終了を示すCの部分だけに線がつき、A型もB型も陰性。「お仕事よし」の線でした。

呼吸器内科レジデントの定番書、好評につき早くも改訂第2版

レジデントのための呼吸器診療マニュアル 第2版

呼吸器内科専修医のニーズにズバリ応える診療マニュアル。疾患・症状のマネジメント、他科との診療連携、検査、治療が網羅され、それぞれのポイント、診療のフローが使いやすく整理されている。伝統ある長崎大学第二内科の総力を挙げて執筆された好評書。

編集 河野 茂 長崎大学病院・病院長 早田 宏 佐世保市立総合病院・副院長



厳選された医薬品情報を持ち運びに便利な文庫本サイズに凝縮

Pocket Drugs 2014

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、重要な薬剤については製剤写真も掲載。臨床現場で本当に必要な情報だけをまとめた1冊。

監修 福井次夫 聖路加国際病院・院長 編集 小松康宏 聖路加国際病院・副院長 渡邊裕司 浜松医科大学教授・臨床薬理学



Medical Library

書評・新刊案内

認知症ハンドブック

中島 健二, 天野 直二, 下濱 俊, 富本 秀和, 三村 将 ●編

A5・頁936
定価:本体10,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01849-4

【評者】東海林 幹夫
弘大大学院脳研教授・脳神経内科学/附属病院神経内科

認知症患者が増加している。2012年の筑波大の発表では既に460万人に達し、その予備軍と言われる軽度認知障害は400万人と発表された。2010年の厚生労働省統計でも認知症高齢者は440万人(日常生活自立度I, II)、軽度認知障害の人は380万人で、合計すると65歳以上の高齢人口2874万人の実に約29%を占めている。この病気には介護する人が少なくとも1人以上は必要であることを考えると、既に高齢人口の2人に1人は認知症とかかわりを有していることが推定できる。このようなわが国の認知症診療の劇的な変貌は、かかりつけ医、一般内科や整形外科などの従来専門ではなかった医師、介護、行政、家族会などそれぞれにかかわる膨大な人々の参入を引き起こしており、この流れは世界各国でも同様である。

このような状況において、早期診断、適正な薬物治療と長期的な対応と介護の重要性が広く認識されてきており、支援のための法的整備も整いつつある。2010年には日本神経学会と関連5学会による「認知症疾患治療ガイドライン2010」が公表され、その後、日常臨床のためのコンパクト版2012も出版された。編者らはこのガイドラインの主要作成委員でもあり、本著はガイドライン2010やコンパクト版2012で簡潔に提示されたエビデンスに加えて、実際の日常診療に即した諸問題に対してより実践的な解答を提示している。この特徴から、本著は認知症診療の具体的な指針の新しい辞書として仕上

がっている。内容を詳しく見ていくと、診断と疫学、症候などの総論は簡潔にまとめ、第4章からの「認知症の治療と管理」、第5章「認知症をめぐるその他の諸問題、地域連携、支援」の記載に重点が置かれている。ここでは、治療、リハビリ、介護、地域ネットワークや法的整備などの急展開する新たな分野の確実な情報が盛り込まれており、日常臨床に必要な最新知識を網羅的に参照できる。特に、BPSDへの対応の原則、合併症の予防と対策の基本、認知症をめぐる諸問題については一読の価値

がある。著者はいずれもそれぞれの分野で際立っている若手で、それぞれの記述は最新で具体的である。編者の狙いもこの2点にあったのではないかと推察している。これ以後は軽度認知障害、アルツハイマー型認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症、進行性核上性麻痺、大脳基底核変性症、ハンチントン病、嗜銀顆粒性認知症などの超高齢期認知症、血管性認知症、プリオン病と正常圧水頭症などの各論のup-to-dateが示されている。

従来、スタンダードとされてきたさまざまなテキストブックやガイドライン2010とコンパクト版2012と比較すると、新しく、詳しく、より実践的なハンドブックであり、もの忘れ外来ばかりではなく一般外来にも常備すると、とても便利な一冊としてお薦めできる。

新しく詳しく実践的な認知症ハンドブック



中耳手術アトラス

Mario Sanna, Hiroshi Sunose, Fernando Mancini, Alessandra Russo, Abdelkader Taibah, Maurizio Falcioni ●原著
須納瀬 弘 ●訳

A4・頁616
定価:本体27,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01778-7

【評者】池園 哲郎
埼玉医科大学教授・耳鼻咽喉科学

訳者の須納瀬弘氏は、耳科学の世界的な権威であるイタリアのMario Sanna教授が率いる耳科学専門の病院Guruppo Otologico(以下、Guruppo)に留学した。氏の留学中に本書の原書初版『Middle Ear and Mastoid Microsurgery』が出版され、氏は共著者となっているが、実はその大部分を須納瀬氏本人が執筆したそうだ。Guruppoには常に何人もの医師が世界各国から留学しているが、その中で須納瀬氏がSanna教授より本書の執筆を託されたのである。原書初版の執筆は2000年1月に開始され、3年後に完成をみた。その後原書は執筆体制をほぼ踏襲する形で2012年に改訂され、その改訂第2版を和訳したのが本書である。

Sanna教授の考えと手術法を優れた写真と詳細な解説とともに提示する本書は、初学者からベテラン医師までの段階の医師にとっても大いに勉強になる優れた大著として完成している。当時留学していた同僚たちは一様に須納瀬氏の集中力と執筆にける情熱、その仕事量に驚かされ、「Sunoseはいつ寝ているのか?」と口々に驚嘆の言葉を語っていたそうだ。

本書はどのページを開いても魅力に充ち満ちている。イラストと写真が随所に使われており、大変わかりやすい。解剖と画像診断から始まり、患者の体位から手術器具の使い方、手術テクニックの考察(骨削除、ドリルの使い方、吸引と洗浄、止血、剥離)、治療方針の決定(唯一聴耳、段階手術、再手術)

など、これから中耳手術を始める医師にとって最初に学ぶべきことがくまなく網羅されている。さらに、外耳道の手術、鼓膜形成、耳小骨形成、乳突洞削開術などの手術を具体的な症例を用いて解説している。後壁保存か削除かといった永遠に続くテーマにもGuruppoの基本的な見解を提示している。また、グルモス腫瘍に対しては410例の膨大な経験をもとに作成されたSanna分類に基づき、各タイプの治療法が極めて詳細に記載されている。そして、迷路瘻孔や天蓋の破壊、顔面神経麻痺などについては疾病の合併症としてのみならず医原性症例についてもその対処法、術後の対応までが細かく記載されている。さらにアブミ骨手術、人工内耳手術といった耳科外科医が憧れる手術についても、もちろん網羅されている。

本書を読んでひしひしと伝わってくるのは、須納瀬氏の教育にける情熱である。自分が得た技術と知識を惜しみなく後輩に伝えて、より良い医療を実現したいという彼の意志を強く感じる。医療においては実地経験を積んだ人物からの直接指導が大きな意味もってくる。国際的な病院で経験を積み、世界中の医師とディスカッションを重ねた氏が、まさに直々に手を取って教えてくれるように感じられる本書は、ぜひ手元に置いて何度も読み返したい良書である。耳科手術を実践する全ての方に本書を座右の書として利用されることをお薦めする。

SHDインターベンションコンプリートテキスト

ジョン D. キャロル, ジョン G. ウェブ ●編
ストラクチャークラブ・ジャパン ●監訳

B5・頁448
定価:本体14,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01789-3

【評者】新井 英和
鹿屋ハートセンター院長

1977年にGrüntzigによって始められた冠動脈インターベンションは、彼の情熱的な活動によって一気に世界に普及し循環器診療を一変させた。1980年代初めから冠動脈インターベンションに携わってきた私は、幸せであったとしみじみと感じる昨今である。バルーンやワイヤーの進歩、アテレクトミーデバイスの開発、ステントや薬剤溶出性ステントの登場、また血管内エコー(IVUS)や光干渉断層法(OCT)の登場によって、日々改善される治療成績の目撃者

として現場に立てたからである。しかし、その冠動脈インターベンションの成熟に至る過程は平坦ではなかったとも思える。冠動脈CTによるインターベンション前の評価もなくIVUSもない状況で、手さぐりの治療を行ってきたからである。それ以前に冠動脈インターベンションを目的として設計されていないカテラポやアンギオ装置は、必ずしも冠動脈インターベンションにふさわしいものではなかったからである。本書『SHDインターベンション』

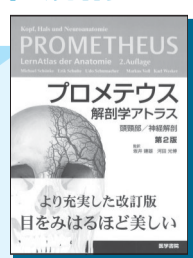
高度な内容をより学習しやすく 美しい解剖学図譜の改訂版

プロメテウス解剖学アトラス 頭頸部/神経解剖 第2版

Prometheus LernAtlas der Anatomie; Kopf, Hals und Neuroanatomie, 2. Aufl

美しい図が評判の解剖学アトラス・プロメテウスシリーズの第3巻。初版の「頭部/神経解剖」の巻が、この改訂第2版では頭部を取り込んだ「頭頸部/神経解剖」としてより系統的に再編された。臨床に結びつく解説も増え、120ページ増となった。なかでも、巻末の新しい章「中枢神経系: 要約、回路図、まとめの表」はおおいに学習の助けとなるだろう。

監訳 坂井建雄
順天堂大学大学院医学研究科 教授
河田光博
京都府立医科大学大学院医学研究科 教授



A4変型 頁552 2014年 定価:本体11,000円+税 [ISBN978-4-260-01441-0]

医学書院

日本型ホスピタリストを今、ここから発信

ホスピタリスト

Hospitalist

特集 感染症

Vol.1-No.2発売

目次

- 1 入院患者での発熱ワークアップ
- 2 入院患者の不明熱
- 3 細菌検査の基礎
- 4 抗菌薬の基礎
- 5 抗菌薬が効かないときのトラブルシューティング
- 6 治療期間の設定、ivからpoへのスイッチについてのエビデンス
- 7 ホスピタリストと抗菌薬スチュワードシップ、感染症教育について
- 8 医療関連感染症(HAI)予防
- 9 MDROの診断と治療
- 10 フォーカス不明の菌血症・敗血症
- 11 肺炎
- 12 尿路感染症
- 13 CDAD
- 14 感染性心内膜炎
- 15 中枢神経感染症
- 16 軟部組織感染症

編集委員

平岡栄治
八重樫牧人
清田雅智
石山貴章
筒泉貴彦
石丸直人
徳田安春
藤谷茂樹

特集

2013年

Vol.1-No.1 ホスピタリスト宣言
Vol.1-No.2 感染症

2014年(予定)

Vol.2-No.1 腎疾患
Vol.2-No.2 膠原病
Vol.2-No.3 消化器疾患
Vol.2-No.4 テーマ未定

●季刊/年4回発行
●A4変 200頁
●年間購読料18,876円(税込)
※毎月お手元へ直送します。(送料無料)
※1部ずつお買い求めいただくの比、約4%の割引となります。
※2014年3月31日までにお申し込みの定価

●1部定価:本体4,600円+税

Hospitalist 0号を贈呈(無料)

2014年間購読申込受付中!

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

脳血管障害と神経心理学

第2版

平山 恵造, 田川 皓一 ● 編

B5・頁560
定価: 本体12,000円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01230-0

評者 **峰松 一夫**
国立循環器病研究センター副院長

35年以上前、新米医の私は、受け持ち脳梗塞患者の症状に驚いた。左側にある物品、自身の左半身に全く無頓着で、本の左半分を読み飛ばし、日記帳の左半分は空白、描画は左側が欠け落ちていた。「左半側空間無視」である。「なぜ、こんな奇妙な症状が起こるの?」と、この病気の不思議さに強烈な印象を抱いた。指導医の勧めもあり、地元の脳卒中勉強会で、この患者のことを発表した。私にとって、初めての脳卒中(脳血管障害)患者、初めての神経心理学、そして初めての研究発表であった。

当時は、頭部CTやMRIが爆発的に普及し始め、脳血管障害の診断、病態や神経心理学に関する臨床研究が大変盛んであった。この雰囲気触発された私も、研修終了後に国立循環器病センター(当時、以下国循と略す)内科脳血管部門でのレジデント研修に身を投じた。同じ時期に国循に着任された田川皓一先生から、神経心理学の面白さをずいぶんと教えていただいた。

神経心理学的症候の最大の原因は脳血管障害である。だが、「失語・失行・失認」「神経心理学」「Neuropsychology」「Aphasiology」などと銘打った書籍、「脳卒中」「Stroke」などをタイトルとした教科書はあっても、両者の関係を追究したものはまれであった。Kertesz教授の“Localization in Neuropsychology (Academic Press, 1983)”, Bogousslavsky, Caplan 両教授の“Stroke Syndromes (Cambridge University Press, 1995)”くらいだろうか? Kertesz教授は第一章「(神経心理学的)機能局在」で、「病変(傷害)の原因によって症候の内容

や経過(回復, 悪化)が規定されている」とし、「原因疾患を厳密にコントロールして大脳機能を研究することの重要性を指摘していた。

1995年、平山恵造、田川皓一両先生の編集で、医学書院から『脳卒中と神経心理学』が刊行された。私も、そのうちの一項を執筆させていただいた。本書は、脳血管障害診療・研究において神経心理学的問題に取り組んでいる若い医師、研究者にとって、バイブルとも言える教科書、名著になった。それから18年、待ちに待った第2版が刊行された。

時代は大きく変わった。診断・治療技術のさらなる進歩により、t-PAをはじめとする超急性期治療、診療機能の分化(急性期病院、回復期リハビリテーション病院、維持期の在宅・施設)が主流となった。脳卒中患者は、詳細な症候学ではなく、各種スケールの点数で論じられるようになった。患者の症候に対して目をつぶっているがごとくである。また同じ診療者が同じ患者を継続的に診ることが難しくなった。患者がいかに回復能力を持っているかを、急性期診療を行っている医療者が実感できなくなっている。悲劇である。これらの問題点については、新たに書き足された「総論」の中で、田川皓一先生が力説されているのでご一読いただきたい。35年以上前の私のように……。

脳血管障害の勉強、診療、研究に励む多くの学生、医師、医療従事者、研究者が本書を手に取り、「脳血管障害と神経心理学」という不思議の世界、ワンダーランドのとりこになっていただきたい。35年以上前の私のように……。

の土台の上に成り立っていると考えてきた冠動脈インターベンションの基盤は、循環器病総体ではなかったのである。真に循環器病の広範な知識と過去のインターベンションで構築されたテクニックを、すべて駆使してなされるSHDインターベンションこそがKing of Interventionと呼ぶにふさわしい。そのKing of Interventionに欠かせない道筋を決定づける本書を、すべてのインターベンション医にとどまらず、多くの循環器医に勧めたいと思う。またこの分野にかかわるコメディカル、診断機器メーカー、病院設計者にとっても必携のテキストとなるに違いない。

暗闇の中で始まった心血管インターベンションが、本書を灯台としてより高みに完成されることを期待したい。本書で学び実践するインターベンション医は幸せである。

「コンプリートテキスト」を一読しての感想は、「このようなテキストの存在する時代にインターベンションを始めたかった」というものである。どのようなカテラボやハイブリッド手術室を構築すべきか、SHDインターベンション治療医が知っておくべき解剖や、術前に行っておくべき検査(エコー・CT・MRI)、カテラボに備えておくべきデバイス、血管アクセスと止血など、SHDインターベンションが成熟した暁には常識となってしまう、テキストには記載されないかもしれない機微が満載である。5年後、10年後により進歩したSHDインターベンションに携わる医師も、本書に記載された土台なしにインターベンションに携われないだろうと想像する。賞味期限の長いテキストになることを確信する。当然のことながら、冠動脈疾患は循環器病の一部にすぎない。循環器病学

がん疼痛緩和の薬がわかる本

余宮 きのみ ● 著

A5・頁248
定価: 本体2,200円+税 医学書院
ISBN978-4-260-01859-3

評者 **丹田 滋**
東北労災病院腫瘍内科

本書のタイトル『がん疼痛緩和の薬がわかる本』から私が連想したのは、2010年に日本緩和医療学会が発表した「がん疼痛の薬物療法に関するガイドライン」である。著者の余宮きのみ先生が同ガイドライン作成に大きな貢献をされ、また同ガイドラインの改訂実務者グループ(WPG)のリーダーであることを知るからであろう。本書の章立ても「がんの痛みとがん疼痛治療の基本がわかる」「非オピオイド鎮痛薬がわかる」「オピオイドがわかる」「鎮痛補助薬がわかる」とすすみ、ガイドラインの「背景知識」を下書きにしたような構成である。とはいえ、本書はガイドラインの「背景知識」や「推奨」を単になぞって解説するような軟弱な内容ではなく、著者の深い知識と数多くの経験に裏打ちされた歯ごたえのある一冊である。

例えば著者の十八番の一つである鎮痛補助薬の項では、効果判定について、「どんな内服薬も大雑把にいて3-5回程度飲んだところを1つの目安にしています。3-5回服用すると、薬の濃度がだいたい一定になるからです。(中略)効果がなかったときには、どれくらい待てばいいのでしょうか。薬の効果が一になるのが5回程度飲んだ時点とすると、1日1回の薬でも1週間以内には効果が判定できることとなります。「早く薬を使って痛みを和らげて欲しい」という希望を患者がもっている場合には1-2日みて、「次の一手を打ったほうがよい」と思われる場合は、増量または変更、追加をします」と具体的に説得力がある記述がされている。また、「CASE」として紹介されている事例はケアの成功例だけでなく、著者の反省譚(かの名医でも!)が惜しげもなく紹介されていて大変参考になる。

本書の「序」には、「医師から処方

されている薬のことがよくわからない、薬を飲んでも痛みが十分和らいでいない、どうしたらよいのだろう——そんな悩みをもった看護師を想像しながら、筆を執った」と記されているが、看護師だけでなく、読みやすさの点では患者さん・ご家族にも、読み物としての面白さと臨床で役立つ点で医師や薬剤師など薬物に詳しい医療スタッフにも自信をもって薦めることができる一冊である。索引も充実しており、関心がある薬物について調べる辞書的な読み方もよし、通読もよしである(医療あるいは介護スタッフの勉強会には格好な教材ではないか)。

注文がないわけではない。薬物の吸収、分布、代謝や排泄を含めた薬動学的な知識、あるいは薬物相互作用についてもNOTE(解説コラム)で整理されていたら、「薬がわかる」ことを期待して本書を手にした読者が知識をさらに深める機会になったと思う。また、「疼痛緩和の薬」の発展は日進月歩である。本書では簡単に触れられているメサドンやタベンタドールを使用している余宮流解説や事例も伺いたいところである。またフェンタニル口腔粘膜吸収剤としてバツカル錠は解説されているが、本書では触れられていない舌下錠、最近市販されたアセトアミノフェン静注液と新薬が尽きることはない。ガイドラインの改訂とともに、本書の改訂もどうか準備されますように著者にはお願いしたい。

腕利きの臨床医が語る がん疼痛薬物療法の現在



メルマガ配信中
毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。
お申込みは医学書院ウェブサイトから。
医学界新聞メルマガ 検索

医学的予防介入を俯瞰的に捉え解説した 画期的な書
医学的介入の研究デザインと統計
ランダム化/非ランダム化研究から傾向スコア、操作変数法まで
Evaluating Clinical and Public Health Interventions: A Practical Guide to Study Design and Statistics
ロングセラー「医学的研究のデザイン」シリーズ最新刊。医学的予防介入の研究デザインと統計的手法を包括的に捉え、ランダム化研究と非ランダム化研究の両者をカバーしつつ系統的に論じた画期的な教科書。シリーズの1冊「医学的研究のための多変量解析」と同一原著者による、内容的には対になる書。数式を一切使わず、医療者が遭遇する可能性のある問題を想定しそれに解答するという形式の記述により、数学の苦手な読者の抵抗感を取り除き実用的な理解を促すことを企図している。
訳: 木原雅子・木原正博
定価: 本体3,700円+税 B5 頁180 図24 ISBN978-4-89592-757-4
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.medsci.co.jp 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX. (03)5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

生涯の座右書 最新版の邦訳
ハリソン内科学 第4版
Harrison's PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE, 18th Edition
日本語版監修 福井次矢・黒川清
●全2巻 A4変 頁3,376 4色刷 函入 ●定価: 本体29,800円+税
ハリソン内科学問題集 認定医・専門医試験対策に
日本語版第4版完全準拠
2014年3月刊行予定
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.medsci.co.jp 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36 FAX 03-5804-6055 E-mail info@medsci.co.jp

信頼と実績の治療年鑑

監修 山口 徹・北原光夫 総編集 福井次矢・高木 誠・小室一成

今日の治療指針

TODAY'S THERAPY 2014

1121疾患の最新の 治療戦略がこの1冊に!

私はこう治療している

■スマートデバイス閲覧権付

■重要項目に「治療のポイント」の見出しを新設

- 処方例に掲載された商品名に対応する一般名がすぐにわかる別冊付録「商品名・一般名対照表」
- 大好評の付録「診療ガイドライン」：診療ガイドラインのエッセンスと利用上の注意点を簡潔に解説
- 医学書院発行のベストセラー「治療薬マニュアル2014」別冊付録「重要薬手帳」との併用が便利
(「重要薬手帳」に掲載された薬剤について本書の処方例中に対応ページを明記)

好評
発売中

●デスク判(B5) 頁2128 2014年 定価：本体19,000円+税 [ISBN978-4-260-01868-5]
 ●ポケット判(B6) 頁2128 2014年 定価：本体15,000円+税 [ISBN978-4-260-01869-2]

便覧を刷新、適応・用法が見やすくなりました!

治療薬マニュアル2014

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年版の特徴

- 『参考ガイドライン』を各章に掲載!
- 新規付録『ハイリスク薬投与患者の薬学的管理』
- 2013年に薬価収載された新薬を収録

本書の特徴

- 各領域の専門医による総論解説、最新の動向を各章に掲載
- 2,200成分、16,000品目の医薬品情報を約2,700頁に収録
- 使用目的や用法、適応外使用など、臨床解説が充実
- 重要薬、重要処方情報をポケットサイズにまとめた別冊付録「重要薬手帳」

治療薬マニュアル 特設サイト開設! <http://www.chimani.jp>

●B6 頁2656 2014年 定価：本体5,000円+税 [ISBN978-4-260-01885-2]

別冊付録
「重要薬手帳」



好評
発売中

「治療薬マニュアル2014」×「今日の治療指針2014年版」
合同プレゼント企画
特製USBメモリを抽選で300名様に!

「今日の治療指針2014年版」と「治療薬マニュアル2014」の両方をお買い求めいただいた方に、抽選で特製USBメモリを差し上げます(300名様)。ご応募の際は「治療薬マニュアル2014」のジャケット折り返しの部分にある応募券を「今日の治療指針2014年版」に同封の書籍の「ご注文書はがき」に貼付してお送りください(2014年10月1日消印分まで有効)。

レジデント向け新刊書籍の紹介

内科レジデント マニュアル

第8版

聖路加国際病院
内科レジデント 編



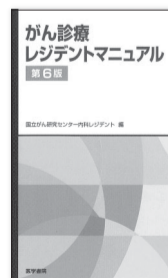
「研修医一人でも、最低限必要な治療を、安全に実施できる」ことを目指して作られた元祖レジデントマニュアル。現役の聖路加国際病院シニアレジデントが日々の臨床経験を踏まえて各項目を書き下ろし、指導医の査読によりその質を担保する。今改訂版からは「診断・治療のフローチャート」を新たに設け、主要症候の対応方法を視覚的に理解できるようになった。具体的かつ診療の時系列を知りたい若手医師のための決定版。

●B6変型 頁520 2013年
定価：本体3,400円+税
[ISBN978-4-260-01862-3]

がん診療 レジデントマニュアル

第6版

国立がん研究センター
内科レジデント 編



腫瘍内科学を主体とした治療体系をコンパクトにまとめた定評あるレジデントマニュアルの改訂第6版。新規抗がん剤や分子標的薬の開発により、がん医療はますます多様化・複雑化している。安全かつ有効ながん薬物療法を提供するために、レジデントのみならず、がん医療に携わる医師、看護師、薬剤師など多くの関係者必携の書。①実際の、②簡潔明瞭、③最新を旨とし、可能な限りレベルの高いエビデンスに準拠。

●B6変型 頁528 2013年
定価：本体4,000円+税
[ISBN978-4-260-01842-5]

感染症 レジデントマニュアル

第2版

藤本卓司



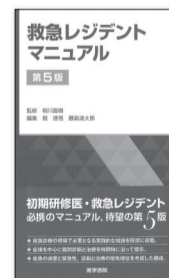
レジデントが今、直面している感染症に対し、まさに診療で役立つ知識をまとめたマニュアル。いつどうやって起病を判断し、抗菌薬は何をどのくらい使うのか? 使うにあたっての注意事項は? 変更・終了の規準は? 曖昧な判断で漫然と使われがちな抗菌薬を正しく使うための知識と、国際標準に即した考え方、著者のノウハウが満載。臨床現場で活躍する医師に広くお勧めする「感染症の定本」、待望の改訂版登場。

●B6変型 頁496 2013年
定価：本体4,500円+税
[ISBN978-4-260-01760-2]

救急レジデント マニュアル

第5版

監修 相川直樹
編集 堀 進悟・藤島清太郎

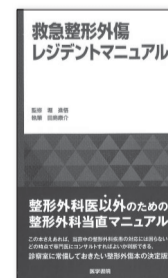


救急診療の現場における実践的知識をコンパクトな体裁に詰め込んだマニュアル。①症状を中心に鑑別診断と治療を時間軸に沿って記載、②診断・治療の優先順位を提示、③頻度と緊急性を考慮した構成、④教科書的な記述は省略し簡潔を旨とする内容、が特徴。救急室で「まず何をすべきか」「その後何をすべきか」がわかるレジデント必携のマニュアル、待望の第5版。

●B6変型 頁536 2013年
定価：本体4,800円+税
[ISBN978-4-260-01874-6]

救急整形外傷 レジデントマニュアル

監修 堀 進悟
執筆 田島康介



整形外科医「以外」のための整形外科当直マニュアル。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判断できる。診療室に常備しておきたい整形外傷本の決定版! 救急医療の現場で直ちに実践できる具体的手技、レントゲンで骨折を見逃さないための読影のコツ、緊急性がある疾患か否かの鑑別ポイント、入院か帰宅の適応や専門機関転送の判断など、要点を簡潔に記載。

●B6変型 頁192 2013年
定価：本体3,500円+税
[ISBN978-4-260-01875-3]



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