

2015年9月14日  
第3141号 for Residents

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

- この先生に会いたい!! 公開収録版(勝俣範之)……………1-3面
- [寄稿] 奄美発! 「手あて」の医療を全国へ(平島修)……………4面
- [連載] Dialog&Diagnosis……………5面
- [連載] レジデントのための「医療の質」向上委員会……………6面
- MEDICAL LIBRARY……………7面

こんにちは、日本医科大学武蔵小杉病院で腫瘍内科医をしている勝俣範之と申します。皆さん、腫瘍内科医がどのような医師かをご存じですか? 簡単に言うと、がんをトータルに診る「がんの総合内科医」と言っているでしょう。実際にどのような役割があるのか。早速ですが、腫瘍内科医を知ってもらうために、ひとつ症例を提示してみます。

患者……54歳男性

**【病歴】**2年前に大腸がんステージ4(多発肝転移)と診断された。これまで、化学療法として、標準治療のFOLFOX療法1.5年、FOLFIRI療法0.5年を行っており、先月のFOLFIRIを投与した直後のCTにて、多発肝転移、腹膜播種の進行を確認。ただ、食欲は比較的あり、やや腹部膨満感がある程度。主治医からは新たな抗がん剤として、TAS-102(ロンサーフ®)という薬剤(2週内服、2週休薬)を勧められた。

もしこの患者さんが自分の家族だったら、皆さんは抗がん剤のTAS-102を勧めますか? なお、TAS-102のエビデンスでは中央値1.8か月の延命効果が示されています<sup>1)</sup>。一方で、副作用には吐き気(48%)、嘔吐(28%)、食欲低下(39%)、疲労(35%)などが報告されています。それでは、グループでディスカッションをしてみてください。

……ディスカッション……

——ご意見ありがとうございました。「抗がん剤投与をする／しない」の判断から、「副作用のリスクと延命効果のどちらを選ぶか」「患者の今の人生の目標を知りたい」「死の準備についてどう考えているか」など、さまざまな論点が挙がりましたね。いずれも、私たち腫瘍内科医が臨床現場で考えなければならないことです。腫瘍内科医は単に抗がん剤治療をするかしないかだけを判断するものではありません。患者さんのこれまでの人生やこれからの生活まで考えた上で、治療を組み立てているのです。では、もう少し具体的に「腫瘍内科医の役割とは何か」を、

シリーズ「この先生に会いたい!!」の公開収録を医学書院で開催しました。演者は、国内における腫瘍内科分野の確立に尽力し、現在は大学病院での臨床・研究のほか、後進の教育にも当たる勝俣範之先生です。今回のテーマは、「ミッションを信じて——『がんの総合内科医』への道」。勝俣先生ご自身のキャリアを振り返りながら、腫瘍内科医の“ミッション”とは何かを、集まった医学生・研修医に語りました。



# 勝俣 範之 先生に聞く

日本医科大学武蔵小杉病院腫瘍内科教授

かつまた・のりゆき ● 1988年富山医薬大(現・富山大)医学部卒。徳洲会病院での研修を経て、92年国立がんセンター中央病院内科、2003年同薬物療法部薬物療法室医長。04年ハーバード大公衆衛生大学院留学。10年国立がん研究センター中央病院乳癌科・腫瘍内科外来医長。『がん診療レジデントマニュアル』(医学書院)を企画し、第5版まで編者を務める。11年より現職。がん薬物療法専門医。腫瘍内科を専門とし、卵巣がんの新治療であるドーステンスTC療法の開発研究を主導、13年にLancet誌に発表した。ブログ(<http://nkatsuma.blog.fc2.com/>)やTwitter(@Katsumata\_Nori)でも積極的に情報発信をする。趣味はバンドとマラソン。年に1度ライブハウスでコンサートを行い、学会開催時にはランニングイベントも企画している。

私が歩んできた道のりとともにお話していききたいと思います。

## 初期研修での経験と知識は一生忘れない

私が医師を志した理由は単純です。小学生のときに読んだ手塚治虫の漫画『ブラック・ジャック』に感動し、「医師になりたい!」と思ったからです。とても意義深い漫画で、強烈な印象を

受けましたね。どんな病気も治す天才外科医と言われたブラック・ジャックも、実は手術で患者を治せず落ち込む場面が描かれています。そこに、ブラック・ジャックの恩師である本間丈太郎先生が幽霊として出てきて、「人間が生き物の生き死にを自由にしようなんて、おこがましいと思わなかね……」と声を掛けるのです。この言葉のように、医師は常に人間の命に対して謙虚であるべきと常々思います。医

学の限界と、医師の持つべき姿勢など、今でも考えさせられる漫画です。

大学卒業後は「どうせ研修をするのなら日本で一番ハードなところでやろう」と徳洲会病院を選びました。当時は、今のような臨床研修のマッチングはなく、卒業生のほとんどが出身大学の医局に入る時代。でも私は、型にはまったことが嫌いな性格で、学外に出

(2面につづく)

9 September 2015

## 新刊のご案内

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650(書店様担当)  
●医学書院ホームページ(<http://www.igaku-shoin.co.jp>)もご覧ください。

### 診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

監修 松村理司  
編集 酒見英太  
執筆 京都GIMカンファレンス  
B5 頁256 3,800円  
[ISBN978-4-260-02169-2]

### 今日の小児治療指針 (第16版)

総編集 水口 雅、市橋 光、崎山 弘  
A5 頁1032 16,000円  
[ISBN978-4-260-02084-8]

### 口腔咽喉頭の臨床 (第3版)

監修 日本口腔・咽喉科学会  
A4 頁224 15,000円  
[ISBN978-4-260-02163-0]

### 診療情報学 (第2版)

編集 日本診療情報管理学会  
B5 頁488 8,000円  
[ISBN978-4-260-02397-9]

### 〈標準言語聴覚障害学〉 聴覚障害学 (第2版)

シリーズ監修 藤田郁代  
編集 中村公枝、城間将江、鈴木恵子  
B5 頁360 5,200円  
[ISBN978-4-260-02117-3]

### 解いてなっとく 使えるバイオメカニクス

前田哲男、木山良二、大渡昭彦  
B5 頁208 3,500円  
[ISBN978-4-260-02161-6]

### 認知症ケアの考え方と技術 (第2版)

六角僚子  
B5 頁180 2,400円  
[ISBN978-4-260-02194-4]

### 今日から使う 看護現場の基本交渉術

北浦暁子、渡辺 徹  
A5 頁128 1,800円  
[ISBN978-4-260-02205-7]

### 看護管理者のコンピテンシー・ モデル事例集

書き方とその評価  
看護管理コンピテンシー研究会 編  
B5 頁180 2,800円  
[ISBN978-4-260-02431-0]

(1面よりつづく)

ることに決めました。大学に残らなかったのは、学年100人うち、私を含め3人だけでした。周りからは、「勝俣は、頭がおかしくなったんじゃないか?」と言われたぐらいです(笑)。

徳洲会病院を選んだもう一つの理由は、後に日本でもスタンダードになるスーパーローテーションの研修制度をいち早く導入していたことです。全科をまわる中、3日に1回のペースで担当するER当直は「過酷な勤務」と言われていましたが、私はそんなにきついものとは思いませんでした。現場に駆けつければ何かを任せられ、学べるのがうれしかった。結局、担当でない日もボランティアで当直して、ほとんど病院に寝泊まりするような生活でした。周りもやる気のある研修医ばかりでしたから、当直室のベッドはいつも取り合いましたね。

離島研修も経験しました。大隅鹿屋病院(鹿児島県)で研修を受けた1年目に、1か月ほど加計呂麻島という奄美大島の南側にある島に赴任しました(写真)。島民約2000人の島唯一の診療所に、医師は、指導医と研修医の私2人だけ。あらゆる患者の訴えに対応しなければなりませんから、ジェネラルに患者を診る力が鍛えられました。

皆さんも、初期研修での経験や知識は、一生忘れることはないでしょう。私も20年以上経ちますが、この間に会った患者さんは今でも名前を言えますし、サマリーも大事に残してあります。

### 研修病院で目にした新しい形のカンファレンス

自分の専門を考え始めたのは、次の研修先である茅ヶ崎徳洲会総合病院(現・湘南藤沢徳洲会病院)に勤めていたころでした。ブラック・ジャックへの憧れから、外科医を志したこともありましたが、がんの緩和医療にも興味がありました。同院には、日本ではまだ珍しかった腫瘍内科医がすでにいて、その仕事に関心を持ちました。中でも印象的だったのが、腫瘍内科医と、外科医、放射線治療医、放射線診断医らが集まり、がん患者の治療方針を決める「Tumor Board」と呼ばれるカンファレンスの様子です。今ではがん患者を診る多くの病院で行われている「Cancer Board」の先駆けを、同院では行っていたのです。「誰もやっていないことをやりたい」と思っていた私は、「こんなカンファレンスがあるんだ!」と思うと同時に、がん医療の新たな形を知り、腫瘍内科に関心を持ちました。初期研修後はがんを学ぶために国立がんセンター(現・国立がん研究センター)のレジデントに応募し、さまざまな科をローテーションしながら腫瘍内科医の基礎を養いました。同センターに在籍した約20年の間には、同センターの中でも内科医がこれまで担当してこなかった婦人科がん、肉腫、原発不明がんなどを主に担当しました。

仕事を続ける中で、今こそ腫瘍内科医は増えてきたものの、全国的には不足している状況を感じました。日本において腫瘍内科医をどう育て、どう根付かせるか、腫瘍内科医の教育

を行うことがいつしか私の大きな夢になっていました。そこで、2011年から日医大武蔵小杉病院で腫瘍内科を立ち上げ、今はその夢に邁進しているところです。

### 今、日本に必要な腫瘍内科医の数とは

「腫瘍内科医が日本にはいない。外科医が片手間に抗がん剤をやっているのが現状さ」——これは2003年に話題となった漫画『ブラックジャックによるしく』に書かれているセリフです。「がんの専門医と言えば外科医」という風潮は、今なお日本にはあります。その点、欧米では「がんの専門医といえば?」と問うと、一般の人でも「Oncologist(腫瘍内科医)」と答え、腫瘍内科医がすでに社会に定着しているのです。私の専門領域の一つである婦人科がんも、日本では産婦人科の医師が診る疾患というイメージが強いのですが、卵巣がんなどは抗がん剤による化学療法に感受性が高く、欧米では腫瘍内科医が抗がん剤を投与するのが一般的になっています。

2005年に作られたがん薬物療法専門医資格の認定者は、ようやく1000人を越えたところで(2015年1月時点)、大学病院やがん診療連携拠点病院ですら、腫瘍内科医が十分にいるとは言えません。ところが、米国の腫瘍内科医の数はすでに1万4000人を越えている。この点からすると、がん医療の状況は米国に比べると30年遅れていると言われ、10年以上前の漫画で描かれている状況は、大きくは変わっていないのです。

日本においてがんは、今や“common disease”です。罹患数は約85.2万人(2011年)、がんの死亡数は年間約36.5万人(2013年)。さらに、5年相対生存率は、2003年から2005年にがんと診断された人で58.6%であり、「がんは治るようになった」と言われるものの、罹患者の半数近くががんで亡くなっているのが現状です<sup>2)</sup>。これだけの数のがん患者さんを支えるためには、腫瘍内科医の量的拡大が必要です。日本に必要な腫瘍内科医の数は5000人とも言われていますから、育成が急務となっています。

### がん医療のパイオニアとして

また、がん医療の進展という点からも、腫瘍内科医の役割の重要性が高まっています。1950年代に放射線治療と抗がん剤治療が登場するまでは、手術が主な治療法でした。しかし今では、腫瘍を大きく取って治す時代から、腹腔鏡や内視鏡を用い、局所侵襲をできるだけ小さくして、放射線治療、全身治療である抗がん剤治療で補いながら治療する時代へとシフトしています。

ただ、新たな選択肢である抗がん剤を使いこなすのは、容易ではありません。その数は現在120種類以上にのぼ



加計呂麻島で離島研修を受けた頃(1989年撮影)

り、私が医師になったところと比べても5倍に増えています。そして、ご存じのように多様な副作用があり、ともすれば患者さんの不利益にしかならないことすらある。抗がん剤を適切に扱うには幅広い知識・経験が求められており、そうした状況であるからこそ、腫瘍内科医の重要性が増しているのです。腫瘍内科はこれからますます伸びていく領域です。言い換えれば、皆さんがパイオニアになれる分野でもある。これからの日本の腫瘍内科を一緒に切り開いていきましょう。

### 患者さんに優しくなければ腫瘍内科医になる資格はない

では、プロの腫瘍内科医になるにはどうしたらよいのでしょうか。まずは、いっばしの内科医になってください。腫瘍内科医は、がんという病気だけを診るのではなく、全身をマネジメントする総合内科のサブスペシャリティの一つです。

がんは転移する全身疾患でもありますから、当然、呼吸器・消化器から、脳・中枢神経まで、全身を診ることになります。特に一般病院で求められる腫瘍内科医は、臓器別の専門家ではなく、がん患者さんの全身を診る内科医です。全身が診られないのであれば、腫瘍内科医とは名乗れません。

医学ではEvidence-Based Medicine(EBM)に重きが置かれています。がん医療も同様で、私も腫瘍内科医として臨床・教育・研究を行う中では、エビデンスを重視します。ただ、この“EBM”は、単に科学的データだけが重要という意味ではありません。“EBMの父”と呼ばれるDavid Sackettも、EBMは「医師の専門性や経験・熟練(Clinical expertise)、患者の価値観(Patient values)、科学的根拠(Evidence)の3要素をバランスよく統合し、より良い患者ケアの意思決定を行うもの」と指摘しています。

この中で、忘れてほしくないのが、“Patient values”。患者の価値観、すなわち、患者さんを大切に思う心です。「エビデンスを知らなかったら、Oncologistとしてやっていけない。患者さんに優しくなれなかったら、Oncologistになる資格がない」。映画『野生の証明』の名言をちょっともじってみましたが、患者さんを大切に思い、その人の人生に対して、共に考え、悩み、支えていく医師であることが重要になります。

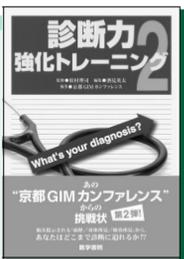


京都GIMカンファレンスからの挑戦状、第2弾。あなたはどこまで診断に迫れるか?!

## 診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

あの「京都GIMカンファレンス」からの挑戦状、第2弾! 順次提示される「病歴」「身体所見」「検査所見」を見て、あなたはどこまで診断に迫れるか?! よくある疾患だがまれな症候、よくある症候だがまれな疾患も続々登場。診断の「手がかり」はどこにある? 「めくらまし」にだまされるな! 臨場感あふれる88症例を追体験し、診断力を鍛えよう。さあ、こんな患者さんがあなたの前に来たら、何を聞き、何をしますか?

監修 松村理司  
洛和会総長/洛和会京都厚生学校校長  
編集 酒見英太  
洛和会普羽病院副院長/  
洛和会京都医学教育センター所長  
執筆 京都GIMカンファレンス



がんの薬物治療に関わる全医療スタッフ必携!

## がん診療レジデントマニュアル 第6版

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。

国立がん研究センター内科レジデント 編



## 腫瘍内科医の仕事は、患者に「希望」を与えること

具体的には、早期がんであれば、治療、再発を抑えることが目標となりますので、確立したエビデンスを選択し、治療に専念することになります。一方で、進行がんや再発がんの患者さんを診る場面では、がんと「より良く」共存することが目標になります。何が「より良い」か、エビデンスを見つけることは困難です。患者さん一人ひとりの価値観や生活の質を抜きにしては語れないものだからです。だからこそ、医師として大切にしなければならないのは、患者さんへの思いやりや優しさを持つ心なのです。腫瘍内科医は、患者さんと適切なコミュニケーションを図り、患者さん固有の価値観や生活の質を聞き出すことが必要になる。そう、EBMというよりNBM(Narrative-Based Medicine)ですね。NBMも腫瘍内科医にとって大事な要素になります。

私の友人で、米国テキサス州立大MD アンダーソンがんセンターの腫瘍内科教授である上野直人先生が、Twitterで以前このようなことを書いていました。「腫瘍内科医は、抗がん剤を最後まで出し続けるのが仕事ではなく、抗がん剤をしなくても患者さんに希望を与えるのが仕事です」と。また、著名な内科医であるWilliam Oslerは、こう言っています。“The good physician treats the disease: the great physician treats the patient who has the disease (良き医師は病気を治療し、偉大な医師は患者を治療する)”。これこそ、われわれ医師が肝に銘じておかなければならない言葉であり、腫瘍内科医に最低限必要な資質だと思うのです。

## 病気とのより良い共存を支援、そのために必ず聞くことは

そこで皆さんには、冒頭で提示した症例について、いま一度考えてほしいと思います。患者さんの生活の質を大切にすることを念頭に置いて。患者さんは今後の人生をどう生きるのか、大切にしていることは何か、今後の目標はどのようなことか……。将来、どの科の医師になったとしても、患者さんのQuality of Life(QOL)を尊重し、しっかりと向き合ってください。

私は、患者さんが進行がんや再発が

んになった時点で、必ず聞くことがあります。それは、「大切にしていること、楽しみにしていることは何ですか」ということです。それを聞き、必要に応じた治療を選択します。

私が担当した患者さんに、20代で卵巣がんを再発した方がいました。進行がんが全身状態が悪く、余命1か月ぐらいいました。彼女の一番の望みは、「婚約者と結婚式を挙げること」だったのです。願いを叶えるため、周りの研修医や看護師と協力して、結婚式を実現させました。もちろんこの時点では抗がん剤は投与していません。すると、余命わずかと思っていた彼女は、結婚式を挙げた後は体調も良くなり、退院して小旅行にも行けたのです<sup>3)</sup>。

この他にも、がん再発後に世界一周旅行を3度も実現させた方、治療を続けながら大ファンのアーティストのコンサートに通い続けた方、そして「普通の生活」を送ることに喜びを感じられた方々がいらっしゃいました。患者さんの声に耳を傾け、QOLを尊重した治療を患者さんと一緒に考えていくことで、病気とのより良い共存が可能

になると確信しています。

## 医師は患者と共に学び、患者のために尽くす

では最後に、エビデンスの一つ紹介します。末期がん患者の亡くなる直前1週間の、QOLに影響する要素を研究した論文で<sup>4)</sup>、非常に興味深い内容です。論文では、患者さんが亡くなる直前1週間に受けるマイナスの要素として、「ICUに入院していた」「栄養チューブを入れていた」「最後の週まで抗がん剤を投与していた」などが並びました。一方プラスの要素には、「治療医(Oncologist)との良好なコミュニケーションがあった」ことが挙げられています。患者さんにとっては、主治医から「見放される」ことが一番つらいと言います。このエビデンスは、医師との間に良いコミュニケーションが存在することが、最後の心の支えになることを示していると言えます。

将来、皆さんが腫瘍内科医になったら、たとえ患者さんを緩和ケア病棟に紹介したとしても、最後まで主治医でいてください。「最後まであなたの主

治医です。困ったことがあったら、いつでも言ってください」と、メールを送ったり手紙を書いたり、こまめなコミュニケーションを心掛けてください。そうすることで、患者さんは安心感を得て、残りの生活を充実させ、QOLをプラスの方向へと導くことができます。

William Oslerはこうも言っています。「われわれは患者と共に学びを始め、患者と共に学びを続け、患者と共に学びを終える」。いつまでも患者さんのことを大切に、そして患者さんを中心に考える。医療は何のためにあるかという、学問のためにあるわけではなく、患者さんのためにあるわけですね。私はこれからも、患者さんと共に学びを始め、患者さんと共に歩み、最後まで患者さんのために尽くしていきたいと思っております。(了)

### 参考文献

- 1) N Engl J Med. 2015 [PMID: 25970050]
- 2) 国立がん研究センターがん対策情報センター「がん登録・統計」  
[http://ganjoho.jp/reg\\_stat/index.html](http://ganjoho.jp/reg_stat/index.html)
- 3) 勝俣範之. 余命1ヶ月の花嫁の奇跡. 腫瘍内科医の道. 2012. <http://medicalfinder.jp/doi/abs/10.11477/mf.1103100029>
- 4) Arch Intern Med. 2012 [PMID: 22777380]

### 質疑応答

**Q (学生)** 患者さんの死と向き合うことも少なくない中、先生はどのようにモチベーションを保っているのですか。

**勝俣** 患者さんが亡くなるのはつらく、この患者さんに何かもつと手を尽くすことができたのではないかと、私自身反省することも多くあります。腫瘍内科医は緩和ケア医に次いで2番目に燃え尽き症候群が多いと言われていたほどです。それでも、患者さんが亡くなった後で、ご家族から「先生に診てもらえてよかった」というお礼の言葉をいただくことは救いになります。われわれは治すことだけが目的ではありません。究極の目標は、患者さんのQOLを高めることです。たとえ治らないとわかっている患者さんであっても、希望を与えることはできる。それが私のやりがいにつながっていますね。

**Q (初期研修医)** 患者さんと医師の関係が良好でも、緩和ケアへ移ることを勧める際、患者さんはどうしても「見捨てられた」という感情が出てしまうと思うのですが、どう関係を築けばよいのでしょうか。

**勝俣** 積極的治療が難しくなった段階になって緩和ケアへの移行を伝えると、失望感を抱かせてしまうのでしょうか。そこで、進行がんと診断し、治療を始める時点の早期から緩和ケアについて話すこと、

“End of Life Discussion”が重要になります。あらかじめ将来を見据えて話しておくことで患者さんも心の準備ができ、「見放された」という孤独感を抱きにくくなるものです。また同時に、どんな状況になっても「見放さない」というメッセージを伝えることは、腫瘍内科医に求められる大切な姿勢です。

**Q (初期研修医)** 腫瘍内科志望ですが、卒後3年目のキャリア選択に悩んでいます。何かアドバイスをいただけますか。

**勝俣** 腫瘍内科医をめざすのであれば、まずは一般内科をしっかり学んでほしいですね。後期研修では、一般内科の教育プログラムをしっかり持っているところへ進むことをお勧めします。特に腫瘍内科では、総合内科で学ぶような知識と経験が欠かせません。研修は皆さんの一生を左右するとも言えますので、焦らずじっくりとジェネラルなスキルを身につけてください。決して遠回りではありません。後の専門研修に必ず生きてきます。



医師、看護師、薬剤師……、がん診療にかかわるすべての「プロ」が集まる広場〈Square〉。

『Cancer Board Square』は「臨床のリアル」と「最新のEvidence」の理想的な関係をめざす、新しいがんのプラットフォームです。

### ◆Cancer Board Squareの4本の柱

#### Cancer Board Conference

実際に行われたカンサーボードを誌面で再現。

#### Feature Topic

時流と社会状況に応じたがんのフロントラインを取り上げます。

#### View-point がん診療

毎回ひとつの癌腫をテーマとして設定。臨床上のリアルなトピックについて視点の異なる3名のエキスパートが回答。

#### 連載

医学から人文学まで多彩なラインナップによる連載陣。

- ・レジデントのためのオンコロジーカンファレンス(企画:勝俣範之)
- ・Evidence "The Classic" Review(第1回:加藤 健・原文 文聖)
- ・死にゆく患者と、どう話すか(企画:國頭英夫)
- ・Art of Oncology(第1回:日野原重明)

他多数。

ひとつ先のがん診療へ。  
「がん」にかかわるすべてのひとのための、

# Cancer Board Square

2015年10月創刊



医学書院

◆創刊号 Vol.1 No.1 ISBN978-4-260-02451-8

Feature Topic

がん診療のフロントライン  
—2020年から考える

View-point がん診療

「肺癌」

企画:後藤 悌(国立がん研究センター中央病院)

◆年3冊刊(2月・7月・10月)

並製 2色(一部4色) 判型 215×275 ミリ  
1部定価 3,400円+税

◆2016年 年間購読料(本体価格、送料弊社負担)

冊子+電子版/個人 9,240円+税  
冊子+電子版/共有 10,620円+税

◎2016年の年間購読者の方は電子版も見られます!

寄稿

# 奄美発！「手あて」の医療を全国へ 医療と行政がタッグを組んだ勉強会「JPC2015」開催に向けて

平島 修 徳洲会グループ奄美ブロック総合診療研修センター センター長/JPC2015 実行委員長

2014年7月、「前代未聞の勉強会をしたい」という思いから、鹿児島県奄美大島の、そこからさらに南の小島・加計呂麻島において、2泊3日で身体診察を学ぶ合宿企画「Japan Physical Club 2014 in KAKEROMA」(以下、JPC 2014)を開催しました。人口1500人に満たない小さな島での医師・医学生100人を集めた勉強会は前代未聞。会場となった診療所の狭いエントランスに全員が集まったときの一体感はずいものでした。

本年10月10-12日、同イベントの第2回にあたる「Japan Physical Club 2015 in Amami」(以下、JPC 2015)を開催します。本稿ではその紹介とともに、私たちが込める想いを示したいと思います。

## リソースの限られた離島で、医療の在り方を考えたい

好評を博したJPC 2014。第2回となるJPC 2015を企画するに当たっては、まず、あらためて「なぜ、アクセスの悪い奄美大島で行うのか」「その目的(ビジョン)は?」を問い直すことから始めました。

開催地の奄美群島は、奄美大島を中心に周囲に喜界島・徳之島・沖永良部島・与論島などの島々から成り、周囲には珊瑚礁の残るきれいな海が広がる場所。その中の一つ、奄美大島は、都会にはない手つかずの自然の美しさを保つ一方で、都会のような充実した医療体制がありません。救急医療・リハビリ医療・療養医療・訪問医療などを分担して行うことも難しい状況で、地域に存在する全ての医療形態および専門医療の集約が必要になっています。それでもなお力が足りず、ヘリコプターで沖縄県や鹿児島本土の病院まで搬送するということがしばしばです。しかし、こうした状況で医療を円滑に行うためには、行政との協力が不可欠であるという事実が気付かされ、連携の経験を重ねてきた中で、新たな医療の形が見えてきました。

そこで、今回のJPC 2015では、医療者だけでなく、現地で行政・観光を担っている行政職員らと共に実行委員会を立ち上げ、運営を行いたいと考えました。そして、本勉強会を通し、医療は地域住民の生活を支えるためにあるという再認識を図り、医療者だけでなく、地域に存在する住民をも巻き込んで、在るべき医療の姿について考えていくことのできる企画にしようと思いに至りました。



●JPC 2014の様相

左：徳田氏によるレクチャーの様子。／右：青空広がる浜辺で、自らの身体を使いながら身体診察の技術を学んだ。



## 「命」と「医療」を考える3日間

コンセプトを新たにしたJPC 2015では、以降の3つを狙いとしています。

### ◆「手あて」の医療を日本中に広げる

身体診察は、患者さんに手をあてて行うものです。この「手あて」という行為は、単に患者さんの身体から必要な情報を引き出すためだけのものではありません。医療者の手のぬくもりは、患者さんに安心を与えるものであり、症状を緩和させる力もあるものです。私たちはこの「手あて」の医療を大切に、それを体現する身体診察技法についてみっちり学べるような企画を予定しています。

登壇する講師は、全国各地で勤務する医師計13人。彼らは並々ならぬ熱意を持って、「身体診察」をキーワードに参加者を巻き込む講演・ワークショップを展開します。JPC 2014において、心音の口真似で会場を沸かせた徳田安春氏(地域医療機能推進機構本部)、趣味の「写真」を生かしたレクチャーで聴衆を魅了した須藤博氏(大船中央病院)は、今年も参加。また、10年目前後の有志の医師らで結成した出張講師軍団(通称「Galaxy」)も昨年同様で大暴れする予定です。「楽しく、勉強になる」という想いを体現したレクチャーに挑みます。さらに奄美群島の医療を担う医師が登壇し、身体診察と地域医療の両テーマを絡めた、離島医療の現場の声が聞こえてくるようなワークショップもありますし、参加者の持ち込み企画でも身体診察に対する熱い想いが披露されるはず。

以上のように、ライブでしか得られぬ内容を、予測ができない展開でもってお届けします。単なる講演会ではなく、登壇する医師と参加者がそれぞれの想いをぶつけ合い、参加する全ての人たちで作っていくのがJPC 2015なのです。

### ◆「命」と、地域の医療に必要なものを市民と共に考える

医学生・医師のコミュニティーも、社会全体から見れば小さな一集団にすぎません。医療そのものをより良いものに変えようと考えても、医学生・医師だけが集まったところで、生まれる変化は小さなものになってしまうでしょう。変革のためには、病院を受診する側に立つ一般の市民も含めて、これから医師になる医学生や現場で働く医師と意見をぶつけ合っていく必要があるのではないのでしょうか。そこで、JPC 2015では特別企画として市民参加型シンポジウムを開催いたします。

これは、JPC 2015参加者約150人(講師陣含む)と地元住民参加者約200人による討論会です。前半は、医療者側の代表として奄美大島で働く松浦甲彰氏(名瀬徳洲会病院院長・医師)、スーダンでへき地医療を実践している川原尚行氏(特定非営利活動法人ロシナンテス代表・医師 ※ビデオ出演)が、住民代表として朝山毅氏(奄美市市長)、大久保明氏(鹿児島県大島郡町村会会長)が講演。その上で、後半は住民にもマイクを向けて声を拾い、全国から集まった医学生・医師がそれらに応えるという形で、「命」とその命を守るために地域の医療に求められることを考えます。住民が抱えている不安や健康問題から地域が抱える課題まで、住民と医師らが膝を突き合わせて話し合い、在るべき地域医療の姿を描き出していきたいと思えます。

### ◆離島医療から日本に必要な医療を考える

さらに視線はその先へ。未来の高齢化した日本の縮図とも言える奄美群島

### ●ひらしま・おさむ氏



2005年熊本大学医学部卒。福岡徳洲会病院で初期研修後、同院総合内科で2年間後期研修(内6か月間、奄美大島で離島研修)。09年市立堺病院総合内科、13年瀬戸内徳洲会病院加計呂麻診療所所長を経て、14年より現職。12年に身体診察技法を学ぶ勉強会「フィジカルクラブ」を立ち上げ、現在は全国各地で医師・医学生向けに出張講義を行う。

の問題点を抽出していくことで、日本の医療を考えるきっかけにできればと思っています。奄美群島はこの数十年で過疎と高齢化が急速に進み、1950年代半ば、奄美群島全体で20万人だった人口も、現在では約12万人に減少し、高齢化率は約29%。2040年には40%になるとも予測されており、日本の平均的な地域の少し先の状況を歩んでいます。

離島医療の現場では、来院した高齢患者に対し、自分で診るべきか、または近隣の病院にへりて搬送すべきか、はたまたどこまでの医療を施すべきなのかと思悩むことも少なくありません。その決断を行う上で問われるのが、患者さんとの日々のコミュニケーションであったりします。患者さんを前に、医師が健康問題という点ではなく、「人」として診ることができているのか、それが鍵を握るのです。市民との交流を通して「人を診る」の原点に立ち返り、将来求められる日本の医療の在り方を考える機会にしたいと思います。

JPC 2015では、たくさん「楽しい、感動、そして新しい自分が見つかる」時間を作ります。全国から集結する講師陣は第一線で活躍し、それぞれに強い想いを抱く医師ばかりです。ボランティアの奄美市職員、青年団、婦人会などの地元住民も同様に熱い想いをもち、参加者の心に火を灯します。皆で想いを統一するためにテーマソング、そろいのTシャツ……など、今回も趣向を凝らしてお待ちしています。

8月25日執筆時点で、すでに約100人の申し込みがあり、今回も北は北海道から南は沖縄まで、全国各地の医学生・研修医・医師が駆けつける予定です。開催地が東京や大阪ではなく、アクセスの悪い奄美大島だからこそ、参加者からの「変わりたい」「変えたい」という強い想いを感じています。全国から集った参加者が学びを各地へ持ち帰り、広めてゆくことで、「手あて」の医療が日本に広がるのではないかと期待が高まります。JPC 2015が、「手あて」の医療であふれる日本の幕を開くことを祈り、いざ開催です！

●Japan Physical Club 2015 in Amami  
日時：2015年10月10-12日  
場所：鹿児島県奄美市・奄美大島(会場は奄美ホテルリゾートコーラルバームス、他)  
参加費(宿泊費含む)：20,000円  
定員：120人  
※詳細(お申し込み・お問い合わせ含む)は、公式ウェブサイトをご参照ください。  
<http://japanphysicalclub.jimdo.com/>

## 自治医科大学 地域医療 後期研修プログラム

— 地域医療の現場を知り尽くした自治医大だからできるプログラム —

- 地域医療をめざす後期研修医(3年) 定員6名
- 臨床経験5年以上で地域医療をめざす医師のための生涯研修コース(2年) 定員2名

参加者  
募集中!

〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1 自治医科大学地域医療人材育成部門  
電話：0285-58-7394 FAX：44-0628 URL：<http://www.jichi.ac.jp/chiikik/> E-mail：[chiikikenshoo@jichi.ac.jp](mailto:chiikikenshoo@jichi.ac.jp)

「地域住民と患者のニーズに的確に応え、合理的で温かな、信頼される保健医療サービスを自ら提供でき、介護や福祉、産業振興、文化まで含めた幅広い人々と協働できる医師」になりたい人のためのプログラムです。

★多様な背景を持つ医師20名以上が集い切磋琢磨する総合診療内科と附属病院各科と地域医療の第一線を担う病院・診療所等との組み合わせで、効果的で効率的な研修ができます。

★将来、地域医療・家庭医療・総合診療を専門にする人はもちろん、専門領域を深めるにも、教育・研修に携わるにも貴重なセンスが得られます。

★地域医療の現場は、熱い思いであなたを待っています。一歩踏み出してみませんか?

見学・実習歓迎！「地域医療後期研修」で検索してください！

# Dialog & Diagnosis

グローバル・ヘルスの現場で活躍する Clinician-Educator と共に、実践的な診断学を学びましょう。

第9話

## 「悪い空気」について①

青柳有紀

Consultant Physician

Whangarei Hospital, Northland District Health Board, New Zealand

皆さん、いかがお過ごしですか。日本では夏休みが終わり、海外旅行から帰国される方も多いところではないでしょうか。そんなこの時期に、ルワンダで出合った、ある興味深い症例について、皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

**【症例】** 41歳男性。主訴：嘔気・嘔吐、下痢。生来健康で特記すべき既往歴はない。ルワンダ東部の軍基地に勤務している。それまで体調は良好であったが、3日前から嘔気・嘔吐が出現し、引き続いて水様性の下痢症状（1日に5-6回）がみられるようになった。経口摂取を試みるが、そのたびに嘔吐してしまうため、基地内の医療施設を受診した。「胃腸炎」と診断され、点滴による水分補給を受けたが、症状が改善しないため、首都の軍病院に転送されてきた。

来院時のバイタルおよび身体所見は以下の通り。体温 37.4℃、血圧 121/67 mmHg、心拍数 109/分、呼吸数 20/分、SpO<sub>2</sub> 99% (room air)。疲弊した様子だが意識清明で見当識障害はない。眼瞼結膜はやや蒼白である。口腔粘膜は正常。頸部リンパ節腫脹や甲状腺の腫脹は触れない。胸部聴診で心雑音なし。呼吸音正常。腹部触診で心窩部に軽度の圧痛を認める。肋骨弓下4cmに脾臓を触れる。肝腫大はない。腹部膨満はない。大小関節に異常所見なし。皮疹なし。

### あなたの鑑別診断は？

皆さんはこの症例についてどう考えますか？ 生来健康な男性にみられた急性の消化器症状です。嘔吐・下痢は一般外来や救急では非常によく遭遇する訴えで、そこから鑑別診断を広げていってもよいのですが、ルワンダのような「熱帯」では、少し異なるアプローチが必要になります。担当しているレ

ジデントは、どうやらウイルス性、もしくは細菌性の胃腸炎を疑ってワークアップを始めたようです。

レジデントのプレゼンテーションを聞き終えて、実際に自分で診察を始めると、まず患者の顕著な発汗に気がつきました。額に大粒の汗が浮かんでいるのです。また、患者の肌に触れると全体的にかなりの熱感がありました。どこからか、「悪い空気」が漂い始めるのを感じます。

来院時のバイタルでは、体温は37.4℃となっていますが、これは具体的に何時間前に計測されたものでしょうか？ 記録されている数値と実際の診察時の印象が異なる場合、積極的にバイタルサインを再検すべきです。この患者の体温を測り直したところ、39.1℃もありました。

## D & D

高熱を認めたことで、私たちの鑑別診断は大きく変わります。というのも、ルワンダは熱帯熱マラリアの流行地だからです。特にタンザニアとの国境に近い東部地域は症例が多く、重症化した患者が首都の三次医療機関に転送されてくることはしばしばあります。熱帯熱マラリアを見落とすことは、時として患者の死を意味するため、慎重なアプローチが必要です。そこで、マラリア（その語源は、イタリア語で「悪い空気」を意味する mala aria に由来します）のリスクや症状に関連した、もう少し具体的な質問を患者にしてみました。

「嘔吐や下痢の症状が始まる前、あるいは始まってから、何か他に症状はありませんでしたか？」

「いや、嘔吐と下痢の症状がひどかったのですが、それに比べれば、大した問題は……」

「熱があるように感じたりしましたか？」

「嘔吐の症状の前にありましたが、軽微です」

「悪寒や戦慄はどうでしょう？」

「悪寒はありました」

「頭痛はどうでしょう？」

「そういえば発熱を感じたときに、確かにありました」

「軍に勤務されていますよね？ 具体的に仕事の内容はどのようなものでしょう？ オフィス内での仕事ですか、それとも屋外の任務でしょうか？」

「ここ数か月は基地とその周辺のパトロールが主な任務で、日によってシフトは昼のときも、夜のときもあります」

「(!)」

隣でこのやりとりを聞いていた担当のレジデントに尋ねました。

「血液スメアは提出されたのかな？」

「基地内のクリニックで1回、念のため当院でも1回検査して陰性でした！」

「すぐにスメアを再提出しよう。仮にそれが陰性でも、午後にもう1枚出すよ」

「……」

\*

激しい消化器症状の影に隠れるように、この患者には、熱感、悪寒、頭痛といった、非特異的とはいえマラリアによく見られる症状が確かに存在したようです。また、暴露歴の点からも、マラリアが多く報告される地域で夜間に屋外を頻りにパトロールするといった、明白なリスクファクターが問診により明らかになりました。換言すれば、この患者のマラリアに関する検査前確率 (pretest probability) は、かなり高いと考えられます。

多くの地域でマラリアの標準的な診断法として用いられている血液スメアには、厚層スメア (thick smear) と薄層スメア (thin smear) の2つがあります。一般に、より多くの血液量を用いる厚層スメアのほうが薄層スメアと比較して感度に優れていると言われていたのですが、その評価には熟練を要するため、私が感染症科のトレーニングを受けた施設では、厚層スメアを評価する資格を与えられていたのは、経験に富む微生物検査室のディレクターのみでした。

マラリア診断における血液スメアの感度や特異度をひとくりに論じるのは困難です。それらは、スメアを作り、検鏡する人の技術や経験に大きく左右されますし（英語では、これを operator dependent と表現します）、使用する機

器など、検査施設の環境や設備にも影響されます<sup>1)</sup>。加えて、患者の parasitemia (血中のマラリア原虫量) の程度も結果を左右するので、マラリア診断に血液スメアを用いる際は、12-24時間ごとを目安に、最低でも3回繰り返すことが奨励されています<sup>2)</sup>。

私がルワンダに赴任した当時、軍病院には経験豊富な微生物検査技師がおり、地域病院や他の施設から転送されてくる発熱患者で、既に1-2枚の「血液スメア陰性」と判定されていたケースにもかかわらず、見事に診断してくれたことがありました。ところが、この技師が高齢を理由に引退して以降、明らかにマラリアを疑わせる症例で以前よりも診断に時間を要したり、3枚あるいは4枚目のスメアでようやく診断がつくようなケースが増えた、といったことがありました。

症例の患者さんは、来院後2回目のスメアで陽性と診断され、キニーネの点滴治療により軽快しました。マラリアの表現はさまざま、消化器症状が前面に出ることが時としてあります。また、この症例は「流行地における発熱症状は、除外されるまでマラリアとして扱う」というパールの奥深さについて雄弁に語っているようにも思えました。

ルワンダの軍病院では、重症例に加えて、このような「非典型的」なマラリアの症例を多く診たのですが、あるとき、その理由について考えていて、理解したことがあります。典型的なマラリアの症例は、村々のヘルスセンターや地域病院で診断されてしまうので、三次医療機関である軍病院まで送られてこないのです。つまり、このような施設では、コモンな疾患のコモンな表現 (common presentations of a common disease) よりも、コモンな疾患のコモンでない表現 (uncommon presentations of a common disease) に出合う可能性が必然的に高くなるということです。



### 今回の教訓

●記録されているバイタルサインの値と診察時に受ける印象が異なる場合、可及的かつ速やかにバイタルサインを再検する。

●マラリアの流行地域における発熱（および流行地域からの帰国者における発熱）は、除外されるまでマラリアとして扱う。

●マラリアの診断およびその除外目的に行う血液スメアは、12時間ごとを目安に、最低でも3回は施行する。

#### 【参考文献】

1) Malaria diagnosis: memorandum from a WHO meeting. Bull World Health Organ. 1988; 66(5): 575-94. [PMID: 3061674]

2) CDC. Treatment of Malaria: Guidelines For Clinicians. Part 1: Reporting and Evaluation & Diagnosis.

http://www.cdc.gov/malaria/diagnosis\_treatment/clinicians1.html

## 募集

名大総診

検索

### 名古屋大学総合診療科ジェネラリスト研修プログラム

全国から教員・医員・後期研修医が集まっているプログラムです

- 家庭医、病院総合医のいずれを目指す人にも最適
- 大学病院、地域第一線病院、診療所にての多様な研修
- 子育て中の女性医師も活躍中

☆後期研修医：定員4名 [応募締切]平成27年10月31日(土) [面接日]平成27年11月14日(土)  
 ☆ジェネラリスト指導医養成：定員若干名 随時  
 ☆学び直し研修(主として外来のretraining)：定員若干名 随時

【問合せ】名古屋大学大学院医学系研究科 総合医学専攻総合診療医学  
 愛知県名古屋市中区鶴舞町65 電話：052-744-2951

医局長 佐藤寿一：juichi@med.nagoya-u.ac.jp

### 心臓発生の知識が、先天性心疾患や再生医学の理解を深める

そうだったのか!

## 臨床に役立つ心臓の発生・再生

▶先天性疾患に限らず発生が関係する心血管疾患、そして臨床応用目前の心臓再生医療を理解するうえでのカギとなる「心臓発生」を、循環器臨床に近い視点から解説。心臓の発生・解剖・機能を関連づけて理解することで、様々な心疾患の背景が見えてくる。また、期待が高まっている再生医療についても、発生と関連づけてわかりやすく整理。循環器臨床医の理解を助けるよう配慮した図表・コラムも多数。

著：古川哲史 東京医科歯科大学難治疾患研究所 生体情報薬理分野教授

定価：本体4,500円＋税  
 A5変 頁192 図・写真106 2015年  
 ISBN978-4-89592-826-7

MEDSI

メディカル・サイエンス・インターナショナル

113-0033 東京都文京区本郷1-28-36

TEL.(03)5804-6051

FAX.(03)5804-6055

http://www.medsi.co.jp

Eメール info@medsi.co.jp

事例提示

①救急室にて  
 救急隊：「認知症の既往がある85歳独居女性が自宅前で倒れていました。救急収容をお願いできませんか？」  
 医師：（認知症で独居だと入院させた後の調整業務が大変だな。診られなくはないけど、既に救急車1台を受け入れているし……）  
 「処置中なので受け入れできません」  
 救急隊：「わかりました」  
 ——その後、救急隊は現場で搬送先の選定に1時間以上かかり、すぐに処置していれば軽症で済んでいた患者は3週間の入院となった。

②内科外来にて  
 医師：「1年ぶりの受診ですね。2か月おきに受診してくださいとお願いしていたはずですが……」  
 患者：「受診する時間が取れなくて」  
 医師：（この患者さん服がヨレヨレだ。体臭もきついなあ）「高血圧と糖尿病、慢性腎臓病を併発していて、薬が10種類も必要な状態なんですよ。以前は良い状態で安定していたのに、今は血圧が200/130 mmHg以上、HbA1cも10%を超えている。きちんと治療を受けないと命にかかりますよ」。  
 患者：（薬代が高くて生活がキツイんだよ）「……スミマセン」  
 ——患者は再び受診しなくなり、1年後、状態悪化により緊急入院した。

③病棟にて  
 病棟看護師：「昨日入院した患者さんが、下腹部の痛みを訴えています」  
 医師：（薬物中毒で入院した患者だったな……）「おそらく精神的な問題でしょうから、経過観察してください」  
 病棟看護師：「痛みが強そうですが、大丈夫ですか？」  
 医師：「鎮静剤のセレネース®を使ってください」  
 ——その夜、夜間の病棟当直医によって、異物誤飲による腸管穿孔・汎発性腹膜炎の診断に至った。

Q. ①～③の内、「公正性」を欠いた診療を行ったのはどれか？

# レジデントのための「医療の質」向上委員会

本連載では、米国医学研究所（IOM）の提唱する6つの目標「安全性／有効性／患者中心／適時性／効率性／公正性」を軸に、「医療の質」向上に関する知識や最新トピックを若手医師によるリレー形式で紹介。質の向上を“自分事”としてとらえ、日々の診療に+αの視点を持つことをめざします。

## 第9回 公正性

公正な医療を提供するには

担当 小西竜太

関東労災病院救急総合診療科副部長・経営戦略室長

IOM 報告書において、「公正性（equity）」は、「性別、民族、地域、社会経済的状況、教育水準（中略）といった個人の属性によって左右されることのない良質のケアを提供すること」と定義されています。またここから一歩踏み込んで、「健康格差を縮小すること」も、医療システムの役割としています。公正な医療を行うことで、「健康の質」が向上し、「効率的な医療」を展開できると言われています。

日本では国民皆保険制度に加えて、生活保護者に対する医療扶助、貧困者に対する無料低額診療事業などのセーフティーネットが整備されています。しかし一方で、所得が低いために国民健康保険料が支払えない、疾患や障害を抱えて社会保障サービスにアクセスできないなどの問題を抱え、医療を受けられない方も少なくありません。今後、超高齢社会や経済状況の変化、社会格差の拡大に伴って、健康格差も広がるかもしれません。

個々の患者に対して最善のアウトカムを提供するために必要なのは、予防医療や患者教育、介護や福祉のサービスなどを絡み合わせて医療の質、健康の質を高めていくことです。今回は、医療従事者によって公正性が損なわれる事例を通して、皆さんがどのような知識や考え方を身につけていくべき

か、考えてみましょう。

### 「格差」を知る

まずは上の事例と設問を読んでみてください。①は独居老人の救急搬送事例です。救急室での診療業務に加えて、介護福祉施設や病棟との調整業務をせねばならないことに負担を感じ、受け入れ拒否を選択してしまいました。②は低所得者のドロップアウト事例です。医師は医学的問題のみに着目してしまい、患者の身なりに違和感を覚えながらも、受診できない理由について考えることができませんでした。③は患者へのバイアスにより、病状判断を誤った事例です。異物による腸管穿孔や腸閉塞などの可能性よりも不定愁訴を想起したことは、精神疾患の合併患者に対する診療経験が乏しいことも原因として挙げられます。

これらは全て、医療者により公正性が損なわれている事例です。これらの事例に似た経験を皆さんは臨床現場で目にしたことはないでしょうか？ 公正な医療は提供できていますか？

### 問題解決のための資源を知る

事例①の場合、患者に対して、純粋に医学的な問題だけを解決するのであれば、患者受け入れや診療内容の意思決定において大きな格差は生じないでしょう。しかし、別の問題の解決も必要となると、時として公正な医療提供を行う動機が妨げられてしまいます。

このような状況を回避するためには、日常的に社会的な問題について支援を得る方法を知り、関係する職員・専門家と十分な対話を持ち、適切な連携ができるようにすることが必要です。まずは勤務先のソーシャルワーカーや事務職員に、どのような場合に相談すればよいか聞いてみると良いでしょう。院外にもさまざまなサービスがあります。多職種チームや地域包括ケアなどの解決方法を知ること、患者

には適切なサービスを提供でき、自分の手間や悩みも減らせるはずですよ。

②のような事例では、経済的な生活困窮者の多くにとっては、医療を受診すること自体が大きなハードルであり、通院を続け、薬を定期的に内服し、医師の言いつけを守り、健康管理を行うことは、非常に難しいということを理解しなければなりません。

このような状況は、低所得者だけでなく、厳しい就労環境や家庭環境に置かれている方、精神障害や知的障害を抱える方、言葉や文化の壁のある外国人などにもしばしば発生します。ヘルスリテラシーに問題がある場合も多く、インターネットが使えなかったり、公的なサービスを知らなかったり健康増進や医療、予防などの情報自体にアクセスできない可能性があります。情報自体を理解できず、自分の問題を評価して、行動に移せない可能性もあります。一般的には、社会格差は健康に対しても負の影響を与え、健康格差につながっており、Status Syndrome という概念で考えられています<sup>1)</sup>。

### 「患者中心の診療」を意識する

「こんなに悪くなるまで放置したのですか？」「病気を治したくないんですか？」とつい言い言いたくなる気持ちはわかりますが、患者も毎回病院で怒られたり、嫌味を言われたりしたら、病院嫌いになったり、医師の言葉に反発するようになったりするかもしれません。病院嫌い、受診抑制、低いヘルスリテラシーという負の連鎖によって、患者の病態は重症化して、病院や診療所に帰ってくることになるでしょう。

まずは、病院や診療所を受診することに対する経済的な葛藤や心理的な抵抗感、病気や健康に対する本人の解釈モデルを想像してみてください。

③のような事例では、診断ミスだけでなく、治療の遅延が発生することも少なくありません。社会的弱者に対してバイアスを持たずに、どんな患者に対しても同等の医療を提供する意識を

### ●表 患者中心の診療モデル<sup>2)</sup>

- ① 疾患と患い体験を探る
- ② 本人・家族・地域を含めて全人的に理解する
- ③ 医師と患者の共通の理解基盤を見つける
- ④ 予防と健康増進を取り入れる
- ⑤ 医師-患者関係を強化する
- ⑥ 実行できる現実的な方法を考える

持つことが最も大切です。バイアスを排して診療を進めるためには、症例の振り返りや臨床倫理の検討を行い、自分を客観視し、他者の意見や批判を受け入れることが有効です。

いずれの事例も、「患者中心の診療モデル（表）」を参考に患者の話をよく聞き、分け隔てない診療を志向することからスタートしてみてください。

\*

公正な医療を提供することは、医療における高い倫理観を持って、医療や健康の質の向上に貢献することにつながります。それらを実現するためには、医師本人の行動に加えて、臨床現場の役割分担やチーム医療、地域包括ケアなど重層・多面的なアプローチも重要となります。自分の守備範囲だけでなく、社会全体に視野を広げてください。

### 今月のまとめ

- ▶ 社会的格差により健康格差が生まれる
- ▶ 格差を理解し、支援するための院内外の資源を知ろう
- ▶ 患者の話をよく聞き、分け隔てない診療を志向しよう
- ▶ 環境整備と業務改善を組織的に進めよう

文献  
 1) JAMA.2006 [PMID:16537740]  
 2) Stewart M, et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 2nd ed. Radcliffe Medical Press; 2003.

豊富なカラー写真とイラストが好評の口腔咽頭領域の定番書、最新の手術手技の内容も盛り込み、充実の改訂！

## 口腔咽頭の臨床 第3版

好評を博した第2版と同様、簡潔な解説と豊富なカラー写真、イラストをふんだんに盛り込んだ口腔咽頭領域の定番書。第3版ではIgG4関連疾患、口腔アレルギー、咽喉頭逆流症に関する項目を追加するとともに、唾液腺内視鏡、ELPS、TOVS、経口的ロボット支援手術などの最新の手術手技に関する項目を設けるなど、臨床にすぐに役立つことを意識した構成としている。耳鼻咽喉科医のみならず内科医、歯科医などにも有用な書。

監修 日本口腔・咽頭科学会



病棟、外来、チーム医療、地域医療連携……  
 病院医療をコダクトする  
 ジェネラリストのためのクォーターリーマガジン

# Hospitalist

最新号

●季刊/年4回発行  
 ●A4変 ●200頁  
 ●1部定価：本体4,600円＋税  
 ●年間購読料19,008円（本体17,600円＋税）  
 ※年間購読は送料無料、約4%の割引

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

Vol.3 No.2 2015 特集：外来における予防医療 責任編集：小嶋一・本村和久・徳田安春

MEDSI メディカル・サイエンス・インターナショナル  
 113-0033 東京都文京区本郷1-28-36  
 TEL.(03)5804-6051 http://www.medsi.co.jp  
 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

## がんエマージェンシー 化学療法の有害反応と緊急症への対応

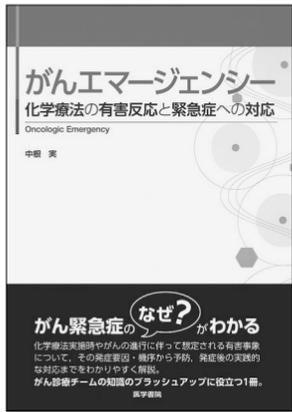
中根 実 ● 著

B5・頁320  
定価:本体4,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-01960-6

本書を良書と呼ばずして何を良書と呼ぶのでしょうか? 秀でた書物、優れた書物であることに異論を挟む読者はいないと思います。がん薬物療法の最前線で患者ケアに携わる医療者には、ぜひ一冊お手元に置くことを万感の想いを込めて強くお勧めします。著者のシャイな気質を反映してか、一見マニュアル本的な印象を受ける書名と装丁ですが、その内容は成書以上です。すなわち、成書にありがちな総花的で、内容に濃淡もなく、やたらに詳しい余分な記述といったものが一切ありません。臨床上のポイントを的確に抽出、詳述し、そして理解を助けるために美しいイラストと表を多用しています。知っておくべきキーワードは欄外に簡潔に説明されています。またMEMO欄とNote欄も設け、前者では大切な「用語」や「コンセプト」について詳解されていますし、後者では臨床で実際の場面で「どうしたら良いのか?」について指南されています。

本書は「がんエマージェンシー」というくりから、15項目にわたる章立てとなっています。確かに内容は、緊急的、救急的な病態・事象についての解説となっていますが、その病態を

「痒いところに手が届く」  
がん緊急症対応のポイントが  
過不足なくまとめられた一冊



理解するために、腎臓内科、内分泌内科といった単子眼的、臓器診療科的見地からの狭い解説ではなく、広く臓器横断的であることはもちろん、生化学、分子生物学、臨床薬理学といったように基礎・臨床の双方を背景として詳述されているため、精緻な解説書となっています。さらには、患者教育やいわゆるムンテラと言われるIC(インフォームド・コンセント)や情報提供にまで解説は及んでいます。例えば第2章「抗がん剤の血管外漏出」を見ると、通常のマニュアル書ではその対応法が形ばかり述べられる程度であるのに反し、本書では通常のマニュアル書が触れない皮静脈穿刺法を正統的に説明し、さらにはそのコツともいえるノウハウと終了までの観察法や記録法にまで言及しています。これは、いかに著者が臨床医として優れて稀有な存在であるかを物語ると同時に、医療者教育に対する並々ならぬ決意の表出でもあると思えます。目の前のがんエマージェンシーの患者さんをどうするか? 教科書の硬直した理屈・知識ではなく、ベッドサイド重視で実践を重んじ、柔軟かつ即応できる医療者育成には本書のようなテキストが必要と考え、著者は執筆され

評者 相羽 恵介  
慈恵医大病院腫瘍センター長

## 脳卒中ビジュアルテキスト 第4版

荒木 信夫, 高木 誠, 厚東 篤生 ● 著

A4・頁280  
定価:本体12,000円+税 医学書院  
ISBN978-4-260-02082-4

評者 片山 泰朗  
総合東京病院脳卒中センター長/日医大名誉教授

脳卒中はわが国では死因別死亡率において第4位の座にあり、年間12万人を超す死亡がみられている。超高齢社会を迎え年間約30万人が新たに脳卒中となり、脳卒中患者総数は300万人を超える数に達していると推定され、今後さらに増加することが予想される。このような状況下で脳卒中の予防、脳卒中急性期の治療および脳卒中後遺症の治療の重要性はますます増大するものと思われる。そんな中、『脳卒中ビジュアルテキスト』が7年ぶりに改訂され発刊された。この間、脳卒中治療は目覚ましい進歩がみられ、大きく変貌している。わが国では2005年10月に血栓溶解薬、組織プラスミノゲンアクチベータ(tissue plasminogen activator: t-PA)が発症3時間以内の脳梗塞に適用となったが、これが契機となって全国の脳卒中救急診療体制が整備され、また主要機関病院では脳卒中を集中的かつ専門的に診療するストロークケアユニット(Stroke Care Unit: SCU)も設置されるようになった。

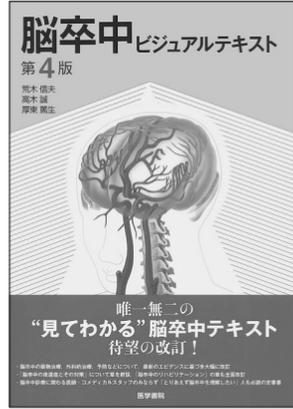
さらに、近年、治療薬ではワルファリンに代わりNOACと呼ばれる新規抗凝固薬であるトロンビン直接阻害薬やXa阻害薬が市販されるようになり、増加している心原性脳塞栓症の予防に期待されている。他方、治療法では血管内治療においてSolitaire™やTrevo®といった新たな血栓除去デバイスが出現し、血行再建によるさらなる治療成績の向上が期待されている。本書は表題にあるようにビジュアル

たことと思います。とにかく常人では気付かぬ痒いところに手が届く解説書です。「必要にして十分」という言葉がありますが、本書は「必要にして十分以上」です。研

テキストであり、改訂版では見出し・図・表がカラーで施されより見やすくなり解説にはMRI・MRA、CT画像などが随所に示され、疾患の症状・病因・診断を理解するために工夫が凝らされている。また、本書の構成は「1. 脳の解剖」「2. 脳卒中の診察の進め方」「3. 脳卒中の主要症候」「4. 脳ヘルニア」「5. 脳卒中の主要疾患」「6. 脳卒中の治療」「7. 脳卒中の後遺症と対策」「8. 脳卒中の予防」「9. 脳卒中のリハビリテーション」からなり、各項目において内容の充実が図られ脳卒中診断・治療に必要な全てが網羅されている。

本書では始めに脳の解剖、診察の進め方、主要症候が解説され、脳卒中診療の入門者にもわかりやすく書かれている。また、脳卒中の主要疾患の項では原因、症状に加えて解剖組織、MRI・MRA、脳血管造影さらには3D-CTA、超音波所見も示され、症例検討としても勉強できるように記載されている。また、脳卒中治療では脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の治療、さらには血管内治療についても解説され最新の治療が示されている。さらに脳卒中の予防の項では新しいガイドラインに基づいた治療指針が示され、また最新の多くの大規模臨床試験のエビデンスが紹介されている。

脳卒中の全てが網羅され、ビジュアルに脳卒中全般を理解することができる本書を、医学生、研修医、脳卒中治療に携わる医師およびコメディカルスタッフの方々に最適なテキストとして推薦する。修医、レジデントをはじめ若手医師、看護師、薬剤師の皆さんは、本書の知識を医療チームとして共有し、明日からのがん治療に役立てていただきたいと思ひます。



# Gastropedia

消化器にかかわる医療関係者のために

<https://gastro.igaku-shoin.co.jp/>



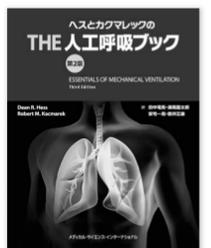
### MEDSiの新刊

明日の臨床に生きる人工呼吸の考え方がしっかりマスターできる

## ヘスとカクマレックの THE人工呼吸ブック 第2版

Essentials of Mechanical Ventilation, 3rd Edition

- 訳: 田中 竜馬 (Pulmonary & Critical Care Medicine, Medical Director, Intensive Care Unit, Intermountain LDS Hospital, Utah, USA)
- 瀬尾 龍太郎 (神戸市立医療センター中央市民病院 救命救急センター・救急部副部長)
- 安宅 一 晃 (奈良県立医科大学麻酔・ペインクリニック科病院教授)
- 新井 正康 (北里大学医学部麻酔科学教室集中治療部門教授/埼玉医科大学国際医療センター救命救急科准教授)
- 定価: 本体5,000円+税 ● B5変 ● 頁432 ● 図・写真144
- 2015年 ● ISBN978-4-89592-825-0



「人工呼吸ブック」改題、8年ぶりの改訂。当該領域の急速な進展を踏まえ内容を大幅に刷新。ナース・コメディカルの需要にも応えるべく大幅な値下げによる廉価を実現。成人用人工呼吸器一般の使用を想定し、全38章で原理、マネージメント、モニタリングなどテーマごとに人工呼吸管理全般を体系的に学ぶことができる。呼吸管理の分野で世界的に著名なHessとKaemarekによる豊富な経験に裏打ちされた記述には一貫性があり、読みがたくわたりやすい。翻訳に際し用語の統一を徹底。初学者からベテランまで、人工呼吸管理に対する理解を深めたい医療者必読の書。



モニターに潜むサインを見逃さない! 波形を正確に読み解き、より安全な呼吸管理へ

## 好評新刊 え!?ここまでわかるの? 人工呼吸器グラフィックス

Rapid Interpretation of Ventilator Waveforms, 2nd Edition  
● 監訳: 竹内宗之 ● 定価: 本体2,600円+税 ● A5変 ● 頁164 ● 図169 ● 2015年

小児診療に携わるすべての医師の必携書

今日の小児治療指針

第16版

総編集

水口 雅・市橋 光・崎山 弘

小児に関わる全領域を網羅し、第一線のエキスパートが最新の治療法を具体的かつ実践的に解説。今版では、小児領域でも注目が高まる「小児在宅医療」の章を新設。また、重要疾患の「治療のポイント」、「専門医へのコンサルト」、「患児・患者説明のポイント」等の情報も随時掲載した。ハンディサイズで、日常診療に役立つ1冊。

●A5 頁1032 2015年 定価:本体16,000円+税 [ISBN978-4-260-02084-8]

目次

- 第1章 救急医療
第2章 治療手技
第3章 小児診療にあたって
第4章 新生児疾患
第5章 染色体異常, 奇形症候群
第6章 先天代謝異常
第7章 内分泌疾患
第8章 代謝性疾患, 栄養障害
第9章 免疫疾患, 膠原病
第10章 アレルギー疾患
第11章 感染症, 寄生虫症
第12章 呼吸器疾患, 胸部疾患
第13章 消化器疾患, 腹部疾患
第14章 循環器疾患
第15章 血液・腫瘍性疾患
第16章 腎・泌尿器疾患
第17章 生殖器疾患
第18章 神経・筋疾患
第19章 精神疾患, 心身医学的問題, 発達障害
第20章 思春期医療
第21章 小児保健
第22章 学校保健
第23章 骨・関節疾患
第24章 皮膚疾患
第25章 眼疾患
第26章 耳鼻咽喉・気管の疾患
第27章 小児歯科・口腔外科疾患
第28章 小児在宅医療
付録1 小児薬剤投与法の原則
付録2 脳死判定と脳死下臓器提供



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

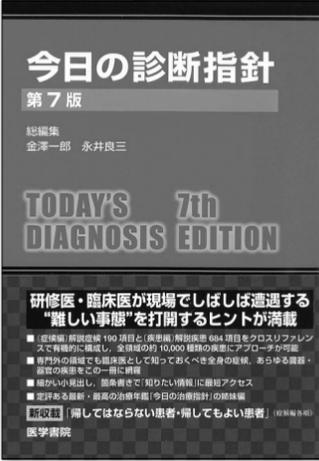
総編集

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、臨床医が遭遇しうる全領域、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]



国内最大級の総合診療データベース

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



医学書院発行の書籍15冊を収録、全文横断検索可能な国内最大級のリファレンスデータベース(インターネット接続環境では電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」からも検索可能)。Vol.25では「今日の治療指針」「治療薬マニュアル」「臨床検査データブック」を更新、「ジェネラリストのための内科診療」を新規収載。基本設計、操作画面等、全面リニューアル。また、「今日の診療プレミアムWEB」をパソコン、タブレット、スマートフォンで利用できる「Web閲覧権」付与(登録より1年間)。

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

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

医学書院発行のベストセラー8冊をDVD-ROMに収録。3冊を更新。

●DVD-ROM版 2015年 価格:本体59,000円+税 (JAN4580492610087)

9 medicina

Vol.52 No.10 内科プライマリケアのための 特集 消化器診療 Update

本特集では、消化器専門医の立場から各領域の知見をupdateしてもらい、プライマリケア内科医が行うべき、あるいは知っておくべき適切な診療を中心にまとめた。プライマリケア医・専門医双方の守備範囲を認識しつつ、最新のエビデンスを踏まえた、効率のよい消化器疾患の診断から治療までを俯瞰できる。

INDEX

座談会「消化器診療の賢い選択: Choosing Wisely in Gastroenterology」

- 第1章 食道・胃・十二指腸疾患
第2章 小腸・大腸疾患
第3章 肝疾患
第4章 胆・膵疾患
特別寄稿「海外の医師が見た日本の消化器診療」

●1部定価:本体2,500円+税

連載

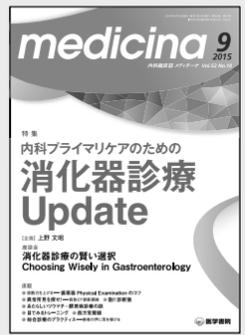
- 診断力を上げる 循環器Physical Examinationのコツ
●異常所見を探せ! 救急CT読影講座
●あたらしいリウマチ-膠原病診療の話
●魁! 診断塾
●目でみるトレーニング
●総合診療のプラクティス 患者の声に耳を傾ける
●Step up 腹痛診療
●西方見聞録
●REVIEW & PREVIEW

▶2015年増刊号(Vol.52 No.4)

これだけは知っておきたい 検査のポイント 第9集

●特別定価:本体7,200円+税

医学書院サイト内 各誌ページにて記事の一部を公開中!



http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/medicina



http://www.igaku-shoin.co.jp/mag/sogoshinryo

ジェネラルに診ることが求められる時代の臨床誌

総合診療

2015年1号から「JIM」は「総合診療」に誌名変更しました!

Vol.25 No.9

特集 診断ピットフォール10選 こんな疾患、見逃していませんか?

企画:山中克郎(諏訪中央病院内科総合診療部)

頻度が高いのに日常診療で見逃されている疾患が、実は多いように感じられます。本特集では「この疾患の患者さんは、実はたくさんいるのではないだろうか」という10疾患を厳選。「その診断では右に出る者はいないだろう」という優れた専門医または総合診療医に、「こんな点に着目すれば診断の見落としが少なくなる」、診断のコツについて語っていただきます。

INDEX

- 【総論】 診断について 私たちはどうして見逃してしまうのか?.....山中克郎
【各論】 ①「なんで俺はここにいるんだ?」と繰り返す男性.....佐藤泰吾
②ダメだ、自分の名前が書けない.....土肥栄祐
③数カ月続く、頭痛と肩こり.....木村勝智
④持続する胸痛.....さあ、どうする?.....神宮司成弘
⑤好酸球増多の原因は何だ?.....若林禎正
⑥人生最悪の頭痛だが.....山本舜悟
⑦治療後も食不振が続く.....谷直樹
⑧めまい、集中力の低下の原因は?.....岡田定
⑨あちこち痛い.....徳永健一郎・萩野昇
⑩本当にCrohn病なのか?.....國松淳和

●1部定価:本体2,300円+税

▶来月の特集 (Vol.25 No.10)

感染症を病歴と診察だけで診断する! Part2

年間購読 受付中!

年間購読は個別購入よりも割引されています。送料は弊社が負担、確実・迅速にお届けします。詳しくは医学書院WEBで。

2015年 年間購読料(冊子版のみ)

▶medicina 35,520円+税 一増刊号を含む年13冊一

▶総合診療 27,120円+税 個人特別割引25,680円+税あり 年12冊

電子版もお選びいただけます



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